

癌末病患家屬照顧者 照顧負荷量表之發展： 前驅研究

洪淑惠 林淑媛*

中文摘要

研究目的在發展一份適合於本土癌末病患家屬照顧者評估用之照顧負荷量表。以立意取樣方式，在高屏地區的一家醫學中心、一家區域醫院及二家地區醫院，共選擇100位罹患癌症第四期，醫師建議接受安寧療護住院病患的主要家屬照顧者為研究對象。依據照顧負荷文獻查證的內容、筆者在照顧癌末病患的臨床經驗、專家的建議，及因素分析結果發展出17題的照顧負荷量表。

結果發現：量表之內容效度指數CVI為.98，Cronbach's α 值為.89，經主軸因子萃取法歸納出四個面向，分別命名為「身心負荷」、「靈性負荷」、「經濟負荷」和「生活負荷」，四個因素共可解釋58%的總變異量。顯示本量表具有良好的信效度，建議作為臨床與研究在評估照顧負荷的測量工具。(志為護理，2010; 9:6, 66-77)

關鍵詞：癌末病患、主要家屬照顧者、照顧負荷、量表發展

前言

癌症病患的家屬照顧者在面臨病患診斷為癌症後，需承擔癌症病患接踵而來的治療與病情變化，同時也必須承受伴隨疾病而來的生理、心理、社會方面的壓力及家庭生活的改變(Honea et al., 2008)，長期下來可能會使家屬照顧者因照顧癌末病患產生照顧負荷，尤其隨

著疾病的惡化，病患的身體功能逐漸衰弱，照顧者須提供病患更多的照顧，其產生的照顧負荷愈大(Tang, Li, & Chen, 2008)。而當病患照顧需求與需求滿足間的落差若超出家屬照顧者所能承受的範圍時，就會產生家屬照顧者身、心、社會層面的負荷(Dumont et al., 2006)。此外，因癌末病患的家屬照顧者比其他

大仁科技大學護理臨床指導教師 高雄醫學大學護理學系助理教授*

接受刊載：99年9月2日

通訊作者地址：林淑媛 80708 高雄市三民區十全一路100號

電話：886-7-3121101 分機 2616；0917901161 傳真：886-7-3218364 電子信箱：m845008@kmu.edu.tw

疾病患者的家屬照顧者更快面臨到親人的死別，進而可能誘發出照顧者的靈性需求(張、黃、黃，2002)，研究顯示未被滿足的靈性需求與照顧者的憂鬱有關，靈性狀態會影響照顧者的心理狀態及照顧負荷(Buck & McMillan, 2008)，可見照顧癌症病人對家屬照顧者身、心、靈、社會層面影響的重要性。過去國內外已發展的照顧負荷測量工具中，少以癌末病患家屬照顧者為考量對象，且未能將家屬照顧者的靈性層面納入問卷設計中，因此無法區別出癌末病患家屬照顧者的身、心、靈、社會層面之照顧負荷，和慢性病患家屬照顧者照顧負荷的差異，另外使用目前既有的照顧負荷量表亦無法得知家屬照顧者在照顧癌末病患時所面臨的靈性衝擊程度，故引發研究者發展癌末病患家屬照顧者照顧負荷量表的動機，冀能建立一適合評估癌末病患家屬照顧者照顧負荷的工具，進而作為未來提供家屬照顧者照護措施的依據。

文獻查證

一、癌末病患之照顧需求及其照顧對家屬照顧者的衝擊

癌症病患從治療至死亡這個漫長的疾病過程中，家屬照顧者都有心理壓力和健康變差的傾向(Dumont et al., 2006; Tang, Li, & Liao, 2007; Tang et al., 2008)，而家屬照顧者的心理壓力與病患的照顧需求有關，當病患身體活動功能愈差且病患的照顧需求愈多，家屬照顧者須給予病患的照護愈多，照顧負荷就會產生(Dumont et al., 2006)，且當癌症病

