

國立臺灣大學理學院心理學研究所



碩士論文

Graduate Institute of Psychology

College of Science

National Taiwan University

Master Thesis

與失智症患者同行：關係義務感與韌性

是否會緩解照顧者的負擔與哀傷？

Living with Dementia Patients:

Could Sense of Relation Obligation and Resilience

Buffer Caregiver's Burden and Grief?

楊涓惇

Yu-Dun Yang

指導教授：陳淑惠 博士

Advisor: Sue-Huei Chen, Ph.D.

中華民國 107 年 7 月

July, 2018



國立臺灣大學理學院心理學研究所

論文口試委員會審定書

楊清煌 先生所提論文 與失智症患者同行：  
關係義務與勸托是否應解除照服者的負擔與責任？

經本委員會審議，符合碩士學位標準，特此證明。

論文考試委員會

主席 洪福建

委員 吳治勳

陳淑惠

洪福建

指導教授：陳淑惠

所主任：鄭伯璜

中華民國 107 年 06 月 26 日





## 致謝

太好了！我畢業了！這是我現在想說的話。

這一條路走了好一段時間，我想要表達我的感謝，給我所遇見的每一個人，以及發生的每一件事：

淑惠老師於碩班生涯中的指導與協助，以及引領與包容，讓我在生長的過程中得以維持自己的形狀，且同時有所成長。

爸爸、媽媽及妹妹提供的充足資源與支持，鈺珵的陪伴，劭芸、靖雅、元健、鄭晴以及其他 Lab 夥伴對這份研究的參與，或者是在其餘事務上的大力幫忙。

身邊好友們與室友的吃飯、玩樂以及大小事協助；Amy 跟 Dave 幫助我完成量表的雙向翻譯；台大醫院神經部、高雄凱旋臨床心理科、豐原傳愛、大甲永信以及其他照護機構夥伴在收案上的協助；福建老師與治勳老師們擔任我的碩論口委。其他不及提及的人，我也謝謝你們。

我要謝謝我自己，從入學至今未曾放棄。

四年的時間，在研究上，從題目的轉換、IRB 的申請、研究的執行直至撰寫；在專業上，我以異鄉人的身份不斷移動，慢慢的，臨床心理成了住所，對於週遭的山川，也窺了幾眼。

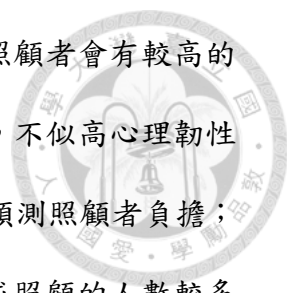
這些日子裡，謝謝指導，而之後請多多指教。






## 摘要

**目的：**不管是在國家政策、社會議題、學術研究及臨床實務上，失智症照護得到的關注與重視越來越多，然而，儘管許多機構、資源確實為失智症照顧提供了很大的幫助與支持，由家屬在家照護仍是多數失智症患者的照顧形式。當失智症患者的家屬承擔起照顧責任而實行照顧事務時，照顧者會因此有多向度的身心反應，也會於此過程中因不同原因有了失落的感受，這些感受便構成了照顧者的負擔與哀傷，與此同時，台灣失智症的照顧者因文化、傳統價值的影響，可能會傾向於視照顧失智症患者為自己的責任，內在亦有對患者付出的義務感受，此義務感受與照顧者內在的心理韌性，以及所處家庭之特性會如何影響照顧者的照顧處境與照顧者的調適，即是本研究有意探討與瞭解的方向，因此，本研究嘗試瞭解照顧者的負擔、哀傷、關係義務感、韌性以及其他情緒調適間之關聯，且透過不同失智嚴重程度、失智迄今時間、與患者親屬關係、參與陪伴或照顧的人數等不同分組方式，以及使用階層迴歸分析、差異檢定等統計方法，來探討照顧者的哀傷、關係義務感及韌性於照顧脈絡中之角色。**方法：**本研究透過醫院、日間照顧中心以及知名網路平台等管道，招募失智症患者之家屬，有效樣本 235 位，平均年齡 46.75 歲（標準差為 15.40 歲），參與者於知情同意後，完成照顧者負擔量表-12 題、照顧者哀傷量表短版、關係義務感量表、中文版成人心理韌性量表、家庭韌性量表、台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷以及憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題等量表。**結果：**(1) 照顧者的負擔與哀傷與失智患者之失智嚴重程度、失智迄今時間無顯著相關；(2) 關係義務感不能預測照顧者的負擔與哀傷，但對



高關係義務感的照顧者而言，當失智患者失智嚴重程度較重，照顧者會有較高的負擔與哀傷；(3) 心理韌性能預測照顧者有較好的調適，並且，不似高心理韌性的照顧者，對低心理韌性的照顧者而言，失智迄今時間可正向預測照顧者負擔；(4) 家庭韌性能預測照顧者有較好的調適，包括當參與陪伴或照顧的人數較多時，照顧者會有較好的調適。**討論：**研究顯示照顧者因各自處境不盡相同，其負擔與哀傷並非對應於失智患者失智嚴重程度、失智迄今時間；關係義務感於患者失智初期有助於照顧者的調適，但至失智晚期，照顧者可能因無法於照顧中實行想實行的義務，反而不益於照顧者調適；此外，心理韌性與家庭韌性都有助於照顧者的調適，但對照顧者有不同面向的幫助。據之，本研究提出對未來研究與臨床應用的建議。

**關鍵詞：**照顧者負擔、照顧者哀傷、關係義務感、韌性、失智症照顧者

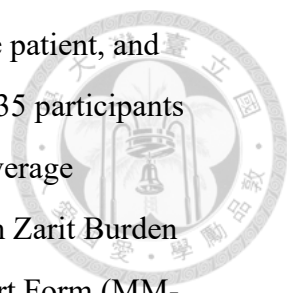


**Living with Dementia Patients:  
Could Sense of Relation Obligation and Resilience  
Buffer Caregiver's Burden and Grief?**

Yu-Dun Yang

**Abstract**

**OBJECTIVE:** Dementia caregiving is getting more and more attention in respect to policies, social issues, researches, and clinical practices. Diverse resources including dementia clinic and day care center support the dementia caregiving, but those are not enough for dementia caregivers. Nowadays, home-care is the mainstream of dementia caregiving, where dementia member could have great influence on her/his family members. Taking the responsibility of caregiving, caregiver would have different aspects of physical and mental response. Facing the losses due to different objects, caregiver would experience complicated and multiple grief. Such caregiver burden and caregiver grief would in turn have deep influence on caregiver's health and coping outcome. Because of traditional culture and value, Taiwanese caregivers probably are inclined to view taking care of dementia patients as their responsibility and want to carry out the inner obligation toward patients. Besides, caregivers with different personal psychological resilience and family resilience would have different health and coping outcome in the context of dementia caregiving. Therefore, the study aimed to examine the relationships among caregiver burden, caregiver grief, sense of relationship obligation and resilience in order to explore the importance of the role of caregiver grief, sense of relation obligation and resilience in dementia caregiving. It's also interesting to examine if there is significant difference of caregiver situation



among different severities and times of dementia, relationship to the patient, and number of people engaging in caregiving. **METHODS:** A total of 235 participants from hospital, daycare center, communities and universities, with average 46.75±15.40 years, participated the study. Measures include 12-item Zarit Burden Interview (ZBI-12), Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form (MM-CGI-SF), Sense of Relation Obligation Scale (SROS), Resilience Scale for Adults (RSA), Family Resilience Scale (FRS), WHOQOL-BREF, and 21-Item Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). **RESULTS:** (a) Severity and time of dementia did not correlate with caregiver burden and caregiver grief. (b) Sense of relation obligation toward dementia patient couldn't predict caregiver burden and grief, whereas severity of dementia positively predicted burden and grief for caregivers with high sense of relation obligation. (c) Psychological resilience positively predicted better outcome and time of dementia positively predicted burden for caregivers with low psychological resilience. (d) Family resilience positively predicted better outcomes, especially for those caregivers who perceived more, relative to only 1-2, people engaging in caregiving. **DISCUSSION:** The findings indicate that the situations caregivers faced are diverse and individual caregiver would experience personalized burden and grief due to all kinds of caregiving stress and loss. Therefore, caregiver burden and caregiver grief are not accounted for only by severity or time of dementia. People with more sense of relation obligation might feel better by carrying out the responsibilities but they might experience more burdens and grief when the dementia is getting more severe. Psychological resilience and family resilience may contribute positively to better care for dementia in subtly different ways for different caregivers. Finally, future research and clinical implications are suggested.

**Keywords:** *Caregiver burden, caregiver grief, sense of relation obligation, resilience, dementia caregiver*

# 目次



第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 照顧者負擔.....	3
第三節 照顧者哀傷.....	7
第四節 關係義務感.....	16
第五節 韌性.....	21
第六節 研究目的與假設.....	26
第二章 研究方法.....	31
第一節 研究對象與研究程序.....	31
第二節 研究工具.....	35
第三節 統計分析程序.....	42
第三章 研究結果.....	47
第一節 描述統計與相關分析.....	47
第二節 關係義務感與照顧者負擔和哀傷之關聯.....	61
第三節 心理韌性與照顧者負擔和哀傷之關聯.....	67
第四節 家庭韌性與照顧者負擔和哀傷之關聯.....	72
第五節 照顧者的負擔與哀傷與照顧者調適之關聯.....	77
第六節 心理韌性與家庭韌性與照顧者調適之關聯.....	81
第七節 不同失智狀態於照顧者調適之比較.....	88
第四章 綜合討論.....	93
第一節 親屬失智對照顧者負擔與哀傷之影響.....	94
第二節 關係義務感於照顧脈絡中之角色.....	97

第三節	有了「心理韌性」，還需要「家庭韌性」嗎？	98
第四節	照顧者哀傷於照顧脈絡中的特殊意義	101
第五節	研究貢獻與臨床意涵	104
第六節	研究限制與未來方向	108
參考文獻		113
中文文獻		113
英文文獻		115
附錄		131
附錄一：關係義務感與韌性於不同失智狀態之關聯		131
附錄二：照顧者負擔量表-12 題		133
附錄三：照顧者哀傷量表短版		134
附錄四：關係義務感量表		135
附錄五：中文版成人心理韌性量表		137
附錄六：家庭韌性量表		139
附錄七：台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷		140
附錄八：憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題		143





## 表目次

表 2-1	基本人口之樣本組成 ( $n = 235$ ) .....	32
表 2-2	失智患者與失智照顧相關變項之樣本組成 ( $n = 235$ ) .....	33
表 2-3	照顧者負擔量表-12 題 (ZBI-12) 之因素結構.....	44
表 2-4	照顧者哀傷量表短版 (MM-CGI-SF) 之因素結構.....	45
表 3-1	各變項之描述統計 .....	49
表 3-2	各變項之描述統計：依失智嚴重程度分組.....	52
表 3-3	各變項之描述統計：依失智迄今時間分組.....	53
表 3-4	各變項之描述統計：依失智患者之親屬關係分組.....	54
表 3-5	各變項之描述統計：依參與陪伴或照顧的家屬數量分組.....	55
表 3-6	各變項之描述統計：依參與者之招募管道分組.....	56
表 3-7	各變項之相關係數.....	59
表 3-8	失智嚴重度與關係義務感交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析 .....	62
表 3-9	失智迄今時間與關係義務感交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析 .....	63
表 3-10	失智嚴重度與關係義務感交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析 .....	65
表 3-11	失智迄今時間與關係義務感交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析 .....	66

表 3-12	失智嚴重度與心理韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析	68
表 3-13	失智迄今時間與心理韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析	69
表 3-14	失智嚴重度與心理韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析	71
表 3-15	失智迄今時間與心理韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析	72
表 3-16	失智嚴重度與家庭韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析	73
表 3-17	失智迄今時間與家庭韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析	74
表 3-18	失智嚴重度與家庭韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析	76
表 3-19	失智迄今時間與家庭韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析	76
表 3-20	照顧者哀傷各因素對生活品質各範疇之階層迴歸分析	78
表 3-21	照顧者哀傷各因素對憂鬱、焦慮及壓力之階層迴歸分析	80
表 3-22	家庭韌性各因素對生活品質各範疇之階層迴歸分析	83
表 3-23	家庭韌性各因素對憂鬱、焦慮及壓力之階層迴歸分析	85
表 3-24	伴侶組與直系長輩組於照顧者調適相關變項之差異檢定	92
表 4-1	個人犧牲與照顧者調適相關變項之相關係數	103
表 4-2	照顧者負擔不同版本與其他變項之相關係數	105

## 圖目次



圖 1-1：失智照顧壓力歷程模型 .....	14
圖 1-2：照顧之哀傷壓力模型 .....	15
圖 1-3：研究目的示意圖 .....	28
圖 3-1：失智嚴重度與關係義務感預測照顧者負擔之交互作用圖 .....	62
圖 3-2：失智嚴重度與關係義務敢預測照顧者哀傷之交互作用圖 .....	65
圖 3-3：失智迄今時間與心理韌性預測照顧者負擔之交互作用圖 .....	69
圖 4-1：不同階段之哀傷感受強度與哀傷行為量 .....	96
圖 4-2：哀傷經驗重複發生之示意圖 .....	96
圖 4-3：失智哀傷模型 .....	102





## 第一章 緒論

### 第一節 研究動機

成為一位家庭照顧者，個體可能是主動承接起照顧責任，亦有可能是被動地被拋入照顧者之處境，在與失智症患者同行時，照顧者除了實行照顧事務，自身也必然受到深遠的影響與改變。對於失智症患者的照顧者之處境，令人不禁想要瞭解，照顧者如何迎接家屬失智事實？照顧者會如何經驗負擔與哀傷？

依精神疾病診斷與統計手冊第五版（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition, DSM-5; American Psychiatric Association, 2013），失智症（Dementia）又名為認知障礙症（Neurocognitive Disorder, NCD），依病因可區分為阿茲海默症（Alzheimer's Disease）、額顳葉型失智症（Frontotemporal Lobe Degeneration）、路易氏體失智症（Lewy Body Disease）、血管性失智症（Vascular Dementia）以及其他多種不同原因引起之失智症，符合此診斷的患者可能會於學習、記憶力、注意力、語言、執行功能等各方面有功能減退的表現。

於近年內，罹患失智症的人口快速增加，盛行率方面，世界衛生組織（World Health Organization, 2012）之調查指出東亞地區的 60 歲以上老年人口失智症之盛行率為 4.98%，台灣則由 2011 至 2013 年的調查發現，65 歲以上老年人失智症之盛行率為 4.97%，並且對年齡較高的族群而言，失智症之盛行率亦較高（衛生

福利部，2013)。失智症人數方面，參考至國際失智症協會 (Alzheimer's Disease International, ADI) 的資料，全球於 2015 年有 4680 萬失智者 (Prince, 2015)，而依據去年年底的「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」(衛生福利部，2017)，2017 年底台灣失智症人口於估計下超過 27 萬人。

面對失智症人數漸多的現象，相關的法規與政策持續被修訂與推動，醫院設立失智門診的比例、失智症社區服務與相關的日間照顧中心等照護機構也陸續有增加的趨勢。

然而，儘管有著這些家庭外部的資源支持與協助失智症患者的照護，2011 年衛福部委託計畫資料統計顯示，入住機構的失智症患者比率僅占 6.2%，93.8% 的失智症患者住在家中，並且大部分的家庭並沒有聘請看護或使用日間服務，反而完全由家人照顧 (衛生福利部，2013)，在這之中，經常會出現失智症患者的家人需要辭去工作而轉為一個照顧者的角色，而且，許多家庭中的家屬並不會共同分擔失智症患者之照顧，諸多的照顧事務與負擔反而是落在了少數家屬的身上。

因此，對於關心失智症患者之照護的實務工作者與學術研究者而言，除了在意失智症患者的照護品質如何被提升至完善，另一件十分重要的事情在於，去瞭解這些家中的照顧者及其他家屬在家人患有失智症的處境下，會有哪些相關的信念與情緒，並且是如何去面對與自己親近的人患有失智症這一事實。

於失智照顧的脈絡中，面對患者症狀持續減退與變化，患者的家屬需要去處理照顧事務，由於患者功能的減退可能與先前的狀態有性格、記憶及習慣等多面向的差異，家屬亦會經驗到與患者的連結發生改變，進而會有以患者、彼此關係及自己為對象的失落，譬如，家屬會預期患者在之後會持續功能退化甚至死亡，家屬在處理照顧事務的途中，可能會需要做出某些生活上的犧牲，包括轉為一位兼職甚至全職的照顧者，進而也會有相關的失落。

與此同時，受傳統文化與價值觀的影響，台灣家屬所知覺到的自己對患者的義務感受、家屬自身所具有的特質與資源以及家庭所具有的特性，都會以不同方式影響這些家屬在面對這些照顧壓力與失落感受的反應。

綜上所述，本研究嘗試探討失智症患者之照顧者的負擔與哀傷如何受其對患者的義務感受、其自身所具有的特質與資源以及家庭所具有的特性影響，為達成此目的，研究首先會回顧過往研究對於照顧者負擔、照顧者哀傷、關係義務感與韌性之討論，並以失智患者之照顧者為對象進行統計分析，以檢驗本研究之假設與探索於過往研究少被關注之部分。

## 第二節 照顧者負擔

### 壹、失智症患者之照顧者負擔

當一個家庭中有人罹患失智症，失智症患者的家人會因為要盡照顧責任而承擔許多照顧相關事務，當家屬在陪伴或照顧患者的過程中，經驗到身體、心理、情緒、社會及經濟等多面向的壓力源而有多向度的反應 (Kasuya, Polgar-Bailey, & MPH Robbyn Takeuchi, 2000; Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012)，如個體的社交、工作、個人角色受照顧工作而影響 (Given, Kozachik, Collins, DeVoss, & Given, 2001)，亦如失智症患者的家人經常把照顧失智症患者的經驗形容為持續的壓力與受挫 (Butcher, Holkup, & Buckwalter, 2001)，此即照顧者負擔 (Caregiver Burden)。

## 貳、失智症之疾病表現與照顧者負擔之關聯



失智症患者的症狀表現具多樣性，由於所患失智症之病因不同、於病程中所處的階段不同以及個體間的變異性，因而衍生數種不同類型的症狀之組合與程度，而症狀的不同，導致失智患者的照顧者會知覺到不同的照顧事務、有不同的困擾，進而會有不同的照顧者負擔。

為瞭解失智症症狀與照顧者負擔間之關係，過去研究嘗試區分症狀類型，進而討論不同類型的症狀與照顧者負擔間之關係是否會有差異。事實上，於多種分類失智症症狀的方式中，其中一種分類方式將症狀區分為正性症狀（Positive Symptoms）與負性症狀（Negative Symptoms）。Allegri 等人（2006）曾探討阿茲海默症患者的神經精神病學症狀對照顧者負擔的預測，研究發現患者的正性症狀，如妄想、幻覺、焦躁不安、焦慮、狂喜、無法抑制、不尋常的動作、睡眠受干擾及食慾改變等，都與照顧者負擔有關，而負性症狀，如憂鬱、缺乏興趣，則與照顧者負擔無顯著相關。

另一種區分症狀的方式是將症狀分為認知相關的症狀與非認知或行為相關的症狀。非認知的症狀包括精神病症狀、憂鬱、行為干擾（Burns, Jacoby, Luthert, & Levy, 1990），認知症狀包括失去記憶、視覺空間的干擾、語言異常（Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997）。於過去的研究中，可以發現兩種症狀與照顧者負擔間之關係有相當多的差異。於行為相關的症狀方面，當失智症患者有較多的行為相關、非認知的困擾，照顧者的負擔也較多（Torti, Gwyther, Reed, Friedman, & Schulman, 2004）；LoGiudice、Waltrowicz、McKenzie、Ames 及 Flicker（1995）曾去探討不同行為症狀與照顧者負擔的關係，結果發現行為的缺損，如退縮或失去興趣，比起特定行為之過度出現，如睡眠困擾、儲物，要與照顧者的負擔之關係更大。不

同於許多研究認為行為症狀與照顧者負擔間存有關聯，於認知相關的症狀方面；在過去文獻中，尚乏一致的結果解釋認知損害與照顧者負擔的關係 (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari, & Sourtzi, 2007)。

另外也有針對失智症患者的生活功能與照顧者負擔之關聯的研究，但也沒有一致的發現，譬如，當失智症患者的日常生活功能 (Activities of Daily Living)、工具性日常生活功能 (Instrumental Activities of Daily Living) 受損越嚴重，照顧者會有較高的照顧者負擔 (Kim et al., 2012)；與此不同，Sherwood、Given、Given 及 von Eye (2005) 也發現，當失智症患者的功能逐漸衰退，照顧負擔反而會改善，原因可能是失智患者心智功能的衰退與一旁的照顧者感受到自己被遺棄有關，而當照顧工作所需要處理的已經不是患者認知相關的問題，而是功能上的困難，非主要照顧者較容易處理這部分、有較少的被遺棄感，也因此有較多的照顧參與，進而會減少照顧者的負擔。

已知不同類型的症狀與照顧者負擔間之關係並不一致，然而，對於失智症狀與照顧者負擔間之關係尚有不同的發現。McCarty 等人 (2000) 認為失智嚴重程度與失智症患者的特定行為症狀間之關聯為一曲線的關係，原因是當失智患者的失智嚴重程度到了最嚴重的階段時，某些行為問題反而會改善。

另外，於近期以台灣族群為對象的研究，Huang、Lee、Liao、Wang 及 Lai (2012) 以 88 位失智患者與照顧者為對象，針對失智症患者行為與心理症狀與照顧者負擔之關聯進行探討，發現整體症狀與照顧者的負擔呈顯著正相關。

綜上所述，不僅是不同類別的症狀會與照顧者負擔有不同的關係，同類別的症狀與照顧者負擔間之關係也可能會隨患者在失智病程中不同時間點而異，因此，當失智患者於疾病病程中不同階段，失智患者之照顧者的負擔會有何種變化，這在過去研究中未有定論。



### 參、照顧參與、照顧者特性與照顧者負擔之關聯

失智患者的家屬或照顧者於陪病或是照顧病人的過程中，會知覺到照顧責任是壓的人喘不過氣的、消耗的、壓力而且孤獨的(Ross, Holliman, & Dixon, 2003)，並且，照顧者負擔對個體會有多面向的影響，照顧者的身體、心理、情緒及功能性的健康等面向都會受到照顧事務的威脅 (Kim et al., 2012)。

對於照顧者在此威脅下的多面向的身心反應，曾有學者以「照顧者症候群 (Caregiver Syndrome)」(Passoni, Toraldo, Villa, & Bottini, 2015) 一詞來描述。身體方面，照顧者可能會有高血脂、高血糖、免疫系統不足及較高的致死率等問題 (Papastavrou et al., 2007)。而在心理方面，病人的行為問題會預測照顧者的憂鬱 (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995; Yee & Schultz, 2000)，而當失智症患者由其配偶照顧，配偶照顧者若知覺到較大的照顧者負擔，他們傾向感受到較低的婚姻滿意 (Fitzpatrick & Vacha-Haase, 2010)。

已知照顧者負擔會對照顧者有很大的影響，值得注意的是，許多相關研究之失智患者之照護形式是以在家照護為主，而對於將失智症患者長期安置在照護機構可能會對照顧者的影響，Schulz 等人 (2004) 曾試圖去探討，結果發現照顧者的憂鬱、焦慮並不會因為被照顧者的安置而有顯著的改變，照顧者於抗憂鬱劑、抗焦慮劑的使用也是一樣，而且在安置過後，憂鬱與焦慮都有更嚴重的風險，研究也發現當照顧者是被照顧者的配偶、當照顧者很頻繁的探視機構、當照顧者尚未滿意於得到的協助等情形時，憂鬱與焦慮尤為明顯。

此外，照顧負擔與照顧者身心健康的關係在不同的文化脈絡中會有差異。在一份比較上海與聖地牙哥兩處的失智照顧者的研究中 (Patterson et al., 1998)，上

海的照顧者較少尋求情緒支持，有較少的負面情緒與身體症狀。


由上述相關的文獻可以發現，當家庭中有親屬失智時，親屬失智的特性與照顧者對照顧事務的參與皆與照顧者負擔有關聯，照顧者負擔為我們揭露照顧者的處境，除了反映照顧者於當下的調適之外，也會延伸對照顧者的生活品質與情緒有更多的影響。隨著台灣失智照顧者的身心健康得到了更多的關注，更多的觀察與瞭解台灣失智照顧者之處境實屬重要，而在過去文獻中尚有彼此研究結果不一致之處，反而正隱含此議題仍需持續探討之意義。

### 第三節 照顧者哀傷

#### 壹、照顧者的預期性哀傷

在過去，哀傷 (Grief) 主要被理解為個體在親屬逝世後的情緒，而照顧者在照顧慢性疾病或是生命末期的病人時伴隨的哀傷，總被視為是屬於照顧者的憂鬱、壓力或負擔下的內容 (Marwit & Meuser, 2005)。直到近幾十年來，陸續有研究更加重視個體在親屬逝世之前的哀傷感受，學者們將此稱之為預期性哀傷 (Anticipatory Grief)。

最早，預期性哀傷由 Lindemann (1944) 提出，指的是個體雖沒有經驗到哀慟事件 (Bereavement)，但經驗了分離，因此有了哀傷反應。Rando (1986) 將此概念延伸為個體對於一個即將失去的罹患重大疾病的所愛之人的失落感，以及對於其他跟此疾病有關的過去、現在與未來的失落之反應，並建議使用由 Futterman、Hoffman 及 Sabshin (1972) 所提出的預期性哀悼 (Anticipatory Mourning) 這詞



來描述，原因是他認為此經驗不只包含了哀傷，也包括因應、互動、計畫以及心理上的重新組織。同樣對此相似現象使用不同詞彙的是 Weihs 與 Reiss (1996)，兩人偏好使用預期性社會化 (Anticipatory Socialization) 一詞，原因是即使家人認知上的接受並且提前為患病的親屬之死後事務做準備，但在死亡發生之前，家屬是無法真正的預期到這件失落會給他們造成的情緒衝擊。之後，預期性哀傷持續被討論，包括 Kahn (1990) 提到當慢性疾病的親屬確診疾病時或是每一次疾病的惡化，個體的預期性哀傷都會被促發；另外，當 Boss (1999) 在談論意義含糊的失去 (Ambiguous Loss) 時，指出當個體的親屬因失智或是其他重病處境時，身體雖然在場，但心理卻是缺席的狀態，可能使得個體覺得自己心理上失去這位親屬，此般個體在親屬逝世以前所經驗到的哀傷，同樣屬預期性哀傷。

對於失智患者的家庭照顧者的預期性哀傷，Loos 與 Bowd (1997) 指出有四個與哀傷相關的議題，分別是社交與娛樂的失落、對自己生活事件的控制之失落、幸福的失落以及工作的失落；Rudd、Viney 及 Preston (1999) 認為這樣的哀傷未必小於個體於親屬逝世後的哀傷。而由於這樣的哀傷並不是建立在親屬確實過世的前提，哀傷於社會上可能不會得到公開的認納 (Recognition) 而使得個體難以公開表達哀傷，個體也不會得到社會於親屬過世後會給予的支持，因此，Doka (1989) 將其稱為被剝奪的哀傷 (Disenfranchised Grief)。

綜上所述，可知預期性哀傷的意涵從一開始被提出至後來的討論之間略有變化，如今，此概念的使用不再囿於其字面，僅是指個體預期其親屬即將過世而有的哀傷，反而是含有複數的時態與多重的意義，可被理解為當失智患者的家屬在照顧或陪伴失智患者時，辨識到個人的重大失落，包括對這位失智的親屬的失落以及由他的失智、照顧情境衍伸出的失落，而有的情緒、認知與行為反應 (Holley & Mast, 2009; Meuser, Marwit, & Sanders, 2004)。


值得一提的，多位學者在討論失智症患者之照顧者的預期性哀傷時，會使用死前哀傷（Pre-Death Grief）（Liew, 2016; Passoni et al., 2015）、失智症哀傷（Dementia Grief）（Blandin & Pepin, 2017）以及照顧者哀傷（Caregiver Grief）（Meuser & marwit, 2002; Ponder & Pomeroy, 1996）等詞與之代換使用。

## 貳、預期性哀傷的表現與變化

個體在經驗預期性哀傷時會有多樣的表現，對此，Kehl（2005）認為預期性哀傷的表現可以分為身體、認知、情緒及行為等不同面向。身體方面，個體可能會頭痛、肌肉痠痛、失眠及失去食慾等；認知方面，可能會有無法集中與做決定的困難等；情緒方面，包括生氣、罪惡感、焦慮、自責及無助等；行為方面，則如哭泣、退縮、花較多或較少時間陪同家庭成員以及重複談論家庭成員可能死亡的方式。

欲探討預期性哀傷的變化，Teusink 和 Mahier（1984）認為家人對其親屬失智的反應相似於 Kübler-Ross（1969）提出的哀悼歷程，包含否認、憤怒、討價還價、憂鬱及接受等五階段，失智患者的家人經驗預期性哀傷的歷程可分為否認、過度涉入、憤怒、罪惡感及接受等不同階段，對此，Ponder 與 Pomeroy（1997）曾探討哀傷感受的強度與哀傷行為的量在不同階段中如何變化，結果發現哀傷感受的強度跟哀傷行為的量在否認的階段為低，接著在過度涉入開始升高，接著繼續在憤怒、罪惡階段持續升高，最後在進入接受階段之前下降。


針對失智親屬的病情與失智照顧者的預期性哀傷之關聯，過去研究曾探討當失智親屬於失智病程中的不同階段時，照顧者的預期性哀傷之表現有何差異。Meuser 和 Marwit（2001）以失智患者的成人子女照顧者跟配偶照顧者為研究對



象，透過焦點團體與量化工具，試圖探討成人子女照顧者與配偶照顧者在面對不同失智嚴重度的失智患者時，經驗到的哀傷之差異，研究結果發現，對於成人子女照顧者而言，所經驗到的哀傷與其親屬失智嚴重度之關聯近似曲線的，當患者於臨床失智評估量表（Clinical Dementia Rating, CDR）分數為 1 時，哀傷最低，在 CDR2 的階段時最高，而在 CDR3 的階段時又變為和緩；對配偶照顧者而言，照顧者所經驗到的哀傷隨著親屬失智嚴重度增加，哀傷與親屬失智嚴重度之關係近似於線性關係。此外，Garand 等人（2012）比較照顧對象是輕度知能障礙（Mild Cognitive Impairment）與失智症診斷兩組的照顧者，研究發現輕度知能障礙的病人的照顧者填答預期性哀傷量表時，有部分題目反應相似於有失智症診斷的病人的照顧者，包括對病情感到生氣、覺得這件事的發生並不公平、想要去與他人討論病情、不能去接受這件事情以及不能為未來做計劃。與此發現略有不同，Liew（2016）以失智照顧者為對象，其中大多數照顧者都是失智患者的子女，結果發現患者的失智嚴重程度會線性地正向預測照顧者的哀傷。

