

國立政治大學輔導與諮商碩士學位學程碩士論文

指導教授：陳嘉鳳 博士

社區精神康復者在康復歷程中  
主要照顧者之支持服務需求及資源使用之調查  
Survey of the Needs of Support Services and the  
Resources used by Caregivers of Patients with Mental  
Illness in the Community

研究生：王珮靜

中華民國 104 年 7 月

## 謝辭

努力了好久，終於來到寫謝辭的時刻，一路走來，好不容易。

首先，要感謝同意參與此論文研究的所有照顧者家屬們，謝謝你們願意和我分享經驗、提供看法及表達意見，更謝謝相關協會的領導者們，在百忙之中仍抽空與我談論對過去經驗的反思、目前現況的評斷及未來倡導的目標與期待。

感謝指導教授陳嘉鳳老師，從論文题目的發想至內文撰寫期間，一次又一次的和我集思討論、澄清想法及修改文本，帶領我看見研究過程所需的嚴謹態度。

感謝兩位口試委員：張珣老師和呂寶靜老師，在研究方法及相關理論、議題上提供精確的概念描述，鼓勵我將資料分析的更精緻，以提出更豐富的現象說明和推論解釋。

感謝我的家人，在我求學的一路上給予支持及督促。

感謝我的朋友，在我挫折時可以訴苦，並在許多不經意的時刻帶給我驚喜。

感謝許多前輩，在實務經驗上給我很多建議、提醒和幫忙。

感謝所有與我分享故事的你，謝謝你將感動分享於我。

王珮靜 2015.07.16 於政治大學

## 中文摘要

精神疾病自發病之初至病程慢性化，不僅對精神康復者的生命歷程造成衝擊，亦帶給其照顧者家庭長期且全面性的影響，產生難以承受之身心負荷並衍生出相對的支持服務需求。本研究將其分為六大向度，包括：資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持。本研究旨在瞭解社區精神康復者在康復歷程中，其主要照顧者對於六項支持服務的需求及服務獲得現況，並分析不同背景變項對於主要照顧者支持服務的需求與獲得上的差異情形，及主要照顧者使用支持服務之障礙因素。以期對於提供主要照顧者支持服務時，能有效滿足照顧者之需求。

本研究以自編之「社區精神康復者之主要照顧者的支持服務需求與獲得現況調查問卷」進行資料蒐集，以立意取樣搭配滾雪球方式招募社區精神康復者之主要照顧者進行調查，選取提供精神康復者及家屬服務之社會福利機構及家屬團體作為研究對象來源。本次研究調查資料回收有效問卷共 82 份。

研究結果發現，主要照顧者對於支持服務在六大向度上皆有中度以上需求程度，並以「資訊支持」、「照顧者教育支持」、「心理支持」及「專業支持」的服務需求高於整體需求平均值。主要照顧者自評對於支持服務在六大向度上皆只有中度以下的服務獲得，僅「資訊支持」及「照顧者教育支持」的服務獲得高於整體獲得平均值。

主要照顧者對於支持服務的需求與服務獲得間沒有一致性的顯著相關，且對於不同支持服務需求程度的主要照顧者在服務獲得上並未有顯著差異。本研究之主要照顧者其資訊獲得來源以「社會福利機構/協會」及「醫護人員」為主，使用支持服務之障礙因素以「不知道該項服務」或「不清楚服務內容」之資訊障礙為首。

根據本次研究調查結果，研究者提出相關建議包括：提升「針對」主要照顧者需求之支持服務的品質及數量、健全資訊管道以改善照顧者使用服務障礙因

素、加強精神疾病衛教及相關資源管道之宣傳，及政府應持續給予經費補助並鼓勵專業人員進入社區服務。

**中文關鍵字：**精神康復者、主要照顧者、支持服務、需求



## Abstract

Mental illnesses, from onset to chronic time, not only interrupt in the life course of these patients, but also have great impact on their families. Caregivers feel much of care burden and have additional/relative needs to cope with it. This study composed those needs into six dimensions, includes the needs of information support, mental health care services support, caregivers' psycho-education support, welfare support, professional service and emotional support. The purpose of this study was to explore caregiver support services and needs for having family members with mental illness, and the barriers on using services.

Data was collected by using structured questionnaire. This study sampled from social welfare agencies which give services to those patients with mental illness in the community and their family members, and finally got 82 valid questionnaires for further data analysis.

The results of the study showed that caregivers of family members with mental illness in the community needed information support, caregivers' psycho-education support, emotional support and professional services in priority, and declared that the services received were under the median scores.

The results also showed that there was no significant correlation among support service-need and support service-received. Barriers on using support services were mostly "I did not know there was any service like this" or "I did not know about the service like this".

Based on the result of the study, we suggested it should pay more attention to caregivers' need and improve support services not only in quality but in quantity. And it should improve the way of receiving information about the mental illness for introducing and the relative services which are able to use. The government should encourage more health professionals provide support services in the community in

order to fit in caregivers' needs.

**Key words: patients with mental illness, caregivers, support services, needs**



# 目 錄

## 第一章 緒論

第一節 研究背景與動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	6
第三節 名詞解釋 .....	7

## 第二章 文獻探討

第一節 精神康復者與照顧體系 .....	9
第二節 精神康復者之主要照顧者 .....	17
第三節 精神康復者之主要照顧者需求 .....	22
第四節 影響精神康復者主要照顧者需求之相關因素 .....	35
第五節 服務使用之障礙因素 .....	39

## 第三章 研究方法

第一節 研究架構 .....	43
第二節 研究問題與假設 .....	44
第三節 研究流程 .....	45
第四節 研究對象 .....	46
第五節 研究工具 .....	47
第六節 資料處理 .....	52

## 第四章 研究結果

第一節 精神康復者及主要照顧者基本資料描述 .....	55
第二節 精神康復者之主要照顧者支持服務的服務需求分析 .....	60
第三節 精神康復者之主要照顧者支持服務的服務獲得分析 .....	79
第四節 精神康復者主要照顧者支持服務之服務需求與獲得之差異 .....	100
第五節 精神康復者主要照顧者支持服務之服務使用障礙因素 .....	106
第六節 其他研究發現 .....	111

## 第五章 結論與建議

第一節 研究摘要與討論 .....	115
第二節 研究建議 .....	126
第三節 研究限制與後續研究方向 .....	129

## 參考書目

一、 中文部份 .....	131
二、 英文部份 .....	138

## 附錄

附錄一 精神病患照顧體系權責劃分表 .....	141
附錄二 國內探討精神疾患主要照顧者照顧需求之相關文獻 .....	142
附錄三 正式施測問卷 .....	151





## 表目次

表 1-1.1	精神病患病情分類評估標準 .....	5
表 2-1.1	《精神衛生法》及《身心障礙者權益保障法》之服務對照表 .....	12
表 2-1.2	正式照顧組織與非正式照顧組織結構特性比較表 .....	14
表 2-1.3	正式照顧體系與非正式照顧體系之間關係的模式摘要整理 .....	15
表 2-3.1	國內精神康復者主要照顧者之需求歸類 .....	33
表 3-5.1	信度分析摘要表 .....	51
表 4-1.1	精神康復者基本資料之次數分配表 .....	56
表 4-1.2	主要照顧者基本資料之次數分配表 .....	58
表 4-2.1	資訊支持服務需求四點量表之得分情形與次數分配表 .....	61
表 4-2.2	精神健康照護支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 .....	62
表 4-2.3	照顧者教育支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 .....	63
表 4-2.4	社會照顧支持需求四點量表之得分情形數分配表 .....	64
表 4-2.5	專業支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 .....	65
表 4-2.6	心理支持服務需求四點量表之得分情形與次數分配表 .....	66
表 4-2.7	不同性別的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要表 .....	68
表 4-2.8	不同年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要表 .....	69
表 4-2.9	不同診斷別的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要 表 .....	70
表 4-2.10	不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘 要表 .....	71
表 4-2.11	不同性別的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表 .....	72
表 4-2.12	不同年齡的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表 .....	74

表 4-2.13	不同教育程度的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表 .....	75
表 4-2.14	不同關係的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表 .....	76
表 4-2.15	不同照顧時間的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表 .....	77
表 4-2.16	不同經濟狀況的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表 .....	78
表 4-3.1	資訊支持獲得四點量表之得分情形與次數分配表 .....	80
表 4-3.2	精神健康照護支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表...	81
表 4-3.3	照顧者教育支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 .....	82
表 4-3.4	社會照顧支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 .....	83
表 4-3.5	專業支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 .....	84
表 4-3.6	心理支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 .....	85
表 4-3.7	不同性別的精神康復者其主要照顧者在支持服務獲得上的差異情形 摘要表 .....	87
表 4-3.8	不同年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務獲得上的差異情形 摘要表 .....	88
表 4-3.9	不同診斷別的精神康復者其主要照顧者支持服務獲得上的差異情形 摘要表 .....	90
表 4-3.10	不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者在支持服務獲得上的差異 情形摘要表 .....	92
表 4-3.11	不同性別的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表..	93
表 4-3.12	不同年齡的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表...	94
表 4-3.13	不同教育程度的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表 .....	95
表 4-3.14	與精神康復者之不同關係對主要照顧者在支持服務獲得上的差異 情形摘要表 .....	96
表 4-3.15	不同照顧時間對主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表 .....	98

表 4-3.16	不同經濟狀況的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表	99
表 4-4.1	主要照顧者各項支持服務需求間之相關	101
表 4-4.2	主要照顧者各項支持服務獲得間之相關	101
表 4-4.3	主要照顧者各項支持服務需求與獲得之相關	102
表 4-4.4	主要照顧者不同支持服務需求程度在支持服務獲得之差異情形摘要表	103
表 4-4.5	主要照顧者對支持服務之需求及獲得與其背景資料交叉分析表	105
表 4-5.1	資訊獲得來源之次數分配表	106
表 4-5.2	難以獲得「資訊支持服務」及「照顧者教育支持服務」的原因之次數分配表	107
表 4-5.3	影響主要照顧者未使用「精神健康照護服務」及未申請「社會照顧服務/社會福利」的原因之次數分配表	109
表 4-5.4	影響主要照顧者未使用「心理支持服務」及「專業支持服務」的原因之次數分配表	110
表 5-1.1	各背景變項在主要照顧者支持服務需求與支持服務獲得之差異情形	121
表 5-1.2	主要照顧者在各向度支持服務中服務需求與服務獲得排序之比較摘要表	122

## 第一章 緒論

本章將說明本研究的研究背景與動機、研究目的與名詞解釋，作為本研究之基礎。詳細內容分節敘述如下：

### 第一節 研究背景與動機

台灣對「瘋癲」的處理歷史並不長。過去中國文化對精神病理的理解，視其為「與精靈世界的沖犯」或「失神」，並不像西方國家視為「非理性」而予以排斥監禁，形成大規模的機構化。在中國文化中，家庭始終為承按照顧責任的場所（余德慧，1998）。民國 36 年，由林宗義教授引進西方精神醫學及心理治療概念，開始形成心理衛生「工作小組」（鄭泰安，1982）。民國 55 年（1966），省政府衛生處在花蓮玉里設置養護所，以收容適應不良的慢性病患，建立起屬於自己的機構化形式（王馨梓，1993）。當時的專業人員也開始認知到對慢性病人的處遇應以「短期治療」較適當，而非「長期收容」（葉英堃，1970；引自王馨梓，1993）。民國 60 年代起，搭上西方國家對精神醫學的反動，再加上抗精神藥物的發明，掀起一股「去機構化」（deinstitutionalization）運動，主張讓慢性患者於治療後回到社區，在社區進行復健工作以協助患者能適應社會生活，但由於當時精神醫療資源不足，照顧患者的重擔仍落在家屬身上。民國 70 年代，爆發政府取締未立案的精神收容機構-龍發堂，促成《精神衛生法》於民國 79 年（1990）通過，開啟現代精神醫療的發展。但由家屬的觀點來看，龍發堂的出現代表著家屬長期照顧負荷，渴望外界分擔照顧責任的需求（蕭幸伶，2004；引自鄭舒文，2006），且《精神衛生法》中依親屬次序設置保護人，仍將照顧責任置於家屬身上，對於家屬的照顧需求及負荷仍未重視（鄭舒文，2006）。民國 96 年（2007）雖修法為患者利益推舉保護人，但家屬仍難以從協助醫療的任務中卸除負擔（王芬蘭，2009）。

自民國 75 年起，衛生署推動「精神醫療網計畫」，以精神疾病防治為目標，擴充精神醫療設施及「加強精神疾病患者社區復健」成為重要措施，並於民國

77年(1988)開始試辦「社區復健計畫」,在專業人員的協助下陸續於全台各地成立家屬自助團體、康復之友協會,由家屬代表患者發言並爭取權利及福利。民國84年(1995)在家屬的積極爭取之下,精神疾病納入身心障礙類別中,於「身心障礙者保護法」(現改名為「身心障礙者權益保護法」)修正案通過後,精神疾病患者開始享有社政與勞政資源。民國87年(1998)研擬「精神病人病情分類評估標準」(行政院衛生署,1998),如表1-1.1所示,將患者性質分成六類,由衛政、社政、勞政體系共同協調分擔照顧責任。在鄭舒文(2006)整理的由家屬觀點看台灣精神障礙社會運動歷史中,1997年後除了醫療人員及衛生局協助成立的家屬自助團體外,開始增加由家屬自行成立的自助團體,從服務使用者轉為服務提供者,也發現家屬在執行自助的過程中遇到許多困難,例如方案申請困難、資源分配不均等問題,雖然學者逐漸開始關注家屬的照顧負荷議題(宋麗玉,2002),近年來也逐漸有針對精神疾患照顧者的壓力負荷(龔瑞慧,1987;宋麗玉,1999;張秀桃,2004;邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿,2003)、情緒表露(吳就君、黃梅羹、胡海國、蔡春美、鄭若瑟、張宏俊、鄭夙芬,2001)、污名烙印(宋麗玉,2002;任玉智,2011)、因應型態、身心健康、生活品質(林玫珍,2013)、社會支持(鍾佳伶,2010)及照顧經驗(李滄琳,2006;郭芬如,2013)等的相關研究,但對於精神疾病照顧者的需求探討,過去多從專業人員的角度探討家屬需要的疾病衛教知識(符柳霞,1994),不過李姿瑩、蔡芸芳及楊美賞(2003)的研究卻發現精神疾病主要照顧者的需求排序,比起訊息需求,其更期望得到實質資源,形成家屬與學者論述的差異。

自《精神衛生法》與《身心障礙者權益保護法》的實施與各機關單位、家屬自助團體的努力之下,醫療資源、復健設施、福利項目及服務逐漸擴充、多元化發展。《身心障礙者權益保護法》(2007)中明列對身心障礙者之家庭的支持措施,包括:臨時及短期照顧、照顧者支持、家庭托顧、照顧者訓練及研習,和其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務,並且於民國101年(2012)公布《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》,可依據需求評估結果,由直轄市、縣(市)



主管機關自行或結合民間單位提供支持服務。目前，精神疾患照顧者的相關支持服務逐漸發展，各地康復之友協會及家屬自助團體亦舉辦結構化的互動充權課程及交流團體。且近年來，針對精神疾患主要照顧者的需求評估，也增加了許多實質服務及社會福利項目的探討（吳錦喻，2006；夏慧玲等，2007），精神疾患照顧者的需求亦朝多面向的項目來做評估。因此，本研究除了探究精神疾患主要照顧者對支持服務的需求情形外，亦探討目前精神疾患主要照顧者使用支持服務之現況，及需求與取得服務之間的差距，以瞭解支持服務是否能滿足主要照顧者的需求，作為未來規劃對精神疾患主要照顧者支持服務方案的參考。

吳肖琪（2003）及鄭若瑟（2010）分別針對民國 90 年及民國 93 至 94 年之健保資料進行分析，發現使用社區復健設施的比率仍低（約 5%）。謝佳蓉和蕭淑貞（2006）也提到社區精神復健中心數量不足且以技職訓練為主，缺乏全人關懷的社會心理照顧及地點可近性，再加上患者及家屬對於社區復健服務內容認識有限，致使未能積極參與復健內容。張作貞、宋麗玉（1998）研究指出，48.4% 的照顧者未曾聽過四種社區復健設施（日間病房或社區復健中心、庇護工廠、康復之家、居家治療）中的任何一種，且僅有 27% 的患者使用過社區精神復健設施。依據民國 100 年內政部身心障礙者生活需求調查報告（內政部統計處，2011），慢性精神疾病患者之居住地仍以「家宅」為主（佔 83.47%），顯示多數患者在出院之後直接回到社區與家人同住（宋麗玉，1999）。莊明敏、鄭若瑟、黃繡、柯少華、褚增輝（1995）及鄭若瑟（2010）對精神照護體系的檢討研究中均發現，家屬對於患者回歸社會後的白天活動表示擔憂，並對相應的方案或服務仍有需求，例如復健訓練、就業輔導或日間照護，以避免患者對家庭的依賴及在社區遊蕩，加深社區鄰里對精神疾病的刻板印象。由此可知，雖然精神衛生醫療政策努力推動去機構化的概念，強調精神疾病患者出院後之社區復健模式，但各方資料顯示關於患者出院後回歸社會的相關服務並未完全落實，尤其是「精神病人病情分類評估標準」中第四類有復健需求的患者，需結合社政及長期照顧體系辦理社區日間照顧服務，強化患者之社區日間照顧支持服務，除了可減緩患者功能持續

退化外，也紓解家庭照顧者的負擔與壓力（鄭若瑟，2010）。因此，本研究將以「社區」中之精神疾患家庭照顧者作為研究對象。



表 1-1.1 精神病患病情分類評估標準（行政院衛生署，1998）

病患性質 \ 評估項目	症狀干擾程度	自傷他傷危險	自我照顧功能	社會角色功能	復健潛在能力	家庭社會支持
嚴重精神病症狀，需急性治療者。	嚴重	中或高	不限	不限	不限	不限
精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。	中等	中或低	不限	不限	不限	不限
精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。	中或嚴重	不限	不限	差	差	不限
精神病症狀穩定局部功能退化，有復健潛能不需全日住院但需積極復健治療者。	低	低	可	可或差	可或差	可或差
精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	低	低	可或差	差	差	差
精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。	低	低	可或差	差	差	差



## 第二節 研究目的

本研究在探討社區精神康復者主要照顧者對於支持服務之需求情形、主要照顧者目前獲得支持服務的現況，及不同背景變項在主要照顧者支持服務需求及獲得支持服務之差異情形，並探究主要照顧者使用支持服務之障礙因素，進而瞭解提供主要照顧者支持服務時，如何能適切、有效滿足照顧者之需求。根據研究背景本研究之目的如下：

- 一、探討社區精神康復者主要照顧者對支持服務之需求及其優先次序
- 二、探討社區精神康復者主要照顧者獲得支持服務之現況
- 三、探討社區精神康復者主要照顧者對支持服務需求與獲得之差異情形
- 四、探討社區精神康復者主要照顧者使用支持服務之障礙因素



### 第三節 名詞解釋

為使本研究所探討之問題能有一清楚的概念，避免混淆，讓本研究範圍明確化，茲將本研究涉及之重要名詞加以定義如下：

#### 壹、 社區慢性精神康復者

根據《精神衛生法》(2007) 第三條：「精神疾病，指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者」。本研究指的社區精神康復者，是指經精神醫療體系診斷為精神疾病，並於治療後返回社區居住，正在康復歷程中之患者。參考中華民國康復之友聯盟對此族群之污名化破除及賦權，使用「精神康復者」取代「精神病患/障礙者」。

#### 貳、 主要照顧者

根據《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》(2012) 第二條：「家庭照顧者，指身心障礙者家庭內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」。本研究指的主要照顧者，即依《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》定義之家屬，且主要協助精神康復者之醫療事務及其生活照顧時間最多者。

#### 參、 主要照顧者之支持服務需求

本研究所指主要照顧者之服務需求，即針對受試者在「社區慢性精神康復者之主要照顧者支持服務需求與現況調查問卷」中「主要照顧者支持服務需求」量表上之得分表示。

#### 肆、 主要照顧者之支持服務

本研究所指主要照顧者之支持服務，是指因照顧居住在社區的精神康復者之需要，而由政府、機構、組織或社會團體所提供之正式資源，包含精神醫療照護、社區精神復健、喘息服務、居家服務、長期照護、照顧者支持及訓練等。本研究進一步將主要照顧者支持服務分為六類，為：資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持。



## 第二章 文獻探討

本章目的在探討有關精神康復者主要照顧者支持服務之相關研究，全章共分為五節，第一節探討精神康復者與照顧體系；第二節探討精神康復者之主要照顧者；第三節探討精神康復者之主要照顧者需求；第四節探討影響精神康復者主要照顧者需求之相關因素；第五節探討服務使用之障礙因素。

### 第一節 精神康復者與照顧體系

壹、精神康復者：中途障礙（顯現），進入精神醫療體系

根據《精神衛生法》（2007）第一章第三條：「精神疾病，指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者」。民國 103 年衛生福利部統計處的統計，目前領有身心障礙手冊的慢性精神病患約有 12 萬人（衛生福利部統計處，2014），但多數精神疾病患者因擔心被標籤化而未申請，申請重大傷病卡之人數約為身心障礙手冊之慢性精神病患人數的四至五倍。

民國 84 年（1995 年）在家屬的積極努力下，精神障礙者納入《殘障福利法》（現稱《身心障礙者權益保障法》）中的障礙類別中，享有社會福利及權益保障（鄭舒文，2006；家連家精神健康教育課程附件，2014）。根據周月清（2004）對中途障礙的定義：「非早期、出生時（先天出生即有）或老年退化發生的障礙，包括意外事件、疾病、職業關係導致生心理的損傷，而影響日常生活活動與參與」，多數精神康復者於青少年、成年早期發病，對精神康復者及其家庭成員而言，皆在無心理準備之下於生命的中途遇到疾病的降臨而進入精神醫療系統及相關照顧服務體系之中，精神康復者與照顧者（或家中有精神康復者）的標籤也在疾病的顯現後隨之附加於其身。Goffman（1961）在《Asylums》（中譯：精神病

院)中描述多數精神障礙者經歷進入醫院前的「住院前病患階段」、在醫院的「住院病患階段」及離開醫院後的「出院階段」,並且以「道德生涯」(moral career)來描述疾病對患者而言不僅只是疾病造成的能力損傷,並且影響了患者的自我概念、認同及對自我和他人的價值評斷。本研究所討論之重大精神疾病包括:思覺失調症(原譯:精神分裂症,於2014年在台灣精神醫學學會及中華民國康復之友聯盟以去除污名、正確傳遞及描述疾病本質的概念下,正式更名為『思覺失調症』)、躁鬱症及重鬱症。

## 貳、精神疾患的正式照顧體系

精神疾病為一種慢性病,病程自發病之初到病情發展至病程慢性化,期間多變且複雜。民國87年,衛生署為配合殘障福利法(現稱《身心障礙者權益保障法》),提升精神疾病患者生活品質,研擬「精神病人病情分類評估標準」(如表1-1.1所示),與社政、勞政體系協調分工責任,依照患者的症狀干擾程度、自傷及他傷危險性、復健潛能、自我照顧功能、社會角色功能及社會家庭支持功能等六項作為評估標準,將精神疾病患者分成六大類並建議相應的醫療安置機構,並公布「精神病人照顧體系權責劃分表」(行政院衛生署,1998)(如附錄一所示),說明如下(引自鄭若瑟,2010):

1. 嚴重精神病症狀,需急性治療者,建議急性住院治療;
2. 精神病症狀緩和但未穩定,仍須積極治療者,建議亞急性住院治療;
3. 精神病症狀繼續呈現,干擾社會生活,治療效果不彰需長期住院治療者;
4. 精神病症狀穩定,局部功能退化,有復健潛能,不需全日住院但須積極復健治療者,建議社區復健/日間住院治療;
5. 精神病症狀穩定且慢性化,不需住院治療但需生活照顧者;
6. 精神病症狀穩定且呈現慢性化,不需住院治療之年邁者、痴呆者、智障者、無家可歸者。由於上述第五、六類就臨床表現上並無差異,建議養護、安養及長期照顧服務。

前述六大類中的第四類需積極復健治療的患者人數約佔總體精神疾患人數 58% (李明濱, 2001; 引自鄭若瑟, 2010), 但許多研究報告均指出社區復健設施的使用率仍低, 使用社區復健的人數約只有年度出院人數的 5% (吳肖琪, 2008)。中華民國康復之友聯盟為了對此族群之污名化破除及賦權, 使用「精神康復者」取代「精神病患/障礙者」。因此在社區中, 最常見到的是在康復歷程中需積極復健的患者。這些康復者在回到社區後, 仍有持續的症狀, 就像是「疾病沒力了, 只留下之前的傷痕」(Torrey, 2006; 丁凡譯, 2011)。在疾病慢性化的影響下, 症狀仍對康復者們有影響, 楊延光、牟秀善、陳永成、徐澄清 (1991) 及 Hatfield (1978) 皆指出, 若善於使用社區之各種資源及社會支持服務, 不僅可使康復者降低復發且可使家庭氣氛獲得改善、減輕照顧負擔。Cheung (1988) 指出社區中的精神康復者之復健成功與否, 大多取決於其公眾關係, 包括社會學因素 (如相關權益及福利政策) 和心理學因素 (如污名) (引自 Duffy & Wong; 許維素等譯)

王國羽、林昭吟及張恆豪等 (2012) 整理了過去至今對於障礙研究論述模式, 指出由早期對障礙概念的描述 (1950—1970 年代)、醫療與社會模式的二元論述 (1970 中期—1990 年代後期) 及二元論之外的「普同經驗與互動模式」, 至 21 世紀逐漸轉向「納入身體經驗的生活方式論述」。精神疾患的照顧政策及方案提供, 主要依據《身心障礙者權益保障法》、《精神衛生法》及近年與國際接軌簽署《身心障礙者權利公約》並於 2014 年通過之《身心障礙者權利公約施行法》。精神康復者雖以疾病分類 (慢性精神疾病患者) 進入障礙人口系統之中, 2007 年對《身心障礙者權益保障法》的修訂也逐步納入相關社區生活及機會參與之服務項目, 但在目前主要以各地政府委託民間單位執行的情況下, 形成有法令而無服務的困境 (周月清等, 2011)。

《身心障礙者權益保障法》主要維護身心障礙者之合法權益, 保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會, 不得有歧視之對待, 促進其自立與發展 (第一條), 包括保健醫療、教育、就業、經濟安全等面向, 2007 年修法時更增加了



支持服務（第 48 至 68 條）及保護服務（第 74 至 84 條）。《精神衛生法》主要促進國民心理健康、預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助康復者於社區生活（第一條）。但兩法的橫向輸送仍有許多障礙（黃英中、邱上真，2000）。

表 2-1.1 整理《精神衛生法》及《身心障礙者權益保障法》之相關服務如下：

表 2-1.1 《精神衛生法》及《身心障礙者權益保障法》之服務對照表

精神衛生法（2007）	身心障礙者權益保障法（2007）
一、法定精神醫療照護措施 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 門診</li> <li>2. 急診</li> <li>3. 全日住院</li> <li>4. 日間留院</li> <li>5. 社區精神復健</li> <li>6. 居家治療</li> <li>7. 其他照護方式</li> </ol> 二、轉介與委託團體、精神醫療服務	一、醫療保障 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康檢查及醫療、保健服務</li> <li>2. 身心障礙服務窗口與特別門診</li> <li>3. 出院準備計畫</li> </ol> 二、支持服務 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 身心障礙者生涯轉銜計畫</li> <li>2. 個人支持服務</li> <li>3. 家庭支持服務</li> <li>4. 社會參與</li> <li>5. 身心障礙者運輸服務</li> </ol> 三、保護服務 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 傳播媒體規範</li> <li>2. 人生保護</li> <li>3. 通報義務</li> <li>4. 安置</li> <li>5. 監護或輔助宣告</li> <li>6. 居住權益</li> <li>7. 財產權</li> <li>8. 訴訟權益保障</li> </ol>

參、精神疾患之非正式照顧體系：大多由家庭支撐

精神康復者照顧的重大責任通常落在家屬身上，並由其中一位家庭成員成為參與醫療決策及照顧精神康復者的生活各面向的主要照顧者，或成為其代言人、保護人（滕西華，2005；王芬蘭，2009），由社團法人台北市心活協會公告之「精

神衛生法—修法草案」(金林、吳姿儀, 2014) 針對原條文中「保護人設置」的規定內容之修正說明, 可得知照顧者及家屬的處境艱難:

「嚴重病人精神狀況差, 醫療院所人才濟濟尚且會感受到服務的難度, 沒有專業訓練的家屬, 卻被精神衛生法指定擔任『保護人』之角色, 並課以許多責任, 時常是家屬不可承受之重…然因民情習慣課『家庭』以個人行為的無限責任…強制送醫的過程中, 許多地方仍須家屬配合協助…惟希望建立更多的社區服務、讓需要擔任保護人角色的家屬有求救、求助的管道」(頁 23-24)

Bertrando (2006) 曾整理過去對精神疾患之家庭介入可分為四個階段:(1) 聯合家庭治療 (Conjoint family therapy) (1955-1965), 認為精神疾患為家庭互動的結果 (即致病因素), 因此介入的目標為改善家庭內的溝通模式, 相關理論有: 產生精神分裂症的母親 (schizophrenogenic mother) 及雙重束縛 (double bind)、情緒表露 (emotion expression, EE) 等, 這些理論在過去臨床工作中被視為精神疾病的成因, 帶給家庭極大的負擔而在目前漸少被使用;(2) 反精神病學 (Antipsychiatry) (1965-1975), 認為精神疾病的成因及看待為社會、文化因素影響的解釋產物, 抱持解構取向, 包括 Michael Foucault、Erving Goffman 等研究者, 因此介入的目標為提升家庭對此觀點的察覺及知識,;(3) 米蘭氏系統治療 (Milan systemic therapy) (1975-1985), 認為精神疾病的顯現為家庭生態系統中的代罪羔羊, 介入的目標為協助患者了解自己在生態系統裡的位置, 並給予其他家庭成員關於彼此關係的察覺;(4) 心理教育 (Psycho-education) (1985-2005), 在施行去機構化的理念及政策推行下, 介入目標為建立功能良好的家庭環境, 以提供回到家中及社區內精神康復者支持, 增進家庭的因應能力以提升生活品質。近年來國內對精神疾患家屬及照顧者的研究, 漸以充權概念 (empowerment) 及優勢觀點 (strength perspective) 討論照顧者的自助歷程 (簡嘉惠, 2013)、照顧經驗及資源使用因應歷程 (陳佳君, 2003) 及烙印感的影響 (鍾佳伶, 2010)。



#### 肆、資源選擇模式：正式與非正式照顧體系的關係

張宏哲（2010）將「正式和非正式體系照顧之間的關係」指為「正式照顧人員和家庭照顧者與失能者之間的互動關係，以及這些互動關係可能產生的結果」，由於兩者的結構特性並不相同（Litwak et al., 1994），可發揮重疊、取代或互補的功能。表 2-1.2 為正式照顧體系與非正式照顧體系的整理比較：

表 2-1.2 正式照顧組織與非正式照顧組織結構特性比較表

	正式照顧體系	非正式照顧體系
成員組成特性	成員因具備技術性知識而被組織招募	成員因出生、婚姻或友情而結合
承諾的範圍	為確保知識的卓越性，正式組織只有當其成員能夠保持技術上的熟練時，才給予有限的承諾	成員終生的或長期的承諾
承諾的內容	強調技術，不強調人際間的情感連帶，以避免造成群帶關係，且重視非個人的經濟上誘因	用內在（如愛與責任）承諾來激發其成員，重視忠誠優先於技術

資料來源：Litwak, E., D. J. Hessop and H. J. Moulton, 1994. "Optimal Use of Formal and Informal Systems over the Life Course." P.99, in *Family Caregiving Across the Life Span* edited by E. Kahan, D.E. Beigel and M. Wynkle. 引自呂寶靜（2001），老人照顧：老人、家庭、正式服務，p.7。

