

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所



碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

探討失智症患者使用日間照顧中心與瑞智互助家庭模式下
之家庭照顧者多元評估

Comprehensive Assessment of Family Caregivers with
Dementia in Adult Day Care and Wisdom of Family

張鈺勤

Yu Chin, Chang

指導教授：陳雅美 博士

Advisor : Ya-Mei Chen, Ph. D.

中華民國104年12月

December, 2015

致謝



很開心終於完成碩士論文，將要邁向人生的下一階段。雖然這段過程，多花了一些時間，最後終於順利的完成了。

首先，要感謝我的指導老師-陳雅美老師，非常謝謝老師的教導，不僅給予我學術上的建議，也教導我做研究的態度，培養我獨立思考能力，在研究的過程中，使我受益良多。也非常感謝失智症協會的湯麗玉秘書長，以及流預所的程蘊菁老師，很榮幸可以邀請你們擔任我的口試委員，給予我論文很多寶貴的意見，使我的論文更加的完善。

再來要感謝，我們研究室的好夥伴們，謝謝曉微學姊、芳盈學姊及鶴偉學長，學長姐們都不吝與我分享經驗，也能夠適時的給予我建議。還有同學奕柁、郁超，感謝你們在研究的過程中，與我一起學習、互相扶持與鼓勵。也很感謝品元學弟、琬芳學妹，在討論的時候也能夠給予良好的建議，相互學習。

而在我收案的過程中，感謝盡心協助我收案的日間照顧中心及瑞智互助家庭，還有各單位的聯絡窗口，非常謝謝項朝梅督導、鄭雅如督導、李梅英主任、盧意婷社工師、徐誌祥社工師、周社工師、陳國忠專員，若是沒有你們，我不可能那麼順利的完成收案，感謝你們在過程中，給予我很大的幫忙及協助。

最後，要感謝我的家人，你們是我最強大的後盾，讓我在攻讀碩士期間內，無後顧之憂，專心學習。

文末，我要致上我最深的感謝，非常感謝這一路上幫助我的你們。

張鈺勤 謹致

中文摘要



研究背景：全球失智症人數逐年攀升，失智症患者由家庭照顧者所提供照護有增加的趨勢，家庭照顧者因照顧而產生的影響需被了解，因會影響到照顧者及失智症患者身理及心理，進而影響照護結果。選擇使用不同的長期照護模式，會對家庭照顧者產生不同的正負向影響。由此推測，失智症患者及家庭照顧者選擇使用日間照顧中心模式及瑞智互助家庭模式，會對家庭照顧者產生不同的正負向影響，目前國內研究大多針對單一正向或是負向影響進行研究，但未探討家庭照顧者對使用不同模式的正負向照顧影響。

研究目的：探討失智症患者使用日間照顧中心模式及瑞智互助家庭模式，對家庭照顧者多元評估之影響。

研究方法：本研究在五家日間照顧中心及瑞智互助家庭進行問卷調查。研究對象為經醫師確診為失智症患者且已經使用服務模式達三個月失智症患者之主要照顧者，且為主要提供失智症患者照顧服務之家庭照顧者。研究以複迴歸(Multiple Regression)控制家庭照顧者及患者人口學特質，探討使用日間照顧服務模式及瑞智互助家庭模式下，家庭照顧者之正負向影響。

研究結果：本研究共納入93人。照顧者多元評估量表兩組服務模式無顯著差異，其三個構面「照顧者壓力指數」、「照顧的滿足感」、「照顧的熟練能力」對兩組服務模式皆無顯著差異。照顧者就業狀況是否改變對多元評估及照顧者壓力指數為正相關，與照顧的滿足感為負相關；每日照顧平均時間對多元評估為正相關；照顧者年齡對照顧的熟練能力為負相關。

研究討論：兩者服務模式在照顧者壓力指數、照顧的滿足感及照顧的熟練能力無顯著差異，代表兩種服務對家庭照顧者其實都有很好的支持。建議未來發展多元長照家庭支持照顧服務時，也可提供瑞智家庭給之失智長輩的家庭做參考。研究結果建議對於家庭照顧者，在未來應給予照顧者社會支持及照顧技巧的訓練，來降低照顧的壓力，增加照顧的滿足感及熟練能力。

關鍵字：日間照顧中心、瑞智互助家庭、家庭照顧者、照顧者多元評估



Abstract

Background : As global aging, more dementia patient are cared by family caregivers., family caregiving may have great impact on both physical and mental health of the caregiver and the dementia older adults they are caring for. Evaluating family caregivers' experiences, which may include both positive and negative experiences, are important for future program and policy development. People with dementia and their family caregivers may use adult day care model or wisdom of family model in Taiwan.

Objective : The purpose of this study was to explore and compare comprehensive assessment of family caregiver with dementia using adult day care and wisdom of family.

Method : This study administered a comprehensive questionnaire in five adult day care centers and one wisdom of family. The comprehensive Questionnaire included three subscales. There were caregiving satisfaction, caregiving mastery and modified caregiver strain index. Participants of this study is the caregiver who attended the dementia patient, patient used the service already three months and is the main caregiver. The study used multiple regression to analyze and compare the differences in comprehensive assessment between families using adult day care and wisdom of family. Dementia cases and their family caregivers' characteristics were controlled.

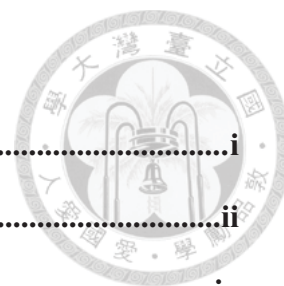
Result : 93 family caregiver were surveyed. There were no significant differences in comprehensive assessment scores between caregiver using adult day care and wisdom of family. For subscales, caregiver strain index, caregiving mastery and caregiving satisfaction, there were no significant differences found between family caregivers using adult day care and wisdom of family. As for the total score of comprehensive assessment scores, employment status change of caregiver was positively associated with caregiver comprehensive assessment scale and caregiver strain index, and negatively associated with caregiving satisfaction. The average care time of a day is

positively associated with caregiver comprehensive assessment scale. Caregiver age was negatively associated with caregiving mastery.

Discussion : There were no significant differences in the scores for comprehensive assessment, caregiver strain index, caregiving satisfaction and caregiving mastery between family careivvers using adult day care and wisdom of family. This indicated both services are equally supported family caregivers with demented older adutls. Findings suggested both services can be recommended to family careivgvers with different service preference. In the future, we suggest service agency to give caregivers' social support and skills of care to declined caregiving stress and increase caregiving satisfaction and mastery.

Keywords : adult day care, wisdom of family, family caregiver, comprehensive assessment of caregiver

目錄



致謝.....	i
中文摘要.....	ii
Abstract.....	iv
目錄.....	vi
表目錄.....	viii
圖目錄.....	x
第一章 緒論	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	5
第三節 研究目的.....	5
第二章 文獻回顧	6
第一節 失智症.....	6
第二節 失智症家庭照顧者多元評估與影響.....	16
第三節 台灣失智症照顧服務.....	24
第四節 評估工具回顧.....	31
第三章 研究方法與設計	34
第一節 研究架構.....	34
第二節 研究對象.....	35
第三節 研究過程.....	35
第四節 研究工具.....	36
第五節 問卷效度與信度測試.....	44
第六節 統計方法.....	46
第四章 研究結果	48
第一節 問卷回收.....	48
第二節 問卷信效度分析.....	49
第三節 樣本特徵與各變項分布情形.....	58
第四節 探討日間照顧與瑞智互助家庭對照顧者多元評估的答題分析.....	69
第五節 多元評估量表之照顧者及被照顧者基本特質比較.....	77
第六節 日間照顧及瑞智互助家庭服務之多元評估多變項分析.....	84
第七節 照顧者與被照顧者之特質對選擇使用日間照顧及瑞智互助家庭服務多變項分析.....	89

第八節	照顧者與被照顧者的基本特質之多元評估多變項分析.....	90
第五章	討論	95
第一節	研究資料品質.....	96
第二節	日間照顧與瑞智互助家庭對多元評估量表之討論.....	99
第三節	照顧者及被照顧者特質對服務選擇之討論.....	103
第四節	照顧者及被照顧者特質對多元評估之討論.....	104
第五節	研究限制.....	107
第六章	結論與建議	108
第一節	結論.....	108
第二節	建議.....	109
參考文獻		111
附錄		120
附錄一	研究倫理審查核可證明.....	120
附錄二	研究問卷.....	122

表目錄

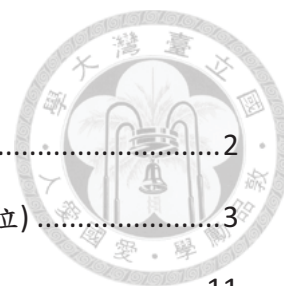


表 1-1-1	2010 年全球 60 歲以上失智症人口盛行率.....	2
表 1-1-2	台灣 2013 年底 65 歲以上失智症盛行率(每 5 歲為單位).....	3
表 2-1-1	失智症十大警訊.....	11
表 2-1-2	台灣失智症盛行率推估(2014 年至 2061 年).....	13
表 2-1-3	台灣阿茲海默症患者症狀與行為之盛行率.....	14
表 2-3-1	台灣 2013 年底日間照顧中心家數.....	26
表 3-4-1	自變項操作型定義.....	38
表 3-4-2	家庭照顧者多元評估量表問卷構面及題項內容.....	38
表 3-4-3	家庭照顧者多元評估量表操作型定義.....	39
表 3-4-4	照顧者基本資料操作型定義.....	40
表 3-4-5	被照顧者基本資料操作型定義.....	42
表 4-2-1	多元評估量表之 KMO 與 Bartlett 檢定.....	53
表 4-2-2	多元評估量表之探索性因素分析.....	54
表 4-2-3	模型配適表.....	55
表 4-2-4	多元評估量表之驗證性因素分析-模式一.....	56
表 4-2-5	多元評估量表各構面間之區辨效度-模式一.....	57
表 4-2-6	多元評估量表各構面間之區辨效度-模式二.....	57
表 4-2-7	多元評估量表各模式信度.....	57
表 4-3-1	照顧者基本資料之描述性分析.....	61
表 4-3-2	被照顧者基本資料之描述性分析.....	66
表 4-4-1	多元評估量表之描述性分析.....	72
表 4-4-2	多元評估量表之獨立樣本 t 檢定.....	74
表 4-4-3	多元評估量表之構面得分情形.....	76
表 4-4-4	多元評估量表之構面除以題數之得分情形.....	76

表 4-5-1	多元評估量表之照顧者類別變項基本特質比較	78
表 4-5-2	多元評估量表之被照顧者類別變項基本特質比較	81
表 4-5-3	多元評估量表之照顧者及被照顧者連續變項基本特質比較	83
表 4-6-1	使用日間照顧或瑞智互助家庭對多元評估量表總分的影響	85
表 4-6-2	使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧者壓力指數總分的影響	86
表 4-6-3	使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧的滿足感總分之影響	87
表 4-6-4	使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧的熟練能力總分之影響	88
表 4-7-1	照顧者與被照顧者特質對於使用日間照顧及瑞智互助家庭服務之影響	89
表 4-8-1	照顧者與被照顧者的基本特質對多元評估量表總分的影響	91
表 4-8-2	照顧者與被照顧者的基本特質對照顧者壓力指數總分的影響	92
表 4-8-3	照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的滿足感總分之影響	93
表 4-8-4	照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的熟練能力總分之影響	94
表 5-2-1	使用相同服務下，照顧者及被照顧者特質對照顧結果影響	102
表 5-2-2	照顧者及被照顧者特質對照顧結果影響	102
表 5-4-1	組內照顧者性別對多元評估的影響	104

圖目錄

圖 2-2-1 阿茲海默照顧者壓力模式.....	17
圖 3-1-1 研究架構.....	34
圖 4-2-1 陡坡圖.....	53



第一章 緒論

第一節 研究背景



在2012年指出全球失智症報告(World Alzheimer Report, 2012)指出，在2010年估計，全球將有大約3,600萬人被診斷為失智症患者，失智症人口將快速增加，預計在2030年將達到6,600萬人，2050年將達到11,500萬人，而三分之二的人口將位於中低收入的國家。在2010年就有58%的失智症人口是發生在中低收入的國家，預估在2030年將達63%，2050年達到71%(Prince et al., 2013)。世界衛生組織(World Health Organization,WHO)在2012公佈的失智症報告中，指出在2010年有770萬名新診斷為失智症的個案，相當於每4秒就出現一位失智症患者。全球失智症人口逐年增加，表1-1-1為2010年全球60歲以上人口失智症盛行率，全球失智症平均盛行率為4.7%，其中美洲高達6.5%，但是在失智症老年人口數則以亞洲居冠，而其中以東亞及南亞的失智症盛行率最高。

阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD)在21世紀對於健康、社會以及經濟是一個很大的挑戰。2010年美國將近有1500萬的非正式照顧者，提供阿茲海默症患者約170億個小時的照顧時數，所貢獻的價值超過2020億美元。美國有520萬人被診斷為阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD)，其中約有20萬人小於65歲，在嬰兒潮的影響下，在未來十年，預計將會再增加100萬的阿茲海默症患者。(W Thies & Bleiler, 2011; William Thies & Bleiler, 2013)。2010年統計，全球有6,040億花在失智症上面，70%花在西歐及北美地區。其中高收入國家，在醫療所花費的成本遠低於在非正式照顧及社會關懷的直接成本。而在低收入國家中，其社會關懷成本是極少的(Wimo, Jönsson, Bond, Prince, & Winblad, 2013)。

表 1-1-1 2010 年全球 60 歲以上失智症人口盛行率

區域	60 歲以上人口 (百萬人, 2010)	粗估盛行率 (%, 2010)	失智症人口 (百萬人, 2010)
亞洲	406.55	3.9	15.94
澳大利亞	4.82	6.4	0.31
亞太	46.63	6.1	2.83
大洋洲	0.49	4.0	0.02
中亞	7.16	4.6	0.33
東亞	171.61	3.2	5.49
南亞	124.61	3.6	4.48
東南亞	51.22	4.8	2.48
歐洲	160.18	6.2	9.95
美州	120.74	6.5	7.82
非洲	71.07	2.6	1.86
全球	758.54	4.7	35.56

資料來源：Prince et al, 2013

台灣老年人口快速成長，在1993年65歲以上老年人口占總人口數達到7%以上，根據聯合國世界衛生組織定義，65歲以上老年人口占總人口數達到7%，稱為高齡化社會(Aging society)；達14%為高齡社會(Aged society)；達20%以上為超高齡社會(Hyper-aged society)。2014年6月底台灣老年人口已經達到11.75%，國家發展委員會的台灣人口推計2014年至2061年報告指出，推估老年人口在2018年將邁入高齡社會，2025年進入超高齡社會，2061年將達到41%，扶老比達1.1，表示1.1個年輕人需扶養一個老人。且65-74歲年輕老人，將由2014年55.7%，下降至2061年38.8%，85歲以上超高齡老人，則由2014年11.5%，上升至2061年25.6%，相當於每4個老年人當中就有一位85歲以上超高齡老人。

台灣失智症盛行率根據2004年行政院衛生署委託台灣失智症協會的「台灣失智症機構照顧需求之調查-長期照護機構失智症患者之盛行率調查」，報告推估2016年社區65歲以上失智人口約18萬人，佔總人口比例為0.7%，在2060年社區65

歲以上失智人口將達73萬人，佔總人口比例4.2%，未來的失智人口將大幅增加。

近年衛生福利部在2013年委託台灣是智症協會對台灣失智症人口流行病學再做調查。依內政部公布資料，2013年底全台65歲以上老人人口達2,690,000人，其中有輕度認知障礙者達50萬人，約佔65歲以上老年人口18.7%，而確診為失智症者達21萬7千多人，約佔65歲以上老年人口8.1%。調查結果如表1-1-2，65歲-69歲盛行率為3.40%，70歲-74歲盛行率為3.46%，75歲-79歲盛行率為7.19%，80歲-84歲盛行率為13.03%，85歲-89歲盛行率為21.92%，90歲以上盛行率為36.88%。

表 1-1-2 台灣 2013 年底 65 歲以上失智症盛行率(每 5 歲為單位)

年齡(歲)	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 歲以上
盛行率(%)	3.40%	3.46%	7.19%	13.03%	21.92%	36.88%

資料來源：台灣失智症協會(2013)

根據世界衛生組織定義失智症是一種腦部症候群，會對患者的記憶、思考、方向感、理解力、計算、學習能力、語言和判斷力造成影響。失智症患者的行為不僅對患者生活品質造成影響，也會對照顧者產生負荷，造成生理、心理的影響(Fauth, Zarit, Femia, Hofer, & Stephens, 2006; Herrmann et al., 2006; K. Eagar et al., 2006)。生理負荷有睡眠障礙、身體健康、心血管疾病及新陳代謝問題(Mills et al., 2009; Martin Pinguart & Sörensen, 2005, 2006)；心理負荷有憂鬱、焦慮、照顧負荷等(Mohamed, Rosenheck, Lyketsos, & Schneider, 2010; Zarit, Anthony, & Boutselis, 1987)。這些都可能造成家庭照顧者身體健康出現警訊，甚至開始使用醫療資源(Beinart, Weinman, Wade, & Brady, 2012)。有更好的照顧家庭照顧者是世界各國的重要的長照政策(Keefe, Guberman, Fancey, Barylak, & Nahmiash, 2008; Seddon & Robinson, 2001)。台灣2015年也越來越重視家庭照顧者的議題(邱啟潤, 許淑敏, & 吳淑如, 2003)。而評估支持家庭照顧者的使用服務的經驗亦是目前台灣重要的挑戰。其中日間照顧屬於社區式的喘息服務，對於照顧者給予暫時照顧的協助，使

照顧者能夠有彈性運用的時間，使其可以維持現階段就業狀態(呂寶靜, 李佳儒, & 趙曉芳, 2014)，瑞智互助家庭模式為一種類似社區式的喘息服務，照顧者及被照顧者透過與其他相同經驗的一群人接觸下，獲得情感的支持及照顧技巧的交流(湯麗玉, 吳沛錡, 李會珍, & 洪心平, 2013)。

服務對家庭照顧者的成效評估應是全面性，由於不同的長照服務對家庭照顧者是有不同的影響(Chen, Hedrick, & Young, 2010; Diehl-Schmid et al., 2013; Jennings et al., 2015; Mossello et al., 2008; 陳芬婷 & 邱啟潤, 2015; 黃敏鳳, 徐亞瑛, 楊培珊, & 葉炳強, 2004)。家庭照顧者因照顧工作，會產生的照顧經驗有正負向經驗，但是有台灣目前較多的評估為負向經驗(邱啟潤, 許淑敏, & 吳瓊滿, 2002; 郭穎樺, 劉文良, & 甄瑞興, 2014; 陳昱名, 2013; 曾雪鳳, 2014)，針對多面向評估的研究更是缺乏(王麗雪, 2005; 黃志忠, 2013)。

綜合上述，本研究想了解在不同的照顧模式下，照顧者的正向經驗及負向經驗間，對家庭照顧者其照顧結果的影響，故本研究將針對失智症家庭照顧者，進行照顧者多元評估。

第二節 研究動機

在日間照顧與瑞智互助家庭兩種相似的服務模式下，照顧者負荷是否會因為使用不同服務模式有所不同。由於瑞智互助家庭模式尚未包含在長期照護服務中，探討日間照顧及瑞智互助家庭模式對失智症患者家屬的照顧正負向影響，希望藉由研究探討對主要照顧者的影響，做未來推廣與政策制訂的參考，使長期照護服務對失智症患者的照護在社區能夠有更多元的選擇。

第三節 研究目的

過去針對家庭照顧者所做的評估，大多只針對單一面向，即負向的影響進行探討，正向及負向的影響皆會對家庭照顧者和被照顧者產生不同的影響。故本研究的目的想探討使用日間照顧服務模式及瑞智互助家庭服務不同模式下，失智症家庭照顧者的多元評估影響是否不同。

本研究目標有以下三點：

1. 探討使用日間照顧與瑞智互助家庭與照顧者多元評估的關係。
2. 探討照顧者及被照顧者不同的人口學特性與使用不同用服務模式的關係。
3. 探討照顧者及被照顧者不同的人口學特性與照顧者多元評估的關係。

第二章 文獻回顧



本章分為四個小節，第一節失智症；第二節失智症照顧者多元評估與影響；第三節台灣失智症照顧服務；第四節評估工具回顧。

第一節 失智症

失智症是非正常老化之現象，失智症患者會有認知功能上的障礙，嚴重程度會影響到日常生活及職業之功能。正常老化現象一般來說老年人的記憶力會比年輕人差，但主要差異是指「記憶速度」及「記憶容量」。舉例來說，正常老化者可能會突然忘記自己正要去做某些事情，但是之後會想起剛才要做的事情；而失智症患者不僅忘記自己要做的事，且會完全想不起來。以下針對失智症的定義與症狀作介紹：

一、失智症定義

根據世界衛生組織定義失智症是一種腦部症候群，會對患者的記憶、思考、方向感、理解力、計算、學習能力、語言和判斷力造成影響。意識不受到影響。但是認知功能障礙通常會伴隨情緒控制、社會行為及動機的惡化，而有時候則發生認知功能障礙前的改變。

二、失智症種類

失智症的種類依照病因可分為四大類，分別是退化性失智症(Degenerative Dementia)、血管性失智症(Vascular Dementia)、混合型失智症(Mixed Dementia)及其他因素所導致的失智症。退化性失智症主要常見的類型有阿茲海默症(Alzheimer's Disease)、額顳葉型失智症(Frontotemporal lobe degeneration)及路易氏體失智症(Dementia with Lewy Bodies)等類型，其中以阿茲海默症最為常見

(American Psychiatric Association, 2013; 邱銘章 & 湯麗玉, 2006; 梁家欣, 程蘊菁, & 陳人豪, 2014)。各類失智症描述如下。



退化性失智症常見的類型有阿茲海默症(Alzheimer's Disease)、路易氏體失智症(Dementia with Lewy Bodies)及額顳葉型失智症(Frontotemporal lobe degeneration)(National Institutes of Health, 2013a, 2013b, 2014)，以下分別介紹這三種退化性失智症。其一，阿茲海默症主要會產生記憶力及學習力逐漸衰退，且在人物、時間、地點的辨認上出現困難。在腦部的病徵主要為侵犯海馬迴，以及腦部明顯的萎縮情形，病理變化則包括異常老年斑(amyloid plaques)及神經纖維糾結(neurofibrillary tangles)的情形。其二，路易氏體失智症早期患者可能會產生身體僵硬、手抖和跌倒的情形。伴隨產生認知功能障礙(例如，語言、視覺空間判斷等)，常發生妄想的情形，也會明顯的幻覺現象發生(例如，產生視幻覺或聽幻覺)。路易氏體失智症為第二常見的退化性失智症。患者腦部細胞含有 α -Synuclein蛋白的聚集，而形成「路易氏體」，而患者死後的腦部解剖也會發現神經炎斑，但是病理變化的部分，發生神經纖維糾結的情形則較少。其三，額顳葉型失智症患者會產生人格變化，行為舉止也會發生改變(例如，淡漠、呆滯、固執或行為失去控制能力等)，語言能力亦會產生障礙(例如，物品名稱無法說出、找字困難或無法理解字義等)。腦部的病徵會有局部的皮質萎縮，主要以侵犯部分額葉及顳葉前方為主，有些會有tau蛋白糾結的情況，相較上述兩種類型的失智症，腦部缺損並非因為其他神經系統狀況所產生。

血管性失智症是造成失智症的第二大原因，約佔老人失智症患者的15%至20%(Duthie Jr & Glatt, 1988)，在中國及非洲地區則高達30%及26%(George-Carey et al., 2012; Zhang et al., 2012)。血管性失智症指的是因血管疾病(包含，多重性腦中風、多發性腦梗塞)所造成的失智症。腦中風會造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態障礙與精神症狀，而血管性失智症的患者，通常與腦中風的發生有關。血管性失智症主要有兩類分

別為中風後血管性失智症(post-stroke vascular dementia)及小血管性失智症(dementia with small vessel diseases)。常見的徵狀會產生情緒變化、憂鬱、尿失禁、跌倒、吞嚥困難等情況。




混合型失智症為退化性失智症及血管性失智症的混合類型。不屬於以上三大類病因的失智症類型者，將其分類為其他因素所導致的失智症，可能會因感染、疾病、外傷等因素來導致失智症，例如：(1)外傷性腦傷；(2)物質或醫藥的使用(例如，酒精、鎮定劑等)；(3)人類免疫缺乏病毒感染(HIV Infection)；(4)普利昂病(Prion Disease)；(5)巴金森氏症(Parkinson's Disease)；(6)亨丁頓病(Huntington's Disease)；(7)其他身體病況(例如，多發性硬化症)；(8)非特定病因(例如，社交、職業或其他重要領域功能減損等)。

三、失智症病程及臨床症狀

不同類型失智症診斷標準是根據認知範疇(Cognitive Domains)來定義，認知範疇包含六個部分，為複雜注意力(Complex attention)、執行功能(Executive function)、學習和記憶(Learning and memory)、語言(Language)、知覺動作(Perceptual-motor)及社會認知(Social cognition)(台灣精神醫學會, 2014)。

複雜注意力包含持續性注意力(Sustained attention)、雙向注意力(Divided attention)、選擇性注意力(Selective attention)及處理速度(Processing speed)，患者在多重刺激的環境中(例如，電視、談話)專注度降低，且容易因環境中其他事物影響。持續注意力為長時間的維持注意力。雙向注意力為同時專注兩項事物。選擇性注意力為不受到其他外來刺激或是使分心的事物影響的注意力。處理速度為將執行一項事物所花費的時間量化。

執行功能包含計畫(Planning)、決策(Decision making)、工作記憶(Working memory)、回饋/錯誤修正(Responding to feedback/Error correction)、凌駕於習慣/抑



制(Overriding habits/inhibition)及心理彈性(Mental flexibility)，患者無法勝任複雜的計劃，一次只能專注於一事物上。計畫指的是解釋連環圖畫或是物體排列的能力，例如發現迷宮出口的能力。決策指的是對於競爭選項的決定過程，例如模擬賭博。工作記憶指的是短暫的保存訊息且控制訊息的能力，例如倒著敘述一段數字。回饋/錯誤修正指的是可以從錯誤中學習或是從回饋中獲益，進一步推論出解決問題的能力。凌駕於習慣/抑制指的是更複雜及更費勁的選擇正確答案的能力，例如說出字的顏色而非字的意思。心理彈性指的是在兩種概念、工作或是反應規則之間轉換的能力，例如數字的加總到數字的排序。

