



國立台灣大學醫學院護理學研究所

博士論文

School of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Doctoral Dissertation

探討失智症患者家庭照顧者的壓力因應歷程對憂鬱程
度之影響

The influence of stress and coping process on depression
among dementia family caregivers

劉欣宜

Hsin-Yi Liu

指導教授：黃璉華 博士

Advisor: Lian-Hua Huang, PhD, RN, FAAN

中華民國 106 年 7 月

July, 2017



國立臺灣大學博士學位論文
口試委員會審定書

探討失智症患者家庭照顧者的壓力因應歷程對憂
鬱程度之影響

The influence of stress and coping process on
depression among dementia family caregivers

本論文係 劉欣宜 君 (學號: D98426007) 在國立臺灣大
學護理學系、所完成之博士學位論文, 於民國 106 年 07 月 05
日承下列考試委員審查通過及口試及格, 特此證明

口試委員:

黃璉華
(指導教授)

黃璉華 (簽名)

林寬佳

林寬佳 (簽名)

林艷君

林艷君 (簽名)

邱銘章

邱銘章 (簽名)

徐亞瑛

徐亞瑛 (簽名)

誌謝



漫長的研究生旅程，終於將畫下句點。回首這些年的生活點滴以及完成學業的喜悅，感激許多師長、朋友在這段學術旅程給予我的提攜與幫助。這篇論文能夠順利的完成，最要感謝我的恩師-黃璉華教授對研究內容鉅細靡遺的指正與精神上的鼓勵，讓我備感溫暖。真的很謝謝黃老師，從碩班到博班的相處，您總是我重要的依靠與後盾，給予我很多的學習機會及磨練、親切溫暖的鼓勵與包容，讓我體會到學術研究中「毅力與堅持」的重要性，不僅在學術上獲得成長，更讓我敬佩黃老師對於護理專業的熱忱與貢獻。

其次，感謝口試委員徐亞瑛教授、林艷君老師與邱銘章醫師在失智症領域的豐富經驗、專業知識的淵博，提出精闢的建議與指導；林寬佳教授特別撥空耐心的解說並澄清統計的疑問，讓我對於研究概念與過程能有不同面向的省思。

誠摯地感謝在收案過程給予我諸多協助的所有醫師與工作同仁，尤其是過去的好同事向姐、高中死黨玟純和博班同窗書毓的牽線幫忙，以及協助研究計畫的宜靜督導長、倩蜜護理長、切膚之愛基金會詹麗珠執行長和美施、鳳珠的鼎力相助；感謝在收案過程中每一位受訪的照顧者，因為有您們慷慨無私的提供經驗和照顧歷程的分享，深刻感受到各位的堅強與付出，也讓收案順利完成。

求學期間與同窗好友幸馥、筱玲、書毓相處的情誼是最值得的回憶，彼此的加油打氣、互相扶持都是讓我堅持下去的力量，雖然學習的過程充滿艱辛與挫折，但在旅途中有妳們相伴增添了歡樂與豐富的色彩。

另外，要感謝家人、同事、好友們持續的鼓勵及關心，尤其是老公一直以來的體諒與犧牲、包容我的任性，讓我無後顧之憂地追求理想、完成學業。最後，謹將這篇文獻給我最敬愛的父親，雖然無法親眼看到我穿上博士袍，但是在天上的您一定慈祥地向我微笑著，一切榮耀與喜悅與您分享！




摘要

目的：家庭一直是照顧失智症親人的重要支柱。患者健康狀況與照顧需求的複雜性與多元化，長期的照顧任務將對家庭照顧者造成身體和情緒的困擾。本研究是以 Lazarus 和 Folkman 的壓力與因應互動理論為基礎，探討照顧者面對照顧工作的壓力因應歷程，最後對其憂鬱程度產生之影響。

方法：本研究採取橫斷性設計，以立意取樣方式針對失智症家庭的主要照顧者為對象，於北部和中部地區之醫學中心收案 314 人，經醫院倫理委員會審查通過後，並取得受訪者知情同意，以結構式問卷進行訪談與資料收集。問卷內容包括失智症患者及主要照顧者的基本屬性、神經精神量表 (NPI) 和日常生活活動功能 (ADL)、評估家庭功能的家庭評估照顧者量表 (UWFACS)、照顧者反應評估量表 (CRA)、照顧者自我效能量表 (RSCSE)、照顧者處理壓力的評估量表 (CAMI) 以及流行病學中心憂鬱量表 (CES-D)。以 SPSS 22.0、AMOS 統計軟體進行描述性、推論性及結構方程模式統計分析。

結果：34.39% 照顧者具有憂鬱傾向 (CES-D 總分 16 分以上)。照顧者為女性、小學畢業、配偶擔任照顧者，每日照顧 16 小時以上、因為照顧患者而改變工作、自覺目前健康不佳、與患者感情不佳、自覺經濟狀況不佳的照顧者，其整體憂鬱程度較高。經模式適配度檢定，所建立之失智症家庭照顧者「壓力因應歷程」整體模式適配度及內在結構適配度能符合標準 ($\chi^2=135.8$, $\chi^2/DF=1.235$, $GFI=0.947$, $RMSEA=0.027$, $TLI=0.987$, $CFI=0.989$, $PGFI=0.633$)，假設理論模式可獲得部份支持。在結構模式中，照顧者的壓力源與家庭功能顯著影響負向照顧評價，家庭功能顯著影響照顧自我效能與因應策略，負向照顧評價、自我效能、因應策略的幫助程度可預測憂鬱程度。然而，負向照顧評價、自我效能與因應策略之間無影響關係。



結論：依據研究結果發現，自我效能和因應策略對照顧者的憂鬱程度有直接的影響，並且家庭功能是壓力因應模式中的重要影響因素。因此，建議衛生專業人員應制定以家庭為中心的介入措施，加強家庭成員之間的支持，提高照顧自我效能，使用積極有效的因應措施，以減輕照顧者的壓力和憂鬱程度。

關鍵詞：壓力因應、家庭功能、負向照顧評價、自我效能、因應策略、憂鬱

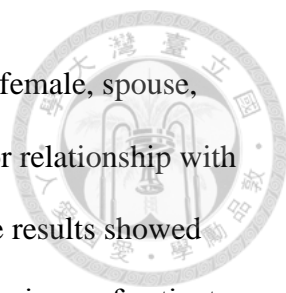
Abstract



Purpose: The families have always been the cornerstone of care for relatives with dementia. Caring for family members with dementia can be a long-term burden task resulting in physical and emotional distress. The purpose of this research was to examine the influence of stress and coping process on depression among family caregivers of relatives with dementia based on Lazarus and Folkman's theory of stress appraisal and coping.

Method: This study adopted a cross-sectional correlational design. Purposive sampling was used to recruit 314 dyads of dementia patients and family caregivers from the outpatient neurological clinics of hospitals in northern and central Taiwan. Approval for this study was obtained from the institutional review board of the medical center before collecting data. Data were gathered through interviews with a structured questionnaire, which includes demographic characteristics for caregivers and care receivers, Neuropsychiatric Inventory (NPI) and activities of daily living (ADL), University of Wisconsin family assessment caregiver scale (UWFACS) for family functioning, caregiver reaction assessment (CRA) for negative caregiving appraisals, the revised scale for caregiving self-efficacy (RSCSE), carers' assessments of managing index for coping strategies (CAMI), and center for epidemiological studies depression scale (CES-D). The statistics analysis methods included descriptive statistics, Pearson product-moment correlation, ANOVA, and the structure equation modeling by the AMOS software.

Results: 34.39% of the dementia caregivers reported to be at risk of depression



(CES-D \geq 16 points). Family caregivers with elementary education, female, spouse, above 16 hours of daily care, job changes, poor self-rated health, poor relationship with patient, and poor economic status had higher level of depression. The results showed that the established “stress and coping process” model for family caregivers of patients with dementia has indicated good model fit (Chi-square=135.8, Chi-square/ DF=1.235, GFI=0.947, RMSEA=0.027, TLI=0.987, CFI=0.989, PGFI=0.633). The overall model fit indicators revealed that the research hypotheses and empirical results were partly coincidence. Family functioning and NPI had a significant impact on negative caregiving appraisals. Family functioning had a positive and significant impact on both self-efficacy and coping strategies. Negative caregiving appraisals, self-efficacy, and coping strategies could predict caregiver depression. However, negative caregiving appraisals and self-efficacy had no effect on coping strategies.

Conclusion: Findings from the present study, self-efficacy and coping strategies have direct impact on caregiver depression. Family functioning is an important influential factor in the stress coping model. Therefore, it is strongly suggested that health professionals should develop appropriate family-centered interventions that focus on strengthening inter-family support, promoting caregiving self-efficacy and using of proactive coping to alleviate caregiver stress and depression.

Keywords: family functioning, caregiving appraisal, self-efficacy, coping strategy, depression

目 錄



口試委員審定書.....	i
誌謝.....	ii
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
目錄.....	vii
表目錄.....	ix
圖目錄.....	xi
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究重要性.....	2
第三節 研究目的.....	4
第二章 文獻查證.....	5
第一節 失智症照顧者的壓力因應歷程.....	5
第二節 失智症家庭照顧者的憂鬱問題.....	12
第三節 照顧者的家庭功能與壓力因應歷程之關係.....	16
第四節 照顧者的負向照顧評價與壓力因應歷程之關係.....	21
第五節 照顧者的自我效能與壓力因應歷程之關係.....	24
第六節 照顧者的因應策略與壓力因應歷程之關係.....	27
第三章 研究方法.....	34
第一節 研究架構.....	34
第二節 研究假設.....	35
第三節 名詞界定.....	36
第四節 研究設計.....	39
第五節 研究對象與場所.....	39
第六節 研究工具.....	40
第七節 研究工具的信效度.....	46



第八節	倫理考量.....	52
第九節	資料收集過程.....	52
第十節	統計分析.....	53
第四章	研究結果.....	55
第一節	研究對象基本屬性之描述性統計.....	55
第二節	家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的描述性資料.....	59
第三節	失智症患者的基本屬性與與家庭照顧者壓力因應歷程各變項及憂鬱程度之關係.....	78
第四節	家庭照顧者的基本屬性與其壓力因應歷程各變項及憂鬱程度之關係.....	86
第五節	家庭照顧者的壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的相關性.....	101
第六節	照顧者壓力因應歷程的模式分析.....	104
第五章	討論.....	121
第一節	研究對象基本屬性之描述性資料.....	121
第二節	家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的描述性資料.....	125
第三節	失智症患者的基本屬性與與家庭照顧者壓力因應歷程各變項之關係.....	131
第四節	家庭照顧者的基本屬性與其壓力因應歷程各變項之關係.....	133
第五節	家庭照顧者的壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的相關性.....	137
第六節	照顧者壓力因應歷程模式分析.....	140
第六章	結論與建議.....	144
第一節	結論.....	144
第二節	護理與實務的應用與建議.....	150
第三節	研究限制.....	154
參考文獻.....		155
附錄一	倫理委員會審核通過函.....	169
附錄二	研究問卷.....	173

表目錄



	頁數
表 3-1 專家內容效度結果.....	49
表 3-2 因應策略量表的項目分析.....	49
表 3-3 量表內在一致性檢定結果.....	51
表 4-1 失智症患者人口學與疾病特性.....	56
表 4-2 照顧者人口學特性與照顧狀況.....	57
表 4-3 NPI 發生率與總分.....	60
表 4-4 神經精神症狀的發生頻率.....	61
表 4-5 神經精神症狀的嚴重度.....	61
表 4-6 失智症患者的日常生活功能.....	62
表 4-7 主要照顧者憂鬱程度各因素得分情形.....	64
表 4-8 主要照顧者憂鬱程度分析.....	65
表 4-9 主要照顧者家庭功能各因素得分情形.....	67
表 4-10 主要照顧者家庭功能分析.....	67
表 4-11 主要照顧者負向照顧評價各因素得分情形.....	69
表 4-12 主要照顧者負向照顧評價分析.....	69
表 4-13 主要照顧者自我效能各因素得分情形.....	71
表 4-14 主要照顧者自我效能分析.....	71
表 4-15 主要照顧者壓力因應策略各因素得分情形.....	75
表 4-16 主要照顧者壓力因應策略分析.....	75
表 4-17 主要照顧者壓力因應策略各層面幫助程度分析.....	76
表 4-18 失智症患者基本屬性與照顧者壓力因應歷程各變項的相關性分析.....	79
表 4-19 失智症患者基本屬性與照顧者家庭功能、負向照顧評價的變異數分析.....	82
表 4-20 失智症患者基本屬性與照顧者自我效能的變異數分析.....	83

表 4-21 失智症患者基本屬性與照顧者因應策略、憂鬱症狀的變異數分析.....	84
表 4-22 家庭照顧者基本屬性與其壓力因應歷程之相關分析.....	86
表 4-23 照顧者基本屬性與其家庭功能、負向照顧評價的變異數分析.....	93
表 4-24 照顧者基本屬性與其自我效能的變異數分析.....	95
表 4-25 照顧者基本屬性與其因應策略、憂鬱症狀的變異數分析.....	97
表 4-26 家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度之相關性分析.....	103
表 4-27 研究變項常態檢定結果.....	107
表 4-28 原始模型變項間之參數估計結果.....	109
表 4-29 修正後模型變項間之參數估計結果.....	111
表 4-30 整體模式適配度檢驗結果.....	113
表 4-31 模式內在結構適配度檢定結果.....	116
表 4-32 潛在變項結構模式參數估計檢驗結果.....	119
表 4-33 整體結構模式研究假設檢驗結果.....	120

圖目錄



圖一	研究架構圖.....	35
圖二	壓力因應歷程之原始模型.....	105
圖三	壓力因應歷程之修正模型.....	108
圖四	壓力因應歷程修正模型檢驗結果.....	119

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機



失智症是一種包含多重障礙的慢性疾病，其罹病率會隨著年齡老化而升高，在世界各國高齡化的趨勢下，失智症人數正快速增加。根據 2015 年 8 月國際失智症協會 (ADI) 發佈全球失智症報告中指出，全球每年的新病例大約有 990 萬人，意味著每 3 秒就有一位新罹病者，失智症已成為全球老年人失能和成為依賴人口的主要原因。臺灣失智症協會 (2016) 依據社區老人失智症平均盛行率 5.5% 推估，台灣 2015 年 65 歲以上社區失智老人超過 24 萬人，其中 65 歲以上的老人每 13 人即有 1 位失智者，而 80 歲以上老人則每 5 人就有 1 位失智者。這些失智症患者大多居住在家裡，並且由家人提供生活的照顧，長期的照顧壓力將對家庭與社會造成極大的影響。

失智症由發病至死亡的存活時間約 8 至 10 年，有些甚至可以到 15 年或更久，每個疾病階段呈現不同的病情變化與問題行為，在漫長的疾病歷程中患者因心智功能和自我照顧能力逐漸衰退，照顧者需要承擔的照顧工作與負荷亦隨之加重，此時照顧者處理患者日常照護的效能與因應能力就格外重要。研究顯示當家屬對照顧患者的自我效能較低時，無法有效處理問題或因應壓力時，會出現較多的照顧負荷與憂鬱症狀，甚至因為照顧決策出現家庭衝突，對整個家庭生活帶來巨大的衝擊與失衡 (Andren & Elmstahl, 2008; Holst & Edberg, 2011; Romero-Moreno et al., 2011)，也可能導致照顧者無法繼續維持照顧工作，提早將患者送至機構 (Tew, Tan, Luo, Ng, & Yap, 2010)。許多文獻認為「自我效能 (self-efficacy)」是壓力因應的保護因子，能夠緩衝壓力對健康所造成的負面影響；高自我效能者通常會採取比較樂觀的態度來看待他們的能力，較自我效能低者更能處理壓力和困境、有較好的健康狀態 (任、2006; Au et al., 2009)。因此專業人員在關注於家庭照顧者的需求時，若是能深入瞭解照顧者面對照顧工作的自我效能與壓力因應歷程，將更能提供合適的介入措施協助照顧者解決問題，並維持較佳的身心健康。

第二節 研究重要性

在眾多慢性疾病中，失智症問題行為及認知功能持續退化的特性，使得家庭照顧者比其他類型慢性疾病的家屬承受更多痛苦，超過八成的失智症照顧者自訴承受很大的壓力，幾乎約有一半的照顧者都有憂鬱症狀(Etters, Goodall, & Harrison, 2008)。家庭是失智症患者主要的長期照顧者，也是重要的資源(Chan, 2010)，失智患者依賴家庭的照顧，照顧工作不僅影響個人，家庭動態也發生變化，整個家庭面臨極大的挑戰以應付長期的照顧責任(Andren & Elmstahl, 2008)。長期的疾病歷程影響著家庭生態系統、經濟平衡與家人關係，若家庭成員能夠互相扶持與共同分擔，不僅可以維繫家庭和諧，亦能共同解決問題。陳(2011)指出家庭功能的好壞與互動類型會影響家庭成員的問題解決能力、溝通方式、角色分配，也影響家庭成員的身心健康及照顧品質，家庭的支持對照顧者而言是一個因應資源，較其他的社會支持更為重要(Podgorski & King, 2009)。家庭功能較佳的照顧者傾向採取主動且有結構的因應方式，對照顧工作可能產生正向的影響，如增加自尊、履行責任、獲得自我滿足度等；而家庭功能較差或僵化的家庭，其成員所採取的因應方式較傾向於適應不良或逃避型因應，更加深其負荷感受。因此，在照顧失智症患者的同時，專業人員應轉變為以家庭為中心的照護模式，了解家庭功能與限制，才能提供照顧者適當的協助。

照顧者面臨的困境與壓力因應歷程，是臨床實務需要關注的議題，在協助照顧者面對照顧壓力情境時，增強家庭照顧者的自我效能與因應能力是特別重要的，因為隨著病情的發展，照顧者需負責越來越多的照顧決策，若對處理問題的信心不足或缺乏家庭的支持，容易產生逃避、焦慮不安，將會影響照顧品質與整體健康。自我效能可作為壓力因素與照顧者負荷和憂鬱症狀的調節因素(Au et al., 2009; Au et al., 2010; Gallagher et al., 2011)，自我效能較高者在遭逢困境時較能主動尋求問題解決，有助於提升個人的因應能力、減輕照顧負荷，其憂鬱或負面情緒較低(蕭、金、劉，2007；Fortinsky, Kulldorff, Kleppinger, & Kenyon-Pesce, 2009；Wu &

Tang, 2009)。實證研究顯示自我效能較差的照顧者可能會將聚焦於失敗、減少動機和負向的照顧經驗上面，而自我效能較高的照顧者則可能會將壓力源視為可以掌握的挑戰，減少困難(Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010; Semiatin & O'Connor, 2012; Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura, 2002)。

現有的文獻顯現了台灣家庭照顧者研究的侷限性。首先，目前失智症照顧者的研究大多是以社會支持作為照顧者的資源變項進行分析，甚少從家庭功能的角度切入；照顧者家庭功能的研究主題大多是以兒童或青少年家長為對象探討親職壓力，因此本研究選擇以家庭功能作為失智症照顧者壓力因應歷程中的重要變項。此外，很少有研究探討家庭照顧者自我效能與壓力因應策略之間的關係，即使目前已發展出許多照顧者介入措施與訓練計畫，期望能提升照顧知識和技巧，但應該先瞭解照顧者壓力因應歷程的影響因素，才能提供個別性的服務計畫。因此，引發研究者探討的興趣，希冀能深入了解失智症家庭主要照顧者在面對照顧工作時，如何評價照顧工作對自己的影響，而家庭功能、照顧自我效能與因應策略如何發揮功能，對照顧者的憂鬱程度產生何種影響，期望研究結果能協助失智症照顧者以更有效的因應策略執行照顧工作，做為臨床實務工作者之參考。

第三節 研究目的

本研究欲探討失智症家庭照顧者壓力因應歷程中的壓力源、家庭功能、負向照顧評價、自我效能、因應策略對其憂鬱程度之影響情形，並建立壓力因應歷程模式加以驗證，其目的如下：

- 一、了解失智症照顧者的壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略與憂鬱程度之現況。
- 二、分析失智症病患的基本屬性與照顧者壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略、憂鬱程度之關係。
- 三、分析失智症照顧者的基本屬性與其壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略、憂鬱程度之關係。
- 四、分析失智症照顧者的壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略與憂鬱程度之間的相關性。
- 五、以結構方程式檢驗失智症照顧者壓力因應歷程模式。

第二章 文獻查證

依據研究主題與目的進行文獻查證，以六大部分進行探討，分別為：一、失智症照顧者的壓力因應歷程，將探討失智症對照顧者的影響以及回顧壓力因應互動理論模式與重要意涵；二、失智症照顧者的憂鬱問題，將回顧憂鬱的概念以及與壓力因應歷程的關係；三、照顧者的家庭功能與壓力因應歷程之關係，將探討家庭功能的概念以及與壓力因應的關係；四、照顧者的負向照顧評價與壓力因應歷程之關係，探討照顧者的負向照顧評價以及與壓力因應歷程之間的關係；五、照顧者的自我效能與壓力因應歷程之關係，探討自我效能的概念以及與壓力因應歷程之關係；六、照顧者的因應策略與壓力因應歷程之關係，探討因應策略的概念以及與壓力因應歷程之關係。

第一節 失智症照顧者的壓力因應歷程

一、失智症對照顧者的影響

在台灣將近 90% 的失能者和慢性病患是由家屬提供照顧，華人傳統文化將照顧家人或父母視為對家庭承諾的一個自然延續，是照顧罹病家人的內在動力，家庭照顧者被認為應該要有強烈的責任感、孝道義務和傳統的照顧意識 (Tang, Li, & Liao, 2007)。目前政府為實踐在地老化的理念提出長照 2.0 政策，希望能全方位的提供多元連續的綜合性長期照顧服務，以照顧失能者或身心障礙者。以各類型的照顧服務模式來看，長照 2.0 政策仍以失能者照顧為主，然而失智者與失能者所需的協助與服務都大不相同。失智症雖然是失能的一種，但相對來說，外顯、看得到的失能較容易被評估並取得正式的照顧服務；而失智症患者漸進性認知退化或行為問題大多是「看不見的障礙」，很容易被忽略或是不符合申請資格，且失智症患者可使用的社區服務資源尚未普及化，因此家庭仍然是提供照顧與協助失智症患者的主力，面對漫長且沈重的照顧工作，家庭照顧者所承受的負荷及身心疲潰

狀態，是與患者照護相依相存的問題，因此家庭照顧者常被稱為「隱形的病人」(蔡、蔡、李，2016)。

照顧失智症是一件具有挑戰性且高度不確定性的任務，長期下來對家庭的衝擊相當大，家庭成員必須面臨許多生活上的改變，尤其是主要照顧者承擔大部分的照顧責任，同時也承受莫大的壓力及負荷。照顧者面對的壓力源多是與照顧患者相關的因素，包括患者認知功能障礙的程度、問題行為發生的頻率與嚴重程度(例如情緒激動、煩躁、遊走、攻擊)、提供日常生活活動的協助程度(例如沐浴、穿衣、進食、個人衛生、處理家務等)、協助病患尋求醫療照顧(例如看診、拿藥)等等。失智症患者每日的照顧需要透過照顧者頻繁的接觸和互動，這些互動需要大量的情感、身體精力和照顧時間，除了認知功能與日常生活處理能力逐漸退化，其情緒和行為問題經常是在無預期的情況下發生，患者猜疑、情緒化、健忘和問題行為的增加，甚至會出現語言及身體攻擊的躁動行為，這也是失智症照顧者最主要的壓力源(陳、2013)。

面對失智症無法預測的病情變化、照顧難度日益提高，幾乎是全天候在處理失智患者無法預期的各類問題，使得失智症照顧者較非失智症照顧者承受更多生理、情緒、社會、經濟等層面的影響(Chiu et al., 2014; Valente et al., 2011)。在生理方面可能出現胃腸不適、睡眠不足、身體疲累、頭痛、下背痛等問題，自覺健康狀況變差。在心理方面因照顧工作感覺受到束縛或無人幫忙而生氣、因患者的記憶障礙或行為問題而感到沮喪、缺乏耐性，甚至出現預期性的哀傷與失落感。在社會方面的影響包括照顧者需長時間隨伺在側，少有自己私人的時間、犧牲個人社交機會與娛樂嗜好、無法滿足人際需求而感到孤獨。對家庭造成的衝擊包括家庭生活作息改變、家庭成員衝突或照顧意見不一致而影響家庭關係。在經濟方面則是長期照顧的費用增加家庭經濟負擔、照顧者原有的工作可能受到影響。若照顧者缺乏有效的因應策略和足夠的支持，會感受到極大的負荷與壓力，可能會導致心理壓力、憂鬱情緒、健康狀況改變，並且對生活品質有明顯影響(Andren &

Elmstahl, 2007; Chiou, Chang, Chen, & Wang, 2009; Lee & Singh, 2010; Makizako et al., 2009; Podgorski & King, 2009; Rodríguez-Sánchez et al., 2011; Tremont, 2011; Yeh & Bull, 2012)。

面對家中失智症患者無法預測的病情變化與認知功能持續衰退，對家庭與而言是重大的壓力事件，照顧者壓力是一個動態的概念 (Zarit, Femia, Kim, & Whitlatch, 2010)，對病人問題行為的評價會造成照顧者負向感受，而續發性壓力源例如：家庭衝突或家庭功能不佳，可能會加重照顧者負荷及負向情緒，再加上考量照顧倫理，照顧者重心在病人身上，而無暇自我照護，更使照顧者負荷雪上加霜，將導致照顧者產生身心不良的後果。Papastavrou 等 (2007) 描述照顧負荷是一個多面向的現象，包括四個主要照護層面：照護架構 (照顧者的特徵，與患者的關係類型和社會支持的可用性)；照顧的壓力情境，包括初級壓力 (例如患者的問題行為) 或次級壓力 (例如對照顧工作的承諾)；調節壓力感受的因素 (如因應策略和照護管理)；以及對照顧者整體健康的結果。

然而 Losada 等學者 (2010) 指出影響照顧者的結果取決於照顧者如何評價壓力源 (即負荷感受的高低)、是否有信心處理照顧問題以及是否有其他資源可以調適壓力源的影響 (例如，自我效能、因應策略)。其中自我效能與因應行為的有效性都顯著影響與照顧壓力相關的身體和心理健康結果 (Barbosaa, Figueiredobc, Sousaac, & Demain, 2011; Taylor & Stanton, 2007)。

二、壓力因應理論模式之探討

在探討關於壓力的文獻中，由於各學者研究領域與觀點的不同，對壓力的定義亦從不同向度加以闡釋。Lazarus與Folkman (1984) 綜合各學者之觀點，將壓力的定義歸納為刺激、反應及互動等三種取向：第一類為Holmes和Rahe (1967) 代表的刺激取向觀點 (stimulus-oriented)，將壓力視為存在於外界環境的刺激，人們因壓力過重使人產生生理或心理的緊張狀態，並強調造成壓力的壓力源；第二

類為反應取向觀點 (response-oriented)，最具代表性的學者分別為Cannon (1932) 提出的「戰或逃」的反應以及 Selye (1956) 將個體面對壓力源時產生的非特殊性反應，稱為「一般適應症候群」，此派學者認為壓力是個體在面對內、外在刺激時，為了回復正常情況，所產生整體性生理與心理的反應；第三類為Lazarus 和 Folkman (1984) 的互動歷程取向觀點 (transaction-oriented) 重視個體與環境互動的關係，認為壓力是個體面對環境刺激，經過其主觀的認知過程，而產生心理的威脅及生理的激動之現象。

這三種類型的壓力取向各有其特點，刺激取向觀點明確界定各種情境的刺激，強調壓力來源的重要性，卻忽略個體承受壓力的程度有個別差異，以及認知、個人經驗與特質等因素對壓力歷程的影響；反應取向則著重於個體的內在生理或心理反應，只以反應來界定壓力，而忽略外在的刺激以及個體對壓力的評估過程；而互動歷程取向則是統整刺激取向與反應取向兩種觀點，強調壓力形成於刺激和反應之間的過程，更加入個體對外在要求與內在資源之認知評價機制，建構出一套動態的壓力因應歷程。因此，本研究以Lazarus 與Folkman (1984) 的壓力因應互動理論 (The transactional model of stress and coping) 作為理論基礎。

Lazarus和Folkman (1984) 以認知觀點提出歷程導向 (process-oriented) 的壓力因應互動理論 (The transactional model of stress and coping)，將壓力視為一種個體和環境互動的關係，在壓力因應歷程中，認知評估 (cognitive appraisal) 及因應 (coping) 是重要的核心概念。認知評估是個人對環境刺激的評估，事件是否對個人具有意義是靠認知評估過程所決定，當個體知覺到環境刺激是個人無法負荷或是需求超出個人資源時，壓力才會產生。一旦刺激被評估為具有威脅性，便會思索對該刺激/壓力有哪些可以採行的適當反應，以減除或消滅可預期到的傷害。因此，同樣事件對不同個體而言，其認知評估有所不同。個體在評估後為了掌握和管控壓力，便會採取因應行為，其目的為處理或解決壓力源，或是減輕負面的情緒或身體的反應，當因應後的結果無效，個體又會重新評估壓力情境是否有威脅，

何種因應策略又會是最適當的，形成不斷循環的過程。

Lazarus和Folkman（1984）建構壓力因應過程的模式包含以下四個要素：



（一）壓力事件（stressful events）

壓力事件包括重大生活改變事件及生活上單一事件。壓力不僅是刺激，也是一種反應，所謂壓力係指個體對環境需求的負荷超過身心適應的程度。重大生活改變事件通常會帶來嚴重的影響，同時也會引發一連串生活的改變，而且引發的壓力也會持續較長一段時間。Lazarus和Folkman（1984）強調壓力是透過心理歷程所產生的一種個人知覺，因此個人對情境要求的知覺感受，在決定是否具有壓力的威脅時，佔有極重要的角色。個體會根據所擁有的資源來處理壓力的情境，因此，當使用有效的因應和調適時，即可以控制和避免壓力。

（二）認知評估（cognitive appraisal）

認知評估是指個體在遭遇壓力事件後，會評估壓力源對其幸福感與福祉衝突的程度或重要性。認知評估分為三個過程，分別為初級評估（primary appraisal）、次級評估（secondary appraisal）及再評估（reappraisal）。初級評估是在評估壓力情境是否會造成威脅或傷害、壓力事件對個人的意義以及帶來的影響程度。在初級評估中個體會判斷自己與環境之間的互動是無關聯的（irrelevant）、有利-正向的（benign-positive）或是有壓力的（stressful）。當個體判斷所遭遇事件帶來威脅或挑戰時，則進行次級評估對準備採取的因應策略進行評估，決定如何處理壓力事件、有哪些資源可供運用，在諸多策略中選擇最有利的的方法，減除或消滅可預期的傷害。Lazarus與Folkman（1984）認為個人或情境因素也會影響評估，當個人擁有控制感時，可能將壓力視為挑戰，而不是威脅。再評估主要是以重新評估選擇的因應策略為基礎，評估所採取因應策略的有效性，是否需修改因應策略並力求減低傷害或威脅程度；亦是一種回饋的過程，或是出現新的訊息時所進行的再評估歷程，重新評估壓力刺激的意義，因為個人與環境的關係是不斷在變動，在

次級評估時採取了某些因應方式而使得事件本身發生了變化，因此個人會再重新評估因應的效果或是壓力是否仍然存在，透過與環境互動的新訊息，導致改變原先對壓力情境的判斷，而重新修正其評估。



(三) 因應策略 (coping effort)

Lazarus和Folkman (1984) 將因應行為定義為「個體為了處理超過自己所擁有資源的內、外在需求時所做的不斷改變的認知、情緒和行為上的努力」。因應行為包含處理壓力情境的思想 (內在行為) 和行動 (外顯行為)，個人採取某些策略解決壓力帶來的衝擊，減輕焦慮及克服困境，使本身能調整至平衡。Folkman (2008) 認為因應行為是複雜的行為歷程，包含各種個人內在 (intrapersonal) 和人際間 (interpersonal) 行為策略可用來解決問題與調節情緒。

Lazarus和Folkman (1984) 將個體處理壓力事件的因應方式分為兩大類：問題取向因應 (problem-focused coping) 及情緒取向因應 (emotion-focused coping)。前者著重改變個體與環境的關係、直接處理問題，改變環境中的壓力來源；後者則著重減輕或降低壓力事件對個體情緒的衝擊，調整壓力事件對情緒所造成的影響。個體面對壓力事件會交互使用或同時運用這兩類因應策略，努力因應壓力事件所帶來的影響。當人們對改變情境的能力有信心的情況下，會將壓力視為一個挑戰，可能使用問題為取向的因應；而對自己能力沒有信心、缺乏個人控制感時，會將壓力視為威脅，而可能使用情緒取向的因應。另外，個人能力和處置因素 (例如樂觀和自我效能) 可促進個人的控制感並採用問題取向的因應，減少情感取向因應的使用 (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986)。學者認為因應行為會隨著情境改變和個人與情境之間關係變化而有不同，個體不會一成不變的使用同一種策略，在探討因應策略時，需對個體及壓力事件的整體情境脈絡都加以瞭解。

(四) 適應結果 (adaptational outcome)

壓力調適的結果受到個體與環境的交互作用、認知評估以及因應策略所決定，主要關注於壓力對於個體身心健康和社會功能的影響。若個體因應良好，可以恢復社會功能並達到身心平衡與健康，若因應不良即可能產生困擾，造成身心疾病等狀況。無效的因應可能直接導致生理、情緒的改變或損害健康，導致不良的適應結果，如憂鬱、精神症狀與身體的疾病。此外，個體承受壓力可能會減少或放棄以前的健康行為（例如，定期運動和均衡飲食），甚至出現危險的健康行為，如不適當的飲食，吸菸，酒精和藥物濫用（Lazarus & Folkman, 1984）。個體面對不良的適應結果會重新評估壓力源，重新評估壓力源帶來之威脅程度以及自己所擁有的資源或能力，調整對壓力的閾值，改變對壓力源的感知程度。

總之，根據 Lazarus 與 Folkman (1984) 的壓力因應互動理論強調個體與環境之間的關係，重視個體「認知評估」的過程與採取因應的行動，個體與環境在認知評估和因應的中介下相互影響，針對潛在有可能是壓力源的情境經由感知與初級評估之機轉產生知覺，根據知覺的內容與次級評估的結果執行因應行為後，會對壓力源重新再評估，如此周而復始形成一個不斷進行的循環。此理論已廣泛應用於照顧者的相關研究，解釋個人面對壓力的因應歷程，照顧者面對照顧情境的壓力時，依據認知評估判斷選擇適當的因應策略，認知評估和因應則會受到個人能力與情境因素的影響，照顧者會去衡量自己是否有足夠的能力表現出對刺激控制的行為稱為效能預期 (efficacy expectations)，即為自我效能的概念，再依據因應策略的個別差異與有效性，可預測照顧者身體和情緒的健康 (Fitzell & Pakenham, 2010; Hilgeman, Allen, DeCoster, & Burgio, 2007)。對於照顧者而言，失智症患者的病程是屬於漸進退化方式，無法逆轉其病情，因此照顧壓力是持續、慢性的過程，患者認知功能與問題行為的嚴重程度被視為照顧者的壓力來源，將影響著照顧者的認知評估，照顧者所使用的壓力因應方式，是否能有效處理所面臨的困境，也會影響到整體的適應及身心健康狀況。因此本研究將以 Lazarus 和

Folkman 的壓力與因應互動理論為基礎，探討照顧者受到壓力源的衝擊後，於內在互動轉換的過程，會透過個體對照顧壓力源的評價，家庭功能、自我效能的作用，進而執行不同的因應策略，最後對憂鬱程度產生何種影響。



第二節 失智症家庭照顧者的憂鬱問題

一、憂鬱的定義與理論

Lazarus 和 Folkman (1984) 的壓力與因應互動理論中，將憂鬱視為壓力因應結果的重要指標之一，認為憂鬱是個人感到所處情境是無助的、或認為自己沒有價值，而且自認必須對壓力問題負責的情況。張 (2006) 定義憂鬱是屬於憂愁、悲傷、頹喪、消沉等多種負向情緒綜合而成的心理狀態，從正常人到病態者都可能有此現象，只是程度輕重與時間長短的差異而已，可能從情緒、生理以及行為等方面呈現。憂鬱程度有輕重之分，輕度憂鬱者大多是悲觀、自責、無精打采等情緒低潮，由於正常人也會有這種感覺，因此短暫的憂鬱並非是病態的；相對的，重度憂鬱者不僅心理會陷入極度悲傷絕望、自責及思緒紊亂，生理方面也會產生頭痛、心悸、睡眠障礙等症狀，甚至有自殺的傾向。

Beck 於 1976 年提出憂鬱認知理論，以認知的角度解釋憂鬱症，認為個體對外在訊息的處理，會因為過去經驗不同而有不同的處理方式，個體過去的經驗會隨著時間逐漸累積，進而發展成為個人獨特的基模。憂鬱基模的主成分包括對自我、對未來以及對外在環境的負向觀點等三項的認知扭曲，稱之為「憂鬱的認知三角」。對自我的負向觀點是指個人對自己的看法，習慣傾向消極或負向的觀點，例如：常認為自己是無能的、不受歡迎、沒有價值等。對未來的負向觀點是指，對事件的後果習慣持悲觀的看法，認為未來是悲觀的、無望的；特別是面對壓力時，更容易產生失望、沮喪、罪惡感進而導致憂鬱。對外在環境的負向觀點是指，個人對目前的處境是以消極的方向解釋，認為自己是失敗者，許多事情是遙不可及、無法克服困難。這些負向思考會造成訊息處理系統的扭曲，而導致個體更多的負向感受。因此，具有憂鬱認知三元素的人，容易在情感、動機及行為上出現憂鬱程度 (Beck, Steer, & Brown, 1996)。

Bandura (1997) 認為憂鬱乃因過低的自我效能所致，憂鬱主要受認知歷程影響。強化個人自我效能，可促進心理運作能力增加，產生自我肯定和適當行為；自我效能較低者，則會產生逃避、防衛、焦慮、憂鬱等情緒。Nezu、Nezu 與 Perri (1989) 建構憂鬱的問題解決模式，主要包含四個互動變項：主要生活事件、目前的問題、問題解決因應與憂鬱。根據此模式，主要的負向生活事件會導致問題發生，問題發生也會導致生活改變，此二者皆為壓力來源，必須採取因應措施以解除壓力，如果缺乏有效解決問題的因應策略，則易產生負向後果，導致憂鬱問題。長期時間形成的負向情感狀態，導因於環境壓力、立即情緒反應與問題解決因應歷程之間的交互作用。

二、失智症照顧者憂鬱與壓力因應歷程的關係

研究發現家庭照顧者是憂鬱的高危險族群，研究指出三至四成的失智症家屬有焦慮、憂鬱的傾向，而且照顧失智症患者比照顧其他慢性病患更容易有憂鬱問題 (Cooper et al., 2008; Huang, Liao, Wang, & Lai, 2012b; Papastavrou et al., 2007; Schoenmakers, Buntinx & Delepeleire, 2010; Shah, Wadoo, & Latoo, 2010)。照顧者感受到生氣、失去耐心、擔心、疲憊、痛苦、失落、悲傷等情緒。並且這些情緒表現與失智老人的躁動行為有關，當躁動行為越嚴重，照顧者的憂鬱程度、負荷感受及情緒耗竭也越嚴重 (Huang, Shyu, Chen, & Hsu, 2009)。在失智症家庭照顧者身心健康回顧性研究發現，「憂鬱」是最常被用來作為家庭照顧者身心健康的重要指標之一，且失智症家庭照顧者的憂鬱程度或症狀表現，顯著高於一般疾病的照顧者群體或是非照顧者 (Hernandez & Bigatti, 2010; Pinguart & Sörensen, 2006)。照顧者因為長期又繁複的照顧工作，在社交活動、睡眠、經濟和身心健康方面，受到嚴重影響所累積長期的情緒壓力，導致情緒耗竭和疲潰感 (Jaisri, 2014; Takai et al., 2009; Yeager, Hyer, Hobbs, & Coyne, 2010)，不僅增加各種生理和心理健康負面結果的風險，包括身體的疼痛、高血壓、過敏、使用非處方藥物和憂鬱程度 (Cucciare, Gray, Azar, Jimenez, & Gallagher-Thompson, 2010; Schulz, & Sherwood, 2008)，同時影響照顧工作的持續性與照顧品質，造成家庭關係緊張、將照顧者送

至機構，可能導致照顧者減少尋求外援的機會 (Hernandez & Bigatti, 2010) 等等。

依據 Lazarus 和 Folkman (1984) 的壓力與因應互動理論以及相關文獻回顧，將失智症家庭照顧者憂鬱的影響因素區分為：照顧脈絡因素、照顧壓力源，照顧情況的評估以及因應策略，以下分別以相關文獻的研究結果進行探討。

(一) 照顧脈絡因素

照顧脈絡因素是指照顧者和患者基本屬性的差異，例如年齡、性別、親屬關係、家庭收入、關係品質等因素。大部分與照顧者憂鬱情緒相關的研究指出，女性照顧者比男性呈現較多的憂鬱症狀 (Haley, LaMonde, Han, Burton, & Schonwetter, 2003; Papastavrou et al., 2007; Papastavrou et al., 2011; Skarupski, McCann, Bienias, & Evans, 2009; Valimaki, Vehvilainen-Julkunen, Pietila, & Pirttila, 2009; Yeager et al., 2010)。照顧者年紀較輕以及成年子女照顧者的憂鬱症狀也較多 (Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, Vilalta-Franch, & López-Pousa, 2010; O'Rourke et al., 2010; Robison, Fortinsky, Kleppinger, Shugrue, & Porter, 2009; Wang, Shyu, Chen, & Yang, 2011; Yeager et al., 2010)，可能原因為成年子女照顧者通常仍有其他的家庭責任與工作，照顧工作造成的影響較大；但是也有研究顯示配偶照顧者的憂鬱程度較高 (Covinsky et al., 2003; Gallicchio, Siddiqi, Langenberg, & Baumgarten, 2002; Roth, Ackerman, Okonkwo, & Burgio, 2008)。另外，照顧者的自覺健康狀況是影響其憂鬱的重要因素，研究顯示年紀較大的照顧者，因為本身的健康狀況不佳，導致生理和精神的負荷增加，憂鬱程度也較高 (Black et al., 2010; Cucciare et al., 2010; Gallicchio et al., 2002; Huang et al., 2009; Haley et al., 2003; Valente et al., 2011)。Roth 等學者 (2008) 使用流行病學中心憂鬱量表 (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) 測量失智症照顧者的憂鬱研究指出，女性照顧者自陳較多憂鬱情緒和身體症狀，配偶照顧者則自陳較多的憂鬱情緒和較少的正向情緒；較年長的照顧者則自陳較少的憂鬱情緒、人際困擾和身體症狀。家庭收入較低也與照顧者憂鬱程度有關 (Huang et al., 2009; Valimaki et al., 2009)。不同種

族的照顧者其憂鬱程度也有差異，研究發現非洲裔美國人、黑人和西班牙裔的照顧者均比白人照顧者有較少的憂鬱症狀，可能因為這些照顧者比白人使用較多的宗教因應和參與宗教活動，並且有較強烈的家庭義務感，照顧關係滿意度較佳，因此憂鬱症狀較少、心理健康較佳（Coon et al., 2004；Haley et al., 2004；Sander et al., 2007；Shah et al., 2010；Valimaki et al., 2009）。有全職工作的家庭照顧者，因為要兼顧工作和照顧角色的困難，比兼職工作或無業的家庭照顧者有更多的憂鬱症狀（Wang et al., 2011）。

（二）照顧壓力源

壓力源是指與患者疾病的相關因素，包括疾病類型、嚴重度、日常生活功能障礙程度，以及患者記憶與行為問題等。研究發現失智症患者的問題行為，是影響照顧者憂鬱的主要因素（Conde-Sala et al., 2010；Huang et al., 2009；Liu, Insel, Reed, & Crist, 2012；Mausbach et al., 2012；Valimaki et al., 2009），疾病和失能狀況造成的依賴程度、日常生活活動能力與提供照顧的時間、認知功能障礙的嚴重程度也與照顧者憂鬱程度有顯著相關（Au, et al., 2009；Pinquart & Sorensen, 2006；Tremont, Davis, & Bishop, 2006），患者不同疾病類型的症狀可以預測照顧者的憂鬱（O'Rourke et al., 2010；Valimaki et al., 2009）。

（三）對照顧情況的評估

對照顧情況的評估是指，照顧者對於照顧壓力源的主觀感受與經驗，以及可以利用的資源。照顧者對壓力源的評價和負荷感受可預測憂鬱，包括情感、財務與角色負荷以及關係剝奪等負荷感受與憂鬱程度呈顯著正相關（Black et al., 2010；Conde-Sala et al., 2010；Huang et al., 2009；Liu et al., 2012；Mausbach et al., 2012；Papastavrou et al., 2007；Shah et al., 2010；Yeager et al., 2010）。主觀評估照護任務壓力較低，從照顧工作中發現意義和益處，則憂鬱程度較低。社會支持可以調節或中介壓力源對照顧者憂鬱程度的影響（Chronister, Chan, Sasson-Gelman, & Chiu, 2010；Demirtepe-Sayg & Bozo, 2011；Osman, Alipah, Tutiiryani, & Ainsah, 2010），有較多社會網絡和資源的照顧者，憂鬱症狀較少，負向的社會互動有較高的憂鬱

