

美和技術學院
健康照護研究所

碩士論文

**照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧
品質之相關因素探討**

Explore the Related Factors between Caregivers'
Appraisal of Care and Quality of Family Care on Older
People with Disabilities

研究生：王麗雪

指導教授：何美瑤 博士

中華民國 九十四年 七月 一日

**照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧
品質之相關因素探討**

Explore the Related Factors between Caregivers'
Appraisal of Care and Quality of Family Care on Older
People with Disabilities

研究生：王麗雪

指導教授：何美瑤 博士

**美和技術學院
健康照護研究所
碩士論文**

A thesis submitted to the faculty of

Meiho Institute of Technology

in partial fulfillment of the requirement for the degree of

Master of Healthcare

July 2004

中華民國 九十四年 七月 一日

美和技術學院

論文口試委員會審定書

本校 健康照護研究所 碩士班 王麗雪 君

論文題目

照顧者照顧評價與居家失能老人家庭

照顧品質之相關性探討

合於碩士資格水準、業經本委員會評審認可。

口試委員：

召集人 葉淑惠 _____

委員 呂松亭 _____

委員 何美瑤 _____

所長 許芳月 _____

中華民國 94 年 5 月 20 日

照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧品質之相關因素探討

中文摘要

本研究目的在探討照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧品質的預測因子及其相關性。採立意取樣方式，選取高雄市接受居家護理服務的失能老人及其照顧者共 112 人。以結構式問卷家訪調查居家失能老人及照顧者之基本屬性資料、照顧者社會支持、照顧者照顧評價、失能老人家庭照顧品質。統計方法包括描述性統計、相關分析、變異數分析、逐步迴歸分析等。主要研究結果如下：

1. 照顧者社會支持的「需要程度」、「足夠程度」為中等。照顧者社會支持的「需要程度」越高，照護評價越負向，家庭照顧品質越差；照顧者社會支持的「足夠程度」越好，照護評價越正向，家庭照顧品質也越佳。
2. 照顧者整體照護評價為中等程度，照顧者社會支持的需要程度、目前與老人的感情關係、社會支持的足夠程度、老人的罹病總數與照顧者自覺個人健康狀況等五個變項，是預測照顧者照護評價之重要變項，可解釋的總變異量為 60.4%。
3. 失能老人整體家庭照顧品質屬中上程度，照顧者照護評價、目前與老人的感情關係、社會支持的足夠程度等三個變項，是預測整體家庭照顧品質之重要變項，可解釋的總變異量為 56.1%。研究顯示照顧者照護評價是預測失能老人家庭照顧品質之重要變項（41.6%），這部分值得居家護理人員之重視及介入。

關鍵詞：照顧者、照顧評價、失能老人、家庭照顧品質。

Explore the related factors between caregivers' appraisal of care and quality of family care on older people with disabilities

Abstract

The purposes of this study were to explore the relationships between caregivers' appraisal of care and quality of family care on older people with disabilities, and to examine variables that predict quality of family care. A purposive sample for this study consisted of 120 participants who were selected from home care agencies in Kaohsiung. Questionnaire was used to collect data via home visits. The data included demographic characteristics both of the caregivers and older people with disabilities, caregivers' social supports, appraisals of caregiving, and quality of family care on older person with disabilities. The statistic analysis methods included descriptive statistics, Pearson product moment correlation, independent t test, one way ANOVA, and stepwise regression.

The results of this study were as follows:

1. The instrument of social support involved two dimensions: "the need for social support" and "the enough of social support" perceived by caregivers. Most of the caregiver perceived medium level of social support. The higher the caregivers perceived the "need" of social support, the more negative the caregivers' appraisal of care, and the lower of the quality of family care. The higher the caregivers perceived "enough" of social support, the positive caregivers' appraisal of care, and the better of the quality of family care.
2. The caregivers' appraisal of care was medium degree. The "need" for social support, the relationship with elderly at present, the "enough social support" perceived by caregivers, the number of disease diagnosed, and caregivers' health status accounted for 60.4% of the variance of caregivers' appraisal of care.
3. The quality of family care on older people with disabilities was upper medium degree. Caregivers' appraisal of care, the relationship with elderly at present, and the "enough level of social support" perceived by caregivers accounted for 56.1% of the variance of quality of family care. The result of this study showed that the caregivers' appraisal of care was an important predicted factor for the quality of family care on older people with disabilities. This study would be value to home care nurses, policy decision makers and healthcare institutions.

Keywords : caregiver, caregiving appraisal, older people with disabilities, quality of family care.

誌謝

研究所兩年的時間，很快的就過去了，非常感謝美和技術學院護理系的配合，讓自己能有再繼續進修的機會。寫論文的這段時間，非常謝謝指導教授 何美瑤博士在撰寫技巧上的教導，在她嚴謹的教學態度下，讓自己在研究方法的了解上更上一層樓，也非常謝謝口試委員 呂桂雲博士、 葉淑惠博士的細心指正，並針對論文的內容提供良好的建議，才能讓這本論文順利完成。

在收案的過程中，非常感謝提供相關資料的獎卿護理之家、阮綜合醫院、聖功醫院、高雄市立小港醫院等四所居家護理機構，感謝您們在收案時的各項資源的協助，更感謝每位個案的配合完成收案，讓整篇研究能順利進行。

兩年的研究生生涯，謝謝家人全力支持，尤其是最親愛的先生在學業上的大力幫忙以及平常分擔家事，才能讓自己無後顧之憂去完成自己的學業，以及昔日同窗好友：秋文、秀琴、小妹的精神支持，另外，同組的好同學：靜琳，在自己最需要時，總能伸出援手、提供資源，以及生活上心情的分享，讓自己順利完成研究，最後感謝各位的全力支持，

感謝您們！

目錄

第一章 前言.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的	3
第二章 文獻查證.....	4
第一節 失能老人之居家照顧現況.....	4
第二節 照顧者照顧評價之概念及其相關因素.....	6
第三節 居家失能老人家庭照顧品質之概念及其相關因素.....	13
第四節 照顧者社會支持之概念.....	21
第五節 照顧者社會支持與照顧評價的關係.....	23
第六節 照顧者社會支持與家庭照顧品質的關係.....	24
第七節 照顧者照護評價與家庭照顧品質的關係.....	25
第八節 文獻總結	26
第三章 研究方法和程序.....	27
第一節 研究架構	27
第二節 研究假設	29
第三節 研究變項之名詞界定與操作型定義.....	31
第四節 研究設計	34
第五節 研究對象	35
第六節 研究調查工具.....	35
第七節 研究工具之信效度的測試.....	40
第八節 資料收集過程.....	48
第九節 研究倫理考量.....	49
第十節 資料處理與統計分析	50
第四章 研究結果.....	53

第一節 居家失能老人及照顧者之人口學特質分析	53
第二節 照顧者的社會支持、照顧評價及居家失能老人的家庭照顧品質	59
第三節 失能老人及照顧者人口學特質與照顧者照護評價的關係.....	66
第四節 失能老人及照顧者之人口學特質與家庭照顧品質的關係.....	69
第五節 照顧者社會支持與照顧者照護評價的相關性.....	73
第六節 照顧者社會支持與家庭照顧品質的相關性	74
第七節 照顧者照護評價與家庭照顧品質的相關性	75
第八節 照顧者照護評價之複迴歸分析	76
第九節 家庭照顧品質之複迴歸分析	77
第五章 討論.....	81
第一節 照顧者的社會支持、照顧評價及居家失能老人的家庭照顧品質	81
第二節 失能老人及照顧者人口學特質與照顧者照護評價的關係.....	87
第三節 失能老人及照顧者人口學特質與家庭照顧品質的關係	90
第四節 照顧者社會支持與照顧者照護評價的相關性.....	93
第五節 照顧者社會支持與家庭照顧品質的相關性	93
第六節 照顧者照護評價與家庭照顧品質的相關性	94
第七節 照顧者照護評價之預測因素.....	94
第八節 家庭照顧品質之預測因素.....	95
第六章 結論與建議	97
第一節 結論.....	97
第二節 護理上之建議與應用	98
第三節 研究限制	101
總結.....	103

參考文獻	104
一、中文部分	104
二、英文部分	110
附錄 1 照顧評價量表之回覆翻譯	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 2 量表專家內容效度（CVI）評分表.....	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 2-1 照顧者社會支持量表	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 2-2 照顧者照顧評價量表	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 2-3 家庭照顧品質量表	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 3 問卷調查表	錯誤！尚未定義書籤。
個案參與研究之問卷調查同意書.....	錯誤！尚未定義書籤。
第一部份:基本資料（失能老人、照顧者基本資料及日常活動、認知功能量表）	錯誤！尚未定義書籤。
第二部分：照顧者社會支持問卷.....	錯誤！尚未定義書籤。
第三部分：照顧者照顧評價量表.....	錯誤！尚未定義書籤。
第四部分：家庭照顧品質量表.....	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 4 問卷專家效度名單	錯誤！尚未定義書籤。
附錄 5 問卷使用同意書	錯誤！尚未定義書籤。

表格

表 3-2-1 本研究假設與統計方法	30
表 3-3-1 研究變項之操作型定義與測量	32
表 3-7-1 「照顧者照顧評價量表」之項目分析.....	42
表 3-7-2 「家庭照顧品質量表」之項目分析.....	43
表 3-7-3 「照顧者照顧評價量表」之各因素負荷量、特徵值與內部一致性信度	45
表 3-7-4 「家庭照顧品質量表」之各因素負荷量、特徵值與內部一致性信度.....	47
表 3-7-5 社會支持、照顧評價、家庭照顧品質量表之 Cronbach's α 值 ...	48
表 4-1-1 「居家失能老人」之人口學特質分析(N=112).....	55
表 4-1-2 「照顧者」之人口學特質分析(N=112)	57
表 4-2-1 「照顧者社會支持量表」各次量表之描述性分析 (N=112)	59
表 4-2-2 「照顧者社會支持量表」需要程度之描述性分析 (N=112)	60
表 4-2-3 「照顧者社會支持量表」足夠程度之描述性分析 (N=112)	61
表 4-2-4 「照顧者照顧評價」量表之描述性分析 (N=112)	62
表 4-2-5 「照顧者照顧評價量表」各題得分之描述性分析 (N=112)	63
表 4-2-6 「家庭照顧品質」各個層面之描述性分析 (N=112)	64
表 4-2-7 「家庭照顧品質量表」各題得分之描述性分析 (N=112)	65
表 4-3-1：失能老人基本特質與整體照顧評價之差異性分析 (N=112)	66
表 4-3-2：失能老人基本特質與照顧評價之相關分析 (N=112)	67
表 4-3-3：照顧者基本特質與整體照顧評價之差異性分析 (N=112)	68
表 4-3-4：照顧者基本特質與照顧評價之相關分析 (N=112)	69
表 4-4-1：失能老人基本特質與整體照顧品質之差異分析 (N=112)	70
表 4-4-2：失能老人基本特質與家庭照顧品質之相關分析 (N=112)	70

表 4-4-3：照顧者基本特質與整體家庭照顧品質之差異性分析（N=112）	72
表 4-4-4：照顧者基本特質與家庭照顧品質之相關分析（N=112）	73
表 4-5-1：社會支持與照顧評價之相關分析（N=112）	74
表 4-6-1：社會支持與家庭照顧品質之相關分析（N=112）	75
表 4-7-1：照顧者照顧評價與家庭照顧品質之相關分析（N=112）	75
表 4-8-1 共線性診斷（N=112）	76
表 4-8-2 整體照顧者照護評價之逐步複迴歸分析（N=112）	77
表 4-9-1 研究變項共線性診斷（N=112）	78
表 4-9-2 刪題後之研究變項共線性診斷（N=112）	78
表 4-9-3 整體家庭照顧品質之逐步複迴歸分析（N=112）	79

第一章 前言

照顧負荷對失能老人家庭照顧品質的影響，過去已有研究者對此加以驗證，二者的關係是緊密有關的。但研究者認為，照顧負荷是照顧經驗之負向評價，然而在實際之照顧經驗中，有其正、負向之不同感受，而且正、負向之照顧者照顧評價，是影響失能老人家庭照顧品質的重要關鍵。因此，本章乃闡述照顧者照護評價與失能老人家庭照顧品質之研究背景與動機，並提出本研究目的。全章共分二節：第一節為研究背景與動機，第二節為研究目的。

第一節 研究背景與動機

由於社會經濟結構的改變，醫療衛生保健的進步，在邁入二十一世紀，面對人口老化所帶來的衝擊，現今，台灣正處於高齡化社會，老年人口不斷的增加，依據內政部戶政司的統計資料顯示，民國 92 年台灣地區大於 65 歲的老年人口比例已達總人口的 9.2% (內政部，2003)。

近來，許多先進國家以「在地老化」為長期照顧改革的政策目標，希望能讓老人留在家庭，因社會結構改變，相對的整個家庭結構也跟著改變，現今的家庭型態多以小家庭為主，家庭子女數減少，婦女外出就業增加，家庭照顧功能勢必式微(吳淑瓊、莊坤洋，2001)，相對的，使得家庭的支持來源越來越少，照顧者在面對家中失能老人的照顧時，亦會受到更大的衝擊。

吳淑瓊、林惠生(1999)的調查，從全國 3,155 老人機率樣本中(65 歲及以上)篩選結果指出有 11.1%是功能障礙的老人且需要長期照顧，而這些無法自我照顧能力的老人，佔 93.8% 為家庭照顧者來提供照顧，照顧者中將近三成為 65 歲以上的老人，七成以上為女性，而照顧者除了照顧

老人外，尚需面對其他競爭需求，例如，可能還需忙於就學、就業、或照顧自己的下一代，如此，勢必影響到照顧者對照顧評價的改變，繼而影響到家庭照顧品質。

失能老人的照顧工作是一項艱辛的挑戰，因照顧活動，照顧者需調整個人的生活型態，而如此的改變除了造成體力上的耗損，也是精神上極大的負擔，家庭照顧若只是著重在家務的勞動工作上，較容易產生負向的照顧評價(caregiving appraisal)，照顧過程中的情緒是複雜的，照顧評價包括正向及負向的兩個層面，給予照顧者正向的肯定及鼓勵，透過自我評價的歷程而建立正向的照顧經驗，而使照顧者能持續執行照顧的工作。瞭解家庭照顧者的正負向照顧評價，可幫助居家護理人員來整體評估家庭照顧者所感受到的照顧經驗，特別是正向照顧經驗，能使家庭照顧者對照顧失能老人有好的評價，並進而減少照顧困難及增加安適感，促進家庭照顧者發展調適因應的策略，進而增進家庭照顧品質（何瓊芳，2000）。

護理人員在執行失能老人照顧時，不能忽視家裏的主要照顧者，需了解照顧者在家中照顧情形，可早期的評估及發現威脅家庭照顧運作的危險因子，進一步提出適當的支持措施，以減少照顧者對照顧的負面評價而影響到失能老人的家庭照顧品質。

台灣最近在人口老化的影響下，有關失能老人家庭照顧品質的相關研究（林美娜、邱啟潤，1995；余佩郁，1997；林秀純、徐亞瑛、姚開屏、吳淑瓊，1999；韓佩軒、黃璉華，2002），較缺乏以照顧評價之正負向層面的觀點來對居家失能老人家庭照顧品質來做相關性探討，故引起研究者探討的興趣。希望能藉此研究了解居家失能老人之家庭照顧品質情形，並了解家庭照顧者的正負向評價對於家庭照顧品質的影響為何？並找出提昇家庭照顧品質的方法，以提供護理人員日後在照顧失能老人

之建議及參考，以增進家庭照顧功能。

第二節 研究目的

根據以上之研究動機，本研究目的如下：

1. 探討照顧者社會支持、照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧品質狀況。
2. 探討居家失能老人及照顧者的基本特質與照顧者照顧評價之關係。
3. 探討居家失能老人及照顧者的基本特質與失能老人家庭照顧品質之關係。
4. 探討照顧者社會支持與照顧者照顧評價之相關性。
5. 探討照顧者社會支持與失能老人家庭照顧品質之相關性。
6. 探討照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧品質的相關性。
7. 探討預測照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧品質之重要變項。

第二章 文獻查證

本文獻探討部分，依據研究目的，配合研究主題進行文獻探討，包括（1）居家失能老人之現況；（2）照顧者照顧評價之概念及其相關因素探討；（3）居家失能老人家庭照顧品質之概念及其相關因素；（4）照顧者社會支持之概念；（5）照顧者社會支持與照顧評價的關係；（6）照顧者社會支持與家庭照顧品質的關係；（7）照顧者照護評價與家庭照顧品質的關係；（8）文獻總結。

第一節 失能老人之居家照顧現況

本節主要在闡述失能老人之定義，並進一步說明失能老人與居家照顧的現況及其可能的影響。

（一）失能老人的定義

根據行政院統計處（2000）的「老人狀況調查報告」資料顯示，老年人口中有罹患慢性病者占 58%，其中 35%老人罹患心臟血管疾病，9%老人無法自行料理生活，需人照顧。謝美蛾（1997）以台北市 241 名 65 歲以上老人所做的有關「失能老人社區照顧的需求」研究顯示，75 歲以上的失能老人佔 61.8%，罹患三種以上慢性疾病的有 63%，由此可見，因年齡的老化所帶來的各種慢性疾病，是老人失能的主要原因。

失能是指活動的能力受到限制或缺乏，失能影響到個人在社會及文化角色期待的表現（Lubkin & Larsen, 2002, p558-560），而失能老人是指日常生活功能喪失或障礙的老人，其主要的原因不外是老化、殘疾、或是罹患慢性病（謝美蛾，1997）。

一般用來評估「失能」之依據為（1）基本的日常生活活動功能

(ADL) , 包含進食、穿衣、沐浴、如廁、移轉位等, 以及 (2) 工具性或複雜性生活活動功能 (IADL) , 包含備餐、洗衣服、理財、打電話、吃藥、操作輕鬆家事、外出購物、搭乘公共交通工具等, 與 (3) 認知功能 (cognitive function) 程度指記憶力、定向力、抽象能力、判斷能力、計算及語言能力 (李世代, 2002, 頁 5-11) 。而其中至少一項以上的 ADLs、IADLs 或認知功能不全者, 即為長期照護的對象。

(二) 失能老人與居家照顧的關係

在失能老人的居住情形, 老人的照顧中, 傳統的孝道扮演著重要的角色, 大部分的民眾在老年安養的選擇上都是居住於熟悉的環境之中為優先考量或接受配偶、子女與媳婦的照顧 (陳宇嘉、鐘文君, 1998 ; 曾竹寧, 2001 ; 葉宏明、林秀碧、吳重慶、黃秀雲、顏裕庭, 2000 ; 謝美蛾, 1997) 。根據內政部統計處 (1997) 「老人狀況調查」資料顯示, 65 歲以上無法自行料理生活之老人, 現居住在家裡者佔 89.7% , 其中有 77.2% 之慢性病人, 在家由家人照顧。

謝美蛾 (1997) 以台北市 241 名 65 歲以上老人所做的有關「失能老人社區照顧的需求」研究顯示, 與子女及孫子女同住者佔 50.7% , 與配偶同住者佔 27.9% , 失能老人的照顧, 仍以家庭中的成員承擔主要的照顧工作。吳聖良、胡杏佳、姚克明 (1991) 研究指出, 失能老人生活起居的主要照護者絕大多數是家人, 包括配偶、兒子、媳婦、女兒及孫子女等, 其中以女性 (妻子與媳婦) 最為重要。

吳淑瓊 (1995) 針對台北地區 190 位失能老人所作的調查研究顯示, 有 161 位失能老人是由家庭提供照護服務 ; 胡幼慧、王孝仙、

郭淑珍（1995）針對北區一所區域醫院出院的長期病患，完成了 262 位主要照顧者之電話調查和深入訪談，研究結果發現（1）失能病患中，78%是由家人照顧、8.4%請看護工照顧、13.7%送安養院照顧，由家人照顧者中有將近七成是長期臥床或行動十分不便者；（2）家人照顧者大部分是女性，照顧項目繁多、困難，照顧者面臨各種心理、社會壓力，覺得疾病磨人和被綁死；（3）極少主要照顧者受到專業性的訓練及居家服務支持；（4）非正式的看護支持主要仍來自同住和非同住的家人，但仍以「輔助」為主，極少能「替手」。至於親戚、友人、鄰居等，則是以「探望」、「提供偏方」為多，對貼身照護無插手之地。

邱啟潤（2003）針對高雄市 120 位家庭照顧者，所做的有關「家庭照顧者的健康狀況及健康管理」研究顯示，照顧者與未擔任照顧工作前比較，自覺健康情形變差的有 54 人（45%）。照顧者提供居家失能老人的協助內容包含老人的個人照護方面及日常生活照顧方面。在個人照護方面，包括協助老人穿衣服、洗澡、處理大小便失禁問題等；而在日常生活照顧方面，包括協助老人作家事、洗衣服、購物等（簡雅芬與吳淑瓊，1999；Carmen & Chang, 1999）。

綜合上述可知，照顧者在照顧的過程中，提供的老人服務項目是非常多方面且瑣碎的，除了擔負起照顧的工作，在生活中，其他的各種工作也要去處理，照顧者面臨著多方面的心理及社會壓力。是故，本研究乃希望能探討失能老人的居家照顧對照顧者的影響，瞭解照顧者在面臨照顧工作時，其所引發照顧評價的感受對失能老人家庭照顧品質的影響。照顧評價，研究者將於下一節詳細探討。

第二節 照顧者照顧評價之概念及其相關因素

(一) 照顧者照顧評價之概念

Hunt (2003) 針對 56 篇照顧層面的文獻查證當中，將照顧概念分為正向的 (Positive)、中立的 (Neutral) 及負向的 (Negative)。正向的照顧概念包括：照顧尊重 (Caregiver Esteem)、照顧士氣提升 (Uplifts of Caregiving)、照顧滿足感 (Caregiver Satisfaction)、發現照顧意義 (Finding or Making Meaning through Caregiving)、照顧經驗獲得 (Gain in the Caregiving Experience)。負向的照顧概念包括：照顧負荷 (Caregiver Burden)、照顧困擾 (Hassles of Caregiving)、照顧壓力 (Caregiver Stress)。中立的照顧概念：以照顧評價 (Caregiver Appraisal) 來描述。

照顧評價 (Caregiving Appraisal) 是照顧者對照顧結果及照顧意義的判斷過程 (Hunt, 2003)；照護評價定義為照顧者的自我評價，它涵蓋了照顧的認知和情感層面的評價以及對潛在的壓力源和個人應變能力的再評價，是一種主觀的反應 (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989)，對其照顧情境的感覺，分成正向的、中立的及負向的 (Hunt, 2003；Kinsella, Cooper, Picton & Murtagh, 1998；Lawton et al., 1989)。照顧者評價與照顧者的能力有關，且在照顧情境中被視為照顧結果的媒介 (mediator) (Hunt, 2003)。(Oberst, Gass, & Ward, 1989) 將照顧評價定義為照顧者對壓力本質及其處理壓力資源的評估。

在過去有關照顧者相關研究，較多以照顧負荷單方面為探討主題，對於正向的照顧評價較少探討。Lawton et al. (1989) 等人認為照護評價是多層面的，分成 1. 主觀的照顧負荷 (Subjective caregiving burden)、2. 照顧產生的衝擊 (Impact of caregiving)、3. 照顧的熟練能力 (Caregiving Mastery)、4. 照顧的滿足感 (Caregiving

Satisfaction)、5.傳統的照顧意識形態 (Traditional caregiving ideology)。經由因素分析研究後，「傳統的照顧意識形態」此因素已不存在，以下為四個層面的解釋：

1. 主觀的照顧負荷 (Subjective caregiving burden)：

所謂照顧負荷是指對被照顧者提供直接照顧活動後的負向結果 (Nijboer, Triemstra, Tempelaar, Sanderman, & Van den Bos, 1999; Nolan, Grant, & Ellis, 1990)。而主觀的照顧負荷定義為照顧者於照顧情境的個人評價及能察覺負荷的程度 (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)，是一種由照顧工作引起主觀困擾的感覺，例如：煩擾、焦慮、挫折感、沮喪、疲累、健康狀況不佳、內疚、憤怒及喪失個人自由 (Lawton, et al., 1989; Lawton, et al., 1991)；然而主觀負荷感受可反應在照顧者自我感覺到情緒上的困窘、過度負荷感、束縛感、憎恨感以及被隔離感 (吳瓊滿, 1999)。

2. 照顧產生的衝擊 (Impact of caregiving)：

是指照顧者其個人照顧工作的主觀評價，及照顧工作干擾到照顧者的社交生活、活動及工作等等 (Lawton, et al., 1989)。

3. 照顧的熟練能力 (Caregiving Mastery)：

是指在照顧過程中，個人能力與照顧行為的正向看法，以及在照顧活動上是一持續進行的行為，照顧者在照顧工作能自我察覺的狀態 (Lawton, et al., 1989)。

4. 照顧的滿足感 (Caregiving satisfaction)：

是指照顧經驗的結果，在照顧生活上，能使照顧者提升照顧士氣，使在照顧過程更增加正向的看法 (Lawton, Rajagopal, Brody

& Kleban, 1992) 。Lawton, et al .(1991) 說明照顧的滿足感是照顧者主觀的察覺到照顧層面令人滿意的獲得感，是一種正向情感的表達。

綜合上述學者的定義可知，照顧者在照顧的過程中，有所謂正向及負向評價，而不同的評價結果，對於照顧的付出也會有不同，而間接影響到照顧的品質。

(二) 照顧者照顧評價之概念及其相關因素

由文獻查證結果，失能老人的特質，例如，基本屬性、認知狀況、日常活動功能；照顧者的特質，例如，基本屬性、與老人相處關係、健康狀況、照顧狀況，會影響到照顧者照顧評價，因此共分兩部分探討失能老人的特質與照顧者的特質對照顧者照顧評價之關係。

