

安、療養機構中老人虐待問題之探討

〈蔡啓源〉

A <long-term care institution> isn't a place where old, sick people come to die:

It's a community of men and women with memories and experiences they treasure, people who were once part of the neighborhoods which the rest of us inherited—

In short, people just like the rest of us, except that they are older than most of us and living through some complications that very possibly await you or me.

～ 改自 Richard L. Erickson (1981) ～

問題背景

自從老人人口數於民國八十二年九月開始佔全國人口之比例逾百分之七後，各項與老人有關之議題便被廣泛討論，並常見露於報章雜誌、學術論著；使得整體之老人福利與服務更較過去為社會大眾所注意與關切。之故，各地、各級之老人福利機構或團體、單位之服務表現，便也較過去受到社會各階層人士之側目及重視。甚至許多過去未曾或很少被披露之老人問題及需要，也開始一一浮現，而引致議論：老人虐待 (Elder abuse) 議題便是其中一例。於是有人便疑問著：老人虐待是本就存在？抑或為新近衍生之問題呢 (Kosberg & Garcia, 1995)？其實，當全世界之工業產業結構巨變，社會、家庭結構亦隨之相繼改變後，老人虐待問題便形於存在，只是並未被表面化而已 (金子善彥, 一九八七)；一直到一九七八年，此問題才在文獻上被界定為家庭暴力 (Domestic violence) 之第三類。至今有關老人虐待之研究報告及實例資料並不多見，甚至可謂資料嚴重缺乏 (Lucas, 1991)。雖然就老人之家庭生活而言，不同研究結果之保守估算，每年至少有百分之四以上老人會遭受虐待 (Weiner, 1991; Eastman, 1984; Select Committee on Aging, 1980; Block & Sinnott, 1979)。但這比例卻未含括被安、療養機構、護理之家收容，及接受日間照護之老人們。可見實際被虐待之老人人口比率，是遠遠超過專家們所估算者，而也應已達到被意識嚴重性之階段。Pillemer & Finkelhor (1988) 在研究中指

出：美國每年有百萬左右之老人被虐待：Pepper (1985) 在 U.S. House Select Committee on Aging 之公聽會中也指出：被舉報之成人虐待案例中，老人虐待即佔百分之八十二以上：Harshbarger (1993) 也說：每十四件老人實際受虐案例，才僅有一件被正式舉報。Block & Sinnott (1979) 更指出：有百分之九十五舉報之老人虐待案例，在案發時未能尋得適當之協助服務：O'Malley, Segars, Mitchell & Kneupel (1979) 就發現：百分之七十以上之受虐老人若不經由第三者之協助，則無法自己覓得協助管道。可見，老人虐待已不再只是為概念性問題，而已具備足夠條件成為需被立即處理之社會問題 (Martin, 1995；Hudson & Carlson, 1994；Giordano & Giordano, 1984)

在臺灣，有關於別老人受虐案例之陸續報導，雖已使老人虐待問題有漸漸凸顯、被具體認定之趨向，但是此類老人虐待事件，大多是僅屬於家庭性虐待 (Family abuse) (蔡啓源，一九九六)；此乃依照老人虐待事實發生之場所是在家中，而且施虐者 (Abusee) 被界定為家人、親屬等而言。對於缺乏扶養義務之親屬、有扶養義務親屬無扶養能力、殘障、中風、癱瘓、癡呆、或被遺棄之老人們而言，若為安、療養機構，護理之家所收容，其等也是可能暴露在被虐待之情境 (Living setting) 中，只是施虐者改換成為機構之照護人員；而被虐待之類型、方法、與內容，應無異於家庭性虐待。故就虐待發生之場所為安、療養機構而論，此類型之老人虐待應被界定為機構式虐待 (Institutional abuse) (Watson,

Cesarrio, Ziemba, & McGovern, 1993；Lucas, 1991)。按照常理推判，貧病、寒苦之老人若有生活上之困難與問題，無處可去、無依無靠時，最後若是由安、療養機構所收容庇護，則應是可獲得安定餘生最佳結局之歸宿；因為以護理工作人員代替家人之養護，人們既可獲得周全之生活照顧，又可享受有基本人權、生命尊嚴、及安全保障 (蔡啓源，一九九五)。雖然美國科學事務委員會 (Council on Scientific Affairs, 1987) 曾認定長期照護機構中的確存在著虐待事實，但由於機構性虐待之資訊與文獻被知者極少 (Meddaugh, 1993；Quinn & Tomita, 1986；Monk, Kaye, & Litwin, 1984)；直到 Pillemer (1988) 在美國發表機構式虐待之第一份學術研究報告，認定、證實其之存在後，便粉碎社會大眾過往一廂情願之否認想法。近幾年來，美國之老人虐待與疏忽季刊 (Journal of Elder Abuse & Neglect) 曾陸續刊載專文，討論發生於各國之安、療養機構中老人虐待議題，包括有：芬蘭、香港、日本、加拿大、及美國各州等地；可見其已為世界性問題，而為各國老人福利界人士所密切關心 (葉至誠，一九九七；蔡啓源，一九九六；Kosberg & Garcia, 1995；Weiner, 1991；Phillips & Rempusheski, 1986)。

向內政部社會司登記之台閩地區已立案之公、私立老人安、療養機構，目前共有九十二家 (含籌建中者六家) (癡呆症老人照顧教育手冊，一九九六)。但是國內至今並未見有任何研究就機構性老人虐待做過探討；只是偶有報章雜誌零星報導未立案收容機構內

之老人受虐事件，已立案之機構則幾乎未曾聞見。缺乏直接、具體之證據暴露機構對收容老人之虐待事實，並不表示此問題在臺灣不存在；更何況否認老人有被虐待事實存在，比承認有老人被虐待是容易得多。通常老人在機構內被虐待後，並無任何適當管道可訴冤；機構主管更會以尊重隱私、基於難堪、丟臉、及負有工作責任，難對社會大眾交代之考量，既不會坦承、默認虐待事實之發生與存在，機構內各級人員亦視其為禁忌，不會自動舉報。就如社會隔離理論 (Social isolation theory) 所述 (Fulmer & O'Malley, 1987, p.7)：機構是與世隔絕之所，有暴力行為發生一定是被刻意隱瞞；即便虐待事實暴露，老人也有無處可再被收留之恐懼，也無法相信移住到其他機構就不會被虐待；老人唯恐更換居住環境後，害怕會被虐待更嚴重，開啓另一扇悲慘之門。面對被虐待之情境，機構中老人雖會因個人狀況之不同，而有不同之忍耐、承受、及反應程度；但因需要依賴機構之照顧，復加沒有其他另可依賴之處，而只好選擇一直待在被孤立之機構環境中，被虐後也選擇不要實說。缺乏老人保護服務及中途之家之設置，使得機構中受虐老人們只得認命忍受；如此現象已使得若不即時予以重視，其必成爲老人福利服務之管控死角，或逼使老人認爲收容機構是生活之煉獄 (Cornican, 1980)

安、療養機構中所收容之老人們，通常是生、心理有障礙，活動功能失節，經濟收入低，生活依賴 (Living dependency) 程度高，需要被長期照顧，並需與照顧者長期相處；所以，長期照護被

