

# 民眾對老人長期照護安排之態度： 1994 台灣地區社會意向調查之發現

吳淑瓊 朱昭美

本研究旨在探討台灣一般民眾對三類老人長期照護安排的態度及其影響因子。根據1556位20-64歲台灣地區代表性樣本的調查發現，民眾認為一般家庭在有照護老人的需求時，58.1%會選擇居家式的照護，而選擇社區與機構等照護方式的比率分別為31.8%、與10.1%，可見傳統居家式的照護最受歡迎，但已有略多於四成的民眾贊同社區與機構等正式照護方式。多變項對數複迴歸分析發現，在控制其他重要變項下，年齡50-64歲、收入較高、居住城區、家中女性照護人力較少、認為政府有照護責任者較贊同送老人進機構療養；而社區式的照護較受閩南人、外省人、大專以上教育程度、認為政府有照護責任者的贊同。(中華衛誌 1995; 14 (4):369-382)

關鍵詞彙：長期照護、安排、態度、一般民眾、台灣

## 一、前言

由於人口快速老化，台灣已和先進老化國家一樣，面對日漸增長的慢性療養需求，其不但需要以傳統的醫療服務來照護逐漸增加的慢性病人，更需要長期性的護理、個人、與生活照護，以維持慢性身心功能障礙老人的基本生存[1,2]。因此傳統上以生物醫學模式(bio-medical model)為基礎的急性醫療照護體系，已無法滿足老化社會的長期療養需求，而衍生許多照護問題，例如：大量慢性病人長期佔用急性病床，浪費醫療資源；未立案安養中心品質未受監督，卻已收容大

量慢性失能病人，並快速成長等[3]。若不引進心理與社會照護模式(psycho-social model)，與原來的生物醫學模式整合，延伸發展長期照護服務網絡[4]，將難滿足老化社會之所需。有鑑於此，行政院衛生署乃於1989年開始陸續試辦居家護理、日間照護、與護理之家等各種長期照護服務的提供[5]，更於今年(1994)提出十五年的長期照護中長程發展計畫，期能更有計畫的發展我國長期照護資源，進而建構我國長期照護體系。

根據各國長期照護體系發展的經驗，民眾對各種長期照護服務的價值觀與態度是十分重要的參考資料[6]，其不但可影響服務的使用[7,8]，並可影響照護的結果與品質[9,10]，故一直是老年學的重要研究領域。例如，McAuley 與 Blieszner曾研究社區老人將來需要照護時，對五類長期照護安排的可能選擇，並分析影響其選擇的相關因素，發現

國立台灣大學公共衛生研究所及衛生政策研究中心  
聯絡人：吳淑瓊

台北市仁愛路一段一號 (02) 341-6234

收稿日期：84年1月

受稿日期：84年6月

人口、社經、身體健康、及社會支持等均為重要的影響因子[11]；Brody 等，從不同的角度出發，以老人的子女為研究對象，探討子女對照護年老父母的態度，期能瞭解民眾對家庭照護責任與家庭外正式照護安排的價值觀，進而瞭解非正式與正式照護於長期照護體系中所應扮演的角色，結果發現絕大多數研究對象均肯定家庭照護責任的價值，此價值觀不會因時代與人口的變遷而消失，但對正式照護服務協助的接受度，卻具明顯世代差異，年齡較長者，對正式照護較為接受[12,13]。這些研究均可供規劃長期照護網絡之參考，協助決策者在民眾的意向下，發展適切之服務體系。

台灣正值長期照護資源發展之際，民眾對老人長期照護安排的態度實為十分重要的參考資料。雖然吳淑瓊等曾研究社區老人對護理之家居住意願的影響因子，並以多變項分析發現，外省籍、無子女同住、患較多慢性病的老人，居住護理之家的意願較高[14]，但因護理之家僅為長期照護體系多類服務方式中的一種，事實上，一個理想的長期照護網絡應包含機構式、社區式、與居家式等三類服務，方能完整提供老人持續性的長期照護服務[15,16]，因此該研究只能提供台灣老人對機構式療養的態度資料，而無法幫助瞭解其他兩類長期照護安排的態度；又依 McCullough 等之研究，老人選擇何種長期照護安排，不只是老人本人的決定，老人的家人往往也是重要的決策參與者，因此，除老人的態度外，應再佐以老人家人的長期照護態度，方能完整表達民眾對長期照護的價值觀[17]。有鑑於此，本研究乃以台灣一般民眾為對象，調查其對三類長期照護的態度，並分析影響民眾態度的重要因子，以供整體規劃台灣長期照護體系之參考。

## 二、研究方法

本研究資料取自「台灣地區社會意向調

查」八十三年二月定期調查[18]，該研究利用三段等機率抽樣方法(probabilities proportional to sizes)，從設籍台灣地區、年齡在 20 歲至 64 歲間的居民(不包含離島、山地鄉、與長期居住機構內之居民)中，抽出正取樣本1592位，並加抽正取樣本人數一倍的備取樣本，以備取代無法完成訪問的樣本。結果完成有效樣本 1557 位，以適合度檢定，比較完成樣本與1991年全台灣地區20-64歲人口的年齡別與性別分佈[19]，結果發現兩者具統計顯著差異( $\chi^2 = 139.29$ ,  $df=9$ )，表示樣本與全台灣人口的年齡別性別分佈不同，各組樣本所佔比率，在男性樣本中，20-29歲組偏低，但40-49歲組偏高；女性樣本中，20-29與50-59歲組偏低，但30-39與40-49歲等兩組所佔的比率則有偏高的現象。因此，為調整樣本之年齡別性別分佈，使之與全台灣該年齡群人口之分佈相似，本文以下各項統計分析，均在年齡、性別加權下進行之。又因完成樣本中有一位缺乏年齡資料，其既無法參與此年齡加權調整，也無法用以分析年齡與長期照護態度的相關性，故只好將其刪除，結果納入分析樣本為1556人。

