

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

邱麗蓉¹ 謝佳容² 蔡欣玲³

摘要：本研究以壓力和因應行為的互動理論為基礎，研究目的在探討失智症病患主要照護者的壓力源、評價與因應行為和健康之關係。研究採立意取樣，研究對象來自北區某三所醫院門診之65歲以上的失智症老人及其主要照顧家屬，研究工具為結構式問卷，共計訪視71位有效樣本，研究結果如下：

1. 在71位失智症病患中，男女約各佔半數，平均年齡77.7歲，教育程度以不識字居多，平均發病時間為4年，有67.6%的個案有其他慢性疾病狀況；在71位主要照顧者中，以女性居多，平均年齡49.3歲，與病患的關係主要為子女。
2. 失智症病患主要照顧者壓力源包括：個案記憶行為問題、日常生活功能、認知功能及個案經濟來源，這些壓力源影響家屬的健康狀況。
3. 失智症主要照顧者對個案記憶行為問題評價及日常生活功能評價和主要照顧者的健康互相影響。主要照顧者對個案記憶行為問題和日常生活功能評價受困擾程度越高，及處理記憶行為問題自我效能愈低，則家屬整體健康愈差；相對的，若家屬健康狀況愈差，則主要照顧者對個案的記憶行為問題和日常生活功能評價受困擾程度愈高，且處理記憶行為問題之自我效能越低。
4. 主要照顧者因應行為和健康互相影響：主要照顧者運用情緒因應行為頻率愈高者，則健康較差。

本研究提供失智症家屬實證研究的相關資訊，能供未來臨床實務、衛生教育、研究和社會政策之參考。

關鍵詞：失智症、主要照顧者、壓力源、評價、因應。

前 言

隨著人口快速的老化，高齡所伴隨的失智症人口逐漸增加中，目前全世界約有兩千兩百萬人罹患失智

症，而國內社區人口的老年失智盛行率約為2.5%，於安養護機構的盛行率約為6-7%（Liu, et al., 1995; Liu, 2006）；依經建會推估在2051年老人人口將會佔總人口的29.8%（行政院經建會，2002），屆時失智人口勢必成為台灣地區醫療照顧和社會服務的重要課題。截至目前為止，失智症的病因仍無法清楚證實，而在臨床上它主要是症候群的表徵，乃後天性的記憶及其他大腦功能退化，程度嚴重到足以影響其日常生活或社會功能，當患者被診斷為罹患失智症時，表示其可能已經出現明顯的記憶力衰退、智力喪失、社交、情緒功能障礙，以及異常行為的出現（林，2006）。失智症的症狀依人而異，從初期輕度到中、重度的階段，漸行性發生，病程可能會有十～二十年之久，最困擾主要照顧者的是病患的行為異常與精神障礙。因此，照顧失智症病患是一項艱辛的長期奮鬥。Moore和Clipp（2001）曾調查每名失智症患者在非正式照顧上的花費高達18,385美元（包含照顧時間及因照顧病患所損失的工作產能喪失）。由此看出，失智症不單是有形的照顧成本支出，也需要主要照顧者付出極大的時間和精神等無形的成本。在失智症進展過程中，家庭主要照顧者比病人常遭遇許多困難與壓力，部份個案常見的照顧困擾的行為問題包括：無故半夜醒來、大小便失禁、重複問問題與動作、獨自外出迷路、遺失東西或放錯地方等（湯、毛、周、陳、劉，1992），長期下來的結果，主要照顧者也逐漸成為病患背後的「隱形病人」。因此，我們需要去重視主要照顧者的健康，且專業照顧提供者有必要認識失智症個案主要照顧者壓力源、評價、因應方式，適當地提供支持與協助，且期望透過研究的探討，能讓更多的

¹宜蘭縣政府衛生局技士 ²台北醫學大學護理學院助理教授 ³台北市立聯合醫院副總院長，國立陽明大學護理學院教授，台北醫學大學護理學院教授

受文日期：96年5月22日 接受刊載：96年9月1日

通訊作者地址：蔡欣玲 103臺北市鄭州路145號

電 話：(02) 25553000-2032

專業照顧提供者能進一步評估失智症病患主要照顧者的健康。因此，本研究主要目的於下：

1. 了解失智症病患主要照顧者的壓力源、評價、因應行為和健康狀況之情形。
2. 探討失智症病患主要照顧者的基本屬性與其壓力源、評價、因應行為和健康狀況的關係。
3. 預測影響失智症病患主要照顧者健康狀況的重要因子。

文獻回顧

一、壓力與因應行為的互動理論

壓力是一個起源於心理過程的知覺現象，當個人與環境交互關係而產生的事件，經由個人評價認為其造成個人負擔或是需求超過個人資源，並會危及安適狀態時，就是壓力（Lazarus & Folkman, 1984）。而壓力源是個體面對來自內在或外在環境的需求失衡，會影響其身體、心理和安適狀態，通常會促使個體產生行動恢復平衡。由心理學家所提出的壓力和因應行為的互動理論（The transactional model of stress and coping），是在1960、1970年代開始逐漸重視的理論架構，它指出當個體面對壓力事件時，會產生評價且有因應的行動、相互作用，壓力是藉由有意義的刺激對個體所產生的互動現象，核心假設是認為個體受到外在壓力源衝擊的程度，於內在互動轉換的過程，會經過個體初級對壓力源的評價和次級的社會、文化資源所調節，進而產生因應行為，且因應後的結果會作用在個體的情緒安適感、功能狀態和健康結果等三方面表現（Antonovsky & Kats, 1967; Cohen, 1984; Lazarus & Cohen, 1977），而因應行為是一種調節壓力反應的因子，通常可分為問題導向的因應和情緒導向因應的行為（Lazarus & Folkman, 1984）。Bandura（1982）認為當個體面對環境時，會產生兩方面的評價，一方面是衡量自己是否有足夠的能力表現出對環境所要求的行為即效能預期（efficacy expectations），另一方面則是判斷採取因應行為後是否能有良好的結果，即結果預期（outcome expectations），前者包含評估個人的能力和力量，亦為自我效能（self efficacy），當自我效能高者，通常會有較佳的健康結果，且高自我效能的預期會使個體減輕負向情緒而產生較佳的行動，低的自我效能感則易產生逃避、防禦和焦慮等現象（Palank,

1991; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988）。

二、影響失智症病患主要照顧者的壓力源、因應和評價結果

（一）失智症的精神行為病徵

失智症病患依診斷標準會出現多重認知缺損，包括記憶損害，以及失語症（aphasia）、運用不能（apraxia）、認識不能（agnosia）、執行功能障礙等，並造成社會或職業功能顯著損害（American Psychiatric Association, 1999/2002）；失智症中併有行為障礙者，在照顧上更為困擾，而常見的行為障礙包括重複現象、睡眠障礙、攻擊行為、漫遊、迷路、不適當行為、貪食行為、病態收集行為等（Brashares & Catanzaro, 1994; Haley, Levine, Brown, Berry, & Hughes, 1987），而此些的精神行為病徵（behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD），在臨床上不但常見（佔12-70%），而且是主要照顧者照顧病患最大的壓力來源，不但使病患和家屬的生活品質下降，並且可能使家屬提早送病患到照顧機構，因而增加照護費用（黃，2006）。

