

精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷及其相關因素初探

陳玟玲*、楊燦**、賴家欣***、李昭憲****

摘要

本文研究設計採橫斷式結構問卷調查，以立意取樣方式進行分析以驗證研究的目的與假設，研究工具內容包含基本資料表及「照顧者負荷量表」。於 2011 年 6 月至 10 月期間，針對高屏地區社區精神分裂症患者之主要照顧者共收取有效樣本 116 人。研究結果顯示：研究對象照顧負荷總平均得分為 28.43（標準差 =10.12），最低得分為 13，最高得分為 54，屬中度負荷。在迴歸模式中獲選解釋變項有「自覺個人健康狀況」、「每週社交活動頻率」、「與患者關係」及「家庭結構」，可預測照顧負荷的總變異量為 36.81%，表示此四項因素為精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之重要預測因子；在「自覺個人健康狀況」方面，個人自覺健康「尚可」者與「好」者在照顧負荷上較「差」者平均減輕 4.73 分（ $p=0.020$ ）與 3.84 分（ $p=0.046$ ），顯示主要照顧者自覺個人健康愈好，則照顧負荷愈輕。在「每週社交活動頻率」方面，每週社交 3 次以上者比每週無社交活動者平均少了 5.82 分（ $p=0.003$ ），顯示主要照顧者若仍能參與社交活動且每週達 3 次以上者，其相對應遭受之照顧負荷便會愈覺輕鬆。在「與患者關係」方面，主要照顧者為手足者較為配偶、為父母或為子女者都分別低了 9.87 分（ $p<0.001$ ）、10.91 分（ $p<0.001$ ）與 8.20 分（ $p=0.009$ ），顯示主要照顧者與病患關係是手足者，其感受之照顧負荷最為輕鬆。在「家庭結構」方面，三代同堂與單親家庭分別比大家庭高出 5.05 分（ $p=0.016$ ）及 9.06 分（ $p<0.001$ ），顯示主要照顧者若為單親家庭或三代同堂，則照顧負荷感受較重，若為大家庭結構由於家庭人數較多，較能減輕或分擔主要照顧者的照顧負荷。期望研究結果可提供醫療照護人員擬定適當或相關的健康照護措施，以減輕其主要照顧者的照顧負荷，並促使相關健康福利政策等社會資源建立，讓精神病患能真正回歸社區，減緩家庭和社會的問題，並減少未來的健康醫療照護成本。

關鍵詞：精神分裂症、主要照顧者、照顧負荷

*財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院

**美和科技大學健康照護研究所暨健康事業管理系副教授

***慈惠醫護管理專科學校物理治療科講師

****美和科技大學健康照護研究所暨健康事業管理系助理教授(通訊作者)

壹、前言

精神分裂症可說是二十世紀以來最為人注意的重大精神疾病，由於它通常發病早，病程慢性化且預後差，對病人、家屬及社會的影響相當大（宋，2005；黃等，2011），根據 McGrath 等人（2008）最新文獻回顧，精神分裂症之終生盛行率為 0.30~0.66%，發生率為 10.2~22.0 人/十萬人/年（引自黃等，2011），而賴（2002）指出精神疾病在台灣的終身盛行率為千分之三。精神分裂症患者約 65-70% 會出現認知功能損壞、妄想性思考、異常判斷等精神病症狀，在其慢性化的過程中，病患的認知功能會因疾病逐漸退化，使得注意力、記憶力、抽象能力與判斷力變差，而出現奇異行為及社交功能退化，無工作動機，而影響自我判斷與信心（Davison, & Neale, 2000；Vreeland et al., 2003）。因精神疾病多為嚴重且持續、長期慢性化精神障礙，病患可能無法適應社區生活，以至於干擾他人造成諸多問題，甚至再度住院（李、蕭、劉、陳，2011），其中精神分裂症是復發頻率較高的，對患者和其家庭有很大的負面影響（Gbiri, Badru, Ladapo, & Gbiri, 2011）。

精神病患的幻聽、妄想、思考混亂、缺少動力、興趣、社交退縮等是家屬負荷的來源，行為的問題對家庭造成巨大之衝擊，使家屬覺得受苦。照顧者在協助病患日常生活活動、執行醫療行為等照顧工作時，常會有照顧角色期望之落差、承擔照顧角色責任而產生負向情緒感受，並且因破壞原來之生活常規時，而容易產生照顧負荷，在身體上覺得疲倦、睡眠受影響，心理上覺得受束縛、心情沈悶、擔心未來，社交活動上沒有自己的時間、與家人相處時間減少、外出旅行、家庭活動、休閒計畫受阻等（邱、許、吳，2002；楊、孫，2003）。

國內外均有學者明確指出病患的負性症狀是家屬很大的壓力源亦是很大的負荷（張，2009；Wiedl, 1992）。國內亦有研究指出精神病患的精神症狀和攻擊行為，常是家屬的切身之痛（黃，2000），加上社會大眾的誤解及異樣眼光，使得家屬除了需面對病患的疾病症狀及攻擊行為外，還需面對外界的負向關注，因而對病患病情只能低調處理，得不到應有的支援，成為病患與家屬求醫的障礙（顏、楊，2004；楊，2009）。當精神病患病程逐漸慢性化，自我照顧功能減弱，需仰賴家屬照顧時，若再加上病患服藥不合作、殘餘症狀太多及正向症狀反覆發作，將帶給家屬相當大的負擔。

