

# 科技部補助

## 大專學生研究計畫研究成果報告

\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*  
\* 計 畫 \*  
\* : 探討影響澎湖地區認知障礙長者其照顧者負荷之因素 \*  
\* 名 稱 \*  
\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*

執行計畫學生： 林宛貞  
學生計畫編號： MOST 105-2815-C-040-021-B  
研究期間： 105年07月01日至106年02月28日止，計8個月  
指導教授： 喬佳宜

處理方式： 本計畫可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學護理學系（所）

中華民國 106年03月31日

## 摘要

本研究採量性研究設計進行問卷調查，以方便取樣原則，依研究目的選取近三年陪同求診澎湖地區某兩家醫院神經內科、精神科門診之主要照顧者為對象，預估受試樣本共計 150 位。原始問卷將篩檢無效問卷經編碼整理後輸入電腦，以 IBM SPSS Statistics 20 軟體進行資料分析；預期採用之統計方法包括百分比、平均數、標準差描述樣本之人口學資料，並以 ANOVA、Pearson correlation、迴歸、共變數等。研究結果將可初步了解澎湖地區認知障礙長者與照顧者之家庭功能、資源應用需求及影響照顧者負荷之相關性，亦可提供衛生機構未來擬訂心理健康促進策略和民眾及早規劃照顧模式之參考。

**研究目的：**本研究目的旨在探討澎湖地區認知障礙長者其照顧者之人口學變項及其憂鬱反應對壓力負荷的影響；此外，照顧者之家庭功能、醫療與社會資源應用需求對照顧負荷之影響程度亦被探討。

**研究方法：**本研究採量性研究設計進行問卷調查，以於澎湖地區某幾家醫院神經內科及精神科門診就醫之主要照顧者為對象，於 2016 年 11 月至 2017 年 1 月期間蒐集有效問卷數為 169 份。

**研究結果：**本研究使用皮爾森相關係數檢驗人口學變項和照顧者負荷之間的相關性。一些變項與照顧者負荷有顯著的正相關，在這些變項包括女性( $r = .226, p < .01$ )、未申請看護工( $r = .194, p < .05$ )、自覺身心健康狀態越差( $r = .377, p < .001$ )。而其他變項與照顧者負荷有顯著負相關。影響因素包括：教育程度( $r = -.289, p < .001$ )、家庭平均月收入( $r = -.164, p < .05$ )、與被照顧者同住( $r = -.214, p < .01$ )。

使用皮爾森相關係數檢驗家庭功能、照顧者負荷、憂鬱指數和社會資源之間的相關性。根據 CES-D 量表，在此樣本中的照顧者有 62.8% 有憂鬱現象，壓力負荷亦呈現正相關( $r = .747, p < .001$ )。此外，在此樣本中的照顧者有 54% 家庭功能是有障礙的，其與負荷( $r = -.396, p < .001$ )及憂鬱指數( $r = -.453, p < .001$ )呈現負相關；而憂鬱指數與社會資源則呈現正相關( $r = .207, p < .05$ )；但負荷與社會資源無相關性。

根據迴歸分析和相關分析，我們發現一些變項不適合預測照顧者負荷。在預測模型中只選擇了家庭功能、憂鬱指數、性別、健康狀態、看護工申請等變項。根據線性迴歸分析，表示對負荷最有解釋力的是憂鬱指數 ( $Beta = .646, p < .001$ )，其次是自覺身心健康狀況( $Beta = .171, p < .01$ )。

**結論：**在這項研究表明，教育、健康狀態和家庭功能有助於減少照顧者負荷和憂鬱指數。當照顧者憂鬱指數越高，他們要求的社會資源會越多，但所使用的社會資源不能有效地減少澎湖的照顧者負荷。

**關鍵字：**認知障礙症、家庭照顧者、家庭功能、憂鬱指數、照顧負荷、社會資源

## Abstract

**Aim.** To understand demographic variables of caregivers of the elderly with Neurocognitive Disorder in Penghu and to explore the impact of depression on the caregiver burden of caring for the elderly with Neurocognitive Disorder in Penghu; In addition, the impact of family function and social resource needs of the caregivers on the caregiver burden has also been discussed.

**Methods.** The quantitative research was performed. A sample of caregivers in the Department of Neurology and Psychiatric Clinics of several hospitals. in Penghu was conducted. A total of 169 questionnaires were collected between November 2016 and January 2017.

**Results.** Pearson's correlation coefficients were used to examine the strength of the relationship between demographic variables and caregiver burden. Some of variables had a statistically significant positive correlation with caregiver burden. These variables included as following: female ( $r = .226, p < .01$ ), without nursing care workers( $r = .194, p < .05$ ), the poor health status ( $r = .377, p < .001$ ). Others had a significantly negatively related with caregiver burden. The impact factor included education ( $r = - .289, p < .001$ ), monthly family income ( $r = -.164, p < .05$ ) and living distance ( $r = - .214, p < .01$ ).

Pearson's correlation coefficients were used to examine the strength of the relationship among family function, caregiver burden, depressive symptom and social resources. According to CES-D, caregivers(62.8%) of the study sample had depressive symptom which presented a positive correlation with the caregiver burden ( $r = .747, p < .001$ ). In addition, the caregivers (54%) of the study sample had poor family function. Family function had negative correlations with caregiver burden ( $r = -.396, p < .001$ ) as well as depressive symptom ( $r = - .453, p < .001$ ). Depressive symptom had a positive correlation with social resources ( $r = .207, p < .05$ ), but the social resources did not show any significant correlations with caregiver burden.

Based on regression analysis and correlation analysis, we found some variables are not suitable for prediction of caregiver burden. Therefore, only the variables which are family function, depressive symptom, gender, health status, nursing care workers are selected in prediction model. According to the linear regression analysis, it indicated that the most powerful explanation of caregiver burden was depressive symptom (Beta = .646,  $p < .001$ ), following by health status (Beta = .171,  $p < .01$ ).

**Conclusion.** Our study confirmed that education, health status and family function could contribute to decreasing the caregiver burden and depressive symptom. The more depressive symptom the caregivers have, the more social resources they request. However, the social resources used cannot decrease caregiver burden efficiently in

Penghu. The study results provide clinical evidence and suggest for nurses to assess about mental health and needs the caregiver for the elderly with neurocognitive disorders.

**Key words:** Neurocognitive Disorders; Family function; Caregiver burden; Depressive symptom; Social resources

## 目錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
第一章 緒論	
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	2
第三節 研究問題.....	2
第四節 名詞界定.....	2
第二章 文獻探討	
第一節 家庭照顧者之家庭功能.....	3
第二節 家庭照顧者之照顧負荷.....	3
第三節 社會資源應用.....	5
第三章 研究方法	
第一節 研究設計與架構.....	5
第二節 研究對象.....	7
第三節 研究步驟.....	7
第四節 研究工具.....	8
第五節 資料處理與分析.....	9
第六節 研究倫理.....	9
第四章 研究結果	
第一節 照顧者基本資料分析.....	11
第二節 認知障礙症家庭照顧者之家庭功能、照顧壓力、憂鬱指數與社會資源的分析.....	14
第三節 認知障礙症家庭照顧者之人口學變項、家庭功能、照顧壓力、憂鬱指數與社會資源相關性.....	23
第五章 結論與建議	
第一節 結論.....	26
第二節 研究限制.....	27
第三節 建議.....	27
參考資料	
中文部分.....	28
英文部分.....	30

## 第一章 緒論

本研究「探討影響澎湖地區認知障礙症長者其照顧者負荷之因素」共分為五張，第一張為緒論；第二張為文獻探討，透過國內外相關文獻探究本研究主題；第三章為研究方法，說明本研究設計、架構、對象、步驟、工具、資料處理方式與研究倫理；第四章為研究結果與討論；第五章為結論、限制與建議。本章「緒論」分為四節，第一節是透過分析本研究之背景，進而闡述研究動機，於第二節及第三節分別提出研究目的與問題，第四節則為名詞界定。

### 第一節 研究背景與動機

隨著社會進步、醫藥發達及壽命延長，年輕世代多數到外地工作或讀書造成人口外移，家庭成員以年長者留守居多，導致澎湖老年人口率占 14.75%，明顯高於全國老年人口率 12.44%(內政部統計處，2015 年 11 月；澎湖縣政府主計處 2015 年 11 月)，且根據國發會(2014)人口推計報告結果指出澎湖已相較台灣提前三年邁入高齡社會(aged society)，又 Prince et al.(2013)以系統性文獻與統合分析證實老年失智之盛行率已在中/低度發展國家快速擴增，Sosa-Ortiz, Acosta-Castillo, & Prince(2012)亦指出全球以每 4 秒的速率增加失智症新案例，其中有 1/2 到 2/3 的罹病人口會在亞洲，對國家經濟、公共政策與社會議題皆會造成重大影響(Érsek, et al., 2010; Wimo, Jönsson, Bond, Prince, & Winblad, 2013)；因此，地處離島已達高齡社會的澎湖更須思考如何提升老年認知障礙長者長照服務量能，實為刻不容緩的議題。

相較於台灣，現今澎湖已提前邁入高齡社會，照顧者需要面臨更多挑戰，必將引發家庭與成員的衝擊及社會負擔加重；再者離島地區因地理環境特殊、交通受限、及醫療、經濟與就業條件差等情況，導致民眾需求往往未能被滿足。截至103年底按醫療區域別觀察，發現臺北醫療區所擁有的醫療院、所數共計7339家，位居全台灣之首，平均每一間醫院服務65,873人，佔全國醫療機構33.2%。而澎湖醫療區居末僅89家，佔全國醫療機構0.4%，但每間醫院服務33,919人卻趨近於全國平均數47,150人；又每萬人分配到的醫療人力僅62.4人，更遠低於全國平均值(97.3人)，且每位神經內科醫師服務的病患數50,879人與精神專科醫師服務的病患數20,352人，顯見相關專業醫師人力遠低於全國其他縣市(中華民國醫師公會全國聯合會，2014)，再加上離島地區轉診不易，且醫療設備中所能負荷病患之病床數(包括一般病床、特殊病床和診所病床)，每萬人僅53.75床亦低於全國平均值68.91床。綜合上述統計資料顯示澎湖醫療設備與專業人力等資源相較台灣本島皆相對匱乏；況且澎湖於民國103年門診醫療支出顯示每十萬人口罹患認知類障礙症(Neurocognitive Disorders)就診比率為0.811%遠高於台灣平均值0.71%，且確診者約占老人人口1.09%，與該症占全台老人人口比率1.53%相當；然而澎湖縣高齡友善環境照護機構僅一家，更遑論相關居家或社區如老年精神病房、團體家屋及失智養護中心等長期照護服務體系資源缺乏(衛生福利部統計處，2015)；是故，醫療資源不足、青壯年人口外移、少子化及經濟低成長...等因素，讓留守澎湖之照

顧者負荷日益加大。

古人云：「未雨綢繆」，筆者從父母設籍並居住於澎湖，身為有幸來台求學的離島生擬畢業後返鄉工作，然而父母年紀漸長，未來的我亦可能承擔照顧者角色，期盼藉由研究調查在地認知障礙長者與照顧者家庭功能、對於醫療與社會福利照顧資源需求與應用情形及照顧壓力之關係；此外，更希望藉由研究結果能提供居民及政府的溝通平台，以響應行政院對高齡者全照顧的『政策藍圖與行動策略』，減輕年輕世代的照顧負荷。