症狀 (Au et al., 2009; Chronister et al., 2010; Haley et al., 2003; Liu et al., 2012), 家庭功能與堅韌度亦會影響照顧者的身心健康, 照顧者獲得的情感支持越多, 憂鬱症狀越少 (Huang et al., 2009)。其中由配偶或子女提供的精神支持更能減少照顧者的憂鬱程度以及提升對生活的滿意度。家庭功能的溝通和角色功能出現問題時, 照顧者的憂鬱程度顯著增加 (Au et al., 2009; Osman et al., 2010)。

(四) 因應策略

因應策略則是照顧者為降低或消除壓力所帶來的傷害與威脅, 運用改變情境或直接處理的方式來調整個體因壓力所引起的不適。從研究發現, 因應策略與憂鬱程度有顯著相關, 也可以預測憂鬱程度。照顧者採取正向因應策略, 其憂鬱程度較低 (Chronister et al., 2010; Papastavrou et al., 2011)。情感取向的因應中介照顧需求和憂鬱程度之間的關係, 以及角色緊張 (次級壓力源) 和憂鬱程度之間的關係 (Demirtepe-Sayg & Bozo, 2011)。因應策略中介患者問題行為和憂鬱程度之間的關係 (Liu et al., 2012), 並且也中介照顧負荷對憂鬱程度的影響 (Papastavrou et al., 2011)。

第三節 照顧者的家庭功能與壓力因應歷程之關係

一、家庭功能的概念

「家庭功能」是指在家庭系統下, 所有成員共同運作的歷程與結果, 透過整合家庭成員的能力及資源, 得以處理並解決日常生活中所遭遇的問題, 協助成員達到正常的發展與生活適應, 以維持一個完整的家庭系統 (Walsh, 2011)。Olson 與 Gorall (2011) 認為家庭功能包括的變項為溝通型態、傳統、明確的角色和界線、融洽度、彈性、適應力和復原力。當家庭經歷壓力、創傷事件或重大改變時, 整個家庭系統必須調適並改變其運作方式。當家中有成員出現健康危機時, 整個家庭系統會因此而改變, 家庭成員會運用以往或新的調適方法來因應, 使家庭系統重新恢復平衡狀態, 以達成家庭發展的目標, 此時家庭成員整體的互動與問題解決能力就很重要。

在家庭功能的相關研究中，以環繞模式與 McMaster 模式應用最為廣泛。Olson、Sprenkle 與 Russell 於 1989 年整合家庭系統與家庭治療觀點發展的環繞模式（Circumplex model of marital and family system），主張家庭系統中的凝聚力、適應力與溝通是家庭功能的三個重要向度（Olson & Gorall, 2011）。Epstein、Bishop 及 Levin 於 1978 年提出以系統理論為觀點的 McMaster 模式，認為家庭是一個動態的系統，探討家庭系統思維中的家庭結構、家庭組織與家庭動力間的交互作用，以及家庭成員如何利用問題解決模式來處理問題及達成任務（Epstein, Ryan, Bishop, Miller, & Keitner, 2011）。許多研究是應用 McMaster 模式探討家庭功能，此模式是探討家庭系統思維內涵中的家庭結構、家庭組織與家庭動態系統中的交互作用，必要的家庭任務是否有被執行與完成，家庭成員如果能夠發展健康的社會、心理、生物成長，那麼就被認為是功能良好的家庭（Rodríguez-Sánchez et al., 2011）。家庭功能涵蓋六個層面，包括：1.問題解決能力：是指家庭是否有能力處理家庭問題以維持家庭功能的運作。2.溝通方式：指家庭成員間訊息傳遞與接收的情形，家庭是否有能力以清晰且直接的溝通交流使成員能相互了解。3.角色：是指家庭成員所擔負的責任與任務，以維持與管理有效的系統運作，亦即家庭是否能清楚、公平地將角色任務分派給各個家庭成員，而成員是否確實執行，為自己的任務負責，並且相互給予支持與提供資源。4.情感反應：指家庭成員是否能夠對事件或情境有適當的質與量的情感表達。包括正向情感，如溫暖、感動、快樂；另一類為負向情感，如恐懼、害怕、憤怒等等。這些情感反應的質與量是否合於情境的需求等都會影響家庭功能的運作。5.情感投入：是指對家人的興趣、活動所投入的程度，意指家庭成員對整個家庭的參與、認同及關心程度。6.行為控制：指家庭對其成員行為的標準要求與行為規定，過度僵化或放任及混亂的行為控制都不是良好的運作方式（Epstein et al., 2011）。

綜合上述，大部分學者對於家庭功能的觀點，大多將家庭看成一個團體或系統，透過評估個人和整個家庭成員之間的互動關係，能夠了解個人在心理層面或行為適應上出現困難的問題。因此本研究將「照顧者的家庭功能」視為在照顧情境下，家庭系統中所有成員共同互動的歷程、特性與結果，透過整合家庭成員的能力及資源，得以處理並解決照顧工作所遭遇的問題，協助照顧者或的足夠的支持與適應。

二、家庭功能與壓力因應歷程之關係

家庭是個體在生命歷程中最具有影響力的人際關係，並且在照顧者壓力過程中扮演重要角色 (Mitrani et al., 2006)。在失智症家庭系統中，家庭互動類型和動力都會影響照顧的結果，無論是不同疾病軌跡的關係模式或家庭動力，在某種程度上，家庭功能可作為照顧和支持之間的調節或中介因素 (Holst & Edberg, 2011)。問題解決能力對於失智症患者的家庭是一項重要功能，包括如何照顧、在何處照顧的決定，以及處理生活中發生變化的能力。家庭成員對於患者是否罹病的認知差異，容易導致就醫決策意見的衝突，亦會影響問題解決的時效性。角色安排則是建立處理實際照顧任務和情感支持的照顧模式；情感參與是家庭系統中成員的情感距離與親密度，其中「關係品質」可視為患者的問題行為和照顧者的照顧角色束縛程度與憂鬱程度之間的中介因素 (Heru, Ryan, & Iqbal, 2004)。學者指出隨著照顧工作持續的時間越久，照顧工作本身的不再是重點，而是在於照顧者如何詮釋照顧者角色，而這個詮釋通常依據照顧者與患者之間的情感程度，以及其他家人給予的支持而定 (Chao & Roth, 2000)。失智症患者複雜的照顧問題，通常需要整個家庭的協助與調適，並且一起對患者健康決策的安排做出決定，此時需要重新省思家庭結構與功能的重組來因應家庭的改變，例如照顧角色如何分配、是否能承擔患者的健康照護、成員對疾病處置的價值觀是否一致、是否有清楚明確的溝通方式。

家庭生態觀點認為家庭是動態而非靜態的實體，家庭的變遷來自生態系統中每一層級之間的交互影響，例如家人生病，家庭中成員的負擔增加，角色及行為模式亦會改變，家庭成員所體驗到的經驗會隨時間及家庭人際網路關係變化而改變。對家庭而言，出現一位失智病患，可說是一個重大衝擊，家人們不但要迎接接踵而來長期的醫療需求，同時因為此疾病症狀的特殊性，除了失智者本身因腦部病變而造成認知功能持續退化，其生活功能及許多照顧者困擾的行為與情緒，將使其照顧者倍感辛勞，整個家庭的運作與生活方式都會受到影響。Mitrani 等學者 (2006) 指出家庭結構影響家庭成員在多重面向的互動方式，例如處理事務的意見分歧，親密關係以及角色分配。家庭結構的問題是個別家庭成員發生危機的根本原因，家庭結構出現問題，代表家庭無法調適不斷變化的情境。當家庭面對失智症等干擾行為之壓力源時，要能適應家庭成員的需求不斷變化，從而保護家庭成員不會遭受負面的衝擊，或者無法調適並暴露家庭成員易受傷害的風險。

情緒支持被認為是增進照顧者健康關鍵的因素之一，家庭的支持也較其他社會支持更為重要 (Shirai, Silverberg, & Baete, 2009)。對於失智症家庭照顧者而言，照顧工作往往佔據了他們的生活，使其逐漸失去家庭和朋友的支持，尤其是亞洲文化常認為照顧長輩是理所當然的責任，家庭中較不會討論有關照顧工作的議題，故亞洲家庭照顧者較缺乏來自家庭的情緒支持 (Torti, Gwyther, Reed, Friedman, & Schulman, 2004)。當家人罹病需要照顧時，家庭成員提供的支持程度，會影響家庭在面對成員罹患疾病的適應經驗，家庭互動型態和家庭動力亦會影響失智症患者以及家庭和諧 (Podgorski & King, 2009)。研究亦發現來自家庭提供的情緒性支持是照顧者正向感受的重要資源 (Holst & Edberg, 2011; Shirai et al., 2009)，當家庭成員彼此互相扶持，家人給予鼓勵和感謝，與病患的感情也更加緊密，並且可以提升照顧者的控制感。對於亞洲失智症家庭照顧者來說，來自配偶和小孩的情緒性支持將有助於提高照顧者的生活滿意度和降低憂鬱程度 (Chan, 2010)；反之，若照顧者獲得的家庭支持不足，或是未符合預期時，照顧者將會有較差的心理健康和更沉重的負荷感受 (Tew et al., 2010)。Qualls (2000) 認為如果家庭凝聚力較低、家庭界線過於僵化、距離遙遠或敵對的家庭氣氛、缺乏清晰的溝通時，患者本身對疾病的反應會更差，例如，當失智症患者察覺到照顧者變得更加疏遠或是家庭互動不佳時，可能加重患者問題行為的發生頻率與嚴重性，增加焦慮、情緒激躁、偏執等情形。當家庭功能中的溝通和角色功能不佳時，照顧者負荷程度較高，憂鬱程度亦顯著增加 (Heru et al., 2004; Mitrani et al., 2006; Osman et al., 2010; Tremont et al., 2006)。

在疾病所帶來的壓力情境下，家庭功能及家庭成員使用的因應策略都是協助調適的關鍵因素，Lutz、Barakat、Smith-Whitley 與 Ohene-Frempong (2004) 針對鐮刀型貧血幼童的研究發現，家庭功能與家庭成員所採用的因應方式或策略有關，家庭功能較佳的家庭，家庭成員採用主動且有結構的因應方式；家庭功能較差或僵化壓迫的家庭，其成員所採用的因應方式則較適應不良或逃避型因應。家庭互動的關係品質會影響照顧評價，對家庭關係滿意度較高的照顧者比滿意度較低者，表現出明顯較少的負荷感受、對於患者記憶和問題行為的反應較少、更好的問題解決能力、以及更有效的溝通。研究者應用結構性家庭理論證實家庭互動模式與照顧者負荷的相關性，表示家庭親密度和解決衝突能力有助於緩解照顧者的困擾 (Mitrani, Feaster, McCabe, Czaja, & Szapocznik, 2005)。當照顧者的家庭功能較差

時則會有較高的壓力和負荷 (Chiou et al., 2009; Mitrani et al., 2006; Shieh, Tung, & Liang, 2012) 憂鬱症狀 (Epstein-Lubow, Beevers, Bishop, & Miller, 2009; Mitrani et al., 2006) 和較低的生活品質 (Rodríguez-Sánchez et al., 2011)。Chiou 等 (2009) 探討慢性病患家庭功能和照顧者評價的相關性研究發現，家庭功能反映在情感反應、問題解決和溝通的面向，對角色和情感投入造成影響，家庭功能較差的照顧者有較大的壓力和負荷；當家庭功能中的問題解決能力越佳與角色功能區分越清楚，照顧者的工作量也較少，且較會採用有效的因應策略，照顧負荷也隨之減輕，而且家庭功能也影響到主要照顧者對病患所提供的照護品質 (林, 2003)。研究顯示，即使配偶和成年子女認為照顧回報多於負荷的情況下，家庭功能較差的照顧者其壓力和負荷感受仍然較高 (Heru et al., 2004)。

另外，家庭功能也會影響照顧者生理與心理社會層面的健康狀況、憂鬱程度與生活品質 (蕭、邱, 2011; Epstein-Lubow et al., 2009; Rodríguez-Sánchez et al., 2011)。研究發現家庭功能可以預測中風照顧者的憂鬱程度，中風照顧者憂鬱程度的比率大約介於 34-52%，與失智症照顧者的憂鬱患病率相似，而且中風後家庭成員之間的溝通和問題解決模式的衝突，會導致家庭功能惡化，增加患者和照顧者均罹患憂鬱症的風險 (Epstein-Lubow et al., 2009)。Chien & Lee (2011) 執行 5 個月家庭支持計畫的隨機控制試驗，結果發現強化照顧者家庭支持與社交網絡、提供專業照顧訓練增強照顧者技能的支持性方案，確實能有效促進照顧品質、減少機構式照顧、改善照顧者的生活品質與負荷程度。

Chan (2010) 指出中國傳統文化認為家庭是基本和最重要的生活單位，區分家人和外人，家庭秘密僅限於內部成員，認為家中有失智症患者是件不甚光彩的事情，不願透露讓外人知道，阻礙了家庭照顧者與家人以外的第三者討論困難，甚至阻礙尋求外界幫助的機會。另一個阻礙家庭尋求幫助的因素，是害怕失智症患者被貼上社會汙名化的「精神病」標籤，此時家庭內在的支持系統與功能對於照顧者就相當重要。Gilbert 等 (2007) 提到家庭對於精神疾患的羞辱感和汙名化，造成照顧者不願意向專業人員分享照顧的問題，也不願意使用健康服務。因此專業人員應瞭解照顧者由社會文化塑造的獨特價值觀，以協助照顧者獲得較佳的因應方式。由以上文獻得知家庭功能是很好的指標，比社會支持的評估更能敏感的偵

測對照顧者壓力因應歷程的影響，家庭成員是否能共同處理患者的照顧問題，以及是否需要更多的支持和介入。綜觀國內外文獻，許多研究多是分別探討家庭功能與壓力因應的關係、或是家庭功能對憂鬱的影響，而同時探討照顧者的壓力因應歷程對家庭功能與憂鬱之間影響的研究仍較少。因此，本研究將瞭解失智症家庭系統的運作，以瞭解對照顧者壓力因應歷程與憂鬱的影響。

第四節 照顧者的負向照顧評價與壓力因應歷程之關係

一、照顧者的負向照顧評價

Lawton 等學者（1989）認為照顧評價是多層面、主觀的反應，且是一個動態的過程，是照顧者對照顧結果及照顧意義的自我判斷過程，涵蓋了對照顧的認知和情感層面的評價，對潛在壓力源和個人應變能力的再評價，以及評估環境的潛在壓力對於個人的意義或重要性（蕭、邱，2011；Folkman, 2008；Hilgeman et al., 2007；Lee & Singh, 2010）。「負向照顧評價」是指照顧者感到負荷、困難、緊張與壓力（Hunt, 2003）。Sanders（2005）提出的雙向照顧模式將照顧工作視為照顧者和患者之間相互滿足需求的過程，此模式說明了為何有些照顧者比其他人能更好地適應照顧角色。Given 等學者（1992）發展照顧者反應評估量表（Caregiver Reaction Assessment, CRA）涵括對照顧工作正向與負向的評價，量表內容呈現出照顧者慢性或反覆的壓力、角色的期待、可見和感受的照顧成本，以及照顧者和環境之間相互作用的過程。

照顧者對照顧工作的負向評價包括負荷感受、日常照顧干擾以及行為干擾。負荷感受是因為對病情變化未知的擔憂或焦慮；日常照顧干擾是因為照顧者提供患者日常生活活動，如洗澡、進食、購物、財務處理等日常事務的協助時所經歷的主觀壓力經驗；行為干擾則是照顧者經歷到患者記憶障礙、破壞性和負面情緒等引發的問題行為（Hilgeman et al., 2007），例如一直重複詢問相同的問題、遺失東西、攻擊他人、做些令人困窘尷尬的事情、不自主地哭泣等。Pinquart 和 Sörensen（2006）發現，與提供日常任務的協助相比較，問題行為是失智症照顧者壓力最

強的來源。另外，有學者將失智症照顧者經歷的負荷分為三個層面，即客觀、主觀與行為管理的負荷。客觀負荷被描述為實際的問題，包括財務支出增加、家庭關係受到干擾、協助身體照護的需要量、影響家庭成員的社交或休閒生活、身體健康狀況的負向影響 (Schulz & Sherwood, 2008; Shah et al., 2010)。照顧者的客觀負荷與照顧時間、症狀嚴重程度和照顧量有關，並且受到照顧者與患者之間關係品質的影響；主觀負荷是因為感受到客觀負荷而引起的心理反應，包括憤怒、擔心、內疚感與失落 (Wong et al., 2008)。行為管理的負荷則是照顧者面對患者干擾行為產生的壓力、焦慮、尷尬、挫折或無力感，甚至會因為無法控制或有效處理患者的問題行為而導致無意識的敵意和憤怒。

二、照顧者的負向照顧評價與壓力因應歷程之關係

負向評價的壓力可能導致照顧者無力繼續照顧病患，照顧者的社會功能隨之改變 (Hunt, 2003)，反應在照顧者感覺到情緒的困窘、過度負荷感、束縛感、憎恨感以及被隔離感，代表心理痛苦、焦慮、憂鬱、士氣低落的主觀感受，以及因為照顧工作失去個人自由的失落感 (Chronister et al., 2010)。對照顧工作不同的評價，對於照顧的付出也會不同，亦間接影響到照顧品質 (Carbonneau et al., 2010)。蔡、張、陸與曹 (2007) 研究顯示配偶擔任照顧者時，照顧的負荷與衝突較少，其生活滿意度及親密感較好，可能是因為年紀較大者生活模式較簡單，生活壓力源相對減少，故負向照顧評價較低；較年輕或是成年子女擔任照顧者時，較常感受到缺乏家庭支持、時間安排之干擾、被迫放棄假期或嗜好或是家庭關係被破壞、多重家庭角色的衝突，因此負向的感受較多 (Chiou et al., 2009; Jaisri, 2014; Makizako et al., 2009; Podgorski & King, 2009; Rodríguez-Sánchez et al., 2011; Tremont, 2011; Yeh & Bull, 2012; Shah et al., 2010)。

Chiou 等學者 (2009) 認為家庭功能較佳，可滿足成員的生理、心理、社會需求及健康照顧，照顧者較少出現負向照顧評價；缺乏家庭支持者，較容易產生焦慮、憂鬱及緊張。另外蕭、邱 (2011) 研究發現健康狀況、與病患的感情以及家庭功能是照顧評價最重要的預測因子：當照顧者自覺健康狀況不佳、經濟狀況差、無他人分擔照顧工作、被迫放棄原本的工作時，感受到的壓力較大，容易出現負

向的照顧評價；而照顧者認為得到的支持越多以及對支持越滿意時，其正向的情緒表現與生活滿意度也越高、負向的壓力感受越低，並且在迴歸分析中亦是重要的預測變項 (Fitzell & Pakenham, 2010)。與負荷最重要的相關因素是失智症患者的問題行為、感受到照顧者角色是一種威脅、感受到工具性支持未被滿足，以及照顧者的健康功能狀態和自我效能 (Van Den Wijngaart, Vernooij-Dassen, & Felling, 2007)。照顧者憂鬱和焦慮、失智患者記憶和行為問題頻率、日常生活活動能力，家庭功能等因素均與照顧者負荷顯著相關 (Huang, Lee, Liao, Wang, & Lai, 2012a; Tremont et al., 2006; Wong et al., 2008)。Bolden 與 Wicks (2010) 研究結果顯示家庭收入、需承擔其他家庭責任、獲得的支持與照顧年數均與照顧者負荷有關。

文化可用於解釋個人照顧經驗和賦予意義的架構 (Chan, 2010)。研究證實照顧評價有文化與種族的差異，例如中國和菲律賓裔的子女照顧者表示，雖然照顧者面臨多重壓力，受到多重角色需求的挑戰，但是他們仍然認為照顧工作是感謝父母曾經養育他們的回饋，他們對傳統孝道價值觀的承諾，尊重互惠影響了他們如何因應壓力和健康的結果，其焦慮和憂鬱程度較少，甚至認為接受家庭以外的社區資源協助，被視為對父母的侮辱與不孝，僅作為最後不得已的選項 (Jones, Winslow, Lee, Burns, & Zhang, 2011; Shah et al., 2010)。

照顧負荷與照顧者的性別、年齡、人格特質、照顧時間、家庭關係、支持系統 (蕭、邱, 2011; Campbell et al., 2008; Carbonneau et al., 2010; Shirai et al., 2009) 以及失智嚴重度、患者的問題行為 (鄭, 2005; 蕭、邱, 2011; Campbell et al., 2008; Steadman, Tremont, & Davis, 2007) 有關。另外，與患者關係的滿意度也是照顧者負荷的重要因素，影響照顧者執行照顧角色的方式 (蕭、邱, 2011)。Steadman 等 (2007) 的研究發現照顧者對之前關係的滿意度與照顧負荷呈顯著負相關，對之前關係較滿意的照顧者表現出較低的負荷、對患者記憶和問題行為的反應較少、解決問題的技巧較好以及較有效的溝通能力。

第五節 照顧者的自我效能與壓力因應歷程之關係

一、自我效能的概念

自我效能 (self-efficacy) 的概念是緣自於 Bandura 的社會認知理論，此理論融合了行為學派與認知理論的觀點，認為個人在社會情境中，其「行為表現」、「個人因素」、和「環境因素」三者是彼此交互影響。Bandura 最重視的就是「自我效能」，認為自我效能是個人感覺、思考、動機、行為與認知因素的決定因子，代表個人有能力處理問題、執行特定行為的信心，並且受到環境、經驗、說服，或是壓力導致身心狀態的影響 (Khan, Pallant, & Brand, 2007)。Bandura (1997) 認為當個體面對外在環境時，會產生兩方面的評價，一方面是衡量自己是否有足夠的能力表現出對環境所要求的行為即效能預期 (efficacy expectations)，另一方面則是判斷採取因應行為後是否能有良好的結果，即結果預期 (outcome expectations)，前者包含評估個人的能力和力量，亦為自我效能 (self efficacy)，當自我效能高者，通常會有較佳的健康結果，且高自我效能的預期會使個體減輕負向情緒而產生較佳的行動，低的自我效能感則易產生逃避、防禦和焦慮等現象。自我效能決定因應行為是否將被啟動、將花費多少努力、以及如何持續長期的努力面對障礙、並且會影響情緒擾和憂鬱程度 (Bandura, 1997)。

自我效能是個人在面臨各種情境時能夠產生特定行為的自信能力，亦是個人評估可以處理該壓力事件或完成某項工作所具有的能力或信心，因此自我效能提供壓力因應的內在資源 (Bandura, 2001; Gallagher et al., 2011)。鐘 (2005) 認為自我效能是強調個人認為自己「能做什麼」，而非「擁有什麼」，若個人對自我效能或成功的自信心越高，相對表示他願意付出的努力也越大且越持久 (Nicholls, Polman, Levy, & Borkoles, 2010)。自我效能改變時，個體的行為表現也會跟著改變，若個人的自我效能感高且對自己的表現不滿意時，之後會付出更多的努力來改善完成；但是當自我效能感低且對表現不滿意時，之後的努力程度便隨之降低。自我效能也代表著某種程度的控制感，影響人們因應壓力的能力，自我效能高的人會採取較樂觀的態度來看待他們的能力，比自我效能感低的人更能處理壓力和困境 (Bandura, 2001)。

二、照顧者自我效能與壓力因應歷程之關係

健康照護行為的產生與自我效能有某種程度的相關，自我效能可以激發行為的產生，是行為的動力來源。許多學者強調自我效能對個人健康行為的重要性，過去研究大多探討糖尿病、精神疾患、心臟病等慢性疾病患者的自我效能對疾病控制或自我照顧的影響，較少針對照顧者的自我效能進行研究；但對於日漸需要依賴他人協助的失智症患者而言，照顧者處理患者日常照護的能力與自我效能就格外重要。Bandura 強調「特殊性的自我效能」(specific self-efficacy)，認為自我效能是在特定範疇 (domain-specific) 和特定脈絡之下運作的，個體會針對特定情境或特定任務進行自我效能的判斷，會因為情境與個人內在因素而有所不同，是屬於特殊情境的構念 (Bandura, 2001)，因此在測量自我效能時，必須全面地了解個體所處的特定情境為何。Pinquart 與 Sörensen (2006) 指出照顧的自我效能是指照顧者有把握處理病患特定照顧問題的信心程度。自我效能可用來解釋家庭照顧者處理照顧需求和評價照顧情況的能力 (Au et al., 2010; Gallagher et al., 2011; Semiatin & O'Connor, 2012)。自我效能亦是對壓力源的情緒和行為反應的重要決定因素 (Bandura, 1997)。

Steffen 等 (2002) 強調自我效能多面向的概念，認為它不是一個單一實體，而是依據活動面向、任務需求和情境特徵而有所不同。因此，將失智症照顧者的自我效能概念化為執行不同照顧活動能力的信念，包括獲得喘息的自我效能、回應病患干擾行為的自我效能和控制沮喪想法的自我效能。此三種類型的自我效能顯示與失智症照顧者的痛苦有關，例如回應病患干擾行為的自我效能能夠獨立預測失智症照顧者的憂鬱程度，並在壓力歷程模式中扮演部分中介的角色 (Gallagher et al., 2011)。回應病患干擾行為和控制沮喪想法的自我效能與降低照顧者負荷或減少不良健康行為有顯著相關，可以中介或調節壓力源與負向結果之間的關聯 (Au et al., 2009; Rabinowitz, Mausbach, & Gallagher-Thompson, 2009)，控制沮喪想法的自我效能可調節壓力源與正向獲益之間的關係 (Cheng, Lam, Kwok, Ng, & Fung, 2013)。

Nolan、Ingram 和 Watson (2002) 認為自我效能的信念影響個人對壓力的評估以及因應行為的選擇和持續性，也會直接影響照顧者和患者之間的關係品質。自

我效能較低者對於處理病患的日常照顧越沒有信心，容易產生逃避、焦慮不安、拒絕嘗試新挑戰等負向情緒，照顧負荷就越嚴重；而自我效能較高者在遭逢困境時較能主動尋求問題解決，有助於提升個人的因應能力以及減輕照顧負荷(蕭等，2007；Wu & Tang, 2009)，其憂鬱或負向情緒較低、生活品質較好(Au et al., 2009；Carbonneau et al., 2010)。Rabinowitz 等學者(2009)研究發現，處理問題行為的自我效能可調節患者問題行為和照顧者憂鬱程度之間的關係；即使患者出現高頻率的干擾行為，但照顧者處理問題行為的自我效能較高時，仍然較少出現憂鬱症狀。處理問題行為的自我效能與照顧者負荷呈負相關，可促進情緒的穩定、減少負向的情緒結果(Au et al., 2010；Cheng et al., 2013；Gallagher et al., 2011；Rabinowitz et al., 2009)。簡、吳、吳(2016)認為自我效能感與因應策略兩者之間有著密切的關聯，當個體面對壓力源帶來的威脅時，會有意識或無意識地審視自己所擁有的各種資源，並據此挑選最能成功因應壓力源的行為。

自我效能是照顧經驗的一個決定性因素，可以透過賦予意義，加強照顧的正向層面，提高照顧者有能力完成角色的信心。在日常生活中有意義事件的發生、與患者的關係品質，以及成就感，都可促成日常照顧經驗中意義的發展(Carbonneau et al., 2010)。當主要照顧者自我效能較高時，執行照護的意願與態度越正向(Shirai et al., 2009)，透過自我效能的增強和後續行為的改善，可協助照顧者持續付出，並且調適慢性壓力。Pinquart 和 Sorensen(2006)指出，自我效能影響照顧者處理危機的能力，幫助照顧者執行自己的角色，並維持他們的參與。在 Sanders(2005)的質性研究結果中發現，照顧者的自我效能可增加對照顧工作的正向感受，因為在照顧責任中讓照顧者有機會確認自己從未發現的能力和技能。失智症照顧者對照顧行為感受到較高的自我效能時，將會提升自我評價因應的有效性與滿意度，包括照顧者自評處理患者記憶和行為問題的有效性、自己有能力執行患者所需照顧的信念(例如完成照顧任務和計劃)，以及有能力與患者維持和諧關係的信念(例如：減少衝突和合作)，並且照顧者負荷感受較低、正向的照顧評價提升、較少出現健康問題、生活品質較佳(Duffy, Oyebode, & Allen, 2012；Rabinowitz et al., 2009；

Romero-Moreno et al., 2011 ; Semiatin & O'Connor, 2012 ; Tang & Li, 2008)。Van Den Wijngaart 等學者 (2007) 針對 95 位失智症配偶進行研究，結果顯示自我效能與問題取向的因應策略呈現正相關，表示自我效能較高的照顧者越會採取問題取向的因應策略。Au 等學者 (2009) 的研究顯示自我效能與憂鬱程度呈現顯著負相關，驗證照顧者自我效能可做為社會支持與憂鬱程度之間的中介變項，並且支持 Bandura 認為效能信念不只可以控制行為，亦具有認知與情緒的調節作用。此外，介入性研究也證實，加強照顧者的自我效能可以顯著改善憂鬱程度 (Fortinsky et al., 2009 ; Parker, Mills, & Abbey, 2008)。因此加強照顧者自我效能，不僅能有效處理患者的照顧問題，亦可減緩長期照顧的身心壓力、強化持續照顧的動機。

第六節 照顧者的因應策略與壓力因應歷程之關係

因應是一種調節壓力反應的重要因子，是為了疏解壓力而在認知、情緒和行為上所採取心理及行為的反應，尤其在面對照顧困境與挑戰所伴隨的情緒問題，若能採取適切的因應方式，將有助於解決問題。本節分別從因應的概念、因應策略的類型與相關研究加以探討。

一、因應的概念

Lazarus 與 Folkman (1984) 認為因應是一種動態的歷程，涵蓋認知、行動、評價與再行動等步驟，是壓力事件開始發展後，因應想法 (coping thought) 和因應行為 (coping behavior) 的改變，並將因應定義為：「當個體與環境互動過程中，面對超出個人能力範圍或本身資源的內外需求及衝突時，持續改變認知與行為，以處理要求所做的努力」。因應可用於事先預防或是事後處理問題，尤其是當個體認知察覺衝突的情況時，企圖去採取策略來緩和衝突的心理歷程。Di Mattei 等學者 (2008) 定義因應是：「個體在面臨生活壓力事件和衝突時，藉由改變認知或行為，去掌控、克服、忍受和減少壓力所帶來身、心衝擊或影響」。張 (2006) 定義因應是指個體遭遇困難或是心理挫折時，個人嘗試採用不同策略以克服困難或化

解挫折的心理與行動歷程。而因應策略(coping stratage)與因應方式(coping style)同義，包括思想與行動，是有目的的意識行為，用以解決困難及減低焦慮。

Lazarus 認為因應是一種不斷認知改變和行為努力的歷程，其壓力因應互動模式強調壓力與因應的認知評估過程。強調因應是個人主觀知覺以及對壓力事件的解釋，具有兩大功能：(一) 改變壓力或危機的情境：可以藉由改變情境本身或改變個人對壓力環境的反應而達成，此類功能稱之為改變的功能 (change function)；(二) 管理壓力或危機的情境：個人嘗試去控制或管理思想、情緒或生理反應，而不以任何方法去改變情境，稱之為管理的功能 (management function)。因應行為會隨著情境的不同呈現動態性的變化，這些歷程並非是完全直線的順序，任何一個歷程的結果會改變前進的順序，造成重複地循環，例如經評估為威脅的壓力，而個體採取有效的因應策略，因此改變了人與環境的關係 (person-environment relationship)，這樣的改變使個體有了新的評價，而又產生新的因應方式，如此循環下去。若因應的努力無效時，將產生不良之適應結果，如此一來，會減損個人的因應資源，相對地增加對壓力的易受傷害性 (vulnerability)，進而引起個人生活上更多的壓力事件 (Folkman et al., 1986)。

在因應的觀察和測量上，關心的是個人在面對某特定情境時，真正的所思所為，而不是一般情境時慣常的所思所為。因此，在因應的研究議題上，應著重情境的特殊性，必須先瞭解個人所要因應的情境是什麼，才能做因應的評估。Lazarus 和 Folkman 將因應區分為：問題焦點 (problem--focused) 及情緒取向 (emotional-focused)，個體在面對壓力事件會同時交互運用這兩類因應方式，如果能有效因應壓力，短期可調節情緒反應、減少心理壓力，長期則可改善個人的健康狀況，並可提升社會功能。「問題取向」的因應是以改變造成困擾的問題或情境為主，著重改變個體與環境的關係，藉由行動直接處理問題，改變環境中的壓力來源以排除或緩解威脅，主要目的是減少因為壓力源引起情緒反應的影響，對於心理健康也有長期正向的效益 (Huang, Sun, Yen, & Fu, 2008；Pearlin, Mullan,

Semple, & Skaff, 1990 ; Roelands, Oost, & Depoorter, 2008)。問題取向的因應策略包括積極主動處理問題、設法消除壓力情境、對問題或情境進行分析、找出最有利的狀況、增加能力或資源、向專家或親友尋求支援或建議等方式。而「情緒取向」的因應則是以對事件直接的情緒反應為主，改變對壓力情境原本的認知評價，著重減輕或降低壓力事件對個體情緒的衝擊，運用心理防衛機轉，調整壓力事件對情緒所造成的影響，達成主觀認知的改變，但客觀的環境與現實問題並未改變 (Barbosaa et al., 2011 ; Di Mattei et al., 2008)。情緒取向的因應策略包括讓自己和壓力情境隔離，拒絕承認問題的存在，出現努力壓抑、向其他人訴苦、讓自己轉移焦點、消極認命、自我放棄或是暴飲暴食、大吼大叫等肢體或語言的發洩。Nolan、Keady 與 Grant (1995) 發展照顧者壓力因應的評估量表，將照顧者的壓力因應策略區分為問題解決因應策略：解決問題或是直接採取行動，以處理或緩減照顧的壓力事件；改變認知因應策略：屬於情緒取向的因應方式，在情緒-認知層次努力改變個體如何看待壓力事件；處理壓力結果因應策略：當個體認為壓力事件不能直接處理或無法重新評估時，以避開壓力情境或防衛性方式處理。研究指出，解決問題和改變認知因應策略與處理壓力結果因應相比，較能帶給照顧者更大的幫助，並且照顧者通常傾向於使用多重合併的因應策略來面對逆境 (Barbosa et al., 2011 ; Figueiredo, Gabriel, Jácome, & Marques, 2014)。

Lazarus和Folkman (1984) 認為當個體相信自己具備足夠資源以應付壓力情境，或環境要求是可以改變時，個體就會傾向採取問題焦點的因應方式以處理壓力源所帶來的問題。若個體認為無法採取任何行動改變壓力情境時，便傾向採取情緒問題焦點因應方式，著重負向情緒的緩解，透過認知或行為去控制由壓力情境所引發的情緒反應，而非直接去改變客觀的情境。一項針對運動員的研究結果顯示，自我效能愈高者，愈傾向採用較多的問題取向壓力因應策略 (Nicholls et al., 2010)。

二、照顧者的因應策略與壓力因應歷程之關係

在照顧者的研究中，因應通常被視為重要的中介因素，使用因應策略的差異可以解釋，為什麼照顧者面對相似的照顧問題但呈現不相等的傷害，為什麼有些照顧者的處境似乎比別人好，但他們的生活情況可能更不容易，個人採用哪一種因應策略的動機與資源的可利用性有關（Pearlin et al., 1990）。Lazarus 和 Folkman（1984）討論家庭成員在照顧情境中使用的因應策略，會運用來自家庭內部和外部的因應資源，內部的因應資源為家人支持以及照顧管理的知識，社會網絡支持或正式可用的資源被劃分為家庭的外部資源。家庭成員的因應經驗往往影響照顧負荷的感受以及生活品質，照顧者與家庭成員和患者之間的正向關係可以減輕照顧負荷，由家庭接收的任何支持，可增加因應策略的有效程度，能緩解負荷感受的壓力（Magliano, Fiorillo, De Rosa, & Malangone, 2005）。Papastavrou 等學者（2007）對家庭照顧者負荷做的研究結果，照顧負荷較高的家庭成員傾向於採用情感取向的策略，例如逃避策略，如果沒有結合問題取向的策略，往往與高負荷感受有關。Chadda, Singh, & Ganguly（2007）探討精神疾患的照顧者使用因應策略與負荷之間的關係，結果顯示照顧者較常使用問題解決與尋求社會支持因應策略，較少使用逃避式的因應策略，並且觀察到照顧者負荷程度與尋求社會支持、逃避式因應策略呈現顯著正相關，意味著越常使用逃避式因應及尋求社會支持策略的照顧者，其感受到的負荷程度越高。Ekwall 與 Hallberg（2007）指出對照顧工作越滿意的照顧者，越常使用問題解決因應策略。

因應的有效性對照顧者心理健康和負向情緒有顯著的影響，有效的使用因應策略可以減少負荷並達到家庭的穩定，足夠的資源能減少負荷的感受並且促進家庭的調適，研究顯示家庭負擔和因應策略是家庭調適的主要預測因素（Van Der Voort, Goosen, & Van Der Bijl, 2007）。有使用因應策略的照顧者，會經驗到較少的負荷、感覺健康較佳以及感到安適（Andren & Elmstahl, 2007; Di Mattei et al., 2008; Papastavrou et al., 2007）。研究者認為照顧者採用因應策略類型與性別及文化的差

異有關，女性使用更多情感取向的策略，如祈禱疾病消失、沒有尋求支持的積極行動、悲傷和一廂情願的想法等；而男性使用較多問題取向的策略，包括尋求資訊和社會支持，其照顧負荷也較少（Baker & Robertson, 2008；Ekwall & Hallberg, 2007；Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2007；Nolan et al., 2002；Papastavrou et al., 2007）。使用問題取向的策略能有較好的情緒調適，較能有效解除壓力；使用情感取向因應策略的照顧者，情緒的調適能力較差，且負荷較嚴重（Roelands et al., 2008）；但也有研究者認為短時間內採取情感取向的因應策略較有效，因為若壓力情境無法改變時，人們會先調適自己的情緒，然後才有能力解決問題（Cooper, Katona, Orrell, & Livingston, 2008；Yeung, Lui, Ross, & Murrells, 2007）。被動的因應方式與負荷較高有關，使用逃避型的因應策略顯示有更多的憂鬱症狀和人際衝突（Shah et al., 2010）。Ekwall 與 Hallberg（2007）對照顧工作越滿意的照顧者越常使用問題解決因應策略。Fitzell 與 Pakenham（2010）針對直腸癌照顧者的壓力因應研究發現，問題解決與逃避的因應策略與照顧者的憂鬱及焦慮達到顯著正相關。

在一項以照顧者壓力模式預測白血病患童母親的憂鬱程度之研究中，問題取向的因應策略與憂鬱程度呈現顯著負相關；而情感取向的因應策略與憂鬱程度則呈現顯著正相關，其中情感取向的因應策略是壓力源與憂鬱程度之間的間接影響因素（Demirtepe-Sayg & Bozo, 2011）。但是，根據 Cooper 等學者（2008）針對失智症患者家屬追蹤一年的縱貫性研究發現，情感取向和問題取向的因應策略均與照顧者負荷及更差的健康狀況呈顯著正相關，使用較少的情感取向策略和較多的問題取向策略，可中介一年後照顧者負荷和焦慮之間的關係。在適配的結構方程模型中，使用較少的情感取向策略，能預測較高的心理疾病發病率，使用情感取向策略似乎可以保護照顧者一年後的焦慮降低；而使用問題取向的策略與高度焦慮感有顯著正相關，並且增加一年後的焦慮情形，作者解釋原因可能是較焦慮的照顧者，比較會主動尋找資訊，較常使用問題取向的策略；而使用情感取向的因應策略，因為照顧者有機會發洩負向情緒，似乎能減輕焦慮程度。因此照顧者有無使用因應策略、傾向使用哪種因應策略，對其適應照顧歷程都有很大的影響，

若使用良好的因應策略，則會有較良好的適應；若使用功能不良的因應，可能會產生不良的健康影響。

Chien 與 Lee (2011) 針對香港華人執行失智症家庭照顧計畫的實驗性研究，介入措施計畫包括失智症照護的教育訓練、與其他家人維持良好的支持關係、建立滿意的社會支持網絡、學習如何解決照顧問題、藉由分享獲得情緒支持等，結果顯示持續追蹤 1 年與 1.5 年後，相較於一般照護方式的對照組，接受照顧計畫的實驗組照顧負荷顯著降低、生活品質提高、失智症患者的神經精神症狀明顯改善，並且入住機構的比率較低。顯示加強照顧者處理問題的能力、提高家庭支持的力量，確實能降低照顧負荷並提高生活品質。

另外有些研究顯示，宗教因應對於某些種族的照顧者而言是一個關鍵的策略，參與宗教活動，提供社會融合與支持，具有很強大的影響力，宗教系統的意義和凝聚性可提高健康，參加有組織的宗教活動讓照顧者有機會建立可靠的非正式社會網絡，在有壓力的時候從中獲得支持 (Coon et al., 2004)。非洲裔美國人的照顧者比白人照顧者使用更多的宗教因應和參與宗教活動，並且自訴焦慮較低、健康較好、較少使用精神藥物、對壓力和照顧評價較正向 (Haley et al., 2004)。研究顯示黑人和西班牙裔的照顧者有強烈的家庭義務感，較依靠大家庭的支持。而白人照顧者的傳統照顧角色信念較少 (如照顧家人的責任感)，尋求更多專業人員的幫助，更能接受親人的改變，較常使用問題解決的因應策略，較容易選擇機構式照顧；但是與黑人相比，白人照顧者的照顧熟練感較低，照顧關係滿意度較差，有較多的心理健康問題，例如憂鬱，角色壓力與照顧負荷 (Sander et al., 2007)。

了解照顧者在面對壓力情境可能會採取的因應方式，以及使用因應策略的對照顧者的有效性，可幫助專業人員針對照顧者的不同需求，提出個別性的處遇模式或服務計畫，引導照顧者使用較有效的因應策略，才能有較佳的適應結果。

結論

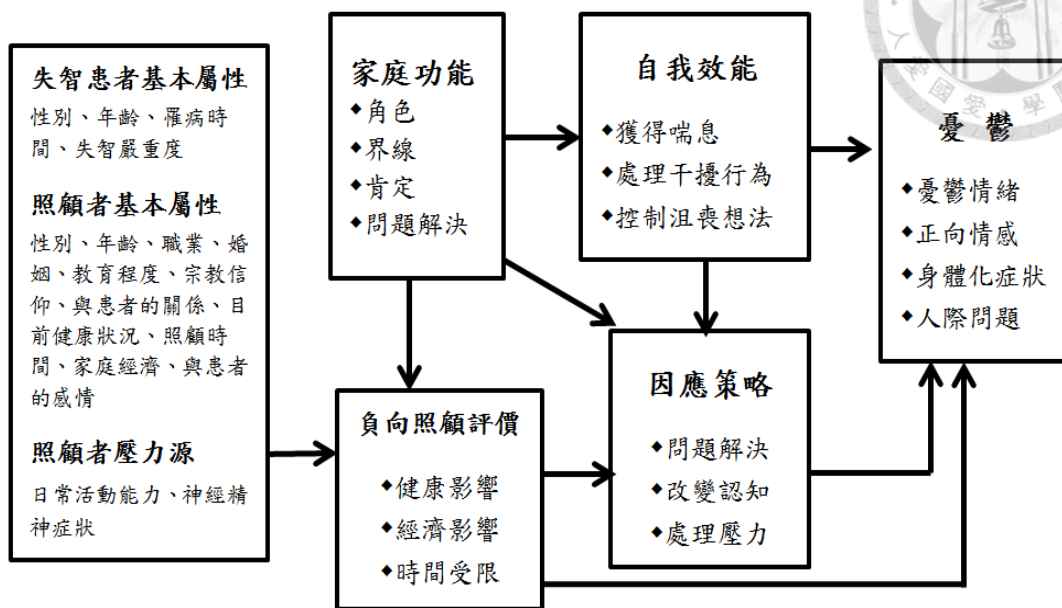
綜合上述的文獻結果，憂鬱是失智症照顧者經常面臨的心理與情緒問題，護理人員在執行失智症患者的照顧時，不能忽略家庭主要照顧者的需求，在漫長的疾病照顧過程中，家庭功能是重要的支持資源，應了解家庭的互動關係與適應狀況，才能及早評估並發現威脅家庭照顧運作的危險因子，而自我效能與因應策略在壓力因應歷程中亦扮演重要的中介角色。因此本研究期望能建構台灣失智症家庭照顧者的壓力因應歷程模式，深入探究失智症家庭主要照顧者在面對照顧工作的壓力源時，如何評估其照顧感受，並且分析照顧者的家庭功能、自我效能與因應策略如何發揮中介作用，對於照顧者的憂鬱程度產生何種影響，冀希研究結果應用於照顧計畫與教育訓練方案，藉由提高自我效能及發展有效的壓力因應策略，增加個人內在資源，適時提供服務資源的介入，有效的處理照顧工作衍生的問題，降低因照顧壓力引發的憂鬱情緒，支持照顧者願意持續執行照顧工作。

第三章 研究方法

根據研究動機及文獻探討之理論基礎建立研究架構，並以結構化問卷作為研究工具，用以驗證各變項間關係。茲將研究架構、研究假設、研究設計、研究場所與對象、研究工具與信效度檢定、倫理考量、資料收集過程及統計分析等部分，各節內容將分述如下。

