

行政院國家科學委員會補助
大專學生參與專題研究計畫研究成果報告

* *****
* 計 畫
* : 中風照顧者宗教信仰虔誠度對生活滿意度之影響
* 名 稱
* *****

執行計畫學生： 蕭維毅
學生計畫編號： NSC 100-2815-C-040-015-H
研究期間： 100年07月01日至101年02月28日止，計8個月
指導教授： 何斐瓊

處理方式： 本計畫可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系（所）

中華民國 101年03月30日

行政院國家科學委員會補助
大專學生參與專題研究計畫研究成果報告

* 計畫 *
* : 中風照顧者宗教信仰虔誠度對生活滿意度之影響 *
* 名稱 *

執行計畫學生：蕭維毅

學生計畫編號：NSC 100-2815-C-040-015-H

研究期間：100年7月1日至 年2月底止，計8個月

指導教授：何斐瓊

處理方式(請勾選)：立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權，一年二年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系(所)

中華民國 100年02月29日

摘要

根據 WHO 的資料顯示，中風自 1990 年以後就成為已開發國家中繼缺血性心臟病、癌症之後的第三大死因。尤其中風多發生在中老年人口身上，伴隨而來的日常生活失能，更是造成家屬在照顧上及經濟上極其沉重的負擔與壓力。本研究旨在了解中風病人主要照顧者其宗教信仰虔誠度對其生活滿意度之影響。研究採立意取樣，對南部某復健醫院之中風病人主要照顧者，施以問卷調查。且中風病人其生活重心與品質極其仰賴主要照顧者，若能增加照顧者之生活滿意度，則可促進家庭生活與照護的品質，減少對機構式照護的需求，落實社區照顧，在地老化的政策，使主要照顧者與病患能在其熟悉的環境更正向、積極地一起面對漫長的照顧工作。研究發現，除了照顧者的年齡、有無家屬輪替照顧病人會影響照顧者的生活滿意度外，宗教信仰虔誠度也會對照顧者的生活滿意度造成顯著的影響。藉由此研究結果的呈現，提供相關單位做為參考，重視中風病人主要照顧者的各層面之負荷，並提供宗教慰藉或其他方面的引導，以減輕其壓力感受，避免另一個病患的產生。

壹、研究動機與研究問題

根據經建會推估老年人口將由 2010 年 248.6 萬人，將快速攀升到 2015 年的 294.2 萬人，當 1950 年出生之戰後嬰兒潮世代進入 65 歲時。及至 2060 年，老年人口將再增加到 784.4 萬人，約為目前的三倍之多。老年人口將是未來重要之群體，隨之而來的是慢性疾病罹病率的增加。

根據 WHO 的資料顯示，中風自 1990 年以來是已開發國家中第三大死因，在我國更自民國七十一年起一直高居十大死因的第二位，且為中老年人主要的慢性病之一。根據各國研究顯示，55 歲以上的民眾的中風發生率平均每千人約 4.2-6.5 人。中風是造成全世界主要死亡及失能的原因。在台灣每年約有一萬七千人會因為中風而導致日常生活失能，是成人殘障的第一要因(台灣腦中風學會，2008)。依據 2001 年台灣中風登錄系統資料顯示，醫學中心中風患者經過治療後，出院時以巴氏量表/Bathel Index (BI) 來評估患者在日常生活及工作能力上的依賴程度，發現中風出院後、一個月及三個月之所在地分布顯示，出院後大部份的中風患者皆是返回住家，比例高達 92.9%，由此顯示出對於中風患者於出院後的照護需更進一步的延伸至社區層面。在此情形之下，中風病患的主要照顧者將面臨許多照顧之壓力，因中風患者之生活大多依靠照顧者。是故，照顧者之生活滿意度將不可避免地會影響到中風病患受顧者的生活品質。照顧者在此情境下，其宗教信仰之虔誠度能否產生內在價質意義成為支持及舒緩其照顧負荷的力量並對其生活滿意度有所提升，成為我們想研究瞭解的議題。

研究問題：

- 一、 影響中風照顧者之壓力感受的主要變項為何？
- 二、 影響中風照顧者之生活滿意度的主要變項為何？
- 三、 影響宗教信仰的主要因素有哪些？
- 四、 照顧者宗教信仰虔誠度對壓力感受和生活滿意度是否以及如何相關？

貳、 文獻回顧與探討

一、腦中風的概述

腦中風(stroke)又稱為腦血管意外病變(cerebrovascular accident; CVA)，乃指腦血管阻塞或破裂，導致腦血流減少或中斷而造成腦神經缺陷或腦部缺血或缺氧，進而引起腦組織完整性損傷，嚴重者可能導致長期臥床、日常生活功能的喪失(Hock, N. H. 1999; Johnson, 2000)。造成腦中風的危險因子包括年齡、性別、遺傳、高血壓、糖尿病、血脂異常、抽煙、喝酒、肥胖等(曾、陳，2003)。而中風的患者中有超過 30%的患者會造成中度至重度失能，影響其認知、社會行為及日常生活活動功能(Mitchell, E, & Moore, K, 2004)。

