

失能者身體功能之評量— 失能者與其家庭照顧者看法之比較

呂寶靜^{1,2}

PAU-CHING LU^{1,2}

¹ 國立政治大學社會學系，台北市指南路2段64號

Department of Sociology, National Chengchi University.

No.64, Chin-Nan Rd., Sec.2, Wen-Shen, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² 行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組

Long-Term Care Task Force, Commission for Social Welfare Advancement, Executive Yuan, Taiwan, R.O.C.

*通訊作者Correspondence author.

E-mail: pclu@nccu.edu.tw

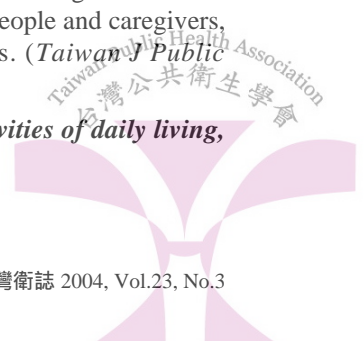
目標：本文係在比較分析失能者及其家庭照顧者對失能者身體功能的評量，身體功能評量的面向為日常生活活動能力和工具性日常生活活動能力，進而分析影響兩者評量一致性的因素。**方法：**本研究使用之資料係來自「建構長期照護體系先導計畫第一年實驗社區前測資料」，分析之樣本僅選取自答的失能者，且又有主要家庭照顧者；計有743位失能者及其照顧者的配對，又資料之分析方法為Cohen's kappa值檢定、配對樣本T檢定、及兩組積差相關係數T檢定。**結果：**失能者及其家庭照顧者對於失能者日常生活活動能力之評量一致性高，而對於工具性日常生活活動能力之評量一致性普通；其次，不論在日常生活活動和工具性日常生活活動能力方面，照顧者傾向低估失能者的能力。另外，配偶照顧者比起非配偶照顧者、同住照顧者比起不同住照顧者、提供較多協助之照顧者比起較少協助之照顧者，有較低的評量一致性。**結論：**評量失能者身體功能，透過代答者所收集來的資料之品質會受到評量工具之明確性、失能者或代答照顧者的特性、以及兩人關係等因素之影響。(台灣衛誌 2004；23(3)：188-196)

關鍵詞：身體功能評量、日常生活功能能力、工具性日常生活功能能力、評量方法

Assessment of physical functioning in disabled persons- a comparison between self-reports and proxy reports from family caregivers

Objectives: The purpose of this paper was to compare the assessment of physical functioning as rated separately by disabled people and their family caregivers. The functional assessment included two major domains: activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL). Furthermore, the purpose was to identify the factors that would influence the response agreement between proxy and subject reports for functional assessment. **Methods:** 743 disabled people and their caregiver's dyad were selected from The Pilot Program for the Development of Long-Term Care System Baseline Survey. Inter-rater reliability (kappa) and the paired comparison test were employed for the purposes of data analysis. **Results:** The response agreement was relatively high for ADL assessment, and low for IADL assessment. Family caregivers generally rated a greater level of disability than the disabled people did. For non-spouse caregivers, those caregivers who lived with the disabled, and those who provided more assistance, the response agreement tended to be better than for their counterparts. **Conclusions:** When assessing the physical functioning of disabled persons, the quality of data collected via their caregivers will be affected by the clarity of the assessment tool, the characteristics of the disabled people and caregivers, as well as the relationship between the disabled people and their caregivers. (Taiwan J Public Health. 2004;23(3):188-196)

Key Words: functional assessment, activities of daily living, instrumental activities of daily living, data collection



前言

在老人醫學或老人學各專業領域，大家都關心老人的身體功能，因身體功能之評量可建立前測(或治療前)的基礎資料，而在提供治療一段時間後再測量，即可獲得治療成效的客觀證據。此外，對實務工作者而言，身體功能評量之結果可供訂定照護計畫之參考，職能治療師、物理治療師、休閒治療師、醫師和護理人員均依身體功能評量之結果訂定照護計畫和治療目標。又若從機構行政管理人員或方案制定者的角度出發，民眾身體功能狀況會決定其獲取服務的資格，也影響著資源配置的方法，當然也會支配經費的推估和編列[1]。

