

社區老人照顧支持體系之政策之探討

陳燕禎

壹、前言

人口快速且大量的老化是目前已開發國家共同面臨的問題與趨勢，其所帶來的老人照顧問題更是一大衝擊，而社區照顧已成為老人照顧的主流，並採以家庭照顧為基石，亦即「在家老化」(aging in place)是一個人類期待安身立命的終老模式，而且也是頗具「人道主義」(humanitarianism)色彩的概念，相當適合運用在老人照顧工作上，所以政府推展社區照顧政策的原意不僅是利用各供給部門的服務輸送體系來協助老人留在社區中，更要幫助他們盡量留在原熟悉的居住地生活，使老人們的晚年仍能在自己熟悉的社區網絡被照顧、被支持，讓他們的「根」不會被拔除(uproot)或切斷，生活具有安全感和穩定感，甚至也不必因環境遷移而導致震撼性(traumatic)和負面的衝擊，進而帶來健康的不良結果，故要提高社區老人照顧的生活品質中，社會支持體系是不可或缺的條件(呂寶靜，2000；Cantor，1979；Dono et al.，1979；Litwak，1993)。臺灣地區已漸面臨「老老人」照顧的醫療費用大量增加的危機與挑戰，依國內研究顯示，老人健康行為問題將帶來對社會長遠的影響，其中社會支持體系的發揮與管理是老人健

康和主觀幸福感不可忽視的強大力量(林三衛，1996；羅凱南，2001)。因此，本文目的主要以社區的老人照顧支持體系為焦點，探討社區支持體系的內涵、實務及政府的支持資源。

貳、社會支持的概念及相關研究

社區照顧的服務輸送模式是英國在1980年代初快速興起的理念。由於老人長期照顧的需求，加上福利國家的財務危機，使得新右派的福利意識型態崛起，並盛行自英國柴契爾政府及美國的雷根政府時代。事實上，社區照顧的主要對象現已由早期的精神疾病患者、智能障礙者轉以老人照顧為主。而福利國家積極推展社區照顧的目的就是要「去機構化」(Deinstitutionalisation)或「轉機構化」(Transinstitutionalisation)，一方面節省政府財政支出，一方面讓老人能留在社區中感受到更人性、更彈性的照顧情境，所採取民營化、分散化、參與化為主要策略目標，並讓權力回歸社區，給受照顧者「使能」(enable)，並讓案主與照顧者都有更多的「充權」(empowerment)，獲得人性化的服務。因此在整個老人照顧管理計畫中，已非僅是工作者單一的評估及處遇的

擬定，它必須具有多元參與、資源連結和需求評估的支持計畫，其目標是提供照顧整體性和連續體的照顧管理。

國外早有研究指出老人個人特質中的年齡、性別、婚姻狀況和社經地位都會影響其社會支持網絡。年齡愈長者，除退出職場收入外，喪偶、朋友相繼死亡，社會網絡就愈少，加上老化所伴隨而來的體力、能力、智力的衰退，可能強迫人們進入社會生活的緊縮階段，導致朋友、同事等非正式網絡僅存到少數的忘年之交之好友（引自 Adams, 1987）；另外性別差異的研究也發現，女性比男性有較多和較大規模的社會支持網絡，且在婚姻及家庭狀況方面，已婚者比未婚分居和離婚者有更多的社會網絡（Antonucci, 1990）；但也另有實證研究結果顯示，男女在社會網絡的規模上似無顯著差異，但當控制了結構變項（年齡、教育程度、收入、婚姻、子女數等）後發現，男性網絡規模確實比女性小（Moore, 1990）；而在社經地位方面發現，高社經地位者有較大網絡規模，且其支持網絡廣，還包含有較多的非親屬關係的網絡體系（Fischer, 1977）；至於在居住方面，發現居住於都市的老人比居住鄉村得老人較少融入友誼網絡中，因而所獲得的網絡資源也顯現較少的協助（Amato, 1993）

而社會網路、社會支持和資源的敏感性（sensitive）和建構性（construction）的連結對老人照顧管理計畫的成功影響至深。國內研究中有人採用 Ryff 的心理幸福滿足感架構，探討社會支持，人格特質、個人屬性與老年人的心理幸福滿足感的關係，結果發現社會支持體系的愈強及家庭生活狀況較佳者，整體老年的心理滿足感

較佳（羅凱南，2001），且情感、情緒支持與老人生活士氣、心理健康、生活滿意關係最為密切，對健康狀況（身體機能、疾病數目、身體健康）具有決定的關鍵，同時也就是老人主觀幸福感（subjective well-being）的來源（林三衛，1996）。另在老人情境特質與社會支持關係研究中發現，子女數愈多，獲得社會支持亦愈多；而且男性有較多的金錢協助，女性則有較多的情感支持和事物支持較多（鄭淑子，1997）。另有研究指出，如果老人在安養機構，雖然老人認為人際關係對健康最重要，但卻發現與家人互動較頻繁的受訪老人，反而愈容易覺得自己是別人的負擔（劉至文，1998）。有些學者也爭論網絡成員的存在只代表支持之可獲性，網絡規模愈大而已，它不必然就會提供愈多的協助（Antiknock；1990）。還有相關研究也發現約八成的失能老人由家庭提供照顧，即使老人住進機構中，家庭的照料關係也並未隨之結束（胡幼慧，1994；陳燕禎，2004）。

社會支持網絡還具有「強弱」聯繫的關係，即認識期間愈長，愈可能發展較強的親密依存及相互瞭解的情感，而地理區上可接近性也愈能便於提供照顧協助（熊瑞梅，1999）。社會支持網絡乃伴隨著老人的年齡、健康、社會情境等因素而不斷改變，所以照顧策略也必須隨著網絡的改變而給與不同的介入與增強，如此不斷的互動，才能充分發揮社會支持體系的功能。Laird 就曾指出，美國人健康照顧系統雖然不斷擴大，但「家庭」仍是主要健康提供者（引自陳武宗，1994）；另住在美國社區的老人，有四分之三的照顧服務是由家庭提供（謝美娥，1993），所以中美兩地研究

皆發現相同的結果，即老人照顧工作仍以「非正式系統」的資源為主，而且以家庭為核心，至於家庭以外的非主流支持系統，如親戚、朋友、鄰居等，只是偶而探視或提供偏方來關心而已（溫秀珠，1996）。故「家庭」一直是當前失能老人最主要的社會支持系統的來源。家庭雖是老人照顧工作的軸心和精神所在，但其相關的支持體系必須善加建立管理和運用才能發揮成效，因為有些支持網絡所給的支持並不是「正向」的效果，因此有時家也不一定是避風港，尤其當家裡有一為失能者時，在長期照顧過程中就易出現「久病床前無孝子」的可能，它更具有更多不穩定的特性與危機，所以要擁有家庭正向的支持關係是平時就必須用心經營的。

