

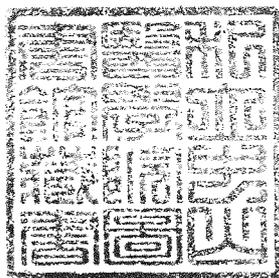
F
008.8
7>±8

中山醫學院醫學研究所碩士論文
Master Thesis, Institute of Medicine,
Chung Shan Medical and Dental College

指導教授：胡月娟 副教授
李孟智 副教授

住院中風病人主要照顧者負荷及其相關因素
之探討

The Primary Caregivers' Burden of Stroke Patients at
Hospital and Its Related Factors.



研究生：劉 春 年(Chun-Nein Liou)撰

中華民國八十五年一月
January, 1996

中山醫學院圖書館



C034331

本論文為中山醫學院授予以理學碩士學位之必備條件之一，
經中山醫學院醫學研究所碩士論文考試委員會審查合格及
口試通過。

口試委員

中山醫學院護理系副教授

郭碧照 副教授

郭碧照

中山醫學院醫學系副教授
(論文共同指導教授)

李孟智 副教授

李孟智

中山醫學院醫學護理系兼任副教授
(論文指導教授)

胡月娟 副教授

胡月娟

中華民國八十五年一月

學生劉春年論文題目為住院中風病人主要照顧者
負荷及其相關因素之探討，其論文已經中山醫學
院醫學研究所碩士論文考試委員會審查合格及口
試通過，並由其指導教授核閱後無誤。

指導教授：胡月娟 副教授

簽名：胡 月 娟

李孟智 副教授

簽名：李 孟 智

中華民國 85 年 2 月 26 日

誌 謝

對於有機會再念研究所，心存感念。若非系上郭碧照主任的一再激勵，我可能早已沒有勇氣，再參加研究所考試，雖然多波折，最後終能進入研究所，體會另一段不同的學習。這當中 Seminar 使我印象最深刻，非常感謝生理科張振隆主任、徐志誠、郭東益、杜小玲老師在每次文獻看不懂，十萬火急求救時，他們總熱切的指導我，讓我壓力減輕了許多。每到考試時，臨時報佛腳，總是求助娟妙同學、金秋學妹，若非她們兩位在課業上的指導與協助，我的學習過程可能會更艱辛。

本論文得以完成最要感謝的是指導教授胡月娟老師、李孟智老師，在兩位老師悉心、不厭其煩的指導使得論文得以更為完善。也謝謝護理系郭碧照主任在百忙中，擔任口試委員對論文提供寶貴意見。另感謝為本論文問卷作專家效度的心理輔導室王慶福主任、家庭醫學科呂宗學醫師、護理系袁素娟老師及台中榮總社會工作部門秦燕組長。統計分析上諸多協助及指導的林豐裕老師、中山醫院內科七樓、復健醫院護理同仁及參與本研究的個案及家屬們、護理系所有老師的精神支持及鼓勵，在此一併致上由衷的謝意。

更感激老公堯生和寶貝佑錚在生活上的配合，尤其寶貝佑錚總在我念書時，乖乖的坐在旁邊塗鴨，偶爾充當媽咪的小聽眾，可愛的模樣讓媽咪感到很窩心。

也謝謝大弟衛儒在電腦編寫上的協助，二弟衛宗不時打電話關心，當兵的小弟衛錦，一籬筐講不完的笑話，疏解我緊張的情緒。最要感激含辛茹苦養育我的爸爸、媽媽；念書其間，老爸擔心我的健康，總是托弟弟們帶來各種補品，謝謝老爸的愛心；唯一遺憾的是過世的媽媽無法與我分享這一切，想念她。

謹以此碩士論文獻給我最心愛的家人。

摘 要

本研究旨在了解住院中風病人主要照顧者負荷情形,並探討其影響因素。研究採結構式問卷、立意取樣,於民國 82 年 12 月至 83 年 5 月間,對中部某教學醫院及復健醫院之 94 位住院中風病人主要照顧者,施以問卷調查。

研究結果如下:住院中風病人主要照顧者的負荷以社交負荷最大,其次為心理負荷、身體負荷;最感負荷之前三項分別為「沒有自己的時間」、「睡眠受影響」、「與家人相處時間減少」。

與主要照顧者身體負荷有關之變項為:病人性別、病人日常生活依賴程度、病人負向行為、主要照顧者年齡、教育程度、照顧天數、對健康滿意程度、對中風認知、與病人互動情形、經濟負擔感受、支持系統、家庭功能。與心理負荷有關之變項為:病人負向行為、主要照顧者照顧天數、健康滿意程度、與病人互動情形、支持系統、家庭功能。與社交負荷有關的變項為:主要照顧者性別。

經由逐步迴歸結果,身體負荷的重要預測變項為:病人負向行為、主要照顧者教育程度、健康滿意程度、與病人互動情形、經濟負擔感受五個變項,其解釋量為 50.2%。心理負荷的重要預測變項為:病人負向行為、主要照顧者健康滿意程度、主要照顧者照顧天數三個變項,其解釋量為 41.3% 藉由此研究結果的呈現,提供臨床護理人員參考,重視住院期間主要照顧者的各層面負荷,並提供協助及指導,以減輕其壓力感受,使主要照顧者與病人能更正向的一起面對漫長的照顧工作。

關鍵字:住院中風病人、主要照顧者、負荷

ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the primary caregivers' burden in caring stroke patient at hospital and explored the factors which affected those burdens.

Ninety-four participants were interviewed by structured questionnaire which included the Family Apgar Index, support system scale, and caregivers' burden scale.

The greatest burden of caregivers is social burden, the second is psychological burden, and physical burden. The first three burdens are: "no time for myself", "interfering with sleeping", "decreasing of interaction with family".

In results, the related factors of physical burdens included: sex of patient, patients' dependent degree, negative behavior, caregivers' age, education, days of caring, health satisfaction, knowledge of stroke, interaction with patients, financial problem, support system and family function. Negative behaviors of patient, caregivers' health satisfaction, days of caring, interaction with patient, support system, and family function were important factors relative to psychological burdens. Caregivers' sex was the most important factor related to the social burdens.

The regression-analysis of physical burdens explained 50.2% of the variance. Only five independent variables, negative behavior of patient, caregivers' education, health satisfaction, interaction with patients, and financial problem contributed significantly. Regression analysis to predict psychological burdens accounted for 30% of the variance, included three independent variables, negative behavior of patient, caregivers' health satisfaction, and days of caring.

The results found from the current study provide sound information in caring stroke patients and their family with needed assistance.

Key Words: Stroke patient at hospital
Primary caregiver
Burden

目 錄

第壹章	緒論		
	第一節	前言	1
	第二節	研究目的與假設	3
	第三節	文獻探討	5
	第四節	研究架構	19
	第五節	名詞界定	20
第貳章	材料與方法		
	第一節	研究對象	21
	第二節	研究工具	21
	第三節	實施步驟	25
	第四節	資料分析	25
第參章	結果		
	第一節	病人及主要照顧者基本資料	26
	第二節	主要照顧者負荷情形	28
	第三節	主要照顧者負荷情形的相關因素	29
	第四節	各負荷重要預測變項	31
第肆章	討論		32
第伍章	結論與建議		
	第一節	結論	41
	第二節	臨床應用與建議	43
	第三節	研究限制與未來研究之建議	44

參考文獻

表 目 錄

表一、	病人資料	45
表二、	病人日常生活依賴程度、負向行為 得分	46
表三、	主要照顧者資料	47
表四、	主要照顧者對中風的認知與支持程 度得分	49
表五、	支持系統得分情形	50
表六、	主要照顧者負荷情形	51
表七、	主要照顧者各負荷層面得分情形	52
表八、	自變項與主要照顧者負荷之相關 分析	53
表九、	各自變項在身體負荷方面變異數 分析及事後比較	54
表十、	各自變項在心理負荷方面變異數 分析及事後比較	55
表十一、	各自變項在社交負荷方面變異數 分析及事後比較	56
表十二、	主要照顧者負荷之逐步迴歸分析	57

第壹章 緒 論

第一節 前言

由於國內經濟成長迅速，生活普遍豐足，國人的營養攝取量隨之也偏高。因此罹患高血壓、心血管疾病的機率也相對增加，長期血壓高所導致的嚴重疾病——腦中風，會使腦部原有功能受破壞，而致病人日常生活能力減退。由民國八十三年國人的十大死因來看，中風佔第二大死亡原因，死亡率為每十萬人口64.78人(衛生署，1994)。即使有幸存活下來，中風後所產生的功能喪失如：偏癱、大小便失禁等皆會影響病人日常生活自我照顧的獨立性，造成家人照顧上的負擔；再者中風疾患的復健工作是長期性的，在此長期的照顧重擔下，照顧者往往呈現疲憊及社交活動、自我時間受限(Poulshock & Deimiling, 1984)，而使照顧者出現沮喪、憂鬱的感覺(Gabow, 1989)。

當家中有人中風時，誰應是照顧者？這會造成家人相當大的衝突。若是父母其中之一中風，在繁忙的工業社會，子女多半有自己的家庭和工作，照顧工作可能會造成好幾個家庭一起發生改變。若是配偶負起照顧之責，長期以往，配偶也易致身心俱疲。所以護理人員不應只照顧病人，也應照顧他們的家人，如此才是一項完整的照顧(comprehensive care)(于，1991)。

在病人住院期間，醫護人員常著重在病人的疾病照護，而忽略了照顧者的身心支持與需求。倘若能在住院期間對照顧者加以評估，給予適當的情緒疏導及照顧技巧上的協住，應可減輕病人出院後，照顧者因照顧責任而承受的生活衝擊。國內有關住院期間照顧者的相關研究甚少，因此引發筆者著手探討中風病人住院期間主要照顧者在身體、心理、社交方面的負荷情形，並分析其影響因素，以供護理人員在臨床評估主要照顧者負荷情形的參酌。

