

南 華 大 學

生死學系

碩士學位論文

居家護理人員介入居家照顧經驗之研究
—以獨立型態及區域醫院居家護理師為例

A Study on the Intervention Experience of Home Care Nurses
When Caring Patients at Home—Take Independent Facilities'
and Regional Hospitals' Home Nurses as Examples

研 究 生 鄭淑芬
指 導 教 授 蔡昌雄

中華民國 九十九 年 六 月 十 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

居家護理人員介入居家照顧經驗之研究
—以獨立型態及區域醫院居家護理師為例

A Study on the Intervention Experience of Home Care Nurses
When Caring Patients at Home—Take Independent Facilities'
and Regional Hospitals' Home Nurses as Examples

研究生： 鄭淑芬

經考試合格特此證明

口試委員： _____

蔡品雄

紀潔芳
游金璘

指導教授： 蔡品雄

所 長： 蔡明昂

口試日期：中華民國 99 年 6 月 10 日

謝 誌

南華的三年給我生命重要的啓蒙。感謝何老師的諮商課程，讓我坦然及勇敢面對真正的自己，人生的際遇不斷幫助我們學習愛與被愛，成長是逃脫不了的課題。尤其是存在心理學解答了生命迷惑許久的議題。感謝永有老師的輪迴與催眠，給我人生另一個答題的方向。感謝燕蕙老師的夢與解析，讓我更深刻的領悟心猿意馬的體現。感謝蔡老師詮釋現象學視角的開展，為習以為常的日常生活注入乍現的視域。不同的看見，深深吸引我對現象學濃厚的興趣。老師給我論文許多的方向指引，一針見血的觀點，撥雲見日的釐清，常常有畫龍點睛的讚嘆與體悟。

論文的撰寫是一場意志力對意志力的對決，幾番掙扎與走投無路，都在午夜夢迴間找到希望的曙光。一層層的突破，一關關的跳躍，憑著相信自己與奮力前進的信念，終能完成階段性的使命。尼采說：「有內心的混亂，才能生出跳舞的星星。」經過反覆的詮釋循環過程，論文終於有了定稿，雖然從事居家護理工作十餘個年頭，但是透過這次論文的書寫，才更理解居家護理的內涵。感謝居家夥伴們的寶貴經驗分享，你們體現居家護理的意涵與價值，謝謝你們曾經為病患所做的一切。謝謝你們為這本論文所做的貢獻。

感謝這一路給我鼓勵和支持的羽涵同學，否則我可能早就戰死殺場，高舉白旗投降了。謝謝秀英同學的前車之鑑與不吝指導，謝謝美玲、依佐、志英、司音、美慧、珊玫、錦玫、峰信曾經給我的鼓勵和加油。通過這一場試煉，我更加的了解自己，也對醫護工作更有信心。尤其是對「神聖」感受最深，以前覺得這是一個束之高閣的口號，但是藉由這份研究我理解了它真正的涵義，原來無條件、不求回報的付出與關懷就是一種神聖的態度。

摘 要

本研究以獨立型態及區域醫院的六位資深居家護理師的照護經驗為文本。研究者以詮釋現象學的方法開顯其照護經驗脈絡、探究經驗現象的本質、發掘居家照護的意涵。研究發現：

- 一、空間的位移開展了拓邊照護脈絡的緣起，形塑第一線上自主充權和獨當一面的角色扮演。天人交戰的平衡與討價還價的拉扯，衝擊著護理專業上的妥協與機動性自我決策模式的促發。
- 二、居家護理師「介入」居家，是一個點面交錯的經驗現象，全人全家的照護品質倍受挑戰。家屬與照顧者的照顧動機與執行，才是病患照顧品質的保證。護理師照護內容包括外在面向的「做」和「教」，及內在面向的「溝通」和「支持」。潛在問題的發掘與滿足照顧者的需求，才能達到全人的照護目標。
- 三、居家護理是深入人際的互動工作。「外來者」的溝通與協調是介入的基石，護病關係的樣態影響著照護內容的行徑，置身處境的理解、同體共在的覺受、利他助人的存有，牽動著照護深度及內涵的展現。
- 四、護理人員人格特質及機構的支持，影響照護內涵的展現。護理師介入居家照顧的經驗，是否因為機構的規模及型態不同而有所差異，可以在往後的研究裡做進一步相關的研究與探討。三管外特殊照護的介入，礙於健保給付所限，無法充份發揮居家護理的內涵與效益。建議更多居家護理面向的服務層面給付，給居家護理更多的發展空間，讓病患和案家可以得到更完善的照護與滿足。

關鍵詞：居家護理人員、居家護理

Abstract

This study is derived from the experience of six skilled home care nurses from independent and regional hospitals. The researcher utilized the interpretive theory to explain the importance of patient centered home care, the bases of home care and to discover the definition of home care. The research found :

1. The change in geographical distance started the trend of home care, which created a need for independent knowledgeable health care givers. As the home care giver is distances away from other health institutions, he/she faces the psychological balance between the moral values and professionalism, as well as the enlightenment of Dynamic self-determination model.
2. It is difficult for home care nurse to truly become a part of the patient' s life; the home care quality of which the patient and his/her family receive is a challenging task to fulfilled. Family support and the care giver' s motivation and execution are the key to high level if home care. The care giver' s tasks can be divided into two categories: the physical and the emotional. The physical includes operation and teaching, whereas the emotional means the communication and support. Discovering the undermining problems and fulfilling the patient' s needs are the ultimate goal of hoe care.
3. Home care is deeply involved with human interaction. Communicating and supporting are keys to involve the home care giver and the patient. The caring relationship is associated with the actual home care process, understanding the patient, forming a unity with the patient and helping one' s survival. All these reflect the degree and dedication of the home care.
4. The care giver' s characteristics and his/her organizational support can affect the wellness of the overall home care performance. The question of whether or not there is a connection between the care giver' s experience and the size and types of the organization he/her works in can be further studied in future researches. Due to the limited compensation the national health care provides, it is difficult to fully achieve the true meanings and support of home care. It is recommended to provide more coverage for the home care service in order to allow patients and his/her family receive better treatments.

Key word : Home care nurse,Home care

目 次

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	2
第二節 研究目的	4
第三節 研究問題	5
第四節 名詞界定	6
第二章 文獻探討	7
第一節 居家護理的歷史與現況	7
第二節 家庭照顧的內涵與衝擊	12
第三節 居家護理照護模式	21
第四節 家庭照護品質	26
第三章 研究方法	29
第一節 研究觀點的選擇	30
第二節 研究設計與步驟	33
第三節 研究嚴謹度	40
第四節 研究倫理與限制	41
第四章 居家護理拓邊照護經驗	43
第一節 居家護理位移經驗	44
第二節 天人交戰的照護經驗	50
第三節 弱勢族群的照護經驗	55
第四節 討價還價的照護經驗	65
第五章 居家護理全人照護內涵	77
第一節 「做」和「教」的照護介入經驗	78
第二節 「溝通」與「陪伴」的關懷經驗	92
第三節 護病關係的探討	99
第四節 附加價值與收獲	108

第六章 研究結論、建議與反思.....	113
第一節 研究結論.....	113
第二節 研究建議.....	114
第三節 研究反思.....	115
參考文獻.....	118
<附錄一> 訪談同意書.....	128
<附錄二> 半結構式訪談大綱.....	129
<附錄三> 文本分析範例.....	130

表目次

表 3-1 研究參與者的資料.....	37
---------------------	----

圖目次

圖 2-1 家庭壓力的脈動模式.....	20
圖 2-2 Rice 機動性自我決策模式	25
圖 3-1 語境理解及詮釋底景結構.....	31
圖 3-2 研究寫作流程.....	34
圖 3-3 文本詮釋現象分析四個層次.....	39

第一章 緒論

人口老化是當今世界共同面臨的社會變遷經驗，老人人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率也將急遽上升。家庭是健康照護的基本單位。「在宅老化」對老人或失能者而言是最佳的照護方式。居家護理人員在照護失能者或老年慢性病患，扮演一個照護提供者、指導者、觸媒者、代言者及社區資源提供者的角色。居家護理提供了方便性、可近性、及可接受性之服務，使民眾能在家中接受照護服務（賈淑麗，1999）。我國目前居家護理機構可概分為三種類型：(一)以醫院為基礎(Hospital Base)附設居家護理機構，有 190 家，佔 41.4%（2007 行政院衛生署）。(二)獨立型態（Free Standing）的居家護理機構，由護理人員獨自開業的機構。有 107 家，佔 23.3%（2007 行政院衛生署）。(三)衛生所附設居家護理，此種型態適合偏遠地區，醫療資源較缺乏且無居家護理機構可運用的地區，162 家，佔 35.3%（2007 行政院衛生署）。本研究以四位任職於獨立型態機構，及二位區域醫院附設居家護理室之居家護理師為參與研究者。探討從「臨床」到「在宅」工作場域的改變，工作服務內容及角色的轉換和置身處境的現象呈現。

本章共分為四節。第一節是研究背景與動機，敘述研究的緣起、研究相關議題的促發，及研討目前相關研究的成果與不足。第二節是研究目的，說明本研究探討的目的及目標。第三節是研究問題，探討本研究的問題意識。第四節是名詞界定，對於本論文的重要名詞，提出一些說明與解釋，以幫助閱讀者理解。

第一節 研究背景與動機

人口老化是當今世界各先進國家共同面臨的社會變遷經驗，惟西方國家從上個世紀初、中葉以來就經歷了如何面對人口老化的課題；這些國家約有近百年来作準備，但我國老人人口則預估在 24 年間(1993 年~2017 年)，將從 7% 爬升至 13.50%，顯見我國老人人口快速增加之趨勢。我國 65 歲以上老人人口占總人口的比率，於 1993 年達 7.10%，跨越人口高齡化國家(aging nation)的門檻，2009 年已提高到 10.6%，人口老化現象將因二次世界大戰後出生的嬰兒潮世代進入老年而更明顯，屆時老人人口將從 2014 年的 273 萬人（11.6%）增加到 2021 年的 392 萬人（16.54%），2025 年我國人口中將有五分之一是老人，老人人口比率直逼英國、法國及美國等已發展國家(行政院經濟建設委員會，2006; 林萬億，2006)。隨著老人人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，根據 2007 年我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫推估，長期照顧服務需求人口數，2007 年為 245,511 人，2010 年為 270,324 人，2015 年為 327,185 人，2020 年為 398,130 人。這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，也將需要廣泛的長期照顧服務。

近年來 10 大死因已由傳染感染性疾病改為惡性腫瘤、腦血管疾病、高血壓、心臟病、糖尿病等慢性退化性疾病。生物醫學對這些新興疾病力有未逮，或疾病性質使然，醫療場域的處理能力顯得十分侷促而難以施展，多以控制取代治癒。有些致命的疾病因為近年來醫療科技的發展，罹病者存活機率大為提高，然而罹病者存活機率提高，不代表罹病者的生活能力得以回復到往常的水準，這類醫療科技革命性的發展所帶來的直接結果是：有愈來愈多的家庭需要直接承擔長期照顧生病家人的責任。更重要的是生病成爲一種長期的生活方式，生病不再是日常生活的一個生活事件，只是暫時中斷日常生活的進行，而是成爲從今而後病人和他的家人不可須臾疏忽的部份。一大套「注意」和「不」

是生活的主體，是活下去的要件。生病，不只是一種角色，它牽涉到個人的權利義務，也是一種生活方式。它的影響面不只是個人而已，全家大小的生活步調都在它的影響範圍之內。居家護理走出傳統的醫療場所，打破醫療場所的門牆，走進社區、走進家庭，居家醫療照護服務於是形成。（張荳雲，1998）

「長期照護」顧名思義就是要有長期抗戰的準備。胡幼慧（2001）指出：有些研究顯示，是否可以很清楚地判斷家人所患的疾病是屬於長期的，或短期即可痊癒的，會影響家庭於面對家人生病時所承受的壓力。越難判斷的，壓力越高。根據安德森（Ronald Anderson，1975）的「行為介入模式」（behavioral intervention model）觀點，家庭成員在面對家人生病時，應該學習疾病的相關知識和特定的一些因應策略，以減輕疾病對家庭的震幅。進而協助病人早日康復或是改善病情。由疾病病程可預測的程度、體能衰退的程度、烙印程度、監控程度以及療效等層面的認識，幫助家庭成員評估疾病的影響，並據以發展出合適的因應策略（張荳雲，1998）。居家護理帶領臨床護理走出醫院，是護理服務的新挑戰（郭淑珍、胡月娟，1998）。「長期照護服務」使得護理服務在社區健康照護服務上，形成了新的服務場域（胡幼慧，2001）。研究者從事護理工作將近二十年頭，踏入長期照護居家護理工作今年已經躍進第十個年頭。由於全民健保的實施，讓護理專業服務工作走入家庭更為普遍化。居家護理人員成為家庭照護中第一線的主要照護工作者。因為工作場域的改變，從「臨床」到「在宅」，工作服務內容更具獨立性與機動性。角色扮演也由臨床的「主」轉變為在宅的「客」。

研究者整理近年來探討「居家護理人員照護工作經驗」的博碩士論文及期刊，論文有「居家照護品質預測因子之探討－以居家照護資料庫之資料探勘」、「安寧團隊與安寧居家療護的橋樑－以安寧居家護理師為例」、「居家護理人員的執行與期望角色功能及其相關因素探討」、「推開醫療機構的大門－嘉義市護醫人員居家照護經驗」、「台灣地區居家護理人員工作壓力及工作滿足感相關性之探

討」、「主要照顧者對居家護理服務的需求與滿意度及其相關因素」、「影響台灣地區居家護理人員連結社區資源之相關因素探討」。其中與本研究核心較有相關性的是「推開醫療機構的大門—嘉義市護醫人員居家照護經驗」。其文中提供居家照護的護醫人員的照護經驗，來呈現照護資源如何「以老人為中心」流動，社區照護如何在「家」場域落實，但未直接切入老人及其家庭照顧者作為研究對象。期刊包括：「居家護理師角色與職責的再界定」、「居家護理人員的角色功能及其相關因素探討」、「以北台灣居家護理服務與品質管理現況之調查」、「居家護理師工作項目與時間分配之調查」、「居家護理服務的再思考—本質、概念架構及角色能力的期待」。研究多以工作的角色為探討焦點，Rice (1996) 指出病人及照護者應被視為一整體的單位，健康照護需求由病人及照護者決定，藉由居家護理服務，在健康需求與目標達成的落差中建立橋樑。因此居家護理的對象應是一個家庭，而非只有失能的老人或病患。家庭照護的需求應由家庭成員來決定，而不是由護理人員來決定。當今現象學已是醫療場域中很重要的一股反思潮流（蔡昌雄，2004）。研究者想要從現象學切入醫療田野的研究，透過互為主體的交互辯證，呈現出居家護理師介入家庭的經驗現象。將居家護理的家庭照護經驗詮釋推向另一層面的理解，使居家護理的實務工作者能更深化居家護理工作經驗的意涵。也讓社會大眾對居家護理有更深的認識與理解。

第二節 研究目的

家庭是健康照顧的基本單位。「在宅老化」，在家裡接受適當的醫療與護理的服務，對老人或失能者而言是最佳的照護方式。Harvath 等人 (Harvath et al., 1994) 提出家庭照顧中普遍性知識 (Cosmopolitan Knowledge) 及地區性知識 (Local Knowledge)。普遍性知識是專業護理人員對家庭照顧的技巧及知識，來自其教育背景及護理經驗；而地區性知識則是家庭在特定照顧情境中對照顧特有的了解與技巧，源於照顧該失能老人之經驗，且受家庭文化及家庭關

係的影響。研究者藉由質性研究，半結構式的訪談，進行詮釋現象學的解釋與分析，期望能達到以下的目的：

- 一、探索居家護理人員進入病患「家」的場域中之置身處境。
- 二、探討居家護理人員與病患及照顧者的護病關係。
- 三、探索居家護理人員在「家」的特定照顧情境場域中，特有的照護經驗。
- 四、探討居家護理人員全人照護工作的內涵。
- 五、開啓社會大眾對居家護理工作更深的理解與認識。

第三節 研究問題

「問題的設定」與「問題意識的建構」等問題，在研究歷程中佔有十分重要的地位。它作為一個引導與中介的力量，能夠將理論架構與經驗資料兩者連結起來，它在實際研究過程中能夠指引、限定及開顯出研究的方向，並將其貫串起來成為一個整體。經驗具有「脈絡性」、「歷史性」、「辯証性」、「有限性」、「不可預期性」與「開放性」的真實面貌。所以研究的歷程可以被視為我們對一特定對象之經驗，不斷擴大與加深的歷程，而不是針對一封閉的經驗進行更精確的檢定過程。由於經驗會隨著研究的進展而不斷辯証發展，這實質上代表著問題意識在其中也被不斷地修正或重新建構，不同的問題置疑方式會產生不同的新經驗。事實上經驗與問題兩者會呈現相互辯証發展之態勢，這正是研究的真相（鄒川雄，2005）。研究者依據自身為居家護理師的經驗，促發問題意識的建構，擬設定以下研究問題：

- 一、了解居家護理師進入病患「家」的場所執行護理措施，其置身處境為何？

- 二、了解居家護理師如何與病患及家屬建立護病關係？其互動及經驗為何？
- 三、了解居家護理人員在「家」的特定照顧情境場域中，特有的照護經驗為何？
- 四、了解居家護理人員全人照護工作的內涵為何？

第四節 名詞界定

一、居家護理：

台北市護理師公會將居家護理定義為：「對不需住院但仍須接受醫療與護理服務之病患，提供連續性、完整性之醫療及護理服務。由醫師轉介，再根據病人實際需要，安排護理人員或醫師往返病人居處，提供適當的醫療與護理服務。」

（台北市護理師護士公會，1987）

二、居家護理人員：

本研究定義為目前任職於已立案居家護理機構之護理人員，且直接提供居家訪視之直接照護者。

三、居家照顧：

是指因身體功能障礙，需要照顧之病患，在家庭居住的場所裡，提供包括家務及日常生活服務、身體照顧、護理服務以及社會心理支持等之持續性照顧工作。

四、介入：

根據安德森（Ronald Anderson，1975）的「行為介入模式」（behavioral intervention model）觀點，家庭成員在面對家人生病時，應該學習疾病的相關知識和特定的一些因應策略，以減輕疾病對家庭的震幅。進而協助病人早日康復或是改善病情。

第二章 文獻探討

長期照護的國際趨勢有「去機構化」轉「居家化」之現象。目前全世界先進國家的老人照護政策，均以在地老化（aging in place）為最高指導原則（吳淑瓊、莊坤洋，2001）。目前以本土社會文化而言大部分的老人或慢性病患仍以居家療養為其優先考量。若老人或失能者能居住在自己熟悉的環境中，由親近的家屬提供照顧，並從照護資源中獲得相關居家照護的服務，老人的照顧需求不僅能得到滿足，同時也能提昇其生活品質。更重要是，能讓個案及家屬保有家庭的完整性。

本章文獻探討，共分為三節。第一節是居家護理的歷史與現況。介紹居家護理是甚麼？國內外居家護理的演進，及目前國內居家護理的現況、服務工作內容。第二節是家庭照顧的內涵與衝擊。探討家庭照顧人力與人口特徵、家庭照顧工作內容與形式、照顧者的壓力與負荷、從家庭壓力理論看照顧問題。第三節是居家護理照護模式。探討關懷照護模式與意涵、機動性自我決策照護模式。第四節是家庭照顧品質研究。包括家庭照顧品質與效益及病患、照顧者、居家護理人員對家庭照顧品質的看法。

第一節 居家護理的歷史與現況

壹、居家護理的定義

美國護士協會（American Nurses' Association）對居家護理定義：「護士在病人居處提供護理服務，並管理評估用以促進病人最適安寧狀況所需之各項資

源，以維持、促進病患之健康。」「Home care can be defined as an array of health and social support services provided to clients in their own residence. Such coordinated services may prevent, delay or be a substitute for temporary or long-term institutional care.」(Cookfair and Markel, 1996)。美國醫院協會 (American Hospital Association) 及國家居家健康機構協會 (National Association of Home Health Agencies)、美國居家照護學會 (The National Association of Home Care, NAHC, 1987) 等組織定義「居家護理為不需要繼續住院，但仍須接受醫療與護理的病人所設立，是一種綜合性的健康服務。其基本精神，是使病人在病情穩定後，能儘早回到家中繼續療養，對恢復中、失能或慢性病患提供相關治療與護理服務，藉由專業人員至病患家中，提供病患與家庭之健康照護與社會服務，此種服務可為長期或短期」(Harrington, 1988)。台北市護理師公會將居家護理定義為：「對不需住院但仍須接受醫療與護理服務之病患，提供連續性、完整性之醫療及護理服務。由醫師轉介，再根據病人實際需要，安排護理人員或醫師往返病人居處，提供適當的醫療與護理服務。」(台北市護理師護士公會，1987)。

綜合以上所述，居家護理是一種以家庭為中心的護理工作，其中主要意涵不僅僅在照護病人，也是包含家中與個案相關的所有成員、事件、所需用物等。因此，除了評估個案的照護問題外，主要照顧者，居家環境、社會資源的運用、乃至於心理層次的需求都應加以評估(葉淑惠、吳淑如，1998；吳淑如、邱啓濶，1997)。居家照護的本質是一個團隊合作的健康服務工作，其團隊成員需要醫師、護理人員、藥師、復健師、社工師、個案管理師、營養師等專業人員，同時需要個案家人與主要照顧者間共同協助與配合才能達成，而居家護理人員在病人、家屬與各專業人員間扮演了訊息傳遞、溝通、協調等重要的角色。(陳美惠，2004)。

貳、國外居家護理的演進

國外居家護理發展源於西元 1700 年左右，因為本著濟弱扶貧的宗教精神，提供貧病的教友居家探訪，開始有了居家照顧的服務。1796 年在美國波士頓的一家診所對其病患提供居家照顧，這是第一家提供居家服務的機構，這所機構的服務理念是「對於疾病，除了個人受苦之外，這種痛苦可能擴及至其他家人，應該可以在家接受照顧」。第一位的訪視護士是「護理鼻祖」南丁格爾女士，她提供傷患在家裡接受照顧。1800 年後開始有居家護理服務機構成立，服務內容為：身體清潔照顧及教導家屬居家相關疾病照顧。1813 年美國早期居家護理產生，專門照顧貧窮的患者。1859 年英國設立第一個地段訪視護士協會，提供窮人免費的居家護理服務。1900 年代以後，約有二十個類似訪視護士機構對貧病者提供居家護理，之後此類型機構不斷增加（Stanhope,2000）。

第二次世界大戰後，居家護理機構大幅成長，同時醫師也加入居家護理服務之行列。在 1960 年代時，由於老年人口的急速成長，隨之而來的醫療照顧需求及各種生活照顧需求，深深影響了美國居家護理產業界，當時並無充分的資源來擔負居家護理的訪視費用，因此在 1965 年美國國會通過老人醫療看護（Medicare）及貧困醫療補助（Medicaid）的相關法律，將居家護理列為補助範圍（Mitty & Mezey, 1998）。然而於 1980 年代為了有效控制醫療照護成本，美國開始實行診斷相關群制度（Diagnostic Related Groups）的給付方法，造成許多病患必須由醫院回到家中，居家護理機構開始蓬勃發展，為因應此需要 1986 年美國護理學會開始建立居家護理服務標準。（引自賈淑麗，1999，P56）。至此，美國居家護理快速的成長，對居家護士需求量大量增加，預估截至 2030 年居家護理需求總量將達護理人力之 11%（Beringer,Crawford & Stout, 1999）。而居家護理服務的特性上，過去是以傳統公共衛生的家庭訪視護理，現在則著重技術性護理提供，未來朝向個案管理經營並運用社區資源，以整合居家護理服務。（潘依琳，2000）。

參、國內居家護理的演進

我國的居家護理起源，最早是在民國 60 年由彰化基督教醫院社區健康部率先提供居家護理，這是台灣第一個正式提供居家護理的機構。其後，由教會醫院開始，其他醫院群起效尤，紛紛成立相關部門。而在民國 74 年，透過群體醫療的成立，提供了社區化照護的模式，更藉由群體醫療服務的深入偏遠地區，同時加速了居家護理的社區化。民國 75 年衛生署補助台北市高雄市的護士護理師公會以實驗計畫模式，開辦居家護理業務。民國 80 年台灣第一家以獨立型態經營大台北居家護理所應運而生。在民國 82 年護理人員法通過賦予護理人員執業之權力，並設有居家護理設置之規定。民國 84 年之全民健保施行，將居家護理納為給付範圍，此後台灣的居家護理機構開始如雨後春筍般紛紛成立。國內外保險制度都對居家護理有催生的功能，隨著慢性病人口及老人人口的增加，居家護理所提供的長期、持續性照顧有著一定的發展需要，健全的保險制度將促使居家護理服務更完整，使社區中有此需要之民眾得到全人、全家的照顧服務（賈淑麗，1999）。

肆、國內居家護理現況

我國目前居家護理機構可概分為以下三種類型：(一)以醫院為基礎(Hospital Base)附設居家護理機構，居家個案的來源大多是自家醫院轉介，案源不匱乏；(二)獨立型態(Free Standing)的居家護理機構，大多是由個人集資合作的經營方式，由護理人員獨自開業的機構，居家個案的來源大多是社區中的個案或是簽約醫院轉介的個案，此類機構需花更多的精力去尋求案源（李明德，1996、林壽惠，1993、潘依琳，2000）；及(三)衛生所附設居家護理，此種型態適合偏遠地區，醫療資源較缺乏且無居家護理機構可運用的地區，於 1998 年行政院衛生署開始補助山地、離島及鄉村地區之衛生所，辦理居家護理業務（李明德，1996；

黃麗玉、羅素英、洪百薰、洪美玟，2001；潘依琳，2000）。根據 2007 年行政院衛生署調查台閩地區護理機構資源分佈情形，顯示我國目前的居家護理所共有 459 所。以醫院為基礎之居家機構有 190 家，佔 41.4%；屬於獨立型態共有 107 家，佔 23.3%；而為衛生所附設之居家護理 162 家，佔 35.3%。據賈淑麗（2000）指出，以醫院為基礎的居家護理型態其醫療資源及行政資源較豐富、且有固定的個案來源，目前以此類型居家護理機構佔最多；然而獨立型態的居家護理機構，其行政自主權較高、經營方式較靈活及個案來源不限於醫院之間的界限；而衛生所附設居家護理雖個案來源較不充裕，但顧到偏遠地區有需要持續照護的個案，仍有其存在之必要性。不管居家護理機構屬於何種型態，居家護理人員都肩負提供個人、家庭、社區整體的專業性照顧（章殷超、李宇芬，1997）。

衛生署在全民健保開辦之後，將居家護理納給付範圍，並於 1995 年三月公告全民健康保險居家照護作業要點（行政院衛生署，民 84），收案條件為：

- 一、 病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時間超過百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
- 二、 有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
- 三、 病情穩定能在家中進行醫護措施者。

一般而言，居家護理服務的內涵可包括三方面：(一)醫療相關方面服務：換藥、鼻胃管換置及護理、導尿管換置及護理、生命徵象監測、抽血收送檢體、氣切管換置及護理、復健指導及治療計畫背部扣擊、營養指導、造瘻口護理、大小量灌腸、膀胱灌洗、注射領藥、體重測量等。(二)器材租借方面服務：輪椅、氧氣筒、拍痰器、便盆椅及替代租借等。(三)資源轉介服務方面：協辦殘障手冊、營養師諮詢轉介、復健師指導轉介、護理之家轉介、經濟補助申請、日間照護轉介、身體清潔服務、慈善團體資助轉介、靈性及心理諮詢、照顧者替代服務轉介、環境清潔服務轉介等（徐亞瑛、邱怡玟、高淑芬、廖美南，

1998)，此外，在黃麗玉、洪百薰、羅素英、洪美玟（2001）研究指出目前大部分居家護理服務項目皆以醫療服務為主佔 95.7%，器材租借及資源轉介所佔比例不到 5%，而其中「資源轉介服務」僅佔有 2.87%。在訪視次數上規定護理人員居家護理每月二次為限，依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫並詳述理由。醫師居家訪視以每二個月一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於規定之次數時，申報費用須檢附訪視紀錄並詳述理由。目前提供居家照護服務之專業團隊中，主要的服務提供者為護理人員，另由醫師提供支援，以及其他專業人員，如物理治療師、職能治療師、社會工作人員及呼吸治療師等的支援投入。 Halamandaris（1987）指出居家護理是長期照護的基礎，居家護理的優點為可減少醫療資源的浪費，有效增加急性病床的利用率，並可提供連續性的照護，預防不必要的住院；也可延緩入住機構的時間，病人能回到熟悉的家庭環境中，維持較好的生活品質，減少家屬往返醫院、家庭、工作的奔波，維持家庭的完整性。

因此居家護理可使受照顧者能舒適安全的留在家庭或生活於熟悉的社區，也能提升受照顧者的生活品質及促使其家庭正常化，配合有效之公共投資使社區民眾能負擔長期照護的費用，使社區居民依其需求而有多元之選擇。居家護理現況採取健保給付者多，仍以護理人員為主軸，接受專業訓練後的居家護理人員，定期至案家提供醫療照護服務，是目前病人與家屬在長期照護體系中使用最多的照護方式（陳靜慧，2006）。

第二節 家庭照顧的內涵與衝擊

台灣地區向來受中華傳統儒家文化的影響深遠，而在中國傳統社會文化中，「家庭」是社會的核心。家庭倫理是「本」，是價值的根源，而家庭倫理首重孝道，重視反哺報恩的概念，以及個人在家庭中克盡孝悌的責任。父慈子孝

的價值系統成爲家庭倫理的首要標誌。但是經濟茁壯起飛，整體生態環境改變，加上外來文化的涵化作用影響，邁向現代化的同時，家庭結構與制度起了急劇的改變。價值觀念越來越多元化，同堂共居的文化機制出現明顯變化，不但子女成家後喜歡自組小家庭，父母爲了減少同住的糾紛傾向獨居（邱怡玟，2004）。根據行政院主計處 2000 年的調查：台灣主幹家庭下降，三代同堂比率 1980 年爲 69%，1998 年降爲 50%。同期間獨居老人或高齡夫婦家庭由 28% 增加到 46%，婦女勞動參與率由 58% 增加到 67%，顯示家庭照顧功能的式微；高齡者照顧高齡者的窘境：根據調查 60 歲以上的照護者佔 50% 以上，70 歲以上的照護者也佔 20% 以上。

家庭的功能往往是當今社會設計規劃適當的福利系統和健康照顧制度所必需考量的起點。家庭成員交錯而成的人際互動關係，也使得任何一人的禍福有著牽一髮而動全身的影響，進而移轉成其他的社會事件或社會場域（張荳雲，1998）。

壹、家庭照顧人力與人口特徵

家庭照護是老人照顧模式的一種，在全世界在地老化（aging in place）的意識抬頭，期望老年人儘可能留在原來的居住社區，以提升老年人自主性生活品質的聲浪中，家庭照護更成爲國內外長期照護的主要資源。時代雖然變遷，照顧的角色卻變化不大，女性依然等同於照顧者的符號，仍然得負起銜接照顧服務的責任。（劉雅文、莊秀美，2006）許多研究指出，當老人失能需要照顧時，其女性老年配偶通常是第一順位的照顧者（胡幼慧、王孝仙，1995）。而第二順位就是媳婦。韓佩軒、黃璉華（2002）研究結果顯示主要照顧者爲女性佔 71%；主要照顧者以配偶居多（45%），媳婦次之（25%）。傳統中兒子雖然是主要照顧者，實際上卻是由媳婦擔起照顧工作。卓春英（2001）指出媳婦所扮演的照顧

角色重於女兒，媳婦大多扮演協助支持的照護角色，而女兒以探望慰問工作居多。雖然目前婦女大多外出工作，媳婦們越來越少擔負起實質的照顧工作。但是傳統的觀念卻未因此而消失，反而成爲價值評斷的準則。媳婦們積極尋求替代照顧資源，並將其視爲己任，而失能的老人及家人；如兒子及出嫁的女兒，也認定此爲媳婦的份內工作，甚且依此評斷該媳婦是否盡責(劉雅文、莊秀美，2006)。有許多的研究都顯示，家庭照護者中以媳婦所面臨的照護競爭需求最大，兒子次之，有 40.7%的媳婦和兒子照護者希望能有理想的養護機構來照顧老人，遠高於配偶的需求 15.9% (湯麗玉、毛家聆、周照芳、陳榮基、劉秀枝等，1992；吳、林，1999)。在台灣老年人兒子媳婦所提供的家庭照護均偏重在家務財務與就醫方面的一般性與勞務性照護(吳淑瓊、林惠生，1999)，大多以滿足老年人的基本生存需求爲主，較少個人性的照護與情感支持。根據李淑霞、吳淑瓊(1998)的研究指出，三到四成的家庭照護者常常覺得心情不好，三成到四成的照護者從未覺得快樂，僅有一成的照護者無憂鬱傾向。台灣的照顧者多以認命的心態被動的接受老年人的照護工作(潘依琳、田聖芳、張媚，1998)。這樣的照護情境與照護動機，勢必影響居家照護品質的成果，值得深入的探討。

