

社區中老人的理想醫療及服務網絡

蕭

蔚

美國印第安那大學社會學博士，現於麻州政府從事社會福利及老人方面的研究

學者們對「社區」的定義繁多，迄今尚未達成任何共識，而大家對社區的瞭解多在於城鄉社區生活方式、組織型態、社區意識及社會關係上的異同（見章英華，七十七年；林瑞穗，七十四年；郭文雄，七十四年；蕭蔚，六十九年）。但在醫療社會學、老人社會學及社會工作上，「社區」則有不同的涵義，社區是用來與醫院、精神病院、療養院等機關相對應，醫院等所提供的是機構性的照護（Institutional Care），而其它的照護則以社區為基礎來供給（Community-based Care）。機構性照護與社區照護構成長期照護體系（Long Term Care）的服務網絡，二者之間的關係如城鄉一般可互通有無。人們可依其情況抉擇醫院或療養院機構式的照護或留在社區中，不論是鄉村或都市。由此一見解，社區並不是一個地理區域，不論在都市或鄉村只要是不提供機構式照護的場所皆是社區，社區並不是由居民所組成，而是由未接受機構式照護的人所組成，社區內人的關係並非因地緣關係所形成，有些是同事朋友親屬的關係，有的是受照顧者與照護提供者的依賴關係或服務關係；社區中的組織有些是營利的有些是公營的，有些是自願結合提供無報酬的服務；有些提供專業性的服務而有些則供應家事料理等簡單家務；社區中的人有些是不願接受機構式的照護者，他們向所屬的社區認同；社區中有些人可能因健康情形及精神狀況而需送往醫院、精神病院等機構接受治療，但他們仍可能喜歡居住在社區中自由自在的生活。

本文將以老人為例，美國的經驗尤其是自由化程度較高，著重社會福利及醫療看護較完善的麻州經驗來說明社區與機構間的關係，社區內因應不同的需

求而衍生出來各種對老人的服務及其組織網絡，最後以麻州老人福利的經驗來看，臺灣社區發展計畫可借鏡或可作為前車之鑑。

社區與機構式照護的動態關係

一般言社區照護的目標是協助老年人，尤其是那些有機能障礙或慢性病患能獨立且自由的生活在社區之中，而機構式照護是提供給那些自己無法照顧自己的人，而由醫生、護士、復健人員及其它醫療人員，提供日常生活所需及全天候的看護，其對象多是重殘者、癱瘓症者及其它具有退化症的老人。社區中的老人多為健康的或是機能殘障輕微者，他們有的與子女同住，或與配偶同住，或是單獨個人居住在社區中；另社區中的老人有集居於都市的現象，這或因醫療設施多在都市社區之中，且都市較鄉村交通方便各種服務較易取得，在美國都市中常可見大規模的老人社區，於其中有各種式樣的公寓及適合老人的各種福利措施。

由實際的經驗而言社區與機構式照護的二分法並不是很正確的，社區其實也可提供如機構式的看護，而老人可在社區中自由生活享受人性的尊嚴及擁有自由意識，而機構中某些老人其實不必長久居住在療養院或醫院中可轉往社區。社區中的老人也可能因健康情況變壞而需轉往機構受嚴格而有計畫的照顧。這種現象有如都市與鄉村社區之分，都市中仍有享有鄉村或非都市化的生活方式，而鄉村因科技進步也可享受都市的好處（Gans, 1962）。

社區與機構的流通性主要受下面幾個因素的影響：

(一)健康狀況：健康情形轉壞是接受機構式照護的主因 (Doty, 1986)。常見的疾病如心臟病、中風等腦血管疾病常會使老人由社區送往醫院而轉送療養院或復健中心接受長期的機構式治療。相對的在照護機構中的老人也可能因健康情況變好而轉送回社區，這些老人都是因急性病而到照護機構接受短期看護。

(二)功能障礙：日常活動的能力是影響社區生活的因素之一。老人及其親人可依其主觀的判斷決定是否生活在社區中。社會工作者也可依據日常生活的能力 (Activities of Daily Living, ADL) 及輔助性日常生活的能力 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 來判斷老人功能障礙的程度，前者如洗澡、穿衣、吃飯、上廁所等，後者如購物、清掃、做飯、洗衣服等 (見Guralonik, 1989，鍾倫納，民國八十年)。功能障礙程度高的多可能接受的機構式的照護，而低的多可能讓其生活在社區之中。

