

精神病患照顧者之憂鬱程度 與其相關因素探討

■ 宋麗玉

摘要：本研究根據壓力因應理論試圖探討社區精神病患照顧者的長期結果之一—憂鬱程度與其相關因素。研究樣本乃取自臺灣中部兩個精神醫療專科醫院與兩個綜合醫院的精神科。透過結構問卷以面訪之方式進行資料蒐集，共訪問244位精神病患照顧者。研究中依壓力因應理論檢驗三組可能與照顧者憂鬱程度相關之因素，包括壓力源（病患人口特徵與疾病變項）、照顧者背景變項（人口特徵、健康狀況、社會支持等）與照顧負荷。研究結果發現有45%的照顧者落入可能有憂鬱問題之範圍。所包括的自變項共解釋照顧者憂鬱程度變異量的62.1%；經由複迴歸分析之模型比較發現控制了照顧負荷之後，有21.2%乃由壓力源與照顧者背景變項單獨解釋；照顧負荷單獨解釋的變異量則為3.6%；另外有37.3%則由壓力源與背景變項以及照顧負荷聯合解釋。顯著的個別相關因素則有：病患行為問題、照顧者之性別、婚姻、就業、健康狀況、照顧者之其他照顧責任、社會支持與照顧負荷程度。本研究驗證了壓力因應理論對照顧者憂鬱程度之解釋力；文中討論研究發現之理論與實務意涵，並提出對實務與未來研究之建議。

關鍵語：

1. 精神病患照顧者
2. 憂鬱程度
3. 慢性精神疾病

一、前言

精神病是一種容易傾向慢性化且使人失能的一種疾病，如以盛行率最高的精神分裂症而言（約千分之三），約有60%的病患需要持續治療與照顧（1）。對精神病患之照顧，英

美兩國於1960年代起因「去機構化」政策之施行，由精神病院釋出約三分之二的病患，此種照顧責任由政府的機構式照顧轉向家庭與社區照顧，然而因社區服務體系之缺失，大多的責任落在病患的家人身上（2、3）。台灣則有九萬至十三萬的精神病患，其中有六

■宋麗玉：國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所副教授
國立臺灣大學社會學系畢業
國立臺灣大學社會學碩士
美國凱斯西儲大學社會工作學博士



萬為嚴重者，且估計有二萬病患需要住院治療⁽⁴⁾。惟精神醫療病床向來不足，目前只達到預估需求床數的74% (15,316床)⁽⁵⁾，約四萬五千個嚴重精神病患留在社區當中；又根據研究發現有86.3%的社區病患是與病患家屬同住⁽⁶⁾；台灣精神病患家屬擔負的照顧責任之鉅由此可見一般。

另一方面，精神病患家屬並未有心理準備也沒有足夠的照顧訓練，病患的照顧責任因而對家屬產生極大的衝擊⁽³⁾。由是也約起於1960年代，英美學者開始進行精神病患對家庭照顧者所產生影響的相關研究，而大多数的研究著重於照顧者的壓力與負荷，也累積了相當的研究成果^(7、8)。然而，根據壓力因應理論 (Stress-Coping Model)，負荷是照顧責任對照顧者的立即影響，日積月累可能形成長期的結果，如身體健康的衰退與心理上的憂鬱症狀等⁽⁹⁾。只是此種長期影響的程度如何，並未受到關注；直到近七、八年才有英美研究者開始檢視精神病患照顧者的憂鬱程度與其相關因素^(10、13)。

台灣有關精神病患家屬的相關研究也有類似的現象；雖然為數不多，但是已有照顧負荷方面之研究^(14~18)；至於照顧責任對家屬的長期影響則缺乏實證研究。由文獻中可知這些家屬之特徵是感到弱勢並自認為邊緣人 (marginals)；基於社會對精神疾病之烙印，他們對於疾病的事實相當敏感且隱瞞⁽¹⁹⁾。再者，他們有著雙重的失落，一方面緬懷患病者的過去景況，另一方面則為病患原可能有的遠景。而在照顧的過程中可能對照顧者本身或家庭的生活與目標造成干擾，加上病患症狀處理的困難與挫折，以及病患的依賴等負荷；更有甚者照顧者可能成為病患因疾病而來之暴力行為的受害者⁽³⁾。這些現象之累積對照顧者的精神狀態到底有何影響實為值得重視的課題。

在憂鬱問題程度方面，依Perring, Twigg和Atkin⁽²⁰⁾的文獻整理，英國的研究發現顯示精神病患照顧者已呈現一些精神困擾 (psychiatric distress)。在美國 Song 等人⁽¹²⁾研究精神病患照顧者，發現41.8%的白人與27.7%的黑人其在憂鬱量表 (Center for Epidemiologic Studies Depressive Mood Scale, CES-D) 的分數落在高危險群的範疇 (分界值為16分)。

至於憂鬱程度的可能相關因素，Song 等人⁽¹²⁾整理了精神病患與其他類型病患照顧者之憂鬱症狀方面的研究發現，他們所呈現的憂鬱程度相關因素都可含納於壓力因應理論之壓力源與照顧者背景變項中；Perring 等人⁽²⁰⁾則作了有關精神病患照顧者精神困擾研究之文獻整理，綜合二者之整理以及 Song 等人⁽¹²⁾針對低社經地位照顧者的研究發現，與照顧者憂鬱程度或精神困擾相關的因索有下列八個變項：

1. 病患之行爲問題：目前的研究一致發現病患行爲問題對照顧者憂鬱程度有顯著的正向影響；然而 Song 等人⁽¹²⁾的研究發現病患行爲問題對憂鬱程度的影響乃透過與照顧負荷或與社會支持之相關，病患行爲問題越嚴重照顧負荷程度越大、社會支持也越低。而照顧者負荷與社會支持又與其憂鬱程度有顯著相關，其關係之性質於後面有進一步的陳述。

2. 照顧者之性別：大部分的研究都發現女性較男性呈現較多的憂鬱症狀⁽²¹⁾，但也有研究發現這兩個變項之間並無顯著相關⁽¹²⁾。Gove 由角色性質解釋此種差異，認為男性通常有多重角色，而女性的角色則較單一、要求多且令人挫折⁽²¹⁾。然而性別在憂鬱程度方面之差異並未在 Song 等人⁽¹²⁾的研究得到支持，他們進一步解釋，根據 Schulz 與 Williamson⁽²²⁾的研究發現，男性