二、宗教的定義

中文的「宗教」，是由「宗」和「教」合成，在中國古書中，找不到「宗教」二字一起被沿用過，所以「宗教」一詞是近代才開始通行的，由日本人所翻譯，是由 religion 一詞的譯名。辭海的解釋為「有所宗以為教者也。」(釋聖嚴，民 1999)。

法國社會學家涂爾幹(E. Durkheim)認為宗教是一種信仰和實踐神聖的統一系統，他根據信仰、神聖事物、儀式和教會之間的互相關係，提出定義：「一個宗教就是一個信仰和實踐行為的統一體系，它

被統一為一個稱為教會的單一道德社群，而所有的人都附著於此。」
(G. Ritzer & D. Goodman, 2007)

三、宗教的功能

涂爾幹認為：宗教能給予個人及社會生命、加強生命力及整合力。宗教可影響人的思想和生活方式（葉至誠，1997）。根據王振寰、瞿海源(2003)等學者的歸納，宗教具有以下四大功能：

1. 提供個人生命意義的功能：

人們常常會對生命乃至人活著的意義產生懷疑。幾乎所有宗教在人們對生命產生懷疑時，就提供一些解釋。進而宗教提供了一整套的世界觀或宇宙觀，解釋人們所面臨的種種不卹、苦難乃至死亡的終極意義。人們在信服這些解釋的情況下，這種種都有了意義，就連死亡也有了意義，人在心理上就獲得了安慰。

2. 提供個人所屬與認同感：

宗教常常成為個人身分認同之一，例如許多人會自稱是虔誠的佛教徒或基督徒，這種認同對個人的心理與行為產生重大的影響。當很多信徒都做了類似的認同，不但宗教團體因而存在或得以發展，同時也對個人和社會發生相當實質性的效果。

3. 結構功能：

宗教在社會裡有強化集體認同進而整合社會的結構性功能，也有增強社會階層結構的效果。而有些宗教和新興宗教運動大力強調公義，推動社會變遷，也促成了社會的整合。總之，當社會產生結構上的問題，會威脅到社會的穩定性，宗教就成為一種社會變遷的力量，促成社會改革，進而去除了造成不穩定的因子，社會也就得以維持穩定。

4. 文化功能：

宗教可能使文化價值變得十分神聖，進而強化這類價值。也就是說，宗教常常給予世俗的道德秩序和價值體系形上學式的重

要基礎。由於宗教經常提供人們對生命意義的解釋，甚至可以說宗教常常在賦予生命的意義，對生老病死，乃至人生的痛苦與煩惱都有一套解釋體系。

四、中風患者對主要照顧者之影響

中風導致 40~60%的病患有功能性障礙，照顧者必須處理的不只是病人本身於行動、自我照顧及溝通上的困難，也必須處理其認知缺失、憂鬱及人格改變等(Han & Haley, 1999)。由於照顧可能長達數年之久，照顧者付出極大的心力，導致照顧者出現緊張、壓力、心力疲乏的情形，成為家中的第二個病人。(孫、黃、宋、陳、李、王，2005)

許多個案因罹患腦中風導致生、心理與家庭運作受創，而此過程中，除個案本身須面對身體功能的減退、喪失及生命威脅外，家庭中主要照顧者亦承受著此些身心上的照顧負荷與壓力(潘、田、張，1998)

長期臥床患者的主要照顧者之五大壓力源包含生活作息的限制、照顧病人的知識不足、社會支持的缺乏、家庭面臨的衝擊及照顧責任的負荷。(許淑敏、邱啟潤，2003)

國內相關研究也指出，長期照顧者其健康情形普遍都不好，且常合併有神經衰弱、健康變壞、焦慮、憂鬱等身心症狀甚至崩潰(洪百薰，1995；呂以榮、劉弘煌，2002；秦燕，2002)。

主要照顧者之壓力感受的程度會受到壓力源的多寡及種類的影響(Cohen, Kamarck & Mermelatein, 1983)，亦與人口社會學基本特性如年齡、性別、教育程度和社經地位有關(唐秀蘭，1991)。

照顧者最大的壓力感受即是心理的負擔，可能由於無人可分擔照顧的責任(史曉寧、黃愛娟，1996)；擔心離開病人時，其病情會復發或跌落及照顧病人受挫等(Anderson et al., 1995)；此外，社會價值觀也是心理壓力的來源，因為傳統女性在家庭中多是照顧家

人的角色，尤其是配偶、媳婦，若無法照顧家中病人，在我們文化中會覺得他們未克盡職孚，甚至遭受社會輿論的壓力(史曉寧、黃愛娟，1996)。另一壓力即是社交活動的改變，因為處理長期照顧病患的相關事情通常需要許多時間，且每天都要做的(李孟芬，1991)，故而照顧者的社交生活及休閒活動均受到影響。有研究指出有 95% 的中風照顧者會經歷至少一項的生活改變，其中 65% 的照顧者表示他們有做不完關於維持病患工具性日常生活活動的事項(特別是洗衣與一般清潔工作)，而沒有力氣或時間從事休閒活動(Periard & Ames，1993)

