

失能老人的生活現況與品質

——且看親子兩代怎麼想*

謝美娥**

摘 要

本文主要的目的在了解居家與機構裡失能老人的生活現況與品質。藉由老人，主觀建構出生活品質的概念。由於社區家裡的失能老人多與子女同住，遷居機構的失能老人，也多會參酌子女之決定，因此子女對生活品質的概念也值得一併探討。資料由深度訪談失能老人與照顧子女取得。總計受訪有17位老人及9位子女。綜合研究發現不管是居住在機構或居家的老人，因為失能及體力的下降，通常很少從事動態方面的活動，其社會網絡逐漸減小，生活的活動偏向緩和靜態的形式。通常失能老人對生活的一般感受是平靜、平淡的，符合撤退理論的說法。從社會角色中撤退，逐漸適應老化的生活。

研究者也發現在生活品質期待方面，機構與居家失能老人或子女在『要有健康的身體』、『要能夠外出』、『有朋友的探視』、『要有足夠的錢』、『要有安全的環境』、『有家人的關心』、『照顧者主動且有意願』、『和諧的人際互動』等方面均有同樣的看法。機構失能老人則由於侷限在機構的限制性環境中，通常會再要求『自主性』、『空間隱私性』、『飲食個別性』與『基本環境條件』等似「家」(home-like)的安插；而居家的老人則會強調『居家安全』的重要性。

本文最後也提出研究方面的檢討以及實務上和政策面的建議。

關鍵字：失能老人、生活品質、主觀、子女照顧者

* 本篇論文所用之實証資料係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）

** 作者為國立政治大學社會學系教授，本研究之研究助理為陳品貝，國立台北護理學院護理系畢業。

A Study of Subjective Quality of Life among the Disabled Older Adults*

Mei-O Hsieh**

Abstract

The purpose of this study intended to examine the current life situation and quality in the disabled older adults dwelling in the community and in the institution. Subjective evaluation was the major interest of this study.

Interviews were arranged with the disabled elderly who either lived in the community or in the institution. Older persons who lived in the community must live with their adult children. Because most adult children were also caregivers, their decisions were taken into consideration most of the time, some adult children were interviewed too. The samples were purposively selected, however, they were diversified in terms of age, education and district. Twenty six subjects were interviewed including 17 older persons and 9 adult children caregivers.

The study found that no matter where the disabled older persons lived, they devoted themselves to unhurried or quiet activities such as newspaper-reading, TV-watching, and walking. They tended to diminish their activities and social network because of frailty and disability. This tendency is conformed to the theory of disengagement.

In terms of anticipation for quality of life, the study found that 「being healthy」, 「being able to go outside」, 「having friends come to visit」, 「having enough incomes」, 「having environmental security」, 「having families to concern」, 「caregivers being willing to care and active」, 「interpersonal relationships being harmonious」 were the same quality of life thinking between community-dwelling and institution-dwelling older persons. However, because the institution-dwelling disabled elderly were confined to the limited environment, they would ask for home-like environment as 「having autonomy」, 「having privacy」, 「meals being person-tailored」 and 「having basic environmental conditions」. For those who lived in the community, they would ask more for 「being safe at home」.

Finally, practice and policy implications as well as research limitations were discussed.

Keywords: the disabled adults, quality of life, subjective evaluation

壹、前言

常在路上看到失能老人由家人或家庭看護工推著輪椅瀏覽街景，也在不少老人養護機構中看到對著電視看或自己靜坐不語的老人，興起想了解這些老人究竟在想些什麼？他們如何看待自己的晚年？他們對自己生活的品質有何看法？照顧的人了解這些想法嗎？國內探討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），其出發點也多從照顧者出發，較少探討老人自己的看法。另一方面，以住在社區家中的老人言，為數更是寥少的研究，也多著重於家庭「照顧」的品質（林秀純，1997），而非探討居住在家庭中，老人整體的生活品質，更缺乏去比較失能老人在家庭與在長期照護機構中的生活品質。本研究希望找出在不同的居住安排中，失能老人如何過日子？日子過得怎麼樣？老人怎麼想的？其子女又是怎麼想的？希望失能老人在地老化（aging in place）的過程中能多一些尊嚴以及多一些快樂。

本研究採用質化深度訪談法了解居家與機構裡失能老人的生活現況。失能老人及子女對老人生活品質的期待是什麼？更具體言，本研究的目的有下列五項：

- 第一、瞭解失能老人的生活現況。
- 第二、探討居家失能老人（及子女）對生活品質的看法與期待。
- 第三、探討機構裡失能老人（及子女）對生活品質的看法與期待。
- 第四、檢視居家和機構失能老人對生活品質看法的不同。
- 第五、檢視失能老人及子女對生活品質看法的不同。

本研究的達成可以協助瞭解失能老人及子女對生活品質的看法，也可以協助瞭解並比較失能老人在不同居住安排（社區家裡或機構）的生活品質，提供給老人政策和福利服務方面的參考。另外，可以增加老人照顧評估的知識，並激發、影響社會工作人員重視長期照護服務之領域。

* The study was granted by National Science Council. : 「Related factors of living arrangements and quality of life in the frail older persons: An exploratory study」 NSC 89-2412-H-004-029-SSS

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

貳、文獻探討

隨著壽命的增加，代表的是對生命的祝福，但其實也是一個挑戰。老人人口增加以及心理健康、社會環境的改變，有可能削減了老人的生活滿意度，因此，生活品質變成了社會科學重要的討論議題，其中，不同老人人口群的生活品質應如何提升及評估，在生活品質研究領域中尤其重要。

一、生活品質指什麼？

從 1930 年代開始，「生活品質」(quality of life) 就開始成為學術研究中常用的概念 (Furusetth and 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)，所以「生活品質」的概念源自對「照顧品質」(quality of care) 的測量。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)。

「生活品質」長久以來就是人類學、宗教學、哲學、社會學與醫學所注重的議題 (Gentile 1991)，我們可以了解到，生活品質有其多面向的定義，是指個人內在與社會規範的標準下，人與環境的系統中，個人去評估自己的過去、現在與未來 (Lawton 1991)，其包括了外在可觀察的、獨立存在的客觀事件，以及人們對於生活情境的主觀看法 (Robertson and Osborn 1985)。而 Lawton 在 1991 年提出「良好生活」(the good life) 的概念，就說明了「生活品質」就是個人是否擁有良好生活的評估。

生活品質的客觀定義包括：經濟資源、健康狀況、功能、以及社會接觸，這些是比較容易測量與被定義的面向 (Arnold 1991)。在個人主觀看法部分，生活品質的定義則包括了：生活滿意度 (life satisfaction)、士氣 (morale)、幸福感 (happiness)、以及迷亂 (anomie) (Gentile 1991)。這些在概念上是相類似或是相近的，只是主觀的成份不同 (吳大偉 1997)。「生活滿意度」是指個人比較外在標準及個人期望後，對自己狀況的滿意程度 (Gentile 1991)，所以是個人情感主觀評估其對環境的看法 (Miyake 1998)。「士氣」指的是比較主觀的，源自於生活滿意度而來的感受，包括樂觀、信心、悲傷、憂鬱；而「幸福感」指的是較短暫的，在日常生活中感受到福祉的感覺 (McDowell and Newell 1987)。

Fry (2000a) 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，生活品質的評估也是一種主觀的知覺。

二、生活品質包含些什麼概念？

Farquhar (1995) 的研究指出生活品質包括主觀及客觀的項目，客觀項目包括居住環境的人口密度、收入水平、居住地的犯罪率。主觀項目則包括個人工作滿意度、自覺健康及心理狀態等。由於生活品質包括相當大的主觀成分，因此要真正測量到生活品質的深度其實是不容易的。Farquhar (1995) 在了解多篇有關生活品質的研究後發現生活品質的測量幾乎都是由工作人員的角度來出發及收集資料，而量表式的測量工具也限制住了老年人的選擇。因此在參考相關資料後 Farquhar 以五大問題來評估老人如何評估生活的品質：(1) 你如何描述你的生活品質？為什麼這麼認為呢？(2) 什麼事情可以給予你生活品質？(3) 什麼事情會帶走你的生活品質？(4) 什麼事情會使你的生活品質更好？(5) 什麼事情會使你的生活品質更壞？該研究證明老年人是能夠談論有關生活品質的。Andrews (1974) 推論人們會被刺激而產生出思考。該結果發現住在家中的老人生活品質較好，追溯其源，應該是良好的生活品質指的是家庭間的互動關係、社會接觸、活動這些變項。

Stewart & King (1994) 認為生活品質核心概念內容應包括身體及認知功能，活動的限制，疲倦，疼痛，及自覺的健康等。Fry (2000b) 與 37 個老人進行質化深度訪問，這些老人共同點為失能、依賴且在晚近自覺生活品質下降的老人。他們對於生活品質的回答為 (1) 應有安適生存的權利，可以在法律的允許下協議安樂死，有自行決定老年生活的權利；(2) 強烈的表示在做決定時 (包括選擇自己的生活方式及決定自己的醫療) 需要有自主性。一些老人也反應出他們常被外界的事情干擾，所以有隱私權的需要，這樣才算是好的生活品質。當在詢問到對未來生活品質的渴望及期待時，老人們回答 (1) 能享有一些對生活品質的娛樂及多方面不同的事物；(2) 能享有可以確保別人的敬重及尊嚴，包括確定在生病時，我有權利安全的生活下來，支持性的環境是應被保障的；(3) 能享有長期可用及經濟獨立的保障。當詢問到較擔憂的未來生活品質，老人較擔心的是獨自面對死亡及沒有人照顧。