對於老人身體功能之評量方式大致可歸納為三類：老人自答、代答法

(proxy-respondent)及直接觀察法，每類方法有其優點也有限制之處[1,2]。惟愈來愈多的老人喪失溝通或自我報告的能力，國外不少的研究已用代答者來收集資料。以美國為例，住在社區內的老人有20%；住在醫院內的老人有40%；而住在機構內的老人有50%，無法由自己直接提供資料，必須透過代答者來收集資料[3]。但透過代答者所收集來的資料品質如何？代答者與自答者評量結果的一致性(agreement)為何？則值得探究與分析。

Magaziner[4]歸納出自答者和代答者評量結果的一致性會受到下列三項因素之影響(1)所欲蒐集的資料範疇；(2)代答者的特質：具備某些屬性的代答者所提供資料的準確性是優於其他代答者，譬如：年齡、代答者與研究對象的關係、居住安排、與研究對象相處的時間及提供協助情形；及(3)研究對象的特性，如失能者的身體健康狀況和心理功能狀況，Magaziner et al.[5]的研究發現若研究對象心情是沮喪的，則在身體上和工具性日常生活功能之評量的一致性較低的；又若代答者和失能者的接觸較頻繁且涉入失能者的生活較深，則一致性較高。如果問題的範疇

是相對地客觀和具體明確的，如可觀察到的徵狀及清楚界定的身體功能能力(如行走或餵食的能力)，則一致性較高；反之若詢問的題項是較隱私的狀況且較難觀察到的(如：健康狀況、是否使用導尿管、或者聽力和視力)，則一致性較低。此外，一些較複雜的工具性日常生活活動項目，如財務管理、購物和整理家務方面，一致性也較低。Magaziner et al.[3]的研究發現：較可觀察到且較少隱私的項目，老人和代答者回答的一致性較高，故在測量功能狀況之五個面向(含身體功能、工具性日常生活功能、認知功能、情感功能及社會功能)中，工具性日常生活功能評量結果之一致性和其他四個面向相較，一致性最高。由於代答者可能是家人、朋友或正式照顧體系的工作人員，哪類人員評量的一致性較高呢？Dorevitch et al.[6]的分析顯示，家庭照顧者較可能提供錯的資料且低估病人的功能能力；另外，Rubenstein et al.[7]的研究指出代答者與研究對象本人相較，傾向評量較多的損傷及失能狀況；又在代答的家人親友中，配偶代答者之評量結果和失能者本人評量結果的差距最大，其次是失能者的子女，再次才是其他親友。

本文的主要目的旨在比較分析失能者及其家庭照顧者對失能者身體功能評量結果的一致性以及失能評量情形，進而分析影響兩者評量結果一致性的因素，並提供建議作為實務工作者與未來研究的參考。

材料與方法

一、資料來源

本研究所使用之資料係來自「建構長期照護體系先導計畫第一年實驗社區前測資料」，此次調查於民國90年7月至10月間由訪員至嘉義市與台北縣三峽、鶯歌兩個實驗社區進行，分別訪問年滿20歲的失能者及其主要照顧者。所謂失能者係指具有身體或認知功能障礙之身心功能障礙者(含ADL有任一項失能、IADL有任何一項失能，且是因為健康因素所造成的SPMSQ錯五題以上者)；而主要照顧者是指平常日子中提供失能者最多照顧

投稿日期：91年11月13日

接受日期：92年7月31日

的家人或親友。為取得上述兩個社區身心功能障礙者之樣本名單，乃調閱2000年全國戶口普查資料，從中取得ADL或IADL任何一項障礙者名單；又為了避免遺漏，也透過里長和村里幹事提報疑似ADL或IADL失能者或認知功能不良者之名單，彙整以上兩種來源獲得之名單並由訪員前往家戶核對，先去除死亡、找不到、未滿20歲者之樣本後，再進行上述ADL、IADL、和認知功能評估，如發現完全沒有障礙者，即從樣本剔除。

