

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

雲嘉南地區照顧者照顧負荷與生活品質之探討

To Explore Caregiver Burden and Quality of Life in the Area of
Yunlin, Chiayi and Tainan

簡珮涵

Pei-Han Jian

指導教授：張國偉 博士

Advisor: Kuo-Wei Chang, Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June 2019

南 華 大 學

生死學系碩士班

碩士學位論文

雲嘉南地區照顧者照顧負荷與生活品質之探討
To Explore Caregiver Burden and Quality of Life in
the Area of Yunlin, Chiayi and Tainan

研究生：簡珮涵

經考試合格特此證明

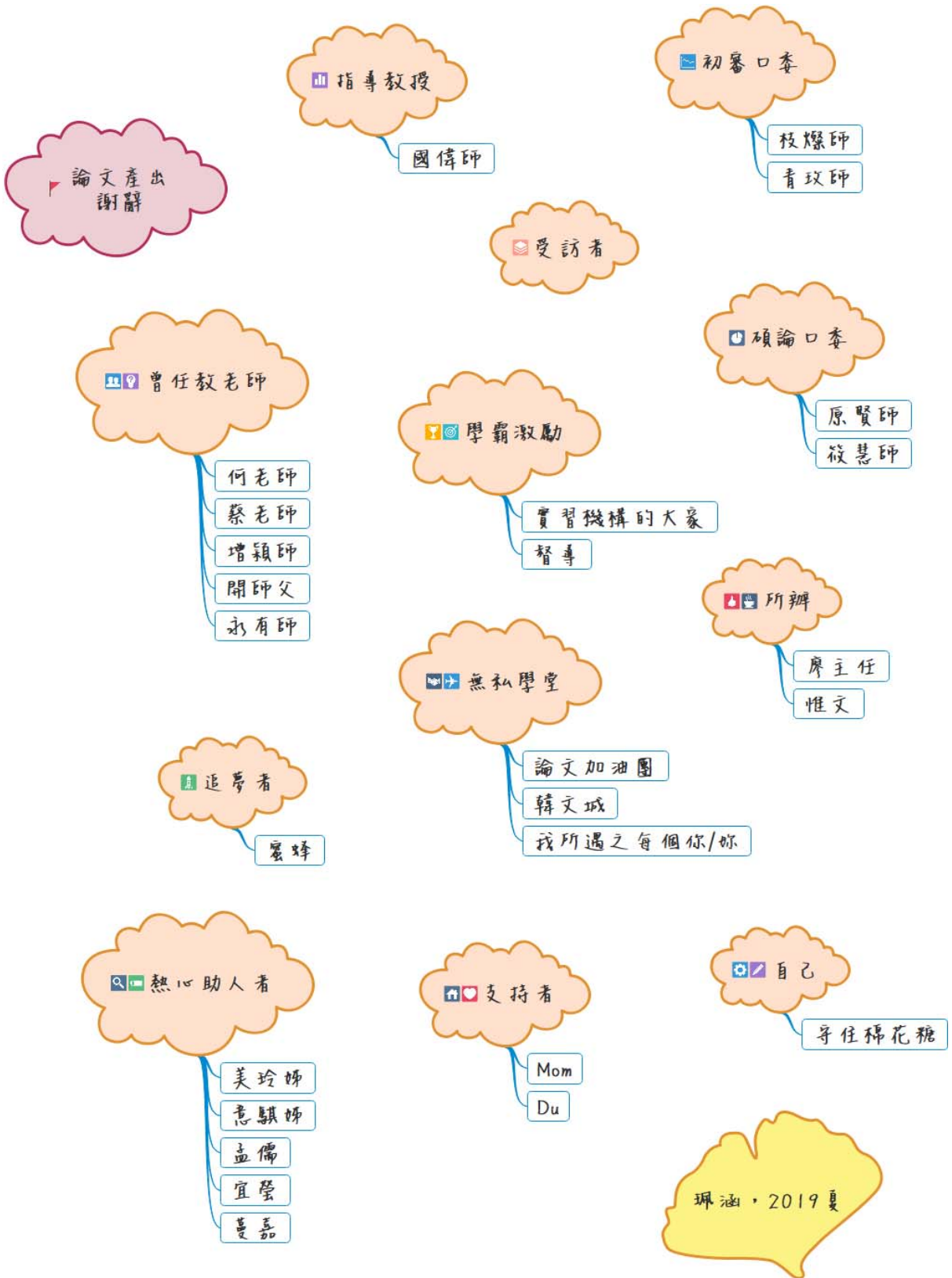
口試委員：楊啟慧
張國偉
林原質

指導教授：張國偉

系主任(所長)：何俊宏

口試日期：中華民國 108 年 06 月 20 日

謝辭



摘要

本研究旨在探討雲嘉南照顧者照顧負荷與生活品質之影響。為了解照顧者在此兩者現況、關係及相關程度。根據研究目的，採問卷調查之便利取樣的方式，為能有效收集樣本，透過電訪、紙本問卷、電子問卷進行樣本收集，有效樣本共計 160 份，包括雲林縣 64 份、嘉義縣 47 份、嘉義市 40 份、台南市 9 份，統計方法採橫斷式量性研究，經資料處理與結果分析後，獲致以下結論：

- 一、照顧者以女性居多，教育程度多為高中職以上，80%有信仰宗教，45%無業者。
- 二、照顧負荷測量上可以發現身體負荷女性高於男性；時間負荷與照護成本負荷發現全職工作者皆低於兼職工作者與無業者；情緒負荷發現照顧年數超過 30 年以上者是最高的；時間負荷發現全天候照顧者是負荷最高的。
- 三、生活品質測量上可以發現生理健康、心理、環境中壯年（40~64 歲）照顧者優於老年（65 歲以上）照顧者。教育程度上差異反映在生理健康、心理、環境、整體生活品質是國（初）中以上優於國小以下者。有全職工作者於生理健康、心理、環境、整體生活品質均優於無業者。照顧時間每日低於 4 小時的照顧者於環境之生活品質優於連續照顧超過 4 小時以上者。
- 四、照顧負荷各面向（身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本負荷）均與生活品質有顯著負相關影響。
- 五、進一步採用多元逐步迴歸分析將整體照顧負荷與照顧負荷各面向當作自變項對生活品質之預測發現控制教育的差異，身體負荷、人生發展負荷、整體照顧負荷對生活品質均有顯著的負影響，迴歸模型解釋力 R^2 分別為 0.449 與 0.432。

依據上述結果，本研究將藉由該照顧負荷所影響之生活品質因素提出適切的措施，降低照顧者的負荷，並提升生活品質，減少因為照顧負荷過大而衍生之照顧悲劇發生之社會問題不斷發生，有助於後續之研究。

【關鍵字】 長期照顧者、照顧負荷、生活品質

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship and relevance of caregiver's burden and its quality of life in the area of Yunlin, Chiayi and Tainan in current status. According to the purpose of this research, the questionnaire survey method was adopted. This research uses convenience sampling as sampling method. Samples were collected through telephone survey, paper questionnaires and electronic questionnaires. A total of 160 valid samples were collected. Including 64 copies in Yunlin County, 47 in Chiayi County, 40 in Chiayi City, and 9 in Tainan City. The statistical methods were conducted in a cross-sectional quantitative study. After data processing and analysis of results, the following conclusions were found as below:

1. Most of the caregivers are female, graduated from high school or above. 80% of caregivers are religious, and 45% of them are unemployed.
2. The research finds out that female caregiver has higher physical burden than male caregiver, full-time-job caregivers have less burden than part-time caregivers or unemployed ones in the category of time burden and financial burden. For those who have been being caregiver over 30 years or being a full-time caregiver, has the most emotion burden
3. From quality of life survey, middle-aged caregivers (40-64 years old) have better mental health, physical condition and living environment than the elderly caregivers (over 65 years old). Level of education also has impact on the quality of life; those who graduated from junior school above have better mental health, physical condition, living environment and overall quality of life than those graduated from elementary school. Employed caregivers have better have better mental health, physical condition, living environment and overall quality of life than those who are unemployed. For those who are responsible of taking care more than 4 hours per day have worse quality of life than those who only

have to take care less than 4 hours per day.

4. In different aspect of caregiver's burden (physical burden, social burden, emotional burden, time burden, developmental burden, financial burden), they all have significant negative correlation with quality of life.

5. Adopting stepwise regression analysis, the overall caregiver burden and the care burden are treated as self-variables. Using those 2 self-variables to predict the life quality, compare the different level of education. The physical burden, developmental burden and overall caregiver burden have significant negative influence on quality of life. For the negative influence, the regression model explanatory force R^2 is 0.449 and 0.432, respectively.

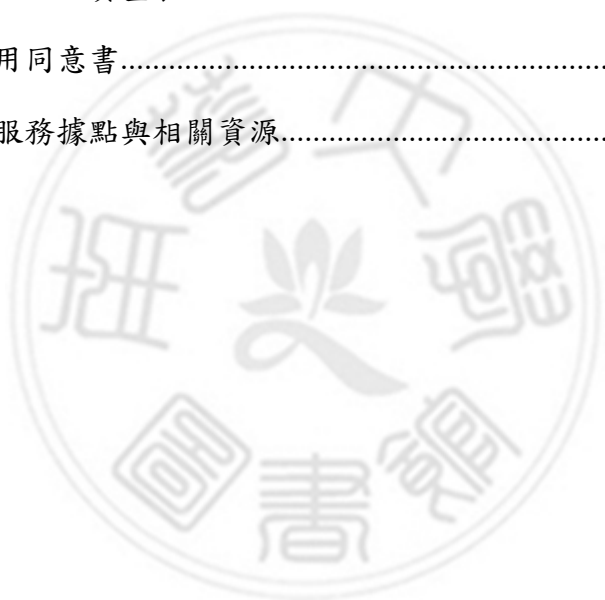
In conclusion, based on several quality of life factors which are influenced by caring, this study has several proposals: reduce the burden of caregivers, and improve life quality, and avoid tragedy caused by overloading care burden. According to the findings, suggestions are made to serve as future researches.

[Keywords] long term caregiver, caregiver burden, quality of life

目錄

謝辭.....	I
摘要.....	II
Abstract.....	III
目錄.....	V
圖目錄.....	VII
表目錄.....	VIII
第一章、緒論.....	1
第一節、研究背景與動機.....	1
第二節、研究目的與研究問題.....	5
第三節、名詞解釋.....	5
第二章、文獻探討.....	7
第一節、照顧者負荷之相關概念.....	7
第二節、照顧者生活品質層面之影響.....	16
第三節、照顧者照顧負荷與生活品質相關影響.....	21
第三章、研究設計與實施.....	23
第一節、研究架構.....	23
第二節、研究假設.....	24
第三節、研究對象.....	25
第四節、研究工具與蒐集資料方式.....	26
第五節、研究程序.....	34
第六節、資料處理與分析.....	35
第四章、研究結果.....	37
第一節、照顧者與被照顧者的背景變項分析.....	37
第二節、照顧者之照顧負荷分析.....	47

第三節、照顧者之生活品質分析	55
第四節、不同照顧負荷程度的照顧者其生活品質之差異分析	63
第五節、照顧者之照顧負荷與生活品質關聯性	67
第六節、照顧者之照顧負荷與生活品質迴歸分析	70
第五章、結論與討論.....	75
第一節、發現與結論	75
第二節、討論建議	80
參考文獻.....	85
附錄一：照顧負荷與生活品質量表.....	92
附錄二：問卷量表使用同意書.....	97
附錄三：照顧者支持服務據點與相關資源.....	100



圖目錄

圖 1-1-1 歷年人口結構快速老化趨勢圖	2
圖 1-1-2 96 年至 106 年零歲平均餘命趨勢圖	3
圖 1-1-3 95 年至 107 年第 3 季身心障礙人數趨勢圖	3
圖 3-1-1 研究架構圖	24
圖 3-5-1 研究之流程圖	34
圖 3-6-1 照顧者之照顧負荷與生活品質程度低中等分組圖	35
圖 4-1-1 照顧者的高整體負荷之支持服務需求分析	42
圖 4-1-2 照顧者的高身體負荷之支持服務需求分析	43
圖 4-1-3 照顧者的高人生發展負荷之支持服務需求分析	44
圖 4-4-1 照顧者之照顧負荷與生活品質程度低中等分組圖	63
圖 4-6-1 照顧負荷與教育程度對生活品質之多元逐步迴歸示意圖	71
圖 4-6-2 照顧負荷各面向對生活品質之多元逐步迴歸示意圖	73

表目錄

表 2-2-1 生活品質之生理健康範疇影響層面.....	17
表 2-2-2 生活品質之心理範疇影響層面.....	18
表 2-2-3 生活品質之社會關係範疇影響層面.....	19
表 2-2-4 生活品質之環境範疇影響層面.....	20
表 3-3-1 有效樣本數 (N=160)	26
表 3-4-1 負荷量表描述表.....	28
表 3-4-2 照顧負荷量表.....	29
表 3-4-3 「照顧負荷量表」原量表/正式量表之信度分析表.....	30
表 3-4-4 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷.....	31
表 3-4-5 「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」原量表/正式量表之信度分析表...33	
表 4-1-1 照顧者與被照顧者的個人特質分析表.....	39
表 4-1-2 被照顧者的類別與程度分析表.....	41
表 4-1-3 照顧者之照顧負荷向度差異分析表.....	45
表 4-1-4 照顧者之生活品質差異分析表.....	46
表 4-2-1 照顧者性別之照顧負荷獨立樣本 t 檢定.....	48
表 4-2-2 照顧者年齡階段之照顧負荷單因子變異數分析.....	48
表 4-2-3 照顧者教育程度之照顧負荷單因子變異數分析.....	49
表 4-2-4 照顧者工作狀態之照顧負荷單因子變異數分析.....	50
表 4-2-5 照顧者與被照顧者關係之照顧負荷單因子變異數分析.....	51
表 4-2-6 照顧者照顧年數之照顧負荷單因子變異數分析.....	53
表 4-2-7 照顧者照顧時間之照顧負荷單因子變異數分析.....	54
表 4-3-1 照顧者性別之生活品質獨立樣本 t 檢定.....	55
表 4-3-2 照顧者年齡階段之生活品質單因子變異數分析.....	56
表 4-3-3 照顧者教育程度之生活品質單因子變異數分析.....	57

表 4-3-4 照顧者工作狀態之生活品質單因子變異數分析.....	58
表 4-3-5 照顧者與被照顧者關係之生活品質單因子變異數分析.....	59
表 4-3-6 照顧者照顧年數之生活品質單因子變異數分析.....	61
表 4-3-7 照顧者照顧時間之生活品質單因子變異數分析.....	62
表 4-4-1 不同身體負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析.....	64
表 4-4-2 不同社會關係負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析.....	65
表 4-4-3 不同情緒負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析.....	65
表 4-4-4 不同時間負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析.....	66
表 4-4-5 不同人生發展負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析.....	66
表 4-4-6 不同照護成本負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析.....	67
表 4-5-1 照顧者照顧負荷與生活品質相關分析.....	70
表 4-6-1 照顧者照顧負荷各面向對生活品質之多元逐步迴歸分析摘要表.....	71
表 4-6-2 照顧者照顧負荷各面向對生活品質之多元逐步迴歸分析摘要表.....	73
表 4-6-3 照顧者照顧負荷與生活品質之假設結果分析摘要表.....	74
表 5-2-1 先進國家現金給付所提供之內容.....	81
表 5-2-2 公私部門資源.....	83

第一章、緒論

本研究旨在探討雲嘉南地區照顧者照顧負荷與生活品質的影響，期望針對照顧者提出具體減輕照顧負荷與提升生活品質建議，使照顧者能正向調適因應。本章共分為三節，將分別說明研究背景與動機、研究目的、研究問題與名詞解釋。

第一節、研究背景與動機

2017年10月8日，嘉義縣太保市發生一起老農勒死妻子，再以鐮刀自殺放血亡，是一名74歲黃姓男子將長期照顧多年前脊椎開刀的妻子，術後不良於行，必須靠助行器及輪椅代步，黃姓男子因照顧壓力而勒斃妻後，自戕雙亡（聯合知識庫A2版，2017年10月8日）。近幾年來，因為照顧負荷而導致的社會悲劇、社會問題層出不窮，綜觀其社會事件的內涵均跟「長期照顧壓力過大不堪負荷」而產生弑親、自戕之此類型的社會悲劇不斷發生，卻無法有更多有效作為進一步去阻止它發生。家中如有需要被照顧者，外人很少能體會當事人的辛苦與心情。

我能怎麼辦?我把我的十年去照顧這樣一個老人，我沒有怨嗎?但是你能把他丟下嗎?他是我爸耶，是從小幫我把屎把尿……（眼眶濕紅）我照顧他怎麼可以有怨言……但也有自己想過的人生嘛！這樣照顧日與夜，怎麼不會有情緒?

—引自《最想說的話，被自己聽見》黃錦敦

這樣的掙扎在傳統社會裡頻頻發生，是相當不容易的難題，而照顧家人會讓家庭結構出現變化，包括家庭角色、家庭功能、社交活動、人生發展（工作變更）等，例如需要調整家庭中在外工作者，家事分配有所改變，因應照顧責任可能減少工作時數與社交活動的參與等等。如未有人及時察覺家庭照顧者有異，這些隱藏的風險家庭，一旦情緒沒有出口，將產生一發不可收拾的後果。

根據國家發展委員會（2018）人口推估報告可發現台灣地區人口快速老化，我國老年人口占總人口比率於1993年超過7%，成為高齡化（ageing）社會，2018年3月此比率已超過14%，我國正式邁入高齡（aged）社會，如圖1-1-1。2017年2月底每百位幼

年人口數所當老年人口數，即人口老化指數首度超過 100 為 100.18，意即老年人口數已超越幼年人口數。預估於 2026 年，此比率將再超過 20%，成為超高齡（super-aged）社會之一員，平均每 5 人就有 1 人超過 65 歲。

人一旦老化而有慢性病問題，及感官與生活功能的下降，使生活依賴程度較年輕時更為上升。照顧者與被照顧者也皆逐漸老化的現象，使得照顧者在照顧上更加吃力，且隨著醫療科技與生活水準的提升，老年人的壽命已經越來越長，智能障礙者的平均壽命也趨近於一般人，根據國家發展會（2018）公布「2017 年簡易生命表」是依據每年戶籍登記出生、死亡人口資料計算而來的，如圖 1-1-2，2017 年編算結果顯示國人零歲平均餘命（即平均壽命）為 80.39 歲，其中男性為 77.28 歲、女性 83.70 歲。測算有 8 成 1 的男性和 9 成 2 的女性能活超過 65 歲；半數的男性能活過 80 歲、女性能活過 85 歲，以 ICF 不同障礙類別中，其需求及所面臨之問題具有差異性，長期照顧議題是政府需給予照顧者心理支持、心理紓壓相關課程重視，照顧問題是必然面對的功課，減輕照顧者壓力並減輕照顧對他們情緒健康的負面影響的方案。

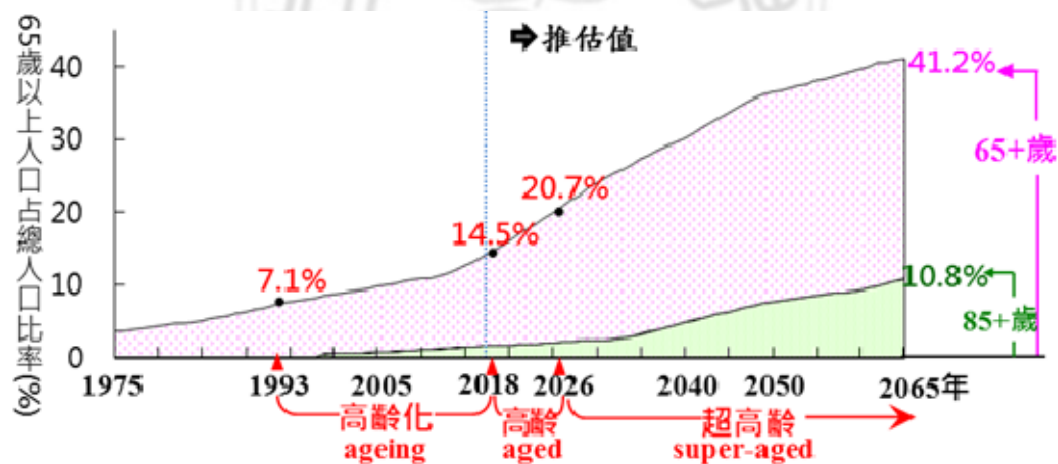


圖 1-1-1 歷年人口結構快速老化趨勢圖

資料來源：1. 1975 年至 2017 年為國家發展會「中華民國人口統計年刊」。

2. 2018 年至 2065 年為國家發展會「107 年人口推估報告」。

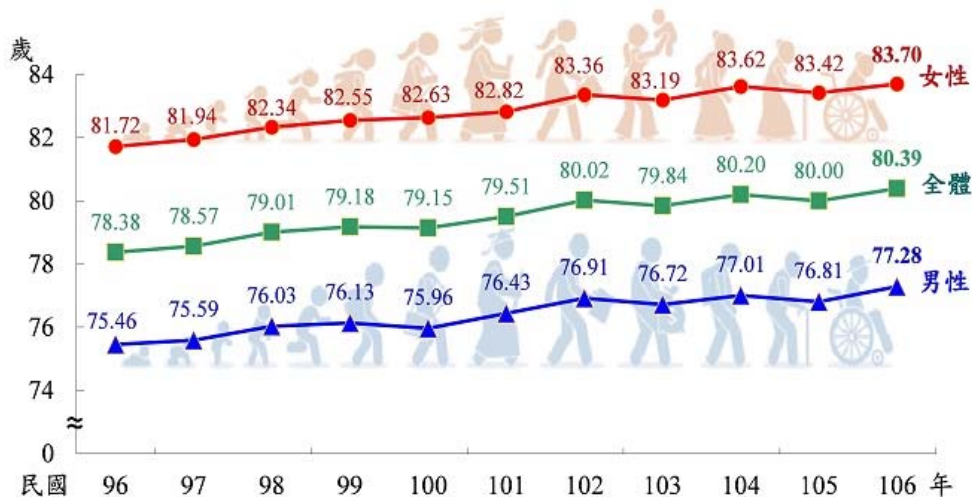


圖 1-1-2 96 年至 106 年零歲平均餘命趨勢圖

資料來源：衛生福利部統計處。

根據衛生福利部統計處（2018）身心障礙者人數表第三季數據，我國身心障礙人口數高達 117 萬人口，占總人口數 4.96%，如圖 1-1-3，可以發現平均每年遞增 1 萬多人的身心障礙者；以肢體障礙者人口占 31.09%最多，其次重要器官失去功能者占 13.10%，65 歲以上的身心障人口占總老年人口數的 13.99%約有 48 萬人口，表示約有 48 萬個家庭需要面對長期照顧的議題，除此之外 65 歲以上需要被照顧的長者非身心障礙者不在少數。

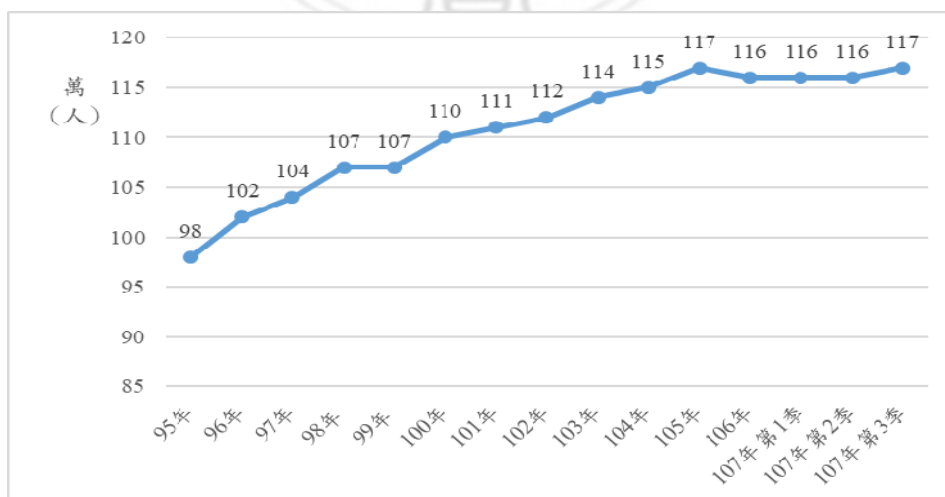


圖 1-1-3 95 年至 107 年第 3 季身心障礙人數趨勢圖

資料來源：研究者參考衛生福利部統計之身心障礙者人數自行繪製。

根據衛生福利部統計處（2016）發佈 2016 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查主要家庭照顧者問卷調查報告分析可以發現，有 3,082 位為無法完全獨立自我照顧生活起居人接受主要家庭照顧者問卷訪問，其生活起居照顧者主要為「配偶或同居人」，其次是「父母親」，再其次是「子女」。生活起居照顧者以「女性」占 64.89%，男性則占 35.11%、「45~未滿 65 歲」歲者所占比例最高占 52.60%；以工作狀況分，則以「未就業」占比例最高占 59.15%；平均照顧時數為 11.67 小時。

根據衛生福利部統計處（2019）發佈 2017 年老人狀況調查報告依調查結果推估 65 歲以上生活上需要照顧或協助人數為 90.7 萬人，其中 6 成 7 主要由家人照顧，外籍看護工照顧占 17.1%，機構照顧占 5.8%。需要照顧的家人以「配偶」占 49.1%最多，其次為「父母(含配偶父母)」占 34.9%。55~64 歲長期照顧家人之主要照顧者平均照顧年數為 8.89 年。65 歲以上照顧者之平均年數為 11.20 年。55~64 歲長期照顧家人之主要照顧者平均每日照顧時數為 11.02 小時。65 歲以上主要照顧者平均每日照顧時數為 14.16 小時。

由上述數據可以發現，每年長者及身心障礙者人口數不因幼年人口數遞減而遞減反而遞增，且逐年頻頻遞增，而照顧者的負荷壓力我們應該去重視，許多照顧悲劇的發現起點不是「被照顧者」，而是「照顧者」，因不堪照顧負荷而殺害親人多為男性照顧者，第一線的專業人員必須提高警覺，但過去，政府服務及補助大多將焦點放在被照顧者身上，缺乏對照顧者長期照顧問題的敏感度，因此本研究將進一步研究檢視此照顧議題。

本研究運用聯合知識庫全文報紙資料庫的聯合報及聯合晚報查詢「照顧壓力」、「人倫悲劇」，搜尋期間為 2012 年 3 月 2 日~2019 年 3 月 2 日，發現近六年中有 42 筆案件因不堪照顧負荷而殺害親人多為男性照顧者，可見男性照顧者其照顧技巧、照顧壓力與情緒皆需要多方協助，給予多一點的正向關注與鼓勵。王增勇（2017）認為如果社會對男性照顧者的支持不足，沒有正向理解的話，這些沉默的照顧者只會更加壓抑自我情緒。