Fry (2000a) 認為生活品質發展，具備以下這幾個面向：(1)主觀自我安適感、(2)生活滿意度、(3)主觀自我效力、(4)社會角色、(5)個人自覺的行為及認知能力。Hilleras et al. (2001) 訪問 99 個老人，他們共同在他們的生活中發覺到重要的事情，總共有 12 個分類。分別是：(1)維持健康、(2)家人關係、(3)生命的繼續存活、(4)對事情感興趣、(5)宗教、(6)戶外活動、(7)安詳的過世、(8)幫助他人、(9)外出、(10)安全、(11)自主性、(12)學習新事物。Hilleras et al. (2001) 質化訪問 61 個老人發現：對於成為老年生活正面滿意的分類有：(1)隨心所欲、(2)人生經驗的增加、(3)良好的健康、(4)被他人照顧、(5)自信心的增加、(6)經濟不匱乏、(7)與家人的接觸。

總觀上述研究，老人的生活品質至少應包括：健康的身體、決定自主性、經濟充足性、照顧存有性、環境安全性以及社會支持適當性。而宗教支持、能學習並經驗新事物，也是偶被提到的成分。

三、哪些因素可能影響生活品質？

Scott and Butler (1997) 指出一個人之個人-環境主觀安適的適應系統是和心安適（健康及財經狀況）有穩固的關聯的。不論是對於年輕的老人或是老老人而言，社會互動在士氣中扮演著重要角色，在目前的幾篇文獻中甚至提到當健康變差及經濟能力受限時，主觀的安適感會透過非正式的支持系統而有正面影響。

Hilleras et al. (2001) 提到健康、個人的情緒、及獨立是非常老的老人生活品質的重要因素。質化訪問 61 個老人發現：越高度焦慮傾向的老人 (Neuroticism)，生活滿意度越低。較外向傾向的老人 (extraversion)，生活滿意度較高。社會關係方面：有小孩或與孩子有良好關係、家庭關係較佳、或與他人居住（非獨居）者，生活品質較高。另一方面，較年輕老人的生活品質，則比較不會受子女的影響，有可能是因為和子女的接觸較零散，所以較少有情緒上的困擾。換言之，在較年輕的老人身上，和孩子的關係對生活品質影響較少。另外，意外的是，朋友的關係沒有影響老老人的生活品質。有可能是因為當家人的關係是重要時，朋友的接觸反而變的不重要了。主觀健康，健康及 ADL 是幸福感 (well-being) 的重要因子。宗教信仰和生活品質沒有相關。研究也發現高估了宗教在生活品質上的影響，有可能是上教堂已反應在社交活動上。活動和生活品質息息相關，以閱讀、外出散步、了解時事，和生活品質最為有關。

從以上文獻看，大部分研究仍以一般老人為對象，較少探討失能老人的生活品質，由此更可發現本研究的實証意義。

參、研究方法

本研究著重社區（居家）及機構失能老人（及子女）對於生活品質的認知，注重樣本的個別化及自我詮釋的結果，希望獲得的資料是較生動、並且是用個案本身的語言來說的 (in vivo)，也希望取得較整體的 (holistic)、較深度的經驗 (Padgett 1988)，故使用深度訪談法，以取得較深度及個別化的資料。

選定個案的方式，係以居住在機構或社區家裡 65 歲以上的老人，至少有一項 ADL 或 IADL 功能需要協助的，但認知功能及語言表達均正常者。訪談的子女必須為二十歲以上，並且曾經或目前照顧過老人。選取個案的原則為立意取樣，尋找能夠提供本研究主題深度的樣本，希望找到老人及子女，了解老人及子女對失能老人生活品質的想法及需要。

一、樣本來源

在樣本的收集方面，本研究以性別、年齡、省籍、教育程度、婚姻狀況、居住方式等多方面，取得多樣性意見與意見不同的樣本，以增加研究發現的多樣性及豐富性。樣本的來源十分多樣化，其中來自身心障礙名單老人 4 位，子女 3 位。經由機構負責人溝通老人同意面訪有老人 10 位、子女 4 位。至大安森林公園尋找的有老人 3 位（希望找活動性較高的失能老人）及子女 1 位。研究者在尋找受訪者的過程中，發覺到訪問失能老人與配對子女的不容易。有的照顧子女願意接受訪問，但其年長者已經重度失能，無法接受訪問；有的失能老人願意接受訪問，但其子女卻不願意接受訪問。研究者考量本研究目的為瞭解失能者及照顧子女的對生活品質的看法，故在訪問六位 (E1-E6) 配對的失能老人及其照顧子女對生活品質的看法後，另外並配合訪問數位未配對的失能老人及照顧子女。老人在經過研究者致電後同意進行訪問。訪談地點在個案家中或是機構內，有 2 位子女因為工作關係而在上班地點受訪。每次訪問時間老人平均約 40-50 分鐘，子女約 70-90 分鐘，最後成功面訪 8 位子女、一位媳婦共 9 位照顧者及 17 位老人，其中一位兒子的配偶（媳婦）也參與訪談。

二、子女的基本資料

如表一所示，在 9 名子女中，年齡從三十九歲到六十三歲都有，以四十~五十歲者居多；只有一位子女未婚，其餘皆已婚；兄弟姊妹手足間的人數從 3 個到 9 個都有，有排行老大的也有排行最小的；子女目前無工作的有 3 位，一位已退休，其餘都有工作；照顧失能老人的時間從半年到十二年皆有之。四位子女的父母是住在機構，一位父母住在自己兄弟家，另外四個社區子女都是與老人同住；有 8 名子女之父母接受殘障補助。除了社會補助之外，有四個兒子是獨自負擔照顧支出，另外五個子女則是由手足共同分攤。

表一 子女受訪者基本資料

編號	性別	年齡	婚姻	教育程度	職業	兄弟姊妹排行	照顧年數	生活開銷來源
C1 (社區)	女兒	39	未婚	國小	無	第四，兩男三女	2年	自己(女兒)及二哥共出、殘障補助
C2 (機構)	女兒	42	已婚	國小	開小型餐廳	第三，三男四女	1年	第一及第三兄弟共負擔、殘障津貼
C3 (機構)	兒子	52	已婚	五專	公司老闆	第三，二女一男	半年	獨自負擔
C4 (機構)	媳婦	47	已婚	國小	無	第三，三兄弟	5年	獨自負擔、殘障津貼
C5 (機構)	女兒	49	已婚	高中	電子公司上班	第二，一男六女	入住機構前照顧 1-2年	七兄妹共均分機構費用
C6 (社區)	兒子	49	已婚	五專	在家自行接洽生意	第三，二男一女	4-5年，與母親、太太、兒子及護工同住	自行負擔、殘障津貼
C7 (社區)	兒子	63	已婚	大專	自報社退休	第一，二男一女	12-13年，與父親同住	自行負擔、殘障補助
C8 (社區)	兒子	54	已婚	大專	公務人員	第五，四男五女	曾輪住照顧母親 1年	與二哥共同負擔、殘障津貼
C9 (社區)	兒子	42	已婚	大專	無	第四，四男	3-4年，母親住隔壁	兄弟均分、殘障補助

三、老人的基本資料

如表二所示，本研究老人的年齡多為 75 歲以上；本省籍 8 位，外省籍有 7 位，另 2 位客家老人；多數老人身體有一種以上的慢性疾病。

表二 受訪老人基本資料

照顧者編號	教育程度	年齡	省籍	性別	目前居住方式	老人失能程度
E1 (社區)	不識字	78	本省	女	與兒子、媳婦及女兒同住	ADL 95，退化性膝關節，外出需拿拐杖輔助
E2 (機構)	不識字	79	本省	女	養護所未滿 1年	ADL 50，帕金森氏症，13年糖尿病，髖關節骨折開過刀，無法走路，移動需坐輪椅
E3 (機構)	不識字	86	客家	女	養護所半年	ADL 55，可自行拿四腳架緩步行走
E4 (機構)	不識字	76	本省	女	養護所 5年	ADL 25，IADL 需要協助，中風已 5年，左側乏力，需使用輪椅行動
E5 (機構)	高中	76	本省	男	養護所 7-8個月	ADL 60，退化性膝關節，拿四腳架短距離走動，移動需坐輪椅
E6 (社區)	高中	81	外省	女	與兒子及看護工住 4-5年	ADL 35，心臟疾病，三次心導管手術，6-7年前中風，左側乏力。在他人扶助下可短距離行走，外出需使用輪椅
E7 (社區)	高中	79	外省	女	與先生及看護工住，護工照顧 5年	ADL 50，退化性關節，骨質疏鬆症，需他人協助可短距離行走，外出需坐輪椅
E8 (社區)	小學	77	外省	男	獨自居住	ADL 95，坐骨神經痛，平常拿拐杖輔助行走
E9 (社區)	大專	72	本省	男	與太太居住	ADL 100，IADL 需協助，中風 5年，拿拐杖慢步行走
E10 (社區)	國小	69	客家	女	與兒子及媳婦	ADL 100，IADL 需協助，風濕性心臟病及中風，左側手部乏力，無法提重物舉高
E11 (機構)	大專	79	外省	男	機構 2年	ADL 95，風濕性關節炎，心臟疾病，走路須使用拐杖輔助

