

# 從權能增強觀點探討失智者之主要照顧者的照顧經驗

施麗紅

## 壹、前言

隨著高齡化社會的來臨，更易出現疑似老人虐待的事件，以下為兩則社會新聞的標題：「老婦無力照顧失智夫 腳套狗鍊拴屋外龍柱！苗栗社會局介入」（黃孟珍，2019）、「駭人！老嫗漏尿遭綁陽台媳淚訴『婆婆自殘』累到快瘋」（鄧惠珍、俞泊霖，2018）。

這兩則新聞中疑似受虐的長者均罹患失智症，主要照顧者表示因無力照顧走失或自我傷害的長者，故不得已將其綁起來；在第二則新聞的照顧者為媳婦，在警方到場時，她激動地拍打自己，大喊「我真的很累了！」、「我已經受不了了！」情緒當場崩潰。事實上，在照顧者的心中是想照顧好長者，而不是虐待他們，但總有諸多對於失智症的不瞭解，自身照顧到極限等無奈之處，而無法妥善照顧失智之家人。

除了以上新聞報導的照顧者狀況之外，尚有另一群照顧者，他們在歷經照顧失智者的各種生理、心理、社會及經濟的壓力後，期待未來有機會將自身走出困境的歷程與經驗，幫助其他類似境遇的照顧者（邱澄年，2014；施麗紅，2013；陳愷祥，2013）；同時他們認為接受研究訪談，讓照顧處境以學術生產方式呈現，更能發揮影響力，是一種重要的社會實踐（施麗紅，2013）。是怎樣的照顧經驗，讓照顧者在遭逢各種艱辛後見苦知福，願意挺身而出，這樣的照顧經驗內涵及促成因子，正是筆者的主要關心。

失智症是一種精神疾病，精神疾病患者及其照顧者常因他人的負向認知而被污名化（stigma），此結果帶給家庭諸多痛苦，且對個人的因應能力、尋求協助、復原力等產生削權之狀況（鍾佳伶，2010；Muralidharan, Lucksted et al., 2016）。有健康的照顧者才有健康的被照顧者，如同

被去權的社工，難為被受壓迫的服務對象增權及進行倡議（趙善如，1999）；被削權的主要照顧者，同樣也很難以替失智者之不利處境進行辯護，提供促成其獨立且有尊嚴的照顧，反之亦然，故的確在李香風等人（2017）的研究發現主要照顧者若具備較高的權能，則被照顧之失能老人的日常生活能力較高。權能感較強的主要照顧者能積極管理自己的身心、培養正向的態度、主動嘗試理解作為照顧者的角色以提高自身照顧能力、關注他人和自己、支持被照顧者的獨立性，以及與周遭的他人建立建設性的關係（Sakanashi & Fujita, 2017）。

在早期療育領域，較早引入權能增強理論，同樣出現類似的研究結果，不具備權能感的父母（照顧者），在接受服務時顯現出壓力、挫折、無力感，且其依賴所提供的服務（Brookman-Frazee, 2004）；相比之下，權能感較強的父母能正向自我調整、具備較佳的父母自我效能、投入改變社會上不利於發展遲緩兒童的環境、有意願學習新的親職技巧，以及主動參與兒童的處遇方案、社區資源和政策系統（Scheel & Rieckmann, 1998），也就是說，照顧者關注其自身、被照顧者，及社會環境，讓照顧者與被照顧者雙方更具備生活品質。在一項提升罹患嚴重精神疾病患者的照顧者之權能方案（FamilyLink education Programme, FLEP），實施後發

現，該方案能有效減少照顧者的憂慮和不滿，顯著改善其精神緊張、憂鬱並增強其權能感（Chiu et al., 2013）。由此可見，對失智者之主要照顧者而言，其具備權能感的狀況，將攸關其自身與被照顧的生活與福祉。

綜合以上，本文將從權能增強觀點出發，探討失智者之主要照顧者的照顧經驗。首先談論失智者之主要照顧者的不利處境；接著，瞭解權能增強觀點的背景與意義、此一觀點運用在失智者之主要照顧者之研究與社會工作處遇的重要性；最後，討論增進失智者之主要照顧者權能的不同層面與因子，作為未來助人工作者協助主要照顧者之參照。

## 貳、失智者之主要照顧者的不利處境

### 一、隨著年齡增加的失智症盛行率影響更多的失智者及其家庭成員

在高齡化的社會，民眾擔心自己罹患失智症。在2019年由國際失智症協會（Alzheimer's Disease International，以下簡稱ADI）進行多個國家的調查結果發現，高達95%的受訪者認為自己一生中會罹患失智症，而有78%的受訪者擔憂自己將來罹患失智症（台灣失智症協會，2019）。在臺灣有85.6%的受訪者擔心自己未來罹患失智症，有80%的受訪者

害怕此病症拖累家人、影響生計（富邦人壽，2019）。隨著年齡的增加，罹患失智症比例越高，衛生福利部2011年委託台灣失智症協會調查失智症盛行率，在30～64歲以下為0.1%，65歲以後每五歲之盛行率分別為：65～69歲3.40%、70～74歲 3.46%、75～79歲7.19%、80～84歲13.03%、85～89歲21.92%、90歲以上36.88%（台灣失智症協會，2023）。2023年1月內政部人口統計臺灣老人人數為4,107,315人（占總人口之17.63%）（內政部統計處，2023），採前述五歲分年齡層盛行率推估，65歲以上失智人口計有309,285人（表1），30～64歲失智症

人口有12,385人（年輕型失智者），共計失智人口321,670人，占全國總人口1.38%（總人口23,301,968人），亦即在臺灣每72人中即有一人是失智者。此病症無法治療痊癒，病人從健忘、記憶逐漸喪失，到喪失自我照顧能力、臥床，過程漫長，故必須仰賴他人的照顧（Agronin, 2008; Barker, 2003; Harris & White, 2018）。平均來說，每一位罹患失智症之長者，家庭中至少有兩個人因照顧而在情緒、財務等受到不同程度的影響，主要照顧者有更高的生心理疾病（尤其罹患憂鬱症），且其死亡率增加（Agronin, 2008），故罹患失智症之老人（309,285人）加上每位長者

表 1 不同年齡層失智症盛行率及失智人口推估（2023 年 1 月底罹患失智症人數）

年齡 ( 歲 )	30～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	≥90歲
失智症盛行率(%)	0.1	3.40	3.46	7.19	13.03	21.92	36.88
人口數	12,384,739	1,494,208	1,126,932	596,287	469,775	264,260	155,853
失智症 人數	12,385	50,803	38,992	42,873	61,212	57,926	57,479
所有失智 症人口數 321,670	12,385	65歲以上失智症人口總數=309,285					

資料來源：筆者整理。

至少有兩位家庭成員因照顧受到影響，全臺灣超過90萬的老人失智者及其家庭成員正面臨失智症照顧相關的挑戰。

## 二、失智者合併精神行為症狀增加照顧者壓力，所導致之後果

### （一）失智者提早被安置機構

失智者發病後平均存活時間從3.3～11.7年，確診後的餘年則從3.2～6.6年（Todd et al., 2013）。發病後的存活年數與診斷時的嚴重性、年齡、疾病類型等不同（Brodaty et al., 2012）。此病歷程帶給照顧者生理、心理、社會等各層面的壓力與負荷（郭穎樺等人，2014；Nasrun et al., 2021）。更因其合併之精神行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia，簡稱BPSD），如：出現幻覺、攻擊行為、妄想、遊走徘徊、異食、收集東西，性行為異常等，相較於失能老人更難照顧（台灣整合照護協會、日本失智症照護協會，2014；Lau et al., 2021），導致主要照顧者承受巨大壓力，最後提早將失智者安置機構（歐陽文貞，2011；Afram et al., 2014）。