馬（2003）提出「負荷」是照顧者長期照顧慢性病人所引起的主觀、負向的認知過程，包括：主觀的感受、多元性的現象（含生理、心理、社會及經濟等層面）、具有動態的改變、是過度負荷（overload）、且偏負向的。另楊、孫（2003）指出，照顧負荷是一種主觀認知的過程與感受，是受多層面主、客觀之影響，是家屬感受到身體、心理、情緒、社交以及財務上不同層面的衝擊，有緊張、疲憊、無力、沮喪等情緒，而產生一個具有壓力的環境。照顧負荷主要是與精神病有關的行為和主觀的感受，包括對生理、心理、社會、經濟等層面影響（宋，1999；

Chou, Lin, & Chu, 2002)；其亦是一個動態的過程，受病患不同疾病型態，病程、嚴重度、治療以及不同的照顧需求影響，當病患依賴程度越高、自我照顧能力越低、干擾行為出現的頻率、本身的調適因應能力差或有角色衝突，就對照顧者產生高負荷。而照顧者本身性別、年齡、和自覺健康狀況、缺乏照顧經驗未能有充足的知識和技巧的指導、個人壓力調適能力不良、缺乏可用的資源和社會支持，以及與病患之關係狀況，也都影響照顧者產生照顧負荷（邱、許、吳，2002；馬，2003；楊、孫，2003；Chou, Lin, & Chu, 2002）。

綜合上述，照顧精神病患確實帶來主要照顧者及其家人困擾，若病患需長期照護則主要照顧者之負荷更加沈重。在推行「去機構化」的政策下，精神分裂症病患回歸社區後對家庭及其主要照顧者的影響是不容忽視的議題，因此了解照顧負荷相關因素是必需的。

然而本研究對象主要針對高屏地區的社區精神分裂症患者的照顧者，與國內其他類似研究中北部社區病患作為對象有所差異，在南北城鄉資源、民眾教育素質差距的影響下，對於照顧負荷的結果是否有差別。因此本研究收集精神分裂症病患者及其主要照顧者的相關特性，從中分析其照顧負荷的影響因素為何？並期望在未來照護過程中能提供參考佐證，供醫療照護人員擬定適當的措施，並促使相關健康福利政策等社會資源建立，讓精神病患能真正回歸社區，減緩家庭和社會的問題，並減少未來的健康醫療照護成本。研究目的如下：

- 一、了解精神分裂症患者特性於其主要照顧者照顧負荷感受之表現。
- 二、了解精神分裂症患者主要照顧者特性於照顧負荷感受之表現。
- 三、整合性探討精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之重要因素。

貳、研究方法

一、研究假設

依據上述研究目的，本研究提出的研究假設如下

- (一) 精神分裂症患者特性於照顧負荷具有顯著差異（或相關）性。
- (二) 精神分裂症患者主要照顧者特性於照顧負荷具有顯著差異（或相關）性。
- (三) 精神分裂症患者及其主要照顧者特性為影響主要照顧者照顧負荷之因素。

二、研究工具

本研究依據文獻及學者研擬設計的結構式問卷作為研究工具收集資料。問卷內容包含基本資料表及照顧者負荷量表；基本資料表中包括患者特性因素（性別、年齡、婚姻狀況、病程年數、服藥情形、殘障手冊級別）與主要照顧者特性因素（性別、年齡、教育程度、職業狀態、婚姻狀態、每週社交活動頻率、自覺個人健康狀況、每日照顧患者時間、照顧患者年數、與患者關係、家庭結構、家庭月總收入及分擔照顧患者情況）等變項。

施測工具亦採用宋（2002）「精神病患照顧者負荷量表」精簡版 18 題負荷

量表，整體量表共涵蓋五個範疇分別是家庭干擾（7 題）、烙印（2 題）、愧疚（2 題）、照顧者緊張感（3 題）及案主依賴（2 題），其中兩題正向題乃是為了解照顧經驗對照顧者正向影響，並緩和施測過程中的負向感受，故在使用時不併入計分，其它題項則採五分法計分，依序為「從未」：0 分、「很少」：1 分、「有時」：2 分、「經常」：3 分、「幾乎都是」：4 分，且 16 項題項分數加總即為總負荷量，總分範圍在 0 到 64 分，分數越高表示主要照護者負荷程度越高。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）及重度負荷（45 分以上）。該量表發展過程曾經十位專家審查題項的適切性和重要性，具內容效度。因素分析顯示各題向與其所屬向度之間的相關係數為 0.45，具有內部建構效度。在信度評估方面，陳、李（2010）針對急性病房出院後首次返診時，陪伴精神分裂症病患就診之主要照顧者探討自覺症狀處理之照護負荷相關因子研究，內在一致性 Cronbach's α 值 0.83；葉等（2009）針對社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討此量表之 Cronbach's α 值為 0.88。本研究依 Waltz、Strickland 和 Lenz（1991）建議的專家鑑定法來評定本問卷專家效度指數（Content Validity Index, CVI），在照顧負荷量表部份 CVI 值為 0.92，合乎具有良好效度指標之表現，且針對本文施測對象 116 人之填答情況進行信度評估，並獲得 Cronbach's α 值 0.86 的穩定表現。