認爲是與老人之功能損傷程度 (Functional impairment) 及需要被協助程度 (Need for assistance) 相關 (黃璉華，一九八九；Halamandaris, 1987)。Levine (1993) 在其研究中就發現：安、療養機構對老人主要是提供健康照顧服務，提昇自我照顧能力，改善其等之生活品質；但是，過重之工作負擔會誘使照護者虐待老人。就福利措施之質與量而言，安、療養服務措施之整體性當爲判斷老人福利服務完整性與否之重要指標之一；綜合對老人保障人權、維護生命尊嚴、尊重生命權益等立場作考量，老人在機構受虐待是遭受不平等待遇，爲被侵犯人身自由、觸犯刑法之傷害事件，應被視爲是刑罰問題處理，而非僅是老人之個人問題 (楊孝深，一九九六；Wolf & Pilemer, 1989; Costa, 1984)。當照護工作者長期執行性質雷同之工作內容，便會心生工作乏味、精神困頓；若工作上缺乏情緒性支持，對虐待本質之認識又不足，則必感照顧工作壓力日增，而易因情緒無法轉移而表現出虐待行爲 (Weiner, 1991; Brubaker, 1985; Kosberg, 1983)。若從生態系統觀點 (Ecosystem perspective) 判斷，照護者之行爲是受生活空間、工作環境、機構性質之影響，才會有虐待行爲之表現 (Zborowsky, 1985; Burr, Hill, Nye, & Reiss, 1979; Gelles, 1974)

過去，爲迴避研究樣本之回收困難，國外之老人虐待研究大都將重點放在受虐情境及受虐老人身上，往往忽略施虐者本是虐待事件之主角。基於預防與保護受虐老人免再受傷害，兼就專業服務標準之要求，顧及事實研析之客觀、公正性，老人受虐之研究亦應針

對照護者做探討。而要對機構中老人虐待問題有所掌握，則賴透由實務研究對真相深入探究，才可攫取事實之真相；何況對真實狀況加以研究，亦是學術、實務工作人員之應有職責。目前臺灣欠缺機構老人虐待相關服務之提供，是因為對此問題不夠瞭解、未予重視，對情況不夠瞭解，並不表示不需要探討此等事件。田村健二於一九七五年在日本新潟縣對老人自殺所作之研究發現：對老人虐待是促成老人自殺主因之一（引自原田正二，一九八三，頁三〇）；為避免機構中老人虐待成爲老人自殺之主要促成因素，主動對機構老人虐待問題多加探討，便具有實質之防範、保護意義與價值。可以說，能對既已存在於機構中之老人虐待事實加以研析，整理事態發生脈動之趨向，當有利於整理、規畫、加強未來老人安、療養服務之內容與水準。

探討要點

自一九八〇年代開始，社會工作對實務問題之處理已強調「鉅視—微視之契合」(Macro-Micro Linkage)：即，處理實務情事當要：採納、整合「鉅視」與「微視」之概念及作法，針對案情需要，綜合考量個人、家庭、社區、學校、制度、機構、文化、社會等各層面，尋求其交集點(Niche)來著手(蔡啓源，一九九五)。可見虐待問題之探討重點應不宜僅侷限在社會心理(Social-psychological)或個人內在(intra-individual)等因素，而要擴及外在之社會、文化等層次。社會文化理論(Social-cultural theory

)便強調掌握鉅視因素之重要性，說：對於社會、機構、結構、經濟等因素要有所考量，因其可能對虐待行爲亦具有影響性(Burr, Hill, Nye, & Reiss, 1979)。老人長住安、療養機構，護理之家中，不論是否尚有親屬，定必被貼上標籤(Labeling)爲「被遺棄、無用、等死」之輩；在實際生活上，亦因身在安、療養機構中，易爲社會所忽視，而從此過著孤獨、被遺忘、缺乏支持之生活。歸納老人虐待之研究，可發現一項共通點：人類行爲之動機不純一，促成虐待行爲之肇因亦是：單一因素無法解釋或推斷施虐者之行爲。老人虐待研究者一致建議：相關研究若改採由多元理論歸因(Multiple theories of causation)方向來探討，將會更適合於尋得施虐真相(Levine, 1993)。可見對虐待之探討，應加入考慮外界因素(External variables)才宜。所以，可以確定的是：要對老人虐待有深入之了解，必得從不同角度、關連因素，甚或由相關學科領域來探討(Ogg & Munn-Giddings, 1993, p.391; Eastman, 1984, p.28)。

依照國外對老人虐待之研究發展進度看來，目前已自第一波之由實務人員舉發，第二波對老人虐待事實存在之確認，至目前第三波之針對老人虐待類型、虐待發生環境、施虐者特質等作進一步調查研究(徐麗君，一九九一)。Pillmer(1988)對機構性虐待提出兩大研究質疑：(1)是否經常發生而需以研究就來探究？(2)研究後是否能使虐待狀況有所改善？就問題意義而言，前者是針對問題基本資料之收集、建檔、分析；後者則是針對問題重要性加以認定、

詮釋，並求解決。根據 Vinton (1991) 以理論基礎探討虐待原因之建議，及 Pillemer (1988) 依據長期追蹤研究結果之推論，對機構性老人虐待之探討重點，應不出下列四大要項：(1) 社會文化因素，(2) 機構因素，(3) 照護者因素，(4) 老人因素。由於(1)項涉及層面較為繁複，牽涉太廣，掌握不易，除非是長時期以縱貫性研究 (Longitudinal study) 方式探討，否則難以在短時間內取得推斷與結論。為求實務運用，本文將探討重心置放於機構內之人與環境因素，即為：安、療養機構中存在之老人虐待類型，及促使主要照顧者會對老人施虐之原因討論。

機構性老人虐待之類別

有關老人虐待之定義一般較被普遍認可者為：對老人個體之福祉、安全有所妨礙、怠慢之措施或行為 (蔡啓源，一九九六，頁二五二；Thorson, 1995; Kinderknecht, 1986)。若是根據老人受虐之狀況判斷，老人虐待之內容應是泛指：老人照顧者有系統地在經濟、情緒、心理、身體等方面故意錯置 (Mistreatment) 之行為或動作；錯置行為之方式或方法有：身體攻擊 (Physical assault)、故意疏忽 (Purposeful neglect)、遺棄 (Abandonment)、性攻擊 (Sexual assault)、調戲 (Molestation)、違犯人權 (Violation of civil right)、口頭侮辱 (Oral insultation)、孤立 (Isolation)、監禁 (Confinement)、趕離家 (Throwing)、禁食 (Food withdrawal)、及怠慢就醫 (Medication deny) 等。

此外亦包括心理虐待，如：威脅 (Threatening)、恐嚇 (Intimidation) 等。而受虐老人之情緒反應會有：挫折 (Frustration)、害怕 (Fear)、認命 (Resignation)、憂鬱 (Depression)、迷惑 (Mental confusion)、憤怒 (Anger)、不安 (Upset)、焦慮 (Anxiety)、失眠 (Insomnia)、失望 (Disappointment)、絕望 (Helpless)、恐懼 (Fright)、難過 (Sadness)、矛盾 (Ambivalence)、及痛苦 (Distress) 等 (引自蔡啓源，一九九六，頁二五五)。