E12 (機構)	高中	91	本省	女	機構 3 年	ADL 80, 可拿四腳架漸進短距離的行走, 飽疹 5 年, 髖關節因跌倒開過刀
E13 (機構)	高中	78	本省	男	機構 2 年	ADL 25, 股動脈阻塞, 下半身乏力無法行走, 下床活動需坐輪椅
E14 (機構)	高中	67	本省	男	機構 2 個月	ADL100, IADL 需協助, 糖尿病 28 年, 2 年前冠狀動脈開過刀
E15 (機構)	小學	86	外省	女	機構 3 個月	ADL 95, 曾跌倒傷到腰部
E16 (機構)	大專	91	外省	男	機構 3 個月	ADL 65, 走路需他人攙扶
E17 (社區)	高中	77	外省	女	與小兒子及媳婦、看護同住	ADL 85, 中風, 可以短距離行走

四、訪談大綱

爲了了解對生活品質的看法, 因此只問「您如何描述您的(或老人的)生活品質? 爲什麼呢?」。但是, 由於生活品質的概念非常抽象, 直接詢問老人, 幾乎沒有一個老人回答得出來。常需要使用比較或對照的問法, 老人才會了解。生活品質的定義包括生活滿意度 (life satisfaction) (Gentile 1991), 因此使用生活滿意的概念較爲老人所接受。如前文中, 「生活滿意度」是指個人比較外在標準及個人期望後, 對自己狀況的滿意程度 (Gentile 1991), 因此訪談時, 爲了讓受訪者了解, 詢問的問題均環繞在生活滿意相關的主題上。

(一)居家失能老人問項:

「您現在都做些什麼事, 日子過的如何?」「您如何描述您的生活品質? 爲什麼呢?」「您對您目前住在家裡的生活滿意嗎? 哪幾個方面滿意? 哪幾個方面不滿意?」「什麼事情可以給予您好的生活品質?」「如果一個失能老人要快樂, 要有什麼條件?」等。

(二)居家失能老人子女之問項:

「您如何描述失能老人的生活品質? 爲什麼呢?」或「您覺得一個

失能老人需要怎樣的照顧會較快樂?」「您覺得什麼會影響失能老人對生活的滿意?」

(三)機構失能老人問項:

「您住在機構一天的生活怎麼安排的?」「您如何描述您的生活品質? 爲什麼呢?」「您對您目前的生活滿意嗎? 哪幾個方面滿意? 哪幾個方面不滿意? 爲什麼?」「對您(失能老年人)來說什麼事情對您的生活是重要的?」「對失能老年人來說機構裡工作人員可以做些什麼來讓失能老人生活過得更滿意?」「您希望怎麼安排自己住在這裡的生活?」「您覺得老人住家裡和住機構的生活有什麼不同?」「對未來有什麼打算?」

(四)機構失能老人子女之問項:

「您如何描述失能老人的生活品質? 爲什麼呢?」「您覺得失能老人在家裡和現在住到機構的生活哪裡不一樣?」「您覺得工作人員提供老人什麼照顧? 您覺得這樣的照顧滿意嗎?」「您覺得一個失能老人需要怎樣的照顧才会有生活品質?」「您覺得什麼會影響失能老年人對生活的滿意?」「您覺得失能老人想要什麼樣的生活?」

訪談的內容多從目前老人的身體健康情況開始, 之後再了解目前老人日常生活的安排、生活感受、對生活品質的想法及態度, 其他問題並無特定先後順序, 完全是順著情境發展。照顧者的資料除了在訪談之前有初步的認識之外, 也是經由訪談的過程中, 加以深入的了解。

五、分析方法及步驟

資料分析的方式爲內容分析。Beeman (1995) 提到資料分析的步驟是:(1)準備內容分析的逐行資料,(2)發展分類資料的機制,(3)分析與修正個案資料, 並發展範疇與副範疇,(4)比較這些初步定義面向的異同,(5)加入個案分析, 並做面向的修正。

在本研究中, 先將所有訪談過程之錄音帶先做逐字稿整理。再以每個個案爲單位, 以逐字稿做逐行分析之編碼。編碼是發展和提煉資料的一種系統化方式, 是根據概念的類別來做資料的組合與分類(黃瑞琴

1991)。所以本研究就是逐行地將訪談的逐字稿內容，編碼成簡短的摘要文字，以說明這整段受訪者談話的主要內容，以及研究者所看到受訪者談話的主要意義。另外，本研究選取合適的各種編碼方式，來做資料與概念上的分類，包括：(1)活動編碼，經常發生的行為種類，例如：「失能老人的生活現況」；(2)情境定義編碼，定義研究對象對特殊情境的看法，例如：「失能老人希望在家裡的生活安排」；(3)策略編碼，指的是人們完成各種事情的方法，例如：「失能老人對不滿意生活所做的調適」；(4)關係與社會結構編碼，意指人們的行為類型，例如：「家人關心」(黃瑞琴 1991)。舉例來說：還有就是你跟她(母親)一起相處的，住在一起的子女、孫子、兒子或媳婦，真的對她天天噓寒問暖、關心，我覺得是最好的。對老人家有一種關心。…其他當然就是平常時候多一點人來，等一下這個人來，哪一個女兒又來了，來看看她，她就很高興。老人家最希望就是能看到自己的親人。…每天第一通電話是我打去的啦！然後她就問我什麼時候要來。什麼時候到她那邊。天天都這樣問。譬如今天我打電話，講說明天放假，她(母親)就告訴我說要來哦！別讓我一直在等。(社區子女 C8)

可以編成「家人關心」，這是關係與社會結構編碼，指的是人們的行為類型；另外，這段文字還可以編成「失能老人具備生活品質的條件」指研究對象對特殊情境的看法，呈現的是子女主觀對失能老人生活品質的定義及條件。

在所有譯碼完成後，經討論做主要概念的標籤。經過不斷的修正與討論，將概念範疇化，分為「居家失能老人的生活現況」、「居家失能老人的生活感受」、「居家失能老人(及子女)對生活品質的看法」、「機構失能老人的生活現況」、「機構失能老人的生活感受」、「機構失能老人(及子女)對生活品質的看法」、「機構與居家老人對生活品質看法的差異」、「失能老人與子女看法上的差異」八大部分。每一部份再依其內容分類為許多副範疇，並不斷比較修正，最後細分出每一範疇的性質，並加以命名；命名的過程包括從文獻中尋找已有的概念，或是自訂較貼切的名稱(徐宗國，1997)。最後賦予每一範疇意義之詮釋。

六、研究的信效度考量

Guba 及 Lincoln (1981) 提出四項質性研究可信度主要的概念：(1)確實性、(2)轉移性、(3)可靠性、(4)中立性。在本研究的嚴謹性與可信度

方面，訪談的過程由研究者與研究助理共同參與，除了訪談外，並由一人參與觀察，訪談完後立即記下想法、資料。所有譯碼、分類、概念化的過程，也經由兩人不斷的核對、討論與修正，其中並加上另一位研究助理的編碼，再比對之前兩人所已進行完成的編碼工作，以增進分析的可信度。研究者並在訪談機構失能老人後與機構照顧人員澄清失能老人在機構的生活安排及平常生活的呈現，符合多個研究人員三角測量及成員確認的方法。另外在編碼工作完成時，為確認理論的飽和，透過檢查考驗方法，再由研究者訪問三位個案，訪問內容編碼後均符合之前的編碼，提高了研究的確實性。

肆、研究發現

在本研究過程中發現訪問老人的生活品質時，失能老人很難具體回應目前生活的品質，多以目前的生活感受、生活現狀來回應。Fisher (1995) 發現受訪者對於生活滿意度的內容引證多是強調過去發生的經歷、對過去的評價、及目前的生活狀況，並且流露出較多的基本需求，例如：好的健康、充裕的經濟、擁有自己的住家。本研究中也發現類似的發現。另外，由於本研究同時訪問一部分成年子女，子女對於失能父母的生活品質會有自己的一套看法，也是另一種主觀。本文中有關生活品質的概念，必須是失能老人以及子女同時都有提到的才會歸類為生活品質的看法。也就是說形成的概念必須是具有老人主觀的看法，並輔以子女主觀的想法。分述如下：

一、住在家裡的老人

(一)居家失能老人的生活現況：

不論是居住在家裡或機構的老人，因為失能及體力下降，不適合再從事動態方面的活動，因此活動的範圍也會因為失能而做改變，與社會網絡聯繫呈現減少，偏向居家式、和緩、靜態的生活活動。除了活動安排之外，老人的失能也意涵更接近生命的終期，逐漸的退出家庭責任的核心，不再參與家庭的事務。

圖 1 從事靜態式的活動：以看電視、讀書報、看小說為主要活動型態。

我偶爾打牌呀！我是說像白天整天，我看電視、看報、看書。

反正時光之所剩無幾，別的事情不管，無所謂。比較單純，很多事情不管啦！不想了。（社區女性老人 E6）

其他時間大多一個人看報紙。那麼下午一個多鐘頭散步，其餘看報紙啦、看書籍。我目前多半是看書打發時間啦，所以沒有想到其他的方法。因為年紀大了，想再從事事業都不可能。（社區男性老人 E9）

