

國立台灣師範大學社會教育學系
社會教育與文化行政碩士學位班專班碩士論文

指導教授：張德永博士

家庭照顧者壓力、因應方式及其學習需求之探討
—以六位失能老人主要照顧者為例

A Study on Family Caregivers' Stress, Coping and Their
Learning Needs –Showcasing Six Family Caregivers
for Disabled Elderly as an Example

研究生：胡梅撰

中華民國 105 年 8 月 15 日

致謝

這些年，我體認到生命和學習是不止不息的！人生，就是一個不斷學習的歷程。在別人眼裡看來，年近高齡的我還來唸研究所應該是不容易的，但我唸完了。兩年的學分修滿，自覺還算輕鬆且有些成就感。但第三年開始論文寫作卻讓我傻眼，從題目的擬定，研究方法，構想、資料分析等困難超乎我的想像。

好不容易完成前三章計畫發表一週後，一直由我親自照顧的母親病情轉急直下至離開人世！留給我滿滿的難過與思念！雖然如此，仍要含著悲傷情緒繼續論文的寫作。而此刻對我是極大的艱辛和挑戰。每一步都是瓶頸與難關。沮喪、挫折連連，幾乎快走不下去，歷經多次頭腦枯乾的痛苦！儘管如此，今天我的論文得以完成且通過，對指導我的老師及所有我的研究參與者深表由衷的感謝！

首先要感謝我的指導教授張德永老師，這一年來無數次的精闢指導，訓練我的邏輯思考能力。每次和老師 meeting 完，當下都覺得思緒很是混亂的，但是回去再修改論文時，想法就會逐漸清晰。而論文經過不斷的修改，邏輯思考的能力也越來越好，從完全不知如何下筆寫學術論文，到現在可以完成，連自己都不敢想的事發生了！在此要感謝老師耐心的指導及督促。

感謝口試委員曾煥鵬老師百忙中擔任我的口試委員。老師精確指點，在論文指導上給予建議及指正，並總是有激勵和肯定的話語，給我不小的鼓勵。打消了我想逃的念頭。

也要感謝口試委員黃芳銘老師，點出我的缺點並提供建議，且總是幽默耐心敘說故事般的舉例反覆說明直到我明白。我也佩服教授在學術上的專精與成就。

感謝一起打拼的同學，尤其是同一小組的秀玲、秀巒、家琳、玉蓮，還有明慧、玉琅、淑麗等彼此加油打氣，一年來累積了很多默契培養了革命情感。每次與老師 meeting 或計畫發表或口試，同學的互相支援，感覺有這班同學好溫暖。尤其是家琳每次開心又熱心的為大家錄音拍照做紀錄，實在感恩。這一年論文寫作的革命情感似乎更勝過兩年的同窗情誼。

還要謝謝教會姊妹淑慧的代禱、支持和鼓勵，除去我的擔憂害怕。感謝我的研究參與者！你們的高度配合和提供所有我需要的資料，穩定了研究架構豐富了我的論文內容，真的由衷感謝！您們是我完成此論文的最大功臣！

感謝我的家人對我因寫論文，經常在家人聚會中缺席的忍耐與包容。父母總是看見我伏在電腦前工作，不時心疼地叮嚀我要休息。

最後要以此篇論文獻給我在天堂的母親！您溫暖的愛永遠在我心中有如安定的磐石，我永遠愛您！

胡梅 謹誌於國立台灣師範大學 民國 105 年 8 月

摘要

本研究動機是要喚起國人對急速增加的失能老人照顧者，對於他們所承受的壓力與其需求賦予重視、關懷和協助。照顧者的壓力源包含生理、心理、經濟、社會等方面。

照顧者的需求包含醫療照顧技巧和資訊蒐集之學習及照顧者本身的自我成長之學習以因應其照顧工作之壓力。

本研究採用質性研究之深度訪談法。以立意取樣方式收集六位個案，其中有四位女性兩位男性照顧者，進行深度訪談，以了解家庭照顧者的心路歷程。以其所受到的身心、經濟及社會等壓力與其因應方式及所產生的學習需求等為本研究之目的。

本研究結果-從照顧者的經歷中發現：

- 一、家庭照顧者之壓力源：訪談結果發現失能老人主要照顧者都會面對困境與壓力。其壓力來自生理、心理、經濟及社會等壓力，社會資源資訊不足等也都是壓力源。
- 二、照顧者壓力的因應方式：多數家庭照顧者面對壓力一段時間後都會型塑出自己的一套舒壓方式。有的嘗試透過宗教信仰轉念、釋懷或藉由手足、配偶、子女的愛與支持來平緩情緒和降低壓力。從研究中顯示也有的照顧者會找機去走路、游泳、騎車、聽音樂或睡覺或去大吃一頓來紓壓。
- 三、研究發現照顧者有學習的需求：
 1. 醫療常識和照顧技巧的學習
 2. 自我成長的學習；正面態度、心靈的成長等內在學習。
 3. 照顧者對社會及政府資源之學習與使用。

本研究建議：

- 一、對政府長照計畫及社會福利政策方面：加強宣導期服務內容、職場提供事親假、給予津貼或減免稅
- 二、社福和醫療單位方面：可提供醫療服務及教導、開發更多的據點、加強宣傳照顧課程
- 三、對照顧者及受照顧者之教育方面：納入正規教育系統國高中及大學各學習機構及成立家庭照顧者學習資源中心。

關鍵字：失能老人、主要照顧者、壓力、壓力因應

Abstract

The purpose of this study is to draw the attention to realize and care the rapid increased caregivers for disabled elderly at home who bare the caring burden and stress and their needs as well. Value them, care about them and help them. Caregivers' stresses included physically, mentally economically, socially stress. And their needs included improving caring skill, knowing social benefits information and self-development so to cope with the stresses. Plus people are not familiar with the resources of government long-term care plane and social welfare.

The study is using qualitative research purposive sampling method and depth interviews with six caregivers, to understand the impact in family caregivers' life, the way the way they cope with their stress and their learning needs through caring the disabled elderly.

The results of this study indicated that family caregivers' experiences include:

1. All the caregivers have to face some difficulties and stresses from physical, mental, economical and social problems.
2. Most of caregivers will have their own way of coping their stress after a period of caring time. Some try to change the way of negative thinking to positive thinking. Some reduce their stress through their family love support system. The study also reveals that some caregivers will take a walk, so swimming, ride the bike or go to sleep or even go eat to release their stress.
3. Caregivers will have learning needs:
 - a. Caring skills and the related medical knowledge
 - b. Self-development; spiritual enrichment and positive thinking.
 - c. Learn to utilize the resources from the government long term care plane.

This study suggests that:

1. The government's long-term care plan and social welfare policies: Strengthen advocacy about the caring policies itself, working places offer elderly care during the working days. Giving allowances or lower taxes for caregivers.
2. Social welfare and health administrations: develop more branch offices to serve people. Make people that they offer medical care training class at different places.
3. Education for caregivers and elderly: Offer classes for how to be a good caregiver or how to be a cooperative elderly in high schools and colleges and adult school or the senior centers. Establish more learning centers for family caregivers.

Keywords: disabled elderly, main caregivers, stress, stress coping

目次

第一章 緒論

第一節 研究背景與重要性	1
第二節 研究動機與目的	3
第三節 研究範圍與限制	4
第四節 名詞釋義	5

第二章 文獻探討

第一節 照顧老人之意涵與特質	7
第二節 主要照顧者之資源運用與運用障礙	14
第三節 主要照顧者的壓力源	15
第四節 主要照顧者的壓力因應	19
第五節 主要照顧者的學習需求	23
第六節 主要照顧者需求之相關研究	30

第三章 研究設計與實施

第一節 研究構想與實施流程	34
第二節 研究方法	35
第三節 研究對象	37
第四節 研究工具	38
第五節 研究倫理	40
第六節 編碼與資料分析	42
第七節 研究信效度檢核	45

第四章 研究結果討論與分析

第一節 受訪者的故事	47
第二節 照顧者的照顧壓力	54
第三節 照顧者的壓力因應策略	63
第四節 照顧者的學習動機與轉化學習方式	68

第五章 結論與建議

第一節 結論	73
第二節 建議	76

參考文獻

中文文獻	80
西文文獻	85

附錄

附錄一 訪談同意	88
附錄二 訪談大綱	89

表次

表 2-1	照顧者之資源運用與資源運用之障礙表	15
表 2-2	各學者自我導向學習理論的定義	24
表 3-1	訪談對象	38
表 3-2	以(F-1-2, A-2-6)為例說明如下表:	44
表 3-3	分析研究者訪談資料如下例:	44
表 4-1	研究對象的基本資料	48



圖次

圖 3-1 研究構想圖·····	34
圖 4-1 訪談流程圖·····	42



第一章 緒論

依據聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, 簡稱為 WHO) 所訂 65 歲以上高齡人口占總人口數的 7% 以上就稱為高齡化社會 (aging society), 若占總人口數的 14% 以上就稱為高齡社會 (aged society) 而 65 歲以上高齡人口占總人口數的 20% 以上就稱為超高齡社會 (Super-aged society)

第一節 研究問題背景與重要性

現今的高齡少子化對人口結構, 社會型態, 經濟, 生活都影響巨大。台灣於 1993 年已正式進入高齡化的社會。當時老人人口總數有 149 萬, 占總人口數 7.09% 已超出聯合國世界衛生組織所訂的 7%。根據行政院經建會 2008 年的推估將於 2017 會增加為 14%, 正式進入高齡社會, 將於 2025 年再增加為 20.1%, 將有 481 萬人邁入所謂超高齡社會。

內政部 2015 年 10 月底止, 我國戶籍登記人口之 65 歲以上老人計約有 295 萬人占總人口數 2350 萬的 12.5% (內政部人口統計處) 其中約有 17% 的老人無法自理日常起居而是需要照顧者協助。如包含未登記者, 失能老人約有 60 萬。而其中有 89.7% 的老人在家中接受照顧 (內政部, 1996)。也就是說需要相當的人數約 50 萬的照顧者來照顧這些失能的老人。而失能老人和照顧者的人數只有持續增加而不會減少。因我國人口老化的快速, 照顧者人口也跟著增加。而家庭照顧者在老人照護中扮演重要的角色是不容忽視的對象。

過去農業社會由於壽命較短, 因多數人都在日常生活自理能力尚未完全喪失前死亡。因為科技醫療不發達, 臥病在床時日不長, 因此沒有養老照護的問題。二次世界大戰後由於醫療科技營養衛生的改善, 使老人平均壽命大幅提升。20 世紀以來, 人類社會最大的成就之一就是死亡率的降低與壽命的延長。這是值得驕傲的事, 但若生育率持續低迷, 難以維持年齡結構的平衡, 造成國家財政失衡, 社會的安定, 家庭及個人生活影響巨大也是事實。

養兒防老是傳統的社會價值觀念。中國人守倫理兒女盡孝道被認為是天經地義的事，據調查大多數老人希望在自己熟悉的環境中接受家人照顧，也就是在地老化。1997 內政部統計，64.3%的老人與子女同住。65 歲以上老人起居活動有困難時，最主要協助者為配偶，兒子，媳婦或同居人(內政部，1996)。但是隨著經濟形態改變成都市化，年輕人離鄉到外地工作，家庭結構以小家庭為多數，多數婦女投入勞動市場，家庭中的照護能力已不如前，對需要照顧的老人及照顧者都形成困境。尤其對照顧者的生活工作經濟上影響衝擊最大。本章將針對主要照顧者的照顧內涵及照顧壓力、需求、負荷、因應方式、心路歷程，逐一做整理及釐清，將有助於發掘更多相關議題，延展更豐富的研究。

我國人口在結構迅速老化的趨勢下，家庭是照顧老人重要的一環。有高達 68.5% 的老人希望與子女同住(內政部，2011)。在一般配偶有能力照顧時多數由配偶照顧，子女為次要照顧者。但配偶的年紀也已是老年時，無體力照顧時，子女媳婦就成為主要照顧者。

以台灣地區來說，六十五歲以上的老年人口中，日常生活起居活動有困難者占約 9%(173000 人)，其中無法自行料理生活的失能老人中有 77.21%待在家由家人照顧(內政部統計處，1997)，所以有近 13 萬 3 千位生活無法自理的老人由家庭來照顧。另依(吳淑瓊等人，1993)之調查報告顯示，約有 10 萬位失能老人由家庭照顧。(胡幼慧等人，1995)的發現：出院後的失能老人中，亦有 78%以上由家人照顧。

世代的變遷，現在多半是雙薪小家庭，生活緊張忙碌，若有父母長輩發生年老失能情況，要分出時間精力及金錢去協助照顧老人，嚴重時影響工作，生活，最後可能必須離職全時照顧，在其生活上和經濟上造成衝擊是不可忽視的。如：

1. 生理壓力：身體不適、睡眠不足、疲倦、飲食不正常。
2. 心理壓力：擔心老人身體狀況、擔心老人情緒不穩定、擔心經濟狀況和家庭。
3. 經濟壓力：照顧老年人必須分擔經濟責任，嚴重時還要辭去工作，導致經濟上的困頓。
4. 社會壓力：經濟負擔困難、家庭生活受影響、缺乏照顧知識和技巧。

第二節 研究動機與目的

本研究動機是基於要喚起國人對大量急速增加的失能老人主要照顧者的人數，他們所承受的照顧壓力與需求予以重視和關懷。

一、研究動機

根據行政院經建會推估，2060 年台灣老年人口將超過 746 萬佔總人口的 39.4% 意味著照顧者人數也將增加到 746 萬人次左右。台灣目前的家庭照顧者已逼近 60 萬人 (王玉霞, 2008)。這一群辛苦默默付出的照顧者人數只會越來越多。這樣大量的照顧者，是一群被人遺忘的人的現象是值得的關注重視的。而我國在人口快速老化，意外頻傳的現時中，每個人也都有可能隨時會成為一個照顧者。家庭主要照顧者一心一意的為生病者或失能的家人奉獻，很少顧及自己的需求，也不願拖累或麻煩他人，以至於可能陷入病、老、貧窮、憂鬱、封閉自己的深淵。有的照顧者因無處可申訴也得不到他人體諒、安慰和鼓勵，有時甚至有輕生的念頭。

研究調查顯示長期照顧者約 87% 有慢性神經衰弱，65% 有憂鬱傾向 (Rabins, Mace & Lucas 1982)，他們照顧時間很長，夜間無也法連續睡眠 4 小時以上，且通常需要照顧數年長久。他們原本生涯規劃被迫停止或改變，醫療、輔具、日用品等開銷龐大，使得財務浩劫，社交休閒逐漸被剝奪，生活品質每況愈下，看不見未來的希望。照顧的漫漫長路不知何時才能終止，這些長期照顧者是被社會大眾忽略的，他們也不敢表達自己需求如同一群隱形病人般。

如何關懷家庭照顧者，使他們在辛苦照顧的路上不感到孤單無助，以及如何因應他們的需求、增加他們的照顧技能，及撫慰他們的心靈是刻不容緩的事。

二、研究目的

本研究目的是從實務及政策層面來研究分析失能老人主要照顧者之壓力源及其內涵、因應方式，及環境改變不能適應時產生的學習需求，以提高家庭照顧者生活品質及改善身心健康狀況增加幸福感。研究重點如下：

(一) 探討家庭照顧者之壓力源及內涵。

- (二) 探討家庭照顧者面對壓力之因應方式。
- (三) 探討家庭照顧者之學習需求。

本研究主要問題如下：

- (一) 家庭照顧者之壓力源及內涵為何？
- (二) 家庭照顧者面對壓力之因應方式為何？
- (三) 家庭照顧者之學習需求為何？

第三節 研究範圍與限制

一、研究範圍：

本研究範圍主要以台灣失能老人家庭照顧者為研究對象，以家庭照顧者之照顧壓力因應方式及學習需求為主要研究重點，針對失能老人家庭照顧者執行照顧工作時所遇到的問題及其因應方式和需求進行相關探討。

- (一)文獻蒐集 本研究所蒐集之參考文獻以國內可取有限之中、英文文獻為主，並未包括其他任何語言之文獻。
- (二)研究場域 以台北地區為研究場域探討在傳統文化之下，對老人的安置和照顧方式及照顧者所面臨的困境進行研究分析。
- (三)樣本蒐集本研究樣本以立意取樣為主，提供給研究者不同深度的資料，並針對失能老年人主要照顧者問答資料內容進行整理分析。

二、研究限制：

- (一)本研究所研究的範圍並未包括使用居家服務的個案。無法擴及至其他次要照顧者或機構式照顧者之問題及經歷。
- (二)本研究所蒐集之參考文獻，由於時間、人力、物力之限制，僅以國內可取得有限之中、英文文獻，無法大量蒐集國內外之相關文獻。
- (三)本研究對失能老年人主要照顧者之因應及需求的初探，其問答資料篩選，至研究資料編碼與分析，是由研究者自行設計與執行，未擬定增加研究信效度之策略。

- (四)本研究之研究對象均在台北市，無法推論至所有主要照顧者問題全貌。
- (五)本研究分析失能老年人主要照顧者的提問資料，研究對象的特質，以女性為多數，故男性主要照顧者之狀況較少。
- (六)本研究以質性研究法進行探討分析，未來若加以量化研究法研究，會有更高可信度。

第四節 名詞解釋

一、失能老人 disabled elder

又稱喪失生活自理能力的老人。一般 65 歲以上的人被稱為老人。本研究中所指的老人是指 65 歲以上的人。我國以 Katz ADL scale 1963 失能測量工具為依據；進食, 穿衣, 大小便控制, 用廁, 洗澡, 床椅移位等 6 項指標，其中有一到兩項“做不到”的定義為“輕度失能”，三到四項“做不到”的定義為“中度失能”，五到六項“做不到”的定義為“重度失能”。本研究所指的失能老人是指輕中度失能老人。

二、主要照顧者 major caregiver

不論年齡大小，只要是提供照顧給因年老、疾病、身心障礙或意外等而失去生活自理能力的家人為照顧者(王玉霞。2008)。協助完成失能者日常生活的活動進行；如準備三餐、協助吃飯、穿脫衣服、洗臉洗澡、上廁所及一般的外出活動、打掃家務、洗衣、採買、服藥、打電話、處理財務等工作。本研究以其中花最多時間，負責任最多，提供照顧協助失能老人的人為主要照顧者。

三、自我導向學習 self-directed learning-

近年來，國內、外對自我導向學習的定義主張相當多，如 Rogers (1983)、Brun (1966)、Kidd (1973) 等都有提出他們的主張和看法。其中 Knowles (1975) 認為自我導向學習是一種過程，也就是個體在有或無他人的協助下，診斷自己的學習需求、決定學習目標、確立學習資源、選擇和執行適當的學習策略，並評估學習的結果。本研究所指的自我導向學習是指主要照顧者在壓力負荷中主動尋找資源，學習照顧技巧等特質符合自我導向學習理論。

四、轉化學習 transformative learning

梅茲落 Jack Mezirow 被成人學習界公認是轉化學習的鼻祖，他於 1975 年針對 83 位離開學校多年之後重返社區大學學習的婦女進行一項研究，之後提出「轉化學習」相關概念。他認為當一個人經歷震撼事件發生，產生不同的思維就是為轉化學習的開始，也是心智模式改變的起點，更是學習的良機，逐漸獲取新的知識學習新的能力檔後開始嘗試新生活的種種面向。

五、長期照顧十年計畫（衛福部，2016）

衛福部十年長期照顧政策的服務對象主要是針對日常生活功能受損而需要由他人提供照顧服務者。其服務內容有以下八種：

- 一、照顧服務、日間照顧、家庭托顧
- 二、喘息服務
- 三、居家護理
- 四、社區及居家復健
- 五、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善
- 六、老人營養餐飲
- 七、交通接送
- 八、機構式服務



第二章 文獻探討

第一節 老人照顧的意涵與特質

根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)的定義，將家庭照顧者分為正式照顧者與非正式照顧者。而我國對老人的照顧依照 WHO 定義，分為正式照顧體系及非正式照顧體系。正式照顧體系是由政府社會服務機構或各民間團體提供的正式照顧服務。非正式照顧體系是由家人親友或鄰居所提供的照顧服務(Munday, 1996a)。

一、老人照顧的意涵

(一)正式照顧體系

強調技術之服務而非情感的支持連結，以經濟上的誘因為主。包括經濟和政治制度、公私立社會福利機構和社會服務性民間團體。(Cantor & Little, 1985)。與受照顧者之間沒有孝道之責任、情感和社會的連結。他們只有在特定時段內提供服務，是有專業並要收費。(Travis, 1995)。

正式體系提供的服務，是滿足老人的實際的需求如收入、住所和食物，也包括次要的需求如教育、休閒，及減輕老年期身體惡化和心理問題的服務(Huttman, 1985)。

多數老人較願意住在自己熟悉的環境內接受照顧，故在地老化(aging in place)也是我國老人照顧政策的目標之一。社區照顧的形成是連結社區資源，協助有需要照顧的老人，讓它們能和平常人一樣，居住和生活在自己熟悉的社區中，又能得到適當的照顧(蘇錦輝, 1995)。據分析；自一九六零年代開始世界主要國家提供長期照護服務之演進，指出社區和居家服務陸續推出以下服務，(吳淑瓊等, 1998)：

1. 提供居家護理服務。
2. 擴大提供居家照護專業性服務，和社區照護方案，如：家務協助、日間照護與短期臨時托顧。
3. 增加現金補助項目：包含對功能性障礙老人的補助，及支持因照顧老人而放棄

工作的家庭照顧者。

4. 改善老人住宅的設備，提升廚房、衛浴水準外，並加裝急救通報設施，及無障礙空間，以方便功能障礙老人居住。

正式照顧體系(又稱機構式服務體系)在我國傳統社會道德體系中是有違「孝道」的思考層面，因此願意使用此種照顧體系的家庭占很少的比率。

(二)非正式照顧體

在過去的中國人傳統農業社會中，是以「家庭」為經濟及社會生活運作之單位，因而家人親屬自然而然擔負家中老人的照護，家屬照顧殘病或因老化而失能的老人是天經地義，根深蒂固的傳統。

非正式照顧體系成員組成的要素是由親屬、朋友鄰居三個部分組成。親屬構成的支持網絡包含配偶、子女、手足和其他親友，其具備以下五項特性：

1. 提供非技術性的支持協助如料理家務、洗澡、餵食、服藥。
2. 較能提供符合個別老人不可預測和偶發事故的需要。
3. 較能迅速提供需要的協助。
4. 顧念與被照顧者互惠的關係，要對老人過去的照顧給予回饋。
5. 家屬提供失能老人情緒支持是非常重要的。

協助老人的項目種類或數量依老人健康情況而有所不同。當老人健康時，子女在需要時才提供協助譬如危機發生時提供即時協助給予建議並經常探訪、通電話和表達親近感，提供情感的支持。此外，子女扮演引導者的角色，提供訊息給父母，並代表父母與那些辦理老人服務方案的機構或團體聯繫。但是當老人狀況變為失能時，非正式照顧體系的協助項目也有所變動和增加，如：洗衣服、準備餐食打掃房間等，也就是工具性日常生活活動的協助，進而也提供個人照顧的需要：如協助其梳洗、服藥、洗澡、如廁等)。上述料理家務和個人照顧協助之項目多屬勞力密集性質(Cantor & Little, 1985)

二、台灣目前老人照顧概況如下：

行政院自 2007 年核定十年長期照顧計畫由衛福部執行實施。對象主要是指日常生活功能受損

而需要由他人提供照顧服務者。主要目的為保障身失能者身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」。