只要是涉及虐待或疏忽，行為特徵必有其固定模式或跡象可尋，雖然各國對老人虐待型態之歸類與劃分有所不同 (Kosberg & Garcia, 1995)，但綜合研究老人虐待之學者所述，界定機構中之老人虐待型態應自社會、文化、經濟、宗教、倫理等層面來考量，而大略可分為六大類型態 (蔡啓源，一九九六，頁二五五至二五六；李瑞金，一九九四，頁一二八；Kosberg & Garcia, 1995；Thorson, 1995；Bard, 1994；熊秉荃、蔡芸芳，一九九一；田中莊司，一九九四；Weiner, 1991；Wolf & Pillemer, 1989；金子善彥，一九八七；Costa, 1984, pp. 3-5；Eastman, 1984；Jones, 1980)：

(一) 身體性虐待 (Physical abuse)：指違反個人意願，涉及使用武力，故意促使有肉體上之生理性拘束、疼痛、受傷、囚禁，使飢餓，甚或外型毀損、死亡之行為，或對老人採取懲罰辦法，如：限制行動、身體之攻擊、毆打、咬傷、割傷、燒燙、推撞、刺傷、打耳光、幽禁、強暴，致使骨折，不讓其睡眠，故意讓老人起居不

定時，趕離家，性虐待，甚或謀殺等。此為對老人施虐之最常見方式。

(二)精神性虐待 (Mental abuse)：涉及感受 (Feeling)、知覺 (Perception) 上之壓力、悲痛或難過，可再分成心理性虐待 (Psychological abuse) 及情緒性虐待 (Emotional abuse) 兩類；其間之區分，主要是視被虐者之感受及反應而定。情緒性虐待常涉及常態性之故意貶低老人之身分、直呼姓名、口語咆哮、怒吼、羞辱、侮蔑、歧視、威脅、恐嚇、令其難堪或害怕，或不提供情緒性支持，對待如同小孩，或有無理之要求，使不得自行拆閱私人信件、使活在恐懼中，甚或對老人孤立、隔離等；而心理性虐待則涉及妨礙老人之認知程度，如故意扭曲或誤導事件真相、干擾老人之記憶力、故意打斷注意力、及模糊概念性認知，對其故意排斥，或嚴禁宗教信仰，干擾其睡眠等等。此為對老人次常施用之虐待方式。

(三)物質性虐待 (Material abuse)：涉及對生存物質 (包括食物新鮮度、營養量、腹飽量、衣物、飲水、居住環境、環境衛生、起居作息等) 之質、量故意刪減或過量，不定時提供或不提供等行為，而造成老人之身心受創、衰弱、營養不良、生病等；或提供低清潔標準、不適當之機構生活管理方法，及提供老人使用困難之設備、器材、用品，冬天不提供洗澡熱水等。

(四)財務性虐待 (Financial abuse)：涉及不提供日常生活必需之財務性協助，或對老人有非道德性或不告知之金錢、財產、所有權之非法盜取、詐騙、侵佔、榨用、偷竊等行為；沒收財物，或

不准擁有個人私有物品。

(五)醫療性虐待 (Medical abuse)：指漠視或故意拒絕提供健康、保健服務，或不供給所需之藥物、物理治療、輔助器材，或不協助按時服藥，忽略其等之健康狀況、就醫之需要等。而所有照護工作人員之缺乏醫療知識、常識及訓練之不足，提供不適當之照護，照護服務品質低劣，或優柔寡斷、難做醫療性處置決定等均屬此類。

(六)疏忽 (Neglect or negligence)：就虐待嚴重性而言，此類型之程度稍減於前述者：其涉及刻意 (Active or intentional) 與非刻意 (Passive or unintentional) 之對老人放置不顧，或拒絕提供、擔負基本維生、生活照顧、扶養之義務或責任。前者為有意圖、意識之行為表現，包括如：不提供適當食物，不處理其排泄物，任衣著髒亂、不代為清洗，不讓其運動等；後者為無意圖、無意識之行為，為因懶惰、欠缺知識或常識、心理狀況不穩定所表現出之漠視、放棄、遺棄，任其獨處隔絕、服務偷工，及不與其直接溝通等。

施虐原因之探討

雖然老人們會因害怕、羞愧、恥辱感，缺乏庇護選擇而不承認受虐事實：Brody (1978) 認為：老人虐待情事之產生，絕非偶然；定有促成因素誘導，而通常是因雙方對彼此之要求不符合自己期待，長期積壓，才顯現虐待問題來。可見老人虐待問題之探究，不應只針對施虐者或受虐者單方面，而需要多方面兼容考慮，甚至包括機

構相關因素。生態系統觀點強調相互影響關係，指老人生活在安、療養機構中，因與照護人員間有著互動、互賴之依存關係，相互間可能經常有衝突、不和，而誘發照護者表現出虐待行為來（Levine, 1963）；只是其所導致之結果，受傷害者不只是老人，施虐者及機構亦會多少受到不同層次之影響。Gebhard（1968）之研究就指出：虐待事件不能單單針對受虐者或施虐者，兩者間之人際關係有時是事件發生之要點。美國之虐待研究另發現（引自熊秉荃、蔡芸芳，一九九一，頁九一）：醫護專業人員常會因本身對老人之偏見、錯誤觀念，而忽略對老人身體之傷害，是施虐之事實；而類似之專業行為表現亦常發生在社會工作系學生身上。可見工作人員若缺乏專業警覺，或會無形中對老人施虐，或難能窺得老人虐待之全貌。另，依據當前對社會問題之學理探討趨向，環境（Setting）因素亦佔受重視之份量（蔡啟源，一九九六，一九九五，一九九四；Mataini, 1990；Siporin, 1980），此乃環境附有催化行為產生之助力。故而，以下從老人、照護人員、及機構環境因素等三方面來探討機構性虐待：

一、老人方面：

雖然Wolf, Godkin, & Pillemer（1984）及Phillips（1983）之研究指出：對居住家中之老人而言，受虐和身、心理健康狀況並非有必然之直接關連；但損傷理論（Impairment theory）卻認為老人會被虐待是因為本身所具備之生、心理殘損條件所造成，但非必

得和性別有關（Fulmer & O'Malley, 1987）；而此說應適用於居住在機構之老人們。機構中老人因本身特質而致使受虐之因素有：老人之生理老弱（Vulnerability）、中風、癱瘓、癱瘓等，需要被扶助及依賴（Dependency）程度高、無經濟支援、教育程度低、生活知識貧乏、表達能力差、單身孤立、缺乏社會支持、不良之生活習慣、及年齡居於老年人口群之高層；而受虐者有可能在同一時間承受一種以上之虐待類型（宋國華、許麗莉、鄭美玉，一九九五，頁三十九；陳永煌、侍台平，一九九五，至十八；陳燕禎，一九九五；Martin, 1995；李瑞金，一九九四；徐麗君，一九九一）。在此「依賴」意指：個人與他人之互動關係是靠他人之支持來維繫，並處於隸屬或服從之地位。就機構中老人而言，依賴則是：在日常生活中，以不同方式或程度需借賴機構照護人員之協助。由於依賴（照護人員會使個人之權益居於弱勢地位（Powerless）），因此也就易於被對方所控制、操縱、虐待、或疏忽（蔡啟源，一九九六）。除生理殘障、生活無法自理、慢性疾病纏身以致行動不便、言語不清外，老人本身若心理方面亦有問題，人際關係差，有認知、意識障礙，或低自我概念、自尊、自我形象等，甚或會自我虐待（Self-abuse），則照顧者將會因負擔更為繁重，而有虐待行為。尤其老人又都非為照護人員之親人或關係長輩，虐待行為更會因不去刻意控制、注意而產生（Brody, 1990）。所以，若發現老人們突有異於平常之無精打采、憂鬱、退縮行為、迷惑、對熟人突然不信任、易受驚嚇、慢性倦怠、疼痛、睡眠及飲食障礙、晚上惡夢連連等，應

