福祉科技與服務管理學刊
Journal of Gerontechnology and Service Management

研究論文

失智症家庭照顧者人口特質、社會支持需求與長期照顧服務需求之關係初探

*曾煥裕
實踐大學　社會工作學系

摘要

本研究目的在探討失智症長者之家庭照顧者的人口特質與其社會支持需求在長者接受居家照顧、醫療費用補助與居家護理等三項社區式長期照顧服務需求之關係。研究資料來自北部某縣市政府針對失智老人與其家庭照顧者需求及問題所做的問卷調查。本研究選取 171 位家庭照顧者的問卷資料，並使用描述性統計、獨立樣本 t 檢定、卡方檢定、皮爾森積差相關與迴歸分析等研究方法，進行相關統計檢定。研究發現，居家照顧服務的需求、醫療費用補助的需求、及居家護理服務的需求均顯著地與社會支持類型中實質性支持需求及情緒性支持需求有正相關，亦即，實質性支持需求越高、情緒性支持需求越高的家庭照顧者，長者使用此三項長照服務的需求也越高。相反地，社會支持類型的訊息性支持需求與居家護理服務需求則呈現顯著負相關。研究進一步發現，即使在考量家庭照顧者的人口特質情況下，社會支持的需求依然強烈地與此三項長期照顧服務的需求有顯著相關。針對研究發現，本文建議日後政府在思考失智症相關的長期照顧服務的需求與對象時，除失智者本身的因素應該考慮之外，也應將家庭照顧者的社會支持需求列為重要參考。

關鍵詞：失智老人、社會支持需求、長期照顧服務需求、家庭照顧者、照顧需求

1. 前言

失智症(dementia)素有「21 世紀黑死病」之稱（滕淑芬，2016），依據 2018 年國際失智症協會(ADI)的資料（台灣失智症協會，2019），全球推估有 5 千萬的失智症人口。光是 2018 年便有一千萬的新增失智人口，平均每 3 秒鐘就有一名新增的失智症者。按照這種速度，2050 年，全球將有高達 1 億 5 千 2 百萬的失智症者（台灣失智症協會，2019）。許多研究指出，台灣失智症的盛行率在 65 歲以上的人口約為 1.7%到 4.4%（陳昱名，2013；傅中玲，2008），且盛行率會隨著年齡的增加而增加。按照衛生福利部（以下簡稱衛福部）的推估，以內政部 2018 年 12 月底人口統計資料為基準，我國 65 歲以上的人口有 3,433,517 人，其中失智症者約有 269,725 人，約每 12 人當中就有一人是失智症者，80 歲以上的老人則約每 5 人就有一人為失智症者（台灣失智症協會，2019）。

*通訊作者：hytsengkimo@gmail.com

Open access http://journal.gerontechnology.org.tw/

2031 年時，失智人口將超過 46 萬人，2041 年時，失智人口將逾 67 萬人，相當於每 100 位國人當中就有 3 位失智症者（台灣失智症協會，2019）。

「失智症」(dementia)一詞指的是一群有持續性認知障礙，包含記憶力、判斷力、理解力喪失與情緒、行為、溝通及生活能力改變的病症，而阿茲海默症(Alzheimer's Disease)、血管性失智症(vascular dementia)、路易氏體失智症(Dementia with Lewy Bodies)與額顳葉型失智症(Frontotemporal lobe degeneration)是最常見的類型(Innes et al., 2011)。阿茲海默症與其他形式的失智症都是認知、功能與行為上慢性退化並導致失能的腦疾病，病程發展速度因人而異且不可逆，有的病程可達十年以上甚至更久（白明奇，2000；Penrod et al., 2007）。病人會逐漸失去記憶並喪失日常生活照顧能力，研究顯示有半數以上的病人會產生精神疾病的症狀，包含妄想、幻覺、暴力、憂鬱、焦慮等等，語言能力明顯退步，行動困難、大小便失禁，終致長期臥床，同時也常有躁動、不安、遊走、無理的要求等行為問題（林淑錦、白明奇，2006），因此，照顧失智症病人是一件非常具有挑戰性的工作。

家庭是照顧失能者主要的場所，許多有照顧需求的病人都希望能留在家中，由家人照顧（黃志忠，2014），失智症者也不例外。然而，家人往往對於這樣的任務一無所知也毫無準備(Whitlatch & Orsulic-Jeras, 2018)。研究顯示，由家人所提供的照顧中，被照顧者為失智者的就佔了 1/3，所提供的照顧時數，佔了總照顧時數的 41% (Kasper et al., 2015)。在台灣，失智症者由家人照顧的比例高達 95%（徐亞瑛，2004）。由於失智症者常伴隨病情的發展會出現記憶、智能、行為與日常功能的障礙，無法與旁人清楚溝通，使得照顧工作格外艱辛。失智症照顧者所需提供的照顧項目範圍廣泛，從病人的自我照顧、行動的協助、溝通的協助、認知的協助、家事的協助到就醫的安排，甚至情感上的支持都有。這樣的照顧負荷往往長達數十年，以致於對照顧者產生生理、心理與社會需求上鉅大的衝擊，甚至有不良的影響(Brodaty & Donkin, 2009)。失智症者的照顧者比起其他人更容易產生心理、情緒的疾病，也更容易感到社交孤立與財務上的負擔(Alzheimer's Association et al., 2013; Alzheimer's Association, 2012)。失智症者的照顧者所承受的照顧負荷在所有的照顧者中是最高的(Australian Institute of Health & Welfare, 2012; Kim & Schulz, 2008)。失智症者的照顧者因為照顧工作而產生的健康或情緒上負面影響的比例也遠高於一般的照顧者(57% vs. 48%; Australian Institute of Health and Welfare, 2012)，而且這樣的影響會隨著被照顧者的病程惡化而增加(Warchol-Biedermann et al., 2014)。因承受長期照顧的壓力，失智症家庭照顧者的憂鬱症發病率接近 40%~50%，而其中大約 20%~25%有重度憂鬱症(Lavretsky, 2005)。研究顯示，失智症者的照顧者有社會與健康服務上的需求(Edelman et al., 2006; Given et al., 2008; Toseland et al., 1999)，而這些需求無法透過照顧者的非正式網絡或社會服務的提供而得到滿足(Whittier et al., 2005)。因此，照顧工作就伴隨著相當程度的壓力，造成失智症者的照顧者產生醫療與精神狀況惡化、失智、死亡風險、社交孤立、及財務損失上的風險提高(Alzheimer's Association et al., 2013; Alzheimer's Association, 2012)。有許多的質性研究發現在被照顧者確診失智症後，照顧者與被照顧者的支持需求明顯增加(Bunn et al., 2012)，而這些需求會與日後的福利資源的需求有關（邱啟潤等人，2003）。研究也發現，社會支持的情況會與正式服務的使用有關(Cattan et al., 2005; Crocker Houde, 1998; Kosloski et al., 2001; Lamura et al., 2008; Nelms et al., 2009)。陳正芬、吳淑瓊(2006)在〈家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討〉中提到，長期照護服務方案具備服務老人及服務家屬的雙重性質。因此，探討影響老

人服務使用的決定因素時，應該將老人之重要他人（如配偶和成年子女）的需求與態度等因素納入考量。本文的目的即在透過次級資料的分析，以量化研究的方式，回答下列的問題：

(1) 失智症家庭照顧者的人口特質與其社會支持需求的關係；
(2) 失智症家庭照顧者的人口特質與失智症長者的長期照顧服務需求的關係；
(3) 在控制失智症家庭照顧者的人口特質之下，其社會支持需求與失智症長者的長期照顧服務需求的關係。

2. 文獻探討

2.1 家庭照顧者的定義

依「身心障礙者家庭照顧者服務辦法」第二條所稱，家庭照顧者乃指身心障礙者家庭內最主要照顧身心障礙者之配偶、直系血親、直系姻親或共同生活之家屬（全國法規資料庫，2019）。本文採此定義，指主要照顧失智者之配偶、直系血親、直系姻親或共同生活之家屬。

2.2 家庭照顧者的概況

國內外的研究都指出，家庭成員是多數失能者與老年失智者的家庭照顧者（陳昱名，2013），且以女性為主（屈蓮等人，1996；Chee et al., 2007），與受照顧者的關係最常見者為配偶，其次為子女、最後才是媳婦（李逸等人，2017；屈蓮等人，1996）。邱啟潤等人(2003)所做的研究也發現，照顧者為女性者佔 75%，身為照顧者的配偶者佔 31.7%，媳婦為 30.8%。照顧者的平均年齡介於 40-50 歲（邱啟潤等人，2003；屈蓮等人，1996），也有研究發現四成的照顧者年齡在 60 歲以上（邱麗蓉等人，2007）。婚姻狀況則以已婚者為多（邱啟潤等人，2003；屈蓮等人，1996）。照顧者大多與被照顧者同住且無工作（邱啟潤等人，2003；鄭秀容、曾月霞，2008），每天平均照顧時數為 8-19 小時(Kesselring et al., 2001)，平均照顧期間可長達 10 年（陳芬婷、邱啟潤，2015）。

2.3 社會支持

社會支持(social support)是指人與人之間的互動所傳達對其行為、情感、知覺的肯定看法，同時提供實質的或象徵性的協助過程(Kahn, 1979)。Tilden 與 Weinert (1987)指出，社會支持是個人與網絡之間的一種互惠的關係，藉此提供心理、社會及實質的幫助，個人可接受到此種幫助，亦可回報此種幫助給網絡中的其他人。Simmons (1994)則認為，社會支持是人際間的互動關係，此互動提供心理的支持及問題的解決，而家人通常是社會支持的主要來源。

社會支持的種類大致上可以分為情緒性(emotional)、訊息性(informational)、及實質性(tangible)三類(Cobb, 1976; Weinberger et al., 1987)，這也是社會支持的三大功能。情緒性支持是指個人所感受到的關心、鼓勵與接納，訊息性支持是個人在面對疾病或生活情境時可接受到的訊息或建議，實

質性支持是個人可接受到物質或金錢上借貸或贈予和實際行動上的幫助(Barrera et al., 1981; Lubben & Giroda, 1996)。對老人而言，社會支持可定義為人際之間所存在的一種訊息的交換(Cobb, 1976)。Grundy (2006)認為，老年人在晚年的時候需要一些社會支持體系，提供社會或心理上的協助、長期照顧的協助和收入支持等，這些支持體系將有助於提升其晚年生活的適應。陳琇惠與林子宇(2012)發現，社會支持與老人生活滿意度有正相關，社會支持愈多者，生活滿意度愈高。張素紅、楊美賞(1999)的研究發現，老人所獲得的社會支持與其寂寞程度呈現負相關，也就是說社會支持愈多，其寂寞程度愈低，愈不容易感覺人際疏離和孤單，相對上適應狀況也愈好。謝瀛華等人(1992)的研究也發現，老人由子女得到的支持愈多，則其憂鬱程度就會愈低。石泱(2004)亦認為社會支持愈多的老人，其對於晚年生活愈感到滿意。黃春太和姜逸群(2001)的研究中則發現社會支持體系會影響到心理健康和身體健康。

