

東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：吳秀照 博士

精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷之研究
—以中部地區某醫學中心為例

**The Study of Primary Caregivers' Burden of
Patients with Schizophrenia**

研 究 生：陳佳琪

中華民國一〇一年八月

東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：吳秀照 博士

精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷之研究
—以中部地區某醫學中心為例

**The Study of Primary Caregivers' Burden of
Patients with Schizophrenia**

研 究 生：陳佳琪

中華民國一〇一年八月

東海大學社會工作學系碩士班

研究生 陳佳琪 碩士學位論文

精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷之研究
—以中部地區某醫學中心為例

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：吳秀照 101年06月07日

審查教授：藍祚鴻 101年06月07日

審查教授：高維理 101年6月7日

系主任：王運浩 101年8月7日

論文名稱	精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷之研究 —以中部地區某醫學中心為例		
校所組別	東海大學社會工作學系碩士班	頁數：107	
畢業時間	一百學年度第二學期	提要別	碩士學位論文提要
研究生	陳佳琪	指導教授	吳秀照

中文摘要：

提升慢性精神病患之主要照顧者的身心健康，降低照顧者的負擔為精神醫療社會工作的重要課題。本研究之目的在瞭解精神分裂症病患主要照顧者之照顧負荷與影響照顧負荷的相關因素，並進一步探討主要照顧者得到社會支持與否在照顧負荷上的差異狀況。

本研究以中部地區某醫學中心的門診與日間病房之精神分裂症病患主要照顧者為受訪對象。採用主要照顧者負荷量表之結構式問卷，透過面訪進行資料蒐集，所得有效樣本共 160 份。

主要研究發現摘述如下：

一、患者因素與主要照顧者照顧負荷之關係：精神分裂症患者的年齡與照顧者的照顧負荷具有顯著負相關；患者的年齡愈輕，照顧者烙印次負荷愈高。領有精神障礙手冊之患者，照顧者家庭干擾次負荷明顯高於未領有手冊之患者；然而未領精神障礙手冊之患者，照顧者烙印次負荷則高於領有之患者。照顧者在照顧期間，曾經遭受患者暴力攻擊者，照顧者整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、照顧者緊張感次負荷皆高於從未被患者暴力攻擊之照顧者。

二、照顧者因素與照顧負荷之關係：主要照顧者的年齡在中高齡階段者，其緊張感次負荷明顯高於青壯年期階段之照顧者。照顧者為病患之母親，其整體照顧負荷高於子女手足及其他照顧者。照顧者之照顧時間與照顧負荷具有顯著正相關；照顧者每天平均照顧患者的時間愈長，照顧者緊張感次負荷愈高。照顧者中有需要同時兼顧家中老人或生病家人者，照顧者整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、病患依賴次負

荷皆高於不需要同時兼顧家中老人或生病家人之照顧者。

三、社會支持體系方面：在經濟協助上支持足夠之照顧組，照顧者烙印次負荷明顯高於支持不足及支持普通的兩組照顧組。情緒支持不足之照顧組，其整體照顧負荷、照顧者緊張感次負荷皆高於情緒支持足夠之照顧組。在解決照顧問題的資訊上支持不足之照顧組，其整體照顧負荷高於資訊支持足夠之照顧組，且照顧者緊張感次負荷亦高於支持足夠及支持普通的兩組照顧組。

根據研究結果，提出建議如下：

一、實務上的建議：強化社區精神衛生教育、整合醫療與社區照顧之個案管理及追蹤系統，建立社會支持網絡，以降低精神分裂症患者家庭的照顧負荷。

二、政策上的建議：制定相關政策與福利法規，落實社區照顧服務，以維護精神病患者之權益；醫療衛生與社會福利行政部門的業務之有效整合與規劃，擬訂家庭照顧政策以妥善解決照顧問題。

三、未來研究的建議：本研究僅探討中部地區精神分裂症患者之主要照顧者的照顧負荷，亦僅呈現特定時間內的現象而非長時間的結果觀察，今後應以更多元的研究途徑，方能對精神分裂症患者之主要照顧者有更深入的瞭解。

關鍵詞：精神分裂症、主要照顧者、照顧負荷、社會支持體系

Abstract

Objectives: Promoting physical and mental health of the primary caregivers of patients with chronic mental illness and reducing the burden of caregivers are important issues of psychiatric social work. The objectives of the present study are to understand the care burden of primary caregivers of patients with schizophrenia and factors related to the care burden, and we further explore the difference of care burden between primary caregivers with or without social support.

Methods: The primary caregivers of patients with schizophrenia in out-patient service and day care ward of a medical center in middle region of Taiwan are enrolled for visits. The Caregiver Burden Scale was applied for structural questionnaire in our investigation, totally 160 valid samples are collected.

Results: (1). For patient's factors: Age of schizophrenic patient is significantly negatively related to caregiver's care burden; The younger the patients age, the higher the caregiver's stigmata dimension of burden. For patients with mental disability identification, care-givers' family interfere dimension of burden is significantly higher than patients without mental disability identification; however, for patients without mental disability identification, care-givers' stigmata dimension of burden is higher than patients with mental disability identification. For care-givers who have been violently attacked by patients, their total care-burden, family interfere, caregivers' anxiety are all higher than those never been violently attacked. (2). For caregiver's factors: Primary care-givers in middle to elder age have higher anxiety dimension of burden than care-givers in adult age. For care-giver who is patient's mother, the total care burden is higher than caregiver who is patient's children, siblings or other roles. The care time of caregiver is positively related to care burden; the longer time the caregiver spent on an average day, the higher the caregiver's anxiety burden. Caregivers who need to care old people or people with illness in family in the same time are with higher total burden, higher family interfere and higher patient dependence than those who need not. (3). For social support aspect: Caregivers with adequate economic support have higher stigmata dimension of burden than those with inadequate or fair economic support. Caregivers with inadequate emotional support have

higher total burden, caregiver anxiety than those with adequate emotional support. Caregivers with inadequate support in information for solving care problems have higher total burden than those with adequate support in such information and they also have higher caregiver anxiety than those with adequate or fair support.

Conclusion: According to the present study results, we proposed the suggestions:

(1). Suggestions for practice: Strengthening community mental health education, constructing social support network, efficiently integrate psychiatric case management service and community care management and follow-up system to reduce care burden of families of patients with schizophrenia.

(2). Suggestions for policy: Legislating related policies and welfare laws, fulfilling community care service to protect patient rights. Efficiently plan and integrate professional work of medical health and social welfare administration department to make policies of family care for solving care problems.

(3). Suggestions for future studies: The present study only investigated care burden of primary caregivers schizophrenia patients in middle region of Taiwan, and only presented the phenomena of a specific duration rather than long-term observation outcome. Further studies may use more methods to get further understanding of primary caregivers of patients with schizophrenia.

Key Words: schizophrenia, primary caregiver, care burden, social support system

致謝詞

本碩士論文承蒙指導教授吳秀照博士，口試委員高迪理博士與藍祚鴻博士的持平之論及台中榮民總醫院精神部醫療團隊的配合，方能如期完成。

感謝秀照老師的春風化雨，她是我在學術研究領域任重道遠的恩師，使我亦步亦趨奠定學術研究的基礎，更對學術研究充滿濃厚的興趣。感謝高老師的精微奧妙之學術見解，他是我在統計分析的引領導師，使我的研究學習歷程豁然貫通。感謝藍醫師的精益求精，他是我在精神醫療臨床研究的啟蒙老師，亦擔任本文的口試委員，也協助我在人體試驗研究計畫之申請與審查作業能順利的完成。

更感謝台中榮民總醫院精神部陳展航主任的雄才大略，並感謝卓良珍醫師、林志堅醫師、林育臣醫師、林本堂醫師等提供受訪者及精神部好同事們的協助與研究所同學的陪伴。

最後，我要感謝父母親的培育，還要感謝親愛家人的支持以及鏗而不捨的自己，方能一鼓作氣，有志竟成。

佳琪 謹誌

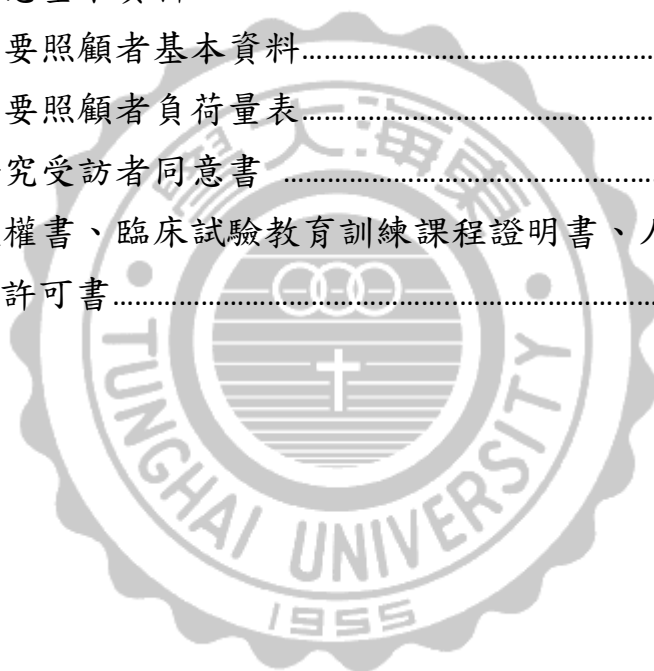
2012/08/08



目 錄

第一章 緒論	1
第一節 問題背景與重要性.....	3
第二節 研究動機與目的.....	8
第三節 名詞釋義.....	12
第二章 文獻探討	13
第一節 精神分裂症之疾病特性.....	13
第二節 社區復健、社區照顧政策與服務發展現況.....	17
第三節 精神分裂症病患與照顧者之社會支持.....	20
第四節 精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷相關研究.....	22
第三章 研究方法	33
第一節 研究之概念架構.....	33
第二節 研究方法之設計.....	35
第三節 研究資料蒐集方法.....	40
第四節 研究資料分析.....	43
第五節 研究期程.....	44
第六節 研究倫理.....	45
第四章 研究結果	47
第一節 精神分裂症患者與主要照顧者的基本資料分析.....	47
第二節 主要照顧者的照顧負荷分析.....	56
第三節 精神分裂症病患的患者因素及主要照顧者的照顧者因素與 照顧負荷分析.....	62
第四節 社會支持與照顧負荷分析.....	72
第五章 結論與建議	81
第一節 研究結論.....	81

第二節 研究應用與建議.....	87
第三節 研究限制.....	90
參考文獻.....	91
一、中文部分.....	91
二、英文部分.....	94
附錄	
附錄一 病患基本資料.....	97
附錄二 主要照顧者基本資料.....	98
附錄三 主要照顧者負荷量表.....	101
附錄四 研究受訪者同意書	105
附錄五 授權書、臨床試驗教育訓練課程證明書、人體試驗研究計畫許可書.....	107



表目錄

表 1-1	我國身心障礙者人數	1
表 3-2-1	患者有關的自變項	38
表 3-2-2	主要照顧者有關的自變項	39
表 3-2-3	家庭中有關照顧病患的社會支持	39
表 4-1-1	精神分裂症患者基本資料表	48
表 4-1-2	精神分裂症患者疾病資料表	50
表 4-1-3	主要照顧者基本資料表	52
表 4-1-4	主要照顧者的照顧關係資料表	54
表 4-2-1	照顧者負荷量表—家庭干擾次負荷題項之次數分配表 ...	57
表 4-2-2	照顧者負荷量表—烙印次負荷題項之次數分配表	57
表 4-2-3	照顧者負荷量表—愧疚次負荷題項之次數分配表	58
表 4-2-4	照顧者負荷量表—照顧者緊張感次負荷題項之次數分配表	58
表 4-2-5	照顧者負荷量表—病患依賴次負荷題項之次數分配表.....	59
表 4-2-6	照顧者負荷量與量表次向度之分佈與平均數及標準差...	60
表 4-2-7	照顧者負荷總量表分數之分佈情形.....	60
表 4-3-1	患者是否領有身心障礙手冊與照顧負荷之 t 檢定結果.....	63
表 4-3-2	患者的身心障礙程度不同與照顧負荷之 t 檢定結果	63
表 4-3-3	精神分裂症患者暴力攻擊與照顧負荷之 t 檢定結果.....	64
表 4-3-4	精神分裂症病患的患者因素與照顧者負荷之相關分析.....	64
表 4-3-5	照顧者性別與照顧負荷之 t 檢定結果.....	65
表 4-3-6	照顧者的經濟身份與照顧負荷之 t 檢定結果.....	66
表 4-3-7	照顧者是否需要照顧家中老人或生病家人之 t 檢定結果...	66
表 4-3-8	照顧者年齡與照顧負荷之單因子變異數分析	67
表 4-3-9	照顧者的工作狀況與照顧負荷之單因子變異數分析	68
表 4-3-10	照顧者關係與照顧負荷之單因子變異數分析	68
表 4-3-11	主要照顧者的照顧者因素與照顧者負荷之相關分析	69
表 4-4-1	工具性社會支持之次數分配表	73
表 4-4-2	工具性社會支持與照顧者負荷之變異數分析	74

表 4-4-3	情緒性社會支持之次數分配表	75
表 4-4-4	情緒性社會支持與照顧者負荷之變異數分析	76
表 4-4-5	資訊性社會支持之次數分配表	77
表 4-4-6	資訊性社會支持與照顧者負荷之變異數分析	78



圖目錄

圖 3-1-1 研究架構.....	33
圖 3-5-1 研究期程甘特圖.....	44





第一章 緒論

精神分裂症是慢性精神疾病，為我國法定的身心障礙類別之一。根據內政部統計，我國身心障礙人口逐年在增加中，截至 2010 年 12 月底止領有身心障礙手冊者計有 107 萬 6,293 人，較 1995 年同期增加 1.7 倍；身心障礙人口佔總人口之比例為 4.65%。而在身心障礙人口中，則以慢性精神病的患者人數成長最快，截至 2010 年 12 月底止約有 11 萬 0,809 人，且佔身心障礙人口的比率呈現持續上升的趨勢（內政部統計處，2011）。慢性精神病患者於 1995 年納入身心障礙的類別時，僅佔身心障礙者總人口數的 3.05%，到 2008 年 12 月底已達 9.79%（身心障礙者權益保障白皮書，2009）。而至 2010 年 12 月底更高達 10.30%（如表 1-1）。

表 1-1 我國身心障礙者人數

年份	身心障礙者 總人數	慢性精神病患 人數	身心障礙者總人 數佔總人口比例 (%)	慢性精神病患人數 佔身心障礙者人口 數比例 (%)
1995	393,630	12,023	1.84	3.05
2000	711,064	54,350	3.19	7.64
2005	937,944	87,039	4.12	9.28
2008	1040,585	101,846	4.52	9.79
2009	1071,073	107,663	4.63	10.05
2010	1076,293	110,809	4.65	10.30

承如上述，慢性精神病患者人數呈現持續成長的趨勢。而在慢性精神病患者的人口中又以精神分裂症病患佔絕大多數。以 2009 年的統計資料來看，慢性精神病患者人數共計有 10 萬 7,663 人（內政部統計處，2011）；其對應於同年度之全民健康保險醫療統計年報的顯示，精神分裂症病患接受醫療的急、門診與住院之患者總人數約計有 7 萬 8,243 人（行政院衛生署，2011）；其比例約佔慢性精神病患者的七成以上。而此人數之估計，則是尚未將那些在社區中仍未就醫的精神分裂症病患一併納入。由此可見，精神分裂症病患是慢性精神病患者中的多數。依據 2006 年全國身心障礙者生活需求調查報告，慢性精神病

患與家人同住者佔 83.26%（內政部統計處，2011）。顯見，多數慢性精神病患居住於社區中，並由家屬提供照顧。由此推估，精神分裂症病患的照顧，家屬扮演了極為重要的角色。

近年來歐美國家積極倡導身心障礙者社會生活參與權利，台灣於 1990 年公佈實施之精神衛生法，將精神病患的社區復健納入法規，精神病患的社區照顧列為當前以及未來關注的服務重點。目前台灣規劃長期照顧服務體系之服務方式與項目中，社區式服務亦包括了對於精神病患所提供的社區照顧。國家衛生研究院 2005 年長期照護委員會精神醫療小組舉辦有關精神障礙者照護發展研討會，綜合座談中關注到社區精神障礙者的照顧者問題，並指出其面臨的問題包含：病患社區支持不足，導致家庭孤立無援；社區機構無法提供多元性或個別化服務方案；家屬的照顧能力與負擔沉重；家庭經濟負擔問題；醫療可及性不足，難以達到以病人為中心，以社區為基礎之概念（滕西華等，2005）。其重點在陳述慢性精神病患者家庭照顧的困境，並希望建構社區照顧體系。

鑒於目前多數慢性精神病患者係由家庭照顧，但卻面臨社區支持不足之困境，本研究希望針對慢性精神病患中精神分裂症患者的家庭進行主要照顧者照顧負荷之探討，並瞭解其服務需求，期能提供目前長期照顧政策規劃慢性精神病患者社區照顧之參考。以下分為問題背景與重要性、研究動機與目的、名詞釋義等三節來做說明。

第一節 問題背景與重要性

慢性精神病患之精神分裂症患者的照顧問題，為當前精神衛生與長期照顧政策的重要課題。台灣提供長期照顧服務的決策與執行體系分別包括：社會行政、衛生行政及榮民服務等三大系統。凡有關安養及養護屬於社政機關管轄；凡涉及醫療、專業技術性照顧則由衛政機關管轄；而榮民退除役官兵輔導則獨自成為一個體系。根據相關研究指出，國內長期照顧體系規劃的目標原則，是強調社區式服務優先於機構式服務（周月清等，2005）。強化精神疾病患者之社區支持系統，提升社區復健機構之可近性，並以社區營造促使社區得以接納精神疾病患者居住其中（吳肖琪等，2008）。隨著社會經濟與福利發展，民眾期望居家自主生活的意願不斷提升，機構式照顧被視為服務最後的選擇，發展多元的社區照顧資源已成為長期照顧政策改革的優先課題。

現行衛生與福利政策規劃下之長期照顧服務所涵蓋的服務項目，以協助服務使用者之日常生活與活動服務為主。就精神障礙者而言，社區/居家式服務則有精神護理之家附設日間照護、社區復健中心（含庇護工場）、居家治療（吳肖琪，2003）。據此可知，對於家庭照顧者之照顧困境與需求應為長期照顧政策規劃的重點之一，落實慢性精神病患的社區照顧，讓慢性精神病患擁有更多的機會融入社區，減少社會排除。

有鑑於此，本節分別就罹患慢性精神病患者的人口增多，亟需長期照顧政策關注、慢性精神病患者之主要照顧者照顧負荷與照顧困境、現行相關政策與福利法規對慢性精神病患及照顧者社會支持不足等三方面說明之。

一、罹患慢性精神病患者的人口增多，亟需長期照顧政策關注

根據我國身心障礙人口的統計資料顯示，慢性精神病患者的成長比例是所有身心障礙人口中成長最快速的。根據中央健康保險局統計，截至 2008 年底，全國有 72 萬餘人領有重大傷病卡，約佔總投保人數的 3.17%，較健保開辦初期約增 2.6 倍。其中領證數最高的癌症患者佔 44.38%，其次為慢性精神病患者 24.83%（行政院衛生署，2011）。換言之，因醫療需要而領有重大傷病卡的人口中，每四位就有一位是慢性精神病患者。台灣精神疾病流行病學於 1981 年至 1986 年的研究結果也指出，精神分裂症的終身盛行率¹為 0.3%（Hwu et al., 1989），由此可見，慢性精神病患者的醫療與照顧議題是不容忽視的。

就醫療照顧成本而言，以全民健康保險醫療統計 2000 年的資料分析指出，領有重大傷病卡的嚴重精神疾病患者平均每人一年醫療成本約 7 萬台幣，其中三分之二為住院費用成本（Chien et al., 2004）。而全民健保 2009 年的年報中也顯示精神分裂症病患一年接受醫療的急診、門診與住院之就醫合計為 891,332 人次（行政院衛生署，2011）。然而，嚴重慢性精神病患者，尤其是精神分裂症和妄想症是不容易治療的，關鍵在於很少病患有病識感。有 90% 以上的急性病患，都不承認自己有病，並抗拒治療；即使經過治療，也有 60-80% 的病患缺乏病識感，不願合作接受治療，這是臨床的現實（沈楚文，2007）。

精神分裂症為慢性精神病，其病情易呈慢性化，且康復過程經常是需要一段漫長的時間；有些患者預後不佳，無法獨立生活，需要長期照顧。吳錦喻等人（2005）對於精神病患長期照護需求評估的研究發現，精神病患長期照護需求為工作與自我價值、日常生活相關協助；照顧者對精神病患長期照護需求則包括：媒體資訊的獲得與導正、照顧者被支持感、照顧病患相關協助等。目前長期照顧政策的目標是希

¹ 盛行率（prevalence）乃族群中有病者的比例。盛行率係指在某一時間點，族群中有病者的比例。計算公式為在某一時間點的有病人數除以在同一時間點的人口數（周碧瑟，1995）

望盡可能延長慢性精神病的患者留在家庭與社區生活，則政策制訂者需敏銳地察覺主要照顧者遭遇的照顧負荷，協助慢性精神病患及照顧者適時獲得適切之照顧計畫與服務，方能達成在地老化之政策目標。因此除了醫療照顧成本之考量外，對於主要照顧者長期照顧病患的時間、經濟、社會網絡等成本與照顧負擔更需長期照顧政策規劃的關注。

二、慢性精神病患者之主要照顧者照顧負荷與照顧困境

精神分裂症病患是慢性精神病患者中的多數，其在慢性精神病患者中，亦是照顧需求的最長者。精神分裂症病患多是在青少年或成年發病，其好發年齡在 15 至 29 歲，發病年齡越輕，功能預後越差。超過 50% 的精神分裂症患者終其一生都需持續接受精神醫療照護（胡海國，1996）。由於精神分裂症病患多是在青少年或成年發病，王士華等人（2007）研究青少年精神分裂症病患之主要照顧者的研究則發現，照顧者平均年齡為 47.9 歲；照顧者有 92.6% 為病患之父母；近六成主要照顧者同時擔負家庭生計與照顧病患；另有三成主要照顧者必須同時身兼照顧其他生病家人。其研究結果亦指出，當家庭主要照顧者所承擔病患治療活動之壓力與重大生活事件壓力越大，照顧負荷感越重。

國內探討主要照顧者負荷與照顧者的照顧困境之研究中，涉及有關精神病患之主要照顧者面臨老化及長年照顧議題部分，目前僅周月清等人（2007）針對 55 歲以上女性主要照顧者之照顧負荷為研究對象。研究結果發現，照顧者的平均年齡為 65.0 歲；照顧者中有 89.4% 為病患的母親，平均照顧年數為 17.7 年；且有 63.6% 的照顧者表示“沒想過”本人若失能期望由誰照顧自己。值得注意的是在長期照顧的文獻中一再呈現出這些照顧者最嚴重的負荷與擔憂，也就是未來若不能再擔負照顧責任時，病患要託付給誰（吳就君 1995；宋麗玉 1999）。

承如上述，精神分裂症病患之主要照顧者多為病患之父母，也多處於中年階段即開始承擔照顧責任且延續至老年階段，同時還擔負家庭生計與身兼照顧其他生病家人，其長期生活壓力對於身心及健康負

荷問題可想而知。當主要照顧者年齡老邁、體力漸衰，又因長年照顧慢性精神病患而無工作的情況之下，照顧者本身也面臨疾病、經濟、社會關係等多重威脅。因此，有關精神分裂症患者主要照顧者之照顧議題與需求值得關切。

三、現行相關政策與福利法規對慢性精神病患及照顧者社會支持不足

台灣目前有關慢性精神病患的相關福利與衛生政策法規，以身心障礙者權益保障法及精神衛生法為主要。就身心障礙者權益保障法而言，該法在醫療權益方面，依身心障礙者個別需求，提供所需之醫療服務、設立身心障礙者特別門診與服務窗口及出院準備計畫，包括居家治療、社區復健治療、社區醫療資源轉介服務、轉銜服務、生活重建服務、心理諮商服務等。再者，照顧者支持服務方面，對提高家庭照顧能力則包括照顧者訓練及研習等。