1. 失能老人的特質

1-1.性別：馬吉男（2001）研究結果發現，居家脊髓損傷病患的「性別」與負向照顧評價有顯著性差異，男性病患對主要照顧者所造成的負荷顯著大於女性病患，因男性病患之主要照顧者大多為太太或母親，在傳統父權主義觀念之下，男性病患會有較多要求與責難，而女性照顧者除服膺在父權主義之下，對病患的要求也會默默地承受。當照顧者照顧女性病人時，較能扮演好照顧者角色（劉雪娥，1992）。

1-2.年齡：歐美（1993）研究發現，當病人年齡越大，病人會有較多的問題，所需要的協助多，照顧壓力也越大，相對的，照顧評價就越負向。

1-3.罹病狀況：吳淑如、邱啟潤(1997) 研究指出健康照顧項目越多，

照顧者所面臨的問題也越多。罹病時間愈久，照顧者感受照顧壓力越大，負向的照顧評價就越高（沈志仁、張素凰，1993）。

1-4. 認知狀況：湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝(1992) 針對 85 位癡呆症老人照顧者負荷的研究指出，病人行為障礙越多，照顧者負荷越大。Clipp & George (1993) 研究發現照顧有認知障礙的病患比照顧有身體障礙的患者，照顧者感受到較大的負荷。

1-5. 日常活動功能：照護老人的自我照顧能力或身體功能較差，負向的照顧評價就會越大（邱麗蓉，1998；吳聖良、林豐雄、張瑛昭、姚克明，1992；高淑芳、盧 喃、葉淑惠、劉雪娥，1999；湯麗玉等，1992；賴鵬聖，2003；Pearson 、 Verma & Nellett , 1988）。而病患自我照顧能力是預測照顧者照顧評價的主要因素之一，當照顧者照顧自我照顧能力較強的病人時，照顧者所體驗到的滿足感較高（劉雪娥，1992），相對的，負向的照顧評價也較低。

2. 照顧者的特質

2-1. 性別：國內外有關照顧者的相關研究，女性的照顧者比男性照顧者有較多的負向照顧評價(吳淑瓊與林惠生，1999；邱啟潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英，1988；楊佩琪，1990；吳盛良等，1991；徐亞瑛、張媚、楊玉玫、黃九美，1992；湯麗玉，1992；Chou, 1998；Gerste & Gallagher, 1993；Hoffmann & Mitchell, 1998）。中國傳統社會裡，照顧責任總是落在女性親屬身上，劉雪娥(1992)研究結果指出，當照顧者性別為女性，照顧者會有較強烈的傳統照顧觀念（Traditional caregiving ideobgy）。林秀純與徐亞瑛（1998）研究結果指出，照顧者性

別為男性時，其照顧回饋較少，照顧評價也較負向，男性擔任照顧者角色時，大部分是家裏無其他支持人員時，在不得已的情況下，而承擔照顧責任，在照顧工作的執行及角色適應上較為困難。

2-2.年齡：主要照顧者之年齡越大（吳聖良等，1992；劉春年、李孟智、胡月娟，1998），負向的照顧評價就會越大，可能原因是年齡大體力衰退，照顧工作較難勝任。但也有研究指出照顧者年紀較老者，其正向的照顧評價亦較高，原因可能為其研究之照顧者主要為老人之配偶，年紀也較大，彼此之間的關係較為密切，在照顧的信心也較好，而導致較正向之照顧感受（Yamamoto-Mitani, Ishigaki, Kawahara-Maekawa, Kuniyoshi, Hayashi, Hasegawa, et al., 2003）。

2-3.婚姻狀況：（宋麗玉，1999；高寶蓮，1998）研究認為婚姻狀態與照顧評價無關。黃秋錦（2003）研究指出，主要照顧者的婚姻狀況與照護評價有顯著差異，即無偶者照護評價高於有偶者，可能有偶者在家庭的照顧上，須扮演更多重之角色，且其個案之對象主要為呼吸器使用者，照顧工作之困難度較高，因此而導致其照顧評價較負向。

2-4.教育程度：劉春年等(1998) 針對住院中風病患的照顧者之研究指出，不識字的照顧者之身體負荷明顯大於專科以上者。其他研究也指出教育程度較高者，其照顧評價也較正向（Riedel, Fredman & Langenberg, 1998）。究其原因可能為，教育程度較高者其對疾病之認知較好，比較能去尋求資源，其照顧病患的技巧相對的也會比較好，對於照顧評價也會比較正向。

2-5.經濟狀況：蕭金菊（1994）研究指出超過二成的照顧者認為個

人收支受到照顧老人之影響，經濟負擔較重，相對的照顧壓力也會比較大。林惠琦（1997）針對 100 位社區精神分裂病患主要照護者研究發現，照護者全家總收入越多、經濟足夠程度越好，其照顧負荷越小。

2-6. 就業狀況：蕭金菊（1994）研究也指出，照顧者就業狀況及是否因照顧而離職，會影響到照顧者經濟上的負擔程度。宋麗玉（1999）研究指出有工作之照顧者，照顧之負荷顯著高於無工作者。賴鵬聖（2003）研究指出，全職工作者負荷高於無工作者，兼職工作的影響較不顯著，僅在情緒負荷上可能較無工作者低。

2-7. 照顧者與老人關係：中國傳統上，妻子、成年女兒、長媳仍是失能父母的主要照顧者。對老年失能者而言，配偶是最主要的照顧提供者（呂寶靜，2001；李淑霞與吳淑瓊 1998；劉春年等，1998；鄭雪英 1997；翁淑娟 1997），可能與傳統上女性肩負起照顧的責任。另外，劉雪娥（1992）的研究結果顯示，照顧者與病患關係良好時，照顧者所體驗到的照顧滿足感較高，當彼此關係越不滿意時，照顧者所感受到的主觀負荷也越強烈。劉春年等（1998）指出照顧者與病患關係良好時，其照顧意願較高，態度也較主動，感受也較正向。

2-8. 健康狀況：劉雪娥（1992）的研究結果顯示，照顧者本身的健康狀況是預測照顧評價的主要因素之一，即自覺本身的健康狀況較差時，其照顧評價越負向（李淑霞等吳淑瓊，1998）。照顧者健康狀況愈好時，照顧評價也越正向（Kramer, 1997）

2-9. 照顧狀況：劉春年等（1998）研究指出，照顧病患天數越多，照顧評價較負向。林秀純與徐亞瑛（1998）研究結果顯示，照

顧時間越長，照顧者之照顧回饋越多，負荷越小。其結果不同是因劉春年等（1998）的研究對象為住院中風老人，而林秀純與徐亞瑛（1998）之研究對象是居家失能老人，兩組的老人在病況的呈現上不同，其照顧的感受也會有不同結果。吳聖良等（1991）研究指出，沒有人可以與其輪流照顧病患的照顧者，其照顧評價越負向。Yamamoto-Mitani, Ishigaki, Kawahara-Maekawa, Kuniyoshi, Hayashi, Hasegawa, & Sugishita (2003) 顯示照顧時間越長，照顧者的照顧角色越有信心，彼此關係的滿意度越高，照顧的獲得也越多。

綜合上述文獻得知，影響照顧者照顧評價的主要因素有：失能老人及照顧者的人口學特質，研究目的均為探討照顧者的自我評價，且較多以負面的照顧評價為探討內容，有關正向的照顧感受較少被探討，因研究的對象及研究工具的不同，在照顧的感受也有不同的結果。

第三節 居家失能老人家庭照顧品質之概念及其相關因素

（一）居家失能老人家庭照顧品質之概念

1. 家庭照顧的定義

所謂家庭照顧指的是，由家人或親屬在家中對功能障礙的老人，因其需要所提供的一切協助與活動（徐慧娟，2001）。家庭照顧屬於非正式照顧，它是一種未服務付費的協助，通常由家人、親朋好友、鄰居所提供的照顧，照顧的內容包括身體的、情緒的、社交或財務需求的協助（Schoenfelder, Swanson, Specht, Johnson, & Maas, 2000）。

Phillips & Rempusheski (1986)利用紮根理論 (grounded theory) , 針對 39 位家庭照顧者, 探討他們對於照顧失能老人的看法後, 而形成一個理論性的照顧模式 (theoretical model) , 此模式將家庭照顧視為一動態過程, 分成四個階段, 此四個階段有五個主要概念 1. 個人對老人的認同(personal identity of the elder), 2. 照顧的映像 (image of caregiving) , 3. 照顧者的角色信念 (caregiver's role beliefs), 4. 照顧者的行為策略 (caregiver's behavioral strategies), 5. 察覺反應 (perception)。

第一個階段為剛開始時, 照顧者對照顧情境的界定(difining the situation), 包括了從過去與現在, 個人對老人的認同, 及察覺照顧的事實而形成照顧的映像 ; 第二個階段為照顧的認知過程 (cognitive processes), 根據前面的階段形成照顧者的角色信念, 確認老人及照顧者的角色任務 ; 第三個階段為照顧表達的過程 (expressive processes), 此階段呈現照顧者的行為策略及管理策略 (caregiver's management strategies), 選擇正向、負向或中立的策略 ; 第四個階段為照顧的評價過程(evaluation), 評斷彼此角色的適當性及合理性, 照顧者察覺失能老人的反應。見圖 2-4-1 顯示 :

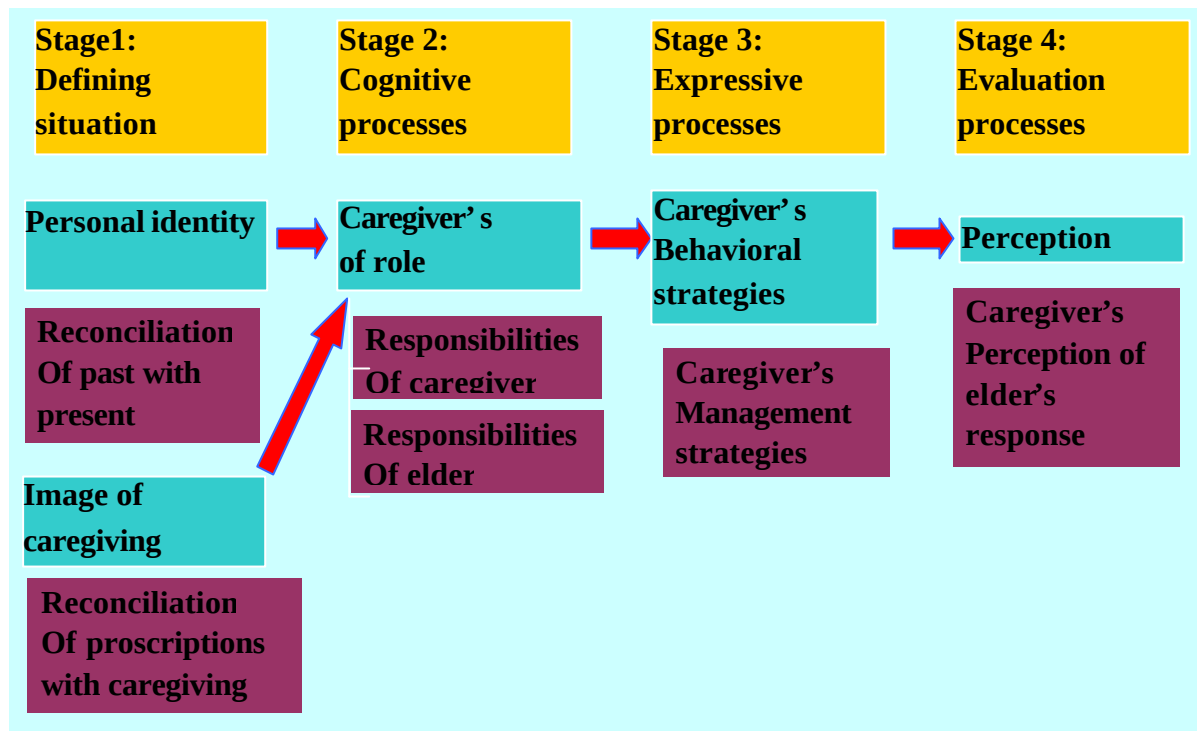


圖 2-4-1 Theoretical model for the dynamics of family caregiving
(資料來源：引自 Phillips & Rempusheski, 1986, p.65)

2. 照顧品質的定義

照顧品質的個人化定義 (individualized definition) 是指，當專業人員考量到照護品質時，必須同時考量到個案的希望、期望和價值。長期照護的相關服務是門專業知識，對於不具備這樣專業知識的個案及家屬而言，很難評斷品質的好壞。而且照顧品質的監測內容需考量到 1. 「個案的權益」、2. 「品質的確認過程」、3. 「結果的層面」 (賈淑麗，2002，頁 10.4-10.7)。

(二) 家庭照顧品質的定義及測量概念

家庭照顧品質定義為照顧者提供老人的照顧過程及照顧活動符合良好規範標準之最佳狀況的程度(Phillips, Morrison, & Chae, 1990a, 1990b)。

徐亞瑛與蔡文哲(1996)利用紮根理論，針對 15 位家庭照顧者，

8 位殘病老人，5 位居家護士，探討他們對於家庭照顧品質的看法，此研究發現家庭照顧的品質並非只是一個單純的概念，將之分成三個概念描述。一、照顧結果：分為「照顧者照顧結果」、「殘病老人照顧結果」、及「家庭受影響情形」等三方面探討；二、照顧前置因素：指現在照顧情況發生之前，就已存在的屬性因素，包括「照顧者、殘病老人及家庭」的基本特性、「照顧者及殘病老人之關係品質」以及「家庭常態」；三、照顧相關因素：是指能直接影響目前的照顧情況以及結果之因素，包括：「照顧資源」、「照顧原則」、「照顧者對殘病老人之了解程度」以及「照顧任務之困難程度」。這三個概念之間互為影響，且各概念間存有複雜的互動關係。照顧者、殘病老人及居家護士均認為好的照顧態度包括關心、盡力、提供一致性照顧，且也認為正確判斷力、照顧技巧的熟練、緊急事件的處理是照顧能力的表現。並認為滿足殘病老人身體的需要、滿足殘病老人情緒的需求，以及照顧者少覺得疲累，是『好的照顧』指標。

Phillips, Morrison, Steffl, Chae, Cromwell, & Russell (1995)將家庭照顧品質分為主觀及客觀兩個層面，在客觀層面來說，家庭照顧品質由主要照顧者評估需求管理的品質；在主觀層面來說，家庭照顧品質包括主要照顧者能察覺使用負面照顧管理策略及主要照顧者能察覺照顧品質的關係。

Schumacher, Stewart, & Archbold (1998) 指出家庭照顧品質反應出主要照顧者的特徵、被照顧者及照顧背景之間的互相影響。並將家庭照顧品質分成三個層面：1.照顧工作勝任能力(competence) 定義為提供照顧時擁有必需的知識、技巧及照顧資源；2.照顧的預測力(predictability) 定義為照顧經驗常規的建立；及 3.豐富性

(enrichment) 定義為照顧活動的過程賦予意義或快樂。

Phillips, et al., (1990a, 1990b)提出家庭照顧品質評估量表 (QUALCARE scale) 的測量工具，用以評估家庭的照顧品質，此量表原先是設計用於老人受虐的研究，在家庭照顧領域因缺乏明確且可以量化的測量工具，故發展出此工具。他是一個客觀評量的量表，是由專業的護理人員針對照顧者所提供的照顧服務來做評估，內容涵蓋了六個層面，包括：生理的、醫療處理、心理社會的、環境的、人權的以及財務的等六個層面。

Schumacher et al.(1998)將良好的家庭照顧的測量概念分成五個概念：1、照顧熟練(caregiving mastery) 是指在照顧過程中，個人能力與照顧行為的正向看法，以及照顧者在照顧工作能自我察覺的狀態；2、自我效能(self-efficacy) 是指在照顧過程中，照顧者如何處理失能者的自信心；3、照顧工作勝任(competence) 是指察覺照顧者表現的適當性；4、照顧準備度(preparedness) 是指照顧者在照顧工作及壓力能處理、準備好的程度；5、照顧品質(quality)家屬照顧失能者能達到良好規範的程度，研究工具的測量由主要照顧者對自我的評值及由專業醫護人員所做的評估。照顧者在面對家庭照顧工作時，除了擁有問題解決的能力外，更需具備有良好的身體狀況，也能同理感受老人的狀況。

綜合以上文獻，整體的家庭照顧品質是一個多層面的概念，照顧者在照顧的過程需能考量到被照顧者的感受、讓照顧者受到尊重，並能評估問題的發生，做出適當的判斷而後產生解決問題的策略，進而維持良好的健康環境，照顧的結果需包括被照顧者的生理、心理、環境以及醫療需求的被滿足。

(三) 家庭照顧品質的相關研究

Phillips & Rempusheski (1986)建議以情境背景(Situational Context)及互動過程(Interactional Process)兩者合併探討, 更能了解家庭照顧品質的變化。

Phillips et al.(1995)根據之前發展的家庭照顧理論模式(Phillips & Rempusheski, 1986)針對 209 位老人照顧者, 以情境背景(Situational Context)、互動過程(Interactional Process)及主觀的照顧負荷(subjective caregiving burden)的影響來探討家庭照顧品質, 此研究情境背景包括: 1.照顧者的壓力 2. 失能老人的日常生活功能(ADL)程度、3. 失能老人的認知(cognitive)功能下降及 4.照顧者的社會支持。互動過程包括: 1. 照顧者對失能老人過去與現在映像(image)的不一致, 2.兩種照顧者的角色定義: 監視(monitoring)及評價(assessing)。其中主觀的照顧負荷視為一個中介變項(mediating variable)。研究結果發現: 最佳預測照顧負荷的變項為照顧者的壓力及對失能老人過去與現在映像的不一致; 最佳預測老人家庭照顧品質的變項為主觀的照顧者負荷及主要照顧者監視角色的定義, 即照顧者負荷越大, 照顧者角色定義為監視角色時, 其家庭照顧品質越差, 總解釋變異量為 28%。

(Phillips, et al., 1990 b) 在測試及修正其發展的家庭照顧品質表(QUALCARE Scale)的研究中, 針對 249 位居家失能老人及照顧者所做的調查, 結果顯示: 照顧負荷(burden)、引起照顧者壓力的事件(stressful life events)、老人的日常活動能力(activities of daily living)、老人的心智狀況(mental status) 及對失能老人過去與現在映像(past and present image)與家庭照顧品質有顯著相關, 即照顧負荷越大、照顧者壓力的事件越多、老人的日常活動能力越差、老人的

心智狀況越不好、失能老人過去與現在映像差異越大，其家庭照顧品質越差。

Hung, Liu, & Kuo (2002)針對台灣 322 位居家失能老人, 探討關於未被滿足的護理照顧需求(Unmet nursing care need)結果顯示，失能老人的年齡、日常生活活動(ADL)、照顧者的教育程度、每天照顧的持續時間及需求的照顧知識與未被滿足的護理照顧需求有顯著相關，即老人的年齡越高、ADL 越差、照顧者教育程度越低、照顧時間越短、照顧知識的需要越高，未被滿足的護理照顧需求也就越高，此研究，可以反應出失能老人的家庭照顧品質。

林美娜與邱啟潤(1995) 針對高雄市 70 位居家中風老人及照顧者所做的家庭照顧品質研究，其家庭照顧品質研究工具，參考(Phillips, Morrison, & Chae, 1990b) 的 QUALCARE Scale 及 O'Malley (1983)、Minshull (1986) 等人提出的老人照顧需求，以 Maslow 的生理及安全低層次需求為架構，設計家庭照顧品質量表，結果發現：老人中風期間越長照顧品質越差，保險別為福保者其照顧品質較差，老人的日常生活照顧能力越好在生理層面之照顧品質越好，照顧者教育程度越高、與老人之人際關係越佳在照顧品質的結果也越好，照顧者的心理負荷程度越高照顧品質越不好，其中老人有保險、主要照顧者與老人之人際關係良好、老人中風期間短、主要照顧者心理負荷程度低者，最能預測居家中風老人的家庭照顧品質，總解釋變異量為 42.99%。

余佩郁(1997) 針對 80 位居家痴呆症老人及照顧者所做的家庭照護品質研究，採用(Phillips, et al., 1990b) 的 QUALCARE Scale 探討照護品質的影響因素，結果發現：老人性別的不同，其心理層面

之家庭照護品質有顯著差異；照顧者方面，家庭照護品質因不同婚姻狀況、教育程度與癡呆症老人的病前人際關係的不同而有差異；而且，社會支持愈好者，其家庭照護品質愈好。

林秀純、徐亞瑛、姚開屏、吳淑瓊(1999)採用徐氏(1995)以「失能老人需求被滿足程度」、「家庭受影響程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」三個次量表來評估整體家庭照顧品質，針對台北地區 97 位居家失能老人及照顧者所做的家庭照顧品質，研究結果發現：照顧者性別為女性、照顧者不需放棄工作、照顧者與失能老人的關係品質越好、照顧困難度越低、以及在尋求平衡點之過程中越能兼顧互相競爭之需求的照顧者，整體的家庭照顧品質越好，總解釋變異量為 45%。

韓佩軒、黃璉華(2002)採用(Phillips, et al., 1990b) 的 QUALCARE Scale 針對台中地區 164 位居家失能老人及照顧者所做的家庭照顧品質研究結果發現：失能老人日常生活功能程度、失能老人教育程度、是否僱人協助照顧、照顧者自覺與失能老人現在之關係與尋找平衡點是影響照顧品質的最主要因素，即失能老人日常生活功能程度越差者家庭照顧品質越差，失能老人教育程度越高、有僱人協助照顧、照顧者自覺與老人關係越好者及尋找平衡點過程較佳者家庭照顧品質越好，解釋變異量為 29.9%。

綜合上述文獻得知，影響家庭照顧品質的主要因素有：失能老人及照顧者的基本背景資料。相關研究中，有四篇研究以(Phillips, et al., 1990b) 的 QUALCARE Scale 來評估整體家庭照顧品質，另外，林美娜與邱啟潤(1995)也以 QUALCARE Scale 設計其量表內容。相關研究對象大部分都是居家失能老人，且不同的研究設計，影響家

庭照顧品質的變項也略有不同。家庭照顧品質的研究，雖然「照顧者的負荷」曾被討論過，但在照顧的過程中，卻未針對照顧者正向之照顧評價作探討，故本文使用正負向照顧評價之量表對家庭照顧品質的影響深入探討。

第四節 照顧者社會支持之概念

(一) 社會支持的定義及相關概念

社會支持 (social support) 則是一種個體經由與他人之互動而滿足基本社會需要 (social needs) 的過程 (曾竹寧, 2001)。而個人基本社會需要包括情感、尊重、讚賞、歸屬、認同及安全感，這些需要可經由社會情感支持或工具性支持的提供來獲得滿足 (湯麗玉等, 1992)。社會支持可定義為是一種照顧的資源，它對個人的健康有可能造成正面的或負面的影響，這種照顧的資源可來自於家庭、朋友、同事間及其他健康照顧的專業人員 (Hilkka, Marita, 2002)。

社會支持是一個多層面的概念，社會支持定義包括三個層面，一、支持網絡的結構層面 (structural aspects of the support network)、二、協助獲得的功能型態 (functional types of assistance available) 及三、支持的本質 (the nature of the support) (Stewart, 1989)。

支持網絡的結構層面可由個人人際互動反應出 (Dwyer & Miller, 1990)；協助獲得的功能型態包括：情緒的、評價的、訊息的、工具的支持 (Thompson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, & Lovett, 1993)；支持的本質反映出對支持的滿足感、支持網絡內的人員之間交互作用的程度，及反映出網絡之間的互動是有幫助的或衝突的 (Stewart, 1989)。

（二）社會支持的分類

社會支持分成情緒性的支持（emotional support）、工具性的支持（instrumental support）、訊息性的支持（informational support）及評價性的支持（appraisal support）。情緒性的支持提供了關心的照顧、賦予同理心、愛和信任(Cronenwett 1985； Krause 1986)；工具性的支持提供了具體的物質、服務及支援（Barrera 1986；Krause 1986）；訊息性的支持提供了處於壓力時的訊息，以協助問題的處理（Krause, 1986）；評價的支持提供了自我評價訊息的交流，對照顧者予以肯定。家庭中如有老人需照顧時，家庭成員、配偶與子女提供了最主要的工具性支持及情緒性支持(Stoller & Earl, 1983)。

（三）社會支持的來源

社會支持網絡可分為非正式支持與正式支持系統兩大系統。所謂非正式支持（informal support），係指由老人的家庭、親人、朋友、鄰居、社區中的熱心志工所構成的非正式支持系統（informal support system）所提供的照顧服務。這種照顧服務通常是無需金錢代價的；照顧者是基於與失能老人有親屬關係的感情維繫，才會提供照顧。老人在身體狀況不佳或遭遇到無力解決的困難時，通常會先尋求非正式支持系統，尤其是家庭成員的協助。而正式支持（formal support）則是指由政府部門或是營利性機構及志願福利機構，在專業人員的協助下所提供的長期照護服務；這些服務通常是在科層體系中施行，獲得政府的補助與監督。目前我國長期照護常見的正式照顧可以分為居家照顧（home care service）、日間照顧（day care service）、與機構養護（institutional care）等三大類（曾竹寧，2001）。

相關研究均已證明社會支持與健康之間存在著正向關係，即社會支持越好，身心健康狀況越好（Dormire, Strauss, & Clarke, 1989；Foxal, Barron, Von Dollen, Shull, & Jones, 1994；Miller, McMahon, & Garrett, 1989）。