呂寶靜（2001）指出在討論老人、家庭與正式服務時，三者之間可能的面向有：（1）正式服務和家庭都是資源；（2）正式服務是資源，而被照顧者和（或）其家庭成員為案主；（3）正式服務是資源，被照顧者和（或）其家庭成員是受益人。黃瓊齡（2006）研究中卻發現在社會過度使用家庭的能力且被賦予照顧責任的高期待可知，家庭（成員）仍被視為資源以提供照顧過程中所需之經濟、情感及支持。表 2-1.3 整理自張宏哲（2010）回顧相關正式和非正式照顧體系關係模

式：

表 2-1.3 正式照顧體系與非正式照顧體系之間關係的模式摘要整理

理論模式	核心概念	與照顧者有關的事項
1. 橋樑或守門者模式 (Bridge model)	除了正式體系扮演資源管控及個案管理的角色，也強調家庭照顧者除提供日常生活協助外，也扮演媒介和資源聯結的角色，影響案主與正式服務的連結	強化家庭連結資源的功能 若非正式照顧者為案主與正式服務體系之間的重要連結者，實務工作者應強化該角色，減少、排除使用正式服務的障礙
2. 層級彌補模式 (hierarchical compensatory model) (又稱非正式替帶正式照護模式)	根據血緣及習俗的文化價值及照顧者可近性預設，照顧者的選擇偏好呈現同心圓依序遞補，以非正式照顧為優先考量，使用正式照顧為不得以的舉動，正式照顧服務的角色是彌補而非替代	確保偏好層級下一階的照顧者能遞補，尤其是高風險家庭的篩檢，以在家庭功能不彰時正式照顧服務能夠彌補
3. 任務特定模式 (task-specific model) 或補充模式 (complementary model)	根據正式與非正式照顧體系的特質，正式和非正式照顧體系之間採任務分工，由非正式照顧體系處理偶發事件，提供可近性的立即處理(例如日常生活功能方面的照顧)；由正式照顧體系提供需技巧和時間固定或例行的照護	協調並確認正式與非正式照顧的分工內容，量身訂製家庭的照顧需要，促使兩者間的平衡及和諧
4. 替代模式 (substitute model)	由正式照顧體系替代非正式照顧，產生道德風險：家庭投入的動機和意願降低、減少投入或終止照顧。但大多研究顯示未支持該模式，正式服務的介入不只沒有替代家庭照顧，甚至強化家庭投入的效果	照顧的質和量的替代區分 家庭照顧的質並不輕易被正式照顧所取代

<p>5. 補助模式 (supplementation model)</p>	<p>為釐清「替代」及「任務特定」模式的定義，以照顧來源、照顧類型及照顧量三個指標來定位正式和非正式的關係。正式服務提供輔助的目的及功能為喘息，以減少家庭照顧者負荷</p>	<p>非正式照顧者的照顧工作量不變，在家庭能夠穩定提供照顧的前提下，正式服務只提供殘補式的介入</p>
--	--	---

從黃鳳嬌(2008)訪談7位思覺失調症患者之家庭排除經驗研究中可得知，家屬雖在初期就醫階段願意承擔照顧責任，但在照顧過程中的引發的多元問題(例如家庭關係的改變、連帶承擔外界對精神疾病的污名態度、患者的問題行為及其不易理解的生病世界等)、家中生病成員疾病復發及無社會支持系統或資源的介入之下，均帶給家屬極大的心理負荷及壓力，而考慮將患者排除於家庭之外，安置於機構。謝宏林(2000)的研究中也發現，社會支持網路不足、社區照顧資源不足、醫療資源分布不均、社會福利的阻礙、社會文化負面的影響、外在運用能力不足、醫療功能和家屬期待有落差等因素，皆是主要照顧者期待將家中生病成員長期安置的考量因素。

## 第二節 精神康復者之主要照顧者

### 壹、 精神康復者之主要照顧者：時間性之因應歷程

精神疾病是一種需要長期照顧的疾病，而這個照顧者的角色通常多由患者的家屬所擔任。在過去的文獻中，精神疾病照顧者之負荷（burden）一直為精神醫療相關領域重要且持續被關注的議題之一。現在大家普遍認知到家庭照顧工作具有極大壓力，精神疾病的慢性化傾向，更使主要照顧者在長期的照顧責任下產生難以承受之身心負荷。研究中常發現，這些照顧者大多有中度以上的照顧負荷（宋麗玉，2002；張秀桃，2003；陳敏瑜，2008）。

多數精神疾病都會直接影響患者的能力及造成痛苦的情緒，疾病病程漫長多變、照顧者對疾病認識及提供照顧技巧的瞭解不足、對醫療系統及社會資源不熟悉、照顧責任分配不均，皆對患者及家庭會有全面性的影響。此外，由於精神症狀所造成的認知、心智功能損傷及情緒表達的退化，病後患者的社會功能無法回復至病前原有的水準，在人際關係、工作或自我照顧造成多方面的影響都需家屬協助，再加上在複雜社會因素下對精神疾病的誤解、疏離及拒絕，使家屬都得自行照顧或處理患者的問題，長期付出之下使家屬精疲力竭、家庭衝突擴大且頻繁、家庭關係緊張、生活品質下降（滕西華，2005）。精神疾病所引發的複雜問題遠超過其他生理疾病。

面對疾病的降臨及生病的家庭成員，家屬通常沒有心理準備、也沒有足夠的照顧訓練，照顧責任產生的極大衝擊會經歷一個漫長的調適歷程。許多研究指出，多數家屬最終能坦然接受疾病，但每個人的情緒反應獨特性會與個人的過往經歷密不可分，情緒反應的強度與持續的時間會有所差異。家屬掙扎的歷程並不因照顧的時間較長就會適應的較好。有關精神病患家屬調適歷程，Raymond（1975）將家屬對精神疾病的反應，依病情的發展分為七個階段（引自郭峰亭，1986；沈志仁，1988）：

1. 開始的不安—家屬感覺到患者與以往有明顯的不同，但否認這種不安的感受，以壓抑的方式來處理問題，不願承認這是一種病態。
2. 尋求外在歸因—對於病患不斷出現的異常行為，期望是不嚴重而且短暫的。會尋求外界的支持，但不會去就醫，而是以環境因素，如工作或學業壓力來解釋，只要環境壓力一消除，就會恢復原狀。
3. 否認忽略—潛意識中會以拖延的戰術，來否認精神病的事實，或是忽視病患的症狀，以「只要不去想它，一切就會沒事了」來安慰自己。
4. 憤怒責備—當病患的態度、行為更明顯且加重家屬的負擔時，家屬會開始以一種批評、責罵或憤怒的態度來對待病患，以掩飾自己內心的情緒。
5. 罪惡、羞愧、悲憤—當家屬不得不接受時，會開始自我反省，什麼地方做錯了？為何沒有預防此種情況發生？對自己的認知能力和判斷產生懷疑。認為自己是無知的，是一個失敗者。
6. 家庭改變的混亂—一些以往能察覺得問題出現，家庭平衡關係的認知與看法混淆不清，家屬會因為錯估病患的情況而感到驚慌，因此，必須有新的溝通方式與適應方法。
7. 接受事實—經過種種考驗後，使家屬有自覺，同時增強溝通能力以及對人類不幸的悲憫之情，能面對現實，恢復日常生活秩序，平心靜氣的與治療者共同討論往後的治療計畫。

Karp 和 Tanarugsachock (2000) 在《同情的負荷—精障之照顧者的愛與礙》(林秋芬等譯)一書中，針對罹患憂鬱症、躁鬱症和思覺失調症之主要照顧者進行研究，將照顧經驗過程的情緒關鍵時刻分為四期：

1. 診斷前：在接受醫療前，家屬經歷的是混亂的情緒，不知道如何對患者的行為作反應。
2. 得知診斷：在得知診斷後，照顧者會盡所有的努力及同理心來照顧患者，並且相信醫療與關愛能夠使疾病獲得痊癒。
3. 知道病情是永久存在：由於病程的起伏及復發，照顧者會有挫折、憤怒



與怨恨的負面情緒，尤其當照顧者認為患者沒有盡責使自己好轉時，對患者的照顧也顯現無奈與不耐、同情與關懷減少，但又擔心被患者知道而引發罪惡感。

4. 接受期：照顧者在無奈中理解疾病超過自身的控制範圍，家屬從中找到調適的平衡。

國內對精神疾患家屬的調適歷程研究中，也有類似的發現。施紅圭（2005）訪談9名長期收容機構慢性思覺失調症之父母，發現父母多半以「遇到了」來面對，而照顧罹病子女對父母而言是終生的勞務。父母照顧思覺失調症子女是有階段性的，且在每個階段照顧經驗也會隨著病程進展而有所變化，其將之分為四階段：

1. 生病初期：父母在此時經驗到兒女從正常到不正常，核心經驗是嘗試為子女的生病現象找解釋。
2. 開始治療期：父母確定心愛的兒女生病了，積極找尋各種治療的方法，也抱持著醫好的希望，此時會有與醫療體系互動經驗，同時父母也在尋找與兒女的病共存的策略。
3. 就醫之後：發現兒女的病情反反覆覆，也存在著許多疑問（在醫院不是好好的，怎麼一回家就復發），在經歷幾次起伏不定後，父母漸漸對醫療失去信心，開始接受這種病醫不好的事實，也放棄治療，此時父母開始出現失落、挫折、認命等反應。
4. 父母開始察覺到自己照顧能力隨著年齡的增長而終有極致的一日，使得父母開始擔心兒女的未來，因此會採取行動，替兒女安排「未來」。

家屬對精神障礙者的操煩不曾停歇，且在精神障礙者不同疾病階段有著不同的牽掛。每一位家屬隨著患者的病程，在各階段調適持續的時間也會有所差異。不論患者所在場域或照顧責任是否轉移，牽掛始終存在（蕭幸伶，1997）。也因此，在提供照顧者支持服務時，需考量到家屬的情緒狀態，李滄琳（2006）便指出，一些家屬輔導課程教導家屬以正向的態度看待精神疾病並肯定自己的努力，

但田野經驗卻發現家屬看待自己的照顧行動大多呈現「先否定才能肯定」，與課程目標不符。也就是說，在提供支持服務時，需尊重、依據家屬目前的態度，並以此為基礎給予合適的支持服務。

## 貳、精神康復者之主要照顧者支持服務

Williams (2003) 定義「照顧」為「在滿足兒童、失能老人與身心障礙者的需求時，所涉及的社會再生產過程」(引自王增勇、周月清，2004)。過去曾認為照顧是「愛的勞動」(a labor of love) (Finch & Groves, 1983)，不僅強調關愛的情感外，也包含勞動任務的付出與執行。但照顧工作中的關愛層面總是被提醒而忽略勞動與技術層面，使得照顧者與被照顧者之間的關係容易因照顧產生的權利失衡而受到傷害 (呂寶靜、陳景寧，1997；劉梅君，1997)，這種「認為愛可解決一切」的照顧者期待及在發現「愛不能解決一切」的失落及挫折現象，在精神疾病的家庭尤其明顯，林立寧 (2008) 分析 2001 及 2002 年的行政院衛生署執行之「全國長期照顧需要評估」研究計畫內的資料共 7630 對 65 歲以上個案及照顧者，研究結果顯示相較於無認知障礙的個案照顧者，個案的認知障礙確實為影響照顧者的整體負荷及各個負荷構面 (身體、情緒、關係、時間、財務等) 的顯著影響因子。呂寶靜、陳景寧 (1997) 及劉梅君 (1997) 均指出家庭照顧責任對照顧者的影響層面廣泛，現今對照顧者負荷的概念多延續 Hoenig & Hamilton (1966) 的界定，為「所有因病患疾病帶來之問題」並可區分為主觀負荷 (subjective burden) — 照顧者的情緒感受與態度及客觀負荷 (objective burden) — 對照顧者及家庭的影響。

王增勇及周月清 (2004) 整理 Kane & Penrod (1993) 及呂寶靜與陳景寧 (1997) 對照顧者的服務措施，包括：喘息服務以分擔照顧者的勞務及生理負荷、經濟補助以支援照顧者的經濟安全、針對家庭照顧者的直接服務 (包含諮詢、轉介、教育訓練及支持團體) 以分擔及支持照顧者的心理負荷、照顧者的就業保障以協助其維持社會參與，及對被照顧者的直接服務 (例如居家服務) 以間接分擔照顧者

的照顧責任。

2004 年才在社會福利推動委員會議中通過「家庭政策」但未具體推動，於 2007 年《身心障礙者權益保護法》第五章支持服務中第五十一條指出：「直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果辦理下列服務，以提高身心障礙者家庭生活品質...（1）臨時及短期照顧；（2）照顧者支持；（3）照顧者訓練及研習；（4）家庭關懷訪視及服務；（5）其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務」。至 2012 年公布《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第三條指出：「...服務措施應依需求評估結果，由直轄市、縣（市）主管機關自行或結合民間單位提供服務」。相較於早期療育、特殊教育等已有許多國內文獻整理家庭支持服務的內涵及探討，精神疾患照顧者之支持服務則較少提及。陳正芬（2013）指出中華民國家庭照顧者總會於 2011 年初步整理了台灣目前現有的家庭照顧支持服務，主要分為六大類：諮詢服務、專題講座、支持性團體、單次性活動、個案服務及喘息服務，並對服務內涵及改進之處加以討論。

周月清及王增勇、林麗嬋（2007）以結構式問卷探訪社區中智能障礙及精神障礙者之老年女性照顧者的照顧負荷及社會支持，研究量化結果顯示 50% 以上的精神障礙照顧者並不知道政府有提供有日間服務、機構及居家喘息服務、居家服務，且大多知道這些服務的精神障礙照顧者認為「不需要」而未使用，且發現精神障礙照顧者的照顧特殊性，例如家中失能人口多，但其社會支持卻低、有替代照顧人力但照顧負擔反而重、有遭受精神障礙者的肢體暴力者其生活品質的生理健康面向反而高，且經由精神障礙照顧者及實務工作者的焦點團體後，顯示現今社區精神醫療復健服務及資源仍然不足且片段及集中。在難以取得精神障礙者的信任之下，照顧者的照顧任務難以由福利服務所取代。吳肖琪（2008）在精神醫療資源整理時亦點出目前政府的補助仍以機構為高，造成社區服務的資源少且零碎，再加上各單位之間無法整合，使得政府雖極力宣導去機構化的理念，但目前之社區服務及福利措施仍無法滿足精神障礙照顧者的特殊性需求（周月清、王增勇、林麗嬋，2007）。



### 第三節 精神康復者之主要照顧者需求

精神康復者因症狀及慢性化因素，會對主要照顧者及其家庭產生影響，衍生出相對的需求。呂建德（2014）在討論我國社會福利提供方式之研究中，引用 OECD 對社會給付（social benefits）的定義：「指個人或家庭在遭遇某些事件(例如疾病)而產生特殊的需求（例如對其福祉有不利影響、所得損失、需要更多資源），由政府所提供的現金給付或實務協助」，而社會福利是以服務使用者的需求為依歸（Oliver,1983），以滿足使用者的需求為考量依據。因此對主要照顧者之支持服務需從照顧者需求脈絡來探討。本節從需求概念進行探討，進而瞭解精神康復者之主要照顧者之需求面向。

#### 壹、需求概念

1990 年英國國會所通過之國家健康服務與社區照顧法案（The National Health Service and Community Care Act）中描述照顧需求為：「使個人能達到、維持或促進其社會獨立及生活品質所產生的需要」。Given & Given（1995）指出當照顧者的需求與在提供照顧時所能得到之資源無法平衡時，便感受到負荷（burden）並會表現在生理、社會、情緒和經濟四方面（引自楊嘉玲、孫惠玲，2003）。

在社會福利需求評估的研究中，最常被引用的是學者 Jonathan Bradshaw（1972）及 Kettner（1990）所提出的需求概念，將需求分為四類：

1. 規範性需求（normative need）：指由專業人員、行政官員和實務工作者針對某一特定情境所界定的需求標準，此認定來自專家的經驗與知識，並可能根據專家的價值取向而有差異。
2. 感覺性需求（felt need）、認知性需求（perceived need）：指個體或主要人口群針對其問題所意識到而表達出來的需求，會受個人因素影響，對於是否感覺到需要某種服務因而有很大的差異。

3. 表達性需求 (expressed need)：指個人或主要人口群對於感覺性需求經轉化為行動來表示，即需求被界定為人們有需要被服務的部分。
4. 比較性需求 (comparative need)、相對性需求 (relative need)：此需求建立在公平概念上，指對接受服務者，針對某些特徵為基礎所做的比較來界定，當符合某些特徵卻未接受到同樣的服務，或其與一般人相互比較後所缺乏的，表示其是有需求的。

Kettner 等人 (1990) 指出可利用文獻探討分析、服務相關之統計數據 (表達性需求)、從資源提供者角度探索 (規範性需求)、及社區調查、公聽會/社區討論會 (感覺性/認知性需求) 等五種方式從事需求評估。而以感覺性需求/認知性需求及表達性需求才可視為服務使用者的主觀需求。若個案被定義為需要照護服務，而實際上也使用了服務，即被定義為「需要被滿足」(met needs)，反之沒有使用則被定義為「需要未被滿足」(unmet needs)；如果個案被評估為沒有需要，但個案實際上卻使用了照護服務，則被定義為「需要被過度提供」(overprovision) (Brewin et.al., 1988；Salokangas et.al., 1991)。

當主要照顧者能認知到其有哪些服務需求，而機構或社區資源服務中心能對其提供相應的支持服務，這是最有滿足性的做法。因此，若能以主要照顧者之感覺性/認知性需要作為瞭解的基礎，並以表達性需求作為提供服務的需求性評估，將有助於對主要照顧者提供支持性服務的有效規劃。

## 貳、精神康復者之主要照顧者需求

精神康復者因不同背景，以及疾病所帶來的生理、心理及社會改變，衍生出照顧者多元的需求，需由社會福利、精神醫療及勞政等各方面共同協助。從社區心理學及社會工作角度來界定問題時，認為個人與環境不適配或資源不協調是問題產生的主因，而當需求具有「行動」意義（也就是使用服務）時，也意味者這個行動是因應所處環境所要求的（Hill & Bramley, 1986）。因此在提供支持服務時，應先瞭解主要照顧者之需求，並提供符合其需求之服務，以滿足其需求、降低照顧者負荷感。社區照顧及復健的目的，除了增進康復者的功能外，也協助照顧者與康復者的互動及社會資源的使用，以達到適應社會的目標。因此要提供照顧者適合的支持服務，需先瞭解照顧者在照顧歷程中，所面臨之需求為何？

Bailey 和 Simeonsson (1988) 針對特殊需求兒童之家庭發展了家庭需求量表 (Family Needs Survey) 作為家庭需求評量的工具，並將家庭需求分成七個面向，分述如下：

1. 資訊需求：讓家庭能夠在取得資訊的情況下做出決定。例如：罹病者的情況、能取得之服務、病程及預後對罹病者的影響。
2. 家庭社會支持需求：親友、家人、社區等所提供之工具支持與心理支持。
3. 經濟需求：除基本生活花費外，在照顧罹病者過程中所需支出的額外費用，例如：就醫、復健或家庭經濟收入減少等。
4. 向他人解釋需求：面對周圍的親友、手足、社區鄰里或相似問題之同儕家庭等，如何回應其詢問的挑戰。
5. 照顧上需求：對專業照顧人員與機構的需求。
6. 專業支持需求：能與專業人員諮詢及討論罹病者之情況。
7. 社區服務的需求：能向相似問題之同儕家庭共同討論照顧技巧與方法。

Norbeck 等人 (1991) 藉訪談精神病患家屬，運用內容分析法，將主要照顧者需求分成四大類：(1) 情緒支持；(2) 回饋支持；(3) 訊息性支持；(4) 實質

性支持。Hatfield 和 Lefley (1987) 整理出精神疾患主要照顧者的需要包括：(1) 對患者的症狀有較好的瞭解；(2) 給予如何應付患者問題行為的建議；(3) 有機會能與類似問題的家屬交流；(4) 有時候能暫時休息不去擔心患者；(5) 找一個除了家以外，患者可以住的地方；(6) 親戚朋友能夠體諒；(7) 經濟問題可以緩解。

毛家齡 (1984) 歸納家屬希望知道的疾病訊息，包括：疾病的診斷、疾病的病因、症狀的確認、疾病復發的徵兆、疾病的預後，如何處理患者的特殊行為與社區可利用的諮詢及協助。黃佩玲 (1988) 整理過去的文獻，將家屬的需求分為：

(1) 對疾病的診斷、病因，包括心理、社會、生物方面的含意，及對症狀的確認、再發及預後的知識；(2) 處理患者特殊行為的技巧；(3) 期望能有人可以暫時取代來照顧患者；(4) 社區內提供可利用的資源及協助；(5) 希望能有人與之協談，可以緩和被孤立之感受；(6) 面對出院後可能出現的問題給予支持，並提供必要的知識。研究結果顯示，「疾病及治療的知識不足」為家屬感到壓力類別中最高的，壓力情境則以「以後沒有人可以照顧患者」最高。盧純華 (1991) 研究發現，在家屬支持性團體中常出現的主題以「如何照顧病人」最多，其次是「認識精神藥物與藥物副作用」、「病人的安置與慢性療養機構之認識」。家屬常提出的詢問主題包括：疾病進展、治療過程、症狀處理、服藥問題、病患對家庭之影響、工作適應與資源應用、社會功能之重建。家屬最關心的問題是關於精神疾病相關知識及處理技巧。

國內過去已有許多針對精神疾患主要照顧者需求的探訪及研究(如附錄二所示)，大多沿用社會支持理論來對照顧者的需求作分類。根據邱文彬 (2001) 對社會支持的整體回顧，將社會支持的功能分成：物質支持、情感性支持、訊息及建議、與環境的正性社會互動及給予尊重與肯定，且社會支持的提供的確能有緩衝壓力之效。Greenberg (1997) 整理出精神衛生專業人員能協助精神疾患家屬的三個面向：(1) 與家屬形成共同合作的夥伴 (collaborators) 以降低社會孤立，(2) 提供資訊與建議給家屬，使家屬對於照顧工作有更多的控制感，以降低無

助感，(3) 對精神疾病患者的直接服務，以暫時分擔家屬的勞務及減少壓力源。

由此可知，精神疾患主要照顧者的需求多集中於三個面向的討論：實質支持、訊息支持、心理支持，再加上跨面向的整合支持。研究者將國內精神疾患照顧者需求的實徵研究歸納如表 2-3.1 所示。以下將就實質支持（包含精神健康照護服務、社會照顧服務）、訊息支持（資訊及照顧者教育）、心理支持及整合支持（專業支持）六大類分別說明。

#### （一） 精神健康照護服務

在政府精神醫療衛生政策提倡去機構化的理念下，社區精神復健模式及社區心理衛生的概念應運而生。從民國 75 年（1986）行政院衛生署推廣全國精神醫療網計畫，並於民國 77 年（1988）試辦社區復健計畫，將精神疾患的治療計畫由長期收容轉為積極的社會復健，使患者能重返社會工作與生活。在近三十年的努力下精神醫療資源逐漸擴充，現今台灣精神醫療體系除了精神醫療院所服務，包含門診、急診、急性病床、慢性病床及日間留院，尚有社區精神復健機構的設置及其他相關服務，包含日間型社區復健機構（社區復健中心）、住宿型社區復健機構（康復之家）、居家治療、精神護理之家、社區心理衛生中心的個案追蹤、資源整合轉銜服務、精神疾病防治宣導及諮詢等、和社區關懷計畫，及結合勞政單位的身心障礙者就業方案，由就業輔導員協助身心障礙者的就業轉銜，包含一般性就業服務、支持性就業服務及庇護性就業服務。精神健康照護服務的對象雖為精神疾病患者，亦能減緩照顧者的生理負荷及暫時移除壓力源

（Greenberg,1997），達到勞務性分擔的效果。

過去的文獻中發現，照顧者對精神健康照護服務的需求項目多集中在社區精神復健機構（日間型/住宿型—康復之家）（劉雅惠，1995；崔秀倩等，1998；李姿瑩等，2000；李錦彪，2003；夏慧玲，2007；黃雅雪，2007）、就業訓練及轉銜（黃梅羹，1985；劉杏元，1994；劉雅惠，1995；劉玟宜，1996；崔秀倩等，1998；李姿瑩等，2000；李錦彪，2003；夏慧玲，2007）和對患者未來的安置處



所(慢性病床、精神護理之家)(黃梅羹,1985;沈志仁等,1993;劉杏元,1994;劉玟宜,1996;崔秀倩等,1998;李姿瑩等,2000;李錦彪,2003、吳錦喻;2006、夏慧玲,2007;黃雅雪,2007)有極大的需求。由於其在需求的排序中往往列居高位(劉玟宜,1996;李姿瑩等,2000),以致常常讓精神醫療人員誤判照顧者對精神健康照護服務的需求排序(劉杏元,1994)。然而吳肖琪(2003)分析健保申報資料中的數據卻發現社區復健機構的使用率仍低。由於目前政府補助仍偏機構式服務(吳肖琪,2008),使得社區精神醫療復健服務仍舊片段而無法整合,而且多集中於都會區,服務的可近性及合適性均不足(王增勇、周月清,2004),形成目前服務使用率低卻仍有高需求。

另一方面照顧者在精神健康照護服務的需求為:協助發病的患者就醫(李姿瑩等,2000;吳錦喻,2006;夏慧玲,2007)、緊急狀況的處置人力(許樞文,1995;劉玟宜,1996;吳錦喻,2006;夏慧玲,2007)及門診、急診服務(夏慧玲,2007;黃雅雪,2007)。由於精神疾病的症狀造成患者認知及思考扭曲,就醫過程常出現家人與患者互峙的場景(洪千慧,2006)或有自傷、自殺、暴力及破壞等危險行為,均帶給照顧者及家庭成員不小的負擔(韓國菁,2010)而需相關單位提供人力協助。

## (二) 社會照顧服務

過去照顧者常被視為照顧資源的一部份而未被視為需協助的案主(呂寶靜,2005),或隨被照顧者而共同開案(王增勇,2011)。呂寶靜(2001)曾將家庭照顧者福利措施分為:勞務性支持、心理性支持、經濟性支持及就業性支持。由文獻中可得知,精神疾患照顧者由於患者的疾病需額外支付相關醫療及復健、安置費用,使得照顧者對經濟補助始終有一定程度的需求(沈志仁等,1993;劉雅惠,1995;許樞文,1995;崔秀倩等,1998;李姿瑩等,2000;李錦彪,2003;吳錦喻,2006;黃雅雪,2007),且希望能有法令容許照顧者指定一筆特定的金錢財產留給家中的患者使用,直到患者往生(吳錦喻,2006)。鄭若瑟(2010)採用

焦點團體模式訪問患者及照顧者時亦發現兩者均擔心患者未來的生活經濟來源：由於疾病的污名使雇主擔心而未錄取康復者，患者亦因疾病及就業方案零散的影響而在就業過程中遭受許多困難與挫折（沈詩涵，2008）。目前雖有身心障礙者的相關經濟補助及特別照顧津貼，卻仍有需取得身心障礙手冊的門檻及以家戶為計算單位作為資產調查的依據，使得經濟補助仍無法滿足照顧者的需求（周月清、朱貽莊，2011）。照顧者因照顧工作使得原本的職業生活也受到干擾，選擇職業受限於時間及地點、也因為勞力的耗損使工作表現不佳而間接影響與雇主及同事的關係（潘暉晨，2013），從內政部民國 100 年「身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告」中可得知，51.2%的慢性精神疾病患者的家庭呈現支出大於收入的情形（內政部統計處，2010）。

精神康復者之照顧者對於居家服務及喘息服務的需求過去文獻中均有被提及（沈志仁等，1993；劉雅惠，1995；許樞文，1995；李姿瑩等，2000；吳錦喻，2006；夏慧玲，2007；黃雅雪，2007）。台灣對身心障礙者的家庭支持方案與措施直至 2004 年才在社會福利推動委員會議中通過「家庭政策」但未具體推動，直至 2007 年才在《身心障礙者權益保障法》中修正通過，明列家庭支持服務的具體項目包含：臨時及短期照顧、照顧者支持、家庭托顧、照顧者訓練及研習等服務（第 51 條）。至 2012 年才公布《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》，身心障礙者家庭對喘息服務及居家服務仍是有需求而少有服務提供，再加上資源有限、照顧者及家庭對照顧責任的態度使得服務使用率偏低外（陳正芬，2013），周月清等（2007）訪談社區中之精神疾患老年女性照顧者及夏慧玲（2007）、葉人豪（2007）及黃雅雪（2007）分別針對精神分裂症及躁鬱症患者之照顧者對居家服務及喘息服務的需求時發現，大多數照顧者不知道政府有提供此服務，而未使用的原因包括費用考量、申請手續麻煩、相信一切都該靠自己及照顧工作難以替代等，顯示精神疾患照顧者之勞務性替代服務，因為精神障別的特殊性無法以其他身障或老人的照顧者勞務性替代服務方案直接應用。

### (三) 資訊支持

資訊支持為精神疾患照顧者需求議題中討論最多的項目，包括疾病的相關知識（黃梅羹，1985；沈志仁等，1993；劉杏元，1994；劉雅惠，1995；許樞文，1995；曾錦花，1996；劉玟宜，1996；許敏桃等，1998；李姿瑩等，2000；沈淑華等，2005；黃雅雪，2007）及患者出院後的社會資源（劉杏元，1994；曾錦花，1996；劉玟宜，1996；李姿瑩等，2000；李錦彪，2003；沈淑華等，2005；吳錦喻，2006）。Birchiwood, Smith, 與 Cochrane（1992）的研究發現照顧者在得到關於疾病的知識後，對照顧工作有較大的控制感。Mishel（1988）描述疾病產生的不確定感（uncertainty）是一種感受與認知的經驗，它來自於個人缺乏足夠的線索來建構、分類發生的事件，或事實、事件的價值無法界定，無法預測結果，再加上精神疾病的不確定性較一般生理性疾病來得多（Frank,1999），許多照顧者受苦於無法預期未來的慌亂中，不知疾病何時會發生、何時會復發，不確定治療的結果是否有效，也不確定康復者復原的程度（Baier,1995），更無法預測康復者與疾病共存後的人格改變，也擔心危機事件的爆發，如：破壞、攻擊、口頭威脅、自殺行為、威脅自殺、攻擊朋友或鄰人、攻擊任何不特定的人、司法案件、偷竊等（莊明敏等，1995），常常造成家屬認知的支持體系侷限於康復者發病時或出事時的支援人力，也對社區緊急醫療系統的支援網路的訊息需求高（洪千慧，2006），卻也發現對法律強制送醫的定義模糊、複雜的服務體系，造成照顧者使用上的困難及無力（黃雅雪，2007）。黃佩玲等（1991）研究發現出院精神疾患照顧者的居家經驗之負荷的產生，主要來自於面對患者病程及康復感到無法預測及掌握所致。在近來的研究也發現，家屬表達希望能在患者罹病初期及早得到精神疾病相關資訊，以及早尋求協助的需求（吳錦喻，2006；陳敏瑜，2008）。顯示精神疾病的相關訊息應再廣為流傳，以達到及早發現及早治療的目標。

一般大眾對於精神疾病的資訊來源仍以大眾傳播媒體為主，但其提供之資訊內容多有歧視及誤解。管中祥、戴伊筠、王浩均、陳雅萱（2010）從台灣四家主



要報紙有關精神障礙的新聞中，發現媒體對精神疾患的描述常呈現暴力與犯罪、無能與無知、可笑滑稽，並有無法預測及控制的特質。Goffman (1963) 指出有三種人可能成為精神疾病的見證者(witness):最親密的人(通常是患者的親人)、抱怨者(對患者的行為反應提出抱怨)及仲裁的人(例如警察、教師等)(引自蔡友月,2012)。但在周圍的人察覺患者的不同時,可能誤以為是青少年的叛逆、對醫療體系的陌生(洪千慧,2006)、先使用民俗療法處理及對患者的行為予以否認及忽略(Lefley,1996; Raymond,1975),嘗試找外在事件來歸因解釋(王舒慧,2013;施紅圭,2005),而未積極就醫。因此,通常患者在就醫前,家屬已與患者掙扎受苦了一段時日。