(一)正式照顧體系

1. 老人福利政策

我國政府為關懷老人及維護老人權益，促進社會參與及提升生活品質，於民國 69 年內政部立訂老人福利法。照顧服務內容如；醫護復健服務、家務務、關懷、訪視、餐飲、緊急救援、住家環境改善、復健服務、輔具提供、心理諮商、家屬教育等服務。另有日間照顧其他相關之居家式服務及機構式服務。(自 102 年 7 月 23 日起改由「衛生福利部」管轄)。過去台灣地區照護政策對於老人福利之給予情況，早期多以貧苦或遭受災害之老人為對象(呂寶靜，1998a)。雖經修正老人福利法以全體老人為標的群，但綜觀條例，仍以孤苦無依的老人為主，針對一般老人的服務措施較為缺乏。

2. 老人福利服務辦理情形

目前老人福利服務乃試圖滿足老人的各種需要，但辦理的情形仍以健康維護和經濟安全為主。對象仍限於一般中低收入戶，此現況凸顯一般國民的經濟安全仍缺乏保障。至於其他措施，以實物給付的方式為主，但要考慮的是在老人居住鄰近的地區，有無提供上述服務？又老人需要使用，是否有地理或語言上障礙？服務若需要自付部分費用，老人是否負擔的起？另外，也要考量有無資源分配之公平性與適當性的問題。

老人福利法包括；經濟、安全、多元連續服務家庭照顧者、支持性措施規定、社會住宅、教育、休閒與人力運用。現行老人福利措施雖已有居家式、社區式及機構式等服務提供方式，另有各縣市並有長期照顧管理中心、居家服務支援中心、老人福利服務中心等服務窗口還有內政部 2005 年度規劃推動「建立社區照顧關懷據點服務內涵包括關懷、訪視、電話問安、諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動等項至今，將可使失能老人留在社區生活，延緩老化及進入機構的時間。(曾中明，2006)台灣老人福利概況及政策展望。

3. 家庭照顧者關懷協會

衛福部社家署為減輕和支持辛勞的照顧者，在各據點成立照顧者關懷協會，服務

項目包括心理協談，舒壓空間，舉辦各種照顧者課程及支持活動，諮詢或轉介服務。

4. 長期照顧十年計畫

隨著老人人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照顧服務。

行政院於 96 年核定「我國長期照顧十年計畫

服務對象：

65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民及 50 歲以上之身心障礙者。

服務項目

本計畫涵蓋的服務項目以日常生活活動服務為主，包括八大項：

- (1) 照顧服務（包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務）：依個案失能程度補助服務時數。
- (2) 居家護理：除現有健保給付 2 次外，經評估有需求者，每月可再增加二次。
- (3) 社區及居家復健：提供無法透過交通接送服務使用健保復健資源者。
- (4) 輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務：增進失能者家中自主活動的能力。
- (5) 老人營養餐飲服務：協助經濟弱勢（低、中低收入戶）。
- (6) 喘息服務：為支持家庭照顧者使其有喘息的時間。
- (7) 交通接送服務：為滿足失能者就醫及使用長期照顧服務服務的需求。
- (8) 機構服務：放寬補助入住機構的對象。

(二)非正式照顧體系：

1. 家庭提供的直接照顧

台灣地區老人照顧來源主要侷限於家庭成員的配偶兒子和媳婦。配偶主要是提供病痛的服侍、閒聊慰藉及日常家事的料理。兒子主要提供經濟與生活安全的功能性責任，媳婦主要是提供家事方面的協助(林松齡，1993)。由於男性平均壽命較女性為短，故多半是男性失能老人仰賴配偶的照顧。而老年失能女性的各項要求則由子女照顧並(吳淑瓊與林惠生，1999)。

2. 朋友提供協助的情形

老人獲得朋友的協助情形，依據(呂寶靜，2000a)的研究發現，朋友提供的協助以情感性支持或自我價值的再確認居多，其次是資訊提供，至於工具性的支持則較少。

3. 鄰居協助的情形

據(呂寶靜，1999b)的調查指出，有約有六成的老人認為生病時鄰居有來探訪，近五成的老人說外出時鄰居會幫忙看家或鄰居有時會贈送禮物給老人，另外兩成七的老人回答鄰居會代收信件，留意門戶。上述說明顯示，鄰居提供工具性支持的實質協助較多且是日常生活的協助。

概括言之，在台灣關於老人的社會支持之研究呈現，大多數都以家庭為中心，故家庭照顧是重點，偏重在家庭成員提供照顧項目的分析，而對鄰居和朋友的互動與協助之研究方才開始。至於老人的手足，由於他們的年紀也老或居住較遠或感情聯繫不夠親密，所發揮的功能較少，因此較常被忽略。(呂寶靜，2000a)

家庭是個人經濟來源與情感依附的單位，是個人孕育成長的地方，是養老之所在。因此老人的照護責任理應由家庭來承擔。但由於社會保險概念與福利制度的興起，加上離婚率的提高與生育率降低，透過稅賦以及其它多種強制性的扣繳或儲蓄機制，政府試圖成為家庭養老照護的部分負責機構，本應是好事。可是由於人口老化程度愈來愈嚴重，老化速度也愈來愈快速，政府的福利支出預算不足。歐美許多國家福利制度由於財政短缺，要求家庭負起養老的主要照護責任。(柯瓊芳，2002)

小結：

正式體系與非正式體系是可以互相交替使用的，也就是說老人可以同時接受兩者的照顧。從老人照顧的立場看來，正式與非正式都是照顧資源，這兩類資源是互相替代的，甚至是可以互補缺失的。

三、主要照顧者特質

失能老人主要照顧者多半是老人的配偶然後是子女，或女性親屬。其中年長，已婚，無業，或中、低社經地位者為居多，且健康狀態也不是很好。綜合認定老人之主要照顧者是花最多時間協助老人日常生活活動及輔助性日常生活活動的家人或親屬。

有學者從不同層面研究分析主要照顧者有以下之七個特質；

(一)主要照顧者的年齡

劉蘭英等人(1998)發現主要照顧者年齡愈大，其身體負荷就越嚴重，因年紀較大，體力減退，身體狀況不佳，若要擔任沉重的照顧工作，則是雪上加霜，而導致生理上有較大程度的負荷感受；吳聖良等人(1992)、翁淑娟(1997)及劉欣怡(2000)亦有相同之發現；

Periard & Ames(1993)研究三組年齡群(40~50 歲、60~69 歲、70 歲及以上者)的中風病人主要照顧者，年輕組比老年組表示有較多生活樣態改變，由於生活形態的改變影響個人對其身份及健康知覺，故其照顧者壓力也較高，Cochran(1994)亦提出年輕照顧者比老年照顧者有較高的負荷感受，即使是實際照顧的時間較少。一般來說，年輕照顧者感受較多的壓力，可能是必須負擔多重角色而導致負荷過重。

邱啟潤等人(1988)研究 71 位居家中風主要照顧者另吳聖良等人(1991)及徐亞瑛等人，1992)及湯麗玉(1991)之研究中均發現照顧者之負荷與照顧者之年齡並無關連。Cochran(1994)研究 68 位癌症病患照顧者生活品質的研究中，發現照顧者的生活品質與年齡大小無關。

(二)主要照顧者的性別

在主要照顧者的性別方面：研究指出男性照顧者佔少數，他們會經歷較少的負向反應，適應較佳，而女性照顧比較男性所表現的憂鬱症狀較多(Stevenson, 1990)；Dennis 等人(1998)對 26 位中風照顧者質性分析中，發現女性照顧者比男性會有較高的焦慮及情感的痛苦。鄭雪英(1997)之研究有相同的照示，Bugge 等人(1999)的研究中也呈現出男性照顧者壓力較少；但 Williams(1994)與羅靜心(1990)指出家屬照顧者為男性其壓力較大，可能與扮演角色過多或要求更高有關；而邱啟潤等人(1988)、湯麗玉(1991)及鍾嫫嫫等人(1990)之研究卻發現主要照顧者的性別與負荷無關。

(三)主要照顧者的婚姻狀況

已婚主要照顧者其負荷比未婚者大，因為已婚者除了要照顧病患外，還需要兼顧其他家人及家務工作。研究中指出中風病患主要照顧者對婚姻滿意度降低，可能與其

對角色改變及不確定是否可勝任新角色的焦慮感有關(羅靜心, 1990); 翁淑娟(1997) 研究中顯示婚姻況與照顧者之負荷無關。

(四)主要照顧者的經濟收入情形

Clipp & George(1990)指出若有充分的經濟資源, 可由付費得到幫忙而減少照顧者工作負擔, 且較能滿足其需要, 生活品質會較好; Smith(1993)對 116 位腸道營養的病患及照顧者的研究中, 發現收入少的人, 生活品質就相對較低; 李麗香(1995)之研究中發現, 經濟狀況良好者, 收入愈高, 生活品質會愈好, 因為經濟情況較好, 生活壓力相對少因此覺得生活較滿意度較高。O' Bren(1993)對 20 位多發性硬化症病人的照顧者及 Obest 等人(1989)之研究, 社經地位低者其照顧負荷較大; 邱啟潤等人(1988)及翁淑娟(1997)發現社經地位的高低與照顧者負荷無關。

(五)主要照顧者的工作衝突

戴玉慈等人(1990)及吳聖良等人(1991)研究發現部份主要照顧者須辭職或挪出部分時間照顧病患, 邱啟潤等人(1993)及鍾嫻嫻等人(1990)的研究指出主要照顧者照顧病患時發生工作衝突者, 其負荷較大, Bethoux 等人(1996)亦發現照顧與工作有衝突的照顧者, 生活品質較差; 但於李麗香(1995)之研究中主要照顧者職業狀況與其生活品質無關。

(六)主要照顧者的教育程度

在教育程度上, Obest 等人(1989)之研究發現教育程度低的照顧者感覺壓力較大, 可能與對疾病知識及資源使用不足有關; 劉淑娟等人(1998)指出不識字之照顧者身體負荷明顯大於專科以上, 而對疾病認知較好的照顧者其身體負荷較輕, 可能因教育程度高易瞭解疾病相關知識及較多的照顧病人的技巧, 減少不必要的體力消耗; 在 Medeiros Ferranz 和 Quaresma(2000)對 62 位類風濕性關節炎主要照顧者生活品質的研究中, 亦顯示低教育程度普遍與低社經情況有關, 其照顧者負荷較高。翁淑娟(1997)、劉欣怡(2000)的研究結果也相同; 而徐亞瑛等人(1992)及吳聖良等人(1991)的研究卻發現教育程度的高低與照顧者之壓力無關。McMillan(1994)的研究也發現教育程度與照顧者生活品質無關。

(七)主要照顧者的宗教信仰

有學者認為宗教信仰，精神上較有歸屬感和安全感，對主觀的安寧感受的影響較為正面，可以預測生活品質(Zhan, 1992)；但有一些研究顯示，宗教與其生活品質並無統計上的差異(劉欣怡，2000)。

由以上的研究顯示，雖然也許有較多的規範子女應該要照他們的父母，但不同的社會多少會提供些協助以實現這些期待。在穩定的社會生活形態下家庭成員間互動支持的方式是非常直接而且是面對面的。就主要照顧者的關係上，不論國內外文獻記載，老人所依賴的主要照顧者最多以配偶，成年子女次之，由配偶擔任主要照顧者中，妻子多於丈夫。至於由成年子女來擔任主要照顧者角色的情形，在國外則以女兒最多，媳婦次之。國內的研究則以兒子或媳婦最多(Baillie, 1988；吳聖良等，1992；吳味鄉，1993；邱啟潤等，1993；王曼溪，1993)，僅(陳光耀，1993)的研究在成年子女的主要照顧者中以女兒較多。在照顧過程中，女性通常多被賦予較的所謂「雙重責任」。

小節:不論以上任何一種特質得照顧者，都要重視自己、優先照顧好自己，給自己休息的機會，只有修復自己的活力、體力、心力，能夠重新看見生命的希望與美好之時，才能提供家人更好的照顧品質，經營受人尊敬且亦發絢麗的照顧旅程。

第二節 主要照顧者之資源運用與運用障礙

一、照顧者之資源運用

(一)內在資源運用：

照顧者對自己、對他人或對世界的概念包括照顧者內在的能力、正面積極的態度，另外家屬的支持亦屬內在資源，如所提供之情緒支持和清楚溝通的能力皆屬之。

(二)外在資源運用：

是指可以提供照顧者物質和服務的人或機構，包括正式資源(如政府資源、社會或民間機構)與非正式資源(如家庭或親友等資源)。

二、照顧者資源運用之障礙

(一)內在資源運用之障礙：

因照顧者的信念、態度、價值觀導致無法求助和接受協助的行為。

1. 主動性不足的宿命觀
2. 欠缺主體性的自我觀

(二)外在資源運用之障礙：因照顧者環境不合適，資源缺乏無法提供協助或協助中斷。這些資源運用障礙非照顧者所能控制和影響。

1. 正式資源運用之障礙；正式資源提供服務品質欠佳或照顧者基於某些因素而無法使用社會福利資源，比如偏遠地區得不到資源。或考慮孝道的傳統觀念，願意使用機構式照顧體系的家庭僅占很少的比率。

2. 非正式資源運用之障礙；非正式照顧體系成員組成的要素是由親屬、朋友鄰居三個部分組成。家庭成員分工不均，照顧方式個人不同及經濟負擔都可能成為家庭照顧上之障礙。

表 2-1 照顧者之資源運用與資源運用之障礙表

資源	可運用資源	內在資源	自我	能力、正面態度、家屬的支持
		外在資源	家庭親友	輕度家務、購物或陪同就醫等
			政府社會	接送、休閒、送餐、醫療等服務
	運用時障礙	內在資源障礙	自我	照顧信念不足、意願不夠、負面心態
		外在資源障礙	家庭親友	過度被依賴、工作分配不均、身心經濟壓力
			政府社會	長照體系及專業品質人力均不足、城鄉差距

第三節 主要照顧者的壓力源

一、壓力與負荷的來源

造成照顧者壓力之常見因素有：主要照顧者與病患目前之關係、病前關係、性別、職業狀態、照顧病患心態、病人行為障礙困擾程度、社會支持需要之程度等正相關因

素；以及日常生活功能、社會支持足夠度等負相關的變項（湯等，1992；楊，1990；Almberg, Grafstrom, & Winblad, 1997）。

壓力的形成是一種不斷變動的過程，由於環境、個人認知及特質反應等因素的交互影響下，使得外在的環境成為可能的刺激來源，也可能是個體藉以對相對的刺激做出的反應，其反應的結果會影響到個人及環境。

照顧失能老人是一項極度繁瑣好似無休止的工作，在時間、體力、精力及情緒上均受到的影響與限制。當家中有慢性病患者會使家庭氣氛沈悶，照顧者覺得被過度依賴，照顧者照顧的意願不足，感到沉重、缺乏自尊、感到孤獨、焦慮、憂鬱、挫折與疲倦。當此負面負荷大過正面情緒，加上長期因為照顧工作累積就會形成壓力。所有內在或外在的壓力源會減弱照顧者的因應能力，導致他們在身心上易受到傷害，更由於因角色的改變影響既有的人際互動軌道，也會造成社會層面的問題(Meneses et al, 1993)，如生活作息受到限制，無法如期完成該完成的事，無法參與正常的社交活動、外出購物、旅行、休閒(邱等，1988；戴等，1990)。

根據文獻記載將主要照顧者的壓力來源歸納為五方面：

(一) 生理壓力

鎖碎零散的照顧工作；日夜不停的付出，形成照顧者及家庭巨大的壓力。經常因照顧病患經驗不足虛耗體力而造成體力不支，因此照顧者身體可能出現各種症狀，如：疲倦、睡眠困擾、無食慾、頭痛、精神不振、筋骨酸痛等，其中睡眠困擾的情形最為嚴重(秦燕，1994)。若主要照顧者本身年紀大，也罹患慢性病，則可能使健康退化或病情惡化(楊珮琪，1990；陳光耀等，1993；李孟芬，1993)

(二) 心理壓力

負擔照顧工作而引起情緒困擾或心理症狀。例如：否認、丟臉、失落、擔心、不安、憂鬱、沮喪、焦慮、生氣、害怕、孤單、無奈、無助感、無望感、罪惡感等(楊珮琪，1990；羅靜心，1990；Binstock & George，1990；Stephens et al.，1991；陳光耀等，1993；李孟芬，1993；葉炳強等，1993；秦燕，1994；蕭金菊，1995)。

再者旁人得閒言閒語，家人的不同建議都會造成照顧者情緒負擔。多數的照顧者需放

棄一些社交或宗教活動 (Bass & Noelker, 1987; Yaffe, 1988; 邱惠慈, 1993; 蕭金菊, 1995)。若是老人病情嚴重需住院治療, 主要照顧者需面對醫院環境的壓力(像辦手續與醫護人員的關係)、病情發展和治療過程(對病情發展治療、方式、治癒後的療養不熟悉、不適應)、對照顧病人的方法和知識不足等都造成壓力(卓春英, 1986; Bass & Noelker, 1987; Yaffe, 1988; Baillie, et. , 1988; Binstock & George, 1990; 羅靜心, 1990; 楊珮琪, 1990; Stephen et al. , 1991; 陳光耀等, 1993; 邱啟潤, 1993)。沮喪是照顧者最常見的情緒, 嚴重時照顧者甚至會因為壓力太大而有輕生得念頭。

(三) 經濟壓力

擔任照顧老年人必須分擔經濟責任, 嚴重時還要辭去工作, 在沒有經濟來源情下作照顧工作, 導致經濟上的困頓, 家庭生活品質改變, 關係惡化。人際關係疏離等。

(四) 社會壓力

家人不諒解, 手足對他不滿意, 導致家庭關係緊張。被照顧者若不配合時也使照顧者產生的壓力。

照顧者的壓力、照顧者身體心理的健康、經濟的壓力、照顧技能的不足、需求無法得到滿足, 這些都是壓力來源。且通常需要照顧十年以上, 以致於他們原本的生涯規劃被迫停歇改變, 醫療、輔具等開銷龐大使得財務耗竭, 社交休閒也逐漸被剝奪, 沒有屬於自己的時間, 生活的全部幾乎與病者綁在一起, 甚至精神上也要承受病者的負向情緒, 加上病者的不配合和病情通常每下愈況、無法期待能夠復原, 使得辛勤的付出欠缺成就感, 長此以往而折煞了自己的身體健康, 看不見未來的希望, 照顧的漫長路不知何時才能終止。

(五) 沒有尋求資源, 對政府社會資源資訊不足

照顧者在照顧期間, 有些需要是可從政府或設回福利政策中取得, 如交通接送, 居家護理, 居家復健, 沐浴服務及喘息服務, 甚至環境改善服務。照顧者若知道並能利用這些資源可以降低很多的壓力及經費的開銷。

二、壓力與負荷的反應

根據 Goodman(1986)的定義「負荷」為因被照顧者的問題使家庭成員覺得不利的影

響；Poulshock 和 Deimling 認為照顧者因照顧事經歷了生理、心理、社會等層面的問題。一般來說，主要照顧者通常負責最多，工作繁複而且是最具壓力的。根據以往研究顯示，主要照顧者所執行任務愈多，其壓力與負荷也愈高。「照顧」這件工作本身帶給照顧的生活、空間、作息、經濟、心理及生理上的需求與壓力影響甚鉅，諸如：疲倦、食慾不振、無助、孤立、過度被依賴、經濟負擔加重…等。此等問題綜合多位學者(劉梅君，1997；呂寶靜，1996；Dwyer，1994；吳味鄉，1993)針對主要照顧者的壓力與負荷方面的討論結果，將之歸納如下：

(一)情緒反應的問題

由於照顧者對工作的投入，被照顧者：日常一切食、衣、住、行等事務打理，對照顧者依賴甚深，使得照顧者陷入了有限封閉的生活環境裡。此種遙遙無期的照顧生涯，使他們可能變得神經質、嘮叨、易怒、憂鬱、孤立、沮喪、睡眠不足、食慾不振、沒有自信、沒有盼望、對未來的生活無所規劃與掌握等，此種不確定性讓心中因而充滿疑懼。也可能因這身心長期壓力導致身體健康狀況惡化，增加家庭危機，降低照顧品質，嚴重者甚至會虐待老人或產生輕生念頭。

(二)家庭關係的問題

在家庭內，照顧者和其他家人對照顧形式認知上有差異可能會產生歧見，被照顧者情狀的嚴重性及需求上的認知也會因不同的親人對被照顧者所注入的關切及重視程度而有所不同。因此家庭關係緊張，幸福感降低。

(三)社會互動的問題

為了滿足照顧工作的需要，照顧者可能辭去工作，脫離了社會參與、社交機會減少、娛樂活動缺乏、無法滿足個人及人際需求。這是一個極具封閉的生活情境，不僅很難再度投入社會生態的行列，更可能隨著家庭生活改變、參與社會性活動的次數減少，形成了自我封閉的狀態，導致失去對生活得熱情和指望。

(四)經濟問題

退出有酬的工作職場，轉而投入扮演照顧家庭的無薪角色，若在年輕時沒有完善的理財規劃，政府的年金制度、社會保險、政策未能周延，此種無酬性質的工作更注

定其在經濟上的依賴及脆弱，加上醫療住院費用、看護費及安養費、居家設備費用等 (Donaldson, Tarrier & Burns, 1997; Weiler, Chiriboga, & Black, 1994; Zarit, Anthony & Boutselis, 1987)，使較年長的女性照顧者可能陷入貧窮及經濟依賴的不安。

(五)照顧問題

主要照顧者在照顧的過程中二者之間看似單純的照顧，卻是因被照顧者的病情、病因、病人的喜好、行為特質等因素影響到雙方互動的品質。對於被照顧者照護醫療技巧知識資訊的缺乏亦會降低照顧者持續照顧的意願。甚而導致病患病況、其他合併症發生以及與照顧者負荷之間的惡性循環。

小結：

綜觀以上可知，扮演一個家庭主要照顧者的角色，其所投入的時間、體力、精力是不斷的耗盡，被照顧者的健康情形也可能不會因照顧者縝密盡心參與而成正比。主要照顧者以女性居多，不論是配偶、子女、媳婦大部份因照顧工作，而導致身體變差、辭去工作、沒有經濟來源，也因照顧者必須面對及適應被照顧者病情日益加重或其他狀況的產生，此負擔愈來愈多的照顧工作，諸多壓力負荷之下，甚至家庭功能、家人互動及可能增加的社將成本都會面臨更嚴苛的考驗。

第四節 主要照顧者壓力因應

一、因應之概念(coping)

Lazarus 及 Folkman(1984) 發展出的壓力因應模式理論，理論中認為並非每個人對於相同外在環境刺激的反應都會相同，而是必須透過個體的「認知評估」(cognitive appraisal)的過程而產生，因應是針對某事件並決定如何去做的過程，又稱之為調適，但無法預期結果是否會成功，也是個人採取某些方法解決壓力所帶來的衝擊，避免本身焦慮或受傷害的反應，使本身能調整至平衡，亦即為處理問題使個人內在認知、情緒及外在行動上所做調適的努力情形，其目的是在減輕個人所感受之焦慮、抒發情緒