Berry 等人(2006)的研究發現，較少情緒支持的老人，較容易患有精神方面的疾病。社會支持網絡中支持人數與能提供協助的時數被發現與服務使用有關，支持人數越多、能提供協助的時數越多，則使用服務的可能性就越低(Cattan et al., 2005; Crocker Houde, 1998; Kosloski et al., 2001; Lamura et al., 2008; Nelms et al., 2009)。Edelbrock 等人(2003)發現服務使用與非正式網絡人數有正相關，其他例如 Sun (2011)也發現常上教堂的受訪者其服務使用量較高，原因是教會中可以獲得更多服務相關的訊息，讓其更知道如何獲取服務。

社會支持與許多因素有關，例如婚姻狀況、有無子女、宗教信仰、健康與經濟因素等。熊曉芳(2000)發現，配偶和子女可以提供給老人情感性和工具性的支持。Reinhardt 與 Blieszner (2000)主張配偶可以提供情感性和訊息性的支持，尤其對於男性老人而言。已婚者所獲得的社會支持會較未婚者多(Barrett, 1999)，有子女者所得到的社會支持亦較無子女者多(Kivett et al., 2000)。有宗教信仰的老人其社會支持也比沒有的人來得好，Bowles 等人(2000)發現，教會可以提供老人從事志工服務的機會，透過與他人互動獲得他人的支持，同時亦可將老人需要協助的訊息釋放給社區服務團體知道，進而讓老人及時獲得協助。在經濟狀況與健康情形方面，健康情形愈好者，所得到的社會支持也愈多(McCamish-Svensson et al., 1999)，經濟狀況愈佳的老人，其社會支持程度也愈高（周玉慧、莊義利，2000；鄭淑子等人，1999；熊曉芳，2000）。Weinberger 等人(1987)也發現年齡、收入及已婚都與較多的社會支持有關。

過往的研究大多將重心放在探討失智長者本身的服務使用及其生活滿意度之間的關係，對於家庭照顧者在照顧過程中的社會支持需求與長者的服務需求之關係著墨不多。少數的文獻談到照顧負荷時有提到社會支持，例如，陳昱名(2013)在研究照顧負荷時發現，失智症病患家庭照顧者的社會支持需求程度上最高者為「照顧失智長者的方法和諮詢」（類似訊息性支持需求），照顧者多數需要也願意接受家庭成員間的情緒性支持，照顧過程上也需要成員間的鼓勵，同時面對未知的照顧歷程，更需要有人提供照顧上的資訊與建議等。鄭秀容與曾月霞(2008)在調查居家失智老人家庭照顧者的需求時發現，在私人照顧需求上，最需要被滿足的是「有人照顧病患讓您有時間辦事情」（類似實質性支持需求），其次則為「有人照顧病患讓您喘口氣」（類似情緒性支持需求），而在制度化照顧需求上最需要被滿足的則是「有相同照顧經驗的人有機會在一起分享」（類似訊息性支持需求），

其次則為「政府提供醫療費用之補助」。可惜的是，許多有關社會支持的研究，通常都以病人（受照顧者）為中心，鮮少以照顧者為研究焦點，因為這樣的緣故，本文希望由照顧者的社會支持需求討論其與長者長期照顧服務需求的關連性。

2.4 長期照顧服務的需求與發展現況

歷年的長期照顧服務需求因為調查方式不同而略有不同，但是整體上仍然呈現上揚的趨勢。李世代、蕭淑貞(1999)的調查結果指出，65 歲以上老人的失能率大約在 2.9%至 5.4%之間，吳淑瓊等人(2002)的調查則發現 50 歲以上人口的長期照顧需要盛行率達 7.3%。衛生福利部(2020a)以戶口普查資料結果推估，我國長期照顧需要人口將由 2017 年的 55 萬 7 千多人增加至 2026 年的 77 萬人以上，其中，65 歲以上老人所佔的比例更是逐年上升，而 65 歲以下者大致平穩。在失智症的部分，依衛福部於 2011-2013 年委託台灣失智症協會進行之流病學調查結果，以及內政部 2018 年 12 月底人口統計資料估算，65 歲以上老人共 343 萬餘人，其中 65 歲以上失智症人口約 27 萬人，盛行率為 7.86%，即 65 歲以上的老人約每 12 人有 1 位失智者（衛生福利部，2020b）（如圖 1 所示）。

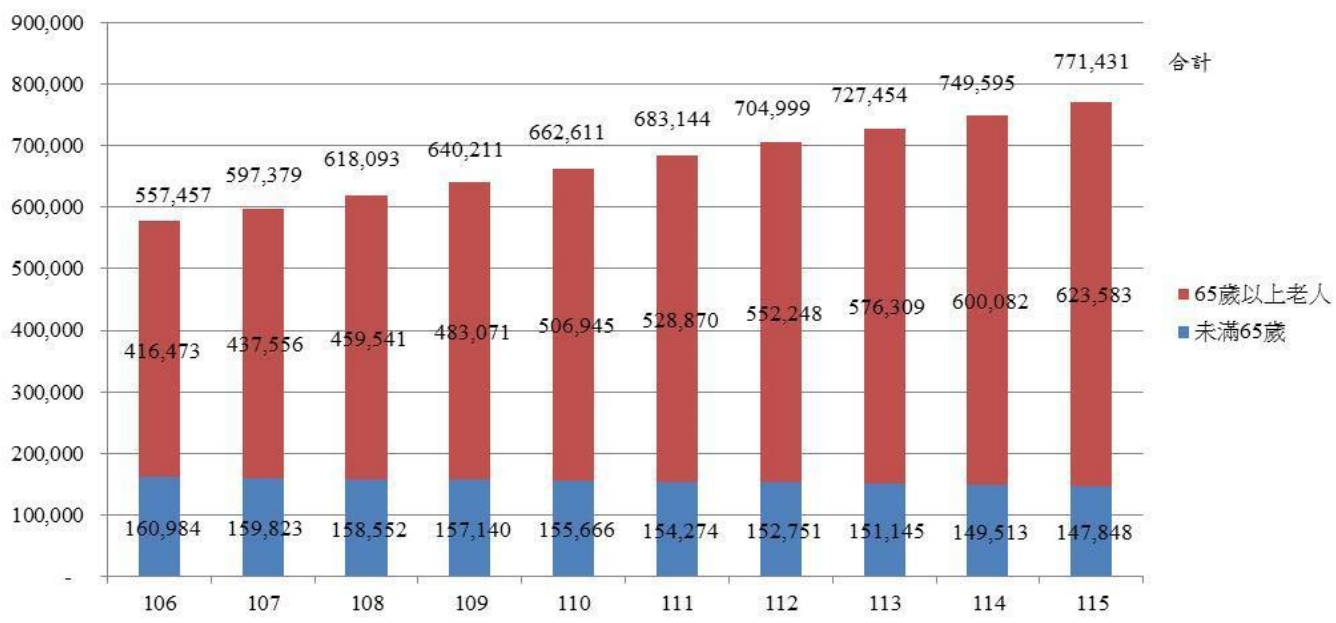


圖 1. 長期照顧需要人口推估（引自衛生福利部(2020a)長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）（核定本））

在長期照顧的發展現況方面，政府從 2007 年開始推動長期照顧十年計畫，工作重點在普及照顧服務，支持家庭的照顧能力、建立照顧管理制度，並發展人力資源及服務方案，建立財務制度，目標在建構完整的長期照顧體系，使身心障礙與高齡者獲得適切的服務，增進其獨立生活的能力，提升生活品質（衛生福利部，2020a）。長照十年計畫的服務對象包括日常生活需他人協助之 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者、僅工具性日常生活活動失能且獨居之老人及中、重度失能者。服務類型則包括照顧服務、居家護理、社區及居家復健、輔具購買、租借及

居家無障礙環境改善服務、緊急救援系統、老人營養餐飲服務、喘息服務、交通接送服務、及長期照顧機構服務等。

2016 年 11 月政府開始推動長期照顧十年計畫 2.0，將 50 歲以上失智者、55 至 64 歲失能平地原住民、49 歲以下失能身心障礙者都納入服務對象，並以長照旗艦店、長照專賣店與長照柑仔店 3 級社區照顧模式，推動在地老化。整合過去既存的機構及服務類型，推動社區整體照顧模式，成立 A 級社區整合型服務中心（長照旗艦店），在每個鄉鎮市區至少設立 1 個，人口較多鄉鎮市有 2 個以上。B 級複合型服務中心為長照專賣店，每個國中學區範圍能有 1 個；C 級巷弄長照站是長照柑仔店，目標是 3 個里至少有 1 個，使照顧服務據點普及化（衛生福利部，2020a）。在失智症服務方面，執行策略包含（衛生福利部，2020b）：

(1) 普及失智症及其照顧者之社區照護服務模式：廣設「失智社區服務據點」：提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等，普及失智社區照顧服務；至 2019 年已布建失智社區服務據點 434 處。創新設置「失智共同照護中心」：協助未確診失智個案儘速完成確診；協助照顧者於個案不同失智程度照護需求及支持協助，提供引導、相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，及傳播失智健康識能，營造友善社區環境等。2019 年設置 87 處。預計 2017-2020 年將台灣失智症確診率由三成提高到五成，社區識能率於 15-64 歲人口數達 5%。
(2) 強化失智症者照顧能量：鼓勵縣市政府廣結民間服務提供單位布建日間照顧中心、團體家屋等社區照顧資源。截至 2019 年底已設 360 處日間照顧中心、13 家團體家屋、63 家小規模多機能服務。並鼓勵衛福部及國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫療、長照等機構空間設置失智型日間照顧中心。增設機構式失智專區：為因應失智症老人住宿式機構服務照顧需求，鼓勵老人福利機構、護理之家、醫療機構及榮譽國民之家參與失智症住宿式機構照顧服務資源之建置，同時提升有需求失智症老人之使用率，補助入住機構專區之失智症中度以上且具行動能力老人特別處遇費每人每月 3,000 元，減輕家屬負擔。至 2019 年底共 58 處、2,189 床。
(3) 建置失智照顧者支持服務網絡：如 1966 長照服務專線、失智症關懷專線（0800-474-580 失智時，我幫您）、家庭照顧者諮詢專線（0800-507272 有您，真好真好），提供照顧者個別或家庭協談、輔導諮商、轉介服務資源。
(4) 建立失智專業人才系統性培育機制，訂定針對照顧服務員之「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」，以及「失智症醫事專業 8 小時訓練課程（各類人員）」，藉由失智培訓課程之訂定，以及透過失智共照中心推展失智照顧人才培訓制度，提升照護人員對失智症之認識，可提高對失智症之敏感度，以利早期發現失智個案，協助就醫確診。
(5) 推動失智友善社區：2019 年補助 9 縣市建置 10 個失智友善社區、辦理全國性宣導活動，招募友善天使超過 6.6 萬名、失智友善組織超過 5,500 家，逐步營造對失智症及其家庭都能友善的支持性社會。另完成一般民眾、餐廳、公車、銀行、醫療院所、計程車司機、社區保全及緊急救護員等類共 12 種場域之衛教素材等。持續辦理營造失智友善社區相關之