參、老人照顧的相關理論

老人照顧工作因老人資源支持網絡的差異及疾病型態程度而不同，而老人照顧的體系可包含機構式照顧、社區式照顧及居家式照顧等三大類（萬育維，1995），且三者之間必須整合成一個照顧的連續體（A continuum of care）網絡，才能適切提供老人完善的照顧需求（黃源協，2000）。持續性的照顧也是促進老人獨立自主目標的理想模式（Evashwick，1996）。然而整個照顧連續體光譜能否確實發揮效用，社會支持系統扮演相當重要角色。許多研究對正式的社會支持和非正式的社會支持之間的替代或互補關係以及如何分工、如何提供照顧有不同看法，本文就最具相關的三種照顧支持模式予以討論。

一、層級遞補模式（Hierarchical Compensatory Model）

Cantor（1979）認為老人在使用其支持來源時，存有偏好的選擇次序，他們會選擇從接觸最親密的初級團體（primary）中的家屬提供支持，而當初級團體無法或不願意提供照顧時，才會尋找其他非正式的協助，如遠房親戚、鄰居、朋友，亦即「由親到疏」的非正式服務網絡，且必須到最後不得已的階段時，才會向正式的支持資源系統，即政府機構或營利的商業市場求助。所以在照顧老人的需求選擇上，基本上會呈現一種「次序等級」的選擇偏好，同時受到照顧人力的充足與否及資源的可及性（availability）和可接受性（acceptability）因素的影響（施教裕，1993；林松齡，1993）。

而 Chappell（1985）認為在此模式下，可就親屬和非親屬在提供照顧的選擇上給予次序排列。老人偏好由「親屬」開始，而親屬中的偏好次序又以「配偶」為第一優先，配偶通常是失能老人一個最重要和最渴望的非正式社會支持來源，其次才是子女，再次之為其他親屬，此偏好次序中明顯出現其互動程度的深淺和親屬關係的遠近，這也和許多的國內實證研究結果相同（李開敏，1992；林松齡，1993；張明正等，1993；胡幼慧，1994；陳燕禎，1994；邱啓潤等，1998）。而老人再非正式支持系統中，獲得「情感性」的支持愈多的老人，其生活滿意度也愈高，且呈現強烈正相關，至於「工具性」的支持不一定與老人的生活滿意度有顯著的相關，必需視支持的種類與來源，而有層級的差異（李孟芬，1993）。

由此可見，老人照顧工作所需的社會支持是立基於受照顧者與照顧者之間社會關係的親密、深淺，並非基於職務特性，

而且通常必須整個非正式支持體系呈現相當薄弱、脆弱的狀況時，案主或照顧者才會職務分工或向正式支持體系尋求替代性或補償性的協助。

二、任務分工模式 (Task-Specific Model)

此模式是由 Litwak & Silverstein (1993) 以及 Wilcox & Taber (1991) 所提出的，認為不同連帶關係的成員可以提供不同性質的照顧內涵與需求。國內外學者均認為每個基本群體（家族、鄰居、朋友）的結構特質與獨特的功能具有關係，而家族具有的永久性、持續性的特徵是最適宜提供緊急幫助及日常生活事務的照顧，且在整體照顧內涵及結構上，它具有合理和周延的分工（林松齡，1993；施教裕，1994；Dono et al., 1979）。簡言之，照顧內涵乃依老人需要照顧的特性而選擇照顧者，如「非技術性」的情緒或社會心理支持或日常生活密切又貼身的照顧工作（如洗澡、餵食、如廁等），大多由家人提供；「非貼身性」的照顧（如購物、提供訊息）則由其他不同親密程度的鄰居、親友提供；至於較為「技術性」的護理工作則由專業工作人員執行，依此互相分工，除可避免造成照顧工作的重疊或彼此干擾，而且也不會出現「照顧不足」(under care) 或「過度照顧」(user caring) 等問題，因為這兩種情形的發生都將造成個人社會心理健康負面的影響。

Fox & Abraham (1991) 更進一步指出此模式還必須考慮四個面向才能掌握老人照顧需求的滿足狀況：(一)接近性 (proximity) (二)承諾 (commitments) (三)團體 (group) (四)生活型態 (life styles)。換

言之，對於鄰居、朋友、親屬和夫妻等團體，視其親密性、承諾、人數及生活型態，而有不同的任務予以配合及支持，並強調職務特質與各種支持的提供，其中「親族系統」是最適合從事傳統與親族有關的生活事物，包括長期親密關係的貼身照顧工作 (Litwak & Szeleny, 1969)。

而在國內的研究中也發現性別照顧工作分工的結果，即「女性」一直是扮演主要照顧者的角色（邱啓濶等，1988；楊珮琪，1990；胡幼慧，1991，1995）。另外在老人與家屬的連帶關係中，「婚姻關係」的連結也一直是最親密的互動關係，同時也是最重要的照顧來源，即家族之中的「夫妻」是最適合長期提供每日的照顧工作者，這也是對婚姻中追求晚年「老伴」相互照顧之深層意義。

三、壓力—緩衝模式 (Stress-Buffering Model)

Sharkey (2000) 從 WHO (世界衛生組織) 的資料中指出豐富的社會網絡對老人的健康有益，尤其當人們生活中受到嚴重事件打擊時，會造成苦惱，進而造成負面的健康結果，然而有很多因素解釋為何有人面對「嚴重打擊」遠較別人能調適，雖然個人的「個性特質」是其中重要因素之一，但個人平時建立的社會網絡是「社會提供支持的程度」的重要來源。既然大多數的老人都要在家庭 (care at home) 接受照顧，因此這個失能老人或家庭照顧者的社會支持體系都會成為照顧工作非常有利的協助因子。圖 1 簡易說明若有社會支持體系的介入，對個人遭遇生活重大事件衝擊時具有的「緩衝壓力」作用。

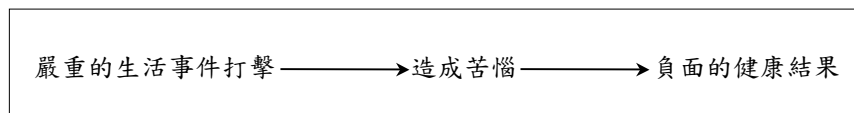


圖 1 生活打擊和健康結果 (引自 Sharkey, 2000)

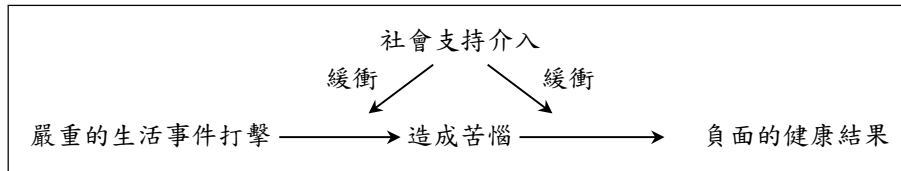


圖 2 社會支持的壓力-緩衝效果 (引自 Sharkey, 2000)

