

中國醫藥大學
醫務管理學研究所碩士論文

論文編號：IHAS-349

從老人自覺健康狀態建構期待之醫療照護模
式—以中部地區某公立養護中心為例

The expectancy of medical care model from older self-perceived
health status-An example of a governmental care home in
central Taiwan

指導教授：龍 紀 萱 博士

研究生：葉 禹 彤 撰

中華民國九十五年六月

摘要

本研究的主要目的，在於透過質性研究的方式來探討養護機構老人自覺健康狀態，並進一步瞭解影響自覺健康的相關因素，及疾病所採取的行為之間反應情形，來建構老人期待之醫療照護模式。

在研究對象上，將以中部某公立養護中心為研究場域，並採用參與觀察及深度訪談蒐集12位老人的資料。在老人自覺目前整體健康狀況的題目中，皆受到相當程度的老年生理與心理失調的影響，會因目前面臨身體狀況逐漸衰退的情況來陳述自己的症狀。當老人自覺健康狀態受疾病侵襲時，其情緒反應為依賴型、逃避型、沮喪型、積極型等四種面向；而對於疾病態度認知的不同而產生不同的詮釋，可分為積極求勝型、積極促進型、消極抵抗型、消極順從四種類型。因此，老人在自覺健康狀態下，發展出以下三種期待之醫療照護模式：人際網絡模式、社會情緒模式及整合銜接模式，並包括不同的服務取向、不同運用的方式與原則。

在未來建議方面，機構應重視老人健康的需求，並透過教育訓練活動，提昇及強化機構各階層的人力素質與老人多元化服務，並依據老人對照護模式的態度、身體狀態的改變，適時適切提供期待之醫療照護模式，以發展連續性照護，使養護老人能擁有良好的生活品質並安享晚年。

關鍵字：養護機構、老人、自覺健康狀態、醫療照護模式

Abstrast

The main purpose of this study is to evaluate the self-perceived health status of the older in care homes through qualitative research and to construct the expectancy of medical care model. By conferring the relevant situation between factors influencing the self-perceived health status and its behavior adopted of disease.

We choose a governmental care home in central Taiwan as research object and use participant observation and depth interviews methods to twelve older collect dates. When the old's conscientious health state is attacked by the disease, its mood will reacts into four kinds, such as dependent type, escaping type, depressed type and positive type. Owing to different interpretation and recognition of the variety of disease, the reactions can be divided into activism vectoring type, activism promoting type, passivism resisting type, passivism conformation type.

So, under the self-perceived health status, including three types: Interpersonal network model, social emotional model, integrated care model. The old will have different focus and methods on the service orientation and the expectancy of medical care model. In suggestion of the future, the organization should pay attention to the old man's multiple health needs, and to promote and strengthen the manpower quality of the education and training activity. In order, offer expectant medical care model with continuous care to satisfy different personal heath changes and make them have good quality of life and enjoy the old age.

Key words:older-caregiving, older, self-perceived health status, medical care model

致 謝

堅持理念與選擇認真地走過這二年，在這七百多個日子中，不僅豐富了我的專業知識及學術視野，更獲得了有歡笑、有感動的一段美好的回憶。

在此我由衷地感謝指導教授龍紀萱老師，有幸成為龍老師的門生，是一種幸福！在論文進行過程中，她總是給予我充分的自主空間、信任感，讓我徜徉於作研究的樂趣中，藉由不斷的討論，指引我正確的研究方向，也奠定了我良好的研究基礎及濃厚的研究興趣，同時她更身兼我的心靈及生活導師；在我遺失了重要資料時，給予我需要的支持，並竭盡所能地協助我突破難關，並以其敏銳的觀察及分析能力，激勵我進入更深層的思考，老師對研究的熱情及清晰的思考，總是在最短的時間就釐清了我對研究的疑難雜症，並具體的引領我經過研究的每一個步驟。

其次，感謝陳宇嘉老師與陳世堅老師擔任論文的口試委員，尤其是陳宇嘉老師不辭辛勞遠道而來並在百忙之中撥冗審閱論文，幽默風趣的經驗分享與認真嚴謹的治學態度，引發了我反思的過程；而陳世堅老師開闊的社會觀與縝密的思維，更加豐富了我對論文的的方向及視野，有了進一步的建構。兩位老師細膩嚴謹的學術涵養，對論文提供了許多的寶貴意見，以及對我的肯定與勉勵，讓我對未來更具信心，在此致上誠摯的謝意。

本論文得以圓滿的完成，最要感謝的是內政部彰化老人養護中心協助，尤其是李春國主任、唐華芬護理長、3C居住區的工作人員熱心及照護，在我收案期間給予許多資源，以及居住在養護中心的老

人，因有您們的分享和心聲，讓我可以順利完成論文的寫作。

求學過程中，感謝給予我支持與鼓勵的好友：懿君、佳怡、嘉欣、冠馨、珮琳、慧珊學姊的「有求必應」，每次向你們請教問題，你們總是「知無不言，言無不盡」，一路上的友誼及陪伴，亦是幫助我面對壓力的力量，讓我領略到了許多關心與愛護；還有班上在職組的凱哥、元德大哥、紹雯姊，謝謝你們總是提供了很多寶貴的資料給我；另外，也要感謝為我加油打氣的淑美課長、淑惠副主任、敬愛的吳以倫大哥、遠在埔里的玗瑜。我只能說，人生中擁有了你們，讓我的生命更加生動、有意義了起來。

自己是個幸福的人，衷心感謝每一位參與及豐富我生命的朋友與家人，並感謝我交往八年的男友一學能，他總是像大地一樣包容我的一切，智慧的因應我起伏難定的情緒，無條件的默默支持著我。最後謹以此篇論文獻給所有敬愛的師長、親愛的朋友與家人及生活在養護中心所有的老人們，並祝福大家平安喜樂。

葉禹彤 謹致

民國九十五年六月于中國

目錄

目錄	v
圖次	vii
表次	viii
第一章 緒論	
第一節 研究背景	1
第二節 問題陳述	3
第三節 研究問題	5
第四節 研究目的	6
第五節 名詞界定	7
第二章 文獻探討	
第一節 人口老化及現象	8
第二節 長期照護服務的定義及類型	12
第三節 接受機構式照護老年人口特質	20
第四節 老人自覺健康狀態的相關探討	25
第五節 機構式老人醫療照護現況之探討	30
第六節 文獻總結	33
第三章 研究設計與方法	
第一節 研究方法	34
第二節 研究設計	37
第三節 資料來源	39
第四節 資料分析方法	42
第五節 信度與效度的考量	44
第六節 研究的倫理考量	47

第四章 研究發現	
第一節 受訪者基本資料分析.....	48
第二節 老人整體的健康狀態.....	50
第三節 醫療照護問題：為何和如何？	60
第四節 建構老人期待之醫療照護模式.....	90
第五章 結論與建議	
第一節 結論.....	97
第二節 建議.....	102
第三節 研究限制.....	105
參考文獻.....	106
附錄一 養護機構老人訪談大綱.....	118
附錄二 養護機構訪談同意書.....	119
附錄三 受訪者個人描述及入住原因.....	120



圖次

圖一 老人自覺健康狀態之影響因素.....	72
圖二 老人期待之醫療照護模式的理念架構圖.....	96



表次

表 2-1 臺灣地區未來人口結構推估.....	8
表 2-2 國內外學者、組織對長期照護的定義.....	13
表 2-3 台閩地區安養護機構家數與長期照護機構.....	17
表 3-1 受訪者基本資料.....	49
表 3-2 老人整體健康狀態之分類.....	59
表 3-3 老人當初選擇進住機構的因素.....	66
表 3-4 目前接受的照護服務模式.....	71
表 3-5 老人自覺健康狀態對於疾病的思考.....	75
表 3-6 老人自覺健康狀態所產生的情緒反應.....	79
表 3-7 老人自覺健康因疾病引起的動機.....	81
表 3-8 老人自覺健康狀態對疾病的態度之影響.....	85
表 3-9 老人自覺健康狀態對其行為改變的反應.....	90
表 3-10 建構老人期待之醫療照護模式.....	95
表 3-11 養護老人期待醫療照護模式之比較分析.....	101

第一章 緒論

第一節 研究背景

老年時期是人生的最後階段，觀察目前高齡化的現象，隨著老年醫學逐漸受到重視，老年期疾病的預防及治療，可以想見在未來醫療科技進步及平均餘命的延長，老年人口將持續穩定地增加。依照聯合國「世界衛生組織」的規定，各國六十五歲以上的人口佔其總人口的比率在7%以上的國家，便定義為「高齡人口社會」。因此，人們也開始對老年人的照顧有了更多的關注，伴隨而來的醫療及社會福利問題，也逐漸浮現。

台灣在1993年邁入高齡化社會，人口正在快速老化中；依據內政部人口統計資料指出，至2005年9月止，台灣老年人口為2,19萬5仟661人，佔總人口的9.65%；其人口老化指數為49.02%，老年人口依賴比為13.31%，分別較1993年增加20.78及2.83個百分點(內政部，2005)。且依行政院經建會(2004)推估，至2026年左右老年人口將達總人口的20%。從上述的資料顯示，台灣若持續維持低水準的人口替代率，人口結構呈現老化趨勢，未來老年人口依賴比將更為強烈，其可能帶來老年生活問題、醫療費用支出增加及老年照護問題等社會衝擊。

根據社會學家蒲其絲(Burgess)的看法，老年問題演變成世界性的普遍問題，其主要原因為生活方式的改變，人際關係的疏離以及社會科層化影響所及(引自林仲修等人，2004)。而現今台灣地區家庭結構，因社會價值觀念的轉變、經濟環境的改變，且子女數遽減、遷移遠離的現象普遍，已由傳統大家庭轉變為以經濟為主的小家庭或核心家庭，家庭已無法像過去可以來承擔老年人口經濟及照護上的問題。另依據「老人狀況調查報告」顯示，台灣地區老人與子女同住比例，

由民國1986年70.24%，降為2000年之67.79%；而僅與配偶同住及獨居比例則逐漸上升，其與子女同住比例亦呈現下降趨勢(內政部，2004)。因此，傳統以家庭為中心的社會安全網絡，已逐漸失去保障老人的功能，使得老人在晚年獨居自宅或遷居到安養護機構的比例更有逐年攀升的情形，在可預見的未來，人口老化的壓力將反映在照護的龐大需求。

老年生活有相當多現實的因素，在順應疾病型態的遞變及諸多變遷下，老人單純因為老化就有其他疾病或障礙，照顧的需求就會更加迫切。在內政部2000年『老人狀況調查報告』顯示，台灣超過65歲者大約有65.7%均患有一種以上之慢性或急性疾病，其中有32.42%對於安療養機構感到需要或很需要。且依據內政部1998的統計資料估計，我國約有15-30萬的老人因日常生活活動或認知功能障礙而需要長期照護，此項需要在未來的30-40年間將持續成長。可見老人福利與照顧問題不僅成為當前政府社會福利政策的施策重點，更需要在建構老人照護模式加以深思的課題。

過去的老人福利機構以收容安養為首務，但隨著高齡老年人口的增加所產生的健康照護問題與服務需求，政府為順應此種趨勢，乃大力提倡長期照護體系的建立，規劃辦理長期照護業務，使得各地安養護機構如雨後春筍般地紛紛成立，老人長期照護機構數目可謂相當龐大。而老人的健康問題多為慢性的功能障礙，一旦住進長期照護機構，除了標準病史詢問及臨床常發生於老人且易影響功能的病症檢查之外；相較於急性照護，往往忽略其健康需求及醫療照護模式之評估，包括老人的功能評估、訊息的來源、老人的能力與負擔等情況，以致於養護機構老人的醫療照護模式僅獲得非常有限的注意。

研究者曾於公立安養護機構工作，擔任行政及管理等工作，因工作中經常會面對老人傾訴許多自覺健康的問題，以及在照護過程中由照護提供者或家屬代替老人做主或是由醫師替其做決定的「醫療主導方式」，讓養護老人對環境及經驗的妥協，致使經歷疾病疼痛時無法做適當的表達，使得之後的照護必須花費高的成本來維護健康或生活品質。

由於老年人口健康狀況的異質性很大，老人的就醫行為與其主觀自覺健康狀態有相當密切的關係。除了有生理的疾病、需服用多種藥物、活動功能需依賴他人照顧的因素，老人的健康狀況亦直接影響照護需求。爰此，研究者希望透過多了解養護老人自覺健康的相關因素，以機構現有的服務模式，整合及發展建構老人期待之醫療照護模式，以增進老人的生活品質，相對地降低醫療照護及生活費用。

第二節 問題陳述

隨著年輕時期的不良習性及生理機能老化的影響，老人的實際身體狀況本來差異就很大，進住機構的老人本身的自我照顧能力不高，在身體功能上受到胃腸、骨骼、皮膚與慢性疾病的威脅，其老化也經常合併其他方面的問題。尤其是這一代的老人，年輕時期皆是處於傳統農業大家庭時代，因身體機能退化需要醫療復健或長期療養，更不能接受自己年老體衰時，被子女送到養老機構安置，加上社會大眾對於老人養護機構仍普遍存有負面之印象，也不太能夠接受進入老人養護機構生活，相對的也使老人的健康及需求浮現檯面。因此，對於養護老人而言，所面臨的除了情緒層面與生理層面的老化困難外，在自覺健康狀態下，其醫療照護的需求亦會隨著生理狀況、心理層面及障礙程度而有所變動。

事實上，國內有許多研究者致力於長期照護機構老人等相關議題之探討，主要以性別、年齡、教育程度、經濟狀況、生命意義、健康因素、社會支持等因素來探討對老人健康狀況與生活滿意度等相關問題及影響(楊瑞珍等人，1995；洪百薰等人，1991；范涵惠，2002；高森永，2000；葉莉莉等人，2000；謝碧晴，2003)。近年來許多學者研究亦發現自覺健康狀態在老年人之重要性，而以往對於有關老人自覺健康等相關議題的研究主題，多數採用問卷調查方式作資料收集(黃國彥等人，1987；許游雅，1998；唐憶淨等人，1999；秦毛漁等人，2003；趙珮璇，2002)，侷限在發現與驗證的脈絡，無法完整的了解老人在健康上所面對的困境與挑戰，產生對老人自覺健康的問題變化不夠敏感，且對於居住在養護機構的老人在自覺健康狀態方面的研究則十分缺乏。

另外，就醫問題也與生活照顧議題相關，邁入老年時期之後，其接觸醫療服務資源的機率也隨之增加。儘管老人照護需求相當迫切，自覺健康對於醫療的需求也隨著年齡與日俱增，對於身心疲乏與患有慢性疾病之老人，引起極大衝擊，但往往因為就醫可近性的缺乏、溝通不足等因素，故無法獲得完全的滿足。然而老人本身是如何看待自己的問題？機構的照護模式又產生了哪些問題？這些都是在探討老人的社會世界所必須深入思考的問題。

在人口老化程度快速成長的同時，機構對於落實老人福利的分工上仍佔有重要的角色，且由於機構組成份子的不同及環境的特殊性，就應更了解老人自覺健康的需求，以作為提供合適、個人化照護之依據。因此，本研究以使用質性研究(Qualitative Research)之紮根理論(Grounded Theory)為研究工具方法，期望藉此研究結果，能有效幫助照顧者和醫療提供者增加對機構內老人健康狀態的認知和警覺，來建

構期待之醫療照護模式，提昇機構照護評估與品質的模式，作為機構未來規劃老人健康管理的參考。

第三節 研究問題

在老人長期照護機構中，基於對老人晚年強調必須在「選擇」與「權利」的架構下來思考，在老人面對其罹患疾病是屬於長期性且會遺留殘障等病理狀況，影響老人自覺狀態及接受醫療照護的因素是非常重要的。因此，本研究係以中部某地區公立養護中心接受照護服務的老人為研究對象，該機構收容的老人多數為因疾病、老化所產生日常生活活動功能(Activities of Daily Living, ADLs)以及工具性日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)的能力喪失。加上老人個人生活經驗、老化過程、健康狀況與特殊興趣與選擇的差異，其對於自覺健康狀態所欲決定的需求更加複雜性。而機構提供的醫療服務方式，與老人所期待之醫療需求及狀況又是如何，都是研究者欲探討的方向。

健康是老人最關切的問題，而老人自覺健康的每一個因素，對老人而言都是一種心理歷程，是一複雜的感受與認知過程，並涉及老人較為深入之個人心理情緒及複雜情境，其自覺健康狀況不但不盡相同；其影響因素亦有所差異，對於老人的自覺健康狀況有進一步探討的需要，故運用質性研究來探討養護機構老人自覺健康狀態如何來建構期待之醫療照護模式，期望經由本研究深度訪談的過程，深入瞭解並加以描述，比較能獲得更貼切老人真實資料。

爰此，本研究欲瞭解的問題為：接受機構式照護之老人，目前自覺健康狀態為何？入住前後接受醫療照護服務為何？對於疾病行為為何？就醫的選擇權為何？期待醫療照護模式的建構因素為何？

第四節 研究目的

老人因罹患慢性病或行動不便以致生活無法自理，基於種種因素進入養護機構安置，其生理、心理及社會層面的變化是以階段調整方式來呈現，因為老人的生理與心理調適是跟環境有關而非跟時間有關，所以在照護老人的方式亦應依據不同的情況作出不同的處理模式。

其實老人的生理問題不是光靠身體健康檢查即可得到答案的，也不是倚賴醫生的診斷、藥物的給予及高科技的儀器或技術就可以完全解決。而機構的醫療照護模式往往僅注意老人的生理問題，而忽略其社會心理層面的問題，使得老化成為養護老人導致健康狀況不佳的標籤化因素。

故為瞭解影響老人在自覺健康狀態之因素及異質性，本研究以深度訪談及參與觀察的方式來探討養護老人在生理上、認知上及社會結構的關係。綜上所述，本研究將經由質性研究法之紮根理論來達成主要目的為：

- 一、瞭解老人目前自覺健康狀態之情形。
- 二、分析養護老人入住機構後接受之醫療照護服務模式。
- 三、探究養護老人自覺健康狀態對於疾病採取的行為。
- 四、綜上所述，以養護老人為中心建構所期待之醫療照護模式，並運用於管理階層的實務中，為工作創造最佳服務模式。

因此，研究者期望本文從醫務管理的角度來討論養護機構老人的自覺健康狀態相關情形及期待醫療照護之模式，藉由探討對養護機構老人完整性、個人化的醫療照護模式，可以帶給養護機構老人健康及生活品質的維持及提昇。

第五節 名詞界定

本節將針對本研究中四個重要名詞做探討說明與定義，包括老人、養護老人、老人養護機構、自覺健康狀態。

1. 老人(older)：依據老人福利法第二條規定，所謂老人指年滿六十五歲以上者。
2. 養護老人(older-caregiving)：以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。
3. 老人養護機構(care homes)：指國內已立案收容罹患慢性病或生活自理能力缺損的老人養護機構。
4. 自覺健康狀態(self-perceived health status)：乃指老人對自己整體健康的看法；而本研究則認為「自覺健康狀態」是結合個人獨特的特質，對自己的健康所作的陳述。

第二章 文獻探討

為提升老人在機構中的養護、生活與醫療照護品質的問題，更應該符合老人自覺健康狀態及本身的期待；在面對養護老人的醫療照護問題時，必須對目前人口老化現象及長期照護服務所提供的類型有所瞭解，並再作進一步的陳述。因此，本章分為六節來探討與陳述：第一節、人口老化及現象；第二節、長期照護服務的定義及類型；第三節、接受機構式照護老年人口特質；第四節、老人自覺健康狀態的相關探討；第五節、機構式老人醫療照護現況之探討；第六節、文獻總結。

第一節 人口老化及現象

台灣自 1920 年代開始，醫療科技進步、健康照顧普及，根據內政部(2000)統計資料顯示，台閩地區的老人在 1999 年年底 65 歲以上老人佔總人口的 8.5%，平均餘命 74.9 歲，每百位青壯年人口就需要扶養 12 位老年人口、30.6 幼年人口，「扶老比」較 1993 年增加了 0.2%，「扶幼比」較 1998 年下降了 0.9%。因此，「高齡少子化社會」已漸次形成(如表 2-1)。

表 2-1 臺灣地區未來人口結構推估

項 目		2000 年	2100 年	2110 年	2120 年	2130 年	2140 年
人數 (千人)	0-14 歲	4,649	4,038	3,745	3,446	3,064	2,844
	15-64 歲	15,725	17,050	16,714	15,437	14,143	12,545
	65+歲	1,965	2,459	3,855	5,516	6,309	6,518
占總人 口百分 比(%)	0-14 歲(1)	20.81	17.15	15.40	14.13	13.03	12.98
	15-64 歲(2)	70.39	72.41	68.74	63.27	60.14	57.27
	65+歲(3)	8.80	10.44	15.85	22.61	26.83	29.75
幼年人口扶養比 (1)/(2)%		29.60	23.68	22.41	22.33	21.67	22.67
老年人口扶養比 (3)/(2)%		12.50	14.42	23.06	35.73	44.61	51.96

資料來源：行政院經建會(2004)。

從人口分析觀點為基礎的研究，發現失能老人報告功能改善所需的時間，需要好些年才會有變化(Johnson & Wolinsky, 1994)，其狀況變化的類型及因變化導致的影響是待釐清的重點。高齡化社會所衍生的種種現象與問題，在流行病學、人口學、及後續的醫學研究顯示，老化與失能之間是經驗的相關性，而非因果關係。老化是暴露於損傷身體功能的危險因子，經由累積產生健康轉變，最後產生失能。而罹病則是失能過程的起始點，與失能有複雜的相關，其預測變項還包括整體的自覺健康狀態(Manton, 1989; Verbrugge等人, 1992; Crimmins & Satio, 1993)。

在內政部1996年及2000年的老人狀況調查顯示，台閩地區65歲以上老人有患有慢性病的比例從56%上升至76%，其中以罹患心臟血管疾病(33.6% ~34.7%)及骨骼系統疾病(15.5% ~23.2%)佔多數(內政部，2003)。慢性疾病將取代傳染性疾病而成為醫療照護上最大的挑戰，且隨著人口結構的逐漸老化將造成多重慢性狀態(multiple chronic conditions)盛行率的逐年提高(Wolff等人,2002)，其醫療照護需求將愈顯急迫。

由人類發展階段而言，老年期的發展任務是統合，但面臨身體器官衰退、社會功能的轉變以及家庭結構的衝擊，因而產生了許多挑戰迫使老人必須去面對個人生命歷程中無法變更的事實。尤其老人生理功能的改變，Whetstone與Reid在1991曾提出：慢性病罹患率與老化之間有相當程度關係。其生理老化程度經常與疾病型態併存，也使得人們對老年時期的印象與觀念，幾乎與慢性病是畫上等號。且從 Stanhope & Lancaster(1992)研究指出，65歲以上的老人將近80%至少有一項慢性健康問題，同時有半數的老人有日常活動受限的問題。讓處於人口結構變遷現象的這一世代老人，更因生理功能退化或疾病因

素，無力自我照顧及需人照顧情形日益增加(洪百薰等人，1991)。故因老年時期的轉變，或許會讓老人面對生理功能及生活中相當多現實的因素，且隨著疾病型態的變化，老人在健康狀態的變化也就愈受影響。

據先進國家的經驗指出，隨著老年人口的增加，慢性疾病及功能障礙的人口也會急劇上升。依照 Aronson 與 McColl(1999)對於老年身心障礙者的觀點：第一種情況隨著「正常老化」(normal ageing)而產生的障礙，諸如感官的改變或是關節的變化，此種改變所導致的障礙是許多老年人所經歷的；第二種情況是伴隨年齡所引起的病症，因而導致的障礙，諸如中風與心臟疾病是此類型的代表；第三種情況是隨著年齡增加，慢性疾病進展所導致的障礙，諸如關節炎與神經系統的疾病；第四種情況是關於終身障礙者的議題。總結以上四種情況可發現，老人隨著年齡的增加及疾病發展的歷程，會產生不同程度的生理機能障礙，導致障礙發生後的生理及健康就會開始走入下坡，而且不同障礙之間所發生的交互作用，不僅影響到老人本身，也影響到家庭。

台灣地區人口正在快速老化中，身心功能障礙或老衰的人口也同步遽增；從內政部(2003)公務統計，截至 2002 年 9 月底止，依法領有身心障礙手冊的人數達 81 萬多人，佔全國總人口的 3.61%；而其中 65 歲以上的身心障礙者又佔身心障礙總人口的 34.72%，為各年齡組中所佔比例最高。對老人而言，因生理退化而造成的機能障礙之程度，雖然伴隨老化所帶來的生理變化具有共通性，但是個體障礙之間也具有特殊性，例如因長期糖尿病引發的失明，因脊椎損傷的慢性呼吸問題等，將隨著年齡的增加而愈趨嚴重，繼而對醫療服務與長期照護的需求也大幅增加。

當老人因疾病或老化而導致健康惡化，自我照護能力降低時，從過去的研究中指出，老人的疾病是慢性且需要多方面照顧時(如中風癱瘓病患)，重症病患的照顧之責主要仍由家人來承擔，且多半是女性擔任照顧者的角色(胡幼慧，1991)；但由於女性勞動參與率的提升，由1999年46.0%逐年提升到48.12%創歷史新高(行政院主計處，2005)；更因女性家庭角色分工的影響，使得擔任家庭內照護工作的主要人力萎縮，致使家中無人可以照料年老體衰或病弱之老人，照護家庭面臨沉重的醫療照護負擔。因此，老人一旦失去了健康與獨立的能力，家屬為顧及老人的疾病、照護人手不足等因素，老人必須到機構接受照顧的機會就會增加許多。

政府為順應此種趨勢，乃大力提倡長期照護體系的建立，但也因為如此，老人患重病的存活率增高，致使失能老人或老年身心障礙者有增加的趨勢，且在健康照護需求也較其他年齡人口群為多(謝美娥，1993；Miller,1992)。且隨著老年人口的平均餘命延長，亦意謂著其需要醫療與照顧的時間也會延長；若以老年人口之健康照護措施的規劃為例，首先必須瞭解老人的基本人口學資料，來決定提供那些服務項目(例如治療性、復健性、支持性)，再者是這些服務的醫療提供者，其可有助於做更細緻的規劃或服務提供。此勢必對醫療提供者與衛生福利體系產生影響，例如需要更多照顧人力與成本的投入，以及更完整性照顧方式的提供等。

綜合以上所述，老年人口的罹病率與失能的發生率是有密切的相關，且對疾病上的老化，更應該包含生理、心理、社會等層面；老化或老年人的議題在不同層次上大致皆有或多或少的討論；在醫學、護理界等醫療界視老化為疾病之源，人口研究學認為老人為依賴人口，社會學視老化為一社會問題。由生理老化的高度異質性來看，應再加

入更多社會及自覺健康的詮釋觀點。故本研究對於老化的定義，係透過身體功能系統的改變及與年齡相關疾病的過程來界定老化的現象。

在現代社會中，由於工業化及都市化的發展，社會型態及家庭結構急劇轉變，老人與子女同住的比例已逐年降低，加上傳統的家庭照護人力也日漸縮減，大多數的家庭都已無法獨力承擔照顧老人的全部責任，其疾病的型態與失能亦會增加老人對於醫療服務、復健或照護服務需求增加的原因，另外，隨著年齡老化的問題，老人在生理功能方面的影響也會逐漸浮現，其生理的改變或衰退乃因人而異，在照護措施上必須有更詳盡的評估。雖然，現今在學術及政策方面對老年的議題有相當的關注，但是卻較少主動去探討到因生理功能障礙導致行動不便的養護老人其所具有的特殊性。因此，為求照護服務提供的持續性，擬定適合於老人期待之生活與醫療照護，應是老人醫療保健與福利政策之當首要務。

第二節 長期照護服務的定義及類型

長期照護服務發展的初始理念，主要是為了因應老人、精神病患與身心障礙者照顧的需求，而提供了包括生理、心理以及社會層面的相關服務。且長期照護服務不同於急性醫療照護服務，所包含的層面和範圍較為廣泛及複雜，其定義至今尚不一致，許多學者的研究均指出，長期照護服務不外乎持續性的照護和社會服務二者。而長期照護制度與家庭、社會的關係均極密切，具有明顯並互相牽動的影響因素，對於實施的各種制度及類型，對家庭與社會的影響值得關切。

因此，本研究先以長期照護的定義，就目前國內外學者及組織研究所定義來歸納，並就我國目前實施長期照護服務的類型，包括機構

式照護、社區式照護與家庭式照護來分別探討之。

一、長期照護的定義

長期照護隨著人口老化的服務的需求也趨向多元化來發展，且因在不同時間點的社會需求及文化價值觀念，針對國內、外學者及組織對長期照護的陳述如表2-2，並整理歸納後提出本研究對長期照護的看法。