（二）失智症主要照顧者的壓力

多篇探討照顧者壓力之文章指出，沒有一種疾病會像失智症的病況一般，帶給主要照顧者沈重的身心負荷。失智症照顧者的壓力源，包括生理壓力、心理壓力、社會壓力、經濟壓力等多層面；生理壓力包括睡眠不足、健康變差、體力改變、疲累、食慾不振等；心理壓力包括孤單、生氣、心情沉悶、不耐煩、無力感、為病情擔心、被束縛、憂鬱等；社會壓力包括社交機會減少、娛樂活動缺失、無法滿足個人及人際需求、無法追求嗜好、家庭生活改變；經濟壓力包括對照顧者工作影響需請假或辭職，醫療住院費用、看護費及安養費、居家設備費用等（Donaldson, Tarrier & Burns, 1997; Weiler, Chiriboga, & Black, 1994; Zarit, Anthony & Boutselis, 1987）。會影響照顧者壓力因素常見有：主要照顧者與病患目前之關係、病前關係、性別、職業狀態、照顧病患心態、病人行為障礙、行為障礙困擾程度、社會支持需要等正相關因素；以及日常生活功能、社會支持足夠度等負相關的變項（湯等，1992；楊，1990；Almberg, Grafstrom, & Winblad, 1997）。且根據國內歷年研究，發現失智症照顧者之主要特性有：(1)配偶較容易成為照顧者；(2)有四成照顧者年齡達60歲以上；(3)多數照顧者身體健康狀況比較差；(4)教育程度正在逐年提升當中

(余, 1998; 湯, 1991; 黃, 1997; 楊, 1990)。

(三) 照顧者因應行為的評價因素與健康結果

劉(1992)之研究認為影響照顧親人評價主要因素包括：照顧者本身健康狀況、與病人同住與否、病人的日常生活照顧能力。有部分照顧者會對失智症個案所持態度較負向，期望太高、有罪惡感、較多自責情緒，也會有些照顧者是對病患持有正向態度，但也有些照顧者對於本身感受太過複雜而無法表達(徐, 1996; 黃、郭、張, 1993)，照顧者在評價因應行為是否有效時，則常用問題解決、情緒調節、保護自尊、維持社交互動等來評值其照顧效能的好壞程度。周(1998)針對150位失智症主要照顧者照顧者所做研究，照顧者的自我效能評值及因應行為會影響照顧者的負荷。Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit和Whitlatch(1995)表示失智老人問題行為的多寡，會影響著照顧者對壓力的評價及安適感。於Almberg et al.(1997)的研究指出，照顧者缺少正向

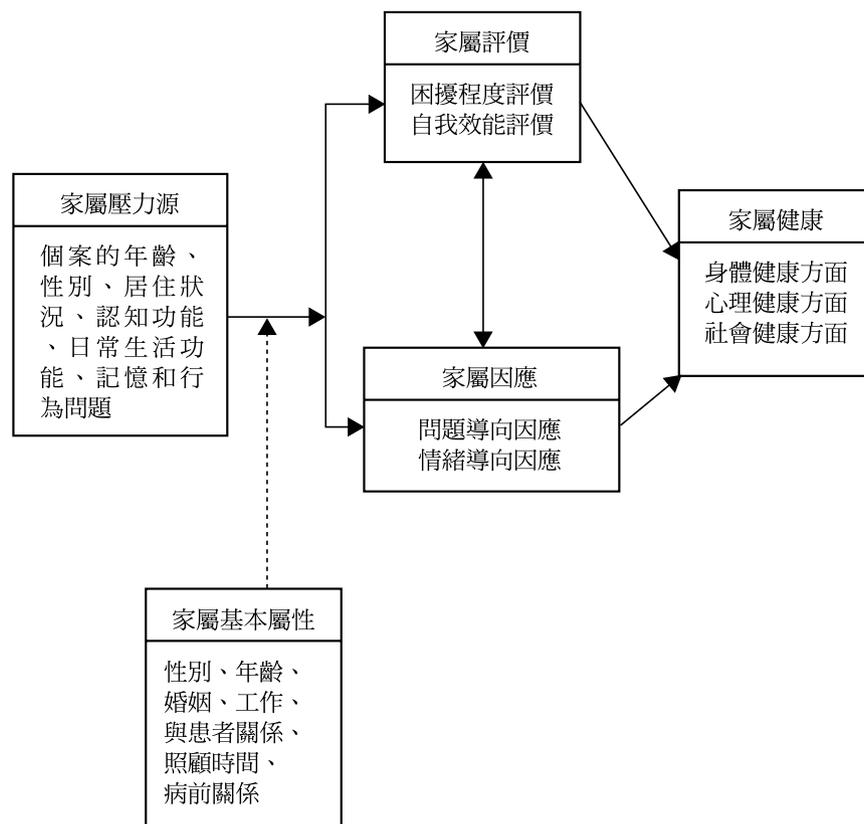
觀點時，最容易產生崩潰的情形，亦有研究發現老妻和女兒最容易崩潰，配偶和媳婦也是危險因子，因照顧者被限制社交生活、身體健康差、較低的生活滿意度、老人照顧者關係改變、宗教參與減少、假期減少，且缺少資訊性支持，失智症照顧者易有憂鬱現象(McNaughton, Patterson, Smith, & Grant, 1995)

依據本研究主旨及參考相關文獻，提出研究架構包括失智症主要照顧者基本屬性、壓力源、評價、因應與健康的相關性(圖一)

研究方法

一、研究設計

本研究採橫斷式研究設計，以失智症病患主要照顧者為研究對象，採立意取樣方式，利用結構式問卷進行調查。



圖一 失智症病患主要照顧者的壓力源、評價與因應行為與健康相關性之研究架構

二、研究場所與對象

本研究對象主要來自北區某三所醫院的門診單位，根據取樣條件採立意選取符合特性的研究樣本，並在徵求研究對象同意後，擇一安靜舒適的環境進行訪談；而研究對象必須符合下列條件者：

1. 患者經神經科或精神科專科醫師診斷為失智症，並年齡達65歲或上個案。
2. 主要照顧者和病患共同居住或車程相距1小時以內的地方。
3. 主要照顧者年滿18歲以上，能以國語或台語溝通者。

三、研究工具

(一) 基本資料表

乃依據相關文獻及研究者興趣，並請專家給予意見而訂定，分成兩大部分即患者基本資料和主要照顧者基本資料，前者如性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、其他身體疾病、發病期長短、目前服藥情形等；後者如性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、與病患關係、照顧時間等。

