

行政院國家科學委員會補助
大專學生參與專題研究計畫研究成果報告

* ***** *
* 計 畫 *
* : 失智症照顧者的社會支持探討 *
* 名 稱 *
* ***** *

執行計畫學生： 蕭玉苹
學生計畫編號： NSC 98-2815-C-040-014-H
研究期間： 98年07月01日至99年02月28日止，計8個月
指導教授： 何斐瓊

處理方式： 本計畫可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系（所）

中華民國 99年02月28日

行政院國家科學委員會補助

大專學生參與專題研究計畫研究成果報告

* 計畫 : 失智症照顧者的社會支持探討 *
* 名稱 *

執行計畫學生：蕭玉苹

學生計畫編號：NSC 98-2815-C-040-014-H

研究期間：98年7月1日至99年2月底止，計8個月

指導教授：何斐瓊

處理方式(請勾選)：立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權，一年二年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

中華民國 99 年 02 月 28 日

摘要

失智症多發生於 65 歲以上老人，且造成很高的死亡率。隨著疾病進展，失智長者的問題行為會日益嚴重，導致日常生活、社交功能受到干擾及生活獨立能力的喪失等。尤其是子女們皆有工作時，造成家庭及社區相當大的照顧負擔和壓力。不但造成家屬無法持續居家照顧，同時也是機構照顧者面對失智長者最感挫折無力。本研究的目的是在於探討失智症照顧者的社會支持，除了必須去廣泛了解主要照顧者在照顧過程中所面臨到的壓力，並藉由知悉主要照顧者本身的社會支持系統有哪些，然而，在產生許多的照顧壓力，又沒有社會支持系統的協助，主要照顧者則會在生活與照護上衍伸哪些對服務項目的需求，使其調適及舒緩在照顧過程中所造成的身心壓力，亦使照顧品質提升。本研究係採結構式問卷，有效樣本 110 人，研究結果發現造成主要照顧者在照顧過程中的最主要困擾與壓力源是失智長者因記憶和行為問題而喪失自我照顧功能，由照顧所引起的身心情緒問題以及因照顧費用相當昂貴所造成的經濟負擔。而主要照顧者在照顧失智長者過程中的需求，不僅需要有人協助分擔照顧之工作，也需要相關服務資訊的提供並希望政府給予經濟上的支持，來協助照顧失智長者。

此外，卡方檢定「主要照顧者壓力與使用正式及非正式社會資源」之關係發現主要照顧者之家庭生活或關係與使用喘息服務有關，經濟壓力與使用送餐服務之正式社會資源有關。照顧者人際互動之壓力與尋求工具性、資訊性、或情緒性之非正式社會支持有關。本研究係期未來能提供失智症照顧者尋求支持性服務時，能減輕照顧壓力並滿足需求而使照護品質提升，並可作為相關機構與單位的參考。

壹、研究動機與研究問題

隨著現代醫學的進步，人類的平均餘命逐年延長，我國自 82 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比例持續攀升，97 年底已達 10.4%，老化指數為 61.5%(內政部，2009)，正因如此，演變而來的是慢性疾病罹病率增加，依賴人口不斷往上攀升，造成長期照護醫療需求激增，此影響已反映於沉重的社會成本支出(黃惠玲等，2006)。「老年期失智症」患者罹病率快速增加的現象與台灣地區平均壽命延長有關，不但如此，現今的延壽現象使得罹病率也逐年的增高，且盛行率於八年間成長六倍，由十萬分之 12.28 成長為十萬分之 73.24，盛行率的高漲顯示此類傷病的醫療照護費用亦急速高漲(莊聲和等，2007)。在亞太地區失智症盛行率報告中指出失智症已經對數百萬人的生活和公共衛生的支出造成了巨大影響(巫瑩慧等譯，2007)，而台灣地區的失智症人口也迅速增加，估計目前全台約有超過 15 萬失智症人口，二十年後將倍增(台灣失智症協會，2008)。在這樣的情況下，照顧者本身的生活品質能否維持，甚至是面臨許多不必要的照顧壓力，成了我們想研究的議題。

對於失智長者所帶來的問題，不僅是個人、家庭甚至是社會等各層面都面臨了極大負荷，因此本研究希望能瞭解照顧者的壓力來源有哪些？並瞭解失智症照顧者的需求有哪些？此外，在相關的服務措施中，有哪些社會資源可提供照顧者協助？使其能調適照顧過程所帶來的壓力，期望藉著這方面的研究，達到以下幾點的研究目的：

- 一、了解主要照顧者在照顧失智長者時，主要的壓力源有哪些。
- 二、在各種不同因素與狀況下，照顧者在面對壓力時會有哪些不同需求。
- 三、了解照顧者會運用哪些社會支持管道與方式來調適照顧過程中的之壓力。

貳、文獻回顧與探討

健康狀況已經成為所有國家人民所關注的生活品質的焦點所在(Blendon et al., 1993)，而且隨著老化趨勢的急速發展，對於老人的醫療與生活照護，更是許多國家必須面臨的重大挑戰，紛紛列為重要政策與施政的項目(Lassey, Lassey, & Jinks, 1997)。特別是慢性疾病(chronic disease)日漸普及，並且成為患者與照顧者之生活的一部分時，治療與照護成為兩個同時存在卻又不斷交錯的生活場景(Paterson, 2004)。張苙雲(2003)指出求醫行為意含求助與解惑，即不單只是尋求醫療協助同時也是解除困惑的社會行動。病患的受苦、調適、決定與行動有其獨特性與社會意義，Conrad(1987)指出必須將其焦點移轉到受苦者的生活世界，而非以醫生為主的醫學世界，並將之稱為生病經驗社會學(sociology of illness

experience), Weitz(2001)更加入了照顧者為對象,重申從經驗者主觀的角度來詮釋的重要性。因此,本文將從:照顧過程中的生活壓力來源與調適、對於照護與生活上的服務項目需求,以及社會支持等三個面向進行文獻討論。

一、壓力來源與調適

失智症或稱失憶症者之特徵,係為漸進式之記憶喪失與其他認知領域之損傷,以致影響個人能力去維持正常的社會與職業功能。失智症者伴隨著許多行為問題,增加了照顧者之困難與失望,長時間照顧使照顧者感到身心疲倦,經常導致送醫院或送進療養機構去接受專業服務與看管照顧(李宗派,2005)。由於失智症的症狀因人而異,從初期輕度到中、重度的階段,漸行性發生,病程可能會有十~二十年之久,隨著失智症症狀的階段性惡化(出現遊走、定向感與認知功能喪失、疑心、幻想等類似精神科疾病以及出現大小便失禁、認知功能嚴重障礙、喪失日常生活功能、甚至完全依賴他人),主要照顧者將面臨生理、心理、經濟、家庭、社會關係等多重壓力,甚至崩潰(于淑等,2003)。

對家庭而言,出現一位失智病患是一個重大打擊,伴隨著病程的發展,以及失智症的特殊性,隨著日常生活功能持續的下降,逐漸無法自我照顧而需要他人協助,加上令人困擾的不預期行為與情緒問題,對於原本相對穩定的家庭系統而言,在系統內部所產生的危機,為因應此危機,家庭成員間的角色轉換、衝突及照顧過程所造成的負荷、情緒、壓力等,倘若此時在系統的輸入部分,無法輸入有效處理危機資源、或協助系統成員適應、或加強系統成員因應能力等正向輸入,都可能導致家庭系統產生不平衡,甚至造成家庭功能的失調、家庭內部關係的緊張及照顧者所感受的不同層次的照顧負荷,包括生理、心理及社會功能(陳昱名,2007)。張苙雲(2003)也認為家中任何一員生病,不僅帶給家人精神上的陰影,也造成全家經濟上的負擔,尤其家庭成員受到家人生病最直接明顯的影響就是面對疾病所帶來的相關困擾。

國內的研究一致指出,當家人生病時,尤其是長期慢性或致命的疾病時,共同遇到的困境是:(1)經濟負擔大;(2)缺乏社會支持和周邊人的援手,照顧人力不足和體力不足;(3)醫療專業方面的支持薄弱和缺乏復健及醫療照護的知識;(4)缺乏持續性的治療。家屬憂心的是病人未來生活的安排,以及病人自我照顧的能力等。許多學者藉著實證研究的結果,呼籲社會大眾和政府部門能重視家屬在有家人生病時所承受的壓力和痛苦,能藉著群力,分擔家屬的負擔(張苙雲,2003)。

(一)失智症照顧者的壓力源

1. 生理層面

由於失智患者情緒問題與生活能力的下降，患者自我照顧能力也逐日下降，對於照顧者的依賴也日益加深，加上失智症狀可能導致的難以預期的突發狀況，對失智症病患的照顧者來說，像是漫遊是一個嚴重關切的問題，是面對許多的困難之一，使得家庭照顧者在照顧過程中面臨著隨時緊繃注意的壓力。在身體方面常出現因照顧工作所出現的疲倦、睡眠不足、食慾不振、體力改變、健康變差等症狀(徐麗真，2004；李宗派，2005；邱麗蓉等，2007；陳昱名，2007)。由於照顧本身是一項耗神費力的工作，在長期的照顧生涯下，身心的負荷對身體健康造成相當大的折損，尤其照顧者若是年長者，其更顯著在健康情形方面(陳玉娟，2005)。

2. 心理層面

失智症不單是有形的照顧成本支出，主要照顧者也需要付出極大的時間和精神等無形的成本，包括被照顧者日常一切的食、衣、住、行等事務的打理，因此其對照顧者依賴甚深，使得照顧者陷入了有限封閉的生活環境裡。此種無可計期的照顧生涯，使他們容易變得神經質、嘮叨、易怒，也造成在心理負荷上常出現的有心情沉悶、心力交瘁、緊張、沮喪、絕望、憂鬱、孤立等負面情緒感受，甚至對於自身日後如何被照顧的擔心也是常被提到，對未來的生活也無所規劃與掌握，因此這種不確定感讓心中因而充滿疑懼(徐麗真，2004；陳玉娟，2005；陳昱名，2007；邱麗蓉等，2007)。