表 2-2 國內外學者、組織對長期照護的定義

學者、組織	年代	定義
Brody	1977	長期照護可提供一種或一種以上的服務，使慢性功能障礙民眾的健康及安寧幸福能維持在最高的水準。
Koff 、 Ebersole & Hess	1982	罹患慢性生理或心理者，包括所有年齡群的個人，所提供的診斷性、預防性、治療性、復健性、支援性及維持性的服務，其目標為達到個人生理、社會和心理功能上的高水準。
Winn	1982	長期照護是一種範圍很廣的服務措施，可滿足缺乏自我照顧能力的民眾長期的社會保護及醫療照護需要。
Kane & Kane	1987	長期照護是指在一段長時間內，提供身心功能障礙者一套包括醫療、護理、個人及社會支持的長期照護；其目的在促進或維持持身體功能，以增進獨立自主的正常生活能力。
Weissert	1991	長期照護的目標在增進身體、社會、心理功能，其服務對象包含所有年齡組之人口，具有慢性身心障礙者均為其服務對象，對其提供診斷、治療、復健、維護及支持服務，而這些服務可在機構、非機構、及家庭中提供。
Evashwick	1991	長期照護是針對暫時性或慢性功能障礙人口提供一段長時間的健康、社會及住宿服務，使他們盡可能維持最高水準的自主生活功能

表 2-2 國內外學者、組織對長期照護的定義(續)

學者、組織	年代	定義
Barker	1991	在社會工作字典(Social Work Dictionary)中指出,針對長期照護服務意涵的界定,則更為具體:「針對一個因功能受損,導致其在日常生活活動(ADLs)上,如更衣、進食、沐浴、如廁、烹調、購物或服藥上有困難的人,在特定的一段時間內提供其在社會、個人以及健康上的服務系統。
藍忠孚	1993	提供慢性病或失能的人口及關於醫療上、社會及心理上,一段長時間的照護服務。
行政院衛生署	1995	係針對長期照護者提供綜合性與連續性之服務。其服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性及維護性以至於社會性服務。其服務對象不僅須包含病患本身,更應考慮到照護者的需要。
台北市政府	1996	在一段長時間內,對身心功能障礙者提供包含長期性醫療、保健、生活、個人與社會支持的照護。
吳淑瓊	1999	因慢性傷害或老衰而產生身心功能障礙者所提供的照護,而這些照護包括所需的醫療、護理、復健、個人、生活等照護。
陳惠姿	2000	長期照護是一系列的照護服務,依照失能者(失去體能者或智能者)所保有的功能,以合理之價格在合適之場所由適當的服務者在適當的時段提供恰如所需之服務;其目的是為保有尊嚴,能自主地享有優質的生活。
陳世堅	2001	長期照顧乃是透過社會各層面提供需要長期照顧者包括健康照護、個人照護與社會生活照護等三類照護組合而成,而且是一種長期性、連續性、多樣性的服務。
李世代	2004	長期照護是一種健康、生活、安定照顧等相關事務的描述,屬於一種服務理念、理想,亦是一種服務目標、使命的方向。

資料來源：整理自黃曉薇(2000)、劉麗雯(2003)、陳世堅(2001)及李世代(2004)

綜合上述，國內外學者對長期照護的看法，本研究對長期照護的定義為：長期照護為提供慢性病或失能的人口所提供的照護服務，且這些服務內容包括：醫療、護理、復建、生活照顧及心理等照顧服務，其目標為符合個別化需求，維持健康及安寧幸福的最高水準。

二、長期照護服務提供地點與提供服務的頻率多寡

依據1997年1月18日修正公布之「老人福利法」第九條規定，老人福利機構包括：

1. 長期照護機構：以照顧罹患長期慢性疾病且需要醫護服務之老人為目的。
2. 養護機構：以照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人為目的。
3. 安養機構：以安養自費老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人為目的。
4. 文康機構：以舉辦老人休閒、康樂、文藝、技藝、進修及聯誼活動為目的。
5. 服務機構：以提供老人日間照顧、臨時照顧、就業資訊、志願服務、在宅服務、餐飲服務、短期保護及安置、退休準備服務、法律諮詢服務等綜合性服務為目的。

故根據上述的規定，目前老人長期照護機構及老人養護機構皆為收容罹患慢性病或行動不便以致生活無法自理老人之機構。另外由於社會變遷，有甚多早期之老人安養機構（或稱仁愛之家）因安養需求日益減少，為因應老人養護需求日益增加的問題，已逐漸轉型增加養護功能，亦即增收或改收養護老人，雖其機構名稱未改變，惟其機構功能業正轉型為安養養護兼具之型態。

根據謝美娥(1993)的研究中指出，長期照護機構依服務的提供地點與提供服務的頻率多寡可區分為機構式照護(institutional-based care)、社區式照護(community-based care)與家庭式照護(home-based care)類型，以下就這三種類型來分別說明。

(一) 機構式照護

將照護工作完全由專業的醫療護理機構提供，以讓老人全天候留駐機構的方式提供照護服務，家庭所扮演的照顧角色比重甚微，是一種替代性的照護方式。

我國機構式長期照護，依行政管理權屬別共分三類，社政、衛政及退輔會體系三類。早期我國長期照護業務隸屬社政體系，各縣市社會局(科)為提供老人的福利服務，在其業務體系下設有安養機構，公費收養低收入或孤苦無依的老人。後因收養老人的身體狀況日益惡化，需要長期療養者越來越多，因而在安養機構中附設養護中心，之後又設置獨立型態的養護中心，以提供功能障礙的老人長期照護(吳淑瓊，1998)。在長期照護政策發展方面，主要由內政部社會司及衛生署負責之，內政部署重於老人安養、照護、生活協助為主；衛生署著重於失能老人的慢性療護為主；而退輔會體系則主要負責退除役官兵服務救助、照顧方案與榮民之家。

1. 衛生體系

衛政單位所提供之服務項目包括：長期照護管理示範中心、護理之家、喘息服務、居家護理機構、日間照護、老人流感疫苗接種、九二一震災導致重度傷殘者照護計畫等。其中機構式服務，以護理之家與慢性病床為主。國內護理之家區分兩種類型，一為醫院附設型護理之家，另一為獨立型護理之家。至2004年12月止，全國共有252家

護理之家開業服務，獨立型態者有 110 家，附設醫院者有 142 家，提供 14,134 床的服務量(行政院衛生署，2004)。

2. 社會福利體系

在內政部所屬的體系中，其提供內容包括：增設老人福利機構或增修設施設備、補助重病住院看護費用、老人營養方案、老人日間照顧方案、文康休閒活動、照顧服務產業、緊急救援連線等。根據內政部統計處通報資料，概況如表 2-3，截至 2005 年 10 月底為止，台閩地區安養護機構家數與長期照護機構家數合計共 915 家，實際進住人數為 32,621 人，其使用率為 71.03%(內政部統計處，2005)。

3. 榮民體系

在行政院退除役官兵輔導委員會下，設置有「榮民之家安養床」及「榮民醫院慢性病床」。近年由於老榮民逐漸凋零，為鼓勵榮民醫院轉型，資源部分釋放供一般民間使用(吳淑瓊，1998)，相關部會也積極輔導轉型為護理之家。根據中國民國長期照護專業協會(2005)統計資料顯示，截至 2005 年 2 月底止，榮家安養護(含自費安養中心)設有 18 家，共計 12,091 床。

表 2-3 台閩地區安養護機構家數與長期照護機構

機構類別	機構數	可供進住人數	實際進住人數	使用率(%)
長期照護機構	26	1,299	1,023	78.75
養護機構	828	32,155	23,515	73.13
安養機構	47	11,333	7,582	66.90
社區安養堂	10	345	113	32.75
老人公寓	4	794	338	48.87
總計	915	45,926	32,621	71.03

資料來源：內政部統計處(2005)

另根據「老人福利法」在第二章第九條中明文指出，各類老人福利機構，由社政單位主管之，機構中涉及醫事服務者則由衛生單位主管。如上所述，我國目前老人長期照顧服務的項目涉及社會服務照顧與醫療保健兩大範疇。因此，在主管權責部分，亦分屬社會司及衛生署兩個單位，彼此各有立法。

（二）社區式照護

隨著「去機構化(deinstitutionalization movement)」、「社區照顧(communitary care)」的理念風行，1998 年全國社會福利會議後，行政院提出「建構長期照護體系先導計畫」，藉由社區化的老人長期照護服務網絡之建構。此項政策宣示，不僅強化了政府因應國內家庭之外長期照護需求的各項服務開辦，更提供老人及其家庭完善的照顧。社政與衛政單位並開始將長期照護與老人福利服務的提供進一步深入到社區之中。

從過去多位學者的探討中指出，社區式照護為因應 1950 年代後對機構式照護的弊病加以批判，引發去機構化運動而興盛的一種照護方式(引自謝美娥，1993)。而社區照護的方式是一種藉由社區及機構資源提供外展服務(out-reach services)，協助老人及其家屬解決照護問題的補充性服務。Bulmer(1987)指出社區照護主要有下列方式：(1)大型機構以外的照顧；(2)由醫院或機構外各種專業服務輸送；(3)由社區本身提供照顧，如志願與非正式照顧，非正式照顧包括：家人、朋友、鄰居；(4)照護的方式盡可能提供接近常態。從上述四點可知，社區照顧主要是由社區提供正式與非正式照顧，且儘可能接近老人原本的生活常態的一種服務輸送方式，這樣的照護模式不僅強調了老人個人的需求，並朝整合性服務模式的方向而努力。

但根據許多統計資料顯示，針對老人及其家庭對社區照顧服務的滿意度研究指出，接受服務的老人與其家庭對社區照顧服務之滿意度並不高，且認為有頗多可再改進之處(呂寶靜，1997)。因此，「社區照護」的內涵，是在於能否利用社區既有的資源，再結合正式資源(政府、營利機構、志願服務組織)與非正式資源(家人、親戚、朋友、鄰居、志工等互助組織)去提供給有需要的人，使其不脫離原有的生活範圍，而能達到適切的照護(宋蕙安，1997)。這些社會關係的建立，可藉由評估老人及配合持續性照顧的方案，使老人獲得更多服務的提供與選擇。

(三) 家庭式照護

家庭可被視為「自足的單位」，它藉由成員間的相互連結及重要的資源分配而結合在一起。它是主要的、自然的照護供應來源之一，它在整體照護體制中，具有舉足輕重的地位，老人的照護是漢人家庭文化傳承之一。在過去的中國人傳統農業社會中，是以「家族」為經濟及社會生活運作的單位，因而家人親屬自然而然擔負家中老人的照護，加以中國文化「孝道」的規範，家屬照顧殘病的老人是天經地義，根深蒂固的傳統。在家庭照護體系中，提供照護者大多為女性，包括：受照顧者的妻子、媳婦、成年的女兒等(郝溪明，1998)。而女性因受到教育機會的提高、進入市場勞動力的增加，增加了家庭照顧者的角色困難，使得老人所受到的照護質量更是下降。

在一項台灣民眾對老人長期照護安排之態度的研究報告中(吳淑瓊、朱昭美，1995)顯示，民眾認為一般家庭有照護老人的需求時，58.1%會選擇居家式照護，選擇社區式照護為31.8%，而選擇機構式照護為10.1%，傳統居家式的照護方式最能被接受。因此，台灣社會

目前仍以家庭為主要照護角色，僅在必要時由專業人員到府提供居家護理服務以及少部分的家務協助等個人生活照顧服務，使老人得以在家中獲得所需的長期照護。

而家庭式照護方式主要包括：「家人及親屬照顧」、「本國籍監護工」、「外籍監護工」以及「居家照護」、「居家服務」等五項(陳俊全，1997)。當老人罹患的疾病是慢性且需要多方面照顧時(如中風癱瘓病患)，家人仍扮演主要的照顧者，家庭照護資源多寡的有無則會影響老人可否留在家中安療養的因素，同時也會對服務的內容及需求造成影響(高森永，2002)。因此，人口老化的趨勢除了需耗費龐大的醫療服務及急需建構完整的社會福利外，其對家庭的衝擊所產生的社會問題，也是老人相關議題中一個重要的焦點。

第三節 接受機構式照護老年人口特質

高齡人口比率增高，伴隨而來的是衰老及慢性疾病造成的照護需求增多。機構式照護提供老人全天候的住宿服務，服務內容包含醫療、護理、復健、個人與生活照護等。凡病情嚴重危急、依賴度高、或無家庭照護資源並無法以社區或居家方式照護的老人，均為機構式照護的主要服務對象。

一、基本人口學資料

目前接受機構式照護主要服務對象中，以下就性別、年齡、婚姻狀況方面、罹病種類來探討。

(一) 性別方面

在接受機構式照護老人中，根據相關研究顯示並無一致之趨勢，其中男性比率佔多數者(胡幼慧等人，1996；楊克平等，1999)及女性

比率佔多數者(葉莉莉等，2000)，各有文獻支持，可能是研究的方法或調查之對象不同造成之差異，就平均餘命而言，世界各國都以女性高於男性，然而因台灣歷史文化的影響，居住在機構的住民還是以男性較為居多。

(二) 年齡方面

一般而言，年紀愈大，罹患慢性病的比例愈高。當疾病是慢性且需要多方面照顧時(如中風癱瘓病患)，生活照護依賴的程度愈高，選擇機構式照護的可能性較高，接受機構照護老人的年齡多在70-84歲之間(楊瑞珍等，1995；胡幼慧等，1996)。由此可見接受機構式的老人年紀較大。

(三) 婚姻狀況方面

根據過去的研究指出，接受機構照護的老人主要以喪偶者居大多數；可能的原因為利用機構式照護的老人年齡大多偏高。加上中國傳統的觀念，結婚年齡男性大於女性，而平均壽命女性卻高於男性，女性比男性容易喪失配偶(邱黎明，2000；Gee & Kimball,1987；曾榮傑，2001)。因此，接受機構式照護的老人，多數以喪偶者居多。

(四) 罹病種類

根據許多研究指出，接受機構式照護的老人有72-90%患有慢性病，罹病種類以中風(10-60%)、高血壓(28-42%)及糖尿病(11-28%)為主(邱黎明，2000)。而內政部(1999)台閩地區老人福利機構需求概況調查也發現，有病且行動不便者佔12.45%，而臥並在床無自我照顧能力者佔2.2%。

綜合上述，目前接受機構式照護的老人，根據相關研究顯示，性別方面並無一致之趨勢，男女各有文獻支持，其平均年齡均在65歲以上，多數以喪偶者居多，罹病種類均為慢性疾病且為生活無法自理者。

二、生理及心理層面反應

過去的許多研究結果發現，老化是一個動態的過程，其發生年齡與屆於老年期的年齡並不相同。影響老化的速度乃致於達到老年期階段，也可能因人而異(江哲超，2003)。多位學者的研究指出：高血壓、糖尿病、腦中風這三種疾病互為關聯且為危險因素之一，腦中風更是多種慢性疾病中，造成殘障失能主要疾病之一(引自王美治，2004)。造成老化現象不同的因素包括生理面與非生理面、內部基因或外部環境等等。

就老年期的生理特色來看，Miller(1992)從幾個有關老化的生物理論，歸納出以下七點結論：(1)生理的老化是發生在所有有機的生命中；(2)生理的老化是自然、不可避免的、無法逆轉的、以及與時俱進的；(3)每個人老化的過程都不太一樣；(4)人體內的器官與組織的老化速率也不盡相同；(5)生理面的老化會受到非生理面因素的影響；(6)生理的老化過程是不同於病理的老化過程；(7)生理的老化易使個人較無法抵抗疾病的影響。因此，老年人的疾病本質雖然和成人的疾病相差不遠，但由於年齡的問題，會產生一些其他特殊需考慮的因素，對於疾病的對抗亦會隨著老化的過程而受到影響。

在生理方面的老化易使個人較無法抵抗疾病的影響，與年齡相關的疾病便可能出現，且的確會發生在一些特定的身體系統，例如骨骼、肌肉、腦部與神經、感官、循環、呼吸與表皮等。且老人最常見的疾病包括：關節炎、風濕症、骨質疏鬆症、長期糖尿病引發的失明，因脊椎損傷的慢性呼吸問題等。上述這些老年期的生理改變會對老人造成程度不一的影響，例如眼睛無法順利聚焦、步伐與平衡感不佳、聽力嚴重受到影響。而有一些人則會發生所謂的「二度障礙」(secondary impairments)，此導因於原先的障礙或是醫療處遇與復健的

長期影響(孫健忠等人, 2003); 尤其在養護機構中的老人, 身體功能障礙的程度因其很多的器官會耗損, 伴隨著老化, 其疾病更容易發生。

老化是人生必經的過程, 一直以來, 「老化」總是容易令人聯想到生理功能的退化, 如: 動作遲緩、重聽、視力減退、健忘、各種疾病纏身等。許多學者描述老化所產生的衝擊代表著「二度失能」(secondary disability)的開始(Priestley, 2003; 孫健忠等人, 2003), 讓原本生活環境中熟悉的事物, 對老人而言形成新的挑戰(Chenitz, 1983)。因此, 不管老人的生理年齡為何, 伴隨著年齡的老化可能需要個人照顧協助(personal care), 若仍有其他疾病或障礙, 則照顧的需求會更加迫切。

在研究老化與環境適應的各項理論中, 生態理論(ecology theory)是最常被用來解釋因老化所帶來在人與環境相處上的變化。生態理論重視人與環境之間的互動與交換, 主張人會受到環境影響, 而也會影響環境(引自葛雅琴, 2002)。以這個架構來看待老年人與環境之間的互動, 則老化對環境適應最明顯的衝擊就是: 老年人可能因為生、心理功能的衰退或經濟上的匱乏, 而減低了主動改變環境的能力環境(引自葉莉莉等人, 2000)。此外, 精神狀況也會隨著年齡增長而改變, 老人的反應通常較慢, 新事物的接收情形也較差, 或許有些短期記憶的受損, 導致容易健忘, 其對於老年人所產生的種種限制將變得更為明顯。

而在 Erikson 界定的老年期發展的特色為「統整相對於絕望」(Integrity v.s Despair), 亦即在此一階段人們會回顧其過去的一生與成就, 若他們相信他們的生命是有意義且多彩多姿的, 他們會體驗到一種整合的滿足(周伶俐譯, 2000)。但若他們因為一些逝去的機會或無

法解決的危機而感到失望，則會感到後悔乃至於絕望(Ashford 等人, 1997: 454)。老人面對之危機即是老年時期之損失頻繁(Many Loses)，且在老年期，許多不可預期之損失，時常發生或同時發生，例如損失配偶、親友、健康等。故老年期最大的問題即在於如何調適自我的心理與腳步，以配合年紀老去的狀況，及不可避免的體能衰退。

隨著人性品質的照護日趨重要，對於老人精神與物質生活的照護，都應得到最安適的保障，使老人的生活都能過的很安穩。但根據許多研究結果指出，老人剛進住長期照護機構時，因居住環境上的改變及遷移上的適應，會使他們面臨許多適應問題(葛雅琴，2002)。在Lieberman(1961)的研究曾也發現：老年人入住機構後的第一年(特別是前三個月)，有相當高的死亡率。而Holzapfel等人(1992)以醫院中五十位老年人為研究對象，測量並記錄其在搬遷前及搬遷後的各種身、心理反應發現，這些老年人在搬遷後出現適應障礙或問題行為者有很高的比例，如：絕食、拒絕按照醫囑服藥、退縮、甚至是攻擊性的行為等。為此，在老人的機構生活適應過程及影響老人在機構生活適應之因素探討，實需多加關注及給予適當的協助。

生活適應會因著重的問題核心不同，在問題的解除上，有不一樣衡量的標準。Chenitz(1983)的研究並指出，接受機構式照護的老人會發生食慾下降、睡眠改變、倦怠、身體活動功能降低、大小便失禁、健康情形惡化等，造成罹病率或死亡率上升。但對於本來沒有固定居所的人入住機構後，老人覺得三餐有人準備，又有自己的房間可以遮風避雨，是故覺得搬遷到護理之家是非常好的(Nay,1995)。在針對不同遷移因素的老人，往往在探討其生理、心理層面的影響時，應強調考量老人對於適應環境改變的調整，並應主動持續的評估遷居對老人所產生的變化。

從上述討論的結果得知，接受機構式照護服務的老人，當他們年歲日增的同時，其身體機能相對退化。而老人的身體狀況是一種動態性的變化，在有疾病時，醫療照護的需求較高；在一般病情穩定時，生活照顧的需求較高，且不可否認的是，當社會提供了大量的醫療設備、安養設施及醫護人員來照顧老人，健康就成為老人最首要的需求，因此，應該正視老人在醫療、社會心理等層面需求之滿足。

第四節 老人自覺健康狀態的相關探討

一、自覺健康的概念與測量

(一) 健康的定義

根據WHO的定義：「健康是一種生理、心理、社會的完整狀態，而非僅是沒有疾病」，亦即健康不僅是沒有疾病，也是一種生活品質。然而何謂健康？以往對於健康狀況的評估，往往是以有無「不健康」來衡量，例如有沒有疾病、障礙等。最常用的衡量法是問受訪者「大致說來，您目前的健康狀況如何？」，依其對自己整體的健康狀態，以非常好、好、尚可、不好、非常不好的方式來勾選。

但這種評估方式已逐漸由正面定義來取代。Abel-Smith(1994)便認為健康狀況的評估仍是回歸以死亡率(mortality)、疾病發生率(morbidity)等方式測量之較為準確。Lians(1986)認為健康狀態的評量，可從三個層面加以衡量(引自高森永，2002)：

1. 由個人主觀的自評健康狀況。
2. 經由醫師的專業檢查，客觀的判定是否罹患某種疾病。
3. 透過量表評估其活動能力(如 ADLs 及 IADLs)，來判定一個人的健康狀況。

從上述三點可知，健康狀態的評估非完全能由客觀生理狀況或功能行動能力所預測，與個人主觀的自評健康狀態有相當密切的關係。

長期照護下老人的健康是我們所不能忽視的問題。Holland(1991)認為「健康」是一個多重面向與意涵的概括，強調身體、心理、社會各層面的健康，且必須與環境相對應(引自劉麗雯，2003)。對健康的觀點除了著重在生理層面，也應包括心理及社會層面的功能狀態，不僅著重於生理功能是否良好及有無疾病外，也需重視心理狀況的平衡及個體對於週遭環境及內在之間的良好適應(洪百薰等人，1991)。另外，在Fillenbaum(1979)以千名老人進行健康自評的研究，發現健康自評相當接近反映出客觀的身體健康狀況。這些問題都是我們在面對老人健康狀態時，且必須去了解老人永遠有權利去參與、決定自己覺得想要過的生活與健康。

(二) 自覺健康的概念與測量

擁有好的生理健康是成功老化首要條件，它也是生活品質的一個客觀指標，自覺健康是指個人對自己健康作的整體評估(Svedberg等人,2001)。當在評估生理健康時應從主、客觀兩方面來作評估(Zhan，1992)。主觀方面，Fry(1996)指出，老人之自覺身體或心理感覺是評估其整體身體功能狀況的主要指標(引自高森永，2002)。而兩者中又以主觀的自覺健康狀況為影響老人生活滿意度的較重要因素(黃國彥、鍾思嘉，1987)。

在了解老人的自覺健康概念與需求時，也應從各個面向的因素來探討。而Aderson(1998)強調，最具體反映生活品質及老人對自身健康評價的指標，就是活動功能狀態。自覺健康狀況比客觀的健康評估更會影響個人的生活品質(Spiro等人,2000)，甚至可以作為預測健康照護

的使用率(Bath,1999)、住院率(Mutran & Ferraro,1988)及死亡率的指標之一(Idler等人,1997)。因為罹病情形越多，死亡機率未必就越高，而老年的活動功能能力卻可預測老人未來的存活。

此外，老人對醫療的使用情況，亦會影響老人對於自覺健康概念的評量。在陸洛(1994)的研究顯示，自覺健康與醫師評估罹病數目、罹病率之間具有高度相關性。而Corral等人(1995)的研究亦指出，老年人整體的自覺健康狀態與功能評估之結果有高度的相關。而疾病種類分佈也產生不同類型的失能(Manton,1989)。至於連結罹病率與失能率的重要預測變項，還包括整體健康自評(Crimmins & Satio,1993)。因此，在探討老人健康狀態應要包括：自覺健康狀況、疾病種類、罹患慢性病及活動能力等。

綜合上述討論，本研究對於自覺健康的概念為指老人對自己整體健康的看法；其測量方式包括老人對健康主觀及客觀的陳述。

二、老人自覺健康狀態相關實證研究

老人所面臨之問題很多，舉凡食衣住行育樂、醫療保健與臨終安排等等，但最嚴重之問題即為貧病孤閒，也就是最迫切之醫療與經濟獨立。比起年青人，老人比較多病，老人之身心遭受慢性疾病之困擾者很多。而對老人自覺影響健康最大的是心理健康面向、其次是身體健康面向、最後是社會健康面向(許游雅，1998)。

(一) 在自覺健康情形方面

近年來有許多學者研究發現自覺健康狀況在老年人的重要性(高森永，2000；吳淑瓊等人，1997；謝碧晴，2003)。但以往有關老人自覺健康等相關議題的研究，多數採用問卷調查方式作資料收集，且

對健康的研究大多著重在生理健康層面。針對居住在社區的老人，從高森永等人(2000)的研究顯示，北部七縣市社區老人以覺得自己目前健康情形為普通者居多(47.7%)，自覺很健康及健康者佔28.4%。而對於居住在機構中老人，在吳淑瓊、張明正(1997)之研究發現，養護中心老人自覺健康良好者只佔27.6%，自覺健康狀況差則佔32.9%，而有89.1%罹患一種以上之慢性病。且機構內老人自覺身體狀況則會影響老人對生活品質的詮釋(謝碧晴，2003)。

「健康」為影響老人生活滿意度之關鍵因素，尤其在生理退化時健康問題更容易浮現。蔡文玲(1998)曾使用中文版多元評估問卷，以縱貫性追蹤研究，探討社區老人身體、精神及社會功能的影響，結果發現隨著年齡增加，老人自覺健康的情形不好者居多、日常活動能力下降、精神狀況越差、生活不滿意比率增高；而當老人自覺健康狀況越好時，則其生活品質越佳(梁金麗，2001)。

(二) 影響老人自覺健康的因素

近年來有越來越多探討健康照護服務的研究，都以自覺健康狀況作為服務對象之健康成果評量的工具(Bosworth等人, 1999)。在唐憶淨等人(1999)研究，以民國85年設籍台中市的65歲以上居民為抽樣的母群體，與自覺健康狀態較差有明顯相關的因素包括：性別(女性)、無老伴、教育程度低、經濟因素、睡眠、無運動、慢性病數目多等因素。其研究發現老年人在身體、心理、生活上皆存在有強力預測自覺健康狀態的因子。

而趙珮琰(2002)以台中市眷村100位65歲以上的老榮民為研究對象，資料分析結果發現老榮民自覺健康狀況會因年齡、教育程度、退伍軍階、經濟狀況及慢性病數目之不同，而出現組間顯著差異。

因此在不同族群中，其自覺健康的影響因素會與老人身體、心理等各方面的特性有著密切的關係。

此外，根據柯瓊芳(1995)進行歐洲12國老人調查(法國、比利時、荷蘭、西德、義大利、盧森堡、丹麥、愛爾蘭、英國、希臘、西班牙及葡萄牙)，分析3,584名66歲以上的老人自評健康狀況發現，他們的自評健康狀況不但差異極大，影響其自評健康狀況的社經人口變項亦有所不同；其影響老人自評健康狀況的自變項則以生活滿意度、肥胖程度及社經地位等變項最為重要。且意謂影響老人自評健康狀況的變項極多，且可能因時因地而有所不同，很難一概而論。

(三) 自覺健康與醫療利用率的情形

根據Andersen(1968)所提出的醫療利用模式，其將個人的特徵(population characteristics)區分為三個主要的影響醫療資源使用的因素，分別是傾向因素(predisposing characteristics)、能力因素(enabling resources)與需要因素(need)。當運用於特定老年族群時，在自評健康與醫療服務利用的關係，從國外文獻Markides(1985)的研究中，指出身體症狀數及自評健康，是影響墨西哥老年一代使用門診的主要因素。而老人的就醫行為與其主觀自評健康狀況有相當密切關係，自評健康狀況又無法能完全由客觀生理狀況或功能行動能力所預測。

從江哲超(2003)的研究為長期追蹤(panel)的縱貫性機率抽樣調查，是家庭計畫研究所於1989年時，以1988年年底滿60歲以上並居住地在非山地地區之老人為母群體，該研究結果顯示，自評健康狀況較差、慢性疾病總數較多、身體功能分數較低的老人，其每月門診次數使用情形有較高的傾向，即可呼應Markides的發現；且ADL分數較低的老人，其每年西醫住院次數亦有較多的趨勢。基於以上的分析，

可見在自覺健康狀況較差的老人，在醫療使用率上皆有顯著的影響力。

此外，秦毛漁等人(2003)以立意取樣，選取花蓮市、吉安鄉及新城鄉 65 歲以上獨居老人為研究對象，有效個案 94 位，研究結果顯示獨居老人自覺健康為一般程度，醫療偏好、疾病嚴重度為中醫醫療使用重要變項；其宗教信仰、活動能力及自評慢性疾病數是西醫醫療使用之重要變項；年齡、籍貫、子女數及疾病嚴重度等是非正式醫療的重要變項。有關學者之所以對老年人的健康狀況特別予以關心，主要是由於健康狀況除了與死亡率有極大相關外，健康狀況的好壞往往牽涉到醫療需求的多寡(引自柯瓊芳，1995)。