由於身心功能障礙者可能無法自行回答，故資料以自答與代答兩種方式收集，計完成了失能者問卷2205份(分別為三鶯地區950人，嘉義市1255人)，其中有43%全部自答完成，另57%因為身體健康因素或其他原因而由失能者的主要照顧者代答。本論文所分析之樣本乃選取自答的失能者(刪除代答者之樣本)，且又有主要照顧者；計有743位失能者及其家庭照顧者的配對，其中台北縣三峽鎮之樣本有221人，而台北縣鶯歌鎮之樣本有187人；另嘉義市之樣本有335人。

二、研究變項

本研究所欲探討之身體功能包括日常生活功能能力(Activities of Daily Living)含室內走動、餵食、上下床、洗衣服、上廁所及洗澡等六項；及工具性日常生活功能能力(Instrumental Activities of Daily Living)包括做家务、洗衣服、煮飯、購買日用品、管理金錢及代打電話等六項。每項活動能力均由失能者和照顧者各自評量，而評量結果分為「需要協助」與「不需要協助」兩類，故可歸納為四類。

| | | 照顧者 | |
|-----|-------|------|-------|
| | | 需要協助 | 不需要協助 |
| 失能者 | 需要協助 | A | C |
| | 不需要協助 | B | D |

由圖可知，評量結果之一致性為A(照顧者和失能者兩者均認為需要協助)及D(照顧者和失能者兩者均認為不需要協助)；而評量結果不一致則涵括B(僅照顧者認為需要協助，但失能者不認為需要協助)及C(僅失能者認為需要協助，但照顧者認為不需要協助)。依變項為每項能力之評量結果之一致性。誠如前述，影響失能者本人和代答照顧者評量結果一致性的因素有：代答者與失能者的關係、代答者是否與失能者同住、代答者有無提供協助給受訪者、代答者所承擔的照顧負荷、以及失能者的身體健康狀況和心理功能狀況。故在自變項方面，本研究用「罹患慢性疾病數」來表示失能者之身體健康狀況，而用CES-D憂鬱量表[8,9]來測量失能者的心理功能狀況，用MMSE來測量認知功能情形[10, 11]。至於與代答照顧者有關的變項則有：照顧者與失能者之(親屬)關係、是否與失能者同住、照顧者有無提供協助以訪問前一週每天提供照顧的平均時數測量之、及照顧者負荷。照顧者負荷的測量係參考國內外相關文獻[8,12,13]，根據身體、情緒、家庭關係、財務經濟及個人時間自由受限等五個負荷面向來設計。

三、資料處理與分析方法

本研究利用SPSS 10.0版套裝軟體進行統計分析，先針對各變項之次數分配及百分比之描述性統計分析，再用Cohen's kappa值來檢定失能者及其家庭照顧者兩者間評量的一致性，而採用成對樣本T檢定來檢定失能者及其家庭照顧者兩者針對每項身體功能能力之失能評量的差異，並用積差相關係數檢定來驗證評量的一致性是否會因失能者或照顧者的特性而有異。

結 果

一、描述性統計(表一)

(一) 受訪失能者的基本特性

由表一可知，受訪之失能者中，女性佔51%，男性佔49%。年齡以65歲以上者居多

表一 受訪失能者及其家庭照顧者的基本資料

| 受訪者特性 | 人數 | 百分比 | 家庭照顧者特性 | 人數 | 百分比 |
|-------------------|-----|------|-------------------|-----|------|
| 性別 | | | 與失能者的關係 | | |
| 男 | 363 | 49.0 | 配偶 | 314 | 42.5 |
| 女 | 378 | 51.0 | 兒子 | 122 | 16.5 |
| | | | 媳婦 | 108 | 14.6 |
| | | | 父母 | 71 | 9.6 |
| | | | 女兒 | 69 | 9.3 |
| | | | 其他 | 55 | 7.4 |
| 年齡 | | | 性別 | | |
| 20 24歲 | 8 | 1.1 | 男 | 261 | 35.8 |
| 25 44歲 | 86 | 11.9 | 女 | 469 | 64.2 |
| 45 64歲 | 191 | 26.3 | | | |
| 65歲以上 | 441 | 60.7 | | | |
| 婚姻狀況 | | | 婚姻狀況 | | |
| 有配偶且同住 | 433 | 58.4 | 有配偶且同住 | 583 | 78.5 |
| 分居、喪偶、離婚、 從未結婚 | 309 | 41.6 | 分居、喪偶、離婚、 從未結婚 | 160 | 21.5 |
| 罹患慢性病病數 | | | 是否與失能者同住 | | |
| 0種 | 102 | 14.1 | 否 | 66 | 8.9 |
| 1 3種 | 356 | 49.1 | 是 | 676 | 91.1 |
| 4 5種 | 168 | 23.2 | | | |
| 6種以上 | 99 | 13.7 | | | |
| 認知功能 | | | 訪問前一週每天平均照顧時數 | | |
| 功能正常 | 600 | 82.0 | 7小時以下 | 368 | 49.8 |
| 功能障礙 | 132 | 18.0 | 8 15小時 | 217 | 29.4 |
| | | | 16小時以上 | 154 | 20.8 |
| 憂鬱情形 | | | 照顧者負荷 | | |
| 有憂鬱傾向 | 148 | 20.2 | 未滿18分 | 358 | 48.6 |
| 沒有憂鬱傾向 | 583 | 79.8 | 18分以上 | 378 | 51.4 |