失智症病程中所逐步出現的行為與情緒認知問題，往往是整個照顧過程中首當其衝所必須面對的難題，患者的生活習慣甚至功能表現逐漸失常，都使得照顧者無所適從，也因為患者行為的不可預測性，更使得照顧過程更加謹慎緊張，甚至是憤怒、無法理解(陳昱名，2007)。家庭成員在照顧失能老人時經常會有不知道如何照顧的無助感、受到老人挑剔的無奈感、其他家人不諒解的委屈感、眼看著老人逐漸邁入死亡的無力感及就業和照顧責任的衝突感，也須面臨適應子女照顧雙親的那種「角色逆轉」之感受，而照顧老人的情境並不如同照顧年幼的子女，照顧子女可以分享其成長的喜悅，而照顧老人卻常經歷衰老病死的感傷(徐麗真，2004)。

3. 家庭方面

許多失智患者被確定診斷時，其臨床嚴重度已達中度程度，甚至是重度失智才被發現，因而錯失早期治療之先機。患者的症狀如健忘與猜疑，經常造成家庭風暴(湯麗玉、李明濱，2006)。由於照顧工作的繁重、瑣碎，加上家庭中的其他家務，為因應患者患病後的生活型態，都可能造成家庭

照顧者的沉重負荷與壓力，特別是患者的子女或媳婦女婿作為照顧者時，除了子女照顧年邁親長的角色外，同時也兼具了照顧下一代的父母角色，對於上下兩代責任背負於己身的壓力，往往出現了角色衝突與角色緊張(陳昱名，2007)。因此，照顧工作不僅會造成個人的身心負荷，也會影響到家庭關係，子女照顧失能年老的父母有可能因此而影響夫妻感情，也是照顧者的另一個壓力(徐麗真，2004)。

4. 社會層面

照顧失智老人是一個連續性的過程，照顧者等於在全天候的勞動狀態下照顧著一位反應與功能大不如前的親人，也因此照顧失智患者幾乎變成自己的生活一部分，個人原有的生活空間與習慣也必然受到擠壓甚至被犧牲，導致互動關係與人際模式的改變，不但社交機會減少、娛樂活動缺失、無法滿足個人及人際需求、無法追求嗜好、家庭生活改變，更因此出現了孤寂和與社會疏離的感覺(陳昱名，2007)。徐麗真(2004)也提到「需要時時刻刻注意到他」是一項負荷，許多需要時間的活動如外出旅行、逛街、休閒活動等均受到嚴重的影響。此外，失智症患者常在外控訴子女不孝、媳婦虐待，有時會出現不雅舉動，甚至騷擾女性，讓家人十分地尷尬，須承受他人異樣的眼光(邱銘章、湯麗玉，2006)。

為了滿足照顧工作的需要，照顧者可能辭去工作，脫離社會參與，造成一個極具封閉的生活情境，不僅不再投入社會生態的行列，更可能隨著參與社會活動的時間及次數減少，形成了自我閉鎖的狀態(陳玉娟，2005)。而在社會上一般的刻板印象，認為照顧工作是女性應承擔的工作，雖然時代已改變，兩性在事業發展及家庭責任上日漸同等，但許多女性仍承受不平等的待遇，社會上仍普遍崇尚犧牲奉獻精神，導致照顧者不敢表達需求，認為再苦也要咬緊牙根撐下去，無形中助長了加諸於照顧者身上的社會壓力(邱銘章、湯麗玉，2006)。

5. 經濟方面

現今社會結構及家庭型態的改變，家庭照顧老人的人手明顯不足，許多子女、媳婦甚至配偶都在上班。一般有照顧工作壓力的照顧者，在工作及休閒上會以犧牲休閒時間、調整工作型態等方式來適應。有些人會因此退出工作或提早退休等，而有工作者的就業心態上則會出現請假、無法加班、遲到、上班時心不在焉、降低工作效率及工作品質等問題。但因為照顧生病老人，家中必須有成員辭去工作，形成就業與照顧工作的衝突，同時並影響到家庭的經濟狀態。(徐麗真，2004；陳昱名，2007)。

退出有酬的工作職場，轉而投入扮演照顧家庭的角色，照顧者所付出的經濟成本，造成經濟依賴及貧窮的問題，由於照顧者的照顧工作是無酬的，為了擔任家庭照顧工作，致使許多婦女不參與勞動市場，或是選擇部分工時及間斷性的工作，因而無經濟資源可用來做經濟方面的投資及理財規劃，及為個人老年時的經濟生活做規劃，若在年輕時沒有完善的理財規劃，政府的年金制度、社會保險、政策未能周延，使這些社會保險制度更無法保障到這群無酬的照顧者，因此更加重了照顧者更加的貧窮及經濟重擔，使得較年長的女性照顧者容易陷入貧窮及經濟依賴的不安與焦慮(徐麗真，2004；陳玉娟，2005)。此外，由於在目前相關照顧服務並不普及而民眾也普遍不曉得如何使用的狀況下，最後的抉擇往往是送到安養機構安置或是聘僱外傭協助照顧，但對於現代社會的雙薪家庭來說，兼顧下一代的養育及老年親人的照顧，形成相當沉重的經濟壓力(陳昱名，2007)。

(二)失智症照顧者的調適

要照顧一個失智症患者是非常辛苦的，無論失智長者受到多周全的照顧，最好的狀況也只是因照護得當而使得惡化的速度減緩，因此照顧者在承擔照顧病患的責任時，無疑地會感到無奈且沮喪。為了全心照顧失智症患者，照顧者常在無形之下將壓力加諸於自己身上，不但影響自己的日常生活，甚至造成生活或身體上的不適。因此照顧者往往成為患者背後的「隱形患者」，所以照顧者如何學習調適自己的身心壓力，使自己在照護過程中不致於崩潰，是非常重要的事(邱銘章、湯麗玉，2006)。尤其當家庭成員因家人生病而出現這些生理和心理反映時，都影響到家庭因應的能力。根據安德生(Anderson)的「行為介入模式」(behavioral intervention model)的觀點，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。由疾病變成可預測的程度、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(張苙雲，2003)。

因此，失智症照顧者在調適壓力方面，可尋求專業的協談機構、利用社會資源、尋求適當的人或照顧機構分擔照顧等，來幫助自己減輕照顧上的壓力。醫護人員可鼓勵家屬參加家屬支持團體，並告知尋找支持來源及情緒抒發管道並安排喘息時間。而規律生活和每日適當運動都可增加體力，並維持原有的社交活動及嗜好，如此可將照顧壓力降低(林淑錦、白明奇，2006)。此外，由於溝通困難對於失智患者和照顧者造成很大壓力，需要多一些努力與耐性，來加強與失智症患者之溝通，設法滿足病患真正的需求。而照顧者在面對病患階段性病情變化要有正確的心理準備；其次

照顧者應了解沮喪、憂鬱、生氣等皆為正常情緒反應，不需要有罪惡感同時照顧者也應學習與失智症病患溝通技巧，讓病患能感受到被關懷與照顧的心意(李懷芬，2003)。

此外，根據台灣失智症協會(2008)，在針對照顧者的調適方面也提出以下幾點：(1)規律生活和喘息；(2)每日適度運動；(3)注意危險徵兆；(4)換個角度思考；(5)接納自己以及父母的情緒反應；(6)每天稱讚獎勵自己；(7)和相同經驗的照顧者分享交流經驗；(8)盡可能維持原有社交活動及嗜好；(9)開口提出要求，請他人協助；(10)充分運用社會福利資源；(11)豐富照顧歷程；(12)欣賞歷程中的學習與收穫。能夠找到平衡點的家屬不僅能提供較好的照顧，自己不會弄得心力交瘁，而家庭也較不會受到影響。研究中也發現找到平衡點的家屬比無法找到平衡點的家屬，容易在事先預期察覺有什麼狀況會發生，不會措手不及，能靈活地採取多樣的應變策略(徐亞瑛，2000)。

二、失智症照顧者之需求

由於失智症的長久性及特殊性，失智症家庭需要獲得多方面的協助，包括醫療、教育、社會資源、訓練、支持等。但這都需要透過各界的統整合作與協助，有效率地與家庭合作，讓失智症家庭接收到完整的照顧，以提供失智症家庭更適切、完善的資源與服務，藉此協助失智症照顧者能自我調適，使其在生活中能有效降低壓力，家庭功能正常運作(林淑錦、白明奇，2006)。由於大部分的照顧者都不是在預期情況下擔負這一新的角色，同時他們也缺乏知識與技巧來照顧他們的親人。對於專業者來說，應該從多層面分析照顧者的壓力與需要，如此才能真正了解他們的感受並提供合宜的措施，以同理心、真誠幫助的態度，評估主要照顧者心理社會需求，並以護理專業知識，衛教失智症之病因、症狀及癒後，傾聽表達內心想法及感受，同時進一步讓主要照顧者認知到在照護個案時也需注意到本身的健康與情緒的調適狀況(李懷芬，2003)。

徐麗真(2004)認為照顧者則有其福利需求的存在，因而將照顧者的福利需求項目可歸納為三大類：(1)喘息照顧服務；(2)心理及教育性服務方案；(3)經濟性支持方案等。而秦燕(1994)則發現老年病患主要照顧者的需求也有以下三方面：(1)需要人力協助以減輕主要照顧者生理負擔及得到情緒支持；(2)對醫療和照顧的訊息瞭解與服務改善；(3)經濟方面的協助(轉引自陳玉娟，2005)。此外，在陳昱名(2007)的訪談資料中透露出，照顧者則更需要照顧病患生活以外的人際互動，分享生活的感受與心情，尋求情感與互動上的交流與支持，從而在繁重的照顧工作中尋求一點自我

調適與被陪伴的溫暖。

而在楊珮琪(1990)的研究中，則將照顧者的需求分成私人需求及制度化需求。私人需求包含適度的休息、健康維護、足夠睡眠、親友支持、對於病情尋求再保證、希望有社交活動、角色替代、分擔責任、宗教支持及保持職業工作。而制度化的需求包括醫護人員衛教及照顧技巧之指導、醫療費用補助、醫院療養院之設備、支持團體、成人日托中心、交通、法律及社會服務，其包括經濟補助、諮商及居家服務員的提供等(轉引自陳玉娟，2005)。故陳玉娟(2005)在綜合各專家學者的看法，與家庭慢性病、失能老人主要照顧者的需求可分為：