溝通宣導：辦理失智照護成果記者會「打造失智友善社區照護網絡，找回失智者笑容！」，向民眾說明失智照護服務及失智友善示範社區辦理成果，另製作失智照護服務 3 分鐘短片及 30 秒電視廣告，持續透過電視媒體、網路媒體進行宣傳。

3. 研究方法

3.1 研究架構

本研究以家庭照顧者的社會支持需求與長者的長期照顧服務需求為主軸，參考過去文獻的相關發現，產生如下的研究架構：(1)先以家庭照顧者及長者的社會人口特質為自變項，探討其與家庭照顧者的社會支持需求之關係（模式一）；(2)探討家庭照顧者的人口特質與長者長期照顧服務需求之關係(模式二)；(3)為了瞭解家庭照顧者的社會支持需求與長者長期照顧服務需求之間的關係，此階段的模式僅將家庭照顧者的社會支持需求列為自變項，探討與長者長期照顧服務需求之間的關係（模式三）；(4)家庭照顧者的人口特質及社會支持需求均進入模式成為自變項，探討與長者長期照顧服務需求的關係（模式四）（如圖 2 所示）。

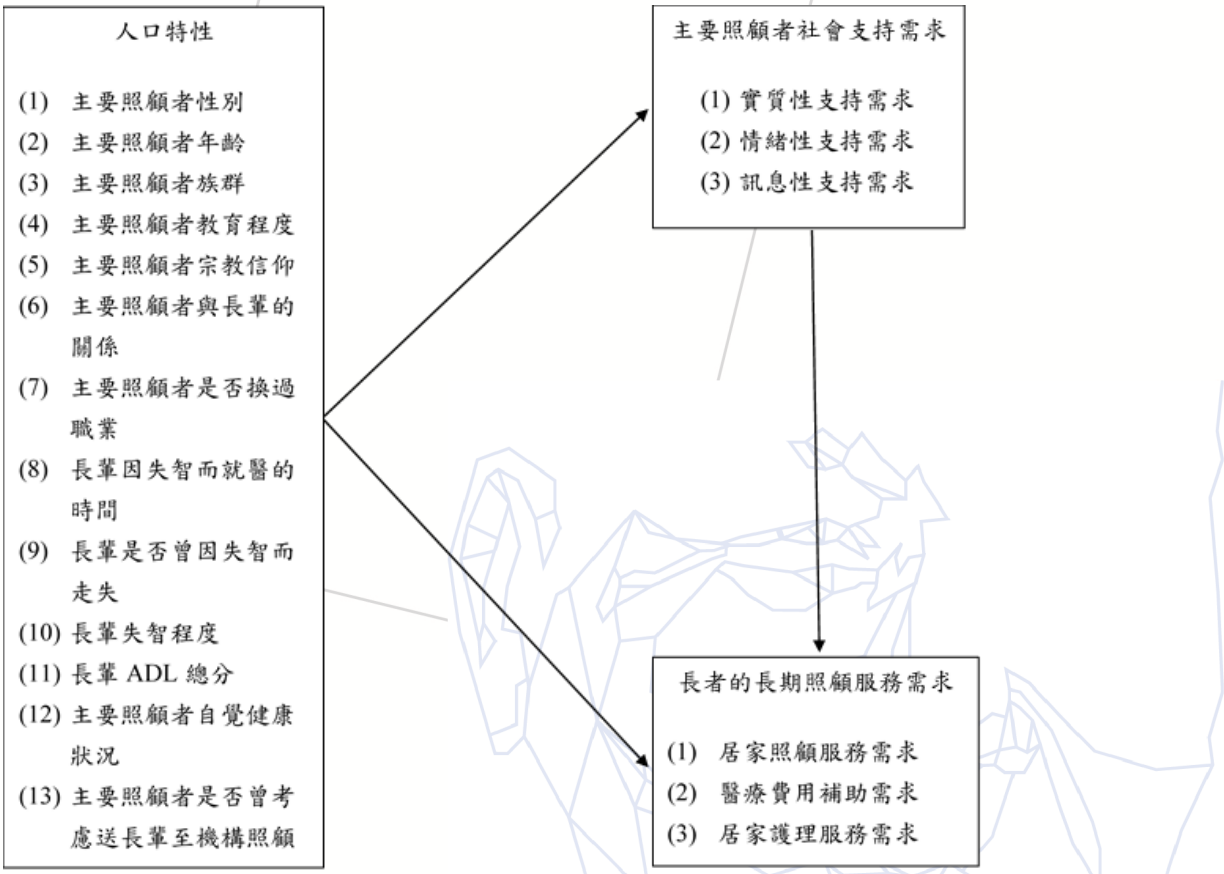


圖 2. 研究架構圖

Open access http://journal.gerontechnology.org.tw/

3.2 變項定義與測量

人口特性變項

人口特性變項包含家庭照顧者的性別、年齡、族群、教育程度、宗教信仰、與長輩的關係、在照顧長輩的期間是否換過職業（剔除從未就業者）、自覺健康狀況、及是否考慮過將長輩送至機構照顧等。另外參酌過去的研究，研究中也納入少數長輩特性的變項做為控制變項，例如長輩因失智而就醫的時間、長輩失智程度、長輩是否曾因失智而走失及長輩的 ADL 總分。

社會支持需求變項

受限於次級資料的收集，本研究參酌過往研究，將問卷中探討家庭照顧者社會支持需求程度的變項共 14 題進行因素分析（如表 1 所示）。此 14 題之取樣適切性(MSA)均在 0.431 至 0.918 之間，顯示出此 14 個項目都適合於納入該因素分析中，而其整體之 KMO 及球形考驗均顯示整體資料適合進行因素分析(KMO = .89; Bartlett's Test of Sphericity＝1946.48, DF = 91. P < .001)（顏志龍、鄭中平，2019）。該 14 項目經因素分析後共萃取出「實質性支持需求」、「情緒性支持需求」及「訊息性支持需求」三大面向（如表 1 所示）與原先規劃之分類符合，顯示出該量表具有相當優良之建構效度。在信度部分，各題依需求情形從「不需要」、「不太需要」、「很需要」、「非常需要」，分別給予 1-4 分，再依各面向累計總得分，經 Cronbach's α 檢測，實質性支持需求、情緒性支持需求、與訊息性支持需求的信度值分別為 0.96、0.81、0.86，表示此三大變項均具備高信度（顏志龍、鄭中平，2019）（如表 1、表 5 所示）。

長期照顧服務需求變項

長期照顧的服務琳瑯滿目，橫跨機構式的服務、社區式的服務到居家式的服務。本研究受限於資料收集時的設定，僅能就「接受政府居家照顧服務」、「接受政府提供醫療費用之補助」及「接受醫院提供居家護理的服務」等三項，瞭解在這些服務上的需求程度。各題依需求情形從「不需要」、「不太需要」、「很需要」、「非常需要」，分別給予 1-4 分（如表 5 所示）。

3.3 資料來源與分析方法

本研究資料擷取自 2009 年北部某縣市政府針對失智老人與其家庭照顧者需求及問題所做的問卷調查，該調查訪問對象為設籍於該縣市領取失智老人身心障礙手冊者共 307 位老人，後又加入預防走失手鍊的老人名單，經篩選重複樣本後，符合資格者共 431 位老人，扣除不合適（未失智）、受訪者不在家、電話問題、往生、拒訪等因素後，採普查方式，共計取得有效樣本 250 份，完訪率為 58.0%。為了解家庭照顧者在照顧上所受到的支持程度與需求，本研究僅選取由家庭照顧者代答的問卷，共 171 份。

問卷資料以 SPSS 22.0 統計套裝軟體進行描述性及推論性統計分析。採次數分配、百分比、平均值與標準差等分析方法來瞭解照顧者之人口學特質、社會支持需求程度、長期照顧服務需求等之分佈情形，並以 t 檢定、$\chi 2$ 檢定等，來比較家庭照顧者之人口學特質在社會支持需求與長期照顧服務需求上的差異。研究以皮爾森積差相關分析檢驗社會人口特質與社會支持需求程度及長期照顧服務需求程度三者之相關性，並以迴歸分析進一步確認三者之相關情形。

表 1. 社會支持需求之因素分析與 Cronbach α 值摘要表

因素	各因素所屬題目	因素負荷量	MSA	解釋變異量(%)	總解釋變異量(%)	Cronbach's α 值
實質性支持需求	有人可以幫忙看護長輩，讓您外出	.84	.78			
	有人可以幫長輩做運動	.85	.80			
	有人可以陪長輩聊天	.92	.91			
	有人可以幫忙過夜照顧長輩	.91	.88			
	有人可以陪長輩到醫院取藥	.85	.76			
	有人可以幫忙煮飯或做家事	.81	.71			
				36.87	36.87	.96
情緒性支持需求	有人了解您照顧的感覺常來探望或打電話來安慰您	.39	.52			
	遇到麻煩或沮喪有人會聽您傾訴	.82	.83			
	當長輩因症狀對您有所誤解時有人能體諒您的處理方式	.64	.60			
	您有接受社會福利機構提供心理協談	.48	.43			
				19.75	56.61	.81
訊息性支持需求	有人會提供您一些關於照顧的技巧	.73	.70			
	有人會提供有關老年失智症的知識	.91	.92			
	有人會分享類似照顧的經驗	.82	.82			
	您有社交（社團）生活	.30	.43			
				15.32	71.93	.86
KMO=.89						
Bartlett 球形檢定= 1946.48；*df* =91；顯著性＝.000						

4. 研究結果

4.1 樣本特性分析

由表 2「失智長者特性分析(I)」中可以看到，長者的學歷以「小學（含肄業）」最多(n=63, 37.3%)、其次為「不識字(n＝40, 23.7%)」，有一半以上的長者為「閩南籍」(n＝94, 55%)、其次為「外省籍」(n＝41, 24.0%)。宗教信仰上，以「佛教」者最多(n＝57, 33.5%)、其次為「無信仰」者(n＝38, 22.4%)。長者的婚姻狀況方面，以「已婚」者最多(n＝97, 57.1%)、其次為「喪偶」者(n＝63, 37.1%)。長者