早期與近期多以女性照顧者為研究對象（王秀紅，1994；朱翠燕等人，2010；林季誼，2017；徐畢卿，2002；許碧純、洪明皇，2012；李德芬、林美珍，2012；陳淑汝、李燕蕙、孫旻暉，2011；陳景寧，2016；賴豐美、盧孳艷，1998）。較少針對男性照顧

者為研究對象，故造成男性照顧者被忽略，照顧無關性別，妳可以，你也可以，我們若不反思，只會反覆上一代的習性，我們必須防止這一代延續複製性別角色，男性身為照顧者不易，故我們應更重視其照顧負荷壓力程度。

第二節、研究目的與研究問題

基於上述的研究背景與動機社會變遷，可以預測需要照顧的老人與身障老化越來越多，藉此了解照顧者在進行照顧工作的樣貌與型態，照顧負荷的主觀感受與觀感受如何影響生活品質因素，使其備感重視，研究者期望透過本研究達到以下主要目的與問題：

- 一、探討長期照顧者個人背景是否影響照顧負荷與生活品質。
- 二、進一步探討照顧者照顧負荷如何影響其生活品質。
- 三、最後根據研究結果，提出具體建議，期待有效降低照顧者之身心壓力。

第三節、名詞解釋

一、長期照顧者

依據長期照顧服務法（2019）對於長期照顧的定義是指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。家庭照顧者指於家庭中對失能者提供規律性照顧之主要親屬或家人。綜合長期照顧與家庭照顧者之定義，為本研究所稱之照顧者，係指照顧身心失能持續已達六個月以上提供規律性照顧之親屬或家人。

二、照顧負荷

Novak 與 Guest（1989）認為照顧負荷是多面向概念，表現出照顧者因照顧工作而使身體、情緒（心理）、社會和經濟受到影響。本研究所指的照顧負荷是照顧者因照顧工作而使其時間、人生發展、身體、社會、情緒及照護成本面向受到影響。本研究引用 Chou、Lin 與 Chu（2002）中文版之照顧負荷量表進行施測。

三、生活品質

世界衛生組織（WHO）對生活品質定義是指：個人在所生活的文化價值體系中，

對自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，其中包括一個人在「心理狀況」、「生理健康」、「獨立程度」、「社會關係」、「個人信念」與「環境」六個向度於生活上之主觀感受，且是多層面的概念（姚開屏，2005）。生活品質量表主要援引台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之測量，將原來六個向度簡化成四個向度，「生理健康」包括原先的生理及獨立程度、「心理健康」包括原先的心理及個人信念、「社會關係」及「環境」，本文主要關注照顧者的生理、心理、社會關係及環境層面之感受程度。



第二章、文獻探討

第一節、照顧者負荷之相關概念

照顧工作的過程中，照顧者會因被照顧者的老化及疾病變化、治療及日常生活功能上面臨改變而承受更沉重的生理、心理、社會、經濟各方面壓力，進而產生疲憊、負荷及憂鬱等情形（吳瓊滿，1999；邱逸榛、黃舒萱、徐亞瑛，2004；孫宗慧、陳淑銘、邱金菊，2006；陳昱名，2013；賴豐美、盧孳艷，1998；Dumont et al. , 2006；George & Gwyther,1986）。

一、照顧負荷定義

Rosenbaum（1990）提出壓力因應是動態的歷程，找尋屬於自己的方式所做之行動以因應解決問題的方法降低壓力的產生；而個人壓力因應能力受到其認知、信念、自我控制與行為技能有關（引自王士華、戎瑾如、陳喬琪、魏秀靜、林寬佳，2007）。Chou 等人（2002）研究發現被照顧者的身體功能（洗澡、進食、管理和步行等）活用程度會明顯影響照顧者的負荷程度，也提出照顧自我效能（Self-efficacy）是指照顧者管理照顧任務的能力會受其自我效能期望影響的主觀感覺。

從 1985 年到 1990 年之歐美研究文獻中可以發現，大多數研究人員從主觀與客觀兩個向度進行討論壓力負荷，例如，Chou、Chu、Tseng 與 Lu（2003）研究說明蒙哥馬利負荷量表即針對主觀與客觀兩個向度為主軸設計出負荷量表，在這篇研究裡面主觀壓力負荷主要是在測量照顧者對照顧經驗的態度或情緒反應；客觀壓力負荷主要是指照顧者生活和家庭的各個方面的中斷或變化的程度之後。Novak 與 Guest（1989）研究指出，建議研究者使用多面向概念測試照顧負荷，表現出照顧者因照顧工作而使身體、情緒（心理）、社會和經濟受到影響，更能提供適切的福利和資源，例如：該研究作者為加拿大曼尼托巴大學繼續教育科博士 Novak 與溫莎大學心理學系碩士 Guest 兩位學者於 1989 年共同研究開發出一分多面向結構之負荷評估量表發表於老年學研究期刊，其量表分為五個向度的負荷評估，包括「身體健康負荷」、「社會關係負荷」、「情緒健康負荷」、「時

間依賴負荷」、「人生發展負荷」是貼近照顧者現實狀況，且題項簡單明瞭容易理解、好測量，可供研究使用，有比較多文獻可以比較其測量信度。我國的學者將照顧負荷定義為是主觀與認知感受到身體、情緒、社交、經濟等各面向的衝擊（呂寶靜，2005；邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿，2002；邱啟潤、許淑敏、吳淑如，2003；黃志忠，2013）。

照顧者在面對照顧負荷時，家庭有其他兄弟姊妹的資源，往往是面臨困境時渴望對方能伸出援手幫忙照顧，若對方不理不睬則會使照顧者更加無力照顧，且會使手足情感受到危機。何志鴻與黃惠璣（2007）指出照顧者對照顧經驗的態度或情緒反應為主觀負荷；照顧者生活和家庭的各個方面的中斷或變化的程度為客觀負荷，因此家庭資源與社會資源所接收程度是照顧者對照顧工作的客觀負荷反應。宋麗玉、曾華源、施教裕與鄭麗珍（2014）認為社會資源可分為情感支持與實質支持，兩者與照顧負荷壓力相似又分主觀與客觀，情感支持屬主觀反應；實質支持屬客觀反應，社會資源又可細分正式支持與非正式支持，正式支持為由專業人員的協助，如護理人員、居家服務人員、社會工作者等，提供照顧技巧方法、代為照顧喘息服務、福利申請、紓壓方式；非正式支持為自身社交網路的支援，如家人、親戚、朋友、鄰居、同事等，社會工作所接觸的對象多是弱勢族群，個人社會網路可能不多，故提供陪伴、鼓勵、同理、安慰，照顧者所接收的支持程度將會影響其照顧負荷。

二、影響照顧者之照顧負荷因素

Daniel（2012）指出被照顧者的精神或身體損傷程度較高，行為問題和程度較高，對日常生活活動的依賴程度較高，對於照顧者負荷程度有顯著影響。照顧者的心理壓力與被照顧者的照顧需求有關，當被照顧者身體活動功能愈差且照顧需求愈多，照顧者須給予照護愈多，照顧負荷就會產生（Dumont et al., 2006）。

Conde-sala（2010）研究將其影響因素分為三類，一為背景變項，包括性別、年齡、教育程度、工作狀態、照顧關係、照顧年數、照顧時間等，二為身心功能之影響因素，三為社會關係之影響因素，本研究依循此脈絡分為兩類，一為背景變項，二為依據 Novak 與 Guest（1989）研究使用多面向概念測試照顧負荷，分為「身體健康負荷」、「社會關係負荷」、「情緒健康負荷」、「時間依賴負荷」、「人生發展負荷」加上 Chou 等人（2002）

所提出之「照護成本負荷」茲分述如下：

(一)背景變項

1.性別

照顧者經常陷入主流文化的迷思，面臨家裡有需被照顧者出現時，照顧工作直接把責任套入自己身上，捨我其誰？我不做，誰願意做？或是，認為沒有其他的角色可以替代自己，不願意？不敢？不放心？交由他人照顧。傳統主流文化的脈絡，隱隱約約地將照顧工作責任推給配偶或子女身上，要將家務事、照顧家人的工作假手他人，似乎會被責備「推卸責任」，也常常自覺不孝和罪惡感。

人一生下在無從選擇之下，個體而加入了某個的世界中，被擲地到的社會中，將受到的所生存之社會建構，與種種的意識形態，而形塑系統性的安排擔任不全然由自我意願選擇所其擔任之角色。例如：李逸、周汎濤與陳彰惠（2011）提到性別角色是從一出生由自身性別在所處的家庭、學校、社會文化脈絡下，有意無意的按照個人對性別角色的觀念或依循社會文化習俗的價值觀被建構，我們總是依照性別而做出符合社會期待的性別角色，其中包括許多既有的限制與框架。

傳統社會價值觀，讓一個家庭照顧者習慣依循自己所因民族文化或主流文化的刻記生活，因著主流文化的聲音而被掌控，逐漸的削弱自己原有的主權，活得好像沒有自己「封裝自我」，許多的應該與期待遵循孝道，以為這樣可以自足、自力更生，換來的卻是一日復一日過的不是自己想要的生活。例如：布魯諾（1990）認為對意圖與目的的注意，對價值觀、信念與承諾的重視，以及對個人主權的強調，構成心智理論，它具備了歷經好幾世紀以來的民族心理學的傳統特質：所有的文化都擁有一種屬於自己最強大的民族心理學，其間可能包含或多或少相關聯的要素；或多或少關於人們如何「刻記」（tick）的標準描述；自己與他人的心智如何運作；如何看待「情境化行動」（situated action）；生命的模式可能如何；人們如何投入其中等等……近代認知科學家因其對於意圖狀態，如信念、渴望與意義等抱著隨和的態度（引自黃孟嬌，2008）。

朱翠燕等人（2010）指出居家照顧工作約有 72%是由家中的女性來承擔，照顧者多為低教育的女性，配偶、媳婦或子女，屬弱勢族群，她們常常只能默默的付出照顧，支

持系統相對較為薄弱。

李逸等人(2011)其研究依據內政部兩性平均壽命差異統計，發現兩性平均壽命可能是女性成為照顧者的相關因素，長期以來女性的平均壽命比男性長約 6 歲，以 2016 年為例，男性的平均壽命 76.8 歲，女性平均壽命 83.4 歲，因此老年女性可能有較大的機會成為配偶晚年罹病期間的照顧者。劉昱慶(2017)其研究運用家庭照顧者關懷總會 2016 年家庭照顧者關懷專線的服務分析，發現照顧者之性別狀況，女性最多占 77%，平均年齡偏高，教育程度大多偏低，以媳婦、配偶及子女居多；而男性僅占 23%，主要以兒子擔任照顧者。

劉昱慶(2017)認為每一世代的歷史進展，都來自於選擇與突破過往迷思，從家庭結構模式的改變，現今不在是以男主外女主內的觀念生活，女性主義喚醒女性不再只是照顧者的傳統角色，也成為家庭供給者的角色。反之，男性仍受社會脈絡的影響，男性須擔負養家的責任，且顧及自尊而較難以接受離開工作崗位，另一方面又期待男性可以分擔照顧，使得男性需要容忍可能將遭受社會譴責的壓力，提起更多的勇氣成為照顧者角色(王行，2013)。

劉昱慶(2017)其研究運用 2015 年行政院長照服務量能提升計畫的統計顯示，男性照顧者占 43.7%，女性占 56.2%，顯示出實際上男性照顧者比例不低，但求助率卻偏低的現象，形成此現象之原因在於，男性照顧者面臨照顧問題時比女性的求助意願來得低，故男性照顧者實際的照顧需求較為隱性。岳青儀與林文善(2017)認為因目前臺灣有些失業的男性，可能受經濟不景氣或是家庭因素，致使他們先於回到家中，受到教育文化背景，常有「男兒有淚不輕彈」觀念，較容易將壓力往隱忍於心中，從新北市家庭照顧者關懷協會所辦理之純男性照顧者支持團體可以發現在情感表達、宣洩及社交生活等面向，男性照顧者有別於女性照顧者。王行(2013)指出男性既不願將負面情緒告訴他人也不敢向外求助，內心的矛盾與交雜是他人難以理解或發現的，鼓勵男性照顧者能在家務勞動中建立自尊。王行(2017)研究發現因投入照顧工作使男性在實際照顧環境中累積技術經驗，例如：如何抱病人下床、按摩拍背、處理褥瘡，甚至於氣墊床、輪椅的選擇等等，對於很少投入家事的男性這樣的照顧工作會使他們的照顧負荷程度更大，

但從學者研究中表示男性照顧者也因日積月累的實踐知識使他們從中獲得成就感，並把自己的照顧經驗分享給同是男性照顧者會比他人給予的建議更有說服力。

2. 年齡

邱啟潤等人（2003）研究指出年齡以 40-64 歲者居多。徐亞瑛、張媚、楊玉玟與黃久美（1992）研究發現社區中居家殘病老人照顧者年紀愈小照顧負荷越大，反之，Rosenbaum（1990）提出習得智謀（learned resourcefulness），即每個人隨著年齡增長，不斷的從生活與教育學習中獲得多元因應壓力之轉念及行為技能，並由不斷經驗累積增強因應能力；習得智謀之技能包含正向內言、運用問題焦點解決策略、延宕立即性需求與因應壓力之效能（引自王士華等人，2007）。

3. 教育程度

邱啟潤等人（2003）研究指出照顧者教育程度為小學以下者居多，另，情緒支持的需求與照顧者受教育的年數呈現統計上顯著的正相關，即照顧者所受教育的程度越高對「情緒支持」的需要越多。Ferraz 與 Quaresma（2000）研究指出教育程度的高低會影響其照顧負荷高低，因受社會經濟狀況而影響其負荷程度。Ukpong（2006）提出男性照顧者教育程度越高其情緒負荷較高。Chan 與 Chang（1999）;McMillan（1996）提出社會地位教育程度越高照顧負荷越低，故教育程度與照顧負荷呈現負相關（引自陳玉葉，2007）。

4. 工作狀態

黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀（2007）研究指出 62%的照顧者不因照顧工作而影響其工作性質，未改變者多數原工作為家管或是極少數自營工作者，而 38%有改變工作性質者，大多數是由有工作變成沒工作，僅少數是將工作時數或工作量降低。Parks 與 Pilisuk（1991）指出若因照顧工作而失去與同事及朋友的聯繫與往來，會導致照顧者情緒負荷，無法擁有全職工作或休閒娛樂，不僅會使照顧者對社會關係疏遠，而封閉社交，進而增加照顧負荷程度（引自吳瓊滿，1999）。

5. 照顧關係

周桂如（1998）提及台灣文化保留長期以來傳統觀念，為人妻子、成年女兒和媳婦、

特別是長子的妻子，預計將成為主要的照顧者。邱啟潤等人（2003）研究指出身份以配偶、女兒及媳婦最多。呂如分（2005）指出照顧者與被照顧者關係，若照顧者是出自於自願擔任照顧者角色，其負荷將會較低。

6. 照顧年數與時間

黃秀梨等人（2007）研究結果發現照顧年數最短為 1 個月最長約 17 年；時間則為最少 1 小時，最多為 24 小時，且發現多數被照顧者生活功能是完全無法自我控制處理的是長時間需要依賴照顧者的協助。陳玉葉（2007）指出當照顧工作量多及困難程度越高，照顧者花費在照顧的時間越長，則照顧心理壓力與負荷則越大，表示照顧時間長短與照顧負荷程度是呈正相關。邱啟潤等人（2002）指出照顧年數、時間與照顧負荷程度是相關因素。

(二) 多面向概念

邱啟潤等人（2002）研究認同「負荷」是一種主觀的感受，應涵蓋生理（或身體）、情緒、社會及經濟等層面做評估。根據邱啟潤等人（2003）研究指出照顧者本身的需求依序為：社交活動、健康促進與維護、情緒支持、與照顧過程各種工作的兼顧。本研究依據 Novak 與 Guest（1989）研究使用多面向概念測試照顧負荷，分為「身體健康負荷」、「社會關係負荷」、「情緒健康負荷」、「時間依賴負荷」、「人生發展負荷」加上 Chou 等人（2002）所提出之「照護成本負荷」分述如下：

1. 身體健康負荷

描述照顧者因照顧工作而產生的慢性疲勞和對身體健康逐漸下降的感受。許多研究報告指出照顧者因照顧工作而生病，使體力下降。例如：沒有足夠的睡眠、沒辦法照顧生理的狀態，反映出身體負荷對照顧者的感受。

2. 社會關係負荷

描述的角色衝突對照顧者的感受。照顧者可能與配偶或其他家庭成員爭論如何管理照顧工作。照顧者有時感到不被認可和被忽視。例如：我和其他家人相處得沒有像以前一樣、我為照顧病人所做的努力並沒有受到其他家人的欣賞與肯定，反映出社會關係負荷對照顧者的感受。

3.情緒健康負荷

描述照顧者對於照顧工作的消極感受，可能會從被照顧者的不可預知或經常奇怪的行為，照顧者可能感到內疚。例如：對與被照顧者的互動感到生氣、我討厭被照顧者，反映情緒健康負荷對照顧者的感受。Lidell（2002）研究發現被照顧者若過去被過度保護會使照顧者承受的負荷更大，因被照顧者的感知被給予比期望的更多的支持，被照顧者的情緒反應和他們對情緒支持的需要被強調，不被感情支持的感覺或家庭不足的支持是負荷的重要來源。對被照顧者之行為問題、疾病及治療專業知識不足，而知覺照顧的壓力，也可能因為專業知識不足，而延誤就醫時間，使照顧者更加自責、焦慮、害怕、無助感（邱啟潤等人，2002；黃志忠，2013）。

4.時間依賴負荷

所要描述的是因照顧工作而限制照顧者的時間，照顧者會因被照顧者的日常生活活動的能力，而需花費投入照顧工作的時間和精力不一。此外，照顧者必須隨時提高警覺隨著被照顧者病情的發展，較重度的身心障礙者時時刻刻須保持警惕和感覺責任影響照顧者壓力。例如：被照顧者很依賴、因照顧工作而沒有足夠時間休息，反映了他們的時間負荷的感覺。

5.人生發展負荷

描述照顧者與同齡的人生發展進展差異的感受。Neugarten and Hagestad（1976）提出年齡基準系統，意旨可預測的生命歷程，創造生命各個階段所應執行之行為（引自Novak & Guest，1989）。很少有人願意將自己視為照顧角色，當在照顧工作時看見同齡所過的生活，易使情緒受到起伏，可能更為焦慮與緊張未來的生活，會感覺錯過了應有的人生、期待照顧生活能有不同的事情發生。例如：因照顧工作，人生很多事情沒有經歷過、照顧工作影響了我社交生活，反映了他們的人生發展負荷的感覺。陳昱名（2013）研究說明照顧者的社會壓力可能包括社交機會減少、娛樂活動缺失、無法滿足人際需求、無法追求嗜好、家庭生活改變。

6.照護成本負荷

Daniel（2012）指出照顧者的財務可能受到照顧的日常成本的影響，其他相關的照

顧費用，如交通、非處方、藥物、醫療用品、處方藥物，設備和家庭用品也可能影響財務充足性，影響其照護成本負荷因素主因為照顧成本通常是非預期之費用計劃。

根據邱啟潤等人（2003）研究指出照顧者的需求依序為：經濟的補助、實際服務、照顧的訊息與技巧、社會福利的申請。為了照顧成本，衛生福利部統計處（2016）針對身心障礙者生活狀況及各項需求進行評估調查，調查指出，身心障礙者之家庭經濟狀況身心障礙者家庭最主要的經濟收入以來自「兒子」占 30.02%最多，其次為「本人」占 25.57%。以年齡別觀察，占 6 成以上，30 至未滿 45 歲、45 至未滿 65 歲者，以「本人」最多，分別占 29.31%及 34.25%，65 歲以上則以「兒子」最多，占 57.08%。就身心障礙者「最主要」收入來源觀察，以「政府補助或津貼」占 31.81%最高，其次為「兒子(含媳婦)給予」占 16.26%及「本人工作收入」占 14.73%。若與 100 年調查資料比較，「政府補助或津貼」比率減少 6.31 個百分點，退休金(俸)增加 2.31 個百分點。

馬先芝（2003）指出經濟與照顧工作是一種連動的動態變化，當被照顧者其健康狀況會因逐漸退化或是欠缺對自身的照顧而起警訊，因此在此種狀況下，醫療費用支出提高，其原本擔負的照顧者角色開始變得沉重的經濟壓力。再者，黃志忠（2013）也提出因為照顧工作照顧者有時候須向工作單位請假，甚至放棄升遷機會或辭去工作，導致照顧者的收入下降，使經濟受到影響。陳貞吟等人（2008）研究發現照顧者經濟條件與生活品質是正相關，家庭收入愈高者，其整體的生活品質會愈高。

綜合上述，陳昱名（2013）提及臺灣「孝道」文化受儒家文化扎根影響深遠，子女照顧年邁老父母經常被視為理所當然，家庭成員被視為老人照顧的重要資源，經濟壓力是照顧者極重負擔，而政府所提供之福利供給只是不無小補，只是殘補（residual）或填補的供給性質，子女又受於法律（如民法、老人福利法）束縛，規範對老人（父母）的扶養責任歸屬及罰則。子女知曉須負起照顧義務責任，但其照顧被視為理所當然，而無止盡的生活，造成身心負荷難以再以基本孝道支撐，加上家庭人口結構及生活型態改變，扶養比持續升高，家庭型態多以核心家庭為主，為養家糊口多數家庭皆是雙薪家庭，得以負擔現今經濟生活型態，若家中需犧牲工作來負起照顧責任，則照顧提供之能力是相當吃緊。卓春英（2001）；陳燕禎（2006）實證研究已指出照顧者的負荷和壓力通常

是「被低估」的，他們經常使自己陷入生病與身體功能的缺損及情緒上的崩潰以及財務上的危機（引自陳昱名，2013）。Ory（1999）；陳燕禎（2006）研究提出照顧工作不僅需要付出時間、心力，還會影響正常照顧者的工作機會，甚至和家人發生衝突等，有半數以上的照顧者必須調整、改變工作時間，以便能承擔照顧的責任（引自陳昱名，2013）。

三、照顧者負荷的測量工具

研究者	年代	研究對象	量表層面	內部一致性
Zarit 負荷量表	1985	阿茲海默症照顧者亦可推廣至其他照顧者	為單向度評估方法，內容包含照顧者在照顧他們親屬的情況下感知他們的情感，身體健康，社會生活和經濟狀況的程度。	0.88~0.92
Montgomery's 蒙哥馬利負荷量表	1985	老年照顧者	為二面向評估方法，測量照顧經驗與「主觀」和「客觀」負荷之間的關係，主觀負荷的測量（SB），照顧者對照顧體驗的態度或情緒反應；客觀負荷的測量（OB），照顧者生活和家庭的各個方面的中斷或變化的程度。	0.70~0.94
Vitaliano 照顧負荷篩檢量表	1989	阿茲海默症照顧者	為二面向評估方法，測量照顧者「主觀」和「客觀」負荷，包含負荷的所有重要面向（社會、身體、情感和經濟）。	0.85~0.88
Kosberg 和 Cairl 照顧成本指標	1986	年長照顧者	為多面向評估方法，測量「照顧者特徵」、「照顧者正式支持」、「照顧者非正式支持」、「照顧者功能」、「照顧後果」和「被照顧者功能」，共六個向度。	0.91
Novak's 照顧負荷量表	1989	認知障礙照顧者涵蓋廣泛的照顧者問題	為多面向評估方法，測量照顧者「時間依賴負荷」、「人生發展負荷」、「身體健康負荷」、「社會關係負荷」和「情緒健康負荷」，共五個向度。	0.73~0.86
Chou 等人中文版照顧負荷量表	2002	失智症照顧者	為多面向評估方法，測量照顧者「時間依賴負荷」、「人生發展負荷」、「身體健康負荷」、「社會關係負荷」和「情緒健康負荷」、「照護成本負荷」，共六個向度。	0.79~0.95
宋麗玉照顧負荷量表	2002	精神病患照顧者	五個次向度，包含「家庭干擾」，及客觀負荷；主觀負荷又分「烙印」、「愧疚」、「照顧者緊張感」、「病患依賴」等次向度	0.88

資料來源：研究者參考 Chou 等人（2003）、陳佳琪（2011）資料彙整。

Chou 等人（2003）其研究結果指出傳統的單向度評估方法，對研究結果和隨後的

解釋造成一些限制，多面向評估方法給予負荷定義和克服單向度不足的限制，能探討內部心理結構的受試者的負荷的看法，由於需要相對無約束的假設和反應誘導方法，多面向研究對於調查負荷的複雜領域中的問題特別有用，總體而言，照顧者的負荷程度多面向負荷量表可以幫助評估干預措施，也可用於專業評估、決策和諮詢。

從以上文獻資料、相關研究及參考國內外相關負荷量表可知，評估照顧負荷程度以多面向量表較能測出其照顧者廣泛照顧需求，本研究將以內部一致性最高之 Chou 等人（2002）所編製的中文版照顧負荷量表作為測量工具，研究照顧負荷相關影響因素。

第二節、照顧者生活品質層面之影響

一、生活品質內涵

蔡英美與王俊明（2011）提及生活品質的概念源自於希臘哲學家亞里斯多德（Aristotle）所提出，認為生活品質係指個人擁有身心靈的滿足，生活即為幸福與和諧。而人的需求可分為兩類：基本需求與特殊需求，基本需求是全人類共同的需求，由遺傳決定的，具有似本能的性質；特殊需求則是在不同的社會文化條件下形成的各種需求。劉燁（2006）所翻譯之《馬斯洛的智慧：馬斯洛人本哲學解讀》書中提到馬斯洛將人之需求分為五個層次，依序為生理需求、安全需求、愛與隸屬需求、尊重需求、自我實現需求，其內涵分述如下：

（一）生理需求

是人們生存最基本的需求，例如：食衣住行、醫療等。

（二）安全需求

是人們生存的各種安全的需求，例如：物質上的操作安全、勞動保護和保健待遇等；經濟上的意外事故、養老、失業等；心理上的希望解除嚴酷監督的威脅、希望免受不公正的待遇。

（三）愛與隸屬需求

渴望得到社會與團體的認可、接受，希望與同事或朋友建立良好和諧的人際關係，在互相信任、互相理解和相互給予上，包含愛與被愛。

(四) 尊重需求

包含自我尊重、自我評價以及受到他人的尊重，受人賞識、注意或欣賞。

(五) 自我實現需求

即成為自我所想要成為的那個人，例如：作曲家、設計師、諮商師。

以馬斯洛的需求理論來分析照顧者需要滿足越高層次需求，使生活品質越高，但隨著照顧時間越長，許多需求未能獲得滿足，使得生活品質降低。

二、世界衛生組織對生活品質之定義

世界衛生組織（WHO）對生活品質定義是指：個人在所生活的文化價值體系中，對自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，其中包括一個人在「生理健康」、「心理範疇」、「社會關係」與「環境」四個向度於生活上之主觀感受，且是多層面的概念（姚開屏，2005）。其內涵大致分述如下：