(一)醫療保健服務：在主要照顧者個人化的需求上，尤其是自身健康的維護，如：有適度的休息、足夠的睡眠、希望有社交活動等。

(二)心理諮詢服務：民間政府的社會支持團體、情緒支持、朋友分享、心理協談或有人主動電話關懷鼓勵專線。

(三)經濟補助、社會福利服務：如：生活費、醫療費、看護費、保險費等補助及針對被照顧者亦能由國家社會提供心理輔導邁設的服務。

(四)老人照顧服務的認知及使用：人力的替代照顧支援、專業人員、宗教團體義工之協助、理想養護機構的設置、短期臨托服務、日間照護中心。

(五)醫療照護訊息的提供：包含照顧的知識技巧和健康諮詢服務及其他生理照顧治療事項及醫療服務等資訊的提供。

失智症的照顧過程是漫長且艱辛，整個疾病歷程階段有不同的認知或行為問題出現，影響層面不只失智老人本身及照顧者，尚包括整個家庭與社會。因此在瞭解照顧需要及服務使用時，除了失智老人，也應包括主要照顧者；另外，亦需考量提供良好的配套措施或服務模式，才能減輕家庭的負擔，提升照顧的品質(黃惠玲等，2006)。

三、社會支持

社會支持(social support)是指個人藉由與其他人、團體或社區，透過社會互動關係所獲得的一種正向結果。近年來的研究顯示：社會支持對健康有直接影響，而且社會支持對壓力具有預防與解決的作用，當個人在面臨壓力情境時，家屬、朋友、鄰居、及其他人能提供不同形式的援助與支持，包含物質、資訊、評價，與情緒支持，如經濟援助、訊息和資料的提供、給予安慰與庇護(Uchino, 2004)。杜玉禎(1996)認為「社會支援」或「社會支持網絡」是指一種提供援助、情感、支持及肯定的人際交流過程。呂寶靜(2000)認為社會支持是一種連續的連帶和協助的交換，以維持

個體的生理、心理和社會的整合。社會支持是他人所提供的資源，是一種涵蓋多重層面的概念，指當個人的需要被滿足後，所產生、獲得的一種支撐性力量，包括個人的歸屬感與社會之統整感以及受到他人重視、能依賴他人或從他人獲得勸告等支持感受(轉引自林淑敏、李宗派，2005)。

根據許多學者研究調查，社會支持具有緩衝負面障礙及生活壓力之作用，被視為調適或因應壓力生活事件的重要方法之一，尤其在某種特定情境發生時，更突顯社會網絡的支持效果，即當出現壓力事件時，提供情緒支持以及支持的可及性，具有減輕壓力影響的效果，此外，社會支持對於慢性長期的壓力亦有相當的影響，故社會支持對壓力是具有預防與解決的作用。因此，具有高密度的社會支持網絡的建立與維繫，是失能老人照顧工作最佳的壓力管理來源，一旦個人遭受重大壓力事件而無法因應時，所經營的支持系統就能發揮「及時雨」的功效，提供最大的協助(陳燕禎，2005)。

在社會工作字典中則將社會支持和社會網絡分別定義為「為滿足個人社會生存需要而需藉由正式或非正式的活動與社會關係所提供的各種支持」；社會網絡則指「圍繞在個人身邊的社會關係所形成的網絡」，此也顯示社會支持是個人社會網絡的一部分。社會支持網絡具有「強弱」聯繫的關係，即認識期間愈長，愈可能發展較強的親密依存及相互瞭解的情感，而地理區上可接近性也更便於提供照顧協助(熊瑞梅，1999，轉引自陳燕禎，2005)。因此當個人在遭遇困難時，非正式的社會支持網絡系統是最快速且直接的資源，而在非正式的社會支持網絡體系中又以親屬被認為是支持功能之核心，但在呂寶靜(2000)的研究中指出有不少西方學者研究發現友誼對於老人士氣和生活滿意度的影響遠超過家庭，主要是因當老人遭遇角色喪失時，朋友能填補其某種程度的空虛，使其感到自己是有能力，受人需要的，進而掃除負面自我評價。但是許多情況下正式的社會支持網絡系統提供的協助是非正式社會支持網絡所無法提供的，例如：醫療資源以及專業知識的指導等(杜玉禎，1996)。

綜觀上述論點社會支持網絡可分為正式與非正式兩種體系，正式的社會支持網絡系統是指如：公私立社會福利機構、經濟和政治制度，以及基於血緣、地緣或種族而結合之人民團體、社會服務和醫療服務等；而非正式的社會支持網絡系統則偏重於個人日常生活之人際互動，諸如：親友、鄰居等。然而，正式與非正式的社會支持網絡體系是必須相輔相成的，此二體系營造出完整的社會支持。因此，照顧資源的使用必須依患者及照顧者等狀況加以審慎評估、分析及管理，才能達到最佳效能(陳燕禎，2005)。

而在分析社會網絡支持功能時，呂寶靜(2000)指出國內學者通常將其分為兩種類型，分別為「情感性支持」與「工具性支持」，前者包括談心事、分享憂慮；後者包括提供金錢或服務以協助解決困難。若依據角色理論之界定，社會支持可以分成三類，即為愛心、肯定與扶助(陳肇男，1999)。社會支持的功能在於當個人面對生活壓力狀況時能夠發揮保護及緩衝的功能，使壓力對於個人身心狀況的損害程度降至最低，而且社會支持除了可了解個人社會關係的品質之外，它與個人主觀幸福感(subjective well-being)以及健康二變項也有關(鄭淑子，1996)。

廣義來說，社會支持可從親朋好友、公部門、非營利機構…等不同管道獲得，從正式或非正式的關係中，取得在物質、資訊、評價、情緒四方面的支持。物質支持(instrumental & financial support)即提供實質物品或經濟支援等具體幫助與服務；資訊支持(informational support)即提供照顧或病情相關的訊息，瞭解生活調適的資訊，以及問題解決的途徑；評價支持(appraisal support)即給予正向的認同，提升照顧者的自我評價；情緒支持(emotional support)即為同理心、關愛、信任感…等的提供，能讓其得到安全感與尊重，心靈有慰藉，進而增強正向想法(Langford et al., 1997；黃仁峰，2002；余月嬌，2003；林淑敏、李宗派，2005)。總括而論，社會支持網絡普遍可提供的是在遭遇困難時的各種扶助支持，並且研究證實經由此種支持關係，個人之生理、心理所面臨之壓力將獲得紓解，個人更可自其中獲得正向之自我認知、感受以及支持力量，由此，可促進身心狀況之健康與穩定。

參、研究方法及步驟

研究依據研究動機與相關理論，及過去的研究文獻，加以設計而成，並採用問卷調查法進行研究。就本研究所擬定之研究對象與資料收集的方法、研究工具及信效度以及資料統計與分析方法，茲將其內容分述如下：

一、研究對象與資料收集的方法

本研究根據研究目的與取樣標準之限制，因此採用非隨機抽樣方法中的立意抽樣(purposive sampling)進行研究抽樣，以失智症患者的主要照顧者為研究對象，樣本來源主要來自中彰投地區之社區與機構/協會，透過與機構/協會聯絡並獲其同意後，研究者親自前往機構/協會或以電訪方式拜訪研究對象，先向研究對象解釋研究之目的，並保證作答內容僅供研究分析，內容絕對保密，於徵求研究對象同意後，加以解說問卷內容，以面對面訪問方法收集資料，實際受訪者為 95 人，回收有效問卷 90 份，此外，以郵寄問卷方式填寫本問卷，由機構之社工人員協助實際發放 25 份問卷，郵寄回收有效問卷 20 份。總共發放 120 份問卷，回收之有效問卷

為 110 份，回收率 91.7%。

二、研究工具及信效度

本研究所採用的工具為結構式問卷，係參考過去相關研究之文獻，並依研究目的整理出欲探討議題之相關因素，並將問卷設計成五個部分，並做為測量的指標，問卷內容包括以下幾個部分：

(一) 主要照顧者之基本與相關資料

乃依據相關文獻及研究者興趣，問卷內容包括性別、居住地、年齡、教育程度、工作情形、婚姻狀況、每月家庭總收入等。(詳見表一、表二)

(二) 失智長者主要照顧者對記憶和行為問題的困擾程度

本量表參用邱麗蓉等人(2007)引用 Zarit 和 Zarit(1990)針對失智症患者記憶和行為問題所設計(Memory and Behavior Problems Checklist, MBPC)，問卷採內容效度，其施測之內在一致性 Cronbach' s $\alpha = .82$ 。基於本研究目的，主要採主要照顧者針對病患記憶和行為問題的困擾程度之測量，內容包括記憶問題、人格改變、急躁行為、破壞行為和自我照顧五個面向，共 25 題，記憶問題包括：「忘記今天是何年何月何日」、「遺失、放錯或藏東西」、「不認得熟人」、「遊走或迷路」，人格改變包括：「不能持續做完某件事」、「多疑或責難他人」、「看到或聽到不存在的事」、「將過去和現在情境事物混淆」，急躁行為則包括：「長時間躺床或呆坐」、「當我要求他或她做事無法合作」、「反覆問相同問題」、「在夜裡吵醒你睡眠」、「持續不停地說話」、「整天纏著人」、「易哭泣或流淚」，破壞行為包括：「變得容易生氣」、「持續坐立不安或激動」、「外表悲傷和憂鬱」、「中斷你持續的工作」、「言語有攻擊性或威脅性」、「出現攻擊行為」、「危害他人或自己的行為」，自我照顧方面包括：「大、小便失禁」、「話少或幾乎不說話」、「進食問題：拒吃或吃過量」，其計分方式採用李克特量表(Likert scale)，分成五個評等：「極度困擾」、「困擾」、「普通」、「不困擾」、「毫不困擾」，並分別給予 5 分、4 分、3 分、2 分、1 分，分數越高代表主要照顧者對於失智症病患的記憶和行為問題的困擾程度越高。在本研究中所施測的信度為 Cronbach' s $\alpha = .937$ 。