固定與某位（孫）子女同住者最多(n = 83, 48.5%)、「僅與配偶同住」者居次(n = 32, 18.7%)。長者的失智程度方面，以「重度」者最多(n = 61, 45.2%)，有 43.1% (n = 72)曾經因為失智而走失。

表 2. 失智長者特性分析(I)

變項名稱	次數	百分比
長者學歷	169	100.0
不識字	40	23.7
識字、自修	13	7.7
小學（含肄業）	63	37.3
國初中（含肄業）	20	11.8
高中職	20	11.8
專科及大學	11	6.5
研究所以上	2	1.2
長者族群	171	100.0
客家籍	35	20.5
閩南籍	94	55.0
外省籍	41	24.0
原住民籍	1	0.6
長者宗教信仰	170	100.0
無信仰	38	22.4
佛教	57	33.5
道教	33	19.4
基督教	8	4.7
天主教	10	5.9
一貫道	2	1.2
一般民間信仰	20	11.8
其他	2	1.2
長者婚姻狀況	170	100.0
已婚	97	57.1
喪偶	63	37.1
離婚	1	0.6
分居	2	1.2
未婚	5	2.9
同居	2	1.2
長者居住情形	171	100.0
僅與配偶同住	32	18.7
與大多數（孫）子女同住	29	17.0
固定與某（孫）子女同住	83	48.5
到（孫）子女家輪住	3	1.8
自己一個人住	3	1.8
其他	21	12.3
長者失智程度	135	100.0
輕度	26	19.3
中度	48	35.6
重度	61	45.2
長者是否曾因失智而走失	167	100.0
是	72	43.1
否	95	56.9

*N=171；部份變項有遺漏值

表 3「失智長者特性分析(II)」顯示，長者因失智而就醫的時間，平均為 6.18 年(n=162, SD=5.19)，ADL 總分平均為 15.91(n=171, SD=7.46)，其中最需要協助的項目為「洗澡或淋浴」(平均數為 1.48)，最不需要協助的項目為「走動」(平均數為 1.68)。

表 3. 失智長者特性分析(II)

變項名稱	次數	平均數	標準差	最小值	最大值
長者因失智而就醫的時間（年）	162	6.18	5.19	0.5	30
長者 ADL 總分	171	15.91	7.46	10	30
用餐	171	1.67	0.83	1	3
穿衣、穿鞋	171	1.60	0.82	1	3
整理儀容	171	1.62	0.82	1	3
走動	171	1.68	0.83	1	3
上、下床	171	1.67	0.85	1	3
洗澡或淋浴	169	1.48	0.76	1	3
上、下樓	170	1.56	0.83	1	3
上廁所	171	1.56	0.83	1	3
大便控制	171	1.55	0.81	1	3
小便控制	171	1.56	0.81	1	3

*N=171；部份變項有遺漏值

在家庭照顧者方面，由表 4「家庭照顧者特性分析」顯示，家庭照顧者以女性為多(n=86, 50.3%)，平均年齡 57.66 歲，最年輕者為 22 歲，最年長者為 90 歲，族群以「閩南籍」佔最多數(n=98, 57.3%)，「客家籍」與「外省籍」居次，均為 20.5%(樣本數均為 35)。照顧者教育程度以「高中」最多(n=45, 26.5%)，其次為「小學以下」(n=43, 25.3%)。宗教信仰以「佛教」最多(n=65, 39.4%)，其次為「無信仰」(n=40, 24.2%)。照顧者與長輩的關係以「兒子」最多(n=62, 36.5%)，其次為「配偶」(n=50, 29.4%)，再次則為「媳婦」(n=30, 17.6%)。照顧者對於自己的健康狀況，覺得「還好」者佔大多數(n=104, 61.5%)、其次為「很好」(n=36, 21.3%)、再次為「不好」(n=29, 17.2%)。絕大多數的照顧者從長輩生病到現在都沒有換過職業(n=109, 82.0%)，也未曾考慮過將長輩送到養護機構(n=123, 73.2%)。從表 5「長照服務需求與社會支持需求情形」中可以看到，在照顧者希望長者接受服務的需求程度與實際狀況的問項上，44% (n=74)的照顧者表示有接受政府提供居家照顧的服務需求；51.5% (n=86)的照顧者有接受政府醫療費用補助的需求；43.2% (n=72)的照顧者有接受醫院提供居家護理服務的需求。在實質性支持需求上，照顧者的平均數為 10.38 (n=164; SD=5.39)，訊息性支持需求上，照顧者的平均數為 7.31 (n=161; SD=3.09)，情緒性支持需求上，照顧者的平均數為 6.56 (n=167; SD=2.70)。

表 4. 家庭照顧者特性分析

變項名稱	次數	百分比	最小值	最大值	平均數	標準差
照顧者性別	171	100.0				
男	85	49.7				
女	86	50.3				
照顧者年齡	166	100.0	22	90	57.66	14.27
照顧者族群	171	100.0				
客家籍	35	20.5				
閩南籍	98	57.3				
外省籍	35	20.5				
其他	3	1.8				
照顧者教育程度（年數）	170	100.0	0	16	11.07	4.12
照顧者教育程度	170	100.0				
小學以下	43	25.3				
國中	22	12.9				
高中	45	26.5				
專科	21	12.4				
大學以上	39	22.9				
照顧者宗教信仰	165	100.0				
道教	38	23.0				
佛教	65	39.4				
基督教	5	3.0				
天主教	6	3.6				
回教	3	1.8				
無信仰	40	24.2				
其他	8	4.8				
照顧者與長輩的關係	170	100.0				
配偶	50	29.4				
兒子	62	36.5				
媳婦	30	17.6				
女兒	17	10.0				
女婿	1	0.6				
外籍看護工	2	1.2				
兄弟姊妹	3	1.8				
孫子女	3	1.8				
其他	2	1.2				
照顧者的自覺健康狀況	169	100.0				
很好	36	21.3				
還好	104	61.5				
不好	29	17.2				
照顧者從長輩生病到現在有無換過職業	133	100.0				
沒有	109	82.0				
有	24	18.0				
照顧者是否曾考慮將長輩送養護機構	168	100.0				
否	123	73.2				
是	45	26.8				

表 5. 長照服務需求與社會支持需求情形

變項名稱	次數	百分比	最小值	最大值	平均數	標準差
接受居家照顧服務的需求	168	100.0	1	4	1.75	1.00
無需求	94	56.0				
有需求	74	44.0				
不太需要	37	22.0				
很需要	22	13.1				
非常需要	15	8.9				
接受醫療費用補助的需求	167	100.0	1	4	2.01	1.14
無需求	81	48.5				
有需求	86	51.5				
不太需要	29	17.4				
很需要	31	18.6				
非常需要	26	15.6				
接受居家護理服務的需求	167	100.0	1	4	1.75	1.02
無需求	95	56.9				
有需求	72	43.2				
不太需要	35	21.0				
很需要	20	12.0				
非常需要	17	10.2				
實質性支持需求	164		6	24	10.38	5.32
有人可以幫忙看護長輩、讓您外出	168		1	4	1.83	1.06
有人可以幫長輩做運動	168		1	4	1.72	0.98
有人可以陪長輩聊天	168		1	4	1.73	0.95
有人可以幫忙過夜照顧長輩	168		1	4	1.76	1.02
有人可以陪長輩到醫院取藥	168		1	4	1.75	1.00
有人可以幫忙煮飯、做家事	165		1	4	1.68	0.94
訊息性支持需求	161		4	16	7.31	3.09
有人會提供您一些有關照顧的技巧	166		1	4	1.78	0.88
有人會提供有關老年失智症的知識	167		1	4	1.87	0.99
有人會與您分享類似照顧的經驗	168		1	4	1.78	0.88
您有社交（社團）生活	163		1	4	1.84	0.92
情緒性支持需求	156		4	16	6.56	2.70
有人了解您照顧的感覺常常來探望或打電話來安慰您	167		1	4	1.64	0.75
遇到麻煩或沮喪有人會聽您傾訴	164		1	4	1.60	0.81
當長輩因症狀對您有所誤解時，有人能體諒您的處理方式	162		1	4	1.62	0.87
您有接受社會福利機構提供心理協談	165		1	4	1.65	0.93

*N=171；部份變項有遺漏值

Open access http://journal.gerontechnology.org.tw/

4.2 照顧者人口特質、社會支持需求及長期照顧服務需求之關係

卡方(x^2)檢定的結果顯示（礙於篇幅限制未提供），照顧者性別在「族群」、「是否換過職業」、及「是否考慮將長輩送到養護機構」等變項上沒有顯著差異。由於有細格期望人數小於 5，因此以 Fisher's 精確檢定加以檢驗後發現，性別在「教育程度」與「與長輩的關係」上有顯著差異。在「教育程度」的變項上，女性在「小學以下」及「國中」的人數顯著多於男性，而在「與長輩的關係上」，女性則在「配偶」、「媳婦」、「女兒」、「外籍看護工」與「孫子女」的人數顯著多於男性。表 6 獨立樣本 t 檢定的結果則顯示照顧者性別在「實質性支持需求」（男性 M=10.76，SD=5.89；女性 M=10.02，SD=4.74）、「情緒性支持需求」（男性 M=6.28，SD=2.68；女性 M=6.81，SD=2.71）、「訊息性支持需求」（男性 M=6.90，SD=2.99；女性 M=7.70，SD=3.15）、「接受居家照顧服務的需求」（男性 M=1.70，SD=1.02；女性 M=1.80，SD=0.97）、「接受醫療費用補助的需求」（男性 M=1.99，SD=1.19；女性 M=2.04，SD=1.10）、及「接受居家護理服務的需求」（男性 M=1.82，SD=1.11；女性 M=1.69，SD=0.93）等變項上均未達顯著差異。顯示家庭照顧者的性別在這些變項上並未有差異。

表 6. 照顧者性別在各項社會支持需求及長者之長期照顧服務需求之 t 檢定

	平均值（標準差）		自由度	*t* 值	*p*	效果量(*d*)
	男性 (N＝79)	女性 (N＝85)				
實質性支持需求	10.70 (5.89)	10.02 (4.74)	162	-0.89	0.11	0.14
情緒性支持需求	6.28 (2.68)	6.81 (2.71)	154	1.24	0.55	-0.20
訊息性支持需求	6.90 (2.99)	7.70 (3.15)	159	1.65	0.41	-0.26
接受居家照顧服務的需求	1.70 (1.02)	1.80 (0.97)	166	0.66	0.87	-0.10
接受醫療費用補助的需求	1.99 (1.19)	2.04 (1.10)	165	0.27	0.27	-0.04
接受居家護理服務的需求	1.82 (1.11)	1.69 (0.93)	165	-0.78	0.07	0.13

