

社區老人對居家護理之認識及其影響因子

劉佳安¹ 吳淑瓊^{2,*}

JIA-AN LIOU¹, SHWU-CHONG WU^{2,*}

1 國立台灣大學醫學院附設醫院住院室

Admission Department, National Taiwan University Hospital.

2 國立台灣大學公共衛生學研究所及衛生政策研究中心，台北市仁愛路一段一號

Institute of Public Health and Center for Health Policy Research, National Taiwan University. No.1, Jen-Ai Road, Sec.1, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* 通訊作者Correspondence author. E-Mail: scwu@ha.mc.ntu.edu.tw

目的：本研究旨在瞭解社區老人對居家護理服務存在之認識情形，並進一步探討其影響因子。**方法：**研究資料取自台大公共衛生學研究所「老人健康及長期照護調查研究」於1996年收集之第二波資料，該研究樣本由設籍台北縣市四社區65歲以上老人隨機抽樣而得，共完訪1911人。本研究由其中去除6名曾經使用過居家護理、1名因抽樣誤差未滿65歲以及由家人代答之315名老人，總計本研究分析之樣本數為1589人。**結果：**調查發現1589名老人中僅有192人(12.1%)知道居家護理服務的存在，對數複迴歸分析結果則指出，在控制其他變項後，老人的年齡、籍貫、家庭月收入、教育程度、居住地區等社會人口特性以及自覺健康狀況和參與社交活動程度等特質皆為影響老人知道居家護理與否的顯著影響因子。**結論：**以上研究結果提供政府未來加強推動居家護理及長期照護服務之參考。(中華衛誌1999；18(6)：445-452)

關鍵字：居家護理、認知、老人。

Awareness of home health care services among non-institutionalized elderly in Taipei

Objectives: The purpose of this study is to explore the elderly's awareness of home health care services as well as related factors. **Methods:** The data came from a 1996 survey of a representative sample involving 1911 elderly aged 65 and over living in 4 communities in the Taipei area. **Results:** Of the 1589 respondents selected in this study, only 12.1% had knowledge about home health care services. The results of multiple logistic regression analysis showed that factors significantly associated with the awareness of home health care included age, ethnicity, family income, education, resident area, self-rated health and social interaction. **Conclusions:** We suggest that health authorities should strengthen the extension of home health care services. (*Chin J public Health. (Taipei): 1999;18(6):445-452*)

Key words : home health care, awareness, elderly.

前言

居家照護不論在國內外皆是最受民眾肯定的長期照護服務型態。McAuley & Bliezer 於1985年在美國的調查指出，當社區老人被問及將來生病或殘障需要照護時，近七成受訪者選擇留在家中接受親戚照顧或使用付費服務[1]；1993年，McAllister & Hollander 調查加拿大卑詩省(British Columbia)三個不同社區共300名老人也同樣發現，絕大多數(84.3%)的老人當其因生病或殘障時，希望能留在家中接受照護[2]。國內則有Wu & Chu(1996)分析台灣地區社會意向調查顯示，約有六成的20-64歲一般民眾認為家中若有老人需要照護時應選擇居家式照護[3]；此外，根據「中華民國台灣地區老人狀況調查報告」(1993)顯示，台灣地區六十五歲以上「健康不良，無自顧能力」老人之生活起居照顧方式更有高達九成左右係以「現住一般家宅」為主。由此可看出不論國內外，居家照護皆為長期照護體系中最受肯定的偏好與選擇。

在各項居家式照護中，居家護理服務(home health care)的優點涵蓋個人層面至整個衛生福利體系，其重要性與功能不乏國內外研究予以肯定，例如，居家護理服務可保障病人隱私、減少家庭照護者往來家中與機構的時間損失、維持家庭完整性以及減少醫療資源浪費與降低醫療費用等[4,5,6,7,8,9,10]。此外，居家護理在台灣也是我國政府一直本著縮短慢性病人住院日、提高病床有效利用、促使病人早日回到社區，享受較高生活品質、減少機構化等多重目標所倡導之長期照護服務型態[11]。

民國七十二年行政院衛生署於醫療資源缺乏地區之群醫中心設立兩個以居家護理為首要工作的「基層保健服務中心」，是我國第一個居家護理之相關政策。民國七十六年七月衛生署推展居家照護實驗計畫；七十八年衛生署與中央信託局公務人員保險處合作試辦將居家護理納入公保給付計畫。民國七十九年二月經建會「居家護理納入全民健康保險