(三) 主要照顧者的照顧壓力感受與狀況

此量表係參考蕭金菊(1995)及陳昱名(2004)針對照顧者負荷所設計的問題量表，其施測信度為 Cronbach' s $\alpha = .9133$ 。量表內容主要包括了身心情緒問題、家庭生活(關係)、人際關係(社會互動)和社交生活以及經濟四個面向，共 32 題，身心情緒問題包括：「覺得緊張焦慮」、「在體力上無法負荷」、「沒有足夠的睡眠」、「易感到沒胃口或食慾不振」、「常感到

身體病痛」、「沒有足夠的時間照顧自己」、「感到情緒暴躁、易怒」、「覺得不想再照顧他」、「我也需要有人來照顧我」、「在照顧病人時，我覺得無助」、「感到難過，覺得沒希望」，家庭生活(關係)包括：「家庭成員間關係緊張」、「家庭生活作息秩序混亂」、「無法照顧到其他家庭成員的需要」、「放棄家中原有計畫」、「家人共同合作照顧患者」、「家人彼此相互體諒並支持」，人際關係(社會互動)和社交生活包括：「減少外出」、「與親朋好友來往減少」、「休閒活動減少」、「婉拒朋友的邀約」、「減少參加社團或宗教活動」、「放棄度假旅遊」，經濟面向則包括：「照顧病人的花費使我承受經濟壓力」、「照顧病人的花費使我個人所得減少」、「照顧病人的花費使我個人開銷增加」、「照顧病人的花費使家庭所得減少」、「照顧病人的花費使家庭開銷增加」、「無法再負擔得起其他照顧的額外費用」、「照顧費用龐大而需向人借貸」、「家庭經濟調度困難」、「照顧失智長者的費用相當昂貴」，計分方式係採李克特量表(Likert scale)，分成五個評等：「總是如此」、「經常如此」、「有時如此」、「很少如此」、「從不如此」，並分別給予 5 分、4 分、3 分、2 分、1 分；其中在家庭生活面向之部分，「家人共同合作照顧患者」以及「家人彼此相互體諒並支持」2 個題項為反向題，以表達家庭關係的緊張或不良之程度。量表分數越高代表主要照顧者在照顧失智症病患時，壓力越大。在本研究中所施測的信度為 Cronbach' s $\alpha = .947$ 。

(四)主要照顧者在照顧過程各面向的社會支持狀況

此量表係引用以下學者湯麗玉等(1992)；Clipp & George(1990)；Zarit(1985)；林麗玲(1988)以及余月嬌等(2003)之社會支持量表包括情緒性支持、工具性支持、資訊性支持以及評價性支持四個面向共 18 題。情緒性支持包括：「遇到困難挫折時有人可以傾訴」、「遇到困難時有人可以讓我隨時打電話求助」、「沮喪時有人鼓勵我振作」、「有人欣賞及肯定我所做的事情」、「有人了解我目前所經驗的情境」、「有人會給我提醒、建議與指點」，工具性支持包括：「有人可以陪伴我」、「有人協助打掃或清潔工作」、「有人協助三餐之準備」、「有人協助跑腿、購物」、「有人協助我照顧病人」、「有人提供我物質或經濟協助」、「有人給予交通上的協助」，資訊性支持包括：「有人提供我必要的訊息」、「有人提供照顧失智病人的方法或諮詢」、「有人提供我經濟、財務處理之建議」。評價性支持問到「可以從家人或朋友中得到認同」以及「從家人或朋友的態度，使自我評價提升」。正向的支持與認同能使照顧者提升對自我的信心與尊嚴(余月嬌等，2003)。此量表計分方式係採李克特量表(Likert scale)，5 分為總是如此，1 分為從不如此，分數越高則代表主要照顧者的社會支持程度越高。在本研究中信度為 Cronbach' s $\alpha = .931$ 。

(五) 主要照顧者在照護與生活上對服務項目的需求

此量表係參考徐麗真(2004)、陳玉娟(2005)等人之相關文獻，研究者以社會資源所能提供之服務項目而設計的量表，量表內容主要包括了協助照顧需求、心理需求、資訊需求、經濟需求以及家務處理需求五個面向共 24 題，協助照顧需求包括：「需要有人幫我照顧失智長者」、「需要有日間照顧服務」、「需要有家庭托顧服務(喘息服務)」、「需要有居家照護服務」、「需要有生活照顧服務」、「需要有人提供適合病人的輔具服務」、「需要有人來我家定期維護病人所使用的醫療設備」、「希望提供護理人員到家處理緊急事件」、「希望提供交通運輸服務」，心理需求包括：「需要有人提供心理諮商服務」、「希望能參加家屬照顧者支持團體」、「希望有人到家關懷問安」，資訊需求包括：「需要有人提供失智症及照顧問題相關諮詢服務」、「需要有人提供個人保健的相關資訊」、「需要有人提供資源服務相關資訊」、「需要有人提供電話諮詢解答疑難」、「希望有人提供家屬照顧教育服務與訓練」、「希望舉辦有關疾病治療的講座，教導有關照顧的知識」、「希望舉行定期家屬座談會討論照顧上的困難」，經濟需求包括：「需要社工人員協助申請所需的社會福利」、「需要有人提供經濟上的補助」、「希望提供免費醫療或就醫補助」，家務處理需求包括：「需要有人協助處理家務」、「需要有人提供餐飲服務」，計分方式係採李克特量表(Likert scale)，5 分為非常需要，1 分為完全不需要，分數越高則代表主要照顧者在照護與生活上對服務項目的需求程度越高。

四、資料統計與分析方法

本研究將回收之問卷資料以 Excel 軟體進行原始資料建檔，為確保資料的品質，研究者的資料輸入過程皆採逐一比對、檢視，以避免輸碼錯誤的可能，在確定資料完全無誤後，再使用套裝統計軟體 SPSS 12.0 for Windows 版本編碼後進行統計資料分析。本研究所使用的統計分析方法有：1、描述性統計：依據研究目的的需要，求得各變項的次數、百分比、平均值、標準差，再加以整理分析；2、進行卡方檢定；3、最後進行獨立樣本 T 檢定分析。

肆、研究結果與討論

一、描述性統計

(一) 失智長者主要照顧者之基本背景資料

在樣本特性描述的部分，將針對有效問卷中受訪的 110 位失智長者之主要照顧者，其個人的基本背景資料進行描述分析，其次數分配情形如表一所示。

1、性別方面：本研究調查之失智長者主要照顧者共計 110 人，男

性 37 名，佔 33.6%，女性 73 名，佔 66.4%。就比例上來說，女性照顧者的比例明顯高於男性照顧者，女性仍是在家庭中最主要的照顧人力，扮演著照顧者的角色。

2、居住地方面：主要照顧者的居住地方面，在台中、彰化、南投地區共有 101 人，佔 91.8%，而除了中彰投之外地區，則有 9 人，佔 8.2%。由於研究者係採立意取樣，並主要以中彰投地區為研究範圍，故中彰投地區的研究對象在比例上會明顯高於其餘地區的研究對象。

3、年齡方面：在主要照顧者的年齡方面，18~30 歲有 6 名，佔 5.5%，31~45 歲有 23 名，佔 20.9%，46~64 歲則有 60 名，佔 54.5%，65 歲以上有 21 名，佔 19.1%，從統計分布來看，46~64 歲為主要的照顧人力。而其中年齡最小的有 21 歲，最大的則是 83 歲，平均年齡為 53.59 歲。

4、教育程度：主要照顧者之教育程度方面，專科及大學以上者最多，共有 59 名，佔 53.6%，其次為高中職 27 名，佔 24.5%，再者為小學 14 名，佔 12.7%，再者是未受教育有 7 名，佔 6.4%，最少的是初(國)中有 3 名，佔 2.7%。

5、工作情形：目前有在工作的主要照顧者為最多，計有 49 名，佔 44.5%，次者為已退休者，計有 36 名，佔 32.7%，再次者為目前沒有在工作者，計有 14 名，佔 12.7%，接著是照顧患者後而改兼職者，計有 7 名，佔 6.4%，而照顧患者後才辭職者有 3 名，佔 2.7%，最少的為其他，計有 1 名，佔 0.9%，但此受訪者並無特別說明其工作情形。從統計結果顯示無薪與有薪的主要照顧者各約佔一半的照顧人力。

6、婚姻狀況：在主要照顧者的婚姻狀況方面，從統計分布上來看，以已婚者的比例明顯高於其他婚姻情形者，共有 88 名，佔 80.0%，其次為未婚者，有 14 名，佔 12.7%，再次為喪偶者，計有 5 名，佔 4.5%，最低為分居者、同居者以及離婚者，各計 1 名，各佔 0.9%。

7、家庭總收入：家庭每月平均總收入，以 15000 元~45000 元者比例最高，共有 53 名，佔 48.2%，其次為 45000 元~75000 元者，計有 27 名，佔 24.5%，再次為 15000 元以下者，計有 16 名，佔 14.5%，而最低為 75000 元以上者，計有 14 名，佔 12.7%。

8、自覺健康狀況方面：在主要照顧者自覺健康狀況的方面，以自

覺健康狀況為尚可者最多，計有 46 名，佔 41.8%，其次為自覺健康狀況好者，有 27 名，佔 24.5%，再次為自覺健康狀況很好者，有 24 名，佔 21.8%，而自覺健康狀況不好者有 11 名，佔 10.0%，最少數人為自覺健康狀況很不好者，有 2 名，佔 1.8%。從結果顯示，主要照顧者對自我健康狀況之覺知較明顯為良好。

9、與患者的關係：在主要照顧者與患者的關係中，以女兒最多，其中有 1 名為乾女兒，計有 31 名，佔 28.2%，其次為兒子，計有 28 名，佔 25.5%，再者為媳婦，計有 19 名，佔 17.3%，再次者為配偶，計有 16 名，佔 14.5%，再次者為其他親戚，計有 8 名，佔 7.3%，在其他親戚中包括有 1 位孫女婿、2 位孫子、1 位親家母、1 位孫女以及 1 位孫媳婦，而有 2 名則無特別說明，接著為其他，計有 6 名，佔 5.5%，包括里長、照服員以及護理機構各 1 名，其餘 3 位並無特別說明，最少為女婿以及朋友或鄰居，各計 1 名，各佔 0.9%。結果顯示主要照顧者為失智症患者自身的兒女最多，是最主要的照顧人力。