的憂鬱程度隨時間而增長，以 Song 等人 (12) 研究中照顧者之平均照顧年數 15 年觀之，最初若有性別差異也隨時間推移而消彌。

3. 種族：Pickett 等人 (11) 研究發現白人男性照顧者的憂鬱分數高於黑人男性；Pickett 等人 (11) 解釋此乃與黑人常處於困境中以致較具韌性有關。不過種族變項在 Song 等人 (12) 的研究卻未與憂鬱分數達顯著相關，其解釋為研究樣本差異所致。

4. 照顧年數：在 Perring 等人 (20) 的文獻探討中提及 Gilhooly 的研究顯示照顧歷史較短的家屬，其精神困擾程度較大。依 Gibbons 等人之觀點，此可能反映家屬在剛擔任照顧者之初，知識與技巧不足以因應病患之狀況。

5. 居住狀況：在 Song 等人 (12) 文中提及 Cohen 和 Eisdorfer 的研究發現與病患同住的照顧者其憂鬱程度較高；其原因可能是同住之狀況下照顧者較無法得到暫歇。而在 Song 等人 (12) 的研究中病患與照顧者同住與否則與照顧者之憂鬱程度無顯著之關係，不過他們認為應進一步於較高社經地位照顧者中檢驗二者之關係。

6. 照顧者之健康狀況：一些研究都發現照顧者的健康是憂鬱程度的重要影響因素，即使控制了其他變項之後 (12)。

7. 社會支持：Schulz 與 Williamson (22) 的長期研究以及 Struening 等人 (13) 都發現照顧者之社會支持越高其憂鬱程度越低。Song 等人 (12) 的研究進一步驗證二者之關係，控制了其他因素之後社會支持是照顧者憂鬱程度最重要的顯著相關變項。

8. 照顧負荷：研究一致發現照顧負荷對憂鬱程度的正向影響，其中包括因果模型之檢驗 (12)。Song 等人 (12) 的研究則發現照顧負荷與憂鬱程度幾乎達到顯著相關 ($p = 0.051$)，其可單獨解釋憂鬱程度變異量的

2%。

基於台灣目前對照顧者之長期照顧結果仍欠缺瞭解，本研究試圖就照顧長期影響之一——照顧者憂鬱問題，瞭解其程度並以壓力因應理論為概念架構以檢驗與憂鬱相關之因素。希冀這些資訊與分析結果對於相關的專業人員在協助照顧者方面有參考之價值。具體而言，本研究想回答下列兩個問題：1. 精神病患照顧者的憂鬱程度如何？2. 與照顧者之憂鬱程度相關之變項為何？特別是著重於檢驗照顧責任的立即影響 (負荷) 是否與長期照顧結果 (憂鬱程度) 有顯著的相關？

二、材料與方法

本研究採用橫斷面研究設計 (cross-sectional design) 以面訪方式對照顧者進行一次結構式的問卷調查，著重瞭解照顧者之憂鬱程度，並檢驗其憂鬱程度的相關因素。

一、研究樣本

本研究之對象乃針對精神病患主要照顧者。病患之照顧者必須符合下列條件才為研究之樣本：1. 病患必須年滿 18 歲；2. 過去一年之內，病患與照顧者同住至少 6 個月以上；3. 病患至少住院過一次。由於本研究所著重的是照顧者在社區照顧精神病患的經驗，因此，樣本僅限於門診與社區復健服務機構的病患家屬。另為避免因樣本差異太大而污染研究結果，研究對象不包括精神官能症患者、藥物濫用者與老年癡呆症患者。樣本來源含括中部兩個精神醫療專科醫院 (臺灣省立草屯療養院與臺中私立靜和醫院) 與兩個綜合醫院 (臺中榮民總醫院與彰化基督教醫院) 的精神科。如此的樣本組成含括都會與鄉鎮地區，較能捕捉照顧者反應之多樣性。就調查研究而言，隨機抽樣是確保樣本代表性之最佳方法，然而因下列三項原因使得隨機抽樣不可行：1. 醫



院因病患隱私權之考量不願意提供名單；2. 醫院電腦室不願配合；3. 醫院未將病患資料電腦化。由是研究樣本乃採立意選樣，在門診獲得或由醫院工作人員寄出參與研究之邀請函；計畫調查期間為民國 85 年的 12 月 16 日至民國 86 年的 3 月底止共完成 244 份問卷。

二、研究變項與測量工具

根據前述之壓力因應理論，本研究之自變數有三大類：一為由有助於壓力的條件（壓力源）；二為照顧者之背景變項；三為照顧者負荷程度。壓力源又含括兩組變項——1. 病患的人口變項：性別、年齡（實際年齡）、教育程度（低於高中、高中、大專及以上）、與婚姻狀況（已婚或同居、離婚、分居、未婚及喪偶）；2. 病患的疾病變項：包括發病的年數、診斷（精神分裂症、躁鬱症、憂鬱症及其他）、住院次數、最近一次住院的天數、病患的行為問題以及病患的社會功能。後兩項則以量表測量，詳細資料將陳述於後。

照顧者之背景變項則包括：1. 照顧者的特徵：性別、年齡、教育程度及婚姻狀況，這四個變項之測量與病患人口變項相同；另外還包括宗教信仰（無、佛教、道教、民間信仰、一貫道、基督教、天主教及其他）、工作狀況（有、無）與病患的關係（父親、母親、配偶、兄弟姊妹及其他）；2. 照顧年數；3. 照顧者是否有其他病患的照顧責任；4. 照顧者自覺健康狀況（非常好(1)、好(2)、還可以(3)、不好(4)）；5. 照顧者的社會網絡——包括一般的社會支持系統與針對照顧方面的支持程度，前者採用一社會支持量表測量，另陳述於後；後者則分別詢問照顧者其由家人與精神醫療機構所得到的支持相較於照顧者在照顧上的需要是否適當，選項包括比需要「少很多(1)」、「少一些(2)」、「足夠(3)」、「多一些(4)」及「多很多(5)」。