之可行性」研究結果指出，住院病人之醫療費用約為同一類型病情之居家照護病人的9.1倍。民國八十一年，居家護理正式納入國民保健計畫之「長期照護-居家照護及護理之家之推展」[12,13,14]。民國八十四年三月全民健康保險於開辦之初即將居家護理服務中技術性護理(skilled nursing)的部份納入給付範圍。1998年內政部、行政院退輔會及行政院衛生署提出「老人長期照護三年計畫」，著重居家護理服務能量的提昇，期使老人能留在家中與社區就近得到適當的醫療和生活照護。居家護理在台灣已日益受到政府及衛生單位之重視。

但根據統計資料顯示，居家護理雖已納入全民健保給付，不過自民國八十四年七月至八十五年十二月期間，平均每月全民健保居家護理案件之申報數僅3000件左右[15]，與學者調查指出的需要量(29164人或68000餘人)相去甚遠[13,16]。如此差距顯示相當多有實際需要的民眾並未使用該項服務，其中最可能的原因之一便是民眾缺乏對於居家護理之認識，造成需要者喪失獲得適當長期照護服務的機會。

由於民眾對於長期照護的認識與態度會直接影響服務的利用及照護的結果與品質[17,18]，且過去國內對於居家護理之相關研究多集中於需求評估、成本分析、成效評價以及護理領域等相關議題[5,14,19,20]，研究對象也多侷限於醫護人員和住院病患，較缺乏瞭解一般社區老人對於此項長期照護服務的認識情形。此外，歸納國外相關研究得知，影響老人認識醫療或社會服務的因子大致包括社會人口、健康狀況及訊息資源等三大類。因此，基於上述各項考量，本研究以居家護理之最主要使用者「社區老人」為研究對象，欲瞭解他們對居家護理服務存在的認識情形，並探討上述各類影響因子與老人認識居家護理之關聯，以供目前台灣地區居家護理服務推展的基本參考資料。

材料與方法

一、材料

投稿日期：87年10月30日

接受日期：89年1月9日



本研究資料取自1996年台大公共衛生學研究所自1994年至1999年「老人健康及長期照護調查研究」五年追蹤計畫之第二波調查。該研究於大台北地區選取具有足夠老年人口比率、能獲得當地衛生所及鄉里村長行政支援、涵蓋城鄉社區以及距離研究者較近(便於交通前往及問卷品質控制)之台北市萬華區、台北縣深坑鄉、石碇鄉及平溪鄉等共四個社區為研究地區，並於此四區之65歲以上老人名冊中，以系統抽樣方式，隨機抽取2192人進行面對面訪視調查，共計完訪1911人，完訪率87.18%。

該研究問卷係由大學相關科系學生與資深特約訪員擔任訪視工作，為求回收資料之品質，全數訪員均接受為期兩天之訪員訓練，包括研究大意講解、問卷逐題介紹與角色扮演等。訪視期間每個社區均由兩位輔導員帶領訪員進駐社區，一方面照顧訪員起居生活，另一方面檢驗回收問卷之完整正確性，並給予疑難解答，以確保資料回收品質。

上述完訪之1911名老人中，6名曾經使用過居家護理服務及1名因抽樣誤差未滿65歲，並不適合成為本研究之探討個案，故去除之。此外，另有315名老人係由家人代答問卷，無法提供老人對居家護理服務認識之資料，再去除之。因此，最後納入本研究之研究對象共1589名。

將此1589人與資料來源樣本(1911人)依性別及年齡分別進行適合度檢定，結果發現本研究分析老人之性別分佈與資料來源並無顯著差異($\chi^2=1.5$, $d.f=1$)，但其年齡組成則較為年輕(具有較多75歲以下之年輕老人)，且此差異達顯著水準($\chi^2=17.8$, $d.f=3$, $P<0.001$)，其可能是因為本研究分析之變項均需由受訪者親自作答，故資料來源中因年老而身體虛弱、聽力不佳、言語不清以及由照護者代答之樣本均被剔除無法進入分析所致。

二、變項測量

本研究測量之依變項為老人是否知道居家護理服務的存在，由於目前台灣地區長期

照護服務資源供應仍少，為避免受訪老人對於「居家護理」名詞不瞭解，故訪視時，除詢問老人知不知道居家護理外，並加以解釋「居家護理就是醫生或護士到生病而行動不便的病人家裡，幫忙翻身、換藥、復健、換鼻胃管、換導尿管等服務，但不是24小時的看護」等描述，以幫助老人瞭解居家護理服務，正確回答我們的問題。

