

研究論文

老人因病致障於社區照顧介入其生活 影響之研究—以中部地區為例

呂彥萱

國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士生

陳心怡

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系助理教授

唐宜楨

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系副教授

童伊迪*

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系助理教授

中文摘要

台灣隨著醫藥衛生與社會的進步，國民壽命明顯增加也逐漸邁入高齡化社會，慢性病也成爲老年人的常見疾病，其所引發的後遺症時常伴隨身體的失能及障礙，其日常生活的自理及照顧也成爲政府及人民所關心的議題。本研究欲瞭解老人因慢性病致身心障礙，於社區照顧介入後其生活改變情形，並瞭解因病致障老人使用社區照顧所面臨的困境及期待。研究方法採用質性研究深入訪談法，以半結構式訪談大綱對訪談議題採取較爲開放的態度，用以理解受訪者的感受，呈現老人生命經驗的豐富性與特殊性。研究結果發現若要維護慢性病導致身心障礙老人的生活品質，社區照顧的介入扮演著十分重要的角色，尤其對於較爲弱勢的老人及其家庭而言，時數的補助以及較爲低廉的價格，都是得以使用服務的因素。而接受社區照顧的身障老人於生活各方面皆有明顯的改善，於生理方面減緩老人生活適應方面的問題；心理方面減輕老人因照顧問題所產生的心理負擔；於社會方面增加了老人的社會支持與人際的互動。社區照顧提供過程中所面臨的實際問題，其中包含照顧人員的素質不佳、營養餐食美味與健康的難以兼顧及有限的服務時間內，服務需求的滿足不全等問題。而老人顧及所使用之服務不需付費或是經過補助後收費低廉，認爲應懷有感恩的心，對於服務的改善與建議有所保留，認爲不需抱有太多的期待或標準。

關鍵字：老人、慢性病、身心障礙、社區照顧

Study on influence of community care intervention for elder people with disabilities due to chronic disease

Yen-Hsuan Lu

National Chi Nan University, Department of social policy & social work,
master student

Hsin-Yi Chen

Chung Shan Medical University, Department of medical sociology & social
work, assistant professor

I-Chen Tang

Chung Shan Medical University, Department of medical sociology & social
work, associate professor

Yi-Ti Tung

Chung Shan Medical University, Department of medical sociology & social
work, assistant professor

Abstract

Chronic disease leads to impairment and physical disability is common in the elder people. The purpose of this study is to explore influence of community care intervention in elder people with disabilities due to chronic disease. The study conducts qualitative research to collect data by in-depth interviews of 10 elder people with disabilities. The results show community care could improve the life adaptation and quality of live for elder people with disabilities due to chronic disease. Community care increases social support and interpersonal interaction for disable elderly and reduces psychological burden. The dilemmas of community care are poor home service quality and limited service times. Finally, elder people appreciate community care resource without high expectations.

Key words: Elder people, Chronic disease, Disability, Community care

壹、研究背景與研究目的

依據內政部（2000）資料顯示，有 76.06% 以上的老人罹患慢性病，也指出 65 歲以上身心障礙者占全部身心障礙人數的比例逐年增加，其中包括先天或早年致障的身障者，與晚年因為老年疾病或功能退化的身心障礙老人。除了慢性病之外，老化也會使老人面臨失能的情況，老化是一進行式的人類正常身心變化過程，其對老人的行為有很大負面影響。在身體有關的生理上老化，即生物性老化，會因身體的老化而變衰弱，導致各器官功能的退化或喪失。而在精神有關的心理上老化，即是隨著個人的年齡增加或特殊生活環境壓力等原因，而導致心理上變化（江亮演，2009）。

為滿足長期照護需求人口的快速增加，行政院於 2007 年 4 月核定「我國社區照顧十年計畫」，其計劃的基本目標為「建構完整之我國社區照顧體系，保障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」。規劃於 10 年內挹注新台幣 817.36 億元經費，以建構一個符合多元化、社區化、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之社區照顧制度。目前各縣市均已設有長期照顧管理中心，由縣市政府的長期照顧管理中心來擔任長期照顧管理制度之執行單位，此外為積極發展長期照顧服務資源，採「引進民間參與」之實施策略來辦理（內政部，2007）。政府已有將老人照顧機構以「公設民營」之方式或「委託辦理」之方式藉此引進民間資源建構多元且完整的社區照顧網絡。

我國長期照顧十年計畫服務項目為：1. 照顧服務：含居家服務（家庭及日常生活照顧服務及身體照顧服務）、日間照顧、家庭托顧。2. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務：居家無障礙環境改善、生活輔助器具及復健輔助器

具購買補助及租借。3.老人營養餐飲服務：送餐服務由承辦單位遴選志工負責送餐到家。4.社區照顧機構服務：將老人送至長期照護機構接受照顧。5.交通接送服務：由合約交通接送機構至重度失能者的家中接送就醫。6.居家護理：一般傷口護理、各種導管更換及護理、各種依個案需求的護理指導等。7.喘息服務：受照顧者在護理之家、安養護中心等機構，短暫停留接受機構工作人員 8-24 小時之照顧，讓主要照顧者獲得短暫休息的機會。8.社區及居家復健：由專業人員（物理治療師或職能治療師/醫師）親赴案主家中，協助失能者居家生活能力上的重建與訓練（內政部，2007）。

在人類社會裡，衰弱老人大多數是由家庭來照顧，由於台灣近年來家庭型態的改變和大量婦女投入勞動市場，模糊了家庭成員相互照顧的責任，老人照顧的重要性備受重視。呂寶靜（2004）研究指出，在台灣失能者的家庭照顧責任相當沉重，有些因過度負荷而嚴重影響正常家庭功能的運作以及照顧者和受照顧者的生活品質。依據內政部（2010）資料顯示，2010 年 6 月底接受「長期照顧十年計畫」之服務人數及較 98 年底增減率，居家服務個案人數計有 2 萬 5,342 人（增 13.2%）、日間照顧 772 人（增 25.5%）、交通接送服務 1 萬 1,734 人（增 26.9%），顯示長期照顧服務的需求人數有增加的趨勢，使得長期照顧服務對於老人及功能障礙者的介入愈趨重要。

老人社區照顧屬於長期照顧的一環（黃源協，2005），社區照顧提供適切的介入與支持，使人們擁有較高的獨立自主性，並能掌握自己的生活，其中不僅強調政府服務供給的主要角色，更要協助家庭、親友、鄰里成為主要照顧者的幫手。使老人或障礙者可居住在自己熟悉的社區內，提供服務給因身體健康不佳，但只要獲得社會照顧與健康照護而仍能夠生活在家中者，以降低或延緩機構式照顧的時間與機會。

研究群於中部地區老人社福機構從事社區老人的服務多時，在這段期間觀

察了許多長輩由於慢性病影響導致身心障礙者其日常生活的自理，如：糖尿病惡化所引發的截肢、失明的身心障礙的情境，或因心血管疾病所引發的中風而導致身體的癱瘓，導致生活照顧與社會適應的困難。老人因慢性病所引發身心障礙的情形已趨普遍，而在身心障礙的情況之下伴隨著失能的情況產生，因而面臨了生活適應的問題，如：身體的清潔、進食甚至對於各種不同病況的專業護理，而這往往也帶給老人及其家庭許多的壓力和負擔，因而需要社區照顧的介入。但長期照護在進行服務提供之時也遭遇許多困境，如：相關訊息不足，缺乏或延緩使用照顧服務資源的機會、經濟問題使服務無法延續等，使得服務使用者得到的協助是很有限的。因此，啟發了研究者欲進一步瞭解慢性病導致身心障礙的老人在社區照顧介入後，對其生活的影響。

本研究欲瞭解慢性病致身心障礙老人於社區照顧介入後其生活改變情形，探討問題如下：1.老人因慢性病致身心障礙之後其生活適應情形為何？2. 透過何種管道得知社區照顧？選擇何種類型的服務？接受服務的時間？3. 以目前所使用的社區照顧而言，生活適應與生活改變的情形？4. 使用服務的困難及其期待？

透過以上研究問題歸納出研究目的如下：

- 一、探究因慢性病致身心障礙老人於社區照顧介入後其生活改變情形。
- 二、瞭解因慢性病致身心障礙老人使用社區照顧所面臨的困境及期待。

目前台灣罹患慢性病的老人逐年增加，慢性病所引發的後遺症導致許多老人成為身心障礙者並有失能的現象產生，對老人生理、心理、社會及日常生活功能等多層面的影響，使得生活適應上有許多問題的產生，為了因應此等情形，政府推行了社區照顧的福利服務，希望能夠建構完整之我國長期照顧體系，保障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。然而，在推行一系列的社區照顧之後，其對於因病致障的老人是否有助於其生活適應與提升生活品質。因此，藉由此研究反應慢性病致身心障礙老人於社區照顧介入後其生活改變情形是有其重要性及其價值的。