本研究之依變項—照顧者之憂鬱程度，以及四個自變項—病患行為問題、社會功能、照顧者之社會支持與照顧負荷，乃採用由英美兩國所發展且具有信效度之量表測量，這些量表都先由筆者翻譯成中文，再請另一位居住美國十年以上且英文能力相當好者確認譯本之適切度。另外筆者也以本研究資料檢驗這些量表的信度與效度。以下分別陳述各量表之相關資料：

1. 病患行為問題

筆者採用 Biegel 等人 (7、8) 所發展的案主行為量表 (Client Behavioral Problems Scale) 加以測量。此量表詢問病患最近一個月內的行為問題，共含 37 個問項如睡眠問題、吃藥、妄想及多疑等。根據 Biegel 等人的資料，此量表有很高的內在一致性 ($\alpha=0.92$ 至 0.93) 與建構效度，亦即量表分數與照顧者負荷程度具有高相關 ($Beta=0.55\sim 0.57$)。就本研究之資料言，因素分析之結果顯示，問項 21 (自我傷害行為)、22 (自殺行為) 與 25 (喝酒或使用毒品) 因與其他問項之間的相關太低 (MSA 在 0.52 與 0.57 之間) (23)，不適於與其他問項一併計分。其餘 34 個問項之內在一致性達 0.86 。

2. 病患社會功能

此變項乃以 Birchwood 等人 (24) 之社會功能量表 (The Social Functioning Scale) 加以測量，該量表可用於詳細地評量病患功能強弱之處以提供臨床工作者訂定處置目標；其特色之一是區分能力與表現，前者指的是技巧的有無，後者指的是技巧的使用。量表中含有七個次量表：社交／退縮、人際溝通、獨立—表現、娛樂、社會性、獨立—能力、職業／就業。大部分的量表測量病患過去三個月內的表現。整體量表之內在一致性為 0.80 ，評量者之間 (病患父母) 的信度也相當不錯 (0.94)。病患自填與評量者之間的信度較低 ($r=0.78$)，不過這是可以預期的結果。在效



度方面，總量表與次量表都顯著地區辨病患與其手足 ($n=59$) 的社會功能；也能區辨精神病患與一般社區民衆的社會功能。量表分數越高代表社會功能越高。此量表由四位精神醫療社會工作者與筆者將該量表翻譯及修訂（以適於台灣地區的社會文化）完成。在本研究中整體量表之內在一致性為 0.86。

3. 照顧者之社會支持

本研究採用 Biegel 等人 (7、8) 修訂而成的社會支持量表作為測量工具。該量表有 16 個問項，內容含括他人對自己的評價、歸屬感、經濟與情緒支持等。其為四分量表，選項含括：「絕對是(0)」、「可能是(1)」、「可能不是(2)」、「絕對不是(3)」。

此量表的信度在 0.84 與 0.85 之間 (7、8)。據筆者檢驗的結果，問項 14 因 32.4% 的受訪者回答「不適用」而被排除，其餘 15 個問項整體的內在一致性為 0.83。

4. 照顧者負荷

本研究使用之負荷量表同樣採自 Biegel 等人之研究 (7、8)。此量表有 29 個問項，含括四個向度：家庭干擾 (11 題)、案主之依賴 (4 題)、烙印 (6 題) 及照顧者之緊張感 (5 題)。問項之選項有五：「從未(0)」、「很少(1)」、「有時(2)」、「經常(3)」及「幾乎都是(4)」。

整個量表的內在一致性合乎標準 (0.87)，四個次量表也都有合乎要求的內在一致性，分別為：0.79, 0.67, 0.83, 0.64。筆者以確證因素分析 (confirmatory factor analysis) 檢視原本的因素結構是否適用於本研究之資料；由於該量表之問項 3 及 9 乃測量照顧的正向經驗，而問項 23 及 24 在 Biegel 等人的分析中即發現不被含括於任何次向度中，因此最後共有 25 個問項被納入確證分析。問項 1 因與其所屬因素之相關未達顯著而進一步被排除；最後量表所含括的 24 個問項的內在一致性相當高 (0.93)。

5. 照顧者憂鬱程度

本研究採用 CES-D 量表 (25) 測量照顧者之憂鬱程度。此量表乃用於評量個人是否有憂鬱之傾向，其在美國被廣泛地應用於實務界以及老年癡呆症照顧者的相關研究，在台灣也經常被使用於研究中。其共有 20 個問項，詢問受訪者在過去一週內所經歷的症狀程度，選項由 0 到 3 分，含括：「幾乎沒有或從未」（少於一天）、「有一些或很少的時間」（1~2 天）、「經常或大半時間」（3~4 天）及「大部分或幾乎所有時間」（5~7 天）。量表分數愈高代表憂鬱程度愈高。此量表有很好的內在一致性 (0.90) (26)。在本研究的資料顯示其內在一致性為 0.92。

三、資料分析方法

筆者使用複迴歸分析檢驗照顧者憂鬱程度之相關因素，因自變項共有 24 個，而研究樣本有 244 位病患照顧者，其中若扣除資料缺失者將無法達到迴歸分析中變項數與樣本數比例達 1:10 之要求；為避免因影響分析結果的穩定程度，研究者首先進行自變項與依變項的雙變項相關分析，再將與依變項顯著相關的自變項納入後續的分析中。

在複迴歸分析中採「同時放入」(simultaneous entry) 的方法；並比較各自變項的標準化迴歸係數 (Beta)，以區分自變項之間的相對重要性。在分析整體自變項解釋依變項變異量的程度時乃採用調整後的解釋變異量 (Adjusted R^2)；其較原來的 R^2 精確，尤其是當樣本數太小或自變項數目越多時，一般的 R^2 傾向於被高估 (27)。此部份分析涉及兩個步驟；首先，因本研究假設壓力源與背景變項對照顧者負荷有顯著的影響，並且這兩組自變項與照顧負荷又聯合對照顧者之憂鬱程度產生效應，因此將先以照顧負荷為依變項以檢驗其他自變項對負荷之