國內的研究一致指出，當家人生病時，尤其是長期慢性或致命的疾病時，共同遇到的困境是：(1)經濟負擔大；(2)缺乏社會支持和周邊人的援手，照顧人力不足和體力不足；(3)醫療專業方面的支持薄弱和缺乏復健及醫療照護的知識；(4)缺乏持續性的治療。家屬憂心的是病人未來生活的安排，以及病人自我照顧的能力等。許多學者藉著實證研究的結果，呼籲社會大眾和政府部門能重視家屬在有家人生病時所承受的壓力和痛苦，能藉著群力，分擔家屬的負擔(張苙雲，2003)。

參、研究方法及步驟

本研究根據研究動機與目的，相關理論及研究文獻設計而成，並採用結構式的問卷調查法進行研究。茲將研究對象、方式、研究測量工具、信效度、資料統計及分析方法一一呈述如下：

一、研究對象與方式

本研究以中風病患主要照顧者為研究對象，因取樣標準之限制，因此本研究採非隨機抽樣方法中的立意取樣 (purposive sampling) 進行研究抽樣。採面對面訪問，先向研究者表達研究之目的及解釋研究問題，並向其說明問卷內容僅供研究分析，受訪者以符合以下條件

為主：(一)年齡十八歲(含)以上；(二)中風病患的主要照顧者。

實際發放問卷一百二十份，經回收編碼並剔除無效之問卷後，剩餘一百零五份有效問卷，回收率為 87.5%。

二、研究測量工具及信效度

本研究採用的施測工具為結構式問卷蒐集資料，係參考過去相關研究之文獻，並依研究目的整理出欲探討議題之相關因素設計而成，所施行的研究工具包含下列幾個部分：

(一) 照顧者之基本與相關資料：

依據過去文獻設計而成，問卷內容包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、照顧病患多久、有無輪替照顧者、個人月收入、與病患的關係。

(二) 照顧者壓力感受量表：

照顧者壓力感受量表係根據黃秀明(2003)，探討內容包括照顧者的生理壓力包含：「因照顧病人而覺得沒有足夠的睡眠」、「因照顧病人而感到身體疲憊」、「因照顧病人而感到胃口變差」、「因照顧病人而使健康情形變差或原有的(疾病)症狀惡化」、「因照顧病人而有腰酸背痛的情形」；心理壓力方面：「因照顧病人而和其他家人相處沒有以前融洽」、「因照顧病人而感到心情不好」、「因照顧病人而覺得未來是沒有希望的」、「因照顧病人而感到挫折」、「因照顧病人而感到壓力很大」；親情壓力包含：「跟病人在一起時，感到生氣」、「擔心病人病情變壞」、「擔心病人沒有得到很好的照顧」；社會壓力包含：「擔心自己無法處理好所有事情」、「因照顧病人而減少了休閒娛樂活動」、「因照顧病人而影響了我的社交生活」、「因照顧病人無法安排自己的生活，有被綁住的感覺」、「因照顧病人而工作計畫被迫更改或無法事先計畫」、「因照顧病人而使逛街購物時間受到影響」；經濟壓力有：「因照顧病人

不能外出工作（或減少工作時數），而讓我收入減少及經濟困難」、「因照顧病人花費大而讓我感到經濟困難」，共 21 題。計分方式採用李克特量表(Likert scale)，分為五個評等：受試者依其於照顧病患歷程中的感受回答，回答「總是如此」為 4 分、「經常如此」3 分、「偶爾如此」2 分、「很少如此」1 分、「從來沒有」0 分。分數越高代表照顧者的壓力越高。問卷內容效度，本研究施測的信度為 Cronbach's $\alpha=0.941$ 照顧者宗教信仰虔誠度量表

依據國民健康局調查宗教信仰虔誠度量表共 11 題，量表內容包含參加宗教活動頻率、尋求宗教幫助之經驗、和對宗教觀念之看法等三個面向，來測量照顧者的宗教信仰虔誠度。在宗教活動方面有：「在家裡禱告、燒香、拜神或拜佛」、「念經或是讀(聖)經」、「上教堂或到廟裡拜拜」、「看或聽宗教節目」；在宗教經驗方面：「遇到困難時對上帝、神佛祈禱，有使自己平靜下來」、「在做重大決定會先去求上帝、求神、問佛」、「對上帝、神明禱告，以幫助自己克服心理壓力或是煩惱」；在宗教觀念方面：「相信有天堂和地獄的存在」、「相信人死後靈魂仍存在」、「死只是通往極樂世界或天堂的過程，不是結束」、「相信死後的世界比現在活著的世界好」。研究問題共 11 項，答「經常」或「相信」者為 3 分、答「偶爾」或「有些相信」者 2 分、答「很少」或「不太相信」者 1 分、答「從不」或「完全不信」者 0 分，最高分為 33 分，最低分為 0 分。分數越高代表其宗教信仰虔誠度越高。照顧者虔誠度在宗教活動參與度上，平均值為 6.9（標準差 3.70）、在宗教經驗上，平均值為 5.23（標準差 3.03）、在宗教信念上平均值為 8.42（標準差 3.18），照顧者宗教信仰虔誠度三個類別加總的整體平均值為 20.55 分，標準差為 8.83，本研究施測的信度為 Cronbach's $\alpha=0.935$ 。

(三) 照顧者生活滿意度量表

根據國民健康局調查生活滿意度量表共 12 題，回答「是」計 1 分，回答「不是」0 分。第五、第七到第九題反向編碼以求意義方向與其他問項一致，亦即答「是」計 0 分，「不是」1 分。總分介於 0~12 分之間，分數愈高表示生活滿意度愈高，本研究施測的信度為 Cronbach's $\alpha=0.781$ 。

