

門診精神病患主要照顧者的 需求與社會支持之研究

陳秋瑩¹ 許世寬² 陳朝炆³ 賴俊雄¹

本研究立意選取草屯療養院門診病患家屬，以當面訪談的方式，至病患家中對主要照顧者進行面訪，共完成有效樣本296位。

研究結果顯示：主要照顧者多為女性，為患者的母親，年齡以50歲以上者居多。病患多為男性，年齡集中在20-39歲，多為患有精神分裂症者。主要照顧者有59.8%認為經濟上需要醫療費用的補助；心理及生理的狀況尚可；而社會生活上，有52.4%的主要照顧者認為受到影響。主要照顧者遇到的困難以照顧上的經濟困難、對病人的發病及預後情形不了解、與病人的溝通及協助病人恢復工作能力等五個困難最多。社會支持網絡的分佈，情緒性支持提供者多為配偶及朋友等非正式組織成員，而工具性支持主要是來自精神科醫生及護士。情緒性支持量的大小會受到照顧者的性別、照顧者和患者的關係及居家護理有無等三個因素影響。工具性支持量僅受到居家護理有無的影響，本研究證實居家護理方案的實施對病患照顧者的幫助。但對於社會支持對照顧者的需求之探討中，發現不論是情緒性支持或工具性支持，其對照顧者的經濟、生理、心理及社會生活等四項需求皆無減輕的效果。即支持量不足以減輕照顧者照顧的經濟困難、生理及心理的不良狀況和社會生活受影響的程度。（中華衛誌 1996；15(2)：153-161）

前 言

「去機構化」的運動是近年來精神醫學的大事[1]，而家庭在「去機構化」的政策下為照顧精神患者的重要資源，中國人的家族觀念相當堅固，家庭系統更是一個最實際的健康管理小組，家人一旦發生疾病他們會先向親朋好友間打聽各種醫療資源，束手無策之後

才會向外求助 [2-5]可是由於目前社會仍較缺乏支持和復健的系統，家屬在求助過程中遭受到許多的挫折、無奈、痛苦和失望[6]。而一旦家庭的資源愈來愈少（如家中經濟的負擔、家人在社會中人際關係的孤立、家庭照顧人力的缺乏及老化等），家庭自然會逐漸依賴社會福利資源或政府機構的功能[7]。但此種情況便有如一個「去機構化」的反潮，對於病患的復健及回歸社會可說是個阻礙。故為使「去機構化」的政策為一個適切的精神醫療政策，瞭解照顧者的困難及其如何運用社會資源解決困難的情形，對於健全社會支持體系是相當重要的一項課題。

提及社會支持的概念，可以由多種角度加以界定。有的學者以個人主觀對社會支持

¹中國醫藥學院公共衛生系

²省立台中醫院

³省立草屯療養院

聯絡人：賴俊雄

聯絡地址：台中市學士路91號

收稿日期：84年3月

接受日期：84年10月



之感受或認知來定義；也有人以支持的類別來描述社會支持，或是以支持所造成正向或負向的效應及效果來界定。如Caplan將社會支持視為在一個團體中，個人從正式或非正式之關係中，獲取在精神上(emotional)、知覺上(cognitive)、與物質上(material)之支持。而House(1983)也主張社會支持是一種人際間的相互交往，包含了精神上的慰藉、物質與服務的實質協助及與生活環境有關的資訊提供[8]。故本研究對於社會的支持，分成情緒性及工具性支持二個層面來探討。同時將照顧者周遭的社會資源分成正式組織及非正式組織，藉此瞭解社會資源中，正式組織與非正式組織對照顧者而言，其在工具性支持和情緒性支持這二個層面有何不同，而後再進一步去瞭解照顧者所獲得的支持量之多寡。