以精神衛生法而論，該法明示中央主管機關應會同中央社政、勞工及教育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務。並強調各級主管機關應自行或結合民間資源，規劃、推動與整合慢性病人之社會救助及福利服務相關措施。再者，病人之保護及權益保障方面，病人之人格與合法權益應被尊重及保障，不得予以歧視。對於精神醫療照護業務包括門診、急診、全日住院、日間留院、社區復健中心、康復之家、居家治療等。

綜觀上述之現行福利法規執行面向來看，以身心障礙者權益保障法所強調社區照顧及社會融合的照顧模式（如居家治療、社區復健中心、康復之家、照顧者支持等），提供障礙者及其家庭必要的照顧與支持是政策的重要走向。社區照顧必須滿足家庭的不同條件與需求，其服務的提供要能可及與多元，這些必須是建立在健全的社區環境中才能實踐。所謂「健全的社區環境」是指社區基本設施的健全、社區資

源能夠滿足居民的生活保障和特殊性服務、鄰里關係得以維持以及居民擁有對於社區事務決策參與的機會。然而，目前國內社區照顧的基礎仍不甚健全，前述四項社區照顧環境仍不夠理想，造成身心障礙者多元化生活福利服務的支持仍顯不足（廖俊松，2002）。

再者，精神衛生法中沒有明確規範何謂社區照顧以及支持服務的內含為何，對於社區精神病患的追蹤更未提及應如何執行。又再者，國內長期照顧服務體系也未臻完善，長期照顧之現行政策所考量的是以滿足老化導致之照顧需求，故主要以 65 歲以上老人為服務對象。雖然長期照顧服務亦將身心障礙致使提早老化需要照顧之對象及地區資源不足等因素納入考量，服務對象擴及 50 至 64 歲的身心障礙者及 55 至 64 歲的山地原住民，但其排除了 50 歲以下之慢性精神病患者，勢必造成絕大多數慢性精神病患與照顧者社會支持不足，更受到福利服務邊緣化的困境。

精神分裂症病患的人口持續快速的在增加中，而病患本身缺乏病識感，也不願合作接受治療，使得醫療照顧成本的支出龐大。再者，病患多是在青少年或成年發病，發病年齡越輕，預後功能越差，造成長期照顧所需投入資源也越多。又再者，照顧者多為病患之父母，且多處於中年即開始承擔照顧責任並延續至老年階段，他們同時擔負家庭生計與身兼照顧其他生病家人的責任，然而，相關政策與福利法規，包括身心障礙者權益保障法與精神衛生法，對病患與照顧者的社會支持雖略為涉及，但落實不足。照顧者必須面臨沉重的照顧負荷與照顧困境，亟需長期照顧政策規劃的關注。本研究希望針對精神分裂症病患的家屬進行主要照顧者照顧負荷之探討，瞭解其服務需求，期能提供目前長期照顧政策與社區照顧服務規劃之參考。

第二節 研究動機與目的

鑑於社區照顧為台灣建構長期照顧體系的重要系統，而在社區照顧規劃中，服務對象之社區/居家式照顧服務所需的相關醫療與福利服務又多仰賴家庭成員與正式系統的合作，引發研究者嘗試以慢性精神病患之家庭主要照顧者的照顧負荷進行研究，希望在建構社區照顧服務時能特別關注精神障礙者家庭之支持服務需求。茲就研究動機、研究目的及研究問題加以說明。

一、研究動機

建構完整社區照顧體系，提升精神病患及家庭照顧者之社區照顧服務，落實與支持精神障礙者融入社區生活、改善身心健康是未來精神醫療社會工作的重要課題。無論就學術或實務上，有關精神障礙者，尤其是需要家庭與社會長期提供照顧與支持服務的精神分裂症病患及其家庭照顧者的照顧議題與需求之掌握，均有其必要性與重要性。以下說明本研究的研究動機。

(一) 基於研究者對精神分裂症病患主要照顧者負荷問題的關注

研究者本身曾於中部醫學中心從事精神科臨床社會工作。在實務工作中，深切感受到多數精神分裂症病患主要照顧者在面臨病患即將出院返家時，對於精神分裂症病患所表現出的負面意象。因精神分裂症病患的多樣性和疾病嚴重程度等級不一，並非所有的精神分裂症病患經過醫療、復健、教育或職訓之後皆可復原到自立自主，許多患者仍需要或多或少的照顧。而精神分裂症患者接受照顧的情形，也可能因其個人的障礙狀況以及個人和家庭的負擔能力等，而分別安置在機構、在社區或在家庭中獲得照顧。曾有研究探討病患滯留醫院之原因，發現家庭因素中家屬不願意照顧者佔 35.71%、家屬照顧能力不足者有 7.14%、缺乏家屬照顧者有 14.30%（蔡元祿等，2004）。根據全國性的調查顯示，身心障礙者選擇住在機構的理由，逾八成表示是因為家人無法提供照顧（內政部，2001）。由上述資料推論精神障礙者返家生

活且由家人提供照顧的障礙不小，而家屬不願意照顧的原因值得進一步探討。

吳就君（1995）的研究指出，精神病患的症狀愈嚴重、住院次數愈多，家庭排斥病患的程度也愈高。而宋麗玉（1999）的研究發現照顧時間愈久，照顧者的整體負荷程度愈高，尤其是烙印感愈大。換言之，照顧者並未因照顧時間久而更會處理病患的問題，反而可能因認識到病患其疾病慢性化的事實而更加有負荷感，其中尤其是因病患行為而帶來的罪惡感“覺得是家庭造成病患的疾病”與羞恥感。由於社會烙印，精神障礙者便將社會大眾的態度予以內化形成自身恥辱或困窘感，如此往往隱藏了疾病症狀，進而阻礙尋求治療及復元的機會，增加精神障礙者的壓力而加劇疾病復發的可能性（Penn et al., 2000）。精神分裂症病患的疾病特徵除了會慢性化以外，病人在自我照顧能力、社交技巧能力及職業功能等方面亦常會呈現退化的現象。慢性精神病患者常在罹病多年後，因疾病關係導致上述能力的退化，而失去謀生甚或自我照顧能力，不僅個人生活堪慮，家屬的負擔也會加重。

（二）基於國外相關研究的啟發

「世界衛生組織報告書 2001」估計，在全球約六十億人口中，每四個人中就有一人在一生當中，會面臨精神病或神經功能失調問題。現今有四億五千萬人遭受這方面的疾病困擾。其中，近三分之二因錯誤認知或害怕遭受歧視等因素，而未曾尋求治療。然而，精神疾病所導致的負擔，非只限於治療的直接成本，還包括生產力下降、家庭照顧負荷和其他因素的影響，如烙印化、社會排除與基本人權被剝奪等間接成本（WHO, 2004）。

國外相關的研究指出精神分裂症病患之主要照顧者因為在激烈混亂的情況下照顧患者，往往經歷了龐大的照顧負荷，而家庭衝突與照顧負荷呈現強烈的正相關（Kung, 2003）。國外學者更進一步比較一般生理疾病與精神分裂症病患的照顧者之照顧負荷。研究結果顯示，在

客觀層次的照顧負荷測量中，兩者差異不大；但在主觀層次的照顧負荷測量中，精神分裂症患者的照顧者之照顧負荷顯著大於一般生理疾病患者。同時，精神分裂症照顧者的社會支持亦少於一般生理疾病的照顧者 (Magliano et al., 2006)。也因為家庭在照顧精神障礙者所面臨的複雜困境，自從 Grad and Sainsbury (1963) 在英國進行第一個精神病患照顧者的負荷研究開始，近四十幾年來國外仍相當重視這方面的研究，而國內相關研究仍然有限，這也是研究者想針對此議題進一步深入探討的原因。

(三) 補充國內精神分裂症病患照顧者照顧負荷文獻之不足

研究者回顧近年來國內以精神病患照顧者為主要的研究，有吳就君 (1995) 的「精神病患家庭照顧者的負荷研究：跨國文化比較」、胡海國 (1996) 的「精神分裂症患者家屬對精神分裂症之態度」、宋麗玉 (1999) 的「精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素」、胡海國等 (2000) 的「精神分裂症患者主要照顧者之負擔」、周月清等 (2007) 的「老年婦女照顧負擔與社會支持之研究—以智障者和精神障礙者老年女性照顧者為例」、王士華等 (2007) 的「青少年精神分裂症病患主要照顧者相關壓力、習得智謀與照顧負荷之研究」、葉人豪等 (2009) 的「社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討」等七篇。

綜合以上國內學者的研究，在照顧者方面，主要的議題包括照顧者的疾病知識和社會支持、主要照顧者壓力與因應行為等。精神分裂症病患其主要照顧者的年齡多處於中老年期階段，且以女性照顧者居多，絕大多數為病患之父母。再者，照顧負荷方面，研究面向包括了照顧者的負荷程度、照顧病患的態度、照顧情境等；病患的行為問題及症狀程度是照顧者負荷的最主要影響因素 (宋麗玉, 1999)；病程越長，照顧者所獲得的社會支持越少，照顧負荷明顯增加 (胡海國等, 2000)；社會烙印、情緒負擔與經濟負擔及家庭干擾與緊張均會影響照顧負荷的程度。

上述研究中，僅以周月清等（2007）的「老年婦女照顧負擔與社會支持之研究—以智障者和精神障礙者老年女性照顧者為例」一文是探討老年照顧者，但其樣本來源集中於北部，研究對象限於老年女性。有鑑於此，本研究係針對中部的精神分裂症病患之主要照顧者加以研究，除了探討老年照顧者與非老年照顧者照顧負荷之差異狀況外，亦探討主要照顧者取得社會服務支持系統之情形；並將慢性精神分裂症病患身心功能障礙程度對主要照顧者照顧負荷的影響列入研究中，期能對影響照顧者負荷程度之因素有更完整的瞭解。

二、研究目的

基於上述研究背景與研究動機，本研究以精神分裂症病患主要照顧者為研究對象，希望研究的成果能提供相關機構參考。

本研究之目的分述如下：

- (一) 研究上的貢獻：藉由探討精神分裂症病患主要照顧者照顧困境，進一步分析主要照顧者照顧負荷因素，提供政策與實務規劃之參考。
- (二) 實務上的期待：根據研究發現，對照顧者照顧服務的需求提供建議，降低照顧者之身心壓力，支持照顧者之身心需求。
- (三) 政策上的建議：現行相關政策之福利法規對慢性精神病患與主要照顧者取得社會支持服務體系仍顯不足，研究結果亦將針對照顧者的福利需求提出政策建議。

三、研究問題

根據研究目的，本研究待答問題分述如下：

- (一) 探討中部地區精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷的整體狀況與負荷因素。
- (二) 比較老年照顧者與非老年照顧者照顧負荷的差異情形。
- (三) 探究照顧者得到社會支持系統與否在照顧負荷上的差異狀況。

第三節 名詞釋義

茲將本研究所涉及之重要名詞，包括精神分裂症、主要照顧者、照顧負荷、社會支持體系等名詞，其概念定義如下：

一、精神分裂症：

精神分裂症英文為 schizophrenia，為精神科疾患的診斷類別之一，其診斷的依據為精神科臨床診斷統計手冊第四版（DSM-IV）之精神分裂症診斷準則。本研究所謂的「精神分裂症」患者係指經專科醫師診斷認定之精神分裂症病患。

二、主要照顧者：

英文為 primary caregiver，依據精神衛生法所稱「家屬」，「係指與罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，共同生活於一家之親屬或他人。」在本研究中「主要照顧者」界定為主要參與醫療決策及從事生活照顧與疾病照顧之家屬。

三、照顧負荷：

英文為 care burden，基於研究目的，將本研究之「照顧負荷」，界定為依據宋麗玉（2002）發展的實務適用性照顧負荷量表，包含主觀負荷與客觀負荷兩個向度；主觀負荷係指主觀的情緒感受與照顧態度，其區分為愧疚、照顧者緊張感、病患依賴²與社會烙印；客觀負荷係指對個人生活、社交、家庭生活、家庭關係等方面的影響。負荷量表的五個次向度：愧疚、照顧者緊張感、病患依賴、烙印、家庭干擾。

四、社會支持體系：

英文為 social support system，社會支持體系包括社會支持的行動與社會支持網絡。「社會支持」意指當事者必須能夠感到其所需之支持或感受到因某些支持性行為能夠滿足其需求、解決其問題之功用。本研究之社會支持體系則分為工具性支持、情緒性支持、資訊性支持。

² 原作者乃稱「業主依賴」

第二章 文獻探討

罹患慢性精神疾病對患病的個人及主要照顧者有長期深遠的影響，此種疾病可能降低病患的基本生活功能，影響其工作能力並改變病患及家庭成員之家庭角色與社會角色。藉由了解照顧者負荷，有助於規劃與提供照顧者必要的支持與協助，以減輕照顧者之壓力，並增進社區民眾對精神病患的接納與協助照顧，避免主要照顧者因照顧負荷過重以致於身心俱疲而提早撤出照顧的行列。

本章文獻探討部份共分為四節。第一節說明精神分裂症之疾病特性；第二節探討社區復健、社區照顧政策與服務發展現況；第三節精神分裂症病患與照顧者之社會支持；第四節精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷相關研究。茲分述如下：

第一節 精神分裂症之疾病特性

精神分裂症疾病的特徵性症狀，涵蓋認知及情緒功能障礙，其範圍包含知覺、推論性思考、語言及溝通、語言之流暢性及創造性自我行為監控、情感、思想、喜樂的能力、意志力、動機驅力及注意力等。

一、精神分裂症的定義

依據 1994 年美國精神醫學會發行的「精神疾病診斷與統計第四版 (DSM-IV)」精神分裂症的診斷要點為：

(一) 具有下列五項症狀其中兩項

- 1、妄想：是一種錯誤信念，通常牽涉知覺或經驗的錯誤解釋。精神分裂症病患最常見的是被害妄想、關係妄想。
- 2、幻覺：可發生於任何知覺形式（如聽覺、視覺、嗅覺、味覺及觸覺），尤以聽幻覺為最普遍的特徵。
- 3、解構的言語：精神分裂症患者的語言解構有許多方式。由一主題「脫軌」到另一主題；對問話的回答可能拐彎抹角勉強相關聯或完全無關聯，少數情形下語言嚴重解構而幾乎完全無法理解。由

於輕度的語言解構相當常見而不具特異性，此症狀的認定必須是語言解構情形相當嚴重而實質妨礙有效的溝通。

- 4、混亂或解構的行為：整體混亂的行為能以許多不同方式表現，範圍由童駭愚行到無法預測的激動行為。任何種類的目的取向行為都可能發生問題，使得日常生活中如料理三餐或維持個人衛生等活動產生困難。
- 5、負性症狀：負性症狀在精神分裂症病患中相當常見。這些症狀乃指一些正常人應有的情感表達、言語、意志力、社交驅力及興趣動機在病患身上有缺損的症狀。

若妄想是怪異的，或幻聽是持續的論斷性幻聽或交談性幻聽，則只需一項症狀即符合。

- (二) 症狀活躍期時間需持續一個月以上，且有症狀的時間包括前驅期、急性期及殘餘期的總時間超過六個月。
- (三) 職業社會功能缺損。
- (四) 排除器質性或物質引發之精神病與情感精神病。

二、精神分裂症的臨床表徵與病程

(一) 精神分裂症的臨床表徵分為下列幾個症狀群：

- 1、前驅症狀：病患在明顯發病之前的時期出現的症狀群，包括不注意日常生活及穿著、社會關係退縮、不適切的情感、行為怪癖、偏執的想法、人格改變、不尋常的感官經驗等；此時期也可能以焦慮、憂鬱、模糊的身體症狀呈現。
- 2、妄想、幻覺症狀：在妄想方面最常見的是被害妄想、關係妄想。幻覺方面，以聽幻覺居多。
- 3、解組症狀：表現在言語的思考流程障礙，包括言語迂迴、不切題、連結鬆散；表現在情感上則為傻笑或不適切的情感表達；表現在

行為上則為混亂或不適切的行為，如個人衛生無法自理或無法預測的激動行為等。

- 4、負性症狀：指病患缺乏一些正常人應有的情感表達、言語、意志力、社交驅力及興趣動機，包括臉部表情淡漠平板、言語貧乏、意志力缺乏（亦即病患無法主動開始或維持某些有目標的行為）社交驅力與興趣動機缺乏，使病患不想與人交往，對週遭事物不感興趣，顯得退縮。
- 5、殘餘症狀：在急性發病期過後，患者常殘存一些慢性症狀，如輕微的思考流程障礙，一些不合理的信念，某些特殊的感官經驗，不適當的表達方式，奇異穿著及行為等，且病患的負性症狀在殘餘期可能持續存在。

（二）精神分裂症的病程

精神分裂症的病程有很大的變異性，在發病前常有一段前驅期，可能從數星期到數年不等，也有一些個案是急性發作的。病患發病之前生活或環境的變化，可能是促發因素，也可能是發病的前驅症狀所造成的結果，需要仔細的評估。精神分裂症病患在第一次發病之後，常有一段緩解時期，少數病人的正性症狀是持續的，大多數病人會有復發的情形，故精神分裂症的病程常被描述為重複的復發與緩解。一般而言，每次正性症狀的復發常伴隨進一步社會職業功能的損害，因此，預防復發是精神分裂症治療的重點。以某些長期追蹤的研究結果看來，診斷後的前五年的病程可預測之後的病程型態；正性症狀會隨著時間逐漸減弱，而負性症狀則隨著病程而有逐漸明顯的趨勢。

三、精神分裂症的預後與照顧

（一）精神分裂症的預後

精神分裂症的預後必須考慮幾個方面，包括症狀的持續性及治療反應，社會職業功能缺損的程度，自殺致死的情形等。以某些長期追蹤的研究結果來看，約有 10%-20% 的病患屬於正性症狀治療反應不佳的病人，即所謂的難治型精神分裂症（refractory schizophrenia）；約

20%-30%的病人能恢復到一般正常的職業社會功能，約 20%-30%的病患是達到輕度到中度的功能損害，約 40%~60%的病患社會與職業功能達到明顯損害的程度。精神分裂症病患的自殺行為，是很重要的課題，約有一半的病患一生中曾有嘗試過至少一次的自殺，約 10%-15%的病患死於自殺，僅次於憂鬱症及酒癮患者。精神分裂症病患自殺的危險因子有下列幾項：年輕男性、高教育程度、病前功能佳、伴隨憂鬱症狀者、獨居、社會支持差、病程有所改變時以及在復發後的緩解時期。因此，需要病患家屬、照顧者以及社區民眾對精神病患的接納與協助照顧，以避免不幸社會事件的發生。

（二）精神分裂症病患的照顧

精神分裂症病患的照顧多由家屬負擔照顧病患的主要責任，部分研究顯示家人的高情緒表露，如批評、敵意與過度干涉的態度，與病患的高復發危險性有相關（Brown et al., 1972; Vaughn et al., 1984），因此對於家屬照顧病患的協助上是相當重要的。除此之外，關於精神分裂症病患自殺與攻擊的危險性，是家屬必須經常面臨到的照顧困境。自殺一向是社會大眾所關切的議題，近年來台灣地區自殺死亡率逐年攀升，根據研究顯示，國內精神分裂症病患自殺死亡率高達一般人口的八倍（郭千哲等，1998）。至於精神分裂症病患攻擊照顧者的實證研究方面，顏秀珍等人（2004）的研究結果發現，在 236 位研究對象中，自病人生病以來曾遭受身體攻擊者有 44.1%；而有 21.2%在最近一年曾遭受到身體攻擊。該研究也發現與病患為親子關係或主要照顧者為女性，其遭身體攻擊後之情緒反應得分顯著較高。因此，對於精神病患的照顧議題以及照顧者的身心健康與安全需求，是家庭、社區、國家政策應當關注的重要課題。

第二節 社區復健、社區照顧政策與服務發展現況

行政院衛生署近年來推展之精神疾病防治工作，主要以「發展積極的治療、復健，減少消極的收容、養護」為政策導向。為導正社會大眾對精神疾病之錯誤認知，衛生署並利用各種心理衛生宣導活動，喚起民眾正視精神疾病問題，並灌輸正確的心理衛生知識，以提升國人心理健康，預防精神疾病的發生。對於罹患精神疾病者，在其急性症狀經治療後，鼓勵返回社區復健與生活。由於相當多的精神分裂症病人有神經心理及社會職業功能的缺損，社區復健、社區照顧與社會支持是對慢性精神分裂症病患與主要照顧者相當重要的一環。

一、精神分裂症病患的社區復健與社區照顧理念

精神分裂症病患的社區復健，其重點在於自我照顧訓練、獨立生活訓練、社交技巧訓練、職業技能訓練等；復健的機構包括慢性復健病房、日間留院、社區復健機構（例如，庇護工場、康復商店）等。其最終的目標則在於使病人能回歸社區生活。精神分裂症病患的社區復健必須在社區當中不受歧視的環境中獲得支持，強調個人的「常人角色」而非「病患角色」，強化個人的責任感與自尊，鼓勵復健過程的主動性，這些服務通常必須透過復健服務單位與精神醫療社會服務機構共同合作達成。

精神分裂症病患的社區照顧是指利用社區的各種正式與非正式資源，協助需要長期照顧的精神病患，使其居住在自己的家中或生活在自己的社區裡，又能獲得必要的照顧。精神分裂症病患的社區照顧主要強調團體與社會網絡的資源及人際關係對改善健康的功能，以及作為人類社會生活的整體經驗。這種觀點強調個人在社區中生活的權利，以及社會環境對個人發展、適應能力及健康的影響。

二、社區復健、社區照顧政策與服務發展現況

台灣精神醫療服務的發展，自 1984 年開始由行政院衛生署研訂「加強精神疾病防治五年計畫」，於 1986 年納入三期共十五年的全國醫療

網計畫，再於 2001 年至 2004 年連續推動第四期的「新世紀健康照護計畫」，2005 年至 2008 年提出第五期的「全人健康照護計畫」，以建立精神醫療服務體系之具體藍圖(劉蓉台，2007)。在法令部分，根據 1990 年所公佈實施之「精神衛生法」，該法在精神衛生服務體系方面，明示中央主管機關應會同中央社政、勞工及教育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系；對於精神醫療照護業務包括門診、急診、全日住院、日間留院、社區精神復健、居家治療等。再者，1995 年的殘障福利法修正，特將慢性精神病患者列入該法的身心障礙類別之一。惟當時之立法雖已有慢性精神病患社區照顧之理念，但相關服務落實卻嫌不足。吳淑瓊等人(1996)的研究發現，大多數病患的照顧責任是由個人或家庭獨立負擔，造成家庭照顧者的身心與財務沉重負荷；社區服務體系欠缺，對機構式服務過度依賴，影響民眾選擇服務的權利。

內政部 2004 年修訂社會福利政策綱領，強調人民福祉優先、支持多元家庭、建構健全制度，在照顧服務上提出「落實在地服務」之概念，讓慢性精神病患人口得以在家庭中受到照顧與保護為優先原則，服務的提供則以在地化、社區化、人性化、切合服務者之個別需求為導向。由於人口老化議題是當今世界各先進國家共同面臨的社會變遷經驗，行政院特於 2007 年核定「我國長期照顧十年計畫」。計畫的基本目標為建構完整之長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主。長期照顧所涵蓋的照顧範圍則有醫療、生活及照顧等三個層面，其服務提供以生活照顧為主，醫療照顧為輔。有鑑於此，社區照顧之服務體系發展再次被彰顯有其迫切需要。惟誠如第一章所述，長期照顧十年計畫中的服務對象排除五十歲以下的身心障礙者，因此對於必須獲得長期照顧的病患與從事照顧的家屬而言，現有體制下的服務並未能滿足其需求。

綜上所述，隨著福利思潮的轉變，過去以機構照顧精神病患者，而當前則朝向社區化服務發展為照顧政策的重心。臺灣社區精神醫療之發展也礙於健保給付制度的限制，普遍重視住院醫療而遠勝於社區照顧。國內精神復健機構之收容病床仍多集中於醫療院所，顯示社區精神復健機構之發展仍有不足（吳肖琪等，2008）。再者，從社區對精神病患的態度觀之，精神健康基金會（2002）的「社區民眾與精神病患之接觸經驗對鄰里關懷態度之影響」研究報告結果顯示，鄰里居民對精神病患的態度是願意關心但有疑慮，且擔心有危險性；有 65.7% 的受訪民眾可接受精神病患者生活在鄰里，但 94.1% 的民眾並不知道該如何協助照顧。精神分裂症病患與照顧者之社會支持的探討方面，國內學者賴美嬌等人（2006）從家庭、職場、學校的觀點，探討社會對精神疾病之認知及精神病患重返社會之接受度的研究發現，民眾普遍因為患者之疾病復發的隱憂、政府宣導不周及媒體負面報導而影響到精神病患者重返家庭及校園。此外，民眾對精神疾病的了解，普遍認為精神病患是會傷害威脅到別人的，而受訪者較不願意與曾經罹患精神疾病之患者共組家庭，怕影響下一代。企業界也不太願意僱用曾經罹患精神疾病之患者為其職工。據此可知，精神分裂症病患社區融入的重重困難，病患家屬的家庭生活亦深受疾病困擾，其帶給家庭與主要照顧者的壓力與負荷有待更多關注與研究，以確實掌握家庭照顧者之需求，進而規劃提供合宜之服務措施。