影響；接著，研究者進行模型比較以分解照顧負荷與其他變項分別對憂鬱程度的影響，模型一只放入整體負荷變項，模型二則含括顯著的壓力源與照顧者背景變項，模型三則含照顧者整體負荷與其他的自變項。如此將模型三的解釋變異量減去模型二的解釋變異量可獲得照顧者負荷單獨解釋照顧者憂鬱的部份；壓力源與背景變項單獨解釋憂鬱程度的部份則可由模型三解釋變異量減去模型一的解釋變異量；而照顧者負荷以及壓力源與背景變項聯合解釋的部份則為模型三的解釋變異量減去照顧者負荷以及壓力源與背景變項各自的單獨解釋變異量 (27)。

三、結 果

一、樣本基本資料

本研究樣本中病患男女比例相當，分別為 49.2% 與 50.8%。病患年齡的分佈由 17 歲至 79 歲 ($M=37.18$, $SD=11.37$)。教育程度方面，低於高中的比例居多 (49.2%)、高中次之 (37.4%)、大專及以上者最少 (13.2%)。婚姻狀況則以未婚的病患居多 (55.3%)，已婚或同居者次之 (36.1%)，離婚、分居及喪偶者分別為 4.5%、2.5%、1.5%。病患的診斷以精神分裂症最多 (72.9%)，其次依序為躁鬱症 (21.7%)、其他 (3.9%) 及憂鬱症 (1.4%)。而罹病時間差異頗大，介於少於 1 年至 61 年 ($M=12.84$, $SD=9.79$)。在 244 位精神病患照顧者中，男性稍多於女性 (58.8%、41.2%)。約四分之三的照顧者已婚 (76.0%)，喪偶者有 11.2%，未婚與離婚者很少 (9.9%、2.9%)。教育程度也以低於高中者佔大多數 (66.9%)，高中與大專及以上者分別為 18.2%、14.9%。照顧者的年齡範圍從 18 歲至 86 歲皆有 ($M=54.17$, $SD=15.00$)，約有四分之一 (26.5%) 的主要照顧者年齡在 65 歲以上。

二、照顧者憂鬱程度

照顧者在 CES-D 量表之平均值為 17.1 ($SD=12.2$)，此分數比美國白人的平均值高出許多 (7.94~9.25) (26)；並且已落入可能有憂鬱問題之範圍 (16 分以上) (22)。再者，45.1% 的照顧者可能有憂鬱方面的問題。雖然美國的常模未必能適用於台灣的照顧者，但仍值得參考。

三、憂鬱程度之相關因素分析

這部份的分析乃採用皮爾遜積差相關分析與複迴歸分析進行。自變項當中有類別變項者乃轉變為虛擬變項 (dummy variable) 以使用於此兩種分析方法中，轉換後之分類如表一所示。其中病患與照顧者之教育程度，以少於高中學歷者為對照組；照顧者與病患之關係以父母為對照組；照顧方面之家庭支持與機構支持以「足夠」類別為對照創造兩個虛擬變項，一為「少於足夠」，另為「比足夠多」。另外不在表一的兩個變項，病患診斷轉換為 0=非精神分裂，1=精神分裂；照顧者宗教信仰則轉換為 0=無，1=有。

1. 雙變項相關分析

筆者首先進行壓力源、照顧者背景變項以及整體負荷與照顧者憂鬱程度之相關分析，結果顯示下列 16 個變項與憂鬱程度達顯著相關 ($P < 0.05$)：1. 照顧者整體負荷，2. 壓力源—病患年齡、教育程度 (大專相對於高中以下)、病患行為問題、病患社會功能，3. 照顧者背景變項—與病患之關係 (父母相對於其他)、婚姻狀況、性別、年齡、教育程度 (大專相對於高中以下)、工作狀況、其他照顧責任、健康狀況、一般社會支持、照顧方面之家庭支持與機構支持。病患年齡越輕、行為問題越多、社會功能越差、照顧者之負荷程度越大、年齡越大、健康狀況越不好、社會支持程度越



低，照顧者的憂鬱程度也越高。病患教育程度大專及以上者其照顧者的憂鬱程度較低於高中者；照顧者之教育程度與照顧憂鬱程度也具有同樣的關係。照顧者為父母者其憂鬱程度較其他照顧者（配偶除外）為高；已婚照顧者比其他人的憂鬱程度低；女性照顧者較男性的憂鬱程度高；有工作的照顧者其憂鬱程度較無工作者為高；家中有其他病患需要照顧的情況下照顧者的憂鬱程度較高；在照顧方面覺得家庭支持少於所需者比覺得足夠者憂鬱程度高；同樣地，覺得機構支持少於所需者的憂鬱程度較覺得足夠者高。病患性別、婚姻狀況、患病年數、診斷、住院次數、最後一次住院月數、照顧者之宗教信仰與照顧年數則與照顧者憂鬱程度無顯著相關 ($P > 0.05$)。

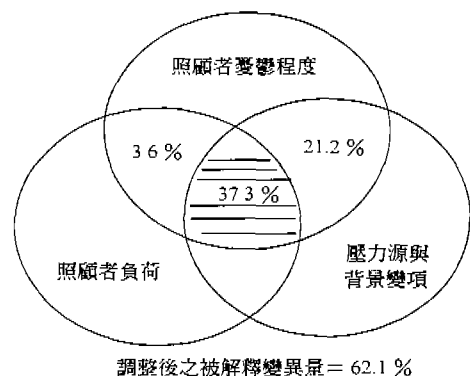
2. 其他自變項與照顧者整體負荷之相關

筆者接著將前面積差相關分析中與憂鬱程度達顯著相關的壓力源與照顧者背景變項放入複迴歸分析中以檢視其與照顧者負荷之相關程度。除去四個極端個案（亦即標準化殘差值 ≥ 3 ）之後（ $N=214$ ），15個壓力源和照顧者背景變項可解釋55.9%的照顧負荷變異量，顯示兩組變項整體與照顧負荷之間的顯著關係。其中病患行為問題、照顧者之健康狀況、一般社會支持和照顧方面之家庭支持與照顧者負荷程度有顯著相關（ $P < 0.05$ ）。比較顯著自變項之標準化迴歸係數（Beta）可知，病患行為問題（0.49）、照顧者之健康狀況（0.25）與社會支持（-0.20）是照顧負荷之相關因素中比較重要者。病患行為問題越多、照顧者健康狀況越差與社會支持程度越低則照顧者的負荷程度越高。再者，覺得照顧方面的家庭支持少於所需者其負荷程度高於覺得足夠者。