第五節 照顧者社會支持與照顧評價的關係

在有關居家老人的照顧評價相關研究中，非正式的社會支持佔著重要的角色。在長期照顧中主要照顧者社會支持方面的研究發現，社會支持感受與正向情緒呈顯著正相關(林麗嬋、歐美、吳肖琪，1997)，即社會支持感受程度能影響照顧者的情緒，在照顧工作的進行中，如能有良好的社會支持感受，也能較有正面的評價。史曉寧與黃愛娟（1996）針對家庭重病老年患者之照顧者，探討其壓力源與家庭功能之研究發現，家庭功能高的照顧者其家庭支持和社會支持都偏高，同時趨向性適應行為越多，逃避性適應行為越少，對於被照顧者事件（照顧失能老人）之看法越偏「順受」，即家庭來源的支持足夠，照顧者在照顧期間較能運用問題解決法，積極參與照顧工作，願意去面對現實的壓力，其照顧評價也能較正向。Heru, & Ryan（2002）針對最近入院精神科病人之照顧者，探討其憂慮症狀及家庭功能之研究發現，家庭功能較差者其照顧者較有可能出現憂慮症狀。(李淑霞與吳淑瓊，1998；Miller, Townsend, Carpenter, Montgomery, Stull, & Young, 2001；Ergh, Rapport, Coleman, Hanks, 2002；MaloneBeach & Zarit, 1995；Murphy, Marelich, Dello Stritto, Swendeman, & Witkin, 2002)的研究也有相同發現，執行照顧工作缺乏家庭成員的支持，也較容易有負面的評價。

社會支持的每個層面與照顧評價都有關係，在研究中，較常見的是協助獲得的功能性社會支持（functional types of assistance available）的

測量，研究發現工具性與情緒性支持能減輕照顧負荷及提升身心健康（Gaynor, 1990; Given, Stommel, Collins, King, & Given, 1990; Jivanjee, 1994; Thompson et al., 1993）。主要照顧者所感受到的社會支持程度越高，其身體、心理和社會方面的負荷越低（高淑芳、盧 喃、葉淑惠、劉雪娥，1999；湯麗玉等，1992）。

綜合上述文獻得知，照顧者社會支持能影響照顧者身心狀況的反應，照顧者社會支持越好，其身心狀況就越正向，照顧評價也就越能有正面的評價，如此才有動力持續漫長的照顧工作，老人才有良好照顧品質。

第六節 照顧者社會支持與家庭照顧品質的關係

針對照顧者社會支持對家庭照顧品質的影響，在 Phillips et al.(1995)失能老人家庭照顧品質的研究中，社會支持並未對家庭照顧品質有顯著性相關；(林美娜、邱啟潤，1995)以照顧者獲得協助分擔照顧工作的支持情形分析與居家中風老人的家庭照顧品質研究中，也未發現有顯著相關情形；余佩郁（1997）居家痴呆症老人的家庭照護品質研究發現，社會支持愈好者，其家庭照護品質愈好，其中社會支持頻度、足夠程度愈好者，其家庭照護品質環境層面、生理層面和心理層面均愈好；林秀純等（1999）以「失能老人需求被滿足程度」、「家庭受影響程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」三個次量表來評估整體家庭照顧品質，研究發現「有親友的協助」家庭受負面影響程度較小；韓佩軒與黃璉華（2002）居家失能老人的家庭照顧品質研究結果，發現社會支持並未對整體家庭照顧品質造成顯著性影響，但在環境層面的家庭照顧品質是有顯著性正相關的發現。各研究結果的不同，原因可能是研究工具的選擇及研究設計的差異，且不同診斷的老人，其照顧者社會支持的需求也會有不同。

綜合上述文獻得知，不同研究族群，照顧者社會支持對家庭照顧品質造成不同的影響，照顧者社會支持在失能老人的家庭照顧過程中仍佔著重要的角色。

第七節 照顧者照護評價與家庭照顧品質的關係

照顧評價能呈現出照顧者的照顧經驗，照顧者照顧經驗是有個別差異的，而且也是相當主觀的，Lawton, et al. (1989) 等人認為照護評價是多層面的，對其照顧情境的感覺，分成正向的、中立的及負向的的自我評價。林秀純與徐亞瑛（1998）針對台北地區 100 位失能老人及照顧者，探討照顧者之照顧回饋與負荷之研究發現，照顧者之照顧回饋越多，其照顧負荷越小，即照顧者從照顧活動中，得到的個人成長、物質和精神上的安慰與報酬越多，照顧負荷就越低。另外，在其相關研究中，以「失能老人需求被滿足程度」、「家庭受影響程度」、「照顧者之照顧回饋與負荷」三個次量表來評估整體家庭照顧品質（林秀純等，1999），可見照顧評價與整體家庭照顧品質是息息相關。在（林美娜與邱啟潤，1995；Phillips, et al., 1990 b；Phillips et al., 1995）探討家庭照顧品質研究中，均發現照顧負荷是為預測整體家庭照顧品質的重要變項，其中 Phillips, et al.(1995) 將主觀的照顧負荷視為一個中介變項，研究中照顧者的壓力透過主觀的照顧負荷，而間接影響家庭照顧品質。

由上述研究文獻得知照顧經驗的正、負向評價，是影響家庭照顧品質之重要因素。目前失能老人的照顧主要以家庭為中心，在照顧過程了解照顧者的照顧經驗，並正確評估照顧者的感受，早期發現照顧問題，協助家庭照顧工作的進行，促進家庭照顧品質的提升。

第八節 文獻總結

歸納以上相關文獻，失能老人、照顧者的特質及社會支持是照顧者照顧評價和失能老人家庭照顧品質之重要相關因素，根據 Hunt (2003) 提及在照顧情境中，照顧者照顧評價被視為照顧結果的媒介（mediator），故照顧者照顧評價是影響失能老人家庭照顧品質之重要變項。

第三章 研究方法和程序

本研究依據研究目的及相關文獻資料，提出研究架構，以失能老人的特質、照顧者的特質、社會支持為本研究之自變項，照顧者照顧評價、家庭照顧品質為本研究之依變項，探討影響照顧者照顧評價及家庭照顧品質的相關因素，並進一步探討照顧者照顧評價與家庭照顧品質的相關性。在本章裡，茲將本研究之研究架構、研究變項與操作型定義、研究設計、研究對象、研究工具及資料統計與分析，分別說明如下。

第一節 研究架構

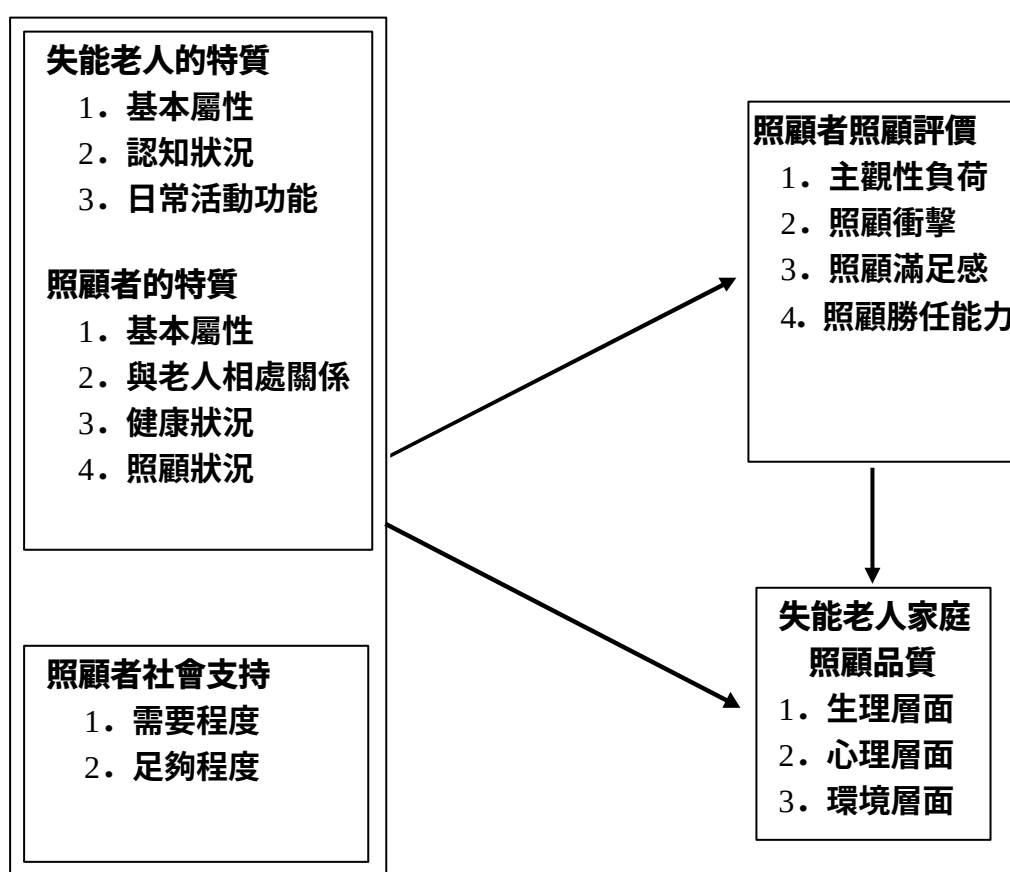


圖 3-1 研究架構圖

研究架構變項說明

(一) 自變項

失能老人的特質：基本屬性包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、保險狀況、罹病診斷、居家護理服務的項目、罹病時間。認知狀況是指失能老人認知功能（SPMSQ）測得的分數。日常活動功能，是指失能老人日常生活活動量表（ADL）測得的分數。

照顧者的特質：基本屬性包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、就業狀況、家庭每月總收入、自覺家庭經濟狀況。與老人相處關係包括照顧者與老人的關係、是否與老人住一起、病前與目前的感情關係。健康狀況是指照顧者自覺健康狀況。照顧狀況是指照顧時間及是否有人輪流照顧。

照顧者社會支持：是指照顧者在照顧過程中，需要社會支持的協助程度以及獲得足夠支持的程度。

(二) 依變項

照顧者照顧評價：是指照顧者在照顧過程中，在主觀性負荷、照顧衝擊、照顧滿足感以及照顧勝任能力等四個層面之自我評價。

失能老人家庭照顧品質：是指照顧者提供之照顧工作，讓失能老人在生理、心理、環境等三個層面能達到最佳標準規範的程度。

第二節 研究假設

依據本研究之研究架構，研究者提出下列研究假設：

- 1. 失能老人的特質不同、照顧者的特質不同與照顧者之照護評價有顯著差異。**
- 2. 失能老人的特質不同、照顧者的特質不同與失能老人家庭照顧品質有顯著差異。**
- 3. 照顧者社會支持與照顧者之照護評價呈顯著相關。**
- 4. 照顧者社會支持與失能老人家庭照顧品質呈顯著相關。**
- 5. 照顧者之照護評價與失能老人家庭照顧品質呈顯著正相關。**
- 6. 失能老人的特質、照顧者的特質與照顧者社會支持是預測照顧者之照護評價之重要變項。**
- 7. 失能老人的特質、照顧者的特質、照顧者社會支持與照顧者之照護評價是預測家庭照顧品質之重要預測變項。**

註：本研究假設所使用的統計方法，說明於表 3-2-1。

表 3-2-1 本研究假設與統計方法

研究假設	統計方法
【假設 1】失能老人的特質不同、照顧者的特質不同與照顧者之照護評價有顯著差異 1.1 失能老人之不同基本屬性對照顧者之照護評價有顯著差異 1.2 失能老人之不同認知狀況對照顧者之照護評價有顯著差異 1.3 失能老人之不同日常活動功能能力對照顧者之照護評價有顯著差異 1.4 照顧者之不同基本屬性對照顧者之照護評價有顯著差異 1.5 照顧者與老人關係不同對照顧者之照護評價有顯著差異 1.6 照顧者之不同健康狀況對照顧者之照護評價有顯著差異 1.7 照顧者之不同照顧狀況對照顧者之照護評價有顯著差異	獨立樣本 t 檢定、 單因子變異數分析、 連續性變項以皮爾 森積差相關探討
【假設 2】失能老人的特質不同、照顧者的特質不同與失能老人家庭照顧品質有顯著差異 2.1 失能老人之不同基本屬性對家庭照顧品質有顯著差異 2.2 失能老人之不同認知狀況對家庭照顧品質有顯著差異 2.3 失能老人之不同日常活動功能能力對家庭照顧品質有顯著差異 2.4 照顧者之不同基本屬性對家庭照顧品質有顯著差異 2.5 照顧者與老人關係不同對家庭照顧品質有顯著差異 2.6 照顧者之不同健康狀況對家庭照顧品質有顯著差異 2.7 照顧者之不同照顧狀況對家庭照顧品質有顯著差異	獨立樣本 t 檢定、 單因子變異數分析、 連續性變項以皮爾 森積差相關探討
【假設 3】照顧者之社會支持與照顧者之照護評價呈顯著相關	皮爾森積差相關
【假設 4】照顧者之社會支持與失能老人家庭照顧品質呈顯著相關	皮爾森積差相關
【假設 5】照顧者之照護評價與失能老人家庭照顧品質呈顯著正相關	皮爾森積差相關
【假設 6】失能老人的特質，照顧者的特質與社會支持為照顧者之照護評價之重要預測變項	複迴歸分析
【假設 7】失能老人的特質、照顧者的特質、社會支持與照顧者之照護評價為家庭照顧品質之重要預測變項。	複迴歸分析

第三節 研究變項之名詞界定與操作型定義

研究變項之名詞界定及自變項與依變項之操作型定義詳述如下：

(一) 名詞界定：

1. **失能老人：**係指年滿 65 歲以上的老人，以居住在社區家裏，且至少有一項 ADL 或 IADL 功能需要協助者，並符合全民健康保險居家照護作業要點，申請高雄市居家護理照護。
2. **主要照顧者：**年滿 18 歲以上，一天內花費最多時間照顧老人，執行直接照顧工作之家庭成員，若家中聘僱其他人員協助照顧老人，就以家中直接參與照顧老人，花費最多時間者為主要照顧者。
3. **照顧者社會支持：**指照顧者經由人際網路的互動過程，主觀感受到獲得社會支持所提供與照顧相關的物質、情感與資訊性之支持，及其實際需要的程度與感到足夠程度的情形。
4. **照顧者照護評價：**指主要照顧者照顧照顧過程中之自我評價 (Lawton, et al., 1989)。包括主觀性負荷、照顧產生的衝擊、照顧滿足感、照顧熟練能力等四個層面。本研究採用 Lawton, et al.(1989)所發展的照護評價量表，其測量結果分數愈高者表示其照護評價愈正向。
5. **家庭照顧品質：**照顧者提供照顧工作達到最佳標準規範(Phillips, et al., 1990b)，包括身體 心理 環境三個層面 在本研究中以 Phillips, et al. (1990b)所設計的家庭照顧品質量表測量，其測量結果分數越高，表示家庭照顧品質越好。

(二) 變項之操作型定義：

為明確瞭解各變項之內涵及釐清各變項之操作型定義，列出各

變項之操作型定義，如表 3-3-1：

表 3-3-1 研究變項之操作型定義與測量

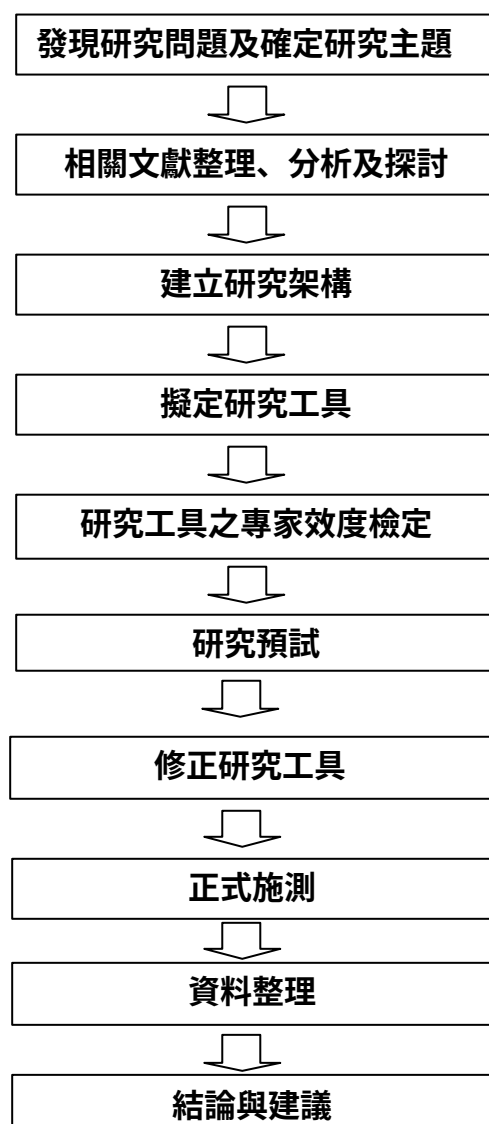
研究變項名稱	操作型定義	變項屬性
自變項		
一、失能老人基本資料		
1.1 性別	1=男、2=女	類別變項
1.2 年齡	受訪時失能老人之實際總年齡， 年齡分三組：1=65-74，2=75-84，3=85歲以上	等距變項 序位變項
1.3 婚姻狀況	失能老人之婚姻狀況，分：1=未婚，2=已婚，3=分居， 4=喪偶，5=離婚，6=其他	類別變項
1.4 教育程度	受訪個案之教育程度，分：1=不識字，2=識字，3=小學， 4=國初中，5=高中職，6=專科、大學，7=研究所(含)以上	序位變項
1.5 罹病診斷	失能老人罹患疾病種類之總數目 罹病診斷分：1=中風，2=糖尿病，3=關節置換，4=心血管 管疾病，5=巴金森氏症，6=脊髓損傷，7=腦外傷，8=失 智症，9=其他（可複選）	等距變項 類別變項
1.6 保險狀況	失能老人有無投保其他醫療保險，分：1=有，2=無	類別變項
1.7 居家護理服務的項目	老人接受居家護理服務項目之總數 服務種類，分：1=鼻胃管，2=導尿管，3=氣切造口，4= 褥瘡，5=膀胱造瘻口，6=人工肛門造瘻口，7=其他（可 複選）	等距變項 類別變項
1.8 罹病時間	診斷為失能至今總共多少月份 分：1=半年內，2=半年~1年，3=1.1年~2年，4=2.1年 ~3年，5=3.1年~4年，6=4.1年~5年，7=5年以上	等距變項 序位變項
二、照顧者基本資料		
2.1 性別	1=男、2=女	類別變項
2.2 年齡	受訪時照顧者之實際總年齡 年齡分三組：1=18-30歲，2=31-40，3=41-50，4=51-60， 5=61歲以上	等距變項 序位變項
2.3 婚姻狀況	照顧者之婚姻狀況，分：1=未婚，2=已婚，3=分居，4 =喪偶，5=離婚，6=其他	類別變項
2.4 教育程度	受訪個案之教育程度，分：1=不識字，2=識字，3=小學， 4=國初中，5=高中職，6=專科、大學，7=研究所(含)以 上	序位變項
2.5 宗教信仰	照顧者之宗教信仰，分：1=無，2=道教，3=佛教，4=基 督教，5=天主教，6=其他	類別變項
2.6 就業狀況	照顧者之就業情形分：1=無工作，是因照顧老人辭職，2= 無工作，非因照顧老人辭職，3=有工作，是因照顧老人而 換職業，4=有工作，非因照顧老人而換職業	類別變項

續頁

研究變項名稱	操作型定義	變項屬性
2.7 家庭每月總收入	受訪個案之家庭每月平均總收入，分：1=19999 元以下，2=2 萬到 29999 元，3=3 萬到 49999 元，4=5 萬到 69999 元，5=7 萬到 99999 元，6=10 萬到 149999 元，7=其他	序位變項
2.8 自覺家庭經濟狀況	受訪個案自覺家庭經濟情形，分：1=很困難，2=困難，3=尚可，4=充裕，5=很充裕	序位變項
2.9 與老人的關係	照顧者與老人的關係，分：1=配偶，2=兄弟姊妹，3=子女，4=媳婦，5=孫子女，6=其他	類別變項
2.10 是否與老人住一起	照顧者是否與老人住一起，分：1=是，2=否	類別變項
2.11 病前的感情關係	照顧者自覺與失能老人病前的感情關係，分：1=很差，2=不好，3=普通，4=好，5=很好	序位變項
2.12 目前與老人的感情關係	照顧者自覺與失能老人病前的感情關係，分：1=很差，2=不好，3=普通，4=好，5=很好	序位變項
2.13 健康狀況	照顧者自覺健康狀況，分：1=很差，2=不好，3=普通，4=好，5=很好	序位變項
2.14 照顧時間	照顧老人至今總共多少月份	等距變項
2.14.1 照顧老人年數	照顧時間分：1=半年內，2=半年~1 年，3=1.1 年~2 年，4=2.1 年~3 年，5=3.1 年~4 年，6=4.1 年~5 年，7=5 年以上	序位變項
2.14.2 照顧期間是否中斷	1=是，2=否	類別變項
2.14.3 照顧時數	每日照顧老人時數，分：1=6 小時以下，2=7-12 小時，3=13-18 小時，4=18 小時以上	序位變項
2.15 有其他人輪流照顧老人	1=無，2=有	類別變項
2.15.1 誰與您輪流照顧	與照顧者輪流照顧，分：1=配偶，2=兒子，3=媳婦，4=女兒，5=女婿，6=兄弟姊妹，7=父母，8=外籍看護工，9=居家服務員，10=其他（可複選）	類別變項
三、失能老人日常活動功能	失能老人日常生活量表 ADL 測得之總分數 分：1=完全依賴（0-20 分），2=嚴重依賴（21-60 分），3=中度依賴（61-90 分），4=輕度依賴（91-99 分），5=完全獨立（100 分）五個等級	等距變項 序位變項
四、失能老人認知功能	失能老人認知功能測驗 SPMSQ 測得之總分數 分：1=認知功能嚴重障礙（0-2 分），2=認知功能中度障礙（3-5 分），3=認知功能輕度障礙（6-7 分），4=為認知功能完整（8-10 分）	等距變項 序位變項
五、照顧者社會支持	社會支持量表共 16 題，加總分數得分越高表示其需要程度及得到滿足情形越高	等距變項
依變項		
一、照顧者照顧評價	照顧評價量表共 26 題，加總分數越高表示照護評價愈正向	等距變項
二、家庭照顧品質	家庭照顧品質量表共 40 題，加總分數越高代表照顧品質越好	等距變項

第四節 研究設計

本研究是一描述性、相關性研究，使用結構性問卷收集資料，以立意取樣(purposive sampling)方式將符合條件的居家失能老人及照顧者，徵詢其同意參與研究，依研究目的及變項性質進行電腦統計資料分析，以了解影響居家失能老人之照顧者照顧評價、家庭照顧品質的相關因素，並進一步探討其相關之情形。其研究流程如下：



第五節 研究對象

本研究為量性、描述及相關之研究。研究對象係為長期照護機構名冊中所列之高雄市居家護理機構，目前接受健保給付之各類內外科疾病的失能老人及其照顧者。研究者經由行政程序徵得參與本研究之四家居家照護單位之同意，再由研究者與主要照顧者接觸，說明相關之研究事項取得研究對象之同意後再進行訪談。研究者隨居家護理單位之護理師至失能老人家中進行家訪或先以電話聯繫徵得案家的同意後再進行家訪，取得問卷資料之收集。

研究對象收案條件：

1. 家中有年滿 65 歲以上的老人，以居住在社區家裏，且至少有一項 ADL 或 IADL 功能需要協助並接受居家照顧服務者。
2. 照顧者年滿 18 歲以上，經解釋後，願意接受本研究問卷調查者，並簽下同意書。
3. 主要照顧者能以國、台語溝通且意識清楚者。

第六節 研究調查工具

本研究工具採結構式問卷收集資料，問卷內容包括四大部分：一、失能老人和照顧者基本資料表，二、社會支持量表，三、照顧者照顧評價量表，四、家庭照顧品質量表等四個部分。

(一) 基本資料：

1. 失能老人的特質

1-1. 基本屬性：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、保險狀況、罹病情形（包括：罹病診斷、需要護理服務的項目、罹病時間）。

1-2. 日常活動功能量表：採 Barthel's index (Mahoney & Barthel,

1965)，使用此量表評量失能老人的日常活動能力，包括 10 個項目：自我照顧七項(進食、個人衛生、如廁、沐浴、穿脫衣服、大小便控制)與行動能力三項(移位、平地上行走、上下樓梯)，每一個項目分成二至四個等級，每一個等級為五分，總分為 0 分至 100 分，0~20 分表示完全依賴，21~60 分為嚴重依賴，61~90 分為中度依賴，91~99 分為輕度依賴，100 分為功能獨立。

1-3. 認知狀況：採用(Pfeiffer, 1975)所發展之簡短心智狀態問卷(Short Portable Mental Status Questionnaire)，稱 SPMSQ，共有 10 個問題，著重於定向感、記憶力、長期記憶力以及計算能力的評估。滿分為 10 分，每一題皆須完全答對才計 1 分，8-10 分為認知功能完整，6-7 分為認知功能輕度障礙，3~5 分為認知功能中度障礙，0~2 分為認知功能嚴重障礙。