國內研究也指出壓力－緩衝的理論模式中的「非正式社會資源」介入將「正向」的影響老人生活滿意度之支持（李孟芬，1993），即老人的非正式社會支持體系之結構與功能愈強，其生活品質愈好，同時老人與社會支持體系中的其他成員長期的「互惠」關係，會強烈地影響老人的生活品質；老人本身的社經地位也影響其非正式社會支持結構的介入，進而影響老人的生活滿意度。所謂非正式支持體系，是指一組源自於社會生活關係中所獲得之社會支持，它相對於正式組織或政府部門之正式支持（formal support）。在社會生活關係中，人們相互交換物質、服務、資訊和情感等，故此種社會支持是具有緩衝負面障礙及緩和壓力及挫折之作用，被視為調適或因應壓力生活事件的重要方法之一，尤其在某種特定情境發生時，更突顯社會網絡的支持效果。

肆、老人照顧工作與社會支持需求

老人照顧工作是一項極複雜性的照顧

實務，必須關注生理、心理和社會等多層面的需求，故須以連續性的照顧概念為基礎，才能讓老人獲得人性且有尊嚴的生活。人類的生理老化是一個緩慢而持續老化的必然過程，需要長期間的照顧才能維持生存，因此協助老人獨立生活的各項照顧服務工作，都是一種「永無休止的照顧工作」(unending work and care)（郝溪明，1999；Evashwick，1996）。它不僅提供老人正式或非正式的健康或支持性服務，發揮個體獨立功能之極大化的理想服務模式，也是照顧工作的最大且唯一的目的。至於照顧工作的內容還同時包含一般生活照顧和專業照顧，兩者之間必須各有其協調與配合，才能周全地符合個案需求，發揮以「使用者為中心」的照顧服務，因此照顧工作和社會支持資源的關係就深深影響老人生活的品質。

一、照顧資源

照顧（care）乃指對有特別需要者提供身體上、物質上、精神上的照料幫助和保護，使身心方面能維持或恢復較佳的功能，並有良好的社會適應，且照顧者和被

照顧者之間會具有「情感性的連結」(吳味鄉, 1993)。社區老人照顧模式是以使用者的感受 (user-Sensitivity) 為軸心, 運用各方資源相互協調組合的機制運作, 並去除零碎、片斷的服務方式, 才能滿足老人的照顧需要。所以要推展連續性、永無休止的照顧工作就必須依老人身心狀況和支持系統做為協助的依據和後盾, 之後再將照顧者本身的資源系統及專業照顧團隊的支持系統做照顧 (個案) 管理 (care management) 的規劃, 才能獲得完善照顧。老人長期照顧工作是一條漫長、辛苦, 的旅程, 非親身體驗是無法感受的, 因照顧工作者首先必須具有體力, 進而兼具包容性、接納性及耐性等特性才能勝任照顧工作, 而這實非個別照顧者所能獨立承擔的, 它需要整個照顧團隊支持系統的建構和支撐, 所以它也絕非目前的非正式家庭支持網路就能承擔。Willmott (1986) 將非正式部門分為五種照顧類別: (一)個人性需求照顧 (Personal Care) (二)家務性照顧 (Domestic Care) (三)輔助性照顧 (Auxiliary Care) (四)社會支持 (Social Support); (五)醫護性服務 (Surveillance Service), 他認為而前兩項為可由家庭所提供, 但後三項則為社區服務的範疇, 故社區照顧的推展必須結合家庭和社區支持才可能維持運作 (引自 Johnson, 1987)。

而照顧資源又可分為非正式資源和正式資源, 非正式資源如家庭、照顧者及個人、鄰居、朋友或同事等, 正式資源如政府、機構、團體。通常在評估照顧資源時, 在實務工作者發現被照顧者對家庭資源 (包括家庭人力及經濟資源) 的需求一致

性高, 可能因家庭人力及經濟資源是比較客觀具體的項目; 個人的照顧資源方面包括個人的生活態度、能力及照顧者本身的強度能力和技巧; 至於政府部門提供的正式支持資源, 如居家服務、社區服務及健康服務是提供協助照顧個人照顧的重要支持力量, 然而社區照顧向來以家庭照顧為基石, 故家庭至今還是被失能者視為尋求資源主要的來源或牽線者 (broker)。因此老人照顧工作的最高原則就是運用社會支持和資源達成溫馨的目標, 資源網絡的運作管理是照顧工作成功與否的重要指標。

二、社會網絡和社會支持

「社會網絡」(social network) 的概念最早由 Barnes 提出, 自 1970 年代始, 社區心理學家即開始將此概念運用於社會關係與健康兩個變項關係之討論, 而至於「社會支持」這一個概念獲得重視也源自於 1970 年代早期, 由 Caplan、Cassel & Cobb 等人發現生活壓力對個人生理及心理健康所造成負面影響, 認為社會支持可以緩和及生活壓力的衝擊, 以及增進個人的生活 (引自 Gottlieb, 1983)。Barker (1991) 也曾在社會工作字典中將社會支持和社會網絡分別定義為「為滿足個人社會生存需要而需藉由正式或非正式的活動與社會關係所提供的各種支持」; 其中社會網絡則指「圍繞在個人身邊的社會關係所形成的網絡」, 此也顯示社會支持是個人社會網絡的一部分, 故「資源」、「網絡」、「支持」三者的名詞有時確實難以清楚界定, 而被共通使用, 但就領域面來看, 資源的範圍最大, 可包含網絡與支持; 而就連結面來看, 資

源的連結面較廣，包含正式體系和非正式體系，而網絡的連結面又以浮在檯面上的正式體系較多，至於支持層面則以非正式體系連結發揮的效果最強，故此三者之間並不具有排他性，而是具有相互的包容性。

因此網絡（network）與支持（support）雖是經常被交換使用的，但其更準確的定義來自社會科學之「網絡分析」的方法論。網絡分析（network analyze）有助於專業工作者在實務分析狀況時使用。國外學者 Sharkey（2000）指出支持體系的「強弱」與「互動頻繁」會影響老人之生活狀況，如圖 3 的虛弱老人擁有四個支持者，其彼此之間又具有正式和非正式的社會支持網絡交流，彼此屬於「高密度」的相互連繫，因此當老人有需求時他們會彼此互動，充分照顧該虛弱老人，使主照顧者的負擔減低；相反地在圖 4 的四個支持者，彼此之間並無連繫互動，屬於「低密度」的互動網絡，因此老人如遇到重大事件或問題發

生時，就會產生「照顧不足」及「照顧負荷」之問題。

因此 Sharkey 的研究發現網絡連繫（network mating）在虛弱老人的照顧工作是很重要支持系統，具有經常的連繫及互動的成員可以清楚自己在網絡中的角色，進而相互支持受助者，就被照顧者和照顧者而言都發揮了最大的功效。故 Cassel（1976）也指出社會支持網絡的建立，在個人面臨壓力衝擊的社會心理歷程中扮演「關鍵性」的角色，對個體心理壓力具有保護（Cushioning）和緩衝（buffering）的功能與作用。無論如何具有高密度的社會支持網絡的建立與維繫，是失能老人照顧工作最佳的壓力管理來源，故照顧者或被照顧者平時在社會網絡中就必須多加經營交流和互動，一旦個人遭受重大壓力事件而無法因應時，所經營的支持系統就能發揮「及時雨」的功效，提供最大的協助。

