

科技部補助  
大專學生研究計畫研究成果報告

計畫名稱	失智症合併精神行為症狀(BPSD)之照顧者的精神問題研究
------	------------------------------

執行計畫學生：林哲緯

學生計畫編號：MOST 107-2813-C-040-008-H

研究期間：107年07月01日至108年02月28日止，計8個月

指導教授：王瑋瀚

處理方式：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學心理學系

中華民國 108年03月27日

# 失智症合併精神行為症狀(BPSD)之照顧者的 精神問題研究

## 摘要

現今人口快速老化，失智症盛行率逐年上升，失智症長期照護的議題備顯重要。失智症患者除了有認知功能缺損，可能還會合併精神行為症狀(Behavioral and psychological symptoms of dementia，簡稱 BPSD)，這些症狀不僅影響患者的生活與社交功能，更為照顧者帶來沉重照護負擔與身心壓力，然而過去研究多著重探討照顧者心理壓力或單一精神問題(例如憂鬱或焦慮)，鮮少研究針對 BPSD 照顧者可能存在的(多項)精神症狀進行分析、探討；此外，過去研究者常使用照顧者壓力量表、一般健康問卷或單一精神症狀(即憂鬱或焦慮)量表進行評估，其所涵括的精神病理層面相當有限，難以全面探討照顧者各項可能的潛在精神問題。為改善上述研究限制，本研究採用精神病理涵蓋相對廣泛的症狀檢核表-90 修訂版(Symptom Checklist-90-Revised，簡稱 SCL-90R)，探討失智症合併 BPSD 之照顧者(實驗組)與失智症未合併 BPSD 之照顧者(對照組)在精神行為表現上的差異。研究結果發現實驗組在 SCL-90R 之十項指標得分下的強迫、人際敏感、憂鬱、焦慮、恐懼型焦慮、妄想型意念、精神病質、整體嚴重度上得分皆顯著高於對照組。本研究結果不僅有助瞭解 BPSD 照顧者的精神問題，更對照顧者心理健康促進、預防工作具參考價值。

**關鍵字：**失智症、照顧者、精神行為症狀、症狀檢核表-90 修訂版

## 目錄

(一)	文獻回顧與探討 .....	1
1.	失智症簡介 .....	1
2.	失智症精神行為症狀簡介與相關研究 .....	2
3.	失智症精神行為症狀與照顧者身心健康研究 .....	3
(二)	研究動機與研究問題 .....	4
(三)	研究方法及步驟 .....	5
1.	研究架構 .....	5
2.	研究對象 .....	5
3.	研究工具 .....	5
4.	研究步驟 .....	6
5.	研究程序 .....	7
(四)	研究結果 .....	7
1.	受試者 .....	7
2.	資料分析 .....	8
(五)	討論 .....	10
(六)	參考文獻 .....	10
(七)	附錄 .....	14

## 表目錄

表一、受試者基本資料摘要.....	8
表二、實驗組與對照組之 SCL-90R 比較.....	8
表三、實驗組與對照組在各精神症狀有無明顯異常之人數比率比較.....	9

## 圖目錄

圖 1 研究流程程序圖 .....	7
-------------------	---

## (一) 文獻回顧與探討

### 1. 失智症簡介

失智症是一種常見中樞神經疾病，根據國際失智症協會(Alzheimer's Disease International)的推估，2017 年全球失智症人口約 5 千萬人，到了 2050 年，人數將高達 1 億 3150 萬人。在台灣，根據台灣失智症協會(2017)的調查發現，截至 2017 年 7 月，失智症人數約 266,150 人，佔全國總人口的 1.13%，亦即每 100 人當中就有 1 人是失智症患者，對於人口快速老化的台灣，失智症長期照護議題顯得格外重要。

失智症是一種大腦認知功能退化的疾病，除了記憶與學習能力的減退，患者可能同時併有注意力、語言、執行功能或知覺-動作等能力缺損症狀，而當以上認知功能缺損程度已嚴重到足以影響患者的日常生活功能，即符合臨床上對失智症的診斷。失智症有許多不同的類型，依其病因大致可分為可逆性和不可逆性失智症兩大類，分述如下：

(一)可逆性失智症:患者失智症狀主要來自大腦相關或系統性代謝疾病，例如腦瘤、腦炎、營養失調、甲狀腺功能低下等，而隨著這些疾病的治癒，患者失智症狀亦隨之消失，但是若未及早進行治療，亦可能造成永久性的神經系統損傷(曾雪鳳, 2014)。

(二)不可逆性失智症: 患者失智症狀主要來自退化性疾病，例如，阿茲海默氏症、腦血管疾病、大腦額顳葉萎縮、路易氏體症等，失智症狀無法透過目前藥物治癒，其中，阿茲海默型失智症(Alzheimer's disease, AD)為臨床最常見之類型，約占 60-70%比例(World Health Organization, 2017)，好發於 65 歲以後(曾雪鳳, 2014)，相較同齡群體，患者大腦顳葉內側有大量老年斑塊(senile plaques)沉積及神經纖維糾結(neurofibrillary tangles)，因此記憶力缺損是患者初期主要症狀(Balsis, Carpenter, & Storandt, 2005)，而大約 1/3 的個案隨著疾病的惡化會出現明顯的憂鬱(Vinkers, Gussekloo, Stek, Westendorp, & van der Mast, 2004)。血管性失智症(Vascular dementia, VaD)是造成失智症第二大原因，約占 15-20%比例(Barker et al., 2002)，患者因為腦部血管堵塞或破裂，導致腦細胞死亡，並造成智力減退，大約有 7%的人在第一次中風後的一年之內會出現失智症，而且失智症的危險性會隨著中風的復發而增高(Pendlebury & Rothwell, 2009)。此外，額顳葉型失智症(Frontotemporal dementia, FTD)是由於大腦顳葉前端和前額葉皮質(Miller et al., 1997)出現萎縮，發病年齡約在 50-60 歲之間，發病後快速惡化，通常在確診後的 5-10 年間死亡(Hu et al., 2009)，罹患人口少於 1% (Pressman & Miller, 2014)，發病初期並沒有明顯記憶缺損，主要問題在人格、社交行為上的異常(Goodkind, Gyurak, McCarthy, Miller, & Levenson, 2010)。路易氏體失智症(Dementia with Lewy bodies, DLB)是由於大腦異常的蛋白質結構-路易氏體，大量沉積所導致的認知功能異常外，患者常在認知功能缺損一年後，開始出現身體僵硬、步伐拖曳等類巴

金森氏症狀，並有明顯的視幻覺(Association, 2013)。最後，混合型失智症(Mixed dementia) 個案有一種以上的失智症和混合症狀，常見的為阿茲海默症和血管型失智症的混合型(Small et al., 1997)。

除了認知功能缺損，研究指出超過 90%的失智症患者亦可能合併有精神行為症狀(Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012)，這些症狀不僅影響患者的人際關係與工作能力(梁家欣, 程蘊菁, & 陳人豪, 2014)，更嚴重影響照顧者身心健康甚或照顧品質(Miyamoto et al., 2010)，以下將針對相關議題進行回顧。

## 2. 失智症精神行為症狀簡介與相關研究

西元 1838 年，Esquirol 學者首先將失智症患者合併出現的精神或是行為症狀，以情緒障礙(emotional disturbances)作為註解。到了 1996 年，Rabins 學者將這些症狀視為失智症引起的行為障礙(Behavioral Disturbances of Dementia；Small et al., 1997)，然而，考量症狀描繪的完整性，國際老年精神醫學會(International Psychogeriatric Association, 簡稱 IPA)於 2000 年將之命名為失智症精神行為症狀(Behavioral and psychological symptoms of dementia, 簡稱 BPSD)，並定義為失智症患者頻繁出現之擾亂知覺、思考內容、情緒、行為的症狀(引自 IPA 網站, 2012)。