近年來相關的研究皆指出，長期的照顧慢性病人會導致照顧者經濟的困難、情緒性的困擾和生理上的問題，同時社會生活的參與也會相對的受到影響[9-10]。然而若有較高的社會支持，照顧者的壓力和上述的問題會相對的減輕[11-12]。其中Elizabeth C. Clipp等人曾於1990年以照顧者的生理狀況、心理健康狀況、經濟狀況及社會活動參與度來衡量照顧者的需求(caregiver's need)，並以照顧者的照顧情境(如照顧時間的長短、有無居家護理等)和人口特質等概念來預測社會支持系統的變化。而Richard Schulz等人將社會支持視為個人知覺的照顧壓力會導致不良健康狀況之關係中的一個中介變數。而關於照顧者負荷的研究，Steven H. Zarit等人對殘障老人照顧者的研究中，曾以29個題目包括照顧者的生理及心理健康、經濟的狀況、社會生活及照顧者和患者的關係來衡量照顧者的照顧負荷程度[13]。而本研究將照顧者目前的生理、心理健康狀況及經濟和社會生活視為照顧負荷或壓力所導致的後果，並藉著對照顧者目前生理、心理、社會生活及照顧上的經濟狀況之瞭解，探討社會支持是否會對照顧者因照顧壓力所導致的後果(Enduring outcomes)有減輕的效果？

性別、年齡、婚姻狀況和城鄉的差異會影響社會支持型式和大小[14,15]，家庭的社

經地位、照顧病患的年數、對病患病情的看法會影響病患家屬的照顧壓力或需要[16]。故本研究也考慮這些因素與社會支持對主要照顧者的生理、心理、經濟及社會生活狀況的影響。另外，台灣目前為了發展社區心理衛生，設有社區心理衛生中心，但成效不彰。因此精神科居家治療的照顧模式受到重視，故本研究將居家護理的有無納為一個重要的變項，瞭解有無居家護理的個案其照顧者的社會支持是否有所不同，同時其對照顧者的生理、心理、經濟及社會生活的狀況有無影響。

材料與方法

一、研究對象

以省立草屯療養院的門診病患之主要照顧者為樣本。選樣是以立意取樣的方式，自民國八十二年二月至三月間，對帶患者前來門診的家屬，詢問其是否為主要照顧者後，由醫師說明用意，經其簽妥同意書後，由訪員至其家中進行訪視，計有376位。而資料收集是召募中國醫藥學院各系學生及草屯療養院護士擔任訪員，於訪員訓練後，於民國八十二年二月至八月進行家庭訪視調查。

二、研究工具

以結構性問卷為研究工具，其內容分為閉鎖性與開放性二個部份。

(一)研究變項的測量方法及意義如下：

1. 照顧者的社會人口特質：性別、年齡、籍貫、婚姻、教育程度、宗教、社經地位、家庭型態、收入、與病人關係、保險有無、居住地都市化程度。
2. 病人的特質：(1) 病人的社會人口特質 (2) 病人看病付費方式：自費、保險或相關單位的補助 (3) 病人的病史：發病年數、家族病史、疾病類型。
3. 照顧者對病人病情的看法：以主觀認知病人病情為輕微、嚴重或很嚴重。
4. 照顧情境(包括居家護理有無、照顧年

數、每日照顧時間、照顧內容項目數、病患被照顧的需要程度。且照顧內容項目數是依據照顧者照顧項目數，列出 13 種照顧內容，以有多少照顧內容的項目數來衡量。而病患被照顧的需要程度是將照顧內容回答有者，再詢問其需要程度，從不太需要、差不多、需要至很需要共分四個等級，且回答愈需要，分數愈高。

5. 照顧者的需求量表：包括下列四項需求一經濟的，生理的，心理的，社會生活的需求。而經濟需求是以照顧者自覺醫療花費和其他照顧費用需不需要補助，予以 Likert 五分法衡量；生理需求：詢問照顧者自覺和同年齡者比較起來的健康狀況，並以五分法區分程度；心理需求：採用 1986 年鄭泰安等人發展的 "C.H.Q." "中國人心理健康量表"(17)；社會生活需求以探討照顧者因照顧病人而受到影響的社會活動與其影響程度；包括工作方面、外出休閒(如散步、逛街、看電影)居家休閒(如看電視、閱讀等)，外出旅遊，宗教活動及社區的聚會等八方面來衡量，並以 Likert 五分法區分其程度。以上皆以分數愈高，需求需高來衡量：即分數愈高，經濟上愈需要補助；生理及心理狀況愈差；參與社會生活的情形愈少。
6. 照顧者現有的社會支持量表：設計主要照顧者在照顧病人時可能發生的問題情境，並就這方面發生困境尋求社會支持的主要對象，與個體主觀感受支持程度，藉以瞭解主要照顧者的社會支持系統的結構與支持滿意度。社會支持的測量分成二個向度，包括(一)情緒性的支持 (二)工具性的支持。支持程度採用 Likert 三分法測其主觀感受的程度；分數愈高，對支持愈滿意。