三、研究設計與統計方法

本研究旨在探討社區精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷的現況與其相關因素，研究範圍以高屏地區為限，研究設計與內容經相關單位人體試驗審查委員會審核通過後，以立意取樣方式進行問卷調查，並以資料分析方式驗證本研究的目的與假設。研究取樣其間自 2011 年 6 月至 2011 年 10 月，針對經精神專科醫師診斷為精神分裂症患者之主要照顧者為研究對象，其主要照顧者為承擔病患治療性活動和生活照顧工作與責任且共同生活者，研究對象選取條件如下：(1)過去一年內至少與精神分裂症患者共同生活六個月參與病患治療性活動和生活照顧工作與責任之家屬。(2)主要照顧者本身沒有認知功能障礙、酒癮、藥癮成癮者、罹患精神分裂症及器質性腦症候群有症狀干擾者。(3)其照顧對象之條件須為：(i)經精神科專科醫師依 DSM-IV 診斷標準，診斷為精神分裂症病患。(ii)年齡大於十八歲，持續生病達一年以上且至少因精神疾病症狀住過院一次。(4)能以國、台語溝通，可回答訪談問題。(5)經解釋本研究目的，主要照顧者同意接受訪談，並簽署同意書者。收集資料過程研究者先向研究機構單位負責人說明本研究目的、動機及收案條件，於每日醫院門診，請其轉介符合選樣標準的研究對象。轉介後，向研究對象自我介紹，建立初步關係，先評估是否符合收案條件，若符合再列入收案。收案後進一步說明研究目的、方式、所需時間、病患及主要照顧者的權益維護，徵得同意後，安排隱密的訪談環境，進行問卷訪談以收集研究資料，由研究對象自行填寫，研究者在旁指導，若希望由研究者代寫者，則由研究者按原量表逐題說明。如研究對象因病患症狀干擾或時間倉促等因素，無法於當天內完成資料收集，研究者在徵得其同意後，於一週內另行安排訪談時間與地點

以完成資料收集，若無法繼續追蹤完成，則不列入收案。訪談過程中，接受研究對象情緒宣洩及回應所提之疑問，研究者予以傾聽、支持及合適的衛教，必要時會進行情緒之評估，視需要轉介專業醫療（如精神科門診等）給予適當的專業服務。

資料分析過程以統計分析軟體 SPSS（18 版）為主，依據資料結構與研究目的進行對應統計分析與說明，本文採用的統計方法有獨立樣本 t 檢定 (Independent t-test)、單因子變異數分析 (One-way ANOVA)、事後檢定薛費法 (Scheffé's Method) 與迴歸分析 (Regression Analysis) 等。

叁、研究結果

一、精神分裂病患者人口學特性於其主要照顧者照顧負荷之分析

表 1 顯示患者基本資料（性別、年齡、婚姻狀態）及疾病因素（病程年數、服藥情形、殘障手冊級別）等因素變項於其主要照顧者照顧負荷差異性分析。在患者性別因素方面，經 T 檢定分析顯示病患性別於統計學上雖無顯著差異 ($t=1.55$, $p=.122$)，但照顧男性患者平均得分 29.56 (標準差=10.64) 略高於照顧女性患者平均得分 26.87 (標準差=9.31)。在單因子變異數分析及事後檢定分析結果顯示，在患者年齡層方面：照顧 40 歲以下患者平均得分 29.63 (標準差=10.61) 較高，其次是照顧 51 歲以上患者平均得分 27.74 (標準差=10.34)、照顧 41 歲到 50 歲者平均得分 27.36 (標準差=9.53)，但無顯著差異 ($F=0.56$, $p=.554$)。在婚姻方面：照顧未婚者平均得分 28.46 (標準差=11.02) 最高，其次為照顧已婚者平均得分 28.34 (標準差=8.03)、照顧離婚與喪偶者平均得分 28.14 (標準差=10.54)，未達無顯著差異 ($F=0.24$, $p=.923$)。病程年數方面：以照顧罹病超逾 20 年者平均得分 29.24 (標準差=11.45) 為最高，其次照顧罹病期為 10 年至 20 年內者平均得分 28.61 (標準差=9.47)，且照顧罹病未達 10 年者平均得分 26.23 (標準差=9.84) 為最低，但並未達顯著差異 ($F=0.81$, $p=.478$)。病患服藥狀況方面：以照顧服藥不規則者平均得分 32.34 (標準差=8.96) 為最高、再者為照顧需要家人督促服藥者平均得分 28.08 (標準差=10.14)、照顧主動服藥者的平均得分 26.15 (標準差=10.26)，且呈現顯著差異 ($F=3.93$, $p=.017$)，經由事後檢定得知，照顧病患主動服藥者的照顧負荷平均低於照顧服藥不規則者達 6.19 分。在病患障礙級別方面：照顧重度者平均得分 30.82 (標準差=7.93)，略高於照顧中度者平均得分 28.14 (標準差=10.92)、照顧輕度者平均得分最低為 26.33 (標準差=8.33)，但卻無顯著差異 ($F=1.11$, $p=.395$)。

表1

精神分裂病患者人口學特性於其主要照顧者照顧負荷分析

患者人口學變項	人數	平均得分	標準差	F/t 值	P 值	事後檢定
性別						
男	64	29.56	10.64	t = 1.55	0.122	
女	52	26.87	9.31			

(續下頁)

患者人口學變項	人數	平均得分	標準差	F/t 值	P 值	事後檢定
年齡						
40 歲以下	43	29.63	10.61			
41 到 50 歲	39	27.36	9.53	F = 0.56	0.554	
51 歲以上	34	27.74	10.34			
婚姻狀態						
未婚	71	28.46	11.02			
已婚	31	28.34	8.03	F = 0.24	0.923	
離婚/喪偶	14	28.14	10.54			
病程年數						
未達 10 年	20	26.23	9.84			
10 至 20 年內	61	28.61	9.47	F = 0.81	0.478	
超逾 20 年	35	29.24	11.45			
服藥情形						
^a 主動服藥	42	26.15	10.26			
^b 督促服藥	44	28.08	10.14	F = 3.93*	0.017	c>a
^c 不規則服藥	30	32.34	8.96			
障礙級別						
輕度	14	26.33	8.33			
中度	80	28.14	10.92	F = 1.11	0.395	
重度	22	30.82	7.93			