對於患者到底發生了什麼事,是所有精神疾患家庭初次面對精神疾病時想獲得的答案,此時診斷的說明、藥物的相關知識及副作用、患者接下來的治療計畫、將來可以復原的程度、患者目前的人格、情緒及智能狀態、相關福利等訊息,均是家屬迫切想瞭解的(毛家舫,1984;沈淑華、沈秀娟、張達人和顏妙芬,2005;沈志仁,1993;呂慧蘭,2006;曾錦花,1998;黃佩玲,1988),卻因複雜的因素,例如醫療人力的不足、專業人員視家屬為致病的導因、家屬認為專業人員蒐集資料期間是指責、家屬對專業人員精神醫學專有名詞的解釋難以理解等,而未得到清晰的解答,由此衍生出照顧者的另一項衛教需求:如何與專業醫護人員討論病情(沈淑華等,2005)。

預防復發為患者及照顧者關注的議題,家屬表達對疾病復發徵兆的辨識、症狀與藥物副作用的分辨、協助患者持續服藥,及因應疾病慢性化所需的復健設施(如社區復健機構、康復之家、日間留院、就業輔導、庇護工廠及會所模式等)之功能與進行方式的認識與管道,使家庭成為患者的支持環境。

#### (四) 照顧者教育

照顧者在面對精神疾病的照顧工作常感到難以理解及充滿挫折(黃碧琴,1995)。Lefley (1996)認為精神疾患照顧者並未有心理準備,也沒有足夠的照

顧訓練，患者的照顧責任對於照顧者來說是極大的衝擊及負荷。過去文獻中照顧者表達希望得到的訊息以協助照顧工作，包括疾病的處置及因應技巧（沈志仁等，1993；劉杏元，1994；劉雅惠，1995；許樞文，1995；劉玟宜，1996；許敏桃等，1998；李姿瑩等，2000；李錦彪，2003；沈淑華等，2005；吳錦喻，2006）、協助照顧者面對康復者生病的事實，以達到調適及自我成長（沈志仁等，1993；許敏桃等，1998；李錦彪，2003；沈淑華等，2005），及能加強家庭內的支持力量減少衝突，共同討論康復者的相關安排（沈志仁等，1993；劉杏元，1994；劉雅惠，1995；許樞文，1995；許敏桃等，1998；李錦彪，2003；沈淑華等，2005）、編制成手冊或書籍（黃梅羹，1985；曾錦花，1996）提供翻閱。

#### （五） 心理支持

由於一般大眾對於精神疾病的資訊來源仍以大眾傳播媒體為主，但其提供之資訊內容多有歧視及誤解，照顧者除了需面對照顧工作的挫折，更大的壓力其實來自於社會的奇異眼光與道德期待及要求。社會學家 Goffman (1963) 指出精神疾病的烙印屬於「個人特質的瑕疵」(blemishes of individual character)，再加上過去曾將家庭情緒表露 (expressed emotion, EE) 及家庭動力失衡視為精神疾病的發生因素 (Lefley, 1989)。在華人文化中精神疾病的發生被視為是「行為不檢」需矯正其思想及行為、家人無法管束或神明懲罰、祖先詛咒 (林宗義、林美貞，1996)，大多數的人仍相信「是父母不對才把孩子弄成這樣」(Brenheim & Lehman, 2004; 郭葉珍譯，2004)，以致照顧者多有憂鬱心情。多數探討精神疾患照顧者之心理支持，照顧者表示希望能被理解、體諒及接納 (沈志仁等，1993；劉雅惠，1995；劉玟宜，1996；李姿瑩等，2000；李錦彪，2003)、與同有精神疾病患者的照顧者分享照顧經驗 (沈志仁等，1993；劉雅惠，1995；李姿瑩等，2000；李錦彪，2003；吳錦喻，2006；夏慧玲，2007)、及能夠心理協談 (吳錦喻，2006) 或參與照顧者聯誼、社交活動 (黃梅羹，1985；崔秀倩等，1998；夏慧玲，2007) 以緩和被孤立的心情。

## （六） 專業支持

雖然精神康復者有《精神衛生法》的醫療保障、《身心障礙者權益保護法》的相關社會福利照料及勞政單位的就業補助方案，但目前在橫向聯結上仍舊零散無法整合。周月清等（2007）的實務工作者焦點團體記錄中便提到，目前《精神衛生法》未明確的扮演個管角色，資源的開發與結合不足，使得服務使用者難以一次購足所有所需服務（鄭若瑟，2010），且由於精神障礙的特殊性，難以以其他障別的服務模式加以應用，使得精神康復者的社會權益及福利往往被忽略而只著重在醫療處置。專業權威性在華人社會中普遍存在，照顧者期待專業工作者能告訴其發生什麼事與該如何做（Yip,2004），許多家屬表達出需要專業人員或機構窗口能夠諮詢照顧上的疑惑（黃梅羹，1985；曾錦花，1996；劉玟宜，1996；李姿瑩等，2000；夏慧玲，2007）。近年來在許多實務工作者的努力下（鄭舒文，2006）家屬的充權（empowerment）概念正逐漸被倡導及廣為宣傳，照顧者多期待能夠參與患者的醫療照顧決策（劉杏元，1994；劉雅惠，1995；李錦彪，2003）、由個案管理員協助其運用社會資源（沈志仁等，1993；許樞文，1995；李姿瑩等，2000；黃雅雪，2007）及充權行動（黃梅羹，1985；周月清、王增勇、林麗嬋，2007）。

近期，衛生福利部補助各地社區復健機構辦理「社區關懷訪視計畫」，在《身心障礙者家庭照顧者服務》中亦明列「家庭關懷訪視」為服務項目，在以家庭為中心的關懷訪視之下，照顧者期望能獲得相關資源聯結、減少社會孤立及建立關係，以協助康復者走入社區活動（許樞文，1995；夏慧玲，2007）。

表 2-3.1 國內精神康復者主要照顧者之需求歸類

功能	項目	內容	文獻歸納
實質支持	精神健康 照護服務	協助就醫的單位及人力	李姿瑩等 (2000)、吳錦喻 (2006)、夏慧玲 (2007)
		協助緊急狀況的單位及人力	許樞文 (1995)、劉玟宜 (1996)、吳錦喻 (2006)、夏慧玲 (2007)
		門診服務	夏慧玲 (2007)
		急診服務	夏慧玲 (2007)、黃雅雪 (2007)
		居家治療服務	劉雅惠 (1995)、李姿瑩等 (2000)、吳錦喻 (2006)、黃雅雪 (2007)
		(社區) 復健機構	劉雅惠 (1995)、崔秀倩等 (1998)、李姿瑩等 (2000)、李錦彪 (2003)、夏慧玲 (2007)、黃雅雪 (2007)
		就業訓練及轉銜	黃梅羹 (1985)、劉杏元 (1994)、劉雅惠 (1995)、劉玟宜 (1996)、崔秀倩等 (1998)、李姿瑩等 (2000)、李錦彪 (2003)、夏慧玲 (2007)
		安置處所	黃梅羹 (1985)、沈志仁等 (1993)、劉杏元 (1994)、劉玟宜 (1996)、崔秀倩等 (1998)、李姿瑩等 (2000)、李錦彪 (2003)、吳錦喻 (2006)、夏慧玲 (2007)、黃雅雪 (2007)
	社會照顧 服務	經濟補助	沈志仁等 (1993)、劉雅惠 (1995)、許樞文 (1995)、崔秀倩等 (1998)、李姿瑩等 (2000)、李錦彪 (2003)、吳錦喻 (2006)、黃雅雪 (2007)
		喘息服務	沈志仁等 (1993)、劉雅惠 (1995)、許樞文 (1995)、李姿瑩等 (2000)、吳錦喻 (2006)、夏慧玲 (2007)、黃雅雪 (2007)
		居家服務	沈志仁等 (1993)、劉雅惠 (1995)、夏慧玲 (2007)、黃雅雪 (2007)
訊息支持	資訊	疾病相關知識	黃梅羹 (1985)、沈志仁等 (1993)、劉杏元 (1994)、劉雅惠 (1995)、許樞文 (1995)、曾錦花 (1996)、劉玟宜 (1996)、許敏桃等 (1998)、李姿瑩等 (2000)、沈淑華等

		(2005)、黃雅雪(2007)
	患者出院後的社會資源	劉杏元(1994)、曾錦花(1996)、劉玟宜(1996)、李姿瑩等(2000)、李錦彪(2003)、沈淑華等(2005)、吳錦喻(2006)
照顧者教育	疾病處置及因應技巧	沈志仁等(1993)、劉杏元(1994)、劉雅惠(1995)、許樞文(1995)、劉玟宜(1996)、許敏桃等(1998)、李姿瑩等(2000)、李錦彪(2003)、沈淑華等(2005)、吳錦喻(2006)
	手冊、書籍宣導	黃梅羹(1985)、曾錦花(1996)
	照顧者自我成長與調適	沈志仁等(1993)、許敏桃等(1998)、李錦彪(2003)、沈淑華等(2005)
	加強家庭支持及輔導	沈志仁等(1993)、劉杏元(1994)、劉雅惠(1995)、許樞文(1995)、許敏桃等(1998)、李錦彪(2003)、沈淑華等(2005)
情緒支持	心理支持	
	被理解及體諒、接納	沈志仁等(1993)、劉雅惠(1995)、劉玟宜(1996)、李姿瑩等(2000)、李錦彪(2003)、
	社會參與	黃梅羹(1985)、崔秀倩等(1998)、夏慧玲(2007)
	家屬團體	沈志仁等(1993)、劉雅惠(1995)、李姿瑩等(2000)、李錦彪(2003)、吳錦喻(2006)、夏慧玲(2007)
	心理協談/諮商	吳錦喻(2006)
整合	專業服務	
	參與醫療照顧決策	劉杏元(1994)、劉雅惠(1995)、李錦彪(2003)
	諮詢	黃梅羹(1985)、曾錦花(1996)、劉玟宜(1996)、李姿瑩等(2000)、夏慧玲(2007)
	關懷訪視	許樞文(1995)、夏慧玲(2007)
	資源整合	沈志仁等(1993)、許樞文(1995)、李姿瑩等(2000)、黃雅雪(2007)
	充權行動	黃梅羹(1985)



## 第四節 影響精神康復者主要照顧者需求之相關因素

有關於精神康復者主要照顧者之需求相關研究，因不同年代及研究變項不同，使主要照顧者對於相關支持服務有不同需求。茲將主要照顧者之需要的影響因素，以康復者背景變項（性別、年齡、診斷別、初發時間及住院次數）及主要照顧者背景變項（性別、年齡、教育程度、與康復者關係、照顧年數及經濟狀況）二層面進行探討。

### （一） 精神康復者背景變項

#### 1. 性別

過去的研究大多未發現精神康復者的性別對照顧者需求的影響及差異。劉杏元（1994）、曾錦花（1996）及陳敏瑜（2008）的研究均指出精神康復者的性別與照顧者的需求無統計上的顯著差異。

#### 2. 年齡

劉杏元（1994）及陳敏瑜（2008）的研究均指出精神康復者的年齡，與照顧者的需求無統計上的顯著差異。

#### 3. 診斷別

崔秀倩等（1998）認為過去的研究認為精神分裂症（現稱思覺失調症）因復發率較高、患者社會功能退化較多，因此較雙極性情感疾病（躁鬱症）花費的社會成本較高。但研究在比較思覺失調症患者及躁鬱症患者照顧者的需求及負荷後，發現除了思覺失調症患者家屬的復健資源需求強度略高於躁鬱症患者的家屬外，其他各項需求間、整體負荷上兩組皆未達統計上顯著差異，因此建議不應將躁鬱症視為較思覺失調症輕型之疾病，而在疾病說明及治療上有所差異。

#### 4. 初發時間：

由精神康復者的初發時間及年齡可推算其生病時間。研究中發現精神康復者發病時間越長，照顧者越不需要訊息支持（李錦彪，2003），



與呂慧蘭（2005）的研究結果發現康復者發病年數較短，照顧者的資訊需求、實質需求較高相呼應，顯示精神康復者生病時間越長，照顧者對康復者的疾病處置較為熟悉，因此對訊息需求的強度較患者初發時低。

#### 5. 住院次數：

沈志仁（1993）研究發現康復者發病次數越多，照顧者越需要「社會性支持」。李錦彪（2003）指出康復者住院次數越多，照顧者實質需求越高。陳敏瑜（2008）的研究認為康復者住院次數越多，越需要「照顧患者的相關協助」及將來安置機構、與患者溝通、經濟補助，在整體需求也較高。但劉杏元（1994）研究發現康復者住院次數越少，越需要「訊息性支持」。綜合上述，康復者住院次數越多，可能代表康復者的疾病狀況較差，因此照顧者對社會資源、安置處所等實質需求較高；住院次數多，照顧者接觸精神醫療人員的機會可能也較多，較容易向專業人員詢問相關訊息。

### （二） 主要照顧者背景變項

#### 1. 性別

劉政宜（1996）及陳敏瑜（2008）的研究指出照顧者的性別與需求程度無統計上的顯著差異。吳錦喻（2006）的研究則發現女性有較高「照顧者被支持感」與「媒體資訊」需求。

#### 2. 年齡

照顧者的年齡越年輕，越需要「心靈支持及生活協助」（沈志仁，1993）、訊息支持及參與患者治療照顧（劉杏元，1994）、整體訊息需要程度越高（曾錦花，1996）、越需要疾病與照顧方法訊息需求（劉雅惠，1995）、「照顧患者相關協助」與「照顧者被支持感」需求較高（吳錦喻，2006），劉蓉台（1982）認為照顧者越年輕，學習動機越強，對於照顧訊息的需要越強烈。在吳錦喻（2006）的研究中，由於測量的是照顧者

對康復者的長期照護需求，而照顧者越年輕可能代表與康復者的關係為手足，因而較需要實質性協助及心理支持。

而照顧者年齡越大，越需要「實質性支持」(劉玫宜，1996)、越不需要訊息支持(李錦彪，2003)，黃佩玲(1988)認為因年齡越大者越會使用聽天由命的因應方式，因此較不會積極尋求訊息來參與患者的治療及照顧。

陳敏瑜(2008)的研究則指出照顧者的年齡與照顧需求無顯著相關。

### 3. 教育程度

文獻指出，照顧者教育程度越高，訊息支持需求較高(劉杏元，1994；曾錦花，1994)、媒體資訊(吳錦喻，2006；陳敏瑜，2008)、整體需求程度越高(劉雅惠，1995；劉玫宜，1996)。許敏桃等(1998)、沈淑華等(2005)的研究均發現照顧者教育程度較高者，對「處理因疾病所帶來之心理、社會改變」需求較高，尤其是因應社會對疾病的烙印需求，對「疾病之適應及處置需求」較高(沈淑華等，2005)。黃佩玲(1988)認為教育程度越低，越會使用聽天由命因應行為。顯示照顧者的教育程度越高，越有動機及能力去爭取相關資訊，並對重獲規律生活有較強烈的需求(沈淑華等，2005)。

### 4. 與康復者關係

社區精神康復者照顧者以父母較多(Yeh, Hwu, Chen, Chen & Wu, 2008)，尤以母親佔多數。研究指出，照顧者與康復者之關係為手足者，訊息支持需求高於父母(劉杏元，1994)、整體需求高於配偶(李錦彪，2003)、對「對疾病之適應及處置的需求」較高(沈淑華等，2005)。Berheim(1991)認為，手足及子女因擔心疾病遺傳性，對疾病訊息需求較高。吳錦喻(2006)及陳敏瑜的研究也發現，照顧者與康復者關係非父母者，對「媒體資訊需求」較高。

曾錦花(1996)的研究則指出照顧者與康復者的關係，與照顧者的

訊息需要未有統計上的顯著差異。

#### 5. 照顧年數

沈志仁（1993）的研究指出照顧年數越短的照顧者在「希望獲得疾病及照顧方法相關訊息」的需求程度較高，與劉杏元（1994）的研究指出照顧者之照顧時間越短，訊息支持需求越高結果相似。顯示照顧時間越久，經驗累積越多較能處理患者情況（曾錦花，1996）。陳敏瑜（2008）的研究則指出照顧者的照顧年數與需求無顯著相關。

#### 6. 經濟狀況

劉杏元（1994）的研究指出，家庭收入越高，照顧者越需要訊息性支持，越不需要實質支持，與吳錦喻（2006）及陳敏瑜（2008）認為照顧者認為家庭收入越足夠，越需要媒體資訊的結果相類似。劉雅惠（1995）研究也發現，經濟負擔越重，照顧者整體需求越高，且社會資源需求越高。

## 第五節 服務使用之障礙因素

精神康復者之照顧有其特殊性（周月清等，2007），因此在使用服務時不可避免的會受相關因素的影響而未使用，且影響服務輸送資源運用的預期效益。呂寶靜（2001）整理 Gates et al.（1980）及 Yeatts et al.（1992）在服務使用流程可能遇到的障礙，認為「缺乏知識」或「缺乏知識、認知、動機」是使用服務的首要障礙，換言之，當精神康復者及其照顧者有覺知到外在服務的需求，才會有動機去尋求資源，但精神疾病的污名結果通常為阻礙精神康復者及其照顧者使用資源首要障礙，Corrigan（2004）認為污名（stigma）確實會影響人們使用精神健康照顧服務而無法獲得服務對自己的協助，包括因公眾污名（public stigma）而減少與社會的接觸，及因自我污名（self-stigma）而減少自我揭露的機會，形成惡性循環（Sartorius and Schulze，2005），不僅增加個體的壓力，更加深污名的效果而產生更多的負向情緒及減少或拒絕外在資源的介入。再加上華人文化下，家庭使用正式資源（或正式資源介入家庭）本就較被排斥（王國羽等，2012），因此精神康復者及其照顧者服務使用過程，相關障礙因素為服務提供者亟欲移除或解決的目標。

過去文獻（林萬億，2010；呂寶靜，2001；張艾寧，2007；林佳儒，1997）對服務使用障礙的探討多從服務提供端輸送障礙因素及個人服務使用端的障礙因素兩方面討論，整理說明如下：

### 一、個人使用服務的障礙因素：

1. 個人認知因素：個人需意識到問題的存在、知覺並表達出需求，然因自身無法處理而向外求助，通常會先求助非正式社會網絡成員（包括父母、親戚、朋友、鄰居等），且這些非正式社會網絡成員扮演重要聯結、轉介服務資源使用的角色（林萬億，2010），包括缺乏求助動機、不認為有使用服務需求、對服務內容不清楚、不知道如何申請、認為服務對

康復者病情無益或不符合需求、認為康復者使用資格不符（林佳儒，1997；陳佳君，2003）

2. 心理及社會因素：擔心使用服務後帶來附加的污名效果、擔心會對外界（周遭親朋好友及社會大眾）揭露自己沒有能力處理問題或遭外界歸因為問題的原因、擔心自己照顧者的角色會被正式服務提供者所取代，而認為所有的一切都該靠照顧者自己、不想讓他人知道有使用該服務。
3. 性別因素：過去文獻皆發現女性較容易成為照顧者的角色，王芬蘭（2009）的在訪問精神疾患家庭照顧者產生過程時亦發現，男性成為照顧者的共同因素為「家中女性不適任照顧者角色」，使得女性常因成為照顧者後而陷入低薪工作、貧窮、減少社會參與（呂寶靜，1997），或因與精神康復者關係較緊密而產生較多的衝突（周月清等，2007），使得女性的服務需求較男性高卻少向外求助（林萬億，2010）。

## 二、服務提供端的輸送障礙因素

1. 資訊障礙：資訊的缺乏包括不知道有該服務、沒有得知資訊的管道及專業知識的解說艱澀難以吸收。精神健康照護服務始終有專業與精神康復者及家屬之間知識權力不對等的情形（王芬蘭，2009），王芬蘭（2009）在訪問精神疾患家屬時也發現照顧者對精神醫療系統的抱怨為「不主動提供資訊」，當家中生病成員出院後回到社區，照顧者卻發現難以接觸專業人員獲取相關照顧知識及資源申請管道（鍾佳伶，2010），也間接促使家屬自助團體的形成（鄭舒文，2006）。
2. 服務提供可近性的障礙：包括到達服務單位的能力負擔（例如：交通時間和費用）、使用服務需額外費用或費用太高無法負擔、服務不普及或不易獲得（例如：申請過程手續困難、曾申請但因資格不符而未獲准、評估後發現可用資源不足、服務等待時間過長），城鄉差距等。



### 三、其他因素

1. 代理人角色情境障礙：照顧者在服務使用過程中，面臨服務案主/受益人為精神康復者，需考慮包括精神康復者的意願、精神康復者的交通能力是否足以前往，及相關照顧教育課程及壓力紓解服務家中其他成員不願意參與或支持。
2. 語言或文化的障礙：服務提供者缺乏對不同文化的敏感度、申請者看不懂文宣等

服務使用的障礙因素，會因服務的類型、服務使用者、服務提供者、服務輸送方式或使用者障礙的類別而有所不同。





### 第三章 研究方法

本研究主要探討目前社區精神康復者其主要照顧者之支持服務需求與資源使用現況，藉此瞭解需求與獲得服務情形及差異，分析主要照顧者背景變項、精神康復者背景變項與需求、使用現況之相關情形，並探討主要照顧者使用支持服務的障礙因素。本研究以問卷調查法（questionnaire survey）進行資料蒐集，針對台灣地區社區慢性精神康復者之主要照顧者進行研究。本章分別就研究架構、研究問題與假設、研究流程、研究對象、研究工具及資料處理，加以說明。

#### 第一節 研究架構

根據前述之研究背景與動機、研究目的與問題及文獻探討的結果，本研究將採自編之「社區精神康復者之主要照顧者的支持服務需求與獲得現況調查問卷」為研究工具，將主要照顧者的支持服務需求分為：資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持、心理支持六大類；主要照顧者所獲得的支持服務根據以上需求分為：資訊支持服務、精神健康照護支持服務、照顧者教育支持服務、社會照顧支持服務、專業支持服務、心理支持服務六大類。

本研究除調查主要照顧者的支持服務需求與獲得服務的現況之外，亦探究主要照顧者的各背景變項（性別、年齡、教育程度、與康復者之關係、照顧時間、經濟狀況）及精神康復者的各背景變項（性別、年齡、診斷別、初發年齡）對照顧者的支持服務需求及獲得服務現況之影響。此外亦將探討主要照顧者在支持服務的各向度之需求與獲得服務現況之差異情形，及主要照顧者使用支持服務之障礙因素。

## 第二節 研究問題與假設

依據本研究之研究目的、文獻回顧及研究架構，提出以下研究問題與假設：

問題一：社區精神康復者之主要照顧者對其支持服務的需求及其優先次序為何？

- 假設一：精神康復者與主要照顧者之各種背景變項，在主要照顧者的各種支持服務需求程度有差異。

問題二：社區精神康復者之主要照顧者對支持服務的獲得現況及其優先次序為何？

- 假設二：精神康復者與主要照顧者之各種背景變項，在主要照顧者獲得的各種支持服務程度有差異。

問題三：社區精神康復者之主要照顧者對各種支持服務的需求及獲得之差異情形為何？

- 假設三：主要照顧者在各種支持服務之需求與獲得服務間有顯著差異存在。

問題四：社區精神康復者之主要照顧者使用支持服務的障礙因素為何？

- 假設四：主要照顧者在使用各種支持服務的障礙因素不同。

### 第三節 研究流程

為達成研究目的，研究者擬定研究流程。茲分述各工作項目如下：

#### 壹、 文獻回顧

研究者著手蒐集與閱讀精神康復者之主要照顧者相關文獻以釐清研究方向，並透過研究者之相關精神科見習、實習經驗，及參與社區精神復健機構與康復之友協會之衛教課程、家屬團體，經與指導教授討論後確立研究主題，進而將閱讀之文獻整理分類，並著手撰寫研究計畫。

#### 貳、 研究工具的編制

1. 編制研究工具：研究者根據研究目的與文獻資料，並參考相關問卷，確立內容架構及編制問卷初稿，經與指導教授討論，邀請口試委員、社區精神復健機構及協會之實務工作者協助審核以建立內容效度。
2. 進行預試施測：將編定完成之正式問卷進行預試，以立意取樣抽取 10 位主要照顧者進行預試，並將預試問卷回收資料進行信度分析。
3. 形成正式問卷：依據預試資料所得之分析資料進行修改，以形成正式問卷。

#### 參、 研究對象確認及施測

本研究針對社區精神康復者之主要照顧者為研究對象，進行問卷發放及回收，施測時間為民國 104 年 4 月至 6 月。

#### 肆、 資料分析及撰寫論文

將回收之正式問卷篩選出有效問卷後，將問卷資料編碼登錄，以 SPSS 18.0 統計套裝軟體進行統計分析。並將分析結果進行歸納與討論，提出研究結論與建議。



#### 第四節 研究對象

本研究欲探討目前台灣地區社區慢性精神康復者之主要照顧者支持服務需求與服務獲得之現況，故以社區精神康復者之主要照顧者為研究對象。參考宋麗玉（2002）對社區精神疾患的照顧者研究樣本選取定義，針對本研究之研究目的進行修改，擬以符合下述條件之精神康復者的主要照顧者為研究對象：

1. 精神康復者為經過精神醫療單位診斷為重大精神疾病（包括思覺失調症、躁鬱症及重鬱症等），為避免樣本差異太大而污染研究結果，精神康復者不包含精神官能症患者、藥物/物質濫用者、失智症患者及人格疾患者。
2. 主要照顧者需參與精神康復者之就醫歷程，並擔任其主要生活照顧或聯繫之家屬。

採立意取樣（Purposive Sampling）的方式招募社區精神康復者之主要照顧者進行調查，並透過滾雪球（Snowball Sampling）的方式，邀請照顧者介紹其他家屬團體以取得樣本。以提供精神康復者及家屬服務之社會福利機構及家屬團體為主要樣本來源，包括台北市康復之友協會、新北市康復之友協會、台北市心生活協會、台灣家連家精神健康教育協會、台中市康復之友協會等。康復之友協會在康復之友聯盟的指導下，致力於為精神康復者及其家屬爭取權益與福利，並接受政府委託辦理有關精神康復者的各種業務（例如：就業服務、社區復健服務、照顧者支持服務等）。台灣家連家精神健康教育協會則以精神障礙者家屬為關注對象，舉辦精神康復者家屬教育相關課程、支持團體，期望透過照顧者的持續學習以達到自助、助人的目標。

本研究由研究者前往上述單位，於家屬教育課程及其自助團體進行時向受試者說明研究目的、問卷內容簡介及進行方式，並強調問卷匿名及保密原則，於取得主要照顧者的同意後發放問卷，由精神康復者之主要照顧者填寫問卷。收案期間自民國 104 年 4 月至 6 月止。總發放問卷 120 份，有效回收問卷 82 份，有效回收率 68.3%。

## 第五節 研究工具

為達前述之研究目的，本研究採用問卷調查法（questionnaire survey）蒐集資料，以自編之「社區精神康復者之主要照顧者的支持服務需求與獲得現況調查問卷」為研究工具。研究者整理國內之相關文獻及研究問卷，進行整理分析，將問卷內容分為四大部分：「基本資料」及「主要照顧者支持服務需求」、「獲得支持服務現況」各 47 題，和「服務使用障礙因素」及「開放式問題」。以下分別就問卷初稿、問卷內容及內容效度，詳細說明如下：

### 一、 問卷初稿

問卷架構的確立，透過閱讀精神疾患之主要照顧者需求相關文獻（如附錄二所示），參考黃梅羹（1985）、沈志仁等（1993）、劉杏元（1994）、許樞文（1995）、劉雅惠（1995）、劉玟宜（1996）、李錦彪（2003）、沈淑華等（2005）、吳錦喻（2006）、夏慧玲（2007）、黃雅雪（2007）及相關家庭支持服務之文獻，統整各學者所提出之觀點，彙整出主要照顧者支持服務需求及服務提供之問卷初稿。

本研究針對社區精神康復者主要照顧者支持服務需求及獲得之支持服務，歸類整理為六大類（包括資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持、心理支持），各 47 題。

### 二、 問卷內容

本研究工具內容主要分成四大部分，分別為「基本資料」、「主要照顧者支持服務需求及獲得現況」、「服務使用障礙因素」及「開放式問題」：

#### （一） 基本資料

基本資料分別為「主要照顧者背景資料」及「精神康復者背景資料」兩大部分。

1. 主要照顧者背景資料，包含變項有：性別、年齡、教育程度、與康復者之關係、經濟狀況及照顧年數，詳細內容及操作性定義如下：

- (1) 性別：指主要照顧者性別，分為男、女兩類，並以虛擬變項處理。
  - (2) 年齡：指主要照顧者年齡，採開放式填寫。以 65 歲作為老化照顧者之切點，故本研究依此分為 65 歲以上、55-64 歲、45-54 歲、35-44 歲、34 歲以下，並以虛擬變項處理。
  - (3) 教育程度：指主要照顧者之教育程度，分為國小、國中、高中職、大學/大專及研究所以上，共 5 類以虛擬變項處理。
  - (4) 與康復者之關係：指主要照顧者與精神康復者之關係，分為父母、手足、配偶、子女及其他，共 5 類以虛擬變項處理。
  - (5) 經濟狀況：指主要照顧者主觀認為其收入是否足夠生活，分為非常不足、不足、中等、足夠及非常足夠，共 5 類以虛擬變項處理。
  - (6) 照顧年數：指主要照顧者照顧精神康復者之持續時間，採開放式填寫。以 5 年以下、6-10 年、11-15 年、16-20 年及 21 年以上，共 5 類以虛擬變項處理。
2. 精神康復者背景資料，包含變項有：性別、年齡、診斷別、初發年齡、住院次數、社會資源使用，詳細內容如下：
- (1) 性別：指精神康復者性別，分為男、女兩類。以虛擬變項處理。
  - (2) 年齡：指精神康復者年齡，採開放式填寫。分為 65 歲以上、55-64 歲、45-54 歲、35-44 歲、25-34 歲及 24 歲以下，並以虛擬變項處理。
  - (3) 診斷別：指精神康復者之診斷類別，分為思覺失調症、躁鬱症、重鬱症及其他，共 4 類以虛擬變項處理。
  - (4) 初發年齡：指主要照顧者發現精神康復者不同於以往之年齡，採開放式填寫。以 24 歲以下、25-34 歲、35-44 歲及 45 歲以上，共 4 類以虛擬變項處理。

- (5) 住院次數：指精神康復者自初發後至填寫問卷當日，曾於公、私立醫院住院的次數，採開放式填寫。
- (6) 社會資源使用：指精神康復者是否領有身心障礙證明、重大傷病卡等，分為無、領有身心障礙手冊、領有重大傷病卡及其他，共 4 類以虛擬變項處理。

## (二) 主要照顧者支持服務需求與獲得現況

如前所述，研究者整理國內相關文獻（如附檔二及表 2-3 所示），將主要照顧者支持服務需求及取得內容分為六類，分別為：資訊需求/支持、精神健康照護需求/支持、照顧者教育需求/支持、社會照顧需求/支持、專業需求/支持、心理支持需求/支持。

本研究採李克特（Likert Type）四點量表形式計分，主要照顧者依據題目所述勾選符合其現況之選項。在主要照顧者支持需求部分，分為「非常需要」、「需要」、「不需要」、「完全不需要」四種選擇，得分依序為 4、3、2、1 分，得分越高者，表示主要照顧者對該服務項目越需要；反之，則表示該服務需求越低。在獲得現況部分，分為「非常多」、「很多」、「有一些」、「完全沒有」四種選擇，得分依序為 4、3、2、1 分，得分越高者，表示主要照顧者獲得該服務項目越多；反之，則代表主要照顧者獲得該項目服務越少。

## (三) 服務使用障礙因素

服務使用障礙因素，分為：不知道有該項服務、對服務內容不清楚、不知道如何申請、認為使用者使用資格不符、認為對使用者無益、服務內容不符合需求、申請過程手續困難、曾申請過但未獲准、評估後發現可用資源不足、服務等待時間過長、服務提供地點不便利、服務需額外費用、服務費用太高不考慮或無法負擔、認為一切都該靠自己、不想讓他人知道有使用該服務、使用者不願意使用/申請、使用者交通能力不足無法前往、與其他家人使用意見不一致、專業人員的解說太難理解及其他，並以虛擬變項處理。

#### (四) 開放式問題

為補充問卷題項不足之處，於問卷最後以開放式問題，邀請社區精神康復者之主要照顧者對支持服務提出想法和建議，因此設計開放式問題共 3 題，如下所示：

1. 您在照顧精神康復者的過程中，還面臨哪些上述未列出的需要？
2. 針對您在照顧精神康復者所面臨的需求，您認為仍需要哪些家庭支持服務項目？
3. 您在照顧精神康復者的過程中，曾使用哪些上述未列出但值得推薦的服務？

