

# 影響失能老人生活品質的可能因素： 一個量化的初探---以台北市為例

謝美娥

## 中文摘要

本研究主要在了解失能老人的各種資源與居住安排、決定掌控力以及生活品質之間的關係，同時也想了解居住安排與決定的掌控力和老人生活品質的關係。

本研究以訪員親自面訪之方式蒐集資料，總計訪問有效問卷 324 份，其中社區老人 199 位，機構老人 125 位。

本研究發現老人的資源與居住決定掌控力有顯著的關係，老人平均一個月所得越高、照顧費用金額越低、ADL 及 IADL 分數越高、有使用非正式資源、居住在社區，其決定掌控力越高。老人的資源與居住安排的關係，居住在機構的失能老人，其平均年齡較居住在社區者大、以鰥寡者較多、照顧費用較多、經濟來源中較沒有自己可支配的收入、自覺健康較好（但實際 ADL 計分卻較差，在研究發現中已說明可能因素）和子女互動頻率變少、較不會主動尋求社區資源。決定掌控力與居住安排方面，居住在社區的老人較居住在機構的老人覺得有居住決定的掌控力。越是有居住掌控力的老人整體生活品質較高。在生活品質方面，住在機構的老人比起住在社區的老人，覺得身體較健康，但在其他生活品質面向則均較低。最後由複迴歸分析結果得知，健康資源、經濟資源、家庭資源、社會資源、居住安排決定的掌控力以及居住安排確實可以預測失能老人的生活品質。符合本研究的研究架構與假設。

本研究最後提出實務與政策上的建議，並對研究限制予以討論。

關鍵字：失能老人、老人資源、居住安排、決定掌控力、生活品質

---

\* 本篇論文所用之資料是採自國科會補助的研究計劃：「失能老人居住（照顧）安排的決定因素與生活品質之探討」（計劃編號：NSC 89-2412-H-004-029-SSS）

\* \* 作者為係國立政治大學社會學系教授

# Quality of life in disabled older persons: A quantitative exploration

Mei-O Hsieh

## Abstract

The purpose of this study is to examine the effect of various resources, living arrangement, and locus of control of living arrangement on quality of life in disabled older persons.

Survey research with face to face interview was employed. Feelings and experiences of 324 disabled older persons using structured questionnaires were collected.

The findings indicated that some personal resources in terms of sociodemographic characteristics and health resources, economic resources, family resources as well as social resources do have influences on quality of life. In addition to resources, locus of control on living arrangement and living arrangement also have their effects. More to the point, the older persons who are younger, are healthier, have more income, spend less care expense, have more interactions with adult children, use fewer formal resources, live in community, have larger locus of control, have higher quality of life. The finding supports the predictions generated from our research framework. Finally, practice and policy implications are discussed.

Key words: disabled older persons, resources, living arrangement, locus of control, quality of life

---

\*The study was funded by National Science Council. : Related factors of living arrangements and quality of life in the frail elderly: An exploratory study. NSC 89-2412-H-004-029-SSS

\*\*The author is the professor of Department of Sociology in National Chengchi University.

## 壹、前言

醫療進步與社會福利的增進，使得不少失去健康的老人，仍能夠生存下來。然而，活著並不是唯一的目的，更重要的是要讓這些失能老人能夠愉快的活著。國內很少研究或探討失能老人的生活品質，在老人生活品質的相關研究中，多以長期照護機構內的老人為對象(郭玉燕，1993；黃松林，1994；陳亦暉，1995；吳大偉，1997；李碧姿，1997)。對住在社區家庭的老人，也多著重於家庭照顧的品質(林秀純，1997)。簡而言之，失能老人整體的生活品質，付諸闕如。

學者曾提出老人遷徙的三種類型：一是為了舒適或生活型態的遷徙(amenity or lifestyle mobility)，通常和退休有關；二是搬去與子女同住(relocation to be closer to family, especially children)，通常在日常生活功能和輔助性日常生活功能需要協助時；三是住進長期照護機構(admission to an institution)，通常在家人無法再提供照顧時(Litwak & Longino, 1987)。由此可知，失能老人晚年的遷徙中，以「與子女同住」和「住進長期照護機構」較多。換言之，老人一旦失能之後，會評估各項資源而決定住在哪裡。在台灣，失能老人住進各類長期照護設施的比例並不高，僅有 10.27%。從老人生活狀況調查(1996)中發現可見的是多數失能老人以住在家中居多，其中有的是與配偶同住或獨居，有的則與成年子女同住。

失能老人決定與成年子女同住或搬進長期照護機構是一個重要的決定。這個決定當然不是來自老人一個人而已，其子女必會參與決定，而對老人而言，這就是決定的掌控力(control of the decision)。

因此，本研究想了解失能老人如何決定他們要住社區家裡，或是入住長期照顧機構？有哪些因素會影響他們這樣的決定？老人在這決定過程中的掌控力有多少？他們做決定時會受到哪些影響？當他們決定了居住安排之後，他們自覺的生活品質如何？老人在決定過程中的掌控力，會不會影響到他日後的生活品質？本研究的目的是：

- 第一、探討失能老人的資源與不同居住安排的關係。
- 第二、探討失能老人的資源與決定掌控力的關係。
- 第三、探討失能老人的資源與生活品質的關係。
- 第四、探討失能老人決定居住安排的掌控力對其生活品質的影響。
- 第五、探討失能老人的居住安排對其生活品質的影響。

## 貳、文獻回顧

### 一、老人的資源、居住安排、與生活品質

老人在晚年時期，要活得尊嚴，過得獨立，與兩個因素有極大的關係。一為居住安排，一為老人所擁有的資源(private safety net)。而居住安排的選擇，通

常與老人的資源息息相關，換言之，居住安排會受老人資源所影響。居住安排除了受到老人資源的影響外，他本身也可以視為是老人資源的一類。Rosenzweig and Wolpin (1994)，在其研究中就說明老人在決定與誰同住，共享房屋資源，便是在決定與誰共享資源或配置資源之考慮。換言之，老人在做家庭內的資源分配時，會決定與某子或女同住 (shared housing)，自然進而影響到居住的安排。從另一個角度看，老人僅與配偶同住，可以享有長期的個人照顧(long-term personal care)；獨居則表示老人可以擴大自我決定的機會並可以實現個人偏好 (Day, 1985)，但是卻也表示可能需要外在的協助或耽誤接受必要性的協助；與成年子女同住，雖然冒了與自主性妥協的風險，卻比較能獲得立即性的照顧 (Cantor, 1983)。因此，不同居住的安排也可以視為老人不同的照顧資源。

居住安排也是生活品質的指標，對於老人而言，居住安排一旦決定了，通常較少再有改變，而且常會伴隨著較多的失落感 (如喪偶、健康惡化、收入減少)。一項研究美國女性老人的居住安排與生活滿意程度之相關性指出，與配偶同住的居住安排是生活滿意度最高的一群了。很不幸地，大多數女性老人 (因生命其較長)，會經驗到先生的死亡，也就是說邁向較不滿意的生活經驗。換言之，Day 與 Day 在 1978 年和 1987 年兩次訪談調查中，發現有 38% 的 1987 年訪談之女性老人，發生居住安排上的改變，其中 53% 是因先生去世。這個改變伴隨個人滿意度和自我掌控能力感的下降 (Day & Day, 1993)。

### (一) 老人資源與社區的居住安排

老人的各項資源會影響到其對居住的安排。在談老人的資源時，經濟資源、健康資源 (Mutchler, & Burr, 1991) 和家庭資源 (子女、親屬) 是最常被文獻提到的 (Wolf, 1984; Wolf & Soldo, 1988)。

1. 經濟資源又區分為短期資源如收入 (income) 和長期資源如資產或財富 (assets or wealth)。當老人考慮居住安排時，會同時考慮當前的收入與資產的價值

(Mutchler & Burr, 1991)。不過也有研究者指出經濟資源和居住安排並非呈現直線關係，Worobey 與 Angel (1990) 則發現中等所得者與他人同住的比例最高，而高、低所得者獨居比例均高。國內學者則指出高所得的老人才有能力依偏好而選擇居住型態，低所得者限於生活資源，較不可能選擇獨居 (羅紀瓊, 1987; 陳肇男, 1993); 但是，陳妙盡 (1996) 以多重邏輯回歸分析指出相對於獨居，中高所得者與他人 (配偶或成年子女) 同住的機率均較高 (陳妙盡, 1996)。

2. 身體健康良好的老人比較會願意住在社區與家人、親友同住或甚至獨居。健康趨差的老人，在評估其需要密集性醫療照顧且發現採居家照顧可能比機構照顧更昂貴時，比較會決定住進安養院或長期養護設施。也就是說當老人身體功能極度不良時，比較可能選擇住進養護機構 (Burr, 1990); 但當其身體功能尚良好時，則會依其自身限制之程度與機會 (包括需要照顧的程度、收入多寡、非正式支持之有無) 而決定合宜的家戶單位。Soldo, Wolf, & Agree (1990) 更指出許多老人不是因為老了或被家人遺棄而住進養老機構，而是因為「病了」才住進去的。健康

較差的老人較少獨居 (Mutchler & Burr, 1991)。

3. 老人有子嗣被認為是老人的重要資源 (Mutchler & Burr, 1991)。有的研究則放在子女數目與老人居住安排上 (Crimmins & Ingegneri, 1990; Soldo et al. 1990; Wolf & Soldo, 1988; Wolf, 1990)。老人所擁有的子女數愈多，在老年時會有較多的選擇機會而傾向於與子女同住。除了子女被視為家庭資源外，『婚姻狀況』也被視為是家庭非正式資源的一種。婚姻狀況可以記錄一個人的婚姻史，甚至於子女生育史。曾結婚喪偶者通常與大家庭中其他親屬有更強的關係與聯繫。離婚者與分居者在這方面就較為薄弱。而已婚者也比從未結婚者與其他家人有較多聯繫 (Mutchler & Burr, 1991)。已婚的老人有配偶提供協助可能增加獨居或延緩機構式照顧的使用，失婚表示缺乏非正式協助 (Avery, Roger, Speare, & Lawton, 1989)。

Crimmins & Ingegneri (1990) 針對居住安排進行的研究中，使用因果分析 (路徑分析) 方法，結果發現與子女同住的決定因素有 (以1984年調查資料為例)：

- 1、子女數目愈多，愈有選擇之可能，每一個子女增加 2% 的變異量。
- 2、失能狀況：老人失能、需要子女給予生活上的協助，也會增加與子女同住的可能性。每增加一個失能項目，增加 2% 的變異量，與子女同住。
- 3、喪偶會增加 11% 的變異量。
- 4、年齡本身在喪偶和失能狀況控制後，變得無足輕重。
- 5、女性比男性更多與子女同住，但控制需求與子女數後，男性變得比女性更多與子女同住。
- 6、性別透過喪偶 (女性喪偶多) 影響與子女同住。
- 7、教育程度愈高者，愈不喜歡與子女同住。
- 8、黑人或西語裔者，與子女同住者高，黑人則是可能透過喪偶、失能和低教育程度而造成影響。
- 9、住在大都會地區，( Standard metropolites statistical area = SMSA ) 與子女同住成正相關，增加 7% 的可能性。
- 10、而住在東北地區者則與子女同住呈負相關。在美國南部，年輕人移出者多的鄉村地區，老人與子女住得距離愈遠。

從 Crimmins 與 Ingegneri 等人另對於 1975 和 1984 年的人口統計比較分析發現，老人和子女同住比例差不多。有未婚的子女、老人本身喪偶、老人有失能情況、居住地方比較靠近，以及教育程度中等均比較有可能會和子、女同住。

## (二) 老人資源與長期照護機構的居住安排

以下分別從個人特質、經濟資源、健康資源和家庭資源，來探討老人入住長期照護機構的相關因素：

1.個人特質：一般而言，年齡越大，特別是大於 85 歲的老人，住進長期照護機構的可能性越大，事實上美國人 85 歲以上有 22% 住在護理之家(nursing homes)(Rivlin et al. 1988)，而研究也發現女性佔了護理之家住民的大多數在 75% 左右(Hing, 1987)，這可能和女性有較長的壽命有關。

2.經濟資源：有關收入與入住長期照護機構的關係，研究結果比較不一致，有些研究指出住到護理之家的老人收入大多不是很高(Cohen, 1986; Lin & Manton, 1989)，但也有研究發現護理之家住民的收入比一般老人平均收入高(Lamberton et al, 1986; Newman, Struyk, Wright, & Rice, 1988)。可能由於護理之家的老人，有些是自己付費的，有些是接受政府救助的。對於自己付費的老人，大多被收取較平均收入為高的費用，而政府補助的住民，其收入均較平均收入來的低(Scanlon, 1980)。擁有自己的房屋也會有較低的入注意願(Coughlin, McBride, & Lin, 1989; Newman et al. 1988)，有可能是為了保護自己的財產使有錢的老人不願入住長期照護機構。