### （二）主要照顧者虐待、殺害失智者及其本身自殺

失智者即便留在家裡，但在照顧者無力照顧時可能出現如本文開始所提到新聞的虐待事件。老人的失智程度、干擾

行為加深照顧負荷，成為潛在受虐因素（林潔萍，2017）；張宏哲（2015）的研究也同樣發現失智者特別容易遭受身體虐待、疏忽和遺棄。除了虐待事件之外，最嚴重的狀況是因為照顧殺人或殺人後自殺的照顧悲劇，在臺灣2018年出現22起相關案例（華視新聞網，2019），其中不乏照顧對象是失智者。在澳洲針對家庭照顧者的研究發現，研究的前一年有16%的照顧者曾多次自殺，照顧者的自殺意念高於一般平均數，其憂鬱（社會支持低、處理失智者的能力弱容易產生憂鬱）、年齡（較年輕）、生活原因能預測照顧者的自殺意念（O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck et al., 2016）；此外，其出現想要殺掉失智者的想法（O'Dwyer, Moyle, Taylor et al., 2016）。在日本針對115篇介護殺人的報紙案例進行研究發現：必須要意識到照顧者憤怒和悲觀情緒，提供支持服務、協助其心理健康風險管理、確保夜間照顧人力資源和建立夜間照顧系統；特別針對年輕的照顧者，提供其處理精神行為症狀（BPSD）的照顧技巧，才能避免照顧悲劇（宮本預羽，2016）。

## 三、失智症被汙名化造成失智者及其照顧者被削權的狀況

失智者及其家屬易被汙名化，導致大眾甚至醫療人員對其產生偏見與歧視，故其不願對外求助；他們產生負面的心理

感受如：恐懼、羞恥、同情和內疚，此狀況增加讓社交距離，加深生活困境，呈現削權的狀況（Low & Purwaningrum, 2020; Nguyen & Li, 2020）。故ADI在2012年以「戰勝失智症汙名化現象」為主題出版全球失智症報告，期待更多民眾能正確瞭解失智者及其家屬，避免因為烙印與歧視，影響其生活品質（台灣失智症協會，2012）；此一宣示性之政策，在經過七年之後，ADI於2019年進行一項更大規模的全球調查，瞭解民眾、失智者、照顧者、醫護人員等四類人員對於失智症的知識（忽視或資訊錯誤）、態度（偏見）與行為（歧視、社會排除等）的現況是否與過去不同，研究中發現：有25%的受訪者認為社會對失智症無計可施、有三分之二（66.7%）受訪者認為失智症為正常老化，就連醫護人員也高達62%認為失智症是正常老化的一部分；全球超過35%的照顧者曾向他人隱瞞家人罹患失智症等（台灣失智症協會，2023a）。以上資料顯示，人們對於失智症的不瞭解／汙名，將導致各地布建照顧資源、患者與家屬就醫，以及求助的障礙，故全球各地對於失智症的正確認識仍有許多改善空間。

綜合以上所述，高齡化社會罹患失智症人口增多，因其精神行為症狀導致照顧者壓力加劇，加上對於此病症的汙名化，讓照顧者面臨內外壓迫無助削權的狀況，進而造成失智者可能遭受虐待、提早被安

置機構，甚至殺害；對照顧者來說壓力過大產生自殺意念或行為。

## 參、權能增強的背景與意義

權能增強（empowerment）的概念使用並非僅存於社會工作領域，但它深植於社會工作的實務之中，在第一次世界大戰之前、兩次大戰之間、二次世界大戰之後至今，受到女性主義思潮、慈善組織會社的興起、睦鄰公社運動、社會安全制度、民權運動，以及解放運動等影響，各有不同的特色形塑權能增強觀點（鄭麗珍，2021；Simon, 1994）。其中Barbara Bryant Solomon於1976年使用權能增強典範闡述黑人少數民族在社區中受壓迫的社會工作實務，被認為是此概念真正出現在社會工作專業發展歷史（鄭麗珍，2021；Parson, 2008）。該觀點大量發展在1980～1990年之間，權能增強涵蓋從哲學層次到實務的架構與方法，它的結果涉及個人、人際以及社會政治層面；在實務處遇上必須涵蓋個人與結構面向，並且透過多層次干預才能達成；權能增強是人對於主客觀無能為力狀態的反擊，社會工作的專業關係提供機會讓處於削權狀態的人經驗到權力以及合作；而該處遇特別適用於，例如，女性以及被汙名化的群體等脆弱人口群（Parson, 2008）。根據Payne（2014）所提出之觀點個人並非造成被削

權的原因，事實上，個人乃是成因的受害者。本文之失智者之主要照顧者，他們背負內在的照顧壓力與外在的污名正處於這樣受害者的弱勢位置。

至於，人為何會處於被削權壓迫的狀態，是一種結構化現象，個人、社區深受影響而無力抵抗（鄭麗珍，2021）。造成其處境的可能原因為：（一）不了解自己的需求或問題、理解不完整，或將問題錯誤歸因於個人；（二）無法明確陳述自身需求或問題；（三）不知道如何解決自己的問題，或者知道如何解決，但缺乏採取行動的信心。此類剝奪權能的問題可能源於文化因素，如：文盲、自信心、自尊心問題，或溝通困難等，其過著邊緣化生活，缺少或無選擇機會，最後全面被社會排除（Pierson & Thomas, 2010）。但另一方面，人仍有能力解決自己問題，有能力與人連結抵抗制度性壓迫（鄭麗珍，2021）；因為被削權者存在此狀況已久，難在短時間被增權，需要方法增強其信心，與助人者工作一段時間，其權能才可能遞增（Pierson & Thomas, 2010）；它甚至是一個終身的歷程，透過助人者開放、透明和非壓迫的陪伴，讓其轉換成為更有權能感的人，離開助人關係後，能使用它滿足自身的需求與解決問題，並面對外在負向貶低的無力與疏離（Pierson & Thomas, 2010; 引自鄭麗珍，2021）。另有研究指出，自助活動（self-

help activities）具備增強被削權者的巨大潛能，視其自身為問題與需求的專家，避免助人專業介入，強調與相同處境之人互相學習的重要；無論專業的陪伴建議或自助活動，權能增強的關鍵在於將個人的問題與政治層面進行連結，最終在個人關係及人與社會政治結構之間的關係都產生變化（Pierson & Thomas, 2010）。

權能增強各有不同定義，最簡單的說法是指缺乏權力的民眾變得更有權力（Harris & White, 2018; Pierson & Thomas, 2010），不是指其權力要能凌駕他人，而是更有權力以接近與達成目標的過程（Harris & White, 2018），除關心個人之外，更應關心體制環境，為個人與政治層面的議題（Harris & White, 2018; Parson, 2008; Pierson & Thomas, 2010）。Torre於1985年總結各方說法給予權能增強的定義為：

一個過程，使人們變得足夠強大，可以參與、共享並控制影響他們生活的事件和體制，並且在某種程度上，權能增強必須使人們獲得特定的技能、知識和足夠的權力來影響他們以及他們所關心之人的生活。（Parson, 2008）