(三)精神狀況：老人多有健忘、沮喪、煩惱、緊張等症狀，這常會影響到其家人及下一代的日常生活，嚴重的精神分裂及不均衡的心理狀況也很可能使老人接受機構式的照護，在社區中生活不僅他們無法適應，也影響到其它社區居民的身心健康。相對而言，在精神病院或精神健康中心的某些老人可能在社區中較能得到充分的照顧享有正常的社區生活，若讓他們長久留在療養院精神病院反而會加劇其身心不平衡，不如讓他們到社區去接受治療。此外腦機能的退化如癡呆症也是導致機構式照護的因素之一。

(四)非正式的支助：家人、親戚、朋友或鄰居的看護也影響到老人的社區生活或機構式照護。若老人在社區中有非正式的社會網絡能幫助老人生活，則老人較願意留在社區，而那些無依無靠的老人多被迫使居住在照護機構下 (Newman 等, 1990)。但看護若是長久的，非正式的支助可能逐漸減弱，親人可能無法長期盡其義務與責任，朋友鄰居也無法全天看護盡其道義，另長期而言照護的提供者身心也會受影響，照顧的品質可能會降低甚至老人會被虐待。若要使老人長久生活於社區而不轉到看護機構中，則對照護的提供者可能需給予誘因，如喘息性服務 (Respite Care)，對老人需予以各種保護服務 (Protective Services)。

(五)醫療及服務網絡：社區與照護機構的流通性亦受醫療照護機構的健全性影響。在傳統的社會醫療設施及資源缺乏，需長期看護的老人往往因醫院床位少，療養院無完善的看護措施而被迫留在社區之中；在現代的社會，重殘者及慢性病患者可到療養院中接受照護，不必一定要留在社區中，親人及朋友的負擔也減輕些。此外政府與民間提供各種的服務，老人可決定社區或是機構為生活之處，老人及其親人可決定去公營的照護機關或是去私人較豪華的療養機構，或是在社區中接受政府的居家看護，或是接受教會及其它宗教團體的身心支持，或是購買各種性質的社區服務。

(六)政府的老人政策：政府的老人政策若著重機構式的看護，鼓勵興建療養院則必會使許多在社區的老人轉而遷往療養院等機構，反之政府著重各種社區服務老人留在社區的可能性較大。在美國一九八一年以前醫療救助 (Medicaid) 過重機構式的服務，導致聯邦及地方政府負擔沉重，一九八一年多條款的預算協調法案 (Omnibus Budget Reconciliation Act COBRA) (USPL 97-35) 授權給健康及人文服務部 (Department of Health and Human Services)，允許那些合乎機構照護資格的老人接受社區照顧，在第二一七六項 (Section 2176) 中更明確規定老人可接受的服務，這包括個案管理、家務服務、居家醫療看護、個人照護、成人日間健康保健、復健及喘息性服務。近年來各工業化國家均面臨扶擇社區或是機構式照護，在財政的壓力下各國均試著去使長期照護能普遍化且能有有效的控制其預算，另也期望找出促使社區及機構式看護的均衡發展方法，在美國各種改革方案均著重在使服務能更有效率且使財政支出減少到最低，而具體的方法是使一個個案管理者協調各種服務或透過單一的組織部門提供服務；另控制機構式照護的服務，透過入院前的檢查來避免不必要的機構式服務，將某些老人轉到社區中；另使正式的看護來輔助或支持家人等的非正式支助而不是完全取代它 (Reif, 1985)。在開發中國家照護體系的建立可能是著重機構式的照護，尤其是急性的照護 (Acute Care)，如興建醫院培養醫護人員等，次則發展看護設施，如療養院、精神病院、慢性病治療中心等，而對社區照護體系的發展較不重視，這潛伏的危機是工業化國家醫療費用及照護支出劇增產生對政府的強大負擔。