註：*表示 p 值 < 0.05

二、主要照顧者人口學特性於其照顧負荷之分析

表 2 顯示主要照顧者特性（性別、年齡、教育程度、職業狀態、婚姻狀態、每週社交活動頻率、自覺個人健康狀況、每日照顧患者時間、照顧患者年數、與患者關係、家庭結構、家庭月總收入及分擔照顧患者情況）等因素變項於照顧負荷之表現分析情況。在主要照顧者性別因素方面：女性平均得分 29.71（標準差=9.42）略高於男性平均得分 26.72（標準差=10.81），但無達顯著差異（ $t=-1.56$ ， $p=.096$ ）。在分擔照顧患者情況方面：以無人分擔者平均得分 29.53（標準差=9.72）略高於有分擔者平均得分 27.22（標準差=10.51），亦無顯著性差異（ $t=1.31$ ， $p=.192$ ）。在主要照顧者年齡層方面：61 歲到 70 歲者平均得分 29.86（標準差=9.63）較高，其次依序是 51 歲到 60 歲者平均得分 29.76（標準差=9.12）、71 歲以上平均得分 27.73（標準差=12.42）、50 歲以下者平均得分 25.51（標準差=8.31），但統計上四個年齡層間無顯著差異（ $F=1.25$ ， $p=.296$ ）。主要照顧者教育程度方面：以小學平均得分 30.82（標準差=10.11）為最高，其次依序為不識字者平均得分 28.71（標準差=12.41）、國中平均得分 27.61（標準差=9.42）、高（職）中以上平均得分 24.82（標準差=7.44），亦無達顯著差異（ $F=2.47$ ， $p=.067$ ）。主要照顧者職業狀態方面：以無工作者平均得分 29.52（標準差=10.91）最高，其次是兼職者平均得分 27.31（標準差=9.72），最低分者為全職工作者平均得分 26.63（標準差=7.93），但並無顯著差異（ $F=0.96$ ， $p=.397$ ）。主要照顧者婚姻狀態方面：為離婚與喪偶者的平均得分 30.12（標準差=10.24）最高，其次為已婚者平均得分 28.31（標準差=10.21），最低分為未婚者平均得分 22.72（標準差=8.11），然在統計學上卻無顯著差異（ $F=2.06$ ， $p=.157$ ）。在每週社交活動頻率方面：每週無社交活動者的平均得分 30.34（標準差=10.71）最高，其餘依序為每週社交 1 到 2

次者平均得分 29.42 (標準差=9.72)、每週社交 3 次以上者的平均得分為 23.41 (標準差=8.03)，在統計學上達顯著差異 ($F=5.21, p=.006$)，經事後檢定得知，每週社交次數 3 次以上者的照顧負荷分別平均低於 1 到 2 次者 6.01 分及無社交次數者 6.93 分。主要照顧者自覺個人健康狀況方面：自覺健康差者平均得分 33.54 (標準差=10.21) 最高，再者自覺健康尚可者平均得分 27.91(標準差=8.11)，及自覺健康好者平均得分 24.72(標準差=10.32)，亦呈現顯著差異 ($F=9.13, p<.001$)，並經事後檢定查得，自覺健康好者與尚可者的照顧負荷分別低於自覺健康差的 8.82 分與 5.63 分。在每日照顧患者時間方面：照顧患者超逾 16 時者平均得分 29.62(標準差=9.93)較高，其次為照顧時間為 8 至 16 時者平均得分 26.46 (標準差=10.61)，最低則為照顧時間未達 8 時者以下平均得分 23.03 (標準差=8.12)，但無顯著差異 ($F=2.52, p=.087$)。照顧患者年數方面：以照顧超逾 20 年者平均得分 29.53 (標準差=12.32) 較高，照顧 10 至 20 年期間者月平均得分 28.62 (標準差=9.41) 為次之，照顧時間為 10 年以內者平均得分 26.61 (標準差=8.93) 為最低，但未具顯著差異 ($F=0.73, p=.489$)。在主要照顧者與患者的關係方面：主要照顧者為父母者平均得分 29.74 (標準差=11.02) 較高，其次是配偶者平均得分 29.21 (標準差=8.21)、子女的平均得分 24.31 (標準差=4.83)、手足者平均得分 19.02 (標準差=6.62)，且具備顯著差異 ($F=4.03, p=.008$)，並經事後檢定得知，照顧者為手足者的照顧負荷分別平均低於父母與配偶者 10.72 與 10.19 分。家庭結構部份：以單親家庭平均得分 33.94 (標準差=9.64) 為最高，三代同堂平均得分 28.44 (標準差=11.32) 次之，再者核心家庭平均得分 27.11 (標準差=9.52)，及大家庭平均得分 23.32 (標準差=6.71)，並達統計學顯著差異 ($F=3.14, p=.029$)，經由事後檢定查得，核心家庭的照顧負荷平均低於單親家庭 6.83 分，而大家庭的照顧負荷又平均低於單親家庭 10.62 分。在家庭月總收入方面：家庭月收入未達貳萬元者平均得分 31.04 (標準差=10.21) 為高，家庭月收入在貳萬到伍萬元者平均得分 26.21 (標準差=10.54)、超逾伍萬元者平均得分 25.92 (標準差=7.23)，於統計學上呈現顯著差異 ($F=3.98, p=.021$)，經事後檢定得知，家庭月收入超逾伍萬元者的照顧負荷平均低於未達貳萬元者 5.12 分，而家庭月收入貳萬元到伍萬元者的照顧負荷平均低於未達貳萬元者 4.83 分。

表2
主要照顧者人口學特性於照顧負荷總量表之分析

主要照顧者變項	人數	平均	標準差	F/t 值	P 值	事後檢定
性別	男	52	26.72	10.81	t = -1.56	0.096
	女	64	29.71	9.42		
年齡	50 歲以下	24	25.51	8.31	F = 1.25	0.296
	51 到 60 歲	29	29.76	9.12		
	61 到 70 歲	32	29.86	9.63		
	71 歲以上	31	27.73	12.42		
教育程度	不識字	26	28.71	12.41	F = 2.47	0.067
	小學	45	30.82	10.11		
	國中	13	27.61	9.42		