3. 模型比較

接下來以同樣的個案（ $N = 214$ ）進行憂鬱

程度之迴歸分析以分解照顧負荷以及壓力源和照顧者背景變項的單獨解釋變異量。由表一可知若單獨只放入照顧者整體負荷這個自變項，被解釋憂鬱程度變異量為40.9%（模型一）。模型二的分析結果顯示壓力源與背景變項解釋58.5%的憂鬱程度變異量（模型二）。若同時含括照顧者整體負荷以及壓力源與背景變項則可解釋62.1%的憂鬱程度變異量（模型三）。因此，有3.6%（ $62.1 - 58.5$ ）的憂鬱程度變異量可單獨由照顧者整體負荷所解釋，而這部份負荷對憂鬱程度的影響和壓力源以及背景變項完全無關；壓力源與背景變項單獨解釋的變異量則為21.2%（ $62.1 - 40.9$ ），此乃控制了照顧者整體負荷之後，壓力源與背景變項直接對憂鬱程度的影響；而有37.3%（ $62.1 - 3.6 - 21.2$ ）則由壓力源與背景變項以及照顧者整體負荷聯合解釋，亦即病患之人口特徵、疾病變項和照顧者背景變項透過對照顧負荷的影響進而影響憂鬱程度（見圖一）；而由前一步驟的分析顯示其主要透過病患行為問題、照顧者健康狀況、一般社會支持與照顧方面之家庭支持對負荷之影響。這些被解釋的變異量都達到統計上的顯著水準（ $P < 0.05$ ）。由表一的模型三分析結果可進一步檢視在控制了其他自變項之後與憂鬱程度相關的顯著自變項：



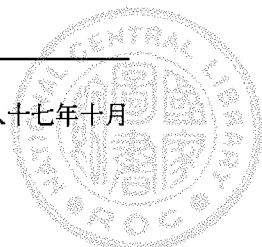
圖一、照顧者憂鬱程度被解釋之變異量



表一、照顧者憂鬱程度之迴歸分析結果—模型比較

(N = 214)

自變項值	β^a	Beta ^b	淨相關 ^c	T值	P
模型一：照顧者負荷					
照顧者負荷	0.40	0.64	0.64	12.19	0.0000
調整後之解釋變異量 = 40.9% ; F 值 = 148.54 (1,212) ; P 值 = 0.0000					
模型二：壓力源與背景變項					
1. 病患之人口變項					
年 齡	- 0.07	- 0.07	- 0.05	- 1.24	0.2166
教育程度——高中(1)	1.00	0.04	0.03	0.79	0.4327
大專(1)	- 3.86	- 0.11	- 0.09	- 1.97	0.0507
2. 病患之疾病變項					
行為問題	0.15	0.31	0.26	5.95	0.0000
社會功能	0.08	0.07	0.05	1.21	0.2278
3. 背景變項					
照顧者之特徵					
與病患的關係——配偶(1)	0.43	0.02	0.01	0.24	0.8115
其他(1)	- 1.08	- 0.04	- 0.02	- 0.56	0.5788
婚姻狀況 (0 = 未婚, 1 = 已婚)	- 2.45	- 0.08	- 0.07	- 1.66	0.0993
性別 (0 = 男, 1 = 女)	2.43	0.10	0.09	1.97	0.0498
年 齡	- 0.01	- 0.01	- 0.01	- 0.18	0.8577
教育程度——高中(1)	- 0.33	- 0.01	- 0.01	- 0.21	0.8369
大專(1)	- 1.02	- 0.03	- 0.02	- 0.54	0.5867
工作狀況 (0 = 無, 1 = 有)	2.79	0.11	0.09	2.13	0.0346
其他照顧責任 (0 = 無, 1 = 有)	4.47	0.16	0.16	3.52	0.0005
照顧者之健康狀況					
一般社會支持	- 0.47	- 0.31	- 0.25	- 5.57	0.0000
照顧方面之家庭支持——					
少於足夠(1)	2.46	0.11	0.09	2.04	0.0425
比足夠多(1)	3.48	0.08	0.07	1.67	0.0976
照顧方面之機構支持——					
少於足夠(1)	1.79	0.06	0.07	1.37	0.1831
比足夠多(1)	- 2.05	- 0.07	- 0.06	- 1.38	0.1704
調整後之解釋變異量 = 58.5% ; F 值 = 15.99 (20,193) ; P 值 = 0.0000					



表一、照顧者憂鬱程度之迴歸分析結果——模型比較 (續)

(N = 214)

自變項	β ^a	Beta ^b	淨相關 ^c	T值	P
模型三：照顧者負荷+壓力源與背景變項					
1. 照顧者負荷	0.18	0.29	0.19	4.42	0.0000
2. 病患之人口變項					
年齡	- 0.08	- 0.07	- 0.06	- 1.39	0.1658
教育程度——高中(1)	1.04	0.04	0.04	0.86	0.3919
大專(1)	- 3.47	- 0.10	- 0.08	- 1.85	0.0663
3. 病患之疾病變項					
行為問題	0.08	0.16	0.12	2.75	0.0066
社會功能	0.09	0.08	0.06	1.41	0.1594
4. 背景變項					
照顧者之特徵					
與病患的關係——配偶(1)	0.39	0.01	0.01	0.23	0.8210
其他(1)	0.03	0.00	0.00	0.01	0.9886
婚姻狀況 (0 = 未婚, 1 = 已婚)	- 2.83	- 0.10	- 0.08	- 2.00	0.0469
性別 (0 = 男, 1 = 女)	2.38	0.10	0.09	2.03	0.0440
年齡	- 0.002	- 0.003	- 0.002	- 0.04	0.9670
教育程度——高中(1)	- 0.52	- 0.02	- 0.01	- 0.34	0.7336
大專(1)	- 1.04	- 0.03	- 0.02	- 0.58	0.5620
工作狀況 (0 = 無, 1 = 有)	3.28	0.13	0.11	2.61	0.0096
其他照顧責任 (0 = 無, 1 = 有)	4.43	0.16	0.15	3.65	0.0003
照顧者之健康狀況	1.65	0.13	0.10	2.35	0.0198
一般社會支持	- 0.38	- 0.25	- 0.19	- 4.62	0.0000
照顧方面之家庭支持——					
少於足夠(1)	1.58	0.07	0.06	1.36	0.1766
比足夠多(1)	2.52	0.06	0.05	1.26	0.2107
照顧方面之機構支持——					
少於足夠(1)	1.28	0.05	0.04	1.00	0.3187
比足夠多(1)	- 1.53	- 0.05	- 0.04	- 1.07	0.2861