在政府大力推展鼓勵失能者採行居家式、社區式照護策略，以及中國以「家」爲重要的文化薰陶下，照顧工作一直被視爲自家人的事(簡乃卉、徐亞瑛，2000)。然近年來家庭照顧能力的持續性受到質疑，從照顧者的供給面來分析，由於大量婦女參與勞動市場，威脅著非正式照顧者的供給。其次是經由婚姻關係中斷而造成的家庭解組，也模糊了家庭成員相互照顧的責任(呂寶靜，2001)。目前的家庭制度是否有足夠能力承擔照顧病人的責任？依主計處於 1998 年的「社會趨勢調查」中，顯示我國目前的家庭結構以核心家庭爲主，佔 59.54%，雙薪家庭高達 41.54%。加上老人平均壽命逐年提高，生育率下滑，使家庭面臨照顧人力缺乏的情況，且並非每一個家庭都有照顧老人的能力與意願(游麗裡，2000)。人力支持的需求，在訪談過程中，經常被家庭照顧者提及是他們極

為需要的協助之一。而家庭中人力足夠與否直接影響照顧的品質，以及能否獲得持續性、完整性的照顧，也因而造成照顧者的壓力與負荷(簡乃卉、徐亞瑛，2000)。在居家照護中除了有醫護人員至家中照護老人外，還有 80%其他照護都由家人提供 (Brody and Masciocchi, 1980)。Shanas (1974) 研究中更指出家庭是一個社會支持系統的骨架。其中發現家庭的人數可以反應於個人在生病時可受到幫助的資源。居家照護是服務到家的醫療與一般就醫情況不同，因此除了考慮病患需要因素之外，若沒有家人的投入是無法推行的(劉慧俐、王鴻昌，民 88)。蔡春瑜(民 82) 研究影響長期照護因素之探討，選擇在家照護與否的考量，最主要為「有家人可以照護病人(60.8%)」；其次為「病患的病情較輕(58.1%)」及「照護的品質較佳(47.7%)」。選擇居家照護者平均家人數，較選擇機構照護的患者人數多(4.51 人和 3.46 人)，其中由配偶擔任照護者佔大部份(97.24%)。由上述相關研究中均顯示出，家庭功能的支持在居家照護上扮演著重要的角色。

貳、家庭照顧工作內容與形式

根據柏加(Parker, 1981)的分類，照顧可分為三種不同程度(引自甘炳光，1995)

- 一、身體上的照顧：這是眾多照顧當中最親近的一種，照顧者需要付出最多的精神及時間去料理被照顧者的日常生活起居、飲食。例如：餵食、洗澡、處理大小便、提供足夠的保護及護理等，是最困難的部份。病患對照顧者有很大的要求及負擔，也容易出現因壓力及照顧者與被照顧者的不同期望而產生問題。
- 二、物質上及心理上的照顧：物質上的照顧可以有很多方式，例如為行動不便的人代為購物，陪同或協助外出，或提供金錢上的幫助。心理上的幫助是給予關懷，使得到情緒上的支持，基於與照顧者的接觸及情緒上的分享，他們會感到仍被關心減少孤獨感，不致活在一個被隔離的社會裡。

三、對他人的福利表示關懷：是一種非親密性及身體性的照顧，例如給予慈善捐款、為別人爭取福利、在禱告中關懷別人的困擾及分享別人的喜樂等。

失能者的家庭照顧工作的內容和形式，和照顧者的能力，與被照顧者的失能程度息息相關。（朱素貞，2000）。呂寶靜（1998）將照顧的內容區分為：個人照顧（如協助老人吃飯、盥洗、洗衣服、洗澡、上廁所、移動）；工具性支持（如食物準備、衣物換洗、家事清理、陪同看病、物質金錢提供等）；情感支持（包括關心與慰藉、傾聽問題等）。不同程度的照顧對照顧者卻有不同的要求，這些要求直接影響照顧的關係。

在照顧形式方面，Shanas（1974）指出家庭是一個社會支持系統的骨架。其中發現家庭的人數，可以反應於個人在生病時可受到幫助的資源。Keith（1995）依據家庭中成員投入及參與程度區分為四個層次：單獨照顧者、主要照顧者、次級照顧者以及潛在照顧者。以往研究指出當家庭出現了失能老人需要照顧時，原本平衡的家庭系統受到嚴重衝擊，家人間關係也產生變化（楊佩琪，1990）。主要照顧者可能會感到不公平，而產生抱怨、憤怒等情緒，造成家庭關係的緊張（Kane & Kane，1990）。尤其是家庭系統資源較為薄弱時，單獨照顧者，常需被迫獨自或成為承擔主要照顧責任。因此，家庭在承擔照顧失能老人的責任上扮演非常重要的角色。而照顧者與被照顧者間的彼此的依賴與心靈上的滿足，亦是支持照顧關係延續的重要關鍵（朱素貞，2000）。

叁、家庭照顧者的壓力與負荷

家庭成員受到家人生病最直接最明顯的影響，就是面對疾病帶來的相關困擾。其次是情緒問題的處理。家屬照顧病人，是家庭成員面對健康危機時正面扶持功能的發揮。但是家屬與病人共同走過的是一段不堪回首的艱辛坎坷路。由於疾病所蘊涵的無比壓力，以及病人的反覆無常、不聽話、不合作、照顧上

所耗費的時間、體力與金錢，其他家人不體諒及不可理喻的要求，出現家人互動及病人和家人的緊張關係（張荳雲，1998）。照顧是一項需要高度投入的工作，不論在時間、情緒、體力上均受到極大的影響與限制。照顧負荷一直是家庭照顧研究的重要議題，「負荷」(burden)可視為由照顧責任所引發的緊張與不適。在面對照顧老人所帶來的衝擊方面；包括調適自己接受老人失能的事實、重新定義與老人之間的角色、處理老人失能所產生的沮喪與反抗以及家庭互動關係改變等。往往使照顧者產生種種複雜的情緒（朱素貞，2000）。Piening認為疾病無論是急性或慢性都會對家庭造成影響，打破家庭原有的平衡，並引起角色、經濟地位、社會和情境上的改變。Robinson 及 Thurnber 研究成年子女照顧老年病人的壓力源中發現，共有 10 項：照顧上的不方便、個人行動的限制、個人計劃的改變、家庭適應的問題、被過度的要求、情緒調適的問題、個人行為的紊亂、工作適應的問題、自我的改變、以及有被淹沒的感覺。因此照顧居家病患時家屬往往必須面對許多的壓力源，而這些壓力源也是導致家屬們在照顧病患時最主要的問題。潘、田、張（1998）在居家臥床病人其主要照顧者之壓力源、因應行為與身心健康之探討中表示；主要照顧者的壓力源來自五方面，分別是「生活作息的限制」、「照顧病人的知識不足」、「社會支持的缺乏」、「家庭面臨的衝擊」、「照顧責任的負荷」。其中「生活作息的限制」是主要照顧者最常遇到的壓力源。而「被動接受型」是最常被用到的因應行為，以認命的心態被動的接受事實，而沒有採取任何行動去解決問題。

總結來說，照顧者的工作是時刻不離的，是與病人情緒有極大關聯的，是需要體力的，是需要特殊知識的，是需要處理最隱私、最髒臭的，更是需要具備應變能力的。而這些工作往往因為不屬於社會所肯定的專業性和標準性工作而甚少受大家注意。

肆、從家庭壓力理論看照顧問題：

家庭是老年人口主要照顧和社會支持的來源，也是決定老年照護方式的主要因素。對老年人口而言家庭支持的強弱，是影響老人是否能夠得到適當良好的照顧。然而老年人口的照顧問題本身對家庭而言就是壓力事件，對於整個家庭造成的衝擊及壓力程度是相當複雜多元的。在家庭壓力理論中論述到，每個家庭都會面臨到須要改變的情境或事件，這些事件或許是正常的（如結婚）、期待的（如升遷），但也可能是不被期待的（如意外）或是不可避免的（如生病、老化），而這些事件對每個家庭所造成的壓力程度不一，在於家庭如何去回應，而家庭回應的歷程中，還受到內在及外在的脈動影響。（引自曾櫻瑾，2005）（見圖 2-1）

一、家庭壓力的概念架構

家庭中面臨到不同的事件或情境時，家庭會產生不同程度的壓力，係由家庭如何去解釋這個事件，且有多少的支持可以用來協助處理這個事件。因此在模式中的 A 代表目前產生的事件或情境；B 代表著事件發生時家庭可以運作或是尋求的資源及力量；C 代表著整個家庭或是個別的成員對所發生的事件所賦予的意義及想法；最後 X 代表著在這樣的過程中家庭所面對的事件壓力的呈現，來決定壓力的程度是否會成為危機。

二、家庭壓力外在脈動：

家庭在不同時空中所面對的壓力不同，這與整個時空環境是有相關的，其組成因素是家庭所無法控制的因素，其中包括被隱含在家庭的環境中，也被稱為「家庭的生態系統」。這些脈動包括以下幾項：

- （一）歷史脈動：指事件發生於家庭的歷史時間，不同發生壓力的時間點，將影響面對壓力的態度。並了解事件是發生在一個有選擇的環境中或是有種族

歧視或資源受限的狀況下。如老年照顧的議題，在農業社會及工業社會所面對的態度不同。

- (二) 經濟脈動：社區或社會的經濟形成家庭的經濟環境，經濟狀況影響家庭如何反應壓力事件。通常歷史脈動與經濟脈動是無法被分開的，這兩者是相互影響的。如老年照顧費用問題，在經濟蕭條時比在經濟繁榮時代對家庭而言，會來的較為嚴重與壓力重。
- (三) 文化脈動：其包含對家庭存在的大社會所帶來的顯著的理念、價值、理想及清楚的特質。這個部分提供了社會上的規範與習俗，也定義出整個社會的規則及認同程度。如社會對老人的態度是尊重還是輕視，對老年人的照顧是由家庭負擔還是政府負擔等。
- (四) 發展脈動：壓力事件發生時，家庭的發展脈動同時是家庭與個人生活周期的階段，端視事件發生的時間點與個人或家庭的發展階段是否會相互呼應，來決定事件的發生對於家庭對事件的認知及因應。相同的事件將導致家庭不同層次的壓力。如 25 歲與 55 歲要照顧老人的感受與認知便有所差異，60 歲與 80 歲時需要長期照顧的情境對家庭的影響就不同。
- (五) 遺傳脈動：家庭生物學與遺傳學的脈動，影響家庭成員的健康和身體的力量。遺傳因子和好的環境在面對壓力情境下，能有更多的經歷與彈性去處理事件。

三、家庭壓力的內在脈動：

家庭本身受到外在脈動的影響，進而影響家庭本身的內在價值、理念及信念等，形成家庭自己本身的內在脈動，這些組成要素基本上是家庭可以改變和控制的。

- (一) 結構的：該層面涉及家庭界域的形成和功能，家庭角色分派及家庭界域內外的角色考慮，如當家中長輩需要被照顧時，是誰要來照顧？
- (二) 精神的：該層面涉及家庭的認知、評價、界定或對壓力事件的評估，如長

輩的照顧方向及需要是否為家庭所能負擔的。

(三) 哲學的：該層面涉及價值及信念，如長輩在家庭內的意義是個寶貝還是負擔？

因此整個家庭在面對老年照顧的問題時，家庭是否提供足夠的支持，並不是家庭與老人之間的單向關係，其實是受到許多面向的影響，因此相對地面臨了許多的挑戰與困境（周月清譯，1994）。居家護理師介入居家照顧的同時，必須深入瞭解病患家庭的外在與內在脈動情形，才能置身處境地提供案家所需的及有效的協助，必要時也才有能力進行家庭的溝通與協調工作。

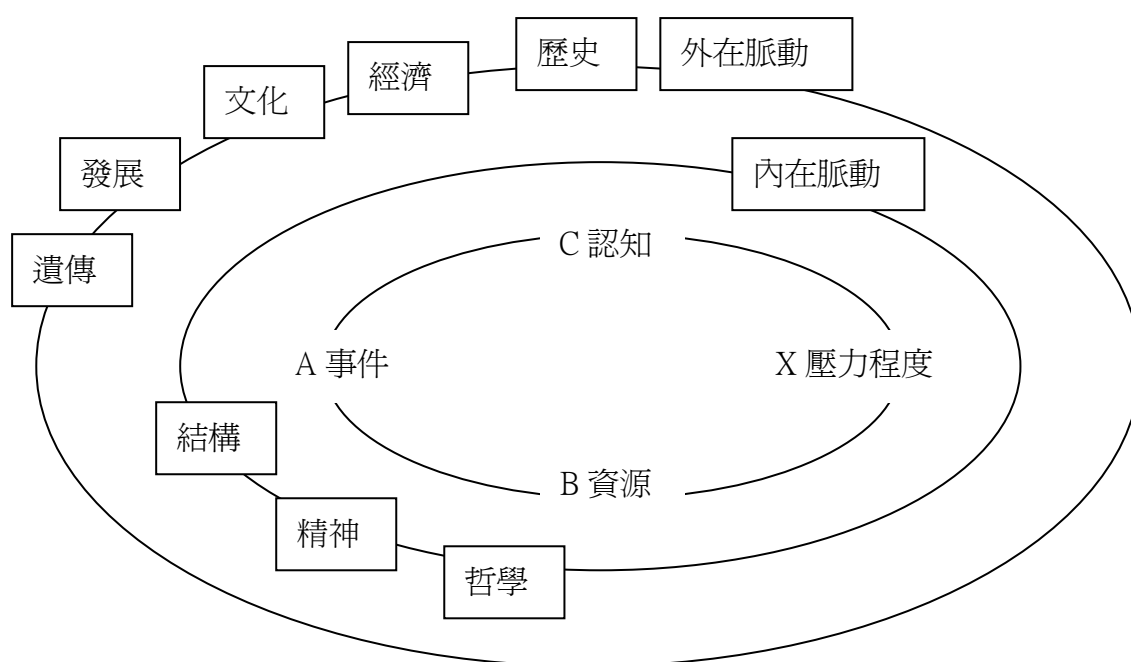


圖 2-1 家庭壓力的脈動模式（摘錄自周月清譯，1994）

第三節 居家護理照護模式

壹、關懷照護模式與意涵：

在醫療臨床中，病患除了藉由醫護的專業治療外，其中關懷（caring）是在照護一股不可缺乏之要素。因為它涉及如何讓病人身、心、靈上獲得滿全，及影響著疾病的復元。護理學者自八 0 年代以來即不斷談論「關懷和照護」，有人更用心的將“caring”翻譯成漢字的「關心」，英文譯為“passage” to the “heart”（紐則誠，2004）。關懷的情境是需要照護者發出感同身受的同理心，而實踐出利他的照護行為。然而它卻會受到一些因素的影響而有變化或改變（湯美霞等，2001）。例如：照護者的動機、工作情境、文化背景、性別、教育以及宗教背景的影響。學者馬淑清提出幾類在臨床上產生的關懷的模式，如以下幾種：

- 一、行為性的關懷：專業知識、提供訊息和個別性指導、如何使用設備、對病患問題迅速做出反應、給予良好的生理照顧。
- 二、情感性關懷：多做的額外事務、對病患的關心、有耐心、友善、傾聽、溫柔。
- 三、感受護理關懷照護之感受：真心瞭解、與我同在、提供自己、掌握情況、預先告知、提供選擇及分享經驗。
- 四、性別的對關懷的感受：照護者是男性，希望提供舒適、再保證行為、偏向技術性項目。如果是女性，則以心理、情緒上的支持居多。

當代護理學家 Watson 則將護理學看成是「關懷的哲學與科學」，並為之建構理論。Watson（1981）提出 Theory of Human caring，主要組成內容，共包括十項照護因子（主要概念）、人際之間的照護關係、照護片刻（the caring occasion/caring moment）等三項。（引自黃靜君）

一、十項照護因子，蘊含人文科學精神的包括(1).形成人性-利他的價值體系、(2).慢慢灌輸信心與希望、(3).培養對自己與對他人的敏感度、(4).發展助人-信任的關係、(5).促進表達及接受正向和負向的感受、(10).允許存在-現象學的力量等六項照護因子；而蘊含自然科學的項目則為：(6).系統性地運用科學問題解決方式以做決策、(7).促進人際間的教與學、(8).提供一個支持性、保護性和改善生理、心理、社會文化和靈性的環境、(9).協助滿足人類的需求等項。

二、人際之間的照護關係，是一種特殊的人性照護關係，是一種與另一個人成爲一體的關係（a union with another person），在此關係中，病人和護理人員皆對全人（Whole person）及他們存在於這世界（being in the world）有高度的關注。當護理人員進入另一個人的生活空間或現象場域時，她能偵測到此人存在的狀況（靈與魂），在他/她內部感覺此狀況，用這樣一種方式對那些情況作反應，以致於病人能將他/她一直渴望想釋放的主觀感覺和想法講出來，此時在護理人員與病人間會有一種主觀彼此瞭解的流動（intersubjective flow）。受訪護理師在研究訪談中也曾表示，有時候雖然是第一次到案家，但是病人會侃侃而談自己過去未生病前的情形，及生病過程後所遭遇的困境與無奈，或求醫過程的經歷、遭遇的待遇及心情，甚至會聊到自己的遺囑與心願。此時在護理過程中就需要提供人性化照護來維護人性的尊嚴。人際之間照護關係的建立取決於五點：1.對保護和促進人性尊嚴做道德承諾；允許病人去決定他/她自己的意義；2.護理人員能去確認人個體主觀上的重要性；3.護理人員能瞭解和正確地偵測病人的感覺和內在狀況，此可透過行爲、談話、行動、認知、肢體語言、感覺、想法、直覺等等來做到；4.護理人員能去評估和瞭解病人存在於此世界的狀況，並感覺與他成爲一體；5.護理人員分享自己的生活史、先前的經驗與曾經歷過的機會、在各種情境中經驗到自己的感覺。

三、照護片刻(the caring occasion/caring moment)與指護理人員和病人在片刻相遇中(ex 病人住院)，兩者精神上的聯合，兩者超越自我、時間、空間和彼此的生活史，這種超越是為使病人與護理人員共同進入彼此的現象場域，決定彼此為何種關係以及共同協商決定要做什麼。此可看出其 humanistic orientation 之意涵，有別於一般醫院中由醫師主導病人一切之觀點。研究者有一次在執行護理技術後病人一直說謝謝，以往的經驗裡研究者會回應「不客氣」，但是一種莫名的直覺升起，對病人奶奶說「謝謝你…」。

病人奶奶停頓了一下，呈現出被理解的眼神，並且紅了眼框，握住研究者的手，述說老伴往生了，兒子死於肝癌的種種過去…就在這一刻，我們的心彼此相遇、流動並且同在了。

貳、機動性自我決策照護模式

居家護理的目標何在？居家護理人員的責任為何？如何提供居家護理服務？如何執行工作並進行評價？如何確認所提供的是具品質且符合專業標準的服務？Rice 指出居家護理服務中健康與照護層面十分複雜，因此病人、照護者及護理人員應共同擔負照護責任，而且此項服務必須具品質，且符合專業標準。由美國相關組織對居家照護的定義顯示：居家照護是連續性綜合健康照護的一部份，在個人及家庭居住的場所，提供健康服務。目的在增進、維護、恢復健康，或將殘障和疾病的影響減至最小，使其發揮最高的獨立功能。

雖然我們期待護理行動的結果是增進、維護或恢復健康，但是居家護理服務特質的限制下（間歇性、部份時數，如台灣健保規範月訪二次為限），卻不能保證每一位病人皆可達到此目標。取而代之的，更適當的目標應如 Rice（1996）所言—提供病人及照顧者治療，並給予足夠的訊息與支持，使其瞭解如何在家成功的處理自己的健康需求。亦即居家護理人員可以提供支持、教育與相關資源，但

是只有在病人及照顧者積極參與，與滿足健康需求的相關活動，照護計畫才能成功。試想，如果病人及照顧者不理會所提供的指導，如不按時翻身或換傷口敷料，其結果必然無法達成傷口的照護目標。因此在思考適合居家護理服務的理論基礎的，或可參考 Rice 所提出的機動性自我決策模式（Dynamic Self-determination Model，以下簡稱 DSDM 見圖 2-2）。

DSDM 是一個以病人為焦點的實務工作模式。其中十分重要的是病人及照顧者的動機因素，其目標是希望病人能成功的在家中處理自己的健康照護需求，藉此達到健康狀態。居家護理人員扮演的角色應為教育者、代言人及個案管理者。以促進病人及照顧者居家的獨立性。

DSDM 中病人及照顧者被視為一整體單位，健康照護需求則是主觀的，可以由病人及照顧者決定，「最佳功能狀態」則是健康的代名詞。藉由 DSDM，病人需在健康需求與目標達成的落差中建立橋樑。而護理人員、病人及照顧者的關係，則依序由依賴至相互依賴至獨立。達成獨立時，即顯示目標達成。但是當疾病惡化或出現合併症時，此關係可以退回原點，重新開始。有關此三階段關係的說明如下：

依賴：開始時居家護理人員執行操作多數的照護，並指導病人及照顧者自我照顧。

相互依賴：當病人及照顧者的知識技能增加時，他們可以操作大部分的照顧，居家護理人員則給予引導並增強其行為（reinforcement and guidance）。

獨立：病人及照顧者可以操作所有的照顧活動，成功的滿足在家健康照護需求，不需居家護理人員到訪。（葉莉莉，1998）

居家護理的概念

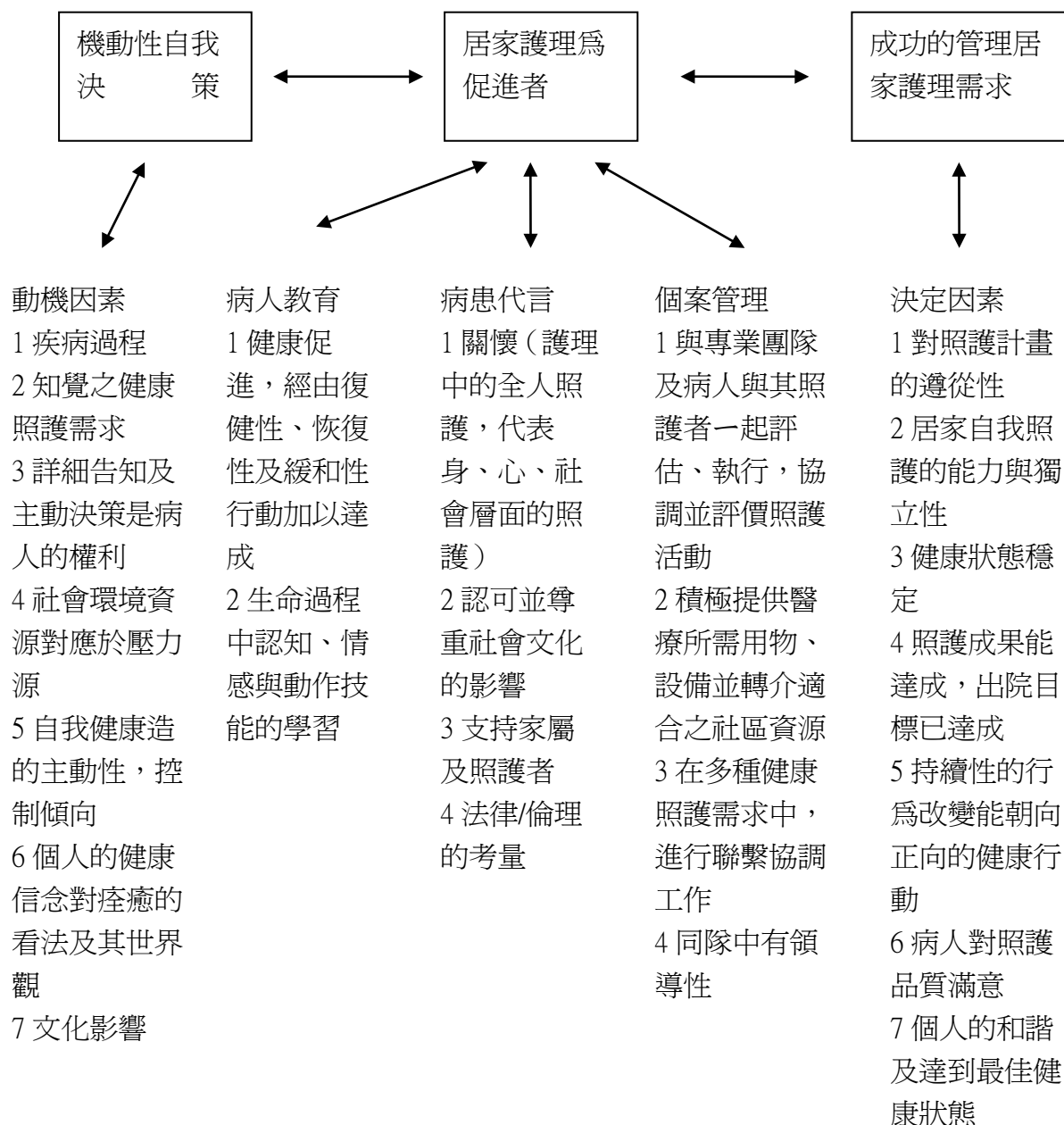


圖 2-2 Rice 機動性自我決策模式
(Dynamic Self-determination Model, 簡稱 DSDM)

第四節 家庭照顧品質

壹、家庭照顧品質與效益之研究

Schumacher, Stewart, Archbold (1998) 將家庭照顧品質的測量簡單分為照顧者自覺 (Self-perception) 與專業人員評估 (Professional assessment) 兩類。專業人員評估的前提是：失能老人的健康結果有相當程度是受到照顧者所提供照顧內容是否適當所決定。其中以 Phillips 等 (1990a, 1990b) 所發展的 QUALCARE 量表最受重視，他們將老人的家庭照顧品質界定為：照顧者所提供照顧的過程與活動，達到最佳規範標準的程度，同時是以老年人的需要被滿足為主要判準。Phillips 等 (1995) 進一步將影響家庭照顧品質的因素分為「情境背景」與「互動過程」，並對 209 個樣本進行的實證研究發現：情境背景因素（壓力、ADL、認知、社會支持等）並不是解釋家庭照顧品質的重要因素，層級多元迴歸分析顯示，主要照顧者所承受的壓力大小，間接透過主要照顧者心理負荷影響家庭照顧品質。該研究結論：互動過程是一個影響家庭照顧品質的重要變項，是未來研究與護理介入的重點（韓佩軒、黃璉華，2002）。林美娜、邱啓潤 (1995) 居家中風老人之家庭照顧品質的研究指出：中風老人之家庭照顧品質多屬良好程度，生理需求的滿足情形，以關節活動度及皮膚完整性最差。而「老人有保險」、「主要照顧者與老人之人際關係良好」、「老人中風期間短」、「主要照顧者心理負荷程度低」，其家庭照顧品質較好。吳 (1998) 影響居家照顧品質之家庭因素分析也指出：家庭照顧品質因「婚姻狀況」、「教育程度」、「癡呆症老人的病前人際關係」、「社會支持」的不同而有差異。韓佩軒、黃璉華 (2002) 對於中部地區居家失能老人家庭照顧品質探討顯示：影響家庭照顧品質最主要的因素是「失能老人日常生活功能程度」、「失能老人教育程度」、「是否僱人協助照顧」、「照顧者自覺與失能老人現在的關係」、「尋找平衡點」等

變項。綜合以上研究所論，家庭照護品質的影響因素大致可以歸為：「失能老人的特徵」、「主要照顧者的特徵」、「家庭特徵」、「其他相關因素」。其中「照顧者與失能老人的人際關係」幾乎是每個研究都有的測量變項。值得重視。

貳、失能老人、照顧者、居家護理人員對家庭照顧品質的看法

對失能老人而言，能接受好的家庭照顧以滿足其需要，對其健康及生存影響極大(Phillips & Rempusheki, 1986)。在居家護理過程中護理人員不斷評估家庭的照顧狀況，並採取護理措施。若居家護理人員能同時了解失能老人及照顧者對家庭品質的看法，做較完整的考量，則有助於採用更適當的護理措施，以達到護理目標。目前的 QUALCARE 量表及 Kosberg, Cairl 及 Keller (1989) 之照顧者能力量表類似，均以醫療專業人員之標準來要求家庭照顧者，而家庭照顧者及失能老人所認為的家庭照顧品質卻未被探討。(徐亞瑛、蔡文哲，1996)很可惜目前國內只有一篇報告探討照顧者、失能老人、居家護士對家庭照顧品質看法。研究者整理其結論如下：

照顧原則是照顧者在照顧上的目標及標準，包括對照顧者的期待及對失能老人的需求認定。照顧者認為要能「了解失能老人」並且「配合老人的步調」。失能老人認為照顧者要能「同理失能老人的感覺」、「有效解決失能老人的不適」並「提供情緒上的支持」。居家護理人員則認為「照顧者要能遵從醫護人員的建議」。在需求的認定上，照顧者和失能老人的觀點較為接近，都強調「可口」的食物及「舒適」等失能老人主觀上的感受，而居家護理人員則強調客觀上需求的滿足。例如；營養的需求，而忽略其情感及精神上的意義。在個人的態度及能力，在評估照顧者時；照顧者失能老人居家護理人員對於「關心」、「盡力」、「為病人想」等態度一致性高。不同點在於居家護理人員認為照顧者「不夠主動

遵循醫護人員的教導」時，照顧者認為他們自己是「能夠獨立判斷且知道甚麼是對病人最好」。對照顧者能力而言，照顧者對自己的判斷力、預測能力及照顧工作熟練度之評價，比居家護理人員對其評價要高。居家護理人員以所謂的「專業」角度而做的要求，反到使照顧者另尋解答，而且還自認為「最有效」。此一研究發現提醒居家護理人員在遇到照顧者不遵從護理人員時，不能只是單純認為家庭的態度不合作而予以反覆要求責怪，應該積極探詢家庭的不同考慮，修正期待，協助家庭能採取更有效而且可遵循的照顧措施。評估照顧上的困難時，除了技術層面上，也應注意「照顧情況的可預測度」及一些無法控制的環境或失能老人本身的特定因素（徐亞瑛、蔡文哲，1996）。

第三章 研究方法

詮釋現象學的代表人物首推哲學家 Martin Heidegger (1889-1976)，Edmund Husserl (1859-1938) 的學生之一，與 Husserl 現象學的主要差別在於 Heidegger 用人的存在取代所主張的意識，並且認為要理解人的存在不單靠描述，更需要經由詮釋的過程來展現「物自身」(Ding an sich)，由詮釋的過程來理解人類的「在世存有」或「寓居於世」的存在(引自高淑清，2001。高淑清，2008)。

現象學是探討萬物現象、人類經驗及其所在的生活世界之人類科學性研究，現象學著重於現象深層描述性的解讀與說明(余德慧，1996)。而詮釋學方法是為探索人類如何主觀經驗他們的社會世界，而進行深入理解歷程的一門解釋性科學(高淑清，2008)。詮釋現象學融合了現象學及詮釋學方法論之特點，既是描述性科學也是解釋性科學，它既能展現如現象學描述生活世界原始面貌及經驗本質結構之特色，也能展現如詮釋學對現象背後意義之彰顯、理解與解釋之有效性。而詮釋現象學者認為要能真正開放於詮釋論述的多貌性，必須還原或存而不論某一特定的論述形式，使可能的論述形式開展出來(余德慧，1996)。

本章共分為五節。第一節是研究觀點的選擇，敘說研究者選擇的研究方法及原因，並描述本研究詮釋現象學方法的思維。第二節是研究架構與步驟，包括研究構思與定位、研究場域與研究參與者的選擇。第三節是資料搜集與分析；說明資料搜集的過程、方式及資料分析的角度和分析方法的應用。第四節是研究嚴謹度與限制。第五節是研究倫理。