學習和記憶包含立即記憶(Immediate memory)、近期記憶(Recent memory)、長久記憶(Long term memory)，患者經常在同一段對話中，重複的表達同一件事。立即記憶指再次朗誦一段文字或數字的能力。近期記憶指對於新的資訊編碼的能力，評估的方式包含自由回憶(Free recall)、有線索回憶(Cued recall)及辨認記憶(Recognition memory)。長久記憶指長時間的記憶，評估方式有語意記憶(Semantic)、自傳式記憶(Autobiographic)及內隱學習(Implicit memory)。

語言包含表達性語言及接受性語言(Receptive language)，患者無法在表達性語言及接受性語言正確表達。表達性語言包含命名(Confrontational naming)、找字能力(Word finding)、流暢度(Fluency)、文法及語法(Grammer and Syntax)。接受性語言是測驗患者的理解能力。

知覺動作包含視覺知覺(Visual perception)、視覺建構(Visuocon-struction)、知覺動作(Perceptual-motor)、使用(Praxis)及辨識(Gnosis)，患者對先前熟悉的事物(例如開車)執行上有困難，或對於光線的改變影響知覺感受。視覺知覺意指不含動作的知覺(例如臉的辨識)。視覺建構意指手眼協調來建構事物，例如畫圖、組裝積木等。知覺動作意指整合知覺及目的性的動作，非使用視覺判斷線索，例如將釘子快速放入有孔的木板之中。使用意指將學習來的動作表現出來，例如模仿動

作、姿勢的能力。辨識意指再辨認或察覺的知覺整合能力，例如辨識出人臉或顏色。

社會認知包含情緒辨認(Recognition of emotion)及心智理論(Theory of mind)，患者的行為會明顯違背社會能夠接受的範圍，對於合適的穿著或談話內容脫離社會標準。情緒辨認指由臉部表情來辨識所表達情緒，涵蓋多樣性的正面及負面情緒。心智理論指是否能夠考慮他人的心智狀態(例如，思考、慾望、意圖)。

失智症除了會對患者造成認知功能上的損害，也會伴隨著問題行為及精神症狀的產生，而失智症患者常見的行為及精神症狀(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)有憂鬱(depression)、焦慮(anxiety)、妄想(delusions)、幻覺(hallucinations)、淡漠(apathy)及行為障礙。其中，妄想又可分為被偷妄想、被害妄想及忌妒妄想；行為障礙包含攻擊行為、睡眠障礙、迷路、重複現象、漫遊、飲食改變、病態收集及黃昏症候群(Aalten et al., 2007; 黃正平, 2006)。而台灣失智症患者常見的行為及精神症狀有憂鬱、焦慮、妄想、幻覺、睡眠障礙、侵略行為、躁動、淡漠等(J. Fuh, 2006)。

失智症程度可以分為三類，為輕、中、重度，以下分別描述不同期程失智症程度所產生的行為及症狀(National Institutes of Health, 2013a; 邱銘章 & 湯麗玉, 2006; 梁家欣 et al., 2014)。

(一) 輕度失智症

症狀通常不明顯，容易被疏忽而延誤就醫。患者對於之前有興趣的事物，變得不感興趣，容易忘記東西放置的地方、與他人的約會或說過的事情。出門到以前不常去的地方時，容易迷路，使得漸漸開始不喜歡外出。而近期發生的事情容易忘記，學習新事物產生困難(National Institutes of Health, 2013a; 邱銘章 & 湯麗玉, 2006; 梁家欣 et al., 2014)。



(二) 中度失智症

記憶力退化越來越明顯，自己出門購物或搭乘交通工具產生困難，會在熟悉的地方走失。在家只能進行簡單的家事，許多時候需要他人的監督。情緒起伏大，容易生氣、發脾氣，開始出現幻覺。在語言能力及閱讀能力上也漸漸出現問題，說話字句減少，談話內容不連貫，缺乏邏輯(National Institutes of Health, 2013a; 邱銘章 & 湯麗玉, 2006; 梁家欣 et al., 2014)。

(三) 重度失智症

記憶力嚴重退化，失去生活自理能力，無法獨力完成家事或解決問題，身體功能下降，完全無法自行出門。時常發生不適當的行為，像是把東西放置在不對的地方(例如，遙控器放在冰箱裡)，對於大小便無法控制，導致失禁發生。且漸漸會有吞嚥困難，嚴重時只能依賴鼻胃管(National Institutes of Health, 2013a; 邱銘章 & 湯麗玉, 2006; 梁家欣 et al., 2014)。失智症無法痊癒，雖然可以透過服用藥物減緩失智症的病程及降低因疾病所產生的症狀，但是對於腦部的損害是無法治癒。失智症患者一般病程約為8至10年。當一般人剛開始出現認知功能有問題時，通常很難發現，常會誤以為只是正常老化的現象，而延誤治療的時機，美國失智症協會(Alzheimer's Association)對失智症初期給予了十大警訊(表2-1-1)，期望失智症能夠早期發現早期治療，才能夠延緩失智症的進程。

表 2-1-1 失智症十大警訊

-
1. 記憶力衰退，進而影響到日常生活。
 2. 喪失計畫或解決問題的能力。
 3. 原本熟悉的事物無法勝任。
 4. 喪失時間與地點的概念。
 5. 視覺及空間關係判斷出現困難。
 6. 言語表達出現困難。
 7. 物品擺放錯亂。
 8. 缺乏判斷能力或警覺性降低。
 9. 個性改變。
-



四、失智症與失智症行為及精神症狀之盛行率

全球老年人口增加，失智症人口也隨之增加，失智症的發生率隨著年齡的增加而增加(C.-s. Lee, Chang, Su, Chen, & Chen, 1997)。65歲老年人口，每增加5歲，罹患失智症的風險就會增加。依聯合國世界衛生組織定義，65歲以上人口佔總人口7%，稱為高齡化社會(Aging society)，達到14%為高齡社會(Aged society)，達到20%以上為超高齡社會(Hyper-aged society)，台灣在1993年老年人口比率已達7%，進入高齡化社會。根據國家發展委員會「中華民國人口推計(2014年至2061年)」報告指出，我國2014年6月老年人口已達到11.57，推估台灣老年人口將在2018年達到14%，進入高齡社會，在2025年達到20%，進入超高齡社會。2014年至2061年老年人口佔總人口比率，將由12%增加至41%。而2014年至2061年80歲以上人口佔老年人口之比率，將由25.1%上升至43.2%(國家發展委員會, 2014)。

根據世界衛生組織2012年的「失智症：公共衛生優先議題」報告中，指出東亞地區60歲以上老年人口失智症盛行率為4.98%(World Health Organization & Alzheimer's Disease International, 2012)。另外，有研究指出2010年，全球失智症人口盛行率為4.7%，其中以美洲失智症盛行率最高為6.5%，但是失智症老年人口數則是亞洲居冠。而亞洲又以東亞及南亞的失智症盛行率最高(Prince et al., 2013)。

台灣老年人口逐年攀升，失智症人口也將隨之增加，失智症盛行率也將跟著攀升。2014年衛生福利部委託台灣失智症協會對台灣人口所做的失智症調查中，2014年65歲以上老年人失智症人口數約為22萬人，社區65歲以上失智佔全國總人口比為1.02%。台灣失智症協會以經建會2014年至2061年台灣人口推計數報告之低推計，推估2061年65歲以上失智佔全國總人口比將達5.60%，而65歲以上失智人數將達92萬人(表2-1-2)。

表 2-1-2 台灣失智症盛行率推估(2014 年至 2061 年)

年	2014	2016	2026	2036	2046	2056	2061
全國總人口數	23,433	23,478	23,313	22,269	20,376	17,939	16,628
65歲以上失智人數	227.13	251.09	376.17	563.93	785.05	896.53	924.99
65歲以上失智佔全國總人口比	1.02%	1.12%	1.67%	2.58%	3.90%	5.04%	5.60%

(單位：千人)

資料來源：台灣失智症協會(擷取日期：2015年11月)

失智症患者除了認知範疇(Cognitive Domains)會受到影響以外，往往會出現問題行為及精神症狀的改變。不同類型的失智症，會出現的問題行為及精神症狀也會有所不同。Fuh(2006)回顧台灣1990年至2005年文獻(表2-1-3)，發現阿茲海默症患者產生憂鬱症狀約佔22%至55%；有焦慮情形約佔35%至76%；有妄想情形約佔30%至63%；有幻覺症狀約佔21%至26%；有睡眠障礙約佔有26%至61%；有侵略行為/激動情形者約佔10%至57%；有淡漠情形者約佔39%至47%(J. Fuh, 2006)。

五、小結

世界各國隨著老年人口的增加，失智症人口也隨之增長。當失智症患者認知功能越來越退化時，進而影響到患者的日常生活，以及就業會產生障礙。失智症患者在整個病程期間，會產生許多問題行為及精神症狀，而不同失智症也會產生不同的症狀，隨著疾病病程的發展，將會衍生很多照顧上的問題。

表 2-1-3 台灣阿茲海默症患者症狀與行為之盛行率

症狀	作者	年份	個案數(人)	使用工具	盛行率(%)
憂鬱	Liu et al.	1999	141	SCID	重鬱症5%；輕鬱症8%；其他未註明之憂鬱疾患4%
	劉嘉逸 與 劉秀枝	1999	103	BEHAVE-AD	22%
	J.-L. Fuh, Liu, Wang, Wang, & Liu	1999	76	RMBPC	50%
	J.-L. Fuh, Liu, Mega, Wang, & Cummings	2001	95	NPI	38%
	Chow et al.	2002	230	NPI	49%(台北地區) 44%(高雄地區)
	JL Fuh, Wang, & Cummings	2005	320	NPI	47%
焦慮	劉嘉逸 與 劉秀枝	1999	103	BEHAVE-AD	35%
	J.-L. Fuh et al.	1999	76	RMBPC	76%
	J.-L. Fuh et al.	2001	95	NPI	54%
	Chow et al.	2002	230	NPI	39%(台北地區) 38%(高雄地區)
	JL Fuh et al.	2005	320	NPI	37%
	妄想	J.-P. Hwang, Yang, Tsai, & Liu	1996	54	BEHAVE-AD
劉嘉逸 與 劉秀枝		1999	103	BEHAVE-AD	30%
J.-L. Fuh et al.		2001	95	NPI	47%
Chow et al.		2002	230	NPI	31%(台北地區) 40%(高雄地區)
JL Fuh et al.		2005	320	NPI	31%
幻覺		J.-P. Hwang et al.	1996	54	BEHAVE-AD
	劉嘉逸 與 劉秀枝	1999	103	BEHAVE-AD	26%
	J.-L. Fuh et al.	2001	95	NPI	21%
	Chow et al.	2002	230	NPI	25%(台北地區) 19%(高雄地區)
	JL Fuh et al.	2005	320	NPI	24%

(續下頁)



睡眠障礙	J. P. Hwang, Yang, Tsai, & Liu	1997	75	BEHAVE-AD	61%	
	劉嘉逸 與 劉秀枝	1999	103	BEHAVE-AD	26%	
	J.-L. Fuh et al.	2001	95	NPI	36%	
	Chow et al.	2002	230	NPI	36%(台北地區) 35%(高雄地區)	
<hr/>						
侵略行為 /激動	JL Fuh et al.	2005	320	NPI	42%	
	Tsai, Hwang, Yang, & Liu	1996	47	BEHAVE-AD	57%(身體上)	
	J. P. Hwang et al.	1997	75	BEHAVE-AD	55%(身體上)	
	劉嘉逸 與 劉秀枝	1999	103	BEHAVE-AD	21%(言語上) 10%(身體上)	
	J.-L. Fuh et al.	1999	76	RMBPC	35%(言語上)	
	J.-L. Fuh et al.	2001	95	NPI	46%	
	Chow et al.	2002	230	NPI	46%(台北地區) 40%(高雄地區)	
	JL Fuh et al.	2005	320	NPI	39%	
	<hr/>					
	淡漠	J.-L. Fuh et al.	2001	95	NPI	44%
Chow et al.		2002	230	NPI	47%(台北地區) 39%(高雄地區)	
JL Fuh et al.		2005	320	NPI	42%	

SCID: structure clinical interview for DSM-III-R; NOS: not otherwise specific; BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease rating Scale; NPI: Neuropsychiatric Inventory; RMBPC: Revised Memory and Behavior Problem Checklist

資料來源：Fuh, 2006

第二節 失智症家庭照顧者多元評估與影響



Pearlin等人在1990年提出壓力過程模式(Stress Process Model)對於阿茲海默失智症照顧者的壓力建構出一個壓力過程網絡(圖2-2-1)，產生壓力的過程分成6大領域：(1)照顧者的背景特色(例如，社經情況、照顧者特性等)；(2)壓力源，又分成主要壓力源(例如，認知情形、問題行為等)；(3)次要壓力源(例如，家庭衝突、工作與照顧上的衝突等)；(4)壓力調節向(例如，社會支持等)；(5)心理內部壓力(例如，自尊、角色被侷限住)；(6)結果變項(例如，憂鬱、焦慮、易怒等情形)。探討此六大領域之間所產生的關聯性(Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990)。故本研究以壓力過程模式(Stress Process Model)來探討家庭照顧者的正負向影響。

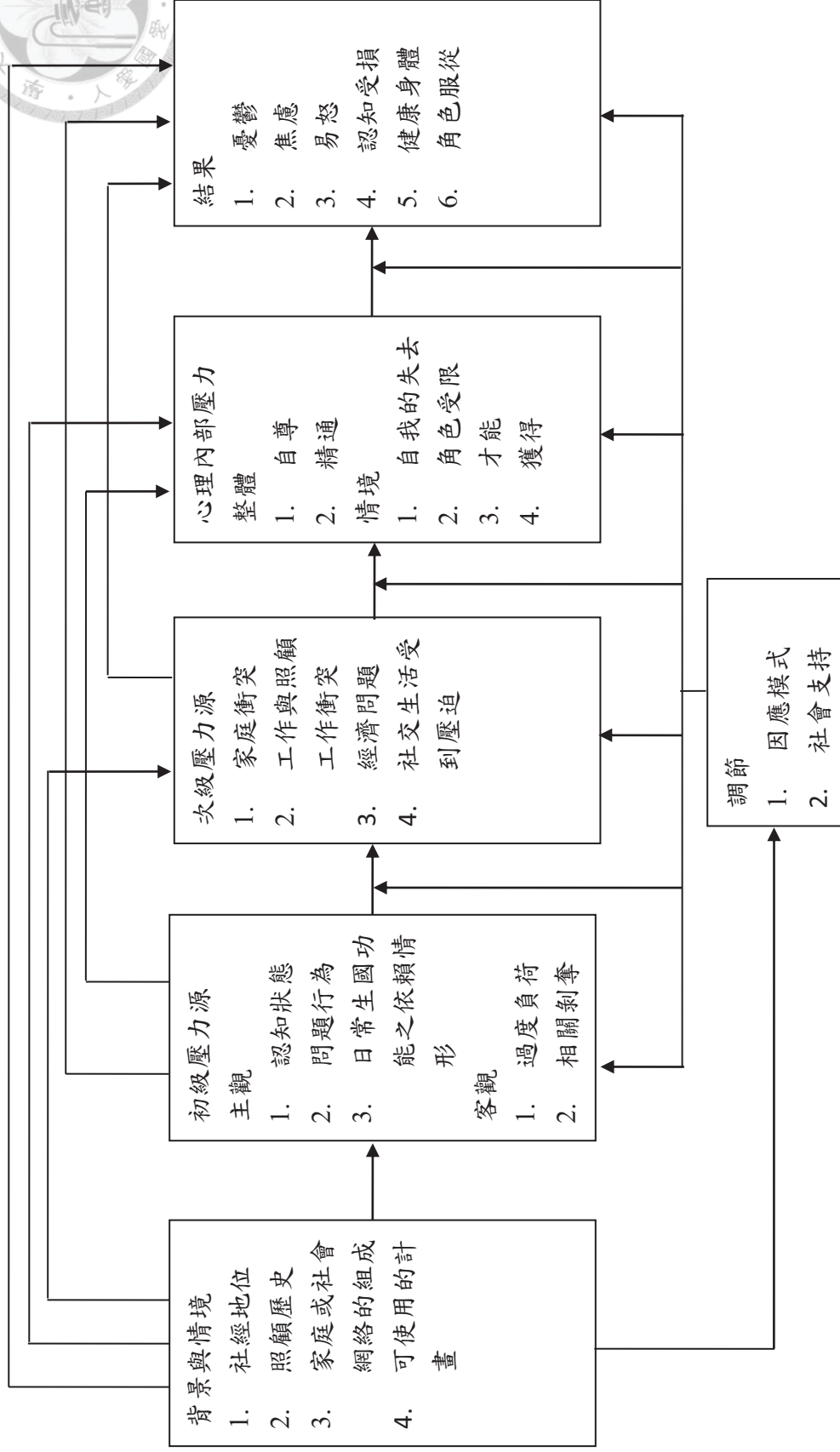
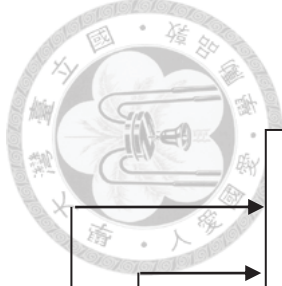
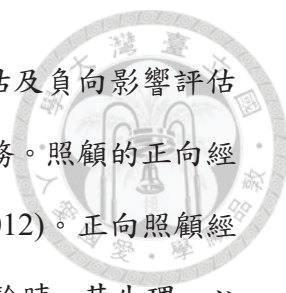


圖 2-2-1 阿茲海默照顧者壓力模式



過去文獻在針對照顧者評估，將其分為照顧的正向影響評估及負向影響評估進行探討。照顧的負向經驗因素包含了生理、心理、社交及財務。照顧的正向經驗因素包含陪伴、獎勵以及樂於接受照護工作(Beinart et al., 2012)。正向照顧經驗與負向照顧經驗會互相影響，當照顧者有較高的正向照顧經驗時，其生理、心理負荷會較低(Chiao, Wu, & Hsiao, 2015)。

一、失智症負向照顧經驗的影響

在照顧者負向評估，像是生理、心理、社交及財務等方面越差，表示失智症照顧者的生活品質越不好(Ankri, Andrieu, Beaufils, Grand, & Henrard, 2005; Mills et al., 2009; Mohamed et al., 2010; Vellone, Piras, Talucci, & Cohen, 2008)。且失智症患者的問題行為會對照顧者本身造成生理及心理的影響，當照顧者產生照顧負荷時，進而影響到被照顧者生活品質(Fauth et al., 2006; Herrmann et al., 2006; K. Eagar et al., 2006)。負向照顧經驗在社交因素方面可能對照顧者產生孤獨感和寂寞感、社交機會與娛樂活動的減少、或是家庭生活的改變等，在心理因素方面產生憂鬱、焦慮、生氣、內疚或無力感等情形，在生理因素產生疲勞、疼痛、心血管或新陳代謝疾病、睡眠不足等情形，而在財務因素方面會有失業、產生相關輔具成本、或其他醫療利用成本(例如，住院費用、看護費用、安養費用等)(Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997; Weiler, Chiriboga, & Black, 1994; Zarit et al., 1987)。

照顧者在社交及心理產生負荷時，對照顧者會產生憂鬱、焦慮及孤獨感等影響，進而影響照顧者及被照顧者的生活品質。像是照顧者因照顧工作社交活動減少，則會有較高的孤寂感及憂鬱情形的產生。或是對被照顧者的問題行為及精神症狀處理能力較低者，則會有較高的憂鬱及焦慮的情緒產生。Mohamed et al.(2010)以門診病人為研究對象，分別對照顧者及被照顧者進行問卷評估，在照顧者的部分針對其照顧負擔、照顧憂鬱程度和照顧苦楚程度進行評估，在被照顧者則針對認知功能、日常活動能力(ADCS-ADL)、生活品質和照顧程度進行測量，結果發

現被照顧者精神狀態嚴重程度、行為障礙嚴重程度和被照顧者的生活品質方面，與照顧者知覺及照顧負擔有很大的關連，而當被照顧者有嚴重的精神疾病、行為問題時，或被照顧者生活品質下降時，會增加照顧者的負荷及憂鬱情形。


照顧者若是缺乏照顧知識，對於被照顧者基於家庭的道德責任，在不知道或是無法尋求協下，進而從整的社會環境退出來照顧被照顧者，這會增加照顧者的隔離、孤獨及憂鬱的情緒(Beeson, Horton-Deutsch, Farran, & Neundorfer, 2000; Mahoney, Tarlow, & Jones, 2003)。Mahoney et al.(2003)針對社區的阿茲海默型失智症照顧者進行電話支持系統進行18週的介入研究，分別在6個月、12個月及18個月時，進行照顧者的困擾、焦慮及憂鬱情形進行測量，結果發現照顧者若是照顧的掌控能力較低，在困擾、焦慮及憂鬱的情形上產生顯著的影響。過去照顧研究大多在使用服務一段時間後進行評估，所以本研究的使用服務納入條件，設為使用該項服務達三個月以上。Beeson et al.(2000)以美國中西部一所醫學大學的阿茲海默疾病研究中心所收集的次級資料進行研究，研究包含242位阿茲海默症患者或其他失智症患者的丈夫、妻子或女兒之家庭照顧者，使用CES-D(Radloff, 1977)，進行照顧過程所產生的孤寂感與憂鬱情形做分析，研究結果發現阿茲海默症的照顧者若有關係被剝奪(例如，社交活動減少)或是與被照顧者間的關係不好的情況，而照顧者會產生較高的孤寂感及產生的憂鬱情形。

照顧者在生理負荷會影響到其身體健康、睡眠品質及心血管疾病的增加。研究文獻指出，照顧者在男性的配偶較女性配偶，會因患者的失智症程度而使睡眠品質下降；在照顧者特質上，若是睡眠不好、高凝血能力，都會增加血管疾病及其他疾病的風險(Mills et al., 2009)。另外，有研究指出女性的家庭照顧者比男性的家庭照顧者，有較低的身體健康狀況；白種人較其他少數種族的家庭照顧者，有較高的身體健康情況(Martin Pinquart & Sörensen, 2005, 2006)。Martin Pinquart 等人，研究指出照顧者年齡較高、低社經地位及較低的非正式支持，照顧者會有身體健康較差。(Martin Pinquart & Sörensen, 2007)

二、失智症正向照顧經驗影響

正向照顧結果可以分為兩個層面，為照顧層面(Caregiving aspect)及關係層面(Relation aspect)來討論，照顧層面指的是照顧者因為照顧工作在心靈得到滿足或正向的改變，例如「照顧滿意(Caregiving satisfaction)」、「照顧利益(Gain)」、「回報(pay back)」、「照顧意義」等；關係層面則是指照顧者因照顧過程中，與被照顧者有良好的感情交流及關係互動，例如「親密度(Mutuality)」、「互惠(Reciprocity)」等(何瓊芳, 2000)。

照顧者的正向經驗較好者，照顧的滿意度會較高。Harris(1998)以失智症患者的兒子為研究對象，對30位照顧者進行質性訪談，來探討照顧者的照顧歷程，研究結果發現有11位的照顧者提到照顧工作所得到正向照顧結果，有「有機會報答父母」、「有目標感及個人成長」以及「是子女種要的角色典範」(Harris, 1998)。Kramer(1993)針對72位失智症患者的女性配偶進行問卷調查，研究不同因應策略與正負向照顧結果的關係，在正向照顧結果方面使用「照顧滿意度量表(Caregiving satisfaction scale, CCS)」進行評估，負向照顧結果則測量憂鬱程度，使用CES-D(The center for epidemiologic studies depression scale)進行評估，研究結果發現「以問題為導向」、「正向關係」為因應方式的照顧者，其照顧的滿意度較高，但憂鬱程度無顯著相關，表示正向照顧經驗會影響到照顧的滿意度(Kramer, 1993)。López et al(2005)探討照顧者的照顧影響因子，對照顧者的負向及正向影響分別使用不同的量表進行評估，分別為壓力源(例如，照顧期間、有多少照顧者人數等)、照顧負擔評估、照顧者資源(例如，自尊、社會支持及應對策略)、照顧者問題(例如，憂鬱、焦慮及健康情形改變等)，在照顧負擔評估使用照顧負擔量表(caregiver burden interview, CBI)(Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980)，照顧資源的自尊部分以自尊量表(Rosenberg, 1965)測量、社會支持以簡短社會支持量表(social support questionnaire short form-revised, SSQSR)(Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987)測量、應對策略以簡短應對量表(brief COPE)(Carver, 1997)測量，



結果以照顧者滿意度量表(Caregiving Satisfaction Scale, CSS)(Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989)進行評估，最後發現照顧者與被照顧者先前有良好的關係者，照顧的滿足感較高，正向情緒除了受到照顧者與被照顧者先前關係的影響外，有好的宣洩管道、同一照顧者、保有良好的休閒時間，以及不需外出共作，皆會影響照顧者的正向照顧經驗。不過研究也另外發現照顧者的滿意度與壓力源無關，即有較高客觀的負擔者，與其照顧的滿意度無關。

照顧者正向經驗較好者，其照顧者與被照顧者的關係較緊密，且家屬間的關係也會較親近。Farran et al(1991)以94位失智症照顧者為研究對象，進行半結構方式進行研究，有90%的照顧者重視照顧的正向經驗，像是在照顧層面包含照顧者信心的提升、對被照顧者有好的反應等，在關係層面包含照顧者與被照顧者正向關係提升、珍惜家人關係；而照顧者關係為配偶相較於非配偶者會持較高的正向態度(Farran, Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer, & Wilken, 1991)。Neufeld et al(1998)針對22位男性照顧者進行質性研究，探討照顧者及認知功能障礙老人及他人間的互惠關係，互惠關係指的是照顧者重視照顧的角色、照顧工作可作為子女的典範等，研究發現照顧者與被照顧者間有互惠關係，則正向照顧經驗較好(Neufeld & Harrison, 1998)。Beach(1997)對20位14至18歲的失智症年輕照顧者進行半結構研究，探討照顧滿意度與照顧期間的正向照顧影響，研究結果發現73%的照顧者，其照顧工作對家庭間互動關係有正向影響，例如與家人間關係變親近，也增加其同理心，表示有較好的正向經驗，其照顧者及被照顧者的關係較緊密。

研究顯示有較高的正向照顧分數者，照顧者的憂鬱情形較低。Roff et al(2004)從美國國家衛生研究院的增強阿茲海默症健康照顧資源Resources for Enhancing Alzheimer's Care Health, REACH)中進行研究，比較非洲裔及白人的照顧者在照顧的正向部分(positive aspects of caregiving, PAC)差異，分別抽樣了275位非洲裔照顧者，及343位的白人照顧者，研究結果發現有較高的正向照顧分數者，其憂鬱情形較低。Farran et al(1997)以215位失智症患者的配偶照顧者為研究對象，進