調整後之解釋變異量 = 62.1% ; F 值 = 17.63 (21,192) ; P 值 = 0.0000

說明：a = 未標準化迴歸係數

b = 標準化迴歸係數

c = part correlation



1. 照顧者整體負荷程度越大憂鬱程度也越高；2. 病患行為問題越嚴重照顧者憂鬱程度越高；3. 已婚的照顧者其憂鬱程度低於其他人；4. 女性照顧者之憂鬱程度高於男性；5. 有工作的照顧者其憂鬱程度高於無工作者；6. 有其他照顧責任者之憂鬱程度高於無其他照顧責任者；7. 照顧者之健康狀況愈差者其憂鬱程度愈高；8. 照顧者之一般社會支持越低者憂鬱程度越高。

其中較重要的相關因素分別是：照顧者負荷程度 ($\text{Beta}=0.29$)、一般社會支持 ($\text{Beta}=-0.25$)、其他照顧責任 ($\text{Beta}=0.16$)、病患行為問題 ($\text{Beta}=0.16$)、照顧者之健康狀況 ($\text{Beta}=0.13$) 及工作狀況 ($\text{Beta}=0.13$)。相對地，病患之年齡、教育程度、社會功能、照顧者與病患之關係、照顧者之年齡、教育程度以及照顧方面的家庭支持與機構支持則對照顧者憂鬱程度無顯著的影響 ($P>0.05$)。

四、討 論

根據本研究的初步發現，樣本中有 45% 的照顧者可能有憂鬱的問題，顯示照顧者憂鬱問題的嚴重性。與 Song 等人 (12) 的研究結果相較，本研究照顧者的憂鬱程度較其研究樣本為高。不過，值得注意的是此量表雖然在國內經常被使用，但是尚未發展出適合中國人的常模；因此，本研究的發現仍待未來研究進一步檢證。再者，本研究有 95.5% 的病患與照顧者同住，Song 等人 (12) 的研究則為 53%。雖然其研究發現「是否與照顧者同住」並不是憂鬱程度的顯著相關因素，Cohen 和 Eisdorfer (12) 則驗證了同住的情況下照顧者的憂鬱程度較高。不過，同住比例能否解釋兩個研究樣本憂鬱程度之差異也有待驗證。

Song 等人 (12) 亦依據壓力因應理論採用類似的自變項，本研究之發現與其研究結果

相似的是案主的人口變項、疾病相關變項以及背景變項可單獨解釋照顧者憂鬱程度變異量約 21.2%，雖然被納入分析的自變項有些許差異。與其發現不同的是，本研究的自變項解釋憂鬱程度變異量的比例 (62.1%) 高於他們的研究 (37%) 許多，其一方面可能因本研究照顧者的憂鬱程度與變異量都比他們的研究樣本為大；另一方面則顯示壓力因應理論對本研究的照顧者憂鬱程度更具有解釋力；再者也可能是因本研究納入複迴歸模型中的自變項較多。而二個研究之差異主要為照顧負荷本身單獨以及負荷與其他變項 (壓力源與背景變項) 聯合解釋的變異量，在本研究分別為 3.6% 與 37.3%，在他們的研究則為 2% 與 14%。另外在顯著的相關變項方面也有不同，其研究發現一般社會支持是唯一的顯著相關因素，照顧者負荷則幾乎顯著 ($P=0.051$)；本研究結果則呈現更多的顯著相關因素。因此本研究之發現有重要的理論意涵，亦即驗證了壓力因應理論的假設：因照顧責任所產生的負荷感若不加以處理，長久以往極可能形成憂鬱問題。由照顧責任而產生的負荷感單獨解釋以及與壓力源和背景變項聯合解釋憂鬱程度變異量之比例 (40.9%) 可明顯得知。再者，病患的行為問題與照顧者的背景變項也會直接影響照顧者之憂鬱程度，後者如照顧者之一般社會支持、其他照顧責任、健康狀況、與工作狀況。

就個別變項的影響而言，病患行為問題對照顧者憂鬱程度的直接影響支持英美相關研究的發現 (12、20)。本研究也驗證了在考量其他因素之後女性照顧者的憂鬱程度仍高於男性，此與一般的研究發現一致 (21)；此種性別差異或許能以 Govez (21) 所提出的性別角色差異解釋，亦即男性角色較女性多重，除了照顧責任之外，仍有其他角色折衝，女性的角色則較單一，且男女在照顧內



涵(項目)上或許也有差異；再者，社會化的結果可能使女性較能以憂鬱情緒表現負荷的長期影響，而男性則較壓抑或以憤怒表達；然其中切確的原由仍有待深入探究。在照顧年數的影響方面，本研究未發現如文獻所載的照顧年數短者憂鬱程度較高；照顧年數並無顯著的影響，而由本研究之照顧年數變異頗大，在2個月至40年之間，標準差約7.7年，可知本研究已包括處於不同照顧歷程的家屬。因此照顧者並不會隨時間日久因技巧熟稔或較能調適而憂鬱程度較低。本研究也驗證了照顧者本身之健康狀況對其憂鬱程度的影響，如過去研究的發現(12)。社會支持對照顧者憂鬱程度的影響也和大部分的研究發現相同(12、13、22)，一般社會支持越高則憂鬱程度越低。

除此之外，本研究也發現已婚者比其他(含未婚、離婚與喪偶)的憂鬱程度低。婚姻狀況和社會支持二者對生活事件與憂鬱程度之間關係的影響一直很難釐清，Ensel(21)認為結婚與社會支持並非等同，仍視配偶之互動內涵而定；再者，婚姻分裂或破碎可能是一壓力事件，但也可能是長期問題的解決，有助於憂鬱的減輕。Ensel(21)自己的研究顯示已婚與未婚者的憂鬱程度是否有顯著差異仍視其經歷的生活事件多寡與社會支持的狀況而定。就精神醫療的照顧者而言，本研究的複迴歸分析中在同時考量病患的行為問題、社會功能、照顧者的一般社會支持與照顧方面的家庭支持等其他變項之後，已婚與其他人的憂鬱程度仍呈現差異；雖然本研究並不只是比較已婚與從未結婚者，此項結果仍顯示在面對長期照顧責任時有配偶者有較少的精神困擾，其中究竟透過何種機制則需進一步的研究。本研究也發現有工作和有其他照顧責任的情況下，照顧者的憂鬱程度較高；此可能關乎照顧者能給予病患的時間與