貳、文獻回顧

本研究旨在探討慢性病致老人身心障礙的生活適應、社區照顧介入的類型及社區照顧介入後其生活的改善情形，因此文獻探討的面向包括：老人面對因慢性病致身心障礙的衝擊、社區照顧與身障老人的需求、台灣老人使用社區照顧的經驗等文獻資料。

一、老人面對因慢性病致身心障礙的衝擊

文獻指出，老年人口常見的慢性病遍及於身體各個系統及器官功能（李世代，1999、2002），如：惡性腫瘤、糖尿病、高血壓、心血管疾病、慢性肝病及肝硬化、骨關節病變、慢性肺病（慢性支氣管炎及氣喘）、慢性腎病（慢性腎炎及腎病症候群）、帕金森氏症、皮膚炎與其他各種功能性障礙等。可見，慢性病會引發多重器官及系統功能的退化與病變，對老人造成的影響是多層面的，包括有身體、心理、社會及日常生活功能等層面。

在身體功能方面，常令個體感到困擾的包括有：容易感到疲憊、活動耐力降低、消化不良、食慾下降、便秘、末梢循環不良、手腳發麻或酸痛、頭暈及免疫力下降等情形。在身體結構方面，個體則可能面臨某部位遭到破壞，例如：關節攣縮、肌肉萎縮、截肢及壓瘡等，而導致身體完整性受損的困擾。此外也可能有外觀改變的情形，如：臉歪嘴斜、跛行、下肢水腫及皮膚斑點等變

化（引自劉惠瑚、陳玉敏，2004）。

心理層面研究指出，超過八成以上的慢性病患在罹病後，曾經感受到多方面的壓力（胡月娟，1992、1994）與角色的改變等（Lewis & Lubkin, 2006）其中令個體感到最沉重的壓力是對於慢性病不穩定的惡化、復發、控制及好轉交替出現，甚至最終的死亡結果等無法預測的病情改變，因而產生不確定及失去控制感。此外，慢性病患亦會因此對自身有負面的態度，包括認為自己是有殘缺的人，而感到自卑、沮喪，覺得自己老了而沒有用處等，而對人生抱持悲觀的想法，甚至會有自殺的念頭等複雜的心理衝擊。有鑒於此，由於老人原本就較缺乏可運用的內外資源，因此在面臨疾病所帶來的衝擊及影響時，相較於其他年齡層，更容易產生心理調適的困難（曾姿瑛，2006）。社會層面而言，慢性病患由於需要長期就醫或是住院，因而減少與親友互動的機會，加上本身容易感到疲憊或身體活動功能受限等不適問題，以及個體對自我的負向、悲觀態度造成社交活動方面的退縮。尤其老年慢性病族群，由於疾病的壓力與老化過程所帶來的雙重影響，造成心理與社會層面的衝擊情形更為顯著（劉惠瑚、陳玉敏，2004）。

日常活動功能層面而言，慢性病對個體造成的日常活動功能層面的衝擊，因疾病種類、疾病數量、年齡、婚姻狀況及子女發展階段等的不同，而有不同程度的差異（胡月娟，1992）。從年齡方面可發現，老年人口由於慢性病及老化的雙重壓力與失落的影響，會明顯降低身體的活動範圍及靈敏度等功能，而且老人所承受的活動功能衝擊嚴重度，相較於慢性病中年患者及成年患者，皆更是明顯。對家庭層面而言，Bunting 在 1989 年指出（引自王文玲，1992）當老人在生理層面的自我照顧能力愈差時，對家庭成員的壓力與負擔就愈大，彼此的關係也會有明顯改變，甚至家屬所承受的職責與壓力會比病患來得更大，因

而家庭成員之間需要重新調整對彼此的期望。此外，家庭成員間的運作情形，也會直接影響到病患疾病的預後及生活品質等。

慢性病對於老人在生理、心理、社會、日常生活功能以及家庭層面，都有重大的影響和衝擊，因此，由此推論若要維護慢性病導致身心障礙老人的生活品質，長期照護服務的介入扮演著時深重要的角色，由於受影響的每個層面環環相扣且會互相影響，照顧服務針對其生理以及日常生活方面的協助，不僅會改善這兩方面的情況，連同心理、社會、及家庭也會受到連帶的影響。

二、社區照顧與身障老人的需求

社區化照顧是欲讓需要被照顧者能和常人般，在社區中過著自然且「正常化」(normalization)的生活，以盡量避免接受與社區隔離、欠缺隱私和選擇、以及充滿依賴之非人道式的全控機構照顧(黃源協, 2005)。正常化也成為社區照顧的核心價值乃在於「公民權利」(citizenship)的存在；為讓服務使用者能在充分享有公民權利的基礎上接受照顧，以過著有尊嚴且受尊重的獨立自主生活，充權(empowerment)也就成為正常化生活所不可或缺的一環(黃源協, 2005)。

Wolfensberger 在 1972 年發表「失能者的主要障礙乃是他們在社會上受到貶抑，正常化欲盡可能藉由失能者在社會上受到一般的尊重，以彌補這種貶抑」(引自黃源協, 2005)。因而，正常化強調「人為先、失能其次」(people first and disabled second)的原則，對失能者之服務目標，乃在於提昇生活模式和每日生活條件，以儘可能地接近社會正常的生活環境和方式，包括每日、每週、每年之正常週期性的生活，一套正常規模的生活，充分的隱私權、正常取得與他人的社會、情緒和性關係，正常的成長經驗、獲得適當支薪工作的可能性，以及

對影響其未來相關決定的選擇和參與；此外，失能者也有義務依據其能力，貢獻於其所生活的社會。這種強調有權參與社會所尊重的生活方式，將會增強自我實現和自主的機會（黃源協，2005）。換言之，正常化之明確的目標，乃在於對可能或已遭社會貶抑者，創造、支持和保護其應受尊重的社會角色。

老人社區照顧屬長期照顧的一環，為了保障老人身心障礙者能獲得適切的服務，增進其獨立生活能力、提升生活品質以維持尊嚴與自主，須瞭解身心障礙老人在各方面之需求，以檢視服務提供的適切性和有效性，探討層面包括：健康醫療需求、心理適應需求、社交活動需求及經濟安全需求等層面。

（一）健康醫療需求

由於老人疾病型態的改變帶動老人社區照顧的需求，從需求評估指出身心障礙老人因身體上缺陷而造成在生活自理或行動上的不便，他們最需要協助的是有人陪伴聊天及照護，或在健康有問題時能有人在旁照顧（萬育維，1994）。從相關研究顯示老人的健康照護需求主要有三方面，包括：健康講座與指導、巡迴醫療、流感疫苗接種（黃璉華、林豔君，2000）。

（二）心理適應需求

對身心障礙老人來說，部分的身心障礙老人會因為自己身體上的殘缺或是他人異樣的眼光而心理上產生自卑感及行為之退縮，他們最需要的就是能得家人、朋友及身活周遭的支持及照護，從這些互動中可幫助身心障礙老人心理上得到滿足、成就感及增進自尊並拓展人際關係，慰藉與滿足，並增進其自尊心，增添其快樂感受與生活情趣以降低焦慮和憂鬱狀況，讓他們不再陷入悲觀並能建立心理上正面之價值（陳明珍，2003）。

（三）社交活動需求

身心障礙老人由於身體功能衰退及體力的受限，使得他們的身體活動範圍

僅侷限於家中或是住處附近，減少了與外界接觸及社交的機會。因此，身障老人的社交活動應考量其身體功能的缺陷，並針對其功能的退化設計活動予以刺激及復建，以減緩其身體退化，幫助其拓展生活圈，結交新朋友，並增強身心障礙老人之反應能力及活化知能，讓身體未缺陷的功能可更加活絡（陳明珍，2003）。

（四）經濟安全需求

依據內政部「老人狀況調查報告」中顯示，65 歲以上老人之經濟來源以子女奉養(含媳婦、女婿)48.29% 為最高，其次為來自「政府救助或津貼」29.66%，其次依序為來自「自己退休金、撫卹金或保險給付」17.37%，「自己工作或營業收入」7.91%、「配偶或同居人提供」5.23%（內政部，2009）。由上述可知，目前台灣尚無完善的社會福利制度，身心障礙老人生活的經濟資源仍大幅仰賴家庭內成員的支持與幫助，政府實有必要及早規劃一套老年經濟安全保障措施加以因應。雖然我國已實施全民健康保險，並發放各種敬老津貼，但是長程而言，政府應建構周延完整的長期照護制度與安養措施，才能解決目前人口老化日益嚴重、家庭結構變遷下扶養比逐漸下降產生的需求，津貼福利之措施，並不能保障老年經濟安全，亦無法確保老人得到應有的福利服務（高家斌、姚琬欣、陳怡蓁、蔡雅華，2010）。

三、台灣老人使用社區照顧的經驗

基於傳統的孝道觀念，照顧老人理所當然成為家庭的責任（劉麗雯、陳世堅、曾竹寧，2003）。隨著國內社會結構急遽變遷，一般家庭難以負荷老人照顧問題，照顧者經常身心皆疲、身心崩潰，甚至落得「久病無孝子」的無奈與遺憾。即使如此，傳統孝道觀念的影響依然存在。劉弘煌（2002）指出：大部分