(續下頁)

主要照顧者變項	人數	平均	標準差	F/t 值	P 值	事後檢定	
職業狀態	高(職)中以上	32	24.82	7.44	F = 0.96	0.397	
	無	61	29.52	10.91			
	全職	18	26.63	7.93			
婚姻狀態	兼職	37	27.31	9.72	F = 2.06	0.157	
	未婚	10	22.72	8.11			
	已婚	74	28.31	10.21			
每週社交活動頻率	離婚/喪偶	32	30.12	10.24	F=5.21**	0.006	a,b>c
	^a 無	52	30.34	10.71			
	^{b1} 到 2 次	36	29.42	9.72			
自覺個人健康狀況	^{c3} 次以上	28	23.41	8.03	F=9.13***	<.001	a>b,c
	^a 差	34	33.54	10.21			
	^b 尚可	40	27.91	8.11			
每日照顧患者時間	^c 好	42	24.72	10.32	F = 2.52	0.087	
	未達 8 時	8	23.03	8.12			
	8 至 16 時	31	26.46	10.61			
照顧患者年數	超逾 16 時	77	29.62	9.93	F = 0.73	0.489	
	未達 10 年	28	26.61	8.93			
	10 至 20 年	57	28.62	9.41			
與患者關係	超逾 20 年	31	29.53	12.32	F = 4.03**	0.008	a,b>c
	^a 父母	70	29.74	11.02			
	^b 配偶	26	29.21	8.21			
家庭結構	^c 手足	9	19.02	6.62	F = 3.14*	0.029	d>a,c
	^d 子女	11	24.31	4.83			
	^a 核心家庭	62	27.11	9.52			
家庭月總收入(元)	^b 三代同堂	28	28.44	11.32	F = 3.98*	0.021	a>b,c
	^c 大家庭	6	23.32	6.71			
	^d 單親家庭	20	33.94	9.64			
分擔照顧患者情況	^a 未達貳萬	53	31.04	10.21	t = 1.31	0.192	
	^b 貳到伍萬	45	26.21	10.54			
	^c 超逾伍萬	18	25.92	7.23			
	無	60	29.53	9.72			
	有	56	27.22	10.51			

註：*表示 p 值<0.05、**表示 p 值<0.01、***表示 p 值<0.001

三、建構精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之迴歸模式

依據本研究之目的及假設建立彼此間的迴歸預測模式，執行迴歸分析模式時先將間斷變項的自變項轉為「虛擬變項」(dummy variable) (吳，2007)，透過逐步迴歸的篩選方式，獲得最佳迴歸模式，此模式中選取之解釋變項分別「自覺個人健康狀況」、「每週社交活動頻率」、「與患者關係」及「家庭結構」。考量「共線性」(collinearity)問題，故判別變異數膨脹因素 (variance inflation factor; VIF)，若 VIF 值愈大，表示自變項的容忍度越小，越有共線性問題，一般而言，VIF 大於 10 時，表示自變項間可能有線性重合問題 (吳，2007)，本研究自變項之 VIF 由 1.29 至 1.82，故無共線性問題。表 3 統計分析結果顯示整體預測變項可解釋照顧負荷量表得分的總變異量為 36.81% (F=6.92, p <.001)，即本模式對於依變項(照顧負荷)有顯著的影響和預測能力。在「自覺個人健康狀況」方面，個人自覺健康「尚可」者與「好」者在照顧負荷上較「差」者平均減輕 4.73 分 (t =-2.38, p =.020) 與 3.84 分 (t =-2.06, p =.046) 且達統計顯著意義，

顯示主要照顧者自覺個人健康愈好，則照顧負荷愈輕。在「每週社交活動頻率」方面，每週社交 3 次以上者比每週無社交活動者平均少了 5.82 分且達統計顯著 ($t=-3.05, p=0.003$)，顯示主要照顧者若仍能參與社交活動且每週達 3 次以上者，其相對應遭受之照顧負荷便會愈覺輕鬆。在「與患者關係」方面，主要照顧者為手足者較為配偶、為父母或為子女者都分別低了 9.87 分 ($t=4.35, p<.001$)、10.91 分 ($t=3.55, p<0.001$) 與 8.20 分 ($t=2.72, p=0.009$) 且均達統計上顯著意義，顯示主要照顧者與病患關係是手足者，其感受之照顧負荷最為輕鬆。在「家庭結構」方面，三代同堂與單親家庭分別比大家庭高出 5.05 分 ($t=2.48, p=0.016$) 及 9.06 分 ($t=3.92, p<0.001$) 且皆達統計顯著，顯示主要照顧者若為單親家庭或三代同堂，則照顧負荷感受較重，若為大家庭結構由於家庭人數較多，較能減輕或分擔主要照顧者的照顧負荷。

表3
精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之迴歸分析結果($R^2=36.81\%$ 、 F 值= 6.92^{***})