四、研究統計分析方法

本研究將收回的問卷資料整理編碼建檔後，再以 SPSS for Windows 17.0 套裝軟體統計分析。所使用的統計分析方法依序為：(1) 描述性統計取得各變項的次數、百分比及平均值。(2) 以 Pearson 的積差做相關性的檢視。(3) 再以 ANOVA 進行各變項的交叉分析，以瞭解生活滿意度與宗教信仰虔誠度之顯著性。

肆、研究結果與討論

一、描述性統計

(一)、中風照顧者的社會人口特徵

針對有效問卷中受訪的 105 位中風病患的主要照顧者，其社會人口特徵進行描述性分析，其次數分配如表一所示。

1. 在性別方面別：中風照顧者以女性居多有 61 名，佔 58.1%，男性照顧者有 44 名，佔 41.9%。可知家庭中主要的照顧人力資源仍是以女性為主。

2. 在年齡方面：20 歲以下有 1 人，佔 1%，21 歲至 30 歲有 11 人，佔 10.5%，31 歲至 40 歲有 13 人，佔 12.4%，41 歲至 50 歲有 36 人，佔 34.3%，51 歲至 60 歲有 33 人，佔 31.4%，60 歲以上有 11 人，佔 10.5%。本研究顯示家庭中中風的主要照顧者多集中在 41 歲至 60 歲之間，全體照顧者的平均年齡為 47.9 歲（標準差 12.53 歲），年齡介於 18 歲至 84 歲之間。

3. 教育程度方面：專科及大學學歷以上的照顧者最多共有 50 人，佔 48.6%。其次為國中及高中職共有 48 人，佔 45.7%，小學以下包含不是字的有人數最少有 7 人，佔 6.7%。

4. 在婚姻狀況方面：照顧者以已婚的最多共有 75 人，佔 71.4%，其次是未婚的照顧者共有 26 人，佔 24.8%，喪偶和離婚的照顧者最少，各有兩人，各佔 1.9%。

5. 在照顧時間上：1 年至 3 年的最多共有 35 人，佔 33.3%，其次為 3 年至 6 年的共有 21 人，佔 20%，第三是照顧病患 9 年以上的共有 19 人，佔 18.1%，而半年以下的有 13 人，佔 12.4%，半年至一年有 7 人，佔 6.7%，6 年至 9 年的共有 10 人，佔 9.5%，

6. 在輪替情況方面：多數家庭均能互相輪替照顧病人，無人輪替照顧的有 17 人，佔 16.2%，只有一人輪替照顧的有 20 人，佔 19%，有兩人可輪替照顧的最多，共有 35 人，佔 33.3%，三人以上互相輪替照顧的次之，共有 33 人，佔 31.4%。

7. 主要照顧者月收入：月收入 30000 元以下的最多共有 35 人，佔 33.3%，30001 至 50000 元的次之，共有 30 人，佔 28.6%，50001 至 70000 元的有 22 人，佔 21%，70001 至 100000 元的有 14 人，佔 13.3%，100000 元以上的有 4 人，佔 3.8%。

8. 與病患的關係：主要照顧者和病患的關係以兒子最多，共有 38 人，佔 36.2%，其次為媳婦的有 29 人，佔 27.6%，第三多的是女兒共有 20 人，佔 19%，其餘父母的有 1 人，佔 1%，配偶有 8 人，佔 7.6%，兄弟姊妹有 3 人，佔 2.9%，其他（朋友）的有 6 人，佔 5.7%，

9. 宗教信仰：主要照顧者中無宗教信仰者有 12 人，佔 11.4%，其餘百分之 88.6 有宗教信仰，其中以佛教最多共有 40 人（38.1%），其次為道教或民間信仰共有 32 人（30.5%），再來是一貫道共有 13 人，佔 12.4%，最後是基督宗教信仰，包含天主教及基督教共有 8 人，佔 7.7%。

表一 中風病患主要照顧者基本背景資料描述統計分析(N=105)

變項名稱		人數 (N)	百分比 (%)
性別	男	44	41.9
	女	61	58.1
照顧者年齡 (18~84)	20 歲以下	1	1.0
	21 歲至 30 歲	11	10.5
	31 歲至 40 歲	13	12.4
	41 歲至 50 歲	36	34.3
	51 歲至 60 歲	33	31.4
	60 歲以上	11	10.5
	平均 47.9 歲，標準差 12.53		
照顧者教育程度	小學以下含不識字	7	6.7
	國中、高中職	48	45.7
	大專以上	50	47.6
婚姻狀況	未婚	26	24.8
	已婚	75	71.4
	喪偶	2	1.9
	離婚	2	1.9
照顧病患多久	半年以下	13	12.4
	半年至 1 年	7	6.7
	1 年至 3 年	35	33.3
	3 年至 6 年	21	20.0
	6 年至 9 年	10	9.5
	9 年以上	19	18.1
有人輪替	無	17	16.2
	一人	20	19.0
	二人	35	33.3
	三人以上	33	31.4

表一 中風病患主要照顧者社會人口特徵(續)