3.健康資源：常被探討入住長期照護機構的健康因素有日常功能的失能程度、身體的健康、以及心理的健康。大多數研究發現住在護理之家的老人其失能狀況很嚴重(Cohen, Tell, & Wallack, 1986; Coughlin et al. 1989)，在日常活動功能中，如廁與餵食因素特別顯著(Weissert & Scanlon, 1983);身體健康狀況和日常活動功能雖然有關，但也有研究指出住民常有較大的醫療上的問題，如癌症、循環上的問題等(Weissert & Scanlon, 1983)。在心理疾病方面，許多住民有慢性心理失能的問題，多數是阿茲海默症和相關失智症，約有 3/5 住民有記憶受損的問題，一半的住民診斷出失智症或慢性器質性腦部症狀(Hing, 1987)。較近的研究，Forbes, Hoffart, & Redford (1997)也指出由於健康的需要，老人會入住長期照護機構，特別是認知障礙的老人。

4.家庭資源：配偶和子女的照顧會影響入住因素，缺乏非正式照顧者的老人比較會住進護理之家(Shapiro & Tate, 1988; Lin & Manton, 1989)。然而也有不同的發現，指出非正式支持的有無與入住並無顯著的關係( Coughlin et al. 1989; Newman et al. 1988 )，同樣的，有無子女提供照顧也有不同的結果，缺乏子女照顧的人會有較高的入住率(Garber & MaCurdy, 1989)，但是 Hing ( 1987 ) 卻也發現護理之家住民中有 63% 有子女。這和有些研究指出老人之所以住進護理之家乃是因為非正式照顧者負荷太大因而結束照顧關係，而不是有無社會支持或家庭資源(Kasper & Steinbach, 1994 ; Dwyer, 1996)。

## 二、老人的生活品質

### (一) 生活品質的概念與面向 (或測量)

「生活品質」(quality of life)早在 1930 年就成為學術研究的概念(Furusetth & Walcott, 1990)。但說到生活品質的定義，乃是起源自對醫療介入過程的測量

(Gentile, 1991)。換言之，用「照顧品質」(quality of care)來測量「生活品質」。所謂「照顧品質」就是決定怎樣的照顧是好的、是適當的、是實施完善的 (Wyszewianski, 1988a;引自 Gentile, 1991)。Fry (2000)認為生活品質是個人主觀的感受，代表的是對社會心理健康及生活上醫療及非醫療層面的生活滿意度。生活品質是一種現實與心中希望的差距，所以也可說生活品質是認知的評價過程，反應目前的生活滿意及正面效果。因此，生活品質是一種主觀的知覺。

Ferran 及 Power (1985)的生活品質-護理之家版，包括 4 個量表，分別為(1) 健康與功能量表 (2) 社會經濟量表 (3) 心理/靈性量表 (4) 家庭量表。

Arnold(1991)曾提出生活品質應包括：生理功能與症狀、情緒功能與行為的失功能、智力與認知功能、社會功能以及支持網絡的存在、生活滿意度、健康認知、經濟狀況、追求興趣的能力(例如：工作、嗜好)與再創造力、性功能、能量與生命力。

Kutner & Ory(1992)在提昇健康的臨床研究中測量老人生活品質，所使用的生活品質測量包括：生理功能、社會功能、情緒或精神狀態、壓力的症狀、以及對福祉的觀點或感覺。而所謂壓力的症狀所著重的是對疼痛的評估，而對福祉的認知則包括了生理與心理社會的福祉。生理功能：日常生活生理活動的表現能力。

影響生活品質最顯著的就是健康(Baxter, Shetterly, Eby, & Mason, 1998)。Ware & Sherbourne (1992)認為健康在老人心中，是極重要的目標。其設計的 SF-36 量表包括 8 個健康概念的多面向量表：1)因為健康問題而引起的身體活動限制；2)因為身體及情緒問題而引起的社會活動限制；3)因為健康問題而引起的平常角色活動的限制；4)身體疼痛；5)普遍的心理狀態（心理焦慮和安適感）；6)因為情緒問題而引起的平常角色活動的限制；7)活力（能量和疲乏）8)普遍的健康知覺。

Lawton (1983 & 1997)提出的生活品質面向，包括了以下四部分：行為的能力 (behavioral competence)、知覺到的生活品質(perceived quality of life)、客觀的環境(objective environment)、與心理的福祉(psychological well-being)。

行為的能力依照 Lawton (1983 & 1997)的分類包括了以下五面向：1.健康：身體、器官、細胞的健康。2.日常生活功能的健康：ADL、IADL、工作狀態、與財務的管理。3.認知：創造發明、問題解決、符號思考、操作制約、古典制約、記憶、認知、與感官接收。4.時間運用：創造發明、探索、再創造、好奇心、刺激變化。以及 5.社會行為：創造的領導、愛、親職與利他的行為、照顧、親密、短暫接觸與感官接觸。而知覺的生活品質，就是個人對於上述行為能力的主觀認定(Lawton, 1983 & 1997)。例如個人對自身健康的自我報告(self-rated)。心理福祉則是個人對自己福祉的評估，例如生活滿意度、心理健康、以及主觀情緒的好壞。

另外，Brod, Stewart, Sands, & Walton (1999)曾測量輕度到中度失智症老人的生活品質時，所使用的測量則包括：

- 1.日常活動：包括 ADL 與 IADL。
- 2.辨別力的活動：例如嗜好、再創造的活動、工作、或是保持積極。

- 3.可移動性：到附近走動的能力、公共交通的能力。
- 4.社會互動：社會關係，包括與家庭的親密與幸福、社會參與。
- 5.互動能力：與環境互動的能力，包括溝通、理解力。
- 6.身體的福祉：身體是否舒適的症狀，例如疲勞或是睡眠狀況。
- 7.感覺的福祉：正負向情緒、情感狀態、與對自我的看法。例如自尊、自我意識、控制感、感覺到愛與需要、幽默感、及各種情緒感受。
- 8.對美的感覺：感官的覺知，例如：對自然與環境的感受、以及對創造及美的表達與感受。
- 9.全面的觀點：包括自我評估的健康狀況、以及生活滿意度。

由於生活品質概念的多面向，不同的學科領域中，對其定義與著重的面向也是不盡相同(Gentile, 1991)。最後要看研究的架構與理念來選取適當的測量概念。

## (二) 老人生活品質的影響因素

健康狀況、經濟資源、家庭與社會支持等均會影響到老人的生活品質。多位學者專家均發現身體功能(身體機能、疾病數目、自評健康)與日常活動能力與生活品質有顯著的正相關(曾淑汝, 1999; 林三衛, 1997; 吳大偉, 1997; Baxter et al. 1998)。曾淑汝(1999)及吳大偉(1997)更發現老人與家人(親友)互動頻率越高，越多孩子的個數及與親朋好友接觸越頻繁，越可以維持老年人較高的生活士氣，和整體生活品質呈現顯著正向相關。Baxter et al (1998)則發現收入與生活品質有直接相關。其他像郭玉燕(1993)發現與院友相處愈好、每月安養費用愈低、年齡愈大、入家意願愈高其機構生活的滿意度及人生滿意度均較高。在Baxter et al (1998)的研究中，將社會網絡當作影響生活品質的因素。曾淑汝(1999)發現不同的教育程度、入住(退休)前職業、社會經濟階層和入住護理之家時主要疾病診斷在整體生活品質得分有顯著差異。

Stewart 與 King (1994)認為影響老人生活品質的因素有：

- 1.臨床狀態：醫療與心理狀況、感官的限制、生理的失能
- 2.健康照護：醫療、資訊提供、治療、提供者的人際型態、處遇
- 3.社會環境：居住安排、隱私、社會網絡、社會支持、婚姻狀況、生活事件
- 4.生理/社區環境：居住單位---物質配置、年長者的資源、安全、年長者聚集的地方、再創造的機會、交通的機會
- 5.生活型態：運動、營養、吸煙、喝酒、靈性活動、活動參與(再創造、智力、社會、社區、創造、其他)
- 6.人格特質：因應能力、對改變的適應力、友善、對老年的態度
- 7.社會經濟因素：職業狀態、經濟狀態、收入
- 8.人口學因素：年齡、性別、教育、種族

### 三、不同居住安排的生活品質

#### (一) 社區家庭中失能老人的生活品質

雖然家庭照顧是最普遍的老人照顧，但是家庭照顧的品質，與機構照顧品質相比，卻甚少有人探討。在 Cromwell 與 Lim (1996)之家庭照顧老人品質的研究中發現，家庭照顧的品質可從多方的觀點來看，包括老人、家庭照顧者、健康照護專業人員、以及機構。

從老人與照顧者的觀點看來，Cox 與 Dooley (1996)質性訪談了老人與家庭照顧者的研究中發現，老人認為可以增進其照顧品質的方法是：1.自我照顧，包括學習新的自我照顧技巧。2.接受專業付費照顧：讓照顧者得以休息或是與人分擔照顧工作。3.負責情境下態度與心理的層面：做個合作讓人愉快的老人 4.提供照顧者直接的幫助：包括讓照顧者知道他們的幫助讓我很感激。另外，照顧者認為可以改善生活品質的要素是：1.受照顧者盡量作他們能做的事情 2.受照顧者的行為，例如對照顧者的需要表示關心，為照顧者做些事，以及情緒的支持 3.有幽默感。照顧者認為這些特質，能使他們更願意負起照顧責任，並改善生活的品質。另外，照顧者觀點的照顧品質，還包括正式與非正式協助網絡對照顧的幫助(Bass, Noelker, & McCarthy, 1999)。

晚年照顧是一個動態且互動的過程(Cox & Dooley, 1996)。在林三衛(1997)老年生活品質的研究中發現，情感的支持、健康狀況、與有功能的支持網絡是影響老年生活品質最重要的因素。另外，影響家庭照顧品質的因素中，老人與照顧者的關係是重要的影響因素。林秀純(1997)探討台灣北部地區失能老人家庭照顧品質的研究中，指出影響家庭照顧的重要變項有：

1. 失能老人需求被滿足的程度：照顧者與失能老人的關係品質、與照顧者對失能老人的了解程度，是兩項重要的影響變項。
2. 家庭受影響程度：包括患病時間、照顧者性別、是否有親友協助、照顧困難度，是家庭受影響程度的重要變項。

在此研究中，失能老人需求被滿足的程度大致而言為中上程度，其中需求被滿足較低的項目為「睡眠的空間」、「關節活動度」、「娛樂活動的安排與參與」、以及「認知與自我照顧能力的下降」。而家庭受影響程度方面，大部分都成負面影響，影響較多的是「家庭成員的社交活動」、以及「家庭的經濟狀況」。而照顧者的負荷方面，發現心理社會負荷大於身體負荷。而這三種整體得分相加，為整體之家庭照顧品質分數，得分為中等。

#### (二) 長期照護機構內的生活品質

在長期照護機構中，往往最被注重的就是身體的健康(Gubrium & Holstein, 1999)。所以當評估機構中的「生活品質」時，往往容易著重於「照顧品質」。根

據 J. A. Duffy, M. Duffy, & W. Kilbourne, (1997)認為在長期照顧機構中的照顧品質有以下五面向：

1. 有形的---生理的促進、設備、以及個人的外觀。
2. 可靠性---對服務的表現與承諾的能力與可靠性。
3. 有反應的---有意願幫助居民以及提昇服務。
4. 保證---工作人員的知識與服務周到值得信賴。
5. 同理---對其居民提供照顧以及個人化的關注。

但是長期照護機構內老人的生活品質，卻不僅止於照顧的品質。在 Cohn 與 Sugar (1991)研究老人、員工、看護以及家屬對長期照護機構生活品質的看法時，將生活品質的概念分成以下六種定義：1.士氣 2.能力 3.自主 4.社會情緒環境 5.生理環境 6.照顧。一個很有趣的發現是老人定義生活品質最多的是「士氣」，而其他員工、看護與家屬則多半將「照顧」定義為生活品質的指標。而在探討增進生活品質的因素時，分為：1.活動 2.基本需求 與 3.專業照顧，包括醫護人員或社工的協助。老人與員工認為最能增進生活品質的是「活動」，看護則認為是「基本需求的滿足」，家屬則認為是「專業的照顧」。可見老人、家屬與其他專業人員對生活品質的認知或看法非常不同。