變項	未標準化係數		T 值	顯著性	共線性統計量	
	參數估計值	標準誤			允差	VIF
常數	51.92	4.01	12.89 ^{***}	<0.001		
自覺健康狀況						
差 (對照組)						
尚可	-4.73	2.00	-2.38*	0.020	0.55	1.82
好	-3.84	1.86	-2.06*	0.046	0.52	1.92
每週社交活動頻率						
無 (對照組)						
社交活動						
1 至 2 次	0.63	1.82	0.32	0.750	0.69	1.45
社交活動						
3 次以上	-5.82	1.91	-3.05 ^{**}	0.003	0.78	1.29
與患者關係						
手足 (對照組)						
配偶	9.87	2.27	4.35 ^{***}	<0.001	0.66	1.51
父母	10.91	3.12	3.55 ^{***}	<0.001	0.79	1.27
子女	8.20	3.02	2.72 ^{**}	0.009	0.74	1.35
家庭結構						
大家庭 (對照組)						
三代同堂	5.05	2.04	2.48*	0.016	0.71	1.41
核心家庭	3.72	3.84	0.97	0.436	0.77	1.30
單親家庭	9.06	2.31	3.92 ^{***}	<0.001	0.68	1.47

註：*表示 p 值<0.05、**表示 p 值<0.01、***表示 p 值<0.001

肆、討論與建議

本文研究對象所照顧的病患 55.17%是男性，年齡分佈在 26 至 82 歲之間，平均年齡 44.72 歲，其中 41 歲至 50 歲即佔 33.62%，顯示多數病患處於壯年期，且 6 成以上病患未婚。此與多數的研究結果雷同（宋，2002；邱、蕭，1998；郎，2006；陳、許、陳、賴，1996；黃、林、蘇、許，2010；Kent & Yellowlees, 1994；Zahid & Ohaeri, 2010），進一步探究原因，可能因疾病的因素致使病患缺乏應

付複雜的社會環境與調適能力（黃、林、蘇、許，2010）。患者病程年數方面，自 1 年多到 46 年，範圍差距相當大，平均生病年數約 18 年，顯示病程呈慢性化，與張（2004）及邱、蕭（1998）研究相同，亦符合相關文獻提出「精神分裂症通常發病早，病程慢性化且預後差」（宋，2005；黃等，2011）。本研究發現有 37.93% 的病患需在家人督促下服藥，然而值得一提的是服藥不規則（或拒藥）者也佔 25.86%，顯示有 63.79% 的照顧者需為病患的服藥狀況付出心力，此與陳、許、陳、賴（1996）的調查有 66.3% 家屬反應需督促患者服藥相似。

研究對象顯示以女性照顧者居多達 55.17%，年齡分佈在 21 至 90 歲之間，平均年齡 60.43 歲，61 歲以上的即佔了 54.31%，顯示多數的照顧者均已進入老年期，有 63.79% 的照顧者已婚，為病患的父母角色的有 60.34%，教育程度 6 成以上為小學或不識字，且目前無職業的占多數 52.59%，家庭結構以核心家庭為最多共 53.44%。此結果與其他相關研究結果亦相同（宋，2002；邱、蕭，1998；陳、許、陳、賴，1996；張，2004；葉等，2009；蕭等，1995），且文獻提及 80% 的病患回歸社區後由家屬照顧（劉，2007），顯示社會文化結構改變，年輕人就業或成家後逐漸離開原生家庭，使得年邁無經濟能力、體力漸差的父母須照顧由醫療機構出院返家的病患。在照顧因素方面：照顧病患的年數分佈於 1 年多至 46 年，呼應了病患的生病年限，有了很大的範圍差距，平均照顧年數為 17 年多，照顧 10 年以上者就佔了 75.86%，且 66.38% 照顧者每日與病患相處的時間超過 16 時，此結果比例略高於侯（2004）及張（2004）之研究。此外，相關研究說明照顧者遭遇的困難和運用社會資源的情形顯示主要照顧者覺得經濟有困難或有經濟負擔（陳、許、陳、賴，1996），而本研究發現 84.48% 的家庭月總收入在伍萬元以下，而僅有貳萬元以下的也高達 45.69%，顯示經濟弱勢與所需支持是值得被關心的議題之一。另本研究有 36.21% 的照顧者自覺個人健康狀況是好的，但亦有 29.31% 的照顧者自覺個人健康差，此結果與陳、吳、廖（2010）相似，該文針對社區精神分裂症病患主要照顧者進行 SF-36 自覺健康量表評量，並說明主要照顧者的自覺健康狀態均低於全國常模，尤其在「一般健康狀況」、「活力狀況」及「因情緒所導致的角色受限」。而葉等人（2009）亦發現社區精神分裂症病患主要照顧者自覺身體狀況比照顧前差的佔 5 成以上，國外亦有研究顯示，相較於非照顧者，精神病患照顧者在身體健康問題上會出現較大的危機（Kenneth, 2011; Piquart & Sorensen, 2007），上述結果顯示主要照顧者普遍且主觀性的覺得身體狀況不佳。

在研究對象照顧負荷方面，顯示照顧負荷總平均得分為 28.43（標準差 = 10.12），最低得分為 13，最高得分為 54，屬中度負荷；此研究結果與國內幾篇針對精神分裂症病患主要照顧者所做的調查結果無太大差異，照顧負荷均屬中度負荷（侯，2004；張，2004；葉等，2009）。在差異性分析方面，顯示病患若能主動服藥者則讓照顧者在整體照顧負荷較輕，有研究指出照顧者所承擔病患治療活動的壓力，是預測其照顧負荷感受之重要因子（王、戎、陳、魏、林，2007），因此若病患可主動服藥，讓照顧者可不再費心此治療活動，必能減輕負荷。照顧