BPSD 不是單一病症，而是由各種症狀組合而成的，症狀的多寡也會因為各種類型的失智症和失智症病程而有所不同。根據行為障礙和精神病症分為兩類：第一類為行為障礙，例如身體攻擊(physical aggression)、尖叫(screaming)、躁動(restlessness)、激動(agitation)、漫遊(wandering)、不合宜行為(culturally inappropriate behaviors)、不當性行為 (sexual disinhibition)、囤積(hoarding)和漫罵(cursing) 等症狀(Finkel & Burns, 1999)。第二類為精神病症，如焦慮(anxiety)、憂鬱(depression)、幻覺(hallucinations)和妄想(delusions)等症狀 (Finkel et al., 1999)。

根據國外調查資料，約 90%的失智症患者可能併有 BPSD 症狀(Cerejeira et al., 2012；Yahya, Chandra, Anand, & Garg, 2015)，而約有 50%比例患者可能同時罹患至少四種精神病症狀(Frisoni et al., 1999)，此外，在行為障礙中大約有 80%的失智症患者具有一種以上之行為障礙，且隨著病程越嚴重，其出現的行為障礙也越多(Teri, Larson, & Reifler, 1988)。國內一項回顧性研究則發現：AD 型失智症患者中，約有 30-63%比例的患者會出現妄想，21-26%會有幻覺，約有 35-76%的患者有焦慮症狀，22-55%的患者會出現憂鬱症狀，而約有 39%~57%的患者出現口語或肢體攻擊行為的情況(Fuh & Liu, 2006)。BPSD 不只在精神病症和行為障礙中的比率不一樣，在各類型的失智症也有所差異，研究發現 90%的 AD 患者會在病程中出現 BPSD 的症狀(Frisoni et al., 1999)，其中 40-50%有憂鬱、30-38%有妄想(Wragg & Jeste, 1989)、23%有幻覺(Bassiony & Lyketsos, 2003)、35%攻擊行為(Eastley & Wilcock, 1997)、32%容易出現激動(Allen & Burns, 1995)、20%有漫遊(Kalaria & Ballard, 1999)；VaD 的患者中有 92%的比率發現有 BPSD，其中 65%有冷漠、45%有憂鬱，42%容易出現易怒和 40%的激動/攻擊行為(Staekenborg et al., 2009)。而以上可能伴隨失智症出現的精神或行為問題，將為照顧者帶來莫大

負擔(黃正平, 2006)。

### 3. 失智症精神行為症狀與照顧者身心健康研究

在台灣有 85% 的失智症患者由家庭成員擔任照顧者(邱逸榛 et al., 2010)，大多數是由配偶、媳婦和其他家族成年成員所照顧(郭昱君, 2008；薛素霞, 2011)。研究發現，患者在首次併發出現 BPSD 之後將至少持續 4 年之久，因此會對照顧者產生很大的壓力與負擔(Miyamoto et al., 2010)。所謂照顧者的負擔是指照護工作為照顧者生活帶來的限制與負面影響(Poulshock & Deimling, 1984)，而也由於難以掌控與因應，相較認知缺損問題，BPSD 對照顧者造成的壓力更大，甚至在自己與患者、家庭間產生負面衝擊(Yahya et al., 2015)。

研究發現，在各項 BPSD 症狀中，照顧者的負擔有 26% 來自於患者生氣/攻擊行為(Danhauer et al., 2004)、17% 憂鬱(Woods, Thorgrimsen, Spector, Royan, & Orrell, 2006)、13% 睡眠障礙(Grafström & Winblad, 1995)和 13% 的重複行為(Lim, Sahadevan, Choo, & Anthony, 1999)。Kaufer et al. (1998) 以 85 位 AD 患者以及其照顧者(54 位配偶，31 位子女)為對象，利用神經精神病徵量表(Neuropsychiatric Inventory, NPI)、神經精神病徵照顧者壓力量表(NPI Caregiver Distress Scale, NPI-D)和親屬壓力量表(Relatives' Stress Scale, RSS')進行評估，結果發現：對照顧者而言，患者的易怒/不穩症狀與心理壓力之間的相關最高，其次像激動/攻擊行為、煩躁/憂鬱、妄想和幻覺等也都與照顧壓力有所關聯(Kaufer et al., 1998)。國內學者 Huang 等人的研究中，利用 NPI、NPI-D、流行病學研究中心抑鬱量表(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)評估 88 名失智症患者精神症狀與照顧者照護負擔，結果發現妄想為照顧負擔最大來源，其次是激動/攻擊行為、焦慮、易怒/不穩和煩躁/憂鬱，在 88 位照顧者中，有 42% 出現憂鬱症狀(Huang, Lee, Liao, Wang, & Lai, 2012)。綜合上述研究可以發現不論是患者的精神問題還是行為障礙都和照顧者負擔有很高的相關，故在面對長期的照顧過程中，照顧者可能會因應患者病狀的變化，進而影響自我的健康。

照顧失智症病患的工作會增加照顧者本身的精神問題(Clyburn et al., 2000；Connell, Janevic, & Gallant, 2001)，相較一般疾病的照顧者，失智症照顧者會有更多的情緒與憂鬱症狀(Ory, Hoffman III, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999)。根據研究，失智症照顧者的憂鬱症狀患病率在 28-55% 之間(Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995)，Cohen et al.(1990)的研究中，以 CES-D 評估 516 名各類失智症照顧者的憂鬱程度(包括 188 位女兒、118 位妻子、79 位丈夫、46 位兒子、24 位法定親人、61 位其他家庭成員)，結果發現 27.9% 的照顧者可能有憂鬱情形(CES-D 平均得分在 15 分以上；Cohen, Luchins, Eisdorfer, & Paveza, 1990)；Hooker et al.(1992)同樣利用 CES-D 量表評估 51 位 AD 患者配偶的憂鬱程度，結果顯示其配偶的 CES-D 平均數為 17.3 分，視為有憂鬱症狀(Hooker, Monahan, Shifren, & Hutchinson, 1992)；Irwin et al.(1991)則利用漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD)評估 48 名 AD 患者配偶的憂鬱程度，結果發現 HRSD 的平均



數為 8.4 分，顯示有憂鬱情況(Irwin et al., 1991)。此外，Mohide et al.(1990)利用情境-特質焦慮量表(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)評估 22 名失智症照顧者，結果發現其 STAI 分數的平均數為 46.25 分，屬於中度焦慮(Mohide et al., 1990)。Draper et al.(1992)則利用一般健康問卷(General Health Questionnaire, GHQ)探討 51 名失智症照顧者心理健康狀況，發現其 GHQ 平均數為 5.9 分，顯示有身心適應不佳的情況(Draper, Poulos, Cole, Poulos, & Ehrlich, 1992)；Brodaty & Hadzi-Pavlovic (1990)同樣以 GHQ 評估 146 位 AD 病患之照顧者(62%配偶、31%成人子女)，結果發現其 GHQ 平均數為 7.3 分，亦說明其整體身心適應不良(Brodaty & Hadzi-Pavlovic, 1990)。

綜觀上述研究，可發現過去研究多著重在失智症照顧者的整體壓力、憂鬱或焦慮症狀的探討，少有研究針對 BPSD 照顧者可能存在的多項精神症狀進行全面比較、探討；此外，過去研究所使用的評估工具亦多為照顧者壓力量表、一般健康問卷或單一精神症狀(即憂鬱或焦慮)量表，其所涵括的精神症狀學內容相當有限，難以全面探討照顧者各項可能的潛在精神問題。為因應以上研究限制，本研究將採用本研究將採用涵蓋精神病理層面相對廣泛的症狀檢核表-90 修訂版(Symptom Checklist-90-Revised)，探討 BPSD 照顧者的精神狀況。