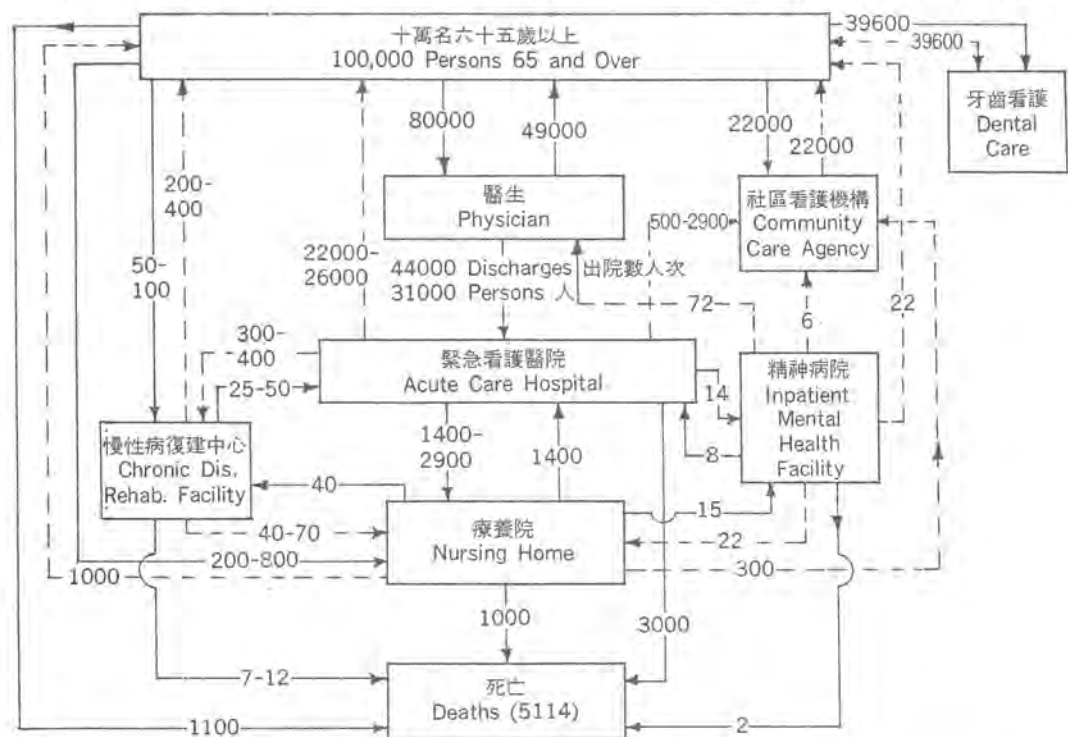
(七)文化因素：影響到社區及機構流動的另一因素是文化。在中國的社會裏

將親人送到療養院常被視為不孝及不負責任的作法，而在歐美社會送不良於行的家人去扶養機構常被視為當然。但在工業化的社會中許多中國人也不得不將其殘障的親人送往照護機構之中，原因之一是在看養機構較可提供完善的治療與看護，之二是現代人忙於自己本身的生活無法分身去照顧有機能限制的老人，即使「敬老」的觀念仍普遍存在。在傳統與現代的衝擊下，不僅子女很難下抉擇而年邁的父母也往往不願增加子女的負擔而「自願」離開社區到安養機構去，這是否融合傳統與現代文化，或是創造一種新的倫理文化，抑是全盤西化是個有待探討的問題。

如上所述，社區與機構式照護間的關係是動態的及互補的，老人有時生活在社區中有時則生活在照護機構中，其間的流動性視老年人的健康狀況、功能障礙、心理狀況、非正式的支助、醫療及服務網絡的健全性，政府的老人政策及文化因素的影響，自然也有許多其它的因素影響到社區與機構間的關係如年齡、性別、經濟地位、社會資源、人口結構等。

社區與機構式照護的流動實際情形可由二個美國社會的研究得知其方向。一是 Densen (1987) 的研究，視表一。他依據各種政府發佈的統計及民間研究的醫療資料發現一年中每十萬老人中約有八萬人會去看醫生至少一次，約有二萬二千人到六千人會去社區照護的機構（如社區老人中心）。十萬老人中約有三萬一千人會去醫院接受緊急治療，約有四萬四千人次會出院；約有一千四百到二千九百人會去療養院，不到三十人會去精神病院，約四、五百人會去慢性病復健中心，另也會有約五千人死亡。在療養院中約有近一半的患者會回到醫院中接受緊急看護（約一千四百人），約一千人會重新回到社區，另約一千人會死在療養院中。

另一實證的經驗研究為 Lewis, Creinin 和 Kane (1985) 的研究（視表二），他們應用長期的看護和醫療服務資料發現第一次進入療養院者有五分之一在兩年內死亡，四分之一被送往醫院，十分之三的回到社區之中；到醫院中去治療的五分之四會再回到療養院，有十分之一的醫院患者回到社區；被送回社區的老人有三分之一兩年後仍留在社區，其餘的三分之一重回療養院，三分之一重回醫院。重回社區的主因是日常生活的能力仍在，可獨立的活動於社區中。