病患後若每週維持社交活動 3 次以上，則照顧者於整體照顧負荷較輕，有研究指出 52.4%的照顧者認為為了照顧病患，社會生活及休閒娛樂等參與受到影響（陳、許、陳、賴，1996），此與本研究發現社交活動次數會影響整體負荷感受有同樣意涵。自覺健康好的照顧者於整體照顧負荷較輕，張（2004）亦提到主要照顧者身心健康較佳，照顧負荷以較低。夏、葉、黃（2009）提出主要照顧者幾乎因為照顧病患減少工作時間或因此減少收入，對家中經濟影響甚鉅，而本研究結果亦發現家庭月總收入伍萬元以上則其整體照顧負荷及家庭干擾負荷較輕，顯示經濟確實對照顧負荷有所影響，此與陳（2008）對社區精神病患所做的調查結果相同。另本研究亦發現主要照顧者與病患關係若為手足者在整體負荷較為輕鬆，家庭結構人數較多（如：大家庭）在整體照顧負荷上則亦較為輕鬆，與國內相關研究結果相似（邱、許、吳，2002；葉等，2009）。

迴歸模式分析發現，「自覺個人健康狀況」、「照顧病患後每週社交次數」、「與病患關係」及「家庭結構」是精神分裂症患者主要照顧者整體照顧負荷感受顯著的預測因子，可解釋整體照顧負荷的總變異數百分比為 36.81%，顯示主要照顧者若對個人健康感受愈好，在照顧病患後能維持每週社交次數愈多，則在照顧負荷上感受會較輕，國內研究指出照顧壓力對主要照顧者的身心健康有顯著負面影響，而休閒因應信念與策略與身心健康有正向影響（陳、吳、廖，2010），因此鼓勵或提供照顧者參與社交、建立休閒生活是必要的。然而，主要照顧者與病患的關係及家庭結構亦會影響照顧負荷的感受，尤其關係若為父母或配偶者會比手足有較重的照顧負荷感受，若為單親家庭或三代同堂者會比大家庭在照顧負荷上有較重感受，探究原因為大家庭結構由於家庭人數較多，較能減輕或分擔主要照顧者的照顧負荷，此結果與高、盧、葉、劉（1999）研究類似。

歸納上述研究結果，對臨床精神醫療實務工作提出幾項建議：(1)醫療照護人員在臨床應將協助病患建立病識感及遵從服藥列為必要目標，對於病患的父母、自覺健康差、社交活動閉鎖、家庭經濟狀況差，或為單親家庭的主要照顧者，更應主動提供相關的照護資源。(2)應鼓勵家庭其他人員輪流照護病患，並結合社政單位，落實強化社區支持網絡，提供喘息照護設置，增加主要照顧者喘息機會。(3)加強藉由媒體宣導精神症狀及處理因應方式，建立民眾對於精神疾病的正確認知，並積極呼籲病患之手足或子女一同分擔照護工作及責任。

研究者基於人力、經費、時間及空間的限制，選取符合條件且同意接受訪談者為研究對象，取樣過程未採隨機取樣，故造成樣本選取上分佈不平均，未能概括所有社區精神分裂症病患之主要照顧者全貌，使得本研究在推論性和代表性上有所限制。此外，本研究取樣對象所照顧之病患仍屬弱勢族群，部分照顧者於負向社會文化的壓力下影響參與研究意願，再者資料收集過程中因病患的干擾及或照顧者本身的理解程度會影響收案流程及數量，雖然最終接受參與研究者均可順利完成問卷填答，但無法排除這些情況對研究結果的可能影響。然而，因收案樣本數不夠多，使得部份變項僅達邊緣顯著或不顯著；若在人力、經費、時間及空間許可下，未來宜擴大研究區域及樣本，以驗證研究結果之普遍性。

參考文獻

- 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、習得智謨與照顧負荷之研究。《護理雜誌》，54(5)，37-47。
- 宋麗玉 (2005)。精神障礙者之復健與復原——一個積極正向的觀點。《中華心理衛生學刊》，18(4)，1-29。
- 宋麗玉 (2002)。精神疾病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)，61-92。
- 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。
- 李淑紅、蕭淑貞、劉玟宜、陳喬琪 (2011)。探討社區精神衛生護理能力之人本要素。《精神衛生護理雜誌》，6(1)，1-9。
- 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿 (2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。《醫護科技學刊》，4(4)，273-290。
- 邱淑貞、蕭淑貞 (1998)。社區精神分裂病患家庭功能與自我照顧之相關性。《中華衛誌》，17(3)，206-213。
- 郎淑美 (2006)。慢性精神病患社會支持與工作適應之相關性研究。未出版碩士論文，美和技術學院健康照護研究所，屏東縣。
- 侯淑英 (2004)。精神分裂病患者生活品質及主要照顧者荷之探討。未出版碩士論文，高雄醫學大學行為科學研究所，高雄市。
- 夏慧玲、葉玲玲、黃光華 (2009)。精神分裂症患者主要照顧者之照顧需要研究。《精神衛生護理雜誌》，4(1)，9-18。
- 高淑芳、盧孳豔、葉淑惠、劉雪娥 (1999)。探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係。《護理研究》，7(2)，178-182。
- 馬先芝 (2003)。照顧者負荷之概念分析。《護理雜誌》，50(2)，82-86。
- 張碧鳳 (2009)。探討自然體驗活動對慢性精神分裂病患精神症狀、認知功能與社區生活功能之影響。未出版碩士論文，國立台北護理學院護理系研究所，台北市。
- 張秀桃 (2004)。精神分裂病患者主要照顧者照顧負荷之探討：以某醫學中心復健及門診個案為例。未出版碩士論文，高雄醫學大學行為科學研究所，高雄市。
- 陳建如、吳家燕、廖世杰 (2010)。壓力大？休閒少？健康差？以精神分裂症病患主要照顧者為例。《旅遊健康學刊》，9(1)，41-62。
- 陳靜蕙、李選 (2010)。精神分裂疾患主要照顧者自覺症狀處理之照護負荷相關因子探討——以某精神專科醫院為例。未出版碩士論文，中山醫學大學護理研究所，台中市。
- 陳敏瑜 (2008)。社區精神病患之主要照顧者的照顧負荷、身心健康與照顧需求