變項名稱		人數 (N)	百分比 (%)
目前月收入	30000 元以下	35	33.3
	30001—50000	30	28.6
	50001—70000	22	21.0
	70001—100000	14	13.3
	100000 以上	4	3.8
與病患的關係	父母	1	1.0
	配偶	8	7.6
	媳婦	29	27.6
	女兒	20	19.0
	兒子	38	36.2
	兄弟姊妹	3	2.9
	其他	6	5.7
宗 教	無宗教信仰	12	11.4
	道教或民間信仰	32	30.5
	佛教	40	38.1
	基督宗教(天主教和基督教)	8	7.7
	一貫道	13	12.4

(二)、中風病患的人口社會特徵

針對有效問卷中 105 位中風病患的主要照顧者，在照顧中風病患之相關基本資料的樣本特性進行其描述分析，研究結果及次數分配情形如表二所示。

1. 性別方面：中風病患以男性最多共有 67 人，佔 63.8%，女性共有 38 人，佔 36.2%。

2. 年齡方面：50 歲以下的僅有 2 人，佔 1.9%，51 歲至 60 歲的有 10 人，佔 9.5%，61 歲至 70 歲的有 19 人，佔 18.1%，71 歲至 80 歲的有 48 人為最多，佔 45.7%，80 歲以上的有 26 人次之，佔 24.8%。年齡介於 45 歲至 98 歲之間，平均年齡為 74.6 歲，標準差為 10.21 歲。

3. 教育程度方面：病患教育程度小學以下包含不識字的最多，共有 73 人，佔 69.5%，其次為國中、高中職學歷共有 27 人，佔 25.7%，專科及大學以上最少共有 5 人，佔 4.8%。

4. 在婚姻狀況方面：病患已婚的居多共有 59 人，佔 56.2%，喪偶的次之共有 41 人，佔 39%，離婚的有 3 人，佔 2.9%，未婚及分居的各 1 人，各佔 1%。

5. 中風的時間：病患中風 1 年至 3 年的作多共有 35 人，佔 33.3%，其次為中風 9 年以上共有 24 人，佔 22.9%，第三為 3 年至 6 年的共有 19 人，佔 18.1%，中風半年以下以及中風 6 年至 9 年的病患，各有 11 人，各佔 10.5%，中風半年至一年的最少，只有 5 人，佔 4.8%。

6. 中風程度：病患中風程度以輕度中風最多共有 40 人，佔 38.1%，其次為 39 人，佔 37.1%，第三為重度中風共有 23 人，佔 21.9%，最少的為極重度中風，只有 3 人，佔 2.9%。

表二 中風病患人口社會特徵(N=105)

變項名稱		人數 (N)	百分比 (%)
性別	男	67	63.8
	女	38	36.2
病患年齡 (45 歲~98 歲)	50 歲以下	2	1.9
	51 歲至 60 歲	10	9.5
	61 歲至 70 歲	19	18.1
	71 歲至 80 歲	48	45.7
	80 歲以上	26	24.8
	平均 74.67 歲，標準差 10.21 歲		
病患教育程度	小學以下含不識字	73	69.5
	國中、高中職	27	25.7
	大專以上	5	4.8
病患婚姻狀況	未婚	1	1.0
	已婚	59	56.2
	喪偶	41	39.0
	離婚	3	2.9
	分居	1	1.0
病患中風多久	半年以下	11	10.5
	半年至 1 年	5	4.8
	1 年至 3 年	35	33.3
	3 年至 6 年	19	18.1
	6 年至 9 年	11	10.5
	9 年以上	24	22.9
中風情形	輕度中風	40	38.1
	中度中風	39	37.1
	重度中風	23	21.9
	極重度中風	3	2.9

(四)、中風照顧者壓力感受

以下表三 顯示中風病患主要照顧者在照顧過程中的壓力感受。其中，在生理壓力感受上，平均值為 2.11(標準差為 0.83)，在心理壓力上面平均值為 1.76(標準差為 0.97)，在親情壓力方面平均值為 2.26(標準差為 0.73)，在社會壓力方面平均值為 2.79(標準差為 0.88)，在經濟壓力方面平均值為 1.87(標準差為 1.17)，而整體的平均值 43.6(標準差為 16.1)，範圍介於 5 至 80 之間，分數越高代表壓力感受越大。由此可知中風病患主要照顧者的壓力感受第一是來自於社會壓力，其次才是親情方面的壓力。

在親情壓力方面，中風照顧者主要的壓力感受來源，「擔心病人病情變壞」是多數照顧者最感到壓力的項目，平均值為 2.59 分(標準差為 0.89)，以及「擔心病人沒有得到很好的照顧」，平均值為 2.55 分(標準差為 1.03)，此兩項是多數照顧者最大的壓力來源，平均值越高就表示照顧者感受的壓力越大；反之，壓力感受最小的項目，「因照顧病人而覺得未來是沒有希望的」，平均值為 1.38 分(標準差為 1.15)，其次是「因照顧病人而和其他家人相處沒有以前融洽」，平均值為 1.57 分(標準差為 1.2)，有關特性詳見表 4。