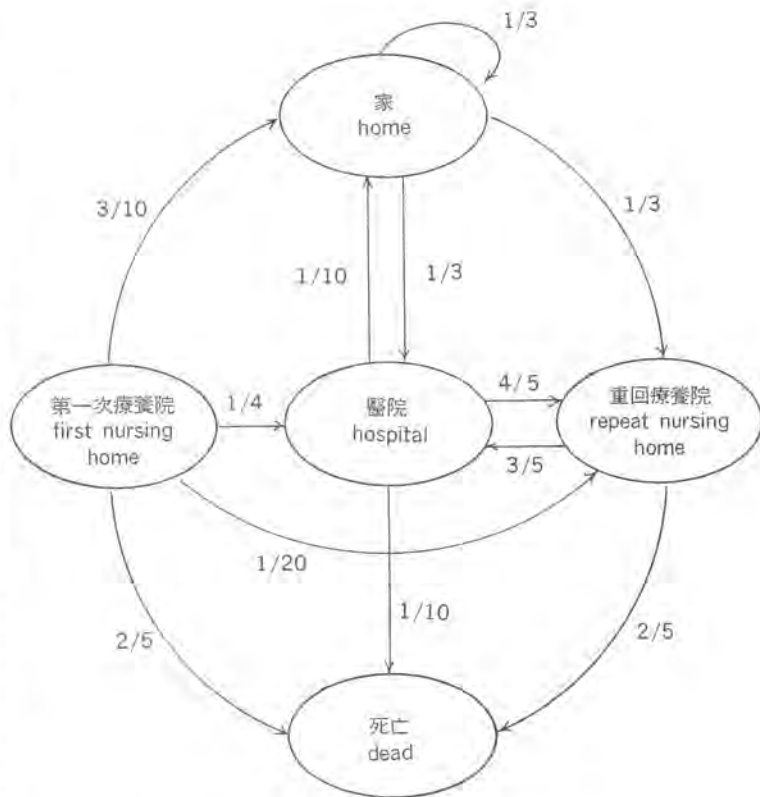
流向較受限制及密集看護的場所

= movement to more restrictive/intensive care setting;

流向較不受限制及不需密集看護的場所

= movement to less restrictive/intensive care setting

表一：每十萬名六十五歲以上老人的醫療照護流向



表二：療養院、家與醫院的循環

除了上述二個研究外，另也有許多研究社區、醫院及療養院間的流向，但由於定義不同，長期資料或是靜態的資料，研究設計、樣本大小及取樣地方的不同，結果也不完全相同，其摘要可視 Kane 和 Kane (1989)。而這一類性質的研究非常需要，一因它可使我們瞭解各種流動的模式以便設計理想的醫療體系，二則我們可尋找進出社區及照護機構的原因而加以控制，如預算支出及照護的品質。

社區中的老人服務

由 Densen (1987) 的估計中我們可瞭解即使是在美國真正長期住在安養機構中的老人並不多，每十萬人中不到五千人會去療養院、精神病院及慢性病復健中心等。以麻州為例，僅百分之七的老人住在照護機構中，其餘百分之九十三住在社區，因此如何提供在社區中的老人服務是相當重要的；另且老人住在社區愈多政府的財力負擔愈可減輕，因社區老人的醫療費用較安養機構中的老人為低 (Kovar, 1986)。而政府與民間如何來促使老人留在社區呢？這主要靠下列幾個服務計畫方式。

(一) 居家照護 (Home Care Program) ..

居家照護的對象是長期臥病及有功能殘障的老人，理想是協助他們獨立生活於社區之中。以麻州為例，申請者需合乎低收入的標準，再評鑑其日常生活能力 (ADL 及 IADL) 以決定功能障礙程度 (Functional Impairment Level)。繼之由社會工作人員視其身心狀況及親朋支助情況而訂立服務計畫，計畫中詳定所需的服務及次數，再交於老人公司及社區內的各種服務機構提供直接的服務，服務的內容包括家務服務 (如處理簡單的家務)、個人看護 (如洗澡、梳頭)、雜務處理、送餐到家、洗衣服務、交通服務及個案處理，這其中最大的開支項目是家務服務，幾乎每個合乎規定的老人皆享有這項服務，每星期平均接受二到四小時的服務，提供家務的管家 (Homemaker) 皆受過訓練，但薪資極低，許多以往是貧戶，但這也製造了不少就業機會。在臺灣若要推展家務服務首需解決人力的問題，因勞工多集中在薪資較高的製造業而不在服務業，自然解決辦法之一是將貧戶施以管家訓練，二是引進大陸或外籍勞工。居家照護的另一大開支是送餐到家，費用為聯邦政府提供，其目的是使老人的營養充足，健康的生活在社區之中。