及克服困境(姜, 2010; 黃, 2009)。若個體可成功的因應, 則可調整之後的生活 並重新開始, 若因應失敗, 則會造成個體的痛苦加深。

二、照顧者力與壓力因應

壓力是個人知覺及認知現象, 是一種心理過程, 在人與環境交互作用後所產生的事件, 經個人認為會超過個人所負荷, 並會危及個人原本之安適平衡狀態時, 稱之為壓力 (Lazarus & Folkman, 1984), 壓力若無處理除會影響個人身、心負荷, 也可能導致影響他人及家庭。McKinny & Melbey 在 2002 年亦提及壓力是一種個人感受, 本身認為其穩定狀態受到破壞, 而產生一些情緒如悲傷、難過等反應, 個人需要重新適應。

在主要照顧者研究中壓力感受度分數越低(壓力越低), 生活品質滿意度越好(林, 2008; 呂, 2001; 羅等, 2002), 照顧者壓力狀況為影響生活品質因素之一(呂, 2005), 照顧者在整體生活品質上與整體壓力感受呈負相關, 亦即壓力感受越高則生活品質越差(呂, 2005)。個案日常生活功能越差, 依賴程度越高者、照顧者之壓力指數也越高(林, 2008), 而照顧者壓力越大, 其健康生活品質就越差(楊等, 2012)。

壓力感受是因人而異, 個人面對壓力或生理、心理產生威脅時, 其情緒、行動與認知所做出的反應也不同, 其過程是連續非單一的(張, 2008)。當有困擾時, 每個人處理問題的態度並非相同。早期認為因應是個體的特質, 個人對外在事件的因應方式, 常稱為因應方式, 而環境中的因應資源、個人對外在事件的認知將會影響因應行為與結果 (魏, 2006)。

面對生活的問題與挑戰, 若有足夠的技巧及資源能有效率的處理遭遇的難題, 壓力狀況自然迎刃而解, 所以因應之重要性是不容小覷的(林、黃, 2008)。Van Andel J, Westerhuis W, Zijlmans M, Fischer K & Leijten FS. (2011)在針對照顧癲癇患者照顧者之因應方式和健康相關的生活品質中發現, 透過因應方式可改善照顧者的生活品質並可能使患者受益處。

邱、謝、蔡(2007)的研究顯示在主要照顧者因應行為方面, 問題導向因應行為和身體及心理健康成統計顯著的正相關, 即主要照顧者常使用問題因應行為則身體和心

理健康得分越高；而採情緒導向因應行為和整體健康成統計顯著的負相關，即主要照顧者常用情緒因應行為則整體健康得分就低。

主要照顧者的情緒因應行為和健康有顯著的負相關，主要照顧者情緒因應行為越多，則主要照顧者健康則越差，而以問題為中心的因應行為則和心理健康顯著正相關。邱、謝、蔡(2007)。

主要照顧者教育程度為高中以上者比教育程度為國中以下者運用問題為導向的因應行為較高，而在主要照顧者以情緒為導向的因應行為方面，主要照顧者的教育和情緒與因應行為是相關的，教育程度國中以下運用情緒因應行為多於教育程度為大專者，亦即教育程度程度較高者，較多會運用問題為導向的因應行為，反之教育程度較低者則會採用情緒因應行為。

另在主要照顧者的性別、年齡、婚姻、與患者關係、宗教信仰、照顧患者時間等基本屬性與主要照顧者的情緒因應行為有相關連。

另一研究亦指出當主要照顧者出現情緒取向之因應行為愈多，其生理健康及心理狀態則較差，社會互動關係品質及對環境生活品質感受較差，對照顧者整體生活品質而言，情緒取向之因應行為則成負相關。而問題取向因應行為成正相關(蔡，2006)。Whitworth SR, et al.(2013)則指出針對個體適應不良的因應策略，可以有效地使生活品質帶來的負面影響減低到最小化。

面對繁重的照顧工作，許多照顧者在身體、心理及人際關係上會出現不適應的狀況，通常壓力也就會因此產生，進而影響到照顧者的日常生活(王，2009)，照顧者會直接影響照護病人的照顧品質，所以妥善處理照顧者因壓力所引起的問題相對就可提高家庭照護品質(楊等，2012)。

研究發現，主要照顧者較非主要照顧者有工作壓力的機率較高(吳，2012)。在居家照護照顧者壓力相關因素分析研究發現，照顧者與病人之間的關係若是親屬，壓力顯著大於非親屬關係之照顧者(楊等，2012)。Lazarus 和 Folkman(1984)個體若長期處於壓力狀態下，可能會危及個體之身心健康。

照顧者反映出的負荷與壓力為心理負荷，如生活作息受限，無法自由調配時間、

擔心個案病情、心情沉悶。在生理負荷方面多數照顧者皆是感疲勞、睡眠不足（朱等，2010）。而與照顧者壓力因應之相關文獻，研究多以職場上特定職業為主，如教師、軍人及學生較多，而照顧者則是較少提及壓力因應情況並以特定疾病之居家照顧者較多，如成人加護病房病患家屬、急診室病患家屬、早產兒父母、乳癌患者家屬照顧者、失智症病患主要照護者等。

三、因應之類型

源自於 Lazarus 和 Folkman(1984)的壓力因應理論，因應模式之主要類型如下：

(一)以問題為取向之因應 (problem-focused coping)：此因應模式是指以外在的問題解決為主，直接分析、探討已經存在的問題，並主動找尋相關訊息或資源以尋找支援或協助，藉其改變個體之壓力狀態以解決壓力所產生之危機。此以問題為取向之因應的方式較正向，能針對問題處理後使個體減輕壓力。

(二)以情緒為取向之因應 (emotion-focused coping)：此因應模式是指以內在的情緒調節為主，個體自行調適因壓力產生的情緒困擾，亦可能經由個體的情緒紓緩、宣洩，或者使用面對壓力問題的逃避或否認等方式，以減輕其負向情緒。此以情緒為取向之因應的方式較負向，無法針對問題處理，僅靠暫時逃避或否認的方式使個體減輕壓力。

小結：

依據以上文獻照顧者在壓力產生後易有焦慮、衝突、威脅情形並導致生理或心理相關不適情形，在長期面對慢性個案的照顧，如不能緩和照顧者的照顧壓力，將會造成照顧者疲憊及產生家庭危機，且在壓力面臨時若個體未能有效的因應，減輕焦慮及減輕壓力所帶來的衝擊，使個體本身產生平衡感，則可能影響照顧者有生理或心理產生無法調適而有生活品質降低情形，進而影響到照護品質甚而由照顧者變成另一位需要長期照護的個案，其影響之大是需要重視的。

第五節 主要照顧者的學習需求

學習理論

「學習」是個人的活動，可能是有意的、或無意的，是一種獲得訊息、技巧、瞭解、和改變個人態度、價值觀念的活動，其強調個人所產生的改變或預期的改變(黃富順，民 86)。換言之，學習是一種改變、形成和控制行為的過程，則是一種與訊息、材料、活動和經驗產生交互作用下所造成之改變。

一、自我導向學習 (Self-directed learning) Knowles 1975 成人教育學之父對自我導向學習的定義是一種由個人開始診斷自己學習的需求、擬定學習目標、確認學習的人力與素材資源、選擇與施行合宜的學習策略，及評估學習成果的過程。他認為自我導向的學習在學習上效果較好，相當符合成人獨立成長之心理需求，也符合現代新教育模式的發展之需求，更重要的是能滿足社會變遷之需求。所以，諾爾斯認為只要個體存在，就必須從事自我導向的學習。

(Merriam and Caffarella, 1999) 明確的列出自我導向學習的三個漸進的目的，最初為增進成人學習者在學習中自我引導之能力；接著要使轉化學習 (transformation learning) 成為自我導向學習的中心；最終是要讓解放學習 (emancipatory learning) 及社會行動 (social action) 成為自我導向學習的一部分。

(Griffin, 1989) 提出自我導向的基本假設：

- (1) 自我導向的成人比被動的學習者將學得更多、更好、更持久並更能利用所學。
- (2) 成功的成人生活需要終身的、持續的、有效的與創造的自我的引導學習。
- (3) 成人從事終身學習所需的動機、態度、內在資源及技能，可經由良好設計的學習情境中的主動參與機會，獲得發展與增強。

自我導向學習是把學習的個人層面視為如何學習、如何改變及如何適應的歷程 Rogers (1983)。是屬於個人的但學習層面。自我導向學雖隱含著自主、獨立的意思，但卻並不是要將學習和社會脈絡和社會資源隔絕。反而是在社會的情境中，藉著所有可資利用的資源，進行自我學時與成長。自我導向的學習不是自我隔離學習。(黃富順，

2000)綜合各學者的論點，提出自我導向學習的特色為：(1)自我導向的學習者具有獨立人格的特質(2)自我導向的學習是自我教育(3)自我導向的學習並非是完全獨立的行為。

表 2-2 各學者自我導向學習理論的定義

學者	定義
Knowles (1975)	自我導向學習是一種過程，就是個體在有或無他人的協助下，診斷自己的學習需求、決定學習目標、確立學習資源、選擇和執行適當的學習策略，並評估學習的結果。
Cave (1975)	自我導向學習就是有關個體能合作的去計畫和管理學習，以達到個人、社會和執業的發展。
Skager (1978)	自我導向學習就是個體能設定自我的學習目標、學習計畫和執行學習與評估學習成果。
Gelpi (1979)	自我導向學習意味著個體能控制教育目的、內容和方法。
Smith (1982)	自我導向學習即是個體能自己掌控學習計畫和學習的因素。
Cheren(1983)	能控制一個或更多學習情境，以達到學習中更大的自我導向性。
Kasworm (1983)	自我導向學習必須由外在的定義和內在自我知覺的過程同時兼顧。必須考慮到認知和人類心理發展的架構。
Rogers (1983)	自我導向學習就是自由地學習或選擇。
Mocker & Spear (1984)	自我導向學習展現學習者的自主性，特別是學習者能控制選擇學習目標和學習意義的主要學習責任。
Brookfield (1986)	自我導向學習就是一個人的學習模式，包括自我了解內在有意的改變和教育事件的外在管理。
Kasworm(1988)	自我導向學習必須由外在的定義和內在自我知覺的過程同時兼顧。必須考慮到認知和人類心理發展的架構。

資料來源：Gerstner，1992，p93-95 轉自紀詩瑩（2002）

Spear & Mocker 在 1984 年也提出一項以下列三個要素為主要的模式：(1) 學習計畫開始的事件是因為情境的變化；(2) 改變的情境提供了學習機會；(3) 學習的結構、方法、資源與條件直接受情境的影響；(4) 學習序列的進程是因為一件事製造了情境並且成為下一步學習的情境。

Cranton (1996) 宣稱：「自我導向學習是轉化學習的基石」。就理論來說，這兩個概念是互為根基的。

二、轉化學習

韋氏國際辭典 (Webster' s Third New International Dictionary, 1986) 將 translation 之定義為：外觀、本質或形式的轉變，與 transformation 同義。

「轉化」此字意內涵著深層自然或心理上的改變之意 (Baumgartner, 2001)。就文字意義而言，「轉化」僅指改變或變化。不管結果是正向亦是負向，但就教育本質而言，教育歷程所衍生的轉化，一定是變好的轉化，而不是變壞的反教育的轉化。透過教育，可以將不合理、階層化的、不公平的社會結構轉化為合理、開放、更平等的社會結構 (黃嘉雄，民 84)。

最早提出「轉化學習」相關概念的是 Mezirow，他在 1978 年即對此一論點提出見解和論述，認為轉化學習理論是一種改變，是我們對於個體本身所存在的世界環境中產生印象深刻或根本性的改變 (Merriam & Caffarella, 1999)，梅茲洛 (Jack Mezirow) 為成人學習界公認為轉化學習的鼻祖。他提出一套個人的轉化學習之觀點，分為十個階段。(Mezirow, 1975, 引自 Cranton, 2006; Mezirow, 2000, 引自 Baumgartner, 2003)：引自 T&D 飛訊第 104 期 第 28 頁

- (一) 經歷一件震撼性困境 (a disorienting dilemma)，比如離婚或被診斷出罹患癌症。
- (二) 經歷自我檢視的歷程，如體會到震驚、悲傷、恐懼感、生氣、罪惡感、或羞恥感。
- (三) 針對內化的基本假定，提出批判性評估，並且感覺到傳統的社會期望帶給他一種疏離感。比如一個歷經罹癌或離婚這種震撼性事件的人，開始去思考原來過於重視追求物質財富，是否值得。他開始思考：多多助人、多花一些時間與他人相處，

也許是更加重要。

- (四) 將此種不滿與他人的類似經驗有互相連結，體驗到他人也有同樣的問題。也許與自己有類似經驗的人，也有相同感覺，因此會開始與其他人互動，互相得到支持。
- (五) 尋找新行動的各種方法。對舊的信念系統加以修正，開始探索新角色、發展新關係、採取新行動。
- (六) 規劃行動方案，開始去嘗試新的角色。
- (七) 在新角色中，形塑能力與自信心。
- (八) 獲取執行新行動方案所需的知識與技術，比如參加一些訓練班，以便扮演好新的角色。
- (九) 嘗試新角色，並加以評估。亦即實際去嘗試新的角色，冀望在新角色中，愈來愈熟練，也愈有自信。
- (十) 對當事者而言，新的情況逐漸形成。此時，便可以以新的視野重新融入社會。

從以上梅茲洛的十階段的轉化學習歷程中可以看出：震撼性困境是轉化學習的啟動機制，為心智模式改變的起始點，也是學習的良機針對梅茲洛從震撼性困境所引發的轉化學習，許多成人學習專家開始有了進一步的討論

Mezirow (1991b)認為轉化學習的發生是在當一個人反省其生命中所經歷的事件背後的假設或期待，當發現這些假設有錯誤或不周延時而去修正它們，而一個人的意義觀念可能被扭曲或未發展，所以人必須對自己信念系統不斷地提出質疑，產生真正的成長及改變，即謂之轉化學習。

Clark(1993)指出「轉化」和「改變」有關，故「轉化學習」與「學習的改變過程」有關。其認為轉化學習即是學習者比一般性的學習產生更長遠性的改變，而此些改變對學習者後續的經驗皆有重大的影響。因此，學習結果促使學習者產生影響未來經驗的重大改變之歷程即是轉化學習。Merriam & Caffarella (1999)認為 此是一種學習認知的過程。

綜而觀之，轉化學習可說是個體在反省自我生命價值、信念、假設、期待等意義觀點之過程中，運用先前的學習經驗及新的知識、看法，經過一連串的批判思考，重

新修正或調整內在觀點，形塑或整合出新的自我觀點之過程。(心智模式的改變)。

學習的基本意義在於能使學習者在知識上、態度上、觀念、行為、與心智模式上，帶來正面向的改變，其中心智模式的改變最為不易，但對學習者的影響也最深刻。轉化學習乃是為了尋求學習者心智模式的改變。學習亦復如是。學習可以如過眼雲煙，隨風飄去，不留下一片雲彩；但學習也可以打到心坎裡，令人脫胎換骨，使得學習的成效與影響力，讓自己和他人刮目相看。

三、靈性成長學習

從基督徒的立場來說，在宇宙的創造之中，一個獨特的「你」被創造出來，生在一個特定的家庭（不論當時媽媽是被強暴而懷孕或在怎樣的不幸的情況之下生出你，都不是你的錯，不要讓這些過去無法改變的不幸事件控制你）。每一個「你」都是寶貴的個體，有著獨特得身心靈的「你」，是宇宙之間沒有第二個能取代的。護理的文獻裡在靈性需求面上趨向兩個主軸，這些尋求是在靈性當中每一個人會慢慢的經歷，也需要被鼓勵、被啟發，這是一個橫面。需要一個愛自己的心，一個愛別人的心，也請容許別人來愛你的心。垂面的靈性需求是指形而上支持的力量，例如宗教的力量來幫助人面對世上所不能理解或忍受的困頓。傅朗克(Viktor E Frankl)認為人類的生命有身體、心理、靈性或意義探索三大層面，人面對生命存在的極限境況包括：受苦(suffering)、責疚(guilt)、死亡或無常(death or transitoriness of life)時，都有能力與責任隨著自由意識的顯現探索與創造意義，據此發揮人的生命潛能(生命力)，轉化受苦為生命成就或任務完成。聖十字聖望：「我看見一條河，每一個來到天堂的靈魂都必須渡過它。河流的名字叫痛苦，渡河的船就是愛。」這句話正回應出對靈性生命價值的釐清與肯定，人生一長串多變化的經歷過程都在告訴自己，生命的亮麗與光彩需要自己去品味與覺察，並勇敢嘗試。必須時時回歸到內心的信仰，找尋生命之根源，否則無法真正進入到自己生命的殿堂，亦無法活出自我；我們的一生若是無法認識自己、了解自己，這將會感到遺憾，在照顧工作中就無法為被照顧貢獻出更好的服務品質。

毛新春(1997)在「認識病人的靈性需求」文中，亦提出 Maslow 曾表示：「缺乏靈性的層面，我們會生病，將會變得很殘暴、空虛、無望或冷漠。」家庭照顧者或護理

人員的靈性定義、價值信念與人生目標有照顧使命、平穩平淡、生活的壓力挫折和因應。杜明勳(2004)在「談靈性照顧」文章中，引用 Fish & Shelly、Stoll 等人曾提出；人的四項靈性需求，獲得這四種需求的滿足，心靈才能得以平安。

1. 追尋「生命意義」需求
2. 諒解和寬容的需求
3. 愛的需求
4. 希望的需求；認為是生命的內在元素（護理人員靈性生活培育之探討）

以下幾點建議靈性生活培育之參考已達到滿足靈性之需求：

1. 在日常生活或是工作中，培養良好靜觀的習慣。
2. 增強自己的分辨能力，做好負面情緒處理
3. 照顧者要提升照顧能力之前，先要對自己的心靈有所了解，並積極與人分享自己心路成長歷程。
4. 隨時規劃終身的學習計畫，參與教育訓練
5. 養成撰寫心靈日記等好習慣

縱面的靈性需求是指形而上的支持力量，例如宗教的力量來幫助人面對世上所不能理解或忍受的困頓。

宗教之靈性成長學習：

- 一、訓練自己正面思考
- 二、強迫轉化自己成為樂觀開朗的人
- 三、唱聖詩，心情可以平靜
- 四、透過哭泣後以樂觀態度面對
- 五、藉由宗教的力量使心靈有所寄託與得到安寧，如唸聖經
- 六、藉由宗教書籍或靈性活動等更高層次的探索，了解生命意義和價值
- 七、在身體功能失能的改變下，宗教活動可幫助轉移焦點
- 八、宗教活動可能透過主觀經驗影響心理健康因而降低憂鬱
- 九、降低幸福感的標準

通過自我導向學習，轉化學習以及靈性培養，在家庭照顧者壓力出現警訊時可以使用所學習得所獲得的內在外在資源技巧和曾能運用出來以因應照顧之壓力。尤其以靈性培養之所學，對生命對自己及人類生活的看法會較深入且具同理心 照顧壓力上可以發揮最好的因應效果。

失能老人帶給家庭許多影響，其中對主要照顧者所受衝擊最大。在照顧過程中，被照護者日常活動功能障礙越嚴重，則需要越多的照顧和服務，尤其是長期臥病或行動不便者，瑣碎零散的照顧工作；日夜不停的付出，除了形成照顧者及家庭巨大的壓力，也會有很多問題及困擾發生因此產生了需求。需求(need)代表著一種價值判斷，需求的產生代表某一些人發生了問題或困難，而這些問題是期待外界協助加以解決 (Mckillip, 1987)。

一、主要照顧者的一般需求：

- (一) 需要人力的協助：減輕主要照顧者的生理負擔，及得到情緒支持。
- (二) 需要對醫療及照顧服務訊息有更多的了解。
- (三) 需要經濟方面的協助。(秦燕等人 1994)

概括來說，家庭失能老人其主要照顧者在照顧過程中，除以上的需求外，也有學習上得需求。如：照顧技術、資源利用及自我成長等的學習需求。這符合了諾爾斯自我導向學習理論及梅茲洛及轉化學習理論 - 成年人在經歷環境角色改變後會有學習需求。也符合黃富順、林麗惠與梁芷瑄(2008)認為學習需求是個體意識到匱乏不足時，必預透過學習的過程才能滿足，並因而達到期望的理想境界。故學習需求是指個體為達到期望的成就水平，感覺所希望學習或期望學習的課程內容。

二、主要照顧者的學習需求：

1. 對照顧技術上的學習：疾病及照顧的知識、認識醫療系統、學習照顧技巧。
2. 資源利用的學習：政府資源的了解、家屬支持團體之參與、相關社會福利之了解、喘息時間安排等。
3. 自我成長的學習：角色適應、心態調適、心靈寄託、壓力處理、自己性格的挑戰、降低體力精力的耗損、角色的翻轉、失落與哀傷之處理、角色間衝突、適

應家庭及婚姻生活的衝擊、了解自己承擔的意願、尋求支持來源及情緒抒發管道、設定合理的照顧目標及自我期待、了解家人及受照顧者的期待。

失能老人大量增加且多由家庭來承擔照顧者人，也因此帶給照顧者在各方面的沉重的負荷。主要照顧者除了有外在的需求之外，需要透過各種學習增加內外資源，來減少照顧者生活上的負面影響進而增加照顧者的生活福祉。透過學習過程以學習增加照顧技巧，政府政策之了解，身心靈得到舒緩及有效降低身心壓力，得以延續照顧工作，使照顧者及被照顧者本身生活品質提升，並家庭關係得以改善。

第六節 主要照顧者需求之相關研究

失能老人帶給家庭諸多影響。各項研究顯示，失能老人的家庭照顧者，由照護理論來看，Shanas(1979) 及 Cantor(1979, 1983)提出的「代替原則」(Principle of Substitution)認為此時需要協助時會依次配合，由成年子媳、親戚、朋友或其他養護機構來照顧。而提供失能老人的家庭照顧者，多以年齡偏高的女性居多。與相關研究(邱啟潤等，1988；吳淑瓊、林惠生，1999)所指出女性照顧者約占 7~8 成是一致的，身份以配偶、女兒及媳婦最多，年齡以 40~46 歲者為居多。在照顧過程中，被照顧者活動功能障礙越嚴重則需要越多的照護服務，尤其是長期臥病或行動不便者，瑣碎的照顧工作；無日夜的付出，形成照顧者及家庭巨大的壓力。

除秦燕(1994)發現老年病患主要照顧者之需求有三方面：(1)需要人力協助以減輕主要照顧者生理負擔及得到情緒支持，(2)對醫療和照護的訊息了解與服務改善，及(3)經濟方面的協助外。洪百薰(1995)的研究中，失能老人主要照顧者的首要需求為每月領取補助款、實施失能老人保險，其次需求為續辦居家護理、有替換看護提供照顧知識及技巧，以及養護中心的設立。在老人照顧的領域中，家庭照顧者的需求不可忽視，否則可能因身心長期壓力導致身體健康狀況惡化，增加家庭危機，降低照顧品質。嚴重者甚至虐待老人，或因家庭不堪負荷又難尋合適之機構安養而陷入更多的困境。

楊珮琪(1990)將照顧者的需求分成私人需求及制度化需求。私人需求包括：適度的休息、健康維護、足夠睡眠、親友支持、對於病情尋求再保證、希望有社交活動、角色替代、分擔責任、宗教信仰支持及保持職業工作。而制度化的需求包括醫護人員衛教及照顧技巧之教導、醫療費用補助、醫院療養院之設備、支持團體、成人日托中心、交通、法律及社會服務（包括經濟補助、諮商及居家服務員提供）。（邱啟潤等人，1993）則綜合國外研究及其對失能主要照顧者的研究表示，家庭照顧慢性患者最需要學會照顧病人的技巧需要更多鼓勵、支持和適度休息。