(二) 病患記憶和行為問題量表與家屬對此行為問題的評價測量

本量表為Zarit和Zarit (1990) 針對失智症患者記憶和行為問題所設計 (Memory and Behavior Problems Checklist, MBPC)，共28題，量表內涵可分為三部分的測量，一部份為評估病患的記憶和行為問題的頻率，另二部分為主要照顧者針對病患記憶和行為問題的評價 (指困擾程度及自我效能之測量)，量表內在一致性Cronbach's $\alpha = .88$ 。於記憶和行為問題的出現頻率計分方式，為五點計分法，0表示「從來沒有」、1表示「很少如此」、2表示「偶而如此」、3表示「經常如此」、4表示「每天如此」；另在主要照顧者於對行為問題的困擾程度之計分，亦採五點計分法，從0~4分，分別表示毫不困擾~極度困擾；另在主要照顧者評價於自我效能的計分，亦採五點計分法，從0~4分，分別表示無法處理~完全處理；本量表經作者授權後，由研究團隊翻譯成中文，亦請住院醫師同步翻譯，再請精通英文者做意義上的修正及修辭，翻譯成中文後，再請精神科專科醫師回譯成英文的方式。問卷採內容效度 (content validity)，由二位神經專科醫師和三位護理專家針對問卷內容的相關性給予評估，並請其針對問卷合適性及涵蓋性給予建議，最後修改形成最後問卷。於本研究中此量表內在

一致性Cronbach's $\alpha = .82$ 。於本研究中以此當成測量主要照顧者的照顧壓力之重要變項。

(三) 因應行為量表

Jalowiec, Murphy和Power於1977年即依據Laurarus之因應概念架構發展出因應量表 (Jalowiec Coping Scale, JSC)，共有以問題為主的應對行為15題，以情緒為主的應對25題，共40題 (Jalowiec, Murphy, & Powers, 1984)。Jalowiec和Power (1981) 以141名對象求其內部一致性得Cronbach's $\alpha = .86$ ，又兩週後以28名對象測其再測信度所有問卷皮爾森相關係數 (Pearson correlation) $r = .79$ ，問題因應行為 $r = .85$ ，情緒因應行為 $r = .86$ ；一個月後以30名對象再測信度所有問卷為 $r = .78$ ，問題因應行為 $r = .84$ ，情緒因應行為 $r = .83$ ；效度檢定則以內容分析和因素分析求其建構效度，結果顯示因應策略型態的分類贊同情形，平均贊同率為75% (Jalowiec, 1987; Jalowiec & Power, 1981)。此量表以五點計分方式，分別是1到5分，得分越高，則表示越常使用此種因應行為。中文版的編制過程是由研究團隊採上述問卷的雙譯過程，內容效度指數為.85。於本研究對象所測得總量表之平均Cronbach's α 值為.82。

(四) 華人健康問卷

此為Goldberg和Hillier (1979) 的一般健康問卷被由鄭泰安教授翻譯成中文，且發展適合本土化的題目而成「華人健康問卷」 (Chinese Health Questionnaire, CHQ)，且在兩次大型的研究中，其內在一致性 $\alpha = .90$ 和.92，亦為具有良好效度的社區篩檢工具 (Cheng, Wu & Williams, 1990)，共可分為身體健康、心理健康方面和社會健康方面，採四點計分法，當總分越高表示健康狀況越好。

(五) 簡短式智能評估量表

中文版「簡短式智能評估」量表 (Mini-Mental Status Examination, MMSE) 採郭、劉、王和徐 (1989) 轉譯成中文版量表，並具有良好信、效度，題目共有13題，包括：詢問「定向感」2題、「訊息登錄」1題、「注意力及簡單記憶力」2題、「近期記憶或回憶」1題、「語言能力」6題 (包括：命名、複誦、文字書寫能力、寫句子、遵從三階段動作、閱讀與動作執行)、「視覺空間建構力」1題，總分由0到33分，原作者翻譯成中文後，再加入「簡單加減」兩分，「寫名字」一分，可減少低教育程度的「假顯性」 (郭、劉、王、徐，1989)。

(六) 日常功能量表

日常功能量表 (Modified Barthel Index) 是由美國物理治療師Barthel於1965年發表，自此本量表就被廣泛使用於復健、老年病患的領域，也是在目前台灣長期照護上最常用來評估個案的身體功能的量表 (Mahoney & Barthel, 1965)，內容包括自我照顧及活動之情形，共11項，且依各項生活功能分別加權，分數由0到100分，量表的再測信度為.71 (湯，1991)。

四、資料收集過程

分預試及正式研究兩階段進行，於預試階段主要是修改問卷、檢定研究工具效度，及預估會談所需時間及可能遭遇的問題；當預試完畢修訂問卷後方進行正式施測。

五、資料處理與分析

本研究採用SPSS 10.0視窗版處理之。為確保資料的品質，研究者的資料輸入過程皆採逐一比對、檢視的鍵入程序，以避免可能的輸碼錯誤，在確定資料完全無誤後，方進行分析工作。將所有的類別變項進行描述性統計分析，針對連續變項計算平均值和標準差，以及排序，用群聚分析 (clustering analysis) 方法判定病患的記憶行為問題的問題類別，並以t檢定 (ANOVA) 連續變項在類別兩組 (三組或三組以上) 之間的差異，且將所有連續變項彼此間的關係，採相關係數探討，以複迴歸方式分析影響主要照護者健康狀況之重要因素。

研究結果

一、失智症老人及主要照護者主要照護者基本屬性

本研究對象71位失智症個案，女性有36人 (佔50.7%)，男性為35人 (佔49.3%)，女男比為1.03:1。病患年齡介於65-92歲，以76-80歲最多佔25.4%，平均年齡為77.7歲 ($SD=7.1$)。婚姻狀況無偶佔53.5%居多。教育程度方面以不識字佔35.2%最多，發病前職業以家管佔32.4%居多，失智症發病年數以1-5年居多佔42.3%，5-9年佔38.0%，平均年數為4.02 ($SD=3.06$)，有67.6%的個案同時罹患其他慢性病。病患的日常功能為完全獨立者佔38%，其他依序為完全依賴者佔32.4%、輕度依賴18.3%、部分依賴7%、重度依賴4.2%。病患的認知功能得分平均值10

分 ($SD=8.6$)，以10-19分居多佔18.3%。

患者居住狀況方面與固定主要照護者同住為主 (佔64.8%)，其中與固定子女同住29人、與配偶及固定子女住12人、僅與配偶同住5人；經濟來源多靠兒女提供佔63.4%，失智症老人沒有其他慢性疾病者有32.4%。

本研究71位主要照護者中，性別以女性46人 (佔64.8%) 居多。照護者年齡介於24-78歲，以41-50歲居多佔36.6%，平均年齡49.3歲 ($SD=12.1$)。教育程度高中佔39.4%最多，主要照護者與患者關係為子女共60.6%，兒子佔31%。在工作情形方面53.5%無工作或兼差，46.5%照常上班。照顧患者年數以1-5年居多佔38%，5-9年佔31%，平均照顧年數為7.5年 ($SD=10.28$)。