行照顧意義對照顧憂鬱及角色緊張的影響進行問卷調查，研究發現每天照顧活動對照顧者意義越高者，照顧的憂鬱程度及角色緊張程度則越低(Farran, 1997)。照顧者的正向照顧經驗較好，與憂鬱情形及壓力負荷呈現負相關。(Beach, Schulz, Yee, & Jackson, 2000; Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; López, López-Arrieta, & Crespo, 2005; Roff et al., 2004)

三、影響失智症照顧者評估之相關因子

不僅上述的因素會影響到照顧者的正負向照顧經驗，也會受到照顧者及被照顧者的基本特質的影響，在照顧者方面會受到年齡、性別、照顧時間的長短、工作負荷、教育程度、收入、就業情形、健康情形、社會支持、與照顧者關係等因素影響；在被照顧者方面可能會受到患病時間長短、疾病嚴重程度、問題行為的嚴重度、身體功能、認知受損情形、生活品質、教育程度等因為影響(Beinart et al., 2012; Farran et al., 1991; Kramer, 1997; Riedel, Fredman, & Langenberg, 1998)。

影響正向照顧結果的照顧者特質，有年齡、性別、教育程度、健康情況、社會支持、家庭收入等有關(Kramer, 1997; Riedel et al., 1998; 黃惠玲, 劉錦瑩, & 徐亞瑛, 2006)。被照顧者不同的特質會影響到正向照顧結果，像是被照顧者自我照顧的能力、記憶、問題行為疾病的特性有關(Farran et al., 1991; 劉雪娥, 1992)。影響照顧者正向照顧經驗的正相關因素有照顧者與被照顧者之前關係的滿足感、被照顧者認知受損情形、照顧者社會支持的滿足感、照顧者身體健康程度較好及問題解決策略的使用(Tarlow et al., 2004)。在照顧過程中產生的正向照顧經驗影響因素，如照顧者年齡越大，則照顧的正向經驗越差；失智症患者的疾病嚴重程度，嚴重程度越高者，正向照顧經驗越低；照顧正向經驗也會受到照顧者的家庭經濟收入及生活狀況的影響(戴金英 & 唐秀治, 2006)。照顧者個人的照顧特質會影響到正向的照顧經驗，像是年齡、健康狀況、是否有休閒時間、與病患間的關係使

否良好及較少的情緒宣洩，而這些影響取決於照顧者個人對於社會支持的選擇及滿意程度。照顧者的正向照顧經驗較好，與憂鬱情形及壓力負荷呈現負相關，與生活品質及自覺較好身體健康狀況有正相關(Beach et al., 2000; Cohen et al., 2002; López et al., 2005; Roff et al., 2004)。

影響負向照顧經驗的照顧者特質，有年齡、性別、教育程度、健康情況、社會支持等(Martin Piquart & Sörensen, 2007)。影響負向照顧經驗的被照顧者特質，有患病時間長短、疾病嚴重程度、問題行為的嚴重度、身體功能、教育程度、認知功能等(Germain et al., 2008; Mohamed et al., 2010; Martin Piquart & Sörensen, 2007; Schölzel-Dorenbos, Draskovic, Vernooij-Dassen, & Rikkert, 2009)。Piquart等人(2007)研究指出照顧者年紀較大、低社經地位、不好的家庭關係、低社會支持者，會有較高的照顧負荷。有研究指出，女性家庭照顧者，容易產生心理負荷，有較高的孤寂感及憂鬱的情形；而男性的家庭照顧者，較容易產生生理負荷，例如心血管疾病的產生(Beeson et al., 2000; M Piquart & Sorensen, 2004; Schölzel-Dorenbos et al., 2009)。過去文獻指出，阿茲海默型失智症患者的照顧者，其照顧負荷與照顧患者時間長短、患者教育程度及患者的憂鬱程度有高度相關(García-Alberca, Lara, & Berthier, 2011; Mohamed et al., 2010; Martin Piquart & Sörensen, 2007)。中度阿茲海默型失智症患者的問題行為(例如，遊走及言語攻擊)，會對照顧者產生照顧負荷(Gaugler et al., 2010; Gaugler et al., 2011; Mahoney et al., 2003)。

第三節 台灣失智症照顧服務




台灣長期照護資源種類繁多，依服務類型主要分為三大類照護模式，分別為居家式照護、社區式照護及機構式照護，居家式照護包含居家服務(例如，送餐、緊急呼叫服務、交通接送、陪伴服務、個人服務照顧、家事服務)及居家護理；社區式服務包含喘息服務、日間照顧及夜間托顧；而機構式服務則包含養護機構、安養機構、護理之家(又分一般性護理之家及功能性護理之家)及榮民之家。

台灣在照顧失智症患者與其家庭照顧者身上所發展出的長期照護服務相當多元，依服務類型區分為居家式、社區式及機構式服務。居家式包含居家服務、居家護理、居家復健及居家營養服務，居家服務是經由照顧服務員提供家事服務、身體照顧、陪伴與協助就醫等；居家護理則由專業護理人員到府提供專業的護理工作或醫生所指示的醫療措施；居家復健及居家營養服務則是由專業的復健師與營養師提供物理治療、職能治療及營養建議。(于湫, 吳淑瓊, & 楊桂鳳, 2003)

社區式包含日間照顧中心及瑞智學堂，日間照顧中心主要提供家屬在白天送長輩到中心托顧，中心會安排課程及休閒活動，晚上讓長輩回到家中與家人相聚；瑞智學堂主要提供輕度失智症患者進行感官刺激的課程，例如藝術班、音樂班、運動班、懷舊班等。(于湫 et al., 2003; 湯麗玉 et al., 2013)

機構式包含安養、養護及護理之家，當家屬無力負擔照顧失智症患者的壓力時，能夠提供家屬托顧失智症患者於機構中，尋求專業人員全日的照顧。台灣失智症長期照顧亦發展出符合失智症患者的照顧服務模式，例如團體家屋、特殊照顧單元及瑞智互助家庭等服務模式，發展出更多元的失智症照顧模式，使其能夠更符合失智症患者的需求，讓失智症患者得到更好的照顧(于湫 et al., 2003; 湯麗玉 et al., 2013)。

長期照顧失智症患者的家庭照顧者，在身心方面造成極大的衝擊，往往成為



隱形的患者，照顧失智症患者非常不容易，要面對其問題行為及精神症狀，時常半夜要擔心失智症患者會不會獨自出門，或是起來遊走，長期下來無法得到充分的休息。當家屬照顧上遇到瓶頸，感到疲憊時，且日常生活中也有許多事需要勞心，且無法再花更多心力陪伴失智症患者時，日間照顧中心是一個好的選擇，白天將失智症患者送到日間照顧中心，患者可以在中心得到好的照顧，晚上又可以回家與家人相處，而不是直接就將患者送到機構式的服務，可以滿足傳統中國人的孝道，來降低照顧者的罪惡感。失智症患者不能夠因為生病而遠離人群，更需要外界的刺激，外界的刺激可以減緩失智症患者病程發展的速度，透過與人的接觸，給予感官的刺激。

失智症患者的照顧上，適時給予照顧者喘息的空間是必要的。在日間照顧中心及瑞智互助家庭兩種服務模式，都能給予照顧者適時的喘息，以下介紹兩種服務模式的運作方式：

一、日間照顧中心模式

1997年老人福利法第一次修法中，將老人日間照顧服務納入其中，1998年修正老人福利機構設立標準，增加日間照顧設施相關的規定。在2007年老人福利法第二次修法中，修正相關條文，第19條中指出需輔導老人福利機構提供日間照顧服務。日間照顧服務所提供的服務，根據「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」服務內容如下：

- (1) 生活照顧。
- (2) 生活自立訓練。
- (3) 健康促進。
- (4) 文康休閒活動。
- (5) 提供或連結交通服務。
- (6) 家屬教育及諮詢服務。
- (7) 護理服務。
- (8) 復健服務。
- (9) 備餐服務。

據內政部「推廣社會福利補助經費申請補助項目及基準」，從民國88至100年度，政府都將日間照顧服務納入補助項目，藉由補助來發展日間照顧服務。在2011年衛生福利部進一步推行「日間照顧呷百二計畫」，在2013年達到全台日間照顧120家的目標，其中失智症日間照顧中心統計上共有21家(表2-3-1)。

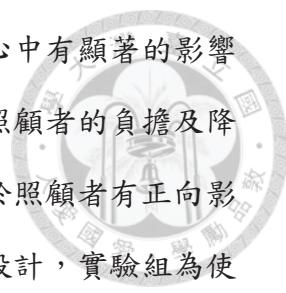
表 2-3-1 台灣 2013 年底日間照顧中心家數

年度	2008	2009	2010	2011	2013	2014
項目	單位數	單位數	單位數	單位數	單位數	單位數
一般日間照顧中心	26	31	54	58	99	103
失智症日間照顧中心	5	8	12	15	21	20
合計	31	39	66	73	120	123

資料來源：衛生福利部社會及家庭署(2014)

研究指出使用日間照顧可以降低照顧者的負面情緒、心理健康及憂鬱等問題(Cox, 1997; Gilleard, Gilleard, & Whittick, 1984; Jarrott, Zarit, Stephens, Townsend, & Greene, 2000)，也有研究指出使用日間照顧不僅可以減少照顧的時數，也能降低照顧者在情緒及心理上的問題(Zarit, Stephens, Townsend, & Greene, 1998)；但有些研究設計涵蓋較多不同服務模式的研究結果顯示，日間照顧的使用對於負面情緒及心理健康的沒有顯著影響(Lawton, Brody, & Saperstein, 1989; Montgomery RJV, 1989)。

在某些研究發現日間照顧中心，能夠降低照顧者的負擔。Mossello et al(2008)對使用日間照顧中心的失智症患者及其照顧者進行影響評估，將使用日間照顧中心的失智症患者與居家照顧的失智症患以年齡及認知功能進行配對，其主要照顧者也依此方式進行配對，配對完成後，兩個月後再進行神經精神病徵量表(Neuropsychiatric Inventory, NPI)及照顧者負擔量表(Caregiver Burden Interview, CBI)進行測量，研究結果發現神經精神病徵量表得分在日照中心有顯著的下降，



在照顧者負擔量表部分在居家照顧無顯著影響，而在日間照顧心中有顯著的影響(Mossello et al., 2008)。表示兩個月的日間照顧使用，能夠減輕照顧者的負擔及降低失智症患者的精神症狀。日間照顧中心的使用在心理層面對於照顧者有正向影響，能使照顧者減輕照顧的負荷。Zarit et al(1998)採用準實驗設計，實驗組為使用日間照顧的服務，對照組則是沒有使用日間照顧服務或使用少部分的喘息服務，進行一年的評估，分別在開始、3個月及12個月進行6個構面測量，分別為角色的束縛、負荷、擔心、壓力、憂鬱、生氣與正向的影響進行評估，研究結果發現實驗組與對照組在3個月的使用日間照顧後，實驗組在憂鬱和生氣以及負荷和壓力的分數有顯著的降低，在一年的使用下，在負荷及憂鬱有顯著的降低(Zarit et al., 1998)。所以，日間照顧的使用能夠提升照顧者在心理健康，且降低照顧者的照顧壓力。

日間照顧中心提供老年人白天有地方可以托顧，讓家人可安心工作或過作自己想做的事。日間照顧不僅能夠促進老年人的健康與生活品質，給予照顧者喘息的機會，也能減緩失智症患者延長住進機構的時間(Hasselkus, 1997; Johnson & Maguire, 1989; Neufeld & Strang, 1992; 黃敏鳳 et al., 2004)。黃敏鳳(2004)針對9位失智症患者及其家庭照顧者，進行質性研究，結果指出，日間照顧能夠提供照顧者心理層面的支持，照顧者覺得心理負荷可因使用日間照護減輕壓力，獲得喘息的機會，但是在經濟層面負荷是增加的情況。另外，在情緒與情感支持層面，照顧者覺得與失智症患者間關係獲得改善，對於患者也能夠持續表達關懷及關愛，滿足中國傳統孝道的需求，且幫助維持家庭的完整性。

日間照顧對於失智症患者可以提供生理監測、增加失智症患者的社會接觸、增進失智症患者的快樂及滿足感、維持認知功能及延緩認知功能退化、改善失智症患者影響情形及降低憂鬱和沮喪感。對於照顧者則是能夠暫時幫忙照顧被照顧者，給予照顧者時間運用的彈性；減輕照顧者的照顧負荷；能夠使照顧者盡孝道；讓照顧者可以工作，不用因照顧工作而辭職或改變工作型態；照顧者獲得好的生

活品質(呂寶靜 et al., 2014)。



二、瑞智互助家庭模式

同樣屬於社區失智症長者照護服務照護的一種服務的瑞智互助家庭在社區提供家屬及失智症患者的活動空間，是一種結合非藥物治療、家屬團體、照顧技巧訓練及人才培養的照顧模式。讓家屬能夠在白天帶著失智症患者參與社交活動，藉由家屬間互相幫助與照顧技巧交流下，提升家屬與失智症患者的生活品質，延緩進入日間照顧及機構的時間。且在參與的過程中，不僅家屬間可以相互照顧，失智長輩之間也能藉由團體活動的參與，產生相互照顧的效果，更難得的是，可以藉由照顧不同的長輩，使得原本緊張的照顧關係獲得緩解(王增勇 & 蔡曉欣, 2014; 湯麗玉 et al., 2013)。

2005年台灣失智症協會開始「瑞智學堂」的服務，家屬對於此服務延緩失智症患者退化的進程給予相當大的肯定，但是此服務模式以10週為一梯次，每位患者每週只能參與一堂課程，家屬們希望能夠參與更多的課程，在家屬及失智症患者的需求下，開放原本學堂的空間，給家屬自行帶長輩與其他家庭互動，進行社交活動。由於家屬及失智症患者需要場所，使他們可以與他人進行社交活動，2011年「瑞智互助家庭」正式成立，這個場所不僅給予失智症患者外在刺激，也給予家屬照顧上的支持，形成一個互助的網絡。家屬間的支持，能夠減輕照顧上的壓力，也可以分享彼此的照顧經驗，互相學習及成長。

家屬支持團體對於照顧者是有幫助的。Chien et al(2011)的研究中發現，從不同的資料庫中，收集了1998年至2009年間，家屬支持團體的相關研究進行後設分析(Meta-analysis)，研究結果發現照顧者支持團體與照顧者的心理健康情況、憂鬱情形、負荷以及社交結果有顯著的關係(Chien et al., 2011)。李娟娟(2004)以半開放式參與研究對失智症患者的照顧者進行研究，並探討家屬支持團體對照顧者的成效，研究結果發現照顧者期待從家屬支持團體中獲得照顧上的建議、照顧技巧

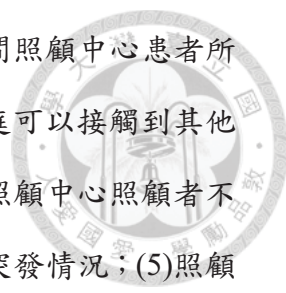
和未來照顧的方向，且此研究互動的型態大多為建議性為主(李娟娟, 2004)。

湯麗玉(2000)針對失智症家屬團體成效進行探討，進行10次的家屬支持團體，資料分析部分使用Yalom的團體治療因素架構來信行分析，Yalom的團體治療有效治療因素有11種，分別為「希望的灌注(instillation)」、「普及性(Universality)」、「知識訊息傳授(imparting information)」、「利他性(Altruism)」、「早期家庭經驗的矯正重整(corrective reenactment of primary family group)」、「發展社交技巧(development of social interaction techniques)」、「模仿行為(imitative behaviour)」、「人際學習(interpersonal learning)」、「存在因素(existential factors)」、「情緒宣洩(catharsis)」、「團體凝聚力(group cohesiveness)」，研究結果發現家屬支持團體明顯的治療因子有希望的灌注、普遍性、知識訊息傳授、利他性、發展社交技巧、情緒宣洩及團體凝聚力，表示開放式的家屬支持團體對於照顧者是有幫助的(湯麗玉, 葉炳強, 陳良娟, & 謝碧容, 2000)。

以上研究都表示家屬支持團體能夠增加照顧者照顧失智症患的品質。瑞智互助家庭的服務模式可以藉由家屬間的互助合作關係，來達到家屬支持的效果，藉由彼此之間的經驗分享，來提高照護品質。簡伶育(2010)研究指出，支持團體的介入對照顧者的心理健康、憂鬱、負荷皆有顯著相關，而有多專業背景的領導者會有較高的支持團體改善效果(簡伶育, 2010)。

三、日間照顧中心與瑞智互助家庭之比較

日間照顧中心與瑞智互助家庭兩種服務模式最大的不同處，有以下幾點。(1) 使用服務的時間：日間照顧中心通常每日使用8小時，很少有送失智症患者每天4個小時至中心，而瑞智互助家庭使用服務時間相對彈性，可以選擇一週使用天數，且可以選擇每日使用時段，可以給予失智症患者彈性安排其他相關活動；(2) 活動安排的彈性：日間照顧中心每周會安排固定課程，失智症患者每日到達日間照顧中心需進行中心所安排活動，而瑞智互助家庭不會安排課程給患者，讓失智



症患者自由選擇當日想要從事的活動；(3)與社會接觸機會：日間照顧中心患者所接觸到的人，以其他患者及工作人員居多，但是在瑞智互助家庭可以接觸到其他患者及家屬，接觸更多不一樣的刺激；(4)家屬參與程度：日間照顧中心照顧者不需要陪伴患者，而瑞智互助家庭照顧者需要陪同患者，以因應突發情況；(5)照顧品質提升：瑞智互助家庭藉由不同家庭間，照顧經驗的分享，提升照顧能力，使失智症患者能夠得到照顧品質上的提升；(6)照顧者時間上的彈性：日間照顧中心由於照顧者不需陪伴患者，日常生活有更多的時間可以安排自己的活動；(7)專業人員：日間照顧中心需要多位專業人員，瑞智互助家庭指需要一位管理人員，大幅降低人力的使用。

四、小結

雖然日間照顧中心與瑞智互助家庭同樣屬於給失智症長者的社區式照護，雖然這兩種模式對家屬的支持與家屬的參與其實是不相同的，但是對這兩種服務對家庭照顧者的影響，目前台灣較缺乏相關的評估。故應從多元角度來來評估這兩種不同服務模式對於照顧者及被照顧者的影響。

第四節 評估工具回顧



國內外研究對於失智症照顧者的評估較常使用，照顧者評估量表(CAS)、Zarit 負擔量表(ZBI)、照顧者壓力量表(CSI)及正向照顧經驗量表(PAC)等量表，本研究根據研究目的及文獻回顧後，選擇照顧者評估量表(CAS)及照顧者壓力量表(CSI)進行問卷調查，以下將詳細介紹此兩種量表。

一、照顧者評估量表(Caregiver Appraisal Scale, CAS)

Lawton(1989)所發展的照顧者評估量表(Caregiver Appraisal Scale, CAS)，問卷發展為了測量照顧者的使用相關長期照顧服務進行評估，問卷題項共47題，分數範圍47~235，包含了五個面向，分別為主觀照顧負擔(Subjective caregiving burden)，照顧的影響(Impact of caregiving)，照顧的熟練能力(Caregiving Mastery)，照顧的滿足感(Caregiving satisfaction)，重新評估的認知(Cognitive reappraisal)，每個面向題數各為13題、9題、12題、9題及4題，採用五點尺度計分，分數越高表示程度越高。主觀照顧負擔的問題包含，「因為照顧患者，而造成生活失去掌握?」、「覺得不能再照顧被照顧者很久了?」、「當你照顧患者時，會感到生氣?」。照顧的影響題項有，「您的社交生活因為照顧患者而產生困擾?」、「您的時間分配因為照顧患者而使得您沒有足夠的時間給自己?」、「您因為照顧患者而沒有個人的隱私?」照顧的熟練能力題項有，「不確定該為患者做甚麼事?」、「您應該要再為患者做的更多?」、「我能夠清楚知道患者的需求?」。照顧的滿足感題項有，「您樂於與患者在一起?」、「照顧患者，讓您覺得與患者更親近?」、「再與患者的關係上，您做了很多必須做的事，而不是您想要做的事?」。重新評估的認知題項有，「您照顧患者其中一個重要原因是因為家庭的傳統?」、「因為照顧患者而使得你寄託宗教信仰?」、「您認為照顧患者是對於患者的一種報答?」。內部一致性信度為(Cronbach's alpha)為0.90(Lawton, Brody, et al., 1989; Lawton, Kleban, et al., 1989; Lawton, Moss, Hoffman, & Perkinson, 2000)。

二、修訂版照顧者壓力量表(Modified Caregiver Strain Index, MCSI)

照顧者壓力量表(Caregiver Strain Index, CSI)為Robinson(1983)所發展的量表，Robinson剛開始研究對象為因髖關節手術而住院或因心臟病而住院的病人的照顧者，照顧者年齡介於22~83歲，可為患者的配偶、家人、鄰居或朋友。照顧者壓力量表(CSI)題項共13題，計分方式採用二分法，「1」表示是，「0」表示否，總分為0~13分，分數越高表示壓力越大。此量表的內部一致性信度(Cronbach's alpha)為0.86，建構效度的部分可從三部分取得，分別為病人的照顧特質、照顧者與被照顧者間的主觀感受及照顧者的情緒健康情形。研究結果照顧者壓力量表(CSI)可以針對非正式照顧者的照顧壓力有效的進行測量(B. C. Robinson, 1983)。

修訂版照顧者壓力量表(Modified Caregiver Strain Index, MCSI)於2003年由Thornton所提出，因為照顧長期照顧慢性疾病的老人年大多由非正式的照顧者照顧，照顧者在社會關係上往往會產生憂鬱、疲勞、悲傷及改病的情形，使得照顧者的身體健康出現問題及造成勞累。校正後的照顧者壓力量表(MCSI)題項為13題，計分方式採用三點尺度，「2」表示常常如此，「1」表示有時如此，「0」表示沒有。總分為0~26分，分數越高表示壓力越大。問卷題項有，「我的睡眠受到干擾(例如，夜間需照顧患者上下床或遊走情況)」、「因照顧所造成的身體壓力(例如，患者移動坐位時很耗力或需花很大專注力照顧患者)」、「因為照顧而感到受限(例如，因為照顧患者限制了自由時間或無法隨意外出)」。

修訂版的量表內部一致性信度(Cronbach's alpha)為0.90，再測信度為(test-retest reliability)為0.88，此工具對於長期照顧領域照顧者的壓力可進行穩定的量測(Thornton & Travis, 2003)。

MCSI量表針對CSI量表進行項目的調整，使CSI量表能夠對長期照顧的照顧者進行評估。造成照顧者負荷的原因有很多因素，像是家庭角色的衝突、財務負擔、照顧角色的衝突、照顧者的社會支持、失智症患者的認知功能程度和問題行

為等，皆會影響照顧者的整體負荷評估，所以照顧者的負荷評估應進行更全面的考量。



三、小結

現今照顧者所使用的評估量表大多為負向的評估，且缺乏全面性的評估量表，無法同時對照顧者進行正向及負向的評估，本研究將自行發展新的量表，使用校正後的照顧者壓力量表(MCSI)及擷取部分照顧者評估量表(CAS)之題項，發展為新的多元照顧者評估量表，期望能夠以精簡的題項，對照顧者進行有效的評估。

第三章 研究方法與設計



第一節 研究架構

本研究為橫斷性研究，採用立意取樣，以失智症患者的主要照顧者為收案對象，將使用結構式問卷，進行問卷調查。

本研究想了解在日間照顧中心及瑞智互助家庭兩種不同的照護模式下，不同的照顧特質是否也會影響照顧者的負荷，並在控制人口學特質後，進一步探討照顧者的照顧負荷是否會有所不同。

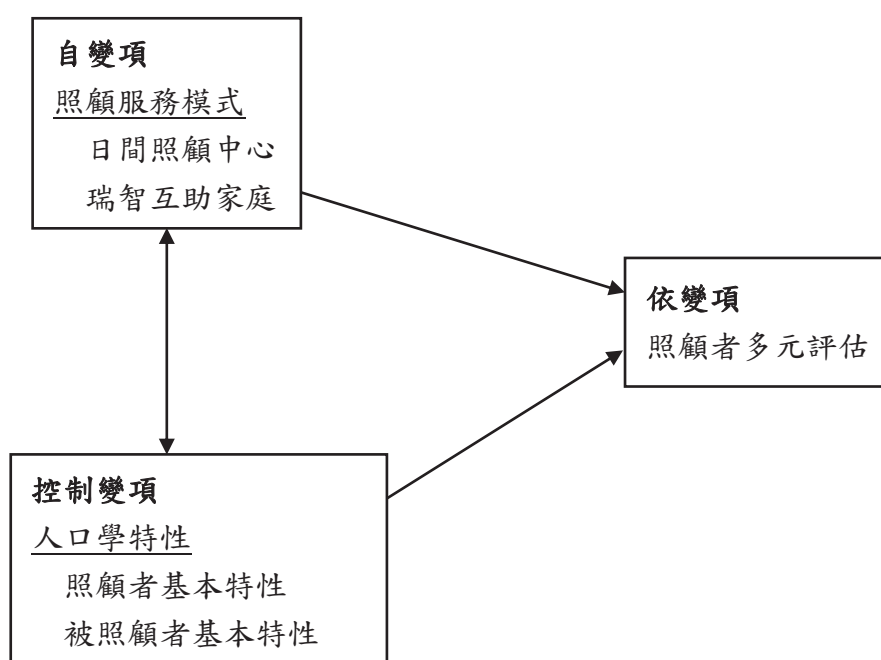


圖 3-1-1 研究架構

第二節 研究對象



本研究採立意取樣，針對臺北市五間日間照顧中心失智症患者的主要照顧者，以及瑞智互助家庭的失智症患者的主要照顧者，研究納入條件：(1)20歲以上；(2)經醫師確診為失智症之患者的主要照顧者；(3)言語能夠溝通者；(4)在家中花費最多時間直接或監督照顧工作的家屬(邱啟潤 et al., 2002)。若是主要、次要照顧者無法判定時，兩者皆發放問卷(湯麗玉, 1991)。排除條件：(1)失智症患者使用該項服務時間未滿3個月；(2)失智症患者每週使用天數低於3天；(3)排除外籍照顧者。在徵求主要照顧者同意後，對主要照顧者進行問卷調查，主要以自填的方式填答問卷，若是有需要時也能夠以訪談的方式進行。