## 第二節 研究目的

依據本研究之研究背景與動機，有關本研究之目的共有四點，說明如下：

- 一、澎湖地區認知障礙長者及其照顧者之人口學變項
- 二、澎湖地區認知障礙長者之照顧負荷因素為何
- 三、澎湖地區認知障礙長者之照顧者憂鬱反應對壓力負荷的影響
- 四、澎湖地區認知障礙長者及照顧者之家庭功能、醫療與社會資源應用需求對照顧負荷之影響程度。

## 第三節 研究問題

依據本研究之研究目的，提出本研究問題共有五點，說明如下：

- 一、澎湖地區認知障礙長者是否會受其照顧者人口學變項而不同？
- 二、澎湖地區認知功能障礙長者與其照顧者之家庭功能對照顧負荷的影響？
- 三、澎湖地區提供醫療與社會資源與照顧者需求對照顧負荷的影響？
- 四、澎湖地區認知障礙長者之憂鬱程度與照顧者負荷是否有關？
- 五、澎湖地區認知功能障礙長者家庭功能、資源應用需求與照顧負荷是否有關？

## 第四節 名詞界定

- 一、家庭照顧者：本研究家庭照顧者指有實際執行直接照顧認知障礙症患者之照顧工作的 70 歲以下的家庭成員，每天照顧時間大於四小時，且至少長達三個月。
- 二、家庭功能：指個人和家庭成長系統能夠執行並維持，著重家庭關係與互動，角色與任務的完成，以及對壓力反應有適當的因應技巧。包括五個層面：家庭適應度、合作/夥伴度、成長度、情感度、親密/融洽度 (Smilkstein, 1982)。
- 三、憂鬱指數：「憂鬱」是一種複雜的感覺，會因文化和歷史之間的差異，而在表達自己的感情和痛苦的方式上而有所不同，有可能會反映在認知或行為等層面上(Pilgrim&Bentall,1999)。根據美國精神醫學會，精神疾病診斷與統計手冊第四版(DSM-IV)之診斷標準，其憂鬱定義為以下症狀連續兩週，且每天大部分時間有以下五種以上之症狀，症狀包含：憂鬱情緒、興趣與快樂減少(前兩者至少有一之症狀)、體重下降(或增加)、食慾下降(或增加)、失眠(或嗜睡)、精神運動性遲滯(或激動)、疲累失去活力、無價值感或罪惡感、無法

專注，無法決斷、反覆想到死亡、自殺意念、企圖或計畫。

四、照顧負荷：本研究定義之家庭照顧者因提供照顧工作，在生活、心理、情緒、社會和經濟等許多層面，會讓照顧者產生主觀負荷感受與無法處理的負擔，並對個人和家庭會產生極大的衝擊(Lyness et al.,1997)，使家庭照顧者產生身心不適症狀。

五、社會資源：本研究定義為凡從政府民間給予的改善困難解決問題，獲得個人身心最佳狀態的有形無形資源總稱。(蔡，1980)。服務對象使用社會福利體系所提供的資源，包括金錢救助、兒童福利、老人問安、專業諮商、心理治療、醫療照護等(李，2000)。

## 第二章 文獻探討

本研究是探究認知障礙症家庭照顧者之家庭功能、憂鬱程度、照顧負荷與社會資源，因此，透過國內外相關文獻的閱讀，將本章節進行整理與分類，本章分為四節：第一節為家庭照顧者之家庭功能、第二節為家庭照顧者之照顧負荷、第三節社會資源應用

### 第一節 家庭照顧者之家庭功能

東方文化觀念中，家庭是最親密的社會基本單位，它提供生育、養育、經濟及情感支持之重要的社會功能(林、呂，2000)，家人的健康問題皆會影響其他成員，甚至可能改變家庭正常運作的功能(Kaakinen, Hanson, & Denham, 2010)。通常照顧長輩所需承擔的責任以家庭為首，當中又以配偶為主要選擇，其次為子女(衛生福利部，2014)；然而家庭評估項目中以繁衍和養育、感情、社會化、經濟及健康照顧等五項家庭功能最為重要(蕭，2010)，揭橥 Smilkstein 以適應度、合作度、成長度、情感度及親密度等五因素代表家庭功能之重要成分(Powazki & Walsh, 2002)。國內學者研究發現殘病老人照顧者之家庭功能中家人的問題解決能力愈深入、角色分配與執行愈清楚、家人愈趨近於同感性的情感投入，則其身體、心理與社會負荷愈輕(高、盧、葉、劉，1999)；因此，家庭成員彼此信賴、支持，並且接受家庭所賦予的責任，方能共同面對外界挑戰、提供健康照顧功能(謝，2004)，同時具備良善的家庭功能和照顧者身心健康，將有助於延緩認知障礙長者之功能退化。

### 第二節 家庭照顧者之照顧負荷

Albert 認為”照顧”是在既定的文化價值下，照顧者對提供老人照顧的看法和承諾，該信念非單純僅是規範，同時也是一種文化模式的動機(徐，2002)；楊氏(2006)提到主張「照顧」應包含心理層面的愛與感情的表達及實際的照顧工作二種層面的意涵，包括食、衣、住、行等方面的協助，係一種照顧者對被照顧者提供身體上、物質上以及精神上的照料，並強調照顧者與被照顧者彼此感情的連結。印證 Lazarus 的壓力理論以『交互作用』為基礎--主張壓力為人與環境交互作用



後產生的感受和評價，趨使個體付出所擁有的資源，甚至超過負荷而危及其安適狀態(Lazarus & Folkman, 1984)。Torti(2004)指出被照顧者呈現認知障礙及行為精神問題是造成照顧者壓力增加的主因，況且各類型認知障礙皆可能在任何時間伴隨妄想、幻覺、情緒障礙、攻擊等行為精神症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)，此與病程和嚴重程度關係密切(Huizing, Berghmans, Widdershoven, & Verhey, 2006)；又 Karlawish, Casarett, Klocinski, & Clark(2001)以多變量模式控制 BPSD 後發現照顧者負荷與失智者生活品質呈高度相關。已有多篇研究結果顯示照顧者壓力受其年齡、性別、照顧經驗不足、角色衝突、個人感覺、生理與心理健康狀況、社交機會減少、支持網路資源不足、經濟負擔、與被照顧者的關係而影響(陳, 2011；Imaiso, Txukasaki, & Okoshi, 2012；Tanverdi & Ekinci, 2012)，意即當照顧者年齡越大，照顧工作困難度越高，其壓力負荷將會越高(李、劉、陳、林, 2014)。Quinn、Clare 和 Woods(2009)曾針對照顧者與被照顧者關係品質影響安適狀態進行系統性文獻查證，結果顯示”提供照顧”是影響彼此關係品質的主因，且照顧前後雙方關係品質改變對被照顧者的安適狀態呈現明顯衝擊，同時亦指出認知障礙者最需要協助的項目是日常生活活動與行為問題程度，顯示疾病嚴重度導致身心需求與照護關係兩項正是影響照顧者對生活品質評核之要素，意味著認知功能退化影響照顧關係(caring relationship)與照顧負荷；因此，歸納上述文獻顯示照顧壓力會受到被照顧者罹病嚴重度與生活功能表現、患病年數、患者教育程度、患者人口因素、共同居住情況、配偶狀況、所使用的照顧模式、照顧者的訓練或準備、性生活、月收入、家庭護理成本、年齡、性別、教育程度及照顧技能、醫療與社會資源等狀況影響(Kim, Shin, Jeong, Geormley, & Yoon, 2002；顏, 2011；李、劉、陳、林, 2014；Wipa, Songwathana, & Suwanmanee, 2014；Chiao, Wu, & Hsiao, 2015)。進而導致照顧者衍生憂鬱傾向、壓力負荷與日間臨時護理需求增加(黃, 2008；Covinsky, Newcomer, Fox, Wood, Sands, Dane, & Yaffe, 2003；Dawood, 2007；Georges, Jansen, Jackson, Meyrieux, Sadowska, & Selmes, 2008；Ornstein & Gaugler, 2012；Eri, Masakazu, Yumiko, Ryuji, Mitsuru, & Toshikazu, 2013)。換言之，疾病嚴重程度導致照顧者負荷與情緒困擾，再加上多數照顧者亦面臨經濟壓力，尤其是收入不高的家庭所衍生的衝擊更大(陳, 2011)。可見當照顧負荷出現健康問題時可能會加重患者之病情，則需要以積極的態度來解決照顧者心理和生理的需求(Almeida, Leite, & Hildebrandt, 2009；Horner, iwa, Cuesta-Briand, Fyfe, & Osborne, 2012；Chiao, Wu, & Hsiao, 2015)；因此，若能及時發現照顧問題、給予教育指導和善用社會資源應可減少照顧者的壓力程度(Bruce, & Paterson, 2000)。藉由更多的社會支持和正式的家庭護理(formal home care)以及多重社會資源介入措施將會減少照顧負荷以提高生活品質(Meiland,

Danse, Wendte, Klazinga, & Gunning-Schepers, 2001 ; Etters, Goodall, & Harrison, 2008 ; Liuyi, & Jingping, 2012 ; Chiao, Wu, & Hsiao, 2015)。

### 第三節 社會資源應用

社會資源可分為醫療資源、社會福利照顧資源及其他等三大類：如醫療資源、醫療保健服務、社區照顧、關懷服務、保護服務、文康休閒、志願服務活動、敬老福利、生理、心理性資源、文化娛樂、經濟性社會資源、安養照顧、人身安全等(余，2011；田，2005)，然而醫療資源是提供醫療服務要素，包括醫療人員、醫療相關設施、知識技能、信息及其他可用於提供醫療保健服務(Sege's Medical Dictionary, 2011)的總稱。又資源的使用情形會因使用者特性、社會地位、健康信念、家庭支援、社區資源、自覺需要醫療服務的認知及專家評斷而有所不同(李，2015)；在全民健保制度下醫療資源貧瘠地區之服務往往難以滿足民眾需求(吳，2004)，致使醫療可近性遂成為資源應用之決定性考量。而社會福利照顧資源方面，目前政府提供長照管理中心、日間照護中心、居家服務、居家護理、機構式照護、老年精神病房、心理衛生資源、機構喘息服務、輔具資源、團體家屋...等等，但澎湖至今仍缺少老年精神病房、團體家屋、機構式照顧、日間照護中心、老人營養餐飲服務(台灣失智症協會，2009；澎湖縣長期照顧管理中心，2013；衛福部，2015)；又國內學者主張失智病患照顧者支持性服務需求應包括服務性方案(如喘息服務、資訊、心理等)與現金補助(如經濟、工作等)兩大層面，惟照顧者認為失智症診斷、如何取得社會資源及處理問題行為等資訊皆顯不足，況且失智嚴重程度、照顧費用及家庭照顧者特質皆是影響照顧者需求之預測因素，又資源使用程度亦受照顧者及被照顧者的依賴程度所影響，且照顧者對照顧責任的看法及各項照顧負荷主觀的覺察程度才是資源使用的點燃器(林，2000；陳、吳，2006)。印證徐氏(2014)研究指出失智症照顧者往往被動向專業人員求助，顯示社會應主動關注認知障礙照顧者的需求，若能及時發現問題、給予教育指導和善用社會資源應可減輕其壓力(Bruce & Paterson，2000；Dawood, 2007)。