看書，小說書，金庸的啊，武俠小說都喜歡看，看金庸的武俠小說真痛快啊。其他沒有什麼可以想的嘛。（社區女性老人 E7）

2. 從事較不費力的運動：以在社區附近散步、走動為主。

早上起來走走啊，早上都差不多到公園走走，差不多到 7 點多鐘，到 8 點回去。走到這裡（大安森林公園）…差不多要兩個小時…我一個人就慢慢的走走坐坐。其他的…沒有什麼活動安排了。（社區男性老人 E8）

我每天都在門口走動。我這邊都是 50 幾年的鄰居，每天都是出去和朋友聊天。下雨就在這大樓中庭，現在是一個月打個 3.4 次麻將。走一走、聊一聊，推著車子（輔助工具）到中庭。（社區女性老人 E17）

3. 退出家庭責任：對家裡的事情盡量不予干涉，讓自己精神上比較沒有壓力。

其他的想法，沒有啦！現在這樣子的老人，我的想法很單純，只要精神上沒有壓力我就很快樂，我也滿足。反正時光之所欲無幾，別的事情不管無所謂。比較單純，很多事情不管啦！不想了。（社區女性老人 E6）

現在就是一天過一天。現在也不行啦，健康越來越差啦，不管那麼多啦，走也走不動啦，沒有辦法管那麼多啦。我大兒子有時會來吃吃飯，聊聊天。出去走一走啊，吃東西。（社區女性老人 E17）

從事不太劇烈的活動、讓自己心靈保持輕鬆愉悅、退出責任與牽掛可以說是社區失能老人生活的寫照，也符合老人社會學理論中的社會撤退論之說法。該學說以為老人在經過重新評估後，從現存的社會角色、

人際關係、以及價值體系撤離，這種撤退並非社會壓迫的結果，而是一種自然、自我選擇的表現。對老人而言，這是一種反璞歸真及追求安樂的心理，老人也因此可以避免一些社會規範的束縛而頤養天年（徐立忠 1997）。本研究中，由於對象是失能老人，所以呈現較為一致性的撤退理論（disengagement），也算是他們對老化的準備和接受吧。

(二) 居家失能老人的生活感受：

從老人透露出來的生活現況中，老人對生活的感受是平靜、平淡的。即使是對自己目前生活較滿意的老人，仍會擔心資源逐漸的消逝，擔憂未來自己需要的照顧負荷超過自己可以承受的程度。面對這樣的憂慮，能主動安排自己生活的老人，就會盡量保留目前擁有的資源，並以最不造成子女負擔、最能減少資源消耗的方式讓自己老化。而在資源不多的失能老人，老人也就努力的告訴自己「過一天是一天」來因應自己的老化，言語中似乎還有一絲無可奈何的無力感。這種「消極邊緣」的調適方式並不是主流的調適壓力策略，但是卻可以讓失能老人走在老化的道路上較為順暢。

我只要精神上沒有壓力我就很快樂，我也滿足。老人很可憐哦！想要什麼要不到的，自己不能動，不會做事，好可憐！所以我這個殘廢的老人，還算很幸福的。（社區女性老人 E6）

我因為信耶穌啊，想的很開。我常常去教會啊，我的想法是說住在家裡不是長久，算我這小毛病（風濕性心臟病）不能生病，情緒得要好啊，我以後還會老啊。（社區女性老人 E10）

還能談的上快不快樂啊？只能過一天算一天啦…只有這個想法，你要叫我往遠一點的地方想，我們這個年齡也不能那麼想嘛，那…現在只有自己想…過一天算一天。其他沒有了。…所以在外面過一天、算一天。沒有什麼好重要的，這個就是…今天吃飽了…就不管他了，沒有像過去年輕啦，有前進的希望，現在都破滅掉了，沒有了嘛。（社區男性老人 E8）

現在的生活不滿意能怎麼樣，他們（兒女）要上班。老人要自己找快樂。很難有生活品質啦，現在就是一天過一天。不過也不行，健康越來越差啦，不管那麼多了啦，走也走不動啦，沒有辦法管那麼多啦。（社區女性老人 E17）

(三)老人與子女對居住在家裡失能老人生活品質的看法：

研究者詢問要如何才能具備理想上的生活品質時，『身體要健康』、『能夠外出』、『要有朋友的來往』、『手邊的錢要夠用』、『家人的互相關心』等這幾個方面是居家與機構失能老人及子女共同有的看法，茲先歸納居家失能老人及子女的看法如下：

1. 要有健康的身體：

有健康身體的老人才能自己活動，過自己的生活，不需要他人的照顧，決定自己的日常安排。Kempen et al. (1999) 表示老人失能程度增加，自覺控制力會跟著下降。Hilleras et al. (2001) 及 Asakawa et al. (2000) 健康是 well-being 的重要因子，身體功能是生活品質的先決條件。即使是失能老人已不再擁有健康的身體，仍會在生活品質要求上有所期待。

因為行動不方便，所以很難…表達我的想法。如果健康的話我還可能…到各個地方，台北市各個地方去走一走。第二個重要的是身體要健康。(社區男性老人 E9)

因為身體不是很好，天天都在吃藥，怎麼會快樂起來。所以說，讓老人家怎麼樣感覺快樂，我是覺得身體健康。最重要的就是健康。身體不健康的話，一切都免談。(社區兒子 C8)

2. 要能夠外出：

戶外的活動能夠讓老人和社群建立關係，帶給老人較開朗、舒服的感受，並且打發空閒時間。在身體健康時，能夠外出是輕而易舉的，不會構成生活品質的具備條件；但是當失能老人健康漸漸趨嚴重時，本來能夠活動的範圍會從戶外縮小到在戶內。能夠外出，轉而成爲是失能老人期待的生活品質條件。

有時候我想有那麼一個地方，都是像我這樣子的一些老人，在一起坐坐，那很好。因為朋友來，我得要考慮怎麼樣招呼人家，那我就嫌麻煩，我怕招待客人不周到，或者不滿意，那我就不願意，所以我寧願出去玩，很少招待人到我家裡來玩。(社區女性老人 E6)

最好是能夠下來到樓下、公園走走曬曬太陽啦，跟朋友聊聊天，這樣他(父親)生活就過得較有意義。目前談天只是限於家裡的人，

顯得比較無聊，話題都沒有變，再這麼講都是這些。假如能夠天氣好的時候出來曬曬太陽，聊聊天，讓他心情開朗一點較好。(社區兒子 C7)

3. 要有朋友的來往：

每一個人都需要朋友，當然失能的老人也不例外，尤其失能的老人有朋友的關心，彼此談論過去共有的回憶，自己的意見能有人回應、參與，老人的生活會較快樂。Baxter (1998) 發現較多的親密朋友、關係、有人來家裡探訪都和生活品質有關，林三衛 (1997) 也表示有功能的支持網絡會影響老年主觀幸福感。

對對，要合適的朋友再聊，不合適的…我不聊ㄟ…合適的朋友、年齡差不多的都走了，不合適的…談不來，倒不如不要談的好。(社區男性老人 E8)

他(父親)會講說覺得很寂寞，有時想要聊天連個伴都沒有。我說那我就陪你嘛，有時候光是我們陪還不太夠，有兩個老朋友來坐坐，談談啦，心情會開朗一點。(社區兒子 C7)

4. 手邊的錢要夠用：

老人如果想要自己安排活動並維持自主性，最需要具備經濟充裕的條件。當老人失能時，行動上自主的能力會漸漸消退必須仰賴他人的照顧。如果此時老人的經濟足夠，尚可運用經濟能力來安排自己想要的生**活或是減輕失能所造成對他人的依賴**，讓老人有較高的自主性。Scott and Butler (1997) 也發現自覺經濟能力可以預測老人的士氣，結果和本研究相仿。

最重要還是經濟問題能解決，總之需要錢啦。(社區男性老人 E9)

還有呢就是生活不需要人家幫忙，就是說我們年輕時有一點錢呀。(社區女性老人 E7)

生活，經濟方面我不愁，這是最主要的啦！第二，縱然有孝心，他(子女)有沒有時間，這也是不可以強求的呀！(社區女性老人 E6)

自己還有老本。所謂老本就是說，至少我們退休以後、年齡大了以後，我不需要靠小孩。自己最好自己能夠照顧自己，經濟上來講，自己有辦法。簡單講一句，就是老了以後，不要成爲你小孩的負擔。(社區兒子 C8)

5. 家人要能互相關心：

子女或老人都認爲家人的關心對生活品質是很重要的。家人的關心會讓失能老人覺得自己是有價值的，一種與家人互爲一致的歸屬感，這種歸屬的情感在老人失能時能夠讓老人感到欣慰。Blasszauer (1994) 也表示家人的關心對老人來說是很重要的。

偶而我大兒子會來我這裡陪我吃吃飯，聊聊天。帶我出去走一走啊，吃東西。上次還帶著我去坐捷運，真方便。(社區女性老人 E17)

還有就是你跟她(母親)一起相處的，住在一起的子女、孫子、兒子或媳婦，真的對她天天噓寒問暖、關心，我覺得是最好的。對老人家有一種關心。…其他當然就是平常時候多一點人來，等一下這個人來，哪一個女兒又來了，來看看她，她就很高興。老人家最希望就是能看到自己的親人。…每天第一通電話是我打去的啦！然後她就問我什麼時候要來。什麼時候到她那邊。天天都這樣問。譬如今天我打電話，講說明天放假，她(母親)就告訴我說要來哦！別讓我一直在等。(社區兒子 C8)

他(父親)是希望人多一點，人少的話他會覺得寂寞，他會有這種感覺。所以偶而我們會寫個信給國外弟弟妹妹回來小住幾天也好啊，讓他感覺熱鬧些，多有個伴跟他談天啊，他日子比較好過些。(社區兒子 C7)