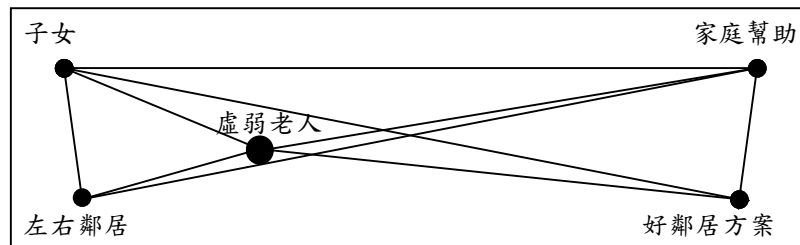


圖 3 高密度的聯繫網絡

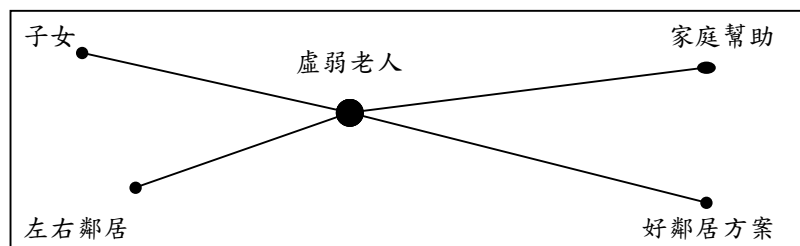


圖 4 低密度的連繫網絡

四、社會支持系統

儘管建立社會支持系統是照顧工作壓力紓解重要管道，社會服務的供給和照顧者之間的關係有時卻是模糊且難以界定的。Twigg & Atkin (1994) 就對兩者關係提出四個模式：

(一)照顧者即是資源：在老人機構中，需要非正式照顧者協助，然而這些非正式照顧者的福利卻極少被關心的。

(二)照顧者即是「同伴、同事」：在機構中，照顧者應與其他工作者是平行關係，因為照顧者也是參與者，所以照顧的興趣和生活福祉 (well-being) 應予以融合，應一併納入考量。

(三)照顧者是共同案主：照顧者有時也必須視為案主，也有被幫助的權利。照顧者在照顧過程中承受了許多不為人知的壓力，這些壓力有些是需要受到實際的幫助才能紓解，照顧者和案主也才有更好的互動品質。

(四)有權利的照顧者：即照顧者應建立與依賴者之間應有更多自我充權 (empowerment) 的支持關係，並協助追求其獨立自主的目標。

依社會支持網絡理論觀點來看老人照顧的社會工作處遇時，必須先瞭解老人與照顧者的內在、外在環境及資源的互動關係，尤其老人本身的人格特質、生活事件、社會功能的有限性、有效性、遺傳、環境和疾病的長期性與否，這些在實務工作中都將影響社會支持的穩定性，而導致產生照顧關係的變化。

五、不穩定的照顧三角關係

Finch & Groves 曾指出，社區照顧幾近於家庭照顧，而家庭照顧又幾近於女性的照顧，甚至國內也有學者將社區照顧、家庭照護和女性照顧劃上等號 (community care = family care = care by woman) (周月清，2000)。然而，若將社區照顧完全視為等同家庭照顧時，也恐忽略社區資源的運用與連結，甚且過於簡化家庭照顧的內涵與特性，如家庭照顧中可能具有不穩定的三角關係，即家庭照顧者的意願和能力及參與者的意願等，這些都會產生對社會支持資源之忽視。Nolan 等人 (1996: 10) 指出對失能者或長期病患的支持或照顧，家庭並不必然是「靜態的資源庫」 (static resource banks)，它也可能是壓力的潛在來源，以及成員間負面的社會交換，因而，「社會網絡」不必然是「支持網絡」 (引自黃源協，2000: 61)。而 Perlman & Giele (1982) 以家庭照顧的平衡系統模式，來說明依賴者、家庭 (照顧者) 和社區三者之間的交換關係，此三者之間任何一個變項的改變都將影響其他元素的變動，必須做補償性的調整才能平衡，而其平衡系統乃依社區資源和家庭能力予以支持和維護的。其模式假設的重要變項為 (Perlman & Giele, 1982; 蕭金菊，1995)：

(一)在家中接受照顧的失能者，有身體和情境需求。

(二)家庭滿足受照顧者的需求，同時也需完成一般的家庭功能所需的物質和非物質的能力。

(三)能運用社區中資源的可能性與使用。

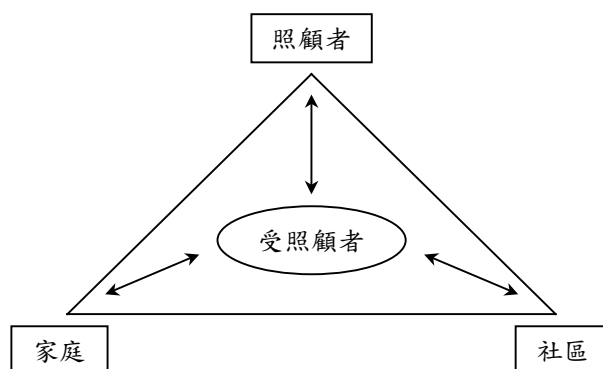


圖5 家庭照顧的平衡系統

老人照顧工作在老人的身心狀況、家庭的能力和社區資源三者之間，無形中已形成一個三角關係，故任何一方的改變，均足以影響提供照顧的意願和能力，尤其社會支持資源的緊密與否，更將牽動被照顧的生活品質。

伍、社會支持體系對老人照顧實務策略之影響

Caplan (1965) 就認為社會支持體系可提供個人面臨巨大壓力時，家庭、朋友和其他人所能提供的各種援助；Cassel (1976) 認為社會支持是在個人面臨重大壓力的社會心理歷程時，扮演關鍵性角色。Zedlewski 等人則指出對於美國現在甚至未來老人長期照顧體系來說，社會支持體系及支持性服務都極具其關鍵因素，將有更多老人勢必被迫提早進入機構照顧，並必然增加巨額社會成本及公共財政的負擔（引自陳世堅，1998）。社會支持是經由連結和協助的交換，並與他人之互動而來的，然而滿足基本社會需求的過程，尤其在尊重、親密與安全感等方面，乃經由家人、親友或其他重要他人之人際互動中獲得；社會支持它還含有「動態」的意涵，

即社會支持的網絡若越是具有持久性、連續性與緊密性，這個關係就越可以協助人們處理生活上的所遭遇的困境，特別是在長期照顧者的社會負擔（social burden）或重大壓力的情境之下，因此社會支持策略與照顧管理的設計決定了照顧的成效。