是有被照顧人員虐待之事實。

根據李克怡、王俊榮、周勵志（一九九〇）及陳自治（一九九〇）分別對臺北近郊及臺灣地區安養中心之研究調查發現：百分之五十二以上之住民為中風者，其他更不乏為：老年癡呆、骨折者。而徐亞瑛等（一九九三）所作之臺北三十七所安養中心調查亦發現：住民中生活大部分需要依賴別人照顧或程度更嚴重者佔近七成，智力量表得分為癡呆者逾六成，行為功能有問題（指：精神狀況異常、抗拒治療、不合作、身體攻擊、口語攻擊、干擾行為、不安、吵鬧等）者逾五成五。而，田中莊司（一九九四）之研究則指出：被虐待之老人中有逾八成是高度需依賴照顧；而且年齡以七〇歲以上者所佔之比率為最高，佔逾八成。可能女性因為生存壽命較長之故，在日本，其等被虐待所佔之比例約為男性之三倍；而年紀越大、生活依賴程度越高者，被虐待之比率也越高。女性老人在美國、英國、芬蘭之情形亦是如此，七十五歲以上者被虐待之比率均高過同年齡男性之比率（Petru, 1996）。而這些受虐女性老人之共同特徵是：近八成為七十五歲以上，低收入、有一種以上之慢性病或生理殘障不便、寡婦身分、和施虐者（指家屬或照顧者）同住（李瑞金，一九九四；Ogg & Munn-Giddings, 1993; Costa, 1984; Eastman, 1984）。分析老人會受虐待之情境，常是依附著某些特定情況而發生（取自蔡啓源，一九九六，頁二五四）：

（一）自主（Autonomy）——依賴（dependence）程度：當老人依賴程度較高，自主能力較低時，則被照顧之機會及程度會越高，被虐待之

機會自會較高。

（二）支配（Dominance）——順從（Submissiveness）程度：當老人之生活細節必須依靠別人支配之程度或機會較高時，則被虐待之機會自會較高。

（三）負面（negative）——正面（Positive）溝通：當老人和主要照顧者間之溝通關係是長期不良，因相互間之所求、所需無法做良性之雙向瞭解、傳達、及接觸時，則被虐待之機會自會較高。

二、照顧人員方面：

由於被機構收容之老人通常是生活依賴程度較高者，因此照顧人員之工作內容主要是分「生活起居」及「復健照顧」兩方面來提服務，而與老人們共同生活，親近關係如家人、親屬般。生活起居是協助老人之日常生活事件，如：餵食、擦洗、如廁、餵藥等。復健照顧是以恢復老人失去之生活功能為基準，以維持、開發其等之殘存能力，運用於日常生活為工作目標（陳燕禎，一九九五，頁三十八）；舉凡，養護照顧、衛生維護、營養復健、醫療保健、疾病處理、起居飲食、生活瑣事處理、娛樂休閒、情緒支持等，均要涉獵。而所謂之「服務」是以老人之殘存能力為基準，以促進或協助其等生活自立為工作目標。照顧者既要和同事、老人們保持良好工作關係，又要顧及機構之規定及要求；若要時時刻刻小心持續服務理念之落實、良好工作態度與品質之維持，加上老人們若個性挑剔、囉唆、瑣碎，認知能力差、難以溝通，可以想見照顧者工作負

荷必然沉重；相對之下必是：睡眠減少、體力透支、情緒壓力重，對老人們漸有不耐之情緒反應。根據 O'Malley, Segars, Mitchell, & Kneipel (1979) 所作之研究顯示：有百分之六十二以上之照護工作者宣稱，老人所需高程度之生理照顧及情緒支持，是工作壓力之主要來源。

有些老人虐待之研究、文獻指出：照護人員若常有工作失常、失誤，或不符專業要求之行爲表現，一般係決定於兩大因素 (Mor-Barak, 1991; Costa, 1984; Kaplan, Cassel, & Gore, 1977)：(一)壓力 (Stress)：指工作表現之要求標準及時間期限所帶來心理負荷之承受程度。其來源有單位主管、工作人員本身、工作要求、或受照護之老人們，但也可能來自家人對工作之認同，或本身家務負擔之程度。

(二)社會支持 (Social support)：指工作表現在情緒層面被實質肯定、贊同，不被孤立之程度。支持來源可來自單位主管、工作人員本身、工作要求、或受照護之老人們，但也可爲家人、親屬等。

照護工作者長時間承受工作壓力，心力付出、日復一日於例行工作，若缺乏社會性支持，人際關係狹隘，則易使精神狀態疲乏、焦慮、憂鬱，情緒變得極度脆弱，不太經受得起任何額外刺激或工作負荷之加重。這是爲何在老人照護者身上，都會多少發現有不同程度之「心理不穩定」(Mental infirmity) 狀態 (Gray & Issacs, 1979)。而有些照顧者甚至最後自己也病倒、累倒，甚或崩潰 (Burnout)。雖然有研究指出：非爲老人親屬之看護者，較不會虐

待老人 (李瑞金，一九九四)；但是，除壓力及欠缺社會支持外，若再肩負家庭責任，工作、家庭兩方面負擔，角色、期待有所衝突，則在雙重壓力下，會更加重照護人員之心理、精神、體力、經濟負荷限度，而種種對機構中老人施虐之潛因。Palmer & O'Malley (1987, pp. 7-8) 又將照護者之壓力來源分成內在與外在兩大類：前者包括如生病、工作適應、憂鬱、失眠、焦慮等；後者包括如經濟收入、婚姻狀況、生活危機、遷居適應等。另，Vinton (1991)、Pillemer & Finkelhor (1988)、Pillemer & Wolf (1986)、及 Sengstock & Liang (1982) 之研究均指陳：施虐者本身之特質與問題，如：身心狀況不佳、暴力人格傾向、酗酒、藥物濫用、低工作壓力忍耐度、必須依賴老人才有工作等，才常是虐待之原因。可見 Pillemer & Finkelhor (1989) 所述之觀點呈現出事實：對老人受虐原因之探討，在相較之下，與施虐者有關之肇因會多於與被虐老人有關者；所以由施虐者之角度來探討、預測虐待行爲，常具有準確性。

在 Pillemer & Moore (1989) 之研究樣本中，有照護人員宣稱：在工作量重、有工作壓力、老人行爲如小孩時，便易會對其等施以虐待行爲。有關照護者所感受之工作壓力，Zarit, Orr, & Zarit (1985) 建議三項衡量指標：

(一) 照護者對老人病狀之反應：當照護者對老人之生、心理病狀有正確之瞭解時，工作處理會較有彈性、也會有心去運用不同之服務方法，則相對之下會較無工作壓力。反之，因對老人狀況瞭解要

花更長之時間與心力，則感受之工作壓力會較大。

(二)照護者之社會支持：照護者需要在工作上有人或家人支持，當感受不被孤立、被肯定，所從事者為有意義、有價值之工作時，則感受之工作壓力會較輕。反之，則感受之工作壓力會較重。

(三)照護者與老人間之關係：照護者若和老人之相處關係良好，常有互動，因為彼此較為熟悉，相互之接納程度較高，則感受之工作擔負、工作壓力自然較輕。反之，則感受之工作壓力會較重。