二、失智症病患的主要照護者壓力源、評價、因應與健康狀況之描述

(一) 主要照護者壓力源：包括對於病患記憶和行為問題和日常生活功能之困擾

本研究失智症病患常見的記憶和行為問題，經群聚分析法進行分析後，結果顯示最常出現的前三類問題項目依次為記憶問題、自我照顧問題和人格改變 (表一)。而患者問題頻率出現最高前三項行為，分別是記憶問題之「忘記今天是何年何月何日」、急躁行為之「長時間躺床或呆坐」、人格改變之「不能持續做完某件事」。

主要照護者對於照顧病患的記憶和行為問題之困擾程度，照護者認為最困擾的前三項問題為人格改變，其次為急躁行為和自我照顧問題 (表一)。針對病患日常生活功能的困擾程度，主要照護者最困擾的日常功能照顧問題前三項為：飲食、上廁所、大便控制，且此部分主要照護者所認為的自我效能亦最差。

在主要照護者對個案記憶行為困擾程度方面，結果顯示主要照護者所感受到的困擾程度不因患者的性別、年齡、認知功能的不同而有差異，但會受個案的記憶行為問題 ($r=.587, p<.01$)、日常生活功能的依賴程度而有顯著差異 ($F=3.47, p<.05$)，也就是說，當個案出現記憶行為問題頻率越高、日常功能為部份依賴者時，主要照護者對於個案記憶行為問題的困擾程度評價越高，且自我效能越差。

(二) 主要照護者自我效能的評價：

當個案的記憶行為問題越少，則主要照護者的日常功能自我效能評價越高，且個案日常功能為獨立的主要照護者，其自我效能大於個案的日常功能為部

表一 失智症病患記憶行為問題頻率和主要照顧者對記憶和行為問題的困擾程度

(N=71)

變項名稱	失智病患的問題頻率			主要照顧者的困擾程度		
	平均值	標準差	排序	平均值	標準差	排序
記憶問題	2.20	0.64		0.67	0.79	
忘記今天是何年何月何日	3.76	0.67	1	0.42	0.87	
遺失、放錯或藏東西	2.14	1.53	5	0.92	1.23	
不認得熟人	2.00	1.60		0.59	1.01	
遊走或迷路	0.89	0.89		0.75	1.36	
人格改變	1.90	1.13		1.90	1.13	
不能持續做完某件事	2.39	1.81	3	0.59	0.97	
多疑或責難他人	1.85	1.49		1.10	1.42	3
看到或聽到不存在的事	1.76	1.59		0.66	1.03	
將過去和現在情境事物混淆	1.61	1.55		0.65	1.24	
急躁行為	1.68	0.77		0.77	0.63	
長時間躺床或呆坐	2.80	1.65	2	0.80	1.10	
當我要求他或她做事無法合作	2.38	1.67	4	1.14	1.28	2
反覆問相同問題	2.04	1.62		0.93	1.30	
在夜裡吵醒你睡眠	1.51	1.39		0.99	1.38	5
持續不停的說話	1.17	1.44		0.47	1.05	
整天纏著人	1.00	1.49		0.54	1.11	
易哭泣或流淚	0.87	1.23		0.55	1.11	
破壞行為	1.25	0.85		0.69	0.67	
變得容易生氣	1.94	1.55		1.07	1.39	4
持續坐立不安或激動	1.93	1.42		1.17	1.29	1
外表悲傷和憂鬱	1.80	1.64		0.80	1.21	
中斷你持續的工作	1.11	1.55		0.63	1.11	
言語有攻擊性或威脅性	0.89	1.21		0.41	0.87	
出現攻擊行為	0.69	1.01		0.62	1.21	
危害他人或自己的行為	0.39	0.89		0.16	0.60	
自我照顧	1.92	1.12		0.73	0.74	
大便、小便失禁	2.09	1.83		0.92	1.34	
話少或幾乎不說話	1.96	1.78		0.38	0.85	
進食問題：吃過量或拒吃	1.70	1.56		0.91	1.23	

份依賴的主要照顧者。主要照顧者的自我效能，以面對破壞行為之完全處理能力得分較高，但面對個案的多疑或責難他人、以及當要求個案做事無法合作的症狀，此部分自我效能得分較低。

(三) 主要照顧者的因應行為

本研究主要照顧者面對壓力所採用的因應行為，以問題為導向的因應行為佔.62，而以情緒為導向的因應行為佔.52（表二），前者所佔的比率為高。而研究對象最常使用的問題因應行為方式前三項為：接受事實、嘗試去維持所能掌握的目前情況、大事化小小事化無。且進一步分析主要照顧者問題為導向的因應行為與主要照顧者基本屬性的差異，結果顯示主要照顧者教育程度為高中比教育程度為初中以下的主要照顧者運用問題為導向的因應行為較高，並具有統計顯著差異（ $F=3.47, p<.05$ ）。

而在主要照顧者情緒為導向的因應行為方面，主要照顧者的教育和情緒因應行為有關，教育程度初中以下運用情緒因應行為多於教育程度為大專者（ $F=3.83, p<.05$ ）。主要照顧者的性別、年齡、婚姻、與患者關係、宗教信仰、工作情形、照顧患者時間、發病前關係等基本屬性與主要照顧者的情緒因應行為之關連未達統計顯著差異。

(四) 主要照顧者健康狀況

本研究的失智症病患主要照顧者健康狀況得分平均值1.80（ $SD=.51$ ），其中身體健康平均值得分1.88分最佳，其次社會健康平均值1.87分，最差的是心理健康平均值1.66分，研究對象認為因照顧病患後，生活改變最大的前三項是：覺得精神上總有些壓力、出門的機會比平時少，以及覺得許多事情是個負擔。且進一步分析主要照顧者健康狀況與基本屬性的差異，

表二 主要照顧者壓力因應行為得分情形

(N=71)

變項名稱	題數	平均值	標準差	範圍	所佔比率 #
情緒導向因應行為	25	64.96	11.62	46-94	.52
問題導向因應行為	15	46.68	8.71	27-67	.62
所有因應行為	40	111.63	16.38	73-149	.56

備註：# 所佔比率指加權後分數

結果顯示主要照顧者身體健康受主要照顧者性別、教育、工作情形所影響，並具有統計顯著差異，此結果顯示性別為女性 ($t=2.24, p < .05$)、教育程度初中以下 ($F=4.02, p < .05$) 和目前無工作的主要照顧者 ($t=-3.17, p < .05$) 身體健康情況差。

在主要照顧者壓力源與健康之關係方面，研究結果顯示，主要照顧者身體健康方面和個案日常功能 ($r=-.23, p < .05$) 及記憶行為問題 ($r=-.33, p < .05$) 具有統計顯著負相關，意即個案記憶行為問題得分越高、日常功能困擾程度越高則主要照顧者健康較差。

三、失智症病患記憶行為與主要照顧者評價之相關分析

在主要照顧者壓力源方面，個案記憶行為問題發生的頻率和主要照顧者對記憶行為問題困擾程度、日常功能困擾程度成統計顯著的正相關，和主要照顧者對記憶行為自我效能、日常生活自我效能成統計顯著的負相關。此表示個案的記憶行為問題越多則主要照顧者記憶行為困擾程度及日常生活困擾程度越高，並且主要照顧者的記憶行為自我效能及日常生活自我效能越低（表三）。