患出現的症狀困擾越多，家屬照顧者的負荷也就越大(李、蔡、張，2008)。而隨著臨終的到來，家屬照顧者的壓力也愈來愈大，包括接受病患即將到來的死亡和後事準備的壓力，使負面的情緒及壓力湧現(Tang et al., 2008)，同時癌症病患和家屬照顧者會經歷到靈性痛苦因而產生靈性需求(何，2002)，故照顧癌末病患對家屬照顧者身心社會靈性所產生的影響不容小覷。

二、照顧負荷概念及家屬照顧者之照顧負荷

當照顧者在擔任病患的照顧工作時，因照顧需求或支持之間無法平衡，產生不同程度壓力，形成自己、他人及環境間的緊張關係，就會造成照顧負荷(Hill, Paice, Cameron, & Shott, 2005)。而家屬照顧者的照顧負荷需考慮到多層面，以下針對文獻提出的各層面作說明：在照顧者的身心負荷層面，隨著癌末病患病情日漸走下坡，病患也變得更加依賴家屬照顧者，在旁陪伴的家屬照顧者也跟著感到身心俱疲，嚴重會造成家屬照顧者身心的過度負荷，當照顧者本身的健康狀況愈差，照顧者的照顧負荷就愈高(Dumont et al., 2006)；尤其當家屬照顧者罹患較多的慢性病或自覺健康狀態較差時，其照顧負荷也就愈大(劉等，1998)。在靈性負荷層面，研究指出癌症家屬照顧者有靈性的需求(張等，2002)，面臨病患死亡的準備也會讓家屬照顧者產生照顧負荷(Tang et al., 2008)，尤其當家屬照顧者面臨親人的死亡時，會促使其思考自己生命的價值與意義(Doka, 2004)，照顧者可以從

宗教去探索自己的靈性及發現內外在的能量，藉此協助其調適與減輕照顧負荷(Action & Miller, 2003)。在社會負荷層面，家屬照顧者可能需請假或離職來照顧病患，因此無法工作導致其面臨經濟負荷(王等，2002；李等，2008)，而每個家庭成員的角色須因應病患的照顧問題作調整與改變，以面對罹病家人失去的家庭功能(何，2002)，且研究指出家屬照顧者的社會支持愈少，其照顧負荷愈高(王等，2002；李等，2008)，故評估家屬照顧者的照顧負荷是很重要的。

三、照顧負荷的測量工具

在國內照顧負荷量表方面，林(2000)發展失智老人照顧者的照顧負荷量表，馬(2001)發展出居家脊髓損傷病患照顧者的照顧負荷量表，王等(2002)發展血液透析病患照顧者的照顧負荷量表，這些量表雖有可接受的信效度，但無法呈現照顧者因應癌症病患末期特殊變化導致其在生理、心理、社會、靈性層面所產生的照顧負荷，故不適用於測量癌末病患家屬照顧者的照顧負荷。在國外照顧負荷量表方面，Robinson(1983)發展的Caregiver Strain Index(CSI)，乃是針對髖部手術和心臟病病患照顧者所發展的照顧負荷量表，Lawton等(1989)針對接受喘息服務的照顧者發展Caregiving Appraisal Scale(CAS)量表，Novak和Guest(1989)提出的Caregiver Burden Inventory(CBI)量表及Vitaliano等(1991)發展的The Screen for Caregiver Burden(SCB)量表，主要在測量失智

症照顧者主客觀的照顧負荷，England與Roberts(1996)發展出The Parent Caregiver Strain Questionnaire(PCSQ)量表，主要在測量神經功能障礙患者家屬照顧者的耗竭程度，上述量表雖具有滿意的信效度，但未曾使用於癌末病患家屬照顧者照顧負荷的測量，量表測量的面向與題目亦較不適用於癌末病患的家屬照顧者。