有關孩童時期受虐經驗會影響成人後對人施虐，一直是研究虐待行為之焦點(蔡啓源，一九九六)：家庭暴力相關文獻中幾乎都遵照循環暴力(Cycle of violence)、代間傳遞(Intergenerational transmission)、承傳暴力(Transgenerational violence)、或社會學習理論(Social learning theory)之論點認為(Wolf & Pillemer, 1989; Fulmer & O'Malley, 1987; Quinn & Tomita, 1986)：施虐行為是從家庭中學習，或為模仿來之次文化行為；雖然小時候被虐待之來源，不是現在所照顧之老人，但和年幼時曾受虐之經驗有正向相關(Bard, 1994; Hotaling & Sugarman, 1986; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980)。但是，對此類研究結果之推論，卻也難證實是正確無訛；受虐經驗會否決定虐待行為以為報復之表現，目前尚無定論，只能根據個別研究者之研究發現來作研判(Ogg & Munn-Giddings, 1993)。此乃社會、文化、環境等因素是人類行為醞釀發展中最不可或缺之部分；因此對行為發生原因做解釋時，不能將這些因素祛除。何況所有研究都是屬於事後研究(Ex

post study)，不能全然用來解釋影響行為之潛因(Wolf & Pillemer, 1989; Gelles, 1974)。

就社會交換理論(Social exchange theory)之看法，照護者與老人間之相互關係全繫於權力(Power)掌握程度之有無在決定或影響互動關係與照護品質(Karel, 1991; Pillemer & Finkelhor, 1989; Meddaugh, 1987)。就機構照顧服務而言，照護者雖因有老人可照護才有工作，照護工作卻也無甚實權可言，但是照護服務卻是為老人所絕對高程度需要者；老人在低處於受惠之角色與地位，相形之下，照護者便高居於施惠、給與之地位。由於機構中老人們一般並無權、無勢、無財，無法去提供、滿足照護人員所需，無形中便形成為無權力(Powerless)之群，事事、處處、時時受制於照護人員，甚或被虐待。對於不適當之工作行為，照護人員定會將其合理化，因其可以發抒壓力情緒、待遇不滿、士氣低落、或工作抗議；但或又為表現掌握權力情勢，於是對老人們施以虐待行為，直至施虐者感受罪惡感，或怕被懲罰才會停止(Wolf & Pillemer, 1989; Fulmer & O'Malley, 1987; Cohler, 1983; Finkelhor, 1983)。胡幼慧、郭淑珍、王孝仙(一九九六)之研究便指出：照護者本身對權力之習於掌控、指揮、或濫用，是助長施虐之潛因。Wolf & Pillemer(1989)指出：照護人員與老人間之依賴關係程度高時，生理性虐待及刻意疏忽較會產生；財務上之依賴程度高時，則物質性虐待及非刻意疏忽之發生頻率會較高。

其實若注意觀察，心理病理理論(Psychopathology theory)

(Fulmer & O'Malley, 1987) 就建議當發現照護者有下列行為特徵或狀況時，很可能就會有（或易於有）虐待老人之行為表現（蔡啓源，一九九六；Petru, 一九九六；陳永煌、侍台平，一九九五，頁十八；李瑞金，一九九四，頁一三〇；Bard, 1994; Meddaugh, 1993; Lucas, 1991; Pillemer & Finkelhor, 1989; Bookin & Dunkle, 1985; Eastman, 1984, pp. 26-27; Finkelhor, 1983; Nissel & Bonnerjea, 1981; Equal Opportunities Commission, 1980; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980)：

- 工作量過重、時間過長、缺乏工作支持，有工作倦怠感；
- 對老人常有責難，不再表示關心；
- 對老人照護工作常顯現不耐煩之神情或態度；
- 對所照護之老人常抱怨辛苦；
- 工作時常有生氣、敵意、怨恨，或明顯之不遜言語、動作；
- 異常之主動關心；
- 缺乏照護、處理危機、資源應用之認識及能力；
- 曾有被虐待之經驗；
- 工作年資久，內容重複單調，常表示對照顧工作感到無聊、辛苦，有職業倦怠感；
- 認為照護工作心理負擔更甚於生理之勞累；
- 照護者本身有病疾纏身，工作力不從心；
- 教育程度低、缺乏專業訓練，不知自己之行為已是虐待行為；
- 對老人持有偏見或負面之刻板印象，如：女性老人較易受男性

照護者虐待：

——家庭發生事故，如：親屬死亡、夫妻失和、離婚、親子關係惡劣、債務糾紛等，且發生時間長久。

除施虐者對壓力之承受程度外，自信程度亦常被質疑會否促使照護者對老人施虐，但至今並無顯著之研究發現；但是人際關係及人格特質則有跡可尋。Wolf & Pillemer (1989) 就指出：施虐者通常會有社會孤立 (Social isolation) 之行為現象，對別人有負面之看法與感受；不但會禁止老人們和外界人士接觸，本身亦常避免和人（包括家屬、朋友、同事）有所接觸，或會常與他人有摩擦、衝突。Pillemer & Finkelhor (1989)、Nissel & Bonnerjea (1981)、及 Equal Opportunities Commission (1980) 均指出：照護人員之情緒、人格特質與虐待行為有關聯；當照護人員傾向於低自我概念、自尊、自我形象時，則較易表現虐待行為。而有時工作人員因習以為常、無人指正，並不知道自己對老人正在施虐。所以，Pillemer (1988) 就建議：虐待事件之處理，第一步應由改善老人與照護者間之關係著手。

三、機構環境方面：

按照一般之習慣通性判斷，機構中老人之生活需求應已趨於力求簡樸、單純，生活寧靜、健康平安，盡量少依賴他人照護，遠離暴力及被虐待之恐懼而已。在機構生活環境中，老人與照護人員之互動頻繁，不會不發生摩擦、衝突；所以，不能不有所警惕與預防

虐待情事之可能發生。其實任何行為事件之發生，都有跡兆可尋；嚴格說來，機構對老人虐待問題之處理，常會避重就輕，將重點強調在老人及虐待者身上，因為這是最能辭咎之法。如是之作法，卻也往往易使問題焦點被模糊，而就完全忽略機構因素之影響程度與重要性 (Vinton, 1991)。就施虐行為產生之責任歸屬、法、理立場而言，施虐者出錯固然是應有承擔責任，但是機構本身在工作分配、督導監控等方面若有管理上之缺失，或有無法掌控員工行為之行政盲點，以致間接地提供施虐之機會與助因，則應難辭其咎 (Shaver, 1985)。就生態系統觀點而論，人類行為之形成，有時既是環境條件之促成 (Siporin, 1980)；則個人在環境中之行為，會在未被察覺之允許空間中，經由社會認知而學習、揣摩、塑造形成。

社會認知 (Social cognition) 觀點強調：認知是在社會環境 (Social setting) 中逐漸醞釀形成；當在適當時、空、境現實條件下，個人接受到特定訊息，或思維受到刺激、誘導時，平時之行為來認知模式 (Format) 會有所改變，而會以不同於以往之具體行為來呈現之 (Fishe & Taylor, 1991)。因此，若能對個人身處之環境因素、條件有所掌握和瞭解，則應可預測個人之行為；也就是雖然個人是受環境之影響，環境畢竟只為促發之影響源頭 (Target of cognition)，是否付諸行動之主宰卻由個人所決定。Heider之自然認識論 (Naive epistemology) 指出 (取自Fishe & Taylor, 1991)：個人之想法與行為，往往視身處周遭環境狀況為何，再結合過往經驗，而加附價值判斷；假若個人對環境因素無法適應或控制，

