

中國文化大學生活應用科學研究所

碩士論文

失智症患者病情嚴重度對家庭照顧者生活負荷、健康狀況的影響性探討



指導教授：劉興政 博士

林素一 博士

研究生：劉慧玉

中華民國 98 年 6 月

中國文化大學生活應用科學研究所
Graduate Institute of Applied Science of Living
Chinese Culture University

碩士論文
Master Thesis

失智症患者病情嚴重度對家庭照顧者生活負荷、健康狀況的影響性探討
The impact of dementia severity on caregiver's living loading and physical health

指導教授：劉興政 (Hsing-Cheng Liu, Ph.D.)

林素一 (Su-Yi Lin, Ph.D.)

研究生：劉慧玉 (Hui-Yu Liu)

中華民國 98 年 6 月

(June, 2009)

誌 謝

在研究所兩年的日子裡，生活充滿著壓力與緊張，這一路走來有家人、同事、同學與師長的協助與支持，使自己能順利完成學業，心中充滿一份感恩的心。

要感謝的人實在太多，首要感謝的是我的指導教授劉興政醫師與林素一所長。他們雖然忙碌，但總能在百忙中抽空指導，用心修正我論文寫作的架構、方式和技巧，如今論文才得以順利完成。

其次，要感謝的是口試委員林式毅醫師以及黃志成教授，兩位老師細心審查論文並於口試時傾力指導，寶貴意見著實地讓我獲益匪淺，也讓這篇論文更趨完善。

再者，要感謝的是林尚安醫師在收案時大力幫忙，讓我在門診收案的過程更為順利，而接受本研究問卷訪談的失智患者家屬，在此一併感謝。此外，還要感謝台北市立聯合醫院松德院區護理組惠准我在職進修碩士學位，以及吳淑芳護理長和 6C 病房同仁們在我求學期間給予工作上的援助。

還要感謝的是醫院同仁高玉芬、王雅誼在文獻搜尋上的幫忙，謝瑋婷、詹雅婷、林基聖、賴又華等在課業上的協助，余乾漢大哥在電腦使用上提供了一臂之力，謝嘉恩在統計上給予的支援，以及同窗好友楊淑琴、李佳蓁、林芙美等，因為有你們，使得我的學習過程更具

動力，口試過程也更為順利，這些點點滴滴都讓我感恩在心頭。

最後，我向我的家人致上最深的愛與感謝，感謝公婆對我的包容和無盡的支持並幫忙照料我的4個小寶貝，讓我無後顧之憂；也感謝老公一直以來的支持與體諒，無論失意得意都陪伴著我走過，因著你的愛與支持，我才有勇氣不斷向前。

謹以此論文獻給我摯愛的家人和所有關心我的朋友們！

劉慧玉 謹誌



中國文化大學生活應用科學研究所

2009年6月30日

摘 要

「高齡化社會」來臨使得老年人口持續增加，造成「老年失智症」日漸盛行，然而，失智症是種不可恢復且會逐步惡化的慢性疾病，整個病程長達十多年。失智症個案中，「家人」常是照顧病患最主要的成員，隨著病程進展，家庭照顧者所須負擔的責任和壓力與日俱增，對其承受的生活負荷以及健康狀況有相當負面的影響。

本研究目的在了解失智症家庭照顧者實際之生活負荷以及健康狀況；分析病情嚴重程度對於家庭照顧者的生活負荷以及健康狀況的影響性；探討社會支持系統對於生活負荷以及健康狀況的關連性。研究採立意取樣，研究對象選自某精神科專科醫院經醫師診斷患有失智症病患之主要照顧家屬，共計訪談取得 136 位有效樣本。摘要研究結果如下：

- 1.失智症病患以女性較多，佔 64.7%，平均年齡為 80.7 歲，教育程度以不識字及小學為多數佔 66.2%，發病年齡多在 70 歲至 86 歲間。
- 2.家庭照顧者以女性居多，平均年齡為 50.1 歲，教育程度以高中、專科與大學為多數，宗教信仰以佛教居多（48.2%），家庭關係主要為病患之子女（58.1%）。
- 3.從病情嚴重程度的指標中以失智症患者的行為問題與家庭照顧者的生活負荷及健康狀況較有顯著的關係（迴歸模式之解釋力為

19.8%及 37.3%)。

4. 照顧家屬的生活負荷量愈高，其健康狀況愈不良(Pearson correlation; $r = 0.658$, $p < .01$)。註：生活負荷與健康狀況之指標系相反。
5. 照顧家屬所受的社會支持度愈不足夠其生活負荷也愈大(Pearson correlation; $r = -0.483$, $p < .001$)。
6. 照顧家屬的健康狀況愈不良，其社會支持需求度亦愈高(Pearson correlation; $r = 0.439$, $p < .01$)。

根據本研究成果，我們已明確了解失智症家庭照顧者在生活負荷及健康狀況上實際面臨的問題點，並提出相應的解決對策，也由實際統計分析中得知病患的行為問題才是造成家庭照顧者生活負荷以及不利健康狀況的原因，最後也由分析中發現生活負荷、健康狀況、與社會支持之間具有因果關連性。本研究希望藉此研究成果作為醫護系統以及社會福利系統之參考。

關鍵字：失智症、病情嚴重程度、家庭照顧者、家庭照顧者生活負荷、

家庭照顧者健康狀況

Abstract

As of the Aging Societies, Taiwan's aging population increased constantly in recent years. Dementia is a progressive neurodegenerative disorder characterized by cognitive impairment and functional decline. Behavioral disturbance is also a troublesome problem in the course of illness. Dementia is more prevalent in ageing people and therefore the dementia patients would also increase in number progressively. The life span of dementia was about 10 years. This long term care course would cause tremendous impact on economic, family and social domains. In Taiwan, the family member is the main caregiver of dementia patient. The responsibility and stress from taking of dementia patients might impact the living loading and the health of family caregivers.

The purposes of the research are to realize the living loading and health of family caregivers of dementia patients; to realize the impact of dementia severity on the living loading and health of family caregivers; to identify the relationship of social supporting system and living loading and health of family caregivers. The research took the approach of purposive sampling; the interviewees were the family caregivers of dementia patients from a psychiatric hospital in Taipei. Their dementia patient counterparts were diagnosed as dementia by neurologist and psychiatrist. Their clinical variables were collected according to the medical record. A total of 136 valid cases were recruited. This study demonstrated the following findings:

1. Accounts for 64.7% of dementia patients were female, the average age was 80.7 years old. Most of their education (66.2%) was illiterate or

elementary school. The onset of dementia was at around 70 to 86 years old.

2. Most of family caregivers were females, the average age was 50.1 years old. Most of their education was high school or college. The main religion is Buddhism (48.2%). Most of them are the children of the dementia patient (58.1%).
3. There was significantly positive correlation between the behavioral disturbance severity of dementia patients and the living loading and health of family caregivers (Explanation degree of regression is 19.8% and 37.3%).
4. The living loading could impact the health of family caregivers (Pearson correlation; $r=0.658$, $p<.01$).
5. The less the social support, the higher the living loading of family caregiver (Pearson correlation; $r=-0.483$, $p<.001$). The worse the health of family caregiver is worse, the more need on social support (Pearson correlation; $r=0.439$, $p<.01$).

From the above finding, the behavior disturbance of dementia patients was the major factor to increase the living loading and impaired the health of family caregivers. The research confirmed that there were interaction between the living loading, the health, and social supporting system. These finding suggested that we have to pay more effort on the treatment of behavioral disturbance of dementia patients and increase the utilization of social welfare system on taking care of the dementia patients.

Key word: Dementia, Disease condition, Family caregiver, Living loading of family caregiver, Health of family caregiver

目 錄

頁 次

誌謝.....	I
中文摘要.....	III
英文摘要.....	V
目錄.....	VII
表目錄.....	X
圖目錄.....	XIII
第一章 緒論	
第一節 研究背景及動機	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 研究問題.....	4
第四節 名詞解釋.....	5
第二章 文獻探討	
第一節 失智症的病因及病理特性.....	7
第二節 失智症出現的行為問題及精神症狀.....	13
第三節 失智症病患及家庭照顧者的人口學特性...19	
第四節 家庭照顧者負荷及相關因素.....	21
第五節 家庭照顧者的生活品質與社會支持需求	

	度.....	26
第三章 研究方法		
第一節	研究流程、研究架構、研究假設.....	31
第二節	研究對象.....	34
第三節	研究工具.....	36
第四節	統計分析方法.....	43
第四章 研究結果與討論		
第一節	受訪個案人口基本變項之敘述統計.....	45
第二節	各研究構面之敘述統計分析.....	58
第三節	病情嚴重程度對照顧者生活負荷及健康狀況 的影響性.....	66
第四節	家庭照顧者各構面相關性分析.....	73
第五節	人口基本變項與各構面間的影響性.....	76
第六節	受訪個案條件對照顧者生活負荷及健康狀況 之相關性分析.....	83
第五章 研究結論與建議		
第一節	研究結論與建議.....	86
第二節	研究限制.....	93

參考文獻

中文.....	94
英文.....	100

附錄

附錄一	問卷說明函件.....	105
附錄二	失智患者基本資料.....	106
附錄三	家庭照顧者基本資料.....	107
附錄四	失智患者日常生活能力量表.....	108
附錄五	失智患者行為問題量表.....	109
附錄六	家庭照顧者生活負荷量表.....	111
附錄七	中國人健康問卷.....	113
附錄八	家庭照顧者社會支持度評量.....	115
附錄九	臨床失智症評分量表.....	117

表 目 錄

表 2-2-1	失智症的行為精神症狀發生可能性.....	16
表 2-2-2	失智症家庭照顧生活品質影響原因.....	29
表 4-1-1	失智患者基本資料敘述統計表.....	47
表 4-1-2	家庭照顧者基本資料敘述統計表.....	51
表 4-1-3	本研究採及結果與國內其他研究人口基本資料 比較表.....	54
表 4-1-4	家庭照顧者未將病患送到長期機構居住之原因	56
表 4-1-5	家庭照顧者使用失智症長期照顧機構之意願.....	57
表 4-2-1	家庭生活負荷敘述統計表.....	58
表 4-2-2	人際關係和社交生活負荷敘述統計表.....	59
表 4-2-3	經濟上負荷敘述統計表.....	60
表 4-2-4	照顧者身體健康狀況敘述統計表.....	61
表 4-2-5	照顧者心理健康狀況敘述統計表.....	62
表 4-2-6	照顧者社會健康狀況敘述統計表.....	63
表 4-2-7	工具性支持敘述統計表.....	64
表 4-2-8	資訊性支持敘述統計表.....	64

表 4-2-9	情緒性支持敘述統計表.....	65
表 4-3-1	患者行為問題與照顧者生活負荷迴歸模式檢定 結果.....	67
表 4-3-2	患者行為問題與照顧者生活負荷之迴歸模式係 數表.....	68
表 4-3-3	患者 CDR 量表與照顧者生活負荷迴歸模式檢 定結果.....	68
表 4-3-4	患者行為問題與照顧者健康狀況迴歸模式檢定 結果.....	69
表 4-3-5	患者行為問題與照顧者健康狀況之迴歸模式係 數表.....	70
表 4-3-6	患者 CDR 量表與照顧者健康狀況迴歸模式檢 定結果.....	70
表 4-4-1	照顧家屬生活負荷、健康與社會支持之相關係 數.....	73
表 4-5-1	「病患性別」在各構面之差異性檢定.....	76
表 4-5-2	不同「婚姻狀態」在各構面上之差異性檢定.....	78
表 4-5-3	不同「病患關係」在各構面上之差異性檢定.....	80
表 4-5-4	不同「病患同住情形」在各構面上之差異性檢	

	定.....	82
表 4-6-1	個案狀況對照顧者生活負荷、健康狀況之相關係 數表.....	83



圖 目 錄

圖 3-1-1	研究流程圖.....	32
圖 3-1-2	研究概念架構圖.....	32



第一章 緒論

第一節 研究背景及動機

醫療技術進步以及生活水平提升使得人類平均餘命延長，因此老年人口也逐漸增加，依照聯合國的定義，當一個地區 65 歲以上人口超過 7% 即可被稱為「高齡化社會」，依據內政部統計處資料顯示，台灣地區 65 歲以上老年人口已於民國 82 年 12 月止達到總人口數的 7.09%，且近十年來老年人口比例每年約以 0.2 個百分點持續增加（內政部統計處，2008）。行政院經建會推估，台灣 65 歲以上人口比例將由 97 年 10.4% 逐年增加，未來 10 年將增為 14.7%，至 145 年更將增為 37.5%（行政院經濟建設委員會，2009）。隨著國人平均壽命延長，老年人口快速增加，老年人醫療與健康問題的重要性與日俱增，在許多老年人較易罹患的慢性病中，「失智症」也日受矚目。

由於台灣老年人口的快速增加，盛行於老年人的失智症人數也隨之增加，有研究顯示，台灣失智症的盛行率在 65 歲以上老人約為 3.7-4.4%（劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮，2000），且「年齡的增加」為重要的危險因子。而巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫、邱銘章譯（2007）於失智症亞太地區盛行報告中指出，台灣地區失智症患者人口數將大幅成長，2005 年據統計為 14 萬人，據估計 2020 年將達到 25 萬人，2050 年將達到 66 萬人。另外根據流行病學研究，65 歲以

上的人有 5% 患有失智症，80 歲以上則增加到 20%，可見年齡愈高，發生老年失智症的比例也愈高，隨著老年化社會的趨勢，失智老人的數目將會愈來愈多（陳雅君，2002；Salama, 2008）。

「家人」是照顧病患最主要的成員（季瑋珠、楊志良，1988；許樹珍、曾慶音、崔翔雲，2001），將近 80—86% 的病患都是由同住的家人承擔起照顧的責任。家庭照顧者對失智症患者而言，在提供幫助及情感支持上扮演重要的角色，然而，失智症是種不可恢復且會逐步惡化的慢性疾病，病患因認知功能逐漸衰退，造成記憶下降、執行日常生活活動的能力減弱、失去判斷力、人格改變、喪失語言表達技巧、甚至出現行為精神症狀等（邱明章，2006；Thomas et al., 2006；Salama, 2008）。隨著疾病進展，家庭照顧者所須負擔的責任與壓力也日漸增多（邱逸榛、黃書萱、徐亞瑛，2004），緊張程度增加（Argimon, Limon, Vila, & Cabezas, 2004）需付出更多的精力、資源、及情感（Thomas et al., 2006）造成照顧者的生活品質降低。


醫療照護系統要照顧的不只是病患而已，應包含整個家庭成員，尤其是擔負照顧責任的照顧者更須重視，除了可避免照顧者因照顧責任導致疲潰外，亦可增進家庭照顧的品質，減少對機構式照護的需求。病患要有良好的照顧，主要源自於家庭照顧者對生活能有適當的滿意，進而能提供較高品質的照顧工作，因此，醫護人員以及整體社

會福利支持系統對於失智症家庭照顧者需加以重視並進一步探究改善方案。



第二節 研究目的

本研究目的在瞭解失智症患者病情嚴重程度、家庭照顧者生活負荷、家庭照顧者健康狀況、社會支持需求等不同構面的關連性，希望透過調查瞭解失智症家庭照顧者實際面臨的生活負荷以及目前健康狀況；研究失智症家庭照顧者的生活負荷及健康狀況與患者病情嚴重程度之關連性；探討家庭照顧者受到社會支持系統扶助的情形，期望以此研究結果能作為提昇醫護工作以及整體社會福利支持系統之參考。



第三節 研究問題

依研究目的，本研究的研究問題有：

- 一、失智症患者之家庭照顧者生活負荷情形如何？
- 二、失智症患者之家庭照顧者健康情形如何？
- 三、失智症患者之家庭照顧者社會支持情形如何？
- 四、家庭照顧者生活負荷是否受失智症患者病情嚴重程度影響？
- 五、家庭照顧者健康狀況是否受失智症患者病情嚴重程度影響？
- 六、家庭照顧者其生活負荷、健康狀況與社會支持度的相關性為何？
- 七、患者及家庭照顧者之人口變項與生活負荷、健康狀況的相關性為何？

第四節 名詞解釋

一、失智症患者

經由神經內科或精神專科醫師診斷，確定為失智症(dementia)者，此處失智症包括，阿茲海默氏症、額顳葉型失智症、路易氏體失智症、巴金森氏病併發之失智症或是血管性失智症患者。

二、失智症家庭照顧者

指與失智症患者共同居住的家庭成員中，花費最多時間，並承擔最多照顧責任的家庭成員，包括配偶、子女、媳婦等（此需與被照顧者有姻親、認養、血緣關係者，並排除國內、外籍之看護；且年齡須大於 20 歲以上）。當無法區分為主要或次要照顧者時，則視研究訪視情形任擇其一。

三、失智症病情嚴重程度

失智症病情嚴重程度指失智症患者因不同的病程進展所呈現的狀態，本研究採用兩種方法反應失智症患者之病情嚴重程度指標，第一，採用 Baumgarten, Becker 和 Gauthier (1990)設計，並由湯麗玉(1991)所翻譯之「患者行為問題觀察表 (Dementia Behavior Disturbance scale)」中文量表（見附錄五），以失智症患者的行為表現以及對家庭照顧者主觀的困擾程度評量失智症患者的病情。第二為使用醫院病歷記錄之「臨床失智症評分量表

(CDR, Clinical Dementia Rating)」作為失智症等級的判定標準，等級分為沒有失智(CDR=0)、未確定或仍待觀察(CDR=0.5)、輕度失智症(CDR=1)、中度失智症(CDR=2)、重度失智症(CDR=3)、深度失智症(CDR=4)、末期失智(CDR=5)共七級，分數越高代表失智症病情程度越嚴重。

四、照顧者的負荷：

指照顧者在照顧失智症個案時，主觀感受到的身體、情緒、社會、經濟等各層面的壓力或衝擊。本研究將使用「照顧負荷量表」作為測量工具，所測得的分數，其總分越高表示主要照顧者負荷程度越高。

五、健康狀況

指照顧者在照顧失智症個案時，面對各種照顧壓力，因實質上或心理上所受到的壓力或衝擊，造成身體健康條件的改變或傾向。本研究將引用「中國人健康問卷」所測得的分數，評斷其健康狀況。



第二章 文獻探討

本研究旨在探討失智症患者病情嚴重程度對家庭照顧者生活負荷、健康狀況之影響，為充份了解研究課題、過去研究進展、研究對象的特性、以及設計合適的研究方法，本研究進行文獻探討的方向包括以下幾個面向。

- 一、失智症的病因及病理特性
- 二、失智症出現的行為問題及精神症狀
- 三、失智症病患以及家庭照顧者的人口學特性
- 四、家庭照顧者負荷以及相關因素
- 五、家庭照顧者生活品質及社會支持需求