民眾對長期照護安排的態度是本研究的應變項，其探討民眾對機構式、社區式、與居家式等三類長期照護安排的贊同態度。此變項的測量係詢問受訪者「現代家庭若有老人需要照顧但又缺乏人力的情形時，會選擇何種照護方式」；在選項的設計上，由於目前台灣長期照護服務資源的供應仍少，一般民眾可能對上述三類照護的名稱仍不甚清楚，故不能直接列出此三類照護方式供受訪者選擇，而改以(一)家人辭職或休學來照護、(二)雇用看護在家照護、(三)請鄰居朋友幫忙照護、(四)白天送去給護理或養護中心照顧，晚上接回來、與(五)全天都送去護理或養護中心照顧等五個選項，選擇第一到第三項者表示對居家照護方式較為贊同，選擇第四項者表示對社區式照護較為贊同，而選擇

最後一項者表示對機構式照護的贊同。又以上三類服務可再依服務者是否來自有組織的服務單位，劃分為正式與非正式等兩類照護，居家式的照護均由老人的家人、親友或自行雇人提供服務，故在此分類中將其歸為非正式照護；而社區與機構式則因均需由照護單位中的工作人員提供服務，故將其歸於正式照護。因此，上述資料如再經此歸類，有助於探討民眾對家庭非正式服務與家庭以外正式服務等兩類服務的贊同態度。

又於影響民眾對長期照護安排態度的分析中，納入自變項包含：社會人口、健康狀況、照護資源、與民眾對政府照護責任意識型態等四類。前三類變項的納入係因他們不但在McAuley的研究中[11]是影響美國老人選用長期照護安排的重要因素，而且在台灣吳淑瓊等的研究中[14]，也是影響台灣老人護理之家居注意願的重要因素，因此他們也可能影響一般民眾對長期照護的看法；政府照護責任意識型態係指民眾對政府照護弱勢人口責任的看法，將之納入本分析之自變項，係因此一意識型態可能會影響民眾對正式與非正式服務的價值判斷與選用意願，凡對政府委以較重照護責任者，應較贊同建立家庭以外的正式照護網絡來照護老人。

採用的社會人口變項包含年齡、性別、籍貫族群、教育程度、宗教信仰、職業、收入、及城鄉居住別等。婚姻狀況雖為重要社會人口變項，但因配偶是老人非正式照護的重要照護人力[20,21,22]，故將其歸於照護資源變項。

健康狀況包含心理健康與自評健康等兩變項，心理健康係以受訪者是否覺得無精打采或悶悶不樂測量之；自評健康則由受訪者自己評估目前健康之好壞。

為能涵蓋家庭內外的照護資源，照護資源變項將包含社區與家庭等兩類資源的測量。社區資源以受訪者居住地區的醫療人力與設施資源測量之；家庭照護資源包含：是否有配偶同住、家中是否有需要照護人口、

自己或家人是否享有公務人員保險、家中女性人口數等變項。社區醫療資源資料來自行政院衛生署統計室未發表統計資料，從中抄錄全台灣 359 鄉鎮市區的醫師人數、護理師/護士人數、其他醫事人員數、衛生工作人員數、診所數、與病床數等六類人力與設施變項，再進行因素分析以瞭解其是否測量同一醫療資源向度，結果發現，此六變項均屬同一因素，解釋總變異量高達 83.7%，故以此六變項計算全台 359 鄉鎮市區之因素分數 (factor score)，其介於 -0.498 分到 6.143 分之間，再從中選取本研究地區的因素分數鍵入資料檔，以測量受訪者居住地區之醫療資源。

家中需照護人口係指具精神病、殘障、慢性疾病、或日常生活功能障礙而需他人照護的人口，凡具其中之一者，即屬家中有需要照護之人口，此變項可用以探討家中具有照護負擔者的態度。是否具有公保係用於測量受訪者家庭健康保險照護資源，採用公保係因目前僅公保包含居家護理給付，且包含退休人員與父母眷保，對老人的照護較豐，故以公保之有無來測量使用長期照護的可近性，根據Anderson醫療服務使用模式[23]，可近性為影響民眾使用服務的重要因子，故也可能影響民眾選擇服務安排之態度。家中具有的女性人口數係用來測量家中照護人力的多寡，由於國內外研究[20,21,22]均發現老人的非正式照護者以女性居多（70%以上），故計算家中具照護能力（15歲以上）女性人數以代表家庭照護人力的多寡。配偶有無也是測量老人非正式照護人力之變項，但於多變數分析中，其可能與家中女性人數重疊，而不能同時放入分析，在兩者之中，因本研究樣本並非老人本人，因此受訪者配偶的照護角色就不像老人配偶那麼重要，故選擇家中女性人口數放入多變項分析。