第一節 研究觀點的選擇

爲甚麼要做詮釋現象學研究？詮釋現象學和現象學皆源自於哲學的人文科學取向，兩者都是哲學、都是反思性質的學派，因爲以現象學觀點看待做研究，就是質疑我們所體驗世界的方式，透過經驗回朔，想要知道身爲人類的我們所生活的世界；進一步而言，以詮釋現象學觀點做研究，就是鼓勵我們對日常生活中的細節和看似瑣碎的層面，應給予特定的關注與覺察，因爲詮釋現象學是一種研究人的人文科學，是一種個人或個體的哲學培養，培養個人的洞察力有助於個人的深思熟慮，以及對待他人時表現出機智或圓融的能力。詮釋現象學的訴求在於透過生活經驗觀點來表達整體，以及透過此經驗情境觀點來剖析真實的人類行爲，試圖從互爲主體的界域中去了解人類所處生活世界的現象；因此詮釋現象學的研究在解釋個人的洞察力與反思覺知，它整合部分與整體、特例與本質、價值與渴望，讓我們仔細的覺察到看似無因果可言的事物，其實有因有果；看似平凡無奇的事物，也自有其意義（Van Manen，1997）。

生命的經驗中有太多被遮蔽，不被開顯的經驗，經由現象學被顯現出來，且其意義被泉湧而出。現象學以事物向我們給出的方式來看待它們，把「我」看成是事物向之顯露的受格。原本平凡無奇、理所當然的日常生活有了新的看見。研究者將詮釋現象學應用於醫療田野上，期以存而不論的態度、辯証迂迴的策略，開顯脈絡意義的對話，讓居家護理的家庭照顧經驗，增添穿透與揭露的力量。現象學已是醫療場域中很重要的一股反思潮流（蔡昌雄，2004）。Cohen（2000）指出，詮釋現象學研究人們如何解釋他們的生活，並且爲那些他們所經驗的部份給予意義，這些都是生活經驗探究的部份，人們主觀經驗的世界概念，以及他們的經驗意義（高淑清，2008）。

就詮釋現象學的質性研究而言，可說是把言說和論述看成比個人更具研究意義的對象，因爲研究者和研究參予者共同涉入了這個世界的意義或經驗表述中。

關於這套詮釋現象學方法的思維，以下圖加以說明：(蔡昌雄，2004)。

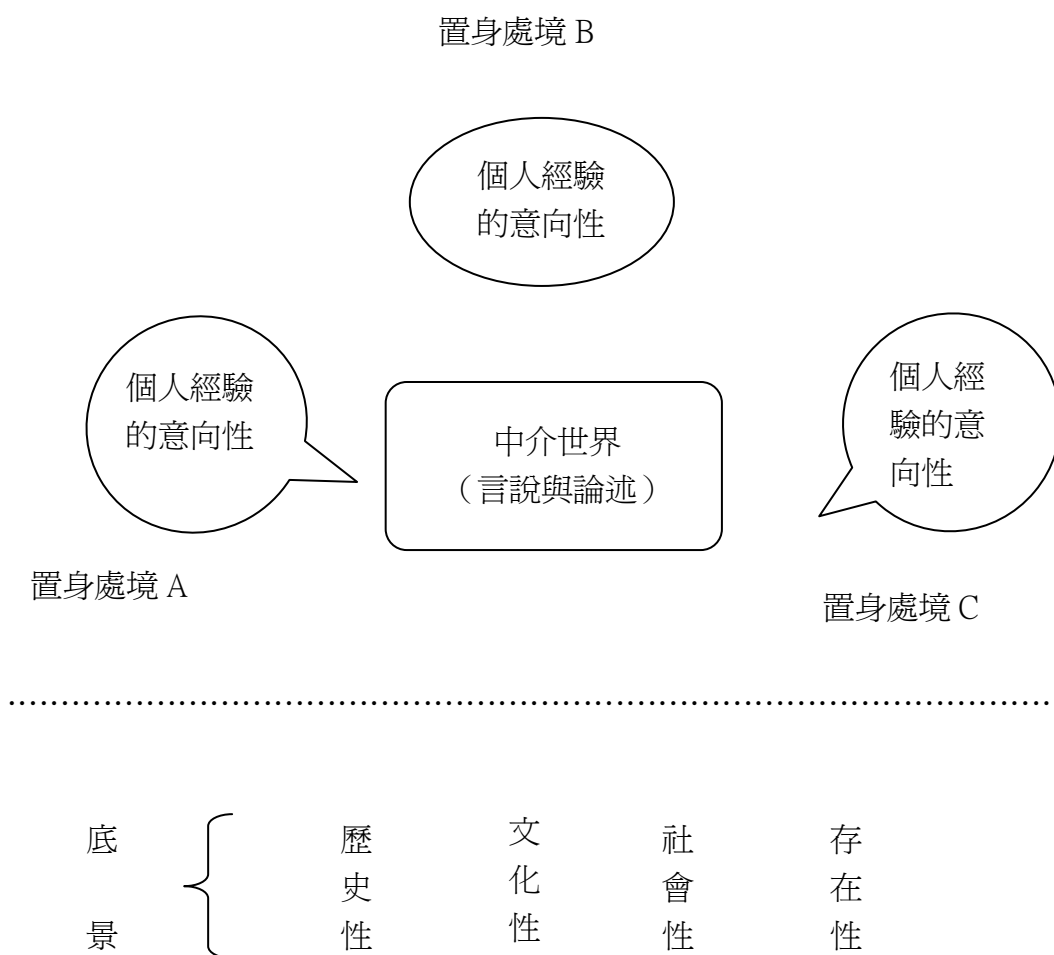


圖 3-1 語境理解及詮釋底景結構

可無限延伸的置身處境 ABC...，代表的是個人意向性經驗的給出語境，在研究過程中，這是我們要設法去現象還原和加以描述的意義單元或視域。諸語境給出的言說既來自又還歸於語言的中介世界，並構成了研究的文本。而這些個人的經驗意向性的語境意義是在歷史性、文化性、社會性及存在性四個面向的底景

基礎上給出的，因此現象還原的描述工作必須建立在某種詮釋結構的基礎上才能進行。事實上，這個底景結構已然先在，只是在研究的過程中使其逐步明朗化。

本研究是以獨立型態及區域醫院的居家護理師的經驗意向性為文本。居家護理，即是在「家裡」對病患所提供的醫療保健服務。「家」對病患的意義而言；就環境上是熟悉的、便利的、可以支配和可以放鬆的地方。就心理層面是有歸屬感的、有情感關係的、安全的、完整的、可以安身的場域。就關係層面，是有親人的關懷與陪伴、互助與依賴的共生關聯與日常生活經驗的交錯。居家護理走入家庭，照護的層面不應只是醫療護理措施的移置，更需要深切的思考「家」所能給予病患的意義與助益。因此全人全家的照護介入，協助家庭功能的提升，才能發揮居家護理真正的精神與效益所在。

居家護理提供個案長期照顧計畫中的選擇，期能協助個案及家屬適應慢性病發揮個案及家庭的功能至極致，讓個案和家屬保有家庭的完整性，能在熟悉的環境中繼續接受醫療專業團隊的服務。居家護理師在工作場域與醫護措施的移置下，點狀的介入病患的家庭（全民健保規範每月 1 至 2 次的探訪），以全人全家照護面向為前提，提供護理照護服務。研究者期以詮釋現象學的方法開顯其照護經驗的脈絡，穿透經驗現象的本質，並揭露居家照護的意涵。

第二節 研究設計與步驟

壹、研究構思與流程

面對老年人口的劇增及慢性疾病的侵襲，長期照護已是刻不容緩的護理需求，而居家護理師是第一線的服務提供者，扮演極重要的角色。病患因疾病別及失能程度的不同所需要的身心靈照護就有所個別性。而提供照護的家庭，因為功能性不同及家庭的經濟、文化、背景、情感、關係因素的差異，也會影響照護經驗的發生與介入的面向。因此居家護理師介入病患家庭，會有不同面向的經歷與發現，量化研究無法還原照護介入的經驗本質，所以研究者採詮釋現象學的質性研究方式，探索居家護理人員介入家庭照護的本質及內涵。

研究者首先蒐集與居家護理相關的論文、期刊及書籍進行研讀、整理和探討。根據研究動機及目的設計訪談大綱及研究流程。在研究的過程中與指導教授保持密切聯繫和問題的探討，並與相關研究的同學進行研究的交流。在詮釋理解與視域化的過程裡，不斷地與研究參與者進行詮釋理解視角的分享與解釋觀點的漚清。期望能夠更貼近並還原居家護理照護的經驗本質與意涵，對居家護理師的照護工作有所貢獻。

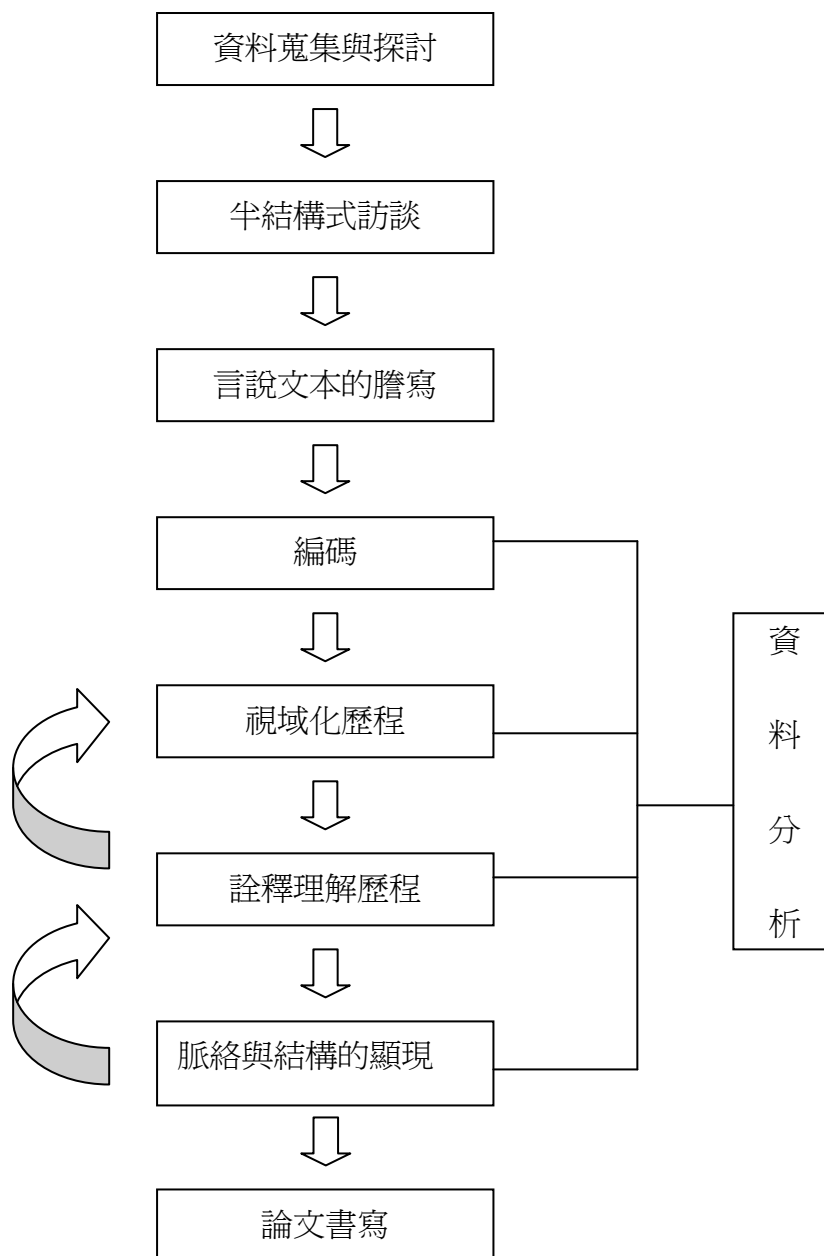


圖 3-2 研究寫作流程

貳、研究者

運用詮釋現象學方法的研究者，通常需要進行相當程度田野參與觀察活動，因為熟悉研究參與者的經驗世界，更能分享雙方語言中介世界之詮釋底景結構，對於研究參與者的經驗世界更能置身處境，及分享言說與論述，更具備研究發現與探索的能力。研究者本身從事護理臨床工作將近二十個年頭，進入居家護理工作也有十餘年，任職過地區醫院的居家護理師，現獨立開設居家護理所，目前為臺北縣某獨立型態居家護理所負責人。有鑒於工作性質使然，多年的居家護理經驗，有機會接觸不同的病患與案家，發掘每個病患與家庭背後的故事與處遇。居家護理不僅只將醫院的醫護措施移置家裡即可，場域的置換，牽動時間、人力、關係、身心的變化。所以每位護理師都有其寶貴的、個別及獨特的居家照護經歷。藉由本研究對於這些現象的揭露，將可以提供未來從事居家護理工作的人員更快進入這個領域，並了解居家護理的本質，提供豐富的照護服務予病患及案家。也能幫助現職的居家護理師對各個面向的居家服務有更深入的理解與發揮其工作的意涵。

研究者在南華大學研修了質性研究方法及詮釋現象學研究方法，幫助研究者對生命經驗與日常生活的世界有一種「不同的看見」。現象學以事物向我們給出的方式來看待它們，把「我」看成是事物向之顯露的受格。這樣的視角，開放視域的界線，並注入許多的微妙元素。現象學的啟蒙，讓研究者重新看見生命的經驗與感受。研究者以現象學存而不論的精神以及開放的態度，將有助於對本研究文本的解釋與理解，以及對本研究的探索和發現。

參、研究場域與研究參與者

在徐、黃（2001）的居家護理人員的角色功能及其相關因素探討中表示：在角色的期望上，臨床護理年資大於 6 年者在「教育者」及「服務提供者」達顯著水準。本研究想要探討居家護理人員進入病患「家」的場域中，介入家庭照護的經驗。而研究參與者為大台北地區資深的居家護理師。因此研究者採立意取樣的方式，定義在居家護理執業超過 6 年的居家護理師為主要的訪談對象。了解居家護理師與病患、主要照顧者、家庭成員的互動關係及照護的經驗，並探索其介入居家照顧的經歷。研究場域為居家護理師服務的病患的家裡，護理師就案家的場域工作照護經驗進行分享與表述。

研究者首先就研究目的與問題意識，設計出半結構式的訪談大綱，然後進行二次的預試訪，就預試訪的內容及結果做訪談大綱的修正，重新擬定較適切的、正式的半結構式訪談大綱(見附錄二)。本研究總共訪談 6 位的資深居家護理師，其中服務於獨立型態居家護理所的有四位，都是居家護理所的負責人。服務於地區醫院的有二位，也都是其居家護理室的創辦者。參與研究的護理師平均年齡為 45 歲，平均護理服務年資為 20 年，平均居家護理年資為 10.5 年。在進行正式訪談前，研究者會先行公文及同意書至各研究參與者的院所，簡介研究的過程與目的，並電話聯繫約定訪談的時間及地點。

表 3-1 研究參與者的資料

研究參與者	文本分析代號	性別	年齡	護理年資	居家護理年資	服務機構
林護理師	A	女	53 歲	25 年	10 年	獨立型態
吳護理師	B	女	46 歲	18 年	10 年	獨立型態
汪護理師	C	女	43 歲	23 年	13 年	獨立型態
蘋護理師	D	女	39 歲	17 年	10 年	地區醫院
英護理師	E	女	50 歲	27 年	10 年	地區醫院
陳護理師	F	女	39 歲	15 年	10 年	獨立型態

肆、資料搜集過程

本研究訪談內容採半結構式的訪談方式，先與受訪者解釋研究的目的及相關注意事項，並填寫訪談同意書，安排充裕的彈性時間，配合研究參與者的需求，並選擇安靜、安全不受打擾的訪談地點，於受訪者同意之下，以錄音筆進行訪談過程的錄音。研究者在訪談過程中，也會將當時的情境與個人心得、想法以及研究參與者的表情及態度，以書面筆記的方式記錄下來。訪談過程中研究者盡量讓研究參與者侃侃而談，言說居家護理照護的經歷和感受，每位研究參與者訪談約一至二次不等，每次訪談約一至二小時，所以總共訪談時數為 14-15 小時左右。研究者在每次訪談結束後會進行個人的反思，並書面記錄成手稿，做為論文書寫的參考。

研究者將訪談錄音謄寫為逐字稿，總共約十五萬餘字，成為本研究的資料文本。在視域化的詮釋理解過程中，研究者會根據研究脈絡的顯現及解釋觀點的推敲再進行相關文獻的搜集及探討，並與研究參與者進行文本的討論與分享。

伍、資料分析

研究者於訪談結束後，將錄音資料轉為文字，合併訪談時的書面記錄反覆閱讀，開始逐一進行文本分析。分析步驟則參照下列文本分析的四個層次(蔡昌雄，2004)。

一、田野文本－訪談對話：

第一層次是訪談文本。將訪談文本、田野觀察記錄反覆閱讀，試圖融入居家護理介入家的場域的經驗感受。貼近和逼視研究參與者之主體經驗，以便為視域化過程作準備。

二、意義單元的浮現與分析：

第二層次是找出每段文字中有意義詞句的「視域化」過程。逐字逐句詳細閱讀逐字稿，反覆思考文本內容，對所浮現的意義單元進行描述和理解，得到視域的整體感，儘量不結構化，而去貼近文本之原意。在具有意義的訪談字句下方標上底線，在不同意義的內容進行文本內容分段，並給予分段文本標註編號，如 A001 即表示參與研究者 A，逐字稿第一段落之內容。在這個動態的理解過程中，隨著閱讀的深入，視域也將不斷的調整。此一層次與第三及第四層次，也保持著雙向互動的關係。

三、現象脈絡走勢的梳理：

第三層次是文本橫向的現象脈絡走勢的爬梳過程。焦點放在不同的文本區段與區段之間的意義脈絡發展，針對現象矛盾或共鳴處進行對話，對文本做一個橫向切面的整體觀照。但是，橫向脈絡的思考與結構面的主軸關懷，也保持著雙向互動的關係。

四、結構主軸面向的推敲：

第四層次是從研究採取的解釋觀點與理論中，找出足以對應文本前三層次意涵的概念，以做為文本詮釋可能的結構主軸。此一歷程也是雙向的，一方面由經驗文本中觀看，深掘現象脈絡的內蘊意涵，解釋潛在意義單元的結構，並推敲出結構主軸的面向，賦予結構主軸主題命名，給予詮釋文本內容縱向切面的軸線。另一方面，也可由解釋觀點與理論中尋思重要的概念，以做為容納前三層經驗意義的範疇或構面。

最後，研究結果的鋪陳，則是以文本四個層次分析的結構主軸為依據，在書寫過程中不斷回到訪談分析文本進行反思與理解。然後再檢視建構經驗意義的脈絡性與結構面，最後描述解釋出本研究的經驗本質。

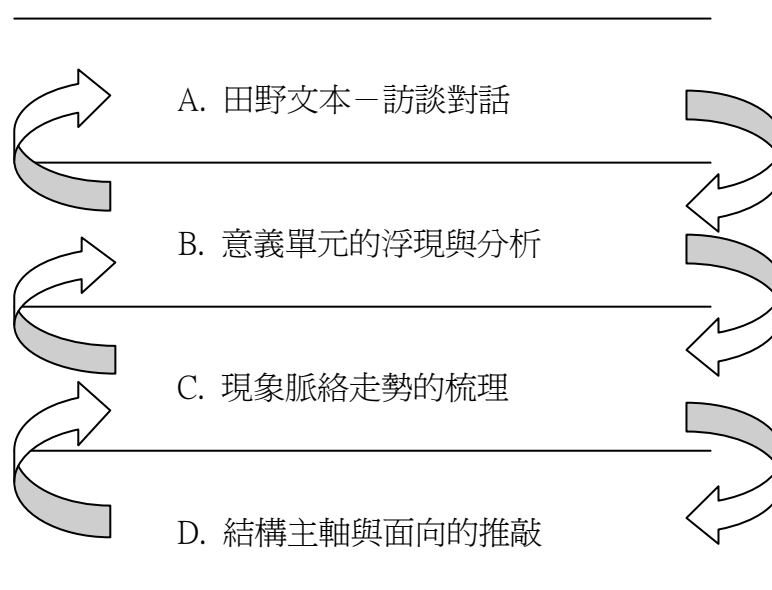


圖 3-3 文本詮釋現象分析四個層次

第四節 研究嚴謹度

質性研究結果品質把關與信、效度有著密切的關係，此外其亦著重研究中一連串的歷程品質把關，一般而言綜以「嚴謹性」稱之。三角檢定(triangulation)又稱多元檢証法，是用來提升質性研究結果可信性的策略之一(高淑清，2002)。本研究在蒐集資料方面運用不同的、多元的資料蒐集方式，包括訪談文本(訪談對象為6位研究參與者)、相關論文、期刊、書籍文獻資料的蒐集，以及研究者在研究過程中的反思筆記。在分析策略上除了運用方法論的邏輯觀點外，亦同時佐以文獻解析、學理依據與三位教授專家意見的修訂和彙整。並在研究過程中與研究參與者不間斷的研討，在「互為主體」的誠信關係下，貼近受訪者對各主題的命名及內容的充足解釋。除此之外，研究者並與其它研究同學及院所的居家護理師做解釋觀點及文本的解析與辯証。在這多元的檢証之下，目的在於將所得的多元資料相互佐證，讓意義彰顯自明(高淑清，2008)。

本研究亦依據 Madison(1988)為詮釋現象學研究訂定的九項檢核標準，進行研究嚴謹度的評估：(1)呈現連貫統整的文本(Coherence)，(2)提出反映研究參與者真實情境的解釋(Comprehensiveness)；研究者在訪談後謄寫訪談錄音稿，亦同時再次進行情境的反思書寫，並且在主題命名以及文本內容的理解與解析上，徵得研究參與者的同意與迴響。(3)提供對核心問題的透視(Penetration)，(4)完整處理所提問題(Thoroughness)；研究者除了自行檢視研究問題在文本中的相關處理，亦採納指導教授以及游老師和紀老師對於研究目的和研究問題與文本的回應相關性，進行修訂與調整。(5)問題必須由文本產生(Appropriateness)，(6)必須保留文本的脈絡性(Contextuality)，(7)解釋必須與文本取得一致(Agreement)；由於居家護理師所服務社區的社經高低，及社區文化背景的不同性，和不同病患及家庭的個別及個體性差異，所以會有不同的照護經驗產生，有些照護經驗有共同性，但是有些經驗只有一二位護理師擁有，其他護理師沒有明顯的經歷及處遇。研究者為保留文本的脈絡與研究參與者經驗的完整性，在徵得研究參與者的認同下，仍將

獨特的、深刻的照護經驗呈現出來。研究者並採納教授們的建議，在解釋與論述中做相關的說明與處理。(8)可刺激未來的解釋研究(Suggestiveness)，(9)解釋具有延伸研究的潛力(Potential)。居家護理的服務是多元性、自主性與機動性的，居家護理服務的面向和深度，隨著病患和家庭的個別性差異，及護理師人格特質的不同，和機構型態的差別，機構及社區資源支持的多寡而有所不同。所以本研究的解釋觀點對未來其它相關的研究是具有延伸的潛力。研究發現護理師的挫折大多來自於介入案家時，力不從心的無力感，且多屬於社會、心理面向。因此在家庭的溝通與協調上可以刺激未來有相關的解釋研究。

第五節 研究倫理與限制

本研究以研究參與者的利益與權利為優先考量。研究參與者以任職於小型地區醫院與獨立型態護理所的資深居家護理師為對象(資深的定義為擁有居家護理六年以上工作經驗者)。在進入研究場域之前，先以正式公文徵得醫院或單位主管之同意，完成核可研究之手續。再安排時間進行訪談。訪談前，先以書面同意書說明以下要點：研究的目的及程序、參加或退出的自由意願與權利、參與研究時的可能風險與利益、確保個人隱私權與資料處理的保密措施(本研究論文中均以別名方式呈現)及研究者的聯絡方式。研究參與者同意接受訪談及錄音後，在訪談之前先簽署同意書。如有需要，研究參與者可以隨時中斷訪談與錄音。

研究者原本也有選擇教學醫院的居家護理師作為研究參與者，但是因大型教學醫院的 IRB 限制，所以改以小型區域醫院及獨立型態的居家護理師為研究對象。教學醫院的 IRB 表示：「有鑒於院外研究機構合作案件日趨亦多，其執行的品質難以實際追蹤及監督，故院外研究機構申請之人體試驗學術案(如問卷調

查、分析(採集)檢體、收集病歷資料..等等)，需所屬機構出具公文，且需有一名共同主持人(含協同主持)為本院院內同仁，且獲得該合作單位之主管及院區院長同意，本委員會方予以受理審查案件。」研究者因無教學院內的共同研究主持人，且審查程序繁複以及等待時間冗長等研究限制，所以以獨立型態及區域醫院的居家護理師為研究參與對象。

在徐(2001)的論文指出：居家護理人員執行與期望之角色功能與居家護理機構型態達顯著水準，獨立及醫院型態均較衛生所的居家護理人員在所有執行角色得分高。醫院性質、獨立機構在角色功能的扮演上各有不同。教學醫院附設護理所與獨立型態或小型醫院及衛生所附設之護理所，因為機構的資源性與自主性的差益，介入居家照護的經驗和內涵各有其優缺點及異同處，本研究因研究的限制，無法進行討論。期望未來有機會，在往後相關研究中能做深入的探索。

第四章 居家護理拓邊照護經驗

居家護理的拓邊照護是從空間的位移開始，走出醫院的牆圍，進入病患的家中，健康照護的服務輸送由傳統的既有正式空間（例如醫院、機構）移轉到非正式的場所（例如社區、家）。空間的位移進而開拓護理角色的開展，居家護理人員扮演主動及獨當一面的角色。深入不同社區、不同家庭、不同病患，必須擁有機動性的應變能力及創造性的問題解決能力，突破既有的照護框限，方能勝任。

在拓邊的照護經驗過程中，有許多的照護現象和情境會被顯露出來，由於居家護理師所服務的社區因為社經高低，及社區文化背景的不同性，及病患和家庭的個別性差異，所以會有不同的照護經驗產生，有些照護經驗有共同性，有些經驗只有少數護理師擁有，其他護理師可能比較沒有明顯的經歷、處遇及感受。研究者為保留文本的脈絡與研究參與者經驗的完整性，在徵得研究參與者的認同下，仍將獨特的、深刻的照護經驗呈現出來。

本章就這些經驗和現象分成四節來探討。第一節是居家護理的位移經驗。探討照護場域移置後，護理師對陌生環境的戒慎應對及獨當一面壓力和專業自主充權的開展。第二節是天人交戰的照護經驗。探討當利他的價值情懷與自身安全衛生發生衝突時，如何做權衡與選擇。第三節是弱勢族群的照顧經驗。探討薄弱的家庭支持系統、老人照顧老人的無奈、獨居老人的窘境、弱勢經濟的照顧樣態。第四節是討價還價的照顧經驗。探討「介入」的張力與拉扯。內容包括：省錢的照顧模式、資源介入的難－越界與談判、不信任的醫療措施、打折的照顧－矛盾的情感。

第一節 居家護理的位移經驗

健康照護的服務輸送由正式空間(例如醫院、機構)移轉到非正式的場所(例如社區、家)，病人的居家環境對護理人員而言是陌生、無法掌控、不可預測的。面對空間的位移、空虛的意向性，護理師混雜著陌生與害怕的情緒，戒慎與挑戰成爲其應對的方式。Murray (1998) 指出當護理人員的職業場所更改，則角色即跟著改變。在「家」，提供正式服務的工作者是訪客。本節藉由居家護理師的訪視經驗，探討居家護理工作的本質。居家護理師離開原來的醫院科層的管理控制與從屬關係後，在獨立自主的「家」照護領域裡，找到專業施展的自主空間，也找到一席重要的地位。在位移的經驗裡蘋、林、吳護理師提到第一次面對照護場域位移的戒慎緊張心情。蘋、汪、英、陳護理師則提到獨當一面的準備與重要性。而對於自主充權的開展，陳護理師的感受特別深刻。

壹、場域位移的陌生戒慎

空間如同時間，我們每日在其中生活、流動與呼吸。然而空間不是一個價值中立的存在，或是人們活動的背景。它一方面滿足人類遮蔽、安全與舒適的需求，一方面更展現了人們在某時、某地的社會文化價值與心理認同。也因此不同人群身處相同空間，會有不同的體驗與感受(白秀娟，1995)。醫療院所對護理人員而言是熟悉、可以主宰控制的場域。但對病人及照顧者而言是陌生的、是公共的、是被支配的場所。醫院空間的制度化特徵，傳遞著關於醫藥、科技、工業社會的價值，這些對於短期病患的訪客是極疏遠的。對科層化醫院運作體系不熟悉的病患及家屬而言，醫院是陌生人照顧陌生人的場所，是器械化的作業方式，互動內容限於控制疾病，病人的主體性經常被抹滅(張荳雲，

2003)。然而病人的住宅對護理人員而言是病人的「勢力範圍」，陌生、無法掌控、不可預測的場所。但對病患及照顧者而言卻是熟悉的、是私有的、可以被充權的個人領域。Cartier，2003 年提出有少許環境心理學者、地理家與環境老人學者發現，照顧的場所甚至臨終緩和治療都有回到家中的趨勢，這股趨勢使得研究逐漸偏向「家」成爲一個照護場所的意義。

空間的位移進而開拓護理人員角色的展現，Murray（1998）指出當護理人員的職業場所更改，則角色即跟著改變。在「家」，提供正式服務的工作者是訪客。護理人員必須在一個陌生、不可預測及控制的照護場所及個體下工作。癩護理師表示「剛開始經驗去的時候，我會比較…我的感覺我會很害怕…會很焦慮。」(D001) 面對陌生的環境工作，害怕和焦慮的情緒反應是人之常情。而戰戰兢兢的心態成爲第一次介入的應對方式。「第一次要面對…直接要跟家屬，雖然其實…其實我們年齡都有一點了啦，也不是說所謂的緊張啦，就是說你會覺得…還是會有點覺得說很戰戰兢兢的啦，應該是用這樣子形容啦。」(A002) 突破既有工作場域框限，面對陌生的場域、陌生的病患，讓護理工作的投入增添變動的因子。空虛的意向性，混雜著害怕與興奮的情緒。害怕是因爲未知，興奮是因爲挑戰。「只是說第一次到一個好像…就到案家去，是一個很陌生的場所，那就會覺得會有一點很興…很興奮，那個心情會很陌生、也會害怕，但也有點興奮。就會…也會把這份工作視爲一種高度的挑戰。」(B002) 雖然身處陌生的情境與空間，但是挑戰成爲護理師面對陌生場域與情境的應對態度。高度的挑戰讓護理師有心理準備，勇於面對突發問題的發生並設法解決。

貳、獨當一面的即興演出

脫離體制的保護大門，護理人員走出醫院體制外，扮演主動及獨當一面的角色。居家護理是在不同社區與不同的個案和照顧者合作，是一種充滿挑戰且很有價值的工作。某些護理人員很難調適自己家裡環境與個案家裡的不同，居家護理並非在一個控制中的環境發生，所有的服務在個案家中需即興的演出，如各種物品的供應或治療的進行，因此需有創造性的問題解決能力方可勝任(葉莉莉，1998)。「嗯…我覺得自己要先…自己要先調適好啦，你可能去到…可能要面對很多的問題。」(D021)在醫院裡醫療資源豐富，且有其他的專業人員可以提供相關協助。但是案家設備資源有限，在居家照護的情境下，沒有醫師或其他醫療人員在旁，居家護理師被訓練成得獨立處理所面對的情境。「…因為有時候在醫院裡，你叫的話其他幫助都會來，那如果你在居家的話，有時候是只有你一個人啦。譬如說氣切管放不進去的時候，你在醫院可能就會叫別人來幫忙。可是在居家護理的話你就只能自己把它放進去，想辦法…想辦法把它放進去。」(C012)不斷的想辦法，成就了居家護理獨立、自主的特質。當病人發生緊急狀況，護理師需要有好的臨機應變能力，與當機立斷的判斷力做出立即的決策。「我曾經換氣切的時候，你根本不知道病人會講話啊，一拔起來就跟你喊救命，血就噴到天花板。我用腳壓上去病人的手，插上去再說啦，會死人的耶，因為手一直動一直動啊…」(F027)由於未了解病人過去的病史及缺乏病人過去照護經驗的資訊，病人脫序的演出狀況，成為護理師印象深刻的經驗。氣切管的更換是侵入性的醫療行為，關係到病人的呼吸換氣功能，因此快速的反應與即時的救急措施，成為生死一線間的演出。居家護理師獨立作業並且在病人的居家環境裡工作，雖然帶給病患和家屬便利性，但是安全性的考量應當放在第一位。保護病人的人身安全也需保護自己的工作安全。氣切管在更換上的危險