## 第三章 研究方法

本研究旨在探討認知障礙症照顧者之家庭功能、憂鬱程度、社會資源應用與照顧壓力負荷，並探究其家庭功能、憂鬱程度、社會資源應用與照顧壓力之間的關聯性。故本章描述本研究所使用的方法、過程及倫理議題等，本章共分六節說明，包括研究設計與架構、研究對象、研究步驟、研究工具、資料處理與分析及研究倫理。

### 第一節 研究設計與架構

#### 一、研究設計

本研究採取橫斷式研究設計(cross-sectional research)來探討「認知障礙症照顧者之家庭功能、憂鬱程度、社會資源、照顧壓力負荷之關係研究」。使用量表

工具來評估照顧者之家庭功能、憂鬱程度、社會資源、照顧負荷，並收及照顧者之基本資料。資料收集完成後輸入電腦，並使用統計軟體 SPSS 20 進行資料分析。

## 二、研究架構：

本研究架構透過分析認知障礙症照顧者之人口學變項在家庭照顧者家庭功能、憂鬱、社會資源與照顧者負荷上的差異，並分析家庭照顧者之家庭功能、憂鬱、社會資源與照顧者負荷四者間的變化關係，瞭解其關聯性(圖 3-1)。

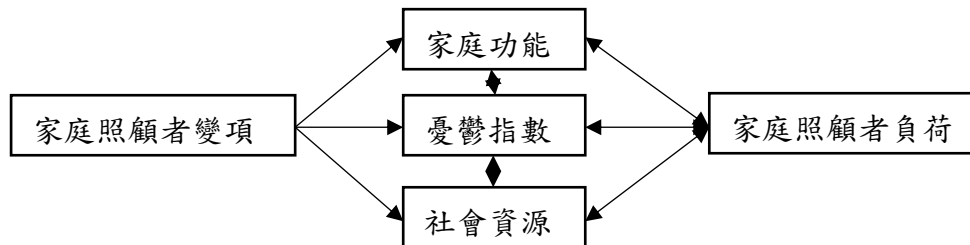


圖 3-1 研究架構

## 三、研究假設

依據研究目的，本研究之基本假設為以下：

- (一) 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷因認知障礙症家庭照顧者人口學變項而有顯著差異。
- (二) 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷因認知障礙症家庭照顧者家庭功能而有顯著差異。
- (三) 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷因認知障礙症家庭照顧者憂鬱指數而有顯著差異。
- (四) 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷因認知障礙症家庭照顧者社會資源應用而有顯著差異。
- (五) 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷、家庭功能、憂鬱指數、社會資源應用四者之關聯性
  1. 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷與家庭功能之間有關聯性
  2. 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷與憂鬱指數之間有關聯性
  3. 認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷與社會資源應用之間有關聯性
  4. 認知障礙症家庭照顧者之家庭功能與憂鬱指數之間有關聯性
  5. 認知障礙症家庭照顧者之憂鬱指數與社會資源之間有關聯性

## 四、研究變項之操作型定義：

- (一) 家庭照顧者：年齡在 70 歲以下，能以國語或台語清楚表達，每日能夠實際直接照顧認知障礙症患者之工作大於四小時，且至少長達三個月，並願意接受問卷調查或面對面訪談。
- (二) 照顧負荷：指認知障礙症家庭照顧者在照顧過程中所感受到的壓力，包括時間性、發展性、生理性、社會性以及情緒性負荷感受；本研究以 Chou, Lin 與 Chu(2002)譯自 Novak 及 Guest(1989)之照顧者負擔量表進行測量。
- (三) 憂鬱指數：指認知障礙症家庭照顧者在照顧過程中所感受到的憂鬱，包括憂

鬱情緒、正向情緒、身體化症狀和人際問題四個因素；本研究以鄭泰安翻譯之美國之流行病學研究中心憂鬱量表(Center of Epidemiological Study Depression, CES-D,1977)進行測量。

- (四) 家庭功能：指認知障礙症家庭照顧者在照顧過程中所感受到的家庭功能，包括適應度、合作度、成長度、情感度、融洽度五大面向；本研究使用由周騰達等人(1991)譯自 Smilkstein (1978) 之家庭功能量表進行測量。
- (五) 社會資源：指認知障礙症家庭照顧者在照顧過程中所使用到的社會資源。包括曾使用來自社會組織、政府服務機構所提供的資源，含失智症諮詢專線、失智症相關網站、失智症門診、失智症家屬支持團體、預防走失資源(愛心手鍊)、預防走失資源(指紋捺印)、輕度失智健康促進服務—瑞智學堂、日間照顧中心、失智症養護護理機構、失智症老人團體家屋、外籍看護工、居家照顧服務、居家護理、家庭托顧服務、社區及居家復健、老人餐飲服務、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務、喘息服務、交通接送服務(復康巴士)、法律諮詢資源、身心障礙手冊申請、中低收入老人生活津貼、中低收入老人特別照顧津貼、國民年金、托育養護費用補助、個別化專業服務(個案管理服務)、中低收入醫療(含住院看護費用)補助、低收入戶健保費補助、中低收入老人修繕住屋補助、社會保險自付保費補助、身心障礙者租賃房屋租金補助、核發身心障礙專用停車位識別證、搭乘國內公共交通工具半價或全免、稅額減免、進入風景區、康樂場所或文教設施半價或全免優待、重大傷病卡申請。

## 第二節 研究對象

- 本研究採取立意取樣，由臨床醫師先刪選診斷為認知障礙症患者之家屬，在一以下收案標準尋找符合研究目的之認知障礙症家庭照顧者，以進行資料收集：
- 一、經臨床失智評量表確診之主要照顧者(每天照顧大於四小時，且至少長達三個月)
  - 二、年齡於 70 歲以下、能以國語或台語清楚表達
  - 三、願意接受問卷調查或面對面訪談以協助填答
  - 四、經研究者說明研究目的，自願參與研究。

## 第三節 研究步驟

本研究屬量性研究，根據研究動機、目的與文獻來探討認知障礙症家庭照顧者之照顧負荷、家庭功能、憂鬱指數、社會資源間的關聯性。有關研究資料蒐集步驟如下：

- 一、本研究計畫需經人體試驗委員會通過後，篩選符合收案標準的對象。經由研究人員詳細說明研究過程並取得受訪者同意後，再由經訓練之臨床相關人員進行基本資料及量表資料之蒐集。
- 二、資料蒐集流程：第一部分先由臨床醫師篩選診斷為認知障礙症患者。第二部分針對其家庭照顧者，讓其填寫家庭功能量表、憂鬱量表、照顧者負荷量表、社會資源量表以及基本資料等問卷。
- 三、統計分析

將所收集各項有效量表及問卷之樣本資料，以 IBM SPSS Statistics 20 統計軟體進行描述性統計及統計檢定。首先，分析認知障礙症照顧者之基本人口學，再分析不同家庭功能的認知障礙症家庭照顧者在其憂鬱程度上的差異，以及分析不同憂鬱程度的認知障礙症家庭照顧者在照顧負荷與社會資源應用上的差異，最後分析認知障礙症家庭照顧者家庭功能、照顧負荷、憂鬱程度、社會資源的關聯性。

#### 第四節 研究工具

本研究對認知障礙患者家庭照顧者之家庭功能、憂鬱程度、照顧負荷、社會資源進行探究，顧所使用的研究工具共有五個：基本資料、家庭功能量表、憂鬱程度量表、照顧負荷量表、社會資源量表。

- 一、基本資料：收集認知障礙症家庭照顧者之基本背景資料，如年齡、性別、教育程度、婚姻狀況與患者關係等。
- 二、家庭功能量表(APGAR)：採用Smilkstein(1982)根據家庭功能特徵設計出家庭適應度(adaptation)、合作/夥伴度(partnership)、成長度(growth)、情感度(affection)及親密/融合度(resolve)五個層面，請受試者以主觀方式對其家庭功能滿意程度進行評價，以Likert計分(0-2)依「幾乎很少」、「有時這樣」及「經常這樣」勾選適當之感受；總分為7~10分表示家庭功能良好，4~6分表示家庭功能中度障礙，0~3分表示家庭功能嚴重障礙；本量表便捷、內在一致性Cronbach's  $\alpha$  .80~.85、項目間總相關性(item-to-total correlations) .50~.65，中文版的信、效度已在台灣獲得證實(田，2013；Smilkstein, 1982)。
- 三、流行病學研究中心憂鬱量表(the Center for Epidemiological Studies Depression scale, CES-D)：採用 Radloff(1977)所發展的憂鬱量表，該量表內容共有 20 題關於憂鬱症狀的陳述如食慾差、悲傷、哭泣...；此量表之作答方式以詢問受訪者於過去一星期內是否具有憂鬱症狀，採用 Link 計分(0~3)，總分為 0~60 分，依過去一週發生症狀頻率勾選適當之感受，得分愈高表示憂鬱愈明顯；量表中第 4, 8, 12, & 16 題為反向陳述，故予反向計分。國、內外學者皆以 16 分作為篩檢憂鬱反應切割點，0~15 分表示沒有憂鬱，16 分或以上表示有憂鬱現象。Chien & Cheng(1985)應用此量表於區辨台灣社區罹病及非罹病之敏感度、特異性及誤失率，分別為 92.0%、91.0%、8.2%；此量表內在一致性為 .85(黃，2008)。CES-D 細分成四個因素，分別為憂鬱情緒(depressed mood)、身體化症狀(somatic symptoms)、正向情感(positive affect)與人際困擾。
- 四、照顧負荷量表：採用周桂如等於 2002 年翻譯自 Novak 及 Guest(1989)所發展的 Caregiver Burden Inventory(CBI)的中文量表，以測量照顧者主觀的照顧負荷感受(Chou et al.,2002)。照顧者負荷量表測量內容含五大部分，時間性負荷、發展性負荷、生理性負荷、社會性負荷、情緒性負荷。此量表中文版共 24 題，依照五個負荷面向，針對照顧患者時所出現感受，每一題 1-4 分，「不

同意」1分；「尚可」2分；「同意」3分；「非常同意」4分，總分 24-96 分，分數越高表示照顧者負荷程度越高(Chou et al.,2002)，若分數超過 36 分則需要增加喘息或其他社會資源服務。

五、社會資源量表：社會資源：指認知障礙症家庭照顧者在照顧過程中所使用到的社會資源。包括曾使用來自社會組織、政府服務機構所提供的資源，含失智症諮詢專線、失智症相關網站、失智症門診、失智症家屬支持團體、預防走失資源(愛心手鍊)、預防走失資源(指紋捺印)、輕度失智健康促進服務—瑞智學堂、日間照顧中心、失智症養護護理機構、失智症老人團體家屋、外籍看護工、居家照顧服務、居家護理、家庭托顧服務、社區及居家復健、老人餐飲服務、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務、喘息服務、交通接送服務(復康巴士)、法律諮詢資源、身心障礙手冊申請、中低收入老人生活津貼、中低收入老人特別照顧津貼、國民年金、托育養護費用補助、個別化專業服務(個案管理服務)、中低收入醫療(含住院看護費用)補助、低收入戶健保費補助、中低收入老人修繕住屋補助、社會保險自付保費補助、身心障礙者租賃房屋租金補助、核發身心障礙專用停車位識別證、搭乘國內公共交通工具半價或全免、稅額減免、進入風景區、康樂場所或文教設施半價或全免優待、重大傷病卡申請。同時探討其所使用最頻繁的社會資源項目、最滿意的社會資源項目、最不滿意的社會資源項目以及最想要使用的社會資源項目。