(二)照顧失智長者相關之基本資料

將針對有效問卷中受訪的 110 位失智長者之主要照顧者，在照顧失智長者相關之基本資料的樣本特性描述，進行其描述分析，其次數分配情形如表二所示。

1、失智長者之年齡與患病時間：失智長者的年齡方面，以 80~89 歲的比例最高，計有 56 名，佔 50.9%，其次為 70~79 歲者，計有 31 名，佔 28.2%，90 歲以上的失智長者有 19 名，佔 17.3%，而 60~69 歲者的比例最低，計有 4 名，佔 3.6%，其中失智長者最高年齡為 98 歲，最低年齡為 67 歲，平均歲數為 82.75 歲；而失智長者的患病時間方面，從統計分布來看，以 1~5 年者所佔的比例為最高，計有 73 名，佔 66.4%，其次為 6~10 年者，計有 19 名，佔 17.3%，比例最低為 10 年以上者和未滿 1 年者，各有 9 名，各佔 8.2%，其中失智長者患病時間最長為 20 年，平均患病時間為 4.51 年。

2、照顧時間與場所方面：主要照顧者在照顧失智長者的期間中，以 1~5 年者所佔的比例為最高，計有 68 名，佔 61.8%，其次為 6~10 年者，計有 19 名，佔 17.3%，再其次為照顧時間未滿 1 年者，計有 15 名，佔 13.6%，從統計分布上來看，照顧時間比例最低為 10 年以上者，計有 8 名，佔 7.3%，其中主要照顧者照顧期間最久為 20 年，平均照顧期間為 3.91 年；主要照顧者每天所花的照顧時間方面，最高為 24 小時，最低為 0.5 小時，照顧者平均每天所花的照顧時間為 9.45 小時。而在失智長者受照顧的場

所方面，在家受照顧者計有 59 名，佔 53.6%，在機構接受照顧者則有 51 名，佔 46.4%，各約占一半之比例。

3、協助照顧方面：本研究調查之失智長者主要照顧者共計 110 人，其中有聘僱照顧人員來協助照顧失智長者的有 51 名，佔 46.4%，沒有聘僱照顧人員者，則計有 59 名，佔 53.6%；另外，在是否有人輪流照顧失智長者方面，沒有人協助者，計有 49 名，佔 44.5%，而在有人輪流照顧中，住在同一戶者計有 29 名，佔 26.4%，其中包括有 8 位女兒、8 位媳婦、15 位兒子、1 位配偶、2 位孫子以及 1 位孫女輪流協助照顧，不住同一戶者有 32 名，佔 29.1%，其中則包括 13 位兒子、6 位媳婦、12 位女兒、1 位照護人員、1 位朋友、1 位孫子、1 位孫媳婦以及 1 位受訪者寫家人會輪流協助照顧。

(三)正式社會資源的使用情形

本研究中，主要照顧者曾經使用或目前正在使用之正式社會資源的情形，從表三來看，以養護中心使用的次數為最高，其包括養護院及安養中心，其次則是護理之家的使用，接著是居家護理的使用，顯示主要照顧者在照顧失智長者的過程中，除了需要協助分擔照顧的工作外，在醫療與護理方面協助照顧的需求現象偏高，故在正式社會資源的使用上，較偏向機構式的照顧，其可提供並較易滿足主要照顧者在照顧過程上之需要。此外，日間照顧中心、家屬支持性團體以及家屬座談會的使用次數居中，這也顯示失智長者之主要照顧者在情緒上的支持以及提供失智症相關資訊方面的需求也不容忽視，應注意失智長者以及其主要照顧者之個別差異性的需求，使其能尋找適當的協助管道。

表一 失智長者主要照顧者之基本背景資料統計分析

(N=110)

變項	N(次數)	百分比 (%)	變項	N(次數)	百分比 (%)
性別			婚姻狀況		
男性	37	33.6	已婚	88	80.0
女性	73	66.4	未婚	14	12.7
居住地			分居	1	0.9
中彰投地區	101	91.8	同居	1	0.9
非中彰投地區	9	8.2	喪偶	5	4.5
年齡(歲)			離婚	1	0.9
18~30歲	6	5.5	家庭每月總收入		
31~45歲	23	20.9	15000元以下	16	14.5
46~64歲	60	54.5	15000~45000元	53	48.2
65歲以上	21	19.1	45000~75000元	27	24.5
教育程度			75000元以上	14	12.7
未受教育	7	6.4	自覺健康狀況		
小學	14	12.7	很好	24	21.8
初(國)中	3	2.7	好	27	24.5
高中職	27	24.5	尚可	46	41.8
專科及大學以上	59	53.6	不好	11	10.0
工作情形			很不好	2	1.8
目前有在工作	49	44.5	與患者的關係		
目前沒有工作	14	12.7	配偶	16	14.5
照顧患者後而改兼職	7	6.4	兒子	28	25.5
照顧患者後才辭職	3	2.7	女兒	31	28.2
已退休	36	32.7	媳婦	19	17.3
其他	1	0.9	女婿	1	0.9
			其他親戚	8	7.3
			朋友或鄰居	1	0.9
			其他	6	5.5

表二 照顧失智長者相關之基本資料

(N=110)

變項	N(次數)	百分比 (%)	變項	N(次數)	百分比 (%)
失智長者年齡			長者失智多久		
60~69歲	4	3.6	未滿1年	9	8.2
70~79歲	31	28.2	1~5年	73	66.4
80~89歲	56	50.9	6~10年	19	17.3
90歲以上	19	17.3	10年以上	9	8.2
照顧長者多久			一天照顧長者時間		
未滿1年	15	13.6	未滿4小時	43	39.1
1~5年	68	61.8	5~8小時	26	23.6
6~10年	19	17.3	9~12小時	11	10.0
10年以上	8	7.3	12小時以上	30	27.3
失智長者受照顧之場所			是否有聘僱照顧人員		
在家	59	53.6	沒有	59	53.6
機構	51	46.4	有	51	46.4
是否有人輪流照顧失智長者					
沒有	49	44.5			
有，住同一戶	29	26.4			
有，不住同一戶	32	29.1			

表三 正式社會資源的使用情形

項目	使用次數	排序
日間照顧中心	15	4
居家護理	17	3
家屬支持性團體	15	4
喘息服務	9	
護理之家	23	2
家屬座談會	13	6
送餐服務	6	
家事服務	6	
關懷問安	8	
養護中心(養護院、安養中心)	44	1
居家服務	3	
交通服務	1	
其他	1	

(四)失智長者主要照顧者對記憶和行為問題的困擾程度

本研究針對失智症病患常見的記憶和行為問題方面來探討，使能從中瞭解主要照顧者在照顧過程中，對這些常見的記憶和行為問題的困擾程度進行分析。主要照顧者對於照顧病患的記憶和行為問題之困擾程度，主要照顧者認為最困擾的前三項問題為急躁行為、破壞行為以及記憶問題(表四)，而在邱麗蓉等人(2007)的研究中，主要照顧者對於照顧病患的記憶和行為問題之困擾，其認為主要是人格改變，其次為急躁行為和自我照顧問題，對於此面向，由於失智症病患有其個體上之差異，在記憶和行為之問題上，有著不同程度上之疾病行為的產生，且主要照顧者對於照顧病患的記憶和行為問題之困擾程度，也會在照顧過程中有個別之感受。此外，針對整體各項病患日常生活功能的困擾程度，主要照顧者最困擾的日常功能照顧問題前三項分別為：自我照顧之「大小便失禁」、「話少或幾乎不說話」以及「進食問題：拒吃或吃過量」，結果顯示主要照顧者針對患者記憶和行為問題的困擾程度方面，以失智長者在自我照顧方面功能的喪失，造成主要照顧者在照顧過程中的困擾與壓力是最主要的因素，這與邱麗蓉等人(2007)之研究結果相似。

(五)主要照顧者的照顧壓力感受與狀況

從表五可以發現，主要照顧者在照顧失智長者的過程中，「身心情緒問題」、「家庭生活(關係)」、「人際關係(社會互動)和社交生活」及「經濟」四個面向裡，以「身心情緒問題」感受壓力為最高，平均值為 30.85，此外也發現了，在整體量表中主要照顧者在照顧過程中感受壓力程度最高之題項在「經濟」方面之「照顧失智長者的費用相當昂貴」，其所佔之平均負荷程度為 3.52。而「身心情緒問題」面向，最使其感受到壓力之前三項為「覺得緊張焦慮」、「在體力上無法負荷」以及「在照顧病人時，我覺得無助」；在「家庭生活(關係)」面向，最使其感受到影響之前三項是「放棄家中原有計畫」、其次是「家人共同合作照顧患者」以及「家庭生活作息秩序混亂」；而在「人際關係(社會互動)和社交生活」面向，主要照顧者則認為「減少外出」、「放棄度假旅遊」和「休閒活動減少」，在照顧過程中影響生活最明顯的變項。本研究將各面向壓力平均之加總後，所得到整體照顧負荷總得分平均為 91.25，顯示整體照顧負荷程度相當之高。

表四 主要照顧者對患者記憶和行為問題的困擾程度

變項	平均值	標準差	排序
記憶問題	9.80	2.93	
忘記今天是何年何月何日	2.80	1.04	
遺失、放錯或藏東西	3.25	1.15	5
不認得熟人	3.00	1.15	
遊走或迷路	2.98	1.39	
自我照顧	7.84	1.88	
大、小便失禁	3.45	1.06	1
話少或幾乎不說話	3.29	1.06	2
進食問題：拒吃或吃過量	3.27	1.08	3
人格改變	9.48	3.12	
不能持續做完某件事	2.72	1.02	
多疑或責難他人	3.04	1.22	
看到或聽到不存在的事	2.97	1.22	
將過去和現在情境事物混淆	3.03	1.18	
急躁行為	18.99	4.41	
長時間躺床或呆坐	3.11	1.04	
當我要求他或她做事無法合作	3.27	1.02	3
反覆問相同問題	3.08	1.08	
在夜裡吵醒你睡眠	3.15	1.13	
持續不停地說話	2.83	1.10	
整天纏著人	3.15	1.12	
易哭泣或流淚	2.84	1.13	
破壞行為	18.06	6.19	
變得容易生氣	3.07	1.21	
持續坐立不安或激動	3.08	1.21	
外表悲傷和憂鬱	3.01	1.13	
中斷你持續的工作	2.93	1.15	
言語有攻擊性或威脅性	2.90	1.39	
出現攻擊行為	2.67	1.44	
危害他人或自己的行為	2.76	1.45	