四、失智症主要照顧者評價、因應與健康之相關分析

主要照顧者於記憶和行為問題困擾程度、日常生活困擾程度和整體健康具有統計上顯著的相關，且為負相關。而記憶行為問題的自我效能和整體健康成統計顯著的正相關，即主要照顧者對記憶行為問題自我效能高，越有能力處理個案記憶和行為問題，越有能力處理日常生活照顧則整體健康佳，而當主要照顧者對記憶行為問題的困擾程度和日常生活困擾程度越高，則主要照顧者整體健康越差（表四）。在主要照顧者因應行為方面，問題導向因應行為和身體和心理健康成統計顯著的正相關，即主要照顧者常用問題因應行為則身體和心理得分越高；而採情緒導向因應行為和整體健康成統計顯著的負相關，即主要照顧者常用情緒因應行為則整體健康得分低。主要照顧者問題因應行為和整體健康則無顯著相關（表四）。

在主要照顧者在身體健康方面，主要照顧者身體健康和個案記憶行為問題頻率、主要照顧者記憶行為困擾程度及情緒因應行為成負相關。此表示個案記憶行為問題頻率及主要照顧者記憶行為困擾程度越高、常用情緒因應行為的主要照顧者身體健康較差。

在主要照顧者心理健康方面，主要照顧者心理健康和記憶行為困擾程度、自我效能，情緒中心因應行為有顯著相關，主要照顧者對個案記憶行為困擾程度高、自我效能低，常用情緒中心因應行為者心理健康較差。在主要照顧者社會健康方面和其他相關因素無顯著相關性。

(五) 失智症主要照顧者健康狀況的預測因素

為預測失智症主要照顧者的健康狀況，本研究採逐步複迴歸法 (step-wise multiple regression Analysis) 分析各預測變項，表五可得知主要照顧者整體健康方面，影響力較顯著是主要照顧者對個案記憶行為困擾評價 ($\beta=-.49$)、個案自己無儲蓄或收入 ($\beta=-.41$)、主要照顧者採情緒因應行為 ($\beta=-.29$)、個案依靠兒女提供經濟來源 ($\beta=-.24$)，共可解釋35.2%的變異量 ($R^2=.35$; adj $R^2=.31$)。

討 論

(一) 失智症老人及主要照顧者主要照顧者基本屬性

本研究失智症病患性別比例相近，雖說多數研究顯示在阿茲海默失智症的女性所佔比例高於男性，女性是罹患失智症的危險因子，但失智症病患的性別、年齡和教育程度彼此相關、相互影響的，因在本研究對象多為老年低齡族群（平均年齡77.7歲，以76-80歲者為多），且在門診收案，此結果亦和徐、楊和葉（1996）的社區居家發展模式的研究對象之性別比例相當。本研究病患的教育程度以不識字者居多，則和多數研究結果相似（徐、楊、葉，1996；湯，1991；黃，1997），在劉（1999）提到沒受教育者得阿茲海默失智症的比例為教育者的三倍，或許是Katzman

表三 病患記憶行為問題頻率與家屬困擾程度與自我效能之評價的相關性分析

(N=71)

變項	病患記憶行為問題頻率	家屬評價			
		記憶行為困擾程度	記憶行為自我效能	日常照顧困擾程度	日常照顧自我效能
病患記憶行為問題頻率	1.00				
家屬評價	記憶行為困擾程度	.59**	1.00		
	記憶行為自我效能	-.42**	-.81**	1.00	
	日常照顧困擾程度	.25*	.25*	-.26*	1.00
	日常照顧自我效能	-.28**	-.35**	.26*	-.72**

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

表四 家屬評價、健康狀況與因應行為的相關性分析

(N=71)

變項	家屬評價				因應行為	
	記憶行為困擾程度	記憶行為自我效能	日常照顧困擾程度	日常照顧自我效能	問題導向因應行為	情緒導向因應行為
整體健康	-.41**	.29*	-.23*	.13	.03	-.31**
身體健康	-.33**	.23	-.22	.11	.34**	-.26*
心理健康	-.41**	.30*	-.11	.14	.25*	-.33*
社會健康	-.21	.16	-.18	.01	.15	-.08

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

表五 主要照顧者照顧者健康之逐步迴歸分析

(N=71)

變項	整體健康				
	β 值	t 值	R^2	adj R^2	
記憶行為困擾	-.49	-4.57**	.17	.15	
自己無儲蓄收入	-.41	-3.51**	.23	.20	
情緒因應行為	-.29	-2.84**	.30	.27	
經濟靠兒女供給	-.24	-2.24*	.35	.31	

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

(1993)所提的神經病理學假說，其解釋教育程度低者，為失智症的危險因子，可能是先天性大腦儲備功能不夠，及後天性大腦功能發展不足等因素所導致，且病理解剖顯示高教育程度者的神經突觸密度高於低教育程度者，這或許可以輔佐解釋何以失智症多發生於為不識字的老人身上。而另一方面本研究失智老人有超過一半以上的長者同時罹患其他慢性病，這和王(1997)指出目前社區中每位老人罹患慢性病的類別為1.4種類，他們不但要面對因老化身體機能的衰退，又同時連罹患慢性病，需要持續醫療控制和長期照護的服務，而當他們因生理功能受限需要多方面照顧時，家人往往肩負起照顧的重擔。

本研究的主要照顧者與病患關係中，有31%為兒

子、29.6%為女兒，配偶只佔15.5%，這和大部份的研究由配偶照顧不同，這可能因本研究多於門診取樣，病患常由兒子或女兒開車送來，然實際照顧的可能是配偶或媳婦，而在主要照顧者基本屬性方面以女性照顧者居多，這和國內外大部份的研究皆相同(徐等，1996；湯，1991；黃，1997；Collins & Ogle, 1994)。在本研究中主要照顧者照顧者以41-50歲居多，這和黃(1997)、余(1998)等研究者不同，有比較年輕的傾向，可能因大多在門診取樣，主要照顧者較年輕化。整體來說，女性在家庭慢性病患的照顧過程中，往往扮演很重要的照顧責任，她們負擔重、壓力大，健康也相對受影響，且隨著病患年紀越大，家屬歷經的困擾與照顧責任越多。

本研究個案經濟來源以兒女提供居多，其次為自己有儲蓄收入、配偶提供，社會福利及親友補助佔少數，此研究結果和余（1998）調查相似。在主要照顧者所提出照顧問題中，有25.4%的主要照顧者認為有經濟困難，但接受福利補助的個案只有15.5%，由此可見社會福利及推廣仍有所不足。

