

計畫編號：DOH93-TD-M-113-015

行政院衛生署九十三年度科技研究計畫

中部地區精神分裂病患者之主要照顧者心理適應問題及其需求探討

計畫名稱

研究報告

執行機構：中山醫學大學

計畫主持人：顏文娟

研究人員：李選、張元玫

執行期間：93年3月1日至94年6月30日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

計畫名稱：中部地區精神分裂病患者之主要照顧者心理適應問題及其需求探討
計畫編號：DOH93-TD-M-113-015
執行機構：中山醫學大學
計畫主持人：顏文娟
計畫主持人服務單位：護理學系
計畫主持人職稱：助理教授

研究報告中文摘要：

家屬的責任隨著去機構化運動的提倡而日趨重要,可是家屬心理適應的問題似乎仍乏系統性探討,本研究目的旨在(1)探討台灣出院精神疾病患者家屬在擔任主要照顧者時之心理適應狀況 (2) 確認影響家屬心理適應的影響因素 (3) 發展適合台灣社區精神疾病患者家屬需求評估量表(4)檢定照顧意義量表之信效度 (5)了解家屬需求項目概況。

本研究採用 Lazarus 之 Transactional Theory 為架構,照顧意義為初級評價,支持感受為次級評價,照顧者適應狀況則以憂鬱狀況加以評估,並以自擬照顧需求量表探討照顧者之照顧需求。

本研究採橫斷式研究法,於中部地區精神科門診共訪談 481 位精神分裂症家屬,研究資料分析以 SPSS 12.0 進行分析,共分為四大部分:(1) 照顧意義量表信效度檢定,採探索性因素分析合併 Oblique 旋轉法進行檢定 (2) 照顧需求量表信效度檢定,同樣也採探索性因素分析合併 Oblique 旋轉法進行檢定 (3) 照顧者憂鬱程度及照顧意義、自覺支持程度之關係探討 (4) 照顧者需求概況了解,描述性資料採百分比、次數、排序、平均值、標準差呈現,相關性探討則以 pearson 積差相關及多變項回歸法。

研究結果如下:(1) 照顧意義量表經因素分析檢定後各題項全面性重新分配,其中第一題應涵蓋兩個概念而去掉,由原來 16 題所減為 15 題,並收取出三個因子:關係支持意義、價值澄清及自我探索。(2) 照顧需求量表由原來三個因子重新分配為四個因子,訊息需求、支持需求、喘息需求及出院照護需求。(3) 照顧意義、自覺支持需求與照顧者憂鬱程度呈反比,家人支持對於憂鬱程度的解釋量最大,而照顧意義中僅有關係支持意義及自我探索對於憂鬱程度呈現負相關。(4) 照顧者需求中以喘息需求佔第一順位,依次為支持需求、訊息需求及出院照護需求。

研究結果建議臨床實務部分:(1) 提供完整衛教,包括: 提供衛教時間、衛教手冊的設計、衛教資源的可及性、面對面的衛教機會 (2)成立緊急諮詢專線 (3) 提供康復巴士以協助照顧者帶精神病患就醫。研究建議:(1) 發展適合國人之照顧意義量表,並採用驗證性因素分析法檢定其建構效度 (2) 發展照顧者學習評估量表及衛教護照,以了解衛教之成效。教育部份:(1) 設計家庭理論課程以家庭病人照護之整體觀 (2) 強化在職教育家庭系統理論,以提供整體性照護。

中文關鍵詞(至少三個): 家屬需求、主要照顧者、心理適應、精神病患者、去機構化

Project Title : Psychological Adjustment of Caregivers of Schizophrenic Patients and Their Needs in Central Taiwan

Project Number : DOH93-TD-M-113-015

Excuting Institute : Chung Shang Medical University

Principle Investigator (P.I.) : Wen-Jiuan Yen

P.I. Institute : School of Nursing

P.I. Position Title : Assistant Professor

Abstract

Because of deinstitutionalization, the role of families is getting important. However, few studies explore the issues of caregivers' psychological adjustment. The purposes of the study are: (a) to understand caregivers' psychological adjustment; (2) to identify the influencing factor of psychological adjustment; (3) to develop an service needs instrument based on Taiwanese culture; (4) to exam the construct of the scale of meaning in caregiving; (5) understand the caregivers' service needs.

Transactional theory developed by Lazarus was used as the theoretical framework. The meaning of caregiving was codes as primary appraisal, and perceived social support was coded as secondary appraisal. Level of Depression was coded as caregivers' psychological adjustment.

The study was a cross sectional design. Data collection was at psychiatric OPD central Taiwan. Four hundres eighty one caregivers of schizophrenic patients were recruited in this study. Data were analyzed by SPSS 12.0, as (1) Exploratory factor analysis with oblique rotation for scale of meaning in caregiving (2) Exploratory factor analysis with oblique rotation for instrument of service needs (3) association between level of depression, meaning of caregiving and perceived social support (4) understanding of caregivers' needs. Descriptive data were discussed by percentage, frequency, rank, mean, standard deviation, correlation data were analyzed by Pearson correlation, and multiple variables regression.

Results can be summarized as: (1) items of scale of meaning in caregiving were redistributed after exploratory factor analysis. Item one was deleted because of containing two concepts. Total 15-item remained for final version. Three factors were revised: supportive meaning, value refine, and self exploration (2) service needs were redistributed into four factors (1)informative needs, supportive needs, tension released needs, and discharge care needs (3) meaning of caregiving, perceived social support were found to be negatively associated with caregivers'

level of depression. Family support was the strongest predictor to level of depression. Supportive meaning, and self exploration were negatively associated with caregivers' level of depression. (4) tension released needs was the first concern by caregivers, supportive need was second, followed by informative need and discharge care need.

Suggestions were concluded after the study. (1) For clinical practice, comprehensive health education provision was needed including the timing of education provision, education booklet, resource, and the opportunity for nurses and caregivers to clarify their questions face to face. (2) provide emergency hot line (3) transportation provision in order to assist the patients come back to the hospital. Suggestions for research: (1) develop an instrument which is fit Taiwanese culture, and exam the construct validity by confirmatory factor analysis (2) develop an assessment tool to assess caregivers' learning knowledge, and design learning passport to follow-up caregivers' learning effects. For education, (1) provide family theory for students to establish the holistic concept (2) strengthen nursing staffs family system concept in order to provide comprehensive nursing care.

Keywords: caregive's needs 、 major caregiver 、 psychological adjustment 、 mentally ill patients 、 deinstitutionalization

目錄

	Page
目錄	i
表目錄	iii
前言	1
研究目的	1
研究背景	2
主要照顧者心理適應之文獻查証	4
影響主要照顧者心理適應之文獻查証	5
家屬壓力詮釋相關研究	6
家屬需求文獻查証	7
研究方法	
研究設計	9
研究工具	10
研究程序	11
效度	13
翻譯效度	
專家效度	
分析及結果	14
中文版本之精神病患照顧者照顧意義量表信效度檢定	16
量表簡介	
資料分析	
結果與討論	
各項基本描述統計分析	
探索性因素分析	
結論與建議	
台灣精神病患照顧者照顧需求量表效度檢定	24
量表簡介	39
資料分析	
結果與討論	
各項基本描述統計分析	

探索性因素分析	
結論與建議	
中部地區精神病患照顧者照顧意義、自覺支持程度與憂鬱程度之關係探討	31
描述性資料	45
研究問題 1. 照顧者及病患之基本資料與照顧者憂鬱程度之關係	35
研究問題 2. 照顧者及病患之基本資料與照顧者照顧意義之關係	37
研究問題 3. 照顧者及病患之基本資料與照顧者自覺支持程度之關係	38
研究問題 4. 照顧者照顧意義、自覺支持程度與照顧者憂鬱程度之關係	40
討論	43
中部地區精神病患照顧者需求	47
描述性資料	48
質性資料	52
相關性資料分析	54
討論	57
研究建議	61
研究	
實務	
教育	
參考資料	64
附錄 1 研究問卷	

表目錄

	Page	
表 1.	研究問題及統計方法	15
表 1-1.	照顧者基本資料	18
表 1-2	照顧意義量表各項目之基本描述統計分析	19
表 1-3	照顧意義量表因素分析摘要表 1	20
表 1-4	照顧意義量表因素分析摘要表 2	22
表 2-2	照顧需求量表各項目之基本描述統計分析	25
表 2-3	照顧需求量表因素分析摘要表 1	27
表 2-4	照顧需求量表因素分析摘要表 2	28
表 3-1	照顧者基本資料	32
表 3-2	精神病患基本資料	34
表 3-3	照顧者憂鬱程度、照顧意義及自覺需求程度概況	34
表 3-4	照顧者、病患基本資料與照顧者憂鬱程度之相關	35
表 3-5	照顧者、病患基本資料與照顧者憂鬱程度之差異	36
表 3-6	照顧者、病患基本資料與照顧者憂鬱程度之預測	37
表 3-7	照顧者、病患基本資料與照顧者照顧意義之差異	37
表 3-8	照顧者、病患基本資料與照顧者憂鬱程度之預測	38
表 3-9	照顧者、病患基本資料與照顧者自覺支持程度之差異	39
表 3-10	照顧者、病患基本資料與照顧者自覺支持程度之預測	40
表 3-11	照顧者憂鬱程度與自覺支持程度及照顧意義類別之相關	41
表 3-12	照顧者照顧意義及自覺支持程度對照顧者憂鬱程度之預測	42
表 4-1	照顧者基本資料	48
表 4-2	照顧者需求排序總表	49
表 4-3	照顧者訊息需求排序表	50
表 4-4	照顧者支持需求排序表	51
表 4-5	照顧者喘息需求排序表	51

表目錄

		Page
表 4-6	照顧者出院照顧需求排序表	52
表 4-7	照顧者需求與憂鬱程度、照顧意義及自覺支持程度之相關	54
表 4-8	照顧者需求類別對照顧者憂鬱程度之預測	55
表 4-9	照顧者需求類別對照顧者照顧意義之預測	56
表 4-10	照顧需求類別對照顧者自覺支持程度之預測	56

前言

自 1960 年以來，去機構化運動的推行，精神病患的照護已逐漸由醫院轉移到社區(Johnson, 2000)，研究顯示，家屬若能參與精神病患的照護將有助於改善病患的預後(Gasque-Carter & Curlee, 1999)。Castaneda and Sommer (1989) 曾探討精神心理衛生專業人員對於精神病患家屬的態度，發現精神醫療人員期待家屬扮演五種主要的角色：(1) 能夠了解病患疾病、治療及病患行為控制的方法；(2) 監督病患服藥情形；(3) 鼓勵病患參與治療計畫；(4) 協助病患獲得社會服務；(5) 參與家庭治療，這個研究結果說明了精神心理衛生專業人員對精神病患家屬的期望，同時也顯現病患家屬的責任日漸重要。

大多數的精神心理衛生從業人員都了解到，家庭是精神病患最主要的照護資源，不僅提供居住處所，同時也提供財力資源、情緒支持及日常生活照護(Solomon, Draine, Mannion & Meisel, 1998)，然而，病患家屬在提供照護之時，也面臨了極大的壓力，家屬的適應議題在目前已漸漸獲得注意，然而，Shyu (2000) 表示，病患出院的最初期是家屬壓力最大的階段，特別是家屬的心理適應狀況，都會影響家屬本身的健康及病患的照護品質，因此，本研究將探討影響家屬照顧出院病患時的心理適應及照護需求，期望將此研究結果提供精神心理衛生人員參考，以設計適當之社區照護。

研究目的

預備完成之工作項目

1. 探討台灣出院精神疾病患者家屬在擔任主要照顧者時之心理適應狀況
2. 確認影響家屬心理適應的影響因素
3. 發展適合台灣社區精神疾病患者家屬需求評估量表

4. 檢定照顧意義量表之信效度
5. 了解家屬需求項目概況

研究背景

我國現今精神醫療照顧政策分為三級,初級照護著重在國人的心理衛生促進,次級照護則著重在病患的早期診斷,早期治療,政府近年來積極地增設醫療床位,其目的是使所有病患得以接受良好的醫療照顧,目前精神科床位已由 85 年 3,419 個床位擴增到民國 90 年 14,045 床位(衛生署白皮書, 民 90 年), 三級照護則是病人的出院復健,目前我國政府正積極推動的社區復健計畫,以促進個案得以回歸社區,並獲得良好的社會適應,然而,我國自 1989 年開始推動社區復健計畫,至 1996 年為止,只有 36 所復健中心成立 (衛生署白皮書, 民 90 年),也只有 1,304 位個案接受復健治療 (衛生署白皮書, 民 90 年),因為復健中心的缺乏,大部分的精神病患出院後便直接返家,研究顯示,精神病患家屬在擔任照顧角色時承受著極大的壓力、歷經沉重的負荷,可是卻無法獲得足夠的精神醫療協助 (Song, Biegel & Milligan, 1997), 沉重的照顧負擔影響著家屬的身心健康狀態 (Cuijpers & Stam, 2000),甚至影響家庭功能。

自 1960s 以來,去機構化運動推行後,精神病患的照顧責任已由醫院轉移到社區 (Johnson, 2000),家屬的角色在精神醫療照顧工作中也日顯重要,學者認為家屬若可參與病患的治療活動,則可顯著地改善病患出院後的適應狀態 (Gasque-Carter & Curlee, 1999), 然而,照顧工作是一項沉重的負擔,根據美國國家家庭照顧者協會 (National Family Caregivers Association, 1997)調查發現,61%的主要照顧者呈現憂鬱症狀,而美國家庭照顧者聯盟(Family Caregiver Alliance, 1999) 在加州進行一項調查發現 58% 的主要照顧者出現憂鬱症狀,