第一節 研究架構

本研究根據研究目的及文獻查證結果，並且以 Lazarus 與 Folkman (1984) 的壓力因應互動理論為基礎而形成研究架構(圖一)，包含以下研究變項：情境因素包括失智症患者基本屬性(性別、年齡、失智嚴重度、失智類型)與照顧者基本屬性(性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、與患者的親屬關係、每日照顧時數、職業改變狀況、自覺健康狀況、健康改變狀況、照顧病患後每週社交次數、照顧病患月數、與患者罹病前的感情狀況、與患者目前的感情狀況、是否有人輪流照顧病患、是否有聘僱者、自覺經濟狀況)，壓力因應歷程因素包括照顧者的面對「壓力源」(失智症患者日常生活能力依賴程度與神經精神症狀)產生「負向照顧評價」(健康影響、經濟影響、時間限制)；「家庭功能」(問題解決、角色、界線、肯定)會影響「負向照顧評價」、「照顧自我效能」(獲得喘息、回應病患干擾行為與控制沮喪想法的自我效能)、「因應策略」(問題解決因應、改變認知因應、處理壓力因應)；「負向照顧評價」會影響採用「因應策略」的幫助程度以及「憂鬱程度」；「照顧自我效能」會影響採用「因應策略」的幫助程度以及「憂鬱程度」；照顧者採用「因應策略」的幫助程度會影響照顧者的適應結果「憂鬱程度」(憂鬱情緒、人際問題、憂鬱情緒、正向情感)。如下圖一所示，本研究將探索並驗證壓力因應歷程中照顧者的壓力源、負向照顧評價、家庭功能、自我效能與因應策略，對照顧者的憂鬱程度造成何種影響。



圖一 研究架構圖

第二節 研究假設

- 一、失智症照顧者壓力因應歷程模式中的壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略與憂鬱程度等變項，會因為失智患者基本屬性的不同而有差異。
- 二、失智症照顧者壓力因應歷程模式中的壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略與憂鬱程度等變項，會因為照顧者基本屬性的不同而有差異。
- 三、失智症照顧者的壓力源、家庭功能、自我效能、負向照顧評價、因應策略與憂鬱程度之間有顯著相關。
- 四、建構之失智症照顧者壓力因應歷程模式可獲得支持，並能有效解釋主要研究變項之間的關係。

五、照顧者的壓力源對照顧者負向評價有顯著影響；患者神經精神症狀愈嚴重，負向照顧評價愈高。

六、照顧者的家庭功能對其負向照顧評價、照顧自我效能、因應策略有顯著影響。

6-1.照顧者家庭功能愈佳，負向照顧評價愈低。

6-2.照顧者家庭功能愈佳，照顧自我效能愈高。

6-3.照顧者家庭功能愈佳，其因應策略的幫助程度越大。

七、照顧者的負向照顧評價對其因應策略、憂鬱程度有顯著影響。

7-1.照顧者的負向照顧評價愈大，其憂鬱程度愈高。

7-2.照顧者的負向照顧評價愈大，其因應策略的幫助程度愈低。

八、照顧者的自我效能對其因應策略、憂鬱程度有顯著影響。

8-1.照顧者的自我效能愈高，其因應策略的幫助程度越大。

8-2.照顧者的自我效能愈高，其憂鬱程度愈低。

九、照顧者的因應策略對其憂鬱程度有顯著影響；照顧者因應策略幫助程度越大，憂鬱程度愈低。

第三節 名詞定義

一、失智症

概念性定義：根據美國精神症狀診斷手冊第四版（DSM-IV）上的定義，失智症是指是因腦部細胞的逐漸退化或缺損而造成有多重認知功能上的缺損，包含記憶力的缺損、失語症以及功能執行障礙等。

操作性定義：經由神經科或精神科醫師確立診斷，包括阿茲海默型、血管型、額顳葉型、巴金森氏型以及其他類型的失智症。

二、家庭照顧者



概念性定義：負責照顧失智症病患之家人，提供身體、心理以及日常生活等需要的協助和支持。

操作性定義：年滿 20 歲以上，一天內花費最多時間照顧老人，執行直接照顧工作之家庭成員。若家中有其他聘僱人員或家屬協助照顧工作的輪替，則以花費最多時間提供病患照顧的親屬為主，並且至少擔任照顧工作三個月以上。

三、家庭功能

概念性定義：在家庭系統下，所有成員共同運作的歷程與結果，透過整合家庭成員的能力及資源，得以處理並解決日常生活中所遭遇的問題，協助成員達到正常的發展與生活適應，以維持一個完整的家庭系統。

操作性定義：家庭成員共同運作、解決問題，並且滿足失智患者照顧的需要，涵蓋家庭界線、角色、主要照顧者受肯定、問題解決等四個構面。

四、負向照顧評價

概念性定義：照顧者對照顧結果及照顧意義的自我判斷過程，涵蓋對照顧的認知和情感層面的負向評價。

操作性定義：照顧者因照顧工作所經歷到健康狀況惡化、經濟問題、時間受到限制等負向感受。

五、照顧自我效能

概念性定義：照顧者自我評價有能力執行照顧過程的信心程度。

操作性定義：照顧者對處理失智症患者日常生活照顧與問題行為的信心程度，以及對自己情緒狀態的調節效能，包括獲得喘息、回應病人干擾行為以及控制沮喪想法的自我效能三部份。



六、因應策略

概念性定義：在面對壓力情境超出個人所能負荷的傷害、威脅或挑戰時，在認知、行為及情緒上所採取的調適方式。

操作性定義：照顧者在面對照顧工作的壓力時，個人對壓力刺激或情緒上的反應方式，包括採取問題解決、改變對壓力情境的認知以及處理壓力症狀等三種類型。

七、憂鬱程度

概念性定義：是一種情緒低落的狀態，個人因主觀感受到環境的改變，在認知及行為方面受到負向的影響，感到悲傷、憂愁、無望、負向想法等情緒反應。

操作性定義：家庭照顧者在面對照護工作的壓力時，影響其心理健康的負向適應結果，包括憂鬱情緒、正向情感、身體症狀和人際困擾。

第四節 研究設計



本研究為橫斷性研究設計，採立意取樣方式以失智症患者及其主要照顧者為研究對象，篩選符合收案條件且同意配合研究之主要照顧者，使用結構式問卷及訪談進行資料收集，並向主要照顧者說明研究目的並且取得同意進行訪談以完成問卷。

在研究樣本數估算方面，學者建議若要進行結構方程式模型分析，為使模型參數估計有較穩定的結果，樣本數為 200-400 之間較為適當（陳、王，2012），並且模型的觀察變數與研究樣本數比值應在 1:10~1:15 之間（Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010）。本研究設定統計檢力（power）為 0.8、顯著水準 α 值為 0.05，模型共計有 18 個觀察變數，據此估算研究樣本數應為 270 名，考慮到實際收案問卷的有效性與回收率，預計收取 320 名研究對象。另外，邱（2008）整理多篇檢定力分析與樣本數估計之文獻，建議可使用 MacCallum、Browne 與 Sugawara（1996）提出以近似誤差均方根（root mean square error of approximation, RMSEA）指標判斷模型適配之類型作為決定樣本數，計算本研究模型自由度為 112，並依據對照表查得檢力為 0.8 的非中央性參數（ λ ）是 42.276，再分別以精確適配（RMSEA=0.05）、接近適配（RMSEA=0.08）與非接近適配（RMSEA=0.02）的條件估算所需樣本數，依據邱（2008）對照表估計不同適配度條件之樣本數分別為 310、120、200，因此本研究預計收取 320 位研究對象應能符合模型適配檢驗的要求。

第五節 研究場所及對象

研究場所是在北部及中部地區的醫學中心與區域醫院神經內科門診之獨立診間進行資料蒐集，配合醫院收案程序及神經內科醫師門診時間，研究者於收案前先提出申請並通過該醫療機構「人體試驗倫理委員會」審查同意後開始執行研

究。自民國 103 年 09 月至 105 年 2 月止，共招募 320 位參與者，剔除問卷遺漏填答、反向題填答出現矛盾情況者 6 名後，得到有效樣本共 314 名。



本研究針對失智症的家庭主要照顧者為對象，需符合以下條件：

- 一、照顧的家人是由醫師診斷為失智症
- 二、主要照顧者年齡在 20 歲以上
- 三、能以國語、台語溝通，且同意接受訪問配合填寫問卷者
- 四、自覺負擔病患照顧工作的責任，並且已照顧 3 個月以上
- 五、與失智症患者存在親屬關係

研究對象的排除條件如下：

- 一、同時需要照顧其他患有生理或心理慢性疾病的家人
- 二、與病患為聘雇關係，如：家庭看護。

第六節 研究工具

本研究以結構式問卷進行資料收集。研究工具包括：一、失智症患者人口學資料；二、照顧者資料人口學資料與照顧工作狀況；三、失智症患者疾病特性：日常生活功能、神經精神問題；四、家庭功能量表；五、負向照顧評價量表；六、照顧者自我效能量表；七、因應策略量表；八、憂鬱量表。各量表內容與特性分別敘述如下：

- 一、失智症患者人口學資料：包含性別、年齡、婚姻等。
- 二、照顧者人口學基本資料與照顧工作狀況：包括性別、年齡、職業、婚姻、教

育程度、宗教信仰、與患者的關係、照顧時間、目前健康狀況、自覺家庭經濟狀況、與患者的親屬關係、與患者罹病前的感情狀況、目前與患者的感情狀況、照顧工作是否有其他人輪替等。



三、失智症患者疾病特性：包括失智症類型、嚴重程度、日常生活功能、記憶與行為問題。


(一) 日常生活功能：使用 Mahoney 和 Barthel 於 1955 年所發展的巴氏量表

(Barthel Index) 測量失智症患者的日常活動能力，此量表由戴等人於 1988 年翻譯為中文版，包括十個項目：自我照顧能力七項（進食、個人衛生、如廁、沐浴、穿脫衣服、大小便控制）與行動能力三項（移位、平地上行走、上下樓梯），每一個項目分成二至四個等級，每一個等級為 5 分，總分為 0 分至 100 分，0 至 20 分表示完全依賴，21 至 60 分為嚴重依賴，61 至 90 分為中度依賴，91 至 99 分為輕度依賴，100 分為功能獨立（戴，1998）。

(二) 神經精神量表：使用 Cummings、Mega、Gray 與 Rosenberg-Thompson(1994)


發展的神經精神量表 (Neuropsychiatric Inventory Scale, NPI)，用於評估失智症患者出現神經精神症狀的頻率和嚴重程度，包括妄想、幻覺、躁動、淡漠、焦慮、憂鬱、欣快感、易怒、食慾改變等十二項神經精神症狀，發生的頻率是以 Likert 四分法測量，自 1 分（偶而）、2 分（時常）、3 分（頻繁）至 4 分（非常頻繁）；神經精神症狀的嚴重程度是以三個等級測量，1 分為輕度、2 分為中度、3 分為重度；另外發生頻率乘以嚴重程度代表此量表之總分、得分範圍為 1-144 分，量表的內在一致性為 0.72 至 0.78 之間。

四、家庭功能量表：採用 Greenberg、Monson 和 Gesino 三位學者於 1993 年發展的家庭評估照顧者量表 (University of Wisconsin family assessment caregiver



scale, UWFACS)。是以家庭系統理論為基礎，將家庭的運作當成一個照顧單位，探究在照顧情境下家庭如何運作以滿足老人的需要。量表涵蓋家庭界線 (boundaries)、家庭過往經驗 (family of origin experience)、角色 (roles)、主要照顧者受肯定 (validation)、問題解決 (problem solving) 等五個構面。「界線」是指將家庭成員納入或排除參與照顧工作，以及是否尋求正式服務體系情形；「家庭過往經驗」是照顧者和受照顧者生病前雙方關係的歷史背景；「角色」則為家庭成員需要執行的照顧任務；「照顧者受肯定」是指家人感謝、支持、欣賞主要照顧者的角色；「問題解決」是家庭解決和照顧有關的能力，包括確認問題、討論問題和尋求解決方法。此量表是針對家庭照顧的情境下所設計，問卷的構面與題目，較適用於評估家庭作為照顧體系的整體功能，是否具有解決家庭問題的能力，探究家庭對於照顧者提供的協助與支持程度，在照顧情境下家庭成員的角色分配，因此本量表適用於家庭照顧老年失智病患的情境。該量表共 21 題，採 5 分法計分，1 分表示非常不同意、2 分表示不同意、3 分表示普通、4 分表示同意、5 分表示非常同意。Greenberg 等學者 (1993) 針對 83 名主要照顧者測試量表的內在一致性，整體量表 Cronbach's α 值為 0.85、各次量表則介於 0.56-0.85 之間，林、歐、吳 (1997) 翻譯為中文版家庭評估照顧者量表，並應用於國內長期照護機構中老人的主要照顧者進行測試，內在一致性為 0.90。在本研究預試階段，發現「家庭過往經驗」此構面的題目較難適用於目前的照顧情境，且研究對象較難理解題目涵義進行填答，因此於正式施測階段刪除此構面的 5 題，剩下 16 題進行評估。

五、負向照顧評價量表：採用 Given 等人於 1992 年針對 377 位失能病患、失智老人及癌症病患之主要照顧者，發展的照顧者反應評估量表 (Caregiver Reaction Assessment, CRA)，用以評估照顧者正向與負向的照護評價 (Given et al., 1992)。原始量表有 40 題，研究者經探索性與驗證性的因素分析，修




訂問卷題數，證實具有良好的建構效度，並萃取為 24 題、五個次概念，包括因照顧工作導致活動被中斷、經濟問題、缺乏家人支持、健康狀況惡化以及自尊感受。採 Likert Scale 五分法計分，1 分表示非常不同意、2 分表示不同意、3 分表示普通、4 分表示同意、5 分表示非常同意，第 3、13、15、19 等四題為反向計分，以瞭解照顧者的評價感受，各次量表的內在一致性介於 0.73- 0.85 之間 (Given et al., 1992)。戴、唐 (2006) 翻譯為中文版，針對 114 位癌末病人之主要照顧者測量其正、負向照顧評價，五個次概念的內在一致性為 0.75- 0.85。此量表廣泛應用於國內口腔癌、腸胃道癌症、居家失能者以及癲癇病童之照顧者相關研究，均證實有良好的信效度。在本研究因考量已經使用家庭功能量表評估家人之間的支持狀況，故刪除「缺乏家人支持」次量表 5 題；另外，本研究是在探討照顧者的壓力因應歷程，主要是針對負向評價進行評估，故刪除「正向自尊」次量表 7 題，因此於正式施測階段本量表為 12 題。

六、照顧者自我效能量表：採用 Steffen 等學者 (2002) 發展的照顧者自我效能量表 (The revised scale for caregiving self-efficacy)，包括三個次量表：1. 獲得喘息的自我效能 (Self-efficacy for Obtaining Respite, SE-OR) 是衡量照顧者對於請求協助的信心；2. 回應病患干擾行為的自我效能 (Self-efficacy for Responding to Patient Disruptive Behaviors, SE-DB) 是估計照顧者有效回應病患行為的信心；3. 控制沮喪想法的自我效能 (Self-efficacy for Controlling Upsetting Thoughts about Caregiving, SE-CT) 為照顧者擺脫與照顧有關的負向思考的信心。此量表除了瞭解照顧者處理患者問題行為的能力，也評估照顧者認知和情感狀態的調節能力。量表共有 15 題，請照顧者根據最近的狀況，在 0% 到 100% 的連續範圍內選擇其信心程度；百分比越高，表示其自我效能越高；若題目設定不符合該失智症照顧者的照顧情境，可以填「N/A」，表示該項目不適用。由於 Bandura (1997) 認為自我效能為特定範疇，故本量表

的計分方式，為採取三個次量表分別計算，而不以總分計算。Au 等學者於 2009 年翻譯為中文版自我效能量表，並針對 134 位失智症照顧者進行施測，三個次量表的內在一致性分別為 0.89、0.91 與 0.90 (Au et al., 2009)。在效度檢定方面，進行 Bartlett 球形檢定達到顯著水準 ($p < .05$)，三個因素的特徵值 (eigenvalues) 分別為 6.14、3.03 和 1.83，並且 KMO 檢定的抽樣適當性指數達 .84，三個因素累計可解釋 73.34% 的變異量，分別為管理病人干擾行為自我效能的 40.92%、獲得喘息自我效能的 12.21% 以及控制不愉快想法的 20.21%，顯示中文版自我效能量表具有良好的信效度。

七、因應策略量表：採用 Nolan、Keady 與 Grant (1995) 發展照顧者處理壓力的評估量表 (Carers' Assessments of Managing Index, CAMI)，用以評估失智症照顧者在照顧工作中遇到壓力時，採取因應策略的特性，以決定提供專業的介入措施。Nolan 等學者以 Lazarus 與 Folkman 的壓力因應互動模式 (transactional model of stress and coping) 為架構、經由文獻回顧以及進行 100 位以上照顧者深度訪談，並且對 266 位失智症照顧者進行施測後而制定，量表有 38 題，包括三種因應策略類型：問題解決、改變對壓力情境的認知以及處理壓力症狀。問題解決因應是屬於問題取向類型的因應策略、改變認知因應是屬於情緒取向類型的因應策略，照顧者回答在照顧工作的壓力情境下是否有使用這些因應策略並且認為此策略的幫助程度。量表採 Likert Scale 四分法計分，0 分代表沒有使用這種方法、1 分代表沒有什麼幫助、2 分代表有些幫助、3 分代表非常有幫助。此量表具有良好的信效度，內在一致性為 0.86，亦應用於其他失智症照顧者相關的研究。此量表由新加坡學者 Ng、Kalyani 與 Allison (2007) 翻譯為中文版進行施測，亦具有良好的信效度，內在一致性為 0.82。

八、憂鬱量表：採用 Radloff 於 1977 年發展的流行病學中心憂鬱量表 (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)，該量表乃測量過去一週



的憂鬱傾向，內容共有 20 題，包含憂鬱情緒 (depressed affect)、正向情感 (positive affect)、身體症狀 (somatic symptoms) 和人際困擾 (interpersonal) 四個因素 (Roth, et al., 2008)，以四分法計分，其中第 4、8、12、16 題為反向題，照顧者依據量表內容所陳述問題出現的頻率給予 0 至 3 分，0 分代表極少或從未發生(一週少於一天)、1 分代表有時發生(一週出現 1-2 天)，2 分代表經常或大半時間發生(一週出現 3-4 天)、3 分代表大部分或所有時間都發生(一週出現 5-7 天)，分數越高代表憂鬱程度越嚴重。經 Radloff (1977) 的研究結果顯示，此量表以 16 分為切點，16 到 23 分表示有憂鬱傾向，24 分以上代表有明顯憂鬱症狀、達到診斷之標準。CES-D 廣泛應用在照顧者的研究中，作為了解失智症照顧者憂鬱程度的工具之一 (Pinquart & Sorensen, 2006; Roth, et al., 2008)，該量表的內部一致性為 0.85-0.90，並具有相當良好的再測信度、敏感度與特異性 (Pinquart & Sorensen, 2006; Radloff, 1977)。



第七節 研究工具的信效度檢定

本研究工具內含家庭功能量表、照顧者自我效能量表、因應策略量表、負向照顧評價量表及憂鬱量表等五個部份，各量表之效度及信度檢測說明如下：

一、內容效度檢定

邀請五位與本研究主題有關的護理專家進行量表內容效度之審查，請專家依據研究目的檢視問卷內容的相關性（每一項題目內容設立與量表主題的相關性）、適用性（文字措辭及語句敘述清晰合適、可理解）、正確性（題目表達方式能使受訪者正確回答）三部分進行內容效度評定。本研究是使用內容效度指標（content validity index, CVI）來量化內容效度分數（Waltz, Strickland & Lenz, 2010），以四分法為計算標準，評定 1 分為「非常不適當」，表示該題應予刪除；2 分為「不適當」，表示該題應大幅修改；3 分為「尚可」，表示該題須做部分修改。4 分為「適當」，表示該題適用，不需修改。將專家評定 4 分的題數加總後，除以問卷總題數，分別計算五位專家之 CVI 值以及最後總和平均值。所得結果如表 3-1，「家庭功能量表」共 21 題，五位專家的 CVI 值為 0.76-1.00，平均為 0.94；「照顧者自我效能量表」共 15 題，五位專家的 CVI 值為 0.73-1.00，平均為 0.86；「因應策略量表」共 38 題，五位專家的 CVI 值為 0.86-0.93，平均為 0.90；「負向照顧評價量表」共 12 題，五位專家的 CVI 值為 0.89-1.00，平均為 0.96；「憂鬱量表」共 20 題，五位專家的 CVI 值為 1.00，平均為 1.00。結果顯示各量表 CVI 值均大於 0.8，表示具有良好之專家效度，並根據專家的意見進行修辭上的修正及潤飾。



二、項目分析

本問卷經過專家學者的審核及指導，並且與指導教授討論修正後，形成預試問卷，擬以前趨研究（pilot study）探究研究工具的適切性與可行性，以項目分析進行題目刪減與修正，以減輕受訪者的答題負荷。項目分析主要目的是在針對預試題項進行適切性的評估（邱，2000），亦即檢驗量表個別題項的可靠程度。

本研究使用的量表中，「家庭功能量表」、「照顧者自我效能量表」、「負向照顧評價量表」及「憂鬱量表」具有良好信效度，並且在國內外的研究已被廣泛使用；而因應策略量表中文版是由新加坡大學 Ng 等學者（2007）翻譯，較少應用於國內的研究，因此僅針對「因應策略量表」進行項目分析。項目分析是採用極端組檢定及同質性檢定，求得各題項之決斷值及相關係數，以作為選題的依據。

（一）極端組檢定

將「因應策略量表」之 30 份預試問卷進行項目分析，首先依據此量表的總分進行高低分排序，選取總分最高 27% 為高分組，總分最低的 27% 為低分組，然後以兩個極端組為自變項，以個別題目的得分為依變項作獨立樣本 t 檢定，具有鑑別力的題目在兩個極端組得分應具有顯著差異，本研究設定顯著水準為 $\alpha = .05$ 。CR 值（需大於 3）越大則代表高分組與低分組之差異越顯著，則該題項之鑑別度越高。結果發現「預試問卷」38 個題項中，題項「策略 2」、「策略 5」、「策略 7」、「策略 12」、「策略 18」、「策略 20」、「策略 32」、「策略 34」的 t 檢定未達統計上的顯著水準（ $p > .05$ ），代表這些題項無法有效區別高分與低分者，亦即無鑑別力。

（二）同質性檢定

同質性檢定是採用修正後項目與總分相關法，計算每一個題項與分層面總分（不含該題項的分數）的 Pearson 積差相關係數（陳、王，2012），本研究題項的選擇標準為相關係數至少要達 0.3 以上，並達到顯著水準，相關係數越高表示該題

項與總分的相關性越高，越能反映量表欲測量的特質。由表 3-2 可知，「預試問卷」38 個題項中，相關係數未達 0.3 的有「策略 2」、「策略 5」、「策略 12」、「策略 18」、「策略 19」、「策略 21」、「策略 22」、「策略 24」、「策略 26」、「策略 28」、「策略 34」，代表這個題項與量表是不同質的。

另外，以 Cronbach's α 值進行各次量表的內在一致性分析，並且呈現刪除各題項後的 α 值，顯示決斷值 < 3 以及相關係數 < 0.3 的各題項，其刪除後該次量表的 Cronbach's α 值出現上升情形，顯示該題項與其他題項的相關性較差，故將該題刪除。因此將「策略 2」、「策略 5」、「策略 12」、「策略 18」、「策略 19」、「策略 21」、「策略 22」、「策略 24」、「策略 26」、「策略 28」、「策略 34」等 11 題予以刪除，形成 27 題量表。項目分析詳見表 3-2。

三、信度分析

本研究以 Cronbach's α 考驗各量表的內在一致性(表 3-3)，於前驅研究(N=50)測量家庭功能量表內在一致性 Cronbach's α 值為 0.62-0.71，經刪除過往經驗次量表後，在正式研究階段內在一致性 Cronbach's α 值提升均在 0.67-0.79 之間。表示研究工具有良好的信度。因應策略進行項目分析並刪題後之 Cronbach's α 值為 0.78-0.81。憂鬱量表中的入際困擾次量表 Cronbach's α 值較低，但是考量只有 2 題，並且此量表總分可做為判斷是否有憂鬱傾向之依據，因此憂鬱量表題目不作變動。

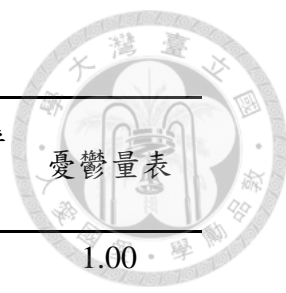


表 3-1 專家內容效度結果

專家編號/ 量表	家庭功能 量表	照顧者自我 效能量表	因應策略 量表	負向照顧評 價量表	憂鬱量表
1	0.95	0.73	0.93	0.95	1.00
2	0.71	0.80	0.89	0.89	1.00
3	1.00	0.93	0.90	1.00	1.00
4	1.00	0.86	0.93	0.95	1.00
5	1.00	1.00	0.86	1.00	1.00
CVI 平均	0.94	0.86	0.90	0.96	1.00

表 3-2 因應策略量表的項目分析

次 量 表	題 號	題目內容	極端組 檢定 (CR 值)	同質 性檢 定	刪題 後 α 值	保留	層面 α 值
	1	建立一個固定的生活常規，並且遵照執行	3.46**	0.42	0.8	◎	0.8
	3	與自己信任的人討論問題	3.23**	0.45	0.78	◎	
問	5	事先計劃好要做的事	1.57	0.21	0.81	×	
題	10	盡量尋找有關照顧問題的資料	4.45***	0.58	0.75	◎	
解	13	盡量從家人那裡得到實際的幫助	2.91**	0.36	0.79	◎	
決	14	盡量讓病患維持活動力	4.14***	0.41	0.76	◎	
	15	改變家裡的環境，盡量讓一切從簡。	4.15***	0.41	0.78	◎	
	17	盡量從專業人員與服務人員那裡得到幫助	3.82***	0.39	0.77	◎	
	18	思考遇到的問題，然後儘量找出解決方法	1.27	0.24	0.82	×	
	23	事先做些什麼事，預防問題發生	3.26**	0.46	0.79	◎	
	29	依靠自己累積的經驗和知識解決問題	2.96**	0.44	0.77	◎	
	30	嘗試不同的解決方法，直到尋找到最好的方法處理問題	2.77**	0.45	0.78	◎	
	31	建立事情的優先順序，並專注在處理事情上	2.89**	0.56	0.76	◎	
	33	對病患說出自己對他（她）的期望	3.61**	0.38	0.8	◎	

次 量 表	題 號	題目內容	極端組 檢定 (CR值)	同質 性檢 定	刪題 後α 值	保留 α	層面 α值
改	6	抱持樂觀的態度	2.68*	0.37	0.61	◎	0.65
變	7	了解到總是有其他人比自己的情況更糟糕	2.91**	0.41	0.62	◎	
認	8	咬緊牙關，堅持下去	2.60*	0.34	0.6	◎	
知	9	回憶自己與病患過去共同的美好時光	3.77***	0.53	0.62	◎	
	11	了解病患不應該因為他（她）的病況受到責備	2.82**	0.46	0.61	◎	
	12	抱持著[過一天，算一天]的態度	1.97	0.14	0.67	×	
	16	了解到現在的狀況已經比以前改善很多	2.66*	0.41	0.61	◎	
	20	接受現狀	2.79**	0.47	0.61	◎	
	22	不理睬問題，希望問題會自己消失	3.14**	0.14	0.68	×	
	24	從自己內在的力量或宗教信仰中獲得依靠	2.28*	0.13	0.69	×	
	25	相信自己有能力可以處理問題	2.82**	0.43	0.62	◎	
	26	透過做白日夢、放空等方法，暫時忘掉煩惱	2.80**	0.22	0.67	×	
	27	控制自己的情緒和感受	3.60**	0.46	0.63	◎	
	32	往好的方面想	3.27**	0.45	0.62	◎	
	34	了解到沒有人應該為目前的情況受到責備	0.58	0.21	0.66	×	
處	2	藉由大喊、大叫等方式發洩情緒	1.82	0.08	0.69	×	0.68
理	4	為自己保留一些空閒的時間	3.35**	0.43	0.63	◎	
壓	19	痛哭一場	2.23*	0.1	0.73	×	
力	21	藉著看電視或讀書來轉移自己的注意力	2.29*	0.22	0.7	×	
	28	藉由吃東西、喝飲料或者吸菸等方法使自己振作	3.34**	0.16	0.71	×	
	35	藉由游泳、散步或其他運動，來維持精力和情緒	4.71***	0.51	0.56	◎	
	36	參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持	5.95***	0.36	0.58	◎	
	37	使用一些放鬆的方法：靜坐等等	3.65**	0.35	0.61	◎	
	38	仍然維持一些興趣與嗜好	3.14**	0.31	0.62	◎	

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

表 3-3 量表內在一致性檢定結果

量表	前驅研究(n=50)		正式研究 (n=314)	
	題數	Cronbach 's α	題數	Cronbach 's α
家庭功能量表	21	0.89	16	0.90
家庭界線	5	0.68	5	0.67
角色	3	0.71	3	0.76
受到肯定	3	0.69	3	0.71
問題解決	5	0.69	5	0.79
過往經驗	5	0.62		刪除
照顧者自我效能量表	15		15	
獲得喘息	5	0.92	5	0.94
回應病患干擾行為	5	0.96	5	0.96
控制沮喪想法	5	0.91	5	0.96
因應策略量表	38	0.81	27	0.88
問題解決	14	0.80	12	0.81
改變認知	15	0.65	10	0.78
處理壓力症狀	9	0.68	5	0.79
負向照顧評價量表	12	0.84	12	0.84
時間受限制	5	0.71	5	0.78
經濟影響	3	0.78	3	0.71
健康影響	4	0.78	4	0.77
憂鬱量表	20	0.89	20	0.91
身體症狀	7	0.77	7	0.78
憂鬱情感	7	0.88	7	0.88
人際困擾	2	0.67	2	0.65
正向情感	4	0.83	4	0.80



第八節 倫理考量

為保護研究對象權益與倫理考量，本研究送倫理委員會審查，核可後才進行研究。尊重自由參與研究的意願，研究者針對符合取樣標準之參與者，先詳加說明研究目的、方法及資料處理過程後，徵詢其參與意願，簽署研究同意書，並在同意書中載明雙方的權利與義務，在參與對象充分瞭解且同意後再進行問卷調查。問卷內容採不記名方式，並且於問卷首頁註明受測者之權益保障。在問卷上一律以編號代替研究對象的姓名及所有問卷選項結果，編碼名單和問卷將分開保存，所得的資料內容僅供學術研究之用，不對外公開個人資料，亦不得做其他用途使用，以保障研究對象之隱私與權益。個案在參與的過程中，若有感到不適，欲中途退出研究，有權利隨時要求終止，無任何權益上的影響，所提供的資料也將會銷毀。在訪談過程中，研究者將以關懷、接納的態度，提供相關問題之諮詢。

第九節 資料收集過程

研究進行前先經過醫院的倫理委員會審查通過後，並配合醫院的行政程序取得同意，向醫院神經內科醫師說明研究目的、方法及收案對象之條件後，配合醫師門診時間表進行資料收集。

經由神經內科醫師轉介失智症之家庭照顧者，研究人員先與照顧者進行簡單的晤談，以確認是否符合本研究之選樣條件，接著解釋研究目的與內容，若照顧者同意參與本研究，則給予簽署受試者同意書，方正式進入填寫問卷之研究資料收集。整份問卷填答與訪談時間約 40 分鐘至 1 小時，研究者先與照顧者建立關係了解照顧現況、再以其慣用語言（如：國語、台語）逐題說明問卷進行口語訪談，並且針對失智症主要照顧者之需求給予適當的情緒支持及疾病照顧的衛教資訊。

第十節 統計分析




將所收集資料先剔除填答不完整者之問卷，再就有效問卷資料建檔進行編碼，資料分析可分為基本分析與整體模式分析兩部份，基本分析是以 SPSS for Windows 22.0 版套裝軟體進行建檔與分析，設定 α 值 $< .05$ 為顯著水準；而整體模式則是運用 AMOS 統計分析軟體進行結構方程式 (Structural Equation Modeling, SEM) 之分析。各分析方法茲分別敘述如下：

一、描述性統計：失智症患者的基本屬性，如性別、年齡分組、失智嚴重度、失智類型、依賴程度；照顧者的基本屬性，如性別、年齡分組、婚姻狀況、教育程度、與患者的親屬關係、每日照顧時數、職業改變狀況、自覺健康狀況、健康改變狀況、與患者罹病前的感情狀況、與患者目前的感情狀況、是否有人輪流照顧病患、是否有聘僱者、自覺經濟狀況等類別變項，以次數分布、百分比呈現。失智症患者與照顧者年齡、患者日常生活功能總分、神經精神症狀總分、照顧自我效能、家庭功能、因應策略、負向照顧評價與憂鬱程度等連續變項，則以平均值、標準差、最大值、最小值、排序呈現。

二、推論性統計

(一) 相關分析：以皮爾森相關 (Pearson's correlation) 進行檢定，分別分析失智症患者年齡、日常生活功能總分、神經精神症狀總分以及照顧者年齡等連續變項，與照顧者家庭功能、照顧自我效能、因應策略、負向照顧評價與憂鬱程度等連續變項之間的相關性。

(二) 獨立樣本 t 檢定：以獨立樣本 t 檢定進行檢定，分別分析失智症患者性別和照顧者性別、職業改變狀況、是否有人輪流照顧病患、是否有聘僱者等變項，以瞭解不同組別間在照顧者家庭功能、照顧自我效能、因應策略、負向照顧評價與憂鬱程度的平均數是否有顯著差異。



(三) 變異數分析：以單因子變異數分析 (ANOVA) 進行檢定，分別分析失智症患者的基本屬性，如年齡分組、失智嚴重度、失智類型、依賴程度；照顧者的基本屬性，如年齡分組、婚姻狀況、教育程度、與患者的親屬關係、每日照顧時數、自覺健康狀況、健康改變狀況、與患者罹病前的感情狀況、與患者目前的感情狀況、自覺經濟狀況等變項，以瞭解不同組別間在照顧者家庭功能、照顧自我效能、因應策略、負向照顧評價與憂鬱程度的平均數是否有顯著差異存在。若 p 值達到顯著水準時，則再以 Scheffe 進行事後比較。另外，若發現該變項的變異數不同質時，則以 Brown-Forsythe 統計量檢定平均數，並且使用 Dunnett's T3 進行事後比較分析，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較以進一步了解群組間差異情形。

(四) 結構方程式分析：採用 Amos 統計軟體進行結構方程模式 (SEM) 之路徑分析，處理潛在變項，並進行路徑因果關係的檢測，以及衡量研究中所提出模式之配適度，並且驗證本研究提出的照顧者壓力因應模式中，照顧者的壓力源、家庭功能、負向照顧評價、自我效能、因應策略等變項，預測照顧者憂鬱程度的影響力。

第四章 研究結果



本研究將失智症患者的神經精神症狀與日常生活功能依賴程度視為照顧者的壓力來源，探討壓力因應歷程中的「壓力源、家庭功能、負向照顧評價、自我效能、因應策略」，對於適應結果-「憂鬱程度」產生之影響。

第一節 研究對象基本屬性之描述性統計

一、失智症患者人口學與疾病特性

本研究共收案 314 位失智症病患(表 4-1)，以女性 190 人(60.51%)居多、男性 124 人(39.49%)，平均年齡 78.82 歲(標準差為 7.78 歲)、其中以 75 歲以上患者人數最多(72.61%)。患者被診斷為失智症的時間自 6 個月至 13 年，平均 4.28 年(SD=3.75)；失智症類型以阿茲海默型 209 人為最多(66.15%)，其次為血管型 59 人(18.79%)、巴金森氏型 17 人(5.41%)；失智症嚴重程度為輕度者有 192 人(61.15%)為最多、其次是中度 75 人(23.89%)。

二、照顧者人口學特性與照顧工作狀況

314 位失智症家庭照顧者(表 4-2)中的女性有 203 人(64.65%)、男性 111 人(35.35%)，平均年齡為 59.7 歲(標準差為 11.75 歲)。照顧者的教育程度比率最高為高中職畢 83 人(26.43%)，其次為專科畢 53 人(16.88%)、大學畢 48 人(15.29%)。與患者的親屬關係，配偶 122 人(38.85%)、其次為女兒 74 人(23.57%)、兒子 71 人(22.61%)，媳婦為照顧者有 39 人(12.42%)。

照顧者平均照顧年數為 4.09 年(範圍 6 個月至 13 年)；平均每天照顧時數 4 小時以內有 87 人(27.71%)為最多，其次是 4-8 小時有 83 人(26.43%)、16 小時以上有 63 人(20.06%)。173 位照顧者自覺目前健康狀況為普通(55.1%)，有 87 人自覺目前健康狀況良好(27.7%)，54 人認為目前健康狀況不佳(17.2%)。

48.1%的照顧者認為照顧病患之後健康狀況沒有影響、有 161 位照顧者認為健康狀況比以前差 (51.3%)，151 人認為健康狀況未受影響 (48.1%)。有 64 位照顧者認為與失智症親人的感情比以前差 (20.38%)，212 人認為感情未受到影響 (67.52%)。有 198 位照顧者表示家中有其他人可以幫忙照顧失智症親人 (63.06%)，多數照顧者沒有聘雇照顧人員 (68.79%)。93 位照顧者表示因為照顧失智症親人導致原本的工作改變 (29.62%)，其餘 221 人就業狀況無變動 (70.38%)，235 位照顧者表示家中經濟狀況普通 (74.84%)、48 人覺得家中經濟狀況良好 (15.29%)、31 人覺得家中經濟狀況不佳 (9.87%)。

表 4-1 失智症患者人口學與疾病特性

n=314

變 項	人數	百分比	平均值	標準差	最小值	最大值
性別						
男	124	39.49				
女	190	60.51				
年齡						
			78.82	7.78	48	101
64 歲以下	15	4.78				
65-74 歲	71	22.61				
75 歲以上	228	72.61				
病患罹病時間						
			4.28	3.75	0.3	25
嚴重度						
輕度	192	61.15				
中度	75	23.89				
重度	47	14.97				
類型						
阿茲海默型	209	66.56				
血管型	59	18.79				
額顳葉型	16	5.10				
路易氏體型	1	0.32				
巴金森氏型	17	5.41				
其他	12	3.82				

表 4-2 照顧者人口學特性與照顧狀況

n=314

變項	人數	百分比	平均值	標準差	最小值	最大值
性別						
男	111	35.35				
女	203	64.65				
照顧者年齡						
			59.7	11.75	24	88
44 歲以下	31	9.87				
45-65 歲	174	55.41				
65 歲以上	109	34.71				
婚姻						
已婚	265	84.39				
未婚	37	11.78				
離婚	3	0.96				
喪偶	7	2.23				
其他	2	0.64				
教育						
未受教育	25	7.96				
小學畢	45	14.33				
國初中畢	40	12.74				
高中職畢	83	26.43				
大專以上	121	38.54				
關係						
配偶	122	38.85				
女兒	74	23.57				
兒子	71	22.61				
媳婦	39	12.42				
其他	8	2.55				
照顧年數						
			4.09	3.78	0.3	25
每日照顧時數						
<4 小時	87	27.71				
≥4~<8 小時	83	26.43				
≥8~<12 小時	47	14.97				
≥12~<16 小時	34	10.83				
≥16 小時	63	20.06				

變 項	人數	百分比
自覺健康		
不好	54	17.20
普通	173	55.10
好	87	27.70
健康改變		
比以前差	161	51.27
無影響	151	48.09
比以前好	2	0.64
之前感情		
不好	19	6.05
普通	84	26.09
好	211	67.20
目前感情		
比以前差	64	20.38
沒有影響	212	67.52
比以前好	38	12.10
輪流照顧		
無	116	36.94
有	198	63.06
聘僱照顧人員		
無	216	68.79
有	98	31.21
工作改變		
無	221	70.38
有	93	29.62
自覺經濟		
不太好	31	9.87
普通	235	74.84
好	48	15.28



第二節 家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的描述性資料

家庭照顧者的壓力源、家庭功能、負向照顧評價、自我效能、因應策略以及憂鬱程度等研究變項之統計結果如下：



一、家庭照顧者的壓力源

(一) 失智症患者的神經精神症狀

表 4-3 顯示以 NPI 量表評估失智症病患神經精神症狀之結果，314 位失智症患者中有 295 人 (93.95%) 至少出現一項神經精神症狀，而發生神經精神症狀的比率最高前三類分別為：176 人出現易怒/情緒不穩定 (56.05%)、176 人呈現淡漠/不關心 (54.78%) 以及 155 人有焦慮 (49.36%)；發生率最低的症狀為：愉悅/欣快感 (13.06%)。神經精神症狀的總分是以單項神經精神症狀發生的頻率乘以嚴重度的總和顯示；分數越低代表病患出現神經精神的症狀越少，本研究對象神經精神症狀的總分平均為 18.5 分 (標準差為 20.33)，表示患者的神經精神症狀不甚嚴重、且個別差異性極大；其中以睡眠問題總分最高 (平均數為 4.65、標準差為 3.39)、其次為怪異行為 (平均值為 4.43、標準差為 2.92)、妄想 (平均值為 4.13、標準差為 3.04)；而愉悅/欣快感則為最少的症狀 (平均值為 3.27、標準差為 2.85)。

表 4-4 結果顯示失智症患者的神經精神症狀每周發生一次以上頻率最高前三類分別為：「怪異行為」最頻繁，為 81.4%、其次為「睡眠」的 74.77%、「食慾與飲食行為」的 72.84%；而「幻覺」發生頻率最低，為 57.8%。

表 4-5 結果顯示失智症患者的神經精神症狀嚴重度最高前三類分別為：「睡眠問題」最嚴重，平均分數為 1.72 分 (標準差 0.71)、其次為「怪異行為」的平均分數為 1.6 分 (標準差 0.6)、「妄想」的平均分數為 1.59 分 (標準差 0.61)；而「愉悅/欣快感」為最不嚴重的症狀，平均分數為 1.41 分 (標準差 0.59)。

(二) 失智症患者的日常生活功能

表 4-6 顯示患者的日常生活功能，平均為 71.15 分（標準差為 31.03 分），以完全獨立有 94 人為最多（29.94%）、其次為中度依賴 88 人（28.03%）、嚴重依賴 70 人（22.29%），輕度依賴的患者最少、只有 25 人（7.96%）。在日常生活功能的十個項目中，依賴程度最高的項目為「洗澡」，有 165 人（52.55%）完全或部分需要依賴他人協助；獨立程度最高的項目為「進食」，有 246 人進食能力為完全獨立（78.34%）。

表 4-3 NPI 發生率與總分（頻率*嚴重度） n=314

項目	發生率		總分	
	人數 n	百分比 %	平均值 Mean	標準差 SD
NPI-12 總分	295	93.95	18.50	20.33
易怒/情緒不穩定	176	56.05	3.83	2.88
淡漠/不關心	172	54.78	3.95	2.87
焦慮	155	49.36	3.75	2.96
激動/攻擊性	147	47.13	3.61	2.69
憂鬱/情緒低落	149	47.13	3.72	2.92
怪異行為	129	41.08	4.43	2.92
妄想	121	38.54	4.13	3.04
幻覺	109	34.71	3.37	2.88
睡眠	107	34.08	4.65	3.39
言行失控	98	31.21	4.04	3.17
食慾與飲食行為	81	25.80	4.00	2.84
愉悅/欣快感	41	13.06	3.27	2.85

註：NPI 總分得分範圍為 0-132 分



表 4-4 神經精神症狀的發生頻率

項目	偶爾%	每周一次 以上%	排序
怪異行為	18.6	81.4	1
睡眠	25.23	74.77	2
食慾與飲食行為	27.16	72.84	3
淡漠/不關心	27.91	72.09	4
言行失控	28.57	71.43	5
易怒/情緒不穩定	28.98	71.02	6
憂鬱/情緒低落	30.41	69.59	7
焦慮	30.97	69.03	8
妄想	31.4	68.6	9
激動/攻擊性	33.78	66.22	10
愉悅/欣快感	39.02	60.98	11
幻覺	42.2	57.8	12

表 4-5 神經精神症狀的嚴重度

項目	平均值	標準差	排序
睡眠	1.72	0.71	1
怪異行為	1.60	0.60	2
妄想	1.59	0.61	3
言行失控	1.58	0.66	4
易怒/情緒不穩定	1.57	0.61	5
激動/攻擊性	1.52	0.60	6
焦慮	1.51	0.62	7
淡漠/不關心	1.47	0.59	8
幻覺	1.47	0.59	9
憂鬱/情緒低落	1.47	0.60	10
食慾與飲食行為	1.46	0.59	11
愉悅/欣快感	1.41	0.59	12

表 4-6 失智症患者的日常生活功能

變項	人數	百分比%	平均值	標準差
量表總分			71.15	31.03
完全依賴 (0-20 分)	37	11.78		
嚴重依賴 (21-60 分)	70	22.29		
中度依賴 (61-90 分)	88	28.03		
輕度依賴 (91-99 分)	25	7.96		
完全獨立 (100 分)	94	29.94		
進食				
完全依賴	30	9.55		
部分依賴	38	12.10		
完全獨立	246	78.34		
個人衛生				
完全或部分依賴	109	34.71		
完全獨立	205	65.29		
如廁				
完全依賴	47	14.97		
部分依賴	77	24.52		
完全獨立	190	60.51		
洗澡				
完全或部分依賴	165	52.55		
完全獨立	149	47.45		
穿脫衣服				
完全依賴	50	15.92		
部分依賴	100	31.85		
完全獨立	164	52.23		
大便控制				
完全依賴	52	16.56		
部分依賴	85	27.07		
完全獨立	177	56.37		
小便控制				
完全依賴	58	18.47		
部分依賴	92	29.30		
完全獨立	164	52.23		
平地行走				
完全依賴	31	9.87		
可操作輪椅	21	6.69		