另外，Kane (1990)研究長期照護機構中個人自主與生活品質的關係時，發現自主(autonomy)是一種獨立的自我宣告，與機構中的生活品質有密不可分的關係。Herzberg (1997)研究護理之家居民中發現，社會環境是居民生活品質的重要基礎。所謂社會環境指的是居民與其他居民，以及工作人員的互動本質，也影響了居民對自我的看法。

國內研究老人長期照護機構生活品質的相關研究中，黃松林(1994)發現影響老人滿意度的因素以養護機構本身的特質為重，而非被養護者個人特質。在滿意度方面，對於養護機構的設施與設備滿意度最高，次為對環境與地點的滿意度，其後為醫護與養護，對社工與行政滿意度最低。李碧姿(1997)以質性訪談住在台北市私立安養機構的老人，對外籍監護工所提供的服務照顧的感受，發現老人多認命，且覺得人生沒有意義，且容易依賴退化、被忽略、缺乏自主性。吳大偉(1997)研究養護機構中老人的士氣，發現無力感、悲傷與心煩、生活意義與滿足感是機構中老人士氣的主要成分，另外身體健康與社會的健康是影響機構老人生活品質最重要的要素。郭玉燕(1993)研究台灣省公私立仁愛之家之自費安養老人，發現與院友相處越好、安養費用越低、年齡越大、入注意願越高、健康自評越好、家人支持越多的老人，其生活滿意度越高。

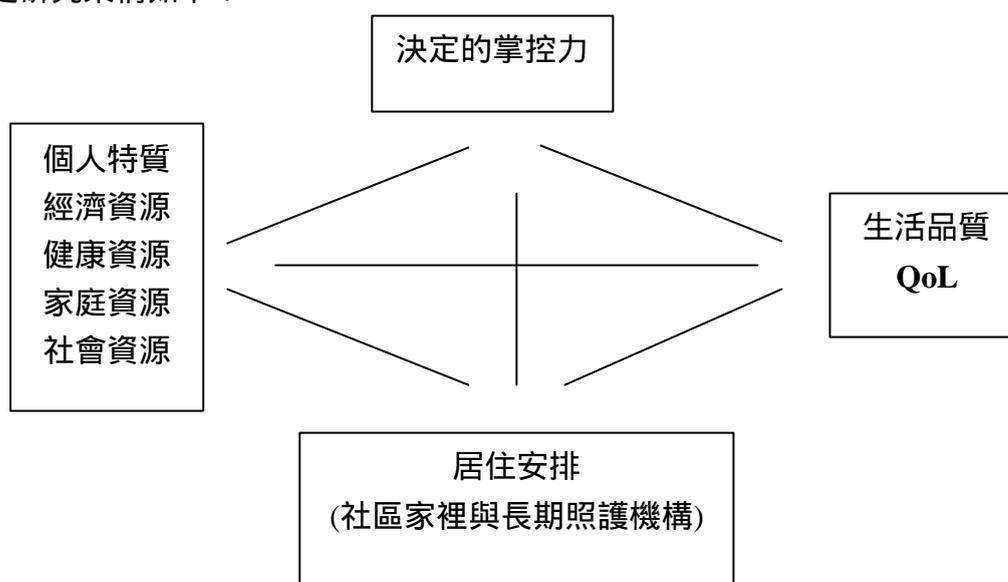
另有比較社區家裡和長照機構生活品質的差異，Farquhar (1995)及黃璉華 (1992)均發現住在家中的老人生活品質較好。

#### 四、決定掌控力與生活品質

失能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。Reinardy & Kane (1999)指出老人自覺入住長期照護機構決定的掌控力會影響老人後續的滿意度，也就是生活品質。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（years）和自覺掌控力有正相關。

本研究之研究架構如下：



## 參、研究方法

### 一、樣本來源

依台北市政府分類台北市地理位置為東西南北四個部分十二個行政區，隨機方式抽到松山區，以所抽到的區與區的疆界不相鄰的原則下，依序抽出南區文山區，北區士林區，西區中正區。由於考慮到失能老人受訪的不易，故再擴大抽樣，增加東區大安區，西區萬華區，南區南港區，北區北投區。預計社區每一個行政區各訪問 25 個失能老人，共 200 位。機構方面不分行政區訪問 120 個失能老人。

在社區抽樣方面，透過每區老人服務中心取得申請使用居家服務的個案，以及八個行政區內六十五歲以上身心障礙者名冊，逐一打電話並徵得失能老人的同意後面訪。在機構方面，透過各個行政區養護機構的聯絡電話，詢問機構負責人或社工人員提供可接受面訪（指無認知方面問題並可言語）的失能老人，經過老人同意後再安排至機構訪問。每份問卷並要求訪員寫下訪後感想，以確保訪問品質。

本研究以訪員親自面訪之方式蒐集資料，於民國 89 年 12 月展開，歷時近四

個月全部完成。其中社區老人 199 位，機構方面訪問了九個行政區內的各個養護所共 97 位失能老人，兩個安養機構 28 人，機構共訪問 125 位老人。總計訪問有效問卷 324 份。

## 二、研究工具與資料分析方法

本研究問卷區分為四大部分：失能老人各項資源、居住安排決定掌控力、ADL 與 IADL 測量以及生活品質。生活品質與 ADL 與 IADL 量表分述如下：

### (一) 生活品質量表

本研究使用的生活品質測量工具乃由研究者根據文獻及他人研究，設計成結構式問卷，資料蒐集過錄後，使用 SPSS 統計系統進行資料分析。在失能老人生活品質的概念上，本預定以因素分析法萃取生活品質的因素，但失能老人在題目的回答上，難以區分四個 Likert 量表的層次，且失能老人礙於體力又無法在太長的時間內接受訪談，因而在前測測試後，將生活品質的問項化簡為滿意及不滿意的資料。

結構式生活品質問卷題目包括七個面向，在做過信度分析後決定採用為後續統計研究之用者共計 35 題。包括健康的身體（4 題）、自我價值感（2 題）、有人關心陪伴（9 題）、居住環境及休閒場所（6 題）、親朋好友的聯繫（2 題）及愉快感（12 題）。

健康的身體題目是參考曾淑汝（1999）生活品質問卷中七題健康/功能分量表，將反面題目得分重新編碼後刪除掉 corrected item-total correlation 偏低的三題題目，得出四題健康的身體題目，信度 Cronbach  $\alpha = .7255$ 。自我價值感則參考自我價值感分量表，其中一題為「沒有工作」，因考慮本研究樣本失能老人已不可能再從事工作，故將之刪除，得出兩題自我價值感題目，信度 Cronbach  $\alpha = .8393$ 。有人關心及陪伴的題目是參考張素紅（1996）共十三題的社會支持量表，其中有一題在本研究的基本人口學問項中有相同問項，另一題和其他面向的題目相似，故刪除兩題。此量表代表一般老人的社會支持行為、來源及滿意度，因本研究預了解的樣本性質是失能老人的社會支持，故去除社會支持滿意度的問項，並將支持來源修訂為主要照顧者，之後刪除 corrected item-total correlation 得分較低兩題，共得出社會支持九題，提高信度至 Cronbach  $\alpha = .8846$ 。

居住環境及休閒場所題目來自 Stewart & King (1994)老人生活品質中的三題社會環境分量表及五題身體/社區環境分量表的題目，加上曾淑汝（1999）社會經濟分量表中兩題有關居住安排的題目，總共九題，之後刪除三題偏低的 corrected item-total correlation 得分，得出六題居住環境及休閒場所題目。在原「我滿意我目前的居住安排」題目上，考慮到居住在機構的失能老人是非自願、迫於妥協家屬的無奈不得而入住機構，而東方民情下的老人又不見得會將這種對居住權態度表達出來，所以修訂成反面的「我不滿意我目前的居住安排」問項。六題居住環境及休閒場所題目信度 Cronbach  $\alpha = .7602$ 。

在親朋好友的聯繫題目上原是參考曾淑汝（1999）社會分量表中與朋友互動及休閒活動的題目共四題，及 Ferran & Power (1985)生活品質指標-護理之家版的社會經濟分量表中一題「財務獨立」，總共五題社會經濟題目。刪除 corrected item-total correlation 較低的三題題目後，將 Cronbach  $\alpha = .6041$  提高至 Cronbach  $\alpha = .7230$ 。

愉悅感的題目是在考慮不重複題目的原則下參考 Ware & Sherbourne (1992) 所發展多面向 8 個健康概念 SF-36 量表中普遍心理狀態的題目八題，加上 Lawton (1975)PGC 量表中的六題希望、動機的題目、四題對自我老化態度題目、及四題寂寞、空虛感程度的題目，以及曾淑汝（1999）的心理/靈性分量表三題題目，一題社會分量表中信仰虔誠的題目，總共二十六題心理層面題目。刪除 corrected item-total correlation 較低的題目後，剩十二題，Cronbach  $\alpha = .9112$ 。

本量表回答原有四個不同層次，但在前測後發現老人很難區辨非常同意與同意、非常不同意與不同意。故簡化為同意及不同意兩類的性質，因此依理論將每一個面向題目的分數相加，以代表老人在每一個面向的得分，七個面向的加總即是失能老人在生活品質的總得分。由於回答只有兩層次，故無法照預定計畫進行因素分析。至於遺缺值的部分，則利用每一筆觀測值的平均數加以代入，以增加資料的可利用性。

## （二）老人失能程度量表

本研究定義的失能老人，為至少有一項日常生活活動量表（ADL）或輔助性日常生活活動功能（IADL）需要他人協助者，所以此量表中老人功能指標有兩種。前者（即巴氏量表）包括的項目有：進食、位移、如廁、沐浴、穿衣、大小便控制；後者包括：打電話、購物、準備餐食、做輕鬆家事、洗衣、使用交通工具、服藥、理財（Guralnik & Simonsick, 1993）。研究者根據以上題目，配合研究需要編修而成。ADL 有 10 題，每題因需要各自分成 2-4 個量尺，每個量尺 5 分，總分 100 分。IADL 有 8 題，分成「完全自理」3 分，「部分需要協助」2 分，「完全需要協助」1 分，總分 24 分。

## 三、失能老人樣本特性

本研究受訪的失能老人共 324 位，包括社區 199 位，機構 125 位。社區有男性 103 位，女性 96 位；機構男性 59 位，女性 66 位。男女各半，分別都是 162 位。老人的平均年齡 78.67 歲，年紀最大的是 96 歲，最小的是 65 歲，最多的是 76 歲，共 22 位老人，「81-85 歲」者佔了近 21.4%。婚姻狀況則以已婚最多 48.5%，其次是鰥寡 40.4%。教育程度以小學以下最多佔了一半以上（61.5%）。老人的籍貫則以本省較多（53.9%），外省次之（44.6%），其餘為客家及原住民。居住狀況方面，在社區有 46.5% 的老人與成年子女同住，27.3% 的老人與家人（包括未成年子女及配偶）同住，19.7% 的老人獨居。

老人信仰上以佛教最多，有 99 人（30.7%），其次是無宗教信仰，為 87 人（27.0%），傳統宗教有 78 人（24.2%）。

表一：失能老人樣本特性資料

項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
地區 (N=324)			年齡 (N=323)		
大安	25	7.7	65-70 歲	45	13.9
中正	25	7.7	71-75 歲	60	18.6
南港	25	7.7	76-80 歲	92	13.9
北投	25	7.7	81-85 歲	69	21.4
萬華	25	7.7	85-90 歲	40	12.4
文山	25	7.7	91-95 歲	15	4.6
士林	24	7.4	95 歲以上	2	.6
松山	25	7.7			
機構	125	38.6			
性別 (N=324)			籍貫 (N=323)		
男性	162	50.0	本省	174	53.9
女性	162	50.0	客家	4	1.2
			外省	144	44.6
			原住民	1	.3
婚姻 (N=324)			宗教信仰 (N=322)		
未婚	27	8.3	無	87	27.0
已婚	157	48.5	佛教	99	30.7
離婚	8	2.5	傳統宗教	78	24.2
鰥寡	131	40.4	基督教	40	12.4
其他	1	.3	天主教	8	2.5
			一貫道	4	1.2
			其他	6	1.9
教育程度 (N=312)			目前社區老人居住 狀況 (N=198)		
小學以下	192	61.5	與家人同住 (未包 括成年子女)	54	27.3
初中	24	7.7	與家人同住 (包括 成年子女)	92	46.5
高中	42	13.5	獨居	39	19.7
大專以上	54	17.3	與其他親戚或朋友	9	4.5
			其他	4	2.0