2. 主要照顧者的特質

2-1. 基本屬性：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、就業狀況、經濟狀況。

2-2. 與老人關係：與老人之親屬關係、是否與老人同住、與老人病前及目前的關係程度。

2-3. 健康狀況：照顧者自覺的健康狀況情形。

2-4. 照顧狀況：照顧老人的時間長短、照顧期間是否中斷、照顧者每日照顧持續時間、照顧工作有無輪流。

(二) 照顧者社會支持量表：

1. 量表的來源及其構面

此量表採用湯麗玉 (1991) 運用於失智症老人照顧者之負荷研究所設計的「功能性社會支持量表」，原量表以 Thoits (1982)

社會支持概念為架構，工具性支持譯自 Clipp and George (1990) 的工具性支持量表，社會情感性支持取自 Zarit (1985) 及林麗玲 (1988) (引自湯麗玉，1991)。

原量表用於評估照顧者社會支持的需要程度、協助情形及足夠情形，採專家內容效度，經因素分析選取因素負荷量超過 0.40 以上的題目，萃取出三個因素：(1)、工具性支持，由 1 至 7 題；(2)、資訊性支持，由 8 至 10 題；(3)、情感性支持，由 11 至 16 題；量表內容總共 16 題。每個題目詢問其需要程度、協助情形及足夠情形。原量表內在一致性 Cronbach α 值：需要程度為 0.88，足夠程度為 0.91，顯示有良好的信效度(湯麗玉，1991)。本研究在執行預測的過程中，有照顧者反應量表題目過多且重覆問之情形，故本研究採用需要程度、足夠程度的部分，詢問照顧者獲得社會支持之需要程度及足夠程度的自我感受。

2. 量表的計分方式

本量表採用 Likert 五點量表的計分方式，每一題計分方式 0 分到 4 分，分數由 0 分至 64 分，得分越高表示其需要程度及得到滿足情形越高。根據受測者填答：

需要程度：0 表示極不需要，1 表示不需要，2 表示普通，3 表示需要，4 表示非常需要。

足夠情形：0 表示非常不足，1 表示不足，2 表示普通，3 表示足夠，4 表示非常足夠。

(三) 照顧者照顧評價量表：

1. 量表的來源及其構面

此量表是翻譯自 Lawton 等人(1989)針對失能老人之主要照顧

者所設計，研究設計分成兩組：喘息組（Respite sample）、機構組（Institutionalization sample）。測量主要照顧者於照顧過程中之自我評價，原始量表分為五個層面，共有 47 題，分為：主觀的照顧負荷、照顧產生的衝擊、照顧的熟練能力、照顧的滿足感、傳統的照顧看法等五個層面，再經由主成分分析正交轉軸法，選取因素負荷量超過 0.40 以上的題目，萃取出（1）、主觀的照顧負荷，由 1 至 11 題；（2）、照顧產生的衝擊，由 12 至 17 題；（3）、照顧的熟練能力，由 18 至 23 題；（4）、照顧的滿足感，由 24 至 28 題等四個因素。整份量表為 28 題。其量表 Cronbach α 值：主觀的照顧負荷: 0.85（Respite sample）、0.87（Institutionalization sample）；照顧產生的衝擊 0.70（Respite sample）、0.65（Institutionalization sample）；照顧的滿足感 0.67（Respite sample）、0.68（Institutionalization sample）；而照顧的熟練能力於最大概似法探索分析（exploratory maximum likelihood）後，此因素已不存在，故信度未列出（Lawton, 1989）。

此量表取得原作者同意後，採用「倒譯法」（backward translation）進行量表的翻譯，先由研究者與另一位懂得雙語的護士及一位精通中英語的學者將英文量表翻譯成中文版，三位再共同修正有差異之處，並請一位中文老師針對內容指導，之後再由一位英文講師協助將翻譯好之中文版量表回覆翻譯（forward translation）為英文版，最後再將回覆翻譯之英文版量表與原作者之量表請一位美籍英文教師，針對其語義及內容作驗證，驗證結果為一致後再對照顧者施測，見附錄 1。

2. 量表的計分方式

本量表採用 Likert 五點量表的計分方式，每一題計分方式 1

分到 5 分，得分越高表示其照護評價愈正向。根據受測者填答：

1 分表示從來沒有，2 分表示很少有，3 分表示有時有，4 分表示常常有，5 分表示總是有；或 1 分表示非常不同意，2 分表示不同意，3 分表示不確定，4 分表示同意，5 分表示非常同意。

(四) 家庭照顧品質量表：

1. 量表的來源及其構面

此量表是根據(Phillips et al., 1990b) 所發展的 QUALCARE Scale，用於測量居家失能老人之家庭照顧品質，其原量表分為六個次量表：環境 (Enviromental subdcale)、心理 (Psychological subscale)、人權 (Human Rights subscale)、生理 (Physical subscale)、醫療管理 (Medical Management subscale) 及財務 (Financial subscale)。再經由主成分分析正交轉軸法，選取因素負荷量超過 0.40 以上的題目，萃取出 (1)、環境方面 (Environmental subscale) 14 題；(2)、生理方面 (Physical subscale) 13 題；(3)、心理方面 (Psychological subscale) 13 題等三個因素，整份量表為 40 題，其量表 Cronbach α 值：環境 (Enviromental subdcale) 為 0.96，生理 (Physical subscale) 為 0.92 及心理 (Psychological subscale) 為 0.95 (Phillips, 1990)。

國內由(余佩郁，1997；韓佩軒，2000) 翻譯，在徵求作者的同意後，稍作語意的修改。余佩郁 (1997) 採用 Phillips et al. (1990b) 之量表，以台北市某醫學中心 80 位居家失智症老人做測試，經過內在一致性標準化的信度考驗，其 Cronbach α 值：環境為 0.96，生理為 0.93 及心理為 0.94，整分量表標準化 α 值為 0.97；韓佩軒 (2000) 亦採 Phillips et al. (1990b) 之量表，以台

中縣市 168 位居家失能症老人做測試，經過內在一致性標準化的信度考驗，其 Cronbach α 值：環境為 0.96，生理為 0.89 及心理 0.94，整份量表標準化 α 值為 0.97，顯示此量表有良好之一致性。

2. 量表的計分方式

本量表採用 Likert 五點量表的計分方式，每一題計分方式 1 分到 5 分，得分越高表示其家庭照顧品質愈好。根據研究者觀察填寫：

1 分表示極差，2 分表示差，3 分表示普通，4 分表示好，5 分表示良好，另外 N 表示未觀察。

第七節 研究工具之信效度的測試

(一) 效度檢定

本研究採內容效度及建構效度來測定本研究工具之效度。

1. 內容效度：

共請 5 位專家針對問卷題目之適切性、合適性等來評量，問卷內容先與指導教授討論後，延請與研究主題有專精之護理教師、業界專家進行量表效度檢定。

評分方式採 4 分法，評分標準如下：

3 分：極適用。

2 分：適用但須小幅修改。

1 分：尚可但須大幅修改。

0 分：不適用。

本研究依 Waltz, Strickland & Lenz (1991) 建議的專家鑑定法

來評定本問卷專家效度指數 (Content Validity Index, CVI) , 計分方式是以適用/極適用之題數除以總題數, 如所得結果大於 0.80 表示具有良好效度指標。專家評定的結果, 題目得分大部分在 2-3 分之間, 部分得分較不好之題目則依專家建議修改。在照顧者社會支持量表部分, CVI 值為 1; 照顧者照顧評價量表部分, CVI 值為 0.8-1; 家庭照顧品質量表部分, CVI 值為 0.75-1, 針對「生理層面」第 13 題「依失能老人的喜好來使用老人的資源」CVI 值 0.75 較低, 因考量到量表的完整性, 針對語意不明處作修改為「依失能老人的喜好來使用老人的財務資源」, 故予以保留。各量表之專家效度平均得分見附錄 2。

2. 項目分析

將 112 份回收之問卷所得的資料進行項目分析, 以檢定量表中所含題目是否恰當, 本研究之三份量表中, 「社會支持量表」具有良好之信效度, 並且廣泛使用於照顧者之相關研究 (王亞妮, 1998; 林寶玉, 2003; 余佩郁, 1997; 蔡淑美, 2003; 韓佩軒、黃璉華, 2002), 故本研究只針對「照顧者照顧評價量表」及「家庭照顧品質量表」作項目分析。研究者檢測量表之各題校正後單項與全量表之相關係數 (corrected item-total correlation), 指數小於 .20 之題目代表題目不好, 題目需淘汰或重新修改 (Ebel & Frisbie, 1991, 引自王保進, 2002), 結果各項目均大於 .20 未達刪題標準, 故全部題目均暫予保留。量表之項目分析如表 3-7-1, 3-7-2。

表 3-7-1 「照顧者照顧評價量表」之項目分析

項目 (Item)	項目-總分相關 item-total correlation	除去該項之 a 值 alpha if item deleted
主觀的照顧負荷		
1. 照顧失能老人影響您的健康	.50	.92
2. 照顧失能老人使您感覺孤單	.68	.89
3. 您感覺自己無法再持續照護失能老人的工作	.67	.89
4. 自從失能老人患病後，你的生活因而失去控制	.78	.89
5. 照顧失能老人使您感到疲累	.82	.89
6. 照顧失能老人使您感覺被綁住	.73	.89
7. 照顧失能老人影響您的社交生活	.84	.88
8. 照顧失能老人使您沒有屬於自己的時間	.84	.88
9. 失能老人的需求是無法預期的，您難以事先計劃安排事情	.64	.90
10. 失能老人的需求決定您的日常作息	.57	.90
11. 儘管是照顧失能老人，您仍然可以把各種事情處理妥當照顧	.43	.90
12. 面對失能老人時，您會感到生氣	.49	.80
13. 失能老人要求的協助多於他所需要	.54	.79
14. 照顧失能老人對您與家人的關係有負面影響	.53	.79
15. 照顧失能老人會影響到您的私人生活	.62	.77
16. 因照顧失能老人的關係，朋友來訪時令您感到不自在	.58	.78
17. 照顧失能老人會妨礙您家裡空間的使照顧的熟練能力	.68	.76
18. 您不確定要為失能老人做什麼	.28	.74
19. 只要有您照顧失能老人，他就能得到適當的照顧	.52	.67
20. 您覺得應當為失能老人做更多的事情	.36	.72
21. 您認為照顧失能老人的工作可以做得更好	.40	.71
22. 您能處理失能老人大部分的問題	.62	.65
23. 您非常了解失能老人的需要照顧的滿足感	.64	.64
24. 照顧失能老人的工作能提升您的自尊	.48	.81
25. 您樂於和失能老人相處	.68	.75
26. 失能老人感謝您為他所做的事	.55	.79
27. 當失能老人為小事高興時，您也感到快樂	.66	.75
28. 照顧工作讓您覺得和失能老人更親近	.63	.76

表 3-7-2 「家庭照顧品質量表」之項目分析

項目 (Item)	項目-總分相關 item-total correlation	除去該項之 a 值 alpha if item deleted
環境方面		
1.失能老人睡覺的地方是乾淨的且可滿足他的需要	.92	.97
2.失能老人睡覺的地方是舒適的	.91	.97
3.失能老人的房間維護良好	.90	.97
4.失能老人的房間考慮到老人的安全性	.87	.97
5.失能老人的房間呈現舒適	.93	.97
6.失能老人的私人儲藏空間適當	.85	.97
7.失能老人的房間是乾淨的	.89	.97
8.失能老人的住所安全且有防竊設施	.79	.98
9.失能老人的住所維護良好	.88	.97
10.失能老人住所的設計考慮到老人活動的方便性與舒適的需要	.83	.98
11.失能老人的住所無潛在的危險性	.80	.98
12.失能老人的住所是乾淨的	.90	.97
13.個人衛生設備是乾淨的並擺設良好	.89	.97
14.照顧者提供基本所需之物品是隨手可得的、乾淨且保持良好的	.87	.97
生理方面		
1.照顧者定期協助失能老人的衛生需要	.85	.96
2.照顧者定期地注意到失能老人運動與活動之需要	.81	.96
3.照顧者提供失能老人的穿著是適當的	.75	.96
4.照顧者飯後和睡前協助失能老人口腔衛生的照顧	.88	.96
5.照顧者提供失能老人適當的水分攝取	.85	.96
6.照顧者提供失能老人皮膚的照顧	.85	.96
7.照顧者提供失能老人適當的營養攝取	.85	.96
8.家中備有需要的輔具且可方便使用	.81	.96
9.可以提供適當的緊急照護	.73	.96
10.失能老人的醫療照護是適當的	.89	.96
11.失能老人身上沒有未被處理的症狀或傷口	.73	.96
12.依失能老人的喜好來使用老人的財務資源	.69	.96
13.失能老人可公平的分配到家中的資源	.84	.96
心理方面		
1.照顧者留意到失能老人在家中社交的需要	.29	.87
2.照顧者滿足失能老人觸摸或親密行為的需要	.74	.83
3.照顧者提供失能老人滿足「有用者」角色之機會	.65	.83
4.照顧者欣賞失能老人的往事經驗與專長	.71	.83
5.照顧者能維護失能老人的自尊	.85	.82
6.照顧者給予失能老人表達感覺的機會	.83	.82
7.照顧者經常地提供失能老人情緒的支持與鼓勵	.25	.91
8.照顧者尊重失能老人安全感的需要	.80	.82
9.照顧者尊重失能老人喜好的休閒與娛樂活動	.81	.82
10.保障失能老人的自主權	.80	.82
11.保障失能老人免於不安、傷害與受威脅的權利	.77	.83
12.保障失能老人受尊重的權利	.85	.82
13.尊重失能老人有自我表達的權利	.83	.82

3. 因素分析

目的 找出共同之因素與刪除不適合的題目，將正式施測後的 112 份問卷所得的資料進行因素分析，且在進行因素分析前先作 KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 以確定選樣的適當性，兩分量表的 KMO 值在 .80 以上，表示取樣適切，適合作因素分析 (吳明隆，2003)。採原作者之相同分析法，利用主成分分析法 (Principle Components method)，依據特徵值 (eigenvalue) 大於 1，以最大變異正交轉軸法 (Varimax Rotation)，因素負荷量大於 .40 為準及陡坡圖檢定，以選出最具有代表性的因素，其題數少於三題之因素予以刪除，因題項刪除後，整個因素結構會改變，故再重複進行第二次因素分析(吳明隆，2003)，結果如下：

3-1-1. 「照顧者照顧評價」量表：刪除題目第 20 及 21 共 2 題，萃取 4 個因素，量表的 KMO 值為 .842，Bartlett 球形試驗 (Bartlett Test of Sphericity)，其值為 1888.04 (P=.000) 達顯著水準，代表樣本的相關矩陣間有共同因素存在，適合作因素分析 (吳明隆，2003)，見表 3-7-3。

本研究抽取的因素構面與原量表採相同命名，但量表的第 14 題原屬於【照顧的衝擊】的因素，經本研究因素分析後歸於【主觀的照顧負荷】之因素，說明如下：

主觀的照顧負荷：包含第 1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、14 共 12 題。

照顧的滿足感：包含第 24、25、26、27、28，共有 5 題。

照顧的衝擊：包含第 12、13、15、16、17，共有 5 題。

照顧的熟練能力：包含第 18、19、22、23，共有 4 題。

表 3-7-3 「照顧者照顧評價量表」之各因素負荷量、特徵值與內部一致性信度

因素名稱/項目	因素負荷量	特徵值	個別解釋變異量	累積解釋變異量	標準化 α 值
一.主觀的照顧負荷		8.85	27.33	27.33	.92
8.照顧失能老人使您沒有屬於自己的時間	.86				
7.照顧失能老人影響您的社交生活	.86				
6.照顧失能老人使您感覺被綁住	.81				
5.照顧失能老人使您感到疲累	.80				
4.自從失能老人患病後，你的生活因而失去控制	.80				
9.失能老人的需求是無法預期的，您難以事先計劃安排事情	.78				
10.失能老人的需求決定您的日常作息	.73				
2.照顧失能老人使您感覺孤單	.62				
3.您感覺自己無法再持續照護失能老人的工作	.57				
11.儘管是照顧失能老人，您仍然可以把各種事情處理妥當	.54				
1.照顧失能老人影響您的健康	.47				
14.照顧失能老人對您與家人的關係有負面影響	.45				
二.照顧的滿足感		3.94	13.22	40.56	.81
27.當失能老人為小事高興時，您也感到快樂	.77				
26.失能老人感謝您為他所做的事	.75				
25.您樂於和失能老人相處	.72				
28.照顧工作讓您覺得和失能老人更親近	.68				
24.照顧失能老人的工作能提升您的自尊	.65				
三.照顧的衝擊		2.20	12.34	52.90	.81
13.失能老人要求的協助多於他所需要	.77				
17.照顧失能老人會妨礙您家裡空間的使用	.65				
12.面對失能老人時，您會感到生氣	.58				
16.因照顧失能老人的關係，朋友來訪時令您感到不自在	.49				
15.照顧失能老人會影響到您的私人生活	.43				
四.照顧的熟練能力		1.31	9.85	62.76	.73
22.您能處理失能老人大部分的問題	.77				
23.您非常了解失能老人的需要	.75				
18.您不確定要為失能老人做什麼	.65				
19.只要有您照顧失能老人，他就能得到適當的照顧	.45				

註：採用主成份分析，正交轉軸法

3-1-2. **「家庭照顧品質」量表：萃取 3 個因素，量表的 KMO 值為 .940，再作 Bartlett 球形試驗 (Batlett Test of Sphericity)，其值為 5891.21 (P=.000) 達顯著水準，代表樣本的相關矩陣間有共同因素存在，適合作因素分析 (吳明隆，2003)。見表 3-7-4。**

本研究抽取的因素構面與原量表採相同命名，說明如下：

環境方面：包含第 1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13、14 共 14 題。

心理方面：包含第 1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13，共 13 題。

生理方面：包含第 1、2、3、4、5、6、7、8、9、10、11、12、13，共 13 題。

表 3-7-4 「家庭照顧品質量表」之各因素負荷量、特徵值與內部一致性信度

因素名稱/項目	因素負荷量	特徵值	個別解釋變異量	累積解釋變異量	標準化 α 值
一、環境方面		25.88	32.03	32.03	.98
2.失能老人睡覺的地方是舒適的	.85				
1.失能老人睡覺的地方是乾淨的且可滿足他的需要	.84				
5.失能老人的房間呈現舒適	.84				
9.失能老人的住所維護良好	.84				
12.失能老人的住所是乾淨的	.83				
7.失能老人的房間是乾淨的	.82				
3.失能老人的房間維護良好	.82				
13.個人衛生設備是乾淨的並擺設良好	.80				
4.失能老人的房間考慮到老人的安全性	.80				
10.失能老人住所設計考慮到老人活動的方便性與舒適的需要	.78				
14.照顧者提供基本所需之物品是隨手可得的、乾淨且保持良好	.77				
6.失能老人的私人儲藏空間適當	.77				
11.失能老人的住所無潛在的危險性	.77				
8.失能老人的住所安全且有防竊設施	.74				
二、心理方面		3.86	29.31	61.34	.97
13.尊重失能老人有自我表達的權利	.83				
10.保障失能老人的自主權	.82				
5.照顧者能維護失能老人的自尊	.81				
12.保障失能老人受尊重的權利	.81				
6.照顧者給予失能老人表達感覺的機會	.81				
4.照顧者欣賞失能老人的往事經驗與專長	.79				
7.照顧者經常地提供失能老人情緒的支持與鼓勵	.78				
9.照顧者尊重失能老人喜好的休閒與娛樂活動	.76				
3.照顧者提供失能老人滿足「有用者」角色之機會	.75				
2.照顧者滿足失能老人觸摸或親密行為的需要	.75				
1.照顧者留意到失能老人在家中社交的需要	.75				
8.照顧者尊重失能老人安全感的需要	.75				
11.保障失能老人免於不安、傷害與受威脅的權利	.74				
三、生理方面		1.42	16.59	77.93	.96
6.照顧者提供失能老人皮膚的照顧	.70				
10.失能老人的醫療照護是適當的	.69				
7.照顧者提供失能老人適當的營養攝取	.68				
5.照顧者提供失能老人適當的水分攝取	.67				
4.照顧者飯後和睡前協助失能老人口腔衛生的照顧	.61				
1.照顧者定期協助失能老人的衛生需要	.61				
13.失能老人可公平的分配到家中的資源	.59				
11.失能老人身上沒有未被處理的症狀或傷口	.58				
2.照顧者定期地注意到失能老人運動與活動之需要	.57				
9.可以提供適當的緊急照護	.55				
8.家中備有需要的輔具且可方便使用	.54				
12.依失能老人的喜好來使用老人的財務資源	.42				
3.照顧者提供失能老人的穿著是適當的	.40				

註：採用主成份分析，正交轉軸法

(二) 信度檢定

本研究預試及正式研究結果以 Chronbach's Alpha 檢試其內在一致性。先以 15 位個案進行預試，以 112 位個案進行正式施測，總量表及量表各範疇之 Cronbach α 值如表 3-7-5 所示：

表 3-7-5 社會支持、照顧評價、家庭照顧品質量表之 Cronbach's α 值

量表名稱	題數	內在一致性 Cronbach's α 值	
		預試 (N=15)	正式施測 N= (112)
社會支持量表			
需要程度	16	.80	.87
足夠程度	16	.84	.92
照顧評價量表			
主觀的照顧負荷	12	.88	.92
照顧的滿足感	5	.81	.81
照顧的衝擊	5	.78	.79
照顧的熟練能力	4	.91	.78
家庭照顧品質量表			
環境方面	14	.96	.98
心理方面	12	.98	.97
生理方面	13	.96	.96

第八節 資料收集過程

本研究在資料收集前，先與居家護理單位之主管聯繫，經同意後，由學校出具公文至居家護理單位，而後開始進行資料之收集，資料收集分為兩個階段。第一階段先進行問卷的預試與修正，旨在修訂問卷之有效性、可靠性及語意表達，預估問卷訪談之所需時間、熟悉訪談時研究對象的用詞及語氣及可能遭遇的問題。第二階段為正式施測。

(一) 第一階段：預試階段

將完成專家內容效度的問卷，針對 15 位個案進行問卷的預試。自 94 年 1 月 3 日至 94 年 1 月 14 日期間，先至一家居家護理單位隨同護理師家訪，選取符合選樣相同標準之研究個案實際施測，先向患者解釋研究之目的，並保證作答內容僅供研究分析，內容絕對保密，徵得個案同意後，研究者加以解說問卷訪談內容，對於不識字個案以相關語句解釋每一量表，由研究者依問卷內容逐字訪問個案，平均填寫一份問卷花費 40 至 60 分鐘，依據預試結果進行問卷措辭的修改，並計算各量表之信度。

(二) 第二階段：正式研究階段

正式施測時間是於民國 94 年 2 月 1 日至 94 年 4 月 6 日期間，於高雄市四居家護理單位進行個案資料收集。訪視時隨居家護理單位之護理師至失能老人家中進行家訪，或先以電話聯繫取得案家的同意後再進行家訪，且於訪視結束後贈送個案一份小禮物，在訪問的過程中，有時問到個案的內心感受，有的個案表現出情緒反應，研究者先予以個案情緒上的抒發，並提供相關訊息支援及衛教。共訪 115 人，其中三份問卷資料不完全，故實際獲得有效問卷 112 份，回收率為 97.3%。

第九節 研究倫理考量

基於研究倫理原則之考量，於研究進行前，先向個案解釋研究的目的及可能花費的時間，並告知個案在研究過程中可隨時提出退出本研究的權利，研究過程中若有任何問題，均可隨時提出，由個案本人自行決定是否願意參加本研究，並簽下同意書後才進行收案，且解釋本研究所獲得之資料僅供學術研究參考，有關所提供的個人資料，絕不對外公開

並且與以保密，請個案放心作答，在訪談結束後並贈送一份禮物。

第十節 資料處理與統計分析

問卷回收後，將收集的資料先經編碼(coding)後鍵入電腦，使用套裝統計軟體 SPSS 10.0 版本 for Windows 進行資料的處理，先以項目分析、因素分析、內部一致性係數加以考驗分析，資料進入分析前，先將個案數少者予以重新分組，其次以 Levene 檢定其變異數同質性，結果顯示研究樣本之各組具同質性 ($p > .05$)。失能老人及照顧者之人口學特質與照顧者照護評價、家庭照顧品質的關係，統計方法以 t test 檢定二組之差異，以單因子變異數分析 (One - Way ANOVA) 檢定多組之比較，當有組間差異時，因各組人數不等，以 Least-significant difference (LSD) 事後比較，找出組間差異，連續變項以相關性分析 (Pearson Correlation) 進行統計分析。本研究收集的資料分析方法見表 3-10-1。

表 3-10-1

資料分析項目	分析方法
一、描述性統計	
1.描述樣本分析： 探討失能老人特質、照顧者特質、社會支持、照顧者照顧 評價、家庭照顧品質的得分情形。	次數分佈、百分比、 平均值、標準差、 最大值、最小值
二、推論性統計	
1.平均值差異的比較： 探討不同失能老人特質、照顧者特質在在照顧者照顧評 價、家庭照顧品質上是否有差異。	獨立樣本 T 檢定或 單因子變異數分析
2. 相關分析：	皮爾森積差相關
2.1 了解失能老人特質、照顧者特質、社會支持與照顧 者照顧評價的相關情形。	
2.2 了解照顧者照顧評價與家庭照顧品質的相關情形。	
3. 迴歸分析	複迴歸分析
3.1. 分析失能老人的特質、照顧者的特質、社會支持對 照顧者照顧評價對家庭照顧品質之預測。	
3.2. 分析失能老人的特質、照顧者的特質、社會支持、 照顧者照顧評價對家庭照顧品質之預測。	

