

東海大學社會工作系碩士班碩士論文

指導教授：王篤強 教授

屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者
的社會心理現況探究

The Analysis of Social Psychological State for Disabled
Elderly Caregiver Who Utilize Home Respite Care in
Pingtung County

研究生：鄭雅文

中 華 民 國 一 百 零 七 年 六 月

東海大學社會工作系碩士班碩士論文

指導教授：王篤強 教授

屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者
的社會心理現況探究

The Analysis of Social Psychological State for Disabled
Elderly Caregiver Who Utilize Home Respite Care in
Pingtung County

研究生：鄭雅文

中 華 民 國 一 百 零 七 年 六 月

東海大學社會工作系碩士班碩士論文

指導教授：王篤強 教授

屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者
的社會心理現況探究

The Analysis of Social Psychological State for Disabled
Elderly Caregiver Who Utilize Home Respite Care in
Pingtung County

研究生：鄭雅文

中 華 民 國 一 百 零 七 年 六 月

東海大學社會工作學系碩士班

研究生 鄭雅文 碩士學位論文

屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者的社會心理現況探究

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：  107年7月16日

審查教授：  107年6月22日

審查教授：  107年6月22日

系主任：  107年7月16日

中文摘要

本研究係以質性研究探討屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者社會心理的現況，研究區域主要限縮在屏東縣，研究對象以屏東縣申請且實際使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者為主，長年累月的照顧因疾病引起或老年退化而缺乏生活自理能力之失能老人，進而衍生出許多照顧的負荷與壓力，希冀透過研究瞭解家庭主要照顧者在面臨使用居家式喘息服務的抉擇與使用居家式喘息服務後的感受與轉折。研究者以面對面的深度訪談方式收集相關資料，共計訪談 5 位家庭主要照顧者，其中以男性家庭主要照顧者居多，計有 3 位。

研究結果以「配偶家庭主要照顧者」及「成年子女家庭主要照顧者」使用居家式喘息服務的「社會」及「心理」為軸心出發，研究發現男性家庭主要照顧者比例增加，不似以往一定要由女性承擔照顧工作；而婚姻的約束也讓配偶成為家庭主要照顧者的機率大幅增加，但不可否認地因為孝道觀念的影響，成年子女仍將照顧年長父母視為己任。

配偶家庭主要照顧者因為婚姻的承諾故將照顧工作內化成自我責任，礙於身體逐漸年邁，體力無法長期負荷失能老人的照顧工作；成年子女家庭主要照顧者則因為傳統孝道文化觀念及社會輿論壓力影響，外加失能老人也不希望成為安置對象，故而轉向改為以「居家式」的服務居家式喘息服務來減緩家庭主要照顧者的疲勞感並提供家庭主要照顧者短暫的休息時段，家庭主要照顧者也有感於居家式喘息服務的提供，以利他們可以更具能量的走在照顧工作這條路上，不被打倒。

關鍵字：失能老人、家庭主要照顧者、居家式喘息服務、社會心理現況

Abstract

This study used qualitative research to investigate the current social and psychological situation of users of the home respite care for disabled elderly. The research area is mainly limited to Pingtung County, using main caregivers in the family applying and practically using the home respite care as study sample. Because of looking after disabled elderly being short of self-care abilities from disease or degeneration for many years, there have been much burden and pressure for these caregivers. Through this study, it is hopeful to understand choices of caregivers confronted with using home respite care, and their feeling and transition after using it. The researcher collected data with face to face in-depth interviews, totally 5 main caregivers in family were interviewed, most of them are male, and the total number is 3.

The research results are centered on "social" and "psychological" situation of "spouse as main caregivers in the family" and "adult children as main caregivers in the family" using the home respite care. It shows that proportion of male caregivers has increased, not only female as in the past. Besides, the constraint of marriage has raised the probability of spouse becoming main caregivers. Undeniably, however, since the influence of filial piety concept, adult children still regard looking after elderly parents as their responsibility.

Because of the promise of marriage, spouse as main caregivers in the family internalized the caregiving work as their own responsibility. However, with the gradually aged body, they are unable to take the burden of looking after disabled elderly. In addition, with the influence of traditional cultural concept of filial piety and pressure from public opinion, and disabled elderly don't like to be resettlement subjects, the respite care service has been changed into "home-based", so as to mitigate the exhaustion of main caregivers in the family and provide them with short rest period. Thanks to the home respite care service, these caregivers can go along the way of caregiving with more energy, not to be knocked down.

Keywords: Disabled Elderly, Main Caregivers in the Family, Home Respite Care, Current Social and Psychological Situation

誌 謝

終於，研究所生涯總算來到最後階段了，回首這三年確實走得艱辛，半工半讀的狀態下、半夢半醒間搭客運趕上九點的課程再風塵僕僕的趕回高雄，現在回頭看看那時的自己，好佩服自己有這樣的衝勁與傻勁，堅持到最後一刻。

首先，最要感謝的是我的5位訪談對象，特地空出時間與我會談，談話中更加了解屏東縣居家式喘息服務的面貌，豐富了本研究內容；謝謝我的指導教授-篤強老師，每次在我論文卡關陷入撞牆期時或是在我搖擺不定想休學時，總適時伸出溫暖雙手督促我、給予我信心繼續往前邁進，以及口試委員麗紅老師、迪理老師給予的寶貴建議，使我受益良多也看見自己的不足，感謝屏東縣長期照護管理中心，提供屏東縣喘息服務相關數據，和屏東縣居家式喘息服務單位-有限責任屏東縣第一照顧勞動合作社，謝謝有你們的鼎力襄助，協助找尋訪談對象，一起完成這份論文。感謝課堂上給予我指導的各個老師：華源老師、琇惠老師、朝賢老師、秀照老師、怡世老師，讓我再次學習理論觀點並與實務做結合，感謝實習單位-財團法人台灣省私立孝愛仁愛之家，讓我重新檢視長照十年計畫，不論是從政府部門抑或視民間部門觀點出發，刺激新思維。

我的同窗好友們，盟盟、郝姍、梅姬、好女孩、柯柯，謝謝你們伸出援手，使我不致於成為邊緣人，也因為有你們我才有動力持續前進，不論是上課階段還是寫作論階段，總是能彼此鼓舞，還有給予我最強後盾的世祥學弟，論文的後半段時間多虧有你的幫忙，我才能順利完成；謝謝紹華的提點，才能如期進行計畫書口試及論文口試，還有還有，班上的每一位同學，每次的見面總能給我最溫暖的微笑，感謝有你們！

最後，感謝一直默默支持我的老公，陪著我走過前兩年的忙碌期、跟著我一起陷入低潮期，是我最大的後盾，還有我的父母親、我的同事們，無時無刻的叮嚀我不要衝過頭，要適度的休息；最後的最後，我想要感謝鄭雅文，因為有你的突發奇想及堅持到底，才能成就現在的你，謝謝你～鄭雅文，你做到了！

鄭雅文 謹誌

目 錄

第一章 緒論	
第一節 研究緣起	1
第二節 問題意識	3
第三節 名詞解釋	5
第二章 文獻回顧	
第一節 喘息服務的意義與發展	7
第二節 影響喘息服務使用與否的相關理論與觀點	12
第三節 屏東縣喘息服務發展與服務現況	21
第四節 小結	24
第三章 研究方法與歷程	
第一節 研究方法	27
第二節 研究對象與來源	29
第三節 資料蒐集與分析方法	32
第四節 研究倫理考量	36
第四章 研究發現	
第一節 家庭主要照顧者與失能老人間的關係	39
第二節 家庭主要照顧者喘息服務的使用經驗	46
第三節 影響家庭主要照顧者使用喘息服務的社會心理現況	58
第四節 小結	64
第五章 結論、建議與限制	
第一節 結論與討論	67
第二節 研究建議	71
第三節 研究反思、反身與限制	74
參考文獻	78

附件

附件一 開放式編碼實例-----85

附錄

附錄一 訪談大綱-----87

附錄二 訪談同意書-----88

表目錄

表 2-1-1	喘息服務補助內容-----	11
表 2-3-1	屏東縣 2015 年與 2016 年喘息服務情形-----	22
表 2-3-2	屏東縣 2016 年居家式喘息服務使用人數-----	23
表 3-2-1	2016 年屏東縣居家式喘息服務單位-----	29
表 3-2-2	5 位訪談對象資料-----	31
表 4-2-1	居家式照顧服務與居家式喘息服務項目與內容-----	51

圖目錄

圖 2-2-1	計畫行為理論架構-----	20
圖 4-4-1	居家式喘息服務使用居家式喘息服務之社會心理現況圖-----	65
圖 5-1-1	居家式喘息服務雙趨衝突模型圖-----	69

第一章 緒論

第一節 研究緣起

「2015年，台中市林姓女子因不堪長期照顧中風母親壓力，加上不忍母親疼痛受苦，買汽油潑灑在母親身上點火，再將母親推入四米深大排水溝致死，隨後報警自首。林女在警方到場後，蹲在母親輪椅旁崩潰哭喊：『我壓力好大！』『我想殺他好久了！』。」（蘋果日報，2015）。

「2016年，新北市板橋一對王姓夫婦被發現燒炭雙亡，死亡超過數日，根據王男遺書內容，因為長期間照顧半身不遂、癱瘓在床的妻子，心力交瘁下，表示『真的累了』選擇以燒炭結束生命。」（東森新聞雲，2016）。

「2016年，台南麻豆區一名王姓婦人，近二十年來全心全意照顧夫家阿嬤、婆婆、公公，日前卻從自家頂樓跳樓自殺身亡，因罹癌的公公在家中床上奄奄一息，後送醫不治；檢方和法醫解剖發現公公是受外力窒息身亡，懷疑王婦長期照顧夫家長輩，身心俱疲，以枕頭悶死公公後自殺。」（蘋果日報，2016）。

每每從電視新聞獲知照顧悲劇時，總會聯想到我的母親，我的母親是位家庭主婦也是家中的主要照顧者，長年照顧我的父親，在未接觸長期照顧資源前，我一直認為照顧是家庭的「分內事」、是身為女性該承擔的工作，而母親的傳統思想及教育讓我對此深信不移，直到我踏入屏東縣長期照護管理中心(以下簡稱屏東照管中心)後，才徹底顛覆這觀念…。

回想小時候，母親就經常提及照顧父親的辛苦與壓力，長大後與母親的對談中，得知母親有諸多的抱怨與擔憂，諸如：「你們都外出去上班，每天就剩我跟他大眼瞪小眼，他就只會找我麻煩」、「我哪敢外出啊，如果他開火把家給燒

了怎麼辦」、「請看護？我不相信別人，也會被鄰居指指點點，你爸又那麼龜毛，也不會同意讓陌生人來照顧他」、「有時候真的很想跟他一起去死一死，反正你們都長大了…」云云，母親一個人承受著極大的照顧壓力。

根據中華民國家庭照顧者關懷總會 2007 年統計，全國總共有 76 萬人失能、失智及身心障礙者需要照顧，約有兩成使用長照服務、三成聘僱外籍看護工，逾五成是像母親這樣的家庭主要照顧者(中華民國家庭照顧者關懷總會，2007)，由家庭成員自行照顧。另外，「民國 102 年老人狀況調查報告」(2014)指出：老人日常生活起居活動有困難者中高達 63.3%的老人係在家裡由家人照顧。再者，衛生福利部 2016 年長期照顧十年計畫 2.0(核定本)中的高推估也指台灣到 2026 年將會有 100 萬失能、失智、衰弱及身心障礙者需接受長期照顧之需求(衛生福利部，2016)，這些數據在在指出我國長期照顧需求快速成長，家庭照顧者的壓力勢必更加沈重。照顧工作奪走了屬於母親的時間、健康、人際關係，全天候繞著父親旋轉，除料理三餐外，母親足不出戶，漸漸地不與他人互動，也忽略了自己的身體健康，近年來可以感受母親的體力已大不如前，卻不願意就醫，令人擔心母親會成為下一個被照顧者。

任職屏東照管中心時，總也會聽聞前來申請喘息服務者提及照顧時的辛酸：「真的已經沒有辦法了，才會來申請」、「我是代替爸爸來申請的，他老人家很排斥這個，總說自己照顧就好」、「我也想要有短暫的休息時間啊」、「我希望外出時有人可以幫我看著長輩」…等，同時也提出了這樣的疑問：「服務員具專業程度嗎」、「費用如何計算」、「一年只有 21 天？那哪夠使用啊」…等，申請者其實也遇到了與母親雷同的情形：照顧壓力大、不放心長輩獨處、自我內心罪惡感、沒有喘息空間與時間…等，令人不禁思考喘息服務已施行多年，卻無法實際廣為使用，而這也是我想瞭解的部分。

我國傳統儒家思想重視孝道觀念與家庭照顧，後輩奉養長輩本屬應當，而大部分子女也希望長輩能留在家中，由自己照顧才是孝順的作法(劉育慶，2017)，與 68.49%的老人一樣，父親理想的居住方式是希望「與子女同住」(內政部統計處，2009)，極度排斥機構安置；母親體恤身為子女的我們，不願我與

弟弟為了照顧父親而無法兼顧工作，且認為照顧工作是女性的本質。做事總是親力親為的母親，不假手他人的習慣養成了他對陌生人的不信任，此也是許多家庭主要照顧者的心聲，繁重的照顧工作壓著家庭主要照顧者喘不過氣，在求救無門的情況下，照顧悲劇一再上演。

當家庭主要照顧者面對照顧壓力遽增的困境，通常會傾向引入正式服務來緩解照顧壓力，特別是當失能老人有較高的照顧需求，又缺乏足夠的社會支持情況下，對服務使用的比例相對增加。我國於 2007 年推出「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」（簡稱長照十年計畫），期望建構完整之我國長期照顧體系(內政部，2007)，順應國內民情朝向 70%社區照顧，30%機構式照顧的規劃方向。在該計畫中，以「支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任」為目標的「喘息服務」項目，是專為主要照顧者所設計的服務，可見照顧責任從家庭私領域移轉到國家公共政策的趨勢，加上 2015 年通過的長期照顧服務法，正式納入「照顧者需求」之觀點，將喘息服務列入補助與規範，試圖喚醒社會重視家庭主要照顧者的喘息和替代照顧需求(李逸、周汎濤、陳章惠，2011)。

身為一名社會工作者且服務於屏東照管中心的我，著實不忍心看見家庭主要照顧者為了照顧工作而失去健康、失去工作、失去自我，失去原本屬於的一切；也不希望家庭主要照顧者因為害怕他人的眼光、受內心的罪惡感羈絆，錯失對外求助的機會，更不願意「照顧悲劇」一再發生。希望能從自身的家庭出發，繼而研究和瞭解其他家庭面對使用喘息服務的抉擇時，所作出的回應和解決方式。

第二節 問題意識

長照十年計畫 8 大項服務內容中涵蓋喘息服務在內，顯示我國政府對家庭

主要照顧者的重視，長期照顧服務法也將家庭主要照顧者需求納入考量，成為我國第一個以家庭主要照顧者權利及需求邏輯所制定的正式服務，說明家庭主要照顧者對家庭的付出、對失能老人的照顧有其重要性，亦指出政府不僅重視被照顧者的需求也看到了家庭主要照顧者的辛苦。然任職長期照顧相關領域工作近四年，於工作實務中察覺到現行的喘息服務於實際運作上卻處處充滿限制，如「家中沒有其他次要照顧者可以照顧嗎？」、「申請了卻沒有照顧服務員提供服務」、「申請的服務項目與原先期待的不同」、「一年只有個位數的喘息天數」…等等；照顧者的自我責任感：「別人照顧我不放心啦！」、「去養老院就是等死啊」、「別人替我照顧顯得很不孝」、「自己的家人當然要自己照顧啊」…等，每一項的限制皆抑制了主要照顧者提出申請及使用的意願，儘管他們知道申請使用喘息服務對他們是有幫助的，仍然感到卻步。即使設定了目標、提供了服務，家庭主要照顧者仍然得不到真正的「喘息」，尤其是在老年人口比例高的屏東縣，分擔照顧責任更是不容忽視的課題。

我國對失能老人照顧基於固有的傳統倫理與文化背景，加上喘息服務的多種限制，家庭主要照顧者仍選擇自行照顧，強大的責任感及不信任、不願接受外界協助，易使家庭主要照顧者累積過重的壓力與身體負荷，加速家庭主要照顧者成為失能者而需要被照顧的速度。更甚者，家庭主要照顧者為從照顧工作中獲得解脫或者不願看見失能老人痛苦的生活，憤而與失能老人同歸於盡，造成家庭悲劇不斷上演，促使家庭照顧議題愈受重視。反觀，若能突破家庭主要照顧者內心情感的糾葛與罪惡，確實落實喘息服務，協助家庭主要照顧者獲得短暫喘口氣的機會、減輕家庭主要照顧者沉重壓力與照顧負荷、延緩家庭主要照顧者成為被照顧者之速度、減少家庭憾事的發生。

因此，我希望透過本研究探討長期照顧十年計畫下，家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的社會心理現況，以所服務的縣市-屏東縣為研究範圍，接受居家式喘息服務之家庭主要照顧者為研究對象，進行以下探討：

- 一、當家庭主要照顧者已無法全權負責失能老人的照顧工作時，是怎樣的契機使得家庭主要照顧者抉擇使用居家式喘息服務？

- 二、每位主要照顧者都是獨立個體，對於使用居家式喘息服務的經驗與觀感為何？從家庭主要照顧者服務使用的社會心理現況進行瞭解。
- 三、提出對家庭主要照顧者生活品質之可行建議，藉此減輕家庭主要照顧者照顧壓力，提高家庭主要照顧者與失能老人的生活品質。

第三節 名詞解釋

一、失能老人

失能所指的意思係因疾病引起或老年退化而缺乏生活自理能力。老人定義依據老人福利法第二條定義年滿 65 歲以上之人稱為老人，故本研究將失能老人定義為屏東縣內接受居家式喘息服務之 65 歲以上失能老人者。

二、居家式喘息服務

喘息服務 (respite care) 可分為機構式喘息服務及居家式喘息服務，其所指的是一種針對家庭照顧者所提供的居家與機構式服務，目的是使照顧者能得到暫時的休息，以便繼續照顧工作。照顧者通常是配偶、手足、成年子女、鄰居或朋友(Theis & Deitrick,1987)。

本研究所指居家式喘息服務係家庭主要照顧者長期照顧失能的親屬導致身心疲憊，為了給予主要照顧者更多的支持與關懷，予協助安排居家服務員至家中照顧被照顧者，讓家庭主要照顧者得以從持續照顧職責中獲得暫時休息的機會(屏東縣長期照護管理中心，2016)。

三、家庭主要照顧者

本研究之家庭主要照顧者乃指參與居家式喘息服務之老人家屬中主要負責照顧工作者，包括配偶、子女、媳婦、其他親屬，但不包含聘僱本國籍與外國籍看護。

四、家庭主要照顧者的社會心理現況

本研究所稱家庭主要照顧者的社會心理現況係指家庭主要照顧者對於使用居家式喘息服務時，個人的行為與心理歷程如何受到自我及他人真實、暗示或想像存在所影響。

第二章 文獻回顧

在文獻回顧中為了更深入探討本研究主題，擬定適當之訪談大綱，將區分喘息服務源起與意義、影響喘息服務使用與否的相關理論與觀點、屏東縣喘息服務發展歷程與服務現況及小結等四部分進行文獻之整理。

第一節 喘息服務的意義與發展

壹、喘息服務的源起

在探討我國喘息服務之前，有必要稍加瞭解美國、德國及日本三個國家喘息服務的發展歷程，能夠更快速理解喘息服務。美國，喘息服務的發源地，起始於 1970 年代，主要是針對失能及心智障礙者非機構式之服務，而後因有愈來愈多的家庭成員需負擔家庭主要照顧者的角色，至此，家庭主要照顧者的特性、負擔漸漸被注意，至 1980 年代喘息服務被擴展至失能、老弱個案及其家庭主要照顧者(梅陳玉嬋、楊培珊，2006、黃秀梨等人，2006)。1990 年喘息服務在美國獲得立法，成為支持家庭主要照顧者的社區照護模式之一(Smyer & Chang, 1999)。

德國，則是將長期照護制度法制化，於 1994 年正式通過長期照護保險法，喘息服務包裹於該保險法內。該法設置一長期照護基金會，以全民為服務對象，老年人為主要族群，係以作為因應老年人的照護需求為目的之綜合長期照護保險制度(林藍萍、劉美芳，2005)。在照顧老年人的同時，也注意到擔任提供照顧者角色的家庭成員在照顧過程中可能會因為生病、疲憊等原因而無法擔任照顧工作，有鑑於此，該基金會就會派遣照護人員「代理照護」老年人的工作，代理服務期限一年最多 4 個星期提供予以無法擔任照顧工作的照顧者，期間也會不定期地舉辦照護服務講習課程，提供給有照護需求的家庭成員免費參加，藉以維持照護服務品質(林藍萍、劉美芳，2005)，「代理照護」不僅提供家庭主要照顧者喘息的機會也強化家庭主要照顧者照護技巧之能力，此也是喘息

服務的精神所在。

與我國同屬東方國家的日本，是亞洲地區老化程度最為快速的國家。於1990年開始實施「老人保健福利推動10年戰略(黃金計畫)」(Gold Plan)，1994年底重修制定「新黃金計畫」(New Gold Plan)，2000年開辦的「公共介護保險制度」，提出使用者本位、普遍主義、提供綜合性服務及社區(地域)主義等4大基本理念，該制度旨在減輕家庭成員照護上的負擔，讓長期掙扎於照顧老人的家庭成員與女性者能夠從「照顧地獄」中獲得解脫(莊坤洋，吳淑瓊，2000)，並由社會共同支持照護，降低老年生活之不安與風險，令老年人皆能老有所終。