精力；當照顧者必須同時兼顧工作或照顧家中其他病患與有精神疾病的家人時，長期處在如此交迫的處境對其精神與情緒狀況有負面的影響。

五、結論與建議

根據本研究之初步發現，筆者對精神醫療實務與未來之研究方向有下列建議：

一、精神醫療實務

1. 關注照顧者之憂鬱問題

根據美國所發展出來的分界值(cutoff score)，本研究發現45%的照顧者可能有憂鬱問題，且其憂鬱程度較美國一研究樣本為高(12)。雖然非立基於適合中國人的常模，故此項研究發現只能供作參考；然而仍顯示精神醫療專業人員應重視照顧者的憂鬱問題，進行例行性的評量，篩選出可能有憂鬱問題者，提供適當的協助。若限於專業人力無法針對所有的照顧者加以評量，可依與憂鬱程度相顯著相關的因素先篩選出高危險群進行評量；其包括病患行為問題嚴重、照顧者為女性、未婚、有工作、有其他照顧責任、健康狀況差與一般社會支持低者。如前言中所述，台灣的精神醫療資源缺乏，實務重點仍在病患症狀的處理，對於照顧者的協助仍相當有限；然而病患家屬是病患最主要的照顧資源，若要落實精神病患的社區照顧，應抱持雙重案主(dual clients)的觀點，同時著眼於照顧者本身的福祉，以利病患社區生活的品質與永續。此點仍有待精神醫療團隊的體認與推動。

2. 協助照顧者維持與建立社會支持網絡
社會支持越低的照顧者其負荷程度越高，而負荷又對憂鬱程度有重要的影響；另外，社會支持也與憂鬱程度直接相關，社會



支持低者其憂鬱程度較高。這些實證分析結果顯示足夠的社會支持有助於照顧者負荷與憂鬱的減輕。然而由於精神疾病本身仍存在社會烙印；加上病患本身若有許多正性症狀行為問題，如攻擊行為、思考異常與干擾他人之行為等，親友可能不知如何因應而逐漸減少與病患家庭往來；再者，照顧者也可能因疲於照顧病患，沒有時間與精力從事社交活動，於是人際網絡呈現窄化與淡化。由是，如何協助照顧者維持與建立支持網絡是重要的議題。美國國家心理衛生組織（National Institute of Mental Health）發展精神病患的社區支持方案也非常強調病患的非正式支持體系以形成一照顧網絡（network of caring）（28）。本研究則驗證社會支持對照顧者的重要性，為使照顧者持續協助病患成功地生活於社區，照顧者的支持網絡是精神醫療社會工作人員應迫切著力之處；精神醫療社會工作人員應由目前守株待兔、等待醫師轉介的模式，轉變為主動發覺個案的需要、尋求資源與積極協助，尤其是加強對照顧者的輔助。而如此的工作模式又需增加人力與新的知能，需要醫療團隊中醫護人員的認同與配合。

3. 教導照顧者病患行為問題處理知能

病患行為問題對照顧者憂鬱程度的影響與社會支持相同，雖然其大多是透過與照顧者負荷程度的聯合影響。教導照顧者如何處理病患的行為問題早已成為家屬團體的重要討論課題；社會工作或其他醫療專業人員應建立一套課程，有系統地建立照顧者這方面的知識與處理技巧；除在一般的家屬團體中進行衛教之外，專業人員應評量個別病患在社區的行為模式，對於有嚴重問題行為者應特別針對其照顧者個別衛教與關懷。再者，也應評估相關衛教課程對照顧者助益的程度。

二、未來之研究

本研究發現女性照顧者的憂鬱程度高於男性，其中的機制是因男女不同的性別角色扮演、照顧內涵之性別差異或因面對壓力（負荷）事件時不同的反應與因應型態？未來的研究可透過質化研究或長期研究深入探究不同性別照顧者之一般角色分工、照顧責任分工與壓力因應模式，以進一步了解其與照顧者憂鬱程度之關連。同樣地，有配偶和未婚、離婚或喪偶的照顧者之間在照顧病患方面是否面臨不同的議題？支持體系是否有差異？若有，這些差異如何影響照顧者本身的精神狀況（如憂鬱程度）？這兩方面的研究的發現除了有理論上之重要意涵外，將有助於精神醫療人員在資源有限的情況之下，設定協助對象的優先順序。最後，在本研究中使用一些翻譯自國外的量表，雖然作者已檢驗量表項之內在一致性並且驗證行為問題量表、社會支持量表與負荷量表之內在建構效度（construct validity），然而未來仍需要以台灣的樣本進一步檢視這些量表的其他信效度狀況。

研究限制

隨機樣本在臨床或實務研究一向較難獲得，尤其是在個案資料電腦化並不普遍以及個案資料隱密性之考量情況下，使得本研究必須依選樣標準由門診及參與復健的病患中尋求可用樣本，以致限制了研究結果可概推的程度。然而，每個機構的施測期間至少二個星期；據機構人員所提供的訊息，一般病患約二至四星期到醫院看門診一次，因此在本研究的資料蒐集期間應可包括大部分的門診個案；而復健病患也都先寄出同意函，或能增加本研究樣本之機構代表性。然而也因此種限制，更加需要在其他地方進行類似的



研究以驗證本研究結果的外在效度。另一個限制是在訪問過程中有時病患在旁邊，會干擾照顧者的反應，對於一些有關病患的問題，照顧者可能為顧及病患的感受而未據實回答。研究者在施測時已採取一些方法避免過度干擾，如請另一個訪員將病患帶開等。