經過20年後，在2006年Hur綜合各家不同領域文獻，給予其定義為：是一種歷程，弱勢的服務對象獲取更多資源與權能，改變途徑可從個人或集體著手，個

人的部分為精進對自己的看法與能力，集體的部分透過連結他人產生互助發展社會行動技巧，最終採取社會行動（引自鄭麗珍，2021）。此外，Harris與White（2018）提到英國目前主要將此觀點運用在直接服務過程，社會工作者幫助服務對象與社會服務進行交流時變得更有權力，如：在處遇計畫中讓其擁有更多發言權，或者參加與其相關之案例研討會表達意見，服務對象的參與可以增加權力；但是此個人參與，無法等同權能增強，必須回歸到關心社會層面的參與。也就是說，個人層面的能力提升、增加自信、有自主性，參與決策非常重要；另一方面，體制所帶來的壓迫以及創造更友善的體制環境，是權能增強的另一項重點，同樣不可偏廢。

綜合以上說法，筆者認為權能增強假定人被壓迫是暫時，人具備能動性，可以透過採取某些方法帶來改變；增加權能的對象為被削權處於無力狀態的脆弱人口（個人或相同處境之人的集合／群體）；經歷一個過程，可能是較長的一段時間，甚至是終身歷程；以關心人所生活的場域為主；最終希望被削權者可以變得更強大，獲得更多資源與權能，改變涉及個人以及集體／社會集結帶來的變遷，涵蓋個人、人際之間（集結涉及人際之間的互動）、人與體制之關係；採用的方式由助人者陪伴、與之開放非壓迫式之合作，看

重服務過程中被削權者的參與，對自身狀況有更多的決定與選擇；此外，跟一群處境相同的人互相協助（自助活動），採取社會行動等，促成個人與體制的改變。針對此一概念，筆者嘗試使用其說明對失智者之主要照顧者的照顧經驗之意涵，概念中涉及人事時地物等，以6個W來進行說明（表2）。

## 肆、權能增強觀點運用在失智者之主要照顧者之研究與社會工作處遇的重要性

### 一、研究的創新與本土化基礎

國外在1990年代後，持續增加權能增強相關研究及議題探討，包含以下領域的討論：老人及其照顧者（李立偉、沈軍，2013；李香風等人，2017；吳小玉、森口育子，2009；Cox & Parsons, 1996; Manji, 2008）、早期療育（Bailey et al., 1998; Brookman-Frazee, 2004; Scheel & Rieckmann, 1998）、精神疾病患者與家屬（Chiu et al., 2013; Muralidharan, Niehaus et al., 2016）、社會工作者（Everett et al., 2007; Lee et al., 2013; Stephen, 2006; Turner & Shera, 2005）。國內的部分則為：在發展遲緩或身心障礙兒童領域，針對其家庭探討權能增強觀點的處遇方法、家庭功能，以及社會支持與權能之關聯探討（王思淳，2012；張秀玉，

表 2 權能增強概念在失智者之主要照顧的照顧經驗之意涵

主題	定義	對失智者之主要照顧者的意涵
關心何人 Who	被削權處於無力狀態的脆弱人口	主要照顧者面臨生理、心理、社會、經濟等壓力，同時面臨社會的不友善對待，如汙名化、相關協助資源不足等
什麼時間 When	一個過程，比較長的一段時間，甚至是終身歷程	失智者罹患疾病到死亡跨越一段時間，主要照顧者陪伴失智長者不同的疾病歷程，會有不同的需要
什麼場域 Where	人所關心的生活場域	主要照顧者因為照顧工作對其個人、家庭、工作、所處社區產生之影響
內容為何 What	希望被削權者能更強大，獲得更多資源與權能。涵蓋個人、人際之間、人與體制之關係	主要照顧者對照顧工作更具自我效能、控制感、能力；在與被照顧者、其他家人的關係等展現參與感、影響力，並擁有資源；社會政治層次上具有改變的行動力
用何方法 How	由助人者陪伴、非壓迫式之合作，看重其參與、選擇；跟一群處境相同的人互相協助，採取社會行動等，促成個人與體制改變	助人者與主要照顧者建立夥伴關係，看重其照顧經驗，邀請其參與照顧計畫，其有機會選擇資源與協助措施；參與家屬團體、照顧者組織，並針對共同的困境向大眾、政府發聲以關注並改善失智者以及照顧者的處境
是為什麼 Why	被壓迫是暫時，人具備能動性，可以透過採取某些方法帶來改變，增加權能	有權能之主要照顧者，更能關注其自身降低壓力與憂鬱，關心被照顧者、社會環境，讓自己與被照顧者能獲得有品質的生活

資料來源：筆者整理。

2005；張美雲、林宏熾，2007；鄭夙芬等人，2005）；在婚暴領域探討，藉由社會工作的專業訓練對於受暴婦女進行充權、瞭解其權能現況（李開敏、陳淑芬，2006；宋麗玉，2006）；針對婚姻暴力、精神醫療、早期療育領域之社會工作人員瞭解其權能經驗（宋麗玉，2006，2008；宋麗玉等人，2006；沈慶鴻，2014；張秀玉，2010）；針對遭遇重大天然災害之女性給予權能增強角度的社會工作協助（劉珠利，2005）。

至於，在失智者之主要照顧者研究，早期多數研究偏向以問題或病理取向瞭解照顧者的壓力、負荷與福利需求等（李孟芬，1993；林欣緯，2001；林淑錦、白明奇，2006；林敬程，2000；邱麗蓉，1999；郭欣宜，2007；陳昱名，2007；湯麗玉等人枝，1992；楊珮琪；1990）；在2002年出現能力觀點，也別於之前只關注問題面向，瞭解照顧過程的自我充能，2010年之後出現更多與權能增強概念相關的研究，如：照顧者的自我效能與憂鬱之間的關聯、自我效能正向經驗與幸福感的關係、正向照顧經驗意義之探討、使用某類服務後對自我效能的改變、照顧逆境經驗與復原等（吳念儒，2011；林奕宇，2015；邱滢年，2014；施惠娟，2014；崔巍，2017；陳愷祥，2013；馮譯葦，2010；黃子庭，2021；楊明理，2011；董姿妤，2013；蔡佳容，2014；蔡曉欣，

2013；嚴嘉明，2018）。其中與權能增強概念最為接近的研究為《主要照顧者參與照顧過程中自我充能之初探——以失智症為例》（車慧蓮，2002），該篇研究採紮根（ground theory）研究建立失智者之主要照顧者參與照顧過程中自我充能過程的概念性理論，研究發現主要照顧者其自我充能（self-empowerment）過程共包含六個要素，分別是「孝道義務感」、「無助失控感」、「內在意識」、「照顧能力」、「心靈重整」和「生活的經營」。然而，此研究為自我充能，仍偏向關注個人層面的改變，較少關注照顧者與他人、社會層面的互動狀況之理解。

綜合以上所述，國內目前已有發展本土化之權能增強量表，但其針對精神醫療與家庭暴力防治社會工作人員、教師、服務對象等發展而來，並非針對主要照顧者。在國外已針對失能老人、精神障礙之照顧者發展權能增強量表，國內對於失智症主要照顧者的權能增強研究僅偏向個人層次的質性研究，尚未有相關失能、失智之照顧者的權能增強量表出現。此外，大陸與日本地區針對成人、老人之主要照顧者（照顧失能者）所發展之權能增強量表，此量表涵蓋九個因素：個人資源、照顧者的主體性、照顧的信念、知識和技術、對周圍的顧及、與需要照顧者之伴、對照顧作用的認識、善意之照顧、對結果的期待。該文參閱了西方文獻，並進行在

地本土適用性的修正，關注焦點仍偏向個人層次的權能增強，針對社會資源運用、個人與環境的連結、社會體制的變遷等並未提及。

據此，筆者參照國內外針對不同人口群所進行的權能增強相關研究文獻，在本文先嘗試以文獻方式蒐集瞭解目前臺灣失智者之主要照顧者的權能增強照顧經驗的可能內容，留待日後進行實證研究，未來針對研究結果與國內外進行比較，一方面有助於國內對此重要概念的瞭解，為對現存研究的創新；另一方面，則是對本土經驗瞭解後進一步與國際社群接軌對話（不同族群對於權能增強觀點運用在主要照顧者經驗上是否會有不同的考量），有助於學術社群對失智者之主要照顧者之權能增強照顧經驗有更深入之探討。