第二節 研究目的與假設

本研究目的有三項：

- 一. 了解中風病人主要照顧者的負荷情形。
- 二. 探討影響中風病人主要照顧者負荷情形的相關因素。
- 三. 以逐步迴歸方法找出各負荷層面的重要解釋變項。

根據本研究目的，設定研究假設如下：

- 一.“病人的基本資料”與主要照顧者身體負荷無關。
- 二.“病人的基本資料”與主要照顧者心理負荷無關。
- 三.“病人的基本資料”與主要照顧者社交負荷無關。
- 四.“主要照顧者的基本資料”與主要照顧者身體負荷無關。
- 五.“主要照顧者的基本資料”與主要照顧者心理負荷無關。
- 六.“主要照顧者的基本資料”與主要照顧者社交負荷無關。
- 七.“主要照顧者的家庭功能”與主要照顧者身體負荷無關。
- 八.“主要照顧者的家庭功能”與主要照顧者心理負荷無關。
- 九.“主要照顧者的家庭功能”與主要照顧者社交負荷無關。

- 十."主要照顧者的支持系統"與主要照顧者身體負荷無關。
- 十一."主要照顧者的支持系統"與主要照顧者心理負荷無關。
- 十二."主要照顧者的支持系統"與主要照顧者社交負荷無關。

第三節 文獻探討

一. 中風對家庭的影響

Selye(1956)認為壓力是指個體對任何需求所產生的一種非特定性應，不管刺激為何，身體必定會再適應，達內外平衡(李，民78)生活中面臨的壓力源，可分為個人內在的、人際間的、和外環境三方面，當個人在追求基本生物需求的滿足過程中，遭遇到挫折會引起身心反應，甚至牽涉到全身系統的變化。壓力可分為生理壓力及社會心理壓力，在社會心理壓力中，生活改變便是一種壓力，影響所及必須就心理及生理作適度調整。Homes & Rahe(1967)針對生活壓力事件發展出“社會再適應”量表(Social Readjustment Rating Scale)，藉以了解比較各項壓力，其中的數量值，稱為“生活改變單位”(Life Change Unit, LCU)，當生活改變單位愈大，則生活壓力愈大(蘇、卓，民70)。而蘇東平、卓良珍(民，70)將此量表調整為適合台灣所用的“社會再適應”量表，由其表中看出“家屬健康重大改變”的量化平均數為55，若以其分類，家屬健康重大改變為“重要壓力”(50以上)。楊氏(民79)指出，當家中父母罹患慢性病時，兄弟之間的爭吵會增加，最常見如：爭論、責備、敵意，導致家庭成員間和諧改變，可見家中有人生病時，對家屬而言是一種高壓力的生活情境。

慢性病的特徵是它的病理過程是不可逆的，為一永久性的疾病；它可能合併一些殘障，而需要特殊的復建訓練；它更需要長期的監測和照顧(王，民81)。

Corbin & Strauss(1988)形容慢性病的照顧為一”永無止息的工作與照顧”(unending work and care)。Leahey & Wright(1985)提出家庭對慢性病的反應，有以下幾點：
(1)慢性病對家庭所造成的壓力大小是可預測的；
(2)當病患被診斷為某種殘障時此家庭會經歷憂傷及失落的過程；
(3)當慢性病發生時家人需要重新調整他們對彼此的期望。

另一方面，根據”家庭系統理論”(Family System theory)，家庭是互動且互為影響的系統，此系統中任一成員的改變將導致整個家庭系統的衝擊；而疾病是一非預期性壓力事件，此壓力使得成員與家庭系統的成員間、成員與家庭間、家庭與外在環境原有動態平衡發生改變(Black, 1989)，造成家庭成員出現身心症狀或家庭功能出現障礙；可見疾病對家庭而言是一種危機。

二. 主要照顧者負荷之相關研究

根據諸多研究發現主要照顧者在處於長期照顧責任的壓力情況下，會使主要照顧者產生身心方面的反應；且這些人比同年齡無照顧責任者的心理健康情形及社會參與度明顯降低(George and Gwyther, 1986)。照顧責任對主要照顧者日常生活的影響包括個人時間的干擾、精力的影響、隱私和社交活動的影響與負荷(Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)。也由於對日常生活影響很大，導致將近95%的中風病人主要照顧者會有生活形態的改變(Mary & Barbara, 1993)。Ruth(1992)的研究發現：照顧責任易讓主要照顧者產生無力感(powerlessness)，諸多研究也指出主要照顧者的反應大多是負向的如：重擔感覺、壓力等(Baines, 1984; Montgomery et al, 1985)；而這些壓力源會降低主要照顧者的幸福感(well-being)(Chiriboga, Weiler, & Nielsen, 1990)。

中風病人主要照顧者的負荷，大致可分為身體、心理、社交三層面，下面就針對此三層面來做討論。

(一) 身體方面

根據學者對20位中風病人主要照顧者的調查(Mary & Babara, 1993)，發現有55 %的主要照顧者會有飲食和營養攝取改變，45 %會有運動時間、習慣的影響，有30%表示“較少時間或根本沒有時間想到自己”。同時睡眠亦會受干擾、身體感覺疲倦、身體健康變差(McLean, Roper, Mayer & Main, 1991)，而個人的健康情況則會直接影響到壓力調適的能力(Pruchno & Resch, 1989)。

(二)心理方面

主要照顧者會有“失落”的感覺如：時間的失落、愛與被愛的失落；面對失落，主要照顧者會表現出哀傷、憂鬱、孤獨與隔離(Gabow, 1989)。此外也會感到緊張、壓力(Montgomery et al, 1985)，及生氣、沮喪等現象(Lawton, Kleban, Moss, Rovine & Glicksman, 1989; Poulshock & Demiling, 1984)。

(三)社交方面

主要照顧者由於照顧角色的出現，使每日活動必須重新調整，而減少其原有的活動(Skaff & Pearlin, 1992)。針對20位中風病人主要照顧者研究，發現有65%的主要照顧者休閒活動上有改變，而45%的人有社交活動參與程度的改變，原因是“沒有時間”或“現在不能離開”(Mary & Babara, 1993)；由於參與程度的降低導致主要照顧者產生社交隔離的感覺(Hill, 1990; Pallett, 1987; Poulshock & Demiling, 1984)。同時照顧責任使主要照顧者與其它家人相處時間減少，使得主要照顧者無法兼顧其它角色，導致家庭互動改變及角色衝突(Pallett, 1990)；更甚者，主要照顧者感覺他本身和病人被其家人所拋棄而使家庭關係處於壓力狀況中(Barbara, Manfred, Clare, Sharon & Charles, 1990)。

三. 影響中風病人主要照顧者負荷之因素

(一) 病人因素

1. 年齡

Given, Stommel, Collin, King, & Given(1990) 指出病人的年齡可預測主要照顧者的負向經驗, Robinson(1983)的研究亦證實病人年齡與照顧病中親人的壓力呈現正相關; 因此病人年齡愈大, 主要照顧者的負荷愈強烈。

2. 性別

Worcester & Quayhagenu(1983)的研究指出當主要照顧者在照顧女性病人家屬時, 滿意度高於照顧男性病人家屬; 亦即照顧女性病人家屬比照顧男性病人家屬其主要照顧者的反應較好。然而 Barbara(1990) 等人卻認為病人的性別與主要照顧者所經歷的困擾無關; 因此, 此一影響因素有待進一步做探討。

3. 負向行為

受照顧者的負向行為如: 叫喊、咒罵、哭泣會影響到主要照顧者反應及負荷情形(Barbara et al, 1990); Deimling&Bass(1986), Pearson, Verms & Nellett(1988) 指出病人的負向行為是主要照顧者負荷的重要變項。

4. 日常生活依賴程度

病人日常生活依賴程度可預測主要照顧者的負荷情形(Kosberg, Cairl & Keller, 1990)，及主要照顧者的負向經驗與對角色責任的看法(Given et al, 1990)；劉氏(民81)的研究證實當病人的自我照顧能力愈差，主要照顧者的主觀負荷愈強烈；邱氏(民77)在對中風病人主要照顧者所作的研究發現：病人的依賴程度與主要照顧者負荷的關係為正相關。其它相關結果有病人身體功能缺失愈高，照顧者的緊張程度愈大(Deimling & Bass, 1986; Zarit, Todd & Zarit, 1986)，經歷的壓力愈強烈{Robinson, 1983)，且其情緒、健康亦較差(Drinka, Smith & Drinka, 1987)；因此，病人日常生活依賴程度的確與主要照顧者的負荷有關。

(二) 主要照顧者因素：

1. 年齡

諸多文獻指出，主要照顧者的年紀大多在50歲以上(Barusch & Spaid, 1989; Cox, Parson, and Kimboko 1988; Seltzer, Lvry, and Litchfield, 1987)。馬偕醫院(民79)的研究中，有61%的主要照顧是由年齡50歲以上的中老年人擔任，此現象在

Montgomery & Borgatta(1989) , 邱氏(民77)等人的研究中得到證實。邱氏(民77)的研究結果發現主要照顧者的年齡與其身體、心理、社會總負荷得分無顯著差異或相關；但Robinson(1983)卻發現年齡越大的主要照顧者,所經歷的壓力程度反而越輕；Blick & Peck(1987)發現年老的主要照顧者,通常健康不佳體力差,導致壓力大,故主要照顧者年齡對其負荷程度的影響值得做進一步的探討。