第三節 研究過程

本研究資料收集時間為2015年3月9日至2015年6月30日，共計17週，預計收案總數為100份。研究樣本收集流程至日間照顧中心及瑞智互助家庭進行收案，將其分為兩組，一組為使用瑞智互助家庭的主要照顧者，另一組為使用日間照顧的主要照顧者。日間照顧收案方式，由於使用此服務模式之被照顧者，大多為機構交通接送往返住所，若要進行面對面收案有執行上困難，所以委託日間照顧中心的行政單位進行發放問卷，問卷發放前，研究人員會親自前向日間照顧中心，對負責代發問卷之人員詳細說明研究者身分、研究目的、研究對象及問卷內容，且對日間照顧中心之提問進行解說。等待問卷回收後，檢查問卷填答完整度，若是有漏答的情況，則與日間照顧中心協商，是否可以以電話訪談的方式將提項補齊，而若為無效問卷，則會進行二次發放問卷，來增加問卷回收率。瑞智互助家庭的收案方式亦同於日間照顧。所收集的資料僅供計畫主持人及研究人員使用，不會將個人資料洩漏給單位，保護收案對象的使用權益，最後只會將研究結果與單位分享，研究結果提供給單位，為日後改善服務之建議。在徵求受試者同意，簽署受試者同意書後，才開始進行問卷的調查。在填

答問卷前，先跟受試者詳細說明問卷內容，主要交由受試者自行填答問卷，必要時研究者以訪談的方式代為填答。每份問卷約填答10至20分鐘。完成者會提供小禮品以示感謝。



第四節 研究工具

本研究採用結構式問卷，問卷分為兩個部分，為基本資料表、家庭照顧者多元評估。詳細內容分述如下。

一、基本資料表

基本資料表變項依據文獻回顧及研究興趣選定，分成兩大部分，第一部分為主要照顧者基本資料，包含性別、年齡、與被照顧者關係、是否與被照顧者同住、婚姻情況、教育程度、職業、就業狀況、照顧前後就業狀況是否改變、照顧病患期間、每日照顧時數、是否有看護協助照顧病患及家庭年收入。主要照顧者基本資料變項操作型定義，如表 3-4-4。第二部分為被照顧者基本資料，變項包含使用服務類型、性別、年齡、居住情況、婚姻情況、教育程度、現在是否就業、現在是否領月退俸、患病前職業、發病年齡、患病期間、失智症程度及主要照顧者或被照顧者有使用到的長期照護相關服務。被照顧者基本資料變項操作型定義，如表 3-4-5。本研究自變項為使用的服務類型，其操作型定義如表 3-4-1。

二、家庭照顧者照顧負荷評估

本研究的問卷在家庭照顧者照顧多元評估分為三個子量表，分別為照顧者壓力指數量度表、照顧的滿足感及照顧的熟練能力。問卷題項如表 3-4-2。照顧者壓力指數量度表方面採用 Thornton(Thornton & Travis, 2003)所發展的 Modified Caregiver Strain Index(MCSI)，英文版問卷題項共有 13 題，計分方式採用三點尺度，「2」表示常常如此，「1」表示有時如此，「0」表是沒有。總分為 0~26 分，分數越高表示壓力越大。本研究問卷，也將此分為三個尺度，「1」表示完全無，

「2」表示有時，「3」表示經常，此部分總分為 13~39 分，分數越高表示負向影響越大。

在照顧滿足感及照顧的熟練能力方面使用 Lawton(Lawton, Kleban, et al., 1989)發展的照顧者評估量表(Caregiver Appraisal Scale,CAS)中兩個正向評估的子量表，分別為照顧的滿足感及照顧的熟練能力，題項依研究目的及問卷長度的考量下，改為 5 題及 4 題，計分方式由原本使用五點尺度計分，「1」表示非常不同意，「2」表示不同意，「3」表示普通，「4」表示同意，「5」表示非常同意，為了與照顧者壓力指數統一，改採用 3 點尺度。而原本的計分方式，與負向照顧影響所評量尺度不同，且採用同不同意為評量方式，由於同不同意的評分方式較無法比較出等級，所以改採用頻率的方式進行評量。此部分總分為 9~27 分。

而家庭照顧者多元評估量表是將 3 個子量表加總。為了使各項題目呈現相同方向，所以在總分計算時，將照顧的滿足感及照顧的熟練能力子量表改用反向計分，「3」表示完全無，「2」表示有時，「1」表示經常，在照顧的滿足感及照顧的熟練能力這兩部分的分數越高表示照顧的滿足感及熟練能力越不好。整體量表總分範圍為 22~66 分。分數越高表示照顧者負荷越大。

本問卷效度部分進行建構效度分析，使用驗證性因素分析(confirmatory factor analysis, CFA)做檢驗。信度則會先進行預測，檢定問卷的內部一致信(Cronbach alpha)值。變項操作型定義，如表 3-4-3。

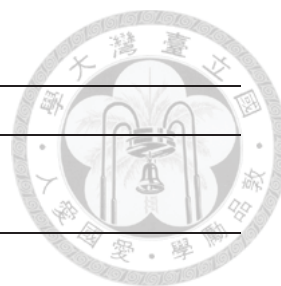


表 3-4-1 自變項操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
服務類型	類別	1=日間照顧中心 2=瑞智互助家庭

表 3-4-2 家庭照顧者多元評估量表問卷構面及題項內容

構面	題項內容
照顧者壓力指數	1. 感到困身 (例：因自由時間減少了或不能外出)
	2. 感到不方便 (例：需花很多時間或長途跋涉去協助病患)
	3. 感到身體疲累 (例：需專注看護病患或費力去幫助病患坐立)
	4. 睡眠被打擾 (例：需夜間照顧要上下床或無法安頓的病患)
	5. 起居生活習慣有變動 (例：往常的家居工作被打擾，私人時間少了)
	6. 個人計劃的改變 (例：要放棄轉換工作的念頭，或者不能放假)
	7. 要花時間應付其他人的需求 (例：來自其他家庭成員的要求)
	8. 情緒上要適應 (例：因為出現激烈的爭吵)
	9. 病患某些行為令人煩厭 (例：失禁、記事困難或怪別人拿了他的東西)
	10. 發現病患改變很大而令你感到不安 (例：他跟以往完全不同)
	11. 要改變工作安排 (例：因為要特別請假照顧病患)
	12. 財政負荷
	13. 感到心靈疲累 (例如：因為擔心或顧慮該如何處理病患)
	14. 照顧工作讓您覺得和失智症患者更親近
照顧的滿足感	15. 您樂於和失智症患者相處
	16. 照顧失智症患者的工作能提升您的自尊
	17. 當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂

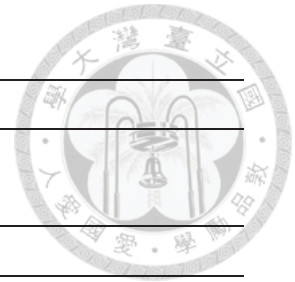
構面	題項內容
照顧的熟練能力	18. 失智症患者感謝您為他所做的事
	19. 您非常了解失智症患者的需要
	20. 您不確定要為失智症患者做什麼
	21. 只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧
	22. 您能處理失智症患者大部分的問題

表 3-4-3 家庭照顧者多元評估量表操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
家庭照顧者多元評估	連續	三個子量表照顧者壓力指數、照顧的滿足感、照顧的熟練能力分數加總。可能分數範圍 22~66 分。
照顧者壓力指數	連續	共 13 題，可能分數範圍 13~39 分。
照顧的滿足感	連續	共 5 題，可能分數範圍 5~15 分。
照顧的熟練能力	連續	共 4 題，可能分數範圍 4~12 分。

表 3-4-4 照顧者基本資料操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
性別	類別	1=男 2=女
年齡	連續	民國 104 年減去出生民國年
照顧者關係	類別	1=配偶 2=父母 3=兒子/女兒 4=孫子/孫女 5=兄/弟/姊/妹 6=女婿/媳婦 7=其他
是否同住	類別	1=無 2=有
婚姻情況	類別	1=已婚 2=未婚 3=離婚 4=喪偶 5=同居 6=其他
教育程度	類別	1=未受過正式教育 2=國小 3=國(初)中 4=高中職 5=專科 6=大學 7=研究所以上
職業	類別	1=軍 2=公、教 3=農 4=工 5=商 6=自由業 7=學生 8=其他
就業狀況	類別	1=全職工作(35 小時或以上/週) 2=兼職(少於 35 小時/週)



變項名稱	屬性	操作型定義
		3=退休 4=待業 5=請假
照顧前後就業狀況是否改變	類別	1=沒有變化 2=提前退休 3=變更工作形式(例如:改變成兼職工作) 4=開始工作 5=家庭因素/或因被請辭 6=辭職 7=請假 8=被辭退 9=增加照顧時間 10=減少照顧時間 11=其他
照顧病患期間	連續	年：0~99 月：1~12
每日照顧時數	連續	1~24 小時
是否有看護協助照顧病患	類別	1=無 2=有
家庭年收入	序位	1=低於 30 萬元 2=在 30 萬到 39 萬元間 3=在 40 萬到 49 萬元間 4=在 50 萬到 59 萬元間 5=在 60 萬到 69 萬元間 6=在 70 萬到 79 萬元間 7=在 80 萬到 89 萬元間 8=超過 90 萬元 9=其他

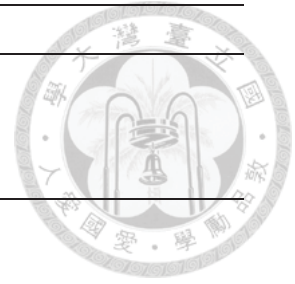
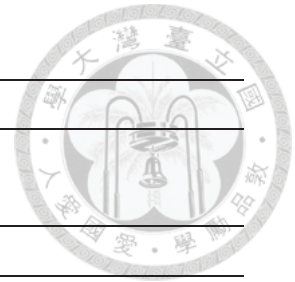
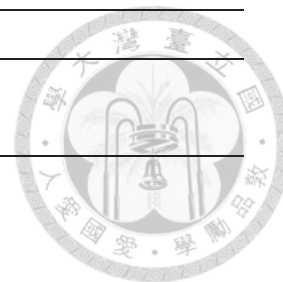


表 3-4-5 被照顧者基本資料操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
性別	類別	1=男 2=女
年齡	連續	民國 104 年減去出生民國年
居住情況	類別	1=與配偶同住 2=與子女同住 3=與孫子(女)同住 4=獨居 5=與看護同住 6=其他
婚姻情況	類別	1=已婚 2=未婚 3=離婚 4=喪偶 5=同居 6=其他
教育程度	類別	1=未受過正式教育 2=國小 3=國(初)中 4=高中職 5=專科 6=大學 7=研究所以上
現在是否就業	類別	1=否 2=是 3=其他
現在是否領月退休	類別	1=否 2=是
患病前職業	類別	1=軍 2=公、教 3=農 4=工 5=商 6=自由業 7=其他
發病年齡	連續	0~99



變項名稱	屬性	操作型定義
患病期間	連續	年：0~99 月：1~12
失智症程度	類別	1=認知功能障礙 2=輕度 3=中度 4=重度
主要照顧者或被照顧者有使用到的長期照護相關服務	類別	1=服務相關資訊 2=送餐 3=居家護理 4=居家醫師 5=居家營養師 6=居家藥師 7=物理治療 8=職能治療 9=語言治療 10=居家呼吸治療師 11=喘息服務(包含機構式、居家式喘息服務) 12=家務協助 13=身體照顧服務(個人生活照護，像是洗澡等) 14=家庭托顧 15=交通接送服務 16=生活輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務 17=照顧者培訓或教育課程 18=老人餐飲服務(送餐或共餐) 19=照顧者支持團體 20=心理諮商 21=任何政府補助 22=長期照顧機構服務 23=其他服務



第五節 問卷效度與信度測試

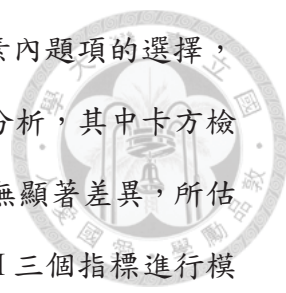


一、效度

指測量研究工具是否能夠真正測得研究者所感興趣的事物。本研究問卷採用 Thornton 等人(2003)所發展的 Modified Caregiver Strain Index(MCSI)量表，以及 Lawton 等人(1989)發展的照顧者評估量表(Caregiver Appraisal Scale,CAS)，取其中兩個子量表，分別為照顧的滿足感及照顧的熟練能力，將問卷題項翻譯成中文，並且根據失智症照顧者特性進行調整，來符合研究目的。

本研究分別使用 Mplus7.2 版套裝軟體及 SPSS 20.0(IBM., 2014)版套裝軟體，對照顧者多元評估量表進行探索性因素分析(exploratory factor analysis, EFA)及驗證性因素分析(confirmatory factor analysis, CFA)，建構效度(construct validity)大多採用驗證性因素分析(confirmatory factor analysis, CFA)進行分析，建構效度分為收斂效度(convergent validity)和區辨效度(discriminate validity)兩類，使用收斂效度檢驗相同構面下的題項，相關程度高表示有收斂；使用區辨效度測量兩個構面間，其相關程度高低，若相關程度低表示有區辨效度，藉此瞭解本研究問卷各個構面子題項的收斂效度及各個構面間的區辨效度，以達到評估照顧者多元評估量表之建構效度。

在進行效度分析前，為了確定研究資料各變數觀察值間是否具有共變異數存在，先進行 KMO 取樣適切性檢定及巴氏球形檢定，KMO 值越接近 1，表示變項的相關越高，適合進行因素分析，巴氏球形檢定是針對變項間相關矩陣的球形檢定，分布約略呈現卡方分布，而 χ^2 值越大，表示變項間相關係數越高，越適合進行因素分析。確定適合因素分析後，接著進行探索性因素分析，因素萃取(factor extraction)的方法使用主成分分析法(Principal Component Analysis)進行萃取，每個因素的特徵值需大於 1 才有意義，所以將特徵值設為 1 才進行萃取，因素軸轉



(factor rotation)則以最大變異法(Varimax)來進行正交軸轉，因素內題項的選擇，負荷量為 0.5 以上則將其納入該因素中。接著進行驗證性因素分析，其中卡方檢定的 P-Value 應大於 0.05 接受虛無假設，表示本研究與母體並無顯著差異，所估計的結果與原始資料相符。而本研究使用 χ^2/df 、RMSEA、CFI 三個指標進行模式配適度判定。 χ^2/df 小於 5 表示模式有理想的契合度(Harris, 1998)。RMSEA 數值小於 0.05，表示理論模式可以被接受，此標準訂為「良好適配」；若 RMSEA 數值介於 0.05 到 0.08 之間，訂為「不錯適配」；0.08 到 0.10 之間，訂為「中度適配」；RMSEA 大於 0.1 時，則表示「不良適配」。CFI 值越接近 0.9，表示模式可被接受。本研究判定各指標判定標準分別為 χ^2/df 小於 5，RMSEA 小於 0.1，CFI 大於 0.9，達以上標準判定為可被接受模式。構面題項的聚合效度判定標準，當負荷量大於 0.5 判定該題項具聚合效度；構面間的區辨效度判定標準，當構面間的相關係數小於 0.8 表示兩構面間具有區辨效度(楊國樞, 文崇一, 吳聰賢, & 李亦園, 1989)。

二、信度

指測量研究工具所測量結果的一致性(Consistency)。信度部分將採用內部一致性信度(coefficient of internal consistency)來進行測量，內部一致性信度常使用的方法庫李法(Kuder-Richardson method)和 α 係數(Cronbach's alpha)，本研究將使用 coefficient alpha 進行信度分析，對問卷各個構面進行信度分析，群組比較內部一致性信度介於 0.50~0.70 以上，而個別比較內部一致性信度達 0.90 以上(Numally, 1978)。

第六節 統計方法



資料收集後，題項進行編碼再建檔入電腦。本研究將以 SPSS 20.0 版統計軟體進行資料的分析。

一、描述性統計

使用描述性統計針對照顧者及被照顧者基本資料、多元評估量表進行分析，連續變項的分布情形以平均值、最大值、最小值、標準差的方式呈現；在類別及序位變項的部分則以次數、百分比的方式呈現。

二、推論性統計

(一) 雙變項分析

將單一依變項與單一自變項間的關係進行分析。依變項為連續變項，將進行獨立樣本 t 檢定(Independent-Samples t Test)或單因子變異數分析(One-Way ANOVA)，若是樣本呈現非常態分佈則進行 Wilcoxon 符號等級檢定(Wilcoxon signed rank test)。若依變項為類別變項，將進行卡方檢定(Chi-square Test)。

1. 使用獨立樣本 t 檢定(Independent-Samples t Test)：使用日間照顧或使用瑞智互助家庭的服務(分為二類別之類別變項)對照顧者多元評估量表(連續變項)進行差異分析。
2. 卡方檢定 (Chi-square test)：分析使用日間照顧或使用瑞智互助家庭的服務(類別變項)與家庭照顧者性別(類別變項)、就業狀況(為三類以上類別變項)、家庭年收入(為三類以上類別變項)之相關性。分析使用日間照顧或使用瑞智互助家庭的服務(類別變項)與被照顧者性別(類別變項)、居住情況(為三類以上類別變項)之相關性。

3. 變異數分析 (Analysis of Variance, ANOVA)：分析失智症程度(為三類以上類別變項)對照顧者多元評估量表(連續變項)進行差異分析。



(二) 多變項分析

1. 針對研究目的一，利用複迴歸分析(Multiple Regression Analysis)對使用日間照顧中心或瑞智互助家庭的兩種服務類形，對於結果變項多元評估量表、照顧者壓力指數、照顧的感足感及照顧的熟練能力改變量的影響。將獨立樣本 T 檢定及 ANOVA 檢定之結果具顯著的變項，進一步進行逐步迴歸(Stepwise)挑選自變項放入迴歸中，控制其他干擾變項，來了解使用服務的類型對於結果變項改變量的影響。另外，將依照照顧時間長短進一步分層分析，以照顧三年以上為切點，比較是否因照顧時間較長，進而使多元評估有所差異。
2. 針對研究目的二，利用羅吉斯迴歸分析(Logistic Regression Analysis)探討照顧者及被照顧者的基本特質對選擇使用日間照顧或瑞智互助家庭的機率。將照顧者及被照顧者特質進一步以逐步迴歸(Stepwise)法，挑選自變項放入迴歸模型中，在控制其他干擾變項下，了解照顧者及被照顧者的基本特質對選擇不同服務模式的機率。
3. 針對研究目的三，利用複迴歸分析(Multiple Regression Analysis)探討照顧者及被照顧者基本特質，對結果變項多元評估量表、照顧者壓力指數、照顧的感足感及照顧的熟練能力改變量的影響。以逐步迴歸(Stepwise)挑選自變項放入迴歸中，在控制其他干擾變項的情形下，了解照顧者及被照顧者特質對結果變項改變量的影響。

第四章 研究結果



本章根據研究結果分為八節描述。第一節為問卷回收情形描述；第二節為問卷信效度分析；第三節為樣本特徵與各變項分布情形；第四節探討日間照顧與瑞智互助家庭對照顧者多元評估的答題分析；第五節針對多元評估量表之照顧者及被照顧者基本特質比較；第六節日間照顧及瑞智互助家庭服務之多元評估多變項分析；第七節照顧者與被照顧者之特質對選擇使用日間照顧及瑞智互助家庭服務多變項分析；第八節照顧者與被照顧者的基本特質之多元評估多變項分析。

第一節 問卷回收

本研究採用立意取樣方式進行抽樣。分別在五間日間照顧中心及一間瑞智互助家庭進行問卷發放。問卷總計回收 96 份，日間照顧中心於西湖日間照顧中心、中山日間照顧中心、士林日間照顧中心、怡仁居日間照顧中心及德來日間照顧中心進行收案，整題有效問卷回收率為 97%。日間照顧中心總共回收 71 份，有效問卷為 69 份，有效問卷回復率為 96%；瑞智互助家庭總共回收 25 份，有效問卷為 24 份，有效問卷回復率為 96%。其中 3 份問卷未納入有效問卷的原因為研究問卷有三分之一以上問題未能有效填答，為了確保研究問卷品質，故不將其納入有效問卷進行資料分析。


第二節 問卷信效度分析



一、效度

由於本研究量表於國內首次應用於失智症照顧者之探討，為了瞭解本研究問卷各個構面子題間的收斂效度及各個構面間的區辨效度，來評估本研究多元評估量表之建構效度，故針對本研究多元評估量表先進行探索性因素分析(exploratory factor analysis, EFA)，再進行驗證性因素分析(confirmatory factor analysis, CFA)。

進行分析前，先進行資料整理，若未填寫的問卷題項超過 1/3 者，視為無效問卷，將其刪去，若遺漏值未滿 1/3 者，則進行資料差補，在日間照顧中心及瑞智互助家庭共有三份問卷為無效問卷，故最後以 93 份問卷進行分析，有效回收率 97%。本研究使用 SAS 9.3 版套裝軟體，針對資料缺漏的部分進行差補。由於對照顧者平均每日照顧時間、22 題問卷題項為研究重要調查變項，為降低樣本誤差將進行資料差補，資料差補方法以多重插補法(multiple imputation)進行，由於不同組別的家庭照顧者，其多元評估量表的特性會有所不同，所以將日間照顧中心及瑞智互助家庭兩組分開進行差補，且將受訪者的填答資料及基本特性作為背景資訊。資料差補完後，使用 SPSS 20.0 版套裝軟體，針對 93 份問卷進行探索性因素分析。探索性因素分析結果，在 KMO 取樣適切性檢定達 0.827，巴氏球型檢定值為 1070.766，顯著性小於 0.000，表示多元評估量表的題項間具有相關及共同的因素，此多元評估量表適合進行因素分析。在探索性因素分析，以主成份分析法萃取及最大變異法軸轉，而負荷量為 0.5 以上者納入因素中，最後萃取出 4 個因子，由陡坡圖(圖 4-2-1)也可發現，在第五個因子後坡度趨於平緩，所以保留 4 至 6 個較為適合。最後將原始問卷的三個構面，劃分為四個構面，即是將「照顧者壓力指數」分為兩個因子，各為「照顧者壓力指數-日常生活壓力指數」及「照顧者壓力指數-情緒壓力指數」，以及「照顧的滿足感」和「照顧的熟練能力」。如表 4-2-1 至 4-2-4。



將本研究原始問卷，題項為 22 題，分 3 構面，來進行驗證性因素分析，為模式一，結果詳見表 4-2-3。模式一，在模式配適度上，卡方檢定之 P-value 為 0.000、 $\chi^2/df=1.463$ 、RMSEA=0.071、CFI=0.904，結果顯示模式一為可接受之模式。根據陡坡圖結果，接著將原始問卷分為 4 個構面進行分析，將原本「照顧者壓力指數」構面 13 題，分為「照顧者壓力指數-日常生活壓力指數」及「照顧者壓力指數-情緒壓力指數」，「照顧者壓力指數-日常生活壓力指數」包含題項「感到困身」、「感到不方便」、「感到身體疲累」、「睡眠被打擾」、「起居生活習慣有變動」、「個人計劃的改變」、「要花時間應付其他人的需求」、「要改變工作安排」、「財政負荷」、「感到心靈疲累」共 10 題，「照顧者壓力指數-情緒壓力指數」包含題項「情緒上要適應」、「病患某些行為令人煩厭」、「發現病患改變很大而令你感到不安」共 3 題，為模式二。模式二，其模式配適度，在卡方檢定之 P-value 為 0.000、 $\chi^2/df=1.481$ 、RMSEA=0.072、CFI=0.901，由指標判定模式二為可接受之模式。如表 4-2-3。

再來檢驗各題項的聚合效度，如表 4-2-4，其中題項 20「您不確定要為失智症患者做什麼」(0.242)之負荷量未達 0.5，其餘 21 題的負荷量皆大於 0.5，此模式有良好的聚合效度。多元評估量表個構面之間的區辨效度，如表 4-2-5，兩構面間的相關係數皆小於 0.8，表示個構面之間具有良好的區辨效度。

由於題項 20 的聚合效度模式一、模式二不好，模式三、模式四將題項 20 刪除後進行分析，配適度結果如表 4-2-3。模式三卡方檢定之 P-value 為 0.000、 $\chi^2/df=1.487$ 、RMSEA=0.072、CFI=0.901，由指標判定模式三為可接受之模式；模式四卡方檢定之 P-value 為 0.000、 $\chi^2/df=1.494$ 、RMSEA=0.073、CFI=0.900，由指標判定模式四為可接受之模式。

進一步使用驗證性因素分析，探討修改構面構後的問卷模式是否適合。本研究原始的多元評估量表為 3 構面為模式一，兩構面間的區辨效度結果都不錯，皆

小於 0.8。而修改後的多元評估項表為 4 個構面為模式二，其區辨效度結果也不錯，皆小於 0.8，但是在構面「照顧者壓力指數-日常生活壓力指數」及「照顧者壓力指數-情緒壓力指數」間，區辨效度為 0.739 接近 0.8，如表 4-2-6。而模式一及模式二驗證性因素分析結果，各項指標以模式一結果最好，為了增加本研究與其他相關研究之比較性，故選擇模式一，維持原始問卷設計，進行後面的統計分析。

二、信度

效度測試後，進行信度分析，使用內部一致性信度(coefficient of internal consistency)來進行分析。根據 Numally(1978)群組題項比較內部一致性信度需 0.50~0.70 以上，而個別題項比較內部一致性信度達 0.90 以上較佳。將本研究原始問卷，進行信度測試，統計結果如表 4-2-7，整體問卷 Cronbach's α 值為 0.905，三個構面「照顧者壓力指數」、「照顧的滿足感」、「照顧的熟練能力」的 Cronbach's α 值分別為 0.911、0.803、0.744，皆大於 0.7，具有良好信度。

模式二將研究問卷構面分為四個構面後，整體總量表的 Cronbach's α 值並無改變，Cronbach's α 值為 0.905，四個構面「照顧者壓力指數-日常生活壓力指數」、「照顧者壓力指數-情緒壓力指數」、「照顧的滿足感」、「照顧的熟練能力」，分別為 0.900、0.784、0.803、0.744，Cronbach's α 值皆大於 0.7，表示模式二具有良好信度。模式三，依模式一的構面分類，將「照顧的熟練能力」構面內的題項「您不確定要為失智症患者做什麼」刪除後，三個構面的 Cronbach's α 值為 0.911、0.803、0.810，Cronbach's α 值皆大於 0.7，表示模式三有良好的信度。而模式四，依模式二的構面分類，將「照顧的熟練能力」構面內的題項「您不確定要為失智症患者做什麼」刪除後，四個構面的 Cronbach's α 值為 0.900、0.784、0.803、0.810，Cronbach's α 值皆大於 0.7，表示模式四有良好的信度。