一、社會支持策略與照顧管理

Stewart (1993) 將「社會支持」應用於照顧管理決策的四種評估過程，分別為：評估、計畫、介入及效益評估（引自 Sharkey, 2000）；其評估重點分別為：(一) 社會支持網絡的大小(二) 接觸頻率(三) 衝突的程度(四) 密度(五) 滿意度(六) 覺察出可提供的支持等。所以要評估一個社會支持系統是否不足或無效時，都需要提供一套介入的照顧管理計畫，而在此計畫中，社會支持網絡體系就成為運作執行的觀念，其執行的具體工作項目如：清掃、煮飯、洗衣、交通……等工作，都要確實安排相關適當網絡人員去執行。至於支持網絡的類型若有當地親屬支持者則其考量要素為：(一) 成員間住家之距離(二) 彼此熟識否(三) 熟識時間長短(四) 熟識期間的互動頻率(五) 有那些非正式資源可提供支援？但若當地無親屬可支持

者時，其個案管理計畫的考量因素又有不同。Wenger（1984）曾就網絡類型需要考量的要素區分為五種：（一）家庭依賴他人的狀況；（二）地區的整合性；（三）地區的自我獨立；（四）較廣大社區點的定位；（五）私人的限制。故實務的社會工作人員可運用上述的評估來擬定照顧管理計畫。除此之外還有下列五種社區支持網絡策略（非正式照顧資源）可用來增加照顧管理計畫的資源運用（Froland et al., 1981；Sharkey, 2000；曾竹寧, 1998；陳燕禎, 2004）：

（一）**個人網絡策略**：個人網絡包括家人、鄰居、朋友、同事、親戚等。個人網絡策略是社工員要與案主現有聯繫且有支持作用的個人網絡成員接觸、協商，盡量動員這些成員來提供支援及解決問題，社工員同時也對這些成員提供諮詢、協助，以維持、擴大他們對案主的協助。另藉成員的會議以協調其活動，以改善和強化個人工作網絡的功能。

（二）**志工連結**：當有案主擁有極少個人網路時，社工員要為案主尋找並分配可提供協助的志工，例如定期探訪、情緒支持、陪同就醫、代為購物等。社工員同時要為志工提供專業的訓練，並給予督導和支持等。例如好友服務（Buddy service）等志工團體即提供友誼與支持給罹患愛滋病的人（HIV/AIDS），且每星期探望他們二至三次。

（三）**互助網絡**：此一策略的重點是將具有共同問題的案主組織起來，建立一個互助團體。這種互助團體可以加強成員間彼此的支持系統、增加同伴關係、資訊及經驗交流、結合集體力量、加強共同解決問題的能力等。如著名的 AA（Alcoholics Anonymous）戒酒互助會，即對有相同問

題之人，提供有效的協助。

（四）**鄰里互助策略**：此一策略主要是協助案主與鄰居建立關係，號召和推動鄰居為案主提供協助，尤其是協助一些緊急性、危機性而非長期性的協助，充分運用社區居民、鄰里協助的互動角色，也就是所謂「遠親不如近鄰」「里仁為美」的社區美德。

（五）**社區充權策略**：此與上述之互助網絡類似，社工員幫助團體或社區組成正式社區，並自助互助地給予社區「充權」（empowerment），並進一步為案主們成立一個行動團體，以反映成員之需要，並爭取資源和倡導權益。社工員並藉此協助行動團體與當地社區領導者等重要人物建立關係，由於此策略與組織有關，所以對於不同的社會結構，其策略的運用和管理就顯得特別的重要。

Wenger（1995）研究得知，老人照顧的實務工作者必須去支持或就現有的社會網絡進行互補的資源連結與整合是迫切重要的，實務工作者不僅要關心受照顧的案主，也必須要考慮到整個網絡介入的有效性，有了對網絡類別及資源的充分認識，才有助於對照顧方案設計之提供。老人照顧網絡的介入架構的有效性可依老人本身、家庭、團體和環境資源而形成多層次的中心社會系統模式，但仍必須以個案的不同狀況提出處遇計畫，並分析相關支持資源，才能確實發揮社會工作介入的有效性。介入模式可依資源「親密程度」和「可獲性」加以運用，它可以有如漣漪一般地擴散。至於介入的模式 Liturim（1995）也曾提出四個模式：（1）網絡療法（network therapy）（2）網絡調解法（network mediation）（3）網絡建構法（network construction）（4）網

絡增強法 (network reinforcement) (引自 Sharkey, 2000)，這些方法都是借助社會支持網絡的力量來紓解老人照顧之困境。

二、正式支持資源和非正式支持資源的優缺點

一般而言，長期失能老人對支持系統資源之使用，通常發生在非正式支持資源

無法滿足時，才會求助正式的資源系統，然而正式和非正式支持資源兩者在運用時卻各有其優缺點 (甘炳光, 1993)。因此照顧資源的使用必須依案主及照顧者等狀況加以審慎、評估、分析和管理，才能達到最佳效能，故就照顧的正式和非正式資源的優缺點加以整理分析如表 1。

表 1 社會支持：正式支持和非正式支持資源的分析

	正式支持資源	非正式支持資源
優點	<ol style="list-style-type: none"> 1.需經資產調查，其資源重分配之公平效果。 2.品質可掌握，績效可評估。 3.服務具標準化，水準較齊。 4.具有專業服務的知能與技巧。 5.所提供之資源提供較具長期性、標準性。 6.照顧資源的來源較穩定。 7.可為照顧工作作最後防線的把關。 8.管理單位權責較明確。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.服務具彈性。 2.提供較迅速服務。 3.服務便宜，成本效益高。 4.較人性化。 5.運用更多潛藏社區資源。 6.建立關懷社區。 7.增強社區意識及認同感。 8.自動自發。 9.可彌補正式支持系統提供照顧服務之不足。 10.可滿足老人照顧上的個別化需求。 11.照顧支持資源具有可近性、可及性及可受性。 12.符合福利社區在社區照顧的政策需要。
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1.一切依規定辦理，服務較僵化，不具彈性。 2.較缺乏人性化。 3.不易發掘與運用社區潛藏資源。 4.易造成福利依賴文化。 5.有時服務成本效益較低。 6.服務部門的多頭馬車，易造成資源浪費。 7.服務方案有時未具長期性的規劃。 8.方案未有完善的配套措施，常零碎、片段。 9.擔心福利預算一旦開善門，易放難收。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.增加社區負擔。 2.服務品質難確保。 3.服務水準參差不齊、不固定。 4.照顧者缺乏專業服務的知能及照顧技巧。 5.未能達到全面資源的有效再分配。 6.做為政府削減福利責任之藉口。 7.加重家庭及女性的壓力。 8.支持資源為短期性、緊急性、季節性。 9.照顧者與被照顧者的人際關係易導致緊張、壓力。 10.無明確的管理單位，有責信的隱憂。 11.資源使用仍以「淒苦者」的需求為考量。

(研究者自行整理)

Lituim (1995) 主張：「非正式社會網絡在很多情況下，可做為減輕壓力的有效方法」，然而社會支持資源有來自「正式」與「非正式」的支持系統，其中家庭、朋友及鄰居均為人們的非正式支持來源，而