綜上所述，不管是主觀或客觀的健康狀況衡量，老人對自覺健康的因素是很複雜的，且自覺健康狀態才是個人實際健康的最佳指標，因為自覺健康的好壞程度可能會影響到老人對醫療服務的使用程度。因此，探討老人的健康問題，也並不是從單一理論或單一面向就可以解釋的。

第五節 機構式老人醫療照護現況之探討

照護機構係屬一勞力密集產業，一般而言，照護機構中院民的疾病嚴重程度愈高，照護服務的複雜程度也愈高。長期照護老人有多重病症及多重病因，每個人有其不同背景及獨特的生活方式。根據內政部(1999)台閩地區老人福利機構需求概況調查也發現，有病且行動不便者佔12.45%，而臥病在床無自我照顧能力者佔2.2%。老年人口健康狀況的異質性很大，在陳俊全(1997)之研究中發現，就總醫療費用來看，老年人口(65歲以上)約為年輕人口(0~19歲)之五倍；若以慢性

病做為長期照護醫療需求之指標來分析，則老年人口慢性病醫療費用約年輕人口之三十六倍，差距極大。

機構的老人面對著移居的壓力，會使其易有生理功能逐漸下降、自尊心降低、憂鬱、憤怒和焦慮等狀況(引自陳玉敏，2003)。且長期照護機構的老人大多有某種程度的身心健康及身體活動功能障礙。范麗娟(1995)指出：正視老人異質性是有其必要性，尤其是在對未來老年人的需求程度及需求種類進行正確的推估，就必須深入地了解老人的社會文化特質，因為這些都有可能影響到他們的需求種類及需求程度。

而家屬將老人安置在機構中，多半是老人的自我照顧能力嚴重受損，以及老人的病症需要專業知識與技術來處理；機構的醫療照護模式多半側重在發現養護老人疾病的發生原因(etiology)、病理變化(pathology)、及其醫療上的症狀與結果(manifestation)；這種醫療照護模式僅看到了病人的生物醫學面向的原因與結果，而忽視了所帶來的社會及行為方面的影響與後果(董和銳，2003)。

在健康照顧業務缺乏彈性的常規中，老人們變成了物件，他們的個別需要經常被忽略了(Stearns等人,1996)。然而我國現行醫療照護系統仍著重於提供急性醫療照護，對於慢性醫療照護亦僅是針對單一慢性狀態而設計，忽略了老人罹患多重慢性狀態之醫療需求(梁煙純，2004)。因此所提供的長期照護必須因人而異，並要顧及其生理、心理及社會的全面需要，才能夠增進其健康。

在1991年聯合國老人權利宣言中強調『維持個人自立、增進社會參與、獲得照顧、促進自我實現、維護尊嚴與公平對待』之原則；對於老人照顧更要求『能享有人性之尊嚴與基本自由，包括對他們的需

求及隱私權的尊重，並參與攸關他們的照顧以及生活品質之決定』(引自呂寶靜，1997)。家庭照顧者將老人送至照護機構後，皆高度關注老人的所獲得營養及身體照顧等照護品質，但機構尚有許多問題仍待進一步了解，如：老人在機構內所獲得的照顧是否符合老人們的需求？老人們過著什麼樣的生活？他們期望什麼樣的生活？在考慮「應以何種照護方式來達到機構老人的期望」前，先了解老人喜好過什麼樣的生活是很重要的，才不至於流於機構化的(institutionalized)制式照護服務(許敏桃，2001)。

雖然國內社政部門及衛政單位分別訂定機構的設立標準並進行評鑑的機制以確保老人照護服務品質，但這些只能侷限在長期機構結構面上符合標準的確認，未能確保老人接受合宜的照護計劃及照護結果(高森永，2002)。因此，對於居住在養護機構老人的需求，每位老人因其疾病與失能狀況不同、家庭與社會資源差異、個人喜好不一等因素，在不同的時點照護需求各自不同。

第六節 文獻總結

當老年人年歲日高的同時，其身體機能相對退化。而老人的身體狀況是一種動態性的變化，伴隨而來的是健康照護需求的增加。且因在生理方面的老化易使個人較無法抵抗疾病的影響，與年齡相關的疾病便可能出現，且老人尋求醫療服務時並不一定都有病，只要老人主觀的認為他們的健康有問題，他們就會尋求醫療診治，影響老人自覺健康狀況的變項極多，可能因時因地而有所不同，很難一概而論。在人口老化快速成長的同時，為了有效控制醫療費用，並顧及老人個人的需求，對於老人的自覺健康狀態有進一步探討的需要。

養護機構的服務與醫療處理之間有其差異性存在，養護機構照顧主要的目的在於維持功能與社會支持，不同於醫院照顧。過程與結果面涉及照護服務的程序與效果，老人養護的程序，並無一定之標準可遵循；其服務的結果，不似醫院可使人經由醫療行為而獲得康復。老人在養護機構之中，身心最好的狀況，往往只能獲得維持，而無法獲得很大的改善，到目前為止，很難獲得一致認同的指標。

因此，老人之醫療及照護問題乃一連續性且綜合性的問題，包括社會支持、保健、醫療、復健與財務等服務，其涵蓋面是多元且複雜的。本研究欲瞭解老人自覺健康的變化狀況，探究其影響因素，方有可能進一步掌握老人的身心狀況功能，而針對不同老人的需求類型及期待，建構不同醫療照護模式的內容。

第三章 研究設計與方法

本研究係以老人自覺健康狀態來探討深入了解養護老人個人特質、生理及心理各層面的關係，並同時希望建構養護老人與期待醫療照護模式的脈絡關係，將之進行比較分析主要相關因子。

第一節 研究方法

本研究旨在經由質性研究(Qualitative research)從老人的自覺健康狀態及相關影響因子來建構期待之醫療照護模式。因老人在不同時期、文化及老年階段會有各種不同的看待方式；為達成前述的研究目的，係採用質性研究來進行分析，其主要原因如下所述：

在研究方法方面，許多學者的文獻與研究中均指出：質性研究主要是透過自然研究做真實世界的觀察，瞭解自然發生狀態中的現象，注重人類行為的主觀意義、當事者的內在觀點、以及人們解釋其經驗的過程(簡春安、鄒平儀，1998；吳芝儀、李奉儒譯，1995)。而質性研究是自然的(naturalistic)，其情境是一項自然發生的事件、方案、關係或互動，運用質性研究，乃是為了瞭解在自然發生中的狀態。胡幼慧(1996)歸納適用質性研究的條件為：(1)進入一個很不熟悉的社會系統時；(2)在一個不具控制和正式權威的情境中；(3)當低度的觀念概化和學說建構的背景下；(4)適用於描述複雜的社會現象，需要案主的主觀理念，以及實際參與者客觀印象的表現時；(5)適於定義一個新概念和形成新的假設。本論文是以老人自覺健康狀態來探討影響因素並建構期待之醫療照護模式，其強調對於健康主觀的描述，老人會有不同的自覺健康狀態，而其中又會受到許多內外因素的影響。

因此，研究者應投入研究情境中，才可以發現背後不為人知之連結關係，補充量化研究之不足或做為量化研究之基礎，並運用質性研

究的特性，以瞭解居住在養護機構的老人其自覺健康的狀態。

質性研究在蒐集資料時，根據 Lofland(1984)指出，有四項以人為導向的要求：(1)質性研究必須對研究的人與情境非常接近，以便能深入的了解詳情；(2)質性研究必須掌握實際所發生的事，清楚瞭解當事者口中所說話語的真意；(3)必須對大量的人物，種種活動、各類人際互動，以及各種場合的情況做好詳盡的描述；(4)對人們所說的話和書面的文字做直接的描述與分析(引自胡幼慧，1996)。

由上可知，實地工作(fieldwork)是質性研究中很重要的工作，也就是說為了深入探討瞭解事實的真相或影響的因素及事實或現象發生的過程，研究者必須主動積極地參與觀察者的生活，進入實地真實的方案世界並接近情境，以便在其自然發生的複雜性中，增加對方案的瞭解，這使得對外在可觀察行為和內在狀態(世界說、意見、價值、態度、符號的建構等)兩者的描述和理解成為可能。

但對質性研究而言，如無與被研究的人們在環境下做直接而個人的接觸，觀察者無法充分瞭解人類行為，也唯有如此，觀察者才能真確地辨識他人的思考行動和感受。由於研究者曾經在安養護機構擔任行政與管理的工作，並與機構中養護老人接觸，唯有透過參與觀察並與老人深度訪談方式才能獲得他們在機構中影響自覺健康相關因素的資料，來建構老人期待之醫療照護模式，因此，就研究者及研究目的而言，運用質性研究來探索建構老人期待之醫療過程是非常合適的方向。

紮根理論是Glaser及Strauss所提出的質性研究方法，被認為是質性研究中最科學的一種方法。這是指它十分遵循科學原則(同時強調歸納和演譯法)，比較的原則，假設驗證與理論的建立。它也是田野

研究的一種形式，用以解釋和探索自然情境下的現象，主要是希望能對研究個體或群體之行為，信仰或態度等，進行深入層面的了解(Polit & Hungler,1991)。

紮根理論在執行上，除了理論意涵外，其作為質性研究的策略，案例的多寡與理論間的關係，並不像量化研究般，為進行統計分析在樣本上須達一定的統計標準數量，意即案例要達到某種程度的多，成為研究者蒐集分析的對象，才能符合科學的邏輯，同時保持研究的彈性，紮根理論研究法是一面蒐集資料一面檢驗的連續循環過程，同時在蒐集一份資料時，研究者就進行比較以刺激思考，以全面找尋研究對象的主要特質(prominent features)，此一特質若再經比較，發現是所研究對象中普遍相同的特質，即可歸納並提升到抽象層次，稱為概念，因而縮減了必要蒐集的資料，若性質不同，則可因比較而發現造成現象差異的社會結構或社會情境因素。

本研究以養護老人自覺健康研究為題，可與研究者過去從事醫療院所與安養護機構老人之行政工作內容、訓練及生活經驗背景相連結，有助於紮根理論研究中，柔和運用個人經驗、背景與訓練。研究者基於在實務中發現養護老人在居住機構期間，遭遇就醫痛苦的經驗，其自覺健康反應的方式或影響因素，讓他無法獲得有效且即時的調整和健康，且近年來老人養護需求日益增加，使得養護機構不斷興設，希望藉由此研究探索老人在自覺健康之相關影響因素與所遭遇之醫療照護問題，期能透過研究發現真相並協助老人在老年時期能獲得持續性的醫療照護模式。

探討老人的健康問題，不是單一理論可以解釋的，因老化所造成的影響及身體的失能程度，亦不是從單一面向所能窺見，或僅靠特定

的類型或變數(高森永，2002；王永金等譯，2000)。因此，研究者選擇質性研究來瞭解養護老人對於自覺健康所產生的過程、嘗試發現新觀念或新模式以擬定建構，並對某一特別之現象作更進一步瞭解。

第二節 研究設計

養護老人之臨床表現與處置方式隨著老化所帶來的改變，他們在許多方面及環境改變的調適能力也大不如從前。研究者運用質性研究方法以完整的(holistic)方式，運用「深度的描述」，傳達受訪者錯綜複雜的世界。相較於量化(quantitative research)的調查，Mishler(1986)認為，訪談是一種研究者與受訪者共同建構意義的行動過程。而深度訪談更能讓研究者有機會學習到、觀察到未曾看見或聽見的另一種詮釋。

在訪談中，受訪者以現在的觀點、過去經驗及未來期待，重新思考表達他的經驗及過程，乃至於整體的情境脈絡，透過語言表述，呈現在研究者面前。老人均有某種程度上的身心功能障礙而遷入安療養機構，此對老人而言是一項很重大的改變。由於是各種不同層面、不同專業背景來提供服務，因此，Loflands 和 Loflands (1984)指出，為了對一個團體有所謂的科學了解(scientific understanding)，而在那個團體內建立和維持多面向和長期性的關係，以利研究的過程。

Loflands 等人(1984)強調，研究者在那個團體出席不是唯一的目的，卻是最低的要件之一。Bluner(1969)認為組織或團體都有一些假設存在，而這些假設也是反映該組織的基礎，受訪者通常會受到這些習以為常的假設影響，藉由參與觀察法直接探索這些假設，從中去了解其賦予的意義(引自胡幼慧，1996:201)。所以研究者為了探究長期照護機構的老年人遭受持續老化的威脅，以及心靈與社會關係的巨

變，需要了解過程、事件、關係及背景脈絡來建構期待之醫療照護模式。根據上述研究方法論，採用下列兩種研究方法進行：

一、深度訪談法(depth interviews)

本研究採取開放式的訪談方式，訪談過程則運用一般性的訪談指引做為訪談重心，此指引可協助研究者從研究的對象上取得資訊。以事先擬定的訪談大綱及相關問題為基礎，採取開放式問答方式來進行訪談。訪談大綱(參閱附錄一)分述如下：

1. 接受機構式照護之老人，目前老人自覺健康狀態為何？
2. 入住前後接受醫療照護服務為何？
3. 對於疾病行為為何？
4. 就醫的選擇權為何？
5. 期待醫療照護模式因素為何？

二、參與觀察(participant observation)

著手開始蒐集資料前，事先編製訪談大綱(interview guide)，並取得該機構長官及單位護理人員、工作人員之同意與認同，與之保持密切的關係。研究中透過參與觀察的過程有非正式的會談情形，並隨著研究的進行適時的修正。採取一個超然的立場觀察立場，並在與住民自然互動的過程中發現問題，捕捉場域中的自然行為(王永金等譯，2000)。研究者的立場也會與環境一致，隨著參與的過程，在必要時作適當的調整。

對於一些機構事件中，前置與後續事件的觀察，以及在事件發生之前、之間和之後，參與觀察者對其意義的解釋，及所紀錄之資料，比起僅用訪談或其他方法所蒐集之資料，可以獲得更多關於研究事件之訊息。

第三節 資料來源

在研究對象上，將以中部某公立養護中心為研究場域，針對機構的養護老人採用參與觀察及深度訪談作為蒐集資料的主要來源，並依據研究的目的，在資源可以獲得的可及性，及有限的時間做開放式取樣。

一、資料收集的工具

本研究所採用之資料收集方法為開放式的深入訪談法。深度訪談法中的訪談大綱(interview guide)，是將訪談主題事先以綱要方式明定，研究者視情況決定問題的先後次序與用字遣辭。本研究資料收集之工具為根據影響自覺健康等相關文獻所設計出的訪談大綱。為了盡可能獲得更多資料，以釐清每一個主題，研究者針對每個主題相關的自覺健康及就醫經驗等都準備了題目，這一連串的問題相當多，並鼓勵受訪者只對於能引發他們興趣的問題暢所欲言。

二、資料收集過程

先針對機構三至四位訪談者進行試測(pilot study)，向老人解釋研究的目的，透過相關問題的探討來修改訪談大綱的關鍵範圍。研究者進行訪談時，即依照此訪談大綱之內容進行深度訪談。在訪談過程中，研究者依照訪談大綱為架構，兩次深入與研究對象進行開放式訪談，以取得本研究所需之資料。

第一次訪談，所準備的問題都相當簡單，在訪談過程中，徵求老人的同意用錄音筆錄下訪談內容，在訪談中首先會詢問老人基本資料，包括：年齡、語言、教育程度、婚姻狀況、疾病史。所有的問題都是開放式的，訪談過程能非常自由自在的進行，並以錄音的方式進

行，訪談時間大概將近一個小時。在進行第一次訪談前，並未閱讀任何受訪的資料，如此研究者才能具有一般訪員對受訪者應有的興趣。

一般來說，第二次訪談的設計都比第一次訪談難，但收穫都較多。研究者先前與受訪者間所建立的信任關係，縮短了準備工作所需的時間。而且原先紀錄與前一次訪談所獲的資料，讓我們能設想出以前不可能問的問題。

並藉著提供自己的經驗觸動受訪者的回憶，在許多訪談過程中，受訪者的動作、笑聲及說話的語調都能引起溫暖共鳴的感覺；另一方面，有些受訪者，也許因為習慣(畢竟這些年來他們已經接受了幾次問卷式的訪談)，會提供以前給過的資料或重複說著相同的經驗，以提供研究者建構問題思考的依據。

三、訪談筆記

每次訪談後，研究者將寫下訪談的重點紀錄，以撰寫「實地筆記」為主。通常是在場域裡偷空先用速記的方法摘要式的寫下關鍵句與事件重點，主要紀錄訪談過程中互動的狀況，詳細描寫觀察到的現象與場域中的對話、時間、地點、人物... 等。在訪談過程中，一一紀錄受訪者非口語訊息、主觀感受，並摘要寫下受訪者訪談中的表現、感受與心得，或針對研究主題的新發現等等。此紀錄將可以提供研究者反思的輔助及探索的深度。

四、研究對象

本研究著重深度訪談，透過深入的訪問去蒐集訪談者內在的感受與親身經歷，以獲得現象的瞭解，不同於量化研究要用大量的樣本。因此，選擇立意抽樣(purposeful sampling)之方式，選取資訊豐富之個案(information-rich cases)，即此個案亦有大量對研究目的相當主要的

訊息及內容。故本研究在立意抽樣的做法有以下三點主要考量(吳芝儀、李奉儒譯，1995)：(1)極端或異常個案抽樣，及抽取有異常及特殊個案，以瞭解個案問題行成的過程與原因。(2)深度抽樣：抽取典型或充分代表研究現象之個案，由於極端或不尋常的個案可能會由於其特殊性而不足以說明問題，因此研究者要找那些具有相當深度的樣本。(3)最大變異抽樣：即選取變異多的小樣本，以說明事實與現象中的變異及變異中明顯的共通性。

本研究會集中深入地研究精心選擇的樣本數，主要希望透過對於機構內所收容公、自費養護老人的深度訪談，去了解影響老人自覺健康因素的過程。Polit及Hungler(1999)說明立意取樣的樣本數決定於資訊上的考量，當新樣本已不能再提供新的資訊，即表示樣本數已足夠，「資料飽和」(data saturation)是選樣的指導原則。而本研究選擇樣本的基本要件之一，就是他們一直居住在這個區域。其條件為：(1)該中心65歲以上之住民，可言語表達者；(2)可以國、台語溝通者；(3)由該中心護理人員、工作人員確認該住民生理與認知功能可進行資料收集；(4)老人本身同意參與研究。

根據上述選樣的條件，在正式研究的取樣上，由於主要是探討老人自覺健康狀態相關因素及期待之醫療照護模式，而該養護中心的住民多半是意識不清或認知、表達功能不清楚，且訪談期間因老人病況不穩定無法繼續第二次訪談，符合選樣基本條件且願意接受訪談者大約有三十位老人。在研究進行期間，將訪談收集的資料融合對照個案有關之文獻資料與個案紀錄，並密集地檢視資料；在收案到第九位個案時，回應編排資料中已屢次出現相同的類屬及概念，因此，透過不斷分析、歸納及比較資料後，在第十二位個案後已達到「資料飽和」。

第四節 資料分析方法

由於質性研究所蒐集的為大量的語言資料，在資料分析上使亦「敘說分析」(Narrative analysis)及言詞上的分析為主(胡幼慧，1996)。本研究中所有的訪談過程，皆有取得參與研究的住民同意後再進行錄音記錄的工作，資料的來源是經由錄音來紀錄並運用老人使用的語言(台語或國語)進行轉寫文字方式，以期獲得更完整的資料。

在資料的分析，本研究以深度訪談(depth interviews)逐字稿作為主要資料的來源。為提升研究者對訪談逐字稿的理解度，將重複閱讀訪談逐字稿，並不定期與指導教授進行資料分析的討論，比較對內容分析不同的看法，以增進分析資料的嚴謹度和深度，來檢視研究歷程中的合適性(adequacy)與紮根性(grounding)。

紮根理論強調文獻可作為資料的次級來源，包括技術性文獻(technical literature)與非技術性文獻(nontechnical literature)，前者指專業的學術性寫作，後者指日誌、文件、草稿等其他附件(黃惠雯、童琬芬等譯，2003)。因此，本研究採用參與觀察與深度訪談作為蒐集資料的主要來源，並參考相關學術性書籍等技術性文獻與研究場域的日誌等非技術性文獻，以輔助訪談和參與觀察資料，來思考資料的概念屬性和面向。同時亦參考實地札記、訪談札記、備忘錄以及機構人員所提供之其他非技術性文獻，促進研究者對訪談逐字稿的全面性瞭解。

所以在資料分析步驟上，依照研究者的分類，質性資料分析的過程主要有依題序分別集中、研讀每個受訪者個案、建構類型、文獻印證、發展概念架構模式或理論、資料引證呈現六個步驟，敘述如下(徐宗國，1997；吳芝儀、李奉儒譯，1995:334-5)：

(一) 依題序分別集中

每個受訪者均依訪談大綱進行訪問，當所有的資料均逐字登錄後，研究者依大綱分主題進行探討，並從老人給予的訊息與機構提供的資料比較分析，剖析當中的意涵。

(二) 研讀每個受訪者個案

探索其在每一主題的意義進行開放登錄(open coding)。研究者詳細並重複閱讀訪談資料，並從中找出關鍵字句與老人所要表達的意念、當時的情緒及感受，並對這些關鍵性意義的給予命名。在藉由資料歸納的過程，將相同概念的資料聚集在一起。

(三) 建構類型

其命名的方式研究者利用既有的理論概念、來源及相關意義，以及在參與觀察中，對週遭事物的感受及信念來賦予更抽象化的名稱，並透過反覆思索的跡象、整體間的平衡來建構老人在自覺健康狀態上的反應與結果。

(四) 文獻印證

在初期的文獻探討與資料分析階段仍持續的收集與本研究有關的文獻、相關理論以及老人的個案資料與照護紀錄，來與訪談資料作比較、印證；同時從老人描述的情境去看待事件發生的觀點、經歷、過程中構成的要素，使資料分析的工作可以引發更多的思考與創造。

(五) 發展概念架構模式或理論

研究者依自己的歸納、發現來將研究結果整理發展概念架構。

(六) 資料引證呈現

分析資料引用研究對象自我陳述中的第一手資料，來做為研究中的引證實例。這些資料將完全以研究對象自己的語言、想法、經驗來

說明；由於受訪對象在口語表達能力上有其限制，也多使用台語陳述，在引用資料時，為了保持研究對象的原意，未對其訪談內容加以修飾、刪減，因此在閱讀會有不通順的情形發生。

第五節 信度與效度的考量

面對質性研究方法之信度與效度問題的爭議，經許多學者的努力下，已經發展出一些科學的「客觀性」為判定標準。Lincoln 和 Guba(1984)也曾對質性研究的信度與效度提出見解，認為信度是可重複性(replication)，效度是指可靠性(dependability)、穩定性(stability)、一致性(consistency)、可預測性(predictability)與正確性(accuracy)(引自吳芝儀、李奉儒譯，1995)：

(一)確實性(credibility)：即內在效度，指質性研究資料真實的程度，即研究者真正觀察到所希望觀察的，有五個技巧可以增加資料的真實性：(1)增加資料確實性的機率，包括研究情境的控制、資料一致性的確定、資料來源多元化；(2)研究同儕的參與討論(peer debriefing)；(3)相異個案資料的收集(negative case analysis)；(4)資料收集上有足夠的輔助工具(referential analysis)；(5)資料的再驗證(membercheck)。

(二)可轉換性(transferability)：即外在效度，指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述，增加資料可轉換性的技巧為深厚描述(thick description)。受訪者在原始資料所陳述的情感與經驗，研究者能謹慎的將資料的脈絡、意圖(intention)、意義、行動轉換成文字資料。亦即資料的可比較性與詮釋性。

(三)可靠性(dependability)：指內在信度，乃指個人經驗的重要性與唯一性。因此，如何取得可靠性的資料，乃研究過程中運用資料收集

策略的重點，研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可靠性。

綜合以上，質性研究結果之準確度與可信度，相當程度取決於研究者之方法論、技巧、敏感度和誠實，因此，研究者在研究進行中，將盡量做到下列的控制，以增進信度與效度。

(一) 增加確實性(credibility)：即內在效度

在研究情境上，於開始進行正式訪問前，事先對受訪者說明研究目的與過程，讓受訪者能充分參與，並向受訪者確保研究的保密性，且內容絕對保密，已獲得受訪者的信任與同意後，才開始進行資料的收集。

在資料一致性的確定上：對於每位受訪者，除了進行訪談外，盡可能索取相關的資料，包括檢閱受訪者資料及個案訪視紀錄、護理生活紀錄、病歷資料等，配合訪談與觀察所蒐集的資料，運用三角測定(triangulation)的方法，確認資料的一致性。

在研究同儕的參與討論上：主要是於蒐集資料及分析資料上，和指導教授及同一單位之工作人員與不同單位之工作人員討論，請他們對所蒐集的資料提出自己的看法。

相異個案資料的分析：以立意抽樣方式，抽取各種不同類型與人口特質的典型代表個案或異常個案，以加強資料豐富性，同時針對較極端的資料情況時，研究者將再進行較深入的分析。

在資料收集的輔助工具上：主要是在訪談過程中，藉由受訪者同意錄音，除了口頭的描述外，儘可能收集相關的書面資料，包括受訪者之個案資料與紀錄，社工輔導紀錄、護理與生活紀錄、病歷資料等，以補助訪談的不足。

(二) 增加可轉換性(transferability)：即外在效度

對於蒐集到的資料，以紮根理論登錄後，形塑出核心類屬，並不斷來回檢視與思考分析資料，以發現資料在理論上的意涵，另外以編輯式分析法將受訪者陳述之感受與經驗，有效地探尋之有意義的類型與關聯，並對換文字敘述，來說明影響老人自覺健康狀態之因素與過程。

(三) 增加可靠性(dependability)：即內在信度

在研究報告的呈現上，研究者將詳細說明如何選擇研究方法、研究對象、如何接近受訪者並維持關係、資料如何蒐集、如何分析等整個研究過程，以加強研究的內在信度。

(四) 三角測定的運用：提高研究之信效度，並避免單一方法、單一觀察者及單一資料產生之偏見。

研究中，除了研究者在研究之機構中實地參與觀察老人在機構中影響自覺健康因素的人、事、物所發生之生理、心理與行為之情況及老人在機構之人際互動、參與活動情形及過程外。研究資料包括：實地觀察的札記、老人的個案紀錄、老人護理照護紀錄及訪談老人之紀錄。同時以立意抽樣方法對典型具代表性之老人進行深度訪談，以蒐集老人在面臨健康問題時的過程之資料。

而蒐集文獻部分，經查閱相關文獻，對於老人自覺健康的影響因素，擷取與研究目的有關之發展理論、醫療利用率模式、健康信念行為模式、疾病行為模式等觀點來探討老人自覺健康因素之分析，可由不同基礎下來描繪老人在機構中的現象，以提昇研究結果之信效度。

第六節 研究的倫理考量

任何研究的進行，應考量到受訪對象的相關權益問題，由於研究者在進入研究場域前，已取得該機構長官及單位護理人員、工作人員之同意與認同，與之保持密切的關係。故研究者在研究過程中依循下列倫理問題：

一、清楚告知受訪者整個研究之目的及進行方式

本研究的主要對象為某公立養護中心內收容之養護老人，研究者在訪談過程中會考慮機構的立場，並且避免干擾受訪者的日常生活。為維持研究對象的自主與尊嚴，本研究之進行必經受訪者同意，從研究對象身上所得的資料一定保密，研究者不勉強且尊重受訪者的意願，並設計一份同意書(請參閱附錄二)。

二、以受訪者不受傷害為最高指導原則

在錄音過程中，研究者會隨時注意受訪者在接受訪談時及訪談後的反應，過程中適時給予關心，受訪者若有任何的不舒服，隨時可提出意見或終止錄音。在受訪者情緒方面，會針對受訪者特殊或負面的情緒轉知值班護理人員給予專業的協助。

三、受訪者個人資料之嚴格保密等倫理規範進行研究

在研究過程中必須用到養護老人的基本資料，研究者會將記錄的重點內容以化名代表個案，例如本研究報告中的受訪者擬採 A01、A02、A03...等為個案匿名化方式。研究者將以最謹慎的態度處理對受訪者深入訪談的真實紀錄及瞭解之資料，解釋他們在研究主題的各層面。此外，在訪談過程中要錄音部分，研究者會向受訪者說明用意，妥善保管受訪者資料及訪談資料，且注意保密原則並保證研究結束後，將會把錄音帶銷毀。

第四章 研究發現

由於人一旦邁入老年，在地位、角色及身體功能等各方面皆有明顯的失落及退化，同時老年人罹患慢性病比例高，如高血壓、中風，容易引起日常生活功能減退或造成行動不便；尤其養護型老人皆為行動不便、生活無法自理者，其心理方面常需要更多的調適去面對老化及生命即將結束的事實。

第一節 受訪者基本資料分析

本節對於研究對象的基本資料以介紹老人基本背景資料為主，包括：性別、養護型態、婚姻、年齡、進住時間、子女數、疾病史、教育程度等，將上述資料歸納整理成表格(如表3-1)。而受訪者個人歷史描述，包括個人外表、當初入住機構原因等相關資料整理參見附錄三。