第三節 精神分裂症病患與照顧者之社會支持

精神分裂症屬於慢性精神疾病，由於疾病的慢性化導致病患有長期照顧的需求性。因此，在精神醫療與精神病理社會工作的實務領域中，亦有不少以慢性精神疾病之特性和社區生活做為探討病患個人、家庭、照顧者的照顧負荷與社會支持之相關研究。

一、社會支持體系概念

社會支持體系概念之相關探討方面，國內學者經文獻整理指出，其可從醫療社會學的觀點來看，由於醫療社會學向來對疾病與患病之探究和了解有著極重要的貢獻，而學者常以社會支持體系（social support system）此一概念，應用於研究其與慢性疾病之間的關係。社會支持體系包括社會支持的行動與社會支持網絡。「社會支持」意指當事者必須能夠感到其所需之支持或感受到因某些支持性行為能夠滿足其需求、解決其問題之功用，其應屬一種主觀上感知的概念。社會支持的功能，以預防之觀點而言，社會支持是協助個人在危機或壓力事件尚未發生之前，應先促進身心健康及強化調適行為與增進解決問題之技能；就適應之觀點而論，社會支持具有緩衝或緩和、生活壓力與挫折之作用。故社會支持亦被認為可用在消除或降低這些疾病所造成之不良後果，而「社會網絡」是指與當事者相關之各成員在其網絡中是如何的組成與分佈以及當事者與其之關係又為何，多為客觀、價值中立之認定，其屬於結構上的概念。換言之，社會支持的提供與感受是必須藉由社會網絡之結構關係方能運作；然而，社會網絡之存在並不一定會有社會支持（高廸理，1991）。

二、精神分裂症病患與照顧者之社會支持的相關研究

精神分裂症病患照顧者之照顧負荷與社會支持的相關探討，根據國內的相關研究指出，精神分裂症病患的病程越長，則社會支持越差，照顧負荷增加（胡海國等，2000）。精神病患的照顧者一般社會支持愈低，整體負荷、家庭干擾與緊張以及烙印感愈高；一般社會支持可減緩病患行為問題對照顧者烙印感的影響（宋麗玉，1999）。再者，周月

清等人（2007）亦針對精神障礙者之家庭女性照顧者的社會支持程度顯著的預測變項做探討，其研究結果顯示，當精神障礙者的家庭中無替代照顧人力之照顧者其社會支持程度傾向越低；精神障礙者的家中失能人口數越多者，其社會支持傾向越低。又再者，吳就君（1995）的精神病患家庭照護者的負荷研究：跨國文化之比較。其將研究對象區分為台北的華人照護者、住在洛杉磯的華人照護者、住在洛杉磯的美國白人照護者等三組進行探討社會支持網絡的比較，研究結果指出，住在台北的華人照護者，其社會支持以兄弟姐妹和親戚、鄰居為對象的多於其他兩組；住在洛杉磯的美國白人照護者，其社會支持則是以朋友同事與義工人員及靠自己為支持對象的多於其他兩組；住在洛杉磯的華人照護者，其社會支持在各種對象上都比其他兩組少，但是提到宗教人物時比另兩組顯著的多；且研究結果亦顯現出家庭照顧者之社會支持網絡的來源皆強調是以非正式組織成員為重要的支持者。而國外的相關研究亦曾進一步比較精神分裂症照顧者與一般生理疾病的照顧者，其研究結果顯示，精神分裂症照顧者的社會支持相對少於一般生理疾病的照顧者（Magliano et al., 2006）；而專業的介入與社會網絡支持可減輕照顧者的照顧負荷（Magliano et al., 2002）。

綜合上述，社會支持體系的相關研究中同時包含了社會支持與社會網絡兩者密不可分的概念，亦即，社會支持是具有多向度的概念。社會支持體系可分為工具性支持、情緒支持、訊息支持、自尊支持等；再者，社會支持體系又可分為實際的支持和感知的支持，實際的支持是指客觀的事實；感知的支持則是個人主觀的評量。又再者，社會支持體系亦探討支持的來源，其可區分為正式支持與非正式支持，正式支持是指專業人員的協助；非正式支持則是來自個人自然網絡中人的支援，如家人、親戚、朋友、鄰居、同事等；以試圖了解個人關係網絡中的人，所能提供的支持類型與程度（宋麗玉等，2008）。本研究亦將以社會支持體系之社會支持類型與程度以及社會支持的來源，探討精神分裂症病患照顧者之照顧負荷的影響。故精神分裂症病患與家庭照顧者社會支持的議題，亦將是本研究關注的重要面向之一。

第四節 精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷相關研究

精神分裂症是一種慢性的精神疾病，在漫長的病程中，需要有良好的情緒、家庭及社會的支持。本研究旨在探討精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷。基於本研究的對象為精神分裂症病患之主要照顧者，本節將就國內外學者探討精神分裂症病患之主要照顧者相關的照顧議題之研究發現進行探討。以下就照顧負荷的概念、照顧負荷的測量方式以及精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷的國內外相關研究分別探討如下：

一、照顧負荷的概念

所謂「照顧負荷」是照顧者一種主觀經驗及認知感受，會隨病人病情及照顧之期望而變化，並造成其生理、心理、社會與經濟等層面之影響（馬先芝，2003）。國外學者 Zarit 等人（1986）定義「負荷」為照顧者認知其情緒、生理健康、社會生活及經濟狀況等，如何因為照顧病患而感到受困擾的情況。也有學者進一步將照顧負荷區分為主觀負荷與客觀負荷。主觀負荷係指照顧者因照顧病患，主觀上產生的一種負荷感受及情緒反應；而客觀負荷則指因照顧病患在日常生活所遭受之干擾及影響（Hunt, 2003）。另有學者將照顧負荷區分為生理性負荷，指照顧者身體之倦怠感；時間性負荷，指照顧者的時間安排受照顧工作所限制；發展性負荷，指因照顧工作影響照顧者無法順利完成其生涯發展任務；社會性負荷，指照顧者感受到角色的衝突及與同儕的團體活動受限；情緒性負荷，指照顧者所感受之負向情緒（Novak et al., 1989）。

二、照顧負荷的測量方式

國內外學者對照顧負荷所發展的測量方式，最早是由米爾斯（Mills, 1962）所設計。有從病患家屬不同角色的扮演來將照顧責任做分割，藉以測量不同照顧角色所承受的照顧負荷。之後有學者則進一步把照顧負荷程度用一個三分量表來衡量（Grad & Sainsbury, 1963），不像以前的研究者只做描述。也有學者更進一步把照顧負荷分成客觀照顧負

荷（健康的影響、財產的損失）及主觀照顧負荷（家屬感覺負擔的程度）（Hoenig & Hamilton, 1966, 1969）。往後的學者則應用這些分類來研究精神分裂症患者的家屬所經歷的照顧負荷（Creer & Wing, 1974）。整體而言，家庭照顧的研究方法已經逐漸有共識認為，家屬照顧的測量必須兼顧照顧者的主、客觀角色能力與經驗（Creer, Sturt & Wykes, 1982；Fadden, 1984）。

近年來國內學者對照顧負荷所普遍採用的測量方式，研究者回顧文獻探討整理歸納出以下兩種：

（一）國內學者宋麗玉（2002）研究發展的主要照顧者負荷量表，整體量表之內在一致性為 0.88。整個量表依客觀負荷與主觀負荷兩大向度設計內含五個次向度，包括「家庭干擾」，即為客觀負荷；主觀負荷則又分為四個次向度：「烙印」、「愧疚」、「照顧者緊張感」、「病患依賴」等。各次向度的界定如下：

- 1、客觀負荷為「家庭干擾」：意指照顧者因照顧病患付出相當大的體力、金錢與時間而對生活之干擾。干擾的面向又分工作、家庭關係、日常生活作息、休閒、社交、經濟。
- 2、主觀負荷則分為「烙印」、「愧疚」、「照顧者緊張感」、「案主依賴」等四個次向度。
 - （1）「烙印」：意指照顧者或其他家人因社會對精神病患的刻板印象或錯誤認知而產生之負面感受。
 - （2）「愧疚」：意指因照顧病患所產生的負面心理感受或立即的情緒反應，但非長期的情緒狀態（例如，憂鬱）。
 - （3）「照顧者緊張感」：意指在照顧病患的過程中，引發照顧者的精神壓力。
 - （4）「病患依賴」：意指照顧者感到病患對他/她的過度要求或期待，或照顧者感到病患只尋求他/她的協助。

（二）國內學者周桂如等人（2002）翻譯自 Novak and Guest（1989）所發展的 Caregiver Burden Inventory（CBI）中文量表，整體量

表之內在一致性為 0.91。量表分為五大部分，包括「時間性負荷」、「發展性負荷」、「生理性負荷」、「社會性負荷」、「情緒性負荷」等。分別界定如下：

- 1、「時間性負荷」：意指因照顧工作而限制了自己的時間。
- 2、「發展性負荷」：指因照顧工作而無法發展同儕的團體活動。
- 3、「生理性負荷」：意指照顧者感受身體的慢性倦怠。
- 4、「社會性負荷」：意指照顧者感受自己社會角色的衝突。
- 5、「情緒性負荷」：意指照顧者的負向情緒感受。

整體而言，上述兩種測量方式，其共同點皆著重於照顧者本身負荷或是整體家庭的負荷為方向；兩者的相異點則是前者較後者的測量方式明顯著重在主觀負荷的層面上。由於在實際測量上往往只能針對主要照顧者或是特定照顧者施測，而研究也將著重於照顧者本身因照顧責任所受的影響，即使涉及家庭層面，如家庭生活或家庭關係也是由照顧者的角度詮釋其影響內涵（宋麗玉，2002）。故根據文獻資料、相關研究及參考國內外相關量表，決定選擇採用宋麗玉（2002）研究發展的主要照顧者負荷量表。再者，此量表之研究樣本由北中南五家精神醫療院所獲得，透過完整的信度與效度檢驗之後，所發展出來的照顧者樣本常模，其所測量的照顧負荷向度乃是精神醫療領域的重要面向，亦是社會工作者普遍應用在臨床上的測量方式之一。

三、照顧負荷的相關研究

（一）國外相關的研究

1、國外學者 Magliano 等人的研究

國外學者 Magliano 等人（2002）曾進行「義大利專業醫療與社會網絡支持對精神分裂症患者家庭負荷的影響」之研究。該研究針對 709 名精神分裂症患者和他們的主要親屬進行調查，研究指出照顧者的負荷與病患的障礙程度、症狀嚴重程度以及敵視態度的程度有關，而專業的介入與社會網絡支持可減輕照顧者的照顧負荷。

國外學者 Magliano 等人（2006）又進行「精神分裂症與一般生理疾病的家庭負荷和社會網絡的比較：源自義大利的研究初步結果」。該研究主要比較 709 名精神分裂症患者的照顧者與 646 名一般生理疾病患者的照顧者之照顧負荷。研究結果顯示，兩者的照顧者皆表示會因照顧工作而使社會活動受到限制，有負面的生活感受以及對生命的失落感。在客觀層次的照顧負荷測量中，兩者差異不大；但在主觀層次的照顧負荷測量中，精神分裂症患者的照顧負荷顯著大於一般生理疾病患者。同時，精神分裂症照顧者的社會支持亦少於一般生理疾病的照顧者。

2、國外學者 Kung 的研究

國外學者 Kung（2003）曾進行「美籍華裔照顧者照顧精神分裂症患者負荷之研究：疾病，烙印，文化或移民因素之影響？」的研究。該研究針對 30 名美國華裔精神分裂症患者的照顧者進行調查，研究指出精神分裂症病患之主要照顧者因為在激烈混亂的情況下照顧患者，往往經歷了龐大的照顧負荷，家庭衝突與照顧負荷呈現強烈的正相關。

3、學者 Hou 等人的研究

學者 Hou 等人（2008）曾進行「精神分裂症病患之主要照顧者負荷的探討」，該研究針對 126 名的急性住院與社區復健的精神分裂症病患之主要照顧者進行調查，研究工具採用宋麗玉（2002）研究發展的主要照顧者負荷量表。研究發現，主要照顧者整體的照顧負荷程度為中度負荷；在照顧負荷的五個次向度中以照顧者緊張感為最高；其次是案主依賴，再其次是愧疚感與家庭干擾，而以烙印感為最低。

4、國外學者 Hanzawa 等人的研究

國外學者 Hanzawa 等人（2010）曾進行「精神分裂症患者之照顧者的負荷與因應策略：日本和韓國之間的比較」。該研究針對 99 名日本和 92 名韓國的家庭成員進行調查。研究發現，精神分裂症患者的家庭照顧者負荷及照顧者因應策略與照顧者角色的覺察有關。其分析發

現：(1) 雖然兩個國家的照顧者在照顧負荷及因應策略上未達顯著差異，然而照顧者角色的覺察在日本是明顯高於韓國的；(2) 兩個國家的受測者皆呈現照顧者的負荷與病人的社會功能和照顧需要顯著相關；(3) 兩個國家的受測者皆呈現照顧者的負荷與社會關注的減少、高壓脅迫、逃避面對以及被社會遺棄和照顧者角色的覺察顯著相關。

5、國外學者 Zahid 等人的研究

國外學者 Zahid 等人 (2010) 曾進行「以阿拉伯的精神分裂症病患之主要照顧者負荷與照顧品質及精神病理相關的探討」。該研究針對 121 名主要照顧者進行調查，其中 66.1% 為男性，男性的平均年齡 39.8 歲。研究發現，照顧者所受的教育水平較低，承受照顧負荷較高；病患的干擾行為是造成照顧負荷的最大因素。

基於上述國外研究結果顯示，即使家屬想盡量接受患者住在家裡，但是患者的確帶給家屬沉重的負擔，並且感到相當痛苦。早期英國的研究亦發現：(1) 大約五分之一的家屬因為患者病況嚴重而飽受煎熬，尤其當患者無能力照顧自己，有攻擊行為、妄想、幻聽或混亂等症狀時。(2) 大約三分之一的家屬感到社交活動、休閒時間被限制住了。(3) 大約四分之一的家屬因為家庭收入至少減少十分之一以上而感到痛苦。經過兩年的追蹤，將近三分之一的家庭仍然認為因為患者的病，家屬必須去面對家事、社交生活、休閒生活、收入、對孩子會有不良影響等困境 (Grad et al., 1968)。

美國對精神病患家屬所做的研究，結果和在英國所做的結果相類似。Doll (1976) 對 125 名從州立醫院出院患者的家屬施測，用以評估家屬對於患者留在家裡的態度。研究發現家屬對患者的偏差行為具相當高的容忍度，但是家屬的負擔卻又明顯的和症狀的嚴重度成正比。相關研究發現整理如下：(1) 如果患者有嚴重的症狀，三分之二的家屬會對此感到羞恥；若患者症狀不太干擾，只有 35% 的家屬感到羞恥。(2) 症狀嚴重的患者，有 72% 的家屬認為患者會帶來財務負擔、干擾

家庭日常生活。(3) 雖然 83%的家屬說他們希望患者回家，事實上，如果患者症狀嚴重，只有 42%家屬真的希望患者回家；如果患者症狀嚴重，有 70%以上的家屬希望患者不要出現在他們的社交生活裡。

(二) 國內相關的研究

1、吳就君的精神病患家庭照護者的負荷研究：跨國文化比較

吳就君 (1995) 針對 122 名精神病患家庭照護者進行調查，照護者的平均年齡約 59 歲，照護者男女性別之比約 4:6。其將照護者區分為三組進行家庭照護者的負荷之比較，在此三組中都是有 74% 以上被診斷為精神分裂症病患的照護者。第一組是住在台北的華人照護者、第二組是住在洛杉磯的華人照護者、第三組是住在洛杉磯的美國白人照護者。研究結果發現，三組在羞恥感這一項，以第一組、住在台北的華人照護者為最高；然而，此三組在排斥病患程度及社會支持滿意度等兩項是沒有差異的。該研究發現顯然很重要，因為此三組雖然有很大的文化差異，但在照顧罹患精神疾病的家人時，呈現出同樣程度的負荷。再者，照護者與病患的關係，以第一組和第三組都是母親照顧為多數，分別約有 64% 和 83%。第二組的照顧角色較分散其以母親照顧者約有 49%、父親約有 34%、兄弟或配偶約有 17%。精神病患家庭照護者社會支持網絡之三組的比較結果為，第一組的社會支持以兄弟姊妹和親戚、鄰居為對象的多於其他兩組；第三組則是以朋友同事與義工人員及靠自己為支持對象的多於其他兩組；第二組的社會支持在各種對象上都比其他兩組少，但是提到宗教人物時比另兩組顯著的多。社會支持的滿意度與家庭照護者總負荷量顯示最一致性的關係，社會支持的滿意度愈高，其三組的總負荷量顯著地降低。

2、宋麗玉的精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素的研究

宋麗玉 (1999) 研究精神醫療機構門診與社區復健服務機構的 244 位病患家屬，以結構式問卷透過面對面的訪談並採用 Biegel 等人的 Overall Caregiver Burden Scale 為測量工具；問題內容測量照顧者對其

自身的心理狀態、社會生活、與對病患的感覺等共 29 題問項。研究結果發現，病患的疾病類型以精神分裂症患者的照顧者為最多數，約有 72.9%，其次為躁鬱症患者的照顧者約 21.7%、其他精神疾病患者的照顧者約 3.9%、憂鬱症患者的照顧者約 1.4%。照顧者年齡在 65 歲以上約有 26.5%，照顧者與病患之關係以父親者約有 27.2%、配偶約有 25.5%、母親約有 25.1%，照顧者照顧病患的平均年數為十年。精神分裂症病患照顧者之整體負荷、家庭干擾與緊張以及烙印感顯著高於其他照顧者；照顧者為父母者其整體負荷以及家庭干擾與緊張程度較其他照顧者（配偶除外）為高；照顧年數愈久，整體負荷以及烙印感愈大；照顧者一般社會支持愈低，整體負荷、家庭干擾與緊張以及烙印感愈高；一般社會支持可減緩病患行為問題對照顧者烙印感的影響。

宋麗玉（2002）的精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證—以實務應用為取向。研究目的在發展具有實用性的照顧者負荷量表，概念內涵包括客觀負荷與主觀負荷。其研究對象著重居住於社區的精神病患，依精神病患設定選取標準，再含括其照顧者。研究樣本來源包括門診與社區復健服務機構（日間留院、居家治療、庇護工廠與康復之家）的病患與其照顧者，研究對象不包括精神官能症患者、藥物濫用者與老年癡呆症患者，以避免因樣本差異太大而污染研究結果。研究樣本由北中南五家精神醫療院所獲得，透過完整的信度與效度檢驗之後，發展出主要照顧者負荷量表。

3、胡海國等人的精神分裂症患者主要照顧者之負擔研究

胡海國等人（2000）以 177 位精神分裂症的主要照顧者為研究對象，發現照顧者最常感到的負荷的前五項是「疾病治不好」、「經濟損失」、「生活常規受干擾」、「暴力行為之干擾」、「干擾家庭關係」且多次住院、病程較長（超過 2 年）、照顧患者支持度差者與負荷的擔心感受成正相關。病程較長（超過 2 年）、對照顧患者與自我感受之支持度差者與負荷的認定之後果為正相關。而精神分裂症病患的病程越長，則社會支持越差，照顧負荷增加。

4、周月清等人的老年婦女照顧負擔與社會支持之研究—以智障者和精神障礙者老年女性照顧者為例

周月清等人（2007）調查 66 位精神障礙者之 55 歲以上女性家庭主要照顧者之照顧負擔，研究工具採用宋麗玉（2002）研究發展的主要照顧者負擔量表。研究結果發現，女性主要照顧者每天平均照顧 15.6 小時，平均照顧 17.7 年；約 53.0% 有替代照顧人力；約 72.7% 有其他疾病；約 42.4% 曾遭受過精障者的肢體暴力，約 62.1% 曾與精障者發生語言衝突；約 24.2% 有參加家長團體；照顧者本人若失能期望由誰照顧自己，約 63.6% 沒想過。而照顧者的照顧負擔程度顯著的預測變項包括照顧者受暴力頻率越高其主觀與客觀照顧負擔程度傾向越高、當照顧者年齡越大其主觀照顧負擔程度越重、家中失能人口數越多其主觀與客觀照顧負擔程度越重；照顧者的社會支持程度顯著的預測變項包括當精神障礙者的家庭中無替代照顧人力之照顧者其社會支持程度傾向越低、精神障礙者的家中失能人口數越多者，其社會支持傾向越低。

5、王士華等人的青少年精神分裂症病患主要照顧者相關壓力、習得智謀與照顧負擔之研究

王士華等人（2007）以精神專科醫院門診 81 名精神分裂症病患主要照顧者為研究對象，研究工具採用周桂如等人（2002）翻譯自 Novak and Guest（1989）所發展的 Caregiver Burden Inventory（CBI）中文量表。研究結果顯示，生理性負擔、時間性負擔、發展性負擔等項顯著高於社會性負擔及情緒性負擔。顯見，主要照顧者在照顧青少年精神分裂症病患時，以其擔負照顧活動時產生之身體倦怠、時間耗費及對其個人發展之負擔感受較高。

6、戎瑾如等人的青少年精神病患主要照顧者尋求健康協助行為對心理健康狀況之影響

戎瑾如等人（2008）以精神專科醫院門診調查 93 名主要照顧者，該研究對象平均年齡 47.7 歲，有 93.5% 為病患之父母；六成以上之主要照顧者需擔負家庭生計與照顧病患；另有近三成主要照顧者必須同

時身兼照顧其他生病家人。該研究指出，主要照顧者多以不處理或壓抑情緒的方式因應生活中的壓力及健康問題。

7、葉人豪等人的社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討

葉人豪等人（2009）以精神專科醫院居家照護小組已收案之 104 名精神分裂症病患主要照顧者為研究對象，研究工具採用宋麗玉（2002）研究發展的主要照顧者負荷量表。研究結果顯示，精神分裂症患者主要照顧者平均年齡為 58.4 歲；教育程度以小學最多約 49.0%；無工作者約 67.3%；照顧者主觀認為身體狀況比照顧之前較差者約 54.8%。照顧者負荷之五個次向度中以照顧者緊張感最高；次為案主依賴；家庭干擾、烙印，以愧疚感為最低。

如上所述，就相關研究的探討得知，精神分裂症病患照顧者之整體負荷、家庭干擾與緊張以及烙印感顯著高於其他照顧者；照顧者為父母者其整體負荷以及家庭干擾與緊張程度較其他照顧者為高；照顧年數愈久整體負荷以及烙印感愈大；照顧者受暴力頻率越高，其主觀與客觀照顧負荷程度傾向越高；當照顧者年齡越大其主觀照顧負荷程度越重。精神分裂症病患的病程越長，則社會支持越差，照顧負荷增加；照顧者的社會支持愈低，整體負荷、家庭干擾與緊張以及烙印感愈高。

整體而言，照顧者的負荷與精神障礙者的障礙程度、症狀嚴重程度以及敵視態度的程度有關，而病患的干擾行為是照顧負荷的最大因素。故本研究除了將患者因素之人口變項、疾病變項納入探討外，亦將患者的身心障礙等級變項一併納入研究架構中作探討。再者，精神分裂症病患之主要照顧者多為病患之父母，也多處於中年階段即開始承擔照顧責任且延續至老年階段，同時還擔負家庭生計與身兼照顧其他生病家人，研究者發現有關照顧者以年齡區分的老年照顧者與非老年照顧者對照顧負荷有顯著差異。又再者，透過專業的介入與社會網絡支持可減輕照顧者的照顧負荷；然而，精神分裂症照顧者的社會支