在麻州政府所照顧的居家照護者多是窮而有殘障的老人，一般人則可自掏腰包購買社區中所提供的居家服務，這也頗有爭議，許多人認為老人福利是不公平的是浪費的。就臺灣而言，未來居家照護的需求會劇增，一因人口老化，二因居家照護較療養院等機構式的照護為大家接受，三是即將實施的全民保險制度採按病歷分類 (Diagnostic Related Group, DRG) 為醫院給付標準，這將使老年人的住院時間縮短而尋求居家服務 (蕭蔚，民國八十年)。要發展

居家照護體系，除了經費及人力的問題外，重要的是建立社區的服務網絡及機構，而在臺灣主管鄉鎮等較低層的老人福利機構闕如，社區發展的規劃中也未將老人福利納入，決有政府的明確規定及地方機構，服務社區的老人公司及其機構很難成立。

(I) 居家醫療 (Home Health Program) ..

居家醫療照護有時是包括在居家照護之中，但因它是與健康醫療有關，有些地方視之為獨立的老人服務計畫。在美國的醫療看護保險中 (Medicare Insurance)，居家醫療照護即被視為獨立的服務項目，聯邦政府提供護士服務、居家醫療看護護士、醫療社會服務、藥品的供應及各種復健工作，但聯邦政府只提供部分時間的看護而非全天候的居家醫療照顧，另也不包括送藥品及餐飲到病人的住所，更不包括與醫療無關的家務服務，這使許多人不願留在社區中而到照護機構中。另在醫療救助 (Medicaid) 中，居家醫療服務是由聯邦及州政府各付一半，醫療服務的項目也類似，但如 Medicare 許多人因沒有家務、送藥及送飯的服務而必需到機構中去接受較為昂貴的服務，可見醫療服務與社會服務是並重的，若只重醫療則整體的花費會相當高。另在麻州也對那些不合乎 Medicare 及 Medicaid 資格的老人提供居家醫療照顧，每年約花百萬美金的經費服務四百位老人，平均每人一年美金花費二千七百元 (Hsiao and Mollica, 1990)。

(II) 成人醫療日托服務 (Adult Day Health 及社交日托照護 (Social Day Care))

成人日間醫療服務提供社區中的老人護士服務、社交、復健、娛樂、營養、個案處理及交通服務，若沒有這些服務老人白天可能無人看護，看護的提供者很可能白天上班或利用老人去日托中心的機會處理一些自己的事情或疏解一些照顧老人所產生的壓力。自然必非所有的老人皆可接受日間醫療服務，而必需經過評估如日常生活的能力及精神狀況。另成人日間醫療服務與療養院的機構照護不同因其在白天只提供有限的幾個小時的醫療服務。這一服務的重點在交通如何安排，有時照護的提供者會接送老人到醫療日托中心，而有時則需日

托中心或政府福利機構的安排。醫療日托的提供者包括醫院、療養院、日托中心及社會福利機構，其中英國的老人日間醫院是很有名的，全天老人被送往醫院作各種檢查與診斷，晚上回到社區。

成人醫療日托服務的對象是有病痛或機能喪失者，而社交日托中心則是服務一般的老人以聯誼及娛樂為主，提供者多是自願者，如社會上的義工、宗教團體的奉獻者。社交日托中心與老人中心 (Senior Center) 又不同，前者服務的對象需經過評估，活動是針對老人需要而定，而老人中心的活動非針對個別需要而以吸取社區老人參與為目的；另社交日托中心需安排交通方式而老人中心則不需。

(III) 老人保護服務 (Protective Service Program)