影響因子之分析方面，根據國外研究指出，係納入社會人口特性、健康特性及訊息資源特性等三大類自變項。其中，社會人口特性之測量採用性別、年齡、籍貫種族、家庭收入、教育程度與居住地區等變項。健康特性則選取疾病症狀、心理健康及自評健康狀況等變項，其中疾病症狀之測量係累計老人罹患高血壓、糖尿病、心臟病、中風、癌症、肺結核以外的呼吸疾病、骨折脫臼或骨斷、關節炎風濕症或痛風、肝膽疾病、慢性腰背痛、骨刺、巴金森氏症、青光眼、白內障、泌尿系統疾病、甲狀腺疾病、皮膚病、胃潰瘍、下肢截肢、肺結核及男性攝護腺肥大等二十一項之數目；心理健康則採用流行病學研究中心憂鬱量表(the Center of Epidemiological Studies of Depression, CES-D)之11題簡短問卷來測量老人憂鬱程度[21]。該量表中每一題分別詢問受訪者在上一個禮拜中各種正、負向感受發生的頻率，例如，覺得很快樂或不想吃東西等情形，每題依據發生頻率的的不同，分別給予0分(從未或很少)、1分(有時)或2分(常常)，因此總分為0-22分，分數愈高代表憂鬱程度愈高。原版CES-D量表共20題，總分為0-60分，根據文獻及臨床證實，其得分在16分以上者表示有憂鬱傾向。由於本研究使用11題之簡短CES-D量表，故根據以往研究結果建議，將11題之間卷分數透過T-score公式轉換為20題CES-D憂鬱量表之分數，凡轉換後達16分以上者，即判為具有憂鬱傾向[22]。自覺健康狀況變項則由老人評價自己當時的健康狀況是極好、很好、好、普通或不好，由於自認健康極好或很好之老人較少，故在雙變項分析中，將極好、很好及好三個等級合併進行分析。

訊息資源特性包含接觸大眾傳播媒體頻

率、參與社交活動程度及居住狀況等變項。其中，接觸大眾傳播媒體頻率是詢問受訪者看電視或收聽廣播的頻率，分為從不、有時或常常三個等級。參與社交活動程度係累積「是否經常與親友聯絡」與「是否參加社團活動」兩題分數，總分為0-2分，分數愈高表示參與社交活動程度愈高。本研究假設參與社交活動程度愈高之老人愈知道居家護理服務。居住安排則分為老人獨居或與他人同住兩種情形。

三、統計分析方法

為探討上述三類自變項與依變項之關聯，本研究採用卡方檢定分析各變項與老人知道居家護理存在與否的雙變項關係；又影響老人對居家護理認識情形的因子十分複雜，故再進行多變項分析，以便在控制其他相關變項下，檢驗影響老人知道居家護理與否的重要因子。

因本研究測量之依變項為二項類別變項，故多變項分析時採用對數複迴歸(multiple logistic regression)統計方法，並獲得勝算比(odds-ratio)，以幫助瞭解各自變項不同組間對依變項之相對影響程度。多變項分析中，依變項以「不知道居家護理服務存在」為參考組，自變項中，疾病症狀數及自覺健康狀況兩變項以原測量級數放入迴歸分析，其餘自變項均轉換成虛擬變項放入，其參考組分別為：女性、65-74歲、台灣省籍、家庭月收入三萬元以下、未受過教育、居住鄉區、無憂鬱傾向、從不或有時接觸大眾傳播媒體、參與社交活動程度最低及老人獨居等。迴歸診斷方面，本研究以Wald test進行迴歸係數之檢定，並利用-2Log Likelihood檢定對數複迴歸模式之適合度。

結 果

在1589名分析樣本中，僅192人(12.1%)知道居家護理服務的存在，其社會人口特性、健康特性及訊息資源特性等變項與知道居家護理服務存在間之雙變項卡方檢定分析結果，詳如表一。在社會人口特性方面，受

