

臺地年老風中者使用長期安養方式影響因素之研究

張淑英

臺灣近年來之衛生福利政策逐漸加強對慢性病及殘障老人的長期安養照顧。衛生福利決策人員如要適切地回應這個因老年人口增加所產生的長期安養需求，勢必要深入研究目前殘障老人使用長期安養的方式，他們對長期安養方式的態度，及影響殘障老人使用長期安養方式的因素。然而目前臺灣有關老人長期安養的研究，大多數係以健康、口語表達清楚、獨立自主的老年人為研究對象，甚少研究是針對殘障、仰賴他人照顧的殘障老人的需求而設計的（詹火生，一九八六）。殘障老人的養護問題，亦被認為是政府對老人福利需求之間應中最弱的一環。

醫療服務系統的發展，受到歷史及社會文化因素的影響甚大，特別是長期安養照顧體系，更與社會文化因素有密切的關係。長期養護的需求不只是視殘障的程度而定，更視家庭結構及家庭、社區對照顧老人的責任規範而定（Mechanic, 1987）。

臺灣六十五歲以上人口的比例，在過去二十年來顯著地增加。主計處（一九九〇）的統計指出，老年人口自一九七一年的四五〇、〇〇〇人（三〇・二％）增加到一九九〇年的一、一九〇、〇〇〇人（五・九％）。未來十年六十五歲以上老年人口每年增加率為五・四％，至公元二〇〇〇年，老年人口預估為一、八五〇、〇〇〇人，為總人口之八・四％。超過七十歲以上老年人口，推估將於公元二〇〇〇年達到一、一六〇、〇〇〇人（經建會，一九八六）。老年人口的成長，對臺灣的醫療及人羣服務業將產生重大的影響，也意謂着老年人對社會資源、經濟資源、及醫療資源需求的增加。由於老年人口為罹患慢性病及仰賴他人照顧的高危險羣人口，他們將是長期安養照顧的主要對象。

一九八九年臺灣老人的健康狀況分布顯示（主計處，一九九〇），約有五、〇〇〇位的老年人（約佔老年人口的四・六％），功能受損，需要長期的照顧。

臺灣地區六十五至八十九歲老年人口的十大死因中，以腦血管病變居首位（衛生署，一九八九）。這類疾病會導致運動、感覺、認知及情緒功能的損傷，造成長期性的依賴和殘障。社區居家的老人中，腦血管病變也是導致老年人臥床的主要原因（內政部社會司，一九八七），是最需要長期照顧的一羣，私人安養中心有大约五二％的病人是中風病人（李克怡，一九八八）。

在臺灣的家庭結構變遷方面，一九五一年臺灣家戶平均人口為六人，至一九八六年減少為四・五人，家戶人口的縮減意謂着核心家庭在臺灣的增加。一九九〇年老年狀況調查（主計處，一九九〇）結果顯示，臺灣地區六十五歲以上老人的居住生活方式，與子女同住者的百分比從一九八六年的七〇・二％降至一九八九年的六五・七％，與配偶同住及獨自居住的百分比從一九八六年的二五・六％增至一九八九年的三一・一％。這樣的變遷趨勢隱含着成年子女在照顧老年父母的能力或興趣上，有降低的傾向。

臺灣的家庭基本上依舊發揮其照顧老年人的傳統功能，子女奉養父母，不但是傳統的一部份，也是法定的責任與義務。儘管如此，學者專家（謝高橋，一九八〇；張荳雲等，一九八三）指出，自一九五〇年代始，由於經濟、地理及社會的流動，代與代間的距離增加，減低了子女對父母財產的依賴，因此動搖了父權的基礎，傳統的孝行及老人的價值、地位面臨挑戰。特別是當年老父母的健康狀況轉變，因病殘而變得更加依賴子女時，子女對年老父母的照顧是

否會受到影響，是很值得我們注意與研究的。

由於照顧殘障老人的責任，大都由女性——女兒、媳婦或妻子——承擔，女性的勞動市場參與率也影響着家庭照顧殘障老人的能力。臺灣一九八一年的女性勞動市場參與率是三一·四%，至一九八八年增加至四二%，女性工作人口的增加，也意謂着臺灣殘障老人的家庭照顧人手日益減少。