表五 照顧者壓力感受與狀況之次數與平均值分配表

(N=110)

變項	從不 N(%)	很少 N(%)	有時 N(%)	經常 N(%)	總是 N(%)	平均值
身心情緒問題						30.85
覺得緊張焦慮	5(4.5%)	19(17.3%)	43(39.1%)	27(24.5%)	16(14.5%)	3.27
在體力上無法負荷	4(3.6%)	24(21.8%)	36(32.7%)	32(29.1%)	14(12.7%)	3.25
沒有足夠的睡眠	10(9.1%)	25(22.7%)	39(35.5%)	26(23.6%)	10(9.1%)	3.01
易感到沒胃口或食慾不振	22(20.0%)	36(32.7%)	39(35.5%)	9(8.2%)	4(3.6%)	2.43
常感到身體病痛	11(10.0%)	30(27.3%)	36(32.7%)	20(18.2%)	13(11.8%)	2.95
沒有足夠的時間照顧自己	14(12.7%)	20(18.2%)	43(39.1%)	27(24.5%)	6(5.5%)	2.92
感到情緒暴躁、易怒	10(9.1%)	36(32.7%)	37(33.6%)	17(15.5%)	10(9.1%)	2.83
覺得不想再照顧他	48(43.6%)	31(28.2%)	26(23.6%)	4(3.6%)	1(0.9%)	1.90
我也需要有人來照顧我	39(35.5%)	21(19.1%)	31(28.2%)	11(10.0%)	8(7.3%)	2.35
在照顧病人時，我覺得無助	14(12.7%)	24(21.8%)	34(30.9%)	21(19.1%)	17(15.5%)	3.03
感到難過，覺得沒希望	15(13.6%)	28(25.5%)	38(34.5%)	10(9.1%)	19(17.3%)	2.91
家庭生活(關係)						15.35
家庭成員間關係緊張	33(30.0%)	33(30.0%)	30(27.3%)	9(8.2%)	5(4.5%)	2.27
家庭生活作息秩序混亂	23(20.9%)	33(30.0%)	37(33.6%)	14(12.7%)	3(2.7%)	2.46
無法照顧到其他家庭成員的需要	23(20.9%)	34(30.9%)	38(34.5%)	13(11.8%)	2(1.8%)	2.43
放棄家中原有計畫	15(13.6%)	26(23.6%)	26(23.6%)	26(23.6%)	17(15.5%)	3.04
家人共同合作照顧患者	19(17.3%)	34(30.9%)	27(24.5%)	20(18.2%)	10(9.1%)	2.71
家人彼此相互體諒並支持	27(24.5%)	38(34.5%)	24(21.8%)	12(10.9%)	9(8.2%)	2.44
人際/社交生活(社會互動)						19.41
減少外出	3(2.7%)	18(16.4%)	35(31.8%)	35(31.8%)	19(17.3%)	3.45
與親朋好友來往減少	5(4.5%)	33(30.0%)	35(31.8%)	21(19.1%)	16(14.5%)	3.09
休閒活動減少	8(7.3%)	16(14.5%)	41(37.3%)	26(23.6%)	19(17.3%)	3.29
婉拒朋友的邀約	10(9.1%)	23(20.9%)	40(36.4%)	23(20.9%)	14(12.7%)	3.07
減少參加社團或宗教活動	7(6.4%)	21(19.1%)	45(40.9%)	25(22.7%)	12(10.9%)	3.13
放棄度假旅遊	6(5.5%)	18(16.4%)	35(31.8%)	30(27.3%)	21(19.1%)	3.38
經濟						25.64
照顧病人的花費使我承受經濟壓力	17(15.5%)	23(20.9%)	33(30.0%)	24(21.8%)	13(11.8%)	2.94
照顧病人的花費使我個人所得減少	14(12.7%)	25(22.7%)	35(31.8%)	25(22.7%)	11(10.0%)	2.95
照顧病人的花費使我個人開銷增加	11(10.0%)	25(22.7%)	26(23.6%)	27(24.5%)	21(19.1%)	3.20
照顧病人的花費使家庭所得減少	14(12.7%)	21(19.1%)	33(30.0%)	25(22.7%)	17(15.5%)	3.09
照顧病人的花費使家庭開銷增加	7(6.4%)	18(16.4%)	32(29.1%)	30(27.3%)	23(20.9%)	3.40
無法再負擔得起其他照顧的額外費用	21(19.1%)	31(28.2%)	32(29.1%)	18(16.4%)	8(7.3%)	2.65
照顧費用龐大而需向人借貸	63(57.3%)	22(20.0%)	15(13.6%)	9(8.2%)	1(0.9%)	1.75
家庭經濟調度困難	48(43.6%)	20(18.2%)	24(21.8%)	15(13.6%)	3(2.7%)	2.14
照顧失智長者的費用相當昂貴	14(12.7%)	12(10.9%)	26(23.6%)	19(17.3%)	39(35.5%)	3.52

表六 非正式社會支持之次數與平均值分配表

(N=110)

變項	從不 N(%)	很少 N(%)	有時 N(%)	經常 N(%)	總是 N(%)	平均值
情緒性支持						19
遇到困難挫折時有人可以傾訴	11(10.0%)	21(19.1%)	37(33.6%)	25(22.7%)	16(14.5%)	3.13
遇到困難時可以隨時打電話求助	14(12.7%)	24(21.8%)	28(25.5%)	27(24.5%)	17(15.5%)	3.08
沮喪時有人鼓勵我振作	9(8.2%)	24(21.8%)	39(35.5%)	26(23.6%)	12(10.9%)	3.07
有人欣賞及肯定我所做的事情	5(4.5%)	18(16.4%)	41(37.3%)	34(30.9%)	12(10.9%)	3.27
有人了解我目前所經驗的情境	5(4.5%)	17(15.5%)	40(36.4%)	32(29.1%)	16(14.5%)	3.34
有人會給我提醒、建議與指點	4(3.6%)	21(19.1%)	52(47.3%)	25(22.7%)	8(7.3%)	3.11
工具性支持						18.98
有人可以陪伴我	13(11.8%)	18(16.4%)	34(30.9%)	34(30.9%)	11(10.0%)	3.11
有人協助打掃或清潔工作	26(23.6%)	26(23.6%)	27(24.5%)	21(19.1%)	10(9.1%)	2.66
有人協助三餐之準備	30(27.3%)	30(27.3%)	31(28.2%)	11(10.0%)	8(7.3%)	2.43
有人協助跑腿、購物	25(22.7%)	32(29.1%)	27(24.5%)	20(18.2%)	6(5.5%)	2.55
有人協助我照顧病人	14(12.7%)	22(20.0%)	40(36.4%)	19(17.3%)	15(13.6%)	2.99
有人提供我物質或經濟協助	27(24.5%)	36(32.7%)	25(22.7%)	14(12.7%)	8(7.3%)	2.45
有人給予交通上的協助	14(12.7%)	33(30.0%)	36(32.7%)	16(14.5%)	11(10.0%)	2.79
資訊性支持						8.19
有人提供我必要的訊息	14(12.7%)	24(21.8%)	41(37.3%)	21(19.1%)	10(9.1%)	2.90
有人提供我經濟、財務處理之建議	29(26.4%)	36(32.7%)	27(24.5%)	11(10.0%)	7(6.4%)	2.37
有人提供照顧失智病人的方法或諮詢	15(13.6%)	20(18.2%)	42(38.2%)	25(22.7%)	8(7.3%)	2.92
評價性支持						6.45
可以從家人或朋友中得到認同	4(3.6%)	23(20.9%)	38(34.5%)	29(26.4%)	16(14.5%)	3.27
從家人或朋友的態度使自我評價提升	7(6.4%)	27(24.5%)	32(29.1%)	27(24.5%)	17(15.5%)	3.18

(六) 主要照顧者在照顧過程各面向的社會支持狀況

從表六可以看出，主要照顧者在照顧失智長者的過程中，整體樣本在社會支持的情形上，以「有人了解我目前所經驗的情境」之題項平均值 3.34 為最高，其次為「有人欣賞及肯定我所做的事情」以及「可以從家人或朋友中得到認同」，平均值各為 3.27，結果顯示主要照顧者在照顧失智長者之過程中，需要來自他人的認同、肯定、同理與了解，其也是給予照顧者最主要的社會支持來源。

在針對各個面向之支持，從表六中也可觀察到主要照顧者支持的欠缺，其前三項分別為「有人提供我經濟、財務處理之建議」，平均值為 2.37，其次為「有人協助三餐之準備」，平均值為 2.43，再者是「有人提供我物質或經濟協助」，平均值為 2.45，結果顯示主要照顧者在照顧失智

長者的過程中，在經濟與資訊上提供的支持較為不足，此可能造成主要負荷之來源。而將全部所得之平均加總後，得知主要照顧者整體之社會支持總得分平均為 52.62。

表七 主要照顧者在照護與生活上對服務項目的需求之次數與平均值分配表 (N=110)