政府照護責任的意識型態係指在無獨力生活能力者的照護上，民眾對政府應負責任的看法，回答「主要應由家庭照顧」者，表示



其認為政府在此照護上不必負責，而回答「家庭和政府的責任一樣多」與「視家庭的負擔能力而定」者，表示認為政府在此照顧上應扮演相當的責任。由於此一意識型態必會影響家庭與社會如何分工照護老人的意向，因此會進而影響民眾對正式與非正式服務的價值判斷與選用意願，認為政府應有照護弱者的責任者，則較可能贊同以機構或社區等正式照護方式來照護老人，反之，如認為主要應由家庭負照護責任者，則較可能贊同由家人或親友所提供的非正式照護服務來照護老人。

為探討上述四類自變項與應變項間的關係，特以卡方檢定分析各變項與長期照護安排選擇意向間的雙變項關係；又因影響長期照護選擇意向因子十分複雜，故再進行多變項分析，以便於在控制其他相關變項下，檢驗影響民眾態度的重要因子。於此多變項分析中，因應變項為三分類之類別變項，故採用多分類對數複迴歸 (polytomous logistic regression) 統計方法，在控制有關變項下，分析影響長期照護安排意向的重要因素。於此多變數分析中，應變項的三項分類中，以居家式照護為參考組以對應於機構式或社區式的照護安排；自變項中，收入、自覺健康、與自覺無精打采、社區醫療資源、家中女性人數等五變項均以原測量級數放入迴歸分析，其餘自變項則轉換成虛擬變項放入分析，各變項的參考組分別為：20-29歲、女性、客家人、小學以下、無宗教信仰、無就業、居住鄉區、無公保、家中沒有需要照顧的人口、家庭應負主要照護責任等，均計為 0 分。

### 三、結果

表一為1556位完成樣本的基本特性，和抽樣的設定一樣，樣本年齡介於20至64歲之間，20-29歲的青年人約佔三分之一，將近一半為30-49歲的青壯年人口，50-64歲的中年人約佔五分之一；女性人口雖然稍多，但兩性

人口數相差不大；以父親籍貫來界定受訪者所屬籍貫族群發現，本省閩南人最多，將近四分之三，本省客家人佔16.9%，籍貫為大陸各省市的外省族群只約佔一成；在婚姻方面，目前已婚或同居者約佔七成，未婚者略多於四分之一，離婚喪偶者只佔3.9%。由於受訪者中有169位不願表示對三種長期照護方式的偏好，故將1387位願意表示意見者的特質列於表一，並以適合度檢定其與全部完訪樣本特質之異同，結果發現不具顯著差異，表示兩樣本特質相近。又於多分類對數複迴歸分析中，必需除去自變項數值缺失個案，故只剩下1288位個案進行迴歸分析，將其特質亦詳列表一，適合度檢定發現，其與全部樣本特質相近。

一般民眾對三類長期照護安排的態度請詳見表二，居家式是民眾的最愛，約六成民眾表示當家中有需要照護的老人，他們會贊同以拜託親友鄰居、辭職休學、或雇用看護等方法，將老人留在家中照顧；贊成以社區方式者佔31.8%，而贊同機構式照護者僅佔一成。為探討民眾對長期照護安排態度與社會人口、健康、照護資源、政府照護責任意識等變項之關係，特將長期照護態度與各變項之雙變項分析詳見表二。

在社會人口變項中，年齡、籍貫族群、教育程度、宗教信仰、與城鄉別等變項與長期照護態度具顯著的相關。年齡與長期照護態度的相關，主要係因不同年齡的受訪者對社區與機構式等兩類照護的態度不同，年紀越長者，對機構式的照護方式越贊同，而年齡越輕者，對社區式的照護方式越支持。然而，此一年齡差異在居家式的態度上並不明顯，三個年齡組選擇居家式照護的比率差異並不大。若以居家式代表非正式照護，以社區與機構式代表正式照護，則可發現，民眾對正式與非正式照護的態度並無年齡差異，只是不同年齡組對如何提供正式照護有不同的意見，年長者對機構式較接受，年輕者則較接受社區式的照護。

三個籍貫族群中，以客家族對居家式最為贊同，超過三分之二 (68.9%) 的客家族受訪者選擇將老人留在家中照護，閩南族對居家式的贊同比率較客家族者少十個百分點，

外省族群則再減十個百分點，其選擇居家式照護者不到一半 (47.1%)。對社區式的照護方式，則相反的以外省族群最為贊同，約四成的外省人選擇此項照護方式，閩南與客家

表一、樣本特性

	完成樣本		有效樣本 (I)		有效樣本 (II)	
	人	數 %	人	數 %	人	數 %
總計	1556		1387		1288	
年齡 (歲)						
20-29	498	32.0	442	31.9	416	32.3
30-39	468	30.1	433	31.2	402	31.2
40-49	282	18.1	249	17.9	232	18.0
50-59	212	13.6	176	12.7	160	12.4
60-64	96	6.2	87	6.3	78	6.1
性別						
男	800	51.4	715	51.6	669	52.0
女	756	48.6	672	48.4	619	48.0
籍貫族群						
本省閩南	1120	72.0	988	71.3	929	72.2
本省客家	263	16.9	239	17.2	213	16.5
外省	162	10.4	150	10.8	146	11.3
其他	11	0.7	10	0.7	0	0.0
婚姻						
已婚 / 同居	1079	69.3	964	69.5	891	69.2
未婚	415	26.7	366	26.4	348	27.0
離婚 / 喪偶	61	3.9	56	4.1	49	3.8
其他	1	0.1	1	0.1	0	0.0
教育程度						
未受正規教育	92	6.0	78	5.7	69	5.4
小學	350	22.5	304	21.9	274	21.2
國 (初) 中	263	16.9	233	16.8	217	16.9
高中 / 高職	459	29.5	408	29.5	379	29.5
大專以上	387	24.9	359	25.8	349	27.1
其他 / 不詳	5	0.3	5	0.3	0	0.0