第一節 失智症的病因及病理特性

一、失智症的定義

失智症是個臨床症候群，是後天性的記憶及其他大腦功能減退，程度嚴重到足以影響其日常生活或功能。失智症主要以記憶障礙為主，加上定向力、判斷力、計算力、抽象思考、注意力、語言等認知功能障礙，依據精神疾病統計診斷手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV；DSM-IV）失智症為：1.發展出多重性的認知缺損，而顯示出記憶的損害。包括無法學習新的事物或回憶起已學會的事物。且至少出現以下一種認知障礙：（1）失語症

(Aphasia)：發音器官健全，卻失去語言功能；(2) 運用不能症 (Apraxia)：手腳運動器官健全，卻失去操作某些技巧的功能 (3) 失認症 (Agnosia)：眼耳感覺器官健全，卻失去認知物品的功能 (4) 執行功能 (impair executive function，計劃、組織、排序、抽象思考) 的障礙。2. 認知障礙必須嚴重地造成社會或職業功能損害，並顯示出這些功能的顯著下降。3. 要排除有譫妄 (Delirium) 的情形 (引自林冠宏，2006；邱明章，2006)。

此外，身心障礙者保護法第一章總則第三條文中明文指出：「身心障礙者係指個人因生理或心理因素致其參與社會及從事生產活動功能受到限制或無法發揮，經鑑定符合中央衛生主管機關所定等級之障礙並領有身心障礙手冊者為範圍」，而失智症者屬於身心障礙之一種 (內政部，2009)。

二、失智症的診斷

失智症的診斷檢查包括以下方法：

- (一) 詳細的病史詢問 (包括患者及家屬) (林冠宏，2006；邱明章，2006；Marin, Sewell, & Schlechter, 2002；Salama, 2008)。
- (二) 相關的神經系統檢查與評估，如心智功能、深部肌腱反射，或利用簡短智能狀態檢查表 (Mini-Mental State Examination；MMSE)、認知能力篩檢測驗 (The Cognitive Abilities Screening

Instrument ; CASI) (郭乃文、劉秀枝、王佩芳，1989；林克能、劉秀枝，2003；王佳玉等人，2003；周美娟、楊淵韓、劉景寬，2007；American Psychiatric Association, 1994；Marin, Sewell, & Schlechter, 2002)。

(三) 實驗室的檢查：如電腦斷層掃描、核磁共振、血液常規檢查、生化值、電解質、甲狀腺功能、葉酸、vitB12 檢查、梅毒血清、愛滋病毒篩檢等，以排除可逆性失智症 (林冠宏，2006；邱明章，2006；American Psychiatric Association, 1994；Marin, Sewell, & Schlechter, 2002)。

(四) 失智症病情的量化診斷檢查表

失智症的病情程度主要是指患者在記憶力、定向感、判斷力、解決問題能力、社區事物參與、家庭及嗜好、以及自我照顧等幾個向度所表現的程度，臨床上測量病情程度等級是以 CDR(Clinical Dementia Rating)作為判定標準，等級分為 0.5 分(略有問題)、1 分(輕度)、2 分(中度)、3 分(重度)，分數愈高代表病情愈嚴重 (林克能、劉秀枝，2003；王佳玉等人，2003)。

三、失智症的病程與症狀

失智症是一個進行性記憶或行為退化的疾病，從輕度症狀逐漸進

入中度、重度、末期等不同症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異（林冠宏，2006；朱育瑩等人，2007），本研究整理各階段病情症狀如下：

（一） 輕度症狀

1. 初期症狀輕微，患者意識清楚，外表跟常人無異，外人可能不會察覺患者有病，只有每天跟患者一起工作生活的人才會察覺異狀。
2. 出現症狀，例如：不能記住最近發生的事情、沒辦法記住新朋友姓名、電話號碼也容易忘、常常會忘記東西放在哪裡、反覆問同樣的問題、想不起來想要表達某一個物品的名稱、不過患者對過去多年的往事記得很清楚而且經常提起陳年舊事。
3. 患者的判斷力和工作能力逐漸減退，處理日常生活中較複雜事務，能力出現問題，例如常常猶豫不決、弄不清楚現在是幾年幾月幾日、做事情缺乏動機，以前喜歡的活動或興趣逐漸變得減少。
4. 患者可能變得多疑、易怒、依賴他人、或懷疑他人。

（二） 中度症狀

1. 患者生活能力繼續退化，例如：煮飯、洗衣服或買東西等活動更無法自行完成，個人清潔衛生處理不好，衣服穿不整齊

等。

2. 對於辨認人物、環境、時間等出現困難，例如：不認識家人朋友、分不清季節時間、迷路等。
3. 情緒性的波動及明顯的性格改變，例如：情緒容易激動、無原因的哭叫、妄想、亂罵人甚至出現暴力攻擊行為。
4. 明顯的行為異常，例如：無目的遊蕩、日夜顛倒、不停的走來走去。
5. 出現精神症狀，例如：覺得看到已往生的親友，或聽到現實中不存在的人跟他說話。
6. 患者的症狀已足以干擾他人的生活，家人開始尋求醫療機構協助。



(三) 重度及末期症狀

1. 生活上幾乎完全需要依賴別人照顧，例如：不會穿衣服、吃飯、大小便失禁、可能無法走路而需要坐輪椅、或是長期躺床造成四肢肌力退化，逐漸變成長期臥床。
2. 失去與人溝通能力，例如：只會說幾個簡單的字詞甚至不會講話、聽不懂別人說的話、無法跟其他人談話應對。
3. 缺乏判斷力和理解力，例如：分不清楚白天晚上、不認識家裡的環境、迷路、在公共場所出現不適宜的舉動。

4. 記憶力嚴重喪失，例如：完全不認識家人朋友、不記得自己是誰。



第二節 失智症出現的行為問題及精神症狀

失智症病患除了認知功能缺損外，也會出現非認知的症狀，即失智症的行為精神症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia，簡稱 BPSD）（黃正平，2006；Brodaty et al., 2001）。

失智患者常見的行為包括：身體上的攻擊行為、尖叫、坐立不安、激動、遊走、不合風俗的舉動、不合宜的性行為、貯藏無用的東西、咒罵、如影隨行地跟著別人等；失智患者常見的精神症狀則可能有焦慮不安、心情低落、幻覺、妄想等（黃正平，2006），大約有 70-90% 的失智患者會發展出一項以上的行為或精神症狀，這些症狀經常讓家人或照顧者覺得難以處理，容易讓他們感到沮喪和挫折感，也是家屬照顧病患最重的負荷來源（黃正平，2006；謝昌成、劉昱志、劉鎮嘉，2007；張可臻、陳昭源、林忠順，2008；謝美芬、顏兆熊，2008；Chiu, Chen, Yip, Hua, & Tang, 2006）。

本研究綜合以下作者之研究成果並參酌實際臨床護理觀察經驗，彙整失智症常出現的行為或精神症狀如下：（黃正平，2006；謝昌成、劉昱志、劉鎮嘉，2007；張可臻、陳昭源、林忠順，2008；謝美芬、顏兆熊，2008；Chiu, Chen, Yip, Hua, & Tang, 2006）

（一）妄想

妄想東西被偷、被遺棄、被害、認為配偶或家人不忠。

(二) 錯認

錯認為有他人住在自己家、不認得鏡子中的自己、錯認自己的配偶或照顧者。

(三) 幻覺

可能包括視幻覺、聽幻覺、嗅幻覺或觸幻覺，例如看到很多人、或陌生人在一起、聽到模糊的聲音、有人在叫自己的名字。

(四) 憂鬱

大約有 40~50% 的失智患者帶有憂鬱的症狀，10~20% 的患者達到憂鬱症的診斷標準。

(五) 冷漠

表現出缺乏熱情，對各種事務漠不關心、對日常活動毫無興趣，例如：減少社交活動、臉部無表情、語調平淡、情緒反應小、缺乏主動性等。

(六) 焦慮

焦慮症狀包括：煩躁不安、攻擊行為、精神運動性激動、病態的大哭、踱步、重覆某個字或片語、不斷的拍打、拒絕洗澡穿衣、一再地詢問即將發生的事情、很怕單獨一個人被留下、怕人多、怕旅行、怕黑等。

(七) 漫遊

漫遊行為包括：漫無目地的遊走、緊隨照顧者或某個人、重覆

做一些不重要的事、半夜起來走動、不斷地想要離開家等。

(八) 激動

包括：不適當言語、發聲、舉動。

(九) 失控、干擾以及拒絕配合等行為

失控行為包括：哭泣、欣快感、言語攻擊、自傷行為、性行為

失控。

(十) 睡眠障礙

包括：日夜生理時鐘出現障礙、晚上睡眠不佳、日夜顛倒等。



根據 Fuh J. L. (2006) 研究，各種問題行為發生的可能性如下表

所示：

表【2-2-1】 失智症的行為精神症狀發生可能性

精神 病 症 狀	妄想	被偷妄想(50%)
		被害妄想(27%)
		忌妒妄想(18%)
	幻覺	視幻覺(21%)
		聽幻覺(12%)
	錯認	錯認不存在的人在房子裡(22%)
		錯認現在住的房子不是自己的家(16%)
		錯認親人配偶是別人或偽裝者(19%)
		錯認電視上的事實是真實(12%)
		錯認境中的自己的影像是別人(18%)
行 為 障 礙	睡眠障礙(61%)	
	重複現象(62%)	
	攻擊行為(54%)	
	迷路(70%)、漫遊(45%)	
	飲食改變(36%)	
	病態收集(27%)	
情 感 症 狀	憂鬱症狀(47%)	
	焦慮症狀(37%)	

資料來源：Fuh J. L. (2006)。

根據 Chiu et al. (2006)研究，不同病因類型的失智症所伴隨的行為和精神症狀不盡相同，各類型失智症所伴隨的行為和精神症狀如下

(引自張可臻等，2008)：

(一) 阿茲海默氏症

常見的症狀包括冷漠、激動、憂鬱、焦慮、妄想、煩躁等，心情高昂較少見。

(二) 額顳葉型失智症

明顯的症狀是做事衝動、反覆做同一件事以及口出穢言，他們喪失情緒、沒有病識感、自私、不在乎自我照顧、漫遊、重覆別人的話等。

(三) 路易氏體失智症

有較高的比例會出現行為和精神症狀，約有 80% 以上的患者出現重覆、複雜的視幻覺，而錯認現象、錯覺、妄想也很常見，他們不僅會失眠，還可能有快速動眼期的睡眠行為問題。

本研究綜合上述的文獻獲得以下結論：

1. 雖然不同類型失智症的行為精神症狀有其特性，但是並非絕對的，仍具有個別差異。
2. 不同的行為和精神症狀會在不同的病程時期出現，一般來說，隨著失智症的進展，行為和精神症狀會逐漸增加，但有些症狀可能會在某個特定時期最為明顯，例如情緒症狀通常在疾病早期就可能出現，而激動、妄想、幻覺等症狀則會在患者進入中度認知功能障礙時較為常見，但這些症狀到了重度失智階段時反而會減

少，因為患者的身體和大腦功能已經明顯惡化。

3. 隨不同病程，病患的照護工作會有不同的挑戰以及負荷，對家庭照顧者也應給予不同的支持。



第三節 失智症病患及家庭照顧者的人口學特性

研究對象（病患以及其家庭照顧者）的基本人口屬性與負荷之間具有一定的關連性，也是重要的研究項目，本研究綜合國內外各研究得知研究對象的基本屬性如下：（任麗華，1997；阮慧沁，1997；邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲，2007；黃詠惠，1997；黃惠玲、徐亞瑛，2003；張雅如，2001；Campbell et al., 2008；Il-Seon, Michele, Donna, Lynn, & Jeffrey, 2005；Janna, 2004；Jeffrey, Elane, Kay, & George, 2003；Lim, Son, Song, & Beattie, 2008；Schulz et al., 2008）

一、在失智病患方面，主要人口學特性如下：

1. 女性較男性多。
2. 平均年齡 70-79 歲。
3. 教育程度以不識字或小學居多。
4. 婚姻狀況已婚者佔多數。
5. 常合併其他慢性病，尤以高血壓最常見。

二、在家庭照顧者方面，主要人口學特性如下：

1. 女性照顧者多於男性。
2. 與病患關係以配偶或媳婦居多。
3. 平均年齡 50-57 歲，有四成以上的照顧者年齡超過 60 歲。
4. 照顧者教育程度以高中/職居多，且教育程度逐年提高。

5. 多數照顧者自覺或實際的健康狀況普通或較差。
6. 婚姻狀況已婚者佔多數。
7. 與病患發病前家庭關係大多不錯。

總括來說家庭照顧者大多為年長的女性配偶，這群人承受較大壓力，自身健康條件較不理想，且大多是默默的長期照顧患者。(任麗華，1997；阮慧沁，1997；邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲，2007；陳昱名，2007；黃詠惠，1997；黃惠玲、徐亞瑛，2003；張雅如，2001；鄭秀容，2005；Campbell et al., 2008；Colvez, Joel, Ponton-Sanchez, & Royer, 2002；Il-Seon et al., 2005；Janna, 2004；Jeffrey et al., 2003；Lim et al., 2008；Schulz et al., 2008；Yaffe et al., 2002)。



第四節 家庭照顧者負荷及相關因素

一、照顧者負荷之定義

照顧者負荷 (caregiver burden)、照顧者緊張 (caregiver strain) 及照顧者壓力 (caregiver stress) 均指相同的概念，其廣泛定義為「對於照顧者之各種實際經驗及情緒需求的結果」。根據學者 Given, Collins 和 Given (1988) 將照顧者負荷定義為「失智症老人照顧者所經歷到生理、心理及社會上的負擔」。根據學者 Robinson (1983) 將照顧者負荷定義為照顧者對整個照顧任務所產生之一系列的感受/知覺反應。學者 Poulshock and Deimling (1984) 認為照顧者負荷為一多層面之概念，即照顧者因照顧事件經歷生理、心理及社會層面等問題。綜合多位學者之定義，照顧者負荷是一個多層面的概念，即照顧者在整個照顧任務中，因各種實際經驗及情緒需求所產生之一系列的感受/知覺反應，影響包括生理、心理及社會層面。

二、影響家庭照顧者負荷之相關因素

學者 Pallett (1990) 及 Almborg, Grafstrom 和 Winblad (1997) 指出影響照顧者負荷因素包括：

- (一) 失智老人特質，如認知功能、日常生活能力及社會支持程度。
- (二) 照顧者的特質，如年齡、性別、婚姻狀況、健康狀況、處理事情的能力。

(三) 病患和照顧者兩人的關係，例如：配偶關係。

(四) 照顧者所受到的社會支持的資源。

湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基和劉秀枝(1992)針對 85 位癡呆症老人照顧者探討其負荷及其相關因素結果發現，照顧者負荷較高前五項依序為「我協助病人處理許多日常生活事務」、「病人依賴我」、「我一直注意著病人，以防他/她出現危險」、「我有被綁住的感覺，無法做想做的事」、「照顧病人的工作影響了我的正常社交生活」。

William et al. (1995) 發現照顧者負荷情形會隨病患病程變化而有所不同。

徐亞瑛(1996)的研究認為照顧者所受壓力和患者認知功能障礙的程度無關，但是病患的行為問題所產生的困擾是主要的壓力來源。

阮慧沁(1997)針對 102 位失智症老人照顧者探討其負荷及相關因素結果發現，照顧者性別、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、與病人關係、及失智病患的等級與照顧者負荷間有顯著關係，女性照顧者的負荷較男性大、喪偶負荷較與配偶同住負荷大、不識字負荷較高中以上大、信仰道教負荷較小、媳婦所感受到負荷較大；照顧者負荷不因病人的教育程度、省籍、居住狀況、宗教不同及照顧者的職業、照顧時間長短、是否有輪流照顧病人而有顯著差異。另病患生活獨立功能與照顧者負荷呈現負相關。可用來預測照顧者負荷的變項為「社會支

持程度」、「病人日常生活能力」等。

邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)針對 14 位老年失智症患者使用面對面訪談方式，探討其照顧者的壓力與因應方式，研究結果顯示照顧者負荷與疾病嚴重度成正比。邱麗蓉等人另外針對 71 位失智病患照顧者，探討其壓力源、評價、因應與健康狀況之研究發現，「個案記憶行為問題」、「日常生活功能」、「認知功能」均會影響照顧者之負荷情形。

Roberts et al. (1999)針對 77 對失智症病患及其照顧者所做的研究顯示照顧者負荷與接受社會資源的支持不隨照顧時間長短有所不同。

張雅如(2001)針對 107 位失智症患者之照顧者探討生活品質及其照顧者負荷、社會支持等相關因素，結果發現「覺得失智者依賴您」之負荷最大，其次依序為「失智者似乎期待您照顧他，好像您是他唯一可以依靠的人」、「害怕失智者的未來會如何」；負荷較低項目為「當有朋友到家裡時，會因失智者的關係覺得不自在」，另外發現照顧者每日花費照顧時間、患者的問題行為、社會支持與照顧者負荷有顯著相關。

綜合各項研究結果顯示，照顧者負荷與病患之性別、婚姻狀況、目前居住情形、就醫情形、服藥情形無顯著相關；影響照顧者負荷之病患特性包括：

- (一) 年齡：研究指出失智患者的年齡與照顧負荷呈正相關 (Robinson, 1983)。
- (二) 病程變化：照顧者負荷與疾病嚴重度成正比 (林敬程, 1999；邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲, 2007；陳昱名, 2007；鄭秀容, 2005；Donaldson, Tarrier, & Burn, 1997；Given, 1988；Pallett, 1990；William, 1995)。
- (三) 行為問題：失智病患在不同病程階段會出現不同行為問題，行為問題的出現會增加照顧者的負荷且呈現正相關 (李淑霞、吳淑瓊, 1998；林敬程, 1999；張文芸, 1996，張雅如, 2001；陳昱名, 2007；鄭秀容, 2005；Il-Seon et al., 2005；Lim et al., 2008)。
- (四) 日常生活執行能力：病患生活獨立功能與照顧者負荷呈現負相關(邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲, 2007；陳昱名, 2007；楊珮琪, 1991；Campbell et al., 2008；Colvez, Joel, Ponton-Sanchez, & Royer, 2002；Pallett, 1990；Lim et al., 2008)。

照顧者負荷與照顧者本身之性別、婚姻狀況、教育程度、信仰、職業情形、自覺個人健康狀況、及自覺與病人病前關係無顯著相關；影響照顧者負荷之照顧者特質包括：

- (一) 年齡：年輕的照顧者有較大的情緒壓力，然而年長者因體力

之故，對於照顧工作有較大的困難度（楊珮琪，1991；Almberg et al., 1997；Jeffrey et al., 2003；Pallett, 1990）。

