

92年度小型研究報導

高雄市接受居家服務老人的生活品質

高醫護理研究所畢 現職小港醫院 林富琴護理師

高醫護理研究所 邱啟潤副教授

目前政府為配合高齡化社會需求，一直致力規劃居家服務，以長期患病、機能障礙、行動不便老人住家為服務場所，使老人能享有可及性、方便性之個別性照顧，讓其能就地老化、安養、去機構化，延續以往之居家生活方式及保障生活自主權，提供參與社會及增加人際互動的機會，促使生活正常化，以提昇或改善生活品質（蔡，2001）。然而，也有學者指出，目前老人居家服務已生不少弊病，即使補助付出龐大的照顧資金，但未必有效的維持或提昇其生活品質（王，1997；蔡，2000；施、賴，1998）。且接受居家服務的老人多為罹患慢性病、身心殘障者，普遍有醫護專業人員服務之需求，然目前並無醫護專業人員的編制，是否會因此而忽視案主的個別性需求及醫護專業進入居家服務的體系，而將案主所接受之服務及需求分割，進而降低其生活品質（劉、張、黃，1999）？蔡（2000）指出自實施「在宅服務」到「居家服務」，歷經二十年，老人生活品質未明顯改善。

本研究針對高市 132 位接受居家服務的老人進行訪視，將研究結果及訪視過程中的發現，從其整體及生理、心理、社會、環境等分範疇之生活品質來呈現，做為實務工作的參考。

本研究接受居家服務老人整體生活品質分數範圍最低 23.83 分，最高 65.60 分（原總分範圍最低 16 分，最高 80 分），平均總分為 40.98 分，低於其他社區老人生活品質相關研究之分數，其分別為 60.95 分（梁、張、戎，2001）、60.39 分（郭、高，2002）、57.64 分（彭、張、季，2001）、53.78 分（劉、葉，2001）、53.03 分（趙、林，2002）。老人接受居家服務的項目主要以家事服務為主，依序

為「環境清潔」有 113 人佔 85.6%、「清洗衣物」佔 53.0%（70 人）、「陪同就醫」佔 43.9%（58 人）、「代購物品」佔 43.2%（57 人）、「協助沐浴洗頭」佔 38.6%（51 人）、「傾聽或抒解鬱悶情緒」佔 35.6%（47 人）、「準備膳食」佔 31.8%（42 人）、「代取藥品」佔 22.7%（30 人）；反之，接受較少之服務項目依序為「注意均衡營養」僅 1 人佔 0.8%、「健康保健諮詢」佔 3.0%（4 人）、「血壓測量」佔 6.8%（9 人）。與高雄市在宅服務狀況調查結果相同，醫療性服務利用率偏低（劉等，1999），且比率明顯低於機構老人之注意均衡營養（21.8%）及保健諮詢（15.5%）、測量血壓（66.2%）（鄭，1998），可能是社區與機構服務性質不同所致。但接受居家服務老人罹患兩種以上之疾病高達 95.4%，比機構老人之 71.0%（鄭，1998）比率高，且接受居家服務老人中，有 19.7% 至少一項活動功能缺失，比台灣地區 65 歲以上老人無法自行料理生活為 9.33%（內政部統計處，2000）；也比國外社區老人研究，有 10% 一項失能情形之比率高（Nugegoda & Balasuriya, 1995）。因此，是否需考量在社區中居家老人的綜合性照顧需求的問題。

在生理範疇方面，老人罹患的疾病種類主要為骨骼疾病、眼睛疾病、高血壓、心臟病、糖尿病，平均有 4.52 種，每人至少罹患一種以上的疾病，以致於生活中無法自行處理家務者佔 92.4%、無法準備三餐佔 67.4%，有 56.8% 沐浴或更衣有困難、51.5% 無法自行走動。老人無奈的說：「站也站不穩，也站不久，跌了好幾次！勉強靠輔具或扶著牆壁慢慢凸...，坐在瓦斯爐前烹煮，順道吃也在這兒...，洗澡時，手無法抬高淘水沖洗...連端一杯水，手也抖...，哎！能走真好，能動真好。」；或老人淚流滿面主訴：「無力啊，什