34%的主要照顧者抱怨他們的家人或朋友無法提供任何協助,然而,照顧工作對精神病患的主要照顧者而言,除了要承受照顧負擔外,還必須面臨社會對精神疾患的排斥與無預警的傷害事件,胡(1996)曾對精神分裂病患者的主要照顧者進行態度調查發現,77.8%的主要照顧者本身已有顯著的情緒困擾的問題,64.4%的主要照顧者不願意承認自己家中有精神病患者,45.6%的主要照顧者因為家中的精神病患者而減少與親友的互動。大部分精神病患家屬抱怨去機構化運動只是將住院的精神病患『丟』回到社區(謝,2000),因此,精神病患的主要照顧者經歷了挫折、憂鬱、害怕、焦慮、孤單及隔離感,以上感覺致使主要照顧者放棄,甚至進而遺棄病患(Cullar and Butts, 1999)。

研究顯示,家屬若能持續參與治療計畫,將能有效改善病人的預後(Gasque-Carter & Curlee, 1999), Shyu (2000) 表示,病人出院後的初期對病患本身及家屬都是一個極具挑戰的階段,特別是家屬在面對擔任照顧者的心理適應更是一項重要的議題;政府雖然目前正積極推展社區復建計畫及增設復健中心,但在目前這些社區資源缺乏的情況下,家屬是精神病患出院後所接觸的第一單位(Solomon, Draine, Mannion & Meisel, 1998),然而,心理衛生人員期待家屬能參與精神病患的照護計畫,但若未能關心家屬的心理適應及需求,家屬可能會因為壓力及社會的排斥而陷入無助狀態,並進而放棄病人(鄭 & 文, 1994),因此,為了促進精神病患的預後,減少反覆入院的醫療資源浪費,協助家屬適應照顧者角色是一項很重要的議題。

大部分心理衛生專家認為,如果家屬能有效的處理照顧工作所帶來的壓力,就能夠有效地扮演照顧者的角色,因此,心理衛生專家為病患照顧者發展許多類別之衛教計畫(Dixon & Lehman, 1995),但是 Holden and Lewine (1982) 發現53%的精神病患的主要照顧者抱怨自己在病人出院後醫院就不再理睬,感覺

自己好像已被遺棄,因此,他們有著強烈的挫敗感,56%的主要照顧者反應對於醫院所提供的出院照護感覺及不滿意,Rose (1998) 也曾在家屬座談會中發現大部分的精神病患的主要照顧者認為醫護人員應知道每個人的需求不同,然而,大部分的醫護人員都教條式將衛教知識傳遞,以上衛教方式根本無效;國內劉(1994)曾研究發現護理人員對家屬的需求認知不同,因此,造成醫護人員的衛教內容並非病患家屬所需,然而,國內因家屬需求評估量表的缺乏,使得醫護人員對病患家屬的需求一視同仁,如此的認知差異浪費醫療人員的時間,同時將使得家屬與醫護間的關係更加疏離及不信任。護理活動措施必須依據個案的需求而定,護理人員與病人或家屬之間的需求認知差異使得護理人員提供個案或家屬不需要的措施,如此,不僅浪費時間而無法獲得成效,所以,在了解精神病患家屬在扮演照顧者角色後,了解其需求便是下一個重要的議題,護理人員若能對病患或家屬的需求有正確的認知,將能設計適合具有個別性的護理措施,以提升醫療照護品質。

主要照顧者心理適應之文獻查證

根據家庭系統理論,個人是家庭系統中的次系統,,家庭系統的健康與家庭中每個成員的健康狀況有著密不可分的關係,系統中的一個成員出現健康或行為改變,將連帶地影響整個家庭系統 (Wright & Leahey, 2000), 因此,家中成員罹患精神疾病深深影響整個家庭,任何人在面臨自己的親人健康改變時,都須經過一個適應過程,『家庭成員健康改變』被列為第十一個壓力源 (Lazarus, 1999), 家庭成員健康改變使得其他的家庭成員須擔任起照顧者的角色,照顧工作是一項沉重的負擔(Rhoades & McFarland, 1999),雖然 照顧者的適應狀況曾在很多專業領域中討論,例如: 阿茲海默症或癌症的主要照顧者,但卻很少研究探討精神病患主要照顧者的適應情形, Wasow (1985) 曾比較患有慢性精神分

裂病患及阿茲海默症患者的家屬,結果發現兩組家屬都承受同樣程度的罪惡感、恥辱感、及經濟困難,不過該研究也發現到兩組不同的結果:(1) 年齡方面:一般精神分裂病病人的年紀比阿茲海默症的病人年輕,所以,精神分裂病的家屬覺得年輕代表未來、前途,因此,罹患精神疾病代表沒有前途,沒有未來,然而,因為罹患阿茲海默症的病人年紀普遍較年長,所以,罹患該病只是代表這是一個人生必經的老化過程;(2) 從基因的角度而言,因為醫學證明精神疾病有遺傳傾向,所以,很多精神病患家屬都擔心這種精神疾病的遺傳因子會傳給下一代;(3) 從社會學的角度而言,阿茲海默症通常可被一般社會所接受,然而精神疾患家屬卻感受到社會的排斥及恥辱;由此可知,雖然,照顧工作對任何疾病而言都是一項沉重的負擔,但是,精神病患家屬同時也承受著社會對精神疾病的偏見,其適應也將比一般疾病更困難。

影響主要照顧者心理適應因素之文獻查證

壓力長久以來就被認為是威脅個人適應的主要因子,然而,壓力是不可避免的,也無好或壞之分,重點是個人如何詮釋壓力及個人如何因應壓力 (Lazarus, 1999), Richard Lazarus 根據此信念發展 Transactional Theory 以解釋壓力對個人適應的作用, Transactional theory 中提出個人的適應須經過兩個程序: 壓力詮釋及因應技巧 (Lazarus, 1984), 然而, Lazarus (1984) 強調個人因應壓力的成效主要依賴個人對壓力的詮釋,對壓力錯誤的詮釋可能會導致錯誤的因應技巧,如果家屬能正向地詮釋照顧任務的意義,將可有效地擔負起照顧工作;因此,本研究的焦點著重於壓力詮釋這一部份。根據 Lazarus (1999) 主張,壓力詮釋是一連串的認知活動,壓力詮釋決定一個人的情緒狀態,壓力詮釋須經過兩個程序: 初級評估(Primary appraisal)及次級評估(Secondary appraisal) (Lazarus, 1984); 初級評估是一個評估過程,個人評估壓力對自己所代表的意義(Bartlett, Bennet,

Murphy, Hardey, Horn, & Munafò, 1998);次級評估則是指個人對自己因應壓力的資源(Bartlett et al, 1998),換言之,家屬在面臨病患出院後,自己要單獨擔負起照顧責任的壓力時,會先評估照顧角色對他而言代表什麼意義,然後再評估自己擁有那些因應壓力的資源,Lazarus (1999)強調,初級評估及次級評估會影響個人的心理適應,

因為照顧工作是一項沉重的壓力,精神病患的主要照顧者可能會面臨很多情緒上的掙扎, Burden (1991) 表示病患的主要照顧者須經過一連串的適應,而在這些階段適應過程中家屬的情緒反應可能會阻礙訊息的吸收,例如:無法遵從醫囑、或誤解醫護人員的衛教內容,因此,病患的主要照顧者對於照顧者角色的詮釋深深影響主要照顧者的心理適應。Transactional Theory 已被廣泛運用,但卻無任何研究以此理論探討精神病患及家屬議題,同時,Lazarus (1999)表示,目前沒有任何研究探討初級評估、次級評估及心理適應間的關係,故此研究將根據 Transactional Theory 瞭解精神病患主要照顧者的心理適應狀況及與影響因素間的關係。

家屬壓力詮釋相關研究

壓力詮釋不僅是一種認知過程,同時也是一個評值判斷的過程,換言之,壓力詮釋就是一個認知活動 (Lazarus, 1999), 壓力詮釋具有兩種形式: 初級評估及次級評估 (Lazarus, 1984):

(一) 初級評估(Primary Appraisal) / 次級評估(Secondary Appraisal)

Lazarus 的 Transactional theory 廣泛被運用在很多領域 (Hooker, Monahan, Shifern & Hutchinson, 1992; Levesque & Cossette, 1995; Noonan & Tennstedt, 1997), 但大部分的研究都是著重在因應行為及適應之間的關係, Lazarus 特別強調壓力的詮釋是個人因應的重要影響因子,沒有正確的壓力事件詮釋,將會造

成不當的因應行為。

初級評估即是針對壓力事件對個人意義的評估過程(Bartlett et al., 1998)。初級評估與個人價值信念、生長背景及發生的事件有關,當壓力產生時,個人會將壓力事件對自己的健康影響先行判斷 (Lazarus, 1999), 如果個人的初級判斷發現壓力事件的影響不是個人能力所能負荷,同時,發現壓力事件程度高於自身期望時,這種壓力事件造成的威脅感將會造成個體不舒服情形(Mills, 2001), 因此,精神病患家屬在承擔照顧責任時,變面臨照顧壓力,若家屬能在病患出院時,對於照顧病患任務的詮釋將影響未來家屬扮演照顧者角色的適應,所以在此研究,研究者將以照顧意義(Meaning of Caregiving)作為家屬壓力詮釋的研究變項。

次級評估指的是個體對於自身的因應資源的評估 (Bartlett et al, 1998),次級評估是一項複雜的評估過程,可以說是個人因應資源的評估, Lazarus (1984)強調個體的初級評估及次級評估影響個人的情緒,個體再面臨壓力事件時首先會先對壓力事件造成的結果進行評估,同時,評估誰該位這個壓力事件負責,因此,壓力事件會被詮釋成三種意義: 傷害、威脅或挑戰,當個體對壓力事件詮釋後,接著會再思考自己怎麼因應這個壓力事件,自己是否有能力去處理這壓力事件? 最後,個體會對事件處理後的結果存在有正向或負向期望,這也就是個體的適應情形 (Lazarus, 1999)。Lazarus (1984)解釋,個人的因應潛能就是次級評估,所謂因應潛能就是個人可以運用的資源,社會支持(Social Support)被視為是一種因應潛能的來源,因此在此研究,家屬的次級評估將以社會支持為研究變項。

家屬需求文獻查證

有關家屬需求的研究在國外已受到高度重視,基本上家屬需求的探討分為

兩大部分：(1) 與家屬相關的一般需求；(2) 著重在家屬衛教內容的需求。強調家屬一般需求的研究主要探討的是金錢支持、病人就診時的交通協助、心理支持等；而有關衛教內容需求的研究則著重在精神疾病的知識、對病患治療計畫的了解 (Brooker, 1990; 許 & 曾, 1998; Kane, DiMartino & Jimenez, 1990)。

Landein, , Whelton, Dermer & Cardamone et al. (1992) 歸納家屬的需求為：需要精神疾病的相關知識、預後、如何與病患溝通；Gasque-Carter and Curlee (1999) 則報告家屬要求能與心理衛生人員保持密切聯繫、藥物副作用、病人的治療計畫、財力協助及家屬團體。國內，李(1999)曾調查花蓮地區精神分裂病患主要照顧者的需求，並作原住民與非原住民的需求比較，結果發現原住民需要社會福利資源多於非原住民，而非原住民需要更多的醫療知識；根據過去及東西方的研究，大致主要照顧者的需求分為三大類：訊息需求、物質需求及情緒支持需求。訊息需求即是有關精神疾病、處理病人行為的技巧、藥物副作用及有關病人治療計畫的訊息；物質需求即指經濟、社會福利、長期照護機構及緊急處理機構；情緒支持即指他家庭成員的了解、心理衛生人員的支持、與具有相同情形的家屬分享照顧經驗。精神病患主要照顧者的需求在西方已受到重視，然而在國內，過去精神醫療的對象仍以病人為中心，近年來，政府推動病患早日回歸社會的政策，家屬在精神病患的照顧計畫中逐漸扮演重要的角色，病患回歸社會，護理功能也須因應國家政策及醫療保健計畫擴展到社區，然而，為了避免各專業人士(例：社工) 的角色功能重覆，節省人力成本，了解病患家屬的需求是目前的當務之急。

『加強積極治療與復健，減少消極收容與養護』是我國現今推行的精神醫療政策，根據行政院衛生署白皮書所提供的資料，臺灣地區約二萬人左右需要全日住院治療，而目前僅有 14,045 床，尚有不足，且分佈不均，精神復健與保健設施

更為不足,因此,各級政府正積極規劃設立精神醫療機構、精神復健機構及心理衛生輔導機構;然而,在目前精神復健單位不足的空窗期,家庭仍是病人出院後接觸的第一個單位(Solomon, Draine, Mannion & Meisel, 1998),同時,學者認為家屬若可參與病患的治療活動,則可以顯著地改善病患出院後的適應狀態(Gasque-Carter & Curlee, 1999),因此,精神疾患家屬在擔任主要照顧者時的角色適應是一項非常重要的議題;此外,『健全精神疾患防治措施,促進民眾心理健康』也是我國現今精神醫療政策之一,根據國外文獻,家屬在面臨沉重的照顧壓力時,可能罹患憂鬱症或經歷心理的掙扎,為達到政府『健全精神疾患防治措施,促進民眾心理健康』的目標,除加強初級照護的功能外,關懷精神疾患家屬的心理適應,同時了解家屬的需求,以提供符合家屬需求的照護,並進而增進家屬對病患治療計劃的參與,以改善疾病的預後。

研究方法

一.研究設計

採立意取樣於中部地區精神科醫院門診訪談回診的出院病患家屬,收案條件如下:

- (1) 病人診斷為精神分裂病,病程不限,但此次自病房出院一個月內,出院期間主要負責處理病人日常生活事項的家庭成員即為主要照顧者。
- (2) 年紀大於 18 歲。
- (3) 必須可以國、台語溝通。
- (4) 參與本研究之樣本將依研究倫理予以保護:

樣本數推估依據 Stevens (1996) 建議,多變項迴歸分析樣本數為變項與樣本人數的比為 1:15,本研究採取此法則,以一個變項比 15 個案計算所需樣本數,因此,

本研究有 20 個人口學變項 (12 個家屬人口學變項及 8 個病人人口學變項), 及照顧意義評估、照顧資源評估、心理適應, 共 23 個變項, 此研究共需 345 位個案, 為確保有效問卷數, 故收集 400 位個案。

二. 研究工具

資料採用問卷訪談, 結構式問卷包括: (1) 病人及家屬人口學特色; (2) 精神症狀評估量表; (3) 中國人憂鬱量表; (4) 支持量表; (5) 照顧意義量表; 及 (6) 自覺需求量表; 其中三份問卷為英文量表, 研究者採用 back direct 翻譯法將問卷翻譯成中文, 研究工具說明如下:

- (1) 中國人憂鬱量表: 此量表由 Lin (1989) 依據憂鬱症病源研究中心量表 (the Center for Epidemiologic Studies-Depressed Mood Scale (CES-D) 修改, 此量表主要針對中國人的憂鬱情況而設計, 此量表共有 22 題, 4 點計分, 0=從沒有; 3=總是, 分數越高代表憂鬱程度越高, 此份問卷曾對 1000 位中國人進行測試, 內在一致性 Cronbach's alpha 為 0.89, Split-half and Spearman - Brown reliability coefficients 為 0.77 to 0.92.
- (2) 照顧意義評估表: 由 Giuliano, Mitchell & Clark (1990) 發展的 16 題量表, 包括: 生活信念重整、家庭親密關係及宗教價值信念, 採五點記分, 分數越高表示對照顧意義的評價越正向; 內在一致性 Cronbach's alpha .86, 此問卷經 Yen (2003) 採 back-direct 的翻譯方式修改問卷, 已進行專家內容效度, 同時針對 55 位台灣精神分裂病個案家屬進行問卷測試, 內在一致性 Cronbach's alpha .75。
- (3) 支持量表: 此量表由 Blumenthal, Barefoot and Haney 於 1987 發展的 12 題量表, 量表內容包括: 朋友支持、家屬支持及生命中重要人物的支持 (Significant person), 7 點記分, 分數越高表示所獲得的支持程度越高; 內在一致性 Cronbach's alpha .88, 再測信度為 .85

(4) 家屬需求量表: 此需求量表依據李(1999) 所設計的家屬需求量表,共 33 項,及 Yen (2001)所收集 40 項家屬需求,修改而成家屬需求量表,共 23 題,顏(2003) 曾進行研究初試,採四點計分,分數越高表示該項需求度越高;已進行專家內容效度及內在一致性 Cronbach's alpha .91。

(5) 精神症狀及行為問題評估量表: 由 Espie, Montgomery and Gillies 於 1988 年發展評估社區精神病患的行為問題及症狀,內在一致性 Cronbach's alpha .92,此問卷已經 Yen (2003)翻譯修改,並進行專家效度檢定,此變項屬於病患之人口學變項,由訪談者依照病人出現行為的頻率填寫,採四點計分,分數越高表示病人的問題行為越嚴重。

三.研究程序

(一) Pilot Study

Pilot study 的目的為初步問卷檢定檢定並修改問卷及了解正式研究執行之困境, Pilot study 選擇於新光醫院精神科門診收集 30 位精神分裂病病患家屬,以採用立意取樣方式進行研究。

Pilot study 結果作為修改問卷及信度測試並進行 Item analysis, Pilot study 的經驗同時也有助於了解研究執行之限制,問卷信度結果如下:

(1) 支持量表: 共有三部分,『獲得家屬的支持』;『獲得朋友的支持』;『從生命中最重要的人獲得支持』,結果顯現『獲得家屬的支持』內在一致性 Chronbach's alpha 0.92,『獲得朋友的支持』內在一致性 Chronbach's alpha 值 0.94;『從生命中最重要的人獲得支持』內在一致性 Chronbach's alpha 值 0.92; 總量表 Chronbach's alpha 值 .94; 在訪談過程中,受訪個案對於『家人』及『生命中最重要的人』感到困惑,表示家人都會是生命中最重要的人,此訪談發現這兩分量表似乎有共線情形,『獲得家屬的支持』及『從生命中最重要

的人獲得支持』兩個分量表的呈現強烈相關 ($r=.94, P<.05$), 此結果顯示, 這兩個分量表測量同一變項, DeVellis (2003) 表示量表中若兩個分量表測量同一變項, 會因為題數增加而造成受測者的疲累, 針對此現象, 建議選擇一個分量表即可, 根據台灣文化, 家庭與國人的關係密不可分, 且在訪談過程中, 受訪個案對於『家人』及『生命中最重要的人』的困惑, 與研究小組成員討論後, 決定將『從生命中最重要的人獲得支持』的題目刪除, 研究小組人員希望能夠了解照顧者感受到醫護人員的支持程度, 故將『加上從醫護人員獲得支持』。

(2) 照顧意義評估表: 分為『生活信念重整』、『家庭親密關係』及『宗教價值信念』三個分量表, 其內在一致性 Chronbach's alpha 分別為: 『生活信念重整』0.7、『家庭親密關係』0.74、『宗教價值信念』0.68; 總量表 Chronbach's alpha 值.82。

(3) 家屬需求量表: 分為『訊息需求』、『物質需求』、『情緒需求』量表, 其內在一致性 Chronbach's alpha 分別為: 『訊息需求』0.9、『物質需求』0.7、『情緒需求』0.62; 總量表 Chronbach's alpha 值.91。

Table 1. 量表之信度(Chronbach's alpha) N=30

Instrument	Items	Chronbach Alpha
支持量表	12	0.94
* the significant other	4	0.92
* family	4	0.92
* friends	4	0.94
照顧意義評估表	16	0.82
* 生活信念重整		0.7
* 家庭親密關係		0.74
* 宗教價值信念		0.68

Table 1.續 量表之信度(Chronbach's alpha) N=30

Instrument	Items	Chronbach Alpha
家屬需求量表	23	0.91
* 訊息需求	11	
* 物質需求	9	0.9
* 情緒支持	3	0.7
		0.62

效度

翻譯效度

在此研究,研究這翻譯英文原始問卷為中文,再由另一位擁有碩士學位的美籍台灣人將研究者所翻譯的中文轉翻成英文,然後再比較原始英文問卷及第二份轉翻譯後的英文問卷之差異,若發現差異時,研究者與該美籍學者進行討論,當兩者意見不一致時,便詢問第三位擁有碩士學位的美籍台灣人,此過程皆藉由 e-mail 方式溝通討論,問卷定稿後再由五位專家進行內容專家效度測試。

內容專家效度

量表由五位心理衛生專業人員進行內容效度檢定,其中包括一位精神科護士、精神科醫師、精神分裂病患者家屬、兩位護理學系講師,檢定標準依據研究目的及研究架構,以評估量表的適當性,採四點計分:

- 1 分 : 此題無意義,刪除
- 2 分 : 考慮刪除此題
- 3 分 : 此題可以接受,但必須加以修改
- 4 分 : 此題可以被接受

結果顯示大部分的題目都達 3-4 分,對於小於 3 分的題目研究小組人員再進行討論修改,支持量表之內容效度指標(Content Validity Indexes; CVI) 為 1; 照

顧意義量表為 0.75；照顧需求量表為 0.86。

效度檢定--因素分析

為了發展適合中國人之家屬需求量表,將採因素分析進行建構效度檢定,根據 Bryant and Yarnold (1995)建議,因素分析每一題至少要有 10 個個案,因此,此量表共有 23 題,至少需要 230 個個案方可進行因素分析。

(二) 正式收案

本研究於中部醫院訪談精神科住院精神分裂症患者之照顧者,共 481 位。研究時間自 93 年 1 月至 94 年 6 月 30 日。

四. 資料分析:

所收集的資料予以編碼,資料採 SPSS/PC for Windows ®software package 進行分析,資料分析分為三個部分:

- (1) 描述性資料: 以次數、百分比、平均值、標準差分析。
- (2) 照顧者照顧意義量表及照顧者需求量表測試將採因素分析加以分析以檢定問卷效度。
- (3) 推論性統計方面將採多變項迴歸及皮爾森積差相關分析。

分析及結果

資料以結構式問卷收集並採用 SPSS/PC for Windows ®software package 進行分析,本研究資料分析共分四大部分: 1. 照顧意義量表信效度測試, 採用探索性因素分析方式, Oblique 旋轉法檢定量表之建構效度; 2. 照顧需求量表之信效度分析, 採用探索性因素分析方式, Oblique 旋轉法檢定量表

之建構效度; 3. 照顧者憂鬱程度、照顧意義及自覺支持程度之關係, 以 Pearson 積差相關及多變相回歸進行檢定; 4. 照顧者需求, 採用百分比、次數、排序加以了解照顧者需求概況, 並以 Pearson 積差相關了解照顧者憂鬱程度、照顧意義及自覺支持程度與各需求類項之關係, 資料分析摘要見表 1.

表 1 研究問題及統計方法

研究問題		Analysis
第一部分		探索性因素分析
	照顧意義量表信效度檢定	Oblique 旋轉法
第二部分		探索性因素分析
	照顧需求量表信效度檢定	Oblique 旋轉法
第三部分		Pearson correlation
	照顧者憂鬱程度、 照顧意義及自覺 支持程度之關係	Multiple regression
	1. 照顧者之憂鬱程度與病人及 照顧者之基本資料之相關性	
	2. 照顧者之照顧意義與病人及 照顧者之基本資料之相關性	Pearson correlation Multiple regression
	3. 照顧者之自覺支持程度與病 人及照顧者之基本資料之相關性	Pearson correlation Multiple regression
第四部分		
	照顧者需求概況	百分比、次數、排 序
	1. 照顧者的需求概況	
	2. 照顧者需求類項與照顧者憂鬱 程度照顧意義及自覺支持程度之 關係	Pearson correlation Multiple regression

資料分析：第一部份

中文版本之精神病患照顧者照顧意義量表
信效度檢定

Validation of Chinese Version of Meaning in Caregiving for Taiwanese
Caregivers of Mentally ill Patients

量表簡介:

本量表由 Giuliano, Mitchell & Clark (1990) 發展的 16 題量表,包括: 生活信念重整、家庭親密關係及宗教價值信念,採五點計分,分數越高表示對照顧意義的評價越正向;內在一致性 Cronbach's alpha .86, 此問卷經 Yen (2003) 採 back-direct 的翻譯方式修改問卷,已進行專家內容效度,同時針對 55 位台灣精神分裂病個案家屬進行問卷測試, 內在一致性 Cronbach's alpha .75。

資料分析

所收集的資料將予以編碼,資料將採 SPSS/PC for Windows ®software package 12.0 進行分析,樣本屬性以次數、平均值、百分比、標準差呈現,效度以探索性因素分析,oblique 旋轉檢定。

結果與討論

(一) 樣本屬性

本研究收集 481 位精神病患之照顧者(表 1-1),平均年齡為 53.17 歲 (SD =15.45),年齡差距為 15-83 歲,其中男性照顧者有 193 位,女性照顧者 288 位,教育程度以高中居多 (30.8%)。

表 1-1 照顧者基本資料 (N=481)

變項	範圍	平均值	標準差
照顧者年齡	15-83	53.17	15.45

表 1-1 續 照顧者基本資料 (N=481)

變項	分類	n	%
性別	男性	193	40.1
	女性	288	59.9
教育程度	識字	36	7.5
	識字但沒受教育	29	6.0
	小學	104	21.6
	國(初)中	67	13.9
	高中	148	30.8
	大學(專)	84	17.5
	研究所	13	2.7

(二) 效度檢定

本研究採用探索性考量表之建構效度,並求出各因素可以解釋的變異量,找出量表的潛在結構以獲得本量表是否具有良好的建構效度,並了解各項的因素複合量已刪除不適合的題目,及決定分量表的數目。

各項基本描述統計分析

首先進行 16 題測驗項目之基本描述統計分析,包括平均值、標準差、偏態及峰度等。從平均值來看,各題平均值落於 2.9-3.97,並沒有特別偏高或偏低的項目,就標準差而言,各題標準差落於 0.72-1.33,顯示各項目皆具有相當程度的變異程度。偏態與峰度,各數值落在 -1 及 +1 之間,並沒有非常極端的數值,因此,整體而言,此 16 題在平均值、標準差、偏態及峰度等各方面之數值堪稱理想(表 1-2),後續將以此 16 題進行因素分析。

表 1-2. 各項目之基本描述統計分析

題號	測量題目	平均值	標準差	偏態	峰度
1	我接受照顧者的角色,因為他是我愛的人	3.97	0.84	-0.56	0.33
2	因為照顧工作,讓我和患病的家人關係更親蜜	3.25	1.27	-0.43	-0.87
3	自從我成為主要照顧者,我對過去『我一直很努力追求的事』有不同的看法	3.29	1.04	-0.49	-0.39
4	在我照顧的過程中,宗教信仰對我很有幫助	3.10	1.26	-0.18	-1.00
5	我蠻高興能為他做一些事	3.59	1.04	-0.80	0.37
6	自從開始我的照顧工作後,我對生活的一些小事都不會太在意	3.28	1.00	-.36	-0.56
7	我相信未來一切會變好	2.90	1.33	-0.06	-1.21
8	經過這次的照顧工作,讓我重新思考人生中什麼才是重要的	3.45	1.01	-0.38	-0.59
9	經過這次的照顧經驗,我發覺自己很能幹	3.09	0.96	-0.04	-0.23
10	我覺得人生就是一份互相照顧的工作	3.86	0.88	-0.90	1.29
11	我接受照顧工作,因為我知道他需要我	3.96	0.72	-0.66	1.56
12	經過這次的照顧經驗,讓我體驗友誼的重要性	3.08	1.28	-0.26	-1.05
13	經過這次的照顧經驗讓我瞭解家人對我的重要性	3.61	1.18	-0.97	0.07
14	我覺得任何人都不能取代我對患病家人的照護	3.33	1.14	-0.45	-0.69
15	自從開始這照顧工作後,過去會讓我心煩的事也都不再重要了	3.99	1.16	-0.12	-0.86
16	我覺得我在照顧工作上扮演很重要的角色	3.81	0.90	-0.74	0.81