回顧我國長期照顧的發展較其他先進國家晚，人口老化速度卻超越其他先進國家，意識到長期照顧的急迫性，也為了因應高齡社會及超高齡社會之來臨，借鏡美國、德國及日本等國之政策，1990年行政院衛生署要求各縣市衛生局開始推動喘息服務計畫，直至1998年推行「老人長期照護三年計畫」(黃秀梨等人，2006；林君黛等人，2013)，方由台北市衛生局提供每年10天的機構式喘息服務給予家庭有長期照護需求者的家屬，此為我國最早出現的喘息服務政策。此後，內政部及衛生署陸續提出多項長期照護相關政策(內政部，1998；行政院衛生署，1998；行政院，2000)，內容涉及喘息服務之服務項目的方案尚有「加強老人安養服務方案」(1998至2007)及「建構長期照護體系先導計畫」(2000至2003)。

針對2000年核定「建構長期照護體系先導計畫」(簡稱先導計畫)，總共推出9大類型之服務模式，喘息服務即為其一，並將喘息服務分為機構式及居家式兩種類型。該計畫由行政院責成內政部和衛生署主辦，委託台灣大學承辦(吳淑瓊，2004)，選定「嘉義市」和「臺北縣三峽鎮與鶯歌鎮」兩地，分別代表城鄉社區，進行社區長期照護體系建構之實驗工作，希望在實驗社區中，建置社區服務網絡，協助與強化家庭的照顧功能，盡量延長身心功能障礙者與失能長者留在家裡的時間，提升他們自主與自尊的生活品質(吳淑瓊，2004)。2007年行政院通過「大溫暖社會福利套案」之「建構我國長期照顧十年計畫」(簡稱長

照十年計畫 1.0)則繼續延續先導計畫之服務模式，由原先的兩縣市擴展至全國，以期服務更多有長期照護需求者，失能者的需求漸被滿足，照顧失能者的家庭主要照顧者需求卻仍未被看見，為此，民間社會福利團體的倡導、家庭主要照顧者為自己發聲，終於，2015 年通過的「長期照顧服務法」，正式將家庭中的主要照顧者納為服務對象，成為該法案重點制度之一，促使更多民眾將焦點從失能者轉移至家庭中的家庭主要照顧者上。

由上述美國、德國及日本的喘息服務沿革發現，實施喘息服務的動機與我國雷同，均與照護需求者增加、少子女化及婦女勞動性提高、照護人力少影響，致使家庭主要照顧者過度負擔的照護問題有關。另外，我國的喘息服務變革起初為短期性的計畫型方案，由單一縣市提供轉變成城鄉地區的試辦型計畫方案，最後成為全國性之法規，足以見我國政府對喘息服務之重視。

貳、喘息服務的意義與類型

「喘息服務」，從字面上解釋，顧名思義即是希望能讓照顧被照顧者的「家庭主要照顧者」能夠獲得短暫休息機會的一種服務(黃秀梨、李逸，2002；林君黛等人，2013)。楊明理(2011)說明「喘息服務」是一種針對家庭主要照顧者所提供的居家與機構式服務，目的是希望家庭主要照顧者能得到暫時的休息，以便繼續照顧工作。屏東長照中心對於「喘息服務」的定義為家庭主要照顧者實際照顧長達一個月以上，且可能在家庭主要照顧者呈現負荷過重前申請喘息服務，提供家庭主要照顧者休息及紓解壓力之機會，提升照顧品質及落實持續性之照顧工作(屏東縣長期照護管理中心，2016)。換句話說，喘息服務所服務的對象是家庭中照顧被照顧者的家屬，即所謂的家庭主要照顧者，而非身心功能障礙者與失能長者。

在 Watts 和 Teitelman(2005)研究指出，喘息服務所要強調的內容就是提供社會支持、降低壓力的情境，以及暫時紓壓的技巧(楊明理，2011)。國內喘息服務操作手冊(1999)也明列喘息服務的目的有(一)減輕照顧者之照顧壓力，(二)讓被照顧者能獲得持續性照顧，(三)協助家庭度過照顧調適期或危機期，

(四)避免被照顧者過早或不當之機構安置，(五)提供被照顧者接觸外界之機會(蔡啟源，2009)。由此可知，喘息服務最主要的目的在於家庭減輕主要照顧者照顧壓力，使其獲得短暫休憩機會，家庭主要照顧者若能適度休息，不僅家庭主要照顧者本身能持續照顧工作，失能老人也能盡量留在家中接受照顧，避免不必要的機構安置。值得一提的是，喘息服務操作手冊並未包含家庭照顧者照護技巧的訓練，家庭主要照顧者在家人倒下的初期，面臨到尋求長照資源、照顧知識與技巧的不足等問題，總是在與挫折、委屈、疲累中摸索與學習，身邊若無替代人手協助或親屬的關懷支持，家庭主要照顧者容易失去信心進而懷疑自我，故我認為照顧技巧應成為喘息服務的目的之一，幫助家庭主要照顧者度過最混亂的照顧初期階段。

如前所述，依據使用方式的不同分為兩類型(黃秀梨等人，2007)，第一類是居家式喘息服務，又稱居家式暫托服務或居家照顧服務，是由受過訓練的居家服務員提供被照顧者每日 8 小時的到宅式家務及日常生活照顧服務與身體照顧服務，此服務是由社政機構負責執行。另一類為機構式喘息服務，是提供護理之家、醫院或養護所等機構短期留住照顧服務，係將被照顧者送至定點機構接受全天候 24 小時的照顧，是由衛政機構負責執行。喘息服務主要的服務對象以(一)65 歲以上之老人；(二)55 歲以上山地原住民；(三)50 歲以上之身心障礙者；(四)僅工具性日常生活活動功能(IADLs)失能且獨居之老人等 4 類為主。照管中心照管專員依據個案的失能等級進行評估，將失能等級劃分為三類：

(一)輕度失能：一至兩項日常生活功能失能(ADLs)者；(二)中度失能：四項日常生活功能失能者；(三)重度失能：五項(含)以上日常生活功能失能者。申請資格是針對至少有一項 ADLs 失能者，並由家庭主要照顧者照顧達一個月以上之個案，且未申請外籍看護工照顧之家庭。申請核准通過者，政府會依據失能等級程度補助，符合喘息服務之輕、中度失能者，每年最高補助 14 日；重度失能者則最高補助 21 日，服務內容包含身體照顧服務(協助沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、翻身、拍背)、日常生活照顧服務(餐飲服務、陪同或代購生活用品、陪同就醫或聯絡醫療機關)、精神及休閒服務(陪同散步、運動、閱讀、情

緒支持)等，照顧服務費用每日以 1,200 元計，超出費用由家庭主要照顧者自行負擔，且居家喘息可以與機構喘息補助日數合併計算。使用機構式喘息服務者若有交通運輸協助需求者另外補助交通費一年至多 4 次，每次補助 1,000 元計(內政部，2007；林君黛等人，2013；屏東縣長期照護管理中心，2016)，研究者彙整如表 2-1-1。

表 2-1-1 喘息服務補助內容

	喘息服務
服務對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 65 歲以上之老人 2. 55 歲以上山地原住民 3. 50 歲以上之身心障礙者 4. 僅工具性日常生活功能(IADLs)失能且獨居之老人
補助天數	<ol style="list-style-type: none"> 1. 輕、中度：一年最多補助 14 天 2. 重度：一年最多補助 21 天
失能等級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 輕度失能：一至兩項日常生活功能失能(ADLs)者 2. 中度失能：四項日常生活功能失能者 3. 重度失能：五項(含)以上日常生活功能失能者
補助標準	<ol style="list-style-type: none"> 1. 低收入戶：政府全額補助 2. 中低收入戶：政府補助補助 70%，民眾自付 30% 3. 一般戶：政府 90%，民眾自付 10%
服務內容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身體照顧服務(協助沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、翻身、拍背) 2. 日常生活照顧服務(餐飲服務、陪同或代購生活用品、陪同就醫或聯絡醫療機關)

容	3. 精神及休閒服務(陪同散步、運動、閱讀、情緒支持)
---	-----------------------------

資料來源：內政部(2007)

綜合上述，喘息服務是提供給予照顧被照顧者的家庭主要照顧者，事先作短暫的、間歇性的計畫，讓家庭主要照顧者有短暫休息的一種服務設計(黃秀梨、李逸，2002)。可分為「機構式喘息服務」與「居家式喘息服務」兩類，一方面讓家庭主要照顧者可以依照自己生活作息之習慣安排，在需要喘息時，選擇使用不同類型的喘息服務，以減輕主要照顧者之身心負荷；另一方面，也使主要照顧者能有機會接受照顧技巧的訓練與諮詢，避免主要照顧者於照顧工作中造成身體傷害，也避免累垮自己而成為另一位被照顧者(梅陳玉嬋、楊培珊，2006，pp. 237-238)。

第二節 影響喘息服務使用與否的理論與觀點

影響家庭主要照顧者使用喘息服務的因素很多，傳統孝道文化的挑戰、家庭型態的改變、失能老人本身意願、對正式服務認知有限、使用服務資源歷程受限…等，此節就家庭型態的改變、傳統孝道文化的挑戰、使用服務資源歷程受限進行討論。

壹、家庭照顧型態研究

自古至今，無論何種型態的社會，家庭總是最基本的次體系。隨著進入工業化社會，經濟型態的轉型，家庭結構漸趨多元化，傳統農業社會裡，以能負

擔得起家庭照顧及所得移轉責任的大家庭型態已逐漸減少，取而代之的是核心家庭(夫妻和子女)、單親家庭(父母單一方和子女)的出現。

過往的台灣社會並無所謂引用正式資源的照顧觀念，照顧工作仍屬於家庭的「分內事」，隨著社會的變遷，家庭照顧議題逐漸浮上檯面，生產與分工方式的改變，人們開始走出家庭內部經濟活動模式，面對大社會更多元複雜的生活，家庭雖仍持續具有繁衍、照顧以及經濟與情感的功能，卻難以因應愈來愈多新的社會性需求，於是產生新的社會型態來填補家庭的部份功能，甚至超越了家庭的功能(古允文，2016)。資訊科技的快速發展，人際溝通與互動模式影響人群關係；人口跨域流動與通婚增加，外籍勞工以及家事與監護工人力的引進，台灣人口與就業市場結構產生了一些變化，更由於長年以來生育率的下降及人口老化迅速，人口年齡組成正改變中，對於家庭成員的照顧與扶養都帶來新的衝擊(古允文，2016)。

我國的傳統觀念中，照顧父母似乎是天經地義的事，當家庭成員無法同時兼顧工作與家中父母時，多數研究者開始關心父母年老時的居住安排與照顧問題(陳祥水，1994，引自李姿穎，2002)。傳統上，父母年老後與其中一子共居的情形極為普遍，中國儒家思想的孝道觀念被視為是傳統社會的美德，所衍生出「養兒防老」、「三代同堂」的天倫理想俗諺，足以顯示孝道價值深遠的影響，若把父母送到安養院多半會被視為子孫不孝，多數的老年人也反對入住安養機構(李姿穎，2002)。

以現今老化速度快速、少子女化及婚姻與家庭人口轉型下的家庭結構正在轉變中，家庭照顧型態也不斷在傳統理想與環境適應中調整，方式與作法隨著社會變遷在變動。一旦家庭成員無法承受照顧之責時，政府居家式、社區式及機構式服務等長期照護服務遂進入家庭系統中，陳淑芬、鄧素文(2000)針對50-64歲國民對老人福利措施項目重要性之看法，也發現民眾認同重要性前十名的項目中有五項為長期照護有關的服務，包含：獨居老人關懷服務(74%)、老人日間照顧服務(68.37%)、居家服務(67.60%)、機構喘息服務(67.60%)、居家護理(67.21%)等。顯示台灣子女照顧父母傳統型態已無法滿足當今的家庭照顧

型態，然而在孝道的輿論壓力下，家庭成員仍傾向自行照顧，尤其是以主要照顧者為服務對象的喘息服務，如何於人口結構與情感中取得平衡。

貳、傳統孝道文化的挑戰

一、誘發家庭主要照顧者罪惡感研究

當老年人身體隨著時間流逝導致器官功能逐漸退化，本身的日常生活能力也隨之退化，生活上需要他人協助與照顧之處相對增加，為家庭帶來諸多影響，尤以家庭主要照顧者受到的衝擊最大，其影響涵蓋身、心、社會各層面。如，吳瓊滿的研究(1999)說明，家庭主要照顧者負荷的形態通常分為身體上的衝擊、心理(情緒)上的衝擊、社交生活衝擊及財務上的衝擊。我國有不少父母和一個已婚子女或未婚手足生活在一起所組成的家庭模式，也包括父或母和一對已婚子女及其孩子所組成的家庭，一對夫婦同其未婚兄弟姐妹所組成的家庭的「主幹家庭」，不僅要負擔養兒育女的責任，另還要照顧失能老人，家庭主要照顧者夾在其中，形成左右夾攻的「三明治」，因此有為數不少的研究針對「三明治世代(sandwich generation)」的家庭主要照顧者進行研究(Brody,1981;Emlen & Kore & Louisr,1998，引自饒嘉博，2004)，他們共同指出若家庭主要照顧者除了失能老人的照顧工作外，還肩負養育兒女責任者，對家庭主要照顧者的身心負荷及職業的帶來極大的衝擊(饒嘉博，2004)。

基於回饋、報答父母的教養、照顧，子女(含媳婿)應是最直接的家庭照顧提供者，若失能老人的配偶身體仍健朗，其自然承接照顧工作，失能老人亦傾向於由配偶提供照顧(Stoller & Earl,1983，引自吳宜芸，2000；呂寶靜，2001)，若配偶無法照顧失能的另一半，可能會被烙印化，甚至是冠上拋棄配偶的標籤(吳宜芸，2000)。反之，對於配偶不在的老人而言，則由子女(媳婿)成為失能老人的照顧者，又或者子女(媳婿)不忍見年邁的母(父)親承擔照顧工作，而自願接手。家庭成員提供照顧除了「家人情感間的連結」外，社會的

期待也是一項不可忽略的因素，在社會期待下為維護人際關係即便自己的狀況不是很好仍承接下照顧責任，甚至在照顧過程中壓抑自己的壓力與情緒，忽視並規避自己的問題。當家庭主要照顧者無法承受照顧失能老人的壓力時，轉而尋求安置機構的協助，內心可能充斥著無法親自照顧之罪惡感，又得忍受他人的異樣眼光，同時又擔憂機構照顧品質的矛盾(吳淮平，2005、黃秀梨，2009、陳依敏，2009、Bauer & Nay, 2003; Marshall & Tibbs, 2006，引自施麗紅，2017)。

因應著社會的期待、長輩失能的事實、長輩自己的期待等，家庭主要照顧者背負著某種程度的責任，因而若選擇外在資源協助，會就此感到罪惡感及羞恥感。「自己的先生(太太)就是要自己照顧啊」、「我是家中的長子(女)，照顧父(母)親之責本就該由我承擔」、「我沒結婚，又跟父母同住，照顧工作就落到我身上」、「機構的照顧品質很差」，然而，卻可能因為手足意見分歧、親友的指責、過度在意他人眼光，促使家庭主要照顧者承受過多的自責感與壓力，開始想尋求外在正式資源，以解決所遇之困境。另一方面，為人子女者常受到東方文化中成年子女被期望要盡孝順義務價值觀影響(Kim & Lee, 2003，引自王思堯、Elizabeth Davies, 2007)，但又害怕長輩無法接受良好照顧、重要他人的不諒解，罪惡感油然而生。罪惡感是個人判斷自己「有罪」而引發的情緒反應(Goulding & Goulding, 1979)。Freud認為罪惡感是將父母或是權威的標準內化之後，違反超我的一種害怕或焦慮(引自張銘倫，2009)。Lamb(1983)為罪惡感增加一個前提，必須要有自主選擇而來的責任感，換句話說，若是行為被逼迫，就無責任和罪惡感，Lewis(張銘倫，2009)也有相同的看法，認為個體需有自我評估能力，以及將後果歸因於自己，認為自我需要對行為後果負起責任，才會帶動罪惡感受。因此，Nixon(1993)在描述罪惡感時，將罪惡感與自責並列，表示兩項心理狀態的緊密關連與其意義上的相似。Collins(1988)認為罪惡感是遺憾、懊悔、羞愧及自責等不舒服的感覺，這些感覺往往源自於某些自覺是在倫理上犯錯或該做的事沒做。國內蔡佳容、蔡榮順與李佩怡(2012)，呈現家庭主要照顧者罪惡經驗內涵的主題是自覺照

顧工作做得不夠好、達不到孝道義務的自我期許、家庭主要照顧者苦於內心的拉扯煎熬。

二、家庭主要照顧者社會心理現況研究

在現今依舊強調孝道觀念的家庭文化中，「家醜不可外揚」的思想、如果家庭主要照顧者不再擔任照顧責任，會被視為是「不孝」的行為，使得家庭主要照顧者已經無法負荷長期照顧所帶來的沈重與疲憊感，仍堅守自我崗位，不對外尋求外在資源服務，主要來自於家庭主要照顧者自我內在的罪惡感受。根據 Meadow 與 Meadow(1971)研究認為家庭主要照顧者的心理適應包含二層面，一是家庭主要照顧者要學會如何與有失能狀態的老人相處，如何提供最符合失能老人期望的生活照顧，另一方面則是要學會如何表達及處理失能老人與自己的情緒反應，如上所述的罪惡感(引自張英熙，1998)，罪惡感的來源有家庭主要照顧者認為自己對失能老人負有責任，其次是與自己理想中的理想家人角色不符所形成。

罪惡感其實是家庭主要照顧者照顧失能老人過程中的一種內在過程，家庭主要照顧會有這般的情緒反應實屬正常，但照顧初期的家庭主要照顧者所衝擊的並非是罪惡感，可能是震驚、也許是難過、又或許是否認，每位家庭主要照顧者的情緒感知不同，所經歷的情緒反應也不盡相同，我嘗試將家庭主要照顧者在面臨自我無法失能老人照顧問題所產生的罪惡感心理層面上會有幾種心理反應的階段歷程(Opirhory & Peters, 1982、鐘思嘉，1991，引自張英熙，1998、羅婉榛，2007)彙整如下：

(一)否認

家庭主要照顧者不願相信也否認自己無法再照顧失能老人，需要由他人協助照顧的這個事實。

(二)憤怒

家庭主要照顧者對於自我無法承擔照顧工作感到無助及無力感，不得不照顧工作轉讓給與他人的挫敗而引發憤怒。

(三) 害怕

家庭主要照顧者害怕承擔社會價值所帶來的審視，也擔心其他人的照顧無法像自己親自照顧般的給予失能老人最佳照顧。

(四) 討價還價

家庭主要照顧者明知道失能老人需要他人照顧卻又不服輸的努力想爭取自己照顧。

(五) 沮喪和自責

當家庭主要照顧者了解無法改變失能老人需要他人照顧的事實時，他們會感到沮喪和無助，內心充滿罪惡感，並感到自責不已。

(六) 無奈接受

在經歷上述心理歷程後，家庭主要照顧者不得不接受並面對事實，以積極及實際有效的方法處理失能老人的照顧問題。

上述所提之歷程階段偏重於有身心障礙者的家庭，與家中有失能老人的家庭仍有些許的差異，家庭主要照顧者明白老年人身體器官功能會隨著時間的流逝而逐漸退化，遂已作好相關心理準備能坦然面對健康的老年人轉變成失能老人的過程，而家中有身心障礙者的家庭主要照顧者其實是在毫無心理準備、措手不及的情況下須承受與適應身心障礙者的缺陷。儘管如此，部分老年人成為失能老人是因突如其來的疾病所致，因而家庭主要照顧者被迫短時間內接納失能老人的疾病，引起一連串的心理反應，是以本研究仍參酌使用上述之心理歷程階段。

三、使用喘息服務的決策過程

如何選擇合適的照顧服務模式考驗著照顧者的智慧，也是理念與權力運作的決策過程，而決策本身就是一項複雜的思路過程。張紹勳(2004)將「決策」定義為：組織或個人在面臨問題之際，以有效解決問題的過程(劉雅文、莊秀美，2006)。黃秀梨等人(2006)指出決策常見於事前計畫及危機反應兩極間，不同的思考階段將導致決策過程的不同，因此失能老人家庭在選擇長期照顧福利服務的決策過程中，家庭成員價值觀、過去的生活背景、擁有的資源、家庭的權力、認知的內容、解決問題的習慣等因素(劉雅文、莊秀美，2006)皆納為考量，黃秀梨等人(2006)也說明促成決策的因素大多是多重的，家庭成員會依據老人失能或自我照顧能力障礙的嚴重度、照顧者本身的負荷及價值觀、家庭結構與互動及社會環境(黃秀梨、張媚，2006)成為選擇照顧服務決策過程的思考架構。喘息服務的決策結果需要全體家庭成員擁有相同的哲學與態度，聽見每位成員的聲音、看見每位成員的需要，尤其是失能老人的需求，才能達到有效的決策。但現實生活上，常常無法達到一致性的共識，如同社會心理學家 Lewin 在人格的動力理論一書中提及的雙趨衝突理論(Approach-approach conflict)，家庭成員往往希望決策方案能夠一舉兩得或一舉多得，但客觀條件又常使之難以實現，如家庭主要照顧者期望能依循傳統孝道行孝卻又因為長期的照顧壓力內在渴望休息般難抉擇。因此，為了分攤並減低直接衝突，家庭成員往往會採用集體決策模式，共同討論要放棄哪一個目標，或者同時放棄兩個目標而追求另一折衷的目標。邱毅(2000)認為集體決策提供更多完整的資訊、產生較多的方案、增加解決方案的被接收程度及正當性；但是耗時、少數壟斷、服從的壓力、模糊的責任(引自劉雅文、莊秀美，2006)。集體決策模式對於現今核心家庭的成員言，難以發揮其作用，多為家庭主要照顧者一人做單一決策。