(佔60.7%)，其次是「45 64歲」組(佔26.3%)；而平均年齡為60歲。婚姻狀況以「有配偶且同住者」居多，沒有配偶佔41.6% (含分居、喪偶、離婚及從未結婚)。八成六的受訪失能者有罹患一種以上的慢性疾病，每位失能者平均罹患2.99種慢性疾病。在認知功能方面，有障礙者佔18% (含輕度障礙者佔10.9%、中度障礙者佔5.9%及重度障礙者1.2%)，功能正常者有82%。失能者CES-D憂鬱量表測量結果，有憂鬱傾向者佔20.2%。

(二) 照顧者的特性

家庭照顧者與失能者的關係中，配偶佔42.5%，其次是「兒子」(佔16.5%)、「媳婦」(佔14.6%)、「父母」(佔9.6%)、「女兒」(佔9.3%)，另女婿、孫子(女)、兄弟姊妹、公婆、孫媳婦、朋友及其他親戚等合計佔7.4%。照顧者的性別以女性居多(佔64.2%)，男性佔35.8%。婚姻狀況以「有配偶且同住」居多(佔78.5%)；在居住安排方面「與失能者同住」居多(佔91.1%)。另照顧者訪問前一週每天提供失能者協助之時

數以「7小時以下」最多(佔49.8%)，其次是「8-15小時」，而「16小時以上」者最少，照顧者上週提供之協助時數平均8.8小時。至於照顧者負荷測量結果顯示最大值為49，平均數為8.37(詳見表一)。

二、失能者與照顧者評量一致性的分析

如表二所示，在日常生活活動項目方面，兩者回答一致性的百分比從 75.2% 到 92.6%。在六個項目中，對失能者餵食及穿衣服的能力之評量一致性的比例最高，其次是洗澡、上下床和上廁所，而室內走動的比例最低。再用Cohen的kappa值來檢定失能者和主要家庭照顧者對各項ADL能力評量的一致性，一般來說，kappa值大於0.6表示一致性很高(或0.7表示一致性非常高)，k值介於0.4和0.6之間是普通，k值小於0.4就是一致性偏低[14]。由表二可知，在六項日常生活活動項

目中「穿衣服」和「洗澡」一致性非常高，「上下床」和「上廁所」及「餵食」一致性很高，而只有「室內走動」一項的一致性普通，這可能是因「室內走動」的能力較難評定，譬如：失能者需要稍微的扶持或他人口頭指導、或有人在旁看顧以防跌倒，上述這些情況照顧者可能評量需要協助，但失能者自行評量或許就會認定是不需要協助的。

至於在工具性日常生活活動能力方面，失能者和主要家庭照顧者在洗衣服、代打電話、煮飯、購買日用品、及做家务等方面評量結果相同的百分比比較高(均高於80%)；而管理金錢的百分比是73.6%。若用 k值來判斷，除了「代打電話」和洗衣服之k值大於0.6，一致性高外；其他四項k值均介於0.4和0.5間，這意味著一致性普通。由此可知，工具性日常生活活動能力之評量的一致性不如日常生活活動能力。