(一) 生理健康

根據姚開屏（2005）說明生理向度包含了疼痛及不適、活力及疲倦、睡眠及休息、活動能力、日常生活活動、對藥物及醫療的依賴、工作能力等層面，如表 2-2-1 所示。林艾樺（2008）研究指出生活品質會隨著照顧者對自我感受快樂程度、身體狀況及身體與同齡相比而有所差異，照顧時間越長，其整體生活品質越差。

表 2-2-1 生活品質之生理健康範疇影響層面

層面	涵蓋內容
疼痛及不適	人對於疼痛的反應各有不同，對疼痛不同的忍受力及接受度會影響疼痛對生活品質的衝擊。
活力及疲倦	探討一個人從事日常生活所需的工作與其他活動，例如：休閒活動時的活力、熱忱與耐力。
睡眠及休息	關於睡眠和休息及相關問題如何影響一個人的生活品質。
獨立程度 移動能力	重點在於一個人在沒有他人的協助之下，用任何方法，去他想去的任何地方。
日常生活活動	探討一個人執行日常活動的能力，包括自我照顧以及適當地管理財務。重點在於個人執行每日基本活動的能力。
對藥物及醫療的 依賴	探討一個人為維持其身心健康而對藥物或另類醫療（例如：針灸和草藥）的依賴。
工作能力	主要活動包括有薪資的工作、無給職（無薪資的工作）、志願性的社會工作，全天候就學，照顧小孩及料理家事。

資料來源：研究者參考台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊彙整。

(二)心理

根據姚開屏（2005）說明心理向度包含了正面感覺、思考學習記憶及集中注意力、自尊、身體意象及外表、負面感覺、靈性／宗教／個人信念等層面，如表 2-2-2 所示。Abel（1991）提出長期的照顧工作情境，並未能像照顧新生兒一樣從中獲得喜悅與成就感（引自呂寶靜，2005）。在未能獲得喜悅與成就感的照顧工作，又見被照顧者健康每況愈下，促使照顧者日日壓力倍增，易感受到挫折與情感耗盡。

表 2-2-2 生活品質之心理範疇影響層面

層面	涵蓋內容
正面感覺	探討一個人對未來的看法和感覺。
思考，學習，記憶及集中注意力	探討一個人對本身集中注意力的看法。
自尊	探討人們對自己的感覺，也探討自己對於身為人的價值感。
身體意象及外表	別人對一個人外表的反應，可能會對此人身體意象有很大的影響。
負面感覺	任何負面感覺所造成的苦惱及負面感覺對日常生活運作的影響。
靈性/宗教/個人信念	不同宗教信仰的人（如佛教徒、基督徒等）以及具有個人和靈性信仰，幫助個人調適生活的困頓及將個人問題賦予意義。

資料來源：研究者參考台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊彙整。

(三)社會關係

根據姚開屏（2005）說明社會關係向度包含了個人關係、實際的社會支持、性生活、被尊重及接受等層面，如表 2-2-3 所示。Janzen & Harris（1997）指出下列五類問題會造成家庭的壓力，包括家庭加入新成員、家庭喪失成員或成員離開和角色改變、傷害現象和角色改變的發生、傷害現象造成家庭成員增加或喪失、身份地位的改變與角色（引自謝秀芬，2004）。邱啟潤等人（2002）指出能預期對新角色的負荷程度，需承受主觀與客觀的感受壓力，包括因照顧的滿足感、主觀負荷、所帶給家庭的衝擊、被照顧者的支配性、傳統上的觀感等的壓力等。蔡盈盈（2006）研究指出照顧者所感受到的社會支持程度與整體生活品質有正相關影響，其中又以家人親友之社會支持影響最深。黃志忠（2013）也指出從配偶或子女等角色轉變成照顧者的新角色，不論新、舊角色都有其責任與義務，角色之間的可能會產生互相衝突矛盾，每一個角色重新適應皆是不易的，其新角色的技巧與任務，需要時間來學習、接受與協調，因各種因素影響。

表 2-2-3 生活品質之社會關係範疇影響層面

層面	涵蓋內容
個人關係	探討人們在生活的親密關係中感受到希望的友誼、愛和支持的程度、也論及照顧和供給他人的承諾與現在經驗。
實際的社會支持	重點在於感受到家人與朋友的支持程度，尤其是在危難時可依靠這個支持的程度。
性生活	一個人對於性的渴求和慾望，以及能夠合宜地表達和享受性慾程度。
被尊重及接受	個人感受到被別人尊重、接受或給面子的程度。

資料來源：研究者參考台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊彙整。

(四)環境

根據姚開屏（2005）說明環境向度包含了身體安全及保障、家居環境、財務資源、健康及社會照護、取得新資訊和技能的機會、參與娛樂及休閒活動的機會、物理環境、交通等層面，如表 2-2-4 所示。謝秀芬（2004）指出情境的改變需要自我的調整重新定位，並拓展新的資源，有如到新的職場需要面對不同的人事物，在資源不足之下如何讓自己適應，有的人很容易適應，倘若這份工作若是無止盡的加班，雖然有加班津貼，但是卻必須犧牲時間於工作上，沒有時間可以做自己休閒的事、沒有閒情參加交際活動，缺乏娛樂喘息時間及無法滿足個人與朋友間的需求，漸漸與社會關係越來越不佳。黃志忠（2013）也提及由於長時間的照顧工作會促使照顧者面臨犧牲時間的狀況，在工作能領有加班津貼，但誰來給照顧者超時照顧工作的津貼，故其將造成照顧者沒有時間做自己喜歡的事情與無閒餘時間參與社交活動，完全沒有自己的娛樂空間，導致生活品質之社會關係下降。

表 2-2-4 生活品質之環境範疇影響層面

層面	涵蓋內容
身體安全及保障	個人免於身體傷害之安全感及保障感。
家居環境	個人的主要居住的地方（最起碼是睡眠及存放大部分財物的地方），如何影響個人的生活。
財務資源	個人收入所能獲得的東西是否感到滿足，有包括個人財物（或可交換資源）所提供的獨立感與知足感。
健康及社會照護：可得性及品質	個人如何看待健康與社會服務的方便性，以及他們需要這些照護服務時，所得到或期望得到的照護品質及完整性。也包括了（自願性的）社區支持（宗教慈善事業，廟宇.....），這個社區支持可能是輔助的服務或是在個人環境中唯一可以得到的健康照護。
取得新資訊及技能的機會	一個人是否有機會滿足對資訊和知識的需要，不論是教育上的知識或是個人生活品質相關的本地、本國，或國際消息。
參與娛樂及休閒活動的機會	包括與朋友或家人相處、運動、閱讀、看電視之休閒活動，或是完全不做事的機會。
物理環境：(汙染/噪音/交通/氣候)	個人對於環境的看法，包括噪音、汙染、氣候、環境的整體情況，及環境對於生活品質的改善或不良影響。
交通	交通工具（腳踏車、汽車、公車）如何讓個人從事必要的日常工作以及從事選擇性活動的自由程度。
飲食	個人對於所期望吃的食物，是否能吃到及能享受所吃的食物。

資料來源：研究者參考台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊彙整。

三、影響生活品質之相關研究

呂如分(2005)指出照顧者負荷感受、與被照顧者關係、被照顧者性別、教育程度、自覺健康狀況、經濟狀況，可預測照顧者之生活品質，其中以照顧者負荷感受程度影響最多，若照顧者是出自於自願擔任照顧者角色，其負荷將會較低。陳貞吟等人(2008)研究也指出照顧者其教育程度會影響其負荷程度及整體生活品質，教育程度越高者，其生活品質越高，而負荷程度也越低；反之，教育程度越低者，其生活品質越低，而負荷程度也越高，可能因教育程度高的照顧者，對於照顧技巧與相關知識較易應對，減輕體力耗竭。

黃忠謀(2002)研究指出接受長期照護服務老人之照顧者生活品質得分，以「生理層面」得分為 14.53 分最高，最低為「心理層面」得分為 12.61 分。陳麗如(2004)研究指出居家照護病患照顧者生活品質得分，以「生理層面」得分為 13.52 分最高，最低為「心理層面」得分為 12.43 分。張艾寧(2007)研究指出照顧成年智障者之照顧者生

活品質得分，以「社會關係層面」平均分數為 12.84 分最高，最低為「生理層面」平均分數為 11.34 分。黃忠謀與陳麗如研究結果皆以生理層面最高，心理層面最低，但張艾寧研究結果卻是生理層面最低，這其中影響因素是否因年份而有所差異，待本研究深入探討。許多研究發現長期照顧與生活品質有負向關係，因此評估照顧者照顧負荷高低與生活品質的影響是有意義的。

第三節、照顧者照顧負荷與生活品質相關影響

照顧者其照顧負荷內含之身體健康負荷、社會關係負荷、情緒健康負荷、時間依賴負荷、人生發展負荷、照護成本負荷，五個面向裡與生活品質所規範之範疇其實是息息相關的，如身體健康負荷對應生活品質之生理健康範疇；社會關係負荷對應生活品質之社會關係、環境範疇；情緒健康負荷對應生活品質之心理範疇，故兩者對於照顧者的所處環境中的主觀感受是交互影響，且是多層面概念。

中華民國家庭照顧者關懷總會調查顯示，常因照顧中斷睡眠、三餐不正常，或因缺乏照顧幫手協助，因照顧工作導致身心、就業、經濟與家庭關係皆有極大之壓力，進而影響生活品質。家總秘書長陳景寧指出，常接到照顧者來電傾訴，前三大煩惱包括詢問長照資源，佔 42%，傾訴心理壓力佔 35%，詢問照顧問題，佔 15%，很多照顧者都有個人情緒及醫療問題，需要專業協助（聯合知識庫 D4 版，2016 年 11 月 11 日）。

Morimoto、Schreiner 與 Asano（2003）研究指出中風病患的照顧者照顧負荷越重，生活品質越不好呈現顯著相關，特別是心理健康與社會關係影響最深。Pinto、Holanda、Medeiros、Mota 與 Pereira（2007）研究指出身體健康較差的慢性阻塞性肺病照顧者，更容易患有精神病理的狀況，在這項研究中，身心健康受到影響，家庭和其他照顧者也會對他們的生活品質和心理健康產生重大影響，承受多種不同的影響，照顧者必須承擔新的角色和責任，長時間照顧工作而得放棄社交活動，並且他們面臨更大的健康風險，甚至降低照顧者的經濟收入能力，從而導致財務困境，缺乏社會支持和不利的社會經濟條件會對照顧者的生活品質產生重大影響。

曾雪鳳（2014）研究指出家庭照顧者照顧壓力、負荷與生活品質呈現中度負相關，

表示家庭照顧者的壓力越大，其負荷越高，且生活品質就會越低。

劉昱慶（2017）提出照顧工作以傳統的家庭來說大多是仰賴家人或親友負擔，但目前社會家庭結構受經濟影響轉為以「小家庭」為主，家庭須獨力承載照顧責任的機率也逐漸變大，照顧具有複雜且多元的特質，當家庭照顧能力式微的同時，生理、心理、社會關係與環境所面臨的照顧負荷與壓力將隨之影響其生活品質。

綜合上述，Daniel（2012）指出雖然許多家庭照顧者致力於照顧他們的老年家庭成員和親戚，但他們的承諾和孝順義務不應被視為理所當然。故照顧者的壓力和需求是不容被漠視的，許多照顧悲劇的發現起點不是「被照顧者」，而是「照顧者」，因不堪照顧負荷而殺害親人的社會新聞層出不窮，從照顧者所承受的照顧壓力與生活難以調適，除了照顧勞力付出的體力負荷，還有照顧生活品質與責任承擔的心理情緒負荷，更有因照顧生活所導致的人際互動減少、社會網絡封閉等社會關係負荷影響，進而影響其人生發展的可能性比比皆是。劉淑娟（1998）；Kramer（1997）研究指出：照顧家屬對自我健康照顧的知識的成長、照顧的技巧、相關情緒支持、照顧資源以及生活福祉（well-being）都有極高的需求性，若能針對這些項目予以提供協助，將有助提升照顧者的生活品質，減輕照顧負荷，更有助於被照顧者的照顧品質（引自陳昱名，2013）。

Medeiros、Ferraz 與 Quaresma（2000）提及有效的理解與評估照顧者的情況可以提供干預措施，減輕照顧者之負荷與生活品質的影響。黃志忠（2014）研究發現使用居家服務之照顧者有助於調節照顧負荷，居家服務提供餵食、如廁、洗澡、穿衣等等，具有緩衝照顧者負荷程度。因此本研究將藉由該照顧負荷所影響之生活品質因素提出適切的措施，降低照顧者的負荷，並提升生活品質。

第三章、研究設計與實施

綜合上述，無酬的家務勞動與照顧，一直以來都是被視為是盡孝道、理所當然、報恩等，但實際上對照顧者來說照顧負荷是無形的，沒有被理解與看待，因不堪照顧負荷將會選擇自我解決的方式，使社會這樣的悲劇不斷發生，但這樣的方式並非我們所願意看到的，故期待本研究結果所提出之措施，提供未來在可行的方法，而本研究為橫斷式相關性研究設計（cross-sectional and correlational research design），採問卷調查法，因不確定雲嘉地區的具體母體數，也無母體的名冊，故本研究非採取隨機抽樣的方式，以便利方式取樣。

測量標準本研究採取廣泛被使用的中文版照顧負荷量表（CBI 中文版量表）作為測量工具。藉由問卷發現照顧者的照顧樣貌，比較照顧負荷的差異，對他們的生活造成哪些的影響，以探討不同人口特質變項之照顧者負荷程度差異，進而探討其負荷程度對生活品質的影響，比較照顧者負荷程度，與其顯著差異狀況，希望本研究可提出具體社會服務策略、政策建議，提供未來減壓與紓壓之可能方向，減少社會問題與照顧悲劇的發生。

本章分為六節進行論述，第一節為研究架構、第二節為研究假設、第三為研究對象、第四節為研究工具與資料蒐集方式、第五節為研究程序、第六節為資料處理與分析，分別敘述如下：

第一節、研究架構

本研究旨在探討照顧者照顧負荷與生活品質之相關研究，以及瞭解不同背景變項之照顧者，其照顧負荷與生活品質之差異情形與變項之間的相關性，並進一步探討照顧者生活品質之預測因子。根據研究目的及參考國內與國外相關文獻，擬出本研究之研究架構與變項間之相關性，如圖 3-1-1。

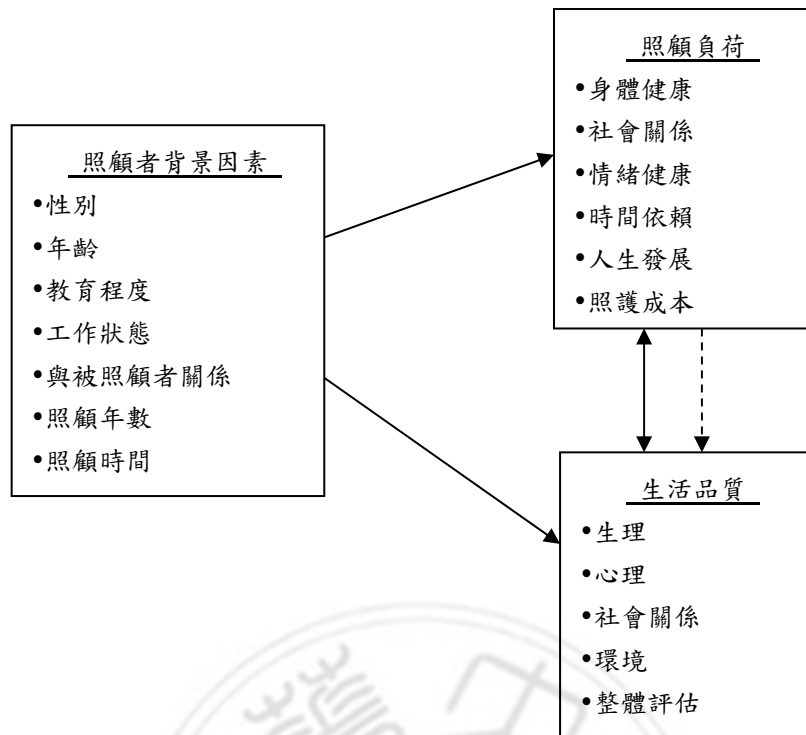


圖 3-1-1 研究架構圖

第二節、研究假設

本研究根據研究目的、相關文獻探討及初步的研究架構圖，提出下列幾項假設。

假設一：照顧者個人背景變項與照顧負荷有顯著差異。

- 1-1：性別照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。
- 1-2：年齡階段照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。
- 1-3：教育程度照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異
- 1-4：工作狀態照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。
- 1-5：關係照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。
- 1-6：照顧年數照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。
- 1-7：照顧時間照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。

假設二：照顧者個人背景變項與生活品質有顯著差異。

- 2-1：性別照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 2-2：年齡階段照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。

- 2-3：教育程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異
- 2-4：工作狀態照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 2-5：關係照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 2-6：照顧年數照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 2-7：照顧時間照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。

假設三：不同層面負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。

- 3-1：不同身體負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 3-2：不同社會關係負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 3-3：不同情緒負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異
- 3-4：不同時間負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 3-5：不同人生發展負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。
- 3-6：不同照護成本負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。

假設四：照顧者之照顧負荷與生活品質有顯著相關性。

假設五：照顧者之照顧負荷與生活品質迴歸分析。

- 5-1：照顧者照顧負荷與教育程度對生活品質具有預測力。
- 5-2：照顧者照顧負荷對生活品質具有預測力。

第三節、研究對象

本研究係以居住於雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市的照顧者為研究樣本，調查起訖日為 107 年 1 月 29 日至 107 年 8 月 13 日，因期許透過較多管道取得照顧者之照顧負荷與生活品質程度，研究方法採便利取樣的方式，研究者透過熟識的社工、從社福機構所辦理支持團體課程取得研究樣本。研究者在參與雲林縣身心障礙生活需求調查時，若受訪者為照顧者時，詢問是否願意接受調查本研究之問卷，取得同意後才進行電訪，過程皆遵守研究倫理。採取紙本問卷、電訪、電子問卷三種方式總計回收 190 份問卷，扣除 30 份無效問卷（漏填五題以上、亂填答者或身心障礙類別為其他），餘有效問卷 160 份。有效問卷為 160 份，樣本分配情形與回收情形如表 3-3-1。

表 3-3-1 有效樣本數 (N=160)

縣市	來源	樣本數
雲林縣 (n=63)	電訪	63
雲林縣 (n=1) 嘉義縣 (n=9) 嘉義市 (n=8) 台南市 (n=8)	電子問卷	26
嘉義縣 (n=38) 嘉義市 (n=32) 台南市 (n=1)	紙本	71
雲林縣 (n=64) 嘉義縣 (n=47) 嘉義市 (n=40) 台南市 (n=9)	總和	160

第四節、研究工具與蒐集資料方式

本研究以結構式問卷收集資料，包括個人背景變項、Chou 等人 (2002) 所編制的中文版照顧負荷量表、台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷等部分，分別說明如下：

一、個人背景變項

依據研究目的及文獻探討，本研究之基本屬性，包括性別、年齡、教育程度、身分別、居住縣市、工作狀態、經濟身份、宗教信仰、家庭型態、與被照顧者關係、被照顧者年齡、照顧年數、照顧時間、被照顧者類別、被照顧者障礙等級等項目。本研究以個人背景為控制變項，其說明如下：

(一)性別：男性、女性，共二類。

(二)年齡：研究根據人類發展之分為成年早期 20~39 歲；中壯年期 40~64 歲；老年期 65 歲以上，共三類 (張媚，2015)。

(三)教育程度：國小以下、國(初)中、高中職/專科、大學以上，共四類。

(四)身分別：本國籍、外籍，共二類。

(五)居住縣市：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市，共四類。

(六)工作狀態：全職、兼職、無業，共三類。

(七)經濟身份：一般戶、中低收入戶、低收入戶、其他，共四類。

(八)宗教信仰：無信仰、一般民間信仰、佛教、天主教、基督教、其他，共六類。

(九)家庭型態：夫妻家庭、核心家庭（父母含子女）、三代家庭、單親家庭、單人家庭、其他，共六類。依據行政院主計處（2017）對於家庭組織型態名詞解釋分別為夫妻家庭指該戶僅夫妻二人居住。核心家庭指該戶成員為父及母親，以及至少一位未婚子女所組成，但可能含有同住之已婚子女，或其他非直系親屬。三代家庭指該戶成員為祖父（母）輩、父（母）輩及至少一位未婚孫子（女）輩，但可能還含有其他非直系親屬同住。單親家庭指該戶成員為父或母親其中一人，以及均未婚子女所組成，不含其他親屬。單人家庭指該戶僅一人居住。其他家庭指凡無法歸於以上型態者均屬之。

(十)與被照顧者關係：配偶、子女、媳婦、父母、其他，共五類。

(十一)被照顧者年齡：研究根據人類發展之分為青春前期（4~19 歲）、成年早期（20~39 歲）、中壯年（40~64 歲）、老年（65 歲以上），共四類（張媚，2015）。

(十二)照顧年數：0 至未滿 10 年、10 至未滿 20 年、20 至未滿 30 年、30 年以上，共四類。

(十三)照顧時間：4 小時以內、4~8 小時、8~12 小時、全天，共四類。

(十四)被照顧對象類別為：視覺障礙者、聽覺機能障礙者、平衡機能障礙者、頑性(難治型)癲癇症者、失智症者、聲音機能或語言機能障礙者、重要器官失去功能者、植物人、肢體障礙者、自閉症者、智能障礙者、因罕見疾病而致身心功能障礙者、顏面損傷者、慢性精神病患者、多重障礙者、情緒行為障礙者、學習障礙者、發展遲緩者、腦性麻痺者、身體體弱者、其他障礙者，共 21 類。

(十五)被照顧對象障礙等級：輕度、中度、重度、極重度，共四類。

二、研究測量工具照顧負荷量表 Caregiver Burden Inventory（以下簡稱 CBI 中文版）

本研究採用 Chou 等人（2002）依據 Novak 與 Guest 所發展的照顧負荷量表，編製成 CBI 中文量表如表 3-4-1 所示，共 28 題，受試者以自陳方式評估對照顧負荷感受的程度，以下為本量表的介紹：

表 3-4-1 負荷量表描述表

量表名稱	作者	出版日	題數/ 施測時間	量表 類型	面向	效力
Caregiver Burden Inventory (中文版)	Chou 等人	2002	28/15-20 分鐘	SAQ	多面向	1.涵蓋廣泛的照顧者問題 2.適當的心理測量特性

資料來源：研究者自行整理。

(一)量表內容

本研究所使用的「照顧負荷量表」，共分六個分量表，作為評估研究對象的照顧負荷感受程度，包含：(一)身體健康負荷；(二)社會關係負荷；(三)情緒健康負荷；(四)時間依賴負荷；(五)人生發展負荷(六)照護成本負荷，六個分量表，每個分量表為 4、4、6、5、5、4 題，共計 28 題，問卷題目內容如表 3-4-2。

1. 身體負荷：指照顧者在睡眠、身體、健康負荷上對照顧負荷的主觀感受，為問卷第 1~4 題。
2. 社會關係負荷：指照顧者在與家人、社會關係的相處差異所感知照顧負荷主觀感受，為問卷第 5、9、10、11 題。
3. 情緒負荷：指照顧者因照顧工作而感受到之情緒對照顧負荷的主觀感受，為問卷第 6、7、8、12、13、14 題。
4. 時間負荷：指照顧者所承受被照顧者依賴、協助、休息時間受限對照顧負荷的主觀感受，為問卷第 15~19 題。
5. 人生發展負荷：指照顧者在社交生活與生涯抉擇受到阻礙對照顧負荷的主觀感受，為問卷第 20~24 題。
6. 照護成本負荷：指照顧者在照顧中所負擔其生活開銷與醫療費用對照顧負荷的主觀感受，為問卷第 25~28 題。

表 3-4-2 照顧負荷量表

向度	題號	題目
身體負荷 共 4 題	1	我覺得我沒有足夠的睡眠。
	2	我覺得身體相當疲累。
	3	我覺得照顧病人工作使我生病。
	4	我覺得我的健康受到影響。
社會關係負荷 共 4 題	5	我和其他家人相處的沒有像以前一樣融洽。
	9	我覺得我沒有把家務或工作作得像以前那麼好。
	10	我為照顧病人所做的努力並沒有受到其他家人的欣賞與肯定。
	11	我覺得那些能幫忙但又不肯幫忙的親人令我生氣。
情緒負荷 共 6 題	6	我以病人為恥。
	7	(已婚者回答) 我覺得我的婚姻出了問題。 (未婚者回答) 我覺得我的終身大事受到影響。
	8	我對病人的行為感到不好意思。
	12	我對自己與病人的互動感到生氣。
	13	當朋友來訪見到病人，我覺得不自在。
	14	我討厭病人。
時間負荷 共 5 題	15	病人需要我協助他處理許多日常生活事物。
	16	病人依賴著我。
	17	我必須一直注意著病人，以防他出現危險狀況。
	18	我必須協助他做許多最基本的照顧事項。
	19	我忙於照顧病人而沒有時間休息。
人生發展負荷 共 5 題	20	因為照顧病人，我覺得人生有很多事情我沒有經歷過。
	21	我希望我能逃離這情境。
	22	照顧病人的工作影響了我的社交生活。
	23	我覺得照顧病人讓我心力交瘁。
	24	我期盼在此時事情會變得不一樣了。
照護成本負荷 共 4 題	25	我覺得照顧病人會花掉我準備用在其他方面的存款。
	26	我覺得照顧病人的花費，使得我的家庭及我必須放棄一些必須品。
	27	我覺得照顧病人的花費，使家庭及我無法負擔其他額外的付出。
	28	我覺得照顧病人是相當花錢的。

(二)填答與計分方式

本量表以 Likert 五點量表的方式進行，由研究受試者自陳其身體、社會關係、情緒、時間和人生發展面向表現之情形，作答選項為「非常同意」、「有些同意」、「中立態度」、「有些不同意」、「非常不同意」，受試者根據自己的生活經驗勾選與自己實際情況最相符的選項，正向題自「非常同意」至「非常不同意」共五個等級，計分時「非常同意」計 4 分，逐次降低至「非常不同意」計 0 分。各分量表得分越高，表示該領域照顧負

荷程度越大；反之則表示該領域照顧負荷程度越低；總分越高，代表整體照顧負荷程度越高。

(三)量表的信度與效度

依據 Chou 等人 (2002) CBI 中文版的因素分析結果與英文版 Novak 與 Guest (1989) 相似，一致地分為五個向度，因素分析得出五個強有力的因素，佔方差的近 68%，表示分量表的高度內部一致性（項目相關性）表明分量表總計可靠地總結了每個量表中包含的概念。

信度分析如表 3-4-3 所示，Chou 等人 (2002) 以失智症照顧者為對象的研究分析顯示，總量表信度係數 Cronbach α 為.95；而本研究總量表信度係數 Cronbach α 達.952，身體負荷 Cronbach α 係數為.902、社會關係負荷 Cronbach α 係數為.774、情緒負荷 α 係數為.864、時間負荷 α 係數為.882、人生發展負荷 α 係數為.902、照護成本負荷 α 係數為.931，各分量表 Cronbach α 係數介於.774~.931 之間，且皆超過 0.7，顯示內部一致性甚高，代表此量表信度適當、良好。