事實上，上述的研究在談及失智症嚴重程度時所針對的是失智親屬的醫療類描述，即相對較客觀的病情，而 Passoni 等人（2015）探討預期性哀傷與失智症患者的病情之關聯，發現預期性哀傷和照顧者對於失智症患者的病情之主觀知覺有關，當照顧者主觀評估患者有較高的失智症嚴重程度與有較快的病情衰退速度時，會經驗到較高程度的哀傷，而預期性哀傷與患者的客觀病情無顯著相關，由此可知，比起失智親屬的客觀病情，照顧者主觀知覺到其親屬疾病嚴重程度對其哀傷的影響更大。

失智患者的家屬之人口學特性與照顧時間也與預期性哀傷有關。家庭角色方面，成人子女照顧者跟配偶照顧者在疾病的不同階段會有不同的哀傷反應，隨著疾病的惡化，成人子女先是否認，變成生氣、沮喪、負擔、傷心，再變成傷心、



渴望、孤獨、順從；配偶照顧者則先是傷心，轉變對疾病給病人帶來的影響而傷心，進而再轉變成對疾病給自己帶來的影響傷心（Meuser & Marwit, 2001）。性別方面，對不同性別的家庭成員而言，預期性哀傷的表現也會有所不同，女性會有較高的絕望、生氣，而男性則會有較多的否認（Chapman & Pepler, 1998; Fleming, 1998）。家庭關係方面，當照顧者主觀知覺與失智患者之間的關係較親近，有較低的預期性哀傷（Pote & Wright, 2018）。

在照顧時間方面，過去研究指出照顧時間與照顧者哀傷之間的關係或許並非單一線性關係，家屬於照顧一開始時哀傷是高的，照顧第二到四年時哀傷開始下降，而照顧的第五年以後哀傷再次上升（Ponder & Pomeroy, 1997）。

照顧者哀傷此概念雖源於西方，但對亞洲的失智患者之照顧者而言，亦有同樣現象，並且於新加坡的研究甚至指出或許是因為文化因素，使得亞洲的照顧者有較西方要高的悲傷與感到孤單（Liew, 2016）。

### 參、預期性哀傷與調適之關聯

預期性哀傷作為個體於陪伴或照顧親屬之歷程中所經驗到的反應之一，其重要性之一在於預期性哀傷與個體的調適有密切關係。Holley 與 Mast (2009) 指出欲瞭解照顧者所經驗到的負擔，預期性哀傷是一個不可忽視的要素，原因是研究發現預期性哀傷與照顧者負擔有高的正相關，且可以解釋照顧者負擔 14-22% 的變異量，也提到照顧者對其個人的自由、睡眠與能量的失落，以及照顧者的悲傷與孤立感皆與照顧者負擔相關。

對於照顧者而言，照顧者的問題解決導向與預期性哀傷有關。Fowler、Hansen、Barnato 及 Garand (2013) 曾以失智症照顧者為對象探討預期性哀傷與照顧相關

的問題解決傾向及行為可能的關係，結果發現，於失智患者的照顧者上，預期性哀傷與正向的問題導向為負相關、與負向的問題導向為正相關，反映高預期性哀傷的照顧者傾向以非樂觀的態度面對問題、較易逃避問題、較易衝動行事，面對問題時有較適應不良的問題解決方式與認知情緒傾向。

當失智患者的配偶成為照顧者時，照顧壓力與事務會對其婚姻、生活造成影響。對此，Pote 與 Wright (2018) 發現預期性哀傷與婚姻滿意、生活滿意之間的關係皆為負相關。

事實上，對於照顧者於親屬逝世之前的預期性哀傷與親屬逝世後的個體調適、哀傷間之關聯有許多的討論，然而，研究對象多以癌症患者的家屬為主，少探討失智患者之照顧者，且沒有一致的發現。

Rando (1983) 曾探討癌症子女的父母在其子女過世之後的調適與哀傷，研究結果指出，預期性哀傷與父母的準備程度是正相關的，當預期性哀傷越高，意指父母承認子女死亡的可能、事先設想子女死後的生活等等，因此父母的準備也越高。而當預期性哀傷的行為越多，父母於子女死後的調適也越好。針對疾病的長度與父母的調適之間的關係，研究也指出當子女的疾病時間若小於 6 個月或是大於 18 個月，父母對於子女死亡的準備程度與子女逝世後的調適也較差，相反的，當子女的疾病時間介於 6 個月至 18 個月之間，父母的準備程度較高、之後的調適也較好。

Thomas 等人 (2014) 邀請癌症患者的家屬參與一份跨三個時間點的研究，分別是在癌症患者逝世前之前、逝世之後六個月以及逝世之後十二個月，想要探討癌症患者的家屬在患者逝世之後的哀傷症狀是否可以被患者逝世前的哀傷所預測，結果發現，不管是在患者逝世後的六個月或是十二個月，患者的家屬的延長性哀傷 (Prolonged Grief) 症狀、會不會符合延長性哀傷症 (Prolonged Grief

Disorder) 都會被患者逝世前的延長性哀傷症狀正向預測。

Bouchal 等人 (2015) 也同樣認為癌症患者的家屬的預期性哀傷與其做死亡準備有關，認為這樣的準備歷程中涵括認知、情緒及社交三個面向，並且整體而言是對親屬過世後的哀慟有助益。

過去的研究缺乏去比較預期性哀傷與準備度分別與哀慟調適的關係，Nielsen、Neergaard、Jensen、Bro 及 Guldin (2016) 嘗試透過整理過去文獻來回答此問題，結果指出高的預期性哀傷與低的準備會與較差的哀慟調適如複雜性哀傷 (Complicated Grief) 有關。

#### 肆、照顧者哀傷與照顧者負擔之關聯

對於失智照顧脈絡中的壓力與調適，過去學者曾使用不同的理論框架來試圖加以描述。Pearlin、Mullan、Semple 及 Skaff (1990) 以大量阿茲海默症患者的配偶照顧者、成人子女照顧者為對象的研究，發展出一概念模型來闡述阿茲海默症患者的照顧者之壓力，包含四個主要的壓力歷程範疇，分別是壓力的背景與脈絡 (Background and Context)、初級與次級壓力源 (Primary and Secondary Stressors)、壓力的調和因子 (Mediating Conditions) 以及調適結果 (Outcomes)。Hebert 與 Schulz (2006) 將此模型結合 Lazarus 與 Folkman (1984) 的壓力相關理論，進而做了幾處的延伸，包括強調評估 (Appraisal) 於壓力源與調適結果之間的角色，即失智照顧壓力模型，示於圖 1-1。

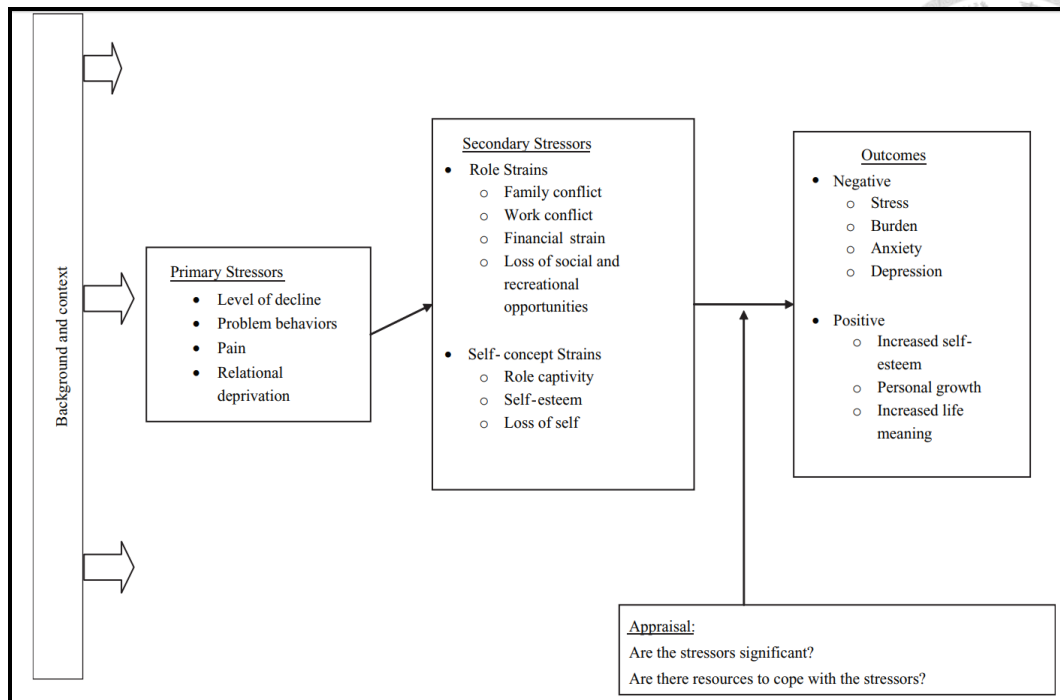


圖 1-1：失智照顧壓力歷程模型

資料來源：“The role of grief in dementia caregiving,” by Noyes, B. B., Hill, R. D., Hicken, B. L., Luptak, M., Rupper, R., Dailey, N. K., & Bair, B. D., 2010, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25, p. 9-17.

至此，此失智照顧壓力歷程模型 (Stress-Process Model of Dementia Caregiving) 雖可用來解釋照顧者於照顧相關壓力下的調適，卻忽略了或者低估了照顧者的哀傷在當中所扮演的角色。對此，Noyes 等人 (2010) 認為原先的照顧壓力歷程模型需要修正，原因是失智照顧者所面對的並不只是所愛的對象有壓力的照顧需求，同時，照顧者也需要去處理伴隨著意義的關係之失落，藉由修正模型，照顧者的調適結果可以分為照顧者的壓力與照顧者的哀傷兩個主題，此新模型為照顧之哀傷壓力模型 (Grief-Stress Model of Caregiving)，示於圖 1-2。

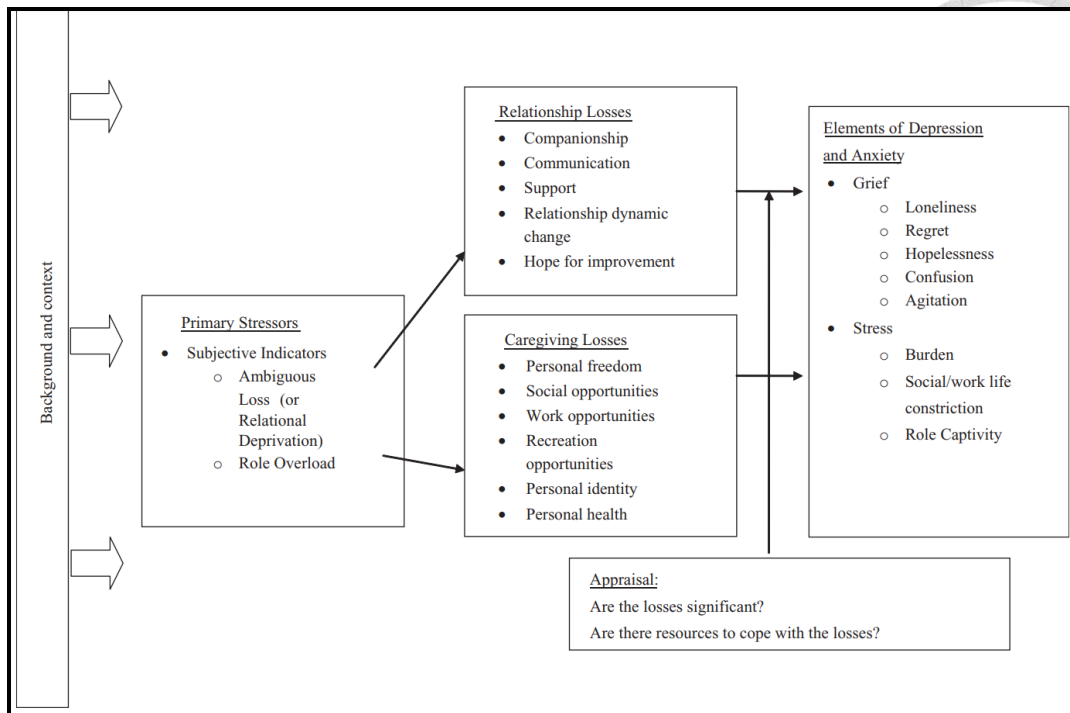


圖 1-2：照顧之哀傷壓力模型

資料來源：“The role of grief in dementia caregiving,” by Noyes, B. B., Hill, R. D., Hicken, B. L., Luptak, M., Rupper, R., Dailey, N. K., & Bair, B. D., 2010, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25, p. 9-17.

由上述的失智照顧脈絡中的哀傷之角色變化，反映了失智照顧者的哀傷對學術研究者與實務工作者而言，持續占著新的位置，也指出此哀傷的反應或現象之特殊性不可忽視。

回顧過往文獻至此，不難明白，照顧者於照顧脈絡中，不只是在處理失智患者的照顧事務，另一方面，照顧者會經驗到哀傷情緒，哀傷的原因揉雜了由親屬失智與照顧所延伸出的多面向的失落，隨著患者失智嚴重程度不同、照顧者與患者的關係不同及照顧者參與照顧至今的時間不同，照顧者會經驗到不同的哀傷，在台灣，失智患者的照顧者哀傷少被談及，若能探討失智照顧者於照顧脈絡中其哀傷可能會如何變化，以及此哀傷所蘊含的意義，則可對照顧者哀傷有更深切的認識。



#### 第四節 關係義務感

##### 壹、 照顧失智親屬作為一種義務

在儒家思想的薰陶之下，台灣家屬對於家中長者的照顧倫理，與「孝 (Filial Piety)」一概念密切相繫，孝指的是晚輩有朝向長輩的義務，此義務包含子女應該尊重父母、對父母忠誠以及願意為父母奉獻，對個體而言，孝並不只是被要求要服從的道德標準，孝的表達也反映了個體與其長輩之間關係之親密 (Hwang, 1999) 至於孝的展現，在每一個個體、每一個情境中可能有不同樣貌，原因是孝所要求的並不是一個絕對的服從，也不是針對特定對象的義務，反而是因為彼此所處的家庭角色所構成的關係裡，傳統、文化對部分行為的期待 (Nuyen, 2004)。

同樣受文化影響深遠，「家庭導向 (Family Orientation)」是台灣家屬照護倫理的另一個特性，此特性指出個體作為家庭中的成員，會認為自己對家庭有義務，同時也會視家庭的需求與期待凌駕於自己的需求與期待之上 (Smith, Hung, 2012)。與此概念相似的，不同的學者曾使用「家庭主義 (Familism)」此詞彙，來描述同屬一個家庭的不同成員會對家人有很強的認同與忠誠，會彼此互惠、彼此團結 (Brody, 1985) 以及相互依賴 (Hwang, 1999)。

王偉信 (2004) 也在談論憂鬱者之家屬對患者與自己的關係之態度時，提出「關係義務感 (Sense of Relation Obligation)」此概念，並定義為「個體自認應該為『另一關係個體』做『無法律/契約規範之利他行為』的想法」，依據此概念，高關係義務感的家屬會傾向認為自己對其他家屬有更多的義務。

承上所述，不論是不同世代間的孝道倫理、以家庭導向或家庭主義為基礎的行為模式以及關係義務感，都在描述人與人之間的倫理樣態，也反映出個體對於其他家屬之間，有非被法律或契約規範的、朝向對方的義務。由於個體內在對於家屬有上述的義務感，當家中有成員因為失智而需要被照顧時，此義務感會影響個體家屬對照顧的態度以及對於照顧事務的承擔與執行。

於過去以台灣的失智症患者之照顧者為對象的研究中，Chou、LaMontagne 與 Hepworth (1999) 將與文化密切相關的孝道義務 (Filial Obligation) 納入考量，提到在台灣，多數人仍受傳統文化影響，將家中年長者的照顧視為家庭責任，且許多人仍然抱有養兒防老的信念，研究也指出孝道義務正向的預測照顧者對照顧的付出，這反映了孝道義務其實是個體實行照顧的主要動機之一。

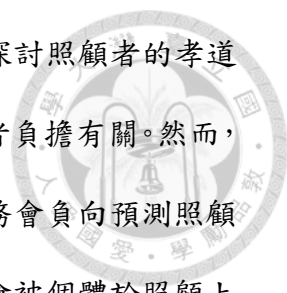
此外，應著己身的照顧義務，失智患者的家屬會認為家庭應親自負擔照顧責任，若家庭沒有親自負擔照顧責任，反而把需要照顧的失智患者安置在護理之家、安養中心，則會被視為是違反傳統的行為 (Chang & Schneider, 2010)。

總而言之，當家中成員罹患失智症時，受文化影響的台灣家屬，可能因為孝道、家庭導向、關係義務感，會自覺有對此家人有義務，而實際更傾向在照顧中付出，擔起照顧的責任與相關事務。

## 貳、關係義務感與調適之關聯

家屬對於被照顧者持有高的義務感，可以增進照顧工作的完成、提高照顧上的付出，然而，家屬本身的調適會如何被影響，也是另一個重要的、不可忽視的面向。

對於家屬的關係義務感與其照顧者負擔之間的關係，過去的研究中並沒有一

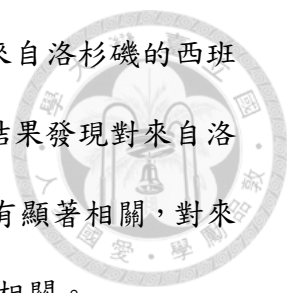


致的發現。Cicirelli (1993) 曾以照顧年長母親的女兒為對象來探討照顧者的孝道義務與主觀負擔的關係，研究指出高的孝道義務與較高的照顧者負擔有關。然而，有其他研究發現不同的結果，Chou 等人 (1999) 發現孝道義務會負向預測照顧者負擔，但如果同時考量個體於照顧上的付出，會發現此預測會被個體於照顧上的付出所中介，換言之，當個體有較高的孝道義務，個體對於照顧傾向有更多的付出，進而個體會較多的照顧負擔。也有研究提到關係義務與照顧者負擔並不是直接相關的關係，男性的配偶比起女性的配偶有更多的照顧義務，但男性配偶的照顧負擔比女性配偶的照顧負擔要少 (Friedemann & Buckwalter, 2014)。

除了照顧負擔，個體的孝道義務或是照顧義務，也會影響其身心健康。Losada 等人 (2010) 發現家庭義務高的個體有較高的憂鬱，也有較多的與照顧相關的失功能想法，像是一個好的照顧者不應該對被照顧的人生氣。Savegh 與 Knight (2010) 認為家庭義務 (Familial Obligation) 會透過預測逃避因應而間接的預測較差的身心健康，包括憂鬱與心理症狀。

此外，Schulz 等人 (2012) 將義務感與缺乏選擇 (Lack of Choice) 合併討論，嘗試探討是什麼因子會預測照顧者覺得自己承擔照顧工作是缺乏選擇的，以及照顧者覺得自己缺乏選擇可能有的後果。研究發現當照顧者年紀較大、被照顧者年紀較輕、照顧者有較高的教育程度時，會預測照顧者報告自己在承擔照顧角色時是缺乏選擇的；相對於照顧非親屬的對象，當照顧對象是父母、伴侶或其他親屬，照顧者傾向覺得缺乏選擇；當照顧對象伴隨情緒、心智或是行為問題，照顧者傾向覺得自己缺乏選擇；研究也指出缺乏選擇與照顧者投入照顧的時間、照顧負擔的程度呈正相關。而當照顧者自覺缺乏選擇，會預測其情緒壓力、身體壓力及健康問題。

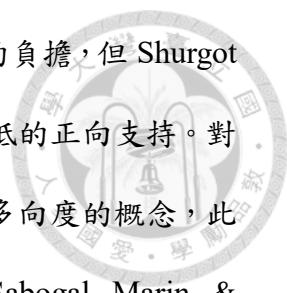
若試圖從文化的觀點來看關係義務對照顧者的影響，不難發現不同文化下的



關係義務對照顧者會有不同的影響。Losada 等人 (2006) 比較來自洛杉磯的西班牙裔的失智症照顧者與來自馬德里的西班牙的失智症照顧者，結果發現對來自洛杉磯的西班牙裔的失智症照顧者而言，家庭主義跟較少的負擔有顯著相關，對來自馬德里的西班牙人而言，家庭主義跟較高的憂鬱症狀有顯著相關。

對於不同文化的照顧者如何受到孝道義務影響，嘗試區分孝道義務至更細的概念或許是一種有效的方式。Hwang (1999) 提到主動的孝 (Active Filial Piety) 與被動的孝 (Passive Filial Piety) 之差別，前者較著重於個體於照護長輩時的情感和善意的部分，後者較著重於個體對於道德要求的服從；曹惟純與葉光輝 (2015) 認為相互性孝道 (Reciprocal Filial Piety) 是反映親子間主動自發的情感表現，而權威性孝道 (Authoritarian Filial Piety) 則是以家庭角色階層為基礎，晚輩透過對角色規範的遵從來依循社會期待、尋求社會認同。與此相關，Funk、Chappell 與 Liu (2013) 試圖探討於不同文化下孝順責任與照顧者的幸福的關聯，研究以加裔加拿大人、華裔加拿大人與香港華人三個組群為對象，試著比較個體對於知覺到被期待的孝 (Filial Expectancy) 與自己覺得的孝順 (Filial Piety) 兩個不同的概念，結果指出對於整體的受試者而言，個體知覺到較多的被期待的孝與較差的健康有關，但是個體自覺有較多的孝與較高的幸福有關；比較不同文化則發現，加裔加拿大人所知覺到的被期待的孝會負向預測健康，而此預測並沒有在華裔加拿大人與香港華人的族群被發現。對於上述的差異，Schulz 等人 (2012) 用自我決定理論 (Deci & Ryan, 2000) 來解釋，當照顧者在照顧過程中較自主的承擔照顧工作，則照顧者與被照顧的人彼此都會有較正面的結果，相反的，當照顧者在照顧過程中的態度並不是因其內在動機，而是被內在的壓力迫使，像是如果不去照顧會覺得羞恥、想要實行社會義務等，則可能會造成身心問題。

另一方面，家庭主義與照顧者的調適之關聯並沒有一致的發現，像是



Robinson 與 Knight (2004) 認為高的家庭主義的照顧者有較低的負擔，但 Shurgot 與 Knight (2005) 則提到高的家庭主義的照顧者可能知覺到較低的正向支持。對以上不一致的發現，Losada 等人 (2010) 認為家庭主義是一個多向度的概念，此概念經過去學者的探索性因素分析 (Sabogal, Marin, Otero-Sabogal, Marin, & Perez-Stable, 1987)、驗證性因素分析 (Losada et al., 2008)，可區分為三個因素，分別是家庭義務 (Familial Obligations)、知覺到來自家庭的支持 (Perceived Support from the Family) 及以家庭為參照 (Family as Referents)，三個因素分別反映三種信念，即一個人有義務去支持其他家人、一個人遇到困難時可以仰賴家人以及一個人要為了配合其他家人的原則與價值而去遵守特定的行為或是持有特定的態度，Losada 等人針對失智症患者的親屬為對象探討個體失功能想法、調適與家庭主義中不同因素的關係會否不同，透過路徑分析，研究發現家庭義務、以家庭為參照這兩個家庭主義的因素與失功能的想法為正相關，而失功能想法與憂鬱也是正相關；與此不同的，知覺到來自家庭的支持與其知覺到的社會支持為正相關，進而與憂鬱為負相關。

綜上所述，個體對於孝順義務是如何評估、理解，或許是決定孝順義務如何影響個體調適的重要因素，不同文化的個體可能會用不同的觀點去看待自己的照顧義務，因而有了不同的調適結果。台灣家屬如果持有高的關係義務感，傾向認為自己必須、應該去照顧對方，根據上述 Funk 等人 (2013) 針對華裔族群的研究結果，台灣家屬可能會在照顧過程中不將照顧事務視為威脅、負擔，而以開放的態度接受，進而有較適當的情緒感受與適應性的身心健康。

值得注意的，過去有研究指出台灣家屬所知覺到的孝道義務對於個體的身心健康亦會有負向的影響，譬如，Torti 等人 (2004) 曾針對失智症患者的照顧負擔做了跨國家的文獻整理，提到在亞洲，家屬的孝道義務會使家屬傾向認為照顧失

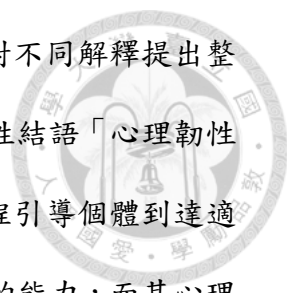
智患者是自己的責任而不是政府的責任，因此不傾向將向外尋求支持，這也使得失智病人就診的時機較晚。另外，個體可能會因為自覺沒有達到自我要求的孝道義務，像是覺得自己未能善盡照顧失智家屬的本分，或者是覺得自己因為照顧患者而忽略了對其他非失智的家屬的照顧，而覺得內疚（蔡佳容、蔡榮順、李佩怡，2012）。

由於關係義務感與照顧者的負擔、身心調適的關係會隨著文化不同、家屬對關係義務的態度不同而不同，因此，對台灣的失智患者的家屬或照顧者而言，關係義務在照顧失智患者的經驗中扮演的角色令人好奇。

## 第五節 韌性

### 壹、照顧者的心理韌性

於過去研究中，心理韌性（Resilience）會依不同的闡述方式、論述觀點而有不同的解釋。Luthar、Cicchetti 及 Becker（2000）認為心理韌性是一動力歷程，個體經此動力歷程可以在逆境當中有正向的適應，因此，心理韌性的發生必須要仰賴兩條件，分別是（1）個體需暴露在一個嚴重的威脅或是逆境中，以及（2）個體可達到正向的適應。Friborg（2006）等人則認為心理韌性指的是個體所具備的特質與資源，這些特質或資源相對於壓力情境而言是具保護性的，包括個體正向的特質與資源、具支持性或協調性的家庭環境以及具支持性的社會網絡共三個不同的範疇。不同於上述兩者，Mancini 與 Bonanno（2009）提及心理韌性時，所指的是個體於高壓力事件之後的調適結果。



儘管不同研究中的心理韌性之意義稍有差異，也有人試著對不同解釋提出整合性的理解。正如盧佳慧（2011）回顧過往研究所做出的整合性結語「心理韌性是個體所具有的特質，在個體面對逆境時，可展現一種動力過程引導個體到達適應的結果，使個體在經歷壓力源之後，能夠調整自我因應壓力的能力，而其心理韌性所展現的時間點則會受到個體差異而有所不同」。或者，如 Rosenberg、Baker、Syrjala、Back 及 Wolfe（2013）試著提出一理論框架整合對於心理韌性的三種理解，「起始的韌性（Baseline Resilience）」包含個體的特質、社會人口學特性、家庭結構以及已有的社會支持；「發展中的韌性（Evolving Resilience）」與將心理韌性視為動力歷程的理論有關，也包含會隨著時間改變的疾病經驗；「韌性結果（Resilience Outcomes）」指的是疾病發生後個體的正常或是正向的心理社會功能。由此可知，不同關於心理韌性的理解未必因此衝突，反而補足了我們對心理韌性之不同面向的認識。

於失智照顧的脈絡中，照顧者的心理韌性也有過許多討論。Wilks 與 Vonk（2008）曾提到心理韌性指個體面對照顧負擔所展現了強處與堅毅，進而有自我知覺到的、正向的調適結果；Wilks 與 Croom（2008）也認為面對照顧事務，照顧者對照顧的信心、照顧者的問題解決技巧、照顧者有強烈的宗教或靈性感以及照顧者擁有的社會支持是照顧者的保護因子；Harmell、Chattillion、Roepke 與 Mausbach（2011）回顧過往文獻後，指出當照顧者自覺情況在自己掌控中、有高的自我效能，可對照顧者的健康起到保護的效果。此外，照顧者的因應風格上，心理韌性與照顧者主動解決問題的因應風格（Harmell et al., 2011）、任務導向因應（Wilks, Little, Gough, & Spurlock, 2011）有正相關，而與逃避導向因應、情緒導向因應無顯著相關（Wilks et al., 2011）。

除了與照顧者的特質、能力及資源有關，失智患者的照顧者之心理韌性也與

照顧事務有關。Wilks 等人 (2011) 發現失智症患者的攻擊行為會負向預測照顧者的韌性，相關研究也發現照顧負擔 (Wilks & Vonk, 2008) 與照顧者知覺到的壓力 (Wilks & Croom, 2008) 都會負向的影響照顧者的心理韌性。

對於失智患者的照顧者之心理韌性，Gaugler、Kane 與 Newcomer (2007) 依照照顧事務量與照顧負擔區分高心理韌性的照顧者與低心理韌性的照顧者，當照顧者有低照顧事務量卻有高照顧負擔，反映其有較低的心理韌性，而當照顧者有高的照顧事務量卻有低照顧負擔，反映其有較高的心理韌性，此研究認為失智患者的照顧者之心理韌性會受到照顧脈絡、被照顧者的狀態以及涵括個人、家庭、社群的資源影響，而低心理韌性的照顧者較有可能會脫離原先在家照顧的角色，像是把失智患者安置在非家的機構。

## 貳、韌性與調適之關聯

個體的心理韌性作為個體面對外在情境的保護因子，會影響個體的調適。Friborg 等人 (2006) 發現一個會誘發個體壓力與痛的情境中，有高心理韌性的個體會知覺到較少的壓力與痛，而且此現象於高壓力的情境下比低壓力的情境下更明顯。Dias 等人 (2015) 也提到失智患者的照顧者若有較高的心理韌性，則可能會有較低的憂鬱、較佳的身體健康。

從失智患者的照顧者之自我效能、因應風格及控制信念，也可看出照顧者的韌性對其的影響。自我效能方面，當家屬有較高的自我效能，可預測較低的照顧者負擔 (Torti, 2004)，當個體對於管理症狀或使用社區服務有較高的自我效能，憂鬱症狀及生理健康的症狀會較低 (Harmell et al., 2011)；控制信念方面，較強的控制信念可以使個體於面對壓力時生理上較少受到影響或改變，進而也減少了