表三、主要照顧者的壓力感受

項 目	平均數	標準差
生理壓力	2.11	.883
1. 因照顧病人而覺得沒有足夠的睡眠	2.38	1.050
2. 因照顧病人而感到身體疲憊	2.36	1.066
3. 因照顧病人而感到胃口變差	1.87	.971
4. 因照顧病人而使健康情形變差或原有的（疾病）症狀惡化	1.81	1.119
5. 因照顧病人而有腰酸背痛的情形	2.15	1.133
心理壓力	1.764	.973
6. 因照顧病人而和其他家人相處沒有以前融洽	1.57	1.192
7. 因照顧病人而感到心情不好	1.96	1.064
8. 因照顧病人而覺得未來是沒有希望的	1.38	1.147
9. 因照顧病人而感到挫折	1.79	1.190
10. 因照顧病人而感到壓力很大	2.11	1.059
親情壓力	2.264	.735
11. 跟病人在一起時，感到生氣	1.65	1.152
12. 擔心病人病情變壞	2.59	.885
13. 擔心病人沒有得到很好的照顧	2.55	1.028
社會壓力	2.279	.882
14. 擔心自己無法處理好所有事情	2.17	1.087
15. 因照顧病人而減少了休閒娛樂活動	2.44	1.018
16. 因照顧病人而影響了我的社交生活	2.25	1.090
17. 因照顧病人無法安排自己的生活，有被綁住的感覺	2.44	1.028
18. 因照顧病人而工作計畫被迫更改或無法事先計畫	2.30	1.082
19. 因照顧病人而使逛街購物時間受到影響	2.09	1.119
經濟壓力	1.871	1.167
20. 因照顧病人不能外出工作（或減少工作時數），而讓我收入減少及經濟困難	1.82	1.215
21. 因照顧病人花費大而讓我感到經濟困難	1.92	1.291
整體壓力感受	43.60	16.109

(五) 主要照顧者宗教信仰虔誠度

由表四可知，中風病患主要照顧者的宗教信仰虔誠度，分數越高表示其宗教信仰虔誠度越高，宗教信仰虔誠度分有三個類別，在有關宗教活動參與度上，平均值為 6.9 (標準差 3.70)、在宗教經驗上，平均值為 5.23 (標準差 3.03)、在宗教信念上平均值為 8.42 (標準差 3.18)，三個類別之中以宗教信念為最高，其次為宗教活動的參與，而宗教的經驗感受最低。中風照顧者宗教信仰虔誠度三個類別加總的整體平均值為 20.55 分，標準差為 8.83，範圍介於 0 至 33 之間，信度 Cronbach's Alpha 為 0.935，有關特性詳見表 5。

表四 主要照顧者宗教信仰虔誠度

項 目	平均數	標準差
宗教活動	6.90	3.704
在家裡禱告、燒香、拜神或拜佛	2.01	1.131
念經或是讀(聖)經	1.51	1.110
上教堂或到廟裡拜拜	1.85	1.007
看或聽宗教節目	1.53	1.048
宗教經驗	5.23	3.030
遇到困難時對上帝、神佛祈禱，有使自己平靜下來	1.90	1.073
在做重大決定會先去求上帝、求神、問佛	1.56	1.082
對上帝、神明禱告，以幫助自己克服心理壓力或是煩惱	1.77	1.103
宗教信念	8.42	3.177
相信有天堂和地獄的存在	2.35	.855
相信人死後靈魂仍存在	2.33	.851
死只是通往極樂世界或天堂的過程，不是結束	2.14	1.004
相信死後的世界比現在活著的世界好	1.59	1.016
以上三項整體宗教信仰虔誠度	20.55	8.830

(六) 中風照顧者生活滿意度

由表五可知，中風照顧這整體生活滿意度範圍介於 0 至 12 之間，中風照顧者整體的生活滿意度平均值為 6.9 分，標準差為 3.09 分。分數越高表示滿意度越高。生活滿意度之中，分數最高的是「將來會有一些令人高興的(歡喜的)事情發生」平均值為 0.9(標準差 0.29)，其次為「對自己做的事感覺有意思」平均值為 0.64(標準差 0.483)，第三「對人生感到滿意」平均值為 0.63(標準差 0.486)。而最令多數照顧者感到不滿意的第一名是「你的日子是不是應該可以過得比現在好」平均值為 0.19(標準差為 0.4)，其次為「你是不是對自己的生活環境感到滿意(如污染、氣候、噪音、景色…)」平均值為 0.3(標準差為 0.46)，第三是「即使可能(再來一次、重新來過)，你是不是願意改變你過去的人生」平均值為 0.36(標準差為 0.483)

表五中風照顧者生活滿意度

項 目	平均數	標準差
你的人生，和大多數的人比，你的命是不是比他們都要好	.57	.497
你是不是對你的人生感到(有)滿意	.63	.486
你是不是對你做的事感覺有意思	.64	.483
這些年是不是你人生中最好的日子	.46	.501
即使可能(再來一次、重新來過)，你是不是願意改變你過去的人生	.36	.483
你是不是期待將來會有一些令人高興的(歡喜的)事情發生	.90	.295
你的日子是不是應該可以過得比現在好	.19	.395
你是不是感覺所作的事大多數都是單調枯燥的(沒趣味的)	.59	.494
你是不是感覺老了，而且有一些厭倦	.56	.499
你這一生是不是可以說大部分都符合你的希望	.47	.501
你是不是覺得自己生活在一個安全及有保障的環境中	.61	.490
你是不是對自己的生活環境感到滿意(如污染、氣候、噪音、景色…)	.30	.463
整體生活滿意度	6.90	3.099