表 3-4-3 「照顧負荷量表」原量表/正式量表之信度分析表

分量表	Chou 等人 (2002) 原量表 Cronbach α	本研究正式問卷 Cronbach α
整體	.95	.952
身體	.93	.902
社會關係	.79	.774
情緒	.88	.864
時間	.93	.882
人生發展	.90	.902
照護成本	.95	.931

三、台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷（稱做 WHOQOL-BREF）

本研究採用姚開屏 (2005) 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷，共 28 題，受試者以自陳方式評估對生活品質感受的程度，以下為本量表的介紹：

(一)量表內容

本研究所使用的「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」，共分四個分量表，作為評估研究對象的生活品質感受程度，包含：(一)生理健康範疇；(二)心理範疇；(三)

社會關係範疇；(四)環境範疇，4個分量表，每個分量表為7、5、4、9題，加上整體評估2題，共計28題，問卷題目內容如表3-4-4。

- 1.生理健康範疇：包括照顧者在疼痛及不適、活力及疲倦、睡眠及休息、活動能力、日常生活活動、對藥物及醫療的依賴、工作能力等內涵，為問卷第3、4、10、15、16、17、18題。
- 2.心理範疇：包括照顧者在正面感覺、思考、學習、記憶及集中注意力、自尊、身體意象及外表、負面感覺、靈性/宗教/個人信念等內涵，為問卷第5、6、7、11、19、26題。
- 3.社會關係範疇：包括照顧者在個人關係、實際的社會支持、性生活、被尊重及接受（面子與關係），為問卷第20、21、22、27題。
- 4.環境範疇：包括照顧者在身體安全及保障、家居環境、財務資源、健康及社會照護：可得性及品質、取得新資訊及技能的機會、參與娛樂及休閒活動的機會、物理環境：（污染/噪音/交通/氣候）、交通等內涵，為問卷第8、9、12、13、14、23、24、25、28題。

表 3-4-4 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷

向度	題號	題目
生理健康範疇 共 7 題	3	您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
	4	您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
	10	您每天的生活有足夠的精力嗎？
	15	您四處行動的能力好嗎？
	16	您滿意自己的睡眠狀況嗎？
	17	您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
	18	您滿意自己的工作能力嗎？
心理範疇 共 6 題	5	您享受生活嗎？
	6	您覺得自己的生命有意義嗎？
	7	您集中精神的能力有多好？
	11	您能接受自己的外表嗎？
	19	您對自己滿意嗎？
	26	您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
社會關係範疇 共 4 題	20	您滿意自己的人際關係嗎？
	21	您滿意自己的性生活嗎？
	22	您滿意朋友給您的支持嗎？
	27	您覺得自己有面子或被尊重嗎？

(承上表 3-4-4 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷)		
環境範疇 共 9 題	8	在日常生活中，您感到安全嗎？
	9	您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)
	12	您有足夠的金錢應付所需嗎？
	13	您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
	14	您有機會從事休閒活動嗎？
	23	您滿意自己住所的狀況嗎？
	24	您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
	25	您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
整體評估 共 2 題	28	您想吃的食物通常都能吃到嗎？
	1	整體來說，您如何評價您的生活品質？
	2	整體來說，您滿意自己的健康嗎？

(二)填答與計分方式

本量表以 Likert 五點量表的方式進行，由研究受試者自陳其生理健康、心理、社會關係和環境面向表現之情形，作答選項為「極不滿意」、「不滿意」、「中等程度滿意」、「滿意」、「極滿意」，受試者根據自己的生活經驗勾選與自己實際情況最相符的選項，正向題自「極不滿意」至「極滿意」共五個等級，計分時「極不滿意」計 1 分，逐次增加至「極滿意」計 5 分；反向題乃自「完全沒有妨礙」至「極妨礙」共五個等級，計分時「完全沒有妨礙」計 5 分，逐次降低至「極妨礙」計 1 分。各分量表得分越高，表示其生活品質越好。

(三)量表的信度與效度

本研究將採用既有量表來測量照顧者生活品質，故不做預試，簡化版分為「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」以及「環境範疇」四個主要向度，姚開屏(2005)指出該量表信度以向度為 0.76~0.80、整份問卷為 0.91；效度各題目/層面與所屬範疇間相關介於 0.53~0.78 之間 ($p < .01$)，各範疇間之相關介於 0.51~0.63 之間 ($p < .01$)。

信度分析如表 3-4-5 所示，姚開屏(2005)以門診病人為對象的研究分析顯示，總量表信度係數 Cronbach α 為.91；而本研究總量表信度係數 Cronbach α 達.930，生理健康範疇 Cronbach α 係數為.760、心理範疇 Cronbach α 係數為.794、社會關係範疇 α 係數為.818、環境範疇 α 係數為.836，各分量表 Cronbach α 係數介於.760 至.836 間，且皆超過 0.7，顯示內部一致性甚高，代表此量表信度適當、良好。

表 3-4-5 「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」原量表/正式量表之信度分析表

分量表	姚開屏 (2005) 原量表 Cronbach α	本研究正式問卷 Cronbach α
整體	.91	.930
生理健康	.80	.760
心理	.76	.794
社會關係	.78	.818
環境	.80	.836



第五節、研究程序

本研究目的在了解照顧者照顧負荷與生活品質進行相關研究探討，先進行相關文獻的探討與整理，在確定架構後，依據研究需要，利用描述性統計進行初步分析，將照顧者背景變項、照顧負荷、生活品質之相關，發展與建立可用的研究變項才進行最後資料分析，將分析結果與文獻進行對比與討論後，撰寫結果，提出本研究之結論與建議，研究之流程圖如下圖 3-5-1 所示：



圖 3-5-1 研究之流程圖

第六節、資料處理與分析

本研究針對前述擬定之研究目的及待答問題，於正式問卷回收後，將所得結果資料採用適當的統計方法加以分析。調查問卷回收後，經剔除無效問卷，將有效問卷的資料運用 SPSS for Window 20.0 版統計套裝軟體進行資料處理。本研究問卷回收後，則採描述性統計、單一樣本 t 檢定、獨立樣本 t 檢定，皮爾遜積差相關以及多元逐步迴歸等統計方法，茲分述如下：

一、程度界定

研究者將照顧負荷分數與生活品質分數以統計學上的客觀標準四分位數分配其分數落點，分為低、中等、高三組，如圖 3-6-1，以下根據照顧負荷程度的不同，將研究結果分述如下：（一）低等程度為 $x \leq 25\%$ ；（二）中等程度為 $25\% < x \leq 75\%$ ；（三）高等程度為 $x > 75\%$ 。

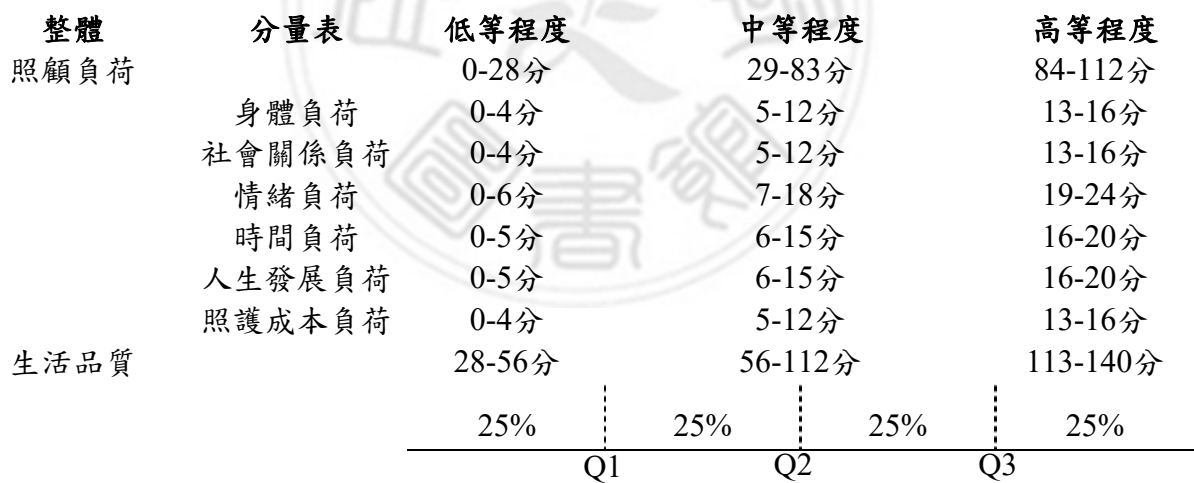


圖 3-6-1 照顧者之照顧負荷與生活品質程度低中等分組圖

二、問卷資料的統計處理

(一)描述性統計

本研究以「照顧負荷量表」與「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」的施測結果，進行描述性統計分析，以各變項之次數分配、百分比、平均數、標準差等，以瞭解樣本的分布與特性（回應待答假設一）。

(二)獨立樣本t檢定

採用獨立樣本 t 檢定，來檢定照顧負荷程度與生活品質水準是否因個人背景變項性別有顯著的差異。（回應待答假設 1-1、2-1）。

(三)單因子變異數分析

以單因子變異數分析探討個人背景變項（包括年齡、教育程度、工作狀態、與被照顧者關係、照顧年數、照顧時間）對照顧負荷和生活品質的影響。若差異達到水準，再以 Scheffe 事後比較進行考驗（回應待答假設 1-2~1-7、2-2~2-7）。

以單因子變異數分析探討不同層面負荷程度照顧者（包括身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本負荷）在整體生活品質和各層面範疇的影響。若差異達到水準，再以 Scheffe 事後比較進行考驗（回應待答假設三）。

(四)皮爾遜積差相關

利用皮爾遜積差相關分析各層面之效標變項與各層面變項間是否存在顯著相關，同時了解其相互關聯的程度。用以瞭解照顧負荷整體與各層面與生活品質各層面之相關情形（回應待答假設四）。

(五)多元逐步迴歸分析

利用迴歸分析方法，預測變項包含整體照顧負荷層面（身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本負荷）與教育程度，效標變項（依變項）為整體生活品質層面（生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體評估）進行迴歸分析。（回應待答假設五）

第四章、研究結果

本研究係以居住於雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市的照顧者為研究樣本，因期許透過較多管道取得照顧者之照顧負荷與生活品質程度，故採取電訪、紙本問卷、電子問卷三種方式總計回收 190 份問卷，扣除 30 份身心障礙類別為其他之問卷，餘有效問卷 160 份。本章則根據所蒐集的問卷資料，進行統計分析，並依據所提之研究問題，將資料結果分述如下。

第一節、照顧者與被照顧者的背景變項分析

一、照顧者的背景變項分析

照顧者的背景變項方面，包括性別、年齡、教育程度、身分別、居住縣市、工作狀態、經濟身份、宗教信仰、家庭型態、與被照顧者關係、照顧年數、每天平均照顧時間等，從表 4-1-1 中可得知其分佈情形。

(一)性別

受訪的 160 位照顧者中，男性 59 位 (36.9%)，女性 101 位 (63.1%)，女性約為男性的 2 倍，顯示照顧者以女性居多。

(二)年齡

照顧者的年齡分佈在中壯年 (40~64 歲) 之間，平均年齡約為 53.93 歲 (標準差 =13.33)，主要集中在中壯年 (40~64 歲)，共有 106 位 (66.3%)，照顧者多數處於人生發展階段的中壯年期以上。

(三)教育程度

照顧者的教育程度，以高中職/專科程度最多，共有 79 位 (49.4%)，其次以大學程度者，共有 33 位 (20.6%)，整體而言，照顧者五成以上屬於高中/職以上的教育程度。

(四)身分別

照顧者的身分別，因本研究主要針對本國籍的作為研究，故外籍僅有 3 位。

(五)居住縣市

照顧者的居住地，以雲林縣最多，共有 64 位(40%)，其次為嘉義縣有 47 位(29.4%)，再其次為嘉義市 40 位 (25%)，台南僅有 9 位 (5.6%)。

(六)工作狀態

照顧者的工作狀態中，具有全職工作的有 67 位，占 41.9%、兼職工作的有 21 位，占 13.1%、無業的有 72 位，占 45%，可發現有 55%的照顧者須身兼雙職。

(七)經濟身份

照顧者的經濟身份中，一般戶的有 143 位，占 89.4%、中低收入戶的有 10 位，占 6.3%、低收入戶的有 7 位，占 4.4%，可發現有 10.7%的照顧者是經濟有所困境。

(八)宗教信仰

照顧者的宗教信仰中，無信仰的有 32 位，占 20%，具有一般民間信仰的有 68 位，占 42.5%、佛教的有 38 位，占 23.8%、天主教的有 3 位，占 1.9%、基督教的有 16 位，占 10%、其他 3 位，占 1.9%，可發現有 80%的照顧者皆有仰賴的信仰。

(九)家庭型態

照顧者的家庭型態中，夫妻家庭的有 48 位，占 30%，核心家庭的有 80 位，占 50%、隔代家庭的有 12 位，占 7.5%、單親家庭的有 6 位，占 3.8%、單人家庭的有 11 位，占 6.9%、其他 3 位，占 1.8%。

(十)與被照顧者關係

照顧者與被照顧者關係中，配偶的有 23 位，占 14.4%、子女的有 58 位，占 36.3%、媳婦的有 20 位，占 12.5%、父母的有 36 位，占 22.5%、其他 23 位，占 14.4%。

(十一)照顧年數

0~未滿 10 年的有 87 位，占 54.4%、10~未滿 20 年的有 40 位，占 25.0%、20~未滿 30 年的有 19 位，占 11.9%、30 年以上的有 14 位，占 8.8%。本研究以照顧者年齡觀察，55~64 歲平均照顧年數 11.95 年；65 歲以上平均照顧年數 13.62 年，與衛生福利部統計處 (2019) 發佈 2017 年老人狀況調查報告 55~64 歲平均照顧年數 8.89 年；65 歲以上平均照顧年數 11.20 年相似。

(十二)每天平均照顧時間

照顧者每天平均照顧時間，4小時以內的有 25 位，占 15.6%、4~8 小時的有 42 位，占 26.3%、8~12 小時的有 30 位，占 18.8%、全天照顧的有 63 位，占 39.4%。本研究以照顧者年齡觀察，55~64 歲平均照顧時間為 8~12 小時；65 歲以上平均照顧時間為全天，與衛生福利部統計處（2019）發佈 2017 年老人狀況調查報告 55~64 歲平均照顧時間為 11.02 小時；65 歲以上平均照顧時間為 14.16 小時相似。

表 4-1-1 照顧者與被照顧者的個人特質分析表

變項	類別	次數 (%)
性別(N=160)	男性	59 (36.9%)
	女性	101 (63.1%)
年齡	成年早期 (20~39 歲)	27 (16.9%)
	中壯年 (40~64 歲)	106 (66.3%)
	老年 (65 歲以上)	27 (16.9%)
教育程度	國小以下	31 (19.4%)
	國 (初) 中	17 (10.6%)
	高中職/專科	79 (49.4%)
	大學以上	33 (20.6%)
身分別	本國	157 (98.1%)
	外籍	3 (1.9%)
居住縣市	雲林縣	64 (40%)
	嘉義縣	47 (29.4%)
	嘉義市	40 (25%)
	台南市	9 (5.6%)
工作狀態	全職	67 (41.9%)
	兼職	21 (13.1%)
	無業	72 (45.0%)
經濟身份	一般戶	143 (89.4%)
	中低收入戶	10 (6.3%)
	低收入戶	7 (4.4%)
宗教信仰	無信仰	32 (20.0%)
	一般民間信仰	68 (42.5%)
	佛教	38 (23.8%)
	天主教	3 (1.9%)
	基督教	16 (10.0%)
	其他	3 (1.9%)
家庭型態	夫妻家庭	48 (30.0%)
	核心家庭	80 (50.0%)
	隔代家庭	12 (7.5%)
	單親家庭	6 (3.8%)
	單人家庭	11 (6.9%)
	其他	3 (1.8%)

(承上表 4-1-1 照顧者與被照顧者的個人特質分析表)

與被照顧者關係	配偶	23 (14.4%)
	子女	58 (36.3%)
	媳婦	20 (12.5%)
	父母	36 (22.5%)
	其他	23 (14.4%)
照顧年數	0~未滿 10 年	87 (54.4%)
	10~未滿 20 年	40 (25.0%)
	20~未滿 30 年	19 (11.9%)
	30 年以上	14 (8.8%)
每天平均照顧時間	4 小時以內	25 (15.6%)
	4~8 小時	42 (26.3%)
	8~12 小時	30 (18.8%)
	全天	63 (39.4%)

二、被照顧者的背景變項分析

被照顧者的背景變項方面，包括年齡、障礙類別、障礙程度等。

(一)年齡

被照顧者的年齡分佈，主要集中在老年（65 歲以上），共有 97 位（60.6%），被照顧者多數處於老年期階段。

(二)障礙類別與程度，從表 4-1-2 中可得知其分佈情形。

被照顧者的的障礙類別，分別為視覺障礙者有 6 位，占 3.8%、聽覺機能障礙有 7 位，占 4.4%、平衡機能障礙者有 7 位，占 4.4%、失智症者有 39 位，占 24.4%、聲音機能或語言機能障礙者有 2 位，占 1.3%、重要器官失去功能者有 8 位，占 5.0%、植物人有 2 位，占 1.3%、肢體障礙者有 23 位，占 14.4%、自閉症者有 4 位，占 2.5%、智能障礙者有 26 位，占 16.3%、因罕見疾病而致身心功能障礙者有 2 位，占 1.3%、慢性精神病患者有 10 位，占 6.3%、多重障礙者有 23 位，占 14.4%、腦性麻痺者有 1 位，占 0.6%。

表 4-1-2 被照顧者的類別與程度分析表

類別/程度	輕度	中度	重度	極重度	總和
視覺障礙者	2	1	3	0	6
聽覺機能障礙者	3	3	1	0	7
平衡機能障礙者	5	1	1	0	7
失智症者	11	20	4	4	39
聲音機能或語言機能障礙者	1	0	1	0	2
重要器官失去功能者	5	1	1	1	8
植物人	0	0	1	1	2
肢體障礙者	9	8	6	0	23
自閉症者	1	1	1	1	4
智能障礙者	12	8	4	2	26
因罕見疾病而致身心功能障礙者	1	0	1	0	2
慢性精神病患者	2	5	3	0	10
多重障礙者	0	10	10	3	23
腦性麻痺者	0	0	1	0	1
總和	52	58	38	12	160

三、照顧者的支持服務項目分析

本研究以高程度整體負荷觀察其照顧者所需之服務項目，另，依循逐步迴歸分析所顯示具體影響照顧者之生活品質為身體負荷與人生發展負荷，評估其個別需求差異，分別敘述如下：

(一)高整體負荷之支持服務需求分析

本研究高程度整體負荷共有 37 人，分析結果如圖 4-1-1。分析結果顯示，83.8%需要照顧津貼的補助，其次為送至機構臨托費用 54.1%及臨時短期照顧服務 51.4%。

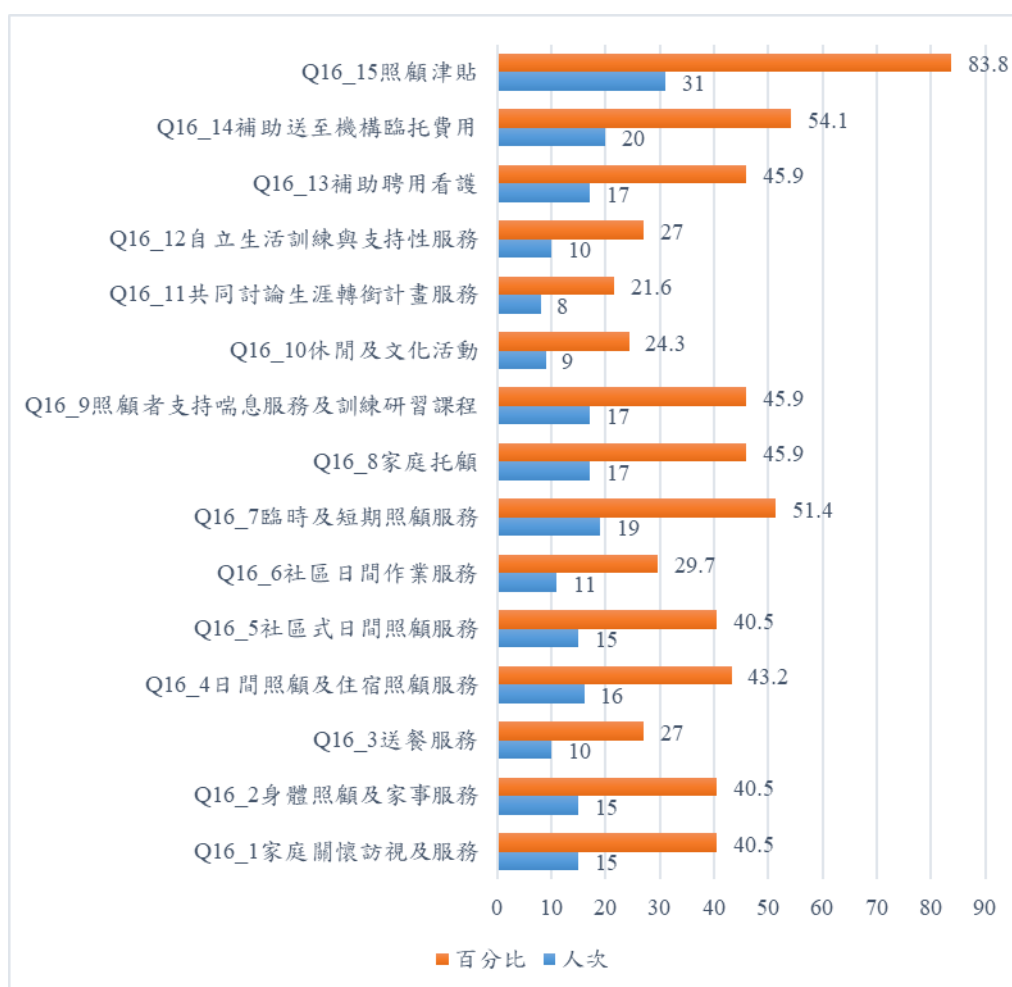


圖 4-1-1 照顧者的高整體負荷之支持服務需求分析

(二)高身體負荷之支持服務需求分析

本研究高程度身體負荷共有 42 人，分析結果如圖 4-1-2。分析結果顯示，85.7%需要照顧津貼的補助，其次為送至機構臨托費用 61.9%及補助聘用看護 57.1%、喘息服務及訓練研習課程 57.1%、日間照顧及住宿照顧服務 57.1%。

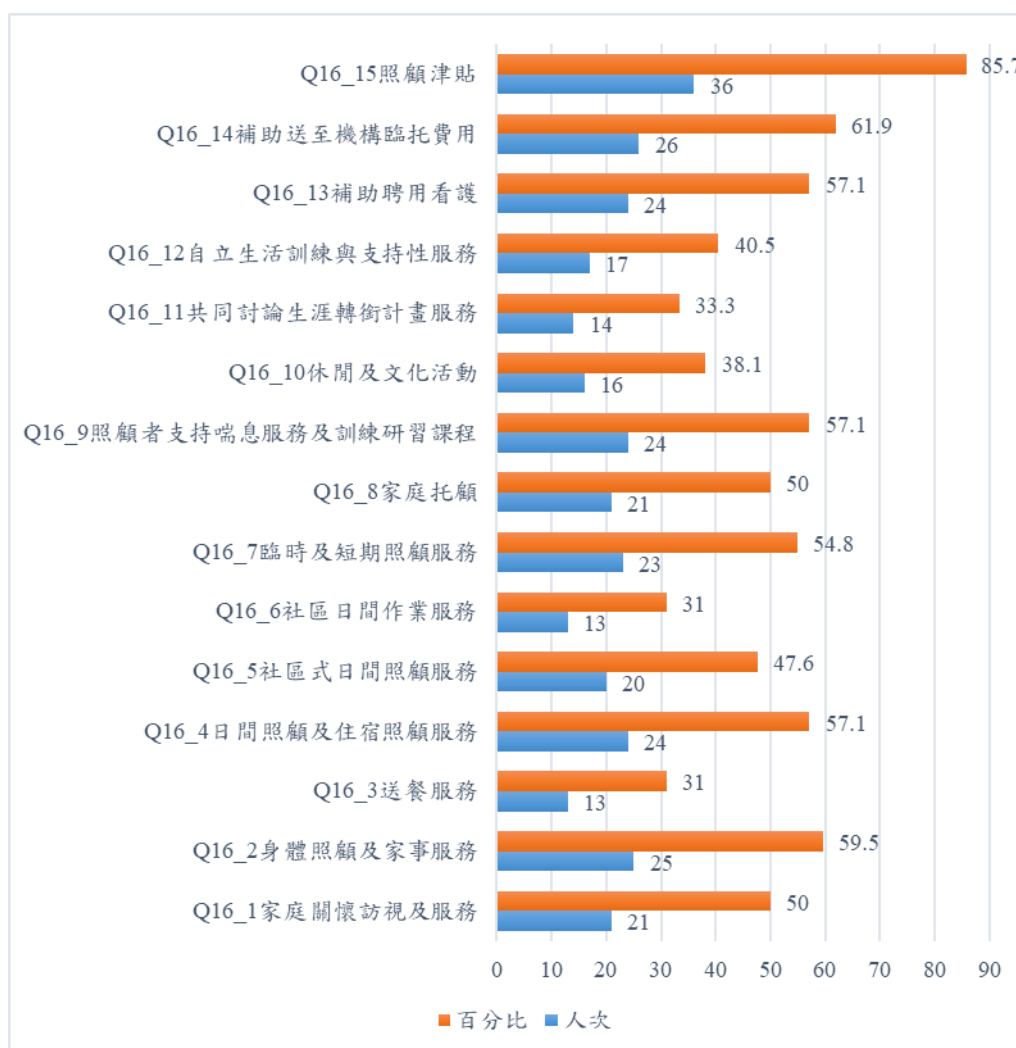


圖 4-1-2 照顧者的高身體負荷之支持服務需求分析

由以上分析可知，高身體負荷照顧者因沒有足夠的睡眠、身體相當疲累、照顧工作使健康受到影響，故需求看起來多以渴望有人可輪替照顧與休息空間，如送至機構臨托、聘用看護、喘息服務及日間照顧等等。

(三)高人生發展負荷之支持服務需求分析

本研究高程度人生發展負荷共有 39 人，分析結果如圖 4-1-3。分析結果顯示，84.6% 需要照顧津貼的補助，其次為送至機構臨托費用 64.1%及補助聘用看護 59%。