近年來國內加強推出居家照顧服務、日間照顧服務、長期照護機構，並納入家庭照顧者支持性服務等多項長期照護福利服務措施，以協助失能老人及其家人多元化的照顧選擇。然而，當照顧福利服務提供多項選擇的情況

下，失能老人家庭也面臨了不同照顧選擇的決策內涵。Edvartsen 認為老人家庭在選擇上有年齡愈高，愈可能選擇機構式照顧、所得與財富愈高，愈可能選擇居家式照顧、住家條件不宜失能高齡者居住時，較可能選擇機構照顧、子女數目愈多，愈可能選擇居家照顧及與子女住宅相距較遠，較可能選擇機構照顧(劉雅文、莊秀美，2006)。Kao 和 Stuijbergen(1999)在台灣進行的研究也指出，選擇照顧模式決定的因素包括：家中長輩與家庭成員間關係、家中長輩的性格、家庭的財務狀況及一般民眾對於入住機構的看法等(引自王思堯，2007)。

失能老人家庭選擇長期照護福利服務時，經常會感受到壓力、震驚、憂慮、恐懼、抵抗與罪惡感。家庭成員的傳統觀念、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，而家庭結構與成員權力運作成為決策過程與結果的重要變數。

參、喘息服務相關之論點

為滿足家庭主要照顧者對於長期照護服務之需求，是以相關長照資源呈現多樣性與多元化，各專家學者亦紛紛提出相關理論模式：健康服務利用模式(Health Service Utilization Model)、健康信念模式(Health Belief Model)、跨理論模式(Transtheoretical Model)及健康促進模式(Health Promotion Model)、計畫行為理論(Theory of Reasoned Action)等，其中計畫行為理論可以協助看見家庭主要照顧者社會心理現況，故本研究將計畫行為理論進行討論。

一、計畫行為理論

另一方面，為了瞭解家庭主要照顧者對長期照護資源的看法，本研究引用 Fishbein & Ajzen 於 1975 年提出理性行為理論(Theory of Reasoned Action, 簡稱 TRA)(Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975)，該理論主要是用來預測和瞭解人類的行為，從社會心理學的角度出發，認為家庭主要照顧者對失能老人的責任心、罪惡感的「行為意圖」(behavior intention)是決定是否

使用喘息服務的決定性因素，而責任心、罪惡感又可以從家庭主要照顧者對喘息服務的外在評價、照顧者本身對喘息服務的「態度」(attitude toward the behavior)和「主觀規範」(perjective norm)來判定，如使用喘息服務後，手足間、親友間甚至是鄰里間的看法來預測形成(徐劭婷、張景然，2000；林秋慧，2009)。簡言之，該理論認為透過分析行為意圖，可合理預測出個人的行為模式，而意圖傾向又受到態度及主觀規範所影響。

理性行為理論的基本假設為：人們的行為都是理性的，且是受到意志的控制，認為行為意圖是影響個人行為的決定因素(章詩鎔、饒婉儀，2016)。現實生活中人們的行為意圖非全然理性，受到外在干擾因素影響，非個人所能控制，這時理性行動理論對這些不完全受個人意志所控制的行為解釋力就會減弱。Ajzen 發現此缺失，於 1985 年提出計畫行為理論 (the theory of planned behavior, TPB)，以作為理性行為理論的修正與延伸，在態度與主觀規範之外再加入「知覺行為控制」(perceived behavioral control)變項，所謂知覺行為控制指的是個人知覺到自己去執行某個行為的能力程度，使其對行為能有更全面性的解釋與預測，因而形成計畫行為理論架構(如圖 2-2-1)。

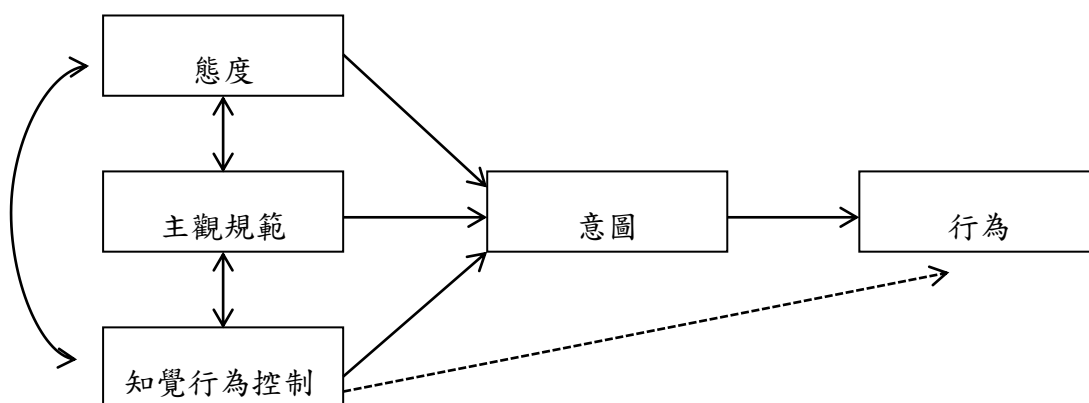


圖 2-2-1 計畫行為理論架構

根據圖 2-2-1 計畫行為理論架構來看，家庭主要照顧者對於使用居家式喘息的態度以及個人主觀規範影響家庭主要照顧者是否使用居家式喘息服務的決定因素服務，如家庭成員鼓勵家庭主要照顧者使用，家庭主要照顧者受到鼓舞，居家式喘息服務的外在評價給予家庭主要照顧者深刻印象，家庭主要照顧

者即有可能使用居家式喘息服務，但這樣的狀況有可能受限於家庭主要照顧者本身想要自行照顧的責任感以及若交由他人照顧會受到他人的議論因素影響，導致家庭主要照顧者對於使用居家式喘息服務的退卻，如果家庭主要照顧者不認同居家式喘息服務，其使用居家式喘息服務的機率甚小。

第三節 屏東縣喘息服務發展與服務現況

根據屏東縣民政處 2017 年的調查，屏東縣 2016 年總人口數有 83 萬 5,792 人，65 歲以上之老年人口有 12 萬 7,016 人，占總人口數 15.2%，正式進入世界衛生組織定義之「高齡社會」。「國民長期照護需要調查(第一階段)」屏東縣老人人口以失能率 9.26%計算 2016 年底屏東縣失能人口推估約有 1 萬 1,761 人(屏東縣長期照護管理中心，2017)，逐年以倍數快速成長，不僅凸顯屏東縣人口高齡化情形逐年嚴重，更將面臨更多的老人問題，需要照顧的人口數也更多。是故，長期照顧服務的使用勢在必行，而在各類長期照顧服務模式中，居家式照顧服務是最基礎的骨幹服務，經由到宅的居家式服務，讓失能老人可以居住在原本的地方，居家式照顧服務提供失能老人的身體照顧、家事服務、和健康相關服務，是所有失能老人執行日常生活所需的支持性服務，也是落實在地老化照顧理念不可或缺的服務(楊筱慧，2011)，使得居家式照顧服務深獲家庭主要照顧者與失能老人首選與青睞。居家式照顧服務的介入與使用，減緩家庭主要照顧者因照顧工作累積的照顧壓力，只是屏東境內的居家式照顧服務曾限制於週間使用且服務時數短暫，有時家庭主要照顧者須在一旁協助照顧服務員，及假日仍須自行照顧失能老人促使家庭主要照顧者無法獲得真正的喘息，紛紛選擇另一種專門為家庭主要照顧者設計的喘息服務。

屏東縣喘息服務的推行，係為配合我國長照十年計畫之執行，於 2008 年由屏東縣衛生局先行規劃推展機構式喘息服務，因屏東縣的幅員廣大，為提供民

眾便利性服務，採取分區辦理，委託屏基醫療財團法人屏東基督教醫院附設居家護理所等 10 家單位辦理(屏東縣政府衛生局，2009)。隔(2009)年再實施居家式喘息服務，委由衛生福利部屏東醫院附設護理之家(前身為行政院衛生署屏東醫院)、財團法人屏東縣私立椰子園老人養護之家、屏東縣私立無量壽老人養護中心、大愛護理之家及南門護理之家等 5 家單位承接(屏東縣老人福利推動小組，2009)，故執行年限較為短促。該項服務早期係由衛政體系統籌、規劃與執行，2012 年屏東縣長期照護管理中心(以下簡稱屏東照管中心)正式成立，整合醫療衛生體系、社會福利體系及職業訓練等相關資源，整合「單一窗口」之服務，正式提供需長期照顧之失能者及其家屬各項照顧(護)服務，也提供照顧諮詢與教育，陪伴家庭主要照顧者及提供支持與關懷。屏東縣長照十年計畫的各項服務業務原先分別隸屬於社政(屏東縣政府社會處)與衛政(屏東縣政府衛生局)單位，隨著屏東照管中心的成立合而為一，統一由屏東照管中心主責，使服務更具可近性及便利性。

屏東縣自 2008 年開始推展執行長照十年計畫之喘息服務項目，累積至 2015 年居家式喘息服務提供單位有 10 家，機構式喘息服務提供單有 12 家；2016 年居家式喘息服務提供單位有 11 家，機構式喘息服務有 12 家單位提供服務。在服務人數上，2015 年服務 446 位，居家式喘息服務個案數為 279 位，機構式喘息服務服務個案為 167 位；2016 年共計服務 520 位個案，居家式喘息服務個案數有 366 位，占總服務人口數 70.3%，機構式喘息服務個案數有 154 位，占總服務人口數 29.7%(屏東縣長期照護管理中心，2017)，由表 2-3-1 可清楚看出，2016 年居家式喘息服務人數持續增加中，機構式喘息服務人數則有略減情形，顯示居家式喘息服務普遍受屏東縣民所接受。

表 2-3-1 屏東縣 2015 年與 2016 年喘息服務情形

數量 \ 項目	機構式喘息服務		居家式喘息服務	
	單位數	服務人數	單位數	服務人數
2015 年	12	167	10	279
2016 年	12	154	11	366

資料來源：修改自屏東縣照管中心(2016)

由上表可知，屏東縣的喘息服務自長照十年計畫執行至今，經由長照中心的宣導與服務單位的發掘，屏東縣喘息服務近兩年的使用人數逐漸上升。屏東縣 2016 年各家居家式喘息服務使用人數，詳如表 2-3-2，透過表中了解到屏東縣居家式喘息服務單位多分布於屏東縣北部，使得使用居家式喘息服務之家庭主要照顧者多集中於屏東北部。

表 2-3-2 屏東縣 2016 年居家式喘息服務使用人數

區域	服務單位	服務人數
屏東北部	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	79
屏東北部	衛生福利部屏東醫院	46
屏東北部	有限責任屏東縣第一照顧服務勞動合作社	56
屏東北部	社團法人中華萱民會	29
屏東北部	財團法人屏東縣私立椰子園老人養護之家	28
屏東北部	大地居家護理所	42
屏東北部	財團法人屏東縣私立聖天社會福利慈善事業基金會	12
屏東北部	大愛護理之家	38
屏東北部	社團法人中華家庭暨社區展望協會	1
屏東南部	財團法人蘇天生文教基金會	30
屏東南部	南門護理之家	5

為能滿足屏東縣失能老人長期照顧需求，現任縣長潘孟安於競選時提出「安居大社區」政見，逐步推動「一鄉一托老中心」，透過社區關懷據點質量倍增，整合縣府的衛生所復健師與社工員等專業人力，在地人照顧在地人，給予長輩一個有尊嚴、快樂的晚年，並可減輕家庭主要照顧者的負擔(立法院全球資訊網，2014)，使長期照顧服務更加深耕屏東縣，並達到「全人照顧」之價值。另為因應老年人口快速老化，長期照顧服務需求倍增，屏東縣首創將長期照護

納入國中技藝教育，透過課程教育，以同理心並付諸實際行動，並讓大量年輕人投入高齡福祉行列(屏東縣政府，2015)，使長期照顧種子能夠往下扎根，建構屏東縣的長期照顧基礎，照顧服務人力亦能更有效率的運用。

第四節 小結

總括來說，我期望透過此一部分的文獻回顧，從喘息服務的源頭開始，選擇使用喘息服務的社會心理現況及屏東縣家庭主要照顧者使用喘息服務情形，探討屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者的社會心理現況情形。為了因應我國人口快速老化，迎接高齡社會及超高齡社會之來臨，參考其他國家模式引進喘息服務，卻衝擊著我國固有孝道與奉養的傳統觀念，在面臨罪惡感與照顧負荷雙重壓力下，家庭主要照顧者如何選擇一個妥協之道。並透過決策的歷程，觀看哪些因素影響決定喘息服務使用的促成以及家庭主要照顧者的照顧情形，希冀從中找到紓解家庭主要照顧者的照顧壓力與負荷，提高居家式喘息服務的使用率及家庭主要照顧者與失能老人的生活品質。

根據上述相關文獻探討，我們瞭解到家庭型態的轉變挑戰我國固有傳統之孝道觀念，家庭主要照顧者開始對外尋求正式服務資源，然家庭主要照顧者自我的責任感、委託他人照顧的罪惡感、旁人的觀點及社會的輿論使得家庭主要照顧者很難跨越使用服務的鴻溝。從相關理論研究中，試圖分析家庭主要照顧者家庭背景、個人身心狀況、對正式服務資源之選擇、對居家式喘息服務的觀感、態度及感受以及在相關研究理論基礎上，思考與觀察家庭主要照顧者如何在外在道德觀念與內在喘息需求中取得平衡。

屏東縣的喘息服務推行至今約 10 年時間，服務效益雖然隨著中央政策的調整與實務工作者的推廣逐年增加，顯現家庭主要照顧者確實有喘息的需要。儘管如此，家庭主要照顧者何以繼續選擇在家自行照顧，而非喘息服務，係受個

人主觀意識影響、擔心他人眼光的社會輿論壓力抑或是使用居家式喘息服務過程中產生的負面印象，進而不願或不敢使用喘息服務，種種因素整合出家庭主要照顧者社會心理現況的糾結，期望從我國傳統孝道文化、罪惡感等文化價值觀點去理解。

第三章 研究方法與研究設計

台灣地區自喘息服務發展以來，相關文獻研究多集中於機構式喘息服務方面，對於居家式喘息服務著墨甚少，為此，本研究將聚焦於居家式喘息服務，探討屏東縣失能老人居家式喘息服務使用情形以及家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的社會心理歷程，藉此紓緩家庭主要照顧者的照顧壓力，提高居家式喘息服務使用率及家庭主要照顧者與失能老人的生活品質。本章節共分半結構式深入訪談法、資料蒐集與分析方法、研究對象與來源及研究倫理考量四節。

第一節 研究方法

為回應研究目的，本研究採質性研究方法，這是一種以訪談對象為主體，探討訪談對象改變的外顯反應及改變過程中，內在的認知及情感訊息處理歷程的研究方法。Patton(1990)認為質性研究是一種「以人為導向」的研究，主要是著重在人的主體性、個別性及人與人之間的互動關係(Patton,1990)並探討社會的真實性，而這樣的關係是由日常生活中不斷互動過程所共同建構出的一種主觀生活經驗，這種經驗明顯受到不同時空與情境背景因素影響(潘淑滿，2003)，以此詮釋訪談對象的主觀生活經驗，因此質性研究的主體是參與研究的對象，資料收集方法是透過研究者「觀察」訪談對象的生活經驗、情境且與訪談對象進行「對話」，透過有特定目的的對話方式，鼓勵訪談對象闡述個人感受與生活經驗，藉著對話的過程，瞭解訪談對象對社會事實(social reality)的認知與瞭解，才能對事件做全盤且完整的解釋(林金定、嚴嘉楓、陳美花，2005)。

質性研究其實是好幾種研究方法的統稱，它包含了紮根理論(Grounded Theory)、田野調查(Fieldwork)、民族誌(Ethnography)及深度訪談法(In-Deep Interview)等多種方法，本研究探討的是屏東縣失能老人使用居家式喘息服務的決策過程與社會心理歷程，重點在於瞭解家庭主要照顧者照顧失能老人的歷程與決策過程，由於每個家庭主要照顧者照顧失能老人會遭遇到各種不同的挑

戰，且每位家庭主照顧者在處理因社會及心理層面帶來困境的方式與策略不同，此等方式若僅以問卷調查等量化方式進行研究，訪談對象將因缺乏對事件的充分描述，而難以提供符合現況及真實的答案，亦會導致無法深入整體核心瞭解情況，因此本研究根據研究性質與目的，採以質性研究取向下的深度訪談來進行。

深度訪談法主要是利用與研究對象之間的口語交談，達到意見交換與建構，是一種單獨的、個人的互動方式，其優點就是可以面對面聽到研究對象的口述、看到研究對象的肢體表情，在同一時間內獲得兩種資料來源以提高訊息的可靠性，且在一對一的個別情境下，研究對象的顧慮相對較少，較容易放鬆身心進行對話，比較能進入深層情緒的表露(施東鐘，2003)。深度訪談法依據對訪談的控制程度分為結構式、半結構式及非結構式訪談法，本研究採取半結構式訪談法進行資料蒐集，半結構訪談法又稱「引導式訪談法」或「半標準化訪談法」，是一種過程高度控制，介在非結構式與結構式訪談之間的一種資料收集方式，以訪談大綱引導訪談對象方式進行，其不似結構式訪談大綱一般，需要對每個討論的議題預先設計非常清楚的問題，反而是以半開放方式提問，在實際訪談時依當時的情境決定問題的順序與詳細問句。因此，半結構式訪談法結構雖然鬆散，但因具有一定主題，仍能聚焦其重點，不會漫無邊際，有助於研究者進行邏輯性和系統性的整理(簡春安、鄒平儀，2016)。對採半結構式訪談的研究者而言，訪談大綱的設計只是為了要讓訪問進行得更流暢，所以在引導式的問題之後會緊隨著開放說明式的問題，用以詢問訪談對象的感受，故半結構式深度訪談法可以讓接受訪談的家庭主要照顧者使用自己的方式表達，並能個別深入的了解訪談對象的經驗、感受和意見。延續半結構式的深入訪談法模式，本研究的所欲訪談的對象是使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者，設計一訪談大綱，將欲瞭解的主題項目羅列於訪談大綱中，再據此與訪談對象進行一對一面談，訪談進行的時間、地點以訪談對象的便利性為優先，時間一次以 90-120 分鐘為原則，訪談過程訪談對象隨時可暫停休息，避免雙方過於疲憊而影響訪談品質，訪談次數 1-2 次，實際狀況視資料蒐集情況而定。

第二節 研究對象與來源

壹、研究對象與來源

本研究主要係探究屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者的社會心理現況，因此本研究的服務對象為住在屏東縣境內，以 2016 年申請核准屏東縣居家式喘息服務且實際使用的家庭主要照顧者為優先。而在服務提供者方面，屏東縣居家式喘息服務是採取獎補助方式委託予以民間社福團體辦理，服務的範圍採分區辦理，每區至少有一家服務單位承接，共分成 8 區(如表 3-2-1)，由表中可知居家式喘息服務區域與屏東縣居家式喘息服務單位呈現分布不均狀態，屏東區、里港區及潮州區少則 5 家，多則 7 家服務單位提供予以有居家式喘息服務需求之家庭主要照顧者；反之，恆春區與牡丹區卻僅有一家服務單位提供服務，明顯不均現象間接凸顯屏東縣地形狹長、城鄉差距等問題。

表 3-2-1 2016 年屏東縣居家式喘息服務單位

區域	鄉鎮別	服務單位
屏東區	屏東市、麟洛鄉、萬丹鄉、長治鄉	衛生福利部屏東醫院
		有限責任屏東縣第一照顧服務勞動合作社
		屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
		社團法人中華萱民會
		大愛護理之家
		財團法人屏東縣私立椰子園老人養護之家
里港區	里港鄉、九如鄉、鹽埔鄉、高樹鄉	衛生福利部屏東醫院
		大地居家護理所
		屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
		財團法人屏東縣私立聖天社會福利慈善事業基金會

		財團法人屏東縣私立椰子園老人養護之家
潮州區	潮州鎮、竹田鄉、內埔鄉、萬巒鄉	衛生福利部屏東醫院
		有限責任屏東縣第一照顧服務勞動合作社
		大地居家護理所
		屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
		財團法人屏東縣私立聖天社會福利慈善事業基金會
		社團法人中華萱民會
		大愛護理之家
東港區	東港鎮、南州鄉、新園鄉、崁頂鄉、琉球鄉	有限責任屏東縣第一照顧服務勞動合作社
		財團法人蘇天生文教基金會
		大愛護理之家
枋寮區	枋寮鄉、佳冬鄉、林邊鄉、新埤鄉	財團法人蘇天生文教基金會
		南門護理之家
		大愛護理之家
恆春區	恆春鎮、滿州鄉、車城鄉	南門護理之家
三地門區	瑪家鄉、三地門鄉、霧台鄉、泰武鄉、來義鄉	大地居家護理所
		屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
		社團法人中華家庭暨社區展望協會
牡丹區	春日鄉、牡丹鄉、獅子鄉、枋山鄉	南門護理之家

資料來源：修改自屏東縣照管中心(2016)

本研究於正式訪談前請服務單位就 2016 年申請且實際使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者，取得家庭主要照顧者的同意，再與家庭主要照顧者聯繫，安排相關後續訪談事宜。前置作業於 2017 年底開始進行，自 2018 年 1 月起與服務單位聯繫，2 月適逢新年過節聯繫暫停，3 月方正式進行訪談工作。實際請

服務單位協助轉介研究對象過程中，發現研究對象著實難尋，分析原因有：

(一)我國長照十年 2.0 計畫給付及支付基準轉換，服務單位內部調整人力及業務繁忙，致使無法協助轉介合適之家庭主要照顧者；(二)本研究僅設定 2016 年申請且實際使用居家式喘息服務之家庭主要照顧者，範圍過於狹隘，導致服務單位不易找尋符合之研究對象。另外，也有部分原先答應協助的家庭主要照顧者礙於工作及家庭因素拒絕，致使需再請服務單位協助另外尋找願意訪談之家庭主要照顧者。