心血管的危險 (Harmell et al., 2011)。

面對照顧工作及其他相關事務，照顧者如何因應壓力與其照顧者負擔有關。過去研究提到如果照顧者使用較多的情緒導向因應，像是一廂情願的希望有較好結果(Wishful Thinking)，則照顧者有較多的照顧者負擔(Papastavrou et al., 2007)，相反的，如果照顧者使用較多的問題導向因應，照顧者會有較低的照顧者負擔(Papastavrou et al., 2007; Torti, 2004)。當個體使用較多的負向因應風格、較少的問題解決策略時會有較高的壓力反應及較高的身體健康風險，像是體重增加(Harmell et al., 2011)。也有學者指出照顧者若是使用更多的因應策略，則與較高的照顧者負擔有關(Kim et al., 2012)。

### 參、韌性：從個人至家庭

傳統對韌性的觀點是以個人為單位，著重在個人的特質與因應風格。而在家庭的脈絡中，傳統觀點認為一個家庭的韌性是個別家庭成員的韌性特質的加總(Simon, Murphy, & Smith, 2005)。到了近期，在家庭脈絡中的韌性之討論，已從以單一個體為單位轉為以家庭為單位來討論當中的韌性與脆弱性(McCubbin & McCubbin, 1988; Walsh, 1998, 2003, 2016)，此家庭系統的觀點更著重於一個家庭內的關係網絡，包含資源與多重影響的相互關係(Walsh, 2016)。此即家庭韌性(Family Resilience)，指的是家庭的某些特質、向度、能力可以幫助家人對抗擾亂、面對危機情境(McCubbin & McCubbin, 1988)。

家庭韌性作為一多向度的建構，可分為三個向度，第一向度是家庭所面對的逆境的長度，如短期或長期；第二向度是家庭面對挑戰或危機時所處的生命階段，不同的生命階段會影響家庭所面對的危機或挑戰的種類，也會影響家庭可以成功

因應與從中擺脫出來的能力，如家中的孩童處於學齡前或是青少年，家中所面對的危機可能有所不同。第三向度是家庭面對危機或挑戰時所使用的內在與外在支持（Simon, Murphy, & Smith, 2005）。



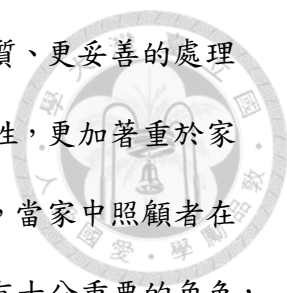
目前與家庭韌性相關的兩個主要理論模型為 Walsh (1998) 提出的家庭韌性的系統理論 (Systems Theory of Family Resiliency) 與 McCubbin 等人 (1988) 提出的家庭調整與適應的韌性模型 (Resiliency Model of Family Adjustment and Adaptation) 。

在家庭韌性的系統理論中，Walsh (1998) 提出一個家庭韌性的框架，內含家庭功能的三個範疇，第一個範疇是信念系統，指家庭內共有的信念，包含使逆境有意義、有正向的觀點、有超越現在困境的意義與目的等過程。第二個範疇是組織模式，指家庭組織家人與關係網絡，包含家庭內彈性與穩定性、家庭內部的連結與家庭所有的社會及經濟的資源。第三個範疇是溝通與問題解決，指家庭透過溝通可以促進家庭集體解決問題，包含大家有清楚的資訊、家庭內部有情緒表達與愉快的互動等過程。Walsh 認為以上所提及的三個範疇所包含的主要過程可以對家庭韌性與有效的家庭功能有所貢獻。

家庭調整與適應的韌性模型主要用家庭強度、家庭資源與因應風格解釋正經歷某生活階段的家庭面對壓力時的行為 (McCubbin & McCubbin, 1988; McCubbin, McCubbin, Thompson, & Thompson, 1998) 。

Majerovitz (1995) 在討論家庭適應力對失智患者的照顧者之調適的影響時，僅探討與伴侶關係相關的適應力，包括彼此是否會分工家務、共享決策權及當問題發生時彼此是否會妥協等，結果是當照顧者有較高的適應力時，照顧時數與憂鬱無相關，但當照顧者的適應力較差時，照顧時數與憂鬱則為正相關。

綜上所述，當照顧者需要去面對親屬的失智以及處理相關的照顧事務時，其



心理韌性有助於照顧者於照顧脈絡中的調適，包括提升照顧品質、更妥善的處理照顧事務以及有較少的身心症狀。而家庭韌性比起個人心理韌性，更加著重於家人間的互動、家人的信念及家庭中的資源等不同的家庭之面向，當家中照顧者在因應失智親屬的照顧事宜時，家庭韌性所涵蓋的因素可能都佔有十分重要的角色，因此，以失智患者的照顧者為對象的研究中，除了驗證心理韌性對照顧者調適之影響，探討家庭韌性對於失智照顧的脈絡中照顧者或其他家屬的處境而言是否有不同於心理韌性的角色亦十分重要。

## 第六節 研究目的與假設

### 壹、研究目的

回顧文獻後可得知，失智症患者因其會有認知、行為、情緒等多面向的症狀，而對應出多樣的照顧事務、陪病處境，當患者失智的嚴重程度較重、失智的時間較長及照顧者所花費於照顧的時間較多，照顧者會經驗到不同的負擔與哀傷，此外，照顧者的生活品質與情緒也同時受到了影響。

在台灣，個體與家庭之間的關係十分緊密。當家中有成員失智後，一方面，孝與家庭主義等信念或價值會影響個體主觀認為自己對於患病家屬的照顧義務，而關係義務感不囿於晚輩與長輩間之關係、個體對家庭且同時能涵蓋二者，強調個體對另一關係個體之義務感受，此關係義務感受會對個體的照護態度與情緒調適產生影響。另一方面，在面對壓力處境時，已知照顧者的心理韌性，如高的自我效能、主動的問題解決風格及具社會支持等，可作為照顧者在此照顧脈絡下的保護因子，有助於照顧者的調適，然而，欲探討家庭脈絡中的照顧者如何在另一

位家屬的失智處境下調適與因應，此家庭所具有的資源、家庭成員彼此分工並互相支持、家庭成員如何處理彼此對於照顧的歧見以及家庭成員所持有的與照顧相關的信念或所重視的照顧價值等等與家庭相關的因子皆十分關鍵，由於照顧者此角色與其家庭密切相繫，以家庭為單位來探討一個家庭的韌性是如何有助於失智患者的照顧者的調適，這是於過去研究中少被關注的研究方向。

本研究認為於照顧脈絡中，照顧者的負擔與哀傷是照顧者調適之關鍵，且其負擔與哀傷會依不同的關係義務感、心理韌性以及家庭韌性而異，然而回顧已有的研究，關係義務與家庭韌性對失智照顧脈絡中的照顧者之負擔與哀傷的影響仍不明，故探索台灣的失智患者的照顧者的關係義務感與韌性對於照顧者的身心健康的影响十分重要。

進而討論照顧者負擔、照顧者哀傷、關係義務感、心理韌性、家庭韌性以及其它調適相關情緒之間的關係，並延伸探索關係義務感、心理韌性以家庭韌性對於失智患者的照顧者的調適有何影響（如圖 1-3）。

綜合上述，本研究之具體目的如下：

1. 釐清失智嚴重程度與失智迄今時間對照顧者的負擔與哀傷的影響。
2. 延伸探討關係義務感對失智嚴重程度和失智迄今時間與照顧者的負擔和哀傷間之關係的影響。
3. 延伸探討心理韌性對失智嚴重程度和失智迄今時間與照顧者的負擔和哀傷間之關係的影響。
4. 延伸探討家庭韌性對失智嚴重程度和失智迄今時間與照顧者的負擔和哀傷間之關係的影響。
5. 檢驗照顧者哀傷此概念對失智照顧脈絡的照顧者有不同於照顧者負擔的重要性。

6. 檢驗家庭韌性此概念對失智照顧脈絡中的照顧者有不同於心理韌性的重  
要性。
7. 探討照顧者之調適於不同失智嚴重程度、不同失智迄今時間及患者與照  
顧者親屬關係不同時之差異。

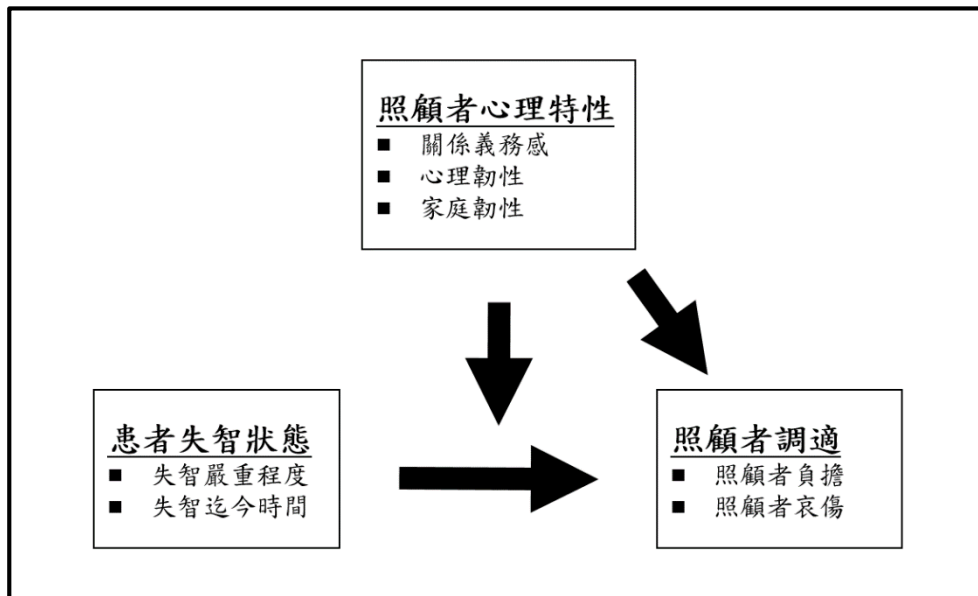


圖 1-3：研究目的示意圖

## 貳、研究假設

為達成前述目的，在綜合文獻回顧與理論推演後，本研究將檢驗以下假設：

### 一、親屬失智對照顧者負擔的預測

假設 1-1：患者失智嚴重程度能顯著正向預測照顧者負擔。

假設 1-2：患者失智迄今時間能顯著正向預測照顧者負擔。

### 二、親屬失智對照顧者哀傷的預測

假設 2-1：患者失智嚴重程度能顯著正向預測照顧者哀傷。

假設 2-2：患者失智迄今時間能顯著正向預測照顧者哀傷。



### 三、關係義務感與照顧者負擔之關聯探索

假設 3-1：關係義務感能顯著負向預測照顧者負擔。

假設 3-2：關係義務感能調節患者失智嚴重程度與照顧者負擔間之關係。

假設 3-3：關係義務感能調節患者失智迄今時間與照顧者負擔間之關係。

### 四、關係義務感與照顧者哀傷之關聯探索

假設 4-1：關係義務感能顯著負向預測照顧者哀傷。

假設 4-2：關係義務感能調節患者失智嚴重程度與照顧者哀傷間之關係。

假設 4-3：關係義務感能調節患者失智迄今時間與照顧者哀傷間之關係。

### 五、心理韌性與照顧者負擔之關聯探索

假設 5-1：心理韌性能顯著負向預測照顧者負擔。

假設 5-2：心理韌性能調節患者失智嚴重程度與照顧者負擔間之關係。

假設 5-3：心理韌性能調節患者失智迄今時間與照顧者負擔間之關係。

### 六、心理韌性與照顧者哀傷之關聯探索

假設 6-1：心理韌性能顯著負向預測照顧者哀傷。

假設 6-2：心理韌性能調節患者失智嚴重程度與照顧者哀傷間之關係。

假設 6-3：心理韌性能調節患者失智迄今時間與照顧者哀傷間之關係。

### 七、家庭韌性與照顧者負擔之關聯探索

假設 7-1：家庭韌性能顯著負向預測照顧者負擔。

假設 7-2：家庭韌性能調節患者失智嚴重程度與照顧者負擔間之關係。

假設 7-3：家庭韌性能調節患者失智迄今時間與照顧者負擔間之關係。

### 八、家庭韌性與照顧者哀傷之關聯探索

假設 8-1：家庭韌性能顯著負向預測照顧者哀傷。

假設 8-2：家庭韌性能調節患者失智嚴重程度與照顧者哀傷間之關係。

假設 8-3：家庭韌性能調節患者失智迄今時間與照顧者哀傷間之關係。

## 九、照顧者負擔與照顧者哀傷於預測照顧者各項調適之角色探索

假設 9-1：在考量照顧者負擔的條件下，照顧者哀傷能增加對於生活品質、憂鬱、焦慮及壓力的解釋。

## 十、心理韌性與家庭韌性於預測照顧者各項調適之角色探索

假設 10-1：在考量心理韌性的條件下，家庭韌性能增加對於生活品質、憂鬱、焦慮及壓力的解釋。

假設 10-2：不同陪伴或照顧失智親屬的人數會有不同的照顧者相關調適。

## 十一、不同失智狀態於各項調適之比較

假設 11-1：失智嚴重度不同的患者之親屬於照顧者相關調適上會有差異。

假設 11-2：失智迄今時間不同的患者之親屬於照顧者相關調適上會有差異。

假設 11-3：與患者之親屬關係不同的照顧者於照顧者相關調適上會有差異。



## 第二章 研究方法

### 第一節 研究對象與研究程序

#### 壹、研究對象

本研究於民國 106 年 12 月至 107 年 5 月間，以方便取樣的形式，透過與數家日間照顧中心、老人安養中心、醫院的門診及其他與失智相關的實體管道的聯繫，也透過知名社交平台 Facebook 之 NTU 台大學生交流版、台大心理系學生交流版、出清台大、數個與失智症患者之家屬相關社團以及 PTT 之台大版、問卷版等網路管道，招募有在世的失智症親屬之成人參與者，最後共 235 人完成受測。

表 2-1 與表 2-2 為全部參與者於基本人口與失智照顧相關變項之樣本組成狀況。基本人口變項包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況。失智症患者之人口變項包括性別、年齡。失智照顧變項包括與失智患者的關係、患者失智至今時間、主觀知覺患者失智嚴重程度、平均每週會照顧或陪伴失智患者的天數、平均每天會照顧或陪伴失智患者的時數、會參與照顧或陪伴失智患者的人數。

於全部參與者中，男性 68 位 (28.9%)，女性 165 位 (70.2%)，不想回答性別 2 人 (0.9%)；年齡介於 20 至 94 歲 ( $M = 46.75, SD = 15.40$ )；平均每週照顧或陪伴失智患者的天數介於 0 至 7 ( $M = 4.40, SD = 2.75$ )；平均每天照顧或陪伴

失智患者的時數介於 0 至 24 ( $M=8.14, SD=7.73$ )；平均每週照顧或陪伴失智患者的總時數介於 0 至 168 ( $M=45.64, SD=54.87$ )。失智患者多數為媽媽或婆婆 (42.1%)、祖父母或伴侶的祖父母 (26.4%)、爸爸或公公 (21.7%) 與伴侶 (6.4%)，男性 72 位 (30.6%)，女性 163 位 (69.4%)；年齡介於 37 至 101 歲 ( $M=80.21, SD=9.77$ )；失智迄今時間介於 2 至 240 月 ( $M=54.33, SD=46.24$ )；失智嚴重程度方面，輕度有 94 位 (40.0%)，中度有 78 位 (33.2%)，重度有 59 位 (25.1%)。

於量表再測研究的追蹤階段，邀請部分原先的參與者，其中有 33 人願意參與，原問卷階段與追蹤階段之相隔時間自 7 日至 34 日，平均為 21.15 日，標準差為 6.47 日，男性 8 人 (24.2%)，女性 24 人 (72.7%)，不想回答性別 1 人 (3%)，年齡分佈自 21 至 63 歲，平均年齡為 39.42 歲，標準差為 13.63 歲。

**表 2-1 基本人口之樣本組成 ( $n=235$ )**

變項	數量	百分比		
性別				
男	68	28.9		
女	165	70.2		
不想回答	2	.9		
	最小值	最大值	平均數	標準差
年齡	20	94	46.75	15.40
	數量	百分比		
教育程度				
國中以下	7	3.0		
高中職	44	18.7		
五專	10	4.3		
二專	18	7.7		
三專	6	2.6		

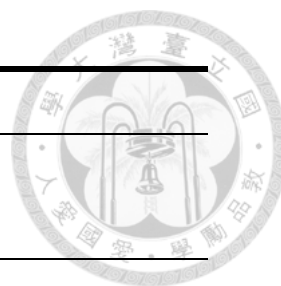


表 2-1 基本人口之樣本組成 ( $n = 235$ ) (續)

變項	數量	百分比
大學	99	42.1
研究所以上	51	21.7
宗教信仰		
無	69	29.4
佛教	63	26.8
道教	35	14.9
佛教與道教	28	11.9
基督教	24	10.2
其他	16	6.8
婚姻狀況		
已婚	122	51.9
未婚	93	39.6
離婚	17	7.2
其他	3	1.2

表 2-2 失智患者與失智照顧相關變項之樣本組成 ( $n = 235$ )

變項	數量	百分比		
性別				
男	72	30.6		
女	163	69.4		
	最小值	最大值	平均數	標準差
年齡	37	101	80.21	9.77
失智至今時間	2	240	54.33	46.24
	數量	百分比		
參與者知覺嚴重程度				
輕度	95	40.4		
中度	79	33.6		
重度	59	25.1		

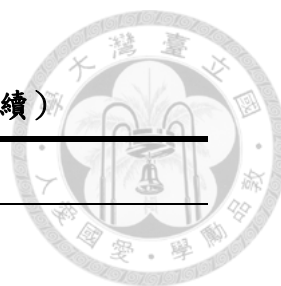


表 2-2 失智患者與失智照顧相關變項之樣本組成 ( $n = 235$ ) (續)

變項	數量	百分比		
與參與者關係				
祖父/外祖父	9	3.8		
祖母/外祖母	53	22.6		
爸爸/公公	51	21.7		
媽媽/婆婆	99	42.1		
伴侶	15	6.4		
其他	8	3.4		
	最小值	最大值	平均數	標準差
參與者每週陪伴/照顧天數	0	7.0	4.40	2.75
陪伴/照顧當天之時數	0	24.00	8.14	7.73
每週陪伴/照顧之總時數	0	168.00	45.64	54.87
	數量	百分比		
參與照顧或陪伴的親屬人數				
1~2 人	92	39.1		
3~4 人	81	34.5		
5~6 人	33	14.1		
7~8 人	6	2.5		
9 人以上	6	2.6		

## 貳、研究程序

本研究將量表轉換成 Google 表單的形式，取得台大醫院之研究倫理委員會審查通過，並申請免除書面知情同意書以方便研究者於網路進行施測。於 Google 表單的頁面中，首先向參與者說明知情同意書，包含研究目的、內容與參與權益義務等，待參與者詳細閱讀並同意後，才開始填寫量表，包含基本資料、照顧者



負擔量表-12 題 (12-item Zarit Burden Interview, ZBI-12)、關係義務感量表 (Sense of Relation Obligation Scale, SROS)、中文版成人心理韌性量表 (Resilience Scale for Adults, RSA)、照顧者哀傷量表短版 (Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form, MM-CGI-SF)、台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)、憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題 (21-Item Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21), 以及家庭韌性量表 (Family Resilience Scale, FRS)。本研究對於不便使用網路填答的參與者, 會將上述的量表製作成紙本, 供參與者填答。完成前述所有量表的填答後贈與受試者費以示感謝。

為檢驗工具之再測信度, 本研究進行追蹤研究, 量表內容包含照顧者負擔量表-12 題、照顧者哀傷量表短版、憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題及家庭韌性量表。同樣地, 完成追蹤研究中所有量表的填答後, 贈與受試者費以示感謝。

## 第二節 研究工具

### 壹、基本資料與失智照顧調查

基本資料之調查內容, 在參與者的層面, 包括參與者年齡、性別、教育程度、婚姻狀況及宗教信仰; 與失智症患者相關之層面, 調查內容包括失智症患者之年齡、性別、教育程度、失智症發病迄今時間、參與者主觀知覺患者失智嚴重程度以及與參與者的親屬關係; 與照護事務相關之層面, 調查內容包括參與者平均每週與每日會照顧或陪伴這位失智患者的時間以及家庭中會參與照顧或陪伴這位失智患者的家人人數等。

## 貳、照顧者負擔量表-12 題(12-item Zarit Burden Interview, ZBI-12)

照顧者負擔量表(Zarit Burden Interview, ZBI)為 Zarit、Reever 與 Bach-Peterson (1980) 所編製的自陳式量表，用來測量照顧者的負擔，量表題項最早為 29 題，後來被發展為 22 題的版本 (Zarit, Orr, & Zarit, 1985)，即是此量表最廣泛被使用的版本，量表採五點量尺針對每一描述句評估該感受出現的頻率，0 為「完全不會」，4 為「幾乎總是」，可加總代表照顧者的負擔程度，得分越高表示負擔越重，全量表的內部一致性係數為 .89 (Zarit & Zarit, 1987)。

ZBI-12 為 Bédard 等人 (2001) 由 ZBI 發展出的短版量表，量表題項為 12 題，經因素分析且參照過去學者 (Hébert, Bravo, & Prévile, 2000; Whitlatch, Zarit, & von Eye, 1991) 分類時所使用之命名，此量表包含個人壓力 (personal Strain) 與角色壓力 (role strain) 二因素，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .88，二因素的內部一致性係數分別為 .89 與 .77。

本研究所使用是 ZBI-12 的中文版，獲原作者 Zarit 教授與 Bédard 教授同意後進行中文版的發展，經雙向翻譯後編製而成。心理計量特性方面，以本研究樣本進行分析，經因素分析以最大概似法進行 Promax 轉軸法，結果如表 2-3 所示，照顧者負擔量表-12 題能萃取出與原英文版相似的兩因素結構，大多數題項對應的因素與原量表同，唯有第 10 題所對應的因素與原量表不同，於原量表中第 10 題屬「角色壓力」，於本研究中被歸為「個人壓力」。本研究所萃取的兩因素維持其原先命名，共可解釋 55.35% 之變異，兩因素相關為 .15。心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .88，「個人壓力」與「角色壓力」的內部一致性係數分別為 .91 與 .84；全量表於相隔平均 21.15 天的再測信度為 .87，兩因素之再測信度分別為 .86 與 .36。

## 參、照顧者哀傷量表短版(Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form, MM-CGI-SF)



照顧者哀傷量表 (Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory, MM-CGI) 為 Marwit 與 Meuser 兩位學者 2002 年所編製的自陳式量表，用於評估失智症患者之照顧者的哀傷，共有 50 題題項，採五點量尺針對每一描述句評估同意程度，1 為「強烈不同意」，5 為「強烈同意」，反向題經計分處理後，加總代表預期性哀傷的程度，得分越高表示預期性哀傷的程度越大。此量表包含個人犧牲負擔 (personal sacrifice burden)、誠摯的悲傷與渴望 (heartfelt sadness and longing) 以及憂慮與孤立感 (worry and felt isolation) 等三個因素。個人犧牲負擔指個體因為照顧而經驗到個人的失落，誠摯的悲傷與渴望指個體對於照顧有個人內在的情緒反應，憂慮與孤立感指個體對於失去與他人的連結、由他人而來的支持而有的感受。原量表的內部一致性係數為 .96，三個因素與總分的相關係數分別為 .93、.90 與 .91 (Marwit & Meuser, 2002)。

MM-CGI-SF 為 Marwit 與 Meuser 由 MM-CGI 發展而成，共有 18 題題項，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .90，三因素的內部一致性係數依序為 .83、.80 與 .80 (Marwit & Meuser, 2005)。

本研究所使用是 MM-CGI-SF 的中文版，獲原作者之一 Meuser 教授同意後進行中文版的發展，經雙向翻譯後編製而成。心理計量特性方面，以本研究樣本進行分析，經因素分析以最大概似法進行 Promax 轉軸法，結果如表 2-4 所示，發現照顧者哀傷量表短版較適合萃取出兩因素結構，原量表中「誠摯的悲傷與渴望」與「憂慮與感覺到孤立」於此研究的因素結構中合併為一因素，命名為「悲傷與憂慮 (sadness and worry, SW)」，另一因素由原先命名「個人犧牲負擔」修

改至「個人犧牲 (personal sacrifice, PS)」，第 3 題於原量表中並不屬「個人犧牲負擔」，於本研究中考量其因素負荷量故將其歸入「個人犧牲」，兩因素共可解釋 45.70% 的變異，兩因素間相關為 .68；全量表的內部一致性係數為 .92，「個人犧牲」與「悲傷與憂慮」的內部一致性係數依序為 .86 與 .88；全量表於相隔平均 21.15 天的再測信度為 .75，兩因素之再測信度分別為 .84 與 .65。

#### 肆、關係義務感量表 (Sense of Relation Obligation Scale, SROS)

SROS 為王偉信 (2004) 所發展出來的一份量表，用以評估親友之關係義務感受的程度。此量表含有四個因素，「情緒性」指個體主觀認為應該提供情緒性的支持以及社會聯繫，「實質性」指個體主觀認為應該給予較實質的協助，「訊息性」指個體主觀認為應該給予忠告、建議、指示或其他可求助的訊息，「肯定、接受及尊重性」指的是個體主觀認為應該肯定、接受及尊重對方的表現和決定。全量表題項為 34 題，以四點量表填答，0 為「完全不同意」，3 為「非常同意」，將各題項得分加總，可作為評估關係義務感程度的指標，得分越高，表示在關係中應該為對方做些事的義務感受越強。心理計量特性方面，原量表的內部一致性係數為 .92，四個因素的內部一致性係數分別為 .90、.89、.83 與 .73，全量表間隔四週之再測信度為 .63，再測信度依序為 .52、.63、.37 與 .58。以本研究樣本進行分析，全量表的內部一致性係數為 .95，四個因素的內部一致性係數依序為 .94、.86、.81 與 .87。

## 伍、中文版成人心理韌性量表 (Resilience Scale for Adults, RSA)

RSA 最初由 Hjemdal、Friborg、Martinussen 與 Rosenvinge (2001) 編製，作為用以評估保護因子的工具，為自陳式量表，共 45 題，此量表包含五個因素，分別是「個人能力」(personal competence)、「社交能力」(social competence)、「社會支持」(social support)、「家庭融貫性」(family coherence)、「個人結構」(personal structure)，心理計量特性方面，各因素的內部一致性係數為 .74 至 .92 間。

而後經過了驗證與刪題後 (Friborg et al., 2006; Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, & Hjemdal, 2005; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003)，成為了 33 題的版本，包含的五個因素為「個人強度」(personal strength)、「家庭團結」(family cohesion)、「社會資源」(social resource)、「社交能力」(social competence)、以及「組織風格」(structured style)，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .88，各因素的內部一致性係數為 .68 至 .87 間。

本研究使用王紹穎 (2007) 翻譯的中文版量表，依因素分析結果，量表內涵的因素同源量表，唯「組織風格」的命名微幅修改為「未來組織風格」，且 4 題因負荷量不符條件而被刪除，量表題項共 29 題，採七點量尺，全量表的內部一致性係數為 .89，五個因素的內部一致性係數依序為 .92、.85、.85、.83 與 .87，相隔三至四週的再測信度為 .89。以本研究樣本進行分析，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .93，各因素的內部一致性係數為 .79、.83、.84、.79 與 .82。

## 陸、家庭韌性量表 (Family Resilience Scale, FRS)



FRS 由國立臺灣大學心理學系暨研究所陳淑惠教授所帶領、本研究者所參與的研究團隊編製，雖尚未發表但已取得其授權同意使用，用以評估個體知覺到其所屬的家庭韌性之工具。此量表包含四個分量表，分別是「家庭資源」、「家庭互動情緒」、「家庭合作與支持」及「家庭照顧信念與價值」。

「家庭資源」用以評估與家庭相關的資源，包括人力、經濟、可以提供醫療照護相關知識的社交資源、家人與長者的關係等，「家庭互動情緒」用以評估家人對於疾病的看法之一致性、討論照顧事宜的和諧性等，「家庭合作與支持」用以評估家人間彼此的互助、支持及面對照顧事宜的合作分工程度等，「家庭照顧信念與價值」用以評估個體所持有的與照顧、家庭有關的信念或價值觀。

此量表為自陳式量表，共 22 題，採四點量尺，1 為「非常不符合」，4 為「非常符合」，反向題項經計分處理後，加總可代表照顧者的家庭韌性程度，得分越高表示有越高的家庭韌性，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .89，各因素的內部一致性係數為 .85、.81、.87 與 .80。以本研究樣本進行分析，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .91，各因素的內部一致性係數為分別是 .82、.83、.93 與 .76；全量表於相隔平均 21.15 天的再測信度為 .71，各因素之再測信度為 .69、.58、.72 與 .46。

## 柒、台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

世界衛生組織生活品質 (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) 團隊將生活品質視為個體對其所處的文化、社會及環境等脈絡下的生活之主觀評

估，並發展出「世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-100)」，此問卷含 100 題一般性題目，為各文化共通的一般性健康相關生活品質的題目，此問卷也允許各國在翻譯後加入各文化所特有的題目，這類題目則稱為國家性題目或本土性題目。全問卷共 24 層面，可區分為四大範疇，包含生理健康範疇 (physical health domain)、心理範疇 (psychological domain)、社會關係範疇 (social relationships domain) 以及環境範疇 (environment domain)。研究團隊自各層面各取出一題，另外新增兩題分別與整體生活品質及一般健康相關的題目，共 26 題，即構成「簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)」。(Whoqol Group, 1998)

WHOQOL 台灣版問卷發展小組於 1997 年取得台灣版本的發展權後，採用 WHOQOL-BREF 全球共通的 26 題，並自兩個新增的本土性層面「被尊重及接受 (面子與關係)」與「飲食」各選一題，因此台灣版的 WHOQOL-BREF 共 28 題。心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .91，以範疇為主的內部一致性係數為 .70 與 .77 間，相隔二至四星期，以題目/層面為主的再測信度為 .41 至 .79 間，以範疇為主的再測信度為 .76 至 .80 間 (姚開屏，2002)。以本研究樣本進行分析，心理計量特性方面，全量表的內部一致性係數為 .94，各範疇之內部一致性係數為 .76、.84、.77 及 .82。