(二) 失智症病患的主要照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之討論

在研究結果中，主要照顧者壓力源包括：個案記憶行為問題、日常生活功能、認知功能、經濟來源。在記憶和行為問題方面，個案頻率出現較高前三項是記憶問題、自我照顧問題和急躁行為，此Yu等人（1993）調查發現問題出現頻率較高者為自我照顧問題和急躁行為、記憶問題排序上有些不同。或許是因為本研究對象為門診樣本，發病年數平均為4.02年，於症狀屬於初期反應，而Cummings和Benson（1992）描述失智症於不同時期的主要臨床表現時，曾提到失智症早期以記憶與語言功能喪失為主，病患可能出現東西常找不到或放錯地方、失去時間的定向感、且因為記憶力的減退越來越嚴重而影響到其社交生活或工作能力，此時就容易被家屬、親友或同事所注意而到來醫院求診，而當症狀越嚴重時，病患會開始出現走出家門會迷路，甚至晚上起來上洗手間時，會找不到廁所或無法回到自己的臥房，可能會有妄想或幻覺，此時不僅無法工作、甚至自己的生活起居都需要人照顧（林，2006）。而在家屬感受方面最困擾的問題卻是病患人格的改變，像是多疑個性或責難照顧者，往往讓家屬產生無以適從的焦慮感，也產生極大的困擾，對家屬來說，這也是一項很艱辛的長期奮鬥過程。

在研究中家屬對於個案記憶行為困擾程度就如同國外文獻所提出，這是主要照顧者所面對的最大挑戰，像是激動不安的行為、四處遊走和失禁，這也往往成為個案被安置到護理之家或養護機構的因素（Mittleman, Roth, Haley, & Zarit, 2004），且在本研究發現，在疾病初期很多家屬認為個案的所有問題，本來就應該由主要照顧者自己解決，沒有人可以幫忙，但倘若疾病初期能給家屬較多的資源與支持，應可協助他們更容易度過生活照顧的難題。

在主要照顧者因應行為方面，主要照顧者常運用問題因應行為，此結果和林（1994）同為慢性病主要照顧者所常運用問題因應行為相同。周（1998）指出失智症照顧者在無力感時常用情緒因應，當照顧者更

熟悉照顧情境時則用問題因應行為，而本研究對象照顧病患的時間平均約5年，多數照顧者已經更熟悉照顧情境，所以問題因應行為居多，且年輕的照顧者，學歷較高，通常採問題導向的因應策略來解決照顧問題也更為常見。

本研究中失智症病患的主要照顧者健康狀況大多尚可，只有2.82%的主要照顧者健康明顯異常，可能是有能力帶個案至門診看病的主要照顧者，普遍健康條件尚可才可以協助帶個案至門診；或因華人傳統孝道觀念，照顧者因而受大家敬重，獲得滿足感，也較少主訴負面的健康感受。劉（1992）研究中亦發現慢性病主要照顧者較少主訴對健康不良影響。而於Haley, Levine, Brown, Berry和Hughes（1987）研究發現：失智症主要照顧者健康並沒有明顯較差，也可能是照顧者因為照顧家人而更關心自己的健康有關，此問題值得未來進一步再繼續探討。在本研究中主要照顧者以身體健康的得分最佳，得分最差的是心理健康，此結果與其他照顧社群的研究相當（林，1994），或許因為面對慢性病患時，主要照顧者需面對漫長的疾病過程，心理壓力相對非常大，既使身體負荷不堪，但心理健康的耗損會更大，且Donaldson et al.（1997）指出病患記憶行為問題亦直接影響主要照顧者身體健康，當個案記憶行為問題越多，主要照顧者身體健康越差。

(三) 失智症主要照顧者壓力源與評價、因應及健康之相關分析

本研究中主要照顧者的健康狀況和主要照顧者對個案的記憶行為問題困擾程度、日常生活困擾程度成統計顯著負相關，此可能是主要照顧者記憶行為問題、日常生活缺失困擾程度越高，則主要照顧者整體健康越差，亦可能是負向回饋，即主要照顧者健康越差，兩者的困擾程度越高；在劉（1992）即指出主要照顧者的健康會引響主要照顧者的評價，所以評價和健康為相互影響。在研究中，主要照顧者健康和記憶行為自我效能成正相關，即主要照顧者對個案的記憶行為問題自我效能越高、越有能力處理個案的記憶行為問題，則主要照顧者的健康較佳，相對的主要照顧者健康越佳則處理個案記憶行為問題能力增加，於周（1998）的研究亦指出，照顧者的自我效能和負荷呈負相關，自我效能高者則負荷少。而Haley et al.（1987）研究亦指出：主要照顧者的困擾程度和憂鬱傾向有明顯的正相關，自我效能和困擾程度有負相關。

研究結果中主要照顧者的情緒因應行為和健康有統計顯著的負相關，主要照顧者情緒因應行為越多，則主要照顧者健康越差，而問題中心因應行為則和心理健康顯著正相關，此結果與Lazarus與Folkman（1984）提出個體長期使用情緒中心因應行為，會使個體壓力增加，對健康產生負向結果相同；且周（1998）指出照顧者問題因應和壓力負荷呈負相關，和情緒因應行為呈正相關相似，Haley et al.（1987）亦指出失智症個案主要照顧者採用趨近性因應行為，如：邏輯式因應行為、正向再評價、目標導向、問題解決，則主要照顧者較少出現憂鬱症狀，但當主要照顧者運用避免式因應行為，如：聽天由命、認知逃避、選擇性回應、情緒卸除，則較常出現憂鬱症狀，也就是說，當主要照顧者運用趨近性因應行為，主要照顧者健康結果較佳，較少出現憂鬱情形，而運用避免式因應行為者，主要照顧者健康結果較差。Almberg et al.（1997）提到，即將崩潰的失智症病患主要照顧者常用情緒因應行為，而未崩潰主要照顧者常用問題解決法。

(四) 失智症主要照顧者健康狀況的預測因素之分析

整體來說，在本研究中失智症主要照顧者健康狀況的預測因素為記憶行為困擾、個案自己無儲蓄收入、情緒因應行為、和依靠兒女提供經濟等四個變項，此可提供對影響主要照顧者健康狀況的35.2%的解釋力。主要照顧者的記憶行為困擾和健康狀況相互影響，而記憶行為困擾又和個案的記憶行為頻率有關，由文獻中也指出個案的記憶問題行為是預測照顧者健康的重要因子（Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissnar, 1995），且Mittlelman et al.（2004）也指出對照顧者的介入措施，應減少與控制個案的問題行為之困擾程度，或家屬擁有正面評價，且要能增強照顧者的社會支持或其他資源，便能產生較好的認知評價過程，而減少沮喪或威脅的產生。所以，當個案有明顯的記憶行為問題時，專業者除了協助個案控制其症狀，亦應主動協助處於困擾的主要照顧者。在本研究發現，在現代工商業社會中，失智症主要照顧者的壓力除了生理、心理、社會健康受威脅外，經濟壓力亦是重要的一環，在本研究中個案經濟來源成為主要照顧者健康的重要指標，個案自己是否有儲蓄或收入，以及經濟來源是否依靠兒女，影響了主要照顧者健康狀況，由此可見老年人需事先規劃自己未來的退休生活，養成儲蓄習慣，以便日後就醫過程能減輕照顧者的壓力，更重要的是在長期照顧政策的規劃，需擬定