麼也不滿意！跌倒了、滿屋子大便，還是要等到家人或居服員來才能處理...，整天只能坐在床上，聽到外面鄰居“開講”聲音，卻無法看到人...，我已經“歸年燙天”沒到外面去了...，小姐！推我出去四處走走好不好？」；「不能動，無力整理家務，看了心情更糟糕...。」另外，68.2%老人有便秘情形，72.1%老人有失眠情形需服藥控制，老人皺眉頭主訴：「便秘很痛苦啊！每天吃藥也不見得有效，常要用手挖...；吃了安眠藥也不一定睡的著，眼睛光光到天光...，老了什麼都不好...。」目前老人身體健康、功能等問題需自行至醫院求診，但在失能比率居高，行動不便的情況下，多數老人委託居服員代為取藥或受電視廣告及收音機廣播等媒體影響自行購買一些標榜功能特優的藥物，此情形是否能針對老人們身體健康困擾的個別原因予以解決？除造成老人抱怨領用之福利金不足外，也影響其選擇醫療服務的模式，健康生活亦受威脅。且因罹患疾病需長期服藥之下，許多藥物也會造成失眠、便秘等副作用而受困擾，故一味的服用軟便劑、安眠藥，真能改善功能情形？且因年老容易有消化功能減退或失能致活動減少而導致便秘外，訪視時也發現多數老人缺牙嚴重，滿口多約7-8顆，少則僅剩約4-5顆牙，老人抱怨咀嚼能力差、假牙咬合不正，而不願配戴，重新裝置很麻煩，也要花錢而不願意，故以選擇吃質地較軟的食物，而攝取纖維性食物減少易引起便秘。有些老人抱怨對於送餐服務之便當菜餚覺烹煮太硬，無法咀嚼或不合口味而拒絕訂購，或送餐服務每天僅午餐一頓且假日休息，許多老人仍需自行準備餐食或一個便當當三餐吃，且對於一些失能及精神虛弱的獨居老人，使用瓦斯器具自行烹調，仍有安全上的顧慮。

在心理範疇方面，老人因久病易造成失能外，對心理層面之生活品質頗具影響，自覺生活缺乏樂趣、無望感，也受隔離、溝通困難、氣餒、害怕等感覺所威脅。老人憤怒的說：「全身都是病，走也走不動，哪會快樂，什麼都免談，死一死算了...，想起少年時走東往西，如今變成這狀，卡緊死卡贏、卡好

命，厚病，無路用啦，比死還痛苦...。」；「想去自殺、卡早死死耶卡輕鬆，沒什麼好留念，活夠了，世界只是借住而已...生命，一元都不值」。

在社會關係範疇，目前社會上存在許多人對老人不耐煩，認為其無用、囉嗦、麻煩、軟弱等負向觀念，以致於老人被忽略或老人因健康狀況差，造成家庭長期的依賴，彼此間的互動因而減少，即使與家人同住未必會關心其健康及生活，或有些老人認為：造成兒女的負擔反而更難過，故身體不舒服時也不敢講。老人說：「家人不管我，對兒女付出多、收穫少，敢怒不敢言啊！還好有服務員陪我，跟我講的話比家人還多，我每天盼著她來把我的身子及環境弄乾淨，否則我老了、沒用也動不了...。」；「兒女不在身邊，移民的移民，在我身邊的也很少過問我的需要，罵我怎麼不早一點死一死，故意找麻煩...。」；「政府補助多少我也不知道，錢會被我兒子拿走，給他100元請他幫我買東西，只買20元，剩下的就不還了，我走不動自己又沒辦法去買...」。

在環境範疇方面，當老人身體衰弱、機能減退時，導致不可逆之殘障，對健康及生活之期望及滿意度也會降低，也因此參與活動機會減少，漸與環境產生隔離，使老人抱怨生活缺乏樂趣，生命沒意義。老人說：「手腳不方便，連就醫也頗傷腦筋，因上不了公車，計程車司機看我殘廢、動作慢，不太願意帶，申請社會局的殘障公車，除時間不好拿捏外，只送我到巷子口，勉強自己走進來，顛顛倒倒的自己走的很害怕...。」；「動作本來就慢，出去怕跌倒，有些地方需爬樓梯，或小便常控制不住或走的慢，常來不及上廁所，所以更不敢出門，身上也會有味道，很麻煩...。」；「想去復健，沒人能帶我去，自己像廢人...。」；「眼睛也不好，電視也不想看，不識字，外面什麼事沒人告訴我...。」