社區中的老人有被虐待及遺棄的可能，老人可能受照護者身體上的攻擊與虐待、情緒及心理上的虐待、性攻擊或騷擾、言語上的攻擊與暴力威脅、金錢上的剝削及財務上的虐待、感情上心理上及活動上的遺棄、自我的放逐與自棄等 (Johnson, 1986)。保護服務的內容包括熱線服務、對被虐待遺棄者的監護 (Guardianship)，使大眾了解老人虐待的問題並保護老人的權益。在執行上保護服務常遭遇許多困難，如使受害者了解其權利，如怎樣以第三者的立場介入家庭紛爭，如怎樣使老人張口述說其被虐待的事實並指控其親人的虐待遺棄等，這在中國社會可能更不易解決，「家醜不外揚」使老人的虐待問題更不易察覺。

(IV) 成人養育看護 (Adult Foster Care Program)

如將孤兒置放在領養家庭中，成人養育看護是將老人給養育家庭看護，養育家庭提供全天候的個人看護，養育家庭視老人為家庭份子，通常一個家庭最多養育兩個老人以確保服務的品質，另養育家庭的成員僅接受簡單的醫療看護訓練。養護的品質則受政府的監督。這種領養老人的服務在中國社會可能很難推廣，一因領養的觀念未被大眾所接受；二來老人可能多不願別人憐憫被別人

認領。

(六) 獨立生活中心 (Independent Living Center)

獨立生活計畫的要旨是讓身體殘障的人聘請及訓練個人看護士 (Personal Care Attendant, PCA) 來照顧殘障老人使他們能自由的生活在社區之中。個人看護士的服務包括家務處理、協助適應獨立中心的生活、提供簡單的醫療訓練等。在麻州獨立生活中心對有聽力及視覺障礙者貢獻甚多，但對老人言因他們功能有障礙的地方不同，如有的不良於行，有的聽視覺有問題，有的無法下床與翻身，如老人合聘一個看護士很難滿足所有出資者的需要。

(七) 喘息性照護服務 (Respite Care Program)

喘息性照護的目的是幫助照護提供者對老人服務，以使照護者喘息一下因照護而產生的緊張與壓力，如讓照護者有休假機會。這種服務對阿茲海默症 (Alzheimer's Disease, AD) 患者的家屬非常重要，衆所皆知的AD患者的家屬常因長期照顧而產生沮喪、疲憊、悲觀等感覺，最需要的是暫時性的喘息。在麻州喘息性的照護包括家務管理、個人看護、餐飲到家、成人日間醫療及短期的療養院照護。受益者中約百分之二十是AD患者及其家屬。

(八) 聚集居住 (Congregate Housing Program)

老人社區在美國是可常見的，老人們集中住在一些公寓內自成一社區，社區中有聚集餐食 (Congregate meal) 的服務。公寓有些是私人擁有的，有些是美國聯邦住宅及都市發展部 (Housing and Urban Development, HUD) 所出資興建的低收入戶住宅。由於老人多聚集居住於社區中，對老人的服務也較容易集中管理，管理費用會低些而行政效率則會較高些。在聚集的老人社區中，需求最多的是家務處理及個人看護，社區服務機構可將所有所需的服務合在一起運用少數幾位管家及個人看護士作一連串的照護 (Cluster Care)。

，如此管理上較經濟，服務上也較完善且密集。此外老人的聚集於社區可發展屬於老人的活動，形成老人的團體；進而產生老人社區意識，影響到選舉結果等，這些都是老人聚集社區的好處，而其壞處是老人傾向獨居而不與子女同住。若老人社區有其吸引力，愈來愈多的老人捨棄其未來照護的提供者——親人，而日後的照護愈加有賴於老人社區所提供的服務及政府的經費，政府的財力會更為困難。

除以上的社區服務外，社區也可提供各種消息（如政令、自願服務、精神健康檢查、老人健康檢查、就業輔導、反年齡歧視、健康保險知識等）（見 Kane 和 Kane, 1987）。

結論：展望臺灣未來醫療及服務網絡的發展

由美國一般的及麻州的經驗中我們需了解各國的醫療及服務體系的发展皆有其歷史及特殊性，依筆者的淺見未來臺灣所需注意的是下列幾個問題：

(一) 確定長期照護體系的发展方向，是朝向社區抑是機構式？

(二) 「社區」一詞需有新的註解，以往只重城鄉的社區發展政策需重新擬定。

(三) 劃分中央與地方的權限，地方上的服務社區機構闕如，這在「老人福利」法中最為明顯，使老人福利無法建立如歐美的社區性服務機構，地方福利經費無法從地方稅收中拿出而需向中央申請。