三、小結

最後，根據信效度檢驗結果，選擇模式一為最後模式進行後續分析。



表 4-2-1 多元評估量表之 KMO 與 Bartlett 檢定

KMO 與 Bartlett 檢定		
取樣適切性量數	0.827	
近似卡方分配	1070.766	
巴氏球型檢定	自由度	231
	顯著性	0.000

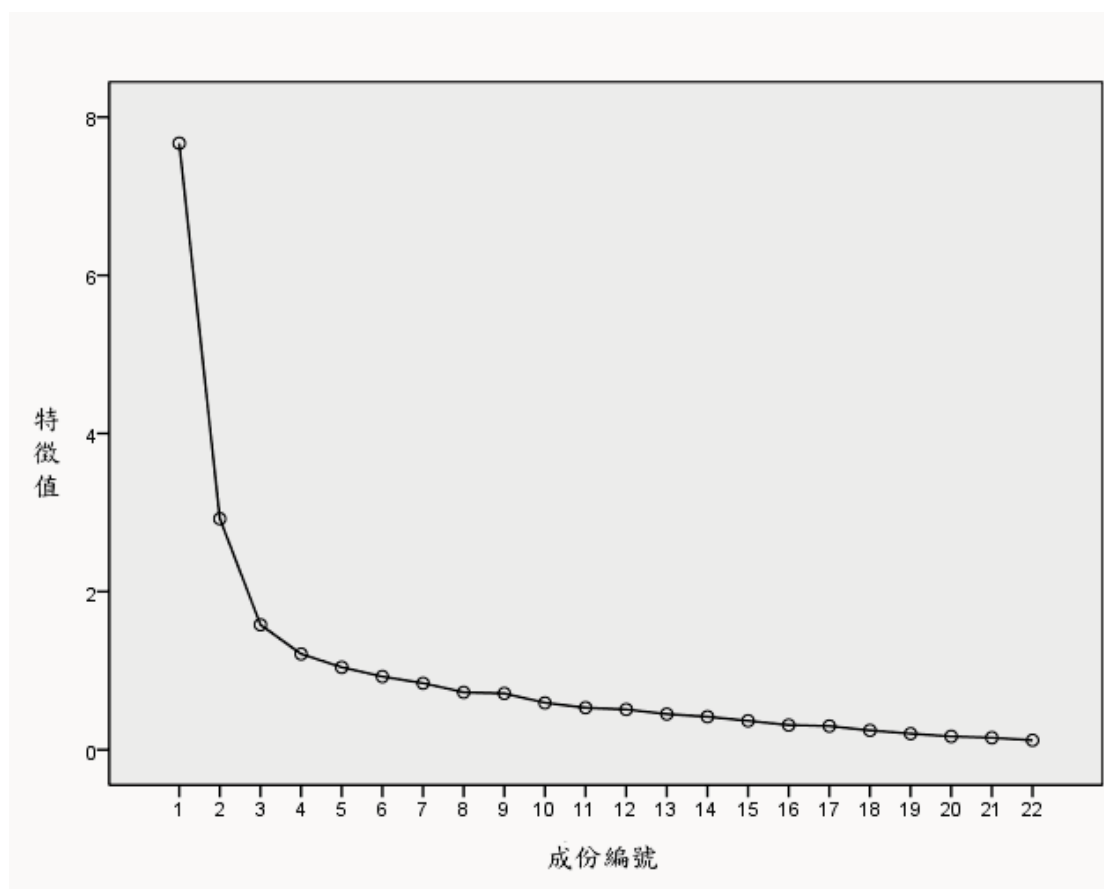


圖 4-2-1 陡坡圖

表 4-2-2 多元評估量表之探索性因素分析

題項	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五
個人計劃的改變。	0.827	-0.032	0.133	0.130	-0.016
財政負荷。	0.767	0.026	0.063	0.040	-0.049
起居生活習慣有變動。	0.762	-0.101	0.171	0.341	-0.028
感到困身。	0.704	-0.147	0.252	0.260	-0.162
感到身體疲累。	0.678	0.208	0.068	0.124	0.092
感到心靈疲累。	0.662	0.061	0.165	0.497	-0.151
睡眠被打擾。	0.647	0.084	0.177	0.219	0.067
要花時間應付其他人的需求。	0.633	0.143	-0.040	0.014	0.432
感到不方便。	0.619	0.303	0.219	0.141	0.047
要改變工作安排。	0.483	-0.045	0.184	0.312	0.297
您能處理失智症患者大部分的問題。	0.033	0.839	0.170	0.046	-0.066
您非常了解失智症患者的需要。	0.173	0.783	0.016	0.014	-0.093
只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧。	-0.081	0.765	0.310	0.064	-0.057
當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂。	0.194	0.318	0.719	-0.231	0.084
照顧失智症患者的工作能提升您的自尊。	0.164	-0.129	0.685	0.276	-0.029
您樂於和失智症患者相處。	0.227	0.345	0.678	0.256	0.135
照顧工作讓您覺得和失智症患者更親近。	0.015	0.457	0.645	0.250	0.015
失智症患者感謝您為他所做的事。	0.354	0.152	0.561	0.181	0.099
病患某些行為令人煩厭。	0.236	0.065	0.252	0.780	-0.040
發現病患改變很大而令你感到不安。	0.353	0.014	0.128	0.755	0.003
情緒上要適應。	0.302	0.239	0.058	0.670	0.432
您不確定要為失智症患者做什麼。	0.085	0.320	-0.142	-0.021	-0.802
特徵質	7.670	2.921	1.581	1.211	1.042

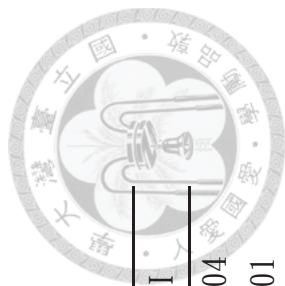


表 4-2-3 模型配適表

模式	χ^2	df	P-value	χ^2/df	RMSEA	CFI
模式一	291.217	199	0.000	1.463	0.071	0.904
模式二	293.206	198	0.000	1.481	0.072	0.901
模式三	264.697	178	0.000	1.487	0.072	0.901
模式四	265.854	178	0.000	1.494	0.073	0.900

註：

模式一：原始問卷，總題項 22 題，3 構面

模式二：修正後問卷，總題項 22 題，4 構面，為「照顧者壓力指數-日常生活壓力指數」、「照顧者壓力指數-情緒壓力指數」、「照顧的滿足感」、「照顧的熟練能力」

模式三：依模式一，刪除第 20 題「您不確定要為失智症患者做什麼」，總題項 21 題，3 構面

模式四：依模式二，刪除第 20 題「您不確定要為失智症患者做什麼」，總題項 21 題，4 構面

表 4-2-4 多元評估量表之驗證性因素分析-模式一

題項	負荷量
照顧者壓力指數	
1.感到困身	0.756
2.感到不方便	0.637
3.感到身體疲累	0.639
4.睡眠被打擾	0.670
5.起居生活習慣有變動	0.832
6.個人計劃的改變	0.780
7.要花時間應付其他人的需求	0.528
8.情緒上要適應	0.573
9.病患某些行為令人煩厭	0.585
10.發現病患改變很大而令你感到不安	0.647
11.要改變工作安排	0.565
12.財政負荷	0.639
13.感到心靈疲累	0.810
照顧的滿足感	
14.照顧工作讓您覺得和失智症患者更親近	0.791
15.您樂於和失智症患者相處	0.873
16.照顧失智症患者的工作能提升您的自尊	0.524
17.當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂	0.586
18.失智症患者感謝您為他所做的事	0.590
照顧的熟練能力	
19.您非常了解失智症患者的需要	0.642
20.您不確定要為失智症患者做什麼	0.242
21.只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧	0.809
22.您能處理失智症患者大部分的問題	0.866

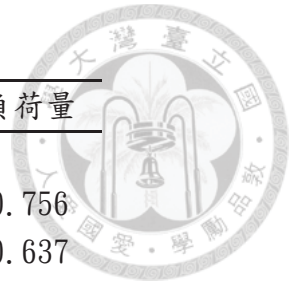




表 4-2-5 多元評估量表各構面間之區辨效度-模式一

構面	照顧者壓力指數	照顧的滿足感	照顧的熟練能力
照顧者壓力指數	1	-	-
照顧的滿足感	0.525***	1	-
照顧的熟練能力	0.154	0.534***	1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-2-6 多元評估量表各構面間之區辨效度-模式二

構面	照顧者壓力指數- 日常生活壓力指數	照顧者壓力指數- 情緒壓力指數	照顧的滿足感	照顧的熟練能力
照顧者壓力指數- 日常生活壓力指數	1	-	-	-
照顧者壓力指數- 情緒壓力指數	0.739***	1	-	-
照顧的滿足感	0.488***	0.564***	1	-
照顧的熟練能力	0.129	0.224	0.533***	1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-2-7 多元評估量表各模式信度

構面	模式一	模式二	模式三	模式四
照顧者壓力指數	0.911		0.911	
照顧者壓力指數-日常生活壓力指數		0.900		0.900
照顧者壓力指數-情緒壓力指數		0.784		0.784
照顧的滿足感	0.803	0.803	0.803	0.803
照顧的熟練能力	0.744	0.744	0.810	0.810
總量表	0.905	0.905	0.909	0.909

第三節 樣本特徵與各變項分布情形



呈現照顧者及被照顧者各變項分佈情形，照顧者部分包含基本人口學特質、照顧被照顧者時間、平均每日照顧時數、是否有聘僱看護、家庭年收入，被照顧者部分包含基本人口學特質、發病年齡、患病期間、失智症嚴重程度及主要照顧者及被照顧者是否有使用其他長期照護相關服務。

一、家庭照顧者

研究樣本 93 位主要照顧者中，全體樣本分布結果，在性別分布上，女性居多 (66.67%)；平均年齡為 57 歲 (SD，標準差為 10.77)；與被照顧者關係以兒子女兒(56.99%)居多，配偶次之(29.03%)；是否與被照顧者同住，有同住(84.95%)居多；婚姻狀態已婚為主(75.27%)；教育程度以高中職(31.18%)、大學(25.81%)、專科(25.81%)為主；職業以其他(39.78%)居多，而填答其他者，大多為家管，商(33.33%)次之；就業情況以退休(34.41%)為主，全職工作者(33.33%)次之；就業狀況是否改變大多沒有變化(49.46%)；照顧病患期間平均 55 個月(SD，標準差為 35.98)；每日平均照顧時間為 13 小時(SD，標準差為 6.00)；是否有聘請看護，大部分沒有聘請(74.19%)；家庭年收入已超過 90 萬(27.96%)為主，其他(12.90%)次之。

在日照的家庭照顧者與瑞智互助家庭的家庭照顧者者基本特質上達顯著差異的有性別($p < 0.05$)、是否與被照顧者同住($p < 0.001$)、就業狀況($p < 0.001$)、每日平均照顧時間($p < 0.01$)及家庭年收入($p < 0.01$)。日照的家庭照顧者與瑞智互助家庭的家庭照顧者在性別上互助家庭主要以女性(87.50%)為主，兩組性別達顯著差異($p < 0.05$)，日照比例雖女性(59.42%)大於男性，但男女比例差異不大；是否與被照顧者同住日照主要以同住(92.75%)居多，兩組達顯著差異($p < 0.001$)，互助家庭以同住(62.50%)居多，但明顯低於日照；就業狀況日照以全職(43.48%)為主、退休

(31.88%)次之，互助家庭以退休(41.67%)居多，無職業者次之(33.33%)，兩組達顯著差異($p<0.001$)；每日平均照顧時間互助家庭(16 小時)大於日照(12 小時)，兩組達顯著差異($p<0.01$)；家庭年收入日間照顧以超過 90 萬(34.78%)居多，而互助家庭以其他(29.17%)居多，低於 30 萬(12.50%)次之，兩組達顯著差異($p<0.01$)。照顧者基本資料之描述性分析請參見表 4-3-1。

二、被照顧者

研究樣本 93 位被照顧者中，全體樣本分布結果，在性別分布上，女性居多(67.74%)；平均年齡為 79 歲(SD，標準差為 8.90)；婚姻情況喪偶(52.69%)居多，已婚(45.16%)次之；教育程度國小(32.26%)為主，國中(18.28%)次之；現在是否就業，皆未就業(100%)；是否領有月退俸，大部分未領取(74.19%)；患病前職業以其他(40.86%)，其他的部分以家管居多，公、教(19.35%)次之；發病平均年齡為 74 歲(SD，標準差為 9.49)；平均患病時間為 65 個月(SD，標準差為 37.25)；失智症程度，以中度(50.54%)居多，輕度(36.56%)次之。

在日照的家庭照顧者與瑞智互助家庭的家庭照顧者者基本特質上達顯著差異的有婚姻情形($p<0.05$)及教育程度($p<0.05$)。日照的被照顧者與瑞智互助家庭的被照顧者在婚姻情形日照以喪偶(57.97%)居多、已婚(42.03%)次之，互助家庭以已婚(54.17%)居多、喪偶(37.50%)次之，兩組達顯著差異($p<0.05$)；教育程度日照以國小(36.23%)為主，互助家庭以大學(29.17%)為主，兩組達顯著差異($p<0.05$)。被照顧者基本資料之描述性分析請參見表 4-3-2。

三、小結

兩組服務的基本人口學特質對多元評估的影響因子，在照顧者基本特質上，兩組有顯著差異的因子，有照顧者性別、是否與被照顧者同住、照顧者就業狀況、每日照顧平均時間及家庭年收入；在被照顧者基本特質上，兩組有顯著差異的因子，有被照顧者婚姻情況及被照顧者教育程度。



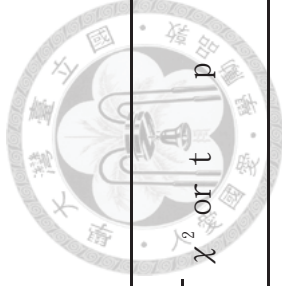
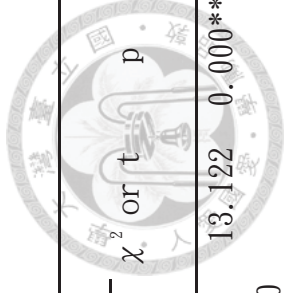


表 4-3-1 照顧者基本資料之描述性分析

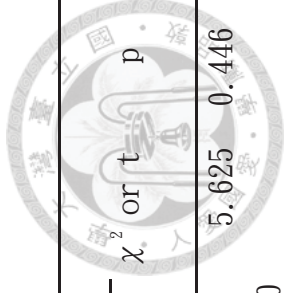
照顧者 基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2 or t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差		
性別								
男	31	33.33	28	40.58	3	12.50		
女	62	66.67	41	59.42	21	87.50		
年齡	57	10.77	56	10.6	60	10.73	-1.650	0.102
與被照顧者關係								
配偶	27	29.03	20	28.99	7	29.17		6.318 0.022*
父母	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
兒子/女兒	53	56.99	39	56.52	14	58.33		
孫子/孫女	1	1.08	0	0.00	1	4.17		
兄/弟/姊/妹	1	1.08	0	0.00	1	4.17		
女婿/媳婦	10	10.75	9	13.04	1	4.17		
其他	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
遺漏	1	1.08	1	1.45	0	0.00		

(續下頁)



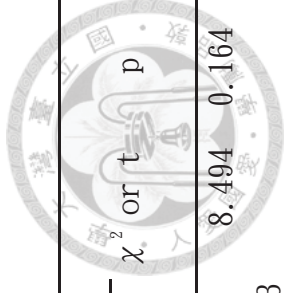
基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2 or t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差		
是否與被照顧者同住							13.122	0.000***
無	13	13.98	4	5.80	9	37.50		
有	79	84.95	64	92.75	15	62.50		
遺漏	1	1.08	1	1.45	0	0.00		
婚姻情況							2.989	0.557
已婚	70	75.27	53	76.81	17	70.83		
未婚	16	17.20	12	17.39	4	16.67		
離婚	4	4.30	2	2.90	2	8.33		
喪偶	2	2.15	1	1.45	1	4.17		
同居	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
其他	1	1.08	1	1.45	0	0.00		
教育程度							8.643	0.092
未受過正式教育	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
國小	5	5.38	4	5.80	1	4.17		
國(初)中	3	3.23	2	2.90	1	4.17		
高中職	29	31.18	22	31.88	7	29.17		
專科	24	25.81	20	28.99	4	16.67		
大學	24	25.81	13	18.84	11	45.83		
研究所以上	8	8.60	8	11.59	0	0.00		

(續下頁)



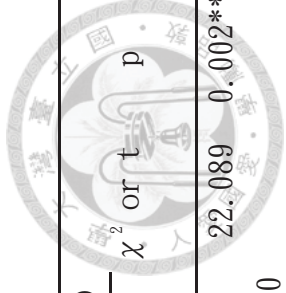
基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2	or t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差			
職業							5.625	0.446	
軍	1	1.08	1	1.45	0	0.00			
公、教	10	10.75	6	8.70	4	16.67			
農	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
工	4	4.30	3	4.35	1	4.17			
商	31	33.33	26	37.68	5	0.20			
自由業	8	8.60	7	10.14	1	4.17			
學生	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
其他	37	39.78	25	36.23	12	50.00			
遺漏	2	2.15	1	1.45	1	4.17			
就業狀況							22.101	0.000***	
全職工作(35小時或以上/週)	31	33.33	30	43.48	1	4.17			
兼職(少於35小時/週)	10	10.75	6	8.70	4	16.67			
退休	32	34.41	22	31.88	10	41.67			
待業	5	5.38	5	7.25	0	0.00			
請假	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
無	14	15.05	6	8.70	8	33.33			
遺漏	1	1.08	0	0.00	1	4.17			

(續下頁)



基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2	or	t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差				
就業狀況是否改變							8.494			0.164
沒有變化	46	49.46	38	55.07	8	33.33				
提前退休	13	13.98	8	11.59	5	20.83				
變更工作形式(例如:改變成兼職工作)	10	10.75	8	11.59	2	8.33				
開始工作	0	0.00	0	0.00	0	0.00				
家庭因素/或因被請辭	0	0.00	0	0.00	0	0.00				
辭職	6	6.45	4	5.80	2	8.33				
請假	0	0.00	0	0.00	0	0.00				
被辭退	0	0.00	0	0.00	0	0.00				
增加照顧時間	11	11.83	8	11.59	3	12.50				
減少照顧時間	1	1.08	1	1.45	0	0.00				
其他	0	0.00	0	0.00	0	0.00				
遺漏	6	6.45	2	2.90	4	16.67				
照顧病患時間(月)	55	35.98	51	33.9	66	39.6	-1.670			0.099
每日照顧平均時間(小時)	13	6.00	12	4.5	16	8.6	-2.709			0.008**
是否有看護							2.895			0.201
無	69	74.19	53	76.81	16	66.67				
有	21	22.58	15	21.74	6	25.00				
遺漏	3	3.23	1	1.45	2	8.33				

(續下頁)



基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2 or t	p
	人數 / 平均值	百分比 / 標準差	人數 / 平均值	百分比 / 標準差	人數 / 平均值	百分比 / 標準差		
家庭年收入								
低於 30 萬元	6	6.45	3	4.35	3	12.50		
在 30 萬到 39 萬元間	6	6.45	5	7.25	1	4.17		
在 40 萬到 49 萬元間	8	8.60	7	10.14	1	4.17		
在 50 萬到 59 萬元間	7	7.53	5	7.25	2	8.33		
在 60 萬到 69 萬元間	9	9.68	7	10.14	2	8.33		
在 70 萬到 79 萬元間	7	7.53	7	10.14	0	0.00		
在 80 萬到 89 萬元間	5	5.38	4	5.80	1	4.17		
超過 90 萬元	26	27.96	24	34.78	2	8.33		
其他	12	12.90	5	7.25	7	29.17		
遺漏	7	7.53	2	2.90	5	20.83		
							22.089	0.002**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

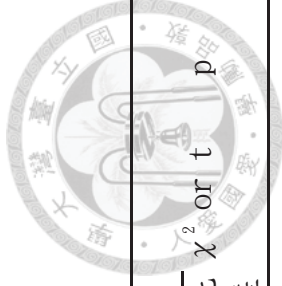


表 4-3-2 被照顧者基本資料之描述性分析

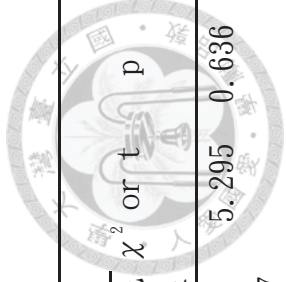
被照顧者 性別	全樣本(N=93)			日間照顧中心(N=69)			瑞智互助家庭(N=24)			χ^2 or t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差					
基本屬性											
男	30	32.26	20	28.99	10	41.67					
女	63	67.74	49	71.01	14	58.33					
年齡	79	8.90	79	9.5	80	7.0					
婚姻情況											
已婚	42	45.16	29	42.03	13	54.17					1.310 0.312
未婚	1	1.08	0	0.00	1	4.17					
離婚	1	1.08	0	0.00	1	4.17					
喪偶	49	52.69	40	57.97	9	37.50					
同居	0	0.00	0	0.00	0	0.00					
其他	0	0.00	0	0.00	0	0.00					
											7.022 0.039*

(續下頁)



基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2 or t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差		
教育程度								
未受過正式教育	10	10.75	10	14.49	0	0.00		
國小	30	32.26	25	36.23	5	20.83		
國(初)中	17	18.28	12	17.39	5	20.83		
高中職	11	11.83	6	8.70	5	20.83		
專科	10	10.75	8	11.59	2	8.33		
大學	13	13.98	6	8.70	7	29.17		
研究所以上	1	1.08	1	1.45	0	0.00		
遺漏	1	1.08	1	1.45	0	0.00		
現在是否就業								
否	93	100.00	69	100.00	24	100.00		
是	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
現在使否有領月退俸								
否	69	74.19	52	75.36	17	70.83		
是	23	24.73	16	23.19	7	29.17		
遺漏	1	1.08	1	1.45	0	0.00		
							12.947	0.045*

(續下頁)



基本屬性	全樣本(N=93)		日間照顧中心(N=69)		瑞智互助家庭(N=24)		χ^2 or t	p
	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差	人數 /平均值	百分比 /標準差		
患病前職業職業							5.295	0.636
軍	7	7.53	6	8.70	1	4.17		
公、教	18	19.35	13	18.84	5	20.83		
農	1	1.08	1	1.45	0	0.00		
工	5	5.38	4	5.80	1	4.17		
商	10	10.75	5	7.25	5	20.83		
自由業	12	12.90	10	14.49	2	8.33		
其他	38	40.86	29	42.03	9	37.50		
遺漏	2	2.15	1	1.45	1	4.17		
發病年齡	74	9.49	74	10.1	74	8.1	0.289	0.773
患病時間(月)	65	37.25	61	30.6	77	49.2	-1.757	0.083
失智症程度							2.310	0.309
輕度	34	36.56	25	36.23	9	37.50		
中度	47	50.54	33	47.83	14	58.33		
重度	12	12.90	11	15.94	1	4.17		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第四節 探討日間照顧與瑞智互助家庭對照顧者多元評估的答題分析

本章節探討日間照顧的家庭照顧者及瑞智互助家庭的家庭照顧者在多元評估量表的答題情形，以及在個構面的平均分數，且在構面除以題項的平均分數的分布情形。

多元評估量表包含 3 個構面，22 個題項，每題項依照照顧者的感受頻率做評分，為「完全沒有」、「有時」、「經常」，構面「照顧者壓力指數」的評分方式，為「完全沒有=1」、「有時=2」、「經常=3」分數越高表示壓力指數越大，可能分數範圍為 13~39 分；構面「照顧的滿足感」及「照顧的熟練能力」為正向題部分，評分方式「完全沒有=1」、「有時=2」、「經常=3」，分數越高表示照顧滿意度越高及照顧熟練能力越高，但在「照顧的熟練能力」題目為「您不確定要為失智症患者做什麼」為反向題，故將其反向計分，兩構面可能分數範圍分別為 5~15 分、4~12 分。但若要將三個構面加總，正向題部分則以反向計分的方式處理，故整體樣本三個構面「照顧者壓力指數」、「照顧的滿足感」及「照顧的熟練能力」平均分數分別為 27.125 分、9.974 分、6.848 分。

在「照顧者壓力指數」構面中，其中以題項「感到困身」、「起居生活習慣有變動」平均分數較高，「財政負荷」及「要花時間應付其他人的需求」平均分數最低；「照顧的滿足感」以題項「照顧失智症患者的工作能提升您的自尊」平均得分最高，表示照顧滿足感較差，「當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂」平均分數最低，表示照顧滿足感較好；「照顧的熟練能力」以題項「您不確定要為失智症患者做什麼」平均得分最高，表示照顧熟練能力較差，「只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧」平均分數最低，表示照顧熟練能力較好。詳見表 4-4-1。

進一步進行日間照顧中心及瑞智互助家庭答題情形分析，兩組在各個構面的

得分，皆無統計上顯著差異。在「照顧者壓力指數」日照及瑞智家庭總分分別為 27.198 分、26.918 分，日照得分較高；「照顧的滿足感」日照及瑞智家庭總分分別為 9.876 分、10.592 分，瑞智家庭得分較高，表示瑞智互助家庭的照顧滿足感略好；「照顧的熟練能力」日照及瑞智家庭總分分別為 9.021 分、9.018 分，日照得分較高，表示日照的照顧熟練能力好。詳見表 4-4-3。

在「照顧者壓力指數」構面，日照得分略高的題項有「感到困身」、「起居生活習慣有變動」，較低的題項有「要花時間應付其他人的需求」、「財政負荷」；瑞智家庭得分較高的題項有「感到困身」、「感到心靈疲累」，較低的題項有「睡眠被打擾」。兩組在「照顧者壓力指數」構面題項間，皆無統計上顯著差異。在題項 6「睡眠被打擾」，兩組照顧者回答差異較大($P=0.053$)，瑞智互助家庭有 16% 回答經常，日照有 30% 回答經常有睡眠被打擾的感覺。詳見表 4-4-2。

在「照顧的滿足感」構面，日照得分較高的題項為「照顧失智症患者的工作能提升您的自尊」，較低的題項為「當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂」；瑞智家庭得分較高的題項為「照顧失智症患者的工作能提升您的自尊」，較低的題項為「當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂」。兩組在「照顧的滿足感」構面題項間，皆無顯統計上著差異。不過在題項 16「照顧失智症患者的工作能提升您的自尊」，兩種服務的家庭照顧者回答差異較大($p=0.090$)，瑞智家庭有 20% 回答經常，而日照家庭照顧者只有 5.7% 回經常有這樣的感覺。詳見表 4-4-2。

在「照顧的熟練能力」構面，日照得分較高的題項為「您不確定要為失智症患者做什麼」，較低的題項為「只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧」；瑞智家庭得分較高的題項為「您不確定要為失智症患者做什麼」，較低的題項為「只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧」。兩組在「照顧的熟練能力」構面每題項間，皆無統計上顯著差異。詳見表 4-4-2。

兩組構面除以題項平均分數，日照及瑞智家庭整體題項平均分數分別為

2.008 分、1.967 分，以日照得分較高。其中構面「照顧者壓力指數」的題項平均分數皆最高，分別為 2.092 分、2.071 分；以構面「照顧的熟練能力」的題項平均分數皆最低，分別為 1.704 分、1.734 分。兩組間皆無顯著差異。詳見表 4-4-4。