貳、訪談對象

經過服務單位的努力，最後本研究主要訪談的對象總共有 5 位，其中 4 位居住區域隸屬屏東區(3 位(2 位男性，1 位女性)住屏東縣萬丹鄉，1 位(女性)住屏東市區)，均為閩南人、1 位居於區域隸屬潮州區(男性，屏東縣竹田鄉)係唯一的客家人；5 位家庭主要照顧者的年齡介於 50 至 81 歲間；3 位家庭主要照顧者照顧的對象為配偶，1 位照顧媽媽，1 位照顧婆婆；2 位透過單位轉介申請居家式喘息服務，3 位自行申請(2 位由子女代為申請)。由於服務單位業務過於繁忙，能提供的協助非常有限，加上就職之屏東照管中心位於屏東市區，本著地緣關係，對於屏東區、里港區的人口群較為熟稔；另一方面，上一章節提及屏東縣使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者多集中於屏東區、里港區，因此本次訪談對象以屏東區為主。嘗試將上述訪談對象資料彙整並列表說明如下：

表 3-2-2 5 位訪談對象資料

個案代碼	性別	年齡	子女數	與失能老人之關係	申請情形	失能老人代碼	失能老人年齡	失能老人性別	失能老人主要疾病	使用居家式喘息服務時間
A	男	70 歲	2 子 1 女	配偶	單位轉介	F	68 歲	女	腦中風	4 年多

B	女	逾 60 歲	2 子 1 女	婆媳	單位轉介	G	91 歲	女	糖尿病、雙膝退化性關節炎	2 年多
C	女	逾 50 歲	1 子	母女	自行申請	H	80 歲	女	腦中風	2 年多
D	男	81 歲	3 子 1 女	配偶	自行申請(子女代為申請)	I	76 歲	女	失智	1 年多
E	男	75 歲	2 子 1 女	配偶	自行申請(子女代為申請)	J	68 歲	女	巴金森氏症	約 5 年

第三節 資料蒐集與分析方法

壹、資料蒐集工具

在資料蒐集工具方面，本研究的資料蒐集工具有訪談大綱、訪談錄音及觀察筆記。在正式訪談前，先徵得服務單位與訪談對象的同意，訪談過程中全程以錄音方式記錄與訪談對象的訪談內容，再輔以觀察筆記做重點摘要，盡可能完整紀錄呈現訪談過程中所蒐集的研究資料。值得注意的是，訪談對象的年齡層可能擴及 65 歲以上之長輩，其口語表達及理解能力應較為緩慢，因此在進行資料蒐集時，研究者應盡可能使用訪談對象可以聽懂且理解的語言及具體語句

進行溝通與訪問，以顧及本研究之信度。

貳、資料分析方法

資料分析是質性研究的重點核心，著重在於詳盡的描述、紀錄、歸納分析與深度探究，以尋求研究問題的解答，呈現研究發現與成果(簡春安、鄒平儀，2016)。本研究的資料分析是採取類屬分析方式與情境分析進行(陳向明，2002)。類屬分析指的是在資料中尋找反覆出現的現象，以及可以解釋這些現象之過程，以形成研究主題的重要性概念，繼而尋找概念間的關聯性。另一方面則以情境分析捕捉訪談對象使用居家式喘息服務的動態歷程。具體的資料分析步驟如下：

一、訪談資料繕寫

即資料之轉換。在進行訪談的同時，已完成的訪談錄音檔資料轉換成書面逐字稿之文本資料，並以文字如實呈現訪談時之情境，如語言、腔調、語氣等文字表情，並反覆閱讀。轉換過程中若有提及之服務單位名稱或人名部分匿名化，以維護訪談對象隱私。

二、從閱讀資料中找尋意義

研究者反覆且專注閱讀所有收集到的訪談資料、觀察筆記等文本資料，拋開既定觀念，沉浸並融入家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的脈絡裡，嘗試以訪談對象的角度思考其欲表達之內在意義，以求更貼近訪談對象的主觀經驗與想法，探尋家庭主要照顧者申請居家式喘息服務過程、與家人的互動關係、情感與本身渴求休息的內心糾葛，並檢視自我在文本中所投入之情緒反應及想法，避免預設立場與錯誤理解。

三、資料分類與編碼登錄

仔細詳細閱讀資料後，開始嘗試將訪談對象所表達之重點與關鍵字以不同顏色予以註記，並將訪談對話每個問題的回答分類、編號，以建立模式或主題。在資料分析的過程，分成了：開放性編碼(open coding)、主軸編碼(axial coding)、及選擇性編碼(selective coding) 三個層次(王守玉等人，2012)，首先將訪談資料進行開放式編碼的分析，從中找尋並彙整資料中浮現的各種資訊，在主軸編碼部分，再將所找尋到的資料做有系統的分類，最後選擇性編碼做最後的資料確認及主體編碼的確認。本研究依據研究目的將資料初步分類為使用居家式喘息服務前、中、後三方向，再細分家庭照顧者使用居家式喘息服務時社會及心理歷程，在文本資料中，找尋與研究目的相關連且有意義的文句和對話段落加以編號，並簡單摘要該編碼之內容，盡可能維持訪談當下的情境脈絡。開放式編碼示例如附件一。

四、建立類屬形成組型

類屬的屬性包括組成類屬的要素、內部的形成結構、形成類屬的原因、類屬的發揮作用等。本研究一方面分析同一訪談對象各個概念間的脈絡，架構出使用喘息服務前後完整的故事面貌；另一方面也在不同訪談對象的文本資料，尋找概念與概念間的關係，將具有相同屬性的資料歸類在同一類別，嘗試歸納統整形成組型。

五、對應文獻與訪談資料

研究者在資料分析的過程中，持續收集與閱讀相關文獻資料，將研究資料與文獻資料進行對應，從資料分析上，發現更多見解與思考。

參、資料嚴謹性

為確保研究本身之信效度加以本研究針對主要的特定對象，需在特定的時

空背景下與訪談對象互動所產生，為此，學者 Lincoln 和 Guba(1999)提出可信性(trustworthiness)的 4 個標準來取代量化研究中的信效度，包括可信賴性(credibility)來代表內在效度，用可轉換性(transferability)來取代外在校度，用可靠性(dependability)來表示研究的內在信度，將客觀性轉換成可確認性(confirmability)(引自蔡佳容、蔡榮順、李佩怡，2016)，以下逐一說明。

一、可信賴性

研究者任職屏東照管中心近 4 年時間，具備長期照顧實務工作經驗，並修習過相關課程，具有專業知能與態度運用深度訪談法，可引導訪談對象進入其自我內在世界，營造互為主體之誠信關係。在資料蒐集上，訪談時全程錄音，並將錄音檔轉騰成逐字稿之文本資料，內容經研究者仔細核對確認過才進行分析。

二、可轉換性

意指透過「深厚描述」(thick description)技巧，也就是將訪談過程詳細紀錄，包含訪談對象的臉部表情、說話語調、肢體動作以及內心感受等，以最低的失真程度將訪談過程及訪談對象表達的感受與經驗轉換成文字記錄(施束鐘，2003)，並於撰寫時，詳實記載搜集到的資料，將其如實轉換成逐字稿，透過輔助符號標記出其非口語表情，同時將訪談對象所使用的語言誠實呈現，如以台語陳述即原音翻譯，在語末括弧說明其意。

三、可靠性

研究者在訪談前先與訪談對象充分溝通，並立下訪談同意書，使訪談對象願意且無顧忌的分享其生活經驗。此部份也是希望整體研究過程能得到訪談對象對本研究的價值及研究者的最佳認同。在訪談期間及訪談結束後，研究者持續適時補充以言簡意賅及平易近人的方式解釋訪談大綱並適度表達對

訪談對象及其家人的問候和祝福。

四、可確認性

研究者本身在面對資料需時不斷地自我反思檢討，努力理解訪談對象的所欲表達的本意及視框，以減少自身對訪談對象的偏誤。在研究之初，將研究者本身的先前理解予以釐清整理，減少對研究進行的影響，同時研究歷程在合宜的理解及多方檢核下展開。

第四節 研究倫理考量

在任何研究中，皆必須重視倫理議題，以保護所研究的對象。因此，在本研究進行前，研究者先與 2016 年承辦居家式喘息服務的服務單位聯繫，說明研究主題、研究方向、研究目的等並取得服務單位初步同意，再請服務單位協助尋找並聯繫符合研究條件之訪談對象，取得訪談對象意願。為了讓研究順利進行、確保訪談對象權益及研究倫理考量，將需遵守之倫理規範整理如下 (Matthew B.Miles & A.Michael Huberman，張芬芬譯，2006)：

一、自願參與，告知後同意

研究者與符合研究條件之對象聯繫後，先清楚告知相關研究資訊，包括研究主題、研究目的、訪談大綱等，充分告知訪談對象有「拒絕參與研究」的權利，訪談當天再次陳述相關研究資訊並簽訂訪談同意書，同意書一式兩份，正本交由訪談對象本人留存，備份則由研究者自行保存。

二、隱私、保密與匿名

對參與研究者的隱私保密是最基本的研究倫理，為尊重訪談對象日常生活不因接受本研究而影響及潛在的風險，本研究之保密原則包括對訪談對象之個人基本資料及易辨別的隱私資料予以保密，採取匿名方式處理，未經訪談對象同意不得將個別資料外洩，研究期間會將相關訪談大綱資料妥善保管，待論文完成後，則將其資料予以銷燬。

三、 傷害與風險

在研究過程中，保持尊重訪談對象的態度，公平對待訪談對象，以輕鬆談諧方式與但不失禮儀的聊天方式進行訪談，確保訪談對象不會因參與研究而有產生生理、心理、精神上任何不適感，使訪談對象能在安心狀況下充分參與研究。

四、 權力關係

由於訪談對象是透過服務單位篩選後徵求其同意加入研究，在這過程中，訪談對象可能會因為懼於承辦人員的權威而同意加入，並於訪談過程中刻意保留，僅陳述對單位有利之內容。因此，本研究為避免此狀況而採取質性訪談方式進行，以利訪談對象能放心暢談，不受影響。

第四章 研究發現

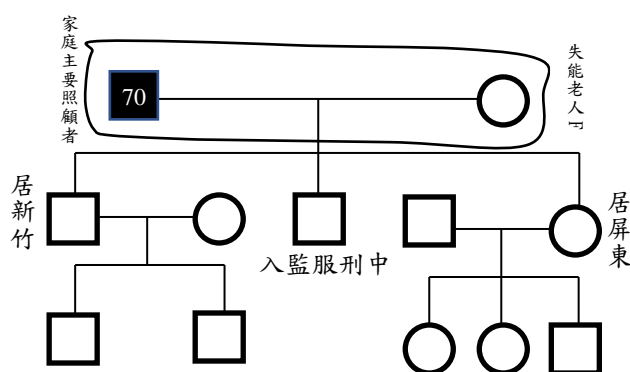
第一節 家庭主要照顧者與失能老人間的關係

每位家庭主要照顧者的家庭背景有著些許的不同，然在面對失能老人的照顧工作仍面臨了一些相似的生活課題，交錯在家庭照顧者與失能老人間，家庭主要照顧者種種的心路歷程將透過以下 5 位參與研究者來述分明。

1. 個案 A

個案 A 為本次主要訪談對象，照顧他的妻子-失能老人 F，並與失能老人 F 同住於屏東縣萬丹鄉，個案 A 的身體健康狀況健朗，惟年紀漸長難以負荷長時間的照顧工作。失能老人 F 在 2013 年 4 月初次腦中風，持有 ICF 第 1 及第 7 類極重度證明，失能老人 F 的意識清醒、視力模糊、聽力清晰、可簡單與人對話。個案 A 與配偶 F 共有 2 子 1 女，並未與兩人同住，長子已婚，育有 2 子，因工作關係，居住新竹，僅年節時期返家，返家過節時，偶會協助個案 A 照顧；次子入監服刑中，無法提供照顧協助；長女嫁至屏東市區，育有 2 女 1 子，假日會返家協助個案 A 分擔照顧工作失能老人 F。

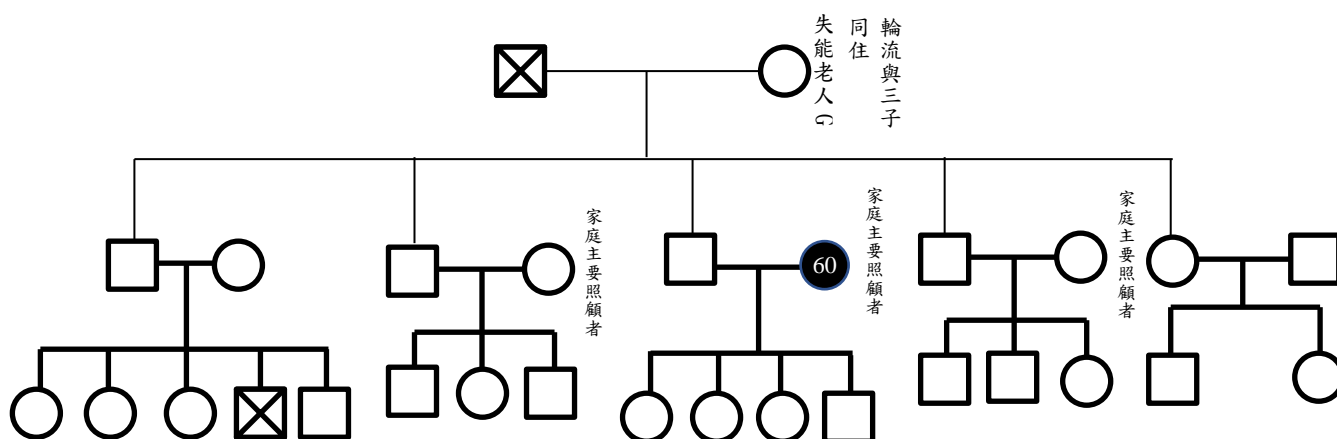
個案 A 於 2013 年開始使用居家式喘息服務，起先是透過鄰里的介紹申請居家照顧服務，服務單位於家訪過程中察個案 A 一個人照顧失能老人 F 的照顧困境與負荷壓力，協助轉介申請居家式喘息服務，失能老人 F 的身分福利別屬一般戶，需負擔 30% 之費用，此筆費用由個案 A 的長子負擔。



2. 個案 B

個案 B 是本次主要訪談對象，為家庭管理者，育有 3 子 1 女，係失能老人 G 的三媳婦，與失能老人 G 為婆媳關係。個案 B 與失能老人 G 的次子一家、四子一家共同照顧。失能老人 G 喪偶，育有 4 子 1 女，僅長女居住高雄市，餘 4 個兒子皆居住屏東縣萬丹鄉，次子、三子與四子比鄰而居，長子住家係唯一未與其他手足相鄰者，偶會返家協助照顧失能老人 G。失能老人 G 並沒有最主要的家庭主要照顧者，由於失能老人 G 會輪流居住 3 個兒子家中，在每個兒子家各居住 10 天，故失能老人 G 的照顧工作是由 3 個兒子共同負擔。

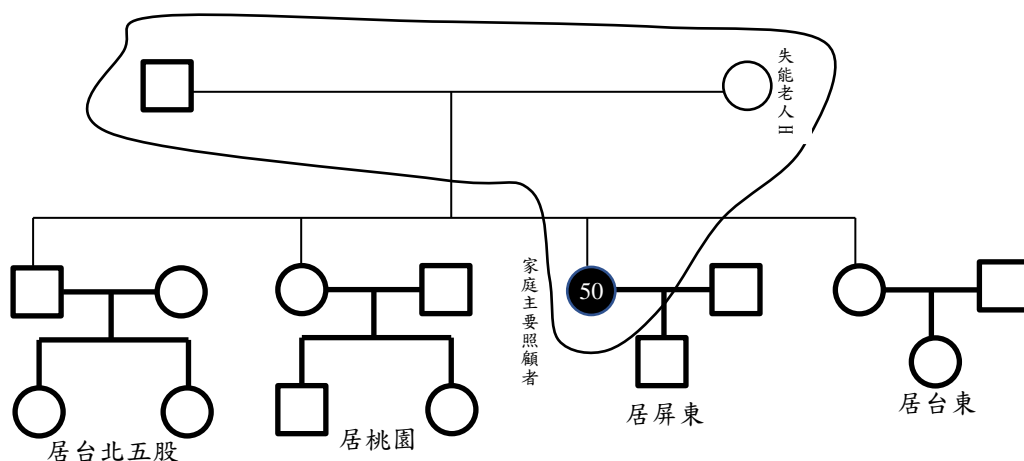
因為個案 B 的二嫂聽聞政府推出居家服務項目，故與個案 B 的二嫂提出申請意願並與個案 B 及其他家人共同商量，於 2015 年申請居家服務，後因居家服務員的轉介申請居家式喘息服務，失能老人 G 的身分福利別屬一般戶，需負擔 30% 之費用，由個案 B 與失能老人 G 的次媳及四子共同分攤。



3. 個案 C

失能老人 H 與先生育有 1 子 3 女：長子已婚，育有 2 女，現居於台北五股；長女已婚，育有 1 子 1 女，現居桃園；個案 C 為失能老人 H 的次女，住屏東，已婚，育有一子，個案 C 的丈夫長期在國外工作，兒子在外就學，偶回屏東探望個案 C 與失能老人 H，會協助看顧失能老人 H；么女已婚，育有 1 女，現居台東。失能老人 H 與先生原居住於花蓮，因失能老人 H 於 102 年 8 月在家跌倒，先生無法照顧失能老人 H，故個案 C 與其他手足討論過後，由個案 C 將失能老人 H 與先生接回屏東照顧，其他手足支援阿金阿嬤相關醫療及生活費用。

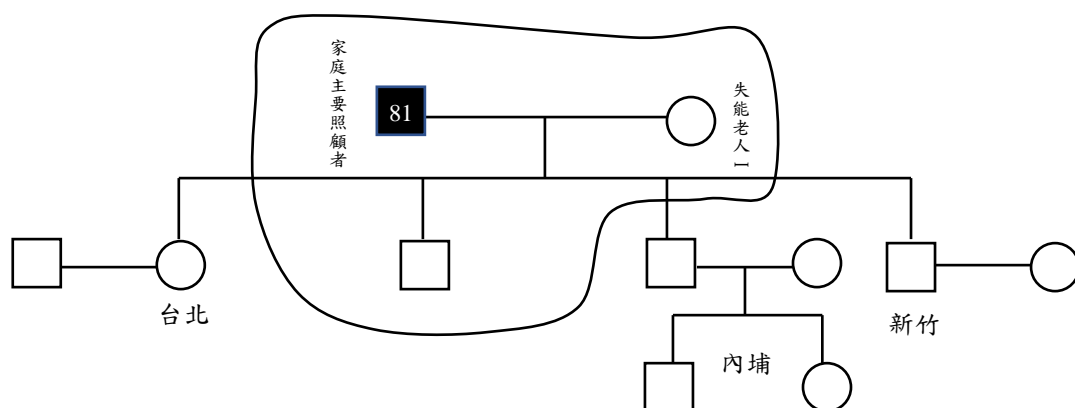
當初個案 C 將失能老人 H 接回屏東時，因有感於自己照顧過於沈重，恰好從屏東基督教醫院得知長期照護相關資源，且屏東縣開放戶籍非屏東縣市，實際居住屏東縣市之民眾申請長照服務，故個案 C 先申請居家照顧服務，每日提供 1-2 小時到宅服務。使用居家式喘息服務的契機為近 2 年失能老人 H 二度中風，個案 C 自認假日需要替手協助照顧，接受照顧服務員建議申請居家式喘息服務。針對失能老人 H 的身分福利別為一般戶，需負擔 30% 之費用，個案 C 提及因其已負責照顧失能老人 H 的生活起居，故此筆費用是由其他手足共同負擔。



4. 個案 D

個案 D 與失能老人 I 這一對夫妻是勤儉持家的客家人，兩人共有 1 女 3 子，目前與未婚的長子同住屏東縣竹田鄉。長女已婚，居住在台北；次子已婚，育有 1 子 1 女，居於鄰近鄉鎮-內埔鄉，為國小總務主任，幾乎每天抽空回家探視個案 D 與失能老人 I；三子已婚，居於新竹，僅年節時分返家。個案 D 為本次主要的訪談對象。

失能老人 I 自 1996 年診斷出患有糖尿病控制至今，於 2017 年 2 月再度鑑定確定患有失智症，故失能老人 I 領有 ICF 第 1 類重度證明。個案 D 為失能老人 I 的家庭主要照顧者，照顧失能老人 I 有近 8 年之久，中間一度安置於養護中心，因養護中心照顧不周，個案 D 不忍失能老人 I 在養護中心受苦，因此再度接回家自行照顧，由次子協助向屏東照管中心提出申請居家服務，後再申請居家式喘息服務。失能老人 I 的身分福利別屬一般戶，需負擔 30% 之費用，費用係由個案 D 與同住的長子共同負擔。