尤其是那種長期臥病的人，老人唯一要的就是家屬的陪伴。家屬的陪伴，不是老人院裡的陪伴，老人要的不是這個。小孩子時需要父母陪伴，我們在襁褓時期，嬰兒的時候，一直到我們成長的過程是不是都希望父母的陪伴。那你認爲老人家到老了就不需要家人的陪伴嗎？也一樣嘛！爲什麼？因爲那個時期我們定義我們是一個弱者，老人家她現在也是弱者，在這整個社會裡面她也是個弱者，弱者就需要人家照顧！這沒有辦法的事。就算你不跟她講話，你在

她旁邊也就可以。(社區兒子 C6)

二、住在機構裡的失能老人

(一)機構失能老人的生活現況：

失能以後，老人的行動及生活偏向靜態、緩和式的安排。在家中，失能的老人靠著輔助工具協助仍可以維持外出或自行安排在家中的活動；但是機構是公共的環境，活動的安排就要顧慮團體的立場，即使老人想外出，也要考量自己的身體失能及機構允許外出的條件。所以機構老人失能程度越高，能出外活動的機會越少，加上機構環境的特別性，是較沒有條件能夠自由活動及安排戶外生活的。因而機構失能的老人除了和社區一樣都偏向靜態的活動之外，機構老人還要衡量團體的需求才安排自己的活動，比起社區，活動的選擇權更是小了。

1. 從事靜態式的活動：以看電視、讀書報、看小說爲主要活動型態。

我都看書、看報紙，很少去理會別人的事情，有時看電視。我都看書、看報紙，政治亂的時候我都看報紙。我不要跟人家搶，晚上人家看完的時候，會拿去放在護理站，我再拿來看。我是都看頭版而已啦。(機構女性老人 E12)

還有就是我住這裡我外頭種了 20 幾盆花，平常啊剪剪花，澆澆水啊，看看電視就這樣。(機構男性老人 E11)

我喜歡聽收音機。育樂方面，下午方面都有活動，有時候紅十字會的太太志工會來一起打打撲克牌、麻將，要不然就看電視做其他消遣。(機構男性老人 E14)

我活動的空間只有床、椅子。早上 6 點鐘吃飯，10 點鐘一次點心，11 點吃飯…每天都是過這樣的生活。我想寫一點稿子也寫不下去。(機構男性老人 E16)

(二)機構失能老人的生活感受：

機構的失能老人必定是經由家裡轉來，其在失能程度上通常較住在家裡的老人來的嚴重，也可以說在機構的老人較家裡更接近面對嚴重失能或生命的盡頭。此刻的接近生命止盡，促使老人統合及整理自己的人

生，預備體驗生命結束。

唉啊，我們現在老人家又沒有錢，只要兒子將我們找個落腳的地方就好了啊，有得住就好了。…不高興也得高興。現在這麼老了，頭髮沒有燙也沒關係，衣服穿醜也沒關係。要不然跌了兩次了啊…死也不死，如果死一死還好。（機構女性老人 E2）

現在普通來說是沒有說很快樂啦，只是說每天過一天這樣啦。唉、管他的，要走就走吧，也不會像其他老人樣哀嚎的叫啦…（機構男性老人 E5）

我是很想住在家裡，但是回去有困難。自己能自己照顧的不多，還是需要別人幫忙，與其在家裡請人照顧，倒不如住進來機構裡。……現在我過的日子都沒有希望了，今天我做不到的，明天還是一樣做不到…。（機構男性老人 E16）

(三)老人與子女對機構失能老人生活品質的看法：

在生活品質期待方面，研究者發現機構失能老人和子女有一部份看法與居家老人及子女一樣。『身體要健康』、『能夠外出』、『有朋友的探視』、『錢要夠用』、『家人的關心』是其重視的層面。茲分述如下：

1. 要有健康的身體：

住進機構的老人通常是已經失能到一定的程度，很難再繼續獨自在社區家中生活，必須做居住的調整，這樣也讓失能老人發覺身體健康和居家環境遷移的關聯。比較住在家裡及機構的居住，老人通常都是較滿意自己在家裡的生活方式、居住環境，所以機構的老人就能夠深刻的感受到健康對於生活滿意的重要。對子女來說，健康的老人可以自己安排，不需要讓子女面對父母居住更換的抉擇、不需要去承受父母失能後的對自己的依賴，因而子女與老人一樣也體會到健康的重要。

…一上了我這個年齡啊 70 歲到 80 歲，百病叢生，說得難聽一點的話，把本錢輸掉了，身體虛弱，時常一個病，就叫服務人員送醫院啊。這個是最重要的。（機構男性老人 E11）

我也沒有甚麼特別的感想啦，因為事實就是這樣了，沒這樣想

之外沒辦法了。現在行動不自由時要期待甚麼生活方式，不可能啦，因為我自己的身體我自己知道，行動不自由，你如何想都沒有用。比如說你們問我為甚麼不出去外面走一走？我坐不久啊。身體喔，健康最重要，沒有健康時甚麼都免談。如果要享受較好的活品質，第一喔身體要能動才有辦法，不是嗎？設備再好，周圍環境再好，但是就行動不方便啊！（機構男性老人 E13）

如果住這邊（機構）還有其他的可以想！?如果會走路再來想要怎樣才會快樂…除非說自己身體勇勇的。（機構女兒 C4）

2. 要能夠外出：

老人外出的目的不只是因為想要增加社會網絡的互動；不同於社區，能夠出去戶外活動更表示可以暫時離開機構制式化的空間及氣氛，並且與外界接觸，緩衝每天待在同樣空間的緊繃，有人能帶自己外出，意涵著在家庭關係上是良好的，自己是受家人重視的。Farquhar (1995) 研究中也發現老人表示“活動”可以給他們生活品質。有更多的移動能力可以使他們的生活品質更好，並且希望是能夠到戶外的移動能力。

最好是行動不方便的老人家，有人陪著他走著走著，較安全，老人也較有一個安心感，所以坐輪椅的人來說，如果可以推他出去逛一逛，那是最好的，呼吸一下新鮮的空氣。如果有人可以推我出去走一走是最好的啦。（機構男性老人 E5）

我假日帶她（母親）出去，了不起也只能待在外面 1-2 個小時的時間，因為老人家要排尿，所以我都直接自市民大道帶到 6 號水門堤坊外一些遼闊的地方還有運動場，就在那邊看看淡水河。最好是機構要人手足夠、有庭院，就可以將老人家全部推到大庭院，大庭院的地方晒晒太陽，讓紫外線消消毒（機構兒子 C3）

3. 親戚朋友常來探視：

除了家人之外，能夠與他人互動象徵著自己有人關心，這對失能老人是一種心理層面的支持。除了朋友的探視之外，子女提出住在機構的環境中，因為是集合式住宅的特性，反而有可能讓失能但可以言談的老人聚集在一起，提供老人交友的環境，增加互動，國內外研究也有同

樣的發現。Gee (2000) 指出社會支持 (例如有信任的朋友或家人) 是生活品質的預測因子。吳大偉 (1997) 表示親朋好友接觸的頻率可以維持老年人較高的生活士氣。

親戚啦、朋友常來探視我我最高興了。(機構男性老人 E13)

偶而朋友會來看看我，帶我出去走一走。(機構女性老人 E15)

同樣是老人家，有伴啦，那個年齡在一起，它的溝通有同樣的內容啊，比較能夠合群。一個 Group。(機構兒子 C3)

4. 要有足夠的錢：

在機構的老人，還需要另一筆照顧費用的支出，費用的支出大部分都是來自於子女的分擔。當經濟足夠有餘時，有些失能老人甚至不需要遷居至機構，仍可以繼續住在家中，請看護在家裡照顧。老人會體會到子女提供的經濟或是自己的經濟能力會左右自己居住的選擇，而影響生活品質。

如果我們自己有錢，就可以指名說要住那一間、那一間。第一要緊的是錢。(機構女性老人 E2)

其他的條件，就是本身自己有經濟力量，付不起這裡費用的話，保證金沒收了以後就要請你搬走啦。主要的是要付的起這裡(機構)費用。(機構男性老人 E11)

如果我要繼續活下去的，我一定要有錢，我要花什麼，我不需要看人家的臉色。如果我要花錢要跟小孩子拿錢，會覺得…小孩子要給我還好，不給的時候，我不是覺得說那我白養小孩了!?我要花錢的時候，孩子又給的老不情願的。(機構女兒 C5)

不管是住在社區或機構的子女通常不會那麼直接的表示失能老人的經濟狀況會影響到老人的生活品質，而用「自己老了之後得要有一定經濟能力」的說法取而代之，可看出這一代子女對於父母晚年的生活照顧，仍有「承擔」的觀念。然而在失能照顧背後的經濟支出，也著實影響到子女的生活，為了避免往後小孩長大遇到像自己處境的困窘，在對失能老人生活品質想像中，子女提出「自己得為自己」準備老年經濟的訴求，同時也傳達失能老人最好能具備照顧的經濟，而不

是一味由子女來承接。由說法與做法的描述中可窺見子女的「三明治」處境。

5. 要有家人的關心：

代間的關係是傳統文化中特別堅固的鏈結，機構裡多是集合式的住宅，並且較與子女隔離。老人盼望的就是家人的多探視。Oleson et al. (1994) 訪談結果也認為親戚應該被鼓勵來探視住民。