表 4-4-1 多元評估量表之描述性分析

題項	個案數(N=93)								遺漏 N	遺漏 %	平均值±標準差
	完全沒有		有時		經常						
	N	%	N	%	N	%	N	%			
照顧者壓力指數											
1.感到困身	7	7.37	50	52.63	36	37.89	2	2.11	2.310 ±	0.608	
2.感到不方便	22	23.16	45	47.37	26	27.37	2	2.11	2.040 ±	0.721	
3.感到身體疲累	18	18.95	50	52.63	25	26.32	2	2.11	2.080 ±	0.679	
4.睡眠被打擾	25	26.32	43	45.26	25	26.32	2	2.11	2.000 ±	0.737	
5.起居生活習慣有變動	9	9.47	45	47.37	39	41.05	2	2.11	2.320 ±	0.645	
6.個人計劃的改變	22	23.16	39	41.05	32	33.68	2	2.11	2.110 ±	0.758	
7.要花時間應付其他人的需求	32	33.68	42	44.21	18	18.95	3	3.16	1.850 ±	0.722	
8.情緒上要適應	14	14.74	60	63.16	19	20.00	2	2.11	2.050 ±	0.596	
9.病患某些行為為令人煩厭	11	11.58	51	53.68	31	32.63	2	2.11	2.220 ±	0.640	
10.發現病患改變很大而令你感到不安	14	14.74	52	54.74	26	27.37	3	3.16	2.125 ±	0.648	
11.要改變工作安排	29	30.53	40	42.11	22	22.00	4	4.21	1.918 ±	0.742	
12.財政負荷	34	35.79	39	41.05	19	20.00	3	3.16	1.846 ±	0.746	
13.感到心靈疲累	11	11.58	47	49.47	35	36.84	2	2.11	2.260 ±	0.658	

(續下頁)



個案數(N=93)

題項	完全沒有		有時		經常		遺漏		平均值±標準差
	N	%	N	%	N	%	N	%	
照顧的滿足感									
14.照顧工作讓您覺得和失智症患者更親近	23	24.21	41	43.16	29	30.53	2	2.11	9.974 ± 0.749
15.您樂於和失智症患者相處	20	22.73	49	51.58	22	23.16	4	4.21	1.983 ± 0.677
16.照顧失智症患者的工作能提升您的自尊	47	49.47	36	37.89	9	9.47	3	3.16	2.410 ± 0.663
17.當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂	7	7.37	42	44.21	39	41.05	7	7.37	1.647 ± 0.619
18.失智症患者感謝您為他所做的事	24	25.26	37	38.95	26	27.37	8	8.42	1.999 ± 0.761
照顧的熟練能力									
19.您非常了解失智症患者的需要	4	4.21	59	62.11	25	26.32	7	7.37	1.760 ± 0.513
20.您不確定要為失智症患者做什麼	11	11.58	71	74.74	5	5.26	8	8.42	1.929 ± 0.414
21.只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧	2	2.11	45	47.37	41	43.16	7	7.37	1.554 ± 0.538
22.您能處理失智症患者大部分的問題	3	3.16	47	49.47	38	40.00	7	7.37	1.605 ± 0.550
總量表									
									43.948 ± 8.386

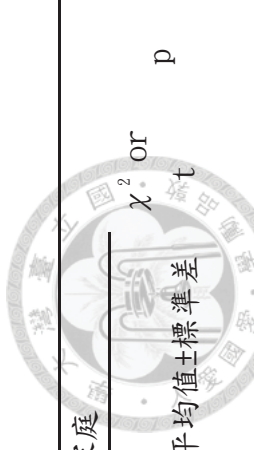
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001



表 4-4-2 多元評估量表之獨立樣本 t 檢定

題項	日間照顧中心				睿智互助家庭				F or t	p				
	完全有候		經常遺漏		完全有候		經常遺漏							
	%	%	%	%	%	%	%	%						
	27.198 ± 6.088				26.918 ± 6.669									
1.感到困身	5.7	52.9	40.0	1.4	2.348	± 0.590	12.0	52.0	32.0	4.0	2.208	± 0.658	0.969	0.335
2.感到不方便	24.3	44.3	30.0	1.4	2.058	± 0.745	20.0	56.0	20.0	4.0	2.000	± 0.659	0.338	0.736
3.感到身體疲累	17.1	55.7	25.7	1.4	2.087	± 0.658	24.0	44.0	28.0	4.0	2.042	± 0.751	0.280	0.780
4.睡眠被打擾	21.4	47.1	30.0	1.4	2.087	± 0.722	40.0	40.0	16.0	4.0	1.750	± 0.737	1.958	0.053
5.起居生活習慣有變動	7.1	47.1	44.3	1.4	2.377	± 0.621	16.0	48.0	32.0	4.0	2.167	± 0.702	1.381	0.171
6.個人計劃的改變	22.9	42.9	32.9	1.4	2.101	± 0.750	24.0	36.0	36.0	4.0	2.125	± 0.797	-0.130	0.897
7.要花時間應付其他人的需求	37.1	44.3	15.7	2.9	1.783	± 0.704	24.0	44.0	28.0	4.0	2.042	± 0.751	-1.526	0.131
8.情緒上要適應	18.6	58.6	21.4	1.4	2.029	± 0.641	4.0	76.0	16.0	4.0	2.125	± 0.448	-0.677	0.500
9.病患某些行為為令人煩厭	12.9	50.0	35.7	1.4	2.232	± 0.667	8.0	64.0	24.0	4.0	2.167	± 0.565	0.428	0.670
10.發現病患改變很大而令你感到不安	14.3	55.7	28.6	1.4	2.145	± 0.648	16.0	52.0	24.0	8.0	2.069	± 0.659	0.490	0.625
11.要改變工作安排	31.4	42.9	22.9	2.9	1.908	± 0.743	28.0	40.0	24.0	8.0	1.946	± 0.752	-0.219	0.827
12.財政負荷	40.0	40.0	18.6	1.4	1.783	± 0.745	24.0	44.0	24.0	8.0	2.027	± 0.734	-1.389	0.168
13.感到心靈疲累	11.4	50.0	37.1	1.4	2.261	± 0.656	12.0	48.0	36.0	4.0	2.250	± 0.676	0.069	0.945

(續下頁)



題項	日間照顧中心				瑞智互助家庭				χ^2 or t	P				
	完全有時 沒有		經常遺漏		完全有時 沒有		經常遺漏							
	%	%	%	%	%	%	%	%						
			平均值±標準差				平均值±標準差							
照顧的滿足感			10.165 ± 2.628				9.425 ± 2.496							
14.照顧工作讓您覺得和失智症患者更親近	27.1	40.0	31.4	1.4	1.957	± 0.775	16.0	52.0	28.0	4.0	1.875	± 0.680	0.457	0.649
15.您樂於和失智症患者相處	24.3	51.4	22.9	1.4	2.014	± 0.696	12.0	52.0	24.0	12.0	1.892	± 0.624	0.759	0.450
16.照顧失智症患者的工作能提升您的自尊	52.9	40.0	5.7	1.4	2.478	± 0.609	40.0	32.0	20.0	8.0	2.212	± 0.778	1.711	0.090
17.當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂	7.1	50.0	35.7	7.1	1.709	± 0.600	8.0	28.0	56.0	8.0	1.469	± 0.652	1.654	0.102
18.失智症患者感謝您為他所做的事	24.3	42.9	25.7	7.1	2.007	± 0.746	28.0	28.0	32.0	12.0	1.977	± 0.820	0.166	0.868
照顧的熟練能力			6.818 ± 1.557				6.935 ± 1.446							
19.您非常了解失智症患者的需要	4.3	60.0	28.6	7.1	1.736	± 0.524	4.0	68.0	20.0	8.0	1.829	± 0.480	-0.765	0.446
20.您不確定要為失智症患者做什麼	12.9	72.9	5.7	8.6	1.923	± 0.432	8.0	80.0	4.0	8.0	1.946	± 0.362	-0.237	0.813
21.只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧	1.4	48.6	42.9	7.1	1.547	± 0.527	4.0	44.0	44.0	8.0	1.574	± 0.578	-0.206	0.837
22.您能處理失智症患者大部分的問題	4.3	48.6	40.0	7.1	1.612	± 0.568	0.0	52.0	40.0	8.0	1.586	± 0.506	0.197	0.844
總量表			44.181 ± 8.274				43.278 ± 8.848							



表 4-4-3 多元評估量表之構面得分情形

題項	實際填答		日間照顧中心		瑞智互助家庭		P
	題數	最小值	最大值	平均值±標準差	平均值±標準差	t	
照顧者壓力指數	13	13	39	27.198 ± 6.0881	26.918 ± 6.6694	0.189	0.850
照顧的滿足感	5	5	15	9.876 ± 2.532	10.592 ± 2.475	-1.201	0.233
照顧的熟練能力	4	4	11	9.021 ± 1.670	9.018 ± 1.481	0.007	0.995

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-4-4 多元評估量表之構面除以題數之得分情形

題項	日間照顧中心		瑞智互助家庭		P
	平均值±標準差 (除以題數)	平均值±標準差 (除以題數)	t		
照顧者壓力指數	2.092 ± 0.468	2.071 ± 0.513	0.189		0.850
照顧的滿足感	2.033 ± 0.526	1.885 ± 0.499	1.203		0.232
照顧的熟練能力	1.704 ± 0.389	1.734 ± 0.361	-0.323		0.748
總量表	2.008 ± 0.376	1.967 ± 0.402	0.452		0.652

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第五節 多元評估量表之照顧者及被照顧者基本特質比較



本節討論家庭照顧者與被照顧者的不同基本特質，對多元評估量表是否會有差異。依不同變類別進行獨立樣本 t 檢定(Independent sample t-test)及變異數分析(ANOVA)，檢定不同的家庭照顧者與被照顧者的不同基本特質是否會有差異。依不同連續變項進行簡單線性迴歸(Simple linear regression)分析。

類別變項對多元評估結果，有顯著變項為照顧者就業狀況是否改變($p<0.01$)、被照顧者失智症嚴重程度($p<0.05$)。連續變項對多元評估結果，有顯著變項為照顧病患平均月數($p<0.05$)、照顧者平均每日照顧時間($p<0.05$)及被照顧者患病平均時間($p<0.01$)。照顧者在類別變項的多元評估結果，在不同的就業狀況是否改變上，辭職者的多元評估平均分數(50.11 分)最高，沒有變化者平均分數(40.67 分)最低，兩組達顯著差異($p<0.01$)。被照顧者在類別變項的多元評估結果，在失智症嚴重程度越高多元評估分數越高，兩組達顯著差異($p<0.05$)。結果詳見表 4-5-1 至表 4-5-2。照顧者在連續變項的多元評估結果，在照顧病患平均月數越高，則多元評估分數越高，兩組達顯著差異($p<0.05$)；照顧者平均每日照顧時間(小時)越長，多元評估分數則越高，兩組達顯著差異($p<0.05$)。被照顧者在連續變項的多元評估結果，被照顧者患病平均時間(月)越長，則多元評估分數越高，兩組達顯著差異($p<0.01$)。結果詳見表 4-5-3。

表 4-5-1 多元評估量表之照顧者類別變項基本特質比較

基本屬性	人數	平均值±標準差	t or F	p
照顧者				
性別			0.497	0.621
男	31	44.561 ± 8.472		
女	62	43.641 ± 8.395		
與被照顧者關係			1.311	0.267
配偶	27	46.447 ± 6.847		
父母	12	43.630 ± 10.595		
兒子/女兒	41	42.329 ± 8.493		
孫子/孫女	1	43.000 ±		
兄/弟/姊/妹	1	56.664 ±		
女婿/媳婦	10	42.637 ± 8.548		
其他	0			
是否與被照顧者同住			-0.245	0.807
無	13	43.469 ± 8.572		
有	79	44.089 ± 8.442		
婚姻情況			1.438	0.228
已婚	70	43.980 ± 7.392		
未婚	16	42.564 ± 10.959		
離婚	4	41.119 ± 12.265		
喪偶	2	53.000 ± 7.071		
同居				
其他	1	57.000 ±		
教育程度			0.920	0.472
未受過正式教育				
國小	5	46.559 ± 8.511		
國(初)中	3	46.333 ± 10.263		
高中職	29	46.009 ± 7.767		
專科	24	41.759 ± 9.603		
大學	24	43.445 ± 6.884		
研究所以上	8	42.024 ± 10.312		

(續下頁)

基本屬性	人數	平均值±標準差	t or F	p
職業			0.428	0.828
軍	1	45.000 ±		
公、教	10	40.378 ± 3.993		
農	0			
工	4	44.977 ± 10.063		
商	31	43.998 ± 8.486		
自由業	8	45.268 ± 9.762		
學生	0			
其他	37	44.513 ± 9.174		
就業狀況			0.126	0.973
全職工作(35小時或以上/週)	31	43.499 ± 7.799		
兼職(少於35小時/週)	10	43.300 ± 11.776		
退休	32	44.710 ± 8.152		
待業	5	42.779 ± 10.231		
請假	0			
無	14	44.262 ± 8.201		
就業狀況是否改變			3.394	0.005**
沒有變化	45	40.670 ± 7.779		
提前退休	13	47.438 ± 8.166		
變更工作形式(例如:改變成兼職工作)	10	47.248 ± 10.578		
開始工作	0			
家庭因素/或因被請辭	0			
辭職	6	50.111 ± 6.638		
請假	0			
被辭退	0			
增加照顧時間	11	48.669 ± 5.432		
減少照顧時間	1	49.000 ±		
其他	1	39.000 ±		
是否有看護			0.832	0.408
無	69	44.577 ± 8.853		
有	21	42.825 ± 6.893		

(續下頁)

基本屬性	人數	平均值±標準差	t or F	p
家庭年收入			0.866	0.548
低於 30 萬元	6	46.939 ± 8.265		
在 30 萬到 39 萬元間	6	49.333 ± 7.118		
在 40 萬到 49 萬元間	8	44.672 ± 10.212		
在 50 萬到 59 萬元間	7	45.564 ± 7.236		
在 60 萬到 69 萬元間	9	44.866 ± 4.455		
在 70 萬到 79 萬元間	7	42.571 ± 10.179		
在 80 萬到 89 萬元間	5	40.000 ± 5.148		
超過 90 萬元	26	42.364 ± 8.342		
其他	12	46.631 ± 10.072		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001



表 4-5-2 多元評估量表之被照顧者類別變項基本特質比較

基本屬性	人數	平均值±標準差	t or F	p
被照顧者				
性別			1.427	0.157
男	30	45.736 ± 7.450		
女	63	43.096 ± 8.724		
婚姻情況			0.838	0.477
已婚	42	44.160 ± 7.735		
未婚	1	56.664 ±		
離婚	1	41.363 ±		
喪偶	49	43.559 ± 8.943		
同居	0			
其他	0			
教育程度			0.791	0.580
未受過正式教育	10	46.079 ± 8.187		
國小	30	42.819 ± 8.346		
國(初)中	17	44.028 ± 8.626		
高中職	11	47.969 ± 7.358		
專科	10	41.800 ± 10.239		
大學	13	42.510 ± 7.910		
研究所以上	1	42.000 ±		
現在使否有領月退俸			1.062	0.291
否	69	44.382 ± 8.537		
是	23	42.242 ± 7.831		

(續下頁)

基本屬性	人數	平均值±標準差	t or F	p
患病前職業			0.920	0.485
軍	7	42.000 ± 9.866		
公、教	18	43.987 ± 6.632		
農	1	42.000 ±		
工	5	50.382 ± 5.523		
商	10	42.895 ± 9.074		
自由業	12	46.942 ± 9.080		
其他	38	42.891 ± 8.949		
失智症程度				
認知功能障礙			3.512	0.034*
輕度	34	41.082 ± 7.242		
中度	47	45.249 ± 8.963		
重度	12	46.970 ± 7.233		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

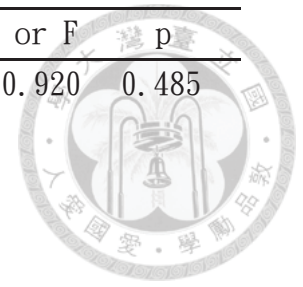


表 4-5-3 多元評估量表之照顧者及被照顧者連續變項基本特質比較

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
照顧者				
照顧者年齡	0.143	0.182	0.083	0.088
照顧病患時間(月)	0.062	0.259	0.026	0.021*
每日照顧平均時間(小時)	0.289	0.207	0.143	0.047*
被照顧者				
被照顧者年齡	-0.118	-0.126	0.098	0.232
發病年齡	-0.172	-0.192	0.097	0.080
患病時間(月)	0.065	0.286	0.024	0.008**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第六節 日間照顧及瑞智互助家庭服務之多元評估多變項分析

多元評估分別以「多元評估量表總分」、「照顧者壓力指數總分」、「照顧的滿足感總分」、「照顧的熟練能力總分」為依變項，使用複迴歸分析，針對使用日間照顧或瑞智互助家庭對依變項的影響。

同時控制照顧者及被照顧者之基本特質，包含照顧者及被照顧者性別、照顧者及被照顧者年齡、與被照顧者關係、是否同住、照顧者及被照顧者婚姻情況、照顧者及被照顧者教育程度、照顧者及被照顧者職業、照顧者就業狀況、照顧者就業狀況是否改變、照顧者照顧病患時間、每日平均照顧時間、是否有看護、家庭年收入、被照顧者是否有領月退俸、被照顧者發病年齡、被照顧者患病時間、失智症程度。

其中，將類別變項為兩類以上者，分為二分類。在與被照顧者關係分類為配偶及非配偶；婚姻情況分類為有偶及無偶；教育程度分類為高中職以下及高中職以上(含高中職)；就業狀況分類為全職工作及非全職工作；就業狀況是否改變分類為沒有改變及有改變；家庭年收入分類為 90 萬以下及 90 萬以上；失智症程度分類為輕中度及重度。



一、日間照顧及瑞智互助家庭對多元評估量表總分

以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立使用日間照顧或瑞智互助家庭對多元評估量表總分的影響模型。詳見表 4-6-1。

控制照顧者就業狀況是否改變及每日照顧平均時間變項之後，使用日間照顧較瑞智互助家庭其多元評估量表總分增加 0.765，但兩組差異未達統計顯著 ($p=0.721$)。其他變項對多元評估量表總分的影響，在控制服務類型及每日照顧平均時間變項的情形下，照顧者就業狀況有變化比沒有變化的多元評估量表總分為正向增加($\beta=8.193, p<0.001$)，表示照顧者就業狀況有變化比沒有變化的多元評估量表總分增加 8.193 分，就業狀況有變化較沒有變化的照顧負荷來得高。在控制服務類型及照顧者就業狀況是否改變變項的情形下，每日照顧平均時間對多元評估量表總分為正向增加($\beta=0.313, p<0.05$)，表示每日照顧平均時間每增加一小時，多元評估量表總分增加 0.313 分。

在進行照顧時間長短分層分析，切點為照顧時間達三年以上者，日間照顧及瑞智互助家庭之照顧者多元評估量表仍舊無顯著差異。所以報告以未將照顧時間長短分層分析之結果進行呈現。

表 4-6-1 使用日間照顧或瑞智互助家庭對多元評估量表總分的影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
服務類型(ref：瑞智互助家庭)				
日間照顧中心	0.765	0.039	2.130	0.721
照顧者就業狀況是否改變(ref：沒有改變)				
有變化	8.193	0.478	1.776	0.000
每日照顧平均時間(小時)	0.313	0.221	0.151	0.042

$R^2=0.285$ Adj $R^2=0.254$ $p=0.000^{***}$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

二、日間照顧及瑞智互助家庭對照顧者壓力指數總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧者壓力指數總分的影響模型。詳見表 4-6-2。

控制照顧者就業狀況是否改變變項之後，使用日間照顧較瑞智互助家庭的照顧者壓力指數總分減少 0.640，表示在控制其他相關變項下，日照的照顧者壓力略小於互助家庭，但未達顯著差異($p=0.686$)。其他變項對照顧者壓力指數總分的影響，在控制服務類型與其他相關變項之情形下，照顧者就業狀況有變化比沒有變化的總分為正向增加($\beta=5.864, p<0.001$)，表示照顧者就業狀況有變化比沒有變化的照顧者壓力指數在控制服務變項與其他相關變項總增加 5.864 分，就業狀況有變化比沒有變化的照顧者壓力較高。

在進行照顧時間長短分層分析，切點為照顧時間達三年以上者，日間照顧及瑞智互助家庭之照顧者壓力指數仍舊無顯著差異。所以報告以未將照顧時間長短分層分析之結果進行呈現。

表 4-6-2 使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧者壓力指數總分的影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
服務類型(ref：瑞智互助家庭)				
日間照顧中心	-0.640	-0.044	1.580	0.686
照顧者就業狀況是否改變(ref：沒有改變)				
有變化	5.864	0.461	1.368	0.000

$R^2=0.220$ Adj $R^2=0.197$ $p=0.000^{***}$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

三、日間照顧及瑞智互助家庭對照顧的滿足感總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧的滿足感總分之影響模型。詳見表 4-6-3。

控制照顧者就業狀況是否改變變項之後，使用日間照顧較瑞智互助家庭的照顧的滿足感總分為減少 0.446 分，表示在控制照顧者就業狀況是否改變下，日間的照顧滿足感小於互助家庭，但未達顯著差異($p=0.499$)。其他變項對照顧的滿足感總分的影響，在控制其他變項的情形下，照顧者就業狀況有變化比沒有變化的總分為負向減少($\beta=-1.634, p<0.01$)，表示照顧者就業狀況有變化比沒有變化之照顧的滿足感總分減少 1.634 分，有變化比沒有變化的照顧滿足感較差。

在進行照顧時間長短分層分析，切點為照顧時間達三年以上者，日間照顧及瑞智互助家庭之照顧的滿足感仍舊無顯著差異。所以報告以未將照顧時間長短分層分析之結果進行呈現。

表 4-6-3 使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧的滿足感總分之影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
服務類型(ref：瑞智互助家庭)				
日間照顧中心	-0.446	-0.078	0.656	0.499
照顧者就業狀況是否改變(ref：沒有改變)				
有變化	-1.634	-0.330	0.569	0.005

$R^2= 0.108$ $Adj R^2= 0.082$ $p= 0.020^*$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

四、日間照顧及瑞智互助家庭對照顧的熟練能力總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧的熟練能力總分之影響模型。詳見表 4-6-4。

控制照顧者年齡變項之後，使用日間照顧較瑞智互助家庭的照顧的熟練能力總分減少 0.023，表示在控制照顧者年齡下，日照的照顧熟練能力小於互助家庭，但未達顯著差異($p=0.957$)。其他變項對照顧的熟練能力總分的影響，在控制其他變項的情形下，照顧者年齡與照顧的熟練能力總分為負向減少($\beta=-0.049, p<0.01$)，表示照顧者年齡每增加一歲則照顧的熟練能力總分減少 0.049 分，隨著照顧者年齡增加，照顧熟練能力較差。

在進行照顧時間長短分層分析，切點為照顧時間達三年以上者，日間照顧及瑞智互助家庭之照顧的熟練能力仍舊無顯著差異。所以報告以未將照顧時間長短分層分析之結果進行呈現。

表 4-6-4 使用日間照顧或瑞智互助家庭對照顧的熟練能力總分之影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
服務類型(ref：瑞智互助家庭)				
日間照顧中心	-0.023	-0.006	0.434	0.957
照顧者年齡	-0.049	-0.305	0.019	0.011

$R^2= 0.092$ Adj $R^2= 0.066$ $p= 0.035^*$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

第七節 照顧者與被照顧者之特質對選擇使用日間照顧及瑞智互助家庭服務多

變項分析



使用羅吉斯迴歸分析(logistic regression)，針對照顧者及被照顧者之基本特質對使用日間照顧或瑞智互助家庭服務的影響進行分析。詳見表 4-7-1。

其中，類別變項為兩類以上者，也以二分類進行分析。在與被照顧者關係分類為配偶及非配偶；婚姻情況分類為有偶及無偶；教育程度分類為高中職以下及高中職以上(含高中職)；就業狀況分類為全職工作及非全職工作；就業狀況是否改變分類為沒有改變及有改變；家庭年收入分類為 90 萬以下及 90 萬以上；失智症程度分類為輕中度及重度。

在控制其它變項之後，照顧者沒有與被照顧者同住選擇日間照顧的機率，是有與被照顧者同住者的 0.003 倍($p<.001$)。控制其它變項之後，照顧者每日照顧平均時間每增加一小時其選擇日間照顧的機率，是未增加一小時之每日照顧平均時間的 0.726 倍($p<.001$)，故選擇日間照顧的機率是下降的。

表 4-7-1 照顧者與被照顧者特質對於使用日間照顧及瑞智互助家庭服務之影響

變項	係數	標準誤	P 值	Exp(B)	95%信賴區間	
					下界	上界
是否與被照顧者同住(ref : 有)						
無	-5.660	1.428	0.000	0.003	0.000	0.057
每日照顧平均時間(小時)	-0.320	0.088	0.000	0.726	0.611	0.864

第八節 照顧者與被照顧者的基本特質之多元評估多變項分析

多元評估分別以「多元評估量表總分」、「照顧者壓力指數總分」、「照顧的滿足感總分」、「照顧的熟練能力總分」為依變項，使用複迴歸分析，針對照顧者及被照顧者之基本特質對依變項的影響。

在類別變項為兩類以上者，也進行二分類。與被照顧者關係分類為配偶及非配偶；婚姻情況分類為有偶及無偶；教育程度分類為高中職以下及高中職以上(含高中職)；就業狀況分類為全職工作及非全職工作；就業狀況是否改變分類為沒有改變及有改變；家庭年收入分類為 90 萬以下及 90 萬以上；失智症程度分類為輕中度及重度。

一、照顧者與被照顧者的基本特質對多元評估量表總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立照顧者與被照顧者的基本特質對多元評估量表總分的影響模型。詳見表 4-8-1。

照顧者與被照顧者的基本特質對多元評估量表總分的影響，在控制其變項的情形下，照顧者就業狀況有變化比沒有變化的多元評估量表總分為正向增加($\beta=8.111, p<0.001$)，表示照顧者就業狀況有變化比沒有變化的多元評估量表總分增加 8.111 分，有變化比沒有變化的照顧負荷較高。在控制其他變項的情形下，照顧者每日照顧平均時間對多元評估量表總分為正向增加($\beta=0.298, p<0.05$)，表示每日照顧平均時間每增加一小時，多元評估量表總分增加 0.298 分，照顧時間的增加其照顧負荷隨之增加。