性雖然不常見，但是病人的特殊情況有時候難以避免，如何保護病人、保護自己成為護理師的另一項挑戰。「我覺得這是人格特質的一種…就是你可以勇於接受挑戰，面對挫折的時候你不會猶豫，就好像你要馬上知道所有的事情，生命是最重要的，發生什麼狀況你唯一就是要保住病人，你要自己有這樣的認知，任何事情不管你要做什麼，你都要知道病人的生命最重要。」(F028) 臨危不亂的能力是一種經驗的累積，也是人格特質的一種展現。臨床即興的演出最重要的是保住病人的生命安全。因此護理技能的純熟、臨機應變的能力與當機立斷的判斷力，都是居家護理師需要具備的重要特質。「可能我覺得還是一定要多點經驗啦，你不是就一個剛畢業學生，我的感覺，因為你臨床經驗豐富的話，你投入的話，你才會很謹慎。」(E049) 居家護理是一份高獨立性、高自主性的工作，因此專業經驗的累積與謹慎投入的態度才能創造安全的護理環境與品質。

陳、程、陳（1997）調查台灣地區 80 位居家護理師之工作壓力，85%的居家護理師感受有壓力的存在，最大的壓力源為病人的照護，如病人插管插不進去，病人出問題時責任歸屬及病情惡化不穩定。其次為工作情境，如無法獨立處理病人狀況。護理師表示在初期從事居家護理工作，因為技術的不熟悉所以會擔心管路錯置的問題，甚至會睡不著覺…「我剛開始做的時候，我會很怕 NG 擺錯地方，我會比較睡不著，後來……回家睡不著，我會想說我今天到底是放對還放錯。剛開始的時候，後來就會比較好。後來就好像比較得心應手。」

(C012) 獨立的工作情境會讓壓力和責任指數上升，也有護理師表示初期獨當一面執行護理措施及面對病人及案家的問題時，會感到焦慮及害怕。「剛開始經驗去的時候，我會比較…我的感覺我會很害怕會很焦慮。我要獨立去面對那個…因為不管是我要執行的技術，還是病人問題的處理…」(D001) 在醫療院所內，很多居家護理服務的項目，包括更換氣切造口、更換男病人之留置導尿管、胃管、膀胱灌洗、三四級壓瘡傷口等較侵入性醫療，在醫院中上述技術多

由醫師執行，護理人員僅於一旁協助。如面臨危急狀況亦能迅速的請求其他人支援協助，並有充足的醫療急救設備可使用。而居家護理師需獨自至病人家中或養護所執行侵入性醫療，沒有醫療團隊，也無急救用物。雖然大多數的護理人員均接受過居家照護相關訓練及實習，且有臨床工作經驗，但其獨立作業的壓力是臨床護理人員所無法體會的(徐、邱、高、廖，1998；Chen&Li，2002)。

「我覺得居家護理師的人格特質很重要，如果你不夠獨立、不夠自主，沒有臨危不亂的精神，專業性不夠，就是你專業知識還不夠、自信心不足，我覺得最好不要做，因為你要去承擔這樣的一個危險。」(F026) 獨立自主需要有充分的能力及準備，專業的技能、豐富的經驗、臨機應變的能力都是不可缺少的特質。因此居家護理師必須有臨床內外科的經驗，且受過相關的專業在職訓練，方可勝任。

叁、自主充權的開展

醫學是「專業的原型」已被公認，護理在南丁格爾經由在醫院照顧受傷士兵，使護理人員正式成為醫療體系的一份子，但當時護理仍屬技術訓練的職業。1960 年代開始發展護理理論，是專業化的最好寫照。往後護理在力求專業化的過程中障礙重重，尤其是除了基本護理範疇外，想進階從事相關醫療工作增加自主能力，常被醫界認為是撈過界而加以阻撓(盧孳豔，1997)。護士工作在醫療分工上須聽從醫師的指示，擔任「工具性」的輔助醫療工作。在過去，醫師為病人下完診斷後，從來不曾考慮得加上護理方面的處理。在醫師處方下執行照護工作，其自主的範圍極為有限，醫師才是整個醫療團隊的最後裁決者和獨裁者，護士只是「助手」。「以居家護理說，它不是以醫師為主，而是以我們是主體，以我們自己為主，那在醫院我們幾乎都是以醫生為主體。」(F019) 時至今日，居家護理師離開原來的工作場所，在獨立自主的「家」照護領域裡，找

到專業施展的空間。醫師已認知體悟到護理在居家照護上佔有一席之地。

「你提供的服務是由你掌控的，你要自己去判斷你這時候該提供什麼樣的服務，自主性比較高，不像在醫院，所有一切都是 by order 做事，by order…那我喜歡這種可以自主性做事的東西，所以我覺得它會比臨床在病床病房上的護理來得更有意思，相對的你面對的人事物也靈活多了。」(F021) 離開醫院依靠醫囑工具式的護理模式，護理師對於獨立的居家服務工作感到有興趣，這種可以主導和掌控的工作內容讓她覺得更有意思。

張意滢(2003)指出在充滿父權主義色彩的醫療體制中，女護士難以體驗護理工作的成就感，往往在辛勤付出之後仍得不到他人的重視，而「片斷性」、「工具性」的角色認知，也讓他們很難喜好自己的工作。「你在居家護理的時候會有…嗯…你幫他們移除了某一些管子，或是你的衛教他接受了、改善了、成功了，這在居家護理是比較容易看到的，但在病房是很少看到的，那些功勞都歸咎給醫生，不會給護士的，那居家護理是不一樣的。」(F025) 居家護理師離開醫院科層的管理控制與從屬關係後，更加拓展了護理專業的自主性，發揮獨當一面的能力，在醫院所有的功勞和光環都歸屬於醫師，但是在居家，護理措施的有效介入，護理師可以得到病人及家屬的回饋，也使得護理師獲得工作上的成就感。「做這個我覺得有意思多了，就是比那在病床臨床上有意思多了，角色不同，但責任也不同。」(F020) 居家照護充滿多元性的挑戰，變動不可預測的性質，豐富工作的內涵，自主的充權與責任的承擔是一體兩面的，護理師要能體認這樣的工作，才能樂在其中的發揮所長。

「居家護理它面對很多問題，就算是專門的營養問題、社工的問題，都要去涉獵，讓自己變得很豐富，會瞭解很多事情，相對他會跟你講一些比較好的像是他們的家庭互動，那是在醫院看不到的。」(F022) 居家護理讓時間與空間離開結構性位置的限制，進入病患的「日常生活空間」，居家護理師的服務角色

扮演與涉足的空間區域更爲多元化，與病患及家屬的互動也因此更爲頻繁與多樣，互動過程中多了一份熟悉與親切，而居家護理師與病患的個體性得以在此展現（白秀娟，2005）。「比較有彈性的，routine 的東西比較少，接觸的東西比較不一樣，護病關係那像居家護理工作跟一般護理工作差很多，我覺得主要是 social，病人的 social，主要照顧者的 social，整個家庭的 social，那個關係變得很重要。我們要照顧的東西是…換管子的時間其實是滿少的，主要是探討他潛在的病原或預防他某一些病症的發生，發現問題去解決，這是比較自主性的…」(F022) 因爲點狀的介入案家，溝通和協調成爲居家護理的重點。溝通的對象不只是病患，還有主要照顧者及家庭其他的重要成員。看見老人於家屋的脈絡處境、家庭成員的權力關係、對照顧品質問題的評估、發掘潛在的影響因子，種種狀況加以設法解決與預防，成爲專業性與自主性的展現方式。

第二節 天人交戰的照護經驗

在護理養成教育過程中，「燃燒自己，照亮別人」一直是重要的理念。但是自身安全的保護亦是不可忽視的層面，當利他的價值情懷與自身安全衛生發生衝突時，如何權量與抉擇，已成爲護理師內心交戰的難題。陳曉悌（2001）提出當服務提供地點轉移到「家」中，獨當一面的居家護理師，對於案家的地理位置、訪視天氣狀況、案家環境髒亂與照明不足的危險情境感受到壓力。在屈、鄧、王、徐、張、陳的研究顯示：主要照顧者對居家照顧服務特質之重要性的優先次序發現，緊急時能儘速服務，排列第二；護理師不捨病患和家屬到院的奔波折磨，但又不想犧牲私人的休憩時光，非上班時間臨訪的內心煎熬，天人交戰。惻隱之心常常讓護理師忽視安全上的問題與風險，無法兩全的兩難的局面，每位護理師幾乎都有機會遇到，但不是每位護理師都有深刻的感受。英護理

師不忍病患和案家的不便處境，對於偏遠案家及半夜訪視的風險感受特別深刻。而陳護理師對於骯髒的居家環境最是感到身不由己。

壹、偏遠案家的風險

居家護理師服務的對象為在家中或社區的病人，故需離開醫療院所至病人家中提供護理服務。在訪視途中須經常性的使用交通工具，其中以自備汽車者為多數（50.0%），其次為騎乘自備的機車（38.4%）及搭乘計程車（38%）（Chen & Li, 2002）。所有的職業危害中，交通事故是臨床護理人員所不需要承擔的。然而對居家護理師而言，每一次的外出訪視，都必須面對可能的交通事故風險。因此護理師都會自行設下服務的範圍，所以對於太偏遠或不安全的地區護理師就不會提供服務。「…大部分都不好，長x轉給我都不好，我跟你講，我還沒跟你講說，我訪到…其實我自己設地方沒有到五股、蘆洲，是他們自己打電話給我，都長x轉給我的，轉給我的時候，我只好試著又收，因為我想，聽他講的滿可憐的，我只好收了，我曾經收到還精神病的，在五股，墓仔埔，墓仔埔你知道嗎，我不曉得那麼偏僻的地方，後來我第一次去的時候才知道很偏僻。」（E039）護理師為了自身的安全，雖然曾經想過要拒絕病人，「因為上面是墓仔埔啊，墓仔埔你知道嗎，我嚇到了，我本來也拒絕說這地方沒跑。」（E039）但是因為病人的經濟狀況不好，憐憫案家的弱勢處境，還是提供了服務。「我看他真的很可憐，他跟我說有好多小姐上來看，來了一趟說沒有訪這個地方，可能是安全起見啦，你這樣懂嗎，可是我如果沒幫他服務，那這個家庭怎麼辦，因為他兒子二個都…不是，他媽媽是精神病人，是我的病人，然後他其中一個兒子是精神病，然後他老公也是年紀很大了，然後媳婦是越南新娘…」（E039）居家護理師對於個人的工作會注意本身的安全衛生問題，避免及預防職

業危害，所以對於太偏遠的地區或案家不安全的情境會拒絕訪視，英護理師常常同情案家的處境，自行騎乘機車訪視，對於弱勢經濟的案家不收交通費，所以各院所常把弱勢經濟的病人轉介給她服務。她也曾拒絕但是又沒有人要服務，所以內心交戰後，還是又接了。「曾經還一個是蘆洲的，蘆洲是最遠的，我本來不想接，嗯…不是不想接，因為他太遠了，然後呢長X就跟我講說，他是女兒照顧，女兒負擔很大，這個阿公又…女兒要養五個孩子，然後又這個負擔什麼的，壓力又很大，所以他們自己護士也沒辦法接，然後轉給別人，人家也不接，後來我又試著接。」(E040)護理師衡量病人的就醫需求處境及個人的工作負荷後，最後還是不忍心拒絕病人的服務請求。對於弱勢的案家，如果醫院及政府能給予更多的便利及資源的協助，就不會讓護理師獨自承受照護的風險和負荷了。

貳、髒亂環境的委屈

陳曉悌(2001)提出當服務提供地點轉移到「家」中，獨當一面的居家護理師，對於案家的地理位置、訪視天氣狀況、案家環境髒亂與照明不足的危險情境感受到壓力。尤其是髒亂的住宅環境，讓護理師害怕並且不敢去碰觸。「常常遇到那種很髒的家庭，整個居家環境就很髒，其實會讓我覺得很害怕，而且我會不敢去碰…」(F001)因為髒亂，空氣也瀰漫著異味，走入案家成爲一種折磨，一種無地自容的難堪處境，對於身爲居家護理師的身分感受到委屈。「他們家是很髒亂，髒亂到你…無地自容的意思，真的，因為哪裡都是髒的，真的讓人不想碰他，這對居家護理師來講是很…很難堪的事情，因為你的角色是居家護理師，可是我還是人，可是我並不想碰他，主要是因為太髒了，你連水龍頭都不敢用，連進去他家對你來講都是一種折磨，要戴口罩，真是折磨，那種味道辣到不行。」(F013)護理師雖然內心天人交戰，但是對於病人的醫療護理需求不

能置之不理，協助尋求社會資源改善居家環境，但是家屬無意願改變現有的狀況，護理師也無從介入。「覺得幫不了他啊，但是他打給你，你又不得不去做，那就是你的工作，你會試著想幫他，你會想到病人很可憐，可是你就是無能為力啊，因為你一個月頂多去一次二次，那你跟他家人見面的機會…幾乎他太太都不在家，然後就他太太啊電話常常換，都找不到人，連多說一句話的機會都不大，那你交待誰都沒有用，他幾乎是個被遺棄的家人嘛，在他們家，對他家而言就是這樣。」(F014)安全、乾淨的住宅環境對居家護理師而言是一種尊重，對病人而言是照護品質的指標。雖然合約中護理師可以拒絕提供服務，但是天人交戰的結果，還是不忍心病人受到就醫的不便而影響身體的健康。

叁、半夜訪視的危險

居家護理師的工作時間和規範，因各醫院所的人力和規劃而有所不同。是否有人員 24 小時值班待命或電話諮詢，並沒有訂定強制的規則。大部分的居家護理師會自發的體恤病患和照顧者的需求，採取 24 小時不關機的服務，甚或隨叫隨到的服務，讓病患和照顧者隨時可以得到諮詢、支持與緊急問題的處理。根據研究顯示病人在出院後仍有超過二分之一的人有居家護理需求，問題諮詢、情緒支持及緊急問題處理為主要的居家護理需求（白玉珠，2004）。半夜出門常常讓護理師掙扎，護理師會經由照顧者的描述評估病人的狀況如果不嚴重的情況，病人是可以等待的，就會隔天早上再去。「因為我聽他的內容根本都不是很嚴重，不是很嚴重我是不會跑一趟的，因為我覺得浪費我的時間，我就跟他講說：『你再檢查一下。』，然後後來最後他打了第四通，我說：『我還是不會去，我說我們家電話隨時開放，你如果有問題你再打過來』，結果他第四通之後就沒打了，到天亮。」(E029)但是遇到真正緊急的情形，護理師考量病人的處境與需求外，也會考量到自身的安全問題。「有一天就是凌晨一點，他打給我講說尿

都沒出來，然後整個腹部就脹了…他太太事先有告訴我說，路小姐，我先生如果尿管堵到我都要叫救護車，然後背他背到下面，結果他常常叫痛，我心裡在想說，如果我不去他太太是不是要叫救護車送他去長X醫院，那他明明事先就告訴我，後來我心裡就這樣想，阿冒個風險，因為我從來沒有那麼晚出門，因為我都結婚，如果我沒結婚，我可能還考慮我不會，然後我想哎唷，那就跑一趟。因為也會不安。」(E012) 經過評估病人的處境與衡量自身的安全後，已婚成爲冒險的勇氣。護理師的選擇讓病人得到緊急狀況的解決，但也讓自己身陷於高風險之中，然而不去又會讓病人多受折磨，也讓自己內心不安。

Williams (1996) 調查 347 位護理人員在急診、精神科、門診、加護病房等 14 種工作職場遭受性騷擾情形。有 57% 的護理人員曾經經歷過性騷擾，其中以服務於社區的護理人員遭受性騷擾的比率最高。護理師出訪會評估案家的風險性，如果有疑慮會兩人一起出訪，然而夜間出訪通常不是工作的範疇。護理師爲了病人的利益與需求才會提供服務。「…可是我會評估。那個是跟我年紀差不多的一個男生，他照顧他爸爸，然後又照顧他媽媽，然後他沒結婚，晚上十點多竟然鼻胃管跑掉還叫我去換，我就很不想去換，而且他說他來載我，我說不用不用我自己會去，後來我想說我不去，又給家屬一個很為難的…我還是要去啊，後來我就想說這個是沒結婚的，那麼晚去會不會有什麼問題，我就帶我先生去了。」(E035) 病患臨時狀況的處置，成爲護理師額外的工作負擔，雖然不想去，但是天人交戰的結果，往往還是屈服於利他的價值精神及感同身受、不忍心拒絕的處境。因此對護理師而言居家護理工作不只是一份工作而已，有時候是一種對生命存有的本然關懷。期待更多的資源介入，合理的值班制度與報酬，才能夠達到互贏互利的成果效益。

第三節 弱勢族群的照護經驗

長期慢性居家照護，應屬私人領域亦或公共領域的責任，值得社會大眾及國家政府單位共同來深思。Rice 提出如果病人無法學習如何自我照護的相關處置，那是否有一個照顧者或家庭成員願意接下此責任？以及病人的居家環境是否支持安全的服務（如家中設備、資源、鄰近的環境）？如果以上三者答案皆為非，最好考慮他種型的照護方式，須認清某些個案並不適合居家照護，然而適合與否需從法律與倫理面做更深入的思考（葉莉莉，1998）。

居家護理師身處長期照護工作的第一線，由於服務社區的文化背景及社經地位的不同，碰觸到社會上的邊緣角落亦有所差異，其中不乏潛藏著家庭及經濟的危機，而這些都影響著居家照顧的品質。在弱勢經濟照顧樣態上，幾乎每位護理師都有不同層面的感受，本節就吳、汪、蘋護理師提到的薄弱家庭支持系統；林、汪、蘋護理師感受到的老人照顧老人的無奈；蘋護理師獨特的獨居老人窘境之處遇；以及林、吳、蘋、英護理師碰觸到的弱勢經濟照顧樣態，來探討護理師面對弱勢族群照護經驗的處境。

壹、薄弱的家庭照顧系統

老年人口的照顧問題本身對家庭而言就是壓力事件，對於整個家庭造成的衝擊及壓力程度是相當複雜多元的；在家庭壓力理論中論述到每個家庭都會面臨到須要改變的情境或事件，這些事件或許是正常的（如結婚）、期待的（如升遷），但也可能是不被期待的（如意外）或是不可避免的（如生病、老化），而

這些事件對每個家庭所造成的壓力程度不一，在於家庭如何去回應。而家庭回應的歷程中還受到內在及外在的脈動影響。因此整個家庭在面對長期照顧的問題時，家庭是否提供足夠的支持，並不是家庭與個案之間的單向關係。其實是受到許多面向的影響，因此相對地面臨了許多的挑戰與困境。嫻瓊，1995)。

家庭照顧對照顧者的經濟安全有深遠的影響，因女性所從事的工作是無酬的，這無酬的性質就註定女性經濟上的依賴性及脆弱性。雖然在婚姻關係中照顧者可以藉由提供照顧而換取經濟資源，但這種經濟依賴地位通常讓其陷入「缺乏控制」、「缺乏權利」、「只有義務」的處境 (Lister, 1990)。難怪 Graham (1983) 會說「對女性而言，因一生扮演照顧家庭內依賴成員的角色，貧窮與照顧就像硬幣的一體兩面。」「那個外籍太太…因為她等於嫁給一個先生剛生了一個小孩才兩三歲，然後這個先生就 C.V.A 就倒了，就變植物人，然後這個夫家的人就怕這個外籍太太會跑，所以就她所有的證件、錢都扣住，就是說等於說就由個案的大哥大姐來保管，然後按月給她一個月兩萬塊，然後她兩萬塊就是變成要買病人的奶粉、尿布，還有她自己跟這個小女兒的生活開銷，那就不夠，明顯不夠嘛。」(B037) 因為先生病倒，外籍配偶無工作的機會和能力，在家族中身分地位低微，經濟來源全靠家族的供給，用來照顧生病的先生及小孩。「那我就本來就要建議他說請居家服務員，可是你請居家服務員問題是他要有殘障手冊，要有什麼證件，證件又不在這個案妻的身上，那就變成說還要透過這個…個案的哥哥跟姐姐，可是案妻就…就不要我去跟他們接觸…她就覺得說：『你不要麻煩他們，你麻煩他們他們會怪我，嘿就是說大伯跟大姑會來怪我為什麼去找外人什麼的。』(B037) 照顧者不讓護理師與大伯及大姑接觸，有她不願告知的因素，家庭內在的脈動系統運作護理師無法評估，複雜的家庭難題也無法介入，更無從提供協助。「我知道他有這個困難我就不收他的費用，那變成說我要協助他又沒有辦法，因為他不讓我去接觸他，那我要尊重那個案妻嘛，那我就當然就打消這個念頭。」(B037) 在尊重照顧者的意願下，不收費的

護理服務及協助非正式管道的介入照護，成為護理師的應變措施。「那我後來就想到…啊創世基金會他們有那個到府的那個在宅的植物人的沐浴服務，那我就給他申請創世，那等於說那長照中心這邊，我就又去跟他確認，確認就是說像這樣的個案怎麼樣可以協助他，可是以那個行政單位社政的單位就沒有辦法，因為他沒有證件他沒有辦法，那變成就是說可是長照中心不錯…就是說他們有民眾捐的一些比如說尿布、東西，它就會給我那我再轉送給這個個案，嗯就會變成用這種方式啦。」(B037) 雖然正式的協助管道因為照顧者的堅持無法發揮作用，但是護理師仍然想盡辦法尋找非正式的民間照護資源，評估條件比較彈性，雖然提供的協助有限，但是對案家也是一個支持及力量的來源。

對居家護理師而言個案的生理照顧比較沒有困難性，面對個案家庭成員關係的疏離與衝突，反而是最難處理的，且有無法著力之感。例如輪流照顧的案家，沒有固定的主要照顧者，造成護理師要再三反覆不停的衛教，若加上 家庭成員關係薄弱的聯結，及資訊上傳遞的誤差，就造成病人的照顧問題無法解決。「很多的家屬輪流照顧，所以沒有固定的一個主要的家屬，所以我要一而再、再而三的反覆去做衛教…所以他有的掉管機率相當的高，那這個問題沒有辦法解決。」(C004) 病床前容易看到人生的百態，尤其是長期的病苦照顧產生的身心疲累。沉重壓力滲入家人的關係中，產生關係的質變。護理師的無奈與有感而發的悲哀，訴說著無法逃離的人性弱點。長期需要照護的臥床病人，家屬的照顧會漸漸的較不用心，灌注的心力也逐漸減少，久病床前無孝子的悲哀於是顯現。「我只是覺得如果…嗯…如果是病人已經臥床太久了，病人家屬有時候會比較，就 CARE 比較不會很用心啦，或是比較灌注心力會比較少啦！然後重責大任的話都會比較放在那個外勞或是其他就是照顧他的人身上。這樣我有時候會覺得蠻悲哀的。就久病床前無孝子嘛。」(D004) 家屬把所有的照顧責任全丟給外籍看護，並採取不理睬、不配合的態度，家屬的漠視，造成無效的照顧教導，也造成介入的困難。「挫折感比較重的就是，幾乎家屬會把它的 loading 照顧病人的 loading 都丟給外傭，所以在我做教導的過程中，家屬都不

願意理睬你…也不是很配合，每次打電話…也不好找，主要外傭都會在，可是我們需要有家屬在場…幾乎就不會出現，他就甚至就把印章留下來，那沒辦法現場簽名阿..」(D006) 居家照顧若完全把照顧重擔與責任丟給外籍看護，而家屬沒有參與管理與監督指導，照顧品質的呈現會大打折扣。雖然有專責的照顧者，但是若語言不通或理解上誤差或工作的怠惰，都會影響照顧品質的維持。

「關節都…四肢都攣縮嘛，皮膚也是脫屑，啊然後血糖 control 也不好，照顧上面應該是要外傭跟家屬一同來配合，因為畢竟…我們雙方的語言溝通不是很清楚，如果沒有家屬的參與的話，我覺得照顧上大打折扣。就是每一次去每一次念，家屬如果不盯的話，外勞也皮皮的阿。」(D006) 家屬的漠視讓低劣的照護品質無法提升，照顧問題沒有辦法解決。每一次去每一次念、外籍看護皮皮的…彰顯介入的無效結果。

面對複雜的家庭問題和照顧關係，及弱勢的經濟條件，照顧技能的介入有限，照顧品質的要求無從著力。護理師能夠介入和提供協助的點相對微弱。居家照顧問題的呈現只是一個果，問題的背後有許多顯現和不顯現的因子。顯現的因子被不顯現的因子影響著，錯綜交織形成複雜難以打開的結。無能為力的感嘆與憐憫之情，只能在心中留下深深的烙印。

貳、老人照顧老人的無奈

當個案的日常生活需完全依賴主要照顧者時，病患和照顧者的緊密連結關係已成為一體性。主要照顧者是病患家庭網絡裡最重要的個體，照顧者的生、心理狀況及與病患關係的和諧度，影響著照顧品質的優劣。居家照顧工作需要大量體力與心力的投入，照護時數漫長，二十四小時全天候的守護。如此沉重的工作重擔，照顧者如果沒有得到適當的生理及心理的分擔或調適，很難再給

予病患好的照護品質。根據研究，失能老人的照顧者中老年化，是世界性的普遍現象。老人照顧老人，很無奈。老人因為身體健康及心力的有限性，學習本身就有困難，沒有辦法吸收太多照護技巧。「我們去看的時候，結果那個病人就縮在那個床上，瘦的皮包骨，然後也沒有穿衣服，就包一件紙尿褲，天氣很冷就只蓋一件薄被單。然後那個阿公 80 幾歲他好像他只知道怎麼給他吃而已，阿…其它的好像都不知道，家裡又髒又亂…年紀這麼大，要顧一個這個，那我們要教你一堆的…問題是做不到嘛，縱然我有滿腔的東西要教你，可是你一個 80 幾歲的老人，來學這一堆東西，是有困難的。」(A004) 兒子及媳婦的疏離和冷漠態度，以及彼此關係的怨懟，讓照顧者無法把焦點放在專心照顧病人身上，只是不斷的訴說他的心酸，家庭功能的瓦解，讓照顧重擔完全若在八十歲的老人身上，負荷之沉重，居家照顧品質自然無法提升。「我們一去，那個阿公就是不斷的跟我們講說他的兒子、媳婦都不甩…不斷的一直講他的心酸，雖然住在同一個屋簷下哦，他們也沒搬出去哦，可是回來從來不打理那個房子哦，然後都吃外面，然後那個阿公就…因為他們住得剛好下面就是菜市場，所以那個阿公就是都是這樣隨便就這樣買一買，阿那個阿嬤就是泡牛奶這樣子灌。」(A004)縱然有社工的介入，但是問題非一朝半夕可以解決，護理師只能傾聽與陪伴，夾雜著不捨與無力感。自古清官難斷家務事，一個陌生的護理師能夠跨進有形的案家大門，卻跨不進無形的案家心門。

高齡的照顧者礙於照顧心力及身體負荷的限制，或自身疾病的因素，學習能力及照顧工作的提供很有限，所以也常常無法給予病人適度的身體清潔，因此病人的身上也容易有尿騷味出現。「那…照顧品質比較不好，不好的話就是，我是覺得老的照顧老的，嘿，所以很多子女就是讓另外一半就是爸爸或媽媽來照顧，所以那老人家你看照顧的話，他聽也聽的有限啦，他有他的一個模式啦，你說真的要教他們 foley care 怎麼去做，其實不…不會耶，他只要把尿片…把它換的乾淨這樣子就 ok 了，所以家裡如果子女都沒有同住的話，家裡其

實就…可以聞得出來就有尿騷味啦，環境也沒那麼乾淨，至少就是說他基本的他都會處理，按準…按時的去灌食啦、換尿片啦、翻身啦，都 ok。」(D019)

個案的身體清潔程度，會影響其舒適性甚或身體病變的產生，並會產生異味的散發，居家照顧品質由此可以端詳一二。長期臥床的個案營養需求與一般正常活動的人不同，照顧者對營養的認知，間接影響個案的營養攝取，長期的營養缺乏累積，無形中導致免疫力的防禦不足，及生理質變的發生。因為不是馬上直接的反應，所以很容易被照顧者所忽略。「普遍說起來不會很好耶，他們好像比較沒有照顧病人這方面的知識，或是比較缺乏這方面的知識，所以照顧起來有時候會比較欠缺。譬如說有時候營養會比較…嗯…沒有注重啊，或是不知道怎麼樣灌啊，或是身體清潔的話，有時候是因為病人的關係，然後就是因為他自己一個人年紀比較大，他比較沒有能力去照顧他的身體清潔，所以就是有時候會有味道。」(C005)

因為慣性與框架的限制，老年人能改變的範疇比較有限。老人家不太想要去改變他的環境，他們有自己舊有的生活及照顧模式。所以有些居家環境沒有那麼乾淨，也會聞到異味。轉介居家照服員的介入，協助病人身體的清潔並進行溝通協調，等待彼此熟悉後，再來更換病人的床單，打掃居家的環境，就能減少異味的產生。「如果說這個老人家，嗯…他不反對的話，我們會轉介居服介入，看是不是要幫忙他，比如說老人家洗澡阿，其實很舒服…那一個禮拜來兩次洗個澡。其他都不要動他的東西嘛，環境清潔比較難…就老人家不太想去改變他的環境，慢慢跟他熟了之後，就會跟他講說。真的，老人家是要用來伺候的。這整個床就再整理過，床單再好好的換，整個味道就不會那麼的重，嗯。」

(D019)老人照顧老人的案家，通常護理師只要求最基本的照顧做到就可以了。例如按時灌食、翻身、換尿布、維持病人最基本的生理需求。老人慣性舊有模式較難以打破，要一點一滴慢慢地滲入他們的世界，尊重其選擇的生活模式。

叁、獨居老人的窘境

隨著工業化及都市化的發展，社會型態及家庭結構急劇轉變，台灣人口年齡結構快速老化，加上生活習慣及外來文化侵襲，小家庭結構的型態日增，致使獨居長者的比例不斷地增加，尤其在少子化的今天，老人家喪偶或離異都很容易變成獨居老人。「他希望有他自己的自主權，他不希望說到了一個…嗯…集體式的管理的一個機構裡面…他不想被人家控制吧，他就是…唯一的自己一個小小還可以決定的事情，他擔心他沒有去可以控制他…經濟的部份。他也是在租房子阿，裡面也是亂七八糟的。」(D018)爲了保有自尊，不想受集體的約束與他人的控制，只想擁有唯一的經濟自主決定權，有一些榮民老人選擇獨居在社區裡，自行租賃套房居住，住家環境也是紛亂不堪。「榮民伯伯一般都會有那個居服員介入嘛，那種的照品也不是很好，因為居服員來有限，時間很短，就有安全上的問題，其他時間看他就是中菜如果居服員會送餐，就是剩下晚餐、早餐，他就會只會啃餅乾阿、麵包、乾糧之類的…」(D018)榮民老人行動不便，無法外出的情況下，居家照服員的介入提供了居家環境的清潔與送餐的服務。然而照顧時間的限制下，並不能滿足所有的需求，個案的早餐與晚餐只能啃乾糧與麵包填腹。

病人獨居的狀況下，居家訪視最怕金錢的糾紛。在一次個案誤爲遺失金錢的經驗後，護理師不再一個人出訪。「他帳戶…你看他還是委託居服員去做這個，比如說幫他領個錢、幫他買個…那個要吃的東西，所以問題很大…我遇到那時居服員不在場，我去換管路，然後他的…可能那筆錢有領出來，他自己花花(搞不清)阿，放哪裡他不知道，事後我回來之後打電話跟我講，蘋小姐我的兩萬塊不見了，喔~~就花入，我跟他講說我知道會有這一個問題，我說我做任

何問題我都在你的前面，你也知道我沒有背著你做任何的事情，所以我知道阿，可是就是只有你來過，今天那個小姐也沒有來，就你來過，真的很扯。」

(D018)護理師知道獨居老人可能會有金錢的錯置誤會，所以做任何事情都在病人的視線範圍內，但是還是無法避免遺失金錢的誤會糾紛。「就是耶…我聽了也是很難過，然後隔天之後就打電話跟我說，陳小姐對不起，我錢找到了。」

(D018)雖然最後病人找到他的錢了，化解了誤會，護理師也不再一個人出訪，選擇居服員在場的時間訪視，來避免同樣尷尬的事情再發生。「那最後那個榮民伯伯也是死了，然後我們是居服員去打掃時才發現」(D018)最後個案是在居服員去打掃時才發現個案已往生了。現在榮民之家比較積極介入，不讓這種老人留在社區裡面。但目前仍有少數這樣的個案存在社會的角落中。對於獨居老人的安置，政府應該更具體及有效的介入照顧，才能實現老有所終的理念。