二、 相關性統計分析

根據 pearson 的相關性比較分析，從表六可知，中風照顧者人口特性和其宗教信仰虔誠度、生活滿意度及壓力感受的相關性。在宗教信仰虔誠度方面，性別、年齡、與病患關係的親密度、與病患的關係均造成顯著相關性($p < 0.05$)；在生活滿意度與照顧者的人口特性上，照顧者的年齡、有人輪替照顧、與照顧病患前身體健康狀況、與病患關係的親密度均造成顯著差異($p < 0.05$)；而在照顧者的壓力感受與人口特徵方面，照顧病患前身體健康狀況和病患關係的親密有顯著的差異($p < 0.01$)。

表六 主要照顧者虔誠度與生活滿意度、壓力感受和人口社會特徵的相關性統計分析。

變 項	虔誠度 r 值(P)	滿意度 r 值(P)	壓力感受 r 值(P)
性別	.284** (.003)	.011 (.909)	.014 (.889)
照顧者年齡	.194* (.047)	.226* (.021)	-.039 (.696)
教育程度	-.152 (.122)	.081 (.411)	-.026 (.792)
婚姻狀況	-.148 (.133)	-.172 (.080)	-.057 (.567)
照顧病患多久	-.132 (.178)	-.084 (.397)	-.071 (.473)
有人輪替	.168 (.086)	.237* (.015)	-.170 (.083)
個人目前月收入	-.005 (.961)	.115 (.242)	-.077 (.432)

註：顯著性 ** = $p < 0.01$ (雙尾)。

顯著性 * = $p < 0.05$ (雙尾)。

由表七 可知，中風病患的主要照顧者在宗教信仰虔誠度與生活滿意度的比較關係中呈現正相關，且有顯著的關係($p < 0.05$)；而照顧者的壓力感受與生活滿意度上則呈現負相關且亦有顯著的關係($p < 0.01$)。

經由 ANOVA 變異數分析後，由表八可得知，中風照顧者的性別會對其宗教信仰虔誠度造成影響；而照顧者的年齡則對宗教信仰虔誠度和生活滿意度造成影響；而有人與照顧者輪替照顧病患也對其生活滿意度造成影響；主要照顧者在照顧病患前與照顧病患後的健康狀況也會對其生活滿意度與壓力感受造成影響。

表七 宗教信仰虔誠度、生活滿意度及壓力感受之相關性的統計分析

變 項	宗教信仰虔誠度 r 值(P)	生活滿意度 r 值(P)	壓力感受 r 值(P)
宗教信仰虔誠度		.236* (.015)	-.183 (.062)
滿意度	.236* (.015)		-.497** (.000)

註：顯著性 ** =p< 0.01 (雙尾)。

顯著性 * =p< 0.05 (雙尾)。

表八 主要照顧者虔誠度與生活滿意度、壓力感受和人口社會特徵 ANOVA 分析。

變 項	虔誠度		滿意度		壓力感受	
	F 值	P 值	F 值	P 值	F 值	P 值
性別	9.03	.003**	0.13	.909	0.019	.889
照顧者年齡	4.51	.047*	3.83	.025*	0.117	.890
教育程度	1.23	.122	0.95	.403	0.992	.374
婚姻狀況	2.29	.133	3.13	.080	0.330	.567
照顧病患多久	1.85	.143	0.98	.405	0.273	.845
有人輪替	3.56	.017	3.17	.028*	1.414	0.243
個人目前月收入	0.26	0.81	0.7	0.499	0.777	0.463

註：顯著性 ** =p< 0.01 (雙尾)。

顯著性 * =p< 0.05 (雙尾)。

伍、討論

一、討論

本研究主要在探討中風照顧者宗教信仰虔誠度對其生活滿意度之影響，此外，研究並試圖找出影響中風照顧者低生活滿意度之因素。故本研究的主要之目的有四：一、影響中風照顧者之壓力感受的主要變項有哪些。二、影響中風照顧者之生活滿意度的主要變項有哪幾個。三、影響宗教信仰的主要因素有哪些。四、照顧者宗教信仰虔誠度對壓力感受和生活滿意度有否及如何相關？

在影響中風照顧者之壓力感受方面，就個人的感受方面照顧者主要的壓力感受來主要來自於親人的壓力最大，來自於生理方面的反而較小，而就人口特性對照顧者的影響上，有無人與主要告顧者輪替照顧病患是對中風主要照顧者造成顯著影響的重要關鍵。

在影響照顧者生活滿意度方面，研究發現，影響照顧者生活滿意度在社會人口方面有二，一是照顧者的年齡，照顧者年齡愈高，生活滿意度則愈高，推測是因為照顧者的年齡越大其面對外來環境的耐受力就越高；二是有無人與照顧者輪替照顧病人，輪替的人越多相對來說照顧者的壓力就比較小，故生活滿意度也就愈高。