變項	人數	百分比%	平均值	標準差
需扶持或指導	68	21.66		
	194	61.78		
上下樓梯				
完全依賴	77	24.52		
部分依賴	89	28.34		
完全獨立	148	47.13		
移位				
完全依賴	31	9.87		
部分依賴	48	15.29		
協助或監督安全	44	14.01		
完全獨立	191	60.83		



二、家庭照顧者的憂鬱程度

本研究以流行病研究中心憂鬱量表 (CES-D) 來評估照顧者的憂鬱程度，包括身體症狀、憂鬱情緒、正向情感、人際困擾等四項構面，共 20 題。得分愈高，表示憂鬱程度愈高。由表 4-7 結果發現主要照顧者整體憂鬱程度的範圍在 0 至 49 分，平均分數為 13.94 分 (標準差 9.31)，依據總分 16 分作為憂鬱傾向之分界顯示，15 分以下無憂鬱傾向者佔多數、有 206 人 (65.60%)，16-23 分代表具憂鬱傾向的照顧者有 54 位 (17.20%)、24 分以上代表有明顯憂鬱症狀者亦為 54 位 (17.2%)。依據各次量表的平均分數高低排序，以「正向情感」的憂鬱程度最高，平均得分為 1.53 分 (標準差為 0.75)；其次為「憂鬱情緒」平均得分為 0.59 分 (標準差 0.60)、「身體症狀」平均得分為 0.49 分 (標準差 0.46)；以「人際困擾」的憂鬱程度最低，平均得分為 0.12 分 (標準差為 0.33)。

就整體憂鬱量表的各題項得分情形顯示 (表 4-8)，以正向情感因素中「享受生活的樂趣」憂鬱程度得分最高、平均為 1.73 分 (標準差 0.97)，其次亦為正向情感中的「對未來充滿希望」、平均為 1.63 分 (標準差 0.96)；憂鬱程度最低的項目為人際困擾因素中的「覺得別人不喜歡我」、平均為 0.11 分 (標準

差 0.33)。

探討照顧者憂鬱程度各項因素的得分情形，在身體症狀因素中憂鬱程度最高項目為「睡得不安穩」、平均為 1.09 分（標準差 0.96），其次為「做任何事都覺得費力」、平均為 0.47 分（標準差 0.70）；得分最低的項目為「比平常不愛說話」、平均為 0.26 分（標準差 0.54）。

在憂鬱情緒因素中憂鬱程度最高項目為「覺得害怕、擔心」、平均為 0.86 分（標準差 0.87），其次為「即使有親友的幫忙，還是無法拋開煩惱」、平均為 0.82 分（標準差 0.93）；得分最低的項目為「曾經哭泣過」、平均為 0.31 分（標準差 0.62）。

在正向情感因素中以「享受生活的樂趣」的憂鬱程度得分最高、平均為 1.73 分（標準差 0.97）；得分最低的項目為「覺得很快樂」、平均 1.35 分（標準差 0.88）。

在人際困擾因素中憂鬱程度最高項目為「覺得人們是不友善的」、平均 0.14 分（標準差 0.43）；得分最低的項目為「覺得別人不喜歡我」、平均 0.11 分（標準差 0.33）。

表 4-7 主要照顧者憂鬱程度各因素得分情形

因素	人數	百分比	題數	平均值	標準差	排序	範圍
憂鬱程度			20	13.94	9.31		0-49
無憂鬱傾向 (≤ 15 分)	206	65.60					
有憂鬱傾向 (16-23 分)	54	17.20					
明顯憂鬱症狀 (≥ 24 分)	54	17.20					
正向情感			4	1.53	0.75	1	
憂鬱情緒			7	0.59	0.60	2	
身體症狀			7	0.49	0.46	3	
人際困擾			2	0.12	0.33	4	

表 4-8 主要照顧者憂鬱程度分析

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表	總量表
身體症狀				
11.我睡得不安穩	1.09	0.96	1	
7.我做任何事都覺得費力	0.47	0.70	2	10
20.我提不起勁來做任何事	0.47	0.66	3	11
5.我沒辦法專心做事	0.41	0.72	4	12
2.我的胃口不好，不太想吃東西	0.37	0.59	5	15
1.原來不介意的事，最近竟然會困擾我	0.36	0.65	6	16
13.我比平常不愛說話	0.26	0.54	7	18
憂鬱情緒				
10.我覺得害怕、擔心	0.86	0.87	1	6
3.即使有親友的幫忙，我還是無法拋開煩惱	0.82	0.93	2	7
6.我覺得悶悶不樂	0.77	0.86	3	8
14.我覺得很孤單寂寞	0.56	0.79	4	9
18.我覺得很悲傷	0.41	0.69	5	13
9.我覺得我的人生是失敗的	0.41	0.69	6	14
17.我曾經哭泣過	0.31	0.62	7	17
正向情感				
16.我享受生活的樂趣*	1.73	0.97	1	1
8.我對未來充滿希望*	1.63	0.96	2	2
4.我覺得我跟別人過得一樣好*	1.41	0.96	3	3
12.我覺得很快樂*	1.35	0.88	4	4
人際困擾				
15.我覺得人們是不友善的	0.14	0.43	1	19
19.我覺得別人不喜歡我	0.11	0.33	2	20

*為反向題（已反向計分）

三、家庭照顧者的家庭功能



本研究以照顧者評估家庭功能量表分析照顧者的家庭功能狀況，此量表包含四個構面，分別是問題解決、角色、界線及肯定。整體家庭功能及各構面的平均得分及排序，詳見表 4-9。研究結果發現，家庭照顧者的家庭功能平均得分為 58.48 分（標準差 9.63），屬於中等程度（範圍 27-80 分）。依各次量表的平均分數高低排序，依序為問題解決（ 3.711 ± 0.69 分）、肯定（ 3.709 ± 0.73 分）、界線（ 3.62 ± 0.66 分）及角色（ 3.57 ± 0.79 分）。

就整體家庭功能量表的各題項得分情形顯示（表 4-10），以界線功能中的「家庭中有些家人會聯合對抗其他家人（反向題）」得分最高、平均為 3.95 分（標準差 0.90），其次為問題解決功能中的「有些家人會否認病患真的有問題（反向題）」、平均為 3.90 分（標準差 0.95）；得分最低的項目為界線功能中的「覺得被困在家庭的雙重責任之間（反向題）」、平均為 3.08 分（標準差 1.25）。

探討照顧者家庭功能各項構面的得分情形，在角色功能中得分最高項目為「當有需要時家人願意幫忙分擔照顧工作」、平均為 3.71 分（標準差 0.92）；得分最低的項目為「大部分家人會分擔照顧工作」、平均為 3.36 分（標準差 1.05）。

在照顧者家庭功能的問題解決因素中，得分最高項目為「有些家人會否認病患真的有問題（反向題）」、平均為 3.90 分（標準差 0.95），其次為「當照顧病患發生問題時會先徵詢家人意見」、平均為 3.76 分（標準差 0.93）；得分最低的項目為「家人會彼此詢問有關照顧病患的意見」、平均為 3.58 分（標準差 0.95）。

在照顧者家庭功能的界線因素中，得分最高項目為「家庭中有些家人會聯合對抗其他家人（反向題）」得分最高、平均為 3.95 分（標準差 0.90），其次為「有些家人會拒絕跟其他家庭成員說話（反向題）」、平均為 3.75 分（標準差

1.01)；得分最低的是「覺得被困在家庭的雙重責任之間(反向題)」，平均為 3.08 分(標準差 1.25)。

在照顧者家庭功能的肯定功能中，得分最高項目為「家人都能瞭解照顧病患的辛苦與困難」、平均為 3.84 分(標準差 0.88)；得分最低的項目為「家人間會互相考慮到彼此需要」、平均為 3.56 分(標準差 0.91)。

表 4-9 主要照顧者家庭功能各因素得分情形

因素	題數	平均值	標準差	排序	範圍
家庭功能	16	58.48	9.63		27-80
問題解決	5	3.711	0.69	1	
肯定	3	3.709	0.73	2	
界線	5	3.62	0.66	3	
角色	3	3.57	0.79	4	

表 4-10 主要照顧者家庭功能分析

題號 / 題目	平均	標準	分量	總量
角色				
1.當我有需要時，家人願意幫忙分擔照顧工作	3.71	0.92	1	7
3.所有家人都知道在照顧病患這件事，他們被期望應該要做些什麼事	3.63	0.91	2	12
13.大部分家人會彼此分擔照顧工作	3.36	1.05	3	15
問題解決				
12.有些家人會否認病患真的有問題*	3.90	0.95	1	2
16.照顧病患發生問題時，做決定之前會徵詢家人意見	3.76	0.93	2	4
7.當家人意見不同時，通常都能把話說開	3.68	0.87	3	8
5.照顧病患發生問題時家人能提出不同方法共同解決	3.63	0.94	4	11
10.家人會彼此詢問有關照顧病患的意見	3.58	0.95	5	13

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表	總量表
界線				
4.在家庭中有些家人總是聯合起來對抗某些家庭成員*	3.95	0.90	1	1
15.有些家人會拒絕跟其他家庭成員說話*	3.75	1.01	2	5
6.家人之間很容易彼此幫助。	3.67	0.92	3	9
2.有些家人不太願意讓家庭以外的人來幫忙照顧病患*	3.66	0.94	4	10
9.覺得被困在照顧小孩（或家庭）與病患的雙重責任*	3.08	1.25	5	16
肯定				
8.家人都能瞭解照顧病患的辛苦與困難	3.84	0.88	1	3
11.家人會互相批評對方*	3.73	0.96	2	6
14.家人之間會互相考慮到彼此的需要	3.56	0.91	3	14

*為反向題（已反向計分）

四、家庭照顧者的負向照顧評價

本研究以照顧評價量表評估家庭照顧者的負向照顧評價，包含三項負荷因素，分別是時間受限制、健康及經濟負荷。負向照顧評價及各構面的平均得分及排序，詳見表 4-11。研究結果發現，負向照顧評價平均總分為 35.43 分、標準差 6.90（範圍 17-54 分），負向評價為中等程度。而整體負向照顧評價的平均 2.95 分（標準差 0.58）。在負向照顧評價中，以「時間安排」的負荷感受最高，平均得分為 3.41 分（標準差為 0.76）；其次為「健康影響」，平均得分為 2.78 分（標準差 0.70），「經濟影響」的負荷感受最低，平均得分為 2.41 分（標準差為 0.71）。

在整體負向照顧評價量表的各題項得分情形(表 4-12)，以時間負荷中的「排除許多預訂的計劃」得分最高、平均為 3.57 分（標準差 0.96），居次的項目亦為時間負荷中的「較少有機會去拜訪其他親戚朋友」、平均為 3.90 分（標準差 1.00）以及「日常生活都是以照顧病患為主」、平均為 3.90 分（標準差 1.12）；得分最低的項目為經濟負荷中的「經濟變得拮据」、平均為 2.32 分(標準差 0.82)。



探討照顧者負向照顧評價各項構面的得分情形，時間負荷因素中得分最高項目為「排除許多預訂的計劃」、平均為 3.57 分（標準差 0.96）；得分最低的項目為「很難找到可以放鬆的時間」、平均為 3.12 分（標準差 1.07）。

在負向照顧評價的健康負荷因素中，得分最高項目為「一直覺得很疲累」、平均為 3.29 分（標準差 1.01）；得分最低的項目為「健康狀況足以承擔照顧工作（反向題）」、平均為 2.35 分（標準差 0.78）。

在負向照顧評價的經濟因素中，以「經濟能力足以支付照顧費用（反向題）」得分最高、平均為 2.55 分（標準差 0.97）；得分最低的是「經濟變得拮据」、平均為 2.32 分（標準差 0.82）。

表 4-11 主要照顧者負向照顧評價各因素得分情形

因素	題數	平均值	標準差	排序	範圍
負向照顧評價總分	12	35.43	6.90		17-54
負向照顧評價平均	12	2.95	0.58		
時間負荷	5	3.41	0.76	1	
健康負荷	4	2.78	0.70	2	
經濟負荷	3	2.41	0.71	3	

表 4-12 主要照顧者負向照顧評價分析

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表	總量表
時間負荷				
10.自從照顧病患後，我已經排除許多預訂計劃	3.57	0.96	1	1
9.自從照顧病患我較少有機會去拜訪其他親戚	3.53	1.00	2	2
3.我的日常生活都是以照顧病患為主	3.53	1.12	3	2
6.我必須中斷正在進行的工作或活動照顧病患	3.31	1.05	4	3
13.因為要持續照顧病患，我很難找到可以放鬆的時間。	3.12	1.07	5	5

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表	總量表
健康負荷				
4.自從照顧病患以後，我一直覺得很疲累	3.29	1.01	1	4
8.自從照顧病患後，我的健康狀況開始變差	3.02	0.99	2	6
11.我有足夠的體力去承擔照顧病患的工作*	2.47	0.85	3	8
14.我的健康狀況足以承擔照顧病患的工作*	2.35	0.78	4	10
經濟負荷				
2.我的經濟能力足以支付照顧所需的花費*	2.55	0.97	1	7
18.要支付病患醫療和照顧費用是件困難的事	2.36	0.87	2	9
16.因為照顧病患，使家裡的經濟變得拮据	2.32	0.82	3	11

*為反向題（已反向計分）

五、家庭照顧者的自我效能

本研究以照顧者自我效能量表評估家庭照顧者的自我效能，此量表包括三項自我效能，分別為獲得休息、回應病患干擾行為以及控制沮喪想法的自我效能。三項自我效能的平均得分及排序詳見表 4-13。研究結果發現，以「獲得休息的效能」分數最高，平均為 73.23%（標準差 25.71）；其次為「沮喪想法的效能」，平均為 69.96%（標準差 20.40），「回應病患干擾行為的效能」的最低，平均為 68.66%（標準差 20.86）。

在整體自我效能的各題項得分情形（表 4-14），以獲得休息的效能中「如果身體不舒服，有多大信心可以盡快請朋友或家人幫忙照顧病患」得分最高、平均為 77.51%（標準差 26.44），其次的項目亦為獲得休息的效能「您有多大信心可以請朋友或家人幫您辦事」、平均為 77.28%（標準差 27.69）；得分最低的項目同樣是獲得休息的效能中「有多大信心可以請朋友或家人幫忙照顧病患一個星期」、平均為 60.64%（標準差 36.82）。



在獲得休息的自我效能中，得分最高項目為「如果身體不舒服，有多大信心可以盡快請朋友或家人幫忙照顧病患」、平均為 77.51%（標準差 26.44）；得分最低的項目為「有多大信心可以請朋友或家人幫忙照顧病患一個星期」、平均為 60.64%（標準差 36.82）。

在回應病患干擾行為的效能中，以「如果病患在午餐後又詢問您何時要進食午餐；有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回應？」得分最高、平均為 72.88%（標準差 21.91）；得分最低的項目是「如果病患第 4 次打擾您煮飯，有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回應」、平均為 67.01%（標準差 23.94）。

在控制沮喪想法的效能中，得分最高的項目為「有多大信心可以控制自己不要去想，因為照顧病患讓自己缺少或放棄了多少？」、平均為 72.58%（標準差 23.24）；得分最低的項目是「有多大信心可以控制自己不要去擔憂，病患未來可能會發生的問題？」、平均為 62.45%（標準差 26.39）。

表 4-13 主要照顧者自我效能各因素得分情形

因素	題數	平均值	標準差	排序
獲得休息的效能	5	73.23	25.71	1
控制沮喪想法的效能	5	69.96	20.40	2
回應病患干擾行為的效能	5	68.66	20.86	3

表 4-14 主要照顧者自我效能分析

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表 排序	總量表 排序
獲得休息的效能				
1. 如果您現在身體非常不舒服，一定要立刻去看醫生；您有多大信心可以盡快請朋友或家人幫忙照顧病患？	77.51	26.44	1	1

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表 排序	總量表 排序
3. 您有多大信心可以請朋友或家人幫您辦事，例如：代替您到郵局領取郵件、繳交費用等?	77.28	27.69	2	2
2. 如果您必須離開病患外出辦一些重要的事，您有多大信心可以請朋友或家人幫忙照顧病患，去處理重要的事情?	76.86	26.57	3	3
4. 當您需要休息時，您有多大信心請朋友或家人幫忙照顧病患?	74.87	28.12	4	4
5. 當您需要一段較長的私人時間時，您有多大信心可以請朋友或家人幫忙照顧病患一個星期?	60.64	36.82	5	15
處理病患干擾行為的效能				
6. 如果病患忘記日常生活的習慣，在午餐後又詢問您何時要進食午餐；您有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回答他/她? (例如：直接回答，或是轉移話題的回答方式)	72.88	21.91	1	5
8. 如果病患抱怨您對待他/她如何不好，您有多大信心可以溫和、不提高音量方式回答，而且不跟他/她爭吵? (例如：安撫他/她，或分散注意力)	69.83	22.72	2	10
7. 如果病患不斷詢問相同的問題而令您生氣時，您有多大信心可以用一些言語來使自己的情緒平靜下來?	69.61	23.17	3	11
9. 如果病患在飯後的一小時內詢問您 4 次何時吃飯，您有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回答他/她?	68.12	23.64	4	12
10. 如果病患在您煮飯時第 4 次打擾您，您有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回答他/她?	67.01	23.94	5	13
控制沮喪想法的效能				
14. 您有多大信心可以控制自己不要去想，「因為照顧病患讓自己缺少了多少，放棄了多少?」	72.58	23.24	1	6

題號 / 題目	平均值	標準差	分量表 排序	總量表 排序
12.您有多大信心可以控制自己不要去想，「因為照顧病患為自己帶來額外的不公平或負擔」這個想法?	72.39	22.55	2	7
13.您有多大信心可以控制自己不要去想，「在病患發病之前您的生活有多好，以及現在失去了多少?」	72.00	23.68	3	8
11.您有多大信心可以控制自己不要去想，「因為照顧病患讓自己出現心煩、不愉快的情況」?	70.40	23.12	4	9
15.您有多大信心可以控制自己不要去擔憂，「病患未來可能會發生的問題?」	62.45	26.39	5	14

六、家庭照顧者的因應策略

本研究以照顧者對壓力處理的評估量表分析照顧者的因應策略，此量表包含三種類型的因應策略，分別是問題解決策略、改變認知策略以及處理壓力策略。整體因應策略及三種類型策略的平均得分及排序，詳見表 4-15。研究結果發現，家庭照顧者的整體因應策略平均得分為 49.91 分（標準差 10.08），屬於中等程度（範圍 0-81 分）。依各次量表的平均分數高低排序，照顧者認為最有幫助的因應策略是改變認知策略，平均得分為 2.02 分（標準差 0.37）；其次為使用問題解決策略平均得分為 1.91 分（標準差 0.44）、處理壓力策略的平均得分為 1.77 分（標準差 0.62）。

就整體因應策略量表的各題項得分情形顯示（表 4-16），以改變認知策略中的「往好的方面想」得分最高、平均為 2.24 分（標準差 0.51），其次亦為改變認知策略中的「抱持樂觀的態度」、平均為 2.18 分（標準差 0.63）；得分最低的項目為處理壓力策略中的「藉由大喊、大叫等方式發洩情緒」、平均為 0.53 分（標準差 0.85）。

在問題解決策略中得分最高項目為「依靠自己累積的經驗和知識解決問題」得分最高、平均為 2.14 分（標準差 0.55），其次為「盡量讓病患維持活動力」、平均為 2.08 分（標準差 0.74）；得分最低的項目為「對病患說出自己對他（她）的期望」、平均為 1.33 分（標準差 0.93）。

在改變認知策略中得分最高項目為「往好的方面想」得分最高、平均為 2.24 分（標準差 0.51），其次為「抱持樂觀的態度」、平均為 2.18 分（標準差 0.63）；得分最低的項目是「了解現在照顧工作的狀況已經比以前改善」、平均為 1.67 分（標準差 0.84）。

在處理壓力策略中「仍然維持興趣與嗜好」得分最高、平均為 2.04 分（標準差 0.77），其次是「為自己保留空閒的時間」、平均為 2.01 分（標準差 0.77）；得分最低的項目為「參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持」、平均為 1.23 分（標準差 1.09）。

表 4-17 分析照顧者各層面因應策略的幫助程度，以改變認知策略的幫助程度平均為 90.60% 最高（範圍 72.93%-97.13%），問題解決因應策略的 85.76%（範圍 56.05%-96.82%），處理壓力策略為 77.52%（範圍 53.3%-89.17%）的幫助程度最低。若以問題解決因應策略次量表分析，幫助程度最高的前三項為「依靠自己累積的經驗和知識解決問題」、「嘗試不同的解決方法，直到尋找到最好的方法」、「建立事情的優先順序，並專注在處理事情上」；幫助程度最低的項目為「對病患說出自己對他（她）的期望」。在改變認知因應策略方面，幫助程度最高的前三項為「往好的方面想」、「接受現狀」、「控制自己的情緒和感受」；幫助程度最低的項目為「了解到現在照顧工作狀況已經比以前改善很多」。在處理壓力因應策略方面，幫助程度最高的前三項為「仍然維持一些興趣與嗜好」、「為自己保留一些空閒的時間」、「使用一些放鬆的方法：靜坐等等」；幫助程度最低的項目為「參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持」，表示大多數照

顧者不會使用此因應策略。



表 4-15 主要照顧者壓力因應策略各因素得分情形

因素	題數	平均值	標準差	排序
壓力因應策略	27	49.91	10.08	
改變認知	10	2.02	0.37	1
問題解決	12	1.91	0.44	2
處理壓力	5	1.77	0.62	3

表 4-16 主要照顧者壓力因應策略分析

題號 / 題目	M	SD	分量表 排序	總量表 排序
問題解決				
19.依靠自己累積的經驗和知識解決問題	2.14	0.55	1	4
11.盡量讓病患維持活動力	2.08	0.74	2	6
20.嘗試不同解決方法，直到尋找到最好的方法處理	2.05	0.64	3	7
14.盡量從專業人員與服務人員那裡得到幫助	2.04	0.71	4	8
21.建立事情的優先順序，並專注在處理事情上	2.02	0.67	5	9
2.與自己信任的人討論問題	2.01	0.72	6	10
1.建立一個固定的照顧工作常規，並且遵照執行	1.93	0.87	7	12
8.盡量尋找有關照顧問題的資料	1.90	0.82	8	13
10.盡量從家人那裡得到實際的幫助	1.89	0.77	9	14
12.改變家裡的環境，盡量讓一切從簡	1.87	0.81	10	15
16.事先做些什麼事，預防問題發生	1.75	0.89	11	19
23.對病患說出自己對他（她）的期望	1.33	0.93	12	21
改變認知				
22.往好的方面想	2.24	0.51	1	1
4.抱持樂觀的態度	2.18	0.63	2	2
15.接受現狀	2.16	0.51	3	3
18.控制自己的情緒和感受	2.14	0.55	4	4

題號 / 題目	M	SD	分量表 排序	總量表 排序
17.相信自己有能力可以處理問題	2.09	0.55	5	5
6.咬緊牙關，堅持下去	2.01	0.73	7	10
5.了解到總是有其他人比自己的情況更糟糕	1.98	0.76	8	11
9.了解病患不應該因為他(她)的病況受到責備	1.90	0.75	9	13
7.回憶自己與病患過去共同的美好時光	1.82	0.84	10	16
13.了解到現在照顧工作狀況已經比以前改善很多	1.67	0.84	11	20
處理壓力				
27.仍然維持一些興趣與嗜好	2.04	0.77	1	8
3.為自己保留一些空閒的時間	2.01	0.77	2	10
24.藉由游泳、散步或其他運動，來維持精力和情緒	1.80	0.97	3	17
26.使用一些放鬆的方法：靜坐等等	1.79	0.93	4	18
25.參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持	1.23	1.09	5	22

表 4-17 主要照顧者壓力因應策略各層面幫助程度分析

題號 / 題目	n	%	分量表 排序	總量表 排序
問題解決		85.76		
19.依靠自己累積的經驗和知識解決問題	304	96.82	1	2
12.改變家裡的環境，盡量讓一切從簡	265	94.39	8	5
20.嘗試不同的解決方法，直到尋找到最好的方法	295	93.95	2	6
21.建立事情的優先順序，並專注在處理事情上	289	92.04	3	9
14.盡量從專業人員與服務人員那裡得到幫助	284	90.45	4	10
2.與自己信任的人討論問題	278	88.54	5	13
11.盡量讓病患維持活動力	275	87.58	6	14
8.盡量尋找有關照顧問題的資料	269	85.67	7	15
1.建立一個固定的照顧工作常規，並且遵照執行	262	83.44	9	16
10.盡量從家人那裡得到實際的幫助	253	80.57	10	17
16.事先做些什麼事，預防問題發生	250	79.62	11	18
23.對病患說出自己對他(她)的期望	176	56.05	12	23

題號 / 題目	n	%	分量表 排序	總量表 排序
改變認知		90.60		
22.往好的方面想	305	97.13	1	1
15.接受現狀	305	97.13	1	1
9.了解病患不應該因為他(她)的病況受到責備	268	95.35	7	3
18.控制自己的情緒和感受	297	94.59	2	4
5.了解到總是有其他人比自己的情況更糟糕	265	94.39	8	5
4.抱持樂觀的態度	294	93.63	3	7
17.相信自己有能力可以處理問題	291	92.68	4	8
6.咬緊牙關，堅持下去	281	89.49	6	11
7.回憶自己與病患過去共同的美好時光	247	78.66	9	19
13.了解到現在照顧工作的狀況已經比以前改善很多	229	72.93	10	22
處理壓力		77.52		
27.仍然維持一些興趣與嗜好	280	89.17	1	12
3.為自己保留一些空閒的時間	278	88.54	2	13
26.使用一些放鬆的方法：靜坐等等	246	78.34	3	20
24.藉由游泳、散步或其他運動，來維持精力和情緒	245	78.03	4	21
25.參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持	168	53.5	5	24

第三節 失智症患者基本屬性與家庭照顧者壓力因應歷程各變項之關係



本節探討失智症患者人口學特性和疾病特徵與照顧者壓力因應歷程中各變項之間的關係，以皮爾森相關 (Pearson's correlation) 進行基本屬性與各變項之間的相關性，以單因子變異數 (ANOVA) 檢定基本屬性與各變項之間的差異，並以 Scheffe 法進行事後比較。另外，若發現該變項的變異數不同質時，則以 Brown-Forsythe 統計量檢定平均數，並且使用 Dunnett's T3 進行事後比較分析，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較，結果分析如下：

一、失智症患者基本屬性與照顧者壓力因應歷程各變項相關性分析

由表 4-18 結果發現失智症患者年齡僅與照顧者獲得休息的效能 ($r=0.15$, $p<.01$)、回應病患干擾行為的效能 ($r=0.12$, $p<.05$) 呈顯著正相關，表示當患者年齡越大時，照顧者獲得休息和回應病患干擾行為的自我效能也較高；但是患者的年齡與其他變項均未具顯著相關性，表示病患年齡並不會影響照顧者的家庭功能、負向照顧評價、控制沮喪想法效能、因應策略與憂鬱程度。

失智症患者的日常生活能力總分與照顧者的整體家庭功能 ($r=0.14$, $p<.05$) 呈顯著正相關，表示患者的日常生活能力越佳時，照顧者的整體家庭功能較佳。患者的日常生活能力總分與整體負向評價呈顯著負相關 ($p<.05$)，代表患者日常生活能力總分越低時，照顧者的整體負向評價越大。患者的日常生活能力總分僅與回應病患干擾行為的效能 ($r=-0.14$, $p<.05$) 呈現顯著負相關，表示日常生活能力總分越高，照顧者回應病患干擾行為的效能越低；而日常生活能力總分與獲得休息、控制沮喪想法的效能則未具顯著相關性。患者日常生活能力總分與整體憂鬱程度 ($r=-0.18$, $p<.01$) 呈現顯著負相關，代表患者日常生活能力總分越高時，其整體憂鬱程度越低。另外，患者日常生活能力總分與問題解決、改變認知與處

理壓力因應策略皆未達顯著相關性。

失智症患者的神經精神症狀總分與整體負向評價 ($r=0.24, p<.001$) 呈顯著正相關，顯示當患者的神經精神症狀總分越高時，照顧者的整體負向評價越大。神經精神症狀總分與獲得休息 ($r=-0.18, p<.01$)、控制沮喪想法的效能 ($r=-0.20, p<.001$) 呈顯著負相關，代表患者神經精神症狀總分越高時，照顧者獲得休息及控制沮喪想法的效能則越低。結果發現僅有患者的神經精神症狀總分與處理壓力因應策略 ($r=0.11, p<.05$) 呈顯著正相關，表示患者的神經精神症狀總分越高時，照顧者認為處理壓力的幫助程度越大。患者的神經精神症狀總分與整體憂鬱程度 ($r=0.17, p<.01$) 呈顯著正相關，代表患者神經精神症狀總分越高時，其整體憂鬱程度亦越高。患者的神經精神症狀總分與照顧者處理干擾行為效能、問題解決因應及改變認知因應均不具相關性。

表 4-18 失智症患者基本屬性與照顧者壓力因應歷程各變項的相關性分析

變項	患者年齡	ADL	NPI-12
	γ	γ	γ
家庭功能	-0.011	0.143*	-0.240***
負向照顧評價	-0.053	-0.197***	0.238***
獲得休息效能	0.153**	0.103	-0.183**
處理干擾行為效能	0.115*	-0.144*	-0.062
控制沮喪想法效能	0.089	0.07	-0.200***
問題解決因應	0.09	-0.07	0.07
改變認知因應	0.01	0.01	0.03
處理壓力因應	0.05	0.05	0.113*
憂鬱程度	-0.06	-0.185**	0.173**

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 、 γ ：Pearson's 相關係數

二、失智症患者基本屬性與照顧者壓力因應歷程各變項差異性分析

針對整體家庭功能的差異性分析(表 4-19)結果發現,失智症患者的性別與家庭功能有顯著差異($t=2.21, p<.05$),顯示男性患者的照顧者認為其整體家庭功能高於女性患者的照顧者。失智症患者日常生活能力的依賴程度與家庭功能有顯著差異($F=3.11, p<.05$),經事後比較顯示日常生活能力完全獨立患者的照顧者,其整體家庭功能高於重度依賴患者的照顧者。而患者的年齡分組、失智症類型、失智症嚴重度等變項,則與整體家庭功能未達顯著差異。

針對整體負向評價的差異性分析結果發現(表 4-19),患者的性別與照顧者的整體負向評價有顯著差異($t=4.43, p<.001$),顯示男性患者的照顧者其整體負向評價高於女性患者的照顧者。失智症嚴重度亦與整體負向評價有顯著差異

($F=4.11, p<.05$),經事後檢定發現重度失智症患者的照顧者其整體負向評價高於輕度患者的照顧者。患者日常生活能力的依賴程度與照顧者整體負向評價達顯著差異($F=4.28, p<.01$),顯示日常生活能力完全依賴以及中度依賴患者的照顧者,其整體負向評價均高於完全獨立患者的照顧者。而患者的年齡分組、失智症類型,則與照顧者的整體負向評價未達顯著差異。

針對照顧者獲得休息的自我效能進行分析(表 4-20),結果發現患者的性別與照顧者獲得休息的效能有顯著差異($t=-2.25, p<.05$),顯示女性患者的照顧者其獲得休息的效能高於男性患者的照顧者。而患者的年齡分組、失智症類型、失智症嚴重度等變項,則與照顧者獲得休息的效能未達顯著差異。

分析照顧者回應病患干擾行為的效能,結果發現患者的性別與照顧者回應病患干擾行為的效能有顯著差異($t=-2.38, p<.05$),顯示女性患者的照顧者其回應病患干擾行為的效能高於男性患者的照顧者。失智症患者的嚴重度與照顧者回應病患干擾行為的效能有顯著差異($F=5.73, p<.001$),事後檢定顯示重度失智症患者

的照顧者其回應病患干擾行為的效能顯著高於輕度患者的照顧者。而患者的年齡分組、失智症類型等變項，則與照顧者回應病患干擾行為的效能未達顯著差異。

分析照顧者控制沮喪想法的自我效能，結果發現僅有患者的性別與照顧者控制沮喪想法的效能有顯著差異 ($t=-2.40, p<.05$)，顯示女性患者的照顧者其控制沮喪想法的效能高於男性患者的照顧者。而患者的年齡分組、失智症類型、失智症嚴重度等變項，則與照顧者控制沮喪想法的效能未達顯著差異。

另外，患者日常生活能力的依賴程度與照顧者的自我效能均未達顯著差異；亦即照顧者獲得休息、回應病患干擾行為、控制沮喪想法的自我效能皆不會因患者日常生活能力的依賴程度而有所不同。

針對照顧者三種類型因應策略的差異性分析（表 4-21），結果發現失智症患者的基本屬性及其日常生活能力的依賴程度與照顧者的三種類型的因應策略均未達顯著差異。表示照顧者使用問題解決、改變認知、處理壓力因應策略的幫助程度，並不會因為患者的性別、年齡、失智類型和嚴重度、日常生活能力的依賴程度而有所不同。

針對整體憂鬱程度的差異性分析（表 4-21），結果發現失智症患者的性別與整體憂鬱程度有顯著差異 ($t=3.25, p<.01$)，顯示男性患者的照顧者整體憂鬱程度高於女性患者的照顧者。而患者的年齡分組、失智症類型、失智症嚴重度、日常生活能力的依賴程度等變項，則與整體憂鬱程度未達顯著差異。

表 4-19 失智症患者基本屬性與照顧者家庭功能、負向照顧評價的變異數分析

變 項	人數	家庭功能			負向照顧評價		
		M	SD	F/ t	M	SD	F/ t
性別				2.21*			4.43***
1. 男	124	59.95	10.34		37.51	7.32	
2. 女	190	57.52	9.03		34.08	6.28	
年齡				0.73			1.25
1. 64 歲以下	15	61.80	12.09		37.93	8.42	
2. 65-74 歲	71	58.66	10.93		35.77	7.47	
3. 75 歲以上	228	58.20	9.01		35.16	6.60	
失智類型				1.3			1.86
1. 阿茲海默型	209	58.89	9.58		34.78	6.70	
2. 血管型	59	56.78	9.90		36.64	7.35	
3. 額顳葉型	16	61.88	9.77		37.38	7.35	
4. 巴金森氏型	17	58.00	6.47		35.24	6.57	
5. 其他	13	55.92	11.68		38.38	6.99	
失智嚴重度				0.72			4.11*
1. 輕度	192	58.58	9.34		34.59	6.50	3>1
2. 中度	75	59.12	9.28		36.36	7.28	
3. 重度	47	57.02	11.25		37.40	7.44	
日常生活依賴程度				3.11*			4.28**
1. 完全依賴	37	56.22	11.47	5>2	37.51	6.27	1>5,
2. 重度依賴	70	56.30	9.61		36.16	6.48	3>5
3. 中度依賴	88	58.28	9.19		36.61	6.88	
4. 輕度依賴	25	59.24	8.62		32.84	7.46	
5. 完全獨立	94	60.97	9.07		33.66	6.86	

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

表 4-20 失智症患者基本屬性與照顧者自我效能的變異數分析

變 項	人數	獲得休息效能			處理干擾行為效能			控制沮喪想法效能		
		M	SD	F/ t	M	SD	F/ t	M	SD	F/ t
性別				-2.25*			-2.38*			-2.40*
1. 男	124	69.23	27.23		65.22	22.05		66.49	21.57	
2. 女	190	75.85	24.38		70.91	19.78		72.23	19.33	
年齡				1.8			1.87			0.47
1. 64 歲以下	15	66.40	30.50		68.47	23.26		66.27	25.38	
2. 65-74 歲	71	68.76	28.93		64.50	22.83		68.75	22.49	
3. 75 歲以上	228	75.08	24.14		69.97	19.97		70.58	19.40	
失智類型				2.45			1.447			2.54
1. 阿茲海默型	209	74.67	25.14		69.02	20.45		71.61	18.87	
2. 血管型	59	68.56	27.75		66.89	22.47		64.39	23.46	
3. 額顳葉型	16	76.08	26.87		78.83	19.69		76.89	15.01	
4. 巴金森氏型	17	81.41	19.18		65.52	22.93		69.14	22.04	
5. 其他	13	57.15	25.28		62.64	16.25		61.31	27.38	
失智嚴重度				0.80			5.73**			0.05
1. 輕度	192	73.83	25.89		66.02	21.68	3>1	69.98	19.75	
2. 中度	75	74.42	24.60		70.17	19.57		69.46	19.99	
3. 重度	47	68.89	26.78		77.07	16.94		70.68	23.86	
日常生活依賴程度				1.28			1.74			0.69
1. 完全依賴	37	67.62	28.57		76.28	19.02		65.32	24.67	
2. 重度依賴	70	72.19	24.35		69.35	18.07		70.16	19.65	
3. 中度依賴	88	71.33	24.54		67.91	19.64		69.77	19.25	
4. 輕度依賴	25	75.12	21.79		68.93	18.33		73.20	19.84	
5. 完全獨立	94	77.50	27.31		65.79	24.54		70.97	20.45	

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

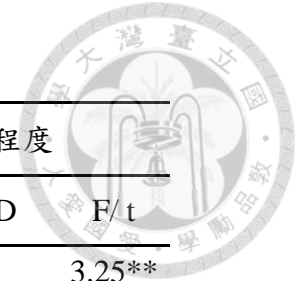
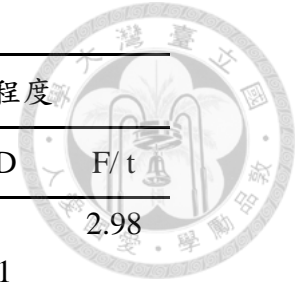


表 4-21 失智症患者基本屬性與照顧者因應策略、憂鬱症狀的變異數分析

變 項	人數	問題解決因應			改變認知因應			處理壓力策略			憂鬱程度		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
性別				-0.03			-0.99			-0.86			3.25**
1. 男	124	1.92	0.44		2.00	0.37		1.53	0.62		16.16	10.91	
2. 女	190	1.92	0.44		2.04	0.37		1.59	0.52		12.49	7.78	
年齡				1.30			0.33			0.67			0.26†
1. 64 歲以下	15	1.78	0.45		1.96	0.42		1.41	0.58		15.6	12.7	
2. 65-74 歲	71	1.88	0.44		2.05	0.32		1.55	0.60		14.39	11.09	
3. 75 歲以上	228	1.94	0.44		2.02	0.38		1.58	0.55		13.69	8.44	
失智類型				0.70			2.29			3.20			2.36†
1. 阿茲海默型	209	1.93	0.46		2.03	0.37		1.59	0.53		12.89	8.11	
2. 血管型	59	1.88	0.43		2.02	0.40		1.42	0.57		16.05	11.33	
3. 額顳葉型	16	2.01	0.57		2.21	0.39		1.70	0.73		15.19	13.55	
4. 巴金森氏型	17	1.98	0.24		1.97	0.17		1.82	0.56		13.41	8.13	
5. 其他	13	1.78	0.24		1.80	0.32		1.28	0.54		20.38	9.6	
失智嚴重度				0.73			0.53			2.71†			2.72
1. 輕度	192	1.93	0.44		2.01	0.38		1.63	0.52		13.21	8.34	
2. 中度	75	1.86	0.50		2.06	0.35		1.51	0.58		14.05	9.98	
3. 重度	47	1.95	0.35		2.01	0.37		1.42	0.66		16.72	11.39	



變 項	人數	問題解決因應			改變認知因應			處理壓力策略			憂鬱程度		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
日常生活依賴程度				0.95			1.65			1.00			2.98
1. 完全依賴	37	2.01	0.40		2.04	0.32		1.53	0.68		16.3	11	
2. 重度依賴	70	1.87	0.35		1.96	0.34		1.49	0.57		16.09	9.43	
3. 中度依賴	88	1.96	0.48		2.10	0.35		1.64	0.59		13.89	7.65	
4. 輕度依賴	25	1.91	0.56		2.04	0.40		1.47	0.53		11.16	10.59	
5. 完全獨立	94	1.88	0.45		1.99	0.41		1.59	0.49		12.2	9.17	

†變異數不同質則以 Brown-Forsythe 或 Welch 統計量，來檢定平均數；在事後比較時，則使用 Dunnett's T3，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較

*p< .05, **p< .01, ***p< .001



第四節 家庭照顧者基本屬性與其壓力因應歷程各變項之關係

本節探討家庭照顧者基本屬性和照顧工作狀況與其壓力因應歷程各變項之間的關係，以皮爾森相關 (Pearson's correlation) 進行基本屬性與各變項之間的相關性分析，以單因子變異數 (ANOVA) 檢定基本屬性與各變項之間的差異，並以 Scheffe 法進行事後比較。另外，若發現該變項的變異數不同質時，則以 Brown-Forsythe 統計量檢定平均數，並且使用 Dunnett's T3 進行事後比較分析，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較，結果分析如下。

一、家庭照顧者基本屬性與其壓力因應歷程各變項之相關性分析

由表 4-22 結果發現在壓力因應歷程所有變項中，照顧者的年齡僅與家庭功能 ($r=0.25, p<.001$) 與負向照顧評價 ($r=0.17, p<.001$) 呈顯著正相關，表示年齡越大的照顧者認為其整體家庭功能較佳，並認為照顧工作造成的整體負荷也較大。其他變項如自我效能、因應策略、憂鬱程度皆與照顧者年齡未具顯著相關性。

表 4-22 家庭照顧者基本屬性與其壓力因應歷程之相關分析

變項	照顧者年齡
	γ
家庭功能	0.25***
負向照顧評價	0.17***
獲得休息效能	-0.06
處理干擾行為效能	-0.04
控制沮喪想法效能	0.02
問題解決因應	-0.01
改變認知因應	-0.09
處理壓力因應	-0.1
憂鬱程度	0.07

*** $p<.001$ 、 γ ：Pearson's 相關係數

二、家庭照顧者的基本屬性與其壓力因應歷程各變項之差異性分析

本研究家庭照顧者基本屬性中的性別、工作是否改變、是否有輪流照顧人力及聘僱者是以獨立樣本 t 檢定，其餘變項包含年齡分組、婚姻狀況、教育程度、親屬關係類型、每日照顧時數、自覺目前健康狀況、健康狀況是否改變、與患者罹病以前感情、與患者目前感情、自覺經濟狀況則是以單因子變異數 (ANOVA) 檢定照顧者家庭功能之差異，並以 Scheffe 法進行事後比較。另外，若發現該變項的變異數不同質時，則以 Brown-Forsythe 統計量檢定平均數，並且使用 Dunnett's T3 進行事後比較，當各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 進行事後比較。


針對整體家庭功能的差異性分析結果發現 (表 4-23)，家庭照顧者的年齡分組與家庭功能有顯著差異 ($F=6.39, p<.01$)，經事後檢定發現，65 歲以上的照顧者認為其家庭功能分別高於 45-64 歲以及 44 歲以下的照顧者。照顧者與患者的關係類型與家庭功能有顯著差異 ($F=4.64, p<.01$)，事後檢定發現，配偶照顧者的家庭功能優於由女兒及媳婦擔任照顧者的家庭功能。照顧者的工作狀況改變與家庭功能達顯著差異 ($t=3.83, p<.001$)，沒有改變工作的照顧者其家庭功能高於工作改變的照顧者。照顧者自覺目前健康狀況與家庭功能達顯著差異 ($F=3.20, p<.05$)，自覺目前健康狀況良好的照顧者其家庭功能高於自覺健康狀況不佳者。健康狀況是否改變與家庭功能亦達顯著差異 ($F=16.35, p<.001$)，認為健康狀況無改變的照顧者其家庭功能高於自覺健康狀況變差者。與患者罹病以前的感情與家庭功能達顯著差異 ($F=6.42, p<.01$)，與患者罹病以前感情良好的照顧者其家庭功能高於以前感情不佳者。與患者目前感情也與家庭功能達顯著差異 ($F=7.08, p<.01$)，認為與患者目前感情無改變之照顧者其家庭功能高於自覺目前感情變差者。照顧者自覺經濟狀況與家庭功能具有顯著差異 ($F=4.15, p<.05$)，即自覺經濟狀況較好的照顧者其家庭功能優於經濟狀況不佳者。而家庭照顧者的性別、婚姻狀況、教育程度、每日照顧時數、是否有輪流照顧人力及聘僱者等變項則與其家庭功能無顯著差異；亦



即照顧者的家庭功能不會因照顧者的性別、婚姻狀況、教育程度高低、每日照顧時數長短、是否有輪流照顧人力及聘僱者而有所不同。

針對整體負向照顧評價的差異性分析結果發現(表 4-23)，照顧者的年齡與負向評價有顯著差異 ($F=5.86, p<.01$)，65 歲以上照顧者的負向評價高於 45-64 歲照顧者。照顧者和患者的關係類型與負向照顧評價有顯著差異 ($F=9.07, p<.001$)，配偶擔任照顧者的負向評價分別高於女兒、兒子、媳婦照顧者。每日照顧時數與負向評價有顯著差異 ($F=5.67, p<.001$)，每日照顧 12-16 小時以及 16 小時以上的照顧者，其負向評價高於每日照顧 4 小時以內者。因為照顧患者而改變工作的照顧者，其負向評價顯著高於工作沒有改變的照顧者 ($t=-3.36, p<.01$)。照顧者自覺目前健康狀況與負向評價達顯著差異 ($F=47.57, p<.001$)，自覺目前健康不佳的照顧者其負向評價顯著高於自覺健康普通與健康良好者、而自覺健康普通的照顧者其負向評價亦高於自覺健康良好者。認為健康狀況是否改變與負向評價亦達顯著差異 ($F=85.11, p<.001$)，代表認為健康狀況變差的照顧者其負向評價高於自覺健康狀況無改變者。與患者罹病以前感情與負向評價達顯著差異 ($F=11.73, p<.001$)，與患者罹病以前感情良好的照顧者，其負向評價顯著低於感情不佳者和感情普通者、與患者罹病以前感情普通者的負向評價亦低於感情不佳者。與患者目前的感情亦與負向評價達顯著差異 ($F=15.10, p<.001$)，認為與患者感情變差的照顧者其負向評價皆高於感情變好及無改變者。自覺經濟狀況與負向評價具有顯著差異 ($F=30.56, p<.001$)，即照顧者自覺經濟不佳，其負向評價同時高於經濟狀況較好與普通者、另外自覺經濟普通的照顧者，其負向評價亦高於自覺經濟狀況較好者。家中沒有輪流照顧人力的照顧者，其負向評價顯著高於有輪流照顧人力者 ($t=4.37, p<.001$)。而家庭照顧者的性別、婚姻狀況、教育程度、是否有聘僱者等變項，均與其負向照顧評價無顯著差異。