表 4-8-1 照顧者與被照顧者的基本特質對多元評估量表總分的影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
照顧者就業狀況是否改變(ref：沒有改變)				
有變化	8.111	0.474	1.750	0.000
每日照顧平均時間(小時)	0.298	0.211	0.145	0.043

$R^2=0.284$ Adj $R^2=0.263$ $p=0.000^{***}$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

二、照顧者與被照顧者的基本特質對照顧者壓力指數總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立照顧者與被照顧者的基本特質對照顧者壓力指數總分之影響模型。詳見表 4-8-2。

照顧者與被照顧者的基本特質對照顧者壓力指數總分的影響，在控制其變項的情形下，照顧者就業狀況有變化比沒有變化的照顧者壓力指數總分為正向增加 ($\beta=5.944, p<0.001$)，表示照顧者就業狀況有變化比沒有變化的照顧者壓力指數總分增加 5.944 分，就業狀況有變化比沒有變化的照顧壓力較大。

表 4-8-2 照顧者與被照顧者的基本特質對照顧者壓力指數總分的影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
照顧者就業狀況是否改變(ref：沒有改變)				
有變化	5.944	0.467	1.346	0.000

$R^2= 0.218$ Adj $R^2= 0.207$ $p=0.000^{***}$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

三、照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的滿足感總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的滿足感總分之影響模型。詳見表 4-8-3。

照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的滿足感總分之影響，在控制其變項的情形下，照顧者就業狀況有變化比沒有變化的照顧的滿足感總分為負向減少($\beta = -1.578, p < 0.001$)，表示照顧者就業狀況有變化比沒有變化的照顧的滿足感總分減少 1.578 分，就業狀況有變化比沒有變化的照顧滿足感較差。

表 4-8-3 照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的滿足感總分之影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
照顧者就業狀況是否改變(ref：沒有改變)				
有變化	-1.578	-0.319	0.560	0.006

$R^2 = 0.102$ $Adj R^2 = 0.089$ $p = 0.006^{**}$

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

四、照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的熟練能力總分



以逐步迴歸法(Stepwise)挑選控制變項後，建立照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的熟練能力總分之影響模型。詳見表 4-8-4。

照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的熟練能力總分之影響，在控制其變項的情形下，照顧者年齡每增加一歲，照顧的熟練能力總分為負向減少($\beta=-0.048$, $p<0.001$)，表示照顧者年齡每增加一歲，照顧的熟練能力總分減少 0.048 分，隨著照顧者年齡增加，照顧熟練能力越差。

表 4-8-4 照顧者與被照顧者的基本特質對照顧的熟練能力總分之影響

變項	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P 值
照顧者年齡	-0.048	-0.304	0.018	0.009

$R^2=0.092$ Adj $R^2=0.079$ $p=0.009^{**}$

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

第五章 討論

本章根據研究結果提出研究討論，分為五節進行討論。第一節研究資料品質；第二節日間照顧與瑞智互助家庭對多元評估量表之討論；第三節照顧者及被照顧者特質對服務選擇之討論；第四節照顧者及被照顧者特質對多元評估之討論；第五節研究限制。

本研究主要目的，探討使用日間照顧中心或瑞智互助家庭對照顧者多元評估量表的影響。結果變項包含照顧者多元評估量表總分、照顧者壓力指數總分、照顧的滿足感總分及照顧的熟練能力總分。

研究結果發現，在多元評估量表、照顧者壓力指數、照顧的滿足感及照顧的熟練能力，使用日間照顧或瑞智互助家庭的服務對結果變項皆無顯著影響。本章節會先針對回收資料品質進行分析，進一部針對研究目的進行討論，首先，討論使用不同服務模式對家庭照顧者多元評估構面的影響；第二，討論照顧者及被照顧者特質對不同服務選擇的影響；最後，討論照顧者及被照顧者特質對多元評估構面的影響，且在本章最後，進行研究限制之討論。

第一節 研究資料品質



一、研究工具品質

本研究多元評估量表分為三個子量表，第一個子量表照顧者壓力指數，使用 Thornton(2003)所改良的 MCSI(Modified Caregiver Strain Index)，題數共 13 題；第二個子量表照顧的滿足感及第三個子量表照顧的熟練能力，使用 Lawton(1989)所發展的 CAS(Caregiver Appraisal Scale)，原始量表分為五個子量表，本研究只採用其照顧滿足感及照顧熟練能力的部分，題數分別為 5 題及 4 題。針對所回收的問卷進行信效度分析。

由於本研究採用兩個不同問卷所發展而來的家庭照顧者多元評估量表，來探討失智症家庭照顧者使用日間照顧中心及瑞智互助家庭的影響。所以回收問卷後，先進行探索性因素分析，了解本研究多元評估量表是否適合 3 個構面的設計。研究結果，本研究最後選擇原始的多元評估量表，包含 3 構面，總題項共 22 題，為模式一，進行後續的分析及討論。過去研究在修訂版照顧者壓力指數(Modified Caregiver Strain Index, MCSI)聚合效度皆大於 0.5(Chan, Chan, & Suen, 2013)；在照顧的滿足感及照顧的熟練能力上，過去研究針對照顧者評估量表(Caregiving Appraisal Scale, CAS)，因素分析結果可分出 3 至 4 個構面，與原始問卷一致(Struchen, Atchison, Roebuck, Caroselli, & Sander, 2002)，且因素負荷量皆大於 0.4(J. Lee, Friedmann, Picot, Thomas, & Kim, 2007)。本研究整體問卷的效度，以建構效度進行分析，兩構面間的區辨效度結果都不錯，皆小於 0.8，表示兩兩構面間具有良好的區辨效度；各個題項的聚合效度大部分皆達 0.5 以上，表示題項之聚合效度皆可接受。過去研究國外大多有進行建構效度分析，皆有不錯效度，而國內少有研究進行效度分析(Chan et al., 2013; J. Lee et al., 2007)。

由於修訂版照顧者壓力指數(Modified Caregiver Strain Index, MCSI)原始問卷，

主要測量照顧者的客觀負荷，所包含的面向有就業、財務、生理、心理、社交及時間，本研究問卷信度內部一致性信度 Cronbach' s alpha 值為 0.911，原始量表內部一致性信度為 0.90(Thornton & Travis, 2003)，中文版量表內部一致性信度為 0.91(Chan et al., 2013)，相較其他研究結果(Chan et al., 2013; Thornton & Travis, 2003)，本研究在修正後的照顧者壓力指數與過去研究相較皆具有良好之信度。

在照顧的滿足感及照顧的熟練能力，本研究兩構面之內部一致性信度 Cronbach' s alpha 值分別為 0.803 及 0.744，在原始問卷中，照顧的滿足感 Cronbach' s alpha 值分別在喘息服務及機構服務為 0.67 及 0.68(Lawton, Kleban, et al., 1989)，而在中文版問卷中，照顧滿足感及照顧熟練能力的 Cronbach' s alpha 值分別為 0.81 及 0.78(王麗雪, 2005)。在因素分析結果，皆具可接受之聚合效度，與本研究相同。而本研究族群為失智症之家庭照顧者，相較於居家失能老人之家庭照顧者的信度較低，但本研究之信度在可接受之範圍內。

二、有效樣本

本研究針對有使用日間照顧中心及瑞智互助家庭的家庭照顧者進行問卷調查，由於兩種服務模式的型態，無法讓研究者接觸到大部分的家庭照顧者，在與單位負責人說明研究內容及研究問卷後，故本研究委託日間照顧中心及瑞智互助家庭協助發放及回收問卷，在日間照顧中心採用的模式為，跟著單位每月或每日所發放的聯絡簿，發放問卷給照顧者，再跟著聯絡簿與問卷一同回收；瑞智互助家庭採用的模式，則是委託單位負責人在服務時間內進行問卷發放。

本研究共發放 193 份問卷，日間照顧中心發放 148 份問卷，瑞智互助家庭發放 45 份問卷，問卷回收後，研究者會進行檢查，若是填答不完整會再委託單位進行二次發放，以求問卷完整性，最後在日間照顧中心共回收 71 份問卷，在瑞智互助家庭共回收 25 份問卷，若問卷填答有三分之一以上未填答者則此份問卷將不納入本研究中，故在日間照顧中心有效問卷為 69 份，瑞智互助家庭有效問

卷為 24 份。整體問卷回收率為 50%，日間照顧中心 48%，瑞智互助家庭 56%。
整體有效樣本回收率為 97%，日間照顧中心為 97%，瑞智互助家庭為 96。

在日間照顧中心問卷回收率部分，由於收案地區為台北市及桃園市，台北市的回收率為 68%，而桃園市的回收率為 26%，桃園市的回收率偏低，是影響日間照顧整體回收率的原因。而有效問卷率皆大於 90%，乃因有委託單位進行二次發放問卷，故本研究有效樣本率較好。

第二節 日間照顧與瑞智互助家庭對多元評估量表之討論



本研究結果指出使用日間照顧中心及瑞智互助家庭對家庭照顧者多元評估並無統計顯著差異。以下分別探討各構面的影響。


在照顧者壓力指數構面，分數越高表示負荷越大，分數範圍 13~39 分。過去研究發現(Diehl-Schmid et al., 2013)，分數大於 20 分屬於高度負荷，本研究有 90% 的照顧者照顧者壓力指數總分皆大於一半以上的分數屬於高度負荷，結果與其他研究相同，有大於 50% 的照顧者皆屬於高度負荷。Diehl-Schmid(Diehl-Schmid et al., 2013)等人，針對額顳葉型失智症的家庭照顧者進行 CSI 評估，研究對象共 100 位，有 60% 的照顧者 CSI 分數大於總分的一半，表示有 60% 的照顧者屬於高度負荷，若以高度負荷的比例來推測的話，我國的照顧者壓力是較高的。但有研究發現社區照顧者負荷以低度負荷為主。Jennings(Jennings et al., 2015)等人研究指出，針對社區的家庭照顧者，低度負荷的照顧者佔 62%，高度負荷佔 38%，其中高度負荷組的被照顧者年齡較高，且以女性居多，本研究的被照顧者年齡 79 歲，性別以女性居多，與 Jennings 研究相似。故研究者認為，可能受到不同失智症類型的影響，高度負荷的比例才會有所不同(Wong et al., 2012)，Wong 等人針對 31 位阿茲海默型失智症的照顧者，及 22 位額顳葉型失智症的照顧者，進行研究調查，結果發現，額顳葉型失智症照顧者 CSI 平均分數較阿茲海默型失智症照顧者來得高，且達顯著差異。故建議未來可將失智症類型納入討論。過去研究多針對特定疾病的照顧負荷，而未有針對服務使用的不同對照顧負荷有何不同。本研究結果，日間照顧中心及瑞智互助家庭兩組在此構面無顯著差異，與過去相關研究相同，在使用不同類型的喘息服務，並不會使照顧壓力不同(陳芬婷 & 邱啟潤, 2015)；但在 Mossello(2008)研究指出，日間照顧中心的使用，能夠降低照顧者的照顧負荷，但在居家照顧中，其照顧負荷沒有顯著降低(Mossello et al., 2008)。另外，比較兩組間的照顧負荷，照顧負荷以日間照顧略高於瑞智互助家庭。由於，

瑞智互助家庭的每日照顧時間較日間照顧中心長，彼此間無顯著差異，故日間照顧組的照顧者以子女居多，現階段可能還是家庭的經濟來源，使得日間照顧組的照顧負荷略高(Feinberg, 2003)。



在照顧的滿足感構面及照顧的熟練能力構面，照顧的滿足感構面整體平均分數較照顧熟練能力構面來得好，與過去研究不同，王麗雪(2005)針對社區居家失能老人進行問卷調查，其研究結果在照顧的熟練能力構面得分較照顧的滿足感來得高，其研究對象主要為居家失能老人之家庭照顧者，本研究研究對象為社區的失智症患者之家庭照顧者，居家失能老人相較失智症患者，不會受到問題行為及精神症況的影響，故在照顧的熟練能力上，因照顧者大多照顧長達五年以上(王麗雪,2005)，所以具有較好之照顧的熟練能力；另外，受到被照顧者的疾病特性的影響，失智症患者相較一般失能老人難照顧，照顧者需花較多時間在照顧上，進而照顧者與被照顧者的相處時間較長，而使得照顧的滿足感較高。本研究的失智症嚴重程度多為輕中度，照顧者可以感受到被照顧者言語及肢體上的互動，相較於居家失能老人，其研究對象多為重度障礙居多(王麗雪,2005)，使得照顧者較無法感受到被照顧者之回饋，故推測使本研究有較高的照顧滿足感。

在照顧滿足感構面，瑞智互助家庭的平均分數略高於日間照顧中心，表示瑞智互助家庭的照顧滿足感較日間照顧中心好。有研究指出，瑞智互助家庭可以提供資訊性、情緒性及工具性的社會支持(湯麗玉,2014)。瑞智互助家庭可提供家屬支持。家屬可從家屬支持團體中，獲得好的團體效果，如希望的灌注、知識訊息的傳授、情緒宣洩及團體凝聚力等(湯麗玉 et al., 2000)。故研究者認為，瑞智互助家庭的照顧者可以從家屬支持團體中，獲得許多好的團體效果，相較日間照顧之下使得照顧滿足感分數較高。而在照顧熟練能力構面，日間照顧中心的平均分數略高於瑞智互助家庭，表示日間照顧中心的照顧熟練能力較瑞智互助家庭好，有研究指出，失智症家庭照顧者在面對未知的失智症病程的發展過程中，需要有人提供照顧上的指導及建議，或提供失智症相關之資訊(陳昱名,2013)，而有多專

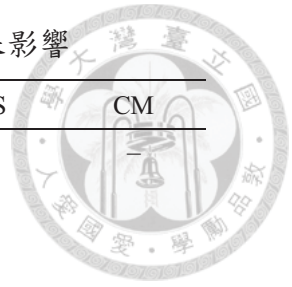


業背景的領導者，支持團體的改善效果較佳(簡伶育, 2010)。故研究者認為，日間照顧中心會定期舉辦家屬支持團體，以專業人員給予照顧者在照顧上的專業協助，透過專業人員的帶領，獲得照顧上的技巧，進而增進其照顧的熟練能力。但也有研究指出，開放性的家屬支持團體，能夠給予照顧者知識的傳授、社交技巧的發展、情緒宣洩及團體凝聚等影響(湯麗玉 et al., 2000)，而瑞智互助家庭主要以家屬間自主性的給予照顧者與照顧者間的支持，例如，照顧者在家常的談話間，交換彼此的照顧經驗，分享自己的照顧經驗與其他照顧者進行交流，每個照顧者都在探索及摸索中成長，這樣的照顧者經驗交流，與有專業人員的引導下，所產生照顧技巧有所不同。但是，需要注意的是，本研究在兩服務間的照顧熟練能力分數有些微差異，而在統計上沒有達到顯著差異。所以，在使用兩種不同服務下，雖然因家屬的支持方式不同，家屬也能夠在不同的家屬支持方式下，獲得照顧的技巧，增加其照顧的熟練能力。

總結使用服務類型、照顧者及被照顧者特質對照顧結果的影響因子，在使用相同服務模式下，照顧者就業狀況有改變較沒有改變會使多元評估總分及照顧壓力指數分數增加，而使照顧滿足感分數減少；在使用相同服務模式下，照顧者年齡增加會使照顧熟練能力減少減少；在使用相同服務模式下，每日照顧平均時間增加會使多元評估分數增加。如表 5-2-1。在控制其他相關因子下，照顧者就業狀況有改變較沒有改變會使多元評估總分及照顧壓力指數分數增加，而使照顧滿足感分數減少；在控制其他相關因子下，照顧者年齡增加會使照顧熟練能力減少減少；在控制其他相關因子下，每日照顧平均時間增加會使多元評估分數增加。如表 5-2-2。

表 5-2-1 使用相同服務下，照顧者及被照顧者特質對照顧結果影響

變項	多元評估量表	CSI	CS	CM
照顧者年齡				
照顧者就業狀況是否改變(ref: 沒有改變)	+	+	-	
每日照顧平均時間(小時)	+			



註：CSI 為照顧者壓力指數，CS 為照顧的滿足感，CM 照顧的熟練能力；”+”為正相關，”-“為負相關。

表 5-2-2 照顧者及被照顧者特質對照顧結果影響

變項	多元評估量表	CSI	CS	CM
照顧者年齡				-
照顧者就業狀況是否改變(ref: 沒有改變)	+	+	-	
每日照顧平均時間(小時)	+			

註：CSI 為照顧者壓力指數，CS 為照顧的滿足感，CM 照顧的熟練能力；”+”為正相關，”-“為負相關。

第三節 照顧者及被照顧者特質對服務選擇之討論



本研究在被照顧者同住與否及每日照顧平均時間上，對服務的選擇有顯著影響。在居住型態部分，對使用不同服務有顯著的差異，與國外研究不同(Iecovich & Biderman, 2013)，本研究以與他人同住者居多，且在日間照顧中心有 90%都與照顧者同住，Iecovich 等人(2013)研究針對以色列社區老人使用日間照顧以及沒有使用日間照顧兩個族群進行分析，其中獨居者有 56%使用日間照顧，其餘使用日間照顧者以與配偶及子女同住為主，故研究者認為，失智症患者因疾病特性，需要照顧者長時間在旁照顧，而一般社區老人，大多生活可自理，所以居住型態才所有所不同。在年齡部分，本研究發現，照顧者年齡不會影響服務模式的選擇，與過去研究不同。過去研究發現，照顧者與被照顧者關係及照顧者年齡會影響服務的選擇(Contador et al., 2013; K. M. Robinson, Buckwalter, & Reed, 2013)。Contador 等人(2013)針對西班牙西北部的失智症非正式照顧者進行研究，在照顧者年齡及照顧者與被照顧者關係上，對選擇使用日間照顧或居家照顧有顯著影響(Contador et al., 2013)。

本研究在被照顧者婚姻情形、教育程度及照顧者與被照顧者關係對使用不同服務無顯著差異，與過去研究相同(Iecovich & Biderman, 2013; 黃秀梨, 李逸, 徐亞瑛, 張媚, & 翁麗雀, 2007)，使用日間照顧的被照顧者以喪偶居多，且以低教育程度為主。進一步發現，本研究的整體照顧者以子女為主，達 50%以上，配偶次之，達 25%以上，日間照顧的被照顧者喪偶比例達 57%，較互助家庭喪偶比例 36%高出許多，且使用日間照顧的子女大多還尚未退休，需外出工作，大多為家庭的經濟來源，故較高比例使用日間照顧中心，瑞智互助家庭退休比例達 44%，較日間照顧 32%高出許多，故當被照顧者喪偶後，照顧者若是需就業來維持家庭者，選擇日間照顧中心的機率較大；反之，若照顧者已經退休，且無就業上的需求下，會尋求使用其他照顧資源。

第四節 照顧者及被照顧者特質對多元評估之討論

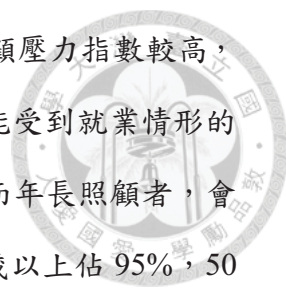


本研究在照顧者年齡、照顧者就業狀況改變及每日照顧平均時間上對照顧者多元評估有顯著影響。過去研究顯示，在照顧性別上，女性照顧者較男性感到較高的照顧負荷(Donaldson & Burns, 1999)；在失智症程度上，失智症程度越高，照顧負荷越大(J-L Fuh, Wang, Liu, & Wang, 1999)。本研究在照顧者性別、照顧期間及疾病嚴重程度對照顧負荷無顯著影響，本研究結果與過去研究不同(Germain et al., 2008; Martin Pinguart & Sörensen, 2007; Springate & Tremont, 2014)。研究者認為，本研究雖以女性照顧者為主，男女比例約 3:7，但進一步針對組內照顧者性別對多元評估的影響進行分析，詳見表 5-4-1，結果發現組內照顧者性別對多元評估並沒有顯著差異，但是在日間照顧組平均分數，以男性略高於女性，在瑞智互助家庭也以男性高於女性，但是平均分數相差較多，可能受到樣本數影響，使得在性別上無顯著差異，故研究者認為男性受文化影響下，男性需要扛起養家的責任，多為家庭經濟來源，若需負擔照顧的工作，其照顧負荷也會較高。在照顧期間長短變項對照顧負荷也無顯著差異，可能因本研究平均照顧期間為 54 個月，大部都照顧很長一段時間，照顧期間短的資料較少，導致變異性不大，使結果不顯著。

表 5-4-1 組內照顧者性別對多元評估的影響

基本屬性	人數	日間照顧中心 (N=69)		瑞智互助家庭 (N=24)	
		平均值±標準差	p	平均值±標準差	p
照顧者					
性別			0.920		0.452
男	28	44.30 ± 8.36		3	46.97 ± 11.10
女	41	44.10 ± 8.32		21	42.75 ± 8.69

過去研究結果顯示在照顧者年齡、照顧者教育程度及患病時間與照顧壓力無顯著影響(Springate & Tremont, 2014; 曾雪鳳, 2014)。本研究在照顧者年齡、照顧者教育程度及患病時間與照顧壓力亦無顯著差異，研究結果與過去相同；但是，



在照顧者就業狀況是否改變有顯著差異，就業狀況有變化的照顧壓力指數較高，而與過去研究不同。研究者認為在照顧者年齡，年輕照顧者可能受到就業情形的影響(Feinberg, 2003)，多半需要工作來維持家庭及照顧工作，而年長照顧者，會因身體因素，體力沒有像年輕人一樣好，且本研究照顧者 40 歲以上佔 95%，50 歲以上佔 75%，60 歲以上佔 40%，照顧者年齡偏高，使得照顧負荷在年齡上並未發現顯著差異。過去研究指出教育程度較低者，在尋求協助能力較差，較不會去尋找相關服務或資源來協助照顧工作，導致其有較高的照顧負荷(Jong-Ling Fuh, Liu, Wang, Wang, & Liu, 1999)，但本研究的研究對象皆有使用照顧服務，故較不會受教育程度的影響。本研究發現，照顧者的就業狀況在照顧前後沒有改變的話，其照顧者負荷較低，而本研究就業情形以退休及家管工作居多，相較其他有就業的照顧者，若因照顧工作對就業情形造成改變者，其照顧負荷較低。

本研究在照顧者性別、照顧者年齡、照顧者教育程度、照顧者婚姻情形、家庭收入及照顧期間上對照顧滿足感沒有顯著影響(de Labra et al., 2015; Kim & Chung, 2015; Wakefield, Hayes, Boren, Pak, & Davis, 2012)，與大部分過去研究相同。但過去也有研究指出在照顧者年齡及失智症嚴重度對照顧滿足感有顯著相關(de Labra et al., 2015)。本研究對照顧者就業情形改變有顯著影響，與過去研究不同(de Labra et al., 2015; Kim & Chung, 2015)。研究者認為，本研究平均照顧期間為 54 個月，失智症嚴重程度以輕中度為主，Labra 等人(2015)平均照顧期間為 64 個月，失智程度以重度為主，故當照顧失智症患者時間越長，越能夠熟悉失智症疾病的進程，進而使照顧者的滿足感增加(de Labra et al., 2015)；Labra 等人(2015)研究發現，照顧者年齡與照顧滿足感呈現負相關，表示照顧者年齡越高，照顧滿足感越低，但由本研究發現，照顧者可能受到中華文化的影響，把照顧親人的工作視為理所當然之事，且本在照顧滿足感平均分數與過去研究相比屬於較高得分，故受這些因素影響下，照顧者年齡不同似乎不會對照顧滿足感產生影響；而本研究發現就業狀況改變者其照顧滿足感會降低，表示照顧者就業狀況的改變會影響

照顧感足感，進一步發現，本研究在照顧者其就業型態已退休及家管為主，故推測就業型態為固定者相較因照顧工作而改變工作型態者照顧滿意度較好。

本研究在照顧者性別、照顧者教育程度等變項對照顧熟練能力沒有顯著影響，與過去研究相同(Chen, 2014; Judge, Yarry, Looman, & Bass, 2013)；而照顧者年齡對照顧熟練能力有顯著影響，與過去研究相同(Infurna, Gerstorf, & Zarit, 2013; Lachman, Rosnick, & Röcke, 2009; Mirowsky & Ross, 2007)，照顧的年齡越高，其照顧熟練能力越差。故研究結果發現，當社區失智症患者在使用喘息服務的情形下，照顧者年齡越大，其照顧的熟練能力也會隨之下降。所以，未來政策針對年長照顧者，應給予照顧技巧的訓練，來提升照顧熟練能力。

第五節 研究限制



一、研究樣本

由於本研究族群為失智症的家庭照顧者，日間照顧中心及瑞智互助家庭的使用者皆不多，所以兩組樣本數皆不多，且最後有效樣本回收數不如預期，進而影響兩組達顯著影響的機率。據效果量(effect size)在 0.1 的情形下，樣本數若是在日間照顧中心增加至 1373 位，瑞智互助家庭增加至 477 位，兩組可能會達到顯著差異。另外，本研究之研究對象以台北市及桃園市為主，未針對各個縣市進行抽樣調查，故研究結果是否能夠推估至其他縣市，無法確定。

二、問卷回收情形

由於本研究委託單位進行收案，不同單位問卷回收品質也有所不同，由於收案單位不適合研究者親自進行問卷收案，故問卷品質只能藉由多次發放，來確保填答內容的完整性。

第六章 結論與建議

第一節 結論



過去國外研究不僅只針對負向照顧經驗或正向照顧經驗進行單方面討論，而是針對照顧者的正負向照顧經驗進行研究，但國內針對負向或正向照顧經驗進行探討，故台灣對照顧者多面向的照顧經驗討論是缺乏的。所以，本研究針對失智症照顧者，進行多元的照顧經驗評估，比較在不同的服務模式使用下，其照顧者多元評估，會不會有所不同。

本研究結果發現，對於社區式的日間照顧服務，以及台灣針對失智症所發展出來的瑞智互助家庭之特殊照顧服務，在多元評估的測量的結果無統計顯著的差異。但是，在照顧者壓力指數上，以日間照顧平均分數略高於瑞智互助家庭，表示日照的照顧者壓力較高；在照顧者滿足感上，以瑞智互助家庭平均分數高於日間照顧中心，表示瑞智互助家庭的照顧滿足感較高；在照顧熟練能力上，以日間照顧平均分數略高於瑞智互助家庭，表示日照的照顧熟練能力略高。但是，兩組間在照顧者壓力指數、照顧的滿足感及照顧的熟練能力上，並沒有統計上的顯著差異。另外，由結果得知，影響多元評估的相關因子，在照顧者就業狀態有改變，會使照顧者壓力增加、照顧滿足感降低；而照顧者年齡增加，會使照顧熟練能力降低。