事實上依老人健康狀況、支持系統各階段的不同，需要各種不同的照護服務，而目前長期照護的問題未臻周延，設施與人力資源嚴重缺乏、未立案機構充斥、多類機構同類病人造成使用與管理的困擾、法規與機構設置標準不合理、護理人員與病患服務員欠缺、服務提供與管理分屬社會與衛生局缺乏有效組織與管理、缺乏制度化的財務來源等（吳淑瓊，1996），都使得照顧者承擔極大的負荷，很需要成立長期照護的管理中心，以個案管理方式，有效運用現有資源，協助照顧者為老人安排妥適的照護。

Longman 和 Atwood(1992)研究發現：家庭照顧者的需求包括：(1)個人的照護 (personal care)；(2)活動的處理 (activity management)；(3)有關健康照護方面 (involvement with healthcare)，例如：照顧者需要持續獲得有關病人的情況、病情改變的訊息、獲得醫師的指示以及如何有效評估緊急狀況；(4)照顧者之人際互動 (interpersonal interaction)；(5)工作(work)；(6)經濟(finance)等方面之需求。研究亦指出有 28~60% 的照護需求沒有被滿足，且家庭照顧者本身對照護需求的多寡，也會影響主要照者執行居家的照護情形 (Naylor, Campbell & Foust, 1993)。

吳、胡、姚 (1991)等人研究發現：主要照顧者希望獲得之協助：本身的身體健康狀況、續辦居家護理、有他人替換照顧。經集中取樣 (cluster sampling)調查訪問全省 65 歲以上失能老人家庭，結果顯示，主要照顧者需要的支持主要分為人力、精力、資訊、物質四方面，其中以「交換照顧經驗」、「指導照顧方法」、「贈送物品或金錢」、「協助煮飯或做家事」最多，希望獲得的協助則以「每月領補助款」、「實施殘障老人健檢」需求為首。並且研究發現：照顧者獲得家人及獲朋友支持者程度偏低，未

獲支持以「交換類似照顧殘障老人經驗」及「指導照顧殘障老人的方法」等兩項程度最高；以「每月領補助款」及「實施殘障老人保險」為希望獲得協助之需求。(屈、白、鄧與王，1996)等人指出：大約有 80%的受訪者社交活動受到限制，即使照顧者身體不舒服仍須勉強地照顧病人；50%的人無論是在週間或週末均無法獲得其他家屬的協助；有 2/3 以上的人表示，需要獲得由社會工作人員、醫療儀器維修人員、復健人員、醫師、護理人員、和居家照顧機構中，所訓練並且能替代主要照顧者暫時照顧病人之工作人員之服務(簡、徐，2000)。

綜合各專家學者的看法，與家庭慢性病、失能老人主要照顧者的需求可分為：

一、醫療保健服務：

在主要照顧者個人的需求上，尤其是自身健康的維護為主。如：有適度的休息、足夠的睡眠、希望有社交活動等。

二、心理諮詢服務：

民間政府的社會支持團體、情緒支持、朋友分享、心理協談。有人主動電話關懷鼓勵之服務專線。

三、經濟補助、社會福利服務：

如：生活費、醫療費、看護費、保險費等補助及針對被照顧者亦能由國家社會提供心理輔導的服務。

四、老人照顧輔助的認知及使用：

人力的替代照顧支援、專業人員、宗教團體義工之協助、理想養護機構的設立、短期臨托服務、日間照護中心。

五、醫療照護訊息的提供：包含照顧的知識技巧和健康諮詢服務及其他生理照顧治療事項及醫療服務…等次訊的提供。

小結：

概括來說，家庭失能老人其主要照顧者在照顧過程中，除了在面臨各樣困境時有學習的需求，病患的情況、在身體狀況、主要照顧者的特質、個性、健康情形、年齡、對醫療概念認知、送安養機構看法、所獲得支持系統、所需要的資源訊息等情形，也

會有不同的壓力或需求呈現，以上所述之需求對患者、主要照顧者、社會福利體系及對醫療系統，政府未來在長期照護政策上的擬定是一個重要方向。



第三章 研究設計與實施

本研究採取質性敘說取向研究方法進行研究，並透過半結構式的深度訪談以蒐集研究資料。探討主要照顧者的照顧路程以期未來對壓力、因應方式與學習需求提出回應。本章主要說明研究設計與實施，共分為五節，依序為：第一節研究構想與流程，第二節為研究方法，第三節為研究對象，第四節為研究工具，第五節 研究倫理，第六節為編碼與資料分析。

第一節 研究構想與實施流程

一、研究構想

本研究以質性研究為研究方法，將個案作深度研究。分析失能老人主要照顧者的壓力源及因應方式，論述因環境改變而發生的學習需求。以六位主要照顧者為樣本深入分析探討，以作為日後研究方向，進而提升照顧者生活品質，安慰鼓勵照顧者，使主要照顧者感到他們是受到重視和關注以達到研究之目的。

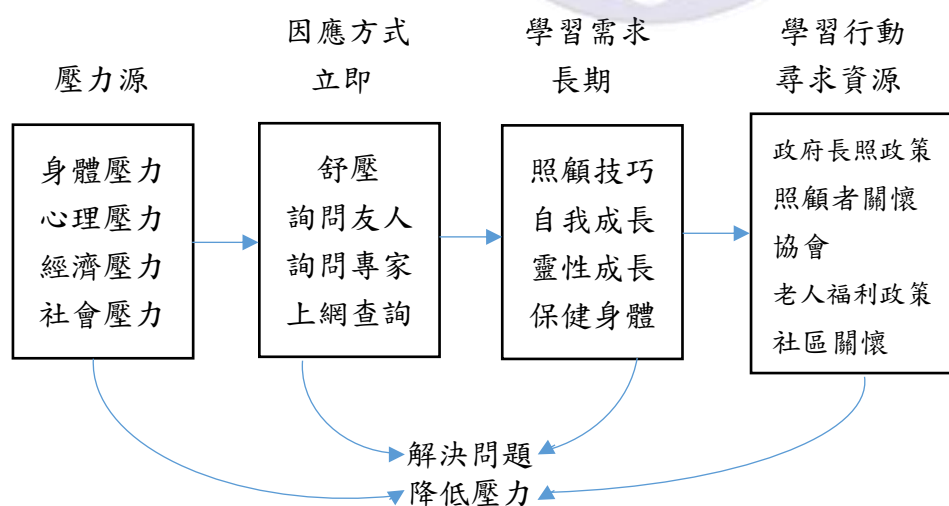


圖 3-1 研究構想圖

二、研究流程

(一)文獻探討與題目擬定

基於研究者的實際經驗及對研究主題的興趣，與指導教授討論後選定研究方向，之後進行文獻探討以確定研究問題與假設，並進一步確定研究內涵。

(二)蒐集參考文獻

本研究蒐集國內外與失能老人照顧者壓力、因應方式及學習需求之相關文獻，將不同的、已有的觀點，做一個分類，以了解相關之理論背景與行為動機為可以提供本研究一個研究基礎。

(三)選取研究對象

本研究採立意取樣來選取研究對象，以確定有一定程度的研究結果。

(四)擬定訪談稿

訪談對象決定後開始擬定訪談稿。訪談過程以受訪者的意願為主，訪談稿內容可依當時情況更改。

(五)研究倫理

尊重受訪者意願，受訪者之姓名以代號登錄，絕不公開受訪者個人資料。訪談期間，受訪者如有任何需要協助之處，均盡量予以協助。

(六)資料處理與統計分析

將訪談所得錄音或資料進行記錄，將有較特殊的情況或反應，先行記錄於筆記本當中，予以編碼，再分別將資料依照編碼鍵入電腦，建檔完畢後，進行資料核對與校正。

第二節 研究方法

一、質性的研究取向

本研究採取質性研究，半結構訪談法進行研究。「質性研究」(qualitative research)意指非經由統計程序或其他量化方法來獲得研究發現的任何類型研究(吳芝儀，廖梅花，2001)。陳向明(2002)認為，質性研究是以研究者本人為研究工具，採用多種

資料搜集的方式進行對社會現象整體性探究，使用歸納法分析資料再形成理論，在自然情境下，通過與研究對象互動及對其行為和意義建構得到解釋性理解的一種活動。

本研究採取質性研究原因如下：

1. 研究對象特質

本研究對象為家庭主要照顧者，然而每位主要照顧者個別差異甚大，基於照顧者照顧的歷程，以問卷方式進行可能無法去深入了解全貌，故採取質性的研究方法。希望透過質性方法進行研究，藉以能更貼近受訪者的想法、內心轉折及經驗以獲得大量資訊與自我經驗的陳述。

2. 彌補量化的不足：

本研究目的在於深入探討中主要照顧者之心路歷程。一般探討相關的研究多以被照顧者為研究對象，忽略對照顧提供者的需求做回應，故本研究選擇採用質性研究方法，以家庭主要照顧者為研究對象作深入訪談，期蒐集更多元而豐富且完善的資料，呈現研究對象內心既深入又真實的照顧故事以彌補量化之不足。

二、半結構訪談法

本研究採用半結構式問卷進行訪談，訪談法在質性研究中是蒐集資料的重要方法，往往可以蒐集到比一次評量（如問卷調查）更廣泛、更深入且更意想不到的資料（陳向明，2002）。質性訪談是一種為特殊目的而進行的談話—研究者與被訪問者，主要著重於受訪者個人的感受（perception of self）、生活與經驗（life and experience）的陳述，藉著彼此的對話，研究者得以獲得、了解及解釋受訪者個人對社會實際（social reality）的認知（Minichiello et al., 1995）。研究者在事前擬好訪談大綱（interview guide），在訪問進行當中擔任引導者角色，除了必要的追問（probes）外，避免引導受訪者的思考。訪談進行依受訪者興趣隨時調整訪談問題，以蒐集受訪者真正關心的議題，而不僅限於研究者事前的準備。

當所需資料是針對過去所發生的事件、無法觀察的經驗，或者是受訪者的反省時，訪談是非常可行且最適宜的方法。此外，半結構訪談的特點有：1. 主題與目標確定，提問問題的結構雖然鬆散，但仍有重點和焦點，不是漫無邊際的；2. 訪問前擬定訪談

大綱或訪談要點，所提問題可以在訪問過程中隨時邊談邊形成，提問的方式和順序也可依受訪者的回答隨時提出，有相當之彈性；3. 研究者以受訪者常用語言及文字進行訪問，訪問過程以受訪者的回答為主(黃光玉、劉念夏、陳清文譯，2004)。

為能全面性蒐集資料，並讓訪談過程順利進行，訪談大綱是重要工具之一。由於是半結構式深度訪談的方式進行本研究，研究者參考相關文獻後擬定訪談大綱，避免訪談過程有所遺漏或偏離主題，訪談大綱為進行訪談的主要方向及依據。研究者與受訪者的訪談過程是彈性的，脈絡會隨著受訪者所提供的內容而做調整。

第三節 研究對象

質性研究的抽樣必須是能夠提供深度與多元社會現狀之廣度的資料為樣本，而非量化研究中以能代表人口並推論到人口母群體的樣本為抽樣原則(胡帥慧 1996)。質的研究之取樣方式有其目的性，就是說在本質上研究所選取之受試樣本是能夠獲得最多資訊的(陳五洲，2000)。

本研究採採立意取樣方式進行收案，以研究者先前的經驗或對母群體的認知，訂出選擇樣本之標準在選取部分具代表性之樣本，當資料飽和即可停止收案。這不能代表廣大的母群體。本研究經立意取樣方式進行收案，找出 6 名受訪者並以半結構式訪談。蒐集受訪者實際照顧過程中的壓力，因應方式及學習需求及建議。研究對象是否符合本研究取樣條件，是由研究者親自確認後，再進行正式訪談。為建立與受訪者熟悉度，使受訪者能安心接受訪談，研究者應先當面拜訪說明研究目的，獲得受訪者同意參與訪談後，再與對方約定時間、地點進行訪談。訪談進行地點，要以受訪者熟悉且感覺自在放鬆的環境為原則。茲將取樣標準、訪談時間、訪談方式等相關資料，再依據訪談時間先後順序整理。

研究取樣標準敘述如下：

1. 年滿 50 歲以上之主要照顧者。
2. 照顧家中失能長輩至少一年以上經驗。

3. 訪談對象一覽表如下

本研究以研究者根據主觀判斷來選擇認為最適合研究需要的對象之立意取樣方式進行收案，找出 6 名受訪者並以半結構式訪談。蒐集受訪者實際照顧過程中的壓力，因應方式及學習需求及建議。

表 3-1 訪談對象表

受訪者	受訪者年紀	受訪者與被照顧者關係	被照顧者的狀況	開始訪談時間	訪談地點
A	62	母女	重度中風	2015/12/22	養護所
B	57	母女	多重老人慢性病	2016/1/04	客廳
C	63	母子	精神失調	2016/1/04	咖啡廳
D	63	夫妻	中度中風	2016/2/06	飯廳
E	68	父女	血癌	2016/2/011	咖啡廳
F	66	母女	肺癌+老人病	2016/3/09	飯廳

資料來源：本研究彙整

第四節 研究工具

本研究主要採用質性研究探討主要照顧者之照顧心路歷程，以半結構式訪談作為資料蒐集的方式，其使用工具包含研究者本身與訪談大綱。研究者進行訪談注意事項與應有的準備及原則，加以說明如下：

一、研究者本身

在半結構訪談中，研究者本身就是研究工具之一。高淑清（2001）認為，研究者的角色應該是：1. 支持關係的建立者；2. 同理且積極的傾聽者；3. 敏銳的觀察者；4. 意義的詮釋者；5. 有效能的溝通者。是以研究者在質性研究過程中扮演相當重要的角色。研究者如何涉入訪談及與受訪者的互動關係，都將影響研究之進行。

李美蘭（2007）表示，以紮根理論研究方法而言，研究者須具備適當的特質與能

力，例如：對研究參與者的想法與感受有高度興趣與好奇；口語表達流暢、真誠且一致；能夠同理他人，具敏銳且開放的態度，並願意承認研究中可能出現的偏見

另吳芝儀、廖梅花譯（2001）的書中對回應者的話語和行動具敏感力並有能力對有益的批評保持彈性和開放，對研究歷程全心投入和全神貫注。

研究者是重要的資料蒐集工具，對於研究之結果影響甚巨。研究者本身有八年以上的照顧失能老人的經驗。對於主要照顧者照顧之辛苦歷程，壓力和照顧所獲得之酬賞都有深刻的體驗。在訪談受訪者時，能夠深刻體會他們所作的描述和說話時的面部和肢體表情，以及語氣所表達的內涵。

二、訪談大綱

為使資料蒐集完備，在有限時間掌握方向，使訪談過程流暢，訪談大綱為研究工具之一。研究者為使受訪者在描述照顧故事時，能夠集中本研究的焦點，特別依據研究目的、相關文獻設計訪談大綱。其內容關係到資料的蒐集是否達到研究的目的與期待，是否達到所稱主題訊息的飽足。由於採行的是半結構之深度訪談的方式，所以訪談之前，必先針對研究的主題與方向，研擬開放性問題以形成大綱，形成訪談時之脈絡。

本研究訪談大綱設計訪談過程是彈性的，脈絡是隨著受訪者所提供的訊息而做調整。訪談大綱的內涵可分為二部份，第一部份是照顧者及被照顧者基本資料，第二部份是訪談題目。

深度訪談是要進入受訪者內心世界的重要途徑，要透過深度訪談來呈現訪談的時間氣氛的營造與特色之發展。

訪談大綱內容：

1. 何時開始照顧長輩？
2. 之前有無照顧經驗？
3. 為何由你來主要照顧？
4. 照顧工作有與家人分工嗎？
5. 照顧時身體有感到疲累嗎？如何處理？

6. 經濟上有壓力嗎？如何處理？
7. 心理上有感覺負荷嗎？舉例，如何處理？
8. 社交及家庭生活有受影響嗎？舉例，如何處理？
9. 在照顧過程中，您覺得最需要學習的是什麼？
10. 整段照顧歷程下來您的心情如何？及您對於生命意義的看法？
11. 有使用政府及社會資源嗎？感覺如何？
12. 回顧這段照顧歷程，對自己有何提醒或對政府其他照顧者有何建議？

第五節 研究倫理

研究倫理是指研究者在研究訪談進行時，確定針對研究對象，研究者當有的角色、立場與心態。在質性研究中研究者本身即是工具（the researcher is the instrument）。影響研究效度的關鍵在於研究者訪談研究對象之技巧、能力、敏感度與嚴謹度（簡春安、鄒平儀 1998；吳芝儀、李鳳譯，1995）。Hammersley (1990) 也認為在建構知識過程中，效度就是反省(Validity as reflexive account)，反省的內涵包括：(1)被研究者與文化、政治、經濟及歷史脈絡之關係；(2)被研究者與研究者之間的關係；(3)研究者之角度和資料解釋之間的關係；(4)研究報告讀者的角色為何；(5)研究報告書寫的表達、說詞和權威性。效度是強調研究者對自身視角的自省、自覺，注重被研究者與讀者的聲音，以及研究成果的行動意義，特別是人類尊嚴、正義的正面意涵 (Lincoln 1995- 轉述自胡幼慧，1996c p146)。

研究者事前預先擬定訪談大綱，在研究過程中，當受訪者的生活發生困難時，研究者將視個人的能力，給予適當的協助和轉借合適的資源，且把握以研究對象的福祉 (well-being) 應凌駕研究求知 (knowledge seeking) 之原則，亦即情願割捨或放棄研究諮詢，也不應損及參與者的權益，對其身心造成傷害 (余漢儀，1998)。研究對象應具有不被傷害的權利，了解研究之權利，自我決定之權利，且有隱私、匿名及保密 (confidentiality) 之權利 (Wilson, 1993)。

本研究遵守研究倫理之規範如下：

一、保護受訪者，避免其受到心理與生理的傷害

Babbie (1995)認為研究倫理守則之間是有優先順序的，其中是研究對象、研究參與者不致承受任何心理、生理的傷害，是排第一順位。在研究過程中的每一個階段和每一個步驟都有可能對研究對象造成傷害。比如所訂的研究題目具有負面的歧視意味、過程不尊重研究對象的意願。在訪問時，因題目或本身用語不當，引起研究對象心理不舒服，感覺隱私被侵犯；或是研究主題勾起研究對象不愉快的回憶，使其沉浸在悲傷的情緒中；訪問時間不當、過長，造成研究對象生理過度的負荷。另外，在撰寫研究報告時不小心洩漏研究對象的個人資料，影響及隱私權；或是將研究對象歸類為反社會型為，給予負面的標籤，亦會影響其自我形象(余漢儀，1998)。因此，為要保護研究對象，研究者必須要事前的規劃，並謹慎的處理研究中每一步驟。

研究者在訂定研究方向和題目時是採積極、正向的態度，期望研究結果和結論對研究對象問題和困難的解決、需求的滿足有所幫助。在進行深度訪談時，時間和地點的選擇，配合受訪者的決定。在資料處理方面，將受訪者所有的個人資料和訪談資料，均視為機密，予以妥善的保管。在訪談資料的分析和呈現，皆以匿名的方式處理。最後在撰寫研究報告與建議時，遵守誠實原則，不隨意竄改和偽造訪談資料，以及掌握知識的實踐效用之原則，以期盡量真實的呈現家庭照顧者的聲音，反應其在歷程中的需求，並且和目前的支持措施及政策相結合，檢討目前的問題，以作為未來家庭照顧政策的基礎。

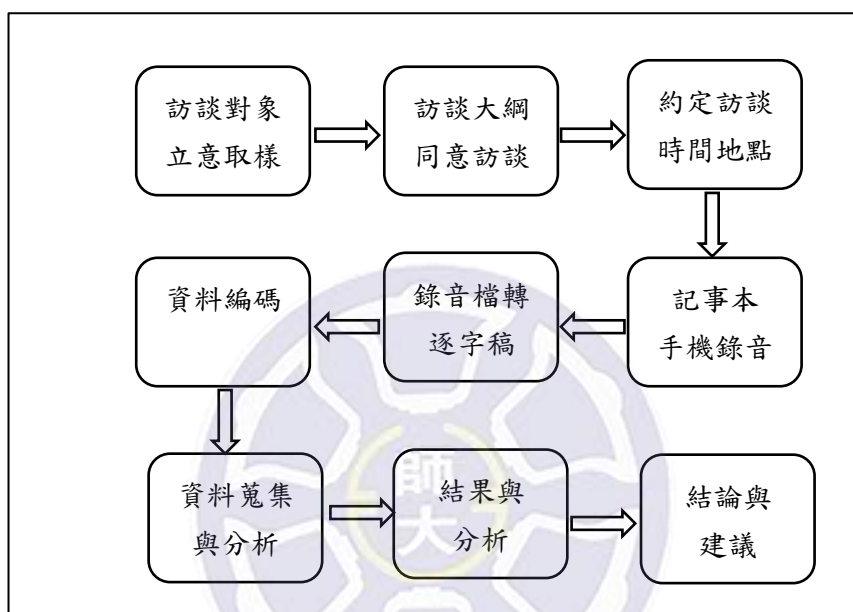
二、受訪者有同意與否及中途撤銷同意之權利

在選取樣本時，盡量說明清楚其成為受訪者的過程與原因並且尊重其意願。務要充分告知受訪者，並獲得研究對象的同意，自願參加研究，研究者提供研究對象所有可能的必要思緒，以利其能做出是否參與研究的決定，包括：研究目的(內容)、參與者將被要求做些什麼、可能發生的風險和收穫、資料處理的保密措施、隨時撤銷同意(中途退出研究)的權利(嚴祥鑾，1998)。研究者認為唯有在研究進行當中，研究者與研究對象建立互相信任、彼此尊重的關係，並且給予研究對象隨時退出研究的權利。研究者在進行研究過程中，重視與受訪者信任關係之建立，以及承諾受訪者隨時都可以退

出研究。另外，對於那些拒絕參與研究的家庭照顧者，研究者也予以尊重，重視其自主決定的權利。

總言之，倫理就是談彼此，因而研究者應該考量尊重受訪者或參與者，常常自省：「如果我是研究參與者，我會希望別人怎麼樣對待我？」，強調參與者並沒有義務來參與研究，並要試圖把研究結果分享給參與者，讓參與者獲得該類研究更多的知識。

圖 3-2 訪談流程圖



第六節 編碼與資料分析

質性研究所蒐集資料往往是大量語言資料，從雜亂無章語言轉換成逐字稿，研究者需要有組織歸類。

一、蒐集資料

(一) 訪問全程錄音並謄寫為逐字稿：包括紀錄過程中特殊的語調、沉默、停頓等，盡量做到完整無誤以提升效度。

(二) 詳實描寫：包括受訪者的背景、研究過程等。

(三) 尋求支持資料可信的證據：以受訪者在訪問過程中的開放度、身體語言等資訊可判定資料的可信度。

(四) 自我反省：針對研究者的角色、研究焦點等，時時反省。

(五) 資料檢核：訪談過程中，研究者隨時向受訪者確認所聽到的內容是否符合其原意。

(六) 研究者將訪談逐字稿整理歸納後，再次檢視所歸納的資料是否適宜，並隨時檢討歸類的適切性。

二、資料整理

質性研究所蒐集資料往往是大量語言資料，從雜亂無章語言轉成逐字稿，研究者需要有組織的歸類。分析質的研究資料是一種系統化的過程，以將資料組織成為可以管理的單位、結合並綜合觀念、發展構念、主題、型式或理論，並闡明研究的重要發現（林明地，2000）。在資料處理及分析上，高淑清（2008）指出，主題分析法是對訪談資料或文本進行系統性的分析，誦圖從一堆瑣碎與雜亂無章的素材中，歸納出與研究問題有關的意義，以主題的方式呈現，以幫助瞭解文本所包括的深層意義。