在影響宗教虔誠度相關的因素上，研究結果顯示，影響照顧者虔誠度的因素有二，一是，性別會影響對宗教信仰的虔誠度，女性照顧者的虔誠度高於男性照顧者；二是，照顧者的年齡，年齡越大的照顧者在宗教信仰的虔誠度往往上也越高。

照顧者的宗教信仰虔誠度與生活滿意度及壓力感受之間，照顧者的生活滿意度同時受到照顧者宗教信仰虔誠度與壓力感受的影響，亦即照顧者的宗教信仰虔誠度越高則其生活滿意度就越高，而照顧者的壓力感受越高

其生活滿意度也就相對的較低。而照顧者的宗教信仰虔誠度與其壓力感受之間，兩者呈現負相關但未達顯著，也就是說照顧者的宗教信仰虔誠度越高的話，在照顧病患時的壓力感受也就越低。

在後續研究上，應結合醫生等專業人員，使更多家屬願意填寫問卷，使樣本更具代表性。在研究設計上，本研究主要討論是宗教信仰虔誠度和生活滿意度，無論宗教信仰虔誠度抑或是生活滿意度等，皆是個人主觀之看法，故而施以單一之問卷，結果難免有所偏差，建議配合質性訪談，同時亦可比較信仰前後，照顧者生活滿意度是否有所差異。

依研究提出以下建議，供中風照顧者、政府及相關單位及未來研究參考之用。中風照顧者在面對中風病患時，所承受的壓力無疑十分的沉重。又在本國文化的影響下，當老人在經歷失能後更是以住在自己家裡為第一優先的期待（謝美娥，2002）。故而現今高齡社會的來臨，政府不能再將老人的照顧推給家庭，應去落實整合各項的社會資源，宗教即是一大重點，除了有龐大的人力及物力資源外，還能提供照顧者精神上的慰藉與依靠，而不使中風照顧者在長期陪伴病人中，逐漸疲乏、發生力不從心的困境，讓社區能夠擁有足夠的資源，以落實在地老化。

陸、研究限制

由於受限於時間、經費及人力等問題，使本研究無法做全面性的普查，以致樣本數量不足。抽樣方法的限制，願意填寫問卷者，多為有宗教信仰，且滿意度較高與樂觀，故無法完全正確地反應出所有照顧者的看法，且宗教信仰虔誠度與生活滿意度，皆為受試者個人的主觀心理認知與經驗感受，在施測時容易受個人當時心情及外在環境所影響，由在受測的同時若病患在旁邊，亦會影響填寫之意願。

柒、參考文獻

中文部分

- 王振寰、瞿海源(2003)，社會學與台灣社會，第二版，臺北市，巨流。
- 史曉寧、黃愛娟(1996)·家庭重病老年患者之主要照顧者壓力源和其家庭功能因素之探討·榮總護理，13(2)，138-146。行政院衛生署(1997)·衛生白皮書—跨世紀衛生建設老年人保健(pp.69-75)
- 呂以榮、劉弘煌(2002)老人家庭照顧期待之代間落差，社區關懷與老人保健研討會論文集。
- 洪百薰(1995)臺灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情形況及其需求之調查研究。老人學學術研究年鑑。
- 秦燕(2002)老年人照顧者自助團體的組織與運作研究，收錄於「社區關懷與老人保健」研討會論文集。
- 李孟芬(1991)·家庭照顧經常面臨的困境·家庭計畫通訊，118，1-11。
- 邱弘毅(2008)，腦中風之現況與流行病學特徵，台灣腦中風學會期刊，15卷，3，2-4。
- 孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳施妮、李綉彩、王秀香(2005)。中風病患主要照顧者的生活品質與社會支持。台灣醫學9：303-11
- 許淑敏、邱啟潤(2003)。家庭照顧者的壓力與因應。護理雜誌，50(5)，47-55。
- 唐秀蘭(1991)·頭部外傷住院病患家屬照顧者的壓力感受、社會支持與健康狀況間關係之探討·國防醫學院護理學研究所碩士論文。
- 張苙雲(2003)。醫療與社會：醫療社會學的探索。台北：巨流圖書公司。
- 葉至誠(1997)，蛻變的社會—社會變遷的理論與現況，臺北市，洪葉文化。
- 潘依林、田聖芳、張媚(1998)。居家臥床病人其主要照顧者之壓力源因應行為與身心健康之探討。公共衛生，24(4)，219-233。
- 釋聖嚴(1999)，比較宗教學，台北：法鼓文化出版。
- G. Ritzer & D. Goodman，柯朝欽&鄭祖邦譯(2007)，社會學理論，第六版，台北市，巨流圖書公司。

英文部分

- Anderson, S. C., Linto, J., & Stewart-Wynne, G. E. (1995). A population Long-Based Assessment of the Impact and Burden of Caregiving for Long-term Stroke Survivors. *Stroke* 26(5): 843-849.
- Cohen, S., & Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24(4):385-396.
- Hock, N. H. (1999). Brain attack. *Nursing Clinics of North America* 34(3): 689-717.
- Han, B., & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patients with stroke: review and analysis. *Stroke* 30(7): 1478-1485.
- Periard, M. E., & Ames, B. D. (1993). Life-Style Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. *Public Health Nursing* 10(4): 252-256.
- Mitchell, E., & Moore, K. (2004). Stroke : Holistic care and management. *Nursing Standard*, 33 (18), 43-52.