(二)測量工具的預試與編修：

1. 效度：由精神醫學專家鄭泰安及文榮光、教育及心理學專家吳就君及周雅

蓉，為本研究進行專家效度。

2. 信度：以靜和醫院精神病患家屬為前測樣本。樣本數為 9 人，前測各量表信度 Cronba α 值為：1) 需要程度量表：56.33% 2) 心理需求量表：93.64% 3) 社會生活需求量表：78.5 % 4) 社會支持量表：90.63%。

(三)統計分析

以 SAS 軟體進行次數分配(frequency), 變異數分析、Student's t- test, 複迴歸分析(Multiple regression)。

結 果

一、在照顧者的社會人口特質及病患資料方面：

共訪得有效樣本 296 位，完成率為 78.7%。所訪得的 296 位受訪者以 50 歲以上最多，佔 66.6%。女性多於男性，婚姻狀況有 83.4% 為已婚(住在一起)。教育程度以小學或識字者最多，本人有工作者較多佔 58.1%。有 71.3% 的受訪者為一般民間信仰，家戶收入以 40,000 元以下者最多，佔 76.7%；家庭社經地位多為低階者。和病患的關係以母親最多佔 36.5%，其次是父親及配偶分佔 25.0%。且多數人有保險，佔 74.7%，家庭型態以小家庭最多佔 63.5%，其次是大家庭佔 20.9%。所照顧病患男性略多於女性，病患年齡集中在 20-39 歲佔 69.0%。病患多為單身未婚者、高中(職)畢業，發病年數以 0-9 年最多，10-19 年次之共佔 87.5%；疾病型態以精神分裂症最多，高佔 72.3%，其次是情感型精神病佔 14.9%。而病患的看病付費方式以衛生署補助及各項保險最多。

二、照顧情境：

296 位受訪者中，有 76 位照顧者的病患有家屬護理，佔 25.7%。照顧者照顧病患的時間以 0-9 年者最多，佔 59.5%。每日照顧患者時數以 1-5 小時為最多，佔 52.7%，其次是 6-10 小時。家屬對病人病情的看法，認為輕微者

有125人，佔51.4%；其次是嚴重者佔40.5%。而家中尚有他人患有精神病的受訪者有34人，佔11.4%。在13項照顧內容上，「為患者拿藥」、「陪患者看病」、「為其準備三餐」、「督促患者服藥」、「時與患者交談」等五個項目，有超過50%的受訪者回答上必須對患者付出照顧；且依序為85.8%、81.8%、67.6%、66.3%及63.2%的人數比例。而這五個項目病患的被照顧需要程度大部份在中等程度的需要上。

三、照顧者的社會支持系統：

1. 情緒性困難與支持：有一半以上的照顧者會「難過想哭」及「氣恨自身的遭遇」，而不論是那一種情緒困擾，皆有50%以上的照顧者能夠獲得他人的支持(見表一)。
2. 工具性困難及支持：在21項可能的工具性困難中，共有5個項目有50%以上的照顧者皆遭遇此類困難，包括「害怕病人再發病」、「瞭解病人預後情形」、「與病人溝通」、「協助病人工作能力恢復的困難」及「照顧病人經濟上的困難」等。而其中「與病人溝通」、「協助病人工作能力恢復的困難」等，遇此二種困難的照顧者，分別有53.9%及61.0%的照顧者，完全沒有獲得他人的支持(見表一)。而此部份特別需要提及的是，本研究對於此一「瞭不瞭解病人預後情形」的困難，在受訪者回答瞭解或不瞭解，皆詢問其是否有人告知，因本研究考慮若回答瞭解必有人告知，而其若回答不瞭解也有可能有人告知，但受訪者仍不瞭解。故為瞭解其社會網絡的運用情形，雖然瞭解表無困難，但其無困難是因有告知的支持來源，故必須將導致無困難的支持也納入。此類特殊題目另有「病名知否」及「病因知否」二題。
3. 社會支持網絡：以提供情緒性支持的網絡而言，非正式組織是最主要的支持來源，依序為配偶、朋友(同學)、女兒、兒子等。而提供工具性支持的網