本研究之訪談資料整理及分析之過程共分為四個步驟：確定訪談稿、錄音帶謄寫、訪談稿編碼歸類、分析資料。分述如下：

(一)確定訪談稿：撰寫逐字訪談稿完成後，將訪談文字稿與受訪者，以確認作為研究分析依據的訪談稿內容無誤，並且增加本研究的內在信度。

(二)錄音資料謄寫：本研究以訪談紀錄作為主要資料分析之依據，因此進行訪談時以錄音設備進行錄音，訪談結束後將訪談的錄音資料內容逐字打成訪談稿。

(三)訪談稿編碼歸類：將不同受訪者的訪談稿，以類屬分析法分析與整理後，找出資料中多次出現的現象以及可以解釋這些現象的重要概念，並將具有同樣屬性的資料歸入同一個類別，以一定的概念來命名（陳向明，2002）。接著，依據不同的類別予以編碼、分類、比較、歸納；便於研究者找尋歸類分析的相關地與訪談的內容。

第一碼代表受訪者代號 A、B、C

第二碼代表訪談次數

第三碼代表編碼序號

表 3-2 以(F-1-2, A-2-6)為例說明如下表:

編碼、摘要	逐字稿	反思
F-1-2 日常生活	研究者：請問母親平日生活何照顧他 A：雖有外勞幫忙，但還是很多事要作，教外勞作並監督外勞作得正確否。清洗身體，移位，服藥，餵食等。 研究者：何時發現他日常生活需要協助？ A：四年前的冬天。	這樣做到底正確嗎？ 擔心這樣照顧，對患者幫助有多少。
A-2-6	研究者：請問何時開始照顧的工作 A：二年前需要協助不多，去年開始全時照顧。	家人相處時間變少，錯過陪伴先生及孩子的時間

三、資料分析：在資料處理及分析上，高淑清（2008）指出，主題分析法是對訪談資料或文本進行系統性分析，試圖從一堆瑣碎與雜亂無章的素材中，歸納與研究問題有關的意義。研究者在反覆仔細地閱讀逐字稿後，找尋逐字稿中和研究問題相關且有意義的陳述，與研究主題相關的字句畫線標記，再從這些陳述中找出屬性相同之要素群聚歸類，保留受訪者原意，加以分析討論。之後再依據分析比對之研究發現，撰寫本研究結論與建議。例如：以前述文獻——台灣老人照顧體系多以女性為主，歸類表 3-4 分表 3-3 析研究者訪談資料如下例：

受訪者	分類	分析
D 先生	1. 性別：男 2. 身分：夫妻 3. 家庭主要照顧者 4. 工作：從日常起居如廁一手包辦。曾短暫請外勞來協助 A 小姐，工作不適任而停止僱用。	1. 台灣老人之家庭照顧者男性較少。以女性為多數。 2. 台灣老人照顧體系均以非正式體系為主照顧者集中在配偶、兒子、媳婦和女兒身上 3. 照顧者曾有短暫請過外勞或申請喘息服務但因種種因素最後還是以自己照顧
B 小姐	1. 性別：女 2. 身分：女兒 3. 家庭主要照顧者 4. 工作：從日常起居洗澡餵藥到看診住院，一手包辦。經濟不充裕，不曾請過外勞幫忙。偶爾會有手足幫忙。	4. 有因經濟問題無法請外勞協助照顧，獨自一人承擔照顧責任。偶爾才有手足來短暫得幫忙。 5. 需要學習使用社福資源。

第七節 研究信效度檢核

質性研究的可信性度不同於量化研究的信效度考驗，研究的立論基礎是在於研究情境與實施做過程中之真實呈現。為確保研究資料的信度和效度，研究上以 Lincoln 與 Guba 質化研究的控制信、效度方式，為研究執行時的依據（胡幼慧，1996）。方式如下：

一、確實性 (credibility)：即內在效度，指質性資料真實的程度。換言之，即是研究對象與研究資料間的有效程度。對本研究而言，在進行前，即先確保研究對象的資格，並尋找多位研究對象，以蒐集不同的訊息。在訪談過程中，研究者與受訪者同一立場，透過互動，觀察受訪者的感覺，並以聊天的方式使受訪者能夠暢談他的看法，從中搜集資訊，使資料能完整且符合研究目的與貼近受訪者的真實感覺。

二、可轉換性 (transferability)：即外在效度。經受訪者陳述之感受與經驗是否能有效地做資料性描述與轉換為文字陳述。對本研究而言，藉由開放性的訪問，讓研究對象詳盡陳述其經驗全貌，本研究使用錄音筆，記錄訪談的整體過程，將其轉換成逐字稿。研究者於訪談後，重複閱讀逐字稿文本，並分析文本，以文獻和研究目的對照，盡可能描繪經驗的實際發展狀況，避免先入為主的偏見或不當的情緒，以提高本研究的外在效度。

三、可靠性 (dependability)：意指內在信度。乃指個人經驗的可靠性及唯一性。在訪談前，確認每一位受訪者是符合標準的，研究者先閱讀各類有關訪談技巧與深度訪談的文獻，以增進對訪談的認識與了解，期能將訪談技巧運用得更完善。在正式訪談前，會先選擇一對象作為測試，了解自己的訪談能力及重點的掌握，以達到研究之可靠性。

四、可確認性 (confirmability)：指研究者是否能縮短與受訪者之距離，以獲得其真實及主觀的經驗。但在觀察及分析過程中又不失客觀中立的角度。研究者經過觀察及

訪談，已明瞭自己的價值觀，如此將可減少自己對受訪者行為和想法主觀的判斷。質性研究關注的「真實」並非量化研究中所謂「客觀現實」的「真實性」本身，而是研究對象親身經歷的「真實」，以及他們看事物的角度、方法意及研究關係對理解這一真實所發揮的作用（陳向明，2002）。質性研究為提升資料之效度，常利用多元的蒐集資料方式，包括採用不同資料蒐集方式、不同的資料來源、訪談不同的人員和多位分析者等做三角驗證，重新審視研究發現，以免研究者產生理解、詮釋的偏誤與失真。因此本研究採取的方式為與指導教授討論、及同儕檢核、討論等方式進行檢證，同儕是以同修中高齡專題研究的同學，進行共同討論和檢核，期讓研究資料更為正確與可靠，以提升研究結果之嚴謹度和確信度。



第四章 研究結果分析與討論

一個家庭最初是由一對男女的婚姻關係成立而組成，隨著歲月的增加，家庭成員增加，家庭的生命週期會改變。新婚夫妻養育子女，經過孩子的求學階段，子女成年離家，中年父母到老年父母等家庭的幾個階段。當孩子各自長大成家立業，年長的父母有病痛，由誰來照顧？進入老年時期，就是進入另一段不同人生的開始。每個家庭在多年例行的生活中，都有不同的生活方式與家庭互動內涵，此時如果家庭成員之一有了重大疾病事件或健康突然衰退，家庭成員勢必有新的挑戰和學習。

由於中國人講究孝順，百善孝為先，雙親健在和樂融洽，原是兒女的福氣。但若其中一方過世，另一方又長壽，可能會是子女沉重的負荷，同時也引發子孫成就孝順背後的心酸。在我國重視孝道的傳統文化中，年紀大的長輩大多數是留在家中安養，尤其是有慢性疾病或失能的老人，不論是父母、長輩，配偶多不願進入安養體系，因此奉養照顧失能的年老父母、長輩和配偶，已成現代社會普遍現象。本研究的主要目的在探究家中有失能或慢性病老人，其主要照顧者在照顧過程中的經驗與感受，不論體力、精神、生理、心理都是極艱辛疲累的過程與煎熬。本研究以照顧者的「照顧壓力」、「因應方式」及其「學習需求」三個主題來呈現，做為一個失能或慢性病老人的主要照顧者，在照顧其間的生活經驗和心情感受及需求的探討。

第一節 受訪者的故事

本節主要討論研究結果包含內容；一、研究對象的基本資料，二、照顧者與被照顧者的個人特質，三、六位受訪者的故事。

本研究收案期間自民國 104 年 11 月至 105 年 3 月。從研究者本身所參與教會之姊妹介紹及長青學苑的學員中以及學員轉介的個案中，以研究者根據主觀判斷來選擇認為最適合研究需要的對象的立意取樣方式進行收案，共六位個案進行深度訪談。因為

資料收集至六位時已無新的主題產生，確定資料分析已達到飽和即停止收案。研究對象基本資料(見表 4·2)，女性研究參與者四位(個案 A、B、E、F)，年齡介於 58-67 歲，其中個案 E 的年齡 68 歲，平均年齡為 62.6 歲；教育程度都為大專以上程度其中一位是陸軍軍官學校畢業。研究參與者中有一位是夫妻關係(個案 C)、一位是母子關係(個案 D)，其他四位是母女關係(個案 A、B、E、F)；主要照顧者照顧失能老人，照顧年限介於 4 個月至 30 年之間，其中以個案 C 的照顧年限長達 30 最久。

失能者部分共有五名為女性老人一位為男性，平均年齡 75.5 歲，個案 A 所照顧的失能老人年齡最高為 92 歲，個案 D 所照顧的失能老人年齡最低為 63 歲；失能老人診斷腦中風佔二位(個案 A、D)其中個案 A 所照顧的老人需帶鼻胃管及尿管，精神失調(個案 C)、老人慢性病(個案 B)及血癌一位(個案 E)，老人病加肺癌(個案 F)

一、研究對象的基本資料

表 4-1 研究對象的基本資料

受訪者	性別	年齡	教育程度	關係	照顧年限	失能者 失能年齡	失能者 失能狀況	訪談地點
A	女	62	大專	母女	3.5	89-92 存	重度中風	養護所
B	女	57	大專	母女	5	79-84 存	多重老人病	客廳
C	男	63	大專	母子	30	53-88	精神失調	咖啡廳
D	男	63	大專	夫妻	3.5	59-63 存	中度中風	飯廳
E	女	68	護專	父女	0.25	83-83 歿	血癌	咖啡廳
F	女	66	大專	母女	6	90-95 歿	肺癌+老人病	飯廳

二、照顧者與被照顧者的個人特質

(一)照顧者的個人特質

教育程度:本研究參與者六位都是大專以上教育程度。他們其中所承受的有壓力大小卻不同。因此顯示感受壓力大小程度與教育程度無關。這也符合文獻探討結果：徐

亞瑛等人(1992)及吳聖良等人(1991)的研究卻發現教育程度的高低與照顧者之壓力無關。另有學者 McMillan(1994)之研究也發現教育程度與照顧者生活品質無關。

婚姻狀況:本研究參與者六位只有 B 小姐是單身，其他都是已婚。在照顧母親上 B 小姐雖有一些困難，但基本上她照顧母親的過程中是愉快的。而 C 先生的先生已婚，在照顧母親工作上因為妻子與母親不和備感壓力。此符合本研究第二章中指出主要照顧者對婚姻的滿意度降低，可能與其對角色改變及不確定是否可勝任新角色的焦慮感有關(羅靜心，1990)。而未婚者無此情況。

年齡方面:本研究參與者六位都是老人照顧老老人，發現中高齡照顧者的照顧過程中角色負荷不輕鬆。例如：C 先生從 41 歲開始照顧母親，到母親 88 歲過世那時他已 61 歲了。現在回想起那段 20 年的照顧歲月，年紀越大越感覺辛苦。又 A 小姐 60 歲開始照顧快 90 歲的母親，雖然服侍母親，一味的承歡膝下，討母親歡心其實是很累的。F 小姐本身近 60 歲，照顧 92 歲的母親跑醫院吃藥，老人隨時有狀況，稍好的時候還帶出去走走，晚上陪母親睡以便即時協助，體力上真的疲勞。以上陳述和第二章第二節文獻探討結果相符：劉蘭英等人(1998)發現主要照顧者年齡愈大，其身體負荷就越嚴重，因年紀較大，體力減退，其身體狀況不佳，若要擔任沉重的照顧工作，則是雪上加霜，導致生理上有較大程度的負荷感受。又如 63 歲的 D 先生自己一身的病還要洗腎，照顧中風脾氣又急的太太，他擔心自己如果倒下沒人照顧太太，體力下降壓力增加也是一例。

每個人在成長過程中，可能會因家庭教養、學習經驗、文化規範等影響因素，而慢慢形成出自己獨特的個性，在面對不同情境下會表現出不同的特質，包含了其因應人、環境、事務的態度和方式。

主要照顧者本身個性會容易比較神經質，以致在擔任主要照顧者時，對於最親愛的長輩年老失能，他(她)的一舉一動，我們都會特別關心。如 A 小姐說從媽媽的眼神她都可看出他好像哪裡有不舒服，立刻查出來在家以協助。D 先生說如果太太罵他，他就知道太太有不舒服，會盡量找出問題來加以改善。「逆來順受」當照顧者在照顧過程遇到不順、挫折、困境時，只能接受、面對、忍耐。包含：醫生確診最親愛的家人失

能或罹患失智症時、忍受照顧上所發生的事、照顧者對照顧知識的不足，覺得因遺傳而導致失智症，覺得沒有什麼辦法，進而接受這一切，被照顧者因精神疾病關係，導致行為改變，影響照顧者生活、照顧者的照顧方式不被手足認同。如 A 小姐說她付出所有的精力和時間照顧媽媽卻得不到手足的認同和感謝。又 C 先生說母親精神病發作時他無法招架，只有逆來順受，直到她鬧累了，睡了為止。多數的照顧者都衷心盼望有一天被照顧者情況好轉，甚至恢復健康而全心全意忍受煎熬，不分晝夜的照顧自己的家人。

(二)被照顧者的個人特質

成為一個被照顧者多半都不是自願的，而是突然變成生活成無法自理，而心慌，難以面對卻要接受事實。如 D 太太，中風前是職業婦女，生活一切都好，中風後失去很多身體功能，凡事都要靠先生，有時就沒有耐心，脾氣急躁起來就罵人，好在先生了解，耐心的接受並對她的壞脾氣偶爾勸導。C 先生的母親，發病前是很聰明靈活的，對人也親切，生病後疑心病很重，總使懷疑別人對不起她，C 先生有時也會被逼急了頂撞她幾句。B 小姐說她母親有輕度老人失智症，老說她偷她的錢，每次她都盡一切可能把母親藏的錢找出來，才平息了母親的失控。

有些被照顧者心情平穩，不大會吵鬧，而有些被照顧者因為病痛或心理不願接受事實而找碴，或鬧情緒是難免的，有的甚至會無理取鬧，較難照顧。

三、六位受訪者的故事

受訪者 A 小姐的故事：母女~照顧中風的母親。

退休人員，唯一的兒子已成年。四個兄弟，排行老三。二位哥哥在美國已退休，一個弟弟在臺灣，還在工作。父親 16 年前過世後母親一直獨居。直到三年半前母親中風，在醫院療養，後來轉入養護所，又二度中風至今仍在養護所接受照顧。她也幾乎每天去幫媽媽做額外的照顧工作如泡腳，清潔口腔牙齒，補充一些營養品，順便了解護所的照顧情況。媽媽自有存款，醫療生活花費沒問題。由於養護所不喜歡她干預他們的工作，因此 3 年換了 6

家養護所。她用心用力照顧媽媽卻換不到兄弟的認同與支持，也不指望丈夫兒子主動來探望或關懷自己的母親。照顧的路上孤軍奮鬥堅強挺過，如今把媽媽照顧的無微不至，自己也享受成就感，也學習很多。三年下來學會耐心，不抓狂，接納，能做該做的是勇敢去做，不能做的事就不做。

回想一開始的時候是混亂著急焦慮擔心，看見母親突然病重時叫天不應叫地不靈；急診、門診、養護中心來回奔波如熱鍋上的螞蟻到處亂竄。她感覺政府長照政策或社會福利雖然不錯，但每一件都要申請，經過審核一段時間才能得到服務，而母親每次發生事情都是很緊急要處理，要使用是有困難度。

受訪者 B 小姐的故事：母女~照顧患有多重老人病的母親 5 年。

兄姊弟四人，排行老三。母親 84 歲曾做過資源回收志工。糖尿病輕度失智人工膝蓋老化需坐輪椅 本身曾是電視台行政助理。姊有資助每月兩萬到前年加上母親有房租收入，生活簡單無慮。母女有時會吵架，媽希望她做飯用心點，做好吃點，她給媽吃藥媽媽背著他把藥吐掉。照顧母親五年但仍是全職上班，直到發現媽媽逐漸老化，容易跌倒，且有輕度失智，糖尿病，膝關節老化，跌倒換了人工關節，才辭去工作全時照顧媽媽。姐姐負責生活費，經濟算無壓力。媽媽糖尿病高血壓卻不肯吃藥，每次餵藥要連哄帶騙，經常會把藥吐掉或不肯吃。開始時，當她發現時跟很生氣，後來勉強自己不要生氣，後來 B 小姐自己嚐了一下那個藥才發現還真的很苦，現在想想她就吃，不吃就算了，也不能逼她。不肯穿尿褲半夜尿床立刻起來包他換洗，連床單一起都換。母親抱怨說她煮飯不好吃，以後她就很少煮。每天都出去大吃小吃。母親有房租收入，姊姊每月貼補兩萬元，生活就還沒問題。她幫媽洗頭洗澡，換衣服看醫生餵藥。媽時常對她不滿意說她太兇，不高興時就說要去哥哥家。B 小姐認為相處模式需要改進。

媽媽現在還有體力，多數時間她都推著輪椅，帶著母親在外面到處溜達，參加一些教會或社區的課程或逛家附近的星光三越逛逛。直到母親說她拿母親的錢時，發現她已開始有失智症。媽媽只有越來越老，失能情況會越來越嚴重，最近開始有漏尿的

現象，要有心理準備，警覺到學習照護老人的技巧與如何提升自己與媽媽的生活品質是當務之急的。

受訪者 C 先生的故事：母子~照顧有精神失調症的母親 30 年。

兄弟三人排行第二。軍人退伍從商，哥哥是飛官已殉職，弟弟還在唸書。照顧生涯是從母親 53 歲到 88 歲。母親有輕度精神失調，發作時難處理。C 先生婚姻破裂原因之一就是因為照顧母親的緣故。離婚後接母親同住。上海北京廣州做生意也帶著母親跑，與母親相處不融洽，母親二度生氣回台與弟弟同住，後來覺得還是跟他住較好又回來了。

父親過世後有留一筆生活費給母親，經濟尚無壓力。照顧者與被照顧者相處如果是不融洽雙方都會有很大的壓力。更遑論生活品質了。剛開始精神狀況很糟，常為些小事鬧得不可開交，無論他怎麼說都沒用還越鬧越兇，只有任她鬧，直到她累倒睡覺為止。壓力極大。有時因為藥物有副作用，母親排斥吃藥時，狀況就更差，是較難相處的。經常為一些家居小事生氣或鬧意見，甚至認為自己是母親唯一的出氣口。尤其在她離世之前脾氣變得很壞也很怪，她會用各樣的方式把情緒發洩在 C 先生身上，因為只有他與她同住，他認為他最好欺負的。

受訪者 D 先生的故事：夫妻~照顧中度中風太太。

一兒一女，軍人退伍從商。因為工作的關係經常在大陸。102 年太太在大陸發生中風，當時 D 先生在台灣，太太相信中醫，去看中醫，中醫說他是累了身體虛了開些中藥吃結果擔誤了治療。數月後才回台治療時右邊手腳僵硬，走路吃飯需要協助，說話口齒不清，出門要坐輪椅。太太因為有語言障礙，時常心裡想說的話無法表達只能用有限的字眼來罵他。剛開始 D 先生心裡很不爽，心想這樣辛苦照顧你還挨罵，後來漸漸看淡了，也知道病人情緒起伏和她只會用這幾個字來表達不高興。他體力精力都累了，自己還在洗腎，真的辛苦。他認為對太太中風之事是可以避免卻讓它發生了，

有很深的自責！太太心地好，慈善事做很多，為何有這種遭遇？每想到此就心中不平。年紀漸長，自己身體也不是很好，每周還要洗腎三次，現在真的是老人照顧老人。

受訪者 E 小姐的故事：父女~照顧肺癌的父親。

某大醫院護理長退休。一個哥哥在美國，一個弟弟在大陸，她排行老二，是家中唯一的女兒，先是照顧肺癌的爸爸 4 個月過世 79 歲，民國 77 年還沒化療，只有放射治療，非常痛苦。那時 E 小姐還在上班，後又照顧血癌的媽媽 3 個月過世 83 歲。現在照顧化療中的 70 歲患有肺腺癌的歲先生。半夜都起來幫他按摩，肺有會積水。照顧媽媽時與遠在美國的哥哥溝通不良，自己是專業護理人員，對醫療照顧了解，哥哥雖然是博士，對醫療及台灣醫療體系不太懂也不太有信心，她雖懂得哥哥的焦慮但也常有溝通不量，意見不合的情況，好在醫院裡的同事都會幫忙也特別關照，減輕許多壓力，父母也得到最好的貼心照料。總覺得沒有親姊妹可以分擔心事，感到孤單。和兄弟或嫂嫂講是不一樣的，無法分擔她的焦慮，情緒沒有出口。媽媽很顧自己形象，打扮整齊，坐有坐姿，媽媽原來是辣椒脾氣，信主後越來越好，生病期間脾氣也好，是很好的受照顧者。因為心中有上帝的平安，少受了很多身心靈上的折磨。

受訪者 F 小姐的故事：母女關係~照顧母親六年。

之前因摔倒換人工髖關節之後做輪椅，到一年前發現有肺癌，這期間也又跌倒過兩次，而且還有其他的病痛。到最後半年，肺癌發作時非常疼痛，進出醫院許多次，又正逢嚴冬，天氣寒冷無比，也因為如此感染上急性肺炎而過世。母親生病期間曾想要申請無障礙環境改善輔助，也有社工人員來家評估及測量，畫了設計圖，無奈不久母親又要去住院，無法找人來施工。後來就作罷了。期間也試著要使用復康巴士，但要殘障手冊，於是花了時間精神好不容易申請到，卻還是沒使用，因為要三天前預約，而多半是臨時有緊急狀況需要看醫生，結果還是自己叫計程車去醫院。政府有心照顧失能老人家屬可以感受到，但細節上還是有改進的空間。F 小姐曾有喘息服務的需要，但不清楚如何申請，也無時間上網搜尋就作罷。

小節：

當家庭成員有人臥病在床，的卻會打亂全家的生活秩序。尤其家中又年長者，隨時會有狀況發生，病情的變化更是牽動著家人的神經。還要去了界患者的不舒服地方和容忍他們的情緒。早已無暇注意到自己的生活，健康都完全受到影響。而家庭中年長者從老化到失能到離開人世，這一切都是不能避免的。

第二節 照顧者的照顧壓力

本段主軸包含主要照顧者在照顧老年失能長輩過程，影響照顧者的相關因素，內容包含：一、老年失能的症狀 二、照顧者承受壓力。以下就各範疇進行描述。

一、老年失能的症狀

指老年失能失智患者所表現出來讓照顧者感到困擾的症狀，包含認知功能障礙、精神症狀、問題行為，並干擾家人(梁嘉欣等，2014)。

1、「認知功能障礙」

失智症患者因大腦受損，導致認知功能障礙，無法判斷，對其人、事、時間等受到影響，包含對金錢無法掌控、今天幾月幾號也不清楚。

(F 小姐)我媽本來還可以拄著拐杖慢慢走，自從跌倒以後做了人工髖關節以後都坐輪椅，但是媽有輕度失智，她總忘掉自己不能走，每當我一轉身就看見她自己站起來，真把我們嚇到，深怕她再跌倒。