## 肆、研究結果

### 一、失能老人基本社會特質

#### (一) 失能老人居住 (照顧) 狀況

居住在社區已經維持目前的居住方式，時間上從 1 個月至 83 年都有，平均是 18.7 年。主要照顧者照顧時間自 1 個月至 22 年都有，平均是 5.3 年。社區中共 30 人沒有主要照顧者。主要照顧者依序為配偶（30.5%）、成年子女（23.9%）、無（15.2%）、居家服務員（13.7%）、外籍看護（11.7%）。

居住在機構的時間自一個月到 20 年都有，平均是 2.38 年。入住機構前有 65.3% 的失能老人沒有主要照顧者，有照顧者的，主要照顧者依序為成年子女（22.3%）、配偶（8.3%）、外籍看護（1.7%）、其他親戚或朋友（1.7%）、居家服務員（0.8%）。主要照顧者在家裡照顧的時間從一個月到 45 年都有，平均是 7.92 年。社區失能老人，其主要照顧者以配偶最多（30.5%），其次為子女（23.9%），照顧時間平均 5.30 年。

不論是機構或社區，「喜歡與家人同住」都是最多人的選擇。社區中有 63.3% 的受訪失能老人中表示喜歡與家人同住、30.6% 喜歡獨自居住或是與配偶同住、2.6% 喜歡住在養護機構。在機構中有 55.2% 的受訪失能老人中表示喜歡與家人同住、16.8% 喜歡獨自居住或是與配偶同住、22.4% 喜歡住在養護機構。社區中老人的住宅狀況，目前有 48.0% 的住宅房屋是老人自己的、22.4% 是子女的、18.4% 是租屋。

有關決定自己的居住安排上，社區的老人中由自己決定的有 70.2%、子女 15.7%、自己和子女共同決定有 5.6%。決定居住安排時有決定的能力佔 81.9%，有 79.2% 的老人表示可以選擇自己居住地點，決定居住安排時有受到充分尊重佔 93.9%。機構的老人在決定自己的居住安排上，子女決定佔了 47.2%、自己 24.0%、自己和子女共同決定有 14.4%。決定居住安排時有決定的能力佔 56.8%，56.0% 的機構老人表示不可以選擇自己居住地點，決定居住安排時有受到充分尊重佔 68.5%，。

在機構的失能老人入住養護所的原因中，有 48.7% 的老人是因為生病後引發入住的狀況（生病、生病後家中無適合的人可照顧、生病後自己想入住）。其中以生病後家中無適合的人可照顧（26.8%）佔最多的比例。

表二：失能老人居住狀況特質資料

社區			機構		
項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
社區主要照顧者 (N=197)			入住機構前在社區的主要照顧者 (N=121)		
成年子女	47	23.9	成年子、女	27	22.3
配偶	60	30.5	配偶	10	8.3
外籍傭人	23	11.7	外籍傭人	2	1.7
其他親戚或朋友	10	5.1	其他親戚或朋友	2	1.7
居家服務員	27	13.7	在宅服務員	1	.8
無	30	15.2	無	79	65.3
項目	平均數		項目	平均數	

社區-居住年數 (N=198)	18.6763年	機構-入住機構年數 (N=125)	2.3860年		
社區主要照顧者照顧多久 (N=168)	5.3021年	未送入前照顧者照顧多久 (N=36)	7.9167年		
無人照顧 (N=30)		入住機構前無人照顧 (N=79)			
社區		機構			
項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
喜歡的居住安排形式 (N=196)			喜歡的居住安排形式 (N=125)		
與家人同住	124	63.3	與家人同住	69	55.2
獨自居住或與配偶同住	60	30.6	獨自居住或與配偶同住	21	16.8
和朋友同住	2	1.0	和朋友同住	2	1.6
住在養護機構 (長期照顧機構)	5	2.6	住在養護機構 (長期照顧機構)	28	22.4
住在集合式老人住宅 (老人公寓)	3	1.5	住在集合式老人住宅 (老人公寓)	3	2.4
其他	2	1.0	其他	2	1.6
誰決定自己目前的居住安排 (N=198)			誰決定自己目前的居住安排 (N=125)		
自己	139	70.2	自己	30	24.0
子女	31	15.7	子女	59	47.2
配偶	7	3.5	配偶	0	0
朋友	2	1.0	朋友	1	.8
專業工作人員	0	0	專業工作人員	10	8.0
自己+子女	11	5.6	自己+子女	18	14.4
自己+配偶	5	2.5	自己+配偶	1	.8
自己+朋友	0	0	自己+朋友	1	.8
自己+子女+朋友	0	0	自己+子女+朋友	1	.8
子女+配偶	1	.5	子女+配偶	3	2.4
自己+子女+配偶	1	.5	自己+子女+配偶	1	.8
父母	1	.5	父母	0	0
可不可以選擇自己居住地點 (N=197)			可不可以選擇自己居住地點 (N=125)		
可以	156	79.2	可以	55	44.0
不可以	41	20.8	不可以	70	56.0
決定居住安排時，有受到充分尊重 (N=197)			決定居住安排時，有受到充分尊重 (N=124)		
有	185	93.9	有	85	68.5
沒有	12	6.1	沒有	39	31.5
決定居住安排時有決定的能力 (N=199)			決定居住安排時有決定的能力 (N=125)		
有	163	81.9	有	71	56.8
沒有	36	18.1	沒有	54	43.2
社區目前房屋是誰的 (N=196)			機構-什麼情況下入住養護所 (N=123)		
自己的	94	48.0	生病 (慢性疾病)	26	21.1
子女的	44	22.4	家中無適合人照顧 (子女上班、配偶過世、意外、女兒都嫁出等)	25	20.3
租屋	36	18.4	自己想入住的 (考慮跟子女住不合)	5	4.1
家人共有的	6	3.1	家屬申請、帶入院的 (受傷、家屬不想與老人	14	11.4
其他	16	8.2			

		住) 政府福利人員的安排(包 括醫院轉介)	6	4.9
		生病+家中無適合的人 可照顧	33	26.8
		無居住地方	1	.8
		機構方便照顧、需要照 顧	3	2.4
		生病+自己想入住	1	.8
		跌倒後需要照顧，不能照 顧自己	9	7.3

## (二) 經濟資源

社區失能老人的經濟來源上，社會補助（低收入、中低收入、身心障礙者等補助）最多，佔了 61.8%。52.8%的老人有子女奉養，33.2%有退休金，10.6%有銀行存款。機構失能老人的經濟來源上，子女奉養最多，佔了 64%，42.4%有社會補助，19.2%有退休金，22.4%有銀行存款。而在平均一個月的所得（包括社會補助）上，56.3%的社區老人的所得是在一萬五以內，社區老人收入偏低。機構中每位老人所得五千元以內的佔了 36.8%，其次是兩萬五千至三萬元（20.0%）、兩萬至兩萬五千（15.2%），機構老人的收入呈兩極化。經濟來源中，不論是機構或社區老人都沒有投資的方式，而社區也有一位老人有保險金的經濟來源。由此可見老人的經濟來源性質是依賴性居多。

在照顧費用及醫療費用上，社區及機構有明顯的不同。社區中半數以上（70.8%）的老人集中在一萬五以內，機構裡兩萬至三萬的照顧費用佔了 66.4%。在主觀經濟狀況感受上，社區老人有 43.9%自覺經濟不夠用。機構老人有 39.7%自覺經濟不夠用。無論是機構或是社區，老人對於經濟的感受都是以不夠花用為最多。

## (三) 健康資源

社區失能老人自覺身體健康上，有 55.8%的老人覺得不太好，35.7%覺得普通，只有 8.5%的老人覺得較好。比起一年前的健康程度，有半數以上的老人自覺身體變差（58.8%）。比起老人所認識的人，老人自覺身體健康差不多的佔了 48%、較差的 39.8%、較好的 12.2%。機構失能老人自覺身體健康上，有 38.4%的老人覺得不太好，43.2%覺得普通，18.4%的老人覺得較好。比起一年前的健康程度，有 44.8%的老人自覺身體變差。比起老人所認識的人，老人自覺身體健康程度差不多的佔了 43.1%。也就是說，機構失能老人比社區老人在自覺身體健康上來得好，可能是機構老人 24 小時在機構內有專人照顧，所以感覺較好（詳見表五）。

失能老人的日常生活活動功能與輔助性日常生活活動功能詳見表三。分數越高表示失能狀況越低。若以老人的失能狀況來計分，IADL 的範圍從 8-24 分，社

區老人平均分數為 15.01 分，機構老人平均分數是 13.24 分，失能老人平均約有 4-5 項之項目需要他人協助。ADL 的範圍從 0-100 分，社區老人平均分數是 76.28 分，機構老人平均分數是 64.36 分，每題計分的分數並不相同，因此本研究中的失能老人多屬於輕度-中度失能，在老人實際健康方面，社區老人比機構老人稍好。

表三：失能老人 ADL 與 IADL 次數分配表

ADL--失能老人日常生活活動功能次數分配表								
項目 ( N=324 )	0 分		5 分		10 分		15 分	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
進食	10	3.1	34	10.5	280	86.4	0	0
上下床或椅子	36	11.1	36	11.1	54	16.7	198	61.1
個人衛生 ( 洗臉、刷牙、梳頭 )	58	17.9	265	81.8	0	0	0	0
上廁所	64	19.8	44	13.6	216	66.7	0	0
洗澡	170	52.8	152	46.9	0	0	0	0
內外走動	64	19.8	22	6.8	83	25.6	155	47.8
上下樓梯	168	51.9	63	19.4	93	28.7	0	0
穿脫衣服	41	12.7	65	20.1	217	67.0	0	0
大便控制 ( 有無失禁 )	39	12.0	43	13.3	242	74.7	0	0
小便控制 ( 有無失禁 )	43	12.0	66	20.4	215	66.4	0	0

IADL--失能老人輔助性日常生活活動功能次數分配表						
項目 ( N=324 )	完全自理		部分需協助		完全需協助	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
做些輕鬆家事 ( 擦桌椅、洗碗 )	44	13.6	57	17.6	223	68.8
洗衣服	32	9.9	41	12.7	251	77.5
準備餐食	27	8.3	41	12.7	256	79.0
處理財務 ( 算錢、記帳、收支清楚 )	135	41.7	74	22.8	112	34.6
服藥情形	182	56.2	112	34.6	29	9.0
打電話	197	60.8	63	19.4	64	19.8
使用交通工具	60	18.5	85	26.2	179	55.2
上街買東西及日常用品	70	21.6	88	27.2	166	51.2

表四：老人失能程度分數次數分配表 ( N = 324 )

ADL 分數	次數	百分比	IADL 分數	次數	百分比
0-10 分	15	4.6	8-10 分	61	18.8
11-20 分	15	4.6	11-13 分	87	26.9
21-30 分	13	4.0	14-16 分	79	24.4
31-40 分	13	4.0	17-19 分	64	19.8
41-50 分	21	6.5	20-22 分	27	8.3
51-60 分	20	6.2	23-24 分	6	1.9
61-70 分	28	8.6			
71-80 分	43	13.3			
81-90 分	65	20.1			
91-100 分	91	28.1			

#### (四) 家庭資源

失能老人的兒子數目從 0 至 10 個都有，次數最多的是一個兒子 ( 30.2% )；

女兒從 0 至 11 個都有，次數最多的是一個女兒（28.0%）。扣除未婚及無子女老人人數後，在老人與兒女來往上，社區及機構自覺很頻繁者都是佔了半數以上（66.7%及 51.4%）。社區老人與兒女的關係上，自覺非常好也是半數以上（55.1%），機構老人與兒女的關係自覺非常好者佔了 46.7%（見表五）。

## （五）社會資源

在過去一年內曾經使用的照顧資源中，社區有 55.8%的失能老人從未使用過照顧資源，使用最頻繁的是居家照顧（37.7%）。機構因為本身所居住的環境本身就是資源的一種，所以有 96.0%的老人在過去一年內不曾使用照顧資源，另有 3.2%使用過居家照顧。住在社區的老人過去一年內，因為有問題而尋求協助上，41.7%的失能老人會尋求親友討論，36.7%會尋問專業人員（如醫護人員），23.1%會尋問相關福利機構。居住在機構有 41.6%的失能老人有需要時會尋求專業人員（如醫護人員），9.6%會尋求親友討論，2.4%會尋求相關福利機構（見表五）。