的子女還是認為將老人留在家裡，自己照顧才是孝順的做法。惟當照顧福利提供多樣選擇的情況之下，失能老人家庭也面對了不同照顧選擇的決策內涵。Edvartsen 則認為老人家庭在選擇上有下列五項偏好影響其決定：1.年齡越高，越可能選擇機構式照顧。2.所得與財富越高，越可能選擇居家式照顧。3.住家條件不宜失能高齡者居住時，較可能選擇機構。4.子女數目越多，越可能選擇居家照顧。5.與子女住宅相距較遠，較可能選擇機構（引自龔文華，2003）。

失能老人家庭選擇社區照顧時，傳統觀念、外在環境、社經條件、地理背景等因素成為其決策的思考架構。而老人失能的嚴重程度挑戰著家人的照顧能力與意願。選擇日間照顧服務者，失能程度為輕度及中度，老人移動能力尚佳，家人的照顧負荷比較低。選擇養護機構服務者，失能程度以重度者居多，大都需要長時間甚至全時間的照顧，家人較無力承擔，比較特別的是居家照顧服務使用者，老人失能程度從輕度到極重度均有。該類服務中極重度失能的老人家庭，較多出現以下兩種狀況，一為家庭經濟不佳，居家照顧費用相對其他服務較能負擔；二者是因為家人與老人關係良好，願意承受照顧失能程度嚴重的父母。過去父母對子女的照顧培育，影響今日子女的照顧意願（劉雅文、莊秀美，2006）。意即當老人對子女的付出越多者，子女就越尊重老人，也願意供應較好的照顧。反之，子女付出的意願就比較有限，甚且常有責任大過親情，必須勉強為之的心情。

身心障礙老人決定在社區與成年子女同住或獨居，或搬進長期照護機構是一個重要的決定。子女或其他資源可能影響其決定，這就是決定的掌控力（control of the decision）。掌控力的知覺對行為、情緒及心理安適感有重要的影響，而且也是生活品質的組成因素。通常老人自覺有較高的掌控力其滿意度較高，而完全讓家庭成員來作決定的，可能對老人日後的自覺福祉有負面的影

響。另外，唯一和自覺掌控力有關的人口變項是教育。在成人照顧中受教育的程度和自覺掌控力有正相關（劉雅文、莊秀美，2006）。

鄭淑琪、黃松林（2007）的老人居家服務成效評估的研究發現，居家服務對於受服務者在心情方面、作息方面以及健康改善方面均有相當高程度的正向影響，其調查結果顯示大多數受訪者對於居家服務的期待如有所不滿意，均以感受服務時間不足、服務次數較少、服務項目可再增加等為主。羅玉岱、林沛嫻、張春瑤、江怡慧（2011）針對居家失能患者使用長期照顧的研究發現目前長照十年計畫中多數的服務利用率偏低，並且居住地點可能因城鄉差距而影響服務的利用。紀玫如、莊坤洋、吳振龍、吳淑瓊（2006）在居家服務使用相關因素中發現家庭照顧觀念越傳統者，越不願使用居家服務。失能老人接受照護的形式也深受家人的影響，而慢性病導致身心障礙老人必定伴隨著某些程度上的失能，再加上病情的控制方面若無照護服務介入，家人必定承受不少負擔，從相關研究可看到社區照顧會帶給老人較佳的社會適應與生活品質，而在照護服務介入之後會使老人與家人之間的互動帶來變化。

參、研究方法

一、研究概念

由於老人會因老化及慢性病的惡化而導致身心障礙的情形，其對於老人在生理、心理、生活照顧及社會適應方面皆會產生影響及衝擊，預期社區照顧能夠改善老人的生活情境，讓老人有較佳的生活適應，研究概念圖如下：

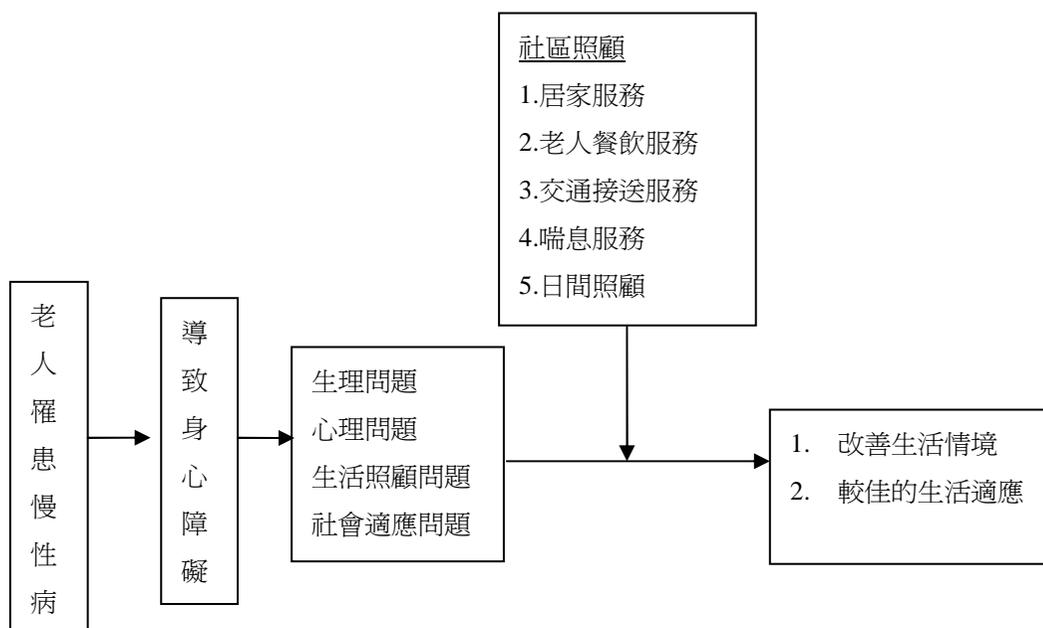


圖 1：研究概念圖

二、研究設計

由於研究進入老人的經驗世界中，考慮其識字與閱讀能力將採用質性研究中的深入訪談法，因研究對象其生命經驗的豐富性與特殊性，故採用半結構式訪談大綱對訪談議題採取較為開放的態度，用以瞭解受訪者的內在想法，進而融入慢性病致身心障礙老人的經驗世界中，深入體會他們的感受與知覺。本研究在徵詢受訪者同意，簽署同意書後始進行，以錄音的方式收集訪談內容，訪談結束後研究者將錄音檔謄寫為逐字稿。每位受訪者均接受了 2 次以上之深入訪談，每次約 40-60 分鐘，研究者始能搜蒐集到更完整且豐富的資料。

三、研究對象

本研究以使用社區照顧並且年滿六十五歲，因慢性病所造成的身心障礙者，並領有身心障礙手冊之老人為研究對象。研究對象以中部地區老人為主，共訪談十位老人，研究對象來源透過中部地區長照管理中心提供。訪談過程中，為了更加瞭解研究對象並與其建立關係，因此在研究者進行正式訪談之前，對於所有欲進行訪談的研究對象進行 2 次以上的關懷訪視或電話問安，透過關懷訪視更加深入訪談對象的生活。

四、訪談對象分析

十位訪談對象皆年滿65歲以上，並至少罹患1種以上的慢性病。而在身心障礙的類別、程度或身體失能方面，有9位領有身心障礙手冊，1位領有重大傷病卡，而此位受訪者其疾病狀況（裝置永久性心律調整器）及失能程度已到達可申請身心障礙手冊如表1。但礙於個人意願及價值觀影響之因素，故無申請身心障礙手冊之鑑定，但顧及研究對象之特殊性及亦擁有重大傷病卡，因此列為訪談對象之一。在社區照顧使用的類型及情況方面，有5位受訪者曾同時使用過2種以上的社區照顧，其中使用的服務包含照顧服務（居家照顧、日間照顧）、老人營養餐飲服務、喘息服務等。有8位受訪者參與社區關懷照顧據點服務，其中3位曾參與健康促進活動、7位為關懷訪視的對象、1位為電話問安之服務對象。研究對象的福利身分方面，其中有4位為榮譽身分領有半年俸，2位因低收入戶及1位法定親屬皆過世而使用免費之社區照顧。十位受訪老人因慢性病致障的生活適應與使用社區照顧的經驗摘要彙整於附錄一。