## (二) 研究動機與研究問題

根據台灣失智症協會(2017)的調查發現，截至 2017 年 7 月，失智症人數約 266,150 人，佔全國總人口的 1.13%，亦即每 100 人當中就有 1 人是失智症患者。國內約有 80%的失智症病患的照顧者由家庭成員組成，此比例與西方國家相似(Fuh & Liu, 2006)，而對於人口快速老化的台灣，失智症長期照護議題顯得格外重要。

研究發現失智症精神行為症狀是照顧者最主要負擔/壓力來源，在長期照護過程中，照顧者可能因為患者症狀的變化而影響自己的精神狀態。然而過去研究多在探討失智症患者認知或精神症狀和照顧者心理壓力之間的關聯，少有研究著重在探討失智症合併精神行為症狀之照顧者的精神問題；此外，在研究工具上，過去研究者常使用一般健康問卷(GHQ)、憂鬱或是焦慮量表進行評估，其所涵括的精神症狀學內容都相當侷限，無法全面探討照顧者各項可能的潛在精神問題，因此本研究將採用自陳式症狀檢核表-90 修訂版(SCL-90R)，該量表包含身體化(somatization)、強迫(obsessive-compulsive)、人際敏感(interpersonal sensitivity)、憂鬱(depression)、焦慮(anxiety)、敵意(hostility)、畏懼型焦慮(phobic anxiety)、妄想型意念(paranoid ideation)、精神病質(psychoticism)、整體嚴重度(global severity index)等十項症狀指標，將可多方探究照顧者精神狀態。因此，本研究主要目的為：比較失智症合併精神行為症狀之照顧者與未合併精神行為症狀之失智症照顧者可能出現的精神問題，並探討其與被照顧者之精神行為症狀間的關係。

### (三) 研究方法及步驟

#### 1. 研究架構

本研究以橫斷式實驗設計方法探討失智症精神行為症狀之照顧者的精神問題。實驗的自變項為被照顧者「失智症精神行為症狀」之有無，分別是實驗組：合併有失智症精神行為症狀患者之照顧者，及對照組：未合併失智症精神行為症狀患者之照顧者；依變項則是照顧者的精神狀態(透過自陳式症狀檢核量表測量)。

#### 2. 研究對象

本研究採取立意取樣，分為實驗組與對照組，研究對象須符合收案條件：

##### 實驗組：

- (1) 由神經內科、精神科醫師確診或經臨床心理師判斷為失智症合併 BPSD 患者之主要照顧者；
- (2) 照顧者年齡為 20 歲以上；
- (3) 有實際執行直接照顧工作之照顧者；
- (4) 可清楚填答問卷之照顧者(若不識字，由研究者訪談，代為填答)；
- (5) 經研究說明研究目的，自願參與研究，並簽立受訪者研究同意書。

##### 對照組：

- (1) 由神經內科、精神科醫師確診或經臨床心理師判斷為失智症未合併 BPSD 患者之主要照顧者；
- (2) 照顧者年齡為 20 歲以上；
- (3) 有實際執行直接照顧工作之照顧者；
- (4) 可清楚填答問卷之照顧者(若不識字，由研究者訪談，代為填答)；
- (5) 經研究說明研究目的，自願參與研究，並簽立受訪者研究同意書。

#### 3. 研究工具

##### (1) 基本資料量表

由研究者自編，包括照顧者基本資料與被照顧者基本資料兩部分，照顧者基本資料包含，人口學：性別(以研究對象自覺性別單一勾選，男性或女性)、年齡(以收案年減研究對象身分證出生年)、婚姻(未婚、離婚、喪偶單一勾選)、家庭(同住親人每月收入總和，分 2 萬、2-5 萬、5-8 萬、8-11 萬、11 萬以上，單一勾選)。與患者之關係：勾選，配偶、子女、兄弟姊妹、看護員及家庭外籍照顧者等 5 項。擔任主要照顧者時間：填寫實際日數，以開始照顧病人當天計算到填寫問卷當天。每日照顧工作時間：勾選單選項，2 小時為一單位共 5 選題分為 1-2 小時、3-4 小時、5-6 小時、7-8 小時及 8 小時以上。被照顧者資料包含，人口學：性別(以病歷性別單一勾選，男生或女生)、年齡(以病歷年齡直接填寫)。

## (2) 症狀自評量表

SCL-90R 是一個由 90 個問題組成的精神症狀自評量表，採用 Likert 氏五點量表(完全沒有=0；稍微有=1；中等程度=2；厲害=3；非常厲害=4)進行評估。問卷由九個症狀維度(分量表)以及一個整體嚴重度指標(global severity index)所組成，每個維度的得分是該維度的所有項目的平均值(平均值>1 被認為是有病理的)。測驗適用對象為 16 歲以上，測驗目的是從感覺、情感、思維、意識、行為到生活習慣、人際關係、飲食睡眠等多種角度，評定一個人是否有某種心理症狀及其嚴重度如何。

這九個分量表分別是：身體化症狀(somatization，12 項)，該分量表的得分在 0-48 分之間，得分在 24 分以上，表示個體在身體上有較明顯的不適感。得分在 12 分以下，軀體症狀表現不明顯；強迫(obsessive-compulsive，10 項)，得分在 20 分以上，強迫症狀較明顯，得分在 10 分以下，強迫症狀不明顯；人際敏感(interpersonal sensitivity，9 項)，該分量表的得分在 0-36 分之間。得分在 18 分以上，表明個體人際關係較為敏感。得分在 9 分以下，表明個體在人際關係上較為正常；憂鬱(depression，13 項)，該分量表的得分在 0-52 分之間。得分在 26 分以上，表明個體的抑鬱程度較強。得分在 13 分以下，表明個體抑鬱程度較弱；焦慮(anxiety，10 項)，得分在 20 分以上，表明個體較易焦慮，極端時可能導致驚恐發作。得分在 10 分以下，表明個體不易焦慮，易表現出安定的狀態；敵意(hostility，6 項)，該分量表的得分在 0-24 分之間。得分在 12 分以上，表明個體易表現出敵對的思想、情感和行為。得分在 6 分以下表明個體容易表現出友好的思想、情感和行為；畏懼型焦慮(phobic anxiety，7 項)，得分在 14 分以上，表明個體恐怖症狀較為明顯。得分在 7 分以下，表明個體的恐怖症狀不明顯；妄想型意念(paranoid ideation，6 項)，該分量表的得分在 0-24 分之間。得分在 12 分以上，表明個體的偏執症狀明顯，較易猜疑和敵對，得分在 6 分以下，表明個體的偏執症狀不明顯；精神病質(psychoticism，10 項)，該分量表的得分在 0-40 分之間。得分在 20 分以上，表明個體的精神病性症狀較為明顯，得分在 10 分以下，表明個體的精神病性症狀不明顯；整體嚴重度(global severity index)，該指數為九項症狀分數之平均。

## 4. 研究步驟

本研究屬量化研究，根據研究動機、目的與文獻探討失智症合併精神行為症狀之照顧者的精神問題與無精神行為症狀之照顧者的關連性，故訂立標準化之研究步驟，以一致性方式蒐集研究資料，有關研究資料蒐集步驟分述如下：

### (1) 申請研究倫理審查

本研究以機密方式維護參與者之身份，並將受試者身份以編碼代表，在分析完成後將所收集之原始資料刪除。在執行資料收集前，已將研究計畫送交並通過人體試驗委員會之研究倫理審查。