一九八八年主計處的調查結果顯示出，家庭照顧在臺灣殘障老人的長期安養中仍佔相當重要的地位，也有部份的老人由於缺乏照顧者而滯留醫院，以醫院為長期安養機構，特別是單獨居住或與配偶同住的老人為然。一九九〇年主計處的老人狀況調查結果顯示殘障老人的長期安養方式呈現多樣方式的使用。家庭照顧的百分比從一九八八年的八六%降低至一九八九年的七九%，機構安養的百分比則從一九八八年的六·七%增加至一九八九年的一一·八%，雇用付費照顧者的百分比則從一九八八年的少於一%增加至一九八九年的四%（圖一）。這個結果顯示臺灣殘障老人對正式照顧（Formal Care）包括機構式安養及付費照顧者（之需求日甚。此外由於大多數殘障老人仍舊居住在家裏，他們對居家照顧之需求，包括居家護理及家務服務的需求，應當是可以想見的。

圖一：臺灣地區一九八六年—一九八九年殘障依賴老人被照顧的方式（主計處，一九九〇）

年 代	照 顧 方 式	總 計			居 家 照 顧					
		機 構 式 安 養 (%)	小 計	醫 院 養 護 院 其 他	小 計	家 人 照 顧	付 費 照 顧	親 友	其 他	
1986		100%	3.96	2.66	.251.05	96.04	80.53	2.87	10.99	1.65
1987		100%	5.56	4.06	.201.30	94.44	89.93	2.35	6.45	1.71
1988		100%	6.70	5.96	.29.45	92.50	86.31	.95	4.32	1.71
1989		100%	11.75	9.08	1.91.76	88.25	78.78	4.16	4.15	1.16

臺灣目前的長期安養系統，大致上可分為家庭的支持系統、榮民服務系統、私人營利系統及公立系統。

臺灣目前家庭支持傳統仍為老人長期安養的主要力量，但是並非居家安養或家屬便沒有問題。因此如果我們在立法的過程中仍舊以傳統的角度與眼光來對待家庭在殘障老人長期安養中的角色，而與實際現況不符，則對殘障老人及其家屬，都將造成新的問題。

榮民在臺灣的老年人口中佔有相當的比例，並具有其特殊性。許多榮民是未婚，且由於身體或心智功能的障礙，不能獨立生活。榮民的長期安養系統包括十一所榮民醫院及十所榮家，可提供長期臥病的榮民療養。

最近數年，私人營利性的療養院如雨後春筍般設立，但因無適用法規監督管理登記，目前此類老人療養中心的確實數目無從得知。另外，亦有許多民間團體及機構提供收費性的居家護理、居家看護等服務。但因民間設立之療養院及居家照顧服務，收費昂貴，一般中、低收入之民衆實難負擔。

至於公立系統方面，目前臺灣僅有少數幾所公立療養院所，可以提供單身或無家庭照顧者之殘障老人長期安養。臺北市政府社會局自一九九一年七月起開始提供居家生活照顧補助之福利服務——包括在宅服務、居家看護及居家護理，中低收入家庭之老人合乎收入未達最低生活費用標準之二·五倍者，皆可申請。臺灣省各縣市也多有設置藉由志願工作人員提供的低收入家庭老人在宅服務。

經由上述對臺灣殘障老人長期安養問題的背景描述——老年人口的增加，罹患慢性疾病以致功能受損的老年人口之增加，家戶人口之減少，婦女就業人口之增加，以及老年人與子女共同居住比例的減少等等因素，都指出臺灣殘障老人的長期安養問題已到不可忽視的地步。

在此殘障老人安養需求日增之際，某些殘障老人運用機構式安養，某些老人雖然同樣功能嚴重受損，却可以運用家庭照顧？我們不禁要問：是那些因素影響到臺灣殘障老人長期安養方式的使用？使用不同長期安養方式的老人及家屬，他們對目前使用的安養方式滿意嗎？滿意的程度與長期安養方式的關係又是如何呢？政府目前亦倡導三代同堂以維護傳統中國家庭照顧老人的倫理，三

代同堂的殘障老人是否有較高的可能性使用家庭照顧呢？對這些問題的探討，將有助於未來長期安養需求的瞭解，為長期安養系統的規劃提供有用的指標，作為資源分配、需求滿足及決策重點的參考依據。