肆、弱勢經濟的照顧樣態

居家護理服務區域的差異性，產生案家的類型和主要問題需求的不同，護理師所提供的照護計畫和內容也會隨著有所調整和變異。「如果以萬華區這邊來說，因為社經地位都比較低，所以去到的話，他們一般都是有經濟上的困難。如果說是以家屬自己來照顧的話，通常都是失業比較多。」(D003)當案家有經濟上的困境，又家屬面臨失業的危機，被迫成為主要照顧者時，照顧的動機評估和經濟需求的支持成為護理介入的重點。

經濟需求問題及人力需求問題是居家照顧面臨的最大兩個壓力點。經濟條件不是照顧品質的絕對保證，但是經濟條件的好壞，對照顧品質的優劣的確有一定的影響力。所以經濟上的優寡，常常是居家照顧品質優劣的參考指標之一。因此護理師踏進案家時，會經由案家的居家環境及居家用品、醫療配置的

擺設，去評估案家的經濟情形。「我們通常一進到案家，我們會了解他整個案家的環境…的環境狀況，比如說，你大概從案家他的住宅，還有他的…他的用品設備，我們可以看出這個案家在經濟上是不是 OK 的。」(B005) 長期慢性照顧的人力、物力及金錢的支出，因為時間的加乘作用，成為了家庭難以承受的重量。照顧者常常一邊照顧病人，一邊兼著打零工賺錢。「他們還面臨到說，他們都捨不得去…因為沒錢啊，就變成這個餵完飯，他還可以去外面工作，只是不能這樣講，不然到時候政府知道說喔~你把病人丟在家裡，不然怎麼辦，我有二、三個病人是這樣，不然怎麼辦，那家屬沒錢，他們去做清潔工啊，啊晚上回來趕快再餵飯。最近一個家屬就叫我，看看有沒有臨時工，我說是怎麼樣問題，他說他可能要…因為他是學 SPA，人家來浴的時候…他就去…好像是用美容院那個 SPA，做全身五千塊，幫忙按摩做做。(E033)」經濟上的幫助往往是最快速而直接的。所以護理師對於貧困者基於人本的關懷，常會提供免費的服務。「如果是…嗯…貧困者我們可能就是不收車資，所以呢，在這方面可能…就是說…像早期的時候…像基隆市衛生局長照中心他們就會轉介個案給我，因為他們也知道我們就會針對個案的狀況，會做免費的服務。」(B005) 護理師對於經濟的需求的因應方式是，不收車馬費和部分負擔，並且協助其他案家捐助的醫療衛材供給。對於人力需求的因應方式是轉介居家照服員的介入。

照顧者因為經濟上的考量，會有一些另類不符合護理專業的照顧上的變通方式，節省開銷，重覆使用是最常見的方式。例如：把抽痰管清洗、煮過消毒、冰鎮過後再使用。「他沒有錢，因為他…後來他到這一兩年有做氣切，剛開始接案的時候是沒有氣切嘛，比如他沒有錢，對不對，買那個抽痰管，對他來講，其實你看，如果要按照那個抽一條丟一條，那他怎麼承受得起，所以最後我就教他說，那你把抽痰管，反正他…只有他在用嘛，我說你把抽痰管拿起來用煮的，你弄了幾條要收集起來洗乾淨以後去煮，後來他就聽我的話，他就去煮…耶冰完出來以後呢，硬一點，咦比較好抽，咦那這樣也是一個辦法。」

(A007)傷口護理往往是最棘手的，護理無菌技術是最基本的要求，但是無菌衛材不便宜，尤其又是大傷口的照護。照顧者把他人轉贈的小尿片剪成小棉塊，使用在傷口照護上，節省開銷。這一些方式都不符合無菌技術的標準，但是照顧者因為經濟所迫，只好克難使用。「阿有 Bed sore，你知道要換藥那紗布也是錢啦。而且他，住院了以後，那 Bed sore 還滿大的滿大的一個洞，那紗布要買這麼多，又不是一般的那種，它必需要用到那種 pad 型的，那怎麼辦呢？他就把小尿布拿來裁，剪成一塊一塊，一塊一塊的 pad 就這樣去用…噢傷口沒有不好…也是逐漸在癒合。」(A007)在經濟資源有限的情況下有些東西必須被犧牲，醫療衛材的無菌條件常常是首當其衝的犧牲品，以清潔來替代無菌，成為經濟妥協下的因應方式。為了生存，處於經濟弱勢群的病患，只能滿足於打折後的居家照顧。

當護理師介入居家照顧時，往往發現最大的問題不是照顧，而是經濟。然而經濟問題的浮現只是一個果，真正的原因有時候太過複雜，表面及短暫的經濟及物資協助只能解決冰山的一角。「…最大嚴重的是經濟問題，因為現在臺灣社會經濟不景氣，很多人真的沒錢啊…慈濟師姐常常贊助什麼米啦跟麵啦，關懷這個阿嬤，二個孫子都成年了，可是問題他們工作幾乎沒穩定，到現在還沒工作，還欠一個健保局一年以上那個健保費，那個阿嬤吃飯都有問題，哪一天她死在家裡誰知道，那個孫子三兩天就不見人影，二個通通跑掉，然後住五樓，那五樓還租的勒，然後中低收入六千，他租房子就五千，剩下一千，啊一千怎麼過活啊。」(E024)孫子雖有工作能力，但是無工作機會、無收入、也無照顧責任心，只剩老人獨處於社會角落邊緣，只靠現有的社福補助無法根本的解決這個家庭面對的難題。「…我進去瞭解，後來我看他們家什麼都沒有，哥哥現在每月頂多賺一、二千塊…『我沒有…身上都沒錢』…『阿嬤身上就剩三百塊錢』啊，阿嬤中午拿一百塊給這個弟弟去買中餐，買到我五點多去看阿嬤，還沒買回來，阿嬤都要餓死了，後來我就去買啊，買一大罐啊，先泡一杯牛奶給她

喝，她就比較好一點。」(E024)給他魚吃不如教他釣魚的方法，社服單位能否積極的伸出援助的手，考驗著政府單位的德政。貧富的差距，讓富裕的台灣還存在著有人吃不飽的現象，雖然有許多正式及非正式的機構團體介入幫忙，但是只有長期、深入的協助、追蹤與關懷，才能真正根本的解決案家的難題。慈濟證嚴上人曾說：疾病是貧困和苦難的來源，在富足社會的台灣，仍有許多經濟弱勢的族群，被迫逼到陰暗的牆邊角落求生存。當居家護理師介入居家照顧時，適時的讓這些不見光的生命被看見，與得到溫暖與協助。在家家有本難念的經之下，社服資源更積極的介入，以及長期照護保險制度的開展已是課不容緩的需求。

對於經濟弱勢的案家，轉介社福單位由社工師介入協助，申請急難救助金或其他的幫助，可以暫時緩解經濟的困境。「那經濟問題我們就轉給社福，那其實我們轉過不少人，有申請急難救助金，他穩定是 OK…我們也會定期追蹤，嗯，我們有…我們自己的社工師自己去。」(D026)但是，並非每家醫院的社工都有人力，及意願出訪居家個案，也並非所有縣市都有完善的社服資源提供。貧富差距的重大懸殊，是政府及社會面臨的難題，在救急不救窮的有限資源下，長期照護保險制度的開啓，應可以為這些弱勢族群找到較好的安身立命位置。期待運用眾人的力量，造福邊緣角落的所有生命。

第四節 討價還價的照顧經驗

居家照顧的發生場域，是在病患私人的住宅裡。因為疾病使然，當病患的日常生活起居，完全需要仰賴他人的幫助時，家庭照顧者就必須擔負起完全的照顧責任。照顧者成為居家照顧品質的關鍵角色。因此照顧者的文化背景、人格特質、照顧動機、與病患的情感關係等等，都是影響病患的居家照顧品質的

因素。Rice 表示病人及照顧者的動機因素是照護計畫能否成功的主要原因，而居家護理師扮演一個促進自我決定的角色。為使目標達成，需要多方考慮病人及照顧者的文化、人際內之靈性、科技、環境及教育的需求。

在徐亞瑛、蔡文哲（1996）由照顧者、殘病老人、居家護士對家庭照顧品質的看法之探討裡提出：照顧者及居家護士之間對「遵循醫護人員」照顧者態度的評估有顯著差異：當居家護士覺得照顧者「沒有主動遵循護理人員」時，照顧者往往覺得自己「很獨立」、「想辦法為病人找到最有效的治療方式」。此一研究發現提醒居家護理人員在遇到照顧者不遵從護理人員時，不能只是單純認為家庭的態度不合作而予以反覆要求責怪，應該積極探詢家庭的不同考慮，修正期待，協助家庭能採取更有效，而且可遵循的照顧措施。評估照顧上的困難時，除了技術層面上，也應注意「照顧情況的可預測度」及一些無法控制的環境或失能老人本身的特定因素。研究者認為不遵循醫護人員的原因很多，太多的妥協可能容易變成放縱或鄉愿。本研究中發現大部分的居家護理師都能夠修正期待，並協助照顧者採取更有效而且可遵循的照顧措施。自助人助的觀念是居家照顧效益能否彰顯的關鍵。因此促發居家自我照顧動機的形成，是護理師介入居家照顧另一面向的挑戰。期待從更多居家護理師身經百戰的實務經驗中，萃取蛛絲馬跡的成功效應，藉以強化個案及照顧者獨立居家的欲望及能力。

因為病患和案家的個別性差異，每位護理師的處遇與感受就有所不同，所以護理師「介入」居家照顧時會有不同面向的張力與拉扯呈現，本節探討的內容包括：省錢的照顧模式、資源介入的難—越界與談判、不信任的醫療措施、矛盾的情感—打折的照顧。

壹、省錢的照顧模式

長期照顧因為時間的累積，對家庭經濟的支出是一個沉重的負擔，許多家屬為了省錢，不配合原本的照顧模式，自行改變照顧的方式，因此危害到病人的身體健康，可能造成更大的社會醫療資源浪費。對無法吞嚥的病人而言，牛奶成為所有營養的來源，所以營養素完整的配方奶非常重要，但是家屬為了省錢，購買不明的奶粉，無法給予病人足夠的營養需求。「而且我們還跟他說牛奶要怎麼灌，厚那個家屬實在很不配合，他們買最便宜的，到安養中心買那種最便宜，沒有牌子的…只給兩匙，兩匙那種大匙的。」(E017) 抽血檢查的結果顯示，醫師的建議家屬並沒有遵從。白蛋白是檢驗血中蛋白質含量的依據，也是身體營養狀況的判讀來源，正常值為 3.5，低於 1.9 就是營養不良的徵象，需要住院補充蛋白質。「結果我們醫生說你這種濃度不夠，一定營養不良，那建議你要不要抽血，他有配合，後來阿嬤抽血，那天阿嬤白蛋白就 1.9，那麼低耶，他從來沒 1.9，之前我抽還 3.5，就是吃那個牌子，然後還不相信，他說：『英小姐，我們就照這樣灌六次阿，阿都是這樣牛奶』，我說：『啊醫生就有跟你說牛奶可能太薄了，要多一點，要幾匙』，因為我們醫生都會去換算那個，可是他聽是會聽，下次就忘記…那個牛奶不合作是他這個媳婦」(E017)，護理師對於照顧者為了省錢，聽從安養中心的方式而不遵從醫師專業的照顧指導，任意改變牛奶的給予，導致病人嚴重營養不良，感到很無奈和氣餒。尤其是抽血報告顯示嚴重營養不足的狀況，更讓護理師對於照顧者不合作的態度感到失望。「啊就跟你講他照顧…我們跟他教了他半天，他就根本沒照我們的做，所以我們就覺得很氣餒，想說教了半天，然後照顧也照顧不好，因為我們醫生跟我去訪視時還跟他講了好幾次喔，他連醫生都沒聽耶，而且最後抽血報告是 1.9，我們明明還跟他講，他說：『怎麼會…我們都這樣灌…怎麼會這樣』(台語)，我說：『醫生那時候不是有說你的奶粉不能太少…要加多一點，加多少瓢嗎！』他就

說：『安養中心都這樣教…就照那樣做』（台語），因為最主要他們要省錢啦，他之前是吃益力壯知道嗎，他說：『抹合…太貴了太貴了』（台語—不划算的意思），然後就叫他女兒去找廠商，就找到這個好便宜，他就說：『我跟你說，我找的這一罐好便宜呢…差好多呢。』（台語）（E020）

當抽血數據顯示病人的生理狀況出現重大問題時，照顧者才願意調整照顧方式，護理師協助轉介營養師介入，提供更多的替代牛奶方式，補充病人的營養。在整個照顧的討價還價過程中，真正受苦受拖累的是病人。「後來之後，有啦，1.9的時候醫生給他講的很嚴重，他們才去買那個高蛋白的P93加進去，啊不曉得現在有沒有，我就不知道，但是奶粉有增加量。要等三個月以後，醫生說要三個月，本來是要叫他回來住院，後來想說回來住院他們家會哇哇叫，因為要自費打高蛋白，後來先讓他補補看，不然怎麼辦，我們營養師還幫他設計你要加什麼加什麼，啊跟他講，講了以後，他說好啦，我們儘量啦。」（E021）雖然護理師已為病人提供問題的解決方法，但是家屬若沒有配合也無法得知，只能等三個月後抽血才能知道。「啊我不曉得他有沒有做到，他是跟我講說有做，不曉得，可能有做，但是還是要等抽血才能再知道。」（E021）因為照顧者堅持自己省錢的照顧方式，所以導致病人嚴重營養不良，居家護理服務是間歇性及部分時效性的護理介入（台灣健保以月訪二次為限）。護理師只能不斷的重複衛教和叮嚀。居家護理師可以提供支持教育與相關資源，但是只有在病人及照顧者積極參與，滿足健康需求的相關活動，照護計畫才能成功。「照顧者的動機不夠…一方面他們照顧久了其實真的也是很累，支持能力啦，支持能力不夠，有時候支持能力不夠的話，因為每家有每家的辛酸啦。」（E022）雖然護理師能夠體諒案家的經濟壓力及長久的照顧負荷，但是身為病人的代言人角色，仍然要為病人的照顧品質把關，只能不斷促進照顧者的動機及給予適當的協助，才能給予良好的照顧品質。

傷口護理往往是照顧者在照顧上最棘手的部份。照顧者因為家庭經濟上的匱乏，而無法提供完善的照護品質，讓護理師感覺很無奈。照顧者因為醫療物資的節省及觀念的僵化，依循自己舊有的照顧模式，依照自己過去成功過的慣性方法照顧病人，即使護理師做了護理措施上的彈性修正，有時候照顧者仍不接受護理師的照護指導。堅持用自己的方式。「可是…就是說很無奈啦，因為他就是把紗布，嗯，用過之後他再去洗一洗然後再給它晾乾，等於說去重覆使用，那我們一去的時候，當然就很快就是衛教他說不要這樣子用，然後就叫他改用其他方法，比如說第一層的 COVER 我們會希望就是…用的是無菌的紗布，然後外層就可以用…乾淨的那個小毛巾或者是那個看護墊來那個…替代。可是這個案子都做不到，嗯…他就是因為他有他自己習慣的照顧，而且他就是一直口口聲聲認為說他只要是去附近的診所，就是去開了一種藥膏回來，這個藥膏在以前用都很有效，他就堅持這樣子。」(B008) 照顧者僵化的觀念及自我封閉的態度，讓護理師介入居家照顧的衛教學步維艱。對照顧者置身處境的理解，所以以彈性的照顧方式替代，也許可以維持病人基本的照顧品質。「介入」有強制的意涵在裡面，居家護理師對於病患的居家照顧品質會執行評估的動作，對於照顧方式和居家環境會提出建議和改善方案。但是對於照顧者的疏忽和敷衍，及照顧上的不遵從行為，無法強制規範。「嗯…我們是這樣跟他講，他也都說好，可是他實際上有沒有真的這樣做到，我們並不知道，因為我們去看的時候，都不是很理想，那也可能傷口他一天只換一次或兩次，所以我們看的時候，傷口其實都不是很好，就是說可能紗布都已經浸潤了，那應該該換了可是他還沒換，他就會講很多理由，就是說：『啊…剛剛出去啦！』『啊…我還沒換啊，時間還沒到，』就講很多的理由。」(B010) 在病人醫療人權的自主性，與醫護的介入措施上，如何達到平衡是個值得商榷的問題。Rice 的機動性自我決策模式，並不希望居家護理人員在面臨病人及照顧者不積極參與照護計畫時，便將其結案。反而希望居家護理人員能透過自我決策的原則，辨認案家對居家照顧不合作的理由，藉以協助病人及照顧者居家照顧品質的提升。當省錢的因

子成爲不合作的顯性理由時，缺乏照顧動機與意願也許是隱性的關鍵。提供照顧所需的衛材及配方奶也許是解決的方式，但是需要社政的政策配合才有辦法執行，長期照顧目前是家庭的責任，當成爲社會公眾責任時「介入」的力量才能更有效的發揮。

貳、介入的拉扯－越界與談判

Twigg (1999, 2000) 研究在家照顧的經驗，外來正式專業人員進入意味必需開放不同層級的隱私（例如家與家的外面、家中與身體週遭的環境），變更了空間的秩序感，家通常是關乎隱私、安全感與認同所在，甚至是自我的具體延伸。這兩者是具有衝突的。正式照顧進入這個領域需要以自己的方式與這些架構做談判、越界與重新安排社會範疇。醫療器材資源的轉介運用對病人的幫助非常大，護理師會把擁有的資源，優先送給需要的人來運用，但是不是每一個照顧者都願意接受，有些人因爲自尊心使然，有些因爲習俗上的禁忌，不願意使用護理師提供的資源。「阿因為他那個自尊心很強，他不願意接受，其實我一直幫他找病床已經很久，而且我曾經有一次跟慈濟聯絡好了，我跟慈濟聯絡好了，慈濟願意把床送過去，結果是他拒收，這個是給我很大的挫折，我已經這麼熱心幫你募到病床了，你居然給我拒收，結果就因為這樣，又拖了半年，他拒收。」(A011)「介入」不是單向的行爲，是互動的過程，面對家屬的拒絕，護理師只能妥協與接受，等待需求裂縫的出現。在沒有床欄杆保護的情況下，病人終究從床上摔下來，並且造成肢體的傷害，問題的發生，終於爲資源的介入開啓一線希望。基於保護病人的觀點，護理師契而不捨的游說。「我們正常是木板上，有彈簧墊，他就是那一塊木板然後就是加一個椰子墊這樣，結果那個阿嬤就是，當然沒有欄杆阿，所以那個阿嬤有一次，雖然不高也從那裡摔下來，結果就手上裂了一道這樣子…我跟他講說這樣子還是會滾下來，他就說不會不會

不會，果真就滾了2次，滾了2次都受傷，所以我就是跟他講說，你一定要接受這個病床，因為它有欄杆，我說你要出去買菜，有一次就是她出去買菜滾下來，一次是他在…他在客廳滾下來，我說有了病床，欄杆圍起來，你要出去買菜，你才放心嘛…」(A012) 在半強迫的情況下，終於案家接受了病床資源的介入，讓病人避免有再次受傷的情形發生，護理師也提供運送車資的協助。「我說你不要再…再這麼堅持，最後她是在我的好說歹說，其實我有一點半強迫他一定要接受這個病床，所以最後就，而且車資我都幫他出了，他才接受了。」

(A012)當病人面對身體上的潛在傷害威脅時，居家護理師成爲把關守護的重要防線，必要時會強制介入照護的執行。但是介入的成功與否，除了導正照顧者的照顧觀念外，護理師長期點點滴滴的正向關懷，建立的良好互動關係以及信任感，亦是關鍵的所在。儘管如此，仍有許多案家不願意改變固有的觀念和想法，介入的越界讓案家感到不安。

根據安德森 (Ronald Anderson, 1975) 的「行爲介入模式」(behavioral intervention model) 觀點，家庭成員在面對家人生病時，應該學習疾病的相關知識和特定的一些因應策略，以減輕疾病對家庭的震幅。進而協助病人早日康復或是改善病情。護理師基於照護的準則，居家訪視時會衛教照顧者正確的照護方式。許多研究也顯示，知識的介入可以減輕照顧者的壓力和病人的感染率。但是面對僵固的家屬，在舊有觀念框限和固著的行爲模式下，很難去撼動他們的想法。「對於一些固執的家屬，他們可能對自己的一些照顧模式，就他會覺得…他不見得會聽你的啦…有時候他會覺得你們的到來是應該的啊，你對他們的幫助並不會很大，對他們來講只是換管子啊、管子換一換，日期到了，尿管換一換就這樣，那你在跟他們說一些照顧上的一些問題，他們比較沒有辦法去接受。」(F004) 面對慢性病患者對疾病的處置，在於控制病情而非治癒。對個案的治療計畫也應是雙方協商後的結果，依賴的是家屬對於照顧計畫的應允，因此如果不是積極的醫療合作者，居家護理師只能暫時與自己的專業妥協(白秀

娟，1995）。居家護理「介入」家庭的照護工作是一門藝術。越界的拉扯與談判的技巧需要在不斷的妥協下循序漸進。

叁、不信任的醫療措施

護理師唯有和病人及照顧者建立合作的夥伴關係，才能使健康照護的計畫具可行性，但與病人及照顧者建立夥伴關係，直接衝擊著照護者的權威角色。因此如何使專業的居家護理人員與病人及照顧者建立一個在公平對等的概念是十分重要（Hutchings，1999）。照顧者把病人的不舒服，歸咎於醫護人員的不周全醫療措施，讓護理師有一種專業不被認同與不信任的感覺。「有的家屬很固執，他認為說，像有一次他媽媽插了一個鼻胃管，我們明明插的是 60 公分，他不相信我，他就說英小姐，我覺得我媽媽是 55 公分…因為喔你插了 60 公分，我媽媽常常肚子都不舒服，我看到他就不舒服，用到 55 公分就不會阿。」(E017) 護理師與醫師對醫療措施做處置的說明與解釋，但是照顧者仍堅持自己的看法，無法接受醫護人員的處理時，護病關係於是僵固，爭執與衝突一觸即發。

「…你有沒有想到媽媽不舒服是不是因為大便沒解乾淨，還是怎麼樣，他說阿就是你鼻胃管插下去嘛，我就覺得它應該是固定 55 公分，我就曾經跟那個家屬爭執…而且我們醫生也跟我去，他覺得是應該 60 公分，因為阿嬤身高這樣量，刻度是 60 公分，55 公分太淺，可是那個兒子就說，嗯~他覺得是要 55 公分。」

(E017)家屬對醫護人員的不信任態度在解釋與說明無效後，訪視合約的簽定條文成為醫護專業最後的令牌，護理師可以拒絕服務，轉介其他院所的醫護人員來提供服務。「…我就跟他解釋，我們有一個合約，你明明有簽了喔，合約裡面，如果家屬不合作，我們是可以把你轉介到別家居家護理，那你這樣不信任我們，因為醫生護士我們有一定的條…就是來照顧，我們做的厚，等於說指導你，你自己看你能不能接受，可是你給我們感覺，你不信任醫護人員，連醫生

都這樣子。不合作就是他兒子。」(E017) 不舒服和擔心是照顧者想要表達的意涵，雖然有醫師的再確認，但是還是不能化解照顧者心中的疑慮。然而固執、不信任、不合作卻是護理師對照顧者的理解和觀感。彼此的焦點沒有共鳴與交集。「…我就分析給他，他就跟我道歉，他說：『英小姐，你沒有必要這樣子，我們也不是跟你爭執，我們只是擔心媽媽』」，我說：『我了解你們擔心媽媽的情況，可是你針對媽媽的鼻胃管，我們醫生跟護士來都有照他一定的長度，身高體重來核對，不是說你固定 55 公分就 55 公分』，他堅持要 55 公分，阿我們醫生明明跟我們看的是 60 公分，他就不能接受，就為了這樣子。」(E018) 透過協商與溝通後，護理師找到了病人不舒服的真正原因，排除醫療的措施問題，才重新贏得照顧者的道歉與信任。「…他最後有跟我道歉，後來回歸還是 60 公分，只是他那個時候認為說他媽媽不舒服，認為說是不是我們管子有問題，還是怎麼樣造成…後來我們就評估他是脹啊，後來就肛診的時候，裡面就有大便啊，結果是大便沒解，對，後來因為那個阿嬤常常有便秘。」(E019) 居家護理必須面對不同的病人及照顧者，其文化背景、價值觀念的個體性差異，形成醫護介入居家照顧的不同困難情境。居家護理並非在一個控制中的環境發生，護理師需要有創造性的解決能力才有辦法勝任。

肆、打折的照顧—矛盾的情感

中年的照顧者不單要滿足老人的照顧需求，也要顧及子女，更要兼顧自己的工作和未來，因此常被稱為「三明治的世代」，在角色及處境常會面臨衝突及抉擇。居家護理師要介入居家照顧的工作，必須以家庭為一照護單位。所以照護的範疇不只是病患，還須包括照顧者和其他的重要家庭成員。病患和照顧者的情感因素，是影響照顧意願和品質很重要的關鍵，也是護理師最難觸及的部份。韓、黃(2002)的研究裡指出：「照顧者與失能老人過去的人際關係」，幾

乎是每個研究都有的測量變項，而且也達統計顯著水準，是一個值得重視的變項。家庭成員之間的恩怨情仇，是護理師很難也無法跨越的鴻溝。照顧者沒有給病人足夠的營養及水分攝取，也拒絕護理師人力資源的轉介。「我也曾經聽過一個阿姨，他其實根本沒有把這個個案照顧的很好，他就一天大概我們理論餵五餐他餵了四餐，然後我們也跟他講要餵開水，他也覺得說啊沒關係，他也沒有真的去餵，然後呢，然後我們就問他說你要不要請個居家服務員…『我不用他做』…」(B017) 照顧者認為病人是家裡一個很重的負擔，如果照顧得太好、吃的太多、就會活得更久，家裡的經濟會崩潰，照顧者以自己身體不好為由，認為目前這樣的照顧就已經夠了。「那他的論調就是覺得說，嗯..被照顧者這樣躺下來…已經就是說讓家裡兒子的經濟有了負擔…如果個案再活得更好，把他照顧…吃得更多然後讓他活得更久，是不是他的兒子呢可能就會在經濟上就會崩潰，案妻她也覺得說我也沒有經濟能力啊，那我的身體又不好啊，那我就是只能照顧他這樣啦，啊這樣就已經很好了，照顧者在認知上，就是說他對…對被照顧的人，他跟他存在什麼樣的情感，我覺得是一個很大的因素」(B017)。表面上看起來，認知上的誤差、合理化或苟且的心態，是照顧品質無法提升的原因。但是經濟弱勢、人力負荷、情感關係…卻可能才是照顧者疏離照顧的重要因素。照顧者處在自己的家庭背景下，衡量目前的照顧狀況為自己打了 80 分，可是在專業護理人員的評估上卻只有 50 分。「照顧者覺得說我已經做很多啦，因為我的體力我的狀況就是只能做這樣，我已經給它做的很好了 唉 …那妳又再叫我做到 100 分，我覺得不用，我已經覺得我做到 80 分了，我覺得已經很好了，可是實際上我看到他的時候，我可能只有給他 50 分，可是照顧者覺得說他已經達到了 80 分了。」(B017) 居家照顧者非醫療專業人員，並且身處於一個複雜的家庭生態環境中，對其照顧品質及策略的考慮必更為多方面、多角度。徐亞瑛、蔡文哲 (1996) 的研究也清楚顯示家庭對照顧品質的要求，和專業護理人員對照顧品質的標準有相當的差距，受限於家庭資源與人力，家庭若要勉力達到理想的照顧品質，可能要犧牲照顧者與家庭的福利。

照顧動機是影響照護品質最大的原因，護理師認為外勞人力的介入和經濟因素的影響層面，不及病患在家屬心目中的地位之關鍵。「照顧者如果覺得這個病人很重要，他就會 care 很好，就會很用心，不管他是不是請外勞，還是自己下去做，就是很用心…經濟上也有點關係，可是不能說經濟不好的就對他不用心，可能經濟不好但還是對他很用心啊，只是說這個人在他心中重不重要，在這個家庭重不重要，我覺得這是取決於這個病人長期以來在這個家族他的角色，如果是可有可無的老人家，那當然就覺得不會好好照顧他，如果是德高望重的，或者是兒女都很在乎他，不管經濟地位怎麼樣，但是他照顧得很好啊。」

(F008)長期照顧保險制度的介入，將長期照顧責任由家庭提升為社會責任，或可以降低照顧者面對矛盾情感的問題及沉重的照顧壓力，亦可以解決家屬照顧動機不足的難題。

第五章 居家護理的全人照護內涵

居家護理的服務是多元性、自主性與機動性的，居家護理服務的面向和深度，隨著護理師人格特質的差異和機構資源的支持而有所不同。病患和照顧者有許多隱性的需求，需要護理師主動、敏銳的去發掘，案家往往不會主動求助，護理師扮演一個 giver 的角色，因此護理師的人格特質非常的重要。在徐（2001）居家護理人員的角色功能及其相關因素探討的論文顯示：「居家護理年資」與「臨床護理年資」大於 2 年以上者、人格性向屬「活動性」外向者、機構型態為醫院或獨立機構者、職稱為主管者，在居家護理人員角色執行上呈現正向預測因子。護理師的人格特質影響居家照護內涵的豐厚性，另一方面社服資源與機構的補給與支持，也是護理師介入居家的多元性與有效性的來源。

我們期待護理行動的結果是增進、維護或恢復健康，但是在居家護理服務特質的限制下（間歇性、部分時數，台灣健保以月訪二次為限）卻不能保證每位個案皆可達到此目標，取而代之的，更適當的目標應如 Rice（1996）所言－提供病人及照顧者治療並給予足夠的訊息與支持、教育與相關資源（葉莉莉，1998）。現今居家護理人員所面對之患者的需求是多樣性且複雜性高，包含了生理、情緒、心理與社交的需求等。護理的藝術在於對不同差異性的獨特個體，如何給予病患全人、全家的照護措施及知識。本章就居家護理的照護內涵分為四節來探討。

第一節是「做」和「教」的照護介入經驗。由生理、心理、環境層面來探討介入的成果與效益。包括：精湛的醫療技術到府服務、需求評估與資源輔具的介入、自我決策模式成功的移除管路、漸進式、獨特的教導態度、醫療團隊進駐效

益省思、喘息與照顧經驗的交流。第二節是「溝通」和「支持」的關懷經驗。就內在、心理關懷面向做經驗的探討。包括：介入家庭溝通的難及成功的家庭溝通經驗、心理支持與同在陪伴、臨終關懷—最後的道別。第三節是護病關係的省思。探討護理師與病人及照顧者不同面向的護病互動關係。內容包括：利他的關係、朋友的護病關係、局外人的處境、關懷是無私的德性嗎？第四節是居家護理工作對護理師的影響，研究者以助人、感恩、志業來做總結。

第一節 「做」和「教」的照護介入經驗

居家護理「做」的工作內容專業性和不可取代性，成為病患及照顧者對居家護理師的依賴及需求的指標。「做」一方面是因為病患疾病的需求，需要專業醫療技能及照顧知識的介入，例如提供專業的護理技能到宅服務（如：鼻胃管換置、留置導尿管換置、氣切造口換置、大小量灌腸、膀胱灌洗、注射、換藥），避免病患與照顧者醫院往返的奔波。並同時為病患做身體的評估（如：生命徵象監測、抽血、收送檢體），提供適合其需要的照顧知識，以及轉介相關醫療團隊進駐（如：醫師、營養師、復健師、社工師、藥師）。另一方面是藉由訪視的過程，發掘案家的經濟環境、醫材輔具或人力之需求，提供資源轉介服務（如：輔具的申請、喘息服務、照服員的服務等），及舉辦喘息戶外活動與照顧分享講座等。都是在「做」的介入層面下展開的。期能協助病患獲得更好的居家照顧品質。

居家長期照顧之病患常需要依賴照顧者提供各種照顧工作，以滿足其基本需求。居家護理人員對這些家庭，通常只能在居家訪視時做點狀之協助與教導，而大部分之照顧工作仍由居家照顧者負責。然而居家護理「教」導照顧者正

確的居家照顧模式，可以減少病人入住院率的發生，及醫療資源的不必要浪費。Tanner 及 Benner(1993)指出：傑出的護理是由專業的知識再加上對個案「獨特情況」之深入了解所組合而成的。因此漸進式獨特的教導態度，是護理師介入的重點。