表五：失能老人各項資源狀況

社區			機構		
項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
經濟來源 (每題為獨立問題,各題 N=199)			經濟來源 (每題為獨立問題,各題 N=125)		
子女奉養	105	52.8	子女奉養	80	64
退休金	66	33.2	退休金	24	19.2
保險金	1	0.5	保險金	0	0
投資	0	0	投資	0	0
銀行存款	21	10.6	銀行存款	28	22.4
房屋不動產	9	4.5	房屋不動產	3	2.4
社會補助	123	61.8	社會補助	53	42.4
朋友、親戚支援	2	1.0	朋友、親戚支援	7	5.6
其他	7	3.5	其他	0	0
平均一個月所得約- 包括社會補助 (N=199)			平均一個月所得約- 包括社會補助 (N=125)		
5000元以下	20	10.1	5000元以下	46	36.8
5001-10000元	47	23.6	5001-10000元	11	8.8
10001-15000元	45	22.6	10001-15000元	8	6.4
15001-20000元	29	14.6	15001-20000元	4	3.2
20001-25000元	11	5.5	20001-25000元	19	15.2
25001-30000元	8	4.0	25001-30000元	25	20.0
30000元以上	37	18.6	30000元以上	12	9.6
不願透露	2	1.0			
每個月花費-包括照顧費用 及醫藥費用 (N=199)			每個月花費-包括照顧費用 及醫藥費用 (N=125)		
5000元以下	23	11.6	5000元以下	17	13.6
5001-10000元	48	24.1	5001-10000元	3	2.4

10001-15000 元	50	25.1	10001-15000 元	2	1.6
15001 -20000 元	36	18.1	15001 -20000 元	3	2.4
20001-25000 元	15	7.5	20001-25000 元	39	31.2
25001-30000 元	7	3.5	25001-30000 元	44	35.2
30000 元以上	19	9.5	30000 元以上	16	12.8
不願透露	1	.5	不願透露	1	.8
經濟狀況 ( N=196 )			經濟狀況 ( N=121 )		
收支有餘額	44	22.4	收支有餘額	26	21.5
收支平衡	66	33.7	收支平衡	47	38.8
不夠用	86	43.9	不夠用	48	39.7
目前現在的健康程度 (N=199)			目前現在的健康程度 (N=125)		
不太好	111	55.8	不太好	48	38.4
普通	71	35.7	普通	54	43.2
較好	17	8.5	較好	23	18.4
比起一年前現在的健康程 度(N=199)			比起一年前現在的健康程 度(N=125)		
變差	117	58.8	變差	56	44.8
差不多	67	33.7	差不多	46	36.8
變好	15	7.5	變好	23	18.4
比起我認識的人現在的健 康程度(N= 196)			比起我認識的人現在的健 康程度(N= 123)		
較差	78	39.8	較差	35	28.5
差不多	94	48.0	差不多	53	43.1
較好	24	12.2	較好	35	28.5
社區老人與兒女來往 ( N=177 )			機構社區老人與兒女來往 ( N=105 )		
不多	29	16.4	不多	23	21.9
尚可	30	16.9	尚可	28	26.7
很頻繁	118	66.7	很頻繁	54	51.4
社區老人與兒女關係 ( N=178 )			機構老人與兒女關係 ( N=105 )		
不太好	11	6.2	不太好	12	11.4
普通	69	38.8	普通	44	41.9
非常好	98	55.1	非常好	49	46.7
過去一年內曾使用的照顧 資源(每題為獨立問題，各 題 N=199 )			過去一年內曾使用的照顧 資源(每題為獨立問題，各 題 N=125 )		
無	119	55.8	無	120	96.0
居家照顧	75	37.7	居家照顧	4	3.2
臨時托老 ( 喘息照顧 )	0	0	臨時托老 ( 喘息照顧 )	0	0
日間照顧 ( 日託中心 )	0	0	日間照顧 ( 日託中心 )	0	0
居家護理	3	1.5	居家護理	0	0
其他	2	1.0	其他	1	0.8

過去一年內，曾經因為任何問題而尋求過協助(每題為獨立問題，各題 N=199)			過去一年內，曾經因為任何問題而尋求過協助(每題為獨立問題，各題 N=125)		
沒有	49	24.6	沒有	62	49.6
找親友討論就解決了	83	41.7	找親友討論就解決了	12	9.6
詢問相關福利機構	46	23.1	詢問相關福利機構	3	2.4
詢問專業人員(如醫護人員)	73	36.7	詢問專業人員(如醫護人員)	52	41.6
蒐集相關資料	6	3.0	蒐集相關資料	0	0
其他	0	0	其他	0	0

## 二、老人資源與居住安排決定掌控力、居住安排選擇的關係

### (一) 老人資源與決定掌控力

#### 1. 居住決定掌控力三問項間兩兩關係

在居住決定掌控力的探討中，分成可以選擇自己居住地點、決定居住安排有受到充分尊重、決定居住安排有決定的能力等三個問項。越是可以選擇自己居住地點的老人，越覺得決定安排上有受到尊重 ( $\chi^2=78.888, P<.001$ )；越是可以選擇自己居住地點，越覺得決定居住安排有決定的能力 ( $\chi^2=132.022, P<.001$ )；而決定自己居住安排越覺得受到充分的尊重，居住安排的決定能力也越高 ( $\chi^2=151.984, P<.001$ )。由此可見三個自行設計的問題間，有高的相關，都是代表決定掌控力的呈現。也可以加權而成為單一的指標。以下分別檢視老人資源與三個問題間的關係，再與單一指標進行關連性分析。

#### 2. 老人資源與可以選擇自己居住地點

性別上，男性比較覺得可以選擇自己的居住地點 ( $\chi^2=6.844, P<.01$ )。在宗教方面，共四位老人選擇「一貫道」，因卡方細格未達到期望數量，因而利用校正公式將其併入選擇「其他」項目中，統計顯現出可以選擇自己居住地點和宗教信仰有相關 ( $\chi^2=13.382, P<.05$ )，信仰傳統宗教的老人較多是覺得不可以選擇自己居住地點的，信仰佛教的老人較多是覺得可以選擇自己的居住地點的。居住在社區的老人是較覺得可以選擇自己居住地點的。 ( $\chi^2=41.919, P<.001$ )

在經濟資源方面，有退休金經濟來源的老人是較可以選擇自己居住地點的 ( $\chi^2=4.055, P<.05$ )。在一個月所得中(包括社會補助)，所得在 5000 元以下的老人較覺得不可以選擇自己居住地點，而所得在 10000-15000 範圍內的人，較覺得可以選擇居住地點 ( $\chi^2=24.312, P<.01$ )。在每個月的花費上(包括照顧費用)，每個月老人花費 10000-15000 的老人較覺得可以選擇自己居住地點的，而花費在 20000-25000 的老人較覺得不可以選擇自己的居住安排的 ( $\chi^2=22.439, P<.01$ )，由此得知，收入在中低程度和照顧花費在中低程度的老人均

較覺得可以選擇自己居住地點。

健康資源上，認為比起我認識的人自己健康程度是較好的老人較覺得可以選擇自己居住地點 ( $\chi^2=6.512, P<.05$ )。

家庭資源方面，與子女的往來及關係和居住地點的選擇沒有達到顯著差異。

社會資源方面，在尋求照顧及協助家庭的社會資源中，研究本來為兩題資源使用的複選題，經過與研究設計的各個變項統計後，發現到勾選使用居家照顧、居家護理、日間照顧、臨時託老、尋照福利機構及詢問專業人員（醫療人員）與各個研究變項相關方向一致；尋找親朋好友協助及自行蒐集資料的方向一致，且彼此之間有關連性。遂依性質將前者的資料合併並命名為使用正式社會資源，後者也予以合併，命名為使用非正式資源，並進一步了解兩項社會資源使用取向的不同與研究變項的關聯。發現使用正式社會資源與可以選擇自己的居住地點沒有相關；使用非正式社會資源與可以選擇自己的居住地點有正相關 ( $r=.178, P<.01$ )，表示失能老人若使用較多的非正式資源，譬如親朋好友的協助及自行蒐集資料時，這樣的老人較覺得可以選擇自己的居住地點。

### 3. 老人資源與決定居住安排有受到充分尊重

年齡上，年紀越大的老人在決定居住安排時越覺得沒有受到尊重 ( $r=.124, P<.05$ )。在婚姻上，因為其他（同居）的卡方細格未達到期望數量，因而利用校正公式將其併入選擇「未婚」項目中，呈現出已婚的老人在決定安排上是覺得較有受到尊重的，而未婚、鰥寡的老人是覺得較沒有受到尊重 ( $\chi^2=9.549, P<.01$ )。居住在社區的老人覺得有受到尊重的較多 ( $\chi^2=36.624, P<.001$ )。

在經濟資源上，一個月所得在 5000 元以下的老人在決定居住安排上會較覺得沒有受到尊重 ( $\chi^2=15.3834, P<.05$ )。在花費上，老人每個月花費費用在 10000-15000 的老人較覺得有受到尊重，而花費在 20000-25000 的老人是覺得沒有受到尊重的 ( $\chi^2=15.415, P<.05$ )。基本上，收入少而花費多的老人在決定居住安排上會較覺得沒有受到尊重。

家庭資源上，與兒女關係不太好及普通的老人均覺得在決定居住安排時沒有受到尊重的 ( $\chi^2=6.351, P<.05$ )。可能是與子女關係好的老人，平常與子女溝通較多，因此覺得得到較多的尊重。

社會資源中，使用正式社會資源與決定自己的居住地點有受到充分尊重沒有相關；使用非正式社會資源與決定自己的居住地點有受到充分尊重有正相關 ( $r=.146, P<.01$ )，同樣的，表示若老人使用較多的非正式資源，較會覺得自己在決定居住地點時有受到充分尊重。

### 4. 老人資源與決定居住安排有決定的能力

性別上，男生較覺得在居住安排時有決定的能力 ( $\chi^2=4.985, P<.05$ )。婚姻

上，依照前面的方式，顯示出已婚的老人是較覺得自己有決定居住安排能力的( $\chi^2=8.700, P<.05$ )。年齡越高的老人越覺得是沒有決定能力( $r=.198, P<.001$ )。在教育程度中，小學以下的老人較覺得沒有決定能力，初中程度的老人較覺得有決定的能力( $\chi^2=13.026, P<.01$ )。居住在社區的老人是在居住安排上較覺得是有決定能力的( $\chi^2=24.128, P<.001$ )。

在經濟資源方面，有退休金的老人在居住安排時較會覺得有決定能力( $\chi^2=9.279, P<.01$ )。一個月所得在 5000 元以下的老人在決定居住安排時是較沒有決定能力的，而月所得在 30000 元以上的老人是較有決定能力的，( $\chi^2=25.409, P<.01$ )。在花費上，老人每個月花費費用在 10000-15000 元的老人在決定居住安排時是較有決定能力，而月花費在 25000-30000 元的老人是覺得沒有決定能力的( $\chi^2=16.935, P<.05$ )。可見收入和照顧花費都會影響居住安排的決定能力。

在社會資源方面，使用正式社會資源與決定自己的居住安排時有決定能力沒有相關；使用非正式社會資源與決定自己的居住安排有決定能力有正相關( $r=.147, P<.01$ )，表示老人使用較多的非正式資源，這樣的老人則是較覺得自己在決定自己的居住安排上是有決定能力。

另外，研究者將居住安排決定掌控力的三個問項得分加總，以代表居住安排的決定掌控力單一指標，並進行變異數分析。在老人平均一個月所得上(包括社會補助)，決定掌控力會因為所得的不同而有差異( $F=4.536, P<.001$ )，所得越高的老人，其決定掌控力是越高的( $r=.170, P<.01$ )。在每個月的花費上(包括照顧費用)，決定掌控力也會因花費總額不同而有差異( $F=4.275, P<.001$ )，另外，照顧費用金額越高的老人，其決定掌控力越低( $r=-.130, P<.05$ )。這有可能是因為目前在台灣機構的照顧花費，一個月開銷是 25000 元-30000 間，而這筆金額的來源仍多是由子女支出，並不是屬於老人私有的財務。如果老人自己有經濟，可以申請看護在家照顧自己，費用甚至都比起入住機構花費少，可見得老人在進入機構時，多半沒有自己私有財物可供支配，老人當然在決定掌控力上就不高了。

在健康資源上，ADL( $r=.229, P<.01$ )及 IADL( $r=.171, P<.01$ )分數越高的老人其決定掌控力都呈現越高。這也表示失能程度越高的老人，是較沒有能力去決定自己的居住安排。

在社會資源方面，使用正式資源與居住掌控力並沒有達到相關顯著；使用非正式資源與居住掌控力有正相關( $r=.183, P<.01$ )，表示當老人使用越多的非正式資源時，失能老人的居住掌控力是越高的。這有可能是因為使用較多非正式資源的老人，本身健康狀況就較好，不需要透過正式資源單位的照顧輔助，有事情時自己主動想辦法是能夠解決的，而這樣的自我能力顯現在居住安排上就讓老人覺得自己是較有影響力的。