研究問題：

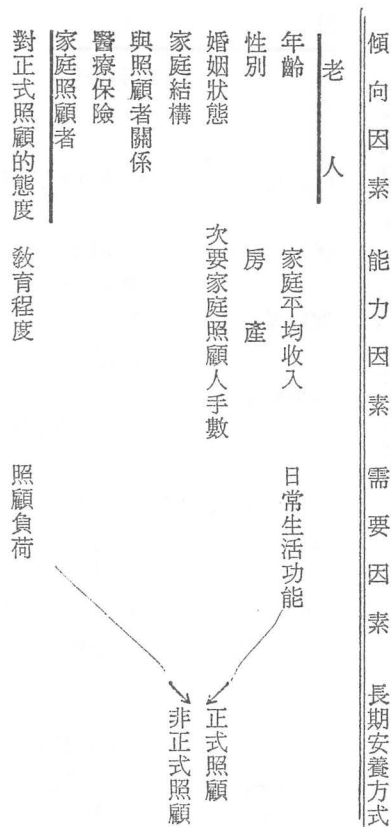
1. 具有何種特質的中風老人使用正式照顧 (Formal Care) ？
2. 具有何種特質的中風老人使用非正式照顧 (Informal Care) ？
3. 具有何種特質的家庭照顧者使用正式照顧 (Formal Care) ？
4. 具有何種特質的家庭照顧者使用非正式照顧 (Informal Care) ？
5. 對安養方式的滿意程度，是否與其安養方式有關？滿意與否的原因為何？

研究假設：

1. 年紀大、男性、有醫療保險、家戶平均收入高、殘障程度嚴重的中風老人有較大的可能性使用正式照顧。
2. 已婚、三代同堂、配偶照顧、有房產、有較多次要家庭照顧人手的中風老人，有較大的可能性使用非正式照顧。
3. 高教育程度、高照顧負擔的家庭照顧者有較大的可能性使用正式照顧。
4. 對使用正式照顧有較傳統態度的家庭照顧者，有較大的可能性使用非正式照顧。
5. 對長期安養方式的滿意程度與其使用的安養方式有關。

研究架構：

如圖二



長期安養方式之界定：

本研究之依變項為長期安養方式之使用，分為正式照顧 (Formal Care) 與非正式照顧 (Informal Care)。

非正式照顧係指由家人、朋友及其他親友所提供之非付費性照顧。正式照顧則指由有組織的公、私立機構所提供的機構式安養及付費性質的居家照顧。

研究量表工具：

家庭照顧者對殘障老人使用正式照顧的態度，使用自行設計之量表，共計六個項目，分別測量照顧者對照顧殘障老人之責任歸屬 (政府或家庭的責任) 的看法，對傳統孝道的觀點，對殘障老人機構式安養功能的看法，以及對社會反映的預期。施用於本研究樣本之信度分析為 Cronbach's $\alpha = .82$ 。

老人的日常生活功能則採用 Katz 的日常生活功能量表 (Katz, et al., 1970)。施用於本研究樣本之信度 Cronbach's alpha = .94。

照顧者的負荷程度測量，採用 Miller, et al. 個人負荷量表 (Miller, McFall & Montgomery, 1991)，施用於本研究樣本之信度 Cronbach's alpha = .89。

研究樣本：

本研究之樣本來自臺灣地區中風病人登錄名冊 (中華民國神經醫學會)。中風老人的選取標準為居住臺北市、臺北縣地區，六十五歲以上，出院三個月以上 (一九八九年四月～一九九一年十一月間出院)，中度或重度殘障者，並於合乎上述標準的中風老人中，運用簡單隨機抽樣法抽樣並以電話於一九九二年一～二月間進行訪問，訪問對象為中風老人的主要家庭照顧者，共訪問一〇三人，受訪率為九八%。

樣本特質：

本樣本一〇三位中風老人的平均年齡為七十六歲，男性佔五四%，已婚者佔九七%，有醫療保險者佔五五%，由配偶照顧者約為三一%，三代同堂者約佔七〇%，有房屋者佔四五%，次要照顧人才平均為一·七五人，家戶每月每人平均收入約在新臺幣一三、〇〇〇元～一七、九九九元，主要照顧者的教育程度約有八八%在高中以下。(參考圖三)