表1：訪談對象一覽表

代碼	年齡	身障類別/程度	罹患慢性病	使用社區照顧類型與時間	福利身分
E01	65	肢障輕度	罹患風濕 心臟病 高血壓 高膽固醇	居家照顧一年九個月 喘息服務五個月	榮眷
E02	74	多重障礙極重 度 (視障、洗腎)	腎功能衰竭 白內障 骨關節疾病 腸胃疾病	居家照顧一年七個月 送餐服務二年	榮眷
E03	72	重大傷病卡 (心臟)	白內障 心臟病 (裝置永久性 心律調整器) 骨關節疾病	居家照顧一年 送餐服務一年四個月	榮眷
E04	77	聽障輕度	子宮頸癌 卵巢癌 白內障 巴金森氏症	日間照顧十一年二個月	無
E05	65	精障輕度	憂鬱症	日間照顧五年	無
E06	102	肢障輕度	心臟病 高血壓 骨關節疾病	居家照顧一年 送餐服務一年七個月	低收入戶
E07	83	聽障輕度	高血壓 肝功能異常 白內障	送餐服務二年四個月	無
E08	94	肢障輕度	白內障 高血壓 腎結石 退化性關節炎 腸胃疾病	居家照顧三年 送餐服務三年兩個月	榮民 法定親屬 皆過世
E09	95	失智症輕度	失智	居家照顧三年 送餐服務三年	榮眷 低收入戶
E10	74	重要器官失去 功能(腎臟重 度)	腎功能衰竭 糖尿病 心血管疾病 大腸癌	送餐服務三年	無

資料來源：研究者自行整理

肆、研究結果與分析

一、老人因慢性病致身心障礙或失能後的生活經驗

(一) 病情的每況愈下

老人在罹患慢性病之後，於治療的過程當中，由於醫療行為有其限制，再加上治療過後恢復的情況無法掌控，因此並非所有的治療對於病患本身皆有助益，也時常伴隨後遺症的產生，而使得長輩雖然一直都有在接受治療，但身體狀況卻愈漸不佳或其他疾病的產生。

「變得愈來愈差啦...我開始洗腎的時候就都還不錯，那時候腳都還可以走，後來洗到後來那個什麼，腳的末梢神經病變，就沒有辦法走了。你看我從這個人好好的，開始洗腎之後一大堆毛病就跑出來啦，先是腳不能走啦，再來心臟血管給它塞住沒辦法洗腎去通啦！去做那個心導管啦！現在整天都嘛躺在床上，又有糖尿病。」（E10）

(二) 需要良好妥善之照顧降低失能程度及意外發生

而在罹患疾病後，當身體功能變差或者原本之生活逐漸受到影響之時，若是在疾病的治療過程中，若未受到良好妥善之照顧或治療，將使老人在身體狀況方面引起其他更多的疾病或因意外事件的發生，導致老人身體失能的部位增加，甚至失能的程度加劇。目前而言，台灣存在著許多獨居老人，而這些獨居老人在日常生活中，或是剛完成治療後返家休養期間，未受到良好妥善之照顧，而因意外事件的發生或身體之不適無及時就醫，而使得身體無法恢復甚至更加嚴重。

「就是心臟病去開刀啊！心臟要開刀裝電池。走路膝蓋會痛，啊沒有力這樣啦。白內障看不清楚東西啦！先開一眼時開刀完沒多久自己回家裡住，

就半夜要起來上廁所跌下去，這個手臂就骨頭碎掉，手又開刀，沒有上石膏啦！就骨頭整個碎掉所以換骨頭啦！對啦，現在也有在做復健啊可是還是沒辦法舉高啊。」（E03）

此外，許多老人雖與子女同住，但現在大多數為雙薪家庭，白天上班時間，或是假日期間有個人活動之安排，經常只有老人獨自一人在家，而在這段時間中老人若在家中發生意外事故，或是生活起居缺乏完善之照顧，便會使得老人身體受到傷害或身體狀況出現問題。

「我的頭會暈...人比較虛弱，有時候如果感冒還是怎麼樣，走路都會搖晃...啊就常常跌倒啊...走路在那邊搖晃搖晃，到我們家廚房那裡，離瓦斯爐已經沒多遠了，快要到了的時候結果倒下去...常常跌倒你看現在腳都不能走了！啊常常家裡也沒人...」（E09）

（三）疾病的不確定性伴隨負面情緒

以慢性病的特性而言，大都是以控制為主，而疾病的發展與控制也伴隨著老人身體的老化，而使得疾病愈趨嚴重，或是身體失能的情況愈趨嚴重，而在長期對於疾病控制的不確定性，以及漫長的治療過程中，老人的心情經常是起伏不定，時常伴隨著憂鬱或其他負面的情緒及想法。Lewis & Lubkin（2002）指出，令個體感到最沉重的壓力是對於慢性病不穩定的惡化、復發、控制及好轉交替出現，甚至最終的死亡結果等無法預測的病情改變，因而產生不確定及失去控制感。

「我喔...心情都不會好啦，不會快樂啦。我這除了洗腎，也是很多病痛，從年輕到現在，醫也醫不好，一直在花錢，如果不是健保早就倒了，哪有可能活到現在，想想真難過。」（E02）

「前一陣子來這裡之前，就比較嚴重一點，都憂鬱到吃不下飯，心情一直

都很不好，什麼都不想做，整天都躺著也不想動、不想跟人家說話...」

(E05)

(四) 經濟、家庭及照顧方面的擔憂

除了擔憂自身疾病及身體狀況之外，老人也有許多其他現實生活中所面臨的困境或擔憂，訪談過程中常見的問題大部分為家人、金錢及本身照顧方面的問題。

「帶一個老人不是那麼好帶，像我自己這樣子的一個病痛，但是我還是要幫我先生做一些穴道的按摩、指壓或者拍打，那在營養上面我也是很注重，攝取一些經驗所以我知道怎麼樣去調配它，注重他的心情。」 (E01)

「姊妹都嘛沒在連絡，就是我兒子花錢花的太多啦！喝酒啦、酒駕...什麼事情都搞...我就是操煩他啊...看他沒回來我們又睡不著，啊又吃個鎮定劑，每天都在煩啦...啊就不知道要怎麼辦啦！」 (E04)

(五) 兩難的矛盾—疾病及失能過程中家人對於老人的態度

此外，在生病過程中，老人在面臨疾病治療的同時，是否能夠得到家人的支持與體諒，也是影響老人進行治療行為及心情的重要因素，無論家人對於老人疾病或失能的態度為何，老人都存在著擔憂與煩惱，形成了兩難的矛盾心情。若是家人沒辦法體諒老人因疾病或失能所必須面臨的生活改變，將形成老人對於疾病、日常生活與家人相處的壓力。然而，受過去養兒防老的觀念影響，當期待落空之時，老人對於子女間也累積著不少的埋怨。王文玲（1992）文獻指出當老人在生理層面的自我照顧能力愈差時，對家庭成員的壓力與負擔就愈大，彼此的關係也會有明顯改變，甚至家屬所承受的職責與壓力會比病患來得更大，因而家庭成員之間需要重新調整對彼此的期望。此外，家庭成員間的運作情形，也會直接影響到病患疾病的預後及生活品質等。

「我這樣自己一個住，他們也不是說都不理我啦，我如果生病什麼的，他們還是會帶我去看醫生啦，是不是會擔心我自己一個人住，這個我就知道了。啊就我媳婦一個星期給我買一次菜放在冰箱啦。我們喔不要去拖累人家啦！就已經沒有留什麼給人家了，還要去拖累人家喔...麻煩啦。我喔...不敢指望他們來照顧我啦，再艱苦也是自己要勇敢一點啦！人家顧家庭沒那個時間來理我啦！不要住在一起讓人家嫌棄就好啦！」（E03）

但若是家人願意支持及照顧老人，老人時常擔憂自己成為家人的負擔與麻煩。而當家人又是老人主要照顧者的同時，家人所必需承受的照顧壓力也是十分龐大，使得老人對於家人產生虧欠感，認為自己是家中的「麻煩」及「拖油瓶」，也因此產生許多負面的想法及情緒。

「因為那時候我真的因為這樣心情不好，因為我小女兒她去上班前要先把她弄好，先讓我上個廁所什麼的，等我吃飽、水喝了以後、藥吃了以後才去上班，然後他就會藉著跟同事講說我媽媽什麼病，那她不方便，如果有外出的公務讓她去跑，讓她可以借機會溜出來一下，起碼讓我上個廁所、喝個水這樣。那我看到我女兒辛苦那樣我那時候是很不捨，現在說起來我還會落淚，我那時候就想說死了算了，反正我是一個廢人，就不需要去活，讓一個孩子那麼辛苦幹什麼。」（E01）

（六）失能與障礙對人際關係的影響

受訪的十位訪談者當中，除了使用日間照顧服務或失能狀況較輕度的長輩，其人際互動交流較為頻繁之外，其他使用送餐服務或是居家照顧的長輩，由於本身身體失能部位及狀況，造成人際互動、溝通、肢體活動方面有所困難，或由於獨自在家中與其他人的接觸機會較少，除了社區關懷照顧據點志工或送餐志工的探視之外，其人際互動方面所獲得的社會支持相較薄弱。

劉惠瑚、陳玉敏（2004）的研究也曾指出，慢性病患由於需要長期就醫或是住院，因而減少與親友互動的機會，加上本身容易感到疲憊或身體活動功能受限等不適問題，以及個體對自我的負向、悲觀態度造成社交活動方面的退縮。尤其老年慢性病族群，由於疾病的壓力與老化過程所帶來的雙重影響，造成心理與社會層面的衝擊情形更為顯著。