本研究場域為某公立之養護中心，該機構養護型態分為公費及自費老人。公費老人係指具低收入戶資格，其養護費用由政府負擔者，自費老人則是一般非低收入戶老人，其養護費用必須自行負擔。為蒐集養護機構老人在老人自覺健康及其影響因素之相關資料來建構老人期待之醫療照護模式，其資料來源以深入訪談為主，受訪者之個人紀錄、護理紀錄為輔。

本研究共計深入訪談老人養護中心之老人12人，基於對受訪者隱私之保護，本研究將分別A01、A02...A12為代號，其中男性8人，女性4人；公費部分計7人，自費部分計5人；其疾病史多數為二種以上之慢性病，進住機構時間均在三個月以上的老人。

表 3-1 受訪者基本資料

代號	性別	婚姻/型態	年齡	語言	子女數	疾病史	進住時間
A01	男	未婚/公費	72	台語	無	中風、H/T	4 年 11 個月
A02	女	已婚/自費	76	國台語	2 子 2 女	FOP、髖關節置換術	2 年 9 個月
A03	男	已婚/自費	66	台語	3 子 1 女	DM、H/T、心臟病、顏面神經失調左腳踝關節腫大變形	10 個月
A04	女	已婚/自費	94	台語	4 子 3 女	腰椎壓迫性骨折	4 年 3 個月
A05	男	離婚/公費	71	台語	1 子 2 女	DM、心臟病、氣喘、右腿截肢	5 年 7 個月
A06	女	未婚/公費	89	國台語	無	髖關節發炎	6 年 8 個月
A07	男	已婚/自費	70	國台語	2 子 1 女	DM、肺炎、腦血栓 症合併腦梗塞不明側偏離	6 個月
A08	男	已婚/公費	73	台語	2 女	小腦退化症	4 年
A09	男	未婚/公費	78	台語	無	大腸癌	6 個月
A10	女	未婚/自費	88	國語	1 養女	H/T、DM、心臟病、中風	2 年
A11	男	未婚/公費	81	台語	無	H/T、右上肢末端麻痺	11 個月
A12	男	未婚/公費	66	台語	無	DM、左右下肢截肢	3 個月

註：H/T:高血壓。DM:糖尿病。FOP:右股股骨折

第二節 老人整體的健康狀態

「老化」是每個個體必然的過程，包含身體、心理、社會及環境等層面的相互影響，老化現象也各有差異。本研究的研究對象為養護機構的老人，居住在機構的老人多是生理器官遭受疾病的損害導致在某些生活自理方面必須依賴他人的協助。尤其是患慢性病或局部生理器官損害的老人，導致老年人身心功能衰退之原因，可以是老化，或可以是疾病所造成，彼此間常交互影響，關係複雜不明，不易判別或區隔(李世代，1998)。雖然兩者分界點不明朗化，但疾病的罹病率，可隨著年齡累增。

另外，Rolland(1987)認為慢性病發病型態、病程長短、結果和疾病所造成的損傷等四個層面，皆會對個體或家庭之影響。因此，對老年人而言，老化與疾病，彼此促動與加速著健康的改變。慢性病對個體的身、心、社會皆有既深且廣的影響(Lambert & Lambert, 1987)。

世界衛生組織(WHO)對健康的定義為：「健康是一種身體上、心理上及社會上的安適狀態，而非僅僅是免於疾病或虛弱而已」。而在第二章的文獻探討中可發現，對老人而言，以造成生理層面衝擊最大，其次依序為心理、社會與日常活動層面。因此本研究就老人其目前整體的健康狀態來探討，包括生理層面、心理層面、靈性層面、社會層面四大層面分別敘述。

(一) 生理層面

Anderson(1998)提出活動功能狀態轉變的預測性指標，強調活動功能並非單方面變化。以活動功能作為老人健康動態變化的研究，也發現老人隨著年齡增加，移轉至較差健康狀況的比率愈高，以及年齡愈長回流到較佳健康情形的可能性愈少(Arber & Cooper, 1999)。面對身

體產生的殘疾與衰退，每個人注重外表及形象(body image)的程度。幾乎所有訪問到的老人，皆受到相當程度的老年生理與心理失調的影響。不同的族群對健康的定義及期待會有所不同。

1.自我調適的平衡

誠如受訪者A01、A05雖因高血壓的症狀需長期服藥，但仍表示覺得自己的身體狀況普通。而受訪者A02雖目前須長期服用骨質疏鬆症的藥物，依然覺得很有精神；受訪者A04則是從外表看上去，就希望可以給予他人好印象，讓自己感覺依舊很年輕；受訪者A07覺得自己目前的身體狀況比進住機構前進步許多；受訪者A10對於身體活動不如從前的情況，是欣然接受生理的退化；六位受訪者皆表示覺得自己的目前的健康狀態「良好」。

「我身體現在是攏平平啊!沒感覺什麼問題啊!」(A01-01)

「現在身體安呢是會使囉!攏平平，沒卡壞就好。」(A05-01)

「不管今日是好天抑是壞天，我攏嚟家已整理得緊清氣（乾淨）、整齊，不佢因為身體越來越退化，也要讓家已看起來跟卡早（以前）同款很有精神，人也卡清爽。」(A02-03)

「有當時仔走路攏走袂穩，我就想講最多走幾步路而已。身體好歹攏是家已的代誌，人若無艱苦病痛の時陣，至少嚟讓人看起來要有精神。我年歲這麼大九十幾歲囉！有時陣外面的人來這參觀，攏講我看起來也是很少年。一點攏看不出來我已經這麼多歲啊!」(A04-04)

「現在跟之前比起來好很多了，身體活動比以前多，自己都會慢慢地訓練自己要活動，身體狀況算是不錯的了！」(A07-03)

「我起床、走路都有困難，甚至需要別人幫忙，剛開始讓我實在感到很羞愧。但是現在我已經不再覺得不好意思了，我現在反而能欣然接受這個情況，也慶幸自己還可以梳梳頭，把自己打扮得和以往一樣。」(A10-02)

2. 習以為常的不安

慢性病的導因極為複雜，症狀表現也不明確，通常潛伏期及持續期間較長。這一類型的老人對自己多年的慢性疾病症狀多為「不確定」。如受訪者A03由於罹患多重慢性疾病須長期服用多種藥物，仍表示不知道自己身體狀況是好抑是不好；受訪者A08及A09因病情時好時壞，對身體的症狀已習以為常，對自己目前的整體身體狀態皆表示「不知道」。

「我家已也無知影有卡好抑是沒好，祇感覺兜位（哪裡）在艱苦！」
(A03-01)

「有時陣人會感覺頭暈暈啦！不一定時陣，我也無知影，我攞常常安呢，若無要緊就好！慣習就好！」(A08-02)

「之前去看醫生的時陣，醫生有講身體是攞好好，有時陣也是再去住院，時好時壞，我家已也無知影是算好，還是算壞的！」(A09-01)

3. 反覆罹病的打擊

受訪者A06則是覺得自己身體十分虛弱，從事日常生活活動會很喘、心臟較無力；受訪者A11及A12一直相信自己的身體狀況出了問題，兩人皆認為自己的身體狀況不好。

「現在大部分的時間都待在床上，比較少下床，因為常常會覺得喘，心臟不是很好啊！身體比較沒有以前那麼好了！」(A06-02)

「我就常常覺得肚子脹脹，人緊不爽快，也無知影是安怎？身體有卡沒好一點啦！有時是胃腸、有時是肚子遮。」(A11-03)

「身體經常都這樣，有一點毛病、一點不舒服的地方，以前比較好一點，現在就經常是這樣！我自己是覺得身體狀況變的很不好了！」(A12-03)

參與本研究的受訪者從六十幾歲到九十幾歲，可以說是都已邁入

了老年。養護老人過去的疾病資料大多有高血壓、糖尿病或曾經中風等多重疾病；許多慢性「狀態」(condition)並不會有感覺疲勞、發燒、無精打采、疼痛或是不舒服等「疾病」(illness)的徵狀。因此，老人在自覺目前生理狀況的題目中，會因目前面臨身體狀況逐漸衰退的情況來陳述自己的症狀。

(二) 心理層面

由於人一旦邁入老年，在地位、角色及身體功能等各方面皆有明顯的失落及退化，尤其養護型老人皆為行動不便、生活無法自理者；另一方面，由於年紀老邁，接近人生終站，其心理方面常需要更多的調適去面對老化及生命即將結束的事實。

Erikson認為老人對老年無力及生活整體無能的這份特有害怕，在晚年期中扮演了重要的角色。也就是說，這些受訪者除了必須接受「不能再享有長期以來所擁有的外貌與活動」的事情，他們又是如何看待自己的這些感覺。

而撤退理論中提及人一旦步入老年，與外界的接觸無論頻率、性質、變異性等方面均告萎縮；由於社會生活空間的狹窄化，其互動機會亦隨之減少，為要彌補此部份的損失，老人必需持續活動以在社會與心理方面維持精神健康，反之則可能出現憂鬱情緒。研究進行中，幾乎訪問到的老人，皆受到相當程度的老年生理與心理失調的影響，這些普遍的現象，老人如何調整面對自己整體的表現所發展出的心理社會功能。

1. 自我強化的循環

老人因身體功能逐漸衰退和容易罹患各種疾病，加上退休及社會

角色之改變或缺乏自我獨立、經濟自主等壓力加上各方面的失落，很容易發生情緒上的調適不良。為了避免屈服於衰退的身體，如受訪者A01提到自己感覺身體還是很好，自己都可以照顧自己，會精力充沛的過著平常的日子；受訪者A04則是認為自己從以前就很會照顧、保養自己的身體，即使年歲已高，但是身體狀況不輸給其他人；受訪者A07雖然需要長時間臥床，無法自行下床，還是努力融入較樂觀、肯定的想法中。

「我的身體狀況目前是攏平平啊！我也是攏推輪椅下來中庭走走，每天習慣都暖下來樓腳（樓下）遮，已經是習慣啦！身體…好也是這樣，較壞也是這樣。」（A01-01）

「我自卡早就很注重吃的物件，太鹹抑是太油，我攏會家已控制，一工（一天）吃的物件多少攏會注重講要吃啥卡好、對身體卡沒毛病的。現在也是同款，有時遮準備的中餐、晚餐，太油抑是太多樣，我也是攏無啥吃啦！我會叫阮查圞幫我準備一些卡清淡的物件來吃。」（A04-05）

「你不要看我現在這樣都躺著，現在這樣有比較好了，之前情況更糟糕，一天當中，我幾乎都在這，但還不至於動彈不得啦！我會自己抬起一點腳來，很吃力，可是身體有在進步！」（A07-03）

2. 隨遇而安的信念

接受我們研究的受訪者都注意到了，隨著老年時期必須要傾向放棄某些早年可以進行的活動、目的。如受訪者A02依舊對生活中每件事物感到興趣，雖然沒有辦法像以前一樣可以親自去做任何事情，但她仍熱衷參與任何有興趣的事物；

「人攏麥會對每件代誌有興趣還是有想法，但是身體就卡不好啊！無法度講每件代誌攏去作啦，卡早我什麼工款攏麥親自去作、去學，自少年作到人老了，也是安呢作，現在就是有一些代誌要放棄啦！作我家已有法度的代誌

啊！你沒聽人講，吃老要認老，有倘安呢就好啦！我攏會去忙這個、忙那個，工款緊多，就看你自己要作抑是不作！」（A02-04）

但受訪者A06雖然身體愈來愈不好，但她仍盡其所能地多活動，她認為如果因生理的衰退而停止了活動，他們的生命很快就會告終的。但另一位受訪者A03則是取得了協調的信念，他相信女兒可以為他作出最好的決定來建構他自己的滿意感。

「只要你保持參加活動，保持心思的忙碌，讓自己沒有時間去多想或多擔憂，就像小孩子一樣啊！身體不方便，還是一樣可以什麼東西都摸一摸、聞一聞、看一看，不要去想不好的事情，我是覺得人都是這樣啦！心情放開就好，老了就是這樣，會有很多需要別人的地方，但是別去想，別去管就好！」（A06-03）

「我就暖怙怙在遮，身體不倘攔壞下去，阮查某团會替我找醫生看，乎我趕緊好起來，伊跟醫生攏有講，我要減重，不倘吃這麼多，身體就會卡好一點，我家己是覺得安呢就好啦！」（A03-05）

3.對立形成的張力

相較之下，有些老人就無法放下身段，認為身體狀況日趨嚴重，且必須依靠拐杖、輪椅、助聽器等矯正器材來協助身體各部位機能運作。受訪者A05對於目前身體狀況感到十分挫敗，認為自己已成了「無用的廢人同款」，無論做什麼事情都需要依賴輪椅。因對自我身體狀況感到羞愧的態度，受訪者A12也因此喪失了原本不會失去的自主性。

「卡早（早年）攏四處奔波，為著面子、過生活在打拼，我攏暖四處去到相扛，人家在忙碌需要人手，我做村長的人，什麼工作攏暖出頭去幫忙，現在有啥路用！少一隻腳，身體也愈來愈壞，人若老，攏會變成無用的廢人同款，暖人幫忙照護。」（A05-03）

「我現在一切都還可以自己來，但是每次出門去看醫生或打電話給朋友，都要找人來幫忙的時候，我都會覺得很不自在，覺得自己的身體怎麼會變的那麼糟糕，做什麼事情都無法自己來。所以，現在除非是要去看醫生，否則我寧可留在熟悉的地方。大部分的時間我都在看電視或發呆。這雖然沒有什麼，可是至少我不需要因為身體的毛病需要別人幫忙。」（A12-06）

從上述受訪者的經驗，多數的人都藉由呈現自己對一生的描述與反省，來試圖解答老年時期的痛苦經驗。在每個人遭逢身體功能退化的複雜過程中，有些人仍會以安心的社會觀點來看待個人的經歷，努力融入樂觀、肯定生命的想法中。相對而言，有些人在這個階段反而更疑惑且似乎無法擺脫一股憂慮，以及排山倒海而來的絕望感。

（三）靈性層面

研究訪問到的受訪者，在邁入老年時，開始對信任他人及認定感產生懷疑，凡事都抱持著小心謹慎與不確定的態度，所以他們經常會以目前本身的宗教信仰，與一生當中經歷過的信仰歷程來平衡自己的心態，試著從中找尋中庸之道。

每個人對宗教信仰的定義，都與自己的生活經驗有關，所以差異相當大。然而，他們真正對信仰的定義，往往超乎自己所認知的。有些受訪者想盡辦法要平衡內心的安全感與焦慮，結果便開始相信運用信仰的實物或規則的方式，來建立自己的信心與安全感。

1. 認定信仰的表現

有些受訪者現在反倒比以往更勤於到佛堂。當他們發覺到自己的思想以信仰為中心，就開始花更多的時間參與相關的活動。誠如受訪者A01所提到的，他每天下樓散步前早晚會到佛堂拜拜；受訪者A02則是一天必須到佛堂拜拜24次，才能使自己的心情感到平靜與安定。

「我一天要下來樓腳兩擺（兩次），住在遮這幾年，我已經攏慣習啊！每一擺下來我攏會先去佛堂拜拜，向神明點一炷香！我才會下來。」（A01-03）

「我家已相信神明是一定存在的！卡早在厝內，我也是攏安呢做，佛堂的香一天24小時攏要點著，安呢才是對神明的尊敬。來到遮，我一天也是常常去巡巡、看看啲！乎佛堂的香爐也是攏點著，安呢我心情也感覺卡平靜。」（A02-05）

2. 拾獲信仰的力量

一位年紀最大的受訪者A04告訴我說，他知道自己之所以能如此長壽，全是上天的安排，每天他身體感到不適或事情不遂時，宗教的力量經常帶給他很大的勇氣；而受訪者A09則是在志工的帶領下參與了宗教的活動，因為信仰獲得的那份安全感，讓他覺得藉此受到保護。

「自從身體愈來愈睏好以後，我不三時也在唸『阿彌佻佛』，人攏是安呢，遇到代誌也是希望神明會保佑捺家己，有時陣也真靈驗，我若唸了卡多遍，心內想的代誌也看卡開了。所以我若腰椎在痛、在艱苦，我就會家己躺在棉床上唸一些佛經，乎家己心情放卡開一些。」（A04-06）

「我以前也不去相信佛道、道教抑是什麼宗教，卡早我一個人住的時陣，我不會跟人去參加進香抑是拜拜，那是來到遮以後，○○常常跟我聊天，跟我講一些信佛的代誌，我也才慢慢地接受觀念，上一回開刀的時陣，醫生也是跟我講，情形不啥好，要開刀下去才知影是好、是壞，後來○○帶我看一些佛書，我現在是卡想得開啊！攏想一些卡好的方面，心情也不會胡白想」（A09-04）

當受訪者從過往的日子中摘取一些對未來不可或缺的要件時，多數的人選擇了宗教，藉由參與宗教也成為了他們在人生的最後階段中支持做決定或行動背後的力量。多數的受訪者皆提到宗教儀式的重要性，不論他們是不是真的去佛堂，或許，對他們而言只要想到這項儀式化的群體行為，就可以讓他們感受到其所帶來的安慰感。

(四) 社會層面

老人一旦選擇進住機構安養，倘若罹患慢性病經年不治，造成生活或行動之障礙或限制日益嚴重時，面對步入高齡生活的心理變遷過程，不免與社會關係與活動會逐漸減少，其對老人將造成很大的影響。因此，本研究對於老人的社會層面則定義在對於老人主觀上認為或感受到的支持為主。

1.延續傳承的價值

不同的社會發展背景，會對個人有不同的心理社會需求；對受訪者A10而言，父親是他早年的老年模範，父親的智慧與判斷力，是他最尊崇、也最希望自己能展現的特質。

「我經常會想起我父親，有時候晚上我一個人睡不著的時候，我年輕的時候並不會看到、想到這些事情。我經常懷念起過去跟父親相處的一切，他嚴格，要我們懂得尊敬，他在能力範圍內會為我們作任何事情，而且總是鼓勵我，並以我為榮，這也是我生活中的另一種力量，懷念過去的一切，以及想到自己跟孫子女們的相處，點點滴滴的生活，我時常會想到這些。如果我沒有住在這裡，也許生活會不一樣吧！」(A10-04)

2.修補創傷的機會

而受訪者A08因年輕時離家多年，希望可以修補與女兒及家人的關係；另外，如同受訪者A11所描述的，他發現自己會掙扎、懊惱過去種種的一切，這些隨之而來的消沉絕望，讓他對事情產生了不確定也不指望未來的行事風格。

「我少年的時陣都瞓住在厝內，一直攏一個人，囡仔跟我也不親，也無話講，也是剩我老母一個人會來看我，有時陣會想啦！安怎過去袂會想，現在老了，大家一人一家代（事），我家己一個住在遮，也想講伊會來看我毋，這久

啊！也是不會走到遮到。」(A08-04)

「我可能是少年時袂會想，老了才來在後悔過去的生活，有時陣攏會想講，『我若是沒改變心意』抑是『當初做出這個決定』的時陣，可能我現在就不會住在遮，一個人孤單在生活，做什麼代誌也沒人倘參詳，對或是不對，我家已攏不知影，攏暖靠人來替我決定、替我做。」(A11-05)

研究者從訪談及觀察的過程中(整理歸納如表3-2)，發現大部分的受訪者對於社會層面的分享與經驗中，多數停留在因疾病所產生的生理和心理層面好壞與否，鮮少表達及回憶過去的關係如何及面臨的問題為何。

因此，研究者希望藉由下一節對於老人醫療照護問題來加以分析老人在此照顧模式下，其尋求醫療層面的資源時所表現的反應如何？彼此的互動關係，隨著個人情況的不同，老人自覺健康狀態的對其行為模式之影響又是如何。

表 3-2 老人整體健康狀態之分類

層面	分類	受訪者
生理層面	1. 自我調適的平衡	A01、A02、A04、A05、A07、A10
	2. 習以為常的不安	A03、A08、A09
	3. 反覆罹病的打擊	A06、A11、A12
心理層面	1. 自我強化的循環	A01、A04、A07
	2. 隨遇而安的信念	A02、A03、A06
	3. 對立形成的張力	A05、A12
靈性層面	1. 認定信仰的表現	A01、A02
	2. 拾獲信仰的力量	A04、A09
社會層面	1. 延續傳承的價值	A10
	2. 修補創傷的機會	A08、A11

第三節 醫療照護問題：為何和如何？

因應老人長期的慢性病所設置的機構最先的立意，是要以居住者的特徵為出發點來經營長期照護機構。但在強勢的醫療體系及公共福利、衛生政策主導下，長期照護機構在醫療照護上就如同醫院的延伸(post-hospital)，並沒有走出以治療疾病為主的機構模式。所以，在老人需求與機構主導的方向不一致的情況下，勢必引致許多醫療專業無法解決的問題與衝突，也會影響老人對於疾病態度的傾向因素。

由於老年人因經驗及生活情境之不同，在面對健康問題的表現上，異質性頗高，當其罹患慢性病，健康狀況受到衝擊時；若老人當初選擇是迫於無奈或不情願的狀態下進住，會影響到日後在機構生活適應。因此，研究者第一部分先從養護老人進住機構的因素；二、探討老人目前接受的照顧服務模式；三、進而分析老人自覺健康狀態採取的行為。

一、當初選擇進住機構的因素

許多學者認為健康狀況是決定老人居住安排的重要因素之一(Soldo等人, 1994)。老人可能因為健康狀況的改變、喪偶、經濟能力改變及有無子女或是親人、個人喜好等因素來選擇居住型態(Wolf, 1990)。居住在機構的老人有很多居住時間都超過二年以上，隨著年歲增高，大多數的老人住較久的原因多是身體狀況仍需要它人的照顧，家人無法親自照顧又請不起看護的狀況下。

老人年老時很需要家屬的關心與照顧，尤其在重病、生活無法自理時，他的需要與期盼會更明顯，若此時子女無法照顧老人，則家屬需與老人做良好溝通，並得到老人的同意，再將其轉介至機構。大部分老人從未想過或不能接受至機構安置，理所當然地認為年老時，是

要在家頤養天年或受到子女的照顧，因此大多數係家屬主動至機構幫老人提出申請，於申請進住之前，家屬應先與老人做好溝通協調，使其了解到子女無法繼續照顧的原因，進而取得老人的諒解與同意，再行申請，這對於老人進住後的心理適應有正面的助益。

而老人多是在兩種情形下面臨「已經沒有選擇」的結果，一是因為生理功能上的退化、損傷，需要他人的從旁協助才能維持一般的生活作息，所以無法住在家中。二是因為無論是與子女住或住在其他的機構都是不可行的方法；因此，研究者將老人當初選擇進住機構的因素分為以下四種類型：出於自願型、被迫選擇型、無奈接受型、再次遷居型。

1.出於自願型

此類為最多的情形，大部份的家屬白天因工作、上班或自營生意，老人獨自在家無人照顧，因顧及老人獨自在家所隱藏的危險性，如中風、生病、突發性狀況發生，只好尋求機構來安置。

另外，由於工商業之社會，家庭型態主要為小家庭，大部份子女未與父母同住，而在外地生活。若老人生病時，就必須到子女之住處接受照顧，但子女白天要上班，而無法在這段時間照顧老人，會有許多的不方便，因此將老人送至機構安置也是可能之一種選擇。

而老人本身也願意接受機構的照護方式，老人在選擇入住時，會親自到機構來參訪，在確實的瞭解的機構的環境及提供適當的服務後。誠如受訪者A06、A08、A09、A11及A12認為自己在生活中均需要他人的幫助，因此選擇在機構中安享晚年。

「我的身體沒有以前那麼好了，很怕替人帶來麻煩啊！唉…（沉默了六

秒)，後來有鄰居跟我說了這裡的環境，我覺得還不錯！來這裡住也很好啊！而且家裡面的人也常常來看我，關心我在這的生活。」（A06-02）

「卡早住的生活環境，你可能也想不到啦！我住的那無水無電，我常常攏是一個人生活，有時也會去廟裡提水回來，也躑熱水，我也是在過。在遮，什麼攏有，每件代誌攏有人替你想好、做好。」（A08-04）

「後來卡袂走，我攏是家己一個人住，生活常常攏不方便，也是要靠別人來到相扛（幫忙），有一個○○基金會會有人送飯來乎我，我一頓攏分三頓吃，攏安怎艱苦的生活攏過去啊！我以前袂想啥，現在有倘安呢，是上天乎我另外一種的生活啦！」（A09-04）

「我卡早是一個人住，後來因為開刀就攏無法度走，需要人照顧，以前是我一個朋友在幫忙，後來伊體力也不好啊！所以就幫我申請來住在遮。我也沒結婚，兄弟姐妹一人一家，來住在遮對我也卡好，至少生活上攏無用煩惱東、煩惱西，要吃的、要穿的、要用的、需要的，遮的人跟護士攏會替我準備好。」（A11-02）

「我本來是住在台北那裡的私人養護中心，費用一個月要快三萬塊，我自己當初退休也才那麼一點錢，所以後來朋友就幫忙我，幫我申請到這裡來住」（A12-03）

2.被迫選擇型

此一類型為老人年輕時未婚，且沒有配偶、子女之獨居老人；等到年老時一旦身邊無財產，即很容易列為低收入戶，尤其一旦老化、退化或生病無法自理生活時，其遠親、村(里)長或公所承辦人，則會協助轉介安置於機構。因此，他們若得到政府的安排至機構養護，心理上會較能接受及心存感謝，一方面也是因為感覺到晚年將特別需要生活照顧及疾病看護醫療，若有人照應，晚年才能無憂無慮。

如同受訪者A01所述，因妹妹忙於工作無暇照顧，老人就無從選擇

回到自己的老家，那時的身體狀況不佳，洗澡、吃飯等生活事務都需要他人協助，但是因為同住屋簷下的家人默視，他只好再次返回原居住地，來來回回的舟車勞返之苦，又因為與弟媳相處不佳，最後在其他人的協助下轉介入住機構。

「大家攞有個人的生活要過，剩我一個人，誰要顧？有時想想，像流浪狗一隻！…… 本來住在我小妹那，但伊工作很忙碌，常常要作工作，後來轉來（回去）老厝遮，但是我那個弟媳心肝很壞，常常要計較這、計較那，我小弟也四處作工作，啥人有時間倘照顧我，所以來來回回一擺擱一擺（一次又一次），後來人幫我申請來住遮，我也不免攞暖靠別人照顧，住在遮，生活方面每項攞有人替阮筏落（準備），啥代誌也不免煩惱。」（A01-05）

3.無奈接受型

許多家庭在老人退化、中風而致生活無法自理時，初期大都自行照顧，而這類型的主照顧者，以配偶、媳婦或子女為主。事實上，許多家庭在照顧初期，皆會有盡心之照顧老人念頭與責任感。當老人係由其配偶照顧時，配偶與老人的年齡相當，長期的照顧過程，常因體力不濟及無人可接替喘息等因素，導致心理及生理過重的壓力，而最後決定將老人安置於機構。

如受訪者A02因生活無法自理，加上子女都在外地工作，無人可照顧她，因此只有接受子女的安排進住機構；另外則是因為家庭照顧者年紀大了，無力再負擔照護的責任。其中受訪者A03因妻子年紀大了，照顧頗感吃力，再加上子女都有各自的家庭，在其子女的勸說下願意進住機構，讓專業人員照顧一段時間。

「伊（兒子）講我人在艱苦，先住在遮。我就是因為這雙腳在袂走，骨頭退化去啊！連厝內的工作我攞無仔調（沒辦法）做，身體安呢也要人照顧我，想要做啥、去兜位，攞要靠厝內的人。哪無，我也是想要轉去厝裡！家

己有厝倘住，若不是沒人倘照顧，啥人會想來住遮！」（A02-03）

「因為查某囝嫁來彰化市這附近，伊有來看過遮（這裡）的環境，阮某年歲較大，照顧我有時陣會覺得吃力，無法度照顧料很好，如果不是因為生病，我不會來這種地方！我查某囝講，先來住遮住一陣子，如果身體狀況有卡好，再決定什麼時陣轉去。」（A03-02）

另外，身受腰椎發炎的受訪者A04，因子女皆年歲已大，身體不如從前，在照顧阿嬤上頗感吃力，加上其女為養護中心的護理人員，因此阿嬤只好選擇住在機構；而受訪者A10則是面對到身體各種衰竭、限制的打擊，產生了輕生的念頭，之後其家人擔心阿嬤再度輕生，於是在中心人員的介紹下，加上阿嬤不希望因為自己的身體狀況而給家人帶來困擾，因此選擇進住機構生活。

「我活到現在九十幾歲了啊！照護我的後生（兒子）的也差不多七十幾歲，這幾年，伊（兒子）家己的身體也愈來愈不好，是要安怎照護我，吃到這麼老，老來才來想講要住在兜位，我的身體是不可能會好起來，情形是一年卡壞一年，後來我查某囝（女兒）就調來遮工作，伊（女兒）就在跟我講遮，我想了想，也曉知影講要安怎，就聽伊的安排啦！吃老啊！人要安怎幫我安排，就聽人的就好啊！我是會使講啥抑是想安怎。」（A04-06）