探索性因素分析

本研究以探索性因素分析考驗量表之建構效度,根據理論採用主成分分析法,進行 Oblique 轉軸以抽取因素,分析時將特徵值小於 1 予以刪除 (表 1-3)。

本量表經探索性因素分析,共抽取出 3 個因素,累積解釋變異量為 58.85%,三個因素所屬題目與 Giuliano, Mitchell & Clark (1990) 發展的原始量表不同,因素負荷量、可解釋變異量及 Cronbach α 列於表 1-2,以 Cronbach α 檢定照顧意義量表的各分量表之內在一致性,結果顯示三個分量表的 Cronbach α 值介於 .75-.84; 相對於本研究採用原始量表之分量表之 Cronbach α 值介於 .68-.74 有穩定的內在一致性。

表 1-3. 照顧意義量表因素分析摘要表

題號	測量題目	Factor I	Factor II	Factor III
2	因為照顧工作,讓我和患病的家人關係更親蜜	.87		
12	經過這次的照顧經驗,讓我體驗友誼的重要性	.77		
7	我相信未來一切會變好	.73		
4	在我照顧的過程中,宗教信仰對我很有幫助	.71		
13	經過這次的照顧經驗讓我瞭解家人對我的重要性	.65		
5	我蠻高興能為他做一些事	.53		
1	我接受照顧者的角色,因為他是我愛的人	.47		-.41
15	自從開始這照顧工作後,過去會讓我心煩的事也都不再重要了	.41		
3	自從我成為主要照顧者,我對過去『我一直很努力追求的事』有不同的看法		.83	
8	經過這次的照顧工作,讓我重新思考人生中什麼才是重要的		.79	

表 1-3 續. 照顧意義量表因素分析摘要表

題號	測量題目	Factor I	Factor II	Factor III
6	自從開始我的照顧工作後,我對生活的一些小事都不會太在意		.69	
11	我接受照顧工作,因為我知道他需要我			-.86
16	我覺得我在照顧工作上扮演很重要的角色			-.82
10	我覺得人生就是一份互相照顧的工作			-.63
14	我覺得任何人都不能取代我對患病家人的照護			-.56
9	經過這次的照顧經驗,我發覺自己很能幹			-.43
	特徵值	6.78	1.48	1.16
	解釋變異量 %	42.35	9.22	7.28
	Cronbach α	.84	.78	.75
	累積解釋變異量		58.85 %	

本量表經過探索性因素分析後,各分量表所屬的題目出現大幅重組現象,因素 I 所呈現的內容主要在『關係的支持』內容包括照顧者與病人、朋友之間的關係,甚至宗教與照顧者之間的關係;因此,此因素將之命名為『關係的支持』;因素 II 所呈現的內容主要在『價值觀澄清』,照顧者在照顧過程中持續澄清對人生的看法,使自己更堅定扮演照顧者角色,因此因素 II 命名為『價值觀澄清』,因素 III 所呈現的內容主要以『自我探索為主』,照顧者將照顧工作視為證實自我能力及照顧角色的重要,因此因素 III 命名為『自我探索』(表 1-4)。

其中,題目 1『我接受照顧者的角色,因為他是我愛的人』在經過因素分析出現含有兩個概念,其中一個概念是『因為她是我愛的人』這個概念屬於第一因素之關係支持,而『我接受照顧者的角色』又屬於因素 III 之自我探索概念,

因此,考慮將此題予以刪除,故本量表保留共 15 題。

表 1-4. 照顧意義量表因素分析摘要表

題號	測量題目	關係支持	價值觀澄清	自我探索
2	因為照顧工作,讓我和患病的家人關係更親蜜	.87		
12	經過這次的照顧經驗,讓我體驗友誼的重要性	.77		
7	我相信未來一切會變好	.73		
4	在我照顧的過程中,宗教信仰對我很有幫助	.71		
13	經過這次的照顧經驗讓我瞭解家人對我的重要性	.65		
5	我蠻高興能為他做一些事	.53		
15	自從開始這照顧工作後,過去會讓我心煩的事也都不再重要了	.41		
3	自從我成為主要照顧者,我對過去『我一直很努力追求的事』有不同的看法		.83	
8	經過這次的照顧工作,讓我重新思考人生中什麼才是重要的		.79	
6	自從開始我的照顧工作後,我對生活的一些小事都不會太在意		.69	
11	我接受照顧工作,因為我知道他需要我			-.86
16	我覺得我在照顧工作上扮演很重要的角色			-.82
10	我覺得人生就是一份互相照顧的工作			-.63
14	我覺得任何人都不能取代我對患病家人的照護			-.56
9	經過這次的照顧經驗,我發覺自己很能幹			-.43

結論與建議

本研究目的在於測試一份引用國外的照顧意義量表,並建立其信度及效度,由探索性因素分析結果得到初步的信度及效度,原始量表共 16 題,共分三個分量表包括『生活信念重整』、『家庭親密關係』及『宗教價值信念』,經過探

索性因素分析後,分量表所屬的題目經過重組而修訂為『關係支持』、『自我探索』及『價值觀澄清』三個分量表,共 15 題,累積總變異量為 58.85%,各分量表的 Cronbach α 值介於 .75-.84。

本研究所檢定的照顧意義量表已顯現初步可接受的信效度,可以提供未來國內心理衛生人員對於精神病患照顧者之照顧意義測量,未來研究將再針對此量表進行驗證性因素分析;然而,本研究所得的照顧意義量表建構與 Giuliano, Mitchell & Clark (1990) 的研究不同,而且原來所設計之三個構面的題目都出現大幅度的重組,依據研究者個人經驗,國人深受宗教輪迴觀念極為深刻,Cadwallader (1991) 建議,對於某些人或種族,宗教是一個很重要的因應壓力的因子,台灣是一個多宗教信仰的國家,因此,宗教對於照顧者的影響絕不容忽視 (Hsieh, 1998),Giuliano, Mitchell & Clark (1990) 的原始問卷雖然有『宗教價值信念』這個因素,其定義在於個人以價值及超自然高層次不可知的觀念對於照顧意義的解釋;然而,以『超自然高層次不可知的觀念』而言,東西方文化本來就不同,西方思想偏向宗教所帶來的安祥,而東方思想擇著重宗教所帶來的解脫,中國人偏向於採用宗教對於事件的解釋以求得心安及解脫,例如:輪迴觀及因果論 (Hsieh, 1998),因此,此問卷若要施測於國內對象,仍需要再加以修正及考量適合國人的文化。

資料分析：第二部份

台灣精神病患照顧者照顧需求量表

效度檢定

Validation of Chinese Version of Caregivers' Needs for Taiwanese
Caregivers of Mentally ill Patients

量表簡介:

家屬需求量表是依據李姿瑩(1999)所設計的家屬需求量表,原始量表共33項,同時加上研究者本身於2001進行Delphi study所收集40項家屬需求,修改而成家屬需求量表,共23題,量表分為三大部分(1)訊息需求(2)物質需求(3)情緒需求,顏(2003)曾進行研究初試,採四點計分,分數越高表示該項需求度越高;已進行專家內容效度,內在一致性Cronbach's alpha .91。

資料分析

本研究採用探索性考量表之建構效度,並求出各因素可以解釋的變異量,找出量表的潛在結構以獲得本量表是否具有良好的建構效度,並了解各項的因素複合量以刪除不適合的題目,及決定分量表的數目。

各項基本描述統計分析

首先進行23題測驗項目之基本描述統計分析,包括平均值、標準差、偏態及峰度等。從平均值來看,各題平均值落於1.94-2.34,並沒有特別偏高或偏低的項目,就標準差而言,各題標準差落於0.77-1.03,顯示各項目皆具有相當程度的變異程度。偏態與峰度,各數值落在-1及+1之間,並沒有非常極端的數值,因此,整體而言,此23題在平均值、標準差、偏態及峰度等各方面之數值堪稱理想(表2-2),後續將以此23題進行因素分析。

表 2-2. 各項目之基本描述統計分析

題號	測量題目	平均值	標準差	偏態	峰度
1	瞭解造成精神病的原因	2.07	.77	-.37	-.60
2	瞭解病患目前所接受的治療計劃	2.05	.79	-.44	-.40
3	瞭解如何預防再發病	2.12	.78	-.45	-.59
4	瞭解病患的疾病將來可以恢復到什麼程度	2.02	.85	-.37	-.82
5	瞭解病患將來是否可以工作	2.02	.81	-.39	-.59
6	瞭解病患目前所吃的藥物作用與副作用	1.94	.86	-.18	-.93

表 2-2.續 各項目之基本描述統計分析

題號	測量題目	平均值	標準差	偏態	峰度
7	瞭解如何幫助病患服藥	1.94	.88	-.21	-0.94
8	瞭解如何處理一般的精神症狀	2.05	.82	-.45	-.54
9	瞭解如何處理病患危險性的行為(例如:攻擊或自傷行為)	2.01	.84	-.26	-.99
10	瞭解如何訓練病患自我照顧	1.96	.86	-.38	-.68
11	如何與病人相處的方法	2.04	.80	-.41	-.51
12	除了醫院外,需要可以協助病患做復健的機構	2.09	.86	-.52	-.68
13	病患發病時有病床能讓病患即時住院	2.29	.77	-.77	-.19
14	有固定的心理衛生人員定期提供居家服務	2.09	.80	-.41	-.70
15	有社會福利(例如:津貼、工作保障、醫療補助)	2.15	.91	-.60	-.85
16	設立長期照護機構	2.34	.80	-0.32	.72
17	設立日間照顧中心	2.09	.94	-.59	-.81
18	有專業人員提供電話諮詢服務	2.29	.80	-.86	-.49
19	在緊急情況下能有特定的人可以聯絡、諮詢	2.22	.87	-.72	-.60
20	有家屬專線可以傾聽我的苦惱	2.18	.93	-.95	-.43
21	可以分享照顧經驗的家屬團體	2.10	1.03	-.80	-.63
22	需要家人的支持	2.18	.84	-.55	-.83
23	需要醫護人員的支持	2.14	.88	-.63	-.61

探索性因素分析

本研究以探索性因素分析考驗量表之建構效度,根據理論採用主成分分析法,進行 Oblique 轉軸以抽取因素,分析時將特徵值小於 1 予以刪除 (表 2-3)。

本量表經探索性因素分析,共抽取出 4 個因素,累積解釋變異量為 66.8%,四個因素所屬題目與 Yen (2002) 所設計的原始量表不同,以 Cronbach α 檢定照顧意義量表的各分量表之內在一致性,結果顯示四個分量表的 Cronbach α 值介於 .73-.92; 相對於本研究採用原始量表之分量表之 Cronbach α 值介於 .62-.9 有穩定的內在一致性。

表 2-3. 照顧需求量表因素分析摘要表

題號	測量題目	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
3	瞭解如何預防再發病	.87			
2	瞭解病患目前所接受的治療計劃	.87			
1	瞭解造成精神病的原因	.87			
5	瞭解病患將來是否可以工作	.83			
9	瞭解如何處理病患危險性的行為(例如: 攻擊或自傷行為)	.75			
8	瞭解如何處理一般的精神症狀	.73			
4	瞭解病患的疾病將來可以恢復到什麼程 度	.73			
7	瞭解如何幫助病患服藥	.69			
11	如何與病人相處的方法	.69			
10	瞭解如何訓練病患自我照顧	.67			
6	瞭解病患目前所吃的藥物作用與副作用	.66			
23	需要醫護人員的支持		.80		
22	需要家人的支持		.75		
19	在緊急情況下能有特定的人可以聯絡諮 詢		.71		
13	病患發病時有病床能讓病患即時住院		.61		
15	有社會福利(例如:津貼、工作保障、醫 療補助)		.61		
18	有專業人員提供電話諮詢服務		.54		
20	有家屬專線可以傾聽我的苦惱			.73	
16	設立長期照護機構			.70	
21	可以分享照顧經驗的家屬團體			.68	
14	有固定的心理衛生人員定期提供居家服 務				.76
17	設立日間照顧中心				.67
12	除了醫院外,需要可以協助病患做復健 的機構				.61
	特徵值	9.29	3.53	1.43	1.11
	解釋變異量 %	40.39	15.35	6.23	4.82
	Cronbach α	.92	.84	.73	.73
	累積解釋變異量	66.80 %			

Factor I: 訊息需求 Factor II: 支持需求 Factor III: 喘息需求 Factor IV: 出院照顧需求

本量表經過探索性因素分析後,原來依據『訊息需求』、『物質需求』、『情緒需求』三大概念所設計的題目被重新分配成四個概念,其中因素 I 所呈現的內容主要在『訊息需求』與原始問卷的題目並無太大差異;因素 II 所呈現的內容主要在尋求外在支持及協助,其中包括家人的支持、醫療人員的支持、社會福利的支持、及醫院的支持,因此,將此因素 II 命名為『支持需求』,因素 III 所呈現的內容主要以『自我探索為主』,照顧者將照顧工作視為證實自我能力及照顧角色的重要,因此因素 III 命名為『自我探索』(表 2-4)。

其中,題目 1『我接受照顧者的角色,因為他是我愛的人』在經過因素分析出現含有兩個概念,其中一個概念是『因為她是我愛的人』這個概念屬於第一因素之關係支持,而『我接受照顧者的角色』又屬於因素 III 之自我探索概念,因此,考慮將此題予以刪除,故本量表保留共 15 題。