Given等(1992)發展的The Caregiver Reaction Assessment(CRA)量表，曾用於測量身體功能障礙、失智症、癌症病患家屬照顧者之照顧負荷，包括自尊、家庭支持、經濟衝擊、作息衝擊、健康衝擊等項，此量表具有可接受的信效度，國內由李、蔡、張(2008)翻譯成中文版，但其經濟負荷次量表之信度較差，有待進行修正及測試，而CRA量表雖曾用於癌症病患的照顧者，但其研究對象侷限於正在接受癌症治療病患的照顧者，因此較無法反應癌症末期病患照顧者的整體照顧負荷情形。綜合上述國內外照顧負荷量表得知，既有的量表內容較無法涵蓋家屬照顧者因應癌末階段變化所產生的負荷，故本研究旨在發展一針對癌末病患家屬照顧者的照顧負荷量表，以作為臨床醫護人員對家屬照顧者照顧負荷的評估工具。

方法

一、研究設計、場所及對象

本研究為橫斷式描述性的研究設計，藉結構式問卷在高屏地區四家醫院的安寧病房和一般癌症病房進行調

查，採用立意取樣，分別選擇住院罹患癌症第四期，且醫師建議病患接受安寧療護的主要家屬照顧者，在收案時間內受限於收案場所可參與的個案數不多，故以100位個案為研究對象，此樣本數符合Tabachnick和Fidell(2001)提出因素分析的樣本數至少100人的建議。符合收案之主要家屬照顧者的條件為：(1)照顧罹患癌症第四期，且醫師建議接受安寧療護的住院病患，(2)負擔病患大部份照顧責任，花最多時間照顧的家屬，(3)國台語表達清楚者，(4)非聘僱的護理人員。

二、量表編製程序

「癌末病患家屬照顧者照顧負荷量表」之發展，乃依據Streiner和Norman(2003)所提出的量表編製程序進行，步驟包括檢視既存的量表、擬定量表原始題目、選擇計分方式、決定量表題目等四個步驟，依序說明如下：

(一)檢視既存的量表

根據研究目的和研究特性的考量，研究者檢視國內外文獻的適用性，王等(2002)、Novak和Guest(1989)的照顧負荷量表較符合本研究的目的，但此兩種照顧負荷量表均缺乏照顧者靈性層面的考量，故研究者決定重新發展另一「癌末病患家屬照顧者照顧負荷量表」。

(二)擬定量表原始題目

乃依據Streiner和Norman(2003)建議可由研究對象、臨床觀察、理論、研究結果和專家意見五種來源來發展量

表的題目。從文獻查證及研究者在腫瘤護理多年的實務經驗發現，癌末家屬照顧者的照顧負荷與照顧者的身、心、靈、社會有不可分的關係，而文獻中照顧負荷量表的測量面向多涵蓋身、心、社會等層面，但普遍缺乏靈性層面的考量，故擬訂量表原始題目時，除了參考照顧負荷量表外，又參考蕭和黃(2005)的靈性健康量表，將其包含之生命的意義、人生的價值、宗教信仰等題目納入，以能涵蓋身、心、靈、社會等層面，並依據照顧負荷之概念來決定量表題目，初稿共有四個層面33題，分別為照顧工作對照顧者在生理和情緒感受的影響，予以命名為身心負荷，共14題；其次是照顧者照顧病患後對其社交和生活的影響，命名為生活負荷，共7題；另外為照顧者照顧病患後對其收入、工作、財務的影響，命名為經濟負荷，共3題；最後為照顧者照顧病患後對其生命價值觀的影響，命名為靈性負荷，共9題。

(三)選擇計分方式

採Likert五個等級的計分方式，本量表同樣採取五個等級的計分方式，分別是從來沒有(1分)、很少如此(2分)、偶而如此(3分)、經常如此(4分)、總是如此(5分)。

(四)決定量表題目

依題目闡釋性(interpretability)及同質性(homogeneity)的考量選擇量表最後的題目，由一位護理教育研究者及一位具多年癌症及癌末臨床實務經驗的護理長，先檢視題目是否有語意模糊、專業