「我已經生病了，連走路都有問題，生活上都需要別人幫忙我、照顧我，我一個人根本做不了什麼事情，那時候我好難過，晚上經常都睡不著，有時候要靠安眠藥才會睡著，所以後來有一次就多吃幾顆，想說就結束自己好了！但是天不從人願，我現在還是在這裡啊！後來就是有鄰居朋友介紹我來住在這裡，我自己也想不要造成別人的麻煩，住再這裡雖然要很多人一起生活，但至少我生活上不會讓家人時時刻刻都看顧我一個人。」（A10-04）

4.再次遷居型

受訪者A05、A07原本居住在私立安養機構，由於經濟因素，不得不接受家人其他的安排，轉介到公費養護機構。受訪者A05描述的

自己，「像是沒人要的物件（東西）」，回答中充分反應了現在老人「無處去！」的窘境；受訪者A07則是因為二度中風，家人因經濟原因且考量阿公仍繼續復健治療，因此選擇公費養護的方式。

「有囡（孩子）就有卡好嗎？一人一家代！囡仔（小孩子）成年之後，個人有個人的打算。自己要安怎，人甘會替你想，當初住在醫院治療，後來醫院講要轉出去，就把我轉去安養院，一個月要二萬多元，大家爲了要繳錢，我若物件（東西）同款，讓人在推來推去！吃老就沒用！要在兜位（哪裡），我家已攏配合別人的安排」（A05-02）

「我原本是住在私立機構，但是它費用太貴了，而且我二度中風以後，情況更加的嚴重，需要專業的護理照護及復健治療，剛好這些的條件符合我想要的，所以只好選擇搬來這裡住。」（A07-05）

綜合以上老人進住機構的原因，依不同情況會有不同的原因而導致家屬需選擇至機構安置老人，不同的原因使老人在適應上具有個別差異性，在老人進住過程中，發現老人進住機構常是二種或以上之原因同時發生，綜合所有原因就是「家屬無法照顧老人」，而造成這些原因的動機中，是否考慮到老人的感受或是以家屬本身的方便性或家人照顧意願為出發點，這會影響老人心理適應，並且感覺家人嫌棄他或是認為自己拖累家人。突然中風、跌倒骨折等重病導致行動不便生活無法自理的老人，其心理狀況是非常哀傷的，若是失能初期者，心理狀況仍極度低落、不穩定；若是中後期則較有改善，而最重要的是視家人是否給予老人支持、鼓勵與妥適的照顧。

且根據研究者觀察老人在進住機構的因素（如表3-3）上，若老人得到很多家人的關心、安慰且其身體狀況較無病痛者，進行訪談時，便可觀察其臉部表情是較平和有笑容的，且能侃侃而談，亦可從其談話得知，心理狀況是否良好；若訪談時，老人的神情是憂愁、沈默或

不語的，其心理狀況可能仍處於負面狀態的。而這些相關因素也都進而會影響到老人對於疾病的態度，甚至是社會心理因素引起的疼痛或疾病，這些都是老人談論到自覺健康狀態的相關之一。

表 3-3 老人當初選擇進住機構的因素

類型	受訪者
出於自願型	A06、A08、A09、A11、A12
被迫選擇型	A01
無奈接受型	A02、A03、A04、A10
再次遷居型	A05、A07

二、目前接受的照顧服務模式

養護機構為便於管理與照顧之故，所有的老人維持一定且幾乎相同的作息的情形相當的常見；其作息方式主要是以老人的護理需求、生活照顧為主，對於護理需求則是因病而異。在生活照顧方面包括：吃飯、穿衣、洗澡、盥洗、睡覺...等為主要事件，而機構中團體生活的作息方式，常讓老年人覺得無法控制自己的生活，例如：何時想起床、吃飯、吃什麼、何時洗澡都是由機構的工作人員來決定，另外，「隱私被剝奪」也是老年人常會有的壓力，例如：換衣服時沒有獨立的空間及打電話給家人、朋友時，旁邊都有別人會聽到談話的內容等。

一般而言，對時間的掌控往往代表著自我對生活控制的程度，看錶、看鐘或問時間都是很正常的事情。但在制度化的管理之下，老人並不需要知道時間，因為作息的安排、生活事件的處理並不在他們的掌控範圍之內。

「現在幾點了？你幫我看手錶還是鐘，看是幾點？看是不是要吃飯啊？」
(A03-09)

「這馬（現在）是什麼時陣，可能要吃飯嘍！看大家攏在走轉去（回去），是要轉去等吃飯的款（樣子）！」（A02-05）

「等一時可能要吃飯啊！我先起來等，卡袂吃飯時間到了，攔麻煩人來叫我」（A08-06）

在研究者參與觀察的過程中，「何時飲食三餐」成為老人主要知覺時間的指標---「早餐」代表著一天的開始；「中餐」表示一天已過了三分之一；「晚餐」則意味著一天的結束（因為平時是吃完晚餐老人就睡覺了）。這些看似多此一舉的對話，卻意味著老人在對自己的生活作某種掌控，透過對三餐的飲食時間來投入熟悉的生活形式。

（一）剝奪感的侵襲

養護中心裡標準化的基本作息，從起床至睡覺都包含在其中，而這些是為了有效照顧病人，統一的時間與作息是機構式經營的主要原則，在工作上具有效率，實際面上是將照護的焦點由「一個老人的生活」轉移到「一群病人的生活」。

1. 認命接受來控制疾病

醫療化（medicalization）的行為也使得人們對老年期的刻板印象，認為老年人的「老」與「病」是緊緊的相連在一起，例如會說：「跟大家一樣，不要...」。誠如受訪者A02所描述自己由於天氣的轉變想要更換棉被，卻因為工作人員整理時的抱怨，讓自己感到十分的無奈，且對自己需長期服用的藥物，因不想麻煩家屬，之後也由機構幫老人做決定來取藥。

「現嘛天氣就開始較熱了，我就想講在眠床放一件較薄的棉被，人就會唸，講是袂使耶（不行），大家攏同款，不倘不配合大家的！其他代誌也是安呢，在吃的藥啊！之前是攏叫阮囡婿去台中幫我拿，後來感覺安呢緊麻煩，

後來就換在遮拿藥給我吃，吃遮的藥啊。伊有問我講：吃了有什麼不滿，我哪敢閒人安怎！人肯替阮拿藥吃就很好，若無，我這症頭不吃藥啊甘會使！卡早是攏在X醫師遐(那)拿，但是常常讓人跑來跑去，有倘在遮吃就好啦！」(A02-04)

另一位受訪者A11則提到，認為自己的身體狀況一直都不好，想要再做進一步的檢查，但經由護理人員的勸說，使得老人從過去堅定要去複診做詳細檢查的心態轉而變得也不確定自己的心態是否正確了。

「我就常常覺得肚子遮怪怪，攏脹脹，敢若有什麼物件在那，我家己也無知影，所以我一直跟護士講，叫醫生安排我去較大間的醫院做檢查，但是護理就跟我講，是我家己胡白想，攏好好，醫生也有替我看過，講若有放在那太久也不好，但是伊是卡專業啦！伊攏安呢講，應該是攏對才對啦！我家己也是會安呢想，無歸工一直想，我也無知影！」(A11-06)

一般人應天候的變化自行增減自己的衣服以達到保軟舒適的目的。在各季節更迭之時，養護中心的老人欲增減自己的衣服時，因為肢體不方便常常須要他人的協助。但經常在季節交替的時候，衣服要增減多少應老人自己的感覺會有很大的不同。

常見的是老人會在自己的輪椅的副袋中多放一件衣服，冷的時候可以叫一旁的工作人員隨時幫忙穿上；但也並不是每次都可以依老人自己的意思：「小姐，太熱了，這件幫我脫掉！」一邊說一邊用手扯身上那間毛衣。工作人員往往會回答「好啦！等一下！」但工作人員並沒有動手去幫她脫，同時對一旁的研究者說：「他經常都這樣，有些老痴的現象，一會要脫一會穿，待會忘了就沒事了。」從這段來看雖不可得知工作人員的心態是否皆是如此，但可以確定的是老人的要求被「簡化」成病情的症狀之一。

2.被迫協調來做出抉擇

護理人員或工作人員，因為對醫療化的概念，讓他們皆把老人的行為看作是「病人的行為」，種種的禁令被戴上了「為了你好」的帽子都成了理所當然，使得老人的生活及行動過度被控制。如A12認為自己的病情十分嚴重，應該要選擇送至醫學中心治療才對，但機構建議他要選擇適合機構且經常合作的醫院。

「我告訴他們說，我的腳傷口好像愈來愈嚴重了！上次他們把我送去○○醫院治療，那家醫院都只是幫我換藥，也只有第一天幫我打點滴，沒有更進一步的治療情況；所以這一次我想要到比較大型的醫學中心，向台北○○醫院一樣大間的治療，可是他們告訴我說，爲了我好，還是去上回那一間醫院，他們比較瞭解我的情況。可是我去開刀的時候，那間○○醫院的服務又不好！右腳要截肢的時候，我一直告訴他，我有感覺到腳會痛，麻藥根本就不夠，可是醫生還是都不理會我，我也有打電話回來告訴她們(護理人員)，可是都沒有人幫我解決這個問題，我到現在想起來還是會感覺怪怪的，覺得那家○○醫院真的很不好，爲什麼她們一定要我去那間呢？」(A12-03)

(二) 自主權的喪失

自主權的範圍相當的廣，不只是飲食的內容或擁有私人的物品、管理私有物品，還包括行動的自由、語言的使用，甚至於對他人的操控。正是因為這樣，老人的身體功能的情況變成他們個人可掌握的資源---身體功能較好、較少依賴護理人員的老人自主性較高；相反的，如果是身體功能較差、飲食、排泄等等都要依賴護理人員的幫助時，所擁有的自主的權力範圍就相對的小很多。

1.老人自覺反應被忽視

所謂的「清楚」與「不清楚」的界線相當模糊，如何正確判斷甚

麼是老人真正想要的，甚麼是症狀的表現，並不是一件容易的事。醫療化的結果使得人們在面對問題時，只能用醫療的方式處理，同時也將決策老人的狀況的權力，最後都由護理人員來決定與判斷。並非所有插管的老人都是不能言語的，例如：受訪者A07目前仍插著鼻胃管，因表達能力受損，所以說話都伊呀不清楚，所以常常覺得灌食的時候感到很不舒服。

「我跟他（護理人員）說，現在身體不舒服，不要給我灌（食）那麼多，她都不理我，還是一直灌、一直灌，讓我很難過啊！」（A07-08）

而受訪者A03近來偶爾出現痴呆的情況，因他對家屬較依賴，所以經常請護理人員打電話給家人，結果護理人員只跟他說等一下，但是都沒打。

「我眼睛也是感覺會痛，想講要叫護士打電話給我查某囡（女兒），跟伊講帶我去乎醫生看覓（看一下），但是等很久，護士攏無打，伊（護士）講叫我攏等一時，眼睛還勢（說不定）就較不痛」（A03-06）

2.工作人員依規定辦理

由於護理人員的決定與判斷在老人生活中做了過渡的解釋與干涉，在機構裡卻往往將之合理化。除了生理問題有一定的處理模式：受訪者A01在醫院時醫生下的醫療診斷，到養護中心後基本給藥的方式就會以此為主。而A10因為是自費身分，所以必須由家屬陪同就醫。

「我每日攏暖吃藥啊！卡早是攏去外面的醫院拿，現在攏在遮拿，我若有什麼症頭跟護士講，護士就會跟遮的○○醫生講，醫生就會開我吃的藥啊給我！」（A01-04）

「我最近有點感冒，身體比較不好，上次因為感冒的關係還有吐啊、頭昏昏的，但是也是要等家人來帶我去醫院，這裡的規定就是這樣啊！他們（護理人員）會幫我通知家裡面的人來帶我。」（A10-05）

綜合以上分析，目前養護中心對於老人自身體的病痛至日常的行為皆在醫療的掌控下，但機構裡卻往往將之合理化。(1)除了生理問題有一定的處理模式：在醫院時醫生下的醫療診斷，到機構後基本上護理及給藥的方式就以此為主。(2)在生活面上則以另一種方式呈現：為顧及到工作人員的工作時間與內容的一致性，機構化的程度正逐漸提高，整理如表3-4。

因此，機構的運行基本上是以護理「疾病」為照顧方向，以老人為「病人」的為照顧對象，且當老人疾病發生後，當醫療專業者對養護機構裡的老人擁有強大的控制，還是以醫生看主為主，也因此強化了老人對醫生的期待與依賴感。對於某些身體功能較好的老人，自由的空間較大，機構化的照護模式也充分的出現，從老人的飲食、穿著...等等生活方面都有其範圍限制。

表 3-4 目前接受的照護服務模式

類型	分類	受訪者
剝奪感的侵襲	1.認命接受來控制疾病	A02、A11
	2.被迫協調來做出抉擇	A12
自主權的喪失	1.老人自覺反應被忽視	A03、A07
	2.工作人員依規定辦理	A01、A10

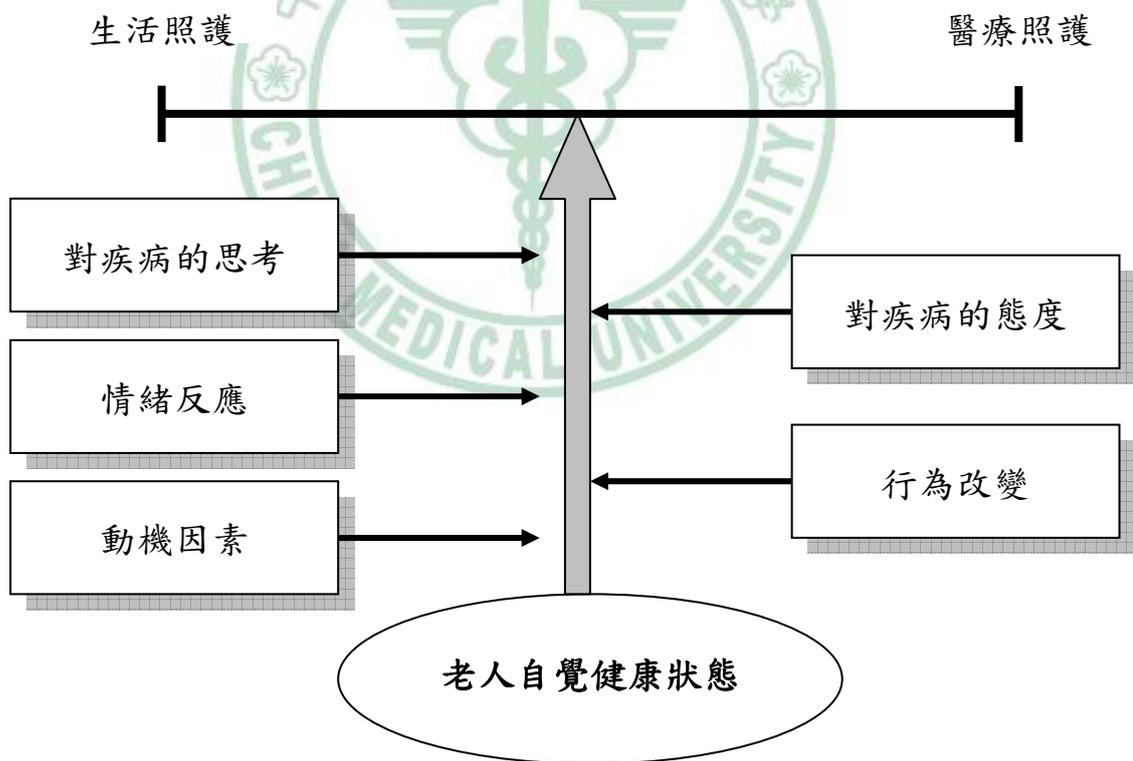
三、老人自覺健康狀態採取的行為

老人目前的健康狀態是一主觀經驗和多層面的建構，具有會隨著時間狀況改變的特性，其主觀經驗來自個人主觀的認知及多方面功能調適有關，強調健康會影響個人的行為及反應。

目前照護與醫療的走向是將人分成身體與心理兩部分的視角來看待個人的健康狀態。慢性病的特徵不同於一般的急性病，它具有特

定的特徵，且好發於老人的慢性病，更因老年的社會、心理等因素而具有其一定的特殊性。老人因過去飲食、生活型態等等因素而產生了疾病，不僅是因為對身體狀況感覺，而老人是如何來看待自己的疾病的現象，對疾病的意義建構，如何學習與瞭解慢性病之屬性特徵，對於自身慢性病的症狀是抱持著什麼樣的態度，慢性疾病的特徵在養護機構中會是如何的展現？

因此，研究者藉由探討這些因素如何影響著老人之後的行為(如圖一)；且根據分析的結果可發現，對生活照護方面的需求較強烈的影響因素包括對疾病的思考、情緒反應及動機；而因老人對疾病的態度和行為改變則會影響其對醫療照護的需求。



圖一 老人自覺健康狀態之影響因素

在台灣，大部分的人認為只要是年紀大了、老了，就會有老人病，就必須在醫療體系下診斷、治療，已深植在大眾的心裡。老年人的角色已由以往的智慧、老當益壯的印象轉變又老又病、需要醫療的照顧的依賴者了。而老人對於疾病又是如何看待？態度又是如何？因疾病而獲得了哪些行為？情緒上又是如何？

(一) 思考：老人對於疾病會想到什麼？

1.代表既老且病

當一個老人患慢性病時，給家人及老人帶來的影響上不只如此。雖然因為步入老年，生病被當作是一件理所當然的事，家人及老人雖易接受，但慢性疾病被治療的狀況與隨之而來的生活問題卻無法在現有的醫療體系中得到徹底的解決。相反的，因為「既老且病」使得因慢性疾病帶來的不確定感蒙上另一層陰影。

像是受訪者A03認為可能罹患糖尿病的原因，因其視力逐漸模糊的緣故，讓他無法獨立完成自我照護的工作。而受訪者A06則描述自己常需要臥床休息，身體及移動功能也不如從前好了。

「都是護士幫我（點眼藥水）的，我家己也會，但是眼睛撐開後，眼藥水都會被我用太多，滿臉都是，如果自己點眼藥水，藥水攏緊快就用光了，護士幫我點，我查某囝（女兒）也較放心。」（A03-06）

「現在如果活動太過頻繁，常常會覺得身體無法負荷，有時候會覺得胸口很喘、悶痛，身體是不如從前了，所以我會盡量休息，中午休息時間也差不多到三點半以後，我才會下床來走走，不然，身體不好啊！要注意一點啲！」

（A06-05）

2.身體形象的改變

受訪者A08皆認為是因為年紀大了，所以才有這些症狀跟疾病，他

們都是傾向不面對、不處理的態度。反之，受訪者A04與A07則是在面臨到疾病的情況時，才驚覺自己因為疾病而老了。

「自從卡早從架上跌下來，我身體在漸漸壞去，以前時陣攞好好，我也無什麼毛病，常常感覺頭暈暈，緊沒精神，可能人老攞會有這麼多症頭，無~~卡早是攞好好，你看遮（這）的人，不是攞同款，攞是老了，不是坐輪椅的，無（不）就是躺在棉床上，人攞是嚟認老！身軀的毛病咁不是講醫就醫會好，老啊！症頭這呢多，也不是一工（一天）抑是兩工（兩天）控制就會好！老人生本就有遮（這）毛病！」（A08-05）

「老啊!恩才會有這呢儕（多）的艱苦病痛，人若老，攞安呢！卡早少年的時陣，不是同款都安啲在過，吃老就是安呢，不是身苦病痛哪無就是這安怎，那安怎，你以後老了就知影，老歲仔（老人）都是同款！」（A04-03）

「我從來沒有想到自己也會老，別人會，但不會是我。直到因為中風讓我倒下來了，我才知道說自己老了，而在第一次中風的時候，我還是沒有學到教訓，因為恢復的比別人快；第二次的時候，當我感覺自己的情況時，好希望這不是我！」（A07-06）

3. 死亡腳步的瀕臨

人終其一生，為未來做預測與規劃，代表了對可預期的未來的一種心理準備。雖然一個人的生命可能在任何時刻中斷，然而，在老年時期，依然會想到自己的未來，但多少必然會受到死亡臨近的衝擊。在受訪者中，A05是研究中少數提到後悔自己活的那麼久，且已經做好迎接死亡的受訪者。

「人吃這麼老要做啥，多活是多艱苦幾年安呢！我也不像別人攞這麼好命，老了也是老歹命，你沒聽過人講『好人不長壽』，活幾年啊過了很輕鬆就是最好啊！像我這樣，活的這麼艱苦又瞞走，多活是多拖磨！」（A05-06）

老人對自己的疾病都不陌生，由於年輕時代生活習慣等種種因素，讓老人都習慣以自己的經驗來處理問題。因為老人慢性病的進展過程常令人捉摸不定，但其病程變動情形，通常可藉由身體徵候或症狀變化得知。隨著年齡的增長，實際遇到疾病問題時，老人自覺健康狀態對於疾病的思考整理如表3-5。

表 3-5 老人自覺健康狀態對於疾病的思考

類型	分類	受訪者
思考：老人對於疾病 會想到什麼	1.代表既老且病	A03、A06
	2.身體形象的改變	A04、A07、A08
	3.死亡腳步的瀕臨	A05

(二) 老人自覺健康狀態所產生的情緒反應

根據許多學者指出，造成老人疼痛的原因有很多，主要造成的原因有(引自葉興春，1992)：第一、骨關節炎目前是老人自述疾病中，最普遍的疾病。第二、由於老年骨質疏鬆及過度關節使用造成老年慢性疼痛的原因很多，主要是由於骨頭及關節。第三、頸部及下背問題：此種疼痛為最典型的慢性疼痛症，其病史可能長而複雜，一般檢查難有確切原因，常見的成因有-姿勢不良性背痛、椎板切除後症候群、急性椎間盤脫出、骨刺等。

國內學者楊美賞等人(1992)針對慢性疼痛門診病人做的研究中顯示，慢性疼痛對日常生活功能中的娛樂、工作、警覺性行為、情緒行為、社會互動、休息、睡眠、家事處理等方面會造成障礙。而大多數的老人在平時日常生活中，即可藉由觀察身體徵候與症狀的變化，偵測到疾病的動態變化，其所產生的影響，對老人心理情緒的變化又是如何。因此，研究者針對老人情緒上的變化，分別定義為依賴型、逃避型、沮喪型及積極型四種類型來探討。

1. 依賴型

受訪者A07因中風對腦部造成傷害而造成身體功能障礙，而受訪者A09日前由○○醫院診斷為大腸癌，情形時而改善時而復發，進出醫院頻繁；兩人在生活自理功能上或多或少必須「依賴」護理人員的協助，生活上的依賴甚至於大過於依賴專業護理照護。

「我對自己的狀況都很瞭解，也知道情況，但是只有接受啊！我想要自己做決定，可是你看我的情形，雖然有所進步，但是我還是無法自己下床.....（沉默了五秒）。只有等到時間到了，有人就會來把我抱下來，讓我坐在輪椅上。平時日常的一切事情，我都需要別人，你看我，費力的抬高了腳，也只能這樣。」（A07-05）

「舊年（去年）醫生跟我講，我有大腸癌，因為遮症頭，我常常攞去住院治療，身體是愈來愈壞，我家已外儕（多少）知影日子儉（剩）無外久（沒多久）。有時陣連上廁所，家已攞無法家已來，要靠人到相扛（老人不斷地啜泣……）」（A09-03）

當一個老人患慢性病時，給家人及老人帶來的影響上不只如此。雖然因為步入老年，生病被當作是一件理所當然的事。受訪者A03及家人雖已接受老人目前的身體狀況所造成的生理缺陷，但慢性疾病被治療的狀況與隨之而來的生活問題，老人對於家人依舊習慣往日的方式。

「眼睛有三不五時仔（偶爾）會感覺矇糊，我攞有點眼藥水。但是沒有了，我還沒跟查某囡（女兒）講藥水沒啊！伊每禮拜攞來這看我，如果沒很快緊（緊急），我會等伊來才跟伊說卡多，伊會去常常去的彼耶（那個）醫生遐（那），講我的症頭，醫生就知影會開藥丸給我。」（A03-07）

2. 逃避型

身體機能衰退使老人的行動開始受限，往往會經歷一番掙扎，受

訪者A11對自己的疾病十分了解，也認為不影響日常生活的活動。想要試圖保有原有的身體活動能力。另一受訪者A12則是因為傷口潰爛，遲遲都不肯就醫，直至疼痛不堪才願意告知工作人員。

「我攏知影家己的情形，家己身體的狀況有好幾個醫生跟我講過，但是醫生講的情形，也不一定會發生啦！會影響到抑是沒影響我的生活跟活動，我家己攏有感覺到，我是認為講，目前我的身體可以卡好，知影緊多問題也是好，但是別人會發生的症頭，對我不一定就會，我是攏同款在過日子，該吃的藥啊抑是安排的復健，我家己攏會看身體狀況來看覓（看一下），如果會使，我也會想要做一些家己想要做的活動。」（A11-03）

「我這隻腳會再截肢，就是因為我一直沒有去理會它，之前也有因為這樣去住院啊！可是情況還是一樣，所以我也就想說順其自然就好，那是因為我痛到忍受不了了，我才會決定去醫院的。」（A12-05）

3. 沮喪型

受訪者A04日前因腰椎又復發感到疼痛不已，經常必須臥床無法下床活動，對自己目前的情況感到十分憂慮，並且對自己的身體抱持著不樂觀的態度。另外一位受訪者A08則是因為多重慢性疾病的關係，使他終日悶悶不樂，閑少與人聊天或互動。

「我不是怕身軀病痛，只是想到講我攏已經活到這麼歲數，身體攏安呢拖磨，不只是事事攏要別人照護，連下床的氣力我家己攏無法度，我無知影講活到老，到底是要做啥，就會替別人帶來麻煩而已……，不然我攏會做啥？吃老了，就是攏安呢！身軀是痛到要死去啊！我也是只能躺在遮等，等什麼時陣轉去安呢！哪曉，甘有倘希望會好起來？」（A04-07）

「嗯……，感覺身體有較不好，以前較瘦，攏是我某在照顧我！這幾年變的較胖，眼睛稍微看不清楚啲！可能是因為糖尿病的毛病造成啲！藥啊吃真久攏毋好（不好），按奈吃就好，否則賣安怎（怎麼辦）？」（A08-02）

另外，受訪者A05由於肺部積水的原因，使得他食慾不佳及晚間

睡眠很差，康復情形不如預期，長期下來，使他情緒一直都很不穩定，認為自己不想呆在機構，想要回家等待死亡。

「沒有人想來這裡，我也不要在這裡，可是沒辦法啊！誰叫得這種病（因糖尿病截肢），每日人攏在艱苦，飯也吃不下，什麼代誌攏同款，活了緊艱苦啦！若是會使轉去，有倘在自己的厝內，誰不要…… 要死也要回家去死。」
(A05-06)

4.積極型

並非所有的受訪者都不願提及自己的急病或老化現象。大部份的受訪者如A01、A02、A06、A10皆認為身體狀況只有自己最清楚、最了解，如果身體上有什麼問題，會主動告知機構的護理人員或工作人員。

「要看情形!如果我家已覺得是稍微症頭，沒緊嚴重，自己會忍就忍；若是人有影緊艱苦，我會跟小玲講！講兜位在艱苦，要伊拿藥乎我，伊會跟林的講我的症頭，就會開藥乎我。」(A01-06)

「我是覺得講家己的身體攏暖靠家己顧，住在遮，是說大家互相倘借問，也無人顧我一個人，家己顧家己啦!若人在艱苦，也是要跟人講，人才會知影，無人這麼多個，無法度每個攏顧到。」(A02-05)

「我自己身體有任何問題，我都會很注意、很小心，如果真的有不舒服的地方，如果還有藥，我會自己先吃點藥休息一下，也會跟護士說一下，因為心臟不是很好啊！可能小小的感冒就會讓我覺得很喘啊，所以還是要告訴她們一下。」(A06-07)

「中風之後，我才知道健康的重要，但是現在都太晚了，所以只要身體一有異狀，我會主動告訴護士，身體的狀況是一年不如一年，現在活動功能終於有進步一點了，我都主動告訴她們，我現在的情況好很多了，所以我會想要常下床來活動。」(A10-05)

因此，老人自覺健康狀態在情緒上會存在有許多行為反應(如表 3-6)，其嚴重度會依個自對疾病的情況而有所不同。慢性病隨年紀之增長與時遽增，老人整體健康情形下降，在情緒上亦會受到很大的影響與衝擊；其對疾病的主觀認知及調適，造成老人憂鬱症的傾向，進而亦會影響老人的生活品質。

表 3-6 老人自覺健康狀態所產生的情緒反應

類型	分類	受訪者
情緒反應	1.依賴型	A03、A07、A09
	2.逃避型	A11、A12
	3.沮喪型	A04、A05、A08
	4.積極型	A01、A02、A06、A10