#### (五) 內容效度

為使本問卷具有客觀性及適切性，研究者邀請學者及實務工作者（社會福利機構理事長、總幹事及秘書長）針對問卷初稿之相關性、合適性、文字敘述清晰度，給予意見並作問卷修正。

#### (六) 進行預試及信度檢定

研究者透過相關機構協助發放問卷，將預試所得資料輸入 SPSS 18.0 統計套裝軟體進行內在一致性檢定並計算量表內在一致性係數（Cronbach's alpha），以確定問卷信度。Cronbach  $\alpha$  係數值應大於 .70 以上為佳，表示該量表具有高的穩定性與精確性。信度檢定結果如表 3-5.1 所示，支持服務需求各面向（資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持）及整體之內在一致性係數分別為：.90、.92、.92、.77、.90、.91 及 .97，支持服務獲得各面向其中各面向（資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持）及整體之內在一致性係數分別為：.95、.90、.90、.84、.85、.88 及 .96，信度皆大於 .70，顯示本問卷之內在一致性信度可被接受。



表 3-5.1 信度分析摘要表

支持服務面向	題數	Cronbach $\alpha$ 係數	
		需求	獲得
資訊支持	8	.90	.95
精神健康照護支持	12	.92	.90
照顧者教育支持	12	.92	.90
社會照顧支持	4	.77	.84
專業支持	5	.90	.85
心理支持	6	.91	.88
整體	47	.97	.96

(七) 形成正式問卷

經內容效度審查、信度分析後，並與指導教授討論後定稿「社區精神康復者之主要照顧者的支持服務需求與獲得現況調查問卷」(附錄三)，共計 47 題。

## 第六節 資料處理

本研究依據問卷調查所蒐集到之有效問卷進行登錄編碼，使用 SPSS for Windows 18.0 版統計套裝軟體進行資料處理與統計分析，以瞭解研究問題及驗證各項研究假設。本研究各項統計考驗均以 0.05 為顯著水準，採用之統計方法說明如下：

### 一、 描述性統計

本研究以描述性統計次數分配及百分比，用以瞭解目前社區精神康復者及主要照顧者之背景資料；計算平均數及標準差，並以排序方式表示主要照顧者的需求程度與類型分析，及主要照顧者取得支持服務的獲得程度與類型分析。並以描述性統計次數分配及百分比，排序主要照顧者的服務使用障礙因素。

將主要照顧者對支持服務需求總分前 50% 之主要照顧者定義為「較高需求」及後 50% 之主要照顧者定義為「較低需求」，將主要照顧者對支持服務的獲得總分前 50% 之主要照顧者定義為「較高獲得」及後 50% 之主要照顧者定義為「較低獲得」，以「較高需求 X 較高獲得」、「較高需求 X 較低獲得」、「較低需求 X 較高獲得」及「較低需求 X 較低獲得」四類與主要照顧者的背景變項作出交叉分析表。

### 二、 精神康復者及主要照顧者背景變項在主要照顧者需求程度及獲得服務現況之分析

本研究以 t-test、變異數分析 (ANOVA) 及事後檢定，瞭解不同背景變項之精神康復者及主要照顧者在「社區慢性精神康復者之主要照顧者支持需求與現況調查問卷」中各分向度之需求及現況得分情形。

本研究使用 Levene 變異數同質性檢定法，若 Levene 變異數同質性檢定結果未達顯著，表示各組皆符合變異數同質，可進行單因子變異數分析，

在單因子變異數分析後，若 F 值達顯著，則以 Scheffe 法進行事後比較；若 Levene 變異數同質性結果達顯著，則表示各組變異數並不相等，不符合變異數同質性，此時若單因子變異數分析的 F 值達顯著，則改以 Dunnett's T3 法進行事後比較。

### 三、 主要照顧者之各種支持服務需求與獲得之相關情形與差異分析

本研究以皮爾森積差相關分析 (Pearson's Product-moment correlation) 來瞭解主要照顧者在各項支持服務中之需求與獲得的相關情形，並將支持服務需求得分前 27% 之主要照顧者定義為「高需求組」及後 27% 之主要照顧者定義為「低需求組」，以單因子變異數分析 (ANOVA) 瞭解主要照顧者對支持服務的需求程度在支持服務獲得得分差異，若 F 值達顯著則進行 Scheffe 法事後檢定。

### 四、 內容分析法 (Content Analysis)

本研究問卷中，第四部份為開放式問題共 3 題，研究者依據填寫者回答之資料進行內容分析，並歸納整理出社區精神康復者之主要照顧者對支持服務的想法與建議。



## 第四章 研究結果

「社區精神康復者之主要照顧者支持服務需求與獲得現況調查問卷」於民國104年4月至6月由研究者至相關社會福利機構及家屬團體進行問卷說明及施測，完成有效樣本共計82份。以下各小節針對回收有效問卷統計結果之分析說明。

### 第一節 研究對象基本資料描述

本節以描述性統計之次數分配及百分比呈現本研究樣本之精神康復者及其主要照顧者的基本資料統計結果（表4-1.1、4-1.2）。

#### 一、精神康復者之基本資料

精神康復者之基本資料，分為性別、年齡、診斷別、初發年齡、社會資源使用進行描述。

1. 精神康復者性別：男性有49人（59.8%），女性有33人（40.2%），以男性所佔人數較多。
2. 精神康復者年齡：平均年齡為36.9歲，標準差為13歲，最低年齡為18歲，最高年齡為72歲，「24歲以下」有11人（13.4%），「25-34歲」有29人（35.4%），「35-44歲」有25人（30.5%），「45-54歲」有3人（3.7%），「55-64歲」有10人（12.2%），「65歲以上」有4人（4.9%）。其中以「25-34歲」所佔人數最多，其次為「35-44歲」。
3. 精神康復者之診斷別：思覺失調症有62人（75.6%），躁鬱症有15人（18.3%），重鬱症有3人（3.7%），其他診斷別有2人（2.4%），包括：強迫症和器質型精神病。其中精神康復者之診斷別以「思覺失調症」所佔人數最多。
4. 精神康復者之初發年齡：初發平均年齡為23.8歲，標準差為6.6歲，最低初發年齡為14歲，最高初發年齡為42歲，「24歲以下」有48人（58.5%），「25-34歲」有26人（31.7%），「35-44歲」有8人（9.8%）。

其中精神康復者之初發年齡以「24歲以下」所佔人數最多。

5. 精神康復者使用社會資源情形：「無使用」有 15 人 (18.2%)、「領有身心障礙手冊」有 50 人 (60.9%)、「領有重大傷病卡」有 47 人 (57.3%)。其中以「領有身心障礙手冊」所佔人數最多。

表 4-1.1 精神康復者基本資料之次數分配表 (n=82)

變項	類別	人數 (人)	百分比 (%)
性別	男	49	59.8
	女	33	40.2
年齡	24 歲以下	11	13.4
	25-34 歲	29	35.4
	35-44 歲	25	30.5
	45-54 歲	3	3.7
	55-64 歲	10	12.2
	65 歲以上	4	4.9
診斷別	思覺失調症	62	75.6
	躁鬱症	15	18.3
	重鬱症	3	3.7
	其他	2	2.4
初發年齡	24 歲以下	48	58.5
	25-34 歲	26	31.7
	35-44 歲	8	9.8
社會資源使用 (複選)	無	15	-
	身心障礙手冊	50	-
	重大傷病卡	47	-



## 二、主要照顧者之基本資料

主要照顧者之基本資料，分為性別、年齡、與康復者關係、照顧時間、教育程度、經濟狀況等項目加以說明。

1. 主要照顧者性別：男性有 15 人 (18.3%)，女性有 67 人 (81.7%)，以女性所佔人數較多。
2. 主要照顧者年齡：主要照顧者平均年齡為 58 歲，標準差為 10.3 歲，最低年齡照顧者為 30 歲，最高年齡照顧者為 85 歲，「34 歲以下」有 2 人 (2.4%)，「35-44 歲」有 6 人 (7.3%)，「45-54 歲」有 15 人 (18.3%)，「55-64 歲」有 32 人 (39%)，「65 歲以上」有 27 人 (32.9%)。其中主要照顧者年齡以「55-64 歲」所佔人數最多，其次為「65 歲以上」。
3. 主要照顧者與精神康復者之關係：「父母」有 62 人 (75.6%)，「子女」有 3 人 (3.7%)，「配偶」有 3 人 (3.7%)，「手足」有 11 人 (13.4%)，「其他」有 3 人 (3.7%)。其中主要照顧者以「父母」所佔人數最多，「手足」其次。
4. 主要照顧者照顧時間：平均照顧時間為 12.4 年，標準差為 10 年，最短照顧時間為 2 個月，最長照顧時間為 45 年，「5 年以下」有 26 人 (31.7%)，「6-10 年」有 21 人 (25.6%)，「11-15 年」有 15 人 (18.3%)，「16-20 年」有 7 人 (8.5%)，「21 年以上」有 13 人 (15.9%)。主要照顧者之照顧時間以「5 年以下」所佔人數最多。
5. 主要照顧者教育程度：填寫「國小」有 3 人 (3.7%)，「國中」有 3 人 (3.7%)，「高中職」有 33 人 (40.2%)，「大學/大專」有 41 人 (50%)，「研究所以上」有 2 人 (2.4%)。主要照顧者教育程度以「大學/大專」所佔人數最多。
6. 主要照顧者經濟狀況：填寫「非常不足」有 1 人 (1.2%)，「不足」有 7 人 (8.5%)，「中等」有 58 人 (70.7%)，「足夠」有 15 人 (18.3%)，「非

常足夠」有 1 人 (1.2%)。主要照顧者經濟狀況以「中等」所佔人數最多。

表 4-1.2 主要照顧者基本資料之次數分配表 (n=82)

變項	類別	人數 (人)	百分比 (%)
性別	男	15	18.3
	女	67	81.7
年齡	34 歲以下	2	2.4
	35-44 歲	6	7.3
	45-54 歲	15	18.3
	55-64 歲	32	39.0
	65 歲以上	27	32.9
關係	父母	62	75.6
	子女	3	3.7
	配偶	3	3.7
	手足	11	13.4
	其他	3	3.7
照顧時間	5 年以下	26	31.7
	6-10 年	21	25.6
	11-15 年	15	18.3
	16-20 年	7	8.5
	21 年以上	13	15.9
教育程度	國小	3	3.7
	國中	3	3.7
	高中職	33	40.2
	大學/大專	41	50
	研究所以上	2	2.4
經濟狀況	非常不足	1	1.2
	不足	7	8.5
	中等	58	70.7
	足夠	15	18.3
	非常足夠	1	1.2

綜合上述可知，本研究樣本的社區精神康復者之基本資料分布情形，在性別上以男性較多；年齡以「25-34 歲」及「35-44 歲」之青壯年為主；診斷別以「思覺失調症」所佔人數最多；初發年齡以「24 歲以下」所佔人數最多；社會資源使用以「領有身心障礙手冊」最多，約佔 5 成。

社區精神康復者之主要照顧者基本資料分布情形，在性別上以女性較多；年齡以「55-64 歲」及「65 歲以上」之中老年為主；與精神康復者之關係以「父母」所佔人數最多；照顧時間以「五年以下」所佔人數最多；教育程度以「大學/大專」所佔人數最多；經濟狀況以「中等」所佔人數最多。



## 第二節 精神康復者之主要照顧者支持服務的服務需求分析

本節主要探討研究目的一社區精神康復者主要照顧者支持服務的需求情形。「社區精神康復者之主要照顧者支持服務需求與獲得現況」調查問卷中的 47 項支持服務需求，受試者以 Likert 四點量表「完全不需要」、「不需要」、「需要」及「非常需要」自行評估，依完全不需要 1 分至非常需要 4 分，計算各題項、各向度之平均數及標準差，瞭解各向度的需求情形及排序情況。並進一步以單因子變異數分析，探究精神康復者及其主要照顧者之不同背景變項是否對於主要照顧者之支持服務需求有顯著差異。若統計結果達顯著則進一步進行事後檢定。

### 壹、主要照顧者支持服務需求現況

根據問卷得分情形分析主要照顧者支持服務之需求情形，就支持服務需求六大支持面向，進行分析與歸納。

#### (一) 資訊支持

主要照顧者對於「資訊支持」需求向度中之八項需求，平均數介於 3.62 至 3.76 之間，分量表之平均數為 3.68，依序列出前三項主要照顧者最需要的訊息為「疾病有關藥物使用及副作用相關訊息」(M=3.76, SD=.43)、「疾病治療方式相關訊息」(M=3.73, SD=.44)、「疾病復健資源相關訊息」(M=3.72, SD=.47) 及「疾病社區資源及福利機構相關訊息」(M=3.72, SD=.45)。詳細需求得分情形及次數分配如表 4-2.1。

表 4-2.1 資訊支持服務需求四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

需求面向	題目內容	非常不需要	不需要	需要	非常需要	平均數	標準差	排序	總排序
資訊支持	疾病診斷/症狀內容相關訊息	1(1.2%)	2(2.4%)	23(28%)	56(68.3%)	3.63	.59	6	
	疾病成因相關訊息	0(0%)	1(1.2%)	29(35.4%)	52(63.4%)	3.62	.51	7	
	疾病進程及未來康復相關訊息	0(0%)	0(0%)	24(29.3%)	58(70.7%)	3.71	.45	5	
	疾病復發徵兆相關訊息	0(0%)	1(1.2%)	31(37.8)	50(61%)	3.60	.51	8	
	疾病治療方式相關訊息	0(0%)	0(0%)	22(26.8%)	60(73.2%)	3.73	.44	2	
	疾病復健資源相關訊息	0(0%)	1(1.2%)	21(25.6%)	60(73.2%)	3.72	.47	3	
	疾病之藥物使用及副作用相關訊息	0(0%)	0(0%)	20(24.4%)	62(75.6%)	3.76	.43	1	
	疾病之社區資源及福利機構相關訊息	0(0%)	0(0%)	23(28%)	59(72%)	3.72	.45	3	
	小計					3.68	.38		1

## (二) 精神健康照護支持

主要照顧者對於「精神健康照護支持」需求向度中之十二項需求，平均數介於 3.07 至 3.68 之間，分量表之平均數為 3.39，依序列出前三項主要照顧者最需要的精神健康照護服務，為「康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務」(M=3.68, SD=.49)、「康復者緊急狀況時，能協助處理的單位及相關人力服務」(M=3.68, SD=.49)、「康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務」(M=3.68, SD=.51)。詳細需求得分情形及次數分配如表 4-2.2。

表 4-2.2 精神健康照護支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

需求面向	題目內容	非常不需要	不需要	需要	非常需要	平均數	標準差	排序	總排序
精神健康照護支持	發病時能協助就醫之單位及人力服務	0(0%)	1(1.2%)	24(29.3%)	57(69.5%)	3.68	.49	1	
	緊急狀況時能協助處理之單位及人力服務	0(0%)	1(1.2%)	24(29.3%)	57(69.5%)	3.68	.49	1	
	急診服務	0(0%)	2(2.4%)	22(26.8%)	58(70.7%)	3.68	.51	1	
	門診服務	0(0%)	0(0%)	28(34.1%)	54(65.9%)	3.66	.47	4	
	居家治療服務	2(2.4%)	21(25.6%)	26(31.7%)	33(40.2%)	3.10	.86	11	
	日間病房	3(3.7%)	17(20.7%)	22(26.8%)	24(48.8%)	3.21	.89	9	
	社區復健中心會所	3(3.7%)	11(13.4%)	20(24.4%)	48(58.5%)	3.38	.85	7	
	康復之家	7(8.5%)	13(15.9%)	21(25.6%)	41(50.0%)	3.17	.91	10	
	庇護工廠	6(7.3%)	9(11.0%)	25(30.5%)	42(51.2%)	3.26	.92	8	
	就業輔導	3(3.7%)	6(7.3%)	29(35.4%)	44(53.7%)	3.39	.78	6	
	長期照顧機構	4(4.9%)	23(28.0%)	18(22.0%)	37(45.1%)	3.07	.96	12	
	小計					3.39	.58		6

### (三) 照顧者教育支持

主要照顧者對於「照顧者教育支持」需求向度中之十二項需求，平均數介於 3.46 至 3.74 之間，分量表之平均數為 3.62，依序列出前三項主要照顧者最需要的照顧者教育支持，為「與康復者溝通及相處的方法」(M=3.74, SD=.43)、「參與家連家精神健康教育協會一家屬教育課程」(M=3.73, SD=.44)、「照顧者自我成長及紓壓的課程、講座或團體活動」(M=3.72, SD=.45)。詳細需求得分情形及次數分配如表 4-2.3。



表 4-2.3 照顧者教育支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

需求 面向	題目內容	非常 不需要	不需要	需要	非常 需要	平均 數	標準 差	排 序	總 排序
照顧 者教 育支 持	疾病相關刊 物、書籍及文章	0(0%)	1(1.2%)	37(45.1%)	44(53.7%)	3.52	.52	10	
	疾病相關之照 顧手冊及教材	0(0%)	1(1.2%)	39(47.6%)	42(51.2%)	3.50	.52	11	
	疾病相關之資 源及福利措施 手冊	0(0%)	0(0%)	38(46.3%)	44(53.7%)	3.54	.50	9	
	與康復者溝通 及相處方法	0(0%)	0(0%)	21(25.6%)	61(74.4%)	3.74	.43	1	
	協助康復者獨 立生活的方法	0(0%)	4(4.9%)	16(19.5%)	62(75.6%)	3.71	.55	5	
	康復者危險行 為的危機處理 方法	0(0%)	4(4.9%)	24(29.3%)	54(65.9%)	3.61	.58	8	
	增進家庭成員 良好互動方法	0(0%)	0(0%)	24(29.3%)	58(70.7%)	3.71	.45	4	
	向他人解釋康 復者情況方法	0(0%)	6(7.3%)	32(39.0%)	44(53.7%)	3.46	.63	12	
	與醫護人員討 論康復者病情 方法	0(0%)	1(1.2%)	27(32.9%)	54(65.9%)	3.65	.50	6	
	照顧者自我成 長及紓壓課程	0(0%)	0(0%)	23(28.0%)	59(72.0%)	3.72	.45	3	
	家連家—家屬教 育課程	0(0%)	0(0%)	22(26.8%)	60(73.2%)	3.73	.44	2	
	康盟—康復者與 家屬充權教育 課程	0(0%)	0(0%)	30(36.6%)	52(63.4%)	3.63	.48	7	
	小計					3.62	.37		2

#### (四) 社會照顧支持

主要照顧者對於「社會照顧支持」需求向度中之四項需求，平均數介於 3.21 至 3.71 之間，分量表之平均數為 3.50，依序列出前二項主要照顧者最需要的社會照顧服務，為「照顧者與康復者法定權益及社會福利資訊」(M=3.71, SD=.45)、「康復者生活補助費、醫療保險及相關經濟補助」(M=3.70, SD=.56)。詳細需求得分情形及次數分配如表 4-2.4。

表 4-2.4 社會照顧支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

需求面向	題目內容	非常不需要	不需要	需要	非常需要	平均數	標準差	排序	總排序
社會照顧支持	照顧者與康復者相關法定權益及社會福利的資訊	0(0%)	0(0%)	24(29.3%)	58(70.7%)	3.71	.45	1	
	康復者生活補助費、醫療保險及相關經濟補助	0(0%)	4(4.9%)	17(20.7%)	61(74.4%)	3.70	.56	2	
	照顧者喘息服務	0(0%)	18(22%)	13(15.9%)	51(62.2%)	3.40	.82	3	
	照顧者居家服務	2(2.4%)	17(20.7%)	25(30.5%)	38(46.3%)	3.21	.85	4	
	小計					3.50	.53		5

#### (五) 專業支持

主要照顧者對於「專業支持」需求向度中之五項需求，平均數介於 3.43 至 3.66 之間，分量表之平均數為 3.56，依序列出前三項主要照顧者最需要的專業支持服務，為「與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫」(M=3.66, SD=.54)、「固定的人員、專線或機構窗口可以聯絡諮詢以解決疑惑」(M=3.66, SD=.59)、「個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介」(M=3.65, SD=.59)。詳細需求得分情形及次數分配如表 4-2.5。

表 4-2.5 專業支持需求四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

需求面向	題目內容	非常不需要	不需要	需要	非常需要	平均數	標準差	排序	總排序
	與專業人員討論康復者現狀及參與治療、復健計畫	0(0%)	3(3.7%)	22(26.8%)	57(69.5%)	3.66	.54	1	
	固定的人員、專線或機構窗口可以聯絡諮詢以解決疑惑	0(0%)	5(6.1%)	18(22.0%)	59(72.0%)	3.66	.59	1	
專業支持	個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介	0(0%)	5(6.1%)	19(23.2%)	58(70.7%)	3.65	.59	3	
	社區關懷員或公衛護士至家中關懷訪視及需求評估	0(0%)	13(15.9%)	20(24.4%)	49(59.8%)	3.44	.75	4	
	修法、倡導及表達照顧者/康復者權益的行動參與	0(0%)	9(11.0%)	29(35.4%)	44(53.7%)	3.43	.68	5	
	小計					3.56	.54		4

#### (六) 心理支持

主要照顧者對於「心理支持」需求向度中之六項需求，平均數介於 3.52 至 3.70 之間，分量表之平均數為 3.60。依序列出前三項主要照顧者最需要的心理支持服務，為「參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵」(M=3.70, SD=.46)、「心理諮商/協談，緩和照顧者的孤立感、降低心理壓力」(M=3.67, SD=.47)、「照顧者因應親人生病的調適方法」(M=3.63, SD=.48)。詳細需求得分情形及次數分配如表 4-2.6。

表 4-2.6 心理支持服務需求四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

需求面向	題目內容	非常不需要	不需要	需要	非常需要	平均數	標準差	排序	總排序
	照顧者因應親人生病的調適方法	0(0%)	0(0%)	30(36.6%)	52(63.4%)	3.63	.48	3	
	家庭成員理解照顧者目前的處境，能夠體諒與提供協助	0(0%)	1(1.2%)	31(37.8%)	50(61.0%)	3.60	.51	4	
	社區鄰里、親戚朋友的理解與接納，減少異樣眼光看待	1(1.2%)	4(4.9%)	28(34.1%)	49(59.8%)	3.52	.56	6	
心理支持	照顧者與康復者的社交參與、休閒娛樂與聯誼活動	0(0%)	1(1.2%)	36(43.9%)	45(54.9%)	3.54	.52	5	
	參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵	0(0%)	0(0%)	25(30.5%)	57(69.5%)	3.70	.46	1	
	心理諮商/協談，緩和照顧者的孤立感、降低心理壓力	0(0%)	0(0%)	27(32.9%)	55(67.1%)	3.67	.47	2	
	小計					3.60	.43		3

從表 4-2.1 至 4-2.6 中可知，就主要照顧者在照顧精神康復者的過程中對於六種支持服務之需求，依序為資訊支持 ( $M=3.68$ ,  $SD=.38$ )、照顧者教育支持 ( $M=3.62$ ,  $SD=.37$ )、心理支持 ( $M=3.60$ ,  $SD=.43$ )、專業支持 ( $M=3.56$ ,  $SD=.54$ )、社會照顧 ( $M=3.50$ ,  $SD=.53$ )、精神健康照護服務 ( $M=3.39$ ,  $SD=.58$ )。若以量表 2.5 為中間值，得分 2.5 分以上為需求程度中上、得分 2.5 分以下為需求程度中下，作為主要照顧者支持服務需求的界定指標，整體而言，在支持服務需求的六大向度上皆呈現主要照顧者對其有中度以上需求。在比較整體支持服務需求平均數 ( $M=3.55$ ,  $SD=.40$ ) 後可知，主要照顧者在資訊支持、照顧者教育支持、心理支持及專業支持四面向有較高之需求。





## 貳、以背景資料分析主要照顧者支持服務需求的差異情形

### 一、不同背景變項的精神康復者其主要照顧者支持服務需求的差異分析

#### (一) 精神康復者性別

研究結果如表 4-2.7 所示，不同性別的精神康復者其主要照顧者支持服務需求並未達顯著差異。亦即主要照顧者在支持服務需求上，不因精神康復者性別而有不同之需求。研究結果與劉杏元（1994）、曾錦花（1996）及陳敏瑜（2008）等研究結果一致。

表 4-2.7 不同性別之精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求向度	精神康復者性別				F 值	事後比較
	男 (n=49)		女 (n=33)			
	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.69	.38	3.67	.37	.05	-
精神健康照護支持	3.40	.56	3.38	.62	.03	-
照顧者教育支持	3.62	.37	3.62	.38	.00	-
社會照顧支持	3.48	.52	3.52	.56	.07	-
專業支持	3.53	.57	3.60	.49	.30	-
心理支持	3.58	.45	3.65	.40	.49	-
總和	3.55	.40	3.56	.41	.01	-

(二) 精神康復者年齡

研究結果如表 4-2.8 所示，不同年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務需求在「資訊支持向度」及「心理支持向度」達顯著差異 ( $p < .05$ )。事後比較發現主要照顧者的資訊支持需求及心理支持需求，因精神康復者相對年齡較大而需求較高。

表 4-2.8 不同年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求向度	精神康復者年齡												F 值	事後 比較
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)			
	24 歲以下 (n=11)		25-34 歲 (n=29)		35-44 歲 (n=25)		45-54 歲 (n=3)		55-64 歲 (n=10)		65 歲以上 (n=4)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.59	.20	3.67	.27	3.51	.44	4.00	.00	3.6	.46	3.65	.25	3.66*	(4) > (3)、(1)
精神健康 照護支持	3.40	.31	3.52	.56	3.17	.60	3.33	.57	3.32	.76	4.0	.00	2.00	-
照顧者 教育支持	3.59	.34	3.75	.35	3.48	.40	3.77	.19	3.54	.41	3.77	.15	1.83	-
社會照顧 支持	3.69	.31	3.48	.62	3.52	.50	3.93	.11	3.48	.64	4.0	.00	1.14	-
專業支持	3.69	.31	3.48	.62	3.52	.50	3.93	.11	3.48	.64	4.0	.00	1.13	-
心理支持	3.66	.43	3.60	.43	3.42	.40	4.00	.00	3.73	.41	4.00	.00	2.36*	(6)、(4) > (3)、(2)
總和	3.57	.24	3.64	.39	3.39	.42	3.72	.23	3.51	.52	3.88	.07	1.77	-

\* $p < .05$

(三) 精神康復者的診斷別

研究結果如表 4-2.9 所示，不同診斷別的精神康復者其主要照顧者各支持服務需求向度均未達顯著差異。亦即主要照顧者在支持服務需求上，不因精神康復者之診斷別而有不同之需求。研究結果與崔秀倩等（1998）一致。

表 4-2.9 不同診斷別的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求類別	精神康復者診斷別								F 值	事後比較
	思覺失調症 (n=62)		躁鬱症 (n=15)		重鬱症 (n=3)		其他 (n=2)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.71	.35	3.53	.48	4	.00	3.56	.08	1.68	-
精神健康 照護支持	3.39	.58	3.36	.62	3.88	.19	3.00	.11	1.04	-
照顧者 教育支持	3.63	.37	3.53	.43	3.91	.08	3.70	.41	.82	-
社會照顧 支持	3.48	.50	3.40	.66	4.00	.00	4.00	.00	1.66	-
專業支持	3.57	.54	3.46	.57	3.80	.34	3.7	.42	.93	-
心理支持	3.59	.43	3.55	.49	3.94	.09	3.60	.43	1.00	-
總和	3.56	.39	3.47	.49	3.92	.10	3.55	.21	1.02	-

(四) 精神康復者初發年齡

研究結果如表 4-2.10 所示，不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者的各種支持服務需求並未達顯著差異。亦即主要照顧者在支持服務需求上，不因精神康復者之初發年齡不同而有不同之需求。

表 4-2.10 不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求面向	精神康復者初發年齡						F 值	事後比較
	15-24 歲 (n=48)		25-34 歲 (n=26)		35-44 歲 (n=8)			
	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.68	.35	3.72	.40	3.57	.49	.46	-
精神健康 照護支持	3.35	.57	3.49	.56	3.34	.73	.49	-
照顧者 教育支持	3.59	.39	3.70	.33	3.54	.39	.94	-
社會照顧 支持	3.42	.51	3.66	.51	3.43	.71	1.72	-
專業支持	3.50	.59	3.70	.42	3.45	.50	1.36	-
心理支持	3.57	.44	3.63	.41	3.70	.49	.35	-
總和	3.52	.39	3.64	.38	3.50	.51	.81	-

## 二、 主要照顧者背景資料在支持服務需求的差異分析

### (一) 主要照顧者性別

研究結果如表 4-2.11 所示，不同性別的主要照顧者其在各種支持服務需求向度上並未達顯著差異。亦即主要照顧者在支持服務需求上，不因其性別而有不同之需求。研究結果顯示與劉玫宜（1996）及陳敏瑜（2008）等研究結果一致。

表 4-2.11 不同性別的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求面向	主要照顧者性別				F 值	事後比較
	男 (n=15)		女 (n=67)			
	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.75	.37	3.66	.38	.65	-
精神健康照護支持	3.40	.52	3.39	.60	.01	-
照顧者教育支持	3.71	.28	3.60	.39	.90	-
社會照顧支持	3.60	.42	3.48	.56	.59	-
專業支持	3.66	.41	3.54	.56	.63	-
心理支持	3.66	.37	3.59	.45	.30	-
總和	3.62	.31	3.54	.42	.43	-



## (二) 主要照顧者年齡

研究結果如表 4-2.12 所示，不同年齡的主要照顧者在「資訊支持向度」的需求上有顯著差異 ( $F=2.08, p<.05$ )。進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現 35-44 歲的主要照顧者對於資訊支持的需求大於 45-54 歲、55-64 歲及 65 歲以上照顧者。

不同年齡的主要照顧者在「精神健康照護支持向度」上的需求有顯著差異 ( $F=2.99, p<.05$ )。進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現 35-44 歲主要照顧者對於精神健康照護支持的需求大於 45-54 歲、55-64 歲及 65 歲以上照顧者。

不同年齡的主要照顧者在「照顧者教育支持向度」上的需求亦有顯著差異 ( $F=2.15, p<.05$ )，進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現 35-44 歲主要照顧者對於照顧者教育支持的需求大於 45-54 歲、55-64 歲及 65 歲以上照顧者；34 歲以下主要照顧者對於照顧者教育支持的需求大於 55-64 歲及 65 歲以上照顧者。

不同年齡的主要照顧者在「社會照顧支持向度」上的需求有顯著差異 ( $F=3.09, p<.05$ )，進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現 34 歲以下及 35-44 歲主要照顧者對於社會照顧支持的需求大於 45-54 歲、55-64 歲及 65 歲以上主要照顧者。

不同年齡的主要照顧者在「專業支持向度」上的需求有顯著差異 ( $F=2.52, p<.05$ )，進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現 34 歲以下及 35-44 歲主要照顧者對於專業支持的需求大於 55-64 歲及 65 歲以上主要照顧者。

不同年齡的主要照顧者在「心理支持向度」上的需求有顯著差異 ( $F=1.71, p<.05$ )，進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比

較，發現 35-44 歲主要照顧者對於心理支持的需求大於 55-64 歲及 65 歲以上主要照顧者。

不同年齡的主要照顧者在「整體需求」面向上亦有顯著差異 ( $F=2.82, p<.05$ )。進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現，35-44 歲主要照顧者的整體支持需求大於 45-54 歲、55-64 歲及 65 歲以上照顧者。

從上述可知，研究結果顯示主要照顧者的年齡在 35-44 歲的中壯年者，要較中老年的照顧者顯著需要各項支持服務，該研究結果與沈志仁 (1993)、劉杏元 (1994)、曾錦花 (1996)、劉雅惠 (1995) 及李錦彪 (2003) 研究結果方向一致。