### **捌、憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題 (21-Item Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21)**

憂鬱、焦慮及壓力量表 (Depression Anxiety Stress Scales, DASS) 由 Lovibond 與 Lovibond (1995) 發展，用以評估過去一週內的負向情緒症狀，全量表題項為 42 題，包含三個分量表，分別為憂鬱、焦慮與壓力，每一個分量表為 14 題，採

四點量尺針對每一描述句評估適用於自己的程度，0 為「一點都不適用」，3 為「非常適用/最適用」，心理計量特性方面，憂鬱分量表的內部一致性係數為 .91，焦慮分量表的內部一致性係數為 .84，壓力分量表的內部一致性係數為 .90。Lovibond 與 Lovibond 從 DASS 發展出其短版憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題(DASS-21)，憂鬱、焦慮與壓力等三個分量表各含 7 題，心理計量特性方面，憂鬱分量表的內部一致性係數為 .88，焦慮分量表的內部一致性係數為 .82，壓力分量表的內部一致性係數為 .90 (Henry & Crawford, 2005)。

本研究使用 Chen 與 Chen (2018) 翻譯的台灣版之短版量表，心理計量特性方面，憂鬱分量表的內部一致性係數為 .89，焦慮分量表的內部一致性係數為 .77，壓力分量表的內部一致性係數為 .89。以本研究樣本進行分析，心理計量特性方面，憂鬱分量表的內部一致性係數為 .92，焦慮分量表的內部一致性係數為 .83，壓力分量表的內部一致性係數為 .91。各因素於相隔平均 21.15 天之再測信度為 .84、.76 與 .76。

### 第三節 統計分析程序

本研究以 SPSS 25.0 統計套裝軟體進行資料分析，包含瞭解量表心理計量特性，以及檢驗本研究之假設。統計分析程序如下：

1. 效度檢驗：探索本研究翻譯之「照顧者負擔量表-12 題」(結果見表 2-3)、「照顧者哀傷量表短版」(結果見表 2-4) 的因素結構。
2. 信度檢驗：檢驗「照顧者負擔量表-12 題」、「照顧者哀傷量表短版」、「關係義務感量表」、「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」、「憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題」、「中文版成人心理韌性量表」與「家庭韌性量表」

等內部一致性信度；以及「照顧者負擔量表-12題」、「照顧者哀傷量表短版」、「憂鬱、焦慮及壓力量表-21題」及「家庭韌性量表」等量表相隔21.15天的再測信度。

3. 相關分析：採適切之相關分析方法，探討各變項之間的關聯性，包含基本人口與失智照顧相關變項、照顧者負擔、照顧者哀傷、關係義務感、心理韌性、家庭韌性、生活品質之生理健康、生活品質之心理、生活品質之社會關係、生活品質之環境、憂鬱、焦慮及壓力。
4. 迴歸分析：採單元迴歸分析方法，探討本研究之預測之假設與探索。
5. 調節效果分析：先使用多元階層迴歸分析，於第一步放入獨變項，第二步放入調節變項，第三步放入獨變項與調節變項之交互項，經共線性診斷判斷無共線性問題後，若交互項對依變項的預測達顯著，則驗證調節變項之調節效果。
6. 多元階層迴歸分析：先於第一步放入照顧者負擔之各因素，第二步放入照顧者哀傷之各因素，經共線性診斷判斷無共線性問題後，探討照顧者哀傷是否可增加對依變項的解釋力；先於第一步放入心理韌性之各因素，第二步放入家庭韌性之各因素，經共線性診斷判斷無共線性問題後，探討家庭韌性是否可增加對依變項的解釋力。
7. 差異檢定：單因子變異數分析的方面，以失智嚴重程度、失智迄今時間、陪伴或照顧失智患者之人數等不同條件分組，探討於特定條件下分組時，不同組別於依變項是否有顯著差異。獨立樣本  $t$  檢定的方面，比較失智患者與照顧者間之不同親屬關係（伴侶與直系長輩兩組）於照顧者相關調適之差異。

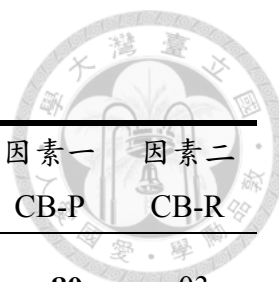


表 2-3 照顧者負擔量表-12 題 (ZBI-12) 之因素結構

題項	內容	因素一	因素二
		CB-P	CB-R
1	你會不會覺得因為花時間照顧親人，使得你沒有足夠的時間留給自己？	<b>.80</b>	-.03
2	在照顧親人的同時，也要兼顧家庭或工作上的其他責任，會不會讓你感到壓力？	<b>.76</b>	-.01
3	當你在這位親人身邊時，你會不會感到生氣？	<b>.50</b>	-.12
4	你會不會覺得就目前來說，你的這位親人對你和其他家庭成員或朋友之間的關係有負面影響？	<b>.62</b>	-.04
5	當你在親人身邊時，你會不會覺得沈重緊張？	<b>.61</b>	.00
6	你會不會覺得因為照顧親人，自己的健康變差了？	<b>.80</b>	-.03
7	你會不會覺得因為這位親人，而無法保有你想要的隱私？	<b>.71</b>	-.08
8	你會不會覺得因為照顧這位親人，而犧牲了自己的社交生活？	<b>.85</b>	.11
9	你會不會覺得自從這位親人生病以來，你失去了對自己生活的掌控？	<b>.85</b>	.04
10	關於這位親戚，你會不會感到不確定該做些什麼？	<b>.46</b>	.17
11	你會不會覺得自己應該為親人做更多事？	-.03	<b>1.00</b>
12	你會不會覺得自己在照顧這位親人上可以做得更好？	-.01	<b>.73</b>

註：使用最大概似法 (Maximal Likelihood Method, ML) 進行萃取因素、Promax 進行斜交轉軸。CB-P = 個人壓力；CB-R = 角色壓力。

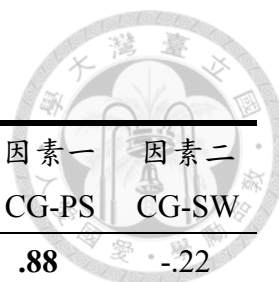


表 2-4 照顧者哀傷量表短版 (MM-CGI-SF) 之因素結構

題項	內容	因素一	因素二
		CG-PS	CG-SW
1	為了當一個照顧者，我曾必須放棄很多	<b>.88</b>	-.22
2	我感覺我正失去了我的自由	<b>.92</b>	-.10
3	我沒有人可以去談	<b>.42</b>	.23
4	我有這種空虛、不舒服的感受——我知道我愛的人「已經不在」了	.01	<b>.60</b>
5	我花很多時間去擔心即將到來的不好的事	.05	<b>.62</b>
6	失智像是一個雙重的失落...我已經失去我跟我愛的人的親密感，以及與我家庭的連結	.05	<b>.70</b>
7	我的朋友們就是不瞭解我正在經歷的	.15	<b>.58</b>
8	我渴望過去那些，那些我們擁有的、分享的事物。	.08	<b>.51</b>
9	我可以把其他嚴重的病處理得比這個更好	.04	<b>.36</b>
10	誰知道我將會被這事束縛多久	<b>.49</b>	.31
11	晚上安頓他/她上床睡覺且意識到他/她已經「不在」了使我難受	-.22	<b>.85</b>
12	我對於這個疾病已經造成的結果覺得非常悲傷	-.05	<b>.71</b>
13	大多數的夜晚我睡不著，擔心著隔天將發生的事以及我將如何處理	.07	<b>.68</b>
14	跟我最親近的人們並不瞭解我正在經歷的	.19	<b>.38</b>
15	我曾失去過其他與我親近的人，但是這些我正在經驗的失落更加令我心煩	.13	<b>.65</b>
16	「獨立自主」就是已經失去的...我沒有自由去我想去的地方或做我想要做的事	<b>.57</b>	.23
17	我但願每天有一、兩個小時給自己去追求個人興趣	<b>.47</b>	.10
18	我陷在這種照顧者的生活裡，而且我對此無能為力	<b>.62</b>	.15

註：使用最大概似法 (Maximal Likelihood Method, ML) 進行萃取因素、Promax 進行斜交轉軸。CG-PS = 個人犧牲；CG-SW = 悲傷與憂慮。






## 第三章 研究結果

本研究結果之呈現始於各主要變項之描述統計與相關分析，接著，細部探討關係義務感、心理韌性及家庭韌性等三者分別與照顧者負擔與哀傷之關聯，同時檢驗照顧者哀傷於預測照顧者相關調適時相對於照顧者負擔之角色，檢驗家庭韌性於預測照顧者相關調適時相對於心理韌性之角色，最後，比較照顧者之調適於不同失智嚴重程度、失智迄今時間以及失智患者與參與者之親屬關係時是否有差異。

### 第一節 描述統計與相關分析

#### 壹、全部與依條件分組的參與者於各研究變項之描述統計

表 3-1 為各研究關注變項之樣本數、最大值、最小值、平均數、標準差、量表分數範圍、項目平均值及項目標準差。變項包括照顧者負擔 (CB)、個人壓力 (CB-P)、角色壓力 (CB-R)、照顧者哀傷 (CG)、個人犧牲負擔 (CG-PS)、悲傷與憂慮 (CG-SW)、關係義務感 (SRO)、情緒性義務 (SRO-E)、實質性義務 (SRO-P)、訊息性義務 (SRO-I)、肯定、接受及尊重性義務 (SRO-A)、心理韌性 (PR)、個人強度 (PR-PS)、家庭團結 (PR-FC)、社會資源 (PR-SR)、社交能



力 (PR-SC)、未來組織風格 (PR-FSS)、家庭韌性 (FR)、家庭資源 (FR-FR)、家庭互動情緒 (FR-IE)、家庭合作與支持 (FR-CS)、家庭照顧信念與價值 (FR-BV)、生活品質之生理健康 (QL-PHY)、生活品質之心理 (QL-PSY)、生活品質之社會關係 (QL-SR)、生活品質之環境 (QL-ENV)、憂鬱 (DAS-D)、焦慮 (DAS-A) 與壓力 (DAS-S)。

而表 3-2、表 3-3、表 3-4、表 3-5 與表 3-6 各為失智嚴重程度、失智迄今時間、失智患者之親屬關係、參與陪伴或照顧者的家屬數量及參與者招募管道之各組別於各研究關注變項之描述統計。



表3-1 各變項之描述統計

變項	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差	量尺分數範圍	項目平均值	項目標準差
照顧者負擔 (CB)	235	0	48	20.89	8.52	0~4	1.74	0.71
個人壓力 (CB-P)	235	0	40	16.14	8.11	0~4	1.61	0.81
角色壓力 (CB-R)	235	0	8	4.76	1.77	0~4	2.38	0.89
照顧者哀傷 (CG)	234	18	88	50.95	12.86	1~5	2.83	0.71
個人犧牲 (CG-PS)	233	7	35	20.95	5.69	1~5	2.99	0.81
悲傷與憂慮 (CG-SW)	234	11	55	30.06	8.16	1~5	2.73	0.74
關係義務感 (SRO)	230	0	99	68.91	17.80	0~3	2.03	0.52
情緒性義務感 (SRO-E)	230	0	36	27.32	7.68	0~3	2.28	0.64
實質性義務感 (SRO-P)	230	0	30	20.33	6.02	0~3	2.03	0.60
訊息性義務感 (SRO-I)	229	0	21	13.24	4.06	0~3	1.89	0.58
肯定、接受及尊重性義務感 (SRO-A)	230	0	15	8.00	3.57	0~3	1.60	0.71



表 3-1 各變項之描述統計 (續)

變項	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差	量尺分數範圍	項目平均值	項目標準差
心理韌性 (PR)	234	63	203	140.79	26.74	1~7	4.85	0.92
個人強度 (PR-PS)	231	9	42	28.95	6.33	1~7	4.82	1.05
家庭團結 (PR-FC)	233	10	49	34.10	8.06	1~7	4.87	1.15
社會資源 (PR-SR)	232	16	56	41.19	8.52	1~7	5.15	1.07
社交能力 (PR-SC)	232	8	28	19.46	4.88	1~7	4.87	1.22
未來組織風格 (PR-FSS)	234	4	28	17.20	5.50	1~7	4.30	1.37
家庭韌性 (FR)	235	35	88	64.59	11.44	1~4	2.94	0.52
家庭資源 (FR-FR)	235	7	24	18.37	3.70	1~4	3.06	0.62
家庭互動情緒 (FR-IE)	235	5	20	13.80	3.59	1~4	2.76	0.72
家庭合作與支持 (FR-CS)	235	6	24	17.05	4.81	1~4	2.84	0.80
家庭照顧信念與價值 (FR-BV)	235	6	20	15.36	2.88	1~4	3.07	0.58
生活品質之生理健康 (QL-PHY)	233	5.14	20.00	14.03	2.37	1~5	3.51	0.59
生活品質之心理 (QL-PSY)	234	4.67	20.00	12.56	2.79	1~5	3.14	0.70
生活品質之社會關係 (QL-SR)	231	5.33	20.00	13.26	2.79	1~5	3.32	0.70
生活品質之環境 (QL-ENV)	233	7.00	20.00	13.30	2.41	1~5	3.33	0.60



表 3-1 各變項之描述統計 (續)

變項	樣本數	最小值	最大值	平均值	標準差	量尺分數範圍	項目平均值	項目標準差
憂鬱 (DAS-D)	229	0	20	4.69	4.67	0~3	0.67	0.67
焦慮 (DAS-A)	234	0	20	4.92	3.87	0~3	0.70	0.55
壓力 (DAS-S)	234	0	21	7.87	4.94	0~3	1.12	0.71

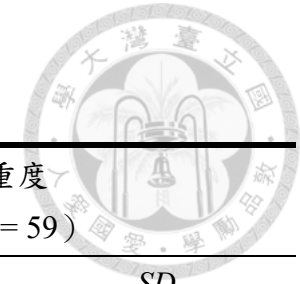


表 3-2 各變項之描述統計：依失智嚴重程度分組

變項	輕度 ( <i>n</i> = 95)		中度 ( <i>n</i> = 79)		重度 ( <i>n</i> = 59)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CB	19.39	7.65	22.26	7.97	21.36	10.27
CG	48.86	12.97	52.03	11.72	52.00	13.77
SRO	68.28	17.38	70.68	17.80	67.17	18.72
PR	142.21	27.89	139.01	28.31	140.85	22.91
FR	64.91	11.02	65.26	11.71	63.27	12.02
QL-PHY	14.12	2.43	14.10	2.39	13.86	2.30
QL-PSY	12.42	2.97	12.95	2.64	12.27	2.72
QL-SR	13.33	2.85	13.26	2.97	13.13	2.50
QL-ENV	13.41	2.50	13.44	2.32	12.95	2.38
DAS_D	4.44	5.15	4.61	4.09	5.10	4.70
DAS_A	5.12	4.28	4.69	3.49	4.73	3.47
DAS_S	7.99	5.40	7.53	4.45	8.07	4.89

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。



表 3-3 各變項之描述統計：依失智迄今時間分組

變項	24 個月以內 ( <i>n</i> = 54)		24-48 個月 ( <i>n</i> = 88)		48 個月以上 ( <i>n</i> = 87)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CB	21.59	8.47	20.97	8.98	20.34	8.07
CG	51.83	12.22	51.74	12.42	49.67	13.49
SRO	68.57	17.47	69.76	18.41	67.99	17.59
PR	141.17	28.20	138.21	28.04	142.36	24.17
FR	63.00	11.07	63.88	10.92	66.08	12.15
QL-PHY	13.95	2.18	13.80	2.49	14.31	2.26
QL-PSY	12.35	2.72	12.45	2.66	12.79	2.84
QL-SR	13.06	2.97	13.66	2.76	13.02	2.73
QL-ENV	13.09	2.28	13.26	2.45	13.55	2.35
DAS_D	4.75	5.05	5.05	4.73	4.21	4.35
DAS_A	5.13	4.08	5.31	3.78	4.27	3.55
DAS_S	8.39	4.78	8.18	5.06	7.22	4.84

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。

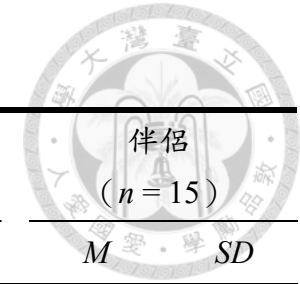


表 3-4 各變項之描述統計：依失智患者之親屬關係分組

變項	祖父/外祖父 ( <i>n</i> = 9)		祖母/外祖母 ( <i>n</i> = 53)		爸爸/公公 ( <i>n</i> = 51)		媽媽/婆婆 ( <i>n</i> = 99)		伴侶 ( <i>n</i> = 15)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CB	22.00	8.44	17.64	7.66	22.04	8.28	22.41	8.10	18.13	10.84
CG	47.67	14.86	46.71	12.66	51.73	11.84	52.73	12.61	54.67	14.80
SRO	71.63	15.53	61.39	18.17	69.41	17.10	70.63	18.30	76.13	12.68
PR	148.11	27.74	137.47	30.60	141.80	27.26	142.17	24.74	135.80	20.46
FR	69.11	8.81	62.91	9.58	65.24	10.86	64.22	12.82	68.67	8.18
QL-PHY	15.24	2.54	14.34	2.53	14.20	2.10	13.83	2.42	13.10	2.00
QL-PSY	13.48	3.31	12.35	3.27	12.72	2.54	12.63	2.59	11.69	2.32
QL-SR	13.93	1.90	13.36	3.11	12.99	2.56	13.18	2.77	13.81	2.85
QL-ENV	14.78	2.49	13.44	2.65	13.23	2.53	13.05	2.24	13.50	1.74
DAS_D	3.33	5.96	5.64	6.22	3.92	3.32	4.67	4.18	5.29	4.32
DAS_A	4.22	4.02	5.32	4.71	4.04	3.49	5.13	3.56	5.13	2.72
DAS_S	5.56	4.45	8.64	5.90	7.10	4.37	7.85	4.63	8.33	3.50

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。

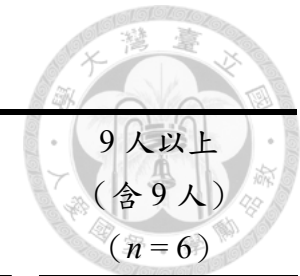


表 3-5 各變項之描述統計：依參與陪伴或照顧的家屬數量分組

變項	1-2 人 ( <i>n</i> = 92)		3-4 人 ( <i>n</i> = 81)		5-6 人 ( <i>n</i> = 33)		7-8 人 ( <i>n</i> = 6)		9 人以上 (含 9 人) ( <i>n</i> = 6)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CB	23.59	8.81	19.44	7.02	18.42	8.74	18.00	4.43	15.33	6.53
CG	54.71	13.17	49.09	11.95	46.03	12.12	46.00	11.22	38.00	5.59
SRO	66.99	17.86	67.88	19.25	73.66	14.41	80.17	11.96	75.33	8.36
PR	136.40	26.35	141.48	23.50	149.55	29.29	165.17	33.28	158.33	28.87
FR	59.60	11.30	68.00	9.53	69.12	11.14	74.50	5.72	73.33	9.20
QL-PHY	13.69	2.13	14.29	2.32	14.59	2.60	15.05	1.48	15.24	1.43
QL-PSY	12.25	2.87	12.76	2.73	13.15	2.44	13.22	3.46	15.44	1.15
QL-SR	12.70	2.89	13.42	2.43	14.02	2.83	15.33	2.35	16.67	2.19
QL-ENV	12.80	2.54	13.59	2.09	13.75	2.37	14.67	2.58	14.92	1.88
DAS_D	5.14	4.17	4.57	4.94	3.12	4.00	3.50	7.15	1.17	1.60
DAS_A	5.10	3.58	5.13	4.13	3.70	3.50	4.00	4.43	1.83	1.83
DAS_S	8.42	4.79	7.75	4.70	6.48	4.71	4.17	4.71	3.50	3.27

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。



表 3-6 各變項之描述統計：依參與者之招募管道分組

變項	社區 ( <i>n</i> = 168)		醫院 ( <i>n</i> = 67)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CB	21.55	8.42	19.25	8.61
CG	52.02	12.99	48.28	12.23
SRO	67.28	18.55	72.87	15.23
PR	139.67	26.84	143.67	26.46
FR	63.61	11.22	67.04	11.68
QL-PHY	13.96	2.43	14.22	2.21
QL-PSY	12.43	2.79	12.88	2.78
QL-SR	13.03	2.87	13.85	2.52
QL-ENV	13.00	2.39	14.05	2.31
DAS_D	4.85	4.94	4.27	3.89
DAS_A	5.11	4.12	4.42	3.13
DAS_S	8.10	5.01	7.29	4.75

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。



## 貳、相關分析

表 3-7 為各研究關注變項之相關狀況。結果顯示失智迄今時間方面，與失智嚴重程度呈顯著正相關 ( $r = .44, p < .001$ )，與照顧者負擔無顯著相關 ( $r = .02$ )，與照顧者哀傷無顯著相關 ( $r = -.06$ )。失智嚴重程度方面，與照顧者負擔無顯著相關 ( $r = .11$ )，與照顧者哀傷無顯著相關 ( $r = .11$ )。

照顧者負擔方面，與照顧者哀傷呈顯著正相關 ( $r = .65, p < .001$ )，與關係義務感無顯著相關 ( $r = -.06$ )，與心理韌性呈顯著負相關 ( $r = -.28, p < .001$ )，與家庭韌性呈顯著負相關 ( $r = -.48, p < .001$ )，與生活品質之生理健康呈顯著負相關 ( $r = -.38, p < .001$ )，與生活品質之心理呈顯著負相關 ( $r = -.34, p < .001$ )，與生活品質之社會關係呈顯著負相關 ( $r = -.27, p < .001$ )，與生活品質之環境呈顯著負相關 ( $r = -.47, p < .001$ )，與憂鬱呈顯著正相關 ( $r = .40, p < .001$ )，與焦慮呈顯著正相關 ( $r = .37, p < .001$ )，與壓力呈顯著正相關 ( $r = .45, p < .001$ )。

照顧者哀傷方面，與關係義務感無顯著相關 ( $r = .00$ )，與心理韌性呈顯著負相關 ( $r = -.47, p < .001$ )，與家庭韌性呈顯著負相關 ( $r = -.44, p < .001$ )，與生活品質之生理健康呈顯著負相關 ( $r = -.50, p < .001$ )，與生活品質之心理呈顯著負相關 ( $r = -.55, p < .001$ )，與生活品質之社會關係呈顯著負相關 ( $r = -.44, p < .001$ )，與生活品質之環境呈顯著負相關 ( $r = -.58, p < .001$ )，與憂鬱呈顯著正相關 ( $r = .57, p < .001$ )，與焦慮呈顯著正相關 ( $r = .50, p < .001$ )，與壓力呈顯著正相關 ( $r = .59, p < .001$ )。

關係義務感方面，與心理韌性呈顯著正相關 ( $r = .28, p < .001$ )，與家庭韌性呈顯著正相關 ( $r = .30, p < .001$ )，與生活品質之生理健康呈顯著正相關 ( $r = .15,$

$p < .05$ )，與生活品質之心理呈顯著正相關 ( $r = .24, p < .001$ )，與生活品質之社會關係呈顯著正相關 ( $r = .23, p < .01$ )，與生活品質之環境呈顯著正相關 ( $r = .21, p < .01$ )，與憂鬱呈顯著負相關 ( $r = -.18, p < .01$ )，與焦慮呈顯著負相關 ( $r = -.16, p < .05$ )，與壓力呈顯著負相關 ( $r = -.14, p < .05$ )。

心理韌性方面，與家庭韌性呈顯著正相關 ( $r = .51, p < .001$ )，與生活品質之生理健康呈顯著正相關 ( $r = .52, p < .001$ )，與生活品質之心理呈顯著正相關 ( $r = .66, p < .001$ )，與生活品質之社會關係呈顯著正相關 ( $r = .62, p < .001$ )，與生活品質之環境呈顯著正相關 ( $r = .58, p < .001$ )，與憂鬱呈顯著負相關 ( $r = -.59, p < .001$ )，與焦慮呈顯著負相關 ( $r = -.46, p < .001$ )，與壓力呈顯著負相關 ( $r = -.52, p < .001$ )。

家庭韌性方面，與生活品質之生理健康呈顯著正相關 ( $r = .34, p < .001$ )，與生活品質之心理呈顯著正相關 ( $r = .39, p < .001$ )，與生活品質之社會關係呈顯著正相關 ( $r = .42, p < .001$ )，與生活品質之環境呈顯著正相關 ( $r = .48, p < .001$ )，與憂鬱呈顯著負相關 ( $r = -.35, p < .001$ )，與焦慮呈顯著負相關 ( $r = -.31, p < .001$ )，與壓力呈顯著負相關 ( $r = -.40, p < .001$ )。

參與陪伴或照顧時間方面，每週陪伴或照顧天數與照顧者負擔呈顯著正相關 ( $r = .14, p < .05$ )，每週參與陪伴或照顧總時數與關係義務感呈顯著正相關 ( $r = .17, p < .05$ )。



表 3-7 各變項之相關係數<sup>1</sup>

變項	CB	CG	SRO	PR	FR	QL-PHY	QL-PSY	QL-SR	QL-ENV	DAS_D	DAS_A	DAS_S
CG	.65***											
SRO	-.06	.00										
PR	-.28***	-.47***	.28***									
FR	-.48***	-.44***	.30***	.51***								
QL-PHY	-.38***	-.50***	.15*	.52***	.34***							
QL-PSY	-.34***	-.55***	.24***	.66***	.39***	.73***						
QL-SR	-.27***	-.44***	.23**	.62***	.42***	.47***	.66***					
QL-ENV	-.47***	-.58***	.21**	.58***	.48***	.70***	.74***	.64***				
DAS_D	.40***	.57***	-.18**	-.59***	-.35***	-.63***	-.73***	-.48***	-.65***			
DAS_A	.37***	.50***	-.16*	-.46***	-.31***	-.59***	-.58***	-.45***	-.58***	.82***		
DAS_S	.45***	.59***	-.14*	-.52***	-.40***	-.59***	-.69***	-.53***	-.61***	.82***	.79***	



表 3-7 各變項之相關係數<sup>1</sup> (續)

變項	CB	CG	SRO	PR	FR	QL-PHY	QL-PSY	QL-SR	QL-ENV	DAS_D	DAS_A	DAS_S
Time	.02	-.06	-.11	.07	.12	.02	.02	-.02	-.01	-.02	-.07	-.03
Sev123	.12	.13	.00	-.03	-.05	-.04	-.01	-.05	-.05	.11	-.01	.02
Days	.14*	.11	.13	.02	.03	-.11	.05	-.03	-.03	-.07	-.01	-.05
Hourspw	.13	.06	.17*	.10	.04	-.07	.12	.07	.02	-.06	-.01	-.07

註：1.<sup>1</sup> 考量 Sev123 為次序變項而非連續變項，因此 Sev123 與其他變項之相關分析採用 Spearman 相關，其餘相關分析皆為 Pearson 相關。

2. CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力；Time = 失智迄今時間；Sev123 = 失智嚴重程度；Days = 一週參與陪伴或照顧的天數；Hourspw = 一週參與陪伴或照顧的總時數。

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



## 第二節 關係義務感與照顧者負擔和哀傷之關聯

### 壹、關係義務感與照顧者負擔

以迴歸分析檢驗關係義務感與照顧者負擔之關係，結果顯示關係義務感未能顯著預測照顧者負擔。針對關係義務感與照顧者負擔之不同因素進行迴歸分析，結果顯示情緒性義務感能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .03, \beta = -.16, p < .05$ )，能顯著正向預測角色壓力 ( $R^2 = .03, \beta = .17, p < .05$ )；實質性義務感未能顯著預測個人壓力，能顯著正向預測角色壓力 ( $R^2 = .03, \beta = .17, p < .01$ )；訊息性義務感未能顯著預測個人壓力，能顯著正向預測角色壓力 ( $R^2 = .05, \beta = .21, p < .01$ )；肯定、接受及尊重性義務感能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .04, \beta = -.19, p < .01$ )，能顯著正向預測角色壓力 ( $R^2 = .07, \beta = .26, p < .001$ )。

### 貳、關係義務感於親屬失智與照顧者負擔關係間之角色

考量關係義務感可能影響親屬失智嚴重度與照顧者負擔之關係，與影響親屬失智迄今時間與照顧者負擔之關係，故分別進行調節效果分析與檢驗。

#### 一、關係義務感於親屬失智嚴重度與照顧者負擔關係之調節效果

於獨變項為親屬失智嚴重度、依變項為照顧者負擔，調節變項為關係義務感，多元階層迴歸分析結果示於表 3-8，親屬失智嚴重度與關係義務感之交互項達顯著 ( $p < .05$ )，即關係義務感能顯著調節親屬失智嚴重度與照顧者負擔之關係。進一步繪製交互作用圖，如圖 3-1，單純斜率檢定顯示，對關係義務感高分組而

言，失智嚴重程度對照顧者負擔有顯著解釋力 ( $b = 2.79, p < .05$ )；對低分組而言，失智嚴重程度對照顧者負擔無顯著解釋力 ( $b = -0.34, p = .74$ )。

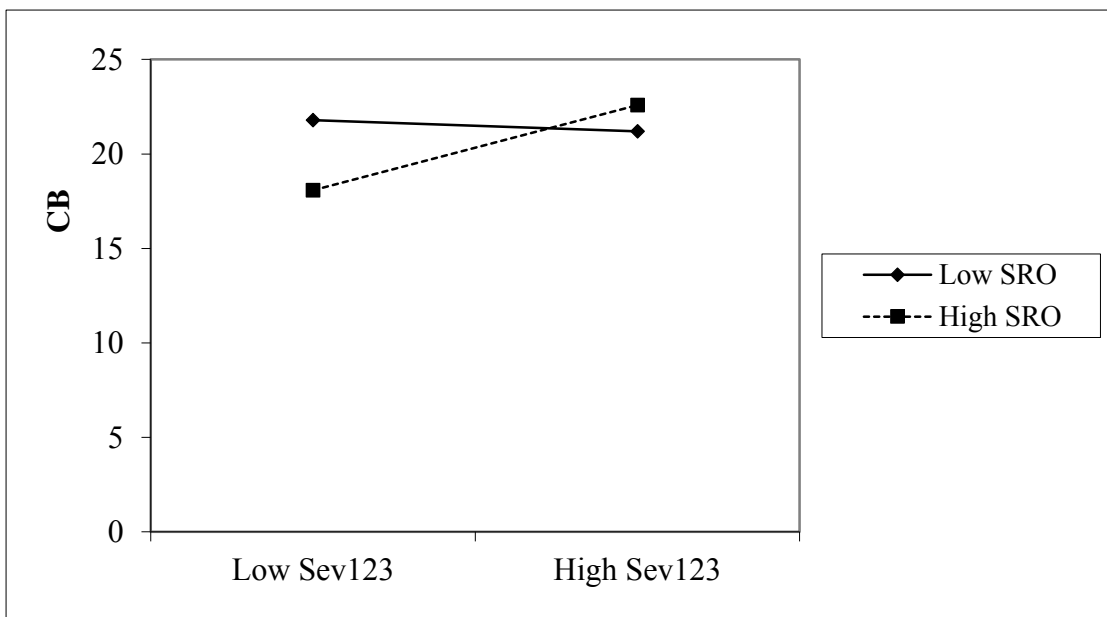


**表 3-8 失智嚴重程度與關係義務感交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析**

模型	CB	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.02	
Sev123		.11
SROS		-.06
<i>Step 2</i>	.02*	
Sev123		.11
SROS		-.07
Sev123 x SROS		.15*
Total $R^2$	.04*	
$N$	235	

註：CB = 照顧者負擔；SRO = 關係義務感；Sev123 = 失智嚴重程度。

\* $p < .05$ .