表 2-4. 照顧需求量表因素分析摘要表

題號	測量題目	訊息需求	支持需求	喘息需求	出院照顧
3	瞭解如何預防再發病	.87			
2	瞭解病患目前所接受的治療計劃	.87			
1	瞭解造成精神病的原因	.87			
5	瞭解病患將來是否可以工作	.83			
9	瞭解如何處理病患危險性的行為(例如:攻擊或自傷行為)	.75			
8	瞭解如何處理一般的精神症狀	.73			
4	瞭解病患的疾病將來可以恢復到什麼程度	.73			
7	瞭解如何幫助病患服藥	.69			
11	如何與病人相處的方法	.69			
10	瞭解如何訓練病患自我照顧	.67			
6	瞭解病患目前所吃的藥物作用與副作用	.66			
23	需要醫護人員的支持		.80		
22	需要家人的支持		.75		

表 2-4.續 照顧需求量表因素分析摘要表

題號	測量題目	訊息需求	支持需求	喘息需求	出院照顧
19	在緊急情況下能有特定的人可以聯絡諮詢		.71		
13	病患發病時有病床能讓病患即時住院		.61		
15	有社會福利(例如:津貼、工作保障、醫療補助)		.61		
18	有專業人員提供電話諮詢服務		.54		
20	有家屬專線可以傾聽我的苦惱			.73	
16	設立長期照護機構			.70	
21	可以分享照顧經驗的家屬團體			.68	
14	有固定的心理衛生人員定期提供居家服務				.76
17	設立日間照顧中心				.67
12	除了醫院外,需要可以協助病患做復健的機構				.61

結論與建議

本研究目的在於發展一份依據國人設計的照顧需求量表,並建立其信度及效度,由探索性因素分析結果得到初步的信度及效度,原始量表共 23 題,共分三個分量表包括『訊息需求』、『物質需求』及『情緒需求』,經過探索性因素分析後,分量表所屬的題目經過重組而修訂為『訊息需求』、『支持需求』、『喘息需求』及『出院照顧需求』四個分量表,共 23 題,累積總變異量為 66.8%,各分量表的 Cronbach α 值介於 .73-.92。

本研究所得的照顧需求量表將照顧者之照顧需求更清楚細分,訊息需求即是有關精神疾病或照護方面的資訊及知識;支持需求則意為照顧者在照護時所可獲得的照護協助,包括人、社會福利及醫療單位協助,喘息需求意指照顧者得以卸下照護責任或進行情緒宣洩;出院照護需求則為照顧者在社區中照顧

病人時的照護服務。

本研究所檢定的照顧意義量表已顯現初步可接受的信效度,可以提供未來國內心理衛生人員對於精神病患照顧者之照顧意義測量,未來研究將再針對此量表進行驗證性因素分析。

資料分析：第三部份

中部地區精神病患照顧者照顧意義、照顧自覺支持程度
與憂鬱程度之關係探討

Meaning of Caregiving, Perceived Social Support, and Level of
Depression of Caregivers' of Mentally Ill Patients in Central Taiwan

描述性資料

照顧者資料

481 位精神分裂症的照顧者接受此研究調查, 以女性照顧者為多 59.9% (288 位 $n=481$), 男性照顧者佔 40.1% (193 位, $n=481$), 平均年齡 53.17 years (SD = 15.45), 年齡差距 15-83 歲, 已婚者居多(79 %); 單身次之(48%), 照顧者教育程度以高中畢業最多(30.8%); 50.9% 的照顧者是病人的父母, 配偶則佔第二位 (20.2%); 大部分照顧者都沒有工作 (64.2%), 48.9% 的照顧者有其他家屬的協助, 50.7% 則沒有其他家屬的協助, 41.9% 照顧者需要花超過 8 小時的時間照顧病人, 33.1% 則需要 3-4 小時的照顧時間。

表 3-1 照顧者基本資料 (N=481)

變項	範圍	平均值	標準差
照顧者年齡	15-83	53.17	15.45
變項	分類	<i>n</i>	%
性別	男性	193	40.1
	女性	288	59.9
教育程度	識字	36	7.5
	識字但沒受教	29	6.0
	育		
	小學	104	21.6
	國(初)中	67	13.9
	高中	148	30.8
	大學(專)	84	17.5
	研究所	13	2.7
婚姻狀況	已婚	380	79
	單身	48	10
	離婚	18	3.7
	喪偶	35	7.3

表 3-1 續 照顧者基本資料 (N=481)

表 3-1 續 照顧者 基本資料 (N=481) 變項	分類	N	%
與個案的關係	父母	245	50.9
	小孩	68	14.1
	配偶	97	20.2
	手足	57	11.9
	其他	14	2.9
工作	有	172	35.8
	無	309	64.2
照顧時數	3-4 小時	161	33.5
	5-6 小時	69	14.3
	7-8 小時	49	10.2
	超過 8 小時	197	41.0
其他照顧者	有	235	48.9
	沒有	244	50.7

精神病患資料

病患的年齡差距 20-77 歲,平均為 40.36 歲,男性病患佔 57.2% (275 位),女性佔 42.8% (206 位),教育程度以高中佔多數(182 位, 37.8%), 大學程度次之(127 位, 26.4%, 表 3-2)。

表 3-2 病患基本資料 (N=481)

變項	範圍	平均值	標準差
病患年齡	20-77	40.36	13.27
變項	分類	n	%
性別	男性	275	57.2
	女性	206	42.8
教育程度	識字	22	4.6
	識字但沒受教育	13	2.7
	小學	67	13.9
	國(初)中	69	14.3
	高中	182	37.8
	大學(專)	127	26.4
	研究所	1	0.2

相關性統計

相關性統計主要採用 Multiple regression analysis, 所有的資料都進行常態分佈之檢定, 依變相憂鬱程度呈現 positively skewed, 因此採用 square root transformation 以使資料呈現常態分佈, 其他依變項, 照顧意義 (表 3-3), 照顧者的憂鬱程度平均為 16.03 (SD=13.78, 0-62), 自覺支持程度平均 40.72 (SD=11.55, 12-60), 照顧意義平均為 54.59 (SD=11.03, 24-80)。

表 3-3 照顧者憂鬱程度, 照顧意義, 及自覺需求程度 (N=481)

變項	平均	標準差	Rang
憂鬱程度	16.03	13.78	0-62
照顧意義	54.59	11.03	24-80
自覺支持程度	40.72	11.55	12-60

研究問題 1. 照顧者及病患之基本資料與照顧者憂鬱程度之關係如何?

此研究問題首先,以 Pearson correlation 檢定照顧者及病患基本資料之相關,結果發現照顧者教育程度、同住的人口數、照顧時數、病患年紀、發病年限與照顧者憂鬱狀況有相關(表 3-4), 類別變項則以 t-test 檢定其與照顧者憂鬱程度之差異(表 3-5)

表 3-4 照顧者、病患基本資料與照顧者憂鬱程度之相關

	<i>Dep</i>	<i>Supp</i>	<i>Meaning</i>	<i>Care age</i>	<i>fnumber</i>	<i>hours</i>	<i>care edu</i>	<i>pt age</i>	<i>pt edu</i>
Dep									
Supp	-.28**								
Meaning	-.27**	.43**							
Care age	.04	-.21**	.04						
fnumber	-.24**	.32**	.23**	-.12**					
Hours	.20**	-.13**	-.09*	.18**	-.14**				
care edu	-.20**	.24**	.12*	-.47**	-.03	-.16**			
pt age	-.12*	-.05	-.15**	-.02	-.00	-.04	.10*		
pt edu	.08	.07	-.00	.11*	-.07	-.07	.03	-.53**	
Onset	-.11*	-.06	-.15**	.15**	-.02	.06	-.09	.37**	-.17**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

表 3-5 照顧者、病患基本資料之照顧者憂鬱程度差異

變項	分組	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
照顧者性別	男	12.39	12.73	-.48***
	女	18.47	13.93	
與病人關係	父母	17.73	13.40	3.61**
	其他	14.27	13.97	
有無其他照顧者	無	15.68	13.26	-.50
	有	16.28	14.32	
病人性別	男	18.85	14.74	4.96***
	女	12.27	11.37	

** Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

以憂鬱程度為依變項,與其相關之照顧者及病人基本資料之變項有『同住的家屬人數』、『照顧時數』、『照顧者教育程度』、『發病時間』;類別變項中以『照顧者性別』、『與病人關係』、『病人性別』的照顧者憂鬱程度有差異,即女性照顧者的憂鬱程度高於男性照顧者,父母的憂鬱程度高於其他關係,男性病人會使照顧者憂鬱程度增加。將這些相關之變項放入回歸程式中,類別變項則轉變為 dummy variables,以 multiple regression 進行檢定其解釋變異量之能力(表 3-6) ($F=13.36, p<.001$),但卻只有 13% 的變異解釋量($\text{adjusted } R^2=.12$, Table 3-6)。

其中以家人數目對照顧者憂鬱程度的解釋量最大($\text{Beta}=-.21$),表示照顧者與家人同住人數越多,照顧者的憂鬱程度會越低,這可能因為同住的家人可以互相分擔工作,使得照顧者不至於一人扛下所有的照護工作,但整體來說,照顧者及病患的基本資料對於照顧者的憂鬱程度的解釋量都不大。

表 3-6 照顧者及病患基本資料對照顧者憂鬱程度之預測

	Beta	t
同住家人數	-.21	-4.71***
照顧時數	.14	3.132**
照顧者教育程度	-.17	-3.89***
病人年紀	-.07	-1.45
發病年限	-.11	-2.32*
R ²		.13
Adjusted R ²		.12
F (5,466)		13.36***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

研究問題 2. 照顧者及病患之基本資料與照顧者照顧意義之關係如何?

表 3-5 顯示與『同住家人數目』(r=.23, p<.01)、『照顧時數』(r=-.09, p<.05)、『照顧者教育程度』(r=.12, p<.01)、『病人年齡』(r=-.15, p<.01)、『發病年限』(r=-.15, p<.01)照顧者意義呈微弱相關,類別變項則以 t-test 檢定其與照顧者照顧意義之差異(表 3-7)

表 3-7 照顧者、病患基本資料之照顧者照顧意義之差異

變項	分組	M	SD	t
照顧者性別	男	55.41	11.08	.11
	女	54.05	10.98	
與病人關係	父母	55.12	10.63	.50
	其他	54.03	11.42	
有無其他照顧者	無	54.65	11.55	2.38
	有	54.55	10.54	
病人性別	男	53.05	11.17	1.21
	女	56.66	10.51	

** Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

以照顧者照顧意義為依變項,與其相關之照顧者及病人基本資料之變項有『同住的家屬人數』、『照顧時數』、『照顧者教育程度』、『發病時間』;類別變項中與照顧者照顧意義並沒有有差異,將這些相關之變項放入回歸程式中,以 multiple regression 進行檢定其解釋變異量之能力 ($F=17.55, p<.001$),但卻只有 10.2% 的變異解釋量($\text{adjusted } R^2=.10$, Table 3-8)。

表 3-8 照顧者及病患基本資料對照顧者照顧意義之預測

	Beta	t
同住家人數	.25	5.54***
照顧時數	-.04	-.80
照顧者教育程度	.13	2.76**
病人年紀	-.14	-2.85**
發病年限	-.06	-1.26
R^2		.11
Adjusted R^2		.10
F (5,466)		11.00***

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

同樣地,家人數目對照顧者照顧意義的解釋量最大($\text{Beta}=.25$),表示照顧者與家人同住人數越多,照顧者對於照顧工作的意義詮釋越正向;在病人年紀方面卻與照顧意義呈現負相關,即是病人年紀越輕,照顧者對於照顧意義的全是越正向,這可能是因為照顧者對於年紀輕的病患仍存有些許的希望,因此,可以正向地詮釋照顧意義,然而,在面對年紀大的病人,照顧者可能因此放棄病人,故而採用負向的照顧意義詮釋。

研究問題 3. 照顧者及病患之基本資料與照顧者自覺支持程度之關係如何?

表 3-5 顯示與『照顧者的年齡』($r=-.21, p<.01$)、『同住家人數』($r=.32, p<.01$)、『照顧者時數』($r=-.13, p<.01$)、『照顧者教育程度』($r=.24, p<.01$)與照顧者自

覺支持程度呈微弱相關,類別變項則以 t-test 檢定其與照顧者自覺支持程度之差異(表 3-9)

表 3-9 照顧者、病患基本資料之照顧者自覺支持程度之差異

變項	分組	M	SD	t
照顧者性別	男	40.45	10.35	-.42
	女	40.90	12.30	
與病人關係	父母	39.35	12.81	-2.66**
	其他	42.14	9.91	
有無其他照顧者	無	38.78	12.25	-3.76***
	有	42.71	10.48	
病人性別	男	40.38	12.58	-.74
	女	41.17	10.03	

*** Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

類別變項中以『病人關係』及『有無其他照顧者』兩個變項呈現照顧者自覺支持程度有差異,病人的父母之自覺支持程度顯著低於其他關係者;照顧者若沒有其他照顧者可以分擔責任則自覺支持程度顯著低於有其他人共同分擔工作的照顧者。

將有相關及有差異之變項投入回歸程式中(表 3-10),其解釋變異量之能力(表 3-10)($F=21.13, p<.001$),具有 22% 的變異解釋量(adjusted $R^2=.21$)。

在回歸程式中,『同住家人數』、『照顧者教育程度』及『有無其他照顧者』具有解釋力,其中又以同住家人數有最大解釋量 ($Beta = .35$),即同住的人數越多,照顧者自覺支持程度越高;有其他照顧者的自覺支持程度比沒有其他照

顧者的支持程度高。照顧者教育程度也具有解釋量,即照顧者教育程度越高其自覺支持程度越高。

表 3-10 照顧者及病患基本資料對照顧者自覺支持程度之預測

	Beta	t
同住家人數	.35	7.99***
照顧時數	-.06	-1.34
照顧者教育程度	.20	4.23***
照顧者年齡	-.08	-1.54
與病人關係	-.04	-.77
其他的照顧者	.22	5.16***
R ²		.22
Adjusted R ²		.21
F (6,460)		21.13***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

研究問題 4. 照顧者照顧意義、自覺支持程度與照顧者憂鬱程度之關係為何?