絡，以正式組織中的精神科醫師及護士為主，其次才是非正式組織中的配偶、兒子、女兒等(詳見表二)。

4. 社會支持量：不論是情緒性或工具性的支持，多數回答「很大」及「尚可」的幫助程度；以支持量之平均值而言，皆在中等支持量以上的範圍內(見表一)。

四、照顧者在四個向度的需求上：

在經濟方面，有59.8%的人認為醫療費用需要補助；而在社會生活方面，有52.4%的受訪者認為他們為了照顧病患，社會生活及休閒娛樂等的參與受到了影響。然在生理、心理方面的狀況尚可，需求不大(詳見表三)。

五、社會支持的相關因素：

1. 情緒性支持量：經簡單相關分析後，將與情緒性支持量有顯著相關的變項共八個，放入複迴歸模式分析(見表四)。結果照顧者性別、照顧者和病患的關係及居家護理有無等三個因素會影響情緒性的支持量。其中，女性較男性獲得較高的情緒性支持。而照顧者為患者的兄弟姐妹較照顧者為患者的母親，獲得較高的情緒性支持。有居家護理個案的照顧者較無居家護理的照顧者有較高的情緒性支持量。
2. 工具性支持量：亦先經簡單相關分析後，將與工具性支持量有顯著性關係的變項七個，放入複迴歸模式分析(見表五)。結果發現，僅有居家護理有無一個變項會影響照顧者的工具性支持量，即有居家護理個案照顧者之工具性支持量較高。

- 六、照顧者四項需求的相關因素：對於此四項需求，亦先分別做簡單相關分析後將與其有顯著相關之變項放入複迴歸模式，同時強制放入情緒性支持量和工具性支持量，以瞭解社會支持和其他因素對照顧者的經濟、生理、心理及社會生活的影響。

1. 經濟需求：家戶月收入、病患的年齡、照顧者對病情的看法、病患被照顧的需要程度及居家護理有無等五個因素會影響照顧者認為經濟上需不需要補助(見表六)。家戶月收入愈低，愈需要經濟上的補助；病人的年齡愈大，愈不需要經濟的補助；被照顧的需要程度愈高，愈需要經濟上的補助；有居家護理者較不需要經濟補助。
2. 生理需求：照顧者之婚姻狀況、照顧者本人月收入、和患者的關係、對病情的看法等四個因素會影響照顧者自覺和同年齡的人比較起來的身體狀況(見表七)。單身或喪偶較已婚(和配偶住在一起)者的身體狀況差。照顧者為患者的兄弟姐妹較為患者的母親，有較好的身體狀況，即生理需求低。認為病情很嚴重者較認為輕微者有較高的生理需求。而本人月收入愈高，自覺身體狀況差，生理需求高。
3. 心理需求：照顧者的教育程度、對病情的看法、病患被照顧的需要程度及情緒性支持等四個因素會影響心理需求。國中、高中(職)者較國小者有較好的心理健康狀況，即較低的心理需求。認為病人病情嚴重或很嚴重者較認為輕微者有較差的心理健康狀況，而病患被照顧的需要程度愈高，心理需求愈高情緒性支持量愈高，心理需求愈高(見表八)。
4. 社會生活的需求：只有對病人病情的看法會影響照顧者的社會生活參與度。認為很嚴重或嚴重者較認為輕微者有較差的社會生活參與度，即有較高的社會生活需求(見表九)。

七、開放性問題部份：

1. 照顧者目前遭遇的最大困難：以回答經濟困難者最多、其次是擔心病人發病、困擾病人為何不會痊癒及病人的工作問題、照顧人力的不足等(表十)。
2. 照顧者最希望的幫助者：以醫護專業人員最多、其次是設置長期收容機

構、再其次是政府補助金錢、政府解決各種困難、而後為病患的兄弟姐妹及就業輔導機構等(見表十一)。

討 論

本研究主要照顧者和病患的社會人口特質，大致和國內其他類似的研究相似。照顧者皆是女性多於男性，婚姻多為已婚且大多是病患的父母，教育程度以小學畢業者多。而病患多為未婚，教育程度集中在初中或高中(職)，年齡多在20-40歲之間，且發病年數多在10年左右，疾病型態以精神分裂症的患者多[5,3,16]。而在醫療費用的支付方式上，以保險給付和政府補助者多[5,16]。