(三) 老人自覺健康狀態因疾病引起之動機

老人經常怕有疼痛的主述後，家人或醫療專業者會對其活動設限，造成老人害怕失去自我控制感和獨立。目前為止，養護老人在面對身體衰老狀況時，各抱持著不同的態度。此外，由於老人對疼痛認知不足，很多老人將疼痛歸為宿命，認為痛是老化的影響而接受之，但其中有些受訪者則是因為有情緒心理的問題也不輕易對外人說出。因此，研究者將老人主訴因疾病所產生的疼痛的動機分別以建立自我的獨立自主及引發子女的互動關係來探討。

1.建立自我的獨立自主

為了讓自己展現自主的一面，受訪者A02不管任何事情，每天都主動告知護理長自己身體的狀態，且與工作人員保持密切的互動關係；另一受訪者A01則是較為被動，與同儕之間很少對話，大多數喜歡自己一個人，但對研究者會主動訴說自己在機構的情形；其兩人表現的行為在爭取獨立自主時，會開始干擾或操控他人，試圖從減少別

人的自主性中，來維持自己的獨立。

「我每日攞會去護士站那到相扛，看有什麼代誌我會使做，若有遇到護理長卡閒的時陣，我就會跟伊講話，乎伊知影我的身體狀況，講我今天的身體狀況，我的膝蓋兜位擱在酸痛，抑是心肝頭感覺安怎。阮家己一個人住在遮，攞麥要靠伊大家照護阮這麼多人，伊怎麼會特別去注意阮的狀況，當然是要家己主動跟人講，人才會知影啊！哪瞞，人甘會關心阮一個人」(A02-07)

「我平常不跟別人鬥陣，有的人心肝很壞，不一定卡好作伙，現在你來遮，我會使有空跟你聊天啊！遮的每一個人攞很忙碌，大家要去做的工作很多，人也沒時間跟阮講話，我每天在樓下看大家來來去去，卻沒有一個人願意停下來跟我相借問，你一來遮，每一擺來攞至少會跟我講話，就像我常常跟你講，我有時陣遮在酸痛，眼睛也較看瞞，我也很嚟跟人聊天，但是遮的人就是沒人有時間停下來跟我講話遮。」(A01-08)

而受訪者A12則認為機構還有很多改善的地方，從過去的生活與工作經驗，他認為自己仍有很多的活力，不需太依賴他人，但是希望可以有人可以多陪他聊聊天、聽聽他一連串滿意的成就。

「我以前在○○學校，有很多學生都會跟我聊天，我很喜歡那份工作、責任，還有我可以做很多事情，現在在這裡，一樣都是公家的，我相信○○可以有的，這裡也應該要有啊！所以我還可以盡一份心力，多一點建議，依我現在的情況，需要的幫助不多啦！只是希望有些東西可以改變一下，配合我的一些需要就好。」(A12-09)

2.引發子女的互動關係

二位受訪者在談論到目前的親子關係時，都顯得十分熱切；透過這項關係，受訪者A03對家人十分依賴，不管是生活或身體的任何問題，皆會等待家人的安排，亦習慣透過護理人員轉知家屬了解需求。而受訪者A04則是因為女兒在機構工作，認為女兒應該都了解自己身體感到不適的情況，所以女兒會花更多的時間與精神盡力照顧她。

「我會等查某囡來這看我，等伊來再講乎伊知影，伊每個禮拜六都會來遮看我，有時陣我囡婿也會作伙來看我；若無，有時我若是安怎，也會請護士打電話給查某囡，告訴她我叨位(哪裡)不舒服抑是我需要什麼物件，叫伊來帶我去看醫生或是拿藥給我。」(A03-06-a)

「阮查囡就在遮，我若是人在艱苦，伊是攏知影我的情形，常常也會走來遮關心我，但是工作就很忙碌，一天是會看幾擺啦！阮若有什麼代誌，也是要等伊來才告訴她，乎伊給我到相扛，無也是躺在遮等啊！」(A04-05-a)

由於過去的經驗使然，老人主訴自覺健康狀態產生動機（如表 3-7），使得老人常常較少抱怨身體的疼痛，反而常強調身體功能變化，如胸悶、肌肉酸、心頭悶悶、眼睛酸疼及看不清楚等問題，加上對於情緒類型的探討瞭解，可得知這些原因都可能影響著老人疼痛的因應方式及接受醫療照護的動機。

表 3-7 老人自覺健康因疾病引起的動機

類型	分類	受訪者
動機因素	1.建立自我的獨立自主	A01、A02、A12
	2.引發子女的互動關係	A03、A04

(四) 自覺健康對疾病的態度之影響

學習處理病症的方式依疾病之不同而不同，如疾病所造成的身體疼痛問題，慢性病老人較常藉由使用藥物或藥膏來緩解，亦或從數次經驗中找到有用的解決方案，但也有些慢性病老人會嘗試著放鬆身體或轉移注意力，來緩和症狀的不適。

Freedman (2002) 則認為疼痛是一主觀的感覺,會受社會、心理、文化的影響，而有所不同的感覺或定義。所以當一個人表示疼痛時，就應該認為疼痛是的的確確存在的。而Melzack和Wall (1965) 則認

為疼痛是一個多層面的現象（multi-dimensional），當大腦在接受疼痛訊息後，會產生感覺辨識（sensory discrimination）、動機情感（motivation affect）及認知過程（cognitive process）三個層面的功能變化，而產生不同的詮釋。

Erikson指老年活動的層次（ranges in level of activity）可反映出受訪者努力調整以平衡活動停滯不前。在光譜的一端，有些人說積極地活動來延緩老化，將這個過程為自我強化的循環；而在光譜另一端的老人則故是消極地接受或順從，缺乏積極行動的事實。因此，研究者將養護老人對於疾病的態度分為積極求勝型、積極促進型、消極抵抗型及消極順從四種類型，來加以探討老人在此疾病調整中的態度。

1.積極求勝型

有的受訪者十分重視自己身強體健的形象，對他而言，老年期是代表個人的社會地位、成功的自我認定，會擔心自己的慢性病會成為他人或社會的負擔；為了避免屈服於衰退的身體狀況與消沉絕望的心情，老人自己已經發展了一套行為，決心「戰勝疾病」。受訪者A07因過去專業的經驗，他知道自己的確需要依賴外來的幫助，但是自我也會藉由一些簡單的復健動作，來加強並促進自主性的動力；另一受訪者A10為了讓家人放心，在家人面前能展現自己獨立自主的一面；

「他們扶我下床到這裡來走動，我自己都會哼哼歌，手腳稍微活動一下，之前還有去參加那個日語班，在那裡唱了一首歌。有時候也會自己扶著牆壁的扶把，努力地站起來，作一些簡單的肢體活動，不然我幾乎都躺著，這樣也不行，你看我，跟之前你來的時候比起來，是不是進步了很多呢！我自己都有感覺到這樣的變化。」（A07-06）

「一直以來，我的身體都很健康，不過可能是因為生病了，很多習慣要改過來，像我孫女兒來看我的時候，我的身體、精神什麼各方面都還蠻好的，不

知道的人會都以爲我很健康呢！現在，我都會自己活動、活動，偶爾聽聽人家給的安排，做一些復健啊、運動啊，身體現在哪有什麼毛病啊？」（A10-07）

2.積極促進型

健康是自己的責任，有越來越多的慢性病老人，努力積極地參與自身健康照護活動，或與醫療專業人員討論健康相關議題，在參與治療措施的過程中，自己也會有積極的行為。受訪者A04因腰椎疼痛問題困擾許久，所以對於醫療參與各方面都會盡量去做及配合；受訪者A06則是對於身體上有任何不舒服的地方，因過去自己所擁有的護理知識，會先採取自我照護或服用的方式。

「我只要人在艱苦就去給他（指醫生）看，我查某團會看情形帶我去，醫生他都會幫我抽血檢查，照電光（X光片）…，看兜位有安怎。…我攞會去給醫生看。」（A04-04）

「我身邊是都有之前生病剩下來的藥，因爲我身體經常會喘、不舒服，如果覺得快感冒了，我會自己多休息一點或多喝點開水，如果還是不舒服，我會先吃包藥，看看情況，通常是這樣之後就好了，因爲這是經常的毛病啦！如果都沒有藥了，我會告訴護士說，自己的情況怎麼了，麻煩她（護士）幫我告訴醫生，請醫生開藥給我。」（A06-06-a）

3.消極抵抗型

受訪者A01年輕時就有高血壓的毛病了，但他始終不願意去面對，在訪談過程中，也都沒有提及自己有高血壓的慢性病，只強調自己會每天運動、走路。

「從卡早（以前）到現在，我的身體一直攞很健康，還沒中風的時陣，我家己攞是一個人，家己照顧家己，做每一件代誌都很熟手（順手），做土水（水泥）、搬磚塊，每一項工作攞有法度（有辦法）自己做。後來中風，聽醫生講才知影自己的身體是安怎，但是我現在也是攞很好，我每天有在運動、散步，

一工（一天）走很多路，不管有什麼款毛病，嘛是過了很好啊！」（A01-04）

受訪者A02原本只是因為股骨骨折造成行動上的不方便，在復健過程中，遇到相類似病患的情況，使得他更加確定病情的過程，並選擇自己願意相信的訊息看待目前的疾病。而另一受訪者A05由於個性使然，使其防衛心很重，即使因肺積水問題導致身體狀況日愈嚴重，吃不下飯而身形消瘦，仍不願意到醫院接受治療或是聽從機構護理人員的衛教。

「我卡早也沒想到講，只是跌倒去住院，後來醫生講要開刀，若無以後會無法度走路。哪知影講，來到遮跟別人認識，才知影代誌是安呢！原本我家己也無知講這種症頭會安呢生（如此），你看講，拄仔（剛才）跟人開講（聊天）才知影講伊跟我同款都是跌倒，後來都袂凍（不能）自己走路。我哪想到講，安呢以後都袂走，是安怎好？（掩面哭泣）」（A02-06）

「我就袂安怎，伊大家也是曖緊張，身體我家己的，我家己甘會不知影是什麼情形，伊叫我吃藥啊！我是有艱苦再吃啦，若無吃這麼多款藥丸，甘有路用？要叫我安呢就麥抽菸，實在有夠不意思啦！」（A05-06）

4.消極順從型

受訪者A03因為多重慢性疾病導致眼睛、關節逐漸退化，只願意提到因為無法走路而必須服藥，且為了讓兒女放心自己在機構的生活，也會知道控制自己的膳食。另一受訪者A08因髖骨鋼釘拔除的疼痛，顯得十分衰弱，身體退化的痛苦及，使其變得較認命且冷淡。

「我算滿健康的，我只是因為左腳腫起來變形，無法度自己走路，其他的身體方面，攏算不錯啊！有當時仔（有時候）眼睛會感覺霧霧（模糊），我家己想講有可能是因為我破病（生病）的關係，我某無法度照顧我，就是因為這樣，厝內（家裡面）的人才會想講送我來遮（這）讓人照顧……，我家己也是會照顧家己，像護士拿藥包要給我，我家己會照時間吃，我查某囡有跟我講，飯不要吃太多，要稍控制一下，若無，身體會越來越壞啊！我攏有聽進去啦！」

(A03-02)

「人很艱苦啦！身體就不好啊，因為鋼釘的關係擱去開刀，轉來（回來）到現在，也是緊痛，時常攏有一種想要放棄的想法，只想要好好坐在輪椅上看電視抑是躺在眠床上休息，這些簡單的代誌，攏無法度，當人活到這個年歲，才會拖磨！」（A08-05）

綜上所述，研究者分析發現養護老人對於疼痛因應策略是多面的，也有別於醫院的環境中所使用的因應策略，而因應策略的多寡或種類對老人來說並不是重點，因應策略的有效性才是他們最介意的。因應疾病的態度目的在期望有好的結果，維持情緒上的平衡。在上述老人因應疾病所產生的認知、動機等行為皆屬一認知因應的行為（如表3-8），而之後所採取的策略及外在行為，則是老人行為改變最重要的階段。

表 3-8 老人自覺健康狀態對疾病的態度之影響

類型	分類	受訪者
對疾病的態度	1.積極求勝型	A07、A10
	2.積極促進型	A04、A06
	3.消極抵抗型	A01、A02、A05
	4.消極順從型	A03、A08

（五）老人自覺健康狀態對其行為改變的反應

而 Fernandez 和 Turk（1989）則將疼痛因應行為分為認知因應（cognitive coping）及行為因應（behavioral coping）兩類，認知因應是指個人運用內在思想的技巧或方法，改變對疼痛的感受，行為因應則是指個人運用外在的行為或物理方法來試圖減輕疼痛。

從醫學的觀點來探討，Vickery（1986）則認為自我照顧是個體重視醫療問題所表現的行為。研究者將老人對於疾病的態度及如何影響

著老人之後的行為延伸至自覺健康的外在行為改變，即是疾病行為的表現及健康偏差性自我照顧需求。因此，不論多樣化及具個別性的處理病症方式為何，其最終目的是能減輕或去除疾病所造成的病痛不適，使身體處於舒適狀態。故研究者將老人對於疾病個人行為改變的階段分為觀望期、意圖期、伺機期、行動期及維持期來分述探討。

1.觀望期

如同受訪者A04所描述的，因為女兒在機構工作，所以他會看身體的情況，如果真的感到非常不適才會告訴她；而受訪者A05則是認為自己的身體就是這樣了，不需要任何幫忙或就醫，即使目前身體狀況有些不好，但他也不想去就醫，兩人對於自身的疾病皆採觀望的行為，目前都沒有打算採取任何行為。

「阮查团就在遮，我若是人在艱苦，伊是攏知影我的情形，常常也會走來遮關心我，但是工作就很忙碌，一天是會看幾擺啦！阮若有什麼代誌，也是要等伊來才告訴她，乎伊給我到相扛，睷也是躺在遮等啊！」(A04-05-b)

「我的身體是有較差，但是我家已攞會承受，也不需要去看醫生啦！人若睷破病到要倒下來啊！那要常常去乎醫生看，我家已會斟酌、看情形啦！」

(A05-08)

2.意圖期

老人認為皆非常瞭解自己的身體狀況，如同受訪者A06表示，因為自己的身體狀況經常會感到喘，所以會自我照護，如果身體真有不適的地方，仍會主動尋求護理人員或醫療的協助。

「我身邊是都有之前生病剩下來的藥，因為我身體經常會喘、不舒服，如果覺得快感冒了，我會自己多休息一點或多喝點開水，如果還是不舒服，我會先吃包藥，看看情況，通常是這樣之後就好了，因為這是經常的毛病啦！」

如果都沒有藥了，我會告訴護士說，自己的情況怎麼了，麻煩她（護士）幫我告訴醫生，請醫生開藥給我。因為這裡每個禮拜都有醫生會來看診，所以還不太麻煩。」（A06-06-b）

受訪者A09因為罹患大腸癌的慢性疼痛感，經常會進出醫院治療，最近情況較為好轉，不過阿公認為，自己的情形還是待在醫院接受治療比較好。

「我這個症頭，不三時攏會痛，我常常攏暖去住院，因為醫生講我的情形有較好一點，會使先回來住遮住一陣子啊！叫遮的護士要觀察我的情形。我家已想講，我這個毛病，要好也是要住在醫院卡好，那有較好的設備倘照顧我啦！在遮，是講卡慣習啦！毛病若一痛起來，我也是要轉去乎醫生注一支大支的射（打點滴），看情形再講啦！」（A09-07）

而受訪者A11則是因為過去求醫不好的求醫經驗，使得他一直認為自己疾病的症狀並未獲得良好的照護，因此他一直在告訴護理人員希望機構可以安排他到大一點的醫院再進一步地檢查。

「我從卡早就在台北○○醫院一直去看醫生，我就覺得身體很不爽快，肚子常常感覺怪怪，若瞞就是會脹痛，我也一直跟護士講啊！叫伊要跟醫生講我的情形，抑是載我出去去較大間的醫院擱做檢查，不然我的身體狀況若是一直不好，人也袂感覺快活阿！」（A11-07）

3.伺機期

受訪者A02因骨質疏鬆的問題需長期服用，但最近十分想念家人，認為自己可以視目前的情況來調整；而受訪者A03則是因為罹患多重慢性疾病，時常需要家人定期送藥物過來，十分依賴家屬探視的頻率。

「這個症頭也不是啥大毛病，我就有時好、有時壞，若感覺兜位安怎，我家已看，若瞞緊嚴重，我也不要給人麻煩，要人來帶我去看醫生；有時陣，我

就躺在眠床上休息，你若常躺在瞓去吃飯，人就會來問講『安怎瞓吃飯？』我就矜不要麻煩人安呢跑來跑去，若瞓啥，家己躺在休息就好啦！」(A02-03)

「我會等查某团來這看我，等伊來再講乎伊知影，伊每個禮拜六都會來遮看我，有時陣我团婿也會作伙來看我；若瞓，有時我若是安怎，也會請護士打電話給查某团，告訴她我叨位(哪裡)不舒服抑是我需要什麼物件，叫伊來帶我去看醫生或是拿藥給我。」(A03-06-b)

4.行動期

當身體有明確症狀表現時，慢性病老人能知道如何處理，但有些病症的表現，則需靠病患自身對疾病的認知，才能正確的判斷並加以處理。例如受訪者A12從其飲食攝入量的多寡，才發現自己身體在用餐過後會感到心悸，是因食物中摻有味素有讓他過敏的蔗糖的經驗，故其會主動要求與營養師調整膳食問題：

「我來到這裡住沒多久，就發現這裡的膳食沒有專門為糖尿病的人所準備的，所以我一直不斷地跟營養室負責菜單的營養師討論，認為他們應該要有所改進，設計一套適合不同疾病的人使用的菜單，這樣不是比較好？假如這個問題一直都沒有改善，我會一直跟他們要求、討論，直到他們改進為止。畢竟這對老人來說，是很重要的事情」(A12-08)

在其他處理病症的方式中，受訪者A07是以自己做復健運動及休息來放鬆身體或轉移注意力，受訪者A08則是因為過去股骨曾發生不適的症狀，在自己調整之後仍認為情況未有改善，接受機構醫師的建議轉介到其他醫院作進一步的治療。

「現在身體的毛病多了，但是跟以前比起來是比較穩定，所以我偶爾會自己做一些復健活動，讓我自己的身體多活動，你看！情況改善了許多不是嗎？不過這也是最近才開始的，現在身體的狀況沒有之前那麼糟糕了，所以我自己會想多做一些，我自己可以扶著欄杆，慢慢地作一些簡單的活動，一天也可以做很多下耶！」(A07-06)

「之前疼起來家己攞𦉳啥在想是什麼毛病，是醫生在講有可能是卡早骨折的關係，我就聽醫生講的，去大間醫院看𦉳，檢查看是不是，結果醫生講就是那鋼釘要拔掉，可能情形就卡好一點，現在也是稍微會痛，較𦉳以前這麼艱苦啊！」（A08-05）

5.維持期

雖然慢性病老人其處理病症方式，信任並選擇性告知機構護理人員來轉知自己的症狀，但仍能找到符合自己所需的策略，以遠離病痛。罹患糖尿病多年的受訪者A01談到：

「這隻腳稍微受傷，我只要貼個OK 繃就好了；若是感覺有其他所在在艱苦，我會講乎○○知影，自卡早到現在攞同款，伊會幫我跟醫生講我的症頭，醫生會開藥丸乎我就好了。」（A01-05）

另一位罹患長期皮膚問題的受訪者A10則陳述因為皮膚的問題，為如何處理皮膚不斷發癢問題，已持續就醫長達一段時間了。

「我孫女帶我去○○醫院看，醫生就說這個是冬季癢啊！可是已經很久了，我看醫生很多次了，還是沒有比較好，我在那個○○的皮膚科○醫生那，拿了快六十幾條的藥膏了，抹了好多，但是醫生說這是冬季癢的問題，老人都會這樣啦！」（A10-05）

根據老人醫療問題分析結果發現，有些老人經常抱持負面的評價，其採取的行為方式亦影響老人對外界的信任與接觸。其中，不適當或不足夠的疼痛處理可能造成老年人感到失落、無意義和感覺人生目標無法達成，對老人心理影響深遠，甚至他們會採取逛醫師（doctor shopping）的模式，並可發現很多老人會採取可獲得、可自行處理或方便的疼痛因應策略，來「控制」或「達到想要」的權衡措施。綜合上述這些因素，整理歸納如表3-9老人自覺健康狀態其行為的改變。

表 3-9 老人自覺健康狀態對其行為改變的反應

類型	分類	受訪者
行為改變	1.觀望期	A04、A05
	2.意圖期	A06、A09、A11
	3.伺機期	A02、A03
	4.行動期	A07、A08、A12
	5.維持期	A01、A10

綜合上述的分析，老人在醫療問題中最顯著的就是身心慢性健康問題之處置與照顧問題。因此，研究者認為必須透過瞭解老人影響自覺健康狀態的因素，來建構養護老人期待之醫療照護模式，使其維持健康、預防問題、減少失能或依賴，才是老年人需要的照護服務。

第四節 建構老人期待之醫療照護模式

從上述的研究結果發現，老人的自覺健康狀態經由行為歷程，其情緒所經歷之各種態度與動機，選擇或發展因應方法與策略。而醫療照護的目的是協助老年人適應其慢性健康問題，發展健康自助行為以控制疾病或慢性健康問題。

目前機構內所提供的醫療照護並未考慮到老人的多重需求且因為缺乏協調性的整體評估，以至於造成老人常已「身體不適」等各種自覺健康的狀態，以「習慣性」的醫療照護方式散佈於機構與醫院之間的慢性醫療服務。在缺乏整合性的醫療照護模式下，也增加了許多不必要的醫療費用支出，例如可預防性住院率的增加。

研究者將老人對於疾病的態度及如何影響著老人之後的行為延伸至自覺健康的外在行為改變，即是疾病行為的表現及健康自我照

顧需求。而老人對於健康的論述包涵多重意義，如從權威醫療導向轉為自我責任，從身體功能變化到心理社會衝擊，從單向度定義到整體人文環境的考量。且根據本研究對於老人影響自覺健康狀態探討發現，老人的身、心、社會將隨著疾病發展而有所改變，其醫療照護需求亦隨之而改變。因此，本研究經由深度訪談及參與觀察作為資料的來源，從老人自覺健康狀態來建構老人期待之醫療照護模式，其可分為人際網絡模式、社會情緒模式與整合銜接模式，並說明如下：

1.人際網絡模式(Interspersonal network model)

因照護需要狀態的發生，老人必須進入到機構接受照護，對於照顧領域例如有與生活、照護、醫療等問題，其家屬與工作人員為主要的角色。如受訪者A03因疾病與行動不便，對於自己的健康問題多以消極的情緒來面對，且十分依賴女兒；受訪者A05經常會因為身體不適，但不願意接受機構的照護方式，希望可以得到家人的協助；而受訪者A09因長年一人獨居，日前醫生診斷出罹患大腸癌，且居住在機構才半年，十分依賴護理人員的照顧。

「我會等查某團來這看我，等伊來再講乎伊知影，告訴她我叨位(哪裡)不舒服，醫生有跟伊講我的情形，伊很瞭解要安怎做卡好，看是要擱去看醫生抑是安怎，阮查某團都清楚。」(A03-06)

「我來住在遮，較無伴啦！人若在艱苦時，有時陣連起床、走路攏無法度自己來，需要人扶我，在遮多少會想東想西，想卡早的代誌，想自己少年的時陣，也會想厝內其他的人，大家的情形是安怎，安怎都睇來看我……，我也會跟護士講，有空的時陣幫我打一通電話乎厝內的人，叫伊大家工作較閒時，來遮看我一擺，我住在遮，若人在艱苦，伊甘會知影。」(A05-06)

「有時陣感覺住在遮很不慣習，不過遮有護士人很好，很照顧我，攏會

來跟我講話，我有什麼代誌攞知影，像之前我一直跟他講，覺得肚子怪怪、脹脹，想要去看醫生，伊也先跟遮的○醫師講，遮的醫生有先一些藥丸乎我，可能是有效啦！有卡好一點。」(A09-06)

2.社會情緒模式(social emotional model)

受訪者A02日前認為身體狀況已恢復良好，且生活上也不需要他人的協助，故希望可以退住返家居住，她認為這樣的照護方式幫助並不大；受訪者A04近來因腰椎疼痛不已，使其心情上十分沮喪，認為自己非常需要他人的協助。

「我才在想講麥來轉去，住在遮，生活上緊方便啦，每項攞有人替你準備好好，但是住在遮，看每一人攞同款，人也會變艱苦，在遮就攞大家攞同款，轉去不卡好一點，大家生活上攞是安呢，抑沒人來關心講住遮的老人是安怎，小孩大漢（長大）了，個人有個人的生活，誰會去想住在遮的老母是安怎過，要講期待啥，安怎也是期待講厝內的人多來看捺一些，不是把人放在遮住就好。」(A02-07)

「我就是下面腰椎遮痛到很艱苦，想要起來攞無法度，坐也坐不住，人艱苦到心情很壞。已經痛好幾天啊！也沒卡好，心肝頭是雜雜，攞安怎別人安會知影，以前痛起來去乎醫生看，醫生就講是因為骨頭疏鬆，所以無其他的辦法倘治療。現在很痛，想要去乎醫生看，但是醫生就講遮無法度醫，我也毋知影，艱苦就家已在艱苦，醫生也是安呢講！」(A04-03)

受訪者A10因中風後，生活上皆需要他人的協助，生理上的限制讓變的十分消沉，且因過去生活及失眠的習慣，時而會出現沮喪的情緒。

「現在身體比較不好了，很多事情都需要別人的幫忙，比較依賴別人了，這樣比較不好啊！人還是要可以自己活動、過生活比較好，我以前就都這樣，自己一個人住，晚上睡不著的話，我會一個人哼哼唱唱、聽廣播的音樂；住在這裡，怕吵到人家，大家都在睡覺了，我就望著天花板，一個人在發呆，

想很多事情，要最期待的事情，還是以前跟家人相處的事情。」(A10-07)

另一受訪者A12因罹患糖尿病，且自述對某些食物會過敏，認為機構的膳食不符合慢性病人對食物的要求，因此一再尋求其他解決管道。

「我第一天住在這裡吃飯，就知道這裡的菜都有放味精，他們都不知道味精對人不好嗎？我對味精裡面的蔗糖會過敏，所以我一吃就知道他們有放味精。所以我就去走營養室的營養師，告訴他，有糖尿病的人應該要另外準備飯菜，而不是大家都吃一樣的，這裡的人很多都是有糖尿病的、高血壓的，他們難道不知道說，這些人吃的東西要很注意嗎？所以我會一直跟他們說，我已經跟護理長說過了，但是他說他沒有辦法幫我，這是營養室開出來的菜單，所以我也跟營養室的人說，但是營養室說這是廚房決定的，我只覺得這件事情讓我很困擾，也很擔心我的健康。」(A12-07)

3. 整合銜接模式(integrated connect model)

針對目前機構照護之對象，提供之服務模式。其中幾位受訪者在機構已居住達一年半以上的時間，對於機構的照護模式及就醫流程認為仍保有其自主性。受訪者A01因為長期皮膚癢的問題，遲遲未有改善，其本身也罹患多重慢性疾病，他認為機構駐診醫生提供的醫療照護不錯，但是眼睛的疾病仍需要到其他專科就診。

「我是攏在遮拿藥，因為要長期吃血壓的藥丸，攏是遮的醫生開乎我吃，但是遮眼睛的問題，愈來愈差，攏看不啥清楚，糊糊啦！遮的醫生是有開藥水要乎我點，不知影是安怎，效果是攏安呢，沒較好也沒較差，但是我就想講如果抑是不好，也是要去乎外面較專門科的醫生看啦！那可能較厲害，遮的醫生看感冒、吃血壓的藥啊！是攏好啦！但是一人一科專門啦！」(A01-06)

而受訪者A06覺得這樣的醫療照護方式，符合自己及家人的期望，也使家人對她在機構的生活十分放心；誠如受訪者A07描述，機

構有一些照護計畫，但是時間較為短暫，且照護上較不周全。

「這裡生活上什麼的，都很方便，像我如果感冒了，身體不好的時候，這裡有一位醫生，還有固定幾個醫生也會來這裡。我住在這裡二年了，都嘛很習慣了，她們也是會一段時間就幫我們抽血做檢查，或是安排一些活動之類的，生活不會很孤單啦！我姪子也是認為這裡的照顧、生活環境都很好，所以當初大家也才會贊成我的決定啊！」(A06-03)

「當初就是住在私人的很貴，所以想說轉到這裡來住，希望可以繼續作一些復健，對我的身體也會比較好，而且這裡也有一些合作的醫院，像○○醫院，如果可以，這樣回去就診也比較方便啦！公家的機構在照顧上，雖然沒有一個人一個看護，但是也是要常常來看我啦！大家都是時間到了，才來幫我換尿布、灌食，平常我也是一個人而已；要不就是以後要固定時間去做復健啦！平常一個禮拜才做兩次復健，就只是躺在那，機器動來動去的，這樣效果可能不大啦！」(A07-06)

日前因開刀而感到身體十分不適的受訪者A08，他認為從醫院返回機構後，身體疼痛的程度依舊如此，醫院跟機構的照護上有明顯的不同；另一受訪者A11則十分相信自己的身體狀況出了問題，並認為機構及醫生並沒有說明實際診斷的病情，希望可以得到更好的醫療協助或診治。