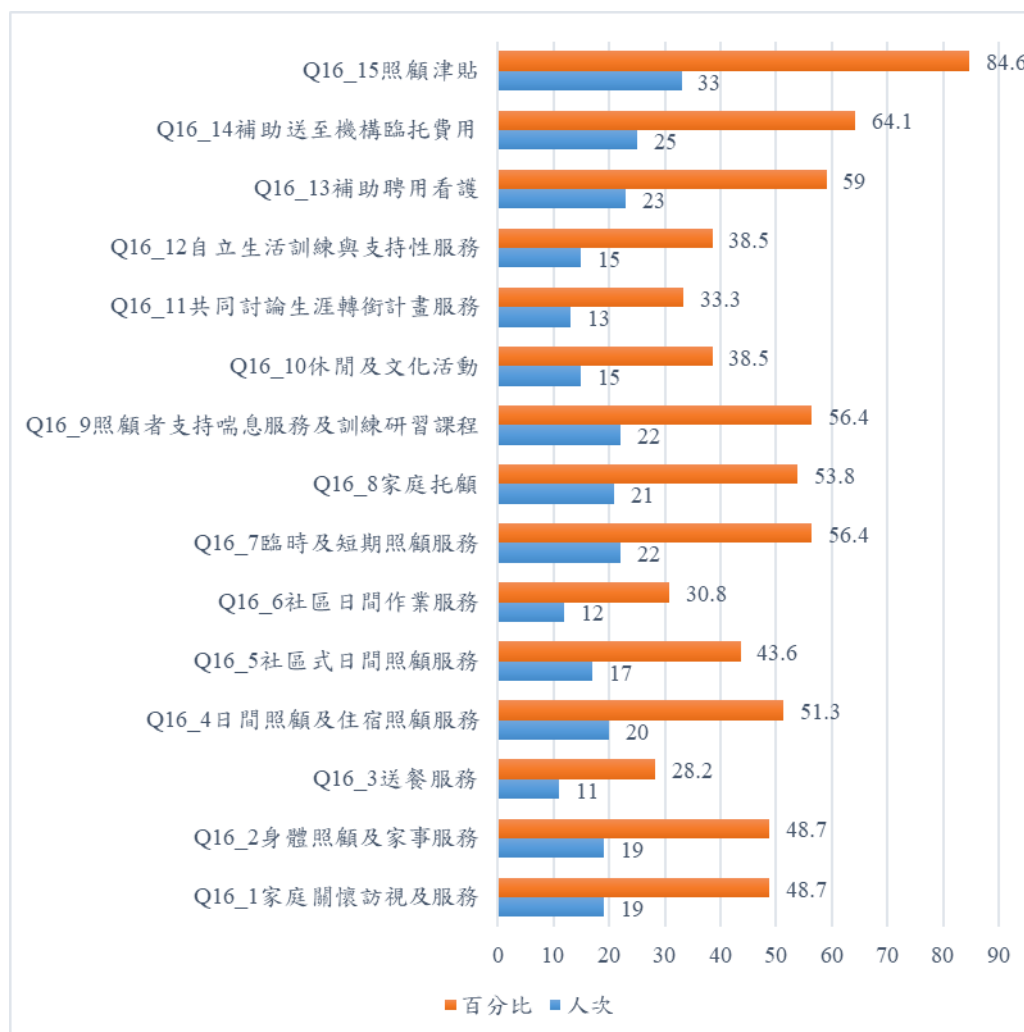


圖 4-1-3 照顧者的高人生發展負荷之支持服務需求分析

由以上分析可知，高人生發展負荷照顧者因為照顧工作，而人生有很多事情沒有經歷過、希望我能逃離這情境、照顧工作影響社交生活、期盼在此時事情會變得不一樣了，故需求看起來多以渴望能放手由他人照顧，使自己能去完成想做的事情，如送至機構臨托、聘用看護。

四、照顧者之照顧負荷與生活品質現況分析

(一)照顧負荷現況分析

由照顧負荷向度差異分配表，如表 4-1-3，照顧者在照顧負荷問卷之每題平均得分為 2.27，略大於中間值 2 分，可得知照顧者之照顧負荷屬於中等程度。而以六個構面之每題平均得分來看，由表 4-1-3 可知，照顧負荷的六個向度中，負荷程度依序為以時間負荷最高 ($\bar{X}=2.84$)；身體負荷次之 ($\bar{X}=2.63$)；照護成本負荷 ($\bar{X}=2.57$)；人生發展負荷 ($\bar{X}=2.32$)；社會關係負荷 ($\bar{X}=2.13$)；情緒負荷最低 ($\bar{X}=1.63$)。因此可推論，照顧者於照顧負荷感受上，以時間負荷的感受比例最為明顯。

由研究結果可知，照顧者於身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本負荷上，以時間負荷為最需要有人可一同分擔其負荷。顯示，照顧者雖然有經濟上的需求，但實質更需要的是期待有時間可以休息。

表 4-1-3 照顧者之照顧負荷向度差異分析表

題號	題目	\bar{X}	SD
身體負荷		2.63	.950
1	我覺得我沒有足夠的睡眠。	2.69	1.147
2	我覺得身體相當疲累。	2.84	1.093
3	我覺得照顧病人工作使我生病。	2.47	1.144
4	我覺得我的健康受到影響。	2.53	1.295
社會關係負荷		2.13	.898
5	我和其他家人相處的沒有像以前一樣融洽。	2.12	1.413
9	我覺得我沒有把家務或工作作得像以前那麼好。	2.22	1.282
10	我為照顧病人所做的努力並沒有受到其他家人的欣賞與肯定。	2.00	1.308
11	我覺得那些能幫忙但又不肯幫忙的親人令我生氣。	2.16	1.403
情緒負荷		1.63	.882
6	我以病人為恥。	1.35	1.210
7	(已婚者回答) 我覺得我的婚姻出了問題。 (未婚者回答) 我覺得我的終身大事受到影響。	1.71	1.552
8	我對病人的行為感到不好意思。	1.70	1.243
12	我對自己與病人的互動感到生氣。	2.03	1.389
13	當朋友來訪見到病人，我覺得不自在。	1.56	1.116
14	我討厭病人。	1.44	1.317
時間負荷		2.84	.884
15	病人需要我協助他處理許多日常生活事物。	2.98	1.018
16	病人依賴著我。	2.93	1.146
17	我必須一直注意著病人，以防他出現危險狀況。	3.00	1.082
18	我必須協助他做許多最基本的照顧事項。	2.91	1.150
19	我忙於照顧病人而沒有時間休息。	2.37	1.355

(承上表 4-1-3 照顧者之照顧負荷向度差異分析表)

人生發展負荷		2.32	.953
20	因為照顧病人，我覺得人生有很多事情我沒有經歷過。	2.34	1.372
21	我希望我能逃離這情境。	2.10	1.197
22	照顧病人的工作影響了我的社交生活。	2.26	1.173
23	我覺得照顧病人讓我心力交瘁。	2.50	1.472
24	我期盼在此時事情會變得不一樣了。	2.39	1.108
照護成本負荷		2.57	1.034
25	我覺得照顧病人會花掉我準備用在其他方面的存款。	2.52	1.333
26	我覺得照顧病人的花費，使得我的家庭及我必須放棄一些必需品。	2.53	1.370
27	我覺得照顧病人的花費，使家庭及我無法負擔其他額外的付出。	2.41	1.288
28	我覺得照顧病人是相當花錢的。	2.79	1.171
整體照護負荷		2.27	.747

(二)生活品質現況分析

由生活品質向度差異分配表，如表 4-1-4，照顧者在生活品質問卷之每題平均得分為 2.67，略大於中間值 2.5 分，可得知照顧者之生活品質屬於中等程度。而以四個構面之每題平均得分來看，由表 4-1-4 可知，生活品質的四個向度中，負荷程度依序為以生理健康範疇最高 ($\bar{X}=3.12$)；社會關係範疇次之 ($\bar{X}=2.95$)；環境範疇 ($\bar{X}=2.91$)；心理範疇最低 ($\bar{X}=2.46$)，此研究結果與黃忠謀 (2002)；陳麗如 (2004) 研究一致。因此可推論，照顧者於生活品質感受上，以心理範疇之品質最為不佳。

由研究結果可知，照顧者於生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇上，以心理範疇為最需要被關注的部分。顯示，照顧者在外在條件與內在感受之生活品質，可由研究發現深層情緒是隱而未顯的，故避免以外在條件來評估一個人的心理生活品質。

表 4-1-4 照顧者之生活品質差異分析表

題號	題目	\bar{X}	<i>SD</i>
生理健康範疇		3.12	.558
3	您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？	3.54	.942
4	您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？	3.59	1.225
10	您每天的生活有足夠的精力嗎？	2.55	.626
15	您四處行動的能力好嗎？	3.21	.718
16	您滿意自己的睡眠狀況嗎？	2.62	.841
17	您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？	3.17	.493
18	您滿意自己的工作能力嗎？	3.15	.481

(承上表 4-1-4 照顧者之生活品質差異分析表)

心理範疇		2.46	.497
5	您享受生活嗎？	2.15	.820
6	您覺得自己的生命有意義嗎？	2.64	1.038
7	您集中精神的能力有多好？	2.68	.697
11	您能接受自己的外表嗎？	3.11	.503
19	您對自己滿意嗎？	3.16	.485
26	您常有負面的感受嗎？(如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)	2.96	.690
社會關係範疇		2.95	.613
20	您滿意自己的人際關係嗎？	3.08	.535
21	您滿意自己的性生活嗎？	2.97	.503
22	您滿意朋友給您的支持嗎？	3.06	.663
27	您覺得自己有面子或被尊重嗎？	2.71	.636
環境範疇		2.91	.522
8	在日常生活中，您感到安全嗎？	2.87	.664
9	您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)	2.74	.585
12	您有足夠的金錢應付所需嗎？	2.32	.671
13	您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？	2.87	.693
14	您有機會從事休閒活動嗎？	2.35	.984
23	您滿意自己住所的狀況嗎？	3.34	.489
24	您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？	3.19	.493
25	您滿意所使用的交通運輸方式嗎？	3.14	.509
28	您想吃的食物通常都能吃到嗎？	3.35	.581
整體評估		2.68	.667
1	整體來說，您如何評價您的生活品質？	2.74	.569
2	整體來說，您滿意自己的健康嗎？	2.63	.563
整體生活品質		2.67	.439

第二節、照顧者之照顧負荷分析

本節探討不同背景變項的照顧者，於照顧負荷上之差異分析，以獨立樣本t檢定、單因子變異數分析進行資料處理，當單因子變異數分析結果達顯著水準時，再以Scheffe檢定進行事後各組間距比較，以檢驗照顧者是否因不同背景變項而於照顧負荷上具有顯著差異。

一、性別與照顧負荷之差異分析

本研究假設1-1為「不同性別照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以獨立樣本t檢定分析結果如表4-2-1。研究結果顯示：不同性別照顧者照顧負荷在整體層面負荷上未有顯著差異， $df=158$ ， $t=-1.322$ ， $p=.587$ 。

而於照顧負荷的六個向度上，研究結果顯示在不同性別照顧者照顧負荷僅有身體負荷上有顯著差異， $df=158$ ， $t=-2.800$ ， $p=.006$ 。故本研究假設1-1獲得驗證。

表 4-2-1 照顧者性別之照顧負荷獨立樣本 t 檢定

	平均數 (標準差)		df	t值	p值
	男 (n=59)	女 (n=101)			
身體負荷	9.44 (3.89)	11.15 (3.62)	158	-2.800	.006
社會關係負荷	8.14 (3.70)	8.71 (3.52)	158	-.981	.328
情緒負荷	9.76 (5.04)	9.81 (5.44)	158	-.057	.955
時間負荷	13.46 (4.80)	14.62 (4.14)	158	-1.619	.108
人生發展負荷	10.90 (4.12)	12.00 (5.07)	142	-1.495	.137
照護成本負荷	10.34 (4.05)	10.22 (4.20)	158	.178	.859
照顧負荷整體層面	62.03 (20.68)	66.51 (20.68)	158	-1.322	.587

二、年齡階段與照顧負荷之差異分析

本研究的假設1-2為「不同年齡階段照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以單因子變異數分析 (ANOVA) 分析結果如表4-2-2。研究根據人類發展之分期成年早期20~39歲；中壯年期40~64歲；老年期65歲以上 (張媚, 2015)。研究結果顯示，不同年齡階段的照顧者，於照顧負荷各層面的感受上未顯著差異，故本研究假設1-2獲得驗證。

表 4-2-2 照顧者年齡階段之照顧負荷單因子變異數分析

年齡階段	平均數	標準差	F	Post-hoc
身體負荷				
成年早期 (N=27)	11.33	3.000	.921	n.s.
中壯年 (N=106)	10.25	3.889		
老年 (N=27)	10.74	4.156		
社會關係負荷				
成年早期 (N=27)	9.26	3.809	2.206	n.s.
中壯年 (N=106)	8.61	3.405		
老年 (N=27)	7.30	3.921		
情緒負荷				
成年早期 (N=27)	10.48	5.191	.366	n.s.
中壯年 (N=106)	9.75	5.307		
老年 (N=27)	9.26	5.439		
時間負荷				
成年早期 (N=27)	12.44	4.807	2.609	n.s.
中壯年 (N=106)	14.52	3.815		
老年 (N=27)	14.67	5.805		

(承上表4-2-2照顧者年齡階段之照顧負荷單因子變異數分析)

人生發展負荷				
成年早期 (N=27)	11.78	4.878		
中壯年 (N=106)	11.70	4.757	.253	n.s.
老年 (N=27)	11.00	4.820		
照護成本負荷				
成年早期 (N=27)	10.85	3.527		
中壯年 (N=106)	10.08	4.293	.396	n.s.
老年 (N=27)	10.41	4.153		
整體負荷				
成年早期 (N=27)	66.15	19.761		
中壯年 (N=106)	64.92	20.340	.121	n.s.
老年 (N=27)	63.37	23.752		

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

註：n.s.為無顯著差異。成年早期=1；中壯年=2；老年=3。

三、教育程度與照顧負荷之差異分析

本研究的假設1-3為「不同教育程度照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-2-3。本研究單項次數百分比未達5%以上會將其選項進行合併，以利後續統計分析之穩定性。研究結果顯示，不同教育程度的照顧者，於照顧負荷各層面的感受上未顯著差異，故本研究假設1-3未獲得驗證。

表 4-2-3 照顧者教育程度之照顧負荷單因子變異數分析

教育程度	平均數	標準差	F	Post-hoc
身體負荷				
國小以下 (N=31)	11.06	4.195		
國(初)中 (N=17)	8.88	3.903	.017	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	11.19	3.030		n.s.
大學以上 (N=33)	9.24	4.562		
社會關係負荷				
國小以下 (N=31)	8.77	3.862		
國(初)中 (N=17)	7.82	4.461	.768	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	8.66	3.174		n.s.
大學以上 (N=33)	8.21	3.887		
情緒負荷				
國小以下 (N=31)	10.67	3.215		
國(初)中 (N=17)	11.29	5.999	.071	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	10.35	6.244		n.s.
大學以上 (N=33)	10.32	4.930		

(承上表4-2-3照顧者教育程度之照顧負荷單因子變異數分析)

時間負荷				
國小以下 (N=31)	11.23	5.754		
國(初)中 (N=17)	10.35	6.244	.029	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	9.92	4.640		n.s.
大學以上 (N=33)	7.85	5.466		
人生發展負荷				
國小以下 (N=31)	15.23	4.924		
國(初)中 (N=17)	12.94	4.918	.020	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	14.75	4.011		n.s.
大學以上 (N=33)	12.55	4.191		
照護成本負荷				
國小以下 (N=31)	12.23	4.595		
國(初)中 (N=17)	9.82	4.915	.044	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	12.44	4.153		n.s.
大學以上 (N=33)	9.88	5.661		
整體負荷				
國小以下 (N=31)	69.52	22.417		
國(初)中 (N=17)	58.00	25.901	.021	Scheffe檢定
高中職/專科(N=79)	67.75	17.303		n.s.
大學以上 (N=33)	57.12	21.719		

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

註：n.s.為無顯著差異。國小以下=1；國(初)中=2；高中職/專科=3；大學以上=4。

四、工作與照顧負荷之差異分析

本研究的假設1-4為「不同工作狀態照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-2-4。研究結果顯示，不同工作狀態的照顧者，於照顧時間負荷層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=6.933$ ， $p=.001$ ；於照護成本負荷層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=7.001$ ， $p=.001$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現其全職的照顧者時間負荷、照護成本負荷小於兼職和無業的照顧者，故本研究假設1-4獲得驗證。

表 4-2-4 照顧者工作狀態之照顧負荷單因子變異數分析

工作狀態	平均數	標準差	F	Post-hoc
身體負荷				
全職 (N=67)	9.94	3.841		
兼職 (N=21)	11.00	4.062	1.344	Scheffe檢定
無業 (N=72)	10.92	3.668		n.s.

(承上表4-2-4照顧者工作狀態之照顧負荷單因子變異數分析)

社會關係負荷				
全職 (N=67)	8.03	3.384		
兼職 (N=21)	9.38	4.201	1.302	Scheffe檢定
無業 (N=72)	8.68	3.575		n.s.
情緒負荷				
全職 (N=67)	9.40	4.704		
兼職 (N=21)	10.10	6.115	.312	Scheffe檢定
無業 (N=72)	10.07	5.595		n.s.
時間負荷				
全職 (N=67)	12.75	4.290		Scheffe檢定
兼職 (N=21)	15.86	4.187	6.933**	2>1
無業 (N=72)	15.06	4.259		3>1
人生發展負荷				
全職 (N=67)	10.69	4.240		
兼職 (N=21)	12.81	6.055	2.315	Scheffe檢定
無業 (N=72)	12.08	4.729		n.s.
照護成本負荷				
全職 (N=67)	9.03	4.086		Scheffe檢定
兼職 (N=21)	12.48	4.082	7.001**	2>1
無業 (N=72)	10.76	3.869		3>1
整體負荷				
全職 (N=67)	59.84	19.209		
兼職 (N=21)	71.62	25.011	3.829*	Scheffe檢定
無業 (N=72)	67.57	19.972		n.s.

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

註：n.s.為無顯著差異。全職=1；兼職=2；無業=3。

五、親屬關係與照顧負荷之差異分析

本研究的假設1-5為「不同關係照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-2-5。本研究單項次數百分比未達5%以上會將其選項進行合併，以利後續統計分析之穩定性。研究結果顯示，不同關係的照顧者，於照顧負荷各層面的感受上未顯著差異，故本研究假設1-5未獲得驗證。

表 4-2-5 照顧者與被照顧者關係之照顧負荷單因子變異數分析

與被照顧者關係	平均數	標準差	F	Post-hoc
身體負荷				
配偶 (N=23)	11.22	3.424		
子女 (N=58)	10.09	4.109		
媳婦 (N=20)	11.25	2.291	.429	Scheffe檢定
父母 (N=36)	10.92	4.232		n.s.
其他 (N=28)	9.65	3.663		

(承上表4-2-5照顧者與被照顧者關係之照顧負荷單因子變異數分析)

社會關係負荷				
配偶 (N=23)	7.52	3.175		
子女 (N=58)	8.86	3.639		
媳婦 (N=20)	9.60	3.378	.276	Scheffe檢定
父母 (N=36)	8.39	3.744		n.s.
其他 (N=28)	7.78	3.692		
情緒負荷				
配偶 (N=23)	8.61	4.915		
子女 (N=58)	9.53	5.037		
媳婦 (N=20)	11.35	5.480	.449	Scheffe檢定
父母 (N=36)	10.42	5.304		n.s.
其他 (N=28)	9.30	6.071		
時間負荷				
配偶 (N=23)	16.04	3.796		
子女 (N=58)	13.41	4.280		
媳婦 (N=20)	14.55	4.419	.153	Scheffe檢定
父母 (N=36)	14.50	4.890		n.s.
其他 (N=28)	13.52	4.294		
人生發展負荷				
配偶 (N=23)	11.83	4.119		
子女 (N=58)	11.90	4.715		
媳婦 (N=20)	12.05	3.859	.600	Scheffe檢定
父母 (N=36)	11.67	5.110		n.s.
其他 (N=28)	10.09	5.680		
照護成本負荷				
配偶 (N=23)	11.48	3.462		
子女 (N=58)	10.12	4.288		
媳婦 (N=20)	10.90	4.179	.467	Scheffe檢定
父母 (N=36)	9.78	4.536		n.s.
其他 (N=28)	9.61	3.665		
整體負荷				
配偶 (N=23)	66.70	19.044		
子女 (N=58)	63.91	20.096		
媳婦 (N=20)	69.70	19.222	.609	Scheffe檢定
父母 (N=36)	65.67	22.751		n.s.
其他 (N=28)	59.96	22.418		

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

註：n.s.為無顯著差異。配偶=1；子女=2；媳婦=3；父母=4；其他=5。

六、照顧年數與照顧負荷之差異分析

本研究的假設1-6為「不同照顧年數照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以單因子變異數分析 (ANOVA) 分析結果如表4-2-6。本研究單項次數百分比未達5%以上會將其選項進行合併，以利後續統計分析之穩定性。研究結果顯示，不同照顧年數

的照顧者，於照顧情緒負荷層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=3.122$ ， $p=.028$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現其情緒負荷的事後多重比較照顧者照顧年數超過30年以上者情緒負荷是高於照顧年數未滿30年者，故本研究假設1-6獲得驗證。

表 4-2-6 照顧者照顧年數之照顧負荷單因子變異數分析

照顧年數	平均數	標準差	F	Post-hoc
身體負荷				
0~未滿10年 (n=87)	10.62	3.907	.663	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	10.08	3.430		
20~未滿30年(n=19)	10.16	4.488		
30年以上 (n=14)	11.64	3.225		
社會關係負荷				
0~未滿10年 (n=87)	8.57	3.881	.648	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	8.50	2.717		
20~未滿30年(n=19)	7.58	4.004		
30年以上 (n=14)	9.29	3.429		
情緒負荷				
0~未滿10年 (n=87)	9.32	5.729	3.122*	Scheffe檢定 4>3
10~未滿20年(n=40)	10.30	4.027		
20~未滿30年(n=19)	8.26	5.086		
30年以上 (n=14)	13.36	4.601		
時間負荷				
0~未滿10年 (n=87)	14.28	4.424	.562	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	13.88	3.804		
20~未滿30年(n=19)	13.58	5.157		
30年以上 (n=14)	15.43	5.155		
人生發展負荷				
0~未滿10年 (n=87)	11.70	4.806	1.165	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	11.00	4.267		
20~未滿30年(n=19)	10.89	5.259		
30年以上 (n=14)	13.57	5.095		
照護成本負荷				
0~未滿10年 (n=87)	10.38	4.024	.490	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	10.35	4.252		
20~未滿30年(n=19)	9.21	4.417		
30年以上 (n=14)	10.71	4.358		
整體負荷				
0~未滿10年 (n=87)	64.87	21.106	1.327	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	64.10	17.852		
20~未滿30年(n=19)	59.68	23.286		
30年以上 (n=14)	74.00	21.775		

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

註：n.s.為無顯著差異。0~未滿10年=1；10~未滿20年=2；20~未滿30年=3；30年以上=4。

七、每日照顧時數與照顧負荷之差異分析

本研究的假設1-7為「不同照顧時間照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-2-7。研究結果顯示，不同照顧時間的照顧者，於照顧時間負荷層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=5.961$ ， $p=.001$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現其照顧時數為全天的照顧者時間負荷大於照顧時間在4小時以內的照顧者，故本研究假設1-7獲得驗證。

表 4-2-7 照顧者照顧時間之照顧負荷單因子變異數分析

照顧時間	平均數	標準差	F	Post-hoc
身體負荷				
4小時以內 (N=25)	10.00	3.708	.225	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	10.57	3.976		
8~12小時 (N=30)	10.43	4.108		
全天 (N=63)	10.73	3.638		
社會關係負荷				
4小時以內 (N=25)	8.00	3.536	.400	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	8.76	3.304		
8~12小時 (N=30)	8.13	4.150		
全天 (N=63)	8.70	3.563		
情緒負荷				
4小時以內 (N=25)	8.92	5.507	1.444	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	10.36	5.193		
8~12小時 (N=30)	8.37	5.021		
全天 (N=63)	10.44	5.333		
時間負荷				
4小時以內 (N=25)	11.56	3.820	5.961**	Scheffe檢定 4>1
4~8小時 (N=42)	13.60	3.982		
8~12小時 (N=30)	14.20	4.874		
全天 (N=63)	15.63	4.206		
人生發展負荷				
4小時以內 (N=25)	10.48	5.269	1.503	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	11.00	4.998		
8~12小時 (N=30)	11.40	5.210		
全天 (N=63)	12.52	4.079		
照護成本負荷				
4小時以內 (N=25)	9.92	4.434	2.190	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	9.88	4.215		
8~12小時 (N=30)	9.07	4.948		
全天 (N=63)	11.22	3.362		

(承上表4-2-7照顧者照顧時間之照顧負荷單因子變異數分析)

整體負荷					
4小時以內 (N=25)	58.88	20.869			
4~8小時 (N=42)	64.17	20.506			
8~12小時 (N=30)	61.60	24.252	1.932		Scheffe檢定
全天 (N=63)	69.25	18.477			n.s.