### 第五節 資料處理與分析

本研究針對認知障礙症家庭照顧者進行資料蒐集，其回收資料供 172 份，有效份數為 148 份，餘因資料填寫不齊無法納入分析。針對收集的有效資料以 IBM SPSS Statistics 20 版做為統計工具，進行建檔與資料分析。

一、描述性統計：分析認知障礙症家庭照顧者人口學變項、照顧負荷、社會資源等資料之次數分配、百分比與平均數。

二、推論統計：

(一) 皮爾森相關係數：分析認知障礙症家庭照顧者之家庭功能、憂鬱指數、社會資源與照顧負荷之間的關聯性

(二) 迴歸分析：分析認知障礙症家庭照顧者之人口學變項、家庭功能、憂鬱指數、社會資源何者最可以解釋與照顧負荷的關聯性

### 第六節 研究倫理

基於研究倫理專業，本研究經由中山醫學大學附設醫院倫理審查委員會審查通過，考量受訪者權益及保密、匿名之倫理原則下，進行本研究時需事先徵得研究參與者同意，方可進行資料收集。研究參與者有關的權益倫理議題為：

一、像受訪者說明與告之研究背景、目的、方法和程序、應配合事項及預期效益。

二、受訪者之篩檢條件

本研究採取立意取樣，由臨床醫師篩選認知障礙症之個案，再由研究者篩選適合研究之家庭照顧者，收案標準：

(一) 納入條件(符合下列條件者，適合參加本研究)

1. 經臨床失智評量表確診之主要照顧者(每天照顧大於四小時，且至少長達三個月)
2. 年齡於 70 歲以下、能以國語或台語清楚表達
3. 願意接受問卷調查或面對面訪談以協助填答
4. 經研究者說明研究目的，自願參與研究者

(二) 排除條件(若有下列情況者，不能參加本研究)

1. 外籍看護者
2. 重聽者
3. 認知障礙症患者
4. 人體試驗法所明訂之易受傷害族群

### 三、研究方法與程序

(一) 本研究經臨床醫師於進行醫療檢查時，經由醫師篩選認知障礙症患者之家庭，且符合收案標準。

(二) 研究人員詳細說明研究過程並取得受訪者同意後，再由經訓練之相關研究人員進行基本資料及量表之收集。

(三) 評估工具可採自填式或問答式，施測過程約 20 分鐘至 30 分鐘，問卷填答完成後當場回收或經由研究人員於訪問同時協助填答

### 四、可能產生之不適及處理方法

量表評估如時間過長，會依據受訪者的狀況進行調整。另因研究計畫而引發之身體、心理上之不良反應或傷害，由研究團隊之醫療機構提供受訪者專業醫療照顧。

### 五、機密性

依法保護受訪者個人資料，若有可辨識身分紀錄或個人隱私將視為機密處理，並不會公開，並採不記名方式發表試驗結果

### 六、補助與損害賠償

本研究提供 100 元禮卷給與填答完整之受訪者。如因研究發生非預期傷害，將由受審單位依法負責。

### 七、受訪者權利

告知受訪者本研究之相關聯絡出口與聯絡方式(研究主持人與 IRB)，以利受訪者於研究期間或當下有任何問題或狀況，可尋求協助。

### 八、研究之退出與中止

尊重受訪者參與意願，並可隨時撤銷同意，退出研究，且不需任何理由。退出與中止研究並不會引起任何不愉快或影響日後醫師對受訪者家人的醫療照顧。

## 第四章 研究結果

本研究以共發放 172 分問卷，經刪除為填答完成之無效問卷後，獲得有效樣本，獲得有效樣本 148 人，進行整理及統計分析。本問卷共分五部分：一、照顧者基本資料分析；二、家庭功能量表；三、照顧者負荷中文量表；四、流行病學研究中心憂鬱量表；五、社會資源應用量表。

### 第一節 照顧者基本資料分析

為了解認知障礙症患者主要照顧者，其年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、照顧者家庭平均月收入、是否有申請社會資源之金錢補助、是否有申請看護工、職業、宗教信仰、自覺身心健康、與被照顧者關係、與被照顧者同住與否、每日直接照護時間或至養護中心的頻率等基本資料，茲分別說明如下：

#### 一、照顧者的個人特質方面

在本研究樣本中，認知障礙症患者的主要照顧者，其性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、照顧者平均月收入、職業、宗教信仰的分布情形，統計表如下：

認知障礙症患者的主要照顧者之個人特質(n=169)

個人特質		人數	百分比(%)
性別	男	35	23.6
	女	113	76.4
年齡	21-40 歲	30	20.3
	41-60 歲	77	52.0
	61 歲以上	41	27.7
教育程度	國小畢(肄)業	32	21.6
	國中畢(肄)業	17	11.5
	高中畢(肄)業	36	24.3
	專科或大學畢(肄)業	54	36.5
	研究所以上	9	6.1
婚姻狀況	未婚	28	18.9
	已婚	112	75.7
	寡居	4	2.7
	離婚	4	2.7
照顧者平均月收入	2 萬元以下	41	27.7
	2-5 萬元	64	43.2
	5-8 萬元	30	20.3
	8 萬元以上	13	8.8
職業	學生	3	2.0
	軍公教	22	14.9
	醫護人員	1	0.7
	商/金融/服務業	37	25.0
	營造/建築業	2	1.4
	電子/通訊業	2	1.4
	傳播/運輸業	3	2.0
	農/牧/漁業	6	4.1
	自由業	3	2.0
	待業中	6	4.1



	家管	36	24.3
	退休	20	13.5
	其他	7	4.7
宗教信仰	無	35	23.6
	道教	62	41.9
	佛教	36	24.3
	基督/天主教	14	9.5
	其他	1	0.7

由上表的統計結果，顯示：

#### (一)性別

在本研究受試者 148 人之中，就性別而言，男性 35 人，佔 23.6%；女性 113 人，佔 76.4%。顯示認知障礙患者的主要照顧者，以女性的比率較高。

#### (二)年齡

148 人接受調查的主要照顧者，其年齡分布情況，41-60 歲 77 人，佔 52.0%，所佔比率最高；其餘依序為：61 歲以上，41 人，佔 27.7%；21-40 歲 30 人，佔 20.3%。顯示認知障礙患者的主要照顧者，年齡集中在 41-60 歲之間，也就是以壯年時期居多。

#### (三)婚姻狀況

148 人接受調查的主要照顧者之婚姻狀況，以已婚為最多，有 112 人，佔 75.7%；其餘依序為：未婚 28 人，佔 18.9%；離婚 4 人，佔 2.7%；寡居 4 人，佔 2.7%，顯示認知障礙患者之照顧者，以已婚者居多。

#### (四)教育程度

受訪之主要照顧者 169 人的教育程度，以專科或大學畢(肄)業最多，54 人，佔 36.5%；其餘依序為：高中畢(肄)業 36 人，佔 24.3%；國小畢(肄)業 32 人，佔 21.6%；國中畢(肄)業 17 人，佔 11.5%；研究所以上 9 人，佔 6.1%。顯示認知障礙患者照顧者，其教育程度為中等，專科或大學及高中畢(肄)業程度合計，佔 60.8%，達一半以上。

#### (五)就業狀況

在本研究受訪者 148 人之中，就業狀況以商/金融/服務業及家管最多，為 37 及 36 人，佔 25.0%及 24.3%；其餘依序為：軍公教 22 人，佔 14.9%；退休 20 人，佔 13.5%；待業 6 人，佔 4.1%；農/牧/漁業 6 人，佔 4.1%；自由業 3 人，佔 2.0%；營造/建築業、傳播/運輸業 2 人，佔 1.4%...等等。顯示認知障礙患者照顧者，其職業以服務業及家管為主，合計佔 49.3%，接近一半。

#### (六)月收入

在本研究受訪者 148 人之中，以 2-5 萬元月收入最多，64 人，佔 43.2%；其餘依序為：2 萬元以下 41 人，佔 27.7%；5-8 萬元 30 人，佔 20.3%；8 萬元以上 13 人，佔 8.8%。

#### (六)宗教信仰

在本研究受訪者 169 人之中，宗教信仰以道教最多，73 人，佔 43.2%；其餘依序為：佛教 41 人，佔 24.3%；沒有信仰 37 人，佔 21.9%；基督/天主教 17 人，佔 10.1%。

## 二、照顧者的社會互動

在本研究樣本中，認知障礙症患者的主要照顧者，其金錢補助申請、看護工申請、自覺身心健康狀態、與被照顧者關係、與被照顧者是否同住、每日照護時間或至養護中心頻率的分布情形，統計表如下：

社會層面		人數	百分比(%)
金錢補助	是	45	30.4
	否	103	69.6
看護工申請	是	52	35.1
	否	96	64.9
自覺身心健康狀態	健康	59	39.9
	普通	76	51.4
	不健康	13	8.7
與被照顧者關係	夫妻	28	17.6
	父母公婆/女(子)媳	110	74.3
	婿		
	手足	1	0.7
	祖孫	8	5.4
	其他	3	2.0
與被照顧者同住	是	101	68.2
	否	47	31.8
照護時間	4~8 小時	72	48.6
	8~12 小時	19	12.8
	12 小時以上	57	38.5

### (一) 金錢補助

在本研究受訪者 148 人中，有 45 人申請社會資源金錢補助，佔 30.4%，社會資源補助內容多以中低收入老人津貼為主。

### (二) 看護工申請

在本研究受訪者 148 人中，有 96 人(64.9%)的照顧者並未申請看護工，其中 39 人月收入 2 萬元以下，佔總樣本月收入低於 2 萬元 41 人的 95%，顯見金錢在看護工申請中佔有極大的影響因素。有 52 人申請看護工，佔 35.1%，顯示認知障礙照顧者有出超過四分之一的照顧者有看護工的需求，需要多餘的人力來照顧病患，分擔照顧工作，所以照顧者壓力受經濟負擔而影響(陳，2011；Imaiso, Txukasaki, & Okoshi, 2012；Tanrverdi & Ekinci, 2012)。

### (三) 自覺身心健康狀態

在本研究受訪者 169 人中，有 65 人認為自己是健康的，佔 38.5%；89 人認

為自己身心狀態普通，佔 52.7%；有 13 人認為自己不健康，佔 8.7%。顯示認知障礙照顧者僅有 38.5%認為自己健康。

#### (四) 與被照顧者關係

在本研究受訪者 169 人中，與被照顧者是父(母)女(子)及公婆/媳婿的關係的人數最多，共 110 人，佔 74.3%；其次依序是夫妻關係 28 人，佔 17.6%；祖孫關係 8 人，佔 5.4%；手足關係 1 人，佔 0.7%；其他關係 3 人，佔 2.0%。顯示認知障礙照顧者中，有超過七成的照顧者身為被照顧者的子女，其在生活中多為人父母，在雙重身分中，更應注意其照顧者負荷的問題。