圖三、所有自變數分佈狀況

變數	界定	百分比	平均數	標準差
年齡	66—94		76	6.3
性別	男	54%		
	女	46%		
婚姻狀態	已婚 (包括已婚、鰥寡)	97%		
	未婚	3%		
保險	有保險	55%		
	無保險	45%		
與照顧者關係	配偶	31.1%		
	非配偶	68.9%		
家庭結構	三代同堂	69.9%		
	一、二代同堂	30.1%		
態度	10—25		18.4	2.96
次要照顧人手數	0—7		1.75	1.90
房產	有	44.7%		
	無	55.3%		
收入	1—8 (0~33,000以上)		3.73	2.10
教育程度	國小程度	64.1%		
	中學	24.3%		
	大學	10.7%		
	研究所	1.0%		
日常生活功能	0—12		8.4	4.1
照顧負荷	0—6		3.4	2.4

長期安養方式的使用分析：

本研究一〇三位中風老人中，共有三二位 (三一%) 使用正式照顧，其中十五位僅使用機構式安養，十二位使用居家付費照顧，五位使用過機構式安養及付費居家照顧。另外七十一位 (六九%) 則使用非正式照顧 (圖四)。

家庭照顧者對使用正式照顧的態度分析：

照顧者對使用正式照顧的態度，將是影響未來臺灣老人長期安養使用很重要的因素之一。因此特別將其結果分析如圖五：

圖四、長期安養方式的使用分析

長期安養方式	N	%
正式照顧	32	31.1%
機構式安養	15	14.6%
付費居家照顧	12	11.7%
以上二者皆用	5	4.8%
非正式照顧	71	68.9%
合計	103	100%

圖五、家庭主要照顧者對正式照顧的態度分析

項 目	同 意	無意見	反 對
1. 照顧殘障老人是家庭的責任	95.1%	3.9%	1.0%
2. 送殘障老人進安養院，違反中國傳統孝道	41.8%	28.1%	30.1%
3. 送殘障老人進安養院，對老人不好	44.7%	23.3%	32.0%
4. 送殘障老人進安養院，對老人家庭不好	28.2%	22.3%	49.5%
5. 送殘障老人進安養院，會受到他人指責	42.8%	16.5%	40.8%
6. 政府需要負起照顧殘障老年人的責任	81.6%	10.7%	7.8%

圖五顯示：九五%的家庭主要照顧者同意照顧殘障老人是家庭的責任；近乎四二%同意把殘障老人送機構安養，有違中國傳統孝道；近乎四五%同意把老人送安養院對老人而言是不好的；但是只有二八%同意把老人送安養院，對

老人家庭是不好的，相對的，有五〇%的家庭主要照顧者認為把老人送進安養院對家庭而言，是好的；將近四三%的人同意送老人進安養院，會受到他人指責；近乎八二%同意政府需負起照顧殘障老年人的責任。這個態度的結果分析，意謂著家庭照顧者在同時照顧老年人及其他家庭成員時，有很大的衝突。由於照顧老人是中國的傳統規範，某些受訪者可能因規範的壓力不願表示反對的意見而以無意見表示，因此，如果我們把二、三、五項中無意見與反對二種反應態度加在一起，則超過五十%的家庭主要照顧者（分別為五八%、五五%、五七%）不同意機構式安養違反中國傳統孝道，對老人不好及會引起他人的指責。

家庭主要照顧者對第一項及第六項的態度反應似乎有所衝突。事實上，部分受訪者期待政府照顧殘障老人的責任，特別限定於單身、無家屬者或低收入家庭中的老年人；另一些受訪者則期待政府不分對象，凡是殘障老人，政府都有照顧的責任，特別是建立平價的療養機構以收容殘障老人。

資料處理及分析結果：

本研究運用 SPSS/PC 套裝軟體進行統計分析。統計分析分為二個步驟。首先運用卡方分析找出與長期安養方式有顯著關係的因素。卡方分析的結果顯示家庭結構（三代同堂與否），家戶平均收入，老人日常生活功能程度及照顧者的教育程度與長期照顧方式的使用有顯著相關（圖六）。

圖六、卡方分析結果

年 齡	自 變 項			非正式 %	正式 %	X ²	df	P
	81 94	71 80	65 70					
	15	38	18	N	N			
	71.4	62.3	85.7	%	%			
	6	23	3	N	N			
	28.6	37.7	14.3	%	%			
	4.08			X ²				
	2			df				
	N			P				