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

註：n.s.為無顯著差異。4小時以內=1；4~8小時=2；8~12小時=3；全天=4。

第三節、照顧者之生活品質分析

本節探討不同背景變項的照顧者，於生活品質上之差異分析，以獨立樣本t檢定、單因子變異數分析進行資料處理，當單因子變異數分析結果達顯著水準時，再以Scheffe檢定進行事後各組間距比較，以檢驗照顧者是否因不同背景變項而於生活品質上具有顯著差異。

一、性別與生活品質之差異分析

本研究假設2-1為「不同性別照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」以獨立樣本t檢定分析結果如表4-3-1。研究結果顯示：不同性別照顧者照顧負荷在整體層面負荷上未有顯著差異， $df=154$ ， $t=1.028=.306$ 研究假設1-1未獲得驗證。

表 4-3-1 照顧者性別之生活品質獨立樣本 t 檢定

	平均數 (標準差)		df	t值	p值
	男	女			
生理健康範疇					
男 (n=59) 女 (n=101)	22.24 (4.04)	21.57 (3.82)	158	1.036	.320
心理範疇					
男 (n=59) 女 (n=101)	14.92 (2.62)	14.71 (3.17)	158	.413	.680
社會關係範疇					
男 (n=59) 女 (n=97)	12.08 (2.04)	11.63 (2.66)	154	1.201	.232
環境範疇					
男 (n=59) 女 (n=101)	26.39 (4.67)	26.03 (4.72)	158	.467	.641
整體評估					
男 (n=59) 女 (n=101)	5.54 (1.23)	5.27 (1.38)	158	1.260	.210
整體生活品質層面					
男 (n=59) 女 (n=97)	83.17 (12.97)	80.84 (14.21)	154	1.028	.306

註：社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

二、年齡階段與生活品質之差異分析

本研究的假設2-2為「不同年齡階段照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」

以單因子變異數分析 (ANOVA) 分析結果如表4-3-2。研究根據人類發展之分期成年早期20~39歲；中壯年期40~64歲；老年期65歲以上 (張媚, 2015)。研究結果顯示, 不同年齡階段的照顧者, 於生理健康範疇層面的感受上有顯著差異, $df=159$, $F=6.550$, $p=.002$; ; 於心理範疇層面的感受上有顯著差異, $df=159$, $F=3.117$, $p=.047$; 於環境範疇層面的感受上有顯著差異, $df=159$, $F=3.689$, $p=.027$; 於整體生活品質層面的感受上有顯著差異, $df=155$, $F=5.056$, $p=.007$, , 而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析, 可發現生理健康範疇、心理範疇、環境範疇層面有顯著差異, 可發現其年齡階段在於中壯年的照顧者生理健康範疇、心理範疇、環境範疇高於老年期的照顧者, 故本研究假設2-2獲得驗證。

表 4-3-2 照顧者年齡階段之生活品質單因子變異數分析

年齡階段	平均數	標準差	F	Post-hoc
生理健康範疇				
成年早期 (N=27)	21.96	4.201	6.550**	Scheffe檢定 2>1>3
中壯年 (N=106)	22.39	3.561		
老年 (N=27)	19.44	4.163		
心理範疇				
成年早期 (N=27)	14.67	2.882	3.117*	Scheffe檢定 2>3
中壯年 (N=106)	15.13	2.995		
老年 (N=27)	13.56	2.778		
社會關係範疇				
成年早期 (N=27)	12.07	2.881	2.711	Scheffe檢定 n.s.
中壯年 (N=106)	11.99	2.104		
老年 (N=27)	10.81	3.026		
環境範疇				
成年早期 (N=27)	26.04	4.887	3.689*	Scheffe檢定 2>3.
中壯年 (N=106)	26.74	4.434		
老年 (N=27)	24.04	5.042		
整體評估				
成年早期 (N=27)	5.22	1.502	2.723	Scheffe檢定 n.s.
中壯年 (N=106)	5.53	1.289		
老年 (N=27)	4.89	1.251		
整體生活品質層面				
成年早期 (N=27)	81.59	14.669	5.056*	Scheffe檢定 n.s.
中壯年 (N=106)	83.68	12.663		
老年 (N=27)	74.44	14.870		

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

註：n.s.為無顯著差異。成年早期=1；中壯年=2；老年=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

三、教育程度與生活品質之差異分析

本研究的假設2-3為「不同教育程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-3-3。本研究單項次數百分比未達5%以上會將其選項進行合併，以利後續統計分析之穩定性。研究結果顯示，不同教育程度的照顧者，於生理健康範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=5.113$ ， $p=.002$ ；於心理範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=6.321$ ， $p=.000$ ；於環境範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=10.432$ ， $p=.000$ ；於整體評估的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=2.119$ ， $p=.100$ ；於整體生活品質層面的感受上有顯著差異， $df=155$ ， $F=7.332$ ， $p=.000$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質層面有顯著差異，教育程度國小以下學歷之照顧者在生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質層面低於大學以上學歷之照顧者，故本研究假設2-3獲得驗證。

表 4-3-3 照顧者教育程度之生活品質單因子變異數分析

教育程度	平均數	標準差	F	Post-hoc
生理健康範疇				
國小以下 (N=31)	19.68	3.816	5.113*	Scheffe檢定 3>1 4>1
國(初)中 (N=17)	22.71	4.135		
高中職/專科(N=79)	21.90	3.842		
大學以上 (N=33)	23.18	3.302		
心理範疇				
國小以下 (N=31)	13.06	2.632	6.321***	Scheffe檢定 2>1 3>1 4>1
國(初)中 (N=17)	15.65	1.935		
高中職/專科(N=79)	14.77	2.873		
大學以上 (N=33)	16.00	3.298		
社會關係範疇				
國小以下 (N=31)	10.77	2.729	2.473	Scheffe檢定 n.s.
國(初)中 (N=16)	12.13	1.821		
高中職/專科(N=77)	11.95	2.206		
大學以上 (N=32)	12.28	2.820		
環境範疇				
國小以下 (N=31)	22.84	3.625	10.432***	Scheffe檢定 2>1 3>1 4>1
國(初)中 (N=17)	27.12	3.951		
高中職/專科(N=79)	26.16	4.165		
大學以上 (N=33)	28.79	5.366		

(承上表4-3-3照顧者教育程度之生活品質單因子變異數分析)

整體評估				
國小以下 (N=31)	4.90	1.513		
國(初)中 (N=17)	5.59	.870	2.119*	Scheffe檢定 n.s.
高中職/專科(N=79)	5.37	1.283		
大學以上 (N=33)	5.70	1.403		
整體生活品質層面				
國小以下 (N=31)	72.84	12.874		Scheffe檢定
國(初)中 (N=16)	84.56	10.783	7.332****	
高中職/專科(N=77)	82.25	12.839		
大學以上 (N=32)	87.63	14.372		
				2>1 3>1 4>1

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

註：n.s.為無顯著差異。國小以下=1；國(初)中=2；高中職/專科=3；大學以上=4。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

四、工作與生活品質之差異分析

本研究的假設2-4為「不同工作狀態照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-3-4。研究結果顯示，不同工作型態的照顧者，於生理健康範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=6.834$ ， $p=.001$ ；於心理範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=5.517$ ， $p=.005$ ；於社會關係範疇層面的感受上有顯著差異， $df=155$ ， $F=3.465$ ， $p=.034$ ；於環境範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=3.614$ ， $p=.029$ ；於整體評估的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=3.131$ ， $p=0.46$ ；於整體生活品質層面的感受上有顯著差異， $df=155$ ， $F=5.258$ ， $p=.006$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定，分析結果可發現生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質層面有顯著差異，全職工作之照顧者在生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質層面高於無業之照顧者，表示全職工作者生活品質較優於無業者，故本研究假設2-4獲得驗證。

表 4-3-4 照顧者工作狀態之生活品質單因子變異數分析

工作狀態	平均數	標準差	F	Post-hoc
生理健康範疇				
全職 (N=67)	23.06	3.420	6.834**	Scheffe檢定 1>3
兼職 (N=21)	21.71	4.828		
無業 (N=72)	20.69	3.744		

(承上表4-3-4照顧者工作狀態之生活品質單因子變異數分析)

心理範疇				
全職 (N=67)	15.66	2.643		
兼職 (N=21)	14.62	3.866	5.517*	Scheffe檢定 1>3
無業 (N=72)	14.03	2.808		
社會關係範疇				
全職 (N=65)	12.20	2.137		
兼職 (N=21)	12.43	2.959	3.465*	Scheffe檢定 n.s.
無業 (N=70)	11.24	2.481		
環境範疇				
全職 (N=67)	27.31	3.858		
兼職 (N=21)	25.57	5.776	3.614*	Scheffe檢定 1>3
無業 (N=72)	25.26	4.893		
整體評估				
全職 (N=67)	5.67	1.284		
兼職 (N=21)	5.05	1.499	3.131*	Scheffe檢定 n.s.
無業 (N=72)	5.18	1.293		
整體生活品質層面				
全職 (N=65)	85.66	11.704		
兼職 (N=21)	81.29	17.150	5.258*	Scheffe檢定 1>3
無業 (N=70)	78.19	13.632		

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

註：n.s.為無顯著差異。全職=1；兼職=2；無業=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

五、親屬關係與生活品質之差異分析

本研究的假設2-5為「不同關係照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-3-5。本研究單項次數百分比未達5%以上會將其選項進行合併，以利後續統計分析之穩定性。研究結果顯示，不同關係的照顧者，於心理範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=2.331$ ， $p=.058$ ；於環境範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=2.351$ ， $p=.057$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現其心理範疇、環境範疇的事後多重比較未顯著差異，故本研究假設2-5未獲得驗證。

表 4-3-5 照顧者與被照顧者關係之生活品質單因子變異數分析

與被照顧者關係	平均數	標準差	F	Post-hoc
生理健康範疇				
配偶 (N=23)	19.96	3.624		
子女 (N=58)	22.21	3.712		
媳婦 (N=20)	21.20	3.533	2.078	Scheffe檢定 n.s.
父母 (N=36)	22.06	4.147		
其他 (N=23)	22.87	4.214		

(承上表4-3-5照顧者與被照顧者關係之生活品質單因子變異數分析)					
心理範疇					
配偶 (N=23)	13.39	1.828			
子女 (N=58)	14.91	3.045			
媳婦 (N=20)	14.85	2.815	2.331*		Scheffe檢定
父母 (N=36)	14.67	3.126			n.s.
其他 (N=23)	16.00	3.289			
社會關係範疇					
配偶 (N=23)	11.26	2.700			
子女 (N=56)	11.79	2.189			
媳婦 (N=20)	12.20	2.118	.639		Scheffe檢定
父母 (N=35)	11.66	2.313			n.s.
其他 (N=22)	12.27	3.283			
環境範疇					
配偶 (N=23)	23.96	3.226			
子女 (N=58)	27.19	5.246			
媳婦 (N=20)	26.20	3.708	2.351*		Scheffe檢定
父母 (N=36)	25.47	4.123			n.s.
其他 (N=23)	26.83	5.433			
整體評估					
配偶 (N=23)	5.04	1.261			
子女 (N=58)	5.36	1.435			
媳婦 (N=20)	5.15	1.268	.845		Scheffe檢定
父母 (N=36)	5.61	1.400			n.s.
其他 (N=23)	5.52	1.082			
整體生活品質層面					
配偶 (N=23)	75.43	11.626			
子女 (N=56)	83.13	13.992			
媳婦 (N=20)	81.60	11.569	1.688		Scheffe檢定
父母 (N=35)	81.60	13.787			n.s.
其他 (N=22)	85.00	15.970			

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

註：n.s.為無顯著差異。配偶=1；子女=2；媳婦=3；父母=4；其他=5。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

六、照顧年數與生活品質之差異分析

本研究的假設2-6為「不同照顧年數照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」以單因子變異數分析 (ANOVA) 分析結果如表4-3-6。本研究單項次數百分比未達5%以上會將其選項進行合併，以利後續統計分析之穩定性。研究結果顯示，不同照顧年數的照顧者，於生理健康範疇上有顯著差異， $df=159$ ， $F=2.816$ ， $p=.041$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現其生理健康範疇的事後多重比較均未顯著差異，故本研究假設2-6未獲得驗證。

表 4-3-6 照顧者照顧年數之生活品質單因子變異數分析

照顧年數	平均數	標準差	F	Post-hoc
生理健康範疇				
0~未滿10年 (n=87)	21.43	4.045	2.816*	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	23.15	3.461		
20~未滿30年(n=19)	22.05	3.628		
30年以上 (n=14)	20.14	3.840		
心理範疇				
0~未滿10年 (n=87)	14.66	3.065	1.801	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	15.28	2.873		
20~未滿30年(n=19)	15.42	2.589		
30年以上 (n=14)	13.36	2.977		
社會關係範疇				
0~未滿10年 (n=86)	11.83	2.563	.698	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=39)	12.13	2.191		
20~未滿30年(n=18)	11.50	2.007		
30年以上 (n=13)	11.08	3.040		
環境範疇				
0~未滿10年 (n=87)	26.24	4.839	.620	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	26.70	4.778		
20~未滿30年(n=19)	25.63	4.126		
30年以上 (n=14)	24.86	4.400		
整體評估				
0~未滿10年 (n=87)	5.23	1.344	1.335	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=40)	5.73	1.414		
20~未滿30年(n=19)	5.37	1.165		
30年以上 (n=14)	5.21	1.188		
整體生活品質層面				
0~未滿10年 (n=86)	81.27	14.392	1.055	Scheffe檢定 n.s.
10~未滿20年(n=39)	84.59	12.845		
20~未滿30年(n=18)	80.78	11.885		
30年以上 (n=13)	77.38	14.385		

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

註：n.s.為無顯著差異。0~未滿10年=1；10~未滿20年=2；20~未滿30年=3；30年以上=4。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

七、每日照顧時數與生活品質之差異分析

本研究的假設2-7為「不同照顧時間照顧者在整體生活品質和各層面範疇之差異」以單因子變異數分析(ANOVA)分析結果如表4-3-7。研究結果顯示，不同照顧時間的照顧者，於心理範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=3.454$ ， $p=.018$ ；於環境範疇層面的感受上有顯著差異， $df=159$ ， $F=4.934$ ， $p=.003$ ；於整體生活品質層面的感受

上有顯著差異， $df=155$ ， $F=2.536$ ， $p=.059$ ，而將其作事後多重比較Scheffe檢定分析，可發現環境範疇有顯著差異，照顧時間全天之照顧者環境範疇分數低於照顧4小時以內之照顧者，表示全天之照顧者環境範疇層面較不佳，故本研究假設2-7獲得驗證。

表 4-3-7 照顧者照顧時間之生活品質單因子變異數分析

照顧時間	平均數	標準差	F	Post-hoc
生理健康範疇				
4小時以內 (N=25)	23.64	3.147	2.345	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	21.62	4.417		
8~12小時 (N=30)	21.77	4.032		
全天 (N=63)	21.25	3.623		
心理範疇				
4小時以內 (N=25)	15.80	2.872	3.454*	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	14.74	3.224		
8~12小時 (N=30)	15.67	2.987		
全天 (N=63)	14.00	2.670		
社會關係範疇				
4小時以內 (N=23)	12.26	2.783	.615	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	11.98	2.214		
8~12小時 (N=29)	11.79	2.541		
全天 (N=62)	11.52	2.461		
環境範疇				
4小時以內 (N=25)	29.08	5.082	4.934*	Scheffe檢定 1>2 1>4
4~8小時 (N=42)	25.93	4.140		
8~12小時 (N=30)	26.50	5.231		
全天 (N=63)	25.00	4.181		
整體評估				
4小時以內 (N=25)	5.64	1.578	1.129	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	5.21	1.371		
8~12小時 (N=30)	5.63	1.066		
全天 (N=63)	5.24	1.316		
整體生活品質層面				
4小時以內 (N=23)	88.13	13.254	2.536*	Scheffe檢定 n.s.
4~8小時 (N=42)	81.31	14.253		
8~12小時 (N=29)	82.76	15.054		
全天 (N=62)	79.13	12.427		

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

註：n.s.為無顯著差異。4小時以內=1；4~8小時=2；8~12小時=3；全天=4。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

第四節、不同照顧負荷程度的照顧者其生活品質之差異分析

本研究假設三為：「不同層面負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有所差異。」研究者將照顧負荷分數與生活品質分數以統計學上的客觀標準四分位數分配其分數落點，分為低等、中等、高等三組，如圖4-4-1，以下根據照顧負荷程度的不同，將研究結果分述如下：

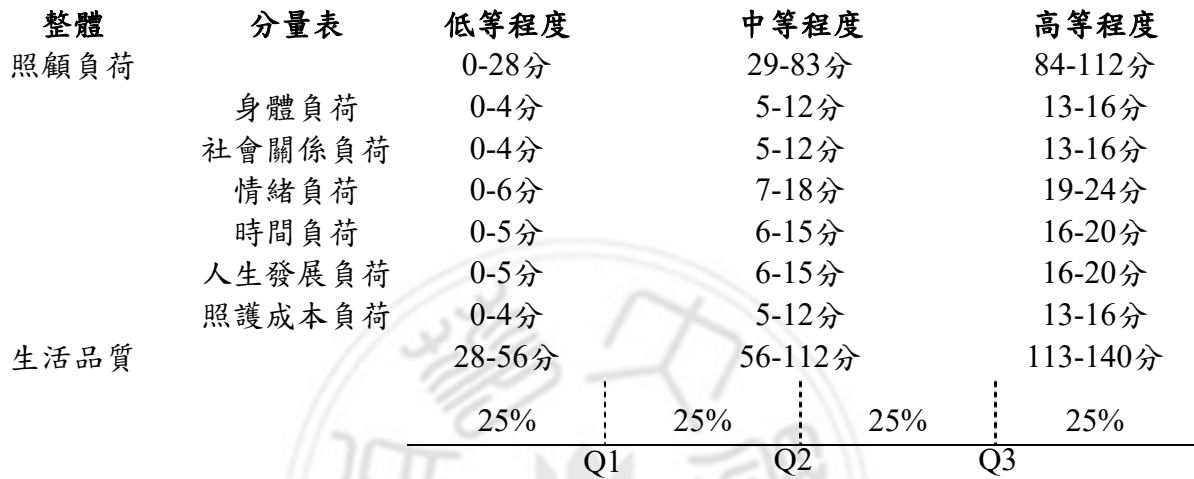


圖 4-4-1 照顧者之照顧負荷與生活品質程度低中等分組圖

本研究假設三為：「不同層面負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有所差異。」以單因子變異數分析（ANOVA）分析結果如表4-4-1~6。研究結果顯示，感受不同層面照顧負荷程度的照顧者，於整體生活品質層面上有顯著差異存在，身體負荷（ $F=31.570, p<.001$ ）、社會關係負荷（ $F=12.034, p<.001$ ）、情緒負荷（ $F=14.225, p<.001$ ）、時間負荷（ $F=7.269, p<.001$ ）、人生發展負荷（ $F=30.108, p<.001$ ）、照護成本負荷（ $F=13.573, p<.001$ ）。亦即，照顧者的生活品質會因其感受到的面向負荷程度不同而有所差異。進一步用Scheffe進行事後考驗發現，屬於高等程度負荷的照顧者，其整體生活品質層面顯著低於低等程度負荷的照顧者。

於生活品質的四個範疇層面與整體評估上：感受不同面向負荷程度的照顧者，於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」及「環境範疇」的面向上有顯著差異存在（皆為 $p<.001$ ），顯示負荷程度多寡，對照顧者之「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」及「環境範疇」有影響力存在。進一步以Scheffe進行事後考驗，

結果發現屬於高等程度負荷的照顧者，其生活品質面向顯著低於低等程度負荷的照顧者。

綜合言之，如同周桂如（1998）研究指出照顧者的面向負荷，對照顧者的負荷有直接的影響，在本研究分析結果是有顯著的差異性，表示在不同面相負荷上與生活品質四個範疇有著直接影響，隨著照顧參與的增加，照顧者的休息時間較短，可能導致身體健康不佳，社會活動的機會減少，外部工作的時間減少導致被壓倒性的心理負荷難以調適，間接地影響其生活品質。亦即，高等程度負荷的照顧者，其生活品質面向顯著低於中等及低等程度負荷的照顧者。此研究結果顯示照顧者感受不同面向負荷程度的多寡，和其生活品質有差異存在，在四個範疇「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」與整體評估皆有顯著差異，因此驗證本研究假設三。

表 4-4-1 不同身體負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析

生活品質層面	照顧負荷- 身體負荷	平均數	標準差	F	p	Post-hoc
生理健康範疇	低等程度 (N=13)	26.38	2.468	29.644	.000	Scheffe
	中等程度 (N=105)	22.42	3.483			檢定
	高等程度 (N=42)	18.90	3.230			1>2>3
心理範疇	低等程度 (N=13)	18.23	2.421	24.605	.000	Scheffe
	中等程度 (N=105)	15.16	2.635			檢定
	高等程度 (N=42)	12.79	2.628			1>2>3
社會關係範疇	低等程度 (N=12)	13.92	1.929	9.590	.000	Scheffe
	中等程度 (N=103)	11.98	2.330			檢定
	高等程度 (N=41)	10.73	2.419			1>2>3
環境範疇	低等程度 (N=13)	31.54	4.521	24.503	.000	Scheffe
	中等程度 (N=105)	26.76	4.001			檢定
	高等程度 (N=42)	23.00	4.305			1>2>3
整體評估	低等程度 (N=13)	6.46	1.050	29.257	.000	Scheffe
	中等程度 (N=105)	5.68	1.122			檢定
	高等程度 (N=42)	4.26	1.231			1>2>3
整體生活品質	低等程度 (N=12)	98.83	10.268	31.570	.000	Scheffe
	中等程度 (N=103)	83.92	11.808			檢定
	高等程度 (N=41)	71.17	11.621			1>2>3

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

註：n.s.為無顯著差異。低等程度=1；中等程度=2；高等程度=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

表 4-4-2 不同社會關係負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析

生活品質層面	照顧負荷- 社會關係負荷	平均數	標準差	F	p	Post-hoc
生理健康範疇	低等程度 (N=21)	24.48	3.803	11.039	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=120)	21.80	3.594			
	高等程度 (N=19)	19.00	4.096			
心理範疇	低等程度 (N=21)	17.10	3.315	11.550	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=120)	14.68	2.741			
	高等程度 (N=19)	12.89	2.558			
社會關係範疇	低等程度 (N=19)	13.37	2.985	6.107	.003	Scheffe 檢定 1>2; 1>3
	中等程度 (N=118)	11.72	2.275			
	高等程度 (N=19)	10.74	2.330			
環境範疇	低等程度 (N=21)	29.62	6.029	9.615	.000	Scheffe 檢定 1>2; 1>3
	中等程度 (N=120)	25.97	4.225			
	高等程度 (N=19)	23.58	3.878			
整體評估	低等程度 (N=21)	6.05	.921	7.587	.001	Scheffe 檢定 1>3; 2>3
	中等程度 (N=120)	5.39	1.324			
	高等程度 (N=19)	4.47	1.349			
整體生活品質	低等程度 (N=19)	92.37	16.042	12.034	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=118)	81.58	12.348			
	高等程度 (N=19)	71.89	12.688			

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

註：n.s.為無顯著差異。低等程度=1；中等程度=2；高等程度=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

表 4-4-3 不同情緒負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析

生活品質層面	照顧負荷- 情緒負荷	平均數	標準差	F	p	Post-hoc
生理健康範疇	低等程度 (N=44)	23.84	3.368	8.963	.000	Scheffe 檢定 1>2
	中等程度 (N=111)	21.04	3.887			
	高等程度 (N=5)	21.40	2.702			
心理範疇	低等程度 (N=44)	16.73	2.798	15.311	.000	Scheffe 檢定 1>2; 1>3
	中等程度 (N=111)	14.08	2.737			
	高等程度 (N=5)	13.40	2.302			
社會關係範疇	低等程度 (N=42)	13.26	2.379	11.579	.000	Scheffe 檢定 1>2
	中等程度 (N=109)	11.27	2.296			
	高等程度 (N=5)	11.20	1.483			
環境範疇	低等程度 (N=44)	29.00	4.695	12.723	.000	Scheffe 檢定 1>2
	中等程度 (N=111)	25.09	4.310			
	高等程度 (N=5)	25.00	2.449			
整體評估	低等程度 (N=44)	5.95	1.200	6.338	.002	Scheffe 檢定 1>2
	中等程度 (N=111)	5.14	1.338			
	高等程度 (N=5)	5.40	.894			
整體生活品質	低等程度 (N=42)	90.67	12.487	14.225	.000	Scheffe 檢定 1>2
	中等程度 (N=109)	78.44	12.931			
	高等程度 (N=5)	78.00	8.718			

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

註：n.s.為無顯著差異。低等程度=1；中等程度=2；高等程度=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

表 4-4-4 不同時間負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析

生活品質層面	照顧負荷- 時間負荷	平均數	標準差	F	P	Post-hoc
生理健康範疇	低等程度 (N=5)	24.40	3.507	4.868	.009	Scheffe 檢定 2>3
	中等程度 (N=87)	21.38	3.318			
	高等程度 (N=68)	20.79	3.780			
心理範疇	低等程度 (N=5)	15.20	4.025	9.659	.082	Scheffe 檢定 2>3
	中等程度 (N=87)	15.00	2.457			
	高等程度 (N=68)	13.65	2.692			
社會關係範疇	低等程度 (N=5)	12.80	2.168	2.547	.001	Scheffe 檢定 n.s.
	中等程度 (N=84)	11.51	2.261			
	高等程度 (N=67)	11.31	2.343			
環境範疇	低等程度 (N=5)	28.20	3.114	7.418	.001	Scheffe 檢定 2>3
	中等程度 (N=87)	25.97	3.893			
	高等程度 (N=68)	24.57	4.166			
整體評估	低等程度 (N=5)	5.60	2.302	5.571	.005	Scheffe 檢定 2>3
	中等程度 (N=87)	5.34	1.371			
	高等程度 (N=68)	4.97	1.133			
整體生活品質	低等程度 (N=5)	88.20	13.700	7.269	.001	Scheffe 檢定 2>3
	中等程度 (N=84)	81.12	11.811			
	高等程度 (N=67)	77.10	12.313			

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

註：n.s.為無顯著差異。低等程度=1；中等程度=2；高等程度=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

表 4-4-5 不同人生發展負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析

生活品質層面	照顧負荷- 人生發展負荷	平均數	標準差	F	p	Post-hoc
生理健康範疇	低等程度 (N=19)	25.32	3.198	22.542	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=102)	22.22	3.486			
	高等程度 (N=39)	19.08	3.535			
心理範疇	低等程度 (N=19)	18.00	2.809	31.039	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=102)	15.05	2.495			
	高等程度 (N=39)	12.54	2.522			
社會關係範疇	低等程度 (N=17)	13.94	2.657	11.906	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=101)	11.86	2.163			
	高等程度 (N=38)	10.68	2.473			
環境範疇	低等程度 (N=19)	31.21	4.529	24.820	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=102)	26.37	4.010			
	高等程度 (N=39)	23.15	4.196			
整體評估	低等程度 (N=19)	6.53	1.073	21.739	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=102)	5.51	1.241			
	高等程度 (N=39)	4.44	1.095			
整體生活品質	低等程度 (N=17)	97.06	12.457	30.108	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=101)	83.05	11.630			
	高等程度 (N=38)	71.32	11.692			

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

註：n.s.為無顯著差異。低等程度=1；中等程度=2；高等程度=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

表 4-4-6 不同照護成本負荷程度的照顧者於生活品質單因子變異數分析

生活品質層面	照顧負荷- 照護成本負荷	平均數	標準差	F	p	Post-hoc
生理健康範疇	低等程度 (N=18)	24.94	3.226	12.829	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=104)	22.03	3.592			
	高等程度 (N=38)	19.76	3.962			
心理範疇	低等程度 (N=18)	17.06	3.190	13.938	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=104)	15.03	2.638			
	高等程度 (N=38)	13.05	2.894			
社會關係範疇	低等程度 (N=15)	13.40	2.293	4.237	.016	Scheffe 檢定 1>2; 1>3
	中等程度 (N=104)	11.76	2.321			
	高等程度 (N=37)	11.27	2.663			
環境範疇	低等程度 (N=18)	30.17	3.746	14.759	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=104)	26.42	4.214			
	高等程度 (N=38)	23.55	4.881			
整體評估	低等程度 (N=18)	6.11	1.530	7.517	.001	Scheffe 檢定 1>3; 2>3
	中等程度 (N=104)	5.46	1.148			
	高等程度 (N=38)	4.76	1.497			
整體生活品質	低等程度 (N=15)	93.73	13.499	13.573	.000	Scheffe 檢定 1>2>3
	中等程度 (N=104)	82.70	12.212			
	高等程度 (N=37)	74.08	13.967			

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

註：n.s.為無顯著差異。低等程度=1；中等程度=2；高等程度=3。社會關係範疇與整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