有效樣本 (I) : 對長期照護態度安排表示意見的 1387 位樣本

有效樣本 (II) : 用於多分類對數複迴歸分析之樣本

表二 民眾對長期照護安排態度和各自變項間的關係

	人數	%	長期照護方式			卡方值
			居家式	社區式	機構式	
			%	%	%	
n=1387			58.1	31.8	10.1	
社會人口						
年齡 (歲)						32.7***
20-29	442	31.9	53.1	39.9	7.0	
30-49	681	49.1	60.3	30.0	9.6	
50-64	264	19.0	60.0	23.0	16.4	
性別						0.78
男	715	51.6	59.2	30.9	9.9	
女	672	48.4	56.9	32.9	10.2	
籍貫族群						19.1***
本省客家	239	17.3	68.6	23.1	8.3	
本省閩南	988	71.8	57.1	32.8	10.1	
外省	150	10.9	47.1	40.3	12.6	
教育程度						53.3***
小學以下	382	27.6	67.5	21.6	10.9	
中學	641	46.4	59.8	30.3	9.9	
大專以上	359	26.0	44.5	46.6	9.5	
宗教信仰						18.4**
無	204	14.7	49.8	41.5	8.7	
民間信仰	925	66.7	61.7	28.4	9.9	
其他宗教信仰	259	18.6	51.7	36.7	11.6	
就業						4.3
無	220	15.8	64.1	26.0	9.9	
有	1170	84.2	57.0	32.9	10.1	
每月平均收入						13.5
無	341	25.6	60.2	31.2	8.6	
~ 15,000	188	14.1	65.0	25.5	9.5	
15,001 ~ 30,000	376	28.3	55.0	35.1	10.0	
30,001 ~ 50,000	310	23.3	55.5	33.6	10.8	
50,001 ~ 100,000	97	7.3	53.2	32.2	14.6	
100,001 ~	19	1.4	72.4	13.0	14.6	
城鄉別						14.4***
城市	767	55.3	53.9	34.2	12.0	
鄉村	620	44.7	63.3	29.0	7.7	

\* P&lt;0.05 \*\* P&lt;0.01 \*\*\* P&lt;0.001

有些變項總人數小於 1387 人係因有資料不詳個案

表二 民眾對長期照護安排態度和各自變項間的關係 (續一)

	人數	%	長期照護方式			卡方值
			居家式	社區式	機構式	
			%	%	%	
<u>健康狀況</u>						
自覺健康						14.8**
好	940	67.8	56.3	34.5	9.2	
普通	323	23.3	62.0	28.1	9.9	
不好	122	8.8	61.5	21.8	16.7	
覺得無精打采或悶悶不樂						9.1
經常覺得	68	4.9	52.6	28.5	18.8	
偶爾覺得	591	42.6	55.6	34.5	9.9	
不常覺得	481	34.7	61.5	29.2	9.3	
從不覺得	247	17.8	59.0	31.6	9.4	
<u>照護資源</u>						
社區醫療資源的等級						11.7*
高	282	20.4	55.2	33.0	11.8	
中	609	43.9	54.6	34.6	10.7	
低	496	35.7	64.0	27.8	8.2	
配偶同住						18.1***
有	964	69.5	60.0	28.6	11.3	
無	422	30.5	53.7	39.3	7.0	
有無需要照護的家人						0.81
有	184	13.3	59.8	29.0	11.2	
無	1198	86.7	58.0	32.1	9.9	
公保						12.1**
有	291	21.0	49.1	38.9	12.0	
無	1096	79.0	60.5	30.0	9.5	
家中女性照護人力						10.9*
0 ~ 1 人	583	42.0	56.9	31.3	11.8	
2 人	450	32.4	59.0	30.1	11.0	
3 人以上	355	25.6	58.9	35.1	6.0	
<u>政府責任</u>						
有	976	71.5	54.2	35.0	10.8	18.3***
無	390	28.5	66.7	25.1	8.1	

\* P&lt;0.05 \*\* P&lt;0.01 \*\*\* P&lt;0.001

有些變項總人數小於 1387 人係因有資料不詳個案

族的贊同比率則分別為32.8%與23.1%。機構式照護方式方面，也以外省族最為贊同，約佔12.6%，而客家人中卻只有8.3%加以贊同。綜合言之，客家人對長期照護的態度最為保守，最贊同傳統的居家式照護，閩南人次之，而外省人則比其他兩個族群更贊同家庭以外的正式照護安排。