訪老人之性別、年齡、籍貫、家庭月收入、教育程度及居住地區等，皆與老人知道居家護理與否有顯著相關，且差異達統計顯著水準($P<0.01$)。其中以男性、65-69歲、大陸省籍、全家月收入六萬元以上、初中以上教育程度及居住城區之老人較知道居家護理服務之存在。年齡方面，隨著老人年齡增加，知道居家護理服務的比率明顯降低，尤其80歲以上受訪者中，只有3.4%表示知道居家護理。此外，隨著家庭月收入與老人教育程度的提高，知道居家護理服務存在的比率則明顯提昇至31.9%與30.9%。

在健康特性方面，沒有疾病症狀、無憂慮狀況以及自覺健康較好之受訪者知道居家護理服務的比率較高。經卡方檢定結果顯示，心理健康及自覺健康狀況兩變項均與老人知道居家護理與否有顯著相關($P<0.001$)。其中，有憂鬱症狀老人知道居家護理的比率(7.9%)約只達無憂鬱症狀老人之一半。此外，隨著自覺健康狀況評價的下降，知道居家護理服務的情形也僅有8.3%與7.0%，顯著低於自覺健康良好者的18.9%。

在訊息資源特性方面，常常接觸大眾傳播媒體、參與社交活動程度最高及與他人同住之受訪者較知道居家護理服務之存在。且隨著參與社交活動程度之增加，知道居家護理服務的情形由5.3%提高至12.7%及23.5%，其差異達統計顯著水準($P<0.001$)。

影響居家護理服務認識因素的對數複迴歸分析結果(表二)經統計檢定得到-2 Log Likelihood = 984.28(d.f=1558, $P=1.00$)，顯示迴歸模式適合良好。多變項分析結果顯示，在控制其他變項影響後，除性別外，其餘社會人口特性變項均與老人是否知道居家護理存在具顯著相關($P<0.05$)。其中以75歲以下年齡組、大陸省籍、家庭月收入三萬元以上、教育程度初中以上以及居住城區的老人較多知道居家護理的存在，其勝算比分別為0.52、1.99、1.58、3.78及1.68。

健康特性中，不同於雙變項分析結果，僅自覺健康狀況對居家護理認知具顯著影響，自覺健康越差之老人越不知道居家護理，其迴歸係數為-0.25，勝算比為0.78。訊

息資源變項中，同樣只有參與社交活動程度顯著影響居家護理的認識，參與程度最高之老人知道居家護理的情形顯著高於參與程度最差的老人，其勝算比為1.99。

討 論

我國於民國七十六年起展開居家護理試辦，並於全民健保開辦之初即將其納入給付項目，但以最可能需要該項服務之社區老年人口觀之，知道居家護理服務存在的比率甚低，僅略多於一成(12.1%)。此外，根據本研究結果發現，居住城區以及較年輕之老人對居家護理認知情形較高，而本研究樣本取自大台北地區並且包含較多75歲以下之年輕老人，故本研究資料可能高估社區老人對居家護理存在之認知情形。因此，全台灣地區65歲以上社區老人知道居家護理服務存在之比率應低於12.1%。

在影響因子分析方面，心理健康變項之「有無憂鬱傾向」，於雙變項分析中為影響老人是否知道居家護理服務存在之顯著因子，但進入多變項分析後，則不再具有顯著影響力。其可能是因為家庭月收入、教育程度和參與社交活動程度等與憂鬱傾向具相關性之變項均顯著影響老人是否知道居家護理服務存在，因此，於對數複迴歸分析中，一經控制這些變項後，老人的憂鬱傾向便無法顯著影響老人對居家護理服務存在之認識。

此外，本研究多變項分析結果發現，自覺健康較差之老人較不知道居家護理服務存在，本以為是因自覺健康較差老人之社交活動較少所致。但在本研究多變項分析中，已納入參與社交活動程度變項作為控制，因此目前尚不能斷下定論。至於是否因本研究在社交活動變項之測量不盡理想，或係其他原因所致，需更進一步研究探討之。另外，建議未來相關研究可進一步分析不同社交活動種類對於老人以及民眾接觸此類訊息之影響，以提供決策者瞭解現有之訊息傳播管道。

根據嚴母過等及趙玫珍之研究指出[23,24]，我國醫院常面臨慢性疾病或不需要積極醫療服務之病人超長住院問題，且此現

象於全民健保實施後更行嚴重，浪費急性醫療資源甚鉅。試想這樣的現象是否與病人缺乏對居家護理服務的認識與接觸，且病人出院後又無人可提供居家醫療後續照護等原因有關，其相關之程度又有多高，亦值得進一步探討。