「因為我有聽覺障礙喔，以前我也不是很喜歡主動跟人家講話啦，怕人家講什麼我們沒聽懂、沒聽清楚會不好意思啦，所以我以前在家裡都沒在跟人家講話的啦，那時候心情很難過耶！」（E04）

「我就耳朵聽不太到，跟人家說我聽不到，還在那裡爭辯...艱苦啦！心情都嘛很不好...想到要跟人家講話就會怕，之前我在跟人家講話，就聽不到說話比較大聲，去嚇到人家的小孩，人家就說甚麼我在兇他啦...」（E07）

二、社區照顧的連結—社區組織與社福單位

根據訪談結果發現，許多老人得知和選擇現在所使用的照顧資源，是透過社區關懷照顧據點的服務，透過在辦理健康促進或關懷訪視的過程中，瞭解老人的身體狀況及失能、障礙程度，在日常生活上遭遇困難之時，適時的提供服務的介入。然而，如何了解社區之內的弱勢族群或符合條件、需要協助的對象呢？在訪談過程中得知，當機構欲在該社區設立社區關懷照顧據點，辦理相關健康促進、營養餐飲、電話問安或關懷訪視的相關業務之時，會與當地鄰、里長或大樓管委會的成員接觸，藉由當地居民或管理者提供社區之中較為弱勢或需要關懷的對象，而當這些對象確立，開始進行服務提供的同時，再經由定期的關懷訪視來深入了解其日常生活，藉此提供適當的服務與資源的提供、轉介。

「就是那個中午送飯的單位啦，都會有志工來看我啦！之前那個單位的社工喔就有來看過我，看我的情形這樣問我要不要送餐啦！後來這個居家服務也是她再去找別單位的人來看...我就想說你們就幫我辦啊，那時候我已經不能走、不能跳身體不好...」 (E02)

「他們會在社區辦健康活動和訪視老人這樣，他們說是管委會告訴她我需要人家幫忙，所以來看我需要什麼，都是他們幫我弄的...會有社區的人來量血壓、上課什麼的，有志工會來看我...」 (E08)

三、社區照顧介入後生活改變的情形

(一) 生活陪伴與即時的協助

訪談過程中得知，在使用社區照顧資源後，雖然每位長輩對於所使用之服務其滿意度各有不同，但對於生活方面確實有著實際的幫助及改善，不管是日常生活活動時所需的協助、飲食方面或者人際交流、心情抒發方面都有獲得改善的地方。

「其實我使用的方面是用喘息的，有需要我再請他來。因為我會想說我手術眼睛的話我需要人家照顧。我手術回來的話一定要有人幫我曬個衣服、買個東西，那我說好那天我剛開刀完我需要有個人跟我做伴，不然如果發生什麼事...」 (E01)

「居服員有什麼做什麼，也算是不錯了！不然像我這樣，一把老骨頭全身病，如果沒有孫女跟她啊，我肯定是活不成了，現在還能活得好好的，都靠他們照顧，我是很滿足了，不然我腿不能走之後，我以為我離死不遠了呢！」 (E06)

(二) 生活起居的照顧與溫飽

從受訪者的回應中發現，社區照顧的居家服務與日照中心的服務為老人提供其生活起居的協助與溫飽，讓老人無須擔心生活照顧與餐食的問題。

「有啦，這樣我就覺得有差了啦！我身體不方便也不用去弄東弄西。這個來喔（居服員），我不用說什麼他自己就會去做，有時候我會告訴他要做什麼，有時候她就自己知道要做什麼....」（E02）

「啊我平日都在中心這邊啊，這邊的午餐喔，很好耶！他會去記說什麼人有什麼病，這個不能吃，還是說初一、十五給我們換素食的，也有說有兩樣主菜的時候，他會去記說誰比較喜歡吃哪一樣，就分配給我們啦，就不用擔心吃飯的問題啦...」（E04）

(三) 身體變好與心情變佳

受訪者接受社區照顧後不僅滿足其生理照顧的需求，身體狀況變佳，同時有機會接觸更多人，老人的社會支持來源增加，亦提升其生活適應的能力。

「心情開朗很多！所以我來這裡多了很多朋友，我覺得我頭痛的次數很少了！我覺得是因為有在運動！以前還沒來這裡我都不運動，然後來這裡上課也有差啊、有人關心我也有差啊！這裡也很多人先生或是太太都走了，我在想他們都可以過得很好，而且我也累了折磨夠久了...而且既然這裡有人真心付出來照顧我們...不會像鄰居那樣說我頭殼有問題，讓我心裡很高興啊。」（E05）

「生活改善當然有很大啊！就像說煮給我吃這方面啊，對我幫助很大，不然如果中午沒有送餐來，我中午都隨便吃吃，不然就是沒有吃，我腸胃都已經不好了！之前我乾女兒還沒有來跟我住的時候，也是都要依靠居服來照顧我啊！」（E08）

(四) 生活狀況的改善

尤其對於獨居老人而言，居家照顧的使用可協助許多日常生活事務，讓老人的基本生活需求得以滿足，提供他們在進行日常生活所需的協助。此外，居家照顧的提供價格較為低廉，使得老人在服務的使用上面能夠排除財務方面的顧慮，改善生活困境。

「現在不錯啦，而且差很多，不然我沒辦法煮啊，我這個手沒辦法提重的東西也沒力氣。現在就是有人給我洗澡、幫我煮晚餐給我吃啦！你就不知道我之前還沒有請這個小姐的時候，我的生活快要過不下去耶！之前一陣子我會請我們樓下的女警衛去幫我買東西，人家是要工作而且時間久也會煩，自從我眼睛開刀之後，雖然我女兒有請人照顧我，但是眼睛復原的不好，又不能一直請人來顧，因為顧整天太貴，所以後來我自己一個的時候，我要去弄東西來吃，鹽和糖也分不清楚，連煮來吃也沒有辦法，啊後來又跌倒手受傷，連洗澡穿衣服都有問題...」 (E03)

(五) 如釋重負—照顧壓力的減輕

不過，藉由訪談過程中發現，老人們表示在長照資源介入之後，老人提及於家人而言都曾給予正向回應，表示對家人而言減輕許多負擔，不僅是照顧壓力的負擔，也減輕了家人的心理負擔。而老人在原本家屬的照顧之下，再配合適當的資源給予協助，使其生活品質獲得改善及問題解決。

「那個居服小姐一個禮拜來三次，我不用那麼常起來弄這些東西就差很多...我兒子也覺得有小姐來還不錯啦，這樣他回來就少很多事要做，也覺得說有人會來家裡照顧我，他也比較放心。他下班也會問說那個服務的小姐有沒有來。」 (E02)

四、身障老人使用社區照顧的限制

(一) 所需的協助大於失能或障礙的範圍

訪談過程中發現，對於某些老人而言身心障礙手冊的擁有，並不是老人最在意的事情，只要身體狀況因疾病或老化的情況產生失能的現象，無論是否該疾患或失能程度擁有身心障礙手冊的級別鑑定，其認為影響其生活最大的因素並非身心障礙手冊所鑑定出來的功能障礙而已，當然大部份老人其功能障礙方面確實需要協助，但由於其疾病的多重性及對身體所造成的影響深遠，使得老人所需要協助的部份不一定只侷限於身心障礙手冊所鑑定的功能障礙方面。

「我是有這個身心障礙手冊沒有錯，但是我感覺影響我最大的，不是這個聽覺障礙啦！雖然說也是有影響，生活不是很方便，也是因為這個原因給我沒辦法自己主動去跟人家講話或是去拜託人家幫忙，但是我感覺我身體上其他的病，對我來說比較嚴重，像我會去日照中心也是因為白天沒人照顧我，我全身都是病，家裡的人不放心……聽障這來這裡是有改善，大家在這裡同學、朋友比以前多，但是也是有其他更重要的原因來這裡啦！」

(E04)

(二) 不名譽的刻板印象-我是身心障礙者

此外，也有受訪者其身體失能程度已到達可申請身心障礙鑑定的程度，但認為這是不光榮的事、丟臉的事，因此僅持有重大傷病卡，並未領取身心障礙手冊，但其日常生活功能的維持仍是需要協助的。因此，對於社區照顧的需求與是否領有身心障礙手冊，或是身心障礙手冊鑑定的功能障礙程度，並沒有絕對的關係。另一方面，若是老人有其他福利服務的協助之時，對於身心障礙手冊所能提供的相關福利的重視便會降低。

「申請那個喔...丟臉啦，我都嘛不敢讓人家知道，我擔心說人家會想說這就殘廢了沒有用了啦！現在已經這麼老了，不要讓人家講話啦，其他老人也是一身病，為什麼我就要去申請那個政府救濟，我現在看病有重大傷病卡就很好用了，所以那個手冊喔對我來說沒什麼重要的啦！」（E03）