(一) 失能老人人口學基本資料：

t test 檢定變項包括 1.性別；2. 婚姻狀況分成有偶（已婚）、無偶（未婚、分居、喪偶、離婚）；3. 教育程度分成識字（識字、小學、國初中、高中職、專科、大學）、不識字；4. 保險情形分成有、無。

(二) 照顧者人口學基本資料：

t test 檢定變項包括 1.性別；2. 婚姻狀況分成有偶（已婚）、無偶（未婚、分居、喪偶、離婚）；3. 教育程度分成國中以下（不識字、識字、小學、國初中）、國中以上（高中職、專科、大學、研

究所以上)；4. 宗教信仰分成有(道教、佛教、基督教、天主教、其他)、無；5 就業狀況分成有工作(有工作，是因照顧老人而換職業、有工作，非因照顧老人而換職業)、無工作(無工作，是因照顧老人辭職、無工作，非因照顧老人辭職)；6. 家庭每月總收入分成 5 萬以下(19999 元以下、2 萬到 29999 元、3 萬到 49999 元、其他)、5 萬以上(5 萬到 69999 元、7 萬到 99999 元、10 萬到 149999 元)；7.與老人住一起分成是、否；8.照顧期間中斷情形分成是、否；9.輪流照顧情形分成無、有。

ANOVA 檢定變項包括 1.與老人關係分成配偶、子女、其他(兄弟姊妹、媳婦、孫子女、朋友)。

第四章 研究結果

本章依據研究目的，將所得資料共分為九節說明：一、居家失能老人及照顧者之人口學特質分析；二、照顧者的社會支持、照顧評價及居家失能老人的家庭照顧品質；三、居家失能老人及照顧者之人口學特質與照顧者照護評價的關係；四、居家失能老人及照顧者之人口學特質與家庭照顧品質的關係；五、照顧者社會支持與照顧者照護評價的相關性；六、照顧者社會支持與家庭照顧品質的相關性；七、照顧者照護評價與居家失能老人的家庭照顧品質的相關性；八、照顧者照護評價之複迴歸分析；九、家庭照顧品質之複迴歸分析，內容陳述如下：

第一節 居家失能老人及照顧者之人口學特質分析

本研究有效樣本共計有 112 位，以描述性統計之次數分配、百分比、平均值、標準差來分析資料。

(一) 居家失能老人之人口學資料

本研究失能老人之人口學特質之資料，包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、罹病狀況、保險情形、需要居家護理項目、罹病時間、日常活動功能（ADL）、認知狀況（SPMSQ）等十項。

受訪的居家失能老人以女性較多，共 71 位（63.4%），男性 41 位（36.6%），兩性比例為 1.73：1。平均年齡為 74.97 歲，其中以 65-74 歲者最多。婚姻狀況方面，已婚者最多，有 66 位（58.9%），其次是喪偶者，有 39 位（34.8%）。在教育程度方面，大部分老人是不識字，有 49 位（43.8%），只有 3 位（2.7%）是專科、大學以上之程度。疾病診斷以中風最多，有 64 位佔（57.7%），糖尿病次之，有 36 位（32.4%），平均每人罹病診斷有 1.74 種疾病。保險方

面，除了健保外，有 93 位（83.0%）未參加其他醫療保險。需要居家護理項目以鼻胃管最多 76 位（69.1%），導尿管次之，平均每人接受居家護理項目數為 1.63 項。大部分老人罹病時間中以 5 年以上最多，有 44 位佔（39.3%），平均每人平均罹病時間為 54.65 個月（約 4.5 年）。有 94 位（83.9%）失能老人日常活動功能為完全依賴（0-20 分），16 位（14.3%）為嚴重依賴（21-60 分）。認知狀況以嚴重障礙（0-2 分）最多，有 63 位（56.3%），認知功能完整（8-10 分）有 25 位（佔 22.3%），如表 4-1-1 所示。

表 4-1-1 「居家失能老人」之人口學特質分析(N=112)

項目	分類	次數	百分比(%)	平均值	標準差
性別	男	41	36.6		
	女	71	63.4		
年齡	65-74	55	49.1	74.97	7.40
	75-84	42	37.5		
	85歲以上	15	13.4		
婚姻狀況	未婚	3	2.7		
	已婚	66	58.9		
	分居	3	2.7		
	喪偶	39	34.8		
	離婚	1	.9		
教育程度	不識字	49	43.8		
	識字	14	12.5		
	小學	32	28.6		
	國初中	8	7.1		
	高中職	6	5.4		
	專科、大學	3	2.7		
罹病狀況 (複選題)	中風	64	57.7	每人平均罹 病種類：	.85
	糖尿病	36	32.4	1.74	
	關節置換	1	.9		
	心血管疾病	23	20.7		
	巴金森氏症	8	7.2		
	脊髓損傷	17	15.3		
	腦外傷	5	4.5		
	失智症	16	14.4		
	其他(惡性腫瘤、泌尿、腸胃系統疾病、腦部病變、精神官能症)	23	20.7		
保險情形	有	19	17.0		
	無	93	83.0		
需要居家護理項目 (複選題)	鼻胃管	76	69.1	每人平均接 受居家護理 項目數：	.66
	導尿管	59	53.6	1.63	
	氣切造口	18	16.4		
	褥瘡	14	12.7		
	膀胱造瘻口	8	7.3		
	人工肛門造瘻口	2	1.8		
	其他(胃造瘻口)	1	.9		
罹病時間	半年內	8	7.1	每人平均罹 病時間：	45.87
	半年-1年	12	10.7	54.65個月 (4.55年)	
	1.1年-2年	14	12.5		
	2.1年-3年	12	10.7		
	3.1年-4年	15	13.4		
	4.1年-5年	7	6.3		
	5年以上	44	39.3		
ADL	完全依賴 0-20	94	83.9	8.71	17.76
	嚴重依賴 21-60	16	14.3		
	輕度依賴 91-99	2	1.8		
SPMSQ	認知功能嚴重障礙 0-2	63	56.3	3.09	3.71
	認知功能中度障礙 3-5	15	13.4		
	認知功能輕度障礙 6-7	9	8.0		
	認知功能完整 8-10	25	22.3		

(二) 照顧者之人口學資料

本研究照顧者之人口學特質之資料，包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、就業狀況、家庭每月總收入、自覺家庭經濟狀況、與老人相處關係、自覺健康狀況、照顧狀況等十一項，見表 4-1-2。

受訪的照顧者以女性較多，共 77 位（68.8%），男性 35 位（31.3%），平均年齡為 54.66 歲；其中以 41-50 歲者最多，有 37 位（33%），已婚者最多，有 92 位（82.1%）。在教育程度，大多為高中職之教育程度，有 31 位（27.7%）。有 55 位（49.1%）信仰道教，佛教次之。大部分照顧者無工作，共 80 位（71.5%），其中有 47 位（42.0%）非因照顧老人而辭職，33 位（29.5%）則因照顧老人而辭職。家庭月收入為 5 萬以內者佔二分之一，大部分照顧者自覺家庭經濟狀況為尚可，有 85 位（75.9%），大部分照顧者為老人的子女，其次為配偶及媳婦。有 100 位照顧者與老人同住。生病前與老人的感情關係很好的有 35 位（31.3%），感情關係好的有 43 位（38.4%）。老人生病後，照顧者與老人的感情關係好的有 49 位（43.8%）。三分之一照顧者覺得在老人生病後，自覺個人健康狀況變得不好。照顧者平均投入照顧老人時間為 49.80 個月（約 4.15 年）。大部分照顧者均為長期照顧失能老人且有家人輪流照顧，家裡有請外籍看護工的有 33 位（佔 34.7%），每日花在照顧的時間為 18 小時以上的有 38 位（33.9%），其次為 7-12 小時的有 35 位（31.3%）。

表 4-1-2 「照顧者」之人口學特質分析(N=112)

項目	分類	次數	百分比(%)	平均值	標準差
性別	男	35	31.3		
	女	77	68.8		
年齡	18-30 歲	1	.9	54.66	12.38
	31-40 歲	8	7.1		
	41-50 歲	37	33.0		
	51-60 歲	33	29.5		
	61 歲以上	33	29.5		
婚姻狀況	未婚	14	12.5		
	已婚	92	82.1		
	分居	1	.9		
	喪偶	3	2.7		
	離婚	2	1.8		
教育程度	不識字	11	9.8		
	識字	5	4.5		
	小學	25	22.3		
	國初中	25	22.3		
	高中職	31	27.7		
	專科.大學	13	11.6		
	研究所級以上	2	1.8		
宗教信仰	無	4	3.6		
	道教	55	49.1		
	佛教	40	35.7		
	基督教	8	7.1		
	天主教	4	3.6		
	其他（儒教）	1	.9		
就業狀況	無工作，是因照顧老人辭職	33	29.5		
	無工作，非因照顧老人辭職	47	42.0		
	有工作，是因照顧老人而換職業	4	3.6		
	有工作，非因照顧老人而換職業	28	25.0		
家庭每月總收入	19999 元以下	17	15.2		
	2 萬到 29999 元	11	9.8		
	3 萬到 49999 元	35	31.3		
	5 萬到 69999 元	28	25.0		
	7 萬到 99999 元	11	9.8		
	10 萬到 149999 元	6	5.4		
	其他	4	3.6		
自覺家庭經濟狀況	很困難	2	1.8		
	困難	15	13.4		
	尚可	85	75.9		
	充裕	9	8.0		
	很充裕	1	.9		

與老人關係	配偶	37	33.0		
	兄弟姊妹	2	1.8		
	子女	48	42.9		
	媳婦	20	17.9		
	孫子女	1	.9		
	其他（朋友）	4	3.6		
是否與老人住一起	是	100	89.3		
	否	12	10.7		
與老人病前的感情關係	不好	8	7.1		
	普通	26	23.2		
	好	43	38.4		
	很好	35	31.3		
目前與老人的感情關係	很差	1	.9		
	不好	5	4.5		
	普通	29	25.9		
	好	49	43.8		
	很好	28	25.0		
自覺個人健康狀況	很差	1	.9		
	不好	34	30.4		
	普通	39	34.8		
	好	31	27.7		
	很好	7	6.3		
投入照顧老人期間	半年內	10	8.9	49.80 個月 (4.15 年)	39.64
	半年-1 年	11	9.8		
	1.1 年-2 年	15	13.4		
	2.1 年-3 年	17	15.2		
	3.1 年~4 年	16	14.3		
	4.1 年~5 年	8	7.1		
	5 年以上	35	31.3		
照顧期間是否中斷過	是	16	14.3		
	否	96	85.7		
每日照顧老人時數	6 小時以下	19	17.0		
	7-12 小時	35	31.3		
	13-18 小時	20	17.9		
	18 小時以上	38	33.9		
是否有人輪流照顧老人	無	17	15.2		
	有	95	84.8		
誰與你輪流照顧	配偶	11	11.6		
	兒子	7	7.4		
	媳婦	11	11.6		
	女兒	9	9.5		
	兄弟姊妹	19	20.0		
	父母	2	2.1		
	外籍看護工	33	34.7		
	居家服務員	26	27.4		
	其他（朋友）	2	2.1		

第二節 照顧者的社會支持、照顧評價及居家失能老人的家庭照顧品質

(一) 社會支持

社會支持量表各有 16 題，用來評估照顧者社會支持的「需要程度」及「足夠程度」二部份，每一部份分為工具性支持、資訊性支持及情感性支持等三個層面，採四點計分法，每題 0-4 分，總分為 0-64 分，分數愈高表示其需要程度及獲得的支持愈足夠。

社會支持「需要程度」平均值為 36.90（標準差 8.89），工具性支持層面平均得分為 15.15（標準差 5.35），資訊性支持層面平均得分為 7.04（標準差 1.72），情感性支持層面平均得分為 14.70（標準差 3.50）。在社會支持「足夠程度」得分來看，最高為 61 分，最低為 9 分，平均值為 37.89（標準差 9.92），工具性支持層面平均得分為 16.48（標準差 5.02），資訊性支持層面平均得分為 7.54（標準差 1.77），情感性支持層面平均得分為 13.86（標準差 4.30）。見表 4-2-1。

表 4-2-1 「照顧者社會支持量表」各次量表之描述性分析（N=112）

社會支持各個層面	平均值	得分 百分比	標準差	最小值	最大值
社會支持(需要程度)總分(共 16 題)	36.90	57.65 %	8.89	19	56
工具性支持 (共 7 題)	15.15	54.10 %	5.35	7	27
資訊性支持 (共 3 題)	7.04	58.66 %	1.72	3	11
情感性支持 (共 6 題)	14.70	58.33 %	3.50	6	23
社會支持(足夠程度)總分(共 16 題)	37.89	59.20%	9.92	9	61
工具性支持 (共 7 題)	16.48	58.85 %	5.02	1	28
資訊性支持 (共 3 題)	7.54	62.83 %	1.77	3	12
情感性支持 (共 6 題)	13.86	57.75 %	4.30	3	21

進一步分析社會支持「需要程度」各層面各題得分情形發現（表 4-2-2）：「有人協助照顧失能老人」（平均值=2.58，標準差=.98）在工具性支持層面的需要程度得分最高；「有人提供有關照顧所需的資訊」（平均值=2.78，標準差=.74）在資訊性支持層面的需要程度得分最高；「有人可以讓我隨時打電話求助」（平均值=2.72，標準差=.68）在情感性支持層面的需要程度得分最高。

表 4-2-2 「照顧者社會支持量表」需要程度之描述性分析（N=112）

社會支持需要程度內容	平均值	標準差	排序
一、工具性支持			
1.有人協助跑腿、購物	2.15	1.10	4
2.有人協助家裏的清潔工作	2.08	1.11	5
3.有人提供經濟協助	2.17	1.13	3
4.有人協助照顧失能老人	2.58	.98	1
5.有人陪伴我	1.95	1.05	
6.有人協助準備三餐	1.83	.97	
7.有人給予交通上的協助	2.35	.98	2
二、資訊性支持			
8.有人提供財務處理之建議	1.51	.90	3
9.有人告訴我照顧失能老人的方法	2.74	.75	2
10.有人提供有關照顧所需的資訊	2.78	.74	1
三、情感性支持			
11.有人瞭解我目前所經驗到的情境	2.19	.94	5
12.遇到困難挫折時，有人可傾訴	2.49	.91	4
13.有人可以讓我隨時打電話求助	2.72	.68	1
14.沮喪時，有人會鼓勵我振作起來	2.60	.79	3
15.有人肯定我所做的事情	1.98	.93	
16.有人會給予我照顧上的建議	2.70	.73	2

總分最低 0 分，最高 64 分，分數愈高表示其需要程度愈高

社會支持「足夠程度」各層面各題得分情形發現（表 4-2-3）：
 「有人協助準備三餐」（平均值=2.56，標準差=.80）在工具性支持層面的足夠程度得分最高；「有人提供有關照顧所需的資訊」（平均值=2.55，標準差=.72）在資訊性支持層面的足夠程度得分最高；
 「有人會給予我照顧上的建議」（平均值=2.48，標準差=.78）在情感性支持層面的足夠程度得分最高。

表 4-2-3 「照顧者社會支持量表」足夠程度之描述性分析（N=112）

社會支持足夠程度內容	平均值	標準差	排序
一、工具性支持			
1.有人協助跑腿、購物	2.41	.97	4
2.有人協助家裏的清潔工作	2.42	.98	2
3.有人提供經濟協助	2.19	1.02	
4.有人協助照顧失能老人	2.13	1.01	
5.有人陪伴我	2.33	.88	5
6.有人協助準備三餐	2.56	.80	1
7.有人給予交通上的協助	2.41	.92	3
二、資訊性支持			
8.有人提供財務處理之建議	2.49	.79	3
9.有人告訴我照顧失能老人的方法	2.50	.73	2
10.有人提供有關照顧所需的資訊	2.55	.72	1
三、情感性支持			
11.有人瞭解我目前所經驗到的情境	2.17	.84	
12.遇到困難挫折時，有人可傾訴	2.30	.87	4
13.有人可以讓我隨時打電話求助	2.31	.85	3
14.沮喪時，有人會鼓勵我振作起來	2.25	.90	5
15.有人肯定我所做的事情	2.33	.76	2
16.有人會給予我照顧上的建議	2.48	.78	1

總分最低 0 分，最高 64 分，分數愈高表示其需要程度愈高

(二) 照顧者的照顧評價

照顧評價量表共有 26 題，用來評估照顧者於照顧過程中之自我評價，分為主觀的照顧負荷、照顧產生的衝擊、照顧的熟練能力及照顧的滿足感等四個層面，採五點計分法，每題 1-5 分，總分為 26-130 分，分數愈高表示其照顧評價愈正向，負向評價題均已轉換計分。

整體照顧評價總量表及次量表之得分及標準差（見表 4-2-4），進一步分析次量表各題的得分發現（見表 4-2-5）：在主觀的照顧負荷層面，「照顧失能老人對您與家人的關係有負面影響」（平均值=2.56，標準差= 1.21）得分最高，因此層面採反向計分，也就是說，本研究對象的照顧者在照顧失能老人時，對家人的關係較不具有負面影響；在照顧的衝擊層面，「面對失能老人時，您會感到生氣」（平均值=3.89，標準差= 1.03）的得分最高，因此層面採反向計分，也就是說，本研究對象的照顧者在面對失能老人時，較不會感到生氣；在照顧的熟練能力層面，「您能處理失能老人大部分的問題」（平均值=3.78，標準差= .75）的得分最高；在照顧的滿足感層面，「照顧工作讓您覺得和失能老人更親近」（平均值=3.57，標準差=1.04）的得分最高。

表 4-2-4 「照顧者照顧評價」量表之描述性分析（N=112）

照顧評價各個層面	平均值	得分 百分比	標準差	最小值	最大值
照顧評價總分（共 26 題）	82.26	63.27 %	15.55	47	115
主觀的照顧負荷（共 12 題）	34.14	56.90 %	9.92	16	55
照顧產生的衝擊（共 5 題）	18.02	72.08 %	3.99	7	25
照顧的熟練能力（共 4 題）	14.59	72.95 %	2.48	8	20
照顧的滿足感（共 5 題）	15.50	62.00 %	3.82	6	24

表 4-2-5 「照顧者照顧評價量表」各題得分之描述性分析 (N=112)

題號	照顧評價題目內容	平均值	標準差	排序
一、主觀的照顧負荷				
1.	照顧失能老人影響您的健康☆	2.97	1.20	5
2.	照顧失能老人使您感覺孤單☆	3.37	1.19	4
3.	您感覺自己無法再持續照護失能老人的工作☆	3.46	1.16	3
4.	自從失能老人患病後，你的生活因而失去控制☆	2.78	1.10	
5.	照顧失能老人使您感到疲累☆	2.49	1.12	
6.	照顧失能老人使您感覺被綁住☆	2.21	.99	
7.	照顧失能老人影響您的社交生活☆	2.58	1.09	
8.	照顧失能老人使您沒有屬於自己的時間☆	2.65	1.12	
9.	失能老人的需求是無法預期，您難以事先計劃安排事情☆	2.31	1.01	
10.	失能老人的需求決定您的日常作息☆	2.21	.88	
11.	儘管是照顧失能老人，您仍然可以把各種事情處理妥當	3.47	.95	2
14.	照顧失能老人對您與家人的關係有負面影響☆	3.60	1.21	1
二、照顧的衝擊				
12.	面對失能老人時，您會感到生氣☆	3.89	1.03	1
13.	失能老人要求的協助多於他所需要☆	3.84	1.10	2
15.	照顧失能老人會影響到您的私人生活☆	2.83	1.10	
16.	因照顧失能老人的關係，朋友來訪時令您感到不自在☆	3.79	1.04	3
17.	照顧失能老人會妨礙您家裡空間的使用☆	3.65	1.08	
三、照顧的熟練能力				
18.	您不確定要為失能老人做什麼☆	3.53	.75	
19.	只要有您照顧失能老人，他就能得到適當的照顧	3.56	.93	3
22.	您能處理失能老人大部分的問題	3.78	.75	1
23.	您非常了解失能老人的需要	3.71	.74	2
四、照顧的滿足感				
24.	照顧失能老人的工作能提升您的自尊	2.78	.98	
25.	您樂於和失能老人相處	3.32	1.00	2
26.	失能老人感謝您為他所做的事	2.62	1.04	
27.	當失能老人為小事高興時，您也感到快樂	3.19	.98	3
28.	照顧工作讓您覺得和失能老人更親近	3.57	1.04	1

總分最低 26 分，最高 130 分，分數愈高表示照顧評價愈正向

☆代表反向題，均已轉換成正向得分

(三) 居家失能老人的家庭照顧品質

居家失能老人的家庭照顧品質量表共有 40 題，用來測量居家失能老人之家庭照顧品質，分為環境方面、生理方面及心理方面等三個層面，採五點計分法，每題 1-5 分，總分為 40-200 分，分數愈高表示其家庭照顧品質愈好。

表 4-2-6 顯示整體老人的家庭照顧品質得分，進一步分析各層面在各題的得分情形發現（見表 4-2-7）：在環境方面，「失能老人的住所是乾淨的」（平均值=4.13，標準差=.89）得分最高；在生理方面，「照顧者提供失能老人適當的營養攝取」（平均值=4.06，標準差=1.01）的得分最高；在心理方面，「照顧者能維護失能老人的自尊」（平均值=3.71，標準差=.99）、「照顧者尊重失能老人安全感的需要」（平均值=3.71，標準差= 1.05）的得分最高。

表 4-2-6 「家庭照顧品質」各個層面之描述性分析 (N=112)

家庭照顧品質各個層面	平均值	得分 百分比	標準差	最小值	最大值
家庭照顧品質總分（共 40 題）	151.80	75.9 %	32.08	72	200
一、環境方面（共 14 題）	54.76	78.22%	12.09	24	70
二、生理方面（共 13 題）	51.73	79.58 %	10.88	24	65
三、心理方面（共 13 題）	45.30	69.69 %	11.97	13	65

總分最低 40 分，最高 200 分，分數愈高表示家庭照顧品質愈好

表 4-2-7 「家庭照顧品質量表」各題得分之描述性分析 (N=112)

題號	家庭照顧品質內容	平均值	標準差	排序
一、環境方面				
1.	失能老人睡覺的地方是乾淨的且可滿足他的需要	4.00	.90	4
2.	失能老人睡覺的地方是舒適的	3.99	.89	
3.	失能老人的房間維護良好	4.00	.99	4
4.	失能老人的房間考慮到老人的安全性	4.03	.97	3
5.	失能老人的房間呈現舒適	3.90	.95	
6.	失能老人的私人儲藏空間適當	3.63	1.05	
7.	失能老人的房間是乾淨的	4.08	.93	2
8.	失能老人的住所安全且有防竊設施	3.92	.89	
9.	失能老人的住所維護良好	3.96	.94	
10.	失能老人住所的設計考慮到老人活動的方便性與舒適需要	3.37	1.14	
11.	失能老人的住所無潛在的危險性	3.85	.94	
12.	失能老人的住所是乾淨的	4.13	.89	1
13.	個人衛生設備是乾淨的並擺設良好	3.93	.99	
14.	照顧者提供基本所需之物品是隨手可得、乾淨且保持良好	3.91	.95	
二、生理方面				
1.	照顧者定期協助失能老人的衛生需要	4.17	.90	3
2.	照顧者定期地注意到失能老人運動與活動之需要	3.69	1.17	
3.	照顧者提供失能老人的穿著是適當的	3.88	.95	
4.	照顧者飯後和睡前協助失能老人口腔衛生的照顧	3.85	.98	
5.	照顧者提供失能老人適當的水分攝取	4.18	.88	2
6.	照顧者提供失能老人皮膚的照顧	4.06	1.01	5
7.	照顧者提供失能老人適當的營養攝取	4.24	.80	1
8.	家中備有需要的輔具且可方便使用	3.76	1.02	
9.	可以提供適當的緊急照護	3.92	1.02	
10.	失能老人的醫療照護是適當的	4.04	.96	
11.	失能老人身上沒有未被處理的症狀或傷口	4.17	1.06	3
12.	依失能老人的喜好來使用老人的財務資源	3.72	1.10	
13.	失能老人可公平的分配到家中的資源	3.98	1.00	
三、心理方面				
1.	照顧者留意到失能老人在家中社交的需要	3.41	1.05	
2.	照顧者滿足失能老人觸摸或親密行為的需要	3.65	1.12	3
3.	照顧者提供失能老人滿足「有用者」角色之機會	3.15	1.02	
4.	照顧者欣賞失能老人的往事經驗與專長	3.47	1.05	
5.	照顧者能維護失能老人的自尊	3.71	.99	1
6.	照顧者給予失能老人表達感覺的機會	3.43	1.08	
7.	照顧者經常地提供失能老人情緒的支持與鼓勵	3.44	1.11	
8.	照顧者尊重失能老人安全感的需要	3.71	1.05	1
9.	照顧者尊重失能老人喜好的休閒與娛樂活動	3.22	1.07	
10.	保障失能老人的自主權	3.39	1.03	
11.	保障失能老人免於不安、傷害與受威脅的權利	3.62	.98	4
12.	保障失能老人受尊重的權利	3.59	.99	5
13.	尊重失能老人有自我表達的權利	3.46	.99	

第三節 失能老人及照顧者人口學特質與照顧者照護評價的關係

(一) 失能老人基本特質與整體照顧評價

1. 差異性分析

在進行統計分析前，先進行失能老人各變項變異數同質性檢定，結果顯示失能老人各變項 p 值大於.05，應接受虛無假設，研究樣本屬同質性，各變項在照護評價上之變異數皆相等。

表 4-3-1 顯示失能老人的性別與整體照護評價之間有顯著差異 ($t=-2.57$, $p=.011$)，即失能老人女性比男性的整體照護評價高；其餘的個人變項對整體照護評價均無顯著差異。