教育程度不同對居家式與社區式的照護意見不同。教育越低對居家式照護越贊同，小學程度以下者超過三分之二（67.7%）贊同居家方式，但大專以上贊同居家者卻不到一半（僅佔44.7%）；對社區式的照護態度則有相反的關係，教育程度越高越贊同社區照顧方式，大專以上選擇社區式者將近一半（46.6%），小學程度以下者則僅佔21.6%。各教育程度間對機構式的照護態度卻無明顯差距。

在三類宗教信仰的分類中，民間信仰者對長期照護的態度最為保守，贊同傳統居家式照護的比率最高，贊同社區式照護的比率最低；民間信仰以外的宗教信仰者選擇社區或機構式照護的比率均較民間信仰者為高；無宗教信仰者選擇社區式照護的比率更高，略多於四成，但其選擇機構式照護者則為三組民眾中最低者，只佔8.7%。

不同居住地區民眾的態度差異也相當顯著，一般而言，城區居民選擇居家式的比率較鄉區居民為低，選擇社區與機構式的比率則較鄉區為高。在兩個健康狀況變項中，僅自覺健康與長期照護態度具顯著相關。自覺健康不好的民眾選擇社區式的比率較自覺健康較好者為低，但相反的，自覺健康不好者選擇機構式的比率遠高於自覺健康較好者。然而，不同自覺健康狀況的民眾選擇居家式的比率則無太大差距。

在照護資源變項中，社區醫療資源、保險資源、配偶照護人力、與家中女性照護人力等與長期照護態度具顯著相關。居住地區醫療資源越豐富者對正式的照顧方式越贊同，如以資源因素分數2分以上，0-2分、0分

以下分別表示醫療資源高、中、低等三個等級，可發現居住在高資源地區的民眾，選擇社區與機構式兩類正式照護者佔44.8%，居於低資源地區的民眾選擇此兩類照護方式者則只佔36.0%。

家人具有公保者的長期照護態度較無公保者贊同社區與機構式的正式照護方式，而不具公保資源的家庭則較多選擇傳統的居家照護方式。

家中照護人力一向是選擇正式與非正式照護方式的決定因素，本研究亦發現其對照護態度的影響，家中具三位以上女性照護人力者選擇機構式照護者僅佔6.0%，而具2人以下女性照顧人力者選擇此種方式者卻高於11.0%，顯示家中女性照護人力資源越充沛越不贊同機構式的照護方式。但是，女性人力資源和居家或社區照護方式的選擇間並不具明顯相關。

民眾對政府照護責任的意識型態和長期照護的態度具顯著相關，認為政府有責任者選擇社區與機構等正式照護方式的比率較高；認為主要應由家庭照護者，選擇居家式者較多，約佔三分之二，相對的，認為政府有責任的民眾中，選擇居家方式者僅佔54.2%。

影響長期照護態度因素的多分類對數迴歸分析結果詳列表三。以卡方檢定各迴歸係數的顯著性發現，在控制其他重要變項下，年齡、籍貫族群、教育程度、收入、城鄉別、女性照護人力資源、與政府照護責任意識等變項仍然為長期照護安排選擇的顯著影響因子。因此可知，在控制其他重要變項下，除健康狀況對長期照護態度不具顯著影響外，社會人口、照護資源、與對政府照護責任意識等三類變項均具顯著影響力。

在社會人口變項中，年齡是重要的影響變項，50-64歲的中年人贊同機構式照護的機率顯著高於20-29歲的青年組，其選擇機構式的勝算比為2.95，表示年齡50-64歲的民眾選擇機構式照護的機率較20-29歲者為高。族群



表三 影響長期照護安排態度之多分類對數複迴歸分析結果

	單位：勝算比	
	社區式照護	機構式照護
<u>社會人口</u>		
<u>年齡（歲）</u>		
30-49 歲	0.84 (0.62~1.15)	1.06 (0.64~1.77)
50-64 歲	0.95 (0.59~1.52)	2.95 (1.52~5.74) **
<u>性別</u>		
男	0.83 (0.62~1.11)	0.67 (0.42~1.05)
<u>籍貫族群</u>		
本省閩南	1.69 (1.17~2.45) **	1.29 (0.75~2.25)
外省	1.88 (1.12~3.17) *	1.81 (0.84~3.87)
<u>教育程度</u>		
中學	1.32 (0.89~1.95)	1.38 (0.78~2.44)
大專以上	2.33 (1.46~3.71) ***	1.41 (0.69~2.91)
<u>宗教信仰</u>		
民間信仰	0.82 (0.57~1.20)	1.09 (0.58~2.03)
其他宗教信仰	1.18 (0.77~1.83)	1.34 (0.66~2.74)
<u>就業</u>		
有	1.19 (0.76~1.87)	0.93 (0.47~1.82)
<u>每月平均收入</u>		
城鄉別	0.95 (0.84~1.07)	1.24 (1.02~1.51) *
城市	1.10 (0.82~1.47)	1.66 (1.05~2.62) *
<u>健康狀況</u>		
自覺健康	1.11 (0.95~1.29)	0.94 (0.75~1.18)
覺得無精打采或悶悶不樂	0.95 (0.80~1.12)	0.92 (0.72~1.17)
<u>照護資源</u>		
社區醫療資源	0.96 (0.88~1.05)	0.96 (0.84~1.10)
<u>有無需要照護的家人</u>		
有	0.89 (0.60~1.30)	1.22 (0.71~2.12)
<u>公保</u>		
有	1.15 (0.83~1.59)	1.20 (0.74~1.94)
家中女性照護人力	0.98 (0.88~1.10)	0.83 (0.69~0.99) *
<u>政府責任</u>		
有	1.65 (1.24~2.21) ***	1.81 (1.15~2.85) **
-2 Log Likelihood		2230.53