### (2) 徵求研究對象及正式施測

經由研究人員詳細說明研究過程並取得受訪者同意，並確認施測時間及方式。在施測當日發下說明書、基本資料量表及症狀自評量表(SCL-90R)。

### (3) 資料整理與分析

將收回的症狀自評量表先剔除整份問卷皆以特定規律填寫或漏答過多等情形，使用 IBM SPSS Statistics 22 統計軟體進行描述統計、獨立樣本 t 檢定及卡方檢定。

## 5. 研究程序

研究開始前，先與受試者說明研究內容，取得同意並填寫及簽署同意書後，即可開始進行測驗。研究包括基本資料量表及症狀自評量表(SCL-90R)的填寫。在測驗開始前，會向受試者說明測驗規則，確認參與者了解後便開始進行測驗。研究總時間約為 20 分鐘左右，所有樣本收集完之後，將測驗進行計分，以取得各指標分數再進行統計分析(圖 1)。

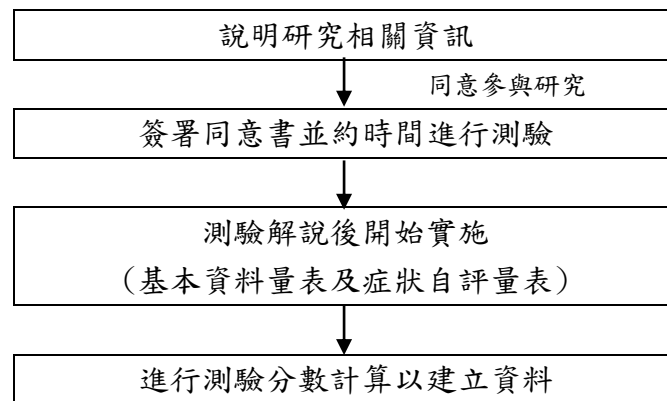


圖 1 研究流程程序圖

## (四) 研究結果

### 1. 受試者

由台灣中部中山醫學大學附屬醫院神經內科神經心理檢查室篩選失智症患者之主要照顧者。照顧者由臨床心理師依據神經精神病徵調查(Neuropsychiatric Inventory, NPI)篩選實驗之對照組(失智症合併精神行為症狀患者之照顧者)及對照組(一般失智症患者之主要照顧者)，經說明與同意書簽字後參與研究。實驗組共 30 人，平均年齡  $56.2 \pm 12.4$  歲，平均教育程度(年)  $12.6 \pm 3.2$  年，平均照顧時間(月)  $74.7 \pm 94.8$  月；對照組共 28 人(2 名流失)平均年齡  $58.1 \pm 12.6$  歲，平均教育程度(年)  $12.7 \pm 4.4$  年，平均照顧時間(月)  $63.9 \pm 70.2$  月(表一)。

表一、受試者基本資料摘要

人口變項	實驗組 (N=30)		對照組 (N=28)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
年齡(年)	56.2	12.4	58.1	12.6
教育程度(年)	12.6	3.2	12.7	4.4
照顧時間(月)	74.7	94.8	63.9	70.2

## 2. 資料分析

進行獨立樣本 T 考驗，在症狀檢核表-90 修訂版(SCL-90R)九項指標和整體嚴重度上，實驗組與對照組之分數在以下指標皆有達顯著，強迫 ( $t=3.61, p < 0.01$ )、人際敏感( $t=2.67, p < 0.01$ )、憂鬱( $t=2.47, p < 0.05$ )、焦慮( $t=2.44, p < 0.05$ )、畏懼型焦慮( $t=2.40, p < 0.05$ )、妄想型意念( $t=2.50, p < 0.05$ )、精神病質( $t=2.27, p < 0.05$ )、整體嚴重度( $t=2.75, p < 0.01$ )。而在身體化( $t=1.92, p = 0.06$ )、敵意( $t=1.94, p = 0.06$ )等症狀上，實驗組與對照組未達統計顯著(表二)。

表二、實驗組與對照組之 SCL-90R 比較

精神症狀	實驗組 (N=30)		對照組 (N=30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
身體化	0.85	0.86	0.49	0.58	1.92	0.06
強迫	1.04	0.75	0.45	0.47	3.61	0.00**
人際敏感	0.56	0.60	0.22	0.36	2.67	0.00**
憂鬱	0.78	0.74	0.37	0.40	2.47	0.02*
焦慮	0.72	0.75	0.34	0.40	2.44	0.02*
敵意	0.67	0.66	0.37	0.51	1.94	0.06
畏懼型焦慮	0.46	0.65	0.15	0.34	2.40	0.03*
妄想型意念	0.53	0.66	0.19	0.31	2.50	0.02*
精神症質	0.40	0.45	0.17	0.30	2.27	0.03*
整體嚴重度	0.71	0.64	0.33	0.40	2.75	0.00**

註：\* $p < .05$ ，\*\* $p < .01$

以症狀檢核表-90 修訂版之台灣健康成人常模(蔡是佑,2017)作為分組依據，各分量分數達常模之 PR95 即歸類為有明顯異常。在實驗組(30名)有明顯異常之精神症狀其人數分別為：身體化(9名，30%)、強迫(8名，26.7%)、人際敏感(4

名，13.3%)、憂鬱(9名，30%)、焦慮(14名，46.7%)、敵意(6名，20%)、畏懼型焦慮(7名，23.3%)、妄想型意念(4名，13.3%)、精神病質(4名，13.3%)、整體嚴重度(10名，33.3%)；在對照組(30名)有明顯異常之精神症狀其人數分別為：身體化(5名，16.7%)、強迫(3名，10%)、人際敏感(2名，6.7%)、憂鬱(3名，10%)、焦慮(6名，20%)、敵意(2名，6.7%)、畏懼型焦慮(2名，6.7%)、妄想型意念(1名，3.3%)、精神病質(1名，3.3%)、整體嚴重度(3名，10%)。

接著進行卡方檢定分析，以實驗組(30名)與對照組(30名)在焦慮症狀( $\chi^2$ : 4.80,  $p < 0.05$ )與整體嚴重度( $\chi^2$ : 4.80,  $p < 0.05$ )有無明顯異常人數比率有達顯著，而其他症狀，如身體化( $\chi^2$ : 1.50,  $p = 0.22$ )、強迫( $\chi^2$ : 2.79,  $p = 0.10$ )、人際敏感( $\chi^2$ : 0.74,  $p = 0.67$ )、憂鬱( $\chi^2$ : 3.75,  $p = 0.05$ )、敵意( $\chi^2$ : 2.31,  $p = 0.25$ )、畏懼型焦慮( $\chi^2$ : 3.27,  $p = 0.15$ )、妄想型意念( $\chi^2$ : 1.96,  $p = 0.35$ )、精神病質( $\chi^2$ : 1.96,  $p = 0.35$ )有無明顯異常人數比率未達顯著(表三)。