持亦少於一般生理疾病的照顧者，故一般社會支持可減緩病患行為問題對照顧者烙印感的影響，因此，與照顧者因素之人口變項、照顧關係變項亦是本研究關注的重點。綜合以上相關研究結果的歸納，將據以作為本研究設計的參考。





第三章 研究方法

第一節 研究之概念架構

一、研究架構

依據本研究目的，並經由文獻探討，提出本研究的架構（如圖 3-1），在橫斷性資料蒐集的研究設計下，探討精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷。

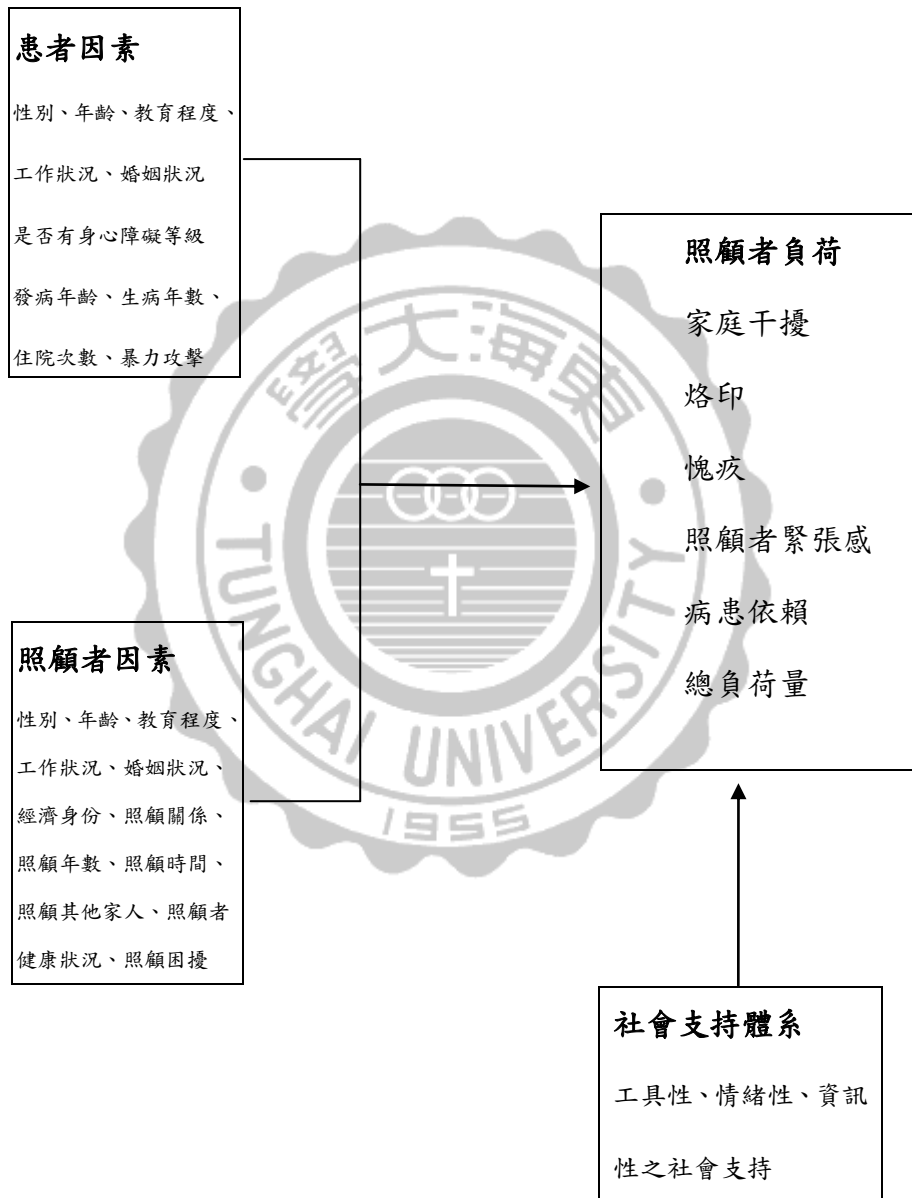


圖 3-1-1 研究架構

二、研究假設

- (一) 探求精神分裂症病患的患者因素對照顧負荷程度造成之影響。
- (二) 探求主要照顧者的照顧者因素對照顧負荷程度造成之影響。
- (三) 探求老年照顧者與非老年照顧者在照顧負荷程度上的差異情形。
- (四) 瞭解照顧者得到社會支持系統與其照顧負荷之狀況。

準此，本研究之基本假設主要有下列數項：

- (一) 受訪者的照顧負荷程度因病患的患者因素不同而有顯著差異。
 - 1、病患的身心障礙程度不同對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。
 - 2、病患的發病年齡層不同對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著相關。
 - 3、病患的生病年數不同對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著相關。
 - 4、病患的住院次數不同對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。
- (二) 受訪者的照顧負荷程度因照顧者因素不同而有顯著差異。
 - 1、男、女性的照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。
 - 2、照顧者為父、母、配偶等的關係不同在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。
 - 3、照顧者照顧年數不同在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著相關。
 - 4、照顧者每日平均照顧時間不同在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著相關。
- (三) 老年照顧者與非老年照顧者其整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。
 - 1、不同年齡層的照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。
- (四) 照顧者得到社會支持與否對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

第二節 研究方法之設計

本研究旨在探究精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷，根據本研究目的，醫療機構是精神分裂症病患的照顧服務系統中最為重要的一環，因此乃決定從醫院中獲取樣本，以問卷訪問調查方式進行資料蒐集，採用調查研究，探究照顧負荷對主要照顧者的影響，以下分別就研究工具、研究對象、研究變項等，茲做說明。

一、研究工具

本研究以宋麗玉（2002）研究發展的照顧負荷量表，來評量精神病患照顧者的負荷程度，以瞭解照顧者所面臨照顧負荷的面向，藉以探討測量結果所呈現的意義，並進一步就實務上提供建議。本研究工具之「主要照顧者負荷量表」已向原作者取得同意量表使用的授權書（如附錄五）。以下分別說明量表的內容與量表之信、效度。

（一）照顧者負荷量表的內容

整個量表依客觀負荷與主觀負荷兩大向度設計內含五個次向度，包括「家庭干擾」，即為客觀負荷；主觀負荷則又分為四個次向度：「烙印」、「愧疚」、「照顧者緊張感」、「病患依賴」等。對於照顧者負荷之各次向度的界定如下：

- 1、家庭干擾：意指照顧者因照顧病患付出相當大的體力、金錢與時間而對生活之干擾。干擾的面向又分工作、家庭關係、日常生活作息、休閒、社交、經濟。

如題（2）、題（3）、題（6）、題（8）、題（9）、題（11）、題（17）

題（2）我的日常作息因照顧他（她）而受干擾。

題（3）在照顧他（她）與家庭或事業之間無法兼顧。

題（6）我的休閒活動（例如：逛街、運動、參加旅遊...等）因照顧他（她）而受到干擾。

題（8）我因為照顧他（她）而收入減少。

題（9）家人會為了照顧他（她）而起爭執。

題（11）我的社交生活（例如：參加婚喪喜慶、吃拜拜...等）因照顧

他（她）而受到影響。

題（17）我因為照顧他（她）婚姻受到影響。

2、烙印：意指照顧者或其他家人因社會對精神病患的刻板印象或錯誤認知而產生之負面感受。

如題（14）、題（15）

題（14）家裡有精神病人讓家人覺得羞恥。

題（15）家裡有精神病人讓我覺得羞恥。

3、愧疚：意指因照顧病患所產生的負面心理感受或立即的情緒反應，但非長期的情緒狀態（例如，憂鬱）。

如題（1）、題（4）

題（1）我覺得自己為他（她）做的事情不夠多。

題（4）我覺得自己給他（她）的照顧還不夠好。

4、照顧者緊張感：意指在照顧病患的過程中引發照顧者的精神壓力。

如題（5）、題（7）、題（18）

題（5）他（她）的行為和病況讓我感到緊張害怕。

題（7）我擔心他（她）不知何時會發病。

題（18）我擔心他（她）獨自一人時的安全。

5、病患依賴：意指照顧者感到病患對他（她）的過度要求或期待，或照顧者感到病患只尋求他（她）的協助。

如題（10）、題（12）

題（10）我覺得他（她）很依賴我。

題（12）有些事他（她）可以自己做，卻要我幫他（她）做。

除此之外，照顧者負荷量表的內容另含有兩題正向題（題13、16）以了解照顧經驗對照顧者的正向影響，並且緩和施測過程中照顧者的負向感受（如附錄三）。

(二) 照顧者負荷量表的信、效度

主要照顧者負荷量表區分有「主要照顧者負荷量表簡短版」與「主要照顧者負荷量表完整版」兩種，簡短版與完整版之間的相關達 0.98，顯示兩者幾乎等同，以簡短版代替完整版所喪失的訊息相當微小。簡短版具有概念效度與施測的穩定性與一致性，同時又只有 18 題，符合實務上的需求。本研究將採用「主要照顧者負荷量表簡短版」，整體量表之內在一致性為 0.88；就題數而言，各次向度的內在一致性為：家庭干擾 (0.85)、烙印 (0.90)、愧疚 (0.83)、照顧者緊張感 (0.65)、病患依賴 (0.69)。量表的效度方面，這份量表乃參考國內各種量表之概念和題項發展而成，發展過程並經過十位專家審查，因此具有內容效度。因素分析顯示各題項與其所屬向度之間的相關係數在 0.45，因此具有內部建構效度 (宋麗玉，2002)。

二、研究對象

研究對象以台中榮民總醫院精神科門診與日間病房的精神分裂症患者之主要照顧者為訪問對象。以台中市區醫學中心的精神科病床數而言，台中榮民總醫院的病患人數為最多，故選擇其為研究之機構；而研究對象的來源則採「立意取樣」方式，是透過精神科醫師轉介，共訪問 160 位照顧者，其中門診受訪者有 157 位，日間病房則有 3 位受訪者。

研究對象設定篩選的條件：

- (一) 必須經專科醫師診斷認定符合精神分裂症之病患的家屬。
- (二) 過去一年之內與病患同住至少六個月以上。
- (三) 必須年滿十八歲且負擔照顧病患之事實行為者。

三、研究變項

本研究蒐集的變項包含患者人口變項、疾病變項、照顧者人口變項、照顧關係變項以及家庭的照顧支持等。每位研究對象皆以面對面訪談方式，同時參考臨床病歷紀錄收集以下五類資料：

- (一) 患者人口變項：性別、年齡、教育程度、工作狀況、婚姻狀況。
- (二) 疾病變項：發病年齡、生病年數、住院次數、是否領有身心障礙手冊及身心障礙等級。
- (三) 照顧者人口變項：性別、年齡、教育程度、工作狀況、婚姻狀況、經濟身份。
- (四) 照顧關係變項：與患者關係、照顧年數、每日平均照顧時間、照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧其他生病家人或老人、照顧者健康狀況是否感覺比照顧前差、病患令照顧者感到照顧困擾為何、照顧者是否遭受暴力攻擊以及病患的暴力行為等。
- (五) 目前家庭中有關照顧病患的社會支持，其包括工具性社會支持、情緒性社會支持、資訊性社會支持。

本研究所包含的所有變項名稱、屬性或分類彙整於表 3-2-1、表 3-2-2、表 3-2-3

表 3-2-1 患者有關的自變項

變項名稱	變項屬性	變項類別或數值
性別	類別	男，女
年齡	連續	
教育程度	類別	不識字、國小、國中、高中、大專以上
工作狀況	類別	全職、半兼職、無工作、家管、退休
婚姻狀況	類別	未婚、已婚、離婚、其他
發病年齡	連續	
生病年數	連續	
住院次數	連續	
是否領有手冊	類別	是、否
身心障礙等級	類別	輕度、中度、重度、極重度
暴力攻擊照顧者 病患的暴力行為	類別	從未、很少、有時、經常、幾乎都是 言語、肢體、言語與肢體、其他

表 3-2-2 主要照顧者有關的自變項

變項名稱	變項屬性	變項類別或數值
性別	類別	男，女
年齡	連續	
教育程度	類別	不識字、國小、國中、高中、大專以上
工作狀況	類別	全職、半兼職、無工作、家管、退休
婚姻狀況	類別	未婚、已婚、離婚、其他
經濟身份	類別	中低收入戶、低收入戶、榮民、一般
與患者關係	類別	父、母、配偶、子女、手足、其他
照顧年數	連續	
每日平均照顧時間	連續	
是否照顧其他家人	類別	是、否
健康比照顧前差	類別	從未、很少、有時、經常、幾乎都是
照顧者的照顧困擾	類別	混亂、自傷、服藥、就業、人際、生活、其他

表 3-2-3 家庭中有關照顧病患的社會支持

變項名稱	變項屬性	變項類別或數值
工具性支持		
有人協助照顧	類別	是、否
有人提供經濟	類別	是、否
有人提供家務	類別	是、否
情緒性支持		
隨時打電話求助	類別	是、否
有人可以傾訴	類別	是、否
資訊性支持		
提供照顧資訊	類別	是、否
解決照顧問題建議	類別	是、否
提供支持者	類別	家人、親友、衛政、社政、民間、其他
支持程度	類別	非常不足、不足、普通、足夠、非常足夠

第三節 研究資料蒐集方法

一、資料蒐集方法

- (一) 文獻參考：蒐集國內外精神分裂症病患疾病特性以及精神分裂症病患主要照顧者負荷之相關研究、參考國內外相關照顧負荷量表及量表的信、效度以及社區復健、社區照顧政策服務發展與社會支持之期刊論文。
- (二) 問卷調查：本研究透過門診與日間病房問卷訪問或由訪員至病患家中以問卷進行資料蒐集。藉由精神科醫師轉介，研究者再以面對面詢問陪同精神分裂症病患前來台中榮民總醫院精神部門診就醫的主要照顧者，徵求符合本研究受訪指標者。徵詢過程，並由研究者告知本研究之研究目的，受訪意願，經同意受訪後以精神科門診與日間病房的會談室為訪談場所進行訪問。對於未有家屬陪同之病患則先經過病患同意後再取得電話，以聯絡其家中主要照顧者並徵詢受訪意願與受訪時間，再由訪員到病患家中進行問卷調查訪問(已接受過訪員訓練的訪員2名)。

二、資料蒐集準備

- (一) 測量工具：取得問卷授權書(如附錄五)，參酌專家學者建議將問卷題項修改為較口語化的問法(如附錄三)，題項修改如下：
- 1、將各題的題項中有「我」的字修改為「您」與增加「會不會」的詞句。
 - 2、將題 8 的題項中之收入改為「家庭總收入」。
 - 3、將題 10 的題項中的「自己」修改為「你」以及增加「會不會」的詞句，故修改為，「您會不會」覺得他(她)很依賴「你」。
 - 4、將題 13 的題項中「是有用的」修改為「是個有用的人」。
 - 5、將題 17 的題項中有「我」的字修改為「您」與增加「會不會」的詞句，修改為，「您會不會」因為照顧他(她)婚姻受到影響。

- (二) 申請研究：依據台中榮民總醫院倫理審查委員會之規定，送交研究計畫書與問卷研究受訪者說明及同意書等相關資料，申請研究計畫審查。
- (三) 研究者訓練：台中榮民總醫院倫理審查委員會之研究審查建議研究者接受臨床試驗教育訓練課程，已取得臨床試驗教育訓練課程證明書（如附錄五）。
- (四) 訪員訓練：向訪員介紹本研究，使訪員知道研究的目的與研究設計以助於訪談的進行；再者，說明調查訪談的指引原則與程序；又再者，訪員團體要一起閱讀問卷，一個問項接著一個問項閱讀，解釋其目的並且回覆訪員的問題或意見；同時也準備訪談注意事項，以助於處理問卷中困難回答或模糊不清的特定問項；最後請訪員彼此進行訪談演練。
- (五) 通過研究審查：通過倫理審查委員會之研究審查，取得人體試驗研究計畫許可書，有效期間為西元 2011 年 5 月 27 日至西元 2012 年 5 月 26 日（如附錄五）。

三、資料蒐集過程

- (一) 研究進行前：通過研究審查後，研究者開始接洽精神部醫療人員，瞭解醫療環境之整體運作程序，並向醫療單位說明研究的進行過程以助於醫護人員的瞭解與提供研究者必要的協助。
- (二) 研究執行中：研究者每週安排配合一至二位醫師的看診時段，週一至週五固定跟診，透過醫師轉介取得受訪者同意後才於門診之會談室進行訪談，每份問卷訪談時間約 15-20 分鐘。針對日間病房的患者召開說明會，發邀請函給患者將訊息傳達給照顧者，以電話邀請有意願的受訪者至日間病房的會談室訪談。運用醫院舉辦之家屬座談會，誠摯邀請病患的照顧者參與研究。

四、資料蒐集結束

- (一) 資料編碼及輸入：整個研究期間，由西元 2011 年 10 月至西元 2012 年 1 月共四個月，有效問卷共 160 份。遵守研究倫理將回收問卷資料予以妥善保存，所得資料以不記名方式在編碼後輸入電腦，進行研究資料的整理與分析並提出研究結果。
- (二) 研究結案報告：依倫理審查委員會之規定，送交研究成果相關資料，提供台中榮民總醫院倫理審查委員會以做結案報告審查。



第四節 研究資料分析

本研究訪談共獲得有效樣本 160 份，以電腦統計軟體進行下列統計分析：

- 一、主要呈現精神分裂症患者的基本資料及疾病資料與主要照顧者的基本資料及照顧關係資料，其次數分配、百分比、平均數與標準差之統計分析。
- 二、呈現精神分裂症病患主要照顧者的照顧者負荷量表題項之次數分配和百分比、照顧者整體照顧負荷量與量表次向度之分佈與平均數及標準差、照顧者照顧負荷總量之分佈情形。
- 三、瞭解精神分裂症病患的患者因素之人口變項與疾病變項，在「主要照顧者」之照顧者整體照顧負荷及量表次向度的負荷所呈現之差異，並進行獨立樣本 t 檢定 (t -test) 與皮爾森相關係數 (Pearson correlation coefficient) 統計分析，以考驗研究假設一。
- 四、分析受訪「主要照顧者」的照顧者因素之人口變項與照顧關係變項，其整體照顧負荷及各次向度負荷所呈現之差異，並進行獨立樣本 t 檢定 (t -test)、單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 及皮爾森相關係數 (Pearson correlation coefficient) 之統計分析，以考驗研究假設二。
- 五、比較受訪「老年照顧者」與「非老年照顧者」整體照顧負荷及各次向度負荷的差異，並進行單因子變異數分析 (one-way ANOVA)，以考驗研究假設三。
- 六、為瞭解受訪者「是否得到社會支持系統」狀況，並使用次數分配、百分比，以考驗研究假設四。
- 七、為分析受訪者「社會支持與照顧負荷」狀況，並使用單因子變異數分析 (one-way ANOVA)，以考驗研究假設四。

第五節 研究期程

一、研究期程與甘特圖

本研究程序共分為 9 階段，茲將流程簡述如下：

- (一) 蒐集並瀏覽國內外相關文獻研究，確定研究主題。
- (二) 根據研究主題，參考相關文獻研究，界定研究範圍與架構。
- (三) 根據文獻資料、相關研究及參考國內外相關量表決定測量工具。
- (四) 取得問卷授權書，將問卷題項修改為較口語化的問法。
- (五) 選取研究對象，洽商醫學中心倫理審查委員會，申請研究計畫審查。
- (六) 研究者接受臨床試驗教育訓練以及進行訪員的訓練。
- (七) 通過研究審查，取得人體試驗研究計畫許可書，針對研究對象施測。
- (八) 回收問卷資料及相關文件，整理、統計、分析研究結果。
- (九) 提出研究發現、結論與後續研究之建議。

時間 研究期程	2011 年 8 月	2011 年 9 月	2011 年 10 月	2011 年 11 月	2011 年 12 月	2012 年 1 月	2012 年 2 月	2012 年 3 月	2012 年 4 月	2012 年 5 月
確定研究主題	→									
界定研究範圍 與架構	→									
決定測量工具	→									
取得問卷授權書	→									
選取研究對象 申請研究審查	→									
研究者及訪員 訓練，取得研究 計畫許可書	→									
研究對象施測			→							
分析研究結果							→			
提出研究發現									→	

圖 3-5-1 研究期程甘特圖

第六節 研究倫理

本研究採研究者親自到台中榮民總醫院精神科門診與日間病房進行面對面調查訪問，研究訪談過程中由研究者唸出問卷之題目，由受訪者回答。基於保密、匿名性之研究倫理，事先徵求研究參與者同意受訪外，本研究在進行訪問前，亦經由台中榮民總醫院倫理審查委員會審查同意，過程如下：

- 一、依據研究倫理審查委員會相關規定，研究者撰寫徵求參與研究（接受訪問）的「研究受訪者同意書」（如附錄四）。
- 二、研究者擬訂研究計畫書、徵求研究參與受試者同意書及填寫相關表件，送交台中榮民總醫院倫理審查委員會審查，同時根據審查意見，再次修改，最後徵得台中榮民總醫院人體試驗倫理委員會同意進行本研究；取得「人體試驗研究計畫許可書」（如附錄五）。
- 三、研究者與台中榮民總醫院精神部聯繫並於西元 2011 年 10 月取得研究母群體資料。
- 四、徵求研究參與者同意受訪之程序：研究者先針對台中榮民總醫院精神部門診就醫的精神分裂症病患之主要照顧者，以面對面詢問徵求符合本研究受訪指標者，是否同意參與本研究接受訪問；對於未有家屬陪同之病患則先經過病患同意後再取得電話，以聯絡其家中主要照顧者並徵詢受訪意願與受訪時間。徵詢過程，由研究者告知本研究之研究目的及如何取得其資料。
- 五、研究者訪談之前，再次邀請並徵求受訪者受訪的方便時間，研究者才進行訪問。
- 六、訪談進行過程：研究者配合醫院規定，攜帶「研究受訪者同意書」由受訪者簽名，並備有一份台中榮民總醫院人體試驗倫理委員會

之問卷研究受訪者說明及同意書，內含台中榮民總醫院精神部負責此研究案同仁姓名及聯絡電話，且包含研究送的小禮物。為保障研究參與者權益，進行訪談前研究者先說明簽訂研究同意書之目的在保障研究參與者之權益後，研究者與研究參與者才簽署研究同意書。

七、研究者對於部分未受教育或不識字之主要照顧者，研究參與者以按手印方式進行簽署同意書。對於部分患者家屬及主要照顧者擔心個人資料外漏，不願意簽署同意書，研究者則採取鼓勵的態度，對於仍拒訪的照顧者，亦尊重其意願。

八、研究參與者在受訪過程中出現不舒服的情緒，並且感到不適，研究者則立刻終止訪談，並通知醫療專業相關人員予以進一步瞭解，提供必要的協助。



第四章 研究結果

本章旨在呈現問卷調查訪問所獲得的研究結果，並進行分析與討論以瞭解精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷情形。主要內容共包含：一、精神分裂症患者與主要照顧者基本資料分析；二、主要照顧者的照顧負荷分析；三、精神分裂症病患的患者因素及主要照顧者的照顧者因素與照顧負荷分析；四、社會支持與照顧負荷分析。茲以分為四節敘述如下：

第一節 精神分裂症患者與主要照顧者基本資料分析

本研究採取面訪方式，共訪問 160 位精神分裂症病患的主要照顧者。精神分裂症病患的基本資料包括性別、年齡、教育程度、工作情形與婚姻狀況等五項；疾病資料則包含病患的發病年齡、生病年數、病患最近一年的住院次數、病患是否領有身障手冊、身心障礙等級以及照顧者是否遭受病患的暴力攻擊和有關暴力行為的表現等七項。其次，主要照顧者的基本資料包括照顧者性別、年齡、教育程度、工作情形、婚姻狀況與照顧者經濟身份等六項；主要照顧者的照顧關係則包含與病患的照顧關係、照顧年數、每天的平均照顧時間、照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中生病的家人或老人、照顧者是否感覺健康狀況比照顧前差以及病患令照顧者最感照顧困擾的部份等六項。茲將分析結果說明於後。