針對照顧者獲得休息的自我效能進行差異性分析(表 4-24)，結果發現因為照



顧患者而改變工作的照顧者，其獲得休息效能顯著低於工作沒有改變的照顧者 ($t=3.04, p<.01$)。照顧者自覺目前健康狀況與獲得休息效能達顯著差異 ($F=3.66, p<.05$)，自覺目前健康較佳的照顧者其獲得休息效能顯著高於自覺健康普通與健康不佳者、而自覺健康普通的照顧者其獲得休息效能亦高於自覺健康不佳者。健康狀況是否改變與獲得休息效能亦達顯著差異 ($F=31.58, p<.001$)，表示認為健康無改變的照顧者其獲得休息效能高於自覺健康變差者。與患者罹病以前感情與獲得休息效能達顯著差異 ($F=5.85, p<.01$)，與患者罹病以前感情良好的照顧者，其獲得休息效能顯著高於感情普通者。與患者目前的感情亦與獲得休息效能達顯著差異 ($F=7.52, p<.01$)，認為與患者感情無改變的照顧者其獲得休息效能高於目前感情變差者。自覺經濟狀況與獲得休息效能具有顯著差異 ($F=5.82, p<.01$)，即照顧者自覺經濟不佳，其獲得休息效能同時低於經濟狀況普通與較好者。家中有輪流照顧人力時，照顧者獲得休息效能顯著高於沒有輪流照顧人力者 ($t=-4.63, p<.001$)。而家庭照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、每日照顧時數、是否有聘僱者等變項，均與其獲得休息效能無顯著差異。

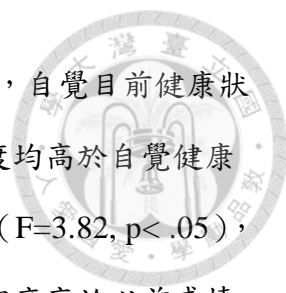
針對照顧者回應病患干擾行為的自我效能進行分析，結果發現照顧者自覺目前健康狀況與回應病患干擾行為效能達顯著差異 ($F=3.66, p<.05$)，自覺目前健康較佳的照顧者其回應病患干擾行為效能顯著高於自覺健康不佳者。自覺健康狀況是否改變與回應病患干擾行為效能亦達顯著差異 ($F=28.85, p<.001$)，認為健康無改變的照顧者其回應病患干擾行為效能高於自覺健康變差者。與患者罹病以前感情與回應病患干擾行為效能達顯著差異 ($F=9.19, p<.001$)，與患者罹病以前感情良好的照顧者，其回應病患干擾行為效能分別高於感情普通及感情不佳者。與患者目前的感情亦與回應病患干擾行為效能達顯著差異 ($F=23.67, p<.001$)，認為與患者目前感情變差的照顧者，其回應病患干擾行為效能分別低於目前感情無改變及感情變好者。自覺經濟狀況與回應病患干擾行為效能具有顯著差異 ($F=7.00, p<.01$)，亦即照顧者自覺經濟不佳，其回應病患干擾行為效能同時低於經濟普通



與經濟較好者。而家庭照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、關係類型、每日照顧時數、工作是否改變、是否有輪流照顧人力及聘僱者等變項，均與其回應病患干擾行為效能無顯著差異。

針對照顧者控制沮喪想法的自我效能進行分析，結果發現因為照顧患者而改變工作的照顧者，其控制沮喪想法效能顯著低於工作沒有改變的照顧者 ($t=2.08$, $p<.05$)。照顧者自覺目前健康狀況與控制沮喪想法效能達顯著差異 ($F=14.40$, $p<.001$)，自覺目前健康較佳的照顧者其控制沮喪想法效能顯著高於自覺健康普通與健康不佳者、而自覺健康普通的照顧者其控制沮喪想法效能亦高於自覺健康不佳者。健康狀況是否改變與控制沮喪想法效能達顯著差異 ($F=47.28$, $p<.001$)，認為健康無改變的照顧者其控制沮喪想法效能高於自覺健康變差者。與患者罹病以前感情與控制沮喪想法效能達顯著差異 ($F=15.07$, $p<.001$)，與患者罹病以前感情良好的照顧者，其控制沮喪想法效能分別高於感情普通及感情不佳者、而與患者罹病以前感情普通者，其控制沮喪想法效能亦高於感情不佳者。與患者目前的感情亦與控制沮喪想法的效能達顯著差異 ($F=30.80$, $p<.001$)，認為與患者目前感情變好及無改變的照顧者，其控制沮喪想法效能均顯著高於感情變差者。自覺經濟狀況與控制沮喪想法效能具有顯著差異 ($F=12.53$, $p<.001$)，即照顧者自覺經濟較好，其控制沮喪想法效能同時高於經濟普通與經濟不佳者、自覺經濟普通的照顧者其控制沮喪想法效能亦高於經濟不佳者。而家庭照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、關係類型、每日照顧時數、是否有輪流照顧人力及聘僱者等變項，均與其控制沮喪想法效能無顯著差異。

針對問題解決因應策略分析 (表 4-25)，結果顯示照顧者的教育程度與問題解決因應有顯著差異 ($F=2.97$, $p<.05$)，大專以上學歷的照顧者使用問題解決因應策略的幫助程度高於小學畢業的照顧者。因為照顧患者而改變工作的照顧者，其問題解決因應策略的幫助程度高於工作沒有改變的照顧者 ($t=-2.61$, $p<.05$)。照顧者




自覺目前健康狀況與問題解決因應達顯著差異 ($F=4.38, p<.05$)，自覺目前健康狀況良好以及普通的照顧者，其使用問題解決因應策略的幫助程度均高於自覺健康狀況不佳者。與患者罹病以前感情與問題解決因應達顯著差異 ($F=3.82, p<.05$)，與患者罹病以前感情良好的照顧者其問題解決因應策略的幫助程度高於以前感情普通者。家中有聘僱者的照顧者其問題解決因應策略的幫助程度顯著高於沒有聘僱者 ($t=-1.98, p<.05$)。而家庭照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、關係類型、每日照顧時數、工作是否改變、健康是否改變、與患者目前感情、是否有輪流照顧人力及自覺經濟狀況等變項，則與其問題解決因應策略無顯著差異。

分析整體因應策略中的改變認知因應策略，結果顯示僅有與患者罹病以前感情與改變認知因應策略達顯著差異 ($F=4.99, p<.01$)，表示與患者罹病以前感情良好的照顧者其改變認知因應策略的幫助程度高於以前感情不佳者。而家庭照顧者的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、關係類型、每日照顧時數、工作是否改變、自覺健康狀況、健康是否改變、與患者目前感情、自覺經濟狀況、是否有輪流照顧人力及聘僱者等變項，則與其改變認知因應策略無顯著差異。

分析整體因應策略中的處理壓力因應策略，結果顯示僅有是否因為照顧患者而改變工作與處理壓力因應策略達顯著差異 ($t=-2.00, p<.05$)，表示因為照顧患者而改變工作的照顧者，其處理壓力因應策略的幫助程度高於工作沒有改變的照顧者。而家庭照顧者的其他基本屬性與照顧工作狀況與處理壓力因應策略無顯著差異。

探討照顧者基本屬性、照顧工作狀況與其憂鬱程度的差異性分析 (表 4-25)，結果發現女性照顧者的整體憂鬱程度顯著高於男性照顧者 ($t=-3.57, p<.001$)。照顧者的教育程度與整體憂鬱程度有顯著差異 ($F=3.18, p<.05$)，經事後檢定發現，小學畢業的照顧者其整體憂鬱程度高於大專以上學歷者。照顧者與患者的關係類型與整體憂鬱程度有顯著差異 ($F=5.31, p<.001$)，配偶擔任照顧者的整體憂鬱程度高於兒子擔任照顧者。每日照顧時數與整體憂鬱程度有顯著差異 ($F=3.19, p<.05$)，



每日照顧 16 小時以上的照顧者，其整體憂鬱程度高於每日照顧 4 小時以內者。因為照顧患者而改變工作的照顧者，其整體憂鬱程度亦顯著高於沒有改變工作的照顧者 ($t=-2.75, p<.01$)。照顧者自覺目前健康狀況與整體憂鬱程度達顯著差異 ($F=28.06, p<.001$)，自覺目前健康不佳的照顧者其整體憂鬱程度分別高於自覺健康普通與健康良好者、而自覺健康普通的照顧者其整體憂鬱程度亦高於自覺健康良好者。健康狀況是否改變與整體憂鬱程度亦達顯著差異 ($F=56.91, p<.001$)，認為健康變差的照顧者其整體憂鬱程度高於自覺健康無改變者。與患者罹病以前感情與整體憂鬱程度達顯著差異 ($F=7.04, p<.01$)，與患者罹病以前感情不佳的照顧者，其整體憂鬱程度分別高於感情普通者和感情良好者。與患者目前的感情亦與整體憂鬱程度達顯著差異 ($F=12.34, p<.001$)，認為與患者感情變差的照顧者，其整體憂鬱程度分別高於感情變好及無改變者。自覺經濟狀況與整體憂鬱程度具有顯著差異 ($F=13.28, p<.001$)，亦即照顧者自覺經濟不佳，其整體憂鬱程度同時高於經濟狀況普通與經濟較佳者、另外自覺經濟普通的照顧者，其整體憂鬱程度亦高於經濟狀況較佳者。當家中沒有輪流照顧人力時，其整體憂鬱程度顯著高於有輪流照顧人力者 ($t=2.15, p<.05$)。其他家庭照顧者的基本屬性變項，僅有年齡、婚姻狀況、是否有聘僱者等變項，與整體憂鬱程度未達顯著差異。

表 4-23 照顧者基本屬性與其家庭功能、負向照顧評價的變異數分析

變項	人數	家庭功能			負向照顧評價		
		M	SD	F/ t	M	SD	F/ t
性別				0.82			-4.25
1. 男	111	59.02	7.38		33.25	6.23	
2. 女	203	58.18	10.66		36.63	6.98	
年齡				6.39†**			5.86†**
1. 44 歲以下	31	54.68	11.15	3>1, 3>2	33.58	9.34	3>2
2. 45-64 歲	174	57.64	9.51		34.68	6.71	
3. 65 歲以上	109	60.89	8.83		37.16	6.08	
婚姻				0.60			1.45
1. 有偶	265	58.62	9.51		35.68	6.77	
2. 無偶	49	57.71	10.29		34.12	7.51	
教育				0.47			3.09*
1. 未受教育	25	60.68	8.74		37.52	5.48	NS
2. 小學畢	45	58.33	11.01		37.56	6.72	
3. 國初中畢	40	59.15	7.91		34.20	6.24	
4. 高中職畢	83	57.88	10.68		36.00	6.43	
5. 大專以上	121	58.26	9.07		34.23	7.49	
關係				4.64**			9.07***
1. 配偶	122	61.20	9.87	1>2,	37.98	6.74	1>2,
2. 女兒	74	56.49	10.51	1>4	34.93	5.79	1>3,
3. 兒子	71	57.83	7.47		32.45	6.32	1>4
4. 媳婦	39	55.46	9.41		33.67	7.83	
5. 其他	8	55.75	5.78		36.38	6.41	
每日照顧時數				0.47			5.67***
1. <4 小時	87	58.00	10.21		32.72	6.23	4>1,
2. ≥4~<8 小時	83	59.19	9.51		35.89	6.98	5>1
3. ≥8~<12 小時	47	59.45	8.49		35.81	5.81	
4. ≥12~<16 小時	34	57.09	10.75		37.97	6.44	
5. ≥16 小時	63	58.22	9.27		36.92	7.67	

變項	人數	家庭功能			負向照顧評價		
		M	SD	F/ t	M	SD	F/ t
自覺健康				3.20†*			47.57***
1. 不好	54	55.72	12.10	3>1	41.35	7.20	1>2>3
2. 普通	173	58.47	9.29		35.73	5.77	
3. 好	87	60.20	8.17		31.16	5.86	
健康改變				16.35†***			85.11***
1. 比以前差	161	56.30	10.29	2>1	39.43	5.54	1>2
2. 無影響	151	60.79	8.36		31.21	5.60	
3. 比以前好	2	59.00	2.83		32.50	4.95	
之前感情				6.42**			11.73
1. 不好	19	52.21	10.64	3>1	41.11	7.83	3>2>1
2. 普通	84	57.14	8.56		36.90	6.44	
3. 好	211	59.57	9.69		34.34	6.67	
目前感情				7.08**			15.10***
1. 比以前差	64	54.80	9.88	2>1	39.48	6.37	1>2,
2. 沒有影響	212	59.77	9.16		34.36	6.52	1>3
3. 比以前好	38	57.45	10.24		34.58	7.47	
輪流照顧				-0.39			4.37***
1. 無	116	58.20	10.40		37.59	6.90	1>2
2. 有	198	58.64	9.17		34.17	6.60	
聘僱者				0.67			5.54
1. 無	216	58.72	9.77		35.44	6.93	
2. 有	98	57.94	9.33		35.42	6.89	
工作改變				3.83***			-3.36**
1. 無	221	59.91	8.74		34.60	6.79	
2. 有	93	55.08	10.77		37.42	6.80	
自覺經濟				4.15*			30.56***
1. 不太好	31	54.94	10.54	3>1	42.90	5.35	1>2>3
2. 普通	235	58.38	9.43		35.23	6.49	
3. 好	48	61.23	9.35		31.58	6.10	

†變異數不同質則以 Brown-Forsythe 或 Welch 統計量，來檢定平均數；在事後比較時，則使用 Dunnett's T3，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

表 4-24 照顧者基本屬性與其自我效能的變異數分析

變項	人數	獲得休息效能			處理干擾行為效能			控制沮喪想法效能		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
性別				0.73			0.24			0.78
1. 男	111	74.66	26.26		69.04	22.15		71.17	19.15	
2. 女	203	72.45	25.43		68.46	20.17		69.30	21.07	
年齡				1.27†			0.02			0.50
1. 44 歲以下	31	73.94	28.10		68.18	17.43		66.92	24.71	
2. 45-64 歲	174	75.18	22.77		68.86	20.99		69.83	20.44	
3. 65 歲以上	109	69.93	29.12		68.48	21.69		71.04	19.06	
婚姻				-0.32			-0.30			-0.87
1. 有偶	265	73.03	25.86		68.51	21.00		69.54	20.08	
2. 無偶	49	74.31	25.09		69.49	20.27		72.28	22.13	
教育				0.75			1.07			2.24
1. 未受教育	25	74.92	29.18		70.47	19.78		73.60	19.43	
2. 小學畢	45	68.58	29.74		64.46	21.77		62.87	17.93	
3. 國初中畢	40	77.78	21.03		66.50	20.02		68.38	19.03	
4. 高中職畢	83	74.10	23.63		67.83	22.11		69.40	21.12	
5. 大專以上	121	72.52	26.21		71.14	20.07		72.77	20.96	
關係				2.42†			1.26			1.22†
1. 配偶	122	67.50	29.24		65.98	22.09		67.54	20.92	
2. 女兒	74	75.41	21.85		71.39	18.97		74.04	18.48	
3. 兒子	71	76.86	24.20		68.71	21.69		69.27	20.20	
4. 媳婦	39	78.95	20.11		72.67	18.10		71.00	20.98	
5. 其他	8	80.50	27.17		64.53	21.67		70.38	26.97	
每日照顧時數				1.25			1.30			1.00
1. <4 小時	87	76.13	25.78		71.36	20.63		71.17	21.63	
2. ≥4~<8 小時	83	73.70	23.68		68.18	20.85		68.45	18.62	
3. ≥8~<12 小時	47	76.09	26.19		64.99	23.61		71.15	18.75	
4. ≥12~<16 小時	34	66.39	30.45		64.14	19.70		64.68	20.69	
5. ≥16 小時	63	70.19	24.82		70.76	19.35		72.25	21.87	

變項	人數	獲得休息效能			處理干擾行為效能			控制沮喪想法效能		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
自覺健康				3.66†*			3.66*			14.40***
1. 不好	54	58.30	29.63	3>2>1	63.21	20.88	3>1	58.69	20.50	3>2>1
2. 普通	173	73.72	24.38		68.28	20.75		69.99	19.47	
3. 好	87	81.54	21.56		72.81	20.43		76.90	19.22	
健康改變				31.58†***			28.85†***			47.28†***
1. 比以前差	161	65.46	27.62	2>1	63.16	22.50	2>1	62.37	20.83	2>1
2. 無影響	151	81.23	20.71		74.39	17.34		77.86	16.66	
3. 比以前好	2	95.00	7.07		79.00	1.41		85.00	7.07	
之前感情				5.85**			9.19***			15.07***
1. 不好	19	62.11	29.12	3>2	55.10	25.37	3>1,	51.05	23.51	3>2>1
2. 普通	84	67.43	26.72		63.79	20.29	3>2	65.15	18.70	
3. 好	211	76.55	24.38		71.83	19.86		73.58	19.49	
目前感情				7.52**			23.67†***			30.80***
1. 比以前差	64	63.33	28.20	2>1	53.18	23.36	3>1,	53.60	17.22	3>1,
2. 沒有影響	212	76.86	24.65		72.56	18.36	2>1	74.26	18.89	2>1
3. 比以前好	38	69.69	22.64		73.04	17.55		73.53	20.00	
輪流照顧				-4.63***			-1.83			-1.21
1. 無	116	64.10	29.37		65.86	22.42		68.14	21.99	
2. 有	198	78.59	21.64		70.31	19.76		71.03	19.39	
聘僱者				-1.63			-1.44			0.10
1. 無	216	71.77	27.16		67.52	21.53		70.04	21.00	
2. 有	98	76.46	21.94		71.18	19.17		69.79	19.11	
工作改變				3.04**			0.80			2.08*
1. 無	221	76.06	24.85		69.28	21.19		71.51	19.50	
2. 有	93	66.52	26.58		67.21	20.09		66.29	22.08	
自覺經濟				5.82†***			7.00**			12.53***
1. 不太好	31	58.10	30.67	3>1, 2>1	57.62	24.28	3>1, 2>1	55.68	22.89	1>2>3
2. 普通	235	74.31	25.00		68.77	20.36		70.13	19.83	
3. 好	48	77.76	22.57		75.26	18.24		78.36	16.50	

†變異數不同質則以 Brown-Forsythe 或 Welch 統計量，來檢定平均數；在事後比較時，則使用 Dunnett's T3，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較

*p<.05, **p<.01, ***p<.001



表 4-25 照顧者基本屬性與其因應策略、憂鬱症狀的變異數分析

變項	人數	問題解決因應			改變認知因應			處理壓力因應			憂鬱程度		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
性別				-0.01			-0.45			0.56			-3.57***
1. 男	111	1.92	0.39		2.01	0.26		1.59	0.40		11.66	7.35	2>1
2. 女	203	1.92	0.47		2.03	0.42		1.55	0.63		15.19	10.02	
年齡				2.05			0.54			1.05			2.89†
1. 44 歲以下	31	1.96	0.51		2.01	0.50		1.61	0.69		15.13	10.92	
2. 45-65 歲	174	1.95	0.44		2.04	0.38		1.60	0.57		12.78	8.08	
3. 65 歲以上	109	1.85	0.43		2.00	0.32		1.50	0.51		15.45	10.41	
婚姻				-0.45			0.27			-0.12			1.47
1. 有偶	265	1.91	0.43		2.02	0.34		1.77	0.62		14.27	9.48	
2. 無偶	49	1.94	0.50		2.00	0.49		1.78	0.67		12.14	8.17	
教育				2.97*			1.72†			1.25†			3.18*
1. 未受教育	25	1.91	0.42	5>2	2.04	0.28		1.50	0.42		13.4	10.58	2>5
2. 小學畢	45	1.77	0.49		1.96	0.27		1.46	0.69		17.84	9.75	
3. 國初中畢	40	1.85	0.36		1.97	0.30		1.58	0.37		13.78	7.99	
4. 高中職畢	83	1.89	0.40		2.01	0.35		1.53	0.57		14.53	8.96	
5. 大專以上	121	2.01	0.47		2.08	0.45		1.64	0.57		12.25	9.17	

變項	人數	問題解決因應			改變認知因應			處理壓力因應			憂鬱程度		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
關係				2.70			1.46†			1.78†			5.31†****
1. 配偶	122	1.82	0.44		1.99	0.34		1.48	0.57		16.51	10.97	1>3
2. 女兒	74	1.97	0.50		2.10	0.47		1.60	0.65		13.07	7.51	
3. 兒子	71	2.01	0.34		2.01	0.27		1.59	0.39		11.42	7.19	
4. 媳婦	39	1.97	0.46		2.05	0.36		1.70	0.62		12.44	9.02	
5. 其他	8	1.86	0.44		1.80	0.54		1.71	0.34		12.50	6.30	
每日照顧時數				1.83			0.18			2.18			3.19†*
1. <4 小時	87	1.93	0.46		2.03	0.39		1.61	0.52		12.03	7.92	5>1
2. ≥4~<8 小時	83	1.86	0.50		2.02	0.37		1.54	0.53		13.45	9.61	
3. ≥8~<12 小時	47	1.97	0.43		2.03	0.41		1.62	0.52		12.79	7.49	
4. ≥12~<16 小時	34	2.07	0.37		2.06	0.37		1.74	0.64		16.62	10.28	
5. ≥16 小時	63	1.86	0.37		2.00	0.33		1.42	0.61		16.63	10.59	
自覺健康				4.38*			2.09			2.11†			28.06†***
1. 不好	54	1.76	0.43	3>1, 2>1	1.95	0.33		1.44	0.68		21.59	10.92	1>2>3
2. 普通	173	1.94	0.41		2.02	0.35		1.56	0.55		13.65	8.19	
3. 好	87	1.97	0.50		2.08	0.43		1.65	0.50		9.77	7.28	
健康改變				0.06			1.71			0.36†			56.91†***
1. 比以前差	161	1.91	0.40		1.99	0.35		1.54	0.61		18.08	9.5	1>2
2. 無影響	151	1.93	0.48		2.06	0.39		1.59	0.51		9.62	6.8	
3. 比以前好	2	1.88	0.18		1.82	0.26		1.67	0.00		7	5.66	

變項	人數	問題解決因應			改變認知因應			處理壓力因應			憂鬱程度		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
健康改變				0.06			1.71			0.36†			56.91†***
1. 比以前差	161	1.91	0.40		1.99	0.35		1.54	0.61		18.08	9.5	1>2
2. 無影響	151	1.93	0.48		2.06	0.39		1.59	0.51		9.62	6.8	
3. 比以前好	2	1.88	0.18		1.82	0.26		1.67	0.00		7	5.66	
之前感情				3.82*			4.99**			1.32			7.04**
1. 不好	19	1.86	0.30	3>2	1.81	0.20	3>1	1.63	0.64		21.11	11.69	1>2, 1>3
2. 普通	84	1.81	0.45		1.98	0.35		1.48	0.58		14.55	8.92	
3. 好	211	1.96	0.44		2.06	0.39		1.59	0.54		13.05	8.96	
目前感情				1.68			1.88			2.35			12.34***
1. 比以前差	64	1.96	0.40		1.94	0.28		1.70	0.56		18.8	8.77	1>2, 1>3
2. 沒有影響	212	1.89	0.47		2.04	0.41		1.53	0.55		12.43	8.75	
3. 比以前好	38	2.02	0.33		2.06	0.27		1.52	0.60		14.16	10.52	
輪流照顧				-1.83			-0.11			-1.93			2.15*
1. 無	116	1.86	0.46		2.02	0.39		1.48	0.64		15.5	10.61	1>2
2. 有	198	1.95	0.43		2.03	0.36		1.62	0.50		13.03	8.34	
聘僱者				-1.98*			0.54			-0.63			-0.47
1. 無	216	1.89	0.47		2.03	0.40		1.55	0.57		13.77	9.18	
2. 有	98	1.98	0.36		2.01	0.29		1.60	0.53		14.31	9.61	

變項	人數	問題解決因應			改變認知因應			處理壓力因應			憂鬱程度		
		M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t	M	SD	F/t
工作改變				-2.61*			-0.91			-2.00*			-2.75**
1. 無	221	1.88	0.46		2.01	0.36		1.52	0.54		13.01	8.93	2>1
2. 有	93	2.01	0.39		2.05	0.39		1.66	0.60		16.14	9.85	
自覺經濟				2.54			0.93			0.22			13.28***
1. 不太好	31	1.83	0.48		2.04	0.43		1.62	0.67		20.55	8.97	1>2>3
2. 普通	235	1.90	0.44		2.01	0.37		1.55	0.57		13.89	9.07	
3. 好	48	2.04	0.42		2.09	0.35		1.59	0.44		9.92	8.38	

†變異數不同質則以 Brown-Forsythe 或 Welch 統計量，來檢定平均數；在事後比較時，則使用 Dunnett's T3，若各組人數大於 50 時，則改用 Games-Howell 事後比較

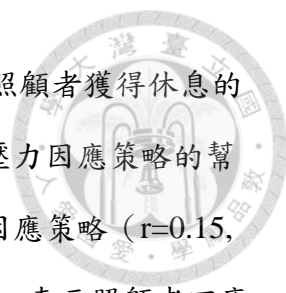
*p< .05, **p< .01, ***p< .001

第五節 家庭照顧者的壓力因應歷程各變項之間的相關性

以皮爾森相關 (Pearson correlation) 分析家庭照顧者的家庭功能、負向照顧評價、自我效能、因應策略與憂鬱程度之間的關係 (表 4-26)。結果發現照顧者整體家庭功能與負向照顧評價達顯著負相關 ($r=-0.26, p<.001$)，顯示當家庭功能越佳時，照顧者的負向評價越低。整體家庭功能與照顧者獲得休息的自我效能 ($r=0.41, p<.001$)、回應病患干擾行為自我效能 ($r=0.19, p<.001$) 以及控制沮喪想法的自我效能 ($r=0.32, p<.001$)、問題解決因應策略 ($r=0.14, p<.05$) 及改變認知因應策略 ($r=0.18, p<.01$) 均達顯著正相關，表示當家庭功能越佳時，照顧者獲得休息、回應病患干擾行為及控制沮喪想法的自我效能越佳，並且使用問題解決因應策略與改變認知因應策略的幫助程度越大。家庭功能與整體憂鬱程度 ($r=-0.38, p<.001$) 達顯著負相關，表示家庭角色功能越好時，照顧者的憂鬱程度越低。另外，整體家庭功能與處理壓力因應策略之間不具顯著相關性。

在負向照顧評價與其他變項之間的相關分析結果顯示，照顧者的負向評價與獲得休息的自我效能 ($r=-0.45, p<.001$)、回應病患干擾行為自我效能 ($r=-0.33, p<.001$)、控制沮喪想法的自我效能 ($r=-0.49, p<.001$) 均達到顯著負相關，表示當照顧者的負向照顧評價越高時，其獲得休息、回應病患干擾行為及控制沮喪想法的自我效能越差。負向照顧評價亦與問題解決因應策略 ($r=-0.14, p<.05$)、改變認知因應 ($r=-0.11, p<.05$) 及處理壓力因應策略 ($r=-0.16, p<.01$) 達到顯著負相關，表示當照顧者的負向照顧評價越高時，其問題解決因應、改變認知因應及處理壓力因應策略的幫助程度越小。另外，負向照顧評價與整體憂鬱程度 ($r=0.66, p<.001$) 達到顯著正相關，表示照顧者的負向照顧評價越大時，其整體憂鬱程度越高。

照顧者的三項自我效能與其他變項間的相關分析結果顯示，獲得休息的自我效能與問題解決因應策略 ($r=0.12, p<.05$)、改變認知因應策略 ($r=0.11, p<.05$)



及處理壓力因應策略 ($r=0.16, p<.001$) 達到顯著正相關，表示照顧者獲得休息的自我效能越高時，其使用問題解決因應、改變認知因應及處理壓力因應策略的幫助程度越大。照顧者回應病患干擾行為的自我效能與問題解決因應策略 ($r=0.15, p<.01$) 及改變認知因應策略 ($r=0.19, p<.001$) 達到顯著正相關，表示照顧者回應病患干擾行為的自我效能越高時，其使用問題解決因應及改變認知因應策略的幫助程度越大。照顧者控制沮喪想法的自我效能與問題解決因應策略 ($r=0.17, p<.01$) 及改變認知因應策略 ($r=0.23, p<.001$) 達到顯著正相關，表示照顧者控制沮喪想法的自我效能越高時，其使用問題解決及改變認知因應策略的幫助程度越大。另外，獲得休息的自我效能 ($r=-0.42, p<.001$)、回應病患干擾行為的自我效能 ($r=-0.29, p<.001$)、控制沮喪想法的自我效能 ($r=-0.48, p<.001$) 與整體憂鬱程度達顯著負相關，表示照顧者獲得休息、回應病患干擾行為與控制沮喪想法的自我效能越高時，其整體憂鬱程度越低。照顧者回應病患干擾行為和控制沮喪想法的自我效能均與處理壓力因應策略之間不具顯著相關性。

在照顧者使用的因應策略與憂鬱程度之相關分析結果發現，問題解決因應策略 ($r=-0.17, p<.001$)、改變認知因應策略 ($r=-0.24, p<.001$)、處理壓力因應策略 ($r=-0.23, p<.001$) 與整體憂鬱程度達到顯著負相關，表示照顧者使用問題解決、改變認知及處理壓力因應策略的幫助程度越大時，其整體憂鬱程度越低。



表 4-26 家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度之相關性分析

變項	家庭功能	負向照顧 評價	獲得休息 效能	處理干擾 行為效能	控制沮喪 想法效能	問題解決 因應	改變認知 因應	處理壓力 因應	憂鬱程度
家庭功能	1								
負向照顧評價	-0.26***	1							
獲得休息效能	0.41***	-0.45***	1						
處理干擾行為效能	0.19***	-0.33***	0.32***	1					
控制沮喪想法效能	0.32***	-0.49***	0.45***	0.62***	1				
問題解決因應	0.14*	-0.14*	0.12*	0.15**	0.17**	1			
改變認知因應	0.18**	-0.11*	0.11*	0.19***	0.23***	0.66***	1		
處理壓力因應	0.11	-0.16**	0.16**	0.03	0.09	0.56***	0.41***	1	
憂鬱程度	-0.38***	0.66***	-0.42***	-0.29***	-0.48***	-0.17***	-0.24***	-0.23***	1

*p< .05, **p< .01, ***p< .001

第六節 照顧者壓力因應歷程的模式分析



一、模式的建立與測量模式檢驗

為驗證本研究架構，以瞭解壓力因應歷程中的「壓力源」、「家庭功能」、「負向照顧評價」、「自我效能」與「因應策略」對照顧者「憂鬱程度」的影響，本研究以結構方程模式（Structural Equation Modeling，SEM）進行探討。

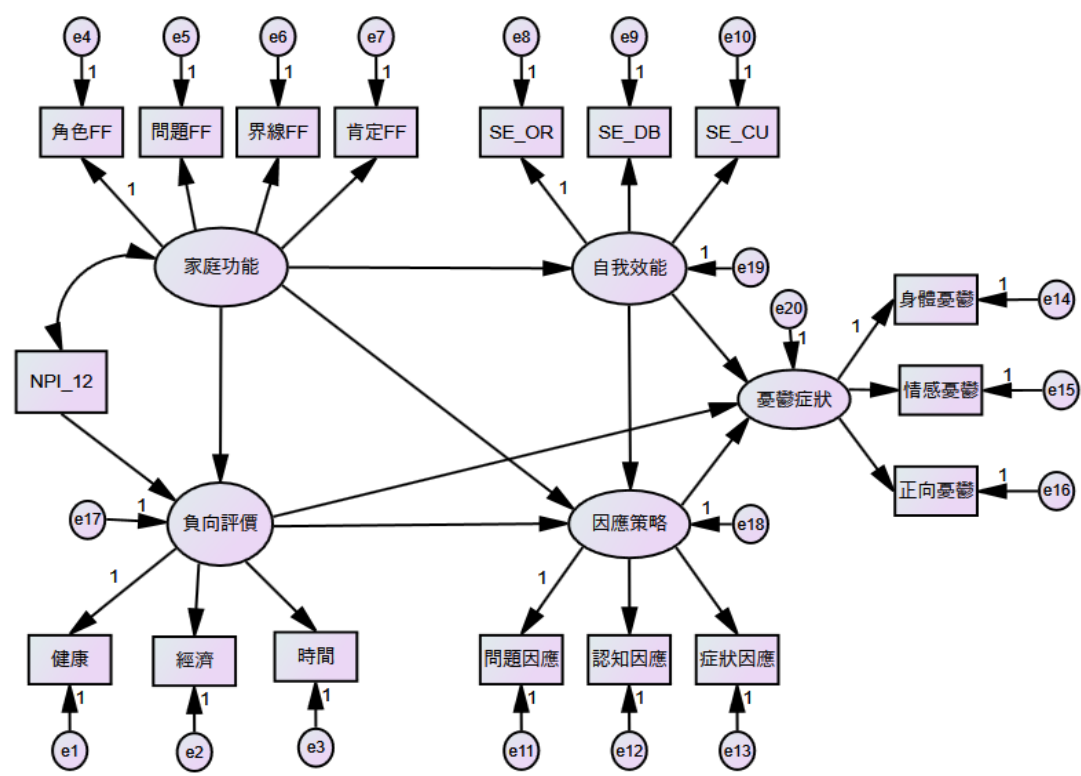
陳、王（2012）指出結構方程式具有下列優點，因此本研究採用結構方程模式進行模式之建立及檢驗：

1. 可同時考慮及處理多個依變項(endogenous/dependent variable)，可降低第一型錯誤。
2. 考慮自變項與依變項的測量誤差，並且將測量誤差從項目的變異量中抽離出來，使得因素負荷量具有較高的精確度。
3. 與因素分析類似，SEM 可同時估計指標變項的信度及效度。
4. 包含多種不同的模式指標，讓研究者可以從不同的角度來評估模式的適配度。
5. 可對整體因素模式作統計評估，來瞭解理論所建構之模式與所蒐集資料間的符合程度，適合用於理論模式之檢定。

根據文獻探討及上述之相關性分析結果，本研究原始模型之架構如圖二，包含潛在變項所構成的結構模式，以及許多觀察變項構成的測量模式，結構模式為解釋變項間整體關係，觀察變項分別表示「家庭功能」、「負向照顧評價」、「自我效能」、「因應策略」與「憂鬱程度」各潛在變項的因素測量關係。架構中照顧者的壓力源為「患者神經精神症狀總分（NPI-12）」對「負向照顧評價」有直接的影響效果，「家庭功能」分別對「負向照顧評價」、「自我效能」、「因應



策略」有直接影響效果，「負向照顧評價」分別對「因應策略」及「憂鬱程度」有直接影響效果，「自我效能」分別對「因應策略」及「憂鬱程度」有直接影響效果，「因應策略」對「憂鬱程度」有直接影響效果。



圖二 壓力因應歷程之原始模型

(一) 常態性檢定

結構方程式在執行參數估計時，最常使用最大概似估計法(Maximum likelihood)，使用此估計法時資料須符合常態性假設，才能維持模式的穩定。判別常態性假設成立與否，研究者多以資料的偏態 (skewness) 絕對值小於 3 與峰度 (kurtosis) 的絕對值小於 10 作為判別的依據。由表 4-27 得知，本研究變項經由常態分析檢定結果，各變項之偏態與峰度均達到檢定標準，故可視為常態分佈(陳、王，2012)。憂鬱程度的人際困擾次量表偏態為 3.478，未符合常態分佈，並且人際困擾次量表只有 2 題，在前述信度分析 Cronbach 's α 值為 0.65 偏低，因此將之



刪除，未納入結構方程式之分析。

(二) 違犯估計檢驗

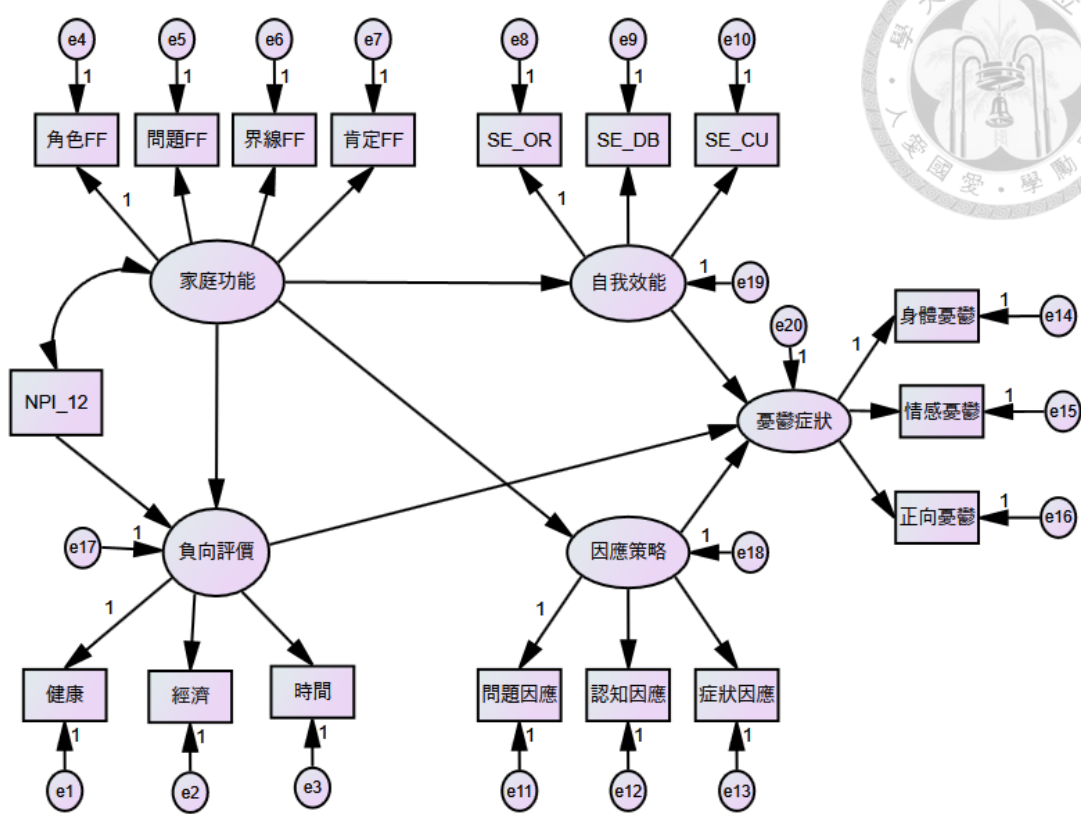
在評鑑模式與結果分析之前，需先檢視模式是否有違犯估計 (Offending Estimates) 的狀況產生，代表整個模型的估計是不正確的。一般發生違犯估計有以下三種現象：1.有負的誤差變異數存在；2.標準化迴歸係數超過或太接近1 (≥ 0.95)；3.有太大的標準誤 (陳、王，2012)。在本研究中進行各變項測量模式的檢驗，發現所有的測量誤差變異數均為正數、標準化迴歸係數均小於 0.95；但是在標準誤的檢驗結果，由表 4-28 發現「照顧評價」對「因應策略」的徑路以及「自我效能」對「因應策略」徑路的 C.R.值不顯著，代表有太大的標準誤，因此判斷原始模型存在違犯估計的問題，必須進行模型之修正，因此刪除這兩條徑路之後重新分析 (圖三)。

由表4-29可知，以修正後之理論模型式進行違犯估計檢驗，結構方程模式之誤差變異數均為正數；標準化迴歸係數絕對值介於0.128至0.899之間，未超過0.95；且C.R.值均顯著，無太大之標準誤，未出現違犯估計現象，故可進行整體模式適配度檢驗。



表 4-27 研究變項常態檢定結果


研究變項	偏態 (skewness)	峰度 (kurtosis)
角色	-0.837	1.100
問題解決	-1.075	1.626
界線	-0.834	0.533
受到肯定	-0.964	1.061
經濟負荷	0.906	1.104
時間負荷	-0.034	-0.318
健康負荷	-0.018	-0.651
問題處理策略	-0.479	2.092
認知策略	-0.074	3.034
症狀處理策略	-0.552	0.555
獲得休息效能	-0.929	0.127
回應干擾效能	-0.659	0.255
控制想法效能	-0.700	0.230
身體症狀	1.138	1.359
憂鬱情緒	1.402	2.057
人際困擾	3.478	5.206
正向情感	-0.142	-0.399



圖三 壓力因應歷程之修正模型

表 4-28 原始模型變項間之參數估計結果

變項		非標準化 參數估計值	標準誤	C.R.值	標準化參 數估計
結構模式					
負向評價	<--- NPI_12	0.005	0.002	2.94**	0.183
自我效能	<--- 家庭功能	8.701	1.788	4.867***	0.411
負向評價	<--- 家庭功能	-0.303	0.062	-4.904***	-0.331
因應策略	<--- 家庭功能	0.099	0.046	2.167*	0.164
因應策略	<--- 負向評價	-0.012	0.059	-0.205	-0.018
因應策略	<--- 自我效能	0.005	0.002	1.914	0.165
憂鬱症狀	<--- 負向評價	0.458	0.052	8.889***	0.723
憂鬱症狀	<--- 因應策略	-0.118	0.056	-2.117*	-0.122
憂鬱症狀	<--- 自我效能	-0.005	0.002	-3.119***	-0.199
測量模式					
角色	<--- 家庭功能	1			0.819
問題解決	<--- 家庭功能	1.054	0.059	17.891***	0.879
界線	<--- 家庭功能	0.911	0.061	14.821***	0.756
肯定	<--- 家庭功能	1.087	0.061	17.909***	0.869
身體症狀	<--- 憂鬱症狀	1			0.841
憂鬱情緒	<--- 憂鬱症狀	1.397	0.073	19.232***	0.899
正向情感	<--- 憂鬱症狀	1.168	0.103	11.291***	0.592
壓力處理	<--- 因應策略	0.979	0.104	9.401***	0.611
改變認知	<--- 因應策略	0.725	0.074	9.769***	0.714
問題解決	<--- 因應策略	1			0.841
健康影響	<--- 負向評價	1			0.776
經濟影響	<--- 負向評價	0.609	0.076	7.971***	0.509
時間限制	<--- 負向評價	0.908	0.083	10.966***	0.706
獲得休息效能	<--- 自我效能	1			0.531
控制沮喪想法效能	<--- 自我效能	1.329	0.174	7.636***	0.888
處理干擾行為效能	<--- 自我效能	1.04	0.13	8.002***	0.680
誤差變異量					
e1		0.23	0.03	7.59	
e2		0.367	0.032	11.385	



變 項	非標準化 參數估計值	標準誤	C.R.值	標準化參 數估計
e3	0.288	0.031	9.258	
e4	0.203	0.021	9.746	
e5	0.135	0.017	8.082	
e6	0.258	0.024	10.832	
e7	0.159	0.019	8.586	
e8	473.27	43.367	10.913	
e9	233.036	23.379	9.968	
e10	87.43	27.725	3.153	
e11	0.062	0.014	4.483	
e12	0.076	0.009	8.29	
e13	0.242	0.023	10.539	
e14	0.058	0.007	8.435	
e15	0.064	0.011	5.689	
e16	0.352	0.03	11.567	
e17	0.287	0.042	6.769	
e18	0.139	0.02	6.831	
e19	154.074	33.99	4.533	
e20	0.048	0.009	5.629	

未列標準誤者為參照指標，為限制估計參數

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 4-29 修正後模型變項間之參數估計結果

變項	非標準化 參數估計值	標準誤	C.R. 值	標準化參 數估計	
結構模式					
負向評價	<--- NPI_12	0.005	0.002	2.96**	0.183
因應策略	<--- 家庭功能	0.147	0.04	3.671***	0.241
自我效能	<--- 家庭功能	8.811	1.805	4.881***	0.415
負向評價	<--- 家庭功能	-0.304	0.062	-4.918***	-0.332
憂鬱症狀	<--- 負向評價	0.458	0.051	8.896***	0.724
憂鬱症狀	<--- 因應策略	-0.121	0.053	-2.301*	-0.128
憂鬱症狀	<--- 自我效能	-0.006	0.002	-3.196**	-0.202
測量模式					
角色	<--- 家庭功能	1			0.819
問題解決	<--- 家庭功能	1.054	0.059	17.899***	0.879
界線	<--- 家庭功能	0.91	0.061	14.813***	0.755
肯定	<--- 家庭功能	1.086	0.061	17.902***	0.868
身體症狀	<--- 憂鬱症狀	1			0.841
憂鬱情緒	<--- 憂鬱症狀	1.397	0.073	19.229***	0.899
正向情感	<--- 憂鬱症狀	1.167	0.103	11.288***	0.591
壓力處理	<--- 因應策略	0.968	0.105	9.238***	0.611
改變認知	<--- 因應策略	0.708	0.073	9.735***	0.706
問題解決	<--- 因應策略	1			0.851
健康影響	<--- 負向評價	1			0.776
經濟影響	<--- 負向評價	0.608	0.076	7.968***	0.509
時間限制	<--- 負向評價	0.909	0.083	11.015***	0.707
獲得休息效能	<--- 自我效能	1			0.532
控制沮喪想法效能	<--- 自我效能	1.323	0.174	7.586***	0.887
處理干擾行為效能	<--- 自我效能	1.036	0.13	7.992***	0.68
誤差變異數					
e1		0.23	0.03	7.626***	
e2		0.367	0.032	11.39***	
e3		0.287	0.031	9.28***	
e4		0.203	0.021	9.75***	
e5		0.135	0.017	8.083***	