表二 失能者及照顧者評量一致性的情形

| 身體功能項目 | 評量情形 | 一致性 | | | 不一致性 | | | 配對數 (N) | Kappa 值 |
|--------|------|--------------|---------------|------------|---------------|---------------|------------|------------|------------|
| | | 兩者評量 均需協助 | 兩者評量 均不需協助 | 合計 (%) | 僅失能者 評量需協助 | 僅照顧者 評量需協助 | 合計 (%) | | |
| ADL項目 | | | | | | | | | |
| 室內走動 | | 139 (18.7) | 419 (56.5) | 558 (75.2) | 17 (2.3) | 167 (22.5) | 184 (24.8) | 742 | 0.448 |
| 餵食 | | 63 (8.5) | 623 (84.1) | 686 (92.6) | 24 (3.2) | 31 (4.2) | 55 (7.4) | 741 | 0.645 |
| 上下床 | | 165 (22.2) | 469 (63.2) | 634 (85.4) | 14 (1.9) | 94 (12.7) | 108 (14.6) | 742 | 0.655 |
| 穿衣服 | | 239 (32.2) | 441 (59.4) | 680 (91.6) | 24 (3.2) | 38 (5.1) | 62 (8.3) | 742 | 0.820 |
| 上廁所 | | 173 (23.3) | 459 (61.8) | 632 (85.1) | 29 (3.9) | 82 (11.0) | 111 (14.9) | 743 | 0.651 |
| 洗澡 | | 310 (41.7) | 351 (47.2) | 661 (88.9) | 25 (3.4) | 57 (7.7) | 82 (11.1) | 743 | 0.779 |
| IADL項目 | | | | | | | | | |
| 做家事 | | 550 (74.8) | 62 (8.4) | 612 (83.2) | 8 (1.1) | 115 (15.6) | 123 (16.7) | 735 | 0.423 |
| 洗衣服 | | 572 (77.8) | 81 (11.0) | 653 (88.8) | 11 (1.5) | 71 (9.7) | 82 (11.2) | 735 | 0.602 |
| 煮飯 | | 590 (80.8) | 51 (7.0) | 641 (87.8) | 5 (0.7) | 84 (11.5) | 89 (12.2) | 730 | 0.477 |
| 購日用品 | | 588 (80.0) | 56 (7.6) | 644 (87.6) | 10 (1.4) | 81 (11.0) | 91 (12.4) | 735 | 0.490 |
| 管理金錢 | | 203 (35.3) | 220 (38.3) | 423 (73.6) | 42 (7.3) | 110 (19.1) | 152 (26.4) | 575 | 0.478 |
| 代打電話 | | 155 (25.0) | 393 (63.5) | 548 (88.5) | 29 (4.7) | 42 (6.8) | 71 (11.5) | 619 | 0.731 |

註：1.ADL：日常生活活動功能

2.IADL：工具性日常生活活動功能

3. 在IADL之「管理金錢」項上，照顧者回答失能者「沒有金錢需管理」的樣本不納入分析，故配對樣本數減為575；另在「代打電話」一項上，也將照顧者回答失能者「平常就不用電話」刪除，因此配對樣本數為619。

三、失能者與照顧者失能評量之情形

由於失能之評量影響著民眾獲取服務和照顧之資格(eligibility)的認定，故失能者本人及其家庭照顧者對失能評量的異同也值得探究。在本研究中某項能力若評量結果為「需要幫忙」及「完全不能做」，則此項能力定義為失能。有鑑於此部分之分析係在比較兩個評量者對每項ADL及IADL的評量值間的差異情形，故選擇「成對樣本T檢定」之分析方法，由表三可知，在日常生活活動能力方面，照顧者比起失能者本人傾向評量失能者需要協助的百分比比較高。而成對樣本T檢定之結果顯示，在日常生活活動之「室內走動」、「上下床」、「上廁所」、「洗澡」等項目之評量，失能者和照顧者對失能評量的差異達顯著水準。另在六項工具性日常生活功能項目方面，照顧者評量需要協助的百分比也都高於失能者

本人之評量，除了「代打電話」外，失能者和照顧者對其餘五項工具性日常生活功能能力之失能評量的差異也達顯著水準。此一發現證實照顧者總是低估失能者的能力，也就是說照顧者評量失能者比起失能者自評，較傾向評量失能者需要協助。