本研究以照顧者可能每天需為患者付出的工務性照顧，如為其準備三餐、餵食患者、為其穿衣、洗澡、打理個人衛生、時與患者交談、陪患者購物、休閒、看病、督促患者服藥、為患者至醫院拿藥、處理家庭內外患者所造成的干擾等來估計其每日耗費的照顧時間。照顧者照顧患者，每日平均為6.10±6.88小時，並未耗費全天的時間。Richard Schulz在對中老年脊髓損傷者的照顧成本研究中，指出每日照顧時間和照顧者的憂鬱症狀有關係[12]；然而在本研究中每日照顧時間和心理健康無關。但藉著這些工務性的照顧內容，再深入詢問受訪者，在有執行的照顧項目上，病患被照顧的需要程度。發現病患被照顧的需要程度會影響照顧者的經濟需求及心理需求。即為患者執行工務性的照顧時，付出的程度愈多，照顧者愈覺得需要被補助金錢；且心理健康狀況也愈差。上述執行的照顧項目可視為照顧者執行照顧角色所需完成的任務。即角色的期望亦即角色的要求(Role demand)。而角色的要求可以分別從量的具體角色任務提供有無和質的程度上需要付出相當品質的角色行為等二個角度來衡量[18]。而關於角色要求和角色壓力的關係，及角色要求會影響角色壓力，並透過角色壓力

對角色人物壓力後的反應之影響，國內外亦有文獻探討 [19,20,21]。而本研究病患被照顧的需要程度此變項，僅能衡量出照顧角色要求的程度，但不能衡量出照顧的壓力，而結果中此變項對心理健康的負面影響，可能是透過壓力造成的。另外，在照顧項目上以「為患者拿藥」及「陪患者看病」的照顧者多，高佔85.8%及81.1%。而當此二項照顧執行有困難時，多有人能代為拿藥和陪患者看病(見表一)。

照顧者遭遇到的困難和運用社會資源的情形和國內的研究相似。幾乎皆顯示照顧者或家屬覺得經濟有困難或有經濟的負荷 [5,16,22]。而鄭泰安的研究也指出，精神病患的病情對家庭最嚴重的影響是家庭的經濟及家人的日常生活 [3]。沈志仁的研究以因素分析法分析出主要照顧者的需要，其中一項為「希望獲得疾病及照顧方法相關資訊的需要」，而此項內容包括了知道病人疾病的恢復程度、知道如何預防病人發病、有人協助與病人溝通相處、知道如何協助病人按時服藥等。而其研究以開放性問題詢問主要照顧者的需要，發現其希望有提供病人工作的機會 [16]。這個結果與本研究不論是閉鎖式的問題或開放式的問題所得的結果相同，足見照顧者經濟的問題、對病患病情的憂慮(包括擔心病人發病、瞭解病人的預後)、病人工作能力的恢復等是精神病患者之主要照顧者最關切的問題。

照顧者支持網絡在情緒性支持上以配偶為主，朋友(同學)次之，其次是兒女、鄰居，而後是姐妹，親戚再次之。此結果與張珏等人的研究相似 [5]，其支持網絡主要是非正式的組織成員。但是由於社會支持系統的測量方法不同，本研究中工具性支持的來源，首推精神科醫生和精神科護士等正式組織成員，而後才是非正式組織中的成員。有趣的是，在情緒性的支持網絡上，女兒較兒子多，而在工具性的支持網絡上，運用兒子的次數反而較女兒多。另外，值得一提的是，

民俗醫療者在工具性支持網絡上似乎扮演著比正式組織中的心理衛生師、社工人員等成員還重要的角色。而其他病患的家屬較其他正式組織的成員(不包括醫生和護士)，在情緒性的支持網絡上也扮演著較重要的角色。