機構或照顧中心、志工組織、健保與社福人員，當地教會、廟宇等則為正式支持來源，因此平時對此兩種社會支持就必須經營、互動。圖 6 顯示老人照顧工作可獲取之社會資源。

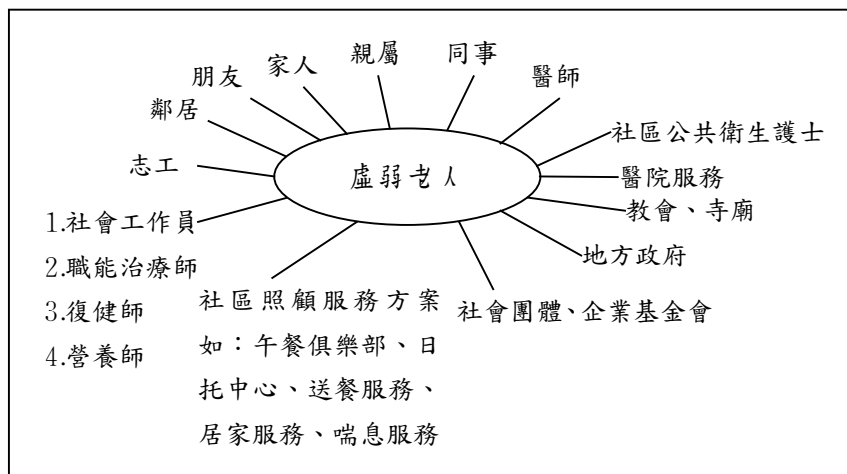


圖 6 對社區虛弱老人的支持循環

（資料來源：修改自 Sharkey, 2000）

總而言之，社區照顧必須立基於對現有之正式或非正式資源之掌握，才能進一步的運用，且必須把握「5A」原則才能將資源做有效的使用：(1)地理上的可近性（accessibility）(2)可受性（acceptability）(3)可及性（availability）(4)可賴性（accountability）(5)適當性（adequacy），並依遠近親疏及直接、間接進行仔細分析，才能提供具有敏銳性與專業性之照顧服務。

三、積極運用「科技」的力量介入照顧管理計畫

就生活事件、社會支持及健康結果之間的關聯，社會工作者大致已體認到非正式照顧的重要性以及如何去進行和介入照顧的工作網絡。照顧者與照顧老人的關係通常受到老人的健康受損狀況、社會支持

的資源網絡和所需照顧時間、期限等不同因素而交互影響，固為使照顧工作更有效性和適當性，就必須有一套完善的照顧管理計畫，如(一)繼續強化現有的社會支持體系(二)創造新的支持體系(三)訓練表達之技巧，助其強化社會支持之系統。此外照顧（個案）管理還包括個案發掘（case finding）、個案的篩選、全盤性、多層面的評估以及定期的再評估。照顧管理計畫可以在單一組織中存在，也可以運用社區中照顧的資源整合服務，提供案主有效的服務，其特徵為全面性（cross-sectional）、綜合性和多元性服務，以滿足案主之多樣需求；還有更重視「長期性」地提供服務，滿足案主變動之服務需求（Rothman, 1992）。照顧管理極重視各系統間之活動，亦即各系統間及系統內的支持力是照顧管

理計畫的核心，由具有照顧管理的專業經理人才統合四面八方的資源，之後再以此資源進行光譜般地連結和輸送。而在社區中需要進行照顧管理的失能老人，依國內學者謝美娥（1993）之標的類型為：1.身、心、社會功能多重損害的老人；2.需要兩種以上服務的老人；3.極老的老人；4.需要長期照顧的老人；5.接受服務不足的老人；6.接受不適當服務的老人；7.缺乏非正式社會支持的老人；8.低收入戶或瀕臨貧窮的老人等。尤其邁入 21 世紀中，推展社會工作新管理主義更必須藉助科技力量，克服失能老人日常生活的危機及健康的惡化，才能獲得在社區中的獨立自主和尊嚴。因此科技介入照顧管理的關鍵性工作為：

- 1.科技評估使用者現有的支持網絡。
- 2.採取行動，以確定其支持網絡的繼續運作。
- 3.科技團隊中各專業者對於不同網絡類型的人應提供個別化的需求策略評估。
- 4.必須用心瞭解各種不同支持網絡在社區照顧中對個人及團隊的重要性。
- 5.善用電話、電腦網際網絡的功能，確保需要幫助的人能及時獲得生命連線的協助。

資訊化時代，除電話、大哥大除已成為社會網絡和社會支持的重要工具外，網際網路的支持體系也已悄然介入，並與生活產生重大關聯。從照顧工作相關資訊的獲得，照顧者的照顧訓練技巧之知識、情感的聯繫，社會的捐（付）款……等都已透過網路開發出一片天，雖然現階段的老人對科技或網際網路的使用能力受到限制，但是對未來的老人而言卻是一股無法抵擋的趨勢，因此科技介入照顧管理計畫已是當前重要的新變項，更是替社會工作

向來「人力資源」不足的問題找到出路。因此照顧管理者若缺乏資源支持網路的開發與連結的能力，以及忽略科技時代變遷的敏感性，恐在現代社會工作中也只能算是傳統個案工作者罷了。

因此儘管老人照顧管理計畫必須面對外部社會結構的變遷和衝擊，但未來仍然以「家庭照顧」為基石，若未能將科技的力量給予納入，家庭的壓力源終將難解決，且科技的介入所帶來的是「服務使用者（失能案主）」、「非正式支持體系」、「正式支持體系」等三方的共同獲益（Robin，2000）。故如何避免在中國文化下對昔日家庭照顧的迷思，積極謀求在多元供給部門之間找到合作的平衡點，合理分擔責任，讓照顧管理市場更完善運作，是另外一個值得深入探討的問題。

陸、臺灣社區照顧政策：老人社會支持體系的省思

西方國家推展社區照顧政策的重要的目的之一，就是為了抑制社會福利經費的不斷上揚，希望長期住院的失能者能夠儘快離開醫院，而未進入醫院者則儘量延緩進入醫院；另一原因則是尊重使用者能夠留在家中的意願，大部分使用者均希望能留在社區網絡內接受安養照顧，而社會支持的重要目標就是如何去影響一個人的照顧品質，增強其自尊（self-esteem），強化對環境的掌控感，達成健康與溫暖的提昇。因此，在社區照顧的政策下，服務使用者對於非正式和正式支持的運用必須是無縫隙的完善輸送體系（Payne，2000），才是社區老人長期照顧的完善輸送的方式，見圖 7。