表 3-5 顯示與『照顧者憂鬱程度』與『照顧者照顧意義』呈負相關($r=-.27$, $p<.01$)與『照顧者自覺支持程度』亦呈負相關($r=-.28$, $p<.01$),即照顧者對於照顧工作之詮釋越正向則照顧者之憂鬱程度越低,此外,照顧者自覺所獲得的照顧支持越多,照顧者所經歷的憂鬱程度亦越低。

以 Pearson Correlation 檢定將照顧意義類別、照顧者自覺支持程度之類別與照顧者憂鬱程度之相關,其結果顯示照顧者憂鬱程度與家屬支持($r=-.32$, $p<.001$), 朋友支持($r=-.2$, $p<.001$), 醫療人員支持($r=-.18$, $p<.001$), 關係意義($r=-.26$, $p<.001$), 自我探索($r=-.28$, $p<.001$)呈現相關 (表 3-11)。

表 3-11 照顧者憂鬱程度與自覺支持程度及照顧意義類別之相關

	憂鬱程度	家人支持	朋友支持	醫療人員	關係意義	自我探索
憂鬱程度						
家人支持	-.32**					
朋友支持	-.20**	.57**				
醫療人員支持	-.18**	.58**	.43**			
關係意義	-.26**	.36**	.24**	.47**		
價值意義	-.05	.15**	.13**	.20**	.49**	
自我探索	-.28**	.38**	.20**	.37**	.64**	.53**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

以照顧者憂鬱程度為依變項，將相關之變項放入回歸程式中，檢定其解釋變異量之能力($F=15.79$, $p<.001$), 只有 14 % 的變異解釋量(adjusted $R^2=.13$, Table 3-12)。

家屬支持具有最大解釋量, 如果家屬支持越多, 照顧者憂鬱程度越低, 此外, 在照顧意義詮釋部分, 照顧者對於照顧工作的解釋若以關係角度來詮釋, 越正向, 則憂鬱程度越低, 或是以自我探索角度詮釋, 即是照顧者越能從照顧工作所帶來的自我能力價值肯定越正向, 其憂鬱程度越低。

表 3-12 照顧者照顧意義及自覺支持程度對照顧者憂鬱程度之預測

	Beta	t
家屬支持	-.26	-4.41***
朋友支持	-.04	-.74
醫療人員支持	.1	1.74
關係意義	-.12	-2.1*
自我探索	-.13	-2.29*
R ²		.14
Adjusted R ²		.13
F (5,480)		15.79***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

討論

本研究目的在了解照顧者在擔任照顧工作時的適應情形,了解影響照顧者憂鬱程度、照顧意義詮釋及自覺支持程度的影響因子,並且了解照顧意義詮釋、自覺支持程度與照顧者憂鬱程度三者之間的關係

憂鬱程度—基本資料

結果顯示,照顧者憂鬱程度可以被『同住家人數』、『照顧時數』、『照顧者教育程度』、『發病年限』等四個變項解釋,解釋量僅有 13%。

1. 同住家人數

照顧精神病人是一件耗費心力的工作,若有人可以分擔照顧工作將可使照顧者的照顧壓力減少,如同住家人的人口較多,所獲得的資源便較多,因此,照顧者所感受的孤軍奮鬥的情況便減少。

2. 照顧時數

Chen, Hsu, Lai & Chen(1996) 指出一般照顧者照顧病人的時數約 6.10 ± 6.88 小時,所要提供的照護包括多方面,如果病人的情況越退化,照顧者所要花的照顧時數便更多,因此,照顧者可能會因為照顧工作而減少與外界的接觸,也因此更加與外界隔離,固期憂鬱程度會高於照顧時數少的照顧者。

3. 照顧者教育程度

照顧者教育程度與照顧者的憂鬱程度呈負相關,即照顧者學歷越高其憂鬱程度越低, Berry, Kim, Mind & Mok (1987)曾經表示教育程度越高可以使個人善用各種資源,學者們相信,學歷越高的人在認知、經濟及社會資源的運用更流暢,根據台灣內政部所提出的 2002 年 25-64 歲台灣成人的所得資料,發現台灣成人擁有專科學歷的人口約 3,288,438(Ministry of Interior, 2002), 2001 家庭年收入

約美金 31671.43 (折合台幣約 100 萬)(行政院, 2001)照顧者擁有高學歷就有能力運用資源,同時也有經濟能力去聘僱外勞來照顧病人,也因此減輕個人照顧負擔。

4. 發病年限

研究發現,精神病患之發病年限與照顧者之憂鬱程度呈負相關,精神病患的患病年限越短,照顧者的憂鬱程度越高,林 (1981)曾列出台灣家庭在面臨精神疾病病人時會經歷的五個階段 (1) 家庭秘密階段: 在這階段中,有精神病患的消息僅侷限於家中(2) 向信賴的友人或親戚求助 (3) 尋求治療: 此時的治療仍排除精神醫療,因為一般家屬都不願承認自己家中有精神病患,在此時也會兼採用道教的求神問卜(4) 在確定診斷之後,家人接受精神疾病這個事實後便開始尋求精神醫療協助,(5) 在家屬了解到病人的情況無法回到正常,於是,家屬對於病人出現拒絕的態度,同時尋找代罪羔羊,例如: 風水,其他的家庭成員,或是邪靈...文(1985)又將這五個階段另外又加了兩個階段(6) 當家屬發現病人的情況無法復原,便放棄病人,最後,及尋求長期照護單位,以收容病人。所以從此七個階段可發現照顧者在疾病初期會存在希望,但因為病人的症狀而感到身心煎熬,其情緒可能會因為最初的希望轉而憂鬱,到最後因為了解病人的情況無法好轉時,家屬便放棄病人,因為放棄病人,也使得原來的憂鬱情況轉而減輕。

照顧意義、照顧自覺支持程度—基本資料

研究結果發現同住家人數、照顧者教育程度與照顧意義及照顧者自覺支持程度呈正相關,病人年紀與照顧意義呈負相關,其他照顧者與照顧者自覺支持程度呈正相關,其討論如下:

1. 同住家人數

同住家人數越多,照顧者的照顧意義詮釋越正向,因為照顧者有其他家人共

同分擔照顧工作,因此照顧者的自覺支持程度會較高,以致對於照顧意義的詮釋較正向。

2. 照顧者教育程度

照顧者教育程度越高,照顧意義的詮釋越正向,此原因如前面所探討,教育程度越高所能運用的資源越多,同時,教育程度越高經濟資源越好,可能因此雇用外勞照顧病人,相形之下,照顧者感受到的支持程度提高,故對照顧工作的看法亦越正向

3. 病人年紀

病人年紀與照顧者照顧意義呈負相關,即病人年紀越輕,照顧者照顧意義的詮釋越正向,根據林(1981)將台灣家庭對於精神病患的接受過程,初期家人對於精神病患仍存有希望,所以,家人會對於照顧工作欣然接受,因此,照顧意義的詮釋也會更正向,但隨著患病期限增長,病人年紀增大,照顧者對於照顧工作轉為應付或是負向無奈接受。

照顧意義、照顧自覺支持程度—照顧者憂鬱程度

照顧意義、照顧自覺支持程度與照顧者憂鬱程度都發現呈現相關,然而,在照顧者照顧意義與照顧者自覺支持程度的類別與憂鬱程度之相關發現,家屬的支持對於照顧者憂鬱程度的解釋量最大,朋友的支持及醫療人員的支持卻被發現與照顧者憂鬱程度無相關,林(1981)提出台灣家庭對精神疾病的適應階段時提到,精神疾病對於任何一個台灣人來說都帶有負面的色彩,所以,家醜不可外揚的情形常常使得家中精神病患的事實成為家中共同的秘密,因此,在照顧精神病人的過程中,照顧者不致向外求援,即使向外求援也僅限於可以信賴的朋友或親戚,因此,家人的支持可說是照顧者最重要的支持來源。

有關照顧意義部分發現,照顧者通常會以『與病人的關係』來說服自己接受照顧者這個角色,台灣人強調家庭觀念,因此,親情的連結確實使得照顧者無法放棄病人,也因此造成照顧者若越看重與各案的關係,其憂鬱程度越低。另外,照顧工作或許是一項沉重的負擔,但是,照顧者可能會因此而感到疲累,但是,若照顧者將照顧經驗攔檢視自己在照顧過程中的成長,探索自己在照顧過程中的能力價值,無形中也使得照顧者更樂於接受擔任照顧者的角色。

資料分析：第四部份

中部地區精神病患照顧者照顧需求

Service Needs of Caregivers' of Mentally Ill Patients in
Center of Taiwan

描述性資料

照顧者照顧需求

照顧需求滿分 69 分, 481 位精神分裂症的照顧者的照顧需求分數介於 17-69 分, 平均 48.38 (SD=12.04), 照顧需求中又分為訊息需求平均 22.23 (SD=7.35), 支持需求 (m=13.25, SD=3.78), 喘息需求 (m=6.62, SD=2.24), 及出院照護需求 (m=6.27, SD=2.10) 表 4-1。

表 4-1 照顧者基本資料 (N=481)

變項	範圍	平均值	標準差
照顧者需求	17-69	43.38	12.04
訊息需求	0-33	22.23	7.35
支持需求	0-18	13.25	3.78
喘息需求	0-9	6.62	2.24
出院照護需求	0-9	6.27	2.10

照顧者需求量表依據本研究採因素分析檢定後, 分為: (1) 訊息需求; (2) 支持需求, (3) 喘息需求及 (4) 出院服務需求, 此需求資料將採次數、百分比及排序方式了解, 問卷選項『需要』及『非常需要』將加總並排序。

表 4-2 代表照顧者需求總排序, 其中以喘息需求排序第一, 又以設立長期照護機構為主要需求(86.5%), 支持需求排序第二, 以病床提供(84.2%)及醫療人員電話諮詢為首要(83.6%), 此表所提供的資料可以初步看出照顧者的需求情形, 下列研究者將針對各類項的需求進行排序比較。

Table 4-2 照顧者需求排序總表

	Item #	# 2 or 3	%	Rank
R 設立長期照護機構	16	416	86.5%	1
S 病患發病時有病床能讓病患即時住院	13	405	84.2%	2
S 有專業人員提供電話諮詢服務	18	402	83.6%	3
R 有家屬專線可以傾聽我的苦惱	20	383	79.6%	4
I 瞭解如何預防再發病	3	377	78.4%	5
I 瞭解病患目前所接受的治療計劃	2	372	77.3%	6
I 瞭解造成精神病的原因	1	371	77.1%	7
S 在緊急情況下能有特定的人可以聯絡諮詢	19	370	76.9%	8
D 有固定的心理衛生人員定期提供居家服務	14	367	76.3%	9
S 需要家人的支持	22	365	75.9%	10
I 如何與病人相處的方法	11	364	75.7%	11
S 需要醫護人員的支持	23	363	75.5%	12
I 瞭解如何處理一般的精神症狀	8	362	75.3%	13
I 瞭解病患將來是否可以工作	5	357	74.2%	14
D 除了醫院外,需要可以協助病患做復健的機構	12	357	74.2%	14
R 可以分享照顧經驗的家屬團體	21	352	73.2%	16
S 有社會福利(例如:津貼、工作保障、醫療補助)	15	350	72.8%	17
I 瞭解病患的疾病將來可以恢復到什麼程度	4	344	71.5%	18
D 設立日間照顧中心	17	343	71.3%	19
I 瞭解如何訓練病患自我照顧	10	339	70.5%	20
I 瞭解如何處理病患危險性的行為(例如:攻擊或自傷行為)	9	338	70.3%	21
I 瞭解病患目前所吃的藥物作用與副作用	6	318	66.1%	22
I 瞭解如何幫助病患服藥	7	315	65.5%	23

I: 訊息需求 S: 支持需求 R: 喘息需求 D: 出院服務需求

訊息需求

訊息需求即指照顧者獲得有關照顧的照顧之知識及訊息,包括病患之治療計畫等,在訊息需求當中,以『了解如何預防再發病』佔第一位(78.4%),治療計畫(77.3%),精神疾病病因(77.1%),與病患相處(75.7%)及處理一般精神症狀(75.3%)排行前五位(表 4-3)

Table 4-3 照顧者訊息需求排序表

	Item #	# 2 or 3	%	Rank
瞭解如何預防再發病	3	377	78.4%	1
瞭解病患目前所接受的治療計劃	2	372	77.3%	2
瞭解造成精神病的原因	1	371	77.1%	3
如何與病人相處的方法	11	364	75.7%	4
瞭解如何處理一般的精神症狀	8	362	75.3%	5
瞭解病患將來是否可以工作	5	357	74.2%	6
瞭解病患的疾病將來可以恢復到什麼程度	4	344	71.5%	7
瞭解如何訓練病患自我照顧	10	339	70.5%	8
瞭解如何處理病患危險性的行為(例如:攻擊或自傷行為)	9	338	70.3%	9
瞭解病患目前所吃的藥物作用與副作用	6	318	66.1%	10
瞭解如何幫助病患服藥	7	315	65.5%	11

支持需求

支持需求即指照顧者獲得相關的心理及照護上協助的需求,在支持需求當中,以『病患發病時有病床能讓病患即時住院』佔第一位(84.2%),電話諮詢服務(83.6%),緊急情況的諮詢(76.9%),家人的支持(75.9%),繼之為醫護人員的支持(75.5%),社會福利(72.8%)則排名最後(表 4-4)