變項	非標準化 參數估計值	標準誤	C.R.值	標準化參 數估計
e6	0.258	0.024	10.84***	
e7	0.16	0.019	8.618***	
e8	472	43.512	10.848***	
e9	233.205	23.409	9.962***	
e10	88.264	28.04	3.148**	
e11	0.059	0.014	4.145***	
e12	0.078	0.009	8.567***	
e13	0.242	0.023	10.52***	
e14	0.058	0.007	8.427***	
e15	0.064	0.011	5.69***	
e16	0.352	0.03	11.569***	
e17	0.287	0.042	6.786***	
e18	0.145	0.021	6.985***	
e19	154.546	34.072	4.536***	
e20	0.049	0.009	5.64***	

未列標準誤者為參照指標，為限制估計參數

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(三) 整體模式適配度

模型配適度計算主要是由卡方值所主導，卡方值愈大，模型配適度就會變差，而卡方值會受到樣本數、模型複雜度及資料非多元常態的影響，當樣本數大於 200 以上通常會造成卡方值過大，容易拒絕虛無假設（陳、王，2012）。因此 Bollen 與 Stine（1992）提出 Bootstrap 修正方法，使用 AMOS 軟體內建的 Bollen-stine Bootstrap，經過 1000 次 Bootstrap 之後，重新計算卡方值，再利用所得的卡方值重新計算每一個配適度指標。在本研究中原來的 ML 卡方值 409.28，經 Bollen-stine p correction 程序修正後卡方值為 135.80，重新計算配適度得到表 4-30 之結果。

由表4-30可知修正後模式整體模式適配度，在絕對適配度指標方面， χ^2 與自由度的比值為1.235（小於3）、適配指標（GFI）為0.947、調整後適配指標（AGFI）為0.913、均大於0.90，平均近似誤差均方根（RMSEA為0.027），符合小於0.08的標準，代表假設理論模式適配理想。在增值適配度指標方面，非規範適配指標（TLI）為0.987、增值適配指標（IFI）為0.989及比較適配指標（CFI）為0.989，均大於0.90，表示假設理論模式與觀察資料的差距程度非常小，模式適配良好。在精簡適配度指標方面，本研究簡約配適度指標（PGFI）為0.633、調整後的規範適配指標（PNFI）為0.691及簡約比較適配指數（PCFI）為0.721均大於0.50，表示假設理論模式精簡適配。綜合以上檢驗結果可知，本研究修正後模式與觀察資料非常適配且相當簡約。

表 4-30 整體模式適配度檢驗結果

統計檢定量	適配度標準	模式檢定結果	適配判斷
絕對適配度指標			
Bollen-Stine χ^2	越小越好	135.8	是
Normed Chi-square (χ^2/DF)	$1 < \chi^2/DF < 3$	1.235	是
GFI	>0.9	0.947	是
AGFI	>0.9	0.913	是
RMSEA	<0.08	0.027	是
增值適配度指標			
TLI	>0.9	0.987	是
CFI	>0.9	0.989	是
IFI	>0.9	0.989	是
精簡適配度指標			
PGFI	>0.50	0.633	是
PNFI	>0.50	0.691	是
PCFI	>0.50	0.721	是




(四) 模式內在結構適配度

由表4-31可知，本研究各測量變項的因素負荷量，除了經濟影響（0.509）與獲得休息效能（0.532），其餘測量變項的因素負荷量均在0.6以上，且所有估計的參數都達顯著水準；另外，潛在變項的組合信度（CR值）均在0.708以上（陳、王，2012），由以上分析結果顯示本模式符合內在品質的要求。

各個潛在變項的建構，在「家庭功能」構面，包括「角色」、「問題解決」、「界線」及「肯定」4個觀察變項，各個觀察變項的因素負荷量及解釋力（ R^2 ）大小，依序分別為「問題解決」之標準化迴歸係數為 0.879 ($p < .001$)，解釋變異量為0.773；「肯定」之標準化迴歸係數為 0.868 ($p < .001$)，解釋變異量為0.753；「角色」之標準化迴歸係數為 0.819 ($p < .001$)，解釋變異量為0.671；「界線」之標準化迴歸係數為 0.755 ($p < .001$)，解釋變異量為0.57。表示「家庭功能」受到潛在變項「問題解決」影響的強度最高。

在「負向照顧評價」構面，包括「健康影響」、「經濟影響」、「時間限制」3個觀察變項，各個觀察變項的因素負荷量及解釋力（ R^2 ）大小，依序分別為「健康影響」之標準化迴歸係數為0.776 ($p < .001$)，解釋變異量為0.602；「時間限制」之標準化迴歸係數為 0.707 ($p < .001$)，解釋變異量為0.50；「經濟影響」的影響力最小，標準化迴歸係數為 0.509 ($p < .001$)，解釋變異量為0.259。表示「負向照顧評價」受到潛在變項「健康負荷」影響的強度最高，亦為「負向照顧評價」構面預測照顧者「憂鬱程度」最重要的因素。

在「照顧自我效能」構面，包括「獲得休息效能」、「控制沮喪想法效能」、「處理干擾行為效能」3個觀察變項，各個觀察變項的因素負荷量及解釋力（ R^2 ）大小，依序分別為「控制沮喪想法效能」之標準化迴歸係數為0.887 ($p < .001$)，解釋變異量為0.787；「處理干擾行為效能」之標準化迴歸係數為 0.680 ($p < .001$)，解釋變



異量為0.462；「獲得休息效能」的影響力最小，標準化迴歸係數為 0.532 ($p < .001$)，解釋變異量為0.283。表示「照顧自我效能」受到潛在變項「控制沮喪想法效能」影響的強度最高，為「照顧自我效能」構面預測照顧者「憂鬱程度」最重要的因素。

在「因應策略」構面，包括「壓力處理」、「改變認知」、「問題解決」3個觀察變項，各個觀察變項的因素負荷量及解釋力 (R^2) 大小，依序分別為「問題解決」之標準化迴歸係數為0.851 ($p < .001$)，解釋變異量為0.724；「改變認知」之標準化迴歸係數為 0.706 ($p < .001$)，解釋變異量為0.498；「壓力處理」的影響力最小，標準化迴歸係數為 0.611 ($p < .001$)，解釋變異量為0.373。表示「因應策略」受到潛在變項「問題解決」因應策略影響的強度最高，為「因應策略」構面預測照顧者「憂鬱程度」最重要的因素。

在「憂鬱程度」構面，包括「身體症狀」、「憂鬱情緒」、「正向情感」3個觀察變項，各個觀察變項的因素負荷量及解釋力 (R^2) 大小，依序分別為「憂鬱情緒」之標準化迴歸係數為0.899 ($p < .001$)，解釋變異量為0.808；「身體症狀」之標準化迴歸係數為 0.841 ($p < .001$)，解釋變異量為0.707；「正向情感」的影響力最小，標準化迴歸係數為 0.591 ($p < .001$)，解釋變異量為0.349。表示潛在變項「憂鬱情緒」及「身體症狀」，最能夠反應照顧者的「憂鬱程度」。




表4-31 模式內在結構適配度檢定結果

測量變項	因素構念	標準化因素負荷量	解釋變異量 R ²	組合信度 (CR)
角色	<--- 家庭功能	0.819***	0.671	0.899
問題解決	<--- 家庭功能	0.879***	0.773	
界線	<--- 家庭功能	0.755***	0.57	
肯定	<--- 家庭功能	0.868***	0.753	
健康影響	<--- 負向評價	0.776***	0.602	0.708
經濟影響	<--- 負向評價	0.509***	0.259	
時間限制	<--- 負向評價	0.707***	0.5	
獲得休息效能	<--- 自我效能	0.532***	0.283	0.75
控制沮喪想法效能	<--- 自我效能	0.887***	0.787	
處理干擾行為效能	<--- 自我效能	0.68***	0.462	
壓力處理	<--- 因應策略	0.611***	0.373	0.77
改變認知	<--- 因應策略	0.706***	0.498	
問題解決	<--- 因應策略	0.851***	0.724	
身體症狀	<--- 憂鬱程度	0.841***	0.707	0.827
憂鬱情緒	<--- 憂鬱程度	0.899***	0.808	
正向情感	<--- 憂鬱程度	0.591***	0.349	

***p<.001

二、結構模式檢驗

由圖四所示修正後的整體模式及表4-32可知，本研究照顧者的壓力源「神經精神症狀」預測「照顧者負向評價」徑路，標準化迴歸係數 (β) 0.183，達顯著水準 ($p<.01$)，表示失智患者「神經精神症狀」會影響「照顧者負向評價」。患者「神經精神症狀」越嚴重，照顧者認為照顧工作造成的「健康負荷」、「經濟負荷」、「時間限制」越大。故研究假設五「照顧者的壓力源」對「照顧者負向評價」有顯著影響；患者「神經精神症狀」愈嚴重，「負向照顧評價」愈高可獲得驗證。



照顧者的「家庭功能」預測「負向照顧評價」徑路，標準化迴歸係數(β)-0.332，達顯著水準 ($p < .001$)，表示照顧者的「家庭功能」會影響其「負向照顧評價」，照顧者家庭中的「角色」、「問題解決」、「界線」、「肯定」功能越佳時，照顧者認為照顧工作造成的「健康負荷」、「經濟負荷」、「時間限制」越低。故研究假設 6-1「照顧者的家庭功能」對其「負向照顧評價」有顯著影響；照顧者「家庭功能」愈佳，「負向照顧評價」愈低可獲得驗證。另外，由圖四顯示「家庭功能」與「神經精神症狀」對「負向照顧評價」共同的解釋力 R^2 為 0.17。

照顧者的「家庭功能」預測「照顧自我效能」徑路，標準化迴歸係數(β)0.415，達顯著水準 ($p < .001$)，解釋力 R^2 為 0.17。表示照顧者的「家庭功能」會影響「照顧自我效能」，照顧者家庭中的「角色」、「問題解決」、「界線」、「肯定」功能越佳時，照顧者的「獲得休息效能」、「控制沮喪想法效能」、「處理干擾行為效能」越高。故研究假設 6-2「照顧者的家庭功能」對其「照顧自我效能」有顯著影響；照顧者「家庭功能」愈佳，「照顧自我效能」愈高可獲得驗證。

照顧者的「家庭功能」預測「照顧因應策略」徑路，標準化迴歸係數(β)0.241，達顯著水準 ($p < .001$)，解釋力 R^2 為 0.06。表示照顧者的「家庭功能」會影響使用「因應策略」的有效性，照顧者家庭中的「角色」、「問題解決」、「界線」、「肯定」功能越佳時，照顧者的「問題解決因應」、「改變認知因應」、「壓力處理因應」的幫助程度越大。故研究假設 6-3「照顧者的家庭功能」對其「因應策略」有顯著影響；照顧者「家庭功能」愈佳，其「因應策略」的有效性愈高可獲得驗證。

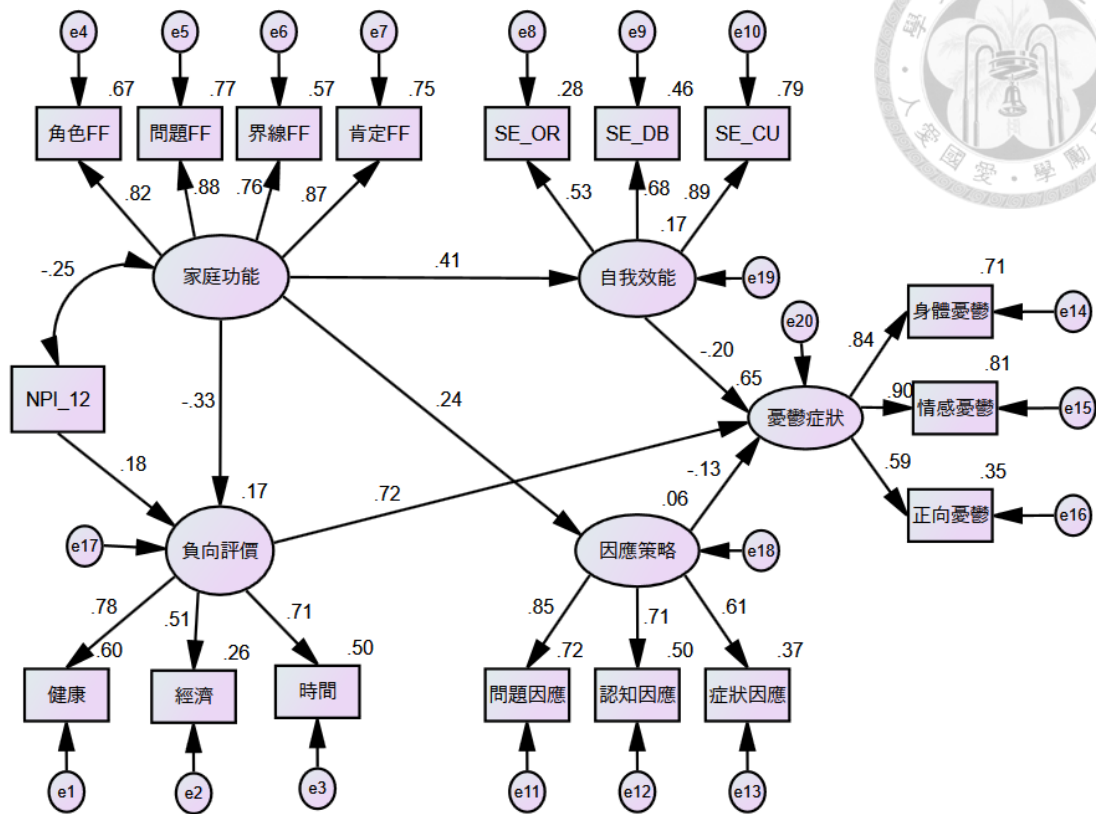
照顧者的「負向照顧評價」預測「憂鬱程度」徑路，標準化迴歸係數(β)0.724，達顯著水準 ($p < .001$)，表示照顧者的「負向照顧評價」會影響其「憂鬱程度」，照顧者評價照顧工作造成的「健康負荷」、「經濟負荷」、「時間限制」越高時，照顧者的「正向情感」越差、「身體症狀」越多、「憂鬱情緒」越嚴重。故研究



假設 7-1「照顧者負向照顧評價」對其「憂鬱程度」有顯著影響；照顧者「負向照顧評價」愈大，其「憂鬱程度」愈高可獲得驗證。

照顧者的「照顧自我效能」預測「憂鬱程度」徑路，標準化迴歸係數(β)-0.202，達顯著水準 ($p < .01$)，表示照顧者的「照顧自我效能」會影響「憂鬱程度」，照顧者的「獲得休息效能」、「控制沮喪想法效能」、「處理干擾行為效能」越高時，照顧者的「正向情感」越好、「身體症狀」越少、「憂鬱情緒」越少。故研究假設 8-2「照顧者的自我效能」對其「憂鬱程度」有顯著影響；照顧者「自我效能」愈高，「憂鬱程度」愈低可獲得驗證。

照顧者「因應策略」的有效性預測「憂鬱程度」徑路，標準化迴歸係數 (β) -0.128，達顯著水準 ($p < .05$)，表示照顧者的「因應策略」的有效性會影響「憂鬱程度」，照顧者的「問題解決因應」、「改變認知因應」、「壓力處理因應」的幫助程度越大時，照顧者的「正向情感」越好、「身體症狀」越少、「憂鬱情緒」越少。故研究假設九「照顧者的因應策略」對其「憂鬱程度」有顯著影響；照顧者「因應策略」幫助程度越大，「憂鬱程度」愈低可獲得驗證。另外，由圖四顯示「負向照顧評價」、「自我效能」與「因應策略」三變項對「憂鬱程度」共同的解釋力 R^2 為 0.65。表 4-33 為整體結構模式研究假設之檢驗結果。



圖四 壓力因應歷程修正模型檢驗結果

表 4-32 潛在變項結構模式參數估計檢驗結果

變項	非標準化參數估計值	標準誤	t 值	標準化參數估計
因應策略 <--- 家庭功能	0.147	0.04	3.671***	0.241
負向評價 <--- 神經精神症狀	0.005	0.002	2.96**	0.183
自我效能 <--- 家庭功能	8.811	1.805	4.881***	0.415
負向評價 <--- 家庭功能	-0.304	0.062	-4.918***	-0.332
憂鬱症狀 <--- 負向評價	0.458	0.051	8.896***	0.724
憂鬱症狀 <--- 因應策略	-0.121	0.053	-2.301*	-0.128
憂鬱症狀 <--- 自我效能	-0.006	0.002	-3.196**	-0.202

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表4-33 整體結構模式研究假設檢驗結果

研究假設	結果
四、建構之失智症照顧者壓力因應歷程模式可獲得支持，並能有效解釋主要研究變項之間的關係。	成立
五、照顧者的壓力源對照顧者負向評價有顯著影響；患者神經精神症狀愈嚴重，負向照顧評價愈高。	成立
六、照顧者的家庭功能對其負向照顧評價、照顧自我效能、因應策略有顯著影響。	成立
6-1.照顧者家庭功能愈佳，負向照顧評價愈低。	成立
6-2.照顧者家庭功能愈佳，照顧自我效能愈高。	成立
6-3.照顧者家庭功能愈佳，其因應策略的幫助程度愈大。	成立
七、照顧者的負向照顧評價對其因應策略、憂鬱程度有顯著影響。	部份成立
7-1.照顧者的負向照顧評價愈大，其憂鬱程度愈高。	成立
7-2.照顧者的負向照顧評價愈大，其因應策略的幫助程度愈低。	不成立
八、照顧者的自我效能對其因應策略、憂鬱程度有顯著影響。	部份成立
8-1.照顧者的自我效能愈高，其因應策略的幫助程度愈大。	不成立
8-2.照顧者的自我效能愈高，其憂鬱程度愈低。	成立
九、照顧者的因應策略對其憂鬱程度有顯著影響；照顧者因應策略幫助程度越大，憂鬱程度愈低。	成立



第五章 討論

本研究主要目的在探討失智症家庭照顧者的壓力因應歷程對其憂鬱程度之影響情形，本章將研究結果與國內外文獻進行比較分析，以下依序討論之：第一節、研究對象基本屬性之描述性資料；第二節、家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的描述性資料；第三節、失智症患者基本屬性與家庭照顧者壓力因應歷程各變項之關係；第四節、家庭照顧者基本屬性與其壓力因應歷程各變項之關係；第五節、家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度之相關性；第六節、家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的相關性；第七節、照顧者壓力因應歷程模式分析。


第一節 研究對象基本屬性之描述性資料

一、失智症患者人口學與疾病特性

本研究的失智症患者 60.51% 為女性、平均年齡為 78.82 歲，其中 75 歲以上佔 72.61% 為最多，顯示多數患者為高齡老人，以阿茲海默型失智症的 66.15% 為最多，其次為血管型 18.79%，此與多數研究及盛行率調查失智症患者以女性、高齡者、阿茲海默型失智症為多數的結果雷同（張、徐、邱、陳，2009；張、徐、陳、邱、黃，2012；臺灣失智症協會，2016；Chien & Lee, 2011；Hilgeman et al., 2007；Huang et al., 2012a；Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012；Romero-Moreno et al., 2011）。另外，輕度失智者 61.15% 為最多、中度失智 23.89% 居次，患者被診斷為失智症的時間自 6 個月至 13 年、平均 4.28 年，範圍差距極大，探究原因可能是本研究在醫院神經內科門診收案，多以輕至中度的失智患者就醫為主。

二、家庭照顧者人口學特性與照顧工作狀況

失智症家庭照顧者以女性為主、仍然呈現照顧責任女性化的現象。照顧者與患者的親屬關係以子女居多數（46%）、配偶次之（38.85%），這與其他的研究結果一致（陳，2011；張等，2009；Au et al., 2010；Cheng et al., 2013；Honda, Abea, Aoyagia, & Honda, 2014；Kim et al., 2012；Kang et al., 2014；Romero-Moreno et al., 2011；Valente et al., 2011；Yu, Wang, He, Liang, & Zhou, 2015），尤其是在亞洲國家，由子女擔任主要照顧者的情況更加普遍，代表在儒家思想重視孝道觀念的影響下，奉養父母仍然是子女的責任，再加上傳統社會中兒子與年長父母同住的比率較高。蔡等（2016）指出照顧是一種文化活動，照顧過程的想法和做法會受到社會文化的影響，孝道是「無條件的積極義務」，一切以父母利益為優先，因此在父母生病後，子女是責無旁貸的照顧者；另外亦有可能是因為本研究失智症患者平均高齡 78.8 歲，配偶可能無力照顧或已往生，因此由子女承擔照顧責任。這顯示家庭照顧者的屬性已經發生改變，專業人員應考慮不同屬性的照顧者是否有不同需求，方能提供適當的幫助。歐美的研究則多是以配偶擔任照顧者居多（Barbosaa et al., 2011；Liu et al., 2012；Lai, Luk, & Andruske, 2007；Makizako et al., 2009；Marziali et al. 2010；Rabinowitz et al., 2009），呈現不同文化的差異性。另外，與西方國家不同之處，在台灣與日本的研究顯示媳婦亦為家庭重要的照顧成員之一（張等，2012；Honda et al., 2014；Huang et al., 2012b；Tatsumi et al., 2009；Tsutsui, Muramatsu, & Higashino, 2014），本研究發現僅有 13% 的照顧者為媳婦，這與過去早期的研究結果呈現媳婦擔任照顧者比率僅次於配偶之情況不同（吳、邱，1997；潘、田、張，1998），社會經濟和人口的變化，導致現代家庭照顧特性的改變，也有可能是因為本研究地點在都會區，婦女就業率提高、生育率降低的情況下，媳婦擔任照顧者的比率有減少的趨勢（Podgorski & King, 2009；Tremont et al., 2006）。對照 Tsutsui 等學者（2014）探討日本於 2000 年執行長期照護保險



政策後對孝道文化的改變，結果顯示在所有家庭照顧者中以媳婦的孝道觀念降低之改變最顯著，其中原因與婦女接受教育及投入就業市場比率大幅提升有關，即使老年父母與子媳同住，當媳婦身兼職業婦女與照顧子女的雙重角色時，此時可預見媳婦成為家庭照顧人力的傳統期待將面臨瓦解（李、周、陳，2011）。

本研究的照顧者平均年齡約 60 歲，其中約三成都是 65 歲以上，此與其他研究顯示照顧者年均平齡為 55-67 歲的結果相似（陳，2011；張等，2012；Alvira et al., 2015；Elnasseh et al., 2016；Honda et al., 2014；Huang et al., 2012a；Montoro-Rodriguez & Gallagher-Thompson, 2009；Romero-Moreno et al., 2011），顯示多是由中老年人照顧患者的情況。而邱、謝、蔡（2007）與 Kang 等（2014）研究中的照顧者平均年齡較低，約 51 歲，可能是因為研究中照顧者為子女的比率高達六成，導致照顧者平均年齡偏低。

照顧者的教育程度為高中/職以上佔六成五，與劉（2009）、傅（2014）及張等（2012）的結果相似，推估可能是因為本研究選樣地點是以北部與中部都會區為主、並且本研究中由晚輩擔任照顧者的比率達六成以上，而國外 Elnasseh 等（2016）研究發現高中以上教育程度的照顧者高達八成，顯示不同國情文化下民眾的教育程度仍有差異。

本研究照顧者每日照顧時數以 8 小時以內約佔 54%，與 Elnasseh（2016）每日平均 9 小時相當；但相較於其他研究結果平均 11 小時以上的照顧時數還要低（陳，2011；張等，2012；Romero-Moreno et al., 2011），照顧時數偏少可能是因為本研究失智老人的疾病嚴重度不高，並且近三成的照顧者家中聘有外籍看護、另外 30% 照顧者表示有其他家人輪流幫忙照顧，顯示國人近來自費雇用外籍看護輔助照顧的比例增加，可以讓照顧者暫時離開壓力情境，得到適當的休息，但仍須關注的是長期聘僱的花費對家庭經濟是一筆不小的負擔。另外，本研究中多為輕至中度失智症患者、且日常生活依賴程度較輕微，因此需要密集的照顧項目較少；在訪

談中照顧者大多表示雖然實際執行患者生理照顧項目與時間不多，但是失智症患者需要長時間的陪伴與看顧，照顧者感受到較多心理的壓力及私人時間的限制。

本研究照顧者自覺健康狀況普通至好的比率約 85%、略優於其他研究結果的 65-75%（傅，2014；張，2011；劉，2009；Yu et al., 2015；Honda et al., 2014），可能是因為本研究子女擔任照顧者的比率較高、年齡較輕故自覺健康狀況較佳，但值得注意的是約有五成照顧者認為照顧患者之後健康狀況變差，顯示照顧者仍然因為長期的照顧工作而影響健康，並且許多年長的照顧者表示自己原本就有慢性疾病，因為照顧工作感受到身體疲累、生活作息與睡眠受到影響。

研究中有二成照顧者認為與失智症患者的感情比以前差，有可能是因為照顧者認為患者罹病後出現無法預期與控制的問題行為，令照顧者覺得精疲力竭、疲於奔命，造成照顧者的壓力與處理的困擾，因此明顯影響與患者之間的感情。

有三成照顧者表示因為照顧失智症親人導致原本的工作改變，與張等（2012）的研究顯示 21%的照顧者工作被迫改變之結果雷同，深入訪談分析後發現尤其是子女擔任照顧者的工作改變比率最高，代表子女為了善盡孝養義務、承擔照顧責任，以致於必須中斷原本的職業生涯，有些照顧者選擇減少工作時數、或是被迫離職、有些則是提早辦理退休，退出勞動市場的同時也代表家庭收入減少、社會損失重要的勞動生產力。

第二節 家庭照顧者壓力因應歷程各變項與憂鬱程度的描述性資料



一、家庭照顧者的壓力源

本研究是以失智症患者的神經精神症狀與日常生活功能作為家庭照顧者壓力源的評估，結果發現失智患者出現神經精神症狀發生率最高前三類分別為：易怒、淡漠以及焦慮，除了淡漠與焦慮是所有研究發現共同常見的症狀之外，其他各研究中常見的症狀則各有不同。Aalten 等人(2007)的研究結果發生率最高前三項為：淡漠、憂鬱與焦慮；Mirakhur、Craig、Hart、McLroy 與 Passmore (2004) 則為淡漠、怪異動作及飲食行為改變；Steinberg 等人(2008)為淡漠、憂鬱及焦慮；Lyketsos 等人(2002)的結果為淡漠、憂鬱及激動。Rockwood 等人(2015)則是區分不同嚴重程度的失智患者進行調查，輕度失智最常見的症狀為淡漠、焦慮，中重度失智症則為妄想與幻覺。結果呈現常見症狀的不同可能是與各研究的失智症患者疾病類型以及嚴重程度之差異有關。而其他研究顯示發生率最低的神經精神症狀則與本研究有一致的結果，均為欣快感 (Aalten et al., 2007；Mirakhur et al., 2004；Steinberg et al., 2008)。

本研究對象神經精神症狀的總分平均為 18.5 分，與 Tatsumi 等人(2009)平均為 18.9 分有相似的結果，代表患者的神經精神症狀不甚嚴重，可能是與本研究有 61.15% 患者是屬於輕度失智階段有關。另外，研究發現 93.95% 失智患者至少出現一項神經精神症狀，而 Steinberg 等人(2008)的結果為 97%、Lyketsos 等人(2002)的結果為 80%，顯示失智患者出現神經精神症狀的比率偏高，這將會造成照顧者處理問題行為的挑戰。

本研究失智患者日常生活功能是以巴氏量表進行評估，平均為 71.15 分屬中度依賴程度，與張等(2012)研究的 68.82 分相近，近三成患者為完全獨立，可能是因為本研究的患者大多是輕度至中度階段的失智症，因此日常生活的功能尚佳。



二、家庭照顧者的憂鬱程度

研究結果發現主要照顧者整體憂鬱程度平均為13.94分，而照顧者具有憂鬱傾向的比率為34.39%。Covinsky等（2003）與Huang等（2012）研究發現照顧者有憂鬱問題的比率分別為32%與42%，Schoenmakers等（2010）系統性文獻回顧的結果大約30%-50%的照顧者出現憂鬱症狀，照顧失智症比照顧其他慢性病患的人更容易憂鬱。甚至Papastavrou等（2007）研究顯示高達65%的照顧者有憂鬱症狀，Epstein-Lubow等（2009）針對中風照顧者憂鬱程度平均為15.6分，憂鬱傾向比率為41%，Au等（2009）與Romero-Moren等（2011）針對失智症照顧者的憂鬱程度平均分別為12.93分及18.54分，吳（2011）研究41.3%失智症照顧者有憂鬱傾向、平均為16分，Bolden與Wicks（2010）的研究憂鬱程度平均為17分，顯示失智症照顧者高比率的憂鬱問題值得專業人員重視並給予適當協助。依據各次量表的平均分數排序，正向情感的憂鬱程度顯著高於憂鬱情緒、身體症狀和人際困擾，此結果與吳（2011）一致。顯示家庭照顧者感受到心理層面的憂鬱程度較高，人際問題的憂鬱較不會因為照顧工作而受到影響。

正向情感次量表中「享受生活的樂趣」、「對未來充滿希望」、「覺得我跟別人過得一樣好」、「覺得很快樂」（採反向計分）這四項的憂鬱程度最高，顯示照顧者對於不可逆性的失智症病程進展，看著失智親人逐漸退化，慢慢地喪失記憶與生活能力，甚至連自己的家人也不認得，這過程令照顧者心碎，家人常無法接受面對親人退化的事實，對無法掌控的病情和照顧工作的遙遙無期充滿了無力與無望感，都可能使照顧者難以對現在及未來產生正向的感受或期待。因此呈現正向情感的憂鬱程度最高。而人際困擾的憂鬱程度最低，可能是因為本研究照顧者的家庭功能尚佳，可感受到家人的支持與協助，較不會因為照顧工作而影響與他人的人際關係，因此人際問題的憂鬱最低。




三、家庭照顧者的家庭功能

照顧者的家庭功能平均得分屬於中上程度，探討各構面平均得分依序為「問題解決」、「肯定」、「界線」及「角色」，此結果和林（2003）的研究結果一致。從單題的家庭功能得分來看，照顧者認為較佳的項目依序為「有些家人總是聯合起來對抗某些家庭（反向題）」、「有些家人會否認病患真的有問題」、「家人都能瞭解照顧病患的辛苦與困難」，分別屬於界線、問題解決、肯定之構面，顯示照顧者認為在照顧情境下，家庭成員大多能共同合作、討論解決照顧問題、並能肯定與支持照顧者，以維持家庭功能運作。而得分最低的項目「覺得被困在照顧小孩（或家庭）與病患的雙重責任之間」、「大部分家人會彼此分擔照顧工作」，屬於角色與界線之構面，可能是因為本研究有 58% 的照顧者與失智親人之間的關係為子女或媳婦，他們除了要照顧失智親人外，尚須承擔自己家庭的責任，即所謂的「三明治」時期，而且在訪談中發現失智親人因為疾病與症狀之特性，容易對主要照顧者產生依賴的情況，其他家人未必熟悉與失智親人相處或處理問題行為的技巧，因此照顧的角色較難替換，甚至家庭成員在照顧決策方面有時會發生意見分歧，長期下來容易造成家庭成員間關係的緊張與衝突。

四、失智家庭照顧者的負向照顧評價

本研究顯示照顧者的負向評價為中等程度，以負向照顧評價各層面來看，個人時間受影響的負荷感受，而「經濟影響」的負荷感受最低，與大部分照顧者自覺經濟狀況普通的結果不謀而合。

因照顧患者而導致照顧者的個人生活、社交互動和就業機會產生限制(Brody & Donkin, 2009; Gupta & Pillai, 2012)。在本研究中，私人時間受到干擾是照顧者最為嚴重的負荷，主要因為本研究中高達 93.95% 失智症患者至少有一項神經精神症狀，需要照顧者在旁陪伴與處理，患者也較依賴照顧者而拒絕其他人的協助。



因此，家庭照顧者覺得他們的日常活動都專注於患者的照顧，難以為自己找一些私人空閒的時間，此結果與以前的研究相同（蕭、邱，2011；Aggar, Ronaldson, & Cameron, 2010; Røthing, Malterud, & Frich, 2015; Sautter et al., 2014; Yu et al., 2015）。訪談中許多照顧者表示這些問題行為經常是無法預期的發生，不知道何時患者會出現奇怪的行為或問題，而且有些患者變得很依賴照顧者，因此，照顧者大多是採取對失智親人亦步亦趨的方式，只要患者一有動靜，照顧者就會立即趨前協助，因此感受到個人時間或社交互動受限制的程度最嚴重。有些家庭也擔心失智症患者發生無法預期的行為問題可能會被其他人誤解和汙名化（Liu et al., 2012），或者因為擔心“丟臉”，導致照顧者不願意讓外人知道家中有失智患者，或是不願意和患者外出。即使有需求，照顧者也會拒絕外界的幫助，導致照顧者的負荷加重。因此，提供適當的居家照護服務以及持續教育大眾認識失智症，以及有效的社區資源才能減少患者和照顧者社會隔離。

五、家庭照顧者的自我效能

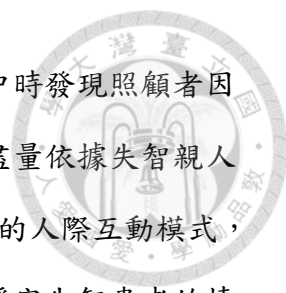
本研究結果發現照顧者的自我效能是以「獲得休息的效能」平均 73.23% 為最高；其次為「控制沮喪想法的效能」的 69.96%，最低為「回應病患干擾行為的效能」平均 68.66%。而 Au 等（2009）研究發現照顧自我效能最高為「回應病患干擾行為的效能」平均 68.91%、其次為「控制沮喪想法的效能」的 67.21%、自我效能最低則為「獲得休息的效能」的 57.51%，剛好與本研究的排序相反，探究其原因，可能是因為在本研究有其他人可以輪流幫忙的照顧者高達六成三，因此照顧者獲得暫時的休息與協助照顧的效能較佳；而照顧者對於處理失智親人的問題行為為最感困難。訪談中發現雖然在親人被確診為失智症後，照顧者經由醫療人員的解說或大眾媒體宣導，知道失智症會出現哪些症狀與問題行為，但對於這些症狀何時發生、如何發生，甚至何時會進展到下一個失智階段，整個過程仍然存在許

多醫療與照顧的不確定性，顯示專業人員應了解照顧者的需求以及增強處理患者問題行為的能力，才能提供適合的協助。



六、家庭照顧者的因應策略

研究結果發現家庭照顧者認為使用因應策略的幫助程度為中等程度，其中照顧者認為情緒取向的改變認知因應策略最有幫助，其次為使用問題解決因應策略，處理壓力症狀策略的幫助程度最低。Barbosaa 等（2011）和 Figueiredo 等（2014）的研究則是以問題解決因應的幫助最大，其次為情緒取向的改變認知因應策略、處理壓力策略為最低。而 Ng 等（2007）的研究結果顯示處理壓力策略的幫助程度最高、其次為改變認知策略、最低為問題解決因應策略的結果不同，有可能是因為 Ng 等（2007）研究對象年齡偏高，均在 75 歲以上，因此較少使用問題解決因應策略。本研究的照顧者較少採用處理壓力策略，尤其是「參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持」僅 53.3%，表示多數照顧者不會使用此因應策略，而是採取情緒取向或問題取向的因應策略處理照顧壓力，並且較不會主動尋求外界資源的協助，亦很少參與相關的支持團體，此與 Ekwall 等（2007）研究發現照顧者較少尋求朋友，家人和專業人士的協助及支持相似，這有可能是因為社會對失智症的污名與刻板印象，讓失智家屬參與相關的支持團體盡量隱藏失智者的病人身分，即使有需求也不願意主動向外求助；但是在西方國家參加自助或支持團體較為普遍，議會主動尋求社會資源與協助（Ng et al., 2007），這可能是因文化以及社會福利制度的差異造成照顧者採取壓力因應方式的不同。另外，多位照顧者表示即使想參加其他休閒活動或支持團體來紓解壓力，但在無法放下照顧責任或是難以即時有替代照顧人力的情況下，較少以處理壓力症狀的策略來因應壓力。爰此，專業人員應主動提供相關照顧福利資源，開辦照顧者支持團體的同時，亦可規劃失智長者的活動課程，讓家屬能安心參與支持團體，獲得實質的幫助。在問題解決因應策略中，照顧者認為「依靠自己累積的經驗和知識解決問題」、「嘗試不



同的解決方法，直到尋找到最好的方法」幫助程度最大，訪談中時發現照顧者因為長時間與失智患者生活，會發展自成一格的因應策略，例如盡量依據失智親人的生活習慣安排各種活動行程，累積照顧經驗而形成與患者特有的人際互動模式，或是將治療性活動例如畫畫、唸佛經等融入日常生活，期望能穩定失智患者的情緒、以維持或重構生活秩序。另外，研究結果發現問題解決與改變認知策略幫助程度最低的項目分別為「對病患說出自己對他(她)的期望」、「了解到現在照顧工作的狀況已經比以前改善很多」，在訪談中發現照顧者認為患者的疾病只會越來越退化、不可能會康復，而且因患者認知退化之故，溝通及理解能力亦變差，照顧者認為照顧狀況無法變更好，因此學習不要用對待正常成人的方式或社會預設的角色期待希望患者改變，而是盡量改變自己的想法，用比較寬容的心態跟心平氣和的情緒面對患者。

第三節 失智症患者基本屬性與家庭照顧者壓力因應歷程各變項之關係



本研究結果發現失智症患者年齡僅與照顧者獲得休息的效能、回應病患干擾行為的效能呈顯著正相關，表示當患者年齡越大時，照顧者獲得休息和回應病患干擾行為的自我效能也較高；有可能是因為患者的年齡越大、失智程度可能越嚴重，患者發生需要立即處理的問題行為隨之減少，因此照顧者的自我效能越佳。但病患年齡並不會影響照顧者的家庭功能、負向評價、控制沮喪想法效能、因應策略與憂鬱程度。

患者的性別與照顧者的家庭功能、負向評價、憂鬱程度、自我效能均存在顯著差異，顯示男性患者的照顧者其家庭功能、負向評價、憂鬱程度高於女性患者的照顧者。而女性患者的照顧者其照顧自我效能則是優於男性患者的照顧者。若與照顧者性別與親屬關係交叉比對，男性患者的照顧者大多為配偶擔任，與本研究結果發現配偶照顧者的家庭功能、負向評價及憂鬱程度較高互相吻合；而女性患者的照顧者性別與親屬關係種類較多樣化，因此並無明確之結論，尚須進一步探討。

失智症患者日常生活能力依賴程度與照顧者家庭功能有顯著差異，日常生活能力完全獨立患者的照顧者，其整體家庭功能高於重度依賴患者的照顧者。但是 Tremont 等（2006）的結果顯示家庭功能與日常生活能力無關，有可能是因為是採用一般性家庭功能評估量表，而本研究的量表是針對照顧情境下的家庭功能進行評估，因此能較敏感地了解照顧者看待照顧情境下的家庭功能與患者依賴程度之關係。

本研究結果發現失智症患者日常生活能力依賴程度和神經精神症狀總分與照顧者負荷具顯著相關性，表示 ADL 中度依賴者、神經精神症狀總分越高的照顧者負向評價越高，這與其他的研究結果一致（Huang et al., 2012a; Kang et al., 2014; Makizako et al., 2009; Reed et al., 2014; Yeh & Bull, 2012; Yu et al., 2015; Zarit et al.,

2010)。另外，患者日常生活能力和神經精神症狀總分與照顧者家庭功能具相關性，代表患者日常生活能力越差、神經精神症狀越嚴重時，可能使照顧者認為得到的支持與協助較不足，因此家庭功能越差。

重度失智患者的照顧者其負荷程度亦比輕度失智的照顧者還要高，顯示隨著疾病進展到重度失智階段、患者的 ADL 亦逐漸退化需依賴他人照顧，照顧者必須花更多的時間執行照顧工作，因此照顧者感受的負荷就會越大。之前的研究對於患者認知功能或疾病嚴重度與照顧者負荷之間的相關性存在不一致的結果。例如，有些研究發現患者認知功能較差，導致較高的照顧負荷（鄭，2005; Gallagher et al., 2011; Huang et al., 2012; Kang et al., 2014; Mohamed, Rosenheck, Lyketsos, & Schneider, 2010; Yu et al., 2015）；然而其他研究發現患者的認知功能與照顧負荷無相關（Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguéis, & Ramos, 2012; Reed et al., 2014; Springate & Tremont, 2014）。也有研究顯示神經精神症狀並不能預測照顧者的負荷感受（Campbell et al., 2008; Makizako et al., 2009）。

患者的日常生活能力總分、失智嚴重度與回應病患干擾行為的效能呈現顯著負相關，表示日常生活能力總分越高、輕度失智的患者，其照顧者回應病患干擾行為的效能越低，有可能是因為患者若日常生活能力越佳或是輕度失智階段，其神經精神症狀越嚴重，因此照顧者回應病患干擾行為的效能越低。另外，患者神經精神症狀總分與照顧者獲得休息和控制沮喪想法的效能呈顯著負相關，代表當失智患者神經精神症狀越嚴重時，照顧者疲於奔命、無法獲得足夠的休息，容易造成心情沮喪。研究結果發現患者的神經精神症狀總分僅與處理壓力因應策略呈顯著正相關，表示患者的神經精神症狀總分越高時，照顧者認為處理壓力症狀的因應幫助程度越大。這有可能是因為患者的問題行為較多時，照顧者傾向採取類似逃避防衛性的處理壓力症狀因應策略。

患者日常生活能力總分與整體憂鬱程度呈現顯著負相關，代表患者日常生活能力總分越高時，其整體憂鬱程度越低，與其他研究結果一致（Au et al., 2009；

Covinsky et al., 2003 ; Epstein-Lubow et al., 2009 ; Tremont et al., 2006) 。 患者的神經精神症狀總分與整體憂鬱程度呈顯著正相關，代表患者神經精神症狀總分越高時，其整體憂鬱程度亦越高。此與 Campbell 等 (2008) 、 Covinsky 等 (2003) 及 Romero-Moreno 等 (2011) 結果相符，顯示失智親人的問題行為較多、日常生活功能較依賴時，照顧需求增加，因而加重照顧者的憂鬱程度。但是 Tremont 等 (2006) 的結果卻顯示患者記憶和行為問題與憂鬱程度之間不具顯著相關，這有可能是使用不同的量表評估患者記憶和行為問題所致。

第四節 家庭照顧者基本屬性與其壓力因應歷程各變項之關係

結果發現照顧者的年齡及親屬關係與整體家庭功能、負向照顧評價呈顯著正相關，表示年齡越大、配偶照顧者認為其整體家庭功能較年輕、女兒及媳婦照顧者為佳；同時整體負荷程度亦較女兒及媳婦照顧者還要高。另外，配偶照顧者認為其整體負荷及憂鬱程度比兒子照顧者還要高。Covinsky 等 (2003) 、 Gallicchio 等 (2002) 及 Roth 等 (2008) 的研究發現配偶照顧者自陳較多的憂鬱情緒和較少的正向情緒；但是有些研究則發現較年輕、子女擔任照顧者的負荷程度及憂鬱程度高於年長者及配偶照顧者 (Conde-Sala et al., 2010 ; Holst & Edberg, 2011 ; O'Rourke et al., 2010 ; Robison et al., 2009 ; Wang et al., 2011 ; Yeager et al., 2010) 。推論本研究結果之原因可能是因為年齡較大的照顧者多是失智患者的配偶，在傳統孝道觀念的影響下，配偶照顧者獲得其他家庭成員的支持與協助較多，家庭成員之間的凝聚力較好，因此家庭功能較佳；但女兒或媳婦擔任照顧者時其家庭功能低於配偶照顧者，代表年齡較輕的照顧者，獲得其他家庭成員的協助較少，並且除了照顧失智父母或公婆外，仍然需要承擔自己家庭照顧子女與家務的責任，因此家庭功能較差。因為失智症的病程特質是長期而且逐步變化的，配偶照顧者承擔繁重的照顧工作，造成健康狀況受到影響，在本研究中亦發現配偶是自覺健康狀況較不好的群體，因此呈現負向照顧評價顯著高於子女的狀況，與 Valente 等 (2011) 的研究證實老年照顧者自覺健康狀況不佳與情緒疲勞、負荷、憂鬱和焦慮等因素顯著

相關有一致的結果。再者，華人傳統文化家庭注重孝道的觀念，長者習慣與成年子女同住，子女有義務奉養年邁的父母，若家中有人生病也傾向由家庭成員擔負起照顧的責任。對大多數子女而言，認為照顧父母是孝順的表現，參與父母的照顧是責任也是義務，因此子女呈現負向照顧評價與憂鬱程度較低的情況。