## (二) 老人資源與居住安排

本研究中，年齡、婚姻狀況、照顧費用、經濟來源、與兒女的來往方面等與居住安排選擇的不同有顯著相關。在年齡上，機構老人平均年齡 80.27 歲，社區平均年齡 77.68 歲，居住機構的老人平均年齡顯著大於住在社區者 ( $t=3.346$ ,  $P<.05$ )。

照顧費用上，住在機構的照顧費用平均比社區來的多 ( $t=7.853$ ,  $P<.05$ )，機構的照顧費用以 20000-30000 元居多，住在社區，則以 5000-20000 元居多 ( $\chi^2=141.407$ ,  $P<0.001$ )。婚姻狀況上，社區的失能老人以已婚的較多，而機構則以鰥寡者較多( $\chi^2=20.018$ ,  $P<0.001$ )，顯見老人在配偶死亡後較有可能選擇入住機構。在經濟來源上，有退休金及社會補助（此兩者均比較有穩定、固定的所得）以住在社區的老人較多；有銀行存款、接受親戚朋友資助者則以住在機構的老人較多，可見經濟來源中沒有自己可支配的收入者或靠存款過日子的老人較容易入住機構。所以住在機構裡，一方面是健康上的依賴，另一方面也是經濟上的依賴。

在老人自覺健康狀況上，比起一年前的健康程度自覺是變差者以住在社區者較多，認為健康程度變好的則以機構老人較多( $\chi^2=10.755$ ,  $P<0.01$ )。比較老人認識的其他人，認為自己的健康程度較差的以社區老人較多；認為自己的健康較好的則以機構老人較顯著( $\chi^2=13.870$ ,  $P<0.01$ )。在自覺目前的健康程度上認為不太好的以社區老人較多；認為自己目前的健康是較好的以機構老人較多 ( $\chi^2=11.893$ ,  $P<0.01$ )。其實社區的老人健康程度實際上並不見得比機構老人失能來得嚴重，但是在健康失能的漸進階段中，每一次的從健康到依賴的轉變倒讓社區老人覺得自己的身體漸漸變差了，背後並且隱藏著害怕失能後每況愈下的依賴；而機構老人因為失能狀況到一定的程度後相對於自己之前住在社區時健康變化程度是較低了，而且因為已經有全時工作人員的照顧，讓機構老人在健康的注意力上停滯了，接受了自己的失能，也較不認為身體是由健康轉變較差的。在失能評估 ADL 分數上，社區老人平均 76.28 分，機構 64.36 分，已達到顯著( $t=3.692$ ,  $P<0.001$ )，社區老人 IADL 平均分數 15.01 分，機構是 13.24 分，也達到顯著 ( $t=4.252$ ,  $P<0.001$ )，可見居住在機構的老人其失能程度是比社區老人來得高。只是住在社區者，自覺健康較差，值得相關工作人員注意。

在家庭資源方面，與兒女來往認為很頻繁的以社區老人顯著較多，認為尚可的以機構老人較多( $\chi^2=6.624$ ,  $P<0.05$ )，可見的當老人選擇居住在機構後，和子女的互動也會因而減少。

在社會資源上，居住在社區的失能老人較機構的失能老人不論是使用正式資源 ( $t=6.229$ ,  $P<.001$ ) 或是非正式資源 ( $t=7.855$ ,  $P<.001$ ) 都顯著多於機構的失能老人。住在機構的老人少向外尋求協助，有可能是因為照顧機構本身就是一種資源單位，所以當機構的老人有需要時，不必再特別向外尋求協助支援。而住在

社區的老人，家屬為減輕照顧負荷而尋找支援，故將一部份照顧交由居家照顧或是日託中心，呈現出使用正式資源上以社區老人顯著較多。也有可能是社區的老人在自己尋找照顧的資源，或者是接受了較多親朋好友的協助以及福利機構的協助，才可讓自己更穩固地選擇住在社區。

### (三) 決定掌控力與居住安排

在居住安排上，較多的社區老人認為自己較能選擇自己居住的地方，而機構的失能老人多認為自己是無法選擇自己的居住地點( $\chi^2=41.919, P<0.001$ )。同樣的，居住在社區的老人也認為在決定居住安排時有受到充分的尊重( $\chi^2=36.624, P<0.001$ )，以及在決定居住安排時較有決定的能力( $\chi^2=24.128, P<0.001$ )。這樣的結果表示出老人在選擇入住機構，較多是被動的，因而也較沒有感受到居住選擇的主控感。

## 三、 決定掌控力與生活品質

在決定掌控力上，本研究以三個問項來代表傳達居住安排決定力的態度。分別是「決定居住安排時可以選擇自己居住地點」、「決定居住安排時，有受到充分尊重」、「決定居住安排時有決定的能力」。這三題和「有人關心陪伴」、「居住條件良好」、「整體生活品質」有顯著相關，表示越是有決定能力的老人也是越有人關心的、居住條件較好、整體生活品質是較高的。令人意外的是，三題居住決定力和「健康的身體」及「親朋好友的聯繫」都沒有相關，這有可能是因為本研究樣本的特性已是失能老人，不論是否能夠選擇居住的地方，身體都是失能、依賴，需要他人照顧的了，加上自己及朋友年紀越大後，互相聯繫的可能性變少，不論是住在機構或者社區，年邁之後與朋友的互動也不是生活中重要的事了。另外，在居住安排決定上可以選擇自己居住地點及自己對於居住安排有決定能力時，「自我價值感」及「心中愉悅感」也會相對增加（見表六）。

再以三個問項相加，代表居住安排掌控力時，得知失能老人若感覺到自己對居住安排有決定掌控力，整體生活品質也會較高。

表六：決定掌控力問項與生活品質關聯性分析

失能老人決定掌控力三問項與生活品質各面向之相關(t-test)							
生活品質面向	健康的身體	自我價值感	有人關心陪伴	親朋好友的聯繫	居住條件良好	愉悅感	整體生活品質
居住決定力的三個問項							
1.可以選擇自己居住地點	5.8647	2.6505	16.2184	3.2541	10.8097	19.1148	57.9123

不可以選擇自己居住地點	5.8870	2.4595	14.7390	3.1002	9.7335	18.1121	54.0313
T 值 (N=322)	NS -.135	* 2.043	*** 3.677	NS 1.522	*** 5.262	* 2.062	*** 3.899
2.有受到充分尊重	5.8461	2.6121	16.1573	3.2206	10.6691	18.9099	57.4152
沒有受到充分尊重	6.0286	2.4314	13.5223	3.1176	9.1765	18.2353	52.5117
T 值 (N=321)	NS -.821	NS 1.623	*** 5.720	NS .837	*** 5.864	NS 1.030	*** 3.793
3.有決定的能力	5.8544	2.6464	16.1912	3.2377	10.7592	19.1140	57.8029
沒有決定的能力	5.8889	2.4111	14.4154	3.1014	9.5955	17.8778	53.2901
T 值 (N=324)	NS -.200	* 2.479	*** 4.326	NS 1.327	*** 5.201	* 2.415	*** 4.314
失能老人決定掌控力與生活品質皮爾遜相關係數分析							
生活品質面向 決定掌控力	健康的 身體	自我價 值感	有人關 心陪 伴	親朋好 友的 聯繫	居住條 件良 好	愉悅 感	整體生 活品 質
掌控力 (N=319)	** -.122	* .129	** .239	NS .068	** .309	* .090	** .203

#### 四、居住安排與生活品質

比較社區及機構不同居住安排的生活品質各面向時，令人感到有趣的是：機構的老人覺得身體較健康，和一般人認為住進機構的老人健康都不太好的印象大異其趣，這和前述住機構者自覺健康較佳，實際健康狀況卻較差的發現一致。至於其他生活品質的面向方面，住在社區的老人均覺得比較好。換言之，住在社區的老人自我價值感較高，可能是因為覺得失能尚不足以嚴重到進入機構，對他人依賴也較低，所以價值感相對就提高了。住在社區的老人也較覺得有人關心陪伴，可能是因為社區老人是住在自己家裡，有家人互動、看得到家人，即使不是全程由家人照顧，也覺得家人有和自己產生互動，自己是有人關心的。另外，社區老人住在自己家裡，也是較機構老人覺得自己的居住條件較好。整體來說，居住在社區的老人會認為自己較有生活品質。

表七：居住安排與生活品質關聯性分析

失能老人居住安排與生活品質各面向之相關(t-test)							
生活品質面向 居住安排地點	健康的 身體	自我價 值感	有人關 心陪 伴	親朋好 友的 聯繫	居住條 件良 好	愉悅 感	整體生 活品 質
社區平均數	5.6003	2.7400	16.3371	3.2569	10.751	18.6818	57.3913
機構平均數	6.2837	2.3280	14.6802	3.1090	9.8960	18.9120	55.2089
居住安排 (N=324)	*** -4.216	*** 4.807	*** 4.240	NS 1.501	*** 4.275	NS -4.485	* 2.221

## 五、老人資源與生活品質

### (一) 老人人口特質與生活品質

在基本人口學特質裡，男性在心理上的「愉悅感」顯著高於女性。在基本資料的變異數分析呈現與生活品質的各面向有顯著相關後，考慮到本研究為樣本人數不等及複雜比較的性質，故使用 Scheffe 法進行事後比較，發現宗教信仰上，選擇佛教的老人比無宗教信仰的老人較認為有人關心陪伴。在「自我價值感」、「有人關心陪伴」、「居住條件良好」及「整體生活品質」面向得分上，已婚者比起鰥寡高，鰥寡者又較未婚者高。而已婚的老人比起鰥寡的老人也明顯覺得是較有與親朋好友聯繫的。這可能是因為已婚者（尚有配偶）較鰥寡的老人年紀輕，失能程度較低，可以有外出找朋友的行動能力，當然也有可能是已婚者至少會和配偶的朋友親戚聯繫之故。

年齡上，隨著年紀越來越大，自我價值感越低，可能是年紀增加造成失能的可能性也越來越大，讓老人無法獨立生活，依賴他人的照顧所衍生的感受。

表八：基本人口特質與生活品質關聯性分析

失能老人基本資料與生活品質各面向之相關 (t-tset)							
生活品質面向 人口學資料	健康的身體	自我價值感	有人關心 陪伴	親朋好友 的聯繫	居住條件 良好	愉悅感	整體生活 品質
性別(N=324)	1.841 NS	1.205 NS	-1.043 NS	-1.512 NS	-1.838 NS	2.406 *	.629 NS
宗教(N=312)	1.914 NS	2.395 *	2.910 *	.939 NS	3.073 *	1.394 NS	1.687 NS
婚姻(N=324)	.350 NS	8.212 ***	10.037 ***	3.402 *	8.531 ***	1.263 NS	7.808 ***
教育程度(N=322)	.296 NS	2.215 NS	1.901 NS	.500 NS	1.255 NS	3.456 *	2.005 NS
失能老人年齡與生活品質皮爾遜相關係數分析							
生活品質面向 年齡	健康的身體	自我價值感	有人關心 陪伴	親朋好友 的聯繫	居住條件 良好	愉悅感	整體生活 品質
年齡 (N=323)	.076 NS	-.131 *	-.085 NS	-.008 NS	-.063 NS	.001 NS	-.047 NS

### (二) 經濟資源與生活品質

在經濟資源上，有領退休金的老人在「健康的身體」、「自我價值感」、「親朋好友的聯繫」、「愉悅感」及「整體生活品質」得分上都顯著比沒有領退休金的老人

人來得高。在一個月的所得上，所得不同時，「自我價值感」及「愉悅感」也會跟著不同。另外所得和老人自覺「健康的身體」及「親朋好友的聯繫」面向也有相關，所得在 10000-15000 元的老人比起 5000 元的老人是覺得自己居住條件較好的。在照顧費用上，照顧費用的不同和老人自覺「健康的身體」及「自我價值感」有顯著相關。事後比較得知照顧費用在 5000 元以下的老人比起照顧費用 10000-15000 元的老人會覺得有較健康的身體。簡言之，有退休俸、收入較高、照顧費用較低者，自覺生活品質較好。

表九：經濟資源與生活品質關聯性分析

失能老人經濟來源與生活品質各面向之相關 (t-test)							
生活品質面向	健康的身體	自我價值感	有人關心陪伴	親朋好友的聯繫	居住條件良好	愉悅感	整體生活品質
經濟來源							
有	6.1496	2.8111	15.8182	3.3403	10.5000	19.9198	58.5389
沒有	5.7541	2.4926	15.6516	3.1458	10.4113	18.3286	55.7841
退休金 (N=324)	2.202 *	2.840 **	.382 NS	1.818 *	.409 NS	3.232 **	2.587 **
一個月所得-包括社會補助 (N=322)	2.384 *	2.274 *	2.059 NS	1.931 *	2.499 *	2.371 *	2.108 NS
照顧費用 (N=321)	3.880 **	2.384 *	1.181 NS	1.427 NS	1.949 NS	1.144 NS	1.239 NS