壹、精湛的醫療技術到府服務

全民健康保險制度的給付開啓，帶給需要居家照護的長期慢性病患很大的幫助，居家護理師到府服務，不僅可以節省社會資源的浪費，更可以使病患及案家獲得便利，與照顧上最大的幫助。搬動長期臥床的個案是一個大工程，家屬不僅要請假，且病患必須忍受搬動過程的不舒服覺受，返家搬運途中又容易把管路再次弄掉。尤其在炎熱的天氣或寒冷的冬天裡，移動搬運病患是一種心力的重大負荷及能量的消耗。「把病人要搬到醫院去換，那搬的過程那家屬一定都是請假啦，那病人搬了也不舒服，甚至搬過去之後、換完之後再搬回的過程當中管路又掉了…嗯…甚至推輪椅也要推一段路，他說至少那種大熱天或很冷的時候，不需要去移動病人。」(D008)居家護理師介入居家照顧的服務過程中，病人身上管路的更換，提供了案家功能性的醫療需求，尤其是住在公寓樓上的病人，如果病人又很壯碩，搬動真的是相當的困難。光是護理技術的介入就能解決案家的一大問題。「我在台中上課…他女兒打電話給我，他說：『英小姐，我爸爸那個鼻胃管跑掉，你能不能跑一趟』…因為他們家是三樓，他沒辦法揹下去，他爸爸又很壯，揹不動，我說：『喔這樣子，那你要等我，我儘快，儘快趕回去』，後來為了那個病人，我就坐高鐵坐計程車，然後來到板橋這邊，我就趕快請我的夥計拿管子，直接到他家這樣子，大概快十點…我幫他先換上去，他很感謝我。他爸爸真的很壯，壯的你搬都搬不動。」(E039)

照顧者最捨不得病人疼痛，與不舒服的覺受經驗。所以護理師熟練的技術，會讓照顧者產生高度的信任與依賴，甚至更甚於醫院的醫師，「『英小姐，我爸爸出院喔，可能再兩三天啦，那個鼻胃管多放兩三天有沒有問題？』，他在等我回去換咧，我心裡在想說，醫院換就好了，他說：『英小姐，不是啦，醫院…我還是不太相信啦，我還是要把我爸爸帶回去給你換啦！』」(E016) 護理師精湛的技術來自於感同身受的病患插管經驗。插管前，詳細的解說與情緒的安撫非常的重要，藉由心理的支持直到彼此產生信任感與同步關係後，再經由病患生理的吞嚥配合動作，才能成功的完成管路的置放技術。「…我會怕他不舒服，我一定先跟他解釋，因為你換鼻胃管，其實清楚跟不清楚差很多…清楚的病人你一定要先給他安撫到很好，為什麼我會這樣子想，因為我在醫院看過很多醫生喔，插插插，不管你，這邊抓…就找人家抓，就…七孔流血，你不知道，我很擔心，一定要先跟他解釋，讓他能夠信任我，然後配合動作，說我插的動作是怎麼樣，配合我，叫它進去的時候，吞嚥喔！」(E044) 從文獻中發現居家護理服務的項目，不論是在居家護理服務的項目或實際服務項目的統計，鼻胃管灌食照護此項服務需求為大多數(王，2000；李，1995；杜、李，1990；Weaver，1991)。居家護理師因為工作性質使然，每天需面對不同狀況的病人，擁有放置多個管路的經驗。因此細心謹慎的評估與從容不迫的態度，帶給病患和照顧者高度的肯定。「一個阿公喔，他也是很清楚喔，他糖尿病，腦中風，他也怕插鼻胃管，可是他知道說他需要這個鼻胃管來幫助他營養，他就眼睛閉起來，他不敢看鼻胃管，然後就三十秒的時間，他就一直吞一直吞，他沒有什麼感覺不舒服…我一定會先給他心理支持，沒講一直插一直插，他反吐更厲害，『喔，妳插鼻胃管怎麼那麼行，你比長x的醫生還行，都不會覺得難過，啊我在長x插喔，不知道怎麼插的，插一個就插很久，還插不對…那裡又不舒服哪裡又有問題…』。」(E045) 居家護理師具備豐富的護理專業技能與知識，以及精湛熟練的技術非常的重要。Moore，Pace 和 Rapacz (1991) 以及 Stulginski (1993) 提出居家護理擁有其特殊的技術與期望，在此特殊的領域中是否有足夠且專精

於臨床的護理人員投身於居家護理領域，並裝備護理人員去管理組織和提供有品質的護理服務將是一項挑戰（引用自 Murray，1998）。

貳、需求評估與資源輔具的介入

居家護理師自我的準備與調適非常重要，因為可能要面對很多的問題。所以初訪前電話的關懷和討論，做詳盡的了解很重要。護理師在收案之前會先電話訪談，了解個案身體狀況和所需要的服務需求。「我第一次收案的，在接這個案子之前，我一定會電話先了解。」(D002) 到案家後護理師通常會先觀察病人的住家環境和醫療設備，「我一定先看他們家環境，先瞭解環境，因為你看環境就知道他家裡狀況。」(E041) 停下腳步讓時間與空間留白，案家環境及醫療設備的呈現，不僅訴說案家的經濟狀況，也讓部分的照顧樣態被顯現出來。「我會先去評估他家裡住家的環境，…他的住家還有他照顧的方式，嗯…所以不會先馬上去說要去更換管路，會先去跟家屬說，做過…聊天之後，再慢慢會帶入正題。」(D002) 藉由觀察和傾聽，不僅可以收集病患和照顧者的訊息，評估照顧的品質及發掘照顧的需求，也可以建立良好的互動關係。

當案家因為經濟問題而沒有辦法購買醫療病床時，個案睡在地板的床墊上，為了怕個案因為躁動或不自覺的拔管，所以照顧者會給予雙手保護性的約束，而病人因為沒有床欄可以固定，可能就綁在牆角邊，不僅固定不易牢固易鬆脫，更重要的是病患會感到極為不舒服，更易讓自拔管路的情形發生，而傷害到病患。而護理師更換留置導尿管時，也必須因為環境的限制，趴在地上執行護理技術。「其實大部份很多都是躺在木板上的，或者一些老…很舊的彈簧床，就在上面，都在地上…換尿管我就趴在那個…地板上…阿約束沒辦法約束阿，就把病人綁在…可能綁在那邊的牆腳阿…就自己塞一個…然後拿個…那個

布繩，兩邊綁。你看彈簧墊這麼寬，雙人的啊，你看要硬把兩邊撐開來。」

(D010)面對經濟環境不好的弱勢族群，護理師要介入居家照顧時，會從居家環境開始做起。當病患住在狹小、潮濕、骯髒的環境下，睡在舊彈簧的地板上，又面臨疥瘡感染的狀況，醫材輔具的介入可以解決大部分的問題。「就整個環境就很差、很髒，阿疥瘡的很多。整個脫屑，因為環境很不好、很潮濕啊。照顧品質就很差，那就去到…可以的話，可以看的出來如果他很信任我們，願意我們幫忙的話，就盡量把這些資源帶進去，那我們下次去的時候其實就改變很大。」(D011)外籍看護照顧起來很辛苦。當募集的設備資源介入後，不僅改善病人的安全及舒適性，外籍看護還會私下很感激護理師，因為她不用再趴跪及彎腰了。「那個外傭其實也…你看幾乎每一個都束一個…那個護腰，他照顧的很辛苦，因為酸痛啊，位置比較低…嘿，那下次去有床的時候，那外傭都…其實私底下很感謝我們，他說這樣方便多了，嗯。」(D011)

居家護理師不能一成不變的只做換管的服務，要有敏銳的觀察力，不斷的去發掘個案及案家的需求。例如有一個病人，照顧品質很好，可是尾骶骨處就是有褥瘡出現，後來評估才發現是輪椅不對，需更換特製輪椅及氣墊座。於是轉介復健師到案家評估鑑定，確定所需型號，並開立輔具鑑定書讓家屬去購買。最後再去所在公所申請補助款即可。這是一個成功覺察需求及解決病患問題的例子。

「你要去不斷的去發掘他們的…他們的需求…那為什麼照顧這麼好，他的那個…尾骶骨還是出現有壓瘡，他坐在輪椅的時間甚至比床上還多，他坐輪椅的時候他說他出現不舒服，才發現他的輪椅不對，我們幫他轉介復健師到家裡，開立福利…輔具評估鑑定書就 OK 了，也不需要診斷書，就是對他們也是非常的方便啊，而且很快就可以把東西送到，那出國之後他們覺得耶…老人家這麼長時間就可以比較放心的坐在輪椅上，再一個氣墊坐，減壓效果比較好。」

(D026)台北市的長期照護服務資源較多，補助費用也較多，對於居家環境的改善有很顯著的效益出現。而對於經濟狀況較差的案家，無法負擔部份費用者，轉介二手的輔具也是應變的方式。只是來源和型號沒有那麼多的選擇。

資源的整合與巧妙的運用，可以讓案家獲取極大的助益。從照顧上的需求提供環境設備的改善，依個案的狀況協助他們申請輔具補助，或尋求他人捐贈的或往生病人的醫材予其使用。尤其是社服資源的獲取與運用，可以得到事半功倍的成效。社會另有一些非正式的管道，例如慈濟也可以尋覓到相關的資源。「一開始不會說要去改變他們的環境，嗯，我要依病人的情況，比如說他現在已經痰…沒有辦法止咳了，那我就會了解他們經濟狀況怎麼樣，可以的話，當然是幫他們申請補助，或者說我們就近…我們有輔具，我們現成的輔具送給他們，甚至就是…甚至找個時間過去教導他們怎麼做。」(D009)物質資源的運用，搭起護病關係的另一座橋樑。居家病患的網絡資源，開顯了物盡其用的互助精神。而資源的應用也開啓護理師進入家庭網絡的途徑。居家護理師穿梭於不同的居家病患網絡中，資源的再利用與分享，也深化了居家護理師的工作內涵。「他全職的在照顧他爸爸嘛，阿所以因為經濟不好嘛，所以我會想辦法去…我對這個病人下很多功夫，我會想辦法把外面的資源都給它弄進去，只要有往生的家屬，剩下的尿布啦、剩下的氣墊床啦，有的沒有的啊，我都會盡量往他那裏送。」(A006)」醫療衛材的介入是最直接快速的受益行爲，護理師靠著居家病患網絡的建立讓資源流通，「你也知道，我們獨立居家護理所，資源很少，我通常都是把往生的東西，這個捐到那個、那個捐到這個，就這樣搬。(A011)」綿密的照護網絡成爲有形醫材的流通管道，透過居家護理師的穿針引線，社會大眾的互助合作，使社會的弱勢族群得到幫助，讓照護網絡的開展更具價值與意義。

叁、自我決策模式成功的移除管路

Rice 的機動性自我決策模式(DSDM)是一個以病人為焦點的實務工作模式。其中十分重要的是病人及照顧者的動機因素。其目標是希望病人能成功的在家中處理自己的健康照護需求，藉此達到健康狀態。居家護理人員扮演的角色應為教育者、代言人及個案管理者，以促進病人及照顧者居家的獨立性。其中病人及照顧者的角色是主動的，能共同擬定目標願意參與，並做相關決策。(葉莉莉, 1998)然而病人及照顧者的合作與自我決策，以達最佳的健康(功能)狀態，是居家自我照顧能否成功的重要因素。這個病人五十多歲還蠻年輕的，因為中風，有氣切管及鼻胃管和導尿管留置。居家有專責的外籍看護照顧外，家屬亦積極的參與日常生活的照料工作，經由居家護理師介入指導、評估後，漸漸的把管路全部都移除了，並進而轉介做語言的復健治療。「他是有氣切的，然後他年紀還蠻輕的，大概五十多歲…家屬就一直很期望說要把那個氣切拔掉，本來是有 on NG 和 Foley，最後…就有順利把氣切拔除，然後病人也慢慢的可以自己吃…NG 和 FOLEY 也已經拔掉了，這是蠻有成就的…因為家屬很積極，病人狀況也很不錯。然後他的女兒也很積極去尋找說…啊語言治療或是怎麼樣拔除那個氣切的相關的事情，他都蠻積極，然後再詢問這樣子。有時候是外勞有幫忙，然後最主要我覺得他先生也蠻積極的。」(C007)除了病患本身的疾病及生理條件外，家人積極的動機與照護，是病人走向康復極重要的因素。

家屬除了有請外籍看護照顧病人，自己本身亦積極用心學習照顧病人的技巧和方法，且細心的呵護病人的所有狀況，並能及早發現病兆問題，積極尋求解決辦法，讓病人避免發生再入院的機會，是難得的成功案例。「這個阿嬤學的很快，他願意配合，不會他就打電話，不會他就打電話，然後就當場做給你看，做到會…最主要是有沒有去注意，有沒有用心，阿嬤說只要她先生一點動作，他就知道他

的情況，她知道那麼細哦，從 91 年到現在從來不住院，就除了那個拔氣切住 3 天，很少見到說都沒住院的耶。」(E006) 氣切管的留置很多原因是病人的痰液太多無法咳出所以置放，經由照顧者拍背抽痰細心照料後，病人的痰液減少，就可以評估把氣切管拔除。「阿嬤晚上的時候，聽到他咳他可能就嚇到，就會起來拍背抽痰，他說他只要聽到這個他就睡不著，然後他照顧的就很好，就沒有說肺炎發生，連續第三個月我就跟他講說，阿公這種情況…應該可以拿掉氣切，因為感覺他抽痰的次數已經沒有了，那阿公也不會咳，而且他拔掉的時候，很快就在裡面密合了。」(E001) 病患身上管路的移除，及身體健康的恢復，與病患的年齡、疾病狀況息息相關。當然充足的人力（外籍看護）及家屬強烈的期望，和積極介入照顧的行為，更是病患走向康復之路的關鍵因素。而護理師專業的生理評估，及協助管路的移除護理措施，和後續復健資源的轉介，也是讓病患恢復健康的背後推手。三方面的積極合作，為病患及案家創造成功的居家照顧經驗。DSDM 中病人及照護者被視為一整體單位，健康照護需求則是主觀的，可以由病人及照護者決定，「最佳功能狀態」則是健康的代名詞。藉由 DSDM，病人需在健康需求與目標達成的落差中建立橋樑。而護理人員、病人及照護者的關係，則依序由依賴至相互依賴至獨立。達成獨立時，即顯示目標達成。(葉莉莉，1998)

肆、漸進式、獨特的教導態度

Stewart, Archbold, Harvath 與 Nkongho (1993) 研究發現：在照顧活動增加及緊張的期間，家庭照顧者較能去接受新的訊息。其照顧訊息的來源中，69% 是接受健康專業人員提供的訊息，59% 是用嘗試錯誤的方式去照顧他們的家人，59% 是由以前照顧其他人的經驗，53% 是與朋友或親屬討論而來，37% 是閱讀書籍或相關照護的文章獲得照護知識。因此居家護理師在病人出院後之過

渡期，及時有效介入居家照顧訊息，將有助於居家照顧者照護工作的進行，減少因照顧所帶來的負荷及壓力，降低再入院的發生率，降低醫療、社會成本。照顧知識的介入，可以改善照顧者錯誤的居家照顧方式，例如照顧者不敢更換病人身上鼻胃管的固定膠布，不僅有管路脫落的危險，也讓個案感覺不舒服。

「很多他們照顧方式會錯誤，所以鼻貼他們都沒有換的、不敢動的。啊…就貼了很久，有時候甚至貼不住了他們才很小心的去換。」(D008) 居家照顧知識及相關疾病資訊的提供與回覆示教，可以讓照顧者的居家照顧工作越來越進步，更快走向成熟與獨立。「我會讓他做給我看看，在我面前做給我看看，那我不知道我走了之後，他會怎麼樣，但我希望我下次去到訪的時候，他是一次比一次進步的…從剛開始不注意，到後來會注意，會回答你，然後到後來會記錄下來，可是紀錄也不是很完整，那你會再一次的要求，他可能就會再記錄更完整。」

(F010) 「教」的內容簡單或複雜的程度，影響照顧者學習的意願與成效。照顧者的經濟環境、教育水平、支援人力…是護理師提供居家衛教內容的參準之一。太快太多的照顧指導介入，對居家照顧者而言是一種負擔，而且得不到成效。根據照顧者的教育背景、文化差異，介入適當的居家照顧指導，才能完成預期的護理目標。「有的是用講的，有的是做給他看，有時候是他認知上不同，其實他不是不想做，他可能是錯了，觀念上錯了，或是認知上不同，你要適時糾正，所以會對談啊，要提出問題反問他啊，看他到底知道什麼，他的觀念是什麼，你會做一個溝通的動作，甚至他可能會提出他不會的東西，你可以當場教導他啊。」(F012)

病患出現問題和照護品質不一定有絕對的關係。病人生理狀況及疾病變化佔有很大的因素。雖然如此，但是居家照顧品質的優劣亦是病人再入院的重要關鍵因素。因此密切的追蹤病人身體狀況，與教導照顧者正確的照顧方式，是護理師介入居家照顧的重要工作內容。在賈及李(1999)的研究更提到，一般主要照顧者對於照顧知識，普遍認為有需要協助，且此部分比心理、社會支持都

高出許多。顯示這部份需立即給予主要照顧者協助。護理師會視病患的疾病及症狀，以及照顧者的體力、年齡、認知…然後給予適當的衛教。一次給予過多的指導，對照顧者而言負荷過重，效果反而不好。「案家他一開始就沒有做這樣子的習慣護理，那如果說一開始就要求他太多的話，那像有一些個案他可能有鼻胃管、尿管，那你又要再…又要再衛教他復健、翻身、沐浴，那可能對案家來講一次給他太多的衛教會使他比較不能負荷，所以我會比較針對於…就是說…他一天下來比如說他有放鼻胃管，那大致上他要注意幾個重點，然後就問他…喔…比如像翻身這個也很重要，然後可能在那個復健上面我可能就不去給他做特別的要求，我也會視個案的…個案本身他臨床的狀態，還有照顧者的體力，跟他的那個…年齡上的那個…認知去給他做一個衛教。」(B010) 護理師對於照顧者多會持肯定的看法，認為照顧者沒做好是因為不懂，或不了解正確的照護方式。「他做不到的時候，可能是因為他不懂，或者他當初從醫院出來的時候，醫院的護理人員並沒有衛教他，那他不了解。」(B010) 病人及照顧者的健康動機與合作態度，是居家自我照顧能否成功的重要因素。照顧者雖然不識字，但是肯學及合作的態度，及盡責的照顧病患的精神，就能維持良好的居家照顧品質，讓護理師給予正面肯定的評價。「…他對他爸爸是很盡責的，他沒有讀什麼書，他不識字，40 幾歲的人沒有讀書耶，很…現在這個社會是很少，他不識字，但是他就是說很認命的照顧他爸爸，有一點像大老粗這樣啦，可是他該做的他都會做，那現在這個…這個病人就是我很…我覺得在我的病人裡面還不錯的一個家屬，我有時候常常會舉例給其他的家屬聽，就是說雖然他不識字，他也不懂得，但你跟他教什麼照護技巧，他會學。」(A006) 觀察病患的外觀及生理狀況，傾聽照顧者的照顧方式和照顧問題，理解病患和照顧者的經濟環境和置身處境後，再給予適當的護理照顧指導。只要照顧者的照顧概念正確與專業相去不遠，護理師會尊重照顧者的照顧方式，不給予太多的修正。「…所以通常我一進去就是會先了解案家他的實際的一個經濟狀況…跟家庭成員的狀況…不是一進去開始霹靂啪啦的，就說一大堆的照護衛教，那可能就會變成

說…說了一大堆話，可是照顧者可能完全沒有辦法去履行…所以按照個案他照顧者的狀況，去做一個適當的衛教，我覺得是會比較實際。」(B006)居家照顧者非專業醫療人員，並且身處於一個複雜的家庭生態環境中，所以護理師對其照顧品質及策略的考慮會更為多方面、多角度的評估。Tanner 及 Benner (1993) 指出：傑出的護理是由專業的知識再加上對個案「獨特情況」之深入了解所組合而成的。

伍、醫療團隊進駐效益省思

把專業還給專業的觀念下，醫療團隊的介入減輕護理師許多的負擔，也讓案家得到更多的幫助。場域的位移，權力角色也跟者移轉。在醫院裡醫師扮演醫療主導的角色，但是在居家照顧的場域裡，護理師成為團隊介入居家照顧的主導者。醫療團隊介入居家照顧只能做點狀的介入，所以大多扮演著教育者的角色。實際照顧的執行，還是需要居家照顧者做知識的落實，和日常照顧的配合。因此病人及照顧者的健康照護動機，是跨專業團隊介入居家照顧成功與否的關鍵因素。當然成功的介入對居家照顧品質的提升有另一層面的效益。對病人及照顧者而言，問題的解決，及經濟成本的考量，是讓醫療團隊介入居家照顧的最大關鍵因素。因為物理治療師熱心的服務，案家不用額外的費用支出，所以案家很樂於物理治療師的介入。也開啓了長期照護管理中心對跨專業介入居家照顧的重視。「我們之前那個物理治療師很好，都願意和我們到案家，不用錢他也去，因為他沒結婚，後來他走了就沒人了，所以，我那段時間前幾年是做得不錯，就是我們物理治療師願意陪我出去，所以那段時間就是專業…跨專業有介入，介入那段時間，最後長照才得到資訊，大家才知道啊你一定要專業團隊，後來一直介入介入，變成說，現在藥師要介入，是這樣子出來的。」

(E003)護理師經由評估病人的需求後，並徵得家屬的意願，才能決定醫療團隊

介入的時機。「就是我自己經驗，我說如果我自己評估這個營養實在不好的話，我才會轉介給營養師。」(E003)保險的規範和給付的範疇，是專業人員介入居家照顧最大的因素。目前有給付的範疇是醫師及護士。醫師每二個月一次的居家訪視，對病患藥物的調整幫助最大。「醫師其實過去也會把它調整一些用藥，尤其像失智老人這麼多，然後日間幾乎是白天睡，晚上在鬧，嘿，一方面在給他做藥物的調整，我覺得也是…對家屬也是幫很大的忙。」(D014)

營養師的介入，協助評估病患的營養狀況，教導照顧者如何自行製作適當的飲食，及計算卡路里，並調整不足或過多的營養素攝取量。「只要他願意自製飲食的話，營養師都會現場看他們現有的東西，幫他們算過夠不夠，阿不夠再教怎麼做，要親自看他們家屬怎麼去做，我覺得這個家屬反應還不錯。」(D013)營養師現場教導及回覆示教的方式，讓家屬反應還不錯，獲得肯定的評價。復健師介入居家照顧，因為訪視時間的有限性，主要的功能在教導照顧者簡單的關節運動上。復健師的介入對案家而言，經濟上的負擔比較大，主要經費為各縣市政府不同的補助，所以案家自費部份會比較高。又礙於居家環境及設備的限制，復健成果有限。其實復健要有成效，是需要長期且密集的肢體運動，因此病人及照顧者的健康動機和自我照顧才是成效的關鍵所在。「唯一就是那個復建的部份，在家裡，我覺得成效，轉介的話，有，可是接受度一方面也不高，那我們近幾年來，嗯…真正派出去的才一、二位，然後他們接受他們去的話，也不是說…家屬也不滿意啦，因為沒什麼成效，這家人做的，真的是有限啦。」

(D013)對於自我照顧動機強的個案及照顧者而言，醫療團隊的介入，可以提供相關知識的補給，促發個案及照顧者由依賴走向獨立，滿足在家健康照顧的需求。但是若要完全依賴專業團隊提供人力的支援，例如復健師，礙於經濟成本的考量很難完全的落實。資源的提供代表著成本的付出。如何在最少的時間，有最大的產能，在講究成本效益的今天，是一個重要的課題。

藥劑師介入居家照顧，可以教導照顧者正確的用藥方式，及幫助照顧者對病人目前服用的藥物作用及副作用，做更進一步的了解。政府的用意和出發點很好，但是在案家的自覺需求性不高的情況下，加上居家訪視，人力成本的效益考量下，忙！工作量的沉重負擔讓服務受到限制，所以藥事服務還不那麼普及化。「藥師哪可能出去，自己醫院都忙不過來了，哪一家醫院會出去？我跟你講那天去聽xx醫院，不是報告說他們藥師去哪裡，那初訪阿…什麼評估藥物…，有一天我打去：『其實我們藥師哪有出去！我哪知他們私下報一報！』，我跟你講每一家都這樣子啦，你說哪一家，沒有錢的生意哪一家醫院願意做？長x醫院也做不成阿，像那個營養師他們怕得要死，他們自己醫院都這麼忙了。」(E004)

居家照顧服務員的介入，可以減輕照顧者許多的負擔。協助病人洗澡、清潔、運動是最常見的服務。護理師爲了提升照顧品質及減輕照顧者的壓力，大多都會進行轉介，但是並非每個案家都能夠接受。有些照顧者自認爲可以負荷照顧工作，不需要也不想要額外付費，讓陌生人來自宅幫忙。「我們就盡量啊，就盡量說問他說他需不需要居家服務的幫助，因為有些時候，病人家屬也是不知道是甚麼理由，就是覺得他們比較會拒絕居家服務啦厚，也不曉得是不是因為還要付自付的關係，或者是他覺得在…就是有另外一個陌生的人進到他們家，他們會覺得不習慣，還是覺得…嗯會害怕這樣子。」(C006) Twigg (1999, 2000)提出：外來正式專業人員進入，意味必需開放不同層級的隱私，家通常是關乎隱私、安全感與認同所在，甚至是自我的具體延伸。這兩者是具有衝突的。政府仿效國外完善的居家照顧服務體系，也爲全國人民創造良好的居家照顧服務系統。研究者認爲礙於台灣文化背景及知識水平的差異，照顧者要有高度的需求性及開放性，才會讓其他的醫療專業團隊照顧介入居家照顧。而居家護理師扮演一個需求促發者的重要角色。

陸、喘息與照顧經驗的交流

Medalie (1994) 形容身心俱疲又不受關注的照顧者為「隱藏性病人」(hidden patient, 引自劉梅君, 1997)。其照顧工作極具封閉性與侷限性, 因此照顧者普遍感到孤立、沮喪、挫折和憤怒。朋友和親戚可能因為對疾病的某些形式, 感到不自在, 而不再經常拜訪。照顧者擁有的人際關係非常貧乏, 正式服務的人成為社會接觸的替代品。(Wiles, 2003) 醫院為照顧者舉辦相關身心講座及舒壓的課程, 並做彼此照顧經驗的分享與聯誼, 不僅可以給照顧者調適身心的空間, 藉由具有相同處境的個體, 分享成功照顧經驗的歷程, 對彼此有共鳴及鼓舞士氣的作用, 使照顧者的自我要求能夠愈合乎實際, 並提供心理支持和喘息的空間, 也可以提升居家照顧品質。「記得我辦了…一年辦四場, 現在減到兩場, 我都是請醫生上課, 請那精神科醫師上…上家庭照顧者怎麼調解身心呀, 有一次我們自己出錢, 我們花了五千多塊錢, 請他們來聚會, 就是類似下午茶…那個阿嬤真的很榮幸, 後來來的時候就分享他的經驗, 講給大家聽, 因為裡面都是我的照顧者, 然後講講, 人家就說, 阿你怎麼這麼會照顧, 就是從他那邊學到很多經驗, 他也滿肯教的。」(E002)

團體外出郊遊的喘息活動, 讓照顧者有機會接觸大自然、呼吸新鮮空氣、做身心的放鬆。但是外出郊遊, 需要護理師一再的鼓勵與推動, 並協助安排照服員及其他家屬, 替換在家照顧病患的工作, 才能成行。喘息服務讓照顧者得到鬆一口氣的機會, 但是大部分的案家還是會放不開。必需有數位家屬的案家, 才比較有可能參與。因為單獨固定的照顧者會放不下, 且不易打破其固定的生活模式。「大部分會放不開啦, 所以我們都會評估大概家屬有好幾位的話才有可能, 不然他們有固定的照顧模式, 對啊, 都不太願意出去, 所以要一直鼓勵, 像去年我們就…真的是要很鼓勵他們…才出去。」(D023) 因為有相同的心

聲，參加活動的家屬們在一起遊玩、放鬆心情、彼此分享照顧經驗和偏方，是很好的交流方式。「會呀，就是希望大家聚在一起，有時候就點很輕鬆的走…就走馬看花嘛，大家吃飯都會聊天、家裡會照顧什麼人呢、啊有時候他會把他照顧的偏方啊，或者說你住哪裡，啊就大家聊開，我會覺得很好，對呀。」(D023)居家護理以「家」為一整體照顧單位，不僅照護病人的需求也要照護照顧者的需求。畢竟照顧者有健康的身心，才能提供病患更好的照護品質。

第二節 「溝通」與「陪伴」的關懷經驗

徐宗國(2001)的研究指出：護士工作原型是溝通、協調。有關於打針、發藥、護理評估、判斷等工作項目，其實都是藉由溝通、協調而完成的。更明確的說就是「應對人」、「處理事」、「控制場面」，是一種需要人際關係技巧的「情境管理」工作。而護士們本身對於護理工作的初步印象都以為是「照顧人」，然而工作日久，他們卻日漸體會到溝通、協調才是護士日常的工作內容(白秀娟，2004)。高、盧、葉及劉(1999)研究發現：對照顧者提供支持的來源以家人最多，不論是在情感或物質的支持方面。在情感支持方面，醫療人員佔第三位，可見照顧者長期處於封閉滯動的人際環境裡，醫護人員的短暫探訪，卻是照顧者獲得資訊與支持的一大資源。本節就內在、心理照護關懷面向做經驗的探討，包括：介入家庭溝通的難及成功的家庭溝通經驗，與陪伴、支持與接受，和臨終關懷—最後的道別。

壹、介入家庭溝通的難

研究者訪談中發現，護理師的挫折大多來自於介入案家時力不從心的無力感，且多屬於社會、心理面向。力不從心有三個面向，一、是沒有資源、能力與方法幫助病患與案家，例如：憂鬱情緒、經濟問題、人力問題…有些處於中低收入邊緣的案家或社服補助不足者，及棘手的家庭問題。二、是無從介入、沒有途徑，來自於家屬動機不足、漠視與疏離。三、是介入無效，家屬不合作、不配合、可能來自於僵固的觀念、家庭文化內在脈動的影響或照顧者與病患的情感因素。心理衛生與家庭溝通目前尚無社福專業人員的介入，社會大眾對護理師又有這方面的期許，自然成為居家護理師的工作職責之一。徐宗國（2001）的研究指出：護士工作原型是溝通、協調。臨床上雖然護理師介入家庭協調與溝通，但是往往成效不彰。護理師缺乏相關的協助與支持，挫折感重形成惡性循環。生理上的護理照護介入最容易得到成效，正確照護觀念的介入次之，而家庭的溝通與協調的介入，被視為護理以外的行為，最為困難。

護理師會用親切的態度，和照顧者做第一類的接觸，並藉由和照顧者的言語談話中，去發掘他的需求和困難點。「就都面帶笑容啊，然後就跟他們講啊，然後就先家屬的困難先抓到，啊你是…你現在打這個電話是擔心什麼，你要先了解，我覺得溝通…護理人員跟病患跟家屬在溝通上的問題…很重要。」(E051) 溝通不只是言語上的交流，眼神往往會流洩出內心的情緒和需求。肢體上無意識的動作，有時候更可以傳遞出真正的意圖和感受。愛管閒事，成為居家護理師自認為發掘案家困難與需求的特質。「因為你到一個案家，你去的時候，那種感受…我不曉得，我第一眼就會看家屬的眼神，先去瞭解狀況，我覺得居家護理師有一點就是說…比如說你進去不是只有換管子，把病人換完而已，你要包括他的家人、包括所有的困難點要掌握，我可能愛管閒事…你要看情況，有的