表三、實驗組與對照組在各精神症狀有無明顯異常之人數比率比較

精神症狀	組別	無明顯異常	有明顯異常	$\chi^2$	$p$
身體化	實驗組(N=30)	21(70%)	9(30%)	1.50	0.22
	對照組(N=30)	25(83.3%)	5(16.7%)		
強迫	實驗組(N=30)	22(73.3%)	8(26.7%)	2.79	0.10
	對照組(N=30)	27(90%)	3(10%)		
人際敏感	實驗組(N=30)	26(86.7%)	4(13.3%)	0.74	0.67
	對照組(N=30)	28(93.3%)	2(6.7%)		
憂鬱	實驗組(N=30)	21(70%)	9(30%)	3.75	0.05
	對照組(N=30)	27(90%)	3(10%)		
焦慮	實驗組(N=30)	16(53.3%)	14(46.7%)	4.80	0.03*
	對照組(N=30)	24(80%)	6(20%)		
敵意	實驗組(N=30)	24(80%)	6(20%)	2.31	0.25
	對照組(N=30)	28(93.3%)	2(6.7%)		
畏懼型焦慮	實驗組(N=30)	23(76.7%)	7(23.3%)	3.27	0.15
	對照組(N=30)	28(93.3%)	2(6.7%)		
妄想型意念	實驗組(N=30)	26(86.7%)	4(13.3%)	1.96	0.35
	對照組(N=30)	29(96.7%)	1(3.3%)		
精神病質	實驗組(N=30)	26(86.7%)	4(13.3%)	1.96	0.35
	對照組(N=30)	29(96.7%)	1(3.3%)		
整體嚴重度	實驗組(N=30)	20(66.7%)	10(33.3%)	4.81	0.03*
	對照組(N=30)	27(90%)	3(10%)		

註：\* $p < .05$

## (五) 討論

本研究主要目的在比較失智症精神行為症狀之照顧者(實驗組)與失智症未合併精神行為症狀之照顧者(對照組)可能出現的精神問題；此外，過去研究者常使用一般健康問卷(GHQ) (Draper et al, 1992)、憂鬱量表(HRS-D、CES-D) (Irwin et al., 1991; Hooker et al, 1992)或是焦慮量表(STAI) (Mohide et al, 1990)進行評估，其所涵括的精神症狀學內容相當有限，因此本研究採用症狀檢核表-90 修訂版(SCL-90R)，該量表包含十項指標，可多方探究照顧者精神狀態，並且利用症狀檢核表-90 修訂版之台灣健康成人常模(蔡是佑, 2017)作為分類依據，分析兩組在各精神症狀有無明顯異常之人數比率比較。

本研究結果顯示實驗組在 SCL-90R 之十項指標得分下的強迫、人際敏感、憂鬱、焦慮、畏懼型焦慮、妄想型意念、精神病質、整體嚴重度上得分皆顯著高於對照組。其中，兩組在憂鬱和焦慮症狀上的顯著差異與過去研究結果一致(Hooker et al, 1992; Mohide et al, 1990)。此外，本研究結果亦發現實驗組在強迫、人際敏感、畏懼型焦慮、妄想型意念、精神病質等症狀表現上皆較控制組明顯，若進一步與一般健康群體相較(根據台灣健康成人 SCL-90R 常模資料，取 PR95 為切截點)，結果仍顯示實驗組當中，傾向患有焦慮症與整體精神困擾之人數比率確實高於對照組。Draper 等人(1992)的研究指出，失智症照顧者普遍存在身心適應障礙，或許可為上述本研究結果提出解釋。

總結而言，本研究結果指出失智症合併精神行為症狀之照顧者比未合併精神行為症狀之照顧者在強迫、人際敏感、憂鬱、焦慮、畏懼型焦慮、妄想型意念、精神病質、整體嚴重度等指標得分上皆明顯偏高，該結果對於失智症患者之照顧者在其精神照護議題及心理健康促進上提供重要參考依據。

本研究限制有以下幾項：第一，由於樣本數較少，需要收納更多受試者，才能提高本研究之代表性。第二，本研究未將失智症患者之用藥、病程及發病年齡列入參考依據，如此較能排出其他混淆實驗組與對照組分類之偏誤。

## (六) 參考文獻

- 中華民國內政部. (民 106). 內政部統計處. Retrieved from [https://www.moi.gov.tw/stat/news\\_detail.aspx?sn=11735](https://www.moi.gov.tw/stat/news_detail.aspx?sn=11735)
- 台灣失智症協會. (2017). 失智人口知多少. Retrieved from [http://www.tada2002.org.tw/tada\\_know\\_02.html](http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html)
- 邱逸榛, 李怡濃, 徐文俊, 陳獻宗, 李佳琳, & 王鵬智. (2010). 失智症家庭照顧者睡眠障礙及其相關因素. *護理雜誌*, 57(4), 29-39.
- 梁家欣, 程蘊菁, & 陳人豪. (2014). 失智症之重點回顧. *內科學誌*, 25(3), 151-157.
- 郭昱君. (2008). *台灣失智症患者照護成本與生活品質之研究*. (碩士), 國立陽明大學, 台北市.
- 曾雪鳳. (2014). 失智症家庭照顧者壓力, 負荷與生活品質之探討.

- 黃正平. (2006). 失智症之行為精神症狀. *臺灣精神醫學*, 20(1), 3-18.
- 薛素霞. (2011). 失智症不同照護模式之成效及主要照顧者的照顧負荷分析-以某精神專科教學醫院為例.
- 蔡是佑. (2017). 症狀檢核表 90-修訂版(SCL-90-R)之台灣健康成人常模研究.
- Allen, N., & Burns, A. (1995). The noncognitive features of dementia. *Reviews in clinical gerontology*, 5(1), 57-75.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Balsis, S., Carpenter, B. D., & Storandt, M. (2005). Personality change precedes clinical diagnosis of dementia of the Alzheimer type. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(2), P98-P101.
- Barker, W. W., Luis, C. A., Kashuba, A., Luis, M., Harwood, D. G., Loewenstein, D., . . . Sevush, S. (2002). Relative frequencies of Alzheimer disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia, and hippocampal sclerosis in the State of Florida Brain Bank. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(4), 203-212.
- Bassiony, M. M., & Lyketsos, C. G. (2003). Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: review of the brain decade. *Psychosomatics*, 44(5), 388-401.
- Brodaty, H., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(3), 351-361.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, 3, 73.
- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology series b*, 55(1), S2-S13.
- Cohen, D., Luchins, D., Eisdorfer, C., & Paveza, G. J. (1990). Caring for relatives with Alzheimer's disease: The mental health risks to spouses, adult children, and other family caregivers. *Behavior, Health, & Aging*.
- Connell, C. M., Janevic, M. R., & Gallant, M. P. (2001). The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 14(4), 179-187.
- Danhauer, S. C., McCann, J. J., Gilley, D. W., Beckett, L. A., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). Do behavioral disturbances in persons with Alzheimer's disease predict caregiver depression over time? *Psychology and aging*, 19(1), 198.
- Draper, B. M., Poulos, C. J., Cole, A., Poulos, R. G., & Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 896-901.
- Eastley, R., & Wilcock, G. K. (1997). Prevalence and correlates of aggressive behaviours occurring in patients with Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 12(4), 484-487.
- Finkel, S., Burns, A., Finkel, S., Costa, E., Silva, J., & Cohen, G. (1999). BPSD consensus statement. *Int Psychogeriatric Asso*.
- Frisoni, G., Rozzini, L., Gozzetti, A., Binetti, G., Zanetti, O., Bianchetti, A., . . . Cummings, J. (1999). Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 10(2), 130-138.
- Fuh, J., & Liu, C. (2006). Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwanica*, 15(3), 154.
- Goodkind, M. S., Gyurak, A., McCarthy, M., Miller, B. L., & Levenson, R. W. (2010). Emotion regulation deficits in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Psychology and aging*, 25(1), 30.