#### (五) 與被照顧者是否同住

在本研究受訪者 148 人中，與被照顧者同住者共 101 人，佔 68.2%；未與被照顧者同住共 47 人，佔 31.8%。顯示認知障礙照顧者中，有近七成的照顧者是與病人同住的。

#### (六) 照顧時間

在本研究受訪者 169 人中，以照顧時間 4~8 小時共 72 人，佔 48.6%為最多；其次依序為照顧時間 12 小時以上共 57 人，佔 38.5%；照顧時間 8~12 小時共 19 人，佔 12.8%。顯示認知障礙照顧者中，有超過三分之一的照顧者，其照顧時間大於 12 小時，這樣長時間的照護，需更注意照護壓力的釋放。

### 第二節 認知障礙症家庭照顧者之家庭功能、照顧壓力、憂鬱指數與社會資源的分析

#### (一) 照顧者之家庭功能

從表 1-2 得知在 148 份樣本中，有 21.6%照顧者是重度家庭功能不足；有 32.4%照顧者是中度家庭功能不足；有 45.9%則是家庭功能無障礙，顯示有超過半數以上的照顧者是家庭功能有障礙的。

從表 1-2 中可以發現，本研究中照顧者所感受到的家庭功能的總平均分數為 6.1216 分，分數落在 6-7 分之間，顯示在本研究中，家庭功能平均分數傾向中間偏上，若就個別項目來看，照顧者在家庭功能中，平均分數最高的項目為：融洽度「您和家人能在一起，共同享受快樂的時光(1.33)」；相對的，平均分數最低的項目為：適應度「當您遇到困難或煩惱的事情時，家人給您的幫助，讓您感到滿意(1.16)」。顯示在澎湖的照顧者與其他家人大多能夠聚在一起，享受快樂時光，但在真正遇到困難或難題時，家人則較無法提供照顧者滿意的資源。

表 1-1 家庭功能量表分級

	人數	百分比(%)
重度家庭功能不足	32	21.6
中度家庭功能障礙	48	32.4
家庭功能無障礙	68	45.9
總和	148	100.0

表 1-2 家庭功能量表敘述性統計

(n=148)

變項名稱	幾乎很少(%)	有時這樣(%)	經常這樣(%)	平均數 (標準差)
總家庭功能				6.1216 (3.00771)
適應度--當您遇到困難或煩惱的事情時，家人給您的幫助，讓您感到滿意	28 (18.9)	69 (46.6)	51 (34.5)	1.16 (0.716)
合作度--當您遇到困難的時候，家人和您討論事情和分擔問題的方式，能讓您感到滿意	25 (16.2)	66 (44.6)	58 (39.2)	1.20 (0.706)
成長度--當您想要做一件新的事情時，家人給您的接受和支持，可以使您感到滿意	24 (16.2)	66 (44.6)	58 (39.2)	1.23 (0.710)
情感度--您生氣、悲傷；歡喜的時候，家人對您關心和愛護的方式，能讓您感到滿意	25 (16.9)	67 (45.3)	56 (37.8)	1.21 (0.712)
融洽度--您和家人能在一起，共同享受快樂的時光	20 (13.5)	59 (39.9)	69 (46.6)	1.33 (0.704)

## (二)照顧者之照顧負荷

如表 2-1 中所示各項目及個數、最小值、最大值、平均數及標準差顯示受訪者的壓力知覺量表分數分佈及平均結果，本研究統計結果最低 24 分，最高 84 分，平均分數為 50.8107 分，而 Novak 及 Guest(1989)表示若分數超過 36 分則照顧者需要更多喘息或是其他服務。評分依序為 1-4 分，最低分數為 24 分，最高分數為 96 分，分數越高表示壓力越高。

陳(2011)表示照顧者若自覺健康狀況較差其照顧者感受到的負荷會越大，因此筆者將主要照顧者以自覺身心健康狀態為分類標準，分成健康、普通、不健康，由照顧者自行勾選其自覺身心健康狀態，而其中勾選不健康者者其照顧壓力負荷平均分數為 60.8 分，由此可看出，澎湖照顧者之照顧壓力似乎不大，但 Tanrverdi & Ekinci(2012)表示影響照顧者負荷壓力原因之一為個人感覺，澎湖地區民風保守、純樸，是否會造成壓力負荷主觀感覺趨於保守，需要進一步探討。

另從表 2-1 之第 15、16、17、18、19 題顯示，最令澎湖地區照顧者壓力負荷較大的壓力源為時間性負荷，這些可具體感受的項目顯示照顧者負荷分數偏高，而第 6、7、8、12、13、14 是屬社會行負荷，其壓力負荷分數偏低。

表 2-1 主要照顧者之壓力知覺量表敘述統計 (n=148)

項目	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
1.我覺得我沒有足夠時間的睡眠	148	1	4	2.35	.925
2.我覺得身體相當疲累	148	1	4	2.35	.917

3.我覺得照顧病人工作使我生病	148	1	4	2.18	.955
4.我覺得我的健康受影響	148	1	4	2.33	.943
5.我和其他家人相處得沒有像以前一樣融洽	148	1	4	2.09	.888
6.我以病人為恥	148	1	4	1.24	.539
7.(已婚者回答)我覺得我的婚姻出了問題 (未婚者回答)我覺得我的終身大事受到影響	148	1	4	1.41	.679
8.我對病人行為感到不好意思	148	1	4	1.56	.712
9.我覺得我沒有把家務或工作做得像以前那麼好	148	1	4	2.12	.824
10.我為照顧病人所做的努力並沒有受到其他家人的欣賞與肯定	148	1	4	1.96	1.118
11.我覺得那些能幫助但又不肯幫忙的親人令我生氣	148	1	4	2.22	.975
12.我對自己與病人的互動感到生氣	148	1	4	1.94	.793
13.當朋友來訪見到病人，我覺得不自在	148	1	4	1.60	.745
14.我討厭病人	148	1	3	1.41	.582
15.病人需要我協助她處理許多日常生活事物	148	1	4	2.78	.908
16.病人依賴著我	148	1	4	2.76	.860
17.我必須一直注意著病人，以防他出現危險狀況	148	1	4	2.76	.868
18.我必須協助他做許多最基本的照顧事項	148	1	4	2.75	.903
19.我忙於照顧病人而沒有時間休息	148	1	4	2.30	.886
20.因為照顧病人，我覺得人生有很多事情我沒有經歷過	148	1	4	2.29	.957
21.我希望我能逃離這情況	148	1	4	1.92	.922
22.照顧病人的工作影響了我的社交生活	148	1	4	2.06	.810
23.我覺得照顧病人讓我心力交瘁	148	1	4	2.21	.851

24.我期盼在此時事情會變的不一樣	148	1	4	2.51	.892
壓力知覺樣本得分	148	24	84	51.12	12.36

### (三)憂鬱指數

本量表以分數加總得知其憂鬱指數，以總分 16 分為切點(Radloff,1977)，分為有憂鬱症狀及無憂鬱症狀，而在本研究 148 份樣本數中，其中 62.8%的照顧者超過 16 分有憂鬱症狀，37.2%無憂鬱症狀(見表 3-1)，顯示澎湖地區照顧者超過半數有著憂鬱症狀，這是值得關切的議題。

從表 3-2 顯示，本研究中照顧者所感受到的憂鬱指數的總平均分數為 19.50 分，而憂鬱分數若超過 16 分則為有憂鬱現象。若就個別項目來看，照顧者在憂鬱指數中，平均分數最高的項目為：第 4 題「我覺得和別人一樣好(1.49)」；其次依序為第 8 題「我覺得未來很有希望(1.49)」；第 12 題「我覺得很快樂(1.48)」；以及第 16 題「我覺得很享受人生(1.68)」。相對的，平均分數最低的項目為：第 9 題「我覺得這一生已經失敗了」；其次為第 15 題「我覺得人人都不友善」；以及第 19 題「我覺得別人不喜歡我」。在照顧者得分最高的憂鬱量表項目，多屬正向情感的憂鬱指數，顯示在澎湖的照顧者在正向情感方面有著極大的不滿足。

表 3-1 憂鬱症狀量表分級

	次數	百分比(%)
無憂鬱症狀現象	55	37.2
有憂鬱症狀現象	93	62.8
總和	148	100.0

表 3-2 憂鬱症狀量表敘述性統計

變項名稱	從未 (%)	有時 (%)	經常 (%)	總是 (%)	平均數 (標準差)
1.我為一些平常不會煩惱的小事而煩心	41 (24.3)	90 (53.3)	31 (18.3)	7 (4.1)	1.03 (.786)
2.我不太想吃東西，胃口不好	62 (36.7)	81 (47.9)	24 (14.2)	2 (1.2)	.79 (.721)
3.雖有家人或朋友勸解，我還是覺得心中憂鬱不開心	58 (34.3)	82 (48.5)	26 (15.4)	3 (1.8)	.86 (.762)
4.我覺得和別人一樣好(反)	27 (16.0)	54 (32.0)	66 (39.1)	22 (13.0)	1.50 (.915)
5.我沒辦法專心做事	43 (25.4)	91 (53.8)	27 (16.0)	8 (4.7)	1.03 (.808)
6.我覺得心情很不好	39 (23.1)	91 (53.8)	37 (21.9)	2 (1.2)	1.03 (.719)
7.我覺得我所做的每一件事	59	94	16	0	.74

都很不順利，需勉強做	(34.9)	(55.6)	(9.5)	(0)	(.629)
8.我覺得未來很有希望(反)	25 (14.8)	52 (30.8)	76 (45.0)	16 (9.5)	1.52 (.884)
9.我覺得這一生已經失敗了	98 (58.0)	66 (39.1)	3 (1.8)	2 (1.2)	.45 (.610)
10.我覺得很害怕、擔心	51 (30.2)	79 (46.7)	34 (20.1)	5 (3.0)	.95 (.789)
11.我睡得不安穩	50 (29.6)	66 (39.1)	39 (23.1)	14 (8.3)	1.11 (.944)
12.我覺得很快樂(反)	28 (16.6)	46 (27.2)	81 (47.9)	14 (8.3)	1.51 (.869)
13.我說話比平常少	60 (35.5)	87 (51.5)	18 (10.7)	4 (2.4)	.80 (.728)
14.我覺得很孤單寂寞	59 (34.9)	88 (52.1)	20 (11.8)	2 (1.2)	.80 (.699)
15.我覺得人人都不友善	85 (50.3)	73 (43.2)	11 (6.5)	0 (0)	.55 (.621)
16.我覺得很享受人生(反)	19 (11.2)	42 (24.9)	82 (48.5)	26 (15.4)	1.71 (.875)
17.我曾經哭泣過	45 (26.6)	84 (49.7)	34 (20.1)	6 (3.6)	1.00 (.800)
18.我覺得很悲哀	70 (41.4)	73 (43.2)	22 (13.0)	4 (2.4)	.74 (.768)
19.我覺得別人不喜歡我	76 (45.0)	76 (45.0)	16 (9.5)	1 (0.6)	.63 (.673)
20.我提不起勁來做任何事	54 (32.0)	98 (58.0)	17 (10.1)	0 (0)	.76 (.613)
憂鬱量表總分					19.50 (9.93)