術語(jargon)等難懂的題目，修改文字以符合每一題字數在20個字以內，以四大照顧負荷層面共33題的量表進行內容效度檢定，再敦請一位醫學中心血液腫瘤科資深醫師及二位安寧病房的臨床護理專家、一位資深社工師及一位宗教學專家，針對問卷題目、用詞適當性、清晰性、題目內容涵蓋性等，進行題目內容的審查。評分標準以四分法計分，計算專家評分爲3分以上的題目佔所有題目的比例，作爲內容效度指數(index of content validity, CVI)，依專家意見對二題文字表達略作修改，分別將「對於現在的照顧工作，讓我很想逃離」修改爲「我很想逃離現在照顧病人的工作」，將「病人面臨死亡的事實，讓我覺得生命沒有意義」修改爲「病人面臨死亡的事實，讓我找不到生命受苦的意義」；Lynn(1986)指出量表之CVI值 $>.80$ 爲可接受，而本研究的照顧負荷量表CVI值爲 $.98$ ，有良好的內容效度，故未刪減任何題目。

三、進行步驟與資料分析

本研究取得人體試驗委員會及受試醫院的核准方進行正式施測，收案時對照顧者說明研究目的及填寫問卷的方式取得其同意後再進行施測。以SPSS 12.0中文版套裝軟體進行資料建檔與統計分析，統計方法包括頻率、百分比、平均值、標準差等描述性統計，以因素分析檢定因素效度，且採用Cronbach's α 值檢定內在一致性，利用皮爾森積差相關分析檢視題目和次量表間的相關性。

結果

一、研究對象基本屬性

主要家屬照顧者的平均年齡爲 $45.80(\pm 13.28)$ 歲，範圍介於20至80歲之間，以女性居多(66%)，教育程度以高中者38%佔最多，婚姻狀況以已婚者75%佔最多，宗教以信仰道教者31%佔最多，以無工作者45%佔最多，自覺經濟狀況以普通或好者67%佔最多。照顧情形方面，每天來院照顧時數以一天照顧24小時者48%佔最多，照顧期間以不到1年者66%較多，照顧場所以在安寧病房照顧者佔79%最多，62%有其他家屬輪流照顧病患，75%的照顧者無聘僱看護照顧病患。

二、項目分析

爲檢視題目與各次量表間是否具有良好的相關性，故針對量表的各項題目進行項目分析(item analysis)，以校正後的單項與總量表的相關係數(corrected item correlation)須大於 0.30 爲判斷依據(Ferketich, 1991)，刪除相關係數低於 0.30 的題目，分別爲身心負荷的「26.家人間對於照顧病人的不同意見，讓我感到困擾」，及靈性負荷的「20.宗教對我在照顧病人的調適上沒有任何的幫助」、生活負荷的「33.病人無法接受即將死亡的事實，讓我感到困擾」三題，刪除後的總題數爲30題，相關係數在 $0.32-0.72$ 之間，各題的平均值 $1.71-4.32$ (標準差 $0.97-1.64$)。

三、建構效度與內容效度

本量表以因素分析檢定照顧負荷量表之建構效度，將30題的「癌末照顧者照

顧負荷量表」以探索性因素分析進行因素效度的檢定。在因素分析之前，先進行「取樣適切性量數」(Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy；KMO)和球形考驗(Bartlett's test of sphericity)的 χ^2 檢定，來檢測量表是否適合因素分析，本問卷的KMO值為0.79，球形考驗 χ^2 檢定 p 值 $<.001$ 達顯著，故適合進行因素分析。

因素分析採取主軸因子萃取法(principal axis factors)，直交轉軸(orthogonal rotation)之最大變異法(varimax)分析，取特徵值(eigenvalue)大於1、因素負荷量大於0.45(Tabachnick & Fidell, 2001)的因素，每回刪除因素分析小於0.45的題目，第一回合先刪除五題(7,13,15,21,26)，第二回合再刪除四題(4,6,19,25)，第三回合刪除三題(8,11,12)，第四回合再刪除一題(30)，共刪除13題，分別為身心負荷的「4.照顧病人讓我胃口變差」、「6.我煩惱病人吃的太少」、「7.病人的情緒不穩定，讓我覺得困擾」、「11.對病人發脾氣讓我感到懊惱」、「12.照顧病人讓我感到挫折」、「21.病人出院安置的問題讓我感到煩惱」，靈性負荷的「8.看到病人承受的痛苦，讓我感到心疼」、「13.過去我幫病人做的治療決定，讓我感到自責」、「29.聽到病人談他自己的死亡，會讓我感到困擾」、「30.病人的心願無法達成，讓我感到遺憾」，及生活負荷的「18.照顧病人使我無法從事休閒娛樂」、「19.照顧病人影響我對未來的計畫」、「25.每天照顧病人的日子，讓我覺得生活沒有