影響社會支持的相關因素中，居家護理是一個最重要的因素。有居家護理所得的情緒性和工具性支持皆較無居家護理者高。而居家護理對四個向度的需求上，僅影響了經濟需求，即有居家護理的個案較不需要經濟的補助。在此肯定居家護理方案的實施對病患主要照顧者的支持和幫助。而照顧者為女性及和患者的關係是兄弟姐妹所得的情緒性支持較高。照顧者和患者的關係會影響照顧者的壓力，如Richard S.等人和Carla L. B.等人的研究 [12,23]。而本研究並未衡量壓力，故此項結果是否是透過壓力造成的，則有待進一步的探討。因主要照顧者若為患者的配偶或父母，其感受的照顧壓力愈大，壓力對身體健康的衝擊愈大 [24]。而本研究發現主要照顧者為患者的母親會較為患者的兄弟姐妹之照顧者，有著較差的生理健康狀況(見表七)，也驗證了上述的推論。

分析影響照顧者的生理、心理健康狀況及經濟和社會生活參與度的相關因素中，情緒性支持量和工具性支持量皆不會對生理、經濟和社會生活參與度等三項需求有任何影響。而在心理健康狀況上，情緒性支持量愈高，心理健康狀況反而愈差即心理需求愈高。這點和張珏等人研究有所不同，但其研究是分析社會支持和家庭負荷之間的關係，並證實社會支持有減輕負荷的效果 [5]。而本研究是分析支持和負荷所造成的果之間的關係。而在陳美倫等人對肝硬化病人支持系統的研究中，其社會支持和憂鬱及焦慮症狀無關 [24]。雖然本研究中工具性支持亦顯示和心理健康無關，但情緒性支持卻有違反假設的相關方向產生。可能有二點原因：一為測量情緒性支持的量表需要修正，另一為本研究照顧者所獲得的情緒性支持量不足，而僅反

映出心理健康較差的事實罷了。

本研究從量化的分析結果，知道未來滿足照顧者的需求，可針對不同特質的病患和其照顧者，提供不同方向的幫助。如家戶月收入在10,000元以下者給予較多的經濟補助，而在40,000元以上者可酌情增減補助。而所照顧的病人病情愈嚴重的照顧者愈需要去關切他們的經濟、生理、心理健康；並能建立機動性的支持資源如社區志工隊代辦照顧者日常生活的瑣事或短期照顧病患，使照顧者能有較多的時間參與社會生活。

社會支持系統所提供的量，在本研究中証實對壓力所造成的果皆無減輕不幸後果的效果。而社會支持的網絡從非正式的組織來看，照顧者僅是運用週遭親朋好友的有限資源，而正式組織方面的資源卻太偏向於精神科醫生及護士。這可能對協助病人恢復工作能力、照顧者的經濟及家庭的溝通問題等困難的解決幫助不大。故在規劃病患的社區復健方案與社會支持系統予病患或家屬時，其他正式組織成員的角色如何連結及功能如何充分發揮，同時如何發掘社區中其他非正式的民間資源並加以連結，筆者以為是未來一個重要的課題。

誌 謝

本研究承蒙行政院衛生署醫政處的經費贊助，並感謝台中市仁愛之家靜和醫院游文治院長及石金盆護理主任的協助。感謝中研院生醫所鄭泰安醫師、高雄醫學院文榮光醫師、師大衛教所吳就君教授及中正大學心理研究所周雅容教授的指導及協助完成訪視工作的草屯療養院居家護理護士，和中國醫藥學院的學生。

參考文獻

1. Mezquita J, Half-Way Services in the Rehabilitation of Chronic Mental Patient. *Acta Psychiat Scand* 1982; 65: 245-252.
2. Intagliata J., Willer B., Egri G., Role of Family in