在政策啓示方面，雖然影響民眾使用居家護理服務的因素很多，例如，醫院轉介與否、家人之照顧意願等等，但老人對該項服務認知的缺乏，相信亦是阻礙今日居家護理服務使用的主要原因之一。目前我國正值長期照護體系之規劃與成長階段，若相關單位不儘早檢討改善與民眾之溝通宣導管道，提昇老人對居家護理服務之認知，進而促使適當利用，則不但無法使全民健保涵蓋之服務確切嘉惠民眾，未來亦將造成台灣地區長期照護服務推展的一大障礙。

本研究發現，老人接觸大眾傳播媒體的頻率並非影響老人知道居家護理存在與否的顯著影響因子，這是否顯示目前台灣地區大眾傳播管道對居家護理服務的訊息提供不足，故老人只得藉由人際溝通與社團活動等非組織化的傳播管道以獲得相關的訊息。此外，研究分析結果也指出年紀較大、家庭月收入較低、教育程度較低、居住鄉區以及自覺健康較差之受訪老人較不知道居家護理，顯示出一群長期照護需要較高，但社經地位相對弱勢者，對於居家護理服務的存在卻缺乏基本的認識。

因此，本研究建議，未來如欲正確且有效率提高老人對居家護理之認識，進而提高居家護理之使用率，一方面除應充分利用目前未發揮功能的大眾傳播媒體外，且應針對身體健康狀況較差、居家護理服務需求較高者，聯繫醫療衛生與社會資源，進行專業正確的人際傳播及訊息推廣，如此多管齊下方是未來提高居家護理服務能量之關鍵與我國長期照護發展落實之開端。

致 謝

本文承行政院衛生署經費支助，計畫編號DOH86-TD-024、DOH85-HR-305，特此致謝。

表一 樣本特性與居家護理認識之關係

變項	人數	知道人數	知道百分比	卡方值
總計	1589	192	12.1	
社會人口特性				
性別				6.0**
女性	765	76	9.9	
男性	824	116	14.1	
年齡				18.4***
65-69歲	800	115	14.4	
70-74歲	393	51	13.0	
75-79歲	222	20	9.0	
80歲以上	174	6	3.4	
籍貫				31.1***
台灣	1321	132	10.0	
大陸	268	60	22.4	
家庭月收入				96.1***
三萬元以下	861	63	7.3	
三至六萬元	509	61	12.0	
六萬元上	210	67	31.9	
教育程度				137.6***
未受過教育	695	34	4.9	
小學肄業	589	63	10.8	
初中以上	307	95	30.9	
居住地區				55.1***
鄉區	1045	80	7.7	
城區	544	112	20.6	
健康特性				
疾病症狀				2.3
無	343	50	14.6	
有	1246	142	11.4	
心理健康				11.7***
無憂鬱傾向	1079	152	14.1	
有憂鬱傾向	505	40	7.9	
自覺健康				43.5***
好	607	115	18.9	
普通	677	56	8.3	
不好	301	21	7.0	
訊息資源特性				
接觸大眾傳播媒體				3.2
從不或有時	489	48	9.8	
常常	1097	144	13.1	
參與社交活動程度				42.0***
最低	413	22	5.3	
中等	979	124	12.7	
最高	196	46	23.5	
居住安排				0.8
獨居	192	19	9.9	
與他人同住	1397	173	12.4	

*:P<0.05 **:P<0.01 ***:P<0.001

有些變項總人數少於1589人係因有少數個案資料不詳

表二 居家護理認識影響因子之對數複迴歸分析結果

自變項	係數	標準誤	勝算比 (95% C.I.)
<u>社會人口特性</u>			
性別			
男性	- 0.17	0.19	0.84 (0.58~1.22)
年齡			
75歲以上	- 0.66**	0.24	0.52 (0.32~0.82)
籍貫			
大陸省籍	0.69***	0.20	1.99 (1.35~2.94)
家庭月收入			
三萬元以上	0.46*	0.19	1.58 (1.09~2.30)
教育程度			
小學肄業	0.43+	0.24	1.54 (0.96~2.48)
初中以上	1.33***	0.27	3.78 (2.25~6.35)
居住地區			
城區	0.52**	0.19	1.68 (1.16~2.43)
<u>健康特性</u>			
疾病症狀數	- 0.15	0.20	0.86 (0.57~1.28)
心理健康			
有憂鬱傾向	0.12	0.22	1.12 (0.73~1.72)
自覺健康狀況	- 0.25**	0.08	0.78 (0.66~0.92)
<u>訊息資源特性</u>			
接觸大眾傳播媒體頻率			
常常	0.17	0.19	1.18 (0.81~1.73)
參與社交活動程度			
中等	0.39	0.26	1.47 (0.89~2.43)
最高	0.69*	0.31	1.99 (1.09~3.64)
居住安排			
與他人同住	- 0.11	0.29	0.90 (0.51~1.59)
常數項	- 2.45	0.48	
- 2 Log Likelihood		984.28	
n=1572 + : P<0.10 * : P<0.05 ** : P<0.01 *** : P<0.001			
95% C.I. : 95%信賴區間			