變項	完全不需要 N(%)	不太需要 N(%)	有一些需要 N(%)	經常如此 N(%)	總是如此 N(%)	平均值
協助照顧需求						29.29
需要有人幫我照顧失智長者	4(3.6%)	13(11.8%)	28(25.5%)	35(31.8%)	30(27.3%)	3.67
需要有日間照顧服務	6(5.5%)	15(13.6%)	27(24.5%)	38(34.5%)	24(21.8%)	3.54
需要有家庭托顧服務	9(8.2%)	16(14.5%)	25(22.7%)	41(37.3%)	19(17.3%)	3.41
需要有居家照護服務	8(7.3%)	22(20.0%)	17(15.5%)	42(38.2%)	21(19.1%)	3.42
需要有生活照顧服務	10(9.1%)	18(16.4%)	28(25.5%)	33(30.0%)	21(19.1%)	3.34
需要有人提供適合病人的輔具服務	10(9.1%)	24(21.8%)	31(28.2%)	33(30.0%)	12(10.9%)	3.12
需要有人到家維護病人的醫療設備	25(22.7%)	22(20.0%)	28(25.5%)	26(23.6%)	9(8.2%)	2.75
希望提供護理人員到家處理緊急事件	18(16.4%)	23(20.9%)	25(22.7%)	28(25.5%)	16(14.5%)	3.01
希望提供交通運輸服務	16(14.5%)	22(20.0%)	30(27.3%)	27(24.5%)	15(13.6%)	3.03
心理需求						9.52
需要心理諮商服務	6(5.5%)	26(23.6%)	33(30.0%)	30(27.3%)	15(13.6%)	3.20
希望參加家屬照顧者支持團體	4(3.6%)	29(26.4%)	30(27.3%)	30(27.3%)	17(15.5%)	3.25
希望有人到家關懷問安	9(8.2%)	32(29.1%)	27(24.5%)	26(23.6%)	16(14.5%)	3.07
資訊需求						23.65
需要有失智症及照顧問題諮詢服務	4(3.6%)	19(17.3%)	34(30.9%)	31(28.2%)	22(20.0%)	3.44
需要提供個人保健的相關資訊	5(4.5%)	19(17.3%)	39(35.5%)	31(28.2%)	16(14.5%)	3.31
需要提供資源服務相關資訊	1(0.9%)	15(13.6%)	33(30.0%)	36(32.7%)	25(22.7%)	3.63
需要提供電話諮詢解答疑難	4(3.6%)	22(20.0%)	39(35.5%)	31(28.2%)	14(12.7%)	3.26
希望提供家屬照顧教育服務與訓練	3(2.7%)	21(19.1%)	42(38.2%)	28(25.5%)	16(14.5%)	3.30
舉辦疾病治療的講座，教導照顧知識	3(2.7%)	21(19.1%)	38(34.5%)	32(29.1%)	16(14.5%)	3.34
舉行定期家屬座談會討論照顧上困難	2(1.8%)	24(21.8%)	34(30.9%)	31(28.2%)	19(17.3%)	3.37
經濟需求						10.18
需要社工人員協助申請社會福利	6(5.5%)	19(17.3%)	23(20.9%)	26(23.6%)	36(32.7%)	3.61
需要有人提供經濟上的補助	13(11.8%)	27(24.5%)	29(26.4%)	16(14.5%)	25(22.7%)	3.12
希望提供免費醫療或就醫補助	8(7.3%)	15(13.6%)	33(30.0%)	28(25.5%)	26(23.6%)	3.45
家務處理需求						5.15
需要有人協助處理家務	17(15.5%)	34(30.9%)	32(29.1%)	21(19.1%)	6(5.5%)	2.68
需要有人提供餐飲服務	26(23.6%)	35(31.8%)	26(23.6%)	17(15.5%)	6(5.5%)	2.47

(七)主要照顧者在照護與生活上對服務項目的需求

由於主要照顧者在照顧失智長者的過程中，可能從照護與生活上產生了不同面向之需求，為使能更加了解主要照顧者對於服務項目之需求程度，並針對此進行描述性分析。從表七中可以發現，主要照顧者在照顧失智長者的過程中，整體樣本在需求的程度上，結果顯示以「需要有人幫我照顧失智長者」之題項平均值 3.67 為最高，其次為「需要提供資源服務相關資訊」，平均值為 3.63，再次者以「需要社工人員協助申請所需的社會福利」，平均值為 3.61，研究發現主要照顧者在照顧失智長者的過程中，不僅需要有人協助分擔照顧工作，也需要相關正式服務資訊的提供並希望政府能給予經濟上的支持，來協助照顧失智長者。將全部所得之平均加總後，得知在主要照顧者整體之照護與生活需求的總得分平均為 77.79。

二、卡方檢定

在此部分主要探討的是失智症主要照顧者之壓力與其社會支持之間的相關性，其中社會支持則分為正式與非正式。在壓力部分則包含身心情緒問題、家庭生活(關係)、人際關係(社會互動)與社交生活以及經濟等四個變項。而非正式支持面向則包括了資訊性支持、評價性支持、工具性支持以及情緒性支持等四個變項。此外，在正式的社會支持則包括日間照顧中心、居家照護、家屬支持性團體、喘息服務、護理之家、家屬座談會、送餐服務、家事服務、關懷問安、養護中心、居家服務、交通服務以及其他等十三個變項。

首先，針對主要照顧者曾經或正在使用的正式社會資源與其本身的各面向壓力之間的關係進行卡方檢定；接著，針對各面向的壓力分別與其本身擁有之非正式社會支持之間的關係；最後，再探討、分析所得出之研究結果。

(一)「主要照顧者的壓力與使用正式社會資源」之相關性

判斷卡方檢定結果時，當顯著性小於所指定顯著水準之 α 值(0.05)，即表示交叉表兩個變項間存有顯著關聯。而在表八中，我們可以看出主要照顧者的各面向之壓力與其使用之社會資源大多呈現無顯著性之差異，唯有在壓力部分之家庭生活(關係)面向與喘息服務的使用上，其卡方值為 77.831，顯著性為 $0.007 < \alpha = 0.05$ ，顯示家庭生活(關係)上的壓力，與喘息服務的使用存有顯著關聯。此外，在經濟壓力方面，其與送餐服務也存有顯著的關聯性，其卡方值為 85.761，顯著性為 0.030。表示主要照顧者為紓解家庭生活所帶來的壓力，會傾向使用喘息服務。當感到經濟壓力時則會傾向運用送餐服務可能以減輕需自己開伙食會產生較多的開支的

經濟負擔。

表八 主要照顧者的壓力與使用正式社會資源之關係 (卡方值/顯著性)

	身心情緒問題		家庭生活		人際/社交生活		經濟	
日間照顧	76.318	0.181	47.448	0.576	32.386	0.799	57.213	0.682
居家照護	64.335	0.535	67.269	0.052	33.566	0.754	59.615	0.598
家屬支持性團體	62.449	0.601	55.232	0.284	37.905	0.565	60.468	0.567
喘息服務	69.400	0.364	77.831	0.007	47.880	0.183	68.957	0.283
護理之家	64.144	0.542	55.678	0.270	35.536	0.671	66.462	0.359
家屬座談會	65.221	0.504	35.474	0.940	52.986	0.082	61.223	0.540
送餐服務	46.656	0.966	45.040	0.672	32.459	0.796	85.761	0.030
家事服務	55.059	0.829	46.979	0.595	20.340	0.996	75.096	0.141
關懷問安	49.451	0.936	52.169	0.390	27.526	0.933	70.458	0.242
其他	62.771	0.590	41.923	0.785	38.174	0.553	62.569	0.492

(二)「主要照顧者的壓力與非正式社會支持」之關係

從表九中發現，主要照顧者的在人際互動或社交生活上和需要資訊性、情緒性及工具性支持都有顯著的關聯。其中資訊性支持最顯著，其次為情緒性及工具性支持，其顯著性分別為 0.000、0.001 以及 0.004，皆顯著小於 α 值(0.05)。顯示主要照顧者在減輕照顧上的壓力，改善其社交生活及滿足社會參與的需要上，能獲得其所需的相關照顧諮詢或資訊、了解與穩定其情緒或得到工具性支持愈發重要。如，使照顧者在他人的經濟或物質的協助下，有時間能與人擁有正常的互動關係，紓解照顧壓力；尋找資訊性支持是可透過團體或講座的參與獲得資訊的來源，而選擇情緒性支持是希望藉由他人的鼓勵、了解與肯定以滿足其在人際社交生活或社會互動的需求並舒緩照顧上的壓力，使其能具有正向的能量面對失智長者。

此外，身心情緒問題的壓力與工具性支持有相關(顯著性 $0.020 < \alpha = 0.05$)顯示照顧者在照顧失智長者的過程中需要有人給與實質幫助如打掃清潔的工作、三餐之準備、協助照顧患者或幫忙跑腿購物等，以減輕在身、心上的負荷。而在家庭生活或家庭關係方面之壓力也與工具性支持的提供，存有關聯($0.046 < \alpha = 0.05$)。由於照顧工作是持續性的，使得主要照顧者無法做自己想做的事，取消所有的計畫，因而不僅無法花時間陪伴其他家人，也逐漸與社會隔離，因此相當需要工具性支持的協助，藉此滿足生理、心理、經濟與家庭生活照顧上的需求。另外，在經濟壓力的面向中，與各個非正式的社會支持，結果顯示並無任何的顯著差異。

表九 主要照顧者的壓力與非正式社會支持之關係 (顯著性)

	身心情緒問題	家庭生活 (家庭關係)	人際社交 (社會互動)	經濟
資訊性支持	0.263	0.349	0.000	0.985
評價性支持	0.469	0.338	0.514	0.631
工具性支持	0.020	0.046	0.004	0.327
情緒性支持	0.241	0.108	0.001	0.871

表十 主要照顧者性別和患者問題行為困擾度、照顧負荷、社會支持與需求之T檢定

項目	平均值		T 值	單尾顯著性	< α
	男	女			
患者問題行為困擾度					
記憶問題	8.47	10.47	- 3.552	0.000	*
自我照顧	7.31	8.11	- 1.951	0.028	*
人格改變	9.01	9.72	- 1.128	0.131	
急躁行為	18.01	19.48	- 1.665	0.050	
破壞行為	17.80	18.19	- 0.316	0.377	
照顧負荷					
身心情緒問題	26.31	29.15	- 1.761	0.041	*
家庭生活	12.55	13.70	- 1.467	0.073	
人際關係與社交生活	16.07	16.85	- 0.775	0.220	
經濟	21.53	22.99	- 0.930	0.178	
社會支持					
資訊性支持	8.62	9.14	- 0.819	0.208	
評價性支持	10.24	10.73	- 0.774	0.221	
工具性支持	13.78	13.85	- 0.065	0.475	
情緒性支持	9.24	10.48	- 1.792	0.038	*
照顧需求					
資訊需求	20.13	21.07	- 0.836	0.203	
經濟需求	8.17	7.56	1.132	0.130	
心理需求	7.09	7.66	- 1.257	0.106	
協助照顧需求	26.66	26.42	0.153	0.440	
家務處理需求	4.08	3.84	0.759	0.225	