**圖 3-1：失智嚴重程度與關係義務感預測照顧者負擔之交互作用圖**

## 二、關係義務感於親屬失智至今時間與照顧者負擔關係之調節效果

於獨變項為親屬失智迄今時間、依變項為照顧者負擔，調節變項為關係義務感，多元階層迴歸分析結果示於表 3-9，親屬失智至今時間與關係義務感之交互項未達顯著，亦即關係義務感未能顯著調節親屬失智至今時間與照顧者負擔之關係。

表 3-9 失智迄今時間與關係義務感交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析

模型	CB	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.00	
Time		.02
SROS		-.06
<i>Step 2</i>	.01	
Time		.03
SROS		-.07
Time x SROS		.07
Total $R^2$	.01	
<i>N</i>	235	

註：CB = 照顧者負擔；SRO = 關係義務感；Time = 失智迄今時間。

## 參、關係義務感與照顧者哀傷

以迴歸分析檢驗關係義務感與照顧者哀傷之關係，結果顯示關係義務感未能顯著預測照顧者哀傷。針對關係義務感與照顧者哀傷之不同因素進行迴歸分析，結果顯示情緒性義務感未能顯著預測個人犧牲，未能顯著預測悲傷與憂慮；實質

性義務感未能顯著預測個人犧牲，未能顯著預測悲傷與憂慮；訊息性義務感能正向顯著預測個人犧牲 ( $R^2 = .02, \beta = .16, p < .05$ )，未能顯著預測悲傷與憂慮；肯定、接受及尊重性義務感能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .02, \beta = -.14, p < .05$ )，未能顯著預測悲傷與憂慮。

#### 肆、關係義務感於親屬失智與照顧者哀傷關係間之角色

考量關係義務感可能影響親屬失智嚴重度與照顧者哀傷之關係，與影響親屬失智至今時間與照顧者哀傷之關係，故分別進行調節效果分析與檢驗。

##### 一、關係義務感於親屬失智嚴重度與照顧者哀傷關係之調節效果

於獨變項為親屬失智嚴重度、依變項為照顧者哀傷，調節變項為關係義務感，多元階層迴歸分析結果於表 3-10，親屬失智嚴重度與關係義務感之交互項達顯著 ( $p < .05$ )，亦即關係義務感能顯著調節親屬失智嚴重度與照顧者哀傷之關係。進一步繪製交互作用圖，如圖 3-2，單純斜率檢定顯示，對關係義務感高分組而言，失智嚴重程度對照顧者哀傷有顯著解釋力 ( $b = 3.92, p < .01$ )；對關係義務感低分組而言，失智嚴重程度對照顧者哀傷無顯著解釋力 ( $b = -0.27, p = .84$ )。



表 3-10 失智嚴重度與關係義務感交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析

模型	CG	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.01	
Sev123		.10
SROS		.01
<i>Step 2</i>	.02*	
Sev123		.11
SROS		-.00
Sev123 x SROS		.13*
Total $R^2$	.03	
$N$	235	

註：Sev123 = 失智嚴重程度；SRO = 關係義務感；CG = 照顧者哀傷。  
\* $p < .05$ .

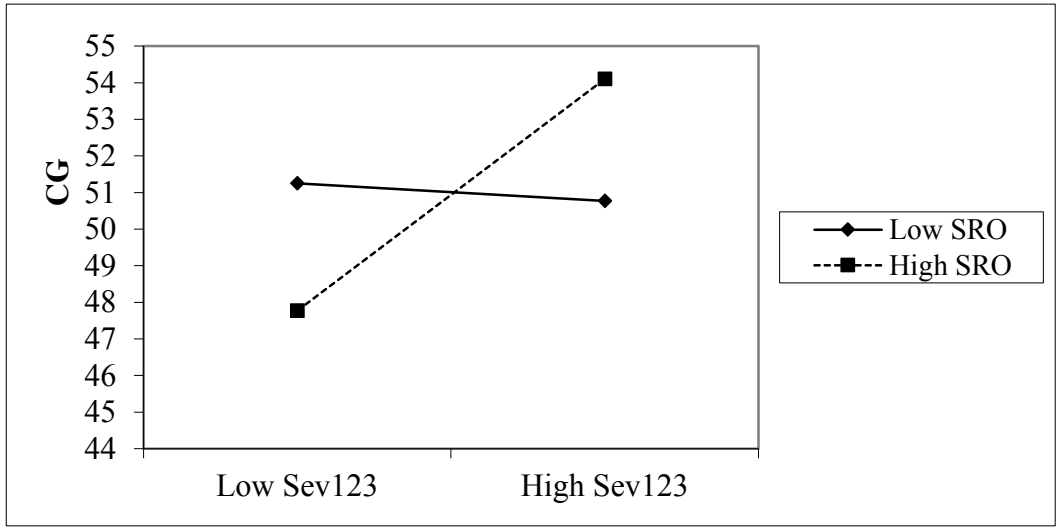


圖 3-2：失智嚴重度與關係義務感預測照顧者哀傷之交互作用圖

## 二、關係義務感於親屬失智至今時間與照顧者哀傷關係之調節效果

於獨變項為親屬失智至今時間、依變項為照顧者哀傷，調節變項為關係義務感，多元階層迴歸分析結果示於表 3-11，親屬失智至今時間與關係義務感之交互項未達顯著，亦即關係義務感未能顯著調節親屬失智至今時間與照顧者哀傷之關係。

表 3-11 失智迄今時間與關係義務感交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析

模型	CG	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.00	
Time		-.06
SROS		.00
<i>Step 2</i>	.00	
Time		-.06
SROS		.00
Time x SROS		.01
Total $R^2$	.00	
<i>N</i>	235	

註：Time = 失智迄今時間；SRO = 關係義務感；CG = 照顧者哀傷。

依本節結果可見，整體而言，關係義務感與照顧者的負擔無顯著關聯，與照顧者的哀傷無顯著關聯，細看各因素時，情緒性義務感、實質性義務感、訊息性義務感以及肯定、接受及尊重性義務感能正向預測角色壓力，而情緒性義務感與肯定能正向預測個人壓力，接受及尊重性義務感能負向預測個人壓力，訊息性義務感能正向預測高的個人犧牲，而肯定、接受及尊重性義務感能負向

預測個人犧牲。並且，關係義務感可影響失智嚴重程度與照顧者負擔和哀傷間之關聯，隱含對高關係義務感的照顧者而言，失智嚴重程度增加，則照顧者會有較高的照顧者負擔與哀傷。



### 第三節 心理韌性與照顧者負擔和哀傷之關聯

#### 壹、心理韌性與照顧者負擔

以迴歸分析檢驗心理韌性與照顧者哀傷之關係，結果顯示心理韌性能顯著負向預測照顧者負擔 ( $R^2 = .08, \beta = -.28, p < .001$ )。針對心理韌性與照顧者負擔的不同因素之迴歸分析，結果顯示個人強度能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .06, \beta = -.24, p < .001$ )，未能顯著預測角色壓力；家庭團結能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .07, \beta = -.26, p < .001$ )，未能顯著預測角色壓力；社會資源能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .06, \beta = -.25, p < .001$ )，未能顯著預測角色壓力；社交能力能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .04, \beta = -.20, p < .01$ )，未能顯著預測角色壓力；未來組織風格能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .07, \beta = -.26, p < .001$ )，未能顯著預測角色壓力。

#### 貳、心理韌性於親屬失智與照顧者負擔關係間之角色

考量關係義務感可能影響親屬失智嚴重度與照顧者負擔之關係，與影響親屬失智至今時間與照顧者負擔之關係，故分別進行調節效果分析與檢驗。

## 一、心理韌性於親屬失智嚴重度與照顧者負擔關係之調節效果

於獨變項為親屬失智嚴重度、依變項為照顧者負擔，調節變項為心理韌性，多元階層迴歸分析結果示於表 3-12，親屬失智嚴重度與心理韌性之交互項未達顯著，亦即心理韌性未能顯著調節親屬失智嚴重度與照顧者負擔之關係。

表 3-12 失智嚴重度與心理韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析

模型	CB	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.09***	
Sev123		.10
PR		-.28***
<i>Step 2</i>	.00	
Sev123		.10
PR		-.27***
Sev123 x PR		.02
Total $R^2$	.09***	
<i>N</i>	235	

註：Sev123 = 失智嚴重程度；PR = 心理韌性；CB = 照顧者負擔。

\*\*\* $p < .001$ .

## 二、心理韌性於親屬失智至今時間與照顧者負擔關係之調節效果

於獨變項為親屬失智至今時間、依變項為照顧者負擔，調節變項為心理韌性，多元階層迴歸分析結果顯示於表 3-13，親屬失智至今時間與心理韌性之交互項達顯著，亦即心理韌性能顯著調節親屬失智至今時間與照顧者負擔之關係。進一步繪製交互作用圖，如圖 3-3，單純斜率檢定顯示，對心理韌性高分組而言，失智迄今時間對照顧者負擔無顯著解釋力 ( $b = -0.02, p = .12$ )；對心理韌性低分組而言，失智迄今時間對照顧者負擔有顯著解釋力 ( $b = 0.04, p < .01$ )。

表 3-13 失智迄今時間與心理韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析

模型	CB	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.08***	
Time		.04
PR		-.28***
<i>Step 2</i>	.02*	
Time		.05
PR		-.28***
Time x PR		-.13*
Total $R^2$	.10***	
<i>N</i>	235	

註：Time = 失智迄今時間；PR = 心理韌性；CB = 照顧者負擔。

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

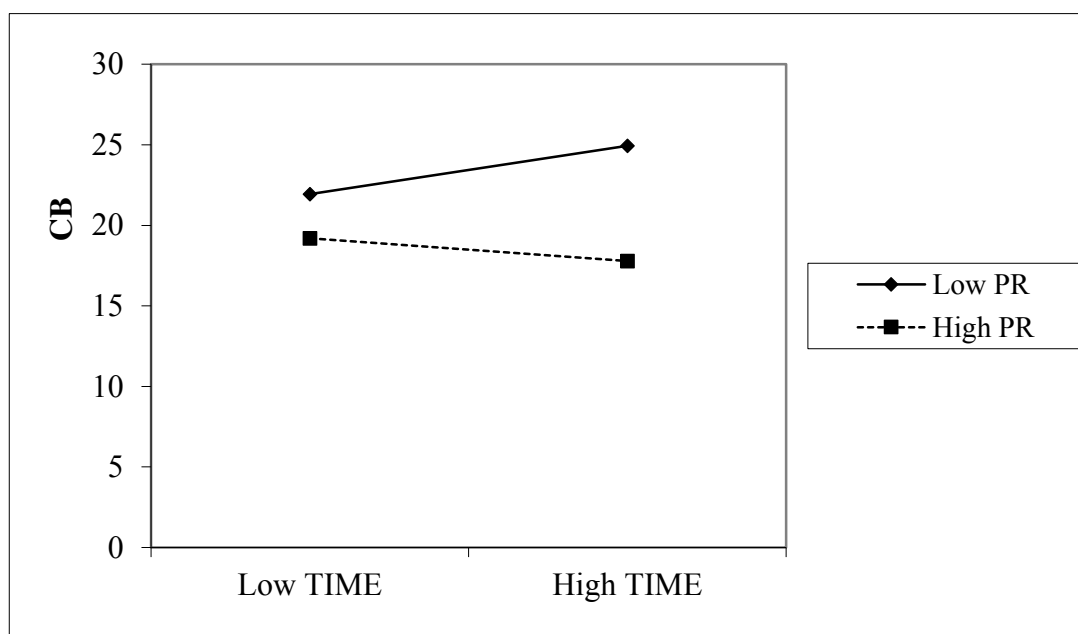


圖 3-3：失智迄今時間與心理韌性預測照顧者負擔之交互作用圖

### 參、心理韌性與照顧者哀傷



以迴歸分析檢驗心理韌性與照顧者哀傷之關係，結果顯示心理韌性能顯著負向預測照顧者哀傷 ( $R^2 = .22, \beta = -.47, p < .001$ )。針對心理韌性與照顧者哀傷的不同因素之迴歸分析，結果顯示個人強度能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .12, \beta = -.34, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .14, \beta = -.38, p < .001$ )；家庭團結能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .07, \beta = -.27, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .09, \beta = -.31, p < .001$ )；社會資源能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .13, \beta = -.36, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .12, \beta = -.35, p < .001$ )；社交能力能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .06, \beta = -.25, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .09, \beta = -.30, p < .001$ )；未來組織風格能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .20, \beta = -.45, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .17, \beta = -.41, p < .001$ )。

### 肆、心理韌性於親屬失智與照顧者哀傷關係間之角色

考量關係義務感可能影響親屬失智嚴重度與照顧者哀傷之關係，與影響親屬失智至今時間與照顧者哀傷之關係，故分別進行調節效果分析與檢驗。

#### 一、心理韌性於親屬失智嚴重度與照顧者哀傷關係之調節效果

於獨變項為親屬失智嚴重度、依變項為照顧者哀傷，調節變項為心理韌性，多元階層迴歸分析結果如表 3-14，親屬失智嚴重度與心理韌性之交互項未達顯著，亦即心理韌性未能顯著調節親屬失智嚴重度與照顧者哀傷之關係。

表 3-14 失智嚴重度與心理韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析

模型	CG	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.23***	
Sev123		.09
PR		-.46***
<i>Step 2</i>	.00	
Sev123		.09
PR		-.47***
Sev123 x PR		-.04
Total $R^2$	.23***	
<i>N</i>	235	

註：Sev123 = 失智嚴重程度；PR = 心理韌性；CG = 照顧者哀傷。  
 \*\*\* $p < .001$ .

## 二、心理韌性於親屬失智至今時間與照顧者哀傷關係之調節效果

於獨變項為親屬失智至今時間、依變項為照顧者哀傷，調節變項為心理韌性，多元階層迴歸分析結果如表 3-15 所示，親屬失智至今時間與心理韌性之交互項未達顯著，亦即心理韌性未能顯著調節親屬失智至今時間與照顧者哀傷之關係。

於本節中，心理韌性能負向預測照顧者負擔，能負向預測照顧者哀傷，細看各因素時，個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織風格皆能負向預測個人壓力，不能預測角色壓力，個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織風格皆能負向預測個人犧牲，個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織風格皆能負向悲傷與憂慮。

並且，心理韌性可影響失智迄今時間與照顧者負擔間之關聯，隱含對低心理韌性的人而言，失智迄今時間增加，照顧者負擔會增加，對高心理韌性的照顧者而言，失智迄今時間增加，照顧者負擔並不會隨之增加。



表 3-15 失智迄今時間與心理韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析

模型	CG	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.22***	
Time		-.03
PR		-.46***
<i>Step 2</i>	.01	
Time		-.03
PR		-.47***
Time x PR		-.08
Total $R^2$	.22***	
<i>N</i>	235	

註：Time = 失智迄今時間；PR = 心理韌性；CG = 照顧者哀傷。

\*\*\* $p < .001$ .

#### 第四節 家庭韌性與照顧者負擔和哀傷之關聯

##### 壹、家庭韌性與照顧者負擔

以迴歸分析檢驗家庭韌性與照顧者負擔之關係，結果顯示家庭韌性能顯著負向預測照顧者負擔 ( $R^2 = .23, \beta = -.48, p < .001$ )。針對家庭韌性與照顧者負擔的不同因素之迴歸分析，結果顯示家庭資源能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .25, \beta = -.50, p < .001$ )，未能顯著預測角色壓力；家庭互動情緒能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .19, \beta = -.44, p < .001$ )，能顯著負向預測角色壓力 ( $R^2 = .02, \beta = -.15, p < .05$ )；家庭合作與支持能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .12, \beta = -.35, p < .001$ )，

未能顯著預測角色壓力；家庭照顧信念與價值能顯著負向預測個人壓力 ( $R^2 = .05$ ,  $\beta = -.22, p < .01$ )，能顯著正向預測角色壓力 ( $R^2 = .04, \beta = .20, p < .01$ )。



## 貳、家庭韌性於親屬失智與照顧者負擔關係間之角色

考量關係義務感可能影響親屬失智嚴重度與照顧者負擔之關係，與影響親屬失智至今時間與照顧者負擔之關係，故分別進行調節效果分析與檢驗。

### 一、家庭韌性於親屬失智嚴重度與照顧者負擔關係之調節效果

於獨變項為親屬失智嚴重度、依變項為照顧者負擔，調節變項為家庭韌性，多元階層迴歸分析結果顯示於表 3-16，親屬失智嚴重度與家庭韌性之交互項未達顯著，亦即家庭韌性未能顯著調節親屬失智嚴重度與照顧者負擔之關係。

表 3-16 失智嚴重度與家庭韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析

模型	CB	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.24***	
Sev123		.08
FR		-.48***
<i>Step 2</i>	.00	
Sev123		.08
FR		-.48***
Sev123 x FR		-.01
Total $R^2$	.24***	
<i>N</i>	235	

註：Sev123 = 失智嚴重程度；FR = 家庭韌性；CB = 照顧者負擔。

\*\*\* $p < .001$ .

## 二、家庭韌性於親屬失智至今時間與照顧者負擔關係之調節效果

於獨變項為親屬失智至今時間、依變項為照顧者負擔，調節變項為家庭韌性，多元階層迴歸分析結果於表 3-17，親屬失智至今時間與家庭韌性之交互項未達顯著，亦即家庭韌性未能顯著調節親屬失智至今時間與照顧者負擔之關係。

表 3-17 失智迄今時間與家庭韌性交互作用項預測照顧者負擔之階層迴歸分析

模型	CB	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.24***	
Time		.08
FR		-.49***
<i>Step 2</i>	.00	
Time		.08
FR		-.49***
Time x FR		-.03
Total $R^2$	.24***	
<i>N</i>	235	

註：Time = 失智迄今時間；FR = 家庭韌性；CB = 照顧者負擔。

\*\*\* $p < .001$

## 參、家庭韌性與照顧者哀傷

以迴歸分析檢驗家庭韌性與照顧者哀傷之關係，結果顯示家庭韌性能顯著負向預測照顧者哀傷 ( $R^2 = .19, \beta = -.44, p < .001$ )。針對家庭韌性與照顧者哀傷的不同因素之迴歸分析，結果顯示家庭資源能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .19, \beta = -.43, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .18, \beta = -.42, p < .001$ )；家庭

互動情緒能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .11, \beta = -.33, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .08, \beta = -.29, p < .001$ )；家庭合作與支持能顯著負向預測個人犧牲 ( $R^2 = .10, \beta = -.31, p < .001$ )，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .10, \beta = -.32, p < .001$ )；家庭照顧信念與價值未能顯著預測個人犧牲，能顯著負向預測悲傷與憂慮 ( $R^2 = .03, \beta = -.16, p < .05$ )。

## 肆、家庭韌性於親屬失智與照顧者哀傷關係間之角色

考量關係義務感可能影響親屬失智嚴重度與照顧者哀傷之關係，與影響親屬失智至今時間與照顧者哀傷之關係，故分別進行調節效果分析與檢驗。

### 一、家庭韌性於親屬失智嚴重度與照顧者哀傷關係之調節效果

於獨變項為親屬失智嚴重度、依變項為照顧者哀傷，調節變項為家庭韌性，多元階層迴歸分析結果（見表 3-18）顯示，親屬失智嚴重度與家庭韌性之交互項未達顯著，亦即家庭韌性未能顯著調節親屬失智嚴重度與照顧者哀傷之關係。

### 二、家庭韌性於親屬失智至今時間與照顧者哀傷關係之調節效果

於獨變項為親屬失智至今時間、依變項為照顧者哀傷，調節變項為家庭韌性，多元階層迴歸分析結果（見表 3-19）顯示，親屬失智至今時間與家庭韌性之交互項未達顯著，亦即家庭韌性未能顯著調節親屬失智至今時間與照顧者哀傷之關係。

本節中，家庭韌性能負向預測照顧者負擔，能負向預測照顧者哀傷，細看各因素時，家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持及家庭照顧信念與價值能負向預測個人壓力，家庭互動情緒能負向預測角色壓力，家庭照顧信念與價值會正向預測角色壓力，家庭資源、家庭互動情緒與家庭合作與支持能負向預測照顧者哀傷，家庭照顧信念與價值不能預測照顧者哀傷，家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持與家庭照顧信念與價值能負向預測悲傷與憂慮。

表 3-18 失智嚴重度與家庭韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析

模型	CG	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.20***	
Sev123		.08
FR		-.43***
<i>Step 2</i>	.00	
Sev123		.08
FR		-.43***
Sev123 x FR		.02
Total $R^2$	.20***	
<i>N</i>	235	

註：Sev123 = 失智嚴重程度；FR = 家庭韌性；CG = 照顧者哀傷。

\*\*\* $p < .001$ .

表 3-19 失智迄今時間與家庭韌性交互作用項預測照顧者哀傷之階層迴歸分析

模型	CG	
	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.19***	
Time		-.01
FR		-.44***
<i>Step 2</i>	.00	
Time		-.01
FR		-.44***
Time x FR		.00
Total $R^2$	.19***	
<i>N</i>	235	

註：Time = 失智迄今時間；FR = 家庭韌性；CG = 照顧者哀傷。

\*\*\* $p < .001$ .

## 第五節 照顧者的負擔與哀傷與照顧者調適之關聯



### 壹、照顧者負擔與哀傷對生活品質之預測

如表 3-7 (見 p.59), 可知照顧者負擔與生活品質之各範疇呈顯著負相關, 亦可知照顧者哀傷與生活品質之各範疇呈顯著負相關。

以階層迴歸分析個人犧牲、悲傷與憂慮對生活品質各範疇之效果, 結果顯示於表 3-20, 個人壓力和角色壓力可以解釋生活品質之生理健康變異中的 15%,  $F(2, 232) = 20.66, p < .001$ , 而在控制了個人壓力和角色壓力之後, 個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 11% 的變異,  $F(2, 230) = 17.61, p < .001$ 。

個人壓力和角色壓力可以解釋生活品質之心理變異中的 14%,  $F(2, 232) = 18.39, p < .001$ , 而在控制了個人壓力和角色壓力之後, 個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 18% 的變異,  $F(2, 230) = 29.97, p < .001$ 。

個人壓力和角色壓力可以解釋生活品質之社會關係變異中的 8%,  $F(2, 232) = 10.10, p < .001$ , 而在控制了個人壓力和角色壓力之後, 個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 12% 的變異,  $F(2, 230) = 17.47, p < .001$ 。

個人壓力和角色壓力可以解釋生活品質之環境變異中的 24%,  $F(2, 232) = 36.19, p < .001$ , 而在控制了個人壓力和角色壓力之後, 個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 13% 的變異,  $F(2, 230) = 22.79, p < .001$ 。

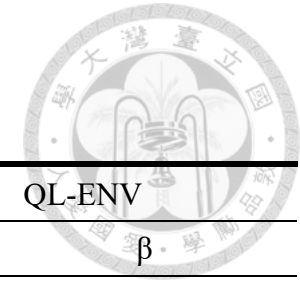


表 3-20 照顧者哀傷各因素對生活品質各範疇之階層迴歸分析

模型	QL-PHY		QL-PSY		QL-SR		QL-ENV	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.15***		.14***		.08***		.24***	
CB-P		-.39***		-.37***		-.29***		-.49***
CB-R		.03		.06		.04		.02
<i>Step 2</i>	.11***		.18***		.12***		.13***	
CB-P		-.12		-.06		-.04		-.21**
CB-R		.07		.13*		.10		.07
CG-PS		-.17		-.14		-.08		-.15
CG-SW		-.31***		-.43***		-.38***		-.34***
Total $R^2$	.26***		.32***		.20***		.36***	
<i>N</i>	235							

註：QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；CB-P = 個人壓力；CB-R = 角色壓力；CG-PS = 個人犧牲；CG-SW = 悲傷與憂慮。

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



## 貳、照顧者負擔與哀傷對憂鬱、焦慮及壓力之預測

如表 3-7 (見 p.59)，照顧者負擔與憂鬱、焦慮及壓力呈顯著正相關，而照顧者哀傷與憂鬱、焦慮及壓力呈顯著正相關。

以階層迴歸分析個人犧牲、悲傷與憂慮對憂鬱、焦慮及壓力之效果，結果顯示於表 3-21，個人壓力和角色壓力可以解釋憂鬱變異中的 17%， $F(2, 224) = 22.15, p < .001$ ，而在控制了個人壓力和角色壓力之後，個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 18% 的變異， $F(2, 222) = 31.23, p < .001$ 。個人壓力和角色壓力可以解釋焦慮變異中的 15%， $F(2, 229) = 20.77, p < .001$ ，而在控制了個人壓力和角色壓力之後，個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 14% 的變異， $F(2, 227) = 21.48, p < .001$ 。個人壓力和角色壓力可以解釋壓力變異中的 21%， $F(2, 229) = 29.95, p < .001$ ，而在控制了個人壓力和角色壓力之後，個人犧牲、悲傷與憂慮可以增加 16% 的變異， $F(2, 227) = 28.22, p < .001$ 。

本節中，個人壓力、個人犧牲及悲傷與憂慮能負向預測生活品質之各範疇，能正向預測憂鬱、焦慮及壓力。對於生活品質各範疇、憂鬱、焦慮及壓力，個人犧牲與角色壓力都能解釋部分變異，若將個人犧牲與悲傷與憂慮一同考量時，皆可增加對其的解釋。

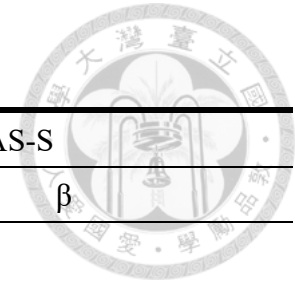


表 3-21 照顧者哀傷各因素對憂鬱、焦慮及壓力之階層迴歸分析

模型	DAS-D		DAS-A		DAS-S	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.16***		.16***		.21***	
CB-P		.41***		.40***		.45***
CB-R		-.01		-.05		.01
<i>Step 2</i>	.18***		.14***		.16***	
CB-P		.12		.21**		.19*
CB-R		-.08		-.13*		-.06
CG-PS		.06		-.08		.06
CG-SW		.47***		.47***		.45***
Total $R^2$	.34***		.29***		.37***	
<i>N</i>	235					

註：DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力；CB-P = 個人壓力；CB-R = 角色壓力；CG-PS = 個人犧牲；CG-SW = 悲傷與憂慮。

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



## 第六節 心理韌性與家庭韌性與照顧者調適之關聯

### 壹、心理韌性與家庭韌性對生活品質之預測

如表 3-7 (見 p.59), 心理韌性與生活品質之各範疇呈顯著負相關, 而家庭韌性與生活品質之各範疇呈顯著負相關。

以階層迴歸分析家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值對生活品質各範疇之效果, 結果顯示於表 3-22, 個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋生活品質之生理健康變異中的 33%,  $F(5, 229) = 22.91, p < .001$ , 而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力之後, 家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 6% 的變異,  $F(4, 225) = 5.13, p < .01$ 。

個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋生活品質之心理變異中的 53%,  $F(5, 229) = 50.52, p < .001$ , 而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力之後, 家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 3% 的變異,  $F(4, 225) = 3.16, p < .05$ 。

個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋生活品質之社會關係變異中的 40%,  $F(5, 229) = 30.06, p < .001$ , 而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力之後, 家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 2% 的變異,  $F(4, 225) = 2.19, p = .07$ , 為邊緣顯著。

個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋生活品質之環境變異中的 36%， $F(5, 229) = 25.42, p < .001$ ，而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力之後，家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 15% 的變異， $F(4, 225) = 16.69, p < .001$ 。

表 3-22 家庭韌性各因素對生活品質各範疇之階層迴歸分析

模型	QL-PHY		QL-PSY		QL-SR		QL-ENV	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.33***		.53***		.40***		.36***	
PR-PS		.25**		.28***		.17*		.22**
PR-FC		.11		.14*		.20**		.11
PR-SR		-.04		-.04		.08		.08
PR-SC		.06		.10		.24**		.12
PR-FSS		.30***		.39***		.10		.21**
<i>Step 2</i>	.06**		.03*		.02		.15***	
PR-PS		.31***		.30***		.21**		.27***
PR-FC		-.05		.01		.08		-.15
PR-SR		-.03		-.03		.08		.09
PR-SC		.04		.07		.21**		.06
PR-FSS		.26**		.39***		.09		.19**
FR-FR		.26**		.14*		.13		.44***
FR-IE		.08		.07		.01		.18**
FR-CS		-.01		-.01		.08		-.13
FR-BV		-.07		.06		-.01		.04
Total $R^2$	.39***		.55***		.42***		.50***	

註：QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；PR-PS = 個人強度；PR-FC = 家庭團結；PR-SR = 社會資源；PR-SC = 社交能力；PR-FSS = 未來組織風格；FR-FR = 家庭資源；FR-IE = 家庭互動情緒；FR-CS = 家庭合作與支持；FR-BV = 家庭照顧信念與價值。