有兒子、有女兒開車子常來看，有親情。(機構男性老人 E11)

我希望他們常來看我就好。孫子、兒子！可以常來看我就好。(機構女性老人 E4)

愈關心愈好啊。有人關心就好…我是覺得這樣啦。關心就是說知道說啊她(母親)喜歡吃的我們就拿一些起來，拿地吃得動的東西，讓她覺得說這個東西是吃得下的，這樣也是一種關心。(機構女兒 C2)

讓她(母親)覺得說我的子女至少能夠跟我很親近、很關心我。星期天我們有去啦，跟她坐一坐，聊一聊啦，也不能跟她聊甚麼啦，她講起過去的啊就跟她插個嘴啊，附合她啊，滿足她在回憶。(機構兒子 C3)

三、機構與居家失能老人對生活品質看法的差異

無論是住在社區家裏或住在機構裏，對生活品質的要求可以看到一些共同性。諸如健康、經濟和家人的關心等。然而從不斷比較和分類當中，也觀察到一些差異。例如社區的老人(及其子女)會特別注意『老人居家的安全』。

老人因為失能後行動不方便，很容易發生意外(如跌倒)，加重失能的可能性，因此失能老人要有良好的生活時，安全的環境常是考量的重點。

(安全也很重要啊!) 早上因為一個人嘛，怕摔倒，別人又看出，不到我摔倒了。(社區男性老人 E8)

可以扶在邊上（指牆壁的扶欄），所以老人家裡面最好預備著有這東西…（社區女性老人 E7）

家裡面要給老人安全的環境。——舉個例子，譬如我家裡面就一定要地毯，地毯基本上第一個它不會滑，第二個萬一一下子跌倒了的話，至少還有一個緩衝，不至於在地磚上。家裡的安全環境一定要弄好，包括通道的寬敞順暢。我們為什麼照顧她（母親），當然是要克服她現在生活上的一些障礙，但是最重要的我們是在避免她發生更多的危險。（社區兒子 C6）

另一方面，有些條件，對於住在家裡的老人言，是自然不過的事；然而住在機構，卻因為居住條件的改變及限制，使原來看似自然的事，需要特別表達才拿得到，這些條件有：希望有自主權、空間隱私性、飲食個別性、歸屬感、機構環境條件等，這些大多是機構老人企圖在所處的環境中營造出「似家環境」的期望。

1. 讓老人自由一點（有自主權）：

每一個人生活方式的態度都不一樣，老人因為必須住在機構裡，會希望盡可能的留住自己原本在家裡的自主權。當機構能夠讓失能老人感受到較高的自主性時，老人會覺得並沒有被剝奪原本在社區家裡生活的模式，要調適的居住衝突也比較少，而較有較正面的居住態度。Hilleras et al. (2001) 及 Fisher (1995) 在訪問老人時指出自主性對老人的生活是重要的，有自主性的生活才能成功的老化。Vallerand et al. (1989) 發現當老人在護理之家是可以自我決定每日活動時，這樣居住不論在社區或是護理之家都有同樣的滿意度。Donnenwerth and Petersen (1992) 機構缺乏自主性的生活會增加住民的不滿意及住民的整體幸福感。

要尊重這些老人家的生活方式，不要強迫他一定要怎樣，讓他較自由。比如說看老人家今天喜歡走路，就陪他走著走著幾百哩也好或是說老人家喜歡聊天，不要強逼老人說不可以隨便和人家講話。（機構男性老人 E5）

無拘無束就快樂，不要拘束我們。就是要做什麼事要先告訴我，我同意你（工作人員）再去做。（機構女性老人 E12）

我希望機構能夠有一個地方可以自己工作不受別人擾亂的地方。還有不要開那個大鍋菜給我吃。（機構男性老人 E16）

2. 要有個人隱私的空間：

有屬於自己的空間代替了一部份自主性的功能。當在機構的自主性不見得能完全滿足時，老人可以回到屬於自己的空間，做自己想做的事情，安排自己想要的活動。Fry (2000a) 也表示有隱私性的滿足才算是好的生活品質。

這老人院啊不是一般你想像中的那樣，老人可以談談話啦，很少很少。我喜歡這樣，在這裡關了門什麼都可以談，公共場所你就不能談。（機構男性老人 E11）

住進來一兩天我就感覺到我的日子不好過。我活動的空間只有這一點（指床鋪、床旁桌及床旁通道），睡覺在床上，醒來就在這裡（椅子），沒有一點 privacy，也沒有個人專用的空間。比如我要做一件自己的工作，沒有這樣的地方。現在看書也不行，寫稿子也不行，我連報紙都看不下去。我要寫東西，不行，人家進進出出的，連信都沒辦法寫。（機構男性老人 E16）

因為她（母親）不喜歡看人家灌食，這是一個視覺的反應，第二個也是不要讓她聯想到說那一天我如果這樣子我該怎麼辦？讓她有預期性的那種恐慌。所以讓她能夠在一個獨立的空間裡頭覺得很舒適、安靜而且不受影響。這是我個人感覺她會比較快樂的。（機構兒子 C3）

3. 要有個別化的飲食：

機構的伙食因為老人疾病限制及咀嚼功能的退化，通常是低鹽、少油、清淡的飲食安排，這樣的飲食型態並不見得為老人所接受。當老人還有行動能力時，可以自己購買自己喜歡的食物或者請家屬帶食物到機構。然而時間一久，終究要花時間去調整飲食型態的不同。

因為我的牙齒沒了，所以人家才把菜絞碎啊，但是偶而要換一下方式，不要每天都煮那樣（指用絞的菜），對吧！對魚，肉我是看狀況，煎的就較也有吃，沒牙齒的要咬一咬，現在菜不要弄的太硬，我這邊牙齒還可以咬，應該讓菜再滾爛一下（機構女性老人 E2）

菜裡頭都沒有油，沒有鹽也很少有魚有肉的，有魚有肉也都是這麼長的 1 吋 2 吋的，肉也都是一個星期有一次。老人當然也是要

營養！前兩個月啊，本省的歐巴桑在這裡炒，哪裡的青菜都不放鹽不放油，那個怎麼吃呢？說不好聽是給人吃的嗎！？（機構男性老人 E11）

我不滿意的就是就是這裡的飲食。如果自己吃自己的，這個容易控制。現在住在這個地方來，吃自己煮的飯的權力都沒有了。在家裡不管好吃不好吃，總是特地為我做的。大鍋菜怎樣煮也不好吃。在家裡我可以吃到我喜歡吃的東西，但是呢，在這裡想吃的東西都吃不到。（機構男性老人 E16）

4. 其他有關的環境條件：

老人明白機構的環境設施和自己家中的不相同，不一定都能滿足到每一個老人對於環境設置的期望，知道其中的差異，對於環境就會提出一些基本性的原則，譬如：乾淨、通風、明亮、安靜、寬敞、無障礙空間等作為自己居住環境水平的評量。

最理想是說不要說一間 3 個人，較寬一點，外面花園。不要在裡面就看不到。（機構男性老人 E13）

工作人員要愛乾淨才好啊。（機構女性老人 E2）

住在這裡優點就是安靜，沒有人吵雜，家裡有兩個孫子啊，報紙都是你搶過來，我搶過去，撕得破破爛爛的，那個孫子幼稚園一回來就吵著耳朵都吵麻了。這老人啊，上了 80 歲的老人，都喜歡安靜，不喜歡吵雜的。（機構男性老人 E11）

我住那個床位、那個房間空氣不錯，有窗戶，它這裡（養護所）是放冷氣，空調的。（機構男性老人 E5）

比如說有二樓、三樓、四樓的機構對行動不方便的人就不太理想，那麼我這裡有電梯，上下樓就比較方便。（機構男性老人 E14）

總之，失能老人雖然在兩個不同的環境（社區家裡及機構）中，但對生活品質的想法有其共同之處，例如：『健康的身體』、『能夠外出』、『朋友的探視』、『足夠的錢』、『家人的關心』。不同的是居家老人提出了希望再加強『居家的安全』的考量，而機構失能老人提出再增加『自主權』、『空間要有隱私』、『飲食的個別性』、『機構環境條件』

等的考量。前者強調安全性；後者強調似「家」（home-like）環境的安排。對於居住的兩個不同環境，老人希冀的生活品質幾乎都是盼望環境能夠顧及老人的安全、具備友善和關懷的照顧關係。

四、失能老人與子女看法上的差異

本研究中，在社區受訪者部分，出現兩個較顯著的差異：老人會提到照顧者是關心的、有意願的。所謂的照顧者包括看護、直接照顧的子女。當照顧者是主動、願意照顧老人時，老人較不會覺得自己是麻煩製造者，而當老人覺得自己不會造成別人的不便時，其生活滿意層面會較正向。

我兒子很乖，照顧我很周到，另外兩個（子女）雖然他們沒辦法照顧我，但是他們對弟弟照顧我，他們也覺得很感激這一個弟弟照應媽媽。這個家庭裡的事務，其他的雜事都由護工在做。所以我算不幸之中很幸運。（社區女性老人 E6）

另一方面，子女卻主動提到同住者和諧人際互動的重要性，而這個部分，老人並未提到。一般而言，在社區家裡，共住的安排以老年父母和兒媳同住居多，傳統中婆媳互動本來就存在著微妙的關係。社區家裡的老人失能後，與子女同住一部份的原因是因為可以方便取得照顧的需要，老人除了面對失能所造成子女的負荷外，更因為失能的依賴而產生與子女的衝突，特別是與媳婦的關係。家庭內的人際互動衝擊著老人的生活，也影響其生活品質。