完善的社會福利措施、經濟補助以協助有經濟壓力的家庭。於迴歸分析過程發現，影響主要照顧者的心理健康重要的變項之一是性別因素（女性主要照顧者心理健康較差），但在影響主要照顧者整體健康的重要變項，性別因素即變得不顯著，此部分更凸顯對女性主要照顧者心理健康重視的必要性。

主要照顧者運用情緒因應行為和整體健康有關，當主要照顧者出現擔心、哭泣、逃避現實等情緒因應行為方式而無法解決問題時，易有焦慮、憂鬱等情形出現，於Zarit et al.（1987）研究指出大部份的主要照顧者都不相信壓力管理是有效的措施，對此，若能針對失智症主要照顧者發展家庭諮商和支持團體的計畫，應可協助主要照顧者的心理健康的調適。

結 論

隨著人口老化，失智症病患不斷的增加，在疾病的初期，往往是家中的親人負擔起極大的照顧責任，一旦主要照顧者同時面臨身體、心理、社會及經濟的壓力時，其即會以面臨照顧困擾的程度，評價自己的照顧成效，且採取因應問題的行為措施，此過程對主要照顧者原有的健康狀況具有重要的影響。本研究以壓力和因應行為的互動理論為基礎，針對失智症病患主要照顧者探討壓力源、評價、因應與健康狀況之間的關係。研究結果發現失智症家屬對個案記憶行為問題評價及日常功能評價和家屬的健康互相影響，家屬對個案記憶行為問題和日常功能評價受困擾程度愈高，及處理記憶行為問題自我效能愈低，則家屬整體健康越差；相對的，若家屬健康狀況愈差，則家屬對個案的記憶行為問題和日常功能評價受困擾程度愈高，且處理記憶行為問題之自我效能愈低，並且家屬運用情緒因應行為頻率高則健康較差；相對的，健康差則易有情緒化因應行為。

建議

由本研究結果及研究過程中所獲得經驗，就臨床實務、教育、研究和社會政策等方面提出以下建議：

(一) 臨床實務方面

1. 評估照顧者需求時，專業照顧提供者除了照顧失智症個案外，仍需注意主要照顧者的健康狀況，特別是主要照顧者的所承受的壓力源、對壓力的評價方式、因應行為和健康狀況，並需要能提供主要照顧者情緒性支持，以及教導問

題解決的因應策略，以避免產生照顧無力感導致崩潰，且方能維護主要照顧者的整體健康品質。

2. 增加提供失智症家屬的支持性服務資源，以增進照顧者利用社會支持網路：需發展更多的社區失智症照顧方案，使主要照顧者可抒解沈重的照顧負荷，並擁有更多的支持網路，方能讓失智症病患在其熟悉的家園接受照顧，而並免提早入住養護機構。
3. 鼓勵於社區中成立失智症家屬的自助性支持團體，因為透過研究發現，仍有相當多的主要照顧者單獨奮鬥，缺少互相扶持的機會，且未能對病患的精神行為症狀之內容有正確的認識，以致承受極大的個案記憶行為之困擾壓力。

(二) 衛生教育方面

1. 在學校教育中，長期照護及老人照護是學校新興的課程內容，但仍缺乏針對老人特定疾病的照顧、社會資源及壓力管理方式的課程，透過學習提供學生參與討論此議題的機會，則學生更能運用所學於未來實際臨床的服務。
2. 提供社會大眾及主要照顧者失智症相關的衛教課程，培養對病患接受的態度，需有正確的瞭解，避免對家屬產生誤解，方能使病患獲得適切的照顧，而家屬也能及時獲得失智照顧相關知識及技能，健康獲得保障。

(三) 未來研究方面

運用實驗性研究繼續探討與發展失智症個案記憶行為問題處理措施，由本研究得知主要照顧者最困擾的記憶行為問題是個案人格改變、急躁行為、破壞行為等，針對不同的特定行為，設計合適的照顧措施，發展本土化的照顧策略。

(四) 社會政策方面

在研究中主要照顧者使用社會福利資源與補助僅佔一成左右，但實際需求遠超過此數，原因是部份主要照顧者不知如何尋求社會資源，部份主要照顧者則無法達到要求資格或資源尋求不易等，且有部分家屬申請相關補助或福利時遭到質疑，目前政策補助誤以為重度是最難照顧而提供比輕度、中度更多補助，實際上中度失智對家屬於社區的照顧是更為艱難，政策的擬定應提供給家屬的更多社區支援與福利資源。

研究限制

由於時間、人力和經費的限制，本研究採立意取樣，並以社區中門診個案為主，無法代表所有的失智症樣本，使得本研究的推論有所侷限。且在本研究採用的方法為橫斷性研究，由於主要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，雖已發現失智症病患的主要照顧者對對個案記憶行為問題和日常功能評價受困擾程度越高，其處理記憶行為問題自我效能越低，且家屬整體健康越差，但彼此之間無法做因果推論的關係，未來若能進行縱貫性研究或許可以進一步驗證其因果關係。再者本研究未針對家屬於照顧過程可能面臨的經濟問題與家庭生活變故等變項提出調查，此亦為家屬在慢性病患照顧過程可能會遭遇的壓力源，建議未來研究可對此進一步深入探討。

致 謝

本研究得以順利完成，首先要感謝三所醫院在樣本收案方面所給予的行政支持。同時要特別謝謝熱心參與本研究的71位失智症病患和家屬，在此也要謝謝長庚許光宏副教授、前市療宋成銘副院長、徐崇堯主任、林秀華主任、李選主任、藍先元醫師在專家效度上的指導，特此致謝。

參考文獻

- 王香蘋（1997）．慢性病發展與長期照護政策．弘光學報，30，99—112。
- 行政院經建會（2002）．中華民國台灣地區民國91年至140年人力推估．台北：作者。
- 余佩郁（1998）．居家癡呆症老人家庭照護品質與相關影響因素之探討．未發表的碩士論文．台北：國立陽明大學社區護理研究所。
- 周桂如（1998）．照顧者負荷—以結構公式模式探討．護理研究，6（5），358—371。
- 林冠宏（2006）．阿茲海默氏症．慈濟醫學雜誌，18（5S），39—48。
- 林梅香（1994）．肝癌患者主要照顧者主要照顧者的壓力、因應行為與健康狀況相關性之探討．未發表的碩士論文．台北：國防醫學院護理研究所。
- 徐亞瑛、楊清姿、葉炳強（1996）．癡呆症患者及家庭之