目標」，最後保留17題。此17題因素負荷量介於.48-.88，因素分析萃取出四個因素，共可解釋57.98%的總變異量。經因素分析後身心負荷7題，共可解釋18.84%的總變異量；靈性負荷4題，共解釋變異量14.24%；生活負荷3題，共解釋變異量12.55%，經濟負荷3題共可解釋變異量12.35%(表二)，具可接受的建構效度。將17題照顧負荷題目內容再進行專家效度檢定，CVI值仍為.98，顯示本研究工具有良好的內容效度。

四、信度分析

「癌末病患家屬照顧者照顧負荷量表」施測($n=100$)的Cronbach's α 值，在照顧負荷總量表為.89，在身心負荷次量表為.87、靈性負荷次量表為.77、生活負荷次量表為.81、經濟負荷次量表為.83(表一)。校正後各題目與總量表間的相關係數介於.38-.72，各次量表與照顧負荷總量表呈現中度以上的正相關($r=.69\sim.88$)，次量表之間也達中度正相關($r=.31\sim.58$)(表二)，符合文獻建議之項目相關係數宜 $>.30$ (Ferketich, 1991)。

討論

「癌末病患家屬照顧者照顧負荷量表」包含四個層面，分別為身心負荷、生活負荷、經濟負荷、靈性負荷。身心負荷與其他研究將照顧者的身體與心理兩個面向納入照顧負荷量表的結果相同(王等, 2002；李等, 2008；馬, 2001；England & Roberts, 1996；Robinson, 1983)。Tang等(2007)發現癌症患者的照顧工作對家屬照顧者的健康有影響，

表一 照顧負荷量表的因素負荷、相關係數及信度 (N=100)

| 項目 | M | SD | 因素負荷 | 特徵值 | 解釋變異量 (%) | 校正後相關係數 | Cronbach's α |
|-------------------------------|-------|------|------|------|-----------|---------|---------------------|
| 因素一：身心負荷 | 16.92 | 6.64 | | 6.56 | 18.84 | | .87 |
| 9. 病人過度的依賴我，讓我感到困擾 | 2.40 | 1.41 | .77 | | | .56 | |
| 3. 照顧病人讓我感到疲累 | 2.88 | 1.17 | .63 | | | .66 | |
| 14. 獨自承擔沉重的照顧工作，讓我感到困擾 | 2.29 | 1.40 | .63 | | | .67 | |
| 1. 照顧病人讓我健康變差 | 2.31 | 1.17 | .63 | | | .65 | |
| 10. 我很想逃離現在照顧病人的工作 | 1.82 | 1.13 | .59 | | | .46 | |
| 5. 照顧病人讓我的睡眠受到影響 | 3.26 | 1.38 | .57 | | | .72 | |
| 2. 照顧病人讓我身體疼痛 | 1.96 | 1.13 | .50 | | | .55 | |
| 因素二：靈性負荷 | 10.20 | 4.57 | | 1.85 | 14.24 | | .77 |
| 28. 病人面臨死亡的事實，讓我找不到生命受苦的意義 | 2.38 | 1.47 | .79 | | | .58 | |
| 31. 看到其他病友往生前的痛苦，讓我對病人的死亡感到擔憂 | 2.47 | 1.45 | .70 | | | .38 | |
| 27. 看到病人承受病痛的折磨，讓我覺得生命的苦難多過快樂 | 2.66 | 1.54 | .61 | | | .52 | |
| 32. 死亡對病人是一種最好的解脫，這個想法讓我感到困擾 | 2.69 | 1.48 | .48 | | | .46 | |
| 因素三：生活負荷 | 7.60 | 3.79 | | 1.65 | 12.55 | | .81 |
| 16. 照顧病人使我與親戚朋友的來往減少 | 2.45 | 1.45 | .75 | | | .53 | |
| 15. 照顧病人使我和家人相處的時間減少 | 2.60 | 1.56 | .71 | | | .59 | |
| 17. 照顧病人使我無法處理家中事務 | 2.55 | 1.44 | .61 | | | .67 | |
| 因素四：經濟負荷 | 7.68 | 4.32 | | 1.35 | 12.35 | | .83 |
| 22. 照顧病人影響我的工作 | 2.52 | 1.65 | .88 | | | .51 | |
| 23. 照顧病人影響我的收入 | 2.57 | 1.74 | .83 | | | .49 | |
| 24. 照顧病人的花費，造成我財務的負擔 | 2.59 | 1.59 | .55 | | | .44 | |
| 總量表 | | | | | 57.98 | | .89 |