- 之調查研究。未出版碩士論文，國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系研究所，台北市。
- 陳秋瑩、許世寬、陳朝灶、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。
- 黃宗正、劉智民、劉震鐘、謝明憲、簡意玲、胡海國（2011）。精神分裂症的臨床與精神病理。《台灣醫學》，15（4），365-374。
- 黃美意、林惠賢、蘇淑芳、許秀月（2010）。慢性精神分裂症病患自我效能與自我照顧能力之相關因素探討：以男性精神分裂症為例。《精神衛生護理雜誌》，4（1），1-7。
- 黃媛齡（2000）。家庭系統作為慢性精神分裂病患照顧主體的省思—論「過度使用家庭能力」與建構「替代性家庭功能」。《中華心理衛生學刊》，13，89-110。
- 楊青青（2009）。精神疾患家屬的家庭介入。《諮商與輔導》，（279），33-37。
- 楊嘉玲、孫惠玲（2003）。「照顧者負荷」概念分析。《馬偕學報》，3，15-27。
- 葉人豪、葉玲玲、黃光華、陳快樂、劭文娟、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），1-7。
- 劉蓉台（2007）。精障個案社區整合照顧模式。《護理雜誌》，54（5），11-17。
- 蕭淑貞、邱淑貞、楊秋月、黃瑞媛、吳麗萊、陳美雲（1995）。家庭健康護理評估量表之建立及應用於精神病患之初步結果。《護理雜誌》，42（1），25-37。
- 賴貞君（2002）。社區民眾與精神病患之接觸經驗對鄰裏關懷態度之影響。2002精神健康基金會贊助研究報告。台北：台灣大學。
- 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。《台灣醫學》，8（6），786-793。
- Chou, K. R., Lin, J. C., & Chu, H. (2002). The reliability and validity of the Chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing Research*, 51(5), 324-331.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2000). *Abnormal psychology (8th ed.)*, 282-315, New York: Wiley.
- Gbiri, C. A. , Badru, F.A., Ladapo, H. T. O. ,& Gbiri, A. A. (2011). Socio-economic correlates of relapsed patients admitted in a Nigerian mental health institution. *International Journal of Psychiatry In Clinical Practice*, 15(1), 19-26.
- Kenneth, I. P. (2011). Caregiving tasks in caring for an adult with mental illness and associations with adjustment outcomes. *International society of behavioral medicine*, published online: 12 April.
- Kent, S.,& Yellowlees, P. (1994). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 811-824.
- McGrath J, Saha S, Chant D, et al (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 30, 67-76.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal

- caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(2), 126-137.
- Vreeland, B., Minsky, S., Menza, M., Radler, R. D., Hamm, R. B., & Stern, R. (2003). A program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. *Psychiatric Services*, 54, 1155-1157.
- Waltz, C.F, Strickland, O.L., & Lenz, E.R. (1991). *Measurement in nursing research (2nd ed., p.173)*. Philadelphia : F.A.Davis.
- Wiedl, K.H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia: Stressor, appraisal, and coping behavior. *British Journal of Psychiatry*, 161(18), 114-122.
- 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.

A Research to Investigate the Relatives Factors of Burden in Schizophrenia Caregivers

Wen-Ling Chen*, Tsan Yang**, Chia-Hsin La***, Chao-Hsien Lee****

Abstract

All valid samples, the 116 Schizophrenia Caregivers, were selected by using questionnaires from June, 2011 to October, 2011 in Kaohsiung and Pingtung area. The cross-sectional study design was used to explore the related factors of burden in schizophrenia caregivers by collecting the questionnaires. The questionnaires included demographic characteristics and Caregiver's Burden Scales. The results showed that the range of the total score from primary caregivers in Caregiver's Burden Scales was from 13 to 54 points, and their mean (sd) was 28.43 (10.12) points and was regarded as moderate burden. Moreover, according to the regression analysis, four factors (Self-perceived Health Status, Frequency of Social Activity in weekly, Relationship between Patient and Caregiver, and Family Structure) were considered into the model and its total variance explained reached 36.81%. In Self-perceived Health Status factor, we found the total score of care burden of caregivers in normal or well status could be reduced by 4.73 points ($p=.020$) or 3.84 points ($p=.046$) by comparing to the caregivers in ill status, and both of them were statistically significant. In Frequency of Social Activity in weekly factor, we found the total score of care burden of caregivers with 3 times (and more than 3 times) social activity in weekly be reduced by 5.82 points ($p=.003$) by comparing to the caregivers without social activity, and it was statistically significant. In Relationship between Patient and Caregiver factor, we compared couples, parents or issues to sibs for care burden of caregivers, and they could be reduced by 9.87 points ($p<.001$), 10.91 points ($p<.001$) or 8.20 points ($p=.009$), and all of them were statistically significant. In Family Structure factor, we found the total score of care burden of caregivers in stem family or single parent family could be arise up 5.05 points ($p=.016$) or 9.06 points ($p<.001$) by comparing to the caregivers in extended family, and both of them were statistically significant. Finally, we hope this study can be used to frame appropriate precaution for the medical career during the caring time in the future. Besides, it can help to build up the relative health social welfare, to help the schizophrenia returning to the community, to

* Director of nurse, Tsyr-Huey Mental Hospital, Kaohsiung Jen-Ai's Home.

** Associate Professor, Department of Health Business Administration, Meiho University.

*** Lecturer, Department of Physical Therapy, Tzu Hui Institute of Technology.

**** Assistant Professor, Department of Health Business Administration, Meiho University. (Corresponding Author)

ease off the problems between family and society, and to reduce the cost of health-medical caring in the future.

Key words: Schizophrenia, Primary Caregiver, Care Burden