## 二、強化社會層面的社會工作處遇

老人有多元的需求，故必須由不同專業人員組成的團隊提供服務。由於過去老人的照顧過度強調生理醫療取向，而導致心理、社會層面的疏忽（Beaver & Miller, 1985）。因此，社會工作的介入能補足此部分，通常醫護專業關注老人的生理功能，社會工作專業則關注老人心理、社會功能的提升，以及提供具體服務（社會資源）（林萬億，2022；謝秀芬，2016）。社會工作專業所關注的焦點除了老人本身之外，特別擅長和老人相關的家庭、團

體、組織、社區環境等微視與鉅視層面工作，故與老人及其家屬、相關組織、社會體制等之間有良好互動，為老人的權益進行辯護乃其中重要之環節（杜敏世，2003；蕭仔伶，2007）。

權能增強觀點從過去醫療觀點將服務對象視為受害者的角色解放出來，將服務對象視為健全的個人，其因環境之壓迫而限制個人發展，在近年的發展從重視服務面向的自決到強調集體行動的社會發展，其特色為社會工作之介入必須開始於回應服務對象認定之需求、鼓勵服務對象與同儕的網絡建立、強調機構的工作重心在增進與維繫服務對象之改變（鄭麗珍，2021）。因而本文之進行對於失智者之主要照顧者的經驗進行初步瞭解，作為未來實證研究的基礎，期待未來認識主要照顧者的照顧主體經驗，此為社會工作與主要照顧者建立協同夥伴關係的起點、處遇之重點；在處遇上融入Gutierrez等人（1998）將介入活動的四個層面，從與個人建立關係、個人與家庭、小團體或組織，乃至採取政治行動，透過與社會工作者的相遇，在陪伴過程中，主要照顧者能更具權能感，降低外在負向貶低、個人缺乏知識與能力而致的無力、無助與疏離，讓他們自己以及所照顧的失智者有一個更有尊嚴與幸福生活。

總結前面失智者之主要照顧者的不利處境、權能增強觀點的意義、本文在研究

與社會工作處遇的重要性，在此處整理成圖1，從圖進入本文對於失智者之主要照顧經驗脈絡的整體圖像，瞭解本文的主題是什麼、需要關心此一主題的理由、關心此一主題對未來照顧者以及受照顧者帶來的影響。

## 伍、增進失智者之主要照顧者權能的層面與因子

根據前述得知，權能增強的力量獲得，能為主要照顧者帶來多面向的改變，而此一多面向改變的來源，透過融合不同層面的權能增強策略而來，包含個人、人

際之間、人與體制／社會政治，筆者參閱過去相關研究後認為與失智者之主要照顧者權能增強（如正向經驗、自我效能、逆境復原等）有關的權能因子來自失智者、主要照顧者、家人親友、社會環境等四個層面（車慧蓮，2002；邱澄年、張玲慧，2018；嚴嘉明，2018；Kageyama et al., 2016），根據此四個層面進一步討論與主要照顧者有關的權能因子。

### 一、失智者

主要照顧者的照顧對象為失智者，故失智者的狀況會與其權能狀況有關。Manji（2008）提到被照顧對象的能力，

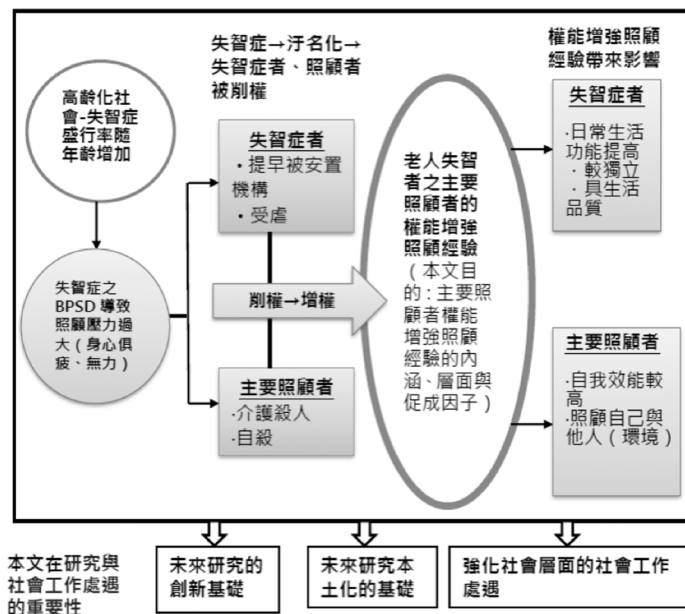


圖1 失智者之主要照顧者照顧經驗脈絡的整體圖像

資料來源：筆者自行繪製。

如：是否有障礙，若狀況越嚴重越可能被邊緣化（marginalization）造成社會排除的狀況。類似的狀況為受照顧者的日常生活功能量表（ADL）得分與主要照顧者的整體權能分數呈現正相關（李香風等人，2017），也就是受照顧者功能越好則主要照顧者的權能感越高。再者，在Kageyama等人（2016）的研究顯示，被照顧對象的疾病類型、診斷與嚴重程度與照顧者的權能狀況有關。

此外，受照顧者與主要照顧者間的關係越好，則主要照顧者權能狀況更高（李香風等人，2017），類似的狀況在車慧蓮（2002）的研究提到，與被照顧者的情感凝聚狀況會關係到其自身的自我充能，如：與被照顧者發展出相依互持的情感、尊重被照顧者尊嚴、與被照顧者的關係是因為他們的確有需要不是因為依賴照顧者、對受照顧者的體諒等。而來自受照顧者表達感謝、互惠的交流（邱澄年、張玲慧，2018；曾宗彥、施麗紅，2023；嚴嘉明，2018）都對照顧者有增權的效果。

最後，比較特殊的部分，照顧者對受照顧對象自主權的看法，以及善意照顧也與其權能狀態有關（吳小玉、森口育子，2009；李香風等人，2017；Kageyama et al., 2016），此意味著若照顧者覺得受照顧的失智者很多事情都做不好，其過度涉入凡事代勞，這反而加深受照顧者的依賴，讓其更累呈現削權狀況；相反地，尊

重受照顧者的自主權、尊嚴，盡可能協助其獨立，則有助於增權照顧者。

## 二、主要照顧者

主要照顧者個人的狀況會與其權能狀況有關。照顧者的之身心狀況、照顧信念（自我力量、儒家思想、照顧意義的信念）、照顧知識與技術、照顧主體性（自我依存、自我評價、自我決定等）、對照顧作用的認識、對照顧結果的期待（自我責任的促進、信賴關係、努力意願的實現、共同目標達成等）與其權能狀況有關（吳小玉、森口育子，2009；李香風等人，2017），而照顧者的照顧主體性、對照顧作用的認識、對照顧結果的期待與受照顧者的日常生活功能量表分數呈現正相關（李香風等人，2017），也就是說照顧者能在照顧工作有更高的自我決定、對照顧賦予更正向的意義、對照顧目標等有更合理的期待等，則受照顧者的日常生活能力越高。

此外，教育程度較高者在社會層面的權能感較高（宋麗玉，2006），倘若要增強照顧者的權能，讓其認識自身能力、提升內在能力、促進其選擇，促進其行動是可行的策略（宋麗玉，2008）。而根據Manji（2008）的說法能夠維持人的個性，如：保有自主權、健康、具備自我效能，以及決策能力等，個人具備較高的權能。車慧蓮（2002）認為照顧者之所以