n = 1288      \* P&lt;0.05      \*\* P&lt;0.01      \*\*\* P&lt;0.001

對長期照護態度的影響，由四個勝算比均為正值可知，閩南與外省人較客家人贊同社區與機構式的照護方式，顯示客家人對居家式的偏好，尤其是相對於客家人，閩南人與外省人選擇社區式照護的勝算比均達統計顯著水準，其分別為1.69與1.88。教育程度的影響中，相對於小學以下教育程度者，大專以上教育者選擇社區式照護的勝算比為2.33，顯示高教育程度者對社區式照護較為贊同。收入顯著影響機構式照護的選擇，其勝算比為1.24，表示收入較高者較多選擇機構式的照護。又居住於城區的民眾較贊同機構式的照護，相對於鄉區居民，其選擇機構式照護的勝算比為1.66。

家中女性照護人力是照護資源變項中唯一的顯著影響變項，家中女性人力越多，對機構的選擇意向越低，其勝算比為0.83。

民眾對政府照護責任意識型態會顯著的影響長期照護方式的選擇，認為政府有照護責任者，選擇機構式和社區式照護的機率顯著高於認為應由家庭照護者，其勝算比分別為1.81及1.65。由此可知，認為政府有照護責任者，較歡迎機構或社區的照護方式；相反的，認為照護無自願能力人口主要是家庭的责任者，則較偏向居家照護方式。

綜合上述長期照護態度之顯著影響因子，相對於居家式的照護，年齡50-64歲、收入較高、居住城區、家中女性照護人力較少、認為政府有照護責任者較贊同機構式的照護；而社區式的照護較受閩南人、外省人、大專以上教育程度、與認為政府有照護責任等民眾所贊同。

#### 四、結論與討論

由本研究樣本對老人長期照護安排的態度可知，台灣一般民眾贊成居家、社區、與機構式照護老人的比率分別為58.1%、31.8%、及10.1%，可見台灣民眾雖然最贊同傳統的居家照護，但已有略多於四成的民

眾，贊同以社區或機構等正式照護安排來照護老人。因此，若不盡速發展正式長期照護措施以為因應，將難滿足民眾的需求。又於兩類正式照護措施中，一般民眾對社區式較為歡迎，但已有一成的民眾選擇將父母送交機構照護，可見民眾對長期照護安排意向之一斑。

如果民眾對長期照護安排的選擇意向和其行為相似，則可依民眾態度資料估計一般家庭在有老人長期照護需求時，採取居家、社區、或機構等三類照護方式的比值約為6:3:1。由於長期照護安排的發展係以提供民眾適切服務，滿足民眾需求為目的，因此我國長期照護資源的發展，應參考此比值，合理分配各類長期照護設施之發展，以符合民眾之所需。

當然，態度與行為間的一致性常受質疑[24]，也就是說，民眾將來實際使用長期照護的行為，可能和目前表達的意見不同，因此上述由態度推估行為，恐與實際有所出入。但是，民眾的態度為其將來行為的先驅意向[25]，有些研究發現態度與行為十分接近，例如McAuley在其美國社區老人研究中發現，28.0%的老人表示將來需要時，會選擇住進護理之家[11]；又據Palmore的估計，美國老人終其一生住進護理之家的機率約四分之一[26]，兩者數字相近，可見本研究樣本的態度資料可做為未來實際需求量的參考，尤其是我國目前各類長期照護資源嚴重缺乏，根本無法測量民眾將來在資源增長後實際使用行為，以評估民眾對各類長期照護設施的需求，因而更需借重民眾的態度、意見、或偏好資料，以初步分析民眾可能的使用模式，供我國長期照護政策規劃之參考。但是，為求資料的改進，建議繼續進行回溯性或前瞻性研究，以瞭解此態度與實際行為間真正的關聯性。

多變項分析的結果，和本研究設定的分析假設相當一致，提出的四大類自變項中，僅健康狀況未達顯著影響水準，其他測量社

會人口、照護資源、與政府照護責任意識的變項，均可發現與態度具顯著相關者。健康變項未能達到顯著影響，可能是因為本研究採用20-64歲樣本，一般而言，其體力在照護老人上應無問題，因此在其對老人的照護方式的選擇上，較少考慮其本人的身體狀況能否勝任。

在控制其他重要變項後，政府照護責任意識的影響仍達統計顯著水準。民眾對政府照護責任委以較高期望者對正式長期照護安排的期望也較高，因此在民意日益高漲，民眾對政府要求日益增多的今日，應監測民眾此一意識型態的變遷，方能掌握民眾對長期照護安排的態度與需求。

由社會人口與照護資源變項對機構式照護態度的影響可知，民眾對此照護方式的選擇相當理性，年齡50-64歲者，可能因即將邁入老年，一方面可能因年齡的增長而預見自己對長期照護的可能需要，另一方面可能因年齡漸長，眼見身邊親友離去的機會增多，因而有感家庭照護資源的逐漸蕭條，故較能理解機構式照護的需要；較高收入者可能較有能力支付昂貴的機構照護費用，因而較傾向送老人進機構療養；家中具照護人手是居家照護老人的必要條件，人手較多的家庭當然會較不贊同機構式療養，但值得注意的，本研究也和其他研究發現一樣，認同女性為家庭中照護老人的重要人力：