- Grafström, M., & Winblad, B. (1995). Family burden in the care of the demented and nondemented elderly--a longitudinal study. *Alzheimer disease and associated disorders*, 9(2), 78-86.
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and aging*, 7(3), 367.
- Hu, W. T., Seelaar, H., Josephs, K. A., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Sorenson, E. J., . . . Parisi, J. E. (2009). Survival profiles of patients with frontotemporal dementia and motor neuron disease. *Archives of neurology*, 66(11), 1359-1364.
- Huang, S.-S., Lee, M.-C., Liao, Y.-C., Wang, W.-F., & Lai, T.-J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(1), 55-59.
- Irwin, M., Brown, M., Patterson, T., Hauger, R., Mascovich, A., & Grant, I. (1991). Neuropeptide Y and natural killer cell activity: findings in depression and Alzheimer caregiver stress. *The FASEB journal*, 5(15), 3100-3107.
- Kalaria, R. N., & Ballard, C. (1999). Overlap between pathology of Alzheimer disease and vascular dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*.
- Kaufers, D. I., Cummings, J. L., Christine, D., Bray, T., Castellon, S., Masterman, D., . . . DeKosky, S. T. (1998). Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(2), 210-215.
- Lim, P. i. P. J., Sahadevan, S., Choo, G. K., & Anthony, P. (1999). Burden of caregiving in mild to moderate dementia: an Asian experience. *International Psychogeriatrics*, 11(4), 411-420.
- Miller, B., Ikonte, C., Ponton, M., Levy, M., Boone, K., Darby, A., . . . Cummings, J. (1997). A study of the Lund-Manchester research criteria for frontotemporal dementia Clinical and single-photon emission CT correlations. *Neurology*, 48(4), 937-941.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253.
- Mohide, E., Pringle, D. M., Streiner, D. L., Gilbert, J. R., Muir, G., & Tew, M. (1990). A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(4), 446-454.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H., & Iguchi, A. (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41(2), 159-168.
- Ory, M. G., Hoffman III, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177-186.
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2004). Is SCL-90R helpful for the clinician in assessing DSM-IV symptom disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 215-224.
- Pendlebury, S. T., & Rothwell, P. M. (2009). Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 8(11), 1006-1018.
- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of gerontology*, 39(2), 230-239.
- Pressman, P. S., & Miller, B. L. (2014). Diagnosis and management of behavioral variant frontotemporal dementia. *Biological psychiatry*, 75(7), 574-581.
- Savva, G. M., Zaccai, J., Matthews, F. E., Davidson, J. E., McKeith, I., & Brayne, C. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological

- symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 212-219.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791.
- Siri, C., Cilia, R., De Gaspari, D., Villa, F., Goldwurm, S., Marco, C., . . . Antonini, A. (2010). Psychiatric symptoms in Parkinson's disease assessed with the SCL-90R self-reported questionnaire. *Neurological sciences*, 31(1), 35-40.
- Small, G. W., Rabins, P. V., Barry, P. P., Buckholtz, N. S., DeKosky, S. T., Ferris, S. H., . . . Lebowitz, B. D. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *Jama*, 278(16), 1363-1371.
- Staekenborg, S. S., Koedam, E. L., Henneman, W. J., Stokman, P., Barkhof, F., Scheltens, P., & van der Flier, W. M. (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia: contribution of cerebrovascular disease compared with medial temporal lobe atrophy. *Stroke*, 40(4), 1269-1274.
- Swearer, J. M., Drachman, D. A., O'Donnell, B. F., & Mitchell, A. L. (1988). Troublesome and disruptive behaviors in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(9), 784-790.
- Teri, L., Larson, E. B., & Reifler, B. V. (1988). Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(1), 1-6.
- Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Stek, M. L., Westendorp, R. G., & van der Mast, R. C. (2004). Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *Bmj*, 329(7471), 881.
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging and Mental Health*, 10(3), 219-226.
- WorldHealthOrganization. (2017). WHO | Dementia. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Wragg, R. E., & Jeste, D. V. (1989). Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*, 146(5), 577.
- Yahya, A., Chandra, M., Anand, K. S., & Garg, J. (2015). Behavioral and psychological symptoms in dementia and caregiver burden. *Science Publishing Group*, 4(2-1), 8-14.

(七) 附錄

附錄一



中山醫學大學附設醫院第二人體研究倫理審查委員會

The Institutional Review Board
Chung Shan Medical University Hospital
No.110, Sec.1, Chien-Kuo N. Road, Taichung 40201, Taiwan
Phone: 04-24739595 Fax: 04-35073516

研究計畫許可書

CSMUH No: CS2-18079

計畫名稱：失智症合併精神行為症狀(BPSD)之照顧者的精神問題研究
計畫主持人及隸屬機構：王璋瀚/中山醫學大學
會議日期：107年9月13日
版本：【計劃書：V1.0，Date：2018/07/05；實驗組同意書：V2.0，Date：2018/09/18；對照組同意書：V2.0，Date：2018/09/18；症狀檢核表-90 修改版：V2.0，Date：2018/09/18；基本資料表：V1.0，Date：2018/07/05】
許可書有效期間：自民國 107 年 9 月 21 日至民國 108 年 9 月 20 日
期中報告繳交頻率：每年(12個月)繳交一次，並需申請延長研究計畫，請於效期屆滿前申請。

上述計畫已於 107 年 9 月 21 日經本院人體研究倫理審查委員會依據一般(全會)審查作業基準會議同意執行，有關計畫主持人的職責、義務、及注意事項均詳列於背面，請參閱並遵守。

主任委員 韓志平



中華民國一〇七年九月二十一日

Permission of Research Proposal
Chung Shan Medical University Hospital

Date: Sep 21, 2018

Protocol Title: A study of psychiatric status of caregivers in patients with behavioral and psychological symptoms of dementia
Principle Investigator & Affiliated Institution: Wei-Han Wang/ Chung Shan Medical University
Date of meeting: 2018/9/13
Version: 【See above】
Effective duration approved: 2018/9/21 to 2019/9/20
Frequency of Interim Report: annually (every 12 months). Please file an extension before the expiry date, if you

Above study has been approved with the full-board review by Institutional Review Board of the Chung Shan Medical University Hospital on Sep 21, 2018. About the essential duties, obligations and responsibilities of the principal investigator, please refer to the back page.

Signature of Chih-Ping Han
Chih-Ping Han, MD/PhD,
Chairman
The Institutional Review Board



This Committee has been organized and operated in conformance with ICHG-GCP 規範及赫爾辛基宣言之精神
This Committee has been organized and operated in conformance with ICHG-GCP requirements and the essence of Declaration of Helsinki.

## 實驗組同意書

本院案號：CS2-18079

版本：v2.0，日期：2018/09/18

### 計畫名稱：

失智症合併精神行為症狀(BPSD)之照顧者的精神問題研究

(A study of psychiatric status of caregivers in patients with behavioral and psychological symptoms of dementia)

### 引言

感謝您參與本研究。此同意書主要是提供您本研究之相關資訊，以便您決定是否參加本研究。計畫主持人或其指定之研究人員會為您說明研究內容並回答您的疑問。您可以提出任何和此研究有關的問題，在您的問題尚未獲得滿意的答覆之前，請不要簽署此同意書。如果您願意參與本研究，此文件將視為您的同意紀錄。不過在您同意後，您也可以隨時退出本研究不需任何理由。

本計畫同時會有一份(問卷或訪問)調查，只有同意參加者才需要接受問卷調查，若您詳讀本研究的目的是及進行方法與步驟及權益後，在填答問卷時仍有任何問題，我們願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。若您填答問卷時有任何一項題目讓您感到不舒服，您可以選擇拒絕回答。