教育	高	低	次要照顧人手		房產		關係		家庭結構		婚姻		A D L		收入		醫療保險		性別	
			4	7-10	有	無	配偶	非配偶	三代	一、二代	已婚	未婚	高	低	18,000以上	0-17,999	有保險	無保險	女	男
	4	67	14	57	34	37	23	48	54	17	70	1	30	31	12	59	38	33	36	35
	33.3	73.6	77.8	67.1	73.9	64.9	71.9	67.6	75.0	54.8	70.0	33.3	58.8	88.6	46.2	76.6	66.7	77.1	75.0	63.6
	8	24	4	28	12	20	9	23	18	14	30	2	28	4	14	18	19	13	12	20
	66.7	26.4	22.2	32.9	26.1	35.1	28.1	32.4	25.0	45.2	30.0	66.7	41.2	11.4	53.8	23.4	33.3	28.3	25.0	36.4
	6.28		.80		.96		.19		4.11		3.5		9.55		8.42		.31		1.55	
	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
	*		N		N		N		*		N		**		**		N		N	

態度	照顧負荷	
	高	低
高	49	22
低	17	15
	74.2	59.5
	62.3	76.0
	25.8	40.5
	37.7	24.0
	2.42	
	2.27	
	1	
	N	

* P < .05

** P < .01

其次再將卡方分析中最趨近或達到顯著水準的五個變數——即照顧者對正式照顧的態度，家庭結構、家戶平均收入、老人日常生活功能程度及照顧者的教育程度，運用多變項分析中的邏輯迴歸分析，找出最能解釋使用正式照顧或非正式照顧的變數。邏輯迴歸分析的結果（圖七）顯示，當五個變數一起考量進行分析時，只有家戶平均收入及老人的日常生活功能對殘障老人的長期安養方式的使用，有顯著性的影響。

圖七、自變數與長期安養方式的邏輯迴歸分析

自變數	迴歸係數	標準誤
家庭結構	-.99	.54
照顧者對正式照顧態度	-.11	.09
家戶收入	.29*	.15
照顧者教育程度	.64	.37
日常生活功能	.21**	.08
常數	-2.18	
卡方值	29.36	
自由度	5	

* P < 0.5

** P < 0.1

長期安養方式與滿意度間關係之分析

本研究以卡方分析檢定長期安養方式與滿意度間的關係，發現二者之間並無顯著性關聯 ($X^2 = .39$, $df = 1$, $P = .53 > .05$) (圖七)

圖八、長期安養方式與滿意度關係之卡方分析

滿意度	長期安養方式		合計
	正式照顧	非正式照顧	
滿意	22 69%	53 75%	75 73%
不滿意	10 31%	18 25%	28 27%
合計	32 100%	71 100%	103 100%

$$X^2 = .39, \quad df = 1, \quad P = .53 > .05$$

家庭主要照顧者對非正式照顧感到滿意的原因為：老年人的健康在家庭照顧之下保持穩定或有所改善；家庭照顧使他們能盡到子女的孝道及責任；老人可以享受家庭溫暖。不滿意的原因則為：照顧負荷沉重（睡眠中斷，自由受限制，擔心老人在家的狀況），無法工作，收入減少；缺乏照顧殘障依賴老人的知識和技巧；無法負擔正式照顧的費用；建築上的障礙，使殘障老人外出受限制。

至於對正式照顧感到滿意的原因包括：在療養院，老人可以得到專業性的技術護理；照顧者時間運用有較大彈性；老人有人陪伴；照顧費用可以和家人分攤。不滿意的原因則為：療養院的照顧品質差；無法負擔費用；老人無家人的陪伴；及感到不孝及不安。

結論

本研究針對臺北地區中風老人的家庭照顧者進行訪問，探討目前臺灣中風

老人的長期安養方式——使用正式照顧與非正式照顧的狀況；影響殘障中風老人長期安養方式的因素，找出何種特質的中風老人及家庭照顧者使用正式照顧或非正式照顧。

研究結果指出超過三〇%的殘障中風老人使用過正式照顧，其中約二〇%的中風老人使用過機構式安養。這個結果顯示殘障中風老人對正式照顧的特殊需求。在與主計處一九九〇年的老人調查狀況對照（圖一）之下，將會提醒我們必需注意在過去三年中正式照顧使用的增加狀況及非正式照顧，即家庭照顧減少的情況。這個發現進一步指出了臺灣殘障老人長期安養政策中，如何均衡正式照顧與非正式照顧系統的重要性。當今世界各國長期安養政策的趨勢，都是走向減少機構式安養，加強居家照顧系統，而本研究中却發現不但機構式安養有增加的趨向，且家庭主要照顧者的態度也有相當程度的接納機構式安養。政府衛生及福利主管機關必須瞭解這種對長期安養需求及態度上的變遷，方能運用適當的政策導引取向，以免重蹈先進國家的覆轍。