參考文獻

1. McAuley WJ, Blieszner R. Selection of Long-term Care Arrangements by Older Community Residents. *Gerontologist* 1985 ; **25**:188-93.
2. McAllister NL, Hollander MJ. Seniors' Perceptions of and Attitudes Toward the British Columbia Continuing Care System. *Health Reports* 1993 ; **5**:409-18.
3. Wu SC, Chu CM. Public Attitude Toward Long-Term Care Arrangements for the Elderly in Taiwan. *Australian Journal on Ageing* 1996;**15**:62-8.

4. Stewart JE. Home Health Care. St. Louis: Mosby, 1979.
5. 陳群英、嚴毋過：台北市立中興醫院六十五歲以上住院病患對居家護理需求之探討。衛生行政專刊 1980；**10**：9-20。
6. Sharma RK. Forecasting Need and Demand for Home Health Care: a Selective Review. Public Health Reports 1980;**95**:572-9.
7. 阮玉梅：鄉民對居家照護態度之探討。護理雜誌 1988；**35**：59-67。
8. Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home Based Care and Standard Hospital Care for Patients with Severe Mental Illness : A Randomized Controlled Trial. BMJ 1992;**304**:749-54.
9. Jorm AF, Henderson S, Scott R, Mackinnon AJ, Korten AE, Christensen H. The Disabled Elderly Living in the Community : Care Received from Family and Formal Services. The Medical Journal of Australia 1993;**158**:383-8.
10. 劉慧俐、黃培琳、楊志良：高雄地區居家護理實施情形及其病人特徵之研究。中華衛誌 1993；**12**：191-200。
11. 行政院衛生署：衛生白皮書。台北：行政院衛生署，1993。
12. 李玉春：居家照護成本之分析研究，台北：行政院衛生署八十四年委託研究計畫，計畫編號DOH84-HP-5E09，1995。
13. 余玉眉、吳凱勳、陳心耕、陳月枝：居家照護納入全民健康保險之可行性。台北：行政院經濟建設委員會委託研究。計畫編號(79)：029-317，1990。
14. 杜敏世、李鍾祥：台北市某市立醫院居家照護服務模式之成本效益。公共衛生 1990；**17**：181-94。
15. 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬：配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。台北：行政院研究考核委員會委託研究，1997。
16. 吳淑瓊、張明正：台灣老人的健康照護現況分析。國立台灣大學公共衛生研究所暨衛生政策研究中心、台灣省家庭計畫研究所，1997。
17. Branch LG, Jette AM. A Prospective Study of Long-Term Care Institutionalization among the Aged. American Journal of Public Health 1982;**72**:1373-9.
18. Stein S, Linn MW, Stein EM. Patients' Anticipation of Stress in Nursing Home Care . The Gerontologist 1985;**25**:88-94.
19. 駱麗華、陳瑞琴、胡淑貞：南台灣某醫院為基礎之居家護理服務成效評價。公共衛生 1991；**18**：249-61。
20. 黃璉華：Omaha系統在居家護理的應用。護理雜誌 1994；**41**：14-7。
21. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Applied Psychological Measurement 1977;**1**:385-401.
22. Kohout FJ, Berkman LF, Evans DA, Huntley JC. Two Shorter Form of the CES-D Depression Symptoms Index. Journal of Aging and Health 1993;**5**:179-93.
23. 嚴毋過、吳淑瓊、許菁菁、陳寶輝：台北市公私立醫院非急性長期住院病人的盛行率、長期照護需要與長期照護態度。護理研究 1996；**4**：151-60。
24. 趙玫珍：超期住院患者長期照護需求之探討。公共衛生 1993；**20**：255-64。