(四) 社區式照護如居家看護將因人口老化、文化因素及全民保險的DRG制度影響而需求增加，宜早日規劃長期照護體系。

(五) 長期照護體系若要有效率且能節省財政大的龐大開支，則必需醫療與服務並重，不均衡的發展及不先作規劃必會造成資源的浪費。

(六) 社區服務的方式很多如本文所述，政府應針對老人不同的特徵及需要提供老人所需的服務，如癡呆症及退化症者應給予喘息性服務；機能殘障的老人予居家照護或社交日托中心的服務；有慢性病者則提供居家醫療照護或醫療日托中心或醫院日托中心。

(c)儘管政府有各種措施鼓勵子女與父母同住，但聚集居住老人社區仍是一趨勢，愈來愈多的老年人在老人社區中獨居。此一趨勢很難從改善親子關係與崇尚孝道精神而改變，政府宜早作準備發展私人的老人照護公司並管理老人的醫療保險業務。

(d)臺灣區域的人口老化程度不同，應早作規劃，如臺東、花蓮及澎湖的居民中百分之七以上是六十五歲以上，而高雄市、臺北縣及臺中市則在四點五以下（視行政院主計處，民國七十七年中華民國統計年鑑）。

參考資料

- 林瑞穗，民國七十四年，「蛻變中的都市社區與鄰里生活」，思與言，廿三卷三期，三三三—三三〇頁。
- 郭文雄，民國七十四年，「美國社會的社區意識與鄰里關係」，蔡文輝與蕭新煌編，臺灣與美國社會問題，四三一—五二頁。
- 章英華，民國七十七年，「都市化與機會結構及人際關係態度」，楊國樞與翟海源編，變遷中的臺灣社會，中研院民族學研究所，一五九—一九四頁。
- 蕭蔚，民國六十九年，「鄰里計畫的社會學分析」，社區發展季刊，十二期，三三—三十七頁。
- 蕭蔚，民國八十年，「老人居家照護的需求分析」，社區發展季刊，五十五期，六四—七三頁。
- 鍾倫納，民國八十年，「老人社區照顧需要的量度」，社區發展季刊，五十五期，九八—一〇四頁。
- Densen, Paul M. 1987. "The elderly and the health care system: another perspective." *The Milbank Quarterly*, 65 (4): 614-636.
- Doty, Pamela 1986. "Family care of the elderly: the role of public policy." *The Milbank Quarterly*, 64 (1): 34-75.
- Gans, Herbert J. 1962. "Urbanism and suburbanism as ways of life: a reevaluation of definitions." in Arnold M. Rose (ed.), *Human Behavior and Social Processes: an interactionist approach*. pp. 625-648. Boston, MA: Houghton Mifflin Co.
- Guralnik, Jack M., Laurence G. Branch, Steven R. Cummings, and J. David Curt 1989. "Physical performance measures in aging research." *Journal of Gerontology*, 44 (5): M141-146.
- Hsiao, Wey, Robert Mollica, and Sara Hackett 1990. "Use of home health services by frail elders: a follow-up study." *Massachusetts Executive Office of Elder Affairs*.
- Johnson, Tanya, 1986. "Critical issues in the definitions of elder mistreatment." in Karl A. Pillemer and Rosalie S. Wolf (eds.), *Elder Abuse: conflict in the family*. pp. 170-171. Dover, Massachusetts: Auburn House.
- Kane, Robert L. and Rosalie A. Kane, 1989. "Transitions in long-term care." in M. G. Ory and K. Bond (eds.), *Aging and Health Care: social science and policy perspectives*. pp. 217-243.
- Kane, Rosalie A. and Robert L. Kane 1987. *Long-Term Care: principles, programs, and policies*. N. Y.: Springer Publishing Co.
- Kovar, Mary G. 1986. "Expenditures for the medical care of elderly people living in the community in 1980." *The Milbank Quarterly*, 64 (1): 100-132.
- Lewis, M. A., S. Cretin, and R. L. Kane 1985. "The natural history of nursing home patients." *The Gerontologist*, 25: 382-88.
- Newman, Sandra J. and Raymond Struyk, 1990. "Overwhelming odds: caregiving and the risk of institution." *Journal of Gerontology*, 45 (5): S173-183.
- Reif, Laura 1985. "Long-term care: some lessons from cross-national comparisons." in Laura Reif (ed.), *International Perspectives on Long-Term Care*. pp. 329-341. N. Y.: The Haworth Press.