三代同堂的福利觀念已在政府的老人福利政策中正式揭擱。然而本研究中多變項分析顯示三代同堂與否對殘障老人的長期安養方式並無顯著性影響，三代同堂並未能增加殘障中風老人受到家庭照顧的可能性。因此，若要落實三代同堂的理念於殘障中風老人的長期家庭照顧，需要作更週延的考慮並配合運用其他的措施，來減輕家庭照顧者的壓力與負擔，許多公共政策亦應同時考量對家庭支持系統是否有負面的影響。

家庭收入是影響臺北地區殘障中風老人使用正式照顧的最主要因素，這個發現並不令人感到意外，因為臺灣目前的長期安養系統仍以民間的收費性服務為主。家戶收入影響到中風老人的安養方式，也顯示出殘障老人長期安養福利之不平等及不可及。唯有高收入家庭的老人負擔得起正式照顧的費用，也有許多家庭因此用盡了所有的積蓄。這個結果顯示政府應更加強對中低收入家庭殘障老人的長期安養福利或儘早規劃老人長期安養的保險給付問題。臺北市政府於民國八十年七月開始了老人居家照顧的補助方案，但本研究中約有三八%的樣本符合申請標準（家戶平均收入低於八、〇〇〇元）却無一研究對象受到此項福利服務。

在變項的分析中發現家庭照顧者的教育程度與安養方式有密切的相關，高教育程度的家庭照顧者有較大的可能性使用正式照顧。而本研究中有將近八八%的家庭主要照顧者的教育程度低於高中程度。這個發現或許可以說明何以中低收入家庭中的殘障中風老人未受到政府的居家照顧補助，因為低教育程度使得家庭照顧者不易取得有關福利服務的資訊，進一步妨礙其使用政府提供的福利服務之可能性。因在提供此類服務之輸送方案中，社會工作人員在發現案主方面需要採取更多的主動性。醫院中的社會工作人員則有更大的責任於案主出院前提供必要的長期安養福利服務資訊。福利主管當局則需透過有效的宣導方式，使社區中居家安養的中風老人及家屬知所使用有關殘障老人的長期安養福利措施。

一如其他許多研究結果的發現，中風老人日常生活功能程度，是使用正式照顧的重要影響因素之一。功能愈差者有較大的可能性使用正式照顧。因此，中風老人的日常生活功能程度可以作為未來我們預測臺灣的正式照顧需求多寡的一個重要指標。

有關長期安養方式與滿意度的分析也反映出目前無論是正式照顧或非正式照顧都不能令家庭照顧者完全滿意。此一發現意謂著為滿意殘障老人及家庭照顧者的各種不同需求，必需發展更多可供選擇的服務方案，特別是如果我們的長期安養政策鼓勵居家照顧，則需要將家庭照顧者的需求一併考慮。因此，例如喘息性照顧，對家庭照顧者的支持性團體以及衛教性團體，日間照顧中心等等都是可以給予家庭照顧者有力的支持的服務方案，值得我們嘗試與發展。

參考資料

一、中文部分

Katz, S., T.D., Downs, H.R. Cash, and R.C. Grotz, 1970.

Progress in Development of the Index of ADZ. The

Gerontologist, 1970,10(1):20-30

Miller, B. & McFall, S, 1991

The Effect of Caregiver's Burden on Change in Frail Older Person's Use of Formal Helpers. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 32, 165-179.

Mechanic, David, 1987.

Challenges in Long-term Care Policy, *Health Affairs*, 6:22-34.

二、英文部分

* 李克怡，一九八八

士林、北投、內湖二十家老人安養中心之評估。臺北市立陽明醫院

* 內政部社會司，一九八七

臺灣地區老人養護問題之研究。內政部社會司

* 行政院經建會，一九八六

我國社會福利制度整體規劃之研究。行政院經建會

* 行政院主計處、內政部合編，一九九〇

中華民國臺灣地區老人狀況調查報告

* 詹火生，一九八六

老人福利需求研究的回顧與展望。國科會月刊一四卷一二期

* 張荳雲、蕭新煌、陳寬政，一九八三

我國老人福利之研究——服務網絡之結構分析，行政院研考會

* 謝高橋，一九八〇

家戶組成、結構與生育，政大社會系人口調查研究室。

(本文作者任職於臺北榮總社會工作組)