一、精神分裂症患者的基本資料（表 4-1-1）：

- （一）病患性別：女性病患佔樣本總數的 63.1%，男性病患佔 36.9%。
- （二）病患年齡：患者年齡的分佈由 14 歲至 79 歲，平均年齡為 41.02 歲（標準差為 14.11）；以 35 歲以下（含 35 歲）的病患居多數，佔樣本總數的 44.4%，36 歲至 54 歲佔 35.0%，55 歲至 79 歲佔 20.6%。
- （三）病患教育程度：以大專及以上居多，佔樣本總數的 34.4%，依次是高中/高職者佔 31.9%、初中/國中者佔 20.0%、小學者佔 11.3%、不識字者佔 2.5%。

(四) 病患工作狀況：無工作/待業中的病患最多，佔樣本總數的 73.1%，全職者佔 10.6%，而工作時間半天或兼職者佔 8.8%，家管者佔 4.4%，退休者佔 3.1%。

(五) 病患婚姻狀況：未婚者居多，佔樣本總數的 59.4%，已婚者佔 30.6%，喪偶者佔 5.6%，離婚/分居者佔 4.4%。

表4-1-1 精神分裂症患者基本資料表 (n=160)

患者基本資料	個數	百分比 (%)	平均值±標準差
患者性別			
男	59	36.9	
女	101	63.1	
患者年齡			41.02±14.11
14-35 歲	71	44.4	
36-54 歲	56	35.0	
55-79 歲	33	20.6	
患者教育程度			
不識字	4	2.5	
小學	18	11.3	
初中/國中	32	20.0	
高中/高職	51	31.9	
大專及以上	55	34.4	
患者工作狀況			
全職	17	10.6	
半/兼職	14	8.8	
無工作/待業中	117	73.1	
家管	7	4.4	
退休	5	3.1	
患者婚姻狀況			
未婚	95	59.4	
已婚	49	30.6	
離婚/分居	7	4.4	
喪偶	9	5.6	

二、精神分裂症患者的疾病資料（表 4-1-2）：

- （一）患者發病年齡的分佈由 11 歲至 64 歲，以 19 歲至 30 歲者居多數，佔樣本總數的 56.3%，其次為 11 至 18 歲者佔 23.8%，發病年齡 31 歲以上者佔 20.0%。患者發病的平均年齡為 25.67（標準差為 10.33）歲。
- （二）患者生病年數的分佈由 1 年至 58 年，其平均年數為 15.35（標準差為 11.19）年，以 1 年至 9 年者居多，佔樣本總數的 36.3%，而生病 10 年至 19 年者人數佔 28.1%，生病年數 20 年以上者佔 35.6%。
- （三）患者最近一年住院次數，意指近一年內是否因病情嚴重程度之需要而入院至精神科急性病房接受治療，資料顯示超過九成的患者近一年內沒有住院治療的紀錄，住院一次的佔 8.1%，住院二次的佔 0.6%。
- （四）領有身心障礙手冊的患者佔樣本總數的 64.4%，未領身心障礙手冊的患者佔 35.6%。
- （五）患者之身心障礙等級方面，被鑑定為中度障礙者佔樣本總數的 41.9% 居多數，其次為輕度者佔 10.6% 與重度者佔 9.4%，極重度佔 2.5%。
- （六）患者對照顧者的暴力攻擊方面，有 77.5% 的照顧者表示在照顧病患期間從未遭受過病患的暴力攻擊，有 10.6% 的照顧者表示有時會遭受病患的暴力攻擊，有 8.8% 表示很少會遭受病患的暴力攻擊，有 3.1% 則經常會遭受病患的暴力攻擊。
- （七）患者對照顧者的暴力攻擊行為中以言語暴力居多，佔樣本總數的 12.5%，其次是言語與肢體暴力佔 8.8%，肢體暴力佔 1.3%。

表4-1-2 精神分裂症患者疾病資料表 (n=160)

患者疾病資料	個數	百分比 (%)	平均值±標準差
患者發病年齡			25.67±10.33
11-18 歲	38	23.8	
19-30 歲	90	56.3	
31-64 歲	32	20.0	
患者生病年數			15.35±11.19
1-9 年	58	36.3	
10-19 年	45	28.1	
20-58 年	57	35.6	
最近一年住院次數			
零次	146	91.3	
一次	13	8.1	
二次	1	0.6	
是否領有精障手冊			
是	103	64.4	
否	57	35.6	
患者身心障礙等級			
輕度	17	10.6	
中度	67	41.9	
重度	15	9.4	
極重度	4	2.5	
患者對照顧者的暴力攻擊			
從未	124	77.5	
很少	14	8.8	
有時	17	10.6	
經常	5	3.1	
幾乎都是	0	0	
患者暴力攻擊的行為			
言語暴力	20	12.5	
肢體暴力	2	1.3	
言語與肢體暴力	14	8.8	

三、主要照顧者的基本資料（表 4-1-3）：

- （一）照顧者性別：男性佔樣本總數的43.8%，女性佔56.3%；女性照顧者多於男性照顧者。
- （二）照顧者年齡：照顧者年齡分佈由24歲至84歲，平均年齡為54.73歲（標準差為13.14）。45歲至64歲者比例最高，佔樣本總數的55.0%，24歲至44歲佔23.8%，65歲以上者佔21.3%。
- （三）照顧者教育程度：以高中/高職者居多，佔樣本總數的27.5%，其次是大專及以上者佔26.9%，再其次是小學程度者佔23.8%，初中/國中者佔15.0%，不識字佔6.9%。
- （四）照顧者工作狀況：以全職工作者比例最高，佔樣本總數的40.0%，其次是無工作/待業中與退休者的照顧者比例相當，分別佔18.8%及18.1%，家管佔16.3%，半/兼職者佔6.9%。
- （五）照顧者婚姻狀況：已婚的照顧者有70.6%，未婚者佔13.1%，喪偶者佔8.8%，離婚/分居者佔7.5%。
- （六）照顧者經濟身份：照顧者具榮民身份佔樣本總數的11.9%、中低收入者佔10.0%、低收入者佔3.8%、一般收入者佔74.4%居多數。

表4-1-3主要照顧者基本資料表 (n=160)

照顧者基本資料	個數	百分比 (%)	平均值±標準差
照顧者性別			
男	70	43.8	
女	90	56.3	
照顧者年齡			54.73±13.14
24-44 歲	38	23.8	
45-64 歲	88	55.0	
65-84 歲	34	21.3	
照顧者教育程度			
不識字	11	6.9	
小學	38	23.8	
初中/國中	24	15.0	
高中/高職	44	27.5	
大專及以上	43	26.9	
照顧者工作狀況			
全職	64	40.0	
半/兼職	11	6.9	
無工作/待業中	30	18.8	
家管	26	16.3	
退休	29	18.1	
照顧者婚姻狀況			
未婚	21	13.1	
已婚	113	70.6	
離婚/分居	12	7.5	
喪偶	14	8.8	
照顧者經濟身份			
中低收入戶	16	10.0	
低收入戶	6	3.8	
榮民身份	19	11.9	
一般身份	119	74.4	

四、主要照顧者的照顧關係資料（表 4-1-4）：

- （一）照顧者與病患的關係方面，照顧者為病患的母親者居多，佔樣本總數的 38.1%，照顧者為配偶者佔 21.9%，照顧者為父親者佔 18.1%，手足佔 10.0%，子女佔 9.4%，其他佔 2.5%。
- （二）照顧者照顧年數的分佈由 1 年至 37 年，平均照顧年數為 13.09 年（標準差為 9.33）。照顧年數在 10 年以下者居多，佔樣本總數的 41.3%，其次是 10 年至 19 年者佔 30.0%，長達 20 年以上者佔 28.8%。
- （三）照顧者每天平均照顧時間由每天平均 6 小時至 24 小時，平均數為 19.40 小時（標準差為 5.19）。以 12 至 24 小時者居多，佔樣本總數的 93.1%，12 小時以下者佔 6.9%。照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中生病的家人或老人的問項中，回答“是”的佔樣本總數的 32.5%，回答“否”的佔 67.5%。
- （四）照顧者是否感覺健康狀況比照顧前差的問項中，回答“有時”感覺健康狀況比照顧前差的佔樣本總數的 37.5%，回答“經常”感覺健康狀況比照顧前差的佔 26.3%，回答“很少”感覺健康狀況比照顧前差的佔 25.6%，回答“從未”感覺健康狀況比照顧前差的佔 5.6%，回答“幾乎都是”感覺健康狀況比照顧前差的佔 5.0%。
- （五）病患令照顧者最感照顧困擾的是病患出現混亂/干擾的行為者為最多，佔樣本總數的 46.3%，其次為服藥/就醫的配合度方面佔 18.8%，再其次為就業/工作的適應性方面佔 15.6%，而自殺/傷人的行為佔 8.8%，人際相處適切性佔 5.0%，生活作息規律性佔 5.0%，其他（例如，擔心病患因為長期吃藥會影響身體健康）佔 0.6%。

表4-1-4主要照顧者的照顧關係資料表 (n=160)

照顧關係資料	個數	百分比 (%)	平均值±標準差
照顧關係			
父	29	18.1	
母	61	38.1	
配偶	35	21.9	
子女	15	9.4	
手足	16	10.0	
其他	4	2.5	
照顧年數			13.09±9.33
5年以下	66	41.3	
5-19年	48	30.0	
20年以上	46	28.8	
每天平均照顧時間			19.40±5.19
12小時以下	11	6.9	
12-24小時	149	93.1	
仍需照顧生病家人或老人			
是	52	32.5	
否	108	67.5	
感覺健康狀況比照顧前差			
從未	9	5.6	
很少	41	25.6	
有時	60	37.5	
經常	42	26.3	
幾乎都是	8	5.0	
照顧者最感困擾的是病患			
混亂/干擾行為	74	46.3	
自傷/傷人行為	14	8.8	
服藥/就醫配合度	30	18.8	
就業/工作適應性	25	15.6	
人際相處適切性	8	5.0	
生活作息規律性	8	5.0	
其他	1	0.6	

綜合言之，本研究精神分裂症患者背景資料方面，女性患者超過六成，多於近四成的男性病患；婚姻狀況以未婚者居多，將近六成左右。患者的平均年齡為 41.02 歲，有超過四成的病患年齡在 35 歲以下（含 35 歲）正值青少年或成年期階段。雖然患者教育程度以大專及以上者、高中或高職者各佔了三分之一，卻多處於無工作或待業中最多，超過七成需要依賴家人照顧。再者，患者罹患精神分裂症的發病年齡平均在 25.7 歲（標準差為 10.3），患者的平均生病年數 15.4 年，有超過三成的患者生病年數在 10 年以下。超過六成領有身心障礙手冊的患者中，有超過四成被鑑定為中度障礙者，有一成是輕度障礙者，而重度者也將近一成左右。雖然有超過九成的患者在最近一年內不需住院治療，但有超過七成的照顧者在照顧期間卻有受暴經驗。由此可知，照顧者的照顧困境是倍感艱辛。

主要照顧者的背景資料方面，女性照顧者是多於男性照顧者；照顧者的平均年齡為 54.73 歲，有超過五成是 45 歲至 64 歲的中高齡照顧者；教育程度也有超過五成是高中/高職者以上者；工作狀況以全職工作者的比例最高，照顧者有工作及無工作的比例則各佔一半；照顧者的婚姻狀況有七成是已婚；經濟身份 13.8% 是中低收入戶與低受入戶。照顧者與病患的關係方面，有超過五成的照顧者是病患的父母親，其中又以母親所佔的比例是多於父親照顧的一倍；照顧者平均照顧年數為 13.09 年，每天平均照顧時間 19.40 小時。有超過三成的照顧者除了照顧病患之外仍需照顧家中生病的家人或老人，可想而知，照顧者的負荷將更沉重。再者，照顧者有時感覺健康狀況比照顧前差的超過三成，而令照顧者在照顧期間最感照顧困擾的是病患出現混亂/干擾行為最多，佔 46%，其次為服藥/就醫的配合度佔 19%，自殺/傷人的行為也有 9%，換言之，有超過七成的精神分裂症患者是不容易照顧的，也使得照顧者的照顧工作難上加難。

第二節 主要照顧者的照顧負荷分析

本節呈現精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷之統計分析，內容包括：照顧者負荷量表題項之分析、照顧者整體照顧負荷量與量表次向度之分析、照顧者照顧負荷總量之分佈情形。茲將分析結果如下說明之。

一、照顧者負荷量表題項之分析

照顧者負荷量表共有 18 個題項，共分為五個次向度，分別為家庭干擾 7 題、烙印 2 題、愧疚 2 題、照顧者緊張感 5 題、病患依賴 2 題等，而兩題正向題（題 13、16）不計分。由表 4-2-1 至表 4-2-5 分別呈現各次向度的題項之百分比、平均值與標準差。各題項的計分方式以從未 0 分、很少 1 分、有時 2 分、經常 3 分、幾乎都是 4 分。

- (一) 照顧者負荷量表次向度“家庭干擾”：家庭干擾有七個題項。由表 4-2-1，題項次數分配統計分析顯示，主要照顧者因照顧病患，個人在休閒活動、社交生活及日常作息等均有相當高比例受到干擾。

以休閒活動而言，超過三分之一的人回答經常或幾乎都是受到干擾；在社交生活層面，有超過三分之一的人回答經常或幾乎都是受到干擾；而日常作息方面也有超過三分之一的人回答經常或幾乎都是受到干擾。其次，六成以上的人回答因照顧患者而無法兼顧家庭或事業（回答的選項從“有時”、“經常”、“幾乎都是”）。再者，也有達到五成六的人因為照顧患者而使家庭總收入減少（回答的選項從“有時”、“經常”、“幾乎都是”）。顯示受訪者因照顧患者在個人生活層面以及家庭經濟與工作方面都受到相當干擾。

表 4-2-1 照顧者負荷量表—家庭干擾次負荷題項之次數分配表

題項	從未 (%)	很少 (%)	有時 (%)	經常 (%)	幾乎 都是 (%)
家庭干擾					
(2) 您的日常作息會不會因照顧他(她)而受干擾。	0.6	15.0	49.4	32.5	2.5
(3) 您會不會在照顧他(她)與家庭或事業之間無法兼顧。	9.4	31.3	30.0	22.5	6.9
(6) 您的休閒活動(例如：逛街、運動、參加旅遊...等)會不會因照顧他(她)而受到干擾。	0.6	13.1	51.3	31.9	3.1
(8) 您會不會因為照顧他(她)而家庭總收入減少。	10.0	34.4	28.8	20.6	6.3
(9) 家人會不會為了照顧他(她)而起爭執。	10.6	70.0	15.0	4.4	0.0
(11) 您的社交生活(例如：參加婚喪喜慶、吃拜拜...等)會不會因照顧他(她)而受到影響。	1.3	13.8	49.4	31.9	3.8
(17) 您會不會因為照顧他(她)婚姻受到影響。	8.1	54.4	31.3	4.4	1.9

(二) 照顧者負荷量表次向度“烙印”：烙印次向度有二個題項。由表 4-2-2，題項次數分配統計分析顯示，有超過六成的主要照顧者感受到家中有精神分裂症患者，會讓家人與自己感到羞恥(回答的選項從“有時”、“經常”、“幾乎都是”)。可見，主要照顧者在照顧患者上，多數仍在意他人對家中有精神分裂症患者的看法。

表 4-2-2 照顧者負荷量表—烙印次負荷題項之次數分配表

題項	從未 (%)	很少 (%)	有時 (%)	經常 (%)	幾乎 都是 (%)
烙印					
(14) 家裡有精神病人會不會讓家人覺得羞恥。	2.5	34.4	25.6	15.6	21.9
(15) 家裡有精神病人會不會讓您覺得羞恥。	2.5	36.9	23.8	15.6	21.3

(三) 照顧者負荷量表次向度“愧疚”：愧疚次向度有二個題項。由表 4-2-3 題項之次數分配統計分析顯示，有三成的主要照顧者感受到自己為患者做的事情不夠多，照顧的不夠週全（回答的選項從“有時”、“經常”、“幾乎都是”）。

表 4-2-3 照顧者負荷量表—愧疚次負荷題項之次數分配表

題項	從未 (%)	很少 (%)	有時 (%)	經常 (%)	幾乎 都是 (%)
愧疚					
(1) 您會不會覺得自己為他 (她) 做的事情不夠多。	8.1	61.9	24.4	5.0	0.6
(4) 您會不會覺得自己給他 (她) 的照顧還不夠好。	8.1	61.9	23.8	6.3	0.0

(四) 照顧者負荷量表次向度“照顧者緊張感”：照顧者緊張感次向度有三個題項。由表 4-2-4，題項之次數分配統計分析顯示，超過九成的受訪者會擔心患者的安全以及患者的行為和病況會令他們感到緊張害怕，有高達九成八的人擔心患者不知何時會再發病（回答的選項從“有時”、“經常”、“幾乎都是”）。可見，主要照顧者普遍有照顧的精神壓力。

表 4-2-4 照顧者負荷量表—照顧者緊張感次負荷題項之次數分配表

題項	從未 (%)	很少 (%)	有時 (%)	經常 (%)	幾乎 都是 (%)
照顧者緊張感					
(5) 他(她)的行為和病況會 不會讓您感到緊張害怕。	1.3	5.0	30.6	51.3	11.9
(7) 您會不會擔心他(她)不 知何時會發病。	0.0	1.9	20.6	60.0	17.5
(18) 您會不會擔心他(她) 獨自一人時的安全。	0.0	7.5	46.9	35.0	10.6

(五) 照顧者負荷量表次向度“病患依賴”：病患依賴次向度有二個題項。由表 4-2-5，題項之次數分配統計分析顯示，有九成的主要照顧者覺得病患很依賴自己，而有八成六的受訪者認為患者可以自己做的事，卻要照顧者幫他（她）做（回答的選項從“有時”、“經常”、“幾乎都是”）。

表 4-2-5 照顧者負荷量表—病患依賴次負荷題項之次數分配表

題項	從未 (%)	很少 (%)	有時 (%)	經常 (%)	幾乎 都是 (%)
病患依賴					
(10) 我覺得他（她）很依賴我。	0.6	9.4	43.8	31.3	15.0
(12) 有些事他（她）可以自己做，卻要我幫他（她）做。	2.5	10.6	48.1	30.6	8.1

二、照顧者整體照顧負荷量與量表次向度之分析

如表 4-2-6 呈現，照顧者整體照顧負荷分數之分佈由 14 分至 45 分，平均數 32.68（標準差 6.34）分；依據宋麗玉（2002）之施測結果可依量表總分區分為四個等級：輕度到中度負荷（8-20 分）、中度負荷（21-32 分）、中重度負荷（33-44 分）、極重度負荷（45 分以上）。其結果顯示，照顧者整體照顧負荷是偏中重度負荷。再者，量表次向度之分析，家庭干擾次負荷分數之分佈由 4 分至 22 分，平均數 12.84（標準差 3.52）分；烙印次負荷分數之分佈由 0 分至 8 分，平均數 4.36（標準差 2.39）分；愧疚次負荷分數之分佈由 0 分至 6 分，平均數 2.56（標準差 1.36）分；照顧者緊張感次負荷分數之分佈由 3 分至 12 分，平均數 8.09（標準差 1.73）分；病患依賴次負荷分數之分佈由 0 分至 8 分，平均數 4.82（標準差 1.63）分。

表4-2-6照顧者負荷量與量表次向度之分佈與平均數及標準差 (n=160)

變項	題數	最小值	最大值	平均數	標準差
整體照顧負荷	16	14	45	32.68	6.34
家庭干擾	7	4	22	12.84	3.52
烙印	2	0	8	4.36	2.39
愧疚	2	0	6	2.56	1.36
照顧者緊張感	3	3	12	8.09	1.73
病患依賴	2	0	8	4.82	1.63

三、照顧者照顧負荷總量之分佈情形

照顧者負荷總量表之次數分配表，由表 4-2-7 可知，照顧者負荷以中重度負荷佔 49.4% 為最多，其次是中度負荷佔 45.6%，輕到中度負荷佔 3.1%，極重度負荷佔 1.9%。依據宋麗玉 (2002) 之施測結果，依量表總分由 0 分至 64 分區分為四個等級：輕度到中度負荷 (8-20 分)、中度負荷 (21-32 分)、中重度負荷 (33-44 分)、極重度負荷 (45 分以上)。

表4-2-7照顧者負荷總量表分數之分佈情形 (n=160)

照顧者負荷	分數	個數	百分比 (%)
未達負荷	0-7 分	0	0.0
輕到中度負荷	8-20 分	5	3.1
中度負荷	21-32 分	73	45.6
中重度負荷	33-44 分	79	49.4
極重度負荷	45-64 分	3	1.9

綜合言之，精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷量表題項之分析呈現，在家庭干擾次向度，主要照顧者因照顧患者在個人生活層面以及家庭經濟與工作方面都受到相當干擾；烙印次向度則有超過六成的主要照顧者感受到家中有精神分裂症患者，會讓家人與自己感到羞恥；愧疚次向度，有三成的主要照顧者感受到自己為患者做的事情不夠多，照顧的不夠好；照顧者緊張感次向度，有超過九成的受訪者會擔心患者的安全以及患者的行為和病況會令他們感到緊張害怕，甚至有高達九成八的人擔心患者不知何時會再發病；病患依賴次向度，而有九成的主要照顧者覺得病患很依賴自己。其次，量表次向度之分析，家庭干擾次負荷分數之分佈由 4 分至 22 分，平均數 12.8 (標準差 3.5) 分；烙印次負荷分數之分佈由 0 分至 8 分，平均數 4.4 (標準差 2.4) 分；愧疚次負荷分數之分佈由 0 分至 6 分，平均數 2.6 (標準差 1.4) 分；照顧者緊張感次負荷分數之分佈由 3 分至 12 分，平均數 8.1 (標準差 1.7) 分；病患依賴次負荷分數之分佈由 0 分至 8 分，平均數 4.8 (標準差 1.6) 分。再者，照顧者照顧負荷量分析，精神分裂症病患主要照顧者整體照顧負荷分數其分佈由 14 分至 45 分，平均數 32.68；照顧者負荷以中重度負荷最多，佔 49.4%，其次是中度負荷佔 45.6%，共有高達九成五的照顧者其照顧者整體照顧負荷在中度負荷至中重度負荷，值得重視。

第三節 精神分裂症病患的患者因素及主要照顧者的照顧者因素與照顧負荷分析

本節主要探討患者因素對主要照顧者照顧負荷的影響，以及主要照顧者個人因素與照顧負荷間的關係。本研究針對研究假設一：「精神分裂症的患者因素對主要照顧者照顧負荷有顯著差異」；研究假設二：「主要照顧者的照顧者因素對照顧負荷有顯著差異」；研究假設三：「老年照顧者與非老年照顧者對照顧負荷有顯著差異」之統計結果進行分析說明，並驗證假設是否成立。精神分裂症患者因素包括：患者的年齡與罹患精神分裂症的發病年齡、生病年數、是否具有身心障礙手冊及身心障礙等級、患者對照顧者的暴力攻擊等六項。照顧者因素包括：性別、年齡、教育程度、工作情形、婚姻狀況、照顧者經濟身份、與病患的照顧關係、照顧年數、每天的平均照顧時間、照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中生病的家人或老人、照顧者是否感覺健康狀況比照顧前差以及最令照顧者感到照顧困擾的是病患的哪些行為表現等十二項。統計方法分別採獨立樣本 t 檢定 (t -test)、單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 與皮爾森相關係數 (Pearson correlation coefficient) 進行檢驗。茲將統計結果依次說明於後。

一、精神分裂症病患的患者因素對主要照顧者照顧負荷分析

精神分裂症患者有無身心障礙手冊、身心障礙等級、患者對照顧者的暴力攻擊等對照顧負荷是否有顯著差異？以獨立樣本 t 檢定 (t -test) 進行分析，呈現如表 4-3-1 至 4-3-3。患者的年齡與患者罹患精神分裂症的發病年齡、生病年數對照顧負荷是否有顯著相關等部分，以皮爾森相關係數 (Pearson correlation coefficient) 進行統計分析，呈現如表 4-3-4 以考驗研究假設一。

(一) 病患的患者因素對主要照顧者照顧負荷之差異考驗

精神分裂症患者是否領有身心障礙手冊、身心障礙等級不同及患者對照顧者的暴力攻擊等，對照顧負荷有顯著差異。表 4-3-1 至 4-3-3 為獨立樣本 t 檢定 (t -test)，分別說明如下：

1、精神分裂症患者領有身心障礙手冊與否在照顧負荷上的差異。將領有精神障礙手冊者分為一組共 103 位，未領者一組共 57 位。如表 4-3-1 之 *t* 檢定分析結果，領有精障手冊的患者，其照顧者家庭干擾次負荷顯著高於未領精障手冊的患者 ($p<0.05$)；未領精障手冊的患者，其照顧者烙印次負荷顯著高於領有精障手冊的患者 ($p<0.01$)。