「遮攏很痛，之前住院的時陣，就一直攏坐不著（住），人攏很艱苦，在那治療和開刀一個多禮拜，醫生就講會使轉來遮住，但是我人也是痛到很痛，也袂卡好一點，轉來遮，護士也是替我換藥啊！講傷口有卡好一點啊，就講痛是一定會痛，過一禮拜後要攏轉去拆線，講到時陣才跟那的醫師講，在遮的醫生也是有開止痛的藥丸乎我吃，但是攏不效，也是攏卡好！」(A08-08)

「卡早攏麥四處去看醫生，身體的毛病就是安呢，時好時壞啦！也是嚟找出看是安怎，要安怎來治療才對，之前那醫生講啥我沒安怎，身體攏平平、很好，但是我就常常肚子怪怪，覺得有一個物件在那，遮的醫生也沒卡好的機器替我檢查看袂，我是想講，應該要叫遮的護士還是誰帶我出去看別科的

醫院看袂。」(A11-06)

綜合上述，可知老人在自覺健康狀態下，其服務取向及醫療照護模式(如表3-10)，也會有不同運用的方式與重點，但是，在這過程中，如何讓老人感受到心理、社會層面的關懷是相當重要的。健康對老人很重要，協助其追求醫療照護的主要目的並非免於疾病的疼痛，而是希望老人目前所擁有的功能發揮最大。只是老人的異質性很高，所需的醫療照護不一，這對醫護專業人員是個很大的挑戰。

表 3-10 建構老人期待之醫療照護模式

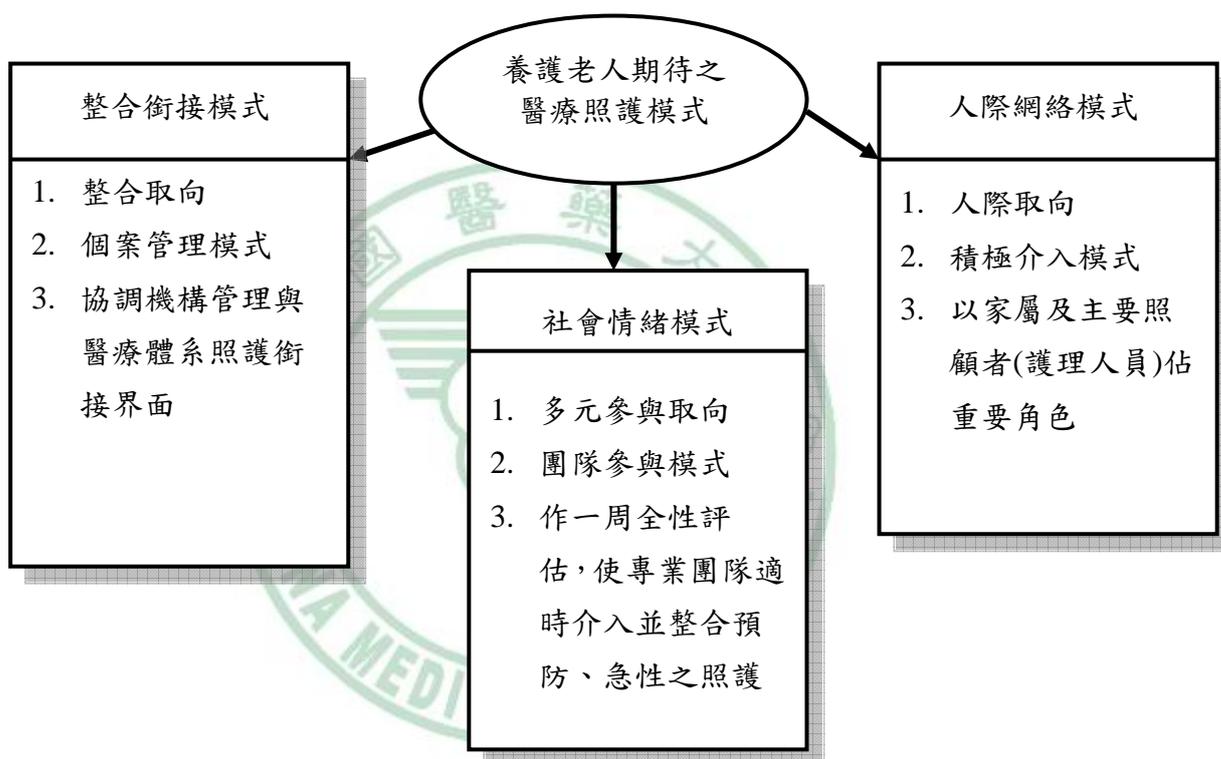
類型	分類	受訪者
醫療照護模式	1.人際網路模式	A03、A05、A09
	2.社會情緒模式	A02、A04、A10、A12
	3.整合銜接模式	A01、A06、A07、A08、A11

因此，在上述建構的醫療照護模式中，由於老年人因經驗及生活情境之不同，在面對自覺健康問題的表現上，也應要考量老人個人內外行為相關因素的改變，及其對於自覺健康所採取的行為，故以圖二來呈現說明養護老人期待之醫療模式的理念架構。

在討論老人期待之醫療照護模式，就現階段機構醫療照護規劃的方式，透過人際取向、多元參與取向及整合取向的基礎理念來思考與規劃，導引機構在醫療照護的資源流向價值最大化之處；這是一種滿足各種不同需求友善的方法，有時候，亦可針對不同醫療照護模式之情況，以交換的性質進行及服務的提供，藉由檢視老人自覺健康狀態與醫療照護之需求，來加以評估分析。可以讓老人能更獨立自主性的支持性措施。

而與老人關係最親密的家人也是最適合參與醫療照護模式；因為

老人對於自覺健康狀態的調適最常以尋求專業醫療的處理、或是依自己既有的經驗、或採行他人的建議處理其健康問題，而家人在此亦扮演了重要的角色。相對而言，機構的服務提供者也必須瞭解養護老人在自覺健康狀態行為的階段分佈後，利於日後機構醫護人員能依不同之階段，明確地擬訂養護機構老人所需要的協助或促進措施，更能增進養護老人的健康。



圖二 老人期待之醫療照護模式的理想架構圖

第五章 結論與建議

本研究的主要目的，在於透過質性研究的方式來探討養護機構老人自覺健康狀態，並進一步探討影響老人自覺健康的相關因素，對其疾病所採取的行為之間相關情形，來建構老人期待之醫療照護模式。

首先，研究者先就人口老化及現象、老人自覺健康狀態、接受機構式醫療照護現況之相關文獻加以探討，除作為本研究的工作基礎之外，亦藉由文獻的分析統整，歸納出影響養護老人期待醫療照護模式的相關理論，包括發展理論、醫療利用模式、健康信念行為、疾病行為模式等。其次研究者以質性研究共深度訪談十二位養護老人，期望在整個研究過程發現一些事實、現象和經驗，使研究者對於養護老人期待之醫療照護多一份瞭解與詮釋，進而從老人自覺健康狀態來建構期待之醫療照護模式。

第一節 結論

生老病死是大多數人必經的歷程，伴隨老化和疾病而來的是許多健康和醫療照護上的問題。比起年青人，老人肢體活動較緩慢，且身心遭受慢性疾病之困擾者很多。由於養護老人受到疾病的侵襲，其器官的正常功能逐漸被打亂或衰退而導致病理上的變化，因其疾病與失能狀況不同，個人喜好不一等因素，老人在不同時點照護需求各自不同。

本研究經過文獻資料整理及實際訪談、觀察居住在養護機構老人，並從老人目前整體的健康狀態、對疾病所採取的行為來建構老人期待之醫療照護模式，試圖回應本研究的目的：（一）瞭解老人目前

整體健康狀態的情形；（二）老人自覺健康狀態採取的行為；（三）分析瞭解老人進住機構前後接受之醫療照護；（四）從老人自覺健康狀態來建構期待之醫療照護模式。根據上述研究結果分別來說明之。

一、老人目前整體的健康狀態

參與本研究的受訪者從六十五歲到九十幾歲，其過去的疾病資料大多有高血壓、糖尿病或曾經中風等多重疾病；但這許多慢性「狀態」並不會讓老人有感覺疲勞、發燒、無精打采、疼痛或是不舒服等「疾病」的徵狀。因此，在老人自覺目前整體健康狀況的題目中，皆受到相當程度的老年生理與心理失調的影響，會因目前面臨身體狀況逐漸衰退的情況來陳述自己的症狀。

二、老人自覺健康狀態所產生的情緒反應

老人對於疾病感到的疼痛是一主觀的感覺，會受社會、心理等層面的影響，而有所不同的感覺或定義。老人自覺健康狀態會對疾病嚴重度而有所不同，其情緒反應分為依賴型、逃避型、沮喪型和積極型等四面向；且隨著年紀之增長，老人整體健康情形下降，在情緒上亦會受到很大的影響與衝擊，造成老人產生憂鬱症的傾向，進而影響老人的生活品質。

三、老人自覺健康對疾病的態度之影響

疾病的疼痛是一個多層面的現象，會因老人對於疾病態度的認知不同變化而產生不同的詮釋。因此，養護老人對於疾病的態度分為積極求勝型、積極促進型、消極抵抗型及消極順從型四種類型。

（一）積極求勝型：為了避免屈服於衰退的身體狀況與消沉絕望的

心情，老人自己已經發展了一套行為，決心「戰勝疾病」。

- (二) 積極促進型：健康是自己的責任，老人努力積極地參與自身健康照護活動，或與醫療專業人員討論健康相關議題，在參與治療措施的過程中，自己也會有積極的行為。
- (三) 消極抵抗型：對於疾病所產生的疼痛或變化，老人始終不願意去面對，並選擇自己願意相信的訊息看待目前的疾病。
- (四) 消極順從型：老人之所以會出現兩種極端反應，一方面是期望仍保有自己的獨立自主性，另一方面則了解到自己需要有人依靠並提供協助。

而在上述老人因應疾病所產生的認知、動機等行為皆屬一認知因應的行為，而之後所採取的策略及外在行為，則是老人行為改變最重要的階段。

四、老人自覺健康狀態對其行為改變的反應

不論多樣化及具個別性的處理病症方式為何，其最終目的是能減輕或去除疾病所造成的病痛不適，使身體處於舒適狀態。而老人對於疾病個人行為改變的階段分為觀望期、意圖期、伺機期、行動期和維持期。根據其採取的行為方式亦影響老人對外界的信任與接觸，甚至他們會採取逛醫師（doctor shopping）的模式，來獲得、可自行處理或方便的疼痛因應策略，來「控制」或「達到想要」的權衡措施。

- (一) 觀望期：目前沒有打算採取任何行為。
- (二) 意圖期：目前沒有採取任何行為，但未來打算要採取行為。
- (三) 伺機期：偶爾採取行為，視情況而定。
- (四) 行動期：目前有採取行為，但時間不到一個月以上。

(五) 維持期：目前已採取行為，且已持續一段時間以上。

五、建構老人期待之醫療照護模式

老人對於健康的論述包涵多重意義，從身體功能變化到心理社會衝擊，從單向度定義到整體人文環境的考量。老人的身、心、社會將隨著疾病發展而有所改變，其醫療照護需求亦隨之而改變。老人在自覺健康狀態下，其服務取向及醫療照護模式，也會有不同運用的方式與重點，因此，根據老人在自覺健康狀態期待之醫療照護模式包括三種服務方式：人際網絡模式、社會情緒模式、整合銜接模式。但在這過程中，如何讓老人感受到心理、社會層面的關懷是相當重要的。

六、如何運用老人期待之醫療照護模式

在上述建構的醫療照護模式中，由於老年人因經驗及生活情境之不同，在面對自覺健康狀態問題的表現上，也應要考量老人個人外內行為相關因素的改變。這些服務方式是以交換的性質進行，這是一種滿足各種不同需求友善的方法，可以讓老人能更獨立自主性的支持性措施。

因此，研究者整理歸納表3-11說明養護老人期待醫療照護模式之比較分析。視養護老人的自覺健康狀態與個別化之需要可以由單純的生活照顧層面，延伸到完全需要醫療照護的層面；在理想的醫療照護模式中，不僅著重於醫療服務提供面，相關正式的專業團隊人員與非正式的人力資源(如：家屬、志工)，皆會影響老人對醫療照護模式的滿足與否。

這些方式都是讓養護老人追求自覺健康狀態的本能，藉著個人對疾病的態度認知及尋求行為，來建構期待並維持獲得最佳的健康狀

態，且尋求健康為個人之渴望，亦較達成其個人的自覺健康目標。

表 3-11 養護老人期待醫療照護模式之比較分析

模 式 項 目	人際網絡模式	社會情緒模式	整合銜接模式
基礎理念	人際取向	多元參與取向	整合取向
運用時機	新住民	平時/一般狀況	出現特殊狀況/需求
工作模式	積極介入模式	團隊參與模式	個案管理模式
照護的原則	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立輔導系統，針對老人進行護理、社工員、管理三層次的輔導，並提出切實可行的介入計劃 2. 發揮機構服務輸送及人力供給的責任，持續追蹤處置成效 3. 以家屬及主要照顧者(護理人員)佔重要角色 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 跨專業的診斷及處置，醫療照護重點為生活型態的改變、飲食的調整、疫苗的注射及疾病的篩檢 2. 重視團隊工作的模式，培訓各類長期照護服務人力，並促進工作人員的再學習與成長 3. 作一周全性評估，使專業團隊適時介入並整合預防、急性之照護 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 設置老人個案管理系統，妥善運用並施測老人生活機能及全面性需求之評估 2. 定期舉辦個案研討會，促進個案照護制度之建立，制定SOP流程，保障醫療照護過程的完善與安全 3. 協調機構管理與醫療體系照護銜接界面

根據上述之分析，機構的服務提供者也必須瞭解養護老人在自覺健康狀態行為的階段分佈及需求，利於日後機構醫護人員能依不同之階段，明確地擬定養護機構老人所需要的協助或促進措施，更能增進養護老人的健康。

第二節 建議

本研究是以老人自覺健康狀態來建構期待之醫療照護模式，由於老人長期照護機構組織性質不但呈顯多元化機構的服務目的也會有相當的歧異性，因此研究者個人認為的建議分別描述如下：

一、長期照護體系之醫療照護方面

機構在健康照護業務常規中，宜考量老人在養護機構中對醫療需求及資源連結所可能造成的衝突與影響，並思考如何給予適當的照護與協助，研究者就政策層面、機構層面的資源來提出建議。

(一) 政策層面

1. 社政與衛政部門的整合

研究結果指出機構的醫療照護模式，同時會對老人在尋求資源產生連結困境。目前雖社政及衛政部門均分別訂定機構設立的標準及評鑑的機制，但這些只能侷限在長期照護結構面上符合標準的確認。制度的改革需要長期的規劃且逐步執行，在慢性病盛行率將隨著人口結構持續老化而逐年升高的趨勢下，我國醫療政策制訂者的當務之急，乃是研擬最有效率的醫療照護制度，以提供機構罹患慢性病老人最佳醫療照護。

2. 積極落實機構評鑑結果面

針對社會脈動逐步調整，落實台閩地區老人福利機構評鑑的評鑑基準，透過研議品質監控策略，從結構、過程及結果等三個向度制定評估指標，並積極導入結果面的照護及服務品質，強化並建立連續照護的機制，以發展醫療照護模式工作之改進方針，提供未來在老人長期照護服務的努力方向。

(二) 機構層面

養護老人的健康問題多為慢性的疾病或慢性的功能障礙，隨著年齡的增長，健康狀態會有折舊與損耗的情形發生；其所需之健康服務偏重照護(care)而非治癒(cure)、是長期持續且廣泛的。在機構建議方面說明如下：

1. 重視老人健康需求

機構應建立一套完整個案管理追蹤系統，利用電腦控管及人員輔導，根據老人目前的照護情況、多面向的生活機能等，作一周全性的評估需求，擴大照護範圍，以滿足老人多元的需求。

2. 多元教育訓練

建議機構應建置完整的教育訓練及發展體系，透過教育訓練活動，以提昇及強化機構各階層的人力素質，建立有效率之經營管理模式及團隊經營共識，提供老人多元化服務。

3. 依據老人自覺健康狀態來提供醫療照護模式

機構和照護人員應尊重老人的權利與期許，依據老人對照護模式的態度，適時適切提供老人期待之醫療照護模式發展，以因應個案身體狀況的改變，提供連續性照護，使養護老人能擁有良好的生活品質並安享晚年。

二、未來研究之建議

本研究係從老人自覺健康狀態來建構期待之醫療照護模式，以質性研究的方法來進行之過程研究，針對未來可進行影響因素及不同機構之比較的研究建議分述如下：

（一）影響因素之探討

建議未來可繼續以質性與量化研究方式，進一步去探討生活品質影響老人自覺健康的相關之因素，及老人與機構間對老人選擇最佳醫療照護模式的影響，如：老人對家屬所提供支持之滿意度、老人對機構所提供之服務項目及工作人員服務態度滿意度、老人之人格特質等因素，與老人在機構中生活適應之相關程度。

（二）不同機構之比較

有關各公、私立老人養護機構、長期照護機構、護理之家，雖然皆是收容照護罹患慢性病或行動不便、生活無法自理之老人。以老人自覺健康的因素來探討期待之醫療照護模式，由於在各機構服務項目、服務內容與服務品質差異仍大，老人在健康狀態上因素是否能滿足老人的需求？養護老人對於自覺健康所產生的過程、嘗試發現新觀念或新模式來擬定建構，並對某一特別之現象作更進一步瞭解，因此，針對各機構對於老人之醫療照護的服務內容究竟如何？與其影響因素如何？皆值得深入探討。

第三節 研究限制

本研究資料收集工作，從機構老人名單的確認到資料的收集過程，實際進行收案的時間大約為半年左右。因此，礙於時間及能力的限制等因素，以下描述二點研究限制：

一、 研究時間及能力的限制

本研究受限於時間與資源，進行收案時僅能立意取樣一所機構且由機構提供院民之名單。基於收案標準，僅能就心智功能狀況較佳且可以溝通的老人收案，但在機構中有一些無法清楚表達或溝通的老人，或是情緒狀態不佳而不願意接受訪問的老人，則無法涵蓋在內，因此無法了解這些老人自覺健康的狀態，在推論上亦有限制。

在分析上乃採質性分析與探討，可能會有主觀之介入。本研究的焦點均放在老人「個人」的層次來對其個人的行為進行探討，老人表現的許多因素皆是從「心理適應」的問題出發，在訪談過程中，幾度出現老人頻頻抱怨機構生活照顧的問題，這樣的思考角度，會把老人對於自覺健康的因素歸咎在其他的關係。

二、 與少數受訪者關係建立不足

研究進行期間往往因為老人情緒上的因素、機構工作人員工作繁忙以致對於老人提供的訊息有限，且有一、兩位老人因相處時間較短，可能會有紀錄不完善、無法深入探索等問題。

參考文獻

一、中文部分

中華民國長期照護專業協會(2005)。台閩地區長期照護機構名冊。台北:長期照護專業協會。

內政部(2005)。內政統計通報。<http://www.moi.gov.tw/stat/>。資料取自 2006 年 05 月 28 日

內政部(2005)。老人福利法規。<http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02.htm> 資料取自 2006 年 05 月 15 日。

內政部(2004)。民國 89 年台閩地區老人狀況調查報告摘要分析。內政部統計資訊服務網。<http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.aspx> 資料取自 2006 年 3 月 15 日。

內政部(2003)。台閩地區國民生活狀況調查結果摘要分析。內政統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat> 資料取自 2004 年 9 月 28 日。

內政部(2000)。中華民國台灣地區人口統計。台北:內政部。

內政部(1999)。台閩地區老人福利機構需求概況調查。台北:內政部統計處。

內政部(1996)。中華民國八十五年老人狀況調查報告。台北:內政部社會司。

內政部統計處(2005)。內政統計年報:老人安養養護機構。內政部統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/stat> 資料取自 2005 年 5 月 2 日。

內政部統計處(2003)。92 年身心障礙者生活需求調查報告分析摘要。台北:內政部統計處。

- 內政部社會司(2001)。台閩地區老人安養及長期照護資源分佈。台北：內政部。
- 王媛慧(2004)。我國老人照護機構的效率評估及其影響因素之研究。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 王美治(2004) 出院準備服務運用個案管理模式成效之探討-以某地區醫院糖尿病、腦中風、高血壓為例。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文。台中：中國醫藥大學。
- 王永金、李易蓁、李婉萍、邱慧雯、許如悅、陳杏容、梁慧雯、劉昭君、簡憶鈴、蘇英足(譯)(2000)。質化研究與社會工作(D.K. Padgett 原著)。台北：洪葉。
- 白惠婷(2000)。長期照護中主要照顧者對照護服務需求與滿意度之探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。台北：國防醫學院。
- 行政院主計處(2005)。婦女婚育與就業調查。<http://www.dgbas.gov.tw/> 資料取自 2006 年 05 月 10 日。
- 行政院經建會(2004)。中華民國台灣地區民國 93 年至 140 年人口推計。<http://www.cepd.goc.tw/upload/MANP/Plan> 資料取自 2005 年 09 月 18 日。
- 行政院衛生署(2004)。醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要。衛生統計資訊網。
- 行政院衛生署(1998)。老人長期照護三年計畫。台北：衛生署。
- 江哲超(2003)。老人資本、自評健康與醫療資源使用相關性之研究。南華大學社會學研究所碩士論文。嘉義：南華大學。
- 李世代(2004)。老人常見的營養問題-以長期照護機構老年住民之經驗為例。護理雜誌, 51(5),21-6。

- 李世代(1998)。老年人的健康與醫療照護。 *長期照護*, 2(1),1-6。
- 李宗派 (1994)。老人醫療照顧與福利政策之展望。 *社區發展季刊*, 65,77-83。
- 吳芝儀、李奉儒譯(1995)。 *質的評鑑與研究*。台北：桂冠。
- 吳淑瓊(1998)。老人長期照護政策評估。 *社會福利*, 2(1), 7-13。
- 吳淑瓊、張明正主編(1997)。 *台灣老人健康照護之現況分析*。台北：台灣大學公共衛生研究所暨衛生研究中心、台灣省家庭計畫研究所。
- 吳淑瓊、朱昭美(1995)。民眾對老人長期照護安排之態度：1994台灣地區社會意向調查之發現。 *中華衛誌*, 14(4), 369-82。
- 宋蕙安(1997)。 *老人長期照護社區化的探討*。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。嘉義：中正大學。
- 呂寶靜(1997)。台灣地區老人日間照護方案功能之初探—從老人使用者及家屬的觀點出發。 *政大社會學報*, 27, 89-120。
- 林仲修、林豐吉(2004)。老人問題之整合對策-需求層面的檢視。 *中山學報*, 25, 131-50。
- 周伶利翻譯、林美珍審閱(2000)。 *Erikson 老年研究報告-人生八大階段*(Erik H. Erikson, Joan M.Erikson, Helen Q. Kivnick 著)。台北：張老師文化。
- 邱黎明(2000)。 *接受長期照護服務老人對服務需求與滿意度之探討*。國防醫學院碩士論文。台北：國防管理學院。
- 洪百薰、林豐雄、洪美玟、黃明珠、吳聖良(1991)。老人健康狀況與需求評估。 *公共衛生*, 18(3), 212-35。
- 柯瓊芳(1995)。歐洲各國老人自評健康狀況之比較研究。 *公共衛生*, 22(2), 87-98。

- 胡幼慧 (1996)。質性研究:理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 胡幼慧、郭淑珍、王孝仙(1996)。老人長期病患照顧者對取代方案之考量：潛在需求與困境之分析。中華衛誌,15(4),275-88。
- 胡幼慧 (1991)。社會流行病學。台北：巨流。
- 范涵惠(2002)。長期照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討。中國醫藥學院醫學研究所碩士論文。台中：中國醫藥學院。
- 范麗娟(1995)。老年人社會角色之文獻回顧-老年的異質性。一九九五老人學學術研究年鑑,149-58。
- 秦毛漁、邱啓潤、蕭正光、盧德發(2003)。社區獨居老人自覺健康狀況及醫療服務使用相關性之探討。慈濟護理雜誌, 2(2), 66-74。
- 孫健忠、林昭吟、陳阿梅(2003)。老年身心障礙者與老人福利整合規劃之研究。內政部委託研究報告。
- 高森永(2002)。長期照護下老人的健康相關生活品質與健康價值評估。行政院衛生署九十一年度委託研究計畫。
- 高森永、王運昌、鍾明惠、張吉祥、白惠婷、邱黎明、邱宛瑜、王素滿(2000)。社區老人與慢性病患對長期照護需求之探討。行政院衛生署八十八年度委託研究計畫報告。
- 高婷婷、葉宏明、黃秀雲、吳重慶、吳尤君、許慧珍、張瓊分、顏裕庭(1999)。某區域醫院長期照護機構後續服務現況調查。長期照護雜誌, 3(2), 46-53。
- 郝溪明(1998)。老人長期照護中家庭功能之初探。社區發展季刊, 83, 265-73。
- 唐憶淨、李孟智、王玉潯、吳麗芬、黃孝鏘、卓良珍、周崇頌(1999)。

- 老年人自覺健康狀態及其影響因素。中華民國家庭醫學雜誌, 9(1), 31-40。
- 徐宗國譯(1997)。質性研究概論(Anselm Strauss and Juliet Corbin 著)。台北：巨流。
- 許敏桃(2001)。台灣老人家庭照顧研究之評析:護理人類學的觀點。國家科學委員會研究彙刊:人文及社會科學, 11(2), 167-77。
- 許游雅(1998)。影響社區老人自評健康之因素。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。台北：台灣大學
- 陸洛(1994)。功能性社會支持與老人整體健康之相關性研究。行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告。
- 陳銀露主編(2003)。護理工作手冊。彰化：彰化老人養護中心。
- 陳玉敏(2003)。安養護機構老人適應問題量表之發展與測試(2/2)。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。
- 陳明珍編著(2001)。養護老人照顧手冊。彰化：彰化老人養護中心。
- 陳世堅(2001)。從社政到衛政長期照顧連續性光譜性統模式研擬。當代社會工作學刊, 4,1-55。
- 陳俊全(1997)。台灣地區老年健康狀況與醫療費用之長期推估。國立中正大學社會福利學系博士論文。嘉義：中正大學。
- 陳芷如(1997)。承命生根的過程－台灣機構化失能老人遷居的心路歷程。長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文。台北：長庚醫學暨工程學院。
- 陳宇嘉(1996)。高雄縣老人福利提供與需求評估研究。高雄縣政府社會科委託中華民國社會工作專業人員協會及東海大學社會工作學系研究。
- 梁煙純(2004)。我國多重慢性病患盛行率及醫療利用分析。國立陽明

- 大學醫務管理研究所碩士論文。台北：陽明大學。
- 梁金麗(2001)。社區老人生活品質及其相關因素之探討。國立台北護理學院碩士論文。台北：台北護理學院。
- 曾榮傑(2001)。接受長期照護機構服務之老人對長期照護保險的需求。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。台北：國防醫學院。
- 黃惠雯、童琬芬、梁文蓁、林兆衛(譯)(2003)。最新質性方法與研究 (Benjamin F. Crabtree, William L. Miller 編著)。台北縣永和市：韋伯。
- 黃筱薇(2000)。長期照護財源籌措方式之探討。國立大學中正大學社會福利研究所碩士論文。嘉義：中正大學
- 黃國彥、鍾思嘉(1987)。老人健康自評、生活改變和生命意義與其生活滿意之關係。中華心理衛生學刊, 3(1), 169-81。
- 葛雅琴(2002)。台灣地區老年人遷居安養、養護機構生活適應之研究。東海大學社會工作學系碩士論文。台中：東海大學
- 楊克平、尹祚芊(1999)。台灣地區長期照護病患之身心社會功能與影響因素之探討。護理研究, 7(1), 65-76。
- 楊肖琪、林麗蟬、吳義勇(1999)。論台灣長期照護特質與西方之差異。長期照護雜誌, 3(2), 1-8。
- 楊瑞珍、黃璉華、胡幼慧、白璐(1995)。自費安養機構老人的健康維護需求及其相關因素之探討。中華衛誌, 14(6), 477-86。
- 楊美賞、曾清楷、鍾信心、葉宏軒(1992)。門診慢性疼痛病人日常生活功能及心理、社會功能障礙之評估。高雄醫學科學雜誌, 8(10), 552-61。
- 葉莉莉、杜淑玲、溫敏杰、林蹇、戴億珊(2000)。台南市養護機構概

況與住民生理、功能及心理社會狀態調查。新台北護理期刊,2(2), 97-105。

葉金鳳(1997)。台灣地區老人安養政策之現況與發展。發表於 1997 亞太國際老人照護研討會。台灣：台北。

葉興春(1992)。慢性疼痛與治療。臨床醫學,30(4), 246-51。

蔡文玲(1998)。老人慢性病與失能情況之相關探討。高雄醫學院公共衛生學研究所碩士論文。高雄：高雄醫學院。

董和銳(2003)。身心障礙之概念架構與社會意涵。身心障礙研究,1(1), 32-42。

趙珮璇(2002)。老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質相關性之探討。中國醫藥學院護理學研究所碩士論文。台中：中國醫藥學院。

劉麗雯(2003)。老人長期照護機構網絡建立之評估研究。內政部委託研究報告。

劉愛嘉(2000)。年老的社會建構與老人照護困境之探討。國立中正大學心理學研究所碩士論文。嘉義：中正大學。

簡春安、鄒平儀(1998)。社會工作研究法。台北：巨流。

謝碧晴(2003)。我國長期照護機構老人生活品質之研究。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。

謝美娥(1993)。老人長期照護的相關論題。社會工作叢書。台北：桂冠。

二、英文部分

Abel-Smith, B. (1994). *An introduction to health: Policy, planning and financing*. N. Y.: Longman Publishing.