#### (四)社會資源應用

本研究將 37 項社會資源列表，讓澎湖地區認知障礙症照顧者勾選其使用過的社會資源，並選擇其最滿意以及其最不滿意的選項。在樣本數 148 份中，使用最多的社會資源為失智症門診共 89 人；身心障礙手冊申請 70 人；居家照顧服務 64 人；外籍看護工 60 人 (表 4-1)；相對的，使用最少的社會資源為預防走失資源(指紋捺印)4 人；家庭托顧服務 10 人；核發身心障礙專用停車位識別證 8 人(表 4-1)。由表 4-2 顯示澎湖照顧者最滿意的項目前五名是居家照顧服務 22 人；外籍看護工 19 人；日間照顧中心 16 人；失智症門診 10 人；老人餐飲服務 9 人；表 4-4 顯示澎湖地區認知障礙證照顧者認為社會資源不符合需求的照顧者有 68.3% ，

但同時對社會資源持著正面態度，不想過多批評，多表示沒有不滿意的社會資源項目，而最不滿意的項目前五名是外籍看護工 7 人；失智症門診 6 人；日間照顧中心 3 人；居家照顧服務 3 人；身心障礙手冊申請 3 人 (表 4-3)。從表 4-6 得知沒有使用社會資源的主要因為「不知道有這些服務資源可使用」約 29 人，佔 19.6%；「運作方式不符合需求」約 21 人，佔 14.2%。從表 4-5 可看出澎湖地區認知障礙照顧者未使用但卻想使用前五名項目為喘息服務 29 人；失智症老人團體家屋 28 人；失智症家屬支持團體 25 人；失智症養護護理機構 24 人；居家護理 24 人；家庭托顧服務 24 人，由此顯示澎湖地區認知障礙照顧者認為暫時的休息和壓力的釋放是目前最需要的社會資源，而陳(2011)表支持網路資源不足會影響到照顧者壓力，若能增加這方面社會資源或可舒緩其壓力，同時也驗證了 Novak and Guest(1989)表示若照顧者負荷分數超過 36 分，則需要更多的喘息及其他服務。從表 4-6 顯示澎湖地區認知障礙症照顧者沒有使用社會資源的原因依序：不知道有哪些服務資源可使用共 29 人，佔 19.6%；次之，運作方式不符合需求共 21 人，佔 14.2%。訪談過程中，照顧者常常表示他們無法有效的得知有哪些社會資源是可以使用，而受訪者中使用較多社會資源的照顧者表示，得知可用社會資源的來源是台灣大型醫學中心的出院準備服務護理師，因此筆者認為若要有有效的使照顧者使用社會資源，若加強澎湖地區相關醫院對於相關疾病照顧者之相關衛教或有助於照顧者能及早知道可使用的資源有哪些，早點為照顧生活作規劃，以有效運用社會資源降低其照顧壓力。再者，照顧者也提到有時也很想使用社會資源，但卻發現其使用方法是無法貼近照顧者真正的需求，如照顧者提到在申請社會資源的過程冗長並繁雜，若非專業人員不容易理解並單獨申請；同時也提到倘若照顧者真正遇到困難的時候，社會資源並不會有效的協助困難，如喘息服務的申請時間過於長且沒有機動性，若因家庭臨時有事需要社會資源的臨時介入是沒有辦法的，且照顧者認為真正需要社會資源的時後，通常是臨時、突發的，而現今的社會資源並無法有效協助照顧者這些臨時性的需求問題。

表 4-1 社會資源使用情形

使用項目	已使用	未使用	總和
失智症諮詢專線	19	129	148
失智症相關網站	33	115	148
※失智症門診	89	59	148
失智症家屬支持團體	14	134	148
預防走失資源(愛心手鍊)	38	110	148
△預防走失資源(指紋捺印)	4	144	148
輕度失智健康促進服務—瑞智學堂	6	142	148
日間照顧中心	41	107	148
失智症養護護理機構	15	133	148
失智症老人團體家屋	2	146	148
※外籍看護工	60	88	148



※居家照顧服務	64	84	148
居家護理	32	116	148
△家庭托顧服務	10	138	148
社區及居家復健	8	140	148
老人餐飲服務	51	97	148
輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	28	120	148
喘息服務	26	122	148
交通接送服務(復康巴士)	50	98	148
法律諮詢資源	2	146	148
※身心障礙手冊申請	70	78	148
中低收入老人生活津貼	15	133	148
中低收入老人特別照顧津貼	6	142	148
國民年金	20	128	148
托育養護費用補助	6	142	148
個別化專業服務(個案管理服務)	1	147	148
中低收入醫療(含住院看護費用)補助	2	146	148
低收入戶健保費補助	11	137	148
中低收入老人修繕住屋補助	2	146	148
社會保險自付保費補助	3	145	148
身心障礙者租賃房屋租金補助	2	146	148
△核發身心障礙專用停車位識別證	8	140	148
搭乘國內公共交通工具半價或全免	32	116	148
稅額減免	16	132	148
進入風景區、康樂場所或文教設施半價或全免優待	13	135	148
公益彩卷經銷商之申請	0	148	148
重大傷病卡申請	19	129	148

Ps.※使用最多的項目；△使用最少的項目

表 4-2 社會資源滿意項目統計

社會資源項目	人數	排名
居家照顧服務	22	1
外籍看護工	19	2
日間照顧中心	16	3
失智症門診	10	4
老人餐飲服務	9	5
預防走失資源(愛心手鍊)	8	6
居家護理	7	7

交通接送服務(復康巴士)	6	8
輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	5	9
身心障礙手冊申請	5	9
搭乘國內公共交通工具半價或全免	5	9
失智症相關網站	4	12
國民年金	4	12
失智症養護護理機構	2	14
喘息服務	2	14
稅額減免	2	14
社區及居家復健	1	17

表 4-3 社會資源不滿意項目統計

社會資源項目	人數	排名
外籍看護工	7	1
失智症門診	6	2
日間照顧中心	3	3
居家照顧服務	3	3
身心障礙手冊申請	3	3
老人餐飲服務	2	6
交通接送服務(復康巴士)	2	6
中低收入老人生活津貼	2	6
失智症諮詢專線	1	9
失智症家屬支持團體	1	9
預防走失資源(指紋捺印)	1	9
家庭托顧服務	1	9
輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	1	9
喘息服務	1	9
國民年金	1	9
進入風景區、康樂場所或文教設施半價或全免優待	1	9
重大傷病卡申請	1	9

表 4-4 社會資源是否有滿足需求

	人數	百分比(%)
滿足需求	46	31.1
不滿足需求	102	68.9

表 4-5 想要使用的社會資源

使用項目	人數	排名
喘息服務	29	1
失智症老人團體家屋	28	2

失智症家屬支持團體	25	3
失智症養護護理機構	24	4
居家護理	24	4
家庭托顧服務	24	4
日間照顧中心	23	7
輕度失智健康促進服務—瑞智學堂	22	8
個別化專業服務(個案管理服務)	22	8
失智症諮詢專線	21	10
居家照顧服務	21	10
預防走失資源(指紋捺印)	20	12
輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	17	13
社會保險自付保費補助	16	14
預防走失資源(愛心手鍊)	15	15
社區及居家復健	15	15
交通接送服務(復康巴士)	14	17
中低收入老人特別照顧津貼	14	17
托育養護費用補助	14	17
稅額減免	14	17
失智症門診	12	21
中低收入醫療(含住院看護費用)補助	12	21
身心障礙者租賃房屋租金補助	12	21
失智症相關網站	8	24
外籍看護工	8	24
老人餐飲服務	8	24
法律諮詢資源	8	24
中低收入老人生活津貼	7	28
搭乘國內公共交通工具半價或全免	7	28
公益彩卷經銷商之申請	7	28
中低收入老人修繕住屋補助	6	31
重大傷病卡申請	6	31
國民年金	4	33
進入風景區、康樂場所或文教設施半價或全免優待	4	33
身心障礙手冊申請	3	35
低收入戶健保費補助	3	35
核發身心障礙專用停車位識別證	3	35

表 4-6 沒有使用社會資源的原因

原因	人數	百分比(%)
----	----	--------

知道有社會資源，但沒有意願使用	11	7.4
不知道有哪些社會資源可以使用	29	19.6
社會資源的運作方式不符合需求	21	14.2
考慮經濟因素	8	5.4
其他原因	3	2.0
總和	148	100

### 第三節 認知障礙症家庭照顧者之人口學變項、家庭功能、照顧壓力、憂鬱指數 與社會資源相關性

#### (一)人口學變項與照顧者壓力關係

在研究 148 樣本中，筆者使用皮爾森相關係數檢驗人口學變項和照顧者壓力之間的相關性。表 5-1 顯示照顧者壓力與女性( $r = .226, p < .05$ )、未申請看護工( $r = .194, p < .05$ )、自覺身心健康狀態越差( $r = .377, p < .001$ )有顯著的正相關；而教育程度( $r = -.289, p < .001$ )、家庭平均月收入( $r = .164, p < .05$ )、與被照顧者同住( $r = -.264, p < .01$ )這些變項與照顧者壓力有顯著的負相關。在人口學變項與照顧者的迴歸分析中，對照顧者壓力負荷最有解釋力的是自覺身心健康狀態( $Beta = .307, p < .01$ )，其次是申請看護工( $Beta = .185, p < .05$ ) (見表 5-2)。根據上述顯示若能夠有效的注意照顧者自身的健康狀況，將可有效的降低照顧者壓力，多篇研究顯示照顧者壓力受生理與心理健康狀況影響(陳，2011；Imaiso, Txukasaki, & Okoshi, 2012；Tanrverdi & Ekinci, 2012)，吳(2011)在其研究中也提出若有外籍看護工協助失智症照顧者，將可分擔其壓力，其次若能夠在社會資源中提供人力供照顧者使用，亦將降低照顧者壓力，顯見若能夠在社會資源中提供人力供照顧者使用，亦將降低照顧者壓力。

表 5-1 人口學變項與照顧者相關性

	性別		教育程度		照顧者平均月收入		看護工申請		自覺身心健康狀態		與被照顧者同住	
	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性
照顧者負荷	.226**	.006	-.289***	.000	-.164*	.047	.194*	.018	.377***	.000	-.214**	.009

Ps. 1. \*顯著水準 $<0.05$  2.\*\*顯著水準 $<0.01$  3.\*\*\*顯著水準 $<0.001$

表 5-2 照顧者負荷與人口學變項迴歸分析

	Beta 分配	t	顯著性
(常數)		4.277	.000

性別	.179	2.386	.018
是否有申請看護工	.185	1.965	.051
自覺身心健康狀態	.307	3.544	.001

依變數：照顧者壓力負荷

### (二)人口學變項與憂鬱指數相關性

表 6-1 顯示在研究樣本 148 份中，筆者使用皮爾森相關係數檢驗人口學變項與憂鬱指數的相關性，表 7-1 顯示女性( $r=.261, p<.01$ )、沒有申請看護工( $r=.175, p<.05$ )、自覺身心健康狀況變糟( $r=.286, p<.001$ )與憂鬱指數有著強烈的正相關；但教育程度較低( $r=-.228, p<.01$ )、有申請金錢補助( $r=-.233, p<.01$ )與憂鬱指數有著強烈的負相關。在人口學變項與照顧者憂鬱指數回歸分析中，對憂鬱指數最有解釋力的變項為性別( $Beta=.221, p<.01$ ) (見表 6-2)，其次自覺身心健康狀態( $Beta=.193, p<.05$ )。由上述可知，若能加強教育並提升照顧者健康狀態，將可有效降低照顧者憂鬱指數，而吳(2011)也提到這群被稱為「隱形的病人」的照顧者，其壓力與身心健康有絕對被關心和介入必要，可藉由失智症患者問題及精神行為的心理衛生教育，提高其對於控制沮喪想法和應付失智症自我表現，降低照顧者的憂鬱程度。