2. 性別及與病人關係

Silliman(1986)曾指出主要照顧者大多是女性；在邱氏(民77)的研究中女性主要照顧者佔73%，馬偕醫院(民79)的研究中佔63%，且大多是病人的配偶(Brody, 1985；邱, 民77)或子女(劉, 民81)。

Stevenson (1990)進一步研究顯示男性主要照顧者佔少數，他們經驗到較少的負向反應，而女性主要照顧者所表現的憂鬱症狀較男性多，與Fitting, Rabins, Lucas, & Eastham(1986)；Gilhooly (1984) 等人的研究結果相同。此外主要照顧者若為子女時，女兒自覺的壓力程度大於兒子，故而本研究亦納入討論。

3. 婚姻狀況

羅氏(民79)對主要照顧者的研究發現：主要照顧者的婚姻狀況與照顧病人的負荷上有顯著差異；即已婚者比未婚者壓力大，可能因已婚者除照顧病人外，還需兼顧家裡其他人及工作，負荷相對較多，因此本研究亦加以探討。

4. 工作影響

Horowitz & Dobrof(1982) 指出主要照顧者會因照顧責任而導致工作角色受衝擊；再者，照顧責任會限制主要照顧者的就業能力(Lawton et al, 1989; Mattew, Werkner & Delaney, 1989)。

5. 與病人互動情形

主要照顧者對病人的照顧感受，與二者之間互動的好壞有關；過去關係愈不和諧、不愉快、或具衝突性的，則主要照顧者會有較大的情緒壓力(emotional distress)(徐，民78；Pallett, 1990；Ruth, 1992)。當主要照顧者自覺彼此互動情況愈不滿意，則主要照顧者照顧病中親人的主觀負擔越強烈(劉，民81)；Greene & Monaham(1989)；吳氏等人(民80)的研究結果也指出：主要照顧者很多的壓力和問題都與主要照顧者過去與病患的情感好壞有很大關係，如果情感很好，較能安於照顧的工作；或者照顧角色是自願的，主要照顧者會較忍耐，且較少情緒衝突(Given, Given, Collins, & King, 1988b；Morris, Morris, & Ritton, 1988)。

6. 身體健康情形

文獻指出大多數的主要照顧者健康情形都很好 [Montgomery & Borgatta, 1989)；亦有研究指出崩潰與主要照顧者身體狀況改變有關，原因可能是超過主要照顧者所能接受之範圍(Ross&Beall, 1986)，而健康情形變差導致主要照顧者心理方面壓力在 Given, Collins & Given(1988a)，Young &

Kahana(1989)，邱氏(民77)，楊氏(民79)等人的研究中皆有發現，因此主要照顧者的身體健康情形是一值得探討的影響變項。

7. 照顧天數、時數

Virginia, Jane, & Lou(1988) 的研究結果顯示：照顧天數與主要照顧者的心理壓力、沮喪有關。而 Horowitz&Dobrof(1982)，Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath(1989)指出與主要照顧者壓力反應有關的因素包括：每天照顧時數。有些專家學者的研究證實照顧時間愈長時，照顧者壓力愈輕 (Townsend, Noielker, Deimling & Bass, 1989; Zarit et al, 1986);然而Pratt, Wright & Schmall(1987) 卻認為照顧時間長短與照顧壓力無關。

8. 經濟負擔

當家屬扮演照顧者角色時，會導致經濟上的困難 (Silliman, 1986; Given et al, 1988b)，而湯氏(民81)的研究結果顯示自覺經濟狀況困難之主要照顧者，其所承受的負荷較重。

9. 對中風認知

湯氏(民81)認為增加照顧者對疾病的了解很重要，不但有助降低照顧者負荷，還可提升照顧品質。

Hill(1990)；Kahan & Staples(1985)；

Miller & Eisdorfer(1989)指出疾病知識的獲得，及可利用的知識來源是降低照顧者負荷及憂鬱的重要變項。

(三). 支持系統

Thoits(1982)認為社會支持為個人的基本社會需要，可經由與他人互動而獲得滿足；Thomposon(1987)指出照顧慢性病患者的照顧者除了要學會照顧病人的技巧，更需要鼓勵、支持及適度的喘息機會，否則經年累月下來必會崩潰；Belle(1982)則認為支持系統是指來自他人的情緒與實質的幫助，這些協助對減輕壓力有助益。

個人的基本需要包括情感、讚賞、歸屬、認同及安全感；這些需要可經由“情感支持”或“工具性支持”的提供而獲得滿足。情感支持如：重要關係人的情感、了解、尊重；工具性支持如：協助減輕家庭或工作上的責任、提供訊息。邱氏(民77)對70位中風病人主要照顧者所作的調查發現，有三分之二主要照顧者希望獲得協助，其主要項目依序：照顧病人的技巧、分擔照顧的工作以及獲得短暫的休息。吳氏(民80)的研究中將支持系統分為人力支持、精神支持、物質支持、訊息支持四部份，同時發現主要照顧者支持系統與其負荷有顯著相關，而湯氏(民81)研究中的支持系統包括情緒支持、工具支持、資訊支持三部份，研究結果也顯示社會支持足夠度與主要照顧者負荷呈有意義的負相關。Zarit, Orr & Zarit在1985年提出的照顧者負荷模式指出：如果主要照顧者能感受到家人及其他人對他的支持，覺得自己作的是有價值的事，或甚至有更多的家人能投入照顧的工作，那麼主要照顧者的壓力和重擔感覺會減少。根據學者對23

位主要照顧者所作的研究中發現，家庭支持與情緒的調適有正相關，且可降低負荷 (Scott, Roberto & Hutton, 1986)。此結果在許多研究中亦獲得證實，Babara 等人(1990)發現有義意的情感和工具性的支持對於“感覺被家人遺棄”的感受會有所改善；同時由家庭成員以外所得的社會支持及協助越多，其承受的心理壓力越小 (Virginia et al, 1988)，與其相似結果者有 Clipp & Geirge(1990)研究發現照顧者負荷較重者，較多覺得社會支持不足。由此可見支持系統對主要照顧者照顧感受而言是一重要之影響變項，值得加以探討。

(四). 家庭功能

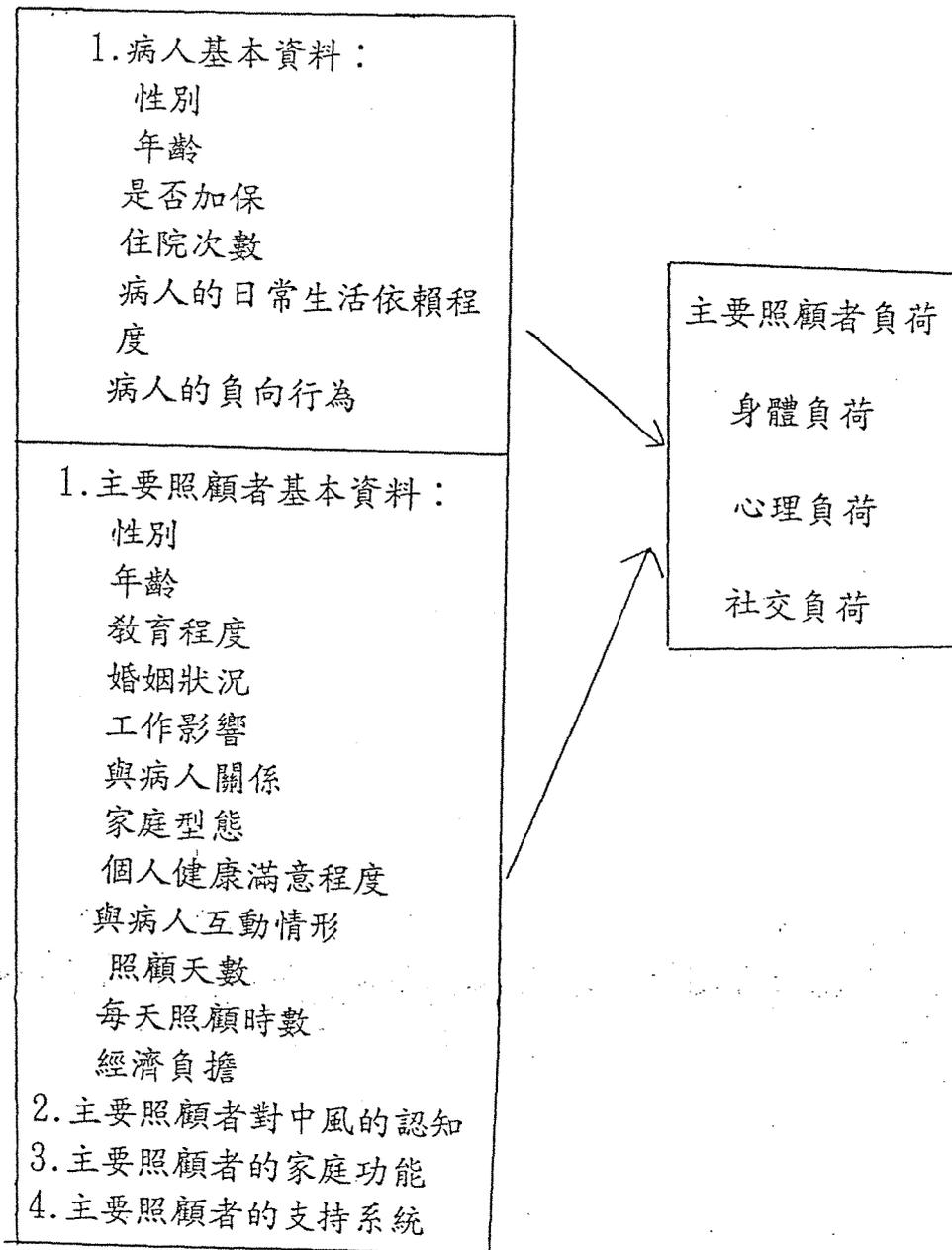
Smilkstein(1978)曾提出家庭功能週期模式，強調社會心理層面恆常穩定(homeostasis)之機轉來自於壓力和資源間的平衡。王氏[民 81]指出：每個家庭有其獨特應付壓力的機轉，當家庭面對慢性病時，其家庭功能運作情形，是護理人員必須深入探討的。當家庭裡的一份子生病時可能引起家庭角色的調整、功能的改變，甚至家庭的破裂(杜,蔡,民 76)；而負擔大部份照顧責任的主要照顧者不是活在真空狀態，圍繞他們周遭的任何人、事、物都會增加或減除他們的壓；尤其是家人間互動，更影響到照顧者的照顧品質與感受(鄭,民 81)。杜氏與蔡氏(民 76)提出當家中有成員罹患需長期照顧的慢性病時，其家庭功能及互動關係是一重要影響因素；Pallett(1990)研究結果顯示家庭關係品質與主要照顧者反應有顯著相關。而在湯氏(民 81)對主要照顧者的訪談過程中發現”家庭功能”會影響主要照顧者的負荷感受，而建議未來研究可加以探討，因此，本研究將此一變項納入討論範圍。