「這又不是什麼光榮的事，你看我這裡車禍少一根手指、腿關節、嘴巴也沒牙齒，流鼻涕、眼睛也看不清楚，我點那個眼藥水也沒感覺...而且那個殘障手冊沒什麼用啊...只有停車啊，要用這個殘障手冊不然沒有停在殘障車位會給你開紅單啊，那個用處對我來說都不實用啊，我就看病、有半俸可以領，其他沒什麼用，就算我有那個手冊，我身體還是很多病，沒有那個手冊也是一樣很多病。」（E08）

（三）照顧責任的混淆-專責照顧或協助照顧

不過在訪談過程中也發現，在長照資源介入後也出現家人將照顧責任過度轉移至居家服務員身上，但資源的介入主要是提供適當的服務與協助，減輕老人與其家屬的負擔，並改善其生活品質，但若是家屬過度將照顧責任轉移至居服員身上，在有限的服務時間或是超出契約所訂定的服務範圍，可能導致老人的生活方面再度出現危機。

「我孫子常都跑到不見人影，他也沒有在管的啦...現在有那個小姐會來，他就都把我丟在家裡，以前還會在吃飯時間出現一下，現在比較少看到人了啦...妳看這是星期五吃的，我孫子也不會拿去倒，等到她今天來才幫我整理，都發霉了垃圾也不會丟，都留給那個小姐做啦，她如果不要給我多做，看我是怎麼辦...」（E09）

（四）素質不佳的照顧服務員

於訪談過程中，在居家照顧方面的使用上，老人也曾經遭遇品質不佳之照

顧服務，也顯示提供照顧服務媒合之相關單位，應更加注意照顧服務員之素質，訂定相關服務規定及守則要求照顧服務員遵守，來維護使用者的權益。

「像 22 號那天，居服員跟我說 22 號我不能來了，我就下個禮拜二來就好了，他就說你禮拜二要去醫院我再陪你去就好了，他就一直沒有來，啊奇怪，是我決定日子還是你決定日子，是我的需要還是你的需要？他說不要來就不來...」（E01）

「我覺得居服員的服務很不好，然後就是一坐下來就睡了、就打呼了，啊我說我下午回來了，他就去吃他的飯，幫我帶個地瓜葉，也沒有問說你要吃什麼、要不要幫你準備什麼的，那有些人會看你說不方便，要不要幫你準備甚麼？他也沒有問，那我請你來這裡是做什麼？」（E06）

（五）有限的時間，有限的服務

根據訪談結果發現，老人們在使用社區照顧資源之後，雖然在生活方面確實有著實際的幫助及改善，但是改善的程度也與照顧服務的提供是否充足有關，許多老人受限於時數補助和經濟考量的因素，僅能在短暫的服務時數之內讓居家照顧服務員協助其最為迫切的日常生活事務，也使得服務的提供受到時間的限制，讓老人仍有需求未被滿足或得到適當的協助。

「像現在那個小姐如果回去了，我覺得太冷、太熱想多穿一件衣服還是脫一件衣服也沒辦法，她每天都來 2 個小時而已，有那麼多事情要她幫我做，哪有可能每項都做的完，所以我才想說讓她下午時來，因為中午的時候有送飯來，她下午的時候來就可以給我煮晚餐，給我洗澡洗好，四處給我整理一下，所以變成是說我早上要做復健就沒人可以跟我去，只有來回 2 個小時就快要沒了，是還要再幫我做什麼啦！但是他回去之後變成說有時候要幹嘛也沒辦法。」（E03）

五、使用社區照顧的期待

(一) 個別化課程設計

在接受日間照顧服務的老人，於訪談過程中發現，接受服務之後不僅照顧方面的問題得到解決，在人際互動及社會支持方面也獲得了改善，於日間照顧服務中心也會參與課程、學習新事物，對於老人的生活品質皆有良好的改善，不過於日間照顧所設計的課程當中，由於是以團體的方式進行活動與課程，因此對於每位老人個別不同的情形，對於課程的設計或是活動的安排，老人無法參與活動或課程時的配套措施，應再進行思考。

「有啦！這裡算是不錯啦，只是說我的身體不是很好，眼睛也不太好，所以說有些畫圖的、做東西的比較沒辦法啦。我的眼睛白內障手術，換那個人工的水晶體啦，所以我的眼睛不能使用太久啦...像看電視我就只有看氣象啦！所以說那些畫圖甚麼的我都沒在做...在這裡學東西，我也很喜歡上手語課啦，但是有時後眼睛不好，累了就休息。」（E04）

(二) 感恩的心—應多感謝少抱怨

訪談過程中詢問老人所使用服務期望可以得到哪些改善時，老人經常顧及所使用之服務是不需付費或是經過補助後收費低廉，認為自己應懷有感恩的心，對於服務的改善與建議有所保留，或認為不需對於這樣的服務抱有太高的期待或標準的情況產生。

「我也會擔心他們時間做超過，我會提醒他們說時間快到了，你要準備回家了。我不會說你來給我做兩個小時，就兩個小時都要做得滿滿的，因為我覺得說，如果我去給人家做我也希望可以遇到好的雇主，我也會很開心，所以我希望我是個好雇主，也希望他來幫我做我是懷著感恩的心的。」

(E01)

「她有什麼做什麼，也算是不錯了，不然像我這樣，一把老骨頭全身病，如果沒有我孫女跟她啊，我肯定是活不成了，現在還能活得好好的，都靠他們照顧，而且她又沒給我收錢，我是很滿足了...說不要管了，就這個樣吧。」 (E06)

伍、結論與討論

台灣隨著醫藥衛生與社會的進步，國民壽命明顯增加也逐漸邁入高齡化社會，慢性病也成爲老年人的常見疾病，其所引發的後遺症時常伴隨身體的失能及障礙。老人隨著時間的推進，除了慢性病所造成的影響之外，身體的自然老化對於日常生活功能造成了雙重的衝擊。此外，現代人觀念的轉變以及婦女就業人口的提升，養兒防老以及由家庭照顧失能老人的情況在現代的社會中已漸趨式微，而面對愈來愈多需要照顧的人口，政府所推行的相關照護措施勢必愈趨重要。本研究檢視老人罹患慢性病及身體失能後，其生理、心理、社會及家庭關係的改變，在社區照顧介入後，對其生活的影響。本研究發現，社區照顧扮演著十分重要的角色影響著因病致障老人的生活適應與生活品質，不僅是協助老人日常生活方面的相關協助，另一方面也分擔了家人的照顧責任及壓力。每個面向環環相扣，社區照顧針對其生理以及日常生活方面的協助，不僅會改善這兩方面的情況，連同心理、社會及家庭也連帶影響。

一、無法抗拒的轉變-老人經歷慢性病到身心障礙的歷程

許多罹患慢性病的老人或因疾病造成身心障礙的老人，在疾病的歷程當

中，由於過去醫療行為尚未普遍而平價之時，再加上過去尚未有全民健康保險的制度，且當時對於職場納保之情況沒有像現在這樣重視，當長輩們於年輕時因病或因傷需要就醫診治時，因龐大的醫療費用而卻步，造成疾病的延誤醫治，或未定期接受治療導致身體部位的病情惡化或成爲慢性病。此外，女性自古以來便被賦予「照顧」家中老、病、殘、幼的責任，尤其是對於當時的女性而言，當其他家人需要照顧之時，女性長輩會在疾病尚未痊癒之前，投入照顧其他家人，但是尙未年老又生病的女性長輩該由誰來照顧？其本身疾病並未受到妥善的照顧或尙未痊癒，又要投入照顧其他家屬，因而延誤疾病之治療，導致身體部位的病情惡化成爲慢性病。因此，對於老人而言，由於舊時代背景及文化因素的影響，在就醫上面臨了許多的困境與障礙，對於醫學的普遍嘗試不足，認爲小病自然痊癒、缺乏社會保險導致缺乏就醫的費用、投身家庭或工作無暇治癒疾病等，這些因素所造成的治療時機的延誤，使得長輩們從一般的疾病轉變爲慢性長期疾病的機率大增，而若是慢性病又無法得到適當的治療或控制，進而又導致身體的失能及障礙，對於許多老人而言是不可抗拒的轉變。

二、因病致障老人社區照顧的需求大於身心障礙鑑定範圍

慢性病於老人身上是十分常見的現象，老人罹患一種以上的慢性病在目前的社會而言是普遍且常見的現象，本研究在訪談的過程中發現只要身體狀況因疾病或老化產生失能的現象，無論是否該疾病或障礙程度擁有身心障礙手冊的級別鑑定，身障老人認爲影響生活最大的因素不是身心障礙手冊所鑑定出來的功能障礙而已，也就是說，困擾老人的多項疾病或失能，並非每一種都達到開立身心障礙手冊的標準，但是服務的需求及日常生活需要協助的部分，卻因著

個人感受而異，因此若僅以身心障礙手冊的障礙類別及程度來思考或提供相關服務及協助予老人，其所涵蓋的層面是不足的。

三、社區組織與社福資源合作能充分連結因病致障老人社區照顧需求

在資源連結方面，研究過程中發現，許多老人得知和選擇現在所使用的照顧資源，是透過當地鄰里長或大廈管理員與關懷據點合作，篩選出當地可能需要相關服務的民眾，提供名單給予社區照顧關懷據點的社工人員，透過在辦理健康促進或關懷訪視的過程中，瞭解老人的身體狀況及失能、障礙程度，在日常生活上遭遇困難之時，適時的提供服務的介入，由此可知社區照顧關懷據點在社區照顧資源的倡導與連結扮演著十分重要的角色。