表 4-3-1 患者是否領有身心障礙手冊與照顧負荷之 *t* 檢定結果 ($n=160$)

變項		照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張感	病患依賴
領有精障手冊	個數	103	103	103	103	103	103
	平均數	33.04	13.32	3.97	2.61	8.17	4.97
	標準差	6.24	3.60	2.22	1.30	1.78	1.54
未領精障手冊	個數	57	57	57	57	57	57
	平均數	32.02	11.96	5.07	2.47	7.96	4.54
	標準差	6.50	3.22	2.53	1.48	1.63	1.77
<i>t</i> 值		0.98	2.37*	-2.74**	0.61	0.70	1.59

註：1.* $p<0.05$ ；** $p<0.01$

2、表 4-3-2 則顯示，身心障礙程度不同之患者在照顧負荷和其他次負荷上未有顯著差異 ($p<0.05$)。將領有精神障礙手冊的患者共 103 名，區分輕度與中度者有 84 名、重度與極重度者有 19 名，兩組雖未達顯著差異，但從兩組照顧者負荷平均數相比較，仍可明顯看出，輕度與中度組的平均數 32.55 分，而重度與極重度組的平均數 35.21 分是較高的，且在其他各次負荷向度之平均數均相對較高。

表 4-3-2 患者的身心障礙程度不同與照顧負荷之 *t* 檢定結果 ($n=160$)

變項		照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張感	病患依賴
輕度與中度者	個數	84	84	84	84	84	84
	平均數	32.55	13.07	3.90	2.58	8.04	4.95
	標準差	6.25	3.52	2.15	1.32	1.77	1.46
重度與極重度	個數	19	19	19	19	19	19
	平均數	35.21	14.42	4.26	2.74	8.74	5.05
	標準差	5.88	3.88	2.54	1.24	1.79	1.90
<i>t</i> 值		-1.69	-1.48	-0.63	-0.46	-1.56	-0.26

3、精神分裂症患者對照顧者有暴力攻擊與否在照顧者整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。將患者是否有暴力攻擊分為二組，第一組患者是從未對照顧者有暴力攻擊，第二組患者是曾經對照顧者出現暴力攻擊行為包括言語暴力與肢體暴力。表 4-3-3 顯示，患者曾經對照顧者出現暴力攻擊行為者，其照顧者整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、照顧者緊張感次負荷皆顯著高於從未對照顧者有暴力攻擊者。

表 4-3-3 精神分裂症患者暴力攻擊與照顧負荷之 *t* 檢定結果 ($n=160$)

變項		照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧者 緊張感	病患 依賴
從未	個數	124	124	124	124	124	124
暴力 攻擊	平均數	31.98	12.37	4.45	2.53	7.91	4.72
	標準差	6.34	3.45	2.47	1.36	1.65	1.65
曾經	個數	36	36	36	36	36	36
暴力 攻擊	平均數	35.06	14.44	4.06	2.67	8.72	5.17
	標準差	5.79	3.32	2.07	1.39	1.85	1.54
<i>t</i> 值		-2.61*	-3.20*	0.97	-0.52	-2.52*	-1.46

註：1.* $p<0.05$

(二) 精神分裂症病患的患者因素對照顧負荷之相關分析

表 4-3-4 為皮爾森相關係數分析統計，患者的年齡與照顧者烙印次負荷有顯著性的負相關 ($p<0.05$)，相關係數為-0.16。顯示患者的年齡越輕則照顧者烙印次負荷也就越高。而患者的發病年齡、生病年數等與主要照顧者整體照顧負荷和其他次負荷則未有顯著相關。

表4-3-4精神分裂症病患的患者因素與照顧者負荷之相關分析 ($n=160$)

變項	照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧 緊張	病患 依賴
患者年齡	-0.15	-0.12	-0.16 *	-0.02	-0.13	-0.04
發病年齡	-0.15	-0.08	-0.11	-0.08	-0.12	-0.06
生病年數	-0.06	-0.08	-0.11	-0.06	-0.06	-0.11

註：1.* $p<0.05$

二、主要照顧者的照顧者因素對照顧負荷分析

以下就照顧者性別、年齡、工作狀況、照顧者的經濟身份、照顧者與被照顧者的關係、照顧年數、每天平均照顧時間、照顧者是否仍需照顧家中老人或生病的家人等因素是否對照顧負荷程度造成顯著差異，進一步分析說明，以驗證研究假設二：「受訪者的照顧負荷程度因照顧者因素不同而均有顯著差異存在」與研究假設三：「老年照顧者與非老年照顧者在照顧負荷程度上有顯著差異」。

(一) 主要照顧者的照顧者因素對照顧負荷之差異考驗

主要照顧者的照顧者性別、照顧者的經濟身份及照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中老人或生病的家人等，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。表 4-3-5 至 4-3-7 為平均數差異考驗 (*t*-test)，分別說明如下：

1、照顧者的性別不同在整體照顧負荷和其他次負荷並未有顯著差異；如表 4-3-5 所列，將男、女性照顧者分為二組，透過 *t* 檢定結果顯示，男、女照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷向度上均未呈現顯著差異 ($p < 0.05$)。然而，整體而言，女性照顧組的照顧負荷分數，除了“照顧者緊張”外，在其他各次向度的平均數均高於男性。

表 4-3-5 照顧者性別與照顧負荷之 *t* 檢定結果 ($n=160$)

變項		照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張感	病患依賴
男性的照顧者	個數	70	70	70	70	70	70
	平均數	32.11	12.80	4.04	2.37	8.17	4.73
	標準差	6.11	3.74	2.22	1.22	1.52	1.65
女性的照顧者	個數	90	90	90	90	90	90
	平均數	33.11	12.87	4.61	2.71	8.03	4.89
	標準差	6.51	3.36	2.49	1.46	1.88	1.62
<i>t</i> 值		-0.99	-0.12	-1.52	-1.61	0.50	-0.62

2、照顧者的經濟身份不同對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異；如表 4-3-6 所列，將照顧者的經濟身份共分為二組，第一組為中低收入戶與低收入戶照顧者，第二組為榮民身份和一般身份照顧者。透過 t 檢定分析結果顯示，榮民身份和一般身份的照顧組，其照顧者烙印次負荷顯著高於中低收入戶與低收入戶的照顧組 ($p<0.05$)。

表 4-3-6 照顧者的經濟身份與照顧負荷之 t 檢定結果 ($n=160$)

變項		照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張感	病患依賴
中低收入戶	個數	22	22	22	22	22	22
	平均數	32.23	13.86	3.41	2.41	7.86	4.68
	標準差	5.84	3.66	1.87	1.26	1.93	0.99
榮民與一般身分者	個數	138	138	138	138	138	138
	平均數	32.75	12.67	4.51	2.59	8.13	4.84
	標準差	6.43	3.49	2.43	1.38	1.70	1.71
t 值		-0.36	1.48	-2.46*	-0.57	-0.67	-0.62

註：1.* $p<0.05$

3、照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中老人或生病家人對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。將照顧者分二組，照顧者回答有需要兼顧家中老人或生病家人的為第一組；照顧者回答不需要兼顧其他家人的為第二組。透過 t 檢定分析結果，如表 4-3-7，顯示除了照顧病患之外仍需照顧家中老人或生病家人的照顧者，其照顧者整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、病患依賴次負荷皆是顯著高於不需要照顧家中老人或生病家人的照顧者 ($p<0.05$)。

表 4-3-7 照顧者是否需要照顧家中老人或生病家人之 t 檢定結果 ($n=160$)

變項		照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張感	病患依賴
有需要兼顧其他家人	個數	52	52	52	52	52	52
	平均數	34.13	13.92	4.44	2.35	8.23	5.19
	標準差	5.10	3.31	2.32	1.17	1.68	1.46
不需要兼顧其他家人	個數	108	108	108	108	108	108
	平均數	31.98	12.31	4.32	2.67	8.03	4.64
	標準差	6.76	3.52	2.43	1.44	1.75	1.69
t 值		2.25*	2.76**	0.29	-1.50	0.70	2.03*

註：1.* $p<0.05$ ；** $p<0.01$

(二) 主要照顧者的照顧者因素對照顧負荷之變異數分析

主要照顧者年齡、工作狀況、照顧關係等對照顧負荷和其他次負荷之分析如表 4-3-8 至 4-3-10。

- 1、表 4-3-8，將照顧者年齡分三組，第一組為青壯年組 24-44 歲、第二組為中高齡組 45-64 歲、第三組為老年組 65-84 歲。結果顯示，照顧者年齡在照顧者緊張的負荷次向度上有顯著差異 ($p<0.05$)。經 *Scheffe* 事後比較，中高齡組 45-64 歲，照顧者緊張次負荷顯著高於青壯年組 24-44 歲；而照顧者家庭干擾次負荷雖未達顯著差異，但從各組平均數來看，45-64 歲組照顧者整體照顧負荷、家庭干擾與照顧者緊張感，均高於其他兩組。故研究假設三：「老年照顧者與非老年照顧者在照顧負荷有顯著差異」是成立的。意即中高齡階段的主要照顧者相較於青壯年組及老年組，其所面臨的照顧負荷較重，間接反映其照顧壓力較大及照顧分擔的需求。

表 4-3-8 照顧者年齡與照顧負荷之單因子變異數分析 ($n=160$)

變項		照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧者緊張感	病患依賴
24-44 歲者 ($n_1=38$)	平均數	31.21	12.21	4.50	2.53	7.50	4.47
	標準差	5.95	3.44	2.50	1.59	1.75	1.61
45-64 歲者 ($n_2=88$)	平均數	33.58	13.47	4.31	2.52	8.36	4.92
	標準差	5.79	3.56	2.38	1.37	1.65	1.47
65-84 歲者 ($n_3=34$)	平均數	31.97	11.91	4.35	2.71	8.06	4.94
	標準差	7.76	3.27	2.33	1.06	1.77	2.01
F 值		2.15	3.27*	0.09	0.24	3.43*	1.12
<i>Scheffe</i>						$n_2 > n_1$	

註：1.* $p<0.05$

- 2、照顧者工作狀況在照顧負荷及其他次負荷上有顯著差異。將照顧者工作狀況分三組，第一組照顧者家管，第二組照顧者則包括全職、半/兼職，第三組照顧者無工作或待業中與退休者。表 4-3-9 變異數分析結果顯示，工作狀況不同的照顧者在照顧負荷上有顯著差異 ($p<0.05$)。經 *Scheffe* 事後比較，工作狀況為全職、半職與兼職的照顧者，照顧者整體照顧負荷顯著高於工作狀況為無工作或待業中及退休的照顧者；且第二組的照顧者，其家庭干擾次負荷也顯著高於第一組與第三組的照顧者 ($p<0.001$)。

表 4-3-9 照顧者的工作狀況與照顧負荷之單因子變異數分析 (n=160)

變項		照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧者 緊張感	病患 依賴
家管者 (n 1=26)	平均數	31.54	11.31	4.96	2.77	7.85	4.65
	標準差	6.72	3.27	2.47	1.48	2.17	1.55
全職及半/兼職 (n 2=75)	平均數	34.13	14.29	4.20	2.43	8.19	5.03
	標準差	5.84	3.23	2.37	1.41	1.78	1.69
無工作/待業及 退休者 (n 3=59)	平均數	31.32	11.66	4.31	2.64	8.08	4.63
	標準差	6.47	3.29	2.37	1.26	1.44	1.59
F 值		3.89*	14.17***	1.01	0.78	0.37	1.15
<i>Scheffe</i>		n 2> n 3	n 2> n 1 n 2> n 3				

註：1.* $p<0.05$ ；*** $p<0.001$

- 3、照顧者關係對照顧負荷和其他次負荷是否有顯著差異？將照顧者關係分四組，照顧者是患者的父親為第一組，照顧者是患者的母親為第二組，照顧者是患者的配偶為第三組，照顧者是患者的子女、手足或其他關係者為第四組。由表 4-3-10 可知，照顧者關係對照顧負荷和其他次負荷之變異數分析結果，顯示照顧者的關係不同在照顧負荷上有顯著差異 ($p<0.05$)。經 *Scheffe* 事後比較，身份為患者母親的照顧組，照顧者整體照顧負荷顯著高於子女、手足與其他的照顧組；而照顧者烙印與病患依賴次負荷則未達顯著差異。

表 4-3-10 照顧者關係與照顧負荷之單因子變異數分析 (n=160)

變項		照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧者 緊張感	病患 依賴
父親 (n 1=29)	平均數	31.41	12.69	3.79	2.31	8.21	4.41
	標準差	7.68	4.42	2.29	1.17	1.84	1.38
母親 (n 2=61)	平均數	34.49	13.18	4.98	2.84	8.44	5.05
	標準差	5.87	3.32	2.42	1.46	1.71	1.51
配偶 (n 3=35)	平均數	32.86	12.91	4.37	2.37	7.89	5.31
	標準差	5.85	2.98	2.45	1.37	1.79	1.78
子女及手足 (n 4=35)	平均數	30.37	12.29	3.74	2.49	7.60	4.26
	標準差	5.60	3.60	2.16	1.29	1.50	1.70
F 值		3.80*	0.50	2.80*	1.43	2.04	3.63*
<i>Scheffe</i>		n2> n4					

註：1.* $p<0.05$

(三) 主要照顧者的照顧者因素與照顧負荷之相關分析

主要照顧者的照顧年數、照顧者每天平均照顧時間等與照顧負荷和其他次負荷是否有相關？表 4-3-11 為皮爾森相關係數分析統計，照顧者每天平均照顧患者的時間與照顧者緊張感次負荷有顯著正相關 ($p < 0.01$)，相關係數為 0.21。其結果顯示，照顧者每天平均照顧患者的時間越長則照顧者緊張感次負荷也就越高。而照顧者的照顧年數與照顧負荷和其他次負荷則未達顯著相關。

表 4-3-11 主要照顧者的照顧者因素與照顧者負荷之相關分析 ($n=160$)

變項	照顧負荷	家庭干擾	烙印	愧疚	照顧緊張	病患依賴
照顧年數	0.02	-0.01	-0.05	0.08	-0.02	0.15
照顧時間	0.15	0.08	0.03	-0.01	0.21**	0.14

註：1. ** $p < 0.01$

綜合言之，精神分裂症病患的患者因素不同對照顧者的照顧負荷具有相關性與顯著差異。本研究發現，患者的年齡與主要照顧者照顧負荷和其他次負荷是有顯著相關，而患者是否領有身心障礙手冊、患者是否具有暴力攻擊等，對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷是有顯著差異。經採用皮爾森相關係數 (Pearson correlation coefficient) 統計分析與獨立樣本 t 檢定 (t -test) 進行檢驗，結果顯示，第一、當患者的年齡越輕則照顧者烙印次負荷也就越高。年輕的患者其生理、心理及社會功能發展相較於成年或中晚年階段的患者，仍較不完整，且依據文獻，精神分裂症病患多是在青少年或成年發病，其發病年齡越輕，功能預後越差 (胡海國，1996)。故對照顧者而言，面對患者社會功能的角色期待無法發揮的同時，相對要承受更多社會烙印的照顧負荷。第二、領有精神障礙手冊的患者，其照顧者家庭干擾次負荷顯著高於未領的患者；而未領精神障礙手冊的患者，其照顧者烙印次負荷顯著

高於領有精神障礙手冊的患者。分析顯示，領有精神障礙手冊的患者之主要照顧者相對於未請領的患者之照顧者，確實感到明顯的家庭干擾負荷。而研究訪談中也發現某些擔任全職工作的患者通常會委託照顧者前來門診拿藥，照顧者也表示患者工作穩定，擔心申請精神障礙手冊會引來職場負面的眼光，影響就業機會，而照顧者也相對有較高的社會烙印壓力。此研究結果也與研究者以往的臨床實務經驗相謀合。第三、照顧者在照顧期間，曾經被患者暴力攻擊者，在照顧者整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、照顧者緊張感次負荷都是明顯高於從未被患者暴力攻擊的照顧者。

精神分裂症患者之主要照顧者的照顧者因素對照顧者的照顧負荷具有顯著差異與相關性。本研究結果發現，照顧者年齡、工作狀況、照顧者經濟身分、與病患的照顧關係、照顧者必須兼負照顧家中生病的家人或老人等，對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷是有顯著差異；而主要照顧者每天的平均照顧時間與照顧負荷具有關聯性。經採用獨立樣本 t 檢定 (t -test)、單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 與皮爾森相關係數 (Pearson correlation coefficient) 統計分析進行檢驗。結果顯示，第一、有 76% 的照顧者處於中高齡以上至高齡的族群，且在 45-64 歲之中高齡照顧者，其照顧者緊張感次負荷顯著高於 24-44 歲之青壯年照顧者。由於中高齡正值「三明治世代」³，上有高齡父母，下有年幼子女 (賴兩陽，2004)，故在照顧者緊張感次負荷是明顯較高的。第二、照顧者的工作狀況不同對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異；照顧者有無工作的比例相當，無論照顧者工作狀況是全職、半職與兼職，在照顧者整體照顧負荷顯著高於無工作、待業中、退休的照顧者；且有工作的照顧者在家庭干擾次負荷亦是顯著高於無工作與家庭管之照顧者。換言之，有工作的照顧者，在照顧者整體照顧負荷與家庭干擾次負荷，顯著高於無工作的照顧者。第三、照顧者的經濟身份不同對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。當照顧者為榮民和一般身

³ 「三明治世代」(sandwich generation) 之定義為意指中年人一方面必須面對養兒育女的艱辛與困難，另一方面又必須面對老年父母親，並且同時兼負起照顧的責任 (張宏哲等，2007)

份者，其照顧者烙印次負荷顯著高於中低收入戶與低收入戶的照顧者。顯示，相對於中低收入戶與低收入戶者，其擁有較多社會經濟資源或社經地位較高者，對家中有精神分裂症家屬之社會烙印感是較深的。第四、照顧者的照顧關係不同對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。照顧者為母親者，其整體照顧負荷顯著高於子女手足與其他照顧者。在研究訪談過程也發現，男性受訪者且為病患之父親的通常表示「因為需要工作，所以患者平常是由妻子照顧的較多，自己就負責帶病患看門診」。換言之，病患的主要照顧者在家庭成員角色的認定上，仍是以母親為主要照顧者。第五、照顧者每天平均照顧時間與照顧負荷和其他次負荷有顯著相關。分析顯示，照顧者每天平均照顧患者的時間與照顧者緊張感次負荷有顯著正相關。當照顧者每天平均照顧患者的時間越長則照顧者緊張感次負荷就隨之增高。第六、照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中老人或生病家人，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。有需要照顧家中老人或生病家人的照顧者，其整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、病患依賴次負荷皆顯著高於不需要的照顧者。根據文獻報告，目前已確定遺傳因素在精神分裂症的病因上佔很重要的角色，所有病因因素中遺傳病因之份量（heritability）約佔70%左右，且在家族研究中顯示病人家族的發病率高於一般人口，有家族聚集（familial aggregation）的現象（李明濱，1999）。研究訪談中也發現，由於精神分裂症有家族的遺傳性，照顧者通常都必須承擔照顧同時罹患精神分裂症的配偶及子女。此研究發現也與研究者實務工作所接觸過的，在精神分裂症患者的家庭中往往不只一名罹病的子女需照顧的臨床經驗類似。

第四節 社會支持與照顧負荷分析

依據研究假設，為瞭解精神分裂症病患主要照顧者照顧負荷與受訪者得到社會支持系統狀況之不同對其照顧負荷的程度是否有差異，以探求研究假設四：「照顧者得到社會支持系統與否對整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異」。本節以次數分配統計、單因子變異數分析(one-way ANOVA)進行統計分析。茲將此部分結果說明如下：

一、照顧者照顧負荷與其社會支持之分析

社會支持分工具性支持、情緒性支持、資訊性支持。照顧者負荷與是否得到社會支持之統計分析，內容以社會支持的工具性支持、社會支持的情緒性支持、社會支持的資訊性支持。而工具性支持又分為人力照顧、經濟協助、家務協助等三部分；情緒性支持包括隨時電話求助、有人可以傾訴兩部分；資訊性支持則包含提供照顧資訊及解決照顧問題建議等。支持程度方面可分為非常不足、不足、普通、足夠、非常足夠等；而提供支持者則有家人、親友、衛政體系、社政體系、民間機構及其他等選項，且此題可複選。表 4-4-1 至 4-4-6 如下說明之。

(一) 工具性社會支持與照顧負荷之分析

社會支持的工具性支持與照顧者負荷之分析，以表 4-4-1 為次數分配統計，表 4-4-2 為單因子變異數分析呈現。

- 1、照顧者工具性社會支持之分析，表 4-4-1，工具性社會支持之次數分配分析結果，顯示受訪者有 62.5% 的人獲得人力照顧支持，55.0% 有經濟協助，而獲得家務協助最少僅有 33.1%；獲得工具性支持的照顧者所獲得支持程度以“普通”為最多，多數的支持來自家人，獲得政府提供支持者主要來自社政單位的經濟協助，但也僅有 12.5% 的受訪者。

表 4-4-1 工具性社會支持之次數分配表 (n=160)

變項	提供人力照顧		提供經濟協助		提供家務協助	
	個數	百分比 (%)	個數	百分比 (%)	個數	百分比 (%)
工具性支持						
是	100	62.5	88	55.0	53	33.1
否	60	37.5	72	45.0	107	66.9
支持程度						
非常不足	5	5.0	5	5.7	1	1.9
不足	29	29.0	20	22.7	3	5.7
普通	44	44.0	46	52.3	31	58.5
足夠	20	20.0	13	14.8	14	26.4
非常足夠	2	2.0	4	4.5	4	7.5
提供支持者						
家人	95	59.4	80	50.0	53	33.1
親友	5	3.1	2	1.3	0	0
衛政體系	1	0.6	1	0.6	0	0
社政體系	0	0	20	12.5	0	0
民間機構	0	0	0	0	0	0
其他	0	0	0	0	0	0

2、工具性社會支持的程度與照顧者負荷和其他次負荷之統計分析，由表 4-4-2 之支持程度方面可分為非常不足與不足為支持不足的一組 n_1 、支持普通的一組 n_2 、足夠與非常足夠為支持足夠的一組 n_3 ，其變異數分析結果，顯示工具性社會支持程度之不同的照顧者有顯著差異 ($p < 0.01$)。經 Scheffe 法進行事後比較得知，在經濟協助方面，支持足夠的照顧組 n_3 ，其照顧者烙印次負荷顯著高於其他兩組；然而，在人力照顧方面與家務協助方面雖未達顯著差異，但從各組平均數來看，支持不足的照顧組在整體照顧負荷、家庭干擾、病患依賴，均高於其他兩組。

表 4-4-2 工具性社會支持與照顧者負荷之變異數分析 (n=160)

變項		照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧 緊張	病患 依賴
人力照顧							
支持不足 (n 1=34)	平均數	34.09	13.47	4.32	2.29	8.76	5.24
	標準差	6.58	3.41	2.16	1.34	1.56	1.46
支持普通 (n 2=44)	平均數	31.84	12.64	3.82	2.82	8.07	4.50
	標準差	5.73	3.54	2.26	1.35	1.85	1.70
支持足夠 (n 3=22)	平均數	31.50	11.32	5.18	2.23	8.18	4.59
	標準差	4.81	2.19	2.87	1.38	1.62	1.18
	F 值	1.85	2.93	2.42	2.06	1.71	2.44
經濟協助							
支持不足 (n 1=25)	平均數	32.76	13.48	3.76	2.40	8.24	4.88
	標準差	5.96	3.50	2.13	1.19	1.71	1.33
支持普通 (n 2=46)	平均數	32.65	13.11	4.09	2.70	8.11	4.65
	標準差	6.25	3.48	2.23	1.26	1.66	1.52
支持足夠 (n 3=17)	平均數	32.41	11.53	6.12	2.71	7.41	4.65
	標準差	5.49	3.10	2.50	1.16	1.97	1.58
	F 值 <i>Scheffe</i>	0.02	1.81	6.38** <i>n 3 > n 1</i> <i>n 3 > n 2</i>	0.53	1.30	0.21
家務協助							
支持不足 (n 1=4)	平均數	34.00	14.50	4.50	2.00	8.25	4.75
	標準差	6.16	4.43	1.91	0.00	0.50	0.96
支持普通 (n 2=31)	平均數	31.90	13.10	3.65	2.45	8.06	4.65
	標準差	6.58	3.42	2.20	1.31	1.97	1.74
支持足夠 (n 3=18)	平均數	31.22	11.50	4.89	1.94	8.33	4.56
	標準差	4.98	2.26	3.01	1.30	1.46	1.34
	F 值	0.35	2.20	1.47	0.99	0.14	0.03