表 7-1 人口學變項與憂鬱指數皮爾森關係系數

	性別		教育程度		金錢補助申請		看護工申請		自覺身心健康狀態	
	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性	Pear-son 相關	顯著性
憂鬱指數	.261**	.001	-.228**	.005	-.233**	.006	.175*	.033	.286**	.000

Ps. 1. \*顯著水準 $<0.05$  2.\*\*顯著水準 $<0.01$  3.\*\*\*顯著水準 $<0.001$

表 7-2 人口學變項與憂鬱指數回歸分析

	Beta 分配	t	顯著性
(常數)		1.060	.291
性別	.221	2.859	.005
教育程度	-.049	-.537	.592
自覺身心健康狀態	.193	2.270	.025

依變數：憂鬱指數量表

### (三)家庭功能、憂鬱指數、照顧者壓力負荷、社會資源相關性

表 7-1 顯示在研究 148 樣本中，憂鬱與家庭功能呈現顯著負相關( $r=-.453, p<.001$ )，而與社會資源呈顯著正相關( $r=.207, p<.05$ )；照顧者壓力與憂鬱( $r=.747, p<.001$ )呈現正相關，而與家庭功能呈顯著負相關( $r=-.396, p<.001$ )，但社會資源

卻和與照顧者壓力負荷無顯著相關(表 7-2)。在照顧者壓力負荷與家庭功能、憂鬱、社會資源回歸分析中顯示對於照顧者壓力最有解釋力為憂鬱(Beta=.726,  $p<.001$ )，而其餘的因素都無顯著性(表 7-3)。而筆者將有相關性的影響因素家庭功能、憂鬱、自覺身心健康狀況、性別、申請看護工與照顧者壓力迴歸分析後，顯示對照顧者壓力最有解釋力為憂鬱(Beta=.646,  $p<.001$ )，其次為自覺身心健康狀態(Beta=.171,  $p<.01$ )(表 7-4)。

表 7-1 家庭功能、社會資源與憂鬱相關性

家庭功能量表	憂鬱指數	
	Pearson 相關	顯著性
	-.453***	.000
社會資源	.207*	.012

Ps. 1. \*顯著水準 $<0.05$  2.\*\*顯著水準 $<0.01$  3.\*\*\*顯著水準 $<0.001$

表 7-2 家庭功能、社會資源、憂鬱指數與照顧者負荷相關性

家庭功能	照顧者負荷	
	Pearson 相關	顯著性
	-.396***	.000
憂鬱指數	.747***	.000
社會資源	.100	.227

Ps. 1. \*顯著水準 $<0.05$  2.\*\*顯著水準 $<0.01$  3.\*\*\*顯著水準 $<0.001$

表 7-3 照顧者負荷與家庭功能、憂鬱、社會資源的回歸分析

	Beta 分配	t	顯著性
(常數)		12.698	.000
家庭功能	-.073	-1.189	.237
憂鬱	.726	11.579	.000
社會資源	-.057	-1.021	.309

表 7-4 家庭功能、憂鬱、教育程度、自覺身心健康狀態

	Beta 分配	t	顯著性
(常數)		6.503	.000
家庭功能	-.072	-1.186	.237
憂鬱	.646	9.961	.000
性別	-.027	-.481	.631
自覺身心健康狀態	.171	3.053	.003
是否申請看護工	.073	1.335	.184

依變數：照顧者負荷

## 第五章 結論與建議

本研究以量性研究探討認知障礙症家庭照顧者家庭功能、憂鬱程度、照顧負荷與社會資源的關係，以問卷填答方式蒐集資料，共分析 149 位認知障礙症其家庭照顧者之基本資料、家庭功能量表、照顧負荷量表、憂鬱量表、社會資源等研

究資料，並以 IBM SPSS Statistics 20 統計軟體進行資料分析，獲得研究結果，且針對研究結果進行討論。本章節將對研究結果與討論的發現進行整理與分析，本章共分三節：第一節為結論、第二節為研究限制、第三節為建議。

### 第一節 結論

(一)澎湖地區照顧者以女性為主，佔 76.4%，多集中於 41-60 歲之間的已婚壯年期人口，其教育程度多為高中及大學，其收入多為 2-5 萬元之間，而在照顧者身分以父(母)女(子)及公婆/媳婿關係為主，有超過五成的照顧者與被照顧者同住，照顧時間多以 4~8 小時為主。而在訪談過程中也得知，澎湖地區照顧者的鄰居有超過五成並不清楚什麼是認知障礙症，且僅有少數的鄰居，照顧者認為其能夠及時提供協助。照顧者大多為有父母、孩童需要照顧的壯年人，薪資普遍不高，鄰居也無法提供協助，由此可見照顧者僅能依賴自身財力或政府提供的社會資源來照顧被照顧者。

(二)在影響在澎湖地區認知障礙症照顧者憂鬱方面，其認知障礙症照顧者憂鬱平均分數為 19.50 分，相較於台灣照顧者憂鬱平均分數的 11.3 分 (Tomita,etal.,2010)，足足超過了 8 分多；且有 62.8%的照顧者有憂鬱症狀，可見澎湖地區照顧者之憂鬱程度是非常高的。在人口學變項中影響照顧者憂鬱程度的人口學變項為性別，其次為自覺身心健康狀況。另外，澎湖地區認知障礙照顧者有 54%的家庭功能是有障礙的，其所欠缺的家庭功能為適應度，顯示若照顧者面臨困難時，家人無法協助解決問題，必須由照顧者獨自面對。而統計上亦顯示照顧者的憂鬱情形與其家庭功能呈負相關。

(三)在照顧者社會資源方面，跟劇本研究結果顯示，澎湖地區使用最多的社會資源為門診、身心障礙手冊申請、外籍看護工、居家照護服務；當中最滿意的為居家照顧服務、外籍看護工、日間照顧中心；最不滿意為外籍看護工、門診、日間照顧中心。研究中也發現申請看護工將可降低照顧者憂鬱指數，然而因外籍看護工的素質參差不齊，使得照顧者的評價呈兩極化。另外發現未申請外籍看護工者多為低收入戶，因此聘請外籍看護工的需求是否會因經濟負擔而被迫減少，導致其憂鬱指數提升，進而影響照顧壓力是值得探索的課題。

在訪談的過程中，發現澎湖地區照顧者對於社會資源申請分配具不信任感，認為社會資源多為政治酬庸，因此不大願意申請社會資源。另外，對社會資源的內容、申請程序及時辰多有怨言，甚至不知道何來社會資源。更有 68.9%的照顧者認為現今的社會資源並不符合他們的需求，儘管如此，仍有 53.8%的照顧者透露只要有社會資源可用，他們都會使用。此外，研究顯示照顧者憂鬱指數越高，他們應用的社會資源會越多，但所使用的社會資源卻與其照顧負荷無顯著相關。因此澎湖地區社會資源的應用分配等相關議題，值得進一步探討，找出真正符合澎湖地區認知障礙照顧者的社會資源，對降低澎湖地區照顧者負荷及憂鬱指數應有助益。

(四)在照顧者負荷方面，影響照顧者負荷的人口學變項包括性別、看護工、教育程度、月收入、自覺身心健康狀態、與是否同住有關。而其中最影響照顧者

壓力負荷的為自覺身心健康狀態，其次是性別。而照顧者負荷與家庭功能呈現負相關，與憂鬱症狀呈正相關，然而卻與社會資源沒有顯著相關性。最能夠影響照顧者負荷的因素為憂鬱，其次為自覺身心健康狀態。而照顧者憂鬱的影響因子為教育程度，受大學教育較多的族群憂鬱傾向較低，這顯示在資訊較不發達、民風保守的偏鄉地區，教育對認知障礙照顧者的舒緩憂鬱情緒應有正面影響。

## 第二節 研究限制

本研究知結果，可對認知障礙症照顧者壓力、家庭功能、憂鬱、社會資源之間關聯性影響有進一步的瞭解，但礙於時間以及人力所限，因此，研究仍有其限制，提出討論如下：

- (一)本研究基於時間、人力及財力之限制，無法發放大量且符合研究對象資格的問卷，可能因此有所偏差。
- (二)澎湖地區民風純樸、保守，且對於認知障礙症有著極深的刻板印象，對於研究人員有著不信任感，因此從醫院門診收案之樣本數極少，並依靠與其熟悉之保險從業人員、社會工作人員、安養機構之照顧服務員收案，收案不易。
- (三)在收案過程中可發現超過五成的照顧者其鄰居並不清楚什麼是認知障礙症，且僅有少數照顧者認為鄰居可以對認知障礙症患者提供及時的協助。澎湖地區民眾對認知障礙症患者的特徵並未普遍性認識；當照顧者遇到困難時，往往無法適時由周遭、社區民眾取得協助，正如認知障礙照顧者所述，若有困難時，無法及時取得資源協助其解決突發的照顧問題，也因此對於認知障礙症的不確定感和在照顧過程中的孤立無援，使照顧者對於外界有著疏離感，使得收案更加困難。

## 第三節 建議

針對研究結果，提出以下建議：

- (一)由於許多研究的受訪者主要都是以主要照顧者為主，忽略了主要照顧者家人在照顧工作所扮演的角色，以致大多數研究鎖定在主要照顧者一人身上，鮮少去探究主要照顧者家人在照顧過程的功能與角色，未來的研究可針對此做更深入的追蹤與分析。
- (二)澎湖地區認知障礙照顧者家庭功能不佳，尤其面對困難時缺乏支援，且偏鄉地區，經濟負擔較重，因此建議澎湖地區未來多培養居家照服員人力，且建立穩定流動率的機制，讓所訓練的居家照服員人力能夠留在工作崗位，提供照顧者於家中的人力支援。或可透過產學合作，加強產學合作，建構產學系統。並鼓勵當地大學成立長照相關系所，使人才在地化，減少人力流動率。
- (三)建議政府機構在村里地區多舉辦關於認知障礙症病患病徵及相處方式的教育研習及召開病友會，加強澎湖地區民眾對於認知障礙症患者的瞭解程度和照顧者有互相交流、分享經驗、蒐集資源的平台。
- (四)建議澎湖地區醫院或政府機關成立長期關懷計畫，對於新收案之認知障礙



患者照顧者給予照顧相關衛教，及可使用之社會資源介紹，且與社區村里幹事結合；對於已收案之認知障礙患者，定期電話探訪照顧者，瞭解照顧者需求並提醒回診時間，並以簡訊告知新增社會資源及詢問社會資源使用狀況。定期檢討社會資源使用情形，並調查照顧者需求滿意度，以增減所提供的社會資源項目，減少浪費，以提升社會資源應用效能。