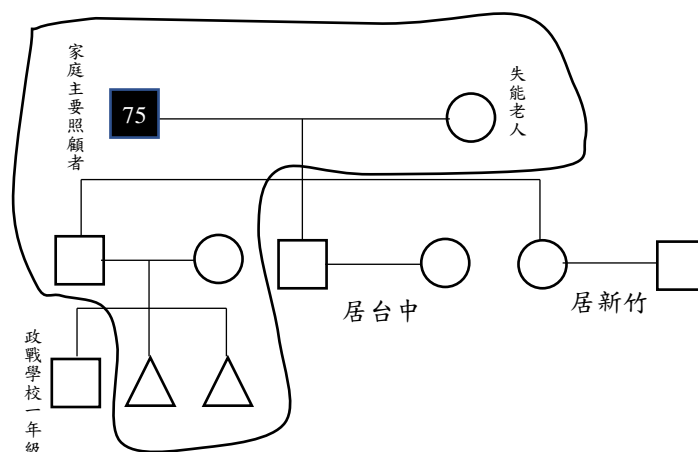


5. 個案 E

失能老人 J 的疾病史為 1991 年患有躁鬱症、2005 年罹患巴金森氏症，經診斷領有中度身心障礙手冊，類別為慢性精神病，失能老人 J 因四肢無力故長期臥床，無法言語表達，需依靠輪椅輔助其行動，日常生活活動需他人大量協助。本次訪談對象除了個案 E 公外，尚有失能老人 J 的長媳，但長媳對話鮮少，故本次訪談對象為個案 E，失能老人 J 的先生。

個案 E 與失能老人 J 共有 2 男 1 女，目前個案 E 與失能老人 J 跟長子一家同住，次子已婚，居住台中，長女已婚，居於新竹，通常是失能老人 J 身體有狀況或逢年過節時才會返家，難以協助照顧。長子一家雖會主動協助個案 E 照顧失能老人 J，個案 E 無法放心交由其他家人照顧，仍自行照顧居多，並與長媳分工合作：個案 E 主要負責照顧失能老人 J，長媳協助家中所有家務及孫子女們的生活照顧。

隨著個案 E 年紀漸老，照顧失能老人 J 過於吃力，長媳透過廣告宣傳得知主動向屏東照管中心申請居家照顧服務，後再透過經由服務單位的轉介，申請居家式喘息服務。失能老人 J 的身分福利別屬一般戶，需負擔 30% 之費用，此筆費用係由提出申請的長子與長媳共同負擔。



本次訪談對象為居住屏東縣境內使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者，綜合上述關於「家庭主要照顧者與失能老人間的關係」分析幾個不同的面向，經由本研究歸納如下：

一、家庭主要照顧者的性別

本次 5 位訪談對象的男女性別比例分布為男性 3 位、女性 2 位，此部份似乎顛覆了過往對家庭主要照顧者多為女性的刻板印象，男性主要照顧者的比例正慢慢上升，顯示家庭主要照顧者已非女性的代名詞，男性家庭主要照顧者數量逐漸成長中，因此，我們必須更加重視男性主要照顧者於照顧工作中的需求，以期讓男性家庭主要照顧者能在照顧工作這條路上走的更順暢、更長久。

二、家庭主要照顧者的年齡

印象中家庭主要照顧者多為中高齡的婦女，從過往研究中也印證了此論點：家庭主要照顧者平均年齡約介於 50 歲-60 歲間(黃秀梨等人，2007；陳芬婷、邱啟潤，2015)，然而本次研究的 5 位訪談對象，以個案 D 年齡最高為 81 歲，最年輕者的個案 C 也約 50 歲，其餘的家庭主要照顧者皆介於 60 歲至 75 歲間，這樣的數據凸顯了家庭主要照顧者的年齡有趨向老年化的趨勢，也成為另一種隱憂：老年人照顧老年人的比例正在增加。

三、家庭主要照顧者與失能老人的親屬關係

家庭主要照顧者與失能老人間的親屬關係也會影響家庭主要照顧者照顧失能老人的意願與態度，以 5 位訪談對象與失能老人的親屬關係來看，其中有 3 位係屬配偶家庭主要照顧者，僅有 2 位係由女兒或媳婦的成年子女(媳)照顧，而未與失能老人同住的家屬內心其實也很煎熬，但礙於工作與家庭因素，無法親自照顧失能老人，僅能於過年過節回家探望，因此透過協助家庭主要照顧者

申請居家式喘息服務來減輕配偶家庭主要照顧者的照顧負荷與壓力。

四、家庭主要照顧者居住區域

本研究所訪談的家庭主要照顧者所居住之區域多坐落在屏東縣北部，僅有個案 D 居住於屏東中部，不禁令人疑惑屏東縣家庭主要照顧者使用居家式喘息服務區域分布仍有城鄉差距之存在，接近都市的屏東縣北部家庭主要照顧者能接受正式資源服務介入的幅度較大，屏東縣南部則多為原住民族，部落間的鄰里關係緊密，也許影響了原住民族的家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的機會，此部份也值得長期照護領域的研究人員進一步的討論。

本研究將居住於屏東中部的個案 D 納為訪談對象，主因在於屏東縣是個融合多元族群文化的城市，如美國大熔爐般包容了閩南人、客家人、原住民族等不同族群，本研究訪談對象中除個案 D 外，其餘 4 位家庭主要照顧者皆為閩南人，個案 D 與失能老人 I 係本次研究對象中唯一的客家人，故想進一步探討不同文化間使用居家式喘息服務的見解。

五、家庭主要照顧者照顧時間

本次訪談的家庭主要照顧者照顧失能老人的時間平均照顧時間皆有 5 年以上，未使用居家式喘息服務的阿珠阿姨照顧阿福叔叔甚至超過 30 年，令人相當擔心她身心狀況的負荷程度，訪談中得知 5 位家庭主要照顧者的照顧時間仍持續進行中，等於家庭主要照顧者的照顧負荷與壓力只會隨著照顧時間增加不會因此減少，若無居家式喘息服務的介入使用，著實難以想像家庭主要照顧者照顧過程中所需負荷的壓力程度。

六、失能老人於照顧上的經濟來源

長照十年計畫 1.0 的補助標準係依據失能老人的身分福利別予以酌收部分

費用，由上述資料中得知失能老人的身分福利別均為一般戶，亦即失能老人並未接受政府的相關社會福利資源或領取相關補助，因此在使用居家式喘息服務上自然要負擔 30% 的費用，不過長照十年 2.0 計畫中更新了給付及支付制度，一般戶的自付比例下降，僅需負擔 16% 的費用，讓家庭主要照顧者無須擔心。而這筆費用多由成年子女負擔，代表著即便成年子女未奉養父母，想透過經濟的供給彌補無法親自奉養父母的身不由己。

第二節 家庭主要照顧者喘息服務的使用經驗

實際上，家庭主要照顧者的照顧壓力可能來自生理、心理及社會三方面，長期的照顧工作使得家庭主要照顧者無法好好休息、身體因此產生病痛，甚至是造成照顧傷害；為了照顧失能老人，家庭主要照顧者內心承受挫折、焦慮、委屈、孤單及無力感等多種複雜的情緒；長時間的照顧工作影響不僅是家庭主要照顧者的身裡、心理狀態，進而牽連了家庭主要照顧者的家庭關係、工作、經濟及人際社交等。彼此間環環相扣。本節將從家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的現況按照初期、中後期進行分析探討他們的使用經驗。

壹、居家式喘息服務使用經驗：初期-相遇的瞬間

一、我不想成為下一個失能老人-家庭主要照顧者年紀漸長，體能漸弱

不僅失能老人身體功能隨時間退化，身為配偶的家庭主要照顧者也因為年歲已高，甚至罹患慢性疾病，自身的狀況出現各種的壓力，如休息時間不足、睡眠障礙、情緒問題等，逐漸難以負荷高度勞動力的照顧工作，且不熟悉專業的照顧技巧，在跌跌撞撞的過程中學習、摸索，最後成為習慣，家中成年子女不捨父(母)親年邁仍要協助照顧家中失能老人，開始向外尋求長期

照顧資源以協助家庭主要照顧者減輕照顧負擔。

在 2011 年 11 月 27 日，多個民間團體共同舉辦「我要週休一日喘息服務」記者會，約有 50 名家庭主要照顧者高喊「我要睡覺、不要熊貓眼」。這其實是全年無休的家庭主要照顧者最直接的渴望與訴求(社團法人高雄市家庭照顧者關懷協會部落格，2017)，因為照顧服務是一項日復一日、內容繁瑣、單調、無變化、無趣、耗時、技術低又相當耗體力的勞務工作，同時也要負荷失能老人心理上所顯現的負面能量，如自我貶低、責怪身邊的人事物等。家庭主要照顧者可謂全天候 24 小時的陪伴在失能老人身邊，要照料失能老人生理上各項日常生活功能活動，如沐浴、穿換衣服、餵飯、協助如廁等，並需配合失能老人的生活作息，甚至必須隨時保持警戒心，就是擔心失能老人臨時有狀況，尤其是照顧另一半的配偶家庭主要照顧者，年齡與體力漸無法負荷長時間的勞動工作，此等情形也造成家庭主要照顧者無法好好休息、夜間睡眠中斷、因照顧而產生的身體病痛及傷害等，而在週而復始的照顧壓力下使得家庭主要照顧者身體上的疲憊感加劇。另外，部分訪談對象也提到初期在面對失能老人的疾病狀態時，因對於失能老人的疾病不熟悉、失能老人又礙於身體病痛折磨家庭主要照顧者，致使家庭主要照顧者不曉得如何照顧失能老人也不知道與失能老人共處，顯得極為手足無措，在求助無門的情況下選擇外在資源服務，即便知曉可能外在資源服務並不沒有像自己家人來的好，但基於現實考量仍選擇外在資源服務。

「我也要休息啊！你看我的腰就是為了照顧她，用不對的姿勢，所以才會去閃到…到今天(訪談日)才比較能動，不然我都要坐著休息，這樣我怎麼顧？」(個案 C)

「雖然帶回來自己照顧，可是我沒辦法跟前跟後的在她身邊，再加上我也有年紀了，體力沒有年輕時候好了…半夜還要起來換尿布，有時候要起來 3、4 次，睡得斷斷續續的，很糟糕啊…你看我都 81 歲了，她又那麼胖，抱不動她啊，體

力不如以往了啊(感嘆)…怎麼照顧喔？以前都嘛是他照顧我們，他突然倒下了，還真的不知道該怎麼辦捏，不過後還就慢慢地習慣了…剛帶回來的時候很難照顧，不知道她要什麼，每天都大吼大叫的，那個門啊、窗啊還特地換成是隔音設備的，不然會被鄰居抗議啊…」(個案D)

二、失能老人不願接受外人照顧

家庭照顧本源自於家庭成員間的照顧工作，家庭成員基於親情與社會制度建立之因素，因此當失能老人日常生活需要他人大量照顧時，家庭成員為第一選擇，這是人性自然意願的表現(朱偉仁，2000)。再者，儘管居家式喘息服務可以讓失能老人待在家中，不太會有入住機構般被「遺棄」的感覺，然陌生的服務人員提供到宅服務，而不是由自己的子女協助，會讓有種「子女不孝」的象徵，因此，失能老人會表現出不願意的意思。

「一開始喔，他就反對欸，怨嘆溫無麥照顧彼，所以叫不熟識欸人來顧彼，阿其實哇麥反對啦，又不是沒人照顧，幹嘛要花錢請人來」(個案B)

「…啊一開始生氣他也沒講，後來我又問他，他就趕人家走，他不要接受服務，因為他們不知道怎麼跟他相處，所以就變成這樣」(個案C)

相對於居家式喘息服務，機構式喘息服務是另一種提供家庭主要照顧者喘息機會的方式，主要是在家庭主要照顧者覺得照顧負荷過重時，又必須滿足失能老人需求時的方案之一，因為機構式喘息服務不僅滿足了失能老人的照顧需求，連帶解決了家庭照顧者的照顧壓力與長期所面對的困境，只是，機構式喘息服務不論是對失能老人抑或是家庭主要照顧者而言，都是個不得已、最後別無選擇的煎熬決定，儘管安置時間最長僅有 21 天，失能老人對於機構安置的心態仍然抱持的是：「家人不要我了」、「我是個累贅，所以才會被

送去機構」、「我去那邊就是等死」，家庭主要照顧者則是懷著滿滿的罪惡感，責備自己無法好好照顧失能老人，同時也不捨失能老人到機構去受罪、受苦，認為機構人員的照顧不會比自己更好，更害怕面對鄰里的過度問候，致使家庭主要照顧者極度抗拒外在正式資源的介入，仍抵擋不住現實生活帶來的無力、挫折感，退而求其次的要求勿將失能老伴安置於養護機構。

「阿唔咧？哇唔可能乎彼去養老院㗎，彼家已嘛吾愛去…」(個案A)

「曾經送去養老院過啊！養老院照顧的很差啦，一直在生病，還感染尿道炎，不忍心讓她再受苦，乾脆帶回來自己照顧…自己照顧的話起先某種程度來講就是沒有睡覺啦，真的很辛苦」(個案D)

「送去養老院？哇看過溫厝邊送去，唔麥一年啦，半年，半年就去蘇州賣鴨蛋啊，哇不可能乎彼去(台)」(個案E)

相對於機構式照顧服務，居家式的照顧服務對於家庭主要照顧者而言會是個折衷的選擇，唯有當家庭主要照顧者及其家屬更進一步的認識與瞭解喘息服務時，家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的機率才會增加，值得一提的是不瞭解服務的家庭也可能使用居家式喘息服務，但多是因為不得不的情況下使用。這樣的服務可以讓失能老人繼續留在家中接受家人的照顧，家庭主要照顧者又可以在照顧服務員到家中服務時稍作休息。年長的配偶家庭主要照顧者對於外在資訊接受度不如成年子女(媳)，多半是透過成年子女(媳)的介紹獲取知識。

「從醫院的公布欄看到的，也有聽過這項服務，現在有需要就申請來幫忙」(個案C)

「隔壁厝邊甲溫後生工ㄟ，溫後生丟去申請啊(台)…哇係無了改，溫後生工這對哇有幫助(台)」(個案 A)

「我兒子對這個比較瞭解啦，他是學校老師，消息會比較多、比較快」(個案 D)

「溫媳婦申請欸啦！推堅持欸，哇嘛謀彼欸發逗(台)，工希望哇有當時欸盪去外面繞繞走走耶！(台)」(個案 E)

林君黛(2013)等人的研究發現，城鄉發展差距會影響家庭主要照顧者使用服務的意願，如該居住地有服務單位提供居家式喘息服務，家庭主要照顧者的使用意願相較該居住地沒有服務單位提供來得高，顯示便利性及可使用性對於家庭主要照顧者使用居家式喘息服務與否重要的因素之一(林君黛等人，2013)，本研究發現也呼應了這項研究，當家庭主要照顧者所處區域距離居家式喘息服務提供單位鄰近時，家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的機率相對提升。

「係彼咧 X 小姐介紹ㄟ啦，彼甲溫同一咧村莊，加減攏有熟悉(台)…知影彼有咧服務，就請彼鬥鬆工(台)」(個案 A)

三、循序漸進的服務方式-從居家式照顧服務開始

以屏東縣照管中心過往服務數據顯示在多項的長期照顧福利服務措施中，以居家照顧服務申請及使用度最高，主要仍在於居家式照顧服務的服務哲學在於藉由照顧服務員到宅提供日常生活照顧服務、身體照顧服務與精神及休閒服務(屏東縣照管中心，2016)，以協助失能老人得以由在家中，協助他們繼續維持原有的生活與角色；再者，居家式照顧服務所提供的是基本而

非全部的協助，主要是滿足失能老人生活基本需要，使失能老人能夠持續居住在家裡。居家式照顧服務牽起了家庭主要照顧者與居家式喘息服務間的橋樑，然居家式照顧服務與居家式喘息服務提供相同的服務項目，由表 4-2-1 可看出兩者間的差異性不大，主要係以身體照顧及日常生活照顧為主，致使家庭主要照顧者或申請者易混淆。

而屏東縣長照十年計畫底下的居家式照顧服務與居家式喘息服務的差異在於居家式喘息服務多使用於週休假日，主要是希望家庭主要照顧者能於週休假日多些屬於自己的時間並與其他家庭成員相聚；而於家庭主要照顧者立場言，平日居家式照顧服務的無法延續至假日使用，若家庭主要照顧者無其他週休假日想休息又無其他家庭主要照顧者協助替手時，即希望居家式照顧服務能延續下去，卻礙於屏東縣法令政策的限制，使得家庭主要照顧者以居家式喘息服務來補充居家式照顧服務的不足。

表 4-2-1 居家式照顧服務與居家式喘息服務項目與內容

服務內容 \ 項目	居家式照顧服務	居家式喘息服務
身體照顧服務	協助沐浴、穿換衣服、進食、服藥、翻身、拍背、肢體關節活動(不含指壓按摩)、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常輔具、其他服務	協助沐浴、穿換衣服、口腔清潔服務、進食、服藥、翻身、拍背、協助個人清潔服務、肢體關節活動、上下床、協助使用日常生活輔助器具等
日常生活照顧服務	協助洗衣、改善環境、家務服務、文書服務、友善訪視、餐飲服務、家事指導、陪同或代購生活必需品、陪同就	餐飲服務、陪同或代購生活用品、陪同就醫或聯絡醫療機關(構)、其他相關之居家照顧服務等

	醫、其他服務	
精神及休閒服務		陪同散步、運動、閱讀、情緒支持等

資料來源：修改自內政部(2007)；屏東縣照管中心(2016)

本次訪談對象的 5 位家庭主要照顧者交叉使用居家式喘息服務與居家式照顧服務，也從訪談過程中發現，居家式喘息服務與居家式照顧服務內容相似性過高，提供服務的照顧服務員可能也是同一位，致使家庭主要照顧者難以區辨兩者的差異性。由於兩者提供相同的服務項目，然居家式照顧服務僅於週間提供服務，在無法使用居家式照顧服務的週休假日，居家式喘息服務的引入恰好能填補家庭主要照顧者想要「喘口氣」的需求。而不論是居家式照顧服務抑或是居家式喘息服務都是因為家庭主要照顧者無法負荷長期照顧失能老人的身體及心理所伴隨而來的各種不適感。

「我們是先申請居家服務，可是小姐只有平常日才會來，假日又沒有，所以才又申請喘息服務，假日來幫我照顧我媽…」(個案 C)

「…居家服務是一到五那個？喘息服務是禮拜六那個？…嗯嗯，應該是先用居家服務後來才用喘息服務」(個案 B)

「照顧溫牽手已經有 4、5 年啊！攏係這個小姐咧照顧，溫嘛已經揪慣習彼啊！到今嘛攏訣換過小姐」(個案 E)

四、小結

屏東縣係屬第一級農業縣市，境內社會文化仍偏向傳統，故失能老人與

家庭主要照顧者思想觀念也較為保守，即便現今社會風氣逐漸開放，65歲以上生活無法自理的失能老人有46%願意接受機構式照顧服務(衛生福利部，2014)然在本次訪談對象中，如有意識可表達的失能老人(失能老人F)明確表達不願接受機構式照顧服務，而配偶家庭主要照顧者(個案D與個案E)亦不願意安排失能老人接受機構式照顧服務，主要的原因還是在於機構式照顧服務有棄養失能老人的疑慮，易遭受他人責備聲浪，自己內心也無法忍受罪惡感的侵襲加以機構式照顧服務給予外界服務品質良莠不齊、照顧服務員態度不佳等印象，卻因為配偶家庭主要照顧者的年歲及體力已不如往昔，長期的照顧工作壓得配偶家庭主要照顧者喘不過氣來，迫使配偶家庭主要照顧者及其子女不得不對外尋求正式資源。

因為傳統孝道文化觀念的傳承及社會文化背景的影響，使得照顧年老父母成為成年子女所被賦予的工作之一，成年子女也會將照顧工作內化成自己的「分內事」，因此若成年子女沒有遵循既有傳統，往往會被冠上「不肖子女」的封號，然在屏東縣以農業維生的社會裡，成年子女紛紛嚮往都市發展，致使成年子女只能選擇與年老父母分居，成年子女為了表達對年老父母的虧欠及彌補無法照顧年老父母的罪惡感，是否因此而主動提出居家式喘息服務替代成年子女照顧、陪伴於年老父母身邊，是值得我們再去深入探討與研究。

貳、居家式喘息服務使用經驗：中後期

一、磨合出屬於我們的默契

不論失能老人家庭初期係透過鄰居介紹、子女自行申請或服務單位轉介等方式申請居家式喘息服務，一旦確定使用居家式喘息服務喘息，家庭主要照顧者與失能老人都必須接受與適應家庭中某個時段多了一位陌生的照顧服務員協助照顧失能老人，儘管照顧服務員受過專業的教育訓練與擁有熟練的照顧技術，家庭主要照顧者憂心照顧服務員無法提供失能老人最佳的服務方

式，失能老人則難以接受由陌生人來照顧，因此對於照顧服務員的服務，家庭主要照顧者雖信任但仍存有疑慮…

「我不放心他給其他人照顧啦，就算要我休息，我也只是去外面的菜園種種菜、去游泳池游泳或是去老人會聚聚餐而已，不可能出去太遠的地方，像是那種一日遊或是要過夜的，我是絕對不會去的，說到底就是不放心彼，嘛不知小姐顧的案恁…(台)」(個案 E)

「…那個居家的人一來，第一次就推去跟外勞他們聊天，他想說啊都有老人，可以作伴，第二次又去，我媽就翻臉了，他說我又不是不會動，那個時候新聞不是很多那個外勞推一推放在那裡，然後外勞就在那邊聊天，然後其他人就…我又不是不能動，不能怎麼樣，為什麼要把我推去那裡」(個案 C)

「(阿嬤)一開始也不要讓她(服務員)服務啊，突然要一個外人來幫她洗澡、喂飯，她哪要啊？也是要慢慢說服她，她才接受」(個案 B)

對於已經習慣由家人協助照顧的失能老人，一時之間無法接受照顧服務員的介入服務，又因為照顧服務員不熟悉每位失能老人的狀態與習性，家庭主要照顧者無法全然放心的將失能老人交由照顧服務員，縱使照顧服務員受過專業照顧服務訓練並提供到宅服務，家庭主要照顧者仍會在一旁口頭指導、出手協助幫忙，憂心失能老人無法獲得最妥善的照料。