表 4-2.12 不同年齡的主要照顧者其支持服務需求上的差異情形摘要表

支持服務 需求面向	主要照顧者年齡										F 值	事後比較
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)			
	34 歲以下 (n=2)	35-44 歲 (n=6)	45-54 歲 (n=15)	55-64 歲 (n=32)	65 歲以上 (n=27)							
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.93	.08	4.00	.00	3.73	.26	3.69	.41	3.56	.41	2.08*	(2)>(3)(4)(5)
精神健康 照護支持	3.87	.17	3.95	.10	3.57	.32	3.26	.66	3.28	.57	2.99*	(2)>(3)(4)(5)
照顧者 教育支持	3.95	.05	3.97	.06	3.65	.33	3.60	.40	3.54	.38	2.15*	(2)>(3)(4)(5) (1)>(4)(5)
社會照顧 支持	4.00	.00	4.00	.00	3.55	.45	3.31	.61	3.55	.46	3.09*	(1)(2)>(3)(4)(5)
專業支持	4.00	.00	4.00	.00	3.62	.48	3.38	.56	3.62	.54	2.52*	(1)(2)>(4)(5)
心理支持	3.83	.23	3.94	.13	3.61	.46	3.58	.45	3.54	.44	1.71*	(2)>(4)(5)
總和	3.92	.10	3.97	.06	3.63	.48	3.48	.45	3.49	.39	2.82*	(2)>(3)(4)(5)

\* $p<.05$

(三) 主要照顧者教育程度

研究結果如表 4-2.13 所示，不同教育程度的主要照顧者在「照顧者教育支持向度」上的需求有顯著差異 ( $F=3.62, p<.05$ )，進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現研究所以以上之主要照顧者對於照顧者教育支持的需求大於大學/大專及高中職之主要照顧者。研究結果與劉杏元 (1994)、曾錦花 (1994) 及沈淑華等 (2005) 研究結果一致。

表 4-2.13 不同教育程度的主要照顧者其支持服務需求上的差異情形摘要表

支持服務 需求面向	主要照顧者教育程度										F 值	事後比較
	國小 (n=3)		國中 (n=3)		高中職 (n=33)		大學/大專 (n=41)		研究所以以上 (n=2)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.58	.52	3.25	.33	3.68	.34	3.71	.40	3.81	.26	1.18	
精神健康 照護支持	3.52	.42	2.72	.31	3.40	.56	3.41	.61	3.54	.64	1.09	
照顧者 教育支持	3.36	.62	3.05	.41	3.57	.34	3.71	.34	4.00	.00	3.62*	研究所> 大學/大專、 高中職
社會照顧 支持	3.58	.52	3.08	.80	3.47	.53	3.52	.53	4.00	.00	.93	
專業支持	3.40	.52	3.20	.69	3.55	.53	3.59	.54	4.00	.00	.76	
心理支持	3.44	.50	3.00	.44	3.58	.46	3.67	.38	4.00	.00	2.33	
總和	3.47	.45	3.01	.41	3.54	.38	3.60	.41	3.85	.21	1.86	

\* $p<.05$

(四) 主要照顧者與精神康復者之關係

研究結果如表 4-2.13 所示，與精神康復者關係的不同讓主要照顧者在「資訊支持向度」( $F=1.14, p<.05$ )、「精神健康照護支持向度」( $F=2.46, p<.05$ )、「照顧者教育支持向度」( $F=1.42, p<.05$ )、「社會照顧支持向度」( $F=1.98, p<.05$ )、「專業支持向度」( $F=1.13, p<.05$ )、「心理支持向度」( $F=2.65, p<.05$ )的需求及「整體支持需求」( $F=2.34, p<.05$ )皆達顯著差異。進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現主要照顧者與康復者關係為子女或其他，其對於支持服務整體及各面向的需求皆大於主要照顧者為精神康復者父母的所需。研究結果與 Berheim (1991)、吳錦喻 (2006) 及陳敏瑜 (2008) 之研究結果類似。

表 4-2.14 不同關係的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求面向	主要照顧者與精神康復者之關係										F 值	事後比較
	父母 (n=62)		子女 (n=3)		配偶 (n=3)		手足 (n=11)		其他 (n=3)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.66	.38	4.00	.00	3.70	.50	3.62	.40	4.00	.00	1.14*	子女、其他> 父母
精神健康 照護支持	3.30	.54	4.00	.00	3.69	.52	3.50	.74	4.00	.00	2.46*	子女、其他> 父母
照顧者 教育支持	3.59	.38	4.00	.00	3.80	.33	3.60	.40	3.88	.09	1.42*	子女、其他> 父母
社會照顧 支持	3.42	.51	4.00	.00	3.75	.43	3.61	.68	4.00	.00	1.98*	子女、其他> 父母
專業支持	3.50	.53	4.00	.00	3.86	.23	3.60	.69	3.86	.11	1.13*	子女、其他> 父母
心理支持	3.52	.44	4.00	.00	3.94	.09	3.75	.39	4.00	.00	2.65*	子女、其他> 父母
總和	3.49	.38	4.00	.00	3.78	.38	3.60	.50	3.95	.03	2.34*	子女、其他> 父母

\* $p<.05$

(五) 主要照顧者照顧時間

研究結果如表 4-2.15 所示，不同照顧時間的主要照顧者在「專業支持向度」的需求達顯著差異 ( $F=2.46, p<.05$ )。進一步採用 Dunnett's T3 法進行事後比較，發現照顧時間在 16-20 年的主要照顧者對於專業支持服務的需求大於主要照顧者照顧時間在 6-10 年及 11-15 年者。

表 4-2.15 不同照顧時間的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求面向	主要照顧者照顧時間										F 值	事後比較
	5 年以下 (n=26)		6-10 年 (n=21)		11-15 年 (n=15)		16-20 年 (n=7)		21 年以上 (n=13)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	3.83	.27	3.63	.42	3.56	.42	3.66	.44	3.62	.37	1.53	-
精神健康 照護支持	3.61	.34	3.23	.61	3.05	.72	3.36	.63	3.61	.49	3.49	-
照顧者 教育支持	3.73	.32	3.59	.39	3.46	.42	3.67	.33	3.61	.42	1.26	-
社會照顧 支持	3.61	.47	3.45	.52	3.16	.66	3.64	.45	3.67	.43	2.39	-
專業支持	3.62	.49	3.40	.61	3.36	.57	3.91	.15	3.76	.46	2.46*	16-20 年 >6-10 年、 11-15 年
心理支持	3.59	.44	3.55	.45	3.44	.47	3.80	.27	3.80	.37	1.70	-
總和	3.68	.30	3.47	.44	3.33	.46	3.63	.37	3.66	.38	2.36	-

\* $p<.05$

(六) 主要照顧者的經濟狀況

研究結果如表 4-2.16 所示，不同經濟狀況的主要照顧者在各種支持服務向度上之需求並未有顯著差異。亦即主要照顧者在支持服務需求上，不因其經濟狀況而有不同之需求。

表 4-2.16 不同經濟狀況的主要照顧者其支持服務需求差異情形摘要表

支持服務 需求面向	主要照顧者經濟狀況										F 值	事後比較
	非常不足 (n=1)		不足 (n=7)		中等 (n=58)		足夠 (n=15)		非常足夠 (n=1)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	4.00	-	3.66	.32	3.69	.38	3.63	.42	4.00	-	.41	-
精神健康 照護支持	4.00	-	3.48	.53	3.39	.55	3.32	.73	3.00	-	.47	-
照顧者 教育支持	4.00	-	3.66	.47	3.62	.37	3.57	.40	3.66	-	.33	-
社會照顧 支持	4.00	-	3.53	.63	3.49	.53	3.51	.56	3.25	-	.27	-
專業支持	4.00	-	3.82	.45	3.55	.51	3.44	.67	3.80	-	.82	-
心理支持	4.00	-	3.73	.50	3.55	.43	3.70	.43	4.00	-	.90	-
總和	4.00	-	3.63	.42	3.55	.38	3.51	.48	3.57	-	.39	-

\* $p < .05$



### 第三節 精神康復者之主要照顧者的支持服務之服務獲得分析

本節主要探討研究目的二—社區精神康復者之主要照顧者支持服務的獲得情形。「社區精神康復者之主要照顧者支持服務需求與獲得現況」調查問卷中的 47 項支持服務之獲得情形，請受試者以 Likert 四點量表加以評量，分為「完全沒有」、「獲得一些」、「獲得很多」及「獲得非常多」四種可能情況，完全沒有 1 分至獲得非常多 4 分。先計算各向度之全量表平均數及標準差，藉以瞭解各向度服務的獲得情形及排序情況。並進一步從精神康復者及其主要照顧者之背景變項瞭解其對於支持服務獲得程度是否造成差異。以單因子變異數分析進行探究，若統計結果達顯著，則進一步進行事後檢定。

#### 壹、 主要照顧者支持服務需求現況

根據問卷得分情形分析主要照顧者支持服務之獲得情形，就支持服務獲得六大面向，進行分析與歸納。

##### (一) 資訊支持的獲得

主要照顧者對於「資訊支持」獲得向度中之八項內容，平均數介於 2.12 至 2.39 之間，分量表之平均數為 2.22，依序列出前三項主要照顧者獲得最多的資訊為「疾病診斷/症狀內容相關的訊息」

( $M=2.39$ ,  $SD=.78$ )、「疾病成因相關的訊息」( $M=2.34$ ,  $SD=.74$ )、「疾病治療方式相關的訊息」( $M=2.23$ ,  $SD=.79$ )。詳細獲得得分情形及次數分配如表 4-3.1 所示。

表 4-3.1 資訊支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

獲得 面向	題目內容	完全 沒有	獲得 一些	獲得 很多	獲得 非常多	平均 數	標準 差	排 序	總 排序
	疾病診斷/症狀 內容相關訊息	8(9.8%)	41(50%)	26(31.7%)	7(8.5%)	2.39	.78	1	
	疾病成因相關 訊息	9(11%)	40(48.8%)	29(35.4%)	4(4.9%)	2.34	.74	2	
	疾病進程及未 來康復相關訊 息	14(17.1%)	49(59.8%)	14(17.1%)	5(6.1%)	2.12	.76	8	
	疾病復發徵兆 相關訊息	14(17.1%)	45(54.9%)	19(23.2%)	4(4.9%)	2.16	.76	5	
資訊 支持	疾病治療方式 相關訊息	13(15.9%)	42(51.2%)	22(26.8%)	5(6.1%)	2.23	.79	3	
	疾病復健資源 相關訊息	13(15.9%)	44(53.7%)	20(24.4%)	5(6.1%)	2.21	.78	4	
	疾病之藥物使 用及副作用相 關訊息	15(18.3%)	43(52.4%)	20(24.4%)	4(24.4%)	2.16	.77	5	
	疾病之社區資 源及福利機構 相關訊息	14(17.1%)	46(56.1%)	17(20.7%)	5(6.1%)	2.16	.77	5	
	小計					2.22	.66		1

## (二) 精神健康照護支持的獲得

主要照顧者對於「精神健康照護服務支持」獲得向度中之十二項內容，平均數介於 1.41 至 2.46 之間，分量表之平均數為 1.77，依序列出前三項主要照顧者獲得最多的精神健康照護服務，為「康復者平時有醫院及診所的門診服務」(M=2.46, SD=.87)、「康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務」(M=1.94, SD=.79)、「康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務」(M=1.93, SD=.66)。詳細獲得得分情形及次數分配如表 4-3.2。

表 4-3.2 精神健康照護服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

獲得 面向	題目內容	完全 沒有	獲得 一些	獲得 很多	獲得 非常多	平均 數	標準 差	排 序	總 排序
精神 健康 照護 服務 支持	發病時能協助 就醫之單位及 人力服務	20(24.4%)	49(59.8%)	12(14.6%)	1(1.2%)	1.93	.66	3	
	緊急狀況時能 協助處理之單 位及人力服務	28(34.1%)	46(56.1%)	5(6.1%)	3(3.7%)	1.79	.71	6	
	急診服務	24(29.3%)	43(52.4%)	11(13.4%)	4(4.9%)	1.94	.79	2	
	門診服務	10(12.2%)	35(42.7%)	26(31.7%)	11(13.4%)	2.46	.87	1	
	居家治療服務	55(67.1%)	22(26.8%)	3(3.7%)	2(2.4%)	1.41	.68	12	
	日間病房	32(39.0%)	36(43.9%)	10(12.2%)	4(4.9%)	1.83	.82	5	
	社區復健中心 會所	27(32.9%)	41(50.0%)	9(11.0%)	5(6.1%)	1.90	.82	4	
	康復之家	32(39.0%)	39(47.6%)	9(11.0%)	2(2.4%)	1.77	.74	7	
	庇護工廠	37(45.1%)	33(40.2%)	8(9.8%)	4(4.9%)	1.74	.82	8	
	庇護工廠	43(52.4%)	34(41.5%)	2(2.4%)	3(3.7%)	1.57	.72	9	
	就業輔導	51(62.2%)	27(32.9%)	3(3.7%)	1(1.2%)	1.44	.63	11	
	長期照顧機構	47(57.3%)	31(37.8%)	1(1.2%)	3(3.7%)	1.51	.70	10	
	小計					1.77	.52		4

### (三) 照顧者教育支持的獲得

主要照顧者對於「照顧者教育支持」獲得向度中之十二項內容，平均數介於 1.77 至 2.68 之間，分量表之平均數為 2.08，依序列出前三項主要照顧者獲得最多的照顧者教育支持，為「參與家連家精神健康教育協會—家屬教育課程」(M=2.68, SD=.92)、「參與康復之友聯盟—精神康復者與家屬充權教育課程」(M=2.35, SD=.79)、「照顧者自我成長及紓壓的課程、講座或團體活動」(M=2.32, SD=.72)。詳細獲得得分情形及次數分配如表 4-3.3。

表 4-3.3 照顧者教育支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

獲得 面向	題目內容	完全 沒有	獲得 一些	獲得 很多	獲得 非常多	平均 數	標 準 差	排 序	總 排序
照顧 者教 育支 持	疾病相關刊 物、書籍及文章	15(18.3%)	51(62.2%)	15(18.3%)	1(1.2%)	2.02	.64	4	
	疾病相關之照 顧手冊及教材	16(19.5%)	52(63.4%)	11(13.4%)	3(3.7%)	2.01	.69	6	
	疾病相關之資 源及福利措施 手冊	17(20.7%)	51(62.2%)	12(14.6%)	2(2.4%)	1.99	.67	9	
	與康復者溝通 及相處方法	12(14.6%)	58(70.7%)	11(13.4%)	1(1.2%)	2.01	.57	6	
	協助康復者獨 立生活的方法	18(22.0%)	46(56.1%)	16(19.5%)	2(2.4%)	2.02	.72	4	
	康復者危險行 為的危機處理 方法	24(29.3%)	41(50.0%)	16(19.5%)	1(1.2%)	1.93	.73	11	
	增進家庭成員 良好互動方法	17(20.7%)	52(63.4%)	13(15.9%)	0(0%)	1.95	.61	10	
	向他人解釋康 復者情況方法	31(37.8%)	39(47.6%)	12(14.6%)	0(0%)	1.77	.69	12	
	與醫護人員討 論康復者病情 方法	23(28.0%)	36(43.9%)	23(28.0%)	0(0%)	2.00	.75	8	
	照顧者自我成 長及紓壓課程	4(4.9%)	55(67.1%)	16(19.5%)	7(8.5%)	2.32	.71	3	
	家連家—家屬教 育課程	7(8.5%)	31(37.8%)	25(30.5%)	19(23.2%)	2.68	.92	1	
	康盟—康復者與 家屬充權教育 課程	9(11.0%)	42(51.2%)	24(29.3%)	7(8.5%)	2.35	.79	2	
	小計					2.08	.49		2

(四) 社會照顧支持服務的獲得

主要照顧者對於「社會照顧服務」獲得向度中之四項內容，平均數介於 1.34 至 1.82 之間，分量表之平均數為 1.57，依序列出前二項主要照顧者獲得最多的社會照顧服務，為「照顧者與康復者法定權益及社會福利資訊」(M=1.82, SD=.65)、「康復者生活補助費、醫療保險及相關經濟補助」(M=1.66, SD=.68)。詳細獲得得分情形及次數分配如表 4-3.4。

表 4-3.4 社會照顧支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

獲得面向	題目內容	完全沒有	獲得一些	獲得很多	獲得非常多	平均數	標準差	排序	總排序
社會照顧	照顧者與康復者 相關法定權益及 社會福利的資訊	25(30.5%)	48(58.5%)	8(9.8%)	1(1.2%)	1.82	.65	1	
	康復者生活補助 費、醫療保險及 相關經濟補助	36(43.9%)	40(48.8%)	4(4.9%)	2(2.4%)	1.66	.68	2	
	照顧者喘息服務	51(62.2%)	24(29.3%)	6(7.3%)	1(1.2%)	1.48	.68	3	
	照顧者居家服務	58(70.7%)	21(25.6%)	2(2.4%)	1(1.2%)	1.34	.59	4	
	小計					1.57	.53		6

(五) 專業支持服務的獲得

主要照顧者對於「專業支持服務」獲得向度中之五項內容，平均數介於 1.54 至 1.68 之間，分量表之平均數為 1.64，依序列出前三項主要照顧者獲得最多的專業支持服務，為「修法、倡導及表達照顧者/康復者權益的行動參與」(M=1.74, SD=.76)、「與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫」(M=1.68, SD=.68) 及「個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介」(M=1.68, SD=.66)。詳細獲得得分情形及次數分配如表 4-3.5。

表 4-3.5 專業支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

獲得面向	題目內容	完全沒有	獲得一些	獲得很多	獲得非常多	平均數	標準差	排序	總排序
專業支持服務	與專業人員討論康復者現狀及參與治療、復健計畫	35(42.7%)	39(47.6%)	7(8.5%)	1(1.2%)	1.68	.68	2	
	固定的人員、專線獲機構窗口可以聯絡諮詢以解決疑惑	41(50.0%)	33(40.2%)	8(9.8%)	0(0%)	1.60	.66	4	
	個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介	34(41.5%)	41(50.0%)	6(7.3%)	1(1.2%)	1.68	.66	2	
	社區關懷員或公衛護士至家中關懷訪視及需求評估	45(54.9%)	30(36.6%)	7(8.5%)	0(0%)	1.54	.65	5	
	修法、倡導及表達照顧者/康復者權益的行動參與	34(41.5%)	38(46.3%)	7(8.5%)	3(3.7%)	1.74	.76	1	
	小計					1.64	.54		5



(六) 心理支持的獲得

主要照顧者對於「心理支持服務」獲得向度中之五項內容，平均數介於 1.67 至 2.02 之間，分量表之平均數為 1.87，依序列出前三項主要照顧者獲得最多的心理支持服務，為「參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵」(M=2.02, SD=.80)、「照顧者因應親人生病的調適方法」(M=1.89, SD=.64)、「照顧者與康復者的社交參與、休閒娛樂與聯誼活動」(M=1.87, SD=.69)。詳細獲得得分情形及次數分配如表 4-3.6。

表 4-3.6 心理支持服務獲得四點量表之得分情形與次數分配表 (n=82)

獲得面向	題目內容	完全沒有	獲得一些	獲得很多	獲得非常多	平均數	標準差	排序	總排序
心理支持服務	照顧者因應親人生病的調適方法	19(23.2%)	56(68.3%)	4(4.9%)	3(3.7%)	1.89	.64	2	
	家庭成員理解照顧者目前的處境，能夠體諒與提供協助	27(32.9%)	46(56.1%)	8(9.8%)	1(1.2%)	1.79	.66	5	
	社區鄰里、親戚朋友的理解與接納，減少異樣眼光看待	36(43.9%)	37(45.1%)	9(11.0%)	0(0%)	1.67	.66	6	
	照顧者與康復者的社交參與、休閒娛樂與聯誼活動	23(28.0%)	50(61.0%)	6(7.3%)	3(3.7%)	1.87	.69	3	
	參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵	13(15.9%)	47(57.3%)	15(18.3%)	7(8.5%)	2.02	.80	1	
	心理諮商/協談，緩和照顧者的孤立感、降低心理壓力	29(35.4%)	42(51.2%)	7(8.5%)	4(4.9%)	1.83	.78	4	
	小計					1.87	.57		3

從表 4-3.1 至 4-3.6，就主要照顧者在照顧精神康復者的過程中對於支持服務之獲得而言，獲得排序為資訊支持 ( $M=2.22$ ,  $SD=.66$ )、照顧者教育支持 ( $M=2.08$ ,  $SD=.49$ )、心理支持 ( $M=1.87$ ,  $SD=.57$ )、精神健康照護服務 ( $M=1.77$ ,  $SD=.52$ )、專業支持 ( $M=1.64$ ,  $SD=.54$ )、社會照顧 ( $M=1.57$ ,  $SD=.53$ )。若以量表 2.5 為中間值，得分 2.5 分以上為獲得程度中上、得分 2.5 分以下為獲得程度中下，作為主要照顧者支持服務獲得情形的界定指標，整體而言，在支持服務獲得的六大向度上皆呈現主要照顧者認為在各面向支持服務獲得程度是中下。在與整體支持服務獲得的平均數 ( $M=1.91$ ,  $SD=.44$ ) 比較後可知，主要照顧者在資訊支持及照顧者教育支持的面向上有較整體平均值高的獲得。



貳、 背景資料對主要照顧者的支持服務獲得之影響情形

一、 精神康復者的背景資料對主要照顧者在支持服務獲得上的影響

(一) 精神康復者性別

研究結果如表 4-3.7 所示，不同性別的精神康復者對於主要照顧者在支持服務獲得的各向度上，僅「精神健康照護支持面向」的獲得有顯著差異 ( $F=4.07, p<.05$ )。事後比較結果顯示被照顧者的精神康復者為女性的主要照顧者在精神健康支持獲得上較為男性的精神康復者多。

表 4-3.7 不同性別的精神康復者其主要照顧者在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得類別	精神康復者性別				F 值	事後比較
	男 (n=49)		女 (n=33)			
	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.23	.69	2.20	.63	.03	-
精神健康照護支持	1.68	.44	1.91	.61	4.07*	女>男
照顧者教育支持	2.01	.51	2.19	.45	2.56	-
社會照顧支持	1.56	.58	1.58	.47	.01	-
專業支持	1.63	.54	1.67	.56	.10	-
心理支持	1.91	.58	1.80	.54	.73	-
總和	1.87	.45	1.96	.42	.84	-

\* $p<.05$

(二) 精神康復者年齡

研究結果如表 4-3.8 所示，不同年齡的精神康復者其主要照顧者僅在「資訊支持面向」的服務獲得上達顯著差異 ( $F=3.35$ ， $p<.05$ )。事後比較發現 45-54 歲精神康復者之主要照顧者自評在資訊支持獲得面向上較 35-44 歲精神康復者之主要照顧者為多。

表 4-3.8 不同年齡的精神康復者其主要照顧者支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	精神康復者年齡												F 值	事後 比較
	(1) 24 歲以下 (n=11)		(2) 25-34 歲 (n=29)		(3) 35-44 歲 (n=25)		(4) 45-54 歲 (n=3)		(5) 55-64 歲 (n=10)		(6) 65 歲以上 (n=4)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.45	.58	2.11	.52	2.01	.73	3.25	1.29	2.56	.46	2.96	.12	3.35*	(4)>(3)
精神健康 照護支持	1.78	.55	1.70	.42	1.78	.63	1.41	.14	2.19	.47	1.45	.25	2.02	-
照顧者 教育支持	2.10	.55	2.04	.45	1.99	.58	2.33	.28	2.40	.38	2.0	.06	1.21	-
社會照顧 支持	1.79	.90	1.50	.40	1.59	.54	1.50	.43	1.52	.47	1.50	.28	.48	-
專業支持	1.78	.79	1.68	.36	1.56	.57	1.33	.57	1.82	.68	1.40	.28	.82	-
心理支持	2.01	.63	1.82	.54	1.90	.69	1.66	.00	1.86	.42	1.83	.33	.27	-
總和	2.01	.56	1.85	.37	1.84	.54	1.99	.23	2.17	.26	1.74	.09	1.10	-

\* $p<.05$

### (三) 精神康復者診斷別

研究結果如表 4-3.9 所示，不同診斷別的精神康復者其主要照顧者在「精神健康照護支持面向」的服務獲得上有顯著差異 ( $F=6.39, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現精神康復者診斷別為「其他」之主要照顧者在精神健康照護支持服務上的獲得較精神康復者診斷別為思覺失調症及躁鬱症之主要照顧者多。

不同診斷別的精神康復者其主要照顧者在「照顧者教育支持面向」的服務獲得上有顯著差異 ( $F=5.35, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現精神康復者診斷別為「其他」之主要照顧者在照顧者教育支持服務上的獲得較精神康復者診斷別為思覺失調症之主要照顧者多。

不同診斷別的精神康復者其主要照顧者在「社會照顧支持面向」的服務獲得上有顯著差異 ( $F=13.48, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現精神康復者診斷別為「其他」之主要照顧者在社會照顧支持服務上的獲得較精神康復者診斷別為思覺失調症及躁鬱症之主要照顧者多。

不同診斷別的精神康復者其主要照顧者在「專業支持面向」的服務獲得上有顯著差異 ( $F=10.96, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現精神康復者診斷別為「其他」之主要照顧者在專業支持服務上的獲得較精神康復者診斷別為思覺失調症之主要照顧者多。

不同診斷別的精神康復者其主要照顧者在「整體支持面向」上獲得的服務差異達顯著 ( $F=8.45, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現精神康復者診斷別為「其他」之主要照顧者在整體支持服務上的獲得較精神康復者診斷別為思覺失調症

之主要照顧者多。

表 4-3.9 不同診斷別的精神康復者其主要照顧者支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得類別	精神康復者診斷別								F 值	事後比較
	思覺失調症 (n=62)		躁鬱症 (n=15)		重鬱症 (n=3)		其他 (n=2)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.15	.65	2.26	.55	2.63	1.19	3.25	.17	2.27	-
精神健康 照護支持	1.66	.43	1.95	.50	2.55	1.27	2.62	.05	6.39*	其他> 思覺失調 症、躁鬱症
照顧者 教育支持	2.00	.47	2.25	.40	2.33	.57	3.16	.23	5.35*	其他>思覺 失調症
社會照顧 支持	1.49	.44	1.60	.44	1.83	.14	3.50	.70	13.48*	其他> 思覺失調 症、躁鬱症
專業支持	1.52	.42	1.81	.63	2.26	.46	3.20	.28	10.96*	其他>思覺 失調症
心理支持	1.80	.53	1.90	.47	2.38	.67	2.91	.29	3.64	-
總和	1.82	.38	2.03	.36	2.39	.82	3.04	.33	8.45*	其他>思覺 失調症

\* $p < .05$



#### (四) 精神康復者的初發年齡

研究結果如表 4-3.10 所示，不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者在「精神健康照護支持面向」的服務獲得上有顯著差異 ( $F=6.32, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現初發年齡為 35-44 歲精神康復者之主要照顧者在精神健康照護支持服務上的獲得較初發年齡為 25-34 歲精神康復者之主要照顧者多。

不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者在「專業支持面向」的服務獲得上亦有顯著差異 ( $F=3.69, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現初發年齡為 15-24 歲精神康復者之主要照顧者在專業支持服務上的獲得較初發年齡為 25-34 歲精神康復者之主要照顧者多。

表 4-3.10 不同初發年齡的精神康復者其主要照顧者在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	精神康復者初發年齡						F 值	事後比較
	(1)		(2)		(3)			
	15-24 歲 (n=48)		25-34 歲 (n=26)		35-44 歲 (n=8)			
	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.29	.58	1.98	.74	2.53	.68	2.93	-
精神健康 照護支持	1.85	.53	1.51	.38	2.32	.62	6.32*	(3)>(2)
照顧者 教育支持	2.11	.47	1.97	.48	2.32	.62	1.65	-
社會照顧 支持	1.67	.59	1.45	.41	1.37	.46	2.05	-
專業支持	1.75	.53	1.41	.43	1.80	.77	3.69*	(1)>(2)
心理支持	2.00	.57	1.73	.54	1.56	.42	3.44	-
總和	1.98	.44	1.72	.39	2.08	.48	2.79	-

\* $p < .05$

## 二、 主要照顧者背景資料對支持服務獲得的影響

### (一) 主要照顧者性別

研究結果如表 4-3.11 所示，不同性別的主要照顧者僅在「社會照顧支持面向」的服務獲得上有顯著差異 ( $F=6.48, p<.05$ )。事後比較發現男性主要照顧者在社會照顧支持上獲得的服務較女性主要照顧者多。

表 4-3.11 不同性別的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	主要照顧者性別				F 值	事後比較
	男 (n=15)		女 (n=67)			
	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.25	.63	2.21	.67	.05	-
精神健康照護支持	1.93	.43	1.74	.54	1.64	-
照顧者教育支持	2.29	.48	2.04	.49	3.24	-
社會照顧支持	1.88	.76	1.50	.43	6.48*	男>女
專業支持	1.82	.64	1.60	.52	1.94	-
心理支持	1.93	.65	1.86	.55	.19	-
總和	2.06	.48	1.87	.43	2.17	-

\* $p<.05$

(二) 主要照顧者的年齡

研究結果如表 4-3.12 所示，不同年齡的主要照顧者其在各種支持服務的獲得上並未有顯著差異。亦即主要照顧者在支持服務獲得上，不因主要照顧者的年齡不同而有不同程度之獲得。

表 4-3.12 不同年齡的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	主要照顧者年齡										F 值	事後比較
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)			
	25-34 歲 (n=2)		35-44 歲 (n=6)		45-54 歲 (n=15)		55-64 歲 (n=32)		65 歲以上 (n=27)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.06	.79	1.93	.40	2.23	.39	2.34	.65	2.14	.82	.65	-
精神健康 照護支持	1.29	.17	1.94	.52	1.67	.44	1.86	.49	1.71	.60	1.01	-
照顧者 教育支持	1.79	.17	2.31	.49	2.03	.34	2.14	.56	2.02	.50	.77	-
社會照顧 支持	1.25	.00	1.70	.62	1.58	.49	1.54	.59	1.59	.51	.29	-
專業支持	1.30	.14	1.60	.45	1.65	.50	1.78	.57	1.52	.56	1.01	-
心理支持	1.41	.58	1.97	.73	1.80	.29	1.95	.65	1.82	.55	.63	-
總和	1.56	.31	1.98	.44	1.86	.33	1.99	.46	1.85	.48	.77	-

(三) 主要照顧者的教育程度

研究結果如表 4-3.13 所示，不同教育程度的主要照顧者其在各種支持服務的獲得上並未有顯著影響。亦即主要照顧者在各種支持服務的獲得上，不因主要照顧者教育程度不同而有不同之獲得。

表 4-3.13 不同教育程度的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	主要照顧者教育程度										F 值	事後比較
	國小 (n=3)		國中 (n=3)		高中職 (n=33)		大學/大專 (n=41)		研究所以上 (n=2)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	1.58	.40	1.79	.19	2.32	.68	2.18	.65	2.87	.35	1.78	-
精神健康 照護支持	1.55	.35	1.52	.17	1.85	.62	1.73	.45	2.04	.88	.66	-
照顧者 教育支持	1.66	.54	1.86	.50	2.14	.53	2.07	.44	2.45	.76	1.10	-
社會照顧 支持	1.08	.14	1.41	.38	1.54	.60	1.61	.45	2.12	1.23	1.31	-
專業支持	1.40	.34	1.66	.11	1.61	.62	1.66	.48	2.20	1.13	.69	-
心理支持	1.16	.28	1.94	.25	1.91	.61	1.88	.55	1.91	.11	1.23	-
總和	1.48	.33	1.71	.24	1.96	.51	1.89	.37	2.29	.72	1.37	-

(四) 主要照顧者與精神康復者之關係

研究結果如表 4-3.14 所示，與精神康復者的關係不同，並未對主要照顧者在各種支持服務獲得上有達顯著差異。亦即主要照顧者在各種支持服務的獲得上，不因主要照顧者與精神康復者之關係角色不同而有不同之獲得。

表 4-3.14 與精神康復者之不同關係對主要照顧者在支持服務獲得上的差異情形

摘要表

支持服務 獲得面向	主要照顧者與精神康復者之關係										F 值	事後比較
	父母 (n=62)		子女 (n=3)		配偶 (n=3)		手足 (n=11)		其他 (n=3)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.23	.69	1.95	.85	2.25	.50	2.12	.60	2.54	.28	.34	-
精神健康 照護支持	1.75	.51	1.36	.33	1.97	.70	1.77	.55	2.44	.17	1.85	-
照顧者 教育支持	2.05	.49	1.63	.55	2.41	.36	2.15	.43	2.72	.17	2.47	-
社會照顧 支持	1.57	.55	1.16	.14	1.66	.38	1.72	.52	1.33	.57	.81	-
專業支持	1.65	.54	1.26	.23	1.93	.11	1.63	.74	1.60	.34	.56	-
心理支持	1.90	.58	1.38	.41	2.16	.50	1.71	.50	2.00	.57	1.04	-
總和	1.90	.45	1.51	.44	2.12	.35	1.90	.40	2.29	.12	1.35	-