四、社區照顧有助於因病致障老人生活適應與改善生活困境

老人從罹患慢性病後，後續的治療與疾病控制對於老人的生活而言扮演著十分重要的角色，在疾病治療的經驗中，慢性病需接受長期治療，加上治療效果因人而異，而老人時常在經過一段時間的治療之後，無法感受到疾病的緩和、好轉或進步，時常有未遵循醫囑、中斷治療或尋求另類療法的情況，再加上身障老人本身老化，身體失能的情況將愈趨嚴重。當身體功能變差，未受到良好妥善之照顧或治療，將使身障老人在身體方面引起更多的疾病或意外事件的發生，導致老人身體失能的部位增加，甚至失能的程度加劇。此外，以台灣社會目前的情況而言，老人獨居的情況愈趨普遍，而與子女同住的老人是否能夠獲得適切的照顧或生活協助也是一大問題。本次研究發現，對於獨居的身障老人

而言，居家照顧的使用可協助許多日常生活事務，讓老人的基本生活需求得以滿足。對於與子女同住的身障老人而言，社區照顧的介入減輕了家屬照顧的負擔，另一方面也能適當的補足或提升照顧的品質，身障老人在原本家屬的照顧之下，再配合適當的資源給予協助，將使得失能的老人於生活方面獲得改善及問題的解決。而在疾病的治療過程中，身障老人得以受到良好妥善之照顧或治療，將減少老人身體失能情況的急速惡化，適當的日常生活協助也能減少老人意外的發生，甚至延緩身障老人的身體失能狀況。

五、社區照顧介入減輕因病致障老人心理負擔

在心理適應方面，以慢性病的特性而言，身障老人長期面對疾病控制的不確定性、身體的失能等，在漫長的治療過程中所承受治療上的痛苦，其心情時常起伏不定甚至伴隨著憂鬱或負面的想法及情緒。隨著疾病或失能所帶來的一連串問題，如：治療費用、照顧問題，與親友相處、家人關係等，也都影響老人的情緒。同時，是否能夠得到家人適時的支持與照顧，都是影響身障老人治療行為及心情的重要因素，無論家人面對身障老人的態度為何，身障老人都存在著擔憂或煩惱。研究發現若家人無法適度的體諒身障老人，會對身障老人造成極大的失落感，當老人面臨著身體上的不適及功能的喪失，時常會因無力感而感覺到自己已經沒有用了、不再受歡迎了。相反的，若家人願意照顧老人，身障老人反而擔憂自己的疾病、失能會為家人造成麻煩，擔心自己拖累家人，變成家中的拖油瓶。然而，當家人為身障老人的主要照顧者時，家人所必須承受的照顧壓力也會隨著老人的疾病控制、失能狀況而有所變化，老人也處在這樣的壓力情境下，認為自己影響了家人的生活，而且不知道這樣的情況會持續多

久、會不會更糟糕，因而產生虧欠感。因此，無論家人對於身障老人失能的態度為何，老人都存在著矛盾的情緒。

透過本次研究發現，身障老人可藉由社區照顧獲得資源及相關協助時，實質上能減輕家人的照顧負擔以及使老人得到日常生活的協助及照顧之外，在心理層面也減低了身障老人的心理負擔，減少老人對於家人的虧欠感及擔憂，使其能夠再與家人相處方面更加自在。此外，在研究過程中也發現，不管是對於疾病治療與控制的不確定感，或者現實生活中所面臨的困境無法有效的解決，宗教信仰對於身障老人而言是十分重要的精神寄託，透過宗教信仰使老人得以維持其日常生活的作息，並對久病厭世甚至生活狀況不佳之身障老人尋找精神的依託，對於疾病或身體失能之後適應生活的一個重要因素。

六、社區照顧介入增加因病致障老人的人際互動機會

在社會適應方面，由於身體的失能及障礙，使得身障老人在於社交或人際互動方面較為缺乏，由於本身失能的狀態，造成人際互動有所困難。透過研究發現，接受日間照顧服務的老人，至日間照顧服務中心之後，不僅日常生活可獲得協助與照顧，在日照中心裡也可增加人際的互動，與其他老人共同學習與活動，於人際關係及社交方面有了顯著的改善。但是，對於接受居家照顧服務或是送餐服務的老人而言，與照顧服務員及送餐志工的互動時間和互動的深度有限。而在本研究中也發現，接受居家照顧及送餐服務的老人雖然與照顧服務員或送餐人員的互動時間或深度較為不足，但另外都有社區關懷照顧據點的服務介入，接受健康促進、電話問安或是關懷訪視的服務。對於某些肢體障礙的老人而言，除了提供社區照顧的服務人員或訪視志工之外，極少與外界有接觸的機會，因此社區關懷照顧據點與社區照顧的資源如何連結及配合，對於身障

老人的整體服務提供方面扮演著十分重要的角色。

七、因病致障老人使用社區照顧所面臨的困境

在居家照顧方面的使用上，受訪的身障老人也曾經遭遇品質不佳之照顧服務，甚至有照顧服務員與老人討價還價的情況發生，在媒合單位為服務接受者與服務提供者訂定契約的同時，應讓雙方清楚服務的內涵與服務時間，若有糾紛或問題善盡居中調停的責任。此外，應注意照顧服務員之素質，訂定相關服務規定及守則要求照顧服務員加以遵守，來維護使用者的權益。另一方面，造成老人在使用服務方面的問題，也出現了服務使用者與服務提供單位溝通不良或問題無法及時獲得處理的狀況，甚至造成服務使用者的不便。送餐服務方面，接受服務的老人反應餐食的問題，雖然送餐服務的餐食是依照老人的相關疾病或其他因素來設計的個別化餐食，但身障老人們希望能增加食物美味或是菜色的變化，讓餐食可口並且維護身體健康，因此在老人營養餐飲服務方面，如何衡量餐食的成本，增加服務使用者的食慾，又兼顧其身體健康，使這份餐食發揮最大的效益，是須思考及克服的問題。

八、因病致障老人使用社區照顧的期待

在接受日間照顧服務的老人，於日間照顧服務中心也會參與課程、學習新事物，對於老人的問題改善及生活品質而言皆有正面的影響。不過於日間照顧所設計的課程當中，由於是以團體的方式進行活動與課程，因此對於每位老人個別不同的情形，老人無法參與活動或課程時的配套措施，宜再進行思考及改

善。此外，老人亦希望能夠按照本身喜好、興趣或身體狀況等，來選擇每天希望進行之活動，因此如何規劃使用空間，在同一段時間安排兩種以上不同活動，增加活動或課程選擇的機會，都是在日間照顧服務方面可再進行思考及調整的。然而，訪談過程中詢問身障老人所使用服務期望可以得到哪些改善時，老人經常顧及所使用之服務是不需付費或是經過補助後收費低廉，認為自己應懷有感恩的心，對於服務的改善與建議有所保留，或認為不需對於這樣的服務抱有太高的期待或標準的情況產生。因此，在提供相關服務的同時，如果第一線服務人員能夠適時察覺身障老人們對於服務的想法，藉此反應予服務提供單位，或者服務提供單位應定期向服務使用者進行服務滿意度調查，將使服務能夠更貼近使用著的需求。

參考書目

內政部（2000）。〈中華民國 89 年臺閩地區老人狀況調查摘要分析〉。資料檢索日期：2014.04.28。網址：sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/89old.doc。

內政部（2007）。〈我國長期照顧十年計畫摘要本〉。資料檢索日期：2014.04.28。網址：

http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%e6%88%91%e5%9c%8b%e9%95%b7%e6%9c%9f%e7%85%a7%e9%a1%a7%e5%8d%81%e5%b9%b4%e8%a8%88%e7%95%ab%e6%91%98%e8%a6%81%e6%9c%ac_0003412000.pdf。

內政部（2009）。〈中華民國 98 年老人狀況調查報告〉。資料檢索日期：2014.04.28。網址：

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/%E8%80%81%E4%BA%BA/98%E5%B9%B4%E8%80%81%E4%BA%BA%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%88%86%E6%9E%90.pdf>。

內政部（2010）。〈99 年 6 月底我國老人安養及長期照顧概況〉。資料檢索日期：2014.04.28。網址：http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=4594。