二、使用居家式喘息服務的轉折-家庭主要照顧者的小確幸

透過家庭主要照顧者的陪伴與指導，加上照顧服務員本身所具備的專業技能與豐富的經驗，再伴隨著每次照顧服務員與失能老人家庭的接觸，逐步地與失能老人、家庭主要照顧者磨合適應，漸漸地，照顧服務員、家庭主要

照顧者與失能老人建立一種合作模式及默契，促使家庭主要照顧者與失能老人皆能各取所需：家庭主要照顧者獲得暫時性的休息，失能老人也能獲得同等的照顧。

「不錯啦，有服務的時候，哇就欸盪去種種菜啊或是趁這個機會去游泳，算是小小休息一下，不過大部分時間哇都會在旁邊幫忙」(個案 E)

「會期待她來啊，她來的時候，我可以到裡頭去休息一下，補個眠，不用時時刻刻盯著她(阿嬤)，也比較輕鬆一下…他們現在已經像母女一樣，有時候我媽媽還不要我幫忙，要等到她來幫忙」(個案 C)

「差不多攏用半供欸時間，溫媳婦就希望欸凍乎我多一點時間休息，不要一顆心都掛在溫牽手身上(台)」(個案 E)

「小姐來，哇欸盪卡輕鬆欸、哇就欸盪去除草啊、去外面走走耶!(台)」(個案 A)

「我們要做的工作有人可以來幫忙做好了，這樣我們這個時間上我們可以比較放心，可以到傍晚再回來，我就有比較長的時間可以做一些家己尬意的代誌(台)…對啊，所以說應該是都很好用啦(台)…阿嬤嘛欸期待小姐來，小姐哪無來，攏欸問小姐那無來捏(笑)」(個案 B)

居家式喘息服務的引入確實能幫助家庭主要照顧者獲得身體上的紓解與減緩心理上的照顧壓力，同時也藉由照顧服務員的專業技術協助家庭主要照顧者相關照顧技巧使家庭主要照顧者不會因為照顧失能老人而讓自己受傷。本次訪談的 5 位家庭主要照顧者也表示因為有居家式喘息服務使得照顧工作得以獲得短暫的休息時間，無須時時刻刻看顧著失能老人。然而，家庭主要

照顧者實際使用居家式喘息服務後相對也感受到些許的不便利。

三、家庭主要照顧者的怒吼-服務資源的限制

(一)補助天數的不足

現今規劃的喘息服務，係依據失能老人的失能等級程度補助，符合喘息服務之輕、中度失能者，每「年」最高補助 14 日；重度失能者則最高補助 21 日，此等補助天數不僅隨著政策改變也會隨著照管專員的替換而有主觀性的調整，對於長期照顧失能老人的家庭主要照顧者而言，確實無法提供家庭主要照顧者足夠的休息時間。

「以我媽媽來講，他的問題就是他在下肢他完全無力，那他靠上肢在撐，那必須我們能去支撐，但是以他來講他是沒有，你沒有癱瘓就不算重度，我本來一年喘息 21 天就馬上被砍 7 天，只剩下 14 天」(個案 C)

「上次來的那個專員又跟之前不一樣，這次換的這個專員看過阿嬤後，覺得阿嬤的失能等度不符合中度，覺得她(失能)有比較好(轉)，給的時間相對又變少了(嘆氣)」(個案 B)

(二)補助時數的不足

屏東縣照管中心提供予以家庭主要照顧者居家式喘息服務時數每天以 6 小時計算，每日服務最少以 3 小時計算，服務時段以白天為原則，最晚不得於下午 8 時(屏東縣長期照護管理中心，2017)，儘管能提供家庭主要照顧者短暫的休息時間，卻也造成家庭主要照顧者的另一種困擾：需趕在約定時間前返家，儘管家庭主要照顧者認為居家式喘息服務補助時間有所不足，又居家式喘息服務與機構式喘息服務能交替使用，家庭主要照顧者也不希望以機構式喘息服務來滿足自我想休息的需求。

「其實我們需要的是每天有一段時間可以休息，那如果說可以持續禮拜一到禮拜天，每天都有人來…其實現在他們喘息時間其實不長，6小時…你說真的要出去玩能夠幹嘛？沒，不可能出去玩，如果說今天讓他們在這邊陪，就陪伴就好了」（個案C）

「如果可以的話，再申請長一點的時間(笑)…啊他們現在是中午來三個小時…是說我們要出去玩，沒人在家，不然我們還要趕回來，因為晚上沒人照顧，我們還是要回來顧她」（個案B）

（三）照顧人員的缺乏

近年來為因應少子女化、65歲以上老年人口增加致民眾對長期照顧需求遽增，於2017年起核定自2018年起全面推動「長期照顧十年計畫2.0」，不圍擴大服務對象及服務項目，並增加多項預防性服務措施，然照顧服務員人數卻沒有因為服務對象的擴增而跟著成長，加以勞動基準法新規定-「一例一休」的衝擊，致使服務單位調配照顧服務人力的困境，間接影響了家庭主要照顧者的使用權利。

「那現在他們的成員、人員其實又不夠，然後條件又很多，所以變成說他們也不可能在一戶直接就可以就待6個小時、8個小時，甚至24小時，那都不可能」（個案C）

「她的時間很固定啦，就中午餵她吃飯、幫她洗澡、換尿布，(外出)還是得趕回來幫她做這些事情，還是有不方便的地方」（個案B）

參、小結

家庭主要照顧者未使用居家式喘息服務前之所以排斥申請主要原因在於家庭主要照顧者的責任心與社會輿論，一旦家庭主要照顧者接受居家式喘息服務並與照顧服務員建立合作無間的關係並有一套專屬家庭主要照顧者、失能老人與照顧服務員參者間的默契，由本次與訪談對象訪談過程中瞭解到居家式喘息服務的介入確實減輕了家庭主要照顧者些許的照顧壓力，有了照顧服務員的短暫替手，家庭主要照顧者也比較有喘息時間與空間重拾自我興趣或是暫時解除照顧失能老人的壓力，也比較能夠接受家中固定時段有照顧服務員的走動，然而居家式喘息服務卻不全然是家庭主要照顧者所想見的那般美好，補助天數及時數的不足、照顧服務人力的缺乏讓家庭主要照顧者使用居家式喘息服務時仍遭受不少阻礙，卻不得不接受、配合現今的政策制度，不論政策制度如何改變，最主要的仍是家庭主要照顧者自我內在對於居家式喘息服務的看法與想法，因為只有當家庭主要照顧者能放心將失能老人交由照顧服務員照顧時，家庭主要照顧者才能在照顧服務員服務時段全然地放鬆、休息。

第三節 影響家庭主要照顧者使用喘息服務的社會心理現況

本節將從家庭主要照顧者社會及心理層面兩大部分進行對話，本著失能老人的照顧出發點不同，成年子女因著傳統孝道的束縛及父母早年的養育回饋，配偶家庭主要照顧者則是因為婚姻的約定與對另一半的承諾責任，照顧著失能老人的生活。本次的訪談對象起初會使用居家式喘息服務多係因為自己本身已無法負荷長期照顧失能老人身體所帶來的疲憊感、潛在的病痛與心理承載滿滿的負面能量，甚至是因成年子女不捨父親獨自照顧母親的孤單身影，及自己無法隨伺在父母身邊的罪惡感，加以家庭主要照顧者依然將奉養失能老人視為自己的重責大任，一旦家庭主要照顧者意識到無法親力親為，需藉由外在服務資源介入時，內心對於外在資源產生抗拒，害怕社會輿論壓力及鄰里投射的異樣

眼光外，不願承認自己已無法負荷照顧工作，家庭主要照顧者面對這樣不爭的事實，內心充滿不安與自責，即便引入了居家式喘息服務，家庭主要照顧者仍掛心照顧服務員的服務模式與方法，甚而從旁經驗分享與技術指導。

壹、婚姻承諾與責任-牽著妳的手走下去

無庸置疑地，我國仍有多數失能老人，尤其是輕度、中重度的失能老人生活起居的照顧者主要是由「配偶或同居人」，其次才是由成年子女扮演家庭主要照顧者角色(內政部，2013、蕭華岑等人，2014)，本次訪談對象多為配偶擔任家庭主要照顧者，不同的是由男性配偶照顧女性失能者，打破以往在非正式照顧體系中擔任主要照顧者是以女性為主。偶配擔任家庭主要照顧者除了「婚姻契約」的束縛外，也賦予了「配偶」應照顧另一半的責任，促使配偶願意擔任照顧者的角色，此時配偶也將擔任照顧者視為是一種愛的表現，負起對另一半因疾病因素致使需長期臥床日常生活需大量他人協助的工作之責，並認為自己照顧者的角色可以解決失能老人無人照顧的問題，也認為是基於婚姻的承諾、更是一種「患難見真情」的表現守護在失能老人身邊。身為配偶的家庭主要照顧者除了因為婚姻的羈絆，需對另一半負起照顧責任外，更重要的是夫妻之間的情感連結。即使年輕時與另一半間的互動關係僵化，到晚年時，雙方之間的夫妻關係則會變得十分緊密，甚至在經過多年的相互扶持，在心態上已建立密不可分的緊密依附關係，另一方面，男性配偶在擔任家庭主要照顧者角色時，感念太太早年辛勞的照顧整個家庭，因此在另一半日常生活需要他人大量協助時，配偶就會是第一順位的照顧者。

「跟了我這麼多年，不可能因為她破病就不理她…小孩攏不在身邊，就哇照顧啊！彼上次跌倒過一敗，怕彼攏再跌倒，攏要在彼欸旁邊顧欸嘛是欸不知樣要案抓照顧…那時候，就家已慢慢找方法(台)」(個案A)

「彼係哇牽手，少年時捱係彼照顧哇，今嘛彼破病啊，當然係哇給彼照顧啊，哇謀家彼照顧訣叫誰照顧？」(個案 E)

貳、傳統孝道帶給家庭主要照顧者的枷鎖

台灣老一輩的長輩仍存有「養兒」能「防老」傳統觀念，因此會期待由成年兒子提供照顧，但受到父權文化及傳統「男主外、女主內」觀念的影響，成年兒子結婚後，認為媳婦已是自家人，照顧工作直接轉移到媳婦身上，由媳婦提供照顧工作，而成年女兒終究要嫁出去成為別人家的人，故不會期望由成年女兒協助照顧。隨著社會經濟的提升，女性受教育機會及就業勞動力提高因素下，成年女兒也逐漸承擔奉養父母的責任，成年女兒的照顧則是基於一種情感上的回饋心態，因為早期是由父母養育子女，長大後，則是一種對於父母早年照顧的回饋，不同的是，成年女兒所提供的是主要是經濟上的協助，實質上的照顧仍以由成年兒子與媳婦提供為要。也由於成年女性一直以來就是承擔照顧角色，從養育子女、照料家人日常生活起居，奉養年長公婆或其他親屬甚至是到晚年照顧配偶，對成年女性而言，家庭主要照顧者已成為她們的代名詞，甚至更進一步的將照顧工作內化為自己的職責，甚至有種舍我其誰的使命感，這一連串的服務過程構成了成年女性最重要的生命歷程。

「我的工作比較自由，有比較多的時間可以照顧她…有錢的出錢，有力的出力，沒什麼好抱怨的」(個案 C)

「我們一起照顧啊！三個家庭輪流顧，只是我沒在工作，其他郎日系有頭路要吃，無法度一起陪伴在阿嬤身邊，所以平常日系我會幫忙看一下(台)…不能說都我在照顧喔，這樣對二嫂或其他家人不公平，我只是剛好有比較多時間可以看一下」(個案 B)

家庭主要照顧者的照顧壓力隨著失能老人的照顧需求變化，在自身家庭人力無法負擔的情況下，無法忽略旁人以訛傳訛的社會輿論壓力，同時又為了要維持傳統孝道在家的照顧模式，開始思索並尋求相關的服務資源來滿足其需求，服務資源中又以無需搬動失能老人的居家式照顧為佳，而居家式喘息服務就成了最佳選擇。

「跟這個小姐已經有默契了，她的服務很好啊！我們彼此搭配的不錯，有時候我臨時要用(居家式喘息服務)，跟她說她都能配合」(個案 C)

「還可以啦！她服務也一段時間嘛服務了不錯，哇也是會在旁邊看啊，阿不過她嘛知影哇的習慣，照顧欸嘛好細好細(台)」(個案 E)

參、家庭主要照顧者內在罪惡感的誘發

家庭主要照顧者照顧失能老人的經歷是相當沈重且折磨人的一件事，在台灣過往照顧失能老人的工作仍由家人自願擔任，且照顧工作也已經被內化成為來評定家庭成員是不是負責任的準則，如果家人，尤其是家中沒有工作或看起來比較沒那麼忙的那位沒有承接起照顧工作責任，往往會被貼上負面標籤，不論在這個照顧的過程中多麼盡心盡力、付出多少心血、忍受生心理各方面的挫折、無力與無助，只要將失能老人交由他人照顧就是一件錯誤的事情，家庭主要照顧者自我內心也會受到道德觀念的折磨，並產生深層罪惡感。

本次訪談的對象中有 2 位女性家庭主要照顧者是照顧名為「母親」的媽媽與婆婆，她們的訪談中點出了社會體制下「男主外，女主內」的舊有觀點，也在無形中將男女性別做了清楚切割，似乎說明並賦予了男性外出工作，擔起養家責任；反之，女性則是天生的家務照顧者，理所當然就要留在家裡從事無償的勞動工作，打理照顧好家中需要被照顧的家人，才是一個「好女兒」、「好媳婦」的最佳形象，同時也是一種孝順的表現。因此當家庭主要照顧者準備使用居家式喘息服務會有種對不起失能老人之感受也害怕面對左鄰右舍投射的異樣

眼光，並反對提出居家式喘息服務之申請。

有趣的是，2位照顧母親(婆婆)的家庭主要照顧者對於申請居家式喘息服務有不同的看法，住在市區的個案C年紀相對比其他訪談對象來的年輕，思想觀念相對比較開放，也比較能夠接受居家式喘息服務的介入；相反，個案B居住城鎮則比較偏鄉下，年紀較長，思想觀念受傳統社會文化脈絡影響，將照顧工作視為身為「媳婦」的本分工作。

「查播郎外靠賺錢，溫查某郎就低厝到顧係大，唔賺錢咩安那養家(台)…縱使要有人照顧啊，做人媳婦照顧大家(台)嘛細應該欸啊(笑)！」(個案B)

「(媽媽生病)有2年多了喔，她狀況又更嚴重，又中風，我們兄弟姊妹商量後就由我帶回屏東來照顧…你說鄰居的眼光喔？阿我們家在路邊，誰會看？阿現在請這個的很多啊，又不是只有我家申請」(個案C)

「沒有了啦～以前還會跟以前的同窗一起作遊覽車去旅遊啊，把她接回來照顧以後，我就沒有再出過門了，現在都是叫他們來家裡坐坐、聊聊天這樣」(個案D)

肆、傳統文化所帶來的輿論壓力

隨著社會快速的變遷，家庭結構、生活模式，甚至是意識型態都跟著調整，許多想法與觀念也隨之進化，儘管如此，傳統孝道文化觀念規範下，「養兒防老」、「反哺報恩」的觀念仍深植於人心，自然衝擊著本次受訪的5位家庭主要照顧者們，在其觀念裡仍存在著「宿命」與「責任感」，因此當失能老人需要接受他人照顧時，家庭主要照顧者依然會承擔起照顧之責，在這群家庭主要照顧者身上也可以發現他們努力想要傳承傳統價值文化觀念，因此他們經常會壓抑自己的感受與想法，甚至是犧牲自己的需要，也會因為這樣的傳統文化讓家庭主要照顧者特別在意社會對他們的看法與評價，當然，失能老人本身也會害

怕外在眼光，擔心被人恥笑，所以不願意使用居家式喘息服務，再加上家庭主要照顧者對現行長照政策的存疑與不信任，使得家庭主要照顧者猶豫外在資源服務的介入。

從本次的訪談過程中也得到一項有趣的發現：失能老人常在半推半就中任由家庭主要照顧者申請居家式喘息服務，待服務正式進駐服務一段時間後，失能老人開始引頸期盼服務員的到來。由此可知，不只是家庭主要照顧者期待照顧服務員的到宅服務，就連失能老人也盼望著照顧服務員的作伴。

「…啊你就帶他去玩，你帶他去喝咖啡，你帶他去吃麥當勞，兩次兩個就變好朋友了…她也很開心有他的作伴，一起看電視、一起聊天，現在他們出去，大家都說他們是母女咧…有時候會覺得我才是外人咧(笑)」(個案 C)

孝道文化觀念基本上是一種自我內化的觀念，受到傳統農業社會的形態影響，奉養父母、孝順父母的觀念仍刻劃於你我心中，因此當家庭成員提出居家式喘息服務的申請時，家庭主要照顧者會形成相當的壓力。另一方面，由於家庭主要照顧者幾近 24 小時與失能老人相處在一起，屏東縣又為農業縣市，除屏東市較多高樓大廈外，其他 32 鄉鎮仍以平房、透天厝居多，比鄰而居的情況相對普遍，家庭中的動靜容易成為左鄰右舍茶餘飯後的話題，家庭主要照顧者不願受鄰里的指點與異樣眼光，輿論壓力自然成為家庭主要照顧者裹足不前的原因之一。

「一開始也會害怕厝邊的窸窣窸窣啊，所以我當初反對用這個(指居家式喘息服務)，甘那咧供阮不會照顧款(台)」(個案 B)

「彼係哇欸責任啦，哩供叫別人來顧哇吶欸放心？別人顧欸甘欸有哇賀？而且別人來顧，厝邊欸啊吶供？哇無想訣乎厝邊供閒阿話」(個案 E)

「彼用這(指居家式喘息服務)驚呼人知影，嘛不想要出去外靠，不想要乎人笑(台)，最多就是在門前庭院散步而已」(個案 A)

伍、小結

即使社會變遷、文化思想翻轉、女性就業勞動力增加，「女性主義」意識抬頭的現代社會，屏東這個以農為業的純樸城市，成年女性或多或少仍須承擔起家中失能老人的照顧工作，從本研究訪談對象裡，顛覆了華人「女性是天生的照顧者」的舊有觀念思想，隨著世代的轉變，逐漸打破男女之間的隔閡，如同本次訪談的對象裡，有 6 成是由男性擔任家庭主要照顧者之角色，反映出照顧工作不再只是女性的責任，男性也能成為照顧的一方。本研究的男性主要照顧者係失能老人之配偶，其背後所代表的是基於夫妻關係所承擔的照顧責任及親密情感間的連結、成年子女另外組織新家庭，紛紛離鄉背井及不信任機構式照顧服務之照顧品質等因素，導致男性配偶自然而然地成為照顧失能老人的家庭主要照顧者，如此的安排看似是最佳安排並合乎情理，卻忽略了男性配偶的年紀漸老，身體功能的退化也可能成為另一位失能老人，有他人照顧之需求。

康健雜誌 2014 年的報導提及了我國性別角色的刻板印象仍深植人心，教導男性應獨立自主、具抗壓性、自尊心高、不隨意表露自我情緒等，導致男性主要照顧者養成不輕易吐露心事、咬牙苦撐，顧及尊嚴、長期壓抑、封閉自我(康健雜誌，2014)，加以社會對於男性家庭主要照顧者仍不甚公平，加速憾事的發生率，如何協助男性主要照顧者值得我們深思。

第四節 小結

從整體的脈絡來看家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的整個社會心理現

況，居家式喘息服務確實能減緩家庭主要照顧者的照顧負荷與壓力，家庭主要照顧者認同居家式喘息服務所帶來的效益，也有使用居家式照顧服務的經驗，促使家庭主要照顧者利用照顧服務員到宅服務的時段，能夠做自己想做的事情，如個案C就去看看婆婆、個案E則是種植花草草，也能稍微喘口氣，與家人相聚，凝聚情感或補足睡眠，個案C若沒去看看婆婆就會小憩一番、個案B會跟其他家庭成員外出旅遊等，然而真正要踏出申請使用的那一步是困難的，配偶家庭主要照顧者因為婚姻關係的承諾與自我責任感使然因素，而成年子女家庭主要照顧者則是受到傳統孝道文化及社會輿論壓力影響，內心對於無法照顧失能老人感到愧咎，而有罪惡感，形成如同圖4-4-1家庭主要照顧者社會心理現況所示，不論是站在配偶主要照顧者的角度抑或是成年子女家庭主要照顧者的立場，以失能老人的照顧工作交換短暫的休息時間與機會是不被容許的。