2、「精神症狀」

失智症患者因大腦受損，導致認知功能障礙外，也會伴隨者精神症狀，包含懷疑人家偷他錢、躁鬱症…等。清楚很久以前的事、忘記剛所發生的事情。

(C 先生)我媽沒事就會說我拿她的錢，經過我解釋說錢是我在幫她保管的，她就放心了，但隔不久又鬧說我拿她的錢，後來我把錢交還給她她又不要，叫我幫她保管，不久她又為同樣得事鬧。

3. 「問題行為」

(B 小姐)我媽每次剛吃完飯不久，就問「該吃飯了怎麼還不吃飯」，給他吃藥，等我一轉身她就偷偷吐掉，被我發現，他就說她自己掉出來的。時常說些重複的話。我要不斷重複回答她的問題。

小結：

長輩到了高齡時多少都會有一些失智症，比如經常忘了自己不能站卻不突然站起來。或忘了自己的錢放在哪裡就懷疑是別人拿了她的錢。

二、照顧者承受的壓力

家庭照顧者本身感受到的壓力來源有六方面：生理、心理、經濟、社會的層面及照顧動機層面的壓力，另有政府長照資源資訊不足或不會使用也造成壓力。

1. 生理方面壓力

主要照顧者除了花費許多時間照顧罹患老年失能家屬，在長時照顧下，耗費許多體力，以致生理層面受影響，包含健康狀況、睡眠品質、食慾改變。

(1) 「健康狀況改變」

照顧者因長時間照顧老年失智症家屬，影響其自我自健康狀況，包含生病、住院、抵抗力變差。

(A 小姐)雖然在養護所，我還是每天去幫媽清理，帶她出去走走，每次都要用很大力抱她上下輪椅等，肩膀和腰都有受傷，隨時都會痛。

(D 先生)太太剛剛中風後完全沒有心理準備，也不知道照顧的路程有多長久。每天沒日沒夜地照顧她以致完全忽略了自己的健康，後來就開始需要洗腎，一直到現在還在洗。

(E小姐)我是在做護理師的工作，非常緊張忙碌，下班後還要全時間照顧父親，體力精力都透支。腰本來就不好，照顧父親需要用力氣，抱他扶他弄他都要用腰力，那時每天腰酸背痛到受不了，還要花時間去看針灸和復健。

(2)「睡眠品質改變」

女性主要照顧者因老年失能家屬病情的改變、擔心疾病未來的發展，在長時間照顧下，導致睡眠品質受影響，甚至須靠藥物輔助才能入睡。

(E小姐)我白天在醫院上班順便也照顧住病房的父親，晚上就睡在病房，也睡不好，父親有一點動靜我就驚醒起來幫忙，值夜班的同事叫我好好休息他們來照顧，但我仍是會被驚醒。

(B小姐)晚上我都陪我媽睡，我媽夜裡頻尿，一晚上要起來七八次，我都得起來幫忙，就怕她跌倒，我本身就睡不沉，加上晚上一直起來，睡眠斷斷續續地，經常整晚都睡的不好，白天精神就不好，還是要打起精神照顧媽媽啊。

(3)「食慾改變」

照顧者因照顧老年失能家屬，身心倍感壓力，以致食慾也受影響。

(C先生)我經常沒有食慾，就隨便吃吃果腹，有時媽媽情緒一發作，為了安撫她經常忘了吃飯，等她鬧夠了睡了我已累的沒胃口了。

(D先生)我本來胃口很好，現在可能是擔心太太的病情，現在也不怎麼喜歡吃東西了。只有看見太太病情有些進步或心情好些我會突然有些食慾想吃平常愛吃的東西。趁這個機會減肥也好(有些勉強的笑)。

(F小姐)我本來是美食主義，好吃的才吃，現在因為太累，心情不好，吃對我來說只要果腹，肚子不餓就好啦!也沒辦法!(聳肩搖頭)!

2. 心理方面的壓力

(1)「擔心、害怕」

儘管自己身心俱疲，或者工作忙碌，主要照顧者也會擔心老年失能的家屬。害怕當她們稍不注意時，他(她)們發生不可預測之事，亦或擔心、害怕被照顧者病程後續發展的情形。

(E 小姐) 剛發現父親得的是肺癌，真是害怕極了，自己雖是職業醫護人員，但對照顧自己親人的感覺完全不同擔心焦慮。

(A 小姐) 母親第二次中風情況變得更糟。吃東西會噎，連喝水也為噎，每次餵食很緊張，深怕噎到窒息。後來又發現她尿褲子了，後來更糟糕的事發生了，她大便在褲子上，這些都把我嚇到，剛換乾淨幫她清洗乾淨，立刻又弄髒，弄得我人仰馬翻。

(2) 「緊張」因長時間照顧下，使主要照顧身心處於緊張、緊繃的情況。

(A 小姐) 母親帶了鼻胃管和尿管，一開始每次都滑脫，尿管也沒蓋緊，好幾次露的滿地的尿，真的很害怕接觸這些管。兩眼幾乎不敢離開他們，後來還要防止母親自己拔管。

(B 小姐) 我媽開始有尿褲子時不敢講還是不好意思講，結果弄得輪椅和褲子都濕了好久我才發現，趕緊幫她換洗，深怕她會凍著而感冒。自此以後就特別緊張看她表情，怕她尿褲子不說。因她不肯穿尿褲。

(A 小姐) 之前深怕鼻胃管滑脫，有時她自己還會去扯它，想 把她扯掉，我自己又不會弄真的好緊張。只要我離開他幾分鐘回來立刻先檢查他的鼻胃管和約束手套還在不在，深怕她把約束手套脫開去扯鼻胃管，又好心疼她老人家！

(3) 「心理沉悶、憂鬱」

家屬因長時間照顧罹患能老人，照顧者在未適時紓壓情況下，導致身心疲乏，焦慮躁鬱。

(D 先生)太太有語言障礙，很多字說不出來，她個性比較急，有時說不出來就只用她記得的幾個字罵我，甚麼「笨蛋啦!你不要臉啦! 討厭啦!」 剛開始心裡很不舒服會生氣，心想我這麼辛苦照顧妳，還這樣罵我。這影響我的情緒很大，整天悶悶不樂，差點得憂鬱症了！

(C 先生)母親隨時會找我碴，為一點小事就鬧個不休，我都快抓狂了！也跟他發脾氣，最後鬧不過她就讓她鬧到夠為止。我差點也快成神經病了！

(4)「內疚、自責」

照顧者認為如果可即早發這些徵狀，便及早治療。而在帶罹患老年失智或失能家屬的就醫過程，照顧者為了給被照顧者更好的醫療，到處奔波求醫，但因有時醫生的誤判，影響其被照顧者的病情，導致照顧者內疚、自責。也有照顧者認為即使最親愛的家人生病了，但還記得照顧者本身的經濟狀況不如其他兄弟姐妹好，老人家注視她的眼神使照顧者感到心疼。

(A 小姐)母親剛中風，在醫院住了一個月被強制搬出，又另找一家醫院去住，心想乾脆去找養護所住就不必搬來搬去，結果搬到養護所卻錯失了醫院一系列密集復健的時機，導致現在這樣嚴重無法治癒，我心理好內疚好自責。

(F 小姐)想讓媽媽在醫院多待一些時間，身體養好一些再回家卻被感染急性肺炎。心中自責內疚不已。

小結：

照顧病患本身就是長時間又有壓力的工作，加上如果又是自己的親人或長輩，感到焦慮甚至會有內疚、自責等的強烈情緒產生，這些都是心理上的壓力的呈現。

3. 經濟方面壓力

(1)「工作受影響」

每天需要花費很多時間照顧失能智症的家屬，工作上常需要請假、遲到早退、趁上班中間的休息時間，必須回家關心被照顧者… 等，導致工作受影響，甚至辦理退休。

(A 小姐)我發現媽媽需要全時間照顧時就把全職工作(電視台行政助理)改為兼職，後來媽媽又跌倒骨盆斷裂，需換人工髖關節，就辭了工作全時照顧媽媽。

(2)「開銷增加」

照顧老年失能失智症的家屬是需要花費很龐大的支出，這些花費由誰支出、分擔呢？兄弟姊妹？配偶？小孩？退休金？存款？政府補助？老農津貼？

(A 小姐)工作辭掉了，沒有收入了，雖然日子節省過，但每月固定和不定的開銷也是錢。媽媽自己有房租收入，姐姐負擔一部分，我就負責照顧媽媽，日子就還好過。但是這一年姊姊收入變少，直接引想到我們，生活醫藥的開銷卻沒減少，有經濟上有些壓力。

(C 先生)我父親身後有給母親留一筆錢，她的一切開銷都是用這筆錢，我是自己做生意，工作時都帶著她跑也還好。有時她情況好就請她吃吃大餐。

(D 先生)太太中風後就不能上班了，我也退休了，兒女還在唸書衝事業，好在我們有些積蓄可以使用，但也有用完的一天不知該怎麼辦。

4. 社會方面壓力

包含社交與家聽方面的壓力；照顧者因要花費較長時間在照顧老年失能家屬，多少會影響其自我原有的社交活動。而照顧者在照顧的過程中，家庭支持系統對照顧者來說是很重要的後盾。

(1)「社交活動」

(F 小姐)自從照顧母親與後就比較少有社教活動。偶而有出去參加活動心也掛念著母親玩的不盡興，盡量會提前離開趕回家。

(A 小姐)母親中風以後，雖有兄弟但是都在國外，只有我一個人全部負責照顧，社交生活幾乎沒有，原來在做公民記者也沒有時間再做了，只是偶爾用FB紀錄一下母親的生活狀況。

(B 小姐) 我到哪都推著媽媽去，因把她留在家中沒人看她，怕她跌倒。這樣我也就沒有甚麼個人時間了。

(C 先生) 我在上海廣州紐西蘭來回跑都帶著母親，她身體情況頭腦都很好，只有沒吃藥的時候會發作就很麻煩。沒辦法，都是我在照顧他啊！

(2) 「家庭支持系統」

照顧者因長時間在照顧老年失能家屬，身心備感壓力，若有好的家庭支持系統，對照顧者來說是一大福音。但若沒有，則會很辛苦孤單的承擔照顧責任。那麼是誰來擔任照顧者的後盾呢？兄弟姐妹？配偶？小孩？亦或者家庭支持系統薄弱，還是只有照顧者自己承擔呢？

(A 小姐) 兩個哥哥在美國已退休，一個弟弟在台灣，還在上班。二個哥哥每人輪流回來一年陪伴母親，所謂陪伴就是去養護中心花幾小時陪媽媽講講話，偶爾帶母親出去走，就這樣。我仍然每天下午會去給母親泡腳、洗腳、按摩、塗乳液、洗牙齒，同監督一下養護所的照顧品質，偶爾對他們有改進的要求。基本上兄弟對我沒有甚麼幫忙，我仍然每天去看母親，去做照顧的工作。他們去甚麼事都不做，同時認為我我不需要做這些，都是多餘的。但令我感到安慰的是每次去看醫生，醫生都說我把媽媽照顧的很好，這就夠安慰了！所以實質上，精神和情緒上我完全沒他們的支持。

(A 小姐) 當母親身體發生緊急狀況時，我會感到焦慮，無助。帶者殘弱者母親到處求醫有時也會碰壁。心理壓力很大的時候會去找教會的姊妹尋求情緒上的支持，他們聽述說，也我為我禱告。必要時就去找有經驗的人請益。

(E 小姐) 一個女兒嫁到美國，另一兒一女在台北，都在上班，但常關心外公病情。先生並沒有什麼特別幫忙。

(E 小姐) 我一個哥哥在美國，弟弟在大陸，就我一個人人在照顧父親。美國的唸過博士哥哥不放心台灣的醫術，時常用越洋跟我討論如何治療父親的病，

給我下指導棋。而我是長期在台灣從事專業護理工作，每次和他解釋，他都不認同，讓我感到有壓力，挫折很大。

(F 小姐)與母親同住，我兄姊弟各一位，都住在附近。姊姊還沒有生外孫時常回來看老人家，也買菜回來做飯。後來有了孫子，為了心疼女兒幫忙她帶孫子就很少回家。兄弟近年來，平日沒有回來看父母，也無問候電話的習慣，嫂子嫁來幾十年，沒打過電話問安，回來看父母的次數是個位數。而且每次只待不到半小時。後來我才要求他們每個禮拜六一定要回來但沒說要來待幾小時，結果他們周六，五、六點才來，一半時間還在划手機。到八、九點就離開。母親的大小事情，看病急診吃藥，疼痛的照顧等所有的照顧都是我一人承擔，偶爾沒有空帶母親去看診，才請他們來帶，總算還幫點忙。母親病重時我日夜照顧，沒有休息，壓力很大，勞心勞力，從來沒有人對我說一句安慰的話，也許是心虛，怕說了就顯露他們的失責。

(F 小姐) 我照顧母親完全出於愛心孝心，從來也不指望別人的感激，或是說一句感恩的話。只是為母親難過，她想看這些兒女卻很少有機會看到，心中感到不平！家庭關係不親，但從不爭吵，因為知道爭吵一點好處都不會有，只讓關係不好的事實浮上檯面，讓母親難過。

(B 小姐) 姊姊沒事就指責我為什麼不買要，為什麼不給媽吃這吃那，為甚麼這為什麼那，我心中很不高興他們只出一張嘴，只是不想發出來，怕會影響很大。

(C 先生)我的父親和哥哥都是飛官，父親五十多歲時過世，哥哥也在很年輕時就殉職了，剩一個弟弟，母親生病初期弟弟還在唸書，照顧母親的責任落在我身上。後來弟也弟也成家了，母親幾次生我的氣就說要回台灣去弟弟那，我拗不過她只好送他去弟弟那。去了兩次失望透頂，回來以後再也不鬧著要去了，就一直和我住。照顧母親讓我感到非常的辛苦，沒有家人得支持也沒有外面任何的支持系統，也因為照顧母親，夫妻關係處理不當，導致婚姻破裂到無法挽回的地步。

5. 照顧動機與壓力感受相關

照顧者若是出於愛與不捨的基楚，照顧起來壓力較小，反之壓力則較大照顧者的照顧動機影響照顧意願。

(A 小姐) 我有三個兄弟，媽生病了他們都沒人願意擔任照顧工作，只說送到安養中心，他們不知道就算送去安養中心也要有家人常去觀照，否則後果不堪設想。他們還嫌我管太多。有時心理氣憤苦悶無人訴說。

(B 小姐) 我有兄姊，他們實質上並無參與照顧工作，因我與媽媽同住都是我一人照料，但我是單身，又沒有工作，照顧媽媽就是我的工作，這些年下來已很習慣並且享受了這種做甚麼事都有媽作伴的生活，如果有天沒有媽媽作伴，我還不知道該怎麼辦呢，哪會有壓力啊！

6. 社政資源資訊不足，不會運用資源則壓力增加

(A 小姐) 每次母親有緊急狀況時我都如熱鍋上的螞蟻，靠自己的力量來回奔波醫院或急診室，因對政府長照政策不清楚，也沒時間去申請，回到家，復健也自己來，洗澡也自己來，還要準備餐、餵藥，真的累啊！

(C 先生) 我媽在生命末期時，洗澡有問題。我是男生她又不要我幫她洗。實在受不了就自己洗，我擔心她跌倒，在外面仔細聽她的動靜，真得著急。哪知有甚麼沐浴服務。有一次真跌倒了，骨折，我們又受了好多罪！

小結：

家庭照顧者的社交生活會因為照顧工作而會直接受到影響。家庭方面如果家庭成員都參與或支持照顧者，壓力會減少，反之若家庭成員不支持不協助參與照顧工作，對照顧者來說是極大的壓力甚至影響到家庭關係。此時照顧者如果知道並利用政府的長照政策之喘息服務，壓力就可減少許多。

第三節 照顧者的壓力因應策略

此主軸包含主要照顧者在照顧老人過程，所面臨到的壓力，該如何因應，包括；一、從轉念到釋懷 二、自我紓壓 三、病情改變影響其照顧方式。

一、從轉念到釋懷

照顧過程中，照顧者對照顧上的事情如果可以自己或藉由同儕、宗教等方式轉念進而釋懷，可使照顧者的身心獲得平穩。包括 a. 負面的情緒。b. 正面情緒。

(一) 為什麼是我~負面的情緒

照顧者面對親人手足的不諒解:手足間，媽媽從小就不是最疼愛她，媽媽生病了，兄弟姊妹推來推去。照顧者很無奈，更不甘心，因為誰也不想承擔照顧責任，後來自己承擔了。而身為照顧者，最希望聽到的是家人的鼓勵與支持，而非只出一張嘴，甚至指責照顧者照顧的不是，那種感覺真不是滋味呢!

(A 小姐) 兩個哥哥雖已退休但是在美國，一個弟弟在台北，還在上班，有空也沒有來關心一下，媽媽雖在養護所，但也不能把她就丟在養護所不聞不問啊!唉!照顧媽媽的事捨我其誰呢? 開始時心中很不滿，為什麼他們可以這樣放心不管，還嫌我管太多，心中無奈要去向誰說啊!

(F 小姐) 兄姊弟都認為有我全時照顧父母，很放心，根本就不聞不問，也沒有電話來問安，更不用說給我這個照顧者一絲安慰和鼓勵，讓我心裡不舒服。姊經常還打電話來質問我什麼不給媽作呼吸運動，應該帶她出去走走，不要成天出去留老人家在家，我心中有火氣但忍住不跟他吵，因為媽還在，日子還要過下去。

(C 先生) 父親已早過世，媽生前最疼的大哥也先離世了，弟弟那時還在念書照顧母親的責任自然落在我身上。我願意照顧她，但媽媽不喜歡吃藥，不吃藥病就會發作，一發作時我真的快抓狂了，有時真想逃跑，心中憤怒又心疼老人家受病的折磨，又留下來了。心中好掙扎。為什麼我要受這麼多罪，為什麼弟弟可以不受這個罪。誰叫我是哥哥呢?

(D 先生) 我太太是很有愛心的人，她不但付出金錢和親身參與行動做慈善工作，收養一些孤兒，也去參加災後救助工作，我看了都覺得她太辛苦，現在老天盡然要她得這個病(中度中風)，每次看到她辛苦地想說幾個字或行走幾步卻那樣困難我就心痛不已，恨上天為何如此不公平，要這樣對待這樣一個善良熱心的好女人。

(二) 為什麼是我~正面情緒

什麼原因使照顧者義無反顧地擔任起照顧老年失智症家屬的角色呢？是孝道？與照顧者情感的連結？還是理所當然？也有照顧者對照顧上的事情藉由同儕鼓勵、宗教心靈支持等方式轉念進而釋懷，可使照顧者的身心獲得平穩。

(D 先生) 她是我太太啊！我不照顧她誰照顧她？兒女也有兒女的事。太太生病前我就看她非常辛苦的工作，心裡也不忍，現在中風時我又不現場，延誤了急救時機，心中好難過。我更心疼她，也決定要好好地照顧她後半輩子。

(F 小姐) 媽媽生前最愛我，我在國外住了很多年，心中牽掛她，特地遷回台灣就是為了要陪伴老人家，從照顧她到她過世我都在她身邊，想到這也覺得安慰了！兄弟有無幫忙已不重要了！因為親情價最高！

(E 小姐) 我是唯一的女兒，父親生前最疼我，現在需要我，當然盡所能的照顧父親，辛苦都值得。

(B 小姐) 我從小就跟我媽住互相作伴，我們合作愉快！

(A 小姐) 對於照顧母親之事，從希望兄弟也能參與或關心到對他們失望，現在完全不指望他們做什麼，反而心情可以平靜的專心快樂的照顧母親。現在要看見母親每天乾乾淨淨舒舒服服的，我就得到很大的安慰，也有成就感。而且與母親親密的互動逐漸將照顧的壓力轉換為照顧的動力了。

(C 先生)知道人在走之前都會有一生中未了的心事要爆出來做個了結，母親現在就是如此，就忍耐吧！我能有機會這樣陪她走完生命的末期也是上天給我的一份禮物。雖然有時不知道該怎麼做，就盡量吧！

(D 先生)這就是命啦！我認了！不然怎麼辦？每天帶她進出醫院，復健，忙得不得了，也成了我的生活固定模式，漸漸的也有責任感和更規律了，也更珍惜相處的時間。如果不是這樣，退休生活可能就是打麻將和到處吃喝，這樣反而對身體有害，太太也會不高興。

(E 小姐)宗教信仰對我的照顧過程有很大益處，擔心和身體疲倦使我的情緒變得很糟，但這時想到上帝的話語“我的恩典夠你用立刻就安靜下來，心情也平復許多。我相信靠著上帝可以走過生命中的高山低谷。

(B 小姐)現在不上班，每天帶著媽媽到處跑已成習慣，她也高興每天有女兒帶她到處走走看看，媽媽是我甜蜜的負擔，而且已成為我的最佳伙伴了。我現在甚至不敢想如果沒有媽媽的陪伴會是甚麼光景！

小結：

「為什麼是我」分兩方面來說：一若是在沒有人願意承擔照顧工作，迫不得已的情況下成為照顧者壓力就較大。二若是為因為親情感情的原故而成為照顧者，這樣在執行照顧工作的過程中壓力就較小。

二、自我舒壓調適

本研究中的照顧者自己都已是老年人了，在照顧失能老人家屬過程，身心更是備感壓力，如何找到對自己有效的舒壓方式是很重要的，為了讓自己在舒壓過程中，獲得喘息空間，保住自己的健康再去面對接下來的照顧工作。

(A 小姐)我是好奇貓咪，對很多事情都會感到好奇而去鑽研，對我媽媽的病情我當然想要去鑽研看能獲得什麼知識，什麼方式可以使他活得更好一些。我參加很多相關課程，學習各種照顧技巧，盡可能參加醫院辦的演講會，一樣也不想放過。

(A 小姐)我舒壓方式是每天游泳我的技術很好還想參加游泳比賽另外就是走路也是我舒壓的方式。

(C 先生)一開始我完全沒有舒壓的辦法，每天被母親的病困擾著，一籌莫展好像就坐在那，只有挨打的份。現在我會去鑽研一些心理學、心靈成長的東西。若發現有適用於我母親的病情的時候，如獲至寶，彷彿揭開了我對母親病情的迷思，下次母親病發作我就知道怎樣去面對了！不會再感覺她是莫名其妙無端鬧事了而生氣！這也成了我減壓的方式之一。我的另外一個舒壓方式就是去睡覺。

(C 先生)找空檔時間去好好吃一餐是我舒壓與的方式之一，另外就是騎腳踏車在住宅區附近近轉轉。

(F 小姐) 我的舒壓方式就是喝咖啡、看電視、用 LINE 與朋友說說笑笑，可暫時緩解一下緊繃的神經嘍！

(D 先生) 剛開始無法面對好好的太太卻突然因中風而失去很多身體功能，生活作息完全走樣，經過一段時間才安靜下來尋求改善情況，仔細研究如何能使太太減輕疼痛或增加一些重點復健。情況真的逐漸好轉，我也釋懷一些。

小節：

如文獻所說，運用問題導向的因應行為處理難題，壓力自然迎刃而解。但如果能學習運用社會福利資源，申請喘息或日托服務能夠放心的短暫離開照顧現場也是很好的舒壓選項。政府鼓勵民眾使用福利政策來幫助疏減照顧壓力。