有時候吵架，吵架就不講話啊。我媽媽的個性愛管啦，我頭痛的是說，我大嫂生氣她就不跟人說話，我媽媽就會說小孩子很壞，沒家教，我大嫂就會生氣不跟我媽媽說話，像在樓梯遇到她（媽媽）也不跟她打招呼，在樓梯提東西她（大嫂）也不過去幫她提。所以婆媳之間不合就是這樣。如果惹大嫂生氣她就…不跟你說話，算是婆媳之間…我就跟她（母親）說，你就不要管人家那麼多。（社區女兒 C1）

那這個過程（接母親過來共同居住）中，會有一些掙扎啦，包括：婆媳中間的一些問題，我有沒有能力來面對，我能不能處理，這會有呀！假如婆媳不住在一起，沒有一些問題；住在一起問題就會出來。所以和老人在一起的時候，會造成第二代的問題，會有一

些婆媳問題。事實上，在台灣現在很多，不是兒子不照顧父母，多半是媳婦的問題，看兒子怎麼樣去解決。（社區兒子 C6）

在機構部分，老人和子女的差異存在於老人會希望照顧者是主動、關心、且有意願的以及機構內同住者和諧的人際互動。住在機構，失能老人通常是需要人員的協助，如果老人感受不到機構人員對照顧工作的良好態度，老人自然對於自己的生活品質評價不高。國內曾淑汝（1999）研究也發現機構裡護理人員、護佐提供的社會支持和整體生活品質呈現顯著正向相關。

對老人啊，要比較親切一點，老人啊不好的話，言語上就儘量安慰他，就他心理不舒服的地方，安慰幾句好聽的話啊，這都比金錢還好用。比方說老人家走不動的啦扶他一把，不能到樓下去吃飯的啦送它到上面來。這服務人員，看他們服務的態度，親切!（機構男性老人 E11）

在這裡有人關心，茶水他們自己會準備好，衣服會幫我們洗，有人幫忙照顧。飲食有管制卡路里。在家裡飲食就亂吃，沒有控制卡路里。在家裡是比較任性，自己單獨生活對於糖尿病飲食控制沒那麼好，那糖尿病就是要照顧啊，有時候人就控制不了飲食。他們（護士）關心到無微不至，如果發生什麼事，他們都有交接班能夠知道，而且能夠處理。這是一種輪班的制度做的很徹底。在人力方面還要多一點，有時要找來護佐不方便。有時要她們幫忙時叫不到。（機構男性老人 E14）

至於機構內同住者和諧的人際互動方面，居住在機構的老人，會讓老人有一種「做客」的感受。為了繼續在機構裡生活，自己的言行、舉動上要考慮是否侵犯到作為一個「客人」的標準，努力做到不被機構討厭的老人，並且維持人際間的和諧。所以機構裡的老人會嘗試調整與機構其他人員的關係。郭玉燕（1993）發現與院友相處愈好，其機構生活的滿意度較高。

有時頭就裝鈍，裝軟一點，聽醫生的話，對吧!我是說如果這樣…別人（機構工作人員）會不會想說，唉啊，這個老人家真難搞…我也不能生氣，要不然人家就不滿了。自己心理會想不知道該如何對待別人才好…。（機構女性老人 E2）

不可插手管人家的事。老人家有的很愛管別人的閒事，不要管別人的閒事。別人（其他老人）如果在做什麼你自己就不要插嘴，不要管，如果它（機構）要準備什麼給我們吃，我們吃得下就吃，吃不下也不要閒棄人家（機構）（機構女性老人 E12）

大家住在一起很好，好相處就好。（機構女性老人 E4）

機構老人的子女方面，能做的，已經在選擇機構時對硬體環境條件檢驗過，通常不會再有特別的要求；而且，無論是老人自願或被動的住進養護中心，一旦老人住進去了，子女多表示滿意；如果不滿意，是不是意味著需要再一次做居住的變動呢？然而就現實面看，能有另外的選擇嗎？至於，老人所提的照顧者態度及和諧的人際關係，在子女評估標準中，從未出現。換言之，人際關係只有靠老人家自己去經營了。

訪談內容中也發現，面對已經入住機構後的安排，失能的老人會運用自己的合理化想法來處理固定的人事與環境，試著使自己融入環境，也讓我們看見了失能老人在功能減退之餘仍能夠積極為自己做居住調整的企圖。

伍、結論與建議

一、結論

本文主要的目的在了解社區與機構裡的失能老人生活現況如何？他們如何評估生活品質？失能老人對生活品質的期待是什麼？資料由深度訪談失能老人取得。藉由老人，主觀建構出生活品質的概念。總計受訪有 17 位老人及 9 位子女。綜合研究發現為：

1. 失能老人的生活現況方面：

無論是居住在社區家裡或機構的老人，因為失能及體力的下降，通常很少從事動態方面的活動，其社會網絡減小，生活的活動偏向緩和靜態的形式。活動以看電視、讀書報、看小說為主並遠離家庭責任的核心。Hilleras et al.（2001）針對極老老人的實証研究指出活動中和生活品質有關的有閱讀、外出散步、和了解時事，和本研究發現極為相似。失能老人以減少激烈活動迎接老化，也部分符合社會撤退論（disengagement）

的說法（徐立忠 1997）。

2. 失能老人的生活感受方面：

失能老人對生活的感受是平靜、平淡的，和一絲絲無奈的無力感。面對不可回復的失能狀況，只有被動的接受現狀，情況更嚴重者，甚至有接受生命盡頭的準備。前述 Hilleras et al. (2001) 研究曾指出，死亡對於非常老的老人來說已經不足以害怕了，他們了解到死亡對他們是接近且不可避免的，並且在想死亡的事件時，已經在做臨終前的調整了，這個階段的老人最需要的是家人的陪伴，至於一般人所渴望生活層面的享受，對他們而言，均已降至最低。

3. 失能老人生活品質的期待：

在生活品質期待方面，研究者發現機構與居家失能老人或家人在『要有健康的身體』、『要能夠外出』、『有朋友的探視』、『足夠的金錢』、『家人的關心』等方面均有同樣的看法。機構失能老人則由於侷限在機構的限制性環境中，通常會再要求『自主權』、『空間隱私性』、『飲食個別性』與『機構環境條件』等似「家」(home-like)的安排；而家裡的老人則會強調『居家安全』的重要性。對於居住的兩個不同環境（家裡及機構），老人希冀的生活品質幾乎都是希望環境能夠顧及老人的安全並希望照顧者能具備友善和關懷的心，從另一個角度看，也是老人維持尊嚴的表達吧。

4. 居家與機構的差異

住在家裡的老人和子女均提到對居家安全的關注，而住在機構的老人及其家屬，卻是比較關注老人在機構的自主性、隱私權、個別需要的關注（如飲食）以及客觀環境上的要求。一個是強調安全性；一個是強調似「家」的安排。顯見在服務提供上也應以此為考量。

5. 失能老人與子女的差異

住在家裡的失能老人會提到照顧者是關心的、有意願的。子女卻提到同住者和諧人際互動的重要性；住在機構時，老人和子女的差異存在於老人希望照顧者是主動、關心、且有意願的以及機構內同住者和諧的人際互動；而子女多表示滿意。因為如果表示不滿意，那是不是意味著

把老人接回家住或再費心找一家機構？另外，只有同住時才會關注到同住者關係的和諧，而老人則都是希望照顧的人能主動而有意願，這應該是老人最後尊嚴的表達吧！

二、實務與政策上的建議

由以上發現，本研究提出建議如下：

1. 關於失能老人生活的現況：雖然多數失能老人符合撤退理論，減少對外界的活動與參與，但也絕不是完全拒絕參與。老人祇是怕對別人產生負荷而以自我退縮來表現。當然，身體的孱弱也是無法太激烈的參與活動。不過從訪談可看出，失能老人仍很期待外出的機會。建議社區老人服務中心或機構的社會工作人員妥善運用志工人力並偕同家屬，多設計一日遊或外出的方案，以增加失能老人生活的多樣性和樂趣。

2. 關於失能老人生活感受方面：面對失能的不可回復性，許多失能老人有接受生命盡頭的準備，卻不知如何去準備。在台灣，談死亡似乎仍是一個禁忌。建議社區老人服務中心或機構的社會工作人員多規劃宗教性活動和生死學相關課程，讓老人和家屬能平和的、預先的準備。宗教性活動和生死學課程也可讓老人相信往生後的處境，減少無助與無望感。甚至可以因為對來生的期待，而在現世能有更積極的作為。

3. 關於老人的生活品質方面：生活滿意度是基本需求的滿足，成功老化則是較高層次的對老年生活的適應（Fisher 1995）。因此失能老人在談生活品質滿意與否，多是從基本生活條件的滿足開始。本研究證明身體功能是生活品質的先決條件，這也說出了預防日常生活功能急速下降的重要性。雖然失能在老人階段常是不可回復的，但是在可能範圍內維持其僅有的功能，減少他們的依賴必需性，也算是促進其生活品質。換言之，健康促進（health promotion）在失能老人工作領域中也有其重要性。