則行為自會有異於平常之表現。就Heider之觀點進而言之，雖然行為之形成有部分是受個人內在因素 (Internal causality) 所左右，但是生活、機構環境等外在環境因素 (External causality) 之影響程度，亦佔極重份量 (Fishe & Taylor, 1991, p. 24; Fulmer & Malley, 1987)。依此論點，當照護人員有動機，再加上受到機構環境、工作等因素之配合誘引時，則便有可能在老人身上加諸虐待行為。

臺灣之安、療養機構大多設於郊區或鄉下，對外聯繫、交通較不方便；依照社會隔絕理論之說法，機構中老人既是與世隔絕，因此到底是因為環境孤立、隔絕，而易使老人受虐？抑或因受虐而才被孤立，與社會隔絕？則為因果關係之探討重點。各安、療養機構有著不同之服務性質，因設立宗旨、服務重點各自差異，而有固定之服務型態及照顧方式，而衍生各自之環境生態、機構文化特質，及工作價值觀 (Gibsons, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H., Jr., 1988; Pillemer & Finkelhor, 1988)。這些機構特質對機構性虐待之形成，有不容忽視之影響功能；之故，老人虐待問題之處理，才需得就機構環境因素多所考量，希望能使事實發現、情況處理趨於正確及客觀。也就是說，處理虐待問題，也要處理機構之環境發生條件，而非單針對施虐者與老人而已 (Phillips & Rempusheski, 1985)。可見虐待事情發生，就照護人員而言，機構是提供不健全之工作環境，則易於誘導其等轉移不安情緒在老人身上；對老人而言，則機構便是提供一個不安全之生活環境。

安、療養機構雖非為老人本來的家，但卻已有家之生存空間及條件，因此有責任提供老人五項基本權益：隱私權、選擇權、獨立自主權、生活安全權、及被保護權（李瑞金，一九九四，頁一二九）。老人虐待與被疏忽均屬於不適當照護（Inadequate care），「不適當照護」是指機構之協助與服務不能解決老人之需要、問題，影響或傷害到老人之身、心權益、福祉；而此均被視為是安、療養機構之職責疏忽，視同工作行為表現不符合專業基本要求（FuIner & O'Malley, 1987, p. 25）。所以，虐待問題之發生，足以反應出機構之內部問題：居於機構監督、管控制場，行政主管實不能不有所察覺、意識、及處理（Pillmer & Finkelhor, 1989）。安、療養機構之規模，雖然被定位於可收容兩百人以上之機構，而時下新興之講求營造家庭氣氛，以社區為基準（Community-based）之照護機構，也應納入預防目標之中，以進一步防範老人受虐於未然。即，所有安、療養機構均有責任、義務，主導老人所需之照護服務，早作相關之預防與保護。而所謂之「社區型照護機構」可為：家庭照護之家（Family-like homes）、成人住家照護所（Adult residential care homes）、寄養照護所（Foster care homes）、寄宿照護所（Board and care homes）、群體照護所（Group homes）、中途之家（Half-way houses）、社區心理健康中心（Community mental health center）、情緒困擾之家（Homes for the emotionally disturbed）等等（Karel, 1991, p. 7）。

結論與建議

老人虐待既然是社會問題，在處理時不應侷限於如何去保護老人而已；更重要的是要評量其一再發生後，所會付出之社會成本或社會代價。為求連結成社會服務網絡，以相互支援、更發揮處置功能計，宜應設立專職監管單位（Regulatory agencies），由醫療、護理、心理、精神醫學、司法、警政、社工等不同領域人士共同組成，設定監督照護服務標準，負責定期監控、督導、審查、與評鑑，賦有介入處理職權，以發揮虐待防治功效。另一權宜之法則為：由各安、療養機構各自執行監控功能，監督標準可依各機構之性質分別訂定，或增設人事名額負責，或以現有人力調整職責，改由專人負責與虐待相關之所有事務。各機構中所聘用社會工作人員之部分職責，本就在處理照護者與老人間之關係與問題，基於其等之專業訓練與所具備之職業敏感度，實較宜負責虐待之處理事宜（Robinson, 1992）。除此之外，在國外未雨綢繆之道是：事先設定高處罰標準，及鼓勵老人們多做社會接觸，以免和社會過於脫節。

就機構服務管理層面而言，要杜絕老人虐待事件之發生，根本之道是在於注意照護服務品質（Service quality）；而照護服務品質之掌控有三大主要作為與考量（Karel, 1991, p. 9）：照護品質（Quality care）、品質保證（Quality assurance）、及品質評價（Quality assessment）。機構要致力於維持服務品質與信譽時，自需在調整照護服務方式、建立監督制度、及設定服務結果評估（

Outcome evaluation) 標準等方面有所注重與加強。Vinton (1990) 就曾呼籲：當有處罰威信介入，或具體要求照護者自我約束不當行為時，則施虐現象會減少或收斂。另外透由實務訓練課程之輔助，加強在職訓練，亦可達成預防之目標。訓練課程內容包括：法律知識、老人餐食準備、人權概念、老人心理學、老人人格特徵、如何

與老人溝通、及照護技巧等。照護技巧可再分為技術性照護 (Technical care) 及藝術性照護 (Art of care) (Karel, 1991, p. 1)；前者指預防、診斷、及治療性照護內容；後者則指在傳送服務、溝通過程中之態度、行為、與環境。除此之外，老人所需之適當性照護包括顯著性需求 (Significant needs) 及隱藏性需求 (Potential needs)：機構對此若能事先加以釐清界定，才是最根本之作法 (Fulmer & O'Malley, 1987)。機構亦可設置或指定公共

監護者 (Public guardianship)，以為受虐老人之法定代理人，參與檢討安、療養機構長期照護之工作要求與規定，定期訪視老人，定期代老人檢查財務收支狀況，定期和合作機構聯繫、確定老人受虐案件之多寡，及嚴格規定施虐之法令刑責等。

有關監控制度之建立與執行方面，Wolf & Pillemer (1989, pp. 103, 105, 116-117) 建議三大服務模式，可為受虐老人實務工作之處理參考：

(一) 服務轉介模式 (Service brokerage model or referral and information service model) ..

此模式強調由服務網絡內各合作機構直接掌控多元性服務措施，

其方式是依照受虐個案之問題、需要來作協調性轉介；主要功能是介紹個案至最能解決其問題、需要之服務機構，以避免個案遊走於各相關機構間，而徒勞無所獲。此模式注重與案主、相關機構建立良好之長期性工作關係，因此又稱服務仲介模式。

(二) 服務協調模式 (Service coordination model or case management service approach) ..