(五)加強政府與民眾信任感，增加申請程序的透明度，主動協助有需求者申請，並盡量簡化申請手續，成立媒合平台、溝通管道，並加強協助平台之使用，並加強社會資源應用效果稽核，並考慮改變社工人員計薪方式，建立績效獎金制度，以獎勵社工人員和傾向不願外人打擾之照顧者接觸，並協助他們申請社會資源，作為醫院與照顧者之橋梁。

### 參考資料

內政部(2015)。2015年戶籍登記現住人口數【原始數據】。取自

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>

王宣雅(2008)。主照顧者因照顧失智症引發需要之質性研究(未出版之碩士論文)。亞洲大學長期照顧研究所，台中市。

中華民國醫師公會全國聯合會(2014)。2014年台灣地區職業醫師·醫療機構統計【原始數據】。取自 <http://www.tma.tw/stats/stater.asp>

石芬芬、賴德仁(2010)。探討精神科、神經內科失智症患者及照顧者之求助行為。99年中山醫學大學校內研究計畫。

台灣失智症協會(2009)。照護資源。取自

[http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/care\\_mapsearch.html](http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/care_mapsearch.html)

田曉齡(2005)。獨居老人福利輸送認知、使用情形、滿意度及其影響因素之探討--以澎湖縣為例(碩士論文)。取自

<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/95849010346948303258>

余正麗(2011)。社區獨居老人健康狀況與社會資源利用之探討(碩士論文)。

取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/60754533547930155858>

李佳苓、劉立凡、陳淑馨、林綉君(2014)。探討照顧管理服務成效與主要照顧者照顧負荷之相關研究。護理雜誌，61(1)，64-73。doi:10.6224/JN.61.1.64

李宗派(2000)。探討社會資源之開發與管理原則。社區發展季刊，89，53-61。

李宜瑄(2015)。城鄉差距與可避免住院之相關性研究(碩士論文)。取自

<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/03069485291556908360>

吳伊凡(2004)。醫療資源可近性對個人醫療利用的影響—台灣地區的實證研究(碩士論文)。取自 <http://ir.lib.ncu.edu.tw/handle/987654321/12611>

吳念儒(2011)。不同關係種類失智症家庭照顧者的自我效能、情緒性社會支持和憂鬱症狀之關係研究。碩士論文。天主教輔仁大學醫學院臨床心理學

系。

- 林敬程(2000)。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/32901989112842799542>
- 林曉凌、呂碧鴻(2000)。如何進行家庭功能評估。《當代醫學》，321，536-540。
- 徐詩琳(2014)。失智長者家庭照顧者照顧因應發展歷程之研究(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/88182510528599660474>
- 高淑芳、盧孳艷、葉淑惠、劉雪娥(1999)。探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係。《護理研究》，7(2)，172-182。
- 陳正芬、吳淑瓊(2006)。家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。《人口學刊》，32，83-121。
- 陳宜婷(2011)。失智老人家庭照顧者使用居家服務經驗之初探(碩士論文)。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/20242351456261058377>
- 國家發展委員會(2014)。中華民國人口推計(103至150年)【原始數據】。取自 <http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/20242351456261058377>
- 黃斯聖(2008)。老年失智症之照顧者的負荷及憂鬱的相關因素探討(未出版之碩士論文)。中山醫學大學，台中市。
- 楊雅嵐(2006)。老幼兼顧之經驗初探:以兼顧失能配偶與年幼孫兒的女性照顧者為例(碩士論文)。取自 <http://nccur.lib.nccu.edu.tw/handle/140.119/34642>
- 衛生福利部(2014)。中華民國102年老人狀況調查報告。台北市:衛生福利部。
- 衛生福利部統計處(2015)。2015年身心障礙者人數【原始數據】。取自 [http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4198](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4198)
- 衛生福利部統計處(2015)。2015年老人服務【原始數據】。取自 [http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4181](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4181)
- 澎湖縣政府主計處(2015)。2014年度澎湖縣人口結構概況分析【原始數據】。取自 [http://www.penghu.gov.tw/accounting/home.jsp?mserno=201110140003&serno=201201050004&contlink=ap/unitdata\\_view.jsp&dataserno=201510110001](http://www.penghu.gov.tw/accounting/home.jsp?mserno=201110140003&serno=201201050004&contlink=ap/unitdata_view.jsp&dataserno=201510110001)
- 澎湖縣長期照顧管理中心(2013)。服務項目。取自 <http://www.penghu.gov.tw/phchb/ch/home.jsp?mserno=201211220002&serno=201111020008&contlink=content/01introL00.jsp>
- 蔡漢賢主編(1980)。《志願服務的理論與實施》。台北:中華民國社區發展研究訓練中心。
- 盧怡吟(2013)。重大外傷住院病人之醫療資源使用分析—以南部某醫學中心為

- 例(碩士論文)。取自  
<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/25666867999328483030>
- 蕭仔伶(2010)。以家庭為對象之護理過程。取自  
[file:///C:/Users/user/Downloads/981-2%E3%80%81%E4%BB%A5%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E7%82%BA%E5%B0%8D%E8%B1%A1%E4%B9%8B%E8%AD%B7%E7%90%86%E9%81%8E%E7%A8%8B%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/981-2%E3%80%81%E4%BB%A5%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E7%82%BA%E5%B0%8D%E8%B1%A1%E4%B9%8B%E8%AD%B7%E7%90%86%E9%81%8E%E7%A8%8B%20(1).pdf)
- 謝瓊慧(2004)。社區老年婦女的健康狀況、家庭功能、與生活品質之相關性探討(碩士論文)。取自  
<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/87795938716588118491>
- 顏雯君(2011)。失能老人主要照顧者照顧壓力及幸福感之相關研究-韌力調節作用(碩士論文)。取自  
<http://handle.ncl.edu.tw/11296/ndltd/60041019428693906357>
- Almeida, K., Leite, M., & Hildebrandt, L. (2009). Alzheimer's family caregivers: literature review. *Revista Eletronica De Enfermagem, 11*(2), 403-412.
- Bruce, D. G., & Paterson, A. (2000). Barriers to community support for the dementia carer: a qualitative study. *International Journal Of Geriatric Psychiatry, 15*(5), 451-457. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(200005)15:5<451::AID-GPS143>3.0.CO;2-K
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review, 62*(3), 340-350.
- Chou, K R, Lin, J.C.,& Chu, H.(2002). The Reliability and Validity of the Chinese Version of the Caregiver Burden Inventory. *Nursing Research, 51*(5), 324-331.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of general internal medicine, 18*(12), 1006-1014.
- Dawood, E. (2007). Dementia caregiving: impact of location of residence on stress, coping, social support and health. *Dementia Caregiving*.
- Eri, H., Masakazu, W., Yumiko, A., Ryuji, S., Mitsuru, M., & Toshikazu, S. (2013). Depression among Family Caregivers of Patients with Dementia Attending to Psychiatric Dispensary in Northern Japan. *International Medical Journal, 20*(1), 9-12.

- Érsek, K., Kovács, T., Wimo, A., Kárpati, K., Brodszky, V., Péntek, M., . . . Gulácsi, L. (2010). Costs of dementia in Hungary. *Journal of Nutrition, Health and Aging, 14*(8), 633-639. doi:10.1007/s12603-010-0309-1
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(8), 423-428.
- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyrieux, A., Sadowska, A., & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life - the dementia carer's survey. *International Journal Of Geriatric Psychiatry, 23*(5), 546-551
- Horner, B., Jiwa, M., Cuesta-Briand, B., Fyfe, K., & Osborne, A. (2012). Proactive primary care of carers of people with cognitive impairment: a feasibility study. *Quality In Primary Care, 20*(6), 415-420.
- Huizing, A. R., Berghmans, R. L. P., Widdershoven, G. A. M., & Verhey, F. R. J. (2006). Do caregivers' experiences correspond with the concerns raised in the literature? Ethical issues relating to anti-dementia drugs. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(9), 869-875. doi:10.1002/gps.1576
- Imaiso, J., Tsukasaki, K., & Okoshi, F. (2012). Differences in Home-based Family Caregiving Appraisal for Caregivers of the Elderly in Rural and Urban Japanese Communities. *Journal Of Community Health Nursing, 29*(1), 25-38. doi:10.1080/07370016.2012.645733
- Kaakinen, J.R., Hanson, S. M. H., & Denham, S. A. (2010). *Family health nursing: Theory, practice and research*(4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Davis.
- Karlawish, J. H. T., Casarett, D., Klocinski, J., & Clark, C. M. (2001). The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(8), 1066-1070. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49210.x
- Kim, J., Shin, I., Jeong, S., Gormley, N., & Yoon, J. (2002). Predictors of institutionalization in patients with dementia in Korea. *International Journal Of Geriatric Psychiatry, 17*(2), 101-106.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *New York: Springer.* Liuyi, Z., & Jingping, Z. (2012). Care burdens of family members of stoma patients and nursing progress on it. *Chinese Nursing Research, 26*(11A), 2892-2894.

- Lyness, J. M., Noel, T. K., Cox, C., King, D.A., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med*, 157(4),449-454.
- Meiland, F. J., Danse, J. A., Wendte, J. F., Klazinga, N. S., & Gunning-Schepers, L. J. (2001). Caring for relatives with dementia--caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in The Netherlands. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 29(2), 113-121.
- Novak, M., & Guest, C.I.(1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29(6), 798-803.
- Ornstein, K., & Gaugler, J. E. (2012). The problem with “problem behaviors”: a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient–caregiver dyad. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1536-1552.
- Pilgrim, D., & Bentall.R.(1999). The medicalisation of misery: a critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*,8(3),261-274.
- Powazki, R. D. & Walsh, D. (2002) Family distress in palliative medicine: A pilot study of the family APGAR scale. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(6), 392-396.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. and Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's and Dementia*, 9, 63-75.
- Quinn, C.,L. Clare and B. Woods(2009).’ The Impact of the Quality of Relationship on the Experiences and Well-Being of Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review’, *Aging and Mental Health*, 13(2): 143-154
- Sege's Medical Dictionary. (2011). Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+resource>
- Smilkstein, G. (1982). Validity and reliability of family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.
- Sosa-Ortiz, A. L., Acosta-Castillo, I., & Prince, M. J. (2012). Epidemiology of Dementias and Alzheimer’s Disease. *Archives of Medical Research*, 43(8), 600-608. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.arcmed.2012.11.003
- Tanriverdi, D., & Ekinici, M. (2012). The effect psychoeducation intervention has on

the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey.  
*International Journal Of Nursing Practice*, 18(3), 281-288. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02033.x

Tomita, M.R., Lee, K-F., Sarang, A., Lee, K.S., Russ, L. S & Noe, M.

(2010). Psychological Health of Primary Caregivers of Home-Based Older Adults With Dementia in India, Taiwan, and the United States. *Topics in Geriatric Rehabilitation Caring for the Aged: International Perspectives January/March*, 26(1), 17-31.

Torti, F. J., 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 And Associated Disorders*, 18(2), 99-109.

Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M., & Winblad, B. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's and Dementia*, 9(1), 1-11. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.006

Wipa, S., Songwathana, P., & Suwanmanee, M. (2014). Predicting Factors of Care Burden Among Caregivers of Assault Victims of the Unrest in Southern Border Provinces of Thailand. *Journal Of Trauma Nursing*, 21(4), 194-198. doi:10.1097/JTN.0000000000000057