除上述理性影響變項外，城鄉別在控制社區醫療資源、家庭資源、照護人力與其他重要變項下，仍然顯著影響機構照護的選擇。城區居民為何會在相同照護資源與社會人口背景下較鄉區居民更為贊同此類照護，是一個耐人尋味的問題，應再深入探討其影響機轉。又籍貫族群變項在過去台灣社區老人研究中曾顯著影響護理之家居住意願，外省族群的護理之家居住意願顯著高於本省族群者[14]，但於本研究中其對機構式的選擇並未達顯著影響，可能因本研究對象是20-64歲民眾，並非老人本人，而年輕一代的外省族

群對機構式照護的看法可能與其他族群較為接近；也可能因本研究中擴大納入客家族群，並納入社區式照護，更完整的同時探討三族群對三類照護選擇態度的影響，因此外省族群在有社區式照護可供選擇的情況下，原來可能選擇機構式者可能轉而選擇社區式，因而外省族群對機構的選擇不具影響，但卻顯著影響社區式的選擇。

在社區式照護選擇的影響因子中，除政府照護責任意識以外，僅籍貫族群與教育程度具顯著影響，可見此類照護方式選擇的影響因子和機構式者相異，並不受需要性或照護資源等理性因子所影響。照護資源不具顯著影響，可能係因社區式與居家式同樣均需家人參與照護，民眾在此兩類照護中，不論選擇那一類，基本上所需要的家庭照護人力相似，因此在其選擇的思考過程中，家中有無照護人力對兩者的影響相似。三級教育程度中，大專以上程度對社區式特別偏好，將近一半選擇此類照護方式，其可能因高教育程度者本來對社區式就較贊同；但也可能因社區式的照護在台灣是一種新型的照護方式，故教育程度較低的受訪者對其意義並不瞭解，而不加選擇，應再進一步研究以探討真象，但不論真象如何，如果台灣教育更進步，民眾的教育再提升，社區式的照護方式將受更多民眾的歡迎。

本研究結果係來自20-64歲一般民眾所表達的長期照護態度，因此以上所得的結果僅適用在此人口群之內，而不宜任意外推。不同年齡層的人口因其成長世代不同，觀念可能不一，且照護需求不盡相同，因此對長期照護的安排也就難得一致。老人本人的態度可能和一般大眾會有所不同，過去雖曾有吳淑瓊等[14]研究老人對護理之家的居住意願，但未曾同時探討前述三類照護安排態度之研究，更甚者，老人身體已惡化到需長期照護時，其態度更可能與一般年輕人加大差異，故將來應對這群最需照護之人口，進行其對長期照護態度或使用之影響因子研究。



照護資源的存在是民眾獲得服務的必要基礎，因此民眾對各種照護的態度當然會受其所處環境中資源的有無或品質好壞的影響。今日台灣正式長期照護資源極端欠缺，且未立案安養中心林立，品質備受質疑，在此狀況下，多數民眾對社區和機構式的照護可能不瞭解或不信任，故本研究民眾對社區與機構式的贊同比率可能是相當保守的估計。據吳淑瓊對老人的家庭照護者的態度調查發現[21]，有20%的照護者表示於老人身體更糟時會送老人去住護理之家，但如果護理之家能照護得很好時，41.6%會送老人去住護理之家。因此如果台灣的長期照護體系完善發展，應會影響民眾的長期照護安排態度，可能提升民眾對社區與機構式照護的贊同。

滿足老人的長期照護需求，一向是各國老人照護追求的共同目標，因此，理想的長期照護體系必需建構在民意的基礎之上，我國目前正處規劃長期照護體系之際，引進民眾對長期照護的意向格外重要。由本研究發現我們可歸納四點政策啟示：（一）從四成以上的民眾贊同正式照護安排，可見我國長期照護服務體系的發展已刻不容緩；（二）由贊同居家、社區、與機構式照護的6:3:1比值可知，我國民眾對各類照護方式具不等量的需求，將來各類資源的發展規劃，應以此為重要考量，方能達到三類照護資源之合理分配；（三）由於年齡較老或居住城區民眾對機構式照護較贊同，外省與閩南人比客家人贊同社區式照護，因此將來我國長期照護資源應有適當的地理分佈，在人口較老化地區或城市地區應適度調高機構式照護的供應，在客家人聚集地區應重視居家照護的支持，而在外省閩南人聚集地區，應加強社區式照護的提供；（四）家中女性人數、教育程度、與政府照護責任意識的影響，可幫助我們瞭解未來民眾長期照護態度的變遷趨勢，如果我國婦女就業繼續增加，可預見的對機構式的照護贊同將因家中照護人力的萎縮而升高；如果我國高等教育更發達，對社區式照護的

贊同將因民眾教育提升而增高；如果我國民意更高漲，對社區與機構式照護的贊同將因認為政府應有更多責任而上漲，由此可見，未來我國民眾對正式照護的贊同將會有增無減。這些研究結果，希望能提供我國理想長期照護體系發展之參考。