第五節、照顧者之照顧負荷與生活品質關聯性

本研究的假設四為：「照顧者之照顧負荷與生活品質有顯著相關性。」，以Pearson積差相關來考驗照顧負荷與生活品質間之關係。相關程度以相關係數絕對值之高低為判別，當兩個變項之相關程度越高，其相關係數越高；當相關係數為0 ($r=0$)，則表示變項與變項間無相關。判別程度共分為五種，「極低度相關」相關係數絕對值為.10以下；「低度相關」相關係數絕對值為.10~.39；「中度相關」相關係數絕對值為.40~.69；「高度相關」相關係數絕對值為.70~.99；「完全相關」相關係數絕對值為1（李城忠，2011）。以身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本負荷、整體照顧負荷、生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體評估、整體生活品質層面為變項進行相關程度分析，分析結果如表4-5-1所示，說明分述如下：

一、身體負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「身體負荷」層面與「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會

關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」呈現中度負相關，相關係數分別為 $-.580^{**}$ 、 $-.581^{**}$ 、 $-.436^{**}$ 、 $-.584^{**}$ 、 $-.549^{**}$ 、 $-.637^{**}$ 。顯示，照顧者感受到的「身體負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

二、社會關係負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「社會關係負荷」層面與「生理健康範疇」、「心理範疇」、「環境範疇」、「整體生活品質層面」呈現中度負相關，相關係數分別為 $-.436^{**}$ 、 $-.449^{**}$ 、 $-.445^{**}$ 、 $-.481^{**}$ 。與「社會關係範疇」、「整體評估」呈現低度負相關，相關係數分別為 $-.356^{**}$ 、 $-.390^{**}$ 。顯示，照顧者感受到的「社會關係負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

三、情緒負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「情緒負荷」層面與「心理範疇」、「環境範疇」、「整體生活品質層面」呈現中度負相關，相關係數分別為 $-.446^{**}$ 、 $-.444^{**}$ 、 $-.444^{**}$ 。與「生理健康範疇」、「社會關係範疇」、「整體評估」呈現低度負相關，相關係數分別為 $-.386^{**}$ 、 $-.349^{**}$ 、 $-.256^{**}$ 。顯示，照顧者感受到的「情緒負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

四、時間負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「時間負荷」層面與「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」呈現低度負相關，相關係數分別為 $-.379^{**}$ 、 $-.368^{**}$ 、 $-.253^{**}$ 、 $-.397^{**}$ 、 $-.354^{**}$ ；而「整體生活品質層面」呈現中度負相關 $-.402^{**}$ 。顯示，照顧者感受到的「時間負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層

面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

五、人生發展負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「人生發展負荷」層面與「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」呈現中度負相關，相關係數分別為-.521**、-.565**、-.411**、-.570**、-.517**、-.600**。顯示，照顧者感受到的「人生發展負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

六、照護成本負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「照護成本負荷」層面與「心理範疇」、「環境範疇」、「整體生活品質層面」呈現中度負相關，相關係數分別為-.416**、-.436**、-.428**。與「生理健康範疇」、「社會關係範疇」、「整體評估」呈現低度負相關，相關係數分別為-.394**、-.249**、-.327**。顯示，照顧者感受到的「照護成本負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

七、整體照顧負荷越高生活品質越低

照顧負荷各層面之「整體照顧負荷」層面與「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」呈現中度負相關，相關係數分別為-.556**、-.586**、-.443**、-.593**、-.495**、-.627**。顯示，照顧者感受到的「整體照顧負荷」越高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等在生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降，可說明彼此的負向關聯。

表 4-5-1 照顧者照顧負荷與生活品質相關分析

	身體負荷	社會關係 負荷	情緒負荷	時間負荷	人生發展 負荷	照護成本 負荷	整體照顧 負荷層面
生理健康	-.580**	-.436**	-.386**	-.379**	-.521**	-.394**	-.559**
心理	-.581**	-.449**	-.446**	-.368**	-.565**	-.416**	-.589**
社會關係	-.436**	-.356**	-.349**	-.253**	-.411**	-.249**	-.434**
環境	-.584**	-.445**	-.444**	-.397**	-.570**	-.436**	-.600**
整體評估	-.549**	-.390**	-.256**	-.354**	-.517**	-.327**	-.493**
整體生活 品質層面	-.637**	-.481**	-.444**	-.402**	-.600**	-.428**	-.630**

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

綜合以上所述，整體而言，照顧者的照顧負荷與生活品質之間有關連性存在，且呈中度負向相關。亦即，不論是整體照顧負荷或是各層面負荷感受較高，其於「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」、「環境範疇」、「整體評估」、「整體生活品質層面」等均呈現顯著負相關，表示其生活品質層面均受於影響，進而使其生活品質下降。此研究結果驗證了本研究假設四，照顧者之照顧負荷與生活品質有相關聯存在。

第六節、照顧者之照顧負荷與生活品質迴歸分析

本研究假設 5-1 為：「照顧者照顧負荷與教育程度對生活品質具有預測力。」採用迴歸分析方法進行說明，預測變項包含整體照顧負荷層面與教育程度，效標變項（依變項）為整體生活品質層面進行迴歸分析。

一、照顧者照顧負荷與教育程度對整體生活品質之影響

以多元逐步迴歸分析檢驗照顧者照顧負荷與教育程度對生活品質之關係，迴歸分析先依順向進入法，逐步納入最具預測效力的預測變項，即保留達顯著水準之預測變項，結果如表 4-6-1。

(一)迴歸模型一

逐步分析的係數估計發現，照顧負荷首先被納入模型一，該變項可以獨立預測依變

項，顯示 39.3%的解釋力， $F(1,154)=101.240$ ， $p < .001$ ，顯示該解釋力具有統計的意義。係數估計的結果指出，照顧負荷程度能夠有效預測生活品質水準，Beta 係數達-.630 ($t=-10.062$ ， $p < .001$)，表示照顧負荷分數愈高，生活品質愈差。

(二)迴歸模型二

以照顧負荷與教育程度預測生活品質水準，顯示 44.9%的解釋力， $F(1,153)=16.756$ ， $p < .001$ ，顯示該解釋力具有統計的意義。係數估計的結果指出，照顧負荷與教育程度能夠有效預測生活品質水準，Beta 係數達-.599 ($t=-9.961$ ， $p < .001$)；.264 ($t=4.093$ ， $p < .001$)，照顧者教育程度確實會影響照顧負荷與生活品質，教育程度越高者其生活品質越高。

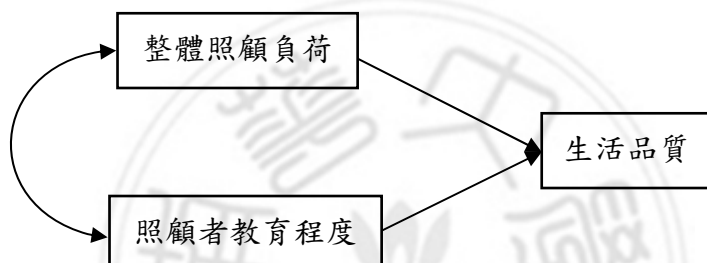


圖 4-6-1 照顧負荷與教育程度對生活品質之多元逐步迴歸示意圖

表 4-6-1 照顧者照顧負荷各面向對生活品質之多元逐步迴歸分析摘要表

	模型一		模型二	
	B	t	β	t
整體照顧負荷	-.630	-10.062	-.599	-9.961
照顧者教育程度			.264	-4.093
R^2	.393		.449	
F	101.240***		16.756***	
df	(1,154)		(1,153)	

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

註：N=156。整體生活品質層面四份樣本回答遺漏。

本研究假設 5-2 為：「照顧者照顧負荷對生活品質具有預測力。」採用迴歸分析方法進行說明，預測變項包含整體照顧負荷層面（身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本負荷），效標變項（依變項）為整體生活品質層面（生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體評估）進行迴歸分析。

二、照顧者照顧負荷各面向與整體生活品質之關係

以多元逐步迴歸分析檢驗照顧者照顧負荷各面向對生活品質之關係，迴歸分析先依順向進入法，逐步納入最具預測效力的預測變項，即保留達顯著水準之預測變項，結果如表 4-6-2。

以強迫進入法來進行迴歸方程式的建立模式，結果發現六個自變項對於生活品質的影響，具有解釋力，整體的 R^2 為 .431，表示六個自變項可以解釋生活品質百分之 43.1 的變異量。模式考驗結果，指出迴歸效果達顯著水準 ($F(6,149)=20.557, p<.001$)，顯示該解釋力具有統計的意義。改採逐步分析法後，自變項的效果被一一獨立檢視，取最強的預測變項進入模式，可以暫時迴避共線性的問題，茲分述如下：

(一)迴歸模型一

逐步分析的係數估計發現，身體負荷首先被納入模型一，該變項可以獨立預測依變項，顯示 40.2% 的解釋力， $F(1,154)=105.104, p<.001$ ，顯示該解釋力具有統計的意義。係數估計的結果指出，身體負荷程度能夠有效預測生活品質水準，Beta 係數達 -.637 ($t=-10.252, p<.001$)，表示身體負荷分數愈高，生活品質愈差。

(二)迴歸模型二

以身體負荷與人生發展負荷預測生活品質水準，顯示 43.2% 的解釋力， $F(1,153)=59.871, p<.001$ ，顯示該解釋力具有統計的意義。係數估計的結果指出，身體負荷程度與人生發展負荷程度能夠有效預測生活品質水準，Beta 係數達 -.428 ($t=-4.645, p<.001$)；-.278 ($t=-3.018, p<.01$)，顯示身體負荷變項的效果因為排除人生發展負荷的影響而降低，表示身體負荷與人生發展負荷分數愈高，生活品質愈差。

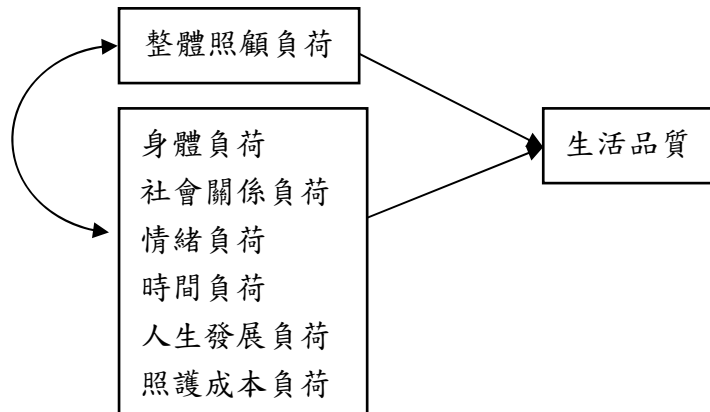


圖 4-6-2 照顧負荷各面向對生活品質之多元逐步迴歸示意圖

表 4-6-2 照顧者照顧負荷各面向對生活品質之多元逐步迴歸分析摘要表

	模型一		模型二	
	<i>B</i>	<i>t</i>	β	<i>t</i>
身體負荷	-.637	-10.252	-.428	-4.645
人生發展負荷			-.278	-3.018
R^2	.402		.432	
<i>F</i>	105.104***		59.871***	
<i>df</i>	(1,154)		(1,153)	

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

註： $N = 156$ 。整體生活品質層面份個樣本回答遺漏。

綜合上述結果，照顧者之照顧負荷與生活品質之分析，對應本研究之相關研究假設

結果分析如表 4-6-3。

表 4-6-3 照顧者照顧負荷與生活品質之假設結果分析摘要表

假設是否成立		成立	未成立
假設一：不同背景變項之照顧者，其照顧負荷程度有顯著差異。			
假設 1-1	不同性別照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。	✓	
假設 1-2	不同年齡階段照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。		✗
假設 1-3	不同教育程度照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異		✗
假設 1-4	不同工作狀態照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。	✓	
假設 1-5	不同關係照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。		✗
假設 1-6	不同照顧年數照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。	✓	
假設 1-7	不同照顧時間照顧者在整體照顧負荷和各層面負荷有顯著差異。	✓	
假設二：不同背景變項之照顧者，其生活品質有顯著差異。			
假設 2-1	不同性別照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。		✗
假設 2-2	不同年齡階段照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設 2-3	不同教育程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異	✓	
假設 2-4	不同工作狀態照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設 2-5	不同關係照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。		✗
假設 2-6	不同照顧年數照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。		✗
假設 2-7	不同照顧時間照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設三為：不同層面負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。			
假設 3-1	不同身體負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設 3-2	不同社會關係負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設 3-3	不同情緒負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異	✓	
假設 3-4	不同時間負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設 3-5	不同人生發展負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設 3-6	不同照護成本負荷程度照顧者在整體生活品質和各層面範疇有顯著差異。	✓	
假設四為：照顧者之照顧負荷與生活品質有顯著相關性。		✓	
假設五為：照顧者之照顧負荷與生活品質迴歸分析。			
假設 5-1	照顧者照顧負荷與教育程度對生活品質具有預測力。	✓	
假設 5-2	照顧者照顧負荷各面向對生活品質具有預測力。	✓	

第五章、結論與討論

本章依循前一章節分析結果進行討論，將結果進行概括性的說明，提出研究發現、歸納內容，並依據研究結果提出相關建議。第一節為研究發現與結論；第二節為研究建議。

第一節、發現與結論

本研究主要目的係探究照顧者照顧負荷與生活品質之關係。過程中研究者收集相關文獻進行變項的探討，並以文獻基礎為本研究的架構依據，接著以照顧者為母群體，以便利取樣的方式進行抽樣，最後共得 160 份有效問卷並以此進行統計分析，最後根據統計分析結果驗證研究假設，將研究發現整理為結論，茲分述如下：

一、照顧者個人背景變項與照顧負荷的關係

以研究架構之個人背景變項依序陳述顯著的部分（性別、工作狀態、照顧年數、照顧時間），並與文獻探討做呼應，另，文獻探討中指出照顧者年齡、教育程度及與被照顧者關係，皆可能影響照顧者照顧負荷，在本研究結果，可發現三者是無顯著，似乎在雲嘉南地區照顧者的年齡、教育程度及與被照顧者關係非影響照顧負荷的因素。

(一)性別

不同性別照顧者在身體負荷女性大於男性，女性平均數 15.09、標準差 1.118；男性平均數 14.60、標準差 1.265，其身體負荷高等程度就本研究發現負責照顧對象多數為失智症且級別偏於中度以上，照顧年數平均約 12 年，照顧時間多為全日照顧。女性自覺因照顧工作而使身體健康受影響，而身體負荷為沒有足夠的睡眠、身體相當疲累、照顧工作而生病、健康受到影響。而照顧者擔任照顧工作是相當漫長且辛勞的，長期照護不當與知識不足的使力導致身體疲累，對照顧者的身體負荷都是沉重的，且在體力部分，男性優於女性，以至於女性在身體負荷高於男性。這與朱翠燕等人（2010）以女性為研究對象之照顧負荷質性研究結果相符，即女性自覺因照顧工作而使整體身體健康狀況變差。

由此部分結果可得知，女性在身體負荷上是需要被緩解，以降低其疲勞過度之風險，在朱翠燕等人（2010）研究指出照顧者若有喘息資源的介入，在身體上的負荷即可獲得緩解；另，每月提供照顧者居家訪視時，做初步之身體狀態評估，有助於觀察其負荷程度，並提供適時所需。

(二)工作狀態

不同工作狀態照顧者在時間負荷與照護成本負荷擁有全職工作者負荷小於兼職工作者與無業者，本研究發現全職工作者每日照顧時間皆小於8小時，當照顧時間短於兼職或無業者時，間接代表著照顧者可以透過工作，暫時迴避協助被照顧者的日常生活事物，及一直被依賴著，全職工作者又可分擔照護成本費用，故時間與照護成本負荷相較較低。

呼應呂如分（2005）；馬先芝（2003）；陳貞吟等人（2008）之研究發現，經濟狀況良好即收入越高，負荷程度較低。經濟與照顧工作是一種連動的動態變化，其原本擔負的照顧者角色開始變得沉重的經濟壓力。即家庭收入愈高者，其整體的生活品質會愈高，表示照顧者經濟條件與生活品質是正相關。

由此部分結果可得知，兼職工作者與無業者在時間負荷與照護成本負荷上是需要被協助的，以降低其經濟負擔，當時間依賴壓的照顧者喘不過氣時，提供照顧者喘息服務，多少能協助緩解時間負荷。在呂如分（2005）研究指出照顧者若有經濟支助，以付費方式支應得到實際協助，而使照顧者照護成本負荷降低衝擊，且滿足實際所需。

(三)照顧年數

不同照顧年數照顧者在照顧30年以上之情緒負荷大於照顧未滿30年者，本研究發現在照顧年數超過30年以上者，照顧對象為智能障礙者與慢性精神病患且照顧者年紀69%為老年（65歲以上），級別中度以上，照顧者皆為無業，全天照顧，容易引發照顧者的情緒起伏。Parks 與 Pilisuk（1991）指出若因照顧工作而失去與同事及朋友的聯繫與往來，會導致照顧者情緒負荷，無法擁有全職工作或休閒娛樂，不僅會使照顧者對社會關係疏遠，而封閉社交，進而增加照顧負荷程度（引自吳瓊滿，1999）。依循上述觀點當照顧者缺乏機會從事工作與休閒娛樂則會封閉社交，進而影響深層情緒負荷。

此部分結果與韓國菁、蔡芸芳、陳明岐與陳映燁（2012）以精神分裂症病人之照顧者為研究對象之量化研究結果相符，照顧者的年齡越大，且照顧年數越長，較常會以壓抑因應方式處理情緒與認知，以至於情緒負荷較大。若能針對照顧者狀況提供個別化協助，藉由居服員訪視提供可尋求的資源或轉介心理諮商服務，引導其情緒抒發，有助於降低情緒負荷程度。

(四)照顧時間

不同照顧時間照顧者在照顧全天者時間負荷大於照顧4小時以內者。本研究發現全日照顧者且時間負荷為高等程度之照顧對象為多重障礙者7位、失智症8位，兩者在照顧上較為不易，需花費較多的時間照顧被照顧者的日常生活事物、且容易被依賴、得時時刻刻留意被照顧者狀態，而沒有時間休息。

此部分結果與邱啟潤等人（2002）以國內主要照顧者負荷、壓力與因應研究文獻回顧研究相似，指出照顧年數、時間與照顧負荷程度是相關因素，當照顧工作量多及困難程度越高，照顧者花費在照顧的時間越長，則照顧心理壓力與負荷則越大，表示照顧時間長短與照顧負荷程度是呈正相關。若能對於可能與照顧者有接觸之實務者（如：居服員、社工、心理師等等），讓其熟稔照顧者的負荷與因應方法，協助照顧者辨識負荷程度，察覺個人自動化之因應模式，並尋求合適的資源來降低負荷。

二、照顧者個人背景變項與生活品質的關係

以研究架構之個人背景變項依序陳述顯著的部分（年齡、教育程度、工作狀態、照顧時間），並與文獻探討做呼應，另，文獻探討中指出照顧者性別、與被照顧者關係、照顧年數，皆可能影響照顧者生活品質，在本研究結果，可發現三者是無顯著，可能在雲嘉南地區照顧者性別、與被照顧者關係及照顧年數非影響其照顧者生活品質之因素。

(一)年齡

不同年齡階段照顧者在生理健康範疇、心理範疇、環境範疇之生活品質中壯年（40～64歲）高於老年（65歲以上），生理健康範疇著重於照顧者的疼痛及不適、活力及疲倦、睡眠及休息、活動能力、日常生活活動、對藥物及醫療的依賴、工作能力；心理範疇重於照顧者的正面與負面感覺；環境則是取得資訊資源、財務資源、家居環境等等

的，就研究發現中壯年照顧時間未比老年高，平均為 8 小時以內，而老年照顧時間多數為全日，加上體力、獲取新資訊不如中壯年的好，故在生理健康範疇、心理範疇、環境範疇低於中壯年。

(二)教育程度

不同教育程度照顧者在生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質大學以上、高中職/專科、國(初)中學歷之照顧者大於國小以下學歷者。與陳貞吟等人(2008)研究相似，指出照顧者其教育程度會影響其負荷程度及整體生活品質，教育程度越高者，其生活品質越高；反之，教育程度越低者，其生活品質越低。

(三)工作狀態

不同工作狀態照顧者在生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質全職工作者大於無業者，全職工作者身兼照顧者就本研究發現其照顧對象多為輕度或中度且每日照顧時間低於 8 小時，即全職工作者相較無業者，較易獲取財務資源，以及知曉健康與社會照護的資訊，在思考、學習上較能有正面感受，故由此推測全職工作者其生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質高於無業者。

此部分研究結果與過去研究有迥異的發現，原本全職工作者又要擔任照顧者角色，易引發照顧者負荷過大，進而影響生活品質降低，面臨蠟燭兩頭燒的窘境，然而本研究結果推翻過去之發現，與李逸等人(2011)以家庭照顧者議題研究提及社會變遷，許多家庭已無充裕之人力可於家中自行照顧，在經濟狀況允許之下，多數家庭可能選擇將照顧的工作外包。在醫院，將照顧工作委託給照顧服務員；在家裡，則引進外籍看護工代勞照顧工作，照顧工作逐漸從「女人的事」轉變成「用錢打發的事」。故提升照顧者的生活品質，也能藉由工作時間，轉移照顧負荷之壓力。

(四)照顧時間

不同照顧時間照顧者在環境範疇之生活品質每日照顧 4 小時以內者大於超過 4 小時以上者。照顧時間較短其環境範疇內涵之身體安全及保障；家居環境；財務資源；可得性品質；取得新資訊及技能的機會高；參與娛樂及休閒活動的機會高；飲食正常，故其環境範疇能大於超過 4 小時以上者。

三、照顧負荷各面向程度，於生活品質之影響

照顧負荷各面向（身體負荷、社會關係負荷、情緒負荷、時間負荷、人生發展負荷、照護成本）對生活品質各範疇皆有一致性的影響，照顧負荷程度對生活品質有漸進式影響，而較特別的發現是情緒負荷高等程度之照顧者僅有 5 人，而時間負荷低等程度之照顧者僅 5 人，研究者推測照顧者對於時間負荷的感知較為表層，而情緒負荷屬深層感知，在東方文化裡較不易表達其感受，殊不知以陷入情緒危機卻無感，卓春英（2001）；陳燕禎（2006）實證研究已指出照顧者的負荷和壓力通常是「被低估」的，他們經常使自己陷入生病與身體功能的缺損及情緒上的崩潰以及財務上的危機（引自陳昱名，2013）。當照顧者無意識自己已陷入與情緒隔閡的狀態，加上負荷與壓力被低估時，一旦被鬆動時則難以收拾，故不論是表層與深層負荷，都應關注其需求。

四、照顧者之照顧負荷與生活品質有顯著相關性

在本研究中，照顧負荷各面向與生活品質各範疇，在相關分析裡均呈現負相關，即照顧者所受各面向負荷的程度越高對生活品質各範疇之水準即下降，如同研究所提及曾雪鳳（2014）研究指出家庭照顧者照顧壓力、負荷與生活品質呈現中度負相關，表示家庭照顧者的壓力越大，其負荷越高，且生活品質就會越低。根據邱啟潤等人（2003）研究指出照顧者本身的需求依序為：社交活動、健康促進與維護、情緒支持、與照顧過程各種工作的兼顧，即照顧者首要需求為社交活動，當參與社交活動時，其情緒負擔與壓力是能被聽見與被支持的，如上述所提表層活動影響深層情緒，外在如何影響內在，其現象發生之時序，是否有其共時性將有助於進一步了解照顧者照顧負荷與生活品質之關聯。

五、照顧者之生活品質的預測因子為教育程度、身體負荷程度、人生發展負荷程度

（一）照顧者照顧負荷與教育程度對生活品質有預測力

照顧者教育程度確實會影響照顧負荷與生活品質，教育程度越高者其生活品質越高；照顧負荷不一定會越低。其與生活品質呈現正向預測力達 44.9%。

（二）照顧者身體負荷對生活品質有預測力

身體負荷是指照顧者之睡眠不足、身體疲累、因照顧工作而生病、健康受到影響。

其與生活品質呈現負向預測力達 40.2%。

(三)照顧者身體負荷與人生發展負荷對生活品質有預測力

身體負荷是指照顧者之睡眠不足、身體疲累、因照顧工作而生病、健康受到影響；人生發展負荷是指照顧者之因照顧工作，而人生有很多事情沒有經歷過、希望能逃離這情境、照顧工作影響社交生活、因照顧工作而心力交瘁、期盼在此時事情會變得不一樣了。其與生活品質呈現負向預測力達 43.2%。

此部分可以回應陳貞吟等人（2008）以居家長期照護病患之主要照顧者為研究對象，其研究結果之發現，照顧者教育程度與生活品質是正相關，教育程度越高者其生活品質越高；照顧負荷不一定會越低。研究也提及若能給予照顧者相關照顧知識之提供，可降低其負荷，故透過給予照顧者適當的社會支持（例如：相關知識訊息、相關社會資源申請、社會福利訊息、資源管道、支持團體等等），讓照顧者獲得支持與問題緩和，減緩照顧負荷，提高生活品質。

第二節、討論建議

當一個人的身體健康良好、正向情緒，生活較能過得好、面對事情迎刃而解，本研究發現當照顧者的教育程度與生活品質為正相關，藉由迴歸分析可以知曉教育程度高並不會使照顧者降低照顧負荷，與陳玉葉（2007）研究提及社會地位教育程度越高照顧負荷越低有所差異。因此，若能針對影響照顧者之生活品質的因素，如感受負荷較高之面向（身體負荷、人生發展負荷）予以提供協助降低其負荷，將有助於提升照顧者的生活品質，舒緩照顧負荷與生活品質的影響。根據本研究之發現與結論提出建議，供後續研究之參考。

一、照顧者需求建議

(一)放寬照顧津貼補助條件

在本研究調查照顧者對於支持服務需求項目，可以發現不論是整體負荷，或是，依循逐步迴歸分析所顯示具體影響照顧者之生活品質為身體負荷與人生發展負荷，在三個面向裡，可發現照顧者在高負荷、高身體負荷、高人生發展負荷上，首要需求皆為照顧

津貼，然而，目前在經濟合作暨發展組織以照顧津貼（現金給付）的國家有德國、荷蘭、日本、韓國、澳洲、奧地利、比利時、加拿大、丹麥、芬蘭、法國、匈牙利、愛爾蘭、義大利、盧森堡、紐西蘭、挪威、波蘭、斯洛伐克、西班牙、瑞典、英國、美國，共 24 個國家，為了解現金給付制度之國際施行經驗，以下分別就德國、荷蘭、日本、韓國及奧地利等施行長照保險國家之現金給付方式論述，以供借鏡。