基於上述研究的發現，吾人提出下列之建議：

1. 需要居家服務之老人不但有老化問題，更有多重健康問題，平均罹患4.5種疾病，導致失能及需要靠醫療協助或長久的與

- 藥物為伍，有其不同之個別需求；因此不僅需要替代的人力介入，更需要健康層面的醫療專業人員的介入服務，透過有訓練及經驗的護理或社工為背景的個案管理人員評估，若有需求再照會復健、營養、醫療等相關的專業人員，形成團隊的服務，以結合社政與衛政的發展，以提供老人有系統的健康服務、慢性病照護及相關資源之應用，給予生理、心理、社會之整體性照護，才能獲得良好的生活品質。
2. 接受居家服務的老人常有復健之需求，但卻因行動不便、無家人陪伴等問題而中斷復健的治療，故應主動結合與運用社區資源加強老人復健之工作或建立社區復健治療，維持或增加其活動的能力，減低功能障礙所造成的限制，以提升生活品質。
 3. 提昇社會大眾對老年人的尊重、建立正面的形象及認同，對老人的生活才會有幫助（于等，2002），多傾聽及同理老人的抱怨及委曲，使其獲得認同感及得到心理的滿足，並回憶及強調昔日優點，減少其認為無用的想法。辦理家庭講座，以家人對老人們的接納及照顧資源及技巧為主題或老人如何適應壓力及新時代的來臨，讓彼此成長，增進家庭功能，使老人與生活中最親近的家人中得到良好的人際關係，而增加被尊重的滿足感。
 4. 老人因多種原因極少有機會參與休閒活動或外出，於解決交通障礙及輔具協助下，必須長時間的鼓勵，漸進帶領老人參與文康活動，讓老人自社區活動中找出興

趣及成為生活之常規，提昇其生活的意義及滿意度，非因此而放棄；或至不識字、獨居、行動不便之老人家中「讀報」，減少其與環境脫節，幫助其重新找回生活的意義及滿意度。

5. 送餐服務方面需進一步瞭解老人的飲食需求，符合老人的咀嚼能力及色、香、味之調配。

參考資料

1. 王增勇 (1997)。殘補式或普及式福利-台北市居家照顧政策的抉擇。社區發展季刊, 80, 213-232。
2. 施教裕、賴建仲 (1998)。老人居家服務現況及整合之探討。社區發展季刊, 83, 74-91。
3. 梁金麗、張蓓貞、戎瑾如 (2001)。社區老人生活品質及其相關因素之探討。未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院。
4. 郭沼豪、高森永 (2002)。榮家內住榮民健康生活品質之探討。未發表的碩士論文，台北：國防醫學院。
5. 彭碧智、張蓓貞、李麟揚 (2001)。社區老人對牙醫醫療服務的利用及其與生活品質。未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院。
6. 趙安娜、林壽惠 (2002)。鄉村社區老年人生命意義、健康狀況與生活品質及其相關因素之探討。未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院。
7. 劉慧俐、張佳琪、黃昆瑀 (1999)。高雄市老人在宅服務利用情形之分析。社區發展季刊, 87, 248-253。
8. 劉清華、葉明理 (2001)。社區老人擁有寵物對其健康狀況及生活品質影響之相關性探討。未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院。
9. 鄭雪英 (1998)。基隆地區扶養機構老人健康狀況與生活照顧之探討。公共衛生, 24 (4), 235-249。
10. 蔡啟源 (2000)。老人居家服務之探討。社區發展季刊, 91, 252-267。
11. 蔡啟源 (2001)。老人居家服務之檢析。社區發展季刊, 95, 228-236。
12. Nuggeoda, D. B., & Balasuriya, S. (1995). Health and social status of an elderly urban population in Sri Lanka. Social Science and Medical, 40(4), 437-442.