有關家庭功能評估方面較廣為人引用的是“APGAR”家庭功能評估表；由被評估者以其主觀感受評估其家庭功能，其評估項目為：

1. 家庭面臨危機或壓力時，是否有內在資源可運用以解決問題的情形
2. 家庭成員對決策權與責任的分享情形
3. 家庭成員能否經由相互支持而達到生理心理的成熟和自我實現情形
4. 家庭成員間相互關愛的情形
5. 家人彼此共享時間、空間的情形

第四節 研究架構

由文獻探討中得知,影響主要照顧者負荷因素很多,本研究經由文獻整理、臨床觀察,及個人經驗擬出研究架構如下:



圖一. 住院中風病人主要照顧者負荷之研究架構

第五節 名詞界定

- 一. 住院中風病人：指因腦血管出血或梗塞所致正常功能受損，住院二週以上者。
- 二. 主要照顧者：指照顧者中，每星期照顧 5 天以上，每天照顧時數至少 8 小時之承擔大部份照顧工作之家人。
- 三. 負荷：照顧者因照顧責任所引起之身體、心理、社交活動影響及重擔感受。負荷又分為下列三層面：身體負荷乃指睡眠、疾病症狀、體力等改變程度；心理負荷為工作壓力感受、無助、鬱悶、緊張、過度要求、發脾氣的程度；社交負荷則指沒有自己的時間、無法兼顧家人、與家人相處時間減少、社會隔離、休閒活動、原有計劃的影響程度。

第貳章材料與方法

第一節 研究對象

本研究採立意取樣(purposive sampling)，以中部某教學醫院及復健醫院之住院中風病人主要照顧者為研究對象，以結構式問卷進行調查，共取得問卷 94 份。

第二節 研究工具

本研究屬調查性研究，研究工具為研究者參考文獻及臨床實際護理經驗，並詢問專家意見所製成之結構式問卷。於初稿擬定後，分別請護理專家、心理專家、家庭醫師及社會工作者進行問卷內容效度評估，並以 15 位主要照顧者預試後，予以修正定案。

本研究問卷內容包括：病人基本資料、日常生活依賴程度、負向行為、照顧者基本資料、對中風的認知、家庭功能、支持系統、照顧者負荷情形。

量表內容分別說明如下：

- (一). 病人日常生活(ADL)依賴程度--以 Katz 1970 年所編定 ADL ，評估病人在進食、清潔、穿衣、如廁、活動、排泄自制力六方面的依賴程度，分成“完全依賴”、“部份依賴”、“完全獨立”三個依賴程度；研究者予以量化給予 2分、1分、0分；分數愈高者表示依賴程度愈大。量表再測信度(r值)為0.95;Cronbach's Alpha 值為0.92。
- (二). 負向行為研究者經由文獻查證，並以開放式問卷詢問中風病人照顧者15人觀察病人出現的負向情緒表現，以最常出現的六個症狀 定義為“負向行為”。有抱怨、叫喊、咒罵、沉默、哭泣、不合作等行為，共6題，答案為“有”、“無”，再與量化分別給予 1分、0分共計 6分；得分愈高者，表負向行為愈嚴重。量表再測信度(r值)為 0.80;Cronbach's Alpha 值為 0.54。
- (三). 對中風認知指照顧者對“中風”疾病的認識及照顧中風病人的技巧與態度，共 10 題 。答對者給 1分，答錯者給 0分，總分 0-10分；分數愈高者表示對中風認知愈好，量表再測信度(r值)為 0.85 ;Cronbach's Alpha 值為 0.64。

(四). 家庭功能評估乃採 1978 年由 Smilkstein 所創之 "APGAR 家庭功能評估表" (Family Apar Index), 以 "適應度" (adaptation)、"合作度" (partnership)、"成長度" (growth)、"情感" (affection)、"親密度" (resolve) 五項指標, 有效評估家庭功能; 答案有 "經常"、"有時"、"幾乎很少", 分別給 2 分、1 分、0 分計算, 總分範圍 0-10 分。分數在 7-10 分者為功能正常之家庭; 4-6 分者為家庭功能中度障礙; 0-3 分者為重度家庭功能不足。量表再測信度 (r 值) 為 0.90; Cronbach's Alpha 值為 0.80。

(五). 支持系統主要根據吳氏 (民 80), 邱氏 (民 77), 楊氏 (民 79) 等人之研究結果中的支持系統部份修編而成共 9 題, 分別為:

人力支持 3 題: 包括有人可以幫病人作運動、有人可以陪病人聊天、有人可以過夜幫忙照顧病人。

精神支持 3 題: 包括有人傾聽、有人打電話表示關心、有人可幫忙出主意。

訊息支持 3 題: 有人會提供照顧病人的技巧、有人提供照顧的相關知識、有人分享類似照顧經驗。

答 "經常有" 者給 2 分, 答 "偶爾有" 者給 1 分, 答 "沒有" 者給 0 分; 總得分愈高 表獲得支持程度愈大。量表再測信度 (r 值) 為 0.92; Cronbach's Alpha 值為 0.81。

(六).照顧者負荷情形參考吳氏(民 80)、邱氏(民 77)、Poulshock & Deimling (1984)、Robinson(1983)、等人的文獻修訂而成；內容包括身體、心理、社交活動三方面。身體方面 7 題，心理方面 6 題，社交活動方面 6 題；分為“總是有此感覺”、“時常有此感覺”、“有時有此感覺”、“很少有此感覺”、“從沒如此感覺”；分別給予 4 分、3 分、2 分、1 分、0 分，分數愈高表示因照顧責任所產生之各方面負荷情形愈嚴重。身體負荷、心理負荷、社交負荷各量表再測信度(r 值)分別為 0.93,0.95,0.93; Cronbach's Alpha 值分別為 0.82、0.85、0.84。

第三節 實施步驟

本研究在中部某復健醫院及某教學醫院之腦神經內科病房進行調查。在研究開始前，筆者與兩單位之護理部及病房溝通，說明研究目的後再取得病人及家屬同意於 82 年 12 月至 83 年 5 月間進行問卷調查，每份問卷由筆者親自訪談，以病人住院至少兩週，每週照顧五天以上且每天照顧時數達八小時以上之主要照顧者進行問卷調查；共訪談 94 位主要照顧者。

第四節 資料分析

本研究以 SPSS 及 SAS 套裝統計軟體進行資料分析方式如下：

1. 病人、主要照顧者基本資料以人數、百分比表示。
2. 以 One-way ANOVA 探討類別變項對各負荷的影響，再以薛費氏事後比較分析檢定其差異。
3. 以 Pearson 積差相關探討連續變項對各負荷的影響。
4. 以逐步迴歸找出各負荷之重要預測變項。
5. 本研究之統計顯著水準以 $\alpha=0.05$ 為標準。

第參章 結 果

第一節 病人及主要照顧者基本資料

本研究共收集了 94 位中風病人的主要照顧者，經過統計分析得到以下結果，分別從病人資料，主要照顧者資料，主要照顧者負荷情形，影響主要照顧者負荷之相關因素及各負荷重要預測變項等部份，逐一詳細分析如下：

1. 病人資料

從表一中得知：男性病患與女性病患人數相近；病患平均年齡 63.27 歲。

保險方面，有保險者居多，佔 81.9%，平均住院次數 1.53 次(表一)。

病患日常生活依賴程度平均得分為 8.36；負向行為平均得分為 1.89(表二)。

2. 主要照顧者資料

主要照顧者中以女性居多，佔 64.9%；平均年齡 43.37 歲；教育程度以小學畢業居多，佔 26.6%，其次為國中畢業者，佔 21.3%。婚姻狀況，其中 77 人已婚，佔 81.9%，未婚者 15 人，佔 16%。主要照顧者以配偶為主佔 34%，其次為媳婦佔 24.5%。樣本中以折衷家庭居多，有 45 人佔 47.9%。主要

照顧者對健康滿意程度，以普通居多，佔46.8%。工作影響方面有37.2%原本就沒工作，改變或失業者佔62.8%。與病人互動情形，有72.3%主要照顧者認為尚可。而經濟負擔方面，大多數主要照顧者(63.8%)沒有經濟負擔感受。每日平均照顧時數18.31小時。平均照顧日數47.12天。家庭功能方面，功能正常者佔44.7%，其次為中度障礙者，佔40.7%(表三)。