四、不同特性的失能者與家庭照顧者評量一致性之差異比較

為了分析失能者與其家庭照顧者對ADL或IADL之評量一致性是否會因失能者個人特性或照顧者特性之不同而有異，特進行以下的分析：首先將失能者或照顧者的每項特性分為二種不同的屬性來比較；其次按其不同屬性逐項計算每項功能能力評量之一致性，用Pearson Correlation (r)測量之，再求六項r值之平均數，r值愈大就表示一致性愈高；最

表三 失能者及家庭照顧者評量失能之情形

| 項目 | 評量者 | 配對數 | 需要協助的百分比 | | 成對樣本 T檢定 |
|--------|-----|-----|----------|-------|-------------|
| | | | 失能者 | 家庭照顧者 | |
| ADL項目 | | | | | |
| 室內走動 | | 742 | 21.0 | 41.2 | *** |
| 餵食 | | 741 | 11.7 | 12.7 | |
| 上下床 | | 742 | 24.1 | 34.9 | *** |
| 穿衣服 | | 742 | 35.4 | 37.3 | |
| 上廁所 | | 743 | 27.2 | 34.3 | *** |
| 洗澡 | | 743 | 45.1 | 49.4 | *** |
| IADL項目 | | | | | |
| 做家事 | | 735 | 75.9 | 90.5 | *** |
| 洗衣服 | | 735 | 79.3 | 87.5 | *** |
| 煮飯 | | 730 | 81.5 | 92.3 | *** |
| 購日用品 | | 735 | 81.4 | 91.0 | *** |
| 管理金錢 | | 575 | 42.6 | 54.4 | *** |
| 代打電話 | | 619 | 29.7 | 31.8 | |

成對樣本T檢定之顯著性，* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

註：1. 失能者評量「需要協助」包括「需人幫忙」及「完全不能做」兩項

2. 照顧者評量「需要協助」包括「有需要協助」及「完全不能做」兩項

3. 在IADL之「管理金錢」項上，照顧者回答失能者「沒有金錢需管理」的樣本不納入分析，故配對樣本數減為575；另在「代打電話」一項上，也將照顧者回答失能者「平常就不用電話」刪除，因此配對樣本數為619。

後再用T檢定比較兩組積差相關係數的差異性是否達顯著。

如表四所示，在ADL之評量方面，女性失能者的評量一致性高於男性失能者；有憂鬱傾向之失能者比沒有憂鬱之失能者有較高的一致性。在照顧者特質方面，不同住的照顧者比起同住的照顧者有較高的一致性評量；另非配偶照顧者比配偶照顧者有較高的一致性評量；又提供照顧較少的照顧者比提

供照顧較多的照顧者有較高的一致性。

在IADL之評量方面，罹患較少慢性病之失能者比起罹患較多慢性病之失能者有較高之一致性。在照顧者特質方面，男性照顧者比起女性照顧者有較高之一致性；而不同住之照顧者比起同住之照顧者有較高的一致性；另提供較少照顧的照顧者比起提供較多照顧的照顧者有較高的評量一致性。

表四 ADL和IADL評量一致性之差異比較，按失能者和照顧者特性分

| 特性 | | ADL | | IADL | |
|------------|--------|-----|---------|------|---------|
| | | N | r | N | r |
| 失能者 | | | | | |
| 性別 | 男性 | 363 | .635 ** | 297 | .527 |
| | 女性 | 377 | .728 | 276 | .584 |
| 婚姻狀況 | 有配偶 | 432 | .677 | 347 | .563 |
| | 沒有配偶 | 308 | .702 | 227 | .582 |
| 認知功能 | 認知功能正常 | 599 | .676 | 475 | .566 |
| | 認知功能障礙 | 131 | .693 | 86 | .525 |
| 慢性病數 | 0-2種 | 345 | .676 | 260 | .590 ** |
| | 3種以上 | 378 | .680 | 301 | .543 |
| 憂鬱量表 | 無憂鬱傾向 | 582 | .673 * | 452 | .573 |
| | 有憂鬱傾向 | 147 | .723 | 113 | .547 |
| 照顧者 | | | | | |
| 性別 | 男性 | 260 | .681 | 196 | .647 * |
| | 女性 | 468 | .682 | 370 | .510 |
| 是否同住 | 同住 | 675 | .674 * | 522 | .551 ** |
| | 不同住 | 66 | .763 | 49 | .682 |
| 婚姻狀況 | 有配偶 | 582 | .661 | 450 | .554 |
| | 沒有配偶 | 159 | .761 | 125 | .617 |
| 照顧關係 | 配偶照顧者 | 313 | .644 ** | 257 | .544 |
| | 非配偶照顧者 | 424 | .709 | 315 | .581 |
| 照顧時數 | 照顧較多 | 370 | .640 ** | 293 | .507 * |
| | 照顧較少 | 366 | .725 | 279 | .593 |
| 負荷量表 | 負荷感較低 | 357 | .640 | 276 | .577 |
| | 負荷感較高 | 377 | .685 | 294 | .515 |