產生自我充權的原因之一為照顧者個人的特質，如：自我要求、主動、敏感；再者，「照顧者本身」要能發展出照顧能力，如：學習認識失智症、認識人，能因應失智症之精神行為症狀；調整對於受照顧者的情緒；從照顧過程中找到樂趣；重新定位照顧角色、勝任能力、規劃自身老後生活等。而邱澄年與張玲慧（2018）提到「照顧者本身」需要具備勝任感、自主性、情感連結能力等。嚴嘉明（2018）發現照顧者個性樂觀、發展出有效照顧能力與技巧的因應，如：瞭解自己的情緒並找出處理負向情緒的方法、尋找適當處理失智症之問題行為、解決照顧過程的困難與挑戰等，有助於其發展較高權能。

### 三、家人親友

主要照顧者若一人承擔照顧責任，長久下來恐無力負荷，故家人朋友等非正式支持的力量對其而言相當重要。因此，若能善用家庭支持則有助其增加權能（宋麗玉，2008）。而親友的力量是助力也可能是阻力，在助力方面，如：親友的支持肯定、認同與協助（邱澄年、張玲慧，2018），獲得照顧分攤（黃子庭，2021），家人的情緒與經濟支持（黃子庭，2021；嚴嘉明，2018），與家人之間有更佳的情感凝聚，如：與家人間的正向情感交流、對照顧工作更團結同心，對照顧歷程的反省促成親人之間的溝通等，則

其產生較高之權能（車慧蓮，2002）。再者，家庭親友之互動也可能因失智者而產生衝突，故照顧者要能調適與其他因照顧而來的情緒，如：調適手足對於照顧責任推卸的情緒、家人對於照顧者態度的批評，鄰友對於照顧者言不及義的問候（車慧蓮，2002）。此外，有一種狀況為「對周圍的顧及」，擔心外界的議論而無微不至進行照顧，導致被照顧者依賴提高，讓照顧者更累，呈現削權狀態（吳小玉、森口育子，2009；李香風等人，2017）。

### 四、社會環境

社區內具備多少可運用之資源（政府所推動的各項照顧服務），正式服務系統之專業／工作人員的態度，都可能與照顧者的權能狀況有關（吳小玉、森口育子，2009；李香風等人，2017；邱澄年、張玲慧，2018；Kageyama et al., 2016; Manji, 2008），社會支持越高則主要照顧者的權能感越強（王思淳，2012；張美雲、林宏熾，2007）。再者，照顧者採用網路或實體方式，加入某些照顧者社團與組織，進行照顧經驗交流，能讓其感受到更好的照顧經驗（黃子庭，2021），此一結果呼應宋麗玉（2006）的研究發現，個人參與團體的種類數與其權能狀況有關。此外，能對於自身處境進行倡議、改變相關社會政策而形成集體意識，採取相關的政治行動者有比較高的權能（宋麗玉，2006，

2008），就如同主要照顧者能向其他家屬分享照顧經驗、推己及人熱心幫助其他類似處境者，甚至凝聚社區意識協助受照顧者等，印證自己身為過來人的價值（車慧蓮，2002）。

另，潛在的文化，如華人的孝道觀念，認為照顧失智長輩是世代互惠，也是給孩子的模範（吳小玉、森口育子，2009；李香風等人，2017；車慧蓮，2002；邱澄年、張玲慧，2018；嚴嘉明，2018）；性別角色（邱澄年、張玲慧，2018）；靈性或宗教的力量相信前世報，都讓照顧者有持續照顧的力量（車慧蓮，2002；黃子庭，2021；嚴嘉明，

2018）。

綜上所述，筆者將與失智者之主要照顧者權能有關的層面與因子分成來自失智者、照顧者本身、家人親友、社會環境。失智者部分會對主要照顧者權能產生之影響，包含：疾病診斷、疾病嚴重程度、失能程度、精神行為症狀、支持失智者的獨立與尊嚴、與失智者的關係（尊重、正向互惠等）。照顧者本身則包含：照顧者的基本特質，如教育程度、個性（主動、自我要求、敏銳度、樂觀）、健康狀況、照顧信念、照顧勝任能力、照顧自我效能、照顧受照顧者知識與技巧（特別要能處理精神行為症狀）、照顧自身的知識與技



圖 2 增進失智者之主要照顧者權能的層面與因子

資料來源：筆者自行繪製。

巧（角色定位、情緒調整、照顧樂趣、照顧結果期待、規劃自身老後生活）、照顧自主與選擇等。家人／親友部分則為：來自家人親友的照顧分攤、情緒支持、經濟支持，乃至因照顧失智者，帶來與家人間的正向溝通與情感交流等。社會環境則包含：社會支持、社會資源使用、凝聚社區意識進行倡議、參加家屬團體組織、孝道觀念、性別角色、靈性支持。筆者將之整理為圖2，作為未來從不同層面介入增進主要照顧者權能之服務處遇與相關研究的參照。

## 陸、結語

目前正值臺灣將國家資源挹注長期照顧服務方興未艾之際，任何一種服務模式，無論是居家、社區、住宿式服務，均有其存在的重要價值，從2017年正式實施的長期照顧2.0中有多項與失智者及其照顧者相關的服務。如：截至2022年底為止，全臺成立117處（服務66,649人）失智共同照護中心（以下簡稱共照中心），進行個案管理（醫療、長照、生活照顧之服務安排／轉介）、家屬支持、扶植照護資源、失智識能教育、失智友善社區服務；另，全臺有失智社區服務據點（以下簡稱失智者據點）超過535處（服務11,142人），進行認知促進、安全檢視、家屬支持團體，以及家屬照顧課程

等（衛生福利部長期照顧司，2023a）。除此之外，有36家專門的失智症日間照顧中心（服務1,314人），809家失智失能混合型的日間照顧中心（服務16,629人，當中有43%為失智者）、29家團體家屋（服務358人），居家服務提供單位1,696家（服務失能與失智者，服務293,731人，以8%的失智症盛行率推估，失智者約23,498人）（衛生福利部長期照顧司，2023b）。再者，全國積極推動家庭照顧者支持服務，以臺中市為例，在2023年5月為止，成立九處家庭照顧者支持據點，提供照顧技巧訓練、心理協談、紓壓活動、支持團體、喘息服務等（臺中市衛生局長期照護科，2023）。針對衛生福利部在2023年4月的統計資料得知目前長照2.0中的服務使用者，有94.22%為主要照顧者（衛生福利部長期照顧司，2023c）。

除了長照2.0的相關服務之外，臺灣在更早之前與世界接軌，將失智症列為優先的公共衛生議題，於2013年公布《失智症防治照護政策綱領（2014-2016年）》（1.0版），是全世界第13個制定國家級失智症政策的國家，並在失智症宣導、醫療及照護制度建立模式（衛生福利部長期照顧司，2021）。與時俱進，參酌2017年5月世界衛生組織（WHO）所公布的《2017-2025年全球失智症行動計畫》，依據全球失智症行動計畫七大策略，在2017年12月公布《失智症防治照護政策綱

領暨行動方案2.0（2018-2025年）》，期待在2025年達成失智友善臺灣（衛生福利部長期照顧司，2022）。在此七大策略中，大眾最想著力的前三項政策為：「對失智家庭照顧者的支持協助」、「大眾對失智症的認識及友善態度」、「失智症診斷、治療、照護」（其他四項為：將失智症列為公共衛生優先議題、失智風險的降低、失智症之研究與創新發展、失智症資訊系統）。其中「對失智家庭照顧者的支持協助」、「失智症診斷、治療、照護」，可在長照2.0中的失智共照中心、失智者據點，以及家庭照顧者支持據點見到相關服務的提供。