表二 總量表與負荷次量表之相關 (N=100)

| 變項 | 照顧負荷 | 身心負荷 | 靈性負荷 | 生活負荷 | 經濟負荷 |
|------|-------|-------|-------|-------|------|
| 照顧負荷 | 1.00 | | | | |
| 身心負荷 | .88** | 1.00 | | | |
| 靈性負荷 | .70** | .45** | 1.00 | | |
| 生活負荷 | .75** | .58** | .39** | 1.00 | |
| 經濟負荷 | .69** | .45** | .31** | .38** | 1.00 |

有憂鬱困擾者明顯較無憂鬱困擾者的照顧負荷高，照顧工作對家屬照顧者生理的影響，包括：頭痛、胃痛、噁心、肌肉酸痛等不適；在心理方面則會感到憂鬱(Kipp, Matukala, Laing, & Jhangri, 2006)。本研究命名為身心負荷，乃因照顧者的身體與心理層面的關係密不可分，且照顧工作對照顧者而言是身心層面整體的影響，此命名與Robinson(1983)CSI量表的身心狀態和林(2000)量表的生心理負荷之命名概念相同，此外，本研究將照顧者的身體與心理負荷共同評估，題數雖僅有7題，但可解釋照顧負荷之總變異量最多，故具代表性也方便使用，建議臨床上可以作為照顧者照顧負荷的快速評估。

生活負荷的命名，主要在說明照顧者在照顧癌末病患時，對其個人生活與社交上的影響，但不同於林(2000)提出的社會生活負荷，照顧工作除了使照顧者與親友的來往減少外，還對參加休閒活動、社團活動、宗教活動有影響；王等(2002)界定社會負荷包含來往醫院的交通或路途不便、沒有自己的時間、影響個人的計畫、休

閒、旅遊、社交活動受到影響，Novak與Guest(1989)發展的社會負荷題目包括照顧上的努力得不到其他家人的賞識、因照顧工作而產生婚姻問題、對工作表現的影響、對沒有提供照顧協助的其他親友感到不滿。照顧工作對照顧者生活社交方面有負向影響，此結果也獲得其他研究支持(王等，2002；馬，2001)，因此生活層面的負荷在本量表雖僅有三題，但可解釋照顧負荷的變異量超過一成，是照顧負荷測量中不可或缺的層面。

經濟負荷之命名乃在說明照顧者在照顧癌末病患時，對其工作、收入、花費上受到的影響。照顧者在工作被剝奪的時數愈多，對照顧者的經濟負擔愈大，經濟與收入的損失愈多時，照顧者的照顧負荷就愈高(Dumont et al., 2006)；支持王等(2002)、李等(2008)指出經濟層面為照顧負荷中不可或缺的測量向度。

而癌症患者的家屬照顧者有靈性的需求(張等，2002)，家屬照顧者可從照顧病患的過程中，認知到自己的靈性需求(Theis, Biordi, Coeling, & Nalepka, 2003)，當照顧者獲得靈性支持有利其靈性的成長，反之未滿足