三、獨立樣本 T 檢定

此檢定為了瞭解主要照顧者在對患者的問題行為困擾度、照顧的負荷、社會支持的面向以及服務項目上的需求等因性別的不同是否有不同差異。從表十中，結果發現在主要照顧者之性別分別與患者問題行為如「記憶問題」與「自我照顧」兩項是有相關性，其顯著性分別為 0.000、0.028，皆顯著小於 α 值(0.05)。顯示針對以上問題，女性主要照顧者較男性照顧者會覺得承受的壓力更大，也較男性照顧者覺得在「身心情緒問題」上負荷更重(平均值 29.15 > 26.31)。而在「情緒性支持」也顯示女性較男性在此方面的社會支持需求來得高些(平均值 10.48 > 9.24)，此可能由於女性主要照顧者需要承受的壓力較多，所以在情緒方面的支持系統也較高於男性。

伍、結論與建議

本研究旨在探討失智症照顧者的社會支持，針對其在照護上的生活壓力來源與調適、照護與生活對服務項目之需求，以及社會支持等主觀的看法，除了必須廣泛了解主要照顧者在照顧過程中所面臨到的壓力，並知悉主要照顧者本身的社會支持系統有哪些，然而在產生許多的照顧壓力，又沒有社會支持系統的協助，主要照顧者則會在生活與照護上行伸哪些需求，故本研究主要的目的有三個：一、了解主要照顧者在照顧失智長者時，主要的壓力源有哪些。二、在各種不同因素與狀況下，照顧者在面對壓力時會有哪些不同需求。三、了解照顧者會運用哪些社會支持管道與方式來調適照顧過程中的之壓力。

在主要照顧者的壓力方面，其壓力主要來自因失智長者的自我照顧功能喪失，使得照顧者在照顧過程產生身心情緒問題的壓力以及因為照顧失智長者的費用相當昂貴所帶來的經濟負荷。而女性照顧者對患者因「記憶問題」以及「自我照顧」的問題行為及在照顧上所產生的「身心情緒問題」較男性照顧者覺得困擾與負荷的程度更高。

於主要照顧者在照顧與生活上對服務項目的需求程度方面，研究結果發現主要照顧者反應需要有人幫忙他們照顧失智長者的需求最高，其次為能獲得資源服務相關資訊，再次者以需要社工人員協助申請所需的社會福利為多。此表示主要照顧者在照顧失智長者的過程中，不但需要有人協助分擔照顧之工作，使能滿足生理、心理、社會等層面之需求，且需要相關正式服務資訊的提供，以及希望政府能在經濟上給予補助來減輕照顧失智長者的壓力。

主要照顧者的壓力與社會支持之關係，在正式社會支持使用的方面結果發現，主要照顧者為紓解家庭生活所帶來的壓力，會傾向使用喘息服務。當其感到有經濟壓力時則會傾向運用送餐服務可能以減輕需自己開伙食會產生較多的開支的經濟負擔。此外，在非正式社會支持的需求上，當主要照顧者在面臨人際互動的問題或社交生活的限制時，尋求資訊性、情緒性或工具性支持愈發重要，提供其所需的相關照顧諮詢或資訊，了解與穩定其情緒，減輕照顧上的壓力並滿足其社會參與的需要。

依此研究結果提出以下建議，以供失智症照顧者、相關機構與單位以及未來研究之參考。針對來自因失智長者的自我照顧功能喪失，使得照顧者在照顧過程產生身心情緒問題的壓力。應提供主要照顧者有關失智症的衛教課程，使其增進對疾病的認知，而更加瞭解失智長者的狀況，因而對病患問題行為的產生採取接納的態度，此外，需要藉由醫療與護理來提供協助，並給予照顧者相關訊息，使其舒緩照顧壓力。而因照顧費用高所帶來的經濟壓力，期望政府能提供失智症老人長期居家照護或長期機構照護的經濟補助，並給予相關正式服務資訊，使其尋求適當之管道解決經濟或物質上的壓力。

在主要照顧者之需求方面，其需要有人分擔照顧工作以及福利服務的提供，故須建立一個清楚、明確的服務管道，並提供一個可及性、可近性、可受性以及服務連續性的福利服務模式，使需要者能快速且適當地選擇使用社會資源，並獲取福利資源，以提供實質上的協助而有喘息的時間。此外，應鼓勵失智症照顧者成立自助團體，或透過輔導單位如醫院或協會支持下，幫助成立病友團體，並邀請專業的醫護、社工及心理相關人員擔任諮詢顧問的成員，舉行相關的座談會，提供可近性與可及性的建議與指導，可以用來支持或幫助照顧者有效處理問題的能力，並因應困難情境的方法，也藉此能增進人際關係與社交生活的互動交流，使其發展並建立自身的資源網絡。

陸、參考文獻

- 內政部統計處 (2009)。九十八年第四週內政統計通報(97 年底人口結構分析)。
http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=2024。
台灣失智症協會 (2008)。<http://www.tada2002.org.tw/>。
于漱、吳淑瓊、楊桂鳳 (2003)。失智症患者的長期照護服務模式，長期照護雜誌7(3)：251-264。
杜玉禎 (1996)。老人的生活壓力因應之道尋求社會支持網絡，老人教育

- 9：42-49。
- 呂寶靜 (2000)。老人朋友網絡支持功能之初探，社會政策與社會工作學刊 4(2)：43-90。
- 余月嬌 (2003)。退休老人的社會支持網絡與生活調適之比較研究—以台北和桃園地區為例。實踐大學家庭研究與兒童發展研究所碩士論文。
- 李懷芬 (2003)。護理失智病患及其主要照顧者之經驗，榮總護理 20(3)：262-269。
- 李宗派 (2005)。探討失智症者之安全照顧，台灣老人保健學刊 1(1)：8-40。
- 巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫、邱銘章譯 (2007)。失智症亞太地區盛行報告，Acta Neurologica Taiwanica 16 (3)：183-187。
- 林麗玲 (1988)。智障者母親社會支持與心理調適之研究。東吳大學社會研究所社會工作組碩士論文。
- 林淑敏、李宗派 (2005)。台中縣社區榮民老人社會支持與生活滿意度之探討，台灣老人保健學刊 1(1)：71-86。
- 林淑錦、白明奇 (2006)。失智症病患主要照顧者的壓力--以家庭生態觀點論之，長期照護雜誌 10(4)：412-425。
- 邱銘章、湯麗玉 (2006)。《失智症照護指南》。原水文化出版。
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲 (2007)。失智症病患主要照顧者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討，精神衛生護理雜誌 2(2)：31-44。
- 徐亞瑛 (2000)。支持團體對失智症家屬之助益，應用心理研究 8：33-35。
- 徐麗真 (2004)。以家庭支持體系觀察老人長期照護趨勢及問題，網路社會學通訊期刊 42。
- 陳肇男 (1999)。老年三寶：老本、老伴與老友：台灣老人生活狀況探討，中央研究院經濟研究所。
- 陳昱名 (2004)。社會福利資源與需求的落差：以老人失智症病患家庭照顧者之照顧負荷、需求與困難為例。台北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 陳燕禎 (2005)。社區老人照顧支持體系及政策之探討，社區發展季刊 110：158-176。
- 陳玉娟 (2005)。他/她是我爸/媽！談老年人主要照顧者之生活品質與壓力、需求，網路社會學通訊期刊 49。
- 陳昱名 (2007)。老年失智症病患家庭照顧者照顧負荷與需求之初探，新生學報2：59-82。
- 黃仁峰 (2002)。老榮民鄰里社會網絡支持、社區意識與台灣地區意識關係之研究—以高雄縣、市為例。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 黃惠玲、劉錦瑩、徐亞瑛 (2006)。以家庭為基礎之社區失智症照顧模式簡介，長期照護 10(4)：333-342。

- 莊聲和、陳炳雄、喬治華、林廷展 (2007)。臺灣地區領有「老年期失智症」重大傷病卡之失智症患者的罹病率和存活率研究，保險專刊23(2)：167-189。
- 湯麗玉、毛家舫、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。
- 湯麗玉、李明濱 (2006)。台灣失智症照護之困境，台北市醫師公會會刊 50(7)：52-56。
- 張苙雲 (2003)。醫療與社會：醫療社會學的探索。台北：巨流圖書公司。
- 鄭淑子 (1996)。高齡化社會中老人社會支持體系之探討，中華家政 25：66-76。
- 蕭金菊 (1995)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- Blendon, R. J. et al. (1993). Physician perspectives on caring for patients in the United States, Canada and West Germany. *New England Journal of Medicine*, 328(14), 1011-1016.
- Clipp, E.C. & Geirge, L.K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. *J Am Geriatr Soc*, 45(3), s102-11.
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions. *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1-31.
- Lasse, M., W.R. Lasse, & M.J. Jinks eds. (1997). *Health Care Systems Around the World*. NJ: Prentice Hall.
- Langford, C.P.H., J. Bowsher, J. P. Maloney, & P.P. Lillis (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Paterson, B.L. (2004). The shifting perspectives model of chronic illness. Pp.39-47 in Clarke, A. et al. eds. *Studying the organization and delivery of health services: a reader*. NY: Routledge.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health*. New Haven: Yale University Press.
- Weitz, R. (2001). *The sociology of health, illness, and health care: a critical approach*. CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Zarit, S.H. Ory, N.K. & Zarit, J.M. (1985). *The Hidden victims of Alzheimer's disease*. New York: New York University press.
- Zarit, S.H. & Zarit, J.M. (1990). *The memory and the behavior problems checklist and the burden intervention*. University Park, PA: Penn State University Gerontology Center.