你管太多，有的家屬不太願意讓你管。」(E054) 對於處在大家庭的病人，由於家屬輪流照顧病患，很容易產生彼此比較，和抱怨工作分擔的不均及責任的歸屬。「我說妯娌輪流照顧嘛，大嫂的老公在家裡從來不介入，因為有些男的大男人主義啊，所以大嫂常跟我抱怨『我小叔都會幫忙…啊我老公就是罵啊…我跟他說擦一擦，他就不要幫忙，我也沒辦法。』所以她自己承擔啊。」(E022) 護理師體恤照顧者的辛苦，幫忙協助介入協調，與照顧者的先生溝通分擔照顧的工作，但是案主以上班為由，拒絕接收他人的意見。「有，講過，沒效…有聽到他先生來，我就說：『你要不要試著幫幫你太太…她也很辛苦啊！』他說：『我要上班啊沒時間…我太太照顧就可以了！』他就給你回覆這樣子，我跟你講，有時候我們真的，有時候頭次進去跟他衛教，他不見得…，像我們醫生有時候介入，他們也不見得接受。」(E023) 護理師要介入家庭的人際溝通、協調，效益有限。不是單方面可以去成就的事情，介入的角色和技巧，大多以旁敲側擊的委婉方式進行。有些家庭糾紛的情形，已經影響到病人的照顧權益和品質。護理師轉介社工介入調解，但是社工要家屬有意願到醫院才能做協調，形成家屬不願意去，社工也不願意來的窘境。最後還是愛管閒事的護理師，自己想辦法找時間介入家庭的溝通與協調工作。「介入家庭裡面，曾經我想說本來找我們社工師啊，結果社工師告訴我說，這個家庭你可能要找他們來談，後來家屬又一直不願意來醫院，因為我們社工不肯去他們家，因為社工要在醫院才能跟你談嘛，後來就我想說也麻煩，後來就自己在家裡跟他們談，就說你這個…這個病人…這樣子的話，因為很多家屬都是遺棄的，可是有些家屬他很不願意參與，要全部到的話都很困難，就等於說有三分之一大概就已經 OK 了，我就稍微有跟他們談一下這東西。」(E032) 賴豐美(1996)的研究提出：護理人員應以家庭為一個單位，提供護理照顧行為。在照顧者家庭中應扮演溝通者的角色，協助家庭間人際的溝通，統籌運用家庭支持系統，協助家屬彼此分擔照顧的負擔，使主要照顧者能有獨力的空間與時間，維持適當的社交娛樂，使照顧者免於感到孤立無援。然而錯綜複雜的家庭問題的形成不是一朝半夕，當然問題的排解

也非一蹴可及。護理師雖然有心介入協調與溝通，但是家家有本難念的經。基於不同家屬的個體性差異，及相關的情感因素影響，成果效益有限。對家庭而言護理師是一個局外人、外來者，「非關護理」的行動容易遭到家屬的反感。

貳、成功的家庭溝通經驗

高、盧、葉及劉（1999）研究發現：對照顧者提供支持的來源以家人最多，不論是在情感或物質的支持方面。在情感支持方面，醫療人員佔第三位，可見照顧者長期處於封閉滯動的人際環境裡，醫護人員的短暫探訪，卻是照顧者獲得資訊與支持的一大資源。由於居家護理師長期協助案家所需資源的成功轉介，於是成為照顧者的心理支持對象，因此照顧者會對護理師哭訴家庭的糾紛，並尋求支持與協助。「…因為他們家重男輕女，後來弟弟好像要把這房子貸了，然後就娶越南新娘…就花四十萬…結果姐姐就不太高興，到過年的時候就跟媽媽大吵大鬧，斷絕母子間的關係，從此以後就再也沒回來，他妹妹也是，就是因為…就是為了遺產還是什麼…就是不公平的意思…後來媽媽就為了這樣子哭哭啼啼，一直跟我哭，我常去他們家嘛，然後去給他找一些資源去，就是算…我是算他…等於說人力一個啦，就是支持對象，他如果面臨到困難，他會打電話給我…」(E057) 照顧者因為出資幫兒子娶外籍新娘，一方面可以協助分擔照顧病人的工作。但是病人的女兒們，因為過去案家重男輕女長期心理不平衡的累積，不諒解媽媽的作法，於是斷絕母子關係。幾次約談姐妹都無意願前來，直到父親狀況不好時才有機會溝通。「她就跟我說：『我女兒跟我斷絕來往』…之後我要約談他們二個姐妹，然後姐妹都不願意談，就約談不來…之後有約談，最主要是他爸爸情況太不好的時候，我就跟他講說：『你爸爸都這樣子要走了喔，你不要因為這樣造成…媽媽也是負擔很大，而且也很難過。』就跟他講講，講了以後…後來她說：『我們也不是說為了這個啦，有時後覺得媽媽也很

偏心啦…」然後之後那媽媽也在場，媽媽說其實這麼偏心那是早期，但是他們印象一直到現在…後來就這樣子，雙方溝通之後，就為了這個病人，因為爸爸就要走了嘛，大家都知道情況也不好，這家屬，後來就談開了之後，那個母女就漸漸感情又比較緩起來，就不會說那麼…頭先說都沒回來，後來之後有回來。」

(E059)護理師透過對案家的瞭解，以客觀的角度分析照顧者的心境及難處，以及照顧病人責任的用心與分擔的義務，循循善誘希望案女能夠理解彼此的苦心。家庭的溝通與協調不是護理師單方面可以介入的行為，需要已經建立良好的信任關係，及案家願意打開心房，才有介入的契機。這一次護理師能夠成功的介入案家的家庭糾紛排解，來自於長期的心理支持和資源的協助所建立的信任感。俗話說：「清官難斷家務事」，介入案家的家庭糾紛，需要很大的勇氣和不畏挫敗的信念。如同護理師自嘲的說法，要有愛管閒事的雞婆特質，才能協助案家解決問題，滿足需求。

叁、心理支持與同在陪伴

Watson 的十大照護關懷因素---允許存在與現象之力量：不刻意的介入，同在地陪伴與理解，讓現象自然的流出。透過對現象的呈述與離析，觸發人類存在的意義與價值（葉莉莉，1992）。面對不可逃離的疾病現象，無法改變現況，讓我們有挫折感。人的無力感來自於想要推動，接受當下的現況，或許是開啓另一扇窗的關鍵。「癱瘓」讓個案失去舊有的自我。在新的自我未形成前，舊有自我的剝落，讓個案回到原初的樣態。照顧者的退縮來自於想要去除或擺脫的情境。病苦和死亡是塵世的必然。當願意面對這個生命的現實，心靈的溝通才得以開啓。

「…陪伴她走過心靈的這個…就是一個很黑暗的幽谷的時候，我覺得不在

於就是說我們指導者講了什麼話，而是在於說患者就個案本身，她本身其實經歷那個生病的那個過程是起起伏伏的…她可能就是說一陣子她就情緒很高昂，會跟你講一些…一些理想，講一些計劃，可是過一陣子她可能就…她可能陷入情緒的低潮，那可能就又很容易傷感，那可能跟她問了一個什麼話或者跟她講了一個什麼，她可能就又會流眼淚，那也會講出她心裡的…心理的挫折，那我會覺得說在這方面我覺得就是說，我沒有辦法做到…去輔導她從這個幽暗的陰谷裡走出來…」(B013)護理的關懷照護不只是「給」和「做」的行為，「陪伴」、「促發」、「接受」反而是先於給與做。Watson 的關懷照護因素中，促進並接受對正負向感受的表達，說明了分享彼此的感受是一種頗具威脅性的經驗。所以護理師必須準備自己去接受個案可能傳達的負向感受。

Conrad 認為醫療對於慢性病患者而言已經成為生活中的一部份，病人的角色扮演有時候只佔生活中極少的部份。由於身體與疾病的長期接觸與熟悉，對自身身體與醫療也越有自信，也多不會完全遵照醫囑。「其實他們患病多年之後他們都會有自己一套照顧的知識跟概念，他並不接受我們居家護理師的指導，我…這個我也是…我手上有許多脊髓損傷的個案，我也感覺脊髓損傷個案在醫療的服從性上很低，因為他們…等於是久病，俗話講的久病成良醫嘛。」(B014)由於慢性病患對自身身體與疾病有一長期的了解與認識，對於醫療體系運作的熟悉以及長期吸收來自各種不同管道的疾病相關訊息，病患會發展出一套自我看待身體與及疾病獨有方式，尤其是脊椎損傷的病患。「…每個人對自己疾病的感受性還有當他發生狀況的時候有自己的解釋，比如說他的尿管阻塞了，尿出不來，那他會有一些神經的反射，比如說有些人可能就冒冷汗，那有些人就頭痛，那有些人可能就是全身不舒服，講不出來，那這會因為他們每個人受傷的部位不同而有不同的表現，像在這樣的情況之下，他們就是主觀的認為他們要怎麼做，比如說有些人就會認為…我現在這個樣子就是尿管有問題，我就是一定要換尿管…」(B014)有些病人對於療程會調整出一套自我治療的方式。而這

些方式有時候與醫囑並不相符，卻往往是病患親身實驗所拿捏出的奉行原則(林文源，1988)。因此護理師在醫療照護的專業領域介入就遇到了困境，成為 by 病人 order 的換管護士。尊重與必要的妥協考驗著護理師的智慧，心理的支持與關懷陪伴成為替代的照護焦點。「甚至他們可能是自己買藥…因為他們知道自己的狀況，自己買藥來吃，就是種種的這些都…他不是按照我們護理人員的指導去從事居家的照顧，而是以他自己的生病的經驗來照顧他自己，然後變成我們只是一個換管的護士，所以我覺得對脊髓損傷患者來講，我覺得我…就是說…我在做為一個居家護理師的功能上是比較弱的…我也會儘量去做心理上的支持與輔導。」(B014) 因需求性的不同，可提供的服務內容就有所差異，可介入的範圍也有所限制。對於自主性強，有多年的患病經驗的病患，醫病模式已從主動---被動型(完全聽任醫療人員處理)轉變為相互參照型(能針對議題與醫護人員討論並參與其疾病治療過程)，甚至凌駕於醫護人員之上，有自己的一套照護準則，誰也無法變動。功能性的護理是有形的照護層面，然而心理支持與同在的陪伴是無形的照護面相。

肆、臨終關懷—最後的道別

視病猶親的護病關係，並非一個理想，在一位居家護理師身上，我確實感受到了。雖然病人已往生，仍發自內心的主動關懷，給她最後一個道別。參加病人的喪禮並非工作的職責與內容，但是護理師基於個人對病人的情感關係，只要她照顧過的病人，不管是不是植物人，都會去和他做最後一個道別。她覺得自己能夠做到這一層。「你說那個喪禮哦，喪禮是因為我跟這個病人，跟家屬是其次啦，我是認為說，最後一個給他道別吧，我是感覺我能做到這一層拉。其實我覺得說，可能是我比較有感情，有那種…我不曉得病人，有的病人都植物人阿，他不知道感受怎麼樣，是我自己感覺。」(E011) 護病關係不因病人的

往生而結束，護理師對於病人家屬的喪親關懷仍然持續著…居家護理的護病關係不限於病人，而是整個案家，所以雖然病人已往生，護理師發覺家屬的需要時，仍會適當的給予協助和關懷。與她一起面對與走過喪親的哀傷過程。「…道別的時候他太太就哭倒，整個昏倒…後來一直到病人送到火葬那邊，就給他太太稍微安慰，後來事隔大概一個月以後，他太太情緒有比較好，但是還沒辦法去忘懷他那個老公，後來之後，事隔三個月他慢慢有調適，還是可以振作，因為他太太是會開車，也很辛苦有找到工作，就這段時間調適，只是他調適的比較久，大概也要到一年，因為他沒辦法忘記她先生…」(E013)居家護理因為工作性質使然，和案家往往建立起朋友的關係。所以工作內容常常超越職責的範疇。因為置身處境、感同身受，所以對病人和家屬就會盡其所能的提供協助。當然每個護理師的人格特質不同，並非所有的護理師，都會對他所照顧的病人做最後的道別。對於這樣的心境層次我們給予讚賞與肯定，對於所有居家護理師對病人及案家所做的護理介入措施，我們也給予肯定。

第三節 護病關係的探討

居家護理工作是深入人際間的互動工作，所接觸的個體性差異比醫院臨床上更為廣泛，所以更是一門艱深的藝術。研究者訪談中發現，居家護理師與病患和照顧者的關係大致都良好，只有少數較不友善或較固執的家屬會有不愉悅的感受，但是大致都能維持良好的護病互動。亞隆說：「心理治療中真正重要的不是觀念、工具、洞見，而是關係。」護理雖然不是心理治療，但是全人的身、心、靈照護卻已說明了心理支持與關係的重要性。關係和關懷的介入脫離不了干係，關懷是照護的核心，它是護理的靈魂，它給予護理生命，讓護理得以成長，它啓蒙照護的意義與價值。醫療都是將「視病猶親」作為一個全人的目標，

然而更多的關懷特質摻入，提升醫療的品質，才能真正的達到「視病猶親」的目標。當代護理學家 Watson 將護理學看成是「關懷的哲學與科學」，並為之建構理論。本節就利他的護病關係、朋友的護病關係、局外人的處境、關懷是無私的德性做護病關係的探討。

壹、利他的護病關係

護病關係的界線、範疇、深度如何拿捏？是一門藝術。人是有機的個體，是變異性的存在樣態，所以護病間的互動與距離的遠近權衡，因病人及案家的個體性而有所不同。居家護理工作是利他存有或利己存有的樣態，影響著護病關係的建立與延續。同體共在與置身處境的理解，是利他存有樣態的展現。而利己存有樣態遮蔽了聯結的可能性，也切斷了照護介入的契機。「建立關係第一步就是你一定要，你一定就是要讓他覺得你是善意的，有的家屬會覺得你是來賺錢的哦，那你一定要是說讓他覺得你是要來幫助他的，你不要讓她覺得你是來賺錢的，阿你的關係建立就很重要，就是說你的擺出來的態…講話的口氣跟這個態度，是很重要。（A018）」護理師善意、助人、利他的心態，是開啓護病關係的第一步。有時候照顧者會覺得你是來賺錢的，是一種利己的心態。這種失之毫釐差之千里的微妙感覺，影響著護理師介入居家照顧的效益。護病間的互動關係，如果沒有生命的投入與情感的流動，就流於制式化與表面化。以護病關係而言，情感投注的多寡就形成了護病關係的層次類別。

一個下半身癱瘓的病患罹患憂鬱症，獨居狀態的她曾經一度想要自殺，因為照服員和居家護理師的介入讓病患生活上多了一個照應和幫手，生活中的關懷照護和心理支持，讓病患表示放棄了自殺的念頭。「…他曾經一直很想自殺，可是因為我去接觸了他，讓他在生活上有了我的協助跟照應，他一個兒子在坐

牢，那一個兒子是國家軍人，所以平常等於說他是獨居啦，然後再加上居家…居家服務員，就這樣，後來又加上我的介入，就使得他…就是說在生活的照應上又多了我一個幫手，所以他就覺得說，我雖然一個月是去二次，可是可能在跟他這樣的…一個衛教跟那個…關懷的談話當中，他也…就是說放棄了想要自殺的念頭，曾經就是說這個是我的一個比較大的成就感…」(B015) 護理師透過對他人的施予、服務、關懷，此種利他的護病關係建立，擴展對自己的認識，並得到成就感與滿足感。

另一方面，護理師對病患及照顧者置身處境的理解，以及需求的看見與滿足。適時提供醫療訊息的協助，與心理的支持與關懷，開啓了病患及照顧者對護理師的信任與依賴。也為良好的護病關係帶來卓越的成效。「我經常跟她電話關懷，比如她去住院，我一定追蹤，一定三天兩頭就追蹤…她只有一個女兒嘛…一些鄰居啦，他們眷村的鄰居很好，就是鄰居會幫她忙，但是她真正的資訊還是要靠我們，如果她媽媽去住院，她六神無主的時候，她就一定會打電話來給我…而且我會不定時的去注意她…」(A010) 照顧者能感受護理師的用心，所以投書去衛生局感謝護理師的照護，護理師不僅是照顧者問題的諮詢者，更是情感上的支持者。「就上次她投書到衛生局的那一位，感謝我們的就是她，她是真的我下很多功夫，她媽媽只要一個什麼進展，或者醫生跟她講什麼，她一定馬上打來問我說，那她現在要怎麼做決定，那當然我不會去替她做決定，我們基本上不去替別人做任何決定，但是我會分析原因給她聽，所以她這一路走來，她非常感激我們，縱然她媽媽現在往生了。」(A010) 護理師的同感心與不間斷的關懷，成為照顧者照護上及心理上的支持來源。然而照顧者對護理師的肯定與感謝，是良好護病關係的回饋與收穫。在利他的護病關係裡，使護理師對病患的置身處境得以被看見，讓關懷介入照護的過程中，深化了居家護理照護的內涵。Watson 深信護理所應走的終極方向，便是結合科學與人文知識於治療性的互動關係中，在居家護理的利他關係裡我們得以看見被實踐。她相信人

文藝術是提供整體性照顧所不可缺少的，因為只有透過人文知識才能加深人們心靈的深度與廣度。

貳、朋友的護病關係

護病關係因長期互動的持續，當朋友關係參入了護病關係，護病之間不再是純粹的醫護與病患的互動。護病之間不再彼此陌生，而是彼此熟識。在此狀況下，彼此之間會共享著某層面的生活世界，而個人的類別角色會為個人的個體性所取代，因此護病互動過程中的程序規則，也會常因此而無法維繫（吳志鴻，2009）。從護病關係變成朋友關係後，生活上的協助變多了，也許會有小小的困擾，但是在沒有佔據太多的時間下，護理師仍能盡其所能的提供幫助。「…變成就是說我們跟他建立了一個…一個關係之後，變得…變得就是說從醫病關係變成朋友關係了，那這個也會是一個困擾，就是說變成說他在生活上或就醫上他有困難的時候，他找不到人的時候他變成會請我們去幫忙，那當然這個幫忙並沒有佔用我們很多時間，我可以做得到我就去幫他，就可能協助他到醫院去，或甚至他到了住院之後那可能我就去幫他回家去拿東西啦，或者甚至到醫院做一個簡單的…的一個…比如說他可能要請我幫他買什麼啦或請我幫他做什麼這樣子…就是生活上的協助…就是奔跑幫他…就是說處理一下，所以說這個病人他就跟我變成…就是說變成像…好像朋友這樣。」（B015）在醫療場所中因「病」結合的護病關係，在長期關係的維持之下，發展出舊識朋友關係，使雙方同時共存著醫病關係與朋友關係。醫病關係的類型進入到親密---互動型又稱摯友型，兩者非單純的供給與需求的互動已超越護病關係，如經年好友、不分彼此。這樣的關係雖然護理師表示會帶來部份的困擾，但是利他的精神價值，及個人能力範圍所及的生活態度，並不影響個體性的扮演與發展。

護理師對於自己照護的個案，有自我歸屬感的想法，覺得是自己的責任。

即使非上班時間，仍盡可能提供案家所需要的協助。居家護理對護理師而言不只是一份工作，而是一種對個體存有的關懷。「他打給我的話，有困難我就去看他先生啊，就騎摩托車就過去啦，有時間我一定要抽出時間，我大部分有家屬找我，我說我儘量找時間，但是我不會說不管他，嗯是這樣子，後來我就去，有需要我就過去，沒需要我就電話中跟他聊。」(E058) 星期假日也是盡量能去看就去看，有時候和小孩在公園玩時，電話一來在附近的就順道上去，護理師雖然帶著孩子，但心想也是給孩子一個生命教育的機會。護理師認為能做得到的範圍就會盡可能的去做，但是如果負荷太過，例如距離太遠就不會去。「能夠過去就過去，甚至不是管路的問題，有時候他是撞到啦，或在哪邊出現了壓瘡啦，或者他很不舒服啦，所以能回答就回答，能去看的就過去看。呵，有時候在公園玩玩，他家就在旁邊，就說不舒服啊怎麼樣，就順道上去，就給孩子一個…當作一個生命教育。嗯…我是覺得我可以做，如果真的在外面玩還有一段距離的話，我就不會去，如果我覺得可以的話我就儘量過去，嗯」(D027) 護理師因為對自己個案的責任感，所以沒有所謂值不值班的問題。24 小時手機開機服務，讓案家可以找到資源，通常先電話處理個案遇到的問題，平常晚上不訪視，如果個案可以等，就隔天早上第一個跑，不然就請他們送急診處理。緊急狀況多是管路滑脫的問題。但是面對家屬困境陳述，讓護理師感同身受他們所面對的「苦」與「難」，所以即使半夜一點，心有掙扎，但是想到他們的困境，仍然會冒險出門，為病人解決問題。病患臨時狀況的處置，成為護理師額外不得不做的工作負擔。

叁、局外人的處境

主客的對峙轉換來自於場域的移轉。場域的移轉也帶動權力的改變，醫療院所的公共場域，遮蔽了病患和照顧者的支配控制權。離開醫療院所，處於病

患的在宅場域裡，照顧者及病患的自主控制權得以被開顯。護理師面對病患和照顧者自主權力的擴增，要介入居家照顧的工作內涵，必須與醫療院所的模式有所差異。在醫療院所裡護理師扮演著主人的角色，病患及照顧者是為滿足其需求而主動到來求診，所以病患及照顧者對醫院及護理師會有一定程度的了解與信任。然而在病人的住宅裡，病患及照顧者扮演著主人的角色，而護理師扮演訪客的角色，為滿足病患的需求而來到案家。因此案家對護理師會有陌生感，有時還會對其醫療專業的能力存疑。「第一次的收案狀況，家屬…因為其實我們走到現在，我們知道說其實家屬對我們這種居家護理師介進去厚，他的第一次他…他的信任度是很重要，他其實對我們一開始是存疑的，就是看你怎麼去…第一次你怎麼去建立到你自己的專業度、你的自信度。」(A002)

照顧者對於護理師的衛教存疑、不相信、以及不置可否的態度，讓護理師倍感挫折感。有一些照顧者很執著，只相信大醫院的醫生講的話，即使一連三番求證都無誤，但是對於護理師的專業還是持著保留的態度。照顧者對專業權威偶像的迷失，成為居家護理師介入居家照顧的絆腳石。苦口婆心不斷的遊說才能改變照顧者的照顧方式。置身於護病關係中護理師自認已和病患及照顧者成為一體關係。對於照顧者排他的對應互動，只聽從外人講的意見，讓護理師有很深的挫折感。關係的不對等遮蔽了照護介入的途徑。「其實他給我很大的挫折就是說，為什麼我講的他都不相信，反而是外人講的她才相信，我其實花在他身上很多，我也想辦法去幫他募病床、募氣墊床，有什麼資源我也會跟他講，像喘息服務我也跟他講，可是我覺得她都是要自己去找，我也跟他講說社會局你可以申請那種…那種短期的那種救助金，他也不要，反正什麼都不要就對了啦，我也覺得很奇怪，自尊心那麼強做什麼咧。」(A013) 我們強調照護者要關切病人的身心靈，而病患卻認為專業的照護才是最重要的。這樣的認知差距，應該說是醫療人員在表現專業照護時，是否能與被照護者的要求一致，也就是在臨床上應該評估與了解病患的需求，給予適切的關懷，讓病患知道並非

只需要專業照護，更要同時有心靈的照護，才算是一個整體或全人的照護(吳志鴻，1999)。

家屬對醫護人員的不信任與不尊重態度，讓醫護人員感到專業角色的權威與認同度被貶低。尤其是輕視與責罵及拒絕醫師訪視。「要最惡劣的就是，還有我們去，甚至就是我們邊做邊罵，有時候我們抽血，非常難抽，抽不到，然後他的兒子就在旁邊，就說：『阿你怎那麼笨拙啊』、『阿醫院就不會這樣，你來我家還抽了好幾次』。阿不然就是醫生到家了，他認為醫生你來幫不上忙，嘿，『你不需要來，可不可以護士來就好。』(D004) 照顧者心理壓力的負荷會影響對個案照顧的整體表現，進而感染對週遭人事的應對關係，抱怨、生氣、大聲、指責、情緒不穩定，成為照顧者壓力噴洩的方式。護理師的居家照顧介入自然容易成為魚禍之殃。雖然護理師能體諒家屬中年失業的經濟困境，及其他家庭成員的冷漠、疏離、不介入態度，理解照顧者一個人承受照顧壓力的感受。然而退縮卻是人之常情的直接反應。「嗯…我覺得是一個家屬的一個壓力，他長久照顧下來本身他自己的情緒不是很穩定，他潛在的壓力其實很明顯看的出來，很容易抱怨，很容易生氣，講話比較大聲，其實我們都可以理解…」

(D016)對於案家不尊重醫護人員的態度，護理師仍會產生退縮的心態，想要轉介給其他的護理所來提供照護。然而面臨案家沒有護理師退場的意願時，護理師再次面對要退還退不掉的窘境。「我不須要醫生，就要你換管，啊，換管然後追蹤採檢體，檢體不好抽，他就會說，你的技術怎麼這麼差…聽起來感覺就不是很好，那我們也表明說，那如果你認為說，我們不是很好的話，是不是要幫你轉介到其它居家護理所，那他又說，那不用啦，沒關係，你繼續來，所以要退還退不掉，呵。」(D016)醫病的認知差距，造成關係的衝突與對立狀態。護理師認為當家屬的照護動機不足時，護理師只能成為家屬心中的換管工具，而有限的介入使得照護關係呈現制式的護病關係互動，無法深入。「跟照顧者建立關係…要看看這個照顧者對病人用不用心，如果用心的話，那個關係建立的很

快，如果他只是把你當作只是來換管子的話，那關係是很難建立的，你對他來講只是工具，那他對你來講只是工作，就是這樣。」(F005)徐國宗(2001)的研究指出：護士的工作原型是應對人、處理事、控制場面。是一種需要人際關係技巧的「情境管理」工作。護病關係無法單向的建立，面對封閉、不友善的家屬護理師也無可奈何，維持醫療上制式的護病互動，承認局外人的情境成爲不得不接受的事實。

肆、關懷是無私的德性

當家屬講話不客氣，態度比較不好，認爲護理師的服務是理所當然的，讓護理師會有種傭人般的感覺。「…家屬的態度不好，講話態度不好，覺得你好像理所當然，你好像他們的傭人，有時候講話起來…有的人講話就是比較不客氣。」(C013)當家屬有不合理的要求時，護理師心理會不平衡、不高興、不想去…心裡也會想不賺這個錢總可以吧，但是另一方面又想家屬也許就是需要你的幫忙，才會要你去，當護病關係淪爲利益供需形式時，會讓護理師不想提供服務，但當護病關係是利他的關懷價值時，又會體恤病人及家屬的需求。「譬如說他 NG 現在不通，我請他去通通看，他現在又可以通了，可是他叫你現在就馬上過來看。那我就說：『它不是已經通了嗎？』可是他說：『你還是過來看看好了，我還是覺得不太保險』。對啊，你就覺得這有點不太合理，可是有時候會覺得，人家就是需要你才會這樣子講啊。我有時候會講說，給他拖一拖時間，我不會馬上去。有時候心裡會不大高興，不想去，有時候不想賺這個錢，總可以吧。有時候啦，可是你是心裡想一想而已啦。」(C013)關係是人與人之間互動下的產物及樣態。因此關係兩端的個體性都扮演非常的重要角色。案家對醫護人員不尊重的態度，讓護病關係的建立很難深入，只能維持在表面的醫療需求

供給層面。由於個案及照顧者的個體性差異，護理師必須面對不同的互動情境。因此居家護理師的人格特質成爲關係建立的重要因素。護理師的類別化角色也許會掩蓋個體性的呈現，但無法抹滅自我個體性的存在。雖然心裡存有不平衡的吶喊，往往在發洩後仍繼續下一個護病關係的挑戰。

在醫療上的關懷，做哲學上的反思，關懷的初始有部分奉獻的元素，在道德的實踐上是一種無私的行爲，但是在臨床的實踐上卻是發生困難的。例如：我們以利他的關懷在對病人照護時，卻常因病人的刁難，而失去耐性，而產生抱怨。這些困難的情況，醫護人員產生這樣的情緒，是人之所以爲人都會有的。但是不可以修正或泯滅他們一開始所具備的無私關懷之精神，因爲他們都是在完成他自我生命的實現：幫助他人（吳志鴻，2009）。「我是之前覺得有時候喔，病人如果管子掉了，我以前會覺得很煩，可是後來我會覺得，他們就是不知道怎麼辦才會叫你啊，為什麼你會覺得很不那個呢，所以我後來就比較不覺得…他們叫我的話，我會覺得心裡不舒服或覺得沒事幹嘛叫我，我會比較將心比心。」（C010）對於病人臨時突發狀況的發生，因爲不是預定的訪視行程，護理師表示工作初期會覺得很煩，但是經過自我心理調適後，知道案家無能爲力的情形，將心比心的體悟下，心理的不舒服感覺就比較淡化了。盧蘇偉表示「愛」是片刻的流動經驗，但無法充斥生命的全部。護理關懷也是如此，是流動的不是單向的，關懷照護是片刻的，但無法充填工作的全部。那片刻的關懷是無私的，我們給予肯定並且珍惜。

第四節 附加價值與收獲

護理師的工作價值取向，影響護理品質的發生。對於照護經驗的內在感受體悟，有助於提升工作價值的內涵，豐厚工作與生命的滿實感。訪談中儘管並非每位居家護理師都把居家護理工作當作神聖不後悔的志業，但是每位護理師都表示這是一份助人的工作，並對於病人及家屬的感謝與回饋感到有價值的。她們在工作上的努力和付出都是值得讚許的。英護理師因為投入深入後，因此找到自己的興趣和志向，並把居家護理工作提升為終身志業。英護理師的護理精神雖是個案，但是值得呈現，做為護理人員學習的榜樣。

壹、助人為快樂之本

護理師的成就感，來自於成功的幫助病患或案家解決問題及得到需要的協助，有效的介入讓護理師感受到工作的價值與快樂。大部分的護理師覺得這是一份助人的工作，並且以這樣的工作為傲。本研究與陳（2004）的居家護理人員工作滿意度及相關因素之探討中指出：居家護理人員內在價值越高，工作滿意度越高，是相互呼應的。

Watson 的十個關懷照護因素中第一個就是，形成人性---利他之價值體系：他表示人性利他之價值體系，通常在人類生命的早期經驗中即已習得。然而透過護理教育，仍可深深影響。此因素描述個體如何透過對他人的施予、服務以及擴展對自己的認識得到滿足感。需要資源的案家透過護理師的穿針引線，得到醫材的協助後，受贈者對贈與者心懷感恩，並延續到過年時節。其主動拜年並感謝的行為，讓護理師感覺自己的付出沒有白費，也讓贈與者對醫材的去處

有所了解。對於這樣的回饋感到很窩心、很感動、很快樂。「這一次，過年後我去換管子，他跟我講說：『林小姐，我跟你講厚，我有打電話去給那個吳先生』，我說：『阿？…給哪個吳先生？』他說：『啊就是那個氣墊床的』，喔，我聽了我好感動、我好窩心，我覺得說你讓我這個事情從中間幫你們穿針引線這個事情，讓我覺得沒有白費，因為我也希望對方不要覺得我好像是去污人家一個氣墊床，那你感念在心，你覺得人家捐贈了你一個全新的氣墊床你還知道懂得去打電話去感謝，跟人家拜年…所以我覺得說在無形中，家屬這樣跟我講，我也覺得我很快樂，因為他自己去拜年。」(A021) 護理師表示能夠盡力滿足案家的需求，幫他們解決問題，病人和照顧者快樂，自己也會很快樂。雖然許多的服務都是額外的心力，沒有健保給付。但是感覺自己好像是在做志工，幫助他人，不像是一份工作。「我覺得能幫助別人，真的是…家屬感激我們，其實相對我們也得到…我們也是會…怎麼講…他們快樂我們也快樂，那在心境上就比較…感覺我好像在幫助人家，不覺得是一個工作啦，嗯。就是像可以當一個志工那樣，嗯，有時候人家私底下已經…就已經超過健保給付了，那我覺得我能夠做的，我就儘量過去幫他們做，也不希望他們增加額外的負擔」(D024) 透過居家護理工作接觸不同的案家，護理師感覺到自己擁有很多，更生起付出的心態。每一次協助案家解決問題，不為利益而去工作，讓自己得到助人的快樂。「透過這樣的一個居家的照顧，我不僅去關懷到個案跟他的這一家人的狀況，我也回歸到去反省自己，那尤其最重要就是說反省到自己擁有很多，然後呢會覺得說想要去付出，就是說這個付出…就是說我們不會因為我對這個案家有了協助而感到驕傲，而是會很高興就是說我們幫助他解決了一次的困難，不管他每一次的…就是說他每一次的呼叫我們的這種服務，我們會也感到一個高興，就是說我們真的達到了一個助人的目的，而不是為了利益而去做這個工作。」(B031) 對許多的居家護理師而言，工作的價值來自於自己的付出，能夠解決病人及案家的問題，並使他人獲得所需的助益。當工作的意義，提升為助人的層次，無形中豐厚了工作的內涵。