### 一. 研究計畫簡介

研究機構名稱：中山醫學大學心理學系 委託合作單位/廠商：無

計畫主持人：王瑋瀚 職稱：助理教授 電話：04-24730022 轉 12324

職責：執行計畫與知情同意程序

研究人員：林哲緯 職稱：大學生 電話：0926190167

二十四小時緊急聯絡人：林哲緯 電話：0926190167

#### (1) 研究目的：

1. 比較失智症合併精神行為症狀之照顧者與未合併精神行為症狀之失智症照顧者可能出現的精神問題。
2. 探討其與被照顧者之精神行為症狀間的關係。

#### (2) 研究方法：

1. 首先由神經內科或精神科醫師診斷為失智症合併精神行為症狀之患者之主要照顧者，再接續由研究生向照顧者說明研究內容及目的；在徵得受試者同意並填寫同意書後，研究生將與受試者約定評估時間。
2. 約定評估當天，研究人員首先記錄受試者基本資料，再接續以一對一方式協助受試者填寫問卷。預估每名受試者所需填寫時間約30分鐘。

(4) 研究參與者之招募條件：由神經科專科醫師先初步篩選符合下列研究條件之個案，再由研究人員接續與向受試者說明研究內容，並取得受試者之同意與簽署。

納入條件(您必須符合的條件)：

1. 由神經內科或精神科醫師診斷為失智症合併精神行為症狀之患者之主要照顧者
2. 照顧者年齡為 20 歲以上
3. 有實際執行直接照顧工作之照顧者。

**排除條件(若有下列任何情況者，不能參加本研究)：**

1. 由神經內科或精神科醫師診斷其主要照顧者之照顧的病患為非阿茲海默型失智症
2. 照顧者年齡未滿 20 歲
3. 無法辨識文字者

## **二. 機密性**

本計畫依法把任何可辨識您的身分之紀錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開，也不會向與本研究不相關的人員透露。本計畫的研究人員、人體研究倫理審查委員會的成員以及委託單位皆有法定的權利檢閱您的研究紀錄並確定研究者所進行的研究是否恰當和是否已充分保障您作為研究參與者的權利，但在正常的情况下只有本計畫的研究人員可檢閱可識別您身分的資料，如非必要，研究人員將不會將這些資料向其他單位呈報，而且上述所有人員皆承諾絕不違反您的身分之機密性。

如果發表或出版研究結果，您的身分仍將保密。您的參與研究計畫內容將加以編號，而連結您的姓名與此編號文件之編碼將分別儲存並保密。所有研究紀錄將妥善儲存並保密。在研究過程中，若有新資訊將可能影響您是否繼續參與本計畫，計畫主持人將特別通知。

本研究蒐集個人資料與資訊的保存期限為 10 年；期滿後由王瑋瀚（計畫主持人）負責銷毀。

## **三. 參與研究可能遭遇之不適、不便或傷害及處置方法**

1. 在研究中所討論的某些問題可能會使您感到不適或困擾，但您隨時可以拒絕回答任何問題或隨時退出討論。萬一有上述情況發生，我們會儘可能提供您可運用的衛教資訊或是諮詢管道。

2. 主持人王瑋瀚與研究團隊會極力避免與防範研究過程中，造成您個人隱私受損及資料外洩或其它不利影響；且其責任歸屬，將取決於本國適用的法律。

## **四. 預期效益**

參與本計畫將不會為您帶來直接的利益。然而，您的參與不僅有助臨床工作人員、病友或家屬了解失智症照顧者的精神問題，並對其患者之照顧者在預防心理疾病上提供建議。

## **五、研究經費來源及可能衍生之商業利益及其應用之約定：**

若您決定參與本計畫，在完成本研究所有評估項目後，將給予每人100元新台幣等值禮券之受試者參與費。

※備註：(1)本研究計畫經費係由科技部補助。(2)藉由這個研究能夠了解失智症照顧者的精神問題並對其患者之照顧者在預防心理疾病上提供建議。(3)若您同意參與本計畫，主持人即得到您的授權來儲存並使用您提供的資料進行研究。此研究成果若直接或間接衍生出具商業價值之權益，不屬於研究對象。

## **六、研究之參與、中止及退出**

您可自由決定是否參加本計畫；研究過程中可不需任何理由隨時撤銷同意、退出計畫。如有上述情況，除無法獲得 100 元新台幣等值禮券之受試者參與費外，您並不需要擔負任何罰責，也不影響到您任何其他方面的權益（例如：工作／醫療照護／學校成績）。

## 七. 研究對象權利：

- (1) 參與研究期間您不需額外負擔任何費用。
- (2) 如果你(妳)在研究過程中對研究計畫產生疑問，或對身為研究對象之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之人體研究倫理審查委員會 秘書處聯絡請求諮詢，其電話號碼為：04-24739595 ext. 21735-21737；傳真號碼為：04-35073516；e-mail：irb@csh.org.tw
- (3) 為進行研究計畫，如果你(妳)現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與計畫主持人王瑋瀚聯絡。(聯繫電話: 04-24730022 轉12324)。
- (4) 本同意書一式兩份，研究者已將同意書副本交給你(妳)，並已完整說明本研究之性質與目的。計畫主持人王瑋瀚已回答您有關與研究相關的問題。

## 八. 執行紀錄：

請不要著急，花一些時間考慮上述資訊，如有任何地方不清楚，請不要猶豫進一步詢問 王瑋瀚（計畫主持人）。

- (1) 計畫主持人、協同主持人或代理主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

計畫主持人/協同主持人/代理主持人簽章：

日期：西元                    年            月            日

- (2) 研究對象已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受為研究計畫的自願研究對象。

研究對象簽章：

日期：西元                    年            月            日

## 對照組同意書

本院案號：CS2-18079

版本：v2.0，日期：2018/09/18

### 計畫名稱：

失智症合併精神行為症狀(BPSD)之照顧者的精神問題研究

(A study of psychiatric status of caregivers in patients with behavioral and psychological symptoms of dementia)

### 引言

感謝您參與本研究。此同意書主要是提供您本研究之相關資訊，以便您決定是否參加本研究。計畫主持人或其指定之研究人員會為您說明研究內容並回答您的疑問。您可以提出任何和此研究有關的問題，在您的問題尚未獲得滿意的答覆之前，請不要簽署此同意書。如果您願意參與本研究，此文件將視為您的同意紀錄。不過在您同意後，您也可以隨時退出本研究不需任何理由。

本計畫同時會有一份(問卷或訪問)調查，只有同意參加者才需要接受問卷調查，若您詳讀本研究的目的是及進行方法與步驟及權益後，在填答問卷時仍有任何問題，我們願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。若您填答問卷時有任何一項題目讓您感到不舒服，您可以選擇拒絕回答。

### 一. 研究計畫簡介

研究機構名稱：中山醫學大學心理學系      委託合作單位/廠商：無  
計畫主持人：王瑋瀚 職稱：助理教授      電話：04-24730022 轉 12324  
職責：執行計畫與知情同意程序  
研究人員：林哲緯 職稱：大學生      電話：0926190167  
二十四小時緊急聯絡人：林哲緯      電話：0926190167

#### (3) 研究目的：

3. 比較失智症合併精神行為症狀之照顧者與未合併精神行為症狀之失智症照顧者可能出現的精神問題。
4. 探討其與被照顧者之精神行為症狀間的關係。

#### (4) 研究方法：

1. 首先由神經內科或精神科醫師診斷為失智症合併精神行為症狀之患者之主要照顧者，再接續由研究生向照顧者說明研究內容及目的；在徵得受試者同意並填寫同意書後，研究生將與受試者約定評估時間。
2. 約定評估當天，研究人員首先記錄受試者基本資料，再接續以一對一方式協助受試者填寫問卷。預估每名受試者所需填寫時間約30分鐘。