雙變數相關分析顯示（礙於篇幅限制未提供），社會支持中的「實質性支持需求」與「情緒性支持需求」($r = 0.54, p < .001$)、「訊息性支持需求」($r = 0.45, p < .001$)、「接受居家照顧的服務需求」($r = 0.55, p < .001$)、「接受醫療費用補助的需求」($r = 0.45, p < .001$)、及「接受居家護理服務的需求」($r = 0.61, p < .001$)等變項上均達顯著正相關，而與「家庭照顧者健康狀況」($r = -0.26, p < .001$)呈現顯著負相關；「情緒性支持需求」則與「訊息性支持需求」($r = 0.77, p < .001$)、「是否考慮送長輩至機構」($r = 0.22, p < .01$)、「居家照顧服務需求」($r = 0.54, p < .001$)、「醫療費用補助需求」($r = 0.61, p < .001$)、及「居家護理服務需求」($r = 0.63, p < .001$)等變項上達顯著正相關，而與「家庭照顧者健康狀況」($r = -0.19, p<.05$)呈現顯著負相關；「訊息性支持需求」則與「居家照顧服務需求」($r = 0.45, p < .001$)、「醫療費用補助需求」($r = 0.49, p < .001$)、及「居家護理服務需求」($r = 0.46, p < .001$)等變項上達顯著正相關。此外「居家照顧服務需求」也與「接受醫療費用補助需求」($r = 0.65, p < .001$)及「居家護理服務需求」($r = 0.75, p < .001$)等變項呈現顯著正相關。最後，「醫療費用補助需求」則與「接受居家護理服務需求」($r = 0.75, p < .001$)間呈現顯著正相關($r = 0.75, p < .001$)。

4.3 照顧者人口特質與社會支持需求之迴歸分析（模式一）

為了進一步瞭解照顧者人口特質是否與社會支持需求之間存有顯著關係，本研究以迴歸分析的方式進行。如表 7 所示，僅有社會支持中的「情緒性支持需求」達到模式顯著性(R^2=0.45, F=2.28, p<0.01)。在考慮其他變項下，教育程度為「專科」的家庭照顧者比起「國中」的家庭照顧者有較多的情緒性支持需求(β = 0.40, p<.05)，家庭照顧者與長輩關係為「其他」者，相較於「配偶」者，其情緒性支持的需求較低(β = -0.36, p<.05)，家庭照顧者自覺健康狀況越差者，其情緒性支持的需求越高(β = -0.39, p<.01)，另外，相較於不曾考慮將長輩送至機構照顧者，曾經考慮將長輩送至機構照顧的家庭照顧者，其情緒性支持需求較高(β = 0.28, p<.05)。在實質性支持的需求上，曾經換過職業的家庭照顧者相較於不曾換過職業的家庭照顧者，其實質性支持的需求較高(β = 0.35, p<.05)，另外，家庭照顧者自覺健康狀況越差者，其實質性支持的需求也越高(β = -0.43, p<.01)，但此模式未達顯著性在訊息性支持的需求方面，模式雖然也未達顯著性，但家庭照顧者與長輩關係為「其他」者，相較於「配偶」者，其訊息性的需求較低(β = -0.45, p<.05)。

表 7. 照顧者人口特質與社會支持之迴歸分析

	實質性支持需求					情緒性支持需求					訊息性支持需求				
	B		SE B	β		B		SE B	β		B		SE B	β	
主要照顧者性別															
男	-1.90		2.33	-0.18		0.93		1.19	0.16		-0.59		1.42	-0.09	
（女）															
主要照顧者年齡	-0.03		0.09	-0.08		-0.06		0.04	-0.31		-0.07		0.05	-0.30	
主要照顧者族群															
客家	-0.22		1.73	-0.02		-0.21		0.90	-0.03		-1.22		1.06	-0.16	
外省	-1.72		1.83	-0.13		-1.12		0.95	-0.16		-2.19		1.17	-0.28	
（閩南）															
主要照顧者教育程度															
小學以下	-0.97		2.30	-0.07		0.34		1.28	0.05		-1.07		1.53	-0.13	
高中	0.82		2.01	0.07		0.00		1.08	0.00		0.26		1.28	0.04	
專科	-1.76		2.52	-0.12		3.44	*	1.38	0.40	*	2.59		1.57	0.28	
大學	-2.10		2.48	-0.17		-0.50		1.20	-0.08		0.48		1.41	0.07	
（國中）															
主要照顧者宗教															
道教	-0.27		1.56	-0.02		-1.30		0.79	-0.20		-0.87		0.96	-0.12	
其他	0.30		2.07	0.02		0.23		1.04	0.03		-0.19		1.28	-0.02	
無信仰	-1.29		1.80	-0.10		-1.47		0.98	-0.21		-0.74		1.16	-0.09	
（佛教）															
主要照顧者與長輩的關係															
兒子	-0.01		3.42	0.00		-2.71		1.74	-0.46		-3.45		1.99	-0.52	
媳婦	-2.71		3.22	-0.20		0.05		1.62	0.01		-2.56		1.96	-0.31	
女兒	-0.43		3.57	-0.03		1.12		1.79	0.12		-2.24		2.16	-0.22	
其他	-4.21		4.11	-0.17		-4.48	*	2.09	-0.36	*	-6.31	*	2.51	-0.45	*
（配偶）															
主要照顧者是否換過職業															
是	4.57	*	1.82	0.35	*	1.21		0.94	0.17		1.24		1.14	0.16	
（否）															
長輩因失智而就醫的時間	-0.09		0.16	-0.08		-0.03		0.08	-0.04		-0.02		0.10	-0.03	
長輩失智程度	-0.19		0.96	-0.03		-0.13		0.49	-0.03		-0.42		0.58	-0.10	
長輩是否曾因失智而走失															
是	2.05		1.27	0.19		0.35		0.63	0.06		0.37		0.76	0.06	
（否）															
長輩的 ADL 總分	0.09		0.12	0.13		0.03		0.06	0.07		0.06		0.07	0.12	
主要照顧者自覺健康狀況	-3.68	**	1.12	-0.43	**	-1.89	**	0.57	-0.39	**	-1.17		0.69	-0.22	

主要照顧者是否曾考慮送長輩至機構															
是	0.63		1.40	0.05		1.88	*	0.73	0.28	*	1.45		0.85	0.20	
（否）															
R2			0.32					0.45					0.31		
Adj R2			0.09					0.25					0.07		
F			1.38					2.28	**				1.32		
df			(22,65)					(22,62)					(22,66)		

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

4.4 照顧者人口特質與長者接受長期照顧服務的需求之迴歸分析（模式二）

為了瞭解在未考慮社會支持需求的情況下，照顧者人口特質與長期照顧服務需求之間是否存在顯著關係，本文以迴歸分析的方式進行。如表 8 所示，在「居家照顧服務需求」、「醫療費用補助需求」及「居家護理服務需求」三個模式上，均未達到顯著性。其中，相較於不曾換過職業的家庭照顧者，有換過職業的家庭照顧者在「居家照顧服務需求」上有較高的需求($\beta = 0.29, p < .05$)，而家庭照顧者的自覺健康狀況越差者，則希望長者接受居家護理服務的需求程度就越高($\beta = -0.28, p < .05$)，但模式未達顯著性。

表 8. 照顧者人口特質與長期照顧需求之迴歸分析

	居家照顧服務需求				醫療費用補助需求			居家護理服務需求			
	B	SE B	β		B	SE B	β	B	SE B	β	
主要照顧者性別											
男	-0.11	0.42	-0.06		-0.35	0.50	-0.15	-0.10	0.48	-0.05	
（女）											
主要照顧者年齡	-0.02	0.02	-0.31		-0.03	0.02	-0.37	-0.03	0.02	-0.43	
主要照顧者族群											
客家	-0.26	0.33	-0.11		-0.30	0.39	-0.11	-0.34	0.37	-0.13	
外省	-0.10	0.35	-0.04		-0.14	0.41	-0.05	0.07	0.39	0.03	
（閩南）											
主要照顧者教育程度											
小學以下	0.58	0.44	0.22		1.00	0.52	0.33	0.56	0.50	0.20	
高中	0.37	0.38	0.17		0.87	0.45	0.34	0.29	0.43	0.12	
專科	0.07	0.47	0.03		0.93	0.56	0.28	0.13	0.53	0.04	
大學	-0.04	0.42	-0.08		0.42	0.49	0.16	-0.20	0.47	-0.08	
（國中）											
主要照顧者宗教											
道教	0.19	0.30	0.09		0.01	0.35	0.00	-0.20	0.34	-0.08	
其他	-0.24	0.40	-0.08		-0.18	0.47	-0.05	-0.36	0.45	-0.11	
無信仰	-0.09	0.34	-0.04		-0.28	0.40	-0.10	-0.11	0.39	-0.04	
（佛教）											
主要照顧者與長輩的關係											
兒子	-0.04	0.62	-0.02		-0.31	0.73	-0.13	-0.17	0.70	-0.08	
媳婦	-0.18	0.62	-0.07		-0.71	0.72	-0.24	-0.40	0.69	-0.15	
女兒	0.11	0.68	0.03		-0.38	0.79	-0.10	-0.21	0.76	-0.06	
其他	-0.32	0.79	-0.07		-1.05	0.93	-0.21	-0.77	0.89	-0.16	
（配偶）											
主要照顧者是否換過職業											
是	0.74	0.35	0.29	*	0.21	0.41	0.07	0.56	0.40	0.21	
（否）											
長輩因失智而就醫的時間	-0.01	0.03	-0.05		-0.03	0.04	-0.11	-0.04	0.04	-0.14	
長輩失智程度	0.30	0.18	0.23		0.05	0.21	0.04	0.17	0.20	0.12	
長輩是否曾因失智而走失											
是	0.31	0.23	0.15		0.37	0.28	0.16	0.28	0.26	0.13	
（否）											
長輩的 ADL 總分	0.03	0.02	0.22		0.01	0.03	0.04	0.01	0.02	0.08	
主要照顧者自覺健康狀況	-0.34	0.22	-0.21		-0.40	0.25	-0.21	-0.50	0.24	-0.28	*
主要照顧者是否曾考慮送長輩至機構											
是	-0.28	0.27	-0.12		0.24	0.31	0.09	-0.11	0.30	-0.05	
（否）											
R2		0.28				0.24			0.20		
Adj R2		0.05				0.00			-0.06		
F		1.20				1.00			0.79		
df		(22,68)				(22,68)			(22,68)		