由本研究結果可得知，當失智症家庭照顧者使用不同的社區式服務模式，照顧者所獲得的家屬支持及家屬參與方式不同的情形下，兩種服務模式能夠給予照顧者相似的服務效果。

第二節 建議



本研究探討使用日間照顧及瑞智互助家庭對照顧者之多元評估影響。研究結果顯示使用不同服務對照顧者的多元評估無顯著影響，表示不同服務的使用，並不會造成照顧者壓力、照顧的滿足感及照顧的熟練能力有差異。在照顧者多元評估及照顧者壓力指數與照顧者就業狀況是否改變為正相關，而照顧的滿足感與照顧者就業狀況是否改變為負相關；照顧者多元評估與每日照顧平均時間為正相關；照顧的熟練能力與照顧者年齡為負相關。就研究結果，對政策、實務及未來研究分別提出以下建議：

一、政策方面

由於瑞智互助家庭與日間照顧服務，可以得到相似的服務效果，未來可以增加社區式的失智症照顧在長期照顧服務中，使失智症社區式照顧服務有更多元了選擇。另外，針對照顧壓力的降低、提高照顧滿足感及照顧熟練能力上，可以給予照顧者照顧技巧的訓練，進而提升照顧的熟練能力；而對於高齡及需要工作的家庭照顧者，應能夠有替代的照顧人力，來降低其照顧負荷，增加其照顧滿足感。

二、實務方面

未來可以多給予家庭照顧者，喘息服務的介入，以及社工介入，幫助家庭照顧者降低照顧壓力。在增進照顧技巧及照顧資訊上，除了增加專業的社會支持，使家庭照顧者可以從中獲取專業的照顧資訊及照顧技巧外，也可鼓勵家屬增加彼此間的互助力量，有助於提升家屬支持，及照顧資訊的交流，進而增進照顧技巧。

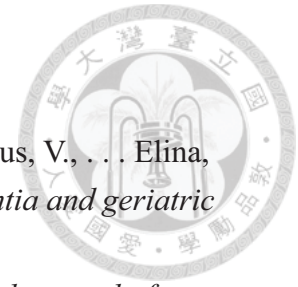
三、未來研究方面

由於本研究僅針對，使用不同服務對照顧的正負向經驗進行多元評估，未進一步探討，因照顧所產生的正負向照顧經驗，對後續生活品質的影響，未來研究

可以再做進一步的研究。另外，針對研究問卷的尺度設計上，3 點尺度在反向計分的過程中，會造成分數分布比例的些微偏差，建議未來研究，尺度的設計，可改採用 4 點尺度或 5 點尺度的計分方式。最後，由於本研究並未針對外籍看護的影響進行討論，建議未來研究可在失智症患者使用照顧服務下，使用外籍看護對其照顧者的影響進行探究。

參考文獻

- Aalten, P., Verhey, F. R., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., . . . Elina, K. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(6), 457-463.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-5®).
- Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand, A., & Henrard, J. C. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(3), 254-260.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and aging*, 15(2), 259.
- Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C., & Neundorfer, M. (2000). Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(8), 779-806.
- Beinart, N., Weinman, J., Wade, D., & Brady, R. (2012). Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 2(1), 638-648.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
- Chan, W. C. H., Chan, C. L., & Suen, M. (2013). Validation of the Chinese version of the modified caregivers strain index among Hong Kong caregivers: An initiative of medical social workers. *Health & social work*, hlt021.
- Chen, Y.-M. (2014). Differences in Outcomes of Caregiver Support Services for Male and Female Caregivers. *SAGE Open*, 4(3), 2158244014548169.
- Chen, Y.-M., Hedrick, S. C., & Young, H. M. (2010). A pilot evaluation of the Family Caregiver Support Program. *Evaluation and program planning*, 33(2), 113-119. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.08.002
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*.
- Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I., Chen, C. H., & Chou, K. R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(10), 1089-1098.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International journal of geriatric*



- psychiatry*, 17(2), 184-188.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Ramos, C. F., Rivera-Navarro, J., & de Lucena, V. M. (2013). A Control-Based Multidimensional Approach to the Role of Optimism in the Use of Dementia Day Care Services. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 1533317513494439.
- Cox, C. (1997). Findings from a statewide program of respite care: a comparison of service users, stoppers, and nonusers. *Gerontologist*, 37(4), 511-517.
- de Labra, C., Millán-Calenti, J. C., Buján, A., Núñez-Naveira, L., Jensen, A. M., Peersen, M. C., . . . Maseda, A. (2015). Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 60(3), 380-388.
- Diehl-Schmid, J., Schmidt, E.-M., Nunnemann, S., Riedl, L., Kurz, A., Förstl, H., . . . Cramer, B. (2013). Caregiver burden and needs in frontotemporal dementia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 0891988713498467.
- Donaldson, C., & Burns, A. (1999). Burden of Alzheimer's disease: helping the patient and caregiver. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 12(1), 21-28.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *The British Journal of Psychiatry*, 170(1), 62-68.
- Duthie Jr, E., & Glatt, S. (1988). Understanding and treating multi-infarct dementia. *Clinics in geriatric medicine*, 4(4), 749-766.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *Gerontologist*, 37(2), 250-257.
- Farran, C. J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S., & Wilken, C. S. (1991). Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Gerontologist*, 31(4), 483-489.
- Fauth, E., Zarit, S., Femia, E., Hofer, S., & Stephens, M. (2006). Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregivers' stress appraisals: Intra-individual stability and change over short-term observations. *Aging and Mental health*, 10(6), 563-573.
- Feinberg, L. F. (2003). The state of the art of caregiver assessment. *Generations*, 27(4), 24-32.
- Fuh, J.-L., Liu, C.-Y., Wang, S.-J., Wang, H.-C., & Liu, H.-C. (1999). Revised memory and behavior problems checklist in Taiwanese patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 11(02), 181-189.
- Fuh, J.-L., Wang, S.-J., Liu, H.-C., & Wang, H.-C. (1999). The caregiving burden scale among Chinese caregivers of Alzheimer patients. *Dementia and geriatric*

- cognitive disorders*, 10(3), 186-191.
- Fuh, J. (2006). Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwanica*, 15(3), 154.
- García-Alberca, J. M., Lara, J. P., & Berthier, M. L. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 57-69.
- Gaugler, J. E., Wall, M. M., Kane, R. L., Menk, J. S., Sarsour, K., Johnston, J. A., . . . Newcomer, R. (2010). The effects of incident and persistent behavioral problems on change in caregiver burden and nursing home admission of persons with dementia. *Medical care*, 48(10), 875-883.
- Gaugler, J. E., Wall, M. M., Kane, R. L., Menk, J. S., Sarsour, K., Johnston, J. A., . . . Newcomer, R. (2011). Does caregiver burden mediate the effects of behavioral disturbances on nursing home admission? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 497-506.
- George-Carey, R., Adeloje, D., Chan, K., Paul, A., Kolčić, I., Campbell, H., & Rudan, I. (2012). An estimate of the prevalence of dementia in Africa: A systematic analysis. *Journal of global health*, 2(2), 020401-020401.
- Germain, S., Adam, S., Olivier, C., Cash, H., Ousset, P. J., Andrieu, S., . . . Salmon, E. (2008). Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease? *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 17(1), 105-114.
- Gilleard, C., Gilleard, E., & Whittick, J. (1984). Impact of psychogeriatric day hospital care on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*, 145(5), 487-492.
- Harris, P. B. (1998). Listening to caregiving sons: Misunderstood realities. *Gerontologist*, 38(3), 342-352.
- Hasselkus, B. R. (1997). Everyday ethics in dementia day care: narratives of crossing the line. *Gerontologist*, 37(5), 640-649.
- Herrmann, N., Lanctôt, K. L., Sambrook, R., Lesnikova, N., Hébert, R., McCracken, P., . . . Nguyen, E. (2006). The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(10), 972-976.
- IBM. (2014). fundamental analytical capabilities for a wide variety of business and research questions , from <http://www-01.ibm.com/software/tw/analytics/spss/products/statistics/stats-standard/>.
- Iecovich, E., & Biderman, A. (2013). Attendance in Adult Day Care Centers of Cognitively Intact Older Persons Reasons for Use and Nonuse. *Journal of*

- applied gerontology*, 32(5), 561-581.
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Zarit, S. H. (2013). Substantial changes in mastery perceptions of dementia caregivers with the placement of a care recipient. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), 202-214.
- Jarrott, S. E., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., & Greene, R. (2000). Effects of adult day service programs on time usage by employed and non-employed caregivers. *Journal of applied gerontology*, 19(4), 371-388.
- Jennings, L. A., Reuben, D. B., Evertson, L. C., Serrano, K. S., Ercoli, L., Grill, J., . . . Wenger, N. S. (2015). Unmet needs of caregivers of individuals referred to a dementia care program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(2), 282-289.
- Johnson, M., & Maguire, M. (1989). Give me a break: Benefits of a caregiver support service. *Journal of Gerontological Nursing*.
- Judge, K. S., Yarry, S. J., Looman, W. J., & Bass, D. M. (2013). Improved strain and psychosocial outcomes for caregivers of individuals with dementia: Findings from Project ANSWERS. *Gerontologist*, 53(2), 280-292.
- K. Eagar, A. Owen, K. Williams, A. Westera, N. Marosszeky, R. England, & Morris, a. D. (2006). Evaluation of a Carer Training Project for the Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia by Home-based Carers. *Alzheimer's Care Today*, 7(2), 115-121.
- Keefe, J., Guberman, N., Fancey, P., Barylak, L., & Nahmiash, D. (2008). Caregivers' aspirations, realities, and expectations: The care tool. *Journal of applied gerontology*, 27(3), 286-308.
- Kim, G. e., & Chung, S. (2015). Elderly Mothers of Adult Children with Intellectual Disability: An Exploration of a Stress Process Model for Caregiving Satisfaction. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- Kramer, B. J. (1993). Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies. *Family relations*, 383-391.
- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist*, 37(2), 239-249.
- López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41(1), 81-94.
- Lachman, M. E., Rosnick, C. B., & Röcke, C. (2009). The rise and fall of control beliefs and life satisfaction in adulthood: Trajectories of stability and change over ten years.

- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1989). A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 29(1), 8-16.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44(3), P61-P71.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., & Perkinson, M. (2000). Two transitions in daughters' caregiving careers. *Gerontologist*, 40(4), 437-448.
- Lee, C.-s., Chang, S.-f., Su, C.-l., Chen, Z.-y., & Chen, R.-c. (1997). Neuroepidemiological Study in Ilan, Taiwan (NESIT): (3) An Epidemiological Survey of Dementia in a Rural Area. *Acta Neurologica Taiwanica*, 6, 27-35.
- Lee, J., Friedmann, E., Picot, S. J., Thomas, S. A., & Kim, C. J. (2007). Korean version of the revised caregiving appraisal scale: a translation and validation study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 407-415.
- Mahoney, D. F., Tarlow, B. J., & Jones, R. N. (2003). Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: findings from the REACH for TLC intervention study. *Gerontologist*, 43(4), 556-567.
- Mills, P. J., Ancoli-Israel, S., Känel, R. v., Mausbach, B. T., Aschbacher, K., Patterson, T. L., . . . Grant, I. (2009). Effects of gender and dementia severity on Alzheimer's disease caregivers' sleep and biomarkers of coagulation and inflammation. *Brain, behavior, and immunity*, 23(5), 605-610.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2007). Life Course Trajectories of Perceived Control and Their Relationship to Education1. *American Journal of Sociology*, 112(5), 1339-1382.
- 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.
- Montgomery RJV, B. E. (1989). The effectiveness of alternative support strategies on family caregiving. *Gerontologist*, 29, 457-464.
- Mossello, E., Caleri, V., Razzi, E., Di Bari, M., Cantini, C., Tonon, E., . . . Cavallini, M. C. (2008). Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(10), 1066-1072.
- National Institutes of Health. (2013a). *Dementias: Hope Through Research*.
- National Institutes of Health. (2013b). *Lewy Body Dementia: Information for Patients, Families, and Professionals*.
- National Institutes of Health. (2014). *Frontotemporal Disorders: Information for Patients, Families, and Caregivers*.
- Neufeld, A., & Harrison, M. J. (1998). Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation? *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 959-968.

- Neufeld, A., & Strang, V. (1992). Issues in the evaluation of small-scale adult day care programs. *International journal of nursing studies*, 29(3), 261-273.
- Numally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *Gerontologist*, 45(1), 90-106.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(04), 577-595.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P126-P137.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2004). *Gender differences in caregiver experiences: An updated meta-analysis*. Paper presented at the Gerontologist.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75. e62.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Riedel, S. E., Fredman, L., & Langenberg, P. (1998). Associations among caregiving difficulties, burden, and rewards in caregivers to older post-rehabilitation patients. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(3), P165-P174.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 344-348.
- Robinson, K. M., Buckwalter, K., & Reed, D. (2013). Differences between dementia caregivers who are users and nonusers of community services. *Public Health Nursing*, 30(6), 501-510.
- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W., & Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of Alzheimer's caregiving: The role of race. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), P185-P190.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure

- of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of social and personal relationships*, 4(4), 497-510.
- Schölzel-Dorenbos, C. J., Draskovic, I., Vernooij-Dassen, M. J., & Rikkert, M. G. O. (2009). Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(2), 171-177.
- Seddon, D., & Robinson, C. A. (2001). Carers of older people with dementia: assessment and the Carers Act. *Health & social care in the community*, 9(3), 151-158.
- Springate, B. A., & Tremont, G. (2014). Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 294-300.
- Struchen, M., Atchison, T., Roebuck, T., Caroselli, J., & Sander, A. (2002). A multidimensional measure of caregiving appraisal: validation of the Caregiver Appraisal Scale in traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 17(2), 132.
- 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 new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on aging*, 26(4), 429-453.
- Thies, W., & Bleiler, L. (2011). 2011 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 7(2), 208-244.
- Thies, W., & Bleiler, L. (2013). 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 9(2), 208-245.
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S127-S132.
- Vellone, E., Piras, G., Talucci, C., & Cohen, M. Z. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 222-231.
- Wakefield, B. J., Hayes, J., Boren, S. A., Pak, Y., & Davis, J. W. (2012). Strain and satisfaction in caregivers of veterans with chronic illness. *Research in nursing & health*, 35(1), 55-69.
- Weiler, P. G., Chiriboga, D. A., & Black, S. A. (1994). Comparison of mental status tests: implications for Alzheimer's patients and their caregivers. *Journal of Gerontology*, 49(1), S44-S51.
- Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M., & Winblad, B. (2013). The worldwide

- economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 1-11. e13.
- Wong, C., Merrilees, J., Ketelle, R., Barton, C., Wallhagen, M., & Miller, B. (2012). The experience of caregiving: differences between behavioral variant of frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 724-728.
- World Health Organization, & Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: a public health priority*.
- Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutselis, M. (1987). Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychology and aging*, 2(3), 225.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(5), S267-S277.
- Zhang, Y., Xu, Y., Nie, H., Lei, T., Wu, Y., Zhang, L., & Zhang, M. (2012). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in the Chinese populations: a meta-analysis of dementia prevalence surveys, 1980–2010. *Journal of Clinical Neuroscience*, 19(10), 1333-1337.
- 于漱、吳淑瓊、楊桂鳳 (2003)。失智症患者的長期照護服務模式。《長期照護雜誌》，7(3)，251-264。
- 王增勇、蔡曉欣 (2014)。自助互助做為另類助人服務類型：以瑞智互助家庭為例。《社區發展季刊》(145)，218-233。
- 王麗雪 (2005)。照顧者照顧評價與失能老人家庭照顧品質之相關因素探討。
- 台灣精神醫學會 (2014)。DSM-5 精神疾病診斷準則手冊。
- 何瓊芳 (2000)。探討失能老人家庭照顧者的照顧正向經驗 (碩士論文)。長庚大學，桃園。
- 呂寶靜、李佳儒、趙曉芳 (2014)。臺灣老人日間照顧服務之初探：兩種服務模式之比較分析[A Preliminary Study on Adult Day Services in Taiwan: A Comparison of Two Service Models]。《東吳社會工作學報》(27)，87-109。
- 李娟娟 (2004)。失智症家屬支持團體之關注主題與成效探討。
- 邱啟潤、許淑敏、吳淑如 (2003)。居家照護病患之主要照顧者綜合性需求調查。《醫護科技學刊》，5(1)，12-25。
- 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿 (2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。《醫護科技學刊》，4(4)，273-290。
- 邱銘章、湯麗玉 (2006)。失智症照護指南。臺北市：原水文化。
- 國家發展委員會 (2014)。中華民國人口推計 (103 至 150 年)。

- 梁家欣、程蘊菁、陳人豪 (2014)。失智症之重點回顧。內科學誌，25(3)，151-157。
- 郭穎樺、劉文良、甄瑞興 (2014)。中文修訂版照顧者負擔量表測量失智症主要照顧者負擔之信效度。北市醫學雜誌，11(1)，63-76。
- 陳芬婷、邱啟潤 (2015)。喘息服務方案對家庭照顧者之效益。護理暨健康照護研究，11(1)，53-63。
- 陳昱名 (2013)。老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷[Caring Burden of Family Caregivers for Dementia Patients]。崇仁學報(7)，1-22。
- 曾雪鳳 (2014)。失智症家庭照顧者壓力、負荷與生活品質之探討。
- 湯麗玉 (1991)。痴呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。台灣大學護理學研究所碩士論文。臺北：台灣大學。
- 湯麗玉 (2014)。失智症患者家庭支持網絡。中華民國糖尿病衛教學會會訊，10(3)，12-14。
- 湯麗玉、吳沛錡、李會珍、洪心平 (2013)。瑞智互助家庭-失智症共同居家照護方案。長期照護雜誌，17(1)，1-9。
- 湯麗玉、葉炳強、陳良娟、謝碧容 (2000)。失智症家屬支持團體成效初探。應用心理研究(7)，171-190。
- 黃正平 (2006)。失智症之行為精神症狀[Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia]。臺灣精神醫學，20(1)，3-18。
- 黃志忠 (2013)。臺灣家庭照顧者多面向評量與工具建構之初探。臺大社會工作學刊(28)，137-173。
- 黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀 (2007)。影響北台灣家庭照顧者喘息服務利用的因素：前趨性研究。長期照護雜誌，11(1)，51-65。
- 黃敏鳳、徐亞瑛、楊培珊、葉炳強 (2004)。失智症患者及家庭照顧者接受日間照護之服務需求情形探討。長期照護雜誌，7(4)，355-370。
- 黃惠玲、劉錦螢、徐亞瑛 (2006)。以家庭為基礎之社區失智症照顧模式簡介[An Introduction of Home-based Community Care Model for Dementia]。長期照護雜誌，10(4)，333-342。
- 楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園 (1989)。社會及行為科學研究法。台北：東華。
- 劉雪娥 (1992)。影響照顧親人評價之因素的探討。護理雜誌，39(4)，65-75。
- 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[Predictors of Positive and Negative Caregiving Experiences among Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients]。新臺北護理期刊，8(1)，17-31。
- 簡伶育 (2010)。失智症照顧者支持團體之統合分析研究(碩士論文)。臺北醫學大學護理學研究所，台北。



附錄一 研究倫理審查核可證明

正本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

10617

臺北市大安區羅斯福路4段1號

地址：100臺北市中山南路7號

承辦人：李桃森

電話：02-2312-3456轉66590

傳真：02-2395-1950

電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學健康政策與管理研究所陳雅美助理教授

發文日期：中華民國103年12月19日

發文字號：校附醫倫字第1033706064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「探討失智症患者使用日間照護與瑞智互助家庭模式下之照護者負擔比較/Comparison of dementia patients' caregivers burden - in adult day care and wisdom of family」(本院案號：201411067RIND)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D研究倫理委員會審查，同意核備，並提第32次會議報備追認，請 查照。

說明：

- 一、本臨床試驗核准之有效期限為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，且於填報持續審查/結案報告前須先至研究倫理委員會PTMS系統登錄第一位個案收案時間。
- 二、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。
- 三、本院研究倫理委員會同意免除書面知情同意，但需提供受訪者研究說明書。
- 四、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：2014年11月24日。
 - (二)中文摘要：2014年11月24日。
 - (三)研究受訪者說明書：2014/11/24。
 - (四)家庭照顧者評估量表：2014年11月24日。
- 五、請將案件編號更改為201411067RIND，研究受訪者說明書、家庭照顧者評估量表左上角案號請一併修改。
- 六、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。
- 七、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如下列：

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

- 八、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。
- 九、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。
- 十、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」、「受試者知情同意過程記錄格式」各乙份，請依計畫需要辦理應辦事宜。

正本：國立臺灣大學健康政策與管理研究所陳雅美助理教授

副本：本院研究倫理委員會

院長黃冠棠



研究受訪者說明書

親愛的先生/女士 您好：

這是一份關於照護者負擔的問卷調查，此份問卷通過國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會審核通過。本研究以失智症患者的主要照顧者為研究對象，想瞭解不同的服務模式對主要照顧者的多元評估。您所填答的資料僅提供學術研究使用，我們將絕對保密，並且不會將個人資料洩漏給服務單位，僅會將最後研究結果與服務單位分享，來提供日後改善服務之建議，所以請您放心填答。若填答過程中感到任何不適，皆可拒絕繼續參與本研究。由於您寶貴經驗分享，對於研究有很大的貢獻。感謝您撥冗填寫問卷，謝謝您！

敬祝 平安喜樂 身體健康

臺灣大學健康政策與管理研究所健康產業組

敬上

如您有任何問題及建議，請洽

計畫主持人：陳雅美 教授

聯絡人：張鈺勤 小姐

電話：(02)3366-8063/0988-198433

地址：臺北市徐州路 17 號 633 室(臺灣大學公共衛生大樓)

家庭照顧者評估量表



編號：_____

填表日期：_____年_____月_____日

第一部分：基本資料

一、 主要照顧者基本資料

1. 性別：1 男 2 女
2. 年次：民國_____年
3. 是被照顧者的什麼人？1 配偶 2 父母 3 兒子/女兒 4 孫子/孫女
5 兄/弟/姊/妹 6 女婿/媳婦 7 其他親屬關係_____
4. 是否與被照顧者同住？1 無 2 有
5. 婚姻情況：1 已婚 2 未婚 3 離婚 4 喪偶 5 同居 6 其他

6. 教育程度：1 未受過正式教育 2 國小 3 國(初)中 4 高中職 5
專科 6 大學 7 研究所以上
7. 職業：1 軍 2 公、教 3 農 4 工 5 商 6 自由業 7 學生
8 其他_____
8. 就業狀況：1 全職工作(35 小時或以上/週) 2 兼職(少於 35 小時/週)
3 退休 4 待業 5 請假



9. 照顧前後就業狀況是否改變？

- 1 沒有變化 2 提前退休 3 變更工作形式(例如:改變成兼職工作) 4
開始工作 5 家庭因素/或因被請辭 6 辭職 7 請假 8 被辭退 9 增
加照顧時間 10 減少照顧時間 11 其他_____

10. 照顧病患期間？共_____年_____月

11. 每日照顧時數？_____小時

12. 是否有看護協助照顧病患？1 無 2 有

1 本國籍 2 外籍

每日照顧時數_____小時

每月費用_____元

此看護已經照顧患者多長時間_____年_____月

13. 家庭年收入

- 1 低於 30 萬元 2 在 30 萬到 39 萬元間 3 在 40 萬到 49 萬元間 4 在
50 萬到 59 萬元間 5 在 60 萬到 69 萬元間 6 在 70 萬到 79 萬元間 7 在 80
萬到 89 萬元間 8 超過 90 萬元 9 其他_____

二、 被照顧者基本資料



1. 使用的服務類型：1 日間照顧中心 2 瑞智互助家庭
2. 性別：1 男 2 女
3. 年次：民國_____年
4. 居住情況：(可複選)
1 與配偶同住 2 與子女同住 3 與孫子(女)同住 4 獨居 5 與看護同住 6 其他_____
5. 婚姻情況：
1 已婚 2 未婚 3 離婚 4 喪偶 5 同居 6 其他_____
6. 教育程度：
1 未受過正式教育 2 國小 3 國(初)中 4 高中職 5 專科 6 大學 7 研究所以上
7. 現在是否就業？1 否 2 是；職業為_____ 3 其他_____
8. 現在是否領月退俸？1 否 2 是
9. 患病前職業：1 軍 2 公、教 3 農 4 工 5 商 6 自由業 7 其他_____
10. 發病年齡：_____歲
11. 患病期間？共_____年_____月
12. 失智症程度： 認知功能障礙 輕度 中度 重度

13. 主要照顧者或被照顧者有使用到下列那些長期照護相關服務？(可複選)

1 服務相關資訊 2 送餐 3 居家護理 4 居家醫師 5 居家營養師

6 居家藥師 7 物理治療 8 職能治療 9 語言治療

10 居家呼吸治療師 11 喘息服務(包含機構式、居家式喘息服務)

12 家務協助 13 身體照顧服務(個人生活照護，像是洗澡等)

14 家庭托顧 15 交通接送服務

16 生活輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務

17 照顧者培訓或教育課程 18 老人餐飲服務(送餐或共餐)

19 照顧者支持團體 20 心理諮商 21 任何政府補助

22 長期照顧機構服務 23 其他服務_____



第二部分：家庭照顧者多元評估



問 題	頻 率		
	完全沒有	有 時	經 常
照顧者壓力指數量度表			
1. 感到困身 (例：因自由時間減少了或不能外出)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 感到不方便 (例：需花很多時間或長途跋涉去協助病患)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 感到身體疲累 (例：需專注看護病患或費力去幫助病患坐立)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 睡眠被打擾 (例：需夜間照顧要上下床或無法安頓的病患)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 起居生活習慣有變動 (例：往常的家居工作被打擾，私人時間少了)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 個人計劃的改變 (例：要放棄轉換工作的念頭，或者不能放假)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 要花時間應付其他人的需求 (例：來自其他家庭成員的要求)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 題	頻 率		
	完全沒有	有 時	經 常
8. 情緒上要適應 (例：因為出現激烈的爭吵)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 病患某些行為令人煩厭 (例：失禁、記事困難或怪別人拿了他的東西)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 發現病患改變很大而令你感到不安 (例：他跟以往完全不同)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 要改變工作安排 (例：因為要特別請假照顧病患)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 財政負荷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 感到心靈疲累 (例如：因為擔心或顧慮該如何處理病患)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
照顧的滿足感			
14. 照顧工作讓您覺得和失智症患者更親近	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 您樂於和失智症患者相處	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 照顧失智症患者的工作能提升您的自尊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 題	頻 率		
	完全沒有	有 時	經 常
17. 當失智症患者為小事高興時，您也感到快樂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 失智症患者感謝您為他所做的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
照顧的熟練能力			
19. 您非常了解失智症患者的需要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 您不確定要為失智症患者做什麼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 只要有您照顧失智症患者，他就能得到適當照顧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 您能處理失智症患者大部分的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>