在此特別討論「大眾對失智症的認識及友善態度」的策略，此策略的推動能增加社會環境對失智者及其照顧者的友善程度，透過正確的認識失智症，協助失智者融入與參與社區，自在安全的在社區中生活，避免對其產生偏見與歧視（林宛玲等人，2020）。該策略包含兩個行動方案：「提升全國人民對失智症的認識」、「提升全國人民的失智友善態度」。在「提升全國人民對失智症的認識」的行動方案部分，累積到2022年為止前政府與民間辦理各項講座活動等達190萬人次，全國有8.5%的民眾能正確認識失智症（已達2025年超過7%的政策目標值）；全國公家機關人員完成失智症識能的學習累計達13.9萬人次，對失智症認識的比率

為69.3%（已達2025年超過20%的目標值）；將失智症議題相關概念融入國民中小學課程部分，在教師的準備方面，辦理相關研習強化教師的失智症相關專業知識，為教學做預備，在教材部分，各家教科圖書出版公司依十二年國民基本教育課綱，將失智症相關內容納入健康與體育領域編輯計畫書中；在全國性大眾媒體宣傳活動，媒體露出為146則（已達2025年超過每年100則的目標值）。在「提升全國人民的失智友善態度」的行動方案部分，包含：全國人民具失智友善態度的比率、全國友善社區數、全國各縣市失智友善社區評比及表揚活動數、全國失智友善組織數以及全國失智友善天使數。以全國友善社區推動為例，截至2022年總共94個鄉鎮市區辦理，達成22個縣市至少一鄉鎮市區一失智友善社區，其中必須設計失智者及其照顧者社區參與機制，鼓勵提升物理與社會環境可及性、支持性科技、支持社會參與等；在失智友善組織（組織、商家、銀行、教會、交通、警察等）部分，全國累積至11,909家（已達2025年超過8,000家的目標值），友善天使逾65,249人，全國累計天使數超過45.3萬人（已達目標值每年新增六萬人）（衛生福利部長期照顧司，2022b）。

隨著高齡化社會的來臨，2017年後臺灣投入大量上述資源協助失智者及其照顧者，再加上原本民間所成立的各類家庭照

顧者、失智症相關之協會或組織等所提供給之服務與倡議（如台灣失智症協會、老人福利推動聯盟、中華民國家庭照顧者關懷總會），本文提出對於失智者之主要照顧者的權能增強照顧經驗之探討，瞭解照顧者的不利處境、討論增進失智者之主要照顧者權能的不同層面與因子，作為未來助人工作者協助主要照顧者之參照。除此之外，期待未來透過實證研究的進行，瞭解在國家與民間投入各項服務與照顧資源後，主要照顧者與失智者的生活現況與權

能狀態，盼望能如本文開始所討論，讓失智者能安全久居於社區中避免過早入住機構、免於遭受疏忽或虐待，以及主要照顧者壓力得以降低避免產生介護殺人或者自殺等狀況，讓失智者與其主要照顧者擁有更多尊嚴並獲得更佳之生活品質。

（本文作者為東海大學社會工作學系助理教授）

**關鍵詞：**權能增強觀點、失智者、主要照顧者、照顧經驗

## 參考文獻

- 內政部統計處（2023）。〈現住人口數按五歲、十歲年齡組分〉。2023年7月28日檢索自內政部統計處，[https://www.moi.gov.tw/files/site\\_stuff/321/1/month/month.html](https://www.moi.gov.tw/files/site_stuff/321/1/month/month.html)
- 王思淳（2012）。《發展遲緩兒童家長的社會支持，充權與生活品質之相關研究：以臺北市及新北市接受早期療育服務之家長為例》（碩士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/mea4a6>
- 台灣失智症協會（2012）。《2012全球失智症報告戰勝失智症汙名化現象》。<https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2012summary-TraditionalChinese.pdf>
- 台灣失智症協會（2019）。《2019年全球失智症報告——對失智症的態度》。<https://drive.google.com/file/d/10HWRseIQ8nZPfX1V6sVgirdY9QKESGdV/view>
- 台灣失智症協會（2023年5月）。〈台灣失智症人口推估〉。2023年07月28日檢索自<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>
- 台灣整合照護協會、日本失智症照護協會（2014）。《失智症照護基礎篇》。和印堂。
- 吳小玉、森口育子（2009）。〈關於《主照護者自我潛力啟動過程》量表的預試驗〉。《中國實用護理雜誌：中旬版》，6，38-42。
- 吳念儒（2011）。《不同關係種類失智症家庭照顧者的自我效能、情緒性社會支持和憂鬱症狀之關係研究》（碩士論文，輔仁大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/mea4a6>

net/11296/mr8cmb

- 宋麗玉（2006）。〈權能增強量表之發展與驗證〉。《社會政策與社會工作學刊》，10（2），49-86。https://doi.org/10.6785/SPSW.200612.0049
- 宋麗玉（2008）。〈權能增強策略與方法：台灣本土經驗之探索〉。《社會政策與社會工作學刊》，12（2），123-194。https://doi.org/10.6785/SPSW.200812.0123
- 宋麗玉、施教裕、顏玉如、張錦麗（2006）。〈優點個案管理模式之介紹與運用於受暴婦女之評估結果〉。《社區發展季刊》，113，143-161。
- 李立偉、沈軍（2013）。〈老年殘疾人家庭照顧者自我效能與照顧能力的相關性研究〉。《重慶醫科大學學報》，38（7），704-707。
- 李孟芬（1993）。〈老人癡呆疾病家庭照顧者的負擔與調適〉。《健康教育》，72，20-25。
- 李香風、陳超璟、劉昕儀、王倩、趙紅（2017）。〈社區失能老人主要照顧者賦權能力及老人日常生活能力的相關性〉。《解放軍護理雜誌》，34（5），29-32。
- 李開敏、陳淑芬（2006）。〈受暴婦女的充權：社工復原力訓練及督導之整合模式〉。《應用心理研究》，32，183-206。
- 杜敏世（2003）。〈緒論〉。載於沈秀卿、張淑卿、陳坤皇、甯雅方（主編），《老人安養護、長期照護機構營運指南：照顧篇》（頁11-13）。中華民國長期照護專業協會。
- 沈慶鴻（2014）。〈社會工作者之權能增強經驗：以婚暴防治場域為例〉。《臺大社會工作學刊》，29，1-51。https://doi.org/10.6171/ntuswr2014.29.01
- 車慧蓮（2002）。《主要照顧者參與照顧過程中自我充能之初探——以失智症為例》（碩士論文，國立台北護理學院）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/q256kt
- 林宛玲、呂宜峰、劉建良、翁林仲、楊啟正（2020）。〈失智症照護之五大重要發展方向〉。《北市醫學雜誌》，17（2），163-173。https://doi.org/10.6200/TCMJ.202006\_17(2).0003
- 林欣緯（2001）。《失智老人家庭福利服務使用情況影響照顧負荷之探討》（碩士論文，國立中正大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/93cq74
- 林奕宇（2015）。《女性失智症家庭照顧者之自我效能、積極因應、正向照顧經驗與幸福感之關係研究》（碩士論文，輔仁大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/7462b3
- 林淑錦、白明奇（2006）。〈失智症病患主要照顧者的壓力——以家庭生態觀點論之〉。《長期照護雜誌》，10（4），412-425。https://doi.org/10.6317/LTC.200612\_10(4).0010
- 林敬程（2000）。《失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討》（碩士論文，高雄醫學大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/kbm289
- 林萬億（2022）。《當代社會工作——理論與方法》（第五版）。五南。