有關中風認知得分，最高分為10分，最低分為4分，平均值為8.75。

支持系統部份，在人力支持部份平均得分為3.11。在情緒支持部份，平均得分為3.67。而在訊息支持方面平均得分為2.28(表四)。

若以單項得分來看，主要照顧者所獲得較多支持之前三項，依順序為：有人可以過夜幫忙照顧病人、遇到麻煩時有人可以幫你出主意、有人了解你照顧病人的感覺常常來探望或打電話安慰你、遇到麻煩或沮喪時有人會聽你傾訴。而最少獲得支持的為：有人與你分享照顧經驗、有人提供你照顧病人的技巧(表五)。

第二節 主要照顧者負荷情形

由表六得知主要照顧者在身體負荷部份平均得分為8.70。在心理負荷部份平均得分為9.79。在社交負荷部份平均得分為11.93。

主要照顧者負荷情形，由平均值可知，社交負荷最大，其次為心理、身體負荷。

若以負荷度(平均值/滿分*100%)來比較三方面的負荷輕重，則發現主要照顧者在社交及心理方面負荷較重，而在身體負荷方面較輕。

若以單項得分來看，在身體方面，以“照顧病人導致睡眠受影響”及“因照顧病人而感到疲累”二項平均得分較高，表負荷較重。

在心理方面，以“因照顧病人使我處於緊張狀態”及“因照顧病人同時還有其他工作使我壓力很大”二項平均得分較高，表負荷較重。

在社交方面，主要照顧者的負荷感受，以“因照顧病人以致沒有自己的時間”及“因照顧病人以致和家人相處時間減少”二項平均得分較高，表負荷較重。

再以整體負荷來看，感受負荷較重的前三項，分別為：“沒有自己的時間”、“睡眠受影響”、“與家人相處的時間減少”(表七)。

第三節 主要照顧者負荷情形的相關因素

等距變項部份以Pearson積差相關找出其相關性。類別變項部份先以One -Way ANOVA找出其有明顯差異時，再以薛費氏事後分析找出其組間差異。

(一)影響主要照顧者身體負荷的相關因素

由研究結果顯示，病人日常生活依賴程度、負向行為與主要照顧者身體負荷呈明顯的正相關。主要照顧者年齡、照顧天數與其身體負荷呈現顯著正相關，而主要照顧者對中風認知、獲得人力支持、情緒支持、訊息支持程度與其身體負荷呈顯著負相關(表八)。

病人性別不同在主要照顧者身體負荷上有差異，且男性大於女性，同時主要照顧者不同教育程度其身體負荷有所差異，經由事後分析發現，不識字者其身體負荷高於專科及大學以上者；健康滿意程度不滿意者其身體負荷明顯高於普通者、滿意者，且普通者也比滿意者高。與病人互動很好者其身體負荷明顯低於關係尚可者。有經濟負擔感受者其身體負荷明顯高於無經濟負擔感受者；而家庭功能對身體負荷有顯著影響，經由事後分析發現，家庭功能中度障礙者其身體負荷高於家庭功能正常者，家庭功能重度障礙者高於功能正常者(表九)。

(二)影響主要照顧者心理負荷情形的相關因素

由研究結果發現，病人負向行為與主要照顧者心理負荷有明顯的正相關。

主要照顧者照顧天數與其心理負荷有顯著正相關，而其人力支持、情緒支持、訊息支持程度與其心理負荷呈顯著負相關(表八)。

主要照顧者健康滿意程度、與病人互動情形、家庭功能對其心理負荷有顯著影響；經事後分析發現主要照顧者對健康不滿意者其心理負荷明顯高於對自身健康滿意者，與病人互動很好者其心理負荷明顯低於互動尚好者；而家庭功能中度障礙者、重度障礙者其心理負荷明顯高於家庭功能正常者(表十)。

(三)影響主要照顧者社交負荷情形的相關因素

由研究結果顯示，主要照顧者性別對其社交負荷有影響，女性主要照顧者的社交負荷明顯高於男性的主要照顧者(表十一)。



第四節 各負荷重要預測變項

經由逐步迴歸發現：

身體負荷的預測變項有主要照顧者健康滿意度、病人負向行為、與病人互動

情形、經濟負擔感受、主要照顧者教育程度等五個變項，其解釋量為50.2%。

心理負荷預測變項有病人負向行為、主要照顧者健康滿意程度、主要照顧者照顧天數三項，其解釋量為41.3%(表十二)。

第肆章 討 論

第一節. 主要照顧者基本資料分析

主要照顧者以女性、配偶居多，其次為媳婦，此可能與傳統上女性肩荷照顧家庭、子女與父母的責任，且女性較細心有關；這與Ross & Beall(1986)、邱氏(民77)、馬偕醫院(民79)、楊氏(民79)、吳氏(民80)、湯氏(民81)、徐氏(民81)、劉氏(民81)等人的研究相同。

家庭型態以折衷家庭居多，大多數主要照顧者原本就沒工作，而亦有近三分之一的照顧者因照顧工作而致停止工作。現今的工商業社會，有生產能力者，均已就業，而當家中有人生病時，照顧責任最先落在原本即無工作者，此外社會型態的轉變，家庭型態以折衷家庭居多，在無足夠人力下，就業者面對家人生病時，不得不放棄工作。

大多數的主要照顧者對個人健康滿意程度為普通至滿意之間，大多數主要照顧者感覺與病人關係普通，也與上述所提諸多研究相同。且其在經濟上感覺負擔者只有少數，原因可能是大多數病人均有加保，政府負擔了大部份的醫療費用，讓主要照顧者在經濟上較無困難的情形。

在家庭功能評估上，主要照顧者中有過半數有家庭功能障礙的情形，這是一個值得注意的現象。中風的後續性照顧目標，在使病患回到家後，家庭可以接續照顧的責任，而主要照顧者亦可得到家庭成員的協助與支持。

因此，護理人員在中風病人入院時，應評量其家庭結構、家庭功能、發展階段，了解疾病對家庭影響程度及因應能力，協助主要照顧者應用家庭及以外之支持系統，以期達到家庭成員角色、功能之再調整。

主要照顧者對中風的認知，平均得分偏高，表示其對中風的認識程度佳，此可能因本研究中主要照顧者平均照顧天數將近一個半月，長時間面對病人，促使主要照顧者需多涉略及尋找疾病相關知識使然。

然而當主要照顧者在執行照顧工作時，卻感覺所獲支持以訊息支持最少，此結果與楊氏(民79)，吳氏(民80)，湯氏(民81)等人的研究發現相同。

可見，主要照顧者雖對疾病有較多的認識，但當真正著手照顧病人時，仍有技巧上的不足及需求，護理人員應重視此一現象。推測原因可能是，中風病人會有程度不一的肢體無力或癱瘓，主要照顧者不像一般疾病之照顧者只有陪伴病人、提醒病人吃藥而已，還需協助病人，下床、肢體活動、翻身甚至換尿布等較困難的工作，若非經專業人員指導或經驗分享實難勝任。

所以在病人住院期間，護理人員應加強主要照顧者照顧經驗和技巧的獲得，研究者認為可由護理人員示教翻身、擦澡、餵食等技巧，並讓家屬回覆示教，適時提出問題，確實執行，或定期舉辦病人家屬聯誼會，使他們能做經驗分享，以提高訊息支持的程度。

第二節. 主要照顧者負荷情形

主要照顧者負荷情形由平均值得知三個層面的負荷程度屬輕度；由單項得分發現，主要照顧者最感負荷的前五項：沒有自己的時間、睡眠受影響、和家人相處的時間減少、處於緊張狀態、感到疲累。此結果與McLean et al(1991)、Montgomery et al(1985)、Pallett(1990)等研究結果一致。且邱氏(民77)對居家中風病人主要照顧者所作的研究結果也發現，最感負荷者為出外旅遊受影響，可見主要照顧者在面對照顧責任時，不論居家或住院其間，其負荷感受最深為時間被佔用的問題，因此主要照顧者生活品質提升的問題應受到重視。

第三節. 影響主要照顧者負荷因素

(一). 身體負荷

1. 病人方面

在照顧男性病人時，主要照顧者感受到的負荷較大，此與Worester與 Quayhagen (1983)所作研究相似，推測其原因可能是男性為權威的象徵，且男性病患通常不善表達其情感與需要，而使主要照顧者在此種情境中面對照顧責任時負荷較大。

病人日常生活依賴程度愈高，主要照顧者的身體負荷愈大，此結果證實了Kosberg (1990)等人所提“病人日常生活依賴程度可預測主要照顧者負荷”的說法。

因病人自我照顧能力愈差時，對主要照顧者體力、時間上的需求愈多，長期體力、時間的消耗，導致主要照顧者有較強烈的負荷感受。因此病人中風後日常生活功能的維持是相當重要的，護理人員可在病人急性期後，有計劃的教導病人及家屬肢體按摩、關節活動等復健運動，以使病人日常生活功能退化程度減到最低。病人負向行為愈嚴重，主要照顧者的身體負荷愈大。推測原因可能是當病人有不合作現象如：拒吃藥、吃飯時，會增加主要照顧者的工作量及時間；長久下來將造成體力的過度消耗，終致生理上出現疲潰現象。因此，當病人出現負向行為時，護理人員若能從旁協助照顧者執行照顧工作，當可減輕照顧者的身體負荷。

2. 主要照顧者方面

主要照顧者年齡愈大其身體負荷愈大，此結果與 Blick與Peck(1987)的研究類似；推測其原因為年紀較大的主要照顧者其體力減退，抑或身體狀況不佳，導致生理上有較大程度的負荷感受。此外當照顧天數愈長時，則睡眠受干擾程度相對增加，而有頭痛、體重減輕、疲累等現象，所以其身體負荷愈大。