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



## 貳、心理韌性與家庭韌性對憂鬱、焦慮及壓力之預測

如表 3-7 (見 p.59), 心理韌性與憂鬱、焦慮及壓力呈顯著負相關, 而家庭韌性與憂鬱、焦慮及壓力呈顯著負相關。

以階層迴歸分析家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值對憂鬱、焦慮及壓力之效果, 結果顯示於表 3-23, 個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋憂鬱變異中的 42%,  $F(5, 229) = 33.16, p < .001$ , 而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織風格之後, 家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 4% 的變異,  $F(4, 225) = 3.58, p < .01$ ; 個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋焦慮變異中的 25%,  $F(5, 229) = 14.97, p < .001$ , 而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力之後, 家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 4% 的變異,  $F(4, 225) = 2.83, p < .05$ ;

個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力可以解釋壓力變異中的 34%,  $F(5, 229) = 23.34, p < .001$ , 而在控制了個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力與未來組織能力之後, 家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持、家庭照顧信念與價值可以增加 4% 的變異,  $F(4, 225) = 3.52, p < .01$ 。

表 3-23 家庭韌性各因素對憂鬱、焦慮及壓力之階層迴歸分析

模型	DAS-D		DAS-A		DAS-S	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<i>Step 1</i>	.42***		.25***		.34***	
PR-PS		-.37***		-.29**		-.27**
PR-FC		-.12		-.18*		-.27***
PR-SR		.08		.07		.22*
PR-SC		-.11		-.08		-.18*
PR-FSS		-.24**		-.12		-.19*
<i>Step 2</i>	.04**		.04*		.04**	
PR-PS		-.37***		-.29**		-.31***
PR-FC		.01		-.07		-.08
PR-SR		.08		.07		.22*
PR-SC		-.09		-.07		-.16*
PR-FSS		-.25***		-.12		-.18*
FR-FR		-.10		-.16		-.10
FR-IE		-.16**		-.16*		-.11
FR-CS		.05		.11		-.10
FR-BV		-.08		-.05		-.03
Total $R^2$	.46***		.28***		.38***	

註：DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力；PR-PS = 個人強度；PR-FC = 家庭團結；PR-SR = 社會資源；PR-SC = 社交能力；PR-FSS = 未來組織風格；FR-FR = 家庭資源；FR-IE = 家庭互動情緒；FR-CS = 家庭合作與支持；FR-BV = 家庭照顧信念與價值。

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

### 參、不同陪伴或照顧失智患者的人數於照顧者調適之差異比較



考量家庭資源含有家中人力，根據參與者自陳參與陪伴或照顧失智患者的人數，將樣本分為 1-2 人、3-4 人與 5 人以上三組。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的負擔之效果。結果發現，不同人數於照顧者負擔上有顯著差異， $F(2, 215) = 9.54$ ， $p < .001$ ， $\eta_p^2 = .082$ ，Scheffe 事後比較顯示：1-2 人 ( $M = 23.59, SD = 8.81$ ) 顯著大於 3-4 人 ( $M = 19.44, SD = 7.02$ ) ( $p < .01$ )、1-2 人顯著大於 5 人以上 ( $M = 17.96, SD = 7.99$ ) ( $p < .01$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p = .61$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的哀傷之效果。結果發現，不同人數於照顧者哀傷上有顯著差異， $F(2, 214) = 10.25$ ， $p < .001$ ， $\eta_p^2 = .087$ ，Scheffe 事後比較顯示：1-2 人 ( $M = 54.71, SD = 13.17$ ) 顯著大於 3-4 人 ( $M = 49.09, SD = 11.95$ ) ( $p < .05$ )、1-2 人顯著大於 5 人以上 ( $M = 44.93, SD = 11.49$ ) ( $p < .001$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p = .20$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的生活品質之生理健康之效果。結果發現，不同人數於生活品質之生理健康上有顯著差異， $F(2, 213) = 3.62$ ， $p < .05$ ， $\eta_p^2 = .033$ ，Scheffe 事後比較顯示 1-2 人 ( $M = 13.69, SD = 2.13$ ) 顯著小於 5 人以上 ( $M = 14.74, SD = 2.33$ ) ( $p < .05$ )、1-2 人與 3-4 人 ( $M = 14.29, SD = 2.32$ ) 沒有顯著差異 ( $p = .21$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p = .57$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的生活品質之心理之效果。結果發現，不同人數於生活品質之心理上有邊緣顯著差異， $F(2, 214) = 2.94$ ， $p = .06$ ， $\eta_p^2 = .027$ ，Scheffe 事後比較顯示 1-2 人 ( $M = 12.25$ ,

$SD=2.87$ ) 邊緣顯著小於 5 人以上 ( $M=13.47, SD=2.54$ ) ( $p=.06$ )、1-2 人與 3-4 人 ( $M=12.76, SD=2.73$ ) 沒有顯著差異 ( $p=.49$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p=.39$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的生活品質之社會關係之效果。結果發現，不同人數於生活品質之社會關係上有顯著差異， $F(2, 211) = 6.96$ ， $p < .01$ ， $\eta_p^2 = .062$ ，Scheffe 事後比較顯示 1-2 人 ( $M=12.70, SD=2.89$ ) 顯著小於 5 人以上 ( $M=14.55, SD=2.81$ ) ( $p < .01$ )、1-2 人與 3-4 人 ( $M=13.42, SD=2.43$ ) 沒有顯著差異 ( $p=.24$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p=.08$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的生活品質之環境之效果。結果發現，不同人數於生活品質之環境上有顯著差異， $F(2, 213) = 4.82$ ， $p < .01$ ， $\eta_p^2 = .043$ ，Scheffe 事後比較顯示 1-2 人 ( $M=12.80, SD=2.54$ ) 邊緣顯著小於 5 人以上 ( $M=14.03, SD=2.34$ ) ( $p < .05$ )、1-2 人與 3-4 人 ( $M=13.59, SD=2.09$ ) 沒有顯著差異 ( $p=.09$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p=.60$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的憂鬱之效果。結果發現，不同人數於憂鬱上有顯著差異， $F(2, 209) = 3.69$ ， $p < .05$ ， $\eta_p^2 = .034$ ，Scheffe 事後比較顯示：1-2 人 ( $M=5.14, SD=4.17$ ) 顯著大於 5 人以上 ( $M=2.91, SD=4.27$ ) ( $p < .05$ )、1-2 人與 3-4 人 ( $M=4.57, SD=4.94$ ) 沒有顯著差異 ( $p=.72$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p=.15$ )。

以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的焦慮之效果。結果發現，不同人數於焦慮上有顯著差異， $F(2, 214) = 3.30$ ， $p < .05$ ， $\eta_p^2 = .030$ ，Scheffe 事後比較顯示：1-2 人 ( $M=5.10, SD=3.58$ ) 邊緣顯著大於 5

人以上 ( $M = 3.49, SD = 3.46$ ) ( $p = .07$ )、3-4 人 ( $M = 5.13, SD = 4.13$ ) 邊緣顯著大於 5 人以上 ( $p = .07$ )、1-2 人與 3-4 人沒有顯著差異 ( $p = 1.00$ )。

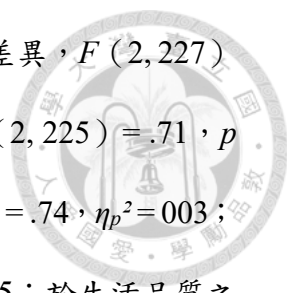
以單因子獨立樣本 ANOVA 分析陪伴或照顧失智患者的人數對照顧者的壓力之效果。結果發現，不同人數於壓力上有顯著差異， $F(2, 214) = 4.79, p < .01$ ， $\eta_p^2 = .043$ ，Scheffe 事後比較顯示：1-2 人 ( $M = 8.42, SD = 4.79$ ) 顯著大於 5 人以上 ( $M = 5.78, SD = 4.62$ ) ( $p = .01$ )、1-2 人與 3-4 人 ( $M = 7.75, SD = 4.70$ ) 沒有顯著差異 ( $p = .65$ )、3-4 人與 5 人以上沒有顯著差異 ( $p = .08$ )。

本節中，個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力、未來組織風格、家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持以及家庭照顧信念與價值皆能正向預測生活品質之各範疇，負向預測憂鬱、焦慮及壓力。對於生活品質之各範疇、憂鬱、焦慮及壓力，個人強度、家庭團結、社會資源、社交能力以及未來組織風格能解釋部分變異，若將家庭資源、家庭互動情緒、家庭合作與支持以及家庭照顧信念與價值一同考量時，皆可增加對其的解釋。對於參與陪伴或照顧的人數，研究發現 1-2 人之照顧者的負擔與哀傷會大於 3-4 人與 5 人以上之照顧者，1-2 人之照顧者的生活品質各範疇會較 5 人以上之照顧者差、憂鬱與壓力較 5 人以上的照顧者高，1-2 人與 3-4 人之照顧者的焦慮略大於 5 人以上照顧者。

## 第七節 不同失智狀態於照顧者調適之比較

### 壹、不同失智嚴重程度於照顧者的調適之差異比較

根據表 3-2 (見 p.52)，以單因子獨立樣本 ANOVA 分析親屬失智嚴重程度對照顧者的調適之效果，結果顯示，不同失智嚴重程度於照顧者負擔上無顯著差異，

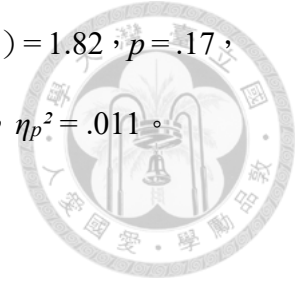


$F(2, 228) = 2.56, p = .08, \eta_p^2 = .022$ ；於照顧者哀傷上無顯著差異， $F(2, 227) = 1.69, p = .187, \eta_p^2 = .015$ ；於關係義務感上無顯著差異， $F(2, 225) = .71, p = .49, \eta_p^2 = .006$ ；於心理韌性上無顯著差異， $F(2, 227) = .30, p = .74, \eta_p^2 = .003$ ；於家庭韌性上無顯著差異， $F(2, 228) = .55, p = .58, \eta_p^2 = .005$ ；於生活品質之生理健康上無顯著差異， $F(2, 226) = .25, p = .78, \eta_p^2 = .002$ ；於生活品質之心理上無顯著差異， $F(2, 227) = 1.19, p = .31, \eta_p^2 = .010$ ；於生活品質之社會關係上無顯著差異， $F(2, 224) = .10, p = .91, \eta_p^2 = .001$ ；於生活品質之環境上無顯著差異， $F(2, 226) = .84, p = .43, \eta_p^2 = .007$ ；於憂鬱上無顯著差異， $F(2, 222) = .36, p = .70, \eta_p^2 = .003$ ；於焦慮上無顯著差異， $F(2, 227) = .32, p = .73, \eta_p^2 = .003$ ；於壓力上無顯著差異， $F(2, 227) = .26, p = .77, \eta_p^2 = .002$ 。

## 貳、不同失智至今時間於照顧者的調適之差異比較

根據表 3-3 (見 p.53)，以單因子獨立樣本 ANOVA 分析親屬失智至今時間對照顧者的調適之效果，結果顯示，不同失智至今時間於照顧者負擔上無顯著差異， $F(2, 226) = .37, p = .70, \eta_p^2 = .003$ ；於照顧者哀傷上無顯著差異， $F(2, 225) = .73, p = .48, \eta_p^2 = .006$ ；於關係義務感上無顯著差異， $F(2, 222) = .22, p = .81, \eta_p^2 = .002$ ；於心理韌性上無顯著差異， $F(2, 225) = .55, p = .58, \eta_p^2 = .005$ ；於家庭韌性上無顯著差異， $F(2, 226) = 1.43, p = .24, \eta_p^2 = .012$ ；於生活品質之生理健康上無顯著差異， $F(2, 224) = 1.07, p = .35, \eta_p^2 = .009$ ；於生活品質之心理上無顯著差異， $F(2, 225) = .52, p = .60, \eta_p^2 = .005$ ；於生活品質之社會關係上無顯著差異， $F(2, 222) = 1.32, p = .27, \eta_p^2 = .012$ ；於生活品質之環境上無顯著差異， $F(2, 224) = .66, p = .52, \eta_p^2 = .006$ ；於憂鬱上無顯著差異， $F(2,$

220) = .70,  $p = .50$ ,  $\eta_p^2 = .006$ ; 於焦慮上無顯著差異,  $F(2, 225) = 1.82$ ,  $p = .17$ ,  $\eta_p^2 = .016$ ; 於壓力上無顯著差異,  $F(2, 225) = 1.23$ ,  $p = .30$ ,  $\eta_p^2 = .011$ 。



### 參、不同親屬關係於照顧者的調適之差異比較

根據參與者與其失智患者之關係, 將樣本分為抽取出伴侶與直系及伴侶直系長輩(含爸爸、媽媽、祖父/外祖父、祖母/外祖母)兩組, 使用  $t$  檢定分析兩組於照顧者相關變項之差異, 結果示於表 3-24, 兩組於角色壓力、實質性義務感、訊息性義務感、未來組織風格與家庭互動情緒上有顯著差異, 即相較於直系及伴侶直系長輩, 失智患者為伴侶的照顧者有顯著較低的角色壓力、未來組織風格, 有顯著較高的實質性義務感、訊息性義務感與較佳的家庭互動情緒。

於本節中, 研究發現不同失智嚴重程度於照顧者相關調適上皆無顯著差異, 不同失智迄今時間於照顧者相關調適上皆無顯著差異, 而比起照顧對象是直系長輩, 照顧對象是伴侶的照顧者會有較低的角色壓力、未來組織風格, 較高的實質性義務感、訊息性義務感與較佳的家庭互動情緒。

表 3-24 伴侶組與直系長輩組於照顧者調適相關變項之差異檢定

變項	伴侶組 ( <i>n</i> = 15)		直系長輩組 ( <i>n</i> = 212)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
CB-P	14.47	9.57	16.26	7.95	-.83
CB-R	3.67	2.09	4.85	1.73	-2.53*
CG-PS	23.67	5.79	20.81	5.58	1.91
CG-SW	31.00	9.53	30.04	8.11	.44
SRO-E	30.00	5.46	27.02	7.84	1.45
SRO-P	23.40	4.75	20.00	6.06	2.13*
SRO-I	15.47	3.46	13.04	4.11	2.23*
SRO-A	7.27	3.92	8.03	3.57	-.79
PR-PS	28.29	5.09	29.03	6.43	-.42
PR-FC	35.00	6.47	34.05	8.11	.43
PR-SR	39.67	7.28	41.32	8.61	-.73
PR-SC	19.73	4.35	19.41	4.87	.25
PR-FSS	13.47	5.30	17.46	5.41	-2.76**
FR-FR	19.40	2.56	18.36	3.67	1.08
FR-IE	15.60	2.82	13.61	3.62	2.08*
FR-CS	17.80	3.95	17.07	4.82	.58
FR-BV	15.87	2.42	15.31	2.90	.72
QL-PHY	13.10	2.00	14.10	2.39	-1.58
QL-PSY	11.69	2.32	12.62	2.78	-1.26
QL-SR	13.81	2.85	13.21	2.77	.78
QL-ENV	13.50	1.74	13.26	2.44	.37
DAS-D	5.29	4.32	4.68	4.71	.47
DAS-A	5.13	2.72	4.88	3.89	.25
DAS-S	8.33	3.50	7.77	4.93	.44

註：CB-P = 個人壓力；CB-R = 角色壓力；CG-PS = 個人犧牲；CG-SW = 悲傷與憂慮；  
 SRO-E = 情緒性義務感；SRO-P = 實質性義務感；SRO-I = 訊息性義務感；SRO-A =  
 肯定、接受及尊重性義務感；PR-PS = 個人強度；PR-FC = 家庭團結；PR-SR = 社會  
 資源；PR-SC = 社交能力；PR-FSS = 未來組織風格；FR-FR = 家庭資源；FR-IE = 家  
 庭互動情緒；FR-CS = 家庭合作與支持；FR-BV = 家庭照顧信念與價值；QL-PHY =  
 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；  
 QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。

\**p* < .05. \*\**p* < .01.





## 第四章 綜合討論

本研究主要目的旨在探討失智照顧脈絡中照顧者的負擔與哀傷如何受到關係義務感、心理韌性及家庭韌性之影響，以及嘗試瞭解照顧者的負擔、哀傷與照顧者其他調適之關聯，與此同時，試圖檢驗於照顧者哀傷相對於照顧者負擔之角色、家庭韌性相對於心理韌性之角色，最後也探討當失智患者之失智嚴重程度不同、失智迄今時間不同及參與陪伴或照顧之人數不同時，照顧者的調適是否會有差異。經相關分析、迴歸分析以及差異檢定之後，研究發現(1)失智嚴重程度、失智迄今時間與照顧者的負擔、哀傷間之關聯與原先假設不符；(2)台灣照顧者對失智患者的關係義務感與照顧者調適之關聯，部分支持原先假設，即整體而言，關係義務感對照顧者有正面的影響，惟在特定失智狀態下，關係義務感對照顧者會有負面的影響；以及(3)如預期，照顧者的心理韌性與家庭韌性都可以預測較好的調適，而在失智照顧脈絡中，家庭韌性確實有不同於心理韌性之特殊意義，包括參與陪伴或照顧失智患者的人數不同時照顧者有不同的照顧者調適，這符合原先假設。於本章，上述的發現會於文內依序被整合與延伸討論，此外，對於照顧者的哀傷經驗亦會有更進一步的思考。而研究的貢獻、限制及未來方向呈現於本章最末。


## 第一節 親屬失智對照顧者負擔與哀傷之影響



先前的研究曾探討親屬失智的嚴重程度、照顧者參與照顧的時間與照顧者的負擔及哀傷之關聯，本研究除嘗試驗證過往研究之發現，也針對過往研究中較不一致的研究結果進行探討，因此，本研究將親屬失智狀態以失智之嚴重程度與失智迄今時間區分，有意探討照顧者的負擔與哀傷會如何因為親屬失智條件不同而變化。

結果顯示，於照顧者負擔方面，照顧者的負擔並不會隨著失智嚴重程度增加、失智時間增長而改變，事後的檢驗亦顯示失智嚴重程度與照顧者負擔並無曲線關係 ( $p = .08$ )，這與過去過往針對失智患者之行為症狀、失智嚴重程度與照顧者負擔之關聯進行探討的研究結果並不一致，譬如，Torti 等人 (2004) 曾指出行為症狀較嚴重時，照顧者負擔較大，而 Shrewood 等人 (2005) 則提到當失智症患者的日常功能逐漸衰退，照顧者負擔反而會改善。不同的研究中針對失智疾病嚴重度或特定症狀的嚴重度與照顧者負擔之關聯難以一致，推測照顧者的負擔並不取決於失智患者的失智嚴重程度或是行為相關症狀的嚴重度，反而與照顧者所處的背景脈絡有更密切的關聯，包括照顧者參與照顧迄今的時間、當下有沒有較令照顧者困擾的照顧事務、照顧者本身特質以及所取得的資源與支持是否足夠等，由此可見，使用量化研究或許不易協助我們對照顧者負擔於失智患者的病程中之變化有清楚的認識。

對於照顧者的負擔與照顧者花費於照顧的時間間之關聯，本研究與 Kim 等人 (2012) 的研究有一致的發現，即當照顧者於一週內花費較多的天數於照顧時，照顧者會有較高的負擔。



於照顧者哀傷之方面，對於照顧者的哀傷是否會因為親屬失智嚴重程度不同、失智時間長短不同而有變化，過去的研究並沒有得到一致的發現（Meuser & Marwit, 2001; Passoni et al., 2015; Ponder & Pomeroy, 1997），本研究則發現當親屬失智嚴重度加重、失智時間較久，照顧者所經驗到的哀傷並不會因此增強或減弱，由於 Ponder 與 Pomeroy（1997）談論哀傷的五階段時支持照顧者的哀傷會於失智病程後端時進入接受階段，於兩位學者的研究中，照顧者於哀傷不同階段時的哀傷程度示於圖 4-1，而對於照顧者的哀傷沒有因失智迄今時間較久時有下降的趨勢，本研究對此有兩種解釋，其一在於每一位照顧者在走哀傷歷程時有各自的步調，儘管部分照顧者在漫長的時間後或可進入接受的階段，但仍有些照顧者仍處在不同的階段，因此量化研究可能受限於此而無法觀察哀傷之變化；另一種解釋則在於，並不是因為照顧者無法走過哀傷階段，而是照顧者經驗哀傷的方式其實貼近 Blandin 與 Pepin（2017）對哀傷的理解，照顧者的哀傷為一個重複發生的、非一次性的歷程，當失智患者處於失智病程中的不同階段時，照顧者可能因親屬患失智疾病、自己為照顧而犧牲等不同原因而經驗哀傷，示意圖如圖 4-2，以致在本研究中並沒有見到整體哀傷程度的變化，照顧者哀傷因為綜合了不同對象與不同原因，這使得照顧者的整個哀傷歷程是漫長的、複雜的。

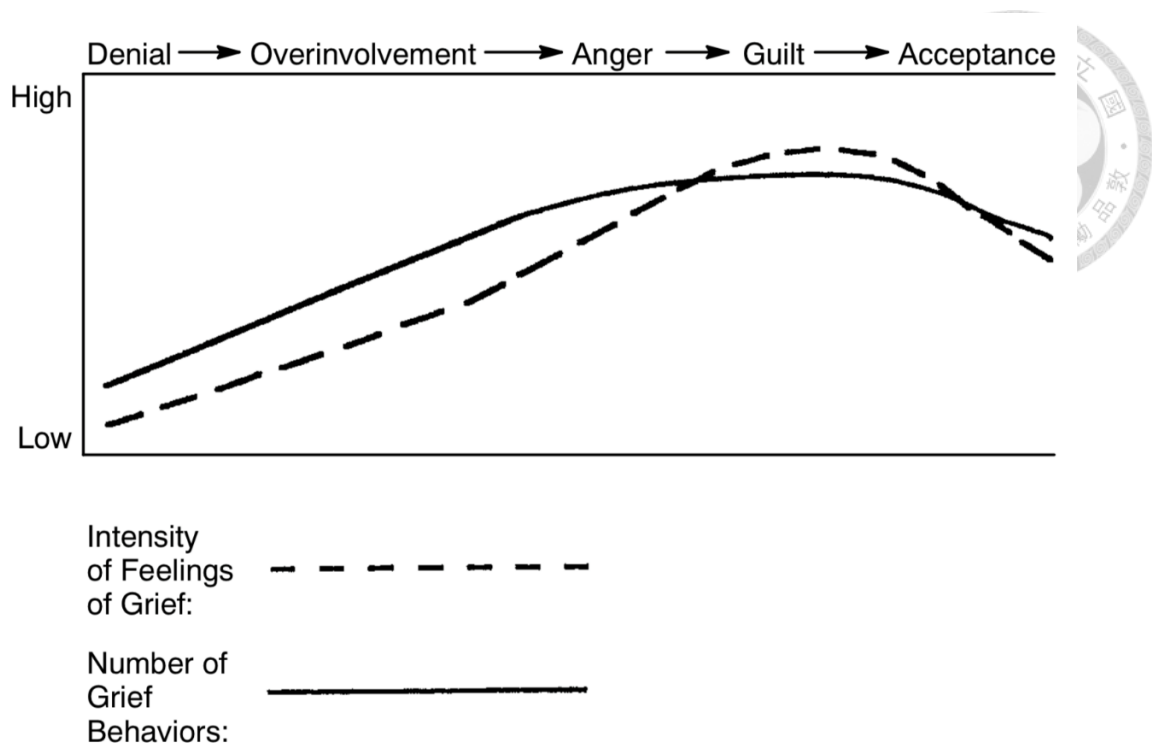


圖 4-1：不同階段之哀傷感受強度與哀傷行為量

資料來源：“The grief of caregivers: How pervasive is it?,” by Ponder, R. J., & Pomeroy, E. C., 1997, *Journal of Gerontological Social Work*, 27, p. 3-21.

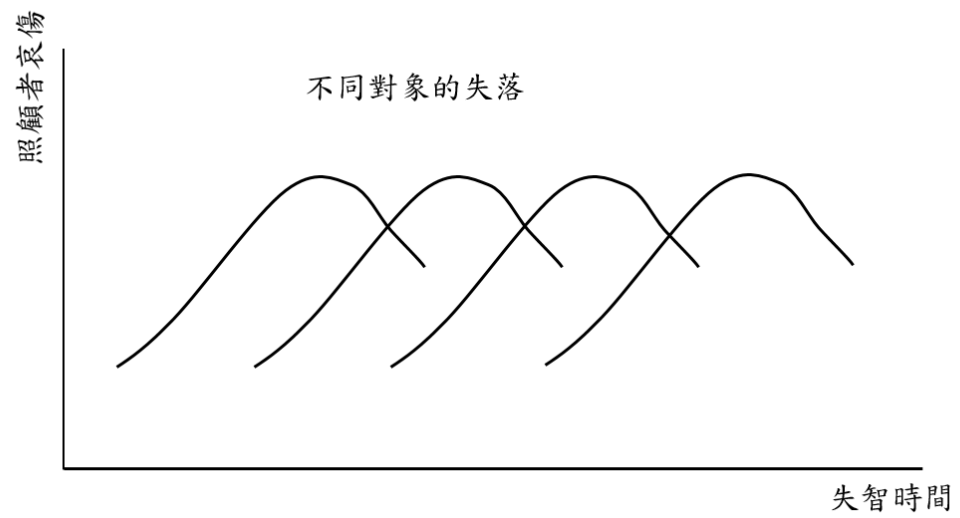


圖 4-2：哀傷經驗重複發生之示意圖

## 第二節 關係義務感於照顧脈絡中之角色



在台灣，受傳統文化與價值觀的影響，為家人付出、孝順長者等價值觀形成個體有朝向家人的義務感，由於個體為符合此無形的道德要求或是自我內在的義務感受，需要去承擔照顧事務與責任，因此，本研究感興趣的一個議題在於，於失智照顧脈絡中的照顧者，此關係義務感是有助於個體的適應，抑或是增加了個體的負荷。

過去與失智照顧脈絡中的照顧者對患者之義務感受相關的研究甚少，本研究有意對此現象進行初探，回顧過往文獻後，其中包括 Funk、Chappell 與 Liu (2013) 比較不同文化的研究而生的研究結果，即對於加裔加拿大人而言，所知覺到的被期待的孝會負向預測健康，然而此預測並沒有出現在華裔加拿大人與香港華人的族群，因此，本研究假設，台灣照顧者的關係義務感並不會負向預測照顧者的調適。

由本研究之結果可知，關係義務感並無顯著預測照顧者負擔、照顧者哀傷，且關係義務感與心理韌性、家庭韌性間具高度關聯，並且能正向預測生活品質與較好的情緒調適，儘管將關係義務感區分為各因素探討時，可見關係義務感的影響不全然是正面的，譬如，關係義務感每一個因素都會正向預測角色壓力、情緒性義務感可正向預測個人壓力、接受及尊重性義務感能負向預測個人壓力、訊息性義務感能正向預測高的個人犧牲、肯定、接受及尊重性義務感能負向預測個人犧牲，整體而言，儘管 Zhang、Clarke 與 Rhynas (2018) 以中國人為對象的研究中認為部分失智患者之照顧者的孝道是社會義務，而非文化與內在的道德信念，但依本研究之結果，反映了對台灣的失智患者之照顧者而言，義務感的影響總歸是正面的。為釐清關係義務感與照顧者的負擔和哀傷之關聯是否會受個體的特質、

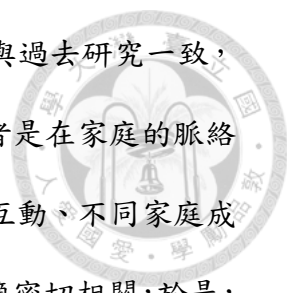
資源以及家庭的特性影響，本研究於事後亦檢驗心理韌性與家庭韌性是否會調節關係義務感與照顧者的負擔之關聯與關係義務感與照顧者的哀傷之關聯，結果則發現心理韌性與家庭韌性對關係義務感與照顧者調適之關聯並沒有調節效果。

綜上所述，推測對於台灣的失智症照顧者而言，比起視義務感為一種壓力、被期待的責任，台灣的失智症照顧者更傾向自主的承擔照顧工作，認為義務感的實現與體現某種內在價值如孝順有關，也更貼近於過去研究談及的「主動的孝」與「自己認為的孝順」等概念。

本研究亦顯示，隨著失智嚴重程度增加、失智迄今時間變長，關係義務感不同的人，照顧者負擔與哀傷會有不同的改變，當患者失智嚴重程度較輕、失智迄今時間較短，關係義務感對於照顧者而言會如上述所提，可以協助照顧者實現與內在價值、有好的適應，然而，隨著失智嚴重程度增加與失智迄今時間增長，高關係義務感的人會有較高的負擔與哀傷，推測當照顧者於患者失智晚期，若仍希望對失智患者做些什麼，可能因患者處境使得需要的照顧事務不同，照顧者無法實際執行義務感，以致這般的關係義務感並不會促使照顧者的內在價值被實現，反而成了無法卸下的負荷、照顧者心中無法達成的念想，照顧者的身心健康因此更糟。

### 第三節 有了「心理韌性」，還需要「家庭韌性」嗎？

於過去的研究中，當失智照顧的照顧者對照顧有較多的信心、有較多的問題解決技巧 (Wilks & Croom, 2008) 及更願意主動去解決問題 (Harmell et al., 2011) 等，反映的是此照顧者有較高的韌性，本研究為對於韌性在照顧脈絡中的角色有

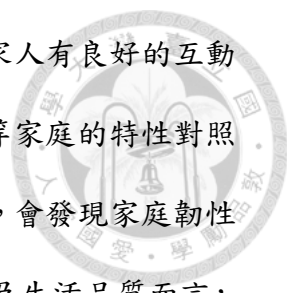


更多的瞭解，一方面企圖檢驗韌性與照顧者的調適之關聯是否與過去研究一致，即韌性有助於照顧者的調適，另一方面，由於失智患者的照顧者是在家庭的脈絡中因應照顧壓力，於此經驗中，家庭相關的資源、家人間如何互動、不同家庭成員是否會分擔照顧工作等與家庭相關的特性，應與照顧者的調適密切相關，於是，本研究亦想要瞭解，對於失智照顧脈絡中的照顧者而言，家庭韌性作為一個應與家庭、照顧脈絡更相關的韌性概念，是否有不同於心理韌性之特殊意義。