- (二) 性別：女性照顧者所承受之壓力較男性大（阮慧沁，1997；楊珮琪，1991；Campbell et al., 2008；Il-Seon et al., 2005；Janna, 2004；Jeffrey et al., 2003；Lim et al., 2008；Schulz et al., 2008）。
- (三) 照顧者的健康狀況：當照顧者健康狀況較差，易出現較大的壓力（楊珮琪，1991；Jeffrey et al., 2003）。
- (四) 教育程度：教育程度低者較教育程度高者所承受之壓力較大（阮慧沁，1997；楊珮琪，1991；Jeffrey et al., 2003）。
- (五) 與病患關係：多數研究指出配偶關係之照顧者較其他關係有較大的負荷，因配偶會將照顧視為責無旁貸（林欣緯，2001；楊珮琪，1991；Pallett, 1990；Campbell et al., 2008；Il-Seon et al., 2005；Jeffrey et al., 2003；Lim et al., 2008；Schulz et al., 2008）；然而也有研究指出配偶較其他關係者承受較少的負荷（阮慧沁，1997；Roberts, et al., 1999）。
- (六) 照顧者與病患的關係品質：學者 Dunkin（1998）指出照顧者與病患關係不良者其負荷愈高，而關係親密者其負荷較低。
- (七) 宗教信仰：宗教信仰的不同亦會影響照顧者負荷，信仰道教者較其他宗教信仰者負荷較小（阮慧沁，1997）。

第五節 家庭照顧者的生活品質與社會支持需求度

Morimoto(2003)曾在研究中指出照顧者負荷為預測照顧者生活品質的主要因素，因此照顧者的負荷和生活品質之間應該有非常直接的關係，本研究將對「生活品質」做進一步探討，做為評量照顧者負荷的參考，同時用為分析照顧需求的基礎。

一、生活品質(QOL)之定義

生活品質(QOL, Quality of Life)包含相當廣泛及複雜的概念，Ferrans and Powers(1985)將生活品質定義為個人對生活幸福的感受，Meeberg(1993)則提出生活品質除包含個人對生活各方面的滿意程度外，也應包括他人外在的評估及認定，因此有主觀也有客觀的認定標準，主觀方面包括個人自評的自尊感、幸福感、安逸程度等，在客觀方面則指個人的生活環境條件，例如：職業、收入、教育程度、居住環境、身體功能等。張慈惠、黃秀梨(2000)則定義為以個人內在獨特的標準判斷力，評估當前生活環境、週遭事物與期望達成的生活目標差距的知覺感受及滿意程度。

根據文獻查證的結果，目前國內學者尚未對病患主要照顧者的生活品質有明確的定義，目前量測病患主要照顧者生活品質的方法大多採用劉雪娥(1993)翻譯 Ferrans and Powers(1985)的生活品質指標，其內容包括：心理、社會、健康、環境、親密關係、家庭關係等幾大面

向。本研究將採用上述面向作為選擇量表量測失智症家庭照顧者生活品質之參考以分析家庭照顧者的負荷。

二、失智症照顧者負荷與生活品質有顯著的負相關

根據呂如分(2005)的研究結果，主要照顧者的壓力感受、社會支持之需要程度與其生活品質間有顯著的負相關($p < .01$)。從前述失智症的病況分析顯示，失智症會呈現漸進性惡化，且發病持續時間從 7-15 年不等，大多數的失智病患家屬也必須負擔起照顧者的角色，因此失智症家屬之生活品質(QOL, Quality of Life)應有很大的負面因素。

根據研究失智症家庭照顧者呈現比一般人健康狀況差，通常他們也使用較多的精神藥物，較容易有憂鬱及焦慮症狀，並經常帶有沮喪、無助、生氣和情緒不穩定等傾向(任麗華，1997；徐亞瑛，1996；湯麗玉，1991；Campbell et al., 2008；Il-Seon et al., 2005；Janna, 2004；Jeffrey et al., 2003；Lim et al., 2008；Schulz et al., 2008)。

Murrel(1999)指出，失智症家庭照顧者承擔了許多造成生活品質下降的負面因素，其中的影響包括生理、心理、社會、以及經濟等各個層面，本研究綜合國內外研究，整理各層面產生的負面影響如下：

(一) 生理層面

例如：睡眠不足、健康變差、體力改變、食慾不振、體重改變、疲勞等(徐亞瑛，1989；湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮

基、劉秀枝，1992；萬育維、王春雅，1998；Chou, 2000；Donaldson et al., 1997；Given, Collins & Given, 1998；Haley, 1997；Janna, 2004；Jeffrey et al., 2003；Parks & Novielli, 2000；Robinson, 1983)。

(二) 心理層面

例如：孤單、生氣、焦慮、心情沉悶、不耐煩、無力感、為病情擔心、憂鬱、被束縛、照顧病人受挫而沮喪等(徐亞瑛，1989；湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝，1992；萬育維、王春雅，1998；Chou, 2000；Donaldson et al., 1997；Given et al., 1998；Haley, 1997；Janna, 2004；Jeffrey et al., 2003；Parks & Novielli, 2000；Robinson, 1983)。

(三) 社會壓力層面

包括：社交機會減少、娛樂活動減少、無法滿足個人及人際需求、無法追求嗜好、家庭生活改變等(湯麗玉，1991；楊珮琪，1991；Donaldson et al., 1997；Janna, 2004；Jeffrey et al., 2003)。

(四) 經濟負擔層面

包括：照顧者可能因請假或辭職而影響工作、醫療住院費用、看護費及安養費、居家設備費用等(湯麗玉，1991；楊珮琪，

1991 ; Donaldson et al., 1997 ; Janna, 2004 ; Jeffrey et al., 2003)。

Janna(2004)也曾彙整了失智症家庭照顧所承受的各種影響生活品質的問題及原因，如表【2-2-2】所示。

表【2-2-2】 失智症家庭照顧生活品質影響原因

影響層面	原因
經濟層面	<ul style="list-style-type: none">● 因照顧病患造成收入減少● 醫療費用支出增加
生理層面	<ul style="list-style-type: none">● 壓力及挫折● 需要藥物的支持
社交層面	<ul style="list-style-type: none">● 照顧病患影響了社交以及工作● 休閒活動減少
心理層面	<ul style="list-style-type: none">● 照顧者在家庭中的角色改變● 情緒上的起伏及波動● 對其他家庭成員的照顧減少造成衝突

資料來源：Janna, M. G. (2004).

三、提供社會支持以滿足家庭照顧者需求可以有效減輕照顧者負荷

根據文獻研究，國外對於老人慢性病的醫療照顧在 1980 年代起就將照顧方向由醫院轉入社區及家庭，其思考點在於家庭才是老人慢性病的主要照顧者，而滿足家庭照顧者的需求、提升其生活品質、減輕其負荷，才能提供老人病患更好的照顧。

根據呂如分(2005)的研究結果，社會支持的足夠程度與生活品質間有顯著的正相關($p < .05$)。因此推論若能儘可能滿足家庭照顧者的需求，減輕其壓力，可以有效提高生活品質進而減輕負荷。

根據邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿(2002)分析照顧者的需求可以分為三類：1. 實質性支持，例如：經濟補助、設備補助、人力協助、社會福利供給等；2.情緒性支持，例如：情感和靈性支持、社交活動等；3.資訊性支持，例如：提供照顧病患知識、護理人員諮詢等。本研究將根據這幾項需求作為評選量表量測照顧者需求被滿足程度的參考。



第三章 研究方法

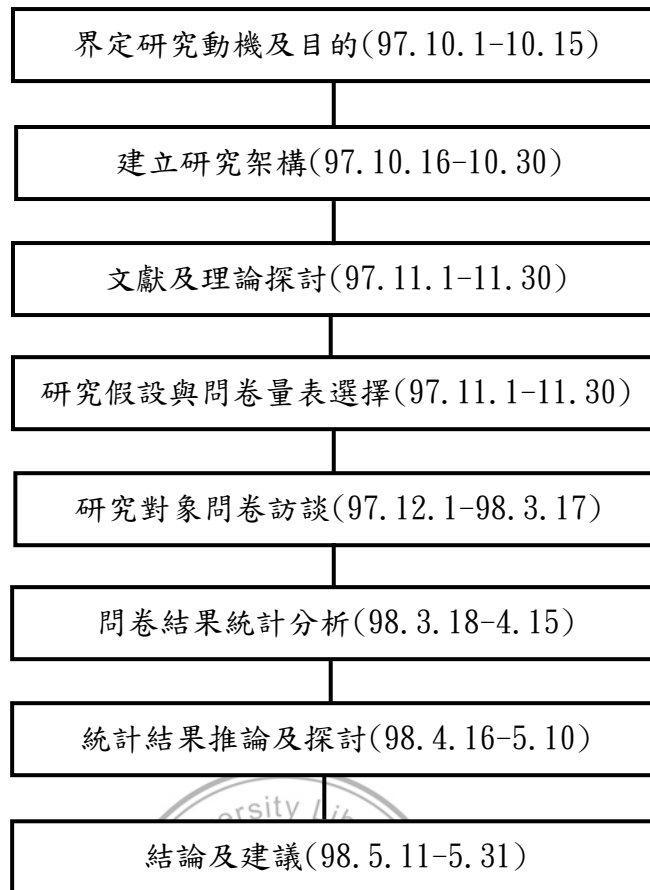
本章旨在說明本研究所使用之方法及過程，包括：研究流程、研究架構、研究假設、研究對象、研究工具、統計分析方法。

第一節 研究流程、研究架構、研究假設

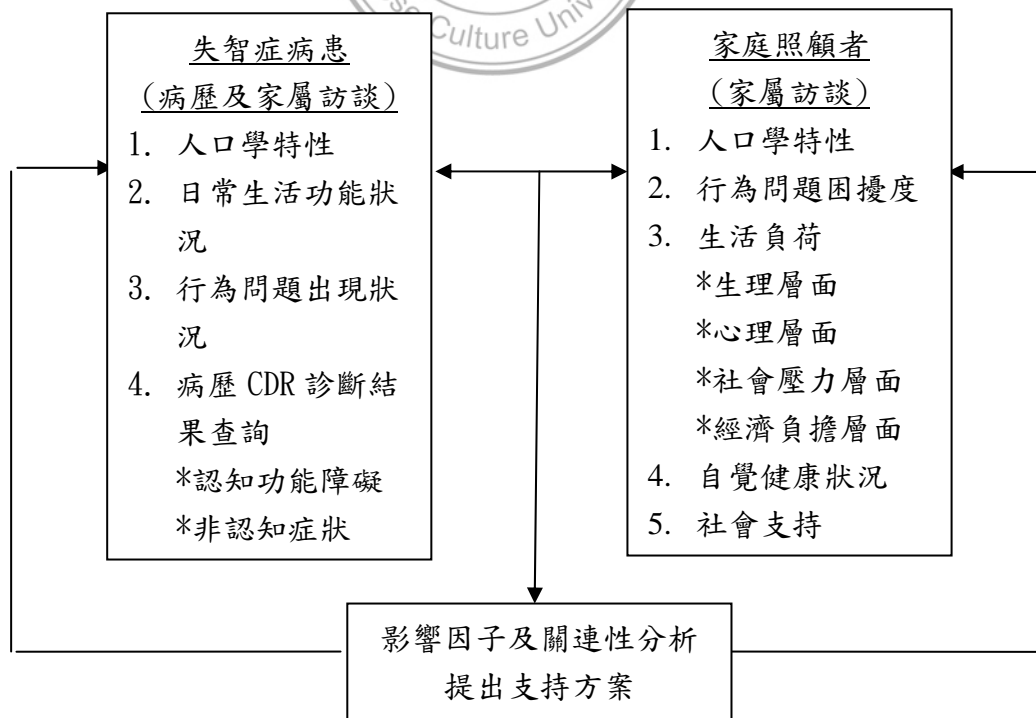
本研究為探究失智症患者病情嚴重程度、家庭照顧者生活負荷、家庭照顧者健康狀況、社會支持度等構面之關連性，本研究根據第二章文獻探討以及相關實務經驗所了解之失智症相關問題點，將以問卷訪談以及相關量表分析的方式了解上述幾個構面的關連性。

設計研究架構時考量失智症患者屬於研究倫理所關切的比較欠缺自我保護能力的「易受傷害之受試者」(vulnerable subjects)，本研究將僅以失智症患者之家屬做為訪談受試對象，使用問卷及量表了解相關的個人資料、面臨之生活負荷、受訪者健康狀況、患者呈現的行為問題、以及社會支持程度等，比對患者臨床診斷病歷中有關病情嚴重程度的記錄，分析其相關性。

本研究之研究流程如圖【3-1-1】所示，研究概念架構如圖【3-1-2】所示。



圖【3-1-1】 研究流程圖



圖【3-1-2】 研究概念架構圖

根據 1.上述研究架構、2.文獻探討中有關失智症特性的探討、以及 3.本文作者臨床護理實務觀察經驗，本研究設定下列研究假設作為分析及推論的命題，並作為選擇問卷與量表時考量的依據。

研究假設如下所示：

假設一：病患的行為能力反應失智症病情程度。

假設二：病患家庭照顧者的社會支持與病患失智症嚴重度無顯著差異。



第二節 研究對象

本研究設定之研究對象為失智症家庭照顧者，研究對象之篩選方法如下：

一、 樣本取得及資料收集

本研究計畫通過醫院之人體試驗委員會審核同意並取得受測者同意與配合，以每週二至三天的方式於某精神科專科醫院門診及病房進行收案，採立意取樣 (purposive sampling) 方式來獲得樣本個案。

考量病患可能屬於研究倫理中所關切的比較欠缺自我保護能力的「易受傷害之受試者」，本研究除例行之臨床診斷及治療外，不對病患進行接觸及測試，僅接觸家庭照顧者。透過與病患家屬中之主要照顧者面談填寫結構式問卷方法，以及查閱原臨床診斷病歷記錄方式收集相關資料。

為保護研究對象之權益與隱私，凡符合本研究收案之個案，本研究進行前，已先向研究對象詳細說明研究的目的與方式，徵求其同意並請其簽署同意書後開始進行研究，並以編碼代替受訪者之姓名，保證其提供之資料僅供本研究之用，並對其身分及內容絕對保密。

本研究以下列條件篩選研究個案：

(一) 選案條件：

經由精神科或神經內科專科醫師診斷患有失智症，包括阿茲

海默氏症、額顳葉型失智症、路易氏體失智症、巴金森氏病併發之失智症及血管性失智症患者且於病歷上有記載者。

(二) 受訪談施測對象（家庭照顧者）篩選條件：

- 1、年滿 20 歲以上。
- 2、在法律上或血緣上為失智症患者之家屬。
- 3、提供失智患者沐浴、著裝、如廁、移位、排泄和進食等日常生活基礎活動之照顧工作、協助失智症患者完成家事、經濟事物、戶外事務之處理或安全監督。

(三) 其他條件

能以國台語溝通者而且同意配合本研究者。



第三節 研究工具

問卷調查的重點在於如何提高信度與效度，增加樣本數目並非最佳的方式，提高「問卷量表的精確性及嚴謹程度」才是最佳的方式（林震岩，2006）。本研究進行文獻探討時找出過去相關研究已提出之各種可行的量表，根據研究目的本研究選擇合適之量表，綜合歸結成本研究之初步問卷。隨後請教國內對於失智症病患照顧有相關研究和鑽研的學者專家進行審視，請其評估量表內容是否適當，以符合內容效度的要求，最後完成本研究正式的問題。此外在正式實施問卷調查前，本研究將整個問卷的排版、標題字體、填答說明及感謝詞作適當的編排，以求問卷格式的一致性。

應用於家屬訪談之問卷及量表包括：「患者基本資料」、「家庭照顧者基本資料」、「患者日常生活能力觀察表」、「患者行為問題觀察表」、「家庭照顧者生活負荷量表」、「中國人健康問卷」、「家庭照顧者社會支持度量表」等七項。

臨床診斷病歷記錄之查閱項目為：「臨床失智症評分量表(CDR)」。

茲將各個問卷或量表分述如下：

第一部份：對家庭照顧者之訪談及測試計七項。

一、失智患者基本資料：

內容包含性別、年齡、籍貫、教育程度、病前職業、經濟來源、患病年齡及是否有身心障礙手冊等各項資料（見附錄二）。

二、家庭照顧者基本資料：

內容包含，性別、年齡、籍貫、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、與患者關係、是否有替代之照顧者、照顧病患年數、照顧病患的頻次、是否與病患同住、工作情形、病患的醫療費及生活支出情形、家庭經濟狀況、健康情形、過去及現在與病患的關係如何、未將病患送到療養機構的原因等（見附錄三）。

三、失智患者日常生活能力量表：

本研究採用之日常生活能力量表 (Activity of Daily Living Scale, ADL) (見附錄四)，由美國的 Lawton 和 Brody 制定於 1969 年。包括：六項軀體生活自理 (Physical Self-maintenance Scale)，上廁所、進食、穿衣、梳洗、行走和洗澡；以及八項工具性日常生活活動 (Instrumental Activity of Daily Living Scale, IADL)，打電話、購物、備餐、作家務、洗衣、使用交通工具、服藥和自理經濟，合計十四項。

日常生活能力量表採 Likert Scale 四點記分法，1 分表示「可以自行完成」；2 分表示「有點困難」；3 分表示「需要幫助」；4 分表示「完全沒辦法」。評定結果可按總分、分量表分和單項分

進行分析。總分最低 14 分，為完全正常，大於 14 分有不同程度的功能下降，最高為 56 分。單項分 1 分為正常，24 分為功能下降。凡有 2 項或 2 項以上 ≥ 3 分，或總分 ≥ 22 分，為功能有明顯障礙。

四、失智患者行為問題量表：

為了解失智症患者的行為表現及照顧者的主觀困擾程度，本研究採用 Baumgarten, Becker 和 Gauthier (1990) 設計的 Dementia Behavior Disturbance scale，並由湯麗玉(1991)所翻譯之中文量表(見附錄五)，內容包括行為症狀出現的頻率及照顧者困擾的程度共 28 題。

失智患者行為問題量表採用 Likert Scale 四點記分法，有關患者行為表現的計分方式為：1 分表示「從來沒有」，2 分表示「偶而如此」，3 分表示「經常如此」，4 分表示「總是如此」。有關家屬照顧者困擾程度的計分：1 分表示「毫不困擾」；2 分表示「有些困擾」；3 分表示「困擾」；4 分表示「非常困擾」。此項評量採累計總分，分數越高表示其行為與情緒問題越嚴重。信度方面，此量表曾使用在湯麗玉(1991)及黃詠惠(1997)針對失智症患者照顧者的研究中，其內在一致性係數在行為症狀出現的頻率部分各為 0.87 及 0.83，而在照顧者主觀困擾的程度部分則各為 0.91 及