### (三) 健康資源與生活品質

在健康資源上，自覺健康程度越好的老人，「健康的身體」面向的得分也越高。自覺健康程度「較好」的老人比起「不太好」的老人，在自我價值感、自覺居住條件、愉悅感及整體生活品質上是較好的。自覺健康程度「較好」比起「普通」程度的老人，較覺得有愉悅感且整體生活品質上是較高的。

在 ADL 總分中，只有與「親朋好友的聯繫」間沒有顯著差異，而 IADL 與「親朋好友的聯繫」及「有人關心陪伴」沒有顯著差異。由此也可看出 ADL 及 IADL 分數越高，整體生活品質也會越高，這表示老人失能的越嚴重，過得也就越不快樂。

表十：健康資源與生活品質關聯性分析

失能老人健康資源與生活品質各面向之變異數分析							
生活品質面向	健康的身體	自我價值感	有人關心陪伴	親朋好友的聯繫	居住條件良好	愉悅感	整體生活品質
自覺健康程度 (N=323)							

不太好	4.9806	2.4545	14.9462	3.1046	10.1610	16.9376	52.5845
普通	6.4800	2.6240	16.3542	3.2410	10.6452	20.2448	59.5892
較好	7.4500	2.9500	16.6347	3.4500	10.8750	21.4500	62.8097
F 值	105.716 ***	5.972 **	7.536 **	2.808 NS	4.212 *	39.060 ***	44.095 ***
失能老人健康資源與生活品質皮爾遜相關係數分析							
生活品質面向 日常生活功能	健康的 身體	自我價 值感	有人關 心陪 伴	親朋好 友的 聯繫	居住條 件良 好	愉悅 感	整體生 活品 質
ADL總分 (N=324)	.227 **	.292 **	.141 *	.096 NS	.217 **	.301 **	.322 **
IADL總分 (N=324)	.137 *	.347 *	.031 NS	.053 NS	.222 **	.231 **	.230 **

#### (四) 家庭資源與生活品質

在與子女的關係上，自覺與子女的關係在生活品質上也有不同。「有人關心陪伴」、「親朋好友的聯繫」、「愉悅感」及「整體生活品質」的面向上，與子女關係「非常好」的比「普通」來得高，「普通」又比「不太好」來得高，可見與子女關係越好的老人，其生活品質是較高的。

表十一：家庭資源與生活品質關聯性分析

失能老人健康資源與生活品質各面向之變異數分析							
生活品質面向 與子女關係 (N=283)	健康的 身體	自我價 值感	有人關 心陪 伴	親朋好 友的 聯繫	居住條 件良 好	愉悅 感	整體生 活品 質
不太好	5.9565	2.4348	14.3478	2.8696	10.1999	16.6522	52.4608
普通	5.4554	2.5398	15.2035	3.0453	10.2729	17.4425	53.9595
非常好	6.1256	2.7025	16.7553	3.4694	10.7130	20.0245	59.7902
F 值	7.083 **	1.716 NS	9.861 ***	11.059 ***	2.601 NS	17.143 ***	20.654 ***

表十二是社會資源與生活品質的各面向的相關。過去一年內有透過正式資源尋求照顧協助的老人與生活品質各面向多為負相關；透過非正式資源尋求照顧協助的老人與生活品質各面向多為正相關。這有可能是因為在沒有需要幫忙時老人本身並不是處於資源匱乏的，如果遇到要處理的事情或許可以找親朋好友也是一個解決問題的管道，而當家庭非正式的支援已不足應付照顧失能老人的需要時，龐大的照顧負擔讓家庭尋求福利機構及專業人員，透過機構的正式機制供給家庭繼續的資源來照顧失能老人，以維持住生活品質。因此當老人都不需經由正式協助單位取得照顧資源時，老人的生活品質是較高的，一旦使用到這些資源表示家庭私領域的能力已承擔不了老人的失能、而且老人的失能引起其他額外的需求，此時老人生活品質是較低的。為什麼當家庭使用到外在的資源及協助時，老人生

活品質反而減少了？有可能是因為某些資源可及性的不足，即使是使用了協助，仍無法跟上漸進失能的負荷，而對老人產生不了多大的生活品質提升助益。

表十二：社會資源與生活品質關聯性分析

失能老人家庭及其他社會資源與生活品質各面向之皮爾遜相關係數分析							
生活品質面向	健康的身體	自我價值感	有人關心陪伴	親朋好友的聯繫	居住條件良好	愉悅感	整體生活品質
社會資源 (N=324)							
使用正式資源	-.248 **	-.067 NS	-.246 **	-.103 NS	-.122 *	-.250 **	-.303 **
使用非正式資源	-.135 *	.143 **	.126 *	.113 *	.199 **	.034 NS	.110 *

## 六、生活品質的複迴歸分析

本研究最後採複迴歸分析方法，以期預測各重要變項的影響力。選擇變項進入迴歸分析乃依據前述生活品質的變異數分析，以雙變項分析有呈現顯著關係者始選擇進入，並依據迴歸分析的各項假設。有關基本資料的類別變項，選擇適當的參照組後建構成虛擬變項 ( dummy variable )，並檢查殘差值是否符合無自我相關、常態性及變異數齊一性，自變項無嚴重線性整合等假設，最後設定變項進入的標準為  $PIN=.05$  及  $POUT=.10$  ( 王保進, 2000 )。變項符合前述假涉及條件者計 12 個，包括年齡、退休金、一個月所得、一個月照顧費用、自覺健康程度、ADL 得分、IADL 得分、與子女關係、使用正式資源、使用非正式資源、居住的決定掌控力、居住地點的選擇。本研究遂針對這些變項進行生活品質的逐步迴歸分析法，以進一步了解生活品質的預測情形。

SPSS 所輸出有關迴歸模式的相關訊息及統計量，迴歸方程式共有 8 個模式 ( 變項 )，決定係數為 .640，表示生活品質的預測分數與實際生活品質得分的相關為 .640，8 個變項可以解釋失能老人生活品質總變異的 41%。所選入迴歸方程式的 8 個自變項依序是自覺不太好的健康程度、使用正式社會資源、平均一個月所得 ( 包括社會補助 )、與子女非常好的關係、ADL 得分、非正式社會資源的使用、居住掌控力、居住地點的選擇。t 值顯著性檢定時發現非正式資源 t 值為 .291，不符合進入迴歸模式的假設，故將使用非正式資源自變項中剔除，進一步以七個模式以強迫法 ( enter ) 進行複迴歸分析。

七個模式的複迴歸分析如表十三，虛擬變項的迴歸係數估計值的檢定結果就是某一類別樣本平均數與參照組平均數的差異。因此自迴歸係數中得知「自覺健康程度不太好」 值是 -.360，本題參照值是「自覺健康程度普通」，所以可以說自覺健康程度不太好比起自覺健康程度普通的失能老人，他們的生活品質是較低的。使用正式社會資源的 值為 -.291，表示越有使用正式社會資源的失能老人，生活品質是越低的。平均一個月的所得 ( 包括社會補助 ) 的 值為 .179，表示老

人越有經濟所得，則老人的生活品質也相對增加。與子女很頻繁的關係值.165，本題參照值為「與子女關係普通」，表示失能老人自覺與兒女感情越好，生活品質也會較高。在健康方面，ADL 得分 值 0.110，ADL 分數越高，失能程度越低；ADL 得分越高者，生活品質也較高，因此身體較健康，不需依靠他人協助的老人生活品質也會較高。居住掌控力的 值.099，由此可知失能老人在居住安排上若越覺得有掌控力，則生活品質會較沒有掌控力的老人來得高。居住地點的選擇 值為-.166，本題的參照值是「居住在機構」，表示住在社區失能老人的生活品質平均得分是高於居住在機構的，所以我們可以說居住於社區的失能老人，其生活品質是較居住在機構者高。

總而言之，由複迴歸分析結果得知，健康資源、經濟資源、家庭資源、社會資源、居住安排決定的掌控力以及居住安排確實可以預測失能老人的生活品質。符合本研究的研究架構與假設。

表十三：老人資源、決定掌控力、居住安排及生活品質複迴歸分析 (N=321)

Dependent Variable	Independent Variable	a( )	b	Standard b( )	Multipl e r	R <sup>2</sup>	Increase R <sup>2</sup>	F
生活品質 (常數)		53.808						46.268***
	自覺健康程度不太好-		-6.043	-.360***	.407	.166	0.166	
	使用正式社會資源		-2.767	-.291***	.498	.248	0.082	
	平均一個月所得 (包括社會補助)		.723	.179***	.561	.315	0.067	
	與子女非常好的關係		2.789	.165***	.585	.343	0.028	
	ADL 分數		0.032	.110**	.606	.367	0.024	
	居住掌控力		.745	.099*	.626	.392	0.025	
	居住安排		-3.113	-.166***	.640	.410	0.018	

## 伍、結論與建議

### 一、結論

本研究主要在了解失能老人的各種資源與居住安排、決定掌控力以及生活品質的關係，同時也想了解居住安排與決定的掌控力和老人生活品質的關係。根據統計資料歸納出以下幾項結論：

1. 老人的資源與居住決定掌控力的關係方面：決定掌控力會因為所得的不同而有差異，所得越高的老人，其決定掌控力是越高的。決定掌控力也會因花費總額不同而有差異，另外，照顧費用金額越高的老人，其決定掌控力越低。在健康資源上，ADL 及 IADL 分數越高的老人其決定掌控力都呈現越高。這也表示失能程度越高的老人，是較沒有能力去決定自己的居住安排。在社會資源方面，

使用正式資源與居住掌控力並沒有達到相關顯著；使用非正式資源與居住掌控力有正相關，表示當老人使用越多的非正式資源時，失能老人的居住掌控力是越高的。這有可能是因為使用較多非正式資源的老人，本身健康狀況就較好，不需要透過正式資源單位的照顧輔助，有事情時盡量自己想辦法解決，而這樣的自我能力顯現就讓老人覺得自己是較有決定力的。家庭資源方面，和決定力總分並無顯著關係。但是若從分項看，和子女關係好的老人比較會覺得決定受到尊重。男性、已婚、年齡較輕、教育較高、居住在社區、收入較高、照顧花費較低、尋求非正式資源但不尋求正式資源協助者比較覺得自己有決定力。

2. 老人的資源與居住安排的關係方面：年齡、婚姻、照顧費用、經濟來源、與兒女的來往、自覺健康程度、過去一年尋求協助及照顧資源在居住安排選擇上有顯著差異。換言之，居住在機構的失能老人，其平均年齡較居住在社區者大、以鰥寡者較多、照顧費用較多、經濟來源中較沒有自己可支配的收入、自覺健康較好（但實際 ADL 計分卻較差，在研究發現中已說明可能因素）和子女互動頻率變少、不會主動尋求社區資源（因為住在機構，就已經有較完整的資源，不必再費心）。
3. 決定掌控力與居住安排的關係：居住在社區的老人較居住在機構的老人覺得有居住決定的掌控力。
4. 決定掌控力與生活品質方面：越是有居住掌控力的老人，越是覺得自我價值感高、有人關心陪伴的、居住條件較好、心中較有愉悅感，整體生活品質較高。換言之，老人覺得可以選擇自己居住地點及對居住安排有決定能力時，自我價值感及愉悅感會隨著增加。
5. 居住安排與生活品質方面：在生活品質方面，住在機構的老人比起住在社區的老人，覺得身體較健康，可能住在機構有專人做健康上的照護之故。但在其他生活品質面向，社區的老人則較機構老人來得高。即覺得自我價值感高、覺得較有人關心陪伴、覺得較有愉悅感，且覺得居住條件較好。整體來說，住在社區的失能老人生活品質較機構者高。
6. 由逐步迴歸分析結果得知，健康資源、經濟資源、家庭資源、社會資源、居住安排決定的掌控力以及居住安排確實可以預測失能老人的生活品質。

## 二、實務及政策上的建議

本研究發現老人在各項資源上比較豐富者，比較能決定居住安排並有較高的決定掌控力；資源較豐富者其生活品質也較高。

本研究發現，整體而言，住在社區的失能老人自覺生活品質較好。在目前台灣的安養機構中，幾乎都是各自獨立的照顧體系，缺乏連續性的長期照顧系統，當失能老人需要照顧時，若一下子便安排入住機構，則失能老人在機構的適應困難度可能較高。若能整合不同的照顧體系，例如失能初期申請居家照顧服務員在家裡照顧。隨後預備入住機構時，再經由日託中心、社區安養院、養護所的漸進居住安排系統，進行溝通並且提供老人多樣的選擇，一方面增加失能老人對居住