註：1. ** $p < 0.01$

(二) 情緒性社會支持與照顧負荷之分析

社會支持的情緒性支持與照顧者負荷之分析，以表 4-4-3 為次數分配統計，表 4-4-4 為單因子變異數分析。

- 1、情緒性社會支持之分析，由表 4-4-3 可知，照顧者是否得到情緒性社會支持之次數分配分析結果，顯示照顧者獲得隨時電話求助支持者佔 85.0% 居多，而有 45.0% 的受訪者獲得有人可以傾訴的支持；獲得情緒性支持的照顧者所獲得支持程度以“普通”為最多，多數的支持來自家人。

表 4-4-3 情緒性社會支持之次數分配表 (n=160)

變項	隨時電話求助		有人可以傾訴	
	個數	百分比 (%)	個數	百分比 (%)
情緒性支持				
是	136	85.0	72	45.0
否	24	15.0	88	55.0
支持程度				
非常不足	4	2.9	1	1.4
不足	29	21.3	23	31.9
普通	73	53.7	37	51.4
足夠	30	22.1	11	15.3
非常足夠	0	0	0	0
提供支持者				
家人	117	73.1	48	30.0
親友	18	11.3	24	15.0
衛政體系	2	1.3	0	0
社政體系	1	0.6	0	0
民間機構	0	0	0	0
其他	0	0	0	0

- 2、情緒性社會支持的程度與照顧者負荷和其他次負荷之分析，由表 4-4-4 之變異數分析結果，顯示情緒性社會支持程度之不同的照顧者有顯著差異 ($p < 0.05$)。經 Scheffe 事後比較得知，支持不足的照顧組 n 1，其照顧者整體照顧負荷、照顧者緊張感次負荷

都顯著高於支持足夠的照顧組 n_3 。而在有人可以傾訴方面，支持不足的照顧組 n_1 ，其家庭干擾次負荷上也都顯著高於其他兩組；但在電話求助方面，家庭干擾次負荷則未達顯著差異。

表4-4-4情緒性社會支持與照顧者負荷之變異數分析 ($n=160$)

變項		照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧 緊張	病患 依賴
電話求助							
支持不足 ($n_1=33$)	平均數	34.91	13.48	4.88	2.73	8.85	4.97
	標準差	5.78	3.04	2.06	1.51	1.37	1.67
<hr/>							
支持普通 ($n_2=73$)	平均數	32.40	12.92	4.03	2.60	8.05	4.79
	標準差	6.42	3.70	2.34	1.23	1.82	1.67
<hr/>							
支持足夠 ($n_3=30$)	平均數	30.73	11.43	4.87	2.23	7.70	4.50
	標準差	6.65	2.73	2.91	1.41	1.93	1.59
	F 值	3.54*	3.19*	2.08	1.18	3.73*	0.65
	<i>Scheffe</i>	$n_1 > n_3$				$n_1 > n_3$	
<hr/>							
有人傾訴							
支持不足 ($n_1=24$)	平均數	35.38	14.46	3.88	3.04	8.67	5.33
	標準差	6.37	3.44	2.09	1.16	1.71	1.27
<hr/>							
支持普通 ($n_2=37$)	平均數	31.59	12.19	3.89	2.54	8.32	4.65
	標準差	6.04	3.07	2.58	1.45	1.53	1.80
<hr/>							
支持足夠 ($n_3=11$)	平均數	28.91	11.09	4.18	2.45	7.00	4.18
	標準差	7.02	2.95	2.89	1.75	2.05	1.66
	F 值	4.66*	5.53*	0.07	1.11	3.84*	2.26
	<i>Scheffe</i>	$n_1 > n_3$	$n_1 > n_2$ $n_1 > n_3$			$n_1 > n_3$	

註：1. * $p < 0.05$

(三) 資訊性社會支持與照顧者負荷之分析

社會支持的資訊性支持與照顧者負荷之分析，以表 4-4-5 為次數分配統計，表 4-4-6 為單因子變異數分析。

1、資訊性社會支持之分析，由表 4-4-5 可知，照顧者是否得到資訊性社會支持之次數分配統計分析結果，顯示照顧者獲得照顧資訊

支持的佔 75.0% 居多，獲得解決照顧問題建議的受訪者佔 62.5%；獲得資訊性社會支持程度方面，得到照顧資訊的支持者以“普通”居多；但在獲得解決照顧問題建議的支持者卻以“不足”為最多，有 62.0%；資訊性社會支持皆來自衛政體系居多，其次是來自社政體系。

表 4-4-5 資訊性社會支持之次數分配表 (n=160)

變項	提供照顧資訊支持		解決照顧問題建議	
	個數	百分比 (%)	個數	百分比 (%)
資訊性支持				
是	120	75.0	100	62.5
否	40	25.0	60	37.5
支持程度				
非常不足	1	0.8	21	21.0
不足	24	20.0	62	62.0
普通	66	55.0	10	10.0
足夠	29	24.2	7	7.0
非常足夠	0	0	0	0
提供支持者				
家人	1	0.6	2	1.3
親友	1	0.6	1	0.6
衛政體系	117	73.1	97	60.6
社政體系	69	43.1	62	38.8
民間機構	4	2.5	4	2.5
其他	0	0	0	0

2、資訊性社會支持的程度與照顧者負荷和其他次負荷之分析，由表 4-4-6 之變異數分析結果，顯示資訊性社會支持程度之不同的照顧者有顯著差異 ($p < 0.05$)。經 Scheffe 事後比較得知，在解決照顧問題建議方面，支持不足的照顧組 n 1，其照顧者整體照顧負荷顯著高於支持足夠的照顧組 n 3；且支持不足的照顧組 n 1，其照顧者緊張感次負荷皆顯著高於其他兩組；但在提供照顧資訊方面則未達顯著差異。

表4-4-6資訊性社會支持與照顧者負荷之變異數分析 (n=160)

變項		照顧 負荷	家庭 干擾	烙印	愧疚	照顧 緊張	病患 依賴
提供資訊							
支持不足 (n 1=25)	平均數	34.40	12.92	4.32	3.28	8.68	5.20
	標準差	7.10	4.17	2.56	1.62	1.63	1.87
<hr/>							
支持普通 (n 2=66)	平均數	32.76	12.72	4.62	2.62	8.12	4.67
	標準差	5.95	3.50	2.47	1.47	1.71	1.63
<hr/>							
支持足夠 (n 3=29)	平均數	31.76	12.38	4.34	2.38	7.93	4.72
	標準差	7.12	3.19	2.62	1.05	1.77	1.79
	F 值	1.13	0.16	0.19	2.96	1.42	0.90
<hr/>							
解決問題							
支持不足 (n 1=83)	平均數	33.47	12.92	4.63	2.63	8.40	4.90
	標準差	5.75	3.24	2.59	1.38	1.42	1.67
<hr/>							
支持普通 (n 2=10)	平均數	31.00	11.60	5.50	3.20	6.90	3.80
	標準差	4.14	3.75	1.96	1.87	1.20	1.40
<hr/>							
支持足夠 (n 3=7)	平均數	26.43	11.26	2.57	2.14	6.43	4.00
	標準差	8.90	4.11	2.76	1.68	2.57	1.73
	F 值	5.13*	1.33	2.83	1.16	9.17*	2.73
	<i>Scheffe</i>	<i>n 1 > n 3</i>				<i>n 1 > n 2</i> <i>n 1 > n 3</i>	

註：1. * $p < 0.05$

綜合言之，精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷與受訪者得到社會支持系統狀況之不同及其對照顧負荷的程度是否有差異之統計分析，本研究發現，照顧者的工具性社會支持，包括：人力照顧、經濟協助與家務協助等支持。結果顯示，得到人力照顧支持者佔63%居多，得到經濟協助者佔55%，而得到家務協助者最少，僅佔33%；以來自家人支持的最多，支持程度是“普通”。其次，工具性社會支持程度之不同對照顧者負荷和其他次負荷有顯著差異；在經濟協助方面，支持足夠的照顧組的照顧者烙印次負荷是明顯高於支持不足及支持普通的照

顧組；其顯示有超過五成的照顧者獲得經濟協助的支持，而提供經濟支持者多以家人為主，佔50%。換言之，精神分裂症病患的家庭經濟支持足夠或處於社經地位較高的照顧者，相對於經濟支持不足的患者家庭更因家人罹患精神分裂症而深受社會烙印之苦。再者，照顧者的情緒性社會支持，包括：隨時電話求助與有人可以傾訴等支持，結果則顯示，情緒性社會支持之隨時電話求助佔85%居多，有人可以傾訴佔45%；支持者也是以家人居多。而情緒性社會支持不足的照顧組，其照顧者整體照顧負荷、照顧者緊張感次負荷都顯著高於支持足夠的照顧組，而在有人可以傾訴方面，支持不足的照顧組，其家庭干擾次負荷上明顯高於支持足夠及支持普通兩組。其顯示，對照顧者而言，當遇到照顧上的問題或危機情境，是需要隨時撥打電話求助，希望有人能夠可以即時提供支援，而且受訪者照顧患者的心路歷程，也期待有人能夠傾訴及抒發心情而得到支持，對照顧者整體照顧負荷與照顧者緊張感次負荷上也就相對減少許多。另外，受訪者在有人可以傾訴方面獲得足夠的支持，亦可減輕家庭干擾次負荷。又再者，照顧者資訊性社會支持，包括照顧資訊的提供與解決照顧問題建議等支持。其分析結果，有75%受訪者獲得照顧資訊支持最多，得到解決照顧問題建議者佔63%；以衛政體系提供支持最多，社政體系次之。支持程度則在解決照顧問題的建議上是以“不足”的最多，佔39%。而在解決照顧問題建議方面，支持不足的照顧組，其照顧者整體照顧負荷明顯高於支持足夠的照顧組；且支持不足的照顧組，在照顧者緊張感次負荷也明顯高於其他兩組。顯示，提供解決照顧者照顧問題方面的建議之照顧資訊，勢必有其相當的重要性，提供照顧資訊支持可降低照顧者整體照顧負荷及照顧者緊張感次負荷。



第五章 結論與建議

本研究以精神分裂症患者的主要照顧者為研究對象，旨在探討中部地區精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷整體狀況，並探究照顧者得到社會支持系統與否對照顧負荷的影響。在文獻探討過程中，針對研究主題相關的文獻做分析，並依據本研究目的採用符合信、效度的調查工具，以台中榮民總醫院精神科門診與日間病房的精神分裂症患者之主要照顧者為訪問對象，藉由面對面訪談方式取得相關資料予以分析討論後形成本研究的發現與結論。最後，本章依據研究的結論，提出具體建議以供未來相關研究之參考。

第一節 研究結論

本研究分別針對：一、照顧者整體照顧負荷情形；二、精神分裂症病患之患者因素與主要照顧者照顧負荷的關係；三、主要照顧者之照顧者因素與照顧負荷的關係；四、主要照顧者之社會支持對照顧負荷的影響等四個部份進行資料蒐集與分析。經統計分析結果，獲致下列幾項主要結論：

一、照顧者整體照顧負荷情形

研究發現，照顧者整體照顧負荷分數之分佈由 14 分至 45 分，平均數 32.7（標準差 6.3）分。依據宋麗玉（2002）精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證—以實務應用為取向的研究中其照顧者負荷分數區分為四個等級：輕度到中度負荷（8-20 分）、中度負荷（21-32 分）、中重度負荷（33-44 分）、極重度負荷（45 分以上）。本研究施測結果，照顧者整體照顧負荷以中重度負荷者所佔比例最高，佔受訪樣本的 49%，其次是中度負荷者佔了 46%，照顧者整體照顧負荷平均數偏中重度負荷。即使政府自 2007 年核定「長照十年計畫」開始推動長期照顧政策及開展相關福利服務，然而從受訪樣本的負荷感受來看，卻仍測出類似結果。顯見如何提供可及而符合需求之照顧者支持服務，降低精神分裂症病患主要照顧者的照顧負荷，值得社會政策制定者與福利服務專業實務者的重視。

二、精神分裂症病患之患者因素與主要照顧者照顧負荷的關係

(一) 精神分裂症患者的年齡與照顧者負荷和其他次負荷具有顯著負相關。且患者是否領有身心障礙手冊及患者對照顧者是否具有暴力攻擊，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

精神分裂症患者的年齡與照顧者負荷和其他次負荷有顯著負相關。患者的年齡愈輕，照顧者烙印次負荷愈高；患者領有精神障礙手冊，照顧者家庭干擾次負荷明顯高於未領手冊之患者。而未領精神障礙手冊之患者，照顧者烙印次負荷高於領有精神障礙手冊之患者；照顧者在照顧期間，曾經遭受患者暴力攻擊者，照顧者整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、照顧者緊張感次負荷皆高於從未被患者暴力攻擊之照顧者。此研究結果與國內學者宋麗玉（1999）的研究中所呈現病患的行為問題及症狀程度是照顧者負荷的最主要影響因素之研究發現一致。故精神醫療體系專業者應關注精神分裂症病患主要照顧者受社會烙印而承受的影響其照顧負荷，強化社區衛生教育。

(二) 精神分裂症患者性別、教育程度、工作、婚姻狀況、住院次數以及身心障礙等級之不同，在照顧者整體照顧負荷和其他次負荷上並沒有明顯差異。患者的發病年齡、生病年數與照顧者整體照顧負荷和其他次負荷也未有顯著相關。

精神分裂症患者之背景資料發現，女性患者超過六成，男性患者近四成；婚姻狀況以未婚者居多，將近六成左右。患者的平均年齡為 41.02 歲。患者教育程度以大專及以上者、高中或高職者各佔了三分之一；無工作或待業中最多且超過七成。而患者的平均生病年數 15.4 年，有超過六成領有身心障礙手冊的患者中，被鑑定為中度障礙者則超過四成，而有一成是輕度障礙者，重度者也將近一成左右。本研究發現，患者罹患精神分裂症的發病年齡平均在 25.7 歲（標準差為 10.3）與國內學者胡海國（1996）的文獻中所呈現精神分裂症病患多是在青少年或成年發病，其好發年齡在 15 至 29 歲之研究發現一致。

依據研究發現，精神分裂症病患之患者因素與主要照顧者照顧負荷的關係之分析顯示，研究假設一「受訪者的照顧負荷程度因病患的患者因素不同而均有顯著差異存在」是部分成立的。精神分裂症患者的年齡與照顧者的照顧負荷和其他次負荷具有顯著負相關；患者是否領有身心障礙手冊、患者對照顧者是否具有暴力攻擊等對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷是有顯著差異。

三、主要照顧者之照顧者因素與照顧負荷的關係

(一) 主要照顧者每天平均照顧時間與照顧負荷和其他次負荷有顯著正相關。且主要照顧者的工作狀況不同、經濟身份不同、照顧關係不同及照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中老人或生病家人，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

主要照顧者的每天平均照顧時間與照顧者緊張感次負荷有顯著正相關，照顧者每天平均照顧時間愈長則照顧者緊張感次負荷愈高；有工作的照顧者，照顧者整體照顧負荷與家庭干擾次負荷都是明顯高於無工作的照顧者；照顧者的經濟身份為一般身份和榮民者，照顧者烙印次負荷明顯高於中低收入戶與低收入戶的照顧者。照顧者在照顧關係上為患者的母親，照顧者整體照顧負荷明顯高於子女與手足或其他的照顧者，而此研究結果與學者宋麗玉（1999）的研究中所呈現照顧者為父母者其整體負荷較其他照顧者為高之研究發現一致。

主要照顧者中有超過三成的人，除了照顧病患之外仍需照顧家中生病的家人或老人，此研究發現與王士華等人（2007）及戎瑾如等人（2008）之探討青少年精神病患的主要照顧者研究中呈現，有三成主要照顧者必須同時身兼照顧其他生病家人的研究結果一致。而本研究更進一步發現，有需要照顧家中老人或生病家人的照顧者，整體照顧負荷、家庭干擾次負荷、病患依賴次負荷皆高於不需要同時照顧家中老人或生病家人的照顧者。

(二) 照顧者的年齡層不同，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

研究發現，精神分裂症病患主要照顧者在青壯年階段、中高齡階段、老年階段之不同年齡層的照顧者中，照顧者的年齡層在 45-64 歲之中高齡階段，照顧者緊張感次負荷明顯高於青壯年期階段的照顧者。

(三) 照顧者性別、教育程度、婚姻狀況之不同，對照顧者在整體照顧負荷和其他次負荷並沒有顯著差異。其照顧者的照顧年數在照顧者整體照顧負荷和其他次負荷也未有顯著相關。

主要照顧者之背景資料發現，女性照顧者多於男性照顧者；照顧者的平均年齡為 54.73 歲，有超過五成是 45 歲至 64 歲的中高齡照顧者；教育程度也有超過五成是高中/高職以上者；工作狀況以全職工作者的比例最高，有工作及無工作的比例則各佔一半；婚姻狀況有七成是已婚；經濟身份有 13.8% 是中低收入戶與低受入戶。照顧者中有超過五成是病患的父母親，其中又以母親所佔之比例是多於父親的一倍；照顧者平均照顧年數為 13.09 年，其每天平均照顧時間 19.40 小時。且有超過三成的照顧者除了照顧病患之外仍需照顧家中老人或生病的家人。而令照顧者在照顧期間最感照顧困擾的是病患出現混亂/干擾行為佔最多，有 46%，其次是服藥/就醫的配合度佔 19%，自殺/傷人的行為也有 9%，換言之，有超過七成的精神分裂症患者是不容易照顧的。

依據研究發現，精神分裂症病患主要照顧者之照顧者因素與照顧負荷的關係之分析顯示，研究假設二：「受訪者的照顧負荷程度因照顧者因素不同而均有顯著差異存在」是部分成立的。主要照顧者的每天平均照顧時間與照顧者照顧負荷和其他次負荷具有顯著正相關；照顧者的工作狀況不同、照顧者的經濟身份不同、照顧關係不同、照顧者除了照顧病患之外是否仍需照顧家中老人或生病家人，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。再者，研究假設三：「老年照顧者與非老年照顧者在照顧負荷上有顯著差異」是成立的。故老年照顧者與非老年照顧者在照顧負荷上有顯著差異。

四、主要照顧者之社會支持對照顧負荷的影響

照顧者得到社會支持系統與照顧負荷影響之分析，以社會支持之工具性支持、情緒性支持、資訊性支持對照顧者整體照顧負荷和其他次負荷之狀況影響，研究結論分析如下：

- (一) 照顧者是否得到工具性社會支持與支持程度之不同，對照顧者整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

就工具性支持而言，照顧者以獲得人力照顧支持為最多，經濟協助次之，而獲得家務協助為最少；所獲得支持程度以“普通”居多，多數的支持來自家人。工具性的社會支持程度上，工具性社會支持程度之不同對照顧者負荷和其他次負荷有顯著差異；在經濟協助上，支持足夠之照顧組，照顧者烙印次負荷高於支持不足及支持普通的兩組照顧組。由此可知，即使經濟資源足夠或社經地位較高之患者家庭仍深受社會烙印之苦。顯見，社會大眾對精神分裂症患者的接納仍顯不足，是社會政策制定者與福利服務專業實務者關注的課題。

- (二) 照顧者是否得到情緒性社會支持與支持程度之不同，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

就情緒性支持而言，照顧者以隨時電話求助為最多，有人可以傾訴次之，提供支持者也是以家人居多。情緒性的社會支持程度上，支持不足之照顧組，整體照顧負荷、照顧者緊張感次負荷皆高於支持足夠的照顧組。在有人可以傾訴部份，支持不足的照顧組，家庭干擾次負荷明顯高於支持足夠及支持普通的兩組照顧組。這個結果顯示，若能多傾聽與提供更多的支持服務予照顧者，有助於降低其照顧負荷，因此，對於照顧者的照顧壓力與情緒支持，當有其必要性。

(三) 照顧者是否得到資訊性社會支持與支持程度之不同，對照顧負荷和其他次負荷有顯著差異。

就資訊性支持而言，照顧者以獲得照顧資訊支持的居多，在得到解決照顧問題建議部份次之；而衛政體系提供支持者為最多，社政體系次之。支持程度則在解決照顧問題的建議上是以“不足”為最多。在資訊性社會支持程度上，解決照顧問題之建議的部份，支持不足之照顧組，除了照顧者整體照顧負荷高於支持足夠的照顧組外，照顧者緊張感次負荷亦明顯高於支持足夠及支持普通的兩組照顧組。其顯示，若能夠提供解決照顧問題的政策與建議，將可降低照顧緊張與其照顧負荷，值得社會政策制定者與福利服務專業實務者思考。

依據研究發現，精神分裂症病患主要照顧者得到社會支持的工具性支持、情緒性支持、資訊性支持對照顧者整體照顧負荷和其他次負荷之狀況分析顯示，研究假設四：「照顧者得到社會支持系統與否對整體照顧負荷和其他次負荷有顯著差異」是成立的。

第二節 研究應用與建議

本節擬就研究發現與結果討論，分別針對專業實務工作者、社會政策制定與社會福利行政機關方面，提出具體建議，並對未來的相關研究提供參考的意見。

一、實務上的建議

(一) 強化社區精神衛生教育，倡導國人接納與尊重的正向態度

- 1、增強社區與社會大眾之精神衛生教育，發展有效的精神疾病預防方法，運用社區精神衛生教育行動策略，推動社會參與精神衛生教育之行動。培養國人對精神分裂症患者家庭接納與尊重的態度，並落實執行精神衛生教育，以減少精神分裂症患者家庭的社會烙印之負荷，避免精神分裂症患者家庭遭受社會排除。
- 2、提供精神分裂症病患主要照顧者有關照顧問題的因應之道，檢視患者及家庭照顧者深受社會烙印感受的程度，運用同理心，多傾聽與瞭解患者及家庭照顧者，教育照顧者有關疾病對患者社會功能的影響；並運用優勢觀點評量，以協助照顧者有系統的發展解決和因應照顧問題之技巧，使照顧者面對照顧負荷之身心壓力得以減輕。

(二) 建立社會支持網絡，健全個案管理及追蹤系統

- 1、成立精神分裂症病患主要照顧者的社會支持團體，提供照顧者分享照顧感受與經驗的機會，給與希望，鼓勵分享照顧因應技巧，並支持及肯定照顧者對照顧情境的感受與想法，使照顧者感到孤立及孤單的感覺得以減少。協助照顧者認識現存的社會資源，並開發及整合與運用社會資源，建立持續而可及的社會支持網絡。
- 2、整合精神醫療個案管理服務與社區照顧管理及追蹤系統，健全個案管理並定期追蹤社區精神分裂症患者其精神復健之進展與疾病康復的情形，有效掌控患者的病情變化與症狀干擾行為，協助

患者家庭從外在環境取得能量達到家庭的穩定平衡。並重視中高齡家庭照顧者的照顧負擔，以中高齡家庭照顧者為主體之服務策略規劃，提供家庭照顧者所需的暫歇及應有的支持。

二、政策上的建議

(一) 制定相關政策與福利法規，維護精神病患者之權益

- 1、根據統計，截至 2008 年底全國有 72 萬餘人領有重大傷病卡，其中慢性精神病患者佔 24.83%（行政院衛生署，2011）。其顯示，有超過 17 萬因醫療需要而領有重大傷病卡的精神病患者，然而截至 2010 年 12 月底止的調查，領有身心障礙手冊的慢性精神病患者人數達 11 萬 0,809 人。換言之，因醫療需要而領有重大傷病卡的精神病患者中，仍有超過 6 萬人未能取得相關的福利資源服務。顯見，社會福利並未能涵蓋所有慢性精神病患者之個人或家庭服務需求。故落實社區照顧服務，以精神病患照顧問題為社區照顧服務的重點規劃，維護精神病患者及家庭成員之權益應獲得關注與推動。
- 2、主要照顧者的照顧政策部分，醫療衛生與社會福利行政部門的業務宜整合之統籌規劃，實施符合慢性精神病患者家庭的喘息服務以提供家庭照顧者有休息機會；推動多元社區福利服務、生活服務、社區居住與居家服務以及社區日間照顧，提供慢性精神病患者家庭多元的選擇，有效解決慢性精神病患之家庭的照顧問題。