#### (五) 主要照顧者的照顧時間

研究結果如表 4-3.15 所示，不同照顧時間的主要照顧者其在「資訊支持向度」上的服務獲得有顯著差異 ( $F=2.79, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現照顧時間 11-15 年的主要照顧者對於資訊支持服務的獲得多於照顧時間為 5 年以下的主要照顧者。

不同照顧時間的主要照顧者在「照顧者教育支持向度」上的服務獲得有顯著差異 ( $F=2.68, p<.05$ )。進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現照顧時間 11-15 年的主要照顧者對於照顧者教育支持服務的獲得多於照顧時間為 5 年以下的主要照顧者。

不同照顧時間的主要照顧者其在「整體支持向度」所獲得的服務有顯著差異 ( $F=2.72, p<.05$ )，進一步採用 Scheffe 法進行事後比較，發現照顧時間 11-15 年的主要照顧者對於整體支持服務的獲得多於照顧時間為 5 年以下的主要照顧者。

表 4-3.15 不同照顧時間對主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	主要照顧者照顧時間										F 值	事後比較
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)			
	5 年以下 (n=26)		6-10 年 (n=21)		11-15 年 (n=15)		16-20 年 (n=7)		21 年以上 (n=13)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	2.04	.52	2.08	.69	2.47	.54	2.80	.95	2.18	.65	2.79*	(3)>(1)
精神健康 照護支持	1.57	.44	1.81	.44	1.97	.47	2.07	.91	1.73	.51	2.17	-
照顧者 教育支持	1.87	.41	2.09	.58	2.31	.44	2.36	.53	2.09	.38	2.68*	(3)>(1)
社會照顧 支持	1.47	.47	1.63	.66	1.53	.46	1.82	.65	1.59	.46	.68	-
專業支持	1.53	.49	1.76	.53	1.64	.63	1.88	.75	1.58	.44	.88	
心理支持	1.64	.43	2.00	.62	2.00	.68	2.04	.59	1.88	.50	1.68	-
總和	1.72	.39	1.93	.51	2.07	.30	2.22	.61	1.89	.34	2.72*	(3)>(1)

\* $p < .05$

(六) 主要照顧者經濟狀況

研究結果如表 4-3.16 所示，不同經濟狀的主要照顧者其在「資訊支持向度」( $F=6.55, p<.05$ )、「精神健康照護支持向度」( $F=10.30, p<.05$ )、「照顧者教育支持向度」( $F=5.45, p<.05$ )、「心理支持向度」( $F=2.72, p<.05$ )及「整體支持向度」( $F=6.78, p<.05$ )上所獲得的服務有顯著差異。但因組別中至少有一組觀察值少於 2 因此無法進一步採用 Scheffe 法做事後比較。

表 4-3.16 不同經濟狀況的主要照顧者其在支持服務獲得上的差異情形摘要表

支持服務 獲得面向	主要照顧者經濟狀況										F 值	事後比較
	非常不足 (n=1)		不足 (n=7)		中等 (n=58)		足夠 (n=15)		非常足夠 (n=1)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
資訊支持	4.00	-	2.00	.41	2.10	.58	2.55	.67	4.00	-	6.55*	-
精神健康 照護支持	4.00	-	1.67	.44	1.65	.41	2.14	.53	1.50	-	10.30*	-
照顧者 教育支持	3.00	-	1.95	.35	1.97	.44	2.50	.51	2.50	-	5.45*	-
社會照顧 支持	1.75	-	1.57	.42	1.55	.45	1.66	.86	1.25	-	.24	-
專業支持	2.80	-	1.60	.16	1.59	.50	1.85	.71	1.00	-	2.26	-
心理支持	3.16	-	1.71	.36	1.80	.53	2.14	.63	1.66	-	2.72*	-
總和	3.31	-	1.79	.20	1.81	.38	2.23	.47	2.12	-	6.78*	-

\* $p<.05$

#### 第四節 精神康復者主要照顧者支持服務之服務需求與獲得之差異

本節主要探討研究目的三——主要照顧者的支持服務需求與獲得之差異情形。以 Pearson 積差相關探討主要照顧者的支持服務需求與取得之相關現象，並將主要照顧者對支持服務需求程度前 27% 之照顧者定義為「高需求組」，需求程度後 27% 之照顧者定義為「低需求組」，以單因子變異數分析 (ANOVA) 瞭解不同需求程度之主要照顧者在支持服務獲得各面向之得分情形。將主要照顧者對支持服務需求總分前 50% 之照顧者定義為「較高需求」及後 50% 定義之照顧者為「較低需求」，將主要照顧者對支持服務的獲得總分前 50% 之照顧者定義為「較高獲得」及後 50% 之照顧者定義為「較低獲得」，以「較高需求 X 較高獲得」、「較高需求 X 較低獲得」、「較低需求 X 較高獲得」及「較低需求 X 較低獲得」四類與主要照顧者的背景變項作出交叉分析表，瞭解主要照顧者的背景資料在四組中的分布情形。

##### 一、主要照顧者支持服務需求間的相關

由表 4-4.1 顯示，本研究所探討的每項主要照顧者支持服務需求間具有高度正相關 (均  $p < .01$ )，顯示主要照顧者在照顧精神康復者所面臨到的需求是整體全面性的，因此當提供主要照顧者支持服務時，需以主要照顧者整體性的需求作為提供服務時的依據。

表 4-4.1 主要照顧者各項支持服務需求間之相關

需求	需求	精神健康	照顧者	社會照顧	專業支持	心理支持
需求	資訊支持	照護服務	教育支持	服務	服務	服務
資訊支持	-	.64**	.74**	.48**	.43**	.47**
精神健康照護服務		-	.75**	.76**	.63**	.68**
照顧者教育支持			-	.74**	.70**	.75**
社會照顧服務				-	.70**	.63**
專業支持服務					-	.76**
心理支持服務						-
** $p < .01$						n=82

二、 主要照顧者支持服務獲得間的相關

由表 4-4.2 顯示，本研究所探討的每項主要照顧者支持服務獲得間具有高度正相關（均  $p < .01$ ），顯示目前對於主要照顧者的支持服務在提供上是以全面性的服務來支持主要照顧者。

表 4-4.2 主要照顧者各項支持服務獲得間之相關

獲得	獲得	精神健康	照顧者	社會照顧	專業支持	心理支持
獲得	資訊支持	照護服務	教育支持	服務	服務	服務
資訊支持	-	.48**	.65**	.25**	.42**	.36**
精神健康照護服務		-	.77**	.51**	.70**	.56**
照顧者教育支持			-	.58**	.58**	.58**
社會照顧服務				-	.74**	.56**
專業支持服務					-	.49**
心理支持服務						-
** $p < .01$						n=82

### 三、主要照顧者支持服務需求與服務獲得之相關

由表 4-4.3 顯示，就每項主要照顧者支持服務需求而言，其與各項支持服務獲得之間並無一致顯著相關，顯示主要照顧者在照顧精神康復者過程中，其對支持服務之需求與服務獲得情形並不彼此影響。可見目前主要照顧者對於支持服務的需求及獲得情形無法相互配合。

由表 4-4.3 可得知，主要照顧者之心理支持服務需求與照顧者教育支持服務獲得有顯著正相關 ( $r=.22, p<.05$ )，顯示主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，其對心理支持需求越高、越會參與照顧者教育支持服務，或參與較多照顧者教育支持服務之主要照顧者，其心理支持服務需求較高。

由表 4-4.3 可得知，主要照顧者之資訊支持服務需求及精神健康照護服務與社會照顧支持服務獲得有顯著負相關 ( $r=-.23, p<.05$ ;  $r=-.24, p<.05$ )，顯示主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，其對資訊支持服務及精神健康照護服務需求越高，其獲取社會照顧服務越少，或獲取越少社會照顧服務之主要照顧者，其資訊支持及精神健康照護服務需求較高。

表 4-4.3 主要照顧者各項支持服務需求與獲得之相關

需求 獲得	資訊支持	精神健康 照護服務	照顧者 教育支持	社會照顧 服務	專業支持 服務	心理支持 服務
資訊支持	.08	-.04	.08	-.05	.006	.20
精神健康照護服務	-.06	-.07	-.03	-.05	-.06	.06
照顧者教育支持	.004	.01	.08	.03	.12	.22*
社會照顧服務	-.23*	-.24*	-.08	-.01	-.036	.03
專業支持服務	-.22	-.20	-.08	-.11	-.12	.03
心理支持服務	-.14	-.05	-.08	-.01	-.12	-.03

\* $p<.05$

n=82



#### 四、「高需求組」及「低需求組」的主要照顧者其在服務獲得上的差異情形

從表 4-4.4 中可知，不同需求程度之主要照顧者其在各項支持服務的獲得上差異不顯著。亦即主要照顧者在支持服務獲得上，不因其需求程度不同而有不同之獲得情形。進一步從表 4-3.1 至 4-3.6 發現，主要照顧者對於支持服務各面向的獲得情形，均呈現中下狀態 ( $M < 2.5$ )，顯示不同需求程度的主要照顧者認為在支持服務中各面向的實際獲得情形均是不足夠的。

表 4-4.4 主要照顧者不同支持服務需求程度在支持服務獲得之差異情形摘要表

需求程度	高需求組 (n=23)		中需求組 (n=37)		低需求組 (n=22)		F 值	事後比較
	M	SD	M	SD	M	SD		
獲得面向								
資訊支持	2.22	.65	2.33	.65	2.02	.67	1.47	-
精神健康照護服務	1.85	.70	1.72	.44	1.77	.46	.42	-
照顧者教育支持	2.16	.54	2.11	.44	1.96	.52	1.03	-
社會照顧服務	1.48	.48	1.59	.57	1.62	.54	.40	-
專業支持服務	1.65	.46	1.60	.53	1.72	.66	.36	-
心理支持服務	1.85	.56	1.89	.54	1.85	.63	.05	-
總和	1.94	.48	1.92	.41	1.85	.46	.22	-

n=82

綜合以上可知，Pearson 積差相關結果顯示，主要照顧者對於支持服務中各分項服務間需求具高度正相關 ( $p < .01$ )、在支持服務獲得中各分項服務獲得間亦有高度正相關 ( $p < .01$ )，主要照顧者支持服務需求與支持服務獲得卻無一致性顯著相關，而主要照顧者之不同需求程度在獲得服務之差異現象經由單因子變異數分析後發現，主要照顧者對於支持服務不論需求程度的高低皆認為支持服務的獲得不足。

## 五、主要照顧者對支持服務的服務需求、服務獲得與其背景資料交叉分析

從表 4-4.5 中可知，在「較高需求 X 較低獲得」的類別中，主要照顧者為女性（81.8%）、年齡為 65 歲以上（36.4%）、與康復者之關係為其父母（54.5%）、照顧時間為 5 年以下（54.5%）、教育程度為大學/大專（63.6%）、經濟狀況中等（81.8%）所佔人數較多。其中，年齡為 34 歲以下之 2 位照顧者、與康復者關係為其子女之 3 位照顧者皆在此「較高需求 X 較低獲得」類別中。此外，超過半數之手足照顧者、近半數照顧時間為 5 年以下及 21 年以上之照顧者亦在此類別中。

在「較低需求 X 較高獲得」的類別中，主要照顧者為女性（68.2%）、年齡為 55-64 歲（50%）、與康復者關係為其父母（86.4%）、照顧時間為 11-15 年（31.8%）、教育程度為大學/大專（59.1%）、經濟狀況中等（68.2%）所佔人數較多。其中，近半數的男性照顧者在此「較低需求 X 較高獲得」的類別中。

表 4-4.5 主要照顧者對支持服務之需求及獲得與其背景資料交叉分析表 (n=82)

		較高需求 X 較高獲得 (n=19)		較高需求 X 較低獲得 (n=22)		較低需求 X 較高獲得 (n=22)		較低需求 X 較低獲得 (n=19)			
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
變項	類別	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	總計	
需求		3.90	.10	3.88	.11	3.22	.32	3.22	.26		
獲得		2.26	.35	1.57	.24	2.21	.34	1.60	.26		
性別	男	3	15.8	4	18.2	7	31.8	1	5.3	15	
	女	16	84.2	18	81.8	15	68.2	18	94.7	67	
年齡	34 歲以下	0	0	2	9.1	0	0	0	0	2	
	35-44 歲	3	15.8	3	13.6	0	0	0	0	6	
	45-54 歲	3	15.8	4	18.2	4	18.2	4	21.1	15	
	55-64 歲	11	57.9	5	22.7	11	50	5	26.3	32	
	65 歲以上	2	10.5	8	36.4	7	31.8	10	52.6	27	
關係	父母	13	68.4	12	54.5	19	86.4	18	94.7	62	
	子女	0	0	3	13.6	0	0	0	0	3	
	配偶	1	5.3	1	4.5	1	4.5	0	0	3	
	手足	2	10.5	6	27.3	2	9.1	1	5.3	11	
	其他	3	15.8	0	0	0	0	0	0	3	
照顧時間	5 年以下	4	21.1	12	54.5	6	27.3	4	21.1	26	
	6-10 年	8	42.1	1	4.5	4	18.2	8	42.1	21	
	11-15 年	4	21.1	1	4.5	7	31.8	3	15.8	15	
	15-20 年	1	5.3	2	9.1	3	13.6	1	5.3	7	
	21 年以上	2	10.5	6	27.3	2	9.1	3	15.8	13	
教育程度	國小	0	0	1	4.5	0	0	2	10.5	3	
	國中	0	0	0	0	1	4.5	2	10.5	3	
	高中職	9	47.4	6	27.3	8	36.4	10	52.6	33	
	大學/大專	9	47.4	14	63.6	13	59.1	5	26.3	41	
	研究所以上	1	5.3	1	4.5	0	0	0	0	2	
經濟狀況	非常不足	1	5.3	0	0	0	0	0	0	1	
	不足	2	10.5	2	9.1	1	4.5	2	10.5	7	
	中等	10	52.6	18	81.8	15	68.2	15	78.9	58	
	足夠	6	31.6	2	9.1	5	22.7	2	10.5	15	
	非常足夠	0	0	0	0	1	4.5	0	0	1	

## 第五節 精神康復者主要照顧者支持服務之服務使用障礙因素

對於和精神疾病有關的各種訊息及教育課程等資訊之獲得來源如表 4-5.1 所示，以「社會福利機構/協會」所佔次數最多（35.8%），再其次為「醫護人員」（19.2%），依序是「網際網路」（17.5%）、「親友口頭傳述」（10%）、「刊物/宣傳單」（9.2%）、「公家機關窗口-身心障礙者資源中心或衛生所/健康中心」（7.5%），以「其他」（0.8%）最少。其中，超過五成的主要照顧者認為其對於精神疾病的相關訊息及教育課程等資訊獲得來源包含「社會福利機構/協會」傳遞管道。

表 4-5.1 資訊獲得來源之次數分配表 (n=82)

資訊獲得來源 (複選)	次數	反應百分比 (%)	人次百分比 (%)
社會福利機構/協會	43	35.8	52.4
醫護人員	23	19.2	28.1
網際網路	21	17.5	25.6
親友口頭傳述	12	10.0	14.6
刊物/宣傳單	11	9.2	13.4
公家機關窗口	9	7.5	10.9
其他	1	0.8	1.2
總和	120	100	-

主要照顧者認為難以獲得「資訊支持服務」及「照顧者教育支持服務」的原因如表 4-5.2 所示，以「沒有管道得知訊息」(34.8%) 所佔次數最多，其次為「課程地點不便利」(17.9%)，再依序是「與其他家人參與意見不一致」(16.1%)、「課程內容不符合需求」(11.6%)、「不想讓他人知道有使用該服務」(8%) 及「認為一切都該靠自己」(8%)，以「專業人員的解說太難理解」(3.6%) 最少。其中，近四成八的主要照顧者認為難以獲得「資訊支持服務」及「照顧者教育支持服務」的原因包含「沒有管道得知訊息」障礙因素。

表 4-5.2 難以獲得「資訊支持服務」及「照顧者教育支持服務」的原因之次數分配表 (n=82)

障礙因素 (複選)	次數	反應百分比 (%)	人次百分比 (%)
沒有管道得知訊息	39	34.8	47.6
課程地點不便利	20	17.9	24.3
與其他家人參與意見不一致	18	16.1	21.9
課程內容不符合需求	13	11.6	15.8
不想讓他人知道有使用該服務	9	8	10.9
認為一切都該靠自己	9	8	10.9
專業人員的解說太難理解	4	3.6	4.8
總和	112	100	-

主要照顧者認為影響其未使用「精神健康照護服務」及未申請「社會照顧服務/社會福利」的原因，如表 4-5.3 所示，以「對服務內容不清楚」(14.3%) 所佔次數最多，其次為「康復者不願意使用/申請」(13.3%)，再依序是「不知道有該項服務」(13.0%)、「不知道如何申請」(7.2%)、「認為康復者使用資格不符」(6.1%)、「申請過程手續麻煩/困難」(5.5%) 及「與其他家人使用意見不一致」(5.5%)、「服務提供地點不便利」(5.1%)、「認為對康復者病情無益」(4.8%)、「服務內容不符合需求」(4.4%)、「曾申請過但未獲准」(3.8%) 及「評估後發現可用資源不足」(3.8%)、「不想讓他人知道有使用該服務」(3.1%) 及「服務需要額外費用」(3.1%)、「康復者交通能力不足無法前往」(2.7%)、「認為一切都該靠自己」(2%) 及「費用太高不考慮或無法負擔」(2%)，以「其他」(0.3%) 最少。其中，超過五成的主要照顧者認為影響其未使用「精神健康照護服務」及未申請「社會照顧服務/社會福利」的原因包含「對服務內容不清楚」障礙因素，近五成的主要照顧者認為「康復者不願意使用/申請」及「不知道有該項服務」之障礙因素亦為影響其未使用「精神健康照護服務」及未申請「社會照顧服務/社會福利」的原因之一。



表 4-5.3 影響主要照顧者未使用「精神健康照護服務」及未申請「社會照顧服務/社會福利」的原因之次數分配表 (n=82)

障礙因素 (複選)	次數	反應百分比 (%)	人次百分比 (%)
對服務內容不清楚	42	14.3	51.2
康復者不願意使用/申請	39	13.3	47.6
不知道有該項服務	38	13.0	46.3
不知道如何申請	21	7.2	25.6
認為康復者使用資格不符	18	6.1	21.9
申請過程手續麻煩/困難	16	5.5	19.5
與其他家人使用意見不一致	16	5.5	19.5
服務提供地點不便利	15	5.1	18.2
認為對康復者病情無益	14	4.8	17.1
服務內容不符合需求	13	4.4	15.9
曾申請過但未獲准	11	3.8	13.4
評估後發現可用資源不足	11	3.8	13.4
不想讓他人知道有使用該服務	9	3.1	10.9
服務需要額外費用	9	3.1	10.9
康復者交通能力不足無法前往	8	2.7	9.7
認為一切都該靠自己	6	2	7.3
費用太高不考慮或無法負擔	6	2	7.3
其他	1	0.3	1.2
總和	293	100	-

主要照顧者認為影響其未使用「心理支持服務」及「專業支持服務」的原因，如表 4-5.4 所示，以「不知道有該項服務」(24.4%) 所佔次數最多，其次為「不知道如何申請」(18.9%)，再依序是「服務過程等待時間過長」(11.7%)、「評估後發現可用資源不足」(10%)、「服務需額外費用」(9.4%)、「與其他家人使用意見不一致」(8.3%)、「不想讓他人知道有使用該服務」(4.5%) 及「費用太高不考慮或無法負擔」(4.5%)、「認為一切都該靠自己」(3.9%)、「認為自己使用資格不符」(2.2%)，以「專業人員的解說太難理解」(1.1%) 及「其他」(1.1%) 最少。其中，超過五成的主要照顧者認為影響其未使用「心理支持服務」及「專業支持服務」的原因包含「不知道有該項服務」障礙因素。

表 4-5.4 影響主要照顧者未使用「心理支持服務」及「專業支持服務」的原因之次數分配表 (n=82)

障礙因素 (複選)	次數	反應百分比 (%)	人次百分比 (%)
不知道有該項服務	44	24.4	53.6
不知道如何申請	34	18.9	41.4
服務過程等待時間過長	21	11.7	25.6
評估後發現可用資源不足	18	10.0	21.9
服務需額外費用	17	9.4	20.7
與其他家人使用意見不一致	15	8.3	18.2
不想讓他人知道有使用該服務	8	4.5	9.8
費用太高不考慮或無法負擔	8	4.5	9.8
認為一切都該靠自己	7	3.9	8.5
認為自己使用資格不符	4	2.2	4.9
專業人員的解說太難理解	2	1.1	2.4
其他	2	1.1	2.4
總和	180	100	-

從表 4-5.2 至 4-5.4 中發現，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，雖然有不同的障礙因素影響主要照顧者使用各項支持服務，但以「不知道、不清楚」該項訊息或該項服務為最一致的障礙。

## 第六節 其他研究發現

本研究問卷的第四部份為開放式問題，由填答者自行填答。共計有 26 份有效填答問卷，透過內容分析法將取得的資料進行分析及歸納，整理社區精神康復者之主要照顧者在照顧過程中仍面臨的需求及對支持服務的整體想法及建議，分別整理如下：

### (一) 照顧者需要心理專業介入以獲得「情緒歸位」(得以描述)

照顧者(家屬)填寫支持服務其他需求排行第一的意見，均表示希望能有針對照顧者的減壓/紓壓課程、心理輔導、心理諮商及(表達性)心理治療之需求，以陪伴照顧者因應精神疾病所帶來的衝擊及痛苦。顯示照顧者(家屬)在照顧回到社區的精神康復者時，仍面臨極大的壓力及高張的情緒起伏，需要心理專業者協助談論心情以獲得「情緒歸位」。

### (二) 照顧者需要相關服務以獲得「家庭歸位」

當精神疾病降臨在家庭中，使家中原先的互動模式及關係型態產生變化，主要照顧者通常扮演「走在前頭」帶領家中其他成員認識、因應及接納家中生病成員的角色，因此照顧者表示希望能有「以家庭為單位」的諮詢、輔導及家庭治療，協助家中生病成員與家庭其他成員的融入，讓家庭其他成員對家中生病成員的治療/復健態度一致，促使照顧工作能輪流，避免只由家中一位成員擔任主要照顧者，藉此得以喘息。

另一方面，家庭中不同成員角色在面對家中生病成員及其精神疾病，例如父母、配偶、手足及子女，將經歷不同/特殊的「去權經驗」(簡嘉惠，2014)，因此照顧者認為需要家庭成員個別的協談/心理諮商，使家庭成員有機會說出家中生病成員的精神疾病對其家庭角色帶來的影響及衝擊，讓家庭成員能重新歸位或移動至新的角色位置。

### **(三) 照顧者需要專業人員與之討論「協助精神康復者歸位」過程的困境**

精神康復者由於症狀、藥物及相關複雜的社會、心理因素，而有人際退縮、拒絕與外界聯繫的現象，照顧者（家屬）尤其擔心精神康復者的社交孤立對其疾病有惡性循環的影響而鼓勵精神康復者走出家中與外界接觸，通常此過程因「精神康復者不願意」、「精神康復者意願不高」及「精神康復者不願說出心中困擾」，使照顧者常挫折於「不知道怎麼幫忙」。由此衍生出的需求服務為，照顧者需要專業人員與之討論精神康復者目前的狀況，以規劃接下來的復健/治療計畫，但因缺少臨床工作者的推動（Chen et al., 2004）、取得精神康復者之信任不易（周月清等，2007），使得照顧者難以在社區獲得此服務。

### **(四) 照顧者需要「搖醒政府」以獲得精神康復者回歸社區的無障礙環境及培**

#### **訓替代照顧人力**

研究者在發送問卷的過程中，許多填答之主要照顧者回應在照顧精神康復者的過程中「都是自立自強，包括經濟、精神及人力」、「都沒有人幫忙」，且問卷中詢問主要照顧者「平時遇到照顧困難能幫助您的人」之欄位，多數照顧者未填寫或填寫「沒有人」，由此可知照顧者在尋找替代照顧人力及服務的困難，與周月清等（2007）之研究發現一致。並對目前服務提出以下建議：

1. 隨著照顧者年事漸長，關於精神康復者子女之未來生活安排及「安置」抉擇成為老年主要照顧者的最大隱憂，家族中找不到（願意）接替照顧的人力，卻又不忍心將精神康復者子女送至外縣市、機構式之慢性精神養護單位。
2. 居家服務及喘息服務之申請不易，相關社會補助因申請門檻過高及資格限制而不易獲得，使得（功能尚可之）照顧者被福利措施排除。
3. 精神康復者之精神復健方案及就業輔導方案，未能依照障礙者之障礙程

度、年齡及障別提供適切之職能訓練，使精神康復者之復健、就業動機降低。

4. 目前政府推動之社區精神康復者追蹤關懷，包括公衛護士及社區關懷訪視員，只限定於單位提供之追蹤名冊，無法由需要該訪視服務之精神康復者及照顧者申請獲得，且訪視間隔時間長、或無持續性的定期關懷訪視而顯得效益不彰。







## 第五章 結論與建議

本研究透過問卷調查的方法，瞭解社區精神康復者主要照顧者對支持服務需求及資源使用的情形。本章針對研究目的將研究所得結果進行重點摘要說明及討論，分為研究摘要與討論、研究建議及研究限制與後續研究方向三節，茲分述如下：

### 第一節 研究摘要與討論

此節將研究結果統整說明及討論如下：

#### 一、瞭解社區精神康復者與主要照顧者的基本特質

##### (一) 社區中精神康復者基本特質

本研究之社區中精神康復者之年齡以青壯年為主，多為「25-34歲」及「35-44歲」共佔65.9%；診斷別以「思覺失調症」為主，佔75.6%；多於「24歲以下」初發，佔58.5%；社會資源使用以「身心障礙手冊」及「重大傷病卡」各佔50%。精神康復者於其生命歷程中建立認同關係及對社會有產能的時期遇到精神疾病產生生命的轉向（社會學家 Goffman 以『道德生涯』作討論），「白天活動時間的空白」不僅為照顧者所擔憂（周月清等，2007），也加深社會大眾、親戚鄰居對精神疾病的污名想像（莊明敏等，1995），使精神康復者在社會中的生存更加艱辛，遭遇許多來自家庭、社區及職場等有心或無意的「社會排斥」（social exclusion）（黃鳳嬌，2008）。隨著《身心障礙者權益保障法》、《精神衛生法》（2007）的修法，增加精神康復者於社區中的復健治療、自立生活及支持服務的條文，及《身心障礙者權利公約》國內法化，但相關實務工作者仍表示與社區精神康復者的生活無法配合及執行，如何營造能有效協助精神康復者「無障礙」參與社會之環境，值得未來進一步探究。

## (二) 主要照顧者

本研究之主要照顧者，以女性（81.7%）、關係為父母（75.6%）為主，與過去研究結果一致。其最高年齡為 85 歲，以中老年為主，多為「55-64 歲」及「65 歲以上」共佔 71.9%。對於雙重老化的精神康復者與照顧者，除了需調適老化歷程的身心變化，照顧者更擔心自己過世後精神康復者子女的住所安排、經濟維持及接替照顧人選（周月清等，2007）。手足照顧接替議題（陳姿廷，2013）及長期照顧機構的需求抉擇（謝宏林，2000）均帶給照顧者不少壓力。

主要照顧者的照顧時間以「5 年以下」所佔人數最多，約 31.7%，最長照顧時間為 45 年，顯見漫長的照顧歷程所帶來之長期負荷及心理壓力，再加上社區復健及就業方案不足（滕西華，2005）及因精神康復者家屬身份而感受到的「連帶污名」（courtesy stigma）（Goffman, 1963）及社會的道德期待，家屬害怕被責備「親職能力不佳」（針對父母角色之照顧者）、「未協助管理好疾病」（針對手足、配偶角色之照顧者）及「受精神疾病污染的子女」（Corrigan & Miller, 2004）而拒絕相關資源的介入，使得照顧者長時間感受孤立無援及無力感（趙雨龍、黃昌榮、趙維生，2003），而經歷慢性悲傷歷程（張國睿，2012）。

## 二、社區精神康復者之主要照顧者對支持服務的需求情形（見表 5-1.1）

本研究的結果顯示，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中對支持服務的六大面向（資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持）皆有中度以上需求，其中在資訊支持、照顧者教育支持、心理支持及專業支持四面向，依序有較高之需求，且呈現訊息支持（資訊支持、照顧者教育支持）需求高於心理支持（心理支持及專業支持）、實質支持（精神健康照護支持及社會照顧支持）。顯示照顧者於面對精神疾病時，迫切想得到疾病相關知識（沈淑華等，2005）以增加生活及照顧工作的控制感（Birchiwood, Smith & Cochrane, 1992）。黃碧琴（1995）、李滄琳（2006）及許樹珍等（2001/2012）透過照顧者的訪談研究中均可知家屬在照顧精神康復者的過程中之挫折，由於精神疾病的難以理解使得家屬與精神康復者的關係破壞、照顧角色的遲疑及矛盾和實質照顧行動時的交流困難，許多家屬表示願意照顧精神康復者但卻不知道怎麼照顧而顯得不堪負荷。王芬蘭（2009）的研究中也發現，精神康復者家庭中之醫療決策照顧者，除了負責疾病的照顧工作外，也扮演了教育者（教育家中其他成員）、資源連結者（連結外界資源及社會支持）、關係協調者（調節家中生病成員及其他家人的衝突）等多重角色來協助家庭因應精神疾病。主要照顧者在家庭中的原本角色，因家中成員的發病而轉變為「精神疾病患者之照顧者」，這突如其來的陌生身份使家屬經歷慌亂、震驚及無所適從，而希望專業人員告知他們該怎麼做（Yip, 2004）。

精神康復者之性別、診斷別、初發年齡及主要照顧者之性別等背景變項，對於主要照顧者的支持服務需求並無顯著影響。亦即主要照顧者的支持服務需求，不因精神康復者之性別、診斷別、初發年齡及照顧者之性別而有所不同。與劉杏元（1994）、曾錦花（1996）、崔秀倩等（1998）及陳敏瑜（2008）等研究結果一致。

精神康復者年齡較長，主要照顧者對於「資訊支持」及「心理支持」需求較高；主要照顧者年齡較輕，對於各向度的支持及整體支持服務需求均較年齡長者高；照顧者教育程度為研究生以上者在「照顧者教育支持」上的需求較教育程度為大學/大專者高；關係為其他或子女之主要照顧者，在各支持面向及整體支持服務需求上皆高於關係為父母之照顧者。劉蓉台（1992）及吳錦喻（2006）指出照顧者越年輕學習動機強或關係為手足、子女擔心疾病遺傳而較需要資訊支持或實質支持、心理支持，而教育程度較高之照顧者越有動機吸收相關知識而對照顧者教育支持課程有較高需求（沈淑華等，2005）。

### 三、社區精神康復者之主要照顧者對支持服務的獲得情形（見表 5-1.1）

本研究的結果顯示，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中所獲得的六大面向（資訊支持、精神健康照護服務支持、照顧者教育支持、社會照顧服務支持、專業服務支持及心理支持）支持服務皆呈現中度偏低的情形。除資訊支持服務及照顧者教育支持獲得較多外，其他心理支持、精神健康照護服務支持、專業支持及社會照顧支持服務的獲得皆低於整體獲得平均數。

研究結果亦發現，女性精神康復者其主要照顧者獲得精神健康照護支持較男性精神康復者的主要照顧者多、年齡較長之精神康復者的主要照顧者其在資訊支持服務上的獲得較多、診斷別為「其他」者的主要照顧者在精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及整體支持向度上獲得較診斷為思覺失調症的精神康復者之主要照顧者高。研究者推測年齡較高之精神康復者其生病年數亦較高，因此照顧者在資訊支持服務的獲得較多。男性主要照顧者在社會照顧支持獲得較女性主要照顧者多，照顧時間較長之主要照顧者在資訊支持、照顧者教育支持及整體支持上獲得的服務均較照顧時間 5 年以下之照顧者多。