0.78。

五、家庭照顧者生活負荷量表：

本研究採用蕭金菊(1995)「家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求」研究中所設計問卷之照顧負荷量表(見附錄六)，根據本研究主題需求，選取家庭生活 6 題、社交生活 6 題、經濟負擔部分 9 題，共三部份 21 題作為本研究測量家屬照顧者生活負荷之研究工具。

主要照顧者之負荷亦採用 Liked Scale 四點記分法，1 分表示「沒有」；2 分表示「稍微」；3 分表示「經常」；4 分表示「總是」，此採累計總分，分數越高代表主要照顧者負荷程度越高。信度方面，蕭金菊施測時其內在一致性係數為 0.95，在陳昱名(2007)的研究中測得其內在一致性係數為 0.91。

六、中國人健康問卷：

本研究採用 Cheng and Williams(1986)將 Goldberg(1979)的「一般健康問卷」30 題翻譯成中文並與 Cheng and Williams 提出的中國文化 30 題混合後設計之「中國人健康問卷」(見附錄七)中最具分析能力的 30 題。在兩次大型(n=1023； n=386)的研究中，其內在一致性係數為 0.9 和 0.92(Cheng et al., 1990 和 1986)，所以是具有良好效度的篩檢工具，在林梅香、顧乃平、劉仲冬、

陳政友、林麗嬋(1996)的研究中測得其內在一致性為 0.93。

「中國人健康問卷」所得總分越高表示健康越差，分為身體健康方面 10 題包括題號：1、2、3、4、5、14、15、16、17、30；心理健康方面 12 題包括題號：6、8、9、10、11、12、13、18、19、20、21、26；社會健康方面 6 題包括題號：7、22、23、24、25、27、28、29。計分方式依受試者主觀對健康狀況感受來圈選，以四點計分法，1 分表示「一點也不」、2 分表示「和平時差不多」、3 分表示「比平時較覺得」、4 分表示「比平時更覺得」。

七、家庭照顧者社會支持量表：

社會支持量表包括兩部份，第一部分本研究採用湯麗玉(1991)以 Thoits (1982) 的社會支持概念為架構，並參考 Clipp and George (1990)的工具性支持量表與 Zarit (1985)等的社會情感支持量表所提出的功能性社會支持量表(見附錄八)，包括工具性支持 7 題包括題號：1、2、3、4、5、6、7；資訊性支持 3 題包括題號：8、9、16；情緒性支持 6 題包括題號：10、11、12、13、14、15，共三部份 16 題為本研究測量家屬照顧者社會支持之研究工具。

主要照顧者之負荷採用 Likert Scale 四點計分法，計分方式在足夠程度方面：1 分表示「非常不足」，2 分表示「不足」，3

分表示「足夠」，4分表示「非常足夠」；在需求程度方面：1分表示「非常不需要」，2分表示「不需要」，3分表示「需要」，4分表示「非常需要」。採累計總分，分數愈高代表主要照顧者社會支持程度愈高。本量表在湯麗玉(1991)針對失智症老人照顧者的研究中，此量表的內在一致性係數，足夠程度為 0.91、需求程度為 0.88，效度採專家評定的內容效度，曾廣泛使用在慢性病患之照顧者的研究，均顯示此量表具有良好的信效度。

第二部分採用 Cassidy (1995)所設計，後經 Kelso (1999)修改用以測量正式社會支持系統 (Formal Social Support Service) 的使用頻率與滿意程度的量表(附錄八)內容計 9 題。

正式照顧系統使用與滿意量表採用 Likert Scale 四點計分法，計分方式在使用頻率方面：1分表示「從未」，2分表示「很少」，3分表示「偶爾」，4分表示「經常」；在滿意程度方面：1分表示「非常不滿意」，2分表示「不滿意」，3分表示「滿意」，4分表示「相當滿意」。此為分項計分，分數越高代表使用頻率或滿意程度越高。

第二部份：患者例行臨床病歷記錄。

在正式病歷記錄的使用上，本研究選擇「臨床失智症評分量表（CDR）」做為病情嚴重程度的分析工具，此項資料由研究者查核最近之臨床病歷記載得之。

本量表由張鈺姍 (2001) 譯自 Hughes, Berg, Danziger, Coben 和 Martin (1992) 提出之臨床失智評估表之分期標準(Clinical Dementia Rating Scale【CDR】)之中文版，其評估內容包括六大項(見附錄九)，分別為記憶能力 (memory；M)、定向感(orientation；O)、判斷力和問題解決能力(judgment and problem solving；JPC)、社區活動能力 (community affairs；CA)、居家和嗜好(home and hobbies；HH)、自我照護能力(personal care；PC)，失智程度依此表可分為沒有失智(CDR=0)、未確定或仍待觀察(CDR=0.5)、輕度失智症(CDR=1)、中度失智症(CDR=2)、重度失智症(CDR=3)、深度失智症(CDR=4)、末期失智(CDR=5)共七級，詳細內容見附錄九所示。

第四節 統計分析方法

本研究使用 SPSS 15.0 統計軟體作為統計分析的工具，統計分析內容包括以下各項：

一、家庭照顧受訪者以及病患人口基本變項之敘述統計

利用次數分配、百分比、平均數等敘述統計方法來瞭解研究對象的基本特性。

二、各研究構面子題之敘述統計

以次數分配、百分比、排序、標準差等敘述統計方法來瞭解家庭照顧者在生活負荷、健康狀況、社會支持感受等構面的基本特性。

三、患者病情嚴重程度對於家庭照顧者生活負荷及健康狀況的影響

本研究利用迴歸檢定方式來檢測患者病情嚴重程度（包括：病患行為問題以及臨床診斷 CDR 值兩項評量值）對於家庭照顧者之生活負荷、健康狀況兩個主要研究構面是否存在有統計上顯著的影響性。

四、各構面間的相關性

本研究使用相關係數分析法，分析生活負荷、健康狀況、社會支持需求度、社會支持滿足程度等構面之相關性，透過各構面的正負相關性來探討實務上的意義。

五、人口基本變項對於各構面的影響

本研究利用獨立樣本 t 檢定（t-test）或單因子變異數分析

(One-Way ANOVA)來檢測人口基本變項（例如：性別、病人與家屬關係等變數）和本研究各構面間是否有統計上顯著的關連性。



第四章 研究結果與討論

本研究在 2008 年 12 月至 2009 年 3 月間根據第三章第二節所述之選樣標準共計成功訪談 136 個有效個案，本研究隨後對各量表及問卷進行統計分析，茲分述如下。

第一節 受訪個案人口基本變項之敘述統計

一、失智症患者基本資料

(一) 性別

本次研究中的病患以女性為居多，總共 88 位，佔 64.7%，而男性病患為 48 位，其佔 35.3%。

(二) 年齡

病患年齡自 54 歲至 97 歲，平均年齡為 80.7 歲，年紀範圍從 70 歲至 89 歲約佔 74.2%。

(三) 籍貫

病患以閩南籍為多數，總共 77 位，佔 56.6%，外省籍有 52 位，佔 38.2%，客家籍有 7 位，佔 5.2%。

(四) 教育程度

以不識字、識字以及小學畢業為多數，其人數分別為 34 位、18 位和 38 位，總共約佔 66.2%。

(五) 發病前職業

以無職業以及家管為多數，其人數分別為 30 人及 53 人，其總共佔 61%。

(六) 經濟來源

以兒女提供居多佔 44.3%，其他為自己的儲蓄或收入佔 29.2%，配偶提供佔 11.9%，社會福利補助款佔 11.4%。

(七) 失智症發病年齡

多數發病在 70 歲至 86 歲之間，其人數分別以 78 歲 10 位、80 歲 12 位以及 82 歲 10 位為最多；而患病平均時間為 4.29 年 (SD=3.76)。

(八) 患其他疾病種類

病患患其他疾病種類平均為 1.93 (SD=1.64)。

(九) 有無身心障礙手冊

以擁有身心障礙手冊為多數，共計 96 位佔 70.6%，無身心障礙手冊為 40 位佔 29.4%。

(十) CDR 評量結果

CDR 分類以程度 3 (重度失智症) 為最多佔 30.9%，其次為程度 1 (輕度失智症) 佔 27.2%，程度 2 (中度失智症) 佔 23.6%，程度 4 (深度失智症) 佔 15.4%。

表【4-1-1】失智患者基本資料敘述統計表

(N=136)

變項名稱	人數	百分率%
性別		
男	48	35.3
女	88	64.7
年齡		
50-59	2	1.5
60-69	14	10.3
70-79	34	25.0
80-89	67	49.2
90-99	19	14.0
籍貫		
閩南	77	56.6
客家	7	5.2
外省	52	38.2
教育程度		
不識字	34	25.1
識字 (或 6 年以下私塾)	18	13.2
小學	38	27.9
國中	12	8.8
高中	17	12.5
專科	5	3.7
大學	12	8.8
病前職業		
無	30	22.0
家管	53	39.0
魚農牧	6	4.4
工	10	7.4
商	12	8.8
公教	13	9.6
軍警	8	5.9
醫藥	3	2.2
自由業	1	0.7
經濟來源 (複選)		
自己的儲蓄或收入	54	29.2

(承下頁)

(續上頁)

變項名稱	人數	百分率%
配偶提供	22	11.9
兒女提供	82	44.3
親友提供	4	2.2
社會福利補助款	21	11.4
其他	2	1.0
失智症發病年齡		
(多數發病在 70 歲至 86 歲之間，其人數分別以 78 歲 10 位、80 歲 12 位以及 80 歲 10 位為最多；而患病平均時間為 4.29 年，SD=3.76)		
患其他疾病種類		
平均為 1.93(SD=1.64)		
身心障礙手冊		
有	96	70.6
無	40	29.4
CDR		
0.5	3	2.2
1.0	37	27.2
2.0	32	23.6
3.0	42	30.9
4.0	21	15.4
5.0	1	0.7

資料來源：本研究統計分析結果

二、家庭照顧者基本背景資料

(一) 性別

家庭照顧者為男性者計 49 人，其佔 36%，而女性為 87 人，其佔 64%，以女性居多。

(二) 年齡

家庭照顧者平均年齡 50.1 歲，最大年齡為 85 歲，最年輕家庭照

顧者為 24 歲，40 歲到 69 歲範圍的中老年人佔 75.1%，其中以 50 歲到 59 歲的家庭照顧者最為多數佔 34.6%，有 36% 的照顧者本身也是 60 歲以上的長者。

(三) 婚姻狀況

以已婚的為居多，其人數為 110 人，其次為未婚的 20 人。

(四) 教育程度

以高中、專科與大學居多，其人數分別為 31 人、27 人以及 30 人，佔總人數 64.7%。

(五) 宗教信仰

以佛教為多數，其人數為 65 人，佔 48.2%，其次為道教與其他，其人數分別為 23 人與 33 人。

(六) 與病患的關係

以兒子、女兒和配偶居多，其人數分別為 42 人、37 人以及 34 人，分別佔 30.9%、27.2% 以及 25%。

(七) 參與照顧家屬

有兒、女、媳婦等家人共同照顧佔 65.1%，獨自照顧為 34.9%。

(八) 聘僱外傭照顧

否有 76 位佔 55.9%，是有 60 位佔 44.1%。

(九) 照顧病患時間



照顧病患時間平均有 49.03 月 (SD=42.75)；每天平均照顧時間為 12.15 小時 (SD=9.09)。

(十) 是否與病患同住

以是為多，有 104 位，佔 76.5%。

(十一) 有無工作

以無工作 (佔 33.1%) 和有全職工作 (32.4%) 佔多數。

(十二) 是否曾因為照顧病患而離職

以否為多，有 111 位佔 82.2%。

(十三) 醫療費及生活支出

以所有家人平均分攤佔 39.8%，以自己負擔佔 32.3%。

(十四) 自覺經濟狀況

病患家屬多數認為經濟狀況是屬於可的範圍，其佔 71.3%，少數受訪者為好或差。

(十五) 自覺健康狀況

病患家屬多數認為健康是屬於可的範圍，其佔 58.1%，僅少數受訪者為好或差。

(十六) 在病患發病前與病患關係

病患家屬多數認為與病患關係是屬於很好及好的範圍，其佔 73.5%，普通佔 22.1%，僅少數受訪者 (6 位，佔 4.4%) 為不好



或很差。

(十七) 現在與病患關係

病患家屬多數認為現在與病患關係是屬於很好及好其佔 66.9%

普通佔 30.9%範圍，僅少數受訪者（3位，佔 2.2%）為不好。

表【4-1-2】家庭照顧者基本資料敘述統計表 (N=136)

變項名稱	人數	百分率%
性別		
男	49	36.0
女	87	64.0
年齡（歲）		
20-29	4	2.9
30-39	8	5.9
40-49	28	20.6
50-59	47	34.6
60-69	27	19.9
70-79	16	11.8
80-89	6	4.3
婚姻狀況		
未婚	20	14.7
已婚	110	80.9
離婚	4	2.9
喪偶	2	1.5
教育程度		
不識字	4	2.9
識字（或6年以下私塾）	4	2.9
小學	16	11.8
國中	14	10.3
高中	31	22.8
專科	27	19.9

(承下頁)

(續上頁)

變項名稱	人數	百分率%
大學	30	22.0
研究所	10	7.4
宗教信仰		
道教	23	17.0
基督教	14	10.4
天主教	1	0.7
佛教	65	48.2
其他	33	23.7
與病患關係		
配偶	34	25.0
女兒	37	27.2
兒子	42	30.9
媳婦	15	11.0
孫子	4	2.9
孫媳婦	1	0.7
其他	3	2.3
參與照顧家屬		
配偶	11	12.8
女兒	14	16.3
兒子	14	16.3
媳婦	10	11.6
其他	7	8.1
無	30	34.9
是否聘僱外傭		
是	60	44.1
否	76	55.9
照顧病患時間		
平均有 49.03 個月(SD=42.75)；每天平均照顧時間為 12.15 小時(SD=9.09)		
是否與病患同住		
是	104	76.5
否	32	23.5
工作情形		
無工作	45	33.

(承下頁)

(續上頁)

變項名稱	人數	百分率%
有兼職工作	21	15.4
有全職工作	44	32.4
退休	26	19.1
是否因照顧病患而離職		
是	25	17.8
否	111	82.2
醫療費及生活支出		
個人獨自承擔	44	32.3
家人平均分攤	54	39.8
未參與照顧的家人分攤或由病患 的積蓄支出	33	24.0
自覺經濟狀況		
可	97	71.3
好	10	7.4
差	29	21.3
自覺健康情形		
可	79	58.1
好	24	17.6
差	33	24.3
在病患發病前與病患關係		
很好	54	39.7
好	46	33.8
普通	30	22.1
不好	5	3.7
很差	1	0.7
現在與病患關係		
很好	46	33.8
好	45	33.1
普通	42	30.9
不好	3	2.2

資料來源：本研究統計分析結果

三、本研究個案採樣結果與國內其他研究之比較

本研究第二章中綜合國內各研究(包括:任麗華,1997;阮慧沁,1997;邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲,2007;黃詠惠,1997;黃惠玲、徐亞瑛,2003;張雅如,2001)所得之研究對象的基本屬性,現將其與本研究實際採樣所得之人口基本屬性比較如下表示:

表【4-1-3】本研究採樣結果與國內其他研究人口基本資料比較表

研究對象	比較類別	綜合先前研究結果	本研究實證問卷結果
失智症患者	性別	女性較男性多	以女性居多佔 64.7%
	年齡	平均年齡 70-79 歲	平均年齡為 80.7 歲 年齡全距自 54 至 97 歲
	教育程度	教育程度以不識字或小學居多	以不識字及小學畢業佔多數 總共約 52.9%
	婚姻狀況	已婚者佔多數	本研究未調查
	合併其他慢性病	以高血壓最常見	83.1% 患有其他慢性病 以高血壓佔多數(41%)其次為心臟病及憂鬱症
失智症照顧家屬	性別	女性照顧者多於男性	女性佔 64%，多於男性
	與病患關係	與病患關係以配偶或媳婦居多	以兒子、女兒和配偶居多分別佔 30.9%、27.2% 及 25%
	年齡	平均年齡 50-57 歲，有四成以上的照顧者年齡超過 60 歲	照顧者平均年齡為 50.1 歲 照顧者年齡全距為 24-85 歲 36% 的照顧者超過 60 歲
	教育程度	以高中/職居多，且教育程度逐年提高	以高中、專科與大學居多，佔總人數 64.7%。
	健康狀況	多數照顧者自覺或實際的普通或較差	病患家屬多數認為健康是屬於可的範圍，佔 58.1%
	婚姻	已婚者佔多數	以已婚的為居多，佔 81%
	與病患互動關係	與病患發病前家庭關係大多不錯	屬於很好及好的範圍，佔 73.5%

資料來源：本研究比較分析

綜合上表的比較結果，本研究採樣之受訪對象與國內其他研究所統計之人口基本變數大致相同，惟本研究採樣到之家庭照顧者其年齡及教育程度略高於其他研究，與病患關係除配偶及媳婦外，本研究還多了子女，在健康狀況上略優於其他研究所統計之結果，推論其原因除了樣本可能含有之自然偏誤（bias）外，本研究採樣地點為台北市之醫院，都市化程度較高也可能造成此情況，但就其情況應不致對研究結果有所影響。

四、家庭照顧者未將病患送到長期照顧機構之原因

家庭照顧者以複選方式勾選在問卷所列出之 10 項，未將病患送至長期照顧機構之原因，主要為「不放心」（33.2%），其次為「病患不願意」（15.7%）、「太貴」（15.3%），而有 12.9% 的家屬則認為病患病情尚未嚴重到需要送到機構，見表【4-1-4】。

表【4-1-4】家庭照顧者未將病患送到長期照顧機構居住之原因

(複選)

(N=136)

原因	人數	百分率%
不放心	72	33.2
太貴	33	15.3
太遠	3	1.4
會被親友批評為不孝順	4	1.8
病患不願意	34	15.7
病患病情尚未嚴重到需要送到機構	28	12.9
其他家人反對	5	2.3
時間和體力上可照顧病患	22	10.1
自己可與病患相互為伴	9	4.1
未得到失智症長期照顧機構的相關訊息	7	3.2