結果顯示，心理韌性可負向預測照顧者的負擔與哀傷，細看各因素時，心理韌性的各因素可負向預測照顧者的個人壓力、個人犧牲以及悲傷與憂慮，但無法預測角色壓力，推測當照顧者的困擾並不是起因於照顧者與失智患者的陪伴或是照顧相關事務的困難、自己生活的犧牲或是因患者病情而悲傷，反而是起因於照顧者處在此失智患者的親屬角色，照顧者覺得應該為患者做更多、認為自己可以做更多時而生成的壓力，照顧者的心理韌性對此較幫不上忙，原因是這不是實質的照顧事務，而更像是照顧者的義務感受所形成的期待。

心理韌性亦會影響失智迄今時間與照顧者負擔之關聯，由此可見，對低心理韌性的照顧者而言，當失智患者之失智時間增長，照顧者會有較高的照顧者負擔，相反的，對高心理韌性的照顧者而言，患者失智時間增長時，照顧者負擔不會有明顯的上升，推測心理韌性高的照顧者於照顧歷程中可以維持較穩定的負擔，低心理韌性低的照顧者則可能會因為時間拉長而精疲力竭，以致需要更多的外在資源介入與協助，另一方面，此發現似乎符合 Gaugler 等人（2007）認為低心理韌性的照顧者較有可能把患者安置在機構。

於家庭韌性的方面，家庭韌性可負向預測照顧者的負擔與哀傷，並且不論是對於生活品質、憂鬱、焦慮及壓力，當預測因子由原先的心理韌性各因素再增加家庭韌性之因素，家庭韌性可以顯著增加解釋力，此結果顯示家庭韌性之概念於



照顧脈絡中有其重要性，反映充足的家庭資源、照顧者與其他家人有良好的互動與溝通、家人間會互相支持與照顧者有願意為患者付出的信念等家庭的特性對照顧者的調適十分關鍵。同時考慮心理韌性對照顧者調適之影響，會發現家庭韌性中不同因素對照顧者影響之差異，譬如，對照顧者的負擔、哀傷及生活品質而言，照顧者的家庭資源與家庭互動情緒的影響力多過家庭合作與支持與家庭照顧信念與價值；對照顧者的憂鬱與焦慮而言，照顧者所知覺到的家庭互動情緒對照顧者的影響多於其他家庭韌性之因素。

在家庭韌性的眾因素中，家庭照顧信念與價值所扮演的角色稍異於其他因素，從研究結果可見，家庭照顧信念與價值會促使照顧者有較高的角色壓力，也無法有助於減輕照顧者的個人犧牲，可能可以呼應 Losada 等人（2010）曾提到照顧者若持有失功能的想法，可能會對照顧者有較負面的影響，然而，於本研究中，家庭照顧信念與價值能負向預測個人壓力與悲傷與憂慮，並且未觀察有明顯對照顧者的調適有負面影響，推測是這些照顧信念於照顧者而言並未成僵化、不適應性的信念。

儘管 Kim 等人（2012）的研究曾以照顧者負擔為依變項的多元階層迴歸，發現參與照顧的人數並不會顯著預測照顧者負擔，然而，研究認為家庭韌性的概念包括參與照顧的人數，正如家庭資源的概念包含人力，因此，本研究嘗試探討參與陪伴或照顧的人數不同時，照顧者的調適是否會不同，結果符合假設、與過去研究（Kim et al., 2012）不同，研究發現參與陪伴或照顧的人數 1-2 人相對於 3-4 人及 5 人以上，或相對於 5 人以上，照顧者會有較差的調適。

為確認照顧者負擔、哀傷與心理韌性、家庭韌性之關聯會否有差異，事後檢定時以相依樣本相關係數差異  $z$  檢定分析，結果顯示照顧者負擔與家庭韌性之相關顯著大於照顧者負擔與心理韌性之相關， $t = 3.37, p < .01$ ；而照顧者哀傷與心

理韌性之相關，與照顧者哀傷與家庭韌性之相關無顯著差異， $t = 0.46, p = .64$ 。以上發現或許反映了，照顧者的負擔可能比起個體的心理韌性，更加仰賴於家庭的特性才能得以緩解。

此外，本文在探討研究變項間之關聯時，是以關係義務感、心理韌性及家庭韌性為調節變項，旨在探討失智症照顧者是否會因為其關係義務感與韌性而在面對親屬失智時會有不同的調適，然而，考量調節效果存在與否主要取決於調節變項與獨變項之交互作用項是否能顯著預測依變項，於過去有限的文獻並未指明關係義務感與韌性在本研究模式中（見 p. 28）為調節變項或者是獨變項，因此本研究亦在事後檢驗中嘗試替換原先的調節變項與獨變項，進而探討關係義務感、韌性與照顧者的負擔和哀傷之關聯會否於不同失智條件下有不同的趨勢，相關表格於附錄一（見 p.131），與前段描述呼應，於特定失智階段，心理韌性與照顧者負擔之關聯較少，於特定失智階段，家庭韌性與照顧者哀傷之關聯較少，隱含由於家庭資源、家人間之互動等家庭的特性對於減輕照顧者負擔而言為一重要角色，因此於失智特定階段，若要減輕照顧者的負擔，家庭韌性較心理韌性更為重要，與此不同的，由於照顧者的哀傷相比負擔更為私人、內在的經驗，因此更仰賴個人的特性，心理韌性則似乎較家庭韌性要重要。

#### 第四節 照顧者哀傷於照顧脈絡中的特殊意義

於本研究的發現中，照顧者負擔可解釋照顧者調適相關變項，照顧者哀傷可以增加對於照顧者調適相關變項的解釋，這結果與過往研究呼應，驗證了照顧者哀傷於照顧脈絡中並不只是照顧者承擔照顧壓力下的情緒，反而是更重要、不容忽視的角色。

更進一步的，Blandin 與 Pepin (2017) 認為將照顧者的哀傷放置在壓力歷程模型中討論，隱含了哀傷在此歷程下仍是一調適結果或症狀，進而使得失智照顧者的哀傷之討論易忽略失智照顧者所處的特殊脈絡，因此，兩人提出「失智哀傷模型 (Dementia Grief Model)」，如圖 4-3，以此模型描述失智哀傷的獨特特性，同時強調照顧者於失智哀傷歷程中的心理狀態。此模型將哀傷歷程分為三個階段，分別是分離 (Separation)、轉折 (Liminality) 與再適應 (Re-emergence)，個體可能會因為跟失智患者的分離或跟過往生活的分離等原因而進入分離的階段，此時，個體需透過承認此失落才可以進入轉折的階段，處於此階段的個體需要藉由對不適感受的忍受而進入再適應的階段，處於再適應階段的穩定是暫時的，可能會因為失智親屬的病情改變等原因，個體需要重複的經驗這個哀傷歷程。

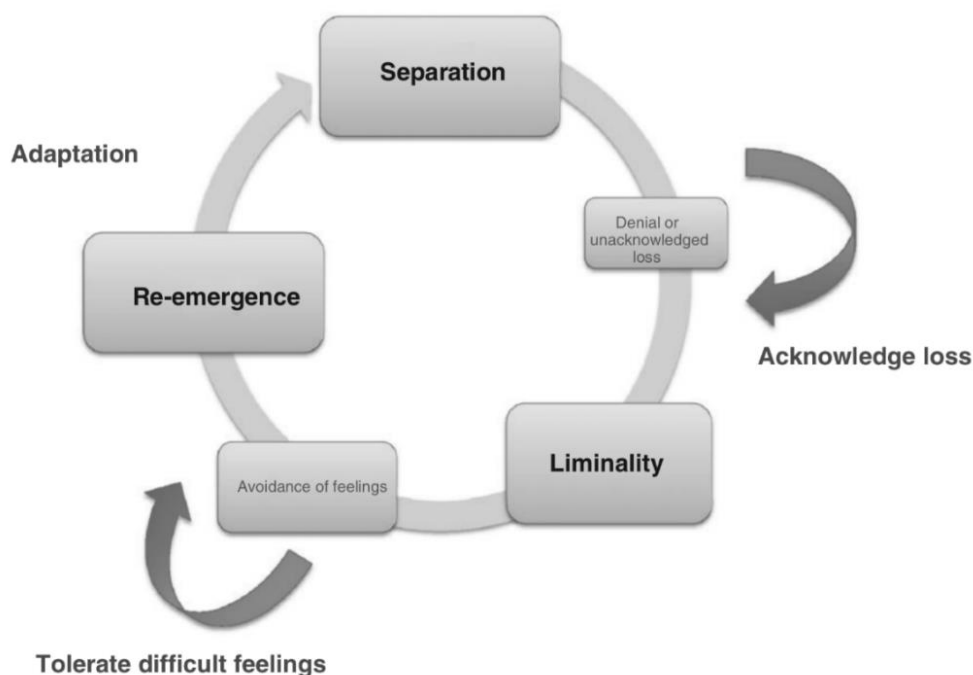


圖 4-3：失智哀傷模型

資料來源： “Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience,” by Blandin, K., & Pepin, R., 2017, *Dementia*, 16, p. 67-78.

在陪病過程中，照顧者許多時候因與患者相關的失落而哀傷，但有時，照顧者的哀傷的原因與患者無直接關聯，反而是在於照顧者身上，伴隨著個體成為一位照顧者，照顧者失去的是自己對生活的自主、控制以及自由。過去有研究曾提到此種失落，譬如，Farran、Keane-Hagerty、Salloway、Kupferer 與 Wilken (1991) 曾對照顧者進行訪談，結果發現有 31% 的照顧者提及自己的哀傷時，表示自己失去了自由；另外，Marwit 與 Meuser (2002) 編製照顧者哀傷量表時，也將與失去自由、陷在照顧者的生活相關的題項內容置於「個人犧牲負擔」因素中。

本研究的結果顯示，訊息性義務感會正向預測個人犧牲，於事後檢定，將個人犧牲與照顧者調適相關變項做相關分析，如表 4-1，可知個人犧牲會負向預測生活品質各範疇，會正向預測憂鬱、焦慮以及壓力，反映當照顧者在盡照顧責任的同時，其對於己身自由、自主的失落感受也與照顧者的調適密切相關，臨床上對此有更多關注，包括如何針對此方面的失落進行評估與適當的介入。由於相關研究至今仍較少，本研究可結合楊滄惇等人 (2018) 針對癌末病人的青少年兒子之個案報告，進而整理出兩種評估方式，一種是透過評估照顧者的壓力因應是否傾向初級評估為威脅、次級評估為無能為力、只好順應，另一種則是使用本研究所翻譯的照顧者哀傷量表短版之個人犧牲因素，可有助於個人犧牲的感受被辨識與協助。

**表 4-1 個人犧牲與照顧者調適相關變項之相關係數**

	QL-PHY	QL-PSY	QL-SR	QL-ENV	DAS_D	DAS_A	DAS_S
CG-PS	-.46***	-.47***	-.36***	-.53***	.47***	.38***	.49***

註：CG-PS = 個人犧牲；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；  
 QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。

\*\*\* $p < .001$ .

## 第五節 研究貢獻與臨床意涵



### 壹、研究貢獻

#### 一、本研究之特殊性

過去於失智照護相關的研究裡，許多研究已談論到照顧者的韌性或者是家庭的特性如何協助照顧者因應照顧情境、協助照顧者調適，然而，不僅是過去討論負擔、哀傷與失智疾病之關聯有不一致之處，過去研究缺乏對家庭韌性之評估，也極少談及家庭中孝道、關係義務對於失智照顧的影響。在台灣，對於預期性哀傷的討論多集中在癌末患者的照顧者，對於失智脈絡中的照顧者，卻沒有發現與預期性哀傷有關的研究，更遑論，考量到台灣的文化脈絡，與家庭相關的家庭主義、家庭韌性在失智照顧中所擔任的角色，也不可能被談及，因此，本研究試圖做了一個新的嘗試，在此初步的探討中，想要試圖去看關係義務感與韌性是如何影響失智照顧中的照顧者之調適。

#### 二、工具的驗證

工具方面，照顧者負擔量表是照顧場域中經常被使用的量表，而過去於台灣及其他中文母語的國家中，曾有學者試圖翻譯此量表 (Chan, Lam, & Chiu, 2005; Ko, Yip, Liu, & Huang, 2008)，然而，已被翻譯的量表多為 22 題版本，包括由 Ko 等人 (2008) 翻譯的台灣版本，考量於照顧脈絡中照顧事務的繁忙與照顧者的心思縈繞於患者身上，不管是臨床實務或學術研究的使用，短版問卷對於照顧者而言應接受度較高、使用動機較高，宜視為更有潛力的工具，因此本研究翻譯此問卷的 12 題版本並檢驗信效度。

值得一提的，為能更快的篩出照顧者負擔高的人，Bédard 等人 (2001) 曾標註照顧者負擔量表-12 題中有 4 題可構成 4 題版本的照顧者負擔量表 (ZBI-4)，本研究取同樣 4 題，事後檢驗後發現此 4 題之內部一致性係數為 .78，於 21.15 天後的再測信度為 .76，與本研究使用的 12 題版本有顯著高相關 ( $r = .92, p < .001$ )，並且與其他主要變項之關聯也十分接近於 12 題版本與其他變項之關聯，示於表 4-1，因此未來若照顧者或臨床工作者有需要，此 4 題版本是 12 題版本之外的另一種選擇，使用此 4 題版本雖會使得問卷的穩定性稍差，但必要時可更有效的提高篩選效率以及臨床上使用的便捷度。

**表 4-2 照顧者負擔不同版本與其他變項之相關係數**

變項	CB <sup>2</sup>	CG	SRO	PR	FR	QL-PHY	QL-PSY	QL-SR	QL-ENV	DAS-D	DAS-A	DAS-S
CB <sup>1</sup>	.92 <sup>a</sup>	.65 <sup>a</sup>	-0.09	-.31 <sup>a</sup>	-.46 <sup>a</sup>	-.36 <sup>a</sup>	-.38 <sup>a</sup>	-.28 <sup>a</sup>	-.47 <sup>a</sup>	.44 <sup>a</sup>	.37 <sup>a</sup>	.48 <sup>a</sup>
CB <sup>2</sup>		.65 <sup>a</sup>	-0.06	-.28 <sup>a</sup>	-.48 <sup>a</sup>	-.37 <sup>a</sup>	-.34 <sup>a</sup>	-.27 <sup>a</sup>	-.47 <sup>a</sup>	.40 <sup>a</sup>	.37 <sup>b</sup>	.45 <sup>a</sup>

註：1.<sup>1</sup>測量工具為 ZBI-4；<sup>2</sup>測量工具為 ZBI-12。

2.CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR = 心理韌性；FR = 家庭韌性；QL-PHY = 生活品質之生理健康；QL-PSY = 生活品質之心理；QL-SR = 生活品質之社會關係；QL-ENV = 生活品質之環境；DAS-D = 憂鬱；DAS-A = 焦慮；DAS-S = 壓力。

3.<sup>a</sup> $p < .001$ . <sup>b</sup> $p < .01$ .

照顧者哀傷的評估方面，劉乃誌、李英芬、劉景萍與賴允亮 (2005) 曾翻譯 Theut (1991) 所編製的預期性哀傷量表 (Anticipatory Grief Scale)，吳曉聞 (2016) 也曾翻譯 Levy (1991) 預期性哀傷問卷 (Anticipatory Grief Inventory)，雖兩份問卷之發展都是以失智症照顧者為對象，但翻譯版本皆是用於生命末期的病人之家屬或癌末病人之家屬，兩份工具在進行翻譯時皆不是針對失智患者以進行信效度分析，另一方面，由 Marwit 與 Meuser (2002、2005) 所翻譯的照顧者哀傷量表與其短版為近期被廣泛使用於失智場域中的評估工具，近年於新加坡 (Liew et

al., 2017)、香港 (Chan, Wong, Kwok, & Ho, 2017) 的研究中對此工具的翻譯或使用也支持此一事實，故本研究有意對照顧者哀傷量表短版進行翻譯，也希望藉此可以促進台灣失智照顧者的哀傷被看見。


家庭韌性的評估方面，家庭韌性的概念於近期有較多的討論，然而，多數的討論圍繞在其歷程或模型，除了 Walsh (2015) 提出的問卷版本，文獻回顧中並未見其他工具，並且，目前尚未有評估工具被普遍使用，因此，於臨床工作上較難有實際的應用，雖然本研究所使用的家庭韌性量表尚未正式出版，本研究可為其提供一個驗證其信效度的機會，

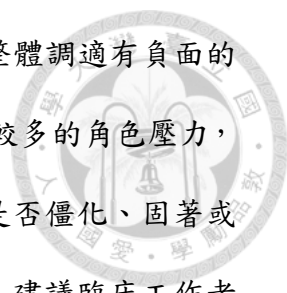
對於台灣的照顧脈絡，本研究所使用的照顧者負擔、照顧者哀傷、成人心理韌性、家庭韌性、關係義務感，相關工具所評估的心理因子，都十分常見於臨床場域，相信透過本研究的翻譯、驗證，對於關心失智照顧的臨床工作者與學術研究者而言，未來不論是用於持續的研究、實務評估甚至是思考可能的介入方式，這些工具會是可用的而且確實能幫上忙。

## 貳、臨床意涵

根據本研究的發現，提出以下的建議供失智患者之親屬、臨床工作者與學術研究者思考與行動：

1. 由本研究發現，照顧者的負擔與哀傷並不決定於失智患者的嚴重程度或失智迄今時間，照顧者的生活品質與情緒亦如是，因此，若欲瞭解特定照顧者的負擔與哀傷，宜對其所處的脈絡有進一步的瞭解，包括瞭解照顧者當下所困擾的照顧事務以及失落感受之對象，同時瞭解照顧者的關係義務感與韌性對其的影響與意義。

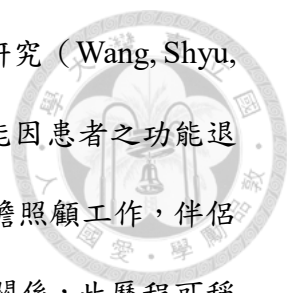
- 
2. 照顧者的孝道義務與家庭導向的行為風格，會促使失智患者之親屬視照顧為責任與願意承擔照顧，由此研究可知，關係義務感雖會增加照顧者的角色壓力與個人犧牲，整體而言，關係義務感可以有助於其生活品質與情緒調適，未見明顯的負面影響，然而，當失智患者處在病程不同階段時，關係義務感對照顧者的影響會有差異，譬如，當患者失智嚴重度較輕時，有著高關係義務感的照顧者因為可以將義務感付諸實現，照顧者可藉此獲內在價值，相反的，當患者失智較重時，高關係義務感的照顧者可能會因為能做的有限，雖想為照顧者付出，但卻無法真正意義上的實行照護，因此會有較高的負擔與失落感受。
  3. 本研究認為，照顧者若有高的心理韌性，可預期會有較低的個人壓力與個人犧牲感受以及悲傷與憂慮，然而，若照顧者的壓力無關乎實質照顧事務，而是源自照顧者因為自己所處的家庭角色而想為患者多做什麼、擔心已做的是否不夠，此時照顧者的壓力較難被心理韌性所緩解。另外，對於不同心理韌性的照顧者而言，患者之失智時間與負擔的關係並不同，對於低心理韌性的照顧者而言，患者失智迄今時間拉長，照顧者的負擔會漸重，而對於高心理韌性的照顧者，則較不會有負擔轉重的現象，推測當患者失智時間較久時，低心理韌性的人可能因為精疲力竭而有較差的調適。
  4. 本研究認為，家庭韌性的不同面向可對照顧者的調適有不同影響，譬如，充足的家庭資源可減輕照顧者的個人壓力、個人犧牲、悲傷與憂慮，家庭互動時有較正面的情緒可有助於減輕個人壓力、角色壓力、個人犧牲及悲傷與憂慮，家人會彼此合作與支持可減輕個人壓力、個人犧牲以及悲傷與憂慮。

- 
5. 本研究並未發現強的家庭照顧信念與價值會對照顧者整體調適有負面的影響，但不可否認的，這些信念與價值會造成照顧者有較多的角色壓力，因此，臨床工作者宜持續評估照顧者的照顧相關信念是否僵化、固著或不適應，若發現照顧者的角色壓力大致損及身心健康，建議臨床工作者可以及時介入。
  6. 台灣照顧者有許多是獨立負擔照顧責任，而本研究指出，當參與照顧的人 3-4 人時，照顧者的調適就會明顯較 1-2 人時要佳，且照顧者一週內參與照顧的天數與照顧負擔為正相關，因此，臨床上，鼓勵多於 2 位的失智患者之家屬能彼此分擔照顧工作，同時也減少單一照顧者一週內花費於照顧上的天數，如此一來，照顧者會有較好的調適。
  7. 當照顧者照顧對象不同，照顧者的處境可能會略有差異，譬如，比起照顧伴侶，當照顧者照顧家中直系長輩時，可能會更擔心是否於照顧上不夠完備，家人間討論照顧事務時也更容易會有高壓的互動情緒。

## 第六節 研究限制與未來方向

### 壹、研究限制

本研究的限制可以分為樣本上的限制與研究方法上的限制。於研究樣本方面，首先，衛生福利部於 2013 年的老人狀況調查，伴侶為 65 歲以上老人日常生活起居有困難時最主要的照顧者之一（Ministry of Health and Welfare, 2014），於臨床上，許多失智患者由其伴侶陪伴或照顧，並且，回顧過往研究不難發現，失智症患者之伴侶照顧者較其他照顧者有較高的憂鬱風險（Schoenmakers, Buntinx &



Delepeleire, 2010)，近年來針對失智患者之伴侶照顧者的台灣研究 (Wang, Shyu, Wang, & Lu, 2017) 指出失智症患者之伴侶於陪病經驗中，可能因患者之功能退化而知覺關係上的失落，對此，不論伴侶是主動或是被迫地承擔照顧工作，伴侶會去調整與患者互動的方式、建構照護策略進而維持與患者的關係，此歷程可稱之為漸進式的補償共生 (Progressive Compensatory Symbiosis)，因此，本研究於研究初始本有意圖能對陪伴或照顧患者的伴侶有更多探討與認識，然而，本研究所招募的受試者於研究參與途中需花費半小時以上的時間方能完成問卷填答，除問卷本身的語意與文字之大小可能較難適合每一位參與者，失智患者之伴侶可能認知功能因年老而衰退與原先的教育程度較低或不識字等特性，致使參與本研究對失智患者之伴侶而言會有較大的困難與阻礙，於本研究之樣本中，失智患者為參與者之直系長輩或伴侶之直系長輩佔全部受試者 90.2%，失智患者為參與者之伴侶僅佔 6.4%，考量人數有限，本研究或許較難對台灣失智患者之伴侶的處境有較完整、深度的瞭解。

第二，本研究雖調查失智患者與研究參與者之關係，但家庭角色並不是關係親疏之決定因子，研究期間不難發現有些失智患者是照顧者的婆婆，甚至有失智患者是照顧者姐妹之婆婆，於台灣社會裡，照顧責任不完全與親屬關係遠近一致，若僅調查參與者與失智患者之親屬關係，可能不易探究照顧者的負擔、哀傷及其他調適與關係遠近之關聯。

第三，由於本研究所探討的議題之特殊，以及失智照顧的研究於台灣仍十分缺乏，因此，本研究在招募研究參與者時，並無針對失智患者之失智症種類做區分，如此作為可能使得本研究無法辨識出不同失智種類患者之照顧者的處境之異同，亦較難回應或驗證過往曾對試圖比較不同失智種類的研究，譬如，Mioshi 等人 (2013) 比較額顳葉失智症與阿茲海默症之親屬的照顧負擔，結果指出行為變

異的額顛葉失智症之親屬的照顧負擔會高於阿茲海默症之親屬的照顧負擔；Rigby、Ashwill、Mulhall、Johnson 與 Galvin (2015) 也發現路易氏體失智的照顧者比起阿茲海默症的照顧者傾向認為所照顧的對象有較高的憂鬱症狀，而巴金森氏失智的照顧者比起路易氏體失智的照顧者傾向認為有較高的個人壓力。

於研究方法方面，本研究為橫斷式研究，雖於後續的追蹤中有 33 位參與者願意參與研究，然追蹤研究主要目的為驗證工具，因此，本研究僅可初步探討照顧者的負擔、哀傷、關係義務感、韌性及照顧者相關調適間之關聯，較難形成因果推論，難以釐清照顧者於失智親屬的病程中或是自己調適歷程中的變化。

## 貳、未來方向

未來針對相關議題的研究可嘗試針對上述所提之研究限制做改善，譬如，若意圖探討失智患者之伴侶之處境，可試圖迴避年長者閱讀能力之限制，邀請年長者敘說並佐以從其他家屬得到的資訊。

縱貫式研究可為實務工作者與學術研究者對失智患者之照顧者於照顧脈絡中之調適歷程有豐富的認識，包括形成因果性較強的推論，透過此種研究或許可回答，當失智患者處於病程中不同階段或照顧者處於自己照顧歷程中不同階段時照顧者的負擔之來源與哀傷之對象是如何變化。另外，值得一提的是，儘管多數對於失智症照顧者的研究多聚焦在失智患者與照顧工作對照顧者造成的負面影響，包括負擔、哀傷及其他負面情緒，亦有較少數針對照顧對照顧者的正面影響的研究，譬如，Peacock 等人 (2010) 的質性研究中提到照顧者於此照顧歷程中有個人成長、對自己付出的照顧肯定與滿意、家人之間可建立更親近的關係等，因此，與此相關的，當照顧經驗對照顧者而言構成了多樣的壓力，照顧者於照顧

歷程中或是照顧歷程後，是否會於內在構築新的意義，或在下一段照顧時可以  
得心應手，類似於照顧後成長（Post Caregiving Growth）的現象或許因此有機會  
被觀察到。







## 參考文獻

### 中文文獻

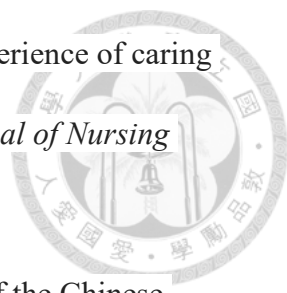
- 王偉信 (2004):《親友對憂鬱病患的反應：覺知尋求再保證與關係義務感的機制探討》(未發表之碩士論文)。國立臺灣大學心理學研究所，臺北。
- 王紹穎 (2007):《自我感、復原力與創傷後症狀之關聯性研究：以燒傷病人為例》(未發表之碩士論文)。國立臺灣大學心理學研究所，臺北。
- 吳曉聞 (2016):《從家屬探討癌末病人家人關係與憂鬱對其預期性悲傷的影響》(未發表之碩士論文)。國立台北健康護理大學生死與健康心理諮商系暨研究所，臺北。
- 姚開屏 (2002):〈台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用〉。《台灣醫學》，6，193-200。
- 曹惟純、葉光輝 (2015):〈外包孝道的可能功能——以孝道雙元模型解讀臺灣家庭高齡照顧型態的當代演化〉。「跨·文化學術研討會」，中央研究院民族學研究所，臺北。
- 楊滄惇、鄭逸如、林耀盛、楊于婷、張琦郁、黃靜怡 (2018):〈病床邊的自由：一位臨終病人的青少年兒子作為照顧者的感受與掙扎〉。《安寧療護雜誌》，23，未出版之原始資料。

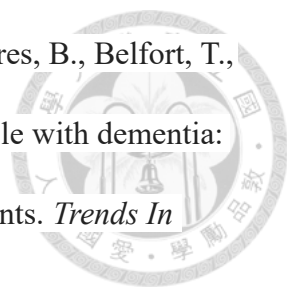
- 
- 劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮 (2005)：〈安寧療護與預期性悲傷〉。《安寧療護雜誌》，10，286-296。doi:10.6537/TJHPC.2005.10(3).6
- 衛生福利部 (2013)：《台灣失智症防治照護政策綱領》。2013年10月9日，摘自衛生福利部網站：[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiv0ILjgN3bAhVNhrwKHUEfA8oQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.mohw.gov.tw%2Fdl-14632-9c246d8f-a7f6-463b-9b96-6405d28aa9df.html&usg=AOvVaw1-aJM\\_jqn0Zfj7EdUGOV0p](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiv0ILjgN3bAhVNhrwKHUEfA8oQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.mohw.gov.tw%2Fdl-14632-9c246d8f-a7f6-463b-9b96-6405d28aa9df.html&usg=AOvVaw1-aJM_jqn0Zfj7EdUGOV0p)
- 衛生福利部 (2013)：《老人狀況調查報告》。2013年10月，摘自衛生福利部網站：<https://www.mohw.gov.tw/dl-4707-e91899c0-d62d-49d9-9dbe-4a2def8e516c.html>
- 衛生福利部 (2017)：《失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0》。2017年12月，摘自衛生福利部網站：<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiOgNrLg93bAhWEzLwKHbc5CkcQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.mohw.gov.tw%2Fdl-42827-ae61655e-8d3d-400b-a63a-61812fbde9f0.html&usg=AOvVaw3OXHBA-c5NMEXpLAUUm1Li>
- 蔡佳容、蔡榮順、李佩怡 (2012)：〈失智症家庭照顧者的內疚經驗〉。《亞洲高齡健康休閒及教育學刊》，1，59-79。
- 盧佳慧 (2011)：《心理韌性與創傷後心理症狀之關聯性研究：以車禍創傷樣本為例》(未發表之碩士論文)。國立臺灣大學心理學研究所，臺北。

## 英文文獻



- Allegri, R. F., Sarasola, D., Serrano, C. M., Taragano, F. E., Arizaga, R. L., Butman, J., & Loñ, L. (2006). Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2, 105.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist*, 41, 652-657.
- Blandin, K., & Pepin, R. (2017). Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience. *Dementia*, 16, 67-78.
- Boss, P. (1999). Insights: Ambiguous loss: Living with frozen grief. *The Harvard Mental Health Letter*, 16, 4-6.
- Bouchal, S. R., Rallison, L., Moules, N. J., & Sinclair, S. (2015). Holding on and letting go: Families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72, 42-68.
- Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.
- Burns, A., Jacoby, R., Luthert, P., & Levy, R. (1990). Cause of death in Alzheimer's disease. *Age and Ageing*, 19, 341-344.