Table 4-4 照顧者支持需求排序表

	Item #	# 2 or 3	%	Rank
病患發病時有病床能讓病患即時住院	13	405	84.2%	1
有專業人員提供電話諮詢服務	18	402	83.6%	2
在緊急情況下能有特定的人可以聯絡諮詢	19	370	76.9%	3
需要家人的支持	22	365	75.9%	4
需要醫護人員的支持	23	363	75.5%	5
有社會福利(例如: 津貼、工作保障、醫療補助)	15	350	72.8%	6

喘息需求

喘息需求即指照顧者在照顧過程中可以暫時性的將照護工作解除或作情緒宣洩,其中以『設立長期照護機構』佔第一位(86.5%),而此項需求也是照顧者整體需求中佔第一位,傾訴專線(79.6%)佔第二位,分享團體則排最後(73.2%,表 4-5),在資料收集過程中,有照顧者表示聽過分享團體,但他不會去用,因為,自己的經驗不表示可以適用於任何人。

Table 4-5 照顧者喘息需求排序表

	Item #	# 2 or 3	%	Rank
設立長期照護機構	16	416	86.5%	1
有家屬專線可以傾聽我的苦惱	20	383	79.6%	2
可以分享照顧經驗的家屬團體	21	352	73.2%	3

出院服務需求

出院服務需求即指照顧者在病患出院後居家照護服務的需求,其中以『居家服務』佔第一位(76.3%),復健的機構(74.2%)佔第二位,日間照護中心則排序第三(71.3%,表 4-6)。

Table 4-6 照顧者出院照護需求排序表

	Item #	# 2 or 3	%	Rank
有固定的心理衛生人員定期提供居家服務	14	367	76.3%	1
除了醫院外,需要可以協助病患做復健的機構	12	357	74.2%	2
設立日間照顧中心	17	343	71.3%	3

質性資料

本研究除了以問卷收集照顧者的量性資料之外,研究者也詢問照顧者的看法及意見,大致上照顧者的意見可以歸類為兩大群組,第一群組認為不需要任何協助,另一群組則認為需要額外的協助,其意見可以統合如下:

群組 1.: 不需要訊息協助

這一群組的照顧者通常以照顧病患多年,他們的意見歸類如下:

1. 因為病人已經生病多年,在生病初期醫師及護士都已經提供過有關精神疾病的資料,這些資料都千篇一律,所以不認為有需要再獲取任何相關資料。
2. 有些照顧者表示『說是一回事,做是一回事』,知道這些訊息但還是不會做,因為每次病患發病時,照顧者慧覺得很害怕,所以,即使他們以前曾接受過衛教但仍然不知怎麼做。

群組 2.: 需要更多的訊息協助

這一群組的照顧者大多是第一次擔任照顧工作,如:(1) 第一次發病的個案家屬(2) 個案的手足或子女,因為父母去世或老邁,因此照顧工作轉移到手足或子女身上;此外,也有些照顧者認為,雖然已經擔任照顧者多年,但仍然希望獲得很多照護知識,以改善目前的狀況。

1. 第一次擔任照顧者表示:

醫院的醫師及護士根本都沒有提供資訊給他們,因為病人以患病很久,護士們可能以為家屬們都知道怎麼照顧病人,但實際上,他們根本都不清楚,所

以,建議護理人員應該要先了解家屬到底了解多少,再設計衛教內容。

- 2.有些照顧者抱怨他們根本聽不懂護理人員的衛教,他們表示自己根本是醫學的門外漢,護理人員快速的衛教讓他們無法吸收,很快就忘了,因此建議護理人員應該設計衛教手冊提供給家屬,這樣可以讓家屬在遇到問題時可以有個資源可以查看。
3. 照顧者另外提到有關衛教時間的問題,他們認為護理人員提供衛教的時間點不適合,通常護理人員提供衛教都是在病人快出院前,所以,護理人員的衛教很草率,而且大部分病人都只住六個禮拜就會被要求出院,所以,這麼短時間他們根本無法吸收,然而,醫院又是他們唯一可以詢問有關精神疾病照護資料,所以,這樣的時間根本不夠他們學習,所以,建議可以提供更多的資源,例如:網路資源或是醫院有特定的人可以讓他們詢問,這樣他們在社區照顧病人就會感到比較安心。

另外,照顧者也提出了對於住院的相關意見:

1. 目前醫院都要求病人只能住院六個禮拜,六個禮拜後就會被要求出院,這種規定只是讓病人的治療中斷,通常病人出院後,家屬都會安排住進另一所醫院,但卻因此造成個案在原醫院的治療中斷,到另一所醫院的治療又重新開始,這樣對病人的病情影響很大。
2. 有些照顧者建議政府應該提供更多的社會福利,例如(1) 補助金 (2)病人的工作

補助金

因為造成照顧病人的關係,照顧者必須將工作辭掉,專心照顧病人,或是將工作從全職改為半職,這樣真得造成家庭很大的負擔,所以,建議政府機關可以提供福利津貼,可以減少家屬的壓力。

提供工作給病人

病人出院以後常常在家裡遊蕩，又找不到工作，所以，病人出院後會變得很懶，常常在家睡覺、看電視或是跟其他在醫院認識的精神病人一起，有位家屬表示病人跟其他精神病人在一起對他們的病情並沒有幫助，照顧者覺得政府應該協助這些功能良好的精神病人找工作，薪水是其次，最重要是讓病人不致一直退化下去。

相關性資料分析

表 4-7 顯示照顧需求類項『訊息需求』、『支持性需求』、『喘息需求』、『出院照護需求』與照顧者憂鬱程度、照顧意義及自覺支持程度之關係，結果呈現照顧需求中只有訊息需求外，另外三個需求都與照顧者憂鬱程度呈現相關。自覺支持程度僅與訊息需求呈現正相關($r=.29, p<.01$)，表示訊息獲得越能使照顧者詮釋照顧意義越正向。照顧者意義與訊息需求、支持性需求及喘息需求、出院服務需求皆呈相關。

表 4-7 照顧者需求與憂鬱程度照顧意義及自覺支持之相關

		1	2	3	4	5	6
<i>Inf</i>	1						
<i>SupN</i>	2	.38**					
<i>Release</i>	3	.62**	.18**				
<i>Dischar</i>	4	.41**	.63**	.35**			
<i>Dep</i>	5	.02	.16**	.14**	.20**		
<i>Tsup</i>	6	.293**	.03	.02	.09	-.28**	
<i>Tmean</i>	7	.43**	-.13**	.27**	.10*	.04	.43**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

依變項為照顧者憂鬱程度，將『支持性需求』、『喘息需求』、『出院照護需求』之相關變項放入回歸程式中，檢定其解釋變異量之能力($F=8.32, p<.001$)，卻只有 5% 的變異解釋量($\text{adjusted } R^2=.04$, Table 4-8)，三個需求類別進入回歸模式

中僅有一個變項,即出院服務需求具有最大解釋量(2.20, $p < .05$),換言之,病患照顧者憂鬱程度會受照顧者受否接受出院照顧的程度而影響。

表 4-8 照顧者需求類別對照顧者憂鬱程度之預測

	Beta	t
支持性需求	.64	1.12
喘息需求	.09	1.80
出院服務需求	.13	2.20*
R ²		.05
Adjusted R ²		.04
F (3,480)		8.32***

* $p < .05$

以照顧意義為依變項,將『訊息需求』、『支持性需求』、『喘息需求』、『出院照護需求』之相關變項放入回歸程式中,檢定其解釋變異量之能力($F=43.44$, $p < .001$),卻只有 27% 的變異解釋量($\text{adjusted } R^2 = .26$, Table 4-9),四個需求類別進入回歸模式中,四個需求類別中,『訊息需求』、『支持性需求』、『出院照護需求』三個變項具有解釋力,且呈負相關,即照顧者對於照顧意義的詮釋越正向,則其對『訊息』、『支持』、『出院照護』的需求程度將會下降,其中,又以訊息需求具有最大解釋量(9.62, $p < .001$),即是,提供訊息越多,照顧者對於照顧意義的詮釋越正向(表 4-9)。

表 4-9 照顧者需求類別對照顧者照顧意義之預測

	Beta	t
訊息需求	.50	9.62***
支持性需求	-.36	-7.14***
喘息需求	-.02	-.45
出院服務需求	.13	2.43*
R ²		.27
Adjusted R ²		.26
F (4, 479)		43.44***

*p< .05

將『訊息需求』、『支持性需求』、『喘息需求』、『出院照護需求』之相關變項放入回歸程式中，以自覺支持程度為依變項，檢定其解釋變異量之能力。其中僅訊息需求及喘息需求(F=18.70, p<.001)可共同解釋自覺支持程度變異量 13.6% (adjusted R²=.13, Table 4-10), 訊息需求與照顧者自覺支持程度呈正相關(8.365, p<.0001), 同時也變項中具有最大的解釋力(Beta=.48), 即照顧者自覺的支持程度越高時, 其『訊息需求』越高; 而喘息需求若越低, 則自覺支持程度越高, 換言之, 如果照顧者自覺支持程度很高的時候, 其『喘息需求』應該已被滿足, 所以其需求分數便會下降(表 4-9)。

表 4-10 照顧者需求類別對照顧者自覺支持程度之預測

	Beta	t
訊息需求	.48	8.37***
支持性需求	-.11	-1.93
喘息需求	-.28	-5.01***
出院服務需求	.06	.96
R ²		.14
Adjusted R ²		.13
F (4, 479)		18.70***

*p< .05

討論

照顧者需求依據本研究採因素分析檢定效度,共分為四大類別:(1)訊息需求;(2)支持需求;(3)喘息需求;及(4) 出院服務需求,以下將針對此四類的需求類別進行討論。

訊息需求

『了解如何預防再發病』佔本研究訊息需求的第一位,精神病患的屢次發病造成家屬很大的壓力,疾病的不確定感更讓照顧者感到困擾 (劉, 1994),在本研究中,照顧者的訊息需求以了解疾病及治療取向為主。

支持需求

吳(1992)表示台灣精神病患照顧者通常都會有共同的困擾,即是,當病患情況不穩時,他們無法獲得醫院或相關單位的協助,當他們求助於警察時,通常他們會被告知這不是他們的責任,或是病人的情況還沒到強制就醫的情形,所以,家屬只好自己想辦法帶病患去醫院,但有時也會遭到計程車司機的拒絕,家屬常感到無助,此外,台灣精神病床的不足,病人發病時不見得就馬上有病房 (Hwu & Wu et al., 2000; Hwu, Chen & Rin, 1996),在這段等待的過程中照顧者對於病人的症狀感到威脅,所以,在這類需求中以『病人發病時能立刻有病房即時住院』、『有專業人員提供電話諮詢服務』、及『在緊急情況下能有特定的人可以聯絡諮詢』排序前三位。

喘息需求

在需求總表中以喘息需求排序第一,其中又以『設立長期照護機構』佔第一位,陳、許、賴、陳 (1996) 曾經統計照顧者的照顧時數約 6.10 ± 6.88 其中,所要提供的照護包括日常生活照護,甚至對於慢性病患必須提供身體清潔,同時,

為了防止病人退化,照顧者必須花很多時間與病人談話,同時要處理病人的混亂行為、協助服藥、來回門診就醫,陳等發現照顧者花在病人身上時間越多,越感到心力耗竭,因此,很多當家中有人患精神疾病時,家屬在心力耗竭的情況下,會希望可以將病患送到長期照護單位,得以獲得喘息。

照顧者專線排序第二,而照顧者支持團體為最後,雖然有 73.2%的照顧者表示照顧者支持團體有其必要性,但是,也有些照顧者表示即使有這團體,他們也不願意去參加,因為中國文化教導我們必須壓抑自己的情緒,透過社會的過程,我們已學會了不公開表達情緒,尤其是特別負向或強烈的情緒,所以,常常讓一般人對精神病患負向的看法,因為這種負向情緒可能會傷害個人的人際關係(Han, 2001),此外,一般國人對於精神疾病仍有負向看法,因此,照顧者可能會猶豫是否要加入支持團體,他們建議,電話諮詢讓他們覺得比較安全及放心。依據此台灣文化,傳統的心理諮商或許有些執行上的困境,確實應該加以調整以因應台灣文化。

出院照護需求

在出院照護方面,照護者會期待有固定人員進行居家服務。照顧者表示病人比較聽從醫療人員的話,而且,醫療人員也比較能跟病人溝通,所以,他們很希望醫療人員能固定到家服務與病人講講話,或許會對其病情有改善。

相關性資料

個別以憂鬱程度、照顧意義、自覺支持程度為依變項,再將照顧需求類別放入回歸程式,以確定這些照顧需求對依變項之預測能力。

憂鬱—需求

在照顧者憂鬱程度與需求之關係,出院服務需求是唯一具有解釋力,出院服務需求意指病人出院後照顧者對病人居家照護服務的需求, Holden and Lewine (1982) 的研究發現 53% (N=158) 的精神病患家屬在病人出院後即有被遺棄的感覺感, 因為國內復建機構之不足,社區復建服務未完善(Hwu et al, 2000), 所以, 家屬在病人出院後必須孤軍奮鬥。蕭 (1999); 宋 (1999)的研究皆發現照顧病人的主要照顧者是父母,而其他家庭成員都紛紛離開。所以,因為照顧者無法獲得的家人協助,同時又無法獲得完善的的出院照護,也因此會影響照顧者的情緒。