資料來源：本研究統計分析結果

五、家庭照顧者使用長期照顧機構之意願

根據【4-1-5】表得知，在受訪的家庭照顧者中，有 38.2% 表示若個人健康情形轉壞，將會把失智患者送至長期照顧機構接受照顧，但也有 19.8% 的家屬表示即使個人健康情形轉壞，也一定不會將失智患者送至長期照顧機構中；有 47% 家屬表示若病患的問題行為情形愈來愈嚴重時，將會把失智患者送至長期照顧機構，但也有 16.9% 的家屬表示即使病患的問題行為情形愈來愈嚴重時也一定不會將失智患者送至長期照顧機構。

表【4-1-5】家庭照顧者使用失智症長期照顧機構之意願 (N=136)

變項名稱	人數	百分率%
當家庭照顧者健康情形轉壞時		
一定會	15	11.0
會	37	27.2
不一定	57	41.9
不會	21	15.4
一定不會	6	4.4
當病患的問題行為情形愈來愈嚴重時		
一定會	18	13.2
會	46	33.8
不一定	49	36.0
不會	18	13.2
一定不會	5	3.7

資料來源：本研究統計分析結果



第二節 各研究構面之敘述統計分析

家庭照顧者生活負荷、健康狀況、社會支持度等研究構面以及各子問題之統計結果如下：

一、家庭照顧者之生活負荷

(一) 家庭面生活負荷

根據【4-2-1】表得知，失智症照顧家屬在照顧失智患者的期間認為「家人彼此相互體諒並支持」的認同度最高，其平均數為 2.853，其次為「放棄家中原有的計畫」，例如購屋以及旅遊等相關家庭計畫，其平均數為 2.588。而「家庭生活作息秩序混亂」的認同度為第三，其平均數為 2.331。家庭成員間關係緊張的認同分數為 2.081，而無法照顧到其他家庭成員的需要為最低，其平均數為 2.059。由此項分析推論，家屬面臨失智症照顧問題時大多能本著家人的愛心相互體諒支持，共同面對問題，但若照顧時間久，家庭生活受到較大干擾時可能開始出現家庭成員關係緊張狀況。

表【4-2-1】家庭生活負荷敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
1.家庭成員間關係緊張	2.081	0.878	4
2.家庭生活作息秩序混亂	2.331	0.974	3
3.無法照顧到其他家庭成員的需要	2.059	0.941	5
4.放棄家中原有計畫，如購屋、旅遊	2.588	1.151	2
5.家人彼此相互體諒並支持	2.853	0.978	1

資料來源：本研究統計分析結果

(二) 人際關係和社交生活負荷

根據表【4-2-2】得知，失智症照顧家屬認為在照顧失智患者的期間「放棄度假旅遊」的認同度最高，其平均數為 2.868，其次為「休閒活動減少」，其平均數為 2.721，「減少外出」其平均數為 2.647。由上可得之，在照顧失智患者的期間中，常常離不開病患身旁，因此像安排旅遊計畫、外出休閒以及出遊等造成病患家屬最大困擾與負擔。再來減少參加社團活動的平均數為 2.574、拒絕朋友邀約的平均數為 2.544，其最低的為和親朋好友來往減少，其平均數為 2.441。

表【4-2-2】人際關係和社交生活負荷敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
1.和親朋好友來往減少	2.441	1.045	6
2.休閒活動減少	2.721	1.009	2
3.婉拒朋友的邀約	2.544	0.988	5
4.減少參加社團活動	2.574	0.986	4
5.減少外出	2.647	1.015	3
6.放棄度假旅遊	2.868	1.017	1

資料來源：本研究統計分析結果

(三) 經濟上負荷

根據表【4-2-3】得知，失智症照顧家屬認為在照顧失智患者期間，在經濟上的負荷覺得「照顧失智患者的費用是相當昂貴」的為最高，其平均數 2.735，其次「照顧病患使我家庭開銷增加」，其平均數為 2.522，再來「使我個人開銷增加」，其平均數為 2.496。其他按順

序為照顧患者使我承受經濟壓力 (2.316)、使我家庭所得減少 (2.243)、使我個人所得減少 (2.199)、無法再付得起其他的照顧額外費用以及我覺得家庭經濟調度困難 (1.600)。最低者，為照顧費用龐大而須向人借貸，其平均數為 1.296。

表【4-2-3】經濟上負荷敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
1.照顧患者使我承受經濟壓力	2.316	1.093	4
2.使我個人所得減少	2.199	1.134	6
3.使我個人開銷增加	2.496	1.043	3
4.使我家庭所得減少	2.243	1.099	5
5.使我家庭開銷增加	2.522	1.068	2
6.無法再付得起其他照顧的額外費用	2.015	1.109	7
7.照顧費用龐大而須向人借貸	1.296	0.647	9
8.我覺得家庭經濟調度困難	1.600	0.821	8
9.我覺得照顧失智患者的費用是相當昂貴的	2.735	1.083	1

資料來源：本研究統計分析結果

二、失智症患者之家庭照顧者健康情形如何？

(註：本研究為統一比較的基準，於統計分析數據時已將第 7、10、13、15、18、22、23、24、25、27、28、30 題進行題意以及答題結果進行反向處理，使其所有題目呈同一意向，經此調整，得分愈高代表健康情形愈差。)

(一)身體健康方面

根據表【4-2-4】得知，失智患者照顧家屬認為「覺得睡眠不好」為首要影響，平均數為 2.647，第二為「覺得身體或四肢酸痛（或腰酸背痛）」其平均數為 2.581，第三為「覺得頭痛或是頭部有壓迫感」，其平均數為 2.529。

表【4-2-4】照顧者身體健康情況敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
1. 覺得頭痛或是頭部有壓迫感？	2.529	1.032	3
2. 覺得心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病？	2.199	0.965	5
3. 感到胸前不適或壓迫感？	2.235	0.968	4
4. 覺得手腳發抖或發麻？	2.000	0.951	9
5. 覺得睡眠不好？	2.647	1.051	1
14. 感到頭暈腦脹？	2.235	0.968	4
15. 早上起床時不覺得精神爽快？	2.081	0.597	6
16. 覺得呼吸不順暢？	2.059	0.867	7
17. 覺得身體或四肢酸痛(或腰酸背痛)？	2.581	0.978	2
30. 不覺得自己性功能正常？	2.059	0.557	7

資料來源：本研究統計分析結果

(二)心理健康方面

根據表【4-2-5】得知，失智患者照顧家屬對於「覺得許多事情對您是個負擔」，其排名順序為第一，其平均數為 2.809，第二順序為「覺得家人或親友會令您擔憂」（平均數為 2.471），第三順序為「覺得神經兮兮、緊張不安」（平均數為 2.184）。

表【4-2-5】照顧者心理健康情況敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
6. 覺得許多事情對您是個負擔？	2.809	0.923	1
8. 覺得對自己失去信心？	2.000	0.894	6
9. 覺得神經兮兮、緊張不安？	2.184	1.041	3
10. 不感到未來充滿希望？	2.081	0.700	4
11. 覺得家人或親友會令您擔憂？	2.471	0.926	2
12. 覺得生活毫無希望？	2.022	0.898	5
13. 不覺得記憶力不錯，不會忘東忘西？	1.934	0.791	8
18. 不覺得頭腦清醒，不會胡思亂想？	1.985	0.699	7

資料來源：本研究統計分析結果

(三)社會健康方面

在社會健康方面，較大多數為正向問題，經題意以及答題結果反向處理後，統計結果如表【4-2-6】，失智患者的照顧家屬認為「減少對平常喜歡的消遣和娛樂的興趣」為第一，平均數為 2.088，第二為「對於自己做事的方法不感到滿意」，其平均數為 2.074，第三為「出門的機會較平常減少」，其平均數為 2.066。

表【4-2-6】照顧者社會健康情況敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
7. 不覺得和家人，親友相處得來？	1.846	0.698	6
22. 減少對平常喜歡的消遣和娛樂的興趣？	2.088	0.649	1
23. 出門的機會較平常減少嗎？	2.066	0.809	3
24. 對於自己做事的方法不感到滿意？	2.074	0.568	2
25. 不覺得自己能夠溫暖、親切地，對待接近您的人嗎？	1.912	0.626	4
27. 不覺得大致說來，事情處理得還可以？	1.882	0.503	5
28. 不覺得在自己目前處境之下表現不錯。	1.831	0.673	7
29. 覺得自己對家人或親友是個累贅？	1.485	0.710	8

資料來源：本研究統計分析結果

三、失智症患者之家庭照顧者社會支持情形如何？

(一)工具性支持需求程度

根據表【4-2-7】得知，失智症病患照顧家屬認為在工具性支持需求程度上最需要支持的項目是，「有人協助照顧病人」（平均數為 2.846），第二需求者為「有人給予交通的協助」（平均數為 2.662），第三需求為「有人提供物質或經濟協助」（平均數為 2.632），接下按順序需求排序分別為，「有人協助打掃清潔」（平均數為 2.622），「有人協助跑腿購物」（平均數為 2.566），「有人協助三餐的準備」（平均數為 2.500），最後為「有人可以陪伴我」（平均數為 2.419）。

表【4-2-7】工具性支持敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
1. 有人協助跑腿購物	2.566	0.685	5
2. 有人協助打掃清潔	2.622	0.762	4
3. 有人提供物質或經濟協助	2.632	0.778	3
4. 有人協助照顧病人	2.846	0.769	1
5. 有人可以陪伴我	2.419	0.705	7
6. 有人協助三餐的準備	2.500	0.720	6
7. 有人給予交通的協助	2.662	0.722	2

資料來源：本研究統計分析結果

(二)資訊性支持需求程度

根據表【4-2-8】得知，失智患者照顧家屬認為「有人提供有關照顧失智老人的方法和諮詢」是最好的支持（平均數為 2.956），其次為「有人提供必要的訊息」（平均數為 2.904），第三為「有人提供經濟財務處理之建議」（平均數為 2.515）。

表【4-2-8】資訊性支持敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
8. 有人提供經濟財務處理之建議	2.515	0.678	3
9. 有人提供有關照顧失智老人的方法和諮詢	2.956	0.698	1
16. 有人提供必要的訊息	2.904	0.687	2

資料來源：本研究統計分析結果

(三)情緒性支持需求程度

根據表【4-2-9】得知，失智患者家屬認為「有人會給予提醒、建議與指點」是最需要的(平均數為 2.853)，其次為當「遇到困難時，有人可以讓我隨時打電話求助」(平均數為 2.757)，第三為需要「有人了解我目前所經歷到的情境」(平均數為 2.728)，接下按順序排列為「遇到困難挫折時，有人可以傾訴」(平均數為 2.721)，而當「沮喪時，有人會鼓勵我振作起來」(平均數為 2.654)，而「有人欣賞並肯定我做的事」，平均數為 2.529。

表【4-2-9】情緒性支持敘述統計表

題目內容	平均數	標準差	排序
10. 有人會給予提醒、建議與指點	2.853	0.683	1
11. 有人了解我目前所經歷到的情境	2.728	0.715	3
12. 遇到困難挫折時，有人可以傾訴	2.721	0.727	4
13. 遇到困難時，有人可以讓我隨時打電話求助	2.757	0.803	2
14. 沮喪時，有人會鼓勵我振作起來	2.654	0.703	5
15. 有人欣賞並肯定我做的事	2.529	0.677	6

資料來源：本研究統計分析結果

第三節 病情嚴重程度對照顧者生活負荷及健康狀況的影響性

本節以家庭照顧者之生活負荷及健康狀況兩項構面與患者病情嚴重程度進行影響性分析，據此了解家庭照顧者的生活負荷及健康狀況是否受患者病情嚴重程度影響。本研究分別以兩種工具指標評量病患之病情嚴重程度，第一為透過家庭照顧者訪談之「患者行為問題觀察表 (Dementia Behavior Disturbance scale)」，以失智症患者的「行為問題」作為評量失智症患者病情的第一項工具。第二為使用醫院判定失智症等級之病歷記錄「臨床失智症評分量表 (CDR, Clinical Dementia Rating)」作為評量失智症患者病情的第二項工具。

本研究係採用迴歸模式檢定的方式判定其間是否具有影響性，其分析程序第一步驟先進行「無自我相關的假設檢定」，將此迴歸模式以杜賓-瓦特生檢定法 (Durbin-Watson test) 來檢測 D 值，若 D 值在 2 左右時表示迴歸模式之殘差值並沒有違反「無自我相關的假設」，統計偏誤不致產生，此時迴歸模式可做進一步的評判與解釋。第二步驟將此迴歸模式進行顯著水準檢定 (F 檢定) 以了解迴歸模式是否具有統計上的意義。若滿足前兩步驟，確定迴歸模式達統計上的顯著水準，接著以預測變數之標準化迴歸係數 β 值說明迴歸模式之解釋力。各項分析如下：

一、家庭照顧者生活負荷是否受失智症患者病情嚴重程度影響

(一) 「患者行為問題」是否影響家庭照顧者之生活負荷

首先根據杜賓-瓦特生檢定 (Durbin-Watson test) 檢測本迴歸模式之 D 值為 1.900 (參表【4-3-1】), 趨近於 2, 顯示本迴歸模式之殘差值並沒有違反無自我相關的假設, 統計偏誤不致產生, 可進行迴歸模式的評判與解釋。

其次根據變異數分析的結果, 指出整體迴歸模式已達顯著水準 (F 值=33.035, P 值=0.000<.001), 表示整體迴歸模式具有統計上的意義 (參表【4-3-1】)。

經過上述迴歸模式之 F 檢定, 確認達統計上的顯著水準後, 開始進行預測變數之迴歸係數的解釋, 由表【4-3-2】發現「患者行為問題」的標準化迴歸係數(β)達顯著水準, 其值為 0.198 ($t=4.953$, P 值=0.000<.001), 簡言之「失智患者行為問題影響家庭照顧者生活負荷之解釋力為 19.8%」。

表【4-3-1】：患者行為問題與照顧者生活負荷迴歸模式檢定結果

R	R 平方	調整後的 R 平方	估計的標準誤	F 檢定	Durbin-Watson 檢定
0.445	0.198	0.192	12.45	33.035***	1.900

依變數：照顧者生活負荷

預測變數：「CDR 值」, 常數

註：* $P < .05$; ** $P < .01$; *** $P < .001$ 。

資料來源：本研究統計分析結果

表【4-3-2】：患者行為問題與照顧者生活負荷之迴歸模式係數表

模式	未標準化係數		標準化係數	t 值	迴歸係數β的 95%信賴區間		共線性統計量	
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配		下限	上限	允差	VIF
常數	22.139	4.470		4.953***	13.297	30.980		
失智患者行為問題	0.448	0.078	0.445	5.748***	0.294	0.602	1.000	1.000

依變數：照顧者生活負荷
 預測變數：「失智患者行為問題」,常數

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$ 。

資料來源：本研究統計分析結果

(二) 患者「CDR 量表值」是否影響家庭照顧的生活負荷

根據杜賓-瓦特生檢定 (Durbin-Watson test) 檢測本迴歸模式之 D 值為 1.893 (參表【4-3-3】)，趨近於 2，顯示本迴歸模式之殘差值並沒有違反無自我相關的假設，可進行迴歸模式的評判與解釋。

根據變異數分析的結果，指出迴歸模式的效果未達顯著水準(F 值=3.798，P 值=0.053>.001)，表示整體迴歸模式未具有統計上的意義，由此項分析我們認為「無法驗證患者 CDR 值是否影響家庭照顧的生活負荷」。

表【4-3-3】：患者 CDR 量表與照顧者生活負荷迴歸模式檢定結果

R	R 平方	調整後的 R 平方	估計的標準誤	F 檢定	Durbin-Watson 檢定
0.166	0.028	0.020	13.70	3.798	1.893

依變數：照顧者生活負荷
 預測變數：「CDR 值」,常數

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$ 。

資料來源：本研究統計分析結果

二、家庭照顧者健康狀況是否受失智症患者病情嚴重程度影響

(一) 「患者行為問題」是否影響家庭照顧者之健康狀況

根據杜賓-瓦特生檢定 (Durbin-Watson test) 檢測本迴歸模式之 D 值為 2.347 (表【4-3-4】)，接近於 2，顯示本迴歸模式之殘差值並沒有違反無自我相關的假設，可進行迴歸模式的評判與解釋。

根據變異數分析的結果，指出整體迴歸模式的效果達顯著水準(F 值=13.661, P 值=0.001<.01)，表示整體迴歸模式具有統計上的意義(參表【4-3-4】)。

經過上述迴歸模式之 F 檢定，確認達統計上的顯著水準後，開始進行預測變數之迴歸係數解釋，由表【4-3-5】發現「失智患者行為問題」的標準化迴歸係數 β 值達顯著水準，其值為 0.373 ($t=3.696$, P 值=0.000<.01)，簡言之「失智患者行為問題影響家庭照顧者健康狀況之解釋力為 37.3%」。

表【4-3-4】：患者行為問題與照顧者健康因素迴歸模式檢定結果

R	R 平方	調整後的 R 平方	估計的標準誤	F 檢定	Durbin-Watson 檢定
0.610	0.373	0.345	12.80	13.661**	2.374

依變數：照顧者身體健康狀況

預測變數：「行為問題」,常數

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$ 。

資料來源：本研究統計分析結果

表【4-3-5】：患者行為問題與照顧者健康狀況之迴歸模式係數表

模式	未標準化係數		標準化係數	t 值	迴歸係數β的 95%信賴區間		共線性統計量	
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配		下限	上限	允差	VIF
常數	23.203	12.939		1.793	-3.563	49.968		
	0.758	0.205	0.610	3.696**	0.334	1.182	1.000	1.000

依變數：照顧者身體健康狀況

預測變數：「行為問題」,常數

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$ 。

資料來源：本研究統計分析結果

(二) 失智患者 CDR 值與失智患者家庭照顧者健康狀況的影響分析

根據杜賓-瓦特生檢定 (Durbin-Watson test) 檢測本迴歸模式之 D 值為 2.456 (表【4-3-6】)，接近於 2，顯示本迴歸模式之殘差值並沒有違反無自我相關的假設，可進行迴歸模式的評判與解釋。

根據變異數分析的結果，指出整體迴歸模式的效果未達顯著水準 (F 值=0.488，P 值=0.492>.001)，表示整體迴歸模式未具有統計上的意義 (參表【4-3-6】)，由此項分析我們可合理認為「無法驗證患者 CDR 值是否影響家庭照顧者的健康狀況」。

表【4-3-6】：患者 CDR 量表與照顧者健康狀況迴歸模式檢定結果

R	R 平方	調整後的 R 平方	估計的標準誤	F 檢定	Durbin-Watson 檢定
0.144	0.021	-0.022	15.99	0.488	2.456