*p< .05; **p<.01; ***p< .001

4.5 社會支持需求與長者長期照顧服務需求之迴歸分析（模式三）

本階段將家庭照顧者的社會支持需求以迴歸模式的方式分析其與長者長期照顧服務需求之間的關係。如表 9 所示，社會支持需求在三種長期照顧服務需求模式上均達顯著性。在「居家照顧服務需求」上，社會支持需求整體可以解釋 38.0%的變異量(R2=0.38, F=30.35, p<.001)，其中實質性支持需求程度越高，則居家照顧服務的需求程度也越高(β=0.38, p<.001)、情緒性支持需求程度越高，則居家照顧服務的需求程度也越高(β=0.29, p<.01)。在「醫療費用補助需求」上，社會支持需求整體可以解釋 38.0%的變異量(R2=0.38, F=30.00, p<.001)，情緒性支持需求越高，則醫療費用補助的需求程度也越高(β=0.50, p<.001)。在「居家護理服務需求」上，社會支持需求整體可以解釋 49.0%的變異量(R2=0.49, F=46.86, p<.001)，其中實質性支持需求越高，則居家護理服務的需求也越高(β=0.35, p<.001)、情緒性支持需求程度越高，則居家護理服務的需求也越高(β=0.54, p<.001)。

表 9. 主要照顧者社會支持需求與長期照顧服務需求之迴歸分析

	居家照顧服務需求				醫療費用補助需求				居家護理服務需求			
	B	SE B	β		B	SE B	β		B	SE B	β	
實質性支持需求	0.07	0.01	0.38	***	0.03	0.02	0.14		0.07	0.01	0.35	***
情緒性支持需求	0.11	0.04	0.29	**	0.21	0.05	0.50	***	0.20	0.04	0.54	***
訊息性支持需求	0.01	0.03	0.04		0.02	0.04	0.04		-0.04	0.03	-0.12	
R^2		0.38				0.38				0.49		
Adj R^2		0.37				0.37				0.48		
F		30.35	***			30.00	***			46.86	***	
df		(3,146)				(3,146)				(3,146)		

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

4.6 照顧者人口特質、社會支持與長者長期照顧服務需求之迴歸分析（模式四）

如表 10 所示，在考量照顧者人口特質及社會支持需求的條件下，「居家照顧服務需求」、「醫療費用補助需求」與「居家護理服務需求」均達模式顯著性。以居家照顧服務需求而言，整體迴歸模式可以解釋 74%的變異量(R^2=0.74, F=6.62, p<.001)。在考慮其他變項下，家庭照顧者為「道教」者，相較於「佛教」者有較高的居家照顧服務需求(β=0.22, p<.05)、實質性支持需求越高者(β=0.41, p<.001)及情緒性支持需求越高者(β=0.73, p<.001)，長者接受居家照顧服務的需求也越高，長輩失智程度越高者，居家照顧服務的需求也越高(β=0.26, p<.01)。另外，曾經考慮過將長輩送機構照顧的家庭照顧者，相較於不曾考慮將長輩送機構的家庭照顧者有較低的居家照顧服務需求(β=-0.24, p<.01)。

在「醫療費用補助需求」上，整體迴歸模型達顯著性，可以解釋 64%的變異量(R^2=0.64, F=3.98, p<.001)。相較於教育程度為「國中」者，教育程度為「高中」者(β=0.32, p<.05)，有較高醫療費用補助的需求。實質性支持需求越高者，其醫療費用補助的需求也越高(β=0.31, p<.05)，情緒性支持需求越高者，醫療費用補助的需求也越高(β=0.55, p<.01)。

在「居家護理服務需求」上，整體迴歸模型達顯著性，模型解釋力達 66% (R^2=0.66, F=4.30, p<0.001)。實質性支持需求越高者，其居家護理服務的需求也越高(β=0.37, p<.01)，情緒性支持需求越高者，其居家護理服務的需求也越高(β=0.84, p<.001)，另外，訊息性支持需求越高者，其居家護理服務需求反而越低(β=-0.35, p<.05)。

表 10. 主要照顧者人口特質、社會支持需求與長期照顧需求之迴歸分析

	居家照顧服務需求					醫療費用補助需求					居家護理服務需求				
	B		SE B	β		B		SE B	β		B		SE B	β	
主要照顧者性別															
男	-0.33		0.32	-0.16		-0.43		0.43	-0.21		-0.48		0.40	-0.22	
（女）															
主要照顧者年齡	0.00		0.01	-0.02		-0.01		0.02	-0.11		-0.02		0.01	-0.20	
主要照顧者族群															
客家	-0.11		0.23	-0.05		-0.02		0.31	-0.01		-0.13		0.28	-0.05	
外省	0.18		0.24	0.07		0.32		0.33	0.11		0.47		0.30	0.17	
（閩南）															
主要照顧者教育程度															
小學以下	0.23		0.33	0.09		0.83		0.44	0.29		0.33		0.40	0.12	
高中	0.17		0.27	0.08		0.80	*	0.37	0.32	*	0.27		0.34	0.11	
專科	-0.50		0.37	-0.17		0.55		0.50	0.16		-0.26		0.46	-0.08	
大學	-0.11		0.34	-0.05		0.46		0.45	0.17		-0.06		0.42	-0.02	
（國中）															
主要照顧者宗教															
道教	0.47	*	0.20	0.22	*	0.25		0.27	0.10		0.01		0.25	0.01	
其他	-0.34		0.26	-0.12		-0.30		0.35	-0.09		-0.57		0.32	-0.18	
無信仰	0.17		0.26	0.07		-0.18		0.35	-0.06		-0.04		0.32	-0.02	
（佛教）															
主要照顧者與長輩的關係															
兒子	0.50		0.48	0.24		0.22		0.64	0.09		0.31		0.59	0.14	
媳婦	-0.03		0.44	-0.01		-0.53		0.59	-0.18		-0.49		0.54	-0.18	
女兒	-0.08		0.49	-0.03		-0.53		0.66	-0.14		-0.77		0.60	-0.22	
其他	0.34		0.56	0.07		-0.21		0.76	-0.04		-0.16		0.70	-0.03	
（配偶）															
主要照顧者是否換過職業															
是	0.24		0.24	0.10		-0.37		0.33	-0.13		-0.07		0.30	-0.02	
（否）															
實質性支持需求	0.08	***	0.02	0.41	***	0.07	*	0.03	0.31	*	0.07	**	0.02	0.37	**
情緒性支持需求	0.25	***	0.06	0.73	***	0.22	**	0.08	0.55	**	0.31	***	0.07	0.84	***

訊息性支持需求	-0.07		0.04	-0.21		0.00		0.06	0.00		-0.12	*	0.06	-0.35	*
長輩因失智而就醫的時間	0.00		0.02	0.01		-0.01		0.03	-0.02		-0.01		0.03	-0.05	
長輩失智程度	0.34	**	0.12	0.26	**	0.06		0.17	0.04		0.11		0.15	0.08	
長輩是否曾因失智而走失															
是	-0.07		0.17	-0.04		0.06		0.23	0.03		-0.02		0.21	-0.01	
（否）															
長輩的 ADL 總分	0.03		0.02	0.21		0.00		0.02	0.00		0.01		0.02	0.05	
主要照顧者自覺健康狀況	0.24		0.16	0.14		0.16		0.22	0.08		0.12		0.20	0.07	
主要照顧者是否曾考慮送長輩至機構															
是	-0.56	**	0.20	-0.24	**	-0.01		0.26	0.00		-0.37		0.24	-0.15	
（否）															
R^2			0.74					0.64					0.66		
Adj R^2			0.62					0.48					0.51		
F			6.29	***				3.98	***				4.30	***	
df			(25,56)					(25,56)					(25,56)		

*p< .05; **p< .01; ***p< .001

5. 討論

5.1 樣本特性

本研究之家庭照顧者女性略多於男性(50.3% vs. 49.7%)。家庭照顧者為閩南籍者佔受訪者的一半以上(57.3%)，教育程度以高中最多(26.5%)，其次為小學以下(25.3%)，與長輩的關係以「兒子」最多(36.5%)，其次為配偶(29.4%)，26.8%的家庭照顧者曾經考慮將長輩送機構照顧，18.0%的家庭照顧者從長輩生病後換過職業。在長者接受長期照顧服務的需求上，44.0%的照顧者需要政府提供居家照顧服務、51.1%的照顧者希望政府提供醫療費用補助、43.2%的照顧者其受照顧者有接受居家護理服務的需求。

5.2 人口變項與社會支持需求之關係

從表 7 可以看出，在社會人口的變項上，雖然迴歸模式未達統計顯著性，實質性支持的需求與「家庭照顧者是否換過職業」、及「家庭照顧者的自覺健康狀況」有顯著相關。在照顧失智症長輩的過程中曾經換過職業的家庭照顧者，可能因為其照顧資源較為薄弱，因此照顧工作對其職業產生影響而必須有所變動，自然希望能有人幫忙看護長輩、有人陪同長輩到醫院取藥等這些實質性支持有較大的需求。同理，照顧者自覺健康狀況較差者，其實質性支持需求也較高。而在情緒性支持的需求上，比起國中教育程度的家庭照顧者，專科教育程度的人有較高的情緒性支持需求，另外，與「配偶」關係的家庭照顧者相比較，與長輩的關係為「其他」者，其情緒性支持的需求較低。深入

瞭解後發現，與長輩的關係為「其他」者，包含孫子女、兄弟姐妹、鄰居、朋友、外籍看護、甚至照服員，這些照顧者通常不像關係為「配偶」、「子女」、「媳婦」者那樣與長輩關係緊密或有情感上的交流，也因此在情緒性支持的需求上比較低。家庭照顧者的自覺健康狀況與情緒性支持的需求呈現顯著負相關，因為照顧工作的確對於心理上的感受有一定的壓力。這點，在家庭照顧者曾考慮送長輩至機構照顧，其情緒性支持需求高於不曾考慮送長輩至機構照顧的發現上也能得到印證。

在訊息性支持的需求程度上，雖然整體迴歸模式未達顯著性，研究發現與「配偶」關係的家庭照顧者相比較，與長輩的關係為「其他」者，其訊息性支持的需求較低，且達統計顯著性。其理由應該與情緒性支持的狀況類似，即與長輩的關係為「其他」者，在照顧工作上或許不似關係為「配偶」、「子女」、「媳婦」者那樣注重長輩病程的發展，因此對於提供照顧資訊為主的訊息性支持需求較低。