此模式又稱個案管理模式，強調協調之重要性，並注重服務革新及聯盟。為求發揮協調功能，在評估受虐案主問題階段時，各專業組員即以團體方式共事，合力服務；所以有時成員間會顯現出不協調之狀況。此模式要能運作正常，必得有一先決條件配合，即社區中需存在足夠之社會資源。

(三) 強制通報模式 (Mandatory reporting model or protection service network model)

此模式又稱保護服務網絡模式，強調相關機構要強制規定工作人員有向負責單位主動舉報受虐個案之義務與責任；若知情不報，需接受行政處罰。此模式之重點是要揚棄過去處理受虐個案之被動弊病，而改以主動、機動方式來調查、處理受虐老人案件，進以全力保護。

由以上模式看來，其等均請求團隊協力合作功效；只是，當不同學科、領域人士共同介入提供受虐老人之保護服務時，彼此間必會因訓練之邏輯背景、思考模式、價值取向、著重焦點、執行方式之差異而有衝突、歧見、誤解、摩擦，而致難以溝通；嚴重者甚至

足以讓案主無所適從，不知道應以誰為瞻首。站在爭取案主權益及生存價值之角度看，專業人員應不強調各自對立之立場，而要以社會責任為原則，爭取受虐老人之最佳利益為依歸，全心盡力合作、協調方是上策。就醫療、保健、衛生觀點而言，醫療工作人員必須將老人虐待當作是社會問題看待，有己責己任之感，才能共事於舉報、保護、救治之防治完全目標。就法律觀點而言，雖然公設監護制度 (Conservatorship or guardianship) 能收保護之效，但根本還是在法令要能明確規定刑責，明告大眾虐待係觸犯法令之行為，才能收警惕之效 (Callahan, 1988)。老人福利法雖於民國八十六年六月十八日修訂通過，並增加老人保護條文，但是有關預防、處罰機構性虐待則未見任何規定；足見在法律保護上仍有極大之疏漏。其實，任何虐待事件之發生與被披露，均為我等所不願見者；畢竟那是社會悲哀、不人道情事。但要全面防範，則賴相關單位間合作系統之建立，加上社會大眾、鄰里街坊主動舉報、積極保護、多元協助，才能全面預防；這是大家共有之職責。

最後另建議對機構性虐待應多有學術研究。對機構性虐待研究並非要挖掘瘡疤、故意挑釁事端，亦非不信任國內安、療養機構照顧人員之品性；而是機構老人虐待是被認為已存在、又被隱藏之事實，而對此問題之探討、發掘、及呈陳，是希望掌握存在事實，求取老人虐待問題之防範於未然，進而爭取安、療養機構中老人們之生活品質，使其等擁有生命尊嚴，晚年生活取得安全與保障。在研究進行中，研究者自需秉持專業倫理及保密原則，不事先設定主觀

研究立場，以非干預性問卷為調查工具，以照護工作之內容為探討重點，秉持客觀、專業要求，才能研析安、療養機構中老人虐待之狀況與事實。而研究內容可依照老人之年齡、性別、疾病別、殘障程度等，來區分受虐之狀況與類別；如此不但可獲取當下安、療養機構中老人虐待事實之第一手資料，也可直接提供給業務相關單位立即著手矯正照護人員工作態度、行為，加強照護人員之服務能力，提高照護服務之專業標準，規劃機構中老人照護服務之發展方向等，求多方面保障、保護機構中老人們之生活，使其等免於受威脅、傷害之折磨與恐懼。雖然研究之最終目的不外是希望藉此提昇老人照護服務之品質，進而促進老人福利服務之水準；但是，研究結果對於提昇實務工作人員、社會工作學生等有關老人虐待之知能、常識，也必有立竿見影之效。

(本文作者現任東海大學社會工作系教授)

△參考書目▽

(一)中文部分：

- 李克怡、王俊榮、周勵志 士林、北投、內湖區二十老人安養中心之評估 公共衛生 十六(四) 四一六—四二三 一九九〇
- 李瑞金 老人保護服務的概念與干預 經社法制論叢 一四期 二七—一五二 一九九四
- 宋國華、許麗莉、鄭美玉 護理人員對配偶虐待及老人虐待應有的認識 護理雜誌 五(三) 三七—四一 一九九五
- 胡幼慧、郭淑珍、王孝仙 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 一五(四) 二七五—

二八八 一九九六

徐亞瑛、熊秉荃、戴玉慈、陳月枝、黃久美 長期療養機構中住民

的特性 護理研究 一(一) 七一—四 一九九三

徐麗君 淺談「虐待與忽視老人」 福利社會 二五期 三一—三

三一 一九九一

陳永煌、侍台平 配偶及老人受虐問題 國防醫學 二十(一)

一七一—一九 一九九五

陳自治 老年慢性病療養機構設施服務現況之調查 中國醫藥學院

醫務管理研究所碩士論文 臺中 中國醫藥學院醫務管理研究

所 一九九〇

黃璉華 長期照護與居家照護 護理雜誌 三六(二) 一九—二

三一 一九八九

陳燕禎 臺灣地區的老人保護工作—探討一個背後隱藏的問題 社

會福利 一二二期 二六—三八 一九九六

葉至誠 福利社會中的護理工作 空大學訊 一九六期 三六—四

一一 一九九七

蔡啓源 老人福利服務 研究與實務 臺北 五南 一九九四

蔡啓源 臺灣地區高齡志工及協助高齡者工作模式之研究 臺北

雙葉 一九九五

蔡啓源 老人虐待 解決之道及相關議題 社區發展 七六期 二

五一—二六四 一九九六

楊孝深 老人福利法積極建構與老人保護 社區發展 七四期 九

九—一三 一九九六

熊秉荃、蔡芸芳 認識老人虐待及護理 護理雜誌 三八(一)

八九—九五 一九九一

癡呆症老人照顧教育手冊 臺北 內政部社會司 一九九六

(二)日文部分

田中莊司 高齡者の福祉施設における人間關係の調整に係わる總

合的研究：わが國における高齡者虐待の基礎研究 東京 高

齡者處遇研究會 一九九四

原田正二 在宅老人福祉論 社會參加の方向 京都 文功社 一

九八三

金子善彥 老人虐待 東京 星和書店 一九八七

(三)英文部分：

Bard, M. (1994). Organizational and community responses

to domestic abuse and homelessness. New York: Garland

Publishing, Inc.

Block, M. R., & Sinnott, J. D. (Eds.). (1979). The battered

elder syndrome: An exploratory study. College Park, MD: Center

on Aging, University of Maryland.

Bookin, D., & Dunkle, R. (1985). Elder abuse: Issues for

the practitioner. Social Casework, 66(1), 3-12.