註：1. ADL：日常生活活動功能

2. IADL：工具性日常生活活動功能

3. N：配對樣本數

4. r：各項能力評量一致性之皮爾遜相關係數Pearson's r (correlation coefficient)的平均值

5. 用T檢定驗證兩組積差相關係數的差異性是否達到顯著differences between correlation coefficients)

討 論

本研究發現，失能者與其家庭照顧者對於失能者日常生活活動能力之評量一致性高，而對於工具性日常生活活動能力之評量一致性較為普通。此項發現和現有文獻中「清楚界定的身體功能能力之評量一致性較高，而較複雜的日常生活活動項目之評量則一致性較低」之假設相符合。其次是失能評量之分析顯示：不論在日常生活活動和工具性日常生活活動能力方面，照顧者評定失能者需要協助的百分比均高於失能者，此一發現指出：照顧者傾向低估失能者的能力，也就是說照顧者比起失能者本人較可能評量失能者為依賴。Dorevitch et al. [6]認為家庭照顧者低估老人能力可能有下列三項原因：(1)家庭照顧者由於平日提供例行的協助，故忘了老人仍具有功能能力；(2)老人由於可獲得協助，故有較低的動機去執行這些活動項目，因而低度表現其能力；(3)照顧者由於過度負荷，故在評量老人身體功能能力時，有意識地或無意識地低估老人能力，以獲取同情和社會資源。

在現有文獻中影響自答者和代答者評量結果一致性的因素除了所欲評量問項之範疇外，尚有代答者的特性和受訪對象自答者的特性。依據假設，代答者若與受訪對象有較適足的接觸、且有機會直接觀察到受訪者的行為，則評量的一致性較高。所以代答者是否與受訪者同住、代答者與受訪者之關係是否為配偶或一等親的親屬、有無提供協助等變項就常被用來測量代答者與受訪者的關係之親疏遠近或接觸的頻繁情形。本研究的結果發現非配偶照顧者比起配偶照顧者對ADL之評量有較高的一致性，這和Rubenstein et al. [7]之研究結果相同，在家人親友的代答者中，配偶代答者之評量和失能者本人之評量的結果差距最大，這或許是因配偶照顧者投入的情感較深，也可能是因婚姻關係中所建立的相互協助之行為模式，而導致其較難做較客觀之評量。其次，照顧者是否與失能者同住以及照顧者提供協助的情形兩個自變項都是顯著的影響因素，但其影響的方向恰好

與國外的文獻相反，可能的解釋原因是國外之相關研究中代答者的人選很多，可能是家人、朋友、或正式照顧體系的工作人員(如居服員、護士、家庭醫師等) [6]，各類人員與失能者接觸的程度或涉入失能者的生活之程度不等，故相對上來說與失能者較頻繁接觸且涉入其生活較深的代答者，回答的一致性就較高。但本研究的照顧者都是主要的家庭照顧者，對失能者應有某種程度的熟悉度，若要針對主要家庭照顧者做比較，提供較多協助可能是因照顧者基於失能者較依賴之認知、或者是因提供較多協助故有傾向低估老人能力，上述兩種情況不知何者為真，然均有可能導致評量較低的一致性。至於「同住」對於評量一致性的影響也可能是如此，因平日已習慣提供協助，似乎就忘了失能者是否有執行這些活動之能力。由此可推論，當家庭照顧者在評量失能者之身體功能時，也許會因其對自己責任和義務的認知、以及與失能者間的情感而受到影響。女性照顧者比起男性照顧者較傾向認定失能者在做家事、洗衣服、煮飯等項IADL均需人幫忙，故其評量一致性較低，這可能與性別化的家務分工有關，女性依文化規範習慣為家人提供這類協助而導致其低估失能者的能力。當失能者有憂鬱傾向時，很可能會低估自己ADL之能力，故和家庭照顧者評量的結果反而較為一致。