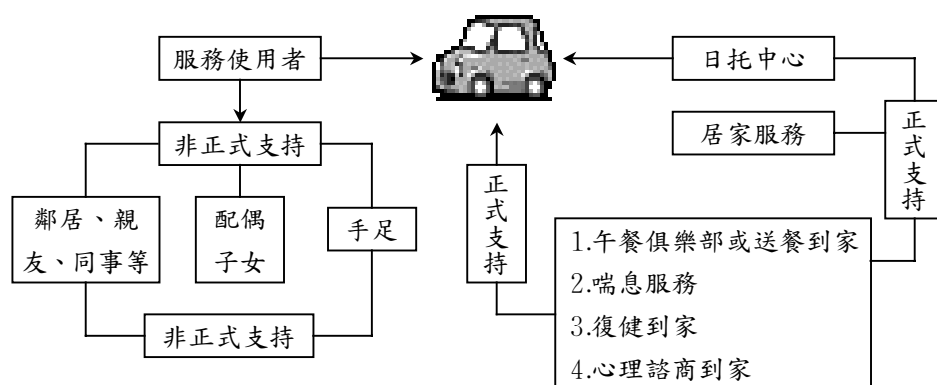


圖 7 社區照顧正式支持與非正式支持之輸送運作

我國於 1965 年頒布的民生主義現階段政策中即明定社區發展的項目，臺灣省政府並於 1968 年推展「臺灣省社區發展八年計畫」，雖頗具成效，但仍以基礎工程建設為標的，在社區精神倫理及社區意識內涵的提升仍然有限，社會支持體系也未完善建立，因此，1996 年內政部推展的福利社區化：社區照顧政策，從中央到地方，從官員到社區民眾都以原先刻板的社區發展模式為理念，以長久以來的「由上而下」的政府補助模式為依賴，所以不管在經費、人力和執行方案等都還以「政府」為中心，因此真正「由下而上」的社區照顧政策的理念並未生根，目前仍處在零散的服務組合，也可以說是「新瓶裝舊酒，未見新東西」。而主要也未見地方或社區居民之自覺力量和強烈訴求，乃社區居民習慣傳統社區工作方式進行，即「有錢就辦事，無錢免談」的觀念，且社區照顧政策目標也是回歸運用家庭的資源，故距離建立一套完善性的社會支持體系還有一段路要走。當然，不容否認社區照顧政策在過去實驗方案的過程中，的確已激發國內學者專家及社會工作實務者對於社區照顧工作的熱情回應，不過也引發現今一些值得省

思的問題：

(一)社區照顧政策之規劃觀念是受西方思潮而起，並未多考慮國情、文化的差異，就如同將西方福利國家大量移植到臺灣來會產生水土不服的現象，若不以調整，以本土化及在地化的方式推展，恐難生根。

(二)社區照顧政策既受西方思潮的影響，但政府卻未做全盤需求調查與評估，也未建立完整資料庫，也沒有配套的規劃措施，各部門之間至今仍各自為政，社會資源網絡重疊浪費，導致看不見整體的成果績效，故行政單位資源之建立整合至為急迫。

(三)由於社區照顧之推展，一直定義不明、理念不清，且未有足夠的宣導及教育，故未能獲得社區民眾普遍性的認識和共識，故造成推動過程中阻力頗多，加強社區照顧政策的行銷是必要之務。

(四)社區照顧方案常為求急速效果，政府常選擇社會資源豐富或曾表現較佳的社區為補助或示範對象，如此易疏忽對資源匱乏的社區照顧問題進行幫助，進而造成國家資源分配的不公，故政府在資源分配應多加考慮偏遠離島地區之需求。

(五)社區照顧－福利社區化是近幾年政

府政策補助的主力，但部分僅侷限於會寫計畫申請之單位，然而有些不會寫計畫或未提出任何申請方案之社區，並非代表該社區不需要社區照顧方案，所以政府應加強輔導各地的社區發展協會或相關民間團體對服務方案研習訓練。

(六)目前社區照顧政策或方案大部分為昔日社區發展工作及各社會福利方案之綜融體，申請單位或主管單位只要將福利方案灌上社區照顧或福利社區化字眼，就馬上變成該政策之具體績效，故許多福利成果數字是重複計算的，並非是因社區照顧政策之新方案的成績。政府若無法掌握正確之數據，就無法確實掌握問題之源頭，故政府在成果統計上必須力求更客觀、正確的評估方式。

柒、結 論

政府向來以「殘補式」的福利服務扮演最後一道社會安全的防線，而社區照顧政策最終目標又以「家庭為中心」，因此在老人社區照顧工作的實務層面，政府正式資源雖比不上非正式資源，但建立一個健全網絡建構，不應忽略任何可用的資源，正式和非正式照顧者之間必須要能發展出「夥伴關係」，才能在各社區中扎根。社會

支持體系已不是一種現象之描述而已，而是如何將此概念轉化成服務處遇上的策略。從預防的觀點，社會支持的功能可協助個人在危機或壓力事件尚未發生之前，先建立促進身心健康、強化調適行為並增進解決問題之技能；從適應的觀點，社會支持是具有緩衝生活壓力與挫折之作用，其應用被認為是調適或因應壓力生活事件的方法，以增進個人健康。社會支持體系雖然是屬於一種主觀感受的概念，但使用者及照顧者都必須能夠知道其所需的支持，或感受到某些社會支持性的行為與資源、資訊能滿足其需求，並具有解決其問題之功能，而這就有賴社區照顧政策的落實。整體言之，臺灣的社區照顧政策中，支持系統或方案的實施並未見「由下而上」的社區支持力，社區照顧的理念及照顧管理計畫，雖已在某些地區、社區發酵，讓沈澱已久的傳統社區工作有了新思考，服務輸送體系也已有了新模式，但政府的社區照顧政策仍必須更明確性、完整性、穩定性、團隊性與前瞻性，尤其對社會資源的規範和整合，更應積極建構其支持網絡系統，才有可能讓有尊嚴又自主的老人照顧工作落實生根。

（本文作者為元智大學社會學系副教授）

參考文獻

- 甘炳光（1993）如何在社區為老人提供照顧：社區照顧概念的應用，關銳煊、顏文雄編，老人小組、行政、社區工作，311—327，香港：集賢社。
- 呂寶靜（2000）老人朋友網絡支持功能之初探，社會政策與社會工作學刊，4（2），43—90。
- 李孟芬（1993）臺灣老人的非正式社會支持與生活滿意度之關係研究，李孟芬主編：臺灣地區老人健康與生活研究論文集，5.1—5.21，臺中：臺灣省家庭計畫研究所。
- 李開敏（1992）老年癌症及其他慢性病患主要照顧者壓力與健康之研究—以臺北榮總為