的靈性需求會對照顧者產生負向的情緒(Buck & McMillan, 2008)，故靈性負荷之命名主要在說明照顧者因照顧病患後，對其生命價值觀產生的影響。本研究發現此負荷解釋照顧負荷總變異量的第二位，顯示靈性負荷之重要性不容忽視，且與其他國內外照顧負荷量表測量的生理、心理、社會、經濟層面相似(王等，2002；馬，2001)，但Novak和Guest(1989)認為照顧負荷包含生理、情緒、社會、時間、發展層面等範圍，仍不足以反應出家屬照顧者的全人評估，建議未來研究可針對靈性與照顧負荷間關係做進一步的探討。

本量表之四個因素可解釋近六成的總變異量，雖略低於Given等人(1992)的照顧負荷量表(65.1%)，但與England與Roberts(1996)之家屬照顧負荷量表可解釋59%變異量的結果相近；根據Tabachnick與Fidell(2001)，當因素可解釋觀察變項50%的變異量時，表示因素分析的題目具有良好的效度，可見本研究的照顧負荷量表已具有初步的因素效度，但各因素保留的題目數少，建議未來可針對此照顧負荷量表作進一步的測試。而本研究發展的照顧負荷量表，其Cronbach's α 值在.77-.89範圍，符合Ferketich(1990)指出新發展量表至少要達.7的標準，此結果與Robinson(1983)報告CSI量表之Cronbach's α 值為.86、England與Roberts(1996)報告照顧負荷量表之Cronbach's α 值為.88相近，故本研究照顧負荷量表之內在

一致性佳，可使用於照顧癌末病患家屬照顧者照顧負荷的臨床評估。

惟此照顧負荷量表僅包含17題，是否能包含所有照顧負荷的面向，且礙於人力、時間及經費等因素，無法使用題目數五倍以上的樣本數，因此量表的四個因素結構是否穩定，仍有待未來研究和實務的印證，而本研究未能將此量表與國內外已發展的量表作效標效度的測試，可能會限制其推論性。在實務應用上，此量表建議用於安寧病房和癌症病房的照顧者，但由於此照顧負荷量表屬於主觀的測量工具，可能受家屬照顧者與病人關係、家屬照顧者與護理人員的關係、不同情境、時間或其他內外因素的影響，不過仍建議參考其評估結果來提供照顧者減壓、支持和關懷、申請喘息服務及安排居家安寧服務等措施，並在照護計畫中增加照會心理師和宗教師的措施。

結論

「癌末病患家屬照顧者照顧負荷量表」題數少易填答，具有良好的信度、內容效度及因素效度，可提供臨床醫護人員作為照顧負荷的評估工具，藉以了解癌末病患家屬照顧者的照顧負荷程度，其評估結果亦可作為提供家屬照顧者關懷照護措施的依據，透過醫療團隊的介入來減輕照顧者的身心負擔，協助其滿足在經濟及靈性的照護需求，期能提高病患及家屬的醫療滿意度及照護品質。