表 5-2-1 先進國家現金給付所提供之內容

國家	現金給付
德國	採實物與現金混合式給付制度，津貼給付低於實物給付（依失能狀況給予實物給付的 45%至 53%）
荷蘭	被評定具 3 個月以上居家照護需要者，可申請現金給付，障礙者選擇、購買自己所需要的服務和支持，包括政府的服務、非正式照顧者（例如雇用家庭成員）、私人市場提供的服務。
日本	介護保險以實物給付為主，目前之「家庭照顧服務員」及「特例居家照顧服務」現金給付，給付條件嚴苛，日本以實物給付為；現金給付條件嚴格少有人領取。
韓國	分為 2 種，其一是特別現金給付，包含「家屬照顧費」、「特殊照護費」及「長期療養醫院看護費」3 種方案；另一種現金給付是針對具有介護士資格之照顧者，若其願意擔任家庭照顧者，每月可以請領 36 萬至 87 萬韓元的現金給付。
奧地利	符合下列三個條件，即可依照照顧時數與等級發放現金給付，一為身體、心理或精神障礙，二為障礙持續六個月以上，三為每月至少需 50 小時以上之照顧。發放額度則依照需要被照顧的時數，分成七個照顧等級，給予相對應的照顧津貼，在第五等級以上，除照顧時數的要求外，又需要特別的照顧需求時才發放每月依照照顧時數給予津貼，至少 50 小時以上~180 小時間，可領取 154.2~1665.8 歐元。

資料來源：研究者參考周月清等人（2005）、黃全慶（2010）、2015 照顧者津貼政策對長照服務體系發展優劣評估分析報告資料彙整。

反觀台灣目前社會福利對於照顧津貼補助，僅限中低收入老人，方可申請特別照顧津貼每月 5,000 元，根據衛生福利部統計 2018 年申請照顧津貼補助人數，雲林縣 156 人、嘉義縣 111 人、嘉義市 114 人、台南市 944 人，實際需要其資源之照顧者人數難以估計。

家庭照顧者關懷總會陳景寧表示「中低收入老人特別照顧津貼」門檻嚴苛，家總也接到照顧者投訴，部分縣市政府在核定新年度中低收入戶資格時，忽略社會救助法第

5-3 條「有照顧事實家人應排除於家戶總所得設算」的規定，甚至遭訓斥「大男人明明還有工作能力，為什麼不找工作？」對照顧者很不友善（家總新聞稿，2017 年 1 月 13 日）。

研究者將問卷發放至支持性照顧團體給予照顧者施測，並參與其團體，曾有照顧者訴說被照顧者不願讓他人照顧（外籍看護）或是不願至機構臨托，以至於在照顧上很難離身，在電訪時受訪者也提及相關訴說，呼應衛生福利部統計處（2019）發佈 2017 年老人狀況調查報告依調查結果，65 歲以上不想使用「居家服務」的主要原因分別以「希望由家人照顧(23.85%)」比率最高。

故照顧者期待能是經濟上的資源與補貼，進而降低因照顧工作所需之生活、醫療開銷，供給方式可因著被照顧者的狀況評估與照顧者每月照顧時數，提供具體照顧津貼範圍，而非依家庭總收入來評估其標準。

(二)提升喘息服務資訊推廣

在本研究調查照顧者個人背景性別變項時，藉由獨立樣本 t 檢定的分析結果，可以發現女性在身體有較高負荷，加上，依循逐步迴歸分析所顯示具體影響照顧者之生活品質為身體負荷，因此多數女性在身體負荷上是需要被緩解，以降低其疲勞過度之風險，即照顧者是需要能有休息的時間去做想做的事情，即使只是短暫幾小時，相信對照顧者助益是非常大的，另，本研究調查高身體負荷之照顧者對於支持服務需求項目，57.1% 的照顧者需要喘息服務及訓練研習課程及日間照顧及住宿照顧服務，若能委請社區村里長和機構宣導喘息服務資源，例如推廣嘉義縣家庭照顧者互助資源整合中心所提倡的「照顧換工」，概念來自農業社會鄰里間互助採收農作物的「相放伴」。整合中心將招募民眾擔任「換工員」並詳細記載每名換工員能提供的服務，例如開車載人就醫、幫忙買菜、換燈泡等，當照顧者有需要時，可向整合中心提出申請適合的換工員。向照顧者說明照顧換工的制度，參考瑞典「時間銀行」把時間變成貨幣的概念，換工員也可以將換工的時間，實體化為一張換工券，讓換工員彼此之間能互換服務。(相關資源詳見附錄三)。

或是機構居服員在每月提供居家訪視時，對照顧者做初步身心評估，並提供適時所

需。依據聯合知識庫 P03 版，2017 年 7 月 2 日之報導，照顧者黃秋謹透過社工、里長、接觸基金會和 1999 市民熱線，找到可用資源，她認為「資源不會從天上掉下來，唯有走出去，參加活動才能知道身邊可用的資源，減輕照顧上的沉重負擔。」

(三)提供照顧者支持系統之管道

照顧者支持系統分為公部門及私部門，如表 5-2-2。

表 5-2-2 公私部門資源

公部門	私部門
1.社政單位：地方政府社會局、老人日托中心、社會福利館文康中心等。 2.衛政單位：地方政府衛生局、長期照護管理中心（長照 ABC）、公立老人慢性病及醫療院所、鄉鎮衛生所。 3.社會服務機構組織：老人福利服務及文康機構、基金會、宗教慈善服務團體、社會服務協會。 4.相關政府單位：警察消防單位、樂齡大學、樂齡學習中心、銀髮大學院、郵政單位、村里長辦公處。	1.一般醫療院所：民營醫院、診所。 2.民間照護機構：老人公寓、安養機構、養護機構、長期照護機構（護理之家）。 3.其他相關團體：社區照顧關懷據點、多元的社區照顧服務、社區公民館、社區協會、守望相助隊、工會組織。 4.其他民間組織行號：便利商店超市、計程車行。 5.非正式支持系統：自身社交網路的支援，如親人、朋友、鄰居、同事、社區志工、互助團體、鄰里照顧團體等。

資料來源：研究者參考林明禎（2006）資料彙整。

照顧者目前年齡普遍偏高，加上因照顧工作而失去對外的聯繫與往來，會導致照顧者社會關係疏遠，而封閉社交，進而增加照顧負荷程度，能得知支持性團體之資訊相對不易，本研究調查高人生發展負荷之照顧者對於支持服務需求項目，64.1%的照顧者期待能有補助送至機構臨托費用及補助聘用看護，可以理解高人生發展負荷之照顧者是期待可以與被照顧者抽離的，能有自己的人生發展，若能讓照顧者知曉送至機構臨托與聘用看護之資訊是能有效降低照顧者人生發展負荷。。

誠如上述兩點建議加上此點，在社區據點提供照顧者發展各類興趣休閒，就近參與家庭聯誼活動、照顧技巧指導訓練課程、照顧者減輕照顧壓力、避免照顧傷害的能力等等方案，有助於彼此互相談心，互相交換意見，傾聽他人照顧模式，不僅獲得心靈支持，也能增進家庭內外連結關係，建立家庭互助的網絡。另，在照顧者參與時，提供其心理諮商之管道或服務（例如：紓壓活動、支持性團體、心理協談等等），適當給予照顧者

情緒宣洩管道，以及更多情緒調適知能，協助照顧者在內在與外在感知之間皆能獲取調節之平衡，建立正向的自我覺察與健康心理發展。

例如現行照顧咖啡在地友善服務據點，員工配戴「長照可問我」的胸章，協助照顧者和家總連絡，加上可讓長輩、家屬及照顧者或是一般民眾，都能在照顧咖啡內輕鬆以咖啡或茶會友，聊長照並認識各種服務進而協助推廣，透過互助、互惠、共同生產等方式，讓社區內有需求的雙方形成互助圈，也能即時、即地且有效識別和協助諸多待援家庭需求，希望照顧者不再被照顧網綁，給予照顧者紓壓空間，提供生活支援，讓長照深入社區與生活。

二、未來研究建議

(一)研究樣本的建議

本研究因限於研究者資源，採用便利性抽樣，而取得樣本數。建議未來的研究者可延長發放問卷的時間，擴大收集其他地區的樣本，採用隨機抽樣，如此可降低對統計考驗的影響，並使研究能多方了解各地差異狀況，統計結果也更能夠做正確提出因應需求。另，本研究為了廣泛收集照顧者之樣本數，採用紙本問卷、電子問卷、電訪三種方式取得樣本，能接觸到紙本問卷及電子問卷之照顧者，可能資源接受度也較高，照顧負荷與生活品質相對較佳，反倒電訪較多是必須被關懷與協助之照顧者，建議未來研究可採電訪方式收集樣本。

(二)照顧者的支持服務需求調查建議

本研究列出 15 項照顧者可能之需求，但實際調查時，許多照顧者反應不知道該服務資源，故未來調查可增列不知道或不瞭解此資訊服務供照顧者選擇。

(三)研究方法的建議

本研究以量化方式探究各個變項的一般情形，無法從數據中去了解不同個體之內在歷程，因此關於對於個體在形成照顧負荷之差異，未來研究可以質性與量化綜合研究方式，了解個體形成此照顧負荷的脈絡，需要進一步深入了解照顧者需求，實地訪談照顧負荷低分與高分之照顧者，對於了解照顧者實際需求比較合宜，也可進而比較其差異。

參考文獻

中文部分

- 2015 照顧者津貼政策對長照服務體系發展優劣評估分析報告（政府提案第 15100 號之 1547）線上檢索日期：2019 年 5 月 28 日。取自
https://lci.ly.gov.tw/LyLCEW/agenda1/02/pdf/08/07/14/LCEWA01_080714_00273.pdf
- 中華民國家庭照顧者關懷總會（2017 年 1 月 13 日）。家總新聞稿。線上檢索日期：2019 年 5 月 5 日。取自：<https://www.familycare.org.tw/news/10692>
- 中華民國統計資訊網。2017 年家庭收支調查之名詞解釋。線上檢索日期：2019 年 7 月 1 日。取自：<https://win.dgbas.gov.tw/fies/a11.asp?year=106>
- 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。
- 王行（2013）。失業單親爸爸生命敘事中的男性社會處境探究與再認識。**輔仁社會研究**，**3**，111-150。
- 王行（2017）。聽「家庭內男性照顧者」說故事。**性別平等教育季刊**，**79**，14-20。
- 王秀紅（1994）。照顧者角色對婦女衝擊：護理的涵義。**護理雜誌**，**41**（3），18-23。
- 王增勇（2017）。導讀。**性別平等教育季刊**，**79**，11-13。
- 全國法規資料庫（2015 年 12 月 16 日）。身心障礙者權益保障法。線上檢索日期：2019 年 3 月 3 日。取自：<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050046>
- 全國法規資料庫（2019 年 6 月 19 日）。長期照顧法。線上檢索日期：2019 年 7 月 1 日。取自：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0070040>
- 朱翠燕、李素卿、王祖琪、謝瑞雲、李秋玉、林秀麗（2010）。女性照顧者負荷之質性研究。**北市醫學雜誌**，**7**（2），144-153。
- 何志鴻、黃惠璣（2007）。影響身心障礙兒童家庭照顧者憂鬱之因素。**身心障礙研究季刊** **5**（1），41-50。
- 吳瓊滿（1999）。居家照顧者的負荷。**美和專校學報**，**17**，1-14。
- 呂如分（2005）。中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。**長期照護雜誌**，**9**

(2), 152-170。

呂寶靜(2005)。支持家庭照顧者的長期照護政策之構思。**國家政策季刊**, 4(4), 25-40。

宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍(2014)。**社會工作理論：處遇模式與案例分析(第四版)**。臺北：洪葉文化。

李城忠(2011)。**應用統計學：量化研究 SPSS 範例分析**。新北市：文京。

李逸、周汎濤、陳彰惠(2011)。家庭照顧者議題—從性別、私領域到公共政策的觀點。**護理雜誌**, 58(2), 57-62。

李德芬、林美珍(2012)。中年女性照顧者照顧家中失能老人之正向生命經驗。**生命教育研究**, 4(1), 55-82。

周月清、傅凱祺、傅立葉、蔡宜思、高森永、邱泯科、鄭文輝、辛炳隆、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。

岳青儀、林文善(2017)。男兒有累不輕談。**性別平等教育季刊**, 79, 29-33。

林艾樺(2008)。**植物人主要照顧人格韌性、壓力及生活品質之相關性探討**。美和技術學院健康照護研究所碩士論文，未出版，屏東縣。

林季誼(2017)。女性長期照顧者之社會支持與壓力探討。**諮商與輔導**, 375, 18-21+30。

林明禛(2006)。從多元資源網絡談老人社區照顧。**社區發展季刊**, 115, 141-149。

邱啟潤、許淑敏、吳淑如(2003)。居家照護病患之照顧者綜合性需求調查。**醫護科技學刊**, 5(1), 12-25。

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。

邱逸榛、黃舒萱、徐亞瑛(2004)。阿茲海默氏症患者照顧者之疲憊、負荷與憂鬱之間的關係。**長期照護雜誌**, 7(4), 338-351。

姚開屏(2005)。**台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊**。世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組。

孫宗慧、陳淑銘、邱金菊(2006)。協助一位主要照顧者減輕身、心、社會、經濟負荷

- 的照護經驗。**長期照護雜誌**，**10**（2），167-177。
- 徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美（1992）。都市型及鄉村型社區中居家殘病老人照顧者之負荷及相關影響因素。**護理雜誌**，**39**(3)，99-106。
- 徐畢卿（2002）。智能障礙兒的婦女家庭照顧者—以自閉兒母親為例。**護理雜誌**，**49**(2)，22-28。
- 馬先芝（2003）。照顧者負荷之概念分析。**護理雜誌**，**50**（2），82-86。
- 國家發展委員會。107年版人口推估報告。線上檢索日期：2019年3月3日。取自：
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72
- 張艾寧（2007）。影響社區成年智障者及其家庭使用福利服務之相關因素探討-以新竹市為例。東吳大學社會工作研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 張媚（2015）。人類發展之概念。臺北：華杏。
- 許碧純、洪明皇（2012）。台灣中老年女性家庭照顧者經濟安全之研究。**社會分析**，**5**，39-63。
- 陳玉葉（2007）。癌末病患居家照顧者照顧工作量及困難度與照顧壓力負荷之相關性探討。輔英科技大學護理系研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 陳佳琪（2011）。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。東海大學社會工作研究所博士論文，未出版，臺中市。
- 陳昱名（2013）。老年失智症病患家庭照顧者之照顧負荷。**崇仁學報**，**7**，1-22。
- 陳貞吟、陳楚杰、蔡明足、沈玉卿、周歆凱、翁林仲（2008）。影響居家長期照護病患主要照顧者生活品質因素之研究。**長期照護雜誌**，**12**（3），267-283。
- 陳淑汝、李燕蕙、孫旻暉（2011）。困境裡的蒲公英—照顧中途失明者之女性配偶的衝擊。**復健諮商**，**5**，1-23。
- 陳景寧（2016）。看不見的女性家庭照顧者。**性別平等教育季刊**，**77**，21-27。
- 陳麗如（2004）。居家照護病患主要照顧者人格韌性、健康狀況與生活品質相關性探討。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 曾雪鳳（2014）。失智症家庭照顧者壓力、負荷與生活品質之探討。國立台北護理健康大學生死教育與輔導研究所碩士論文，未出版，臺北市。

- 黃全慶 (2010) 以照顧津貼為導向的長期照顧制度對家庭照顧者的影響：以奧地利長期照顧制度為例。朝陽人文社會學刊，8 (1)，233-261。
- 黃志忠 (2013)。臺灣家庭照顧者多面向評量與工具建構之初探。臺大社會工作學刊，28，137-173。
- 黃志忠 (2014)。居家服務使用對老人家庭照顧者照顧負荷之緩衝性影響研究。社會政策與社會工作學刊，18 (1)，1-43。
- 黃秀梨、李逸、徐亞瑛、張媚、翁麗雀 (2007)。影響北台灣家庭照顧者喘息服務利用的因素：前趨性研究。長期照護雜誌，11 (1)，51-65。
- 黃孟嬌 (譯) (2008)。敘事治療的工作地圖 (原作者：White, M.)。臺北：張老師文化 (原著出版年：2007)。
- 黃忠謀 (2002)。接受長期照護服務老人之主要照顧者健康相關生活品質之探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 黃錦敦 (2018)。最想說的話，被自己聽見。臺北：張老師文化。
- 劉昱慶 (2017)。男性照顧者說不出的心聲 從孝道與就業的雙重責任談支持性服務與勞動政策。性別平等教育季刊，79，21-28。
- 劉燁 (譯) (2006)。馬斯洛著。馬斯洛的智慧：馬斯洛人本哲學解讀。臺北：正展。
- 蔡盈盈 (2006)。乳癌患者家屬照顧者的因應、社會支持與生活品質之相關性初探。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文，未出版，臺南市。
- 蔡英美、王俊明 (2011)。銀髮族身體活動量、生活品質及身體自我概念之研究。南開學報，8 (2)，19-28。
- 衛生福利部統計查詢網。2015 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查主要家庭照顧者問卷調查報。線上檢索日期：2019 年 3 月 31 日。取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1770-113.html>
- 衛生福利部統計查詢網。2017 年老人狀況調查報告。線上檢索日期：2019 年 3 月 31 日。取自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-1767-38429-113.html>
- 衛生福利部統計查詢網。身心障礙者人數表第 3 季。線上檢索日期：2019 年 3 月 31 日。取自：<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2976-113.html>
- 賴豐美、盧華艷 (1998)。居家失能病患之女性照顧者的經驗。護理研究，6(5)，372-382。

聯合知識庫 (2017 年 10 月 8 日)。聯合晚報/A2 版/焦點。線上檢索日期：2019 年 3 月 31 日。取自：<http://hyint.nhu.edu.tw:2077/library/>

謝秀芬 (2004)。家庭社會工作：理論與實務。臺北：雙葉。

韓國菁、蔡芸芳、陳明岐、陳映燁 (2012)。具暴力行為的精神分裂症病人照顧負荷及其影響因素。護理雜誌，59 (2)，29-39。



外文部分

- Chou, K.R., Chu, H., Tseng, C.L., Lu, R.B.(2003). The measurement of caregiver burden. *J Med Sci*, 23(2),78-82.
- 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.
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: an exploratory comparative design. *International journal of nursing studies*, 47(10), 1262-1273.
- Daniel W. L. Lai(2012).Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults.*Sage Journals*,2(4),1–14.
- Das Chagas Medeiros MM, Ferraz MB, Quaresma MR (2000). The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers, *The Journal of rheumatology*, 27(1),76-83
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon,P., Charbonneau,C. & Vézina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (4), 912-921.
- Ferraz, M. B., & Quaresma, M. R. (2000). The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. *The Journal of rheumatology*, 27(1), 76-83.
- George, L. K., & Gwyther, L. (1986). Caregivers' well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults.*Gerontologist*,26, 253-259.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer—a longitudinal view. *Medical Science Monitor*, 10(8), CR447-CR456.
- Lidell, E.(2002).Family support—a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*,1,149-152.
- Morimoto, T., Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden

inventory. *Gerontologist*, 29(6), 798-803.

Pinto, R. A., Holanda, M. A., Medeiros, M. M., Mota, R. M., & Pereira, E. D. (2007). Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 101(11), 2402-2408.

Ukpong, D. I. (2006). Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: A study from south-western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 54-59.



附錄一：照顧負荷與生活品質量表

填寫日期：____年____月____日
問卷編號：_____

線上版問卷
請掃 QR-Code



您好：

本問卷旨在了解照顧者照顧負荷與生活品質的研究調查，以作為未來提供政府對照顧者之心理支持、心理紓壓相關課程的重視。以下問題反映了人們在照顧另一個人時所感受到的情況。在每個問題之後，勾選出您的感受，請依您目前的實際狀況逐題填答。本問卷所得資料純粹作為學術研究之用，您的資料將以機密方式處理與保管，請您安心作答。您的作答是相當寶貴而具有價值的，非常感謝您的協助與辛苦填答！

南華大學生死學系碩士班
指導教授：張國偉 博士
研究生：簡珮涵 敬啟

一、個人基本資料

1. 您的性別：男 女
2. 您的出生年(民國)：_____
3. 您的教育程度：識字無正式學歷 國小 國(初)中 高中/職 專科(二專) 專科(三專) 專科(五專) 大學 碩/博士
4. 您的身分別：本國籍 外籍：_____
5. 您所居住的縣市鄉鎮區：_____
6. 您最近一個月工作狀態：全職 兼職 無業
7. 您的經濟身份：一般戶 中低收入戶 低收入戶 其他：_____
8. 您的宗教信仰：無信仰 一般民間信仰 佛教 天主教 基督教 其他：_____
9. 您的現居家庭型態：夫妻家庭 核心家庭(父母含子女) 三代家庭 單親家庭 單人家庭 其他：_____
10. 您與被照顧者關係：_____
11. 被照顧者出生年(民國)：_____
12. 照顧年/月數：_____年_____月
13. 您每天平均照顧時間：4小時以內 4~8小時 8~12小時 全天
14. 您主要的照顧對象為：
視覺障礙者 聽覺機能障礙者 平衡機能障礙者 頑性(難治型)癲癇症者 失智症者
聲音機能或語言機能障礙者 重要器官失去功能者 植物人 肢體障礙者 自閉症者
智能障礙者 因罕見疾病而致身心功能障礙者 顏面損傷者 慢性精神病患者
多重障礙者 情緒行為障礙者 學習障礙者 發展遲緩者 腦性麻痺者
身體體弱者 其他障礙者：_____
15. 您主要的照顧對象障礙等級(請依據身心障礙者證明認定填列)：輕度 中度 重度 極重度

16.如果要舒緩您照顧上的困擾，下列支持服務項目您最需要哪些：

題號	服務內容	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
1	家庭關懷訪視及服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
2	身體照顧及家事服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
3	送餐服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
4	日間照顧及住宿照顧服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
5	社區式日間照顧服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
6	社區日間作業服務（小作所）	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
7	臨時及短期照顧服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
8	家庭托顧	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
9	照顧者支持喘息服務及訓練與研習課程	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
10	休閒及文化活動	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
11	共同討論生涯轉銜計畫服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
12	自立生活訓練與支持性服務	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
13	補助聘用看護	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
14	補助送至機構臨托費用	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要
15	照顧津貼	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 沒意見	<input type="checkbox"/> 不需要

二、照顧者負荷量表

此部分主要是要瞭解您在照顧生病的親屬後，對您身體、心理、社會及經濟等方面影響程度，請您仔細閱讀每一項敘述，並對您的狀況作選擇。為了照顧病人，您有這樣的感覺：

	非常同意	有些同意	中立態度	有些不同意	非常不同意
為了照顧病人，您有這樣的感覺：					
1. 我覺得我沒有足夠的睡眠。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我覺得身體相當疲累。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我覺得照顧病人工作使我生病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我覺得我的健康受到影響。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我和其他家人相處的沒有像以前一樣融洽。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我以病人為恥。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. (已婚者回答) 我覺得我的婚姻出了問題。 (未婚者回答) 我覺得我的終身大事受到影響。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我對病人的行為感到不好意思。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我覺得我沒有把家務或工作作得像以前那麼好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我為照顧病人所做的努力並沒有受到其他家人的欣賞與肯定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我覺得那些能幫忙但又不肯幫忙的親人令我生氣。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我對自己與病人的互動感到生氣。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 當朋友來訪見到病人，我覺得不自在。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我討厭病人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 病人需要我協助他處理許多日常生活事物。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 病人依賴著我。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我必須一直注意著病人，以防他出現危險狀況。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 我必須協助他做許多最基本的照顧事項。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我忙於照顧病人而沒有時間休息。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 因為照顧病人，我覺得人生有很多事情我沒有經歷過。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 我希望我能逃離這情境。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 照顧病人的工作影響了我的社交生活。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 我覺得照顧病人讓我心力交瘁。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 我期盼在此時事情會變得不一樣了。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 我覺得照顧病人會花掉我準備用在其他方面的存款。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 我覺得照顧病人的花費，使得我的家庭及我必須放棄一些必須品。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 我覺得照顧病人的花費，使家庭及我無法負擔其他額外的付出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 我覺得照顧病人是相當花錢的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

以下詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您**最早想**的那個答案。我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，請您用自己的標準、希望、愉快、以及關注點來回答問題。請參考下面的例題：

例題一：整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便
14. 您有機會從事休閒活動嗎？
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

問卷到此結束，辛苦您了，再次感謝您的協助！

附錄二：問卷量表使用同意書

照顧者負荷量表 (CBI) 使用同意書

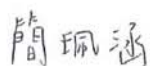
本人同意南華大學研究生簡珮涵，於其研究「雲林、嘉義地區身心障礙主要照顧者照顧負荷高低與生活品質分析」中，使用本人所翻譯的「照顧者負荷量表 (CBI)」，作為其論文研究問卷之應用。

爾後文章發表時，研究生簡珮涵會引用本人於 2002 年發表之文章「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.」。並於文中引述此份 CBI 中文量表為周桂如教授等人之翻譯及授權。

授權人 (簽章):



被授權人 (簽章):



中華民國一百零六年十二月十三日

臺灣版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF 臺灣簡明版) 使用授權書

本人代表臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，同意南華大學生
死所諮商組簡珮涵研究生，在其研究「雲林、嘉義地區身心障礙主要照顧者負
荷高低與生活品質分析」中，使用臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組
所發展出的臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷（WHOQOL-BREF台灣簡
明版），做為研究之一部分。

授權人

單位：國立臺灣大學心理系姚開屏教授

日期：2017年12月01日

簽章：姚開屏



上所擬列問卷同意書、授權書

因論文題目變更，故與同意書、授權書上所列之題目相異，特例此書。
本研究謹遵守研究倫理，一切要求皆符合研究規範、細節實施與操作。

立書人：簡珮涵

附錄三：照顧者支持服務據點與相關資源

一、照顧者支持服務據點

區域	單位名稱	地址/電話
雲林縣	社團法人雲林縣老人福利保護協會	雲林縣斗六市虎溪路 23-1 號。05-5516286
嘉義市	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 (嘉義市居家服務中心)	嘉義市西區自由路 426 號。05-2348836
	財團法人伊甸社會福利基金會	嘉義市西區貴州街 123 號。05-2860065#220
嘉義縣	家庭照顧者互助資源整合中心 (國立中正大學)	嘉義縣民雄鄉大學路一段 168 號。 05-3106207
	財團法人嘉義縣私立瑞泰社會福利基金會	玉山院區：嘉義市玉山路 669 號。05-2352600 光彩院區：嘉義市光彩街 595 號。05-2258852 福興院區：嘉義縣民雄鄉福興村牛稠溪 68-5 號。05-2200800 幸福院區：嘉義縣番路鄉新福村許厝 22 號。 05-2590613
台南市	社團法人台南市熱蘭遮失智症協會	台南市東區林森路二段 500 號 C 棟一樓。 06-2083001

二、喘息資源-照顧咖啡館

區域	單位名稱	地址
雲林縣	綠柚子照顧咖啡	雲林縣斗六市明德北路一段 711 號
嘉義市	7-ELEVEN 新大業門市	嘉義市吳鳳南路 194 號
嘉義縣	相放伴咖啡館	嘉義縣民雄鄉民溪南路 438 號
	森呼吸生活館	嘉義縣大林鎮平林里民權路 55 號
台南市	照咖	台南市白河區康樂路 1-91 號
	AWAY CAFÉ、	台南市東區小東路 368 號