對中風認知較好的主要照顧者其身體負荷較輕，與 Kahan和 Staples (1985)所提“知識之獲得是降低照顧者負荷的重要因素”不謀而合。

因為對中風愈了解，比較懂得如何照顧病人，一旦能運用照顧病人的技巧，就會減少不必要的體力浪費及消耗，因此身體負荷較低。故護理人員應重視家屬對中風的了解程度，適時提供正確的疾病知識。

主要照顧者所擁有的支持系統愈多，其身體負荷愈少；可見當主要照顧者支持系統愈多時，能分擔照顧者工作愈多，使主要照顧者能得到短暫休息，有助體力恢復，因此身體負荷感受較少。所以主要照顧者支持網絡的建立是很重要的。

主要照顧者不識字者之身體負荷明顯大於專科以上者，因為不識字之主要照顧者通常年齡都較大，而專科以上的主要照顧者年齡比較低，基本上體力就有明顯不同，所以面對照顧責任時其負荷感受便會有明顯差異。

主要照顧者對健康不滿意者其身體負荷較嚴重。中風病人的照顧工作是長期的體力消耗，此時若主要照顧者健康情況差，再加上沉重的照顧工作，無異是雪上加霜，故身體負荷較嚴重。

主要照顧者與病人關係很好，其身體負荷相對較低，此與Greene和Monahan (1989)的研究結果相同；再者關係良好者，主要照顧者的身體、心理負荷也較輕，此與徐氏(民78)、楊氏(民79)、Pallett(1990)、Ruth(1992)的研究發現一致。此乃因主要照顧者與病人關係良好時，其照顧的意願較高，態度也較主動，因此感受較正向。

主要照顧者感受到經濟負擔時，則其身體負荷較大，此結果與湯氏(民81)的研究發現一致；推測原因可能是主要照顧者除了實際的照顧責任外，還需時時擔心錢不夠，此會增加其憂心程度，以致產生生理上的症狀及負荷感受。

家庭功能正常的主要照顧者，其身體負荷明顯低於家庭功能中度障礙及重度障礙者。因為家庭功能佳者其家人間的互動好；相對能幫主要照顧者分擔一些體力上的工作，所以其身體負荷感受較低。

(二)心理負荷

1.病人方面

病人負向行為愈嚴重，主要照顧者的心理負荷愈大，此結果與 Pearson和Nellett(1988)、Barbara等人(1990)的研究結果相同。根據研究者訪談過程發現，當主要照顧者面對病人出現負向行為如：哭泣、咒罵等情緒不穩情況時，都有一種無力感，不知能為病人做什麼，而使照顧者緊張程度增加，因此病人負向行為愈嚴重，主要照顧者的負荷愈大。所以若能適時輔導病人表達情緒，及協助主要照顧者接受病人負向行為所代表的意義，將有助於減輕主要照顧者因病人負向行為所引發的負荷感受。

2. 主要照顧者方面

主要照顧者照顧天數愈長，心理負荷愈大；印證了Virginia等人(1988)的研究發現“照顧天數與主要照顧者的心理壓力、沮喪有關”。

支持系統愈少者其心理負荷愈強烈，推測原因可能是當主要照顧者支持系統少時，沒有人可聽其傾訴心理感受，或分享經驗，導致心理壓力更大。

主要照顧者對身體健康不滿意者其心理負荷比滿意者大，此結果與邱氏(民77)、楊氏(民79)、Young & Kahana(1989)等人的研究發現一致。因為主要照顧者健康情況差時，照顧工作易超過其所能承受的範圍，而導致壓力增加(Ross & Beall, 1986)。

主要照顧者與病人互動關係很好者，其心理負荷明顯低於互動情形尚可者，此乃因當主要照顧者與病人的情感很好時，較能安於照顧工作，且會較忍耐，故較少情緒衝突(吳，民80; Morris, Morris & Ritton, 1988)。

家庭功能正常的主要照顧者，其心理負荷明顯低於家庭功能中度障礙、重度障礙者。當家庭合作度、成長度、適應度、情感度、親密度差時，主要照顧者由家人互動間得到的關懷、體諒、認同感均較少，以致承受到較重的心理負擔(Pallett, 1990)。

(三) 社交負荷

女性主要照顧者的社交負荷比男性主要照顧者大，此與其他學者所做的研究結果相同 (Gilhooly, 1984; Fitting et al, 1986; Given et al, 1988a; Stevenson, 1990)。因女性主要照顧者有過度角色負荷，如母親、媳婦、妻子、子女等 (Fitting et al, 1986)，在無法兼顧的情形下，導致較多的角色衝突，以致社交負荷較大。

第五章 結論與建議

第一節 結論

經由上述研究結果，獲致住院中風病人主要照顧者的負荷情形結論如下：

- 一. 主要照顧者的負荷情形，以社交負荷最大，其次為心理負荷、身體負荷；若以各項之平均值排序，主要照顧者最感負荷之前五項為：沒有自己的時間、睡眠受影響、和家人相處的時間減少、處於緊張狀態、身體感到疲累。
- 二. 與身體負荷有關的變項--在病人方面有性別，日常生活依賴程度，負向行為三項，在主要照顧者方面有年齡，照顧天數，對中風的認知，支持系統中之人力支持，情緒支持，訊息支持，教育程度，對健康的滿意程度，與病人互動情形，經濟負擔感受，家庭功能等變項。與心理負荷有關的變項--在病人方面有負向行為一項，在主要照顧者方面有照顧天數，人力支持，情緒支持，訊息支持，對健康的滿意程度，與病人互動情形，家庭功能等變項。與社交負荷有關的變項為主要照顧者之性別。

三. 上述各負荷之相關因素, 以逐步迴歸方法, 找出重要解釋變項。

身體負荷方面有主要照顧者對健康的滿意程度, 病人負向行為, 主要照顧者與病人互動情形, 主要照顧者經濟負擔感受, 主要照顧者教育程度等五個變項, 其解釋量為50.2%。

心理負荷方面, 有病人負向行為, 主要照顧者對健康的滿意程度, 主要照顧者照顧天數等三個變項, 其解釋量為41.3%。

第二節 臨床應用與建議

- 一. 護理人員在照顧中風病人時,不只照顧患者本身,也應體會到主要照顧者的負荷感受,重視其需求。更藉由本研究主要照顧者負荷之重要預測變項的呈現,如病人負向行為、主要照顧者健康滿意程度等,護理人員可針對高危險群施行介入及衛教,以其降低其負荷感受,讓病人及主要照顧者能一起面對漫長的照顧工作。
- 二. 家庭功能是一重要影響因素,應在病人住院期間,施行家庭功能評估,若有家庭功能障礙者轉介與社會工作部門,藉由社工人員的家訪輔導,及心理諮詢使家庭能發揮正常的功能。再者居家護理時可以“家庭功能評估表”為一評估工具,有效評估其家庭運作情形,使居家照護範圍能從疾病的照顧擴展到心理層面的照顧。
- 三. 主要照顧者自助團體的成立是重要的,透過團體使他們能抒發情緒,經驗分享,進而互相支持、鼓勵,適應並解決因照顧工作所衍生出來的問題。
- 四. 面對長期照護工作,主要照顧者感受到最大的負荷為“沒有自己的時間”。因此,若能有人力代替者--看護,分擔部份照顧工作,當可使主要照顧者保留些許自己的時間。然而國內看護機構的規範及品質仍未有一客觀標準,看護的養成教育太少,因此類似之“看護訓練學分班”應定期舉辦,以提升看護品質。

第三節

研究限制與未來研究之建議

- 一. 本研究以住院中風病人主要照顧者為樣本，限於時間、人力關係，無法收集其他疾病病人主要照顧者為對照組，因此，往後研究，若能同時比較中風及其他疾病主要照顧者負荷情形，將更能突顯中風病人主要照顧者的壓力感受。
- 二. 本研究以住院病人主要照顧者作初步探討，由於經費限制，樣本數不是很大，往後若能增加樣本數及抽樣醫院，將更能增加其推論性。
- 三. 由於本研究屬初探研究，尚有其他影響因素如醫院環境、設備等，未納入探討，進一步研究可深入探討”環境改變”與主要照顧者負荷間的關係。
- 四. 研究中負向行為、對中風認知兩部份量表之內在一致性偏低，此二部份量表有待進一步修正。

表一. 病人的基本資料

N=94

變項名稱	人數	百分比	平均值
性別			
男	46	48.9	
女	48	51.1	
年齡			
		63.27	
是否加保			
是	77	81.9	
否	17	18.1	
住院次數			
			1.53

表二.病人日常生活依賴程度、負向行為得分

變項名稱	最高分	最低分	範圍	平均值	標準差
日常生活依賴程度	12	0	0-12	8.36	3.30
負向行為	5	0	0-5	1.89	1.32

表三. 主要照顧者資料

N=94

變項名稱	人數	百分比	平均值
性別			
男	33	35.1	
女	61	64.9	
年齡			43.37
教育程度			
不識字	13	13.8	
小學	25	26.6	
國中	20	21.3	
高中	18	19.1	
專科及大學	18	19.2	
以上			
婚姻狀況			
已婚	77	81.9	
未婚	15	16.0	
寡居	2	2.1	
與病人關係			
配偶	32	34.0	
媳婦	23	24.5	
女兒	14	14.9	
兒子	20	21.3	
兄弟姐妹	1	1.1	
其他	4	4.3	