- Care Management of the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin* 1986; 12 (4): 699-708.
3. 鄭泰安：台灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究。中華心理衛生學刊 1985; 2(1):117-133。
4. 葉英堃慢性精神病患：最被忽略的一群-問題的分析及建議。中華民國神經精神醫學會刊 1983; 9:1-16。
5. 張珣，宋維村，吳就君：台灣精神病患照顧者的家庭負荷研究。衛生署精神醫療網工作小型研究報告 1982。
6. 劉蓉台：病患家屬—治療過程中的關鍵人物。台北市立療養院年報 1986; 51-55.
7. 文榮光：使慢性精神分裂病人免於機構化照顧的可能因素。中華心理衛生學刊 1987; 3(1):57-67。
8. 高迪理：社會支持體系中之概念探討。社區發展季刊 1991; 54:24-32。
9. Linda K. George, Lisa P. Gwyther, Caregiver Well-Being: A Multi-dimensional Examination of Family Caregivers of demented Adults, *The Gerontologist* 1986; 26:253-259.
10. Steven H. Zarit, Todd A. Palmela et al., Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A longitudinal Study. *The Gerontologist* 1986; 26: 260-266.
11. Elizabeth C. Clipp, Linda K. George, Caregiver Needs and Patterns of Social Support. *Journal of Gerontology:Social Sciences* 1990; 45(3): S102-111.
12. Richard Schulz, Connie A. Tompkins et al., The Social Psychology of Caregiving: Physical and Psychological Costs of Providing Support to the Disabled. *Journal of Applied Social Psychology*, 1987; 17(4): 401-428.
13. Steven H. Zarit et al., Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist* 1980; 20(6):649-655.
14. Patrick West, Raymond Illsley, Howard Kelman, Public Preferences for the Care of Dependency Groups. *Social Science Medicine*, 1984; 18 (4): 287-295.
15. Lawrence A. Parlinkas, et al, The Biocultural Context of Social Networks and Depression Among the Elderly. *Social Science Medicine* 1990; 30(4):441-447.
16. 沈志仁：精神分裂病患主要照顧者的需要及其相關因素。中華心理衛生學刊 1993; 6(1):49-64。
17. Cheng T A., Williams P., The Design and Development of A Screening Questionnaire(CHQ) for use in Community Studies of Mental Disorders in Taiwan. *Psychological Medicine* 1986; 16:416-422.
18. 王慧姚：已婚職業婦女的角色衝突及生活滿意度。台大心理學研究所碩士論文 1981.
19. 陳秋瑩：台北市已婚婦女的角色壓力、社會支持與

- 憂鬱及焦慮症狀之研究。陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文 1991。
20. Kandel D. Davis and Ravies V., The Stressfulness of Daily Social Roles for Women: Marital, Occupational and Household Roles. *Journal of Health and Social Behavior* 1985; 26:64-78.
21. 王秋絨：角色壓力的意義及研究模式。社區發展季刊 1982; 18:69-76。
22. 沈志仁、張素凰：精神病患者家屬的壓力、應對策略與健康狀況—時間序列的探討。中華心理衛生學刊 1991; 5(2):103-123。
23. Carla L. Barnes, Barbara A. Given, Charles W. Given, Caregivers of Elderly Relatives: Spouses and Adult Children. *Health and Social Work* 1992; 17(4):282-289.
24. 陳美倫、郭憲文、陳滋彥：肝硬化病人支持系統、憂鬱與焦慮反應及其因應行為之相關性研究。中華公共衛生雜誌 1994; 13(4):330-341。



THE PRIMARY CAREGIVERS' NEEDS AND SOCIAL SUPPORT OF THE PSYCHIATRIC OUTPATIENTS

CHIU-YIN CHEN¹ SHIH-KUAN HSU² JIM-SHOUNG LAI¹
CHAO-TSAO CHEN³

296 primary caregivers of psychiatric patients were investigated on their needs and social support. Results show that 59.8% of them think they need more money to care patients. Their psychological and physical status are not bad, but 52.4% of them think their social lives are affected.

Over 50% of them encounter some difficulties in their caring, which are financial problems of caring, not understanding the prognosis of patient's disease, having fear for the recurrence of patient's disease, having trouble in communicating with patients and in helping patients be able to work.

Social support systems are divided into

two dimensions in this study - emotional and instrumental support. Most of emotional support networks are from caregivers' spouse, friends, children and relatives. But, instrumental support networks are mainly from psychiatric doctors and nurses. The amount of social support can not significantly influence caregivers' needs. Sex, relationship between primary caregiver and patient, and having home care program or not can influence the amount of emotional support. But, just having home care program or not can influence the amount of instrumental support. (*Chin J Public Health (Taipei): 1996; 15(2)153-161*)

Key words: caregivers, social support, psychiatric patients.

¹Department of Public Health China Medical College

²Taiwan Provincial Taichung Hospital

³Taiwan Provincial Tsao-Tun Psychiatric Center