- 
- Butcher, H. K., Holkup, P. A., & Buckwalter, K. C. (2001). The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research, 23*, 33-55.
- Chan, T. S. F., Lam, L. C. W., & Chiu, H. F. K. (2005). Validation of the Chinese version of the Zarit Burden Interview. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 15*, 9-13.
- Chan, W. C. H., Wong, B., Kwok, T., & Ho, F. (2017). Assessing grief of family caregivers of people with dementia: Validation of the chinese version of the marwit-meuser caregiver grief inventory. *Health & Social Work, 42*, 151-158.
- Chang, Y. P., & Schneider, J. K. (2010). Decision-making process of nursing home placement among chinese family caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care, 46*, 108-118.
- Chapman, K. J., & Pepler, C. (1998). Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care. *Cancer nursing, 21*, 226-234.
- Chen, Y. J. & Chen, S.H. (2018). Validation and psychometric evaluation of the taiwanese version of the depression, anxiety and stress scale. Poster presented at Annual Convention of Taiwan Association of Clinical Psychology, Kaohsiung, Taiwan.
- Chou, K. R., LaMontagne, L. L., & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research, 48*, 206-214.
- Cicirelli, V. G. (1993). Attachment and obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychology and Aging, 8*, 144.

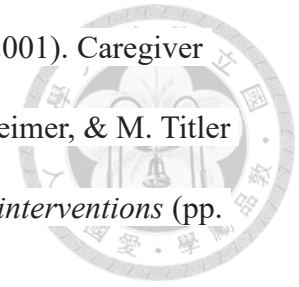
- 
- Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. D., Nogueira, M. M. L., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. N. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: A systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 37, 12-19.
- Doka, K. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- 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. *The Gerontologist*, 31, 483-489.
- Fitzpatrick, K. E., & Vacha-Haase, T. (2010). Marital satisfaction and resilience in caregivers of spouses with dementia. *Clinical Gerontologist*, 33, 165-180.
- Fleming, G. G. S. (1998). A comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief. *Death Studies*, 22, 541-569.
- Fowler, N. R., Hansen, A. S., Barnato, A. E., & Garand, L. (2013). Association between anticipatory grief and problem solving among family caregivers of persons with cognitive impairment. *Journal of Aging and Health*, 25, 493-509.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 29-42.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind

healthy adjustment?. *International Journal of Methods In Psychiatric Research*, 12, 65-76.



- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 213-219.
- Friedemann, M. L., & Buckwalter, K. C. (2014). Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of Family Nursing*, 20, 313-336.
- Funk, L. M., Chappell, N. L., & Liu, G. (2013). Associations between filial responsibility and caregiver well-being: Are there differences by cultural group?. *Research on Aging*, 35, 78-95.
- Futterman, E. H., Hoffman, I., & Sabshin, M. (1972). Parental anticipatory mourning. In B. Schoenberg, A. C. Carr, D. Peretz, & A. H. Kutscher (Eds.), *Psychosocial aspects of terminal care* (pp. 243-272). New York, NY: Columbia University Press.
- Garand, L., Lingler, J. H., Deardorf, K. E., DeKosky, S. T., Schulz, R., Reynolds III, C. F., & Dew, M. A. (2012). Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer Disease And Associated Disorders*, 26, 159.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 38-44.

Given, B., Kozachik, S., Collins, C., Devoss, D., & Given, C. W. (2001). Caregiver role strain. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, & M. Titler (Eds.), *Nursing care of older adults diagnosis: Outcome and interventions* (pp. 679-695). St. Louis, MO: Mosby.



Harmell, A. L., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., & Mausbach, B. T. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: A focus on resilience factors. *Current Psychiatry Reports, 13*, 219-224.

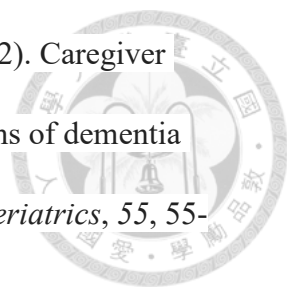
Hébert, R., Bravo, G., & Prévillle, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement, 19*, 494-507.

Hebert, R. S., & Schulz, R. (2006). Caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine, 9*, 1174-1187.

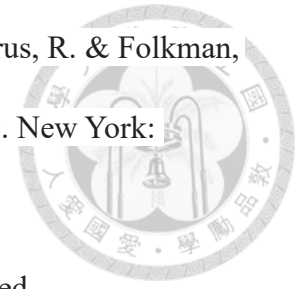
Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 227-239.

Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the Norwegian Psychological Association, 38*, 310-317.

Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist, 49*, 388-396.

- 
- Huang, S. S., Lee, M. C., Liao, Y. C., Wang, W. F., & Lai, T. J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*, 55-59.
- Hwang, K. K. (1999). Filial piety and loyalty: Two types of social identification in Confucianism. *Asian Journal of Social Psychology, 2*, 163-183.
- Kahn, A. M. (1990). Coping with fear and grieving. In I. M. Lubkin (Ed.), *Chronic Illness: Impact and intervention* (pp. 179-199). Boston, MA: Jones & Bartless Publishers.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, M. P., & MPH Robbyn Takeuchi, M. S. W. (2000). Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine, 108*, 119.
- Kehl, K. A. (2005). Recognition and support of anticipatory mourning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 7*, 206-211.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 846-855.
- Ko, K. T., Yip, P. K., Liu, S. I., & Huang, C. R. (2008). Chinese version of the Zarit caregiver Burden Interview: A validation study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 513-518.
- Kubler, R. E. (1969). On death and dying. *New York: Macmillan, 22*, 45-9.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In Lazarus, R. & Folkman, S.(Eds.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.



Levy, L. H. (1991). Anticipatory grief: Its measurement and proposed reconceptualization. *The Hospice Journal*, 7, 1-28.

Liew, T. M. (2016). Applicability of the pre-death grief concept to dementia family caregivers in Asia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 749-754.

Liew, T. M., Yeap, B. I., Koh, G. C. H., Gandhi, M., Tan, K. S., Luo, N., & Yap, P. (2017). Detecting predeath grief in family caregivers of persons with dementia: validity and utility of the marwit-meuser caregiver grief inventory in a multiethnic asian population. *The Gerontologist*, 58, 150-159.

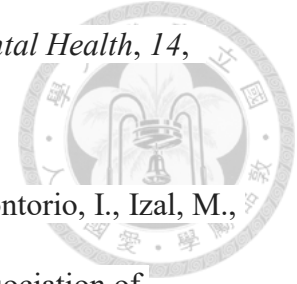
Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

LoGiudice, D., Waltrowicz, W., McKenzie, S., Ames, D., & Flicker, L. (1995). Prevalence of dementia among patients referred to an aged care assessment team and associated stress in their carers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 19, 275-279.

Losada, A., Knight, B. G., Márquez-González, M., Montorio, I., Etxeberría, I., & Peñacoba, C. (2008). Confirmatory factor analysis of the familism scale in a sample of dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 12, 504-508.

Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress:

Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14, 193-202.



Losada, A., Robinson Shurgot, G., Knight, B. G., Marquez, M., Montorio, I., Izal, M., & Ruiz, M. A. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 10, 69-76.

Loos, C., & Bowd, A. (1997). Caregivers of persons with Alzheimer's disease: Some neglected implications of the experience of personal loss and grief. *Death Studies*, 21, 501 - 514.

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.) Sydney, Australia: Psychology Foundation.

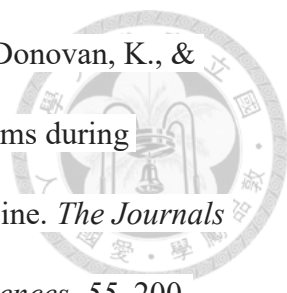
Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.

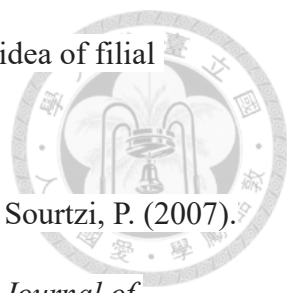
Majerovitz, S. D. (1995). Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patients with dementia. *Psychology and Aging*, 10, 447.


Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77, 1805-1832.

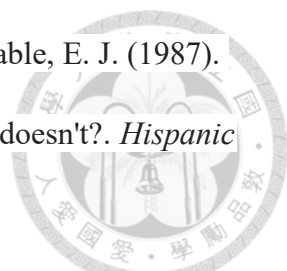
Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2002). Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 42, 751-765.


Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29, 191-205.

- 
- McCarty, H. J., Roth, D. L., Goode, K. T., Owen, J. E., Harrell, L., Donovan, K., & Haley, W. E. (2000). Longitudinal course of behavioral problems during Alzheimer's disease: Linear versus curvilinear patterns of decline. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 200-206.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 247-254.
- Meuser, T. M., & Marwit, S. J. (2001). A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *The Gerontologist*, 41, 658-670.
- Meuser, T. M., Marwit, S. J., & Sanders, S. (2004). Assessing grief in family caregivers. In K. Doka (Ed.), *Living with grief: Alzheimer's disease* (pp. 170-195). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Mioshi, E., Foxe, D., Leslie, F., Savage, S., Hsieh, S., Miller, L., ... Piguet, O. (2013). The impact of dementia severity on caregiver burden in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 68-73.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75-93.
- Noyes, B. B., Hill, R. D., Hicken, B. L., Luptak, M., Rupper, R., Dailey, N. K., & Bair, B. D. (2010). The role of grief in dementia caregiving. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 25, 9-17.

- 
- Nuyen, A. T. (2004). The contemporary relevance of the Confucian idea of filial piety. *Journal of Chinese Philosophy*, 31, 433-450.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 446-457.
- Passoni, S., Toraldo, A., Villa, B., & Bottini, G. (2015). Prolonged grief in caregivers of community-dwelling dementia patients. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 30, 192-200.
- Patterson, T. L., Semple, S. J., Shaw, W. S., Yu, E., He, Y., Zhang, M. Y., ... & Grant, I. (1998). The cultural context of caregiving: A comparison of Alzheimer's caregivers in Shanghai, China and San Diego, California. *Psychological Medicine*, 28, 1071-1084.
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., ... & Henderson, S. R. (2010). The positive aspects of the caregiving journey with dementia: Using a strengths-based perspective to reveal opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29, 640-659.
- 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. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Ponder, R. J., & Pomeroy, E. C. (1997). The grief of caregivers: How pervasive is it?. *Journal of Gerontological Social Work*, 27, 3-21.

- 
- Pote, S. C., & Wright, S. L. (2018). Evaluating anticipatory grief as a moderator of life and marital satisfaction for spousal caregivers of individuals with dementia. *Educational Gerontology, 44*, 196-207.
- Prince, M. J. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London, UK: Alzheimer's Disease International.
- Rando, T. A. (1983). An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 8*, 3-20.
- Rando, T. A. (1986). *Loss and anticipatory grief*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Rigby, T., Ashwill, R., Mulhall, S., Johnson, D. K., & Galvin, J. E. (2015). Caregiver experience of grief and burden is similar across Alzheimer's, parkinson's, and lewy body dementia types. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 11*, P589-P590.
- Rosenberg, A. R., Baker, K. S., Syrjala, K. L., Back, A. L., & Wolfe, J. (2013). Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. *Journal of Palliative Medicine, 16*, 645-652.
- Ross, L., Holliman, D., & Dixon, D. R. (2003). Resiliency in family caregivers: Implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work, 40*, 81-96.
- Rudd, M. G., Viney, L. L., & Preston, C. A. (1999). The grief experienced by spousal caregivers of dementia patients: The role of place of care of patient and gender of caregiver. *The International Journal of Aging and Human Development, 48*, 217-240.

- 
- Sabogal, F., Marín, G., Otero-Sabogal, R., Marín, B. V., & Perez-Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't?. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 397-412.
- Sayegh, P., & Knight, B. G. (2010). The effects of familism and cultural justification on the mental and physical health of family caregivers. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 3-14.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66, 191-200.
- Schulz, R., Beach, S. R., Cook, T. B., Martire, L. M., Tomlinson, J. M., & Monin, J. K. (2012). Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging & Mental Health*, 16, 712-721.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *Journal of the American Medical Association*, 292, 961-967.
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A., & von Eye, A. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health*, 17, 125-147.
- Shurgot, G. R., & Knight, B. G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: Pilot test of the

- 
- transactional stress and social support model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 331-334.
- Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and fostering family resilience. *The Family Journal*, 13, 427-436.
- Smith, C. S., & Hung, L. C. (2012). The influence of eastern philosophy on elder care by Chinese Americans: Attitudes toward long-term care. *Journal of Transcultural Nursing*, 23, 100-105.
- Teusink, J. P., & Mahier, S. (1984). Helping families cope with Alzheimer's disease. *Psychiatric Services*, 35, 152-156.
- Theut, S. K., Jordan, L., Ross, L. A., & Deutsch, S. I. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: A pilot study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 33, 113-118.
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47, 531-541.
- Torti Jr, F. M., Gwyther, L. P., Reed, S. D., Friedman, J. Y., & Schulman, K. A. (2004). A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 18, 99-109.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Family Therapy Series.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.

Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Publications.

Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process*, 55, 616-632.

Wang, C. L., Shyu, Y. I. L., Wang, J. Y., & Lu, C. H. (2017). Progressive compensatory symbiosis: Spouse caregiver experiences of caring for persons with dementia in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 21, 241-252.

Weihl, K., & Reiss, D. (1996). Family re-organization in response to cancer: A developmental perspective. In L. Baider & C. Cooper (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 3 – 29). Oxford, UK: John Wiley & Sons.

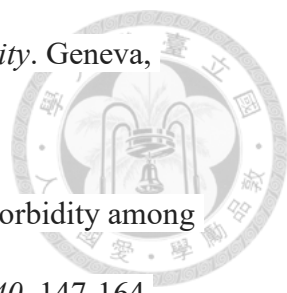
Whitlatch, C. J., Zarit, S. H., & von Eye, A. (1991). Efficacy of interventions with caregivers: A reanalysis. *The Gerontologist*, 31, 9-14.

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging and Mental Health*, 12, 357-365.

Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R., & Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 260-275.

Wilks, S. E., & Vonk, M. E. (2008). Private prayer among Alzheimer's caregivers: Mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50, 113-131.

- 
- World Health Organization (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist, 40*, 147-164.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*, 649-655.
- Zarit, S., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zhang, X., Clarke, C. L., & Rhynas, S. J. (2018). What is the meaning of filial piety for people with dementia and their family caregivers in China under the current social transitions? An interpretative phenomenological analysis. *Dementia, 0*, 1-15.
- Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (1987). *Instructions for the Burden Interview*. Technical Document, University Park, PA: Pennsylvania State University.





## 附錄

### 附錄一：關係義務感與韌性於不同失智狀態之關聯

附錄表 1 不同失智嚴重程度時主要變項間之關聯

變項	輕度		中度		重度	
	CB	CG	CB	CG	CB	CG
SRO	-.18	-.06	-.20	-.19	.19	.29*
PR_PS	-.35**	-.41***	-.23*	-.51***	-.09	-.22
PR_FC	-.32**	-.35**	-.18	-.12	-.24	-.51***
PR_SR	-.28**	-.38***	-.18	-.30**	-.18	-.49***
PR_SC	-.31**	-.48***	-.15	-.27*	-.03	-.07
PR_FSS	-.32**	-.45***	-.14	-.52***	-.22	-.47***
FR_FR	-.47***	-.49***	-.38**	-.30**	-.63***	-.61***
FR_IE	-.41***	-.29**	-.40***	-.09	-.57***	-.59***
FR_CS	-.38***	-.41***	-.26*	-.22	-.36**	-.44***
FR_BV	-.39***	-.43***	-.27*	-.04	.21	.12

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR-PS = 個人強度；PR-FC = 家庭團結；PR-SR = 社會資源；PR-SC = 社交能力；PR-FSS = 未來組織風格；FR-FR = 家庭資源；FR-IE = 家庭互動情緒；FR-CS = 家庭合作與支持；FR-BV = 家庭照顧信念與價值。

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



附錄表 2 不同失智迄今時間時各主要變項之關聯

變項	2 年內		2-4 年		4 年以上	
	CB	CG	CB	CG	CB	CG
SRO	-.08	-.05	.01	.06	-.10	-.01
PR_PS	-.42**	-.47***	-.06	-.39***	-.28**	-.35**
PR_FC	-.29*	-.21	-.12	-.34**	-.33**	-.35**
PR_SR	-.32*	-.48***	-.16	-.41***	-.24*	-.31**
PR_SC	-.17	-.28*	-.12	-.42***	-.23*	-.19
PR_FSS	-.39**	-.58***	-.14	-.37***	-.24*	-.52***
FR_FR	-.32*	-.25	-.48**	-.60***	-.62***	-.48***
FR_IE	-.31*	-.10	-.54***	-.42***	-.42***	-.36**
FR_CS	-.15	-.19	-.31**	-.40***	-.42**	-.36**
FR_BV	-.18	-.17	-.09	-.19	-.19	-.07

註：CB = 照顧者負擔；CG = 照顧者哀傷；SRO = 關係義務感；PR-PS = 個人強度；

PR-FC = 家庭團結；PR-SR = 社會資源；PR-SC = 社交能力；PR-FSS = 未來組織

風格；FR-FR = 家庭資源；FR-IE = 家庭互動情緒；FR-CS = 家庭合作與支持；

FR-BV = 家庭照顧信念與價值。

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

## 附錄二：照顧者負擔量表-12 題



下面各項敘述反映了人們在照顧他人時，內心有時會出現的感受。在讀完每一項敘述後，請說明你多常有這種感受：完全不會、很少、有時候、時常、幾乎總是。答案沒有對錯之分。

	完 全 不 會	有 很 少	時 候	時 常	幾 乎 總 是
1. 你會不會覺得因為花時間照顧親人，使得你沒有足夠的時間留給自己？	0	1	2	3	4
2. 在照顧親人的同時，也要兼顧家庭或工作上的其他責任，會不會讓你感到壓力？	0	1	2	3	4
3. 當你在這位親人身邊時，你會不會感到生氣？	0	1	2	3	4
4. 你會不會覺得就目前來說，你的這位親人對你和其他家庭成員或朋友之間的關係有負面影響？	0	1	2	3	4
5. 當你在親人身邊時，你會不會覺得沈重緊張？	0	1	2	3	4
6. 你會不會覺得因為照顧親人，自己的健康變差了？	0	1	2	3	4
7. 你會不會覺得因為這位親人，而無法保有你想要的隱私？	0	1	2	3	4
8. 你會不會覺得因為照顧這位親人，而犧牲了自己的社交生活？	0	1	2	3	4
9. 你會不會覺得自從這位親人生病以來，你失去了對自己生活的掌控？	0	1	2	3	4
10. 關於這位親戚，你會不會感到不確定該做些什麼？	0	1	2	3	4
11. 你會不會覺得自己應該為親人做更多事？	0	1	2	3	4
12. 你會不會覺得自己在照顧這位親人上可以做得更好？	0	1	2	3	4

### 附錄三：照顧者哀傷量表短版



請仔細的閱讀每一個敘述，接著決定你同意或不同意此描述的程度。請從右方的 1-5 中圈選一個數字，每一個數字都有其對應的程度。你若能回答每一題十分重要，這樣分數才會準確。填答方式請見下方說明。

#### 填答方式

1=強烈不同意 // 2=不同意 // 3=有點同意 // 4=同意 // 5=強烈同意

1	為了當一個照顧者，我曾必須放棄很多	1	2	3	4	5
2	我感覺我正失去了我的自由	1	2	3	4	5
3	我沒有人可以去談	1	2	3	4	5
4	我有這種空虛、不舒服的感受——我知道我愛的人「已經不在」了	1	2	3	4	5
5	我花很多時間去擔心即將到來的不好的事	1	2	3	4	5
6	失智像是一個雙重的失落...我已經失去我跟我愛的人的親密感，以及與我家庭的連結	1	2	3	4	5
7	我的朋友們就是不瞭解我正在經歷的	1	2	3	4	5
8	我渴望過去那些，那些我們擁有的、分享的事物。	1	2	3	4	5
9	我可以把其他嚴重的病處理得比這個更好	1	2	3	4	5
10	誰知道我將會被這事束縛多久	1	2	3	4	5
11	晚上安頓他/她上床睡覺且意識到他/她已經「不在」了使我難受	1	2	3	4	5
12	我對於這個疾病已經造成的結果覺得非常悲傷	1	2	3	4	5
13	大多數的夜晚我睡不著，擔心著隔天將發生的事以及我將如何處理	1	2	3	4	5
14	跟我最親近的人們並不瞭解我正在經歷的	1	2	3	4	5
15	我曾失去過其他與我親近的人，但是這些我正在經驗的失落更加令我心煩	1	2	3	4	5
16	「獨立自主」就是已經失去的...我沒有自由去我想去的地方或做我想要做的事	1	2	3	4	5
17	我但願每天有一、兩個小時給自己去追求個人興趣	1	2	3	4	5
18	我陷在這種照顧者的生活裡，而且我對此無能為力	1	2	3	4	5

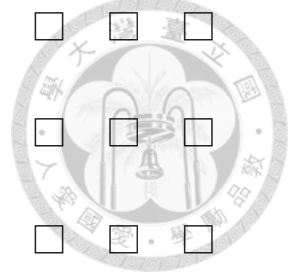
## 附錄四：關係義務感量表



仔細閱讀下列每個敘述，根據您自己的想法，勾選您對該題的同意程度，0 表示完全不同意，3 表示非常同意。

	完 全 不 同 意 0	有 點 同 意 1	大 致 同 意 2	非 常 同 意 3
1 不管他做的事結果如何，我都應該肯定他。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 不管他的選擇是什麼，我都應該肯定他所做的選擇是對的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 不管他的表現如何，我都應該欣賞他。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 不論他做了什麼樣的決定，我都應該尊重他。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 我不應該逼他做他不想做的事。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 在他遇到困難時，我應該提供他可能的解決方法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 在他遇到困難時，我應該清楚地告訴他最好的解決辦法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 在他遇到困難時，我應該幫忙他尋求其他可求助的對象。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 在他遇到困難時，我應該給他忠告，告訴他最好採取的態度或想法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 在他遇到困難時，我應該幫他分析事情的來龍去脈以及各種可能的原因。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 我應該為他蒐集與他有關的生活資訊(如健康、職業、興趣等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 當看到與他有關的生活新知，我應該要讓他知道。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 當聽到有人對他有正面的評價，我應該告訴他這個消息。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 當得知有人對他有負面的評價，我應該告訴他這個消息。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 當發現他做錯事情時，我應該要提醒他。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |                                 |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16 我應該給他或借他實質的東西(如, 錢、書 等)來幫助他。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 我應該買他喜歡的東西(如, 花、鞋子、衣服 等)送給他。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 我應該煮飯給他吃。                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 我應該帶他去吃飯。                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 我應該幫他清理房間。                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 我應該送他回家。                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 我應該送他到想去的地方。                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 我應該陪他從事休閒活動(如, 桌球、網球、登山等)。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 我應該跟他談一些他有興趣的事。              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 我應該定期地關心他的近況。                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 我應該跟他定期見面。                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 我應該讓他知道我的近況或是預定的計畫。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 在他覺得需要時, 我應該陪在他身邊或是一直保持電話聯絡。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 在他心情不好時, 我應該主動聽他敘述和抱怨。       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 當他心情不好時, 我應該鼓勵他說出內心的不舒服。     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 當他找我傾訴苦處時, 我應該仔細聆聽。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 我應該盡我所能去瞭解他的感受。              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 他遇到困難時, 我應該替他打氣或鼓勵。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 我應該主動跟他分享我過去的經驗。             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



附錄五：中文版成人心理韌性量表



以下是關於你自己和身邊重要他人的敘述。請你根據自己在一般的狀況來選擇答案，並依照最靠近自己想法的程度，在□內打☑。

1. 我的未來計劃是	很難實現	1	2	3	4	5	6	7	可能實現
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2*當無法預料的事情發生時	我總是能找到解決的辦法	1	2	3	4	5	6	7	我常常覺得困惑
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.我的家庭裡對生命中什麼是重要的體會	和我相當不同	1	2	3	4	5	6	7	和我非常相似
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4*我覺得我的未來是	很有前途的	1	2	3	4	5	6	7	不確定的
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5*我未來的目標	我知道如何實現	1	2	3	4	5	6	7	我不確定如何實現
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.我可以和誰討論個人的事情	沒有人	1	2	3	4	5	6	7	朋友或是家人
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7*我覺得	和我的家人在一起很快樂	1	2	3	4	5	6	7	和我的家人在一起很不快樂
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8*我喜愛	與其他人在一起	1	2	3	4	5	6	7	自己一個人
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9*那些善於鼓勵我的人	一些親近的朋友和家人	1	2	3	4	5	6	7	無處可尋
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.我朋友之間的聯結是	弱的	1	2	3	4	5	6	7	強的
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.我個人的問題	是無法解決的	1	2	3	4	5	6	7	我知道如何解決
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12*當家人經歷危機或緊急時	我會馬上被通知	1	2	3	4	5	6	7	過一陣子後我才会被告知
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.我家庭的特性是	沒有聯結	1	2	3	4	5	6	7	健康的團結一致
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14.在社交場合上保持彈性	對我並不重要	1	2	3	4	5	6	7	對我真的很重要
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15*我所獲得的支持來自於	朋友或家人	1	2	3	4	5	6	7	沒有任何人
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16*在困難的時候我的家人	保持對未來正面的展望	1	2	3	4	5	6	7	對未來持悲觀的看法
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17*我的能力	我強烈相信	1	2	3	4	5	6	7	我不確定
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.我的判斷和決定	我常常懷疑	1	2	3	4	5	6	7	我完全相信
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19*新的友誼	我很容易建立	1	2	3	4	5	6	7	我有建立的困難
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.當需要時	沒有人可以幫助我	1	2	3	4	5	6	7	總是有人可以幫助我
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.認識新朋友	對我是困難的	1	2	3	4	5	6	7	是我所擅長的
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22*當我和他人在一起時	我很容易笑	1	2	3	4	5	6	7	我很少笑
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23.面對其他人，我們家人表現出	對彼此不支持	1	2	3	4	5	6	7	對彼此忠誠
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24.對我而言，想一個好的聊天話題是	困難的	1	2	3	4	5	6	7	容易的
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25*我親近的朋友們或家人們	欣賞我的特質	1	2	3	4	5	6	7	不喜歡我的特質
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26*我擅長	安排我的時間	1	2	3	4	5	6	7	浪費我的時間
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.在我的家庭裡我們喜歡	各做各的事情	1	2	3	4	5	6	7	一起做事情
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28.在困難的時候我會傾向	對每件事持悲觀的看法	1	2	3	4	5	6	7	找一些好的事情幫助我自己振作起來
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.我未來的目標是	不清楚的	1	2	3	4	5	6	7	好好想過的
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 附錄六：家庭韌性量表



請仔細的閱讀每一個敘述，接著回答以下敘述與你的情形相符的程度。  
每列請僅選取一個答案。

	非 常 不 符 合	有 點 不 符 合	有 點 符 合	非 常 符 合
1 家裡的經濟可負擔照顧他所需	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 家人願意為他的照護需求改變生活環境與設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 家人熟悉他的個性與習性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 我們家可以取得所需的醫療資源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 我們家能夠定期安排他回診就醫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 家人願意主動關心他的健康	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 家人常忽略照顧者對於照顧他的需求與抱怨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 家人間常為了照顧他的事情爭吵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 家人間對於照顧上的辛勞或委屈，經常沈默隱忍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 家人在討論照顧議題時，總是充滿高張的情緒與壓力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 家人對病人生病的看法落差很大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 家人間可互相獲得彼此的情緒支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 家人間會討論他的狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 照顧意見不一致時，家庭成員會彼此溝通並達成共識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 家人會一起討論如何分擔他的生活所需（包括經濟、人力等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 在照顧他上，照顧者可向其他家人表達他的需求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 家人間會討論照顧的經驗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 我們對他的付出與照顧是在報答、感謝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 如果沒照顧好他，是我們的不對	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 有機會照顧他對我而言是一種緣分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 每個人都應該在家庭中扮演好自己所屬的角色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 不管壓力多大，我們一定要完成照顧的責任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 附錄七：台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷



這份問卷詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，請您用自己的標準、希望、愉快、以及關注點來回答問題。請參考下面的例題：

例題：整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，如果您極滿意自己的健康，就在「極滿意」前的內打「√」。請仔細閱讀每個題目，並評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。謝謝您的協助！

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？

極不好 不好 中等程度好 好 極好

2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？

完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要

5. 您享受生活嗎？

完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受

6. 您覺得自己的生命有意義嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

7. 您集中精神的能力有多好？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

8. 在日常生活中，您感到安全嗎？

完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全

9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)

完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎？

完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意



24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有



## 附錄八：憂鬱、焦慮及壓力量表-21 題



在這部分，請您根據題項回答在「過去這一星期中」最適合於你的描述。

		一點 都 不適 用	偶爾 /還 可適 用	很適 用/ 經常 適用	非常 適用 /最 適用
1 我覺得會被一些很微不足道的事情弄得心情不好	0	1	2	3	
2 我覺得口乾舌燥	0	1	2	3	
3 我似乎連一點正向愉快的心情也無法感受到	0	1	2	3	
4 我會呼吸困難(例如: 過度快速地呼吸、沒有體能透支卻不停喘氣)	0	1	2	3	
5 我似乎無法提起勁去做事情	0	1	2	3	
6 我容易對一些事情過度反應	0	1	2	3	
7 我曾有身體顫抖搖晃的感覺(例如: 腿快站不穩)	0	1	2	3	
8 我覺得難以讓自己放鬆	0	1	2	3	
9 我發現有些處境會讓自己非常焦慮，只有當這些事情結束後，才能鬆一口氣	0	1	2	3	
10 我覺得沒有事情可以期待的	0	1	2	3	
11 我覺得自己很容易心情不好	0	1	2	3	
12 我覺得自己消耗了很多精神與心力	0	1	2	3	
13 我覺得傷心和憂鬱	0	1	2	3	
14 我發現當自己因為任何原因被耽擱了(例如: 在電梯上、等紅綠燈或其他需要的等待情況)，會變得很沒耐心。	0	1	2	3	
15 我會有暈眩的感覺	0	1	2	3	
16 我對所有事情上都失去興趣	0	1	2	3	
17 我覺得我不配當一個人	0	1	2	3	
18 我覺得自己相當敏感易怒	0	1	2	3	
19 在沒有高溫或是從事體能活動的情況下，我也很明顯地會出汗(例如: 流手汗)	0	1	2	3	
20 沒有甚麼特別原因，我卻會感到害怕	0	1	2	3	
21 我覺得人生是沒價值的	0	1	2	3	