變項名稱	人數	百分比	平均值
家庭型態			
核心家庭	33	35.1	
折衷家庭	45	47.9	
大家庭	16	17.0	
對個人健康滿意程度			
不滿意	13	13.9	
普通	44	46.8	
滿意	37	39.4	
對工作的影響			
工作停止	33	35.1	
工作改變	26	27.7	
原本沒工作	35	37.2	
與病人互動情形			
尚可	68	72.3	
很好	26	27.7	
經濟負擔			
從沒如此感覺	60	63.8	
有此感覺	34	36.2	
每日照顧時數			18.31
照顧日數			47.12
家庭功能			
功能正常	42	44.7	
中度障礙	38	40.7	
重度障礙	14	14.9	

表四. 主要照顧者對中風的認知與支持程度得分

變項名稱	最高分	最低分	範圍	平均值	標準差
對中風認知	10	4	4-10	8.74	0.14
支持系統					
人力支持	6	0	6	3.11	1.97
情緒支持	6	0	6	3.67	1.60
訊息支持	6	0	6	2.28	1.94

表五、支持系統得分情形

項 目	程 度	經 常 有 N (%)	偶 爾 有 N (%)	沒 有 N (%)	平均值	順 序
有人可以幫病人作運動		23(24.4)	34(36.2)	37(39.4)	0.85	
有人可以陪病人聊天		25(26.6)	42(44.7)	27(28.7)	0.98	4
有人可以過夜幫忙照顧病人		48(51.5)	24(25.5)	22(23.4)	1.28	1
有人了解您照顧病人的感覺 常來探望或打電話來安慰您		39(41.5)	38(40.4)	17(18.1)	1.23	2
遇到麻煩或沮喪時有人會聽 您傾訴		30(31.9)	49(52.1)	15(16.0)	1.16	3
遇到麻煩時有人可以幫您出 主意		42(44.7)	36(38.3)	16(17.0)	1.28	1
有人會提供您照顧病人的 技巧		19(20.2)	32(34.0)	43(45.7)	0.74	
有人會提供您有關中風的 知識		28(29.8)	25(26.6)	41(43.6)	0.86	5
有人會與您分享類似照顧的 經驗		13(13.8)	37(39.4)	44(46.8)	0.67	

表六. 主要照顧者負荷情形

N=94

變項名稱	最高分	最低分	範圍	平均值	標準差	平均值/滿分 *100%
身體負荷	25	0	0-25	8.70	5.48	31.07%
心理負荷	24	0	0-24	9.79	5.28	40.79%
社交負荷	24	0	0-24	11.93	4.75	49.70%

表七. 主要照顧者各負荷層面得分情形

N=94

項 目	平均值	順序
身體負荷		
1. 因為照顧病人使我睡眠受影響	2.38	2
2. 因為照顧病人使我感到疲累	2.22	5
3. 因為照顧病人使我體重減輕	0.95	
4. 因為照顧病人使我體重增加	0.20	
5. 因為照顧病人使我原有急病症狀更嚴重	0.91	
6. 因為照顧病人使我產生頭痛症狀	0.98	
7. 因為照顧病人使我感覺比以前更容易生病	1.05	
心理負荷		
1. 因為照顧病人同時還有其他工作使我覺得壓力很大	2.03	
2. 因為照顧病人使我感覺無助	1.46	
3. 因為照顧病人使我感覺心情鬱悶	1.78	
4. 因為照顧病人使我發脾氣的次數增加	0.77	
5. 因為照顧病人使我處於緊張狀態	2.26	4
6. 因為照顧病人使我感覺被過度要求	1.50	
社交負荷		
1. 因為照顧病人以致於沒有自己的時間	2.40	1
2. 因為照顧病人以致和其他家人相處的時間減少	2.34	3
3. 因為照顧病人使我覺得與社會隔離	1.17	
4. 因為照顧病人影響我原有的計劃	2.05	
5. 因為照顧病人影響我的休閒活動	1.74	
6. 因為照顧病人使我無法兼顧其他家人	2.21	

表八、自變項與主要照顧者負荷之相關分析

變項名稱	身體負荷	心理負荷	社交負荷
病人			
年齡	0.0438	-0.060	-0.0775
住院次數	0.0722	0.1181	-0.169
依賴程度	0.2084 *	0.1985	0.1379
負向行爲	0.4085 ***	0.5199 ***	0.1775
主要照顧者			
年齡	0.3765 ***	0.1463	-0.1242
天數	0.2140 *	0.2837 **	0.1849
時數	0.1394	0.1932	0.1573
中風認知	-0.2385 *	-0.0355	0.0265
人力支持	-0.2947 **	-0.3688 ***	-0.1036
情緒支持	-0.2328 *	-0.2740 **	-0.0950
訊息支持	-0.2557 *	-0.2416 *	-0.1736

表九、各自變項在身體負荷方面變異數分析及事後比較

項 目	組 別	個案數	平均數	標準差	變 異 數 分 析
					Scheffe'事後比較
病人 性別	男	46	10.1304	6.098	F(1,92)=2.54 p<0.05
	女	48	7.3333	4.469	
主要照顧者 教育程度	不識字	13	13.3846	4.0731	F(4,89)=4.6509 p<0.05 事後比較： 不識字/專科及大 學以上
	小學	25	9.6400	4.7511	
	國中	20	7.8000	5.2875	
	高中	18	7.8889	6.4706	
	專科大學以上	18	5.8333	4.2728	
健康滿意程 度	不滿意	13	15.0000	5.1801	F(2,91)=18.8501 P<0.05 事後比較： 不滿意/普通 普通/滿意 不滿意/滿意
	普通	44	9.2045	4.8588	
	滿意	37	5.8919	4.2149	
與病人互動 情形	尚可	68	9.8971	5.5587	F(1,92)=13.2107 P<0.05
	很好	26	5.5769	3.8696	
經濟負擔感 受	沒有如此感覺	60	7.2500	5.2646	F(1,92)=13.1572 P<0.05
	有此感覺	34	11.2647	4.9562	
家庭功能	功能正常	42	6.8571	3.2041	F(2,91)=8.3477 p<0.05 功能正常/中度障礙 功能正常/重度障礙
	中度障礙	38	9.0789	4.4123	
	重度障礙	14	13.2143	4.3522	

表十、各自變項在心理負荷方面變異數分析及事後比較

項 目	組 別	個案數	平均數	標準差	變異數分析
					Scheffe'事後比較
主要照顧者 健康滿意程度	不滿意 普通滿意	13	13.8462	5.2575	F(2,91)=8.1438 P<0.05 事後比較： 不滿意/滿意
		44	10.3636	4.5037	
		37	7.6757	5.2602	
與病人互動 情形	尚可 很好	68	10.5588	5.2756	F(1,92)=5.5020 P<0.05
		26	7.7692	4.8275	
家庭功能	功能正常 中度障礙 重度障礙	42	8.3095	4.5266	F(2,91)=10.2077 p<0.05 事後比較： 功能正常/中度障礙 功能正常/重度障礙
		38	9.5000	4.0073	
		14	15.0000	7.4835	

表十一、各自變項在社交負荷方面的變異數分析及事後比較

項 目	組 別	個案數	平均數	標準差	變 異 數 分 析
					Scheffe'事後比較
主要照顧者 性 別	男	33	10.5758	4.235	F(1,92)=4.2436 p<0.05
	女	61	12.6557	4.892	

表十二. 主要照顧者負荷之逐步迴歸分析 (N=94)

被解釋變項	投入變項順序	迴歸係數	Beta 係數	T 值	決定係數 (R ²)	F 值
身體負荷	主要照顧者健康滿意程度	-2.24	-0.40	-4.88	0.29	38.00
	病人負向行為	1.02	0.25	3.02	0.41	31.68
	主要照顧者與病人互動情形	-0.73	-0.18	-2.24	0.45	24.86
	主要照顧者經濟負擔感受	1.96	0.17	2.16	0.48	20.47
	主要照顧者教育程度	-0.68	-0.17	-2.03	0.50	17.78
	心理負荷	病人負向行為	1.87	0.47	5.70	0.27
主要照顧者健康滿意程度		-1.62	-0.30	-3.63	0.37	27.23
主要照顧者照顧天數		0.01	0.20	2.45	0.41	21.15

參 考 文 獻

書籍

于博芮.(民國 80 年).健康與疾病.護理學導論,p199.匯華圖書出版有限公司.

李孟智.(民國 78 年).家庭醫學與家庭醫業管理,p18.哈佛醫管叢書.

Belle.D.(1982).Live in stress.California:Sage Publications.Inc.

期刊

王文玲.(民國 81 年).與慢性病共存--慢性病患者家庭的需要.護理雜誌,39(3),25-30.

杜明勳、蔡世滋.(民國 76 年).疾病與家庭.臨床醫學,20,460-465.

杜明勳、蔡世滋.(民國 76 年).家庭功能評估.臨床醫學,20,466-471.

邱啓潤.(民國 77 年).居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討.護理雜誌,35(1),69-83.

吳聖良、胡杏佳、姚克明.(民國 80 年).台灣地區居家照護老人主要照顧者負荷情形及其需求之調查研究.公共衛生,18(3),237-247.

徐亞瑛.(民國 78 年).對老年癡呆患者家庭的評估及護理措施.護理雜誌,36(2),25-34.

馬階醫院.(民國 79 年).台北地區居家完全臥床病人主要照顧者的壓力、心態及相關因素.中國時報,一月六日,第十七版.

湯麗玉.(民國 81 年).癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討.護理雜誌,39(3),89-98.

楊珮琪.(民國 79 年).老年癡呆症家屬之壓力與需求探討 .
東海大學社會工作研究所碩士論文.

鄭玲惠.(民國 81 年).癌症對照顧者的影響 .中華民國安
寧照顧基金會會訊.