本研究照顧者的性別僅在憂鬱程度呈現顯著差異，女性照顧者的憂鬱程度高於男性，此與其他研究結果相同（Campbell et al., 2008；Haley et al., 2003；Holst & Edberg, 2011；Papastavrou et al., 2007；Papastavrou et al., 2011；Roth et al., 2008；Skarupski et al., 2009；Valimaki et al., 2009；Yeager et al., 2010）；但是照顧者性別與家庭功能、負向評價則無顯著差異，此與其他研究發現女性照顧者的負荷程度較大有不同的結果（Campbell et al., 2008；Holst & Edberg, 2011）。Ekwall 與 Hallberg（2007）的研究發現男性照顧者比女性照顧者越常使用問題解決因應策略、同時對照顧工作越滿意，但是本研究並未發現性別在因應策略的差異。

每日照顧時數以及有無其他人輪流分擔照顧工作，與照顧者負荷感受、獲得休息效能和憂鬱程度有關，尤其當無人輪流分擔照顧工作、照顧時數較長，使照顧者沒有機會休息時，憂鬱程度可能會加劇（張等，2012；蕭、邱，2011；Bolden & Wicks, 2010；Covinsky et al., 2003；Cucciare et al., 2010；Epstein-Lubow et al., 2009；Huang et al., 2009；Tsai & Wang, 2009）。在訪談中發現，有些家庭成員即使並未擔任主要照顧工作，但仍然會適時提供支持與協助，或是輪流協助照顧失智親人，讓主要照顧者感受到家庭互助共同解決問題的價值。因此，當主要照顧者照顧時數較少，照護工作能有其他家人輪流承擔照顧病人，其主要照顧者負荷及憂鬱程度均較低。

照顧者自覺目前健康狀況以及健康狀況改變等因素，與其家庭功能、負向照顧評價、憂鬱程度均有顯著相關，照顧者自覺健康狀況不佳以及因照顧工作導致健康變差的情況下，特別容易感受到較高的負荷與憂鬱、而且家庭功能較差，由許多研究可知主要照顧者的健康狀況是影響照顧評價與憂鬱程度的重要因素（鄭，

2005；蕭、邱，2011；Black et al., 2010；Campbell et al., 2008；Cucciare et al., 2010；Epstein-Lubow et al., 2009；Huang et al., 2009；Tarlow et al., 2004；Tremont, 2011；Tsai & Wang, 2009；Valente et al., 2011)。另外，照顧者自覺健康狀況不佳時，其自我效能以及問題解決因應策略的幫助程度亦較低，此與張等（2012）的研究發現失智照顧者的健康狀況愈差時，照顧者問題處理能力愈低類似；Figueiredo 等（2014）的慢性阻塞性肺疾病的照顧者研究，結果發現照顧者的自覺健康狀況較佳時，其問題解決因應策略的幫助程度較大；Makizako 等（2009）呈現照顧自我效能與健康狀況有關的結果相似。因此，專業人員在照顧患者的同時，亦要關心照顧者的健康狀況，依其需求提供喘息服務，讓照顧者能有適當的休息與治療，或是教導照顧者有效處理患者的問題行為，才能避免加重照顧者的身心負荷與健康的不良影響。

與患者罹病以前及目前的感情關係良好之照顧者，其家庭功能、照顧自我效能均高於感情不佳者，而負向照顧評價及憂鬱程度則顯著低於感情不佳者，與其他研究發現對之前關係較滿意的照顧者表現出較低的負荷、解決問題技巧與溝通能力較佳的結果一致（Campbell et al., 2008；Steadman et al., 2007；Tarlow et al., 2004），亦顯示當照顧者與患者的感情關係較好時，可提升照顧者處理患者問題行為的能力。蕭、邱（2011）針對居家病患的照顧者研究，發現若能強化照顧者的家庭功能以及與患者之間的感情關係，將降低照顧工作的負向感受以及提高照顧患者的信心程度。

研究發現自覺經濟狀況較差、因照顧患者被迫改變工作時，主要照顧者認為其家庭功能不佳、照顧自我效能較低、負荷感受與憂鬱程度均較嚴重，這可能是因為要照顧病患而無法繼續工作，影響原本的經濟能力與社交生活，使照顧者感受到照顧工作對其個人的負面影響，或是未獲得足夠的支持與協助，影響照顧者處理患者的能力，使照顧自我效能降低、導致負荷加重，因此憂鬱程度亦隨之提升，同文獻指出照顧者因照顧病患放棄工作，出現經濟壓力，則感受到照顧負荷

較大，易出現憂鬱症狀是一致的（蕭、邱，2011；Andren & Elmstahl, 2007；Campbell et al., 2008；Covinsky et al., 2003；Cucciare et al., 2010；Huang et al., 2009；Valimaki et al., 2009）。Bolden與Wicks（2010）研究顯示收入狀況與負荷、憂鬱呈負相關。另外，照顧患者被迫改變工作時，其問題解決因應與處理壓力因應策略的幫助程度較高，這可能是因為改變工作的照顧者大多是子女、教育程度普遍較高，而且本研究亦顯示教育程度較高的照顧者認為使用問題解決因應的幫助越大，因此較會採用問題解決與處理壓力的因應策略處理照顧壓力。

本研究發現照顧者不同的教育程度與問題解決因應策略、整體憂鬱程度有顯著差異，大專以上學歷的照顧者使用問題解決因應的幫助程度高於小學畢業者，並且憂鬱程度低於小學畢業者，表示教育程度較高者採取問題取向因應策略的幫助程度越高，進而降低其憂鬱程度。此與張等（2012）研究認為家庭照顧者教育程度愈高時，愈能主動去尋求資源的協助，也具有更好的問題處理能力之結果相似。

本研究其他與問題解決因應策略顯著相關的照顧者因素，包括自覺健康狀況、是否有聘僱者、與失智症患者罹病前的感情關係。顯示自覺健康狀況較佳及普通者認為使用問題解決因應策略的幫助程度優於健康不佳者。家中有聘僱者協助照顧患者時，其問題解決因應策略的幫助程度顯著高於沒有聘僱者。與患者罹病以前感情良好的照顧者其問題解決因應與改變認知因應策略的幫助程度均較高，這些結果均顯示自覺健康狀況以及與患者的感情關係在照顧者壓力因應歷程中具有重要的關係，與其他研究的結論一致（Black et al., 2010；Campbell et al., 2008；Cucciare et al., 2010；Epstein-Lubow et al., 2009；Tremont, 2011；Tsai & Wang, 2009；Valente et al., 2011）。

第五節 家庭照顧者的壓力因應歷程各變項之間的相關性

一、家庭功能與負向照顧評價、憂鬱程度之相關

本研究發現照顧者家庭功能越佳時，照顧者的負向評價及憂鬱程度越低，這與其他研究有相同的結果，Chiou 等（2009）認為家庭成員是最重要的支持系統，當照顧者的家庭功能較好時，負荷感受較低，而缺乏家庭功能支持者，照顧者較易產生焦慮、憂鬱及緊張（Chiou et al., 2009；Hsiao & Van Riper, 2009；Mitrani et al., 2006；Tremont et al., 2006；Tsai & Wang, 2009；Yu et al., 2015）。林（2003）主要照顧者的家庭功能越好，尤其是問題解決能力較佳，角色功能區分清楚者，主要照顧者感受的負荷會較小，而且家庭功能也影響到主要照顧者對病患所提供的照護品質。Epstein-Lubow 等（2009）針對中風的照顧者研究顯示家庭功能是預測照顧者憂鬱程度的重要因子。Huang 等（2009）認為家庭功能與堅韌度會影響照顧者的身心健康，照顧者獲得的情感支持越多，憂鬱症狀則越少。若家庭功能的溝通和角色功能出現問題時，照顧者的憂鬱程度則顯著增加（Au et al., 2009；Osman et al., 2010）。由以上結果證實，評估家庭功能和資源對照顧者的壓力感受與憂鬱狀況尤其重要，促進家庭凝聚力可以成為有效的家庭介入措施的目標（Shieh et al., 2012），專業人員應重視家庭支持和維護家庭凝聚力的重要性。

二、家庭功能與自我效能、因應策略之相關


研究發現照顧者的家庭功能與三種類型的自我效能、問題解決因應策略及改變認知因應策略達顯著正相關，表示當家庭功能越佳時，自我效能也越佳、照顧者使用問題解決因應與改變認知因應策略的幫助程度越大，與Nicholls等（2010）研究顯示自我效能可用來預測問題取向因應使用的頻率相似。但是家庭功能與處理壓力症狀的因應策略之間不具顯著相關性，可能是因為處理壓力因應策略較屬於逃避式的因應類型，因此與家庭功能的關係較不顯著。Lazarus與Folkman（1984）壓力因應互動模式中認為個體通常會同時採取問題取向和情緒取向的因應，本研

究照顧者的家庭功能較佳，因此可能同時使用問題解決因應與改變認知因應策略的比率較高。根據Huang等（2008）指出社會支持較差的家庭成員傾向於利用情緒取向的因應策略，與本研究的家庭功能變項不同，並且目前國內外研究文獻較少探討家庭功能與因應策略之間的關係，因此值得未來研究進一步深入探討。

三、負向照顧評價與自我效能、因應策略、憂鬱程度之相關

研究結果顯示當照顧者的負向照顧評價越高時，照顧者的自我效能越低，問題解決因應、改變認知因應及處理壓力因應策略的幫助程度越小，憂鬱程度越高。表示負向照顧評價與自我效能、因應策略、憂鬱之間有相關存在，結果與楊、張（2012）的研究具有高度的自我效能者，在壓力因應策略中較多運用情緒控制管理及以正向問題解決策略，則較少出現憂鬱症狀相似。Chadda等（2007）的結果顯示照顧者照顧者負荷程度較大時，尋求社會支持的比率較高並會使用逃避式因應策略。簡等（2016）指出個體對特定行為的自我效能感越高，則越可能會採取更有效率的因應策略處理壓力，也會帶來更好的工作表現與壓力適應結果。其他學者研究亦顯示較高的照顧自我效能在遭逢困境時較能主動尋求問題解決，有助於提升個人的因應能力以減輕照顧負荷，正向的士氣感受越高、並能有正向的收穫與發現益處（蕭等，2007；Carbonneau et al., 2010；Cheng et al., 2013；Makizako et al., 2009；Romero-Moreno et al., 2011；Semiatin & O'Connor, 2012；Wu & Tang, 2009）。同時，具有高自我效能的照顧者會與失智親人分享愉快的心情，同時也增加在照顧角色中的有效性和滿意度（Carbonneau et al., 2010；Semiatin & O'Connor, 2012）。

Rabinowitz 等（2009）指出，面對患者干擾行為和控制沮喪想法的自我效能可以調節壓力源與負向結果之間的關係。學者研究亦顯示失智症照顧者有較高的症狀管理自我效能，可以緩解負荷和憂鬱症狀（Au et al., 2009；Carbonneau et al., 2010；Gallagher et al., 2011）。楊、張（2012）以結構方程式驗證國中生的壓力因應策略



與憂鬱情緒的關係，結果發現自我效能會直接影響壓力因應策略，並且壓力因應策略確實可以預測憂鬱情緒，個體面對壓力事件時，若失去彈性地使用某些因應策略時，反而會使個體憂鬱、焦慮情緒持續增加。然而，Romero-Moreno 等(2011)的研究結果發現面對患者干擾行為和控制沮喪想法的自我效能與負荷並不具相關性，而控制沮喪想法的自我效能與憂鬱程度呈負相關。吳(2011)研究結果發現憂鬱程度與三種類型的自我效能均呈顯著負相關，並且控制沮喪想法自我效能在負向情緒性社會支持與憂鬱程度之間扮演中介角色；另外，在高負向情緒性社會支持下，獲得喘息自我效能越高，則照顧者的憂鬱程度越低。Di Mattei 等(2008)使用逃避式因應有較高的負荷；而使用主動解決問題取向之因應對於壓力情境具有保護作用。照顧者對照顧工作的滿意度越低，越少使用問題解決的因應策略(Ekwall et al., 2007)。邱等(2007)卻有不同的結果，顯示照顧者使用問題取向的因應行為和身體及心理健康顯著正相關；而採情緒取向因應行為和整體健康為負相關。由以上研究得知，照顧者面對壓力源時，產生的壓力感受不同，使用的壓力因應策略亦有個別差異，其他研究指出個人選擇的壓力因應策略會受到人格特質、性別、社會支持、文化差異等多重因素之影響，另外各研究使用不同的工具評估因應策略、並且各變項之間大多進行相關性分析，因此呈現不同的結果。

Schulz 與 Sherwood (2008)認為照顧者長期處在一種不確定、無法掌握未來的照護壓力，對照顧者來說帶來許多痛苦，本研究結果已證實失智親人問題行為確實造成照顧者照護的困擾與情緒的痛苦，且會隨著症狀惡化與頻繁而加深負向情緒與憂鬱。因此透過專業人員的衛教指導照護因應行為與訓練，增加照顧者對疾病的知識與病程發展的了解，學習應對失智親人困難行為的方法，可以幫助照顧者增加處理疾病的能力與信心，可以減少照顧者對於照顧過程的不確定與挫折感衍生的負向情緒。

第六節 照顧者壓力因應歷程模式分析

本研究壓力因應歷程模式經結構方程模式檢證，經過修正卡方值，並刪去變項之間不顯著的關係後，整體模式適配度良好：在絕對適配度指標、增值適配度指標及精簡適配度指標方面，均符合良好適配標準，表示假設理論模式與觀察資料非常適配且相當簡約（邱，2000）。並且模式內在結構適配度測量變項的因素負荷量均在0.5 以上，並且所有估計的參數都達顯著水準，且潛在變項的組合信度多在0.6以上（陳、王，2012），表示模式內在品質可接受。

但是在違反估計檢驗中，發現「負向照顧評價」對「因應策略」的徑路以及「自我效能」對「因應策略」徑路的 C.R.值不顯著，代表有太大的標準誤，顯示在本研究建構之壓力因應模式中「負向照顧評價」及「自我效能」都對「因應策略」不具顯著影響力。此與楊、張（2012）以結構方程式驗證國中生的壓力因應策略與憂鬱情緒的關係，結果發現自我效能會直接影響因應策略，自我效能亦會透過因應策略間接影響憂鬱情緒的結果不一致，Nicholls 等人（2010）研究亦顯示自我效能可用來預測壓力因應使用的頻率。另外，此結果也與 Lazarus 和 Folkman（1984）的理論模式不符合，學者強調對壓力因應的認知評價是影響因應行為的決定因素，有效的因應還包括對負面情緒和問題的處理能力，而且認知評價和因應行為皆會受到環境和個人因素所互相影響，因此因應行為和其他因素（包括價值觀、個人目標、承諾、信念等）之間尚存在待釐清的關係。本研究僅顯示照顧評估與因應策略之間存在相關性，有可能是因為受到其他潛在因素影響，或是使用不同的測量工具，有些研究將照顧評價作為依變項的調適結果進行分析（蕭、邱，2011；戴、唐，2006），導致本研究無法敏感地區辨出自我效能與負向照顧評價對因應策略的影響力，另外其他學者研究亦顯示較高的照顧自我效能在遭逢困境時較能主動尋求問題解決，有助於提升個人的因應能力以減輕照顧負荷，過去學者大多是進行自我效能與因應策略之間的相關性分析（蕭等，2007；Carbonneau et al., 2010；Cheng et al., 2013；Semiatin & O'Connor, 2012；Wu & Tang, 2009）。由

於自我效能的定義為判斷自己的能力足以去執行需要的活動，並能達到環境下的需求所設定的目標，因此自我效能是否具有因應策略與憂鬱程度之間的調節效果，這部份有待未來接續的研究進一步釐清自我效能、因應策略和適應結果之間的關係。

本研究結果支持Lazarus和Folkman (1984) 模式中「壓力源」對照顧者「負向評價」的影響力，患者「神經精神症狀」愈嚴重，「照顧者的負向評價」愈高。此與其他學者認為失智患者神經精神症狀愈有一致的結果(Huang, Lee, Liao, Wang, & Lai, 2012; Kang et al., 2014; Makizako et al., 2009; Reed et al., 2014; Yu et al., 2015; Zarit et al., 2010)，顯示專業人員應協助並強化照顧者對於患者出現神經精神症狀的處理能力，才能減少照顧壓力。

研究結果發現照顧者的「家庭功能」確實能預測「照顧者負向評價」、「照顧自我效能」以及「因應策略」，當照顧者家庭功能愈佳時，負向照顧評價愈低、照顧自我效能愈好、因應策略的幫助程度愈大，並且問題解決的功能影響力最大。此與學者認為來自家庭成員的情緒性支持將有助於提高照顧者的生活滿意度和降低憂鬱程度的結果相似；反之，若照顧者獲得的家庭支持不足，將會有較差的心理健康和更大的負荷感受(Chan, 2010; Tew et al., 2010)。顯示在照顧者的壓力因應歷程中，家庭成員提供的支持與肯定、問題解決功能對於照顧者如何評價壓力、因應壓力情境的重要性，同時也呼應學者認為失智照顧者常因為擔心受到社會對失智症汙名化或異樣眼光的影響(Liu et al., 2012; Gilbert et al., 2007)，照顧者不願意讓外人知道家中有失智患者，即使有需求，照顧者也會拒絕外界的幫助，並且在訪談中照顧者大多表示很少從未參加與照顧者相關的支持團體，對於目前政府提供失智症患者與照顧者的服務及資訊亦不甚清楚，因此如何加強家庭內在資源的支持與協助似乎比提供外在的社會資源來得更為重要，專業人員應該注重照顧者壓力對家庭系統的影響，以及家庭如何回應患者護理需求的持續變化，給予照顧者足夠的協助，才能有較佳的適應結果。

本研究結果證實照顧者的「負向照顧評價」、「照顧自我效能」與「因應策略」的有效性都可以預測「憂鬱程度」，而且解釋力達 65%，此相似於楊、張(2012)的研究顯示自我效能愈高者，個體的憂鬱問題較少、並且壓力因應策略中多運用情緒控制管理及以正向問題解決策略時，則較少出現憂鬱情形。當個體有憂鬱傾向時，常會對自己、對外在環境及充滿悲觀負面的認知偏差。然而，自我效能係指個人執行特定行為表現的信心程度，因此，個人的自我效能高低與情緒的反應有密切關係。因應策略在壓力因應過程中扮演重要的角色，是由照顧者在評估不同的壓力來源時，經由思考評估過後產生的反應，而反應可經由各種不同的方式讓照顧者得以適應或調節當下的壓力情境(陳，2011)，若照顧者採取有效解決問題的因應行為，將對身心健康有較好的調適結果。而且本研究的結構模型顯示健康影響是負向照顧評價影響力最大的因素，尤其是失智長者不受控制的問題行為、不願意配合照顧工作，以及因疾病引發的情緒問題，都會使照顧者不知所措，並產生無力感，長期累積的疲憊會影響照顧者的睡眠品質或生活作息，照顧者大多優先考慮患者的照顧問題卻忽略自己的健康，造成健康負荷過重。其次，研究發現控制沮喪想法效能與處理干擾行為效能對於照顧自我效能的影響力最大，照顧者不瞭解失智病程變化以及缺乏有效處理患者問題行為的技能，又沒有適當管道獲得協助，這些挫折會讓照顧者較難提供有效的照顧，而感到沮喪。在訪談中許多照顧者經常詢問的問題包括不同失智階段的症狀會出現哪些改變、各種問題行為和精神症狀的處理方式、照顧者在日常生活中與患者的溝通相處、行為問題及情緒問題的照顧技巧等等，都是照顧歷程中持續面臨的挑戰。最後，問題解決因應對於因應策略有效性影響力最大，也代表著照顧者能正面的看待照顧問題，尋求有效的方法解決之，長期的照顧工作與經驗讓照顧者已能摸索出一套獨特的處理策略。拜目前大眾媒體與科技之賜，較年輕的照顧者大多會主動搜尋一些疾病相關資訊，家屬之間也會建立網路群組，對患者情況進行即時通訊，亦能增強家庭的情感支持與連結。因此若能避免因為照顧工作導致健康狀況變差，將能減少照顧者對於照顧情境的負向感受，強化照顧者對於患者問題行為的處理能力，減

少對患者問題行為的負向悲觀想法，多採用問題解決的因應策略，將可以降低憂鬱程度。



第六章 結論與建議



第一節 結論

本研究以結構式問卷訪談，於北部及中部地區，共收集 314 位失智症患者的家庭照顧者為研究對象，以 Lazarus 與 Folkman (1984) 的壓力因應互動模式作為理論基礎，探討失智症家庭照顧者壓力因應歷程中的壓力源、家庭功能、照顧經驗、自我效能、因應策略對其憂鬱程度之影響情形，並建立壓力因應歷程模式加以驗證。茲根據研究目的與結果，整理本研究結論如下：

一、研究對象之基本屬性


本研究共收取 314 對失智患者及其家庭照顧者，失智症病患以女性居多，平均年齡 78.82 歲。失智症類型以阿茲海默型最多，其次為血管型失智；失智症嚴重程度為輕度與中度居多。

家庭照顧者以女性居多，平均年齡為 59.7 歲。教育程度以高中職以上的比率較高。由子女擔任照顧者最多、其次為配偶。平均每天照顧時數 8 小時以內為最多，半數照顧者自覺目前健康狀況為普通，有 51.3% 照顧者認為健康狀況比以前差。63.06% 照顧者表示家中有其他人可以輪流幫忙照顧失智症親人，約 3 成有聘雇照顧人員。約有 3 成照顧者表示因為照顧失智症親人導致原本的工作改變，大多數照顧者自覺經濟狀況普通。

二、家庭照顧者壓力因應歷程各變項之描述性資料

(一) 家庭照顧者的壓力源

患者神經精神症狀的總分平均為 18.5 分，表示患者的神經精神症狀不甚嚴重，



有 93.95% 失智症患者至少出現一項神經精神症狀，而發生神經精神症狀的比率最高前三類分別為：易怒淡漠以及焦慮；欣快感為最少出現的症狀。患者的日常生活功能平均為 71.15 分，為中度依賴程度，依賴程度最高的項目為「洗澡」；獨立程度最高的項目為「進食」。

（二）家庭照顧者的憂鬱程度

主要照顧者整體憂鬱程度平均為 13.94 分，而 34.39% 照顧者具有憂鬱傾向（總分 16 分以上）。其中正向情感的憂鬱程度顯著高於憂鬱情緒、身體症狀，人際困擾的憂鬱程度最低。

（三）家庭照顧者的家庭功能

家庭照顧者的家庭功能屬於中等程度。以問題解決功能最佳、角色分配功能最低。

（四）家庭照顧者的負向照顧評價

家庭照顧者的負向評價均為中等程度。負向照顧評價是以「時間安排」的負荷感受最高，「經濟影響」的負荷感受最低。

（五）家庭照顧者的自我效能

照顧者的自我效能是以「獲得休息的效能」平均 73.23% 為最高；其次為「控制沮喪想法的效能」，最低為「回應病患干擾行為的效能」。

（六）家庭照顧者的因應策略

家庭照顧者認為使用改變認知因應策略最有幫助，其次為問題解決因應策略、處理壓力症狀策略的幫助程度最低。



三、失智症患者基本屬性與照顧者壓力因應歷程各變項之關係

失智症患者年齡與照顧者獲得休息的效能、回應病患干擾行為的效能呈顯著正相關。

失智症患者的日常生活能力總分與照顧者整體家庭功能呈顯著正相關。日常生活能力總分與整體負向評價、回應病患干擾行為效能以及整體憂鬱程度呈現顯著負相關。

失智症患者的神經精神症狀總分與照顧者負向照顧評價、處理壓力症狀因應策略以及整體憂鬱程度呈顯著正相關。神經精神症狀總分與獲得休息、控制沮喪想法的效能呈顯著負相關。

男性患者的照顧者整體憂鬱程度較高。失智症患者日常生活能力完全獨立、男性患者的照顧者認為其整體家庭功能較高。

患者為男性、重度失智、日常生活能力完全依賴以及中度依賴患者的照顧者，其整體負向照顧評價較高。

女性患者的照顧者其獲得休息的效能、回應病患干擾行為效能以及控制沮喪想法效能較高，另外，重度失智症患者的照顧者其回應病患干擾行為的效能較高。

四、照顧者基本屬性與其壓力因應歷程各變項之關係

照顧者的年齡與家庭功能、負向照顧評價呈顯著正相關。年齡越大的照顧者，家庭功能越佳；但負向照顧評價也越大。

照顧者為女性、小學畢業、配偶擔任照顧者，每日照顧 16 小時以上、因為照顧患者而改變工作、自覺目前健康不佳、認為健康狀況變差、與患者罹病以前感情不佳、與患者感情變差、自覺經濟狀況不佳的照顧者，其整體憂鬱程度較高。



65 歲以上、配偶擔任照顧者、職業狀況無改變、自覺目前健康狀況良好、健康狀況無改變、與患者罹病以前感情良好、與患者目前感情無改變、自覺經濟狀況較好的照顧者，其整體家庭功能較高。

65 歲以上、配偶擔任照顧者、每日照顧 12 小時以上、因為照顧患者而改變工作、自覺目前健康不佳、健康狀況變差、與患者罹病以前感情不佳、與患者感情變差、自覺經濟不佳的照顧者，其整體負向評價較高。

並未因為照顧患者而改變工作、自覺目前健康較佳與普通者、健康狀況無改變、與患者罹病以前感情良好、與患者感情無改變、自覺經濟狀況較好、家中有輪流照顧人力的照顧者，其獲得休息的自我效能較高。

自覺目前健康較佳、健康狀況無改變、與患者罹病以前感情良好、與患者感情無改變、自覺經濟狀況較好的照顧者，其回應病患干擾行為的自我效能較高。

並未因為照顧患者而改變工作、自覺目前健康較佳與普通者、健康狀況無改變、與患者罹病以前感情良好、與患者感情無改變、自覺經濟狀況較好的照顧者，其控制沮喪想法的自我效能較高。

大專以上學歷、因為照顧患者而改變職業、自覺目前健康較佳與普通者、與患者罹病以前感情良好、家中有聘僱者的照顧者，其問題解決因應策略的幫助程度較高。與患者罹病以前感情良好的照顧者，其改變認知因應策略的幫助程度較高。因為照顧患者而改變工作的照顧者，其處理壓力因應策略的幫助程度較高。

五、家庭照顧者的壓力因應歷程各變項之間的相關性

照顧者整體家庭功能與負向照顧評價、整體憂鬱程度呈負相關。整體家庭功能與獲得休息的效能、回應病患干擾行為效能、控制沮喪想法的效能、問題解決因應及改變認知因應策略達顯著正相關。



負向照顧評價與整體家庭功能、獲得休息的效能、回應病患干擾行為效能、控制沮喪想法的效能、問題解決因應、改變認知因應、處理壓力因應策略達顯著負相關。負向照顧評價與整體憂鬱程度達到顯著正相關。

獲得休息的自我效能與整體家庭功能、問題解決因應、改變認知因應、處理壓力因應策略達到顯著正相關。另外，獲得休息的效能與負向照顧評價、整體憂鬱程度達顯著負相關。

回應病患干擾行為的自我效能與整體家庭功能、問題解決因應策略、改變認知因應策略達到顯著正相關。另外，回應病患干擾行為的效能與負向照顧評價、整體憂鬱程度達顯著負相關。

控制沮喪想法的自我效能與整體家庭功能、問題解決因應、改變認知因應策略達顯著正相關。另外，控制沮喪想法的效能與負向照顧評價、整體憂鬱程度達顯著負相關。

問題解決因應策略與整體家庭功能、獲得休息效能、回應病患干擾行為效能、控制沮喪想法的效能達顯著正相關。另外，與負向照顧評價、整體憂鬱程度達到顯著負相關。

改變認知因應策略與整體家庭功能、獲得休息效能、回應病患干擾行為效能、控制沮喪想法的效能達顯著正相關。另外，改變認知因應與負向照顧評價、整體憂鬱程度達到顯著負相關。

處理壓力因應策略僅與獲得休息的自我效能達顯著正相關。另外，處理壓力因應與負向照顧評價、整體憂鬱程度達到顯著負相關。

六、照顧者壓力因應歷程模式分析



經模式適配度檢定，所建立之失智症家庭照顧者「壓力因應歷程」整體模式適配度及內在結構適配度能符合適配標準，假設理論模式可獲得支持。

壓力因應歷程模式中照顧者的壓力源與家庭功能可預測照顧者負向評價，表示失智患者神經精神症狀越嚴重、家庭的問題解決、界線、肯定、角色功能越差時，照顧者認為照顧工作造成的健康負荷、經濟負荷、時間限制越大，共同的解釋力 R^2 為0.17。

照顧者的家庭功能可預測照顧自我效能，表示照顧者家庭中的問題解決、界線、肯定、角色功能越佳時，照顧者的控制沮喪想法效能、處理干擾行為效能、獲得休息效能越高，解釋力 R^2 為0.17。

照顧者的家庭功能可預測照顧因應策略，表示照顧者家庭中的問題解決、界線、肯定、角色功能越佳時，照顧者的問題解決因應、改變認知因應、壓力處理因應的幫助程度越大，解釋力 R^2 為0.06。

照顧者的負向照顧評價、自我效能以及因應策略的幫助程度可預測憂鬱程度，表示照顧者評價照顧工作造成的負荷越高、自我效能越低、因應策略的幫助程度越少時，照顧者的憂鬱情緒、身體症狀越多，正向情感越差，共同的解釋力 R^2 為0.65。

。



第二節 護理與實務的應用與建議

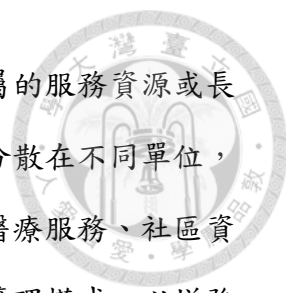
茲根據本研究之結果及研究過程中所獲得的經驗，提供本研究可應用之處及建議如下：

一、實務方面

根據研究結果發現在照顧者的壓力因應歷程中，家庭功能是影響負向照顧評價、自我效能與因應策略的重要因素，並且照顧者與患者的感情狀況與壓力因應歷程的各變項有顯著關係。專業照顧工作者及專業人員應提供以家庭為中心的照護服務，強化家庭成員之間的正向互動與支持、共同解決照顧問題，尤其是針對尚有其他家庭角色與責任的照顧者，鼓勵其他家屬參與輪替照顧、動員家庭可用的資源，適時提供協助與關懷、加強成員之間的情感連結，以維持家庭的運作與穩定性，讓照顧者在面對壓力源時不再覺得孤單，提高持續照顧工作的動力與因應能力。

主要照顧者有可能是另一位隱形病人，在本研究中照顧者的健康狀況與壓力因應歷程的各變項有顯著關係。照顧者要有良好的健康狀況，才能長久維持照顧工作，面對老人照顧老人的情況，專業人員在照顧失智症個案同時，也需注意到主要照顧者的健康狀況與心理社會狀態，特別是針對年齡較長的照顧者，本身的健康問題與照顧壓力源加成之下，可能會加重對壓力的負向評價，尤其是當失智症患者發生突發狀況時，更需要其他家庭成員的協助，以減輕其負擔，讓照顧者獲得足夠的休息與支持，學習處理情緒與適度的放鬆，俾能對壓力情境有較佳的因應。

照顧者的自我效能與因應策略的有效性均會直接影響憂鬱程度，而失智症患者以高齡者居多，常合併多重慢性疾病、多重用藥、多種功能缺損問題，因此結




合跨專業團隊的失智整合照護模式就很重要。尤其目前失智專屬的服務資源或長照服務仍顯不足與不均，大多數的服務資源都是片斷的、各自分散在不同單位，失智家庭使用率亦不普遍，尚須廣泛建置與大力推廣。應連結醫療服務、社區資源、居家照護與長照服務，整合相關資源，提供連續性的個案管理模式，以增強照顧者處理照顧問題的自我效能與處理。針對照護決策、藥物使用、福利資源、不同疾病階段的照顧技巧、照顧者心理調適與支持，監測可能發生的任何危急狀況提早預防等面向進行教育指導，並提供諮詢輔導，以協助家屬有效處理失智症患者多重需求的照顧問題。

另外，可應用 Bandura 的自我效能理論發展照顧者介入措施，鼓勵家屬參與支持團體，增強照顧者的自我效能與因應能力整合於心理教育訓練中，除了提供照顧者相關的照護資訊與教育訓練，改變負向認知和行為處理，使照顧者能增加處理患者問題行為的能力與信心；亦可藉由照顧者之間相互支持打氣，建立社會支持網絡，提供情緒宣洩、紓解壓力、發展有效的壓力因應策略。或是運用失智日間照護中心、瑞智學堂等社區照顧資源，減少每日參與照顧的時數，讓照顧者可以獲得短暫的休息，減少對健康的影響與私人時間的限制，將有助於減少負向情緒與憂鬱問題。

二、教育方面

面對台灣失智人口激增，目前設立眾多老人照護相關科系，不僅醫護專業人員、其他醫療從業人員也應對失智症有正確的認知與基本的照護技巧，在學校教育中應注重失智症照護、長期照護與政策相關的課程，並且應有實務學習的機會，讓學生除了有基本的失智症認知，更需要實際接觸失智症患者的照顧經驗，學習同理失智患者及其家屬需求，才能依據不同失智類型與病程變化提供患者和照顧者適切的照護。



提供失智症照顧者面對患者不同行為問題處理的知識及技巧、並且如何改善問題發生過程之因應能力，是專業人員的重要挑戰。為提升現職照護人員對失智照護的能力，於在職教育課程中應規劃失智照護進階教育訓練，包括目前國家失智症政策與發展趨勢、應用個案管理模式提供整合性照護服務、社區服務資源之應用與轉介、增進家庭照護及溝通的衛教能力等，加強醫護人員主動協助並解決患者之照顧問題與諮詢能力。另外，衛福部在 2017 年初提出長照 2.0 的「失智症共同照護中心」計畫，將結合地方政府與醫事、長照及社福機構，於全台設立 20 個失智共同照護中心，以個案管理模式協助照顧者於失智不同階段獲得其所需要之生活照顧與醫療照護的諮詢、服務、協調、轉介與追蹤。此外，共照中心形成社區失智共照平台，將建立醫療與長照資源之合作，協助輔導失智社區服務據點的佈置與量能提升。因此失智照護人才的培訓課不容緩，尤其是第一線接觸失智患者及家屬的醫療人員及照管中心的照管專員，應具備失智症專業知識與技能，提升個案與家庭之評估能力，面對家屬隨著失智病程發展而衍生不同的多元照顧需求，提供家庭照顧者在與患者相處的應對技巧、照顧方法，以降低患者問題行為對照顧者的困擾與負荷，提供最合適的照顧服務計畫與資源，協助照顧者解決複雜的照顧問題。

三、研究方面

在進行訪談中發現，每位照顧者在整個照顧過程中，都有說不完的故事及不同的心路歷程。因此未來研究者可採縱貫式或是結合質性研究，針對失智症照顧者在不同階段面對不同壓力的因應歷程，做更深入的探討。

研究發現照顧者的自我效能與因應策略確實會影響其憂鬱程度，因此未來可運用實驗性研究，針對照顧者最感壓力的問題行為，設計合適的介入措施與教育訓練方案，發展失智症患者行為問題處理措施，以增強照顧者的自我效能與因應策略的有效性。



四、衛生政策方面

衛生福利部於 2013 年公告台灣失智症防治照護政策綱領，訂定的失智症防治與照護之策略包括完善社區照護網絡、強化基層防治及醫療照護服務、強化跨部門合作與資源整合等，期待透過失智共同照護中心與失智社區服務據點建構友善失智社區服務，促進患者與家屬的生活品質。但執行至今最重要的失智社區照護資源仍然呈現資源分布不均與城鄉差距，推行失智個案管理模式的醫療機構仍屬少數，醫療服務與社區照護資源之間的連結性仍待加強，這些均是未來要努力落實政策的方向。

在訪談中發現許多家屬對於社區失智服務資源的資訊缺乏、或是在考量長期照顧費用對家庭經濟的影響下社區資源的使用率也偏低，政府雖然已在台灣各縣市設立長期照護管理中心，提供不同類型的社區與居家照護服務。然而，這些服務對象多是以生理失能者為主，而不是失智患者，尤其是輕中度的失智患者問題行為的頻率最高、最難照顧，但是家屬能夠獲得相關補助或福利資源卻相對有限。隨著失智人口增加，有必要改變傳統的政策和規劃，建構整合性和全面性的失智服務，以減輕家庭照顧者的負荷與負面影響。因此，失智症服務模式應以社區衛生三段五級預防保健為架構，從衛教宣導、醫療確診與治療、活化家庭支持到各類型社區照顧服務等多階段照顧網絡模式，增加正式服務與福利資源之多元介入管道，整合健康照護與社會服務資源轉介的挹注，或是提供經濟上的援助，以使相關資源及早介入，才能提高照顧者使用照顧服務之可能性與意願，將有助於失智長者之生活調適與照顧者之短暫休息，紓解照顧過程的負面感受，並提升失智家庭的生活品質與尊嚴。



第三節 研究限制

一、研究取樣方面

由於人力及時間的限制，本研究對象採立意取樣，僅取自於北部、中部的都會區各二家醫學中心與區域醫院神經內科門診進行收案，未能符合隨機抽樣原則，也可能忽略城鄉差距對照顧者壓力因應之影響，使研究的推論性受限。另外，會至醫院就診的患者大多為輕、中度失智階段，未來可採隨機抽樣方式、擴大母群體範圍至居家或社區進行不同群體的研究，或是選取對照組進行比較的研究設計，將更能整體性探究與瞭解照顧者壓力因應歷程之樣貌，並有助於研究結果的推論性與正確性。

二、研究設計方面

本研究採取橫斷性設計法，因此無法觀察到隨著患者疾病階段與問題行為的變化，照顧者壓力因應歷程是否出現不同的改變。長期照顧失智患者對照顧者而言是一種動態的影響，建議未來進行長期性追蹤研究，或是合併質性研究，以確認在失智患者不同的疾病階段對照顧者壓力因應機制和家庭支持網絡的動態表現。

三、研究工具方面

本研究使用的因應策略量表中文版是由新加坡大學 Ng 等學者 (2007) 翻譯，較少應用於國內的研究，因此針對因應策略量表進行極端組檢定及同質性檢定的項目分析，以作為選題的依據，結果發現有些題項的鑑別力不佳，或是某些題項與其他題項的相關性較差，在考慮量表的信效度以及減少研究對象的答題負荷，因此刪去 11 題，最後剩下 27 題進行分析，此舉可能會影響測量工具的有效預測性，以及對於抽象構念的評估正確性。未來應進行因應策略量表的心理計量特性分析，探究因應策略概念的內涵、特質與相互關係，才能做正確的推論。

參考文獻



中文部分：

- 任怡潔 (2006)·*糖尿病患之自我效能、結果預期、因應方式與情緒適應之初探*(未發表的碩士論文)·台北市：臺灣大學心理學研究所。
- 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*(未發表的碩士論文)·新北市：輔仁大學臨床心理學研究所。
- 吳淑如、邱啓潤 (1997)·*居家照護病患照護問題相關因素之探討*·*護理研究*，5 (3)，279-289。
- 李逸、周汎濤、陳彰惠 (2011)·*家庭照顧者議題—從性別、私領域到公共政策的觀點*·*護理雜誌*，58 (2)，57-62。
- 林碧珠 (2003)·*髖部骨折老人出院過渡期照顧者負荷之研究*(未發表的博士論文)·台北市：國立臺灣師範大學衛生教育研究所。
- 林麗嬋、歐美、吳肖琪 (1997)·*長期照護中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒*·*公共衛生*，5 (1)，77-87。
- 邱皓政 (2000)·*量化研究與統計分析*·台北市：五南圖書出版公司。
- 邱皓政 (2008)·*結構方程模式的檢定力分析與樣本數決定*·*量化研究學刊*，2(1)，139-173。
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲 (2007)·*失智症病患主要照顧者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討*·*精神衛生護理雜誌*，2 (2)，31-44。
- 國際失智症協會 (2015)·*2015 年全球失智症報告*·
<https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerrreport2015-traditionalchinese.pdf>
- 張春興 (2006)·*張氏心理學辭典*(重訂版)·台北市：東華書局。
- 張珍珍、徐亞瑛、邱逸榛、陳明岐 (2009)·*影響失智症家庭照顧者其照顧酬賞與照顧品質的相關因素之探討*·*長庚護理*，20 (2)，155 - 166。
- 張慈君、徐亞瑛、陳明岐、邱逸榛、黃惠玲 (2012)·*失智症家庭照顧者問題處理能力預測因子之探討*·*護理雜誌*，59 (6)，25-35。
- 陳冠宇 (2011)·*失智症家庭照顧者的壓力、因應方式及憂鬱之相關研究*(未發表的碩士論文)·新北市：輔仁大學臨床心理學研究所。
- 陳昱名 (2013)·*老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷*·*崇仁學報*，7，1-22。
- 陳婉籌 (2011)·*運用遠距照護系統對心臟衰竭病患主要照顧者負荷、角色勝任度及其家庭功能之影響*(未發表的碩士論文)·台北市：國防醫學院護理學研究



- 所。
- 陳寬裕、王玉華 (2012)·*統計分析實務 SPSS 與 AMOS 的運用*·台北市：五南出版社。
- 傅柏峻 (2014)·*阿茲海默症個案主要照顧者自我效能、社會支持與照顧負荷之相關性探討* (未發表的碩士論文)·新北市：輔仁大學護理學研究所。
- 楊年瑛、張高賓 (2012)·*國中生自我效能、壓力因應策略與憂鬱之相關研究*·*家庭教育與諮商學刊*, 12, 83-109。
- 臺灣失智症協會 (2016)·*台灣失智症現況*·取自 http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html [Taiwan Alzheimer's disease Association. (2010). *Dementia in Taiwan*. Retrieved from http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html
- 劉慧玉 (2009)·*失智症患者病情嚴重度對家庭照顧者生活負荷、健康狀況的影響性探討*·(未發表的碩士論文)·台北市：中國文化大學生活應用科學研究所。
- 潘依琳、田聖芳、張媚 (1998)·*居家臥床病人其主要照顧者之壓力源、因應行為與身心健康之探討*·*公共衛生*, 24 (4), 219-233。
- 蔡佳容、蔡榮順、李佩怡 (2016)·*失智症家庭照顧者的內疚經驗*·*亞洲高齡健康休閒及教育學刊*, 1 (1), 59-79。
- 蔡盈盈、張巍鐘、陸汝斌、曹朝榮 (2007)·*乳癌患者主要照顧者之因應、社會支持與生活品質*·*台灣精神醫學*, 21 (1), 43-52。
- 鄭秀容 (2005)·*居家失智老人家屬照顧者照顧負荷及照顧需求*·(未發表的碩士論文)·台中市：中山醫學大學醫學院護理學研究所。
- 蕭佳莉、邱啟潤 (2011)·*居家照護病患之主要照顧者正負向照顧經驗及其相關因素之探討*·*護理暨健康照護研究*, 7 (2), 127-139。
- 蕭淑貞、金繼春、劉芹芳 (2007)·*腦中風病患之日常活動自我效能及其相關因素*·*實證護理*, 3 (1), 45-53。
- 戴玉慈 (1998)·*老年人身體發展與健康需求*·於戴玉慈編著, *老人護理學* (pp.35-99 頁)·台北市：空中大學。
- 戴金英、唐秀治 (2006)·*影響癌末病人主要照顧家屬正向與負向照顧經驗之因素探討*·*新臺北護理期刊*, 8 (1), 17-31。
- 簡良霖、吳治勳、吳英璋 (2016)·*慢性病因應歷程中自我效能感與因應策略的作用與關係：兩種情緒聚焦因應的區辨*·*中華心理衛生學刊*, 29 (4), 357-389。
- 鐘保明 (2005)·*自我能力於自我效能理論、能力動機理論、目標取向理論中的差異*·*大專體育*, 76, 113-118。

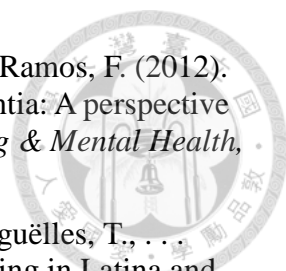


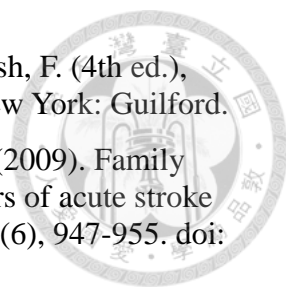
英文部分：

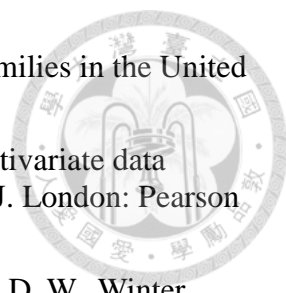
- Aalten, P., Verhey, F. R., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., ... & Frisoni, G. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(6), 457-463.
- Aggar, C., Ronaldson, S., & Cameron, I. D. (2010). Reactions to caregiving of frail, older persons predict depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 409-415. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00688.x
- Alvira, M. C., Risco, E., Cabrera, E., Farré, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, M. H., ... & Zabalegui, A. (2015). The association between positive–negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1417-1434. doi: 10.1111/jan.12528
- Andren, S., & Elmstahl, S. (2007). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (3), 435-446.
- Andren, S., & Elmstahl, S. (2008). Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: Development and effect after 6 and 12 months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 98-109.
- Au, A., Laia, M. K., Laua, K. M., Panb, P. C., Lamc, L., Thompsond, L., & Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, 13(5), 761-768.
- Au, A., Lau, K. M., Sit, E., Cheung, G., Lai, M. K., Wong, S. K. A., & Fok, D. (2010). The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: A partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*, 33(4), 298-315.
- Baker, K. L., & Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging & Mental Health*, 12(4), 413-422.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: A cognitive perspective. *Annual Review of Psychology*, 51, 1-26.
- Barbosaa, A., Figueiredobc, D., Sousaac, L., & Demain, S. (2011). Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health*, 15(4), 490-499. doi: 10.1080/13607863.2010.543660
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory* (2nd ed.). The Psychological Corporation, San Antonio.
- Black, S. E., Gauthier, S., Dalziel, W., Keren, R., Correia, J., Hew, H., & Binder, C. (2010). Canadian Alzheimer's disease caregiver survey: baby-boomer caregivers


and burden of care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 807-813.
doi: 10.1002/gps.2421

- Bolden, L., & Wicks, M. N. (2010). Predictors of mental health, subjective burden, and rewards in family caregivers of patients with chronic liver disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(2), 89-103.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.
- Campbell, P., Wright, J., Oyebode, J., Job, D., Crome, P., Bentham, P., ... & Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(10), 1078-1085.
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9(3), 327-353.
- Chadda, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007). Caregiver burden and coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 923-930.
- Chan, S. W. C. (2010). Family caregiving in dementia: The Asian perspective of a global problem. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(6), 469-478.
- Chao, S. Y., & Roth, P. E. (2000). The experiences of Taiwanese women caring for parents-in-law. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 631-638.
- Cheng, S. T., Lam, L. C. W., Kwok, T., Ng, N. S. S., & Fung, A. W. T. (2013). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *The Gerontologist*, 53(1), 71-80. doi: 10.1093/geront/gns062
- Chien, W. T., & Lee, I. Y. M. (2011). Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 774-787.
- Chiou, C. J., Chang, H. Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 419-424. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.04.001>
- Chiu, Y. C., Lee, Y. N., Wang, P. C., Li, C. L., Chang, T. H., Hsu, W. C., & Lee, S. H. (2014). Family caregiver's sleep disturbance and its associations with multilevel stressor when caring for patients with dementia. *Aging & Mental Health*, 18(1), 92-101.
- Chronister, J., Chan, F., Sasson-Gelman, E. J., & Chiu, C. (2010). The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 49-62. doi: 10.3233/NRE-2010-0580
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1262-1273. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001

- 
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S., & Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging & Mental Health, 16*(6), 675–682.
- Coon, D. W., Rubert, M., Solano, N., Mausbach, B., Kraemer, H., Arguëlles, T., . . . Gallagher-Thompson, D. (2004). Well-being, appraisal, and coping in Latina and Caucasian female dementia caregivers: Findings from the REACH study. *Aging & Mental Health, 8*(4), 330-345.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 929-936.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine, 18*(12), 1006-1014.
- Cucciare, M. A., Gray, H., Azar, A., Jimenez, D., & Gallagher-Thompson, D. (2010). Exploring the relationship between physical health, depressive symptoms, and depression diagnoses in Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health, 14*(3), 274-282. doi: 10.1080/13607860903483128
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology, 44*(12), 2308-2308.
- Demirtepe-Sayg, D., & Bozo, O. (2011). Predicting depressive symptoms among the mothers of children with Leukaemia: A caregiver stress model perspective. *Psychology and Health, 26*(5), 585–599.
- Di Mattei, V. E., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S. F., Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurology Science, 29*(6), 383-389 doi: 10.1007/s10072-008-1047-6.
- Duffy, B., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2012). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia, 8*(4), 515-541.
- Ekwall, A. K., & Hallberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 16*(5), 832-844.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing, 57*(6), 584-596. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03994.x
- Elnasseh, A. G., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Family dynamics and personal strengths among dementia caregivers in Argentina. *International Journal of Alzheimer's Disease, 1-10*. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2386728>
- Epstein, N. B., Ryan, C. E., Bishop, D.S., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (2011).The


- 
- McMaster model: A View of healthy family functioning. In Walsh, F. (4th ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York: Guilford.
- Epstein-Lubow, G. P., Beevers, C. G., Bishop, D. S., & Miller, I. W. (2009). Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(6), 947-955. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.12.014>
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(8), 423-428.
- Figueiredo, D., Gabriel, R., Jácome, C., & Marques, A. (2014). Caring for people with early and advanced chronic obstructive pulmonary disease: how do family carers cope? *Journal of Clinical Nursing, 23*(1-2), 211-220.
- Fitzell, A., & Pakenham, K. I. (2010). Application of a stress and coping model to positive and negative adjustment outcomes in colorectal cancer caregiving. *Psycho-Oncology, 19*(11), 1171-1178. doi: 10.1002/pon.1666
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping, 21*, 3-14.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C. DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcome. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003.
- Fortinsky, R. H., Kulldorff, M., Kleppinger, A., & Kenyon-Pesce, L. (2009). Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging & Mental Health, 13*(2), 162-170. doi: 10.1080/13607860902746160
- Gallagher, D., Ni Mhaolain, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R. F., . . . Lawlor, B. A. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health, 15*(6), 663-670. doi: 10.1080/13607863.2011.562179
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(2), 154-163.
- Gilbert, P., Bhundia, R., Mitra, R., McEwan, K., Irons, C., & Sanghera, J. (2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health, Religion & Culture, 10*(2), 127-141.
- Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health, 15*(4), 271-283.
- Greenberg, J. R., Monson, T., & Gesino, J. (1993). Development of university of Wisconsin family assessment caregiver scale (UWFACS): A new measure to assess families caring for a frail elderly member. *Journal of Gerontological Social Work, 19*(3/4), 49-68.