誌 謝

本研究的完成要感謝省立草屯療養院、彰化基督教醫院精神科、臺中榮民總醫院精神科以及臺中靜和醫院所有參與之專業人員的竭心盡力協助。同時也要感謝接受訪問的照顧者，他們在沈重的照顧責任之外耐心接受約一小時的訪問，背後都有共同的期待，亦即希望本研究能有助於病患與其本身狀況之改善，而這也是研究者衷心的期盼。

參考文獻

1. 行政院研考會：精神病患醫療服務體系之檢討，行政院研究發展考核委員會編印，第12-13頁，民國84年。
2. Hatfield AB, Lefley HP：Families of the Mentally Ill New York, NY：The Guilford Press, 3-29, 1987.
3. Lefley HP：Family Caregiving in Mental Illness. Thousand Oaks, CA：Sage Publications, 3-9 & 65-80, 1996.
4. 行政院衛生署：台灣地區精神疾病防治工作現況與展望，民國81年。
5. 行政院衛生署：內部統計資料，民國87年。
6. 鄭泰安：台灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究，中華心理衛生期刊，第2卷第1期，第117-133頁，民國74年。
7. Biegel D, Milligan S, Putnam P, et al.：Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness Community Mental Health Journal, 30(5)：473-494, 1994.
8. Biegel D, Son GL, Chakravarthy V：Predictors of caregiver burden among support group members of persons with chronic mental illness, in Kahana E, Biegel D, Wykle M (Ed.,) Family Caregiving Across the Lifespan. Newbury Park, California：Sage, 178-215, 1994.
9. Biegel D, Sales E, Schulz R：Family Caregiving in Chronic Illness：Alzheimer's Disease, Cancer, Heart Disease, Mental Illness and Stroke Newbury Park, CA：Sage Publications, 29-61, 1991
10. Oldridge ML, Hughes ICT：Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia：An investigation into long-standing problems British Journal of Psychiatry, 16：249-251, 1992
11. Pickett SA, Vraniak, DA, Cook JA, et al.：Strength in adversity：Blacks bear burden better than whites. Professional Psychology：Research and Practice, 24(4)：460-467, 1993.
12. Song L, Biegel DE, Milligan SE：Predictors of depressive Symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 33(4)：269-286, 1997
13. Struening EL, Stueve A, Vine P, et al.：Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. Research in Community and Mental Health, 8：91-124, 1995
14. 宋麗玉：精神疾病照護者負荷的程度與相關因素之探討，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，民國86年。
15. 吳就君：精神病患家庭照顧者的負荷研究：跨國文化比較，中華心理衛生學刊，第8卷第1期，第37-52頁，民國84年。
16. 黃珮玲：探出院精神分裂症患者家屬的居家照顧經驗——壓力知覺與因應行為，國立台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文，民國77年。
17. 蔡碧藍：出院憂鬱症患者照顧者之負荷及其相關因素之探討，國立台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文，民國84年。
18. 龔瑞慧：出院精神分裂症患者家庭現階段家庭功能與照顧負擔相關之研究，私立東吳大學社會學研究所工作組碩士論文，民國78年。
19. Hatfield AB：Families as caregivers：A historical perspective in A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.,) Families of the Mentally Ill, New York, NY：The Guilford Press, 3-29, 1987.
20. Perring C, Twigg J, Atkin K：Families Caring for People Diagnosed as Mentally Ill：The Literature Re-examined. London：HMSO, 7-21, 1990.
21. Ensel WM：Sex, marital status, and depression：The role of life events and social support, in Lin N, Dean A, Ensel W (Eds.,) Social Support, Life Events, and Depression. New York, NY：Academic Press Inc., 231-248, 1986
22. Schulz R, Williamson GM：A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. Psychology and Aging, 6(4)：569-578, 1991.
23. Stewart DW：The application and misapplication of factor analysis in marketing research. Journal of Marketing Research, 18 (February)：51-62, 1981



24. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, et al. : The Social Functioning Scale : The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157 : 853-859, 1990.
25. Radloff LS : The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population *Applied Psychological Measurement*, 1 : 385-401, 1977.
26. Corcoran K, Fischer J : *Measures for Clinical Practice-- A Sourcebook*. New York : The Free Press, 114-115, 1994.
27. Tabachnick BG, Fidell LS : *Using Multivariate Statistics (2nd Ed.)* , Northridge, CA : Harper Collins Publisher, 123-191, 1989.
28. Biegel DE, Tracy E, Corvo KN : Strengthening social networks : Intervention strategies for mental health case managers. *Health and Social Work*, 19(3) : 206-216, 1994.



The Extent and Correlates of Depressive Symptomatology among Caregivers of Persons with Mental Illness

Li-Yu Song

ABSTRACT

According to Stress-Coping Model, one of the long-term negative outcomes resulting from caregiving to persons with mental illness is depressive symptomatology. In Taiwan, due to limited resources, about 86.3% of mentally ill consumers in communities lives with their family members. However, there is paucity in the knowledge concerning the extent and correlates of depressive symptomatology among caregivers of persons with mental illness. This study aims to fill these gaps. Through in-person interview, data from 244 caregivers of persons with mental illness who are receiving outpatient services in two psychiatric hospitals and the psychiatric wards in two general hospitals were collected from October, 1996 to March, 1997. CES-D Scale was employed to measure depressive symptomatology. In accord with Stress-Coping Model, three sets of potential correlates of depressive symptomatology were examined, including stressors (consumer characteristics & illness variables), contextual variables (caregiver characteristics, health status, social support, etc.), and caregiver's burden. The amount of variance explained by each set of variables were computed via model comparisons using multiple regression analyses. The results revealed that 45% of the study subjects might have a problem of depression using 16 as the cutoff score. Sixty two percent of the variances in Depressive Symptomatology can be explained by the three sets of independent variables described above. The results of model comparisons indicated that among the variance explained, 21.2% was uniquely attributed to stressors and contextual variables, 3.6% was uniquely contributed by caregiver burden, and 37.3% was due to joint contribution of stressor and contextual variables and caregiver burden. The specific significant correlates of the dependent variable were behavioral problems of patients, sex, marital, employment and health status of caregiver, other caregiving responsibility, social support and caregiver's burden. These findings suggest that the extent of caregiver's depressive symptomatology is worth noting. Intervention strategies for alleviating such problem are discussed.



Key words :

1. caregiver
2. depressive symptomatology
3. chronic mental illness