若將主要照顧者對支持服務的需求排序與服務的獲得排序比較，前三項支持服務需求與支持服務獲得之排序皆為：資訊支持、照顧者教育支持及心理支持，

但在此三項支持服務中仍呈現中上程度需求及中下程度獲得的現象，顯示目前對於主要照顧者支持服務的提供雖符合照顧者之需求類型，卻仍顯量的不足。

若將主要照顧者對支持服務各向度中之題項的需求排序與服務獲得排序比較（如表 5-1.2 所示）。在**資訊支持**方面，主要照顧者對於「疾病有關藥物使用及副作用相關訊息」、「疾病治療方式相關訊息」、「疾病復健相關訊息」及「疾病社區資源及福利機構相關訊息」有排序較高之需求，獲得服務排序則依序為「疾病診斷/症狀內容相關的訊息」、「疾病成因相關訊息」及「疾病治療方式相關訊息」，僅在「疾病治療方式相關訊息」之服務提供有配合到照顧者的需求。在**精神健康照護支持**方面，主要照顧者對於「康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務」、「康復者緊急狀況時，能協助處理的單位及相關人力服務」及「康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務」有排序較高之需求，獲得服務排序則依序為「康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務」、「康復者平時有醫院及診所的門診服務」、「康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務」，顯示主要照顧者與精神健康照護服務之接觸以門診服務最頻繁，且亟需緊急狀況時的人力協助。在**照顧者教育支持**方面，主要照顧者對於「與康復者溝通及相處的方法」、「參與家連家精神健康教育協會—家屬教育課程」及「照顧者自我成長及紓壓課程、講座或團體活動」有排序較高之需求，獲得服務排序資依序為「參與家連家精神健康教育協會—家屬教育課程」、「參與康復之友聯盟—精神康復者與家屬充權教育課程」及「照顧者自我成長及紓壓課程、講座或團體活動」，顯示主要照顧者對於和精神康復者之間仍有溝通及相處困難，期待獲得與康復者對話的管道及方法。在**社會照顧支持**方面，主要照顧者對於「照顧者與康復者相關法定權益及社會福利的資訊」及「康復者生活補助、醫療保險及相關經濟補助」有排序較高之需求，獲得服務排序亦為「照顧者與康復者相關法定權益及社會福利的資訊」及「康復者生活補助、醫療保險及相關經濟補助」，顯示主要照顧者在社會照顧支持方面服務需求與獲得尚能配合。在**專業支持**方面，主要



照顧者對於「與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫」、「固定的人員、專線或機構窗口可以聯絡諮詢以解決疑惑」及「個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介」有排序較高之需求，獲得服務排序依序為「修法、倡導及表達照顧者/康復者權益的行動參與」、「與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫」及「個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介」，顯示主要照顧者在照顧過程中會面臨許多挫折與困境，需要單一窗口的專業人員能夠諮詢及與之討論，在開放式問題中亦有相同的發現。在心理支持方面，主要照顧者對於「參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵」、「心理諮商/協談，緩和照顧者的孤立感、降低心理壓力」及「照顧者因應親人生病（包含家庭、生活及照顧者心理變動）的調適方法」有排序較高之需求，獲得服務排序依序為「參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵」、「照顧者因應親人生病（包含家庭、生活及照顧者心理變動）的調適方法」及「照顧者與康復者的社交參與、休閒娛樂及聯誼活動」，由此可知，主要照顧者對於心理支持服務中尚有心理諮商/協談服務目前未配合其需求排序，從開放式問題中亦可發現主要照顧者對於心理專業介入服務的需求排行最高，多數主要照顧者均表達「希望有人能瞭解我的苦」。



表 5-1.1 各背景變項在主要照顧者支持服務需求與支持服務獲得之差異情形

	主要照顧者支持服務需求—排序							主要照顧者支持服務獲得—排序							差異數
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	總分	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	總分	
	資訊支持	照顧者教育支持	心理支持	專業支持	社會照顧支持	精神健康照護支持		資訊支持	照顧者教育支持	心理支持	精神健康照護支持	專業支持	社會照顧支持		
<b>精神康復者背景變項</b>															
性別	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	-	-	-	1
年齡	v	-	v	-	-	-	-	v	-	-	-	-	-	-	3
診斷別	-	-	-	-	-	-	-	-	v	-	v	v	v	v	5
初發年齡	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	-	-	2
<b>主要照顧者背景變項</b>															
性別	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	-	1
年齡	v	v	v	v	v	v	v	-	-	-	-	-	-	-	7
教育程度	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
關係	v	v	v	v	v	v	v	-	-	-	-	-	-	-	7
照顧時間	-	-	-	v	-	-	-	v	v	-	-	-	-	v	4
經濟狀況	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	v	-	-	v	5

表 5-1.2 主要照顧者在各向度支持服務中服務需求與服務獲得排序之比較摘要表

支持服務向度	排序	1	2	3
資訊支持	需求	疾病有關藥物使用及副作用相關訊息 <sup>a</sup>	疾病治療方式相關訊息	疾病復健資源相關訊息 <sup>a</sup> 疾病社區資源及福利機構相關訊息 <sup>a</sup>
	獲得	疾病診斷/症狀內容相關訊息 <sup>b</sup>	疾病成因相關訊息 <sup>b</sup>	疾病治療方式相關訊息
精神健康照護支持	需求	康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務	康復者緊急狀況時，能協助處理的單位及相關人力服務 <sup>a</sup>	康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務
	獲得	康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務	康復者平時有醫院及診所的門診服務 <sup>b</sup>	康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務
照顧者教育支持	需求	與康復者溝通及相處的方法 <sup>a</sup>	參與家連家精神健康教育協會—家屬教育課程	照顧者自我成長及紓壓的課程、講座或團體活動
	獲得	參與家連家精神健康教育協會—家屬教育課程	參與康復之友聯盟—精神康復者與家屬充權教育課程 <sup>b</sup>	照顧者自我成長及紓壓的課程、講座或團體活動
社會照顧支持	需求	照顧者與康復者相關法定權益及社會福利的資訊	康復者生活補助費、醫療保險及相關經濟補助	照顧者喘息服務，暫時由他人照顧康復者
	獲得	照顧者與康復者相關法定權益及社會福利的資訊	康復者生活補助費、醫療保險及相關經濟補助	照顧者喘息服務，暫時由他人照顧康復者
專業支持	需求	與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫	固定的人員、專線或機構窗口可以聯絡諮詢以解決疑惑 <sup>a</sup>	個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介
	獲得	修法、倡導及表達照顧者/康復者權益的行動參與 <sup>b</sup>	與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫	個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介
心理支持	需求	參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵	心理諮商/協談，緩和照顧者的孤立感、降低心理壓力 <sup>a</sup>	照顧者因應親人生病的調適方法
	獲得	參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵	照顧者因應親人生病的調適方法	照顧者與康復者的社交參與、休閒娛樂與聯誼活動 <sup>b</sup>

a：主要照顧者自評排序前三之服務需求，該服務在獲得上未排序前三

b：主要照顧者自評排序前三之服務獲得，該服務在需求上未排序前三

#### 四、社區精神康復者之主要照顧者支持服務需求與服務獲得之相關及差異情形

本研究經由 Pearson 積差相關分析發現，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，對於各種支持服務有整體性需求，顯示精神疾病的降臨對於主要照顧者而言有全面性的影響。再加上前述研究結果，主要照顧者對六面向（資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持）的支持服務皆有中度以上需求程度可知，本研究之社區精神康復者之主要照顧者在支持服務需求作答上有整體高需求的現象，研究者推測與樣本來源以縣市康復之友協會及家屬團體有關，長期以倡導權益、自助/充權為機構運作目標及方案執行策略，故易促成受試者對問卷題項中之服務項目皆表達高需求的傾向。

本研究經由 Pearson 積差相關分析亦發現，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，在各種支持服務的獲得上亦有整體性，顯示目前對於主要照顧者的支持服務提供是以全面性為考量。再加上前述章節中的研究結果，主要照顧者對六面向（資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支持及心理支持）的支持服務的獲得只有中度以下程度可知，本研究之社區精神康復者的主要照顧者在支持服務獲得的作答上有整體低獲得之情形。是否與目前社區服務資源少且服務項目零碎（吳肖琪，2008），或服務內容與照顧者期待不符（周月清等，2007）有關則有待進一步釐清。

本研究經由 Pearson 積差相關分析發現，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，對於支持服務的需求與服務獲得間沒有一致性的顯著相關，顯示各項支持服務的需求與獲得並不互相影響。由此可知，在主要照顧者對於支持服務表達需求後，至主要照顧者實際獲得支持服務之間仍有其他因素影響。且經由單因子變異數分析後發現，主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，對於支持服務有不同需求程度的主要照顧者在服務獲得上並未有顯著差異。亦即主要照顧者對於支持服務的獲得不因為其需求程度而有所差異。由此可知，目前對於社區精神康復者主要照顧者之支持服務提供並無法完全滿足照顧者之需求及期待。

本研究經由重新分組後，將主要照顧者自評對支持服務的需求與獲得現況共分為「較高需求 X 較高獲得」、「較高需求 X 較低獲得」、「較低需求 X 較高獲得」及「較低需求 X 較低獲得」。其中尤以「較高需求 X 較低獲得」及「較低需求 X 較高獲得」兩組之主要照顧者自評對支持服務的需求與服務獲得現況有較大的差異感知。在本研究的研究對象中，34 歲以下、與康復者關係為其子女或手足、照顧時間為 5 年以下之主要照顧者較易感知到「較高需求 X 較低獲得」的落差，研究者推測可能是其剛接替成為主要照顧者角色的「新手照顧者」，面對不熟悉的照顧工作尚在適應及學習，因此對於支持服務較會感到需求與獲得間的落差。此外，在本研究的研究對象中，近半數的男性照顧者在「較低需求 X 較高獲得」類別中，搭配上上述研究結果發現男性主要照顧者在社會照顧支持上獲得服務較多，顯示本研究之男性照顧者使用較多的社會照顧支持服務。

##### 五、社區精神康復者主要照顧者使用支持服務之障礙因素

在資訊獲得來源方面，以「社會福利機構/協會」(35.8%) 最多，其次為「醫護人員」(19.2%)，另以「公家機關窗口—身心障礙者資源中心或衛生所/健康中心」(7.5%) 及「其他」(0.8%) 最少。照顧者對於支持服務的使用障礙因素，在「資訊支持」面向及「照顧者教育支持」面向上以「沒有管道得知訊息」(34.8%)、「課程地點不便利」(17.9%) 及「與其他家人參與意見不一致」(16.1%) 最多；在「精神健康照護服務」面向及「社會照顧服務」面向的使用障礙因素以「對服務內容不清楚」(14.3%)、「康復者不願意使用/申請」(13.3%) 及「不知道有該項服務」(13.0%) 最多；在「心理支持」面向及「專業支持」面向的使用障礙因素以「不知道有該項服務」(24.4%)、「不知道如何申請」(18.9%) 及「服務過程等待時間過長」(11.7%)。顯示主要照顧者對於不同功能的支持服務，皆一致以資訊障礙（包括不知道有該服務、沒有得知資訊的管道等）為主，且皆有各約五成的主要照顧者認為資訊障礙為使用支持服務的障礙因素之一。

由於本研究的主要照顧者樣本來源，主要是來自縣市康復之友協會及家屬（照顧者）團體，故資訊獲得來源以社會福利機構/協會為主，顯示對本研究之社區精神康復者的主要照顧者而言，縣市康復之友協會及家屬（照顧者團體）扮演資訊傳遞的重要角色，也是主要照顧者使用服務或參與社會的重要媒介。





## 第二節 研究建議

根據研究結果發現與研究討論，提出相關建議如下：

### (一) 重視「針對」主要照顧者之支持服務需求，提升服務之品質與數量

精神疾病是一種需要長期照顧的疾病，疾病的病程漫長且多變，對患者及家庭皆會有全面性的影響。然而家庭照顧者常被視為照顧資源而有被過度利用的現象（黃嫻齡，2006）。且因為精神康復者與主要照顧者的需求重疊而使照顧者的需求被忽略。由研究結果可知，社區精神康復者之主要照顧者對於支持服務有整體性的高需求，但目前其能獲得的支持服務卻有限。主要照顧者在照顧精神康復者的過程中，除了需對家中生病成員的疾病所衍生的多元問題作因應及回應，對於照顧工作過程遭遇到的苦痛、掙扎及挫折急待他人理解，多表達希望獲得心理相關專業介入以紓解壓力，獲得情緒喘息。建議相關單位未來提供主要照顧者之支持服務時，可增加心理相關專業人員的參與，並改善過去只視照顧者為資源並以強化資源連結及提升因應能力作為介入目標，需再增進視照顧者為服務受益人或案主之支持方案，提供數量足夠、內容符合期待之支持服務。

### (二) 改善主要照顧者支持服務之使用障礙因素，以健全資訊管道為首要目標

服務使用流程可能遇到的障礙，以服務使用者對服務之知識、認知及動機為首要障礙因素（Gates et.al., 1980）。由研究結果可知，社區精神康復者主要照顧者雖對正式資源及服務有高需求，卻與實際獲得服務的情況有落差，服務使用障礙因素多以「沒有管道得知訊息」及「不知道有該項服務」、「不清楚服務內容」的資訊障礙為主，而照顧者之主要資訊來源為「社會福利機構/協會」及「醫護人員」，故建議加強精神衛生專業人員—包括精神醫療專業人員、公共衛生護理人員及相關社會福利機構/協會服務人員之橫向資訊交流管道，並建立單一諮詢人員或窗口，主動提供照顧者精神疾病衛教課程及說明相關服務內容、協助轉介程序，以建立共同合作夥伴之協同關係，減少照顧者使用支持服務之障礙。



### **(三) 提升社會大眾對於精神疾病的正確認識，宣傳相關資源管道**

研究發現，在社區精神康復者之主要照顧者支持服務需求與服務獲得之排序皆以「資訊支持」最高，但支持服務的使用障礙卻以「資訊障礙」為主，顯示相關單位雖致力於推廣社會大眾對精神疾病的正確認識，但資訊支持服務的提供不僅無法滿足照顧者的資訊支持需求，更可推知精神疾病對社會大眾而言如「謎一般」的想像（宋麗玉，2005）。再加上日常生活的使用詞彙仍對精神疾病充滿污名的貶抑（如以「神經病、瘋子」描述行為偏差之人、以「躁鬱症」描述性格暴躁容易生氣之人、以「精神分裂」描述無法同時扮演好兩個以上角色的矛盾狀態等），如同 Goffman（1963）認為精神疾病的污名來自對其「個人特質瑕疵」（blemishes of individual character）的想像，加深對罹病者及其照顧者（家屬）的責備及人際遠離，或家屬因對精神疾病不認識而延誤治療時機（洪千慧，2006）。建議相關單位可加強精神疾病的衛教及相關資源管道的宣傳，以口語化的方式避免使用專業術語讓精神康復者、照顧者及社會大眾對精神疾病有正確的認識，以達到早期發現早期治療的目標，及協助精神康復者和照顧者（家屬）融入社區、增加其社會支持避免孤立，提升生活品質。

### **(四) 政府應持續積極補助社區精神復健機構，並鼓勵專業人員進入社區服務**

許多精神康復者在回到社區之後，照顧者與精神衛生專業人員接觸的機會減少。從資源選擇模式之橋樑模式、層級彌補模式及任務特定模式來看，均建立在正式資源足夠、可選擇下之討論，由研究結果可發現，社區中精神康復者之主要照顧者（家屬）對精神衛生專業人員所提供之正式社會支持（包括訊息支持、實質支持及心理支持）均表達中度以上需求，但卻面臨專業服務人力少（Chen et al., 2004）、申請方案不易（鄭舒文，2006），再加上政府目前補助仍以機構式服務為主（吳肖琪，2008），形成目前相關方案（包括受益對象為精神康復者及主要照顧者）無持續性經費補助或無執行人力的困境。建議相關單位應確實落實「去機構化」理念，協助社區復健機構提供專業人力執行方案，並持續給予經費補助使服務得以延續、不致中斷短缺。



### 第三節 研究限制與後續研究方向

#### 一、研究限制

- (一) 研究樣本：本研究之研究對象為社區精神康復者之主要照顧者，奠基於立意抽樣的基礎，搭配滾雪球的方式取得研究樣本，因此樣本多來自接受社會福利機構服務或參與家屬團體之照顧者。這些照顧者多已能走出家庭向外界尋求資源協助，因此研究結果較難以推論至未向外界尋求資源協助之社區精神康復者的主要照顧者。
- (二) 研究方法：本研究採橫斷式研究設計，研究結果僅能知道主要照顧者在照顧過程中某個時間點之支持服務需求、支持服務獲得現況及服務使用障礙因素。僅就此時間點得到之資料進行分析和討論，無法得知主要照顧者根據精神康復者病程對支持服務需求與獲得及服務使用障礙因素的時間性歷程變化，未來可增加時間序列分析，以釐清支持服務介入的適切時機，以提高支持服務的效益。
- (三) 研究工具：本研究以自填式問卷來蒐集資料，填答者對於問卷中提及之服務項目內容可能有理解不清而自行解讀的情形。

#### 二、後續研究方向

根據研究結果、結論及研究限制，提出未來後續研究方向如下：

以質性研究深度訪談社區精神康復者之主要照顧者對支持服務使用的決定過程，探討主要照顧者使用支持服務的動機、對服務內容的想像與解釋，及使用服務後的感想與影響，有助於理解社區精神康復者之主要照顧者使用支持服務之樣貌，使支持服務的提供能符合主要照顧者之需求與期待。



## 參考資料

### 中文部份

- 丁凡譯 (2011)。Fuller Torrey 著，**精神分裂症完全手冊-給病患、家屬及助人者的實用指南** (Surviving Schizophrenia: A Manual for Families, Patients, and Providers)。台北：心靈工坊。
- 毛家舫 (1984)。從家屬座談會看照顧精神病病人的問題。**護理雜誌**，31 (4)，17-25。
- 王芬蘭 (2009)。**精神分裂症病友家屬參與醫療決策之初探**。台灣大學社會工作研究所碩士論文。
- 王國羽、林昭吟、張恆豪主編 (2012)。**障礙研究：理論與政策應用**。高雄：巨流。
- 王舒慧 (2013)。**精神分裂症者疾病歷程：患者及家屬觀點之分析**。朝陽科技大學社會工作學系碩士論文。
- 王增勇、周月清 (2004)。**建立女性照顧負擔評估指標之研究**。內政部委託研究報告。國科會編號：PG9304-0202。台北：內政部。
- 王增勇 (2011)。家庭照顧者作為一種改革長期照顧的社會運動。**台灣社會研究季刊**，85，397-414。
- 王馨梓 (1993)。**去機構化運動與精神病患社區復健—分析台灣地區精神病患社區復健工作**。台灣大學社會學系碩士論文。
- 內政部統計處、行政院勞工委員會 (2011)。**中華民國 100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告**。台北：內政部。
- 任玉智 (2007)。**精神分裂病人主要照顧者之烙印經驗及其因應行為**。美和技術學院健康照護研究所碩士論文。
- 李姿瑩、蔡芸芳、楊美賞 (1997)。花蓮地區原住民與非原住民精神分裂病患主要照顧者需求及其相關因素探討。**慈濟醫學**，12 (4)，247-257。
- 李涓琳 (2006)。**倫理主體的型塑、顯現與流變：以精神病患家屬為例**。台灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文。
- 李錦彪 (2003)。**精神病患主要照顧者之需要及其滿足程度之相關因素探討**。台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 呂建德 (2014)。**我國社會福利服務提供方式之研究**。台北：國家發展委員會。

- 呂慧蘭 (2005)。精神疾患照顧者出院準備服務之需求探討。中台科技大學醫護管理研究所碩士論文。
- 呂寶靜、陳景寧 (1997)。女性家屬照顧者之處境與福利建構。女性、國家、照顧工作，劉毓秀主編，頁 59—92。台北：女書文化。
- 呂寶靜 (2001)。老人照顧：老人、家庭、正式服務。台北：五南。
- 呂寶靜 (2005)。支持家庭照顧者的長期照護政策之構思。政策季刊，4(4)，25—40。
- 沈志仁 (1988)。精神病患者家屬壓力源、應對策略與健康狀況的探討。台灣大學護理研究所碩士論文。
- 沈志仁、張素凰 (1993)。精神分裂病患者主要照顧家屬的需要及其相關因素。中華心理衛生學刊，6 (1)，49—65。
- 沈淑華、沈秀娟、張達人、顏妙芬 (2005)。社區慢性精神病患主要照顧者心理衛生教育需求之探討。健康促進暨衛生教育雜誌，25，89-108。
- 沈詩涵 (2008)。精神障礙者在就業服務中的復原與復健。台灣大學社會工作學系碩士論文。
- 宋麗玉 (1999)。精神病患照顧者之探究—負荷程度與其相關因素。中華心理衛生學刊，12 (1)，1-30。
- 宋麗玉 (2002)。精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證—以實務應用為取向。社會政策與社會工作學刊，6 (1)，61-100。
- 余姿瑩 (2005)。精神分裂症患者需要狀況之生活品質與主要照顧者負荷之探討研究。亞洲大學長期照護研究所碩士論文。
- 余德慧 (1998)。生活受苦經驗的心理病理：本土文化的探究。本土心理學研究，10，69-115。
- 金林、吳姿儀 (2014)。精神衛生法修法草案—植基於精神障礙族群共識與專業期待的心生活協會 103 年 12 月建議版。臺北市：社團法人臺北市心生活協會。
- 林立寧 (2008)。台灣認知障礙患者之家庭照顧者負荷。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 林仕苾 (2005)。初診精神分裂症患者及其主要照顧者的健康照護需要。台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 林玫珍 (2013)。慢性精神病患者之主要照顧者其照顧負荷、健康控制信念、因應型態對生活品質之影響。中原大學心理學系研究所碩士論文。



- 林佳儒 (1997)。家庭照顧者社會支持之探究—以慢性精神分裂症病人之照顧為例。陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 林宗義、林美貞 (1996)。關愛、否認與拒斥：華人家庭對精神疾病的反應。文化與行為：古今華人的正常與不正常行為。林宗義、Arthur Kleinman 編，柯永河、蕭欣義譯。台北：曉園。
- 林秋芬、宋閔諺、王迺燕譯 (2010)。David A. Karp 著，同情的負荷：精障之照顧者的愛與礙 (The Burden of Sympathy: How Families Cope with Mental Illness)。台北：洪葉。
- 林萬億 (2010)。社會福利。台北：五南。
- 邱文彬 (2001)。社會支持因應效果的回顧與展望。國家科學委員會研究會刊—人文及社會科學，11 (4)，300—330。
- 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿 (2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。醫護科技學刊，4 (4)，273-290。
- 周月清 (1998)。身心障礙者福利與家庭社會工作：理論、實務與研究。台北：五南。
- 周月清、彭淑芬、舒靜嫻、鄭芬芳 (2004)。中途障礙社會模式介入與生活重建服務整合—伊甸、新事暨陽光服務方案為例。台灣社會工作學刊，2，125-127。
- 周月清、朱貽莊 (2011)。檢視台灣身心障礙福利政策與法案之歷史進程與變革。社會福利模式—從傳承到創新研討會，北京。
- 周月清、王增勇、林麗嬋 (2007)。老年婦女照顧負擔與社會支持之研究：以智障者和精神障礙者老年女性照顧者為例。內政部委託研究報告，國科會編號：PG9506—0341。台北：內政部。
- 吳肖琪 (2003)。精神醫療網計畫執行評估與展望。行政院衛生署 92 年度醫政業務補助研究計畫。
- 吳肖琪 (2010)。全國精神醫療資源需求調查：兼論未來發展策略 (行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫，DOH 98-TD-M-113-97004)。台北：行政院衛生署。
- 吳就君、黃梅羹、胡海國、蔡春美、鄭若瑟、張宏俊、鄭夙芬 (2001)。精神分裂症病患照顧者表露情緒與社會心理因素之關係—兩年追蹤研究。台大社會工作學刊，4，1-44。

- 吳錦喻 (2006)。精神病患長期照護需求評估 (行政院衛生署九十四年度科技研究計畫, DOH 93-TD-M-113-013/ DOH 94-TD-M-113-051), 台北: 行政院衛生署。
- 施紅圭 (2005)。長期收容機構精神分裂症患者父母之照顧經驗。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 洪千慧 (2006)。慢性精神病患從醫院回歸社區—為何回家是一條漫長的路。中正大學社會福利研究所碩士論文。
- 夏慧玲 (2007)。精神分裂症患者主要照顧者因照顧患者引發需要之研究。亞洲大學長期照護研究所碩士論文。
- 莊明敏、鄭若瑟、黃繡、柯少華、褚增輝 (1995)。精神病患醫療服務體系之檢討。臺北市: 行政院研究發展考核委員會。
- 符柳霞 (1994)。精神分裂病患及其家屬之心理衛生教育需求調查 (行政院衛生署八十三年委託研究計畫, DOH 83-MA-010), 台北: 行政院衛生署。
- 許敏桃、曾英芬 (1998)。社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求。護理研究, 6 (4), 290—303。
- 許樹珍、曾慶音、崔翔雲 (2001)。精神病患家庭照顧存在性的現象學探討。護理研究, 9 (3), 259-268。
- 許樹珍、林秋雯、洪毓婷、游淙祺 (2012)。精神病患家庭關照時間流之現象探討。護理雜誌, 59 (6), 36-44。
- 許樞文 (1995)。殘障者及其家庭需求之研究: 我國實徵研究整合探討。東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 曾錦花 (1996)。精神分裂病患之主要照顧者的訊息需要及其影響因素。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 崔秀倩、楊延光、謝秀華、吳就君、陳純誠 (1996)。精神分裂症與雙極型情感疾患之家照顧需求與家屬之負荷。台灣精神醫學, 12 (3), 16-21。
- 郭芬如 (2013)。精神障礙者家屬之照顧經驗。台灣師範大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 郭峰亭 (1986)。精神分裂病患家屬教育團體之研究—以台北市立療養院為例。台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 郭葉珍譯 (2001)。Bernheim, K.F., & Lehman, A.F. 著, 家屬與精神病患 (Working with Families of the Mentally Ill)。台北: 合記。

- 陳正芬 (2013)。我國長期照顧體系欠缺的一角：照顧者支持服務。社區發展季刊，141，203—213。
- 陳佳君 (2003)。躁鬱症患者配偶的照顧經驗與因應歷程—以優勢觀點分析。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 陳秋瑩、許世寬、陳朝灶、賴俊雄 (1996)。門診精神病患主要照顧者的需求與社會支持之研究。中華衛誌，15 (2)，153-161。
- 陳姿廷 (2013)。終年精神障礙者手足照顧經驗之初探。台灣大學社會工作研究所碩士論文。
- 陳敏瑜 (2008)。社區精神病患之主要照顧者的照顧負荷、身心健康與照顧需求之調查研究。台灣師範大學教育理與輔導研究所碩士論文。
- 黃佩玲 (1988)。探討出院精神分裂患者家屬的居家照顧經驗—壓力知覺與因應行為。台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 黃佩玲、李引玉、毛家舫 (1991)。探討出院精神分裂患者家屬在居家照顧期間之負荷情形及其影響因素。護理雜誌，38 (4)，77—87。
- 黃英中、邱上真 (2000)。身心障礙福利政策與措施之評估：教育、就業及醫療層面之執行現況分析。臺北市：行政院研究發展考核委員會。
- 黃梅羹 (1985)。精神病患者「社會支援系統」建立之初步探討：瞭解病患家屬的態度、需求與期待。社區發展季刊，32，46—54。
- 黃雅雪 (2007)。躁鬱症主要照顧者因照顧患者所引發需要之探討。亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
- 黃碧琴 (1995)。寓居於世的受苦生命：現象學取向的心理病理研究。台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 黃鳳嬌 (2008)。精神分裂病患排除歷程初探。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 張艾寧 (2007)。影響社區成年智障者及其家庭使用福利服務之相關因素探討—以新竹市為例。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 張作貞、宋麗玉 (1998)。影響社區精神復健服務使用之相關因素研究-以台灣中部地區為例。中華心理衛生學刊。11 (4)，105-129。
- 張宏哲 (2010)。長期照護正式和非正式體系之間關係的模式—研究和實務議題的探討。社區發展季刊，132，264-277。

- 張秀桃 (2004)。精神分裂病患者主要照顧者照顧負荷之探討：以某醫學中心復健及門診個案為例。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 張國睿 (2012)。探討慢性精神分裂症患者其主要照顧者的慢性悲傷經驗。中國醫藥大學護理學系碩士論文。
- 葉人豪 (2007)。社區精神分裂症患者主要照顧者需要狀況之生活品質與負荷。亞洲大學長期照護研究所碩士在職專班論文。
- 楊延光、牟秀善、陳永成、徐澄清 (1991)。精神分裂病患者門診治療合併居家照顧與門診治療效果之比較—初報。中華精神醫學，5，215—23。
- 盧純華 (1991)。精神分裂症病患家屬支持性團體過程分析研究。國防醫學院護理學研究所精神科護理組碩士論文。
- 劉杏元 (1994)。精神病患家屬自評需要與其護理人員評估家屬需要之差異性及其相關因素探討。台灣大學護理研究所碩士論文。
- 劉玟宜 (1996)。出院精神分裂病患照顧者對問題行為的處置效能與專業支持需求相關探討。台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 劉梅君 (1997)。建構性別敏感的公民權：從女性照顧工作本質之探析初發。女性、國家、照顧工作，劉毓秀主編，頁 187—223。台北：女書文化。
- 劉雅惠 (1995)。社區中情感性障礙病患主要照顧者的需要及影響因素。高雄醫學大學護理系碩士論文。
- 劉蓉台 (1982)。病患家屬：治療過程中的關鍵人物。市立療養院 71 年年報，60—77。
- 管中祥、戴伊筠、王浩均、陳雅萱 (2010)。媒體中的精神障礙者圖像。2010 年中華傳播學會年會論文。中華傳播學會年會：嘉義。
- 趙雨龍、黃昌榮、趙維生 (2003)。充權—新社會工作世界。台北：五南。
- 鄭若瑟 (2010)。精神病人照顧體系分類評估與轉銜機制 (行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫，DOH 97-TD-M-113-97009)。台北：行政院衛生署。
- 鄭泰安 (1982)。神經病—從一句罵人的話談起。台北：時報。
- 鄭舒文 (2006)。精神障礙者家屬領導者參與社會運動之主體經驗。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 潘暉晨 (2013)。慢性精神障礙者之照顧者的照顧與工作挑戰。政治大學勞工研究所碩士論文。

- 滕西華 (2005)。精神醫療社會資源之現況、困難與建議。胡海國、簡以嘉編，  
台灣社區精神照護研討會：家庭照護與就業服務-彙編，19-29。台北：國家  
衛生研究院。
- 蔡友月 (2012)。真的有精神病嗎？一個跨文化、跨領域精神醫療研究取徑的定  
位與反省。科技、醫療與社會，15，11-64。
- 衛生福利部統計處 (2014)。社會福利統計月報表：身心障礙者人數。From  
[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4198](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4198)。
- 蕭幸伶 (1997)。帶病生活——一個精神病患家屬經驗之探討。輔仁大學應用心理  
學研究所碩士論文。
- 鍾佳伶 (2010)。精神障礙者家屬社會支持、權能感與烙印感之相關性探討。台  
灣大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 謝宏林 (2000)。精神分裂症家屬主要照顧者期待病患長期安置之相關因素探討。  
暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 謝佳容、蕭淑貞 (2006)。台灣社區精神復健機構的服務現況與展望。精神衛生  
護理雜誌，1 (2)，41-50。
- 韓國菁 (2011)。探討家屬面對精神分裂症病患暴力行為的照顧負荷及其影響因  
素。長庚大學護理研究所碩士論文。
- 簡嘉惠 (2013)。從受助者到助人者的可能——探討新北市康復之友協會之精障家  
屬的充權歷程。輔仁大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 龔瑞慧 (1989)。出院精神分裂症病患家庭：現階段家庭功能與照顧負擔相關之  
研究。東吳大學社會學研究所碩士論文。



## 英文部份

- Bailey, D.B. & Simeonsson R.J.(1988). Family assessment in early intervention. *Childhood special Education*. 20, 95-105.
- Baier, M.S. (1995). Uncertainty of illness for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(3), 201-212.
- Bertrando, P.(2006). The evolution of family interventions for schizophrenia. A tribute to Gianfranco Cecchin. *Journal of Family Therapy*, 28, 4-22.
- Bradshaw,J.(1972). The concept of social need. *New society*, 30, 640-643.
- Brewin CR, Wing JK, Mangan SP, Brugha TS, MacCarthy B. Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine*. 1988 ; 18 ; 457-468.
- Chen, P. S., Yang, Y. K., Liao, Y. C., Lee, Y. D., Yeh, L. L., & Chen, C. C.(2004). The psychology well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 600-605.
- Finch, Janet and Dulcie Groves. (1983). 'Introduction' in Janet Finch and Dulcie Groves(eds.), *A Labor of Love: Women*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Frank, R.G. Manning, W.G.(1999). Economics and mental health. *National Bureau of Economic Research Working Paper*.
- Goffman, E.(1961). *Asylums: Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, NY: Doubleday.
- Goffman, E.(1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. NY: Simon & Schuster.
- Corrigan, P. W.(2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E.(2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548.
- Greenberg, J. S., Greenley, J.R., & Brown, R.(1997). Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(1), 40-50.