本研究顯示，當評量的身體功能項目愈具體明確時，受訪者與其照顧者兩者評量結果的一致性也愈高，故實務工作者在訂定需求評量量表時，評量項目若能愈具體明確，則透過代答者的評量結果也愈能採信。其次，家庭照顧者傾向評量失能者較需要協助，特別是配偶照顧者、同住或提供較多協助之家庭照顧者愈有傾向低估失能者之身體功能能力，因此實務工作者若是透過代答的家庭照顧者之評量結果來訂定照顧計畫，則應將此因素納入考慮。

本研究僅比較失能者本人與其照顧者對身體功能評量之看法，分析的焦點放在一致性及失能評量之差異性兩項主題上，而未涉及失能者抑或照顧者何者的評量才是較準確

(accuracy)的討論，故建議未來之研究也應涵括專業人員的評量，失能者、照顧者及專業人員三者看法之比較，或許可釐清資料準確性的議題。此外，失能者之評量並不侷限在身體功能能力而已，認知功能、情感功能、社會生活功能及生活滿意度等也是重要的面向，因而失能者與代答者對這些項目看法的比較，也值得進一步之研究。

致 謝

本研究承蒙行政院衛生署及內政部提供研究經費及協助，以及助理沈志勳協助資料之統計分析，謹在此致謝。

參考文獻

1. Pearson IV. Assessment of Function in Older Adults. In: Kane RL, Kane RA eds. Assessing Older Persons. New York: Oxford University Press, 2000;17-48.
2. Harper JG. Assessing Older Adult Who Cannot Communicate. In: Kane RL, Kane RA eds. Assessing Older Persons. New York: Oxford University Press, 2000;483-515.
3. Magaziner J, Zimmerman SI, Gruber-Baldini AL, Hebel JD, Fox KM. Proxy Reporting in Five Areas of Functional Status Comparison with Self-Reports and Observations of Performance. *Am J Epidemiol* 1997;**146**: 418-28.
4. Magaziner J. The Use of Proxy Respondents in Health Studies of the Aged. In: Wallace RB, Wovlesn RF eds. The Epidemiologic Study of the Elderly. New York: Oxford University Press, 1992;120-9.
5. Magaziner J, Simonsick E, Kashner TM, et al. Patient-Proxy Response Comparability on Measures of Patient Health and Functional Status. *J Clin Epidemiol* 1988;**41**:1065-74.
6. Dorevitch MI, Cossar RM, Balley F, et al. The Accuracy of Self and Informant Ratings of Physical Functional Capacity in the Elderly. *J Clin Epidemiol* 1992;**45**:791-8.
7. Rubenstein ZL, Schairer C, Wieland GD, Kane R. Systematic Biases in Functional Status Assessment of Elderly Adults: Effects of Difference Data Sources. *J Gerontol* 1984;**39**:686-91.
8. 李淑霞、吳淑瓊：家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素。護理研究 1998；6：57-67。
9. Kohout FJ, Berkman LF, Evans DA, Cornone-Huntley J. Two Shorter Forms of the CES-Depression Symptom Index. *J Aging Health* 1993;**5**:179-93.
10. Eric P. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;**23**:433-41.
11. Wu SC, Ke D, Su TL. The Prevalence of Cognitive Impairment among Nursing Home Residents in Taipei, Taiwan. *Neuroepidemiology* 1998;**17**:147-53.
12. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring Caregiving Appraisal. *J Gerontol* 1989;**46**:181-9.
13. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: a Longitudinal Study. *Gerontologist* 1986;**26**:260-6.
14. Landies JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 1977;**33**:159-74.