失能老人經濟的保障，也是常提到的生活品質要素。老人希望負擔自己的照顧費用，不用向子女索取。因此，完善的國民年金計畫，保障老人晚年的生活，並配合照顧津貼或照顧者津貼，可以增加老人的自尊，也減少無謂的恐懼。

不論住在社區家裡或機構，能夠有人帶著外出活動，與外界接觸，

有家人、朋友的關懷等均是促成生活品質的要素。Oleson et al. (1994) 還特別提出住在機構的老人要求照顧的護士能隨傳隨到，並帶著笑容；要仁慈、關心的、並有正向的態度。可見照顧者的態度是非常重要的。建議機構中可以結合社區增加義工的培訓，讓義工參與機構輔助性的協助，減低機構因考慮團體或機構工作人員之不足而限制了老人獨立個體活動的需要，增加老人能夠個別活動的機會，並且提高活動的多樣性。另外許多失能老人其實並不排斥入住機構取得照顧的需要，但對於他們來說，矛盾的是入住機構後就不能夠擁有一間獨立個體的空間來自由自在的安排自己的生活，被剝奪作為一獨立個體的條件。因此機構在房間安排上，如果能給予失能老人空間上的個別性，相信是能提高老人的自主性，並且降低老人的失能依賴感的。

社會互動與支持，包括家庭成員與朋友的互訪，讓失能老人不覺得被遺棄，有人持續關心，一直是生活品質中的重要層面，Farquhar (1995) 與 Scott and Butler (1997) 也有同樣的強調。

生活滿意度強調基本生活需求的滿足，可以視為是成功老化的先兆。質化研究內容分析 (Fisher 1995) 也證明成功的老化必須具備：(1) 與他人互動；(2) 對未來目標的察覺；(3) 自我接納；(4) 個人成長；(5) 自主性 (對環境的掌控力)。Fry (2000b) 也是採用質性深度訪談失能老人，其中特別提到：(1) 應該要有安適生存的權利；(2) 在做決定時 (包括選擇自己的生活方式及決定自己的醫療) 需要有自主性。另外他們也希望 (1) 能享有一些娛樂及經驗不同的事物；(2) 能得到別人的敬重及確保尊嚴；以及 (3) 能享有長期、獨立的經濟保障。

從這些失能老人生活品質的看法中，研究人員看到老人服務工作可以做得更好，建議社會工作人員應該更重視長期照護服務之領域。

4. 關於居家與機構的差異方面：居家者重視安全，宜運用各地方政府社會資源補助老人居家無障礙空間之修改，並配合老人緊急救援系統之開發與運用，以保障老人居家之安全；在機構方面，則應更尊重住民的個別性和隱私性，做更人性化和似家化的設計，讓住民更覺得方便和舒適。

5. 關於失能老人與子女看法差異方面：老人與子女的看法不盡然相同，有些看法明顯出於基於自身利益的考量。居家老人的子女會想到同

住者和諧的人際關係 (但老人不會特別提到)，機構的老人也會想到同住者和諧的人際關係 (但子女不會特別提到)。而老人，不管是住機構或家裡都會在意照顧者照顧的意願和主動性，但是子女卻不會提到。另外，老人及子女均認為「有足夠的錢」是構成生活品質的要件，不同的是子女是以下一代承受自己失能的經濟負擔來訴說及隱喻著自己目前的困境，隱含照顧支出的經濟重擔卻又不得不負起照顧的「三明治」處境，不會直接抱怨經濟的壓力，以免被誤會為推託對老年父母的照顧。由這些發現，老人和子女看法上確實會因自己所處位置而出現差異。值得進一步深入研究。

最後，公共政策應關心的是主要照顧者為什麼不能再繼續提供對老人的照顧？研究中顯示出家庭照顧者的無奈。政府應鼓勵新型照顧模式的實施，如輔助性住宅 (assisted living 或謂照顧住宅)。另外也可充實社區資源網絡，如輔助設備 (輪椅) 之供應、協助無障礙設施家庭環境的改建、老人中心的送餐服務以及免費的殘障交通運輸提供等都會減少照顧者的耗損，比較容易營造雙贏的照顧體系，也更能推動照顧社區化和在地老化的理念。

三、研究上的限制

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，失能之後生活方式偏於平淡，不張揚。因此，通常不會熱切的參與訪談。生活對他們而言，多是過一天算一天，既不會多所要求，自然也未曾考慮過品質，不過，如果能配合觀察法而非全仰賴口述方法，對於失能老人生活現況的了解應可更深入一些。因此後來就出現了生活現況與對未來生活品質期待的不同概念。而這樣的出現和國外文獻發現是一致的。對於質性訪談，一般必須維持一定時間長度，老人才會談及內心想法，然而多數失能老人體力不支，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賅，一方面意念不斷重複，另一方面會不斷的岔開主題，所以訪問內容上會顯得較不豐富。不過，由於國內一直以來缺乏去了解失能老人的認知及看法，也甚少同時訪談子女的看法，因此雖然在研究限制下，本研究仍有其意義和貢獻。

參考書目

- 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——臺灣之例子》。東海大學社會學系碩士論文。
- 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。
- 徐立忠，1997，《高齡學導論》。台北：中華高齡學學會。
- 徐宗國譯，1997，《質性研究概論》。台北：巨流。
- 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。
- 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。
- 黃瑞琴，1991，《質的教育研究方法》。台北：心理。
- Andrews, F. M., 1974, "Social Indicators of Perceived Life Quality." *Social Indicators Research*, 1(3):279-299.
- Arnold, S. B., 1991, "The measurement of quality of life in the frail elderly." Pp.50-74, in J. E. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, edited by Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, and D.E., Deutchman. San Diego, CA Academic Press.
- Asakawa, T., Koyano, W., Ando, T., and Shibata, H., 2000, "Effects of functional decline on quality of life among The Japanese." *International journal of aging and human development* 50(4): 319-328.
- Baxter, J., Shetterly, S. M., Eby, C., Mason, L., Cortese, C. F., and Hamman, R. F., 1998, "Social network Factors associated with perceived Quality of life." *Journal of Aging & Health* 10(3): 287-310.
- Beeman, S. K., 1995, "Maximizing credibility and accountability in qualitative data collection and data analysis: A social work research case example." *Journal of Sociology and Social Welfare* XXII(4): 99-114.
- Blasszauer, B., 1994, "Institutional care of the elderly." *Hastings Center Report* 24(5): 14-17.
- Donnenwerth, G. V., and Petersen, L. R., 1992, "Institutionalization and well-being among the elderly." *Sociological Inquiry* 62(4): 437-449.
- Farquhar, M., 1995, "Elderly people's definition of quality of life." *Social Science and Medicine* 41(10): 1439-1446.
- Fisher, B. J., 1995, "Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life." *International journal of aging and human development*, 41(3): 239-250.
- Fry, P. S., 2000a, "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.
- Fry, P. S., 2000b, "Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?" *International journal of aging and human development* 50(4): 361-383.
- Furuset, O. J., and Walcott, W. A., 1990, "Defining Quality of Life in North Carolina." *Social Science Journal* 27(1): 75-93.
- Gee, E. M., 2000, "Living arrangements and quality of life among Chinese Canadian elders." *Social Indicators Research* 51(3): 309-329.
- Gentile, K. M., 1991, "A review of the literature on interventions and quality of

- life in the frail elderly.” Pp.75-90, in *The concept and measurement and quality of life in the frail elderly*, edited by J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe and D. E. Deutchman. San Diego, CA: Academic Press.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y., 1981, *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.
- Hilleras, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., and Winblad, B., 2001, “Life Satisfaction among the very old : A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above.” *International journal of aging and human development* 52(1): 71-90.
- Kempen, G. I. J. M., Sonderen, E. V., and Ormel, J., 1999, “The Impact of psychological attributes on changes in disability among low-functioning older persons.” *Journal of Gerontology Psychological Sciences* 54B(1): 23-29.
- Lawton, M. P., 1991, “A multidimensional view of quality of life in frail elders.” Pp.4-27, in *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, edited by J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe and D. E. Deutchman, San Diego, CA: Academic Press.
- Mcdowell, I., & Newell, C., 1987, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press: New York.
- Miyake, G. S., 1998, “Assessing the satisfaction of older adults with long-term care services: Measurement and design challenges for social work.” *Research on Social Work Practice* 8(1): 103-120.
- Oleson, M., Heading, c., Shadick, K. M., and Bistodeau, J. A., 1994, “Quality of life in long-stay institutions in England: nurse and resident perceptions.” *Journal of Advanced Nursing* 20: 23-32.
- Paggett, D. K., 1998, *Qualitative methods in social work research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Robertson, A., and Osborn, A., 1985, “Introduction.” Pp.1-7, in *Planning to care: Social policy and the quality of life*, edited by A. Robertson and A. Osborn. Aldershot, Hants: Gower.
- Scott, J. P., & Butler, M. H., 1997, “Subjective well-being of rural adult 75 years of age or older: A longitudinal evaluation.” *Family & Consumer Sciences Research Journal* 25(3): 251-269.
- Stewart, A. L., and King, A. C., 1994, “Conceptualizing and measuring quality of life on older populations.” Pp.27-56, in *Aging and quality of life*, edited by R. P. Abeles, H. C. Gift, & M. G. Ory. New York: Springer.
- Vallerand, R. J., O'Connor, B. P., and Blais, M. R., 1989, “Life satisfaction of elderly individuals in regular community housing, in low-cost community housing, and high and low self-determination nursing homes.” *International journal of aging and human development* 28(4): 277-283.