(4) 研究參與者之招募條件：由神經科專科醫師先初步篩選符合下列研究條件之個案，再由研究人員接續與向受試者說明研究內容，並取得受試者之同意與簽署。

納入條件(您必須符合的條件)：

4. 由神經內科或精神科醫師診斷為非失智症合併精神行為症狀(例如：憂鬱、焦慮、攻擊行為…等)之患者之主要照顧者
5. 照顧者年齡為 20 歲以上
6. 有實際執行直接照顧工作之照顧者。

**排除條件(若有下列任何情況者，不能參加本研究)：**

4. 由神經內科或精神科醫師診斷其主要照顧者之照顧的病患為非阿茲海默型失智症
5. 照顧者年齡未滿 20 歲
6. 無法辨識文字者。

## **二. 機密性**

本計畫依法把任何可辨識您的身分之紀錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開，也不會向與本研究不相關的人員透露。本計畫的研究人員、人體研究倫理審查委員會的成員以及委託單位皆有法定的權利檢閱您的研究紀錄並確定研究者所進行的研究是否恰當和是否已充分保障您作為研究參與者的權利，但在正常的情况下只有本計畫的研究人員可檢閱可識別您身分的資料，如非必要，研究人員將不會將這些資料向其他單位呈報，而且上述所有人員皆承諾絕不違反您的身分之機密性。

如果發表或出版研究結果，您的身分仍將保密。您的參與研究計畫內容將加以編號，而連結您的姓名與此編號文件之編碼將分別儲存並保密。所有研究紀錄將妥善儲存並保密。在研究過程中，若有新資訊將可能影響您是否繼續參與本計畫，計畫主持人將特別通知。

本研究蒐集個人資料與資訊的保存期限為 10 年；期滿後由王瑋瀚（計畫主持人）負責銷毀。

## **三. 參與研究可能遭遇之不適、不便或傷害及處置方法**

1. 在研究中所討論的某些問題可能會使您感到不適或困擾，但您隨時可以拒絕回答任何問題或隨時退出討論。萬一有上述情況發生，我們會儘可能提供您可運用的衛教資訊或是諮詢管道。

2. 主持人王瑋瀚與研究團隊會極力避免與防範研究過程中，造成您個人隱私受損及資料外洩或其它不利影響；且其責任歸屬，將取決於本國適用的法律。

## **四. 預期效益**

參與本計畫將不會為您帶來直接的利益。然而，您的參與不僅有助臨床工作人員、病友或家屬了解失智症照顧者的精神問題，並對其患者之照顧者在預防心理疾病上提供建議。

## **五、研究經費來源及可能衍生之商業利益及其應用之約定：**

若您決定參與本計畫，在完成本研究所有評估項目後，將給予每人100元新台幣等值禮券之受試者參與費。

備註：(1)本研究計劃經費係由科技部補助。(2)藉由這個研究能夠了解失智症照顧者的精神問題並對其患者之照顧者在預防心理疾病上提供建議。(3)若您同意參與本計畫，主持人即得到您的授權來儲存並使用您提供的資料進行研究。此研究成果若直接或間接衍生出具商業價值之權益，不屬於研究對象。



## 六、研究之參與、中止及退出

您可自由決定是否參加本計畫；研究過程中可不需任何理由隨時撤銷同意、退出計畫。如有上述情況，除無法獲得 100 元新台幣等值禮券之受試者參與費外，您並不需要擔負任何罰責，也不影響到您任何其他方面的權益（例如：工作／醫療照護／學校成績）。

## 七. 研究對象權利：

- (5) 參與研究期間您不需額外負擔任何費用。
- (6) 如果你(妳)在研究過程中對研究計畫產生疑問，或對身為研究對象之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之人體研究倫理審查委員會 秘書處聯絡請求諮詢，其電話號碼為：04-24739595 ext. 21735-21737；傳真號碼為：04-35073516；e-mail：irb@csh.org.tw
- (7) 為進行研究計畫，如果你(妳)現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與計畫主持人王瑋瀚聯絡。(聯繫電話: 04-24730022 轉12324)。
- (8) 本同意書一式兩份，研究者已將同意書副本交給你(妳)，並已完整說明本研究之性質與目的。計畫主持人王瑋瀚已回答您有關與研究相關的問題。

## 八. 執行紀錄：

請不要著急，花一些時間考慮上述資訊，如有任何地方不清楚，請不要猶豫進一步詢問 王瑋瀚（計畫主持人）。

- (3) 計畫主持人、協同主持人或代理主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

計畫主持人/協同主持人/代理主持人簽章：

日期：西元                    年            月            日

- (4) 研究對象已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受為研究計畫的自願研究對象。

研究對象簽章：

日期：西元                    年            月            日

### 基本資料量表

版本：V1.0

日期：2018/07/05

照顧者基本資料					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/>	生日	民國 年 月 日
			女		
實際居住縣市					
照顧狀況	<input type="checkbox"/> 1. 主要照顧者，若有家人協助，協助者為_____ <input type="checkbox"/> 2. 次要照顧者，主要協助事項為_____				
照顧期間	<input type="checkbox"/> 由民國 年 月 日照顧至今，約 年 <input type="checkbox"/> 不清楚				
照顧者是被照顧者的誰？ (複選)	<input type="checkbox"/> 1. 父，年次_____ <input type="checkbox"/> 2. 母，年次_____ <input type="checkbox"/> 3. 公公，年次____ <input type="checkbox"/> 4. 婆婆，年次____ <input type="checkbox"/> 5. 岳父，年次____ <input type="checkbox"/> 6. 岳母，年次____ <input type="checkbox"/> 7. 配偶，年次____ <input type="checkbox"/> 8. 同居人，年次____ <input type="checkbox"/> 9. 媳婦，年次____ <input type="checkbox"/> 10. 女婿，年次____ <input type="checkbox"/> 11. 兒子，年次____ <input type="checkbox"/> 12. 女兒，年次____ <input type="checkbox"/> 13. (外)祖父，年次____ <input type="checkbox"/> 14. (外)祖母，年次____ <input type="checkbox"/> 15. 兄，年次____ <input type="checkbox"/> 16. 弟，年次____ <input type="checkbox"/> 17. 姊，年次____ <input type="checkbox"/> 18. 妹，年次____ <input type="checkbox"/> 19. 孫子/女，年次_____ <input type="checkbox"/> 20. 外孫子/女，年次____ <input type="checkbox"/> 21. 收養關係，年次____ <input type="checkbox"/> 22. 其他 _____，年次_____				
	共有 _____ 位被照顧者				
收入	<input type="checkbox"/> 1. 2萬元以下 <input type="checkbox"/> 2. 2~5萬元 <input type="checkbox"/> 3. 5~8萬元 <input type="checkbox"/> 4. 8~11萬元 <input type="checkbox"/> 5. 11萬元以上				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚 <input type="checkbox"/> 3. 離婚 <input type="checkbox"/> 4. 分居 <input type="checkbox"/> 5. 喪偶 <input type="checkbox"/> 6. 同居 <input type="checkbox"/> 7. 其他_____				
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 不識字 <input type="checkbox"/> 2. 識字，但未曾就學 <input type="checkbox"/> 3. 國小 <input type="checkbox"/> 4. 國(初)中 <input type="checkbox"/> 5. 高中(職) <input type="checkbox"/> 6. 專科 <input type="checkbox"/> 7. 大學 <input type="checkbox"/> 8. 研究所以上 <input type="checkbox"/> 9. 其他_____				
照顧時間	<input type="checkbox"/> 1. 1~2小時/日 <input type="checkbox"/> 2. 3~4小時/日 <input type="checkbox"/> 3. 5~6小時/日 <input type="checkbox"/> 4. 7~8小時/日 <input type="checkbox"/> 5. 8小時/日以上				
被照顧者基本資料					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/>	生日	民國 年 月 日
			女		