- Hatfield, A. B. & Lefley, H. P. (1987). *Family of the mental ill : coping and adaption*. New York: The Guiiford Press.
- Hill, Michael & Glen Bramley(1986). *Analysing Social Policy*, Oxford: Basil Blackwell.
- Hoenig, J., and M. Hamilton(1966). The Schizophrenic Patient in the Community and His Effect on the Household. *International Journal of Social Psychiatry*.12: 165-176.
- Kettner, P.M., Moroney, R.M. & Martin, L.L. (1990). *Designing and Managing Programs: An effectiveness-based approach*.
- Lefley, H.P. (1996). *Family Caregiving in Mental Illness*. London: Sage.
- Lefley, H.P. (1989). Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness. *American Psychologist*,44(3), 556-560.
- Mishel, M.H. & Braden, C.J.(1988). Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-104.
- Norbeck, J.S., Chafetz, L., & Weiss, S.J.(1991). Social-support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age group. *Nursing Reasearch*.40(4), 208-213.
- Raymond, M.E., A.E. Slaby, and J. Lieb.(1975). Family Responses to Mental Illness. *Social Casework*. 56, 492-498.
- Oliver, M.(1983). *Social work with disabled people*. London: Macmillan.
- Salokangas R, Palo-oja T, Oganen M, Jalo K. (1991). Need for community care among psychotic outpatients. *Acta Psychiatry Scand*. 84 ; 191–196.
- Wing J, Brewin CR, Thornicroft G. (2001). Defining mental health needs. In :Thornicroft G, eds. *Measuring mental health needs*. United Kingdom : Gaskell Royal College of Psychiatrists ;1-21.
- Williams SJ, Torrens PR.(1999). Historical patterns of disease in the United States. In : Williams SJ, Torrens PR, eds. *Introduction to health services*. Delmar Publishers ; 59-85.
- Williams, F. (2003). *Rethinking care in social policy*. Paper presented to the Annual Conference of the Finnish Social Policy Association, Oct. 24<sup>th</sup>, University of Joensuu, Finland.

Yeh, L.-L., Hwu, H.-G., Chen, C.-H., Chen, C.-H. & Wu, A. C.C.(2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 107, 644-652.

Yip, K. (2004). The Empowerment Model: A Critical Reflection of Empowerment in Chinese Culture. *Social Work*, 49(3), 479-487.



附錄一 精神病患照顧體系權責劃分表（行政院衛生署，1998）

病患性質	服務類別	服務項目	服務機構	權責劃分
一、嚴重精神病症狀，需急性治療者。	精神醫療	急診 急性住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
二、精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。		慢性住院治療 日間住院治療 居家治療		
三、精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。		長期住院治療		
四、精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者。	精神醫療	日間住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
	社區復健	社區復健治療	精神復健機構	
		就業安置	就業輔導	職業訓練及就業服務機構
五、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	長期安置	安養服務	社會福利機構	社政單位 (主辦)
六、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。	居家服務	養護服務	護理安養機構	衛生醫療單位 (協辦)
		護理照顧服務		衛生醫療單位

備註：1.第五、第六類病患如需醫療服務由醫療單位提供支援。

2.各類精神病患係依其病情變化，由精神醫療機構、精神復健機構、社會福利機構或職業訓練及就業服務機構共同提供服務。

## 附錄二 國內探討精神疾患主要照顧者照顧需求之相關文獻

作者/年代	研究目的/變項	研究方法/選樣/樣本數	研究結果與討論
黃梅羹 (1985)	探討精神疾病患者家屬對疾病的態度及對康復之友協會的期待與需求，作為推展協會業務之參考。	以問卷調查法，取樣臺北市出院及門診患者之主要照顧者，有效問卷 141 份	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 照顧者對疾病的態度會影響患者持續接受治療及服藥，也帶動患者社會行為功能的增加、自理日常生活及養成衛生習慣，和與家庭成員、同儕和睦相處。</li> <li>2. 照顧者對於康復之友協會準備提供的九項服務（舉辦各種精神常識講座、出版有關心理衛生及精神醫學叢書、定期出版會刊、設置庇護性工廠提供患者就業機會、設置康復之家提供安置場所、提供患者社交活動機會、舉辦義賣/義演以籌措康復之友基金、設置電話諮詢服務中心提供解答相關問題、促進殘障福利法的早日實現），每項之期待人數皆超過 80%，尤其以諮詢服務及相關福利之立法促進期待最高。</li> </ol>
沈志仁、 張素凰 (1993)	瞭解精神分裂病患者主要照顧者家屬之優先順序及需要的型態，並探討影響主要照顧者之需要型態的因素	採立意取樣針對台灣南部地區之門診患者家屬進行結構性問卷訪談，共 109 位	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 需求最高之前五項，為：「知道病人的疾病將來可能恢復到什麼程度」、「將來沒有仍力照顧病人時，有人能繼續照顧他」、「知道如何預防病人再發病」、「有人可以討論什麼是精神分裂病及它的原因」和「知道如何處理病人的藥物副作用」。</li> <li>2. 照顧者家屬之需求型態經量表因素分析後，萃取三個因素，為：「希望獲得疾病及照顧方法相關訊息的需要」、「希望獲得心靈支持及生活協助的需要」及「希望獲得社會性</li> </ol>

			<p>支持的需要」。需求最高之前 5 項中有 4 項屬於「疾病及照顧方法相關訊息」類，顯示照顧者對疾病的認知需求高。</p> <p>3. 照顧時間越短的家屬在「希望獲得疾病及照顧方法相關訊息的需要」程度較高；未婚、年齡越小、照顧時間越短之家屬對「希望獲得心靈支持及生活協助的需要」程度較高；家屬認為自己有責任照顧患者、患者恢復程度較低、患者多次發病、家屬實際接受社會支持的程度與滿意度較低，對「希望獲得社會性支持的需要」較高。</p>
劉杏元 (1994)	探討住院精神疾患之家屬自評需要及其相關因素，進一步探討家屬自評與護理人員評估家屬需求之差異	針對北部地區精神科專科醫院急性病房的住院精神疾患家屬 116 位及 107 為護理人員，進行問卷訪談。	<p>1. 家屬需要量表經因素分析後，萃取出四個需求類型，為：「獲得訊息性支持」、「參與病人的住院治療及照顧」、「獲得情緒支持及回饋」及「獲得實質性支持」。並以「參與病人的住院及照顧」為患者住院期間最優先之需求，其次為「獲得實質性支持」及「獲得訊息性支持」，對照顧者自己的情緒處理較非此階段所重視的需求。</p> <p>2. 家屬與護理人員在「獲得實質性支持」及「獲得情緒及回饋支持」兩類之需求程度表達有顯著不同。在實質性支持服務方面，家屬自評需要程度高於護理人員，而情緒及回饋支持護理人員所評估的需要程度高於家屬。</p> <p>3. 家屬越年輕、照顧時間越短、教育程度越高、患者住院次數越少，越需要「訊息性支持」，且關係為手足者對訊息支持的需求大於父母者，家庭收入越高越不需要「實質性支持」。</p>

<p>劉雅惠 (1995)</p>	<p>探討社區情感性疾患之 主要照顧者的需要及影 響因素</p>	<p>以結構式問卷訪談南 部地區某教學醫院精 神科門診之情感性疾 患主要照顧者，共 96 位。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主要照顧者需要，經因素分析萃取出三個類型，為：「情緒支持的需要」、「疾病與照顧方法訊息的需要」及「相關社會資源的需要」。並以「疾病與照顧方法訊息需要」需求程度最高。</li> <li>2. 照顧者教育程度越高，對整體需要、情緒支持需要疾病與照顧方法訊息的需要越高。</li> </ol>
<p>許樞文 (1995)</p>	<p>探討國內身心障礙者及 其家庭之需求</p>	<p>蒐集國內身心障礙者 及其家庭需求有關之 實徵研究共 187 篇，以 內容分析法歸納出身 心障礙者的個人需求 及其家庭之需求</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 需求以以經濟安全、就醫、就學、就業、就養、無障礙環境及其他作分類，發現身心障礙者及其家庭需求呈現部分需求重疊。</li> <li>2. 慢性精神障礙者之家庭需求： <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 經濟方面：提供經濟補助</li> <li>▪ 就醫方面：增加對疾病與治療的相關知識、提供相關衛教、加強因應患者症狀之能力、醫護人員至家中處理緊急事件、發展以家庭為中心的個案管理</li> <li>▪ 就養方面：提供相關照顧知識、提供喘息服務</li> <li>▪ 無障礙環境：受到大眾之接納與瞭解</li> <li>▪ 其他方面：提供家庭輔導、加強家庭之社會支持系統、提供電話訪問或家庭訪視、追蹤及關懷家庭之生活狀況</li> </ul> </li> </ol>



曾錦花 (1996)	探討精神分裂症患者之 主要照顧者的訊息需要 及其影響因素	採結構式問卷訪談南 部醫學中心精神科門 診之精神分裂症患者 之主要照顧者，共 101 位。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主要照顧者需求經因素分析後萃取出三個向度為：「疾病患照顧方法的訊息需要」、「社會資源的訊息需要」及「藥物的訊息需要」。並以「藥物的訊息需要」需求程度最高。</li> <li>2. 主要照顧者照顧時間越短，整體訊息需要、疾病和照顧方法的訊息需要及藥物的訊息需要需求程度越高；照顧者教育程度越高、年齡越小在整體及三類訊息之需要程度越高</li> </ol>
劉玟宜 (1996)	探討精神分裂病患之照 顧者，對患者出院後問題 行為的處置效能與專業 支持需求及其相關性	以結構式問卷採立意 取樣於中部地區精神 醫療機構出院之精神 分裂病患主要照顧 者，共 86 位。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 照顧者對專業支持需求，經因素分析後萃取出三個向度為「訊息性支持」、「實質性支持」及「情感性支持」。並以「實質性支持」需求最高，其次為「訊息性支持」、「情感性支持」需求最低。就需要的項目來看，最高排序之需求項目依次是「依患者情況需要時予住院治療」、「協助轉介到收容性機構」、「設置電話服務專線」、「能到家中協助處理病患危險性行為」及「提供或轉介病人工作的機會」。</li> <li>2. 照顧者年齡越高，實質性支持需求程度越高；教育程度較高者對訊息支持需求較高。</li> <li>3. 照顧者對患者症狀及問題行為處置效能越低，對訊息性支持及情感性支持需求程度越高。</li> </ol>
崔秀倩、 楊延光、 謝秀華、	探討精神分裂症患者的 家屬，其照顧負荷及對居 家照顧之需求是否較雙 極性情感疾患的家屬高	以台灣地區南部精神 科醫院門診之精神分 裂症及雙極性情感疾 患的主要照顧者(分別	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 精神分裂症與雙極性情感疾患的家屬在復健資源需求方面，皆以能在社區中正常工作及休閒需求最高。精神分裂症之家屬對復健資源需求強度略高於雙極性情感疾患之家屬，但未達統計顯著。</li> </ol>

<p>吳就君、 陳純誠 (1998)</p>		<p>89 位及 29 位) 為對象 進行半結構問卷會談</p>	<p>2. 精神分裂症與雙極性情感疾患的家屬，在對精神疾病的歸因、對患者的情緒表露 (EE)、接受程度及感受到的負荷，並未因不同疾病種類而有顯著差異，因此建議提供兩種精神疾病家屬之支持與資源應同等重視。</p>
<p>許敏桃、 曾英芬 (1998)</p>	<p>瞭解社區精神疾病患者的 主要照顧者對心理衛生 教育的需求類型、優先 次序、照顧者個人屬性對 心理衛生教育需求間的 關係，並比較精神科護理 人員對主要照顧者執行 心理衛生教育的實際情 形，及心理衛生教育與再 發率及遵從行為的關係</p>	<p>針對台灣南部某醫學 中心出院的精神疾病 患者之主要照顧者進 行問卷調查，共 125 位</p>	<p>1. 主要照顧者心理衛生需求量表，經因素分析後萃取出三個因素，為：「處理因疾病所帶來之心理、社會改變」、「對疾病之適應及處置」及「疾病相關知識」。</p> <p>2. 主要照顧者對心理衛生需求以「處理因疾病所帶來之心理、社會改變」為最主要因素，但以「對疾病適應及處置」需求平均數最高。需求項目中平均值較高的項目為：「學習如何處理正在發作中的病人」、「學習如何使患者服藥」、「學習如何處理有自傷、自殺或傷人危險的病人」及「學習如何與患者相處」。</p> <p>3. 大多數 (83.76%) 的主要照顧者在一年內曾接受來自護理人員的衛教，內容以疾病相關知識為主，例如教導家屬按時給藥之重要、藥物作用及副作用及按時來診的重要性，比較照顧者之平均需求項目發現數量不足，且內容亦不符合照顧者需求，但仍對患者定時回診、藥物使用有功效。</p> <p>4. 教育程度較高之主要照顧者，對整體需求項目數、「處理因疾病所帶來之心理、社會改變」需求程度較高。</p>

<p>李姿瑩、 蔡芸芳、 楊美賞 (2000)</p>	<p>瞭解花蓮地區原住民與非原住民精神分裂病患主要照顧者需求及其相關因素</p>	<p>選取原住民與非原住民精神分裂症患者之主要照顧者進行結構性問卷訪談，各 50 人</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 整體而言，主要照顧者需求類型以「實質性需求」的需求程度最高，其次為「訊息性需求」及「情感性需求」。</li> <li>2. 原住民組照顧者的實質性需求顯著高於非原住民組。</li> </ol>
<p>李錦彪 (2003)</p>	<p>探討精神疾病患者主要照顧者之需要及需要滿足的類型及程度，和精神疾病患者及主要照顧者之特質分別對主要照顧者需要及需要滿足程度的影響</p>	<p>針對台灣三家精神科醫院之門診及住院患者的主要照顧者進行結構式問卷調查，共 300 位。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主要照顧者之需求類型及排序為：「參與病人的治療及照顧」、「獲得訊息性支持」、「獲得實質性支持」及「獲得情緒及回饋支持」；而在需求滿足之類型及排序為：「參與病人的治療及照顧」、「獲得情緒及回饋支持」、「獲得訊息性支持」及「獲得實質性支持」。</li> <li>2. 與患者關係為子女、手足者，在整體需求高於配偶。照顧者年齡越大、患者發病時間越長，訊息性支持需求越低；患者住院次數越多，在實質性支持需求程度越高。</li> <li>3. 照顧者為男性，整體需求滿足程度高於女性；照顧者年齡越大，獲得訊息性支持之滿足程度越高</li> </ol>
<p>沈淑華、 沈秀娟、 張達人、 顏妙芬 (2005)</p>	<p>瞭解社區慢性精神疾病患者主要照顧者的心理衛生教育需求</p>	<p>針對台灣南部地區衛生所列管之精神疾患的主要照顧者做隨機抽樣，以結構性問卷（參考自許敏桃、曾秀芬於 1988 年所做之問卷）由研究者及公衛護</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 照顧者的需求層面排序為：「疾病相關知識的需求」、「疾病之適應及處置需求」、「處理因疾病所帶來之心理、情緒、社會改變的需求」。</li> <li>2. 研究中發現，高達 80% 以上之社區慢性精神疾病患者之主要照顧者從未參加過心理衛生教育，推測可能原因為相關活動提供缺乏或照顧者對心理衛生教育活動採被動參與。</li> </ol>

		士於照顧者家中訪查，共 125 位。	<p>3. 「對疾病相關知識」的需求程度較高，顯示主要照顧者對疾病的認識有高度需求，對疾病相關的症狀、治療、復健與照顧仍存在疑問；在疾病處遇方面，研究顯示照顧者對如何運用社區緊急醫療系統的支援網路，有能力上的困難；在疾病帶來的心理情緒社會適應方面，顯現出照顧者有較高的無力感及社會烙印，且多呈現社會隔離的狀態。</p> <p>4. 研究中發現社區慢性精神疾病的主要照顧者以母親居多，且年齡越小、教育程度越高之照顧者對「學習如何處理社會對疾病烙印」的需求較高。</p>
吳錦喻 (2006)	以三階段需求評估模式來評估國內精神病患長期照護之需求	第一階段為確認需求現況，以自編之結構性問卷調查北部精神科醫院、社區復健機構及家屬團體內的患者及家屬，有效問卷患者 397 份及家屬 368 份。	<p>在長期照護主觀需求問卷中，家屬方面：</p> <p>1. 經因素分析萃取出三個因素：「照顧患者之相關協助」、「照顧者被支持感」及「媒體資訊」。</p> <p>2. 照顧者對長期照護的需求程度，依序為：「媒體資訊」、「照顧者被支持感」及「照顧患者之相關協助」。</p> <p>3. 女性照顧者有較高之「照顧者被支持感」與「媒體資訊」的需求；照顧者越年輕，越需要「照顧病患相關協助」及「照顧者的被支持感」。</p>

<p>陳敏瑜 (2008)</p>	<p>探討社區精神疾病患者之主要照顧者之照顧負荷、身心健康及照顧需求之間的關係，並以照顧者及患者之人口變項作分析</p>	<p>以結構性問卷調查北中南各區之社區(康復之友協會、精神科門診、日間留院與社區復健中心)精神疾患的主要照顧者進行結構性問卷調查，共 310 位。</p>	<p>以吳錦喻(2006)之長期照護主觀需求家屬版作問卷</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 照顧者在需要項目排序前 6 項依次為：「需要政府與媒體共同發揮力量討論如何改善問題」、「精神疾病相關資訊應該廣為流傳，讓初次罹病的病患及家屬可以及早尋求協助」、「相關單位應提供媒體在職教育」、「專設給病患及家屬的社區活動中心」、「希望相關法令容許指定財產給家中病患使用，直到往生」與「需要有人提供病患發生緊急狀況時該如何處理」。</li> <li>2. 非父母的照顧者越需要「照顧患者的相關協助」及「媒體資訊」；照顧者教育程度越高、經濟狀況越足夠，越需要「媒體資訊」。</li> </ol>
<p>夏慧玲 (2007)； 夏慧玲、 葉玲玲、 黃光華 (2009)</p>	<p>探討精神分裂症患者之主要照顧者，於照顧患者時所引發的需要</p>	<p>先以深度訪談瞭解照顧者照顧患者時引發的需要(6位)，依此結果編制問卷並針對中部地區公、私立醫院精神科之精神分裂症患者主要照顧者進行結構式問卷訪談，共 100 人。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 經質性訪談資料分析，將主要照顧者服務需要模式分為兩主題：「精神健康照護服務」及「社會照顧服務」。</li> <li>2. 量化資料分析後，照顧者在精神健康照護服務方面之需求項目中最高之前 4 項排序為：「緊急狀況需要有固定的人或機構諮詢」、「在平時需要有診所或醫院提供門診服務」、「發病時需要有病床讓病人住」、「緊急狀況需要有醫院可以急診」；在社會照顧服務方面，需求項目最高前 5 項為：「生活補助」、「經濟協助」、「機構喘息」、「家屬團體」與「就業保障」。</li> </ol>



			<p>3. 主要照顧者未獲得精神健康照護原因，以資訊缺乏及患者無意願（集中在患者之復健服務）為主要原因；主要照顧者未獲得社會照顧服務的原因，除家屬團體因資訊缺乏未獲得外，其他社會照顧未獲得之因為尚未有此服務。</p>
黃雅雪 (2007)	探討躁鬱症主要照顧者患者之主要照顧者因照顧患者所引發的精神健康照護服務及社會照顧服務	以北部地區精神專科醫院門診、日間留院及康復之友協會的躁鬱症患者主要照顧者進行訪談，將訪談內容以紮根理論步驟作分析，共 10 位。	<p>1. 躁鬱症患者之主要照顧者，照顧患者所引發的健康照護需要包括：「精神醫療照顧知識」、「24 小時精神急診服務」、「入院後的看護服務」、「居家治療」、「日間留院」、「社區復健中心」及「精神科慢性住院服務」，訪談中亦發現服務使用的困境，例如強制就醫規定的限制、患者及照顧者不同意住院或參與復健服務。</p> <p>2. 在社會照顧服務方面，躁鬱症患者之主要照顧者的需要為：居家/機構喘息、照顧者的就業保障、患者的長期安置場所、家屬團體及個案管理服務。大多為現今未廣泛提供的社會照顧服務。</p>



### 附錄三 正式施測問卷 社區精神康復者之主要照顧者的支持服務需求與獲得現況調查問卷

各位照顧者：您好！

陪伴精神康復者康復的過程想必是辛苦的，您一定面臨各種支持服務的需求，同時在獲取支持服務的過程中，有感恩亦有挫折。因此本問卷想要對您一路陪伴的經驗有進一步的瞭解，以提供將來規劃主要照顧者支持服務面向時的參考。

本問卷包含的主要照顧者支持服務為：資訊支持、精神健康照護服務支持、照顧者教育支持、社會照顧服務支持、專業服務支持、心理支持等六大類。請就您對服務的需求程度及實際獲得服務現況作答。本問卷採不記名方式，問卷調查資料及結果僅供學術之用，請照顧者安心填答。謝謝您的協助與填寫！

國立政治大學輔導與諮商研究所

指導教授：陳嘉鳳 博士

研究生：王珮靜 敬上

#### 壹、 主要照顧者基本資料

1. 性別：男 女
2. 年齡：\_\_\_\_\_歲
3. 與康復者關係：您是康復者的父母 子女 配偶 兄弟姊妹 其他：\_\_\_\_\_
4. 照顧時間：\_\_\_\_\_年
5. 教育程度：國小 國中 高中 大學 研究所以上
6. 經濟狀況：非常不足 不足 中等 足夠 非常足夠
7. 平時遇到照顧困難能幫助您的人有：\_\_\_\_\_人  
包括：父母 配偶/同居人 您其他孩子 兄弟姊妹 親戚 朋友  
(可複選)同事 鄰居/村里長 其他康復者家屬 社區精神服務機構/協會  
醫護人員 公衛護士 社區關懷員 警察/119 救護人員

#### 貳、 康復者基本資料

1. 性別：男 女
2. 年齡：\_\_\_\_\_歲
3. 診斷別：思覺失調症 躁鬱症(雙極性疾患) 憂鬱症 其他：\_\_\_\_\_
4. 初發年齡：\_\_\_\_\_歲，住院次數：\_\_\_\_\_次
5. 復健情況：就學中 參加職訓 就業中(工作滿\_\_\_\_\_年) 在家  
(可複選)庇護工廠 社區復健中心 康復之家 精神護理之家  
日間留院 全日住院 居家治療 門診追蹤 會所模式  
個別心理諮商/治療 團體心理諮商/治療 其他
6. 社會資源使用：無 領有身心障礙手冊(\_\_\_\_\_度障礙) 領有重大傷病卡 其他

參、 主要照顧者的支持服務需求及獲得情形

請您就每題支持服務題目敘述，依據您的經驗： 1. <input type="checkbox"/> 先圈選該題項內容的照顧者支持服務需求， 2. <input type="checkbox"/> 再圈選獲得該支持服務的現況。  範例：您覺得獲得喘息服務是『非常需要』的，且也『獲得非常多』，您的圈選方式如下：	照顧者支持 服務需求				照顧者支持 服務獲得現況			
	非常需要	需要	不需要	完全不需要	獲得非常多	獲得很多	獲得一些	完全沒有
範例：喘息服務	④	3	2	1	④	3	2	1
<b>一、資訊支持</b>								
1. 與康復者疾病診斷/症狀內容相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
2. 與康復者疾病成因相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
3. 與康復者疾病進程及未來康復程度相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
4. 與康復者疾病復發徵兆相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
5. 與康復者疾病治療方式相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
6. 與康復者疾病復健資源相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
7. 與康復者疾病有關藥物使用及副作用相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
8. 與康復者疾病社區資源及福利機構相關的訊息	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>二、精神健康照護服務</b>								
1. 康復者發病時，能協助就醫的單位及相關人力服務	4	3	2	1	4	3	2	1
2. 康復者緊急狀況時，能協助處理的單位及相關人力服務	4	3	2	1	4	3	2	1
3. 康復者緊急狀況時，能有相關醫院及診所的急診服務	4	3	2	1	4	3	2	1
4. 康復者平時有醫院及診所的門診服務	4	3	2	1	4	3	2	1
5. 康復者平時能有醫療人員至家中居家治療服務	4	3	2	1	4	3	2	1
6. 康復者平時能至醫院附設的日間病房參與復健訓練	4	3	2	1	4	3	2	1
7. 康復者平時能至社區復健中心/工作坊參與復健訓練	4	3	2	1	4	3	2	1
8. 康復者平時能至會所參與活動及就業準備	4	3	2	1	4	3	2	1
9. 康復者平時能至康復之家接受機構照護及日常生活訓練	4	3	2	1	4	3	2	1
10. 康復者平時能至庇護工廠職業訓練	4	3	2	1	4	3	2	1
11. 康復者平時能透過就業輔導至支持性職場就業	4	3	2	1	4	3	2	1
12. 康復者的長期照顧機構（例如：護理之家、慢性病房）	4	3	2	1	4	3	2	1

	照顧者支持 服務需求				照顧者支持 服務獲得現況			
	非常需要	需要	不需要	完全不需要	獲得非常多	獲得很多	獲得一些	完全沒有
<b>三、照顧者教育支持</b>								
1. 與康復者疾病有關之專業刊物、書籍及文章	4	3	2	1	4	3	2	1
2. 與康復者疾病相關之照顧手冊及教材	4	3	2	1	4	3	2	1
3. 與康復者疾病相關之資源及福利措施手冊	4	3	2	1	4	3	2	1
4. 與康復者溝通及相處的方法	4	3	2	1	4	3	2	1
5. 協助康復者獨立生活的方法（例如：自我照顧、自行服藥、社交訓練、衛生習慣養成等）	4	3	2	1	4	3	2	1
6. 康復者危險行為（例如自傷、破壞等）的危機處理方法	4	3	2	1	4	3	2	1
7. 能增進家庭成員良好互動的方法	4	3	2	1	4	3	2	1
8. 向家人及社區鄰里解釋康復者情況的方法	4	3	2	1	4	3	2	1
9. 與醫護人員討論康復者病情的方法	4	3	2	1	4	3	2	1
10. 照顧者自我成長及紓壓的課程、講座或團體活動	4	3	2	1	4	3	2	1
11. 參與家連家精神健康教育協會—家屬教育課程	4	3	2	1	4	3	2	1
12. 參與康復之友聯盟—精神康復者與家屬充權教育課程	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>四、社會照顧服務</b>								
1. 照顧者與康復者相關法定權益及社會福利的資訊	4	3	2	1	4	3	2	1
2. 康復者生活補助費、醫療保險及相關經濟補助	4	3	2	1	4	3	2	1
3. 照顧者喘息服務，暫時由他人照顧康復者	4	3	2	1	4	3	2	1
4. 照顧者居家服務，協助處理日常生活事務	4	3	2	1	4	3	2	1
<b>五、專業服務支持</b>								
1. 與專業人員討論康復者目前狀況及參與治療、復健計畫	4	3	2	1	4	3	2	1
2. 固定的人員、專線或機構窗口可以聯絡諮詢以解決疑惑	4	3	2	1	4	3	2	1
3. 個案管理員指導社會資源的運用及協助辦理、媒合轉介	4	3	2	1	4	3	2	1
4. 社區關懷員或公衛護士至家中關懷訪視及需求評估	4	3	2	1	4	3	2	1
5. 修法、倡導及表達照顧者/康復者權益的行動參與	4	3	2	1	4	3	2	1

	照顧者支持 服務需求				照顧者支持 服務獲得現況			
	非常需要	需要	不需要	完全不需要	獲得非常多	獲得很多	獲得一些	完全沒有
<b>六、心理支持</b>								
1. 照顧者因應親人生病（包含家庭、生活及照顧者心理變動）的調適方法	4	3	2	1	4	3	2	1
2. 家庭成員理解照顧者目前的處境，能夠體諒與提供協助	4	3	2	1	4	3	2	1
3. 社區鄰里、親戚朋友的理解與接納，減少異樣眼光看待	4	3	2	1	4	3	2	1
4. 照顧者與康復者的社交參與、休閒娛樂與聯誼活動	4	3	2	1	4	3	2	1
5. 參與家屬團體，分享照顧經驗及相互支持、鼓勵	4	3	2	1	4	3	2	1
6. 心理諮商/協談，緩和照顧者的孤立感、降低心理壓力	4	3	2	1	4	3	2	1

#### 肆、 服務輸送的障礙

請您（照顧者）針對上述六類支持服務未使用或服務使用面臨的困境分別做回答。

一、 您認為難以獲得資訊（疾病衛教及社會福利/資源訊息）及照顧者教育課程之原因？（可複選）

- 不想讓他人知道有使用該服務     課程地點不便利     與其他家人參與意見不一致  
 認為一切都應該靠自己     課程內容不符合需求     專業人員的解說太難理解  
 沒有管道得知訊息  
 平時資訊來源： 網際網路     醫護人員     公家機關窗口（身心障礙者資源中心、衛生所）  
 （可複選）     社區服務機構/協會     親友口頭傳述     刊物/宣傳單     其他：\_\_\_\_\_

二、 您認為影響您未使用精神健康照護/復健機構、社會照顧服務及社會福利申請之原因？（可複選）

- 不知道有該項服務     服務提供地點不便利     康復者不願意使用/申請  
 對服務內容不清楚     不知道如何申請     康復者交通能力不足無法前往  
 認為一切都應該靠自己     申請過程手續麻煩/困難     與其他家人使用意見不一致  
 認為康復者使用資格不符     曾申請過但未獲准     服務需要額外費用  
 認為對康復者病情無益     評估後發現可用資源不足     費用太高不考慮或無法負擔  
 不想讓他人知道有使用該服務     服務內容不符合需求     其他：\_\_\_\_\_

三、 您認為影響您未使用心理支持服務及專業服務和回饋之原因？（可複選）

- |  |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不知道有該項服務      | <input type="checkbox"/> 不知道如何申請      | <input type="checkbox"/> 與其他家人使用意見不一致 |
| <input type="checkbox"/> 認為一切都應該靠自己    | <input type="checkbox"/> 評估後發現可用資源不足  | <input type="checkbox"/> 專業人員的解說太難理解  |
| <input type="checkbox"/> 認為自己使用資格不符    | <input type="checkbox"/> 服務過程等待時間過長   | <input type="checkbox"/> 其他：_____     |
| <input type="checkbox"/> 不想讓他人知道有使用該服務 | <input type="checkbox"/> 服務需要額外費用     |                                       |
|  | <input type="checkbox"/> 費用太高不考慮或無法負擔 |                                       |

伍、 開放式問題

1. 您在照顧精神康復者的過程中，還面臨哪些上述未列出的需求？

---

---

2. 針對您在照顧精神康復者所面臨的需求，您認為仍需要哪些家庭支持服務項目？

---

---

3. 您在照顧精神康復者的過程中，曾使用過哪些上述未列出但值得推薦的服務？

---

---

-§ 問卷結束，謝謝您的填寫！ §-