- 例，臺北榮總社工組。
- 周月清（2000）英國社區照顧：源起與爭議，臺北：五南圖書。
- 林三衛（1996）老人生活品質：非制度化功能支持網絡對老年主觀幸福的影響－臺灣之例子，東海大學社研所碩士論文。
- 林松齡（1993）老人社會支持來源與老人社會需求：兼論四個社會支持模式。王國羽主編，社會安全問題之探討，205－290，嘉義：中正大學社福系。
- 邱啓濶、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、劉蘭英（1998）居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討，護理雜誌，35（1），49－69。
- 施教裕（1993）老人照護需求評估及對策探討，載於王國羽主編，社會安全問題之探討，291－316，嘉義：中正大學社福系。
- 施教裕（1994）老人與家庭政策－家庭關係的內涵及意涵之探討，家庭與社會福利學術研討會論文集。
- 胡幼慧（1994）社區性長期照護之支持體系之研究，行政院衛生署科技計畫 DoH83 TD-065。網址：<http://203.65.100.5/doh/DoHABS、IDC>。
- 胡幼慧（1995）社區化長期照護問題之檢視，社區發展，96，125－131。
- 胡幼慧（1991）中美婦女在老人社區照顧角色上之比較，郭實渝主編，美國婦女與社會研討會論文集，9－165，臺北：中研院歐美研究所。
- 張明正、林惠生、Hermalin, A. I. 和 Ofstedal, M. B.（1993）臺灣地區老年支持類型及其政策意涵，李孟芬主編：臺灣地區老人健康與生活研究論文集，6.1－6.4，臺中：臺灣家庭計畫研究所。
- 郝溪明（1999）都市家庭中失能老人與主要照顧者調整生活方式之研究。東海大學社工學系博士論文。
- 陳世堅（1998）個案管理導向之老人長期照護系統模式之探討，臺灣地區老人服務輸送體系及網絡的建立學術研討會論文集，27－28，臺中：東海大學社工系。
- 陳武宗（1994）家庭照顧及其支持系統：概念與議題，中山大學主辦「家庭與社會福利學術會議」宣讀論文。
- 陳燕禎（1994）養護老人之實證研究－以省立彰化老人養護中心為例，臺北：內政部。
- 陳燕禎（2004）臺灣地區社區式老人長期照護模式發展之探討，發表於香港大學主辦，全球華人孝親學術研討會，香港。
- 曾竹寧（1998）老人長期照顧服務非正式支持系統之探討，「臺灣地區老人服務輸送體系及網絡的建立」論文集，東海大學社工系，36－50。
- 黃源協（2000）社區照顧。臺灣與英國經驗的檢視，臺北：揚智。
- 楊佩琪（1990）老年痴呆症患者家屬之壓力與需求探討，東海大學社工所碩士論文。
- 溫秀珠（1996）家庭中婦女照顧者角色形成因素與照顧過程之探討：以失能老人照顧為例，臺灣大學社研所碩士論文。
- 萬育維（1995）福利社區化的意涵與策略，內政部編印，全國社區發展會議第四分組引

- 言報告(二)臺北：內政部。
- 熊瑞梅（1999）核心網絡的性別特質，臺灣社會的個人網絡：第三次社會變遷基本調查研討會論文，臺北：中央研究院社會學研究所籌備處。
- 劉至文（1998）安養機構老人生活適應之調查研究，國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 鄭淑子（1997）農村老人的社會網絡與社會支持之研究，臺灣大學農業推廣學系研究所碩士論文。
- 蕭金菊（1995）家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探究，東海大學社工所碩士論文。
- 謝美娥（1993）老人長期照護的相關議題，118－122，臺北：桂冠。
- 羅凱南（2001）社會支持、人格特質、個人屬性對老年人心理幸福滿足感影響之研究，國立政治大學心理學研究所碩士論文。
- Adams, R.G. (1987) Patterns of network Change: A longitudinal study of friendships of elderly woman. *The Gerontologist*, 27(2):222-227.
- Admato, P.R. (1993) Urban-Rural differences in helping friends and family members. *Social Psychology Quarterly*, 56(4):249-262.
- Antonucci, T.C. (1990) Social support and social relationships, in R.H. Binstock and L.K. George (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (3rded.), p205-266. San Diego: Academic Press.
- Barker, R. L. (1991) *Social work dictionary*. Maryland: Sliver Spring. National Association of Social Workers: 221.
- Cantor, M. (1979) Neighbors and Friends: An Overlooked Resources in the Informal Support System. *Research on Aging* 1:434-463.
- Caplan, G. (1965) *Principles of Preventive Psychiatry*. London: Tavistock.
- Cassel, J. (1976) The Contribution of Social Environment of Host Resistance, *American Journal of Epidemiology*, 104:p107-23.
- Chappell, N.L. (1985) Social support and the receipt of home care services, *The Gerontologist*. 25(1):47-53.
- Dono, J., C. Falbe, B. Kail, E., Litwak, R. Sherman, and D. Sneggel (1979) Primary Groups in Old Age: Structure and Function, *Research on Aging*, 1:403-433.
- Evashwick, R.J. (1996) *The Continuum of Long Term Care an Integrated Systems Approach*. NY: Pelmar.
- Fischer, C.S. (Ed.) (1977) *Network and places: Social Relations in the Urban Setting*. NY: The Free Press.
- Fox, J.C., and Abraham, I.L. (1991) Designing continuing care retirement communities: toward a partnership of formal and informal care providers, *Family & Community Health*,

- 14(2):68-80.
- Froland, C. (1980) Formal and Informal Care: Discontinuities in a Continuum, *Social Service Review*, 54(4):572-587.
- Froland, C. et al (1981) Linking Formal and Informal Support Systems, in B. H. Gottlieb (ed), *Social Networks and Support*. London: Sage.
- Gottlieb, B. H. (1983) *Social Support Strategies*. California: Sage.
- Johson, N. (1987) *The Welfare State in Transition: The Theory and Practice*. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books Ltd.
- Kropf, N. P. (1992) Home Health and Community Services, in R. L. Schneider and N.P. Kropf, *Gerontological Social Work Knowledge, Service settings and Special Populations*.
- Litwak, E. and Silverstein, M. (1993) A task-specific typology of intergenerational family structure in later life, *The Gerontologist*, 33(2):258-264.
- Litwak, E. and Szelenyi, I.(1969) Primary Groups Structures and their functions: Neighbors, and Friends, *American Sociological Review*, 34:465-481.
- Lin Nan (1986) Conceptualizing social support, in Lin Dean & Ensel (Ed), *Social Support, Life Events, and Depression*. NY: Academic Press.
- Moore, G. (1990) Structural determinants of men's and women's personal networks, *American Sociological Review*, 55: 726-736.
- Payne, M. (2000) *Teamwork in multiprofessional care*. Printed in Malaysia.
- Perlman, R. and Giele, J.Z.(1982) An unstable triad: dependents demands, family resources, community supports, *Home Health Care Services Quarterly*. 3(3/4), 12-44.
- Robin, B. (2000) *Housing aid Care for the Silver Revolution*. UK and SINGAPORE Seminar on Health Care for the Elderly UK Slide Presentations.
- Rothman, J. (1992) *Guide lines for Case Management*. F.E. Peacock Publishers.
- Seed, P. (1990) *Introducing network analysis in social work*. London: Jessica Kingsley.
- Sharkley, P. (2000) *The essentials of community care: A guide for practitioners*. Great Britain: MACMILLAN PRESS LTD.
- Twigg, J., and Atkin, K. (1994) *Carers Perceived*. Buckingham: Open University.
- Walker, M.E., Wasserman, S., and Wellman, B. (1994) Statistical models for social support networks, in Stanley Wasserman and Joseph Galaskiewicz, *Advances in Social Network Analysis*, 53-78. CA: Sage
- Wenger, G. C. (1995) Support Network Variation and Informal Participation in Community Care, in T. Scharf and G. C. Wenger (eds), *International Perspective on Community Care for Older People*: 41-58.
- Wilcox, J., and Taber, M.N. (1991) Informal helpers of elderly home care clients. *Health and Social Work*, 16(4):258-265.