三、病情改變照顧方式也跟著改變，使患者感覺舒適照顧者的壓力就減低

很多失能老人有多種的老人病交替的發作，除了主要的疾病以外經常又一會兒這痛，一會兒那腫，或暈或吐。總是事事，以致病程在不同階段時，會照顧者照顧的方式也隨之改變，使患者舒適些，也就降低照顧者的壓力。

(A小姐)像我媽她第一次中風都還可以自己吃東西上廁所，照顧起來雖辛苦，但至少不需用鼻胃管和尿管。推著輪椅帶她出去公園玩玩。第二次中風就更嚴重了，她吃東西會噎，大小便失禁，所以要用鼻胃管和尿管，這樣就增加了好多的工作，而且也要學習如何使用鼻胃管和尿管，每次要帶她出門要做好多的準備工作，也要攜帶很多會用到的東西像帽子、圍巾、口罩、衛生紙、枕頭、水、塑膠袋、毯子等配備都要帶齊，否則需要時沒有就會麻煩很大。

(B小姐)媽媽最近有漏尿和尿床現象，她又不願帶尿布，我想她是自尊心的關係吧！我就用多些衛生紙放在她內褲裏，萬一有漏還不至於弄濕庫子，睡覺時床單下鋪一張剪成大小合適的雨衣布，以免弄髒床墊。就這樣啊！

(D先生)本來我太太晚上可以自己慢慢下床上廁所，上個月看她實在不方便了，就建議讓外勞跟她一起睡，夜間好幫忙，她也答應了，我才放心了！

(C先生)在初期母親精神病發作時，我不知情，只覺得母親很怪異常找我碴，我就會生氣跟她吵。後來發現完全無濟於事，才去看醫生，得知母親病了，除了震驚就是積極去看書或參加課程上網去學習一切相關的知識。

(C先生)開始不斷告訴自己要忍耐，要耐心對待母親因她病了！對病情的了解及改善了他的心理狀態，照顧品質也改善許多，最起碼不會再生氣。並在範圍內盡量先讓母親情緒緩和。

這符合了第二章第二節文獻探討結果：照顧者會直接影響照護病人的照顧品質，所以照顧者學習不斷改善照顧方式和處理的問題就可提高居家照護品質(楊等，2012)。

(F小姐)本來勉強可以扶媽媽慢慢走到廁所，但後來走不動了，就買一個便盆椅放在床邊用，就方便多了。媽媽有嘔吐現象的時候我會把她頭部和上半身墊高，這樣她會比較舒服。有時她的腳腫，睡覺時就把他的腳墊高，使血液循環暢通，腫就會漸漸退去。

小節：

對家庭照顧者來說，壓力是隨時都可能出現的，照顧者經過一段時間的照顧之後多半都會有一些自己紓壓的方式，如受訪者所提及自己舒壓的方式，其中有立刻改善照顧方式可使患者減少痛苦。或尋求社會資源的協助，照顧者的壓力也可減低以及轉化心態、想法也可減緩照顧者心理的壓力。

第四節 照顧者的學習動機與轉化學習方式

照顧過程中，為了提升照顧品質及患者和照顧者的生活品質，會產生很多學習需求，如 Knowles 1975 成人教育學之父諾爾斯所認為只要個體存在，就必須從事自我導向習。成轉化學習的鼻祖梅茲洛(Jack Mezirow)轉化學習理論也說「成年人在經過環境角色改變後會有學習需求。」。失能老人照顧者需要學習得可分三方面：

一、加強內部資源如透過轉化學習增加自己的照顧知識與技巧，或學習宗教上靈性的成長都可幫助減輕照顧的負荷。二、使用外在資源 三、增進人際關係可增加家庭社會支持。

一、加強內部資源

(一)增能

(A 小姐)對於老人中風我原來完全沒概念，但這是突然發生在我媽身上，真的嚇到，不知該怎麼辦要怎麼照顧他，完全茫然一片，在混亂中摸索，去參加了一些課程自己也上網找相關資料，邊學邊做，現在第二次中風，情況更嚴重了。拼命在網路上尋找相關的資料，就趁所有的空檔四尋找更多的資料，也去找專業人員請教。

A 小姐漸漸的知道如何適當處理母親的不舒適感覺，清潔身體，刷牙等。有時沒有看護在她也會清除尿袋。從前讓她焦慮抓狂緊張的事情現在都改善多了。誠如轉化學習的鼻祖梅茲洛所說經過環境角色改變後會有學習需求，然後付諸行動，環境就得以改善。

(C 先生)我媽是精神失調症，除了請教主治醫師應該如何照顧這樣的病人，自己也上網行照各樣有關的資料，也有參加醫院提供相關科別的課程。我想

知道什麼原因造成母親今天這種病況。我想要知道病的源頭，我想如果能從源頭上去於處理，可能媽媽對病情會有更有效的進步。

(E 小姐)我雖然是護理人員，但遇上自己父親得了肺癌，發現自己有很多不懂的地方，好在我有很多醫師和有經驗的學者可以去向他們請教相關問題，都可以得到滿意的答覆，讓我感到寬心。

(A 小姐)當我發現我媽有尿褲子時我嚇呆了，尖叫又生氣，問媽為什麼要尿在庫子上，把我媽嚇到不敢吭聲，事後我也好難過，覺得自己不應該如此對老人家。後來我去問護理人員和有經驗的人，都告訴我要輕聲的安慰媽媽說沒有關係，不要害怕，這樣才能除去她的恐懼和自尊心。

(D 先生)每次陪太太去醫院復健時，我都利用時間去收集所有相關的資料，有時他們也提供一些有關中風失能照顧的課程我就去參加，這樣幫助我在照顧上不至於太笨手笨腳，也順手多了，不再被太太罵了!(伸舌頭笑笑!)

D 先生太太剛中風時回到從醫院回到家，發現太太從此失去很多行為能力時，生活完全無法自理。他心中難過哭泣也生氣，難以平復。心想太太這麼好的人，經常參與各項慈善救助活動，出錢出力甚至不辭辛苦親自到場服務災區，為何落得如此下場。經過他不斷尋求答案，他選擇相信事情一定會好轉，還有很多人情況比他們嚴重的多心中也得些安慰。只要他們正面看待每一件事，努力復健，一定會進步很快。後來他開始覺得以前夫妻為家庭事業忙碌，相處還吵吵鬧鬧，如今孩子也長大了，現在太太這麼需要他，每天朝夕相處，一起進出醫院去做復健，想到她太辛苦，總想辦法讓太太開心，感情反而變好了! 學習轉變自己的態度，心境也跟著轉變了。學習心態的轉變對照顧者及被照顧者都課將生活品質提升。

(F 小姐) 參加一些課程，時常碰到問題就上網搜尋相關的資料，增加自己照顧的知識、技巧與能力，也到處去向有經驗的人請益。

小節：

無論從事各行各業，在生活中就是要自己不斷的安排學習機會正，如文獻探討第二章第六節提到成人教育學之父諾爾斯所認為的；只要個體存在，就必須從事自我導向學習。

（二）靈性成長

照顧的過程中內在資源來自對於照顧意義的詮釋和態度。態度越正面，內在資源就越豐富，就會產生照顧的力量，也就越能夠減輕照顧者的負荷與壓力。照顧的過程中難免會有沮喪挫敗感，這時重整心靈，凝聚情緒就產生情緒智慧。重新定位自己更，增加信心，內在資源增加，就可輕鬆繼續照顧工作。還有家人的情緒支持也是與內在資源。

(D 先生)初期因為瞭解不夠，對母親的照顧較差，中期後因為學習後改善較多。我如果重來一次會對母親和太太關係改善很多，因為我後來去深入探討了心靈狀態的知識，如果沒有這方面的心靈成長，我認為是很困難的，學習的影響和改變是有很大的幫助的學習:情緒創傷，要釋放出去才會改善病情。

(A 小姐)有空會讀聖經，唸唸上帝的話語讓我心得安寧。也會去與教會的姊妹談談心，得一些安慰和鼓勵，學習轉念，正面思考，心裡就非常的平靜。

(C 先生)我研讀很多心理學，宗教書籍，訓練自己正面思考來應付母親發病的時刻，了解他是生病了，不是在找我碴，盡量給他準時吃藥，以免發病。隨時把自己調整到正面的心態，這是了解母親的病源後來慢慢地我的壓力逐漸趨緩，對母親的容忍度就越來越高。

(F 小姐)情緒低落時就禱告上帝釋放內心焦慮，有時會唱唱詩歌，做一下運動，上網看 youtube 欣賞一下喜歡的音樂。

(D 先生)兒女雖然都很忙，不能提供協助，但在情緒上給我很大的支持，不時打電話關心。有空就回來幫忙或陪伴，使我感覺安慰。

小節：

誠如毛新春 1997「認識病人的靈性需求」，這書名明白寫出示病人是有靈性的需求的。家庭照顧者或護理人員的靈性定義、價值信念與人生目標有照顧使命、平穩平淡、壓力挫折的因應能力等都很重要。並提出 Maslow 曾表示：「缺乏靈性的層面，我們會生病，會變得殘暴、空虛、無望或冷漠。」

二、學習使用外在資源

世界老人口急速增加，照顧老人的照顧者也相對增加。我國目前知道使用由政府實施的長照政策的人並不多，曾經使用過這些資源的僅占很少的比例。民眾需要多了解 and 學習使用政府照顧的相關政策和提供的資源。

(D 先生)太太剛從醫院回家的時候，洗澡有很大的困難，在情急之下發現政府長照中心有居家服務人員可以到家裡來幫忙病患洗頭洗澡，也可做家務清理工作，立刻去申請。使用的結果還不錯。他們還滿專業的。

(B 小姐)媽媽的午餐是老人餐服務數，每天中午送一個午餐過來，只付 50 元感覺很好，有被關懷。哦！還有我們申請到一個輪椅，還不錯用。

(F 小姐) 我曾試著使用復康巴士，坐輪椅的老人不是都有資格使用復康巴士的除非又身心障礙手冊，否則他們不載。我大費周章地跑了好多趟，還要帶老人再去評估，核准了才辦到殘障卡。結果母親需要急診，打電話叫復康巴士，說要三天前預約，後來又叫過幾次車子都沒成功就放棄使用了。

(A 小姐) 我媽中風後想找公立的養護所，要排很久，對裡面的品質也不太放心加上我們不能等，需要立刻進住的，所以還是找私立的養護所進住。也換過好幾家，直到目前這一家才感覺一切合乎要求。

(C 先生)對長期照顧或政府資源不太了解也就沒有去想使用，那時完全自己承擔，沒有喘息的時間。現在已停止照顧了才聽說有這些服務。

(E 小姐)回想我照顧父親時還沒有長照政策，完全由自己承擔，相當辛苦。

好在有同事朋友的支持與協助。

小節：

六位主要照顧者的訪談中較少提到使用社會福利資源和政府的長照政策。除 B 小姐使用過送餐服務和 D 先生過服務外，其他四位都沒使用過。如果政府長照政策宣導有力，民眾使用機率定會大幅提高，照顧者的照顧壓力也會降低很多。

三、促進人際關係可增加家庭及社會支持

(B 小姐) 姊姊做生意，收入不錯，願意負擔我們生活費。哥哥住我們樓下，媽媽每天晚上在他們家吃晚飯，我就可以喘口氣，享受一下自由時間，或在外面吃一些想吃的東西，或回家看看電視輕鬆一下，九點多再把媽媽接回來。如果沒有兄姊的支持，我也沒辦法獨自照顧媽媽。

(B 小姐)……倒是醫院的同事給我很大的實際幫忙、照顧和情緒支持。我雖是醫院的護理長，但碰到是自己親人生病尤其是重大疾病，感覺是不一樣的，也會擔心和著急。到現在想到這些同事仍是很感恩。

(C 先生)有時我必須出去辦事，兒子從大陸結束事業回台幫忙照顧，現住家裡，他就可以幫忙照顧他媽媽，我便可安心出去辦事，不用擔心太太沒人照顧。

小結：學習與保持良好人際關係是很重要的。家中長者年老失能或有突發狀況需要照顧或就醫，實在不是一個人可完全包辦。若平時與親人鄰居朋友保持良好關係必要時較容易找到幫手的。

第五章 結論與建議

每一個人都希望自己的家庭是幸福健康、快樂無憂慮，我們也在這種信念下努力建構經營自己溫暖的家庭。但隨著家庭生命週期的運轉，家庭的成員隨之消長，孩子漸漸成長的同時家中的成人也逐漸邁入老年的階段。遇有疾病、天災或意外發生，家庭成員有可能會出現重病或失能。若是家庭照顧全落在一個人的身上，日以繼夜的精神及體力透支，是會使人面臨崩潰甚至到想要放棄的地步。

面對家中有重病或失能者，除了考驗家庭要面臨的危機處理外，尚需面對家庭成員需要照顧的景況，此時家庭的人力、經濟、時間和精神壓力均會受到極大的考驗，可能導致家庭關係變得緊張甚至或婚姻破裂。這些情況值得我們去深思。俗話說「久病床前無孝子」。但必竟我們每一個人都有可能成為一個照顧者甚至是一個被照顧者。

以本研究中的六位研究參與者來說；其中 A 小姐，B 小姐及 F 小姐是照顧失能母親的照顧者。E 小姐照顧癌症父親，C 先生照顧精神疾病的母親，而 D 先生是照顧中風的太太。其中三位研究參與者已終止照顧者身份，另三位仍在執行照顧工作中。在照顧過程中，他們多半經過歷長期無日無夜的辛勞照顧，承擔與極重的負荷及壓力。

雖然照顧者有時可以透過短暫的自我調適、宗教信仰、家人扶持來度過，但是長期來看，仍是要考量到政府或社會上是否有更合適的社福資源或學習資源可以提早在適當的時機點介入，以紓解照顧者的壓力。

第一節 結論

依照本研究之結果歸納以下五點結論：一、家庭照顧者之壓力源二、照顧者壓力的因應方式三、照顧者有學習的需求四、照顧者會有內外資的資源障礙五、照顧者對於社會資源的認知不足和使用率低

一、家庭照顧者之壓力源 - 生理、心理、經濟、社會、社政資源知識不足

因為傳統孝道及夫妻承諾和情分，所以台灣失能老人主要集中在非正式系統的家人

照顧為主，因此家中照顧者隨之而來的是壓力和負荷。雖然家人在此過程中，可能有短暫凝聚一起的向心力，但是以照顧整體過程來看，生活品質差、睡眠品質受到影響且家庭花費增加。有的因照顧工作沉重，影響到照顧者本身的健康而生病必須就醫甚至住院。此外，休閒生活中斷，朋友社交減少，原本的生活步調被打亂等。

從本研究中顯示照顧失能老人是極度繁瑣好似無休止的工作。在時間、體力、經濟及情緒上均受到的影響。當負面負荷大過正面情緒就形成壓力。從本研究經過與六位失能老人照顧深度訪談中顯示照顧的壓力影響到照顧者的生理、心理、經濟、社會等四個方面。另外也包含對社會及政府的資源知識不足或是在資源運用上有障礙也是照顧者壓力來源之一。

二、照顧者壓力的因應方式 - 正面思考、家人情緒支持、自我舒壓、找朋友傾談

照顧者長期在焦慮壓力中渡日，開始自我內在調適成長。比如有些照顧者經歷許多挫敗後開始正面思考，逐漸嘗試轉念、釋懷來平緩情緒或降低壓力。也有許多照顧者透過手足、配偶、子女的愛與支持和宗教信仰來調適的緊張和壓力。

本研究中顯示有的照顧者經過長期的身心疲勞和焦慮憤怒多半會逐漸發展出一套自我舒壓的方法。有的會找機去走路、游泳、騎車、聽音樂或睡覺或去大吃一頓。有的照顧者會去找教會朋友傾談，或找專家請益。有的照顧者會隨著患者病情的改變，不斷研究改進照顧技巧，使患者舒適一些，也舒緩了本身的壓力。儘管如此，很可惜的是如果家庭照顧者有使用社會和政府的照顧資源就可以減少許多負荷，不至於獨自承受所有的照顧壓力。

三、照顧者有學習的需求 - 內在學習、照顧技巧學習、社政資源學習

從本研究結果也發現照顧者各樣學習的需求；

(一)醫療常識、照顧技巧的學習：缺乏醫療常識、照顧技巧，讓照顧者感到焦慮遺憾。身為照顧者都想好好照顧家人，可是病情往往來的突然，讓人措手不及，若是可以在家人還沒有生病，坊間就已有照顧的課程如照顧知識、技巧、醫療常識、社福政策及相關

的心理準備等學習，使我們不致獨自在黑暗中摸索。摸索的過程中因為不知道自己這樣做得對還是不對都會讓人心慌著急，心想這是最好的方法嗎？做下去沒效或惡化怎麼辦？受訪者 A 小姐和 D 先生都有這種痛苦經驗。患者被照顧久了，心情難免鬱悶，會有鬱鬱寡歡甚至發脾氣的時候，我們又不能幫他承受，該如何跟他們溝通？讓他們感覺好些。而且身為主要照顧者，情緒也會被感染，看到家人痛苦，自己怎麼開心得起來？C 先生有過許多種類似經歷。看到受照顧者情況越來越差，一直至生命的最後一刻，更讓照顧者感嘆，若是能在家人生病前就有學習過醫療知能做及時的急救，照顧過程中所需的技巧等相關課程，也許可以避免很多後面的辛苦，或讓他們的照顧過程比較容易渡過。本研究中顯示有些遺憾事件的發生是由於親人的誤判或延誤就醫而發生的。

(二)心靈成長，正面態度的內在學習；

顧者照顧過程中的心情起伏很大，極需扶持。在照顧過程中，常會面臨很多緊急或突發狀況，其感受如人飲水冷暖自知等不足為外人道的歷程。例如；受訪者 C 兒子，照顧三十年的時間，心情如同坐雲霄飛車一樣，高低起伏震幅頗大。一開始照顧母親時，狀況還好，母親的全然信任也讓他充滿成就感；但是隨著母親的精神疾病加重，有時又不肯吃藥，發作時會說他拿她的錢，又說他不給她吃飯等，讓他很震驚說自己母親怎會這樣亂怪一直照顧她的兒子偷她的錢，虐待她不給飯吃。他簡直不敢相信又心疼母親活在不安全和恐懼中，長為一些小事就發飆大罵。

受訪者 A 女兒照顧中風的母親。雖然母親在養護中心，但是她還是每天都去幫忙這幫忙那，也因為是求好心切，買很多營養品按時餵媽媽吃，幫她按摩，又帶她出去散步，每一次出門都是大工程。有時候有突發狀況還要緊急送醫，雖然有兄弟三人，但是都完全不幫忙，反而認為她不需要做這些多餘的，說丟給養護中心就好了！被兄弟這樣說讓他感到灰心受挫，也感覺非常孤單無助又氣憤！

在受挫折或心情最低落的時候如何去正面思考或把事情看開看淡，是要經過學習和操練的。或者也可藉由宗教的信仰中得到心靈的撫慰。

(三)照顧者對社會政府資源之外在學習

政府長期照顧政策的宣導不足。在研究訪談過程中顯示，僅有兩位受訪者(B、D)知道台北市政府政策，且曾經嚐試申請喘息服務，但是兩位的其中一位，A太太因申請過程繁複又發現時間上難以互相配合而放棄，另一位D先生曾使用洗澡打掃清潔的服務，覺得滿意。其他三位受訪者則只是聽過「長照政策」這四字，但並不了解是甚麼。

另外在現今的照顧服務體系下，失能老人的照顧多半是由自己及家庭負責老人的照顧，但在照顧期間會因許多原因而承受壓力導致照顧者身心靈疲乏不堪。在家人都無暇照顧的狀況下，才找外勞來照顧，但是老人與外勞語言無法溝通的狀況也隨處可見，在這樣的照顧下，老人心情無處宣洩，也是大多數照顧者的顧慮。綜歸起來，家庭照顧者對政府長期照顧政策之存在及其所能提供之服務了解不足，也是造成照顧壓力的主要原因之一。如政府長照提供的喘息服務、居家復健、居家護理、環境改善、沐浴服務、交通接送等都可善加利用以減輕家庭負擔及照顧壓力。

第二節 建議

當失能老人的人數不斷增加，照顧失能老人的照顧者也跟著增加。照顧失能老人是一項愛的勞務，然而，照顧生活無法自理的長輩或失能的老人與照顧嬰幼兒成長過程中的「甜蜜的負荷」截然不同。隨著日子一年年的過去，24小時隨侍在側盡心盡力，每天睡眠不足，身體疲累不勳甚至生病或筋骨受傷。但是照顧者像是在與大自然運行的規則拔河一樣，眼睜睜的看著心愛的家人仍舊日漸衰老、凋零、最後離自己遠去。雖然到最後照顧工作是結束了，但是經年照顧下來所培養的感情已密不可分，那種失去親人後的傷痛、無奈、無力的掙扎是很難以陳述的。研究者本身就是照顧者，照顧母親三年多，在撰寫此論文過程中，母親離開，親身經歷照顧者所有照顧的過程，感受深刻！

在為期一年多的研究與多次的訪談，及長期了解主要照顧者在照顧歷程之生活經驗中，了解照顧者有諸多的感受、壓力。而現在多半的照顧者自己都已是老人了，照顧對他們而言是非常艱辛吃力。縱然他們用很多不同方式試圖來舒緩身心的壓力而我們政府

有照顧的決心和美意，所提供許多照顧資源及補助或服務，卻只有極少數被使用到，這是值得我們探討的。

經過深度訪談六位家庭主要照顧者及研究者本身的觀察家庭照顧者壓力來源及因應壓力的方式與周邊社會資源及政府長照網絡等資訊不足有很直接的關係，因此擬出以下相關建議：

一、對政府長照政策及社會福利政策方面

(一) **政府應加強宣導長照政策** 政府應加強宣導長照資源。利用各地衛生所，里辦公室甚至學校公車站標語處宣導長照政策補助項目內容、如居家、社區、機構等服務內容及加強培訓人力，提高薪資，服務品質提升。並致力於簡化申請手續，縮短申請時間，是有需要者能很快獲得協助並安心使用長照政策的服務。同時建議政府要有充裕資金應付照顧所需，以免照顧服務因資金短缺被迫中斷。要能做到長照政策普及化地域平均分配化，使城鄉都能使用到長照服務。

(二) **工作場所比照育嬰假的形式提供「事親假」**近年來有若干學者提出另一種「社會權」的意義，即每個人都有提供照顧和接受照顧的權利。(right to be cared & right to care)。國家應保障人民選擇照顧自己與親人等權利，例如國家補貼雇主比照育嬰假的形式提供「事親假」或在工作場所提供「托老服務」，以減輕照顧工作者與照顧間的衝突與張力。

政府應落實保障照顧者與受照顧者得全力在政策的擬定及服務的設計上將「消極」的救濟轉化為積極保障社會權益。讓家庭照顧者從申請福利資源到使用福利資源過程中有感受到被尊重而不是被歧視。

(三) **如何使照顧者感受到被重視，或始之更直接受惠** 從研究訪談中可看出民眾對我國長期照顧政策的認知很少。自 2007 年我國開始推行長期照顧 10 年計畫政策。其措施與設計多以受照顧者的需求為出發點，而照顧者本身必須犧牲本身的權力。照顧者可能為了承擔照顧工作必須調整生活型態，工作狀況，承受許多精力財務上的壓力甚至受傷生病。照顧者角色及需求幾乎完全受到忽略甚至照顧者本身也沒有注意到。建議長照政策除了喘息服務、照顧技巧訓練、情緒支持以外能有更多可以使照顧者感受到被重視，