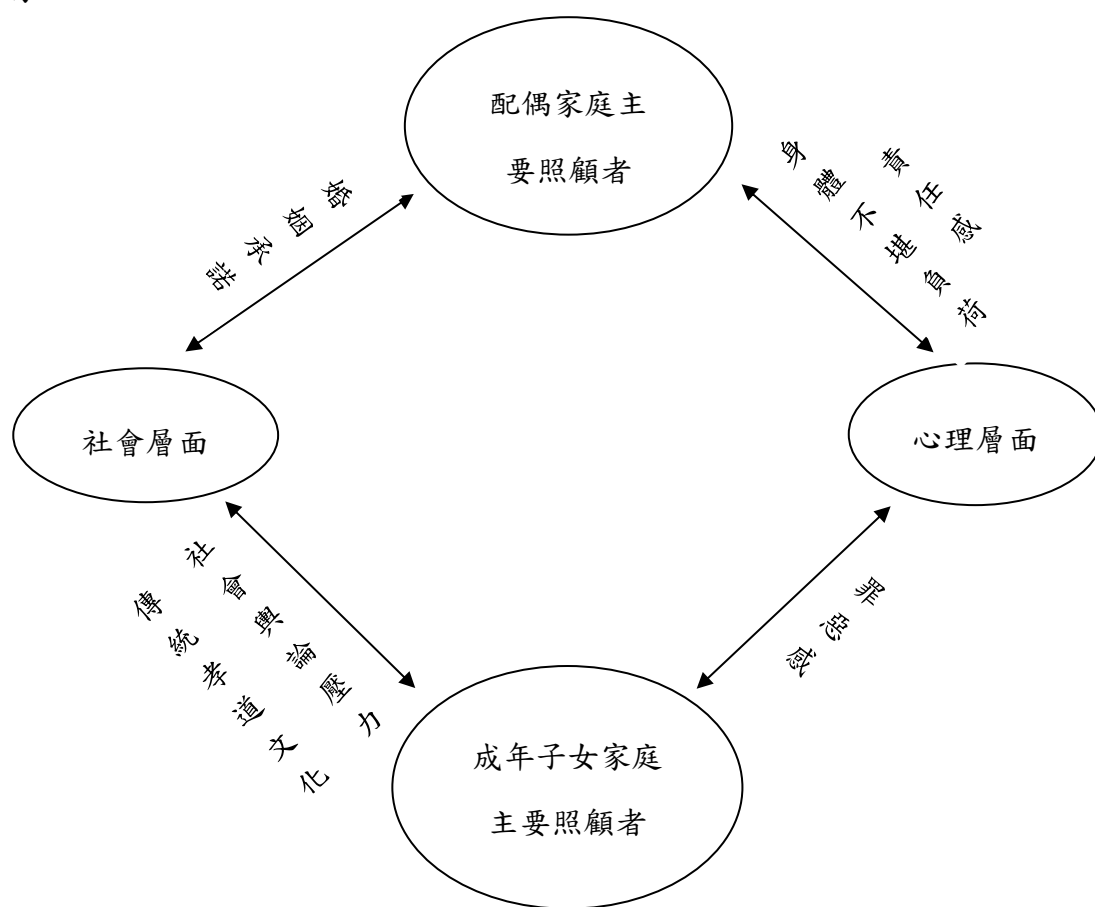


圖 4-4-1 家庭主要照顧者使用居家式喘息服務之社會心理現況圖

彙整本章節 5 位家庭主要照顧者的觀點，大致可以瞭解到居家式喘息服務的介入限制會因為家庭主要照顧者個人內在的責任心、罪惡感及傳統孝道文化、社會環境所賦予的社會輿論壓力因素，因此家庭主要照顧者起初申請居家式喘息服務並不認為有居家式喘息服務的需求，故家庭主要照顧者是拒絕、抗拒的，礙於因長期累積的照顧工作導致健康狀況亮起紅燈、照顧壓力逐漸累加的狀態下，使得家庭主要照顧者不得不妥協；慢慢地，使用過程中從一開始對照顧服務員的不信任、需在一旁協助、指導的緊繃感到與照顧服務員建立專屬默契、能放心交由照顧服務員的和諧感，家庭主要照顧者終能在有照顧服務員替手的過程中獲得些許的喘息空間。然也並非居家式喘息服務的使用都給予家庭主要照顧者帶來滿意的使用經驗：人力的缺乏讓服務無法順利到位、家庭主要照顧者怒喊的「週休一日」也礙於補助服務天數的不足，難以確實滿足需求、以及為了保障照顧服務員的工作及休息權益，補助服務時數每日最多 6 小時，每日服務最少以 3 小時為限，且以白天為原則等，種種的因素也凸顯居家式喘息服務的多種限制，必須搭配其他居家式或社區式服務方能完整。

第五章 結論、建議與限制

本研究乃是針對屏東縣失能老人使用居家式喘息服務的社會心理現況進行探討，從第四章研究發現中我們知悉家庭主要照顧者使用居家式喘息服務之經驗，也明白家庭主要照顧者提出居家式喘息服務需求時的糾結。以下將根據研究發現提出結論討論、研究限制與建議。

第一節 結論與討論

本研究以質性研究方法，透過研究者與服務對象的深度訪談過程進行資料收集及分析，期望將「屏東縣失能老人居家式喘息服務使用者的社會心理現況」呈現出一較為完整的全貌。

壹、家庭主要照顧者與失能老人的圓舞曲

根據陳芬婷、邱啟潤(2015)等專家學者的研究顯示，與失能老人的關係以配偶居多，成年子女其次(陳芬婷、邱啟潤，2015)，如同本研究所訪談的家庭主要照顧者般，配偶照顧比例偏高，許多年老夫妻，在子女成年結婚另組新的家庭後，選擇自己與配偶獨居，並未與子女(媳)同住，當另一半無法生活自理時，同住的配偶責無旁貸負起照顧之責；另一方面，本研究中照顧另一半失能老人的家庭主要照顧者以男性居多，跳脫以往以女性擔任家庭主要照顧者的舊有觀念。子女承擔家庭主要照顧者角色往往是在孝道文化的影響下，有著「非我不可」的心理壓力，隨著父母的年老、健康不佳，逐漸失去日常生活的自理能力時，手足間則面臨了誰來照顧的問題，目前台灣的家庭主要照顧者仍然是屬於單兵作戰方式的單一人或單一家庭，很少能像失能老人 G 一樣是由個案 B 與其他家庭成員組成的大家族協同照顧。

申請使用喘息服務的限制之一是未申請使用外籍看護工照顧的家庭主要照顧者，另一方面，居家式喘息服務雖可與機構式喘息服務並用，然因本研究主要

是探討使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者，因此本研究在選取訪談對象時，以單一使用居家式喘息服務未搭配機構式喘息服務的之家庭為主，並事先排除且不談論申請使用外籍看護工之家庭。

貳、家庭主要照顧者的照顧樣貌與使用抉擇

在傳統孝道文化催化下，家庭主要照顧者背負了「舍我其誰」的照顧使命，長期的照顧工作使得家庭主要照顧者必須承受身體因長期無法獲得休息的病痛感、心理上也容易產生負面的情緒，如擔心、無奈、挫折等及現實生活與家庭成員產生的摩擦、逐漸脫離的人際社交關係等各種壓力。當正式資源準備引入時，家庭主要照顧者必須面臨社會及心理兩層面上的考驗與抉擇：家庭主要照顧者為了不受鄰里的異樣眼光投射、不願承受社會輿論所衍生出的壓力，固守傳統孝道文化，仍然堅持自行照顧，照顧壓力與負荷就會持續伴隨著家庭主要照顧者，此部份即為社會層面；相反地，在心理層面部分，若家庭主要照顧者意識到自己身體病痛帶來的不適感及因照顧工作衍生而來的疲勞感，聽取建議接受使用居家式喘息服務，此時則可能加深家庭主要照顧者內心罪惡感的比重，以此形成了如圖 5-1-1 的居家式喘息服務雙趨衝突模型圖，如何兩全確實帶給家庭主要照顧者使用居家式喘息服務不小的衝擊。

透過居家式喘息服務雙趨衝突模型圖來探討家庭主要照顧者使用居家式喘息服務與否之行為，我們可以很清楚的知道居家式喘息服務的存在最主要目的即是希望長期照顧失能老人的家庭主要照顧者能適時的獲得休息機會與空間，以期能夠持續進行照顧工作，這項服務看似讓家庭主要照顧者在黑暗中看見一道曙光，卻也隱藏了許多家庭主要照顧者擔心害怕的深層面，使用了居家式喘息服務後也許能短暫減緩家庭主要照顧者照顧壓力，但也可能會因此引來親朋好友的不諒解、鄰里的臆測；而家庭成員的不支持使用，以及家庭主要照顧者的照顧責任心重，家庭主要照顧者將不顧自己因長年照顧累積的身體病痛持續的照顧失能老人，直到家庭主要照顧者無法再照顧為止，社會上仍有許多潛在的家庭主要照顧者，寧可一切自行親自打理，也不願申請使用居家式喘息服

務，拖著拖著自己也就可能成為那個需要被照顧的對象。

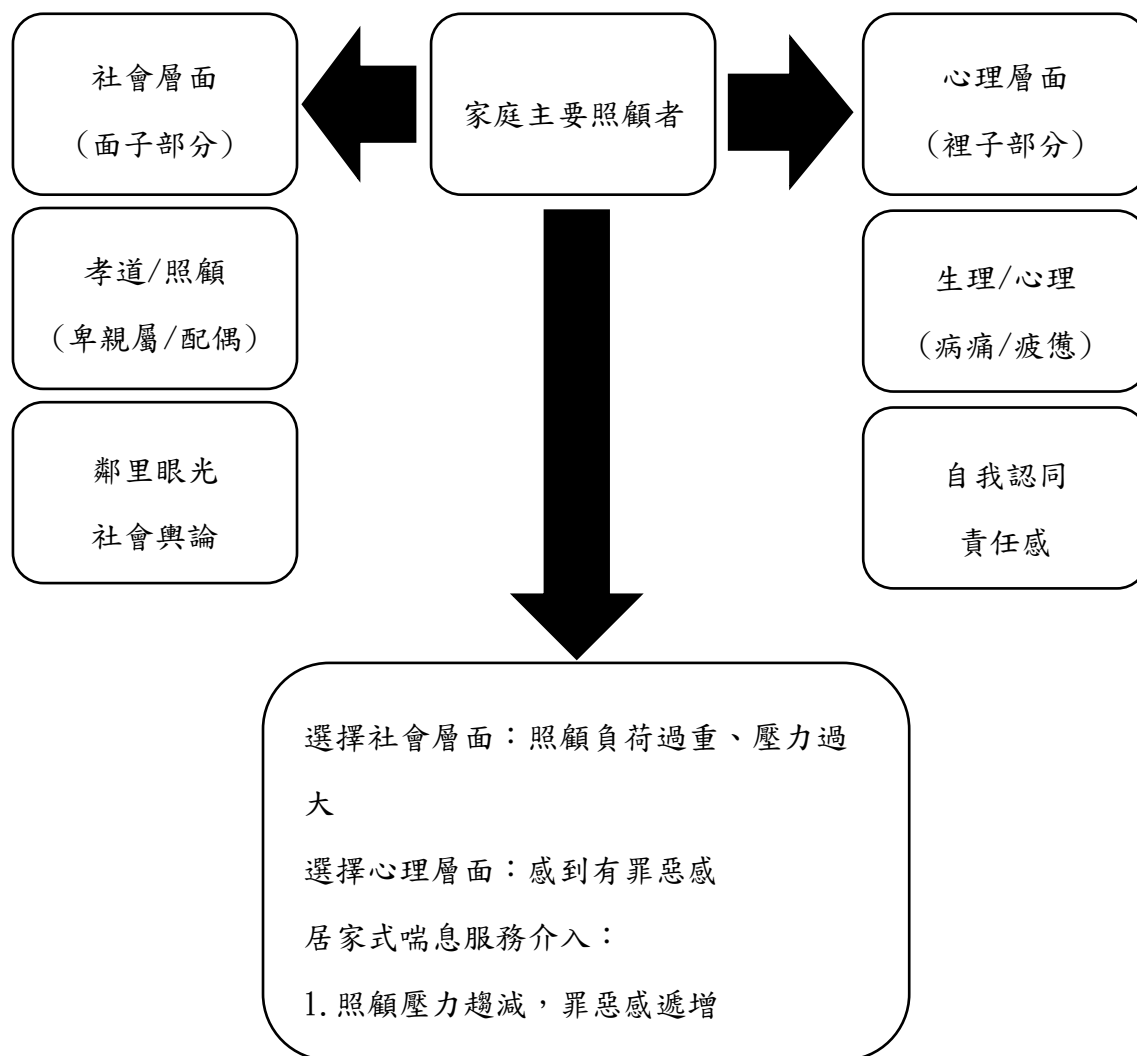


圖 5-1-1 居家式喘息服務雙趨衝突模型圖

本次接受訪談的幾位家庭主要照顧者不但要維持自身的孝道行為或負起照顧之責，同時也面對自己健康狀況大不如前的不爭事實，為了能持續不間斷的照顧失能老人，視失能老人的照顧需求與家庭限制改變照顧模式，盡可能將失能老人留在家中照顧，然而隨著時代變遷，家庭結構的改變限制了家庭照顧功能也加深了家庭照顧的困境，使得家庭主要照顧者開始嘗試不同的正式資源服務來應變，除此之外，孝道文化的傳承及失能老人期待由家人自行照顧的目標讓家庭主要照顧者僅能選擇到宅的「居家式」服務，以符合社會的期許與家庭的期待。

到宅的「居家式」服務讓家庭主要照顧者與失能老人間有了彼此緩衝的空間，家庭主要照顧者有了居家式喘息服務的介入，不僅僅是多了些許屬於自己的時間與空間，還可以拾回因為照顧失能老人時所捨棄的工作、興趣、社交等，此部份訪談的5位家庭主要照顧者皆認同居家式喘息服務成效，也感謝有居家式喘息服務的幫忙，也確實協助他們稍微從照顧失能老人的困境中獲得解脫，尤其是在身體上的疲憊感更因為使用了居家式喘息服務獲得紓解，毋須緊繃著神經照顧失能老人，同時也適度的調和家庭主要照顧者與失能老人間的關係與距離，減少彼此間的摩擦衝突機會。

參、家庭主要照顧者使用居家式喘息服務的現況與轉折

從文獻中我們可以瞭解到家庭主要照顧者照顧失能老人的過程可能會經過震驚、憤怒、難過、否認、害怕、討價還價、沮喪和自責及無奈接受等幾個階段，儘管並非每個家庭主要照顧者都會將每個歷程都經歷一次，顯示家庭主要照顧者的獨特性，同時也凸顯家庭主要照顧者照顧工作歷程的多樣性與複雜性。訪談的5位家庭主要照顧者初期在面對失能老人疾病時情緒反應不太相同，如個案E初期無法接受失能老人J突然的生病、個案C能夠理解失能老人H因為年紀衰老的身體功能退化、個案B則為人媳，不得被迫接受失能老人G的疾病，儘管最後家庭主要照顧者都接受了失能老人的疾病情形，似乎無法被明確劃分出幾個階段，又或是過了震驚歷程後就接著就是憤怒，因為失能老人的疾病狀況是不可逆的狀態，照顧過程的壓力、挫折可能會因為失能老人的病況逐年增加而不會減少，是故家庭主要照顧者即使有照顧服務員的服務提供，仍然無法拋棄傳統孝道文化、責任感所伴隨而來的不安、責備之存在，只是隨著歲月的流逝及自我心態的調整，感受慢慢沖淡了，只要不妨礙家庭主要照顧者的照顧角色及正常生活情形，這樣的感受是可被接受並視為正常的。

家庭主要照顧者在使用居家式喘息服務之前已經有使用居家照顧服務的經驗，但因為居家照顧服務僅能於週間使用，重點式服務且停留時間短暫，再加上無法於週休假日使用，導致家庭主要照顧者無法利用週休假日與家人相聚、

無法擁有自己的興趣與喜好，仍要持續不間斷的照顧失能老人，因此必須利用居家式喘息服務補充居家照顧服務的限制與不足。使用居家式喘息服務後，家庭主要照顧者與失能老人在生活上產生極大的轉變，縱使失能老人身體上的失能狀況帶來諸多不便，然而，有了居家式喘息服務專業的照顧與人力上的協助，家庭主要照顧者也能獲得應有的社會福利資訊與福利知識，居家式喘息服務的引入除了能讓家庭主要照顧者獲得短暫休息機會外，也可以藉由照顧服務員的介入服務調和家庭主要照顧者與失能老人或家庭主要照顧者與其他家庭成員間的緊張衝突，重建家族間的互動與情感。

每位家庭主要照顧者使用居家式喘息服務因素不論是家庭主要照顧者的身體狀況在照顧過程中亮起紅燈抑或是因為家庭成員的無法親自照顧失能老人產生的罪惡感而申請。使用居家式喘息服務初期，家庭主要照顧者或許會因為自我責任感的束縛以及鄰里世俗眼光的約制，造成家庭主要照顧者與照顧服務員的緊張關係，家庭主要照顧者的不放心使得照顧服務員服務受到限制，此時家庭成員應鼓勵家庭主要照顧者調整心態，放開胸懷接受自己需要他人協助的事實，並嘗試放手讓照顧服務員成為替手，提供更有專業、更合宜的服務予以失能老人。

家庭主要照顧者使用居家式喘息服務一段時間後，已逐漸接受照顧服務員3小時或6小時的到宅服務，失能老人也慢慢熟悉照顧服務員的服務情形，從中培養、建立與照顧服務員間專屬的合作默契，創造三贏局面-家庭主要照顧者換取短暫的休息時間、失能老人獲得舒適的服務以及照顧服務員能取得家庭主要照顧者的信任。

第二節 研究建議

家庭主要照顧者在照顧歷程中扮演著極重要的角色，正向思考係家庭主要

照顧者能夠給予家庭重大的支持協助，反之，若家庭主要照顧者在沒有家族或手足的協助下，再加上社會輿論的壓力，讓家庭主要照顧者獨立承受照顧負荷，基於本研究的發現，予以建議如下：

壹、再次審視現行喘息服務模式服務供給內容

誠如第四章研究發現所述，現行居家式喘息服務補助天數的確無法因應家庭主要照顧者一年 365 天不間斷的照顧情境，依照長照十年計畫的補助模式，失能程度等級為輕、中度之失能老人每年最高補助 14 天，換算家庭主要照顧者必須連續照顧 26 天才能換得一天休息機會，失能程度等級為重度失能老人每年最高補助 21 天，換算需 17 天才能休息一天；再者，全日最多補助 6 小時、半日最多補助 3 小時的補助時數也讓家庭主要照顧者難以安心休息，需時刻留意照顧服務員服務時段，內心仍掛記著接受居家式喘息服務的失能老人，如此這般的補助天數與時數對於家庭主要照顧者照顧品質及生心理、健康狀況都無法獲得真正的喘息。家庭主要照顧者其實已經喊出要週休一日的休息口號，補助天數需重新審視讓家庭主要照顧者能夠有足夠且真正的喘息時間，讓 24 小時不間斷之高壓力家庭主要照顧者能獲得適當的紓解，以期持續照顧工作。

貳、導入相關長期照顧知識與訓練技巧，協助家庭主要照顧者順利銜接照顧工作

我也發現，失能老人剛開始倒下的那一刻，面對失能老人突如其來的疾病和各種生活需求，家庭成員感到慌張、失措、無助，不曉得如何照顧失能老人也不知道社會資源何在，此時各縣市的照管中心扮演著很重要的角色，應積極宣導、提供與家庭照顧者相關文宣給予家庭主要照顧者，另部分應考量家庭主要照顧者為了照顧失能老人無法走出家中的困境，可透過數位化的文宣方式，如拍攝宣導短片播放於電視電台或社群網站等，傳遞相關長照資源訊息及其他家庭主要照顧者的經驗分享，使在家中的家庭主要照顧者可以學取更多照顧相關知識，或是辦理相關長期照顧技巧的實務實習課程，讓家庭主要照顧者能更

熟悉相關照顧知識與技巧，減少照顧初期產生的焦慮與不安。

而現行的長照十年計畫 2.0 亦已留意到家庭主要照顧者初期面臨失能老人的恐慌、無助與不安，因此規劃了「無縫接軌式的出院準備服務」，在失能老人住院期間即啟動長照資源訪視與評估，讓即將迎接失能老人出院返家休養的家庭主要照顧者無需憂心失能老人返家後的照顧工作，只是所提供的不僅僅是照管專員所核定的服務項目，更要適度導入長照知識與照顧技巧教導與諮詢，傳遞正確之長照知識與社會福利資源並教導家庭主要照顧者照顧失能老人的技巧，以及留意家庭主要照顧者情緒反應，避免家庭主要照顧者因為照顧姿勢錯誤或照顧壓力過重而成為下一位須照顧的對象。

參、調整自我認知心態以增進心理健康

透過居家式喘息服務雙趨衝突模型圖，我們知道家庭主要照顧者不敢使用居家式喘息服務的原因多因於傳統孝道文化觀念及自我責任感過重使然，Kurt Lewin 的雙趨衝突解決模式提及如果家庭主要照顧者想要解決這樣的衝突就必須捨棄其中一個目標，或是兩個都捨棄然後選擇一個折衷的方式，於是家庭主要照顧者先選擇了居家式照顧服務，請照顧服務員提供 1~2 小時的到宅式服務，由著家庭主要照顧者在旁協助，再漸進式輔以地以 3~6 小時較長時間的居家式喘息服務讓家庭主要照顧者能夠獲得充分的休息。

根據研究發現，5 位家庭主要照顧者在實際使用居家式喘息服務後，感受到居家式喘息服務所帶給家庭主要照顧者的效益，身心狀況皆因為居家式喘息服務獲得紓緩，且使用正式資源的家庭漸漸增加，社會的輿論壓力漸緩，家庭主要照顧者比較能釋懷在面對因為無法照顧失能老人所產生的罪惡感，也慢慢調整自己的認知態度，了解到「生老病死」是每個人必經的路程，不再刻意在乎且能正面的看待鄰里的眼光與議論。另一方面，仍然有許多的家庭主要照顧者未申請或申請了卻不使用居家式喘息服務，其中隱藏的因素也許包含了我們一直在討論的傳統孝道文化觀點及過重的責任感，若是能適時導入長期照顧知識與正式資源服務，調整這群未使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者們的認

知態度，學習適度「放手」及「放鬆」，如此才能擁有健康與健全的身心以面對長遠的照顧之路。

肆、重視與關懷男性家庭主要照顧者

儘管相較於女性，男性家庭主要照顧者仍居於少數，但不爭的事實是男性家庭主要照顧者的比例確實在增加中，由本次研究發現不難觀察到這樣的狀況。也許是因為家庭內外部的資源缺乏、也可能是因為對失能老人情感上的依附、甚至是因為社會角色賦予的責任感等，促使男性家庭主要照顧者成為照顧失能老人重要支柱。