劉雪娥.(民國 81 年 a).照顧親人之評價的概念.護理雜
誌,39(3),19-23.

衛生署編印.(民國 83 年).中華民國衛生年鑑,P9.

蘇東平、卓良珍.(民國 70 年).生活改變之壓力量化研究
.中華醫誌,28 ;405-415.

羅靜心.(民國 79 年).住院癌症病患家屬的壓力及其因應
策略之探討. 東海大學社會工作研究所碩士論文.

Archbold,P.G.,Stewart,B.J.,Greenlick,M.R., &
Harvath,T.(1989, November).Mutuality and prepared
ness as predictors of caregiver role strain.
Unpublished paper presented at the 41st Annual
Scientific Meeting of the Gerontological Society of
America,San Francisco.

Baines,E.(1984).Caregivers stress in the older
adult.Journal of Community Health Nursing,1(4),
257-263.

Barbara,G.,Manfred,S.,Clare,C.,Sharon,K., &
Charles,W.G.(1990).Responses of elderly spouse
caregivers.Research in Nursing & Health,13,77-85.

Barusch,A.S.,& Spaid,W.M.(1989).Gender differences
in caregiving: Why do wives report greater burden ?
The Gerontologist,29(5),667-676.

Black, R.B. (1989). Challenges for social work as a core profession in cancer services. *Social Work in Health Care*, 14(1), 1-14.

Blick, A.N. & Peck, C.K. (1987). Caring for caregivers of the Elderly: A Group Approach to Families under Stress. Lassner, J., Powell, K., & Finnegan, E. (Eds). *Social Group Work: Competence and values in Practice*. New York.

Brody, E.M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.

Chiriboga, D.P., Weiler, P., & Nielsen, K. (1990). The stress of caregivers. In D.E. Biegel, & A. Blum (Eds), *Aging and caregiving theory, research and policy* (pp. 121-138). Newbury Park, CA: Sage.

Clipp, E.C. & Geirge, L.K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. *Journal Am Geriatr Soc*, 45(3), 102-11.

Corbin, J.M., & Strauss, A. (1988). *Unending Work and Care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Cox, E.O., Parsons, R.J., & Kimboko, P.J. (1988). Social services and intergenerational caregivers: Issues for social work. *Social Work*, 33, 430-434.

Deimling, G.T., & Bass, D.M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *The Gerontologist*, 41(6), 778-784.

Drinka, T.J.K. Smith, J.C. &
Drinka, P.J. (1987). Correlates of depression
and burden for informal caregivers of patients in
a geriatrics referral clinic. *Journal Am Geriatr
Soc*, 35, 522-5.

Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M.J., &
Eastham, J. (1986). Caregivers for dementia patients
: A comparison of husbands and wives. *The Gerontologist*
, 26, 248-252.

Gabow, C. (1989). The impact of Alzheimer's disease on
family caregivers. *Home Healthcare Nurse*, 7(1), 19-21.

George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-
being: A multidimensional examination of family
caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 26(3)
, 253-9.

Gilhooly, M. (1984). The impact of caregiving on
caregivers: Factors associated with the psycholog
ical well-being of people caring for a dementia
relative in the community. *British Journal of Medical
Psychology*, 57, 35-44.

Given, B., Stommel, M., Collin, C., King, S., and
Given, C.W. (1990). Responses of
elderly spouse caregivers. *Research in Nursing &
Health*, 13: 77-85.

Given, C.W. Collins, C.E., and Given, B.A. (1988a).
Sources of stress among families caring for
relatives with Alzheimer's disease. *Nurs Clin North
Am*, 23(1), 69-82.

Given, C.M., Given, B., Collins, C., King, S. (1988b). Development of scales to assess the reactions of caregivers of patients with physical impairments and Alzheimer's disease. Paper presented in Midwest Nursing Research Society, 12th annual conference, Wiceita, Kansas, U.S.A.

Greene, V.L., & Monahan, D.J. (1989). The effect of a support and education program on stress and stress and burden among family caregivers to frail elderly persons. *The Gerontologist*, 29(4), 472-477.

Hill, B. (1990). An application of nursing diagnosis to treat powerlessness in families of the chronically ill/disabled. Presented at conference on ethics in caregivers, Indiana University, Fort Wayne, Oct, 26.

Horowitz, A., & Dobrof, R. (1982). The role of families in providing longterm care to the frail and chronically ill elderly living in the community. Final Report. Health Care Financing Administration. Grant NO.18-p-97541/20-02. New York: Brookdale Center on Aging.

Holmes TH, Rahe RH. (1967). The social readjustment rating scale. *J Psychosom Med*, 11:213-8.

Kahan, J., Kemp, B. & Staples, F.R. et al. (1985). Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness: A control study. *Journal Am Geriatr Soc*, 33(10), 664-9.

Katz S, Downs T, D., Cash H, R., et al. (1970). Progress in the Development of an index of ADL. *The Gerontologist*, 10, 20-30.

Kosberg, J. I., Cairl, R. E., and Keller, D. M. (1990). Components of burden: interventive implications. *The Gerontologist*, 30, 236-242.

Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44(3), 61-71.

Leahey, M., & Wright, L. (1985). Intervening with families with chronic illness. *Family System Medicine*, 3(1), 60-69.

Mary E. P., Barbara D. Ames. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10(4), 252-256.

Mattews, S. H., Werkner, J. E., and Delaney, P. L. (1989). Relative contributions of help by employed and nonemployed sisters to their elderly parents. *Journal of Gerontology*, 1:S36-44.

McLEAN, J., Roper, H., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.

Miller, M., Eisdorfer, C. (1989). A model of caregiver's willingness to provide care. *Caring*, Dec, 10-3

Montgomery, R. J. V., & Borgatta, E. F. (1989). The effects of alternative support strategies on family caregiving. *The Gerontologist*. 29(4). 457-465.

Montgomery, R., Stull, D.E., & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden. *Research on Aging*, 7, 137-152.

Morris, L., Morris, R.G., and Ritton, P.G. (1988): The relationship between marital intimacy, perceived strain and depression in spouse caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Medical Psychology*, 61:231-236.

Pallett, P. (1987). Determinants and effects of stress experienced by caregiving spouses of patients with Alzheimer's dementia. Dissertation, University of Rochester, 1986. *Dissertation Abstracts International*, 47, 3297-8. University Microfilms No. 8621195.

Pallett, P. (1990). A conceptual framework for studying family caregiver burden in Alzheimer's type dementia. *Image*, 22(1), 52-58.

Pearson, J., Verms, S. & Nellett, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. *Gerontologist*, 28(1), 79-8.

Poulshock, S.W. & Deimling, G.T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal Gerontol*, 39(2), 230-239.

Pratt, C., Wright, S., and Schmall, V. (1987). Burden, coping and health status : a comparison of family caregivers to community dwelling and institutionalized Alzheimer's patients. *Gerontological Social Work With Families*, 99-112.

Pruchno, R.A., Resch, N.L. (1989). Husbands and wives as caregivers: antecedents of depression and burden. *Journal Gerontol.*

Robinson, B.C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 3:344-348.

Ross, L.N., & Beall, G.T. (1986). Supports for family caregivers: Opportunities for national organization. *Patterns of progress in aging among national voluntary organizations (III)*. 1-16.

Ruth, D. (1992). Understanding powerlessness in family member caregiver of the chronically ill. *Geriatric Nursing*, March/April, 66-69.

Scott, J.P., Roberto, K.A., & Hutton, J.T. (1986). Families of Alzheimer's victims family support to the caregivers. *American Geriatrics Society*, 34, 348-354.

Seltzer, M.M., Lvry, J., & Litchfield, L.C. (1987). Family members as care managers: Partnership between the formal and informal support network. *The Gerontologist*. 27(6). 722-728.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Company. Silliman, R.A. (1986). Families of elderly stroke patients effects of home care. *Journal of American Geriatric Society*, 34(9), 643-648.

Skaff, M., & Pearlin, L. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *Gerontologist*, 32, 656-664.

Smilkstein, G. (1978). A proposal for a family function test and its use by physician. *J. Fam Pract*, 6:1231-1239.

Stevenson, J. P. (1990). Family stress related to home care of Alzheimer's disease patients and implication for support. *Journal Neurosci Nurs*, 22 (3), 179-88.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal Health Soc Behav*, 23, 145-59.

Thompson, L. E. (1987). When caring is the only cure: Managing the chronically ill patient. *Nursing*, 17(1), 58-59.

Townsend, A., Noielker, L., Deimling, G., and Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychology and Aging*, 4:393-401.

Virginia, B., Jane, S. N., Lou, E. A., Barnes. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research*, 37(4), 217-222.

Worcester, M. I., and Quayhagen, M. P. (1983). Correlates of caregiving satisfaction: prerequisites to elderly home care. *Research in Nursing and Health*, 6:61-67.

Young, R. F., & Kahana, E. (1989). Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain. *The Gerontologist*. 29(5). 660-667.

Zarit, S.H., Orr, N.K., & Zarit, J.M. (1985). The hidden victims of Alzheimer's disease. New York: New York University Press.

Zarit, S.H., Todd, P.A., and Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist*, 3:260-266.

《 授 權 書 》

本人所撰(著) 八十四 學年度第一 學期 中山醫學院 醫學

基礎醫學研究所 碩 士學位論文(論文明稱: 住院中風病人主要照顧者 探討)
頁荷及其相關因素之

之提要 同意 不同意 開放供學術利用。

姓名: 劉春年
立書人: 地址: 台中市五權西六街32巷76號

身分證統一編號: K220205423
聯絡電話: (04) 3750137

中華民國 85 年 1 月 15 日