或更直接受惠的措施。

(四) 給予津貼或減免稅 家庭中有失能老人者，往往會增加許多支出，如醫療費用、營養 輔助食品費用和重新改裝家庭空間的費用，以往這些費用只能夠由手足和自己來想辦法，若是經濟不寬裕的家庭，往往更是為此頭疼，失能老人也會覺得自己沒有用。此時若是政府可以給予津貼或減免稅，相信對人民來說是更為實惠的好政策。

二、社福和醫療單位可提供的服務

(一) 提供專業的諮詢服務教導照顧技巧 社福和醫療單位對照顧者在照顧上所可能引發的生理、心理上等問題給予協助。當家庭中有失能老人時，對家庭中所帶來的衝擊，會使人慌亂、手足無措，對未來毫無確定性，甚至引發諸多家庭問題。此時，若是醫療服務、中高齡教育和社會工作單位，可以提供專業的諮詢和政府相關福利服務，不僅可以宣導政府政策，也可以讓照顧者更了解如何照顧，也減少許多可必免冗長的摸索時間。

(二) 提供身心調適、壓力釋放等課程 社政相關單位對照顧者應提供身心調適、壓力釋放等課程、活動空間、設備和資訊管道。因為照顧者除了要面對勞務所帶來的壓力負荷外，還要處理自己身心上的感受。而這些感受往往也無法隨意向外吐露，若是相關單位能夠成立輔導團隊，提供身心調適、壓力釋放等課程，讓有照顧經驗且已經結束照顧工作的照顧者，或者是專業人士的協助，帶領剛開始執行照顧工作的成員，相信對照顧者在照顧工作上會有極大幫助。現有的家庭照顧者關懷協會 1996 年成立，至今全省有六個縣市有服務。但仍不夠普及化，且知道的人並不多。建議家庭照顧者關懷協會能開發更多的據點和加強宣傳，使家庭照顧者知道且可以方便的使用他們的服務。

三、對照顧者及受照顧者之教育方面

(一) 將照顧知識納入各級的教育系統裡 建議將家庭照顧者所應學習之相關課程及所應有的心理準備如每一個人都有可能成為一個照顧者甚至會成為一個被照顧者，應有的照顧概念及心裡準備等課程納入正規教育系統國高中及大學。另在社區大學或高齡教育單位開設更多面向的相關課程如照顧技巧、陪伴及身心靈課程等。同時也可使民眾

了解照顧是辛苦的，從小就知道萬一自己成為受照顧者時，會懂得如何當一個能配合而不增家照顧者的壓力的受照顧者，使雙方都有一個較有品質的生活是很重要的。

(二)成立家庭照顧者學習資源中心。照顧失能家人的重要學習途徑包括教育訓練和照顧資訊的取得，由政府機關或醫療機構提供相關衛教，或由非正式民間團體提供實務技巧，減輕照顧者的負擔，降低壓力提升自我價值。像是各縣市政府衛生局均有成立「家庭照顧者支持團體」，讓這群辛苦的照顧者可以結交到一群相同背景的照顧朋友，持續相互扶持打氣，建立漫長照顧路途能繼續走下去的信心。衛生局利用「家庭照顧者支持團體」開系列課程，可以深入配合家庭照顧者在照顧上的需求，讓這群辛苦的照顧者可以運用在顧的技巧上與心理(靈)調適等，有效紓解家庭照顧者身心靈的負荷，也藉由分享彼此的照顧經驗及心情，更加體會到周遭還是有許多的朋友也有相同處境，感受到自己照顧的路上不孤單。

四、對後續研究的建議

由於人力物力時間的限制，有許多未臻完備之處，僅以本研究不足之處，提出以下建議以做為進一步研究者之參考。

研究採用質性研究方法中的深度訪談法，訪談時容易受到訪談當時情緒之影響，不易掌握到受訪者真實的心境，待研究者釋出善意後，方能得到受訪者的放心的回應。因此建議未來在相關研究中，可以更真實的掌握自己的情緒，更有效捕的捉記錄照顧者照顧過程真實之全貌。

另建議未來研究者可以故事敘說方式更深更廣的表述照顧者的心事與處境，研究成果將會更豐富多元，提供社會老人福利政策及政府長期照顧政策更新更詳細資訊，以減輕其照顧壓力及經濟的負擔，是對照顧者更切實的幫助。

參考文獻

壹、中文部份

內政部戶政司 (2011)。內政統計通報 100 年第 11 週。取自

http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=5060

行政院經濟建設委員會, 人口推計

http://iknow.stpi.narl.org.tw/Post/Files/policy/2012/policy_12_037_2.pdf

內政部社會司 (2012)。提供失能長者長期照顧服務。取自

http://www.moi.gov.tw/chi/chi_ipmoi_note/ipmoi_note_detail.aspx?sn=6&pages=0

行政院衛生署 (2009, 12 月 29 日)·全民健康保險居家照護作業要點·取

自 <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0202.asp?lsid=FL0140>

行政院經濟建設委員會 (2010, 9 月)·2010 年至 2060 年臺灣人口推

計·取自 <http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0000455>

行政院衛生署 (2011 年 3 月)·長期照護服務法草案·取自 <http://www.ey.gov.tw/ct.aspxItem=78782&ctNode=2294&mp=1>

行政院衛生署 (2011 年 8 月 25 日)·台閩地區護理機構資源·取自

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx

衛生福利部 (2016, 7 月 17 日) 長照十年計畫 2.0

內政部(1996)。中華民國八十五年老人狀況調查摘要分析。

內政部戶政司(2002)。中華民國九十年台閩重要人口指標。線上檢索日期民國 93 年 7

月 13 日, 網址:<http://www.ris.gov.tw/ch4/static/st27-1.html>

內政部統計處(1997)。中華民國八十五年老人狀況調查報告。

內政部統計處(2000)。中華民國八十九年老人狀況調查報告。

尤偉哲 (2009)。家庭照顧者壓力與休閒調適策略影響生活滿意度之研究。兩

岸運動觀光產業暨體育發展學術研討會論文集。海峽兩岸體育研究學會,

79-97

毛新春。認識病人的靈性需求。台灣醫學 1997; 1:653-654。97 年 8 月 9 日

王玉霞 (2008)。照顧者壓力調適與溝通技巧。台南市立醫院護理長演講

王亞妮 (1999)。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

王曼溪 (1993)。老年住院患者之生活品質、日常活動能力、及個人相關因素之探討。

台中榮總研究成果報告。

王滢筑(2009)。家戶有需長期照顧者之家庭成員與主要照顧者生活品質影響因素探討
(未發表的碩士論文)。亞洲大學健康產業管理系。

王麗雪、何美瑤、呂桂雲、葉淑惠 (2007)。照顧者社會支持、照顧評價和失能老人家庭照顧品質的相關性探討。**實證護理**，3 (3)，177-187。

朱翠燕、李素卿、王祖琪、謝瑞雲、李秋玉、林秀麗 (2010)。女性照顧者負荷之質性研究。**北市醫學雜誌**，7(2)。144-153。

何瓊芳 (2000)。探討失能老人家庭照顧者的照顧正向經驗 (未發表的碩士論文)·桃園縣：長庚大學護理學研究所。

余漢儀 (1998)。社會研究的倫理。台北：三民

吳味鄉 (1993)。台灣地區長期疾病照顧。**福利社會**，10，17-21。

吳味鄉(1993)。台灣地區老人照顧與社會網路關係之研究。中正大學社會福利研究所碩士論文。

吳芝儀、李奉儒 (譯)(1995)。米高·奎因·巴頓著。質的評鑑與研究。台北：桂冠。

吳芝儀、廖梅花。(2001)質性研究入門:紮根理論研究方法。嘉義：濤石。

吳聖良、林豐雄、張瑛珺、姚克明(1992)。台灣省社區殘障老人主要照顧者之壓力需求之調查研究。**公共衛生**，19(2)，166-177。

吳聖良、胡杏佳、姚克明 (1991)。台灣地區居家照顧者負荷情況及其需求之調查研究。**公共衛生**，18(3)，337-247。

吳聖良、胡杏佳、姚克明 (1991b)。台灣地區居家照護老人主要照顧。

呂如分(2005)。中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。**長期照護**

呂寶靜(2001)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。

呂寶靜(1996)。失能老人非正式和正式照顧體系關係之探究-以日間照顧服務方

呂寶靜(1999b)。老人非正式照顧體系中朋友和鄰居功能初探--兼論社區照顧中居民互助網絡之建構。行政院國科會專題研究成果報告。

呂寶靜(2000a)。老人福利政策之現況與未來。宣讀於「風華再現銀髮族的社會福利需求研討會」，中華民國社會工作專業人員協會主辦，2000年9月6日。

呂寶靜、陳景寧(1997)。女性家屬照顧者的處境與福利建構。頁57-92，收錄於劉毓秀

李孟芬 (1993)。台灣老人的非正式社會支持與生活滿意之關係研究。出自李孟芬主編，**台灣老人健康與生活研究論文集(第一輯)**。

李美蘭 (2007)。國小資深女性教師幸福感之質研究 (未出版碩士論文)。國立台灣師

範大學，台北。

李麗香 (1995)。慢性病患主要照顧者的生活品質及其相關因素之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。

杜明勳。談靈性照顧。護理雜誌 2004;51(5):80-82。季刊，115，363-379。

屈蓮、白璐、鄧光銳、王修平(1996)。大台北地區主要照顧者之工作負荷量及對居家照護服務之需求程度之調查。中華衛生雜誌，15(4)，302。

林明地 (2000)。質的研究實例舉隅:校長領導的參與觀察。質的研究方法。高雄:麗文

林松齡 (1993)。老人社會支持來源與老人社會需求。P. 265-268，收錄於王國羽編，社會安全問題之探討。嘉義：中正大學社會福利研究

林淑惠、黃韞臻(2008)。研究生之生活壓力與因應策略現況分析。臺中教育大學學報：教育類，22(2)，61-84

邱啟潤、呂淑宜、許玉雲 (1998)。居家中國老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)，69-82。

邱啟潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英 (1993)。居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討。老人養護論叢。彰化：省立彰化老人養護中心

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其相關因素之探討。護理雜誌，35(1)，69-83。

邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)。失智症病患主要照護者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討。精神衛生護理雜誌，2(2)，31-44。

姜秀惠(2010)。青少年經歷失落事件的因應行為與生命意義之相關研究—以台中縣市高中職學生為例(未發表的碩士論文)。南華大學。

柯瓊芳(2002)。誰來照顧老人？歐盟各國奉養態度的比較分析。人口學刊 24: 1-32.

洪百薰 (1995)。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。一九九五老人學術研究年鑑，351-362。

胡幼慧 (1996)。質性研究-理論方法及本土女性研究實例。台北市：巨流。

胡幼慧 (1996)。質性研究的分析與寫成。載於胡幼慧主編，質性研究理論、方法及本土女性研究實例(159-170 頁)。台北：巨流。

徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美(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影響因素。護理雜誌，39(3)，99-106。

秦燕(1994)。住院老年病患主要照顧者的壓力與需求研究。台中榮民總醫院。

秦燕、游育蕙、黃孝鏘(1999)。台中市老年人主要照顧者的壓力與需求。中華醫務社會工作學刊，7(6)。

- 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。
- 梁嘉欣、程蘊菁、陳人豪(2014)。失智症之重點回顧。內科學誌，第 25 期，頁 151-157
- 高淑清 (2001)。質性研究設計。質性教育研究：理論與方法 69-104.
- 張美惠(2008)。高中職學生人格特質、休閒活動參與對壓力調適影響之研究-以僑泰高中為例(未發表的碩士論文)。朝陽科技大學休閒事業管理系。
- 陳五洲 (2000)。運動研究法。臺中市:華格那企業。
- 陳玉娟 (2005)。他/她是我爸/媽！談老年人主要照顧者之生活品質與壓力、需求嘉義大學家庭教育研究所。網路社會學通訊期刊 49 期
- 陳光耀、李開敏、鄒平儀(1993)。老年癌症及其他慢性病患主要照顧者壓力與健康之研究-以台北榮總為例。台北榮民總醫院社會工作組。
- 陳向明 (2002)。教師如何作質的研究。台北:洪葉文化事業有限公司。
- 曾忠明 (2006)。台灣老人福利概況及政策展望，台灣老年醫學雜誌；1 卷 3 期 (2006 / 02 / 01)， P112 - 121
- 湯麗玉(1991)。痴呆老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。國立台灣大學護理大學護理學研究所碩士論文。量及對居家照護服務之需求程度之調查。中華衛生雜誌，15(4)，302。
- 黃光玉、劉念夏、陳清文譯 (2004)。媒介與傳播研究方法:質化與量化研究途徑。台北:風雲論壇。
- 黃松林(2009)。生活品質、社會資本、社會品質與社會資源的永續性—從弱勢人口群來看。社區發展季刊，126，151-161。
- 黃富順 (2000)。成人心理與學習，(台北：師大書苑)。
- 黃富順、林麗惠與梁芷瑄(2008)。《我國屆齡退休及高齡者參與學習需求意向調查研究報告》。教育部委託專案報告，新竹：玄奘大學教育人力資源與發展學系。
- 黃嘉雄 (民 84)。轉化社會結構的課程理論。國立台灣師範大學教育研究所博士論文，未出版，台北市。
- 楊珮琪(1990)。老人癡呆症病患家屬之壓力與需求探討。東海大學社會工作碩士論文
- 楊惠芳、王鐘慶、吳立偉、江昇達、高東煒、羅慶徽、陳韋良(2012)。分析居家護理照顧提供者工作壓力與自覺健康狀況相關性之研究。中華職業醫學雜誌，9(3)，135-145。

- 葉炳強等(1996)。癡呆患者及家庭之整合性社區居家照顧模式-發展與評估。高雄醫學科學雜誌，12(6)，359-369。
- 劉欣怡(2000)。居家失能老人主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。國立-台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 劉梅君(1997)。建構「性別敏感」的公民權-從女性照顧者工作本質之探折出發。女性、國家、照顧工作。劉毓秀主編。台北：女書文化。
- 劉淑娟(1998)。我國公共圖書館技術服務員資訊素養之研究。私立淡江大學教育資料科學學系碩士論文，未出版，台南。
- 蔡盈盈(2006)。乳癌患者家屬照顧者的因應、社會支持與生活品質之相關性初探(未發表的碩士論文)。
- 蕭金菊(1995)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探討。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 戴玉慈、余玉眉、連倚南(1990)。罹患中風對家庭的衝擊。公共衛生，17(2)，171-180。
- 鍾嫻嫻、蔡正河、林雍章(1990)。居家完全臥床病人主史照顧者的壓力，心態及其相關因素之探討。中華民國家庭醫學醫學會會刊，8，45-58。
- 簡乃卉、徐亞瑛(2000)。住院失能老人之家庭照顧者出院需求之探討。護理研究，8(4)。
- 簡春安、鄒平儀(1998)。社會工作研究法。台北市：巨流雜誌，9(2)，152-170。
- 魏弘貞(2006)。影響癲癇青少年生活壓力因應策略相關因素之研究。社區發展
- 羅淑芬、黃秀梨、劉雪娥、姚開屏(2002)。燒傷病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。台灣醫學，6(5)，625-636。
- 羅靜心(1990)。住院癌症病患家屬的壓力及其因應策略之探討。私立東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 嚴祥鑾(1998)。危險與秘密—研究倫理。台北：三民。

貳、英文部份

- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person— Burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 109– 116. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025109.x
- appraisal of stress among family caregivers ◦ *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215 ◦
- Babbie (1995). Babbie, E. Babbie, E. (1995) *The Practice of Social Research* (7th Edition). Belmont, CA: *Wadsworth Publishing Company*.
- Baillie. V., Norbeck, J. S. & Barnes, L. A. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family care-givers of the elderly. *Nursing Research*.
- Bass, D. M. & Noelker, L. S. (1987). The influence of family care-givers on elder's use of income services: an expanded conceptual framework. *Journal of Health And Social Behavior*, 28(6), 184-196.
- Baumgartner, L. M. (2001). An update on transformational learning. *New Directions for adult and continuing education. The New Update on Adult Learning Theory*, 89, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Baumgartner, L. M. (2001). *The New Update on Adult Learning Theory*, 89, CA: Jossey-Bass.
- Bethous, F., Calmels, P., Gautheron, V., & Minaire, P. (1996) ◦ Quality of life spouse of stroke patients : A preliminary study ◦ *International Journal of Rehabilitaiton Research*, 19(4), 291- 299.
- Binstock, R. H., & George, L. K. (1990) ◦ *Handbook of Aging and the Social Science*, *the Academic Press*. Inc. 446-451.
- Bugge, C., Alexander, H., & Hagen, S. (1999). Stroke patients' Informal Caregivers Patient, Caregivers ; and Service Factors That Affect Caregiver Strain. Bunting, S. M. (1989). Stress on Caregivers of Elderly ◦ *Advances in Nursing Science*, 11(2), 63-73.
- Cantor, M. H. (1983). Strain among caregivers: a study of experience in the United States. *The Gerontologist*, 23, 597-604.
- Cantor, M., & Little , V. (1985). Aging and the Social Care, *In Handbook of Aging and the Social Science*, 745-781.
- Catanzaro, 1988; Morse & Field, 1995 .In this analysis, the focus is on discovering

underlying meanings.

- Clark (1993) ◦ Clark, M. C. (1993). Transformational learning, *New Directions For Adult and Continuing Education*, (57), 47-56.
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1990). Caregiver needs and patterns of social.
- Cochran, J. (1994). Family Caregivers of the Fail Elderly Burdens and Health ◦ *Nurse Practitioner*, 19(5), 5-6.
- Dennis, M., O' Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M., & Warlow, C. (1998). A Quantitative Study of the Emotional Outcome of People Caring for Stroke Survivors ◦ *Stroke*, 29(9), 1867-1872.
- Dwyer, J. W. & Lee, G. R. & Jankowski, T. B. (1994). "Reciprocity, Elder Satisfaction, Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid if the Family Caregiver Relationship". *Journal of Marriage and the Family*, 56, 35-43.
- Frankl V E : Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy , 1959 *Washington Square Press*. New York.1963.
- Goodman, C. (1986). Research on the informal carer: Selects literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 11(6), 705-712.
- Hammersley, Martyn (1990). Herbert Blumer and qualitative method. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 3(1) pp. 31–36.
- Huttman , E. D.,(1985) Social Services for the Elderly. New York : *The Free Press*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress*, appraisal, and coping. New York: *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* , 1959
- Mckillip, (1987). Human Service and Education, *International Journal of Information and Computation Technology*. ISSN 0974-2239 Volume 3, Number 5 (2013), pp. 377-382
- Meneses, M. R. , & Perry, G. R. B. (1993). The plight of caregivers. *Home Health care, Nurse*, 11(4), 10-14. Almgren, Grafstrom,& Winblad, 1997) .
- Merriam, S. B. & Caffarella, R. S. (1999). *Learning in Adulthood : A Comprehensive Guide*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991b). Transformative dimensions of adult learning. San Francison: *Jossey-Bass*.
- Minichiello et al., (1995). *In-depth Interviewing: Principles, Techniques, Analysis*. 2nd ed,

Longman Cheshire.

- Naylor, M. D., Campbell, R. L., Foust, J. B. (1993). Meeting the discharge needs of hospitalized elderly and their caregivers. Key aspects of caring for the chronically ill.
- Periard & Ames (1993) Caregiver Burden and Nonachievement of Healthy Lifestyle Behaviors Among Family Caregivers of Cardiovascular Disease Patients, *American Journal of Health Promotion and Allen Press Publishing Services*
- Rabins, C., Mace, N., & Lucas, M. (1982) ° *The impact of dementia on the family* ° JAMA, 248, 333 °
- Shanas E. (1979) The family as a social support system of old age. *The gerontologist*, 19, 169-174.
- Smith C. E. (1993). Quality of life long-term total parenteral nutrition patient and their family caregivers. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 17, 501-506.
- Stephens, M. A. P., Kinnery, J. M. & Ogrocki, P. K. (1991). Stressors and Well-being among caregivers to older Adult with Dementia: The in-home versus nursing home experience. *The Gerontologist*, 31(2), 217-223.
- Stevenson, P. (1990) ° Family stress related to home care of Alzheimer's disease patient and implications for support. *Journal of Neuroscience Nursing*, 22(3), 179-188.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2001). Introduction. Dans A. L. Strauss & J. Corbin (Eds.), *Grounded theory in practice* (p. 280). Thousand Oaks, CA : Sage
- Travis, S.S., (1995) Families and Formal Networks. 458-473, In *Handbook of Aging and the Social Science*. Greenwood Press.
- Van Andel J, Westerhuis W, Zijlmans M, Fischer K, Leijten FS. (2011) Adult Caregivers in the United States: Characteristics and Differences in Well-being, by Caregiver Age and Caregiving Status. *Journal of Neurology*, 10 (17)88-94. doi: 10.1007/s00415-011-6013-1.
- Weiler, P. G., Chiriboga, D. A., & Black, S. A. (1994). Comparison of mental status tests: implications for Alzheimer's patients and their caregivers. *J Gerontol*, 49(1), S44-51.
- Williams, A. (1994). What brothers Caregivers of Atroke Victimes ? *Journal of Neurosciem Nurnsing*, 26(3), 155-161.
- Yaffe, M. J. (1988). Implications of caring for an aging parent. *CMAJ*, 138(1), 231-235.
- Zhan, L. (1992). Quality of life : Conceptual and measurement issues ° *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 795-800.

附錄一

訪談同意書

您好!本人是台灣師範大學社會教育研究所的學生，目前正在進行論文寫作階段，研究題目為「失能老人主要照顧者壓力，因應方式及學習需求之探討」。主要內容是透過家庭照顧者的訪談，傾聽照顧的心路歷程，並找出照顧上的困境及需求，以對所有家庭照顧者及政府社會福利政策提供建議。

在此先謝謝您，願意撥空接受此研究，希望在彼此的相處過程中，分享您在照顧上的心路歷程，如果過程中有撥動您內心情緒，或一些尷尬時刻，請您隨時提出暫停，以尊重您的隱私與情緒舒緩。

本研究訪談時間約為 90 至 120 分鐘，為日後資料便於分析整理，請容許全程錄音，訪談地點以您的意願和便利為考量，希望在安靜不受干擾的情況下彼此對話。

關於您所提供的寶貴資料，僅供本次論文撰寫用，您的基本資料完全保密，以化名方式呈現，以謹守研究倫理。

最後感謝您對本研究的貢獻，有您的真誠分享，才能真實呈現此經驗，如果您有任何疑慮，歡迎隨時與本人連繫。

敬頌 身心健康愉快!

研究生 胡梅敬上

附錄二

訪談大綱

1. 何時開始照顧長輩？
2. 之前有無照顧經驗？
3. 為何由你來主要照顧，
4. 照顧工作有與家人分工嗎？
5. 照顧時身體有感到疲累嗎？如何處理？
6. 經濟上有壓力嗎？如何處理？
7. 心理上有感覺負荷嗎？舉例，如何處理？
8. 社交及家庭生活有受影響嗎？舉例，如何處理？
9. 在照顧過程中，您覺得最需要學習的是什麼？
10. 整段照顧歷程下來您的心情如何？及您對於生命意義的看法？
11. 有使用政府及社會資源嗎？感覺如何？
12. 回顧這段照顧歷程，對自己有何提醒或對政府其他照顧者有何建議？