不過因為社會文化的期待，男性被賦予了照顧家庭的重責大任，若男性留在家中照顧失能老人可能會被說閒話，一句話就足以毀滅男性家庭主要照顧者對自我價值的肯定，且男性家庭主要照顧者礙於性別觀念意識，甚少願意將照顧壓力對他人訴說，也因為男性主要照顧者把自己內心封閉起來，更容易做出令人遺憾的悲劇，中華民國家庭照顧者關懷總會過去五年的調查顯示已發生逾50起家庭主要照顧者帶著失能老人同歸於盡的「照顧悲劇」，且近幾年家庭主要照顧者呈現出「高齡化、男性化、激烈化及假期化」等四化傾向(中華民國家庭照顧者關懷總會，2017)。因此當男性家庭主要照顧者提出居家式喘息服務申請時，社政單位應更加重視且留意男性家庭主要照顧者的需求，並以該男性家庭主要照顧者為中心，以滾雪球方式找尋其他潛在的男性家庭主要照顧者，提供相關社會福利服務資源及適度關懷，以杜絕「照顧悲劇」一再上演。

第三節 研究反思、反身與限制

根據研究發現與結論討論，提出研究者本身的反思及於本研究中家庭主要

照顧者使用居家式喘息服務的限制，分析如下：

壹、研究反思、反身

看著我的母親照顧父親的整個歷程，再延伸到研究訪談的 5 位家庭主要照顧者，似乎能夠明白母親對於照顧父親的辛苦與堅持，不論是照顧責任感影響抑或是社會輿論壓力的抨擊，促使家庭主要照顧者不敢「放手」交按照顧工作。然令人汗顏的是我身為一名工作於長期照顧領域的社會工作者明明已經看見母親照顧背後所散發出的求救訊號，卻無法鼓勵母親更無法擅作主張申請使用居家式喘息服務來減輕母親的照顧壓力，因此期望透過本研究讓母親能放開照顧責任的束縛並明白「休息是為了走更長遠的路」意義，正視自己本身也有他人協助之需求，大膽放手地將照顧工作交由專業的照顧服務員照顧。

感念本次 5 位家庭主要照顧者的鼎力襄助，使本研究能順利完成訪談，但在訪談過程中，部分訪談對象透露出「訪談一次性」的困境，給了我很大的震撼，當我懷抱著某種目標與其建立「一次性」的關係，收集到這些對於他們而言是親身經歷的寶貴歷程的資料後卻未再與他們保持良好互動關係，少了後續的關懷與慰問，此舉確實會令訪談對象有種「被利用」的錯覺，訪談過程中家庭主要對象所透露出的資訊相對簡短有限，所幸事後再透過電話進行部分訪談，簡短卻溫暖的問候不僅讓訪談對象感受對他們的關心與感謝，也讓研究資料更加豐沛。

貳、研究限制

一、訪談對象的選取限制

本研究訪談對象的選取係透過屏東縣居家式喘息服務單位先行調查與篩選，找尋有意願接受訪談的家庭主要照顧者，部分家庭主要照顧者因為個人或家庭狀況等因素，無法接受本次訪談，另一部分也因應長照十年計畫 2.0 政策的推行，服務單位調整服務模式及家庭主要照顧者重新適應新政策，致使本研究所討論的家庭主要照顧者僅 5 位，且居住區域分配不均，並無法完

全呈現並代表屏東縣其他家庭主要照顧者使用居家式喘息服務之全貌。這5位家庭主要照顧者主要係透過服務單位的先行調查與篩選，找尋願意接受訪談的對象，這樣的對象與服務單位間的關係是緊密的，導致訪談對象對於與服務單位較為敏感之議題較無法呈現出真實的樣貌。

二、研究資料蒐集的限制

研究者所接觸的家庭主要照顧者中，以照顧配偶為主，反倒是女兒與媳婦居少數，與失能老人的子女們另組家庭及至外地工作、且配偶自覺有照顧失能老人的責任有關，以致於訪談對象在角色的分佈上較不均；再者，本研究區域僅限屏東縣，無法全面性且多面向的推論，而屏東縣境內融合多元族群文化，本次訪談對象僅就閩南人、客家人進行資料之蒐集，未能涵蓋原住民族；最後，本研究期望透過使用居家式喘息服務與未使用居家喘息服務的家庭主要照顧者進行對比，卻因為未使用居家式喘息服務的家庭主要照顧者的婉拒，難以提供豐富且足夠的描述資料以瞭解各群族間使用居家式喘息服務之歷程，成為研究的遺憾之珠。

三、政策制度的限制

長照十年計畫 1.0 自 2007 年開辦以來，相關服務量能已有顯著成長，然因照顧服務需求趨向多元化，亟需創新型態照顧服務模式之發展，以擴大回應不同族群的需求，且長照十年計畫 1.0 已進入尾聲，「長期照顧服務」係蔡英文總統參選時積極推動的政見之一，其中一項主張即是推出「長照十年 2.0 計畫」，於此，本項政策也於 2016 年底通過並於 2017 年 1 月 1 日正式實施，實現在地老化、擴大服務對象、服務到位化及提供新的給付及支付制度。

長照服務給付及支付新制於 2018 年 1 月 1 日正式上路，將原先的 10 項長照服務，整合為「照顧及專業服務」、「交通接送服務」、「輔具服務及居家

無障礙環境改善」及「喘息服務」等 4 類給付類別。家庭主要照顧者還在適應 2017 年剛實施的長照十年計畫 2.0，2018 年給付及支付制度又如火如荼的展開，讓家庭主要照顧者措手不及，無法接受與調適過渡時期的轉變，而長照十年計畫 2.0 滾動式的快速推動也讓研究的推展增加了無形限制。

參考文獻

中文文獻及網絡資料

- 內政部(1998)。加強推展居家服務實施方案。
- 內政部(2007)。我國長期照顧十年計畫摘要本(核定本)。取自衛生福利部長照政策專區。
- 內政部(2009)。民國 98 年老人狀況調查報告。取自 sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/老人/98年老人調查分析.pdf。
- 內政部統計處(2013)。中華民國 100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告。台北市：內政部統計處。
- 行政院衛生署 (1998)。老人長期照護三年計畫。台北：作者。
- 衛生福利部(2016)。長期照顧十年計畫 2.0(核定本)。取自衛生福利部長照政策專區。
- 衛生福利部(2014)。中華民國 102 年老人狀況調查報告。台北，行政院衛生福利部。
- 中華民國家庭照顧者關懷總會(2007)。家庭照顧者處境與支持性服務。取自 <http://www.familycare.org.tw/about>。
- 社團法人高雄市家庭照顧者關懷協會(2017)。家庭照顧者也要 1 例 1 休和年金改革。取自 <http://www.commonhealth.com.tw/blog/blogTopic.action?nid=2255>。
- 地方中心(20151111)。「想殺她好久了」點火推入河 崩潰女弑病母。蘋果日報電子報。取自 <http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20151111/36892953>。
- 綜合報導(20160127)。1 屋 2 命 悶死公公 孝媳跳樓。蘋果日報電子報。取自 <http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20160127/37033696/>。

- 社會中心(20160705)。悲劇！長期顧癱瘓妻「真的累了」 夫燒炭雙亡。東森新聞雲。取自 <http://www.ettoday.net/news/20160705/729108.htm>。
- 康健雜誌(2014)。照顧男，很難？取自 <http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=68573&page=2>
- 屏東縣長期照護管理中心(2016)。
<https://www.pthg.gov.tw/care/Default.aspx>。
- 王守玉、Carol Windsor、Patsy Yates(2012)。簡介紮跟理論研究法。護理雜誌，59(1)，91-95。
- 王思堯、Elizabeth Davies(2007)。家庭成員安置年邁家屬入住長期照護機構的適應。護理雜誌，54(3)，82-86。
- 朱偉仁(2000)。孝道文化下照顧困境與出口-以入住機構老人的主要照顧者為例。取自台灣博碩士論文系統。
- 古允文(2016)。如何因應家庭結構轉型，建立友善的養育與照護環境 社會創新思維下的養育照顧：議題與政策回應。105 年青年政策論壇。
- 呂寶靜(2001)。第一章；老人與社會照顧。台北市：五南。
- 林君黛、邱盈綺、徐宙玫、黃昱瞳(2013)。影響家庭照顧者使用機構喘息服務因素之探討。澄清醫護管理雜誌，9(3)，7-14。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花(2005)。質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。身心障礙研究，3，122-136。
- 林藍萍、劉美芳(2005)。德、日長期照護保險制度之簡介。台灣老人保健學刊 Vol.1 No.2。
- 李姿穎(2012)。「綁」在一起的彼此：家庭脈絡下的老年人與外籍看護關係探討。取自台灣博碩士論文系統。
- 林耀盛(2006)。聆聽受苦之聲：從「咱們」關係析究慢性病照顧。應用心理研究，29，183-212。
- 吳宜芸(2000)。不同世代女性對失能老人接受機構照顧的看法。取自台灣博碩

士論文系統。

吳淑瓊(2004)。從「建構長期照護體系先導計畫」之執行看我國社區是長期照護體系之建構。社區發展季刊，106，88-96。

吳瓊滿(1999)。居家照顧者的負荷。美和專校學報，17，1-14。

李逸、周汎浩、陳章惠(2011)。家庭照顧者議題-從性別、私領域到公共政策的觀點。護理雜誌，58(2)，57-62。

邱啟潤、陳武宗、陳宜品(2005)。以 Andersen 模式探討家庭照顧者對正式支持系統的利用。長期照護雜誌，9(4)，331-348。

邱啟潤、黃鈺琦(2010)。居家照護病患及主要照顧者在長期照護資源的利用及可近性探討。長期照護，14(3)，293-309。

梅陳玉嬋、楊培珊(2006)。台灣老人社會工作：理論與實踐。台北：雙葉。

莊坤洋，吳淑瓊(2000)。台北市喘息服務模式之現況評估與發展研究。

徐劭婷、張景然(2000)。應用延伸計畫行為理論探討青少年吸菸行為之影響因素。輔導與諮商學報。32(1)，67-83。

施麗紅(2017)。失智症長者入住專門照顧機構後期主要照顧者與機構工作人員的照顧關係-以主要照顧者觀點分析之。長期照護雜誌，21(2)，111-131。

施束鐘(2003)。擺渡人生-從優勢觀點看都市原住民單親婦女的生活世界-以台北縣市阿美族為例。取自國立台灣大學社會工作研究所碩士論文。

陳正芬、吳淑瓊(2006)。家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。人口學刊，32，83-121。

陳向明(2002)。社會科學質的研究。台北：五南。

陳芬婷、邱啟潤(2015)。喘息服務方案對家庭照顧者之效益。護理暨健康照護研究，11(1)，53-63。

陳淑芬、鄧素文(2000)。台灣長期照護服務體系之發展。護理雜誌，57(4)，5-9。

章詩鎔、饒婉儀(2016)。以計畫行為理論分析影響消費者使用旅館環保服務之行為意向。文化事業與管理研究。14，67-81。

- 黃秀梨、李逸(2002)。談喘息服務常見的使用障礙與因應策略。護理雜誌，49，92-96。
- 黃秀梨、張媚(2006)。機構安置決策過程研究之剖析及應用—以家庭為中心的視角。護理雜誌，53(4)，58-64。
- 黃秀梨、張媚、余玉梅(2006)。我國機構式喘息服務策略分析與建言。護理雜誌，53，59-66。
- 黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀(2007)。影響北台灣家庭照顧者喘息服務利用的因素。長期照護雜誌，11，51-65。
- 張英熙(1998)。身心障礙兒童母親罪惡感諮商歷程研究。取自台灣博碩士論文系統。
- 張銘倫(2009)。男性婚姻暴力加害人的羞恥感、罪惡感、歸因型態及婚暴行為之關係。取自台灣博碩士論文系統。
- 蔡佳容、蔡榮順、李佩怡(2012)。失智症家庭照顧者的內疚經驗。亞洲高齡健康休閒及教育學刊，1(1)，59-79。
- 蔡佳容、蔡榮順、李佩怡(2016)。失智症家庭照顧者之受苦與因應經驗研究。中華輔導與諮商學報，47，59-90。
- 蔡啟源(2009)。老人喘息服務之探討。社區發展季刊，128。
- 蔡偉德、張雅雯(2002)。醫療利用可近性：台灣老人之實證研究。國立中央大學台灣經濟發展研究中心學術研討論文。
- 楊明理(2011)。淺談賦能概念在喘息服務之應用。台灣心理諮商季刊，3(1)，16-28。
- 楊筱慧(2011)。誰來照顧？居家服務方案對服務使用之影響。台灣高齡服務管理學刊，1(2)，97-119。
- 劉育慶(2017)。男性照顧者說不出的心聲 從孝道與就業的雙重責任談支持性服務與勞動政策。性別平等教育季刊，79，21-28。
- 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。

- 潘淑滿 (2003) 質性研究：理論與應用。台北：心理出版社。
- 簡春安、鄒平儀(2016)。社會工作研究法。台北：巨流圖書公司。
- 羅婉榛(2007)。身心障礙兒童父母的失落與悲傷及其調適歷程之研究。取自台灣博碩士論文系統。
- 蕭華岑、謝秀芳、張碧容、王靜枝(2014)。從照顧者角度探討居家失智老人飲食改變行為之關連因素與背後潛藏需求。護理暨健康照護研究，10(1)，23-32。
- 饒嘉博(2004)。家庭照顧者就業的影響因子-以嘉義市長期照護實驗介入為例。取自台灣博碩士論文系統。

英文文獻

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Driver, B. L. (1992). Application of the Theory of Planned Behavior to Leisure Choice. *Journal of Leisure Research*. 24(3), 207-224.
- Ajzen, I., & Madden, T.J.(1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitude, intentions, and perceived behavior control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Collins, C. R.(1988). *Christian counseling:a comprehensive guide*. Word Publishing. Dallas, M. H. (1988). "All in the Family: Extend Autonomy and Expectations in Surrogate Health are Decision-Making", *The Gerontologist*, 28(Suppa.)46-51.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gillbert, N. and Terrell, P. (2015) *Dimensions of Social Welfare Policy, 5th ed.* Boston: Allyn and Bacon.

- Goulding, M. M, & Goulding R L.(1979).Guilt In Changing lives through redecision therapy(160-171).New York: Grove Press.
- Lamb,R.E.(1983)Guilt,Shame and Morality.Philosophy and Phenomenological Research,43(3),329.
- Matthew B, Miles. & A. Michael Huberman(2006) 。 *Qualitative Data Analysis:An Expanded Sourcebook(2 nd ed.)*. 台北：雙葉。
- Lee, G. R. (1992). Gender differences in family caregiving: A fact in search of a theory. In J. W. Dwyer & R. T. Coward (Eds.), *Gender, families, and elder care*.pp.27-87. Newbury Park, CA: Sage.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G(1985).*Naturalistic inquiry*.Newbury Park, CA:SAGE P ublication,Inc.
- Patton,M.Q.(1990),*Qualitative Evaluation and Research Methods*.(2nd ed.),Newbury Park,CA:Sage.吳芝儀、李奉儒譯，1995 質的評鑑與研究，台北：桂冠
- Rodgers, B. L., & Cowles, K. V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1048-1053.
- Sarafino, E. P. (2008). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (6 th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire,L. M., Coon, D., Langa, K. M., Gitlin, L. N., Stevens, A. B., & Nichols, L. (2007). Patient suffering and caregiver compassion: New opportunities for research, practice, and policy. *The Gerontologist*,47(1), 4-13.
- Shaw, C., McNamara, R., Abrams, K., Cannings-John, R., Hood, K., Longo, M., ... Williams, K.(2009). Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Techonology Assessment*, 13(20).
- Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologist in clinical practice. *Professinal Psychology: Research and*

Practice, 29(1), 79-85.

Stockwell-Smith, G., Kellett, U., & Moyle, W. (2010). *Why carers of frail older people are not using available respite services: An Australian study*. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 2057-2064.

附件一 開放式編碼示例

阿雄阿公訪談稿	摘要	次類屬	類屬
<p>彼係溫牽手，少年時拵係彼照顧哇，今嘛彼破病啊，當然係哇照顧啊，哇謀家彼照顧訣叫誰照顧？哩工送去養老院，哇看過溫厝邊送去，唔麥一年啦，半年就去蘇州賣鴨蛋啊。哇叫溫媳婦趁厝內顧乎賀就好，嘛不用捱操煩。送去養老院，半年就去蘇州賣鴨蛋啊。哇叫溫媳婦趁厝內顧乎賀就好，嘛不用捱操煩。哇訣放心乎別人顧，別人顧欸甘欸有哇賀？透早起來要先喂飯，從鼻子那灌進去，吃藥欸時間哇卡清楚，哇卡知影彼欸習慣啦，而且別人來顧，厝邊欸啊啲供？哇無想訣乎厝邊供閒阿話。</p> <p>溫媳婦申請欸，一開始哇就工唔要，捱堅持欸，工希望哇欸盪去外面繞繞走走耶！</p>	<p>彼係溫牽手，今嘛彼破病啊，當然係哇給彼照顧啊，溫媳婦趁厝內顧乎賀就好，嘛不用捱操煩。送去養老院，半年就去蘇州賣鴨蛋啊，哇不可能乎彼去。</p> <p>哇訣放心教乎別人顧，別人顧欸甘欸有哇賀？而且別人來顧，厝邊欸啊啲供？哇無想訣乎厝邊供閒阿話。</p> <p>溫媳婦申請欸啦！捱堅持欸，哇嘛謀彼欸發逗，工希望哇欸盪</p>	<p>婚姻的束縛、承諾</p> <p>機構式服務的錯誤迷思</p> <p>以照顧失能老人為己任</p> <p>鄰里議論壓力</p> <p>身體的負荷程度</p> <p>與照顧服務員的合</p>	<p>親密情感連結</p> <p>使用契機</p> <p>照顧責任</p> <p>罪惡感</p> <p>申請方式與使用契機</p> <p>初期的磨合</p>

<p>還可以啦！她服務也一段時間嘛，哇謀不可能完全放乎小姐做，哇就不放心他給其他人照顧啦，阿不過她嘛知影哇的習慣，照顧欸嘛好細好細。</p> <p>就算要哇休息，哇也只是去外面的菜園種種菜、去游泳池游泳或是去老人會聚聚餐而已，不可能出去太遠的地方，像是那種一日遊或是要過夜的，哇是絕對不會去的，說到底就是不放心彼，嘛不知小姐顧了案怎…</p>	<p>去外面繞繞走走耶！</p> <p>還可以啦，阿不過她嘛知影哇的習慣，照顧欸嘛好細好細。</p> <p>哇也只是去外面的菜園種種菜、去游泳池游泳或是去老人會聚聚餐而已，不可能出去太遠的地方，像是那種一日遊或是要過夜的，哇是絕對不會去的，說到底就是不放心彼，嘛不知小姐顧了案怎…</p>	<p>作模式</p> <p>居家式喘息服務使用情形</p>	<p>中期的效益與缺失</p> <p>照顧責任</p>
---	--	-------------------------------	-----------------------------

附錄一

訪談大綱

壹、家庭照顧狀況

- 一、平常在家，會有其他人協助您照顧長輩嗎？您放心交由他們照顧嗎？
- 二、您覺得在照顧上遭遇的困難有哪些？這些困難會影響您和家庭嗎？
(如：長輩配合度不高、無法外出與人互動、經濟收入來源減少、其他家人對照顧長輩意見不同…等)。

貳、使用居家式喘息服務情形

- 一、當初怎麼知道居家式喘息服務的？(透過家人、鄰居或網路媒體…等)。
- 二、為何會選擇申請居家式喘息服務？(照顧壓力太大、無法好好休息、家人共同決定…等)。
- 三、您本身對於居家式喘息服務有什麼看法？(幫助有限、能減輕照顧壓力、補充居家服務的不足)
- 四、申請/使用居家式喘息服務的過程中是否遭遇困難？(行政程序繁瑣、行政效率過慢、服務費用過高、內心的罪惡感、家人的支持度、左鄰右舍的指點…等)
- 五、使用居家式喘息服務對您與家庭有幫助嗎？對哪個部分最有幫助？
(如：可以稍加休息、可以外出旅遊、可以做自己的事…等)。
- 六、不使用的原因為何？(無法減輕壓力、幫助有限、服務員專業素質待加強、費用太高、家人不支持、自我責任感使然…等)

參、對居家式喘息服務的期待與建議

- 一、您對居家式喘息服務的建議與期待
- 二、您期待政府能提供何種協助，原因為何

訪談同意書

親愛的先生、女士：

您好，我是東海大學社會工作系研究所學生鄭雅文，目前正在進行「屏東縣失能老人居家式喘息服務使用的社會心理機制研究」，研究目的是希望探討長期照顧十年計畫下，失能老人居家式喘息服務使用現況之分析與探討以瞭解屏東縣失能老人之主要照顧者使用居家式喘息服務情形。

因此本研究希望透過您寶貴的意見，瞭解您目前使用居家式喘息服務的經驗與看法，以提供本研究者及相關單位參考。

為了使您所提供寶貴資料，能夠完整且正確的反應您對居家式喘息服務的使用情形，故在訪談過程中，將全程錄音，並透過本研究生的提問與主要照顧者的回答完成訪談，訪談時間約為 90-120 分鐘。我們的訪談內容，將會受到嚴密的保護不會外流，並以數字或代號代替您的名字。您擁有完全的權利決定是否參與本研究，您也可以要求暫停或決定退出本研究。此研究不會影響您使用居家式喘息服務的權益，請您放心接受訪談！

如果您同意參與本研究，請您在同意書上簽名，以確保您的權益。謝謝您！

東海大學指導教授 王篤強

東海大學社工所碩士生 鄭雅文

*****同意書*****

本人已明瞭上述研究目的、流程，獲得相關問題澄清及解答，瞭解本人在此研究的權利，並同意參與此項研究。

受訪者(簽名)：

聯絡電話：

研究者(簽名)：鄭雅文

學 號：G04560215

日期： 年 月 日