5.3 人口變項與長期照顧服務需求之關係

在未考慮社會支持的條件下，如表 8 所示，家庭照顧者的社會人口變項在長者的「居家照顧服務需求」、「醫療費用補助需求」及「居家護理服務需求」三個迴歸模型上均未達統計顯著性。其中，家庭照顧者曾換過職業者，相較於不曾換過職業者，較希望長者能接受居家照顧服務，且達統計顯著性。此項發現呼應了曾換過職業的照顧者有較高的實質性支持需求的發現，代表有這種經歷的家庭照顧者其照顧資源相較於未換過職業的照顧者而言較為匱乏。另外，在「居家護理服務需求」上，家庭照顧者的健康狀況越差者，其需求程度越高，且此項發現達統計顯著性。代表健康狀況較差的照顧者在照顧工作上，對於居家護理這種專業的服務有較高的需求。

5.4 社會支持需求與長期照顧服務需求之關係

為了釐清社會支持需求與長期照顧服務的需求之間的關係，研究以迴歸模式加以分析。表 9 指出，社會支持需求與三項長期照顧服務需求之間的相關性非常顯著。在「居家照顧服務需求」的模式上，整體迴歸模式達統計顯著性，且解釋量高達 38%。實質性支持需求與情緒性支持需求均與居家照顧服務需求達顯著正相關，亦即，家庭照顧者實質性支持需求及情緒性支持需求越高者，其居家照顧服務的需求程度也越高。居家照顧的內容一般包含了非護理專業方面的事務，例如備餐、洗衣、打掃、陪同就醫等，對於家庭照顧者而言，這些都是非常勞力密集且體力損耗量大的工作，而且在實務上不但不容易有來自受照顧者正向的肯定，旁人也很容易因為受照顧者的怨言而遷怒照顧者，造成照顧者的壓力與怨懟。因此之故，不難理解為何實質性支持需求與情緒性支持需求會與居家照顧服務的需求有正相關。在「醫療費用補助需求」的模式上，整體迴歸模式達統計顯著性，且解釋量達 38%，其中情緒性支持需求與醫療費用補助需求有顯著的正相關。研究者認為，照顧工作已經非常吃力又不討好，如果再加上要負擔醫療費用支出，這種壓力相信對於家庭照顧者而言更加難受，因此反映在這樣的統計關係上。在「居家護理服務需求」的模式上，整體迴歸模式也達到統計顯著性，且解釋量達 49%，是三個模式中最高的。家庭照顧者實質性支持需求及情緒性支持需求程度越高者，對於長者居家護理服務的需求程度也越高。居家護理的服務內容通常由居家護

理師到宅從事專業的護理服務，這些服務對於長者能維持在社區內的生活有非常重要的影響。研究者推測，家庭照顧者大多缺乏相關護理背景的訓練，因此對居家護理服務的需求會反應在實質性支持的需求與情緒性支持需求的相關上。

5.5 人口變項、社會支持需求與長期照顧服務需求之關係

最後，研究者希望探討在控制家庭照顧者的社會人口變項下，社會支持需求是否仍然能保持與長者長期照顧服務需求的顯著相關。如表 10 所示，考量社會人口變項與社會支持需求之下，三種長期照顧服務需求的迴歸模型依然非常顯著。在居家照顧服務需求上，整體迴歸模型達顯著性，且解釋力達 74%。其中，「道教」信仰的家庭照顧者，其長者的居家照顧服務需求程度高於佛教者，這個發現應該是過往的研究所沒有的，值得進一步探討。

不出所料地，實質性支持需求越高者，及情緒性支持需求越高者，其居家照顧服務需求也越高，理由應該如同上一段所述。而長者失智程度越高者，其家庭照顧者希望長者接受居家照顧服務的需求程度也越高。值得注意的是，情緒性支持需求與居家照顧服務需求的關係甚至高過於實質性支持需求的程度，其是否隱含家庭照顧者在平日照顧失智長輩的工作上有許多挫折與沮喪的壓力反映在情緒性支持需求上，或許以後的研究可以用質性的方式去探討。

在考量其他變項的情況下，醫療費用補助需求的整體迴歸模型達統計顯著性，且解釋量達 64%，與「國中」教育程度的家庭照顧者相比，「高中」教育程度的家庭照顧者較希望其長者接受醫療費用補助。不同的教育程度是否在長期照顧服務的需求上扮演不同的角色需要再進一步的研究來釐清。另外，實質性支持需求越高者，及情緒性支持需求越高者，在醫療費用補助的需求也越高，尤其是情緒性支持需求。研究者推測其理由如上段所述，照顧失智長輩的工作既繁瑣又沒有成就感，若再加上經濟上的負擔，很容易讓照顧者感到絕望，因此實質性支持需求與情緒性支持需求強烈地反映在醫療費用補助需求的相關性上。

「居家護理服務」的需求程度在考量其他變項之下，整體迴歸模型也達到統計顯著性，且變異數解釋量達 66%。社會支持的三種類型需求——實質性支持、情緒性支持及訊息性支持均與居家護理服務需求達顯著相關。這其中，情緒性支持需求再一次展現與居家護理服務需求的高相關性($\beta = 0.84, p < .001$)，情緒性支持需求程度越高者、及實質性支持需求程度越高者，越希望其長者能有居家護理服務。居家護理的服務項目專業性比居家照顧的服務項目為高，因此不難理解缺乏實質性支持及情緒性支持的照顧者會更期待其長者能接受在此項目的服務。有趣的是，訊息性支持的需求程度在考量其他變項後，僅在此模式與長者的居家護理服務需求呈現負相關。在瞭解訊息性支持需求的內容後，研究者推測或許因為失智症長輩比較多的問題在於心智變化後所產生的行為問題，與居家護理所提供的服務偏重在傷口換藥、管路清潔等身體疾病照護方面有很大的差距，因此造成僅有心智障礙而無失能或需要後續護理照料的失智長者較少此項服務的需求。

6. 結論

本研究從家庭照顧者的社會人口變項及社會支持的需求探討與長者長期照顧服務需求之間的關係。整體而言，在考量社會人口變項的條件下，社會支持需求均與三項長期照顧服務需求有相當高的相關性。例如，實質性支持及情緒性支持的需求越高的照顧者，在長者居家照顧服務、醫療費用補助、與居家護理服務的需求也都越高。實質性支持包含有人幫忙看護長輩，讓照顧者得以外出、有人能協助長輩做運動、陪長輩聊天、陪同就醫、協助煮飯做家事、甚至過夜照顧長輩。這些需求可以與目前社區式及居家式服務裡的居家服務、喘息服務、志工電話問安、陪同就醫等結合，甚至擴大其服務範圍，使得照顧者能在固定時間暫時脫離照顧壓力。而情緒性支持則與同理、瞭解照顧者在照顧上的辛勞有關，建議政府可以在現今的社區照顧關懷據點成立照顧者互助團體，讓照顧者就近可以參加，與相同經歷的照顧者分享照顧上的甘苦，甚至學習照顧技巧。同時，失智長輩的醫療支出長期下來，對於照顧者也是一項不小的負擔。研究發現，學歷是高中程度的照顧者希望長者接受醫療費用補助服務的需求比國中程度者高。但現今只有特定經濟條件的失智長者（低收與中低收）才有資格申請醫療費用補助，如果長照 2.0 能再搭配長照保險給付，讓失智長者使用服務上降低其經濟負擔，對於照顧者而言將是一項福音。最後，居家護理服務的需求也和實質性支持及情緒性支持呈現正相關。失智長者隨著病情的演變，會慢慢出現心智障礙以外的失能症狀，甚至最後臥床、失禁、失去行動能力，使得照顧者非常疲憊，對於沒有護理知識的照顧者是一件非常有挑戰性的難題。此時，居家護理的服務對於照顧者來說就有如黑暗中的明燈一般，指引照顧者如何在長者生命最後階段協助其圓滿完成。因此，居家護理服務的宣導對象就可以朝向較嚴重失能的失智長者之照顧者。另外也應該注意到長者的失智程度會與居家照顧服務的需求成正相關，對於中重度以上的失智長者之照顧者要特別安排這樣的服務。

由於失智症的發展會對於當事人心智能力產生負面的影響，許多提供給失智長輩的服務都需透過家庭照顧者來獲取（陳正芬、吳淑瓊，2006），因此，如何將適切的服務資訊提供給適切的對象，家庭照顧者的需求就是一項不可忽視的線索。本研究發現，社會支持需求高的家庭照顧者，對於長者接受長期照顧服務的需求也會是高的，這在過去的文獻中沒有被探討。因此，在政府著眼於建構未來的長期照顧服務時，除了考量失智長者的病況外，家庭照顧者的社會支持需求是一個值得重視的指標，甚至，未來是否能透過強化社會支持的建構，降低家庭照顧者在長期照顧服務上未滿足的需求，都是值得思考的方向。

本研究嘗試由家庭照顧者的社會支持需求探討與長者之長期照顧服務需求間的關係。受限於次級資料，許多長期照顧的服務需求未出現在問卷內，因此無法對於家庭照顧者在長照服務上的需求有更全盤的瞭解。另外，資料庫的收集是在長照十年計畫 1.0 的階段，當時的長期照顧服務項目與現今的長照 2.0 制度項目有不小的差異，研究結果是否能推論於現今長照 2.0 的體系，可能需要後續研究的協助。最後，樣本來源係北部某縣市政府領有身障證明的失智/失能老人及其家庭照顧者，非隨機抽樣，研究結果若推論至一般失智人口及其照顧者時必須注意。

參考文獻

1. Alzheimer's Association. (2012). 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dementia*, *8*(2), 131-168.
2. Alzheimer's Association, Thies, W., & Bleiler, L. (2013). 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia*, *9*(2), 208-245.
3. Australian Institute of Health and Welfare (2012). *Dementia in Australia.* Cat no. AGE 70. Canberra: AIHW.
4. Barrera Jr, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, *9*(4), 435-447.
5. Barrett, A. E. (1999) Social support and life satisfaction among the never married: Examining the effects of age. *Research on Aging*, *21*(1), 46-72.
6. Berry, K., Barrowclough, C., Byrne, J., & Purandare, N. (2006). Coping strategies and social support in old age psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(4), 280-284.
7. Bowles, J., Brooks, T., Hayes-Reams, P., Butts, T., Myers, H., Allen, W., & Kington, R. S. (2000). Frailty, family, and church support among urban African American elderly. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *11*(1), 87-99.
8. Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *11*(2), 217-228.
9. Bunn, F., Goodman, C., Sworn, K., Rait, G., Brayne, C., Robinson, L., McNeilly, E., & Iliffe, S. (2012). Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. *PLoS Medicine*, *9*(10), e1001331.
10. Cattan, M., White, M., Learmonth, T. A., & Bond, J. (2005). Are services and activities for socially isolated and lonely older people accessible, equitable, and inclusive. *Research, Policy and Planning*, *23*(3), 149-164.
11. Chee, Y. K., Gitlin, L. N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2007). Predictors of Adherence to a Skill-Building Intervention in Dementia Caregivers. *The journals of gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *62*(6), 673-678.
12. Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300-314.
13. Crocker Houde, S. (1998). Predictors of elders' and family caregivers' use of formal home services. *Research in Nursing and Health*, 21, 533-543.
14. Edelbrock, D., Waite, L. M., G. Broe, A., Grayson, D. A., & Creasey, H. (2003). The relationship between unpaid support and the use of formal health services: the Sydney Older Persons Study. *Australasian Journal on Ageing*, *22*(1), 2-8.
15. Edelman, P., Kuhn, D., Fulton, B. R., & Kyrouac, G. A. (2006). Information and Service Needs of Persons with Alzheimer's Disease and Their Family Caregivers Living in Rural Communities. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 21*(4), 226-233.
16. Given, B., Sherwood, P. R., & Given, C. W. (2008). What knowledge and skills do caregivers need?. *Journal of Social Work Education*, *44*(sup3), 115-123.
17. Grundy, E. (2006). Ageing and Vulnerable Elderly People: European Perspectives. *Ageing and Society*, *26*(1), 105-134.