參考資料

- 王春葉、林佑樺、李憶農、陳靖博、林耀信 (2002) · 血液透析病患主要照顧者的負荷及其相關因素之探討 · *台灣腎臟護理學會研究*, 1(1), 31-45。
- 何怡儒(2002) · 病患家屬照顧經驗中壓力之探討, 嘉義: 南華大生死學研究所碩士論文。
- 李英芬、蔡麗雲、張澤芸(2008) · 末期癌症病人之主要照顧者的負荷相關因素探討 · *安寧療護雜誌*, 13(4), 394-410。
- 林敬程(2000) · 失智老人家照顧者之負荷與支持性服務需求之探討, 高雄: 高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 馬吉男(2001) · 居家脊髓損傷病患主要照顧者負荷及需求之探討, 台北: 台北醫學院醫學研究所碩士論文。
- 張淑貞、黃机惠、黃靜宜(2002) · 主要照顧者對安寧居家療護照護需求之看法及其滿意度 · *彰化醫學*, 17(3), 160-167。
- 劉春年、李孟智、胡月娟(1998) · 住院中風病人主要照顧者負荷及其相關影響因素之探討 · *公共衛生*, 25(3), 197-209。
- 蕭雅竹、黃松元(2005) · 靈性健康量表之建構及信、效度考驗—以護理學生為題 · *實證護理*, 1(3), 218-226。
- Action, G. A., & Miller, E. W. (2003). Spirituality in caregivers of family members with dementia. *Journal of Holistic Nursing*, 21(2), 117-130.
- Buck, H. G., & McMillan, S. C. (2008). The unmet spiritual needs of caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(2), 91-99.
- Doka, K. J. (2004). The spiritual gifts and burdens of family caregiving. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(4), 45-48.
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Charbonneau, G., & Vezina, 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.
- England, M., & Roberts, B. L. (1996). Theoretical and psychometric analysis of caregiver strain. *Research in Nursing and Health*, 19(6), 499-510.
- Ferketich, S. (1990). Focus on psychometrics: Internal consistency estimates of reliability. *Research in Nursing and Health*, 13(6), 437-440.
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics: Aspect of item analysis. *Research in Nursing and Health*, 14(2), 165-168.
- Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health*, 15(4), 271-283.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., & Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), 782-788.
- Honea, N. J., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D. B., & Somers, S. C., et al. (2008). Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 507-516.
- Kipp, W., Matukala, N. T., Laing, L., & Jhangri, G. S. (2006). Care burden and self-reported health status of informal women caregivers of HIV/AIDS patients in Kinshasa, democratic republic of Congo. *AIDS Care*, 18(7), 694-697.

- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Science, 44*(3), 61-71.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research, 35*(6), 382-385.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist, 29*(6), 799-803.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology, 38*(3), 344-348.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (3ed., pp. 4- 47). New York: Oxford University Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tang, S. T., Li, C. Y., & Liao, Y. C. (2007). Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine, 21*(3), 249-257.
- Tang, S. T., Li, C. Y., & Chen, C. H. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality of Life Research, 17*(3), 387-395.
- Theis, L. T., Biordi, D. L., Coeling, H., & Nalepka, C. (2003). Spirituality in caregiving and care receiving. *Holistic Nursing Practice, 17*(1), 48-55.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J., & Maiuro, R. D. (1991). The screen for caregiver burden. *The Gerontologist, 31*(1), 76-83.

不要爭面子，爭來的是假的，
培養來的才是真的。

~ 證嚴法師靜思語 ~

It is meaningless to demand others' respect.
Only the respect inspired by
the goodness of one's character is real and true.

~ Dharma Master Cheng Yen ~

A Pilot Study on Developing a Family Caregiver Burden Scale for Family Caregivers of the Terminal Cancer Patients

Shi-Hui Hong, Shu-Yuan Lin*

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop an instrument to assess caregivers' burden of caring the terminal cancer patients. This study used the purposive sampling method to recruit one hundred family caregivers who took care of hospitalized terminal cancer patients and being referred to a hospice care unit in a medical center, a regional and two district hospitals in Kaohsiung and Pingtung. The caregiver burden scale with seventeen items was developed based on literature review, researchers' clinical experiences on oncologic nursing, and experts' opinions. The results showed: the index of content validity for the caregiver burden scale was .98, and the Cronbach's α was .89. Results of principal axis factors revealed a four-factor solution in the caregiver burden scale that included physical-psychological burden, spiritual burden, economic burden, and daily-living burden. Four-factor solution had accounted for 58% of the total variance. The caregiver burden scale is reliable and valid, and it can be a useful tool to assess caregiver burden for clinical practice and research. (Tzu Chi Nursing Journal, 2010; 9:6, 66-77)

Keywords: terminal cancer patients, family caregivers, caregiver burden, scale development

Instructor, Department of Nursing, Tajen University; Assistant Professor, School of Nursing, Kaohsiung Medical University*

Accepted: September 2, 2010

Address correspondence to: Shu-Yuan Lin

Taiwan, R.O.C.

Tel: 886-7-3121101 ext.2616 ; 0917901161 E-mail: m845008@kmu.edu.tw