- 整合性社區居家照顧模式—發展與評估·*高雄醫學科學雜誌*, 12, 359—396。
- 徐畢卿 (1996) · 阿滋海默氏癡呆症之探討·*護理雜誌*, 43 (4), 67—73。
- 郭乃文、劉秀枝、王珮芳、徐道昌 (1989) · 中文版「簡短式智能評估」(MMSE)之簡介·*臨床醫學*, 23 (1), 39—42。
- 湯麗玉 (1991) · 癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素探討·未發表的碩士論文·台北:台灣大學護理研究所。
- 湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝 (1992) · 癡呆症老人照顧者負荷及相關因素之探討·*護理雜誌*, 39 (3), 89—98。
- 黃子庭、郭玫意、張瓊芬 (1993) · 衛教課程對老年癡呆症主要照顧者之知識、態度、行為的影響·*護理研究*, 1 (1), 60—70。
- 黃正平 (2006) · 失智症之行為精神症狀·*台灣精神醫學*, 20 (1), 3—18。
- 黃詠惠 (1997) · 失智症患者健康相關生活品質之研究·未發表的碩士論文·台北:陽明大學公共衛生研究所。
- 楊佩琪 (1990) · 老年癡呆症患者主要照顧者之壓力與需求探討·未發表的碩士論文·台中:東海大學社會工作研究所。
- 劉秀枝 (1999) · 老來學作鼓手:老年失智症的病因與預防·*應用心理研究*, 4, 16—17。
- 劉雪娥 (1992) · 影響照顧親人評價之因素的探討·*護理雜誌*, 39 (4), 65—74。
- Almberg, B., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person: Burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 109—116.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV精神疾病診斷準則手冊* (孔繁鐘、孔繁錦編譯) · 台北:合記。(原著出版於1999)
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. New York: Academic Press.
- Antonovsky, A., & Kats, R. (1967). The life crisis history as a tool in epidemiologic research. *Journal of Health and Social Behavior*, 8, 15—20.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122—147.
- Brashares, H. J., & Catanzaro, S. J. (1994). Mood regulation expectancies, coping responses, depression, and sense of burden in female caregivers of Alzheimer's patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(8), 437—442.
- Cheng, T.A., Wu, J. T., & Williams, P. (1990). Internal consistency and factor structure of the Chinese Health Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 304—308.
- Cohen, F. (1984). Coping. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- Collins, C., & Ogle, K. (1994). Patterns of predeath service use by dementia patients with a family caregiver. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 719—722.
- Cummings, J. L., & Benson, D. L. (1992). *Dementia: A clinical approach*. (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of symptoms of dementia on caregivers. *Britain Journal Psychiatry*, 170, 62—68.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychology Medicine*, 9, 139—145.
- Haley, N. E., Levine, E. J., Brown, L., Berry, J. W., & Hughes, G. H. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 35(5), 405—411.
- Jalowiec, A. (1987). Jalowiec coping scale (JCS). Chicago: Loyola University.
- Jalowiec, A., & Power, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. *Nursing Research*, 30(1), 10—15.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157—161.
- Katzman, R. (1993). Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, 13—20.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). "Environmental stress". In I. Altman and J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment (Vol 2)*. New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Liu, C. K. (2006). The epidemiology of dementia in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwan*, 15(1), 51—52.
- Liu, H. C., Lin, K. N., Teng, E. L., Wang, S. J., Fuh, J. L., & Guo, N. W., et al. (1995). Prevalence and subtypes of dementia in Taiwan: A community survey of 5297 individuals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 144—149.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61—65.
- McNaughton, M. E., Patterson, T. L., Smith, T. L., & Grant, I. (1995). The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer's disease caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 78—85.
- Mittleman, M. S., Roth, D. L., Haley, W. E., & Zarit, S. H. (2004). Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisal of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: Results of a randomized trial. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(1), 27—34.
- Moore, M. J. Z. C., & Clipp, E. (2001). Informal costs of dementia care: Estimates from the national longitudinal caregiver study. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 56(4), S219—228.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health- promotive behavior: A review of current research. *Nursing Clinics of North American*, 26(4), 815—832.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175—183.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissnar, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's disease caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35, 771—791.
- Weiler, P. G., Chiriboga, D. A. & Black, S. A. (1994). Comparison of mental status tests: Implications for Alzheimer's patients and their caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49(1), S44—S51.
- Yu, E., Liu, W. T., Wang, Z. Y., Levy, P. S., Katzman, R., & Qu, G. Y., et al. (1993). Caregivers of the cognitively impaired and the disabled in Shanghai, China. In S. H. Zarit, L. I. Pearlin, & K. W. Schaie, (Eds.). *Caregiving systems: Informal and formal helpers*. (pp. 5—30). New York: Lawrence Erlbaum Association.
- Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutsellis, M. (1987). Interventions with cares of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2(3), 225—232.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and the behavior problems checklist and the burden intervention*. University Park, PA: Penn State University Gerontology Center.

Exploring the Relationship between Stressors, Appraisal, Coping and Health among the Family Caregivers of Elderly Dementia Patients

Li-Jung Chiu¹ • Chia-Jung Hsieh² • Sing-Ling Tsai³

ABSTRACT: This study was based on the transactional model of stress and coping. The purpose of the study was to explore the relationship between stressors, appraisal, coping and health among the family caregivers of elderly dementia patients. The study used purposive sampling. The samples came from among patients of three outpatient clinics of hospitals for dementia patients aged 65 and over, and their families. The study tool was a structured questionnaire. The total effective sample size was 71. The results were as follows:

1. Among the 71 dementia patients, about half were male and half female and they had an average age of 77.7. The majority, as far as educational level was concerned, were illiterate. The average length of illness was 4 years, and 67.6% of the patients also suffered from other chronic conditions. As far as family caregivers were concerned, a majority were female, average age 49.3, and relationship with patient mostly either son or daughter.
2. The stressors for family caregivers of the elderly dementia patients included: patients' memory and behavior problems, daily living functions, cognitive functions and patient's financial resources; these stressors indirectly affected the family caregivers' health status.
3. There were some associations between family caregiver's health on the one hand, and the dementia patient's memory and behavior problems appraisals on the other. Patient's daily living function appraisals also had an impact on family caregiver's health. The more the family caregiver perceived pressure from the patient's memory and behavior problems and daily living function appraisal, and the lower the self-efficacy to handle the patient's memory and behavior problems, the poorer the overall family caregivers' health. On the other hand, the poorer the family caregivers' health status, the greater the stress effect perceived by family caregivers, and the greater the stress effect with the memory and behavior problem and daily living function appraisal, and hence lower self-efficacy for the patient's memory and behavior problem.
4. Mutual influences between the family caregivers' coping and health status: The higher the frequency with which family caregivers applied emotional coping, the poorer their health.

The information gleaned from this evidence based research could contribute applications in clinical practice, health education, and research and social policy field of family caregivers with elderly dementia patients.

Key Words: dementia, primary caregiver, stressor, appraisal, coping.

¹Association Technical, Public Health Bureau Yilan county; ²RN, PhD, Assistant Professor, College of Nursing, Taipei Medical University; ³RN, PhD, Deputy Superintendent, Taipei City Hospital. Professor, College of Nursing, National Yang-Ming University. Professor, College of Nursing, Taipei Medical University.

Received: May 22, 2007 Accepted: September 1, 2007

Address Correspondence to: Sing-Ling Tsai, No.145, Zheng Zhou Road, Taipei City 103, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)25553000 ext. 2032; E-mail: B3005@tpech.gov.tw