貳、功德與福報

一份利他的情懷與悲憫之心的觸動，讓居家護理師的工作角色更人性化。真誠的對待關係，來自於不求回報的服務助人心態。護理師認為利他的助人情懷不一定會獲得立即的報酬，但是無形中所回報與收獲，可能更勝於此，非金錢可以計價衡量。「我覺得居家護理師要有很多同情心，一定要具備這種同情心，因為我覺得，你無形中其實你做了，你有了這個同情心，你做了對家屬，對病人做了一些無形中，佛教講的嘛，你一定會有回…你一定會報在你自己身上，但是我相信你獲得了，應該會更多啦，我覺得啦，你應該會更坦蕩蕩的，走完你這一生，你幫助過很多人，你也許你不求回報，基本上像我不求他回報我什麼，但是我覺得，你這樣子做的時候，你跟家屬也是建立一個關係出來了，因為家屬覺得，你真誠在對待，妳真誠的在幫助他。」(A016)從事居家護理工作後，居家護理師認為自己比過去更有能力去幫助他人，且更有機會幫助更多的人，並且很願意這樣做。感覺自己是在做善事、也為自己及下一代積福報。「那我如果能幫助人我就盡量幫助人，雖然我這輩子我確信我沒有做過任何壞事，阿但是你說我有沒有去幫助很多人，沒有，阿但是現在我可以有能力去幫助很多病人、幫助很多家屬，那我願意這樣去做，我覺得可能觀念上會有影響到，居家護理這方面有影響到，讓我覺得說我現在可能去幫助更多的病人或家屬，那麼也許也是在替我自己或我的子女積一點福報，我覺得這個應該是對我有影響的。(A017)家屬的回饋對護理師的影響很大，護理師認為從病人及家屬的身上學習到很多，也獲得許多的成長。許多的家屬認為護理師對他們的付出和服務，是很有功德的行為，且會有福報。讓護理師更珍惜自己擁有的工作與家庭的幸福。「喔，我覺得改變很大，這感覺喔，因為我常在想…剛那家屬有跟我講，因為我從家屬那學習很多、成長，他說：『耶~英小姐，你很有功德耶！』，因為有時候不收交通費啊怎麼樣的，幫他們忙，他們就很感激，『喔~

你好有功德耶，你這會有福報的』，我跟你講，做十年，大概有一百多個家屬都跟我這樣子講，『你這很有福報，我跟你說你家庭一定都很順利的』怎樣怎樣。我心裡在想說耶~我做那麼多年，我父母親都還 OK，我爸八十四歲了，我公公婆婆也是這個年齡，都 OK 只是慢性病，可是沒有給你帶來麻煩，因為我想到我家屬他們都…有很重的負擔… (E034)」人本的關懷已成為居家護理工作的重要內涵。居家護理利他的工作性質，豐厚了工作意義也深化了內涵的展現。

叁、神聖、不後悔的選擇

一份利他的情懷與悲憫之心的觸動，讓居家護理師的工作角色更人性化。人本的關懷已成為居家護理工作的重要內涵。居家護理利他的工作性質，豐厚了工作意義，也深化了內涵的展現。「他好意跟我講，『你也沒賺那麼多錢，反正就是領薪水嘛！』耶~他講的對喔，他跟我講的，我曾經有一次就思考過，我說對呀~我瘋了我神經病，醫院也沒給我加班時數，然後我就做，做了誰肯定，也沒有說肯定啦，有時候會想到說，對，應該要跟他一樣，回去享清福，神經病啊，還去做那麼久，可是後來有一段時間像他那樣，後來發覺耶~我不能放掉啊…放掉，結果家屬反而就晚上有時候會找我還是怎麼樣，都是我的工作，做不完，我就沒辦法把他給停掉，你知道嗎，是這樣的意思。」(E064) 工作量與合理報酬的矛盾心態，也曾經在英護理師的心態上浮現過，曾經也想要放下工作的包袱，不要那麼辛苦超時又超量的努力。但是病人及案家的需求是她放不掉的責任，沒有辦法拒絕的服務。「工作心態就是自己的本份，我是覺得說，這份護理工作做久了還是不會有後悔啦，因為我自己的女兒我都叫她走護理啊，很多人都說你頭殼壞了，自己女兒還叫他走護理，我還覺得說很神聖呢！因為從這個中間我女兒從我身上學了很多，他常常…這次在過年的時候她就寫了一封信，因為她在工作嘛，她在外面打工，包了三千塊給我，她也寫給他爸爸，

她說：『我知道你很擔心我，可是我從你身邊，身為一個護理人員，看到很多，嗯…我會跟你學習』』，因為她從我身上常常跟她同學分享啊，分享我這個媽媽怎麼樣。」(E046) 英護理師對於工作的態度以本份為前提，得過三屆優良護理人員獎的她認為護理是一份很神聖的工作，是一份不後悔的選擇。護理師甚至鼓勵自己的女兒從事這樣性質的工作。尤其女兒看到母親對護理工作的投入態度和工作表現，並經常和同學分享，生起對母親的敬意，和學習效法的精神。

「因為我可能投入這個之後才找到自己興趣，因為我覺得說，其實如果在我有生之年還可以做的話，我覺得居家護理還是我的一份工作啦，因為我覺得我把這個家屬跟民眾…尤其這個社區喔，我覺得說只要在這個範圍內可以幫忙，可能我的個性是這樣，我就儘量能幫忙就去幫忙…因為我們也快五十歲了快退休了，也不能說從這邊中斷，只是說能把這個再繼續服務我的病人跟我的家屬，尤其這個社區，因為這樣老年化的社會，你知道嗎。」(E037) 因為投入所以深入，所以找到自己的興趣和志向。護理師已把居家護理工作提升為終身志業。面對老年化的社會來臨，即使退休後仍願意繼續為社區的老人及病人、家屬提供服務，並盡其所能的提供幫助。

第六章 結論、建議與反思

本研究藉由六位居家護理師寶貴的臨床照護經驗貢獻，才得以完成。研究者衷心感佩、銘感五內。本章共分為三節；第一節對居家照護的脈絡做三個面向的總結。第二節針對本研究在實務問題和研究層次上做相關的建議。第三節陳述研究者在訪談過程和論文寫作上的反思。

第一節 研究結論

研究者經由訪談六位居家護理師介入居家照顧的經驗撰寫為文本後，透過詮釋現象學的分析方法，歸納出照護經驗脈絡主要有三個面向，並獲得以下具體的結論：

- (一) 空間的位移開展了拓邊照護脈絡的緣起。居家護理師第一線上的自主充權和獨當一面的角色扮演，與即興演出和醫護責任的重擔，形成一體兩面的關係。面對天人交戰的平衡與討價還價的拉扯，衝擊著護理專業上的妥協與機動性自我決策模式的促發。
- (二) 護理師「介入」居家照護，是一個點面交錯的經驗現象，因此全人全家的照護品質倍受挑戰。因為「居家」，所以家屬與照顧者的照顧動機與照顧工作的執行，才是病患照顧品質的保證。護理師照護內容包括外在面向的「做」和「教」，及內在面向的「溝通」和「支持」。潛在問題的發掘與滿足照護者的需求，才能達到全人的照護目標。

(三) 居家護理是深入人際的互動工作。「外來者」的身份角色要融入病患的家庭；置身處境的理解、同體共在的覺受、利他助人的存有，成為溝通與協調的重要內涵。護病關係的樣態影響著照護內容的行徑，以及照護深度的展現。

第二節 研究建議

壹、研究層次：

我國目前居家護理機構可概分為三種類型：(一)以醫院為基礎(Hospital Base)附設居家護理機構，居家個案的來源大多是自家醫院轉介。(二)獨立型態(Free Standing)的居家護理機構，由護理人員獨自開業的機構，居家個案的來源大多是社區中的個案或是簽約醫院轉介的個案。(三)衛生所附設居家護理，此種型態適合偏遠地區，醫療資源較缺乏且無居家護理機構可運用的地區。本研究礙於大型教學醫院的 IRB 限制，故以獨立型態及小型的地區醫院之居家護理師為主要訪談對象。護理師介入居家照顧的經驗，是否因為機構的規模及型態不同而有所差異，可以在往後的研究裡做進一步相關的研究與探討，做為往後居家照護服務政策制定的參考指標。

貳、實務面向：

老年化社會的來臨以及在宅老化的理念推動之下，社福單位及社會大眾對居家護理師的期望甚高，但因護理師點狀介入居家的有限性，所以常會有力不從心

的感覺。心理衛生及家庭狀況評估的介入，可以設法提供更多的社服資源申請及協助，是首當其衝的需求。台灣健保對於居家護理的給付侷限於三管的更換及護理，且一個月至多二次的限制。特殊照護的衛教、照護問題的溝通與協調、家庭心理評估與支持，其實需要花費更多的心力，但礙於健保給付所限，無法充份發揮居家護理的內涵與效益。期待政府對長照保險政策面的制定時，能給居家護理更多的發展空間，提供更多居家護理面向的服務層面給付，讓病患和案家可以得到更完善的照護與滿足。

第三節 研究反思

研究者在訪談的過程中，及反覆閱讀文本和書寫論文的過程裡，有許多的悸動和觸發，隨手記下研究者的看見和啟發，對論文的研究有相當的助益，對研究內涵也有銘記提昇的作用。

(一) 訪談小英的居家護理經驗，終於得到了解答。有一種當頭棒喝的感覺，她對案家投注的心力，真的超乎我的想像。她一邊說一邊流眼淚，不是感傷，他說是激動，我覺得是感動。尤其是對生命意義的影響，他泣不成聲。他說他從病人及家屬身上學到很多，他看到許多家庭的困境相較於自己所擁有的幸福感到感恩。家屬的回饋讓她更有動力及信心往前走，在他身上我真的看到了照護關懷及侍病猶親的呈現。過去那只是名詞而現在是動詞。優良護理人員獎他當之無愧，他說既使退休後他仍然會繼續為那社區做服務。護理對他而言不只是一份工作，早已成為她生命中的一大部分，是一種使命感。有人對她說：「看到你這樣做居家護理，以後還有誰敢從事這工作。」她說是興趣，有興趣的人就會投入。不知不覺中我也跟著她流眼淚，不是感動這個人的行為，而

是這個行爲下擦撞出的火花。不僅點亮他人，更點亮了自己。利他價值體系的深深影響，擴展對自己的認識，得到的不僅是工作上的滿足感，還有對生命的滿實感。

(二)在論文的訪談過程中自己的收穫非常多，也許這是老天爺要給我的啓示。護理是一份神聖的工作，小英在臨走時用非常肯定的語氣和我叮嚀「神聖！護理是神聖的工作。」我認爲是神聖的行爲模式讓她掉眼淚的。關懷照護的護理，讓神聖的一刻乍現。我應該爲自己身爲護理人員爲幸爲榮。在這一些夥伴的身上，我學到的是書本上學不到的東西，是護理內涵真正的體現，我相信社會上很多的角落，都有這樣的人在付出。在做神聖的事情。付出不是一種耗盡，而是一種補給，一種生命價值的補給。就像佛蘭克所說的，生命的意義是從工作及創作中產生出來的。就像亞隆所說的：如何在全然沒有意義的宇宙尋找意義呢？唯一的治療之道就是「參與」。

(三)睡不著是寫論文的後遺症嗎？這兩天睡的很少，身體有點痠疼，但腦袋卻很清晰。心裡有很多的悸動，不斷的跳躍，在床上展轉難眠。感受與想法不斷跳出，雖然很累，仍然趕快用床頭的筆，紀錄乍現的靈感。太多的思緒在流動著，尼采說：「有內心的混亂，才能生出跳舞的星星。」我正在經歷這一個階段。秀英告訴我質性研究是活的東西。我感受到它不只是研究及文字，是生命的縮影。我感受到它的長成就像懷孕一樣，原來它已經成爲我身體的一部份。從初期的驚喜、不知所措、適應不良、排斥現象的出現，到意志力對意志力的戰爭。幾番心海翻騰與波折後，隨著知識的滋養，終於進入中期的有感胎動，這種奇妙的感受只有親身經歷才能體會箇中滋味。

(四)寫到弱勢族群的照顧面向時，不自覺得眼淚不停的留下，看的這麼多處在角落邊緣，求生存的生命，心中有許多的不捨。人往往看到別人的不幸

時，才能看見自己的幸福。從事居家護理工作至今已一十個年頭，雖然也經歷過許多不同的個案家庭，但從未彙整與深入的探討如此核心的議題，這份論文的撰寫開啓自己對居家護理與生命不同的視域看見，也促發自己對生命更深的關懷。

參考文獻

中文文獻

台北市護理師護士公會。1987。

王玉女，楊清姿，徐亞瑛（1996）。居家照護服務及台灣的現況。長庚護理，7（3）： 80-85。

王亞妮（2000）。居家護理主要照顧者之負荷。台灣大學護研所碩士論文。

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

甘炳光（1995）。社區照顧概念與推行原則。社區發展季刊，69， 132-141。

白玉珠（2004）。病人居家護理需求之相關研究。榮總護理，21（1）， 98-100。

白秀娟（2004）。推開醫療機構的大門－嘉義市護醫人員居家照護經驗。臺灣大學建築與城鄉研究所碩士論文。

朱素貞（2000）。老來伴？老來絆？兩性在照顧失能配偶的角色與心態歷程之探討研究。台灣大學社會系碩士論文。

史曉寧、黃愛娟（1996）。家庭重病老年患者之主要照顧者壓力源和其家庭功能因素之探討。榮總護理，13（2），138-144

呂寶靜（1998）。從家庭照顧老人的處境談福利政策之建構。誰來照顧老人研討會。

呂寶靜（2001）。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。

余德慧（1996）。文化，心理學的詮釋之道。本土心理學研究，4， 146-202。

李怡真（2000）。影響老人接受居家照護服務之直接與間接因素。台北醫學院公共衛生學研究所碩士論文。

- 李明德 (1996)。台灣居家護理的概況。老人教育，8， 6-16。
- 李淑霞、吳淑瓊 (1998)。家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素。護理研究，6 (1) 57-68。
- 李玉春 (1995)。居家護理成本之分析研究。衛生署八十四年委託研究計畫。
- 杜敏世、李鍾祥 (1990)。台北某市立醫院居家護理之成本分析。公共衛生，17 (2)， 181-193。
- 林秀純、徐亞瑛、姚開屏、吳淑瓊 (1999)。台灣北部地區失能老人家庭照顧品質及相關因素之探討。護理研究，7 (1)， 15-27。
- 林麗嬋；歐美；吳肖琪 (1995)。長期照護中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒。護理研究， 5:1， 77-87。
- 林壽惠 (1993)。護理角色的新天地-簡介獨立型態居家護理。醫學繼續教育， 3(3)， 413-418。
- 林美娜、邱啓潤 (1995)。居家中風老人之家庭照顧品質。護理研究，3 (2)， 138-147
- 吳味鄉 (1993)。台灣地區老人照顧與社會網絡關係之研究。嘉義中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 吳怡君 (1998)。影響居家照顧品質之家庭因素分析。未發表論文。國立臺灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 吳淑瓊、莊坤洋 (2001)。在地老化:台灣二十一世紀長期照護的政策方向。台灣衛誌，20(3)， 192-201。
- 吳淑如、邱啓潤 (1997)。居家照護病患照護問題相關因素之探討。護理研究，5 (3)， 279-289。
- 吳志鴻 (2009)。論醫療照護中關懷的模式。健康管理學刊，7 (1)， 109-115。
- 周嘉鈴 (2002)。老人居家服務使用者之夫妻關係探討。台灣大學社會工作學系碩士論文。

- 邱怡玟（2004）。家庭變遷下老年人之長期照顧何去何從。社區發展季刊 106，176-185
- 洪湘婷（1998）。期待與現實之間—成年子女照顧老年父母的角色探究。國立臺灣大學社會學研究所碩士論文。
- 胡月娟（1997）。居家護理師角色與職責的再界定。長期照護 1（1），59-60。
- 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍（1995）。家人照護失能老人的困境：一項質化與量化整合的研究。公共衛生，22（2），99-113。
- 胡幼慧（2001）。新醫療社會學—批判與另類的視角。台北市：心理
- 徐麗娟（2000）。居家護理人員的執行與期望角色功能及其相關因素探討。長庚大學護理學研究所碩士論文。
- 徐麗娟、黃子庭（2001）。居家護理人員的角色功能及其相關因素探討。護理雜誌 48（6），47-55。
- 徐亞瑛、邱怡玟、高淑芬、廖美南(1998)。以北台灣居家護理服務與品質管理現況之調查。長庚護理，9(2)，12-22。
- 徐亞瑛、蔡文哲（1996）。照顧者、殘病老人、居家護士對家庭照顧品質看法之探討。長庚護理，7（1）56-65
- 徐宗國（2001）。拓邊照顧工作：男護士在女人工作世界中得其所。台灣社會學刊。26，163-210。
- 涂慧娟（1996）。長期照護的國際趨勢。社區發展季刊，第七十五期，180-191。
- 高淑清（2008）。質性研究的 18 堂課—首航初探之旅。高雄市：麗文。
- 高淑清（2008）。質性研究的 18 堂課—揚帆再訪之旅。高雄市：麗文。
- 高淑芳、盧孳豔、葉淑惠、劉雪娥（1999）。探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係。護理研究，7（2），172-178。
- 高雅玉（2004）。台灣地區居家護理人員工作壓力及工作滿足感相關性之探討。台北醫學大學護理學研究所碩士論文。

- 許淑敏（2000）。主要照顧者對居家護理服務的需求與滿意度及其相關因素。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 章殷超、李宇芬(1997)。居家照護(一)—居家照護的理論。基層醫學，12(9)，166-168。
- 曾嫻瑾（2005）。從老年的家庭照顧支持系統思考老年人口照顧問題。社會發展季刊，110期，276-282
- 賈淑麗（1999）。台灣居家護理現況分析。社區發展季刊，29，55-65。
- 賈淑麗、陳重榮（2000）。居家護理的沿革。台北市：五南。
- 賈淑麗、李怡娟（1999）。介入措施對居家照護病患主要照顧者生活品質的影響。護理雜誌，46（5），31-41。
- 黃璉華（1998）。居家護理主要照顧者負荷。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 黃璉華（1989）。長期照護與居家照護。護理雜誌，36（2），19-23。
- 黃麗玉、洪百薰、羅素英、洪美玟（2001）。偏遠地區衛生所辦理居家護理服務現況調查。公共衛生，28(3)，189-201。
- 陳桂英（2002）。居家照顧。於陳惠姿總校閱，長期照護實務（二版）。台北：永大。7-29
- 陳慶雄（1999）。使用居家照顧服務之老人滿意度研究—以紅心字會為例。私立東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 陳美惠（2004）。居家護理人員工作滿意度及相關因素之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 陳靜慧（2006）。照顧者對居家護理服務屬性偏好之研究。朝陽科技大學企業管理系碩士論文。
- 陳鳳櫻、程子芸、陳蕙玲（1997）。台灣地區居家護理師工作壓力源及其相關因素之探討。護理研究，5（3），223-232。

- 郭淑珍、胡月娟 (1998)。居家護理師工作項目與時間分配之調查。醫院，31，60-71。
- 張荳雲 (1998)。醫療與社會：醫療社會學的探索。台北市：巨流。
- 湯麗玉、毛家聆、周照芳、陳榮基、劉秀枝 (1992)。癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。護理雜誌，39 (3) 89-98。
- 湯美霞 (2001)。醫療關懷。台北：啓英文化事業有限公司。
- 楊佩琪 (1990)。老年之痴呆症病患家屬之壓力與需求探討。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 鄒川雄 (2005)。問題意識的建構及其在研究過程中的意義：一個詮釋學的觀點。載於南華大學教育社會研究所主編，質性研究方法與議題創新。嘉義縣：南華大學。
- 潘依琳 (2000)。出院準備服務的建構與發展-以馬偕醫院為例。護理雜誌，47(4)，76-86。
- 潘依琳、田聖芳、張媚 (1998)。居家臥床病人其主要照顧者之壓力源、因應行為與身心健康之探討。公共衛生 24 (4)，220。
- 葉淑惠、吳淑如(1998)。社區殘病老人照護的挑戰。護理雜誌，45(6)，36-41。
- 葉莉莉 (1992)。Jean Watson 與其關懷照護理念初探。護理雜誌 39 (2)：127-132。
- 葉莉莉 (1998)。居家護理服務的再思考—本質、概念架構及角色能力的期待。長期照護，2 (1)：21-27
- 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，14，107
- 劉梅君 (1997)。建構「性別敏感的公民權」：從女性照顧工作本質之探析出發，女性 國家 照顧工作。台北：女書，185-226。
- 蔡昌雄 (2005)。醫療田野的詮釋現象學研究應用。載於南華大學教育社會學研究所主編，質性研究方法與議題創新。嘉義縣：南華大學。

- 蔡春瑜（民 82）。影響長期照護因素之探討－以中風病人選擇照護地點為例。國立陽明醫學院公共衛生學研究所碩士論文，台灣：台北。
- 蔡淑玲（2005）。關懷的功課－安寧護理人員的自我照顧。南華大學生死學系碩士學位論文。
- 賴豐美（1995）。女性照顧者對居家失能病患照顧情境之經驗。國防醫學院護理學研究所碩士學位論文。
- 戴文珠（2004）。影響台灣地區居家護理人員連結社區資源之相關因素探討。臺北醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 簡乃卉、徐亞瑛（2000）。住院失能老人之家庭照顧者出院需求的探討。護理研究，8（4），410-421
- 韓佩軒、黃璉華（2002）。台灣中部地區居家失能老人家庭照顧品質之探討。榮總護理，19（2），205-212

英文文獻：

- Cohen, M.Z. (2000) Ethical issue and ethical approval. In M.Z. Cohen, D.L. Kahn & R. H. Steeves (Eds.) *Hermeneutic phenomenological research : A practical guide for nurse researchers (pp.37-44)* .Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cookfair JM, Markel SK. (1996) Care of Clients in the Home. In: Cookfair JM ed. *Nursing Care in the Community*. St.Louis: Mosby.
- Finch, J.& Groves, D. (1983) "A Labor of Love : Women, Work, and Caring," London : Sage.
- Harrington C. (1988) Quality, Access, and Cost, Public Policy and Home Care. Brody SJ., Masciocchi C. (1980) Data for Long-Term Care Planning by Health Systems Agencies. *American Journal of Public Health*. 70(11): 1194-1198.
- Carr, P. (1991) . A whole difference world. *Home Healthcare Nurse*, 9 (4) ,6-7.
- Cartier, C. (2003). From home to hospital and back again: economic restructuring, end of life, and the gendered problem of place-switching health service. *Social Science & Medicine*, 56, 2289-2301
- Chen, H. T., & Li, I. C. (2002) .Perception of risk by home health care nurses in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 10 (1) ,33-41.
- Nursing Outlook*, 36 (4) , 165-166.
- Harrington, (1988) Piening S : Family stress in diabetic renal failure. *Health and Social Work*, 9 (2) : 134-141, 1984
- Hutchings Deanna (1999) .Partnership in education: an example of client and educator collaboration .*Journal of Continuing Education in Nursing*, 30 (3) , 128-131.
- Kane, R.L.& Kane, R.L. (1990) "Health Care for Older People : Organizational and Policy."Handbook of Aging and Social Sciences.

- Keith, C (1995) "Family Caregiving to Aging Family Member – A Critical Review." *Family Relation*, 44 : 402-411.
- McAuley WJ., Blieszner R., (1985) Selection of Long Term Care Arrangement by Older Community Residents. *The Gerontologist*. 25(4): 188-193.
- Madison G.B.: The Hermeneutics of Postmodernity. *Indianapolis: Indiana University Press*. 1988 : 29-30.
- Murray, T. A. (1998) .Using role theory concepts to understand transitions from hospital-based nursing practice to home care nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 29 (3) , 105-111.
- Murray, T. A. (1998) .Role orientation in novice home healthcare nurses. *Journal of Staff Development*, 14 (6) , 287-292
- Nightingale, F. (1969) .Notes on nursing : *What it is and what it is not*. New York : Dover.
- Parker, R. (1981) ."Tending and Social Policy" In Golderg, E.M. & Hetch.S. (ed) A New Look at the Personal Social Service. London : *Policy Studies Institute Discussion Paper No.4. Social Welfare Department (1991)* .Five Year Plan Review 1991, Hong Kong : Government Printer.
- Robinson BC, Thurnber M (1983) : Taking care of aged parents : a family cycle transition, *The Gerontologist*, 19 (6) : 586-593
- Rice R : Understanding Home Health Care . In Rice R (ed) 2nd ed., St Louis : *Mosby*. 1996, pp 17-22.
- Rice R : Role Preparation and Implementation. In Rice R (ed) 2nd ed., St Louis : *Mosby*. 1996, pp 23-40.
- Shanas E. (1974) Health Status of Older People, Cross-national implications. *American Journal of Public Health*. 64(3): 261-264.

- Stewart, B. J., Archbold, P. G., Harvath, T. A. & Nkongho, N.O. (1993) .Role acquisition in family caregivers for older people who have been discharged from the hospital. In S. G. Funck, E. M. Tornquist, M. T. Champagne, & R. A. Wiese (Eds.) , *Key aspects of the caring for the chronically ill* (pp.219-231) .New York: Springer.
- Ungerson, C. (1985) "Paid work and unpaid caring: *A problem for women or the state ?*" in *Family and Economy in Modern Society*.
- Van Manen, M. (1997) .*Researching lived experience : Human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario : State University of New York.
- Walker, A.J. & Pratt, C. C. & Eddy, L. (1995) "Informal Caregiving to Aging Family Members – A Critical Review." *Family Relations*, 44:402-411.
- Wareness, K. & Ringer, S. (1987) *Women in the Welfare State: the Case of Formal and Informal Old-Age Care, in The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*, M. E. Sharpy Inc.
- Watson, J. (1985) .*Nursing – The philosophy and science of caring. (2nd ed)* Colorado: Colorado Associated University Press.
- Weaver, K. (1991) . Nutritional concerns of the home care patient. *Home Health Care Nurse*, 9 (2) ,36-44
- Wiles, J. L. (2003). Daily geographies of caregiver: mobility, routine, scale. *Social Science & Medicine*, 57, 1307-1325.
- Wu SC., Chu CM. (1996) Public Attitude Toward Long-term Care Arrangements for the Elderly in Taiwan. *Australian Journal on Aging*. 15(2): 62-68.

中譯部分：

Gadamer, H.G., 洪鼎漢（譯）（1993）。真理與方法。台北：時報文化。

網路部份：

行政院經濟建設委員會。2009。網址：

<http://www.cepd.gov.tw/>

我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。2007。網址：

<http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>

衛生白皮書-跨世紀衛生建設。1997。行政院衛生署。網址：

www.doh.gov.tw/lane/publish/white-paper/Welcome.html

黃靜君（2007）。由 Jean Watson 發展 Theory of Human Caring 歷程中尋護理的根。網址：

<http://teach.med.ncku.edu.tw/bcyang/sciencehistory/Student/Student2007/finalreport/Jean%20Watson.doc>

〈附錄一〉訪談同意書

感謝您首肯參予本研究，在您分享寶貴的經驗之前，請仔細閱讀以下內容，同時在正式參與本研究之前，您可以詢問任何相關問題。

研究者是南華生死學研究所的學生。本研究主題是「居家護理人員介入家庭照顧經驗之探討」。本研究的目的是在於，深入了解居家護理人員進入病患「家」的場域中的原初經驗、探討居家護理人員介入家庭照顧工作的模式與互動經驗，及探索居家護理人員在「家」的特定照顧情境場域中，特有的照護經驗與模式。藉由質性訪談的方式，分享您寶貴的經驗與處遇。

本研究的程序擬進行一～二次的訪談，每次訪談約 60-90 分鐘。為方便日後資料的分析，訪談過程將全程錄音。訪談地點則尊重您們的意願與便利性來選擇，在安靜不受干擾的環境中進行。您可以隨時選擇退出本研究，但正因為您的熱情投入，才有可能真實的呈現居家護理工作的經驗本質與背後隱藏的意涵。研究者不勝感激。

關於您們所提供的訪談資料，研究者保證不隨意公開，僅供研究者與指導教授分析討論。研究者會將您們的基本資料保密，並以匿名方式呈現。最後再次誠心感謝您們對本研究的貢獻，提供您寶貴的護理工作經驗。

本人同意接受訪談。

本人不同意接受訪談。

受訪者：_____（簽名）

研究者：_____（簽名）

中華民國____年____月____日

<附錄二> 訪談大綱

- 1 可以描述一下您進入案家訪視時的情形嗎？
- 2 請問您如何和病患及照顧者建立互病關係？您們的護病關係為何？
- 3 您對居家失能者的家庭照顧品質滿意度為何？滿意的狀況為何？不滿意的狀況為何？
- 4 您曾經介入案家的家庭照顧工作嗎？介入的方式為何？結果為何？
- 5 請您描述一下您介入家庭照顧中互動印象最深刻的經驗？
- 6 在「家」的特定照顧情境場域中，您有特別的照護經驗嗎？
- 7 您有遇過突發的事件或狀況嗎？您如何應變？
- 8 居家護理工作和您臨床上的護理工作有何不同？對您有甚麼意義或影響？
- 9 身為居家護理師您有甚麼期許？對於介入家庭照顧工作上有甚麼建議？

<附錄三> 文本分析範例

田野文本－訪談對話

受訪者：蘋護理師

段落：D004

Q：你印象中最深刻的一個例子？

A：比較說…你是說比較困難嗎？

Q：不一定，就你自己覺得你印象中你在做居家照護的時候，然後你印象中最深刻的一個個案？

A：嗯…比較正面的還是？

Q：都可以，你先講挫折感比較重的好了。

A：挫折感比較重的就是，幾乎家屬會把它的loading照顧病人的loading都丟給外傭，所以在我做教導的過程中家屬都不願意理睬你，或者說，很多的家屬輪流照顧，所以沒有固定的一個主要的家屬，所以我要一而再、再而三的反覆去做，去…所以他有時的掉管機率相當的高，那這個問題沒有辦法解決…是因為沒有固定的照顧者，或者說完全丟給外傭，然後就是外傭如果做不好的話，就會對他…就是…嗯…就是罵的蠻…蠻過份的啦，所以那我們這方面有時候就…嗯…家屬也不能體諒外傭，就出錢老大嘛，所以這會比較比較有挫折感，就是家屬沒辦法配合我們。要最惡劣的就是，還有我們去，甚至就是我們邊做邊罵，有時候我們抽血，非常難抽，抽不到，然後他的兒子就在旁邊，就說「阿你怎那麼笨拙啊！」「阿醫院就不會這樣，你來我家還抽了好幾次」，阿不然就是醫生到家了，他認為醫生你來幫不上忙，嘿，「你不需要來，可不可以護士來就好」。那就感覺非常差，恩，這個…對這個印象比較深刻，就會直接對…直接在我們面前這樣表…表示出來。

意義單元的浮現與分析

無效的照顧知識介入是護理師挫折感的主要來源，其關鍵因素是家屬的漠視。例如（一）在居家照顧的指導上家屬不願理睬，把所有的照顧責任全丟給外籍看護，出錢老大的心態，不僅不能體諒外籍看護，也無法與護理師配合。例如（二）沒有固定主要照顧者的案家，因為家屬輪流照顧，資訊上的聯結和傳遞又不好，所以護理師要反覆不停再三衛教，但還是造成鼻胃管時常脫落。

（三）最惡劣的是家屬對醫護人員的不尊重。例如：抽血抽不到時，會罵「阿你怎那麼笨拙啊」、「阿醫院就不會這樣，你來我家還抽了好幾次」。或認為醫生的介入功能性少「你不需要來，可不可以護士來就好」。

現象脈絡走勢的梳理

護理師的工作挫折來自於介入的無力感，無法幫助個案提升居家照顧品質。家屬照顧動機不足、漠視、推卸責任或踢皮球的心態，讓護理師介入居家照顧的功能效益無法發揮，照護措施無法落實。家屬對醫護人員的批評及不尊重態度，讓醫療專業角色的權威與認同度被貶低，最讓醫護人員感到不舒服。

結構主軸面向的推敲

Rice 表示病人及照顧者的動機因素是照護計畫能否成功的主要因素，而居家護理師扮演一個促進自我決定的角色。為使目標達成，需要多方考慮病人的文化、人際內之靈性、科技、環境及教育的需求。我們期待護理行動的結果是

增進、維護或恢復健康，但是在居家護理服務特質的限制下(間歇性部分時數台灣健保以月訪二次為限)卻不能保證每位個案皆可達到此目標，取而代之的，更適當的目標應如 Rice (1996) 所言－提供病人及照顧者治療並給予足夠的訊息與支持、教育與相關資源。但只有在病人及照顧者積極參與滿足健康需求的相關活動，照護計畫才能完成(葉莉莉，1998)。自助人助的觀念是居家照顧效益能否彰顯的關鍵。因此促發居家自我照顧動機的形成，及病患家庭成員的溝通及協調，是護理師介入居家照顧另一面向的挑戰。