依變數：照顧者身體健康狀況

預測變數：「CDR 值」,常數

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$ 。

資料來源：本研究統計分析結果

三、病情嚴重程度對家庭照顧者生活負荷及健康狀況的影響性討論

根據前面之分析結果，採用「患者行為問題觀察表（Dementia Behavior Disturbance scale）」以及「臨床失智症評分量表（CDR, Clinical Dementia Rating）」兩項工具指標分別代表病情嚴重程度與生活負荷及健康狀況進行影響性分析得出截然不同的結果，使用「患者行為問題觀察表」可明確驗證失智患者行為問題會影響家庭照顧者生活負荷及健康狀況，但若使用「臨床失智症評分量表（CDR）」則無法驗證其相關性，本研究推論其原因如下：

(一)「患者行為問題觀察表」就其內容設計係為反應家庭照顧者「主觀」認為患者出現之問題行為症狀及家庭照顧者實際遭受之困擾，家庭照顧者心理感受極深，且與其生活品質相當密切，所以對直接的生活負荷或延伸之健康狀況影響較大。

(二)然而「臨床失智症評分量表（CDR）」其設計目的係為評量患者之病情程度，其內容著重於病患之能力，包括：記憶能力、定向感、判斷力和問題解決能力、社區活動能力、居家和嗜好、自我照護能力等六大項，係由專業人員「客觀」評定而得，與「患者行為問題觀察表」相較而言，對家庭照顧者之影響性顯然較低。

由此本研究結果，顯然家庭照顧者「主觀」認定，或感受到之病患病情較「客觀」的評量方式，更能反應家庭照顧者在生活負荷以及

健康狀況上所受的影響，或參照 Schulz (1995) 與 Donaldson (1997) 的研究結論「照顧負荷並非客觀性的直接定義，而是照顧者主觀性的詮釋 (subjective interpretation)」，本研究之研究結果與其可相呼應。



第四節 家庭照顧者各構面相關性分析

本節主要分析失智症患者之家庭照顧者其生活負荷、健康狀況與社會支持度各構面之間是否具有相關性，以及其相關性為何。本研究採用相關係數分析法，根據相關係數分析結果如表【4-4-1】所示。

(註：本研究為統一比較的基準，於統計分析數據時已將「中國人健康問卷」中第7、10、13、15、18、22、23、24、25、27、28、30題進行題意以及答題結果進行反向處理，使其所有題目呈同一意向，經此調整，得分愈高代表健康情形愈差。)

表【4-4-1】照顧家屬生活負荷、健康與社會支持之相關係數表

構面	照顧家屬生活負荷	照顧家屬健康狀況	社會支持足夠度	社會支持需求度
照顧家屬生活負荷	1.000			
照顧家屬健康狀況	0.658**	1.000		
社會支持足夠度	-0.483***	-0.529**	1.000	
社會支持需求度	0.470***	0.439**	-0.731**	1.000

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$

資料來源：本研究統計分析結果

根據表【4-4-1】說明其關連性如下：

- 一、照顧家屬生活負荷與健康狀況之相關係數達 0.658 (P 值 $<.01$)，此數據表示「當照顧家屬的生活負荷量愈高，而照顧者的健康狀況愈不良(得分愈高)」。
- 二、照顧家屬生活負荷與社會支持足夠度之相關係數為-0.483 (P 值 $<.001$)，此數據表示「當照顧家屬者所受的社會支持度愈不足夠其生活負荷愈大」。
- 三、照顧家屬生活負荷量與社會支持需求度之相關係數為 0.470 (P 值 $<.001$)，此數據表示「當照顧家屬生活負荷量愈高，其對於社會支持的需求度也愈高」。
- 四、照顧家屬健康狀況與社會支持足夠度之相關係數為-0.529 (P 值 $<.01$)，此數據表示「當照顧家屬健康狀況愈差，其認為獲得的社會支持度愈不足」。
- 五、照顧家屬健康狀況與社會支持需求度之相關係數高達 0.439 (P 值 $<.01$)，此數據表示「當照顧家屬的健康狀況愈不良(得分愈高)，其社會支持需求度愈高」。
- 六、照顧家屬的社會支持足夠度與社會支持需求度的相關係數為-0.731 (P 值 $<.01$)，此數據表示「當社會支持滿足度愈低，而其社會支持需求度也愈高」。

綜合上述相關性的推論，本研究推論其間具有一定之因果循環關係：若社會支持度不足，可能造成家庭照顧者之生活負荷提高，家庭照顧者之生活負荷增加，將可能使得家庭照顧者之健康狀況變差，家庭照顧者之健康狀況變差則會造成社會支持的需求度進一步增加，社會需投入更多福利資源給予支持，從而造成社會總支出增加。



第五節 人口基本變項與各構面間的影響性

本節旨在探討失智症病患之人口基本變項是否對各構面產生影響，相關分析如下：

一、「病患性別」在各構面上是否有顯著差異

本研究運用「獨立樣本 t 檢定(t-test)」，以了解不同的「病患性別」是否在「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」看法上的差異。分析結果如表【4-5-1】所示，根據分析結果「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」三個構面七大量表之 t 值分數分別為 0.507、0.011、-0.653、-0.364、-0.232、-0.929、0.977，顯著性皆大於.05，所以我們可以說「病患性別」對於「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知並無不同。

表【4-5-1】「病患性別」在各構面之差異性檢定

研究構面	平均數		t 值 (2-tailed)
	(1)男生 (N=108)	(2)女生 (N=433)	
失智症患者的日常活動能力與行為問題	43.469	42.437	0.507
失智症行為問題量表(病人行為表現)	55.694	55.667	0.011
失智症行為問題量表(令您困擾的程度)	51.367	53.287	-0.653
照顧者之壓力、負荷、社會功能負擔部分	46.510	47.414	-0.364
照顧者社會支持(足夠程度)	39.163	39.494	-0.232
照顧者社會支持(需求程度)	42.020	43.368	-0.929
照顧者社會支持(滿意程度)	8.469	6.954	0.977

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；

資料來源：本研究統計分析結果

二、「婚姻狀態」在各構面上是否有顯著差異

本研究運用「單因子變異數分析」，用以瞭解不同「婚姻狀態」，對於「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知有無不同。分析結果如表【4-5-2】所示，在分析中，由變異數相等的 Levene 檢定得到 F 值，按「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」三個構面七大量表之 F 分數分別為 0.132、1.728、1.223、0.412、0.904、0.640、0.742，顯著性皆大於.05，表示婚姻狀態的差異並不會影響到「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知。所以婚姻狀態差異對於「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知並無不同(差異)。



表【4-5-2】不同「婚姻狀態」在各構面上之差異性檢定

研究變數	組別	樣本數	平均數	F 值	事後比較
失智症患者的日常活動能力與行為問題	未婚	20.000	41.400	0.132	NA
	已婚	110.000	43.064		
	離婚	4.000	43.500		
	喪偶	2.000	41.500		
失智症行為問題量表(病人行為表現)	未婚	20.000	52.200	1.728	NA
	已婚	110.000	55.991		
	離婚	4.000	55.000		
	喪偶	2.000	74.500		
失智症行為問題量表(令您困擾的程度)	未婚	20.000	49.250	1.223	NA
	已婚	110.000	53.209		
	離婚	4.000	44.750		
	喪偶	2.000	68.000		
照顧者之壓力、負荷、社會功能負擔部分	未婚	20.000	47.750	0.412	NA
	已婚	110.000	47.291		
	離婚	4.000	40.000		
	喪偶	2.000	43.500		
照顧者社會支持(足夠程度)	未婚	20.000	39.500	0.904	NA
	已婚	110.000	39.318		
	離婚	4.000	43.750		
	喪偶	2.000	32.500		
照顧者社會支持(需求程度)	未婚	20.000	41.950	0.640	NA
	已婚	110.000	43.091		
	離婚	4.000	39.250		
	喪偶	2.000	48.000		
照顧者社會支持(滿意程度)	未婚	20.000	5.450	0.742	NA
	已婚	110.000	7.773		
	離婚	4.000	11.500		
	喪偶	2.000	5.000		

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$

資料來源：本研究統計分析結果

三、「病患與照顧家屬關係」在各構面上是否有顯著差異

本研究運用「單因子變異數分析」，以瞭解不同「病患與照顧家屬關係」基本變項，對於「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知有無不同。將變異數相等的 Levene 檢定得到 F 值，按「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」三個構面七大量表之 F 分數分別為 1.379、1.190、0.867、1.142、0.947、1.338、1.008，顯著性皆大於.05，表示「病患關係」的差異並不會影響到「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知。所以「病患關係」差異對於「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知並無不同(差異)。



表【4-5-3】不同「病患關係」在各構面上之差異性檢定

研究變數	組別	樣本數	平均數	F 值	事後比較
失智症患者的日常活動能力與 行為問題	配偶	34.000	43.176	1.379	NA
	女兒	38.000	42.132		
	兒子	42.000	42.119		
	媳婦	15.000	46.600		
	孫子	4.000	32.750		
	其他	3.000	51.333		
失智症行為問題量表 (病人行為表現)	配偶	34.000	52.529	1.190	NA
	女兒	38.000	57.632		
	兒子	42.000	54.929		
	媳婦	15.000	61.333		
	孫子	4.000	50.000		
	其他	3.000	56.333		
失智症行為問題量表 (令您困擾的程度)	配偶	34.000	52.029	0.867	NA
	女兒	38.000	54.684		
	兒子	42.000	49.810		
	媳婦	15.000	58.400		
	孫子	4.000	46.250		
	其他	3.000	51.000		
照顧者之壓力、負荷、社會功能 負擔部分	配偶	34.000	50.824	1.142	NA
	女兒	38.000	48.132		
	兒子	42.000	43.571		
	媳婦	15.000	46.733		
	孫子	4.000	43.500		
	其他	3.000	47.333		
照顧者社會支持 (足夠程度)	配偶	34.000	38.735	0.947	NA
	女兒	38.000	38.184		
	兒子	42.000	39.571		
	媳婦	15.000	42.200		
	孫子	4.000	44.500		
	其他	3.000	38.000		

(承下頁)

(續上頁)

研究變數	組別	樣本數	平均數	F 值	事後比較
照顧者社會支持 (需求程度)	配偶	34.000	43.647	1.338	NA
	女兒	38.000	44.895		
	兒子	42.000	41.881		
	媳婦	15.000	39.667		
	孫子	4.000	39.000		
	其他	3.000	44.000		
照顧者社會支持 (滿意程度)	配偶	34.000	6.441	1.008	NA
	女兒	38.000	6.842		
	兒子	42.000	9.786		
	媳婦	15.000	5.200		
	孫子	4.000	5.750		
	其他	3.000	9.667		

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；*** $P < .001$

資料來源：本研究統計分析結果

四、「病患同住情形」在各構面上是否有顯著差異

運用「獨立樣本 t 檢定」，用以瞭解不同的「病患同住情形」是否在「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」看法上差異。根據分析，變異數相等的 Levene 檢定按「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」三個構面七大量表之 t 值分別為 -0.179、-0.387、-0.453、1.404、-1.533、0.777、-0.046，顯著性皆大於 .05，表示「病患同住情形」的差異並不會影響到「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需求」的看法與認知。所以「病患同住情形」對於「家庭照顧者之生活負荷」、「健康狀況」與「照顧需

求」的看法與認知並無不同。

表【4-5-4】不同「病患同住情形」在各構面上之差異性檢定

研究構面	平均數		t 值 (2-tailed)
	(1)是 (N=104)	(2)否 (N=32)	
失智症患者的日常活動能力 與行為問題	42.712	43.125	-0.179
失智症行為問題量表 (病人行為表現)	55.423	56.500	-0.387
失智症行為問題量表 (令您困擾的程度)	52.240	53.750	-0.453
照顧者之壓力、負荷、社會 功能負擔部分	48.010	44.094	1.404
照顧者社會支持(足夠程度)	38.798	41.250	-1.533
照顧者社會支持(需求程度)	43.183	41.906	0.777
照顧者社會支持(滿意程度)	7.481	7.563	-0.046

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$ ；

資料來源：本研究統計分析結果

第六節 受訪個案條件對照顧者生活負荷及健康狀況之相關性分析

為了解受訪個案條件對照顧者生活負荷及健康狀況是否具有相關性以及其相關性為何，本研究挑選可能具有影響性之八個變數，包括：患者年齡、患者發病年齡、患病時間、患者有無其他疾病、照顧者年齡、照顧者已照顧患者時間(月)、照顧者每日照顧患者時間(小時/天)、照顧者教育程度，對照照顧者之生活負荷以及其健康狀況進行相關性係數分析，根據相關係數分析結果如表【4-6-1】所示。

表【4-6-1】個案狀況對照顧者生活負荷、健康狀況之相關係數表

	患者年 齡	患者發 病年齡	患病時 間	患者有 無其他 疾病	照顧者 年齡	已照顧 患者時 間(月)	每日照 顧患者 時間 (小時/ 天)	照顧者 教育程 度	照顧者 生活負 荷	照顧者 健康狀 況
患者年齡	1									
患者發病年齡	<u>.911(**)</u>	1								
患病時間	<u>.198(*)</u>	<u>-.225(**)</u>	1							
患者有無其他疾 病	.121	.151	-.074	1						
照顧者年齡	.115	.072	.101	-.010	1					
已照顧患者時間 (月)	<u>.211(*)</u>	-.145	<u>.843(**)</u>	.028	<u>.195(*)</u>	1				
每日照顧患者時 間(小時/天)	<u>-.218(*)</u>	<u>-.202(*)</u>	-.035	-.085	<u>.299(**)</u>	-.033	1			
照顧者教育程度	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1		
照顧者生活負荷	-.108	-.112	.013	<u>.195(*)</u>	.121	.092	.088	<u>.219(*)</u>	1	
照顧者健康狀況	.070	.055	.035	-.137	<u>.191(*)</u>	-.052	<u>-.175(*)</u>	.143	<u>-.658(**)</u>	1

註：* $P < .05$ ；** $P < .01$

資料來源：本研究統計分析結果

根據表【4-6-1】相關係數分析結果，以下個案條件變數，包括：患者有無其他疾病、照顧者年齡、照顧者每日照顧患者時間（小時/天）、照顧者教育程度，對照顧者所面臨之生活負荷及健康狀況較具有相關性（達顯著水準，P 至少小於 0.05），其它變數包括：患者年齡、患者發病年齡、患病時間、照顧者年齡等對於照顧者所面臨之生活負荷及健康狀況的相關性較不顯著，本研究說明其關連性如下：

- 一、「患者若患有其他疾病會增加照顧家屬之生活負荷」，其相關係數為 0.195（P 值 $<$.05），推論患者若患有其他疾病時身心狀況較差，照顧者需花額外的心力或費用照顧患者，理所當然其生活負荷會增加。
- 二、「照顧家屬之年齡愈高其健康條件愈差」，其相關係數為 0.191（P 值 $<$.05），此項相關係數據僅能解釋其現象，而不能完全解釋其可能成因，因為家庭照顧者平均年齡為 50.1 歲，最大年齡為 85 歲，其中可能隱含高齡者本身健康條件會下降的因素。
- 三、「照顧家屬每日照顧患者之時間愈長其健康條件愈差」，其相關係數為 0.175（P 值 $<$.05），此數據表示照顧時間加長，照顧者需花費之心力也需要增加，從而影響其健康狀況。
- 四、「照顧家屬教育程度愈好其感受之生活負荷愈高」，其相關係數

為 0.219 (P 值<.05)，這是一個很有趣的發現，本研究推論其成因可能為受高教育者較不善於照顧他人之日常起居，再者家中有失智症患者可能對受高教育之家庭照顧者帶來心裡壓力，使其健康條件下降。



第五章 結論與建議

第一節 研究結論與建議

- 一、病情嚴重程度會影響家庭照顧者的生活負荷及健康狀況，而且使用「患者行為問題觀察表（Dementia Behavior Disturbance scale）」更適合用來反應失智患者病情嚴重程度對家庭照顧者生活負荷及健康狀況的影響。

根據本研究結果，採用「患者行為問題觀察表（Dementia Behavior Disturbance scale）」可明確驗證失智患者行為問題會影響家庭照顧者生活負荷及健康狀況，但若使用「臨床失智症評分量表（CDR, Clinical Dementia Rating）」則無法驗證其相關性，本研究推論家庭照顧者「主觀」的認知更能反應其實際遭受之困擾，而「臨床失智症評分量表（CDR）」主要功能為「客觀」評量患者之病情程度。

因此本研究建議醫護或社會福利支持系統在考慮給予不同病情的失智症病患家庭不同支持時應儘可能以家庭照顧者主觀感受作為分級指標，較能提供更合適之支持工作。

- 二、生活負荷、健康狀況與社會支持度間具有相關性，而且三者間具有因果關係，妥善管理此三項構面的因果關係，可以使社會福利支出減少，減少更多社會問題。

就前一章相關係數的研究結果顯示三者間具有相關性，並可推論若社會支持度不足，可能造成家庭照顧者之生活負荷提高，家庭照顧者之生活負荷增加，將可能使得家庭照顧者之健康狀況變差，家庭照顧者之健康狀況變差則會造成社會支持的需求度進一步增加，社會需投入更多福利資源給予支持，從而造成社會總支出增加。

由此，本研究建議若社會福利系統能在起始時，給予較恰當的社會支持，不但有可能減輕家庭照顧者之生活負荷，提升家庭照顧者之健康狀況，同時還能避免未來需投入更多的社會資源解決失智症家庭問題的惡性循環。

三、 有關生活負荷及健康狀況之研究結論及建議

(一) 有關家庭關係的生活負荷

在「家庭關係負荷面」中受到較多認同的幾項分別為「家人彼此相互體諒並支持」、「放棄家中原有計畫，如購屋、旅遊」、「造成家庭成員間關係緊張」，由本研究第四章第一節家庭照顧者基本背景資料統計中指出，失智症的照顧家屬以兒子、女兒和配偶居多，此皆為患者之至親，至親的血緣關係以及中國人的倫理孝道觀念，使家人的凝聚力增加，因此「家人彼此相互體諒並支持」；然而失智症的病程特質是長期而且逐步變化的，病患也可能出現各種不同狀況，考驗著家

庭照顧者被迫需要不預期的改變各種家庭計畫，而成為家庭關係的負荷，長期也將造成家庭成員間關係的緊張。

因此本研究建議醫護系統在失智患者發病初期，應先對病患全部家屬進行失智症病程之衛生教育工作，先作全部家庭成員的預期性心理建設，使所有成員了解未來可能需要面對的家庭負荷，尋求共同合作面對之方法，並相互諒解，避免成員間後期的緊張關係；在社會福利支持系統方面，本研究建議可由社會福利機構聘請具專業經驗之短時照顧人員，在家屬短期間無法照顧病患時，提供人力到家中照顧病患。