表 4-3-1：失能老人基本特質與整體照顧評價之差異性分析 (N=112)

變項	分類	人數	平均值	標準差	t / F	p 值
性別	男	41	77.41	15.16	-2.57	.011*
	女	71	85.07	15.17		
婚姻狀況	有偶	66	82.51	14.36	.20	.841
	無偶	46	81.91	17.27		
教育程度	識字	63	80.38	15.46	-1.46	.146
	不識字	49	84.69	15.47		
保險情形	有	19	77.57	14.62	-1.44	.150
	無	93	83.22	15.63		

2. 相關性分析

以皮爾森積差相關分析老人總年齡、罹病總數、教育程度、接受居家護理項目的數目、罹病總時間、ADL 總分、SPMSQ 總分與整體照護評價之相關性，表 4-3-2 顯示失能老人罹病總數與整體照護評價呈現顯著正相關 ($r = .32$, $p < .001$)，即失能老人罹病診斷的數目數目愈多，其照護評價愈正向。

表 4-3-2：失能老人基本特質與照顧評價之相關分析 (N=112)

變數名稱	照顧評價				
	整體 總量表	主觀性負荷	照顧衝擊	照顧勝任 能力	照顧 滿足感
老人總年齡	.10	.15	.06	-.11	.05
老人罹病總數	.32**	.40**	.28**	-.01	-.05
老人教育程度	-.08	-.18	-.09	.19	.07
老人居家護理的種類	-.10	-.13	.01	.70	-.15
老人罹病總時間	-.08	-.20*	-.09	.28**	.11
老人 ADL	-.00	.036	-.11	-.11	.07
老人 SPMSQ	-.037	.054	-.17	-.20*	.02

(二) 照顧者基本特質與整體照顧評價

1. 差異性分析

進行統計分析前，先進行各變項變異數同質性檢定，得知各變項其 p 值大於.05，應接受虛無假設，表示照顧者之各變項在照護評價上之變異數皆相等。由研究結果顯示（表 4-3-3）照顧者的家庭每月總收入與整體照護評價之間有顯著差異（ $t = -2.74$, $p = .007$ ），即照顧者的家庭每月總收入在 5 萬以上的整體照護評價高於收入在 5 萬以下的家庭；其餘的個人變項對整體照護評價均無顯著差異。

表 4-3-3：照顧者基本特質與整體照顧評價之差異性分析 (N=112)

變項	分類	人數	平均值	標準差	t / F	p 值
性別	男	35	83.80	15.55	0.70	0.49
	女	77	81.57	15.60		
婚姻狀況	有偶	92	81.61	15.07	-0.96	0.34
	無偶	20	85.30	17.69		
教育程度	國中(含)以下	66	80.55	15.41	-1.41	0.16
	國中以上	46	84.74	15.59		
就業狀況	有工作	32	85.56	15.07	1.43	0.16
	無工作	80	80.95	15.64		
家庭每月總收入	5 萬以下	67	79.06	14.31	-2.74	.007**
	5 萬以上	45	87.04	16.24		
是否與老人住一起	是	100	81.53	15.52	-1.46	0.15
	否	12	88.42	15.02		
照顧期間是否中斷	是	16	77.94	16.79	-1.21	0.23
	否	96	82.99	15.31		
是否有人輪流照顧	無	17	82.53	13.26	0.08	0.94
	有	95	82.22	15.99		
與老人關係	配偶	37	78.51	12.85	2.38	0.10
	子女	48	85.73	14.97		
	其他 (兄弟姊妹、媳婦、孫子女、朋友)	27	81.26	18.85		

2. 相關性分析

以皮爾森積差相關分析照顧者總年齡、教育程度、自覺家庭經濟狀況、與老人病前及目前的感情關係、自覺個人健康狀況、照顧老人總年數與每日照顧老人時數之相關性，(表 4-3-4) 顯示照顧者自覺家庭經濟狀況 ($r = .42, p < .001$)、與老人病前 ($r = .36, p < .001$) 及目前的感情關係 ($r = .44, p < .001$)、自覺個人健康狀

況 ($r = .52, p < .001$) 與整體照護評價呈現顯著正相關，即照顧者自覺家庭經濟狀況愈充裕、與老人病前及目前的感情關係愈好、自覺個人健康狀況愈好其照護評價愈正向。但是，每日照顧老人時數與整體照護評價呈現顯著負相關，也就是照顧者每日照顧老人的時數愈多，其照護評價愈負向。

表 4-3-4：照顧者基本特質與照顧評價之相關分析 (N=112)

變數名稱	照顧評價				
	整體 總量表	主觀性 負荷	照顧 衝擊	照顧 勝任能力	照顧 滿足感
總年齡	-.05	-.07	-.01	-.04	.00
教育程度	.15	.08	.21*	.20*	.06
自覺家庭經濟狀況	.42**	.44**	.25**	.14	.21*
與老人病前的感情關係	.36**	.11	.36**	.50**	.45**
目前與老人的感情關係	.44**	.16	.40**	.52**	.60**
自覺個人健康狀況	.52**	.54**	.26**	.14	.37**
照顧老人總年數	-.10	-.23*	-.07	.31**	.07
每日照顧老人時數	-.19*	-.28**	-.24*	.07	.17

第四節 失能老人及照顧者之人口學特質與家庭照顧品質的關係

(一) 失能老人基本特質與整體家庭照顧品質

1. 差異性分析

研究結果顯示（表 4-4-1），失能老人的個人變項對整體家庭照顧品質均無顯著差異。

表 4-4-1：失能老人基本特質與整體照顧品質之差異分析（N=112）

變項	分類	人數	平均值	標準差	t / F	p 值
性別	男	41	148.15	33.28	-.92	.36
	女	71	153.92	31.41		
婚姻狀況	有偶	66	156.41	31.49	1.84	.07
	無偶	46	145.20	32.10		
教育程度	識字	63	155.33	30.62	1.33	.19
	不識字	49	147.27	33.64		
保險情形	有	19	148.26	30.48	-.53	.60
	無	93	152.53	32.51		

2. 相關性分析

以皮爾森積差相關分析老人總年齡、罹病總數、教育程度、接受居家護理項目的數目、罹病總時間、ADL 總分、SPMSQ 總分與整體照護評價之相關性，由表 4-4-2 結果顯示失能老人的基本特質與整體家庭照顧品質無顯著相關，即失能老人的整體家庭照顧品質未因失能老人的基本特質而有所改變。

表 4-4-2：失能老人基本特質與家庭照顧品質之相關分析（N=112）

變數名稱	整體總量表	環境	生理	心理
老人總年齡	0.01	0.07	-0.02	-0.02
老人罹病總數	0.14	0.21*	0.15	0.04
老人教育程度	0.15	0.11	0.20*	0.10
老人居家護理的種類	-0.01	-0.01	0.00	-0.03
老人罹病總時間	0.01	-0.01	0.03	0.01
老人 ADL	-0.01	-0.03	-0.06	0.05
老人 SPMSQ	0.24	0.15	0.05	0.10

(二) 照顧者基本特質與整體家庭照顧品質

1. 差異性分析

研究結果顯示（表 4-4-3）照顧者的教育程度（ $t = -2.67, p = .009$ ）、就業狀況（ $t = 2.64, p = .010$ ）、家庭每月總收入（ $t = -3.63, p = .000$ ）、與老人關係（ $F = 3.76, p = .026$ ）在整體家庭照顧品質之間有顯著差異，即照顧者的教育程度在國中以上、目前有就業、家庭每月總收入在 5 萬以上的及照顧者為子女者，其整體家庭照顧品質較好；其餘照顧者的個人變項對整體家庭照顧品質均無顯著差異。

表 4-4-3：照顧者基本特質與整體家庭照顧品質之差異性分析 (N=112)

變項	分類	人數	平均值	標準差	t / F	LSD 事後比較
性別	男	35	154.57	31.39	0.61	
	女	77	150.55	32.52		
婚姻狀況	有偶	92	151.63	30.55	-0.12	
	無偶	20	152.60	39.29		
教育程度	國中(含)以下	66	145.23	30.39	-2.67**	
	高中以上	46	161.24	32.40		
就業狀況	有	32	164.13	26.70	2.64 *	
	無	80	146.88	32.87		
家庭每月總收入	5 萬以下	67	143.25	32.59	-3.63 **	
	5 萬以上	45	164.53	26.94		
是否與老人住一起	是	100	151.12	31.54	-0.65	
	否	12	157.50	37.36		
照顧期間是否中斷	是	16	141.13	36.85	-1.45	
	否	96	153.58	31.08		
是否有人輪流照顧	無	17	147.47	28.79	-0.60	
	有	95	152.58	32.71		
與老人關係	配偶	37	148.81	32.50	3.76 *	2>1 1>3
	子女	48	160.46	30.82		
	其他 (兄弟姊妹、媳婦、孫子女、朋友)	27	140.52	30.52		

*p<.05 **p<.01

2. 相關性分析

以皮爾森積差相關分析照顧者總年齡、教育程度、自覺家庭經濟狀況、與老人病前及目前的感情關係、自覺個人健康狀況、照顧老人總年數與每日照顧老人時數之相關性，表(4-4-4) 結果顯示照顧者的教育程度 ($r = .22, p < .05$)、自覺家庭經濟狀況 ($r = .41,$

$p < .001$)、與老人病前 ($r = .48, p < .001$) 及目前的感情關係 ($r = .58, p < .001$)、自覺個人健康狀況 ($r = .37, p < .001$) 與整體家庭照顧品質呈現顯著正相關，即照顧者教育程度愈高、自覺家庭經濟狀況愈充裕、與老人病前及目前的感情關係愈好、自覺個人健康狀況愈好其家庭照顧品質愈好。

表 4-4-4：照顧者基本特質與家庭照顧品質之相關分析 (N=112)

變數名稱	家庭照顧品質			
	整體總量表	環境	生理	心理
總年齡	-.10	-.18	-.08	-.02
教育程度	.22*	.18	.23*	.20*
自覺家庭經濟狀況	.41**	.44**	.36**	.32**
與老人病前的感情關係	.48**	.33**	.43**	.56**
目前與老人的感情關係	.58**	.36**	.55**	.69**
自覺個人健康狀況	.37**	.31**	.35**	.36**
照顧老人總年數	.03	-.02	.06	.06
每日照顧老人時數	-.08	-.14	-.11	.01

第五節 照顧者社會支持與照顧者照護評價的相關性

以皮爾森積差相關分析社會支持與照護評價之相關性（表 4-5-1），在社會支持的「需要程度」方面，結果顯示社會支持的需要程度與照護評價呈現高度負相關 ($r = -.54, p < .001$)，尤其是工具性支持層面的需要程度負相關係數最高 ($r = -.55, p < .001$)，即照顧者社會支持的需要程度愈高，照顧者照護評價愈負向。在社會支持的「足夠程度」方面，可知支持的足夠程度與其為高度正相關 ($r = .53, p < .001$)，即照顧者社會支持的足夠程度愈高，照顧者照護評價愈正向。

表 4-5-1：社會支持與照顧評價之相關分析 (N=112)

變數名稱	照顧評價				
	整體總量表	主觀性負荷	照顧衝擊	照顧勝任能力	照顧滿足感
需要程度總分	-.54**	-.63**	-.36**	-.16	-.07
工具性支持	-.55**	-.63**	-.37**	-.15	-.09
資訊性支持	-.42**	-.51**	-.28**	-.08	-.02
情緒性支持	-.42**	-.51**	-.28**	-.08	-.02
足夠程度總分	.53**	.55**	.22*	.24*	.36**
工具性支持	.51**	.56**	.22*	.16	.26**
資訊性支持	.38**	.38**	.18	.28**	.17
情緒性支持	.47**	.45**	.18	.26**	.38**

第六節 照顧者社會支持與家庭照顧品質的相關性

以皮爾森積差相關分析社會支持與家庭照顧品質之相關性（表 4-6-1），在社會支持的「需要程度」方面，結果顯示社會支持的需要程度與家庭照顧品質呈現低度負相關（ $r = -.19, p < .05$ ），即照顧者社會支持的需要程度愈高，家庭照顧品質就愈差。在工具性支持層面的分量表與家庭照顧品質呈現低度負相關（ $r = -.27, p < .05$ ），然而在資訊性支持、情緒性支持分量表與家庭照顧品質並無顯著相關。在社會支持的「足夠程度」方面，可知支持的足夠程度與其為中度正相關（ $r = .45, p < .001$ ），即照顧者社會支持的足夠程度愈高，照顧者照護評價愈正向。但在資訊性支持的分量表與家庭照顧品質並無顯著相關。

表 4-6-1：社會支持與家庭照顧品質之相關分析 (N=112)

變數名稱	家庭照顧品質			
	整體總量表	環境	生理	心理
需要程度總分	-.19*	-.19*	-.21*	-.11
工具性支持	-.27**	-.32**	-.28**	-.13
資訊性支持	-.04	-.01	-.08	-.02
情緒性支持	-.05	.01	-.05	-.08
足夠程度總分	.45**	.50**	.43**	.30**
工具性支持	.40**	.48**	.39**	.25**
資訊性支持	.22*	.28**	.21*	.12
情緒性支持	.47**	.49**	.46**	.34**

第七節 照顧者照護評價與家庭照顧品質的相關性

以皮爾森積差相關分析照顧者照護評價與家庭照顧品質之相關性，由表 4-7-1 結果顯示照護評價與整體家庭照顧品質呈現高度正相關 ($r = .64, p < .001$)，與家庭照顧品質之環境層面 ($r = .60, p < .001$)、生理層面 ($r = .59, p < .001$)、心理層面 ($r = .57, p < .001$) 亦呈現顯著高度正相關，即照顧者照護評價愈正向，其家庭照顧品質愈好，在環境層面、生理層面、心理層面的照顧品質亦愈好。

表 4-7-1：照顧者照顧評價與家庭照顧品質之相關分析 (N=112)

變數名稱	家庭照顧品質			
	整體總量表	環境	生理	心理
照顧評價總量表	.64**	.60**	.59**	.57**
主觀性負荷	.42**	.48**	.37**	.30**
照顧衝擊	.51**	.48**	.47**	.45**
照顧勝任能力	.58**	.40**	.60**	.61**
照顧滿足感	.61**	.43**	.56**	.68**

第八節 照顧者照護評價之複迴歸分析

為探討照顧者之照護評價之預測變項，人口學變項中老人罹病診斷數目、照顧者自覺家庭經濟狀況、照顧者與老人病前及目前的感情關係、照顧者自覺健康狀況、照顧者每日照顧老人時數、社會支持需要及足夠程度與整體照顧者照護評價呈現統計上顯著相關，在進行逐步迴歸分析之前，（見表 4-8-1）以 VIF(variance inflation factor)與 tolerance 值需趨近 1，C.I. (condition index) 值需小於 30，診斷各變項之間共線性問題（吳明隆，2003），之後才進行逐步複迴歸分析（stepwise multiple regression），以了解每個變項對照顧者照護評價的解釋力。

表 4-8-1 共線性診斷 (N=112)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
社會支持的需要程度	1.56	.64	5.86
目前與老人的感情關係	1.06	.93	7.07
社會支持的足夠程度	1.45	.68	10.94
老人的罹病總數	1.05	.94	12.61
照顧者自覺個人健康狀況	1.38	.72	27.02

以整體照顧者照護評價為依變項，由表 4-8-2 結果顯示社會支持的「需要程度」、目前與老人的感情關係、社會支持的「足夠程度」、老人的罹病總數與照顧者自覺個人健康狀況等五個變項，能使迴歸模式達顯著水準，此五個變項，可解釋照顧者照護評價的總變異量為 60.4%。其中以社會支持的需要程度對「整體照顧者照護評價」有較大的預測力，可解釋全部變異量的 28.7%，其次為「目前與老人的感情關係」，可解釋全部變異量的 19.9%。

迴歸方程式為：整體照顧者之照護評價 = 46.57 - 0.55（社會支持的

需要程度) + 6.89 (目前與老人的感情關係) + 0.36 (社會支持的足夠程度) + 3.61 (老人的罹病總數) + 3.03 (照顧者自覺個人健康狀況)

即社會支持的需要程度愈低、目前與老人的感情關係愈好、社會支持的足夠程度愈高、老人的罹病數目較多、照顧者自覺個人健康狀況較好者，其整體照護評價愈正向。

表 4-8-2 整體照顧者照護評價之逐步複迴歸分析 (N=112)

變項	迴歸係數 (B) 值	標準化 迴歸係數 (Beta)	R 平方	調過後的 R 平方	R 平方 改變量	F 值	P
社會支持的需要程度	-.55	-.32	.287	.280	.287	34.89	.000
目前與老人的感情關係	6.89	.39	.486	.476	.199		.000
社會支持的足夠程度	.36	.24	.556	.543	.070		.000
老人的罹病總數	3.61	.20	.598	.583	.043		.001
照顧者自覺個人健康狀況	3.03	.18	.622	.604	.024		.011
常數 : 46.57							

第九節 家庭照顧品質之複迴歸分析

以整體家庭照顧品質為依變項，將與上述分析得知，人口學變項中照顧者的教育程度、照顧者自覺家庭經濟狀況、照顧者與老人病前及目前的感情關係、照顧者自覺健康狀況、社會支持需要及足夠程度、整體照顧者照護評價與家庭照顧品質呈現統計上顯著相關，為了避免自變項間共變性過高，檢查各變項之間的共線性診斷，（見表 4-9-1）VIF (variance inflation factor)與 tolerance 值需趨近 1，C.I. (condition index) 值需小於 30（吳明隆，2003），由表 4-9-1 結果顯示：社會支持的需要程度的 C.I.達 30.74，表示有嚴重性的共線性問題，故將此變項淘汰，再進行一次共線性診斷（見表 4-9-2），之後才進行逐步複迴分析（stepwise multiple regression），以了解每個變項對家庭照顧品質的解釋力。

表 4-9-1 研究變項共線性診斷 (N=112)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
照護評價	2.25	.44	6.94
目前與老人的感情關係	1.41	.70	10.73
社會支持的足夠程度	1.58	.63	17.98
社會支持的需要程度	1.69	.58	30.74

表 4-9-2 刪題後之研究變項共線性診斷 (N=112)

變項	VIF	Tolerance	C.I.
照護評價	1.81	.55	8.53
目前與老人的感情關係	1.31	.76	14.17
社會支持的足夠程度	1.47	.68	16.75

以整體家庭照顧品質為依變項，表 4-9-3 顯示照顧者照護評價、目前與老人的感情關係、社會支持的足夠程度等三個變項，能使迴歸模式達顯著水準，此三個變項，可解釋家庭照顧品質的總變異量為 56.1%。其中以照顧者照護評價對「整體家庭照顧品質」有較大的預測力，可解釋全部變異量的 41.6%，其次為「目前與老人的感情關係」，可解釋全部變異量的 11%。迴歸方程式為：

整體家庭照顧品質 = 4.36 + .66（照護評價） + 15.77（目前與老人的感情關係） + .85（社會支持的足夠程度）

照顧者照護評價愈正向、目前與老人的感情關係愈好、社會支持的足夠程度愈高者，其整體家庭照顧品質愈好。

表 4-9-3 整體家庭照顧品質之逐步複迴歸分析 (N=112)

變項	迴歸係數 (B) 值	標準化迴歸係數(Beta)	R 平方	調過後的 R 平方	R 平方改變量	F 值	P
照護評價	.66	.32	.416	.411	.416	48.32	.000
目前與老人的感情關係	15.77	.43	.526	.518	.110		.000
社會支持的足夠程度	.85	.26	.573	.561	.047		.001
常數	4.36						

根據以上迴歸分析結果，將研究結果修正研究架構如圖 4-9-3。

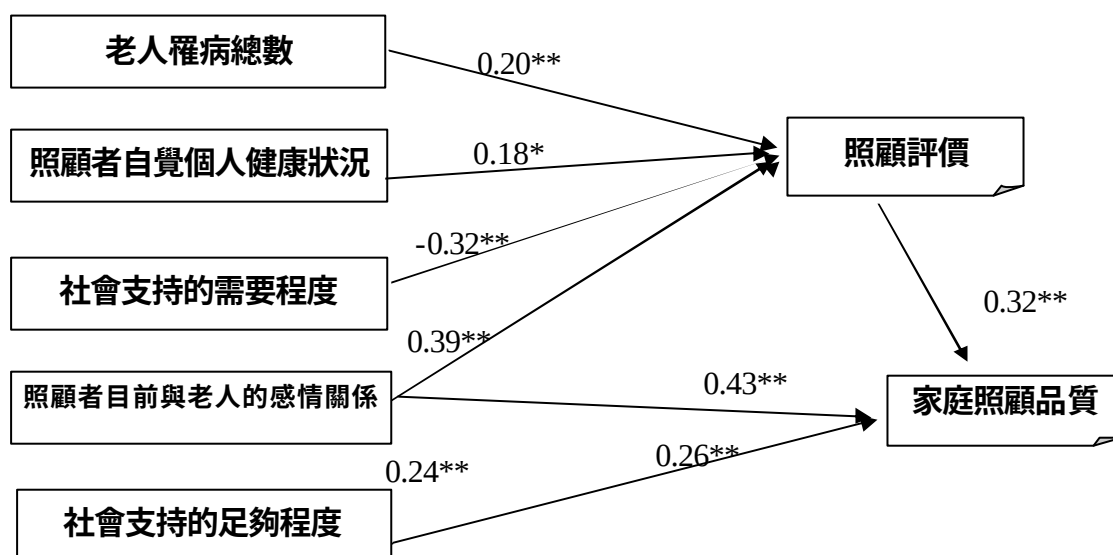


圖 4-9-3 居家失能老人的照顧者照顧評價與家庭照顧品質之修正架構圖

由以上修正架構圖之迴歸係數可以看出：在整體家庭照顧品質中，其中照護評價、目前與老人的感情關係、社會支持的「足夠程度」是預測居家失能老人家庭照顧品質的重要因子；老人的罹病總數、照顧者自覺個人健康狀況、社會支持的「需要程度」、照顧者目前與老人的感情及社會支持的「足夠程度」是預測照顧者照護評價的重要因子。由所有迴歸係數來看，其中以目前與老人的感情關係 ($\beta=0.43$)、照顧者照顧評價 ($\beta=0.32$) 為失能老人家庭照顧品質之最重要的預測因子。

針對本研究樣本的結果總結，失能老人的因素僅有「老人罹病總數」對於照顧者照護評價具有預測力，照顧者的因素以照顧者社會支持的感受程度、照顧者的健康情形及與老人之關係是否良好是家庭照顧過程中，照顧者照護評價重要的影響因素，且照顧者的評價歷程及目前與老人的感情關係是家庭照顧品質的重要預測因子。

第五章 討論

本章將依前述研究結果逐一進行討論，共分為八節，一、照顧者的社會支持、照顧評價及居家失能老人的家庭照顧品質。二、失能老人及照顧者人口學特質與照顧者照護評價的關係。三、失能老人及照顧者人口學特質與家庭照顧品質的關係。四、照顧者社會支持與照顧者照護評價的相關性。五、照顧者社會支持與家庭照顧品質的相關性。六、照顧者照護評價與家庭照顧品質的相關性。七、照顧者照護評價之預測因素。八、家庭照顧品質之預測因素。內容陳述如下：

第一節 照顧者的社會支持、照顧評價及居家失能老人的家庭照顧品質

(一) 社會支持

以下針對社會支持的需要程度及足夠程度來探討，研究量表分成工具性、資訊性及情感性支持。

「需要程度」方面，研究結果顯示，照顧者在社會支持需要程度情形為中等，資訊性支持是照顧者感覺最需要的，此結果與余佩郁(1997)的研究結果是一致的。其中以「有人提供有關照顧所需的資訊」最感需要；在情感性支持層面，「有人可以讓我隨時打電話求助」得分最高；在工具性支持層面，「有人協助照顧失能老人」得分最高，此結果與湯麗玉(1992)的研究結果相似。在此研究族群中，平均每個失能老人罹患 1.74 種類的慢性疾病，王文玲(1992)

「與慢性病共存」的文中指出，在面對慢性病長期的照顧工作，家庭需要許多方面資訊的提供，例如，有關疾病及如何去照顧患者的訊息。且在失能老人病情不穩定時，更需要有家人或朋友可隨時打電話求助，並協助照顧患者。

「需要程度」得分較低的項目為「有人提供財務處理之建議」、「有人協助準備三餐」，在本研究樣本中，照顧者普遍自覺家庭經濟情況尚可，在財務處理方面較不需要支持，每個月的花費較固定，不用自己操煩，大部分由家中其他成員固定支出；在三餐的準備上，照顧者普遍認為不會花費太多時間，不會影響對失能老人的照顧，所以較不需要支持。

照顧者在社會支持「足夠程度」情形為中等，依個別量表來看，資訊性支持是照顧者感覺較足夠的，情感性支持則較差，此結果與（韓佩軒、黃璉華，2002）的研究結果較相似，其中以「有人提供有關照顧所需的資訊」、「有人告訴我照顧失能老人的方法」的得分最高，可能原因為研究樣本的特性較類似，同樣為居家失能老人。在本研究中平均每個失能老人接受居家護理項目數為 1.63 種，照顧者提供居家失能老人的協助內容除了老人的個人照護、日常生活照顧方面，還包含了護理照護工作（簡雅芬、吳淑瓊，1999），其中護理照護工作性質需要專業的技術與知識，且必須透過專業人員的教導而學會，因此，照顧者為了能勝任照顧工作，從專業護理人員得到的資訊性支持，需要程度最多，卻也是感到最足夠的。本研究中的照顧者族群，平均照顧時間為 49.8 個月（約 4.15 年），照顧者大部分已能適應如此的生活，並能勝任照顧工作，有照顧者表示『老人生病那麼久了，平常都是由我照顧，家裡的人都已經習慣了，也較少過問照顧工作的事情，以前的朋友，也都比較少聯絡了』，可見親朋好友在照顧者之情感性支持的感受程度是比較不足的。