18. Innes, A., Morgan, D., & Kostineuk, J. (2011). Dementia care in rural and remote settings: A systematic review of informal/family caregiving. *Maturitas*, *68*(1), 34-46.
19. Kahn, R. L. (1979). Aging and Social Support. *Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*, 1, 77-91.
20. Kasper, J. D., Freedman, V. A., Spillman, B. C., & Wolff, J. L. (2015). The Disproportionate Impact of Dementia on Family and Unpaid Caregiving to Older Adults. *Health Affairs*, *34*(10), 1642-1649.
21. Kesselring, A., Krulik, T., Bichsel, M., Minder, C., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2001). Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *The European journal of public health*, *11*, 267-273.
22. Kim, Y., & Schulz, R. (2008). Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, *20*(5), 483-503.
23. Kivett, V. R., Stevenson, M. L., & Zwane, C. H. (2000) Very-old rural adults: Functional status and social support. *Journal of Applied Gerontology*, *19*(1), 58-77.
24. Kosloski, K., Montgomery, R. J., & Youngbauer, J. G. (2001). Utilization of respite services: a comparison of users, seekers, nonseekers. *Journal of Applied Gerontology*, *20*(1), 111-132.
25. Lamura, G., Mnich, E., Nolan, M., Wojszel, B., Krevers, B., Mestheneos, L., & Döhner, H. (2008). Family Carers' Experiences using support services in Europe: Empirical evidence from the EUROFAMCARE study. *The Gerontologist*, *48*(6), 752-771.
26. Lavretsky, H. (2005). Stress and depression in informal family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Health*, *1*(1), 117-133.
27. Lubben, J., & Gironda, M. (1996). Assessing social support networks among older people in the United States. In Litwin H., (eds.), *The Social Network of Older People: A Cross-National Analysis*, 143-161. Westport, Conn.: Praeger.
28. McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., & Dehlin, O. (1999). Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: Results from a Swedish longitudinal study. *The International Journal of Aging & Human Development*, *48*(4), 301–324.
29. Nelms, L., Johnson, V., Teshuva, K., Foreman, P., & Stanley, J. (2009). Social and Health Factors Affecting Community Service Use by Vulnerable Older People. *Australian Social Work*, *62*(4), 507-524.
30. Penrod, J., Yu, F., Kolanowski, A., Fick, D. M., Loeb, S., & Hupcey, J. (2007). Reframing Person-Centered Nursing Care for Persons with Dementia. *Research and theory for nursing practice*, *21*(1), 57-72.
31. Reinhardt, J. P. & Blieszner, R. (2000). Predictors of perceived support quality in visually impaired elders. *Journal of Applied Gerontology*, *19*(3), 345-362.
32. Simmons, S. (1994). Social Network: Their Relevance to Mental Health Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *19*(2), 281- 89.
33. Sun, F. (2011). Community Service Use by Older Adults: The Roles of Sociocultural Factors in Rural-Urban Differences. *Journal of Social Service Research*, *37*(2), 124-135.
34. Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social Support and the Chronically Ill Individual. *The Nursing Clinics of North America*, *22*(3), 613-620.

35. Toseland, R. W., McCallion, P., Gerber, T., Dawson, C., Gieryic, S., & Guilamo-Ramos, V. (1999). Use of Health and Human Services by Community-Residing People with Dementia. *Social Work*, *44*(6), 535-548.
36. Warchol-Biedermann, K., Mojs, E., Gregersen, R., Maibom, K., Millán-Calenti, J. C., & Maseda, A. (2014). What causes grief in dementia caregivers?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *59*(2), 462-467.
37. Weinberger, M., Hiner, S. L., & Tierney, W. M. (1987). Assessing social support in elderly adults. *Social Science & Medicine*, *25*(9), 1049-1055.
38. Whitlatch, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist, 58*(suppl_1), S58-S73.
39. Whittier, S., Scharlach, A. E., & Dal Santo, T. S. (2005). Availability of caregiver support services: implications for implementation of the National Family Caregiver Support Program. *Journal of Aging & Social Policy*, *17*(1), 45-62.
40. 台灣失智症協會(2019)。失智人口知多少。2019 年 10 月 29 日取自 http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia
41. 白明奇(2000)。延長的再會。*應用心理研究*，8，1-3。
42. 石泱(2004)。獨居老人社會支持、健康狀況與孤寂感對生活滿意影響之研究。*輔仁學誌：法管理學院之部，39*，43-66。
43. 全國法規資料庫(2019)。身心障礙者家庭照顧者服務辦法。2019 年 11 月 1 日取自 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050186
44. 吳淑瓊、曾參寶、譚開元、林大鈞、陳素春、陳坤皇、陳正芬(2002)。*考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書*。臺北市：行政院衛生署。
45. 李世代、蕭淑貞編著(1999)。*長期照護*。臺北市：藝軒圖書出版社。
46. 李逸、邱啟潤、蘇卉芯(2017)。高齡與非高齡家庭照顧者之照顧現況與需求比較。*長期照護雜誌，21*(2)，149-164。
47. 周玉慧、莊義利(2000)。晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析。*人文及社會科學集刊，12*(2)，281-317。
48. 屈蓮、白璐、鄧光銳、王修平(1996)。大台北地區主要照顧者之工作負荷量及對居家照顧服務之需求程度的調查。*台灣公共衛生雜誌，15*(4)，289-302。
49. 林淑錦、白明奇(2006)。失智症病患家庭照顧者的壓力-以家庭生態觀點論之。*長期照護雜誌，10*(4)，412-425。
50. 邱啟潤、許淑敏、吳淑如(2003)。居家照護病患之家庭照顧者綜合性需求調查。*醫護科技學刊，5*(1)，12-25。
51. 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)。失智症病患主要照護者的壓力源、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。
52. 張素紅、楊美賞(1999)。老人寂寞與其個人因素、自覺健康狀況、社會支持之相關研究。*高雄醫學科學雜誌，15*(6)，337-347。
53. 陳正芬、吳淑瓊(2006)。家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。*人口學刊*，32，83-121。

54. 陳芬婷、邱啟潤(2015)。喘息服務方案對家庭照顧者之效益。*護理暨健康照護研究*，*11*(1)，53-63。
55. 陳昱名(2013)。老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷。*崇仁學報*，7，1-22。
56. 陳琇惠、林子宇(2012)。老人社會支持與生活滿意度之研究-以南投縣為例。*人文社會科學研究*，*6*(4)，100-127。
57. 傅中玲(2008)。台灣失智症現況。*台灣老年醫學暨老年學雜誌*，*3*(3)，169-181。
58. 黃志忠(2014)。居家服務使用對老人家庭照顧者照顧負荷之緩衝性影響研究。*社會政策與社會工作學刊*，*18*(1)，1-43。
59. 黃春太、姜逸群(2001)。城鄉地區老人的社會支持體系及健康狀況之比較研究。*衛生教育學報*，16，133-154。
60. 熊曉芳(2000)。獨居老人之社會支持及相關探討。*長庚護專學報*，2，53-69。
61. 滕淑芬(2016)。學會「趨吉避凶」，失智症並不可怕。2019 年 10 月 24 日取自 https://www.gvm.com.tw/article.html?id=22154
62. 衛生福利部(2020a)。長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）（核定本）。2020 年 4 月 27 日取自 https://www.mohw.gov.tw/dl-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html
63. 衛生福利部(2020b)。失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0（含工作項目）（2020 年版）。2020 年 5 月 19 日取自 https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-42469-201.html
64. 鄭秀容、曾月霞(2008)。居家失智老人家屬照顧者照顧需求及需求被滿足情形之研究。*榮總護理*，*25*(4)，386-392。
65. 鄭淑子、林如萍、高淑貴(1999)。農家老人社會網絡關係初探。*中華家政學刊*，28，93-109。
66. 謝瀛華、鄭惠信、張利中(1992)。六十五歲以上健診老人之家庭支持與其憂鬱及痴呆傾向之相關研究。*公共衛生*，*19*(1)，86-90。
67. 顏志龍、鄭中平(2019)。*給論文寫作者的統計指南：傻瓜也會跑統計*。台北：五南圖書出版股份有限公司。
68. 徐亞瑛(2004)。失智症患者家庭照顧過程之理論建構。2020 年 6 月 26 日取自 https://nurse.cgu.edu.tw/p/412-1072-3341.php

Exploratory Study of the Impact of Demographics, Social Support Needs, and Long-term Care Needs with Regard to Family Caregivers for Older Adults with Dementia

*Tseng, H.-Y.
Department of Social Work, Shih-Chien University

Abstract

The purpose of this study was to explore impact of demographic characteristics of the main caregivers of the older adults with dementia, their social support needs and three community-based long-term care service needs: home care, medical cost subsidies and home nursing care which is hoped the government could provide. The data were collected from a questionnaire conducted by a municipal government in northern Taiwan on the needs and problems of the older adults with dementia and their main caregivers. The questionnaire results was analyzed by descriptive statistics, t-test, chi-square test, Pearson product-difference correlation, and regression analysis. It was found that the needs of home care services, medical cost subsidy and home nursing care services were positively correlated with the needs of tangible and emotional support. In other words, the higher the demand for tangible and emotional support, the higher the demand for those services. On the contrary, the demand for information support is negatively correlated with the demand for home nursing care services. The study further found that even when the demographic characteristics of the main caregivers are controlled, the demands for social supports are still strongly correlated with the needs of these three long-term care services. According to the findings, this paper suggests that the government should take the social support needs of the main caregivers as an important factor when considering the needs and targets of long-term care services related to dementia older adults in the future.

Keywords: social support, dementia in older adults, caregiver, long term care service needs, care needs