Brody, E. M. (1978). The aging of the family. Annals of

American Academy of Political and Social Science, (438),

- 13-27.
- Brody, E. M. (1990). Role reversal: An inaccurate and destructive concept. *Journal of Gerontological Social Work*, 15(1/2), 15-22.
- Brubaker, T. H. (1985). *Later life families*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Burr, W. R., Hill, R., Nye, F. I., & Reiss, I. L. (Eds.). (1979). *Contemporary theories about the family*. New York: Free Press.
- Callahan, J. J., Jr. (1988). Elder abuse: Some questions for policymakers. *The Gerontologist*, 28(4), 453-458.
- Cohler, B. J. (1983). Autonomy and interdependence in the family of adulthood: A psychological perspective. *The Gerontologist*, 23(1), 33-39.
- Cornican, E. J. (1980). Social work in the aging: A Review of the literature and how it is changing. *International of Aging and Human Development*, (11), 251-267.
- Costa, J. J. (1984). Abuse of the elderly: A guide to resources and services. Lexington, MA: Lexington Books.
- Council on Scientific Affairs(1987). Elder abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association*, 257(7), 966-971.
- Eastman, M. (1984). *Old age Abuse*. Portsmouth, UK: Eyre & Spottiswoode Ltd.
- Finkelhor, D. (1983). Common features of family abuse. In D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. Hotaling, & M. Straus(Eds.), *The dark side of families: Current family violence research* (pp. 17-26). Beverly Hills, CA: SAGE.
- Fishe, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Inc.
- Fulmer, T. T., & O'Malley, T. A. (1987). *Inadequate care of the elderly: A health care perspective on abuse and neglect*. New York: Springer Publishing Company.
- Gebhard, T. (1988). An inquiry into the relationship of caregivers and carereceivers in elder abuse situation. Unpublished doctoral dissertation, Yeshiva University, New York.
- Gelles, R. J. (1974). Child abuse as psychopathology: A sociological critique and reformulation. In S. K. Steinmetz & M. A. Straus (Eds.), *Violence in the family* (pp. 190-204). New York: Harper & Row.
- Gibsons, J. L., Ivancevich, J. M., & Donnelly, J. H., Jr. (1988). *Organizations: Behavior, structure, processes* (6th ed.). Plano, TX: Business Publications, Inc.
- Giordano, N. H., & Giordano, J. A. (1984). Elder abuse: A review of the literature. *Social Work*, 29(3), 232-236.
- Gray, B., & Issacs, B. (1979). *Care of the elderly mentally infirm*. London: Tavistock Publications.

- Halamandaris, V. J. (1987). Long-term care: Filling the gaps. *Caring*, (10), 18-22.
- Harsbarger, S. (1993). From protection to prevention: A proactive approach. *Journal of Elder and Neglect*, 5(1), 41-55.
- Hotaling, G., & Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, (1), 101-124.
- Hudson, M. F., & Carlson, J. (1994). Elder abuse: Its meaning to middle-aged and older adults—Part I: Instrument development. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6(1), 29-54.
- Jones, A. (1980). *Women who kill*. New York: The Fawcett Crest.
- Kaplan, G. A., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Karel, H. S. (1991). Quality issues for the elderly at adult residential care homes in Hawaii. Unpublished doctoral dissertation, University of Hawaii, Hawaii. (University Microfilms No. 9215024).
- Kinderknecht, C. H. (1986). In home social work with abused or neglected elderly: A experiential guide to assessment and treatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 9(3), 29-42.
- Kosberg, J. (Ed.). (1983). *Abuse and maltreatment of the elderly*. Boston: John Wright.
- Kosberg, J. I., & Garcia, J. L. (1995). Common and unique themes on elder abuse from a world-wide perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6(3/4), 183-197.
- Levine, R. A. (1993). How urban social workers define and respond to elder abuse. New York: Yeshiva University.
- Lucas, E. T. (1991). Elder abuse and its recognition among health service professional. New York: Garland Publishing.
- Martin, W. D. (1995). Beyond the 'preliminary model': A county level assessment of elder abuse. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 23(1), 53-38.
- Mattaini, M. (1990). Contextual behavior analysis in the assessment process. *Families in Society*, (71), 236-245.
- Meddaugh, D. I. (1987). Aggressive and nonaggressive cognitively impaired institutionalized elderly patients. Unpublished doctoral dissertation, The University of Rochester, Rochester, New York.
- Meddaugh, D. I. (1993). Covert elder abuse in the nursing home. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 5(3), 21-37.
- Monk, A., Kaye, L. W., & Litwin, H. (1984). Resolving grievances in the nursing home: A study of the ombudsman program. New York: Columbia University Press.
- Mor-Barak, M. E. (1991). Social networks and health of the

- frail elderly. New York: Garland Publishing.
- Nissel, M., & Bonnerjea, L. (1981). Family care of the handicapped. Washington, DC: Policy Studies Institute
- Ogg, J., & Munn-Giddings, C. (1993). Researching elder abuse. *Ageing and Society*, 13(3), 389-413.
- O'Malley, H. C., Segars, H., Mitchell, V, & Knuepel, G. M. (1979). Elder abuse in Massachusetts: A survey of professionals and paraprofessionals. Boston: Legal Research and Services for the Elderly.
- Pepper, C. Opening statement: Elder abuse: A national disgrace. Hearing before the U.S. House Select Committee on Aging, Subcommittee on Health and Long-term Care. May 10, 1985. Washington, DC.
- Petru, S. (1996). Abuse of the elderly: Services provided for Victims in a Finnish nursing home—1992-1993. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(2), 23-31.
- Pillemer, K. (1988). Maltreatment of patients in nursing homes: Overview and research agenda. *Journal of Health and social Behavior*, 29, 227-238.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 29(1), 51-57.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiat*, 59(2), 179-187.
- Pillemer, K., & Moore, D. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29(3), 314-320.
- Pillemer, K., & Wolf, R. (1986). Elder abuse: Conflict in the family. Dover, MA: Auburn University.
- Phillips, L. R. (1983). Abuse and neglect of the frail elderly at home: An exploration of theoretical considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 379-392.
- Phillips, L. R., & Rempusheski, V. F. (1985). A Decision-making model for diagnosing and intervening in elder abuse and neglect. *Nursing Research*, (34), 134-139.
- Phillips, L. R., & Rempusheski, V. F. (1986). Making decisions about elder abuse. *The Journal of Contemporary Social Work*, 67(3), 131-140.
- Quinn, M. J., & Tomita, S. K. (1986). Elder abuse and neglect. New York: Springer Publishing Company.
- Robinson, A. D. (1992). Attitudes toward elderly nursing home residents among nursing home aids of three black cultural groups. Unpublished doctoral dissertation, Fordham University, New York. (University Microfilms No. 9403304).
- Select Committee on Aging (1980). Domestic violence against the elderly. Hearings before the subcommittee

- on human services, House of Representatives, April 21, 1980. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Sengstock, M. C., & Liang, J. (1982). Identifying and characterizing elder abuse. Detroit, MI: Wayne State University.
- Shaver, K. G. (1985). The attribution of blame: Causality, responsibility, and blame-worthiness. New York: Springer-Verlag.
- Siporin, M. (1980). Ecological systems theory in social work. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 7(4), 507-532.
- Straus, M., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. (1980). Behind closed doors: Violence in the American family. New York: Doubleday.
- The experience of caring for elderly and handicapped dependents (1980). Lexington, MA: Equal Opportunities Commission.
- Thorson, J. A. (1995). Aging in a changing society. New York: Wadsworth Publishing Company.
- Vinton, L. (1991). Abused older women: Battered women or abused elders? *Journal of Women and Aging*, 3(3), 5-19.
- Watson, M. M., Cesario, T. C., Ziemba, S., & McGovern, P. (1993). Elder abuse in long-term care environments: A pilot study using information from long-term care ombudsman reports in one California county. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 5(4), 95-111.
- Weiner, A. (1991). A community-based education model for identification and prevention of elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(3/4), 107-119.
- Wolf, R. S., Godkin, M. A., & Pillemer, K. A. (1984). Elder abuse and neglect: Final report from three model projects. Worcester, MA: University Center on Aging, University of Massachusetts Medical Center.
- Wolf, R. S., & Pillemer, K. A. (1989). Helping elderly victims: The reality of elder abuse. New York: University Press.
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). The hidden victims of Alzheimer's disease. New York: New York University.
- Zborowsky, E. (1985). Developments in protective services: A challenge for social workers. *Gerontological Social Work Practice in the Community*, 8(1), 71-83.