綜合上述，資訊性支持是照顧者感覺最需要也是最足夠的，情感性支持獲得足夠的感受程度較差，照顧者在照顧失能老人的過程中，護理人員仍應進一步評估失能老人的家庭調整情形，才能更深

入瞭解照顧者所擁有的支持及需求情形，並適時給予更適切的諮詢服務。

(二) 照顧者照護評價

整體照顧者照護評價屬中上程度，依個別次量表來看，「照顧的熟練能力」、「照顧產生的衝擊」是照顧者感覺評價較正向的層面，「主觀的照顧負荷」得分較偏低，但「照顧產生的衝擊」、「主觀的照顧負荷」是採反向計分的負面題項；也就是說，照顧者在照顧評價的感受上，照顧者能有「較好的熟練能力」及「較少的照顧衝擊」，但在「照顧負荷仍感受較高」。此結果與黃秋錦(2003)的研究結果是有些差入的，究其原因可能是，(黃秋錦，2003)的研究族群為呼吸器照顧的病患，照顧者在照顧之參與與付出比本研究樣本花費更多的時間與精神，而且其照顧者角色主要為父母或配偶，照顧之病患大部分為意識清楚者（佔 83.3%），在照顧互動上比本研究樣本佳，相對的，整體照顧評價就比較正向。

進一步檢視各次量表的評價內容：

在主觀的照顧負荷層面，「照顧失能老人對您與家人的關係有負面影響」、「儘管是照顧失能老人，照顧者仍然可以把各種事情處理妥當」得分最高，因前題項採反向計分，也就是說，本研究對象的照顧者在照顧失能老人時，對家人的關係較不具有負面影響；另外，「失能老人的需求決定您的日常作息」、「照顧失能老人使您感覺被綁住」、「失能老人的需求是無法預期的，您難以事先計劃安排事情」的得分較低，因採反向計分，也就是說此三題項是讓照顧者感受負荷較強烈的。根據，Larkin（1987）從其研究中發現，當慢性疾病發生在一個家庭時，家庭成員間存有一種默契與協議，

他們會共同面對此疾病，免於此疾病瓦解或分化了他們的家庭（引自王文玲，1992），就大部分家庭來說，照顧失能老人對家庭的關係反而比較不會有負面影響。照顧者在接下照顧的責任時，常讓照顧者有體力透支的問題，雖照顧者能把其他各種事情處理妥當，但仍覺得有『被禁錮』的感受，常覺得『哪兒也不能去』，就算出家門了，也常常需盯著時間，怕出外太久了，耽擱到照顧工作，且有時候，考量到失能老人的需求，有些事情較難以事先計畫與安排。

在照顧的衝擊層面，「面對失能老人時，您會感到生氣」得分最高，因採反向計分，也就是說，照顧者在照顧失能老人時，比較不會有生氣的感受；另外，「照顧失能老人會影響到您的私人生活」的得分較低，因採反向計分，也就是說照顧失能老人會影響到私人生活的感受是較強烈的。當然，照顧者也會有憤怒的情形，對於自身的處境，也會覺得『上天 甚麼如此對待我？ 甚麼讓我承受如此之罪過』，但大部分照顧者並不會將負向的情緒怪失能老人，在本研究的族群，大部分照顧者角色主要為配偶或子女，彼此之間的感情關係良好，經由會談得知，照顧者表示『他都已經夠可憐了，怎麼忍心怪罪他』，但在（劉春年等，1998）的住院中風病人之照顧者負荷研究中顯示，『沒有自己的時間』是引起負荷最主要原因，且以社交負荷最大，與本研究「照顧失能老人會影響到您的私人生活」的結果類似，且在本研究的族群中，發現多數的照顧者，生活圈子都很小，大部分時間都與被照顧者度過，漸漸的，與外界的接觸就越來越少。

在照顧的熟練能力層面，此層面在照顧的整體評價上是最高的，其中以「您能處理失能老人大部分的問題」得分最高，也就是說，照顧者在照顧失能老人時，老人大部分的問題照顧者都能應付；

另外，其他題項得分都差距不大，究其原因，在本研究中，將近有三分之一之照顧者投入照顧老人時間超過 5 年以上，在照顧工作已較能熟悉照顧的技巧，且知道如何去應付照顧所引發的問題，對於老人的需要也都有很好的默契，知道老人的需求。

在照顧的滿足感層面，「照顧工作讓您覺得和失能老人更親近」得分最高，「失能老人感謝您為他所做的事」的得分較低，在本研究的照顧者，大部分角色為老人的配偶或子女，彼此感情關係為良好，照顧者大部分覺得接下照顧工作，是他們應盡的義務，也非常樂意在老人最後的歲月，陪他們度過這一段，也有子女表示，『這是他們回報父母養育之恩的時候了，只要老人高興就好，也盡量讓他們感到生活舒適』，因此，這份照顧工作，讓他覺得與老人間更親近了。另外，本研究中的老人，認知功能屬嚴重障礙的居多（56.3%），在言語的互動上較少，相對的，較無法感受到老人心理需求滿足及對照顧者之言語表達。

綜上所述，照顧工作能帶來正反兩面的評價影響，在整體評價上算是中上程度，護理人員仍應適當協助照顧者去確認及表達他們的感受，讓照顧者的需求、及感受能夠得到重視，去試圖發現照顧工作的意義及價值，減輕照顧工作的負面評價，能以正面的態度來看待照顧工作，如此將有助於他們對照顧工作的調適。

（三）居家失能老人的家庭照顧品質

整體家庭照顧品質算中上程度，依個別量表來看，生理方面得分最高，此與（余佩郁，1997；林美娜、邱啟潤，1995；韓佩軒、黃璉華，2002）所得到的研究結果一致，與（Phillips et al., 1995）的環境方面評分較高的結果有些不同，可能原因為文化背景不同，

且其老人教育程度（中學以上程度佔 39%）、ADL「平均 38.61 分」較本研究之老人高，相對的，可能在環境品質的要求也比較高。但在心理方面的評分得分較偏低，則與（Phillips et al., 1995）的研究結果較為一致，與（韓佩軒與黃璉華，2002）的結果則有些出入，可能原因為，韓佩軒與黃璉華(2002)的研究樣本沒有雇人協助照顧佔多數（84%，n=164），且照顧者每日照顧時間超過 13 小時以上（85%），相較於本研究，雇外籍看護工（34.7%）、每日照顧時間超過 13 小時（51.8%），照顧接觸時間較短，在老人心理方面的需求滿足程度，也可能會較低。

在環境方面，其中以「失能老人的住所是乾淨的」得分最高，照顧者在照顧失能老人時，居家的住所大部分都能維持乾淨；另外「失能老人住所的設計考慮到老人活動的方便性與舒適的需要」的得分較低，在（林美娜、邱啟潤，1995）的研究中，探討其安全需求方面中之環境安全，有 18.6%的老人因活動不變，不適合睡樓上原來的臥室，故睡在廚房、走道、客廳，及有 15.7%需使用輪椅的老人，住處沒有供輪椅進出的電梯，如此，對老人及家庭造成不方便，且影響到照顧者協助就醫及老人外出活動的意願。本研究之照顧者表示『房子的格局已經定型了，當初也沒想到他會這樣，也有想過要改變，但是有限，老人要下床時，再多多注意他的下床安全』。「失能老人的房間考慮到老人的安全性」的得分屬次高。

在生理方面在整體家庭照顧品質上得分最高，其中以「照顧者提供失能老人適當的營養攝取及適當的水分攝取」得分最高，但「照顧者定期地注意到失能老人運動與活動之需要」得分最低，在（余佩郁，1997；林美娜、邱啟潤，1995；林秀純等，1999；韓佩軒、黃璉華，2002）等人的研究中，也有類似的結果出現，究其原因，

可能是本研究之老人罹病時間，大部份均已超過 5 年以上（佔 39.3%）、ADL 屬嚴重依賴者以上居多（佔 98.2%），有照顧者表示『老人都臥在床上那麼久了，都好不了了，每次他要下床，我一個人無法搬動，都要其他家屬的協助，才有可能下床，偶爾在床上，會幫他做點運動』，由此可知，協助失能老人的運動與活動是一項較困難的工作。

在心理方面之各題項得分屬於普通、差距不大，可能原因是本研究之老人，認知功能屬於中度障礙以上者居多（佔 69.7%），相對的，其言語的互動較少，導致老人之心理需求的滿足程度較低。

綜合以上所述，照顧者在失能老人之基本「生理需要」之層次較能滿足，「心理層次」的滿足較不足夠，另外，在失能老人運動與活動之需要滿足也比較欠缺，尤其本研究之家庭，有雇外籍看護工（佔 34.7%），通常他們的照顧是比較注重清理的技術，而忽略老人的感受與情緒的反應，老人之生理與心理的需求應受到重視和處理，專業護理人員，應做出最正確的老人需求滿足的評估，使老人之照顧免於受忽視，而得到最完整的照顧。

第二節 失能老人及照顧者人口學特質與照顧者照護評價的關係

（一）失能老人基本特質與整體照顧評價

失能老人的性別、罹病診斷的數目與照顧者照護評價呈顯著差異。女性失能老人的整體照護評價高於男性，此研究結果與（吳聖良等，1991；湯麗玉等，1992；黃秋錦，2003）等研究不同，究其原因可能是，因本研究照顧者大部分為老人的子女（佔 42.9%），我國在傳統家庭的角色上，有「男主外、女主內」的觀念，母親扮

演著子女主要教養者的角色, 父親則居於次要角色 (王舒芸, 1996), 女性失能老人與子女的感情較親密, 子女以回饋的恩情所導致的照顧評價就比男性失能老人還正向。罹病總時間長短, 在整體照顧評價上, 並無顯著差異, 但失能老人罹病診斷的數目愈多, 其照護評價愈正向, 與 (沈志仁與張素凰, 1993; 李淑霞、吳淑瓊, 1998; 湯麗玉等, 1992) 的結果不同, 可能原因為老人罹病數目較多時, 因參予照顧的時間較多, 家人要花比較多的心思在照顧工作上, 對照顧工作較能勝任, 因照顧工作所帶來的衝擊也較能適應, 與老人建立良好的親密關係, 有照顧者表示『我媽媽身上有這麼多管路, 剛開始會害怕, 現在時間久了, 自己都會處理, 而且, 媽媽也都很信任我, 跟媽媽之間感情也越來越好, 不像以前會有口角衝突』, 林秀純與徐亞瑛 (1998) 研究結果發現照顧者的回饋越多, 其照顧負荷越小。

失能老人年齡、認知功能、日常活動功能程度的不同, 在整體照顧評價上, 並無顯著差異。年齡方面與 (吳聖良等, 1991; 湯麗玉等, 1992; 黃秋錦, 2003) 等研究結果是一致的, 但與歐美 (1993) 的研究結果不同, 究其原因是歐美 (1993) 的研究選樣為初次中風出院的男性病患之配偶為對象, 在照顧經驗的感受上, 原本差異就不一致, 因而導致不同的結果。認知功能、日常活動功能程度在整體照顧評價上, 並無顯著差異, 此與 (邱麗蓉, 1998; 吳聖良等, 1992; 高淑芳等, 1999; 湯麗玉等, 1992; 劉雪娥, 1992; 賴鵬聖, 2003; Pearson, Verma & Nellett, 1988) 等人研究結果不同, 原因為本研究老人的認知功能、日常活動功能程度主要分布於嚴重障礙者, 罹病時間大部分已超過 5 年以上 (佔 39.3%), 照顧者已適應老人的身體狀況所帶來的照顧工作, 在整體評價上的感受並無明顯

差異。

(二) 照顧者的特質與整體照顧評價

自覺家庭經濟狀況越佳、與老人病前及目前的感情關係越好、自覺健康狀況佳在整體照顧評價較為正向。家庭每月總收入 5 萬以上者，其照顧評價之得分較高，此與（林惠琦，1997；蕭金菊，1994）研究結果一致，本研究中，自覺家庭經濟狀況較佳者，通常家裡有雇請外籍傭人幫忙照顧工作，相對的，其照顧評價，比較不會引起負面的感受。與老人病前及目前的感情關係方面與（劉雪娥，1992；劉春年等，1998；蕭金菊，1994）研究結果是一致的，尤其與老人關係是子女者，照顧評價得分較高，原因可能是，老人的配偶年紀也都很大了，照顧工作的付出較沒有子女的評價好。自覺個人健康狀況方面與（劉雪娥，1992；李淑霞與吳淑瓊，1998；蕭金菊，1994；Kramer, 1997）的研究結果是一致的，健康狀況越好時，較有良好的體能狀況，執行照顧的工作。但是，每日照顧老人時數與整體照顧評價呈現負相關，與（林秀純與徐亞瑛，1998；Kuniyoshi et al., 2003）的研究結果相反，本研究樣本以女性居多，且平均年齡為 54.66 歲，照顧時間越長，其身體體力越無法負荷，而造成負面評價。

照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、就業情形與照顧狀況在整體照顧評價上，並無顯著差異。性別方面與（邱啟潤等，1988；吳淑瓊與林惠生，1999；林秀純、徐亞瑛，1998；楊佩琪，1990；吳盛良等，1991；徐亞瑛等，1992；湯麗玉，1992；劉雪娥，1992；Chou, 1998；Gerste & Gallagher, 1993；Hoffmann & Mitchell, 1998）等人研究結果不同，原因可能是本研究之照顧者，照顧資源較豐富，有人輪流照顧者佔 84.8%。婚姻狀況方面與（宋麗玉，1999；

高寶蓮，1998）研究結果一致，但與黃秋錦（2003）研究結果不同，因為其照顧者主要為病人之父母或配偶，且病人主要為呼吸器使用患者，在照顧評價的感受就不同。教育程度方面與（黃秋錦，2003）研究結果一致，但教育程度在高中以上的照顧評價，其平均分數是高於國中以下者，原因為教育程度較高者，其照顧資源較多，在照顧評價就較為正向。就業狀況方面與（蕭金菊，1994；宋麗玉，1999；賴鵬聖，2003）結果不同可能是因為，本研究樣本以女性居多，平均年齡為 54.66 歲，大部分是無工作、且非因照顧老人而辭職者（佔 42%），所以有無就業，在照顧評價上，並無明顯影響。照顧狀況方面與（劉春年等，1998；吳聖良等，1991）的研究結果不同，原因為本研究照顧者已經非常適應照顧工作，照顧狀況如何並未明顯影響照顧評價。

第三節 失能老人及照顧者人口學特質與家庭照顧品質的關係

（一）失能老人基本特質與家庭照顧品質的關係

研究結果發現，失能老人的性別、年齡、婚姻狀況及教育程度在整體家庭照顧品質無顯著差異，此結果與（林美娜 邱啟潤，1995；林秀純等，1999）等研究結果一致。失能老人的保險情形在整體家庭照顧品質上，並無顯著差異，此結果與（林美娜、邱啟潤，1995）研究結果不同，可能原因為研究時代不同，全民健保已於民國 84 開辦，減輕了家庭醫療支出的負擔，故造成此差異。

失能老人的罹病總數、接受居家護理項目的數目、罹病總時間在整體家庭照顧品質上，並無顯著差異，此結果與（林秀純等，1999；余佩郁，1998）研究結果一致。但與林美娜、邱啟潤（1995）結果不

同，可能原因為本研究老人罹病總時間大於 4 年以上者佔 45.6% ，照顧者已能熟悉照顧技巧，在照顧品質的呈現上，較不會有顯著差異。

失能老人的日常生活活動功能、認知功能程度在整體家庭照顧品質並無顯著差異，此結果與(林美娜、邱啟潤，1995；韓佩軒與黃璉華，2002；Phillips et al., 1990 b；Hung, Liu, & Kuo, 2002)研究結果不同，可能原因為，本研究樣本中，大部分老人與照顧者感情關係良好（佔 69.7%），彼此照顧互動良好，照顧意願高，照顧者不會因為老人之日常生活活動功能、認知功能不同，而影響其照顧品質。

（二）照顧者的特質與家庭照顧品質的關係

照顧者的教育程度、就業狀況、自覺家庭經濟狀況、與老人病前及目前的感情關係、自覺健康狀況，在整體家庭照顧品質上呈現顯著差異。教育程度方面，與（余佩郁，1998）結果一致，教育程度越高，能主動尋找並獲得越多的照顧訊息，照顧工作的執行得心應手，照顧品質相對也會比較好。就業狀況方面，林秀純等（1999）的研究顯示「照顧者不需放棄工作，整體的家庭照顧品質越好」的結果較為一致，究其原因，照顧者如果仍有工作，其仍然能與外界互動，而且有足夠的經濟來源，無形中，能減輕照顧的壓力，在照顧工作的表現會更好。自覺家庭經濟狀況方面，在其他研究，並未針對此變項作探討，在本研究訪談個案當中，家庭每月總收入在 5 萬以上者，其家庭照顧品質明顯較好，家中的環境及生理的需求滿足情形，相對的都是比較好的。與老人病前及目前的感情關係方面與（林美娜與邱啟潤，1995；林秀純等，1999；余佩郁，1998；Phillips

et al., 1995) 等人結果一致，其中以「照顧者為子女關係」者，整體家庭照顧品質得分較高，本研究樣本，子女們或老人的配偶，大部分都以『愛與感謝』的心來回饋老人，認為照顧是他們應盡的責任，且從照顧中獲得及珍惜親情的溫暖。自覺健康狀況方面與（林美娜、邱啟潤，1995；林秀純等，1999；余佩郁，1998）等人研究結果不同，原因可能是，本研究樣本，自覺健康狀況良好者，其家中的經濟情況大部分都比較好，有比較多的照顧資源協助，其家庭照顧品質也會比較好。

照顧者的性別、婚姻狀況、年齡、照顧時間及照顧狀況在整體家庭照顧品質上，無顯著性差異。性別方面，與林秀純等(1999)的研究中顯示『照顧者性別為女性，其家庭照顧品質較好』的結果不同，可能原因為，使用之研究工具不同，在結果之呈現有差異，在本研究訪談中有位男照顧者表示『我老婆以前很照顧家庭，他現在生病了，就要好好照顧她，我假如照顧不行時，兒女也會幫忙』，不會因為照顧者性別不同，而有不同的照顧結果，在「照顧的信念」可能是未來再深入探討的部分。照顧者的婚姻狀況與（余佩郁，1998）的結果不同，可能是研究樣本的疾病診斷不同而導致不同結果，本研究之照顧者已婚者佔 82.1%，有照顧者表示『雖然要照顧媽媽，還要照顧其他家人很累，可是媽媽以前對我們那麼好，孝順她是我應盡的責任與義務』，由此可見，中國傳統的孝道觀念仍根深於照顧者心中，照顧者並不會因為自己的婚姻關係而影響照顧的付出。年齡方面與（林美娜、邱啟潤，1995；林秀純等，1999；余佩郁，1998）等人結果一致，在本研究中，照顧者平均年齡為 54.66，照顧者年齡比較大者，家中大部分都有雇用外籍看護員協助照顧，因此，所導致「年齡大小」與整體家庭照顧品質無顯著差異。照顧老人總

年數、每日照顧老人時數、是否與老人住一起、照顧期間是否中斷及是否有人輪流照顧等變項，在整體家庭照顧品質上無顯著性差異，此與（韓佩軒與黃璉華，2002；Hung et al., 2002）等人研究結果不同，可能原因為，本研究之照顧者，其投入照顧老人時間較長（平均 4.15 年），照顧者都已能適應及習慣目前之照顧生活，因而照顧狀況等變項，對家庭照顧品質無太大影響。

第四節 照顧者社會支持與照顧者照護評價的相關性

研究發現社會支持的需要程度越高，整體照護評價呈現越負向；社會支持的足夠程度方面，支持的足夠程度越好，整體照顧者照護評價越正向。此與大多數之研究結果相雷同（史曉寧與黃愛娟，1996；李淑霞與吳淑瓊，1998；林麗嬋等，1997；高淑芳、盧 喃、葉淑惠、劉雪娥，1999；湯麗玉等，1992；Ergh, Rapport, Coleman, Hanks, 2002；Malone Beach & Zarit, 1995；Miller et al., 2001；Murphy et al., 2002）。社會支持在老人照顧工作上扮演著重要的角色，照顧者在照顧工作的付出，犧牲了很多，包括工作、朋友、甚至個人家庭的親密關係，有些照顧者甚至處於被孤立的狀態，護理人員此時便扮演很重要的角色，適時察覺照顧者的照顧感受，早期發現照顧所引發的危機與問題，必要時，提供適當的資源與協助，並鼓勵參加家庭照顧者成長團體。

第五節 照顧者社會支持與家庭照顧品質的相關性

社會支持需要程度越高，家庭照顧品質的表現越不好；社會支持的足夠程度越好，家庭照顧品質越佳。與余佩郁（1997）的研究結果相似，且在林秀純等（1999）研究發現「有親友的協助」家庭受負面影響程度較小，但與整體之家庭照顧品質較無顯著相關，因使用的家庭照顧品質

量表不同，而有不同的結果。

照顧的工作，不僅是失能老人生理上及技術上的需求滿足，更重要的是與老人之間的互動過程，在訪視的過程中，有老人表示『每天的生活都好無聊，這種日子好像是在等死，照顧我雖然很辛苦，但是她都沒時間陪我，偶而我兒子會帶我出去外面看看，這樣，心就會比較開』，在照顧的過程當中，家人的參與會帶給老人心理的滿足感，專業醫護人員在照顧老人時，需敏銳的察覺老人和家屬的需要，並適時給予支持。

第六節 照顧者照護評價與家庭照顧品質的相關性

研究發現整體照護評價越好，家庭照顧品質亦越好，在家庭照顧品質相關研究中，研究者大都針對負面之照護評價作探討，其中林秀純與徐亞瑛（1998）的研究發現照顧者從照顧活動中，得到的個人成長、物質和精神上的安慰與報酬越多，照顧負荷就越低，（林美娜與邱啟潤，1995；Phillips et al., 1990 b；Phillips et al., 1995)的研究結果亦顯示，照顧負荷越大，其家庭照顧品質越差。

研究結果可知，照顧者的自我評價可影響居家失能老人之家庭照顧品質，有照顧者亦表示『雖然照顧父母很辛苦，壓力也很大，但做人兒女的，要盡量作，盡點孝道，如果做不好，心理會有很大的罪惡感，且這樣的過程，可給孩子當榜樣，家庭關係也越來越和諧』，照顧工作雖然讓家庭生活因此而失序，但也讓家人重新審視照顧的觀念及附加的價值，如此的過程也間接影響到照顧的付出，而呈現不同的照顧品質。

第七節 照顧者照護評價之預測因素

迴歸分析結果顯示社會支持的需要程度越少、目前與老人的感情關係越好、社會支持的足夠程度越高、老人的罹病總數越多與照顧者自覺

個人健康狀況越好，整體照顧者照護評價也越正向，其中以「社會支持的需要程度」及「目前與老人的感情關係」影響最大。此結果與相關研究結果有共同的地方（李淑霞、吳淑瓊 1998；高淑芳等，1999；劉雪娥，1992；劉春年等，1998；馬吉男，2001；湯麗玉等，1992；Kramer, 1997）。所以建議居家之醫護人員，需加強評估及了解照顧者社會支持的需要程度，並提供相關照顧資源，且在家訪的過程當中，多留意照顧者與老人之間的感情關係，提早加以預防負面的照顧感受。

家訪過程當中，有照顧者表示『照顧老人真的很累，聽人家說有什麼喘息服務的，說真的，很想申請，但又怕被親朋好友說我不孝，心理會感到內疚，所以遲遲未申請，真怕哪天自己快撐不下去了?』，在照顧的過程中，常會遇到照顧者有申請照顧服務的需求，卻又受到傳統價值觀念的束縛，這時，外界適當的資源協助對照顧者來講，是非常需要的，不要等到有一天照顧者身心崩潰，再也無法繼續照顧工作，反而對家庭又形成更大的負擔。

第八節 家庭照顧品質之預測因素

研究結果顯示照顧者照護評價越正向、目前與老人的感情關係越好、社會支持的足夠程度越高，整體家庭照顧品質越佳。其中以「照顧者照護評價」及「目前與老人的感情關係」對「整體家庭照顧品質」影響最為重要。此結果與相關研究（林美娜、邱啟潤，1995；林秀純等，1999；余佩郁，1998；韓佩軒、黃璉華，2002；Phillips et al., 1990 b；Phillips et al., 1995）有共同的地方，所以，照顧者照護評價的過程是居家醫護人員介入的重點，照顧過程中了解照顧者對照顧意義的詮釋，且在照顧付出的表現，給予正面的肯定及鼓勵，讓照顧者有「被尊重」正向照顧感受，如此將能促進與被照顧者間的互動，與老人的感情關係越

密切，而更提升家庭的照顧品質。

照顧者照護評價為影響家庭照顧品質之重要因素，縱然在照顧的過程，會遇到很多困難和挫折，可鼓勵照顧者加入照顧者成長團體，多想想老人家的優點，試著說明從照顧工作中所獲得的好處，重新定義照顧的意義，建立良好的照顧新關係，讓彼此的照顧過程更流暢。