## 致 謝

本研究承蒙行政院國家科學委員會之經費支助，計畫編號NSC83-0301-H-001-050-B1。感謝政大選舉研究中心副研究員洪永泰教授於社區醫療資源變項測量之幫忙及台大公共衛生學院許博雄、許芳綺於資料分析的協助。

## 參考文獻

1. Lawrence DB and Gaus CR. Long-term care: Financing and policy issues. In: Mechanic D ed. Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions. NY: The Free Press, 1983.
2. Rundall TG. Health services for an aging society. Medical Care Review 1993; 49: 3-18.
3. Wu SC and Chiang TL. Long-term care in Taiwan: issues and directions. Paper presented at the Asia-Pacific Conference on Health Care in the 21st Century, May 18-20, 1994, Taipei, Taiwan.
4. Anderson OW. Caring for an aging world: A cross-national perspective. In: Romeis JC and Coe RM eds. Quality and Cost Containment in Care of the Elderly: Health Services Research Perspective. NY: Springer Publishing company, 1991.
5. 吳淑瓊與劉嘉年：台灣老人長期照護的需求與供應。中國衛生經濟學會主辦「海峽兩岸衛生經濟研討會」（北京）宣讀之論文，1994。
6. Kane RL and Kane RA eds. Values and Long-Term Care. Lexington, MA: DC Health, 1982.
7. Dunkle RE. Alternatives to Institutionalization. In: Kart CS, Metress EK, and Metress SP eds. Aging, Health and Society. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1988.
8. Branch LG and Jette AM. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. American Journal of Public Health 1982; 72: 1373-



- 1379.
9. Harel Z. and Noelker L. Social integration, health, and choice: Their impact on the well-being of institutionalized aged. *Research on Aging* 1982; **4**: 97-111.
10. Stein S, Linn MW and Stein EM. Patients' anticipation of stress in nursing home care. *Gerontologist* 1985; **25**: 88-94.
11. McAuley WJ and Blieszner R. Selection of long-term care arrangements by older community residents. *Gerontologist* 1985; **25**: 188-193.
12. Brody EM, Johnsen PT, Fulcomer MC. and Lang AM. Women's changing roles and help to elderly parents: Attitudes of three generations of women. *Journal of Gerontology* 1983; **38**: 597-607.
13. Brody EM, Johnsen PT and Fulcomer MC. What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology* 1984; **39**: 736-746.
14. 吳淑瓊、賴惠玲、江東亮：影響社區老人對護理之家居住意願的因素。中華衛誌 1994; **13**: 388-394。
15. Kane RA and Kane RL. *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*. NY: Springer Publishing Company, 1987.
16. Brody SJ and Masciocchi C. Data for long-term care planning by health system agencies. *American Journal of Public Health* 1980; **70**: 1194-1198.
17. McCullough LB, Wilson NL, Teasdale TA, Kolpakchi AL and Skelly JR. Mapping personal, familial, and professional values in long-term care decisions. *Journal of Gerontology* 1993; **33**: 324-332.
18. 中央研究院中山人文社會科學研究所：台灣地區社會意向調查：八十三年二月定期調查執行報告，1994。
19. 內政部：台閩地區人口統計，1992。
20. 吳聖良、胡杏佳、姚克明：台灣地區居家照護老人主要照護者負荷情況及其需求之調查研究。公共衛生 1991; **18**: 237-247。
21. 吳淑瓊：老人長期照護調查研究報告。行政院衛生署委託研究計畫，1994。
22. Rowland D and Lyons B. The elderly population in need of home care. In: Rowland D and Lyons B eds. *Financing Home Care: Improving Protection for Disabled Elderly People*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1991.
23. Aday LA and Shortell SM. Indicators and Predictors of Health Services Utilization. *Introduction to Health Services*, 1988.
24. Deutscher I. Words and deeds: Social science and social policy. *Social Problems* 1966; **13**: 235-254.
25. Palmore E. Total chance of institutionalization among the aged. *Gerontologist* 1976; **6**: 504-507.
26. Lazarsfeld P. A typology of disposition concepts. In: Lazarsfeld P ed. *Qualitative Analysis*. Boston: Allyn and Bacon, 1972.

## PUBLIC ATTITUDES TOWARD LONG-TERM CARE ARRANGEMENTS FOR THE ELDERLY: FINDINGS FROM 1994 SOCIAL IMAGE SURVEY

SHWU CHONG WU, CHAO-MEI CHU

This study examines the distribution of public attitudes toward three long-term care arrangements as well as the factors associated with those attitudes. Data came from a survey of a representative nation-wide sample of 1556 respondents aged 20-64. The results revealed that 58.1% of the respondents stated that they would choose home-based care to assist families with dependent elderly. Community-based care and institutional care were selected by 31.8% and 10.1% of the respondents respectively. Apparently, home-based care was most frequently preferred by people in Taiwan. However, slightly over 40% were in favor of community-based and in-

stitutional care. The results of polytomous logistic regression indicated that institutional care was more likely to be preferred by those aged 50-64, who had a higher income, lived in a city, had fewer family caregivers, and had higher expectations of government involvement in the care of the dependent population. Community-based care, on the other hand, was more likely to be preferred by Fukien-Taiwanese, mainlanders, and those with higher education or higher expectations of government involvement in the care of the dependent population. (*Chin J Public Health(Taipei)*: 1995; **14**(4): 369-382)

**Key words:** *long-term care, arrangements, attitudes, general population, Taiwan*