- 
- Gupta, R., & Pillai, V. K. (2012). Elder caregiving in South-Asian families in the United States and India. *Social Work and Society, 10*(2), 1-16.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River, N.J. London: Pearson Education.
- Haley, W. E., Gitlin, L. N., Wisniewski, S. R., Mahoney, D. F., Coon, D. W., Winter, L., . . . Ory, M. (2004). Well-being, appraisal, and coping in African-American and Caucasian dementia caregivers: Findings from the REACH study. *Aging & Mental Health, 8*(4), 316-329.
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine, 6*(2), 215-224.
- Hernandez, A. M., & Bigatti, S. M. (2010). Depression among older Mexican American caregivers. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 16*(1), 50-58.
- Heru, A. M., Ryan, C. E., & Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(6), 533-537. doi: 10.1002/gps.1119
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., & Burgio, L. D. (2007). Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychological Aging, 22*(2), 361–371.
- Holst, G., & Edberg, A. K. (2011). Wellbeing among people with dementia and their next of kin over a period of 3 years. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(3), 549-557.
- Honda, A., Abea, Y., Aoyagia, K., & Honda, S. (2014). Caregiver burden mediates between caregiver's mental health condition and elder's behavioral problems among Japanese family caregivers. *Aging & Mental Health, 18*(2), 248–254. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.827625>
- Hsiao, C. Y., & Van Riper, M. (2009). Individual and family adaptation in Taiwanese families of individuals with severe and persistent mental illness (SPMI). *Research in Nursing & Health, 32*(3), 307-320. doi: 10.1002/nur.20322.
- Huang, C., Sousa, V. D., Perng, S., Hwang, M., Tsai, C., Huang, M., & Yao, S. (2009). Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing, 18*(4), 502-511. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02443.x
- Huang, H., Shyu, Y. L., Chen, S., & Hsu, W. (2009). Caregiver self-efficacy for managing behavioural problems of older people with dementia in Taiwan correlates with care receivers' behavioural problems. *Journal of Clinical Nursing, 18*(18), 2588-2595.
- Huang, S. S., Lee, M. C., Liao, Y. C., Wang, W. F., & Lai, T. J. (2012a). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*(1), 55-59.

- 
- Huang, S. S., Liao, Y. C., Wang, W. F., & Lai, T. J. (2012b). The factors associated with burden of caring patients with dementia: A memory clinic based study. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 26(2), 96-104.
- Huang, X. Y., Sun, F. K., Yen, W. J., & Fu, C. M. (2008). The coping experiences of carers who live with someone with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 817-826.
- Hunt, C. K. (2003). Concept in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 27-32.
- Jaisri, M. (2014). Caregiver burden and depression among dementia caregivers. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 2(4), 365-371.
- Jones, P. S., Winslow, B. W., Lee, J. W., Burns, M., & Zhang, X. E. (2011). Development of a caregiver empowerment model to promote positive outcomes. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 11-28. doi: 10.1177/1074840710394854
- Kang, H. S., Myung, W., Na, D. L., Kim, S. Y., Lee, J. H., Han, S. H., ... Kim, D. K. (2014). Factors associated with caregiver burden in patients with Alzheimer's disease. *Psychiatry Investigation*, 11(2), 152-159. doi: 10.4306/pi.2014.11.2.152.
- Khan, F., Pallant, J., & Brand, C. (2007). Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability & Rehabilitation*, 29(16), 1241-1250.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855.
- Lai, D. W., Luk, P. K., & Andruske, C. L. (2007). Gender differences in caregiving: A case in Chinese Canadian caregivers. *Journal of Women & Aging*, 19(3-4), 161-178.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44(3), 61-71.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, H., & Singh, J. (2010). Appraisals, burnout and outcomes in informal caregiving. *Asian Nursing Research*, 4(1), 32-44. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317\(10\)60004-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317(10)60004-7)
- Liu, Y., Insel, K. C., Reed, P. G., & Crist, J. D. (2012). Family caregiving of older Chinese people with dementia: Testing a model. *Nursing Research*, 61(1), 39-50. doi: 10.1097/NNR.0b013e31823bc451
- Losada, A., Marquez-Gonzalez, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging Ment Health*, 14(2), 193-202. doi: 10.1080/13607860903167838
- Lutz, M. J., Barakat, L. P., Smith-Whitley, K., & Ohene-Frempong, K. (2004). Psychological adjustment of children with Sickle Cell Disease: Family functioning

and coping. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 224-232.

- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Journal of the American Medical Association*, 288(12), 1475-1483.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. (2005). Family burden in longterm diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Journal of Advanced Nursing*, 12(2), 34-45.
- Makizako, H., Abe, T., Shimada, H., Ohnuma, T., Furuna, T., & Nakamura, Y. (2009). Combined effect of factors associated with burdens on primary caregiver. *Geriatrics & Gerontology International*, 9(2), 183-189.
- Marziali, E., McCleary, L., & Streiner, D.L. (2010). Evaluation of an assessment battery for estimating dementia caregiver needs for health and social care services. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(5), 446-454.
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Chattillion, E. A., Harmell, A. L., Moore, R., Romero-Moreno, R., . . . Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging Ment Health*, 16(1), 27-38. doi: 10.1080/13607863.2011.615738
- Mirakhur, A., Craig, D., Hart, D. J., McLlroy, S. P., & Passmore, A. P. (2004). Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1035-1039.
- Mitrani, V. B., Feaster, D. J., McCabe, B. E., Czaja, S. J., & Szapocznik, J. (2005). Adapting the structural family systems rating to assess the patterns of interaction in families of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 45(4), 445-455.
- Mitrani, V. B., Lewis, J. E., Feaster, D. J., Czaja, S. J., Eisdorfer, C., Schulz, R., & Szapocznik, J. (2006). The role of family functioning in the stress process of dementia caregivers: a structural family framework. *The Gerontologist*, 46(1), 97-105.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketsos, C. G., & Schneider, L. S. (2010). Caregiver burden in Alzheimer disease: Cross-sectional and longitudinal patient correlates. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 917-927.
- Montoro-Rodriguez, J., & Gallagher-Thompson, D. (2009). The role of resources and appraisals in predicting burden among Latina and non-Hispanic white female caregivers: A test of an expanded socio-cultural model of stress and coping. *Aging & Mental Health*, 13(5), 648-658.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidenlines*. New York. John Wiley & Sons.

- 
- Ng, G. T., Kalyani, M., Allison, R. (2007). *Family caregiving in Singapore*. National University of Singapore. Retrieved from http://www.fas.nus.edu.sg/rg/doc/family/family_wp2.pdf
- Nicholls, A. R., Polman, R. C., Levy, A. R., & Borkoles, E. (2010). The mediating role of coping: A cross-sectional analysis of the relationship between coping self-efficacy and coping effectiveness among athletes. *International Journal of Stress Management*, 17(3), 181–192.
- Nolan, M., Ingram, P., & Watson, R. (2002). Working with family carers of people with dementia: 'Negotiated' coping as an essential outcome. *Dementia*, 1(1), 75-93.
- Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). CAMI: A basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Nursing*, 4(14), 822-826.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2011). Circumplex model of marital and family systems. In Walsh, F. (4th ed.). *Normal family process: Growing diversity and complexity*. New York: Guilford Press.
- O'Rourke, N., Kupferschmidt, A. L., Claxton, A., Smith, J. Z., Chappell, N., & Beattie, B. L. (2010). Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. *Aging & Mental Health*, 14(8), 984-993. doi: 10.1080/13607863.2010.501063
- Osman, C. B., Alipah, B., Tutiiryani, M. D., & Ainsah, O. (2010). Depressive disorders and family functioning among the caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 20(3), 101-108.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 446-457.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: The dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 702-711. doi: 10.1080/13607863.2011.562178
- Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 137-172.
- Pearlin, L., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583 - 594.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B(1), 33–45.
- Podgorski, C., & King, D. A. (2009). Losing function, staying connected: Family dynamics in provision of care for people with dementia. *Generations*, 33(1), 24-29.
- Qualls, S. H. (2000). Therapy with aging families: rationale, opportunities and challenges. *Aging & Mental Health*, 4(3), 191-199.
- Rabinowitz, Y. G., Mausbach, B. T., & Gallagher-Thompson, D. (2009). Self-efficacy as a moderator of the relationship between care recipient memory and behavioral

problems and caregiver depression in female dementia caregivers. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23, 389–394.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research on the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reed, C., Belger, M., Dell'agnello, G., Wimo, A., Argimon, J. M., Bruno, G., ... Vellas, B. (2014). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Differential associations in adult-child and spousal caregivers in the GERAS observational study. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 4(1), 51-64. doi: 10.1159/000358234.
- Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N., & Porter, M. (2009). A broader view of family caregiving: Effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 10(10), 1-11.
- Rockwood, K., Mitnitski, A., Richard, M., Kurth, M., Kesslak, P., & Abushakra, S. (2015). Neuropsychiatric symptom clusters targeted for treatment at earlier versus later stages of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 357-367.
- Rodríguez-Sánchez, E., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., Pérez-Arechaederra, D., Gómez-Marcos, M. Á., Patino-Alonso, M. C., & García-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*, 12(1), 19-25. doi:10.1186/1471-2296-12-19
- Roelands, M. V., Oost, P., & Depoorter, A. M. (2008). Service use in family caregivers of persons with dementia in Belgium: psychological and social factors. *Health & Social Care in the Community*, 16(1), 42-53. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00730.x
- Romero-Moreno, R., Losada, A., Mausbach, B. T., Marquez-Gonzalez, M., Patterson, T. L., & Lopez, J. (2011). Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging & Mental Health*, 15(2), 221-231. doi: 10.1080/13607863.2010.505231
- Roth, D. L., Ackerman, M. L., Okonkwo, O. C., & Burgio, L. D. (2008). The four-factor model of depressive symptoms in dementia caregivers: A structural equation model of ethnic differences. *Psychology and Aging*, 23(3), 567-576.
- Røthing, M., Malterud, K., & Frich, J. C. (2015). Balancing needs as a family caregiver in Huntington's disease: a qualitative interview study. *Health and Social Care in the Community*, 23(5), 569–576.
- Sander, A. M., Davis, L. C., Struchen, M. A., Atchison, T., Sherer, M., Malec, J. F., & Nakase-Richardson, R. (2007). Relationship of race/ethnicity to caregivers' coping, appraisals, and distress after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 9-17.
- Sanders, S. (2005). Is the glass half empty or half full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care*, 40, 57–73.
- Sautter, J. M., Tulsy, J. A., Johnson, K. S., Olsen, M. K., Burton-Chase, A. M., Lindquist, J. H., ... Steinhauser, K. E. (2014). Caregiver experience during

advanced chronic illness and last year of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(6), 1082-1090. doi: 10.1111/jgs.12841.

- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia--A systematic literature review. *Maturitas*, 66, 191-200.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113.
- Semiatin, A. M., & O'Connor, M. K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging & Mental Health*, 16(6), 683-688. DOI:10.1080/13607863.2011.651437
- Shah, A. J., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 18-25.
- Shieh, S. C., Tung, H. S., & Liang, S. Y. (2012). Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 223-231.
- Shirai, Y., Silverberg, K. S., & Baete, K. D. (2009). Reaping caregiver feelings of gain: The roles of socio-emotional support and mastery. *Aging & Mental Health*, 13(1), 106-117. doi: 10.1080/13607860802591054
- Skarupski, K. A., McCann, J. J., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2009). Race differences in emotional adaptation of family caregivers. *Aging Ment Health*, 13(5), 715-724. doi: 10.1080/13607860902845582
- Springate, B. A., & Tremont, G. (2014). Dimensions of caregiver burden in dementia: Impact of demographic, mood, and care recipient variables. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 294-300. doi:10.1016/j.jagp.2012.09.006.
- Steadman, P. L., Tremont, G., & Davis, J. D. (2007). Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(2), 115-119.
- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, 74-86.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., ... & Cache County Investigators. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 170-177.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., . . . Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 49(1), e1-5. doi: 10.1016/j.archger.2008.07.002
- Tang, S. T., & Li, C. Y. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosom Research*, 64(2), 195-203.
- Tang, S. T., Li, C. Y., & Liao, Y. C. (2007). Factors associated with depressive distress

among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine*, 21(3), 249-257.

- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving, contributions of the REACH project to the development of a new measure for Alzheimer's caregiving. *Research on Aging*, 26, 429-453.
- Tatsumi, H., Nakaaki, S., Torii, K., Shinagawa, Y., Watanabe, N., Murata, Y., ... & Furukawa, T. A. (2009). Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: A two-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(3), 374-384.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Tew, C. W., Tan, L. F., Luo, N., Ng, W. Y., & Yap, P. (2010). Why family caregivers choose to institutionalize a loved one with dementia: A Singapore perspective. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(6), 509-516.
- Torti, F. M., Gwyther, L. P., Reed, S. D., Friedman, J. Y & Schulman, K. A. (2004). A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 18(2), 99-109.
- Tremont, G. (2011). Family caregiving in dementia. *Medicine and Health, Rhode Island*, 94(2), 36.
- Tremont, G., Davis, J. D., & Bishop, D. S. (2006). Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21(3), 170-174.
- Tsai, S. M., & Wang, H. H. (2009). The relationship between caregiver strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 539-548. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02524.x
- Tsutsui, T., Muramatsu, N., & Higashino, S. (2014). Changes in perceived filial obligation norms among coresident family caregivers in Japan. *The Gerontologist*, 54(5), 797-807.
- Valente, L. E., Truzzi, A., Souza, W., Alves, G. S., de OliveiraAlves, C. E., Sudo, F. K., ... Laks, J. (2011). Health self-perception by dementia family caregivers. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69(5), 739-744.
- Valimaki, T. H., Vehvilainen-Julkunen, K. M., Pietila, A. M. K., & Pirttila, T. A. (2009). Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*, 13(6), 799-807. doi: 10.1080/13607860903046487
- Van Den Wijngaart, M. A. G., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., & Felling, A. J. A. (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 11(6), 626-636. doi: 10.1080/13607860701368463
- Van Der Voort, T.Y.G., Goosen, P.J.J., & Van Der Bijl, J.J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with bipolar disorder: a systemic review.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 677-687.

Walsh, F. (2011). *Normal Family Processes: Growing diversity and complexity* (4th ed.). New York: Guilford Press.

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*. (Eds.). Springer Publishing Company.

Wang, Y. N., Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., & Yang, P. S. (2011). Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 829-840. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05505.x

Wong, C., Davidson, L., McGlashan, T., Gerson, R., Malaspina, D. and Corcoran, C. (2008). Comparable family burden in families of clinical high-risk and recent-onset psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry*, 2, 256–261. doi:10.1111/j.1751-7893.2008.00086.x

Wu, A. M. S., & Tang, C. S. K. (2009). The negative impact of death anxiety on self-efficacy and willingness to donate organs among Chinese adults. *Death Studies*, 33(1), 51–72.

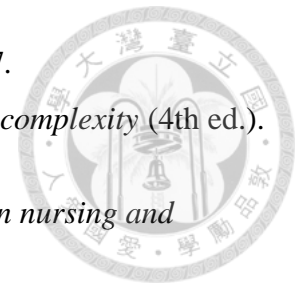
Yeager, C. A., Hyer, L. A., Hobbs, B., & Coyne, A. C. (2010). Alzheimer's disease and vascular dementia: the complex relationship between diagnosis and caregiver burden. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 376-384. doi: 10.3109/01612840903434589

Yeh, P. M., & Bull, M. (2012). Use of the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation in the analysis of family caregiver reaction among families of older people with congestive heart failure. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 117-126.

Yeung, S., Lui, M. H., Ross, F., & Murrells, T. (2007). Family carers in stroke care: Examining the relationship between problem-solving, depression and general health. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 344-352. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01537.x

Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *PLoS ONE*, 10(7), e0132168. doi:10.1371/journal.pone.0132168

Zarit, S. H., Femia, E. E., Kim, K., & Whitlatch, C. J. (2010). The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment. *Aging & Mental Health*, 14(2), 220-231.



附錄一 倫理委員會審核通過函



正本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：10002臺北市中山南路7號
承辦人：呂芷茵
電話：02-23123456#63998
傳真：02-23951950
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所黃璉華教授

發文日期：中華民國103年9月10日

發文字號：校附醫倫字第1033704516號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：有關 台端所主持之「探討失智症患者家庭照顧者的壓力適應歷程對憂鬱症狀之影響/The influence of stress and coping process on depressive symptoms among dementia family caregivers」(本院案號：201408053RINC)純學術臨床試驗/研究案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院C研究倫理委員會審查，同意核備，並提第58次會議報備追認，請 查照。

說明：

- 一、本臨床試驗/研究核准之有效期限為1年，計畫主持人應於到期前3個月至6週向本會提出持續審查申請，本案需經持續審查，方可繼續執行。本臨床試驗計畫若需變更、暫停執行中途終止或結束時，主持人應向本會提出審查申請。計畫主持人並須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題。
- 二、本院研究倫理委員會同意之文件版本日期如下：
 - (一)臨床試驗/研究計畫書：Ver 2 2014/08/22。
 - (二)計畫中文摘要：2014/08/14。
 - (三)研究受訪者說明及同意書：2014/08/14。
 - (四)訪談問卷：Ver 1 2014/08/13。
- 三、請將案件編號更改為201408053RINC，受訪者同意書左上角案號請一併修改。
- 四、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。
- 五、依據赫爾辛基宣言、世界衛生組織及International Committee of Medical Journal Editors(ICMJE)的規定，所有“臨床試驗案”應於公開網站登錄。且ICMJE規定，完成登錄者才能發表研究結果。
 - (一)計畫主持人請於招募第一位受試者前，在本院研究倫理委員會Protocol Tracking and Management System (PTMS)



系統首頁下載本計畫之Clinicaltrials.gov XML檔案，並連結美國National Institutes of Health網站<https://register.clinicaltrials.gov>，使用本院專用帳號，進行上傳登錄。(登錄步驟指引請見本院研究倫理委員會行政中心網站>教育訓練>臨床試驗計畫案登錄；登錄所需時間約60分鐘。)

(二)本院已向美國National Institutes of Health(NIH) ClinicalTrials.gov網站申請本院專用帳號，供本院計畫主持人(PI)登錄所主持之臨床試驗研究計畫，登入網頁之帳號及密碼(公文正、副本有給院外者請註明；請洽研究倫理委員會。並將下列三點去除)如下列：

- 1、Organization：NTaiwanUH
- 2、User Name：NTUH
- 3、Password：99NTUH99

- 六、若屬介入性臨床試驗計畫，請於納入第一個個案(已簽署受試者同意書)時，於本會PTMS系統登錄第一位個案收案時間(操作步驟請詳臨床研究重要訊息通知單)，填入後PTMS系統將自動通知本院研究倫理委員會、藥劑部及臨床試驗中心。若非介入性臨床試驗計畫，於填報持續審查/結案報告前亦須先至研究倫理委員會PTMS系統登錄第一位個案收案時間，列印前述報告時方會呈現該時間資料。
- 七、計畫主持人及研究團隊應遵循之相關研究倫理規範，請參閱研究倫理委員會網頁<http://www.ntuh.gov.tw/RECO>，並遵照執行；臨床試驗執行期間，請確實依據「人體研究法」之相關規定辦理；並請計畫主持人保存所有文件備查。
- 八、請研究人員在邀請可能參加試驗/研究之病友、家屬或民眾時，先分發給予「臺大醫院臨床試驗/研究參與者須知」單張(如附件，請自行影印使用)，並依單張內容詳細說明參加本院之試驗或研究將受到之保護，上述給予單張之過程請記錄於病歷。
- 九、隨函檢附「嚴重不良事件及非預期問題通報須知」、「臨床研究重要訊息通知單」、「台大醫院臨床試驗/研究參與者須知」及「受試者知情同意過程記錄格式」各1份，請依計畫需要辦理應辦事宜。

正本：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所黃冠棠教授
副本：本院研究倫理委員會

院長黃冠棠



變更案同意臨床試驗證明書
Clinical Trials Approval Certificate(Amendments)

135 Nan-Hsiao Street, Changhua 500, Taiwan (R.O.C.)
Tel: 886-4-723-8595 ext.8442
E-mail: d9065@cch.org.tw
彰化基督教醫院, Changhua Christian Hospital

500彰化市南校街135號
聯絡人：洪翠霞
Contact Person: Tsao-Hsia Hsiang
電話：(04)723-8595 轉 8442
E-mail: d9065@cch.org.tw

計畫中文名稱：探討失智症患者家庭照顧者的壓力適應歷程對憂鬱症狀之影響
計畫主持人：康宜靜 / 協同主持人：劉欣宜、陳書韻、張倩雲、趙美施、王文甫、詹麗珠
本會編號：150309
核准日期(審查通過日)：西元2015年06月16日
核准臨床試驗期間：西元2015年06月16日至西元2016年04月23日止

計畫書：版本2，2015-05-16
受試者同意書：版本3，2015-05-16
新增試驗協同主持人：詹麗珠、王文甫

未預期事件或藥品嚴重不良反應通報、後續定期追蹤之程序及應注意事項，請參閱背面。

Protocol Title: The influence of stress and coping process on depressive symptoms among dementia family caregivers

Principal Investigator(s): I Ching Kang / Co Investigator: HsinYi Liu、Shu Yu CHEN、Chang, Chien-Mi、Mei Shih CHAO、Wenfu Wang、LiChu Chan

CCH IRB No.: 150309

Date of Approval: Jun 16, 2015

Duration of Approval: from Jun 16, 2015 to Apr 23, 2016

Protocol: Version 2, May 16, 2015

Informed Consent: Version 3, May 16, 2015

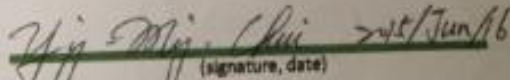
Add Co-Investigator: Li Chu Chan、Wen Fu Wang

See the back of this page for the procedures for reporting unanticipated problems, or drug serious adverse reactions, or interim, and other important notes.

彰化基督教醫院
第一人體試驗委員會
主任委員：邱聲明

Sincerely Yours
YingMing Chiu, Ph.D.
Chairman
Institutional Review Board Committee A
Changhua Christian Hospital, Taiwan




(signature, date)

本會組織與執行皆符合ICH-GCP

The Institutional Review Board performs its functions according to written
Operating procedures and complies with ICH-GCP and with the applicable regulations.



未預期事件通報、後續定期追蹤之程序及應注意事項：

1. 院內受試者發生死亡或危及生命案例應該在獲知日起七天以內通報本委員會，其他非預期嚴重藥品不良反應應於十五天以內向本委員會通報。
2. 可能危害受試者安全、影響試驗執行之新發現或影響人體試驗委員會同意試驗繼續進行之新發現，須向本委員會報告。
3. 期中報告：應於 西元 2016 年 02 月 23 日 前繳交期中報告。
核准有效期限屆滿，若尚未通過期中報告追蹤審查，不得繼續試驗。(計畫主持人，未依規定繳交期中報告，本會針對該研究案，於應繳交日起暫停納入新受試者，且本會得拒絕計畫主持人申請新案，並直到該期中報告繳交。)
4. 結案報告：試驗完成後，應將執行情形及結果以書面報告本會核備。
5. 暫停或終止計畫報告：計畫完成前就暫停或停止收案與追蹤，應與書面「計畫暫停或終止摘要表」，送交本會核備。
6. 嚴重或持續不配合本委員會規範，未能遵循以上事項，可能導致您的研究計畫暫停或永久終止，並影響您未來送審計畫的權益。
7. 為了受試者安全，計畫主持人必須遵循以上之規範，以確保能繼續執行試驗。

Procedures for reporting Unanticipated Problems, or interim, and other important notes:

1. If subject(s) die(s) or hospitalized, IRB should be notified within 7 days of becoming aware of this. For other unexpected serious adverse drug reactions, IRB should be notified within 15 days.
2. If any new findings affect the safety of the participants or others, or the implementation of the study, or decision of IRB as to allowed to continuing of the study, IRB should be informed promptly.
3. Interim report: **An interim report should be submitted by Feb 23, 2016.**
If the interim report has not been submitted by the deadline, the study must be halted. (If a principal investigator fails to submit an interim report on schedule, IRB may suspend review of other protocols submitted by the investigator, and may refuse to review any further applications made by the investigator.)
4. Final report: When the study has been completed, details of the study implementation and of the results obtained should be submitted to IRB in writing for review.
5. For any reason, the study is terminated prior to the completion of a study, the summary report should be submitted to IRB.
6. Serious or repeated failure to comply with regulations and with the above requirements may result in the study being suspended or terminated, and may affect you to submit studies for review in the future.
7. Principal investigators must follow in order to continue study procedures for the safety of the subjects.



附錄二 研究問卷

訪談問卷



收案日期：_____年_____月_____日

編號：_____

失智症病患部分

一、出生日期：民國_____年_____月。足歲：_____歲

二、性別：

0 男 1 女

三、婚姻：

1 已婚 2 未婚 3 離婚 4 喪偶 5 其他：_____

四、失智症罹病時間：

被診斷失智症已經_____年（或是民國_____年被診斷為失智症）

五、失智嚴重程度：

1 輕度（CDR 1 分） 2 中度（CDR 2 分） 3 重度（CDR 3 分）

4 深度（CDR 4 分） 5 末期（CDR 5 分）

六、失智症類型：

1 阿茲海默型 2 血管型 3 額顳葉型 4 路易氏體型

5 巴金森氏型 6 其他：_____

照顧者部分



一、出生日期：民國_____年_____月。足歲：_____歲

二、性別：

0 男 1 女

三、婚姻：

1 已婚 2 未婚 3 離婚 4 喪偶

5 其他：_____

四、教育程度：

0 未受教育 1 小學畢 2 國初中畢

3 高中職畢 4 大學以上

五、您是病患的：

1 配偶 2 女兒 3 兒子 4 媳婦

5 手足 6 其他：_____

六、照顧病患的時間：

已經_____年（或是從民國_____年開始）

七、每日照顧病患的時數：

1 < 4 小時 2 ≥ 4 -< 8 小時 3 ≥ 8 -< 12 小時

4 ≥ 12 -< 16 小時 5 ≥ 16 小時

八、覺得目前的健康狀況：

1 不好 2 普通 3 好

九、照顧病患後，覺得自己的健康狀況：

1 比以前差 2 無影響 3 比以前好

十、與病患罹病之前的感情：

1 不好 2 普通 3 好

十一、目前與病患的感情：

1 比以前差 2 無影響 3 比以前好

十二、是否有其他家人協助輪流照顧病患：

0 無 1 有

十三、是否有聘僱其他照顧人員協助照顧病患：

0 無 1 有

十四、是否因照顧病患而導致工作改變：

0 無 1 有

十五、自覺家庭經濟狀況：

1 不太好 2 普通 3 好



巴氏量表

項 目	分數	內 容 說 明
1.進食	10 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約十秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。
	5 <input type="checkbox"/>	需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。
	0 <input type="checkbox"/>	無法自行取食或耗費時間過長。
2.個人衛生	5 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。
	0 <input type="checkbox"/>	需要他人部份或完全協助。
3.上廁所	10 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。
	5 <input type="checkbox"/>	需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。
	0 <input type="checkbox"/>	無法自己完成。
4.洗澡	5 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。
	0 <input type="checkbox"/>	需別人協助。
5.穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。
	5 <input type="checkbox"/>	在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。
	0 <input type="checkbox"/>	不會自己做。
6.大便控制	10 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。
	5 <input type="checkbox"/>	偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。
	0 <input type="checkbox"/>	失禁，無法自己控制且需他人處理。
7.小便控制	10 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。
	5 <input type="checkbox"/>	偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好變盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。
	0 <input type="checkbox"/>	失禁，無法自己控制且需他人處理。
8.平地行走	15 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。
	10 <input type="checkbox"/>	需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。
	5 <input type="checkbox"/>	雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。
	0 <input type="checkbox"/>	完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9.上下樓梯	10 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯(可使用扶手、拐杖等輔具)。
	5 <input type="checkbox"/>	需他人協助或監督才能上下樓梯。
	0 <input type="checkbox"/>	無法上下樓梯。
10.上下床或椅子	15 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。
	10 <input type="checkbox"/>	移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。
	5 <input type="checkbox"/>	可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。
	0 <input type="checkbox"/>	不會自己移動。
總分		
依賴程度	<input type="checkbox"/> 1 完全(0-20 分) <input type="checkbox"/> 2 重度(21-60 分) <input type="checkbox"/> 3 中度(61-90 分) <input type="checkbox"/> 4 輕度(91-99 分) <input type="checkbox"/> 5 獨立(100 分)	

神經精神量表

以下問題是有關病人一些行為上的問題，請先篩選是否有這個問題發生，若有發生此問題，請再填答這個問題發生的頻率、嚴重度以及造成您的困擾程度。



頻率：

- 1：偶而：每週少於一次。 2：時常：每週約一次。
3：頻繁：每週數次，但少於每天都有。 4：非常頻繁：每天有一次以上。

嚴重度：

- 1：輕度：對病人不具傷害性，並且對病人只造成輕微困擾。
2：中度：已造成病人的困擾與混亂狀態。
3：重度：造成病人非常混亂，而且是引起病人行為異常與混亂的主要原因。
(若需要使用(PRN)藥物，應判定為重度)

困擾程度：

- 0：完全不會造成困擾。 1：有一點困擾。 2：輕度困擾。
3：中度困擾。 4：重度困擾。 5：非常嚴重困擾。

項目	是否發生	頻率	嚴重性	照顧者困擾程度
1.妄想： 您會不會認為病人有些想法不是真實的？例如，堅信有人試圖傷害他，或是偷他的東西。或是曾經說過家人並不是他的家人，或是房子不是自己的家嗎？				
1.妄想	否 0 是 1	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
2.幻覺： 病人是否有幻覺？例如看到不存在的影像、聽到不存在的聲音，或感受到一些不存在的經驗？相信某個過世的人仍然活著。				
2.幻覺	否 0 是 1	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
3.激動/攻擊性： 病人常有拒絕配合或不讓其他人幫忙他嗎？會不會很難照顧？				
3.激動/攻擊性	否 0 是 1	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
4.憂鬱/情緒低落： 病人是否顯得悲傷或憂鬱？或是曾說過他的心情不好或覺得憂鬱？				
4.憂鬱/情緒低落	否 0 是 1	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5
5.焦慮： 病人是否在沒有明顯原因的情況下，顯得神經緊張、焦慮或害怕嗎？他會無法放鬆或不安嗎？是否會害怕和照顧的人分開？				
5.焦慮	否 0 是 1	1 2 3 4	1 2 3	0 1 2 3 4 5

照顧者評估家庭功能量表

以下問題是有關您與家人之間的關係，問題中的**病患**是指家中的失智症病患，若您是家中失智症病患的**配偶**，此處所指的家人包括您的**子女**以及與照顧失智症病患有關的其他成年親人。若您是家中失智症病患的**子女**；此處所指的家人包括您的**兄弟姊妹**，**父親或母親**以及與照顧失智症病患有關的其他成年親人。在讀完每一句話後，請在右方欄位處圈選適合的答案，來代表您的同意程度。

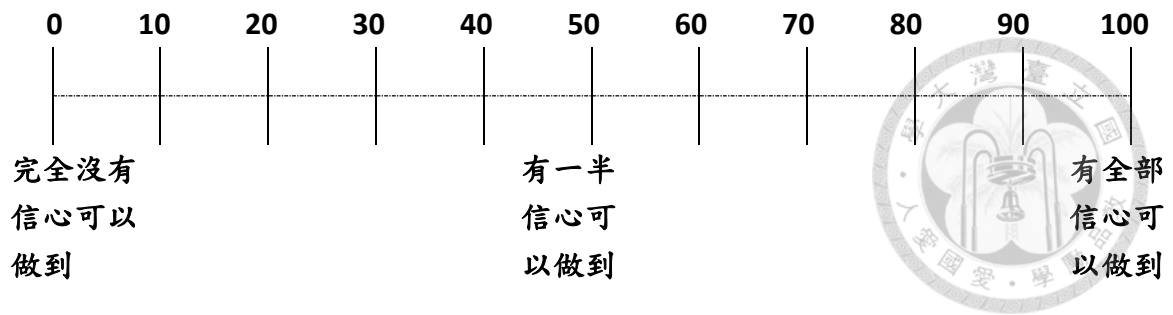
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.當我有需要時，家人願意幫忙分擔照顧工作	1	2	3	4	5
2.有些家人不太願意讓家庭以外的人來幫忙照顧病患	1	2	3	4	5
3.所有家人都知道在照顧病患這件事，他們被期望應該要做些什麼事	1	2	3	4	5
4.在家庭中，有些家人總是聯合起來對抗某些家庭成員	1	2	3	4	5
5.在照顧病患發生問題時，家人能提出不同方法共同解決	1	2	3	4	5
6.家人之間很容易彼此幫助	1	2	3	4	5
7.當家人意見不同時，通常都能把話說開	1	2	3	4	5
8.家人都能瞭解照顧病患的辛苦與困難	1	2	3	4	5
9.覺得被困在照顧小孩（或家庭）與病患的雙重責任之間	1	2	3	4	5
10.家人會彼此詢問有關照顧病患的意見	1	2	3	4	5
11.家人會互相批評對方	1	2	3	4	5
12.有些家人會否認病患真的有問題	1	2	3	4	5
13.大部分家人會彼此分擔照顧工作	1	2	3	4	5
14.家人之間會互相考慮到彼此的需要	1	2	3	4	5
15.有些家人會拒絕跟其他家庭成員說話	1	2	3	4	5
16.當照顧病患發生問題時，做決定之前會徵詢家人意見	1	2	3	4	5

負向照顧評價量表

以下問題是描述您在照顧失智家人後的經驗感受，請依照您的感受，圈選適合的答案，用以代表您目前的狀況。



	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意
1.我的經濟能力足以支付照顧所需的花費。	1	2	3	4	5
2.我的日常生活都是以照顧病患為主。	1	2	3	4	5
3.自從照顧病患以後，我一直覺得很疲累。	1	2	3	4	5
4.我必須中斷正在進行的工作或活動來照顧病患。	1	2	3	4	5
5.自從照顧病患後，我的健康狀況開始變差。	1	2	3	4	5
6.自從照顧病患後，我較少有機會去拜訪其他親戚朋友。	1	2	3	4	5
7.自從照顧病患後，我已經排除許多預訂的計劃。	1	2	3	4	5
8.我有足夠的體力去承擔照顧病患的工作。	1	2	3	4	5
9.因為要持續照顧病患，我很難找到可以放鬆的時間。	1	2	3	4	5
10.我的健康狀況足以承擔照顧病患的工作。	1	2	3	4	5
11.因為照顧病患，使家裡的經濟變得拮据。	1	2	3	4	5
12.要支付病患醫療和照顧費用是件困難的事。	1	2	3	4	5



II. 處理病患干擾行為的信心指數

信心指數

1. 如果病患忘記日常生活的習慣，在午餐後又詢問您何時要進食午餐；您有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回答他/她？(例如：直接回答，或是轉移話題的回答方式) _____
2. 如果病患不斷詢問相同的問題而令您生氣時，您有多大信心可以用一些言語來使自己的情緒平靜下來？ _____
3. 如果病患抱怨您對待他/她如何不好，您有多大信心可以溫和、不提高音量方式回答，而且不跟他/她爭吵？(例如：安撫他/她，或分散注意力) _____
4. 如果病患在飯後的一小時內詢問您 4 次何時吃飯，您有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回答他/她？ _____
5. 如果病患在您煮飯時第 4 次打擾您，您有多大信心可以用溫和、不提高音量的方式回答他/她？ _____

III. 有時，照顧者對自己的情況可能抱有負面想法。有些想法是很短暫，有些卻會讓您常常記著。以下的問題想了解您是否曾出現這類想法，如果有，您有多大信心可以拋開這類想法呢？

信心指數

1. 您有多大信心可以控制自己不要去想，「因為照顧病患讓自己出現心煩、不愉快的情況」？ _____
2. 您有多大信心可以控制自己不要去想，「因為照顧病患為自己帶來額外的不公平或負擔」這個想法？ _____
3. 您有多大信心可以控制自己不要去想，「在病患發病之前您的生活有多好，以及現在失去了多少？」 _____
4. 您有多大信心可以控制自己不要去想，「因為照顧病患讓自己缺少了多少，放棄了多少？」 _____
5. 您有多大信心可以控制自己不要去擔憂，「病患未來可能會發生的問題？」 _____

照顧者對壓力處理的評估量表

這些題目是照顧者在照顧工作中對於處理照顧壓力使用的因應方法。請仔細閱讀每一個題目，然後在右方欄位圈選適合的答案，以代表這個題目對您是否適用。

	沒有使用這種方法	沒有什麼幫助	有些幫助	非常有幫助
1. 建立一個固定的照顧工作常規，並且遵照執行	0	1	2	3
2. 與自己信任的人討論問題	0	1	2	3
3. 為自己保留一些空閒的時間	0	1	2	3
4. 抱持樂觀的態度	0	1	2	3
5. 了解到總是有其他人比自己的情況更糟糕	0	1	2	3
6. 咬緊牙關，堅持下去	0	1	2	3
7. 回憶自己與病患過去共同的美好時光	0	1	2	3
8. 盡量尋找有關照顧問題的資料	0	1	2	3
9. 了解病患不應該因為他(她)的病況受到責備	0	1	2	3
10. 盡量從家人那裡得到實際的幫助	0	1	2	3
11. 盡量讓病患維持活動力	0	1	2	3
12. 改變家裡的環境，盡量讓一切從簡	0	1	2	3
13. 了解到現在照顧工作的狀況已經比以前改善很多	0	1	2	3
14. 盡量從專業人員與服務人員那裡得到幫助	0	1	2	3
15. 接受現狀	0	1	2	3
16. 事先做些什麼事，預防問題發生	0	1	2	3
17. 相信自己有能力可以處理問題	0	1	2	3
18. 控制自己的情緒和感受	0	1	2	3
19. 依靠自己累積的經驗和知識解決問題	0	1	2	3

	没有使用这种方法	没有什么帮助	有些帮助	非常有帮助
20. 嘗試不同的解決方法，直到尋找到最好的方法處理問題	0	1	2	3
21. 建立事情的優先順序，並專注在處理事情上	0	1	2	3
22. 往好的方面想	0	1	2	3
23. 對病患說出自己對他(她)的期望	0	1	2	3
24. 藉由游泳、散步或其他運動，來維持精力和情緒	0	1	2	3
25. 參加自助或支持團體，分享經驗、得到心理支持	0	1	2	3
26. 使用一些放鬆的方法：靜坐等等	0	1	2	3
27. 仍然維持一些興趣與嗜好	0	1	2	3

憂鬱量表

下列問題是詢問您過去一星期以內的心理感受與行為表現，請您圈選適合的答案

從未發生：一星期少於 1 天；有時發生：一星期 1 到 2 天

時常發生：一星期 3 到 4 天；經常發生：一星期 5 到 7 天

	從未 <1 天	有時 1-2 天	時常 3-4 天	經常 5-7 天
1.原來不介意的事，最近竟然會困擾我	0	1	2	3
2.我的胃口不好，不太想吃東西	0	1	2	3
3.即使有親友的幫忙，我還是無法拋開煩惱	0	1	2	3
4.我覺得我跟別人過得一樣好	0	1	2	3
5.我沒辦法專心做事	0	1	2	3
6.我覺得悶悶不樂	0	1	2	3
7.我做任何事都覺得費力	0	1	2	3
8.我對未來充滿希望	0	1	2	3
9.我覺得我的人生是失敗的	0	1	2	3
10.我覺得害怕、擔心	0	1	2	3
11.我睡得不安穩	0	1	2	3
12.我覺得很快樂	0	1	2	3
13.我比平常不愛說話	0	1	2	3
14.我覺得很孤單寂寞	0	1	2	3
15.我覺得人們是不友善的	0	1	2	3
16.我享受生活的樂趣	0	1	2	3
17.我曾經哭泣過	0	1	2	3
18.我覺得很悲傷	0	1	2	3
19.我覺得別人不喜歡我	0	1	2	3
20.我提不起勁來做任何事	0	1	2	3