(二) 有關人際關係和社交之生活負荷

在「人際關係和社交生活負荷面」中認同度最高的幾項分別為「放棄度假旅遊」、「休閒活動減少」、「減少外出」，根據第二章第一節（林冠宏，2006；朱育瑩等人，2007）對於失智症病程的探討可知失智症的照顧是長時間的，而且在中後期病患常常離不開照顧者，使得家庭照顧者被迫綁在病患身邊，而影響家庭照顧者外出參加各項社交育樂活動的機會，成為另一項生活負荷。

針對這一項目，本研究所提出之建議除了與前一項「家庭關係的負荷」類似，即透過衛教使家庭成員相互體諒、支援，同時在社會福利支持系統提供短期人力到家中照顧病患，此外也建議讓同樣有失智

症患者的家庭，成立病患家屬互助團體，讓她們彼此認識得以分享經驗與看法，擴展彼此的人際交流圈，必要時也可相互支援。

（三）有關經濟上造成之生活負荷

在「經濟上負荷」中認同度最高的幾項分別為「覺得照顧失智患者的費用是相當昂貴的」、「家庭開銷增加」，由第一章第一節（行政院經濟建設委員會，2009）的背景分析中已指出老年化社會已是各國普遍的現象，也是長期的社會發展趨勢，本研究建議此項應可由社會保險層面來協助解決，亦即將老年失智症的情形納入社會保險的歸劃，由社保提供部份的照護支出，在國民年輕時即應納保建立基金，此保險除涵蓋現行全民健保的醫療支出外，亦應加家庭照護人力無法工作以及聘請長期專業照護人力所致的經濟補貼。

（四）有關身體健康之健康狀況

在「身體健康」中認同度最高的幾項分別為「覺得睡眠不好」、「覺得身體或四肢酸痛（或腰酸背痛）」、「覺得頭痛或是頭部有壓迫感」，推論其原因可能因家庭照顧者在照顧病患時被迫經常睡眠中斷、淺眠、日夜顛倒、以及因為不知道病患是否會出現任何不預期的舉動而使得身體肌肉經常處於緊張狀態等原因所致。本研究建議在醫護的工作層面，在衛教時應教導家庭照顧者如何引導患者建立規律的生活作習，當睡則睡，必要時適當的投藥使病患的生活及睡眠較為規律穩

定，也使家庭照顧者能有規律充足的休息及放鬆時間，此外家庭照顧者適時的輪替也極為重要。

(五) 有關心理健康方面之健康狀況

在「心理健康」中認同度最高的幾項分別為「覺得許多事情對您是個負擔」、「覺得家人或親友會令您擔憂」、「覺得神經兮兮、緊張不安」，其共同點皆為造成家庭照顧者心理壓力，其原因應該是家庭照顧者長期面臨各種不確定的病患狀況，而且需 24 小時面對，甚至需要獨自面對，造成心理壓力過大，此問題可以透過社會福利支持系統給予適當的心理諮商、提供緊急救助管道、以及提供必要的壓力宣洩管道給予協助。

(六) 有關社會健康方面的健康狀況

在「社會健康」中認同度最高的幾項分別為「覺得在自己目前處境之下表現不錯換個人(大多數人)來應付也不過如此」、「覺得和家人，親友相處得來」、「覺得大致說來，事情處理得還可以」，顯見本研究選個案的家庭照顧者的社會健康狀況還不錯，也大致能應付各項照護工作，或許由於中國人傳統倫理孝道觀念，家庭照顧者也多能正面看待承擔照護的責任。在此情況下，本研究建議可以由社會支持系統的角度，對於這些照顧家屬給予表揚，透過表揚及肯定增加家庭照顧者的認同度以及心理支持，同時也宣揚家庭倫理觀念。

(七) 有關工具性的社會支持

在「工具性支持需求程度」中認同度最高的幾項分別為「有人給予交通的協助」、「有人提供物質或經濟協助」、「有人協助照顧病人」、「有人協助打掃清潔」、「有人協助跑腿辦事」，第一項係解決失智患者外出不便的問題，目前部份城市例如台北縣市已有提供老人專車到戶交通服務，第二項為照顧失智症患者的確在物質資源的支出上較高，例如因老人失禁需要較多的紙尿片支出，第三至五項則為希望「有人可以協助照顧病人」的人力需求，綜合上述幾項，發現因為通常照顧者僅為一人，經常性的分不開身使得他們希望能有人協助，本研究建議由社會福利支持系統提供短時人力支援應是可行的解決方法。

(八) 有關資訊性的社會支持

在「資訊性支持需求程度」中認同度最高的幾項分別為「提供有關照顧失智老人的方法和諮詢」、「有人提供必要的訊息」，失智症照顧家屬認為如果有人可以提供有關照顧失智老人的方法和諮詢是最好的支持。因此本研究建議在醫護的衛生教育層面，加強衛生教育為必要的工作，特別是有許多家庭照顧者為老年人或教育程度較低，如何讓衛生教育教材簡單易懂易學習是重點之一；在社會福利支持系統方面，提供專線電話諮詢以及家庭訪視指導亦是可行的工作重點。

(九) 有關情緒性的社會支持

在「情緒性支持需求程度」中認同度最高的幾項分別為「有人會給予提醒、建議與指點」、「遇到困難時，有人可以讓我隨時打電話求助」。本項需求可透過前面本研究提出之「專線諮詢電話」、「專人家庭訪視」等方法予以解決。

四、研究總結

失智症人口數不斷增加，疾病與失能隨之帶來的是日後病程照顧的重大挑戰，通過本研究我們知道必須去了解失智症患者與其家庭照顧者的相互關係及影響。

除失智症患者疾病的客觀要素外，照顧者本身的主觀因素及感受更是對照顧負荷及健康有絕對的影響力，如何加強引導照顧者在進入照顧過程中，經歷孝道義務感、失去控制兩種矛盾心態後，得以正視自己的照顧角色、責任、關係，是我們可以再予努力的方向。

除照顧者自我力量的支持外，醫療照護、社福資源更應是照顧者長期的陪伴者、教導者，我們應建立起家庭與社區強大的照護網絡，提供完善的情緒支持、實質支持與訊息支持。

第二節 研究限制

一、研究取樣方面

由於時間、人力和經費的限制，研究樣本取自北部某精神科專科醫院病房和門診之失智症患者及家庭照顧者，樣本取樣方式採立意取樣，未能符合隨機抽樣的原則，因此無法推論到台灣地區失智患者的照顧者，應該將研究範圍擴大，利用隨機取樣的方法，較有利於全盤性的了解與推論。

二、研究設計

本研究採用的方法為橫斷性研究，且探討家庭照顧者之生活負荷與健康相關因素是以過去三個月為主，無法觀察在不同時間同一研究對象照顧者生活負荷、健康狀況與社會支持等的變化，而且家庭照顧者的健康會受病患病程發展、照顧時間長短以及互動品質所影響，因此建議未來研究者可採縱貫性研究或合併質性研究，對家庭照顧者做長期追蹤與了解。

再者，本研究未針對家屬人格特質、家屬於照顧過程可能面臨的經濟問題等變相提出調查，此亦為家屬在照顧失智病患過程可能會遭遇的壓力源，建議未來研究可對此做進一步的深入探討。

參考文獻

一、中文

內政部(2008)。九十七年第十周內政統計通報。2008年10月18日，

取自 <http://www.moi.gov.tw/stat/>。

內政部(2009)。身心障礙服務入口網。2009年6月30日，取自

<http://dpws.moi.gov.tw/commonch/index.jsp>。

行政院經濟建設委員會(2009)。中華民國台灣97年至145年人口推

計。2009年6月1日，取自

<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455&key=&ex=%20&ic=>。

王佳玉、花茂琴、邱銘章、朱怡娟、陳獻宗、葉炳強、柯慧貞、陸汝

斌、彭家勛(2003)。簡式智能評估(MMSE)與臨床失智量表(CDR)

在評估阿茲海默型失智症之比較。《台灣精神醫學》，17(1)，23-31。

任麗華(1997)。老人癡呆症患者照顧模式與措施之探討。國科會補助

之研究計劃，台灣師範大學，台北。

朱育瑩、林均澄、柯宏勳、徐文俊、徐國強、梁珪瑜、黃宗正、曾玉

玲、湯麗玉(2007)。關懷失智症宣導教材-認識失智症(初版)。

台北市：社團法人台灣失智症協會。

巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫、邱銘章譯(2007)。失智症亞太地區盛行

- 報告。 *Acta Neurologica Taiwanica* , 16 (3) , 183-187 。
- 李淑霞、吳淑瓊(1998)。家庭照顧者負荷與憂鬱之影響研究。 *護理研究* , 6 (1) , 57-67 。
- 阮慧沁(1997)。失智症者人照顧者的負荷及其相關因素之探討。國科會補助之研究計劃，高雄醫學院，高雄市。
- 呂如分(2005)。中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。 *長期照護雜誌* , 9 (2) , 152-170 。
- 林克能、劉秀枝(2003)。臨床失智評量表。 *Acta Neurologica Taiwanica* , 12 (3) , 155-165 。
- 林欣緯(2001)。失智老人家庭福利服務使用情況影響照顧負荷之探討。中正大學社會福利系碩士論文，未出版，嘉義市。
- 林冠宏(2006)。阿茲海默氏症。 *慈濟醫學* , 18 (5) , 39-48 。
- 林梅香、顧乃平、劉仲冬、陳政友、林麗嬋(1996)。肝癌患者家屬主要照顧者的壓力、因應行為、健康狀況及其相關因素之探討。 *護理研究* , 4(2) , 171-185 。
- 林敬程(1999)。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 林震岩(2006)。多變量分析-SPSS 的操作與應用。台北市：智勝。
- 邱逸榛、黃書萱、徐亞瑛(2004)。阿滋海默氏症患者照顧者之疲憊、

負荷與憂鬱之間的關係。長期照護雜誌，7 (4)，338-351。

邱明章(2006)。失智症的診斷與治療。台北市醫師公會會刊，50 (7)，47-51。

邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿(2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。醫護科技學刊，4 (4)，273-290。

邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)。失智症病患主要照護者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討。精神衛生護理雜誌，2 (2)，31-43。

季瑋珠、楊志良(1988)。社會變遷與健康照顧型態之研究-台灣地區特有之社會變遷背景驗證社會學理論在家庭健康照顧之適用性。中華衛誌，8 (1)，12-25。

周美娟、楊淵韓、劉景寬(2007)。智能狀態檢查。Acta Neurologica Taiwanica，16 (1)，41-49。

徐亞瑛(1989)。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。

徐亞瑛(1996)。茁根理論之介紹—以「台灣地區殘病老人家庭照護品質」研究為例。護理研究，4 (3)，263-272。

郭乃文、劉秀枝、王佩芳(1989)。簡短式智能評估之中文施測與常模建立。復健醫學，16，52-59。

陳昱名(2007)。老年失智症病患家庭照顧者照顧負荷與需求初探。新
生學報，2，59-82。

陳雅君(2002)。老年失智症的發生與治療。衛生報導，111，31-32。

許樹珍、曾慶音、崔翔雲 (2001)。精神病患家庭照顧存在性的現象
學探討。護理研究，9 (3)，259-267。

黃正平(2006)。失智症之行為精神症狀。台灣精神醫學，20(1)，3-17。

黃詠惠(1997)。失智患者健康相關生活品質之研究。陽明大學公共衛
生學研究所碩士論文，未出版，台北市。

黃惠玲、徐亞瑛(2003)。照顧者訓練方案對改善失智症照顧者能力之
探討。長期照護雜誌，7(2)，121-134。

張文芸(1996)。癡呆老人問題行為的認識。護理雜誌，43 (4)，85-91。

張可臻、陳昭源、林忠順(2008)。失智症合併精神行為症狀的診斷及
治療照護。基層醫學，23 (6)，153-157。

張雅如(2001)。失智症患者照顧者生活品質及其相關因素之探討。臺
灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北市。

張鈺姍(2001)。輕、中度阿滋海默型失智症精神病症狀、認知功能與
工具性日常生活功能。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論
文，未出版，高雄市。

張慈惠、黃秀梨(2000)。生活品質評量之臨床運用。台灣醫學，4 (1)，

- 86-90。
- 湯麗玉 (1991)。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。
- 湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基、劉秀枝 (1992)。癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素探討。 **護理雜誌**，**39** (3)，89-98。
- 萬育維、玉春雅 (1998)。政策規劃與需求的落差-失智老人與家屬分析。 **社區發展季刊**，**83**，92-114。
- 楊珮琪 (1991)。老年癡呆症病患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。未出版，台中市。
- 鄭秀容 (2005)。居家失智老人家屬照顧者照顧負荷及照顧需求。中山醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 劉雪娥(1993)。家屬生活品質量表心理測定之探討。 **護理研究**，**1** (2)，127-135。
- 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮 (2000)。台灣失智症的流行病學。 **應用心理研究**，**7**，157-169。
- 謝昌成、劉昱志、劉鎮嘉(2007)。失智症的行為及精神症狀處理。 **基層醫學**，**22** (4)，116-122。
- 謝美芬、顏兆熊(2008)。失智症患者之行為精神症狀的處置。 **基層醫學**，**23** (7)，203-208。

蕭金菊(1995)。家屬長期照顧慢性病老人對支持性服務需求之探討。

東海大學社會工作研究所碩士論文。未出版，台中市。



二、英文

- Almberg, B. U., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person: Burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advance Nursing*, 25, 109-116.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Argimon, J. M., Limon, E., Vila, J., & Cabezas. (2004). Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Family Practice*, 21(4), 454-457.
- Baumgarten, M., Becker, R., & Gauthier, S. (1990). Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 221-226.
- Brodaty, H., Draper, B., Saab, D., Low, L. F., Richards, V., Paton, H., & Lie, D. (2001). Psychosis, depression and behavioral disturbances in Sydney nursing home residents: Prevalence and predictors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 504-512.
- Campbell, P., Wright, J., Oyebode, J., Job, D., Bentham, P., Jones, L., & Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care of someone with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 23 (10), 1078-1085.
- Cheng, T. A. & Williams, P. (1986). The design and development of a screening questionnaire (CHQ) for use in community studies of mental disorders in Taiwan. *Psychological Medicine*, 16, 415-422.

- Cheng, T.A., Wu, J. T. & Williams, P. (1990). Internal consistency and factor structure of the Chinese Health Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scand*, 82, 304-308.
- Chiu, M. J., Chen, T. F., Yip, P. K., Hua, M. S. & Tang, L.Y. (2006). Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. *Journal Formos Medical Association*, 105(7), 556-562.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6) , 398-407.
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1990). Caregiver need and patterns of patients with dementia. *Journal Gerontologist*, 45(3), 102-111.
- Colvez. A., Joel, M-E., Ponton-Sanchez, A., & Royer, A-C. (2002). Health status and work burden of Alzheimer patients'informal caregivers comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy*, 60, 219-233.
- Donaldson, C., TARRIER, N., & Burn, A. (1997). The impact of symptoms of dementia on caregivers. *Britain Journal Psychiatry*, 170, 62-68.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden. *Neurology*, 51 (suppl 1), S53-60.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8 (1), 15-24.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.

- Fuh, J. L. (2006). Study of behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwanica*, 15(3), 154-160.
- Given, C. W., Collins, C. E., & Given, B. A. (1988). Sources of stress among families caring for relatives with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North American*, 23(1), 69-82.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychology Medicine*, 9, 139-145.
- Haley, W. E. (1997). the family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48 (suppl 6), S25-59.
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1992). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572.
- Il-Seon, S., Michele, C., Donna, M., Lynn, F., & Jeffrey, L. C. (2005). Neuropsychiatric Symptoms and Quality of Life in Alzheimer Disease. *American Association for Geriatric Psychiatry*, 13 (6), 469-473.
- Janna, M. G. (2004). Quality of Life of Caregivers. *Neuropsychology Review*, 14 (4), 183-196.
- Jeffrey, S. M., Elane, M. G., Kay, S., & George, P. (2003). Health-Related Quality of Life for Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease Association Disorder*, 17 (4), 209-214.
- Lim, Y. M., Son, G. R., Song, J. A., & Beattie, E. (2008). Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Archives of Psychiatric*

Nursing, 22(4), 226-234.

Marin, D. B., Sewell, M. C., & Schlechter, A. (2002). Alzheimer's disease accurate and early diagnosis in the primary care setting. *Geriatrics*, 57(2), 36-40.

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.

Morimoto, T. , Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and healthrelated quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing* , 32(2), 218-223.

Murrell, R. (1999). Quality of life and neurological illness: A review of the literature. *Neuropsychology Review*, 9(4), 209-230.

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

Parks, S. M., & Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for Caregivers. *American Family Physician*, 62(12), 2613-2622.

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.

Roberts, J., Browne, G., milne, C., Spooner. L., Gafni, A., Drummond -Young, M., LeGris, J., Watt, S., Leclair,K., & Beaumont, L. (1999). Problem-Solving counseling for caregivers of the cognitively impaired: Effective for whom? *Nursing Research*, 48(3), 162-172.

- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 334-338.
- Salama, R. (2008). Dementia: symptoms, diagnosis and management. *Nurse Prescribing*, 6(8), 362-367.
- Schulz, R., McGinnis, K. A., Zhang, S., Martire, L. M., Hebert, R. S., Beach, S. R., Zdzienicka, B., Czaja, S. J., & Belle, S. H. (2008). Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer Disease Association Disorder*, 22 (2), 170-176.
- Thomas, P., Lalloue, F., Preux, P. M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., & Inscale, R. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 50-56.
- William, G. O., Cjerde, C. L., Haugland, S., Darnold, D., Simonton, L. J., & Woodward, P. J. (1995). Patients with dementia and their caregivers 3 years after diagnosis: A longitudinal study. *Archives of Family Medicine*, 4(6), 512-517.
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist k., Dane, K., & Covinsky, K. E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal of the American Medical Association*, 287(16), 2090-2097.