(二) 規劃以家庭為中心的照顧服務政策

- 1、規劃完善的家庭照顧政策，整合衛生、勞動、社福業務，提供以家庭為中心之支持服務，以符合家庭生命週期階段的照顧經濟與生活需求。尤應重視正處於中高齡家庭生命週期階段的照顧者，在家庭、就業、個人身心壓力上的衝突與困境，提供多元家庭支持服務，強化長期照顧服務的質與量。

- 2、運用家庭倡導以帶動制度改變的社會行動，透過精神障礙者的自助團體組織，為精神分裂症患者家庭之需求與政策間的鴻溝，建構對話空間的橋樑，合理的促使社會大眾參與行動，致力推動精神分裂症患者家庭之服務輸送體系。

三、未來研究的建議

- (一) 本研究對象僅以中部地區精神分裂症患者之主要照顧者為受訪對象，共 160 名。研究場域不包括其他地區，樣本之代表性恐有不足，故在研究結果的推論上有其限制。建議未來進行相關研究時可大規模針對不同地區，不同醫學中心、區域級醫院、地區級醫院及診所等，擴大樣本數以做相互的對照。
- (二) 本研究方法採用調查研究，以面對面問卷訪問調查方式進行資料蒐集。因受限於人體試驗研究計畫許可書之有效期限的規定與面訪時間成本之考量，故以台中市榮民總醫院精神科門診與日間病房之受訪者做訪問調查的資料蒐集。建議未來進行相關研究時可考慮以更多元的途徑來收集相關資料，如深入訪談與焦點團體或運用不同形式的量表以進行資料的交叉比對，獲得更深入的瞭解。

第三節 研究限制

一、研究對象方面

本研究僅以台中市醫學中心榮民總醫院的精神分裂症患者之主要照顧者為訪問對象。因考量申請人體試驗研究計畫許可書的有效期限及面對面訪問之時間的限制，故研究樣本之人口群受限於醫學中心的精神科門診與日間病房而無法擴大範圍以涵蓋其他地區的受訪對象，易形成研究對象特質的偏向，研究結果亦無法推估到所有精神分裂症患者之主要照顧者。

二、研究方法方面

本研究採用調查研究以面對面問卷訪問調查方式進行資料蒐集，因面訪時間與經費成本之考量及受限於人體試驗研究計畫許可書之有效期限的規定，問卷調查的有效樣本僅共 160 份，某些實際上與照顧者負荷有相關之影響因子可能因樣本數的限制致統計檢定力不足而未能呈現顯著差異。研究對象來源是透過精神科醫師轉介，採立意取樣而非隨機抽樣亦為研究方法上的限制。對於接受面對面問卷訪問調查的受訪者，亦無法避免是否為了符合社會期望而影響回答問卷的據實性。此外，研究蒐集的主要照顧者負荷資料結果，僅呈現特定時間內的現象而非長時間的結果觀察。

參考文獻

一、中文部分

- 王士華、戎瑾如、陳喬琪、魏秀靜、林寬佳（2007）。青少年精神分裂症病患主要照顧者相關壓力、習得智謀與照顧負荷之研究。《護理雜誌》，54（5），37-47。
- 戎瑾如、李素玉、魏秀靜、韓惠萍、歐陽文貞（2008）。青少年精神病患主要照顧者尋求健康協助行為對心理健康狀況之影響。《醫護科技學刊》，10（1），27-40。
- 孔繁鐘（2000）。《DSM-IV 精神疾病診斷與統計》。台北：合記。
- 內政部統計處（2011）。《全國身心障礙人口統計內政統計月報：身心障礙者人數》。2011年4月19日，取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm>
- 行政院衛生署（2011）。《98年度全民健康保險醫療統計年報》。2011年4月19日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx/
- 行政院衛生署中央健保局（2011）。《醫事機構最新健保資訊網》。2011年4月19日，取自 <http://www.nih.gov.tw/webdata/>
- 身心障礙者權益保障白皮書（2009）。98年5月26日行政院社會福利推動委員會第14次委員會議審查通過。內政部編印（中華民國98年7月）
- 宋麗玉（1999）。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》，12（1），1-30。
- 宋麗玉（2002）。精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證——以實務應用為取向。《社會政策與社會工作學刊》，6（1），61-100。
- 宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍（2008）。《社會工作理論—處遇模式與案例分析》。台北：洪葉。
- 李明濱（1999）。《實用精神醫學》。國立台灣大學醫學院。台北：金名。
- 沈楚文（2007）。精神醫療的臨床困境。《台灣精神醫學雜誌》，21（1），1-3。
- 吳就君（1995）。精神病患家庭照護者的負荷研究：跨國文化比較。《中華心理衛生學刊》，8（1），37-52。

- 吳錦瑜、李宗興、呂桂玲、黃芷芊 (2005)。精神病患長期照護需求評估。(行政院衛生署九十四年度科技研究計畫，計畫編號：DOH94-TD-M-113-013, DOH94-TD-M-113-051)
- 吳肖琪 (2003)。精神醫療網計畫執行成效評估與展望。(行政院衛生署九十三年度研究計畫)
- 吳肖琪、鄭若瑟、許銘能、呂淑貞、吳義勇 (2008)。全國精神醫療資源需求調查-兼論未來發展策略。(衛生署委託科技研究計畫，計畫編號：DOH97-TD-M-113-97008, DOH098-TD-M-113-97004)
- 吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正 (1996)。功能評估在估計臺灣社區老人長期照護需要之應用。中華公共衛生雜誌, 15(6), 533-545。
- 周碧瑟 (1995)。現代流行病學。台北：合記。
- 周月清、傅凱祺、傅立葉、蔡宜思、高森永、邱泯科、...謝佳宜 (2005)。我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目。台灣社會福利學刊, 4(2), 97-138。
- 周月清、王增勇、林麗嬋 (2007)。老年婦女照顧負擔與社會支持之研究—以智障者和精神障礙者老年女性照顧者為例。(內政部委託研究報告，計畫編號：0950000000AU631001)
- 胡海國 (1996)。精神分裂病患者家屬對精神分裂症之態度。當代醫學, 23(6), 513-518。
- 胡海國、吳就君、鄭若瑟、黃梅羹、胡小萍、黃宗正、...張宏俊 (2000)。精神分裂病患者主要照顧者之負擔。台灣精神醫學, 14(3), 205-217。
- 高迪理 (1991)。社會支持體系概念之架構之探討。社區發展季刊, 54, 24-32。
- 馬先芝 (2003)。照顧者負荷之概念分析。護理雜誌, 50(2), 82-86。
- 張宏哲、林哲立、邱曉君、顏菲麗 (2007)。人類行為與社會環境。台北：雙葉。
- 郭千哲、潘俊宏、蔡尚穎、陳喬琪、胡維恆 (1998)。精神衛生法施行前後急性精神住院患者之死亡率。台灣精神醫學, 12(3), 52-64。
- 郭葉珍 (1999)。家屬與精神病患。台北：合記。

- 郭峰志 (2001)。現代社區精神醫療：整合式心理衛生服務體系。台北：心理。
- 精神健康基金會 (2002)。社區民眾與精神病患之接觸經驗對鄉里關懷態度之影響贊助研究報告。2010年12月1日，取自 <http://www.mhf.org.tw/2003new/department5.htm>
- 廖俊松 (2002)。身心障礙者保護法執行評估與修訂之研究。內政部委託研究報告。
- 賴兩陽 (2004)。全球化、在地化與社區工作。社區發展季刊，107，120-133。
- 陳秋瑩、許世寬、陳朝炆、賴俊雄 (1996)。門診精神病患主要照顧者的需求與社會支持之研究。中華衛誌，15 (2)，153-161。
- 葉人豪、葉玲玲、黃光華、陳快樂、邵文娟、陳宏 (2009)。社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討。精神衛生護理雜誌，4 (1)，1-8。
- 劉蓉台 (2007)。精障個案社區整合照顧模式。護理雜誌，54 (5)，11-17。
- 賴美嬌、李佩育、薛淑滿 (2006)。精神病患重返社會接受度之探討。福爾摩沙醫管雜誌，2，58-68。
- 蔡元祿、許淑惠、呂淑貞、劉蓉台、莊明鴻、劉惠雅 (2004)。精神科出院準備服務指引。台北：中華民國護理施護士公會全國聯合會。
- 滕西華、陳彥丞、劉蓉台、萬心蕊、王珊 (2005)。精神醫療社會資源之現況、困難與建議。台灣社區精神照護研討會—家庭照護與就業服務—彙編。國家衛生研究院，19-29。
- 顏秀珍、楊美賞 (2004)。社區精神病患之主要照顧者被病患身體攻擊後的反應。臺灣醫學，8 (6)，786-793。

二、英文部分

- Brown, G.W., Birley, J. L., Wing, J. K. (1972) . Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121 (562) , 241-258.
- Chien, I. C., Chou ,Y. J., Lin C. H., Bih, S. H., Chang, H. J., Chou P. (2004) . Use of health care Services and costs of psychiatric disorders among national health insurance enrollees in Taiwan. *Psychiatric Services*, 55 (12) , 14 27-30.
- Hwu, H. G., Yeh, E. K., Chang, L. Y. (1989) . Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147.
- Hou, S. Y., Khale, C. L., Su, Y.H., Lung, F. W., Huang, C. J. (2008) . Exploring the burden of primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 508-514.
- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H., Nakane, Y., Ohta, Y. (2010) . Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64 (4) , 377-386.
- Hunt, C. K. (2003) . Concepts in caregiver. *Research Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1) , 27-32.
- Kung, W.W. (2003) . The illness, stigma, culture, or immigration ? Burdens on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Families in Society*, 84 (4) , 547-557.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guameri, M., Maj, M. (2002) . The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 291-298.

- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M. (2006) .Family burden and social network in schizophrenia vs. Physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 60-63.
- Miura, Y., Mizuno, M., Yamashita, C., Watanabe, K., Murakami, M., Kashima, H. (2004) . Expressed emotion and social functioning in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (6) , 469-474.
- Novak, M., Guest, C. I. (1989) . Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29 (6) , 798-803.
- Penn, D. L., Kohlmaier, J.R., Corrigan, P.W. (2000). Interpersonal Factors Contributing to Stigma of Schizophrenia: Social Skills, Perceived Attractiveness and Symptoms. *Schizophrenia Research*, 45 (1) , 37-45.
- Vaughn, C. E., Snyder, K. S., Jones, S., Freeman, W.B., Falloon, I. R. H. (1984) . Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of the British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41 (12) , 1169-1177.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., Zarit, J. M. (1986) . Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.
- Zahid, M. A., Ohaeri, J. U. (2010) . Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *Zahid and Ohaeri BMC Psychiatry* , 10 (71) , 1-11.



附錄一

病患基本資料

一、基本資料

(一) 姓名:

(二) 性別: 1.男 2.女

(三) 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(四) 教育程度: 1.不識字 2.小學 3.初中/國中 4.高中/高職

5. 大專及以上

(五) 工作狀況: 1.全職 2.半/兼職 3.無工作/待業中

4.家管 5.退休 6.其他_____

(六) 婚姻狀況: 1.未婚 2.已婚 3.離婚/分居 4.喪偶

5.其他_____

二、疾病資料

(七) 病患發病年齡約: _____ 歲;

病患生病年數: _____ 年 _____ 月 (截至民國 100 年 9 月底止)

(八) 病患近一年內住過急性病房的總次數: _____ 次;

病患最近一次住過急性病房是在 _____ 年 _____ 月

(九) 病患是否領有身心障礙手冊

1.是 (請續答) 2.否 (請跳下一題)

身心障礙等級: 1.輕度 2.中度 3.重度 4.極重度

(十) 病患的臨床整體評估表 (CGI) 之病歷紀錄

0 級 1 級 2 級 3 級 4 級 5 級 6 級 7 級

附錄二

主要照顧者基本資料

一、基本資料

- (一) 姓名:
- (二) 性別: 1.男 2.女
- (三) 出生日期: _____年____月____日
- (四) 教育程度: 1.不識字 2.小學 3.初中/國中 4.高中/高職
 5. 大專及以上
- (五) 工作狀況: 1.全職 2.半/兼職 3.無工作/待業中
 4.家管 5.退休 6.其他_____
- (六) 婚姻狀況: 1.未婚 2.已婚 3.離婚/分居 4.喪偶
 5.其他_____
- (七) 經濟身分: 1.中低收入戶 2.低收入戶 3.榮民身分
 4.其他_____

二、照顧關係

- (一) 請問您與病患關係: 1.父 2.母 3.配偶 4.子女
 5.手足 6.其他_____
- (二) 請問您照顧病患的年數: _____年____月 (截至民國 100 年 9 月底止)
- (三) 請問您每天的照顧時間: 平均 _____ 小時
- (四) 請問您家中需要照顧的人除了病患以外是否還有其他家人 (包括: 生病的家人或老人)?
 1.是 (請問您與受照顧者的關係為何_____)
 2.否
- (五) 您是否感覺自己的健康狀況在照顧病患後比照顧前是較差的?
 1.從未 2.很少 3.有時 4.經常 5.幾乎都是
- (六) 請問在照顧病患時最讓您感到困擾的是病患的:
 1.混亂/干擾的行為 2.自傷/傷人的行為 3.服藥/就醫的配合度 4.就業/工作的適應性 5.人際相處的適切性
 6.生活作息的規律性 7.其他

(七) 請問您在照顧上是否曾經遭受過病患的暴力行為攻擊？

1.從未 2.很少 3.有時 4.經常 5.幾乎都是

1.是 (請續答第 8 題) 2.從未 (請跳下一題)

(八) 您曾經遭受病患的暴力行為有哪些？

1.言語暴力 2.肢體暴力 3. 言語與肢體暴力皆有

4.其他：_____

三、 對目前家庭中有關照顧病患的社會支持

家人：包括〈配偶、子女、兄弟姊妹、父母、祖父母〉

親友：包括〈親戚、朋友、鄰居、同學、同事、病友〉

(一) 工具性支持 1.2.3.題，情緒性支持 4.5.題，資訊性支持 6.7.題

1.1 請問是否有人可以協助您照顧病人？

1.是 (請續答) 2.否 (請跳第 2 題)

1.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？

1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員

5.民間機構人員 6.其他_____

1.3 他(她)們所提供的支持是否足夠？

1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠

2.1 請問是否有人提供經濟(金錢與物資)協助的支持？

1.是 (請續答) 2.否 (請跳第 3 題)

2.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？

1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員

5.民間機構人員 6.其他_____

2.3 他(她)們所提供的支持是否足夠？

1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠

3.1 請問是否有人提供家務(三餐與清潔)協助的支持？

1.是 (請續答) 2.否 (請跳第 4 題)

3.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？

1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員

5.民間機構人員 6.其他_____

3.3 他(她)們所提供的支持是否足夠？

- 1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠
- 4.1 請問是否有人可以讓您隨時打電話求助？
 1.是（請續答） 2.否（請跳第 5 題）
- 4.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？
 1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員
 5.民間機構人員 6.其他_____
- 4.3 他（她）們所提供的支持是否足夠？
 1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠
- 5.1 請問遇到困難與挫折時，是否有人可以傾訴？
 1.是（請續答） 2.否（請跳第 6 題）
- 5.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？
 1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員
 5.民間機構人員 6.其他_____
- 5.3 他（她）們所提供的支持是否足夠？
 1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠
- 6.1 請問是否有人可以提供您照顧所需的相關資訊？
 1.是（請續答） 2.否（請跳第 7 題）
- 6.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？
 1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員
 5.民間機構人員 6.其他_____
- 6.3 他（她）們所提供的支持是否足夠？
 1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠
- 7.1 請問是否有人可以提供您解決照顧問題的建議？
 1.是（請續答） 2.否（請跳下一頁）
- 7.2 請問這個人與照顧者的關係是為何？
 1.家人 2.親友 3.衛政體系人員 4.社政體系人員
 5.民間機構人員 6.其他_____
- 7.3 他（她）們所提供的支持是否足夠？
 1.非常不足 2.不足 3.普通 4.足夠 5.非常足夠

附錄三

主要照顧者負荷量表（簡短版）

（原版的問法）	（口語化的問法）	從未	很少	有時	經常	幾乎都是
		0	1	2	3	4
1.我覺得自己為他（她）做的事情不夠多。	1.「您會不會」覺得自己為他（她）做的事情不夠多。					
2.我的日常作息因照顧他（她）而受干擾。	2.「您」的日常作息「會不會」因照顧他（她）而受干擾。					
3.在照顧他（她）與家庭或事業之間無法兼顧。	3.「您會不會」在照顧他（她）與家庭或事業之間無法兼顧。					
4.我覺得自己給他（她）的照顧還不夠好。	4.「您會不會」覺得自己給他（她）的照顧還不夠好。					
5.他（她）的行為和病況讓我感到緊張害怕。	5.他（她）的行為和病況「會不會」讓「您」感到緊張害怕。					

<p>6.我的休閒活動 (例如：逛街、運動、參加旅遊...等) 因照顧他(她)而受到干擾。</p>	<p>6.「您」的休閒活動 (例如：逛街、運動、參加旅遊...等) 「會不會」因照顧他(她)而受到干擾。</p>					
<p>7.我擔心他(她)不知何時會發病。</p>	<p>7.「您會不會」擔心他(她)不知何時會發病。</p>					
<p>8.我因為照顧他(她)而收入減少。</p>	<p>8.「您會不會」因為照顧他(她)而「家庭總收入」減少。</p>					
<p>9.家人會為了照顧他(她)而起爭執。</p>	<p>9.家人「會不會」為了照顧他(她)而起爭執。</p>					
<p>10.我覺得他(她)很依賴我。</p>	<p>10.「您會不會」覺得他(她)很依賴「你」。</p>					
<p>11.我的社交生活 (例如：參加婚喪喜慶、吃拜拜...等) 因照顧他(她)而受到影響。</p>	<p>11.「您」的社交生活 (例如：參加婚喪喜慶、吃拜拜...等) 「會不會」因照顧他(她)而受到影響。</p>					

12.有些事他（她）可以自己做，卻要我幫他（她）做。	12.有些事他（她）可以自己做，卻要「您」幫他（她）做。					
13.照顧病人讓我覺得自己是有用的。	13.照顧病人「會不會」讓自己「是個有用的人」。					
14.家裡有精神病人讓家人覺得羞恥。	14.家裡有精神病人「會不會」讓家人覺得羞恥。					
15.家裡有精神病人讓我覺得羞恥。	15.家裡有精神病人「會不會」讓「您」覺得羞恥。					
16.照顧他（她）讓我更看得開。	16.照顧他（她）「會不會」讓「您」更看得開。					
17.我因為照顧他（她）婚姻受到影響。	17.«您會不會»因為照顧他（她）婚姻受到影響。					
18.我擔心他（她）獨自一人時的安全。	18.«您會不會»擔心他（她）獨自一人時的安全。					



附錄四

研究受訪者同意書

敬啟者：

您好，懇請參與「精神分裂症病患主要照顧者負荷之研究」的研究計劃，研究目的為期待增進照顧服務提供務實的建議，舒緩照顧者之身心壓力；支持照顧者之身心需求。

該研究計劃基於研究需要，必須藉由台中榮民總醫院的病歷取得相關之資料，所有資料僅供學術研究。此研究計劃透過問卷所取得之訪問資料，將由研究者負責保存，除本研究團隊外不作其他用途。對您所提供的資料，將持保密的態度，我們也會以研究代號取代您的姓名。書面資料將會上鎖，數位資料庫將以密碼管制，我們會小心維護您的隱私。

您可自由決定是否接受訪問，不一定需要參加，訪談過程中，若您覺得不想繼續受訪，您無須提出任何理由，亦可中途退出，且不會引起任何不愉快或不良影響。

➤ 感謝您的熱忱參與

研究者 陳佳琪 敬筆

研究受訪者聲明：

本人已閱讀並瞭解以上內容，同意參與該研究，並接受訪談。

研究受訪者：_____（簽名）

日期：西元____年____月____日

研究者保證：

本人基於研究倫理，克盡保密之責，務必將研究過程可能造成的傷害降至最低，盡可能回答本研究有關的所有問題。

研究者：_____（簽名）

日期：西元____年____月____日



附錄五

5-1 授權書

5-2 臨床試驗教育訓練課程證明書

5-3 人體試驗研究計畫許可書



授權書

茲同意東海大學社會工作研究所研究生陳佳琪，
在其研究「精神分裂症病患主要照顧者負荷之研究」
中，使用照顧者負荷量表(簡短版)，作為研究之一部
分，並在研究計劃中註明引用來源。

授權人：宋 麗 玉

同意授權日期：2011年1月25日

中華民國一百年一月十日

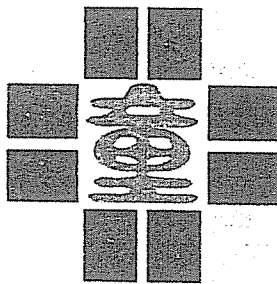
童綜合醫療社團法人童綜合醫院 臨床試驗教育訓練課程證明書

證書編號：310

茲證明 陳佳琪 君於民國一十年五月二十日參加童綜合醫療社團法人童綜合醫院舉辦之「100年度臨床試驗教育訓練課程」(共計三小時)

講題	講師
「個人資料保護法」對臨床研究之影響	慧聖律師事務所 林孟毅律師
人體生物資料庫管理條例及相關規範說明	行政院衛生署醫事處 周純芬博士

特此證明



童綜合醫療社團法人童綜合醫院

院長 童瑞年

人體試驗委員會主任委員 遲景上

中華民國一十年五月二十日



人體試驗研究計畫許可書

開立日期：西元 2011 年 05 月 27 日

計畫名稱：精神分裂症病患主要照顧者負荷之研究

試驗編號/本會編號：SE11080

計畫主持人：精神部陳展航主任

計畫書版本/日期：23 May 2011

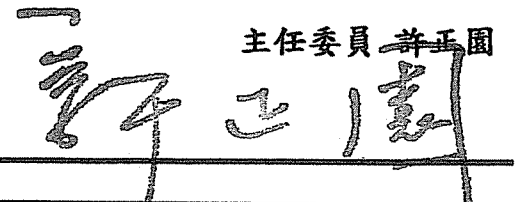
問卷研究受訪者說明及同意書版本/日期：Version 2.0, 9 May 2011

通過會期：第 123 次會議

有效期間：自西元 2011 年 05 月 27 日至 2012 年 05 月 26 日止

- * 依照赫爾辛基宣言及 ICH-GCP 規定，臨床試驗每屆滿一年，人體試驗委員會必須定期重新審查臨床試驗後方可繼續進行。請於有效期限到期二個月前繳交期中報告以利本會進行審查。
- * 受試者於試驗期間發生嚴重不良事件及疑似未預期之嚴重藥物不良反應，主持人應依衛生署法規於期限內通報主管機構及審查之人體試驗委員會。
- * 計畫展延應於許可書期限截止前二個月提出申請。
- * 結案報告應於許可書期限截止後三個月內繳交。
- * 本會有暫停/終止本研究計畫及撤銷本執行許可書之權責。

主任委員 許正園



Certificate of Approval

Protocol Title : The Study of Primary Caregiver Burden in Persons with Schizophrenia.

Protocol No/IRB TCVGH No : SE11080

Principal Investigator : Chin-Hong Chan

Protocol Version/Date : 23 May 2011


Informed Consent Form Version/Date : Version 2.0, 9 May 2011

Board Meeting : 123rd Board Meeting

Approval Effective Period : From 27 May 2011 to 26 May 2012

- * In accordance with Declaration of Helsinki and ICH-GCP guidelines, PI is responsible to submit a progress report to IRB two months prior to the expiration date for an annual review.
- * Serious Adverse events and SUSAR involving risk to participants must be reported to DOH and IRB according to current regulation.
- * Extension of the protocol should be submitted to IRB 2 months before the expired date of the Certificate of Approval.
- * Closing study report should be submitted to IRB within 3 months after the expired date of the Certificate of Approval.
- * The IRB has authorization to suspend/terminate the protocol and to withdraw the Certificate of Approval.

Jeng-Yuan Hsu, MD
Chairman, Institutional Review Board, TCVGH



本會組織與執行皆符合國際醫藥法規協會之藥品優良臨床試驗規範

The committee is organized and operates according to ICH-GCP and the applicable laws and regulations