- 林潔萍（2017）。《照顧負荷對老人家庭主要照顧者施虐傾向影響之研究》（碩士論文，國立暨南國際大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/jfbnb>
- 邱澄年（2014）。《探索失智症成年女兒照顧者的正向照顧經驗》（碩士論文，國立成功大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/5y6xan>
- 邱澄年、張玲慧（2018）。〈探索失智症成年女兒照顧者的正向照顧經驗〉。《職能治療學會雜誌》，36（1），72-95。[https://doi.org/10.6594/JTOTA.2018.36\(1\).04](https://doi.org/10.6594/JTOTA.2018.36(1).04)
- 邱麗蓉（1999）。《失智老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之探討》（碩士論文，長庚大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/8pf745>
- 施惠娟（2014）。《失智症照顧者照顧經驗及其生命意義之研究》（碩士論文，國立中正大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/7889tu>
- 施麗紅（2013）。《艱難的代言：老人失智者之主要照顧者與機構社會工作人員的照顧合作模式》（博士論文，東海大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/5ry526>
- 宮本預羽（2016）。〈介護殺人事件の被害者加害者の行動特徴より防止策を検討する～ 115 件の新聞記事より～〉。《長崎短期大學研究紀要》，28，71-77。
- 崔巍（2017）。《失智症主要照顧者照顧經驗之探討》（碩士論文，亞洲大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/pmwdc4>
- 張宏哲（2015）。〈居家照顧服務疑似受暴長者的樣態、服務需求、求助行為和因應方式〉。《長期照護雜誌》，19（3），263-281。<https://doi.org/10.6317/LTC.19.263>
- 張秀玉（2005）。〈從權能增強觀點探討身心障礙嬰幼兒其家庭之處遇方法〉。《社區發展季刊》，109，486-498。
- 張秀玉（2010）。〈早期療育社會工作者無力感與權能增強策略〉。《靜宜人文社會學報》，4（2），269-304。
- 張美雲、林宏熾（2007）。〈發展遲緩兒童家庭社會支持與賦權增能之相關研究〉。《特殊教育學報》，26，55-84。<https://doi.org/10.6768/JSE.200712.0055>
- 郭欣宜（2007）。《失智症與憂鬱症家庭照顧者之疾病負荷與憂鬱症狀的相關研究》（碩士論文，長庚大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/68d946>
- 郭穎樺、劉文良、甄瑞興（2014）。〈中文修訂版照顧者負擔量表測量失智症主要照顧者負擔之信效度〉。《北市醫學雜誌》，11（1），63-76。<https://doi.org/10.6200/TCMJ.2014.11.1.07>
- 陳昱名（2007）。〈老年失智症病患家庭照顧者照顧負荷與需求之初探〉。《新生學報》，（2），59-82。
- 陳愷祥（2013）。《失智症主要照顧者在照顧過程中的逆境經驗與復原歷程》（碩士論文，國

- 立臺灣師範大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/vtnvk8>
- 富邦人壽(2019年7月17日)。〈失智症病識感與準備度全台大調查 逾八成受訪者擔心捲入失智海嘯〉。2020年12月17日檢索自富邦金控, [https://www.fubon.com/financialholdings/news/news\\_1190717\\_343418.htm](https://www.fubon.com/financialholdings/news/news_1190717_343418.htm)
- 曾宗彥、施麗紅(2023)。〈我留在這裡:團體家屋照顧服務員留任過程的拉力與推力〉。《老年學研究》, 21-38。[https://doi.org/10.29703/JGS.202304\\_\(2\).0001](https://doi.org/10.29703/JGS.202304_(2).0001)
- 湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基、劉秀枝(1992)。〈癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討〉。《護理雜誌》, 39(3), 89-98。
- 華視新聞網(2019年1月27日)。〈長照家庭難紓壓 2018釀22起悲劇〉。2023年7月28日檢索自YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=wIRCoMmDMhM>
- 馮譯葶(2010)。《走出生命負荷,發掘成長能量——家庭照顧者參與自助團體經驗之初探》(碩士論文,國立政治大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/6v48nb>
- 黃子庭(2021)。《失智症家庭照顧者之正向照顧經驗探討》(碩士論文,朝陽科技大學。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/73j4y3>
- 黃孟珍(2019年4月14日)。〈老婦無力照顧失智夫 腳套狗鍊拴屋外龍柱!苗栗社會局介入〉。2023年7月28日檢索自ETtoday新聞雲, <https://www.ettoday.net/news/20190414/1422059.htm>
- 楊明理(2011)。《喘息服務對家庭照顧者之賦能歷程研究》(碩士論文,國立暨南國際大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/6m4sv9>
- 楊珮琪(1990)。《老年癡呆病患者家屬之壓力與需求探討》。《碩士論文,東海大學》。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/qrijuz2>
- 董姿妤(2013)。《找出生命成長能量——老年失智症家庭照顧者心路歷程之初探》(碩士論文,中國文化大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/v3353h>
- 臺中市衛生局長期照護科(2023年5月30日)。〈臺中市家庭照顧者支持性服務單位(102.05.30更新)〉。2023年7月28日檢索自臺中市衛生局, <https://www.health.taichung.gov.tw/media/937494/112%E5%B9%B4%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E7%85%A7%E9%A1%A7%E8%80%85%E6%94%AF%E6%8C%81%E6%80%A7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E6%93%9A%E9%BB%9E-%E7%B6%B2%E9%A0%81-1120530%E6%9B%B4%E6%96%B0.pdf>
- 趙善如(1999)。〈「增強力量」觀點之社會工作實務要素與處遇策略〉。《臺大社會工作學刊》, 1, 231-262。<https://doi.org/10.6171/ntuswr1999.01.07>
- 劉珠利(2005)。〈對天然災害受災女性之社會工作一個權能增強的角度〉。《社區發展季刊》, 109, 444-458。

- 歐陽文貞（2011）。〈老人失智症的藥物治療及其重要課題〉。《中南盟研究年刊》，4（1），49-71。[https://doi.org/10.6850/JCSMA.201109\\_4\(1\).0005](https://doi.org/10.6850/JCSMA.201109_4(1).0005)
- 蔡佳容（2014）。《失智症家庭照顧者照顧經驗之質性研究——女兒的觀點》（博士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/9hnbga>
- 蔡曉欣（2013）。《時間與空間的另類喘息：家庭照顧者使用支持性方案之經驗》（碩士論文，國立政治大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/44ngcx>
- 衛生福利部長期照顧司（2021）。〈民眾版失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0：2025年達成失智友善台灣（2021年版）〉。2023年10月02日檢索自<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69818-207.html>
- 衛生福利部長期照顧司（2022a年6月6日）。《失智症政策綱領2.0》。2023年10月02日檢索自<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69818-207.html>
- 衛生福利部長期照顧司（2022b年6月6日）。〈2022年「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」之辦理情形〉。2023年10月02日檢索自<https://www.mohw.gov.tw/dl-81492-e5ea459f-eb1b-4fa4-acf2-96bf06ddea6a.html>
- 衛生福利部長期照顧司（2023a年1月30日）。〈長期照顧十年計畫2.0——失智照護資源數〉。2023年7月28日檢索自<https://www.mohw.gov.tw/dl-84282-814a5553-8317-4553-a064-92543ef8a283.html>
- 衛生福利部長期照顧司（2023b年1月30日）。〈長期照顧十年計畫2.0——失智照護服務量〉。2023年7月28日檢索自<https://www.mohw.gov.tw/dl-84283-20e76f62-3390-4144-be39-8006414e0b2d.html>
- 衛生福利部長期照顧司（2023c年1月30日）。〈長期照顧十年計畫2.0——長照服務使用者人口學特性〉。2023年7月28日檢索自<https://www.mohw.gov.tw/dl-84279-e326ee49-c9a3-428f-ba2c-1c2018ece978.html>
- 鄧惠珍、俞泊霖（2018年9月29日）。〈駭人！老嫗漏尿遭綁陽台 媳淚訴「婆婆自殘」累到快瘋〉。2020年12月17日檢索自蘋果新聞網，<https://tw.appledaily.com/new/realtime/20180929/1438627/>
- 鄭夙芬、鄭期緯、林雅琪（2005）。〈以充權為觀點的早期療育家庭之家庭功能探討〉。《臺灣社會工作學刊》，3，51-97。<https://doi.org/10.29814/TSW.200501.0002>
- 鄭麗珍（2021）。〈權能增強與倡導觀點〉。載於宋麗玉（主編），《社會工作理論——處遇模式與案例分析》（第五版）（頁405-432）。洪葉。
- 蕭伶伶（2007）。〈長期照護個案之評估與照顧〉。載於劉淑娟、葉淑娟、蔡淑鳳（主編），《長期照護》（頁197-238）。華杏。
- 謝秀芬（2016）。《社會個案工作：理論與技巧》（第四版）。雙葉。