(附錄一) 問卷說明函件

失智症患者之家庭照顧者生活負荷、健康狀況的影響性探討

研究問卷

親愛的家屬，您好：

照顧失智症患者是一段歷經艱辛且漫長的過程，相信您必定有許多一般人所無法深入了解的感受與經歷。因此，我們希望藉由這份問卷了解您在照顧失智患者的過程中，所經歷到的照顧負荷、感受、社會支持程度與照顧需求，讓我們能充分了解您的感受與意見，我們也希望藉此調查，能提供家屬適切的關懷及幫助。

本問卷回答內容無「好」、「壞」或「對」、「錯」，請您就您個人感受、實際情形回答。本問卷資料僅供學術研究使用，謹守保密與匿名原則，絕不公開。非常感謝您的合作！在此再一次致上我們最深的敬意與謝意！

敬祝您

健 康 快 樂

中國文化大學生活應用科學研究所

指導教授：劉興政 博士

林素一 博士

研究生：劉慧玉 敬上

填答日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 編號：_____

(附錄二)

失智症患者家庭照顧者之生活負荷、健康狀況與照顧需求問卷

失智患者基本資料

1. 性別： (1) 男 (2) 女
2. 目前年齡：____歲
3. 籍貫： (1) 閩南 (2) 客家 (3) 外省 (4) 原住民
 (5) 其他省籍 (請註明)：_____
4. 教育程度： (1) 不識字 (2) 識字 (或六年以下私塾) (3) 小學
 (4) 國 (初) 中 (5) 高中 (6) 專科 (7) 大學
 (8) 研究所以上
5. 病前職業： (1) 無 (2) 家管 (3) 魚、農、牧 (4) 工 (5) 商
 (6) 公教 (7) 軍警 (8) 醫藥 (9) 自由業 (10) 藝術
6. 經濟來源(可複選)：
 (1) 自己的儲蓄或收入 (2) 配偶提供 (3) 兒女提供 (4) 親友提供
 (5) 社會福利補助款 (6) 其他 (請註明)：_____
7. 確立診斷為失智症時之年齡____歲
8. 有無其他疾病?(可複選)
 (1) 高血壓 (2) 心臟病 (3) 糖尿病 (4) 中風 (5) 腎臟病
 (6) 痛風 (7) 胃潰瘍 (8) 關節炎 (9) 氣喘 (10) 眼疾
 (11) 泌尿系統疾病 (12) 憂鬱症 (13) 其他_____ (14) 無
9. 有無身心障礙手冊?
 (1) 有，等級為 a. 輕度 b. 中度 c. 重度 d. 極重度
 (2) 無

(附錄三)

家庭照顧者基本資料

1. 性別： (1) 男 (2) 女
2. 年齡：__歲
3. 婚姻狀況： (1) 未婚 (2) 已婚 (3) 分居 (4) 離婚 (5) 喪偶
4. 教育程度： (1) 不識字 (2) 識字（或六年以下私塾） (3) 小學
 (4) 國（初）中 (5) 高中 (6) 專科 (7) 大學
 (8) 研究所以上
5. 宗教信仰： (1) 道教 (2) 基督教 (3) 天主教 (4) 佛教 (5) 其他__
6. 您是病患的什麼人：
 (1) 配偶 (2) 女兒 (3) 兒子 (4) 媳婦 (5) 孫子 (6) 孫媳婦 (7) 其他__
7. 除了您之外，還有哪些家屬也參與照顧的工作？還有病患的...
 (1) 配偶 (2) 女兒 (3) 兒子 (4) 媳婦 (5) 其他__ (6) 無
8. 您是否聘僱外勞照顧病患 (1) 無 (2) 有__人，已__年__月
9. 自病患患有失智症以來，您照顧病患已多久？已有__年__月
10. 您照顧病患的頻次為 每週__天 或 每月__天 或 每年__天
11. 在照顧病患的日子，您每天花多久的時間照顧病人？__小時/天
12. 您是否與病患同住？ (1) 是 (2) 否
13. 您現在工作的情形屬於何者？
 (1) 無工作 (2) 有兼職工作 (3) 有全職工作 (4) 退休
14. 您是否曾因為照顧病患而離職？ (1) 是 (2) 否
15. 病患的醫療費及生活支出是由 (1) 您個人獨自承擔 (2) 所有家人平均分攤
 (3) 未參與照顧的家人分攤或由病患的積蓄支出 (4) 其他__
16. 您覺得您家庭的經濟狀況 (1) 好 (2) 可 (3) 差
17. 您覺得您自己的健康情形是 (1) 好 (2) 可 (3) 差
18. 病患在發病前與您的關係：
 (1) 很好 (2) 好 (3) 普通 (4) 不好 (5) 很差
19. 現在您與病患的關係：
 (1) 很好 (2) 好 (3) 普通 (4) 不好 (5) 很差
20. 您未將病患送到長期照顧機構居住的原因為：(可複選)
 (1) 不放心 (2) 太貴 (3) 太遠 (4) 會被親友批評為不孝順
 (5) 病患不願意 (6) 病患病情尚未嚴重到需要送到機構
 (7) 其他家人反對 (8) 時間和體力尚可照顧病患
 (9) 自己可與病患相互為伴 (10) 未得到失智症長期照顧機構的相關訊息__
21. 如果您的健康情形轉壞，您是否會將病患送到長期照顧機構？
 (1) 一定會 (2) 會 (3) 不一定 (4) 不會 (5) 一定不會
22. 如果病患的問題行為情形愈來愈嚴重，您是否會將他送到長期照顧機構？
 (1) 一定會 (2) 會 (3) 不一定 (4) 不會 (5) 一定不會

(附錄四)

失智患者日常生活能力量表

以下問題是希望能夠藉由您平時的觀察，瞭解患者近三個月的日常活動能力情況，請根據您所觀察的實際情形圈選出最適合的情況。

	可以自行完成	有點困難	需要幫助	完全沒辦法
1.搭乘公車	1	2	3	4
2.行走	1	2	3	4
3.煮飯	1	2	3	4
4.作家事	1	2	3	4
5.吃藥	1	2	3	4
6.吃飯	1	2	3	4
7.穿衣服	1	2	3	4
8.梳洗、刷牙	1	2	3	4
9.洗衣服	1	2	3	4
10.洗澡	1	2	3	4
11.出門購物	1	2	3	4
12.上廁所	1	2	3	4
13.打電話	1	2	3	4
14.處理財務	1	2	3	4



(附錄五)

失智患者行為問題量表

此部份是想了解患者近三個月的行為表現，以及這些行為令您困擾的程度。作答時，請依照患者的行為表現及您個人的感受，就每一個題目圈選合適的數字。謝謝！

	<u>患者行為表現</u>				<u>令您困擾的程度</u>			
	從 來 沒 有	偶 而 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此	毫 不 困 擾	有 些 困 擾	困 擾 非 常	非 常 困 擾
1.重覆問同樣的問題	1	2	3	4	1	2	3	4
2.遺失東西，把東西放錯地方	1	2	3	4	1	2	3	4
3.情緒低落，易哭泣	1	2	3	4	1	2	3	4
4.無故半夜起來	1	2	3	4	1	2	3	4
5.妄想(如指別人偷其財物；懷疑配偶不忠)	1	2	3	4	1	2	3	4
6.白天睡得多	1	2	3	4	1	2	3	4
7.重覆同樣的動作	1	2	3	4	1	2	3	4
8.罵人或詛咒人	1	2	3	4	1	2	3	4
9.呆坐	1	2	3	4	1	2	3	4
10.情緒易高昂	1	2	3	4	1	2	3	4
11.不合作，會拒絕他人協助其個人衛生 或其他照顧	1	2	3	4	1	2	3	4
12.無故聚藏物品	1	2	3	4	1	2	3	4
13.情緒不安或有躁動表現	1	2	3	4	1	2	3	4

	<u>患者行為表現</u>				<u>令您困擾的程度</u>			
	從 來 沒 有	偶 而 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此	毫 不 困 擾	有 些 困 擾	困 擾	非 常 困 擾
14.半夜起來走動或做事情	1	2	3	4	1	2	3	4
15.獨自外出時會迷路	1	2	3	4	1	2	3	4
16.拒絕吃東西	1	2	3	4	1	2	3	4
17.吃得過多	1	2	3	4	1	2	3	4
18.尿失禁	1	2	3	4	1	2	3	4
19.在家裡或戶外無目的地走動	1	2	3	4	1	2	3	4
20.攻擊行為(例如，打人、咬人、 抓人、踢人、吐口水等)	1	2	3	4	1	2	3	4
21.無故尖叫	1	2	3	4	1	2	3	4
22.性騷擾	1	2	3	4	1	2	3	4
23.暴露身體隱私部位/不雅動作	1	2	3	4	1	2	3	4
24.破壞衣服或物品	1	2	3	4	1	2	3	4
25.大便失禁	1	2	3	4	1	2	3	4
26.丟棄食物	1	2	3	4	1	2	3	4
27.錯認現在住的房子不是自己的家 而吵著要回家或不願意進門	1	2	3	4	1	2	3	4
28.其他令您困擾的行為 如：_____	1	2	3	4	1	2	3	4

(附錄六)

家庭照顧者生活負荷量表

以下的問題是希望瞭解您在照顧失智患者的過程中面臨壓力、負荷的感覺與狀況，請根據您目前的實際日常經驗回答，圈選出最適當的形容。

(一)家庭生活

- | | 沒 | 稍 | 經 | 總 |
|--------------------|---|---|---|---|
| | 有 | 微 | 常 | 是 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 家庭成員間關係緊張 | | | | |
| 2. 家庭生活作息秩序混亂 | | | | |
| 3. 無法照顧到其他家庭成員的需要 | | | | |
| 4. 放棄家中原有計畫，如購屋、旅遊 | | | | |
| 5. 家人彼此相互體諒並支持 | | | | |

(二)人際關係和社交生活

- | | 沒 | 稍 | 經 | 總 |
|--------------|---|---|---|---|
| | 有 | 微 | 常 | 是 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 和親朋好友來往減少 | | | | |
| 2. 休閒活動減少 | | | | |
| 3. 婉拒朋友的邀約 | | | | |
| 4. 減少參加社團活動 | | | | |
| 5. 減少外出 | | | | |
| 6. 放棄度假旅遊 | | | | |



(三)經濟

沒稍經總
有微常是

1.照顧患者使我承受經濟壓力

1 2 3 4

2.使我個人所得減少

1 2 3 4

3.使我個人開銷增加

1 2 3 4

4.使我家庭所得減少

1 2 3 4

5.使我家庭開銷增加

1 2 3 4

6.無法再付得起其他照顧的額外費用

1 2 3 4

如：看護，購買輔具

7.照顧費用龐大而須向人借貸

1 2 3 4

8.我覺得家庭經濟調度困難

1 2 3 4

9.我覺得照顧失智患者的費用是相當昂貴的

1 2 3 4



(附錄七)

中國人健康問卷

此部份是想了解您自覺的健康狀況，請根據您近一兩週健康狀況，依下表所述圈選合適的數字。謝謝！

請問您最近是不是：

一 和 比 比
點 平 平 平
也 時 時 時
不 差 較 更
不 覺 覺
多 得 得

1.覺得頭痛或是頭部有壓迫感？ 1 2 3 4

2.覺得心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病？ 1 2 3 4

3.感到胸前不適或壓迫感？ 1 2 3 4

4.覺得手腳發抖或發麻？ 1 2 3 4

5.覺得睡眠不好？ 1 2 3 4

6.覺得許多事情對您是個負擔？ 1 2 3 4

7.覺得和家人，親友相處得來？ 1 2 3 4

8.覺得對自己失去信心？ 1 2 3 4

9.覺得神經兮兮、緊張不安？ 1 2 3 4

10.感到未來充滿希望？ 1 2 3 4

11.覺得家人或親友會令您擔憂？ 1 2 3 4

12.覺得生活毫無希望？ 1 2 3 4

13.覺得記憶力不錯，不會忘東忘西？ 1 2 3 4

14.感到頭暈腦脹？ 1 2 3 4



- | | 一 | 和 | 比 | 比 |
|--|---|---|---|---|
| | 點 | 平 | 平 | 平 |
| | 也 | 時 | 時 | 時 |
| | 不 | 差 | 較 | 更 |
| | | 不 | 覺 | 覺 |
| | | 多 | 得 | 得 |
| 15.早上起床時覺得精神爽快？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.覺得呼吸不順暢？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.覺得身體或四肢酸痛(或腰酸背痛)？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.覺得頭腦清醒，不會胡思亂想？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.覺得每件事情都令您傷腦筋？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.覺得自己神經衰弱，元氣不足？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.會為了一點小事而心情煩躁，無法放輕鬆？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.對平常喜歡的消遣和娛樂仍然有興趣？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23.出門的機會和平常一樣多嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24.對於自己做事的方法感到滿意？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25.覺得自己能夠溫暖、親切地，對待接近您的人嗎？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26.覺得精神上總是有些壓力？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27.覺得大致說來，事情處理得還可以？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28.覺得在自己目前處境之下表現不錯
換個人(大多數人)來應付也不過如此？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29.覺得自己對家人或親友是個累贅？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30.覺得自己性功能正常？ | 1 | 2 | 3 | 4 |



(附錄八)

家庭照顧者社會支持度評量

下列問題是想要瞭解您在照顧失智患者的過程中，來自社會或家庭支持度的狀態，請依照實際狀況與不同的程度圈選出適當的選項。

	<u>足夠程度</u>	<u>需求程度</u>
	非不足非常 不 足 足足夠夠	非不需非常 需要常 不要 需 需 要 要
1.有人協助跑腿購物	1 2 3 4	1 2 3 4
2.有人協助打掃清潔	1 2 3 4	1 2 3 4
3.有人提供物質或經濟協助	1 2 3 4	1 2 3 4
4.有人協助照顧病人	1 2 3 4	1 2 3 4
5.有人可以陪伴我	1 2 3 4	1 2 3 4
6.有人協助三餐的準備	1 2 3 4	1 2 3 4
7.有人給予交通的協助	1 2 3 4	1 2 3 4
8.有人提供經濟財務處理之建議	1 2 3 4	1 2 3 4
9.有人提供有關照顧失智老人的方法和諮詢	1 2 3 4	1 2 3 4
10.有人會給予提醒、建議與指點	1 2 3 4	1 2 3 4
11.有人了解我目前所經歷到的情境	1 2 3 4	1 2 3 4
12.遇到困難挫折時，有人可以傾訴	1 2 3 4	1 2 3 4
13.遇到困難時，有人可以讓我隨時打電話求助	1 2 3 4	1 2 3 4



	<u>足夠程度</u>	<u>需求程度</u>
	非不足非常 不 足 足足夠	非不需非常 常需要常 不要 需 需要 要
14.沮喪時，有人會鼓勵我振作起來	1 2 3 4	1 2 3 4
15.有人欣賞並肯定我做的事	1 2 3 4	1 2 3 4
16.有人提供必要的訊息	1 2 3 4	1 2 3 4
17.除了以上項目外還有_____	1 2 3 4	1 2 3 4

下列問題是希望能夠了解您在照顧過程中接受正式支持系統(如：政府單位、福利機構)協助的頻率與滿意度，請依照實際狀況與不同的程度圈選出適當的選項。

	<u>使用頻率</u>	<u>滿意程度</u>
	從很偶經 未少而常	非不滿相 常滿意當 不意 滿 滿意 意 意
1.喘息服務	1 2 3 4	1 2 3 4
2.失智症及照顧問題相關諮詢服務	1 2 3 4	1 2 3 4
3.日間照顧服務	1 2 3 4	1 2 3 4
4.大眾交通運輸系統	1 2 3 4	1 2 3 4
5.老人送餐服務	1 2 3 4	1 2 3 4
6.工作上的問題協助	1 2 3 4	1 2 3 4
7.法律諮詢服務	1 2 3 4	1 2 3 4
8.社會工作服務	1 2 3 4	1 2 3 4
9.支持性團體(病友團體)	1 2 3 4	1 2 3 4



(附錄九)

臨床失智症評分量表

	健康 CDR 0	疑似或輕微 CDR 0.5	輕度 CDR 1	中度 CDR 2	重度 CDR 3
記憶	<ul style="list-style-type: none"> 無記憶喪失 偶爾遺忘 	<ul style="list-style-type: none"> 輕微的遺忘 回憶片段 良性的遺忘 	<ul style="list-style-type: none"> 對最近事物時常遺忘 影響日常生活 	<ul style="list-style-type: none"> 嚴重記憶喪失 只記得很熟的事物 無法記行新事物 	<ul style="list-style-type: none"> 嚴重記憶喪失 只有片段記憶
定向力	<ul style="list-style-type: none"> 人、事、地定位正常 	<ul style="list-style-type: none"> 除了對時間順序稍微有困難外，其餘均正常 	<ul style="list-style-type: none"> 時間順序有問題 對人、地定位正常 有時會找不到路 	<ul style="list-style-type: none"> 對時、地定位經常有問題 	<ul style="list-style-type: none"> 只有人的定位正常
判斷及解決問題	<ul style="list-style-type: none"> 日常問題包括財務及商業性的事務都能處理很好 和以前比較，判斷力良好 	<ul style="list-style-type: none"> 處理問題時，在分析類似性和差異性時稍有困難 	<ul style="list-style-type: none"> 處理問題時，在分析類似性和差異性時有中度困難 社會價值的判斷力通常還能維持 	<ul style="list-style-type: none"> 處理問題時，在分析類似性和差異性時有嚴重障礙 社會價值的判斷力通常已受影響 	<ul style="list-style-type: none"> 無法做判斷或解決問題
社區事務	<ul style="list-style-type: none"> 和平常一樣能獨立處理工作、購物、業務、財務和社區活動 	<ul style="list-style-type: none"> 對上述活動有疑似或輕度障礙 	<ul style="list-style-type: none"> 雖參與上述活動但無法獨立，偶而仍有正常表現 	<ul style="list-style-type: none"> 無法獨立勝任家庭外的事務，但外表看來正常 	<ul style="list-style-type: none"> 無法獨立勝任家庭外的事務，且外表看來即有病態
家居及嗜好	<ul style="list-style-type: none"> 家庭生活、嗜好及知性興趣維持良好 	<ul style="list-style-type: none"> 對上述活動偶而有障礙 	<ul style="list-style-type: none"> 較困難的家事已經不做 放棄複雜外務、嗜好和興趣 	<ul style="list-style-type: none"> 只有簡單的家事還能做 興趣很少，也很難維持 	<ul style="list-style-type: none"> 整天在自己房間
個人照料	<ul style="list-style-type: none"> 有自我照顧的能力 	<ul style="list-style-type: none"> 註：個人照料無 CDR 0.5 	<ul style="list-style-type: none"> 需要時常的提醒 	<ul style="list-style-type: none"> 在穿衣、個人衛生及個人情緒，需要協助 	<ul style="list-style-type: none"> 個人衛生失禁，需要專人協助
深度 CDR 4	<ul style="list-style-type: none"> 說明無法理解或不相關，無法理解或遵照簡單指示；偶爾認得配偶或照顧者 吃飯只會用手指頭，不太會用餐具，且須人幫忙 大小便經常失禁 大部份時間無法行動，在扶助下可走幾步，甚少外出；常有無目的的動作 				
末期 CDR 5	<ul style="list-style-type: none"> 說話無法理解或沒有反應；無法辨認家人 需人餵食，可能有吞嚥困難而需使用鼻管餵食 大小便失禁 臥床、無法坐立、站立、肢體攣縮 				
<p>註：如於兩格中無法決定選哪一格，請圈嚴重者</p>					