的可選擇性和決定力，另一方面延長社區居住時間，增加愉悅感和適應。本研究另發現在生活品質面中，住在機構者唯一自覺較好者為健康面。換言之，住在社區的老人常要擔心自己的健康，因此有必要在社區中多舉行營造健康或健康促進（health promotion）的活動。

老人的決定掌控力與生活品質有明顯關係。隨著健康程度的下降，老人越需要他人的照顧。在他人的照顧中，失能老人自覺的生活品質會隨著照顧的情況而有變化。決定力又是失能老人對安排照顧的一個心理指標的呈現，當決定力高時，老人生活品質相對會增加。我們建議對於老人任何安排，應該鼓勵老人子女與老人充分討論。最近在一些社區裡成立的長期照護個案管理中心、老人服務中心等，均設有個案管理師或社區照顧管理師，這些個案管理人員要能充分發揮其整合與溝通的角色。

失能老人其實就是需要他人的照顧，而照顧是需要人力和費用。如果老人自己有足夠應付照顧的穩固經濟來源，失能對他們所形成的壓力就較少；然而多數老人沒有經濟來源，若還要負擔失能的照顧花費，可預見老人的失能對老人及家庭都會是一個重大的壓力事件。建議開發老人長期照護保險及給予失能老人家庭的減稅方案或照顧津貼，以減少家庭在照顧上的壓力。

### 三、研究限制

本研究並非採完全隨機抽樣，樣本也僅限於台北市。然而在機構與社區上也竭盡所能的均衡化，因此本研究雖然無法完全推論至全國的機構及社區的失能老人，但在失能老人居住安排、居住決定掌控力、及生活品質方面，仍舊有相當的參考價值。

訪談失能老人對老人或研究者而言都是一項吃力的工作，老人不習慣與陌生人談話，失能之後生活範圍縮小，較少與外界人、事、物接觸，因此訪問前得花較多的時間取得老人的信任感，然而多數失能老人體力不是很好，超過 40 分鐘的會談就已經顯出吃力。另外，多數老人不太說話，說的話也是言簡而易駭，加上老人對於事情的看法又傾向於中立，較少出現有層次的分別或極端的反應，因此若以量尺問卷的問項訪問老人，一方面會增加訪談的時間長度，影響老人受訪的意願；另一方面也會影響資料蒐集的可信度。為顧及研究需三百份以上的樣本數量及失能老人無法長時間接受訪問的限制，研究方法上將量尺問項做適當的調整，改為滿意及不滿意，因此較無法區辨受訪者細膩的感受，也影響原來進行因素分析的計畫，進而造成本研究的缺陷。未來有意針對失能老人進行量化研究的研究者，必須找出克服量尺限制又能不致影響可信度的測量方法。

## 參考文獻

- 王保進 (2000)。視窗版SPSS與行為科學研究。台北：心理出版社。
- 林三衛 (1997)。老年生活品質：非制度化功能支持網絡對老年主觀幸福的影響-台灣例子。私立東海大學社會學研究所碩士論文。
- 內政部 (1996)。中華民國八十五年老人狀況調查摘要分析。內政部網頁。
- 吳大偉 (1997)。養護機構老年人士氣的研究。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。
- 李碧姿 (1997)。機構外籍監護工管理現況及老人服務主觀感受之初探---以台北市私立立案養護機構為例。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 林秀純 (1997)。台灣北部地區失能老人家庭照顧品質及相關因素之探討。長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文。
- 郭玉燕 (1993)。機構老人生活滿意度與社會支持之研究---以台灣省公私立仁愛之家自費安養老人為例。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 陳亦暉 (1995)。影響安養機構內老人生活滿意度的因素---以中部某榮民之家為例。國立雲林技術學院工業工程與管理技術研究所碩士論文。
- 陳妙盡 (1996)。影響老人居住安排因素之分析。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 陳肇男 (1993)。台灣地區鰥寡老人之居住安排。中國社會學刊，第17期，頁163-179。
- 曾淑汝 (1999)。護理之家老年住民的生活品質及相關因素探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 黃松林 (1994)。老人養護機構服務提供與被養護者滿意度之研究。私立東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 黃璉華 (1992)。老人生活滿意度相關因素之因徑分析研究。護理雜誌，39(4)，37-46。
- 張素紅 (1996)。老人寂寞與自覺健康狀況、社會支持之相關研究。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 羅紀瓊 (1987)。近十年來台灣地區老人家庭結構變遷的研究。台灣經濟預測，第18期第2號，頁83-107。
- Arnold, S. B. (1991). The measurement of quality of life in the frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp.50-74). San Diego, CA: Academic Press.
- Avery, Roger, Speare, A., & Lawton, L. (1989). " Social Support " , Disability and Independent Living of Elderly Persons in the United States. *Journal of Aging Studies*, 3, 279-293.

- Bass, D. M., Noelker, L. S., & McCarthy, C. A. (1999). The influence of formal and informal helpers on primary caregivers' perceptions of quality of care. *Journal of Applied Gerontology, 18*(2), 177-201.
- Baxter, J., Shetterly, S. M., Eby, C., & Mason, L. (1998). Social network factors associated with perceived quality of life. *Journal of Aging & Health, 10*(3), 287-311.
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, A., & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the Dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist, 39*(1), 25-35.
- Burr, J. A. (1990). Race sex comparisons of elderly living arrangement : factors influencing the institutionalization of the unmarried. *Research on Aging, 12*(4), 507-530.
- Cantor, M. H. (1983). Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist, 23*, 434-463.
- Cohen, V. A., Tell, E. J., & Wallack, S. S. (1986). Client-related risk factors of nursing home entry among elderly adults, *Journal of Gerontology, 42*(6), 785-792.
- Cohn, J., & Sugar, J. A. (1991). Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older residents, staff, and families. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp.50-74). San Diego, CA: Academic Press.
- Coughlin, T. A., McBride, T. D., & Lin, K. (1989). *Determinants of transition and rermanant nursing home admission*. Washington DC: The Urban Institute , project no.3726-03.
- Cox, E. O., & Dooley, A. C. (1996). Care-receivers' perception of their role in the care process. *Journal of Gerontological Social Work, 26*(1/2), 133-152.
- Crimmins, E. M., & Ingegneri, D. G. (1990). Interaction and living arrangements of older parents and their children: Past trends, present determinants, future implications. *Research on Aging, 12*(1), 3-35.
- Cromwell, S. L., & Lim, Y. M. (1996). Uncovering the cultural context for quality of family caregiving for elders. *Western Journal of Nursing Research, 18*(3), 284-299.
- Day, A. T. (1985). *Who care? Demographic trends challenge family care for the elderly*. Population Trends and Public Policy Paper No. 9. Population Reference Bureau, Washington.
- Day, A. T., & Day, L. H. (1993). Living arrangements and 'successful' ageing among ever-married American white women 77-87 years of age. *Ageing and Society, 13*, 365-387.

- Duffy, J. A., Duffy, M., & Kilbourne, W. (1997). Cross national study of perceived service quality in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies, 11*(4), 327-337.
- Dwyer, J. W. (1996). The influence of community context on the decision to enter a Nursing home. *Journal of Aging Studies, 10*(3), 237-256.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definition of life. *Social Science and Medicine, 41*(10), 1439-1446.
- Ferran, C., & Power, M. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing home, 8*(1), 15-24.
- Forbes, S. A., Hoffart, N., & Redford, L. J. (1997). Decision Making by High Functional Status Elders regarding Nursing Home Placement. *Journal of Case Management, 6*(4), 166-173.
- Fry, P. S. (2000). Guest Editorial: Aging and quality of life (QOL)-The continuing search for quality of life indicators. *International journal of aging and human development, 50*(4), 245-261.
- Furusest, O. J., & Walcott, W. A. (1990). Defining quality of life in North Carolina. *Social Science Journal, 27*(1), 75-94.
- Garber A. M., & MaCurdy, T. (1989). *Predicting nursing home utilization among the high-risk elderly*, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, Working paper no.2843.
- Gentile, K. M. (1991). A review of the literature on interventions and quality of life in the frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement and quality of life in the frail elderly* (pp.75-90). San Diego, CA: Academic Press.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (1999). The nursing home as a discursive anchor for the ageing body. *Ageing and Society, 19*(5), 519-538.
- Guralnik, J. M., & Simonsick, E. M. (1993). Physical disability in older Americans, *Journal of Gerontology, 48*(Suppl), 3-10.
- Herzberg, S. R. (1997). The impact of the social environment on nursing home residents. *Journal of Aging & Social Policy, 9*(2), 67-80.
- Hing, E. (1987). *Use of nursing homes by the elderly: Preliminary data from the 1985 National nursing home survey*, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics, no.135.
- Kane, R. A. (1990). Everyday life in nursing homes: The war things are. In R. A. Kane & A. Caplan (Eds.), *Everyday ethics: Resolving dilemmas in nursing home life*. New York: Spring.
- Kane, R. L., Matthias, R., & Sampson, S. (1983). The risk of placement in a nursing home after acute hospitalization, *Medical Care, 21*(11), 1055-1061.

- Kasper, J. D., & Steinbach, U. (1994). Caregiver role appraisal and caregiver tasks as factors in ending caregiving, *Journal of Aging & Health*, 6(3), 397-414
- Kutner, N.G., & Ory, M. G. (1992). Measuring the quality of life of the elderly in health promotion intervention clinical trials. *Public Health Reports*, 107(5), 530-540.
- Lamberton, C. E., Ellingson, W. D., & Spear, K. R. (1986). Factors determining the demand for nursing home services, *Quarterly Review of Economics and Business*, 26(4), 74-89.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*. 30(1), 85-9.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Lawton, M. P. (1997). Measures of Quality of Life and Subjective Well-Being. *Generations*, 21(1), 45-47
- Lin, K., & Manton, K. G. (1989). The effect of nursing home use on Medicaid Eligibility, *The Gerontologist*, 29(1), 59-66.
- Litwak, E., & Longino, Jr. C. F. (1987). Migration patterns among the elderly: a developmental perspective. *The Gerontologist*, 27(3), 266-272.
- Mutchler, J. E., & Burr, J. A. (1991). A longitudinal analysis of household and nonhousehold living arrangements in later life. *Demography*, 28(3), 375-390.
- Newman, S., Struyk, R., Wright, P., & Rice, M. (1988). *Overwhelming odds: Caregiving and risk of institutionalization*. Washington DC: The Urban Institute, project no.3691-01.
- Reinardy, J., & Kane, R. A. (1999). Choosing an adult foster home or a nursing home: residents' perceptions about decision making and control. *Social Work*, 44(6), 571-585.
- Rivlin, A. M., Wiener, J. M., Hanley, R. J., & Spence, D. A. (1988). *Caring for the disabled elderly: who will pay?* Washington, DC: The Bookings Institution.
- Rosenzweig, M. R., & Wolpin, K. I. (1994). Inequality among young adult siblings, public assistance programs, and intergenerational living arrangements. *The Journal of Human Resources*, 29(4), 1101-1120.
- Scanlon, W. (1980). A theory of the nursing home market, *Inquiry*, 17(spring), 25-41.
- Shapiro, E., & Tate, R. (1988). Who is really at risk of institution? *The Gerontologist*, 28, 237-245.
- Soldo, B. J., Wolf, D. A., & Agree, E. M. (1990). Family households, and care arrangements of frail older women : A structural analysis. *Journal of Gerontology*, 45(6), 238-249.
- Stewart, A. L., & King, A. C. (1994). Conceptualizing and measuring quality of life

- on older populations. In R. P. Abeles, H. C. Gift & M.G. Ory (Eds.), *Aging and quality of life* (pp.27-56). New York: Springer.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 30(6), 473-483.
- Weissert, W. G., & Scanlon, W. (1983). *Determinants of Institutionalization of the aged*, P1-19 in Project to analyze existing Long-term care data, Volume III. Washington, DC: The Urban Institute.
- Wolf, D. A. (1984). Kin availability and the living arrangements of older women. *Social Science Research*, 13(1), 72-89.
- Wolf, D. A. (1990). Household patterns of older women : some international comparisons. *Research on Aging*, 12(4), 463-486.
- Wolf, D. A., & Soldo, B. J. (1988). Household composition choices of older unmarried women. *Demography*, 25(3), 387-403.
- Worobey, J. L., & Angel, R. J. (1990). Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45(3), S95-101.