Anderson, R. T., James, M. K., Miller, M. E., Worley, A. S. & Longino,

- C. F. (1998). The Timing of Change: Patterns in Transitions in functional status among elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B(1), S17-S27.
- Andersen, R. (1968). *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago: Center for Health Administration Studies University of Chicago.
- Aronson, K. J. & McColl, M. A. (1999). Introduction: Ageing and disability. *Disability and Rehabilitation*, 21(5/6), 193-195.
- Arber, S. & Cooper, H. (1999). Gender difference in health in later life: The New Paradox? *Social Science & Medicine*, 48(1), 61-76.
- Ashford, J. B., Lecroy, C. W. & Lortie, K. L. (eds.)(1997). *Human behavior in the social environment : a multidimensional perspective*; Brooks/Cole: Pacific Grove:457-8.
- Bath, P. A. (1999). Self-rated health as a risk factor for prescribed drug use and future health and social service use in older people. *Journal of Gerontology*, 54(11), 565-70.
- Bosworth, H. B., Siegel, I. C., Grummet, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., Vitaliano, P. P., Chinning, N. C., Lytle, B. L., & Mark, D. B. (1999). The relationship between self-rated health and health status among coronary artery patients. *Journal of Aging and Health*, 11, 565-84.
- Bulmer, M. (1987). *The Social Basis of Community Care* .London :Allen and Unwin.
- Chenitz, W. C. (1983). Entry into a nursing home as status passage: a theory to guide nursing practice. *Geriatric Nursing*, 4, 92-97.
- Corral, F. P. & Abaira, V. (1995). Autoperception and satisfaction with Health: Two medical care markers in elderly hospitalized patients.

- Quality of life as an outcome estimate of practice. *Journal of Clinical Epidemiol*, 48, 1031-1040.
- Crimmins, E. M. & Saito Y., (1993). Changing mortality and morbidity rates and the health status and life expectancy of the older population. *Demography*, 31(1), 159-75.
- Fernandez, E. & Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. *Pain*, 38(2), 123-35.
- Fillenbaum, G. G. (1979). Social context and self- assessments of among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 45-51.
- Freeman, V. A. & Martin, L. G. (1998). Understanding Trends in Functional Limitations among Older Americans. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1457-62.
- Freedman, G. M. (2002) Chronic pain: clinical management of common causes of geriatric pain. *Geriatrics*, 57(5), 36-41.
- Gee, E. M. & Kimball, M. M. (Eds.) (1987). Women and health, in women and aging. *Butterworth*, 29-52.
- Holzapfel, S. K., Schoch, C. P. & Dodman, J. B. (1992). Response of nursing home residents to intrainstitutional relocation. *Geriatrics Nursing*, 13(4), 192-5.
- Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Johnson, R. J. & Wolinsky, F. D. (1994) Gender, Race, and Health: the Structure of Health Status among Older Adults. *The Gerontologist*, 34(1), 24-35.
- Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (1987). Coping with rheumatoid arthritis. *Nursing Clinics of North America*, 22(3), 551-558.

- Lieberman, M. A. (1961). Relationship of mortality rates to entrance to a home for the aged. *Geriatrics Nursing*, 16, 515-9.
- Lofland, John & Lofland, L. H. (1984). *Analyzing social settings: a guide to qualitative observation and analysis* (2nd edition). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Marcus A. C. & Siegel J. M. (1982). Sex Differences in the Use of Physician Services: A Preliminary Test of the Fixed Role Hypothesis. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 186-97.
- Manton , K.G. (1989). A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *Journal of Gerontology: Social Science*, 43, 153-61.
- Manderbacka, K. & Lundberg, O. (1996). Examining point of reference of self-rated health among Swedish oldest old. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 23, 47-60.
- Markides, K.S., Levin, J.S. & Ray, L.A. (1985). Determinants of Physician Utilization among Mexican-Americans. *Medical Care*, 23, 236-46.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965) Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-90.
- Miller, C. A. (1992). *Biophysical development during late adulthood*. In Scuhuster, C. S. & Ashburn, S. S. (Eds.), the process of human development: Aholistic life-span approach (3rd ed., P804-30). Philadelphia: Lippincott.
- Mishler, E. G. (1986). *Research Interviewing: Oxford University Press*. p.25-75.
- Mutran, E. & Ferraro, K. F. (1988). Medicine need and use of services among older men and women. *Journal of Gerontology*, 43, 162-71.
- Nay, R. (1995). Nursing home resident's perception of relocation. *Journal*

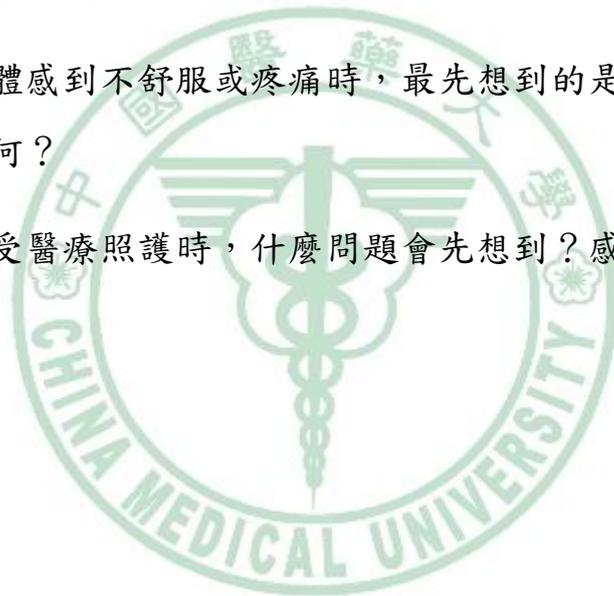
- of Clinical Nursing*, 4(5), 319-25.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1991). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Priestley, M. (2003). *Disability: A life course approach*. Polity: Cambridge, 150.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-21.
- Schulz, R. & Brenner, G. (1977). Relocation of the aged: A view and theoretical analysis. *Journal of Gerontology*, 32(3), 323-33.
- Soldo, B. J., Sharm, M. A. & Campbell, R. T. (1994). Determinants of the community living arrangement of old unmarried women. *Journal of Gerontology*, 4, 492-498.
- Spiro, A. & Bosse, R. (2000). Relations between health-related quality of life and well-being: The gerontologist's new clothes. *Aging and Human Development*, 50(4), 297-318.
- Stanhope, M. (1996) *Community health nurse in home health and hospice care*. In M. Stanhope & J. Lancaster(eds.), *Community Health Nursing*.(4rd., pp.805- 848).St.Louis: Mosby.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1992). *Community Health Nursing -Process and Practice for Promoting Health*. USA: W.B. Saunders Company.
- Stearns, S. C., Kovar, M. G., Hayes, K. & Koch, G.G. (1996). Risk indicators for hospitalization during the last year of life. *Health Services Research*, 31(1), 49-69.
- Svedberg, P., Lichtenstein, P. & Pedersen, N. L. (2001). Age and sex differences in genetic and environmental factors for self-rated health: A twin study. *Journal of Gerontology: Social Science*, 56,

171-78.

- Verbrugge, L. M., Donna, M. G. & Robert W. (1992). Risk factors for disability among U. S. Adults with arthritis. *J Clinic Epidemiology* , 44, 167-82.
- Vickery, D. (1986). Medical self -care: A review of the concept and program models. *American Journal of Health Promotion*, 1, 23-28.
- Whetstone, W. R. & Reid J. C. (1991). Health promotion of older adults : Perceived barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1343-9.
- Wilson, S. A. (1997). The transition to nursing home life: A comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 864-71.
- Wolff, J.L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*, 162, 2269-76.
- Wolf, D.A. (1990). Household Patterns of Older Women: Some International Comparisons. *Research on Aging*, 12, 463-486.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Nursing Advanced*, 17, 795-800.

【附錄一】 養護機構老人訪談大綱

- 一、 對於自己目前整體的身體活動功能、心理等狀態感受如何？
- 二、 跟同年齡的人比起來，覺得自己的健康狀態如何？
- 三、 進入機構前的身體狀況如何？接受的醫療照護服務後，對自己目前健康狀態的感受如何？
- 四、 目前的健康情形對日常生活活動的影響如何？會影響與他人互動影響程度嗎？
- 五、 當身體感到不舒服或疼痛時，最先想到的是什麼？對疾病的感受如何？
- 六、 在接受醫療照護時，什麼問題會先想到？感受如何？



【附錄二】養護機構訪談同意書

親愛的阿公（阿嬤），您好，我是中國醫藥大學醫務管理學研究所的研究生葉禹彤，我目前正在進行碩士論文的研
究，研究主題為「從自覺健康狀態建構期待之醫療照護模
式」，研究對象為本院之住民，主要是以深度訪談的方式來
跟您作訪問。

- 一、每次訪談時間約為 60 分鐘，為日後資料分析之便，訪
談過程將全程錄音，如訪談過程中感到任何不適，可隨
時停止進行。
- 二、關於訪談內容，絕對善加保密，僅供研究分析討論，訪
談錄製之錄音記錄將於論文完成半年後銷毀。
- 三、為了保護暨尊重您的意願，本研究所呈現的訪談內容，
也以匿名方式來呈現。最後感謝您撥出寶貴的時間，在
此謹致上本人的最高敬意。

受訪人：_____

受訪日期：____年__月__日

中國醫藥大學 指導教授 龍紀萱博士 敬上

研究生 葉禹彤 敬上

附錄三 受訪者個人描述及入住原因

A01 林阿公

【受訪對象描述】

阿公的個性十分內向，較為被動，不善言詞，與同儕之間很少對話，大多數喜歡自己一個人，在進入機構後才有了宗教信仰，每天早晚都要到佛堂拜拜。他用很生動的語言，敘述著自己表示無論春夏秋冬都只穿著短袖的衣服，且白天的時間幾乎待在一樓中庭。誠如他在訪談中提到：「我無愛時常待在樓上，因為這裡的老人大部分攏破病，需要長期躺在眠床上，我現在摺會走，我會使常常散步，做一些運動，這樣對我家己好。」但當他提起自己不順利、收入微薄的過去，再加上老年期顯然不能無人照顧，表情變的十分沮喪與悲觀，草草地把不愉快的過去帶過。

【入住原因】

阿公年輕時嗜吃菸酒、檳榔，經常居無定所，以打零工為生，獨自一個人居住在北部，且患有高血壓需定期服藥。阿公約在民國 87 年中風致左腿無法使力，因左眼有青光眼、右眼感到模糊，視力幾乎喪失，需要拐杖協助行走。

阿公中風之後，二妹將其接住家中照應，協助日常生活的活動，但其工作繁忙、無暇照護，阿公又十分想念老家的居住環境；逾半年後搬回○○鄉的老家與二弟及弟媳同住。因二弟從事水泥工作，經常四處奔波，阿公又與弟媳相處不佳，實際照顧工作（如送餐、洗澡等）均由住在老家附近的么妹協助。故經公所轉介個案，阿公親自參觀、瞭解機構的環境後，希望申請入住。

A02 黃阿嬤

【受訪對象描述】

阿嬤個性溫和，意識清楚且表達能力佳，目前定期服用骨質疏鬆症的藥物，健康情形良好。阿嬤個性十分健談，喜歡和鄰居聊天，平時會主動向護理長描述自己的身體狀況及感覺。個性勤勞的她會主動協助他人及工作人員內務整理的工作，並經常與鄰居阿嬤推著輪椅相伴到機構內四處走動，參與活動意願高。

阿嬤非常樂於敘述過去生活的點點滴滴，特別引以為傲的是她的兩個兒子。她描述自己總是恰如其分地給予孩子及丈夫幫助，全心全力伺候公婆。傳統的性格讓她將其大部分的心力投注於家庭生活，這樣的價值觀使她接受了子女的安排入住機構。「勤勞」是阿嬤驅策力，它的動力來自於家人的探視及想回家的心境；她花了許多時間回憶過往，訴說著想回家的心境；她將床鋪整理的十分整齊，很明顯且用心良苦想要將老舊、熟悉的東西全數保留下來（例如：家人與參與活動合照的照片），並隨時將自己私人的物品收拾整齊。

【入住原因】

黃阿嬤入住前與丈夫同住在○○鄉工業區附近，夫妻倆在生活上皆可自理。因 92 年 7 月初在家跌倒導致右股骨折，同年至沙鹿○○醫院進行髖關節置換術，復原情形良好。

日前開刀後，兒子擔心照護安全上的問題而申請入住，因有認識的親戚住在養護中心的 3C，阿嬤希望可以住在同一區，有熟悉的人在可彼此照護，故入注意願高。

A03 游阿公

【受訪對象描述】

阿公的個性較為木訥、寡言，閑少與人交談，平時較無精神。過去幾年，因為糖尿病的原因，阿公的眼睛逐漸模糊、看不見，左腳踝變形腫大讓阿公只能坐在輪椅上，整個人看起來十分容易疲倦。比起入住前阿公體重漸增，醫生建議阿公應減重避免血糖值飆升，但阿公因無法控制食量且運動意願不高，所以多半臥床睡覺來逃避。阿公鮮少描述與家人的互動情形，據工作人員表示，阿公的妻子從未來探視過阿公。

因疾病與行動不便的問題，似乎讓阿公感到束手無策，使他終日呆滯、毫無反應；對於自己健康的問題多半以逃避的情緒來面對，並十分依賴女兒，在思考或談話時，皆離不開的說：「阮查某囡(女兒)後天禮拜六會來看我，你可以跟他說或是問他。」

每到女兒探視的那天，阿公總會穿戴整齊，精神奕奕地坐在輪椅上等待。後來，在醫生的建議下，家人帶阿公訂製了義腳，讓依賴輪椅已久的阿公踏出了在機構的第一步；。這一切的改變，讓阿公整個人變的好有精神，家人的關懷，不僅給予阿公精神上的支持，也讓阿公積極參與機構的活動及復健。

【入住原因】

阿公之前與妻子同住在○○鄉，因其阿公患有糖尿病等多重慢性疾病，再加上左腳踝腫大而導致行動不便。阿公的次子和女兒每週都會返家探視，長子及三子因居住在台北工作大約一個月探視一次。因其妻子年紀大了，身體經常酸痛，無法照顧阿公。

A04 林阿嬤

【受訪對象描述】

阿嬤雖年歲已高，其意識清楚，個性溫柔，偏內向，與人交談較被動，平時喜歡與鄰居聊天、看電視，與其他人互動皆不錯。身體無任何慢性疾病，惟因為骨質疏鬆而導致腰椎壓迫性骨折，身體的疼痛，使得阿嬤必須經常臥床，所以她學會了默念「阿彌陀佛」的方式，藉由宗教的信仰，讓自己的內心得到舒解。

阿嬤對於生活、日常飲食十分謹慎，認為在烹飪時下點功夫或不吃高油脂食物，就可以幫助她維持身體健康。阿嬤會自己打理吃穿，雖然腰椎不定時的疼痛，但她不願意面對自己失去行為能力的事實；每一次下床，都需要找人來幫忙，因無法久坐，都會覺得很不自在，所以寧可留在床上。

平時阿嬤的子女會提供必要的協助，幫忙照料起居與必需品之儲藏，這份認定感讓她感到獨立自主，且深信子女的協助可以保護她不受到身體衰退的影響。但日前因為腰椎疼痛難耐，對自我的情況感到挫折、無力感。

【入住原因】

阿嬤因腰椎壓迫性骨折導致無法行走，之前尚能作簡單的家務。原與四子同住，之後兒子過世後，搬至與三子同住，但因三子年歲已高，照顧十分吃力，加上案女為中心的護士，申請入住中心，希望進住案女服務的照護區。

A05 陳阿公

【受訪對象描述】

阿公早年種田為生，曾任村長 3 屆（12 年），聽力較差，意識清楚，講話帶有江湖味，個性較為海派，與人相處融洽，其身體較為瘦弱，有長年吸煙的習慣，並患有潰瘍等消化系統疾病。入住時因情況較不穩定，住在觀察室之後轉入居住區，曾進行截肢與胃腸繞道手術。

與妻離婚二十多年，由於個性使然，一方面阿公希望自給自足，一方面則感受到有依賴感，堅持己見的個性，使得阿公的防衛心很重，越來越排斥他人的協助。訪談期間對於自己目前身體病痛隻字不提，在進行多次溝通後，才得知日前肺積水問題嚴重，夜裡會喘，病況一直沒有改善，其吸煙量仍然如此，機構護理人員多次衛教未果。

阿公無論在思考或談話時，皆離不開錢的問題，因經濟上仰賴公費給予的零用金及曾受到經濟因素的波折，經常回想年輕時生活平順、經濟安定的日子。在討論到經濟情況時，讓阿公提出了不同的看法，使整個訪談過程變的很精采，經濟的不確定因素，讓阿公在財物與人際關係上，經歷了相當程度的不確定性，因此才會變得越來越不信任他人。

【入住原因】

阿公於民國 89 年因傷口潰爛，未及時處理予截肢致生活不便。在○○醫院治療後即轉入私立○○老人養護中心，並於草屯○○醫院拿心臟科的藥物。因案子入獄服刑，案女皆已出嫁，對於每月二萬多元的養護費頗感吃力，故申請公費入住。

A06 莊阿嬤

【受訪對象描述】

阿嬤年輕時曾當過助產士，未婚，給人的感覺十分慈祥，一直與兄長同住在○○縣，日常事務由姪子代為協助處理。家庭成員發揮了最大的關懷照護力量，讓阿嬤在目前的生活中有著許多不同模式的新友誼。誠如阿嬤說的：「不管在哪裡過日子，還是有很多事情可以做，就是沒有時間悶悶不樂！」阿嬤回憶早期工作經驗時的感覺，這樣的專長感存在早期的工作中，也在後來的歲月裡發展。她神采奕奕地回憶這一連串的成就，先是職業、家人的相處、社區事務的參與，熟悉的人、事、物，讓她充滿活力地調適改變中環境的努力。看起來纖細脆弱的是她，當看到家族兒孫的成就時，她似乎從中得到了某些程度替代性的成就感，並指出家族的特質及特殊的專業能力在兒孫身上表現出來，讓自己沒有時間去多想或擔憂任何事情。

阿嬤並以其一生的經驗，亦可能是她自身狀況的關係，使她十分認同及感激機構的照顧。近年來，髖關節的問題使阿嬤較少下床，而且身體愈顯瘦弱，她經常因為小感冒的問題而感到身體不適，也減少活動的範圍。

【入住原因】

阿嬤的身體一向硬朗健康，直至民國 88 年因治療關節炎第一次於○○醫院住院。因髖關節發炎後，下肢無力無法行走，家屬曾請過看護照顧，但阿嬤深怕為家人帶來負擔。經朋友介紹機構的環境，由社工員探訪及了解相關細節，阿嬤才申請入住。之前入住時為自費身分，費用由案姪支付，後改為公費

A07 魏阿公

【受訪對象描述】

阿公年輕時是位牙醫師，於○○縣開業。他的個性十分樂觀，偶爾喜歡哼哼唱唱，並勇於表達自己的意見，因為經濟的因素，擔心依賴子女來提供生活費用，所以在經歷身體功能受損且逐漸退化的情況下，希望在公立機構能得到妥善的照護。

阿公清楚知道自己的身體逐漸地退化，正確的價值觀及對醫療的認知，雖然在某種程度上需要依賴外來的幫助，但阿公仍然可以以自信的態度來面對，開始挑戰自己不健全的體力，並持續地從事肢體活動，也讓阿公對於他本身的身體狀況以及獨立自主性，產生了正面的效果。

他能夠有意識到自己有責任靠運動與飲食習慣，積極的保持身體最佳狀況；對於疾病與老化現象採不屈服的態度，希望可以得到比自己與社會期待的更多獨立自主。阿公將他人的協助，是唯一股促進自主性的助力，其自律的行為，使他可以獨立、持續地從事對他而言絕對重要的活動，例如唱歌、訓練肌力的活動、參加日語課程。他十分投入地說道：「如果你有心戰勝它（身體的虛弱、衰竭），你一定可以做到的。」

【入住原因】

阿公大約在民國 88 年第一次中風，雖有服用藥物控制，但因經常熬夜、睡眠品質不佳導致在同年 9 月第二次中風致左側癱瘓且吞嚥功能不佳、語言表達能力受損。

中風後有鼻胃管留置、需包尿布，與妻子同住，但因其妻子無法一人照顧，家屬希望能入住中心後持續復健，得到更適切的照顧。

A08 陳阿公

【受訪對象描述】

阿公婚後育有兩名女兒即離家出走，拋棄母女，家屬皆以為阿公已過世了。直至阿公五十多歲時才回來彰化，家屬才知其存在。之後自找房子居住，遂從事水泥工。

阿公的臀部動過兩次手術，特意觀察時，走路姿勢會有些奇怪，而且如果東西掉在地方，他要將東西撿起來也是非常困難的事。年輕時候曾因意外在股骨的地方打上鋼釘，但隨著年歲的老去，身體大部分的肌肉開始鬆弛，身體機能的障礙程度，使得阿公被迫地需將股骨上鋼釘拔除，其身體的疼痛讓阿公感到痛苦，且十分衰弱及難堪。他以冷淡、認命的語氣說道：「時常有一種想要放棄的想法，只想要好好地坐在輪椅上面看電視還是躺在眠床上，這些簡單的代誌，攏無法度，當人活到這個年歲，才會瞭解。」在想到未來問題時，阿公最想要改善自己與孩子的關係，或許是希望可以彌補過去錯誤的機會。

【入住原因】

阿公年輕時從事水泥工，約在民國 86 年時在工作中從架上摔下來，就常頭暈、頭痛，行動也未像以前自如，醫生判定為小腦退化症。

入住前每月領有低收入戶 6000 元補助，以每月三千元來租房子，且平時不與人交談，一個人住在樓上，中午市公所有提供送餐服務，晚餐則外食或自己煮。母親偶而會來探視，可自行扶著扶具行走，因住處無水，生活環境雜亂不堪，需至對面廟宇提水回來，約一個月洗澡一次。日前因行走不便，生活逐漸無法自理，經由○○市公所轉介至機構居住。

A09 吳阿公

【受訪對象描述】

吳阿公未婚，年輕時在〇〇市送報維生，獨居生活。阿公個性有些悲觀、氣餒或疲憊的感覺，平時會與人聊天。

偶爾的病痛，會讓阿公感覺生病與絕望等的問題，那些痛苦的經歷，似乎是無法擺脫的一股憂慮；當談到早年生活的抉擇時，由於阿公長年一人獨居，使得阿公會將死亡、孤獨、被遺棄聯想在一起，覺得自己的一生都在不斷地妥協中渡過，但是只會間接的提起。回顧過去家庭生活，因環境貧苦與經濟壓力，必須與現實妥協，放棄了理想與抱負，親情之間的聯繫也日亦減少，過去種種生活的逆境，使阿公的遺憾和心結愈加交織複雜；在多次的互動中，阿公誠實的表示，不想成為任何人的負擔。

近日，志工定時的關懷及宗教儀式的經驗，其所帶來的安慰，為公新的生命畫上了色彩，並試圖從信仰中獲得力量。現在，阿公會努力融入較樂觀、肯定生命的想法中，許多生活的經驗也願以與人分享、分擔了。對於宗教信仰的話題，幾乎每句都會提到對方的關懷。

【入住原因】

阿公約在民國 91 年獨自騎車外出車禍，住院治療 4.5 天，因該次車禍腰椎無力、需扶物或柺杖行走。原住在高雄縣〇〇鄉，後獨居於三妹〇〇市的住宅，由〇〇基金會提供居家老人在宅服務知送餐服務（一天一餐），其將餐分為三餐吃。另有台中縣〇〇〇基金會打電話問安。經三妹考量獨居且無人照顧，申請至中心公費養護。

A10 陳阿嬤

【受訪對象描述】

阿嬤為教師退休，未婚，收養一女，待女出嫁後，阿嬤的姪子常年在日本工作，故將接住到其宅。她慈愛、和藹地述說著以往的生活點滴時，她和養孫子女的關係都很密切，並認為孫子們常常想著她、喜歡她；她總是喜歡養孫子們拜訪她或打電話與她聊天，那種照顧和關懷，讓阿嬤信守著每天要盡可能充實過日子的信念。

憶起民國 92 年因開始出現老化現象，走路不穩，生理上的限制，使得阿嬤掙扎著是否要接受不可改變的未來，她熱切地談論著過去終身投入教育的工作，而且悲嘆艱辛的生活剝奪了她從事教育活動的機會。她描述當時隨之而來的消沉情緒，不斷地衝擊自己的生活，以往的習慣想法，使她產生了矛盾的心裡。

接著她述說著一段有關父親的故事，並指出父親的智慧與判斷力，是她最尊崇、也最希望自己能展現的特質。但生命的重頭來過，不再結束自己生命的決定，展現了她對下一代深沉的關懷。因此，她開始領悟到所需的智慧，試圖要活出的特質，這些努力似乎帶給阿嬤某種力量，開始將孫子視為未來生命的擴大。

【入住原因】

阿嬤約在民國 93 年中風，中風後無法自行行走需持柺杖，飲食、穿衣、沐浴均需人協助。姪子欲申請外勞看護，但其擔心增加親屬負擔而反對，之後因而憂鬱。同年 4 月服用八十顆安眠藥欲輕生住院治療，其養女及養孫子女經常探視，但顧及其獨居，恐再輕生念頭，經中心人員介紹入住。

A11 呂阿公

【受訪對象描述】

阿公未婚，收養一女，有同母異父的兄弟姊妹（兄、妹已故），尚有二位姐姐，均無來往。年輕時於基隆、瑞芳一帶從事礦工，大部分時間居住在工寮，約在民國 89 年搬至桃園縣○○鄉居住。

阿公以往的生活中從事粗重工作，養女出嫁後，仍然繼續從事工作並一人獨居。然而到了晚年，身體的退化使得活動受到了限制，只是一昧地待在家中，不與任何人來往。

相較於其他的受訪者，阿公較為主動談論他受到身體衰竭所帶來的羞辱與行動不便影響。他提到因為身體的病痛及有多次開刀的經驗，差點喪命的情況，口氣中透露出至今對醫生仍感到百般的輕視與懷疑；他十分相信自己的身體狀況出了問題，並認為醫生沒有說明並診斷疾病的實際情況，讓他的病情日益嚴重，目前行動不良於行的緣故，更讓阿公對自己的健康狀況更加沒有信心。

當談到近期的事情時，阿公會無法做出反應：「我不知道會發生什麼情況…，但是…」或者說：「如果我家已沒有改變心意，就會…」言詞中不斷地操心、煩惱，這樣相當程度的不確定性也讓阿公自己本身充滿了不信任感。

【入住原因】

阿公由於頸椎骨刺於民國 92 年開刀，由昔日同儕○先生協助照顧生活，術後需因長期臥床，幾乎癱瘓，○先生自感照顧之困難，協助申請公費養護。

A12 王阿公

【受訪對象描述】

王阿公，未婚，為○○學校工友退休。在討論人生的各種問題時，他會提到自己被剝削或欺騙的遭遇。在談到最喜愛的活動或嗜好，阿公又會談到花費昂貴的問題。過去幾年中，阿公都會擔心自己是否有錢可以處理緊急需要，或應付退休後的生活開支等問題，對自己是否有能力負擔晚年生計感到憂心忡忡。進住機構後，因糖尿病的緣故，認為機構的膳食未按照每個人的需求來設計菜單，多次跑去營養室關心住民的飲食生活。在訪談過程中，回答問題時，他用了大部分的時間說了一些食物營養的問題，並認為機構老人用餐問題的解決之道，就是尋求專家指導，並要接受他們的建議。

日前因右下肢腳指傷口潰爛日遂嚴重，一直不願意接受護理人員的衛教及勸說，傷口一直未改善，後才因為疼痛不堪主動到護理站要求護理人員協助就醫，經醫師診斷需進行截肢。返回機構後，多次向護理人員抱怨醫院照護不佳等問題。

【入住原因】

王阿公因傷口未及時處理，於民國 94 年左下肢截肢。日前住在台北縣私立○○養護中心，平時皆由友人代為協助處理個人事務。因經濟因素，由友人協助申請公費養護。

在他談到退休前十年的經濟情況時，態度顯得十分從容，會不斷述說在校園擔任工友時，在熟悉的環境中，他可以掌握大致上的情況，並因為過去曾跟隨中醫師父學習把脈及中藥的使用，所以在入住時攜帶兩大瓶中藥，且自行保管服用。