照顧意義—需求

在照顧意義中,訊息需求與出院照護需求呈現正相關,而支持需求呈現負相關;照顧者若能正向地詮釋照顧工作的意義其在訊息上及出院照護的需求程度會更高。

照顧意義指的是照顧者對於照顧角色的看法,照顧者在訊息的需求越多,出院照護的需求越多,其照顧意義的詮釋會越正向,換言之,如果照顧者抱持著正向的照顧者詮釋,就不會輕易放棄病患,也相對地願意積極參與照護工作,因為願意積極參與,也因此對於訊息上的需求及出院服務上的需求會相對增加,此論點可被吳 (1991)的研究所支持,吳曾比較台灣精神病患家屬及美國精神病患家屬對精神疾病的看法,結果顯示,美國精神病患家屬對於精神疾病的病因解釋偏向生物或基因層面,他們認為病人的症狀可以透過醫療而加以控制,也因此,美國精神病患家屬較願意吸收有關精神疾病的訊息,至於台灣的精神病患家屬,不論是住在台灣或美國,對於疾病的詮釋較偏向精神或靈性層面,例如:輪迴、因

果,因為精神或靈性角度的詮釋,使得台灣精神病患家屬認為精神疾病是無法控制的,因此對於有關精神疾病訊息的需求便降低。

此外,有關照顧意義與支持需求則呈現負相關,支持需求意指照顧者獲得相關的心理及照護上協助的需求,因此,照顧者若能持有正向的照顧意義詮釋時,其支持需求程度越低。Repetti (1989) 指出,有些人面對壓力時會花時間獨處,以自我紓解的方式來處理壓力,但是,研究也發現,這些喜歡藉由獨處來處理壓力的人通常調適情況都比願意尋求外在協助的人適應情形不理想, (Larson, 1990), de Vries, Delespaul & Dijkman-Case (1987)及 Johnson & Larson (1982)研究發現,這些喜歡以獨處方式因應壓力的人與憂鬱及厭食症的發生成正相關,如果照顧者在對照顧工作詮釋上沒有他人的協助,將會影響其照顧意義的堅持,意即照顧者在抱持著正向的照顧意義詮釋時,若缺乏外在的支持便漸漸地正向意義會轉而呈現負向,也因此可以理解為何本研究之照顧意義越正向,支持需求會較低,在此研究中支持需求程度低並不表示照顧者不需要此項需求,而是此項需求已被滿足,所以,得以維持正向的照顧意義。

自覺支持程度—需求

自覺支持程度可以由訊息需求(正相關)及喘息需求(負相關)加以說明,當自覺支持程度越高,照顧者對於訊息需求越高,因為照顧者覺得獲得外在的支持,所產生的疲憊感較低,也因此對於照護的態度較為積極,此外,又因為有外在的支持,以致喘息需求較低。

研究建議

研究建議

精神病人照顧者的心理健康狀況未來將會陸續受到重視,未來類似的研究也將會陸續進行,因此研究者將此次研究的建議如下,以作為未來有意願再進行此研究之同仁參考。

首先,設計適合國人之量表,本研究所使用的照顧意量表原是國外設計的量表,採用現存量表可以節省時間及金錢,但是,借用不同文化下所發展出來的量表確實會有弊端, Berry (1980) 及 McGorry(2000)曾解釋,量表的翻譯不僅是對於字意上的翻譯,還必須考量文化的翻譯,在本研究中,研究者本身的專業是護理,雖然中文是研究者的母語,但畢竟在翻譯過程中仍需要思考中文語意,這是研究者背景所缺乏,此份量表在研究者翻譯後經過翻譯效度的檢定,同時再加上因素分析進行建構效度檢定,量表雖然已初步進行修訂以符合國人文化,但仍不足的地方,例如:國人最常以輪迴宗教觀的方式解釋週遭事物,但此量表卻未呈現此文化特色,因此,研究者建議,可以再進行精神病患照顧者照顧意義的質性訪談再加上原來修訂的量表,使此量表更加符合國人文化。

有些精神病患照顧者抱怨護理人員根本不了解照顧者的實際需要,這可能是因為沒有一個是當的評估量表,所以,護理人員以為照顧者們都已獲得充足資料,因此造成護理人員及照顧者需求認知之差距,因此建議未來可以發展照顧者需求評估量表,同時,合併衛教護照,以確保照顧者得以獲得完善的照護。

臨床實務之建議

此研究將照顧者需求進行分類為(1)訊息需求 (2)支持需求 (3)喘息需求 (4)出院服務需求,此結果可以工作臨床人員參考,在臨床實務上研究者的建議如

下:

1. 護理人員:

提供完善的衛教計畫: 完善的衛教計畫包括適當的衛教時間、簡易的參可手冊、及適當的用語。護理人員更需要安排一段時間與病人面對面地回答病人或家屬的問題,以澄清他們的疑問; 此外,所提供的衛教訊息也需要包括目前可以運用的資源。

2. 建立精神疾病緊急連絡專線

目前有關精神疾病的緊急處理都是以 110 或 119 為主,然而這些單位的工作同仁都未接受過任何精神醫療的訓練,因此,需要成立類似 110 或 119 的專責為精神科病人服務的緊急專線。

3. 情緒宣洩

傳統的支持性團體治療在國內外已行之多年,然而對於情緒壓抑的台灣人,這種傳統的團體治療並不完全適合,因此,提供一個可以顧及隱私,同時也不至於對照顧者產生壓迫感的情緒宣洩管道確實有其必要性,提供電話熱線以供照顧者進行情緒宣洩可視為一個很有利的方式。

4. 提供交通運輸

訪談中,照顧者對於 110 及 119 的服務感到不滿意,同時也表示在送家人去醫院時會遭計程車司機拒絕,因此,如果政府或院方可以提供類似復康巴士之服務,協助家屬帶病人到醫院看病,將可以減輕照顧者的照顧壓力。

教育層面之建議

過去有關精神及患的研究都僅限於精神科病人,但對於照顧者的適應問題卻常都被忽略,國內的精神科護理課程也都以疾病為導向,因此,學生在學習過程中也常因此而忽略照顧精神病患的整體性,然而,隨著國外研究對於精神病患

照顧者的重視,其適應問題也陸續被討論,因此,建議國內護理課程應該加入有關家屬議題以供學生討論,如此才可以發展整體性照護。

除了學校課程應該加入家屬議題探討,也應該提供在職教育課程以供臨床護理人員,使護理人員得以提供整體照護。

參考資料

1. Johnson ED: Differences among families coping with serious mental illness: a qualitative analysis. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000; 70: 126-134.
2. Gasque-Carter KO, Curlee MB: The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatric Services* 1999; 50: 520-524.
3. Castaneda D, Sommer R: Mental health professionals' attitudes toward the family's role in care of the mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, (1989), 40: .1195-1197.
4. Solomon P, Draine J, Mnnion E, Meisel M: Increased contact with community mental health resources as a potential benefit of family education. *Psychiatric Service* 1998; 49: 333-339.
5. Shyu YI: The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32: 619-625.
6. <http://www.doh.gov.tw/lane/publish/white-paper/welcome.html> Accessed April 1, 2001.
7. Song LY, Biegel DE, Milligan SE: Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. *Community mental Health journal* 1997; 33: 269-286.
8. Cuijpers P, Stam H: Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services* 2000; 51: 375-379.
9. <http://www.nfcacares.org/> Accessed December 9, 2001.
10. <http://www.caregiver.org/> Accessed April 1, 2001.
11. 胡海國：家屬對精神病患之態度探討。現代醫學 1996；23：513-517。

12. 謝宏林. 精神分裂症家屬主要照顧者期待病患長期安置之相關因素探討 [Theses]. 南投: 暨南國際大學; 2000.
13. Cuellar N, Butts JB: Caregiver distress: what nurses in rural settings can do to help. *Nursing Forum* 1999; 34: 24-30.
14. 鄭夙芬、文榮光: 精神病患與家庭政策。社區發展 1994; 86: 96-107。
15. Dixon LB, Lehman AF: Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21:631-43.
16. Holden DF, Lewine RR: How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness, *Schizophrenia Bulletin* 1982; 8: 626-633.
17. Rose LE: Benefits and limitations of professional-family interactions: the family perspective. *Archives of Psychiatric Nursing* 1998; 12:140-147.
18. 劉杏元. 精神病患家屬自評需求與護理人員評估需求差異及其相關因素探討 [Theses]. 台北: 國立台灣大學; 1994.
19. Wright LM & Leahey M: *Nurses and Families*, Philadelphia: F.A. Davis; 2000.
20. Lazarus RS: Stress and Emotion: a new synthesis. In: Lazarus, R. S. & Folkman, S. editors. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1999.
21. Rhoades DR, McFarland KF: Caregiver meaning: a study of caregivers of individuals with mental illness. *National Association of Social worker* 1999; 24: 291-298.
22. Wasow M: Chronic schizophrenia and alzheimer's disease: the losses for parents spouses and children compared. *Journal of Chronic Disease* 1985; 38 :711-716.
23. Lazarus RS & Folkman S: *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer; 1984

24. Bartlett D, Bennet P, Murphy S, Hardey M, Horn S & Munafò M: Stress perspectives and processes. Philadelphia: Open University; 1998.
25. Hooker K, Mannoogian-O'Dell M, Monahan DJ, Frazier LD & Shifren K: Does type of disease matter? Gender differences among Alzheimer's and Parkinson's disease spouse caregivers, *The Gerontologist* 2000, 40: 568-573.
26. Levesque L & Cossette S: A multidimensional examination of the psychological and social well-being of caregivers of a demented relative. *Research on Aging* 1995, 17: 332-361.
27. Noonan AE & Tennstedt SL: Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist* 1997, 37:785-794.
28. Brooker C: The health education needs of families caring for a schizophrenic relative and the potential role for community psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 1092-1098.
29. 許敏桃、曾英芬：社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求。護理研究 1998；6：290-303。
30. Kane CF, DiMartino E, Jimenez M: A comparison of short-term psychoeducational and support groups for relatives coping with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 1990; 4: 343-353.
31. Landeen J, Whelton C, Dermer S, Cardamone J, Munrose-Blum H, Thornton, J: Needs of well siblings of persons with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43: 266-269.
32. 李姿瑩：花蓮地區原住民與非原住民精神分裂病患主要照顧者需求及其相關因素探討 [Theses]. 花蓮：慈濟醫學院; 1999.

33. Stevens J: *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. 3rd ed, Cincinnati: Lawrence Erlbaum; 1996
34. Lin N: Measuring depressive symptomatology in China, *Journal of Nervous and Mental Disease* 1989, 177: 121-131.
35. Giuliano AJ, Mitchell RE & Clark, PG: The meaning in caregiving scale: factorial and conceptual dimensions, Poster session presented at the Second Annual Convention of the American Psychological Society in Dallas, Texas, 1990 June 7-10.
36. Espie CA, Montgomery JM, Gillies JB: The development of a psychosocial behavior scale for the assessment of mentally ill people. *Journal of Mental Deficiency Research* 1988; 32: 395-403.
37. Yen WJ: The needs of Taiwanese caregivers of mentally ill patients—Delphi study. Unpublished research, University of Wisconsin, Milwaukee. 2001
38. Bryant FB & Yarnold PR: Cooperating five alternative factor-models of the student Jenkins activity survey: separating the wheat from the chaff, *Journal of Personality Assessment*, 64: 145-158.
39. DeVaries MW, Delespaul P & Dijkman-Case CIM: Affect and anxiety in daily life. In Racgagni, G. & Smeraldi, E. (Eds), *Anxious depression assessment and treatment*, New York: Paven.: 1987
40. Cadwallader EH: Depression and religion: realities, perspectives, and irections, *Counselling & Values* 1991, 35: 83-93.
41. Hsieh D: Doctors or media star: the dilemma facing Taiwan's psychology professionals, *Sinorama Magazine* 1998, 23: 108-117.
42. Chen CY, Hsu SK, Lai JS & Chen CT: The primary caregivers' needs and

- social support of the psychiatric outpatients, *Chinese Journal Public Health* 1996, 15: 153-161.
43. Berry JW, Kim U, Minde T, Mok D: Comparative studies of acculturative stress, *International Migration Review* 1987, 21: 491-511.
 44. <http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.asp>. Accessed May 3, 2002.
 45. 林宗於: 精神醫學紀錄, 1981 台北: 稻香
 46. 文榮光: 精神疾病及求醫行為, *中華心理衛生雜誌* 1985, 2 : 37-45.
 47. Wu CC: Family burden of caregivers of mentally ill patients—comparison between Taiwan and the USA., *Journal of Secondary Education* 1992, 43: 32-38.
 48. Hwu HG, Wu CC, Cheng JJ, Huang MG, Hu SP & Hwang TJ et al: The burden on chief caregivers of patients with schizophrenia, *Taiwanese Journal of Psychiatry* 2000, 14: 45-57.
 49. Hwu HG, Chen CH, Rin, H, Chen CJ, Chang, SH & Huang MG et al: The distribution of psychiatric beds in Taiwan, *Chinese Psychiatry* 1996, 10:45-53.
 50. Holden DF & Lewine RR: How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness, *Schizophrenia Bulletin* 1982, 8: 626-633.
 51. 蕭淑貞, 楊秋月, 葉櫻媛, 黃瑞媛, 陳美雲, 吳麗萊: 精神病患的家庭結構、疾病症狀與壓力調適之探討, *高雄醫學科學雜誌* 1999, 15:359-371
 52. 宋麗玉: 精神病患照顧者之探究: 照顧負荷之程度與其相關因素, *中華心理衛生學刊* 1999, 12:1-30.
 53. Repetti RL: Effects of daily workload on subsequent to personal growth, 1989. Honolulu: The University Press of Hawaii.
 54. Larson R: The solitary side of life: an examination of the time people spend alone from childhood to old age. *Developmental Review* 1990,

10:155-153.

55. McGorry SY: Measurement in a cross-cultural environment: survey translation issues, *Qualitative Market research: An International Journal* 2000, 3 :74-81.