針對本研究樣本的討論總結，失能老人的背景因素僅有「老人罹病總數」對於家庭照顧具有預測力，可能因為本研究之老人在日常生活功能及認知功能的分佈上屬於嚴重障礙者較多、且罹病時間較長，因此照顧者在照顧工作的差異感受上較無法明顯區辨出，在整體家庭照顧品質仍以照顧者的因素影響較大，照顧者對照顧工作的意義以及照顧觀念影響其在家庭照顧的結果，本研究也驗證了社會支持在照顧工作的重要性，這也是照顧者持續照顧的原動力。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究以立意取樣，針對高雄市地區之居家失能老人及其照顧者，以問卷調查法於民國 94 年 2 月 1 日至 4 月 6 日進行社區訪視，共計取得 112 份有效問卷，以探討照顧者照顧評價與居家失能老人家庭照顧品質的影響因素及其相關性，茲將研究結果分析得到以下結論：

1. 照顧者社會支持的「需要程度」為中等，且資訊性支持是照顧者感覺最需要的。照顧者社會支持的「足夠程度」為中等，情感性支持是照顧者自覺較不足夠的。照顧者社會支持的「需要程度」越高，照護評價越負向；照顧者社會支持的「足夠程度」越好，照護評價越正向。照顧者社會支持的「需要程度」越高，家庭照顧品質越差；照顧者社會支持的「足夠程度」越好，家庭照顧品質也越佳。
2. 照顧者整體照護評價為中等程度，照顧者感受較正向的是「照顧的熟練能力」，但是「主觀的照顧負荷」仍是照顧者負面感受較高的。人口學特質方面，包括失能老人的性別、罹病總數以及照顧者的家庭每月總收入、自覺家庭經濟狀況、與老人病前及目前的感情關係、自覺個人健康狀況、每日照顧老人時數與整體照護評價之間有顯著差異。照顧者社會支持的需要程度、目前與老人的感情關係、社會支持的足夠程度、老人的罹病總數與照顧者自覺個人健康狀況等五個變項，是預測照顧者照護評價之重要變項，可解釋照顧者照護評價的總變異量為 60.4%。其中又以社會支持的需要程度對「整體照顧者照護評價」有較大的預測力，可解釋全部變異量的 28.7%。

3. 居家失能老人整體家庭照顧品質屬中上程度，失能老人在「心理層次」的需求滿足情形，較顯不足。在人口學特質方面，包括照顧者的教育程度、就業狀況、家庭每月總收入、與老人關係、自覺家庭經濟狀況、與老人病前及目前的感情關係、自覺個人健康狀況與整體家庭照顧品質之間有顯著差異。照顧者照護評價越正向，整體家庭照顧品質也越佳。照顧者照護評價、目前與老人的感情關係、社會支持的足夠程度等三個變項，是預測整體家庭照顧品質之重要變項，可解釋家庭照顧品質的總變異量為 56.1%。其中又以照顧者照護評價對「整體家庭照顧品質」有較大的預測力，可解釋全部變異量的 41.6%。
4. 研究顯示照顧者照護評價是居家失能老人家庭照顧品質之重要預測因子，這部分值得居家護理人員之重視及介入。

第二節 護理上之建議與應用

依據本研究結果與討論內容，提出護理實務方面與未來研究方向之建議。

(一) 對護理實務工作之建議

1. 加強照顧者正式及非正式照顧資源的建立

本研究結果發現，社會支持影響居家失能老人的家庭照顧品質及其照顧者照護評價，在家庭訪視過程中，有照顧者因照顧工作而導致家庭關係變差，甚至因此而未再聯絡的，因此，居家醫護專業人員可藉由照顧者需求及家庭照顧資源的評估，使照顧者或家屬清楚照顧工作的需求及負荷，並適時提供照顧者所需的諮詢服務，透過正式及非正式的支持來源，尤其在資訊性支持的需要，例如：提供照護經驗的訊息，以及情感性支持的足夠層面，

傾聽照顧者情緒的表達，給予照顧工作上的關心、讚許及肯定等，減少照顧工作所引發的衝擊，增加照顧滿足感及照顧熟練能力，更能勝任照顧工作。

2. 加強照顧者溝通的管道

本研究結果發現，照顧負荷仍是本研究感受較高的，多數的照顧者，社交圈子都很小，大部分時間都花在照顧工作，與外界的接觸就越來越少，這時居家醫護專業人員可鼓勵照顧者在照顧工作中，要評估自己的體能及健康情形，適時給自己放個假，約親朋好友吃飯、聊天，維持社交的互動，適當宣洩自己的情緒，能使你能更有耐心的面對照顧困難，避免產生心理疾病。必要時，可向長期照顧管理中心申請喘息服務，在家訪的過程中，也有照顧者不知「喘息服務」的訊息，建議居家醫護人員在照顧資源的評估能依照照顧者的需要情形，給予適當的訊息。

3. 加強照顧者與失能老人的互動情形

多數照顧者均能滿足失能老人基本生理需要，但失能老人「心理層次」的滿足情形是較不足夠的，目前台灣之家庭照顧，付費的外籍看護非常盛行，但因為語言的隔閡，使得外籍看護易忽略了老人的感受與情緒的反應，老人之生理與心理的需求應受到重視和處理，專業護理人員應做出最正確的老人需求滿足的評估，使老人免於受忽視且得到最完整的照顧。

4. 鼓勵照顧者加入家庭照顧者支持團體

本研究結果發現，照顧者照護評價影響對整體家庭照顧品質最多，照顧工作的感受，如非經歷過，很難了解其中的心酸歷程，居家醫護人員可鼓勵照顧者加入「家庭照顧者關懷協會」，藉由支持團體的相聚，彼此說出心理的感受，團體裏的成員都是最

能了解你的最佳對象，協會固定會辦理一些社交活動，並定期安排專家演講，從中獲得寶貴經驗及建議，去試圖發現照顧工作的意義及價值，減輕照顧工作的負面評價，能以正面的態度來看待照顧工作，如此將有助於照顧工作的調適。

(二) 對政策層面之建議

1. 鼓勵政府辦理照顧者照顧工作之訓練

資訊性支持是照顧者感覺最需要的，政府可鼓勵各居家機構辦理「照顧者照顧工作」訓練營，除了補貼各居家機構的費用外，另針對來參加之照顧者予以實質金錢之補助與鼓勵。並製作照顧工作使用手冊，內容包括：長期照顧的內容、照顧工作的需知及技巧、社政資源的介紹與申請流程及諮詢服務專線，以便照顧者查詢與應用。

2. 政府需加強外籍看護員之管理政策

本研究結果發現，雇用外籍看護員的家庭佔 34.7%，幾乎佔了三分之一，在家訪的過程中，有家屬抱怨『外籍看護員的品質參差不齊』，導致家庭的照顧困擾，政府應在引進外籍看護員時，先行「照顧工作之教育與訓練」及「語言溝通技巧之教導」等等之管理課程後，再進入家庭進行照顧工作。

(三) 護理教育方面

本研究之結果可協助居家護理人員更了解家庭照顧可能面臨的問題，提供護理人員在職教育的參考，教導主動提供居家失能老人其照顧者相關的協助、關懷及鼓勵，以降低照顧者負向之照顧評價，並進而提昇家庭照顧品質。

在未來學校護理教育中或機構在職教育，將照顧者照顧評價、家庭照顧品質的概念及相關的影響因素加入教育課程中，讓學生或在職人員能認識其相關知識，注意居家失能老人及照顧者的照顧情形，以便未來在實際照顧居家失能老人時，能夠適切的提供失能老人及照顧者所需要的協助，以提高護理照護品質。

(四) 護理研究方面

國內有關居家失能老人之照顧者照顧評價與家庭照顧品質的相關研究較少，多數研究探討照顧負向經驗的研究，在照顧正向經驗的研究較少，建議未來的研究在探討家庭照顧之相關議題時，能將照顧之正負向經驗一起探討，並針對不同疾病種類之照顧者照顧評價與家庭照顧品質做更深入之探討。未來可針對研究結果，可設計照顧者健康促進之介入措施，提升照顧者居家照顧的自我效能，而更能持續家庭照顧的原動力。

在家訪的過程當中，有些照顧者的評價是比較負向的，但在家庭照顧品質方面卻是表現良好，究其原因為「照顧的信念」影響著照顧者照顧工作的付出，傳統的照顧觀念使照顧工作能持續的進行下去，在未來的研究中，可針對此變項加以探討。

第三節 研究限制

本研究之結果，可以對照顧者照顧評價及居家失能老人家庭照顧品質之相關因素有進一步之瞭解，但礙於時間以及人力所限，因此，研究仍有其限制，提出討論如下：

(一) 研究對象方面

由於某些醫院政策的關係，無法配合研究之進行，故本研究以立意取樣，非隨機抽取研究對象，只在高雄市四家居家護理機構抽取研究對象，所得之研究結果會影響推論至所有的居家失能老人及其照顧者的母群體。

本研究之失能老人，其日常生活活動功能及認知功能嚴重依賴、障礙者佔多數且罹病時間較久，研究結果可能因樣本的特質而無法推論至其他日常生活活動功能及認知功能較好的族群，建議日後之研究，可進一步作不同族群的比較性研究設計。

評量老人家庭照顧品質時，是由研究者觀察評估或照顧者口述而得到資料，大部分老人無法表達其內心之需要及感受，所得之資料較無法全面代表老人對照顧品質的感受。

(二) 研究量表方面

國內針對照顧者正向經驗之量性研究較少探討，評估「照顧者之照顧評價量表」乃翻譯國外量表而來，雖經信、效度之分析，仍有其不完善之處，往後研究可針對質性訪談之結果，設計符合本國情的問卷，並加以驗證。

另外，「家庭照顧品質量表」之題項較多，且有些題目之意義相似，評估過程較耗時，建議未來在使用時，可縮減部分題項，並比較其結果之差異，以作為未來居家護理人員使用時更便利。

(三) 研究方法方面

資料蒐集是採居家訪視法，訪視過程較耗時，但礙於時間之考量，有些真實感受較無法做更深層的探討，建議未來之研究設計，

可加入質性研究設計或深度訪談, 使收集之資料能更完整呈現出來。

總結

照顧評價對失能老人家庭照顧品質是一個重要的影響因素，在評估老人照顧的需求滿足情形時，必須先對照顧者的照顧感受有所了解，才能更正確的評估出照顧者需求及問題，並進而促進老人的家庭照顧品質，期望本研究結果可作為了解照顧者在執行照顧活動時，可能有的照顧感受，在護理實務上能適時提供照顧者適切的幫助與關懷，進而達到家庭照顧品質的提升。

參考文獻

一、中文部分

內政部戶政司(2003)。近年我國老年人口統計資料。內政部統計處。

內政部統計處(1997)。中華民國八十五年老人狀況調查報告。台北：內政部統計處。

王亞妮(1998)。居家護理主要照顧者之負荷。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。

王舒芸(1996)。現代奶爸難為乎？雙工作家庭中父職角色之初探。台北：國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。

史曉寧，黃愛娟（1996）。家庭重病老年病患之主要照顧者壓力源和其家庭功能因素之探討。榮總護理，13(2)，138-146。

行政院統計處(2000)。中華民國八十九年老人狀況調查報告。台北：行政院統計處。

余佩郁(1998)。居家痴呆症老人家庭照護品質與相關影響因素之探討。國立臺灣大學社區護理研究所碩士論文

吳明隆(1993)。SPSS 統計應用學習實務。台北：知城數位。

吳淑如、邱啟潤(1997)。居家照護病患照護問題相關因素之探討。護理研究，5(3)，279-289。

吳淑瓊(1995)。老人長期照護研究。呂寶靜主編，老人福利政策之研究，103-132。台北：內政部社會司。

吳淑瓊、王正、林萬億、吳玉琴、王榮璋(1999)。建構台灣長期照護體系十年計畫。行政院社會福利推動小組委員會。

吳淑瓊、林惠生(1999)。台灣功能障礙老人家庭照顧者的全國概況剖析。中華衛誌，18(1)，44-53。

- 吳淑瓊、莊坤洋(2001)。在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向。**台灣衛誌**，20(3)，192-201。
- 吳聖良、胡杏佳、姚克明(1991)。台灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情形及其需求之調查研究。**公共衛生**，18(3)，237-247。
- 吳聖良、林豐雄、張瑛昭、姚克明（1992）。台灣省社區殘障老人主要照顧者之壓力與需求之調查研究。**公共衛生**，19（2），166-177。
- 吳瓊滿(1999)。居家照顧者負荷。**美和專校學報**，17，1-14。
- 何瓊芳(2000)。探討失能老人家庭照顧者的照顧正向經驗。長庚大學護理學研究所碩士論文。
- 呂寶靜(2001)。老人和社會照顧，老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。
- 宋麗玉(1999)。精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素。**中華心理衛生學刊**，12(1)，1-30。
- 李世代(2002)。服務需求的推估。陳惠姿、李孟芬、蔡閭閭、毛慧芬、李世代編著，**長期照顧實務**(第 5 章，頁 5.1-5.21)。台北：永大。
- 李淑霞、吳淑瓊(1998)。家庭照顧者負荷與憂鬱之影響因素。**護理研究**，6(1)，57-68
- 李慧玲(1992)。高雄失能老人自費使用居家服務品質之探討。東海大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 沈志仁、張素凰(1993)。精神病患家屬壓力源、應對策略與健康狀況：時間序列的探討。**中華心理衛生學刊**，6(1)，89-113。
- 林秀純、徐亞瑛(1998)。失能老人家庭照顧者之照顧回饋與負荷及相關因素探討。**長庚護理**，9(2)：1-11。
- 林秀純、徐亞瑛、姚開屏、吳淑瓊(1999)。台灣北部地區失能老人家庭照顧品質及相關因素之探討。**護理研究**，7(1)，15-27。

- 林美娜、邱啟潤(1995)。居家中風老人之家庭照顧品質。護理研究, 3(2), 138-148。
- 林惠琦(1997)。社區精神分裂病患主要照顧者負荷、社會支持與心理健康。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 林曉凌、呂碧鴻(2000)。如何進行家庭功能評估。當代醫學, 27(7), 536-540。
- 林麗嬋、歐美、吳肖琪(1997)。長期照顧中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒。護理研究, 5(1), 77-87。
- 林寶玉(2003)。先天性心臟病及健康兒童母親的親職壓力與生活品質之比較研究。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。
- 邱啟潤(2003)。家庭照顧者的健康狀況及健康管理。照顧者, (8), 1-9。
- 邱啟潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英(1988)。居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討。護理雜誌, 35(1), 69-83。
- 邱麗蓉(1998)。失智症老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之探討。長庚大學護理學研究所碩士論文。
- 胡幼慧(1994)。社區性長期照護之支持體系研究。台北：行政院衛生署。
- 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍(1995)。家人照護失能老人的困境：一項質化與量化的研究。公共衛生, 22(2), 99-113。
- 徐亞瑛、張媚(1992)。都市及鄉村社區居家殘病老人家庭照顧者之照顧工作及照顧工作感受之探討。護理雜誌, 39(4), 57-63。
- 徐亞瑛、張媚、楊玉玫、黃九美(1992)。都市型及鄉村型社區中居家殘病老人照顧者之負荷及相關因素。護理雜誌, 39(3), 99-106。
- 徐亞瑛、蔡文哲(1996)。照顧者、殘病老人居家護士對家庭照顧品質看法之探討。長庚護理, 7(1), 56-65。

徐慧娟(2001)。失能老人家庭照顧者之照顧信念：照顧信念的測量及其對照顧付出的影響。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所博士論文。

翁淑娟(1997)。居家中風依賴病患主要照顧者之負荷、社會支持及因應型態。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。

馬吉男(2001)。居家脊髓損傷病患主要照顧者負荷及需求之探討。台北醫學院醫學研究所碩士論文。

高淑芳、盧 喃、葉淑惠、劉雪娥(1999)。探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係。護理研究，7(2)，172-181。

高寶蓮(1998)。裘馨型肌肉失養症患儿父母親的社會支持、照顧負荷與生活品質之相關探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。

陳宇嘉、鍾文君(1998)。老人福利提供與需求評估。台中：東海大學社工系。

曾竹寧(2001)。失能老人社區照顧服務網絡建構之研究。台中：東海大學社會工作學系研究所博士論文。

湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝(1992)。痴呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。護理雜誌，39(3)，89-97。

黃秋錦(2003)。不同照護模式呼吸器依賴病患主要照顧者照護評價與生活品質之比較及相關因素探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。

楊珮琪(1990)。老年痴呆病患家屬之壓力與需求探討。台中：東海大學社會工作研究所碩士論文。

葉宏明、林秀碧、吳重慶、黃秀雲、顏裕庭(2000)。台灣居家照護的軌跡初探。秀傳醫學雜誌，2(3)，111-115。

- 賈淑麗(2002)。長期照護品質管制。陳惠姿、李孟芬、蔡閻閻、毛慧芬、李世代編著，長期照顧實務(第 10 章，頁 10.1-10.7)。台北：永大。
- 劉春年、李孟智、胡月娟(1998)。住院中風病人主要照顧者負荷及其相關因素之探討。公共衛生，25(3)，197-207。
- 劉雪娥(1992)。影響照顧親人評價之因素的探討。護理雜誌，39(4)，65-75。
- 歐美(1993)。居家中風病患女性配偶的壓力評估、因應方式與心理健康間相關性及影響因素之探討。國防醫學院護理學研究所碩士論文。
- 蔡淑美(2003)。智障兒母親之照顧者緊張、社會支持與憂鬱的相關性。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 鄭雪英(1997)。台北市植物人居家主要照顧者的社會支持、壓力與健康狀況之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 蕭淑貞(1993)。精神分裂病患家庭及一般家庭其家庭功能及教養態度之差異。中華衛誌，12(1)，57-69。
- 蕭金菊（1994）。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探究。東海社會工作研究所碩士論文。
- 賴鵬聖(2003)。家庭照顧者就業狀況與其照顧負荷之關係。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 戴玉慈、羅美芳(1996)。身體功能評估的概念與量表。護理雜誌，43(2)，63-68。
- 謝美娥(1997)。從失能老人社區照顧的需求—初探服務網路之建立。國立政治大學社會學報，27，47-88。
- 韓佩軒、黃璉華(2002)。台灣中部地區居家失能老人家庭照顧品質之探討。榮總護理，19(2)，205-212。

簡雅芬、吳淑瓊(1999)。影響子女照顧失能父母意願之因子。中華衛誌，
18(3)，189-198。

二、英文部分

- Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.
- Barrera M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Carmen, WH., & Chang, AM., (1999). Managing caregiver tasks among family caregivers of cancer patients in Hong Kong. *Journal of advanced nursing*, 29(2), 484-489.
- Chou, K. R. (1998). Caregiver burden: Structural equation modeling. *Nursing Research*, 6(5), 358-370.
- Clipp, EC., & George, LK. Dementia and cancer: a comparison of spouse caregivers. *Gerontologist*, 1993 Aug, 33(4), 534-541.
- Cromwell, S.L., Russell, C.K., Lim, Y.M., Luna I., Ardon, E.T., Phillips, L.R., (1996). Uncovering the cultural context for quality of family caregiving for elders. *Western Journal of Nursing Research*, 18(3), 284-298.
- Cronenwett L.R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research* 34(2), 93-99.
- Cronenwett L.R. (1985b). Parental network structure and perceived support after birth of first child. *Nursing Research* 34(6), 347-352.
- Dormire, S.L., Strauss, S.S., & Clarke, B.A. (1989). Social support and adaptation to the parent role in first-time adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 18(4), 327-336.
- Duffy M.E. (1989). The primary support received by recently divorced mothers. *Western Journal of Nursing Research*, 11(6), 676-693.

- Dwyer, J.W., & Miller, M.K. (1990). Differences in caregiving network by area of residence: Implications for primary caregiver stress and burden. *Family Relations*, 39, 27-37.
- Ergh, T.C., Rapport, L.J., Coleman, R.D., & Hanks, R.A. (2002). Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: social support moderates caregiver distress. *J Head Trauma Rehabil*, 17(2), 155-174.
- Foxall, M.J., Barron, C.R., Von Dollen, K., Shull, K.A. & Jones, P.A. (1994). Low-vision elders: Living arrangements, loneliness, and social support. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(8), 6-14.
- Gaynor, S.E. (1990). The long haul: The effects of home care on caregivers. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22, 208-212.
- Gerste, N., & Gallagher, S.K. (1993). Kinkeeping and distress: Gender, recipients of care and work-family conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 55(3), 598-609.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Given, C.W. (1990). Responses of elderly spouse caregivers. *Research in Nursing and Health*, 13, 77-85.
- Heru, A., & Ryan, C. (2002). Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/Recurrent Mood Disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7, 53-60.
- Hilkka, L., & Marita, P. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 176-185.
- Hoffmann, R. L., & Mitchell, A. M. (1998). Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum*, 33(4), 5-11.
- Hung, L. C., Liu, C. C., Kuo, H. W. (2002). Unmet nursing care needs of

- home -based disabled patients. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1) , 96-104.
- Hunt, C. k. (2003). Concepts in Caregiver Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), P27-P32.
- Jivanjee, P. (1994). Enhancing the well-being of family caregivers to patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 31-48.
- Kinsella, G., Cooper, B., Picton, C., & Murtagh, D. (1998). A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 14(2), 37-45.
- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37(2), 239-249.
- Krause, N.(1986) Social support, stress, and well-being. *Journal of Gerontology* 41(4), 512-519.
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological wellbeing. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P181-P189.
- Lawton, M., Rajagopal, D., Brody, E., & Kleban, M. (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among Black and White families. *Journals of Gerontology*, 47, S156-S164.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44(3), 61-71.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2002). *Chronic Illness : Impact and Interventions* (chap.24, 558-560). Boston: Jones and Bartlett Publishers, Inc.

- MaloneBeach, EE., & Zarit, SH. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. *Int Psychogeriatr*, 7(1), 25-38.
- Miller, B., Townsend, A., Carpenter E., Montgomery RV., Stull D, Young RF. (2001). *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56(4), S249-256.
- Miller, P., McMahon, M.A., & Garrett, M.J. (1989). A content analysis of life adjustments post infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 11(5), 559-567.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26
- Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., & Lipsitz, L.A. (1994). MDS Cognitive performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49(4), M174-M182.
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Dello Stritto, M.E., Swendeman, D., & Witkin, A., (2002). Mothers livng with HIV/AIDS: mental, physical, and family functioning. *AIDS CARE*, 14(5), 633-644.
- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Dunning, J. Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. Heart & Lung. *The Journal of Acute & Critical Care*, 29(3), 196-209.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & Van den Bos, G. (1999a). Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the caregiver reaction assessment (CRA). *Social Science and Medicine*, 48, 1259-1269.
- Nolan, M., Grant, G., & Ellis, N. (1990). Stress is in the eye of the beholder: Reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 544-555.
- Novak, M., & Guest, C.I. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29(6), 798-803.

- Oberst, M., Gass, K., & Ward, S. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pearson, J., Verma, S., & Nellett, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist*, 28(1), 79-83.
- Phillips, L. R., Morrison, E. R, & Chae, Y. M. (1990b). The QUALCARE scale: Testing of a measurement instrument for clinical practice. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 77-91.
- Phillips, L.R., & Rempusheski, V.F. (1986). Caring for the frail elderly at home: Toward a theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caregiving. *Advances in Nursing Sciences*, 8(4), 62-84.
- Phillips, L.R., & Rempusheski, V.F., & Morrison, E. (1989). Developing and testing the Beliefs about caregiving Scale. *Research in Nursing & Health*, 12, 207-220.
- Phillips, L.R., Morrison, E, R, & Chae, Y. M. (1990a). The QUALCARE scale: Developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 61-75.
- Phillips, L.R., Morrison, E.F., Steffl, B., Chae, Y.M., Cromwell, S.L., & Russell, C.K. (1995). Effects of the situational context and interactional process on quality of family caregiving. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 205-216.
- Reinardy, J. R., Kane, R. A., Huck, S., Call, K. T., & Shen, C. (1999). Beyond burden: Two ways of looking at caregiving burden. *Research on Aging*, 21(1), 106-127.

- Riedel, S. E., Fredman, L., & Langenberg, P. (1998). Associations among caregiving difficulties, burden and rewards in caregivers to older post-rehabilitation patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53(3), 165-174
- Schoenfelder, D., Swanson, E., Specht, J., Johnson, M. & Maas, M. (2000). Outcome indicators for direct and indirect caregiving. *Clinical Nursing Research*, 9(1), 47-69.
- Schumacher, K.L., Stewart, B. J., & Archbold, P.G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 63-69.
- Sheehan, N. W. & Donorfio, L. M. (1999). Efforts to create meaning in the relationship between aging mothers and their caregiving daughters: A qualitative study of caregiving. *Journal of Aging Studies*, 13(2), 161-176.
- Stewart, M.J. (1989). Social support instruments created by nurse investigators. *Nursing Research*, 38, 268-275.
- Stoller, E. P., & Earl, L. (1983). Help with Activities of Everyday Life: Sources of support for the Non-institutionalized Elderly. *Gerontologist*, 23, 64-70.
- Thompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J.M., & Lovett, S.B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S245-S254.
- Waltz, C.F, Strickland, O.L., & Lenz, E.R. (1991). *Measurement in nursing research* (2nd ed., p.173). Philadelphia : F.A.Davis.
- Yamamoto-Mitani, N., Ishigaki, K., Kawahara-Maekawa, N., Kuniyoshi, M., Hayashi, K., Hasegawa, K., & Sugishita, C. (2003). Factors of positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Reach in Nursing & Health*, 26(5), 337-350.

Yamamoto-Mitani, N., Ishigaki, K., Kawahara-Maekawa, N., Kuniyoshi, M., Hayashi, K., Hasegawa, K., & Sugishita, C. (2003). Factors of positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Reach in Nursing & Health*, 26(5), 337-350.