王文玲（1992）。〈與慢性病共存—慢性病患者家庭的需要〉。《護理雜誌》，39（3），25-30。

江亮演（2009）。〈高齡社會老人在地老化福利之探討〉。《社區發展季刊》，125。資料檢索日期：2014.04.28。網址：

<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=183&pid=1727>

。

- 呂寶靜(2004)。〈失能者身體功能之評量—失能者與其照顧者看法之比較〉。《台灣公共衛生雜誌》，23(3)，188-196。
- 李世代(1999)。〈慢性病導致的生理功能遞變〉。於蕭淑真、李世代編著，《長期照護》，193-203。台北：藝軒。
- 李世代(2002)。〈長期照護之概說〉。《當代醫學》，29(1)，60-69。
- 紀玫如、莊坤洋、吳振龍、吳淑瓊(2006)。〈居家服務使用之相關因素研究〉，《台灣衛誌》，25(1)，37-48。
- 胡月娟(1992)。〈罹患慢性病對病人的衝擊及其相關因素之探討〉。《公共衛生》，19(2)，207-222。
- 胡月娟(1994)。〈慢性病患者所承受的衝擊與因應行爲〉。《護理研究》，2(2)，140-152。
- 高家斌、姚琬欣、陳怡蓁、蔡雅華(2010)。〈身心障礙老人福利需求之探討〉。資料檢索日期：2014.04.28。網址：
eshare.stust.edu.tw/EshareFile/2010_5/2010_5_e65f7ed9.do。
- 陳明珍(2003)。〈機構失能老人活動方案規劃與辦理〉。《長期照護雜誌》，7(3)，189-204。
- 曾姿瑛(2006)。〈慢性病老人自我照顧行爲量表的發展與測試〉。中國醫藥大學護理學系碩士班學位論文。
- 黃源協(2005)。〈社區長期照顧體系的建構〉，《國家政策季刊》，4(4)，41-68。
- 黃璉華、林豔君(2000)。〈獨居老人健康狀況與照護需求之系列研究〉。行政院國家科學委員會專題研究。
- 萬育維(1994)。〈專業整合與老人長期照護之規劃〉。《經社法治論叢》，14，67-83。
- 劉弘煌(2002)。〈老人家庭照顧期待之代間落差〉。《實踐學報》，33，287-303。
- 劉惠瑚、陳玉敏(2004)。〈慢性病老人自我照顧之生活經驗〉。《慈濟護理雜誌》，

3 (3), 50-59。

劉雅文、莊秀美 (2006)。〈探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究〉。《東吳社會工作學報》，14，91-123。

劉麗雯、陳世堅、曾竹寧 (2003)。〈老人長期照護機構網絡建立之評估研究〉。台北：內政部委託研究報告。

鄭淑琪、黃松林 (2007)。〈老人居家服務成效評估研究—以雲林縣為例〉，《台灣健康照顧研究學刊》，3，101-119。

羅玉岱、林沛嫻、張春瑤、江怡慧 (2011)。〈居家失能患者使用長期照顧十年計畫服務之現況〉，《台灣家醫誌》，21 (2)，79-92。

龔文華 (2003)。〈高齡者住進養生文化村意願之影響因素〉。桃園：私立長庚大學企業管理學系碩士論文。

Lewis, P., & Lubkin, I. (2006). Illness roles. In I. M. Lubkin (Ed.), *Chronic illness : Impact and interventions* (6th ed., pp.74-98). Boston : Jones and Bartlett.

附錄

附錄一、老人因病致障其生活適應經驗摘要

E01：原本就存在免疫風濕病史（二十多年），再加上車禍粉碎性骨折以及後續的急性骨髓炎、蜂窩性組織炎...等，分別在不同時間動過4、5次的手術，傷口未癒合即因伴侶生病而出院提供照顧，久而久之傷肢於幾年後疼痛及失能程度加劇而成爲身心障礙。在生活適應部分從罹病到病情惡化這段期間，主要以園藝及宗教信仰（佛教）來做爲壓力及心情的舒緩，而在生理適應方面主要以另類療法（推拿）來緩解生理上的不適，社交方面爲關懷據點訪視對象。訪談時獨居但若配合輔具可自理自身生活，不過身體不適時會申請居家照顧。

E02：爲長期洗腎患者，早年因經濟困難加上缺乏社會保險而腿傷無法開刀，僅靠吃藥治療而導致逐漸行動不便，生理適應方面主要以門診與另類療法、輔具協助爲主，心理適應方面藉由宗教信仰（民間信仰）來調適久病的心情，並認爲自己的身體是在拖累兒子爲此感到不捨，社交方面主要有洗腎中心之朋友、洗腎交通接送的司機及關懷據點訪視員爲主。目前生活方面主要與兒子同住，惟兒子出差的頻率十分頻繁，因此申請居家照顧及送餐服務（洗腎患者之飲食控制）協助，惟與居服員之相處尙待磨合，已數次更換居服員。

E03：長期罹患心臟方面疾病而裝置心律調節器，亦有骨關節疾病及白內障，原本爲獨居其生活尙可自理，但在白內障開刀復原期間，獨居因而在浴室跌倒造成手臂骨折，因而在生活上需要協助。生理適應方面主要以門診爲主，心理適應方面主要以宗教信仰（佛教）來做爲壓力及心情的舒緩，社交方面主要由

關懷據點訪視員、居服員及朋友為主，家人平均一星期來探望一次，會將其冰箱的食物買齊讓居服員準備餐食，午餐的部分則由送餐服務提供。

E04：患有子宮頸癌及卵巢癌病史，於子宮手術切除後有許多不適應之後遺症，再加上患有巴金森氏症及聽覺障礙，因此接受日間照顧服務。生理適應方面主要以門診為主，但是因習慣問題抗拒配戴助聽器，活動功能佳可自理生活。心理適應方面，由於早年外文能力佳，輔助夫家生意有成且善交際，惟生病及聽障後自信心受到影響怕羞，因此子女才將其送往日照中心，使其白天能與其他長輩接觸並學習新事物，於日照中心已有十年以上之好友，晚上再由家人接回照顧。

E05：早年罹患憂鬱症持續數十年的時間，在這數十年當中病情時好時壞，發病時常有頭痛、影響食慾、喪失日常生活自理動機之情況產生，加上與媳婦之相處不融洽，兒子遂將其送至日照中心。生理適應方面主要由日照中心之照服員與其他長輩給予協助，並定期於精神科復診，心理適應方面主要由宗教信仰（基督教）作為憂鬱症之情緒調解與適應，而在社交方面主要為日照中心之長輩與朋友們、工作人員之相處與互動。

E06：由於已超過一百歲，其身體主要疾病皆為老化而形成，目前主要疾病為心臟病，而因為從床上摔落而雙腿骨折漸不能走，下半身已失去行動能力，目前乾孫女為主要照顧者。由於身分為榮譽，未生育子女在丈夫去世後於台灣無親人，乾孫女是在大陸的親戚，從大陸來台灣照顧已有數十年時間。生理適應方面主要以門診、輔具及照顧輔助為主，心理適應方面主要由乾孫女提供支持，

社交方面有關懷訪視志工、居服員及社工員為主。由於失能程度嚴重且為低收入戶，因此社工員申請居家照顧及送餐服務協助乾孫女進行照顧。

E07：為聽覺障礙之身心障礙者，脊椎時常酸痛且肝功能不佳，以往能夠自理其生活但因脊椎之痠痛與退化逐漸不能久站與過度彎腰，另一方面牙齒與牙齦不佳飲食方面出現問題。生理適應方面主要以門診為主，惟不喜配戴助聽器因此在溝通方面較為吃力，因而不喜與人互動來往。由於脊椎已無法久站煮東西，加上本身重聽不喜外出購買中餐，牙齒與牙齦狀況不佳，逐漸出現營養不良之情況，因此申請送餐服務。心理與社交適應方面主要由家人、關懷訪視員與送餐人員為主。

E08：長期罹患骨關節疾病須依靠輔具行動，亦為長期洗腎患者，再加上白內障嚴重開刀後復原狀況不佳，視覺受到永久損害因此為多重障礙之身心障礙者。由於妻子與子女皆因病過世，僅剩其一人又不願入住公費安養機構，目前主要照顧者為乾女兒，惟乾女兒未與其同住因此目前在生理適應方面主要以門診及輔具為主，而在心理及社會適應方面，主要由乾女兒及居服員、社區關懷訪視員提供關懷，目前生活起居主要由居服員提供照顧並協助就醫，乾女兒會不時探望，中午使用送餐服務。

E09：患有失智症且容易暈眩，有過數次跌倒及未關瓦斯爐之經驗。生理適應方面主要以中醫及輔具和照顧協助為主，心理適應方面主要以宗教信仰（佛教）來緩解心中的煩惱，由於失智病史再加上行動不便，因此在社交方面主要由里長、社區關懷訪視員、居服員、社工員為主。目前兒子（收養，未生育子女）為名義上之主要照顧者，但其工作狀況不穩定且時常不在家中，因此主要由居

服員提供照顧。

E10：為長期洗腎患者（十多年），由於糖尿導致長久以來末梢神經病變而行動不便，中途也曾罹患大腸癌。生理適應方面主要由門診、輔具和復健治療為主，而心理適應方面主要以宗教信仰為主（基督教），感謝丈夫不離不棄的照顧，另一方面又對於其丈夫感到愧疚，社交方面目前主要以洗腎中心的人員及朋友為主。丈夫為其主要照顧者，由於罹患腎臟及糖尿因此申請送餐服務來調配適合的餐食。