- 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》（碩士論文，國立臺灣大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/u2ngtt>
- 嚴嘉明（2018）。〈失智症家庭照顧者轉化學習模式：邁向正向經驗〉。《教育科學研究期刊》，63（2），187-218。[https://doi.org/10.6209/JORIES.201806\\_63\(2\).0008](https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63(2).0008)
- Afram, B., Stephan, A., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H., Suhonen, R., Sutcliffe, C., Raamat, K., Cabrera, E., Soto, M. E., Hallberg, I. R., Meyer, G., Hamers, J. P., & RightTimePlaceCare Consortium. (2014). Reasons for institutionalization of people with dementia: Informal caregiver reports from 8 European countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 108-116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.012>
- Agronin, M. E. (2008). *Alzheimer disease and other dementias: A practical guide* (2nd ed.). Williams & Wilkins.
- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L. A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64(3), 313-328. <https://doi.org/10.1177/00144029980640030>
- Barker, R. L. (Ed.). (2003). *The social work dictionary* (5th ed.). NASW.
- Beaver, M. L., & Miller, D. (1985). *Clinical social work practice with the elderly*. Dorsey.
- Brodaty, H., Seeher, K., & Gibson, L. (2012). Dementia time to death: A systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1034-1045. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002924>
- Brookman-Frazee, L. (2004). Using parent/clinical partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(4), 195-213. <https://doi.org/10.1177/10983007040060040201>
- Chiu, M. Y., Wei, G. F., Lee, S., Choovanichvong, S., & Wong, F. H. (2013). Empowering caregivers: Impact analysis of FamilyLink Education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 28-39. <https://doi.org/10.1177/0020764011423171>
- Cox, E. O., & Parsons, R. R. (1996). Empowerment-oriented social work practice: Impact on late life relationships of women. *Journal of Women & Aging*, 8(3-4), 129-143. [https://doi.org/10.1300/J074v08n03\\_09](https://doi.org/10.1300/J074v08n03_09)
- Everett, J. E., Homstead, K., & Drisko, J. (2007). Frontline worker perceptions of the empowerment process in community-based agencies. *Social Work*, 52(2), 161-170. <https://doi.org/10.1093/sw/52.2.161>
- Gutierrez, L. M., Parsons, R. J., & Cox, E. O. (1998). *Empowerment in social work practice*. A

sourcebook. Brooks/Cole.

- Harris, J., & White, V. (2018). *A dictionary of social work and social care*. Oxford University Press.
- Kageyama, M., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Yokoyama, K. (2016). Validity and reliability of the Family Empowerment Scale for caregivers of adults with mental health issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), 521-531. <https://doi.org/10.1111/jpm.12333>
- Lau, J. H., Abdin, E., Jeyagurunathan, A., Seow, E., Ng, L. L., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2021). The association between caregiver burden, distress, psychiatric morbidity and healthcare utilization among persons with dementia in Singapore. *BMC Geriatrics*, 21(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02014-2>
- Lee, E., Esaki, N., Kim, J., Greene, R., Kirkland, K., & Mitchell-Herzfeld, S. (2013). Organizational climate and burnout among home visitors: Testing mediating effects of empowerment. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 594-602. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.011>
- Low, L. F., & Purwaningrum, F. (2020). Negative stereotypes, fear and social distance: A systematic review of depictions of dementia in popular culture in the context of stigma. *BMC Geriatrics*, 20(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01754-x>
- Manji, S. (2008). *Aging with dementia and an intellectual disability: A case study of supported empowerment in a community living home* (Doctoral dissertation, Wilfrid Laurier University). <https://core.ac.uk/download/pdf/143682577.pdf>
- Muralidharan, A., Lucksted, A., Medoff, D., Fang, L. J., & Dixon, L. (2016). Stigma: A unique source of distress for family members of individuals with mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(3), 484-493. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9437-4>
- Muralidharan, K., Niehaus, P., & Sukhtankar, S. (2016). Building state capacity: Evidence from biometric smartcards in India. *American Economic Review*, 106(10), 2895-2929. <https://doi.org/10.1257/aer.20141346>
- Nasrun, M. W. S., Kusumaningrum, P., Redayani, P., Lahino, H. L., Mardhiyah, F. S., Basfiansa, A. D., & Nadila, N. (2021). Relationship between quality of life of people with dementia and their caregivers in Indonesia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 81(3), 1311-1320. <https://doi.org/10.3233/JAD-201550>
- Nguyen, T., & Li, X. (2020). Understanding public-stigma and self-stigma in the context of dementia: A systematic review of the global literature. *Dementia*, 19(2), 148-181. <https://doi.org/10.1177/1471301218800122>
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Taylor, T., Creese, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). Homicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(11), 1174-1181. <https://doi.org/10.1186/s13047-016-0154-4>

- g/10.1080/13607863.2015.1065793
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(2), 222-230. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063109>
- Parson, R. J. (2008). Empowerment practice. In T. Mizrahi & L. E. Davis (Eds.), *Encyclopedia of social work* (20th ed.; Vol. 1, pp. 123-126). NASW.
- Payne, M. (2014). *Modern social work theory* (4nd ed.). Macmillan.
- Pierson, J., & Thomas, M. (2010). *Dictionary of social work: The definitive A to Z of social work and social care*. McGraw-Hill.
- Sakanashi, S., & Fujita, K. (2017). Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: A concept analysis. *International journal of Nursing Practice*, 23(5), e12573. <https://doi.org/10.1111/ijn.12573>
- Scheel, M. J., & Rieckmann, T. (1998). An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *The American Journal of Family Therapy*, 26(1), 15-27. <https://doi.org/10.1080/01926189808251083>
- Simon, B. L. (1994). *The empowerment tradition in American social work: A history*. Columbia University Press.
- Stephen, D. (2006). *Empowering social workers in the workplace: A strengths-based strategy for child welfare*. Canadian Association of Social Workers.
- Todd, S., Barr, S., Roberts, M., & Passmore, A. P. (2013). Survival in dementia and predictors of mortality: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1109-1124. <https://doi.org/10.1002/gps.3946>
- Turner, L. M., & Shera, W. (2005). Empowerment of human service workers: Beyond intra-organizational strategies. *Administration in Social Work*, 29(3), 79-94. [https://doi.org/10.1300/J147v29n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J147v29n03_06)