

# 癌症末期患者家庭照顧者的壓力：文獻回顧

指導教授：陸玗玲老師；學生：張凱鈞

中山醫學大學公共衛生學系

Department of Public Health, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan,  
ROC

**目標：**本研究旨在為近十年癌症家庭照顧者的壓力進行系統性文獻回顧，以 2010 年的 Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature 的研究方法作為模板，並予以比較前後二十年間結果討論。**方法：**本篇作為系統性文獻回顧，其資料搜尋以無介入性研究和英語撰寫為主，對象為成年癌症末期患者家庭照顧者，並探討病人死亡前後照顧者的狀態及影響因子。**結果：**我們整理出十國文獻共 23 篇，其研究方法、測量工具、樣本類型、結果討論都存在著相當程度的差異。儘管在相關條件限制下，性別、年齡和患者與家庭照顧者的關係，對其影響結果都沒有的一致性。在這 23 篇研究中，共有 53 種測量工具，其中 13 種工具未進行心理計量測試。最後，年紀較輕和環境惡劣的家庭照顧者，容易產生壓力、焦慮和抑鬱的情形。綜合各研究並比較患者死亡前後家庭照顧者的狀態，複雜性悲傷理論較能吻合照顧者的處境。**結論：**本篇與其參考文獻的疑慮大多相同，在配偶、性別、年齡對照顧人的影響結果都沒有的一致性；但測量工具的使用已較過去嚴謹；主要研究地點和針對配偶的研究數量有了不同變化。最後，末期病患家庭照顧者的生理及心理健康議題不容小覷，因為他們正是疾病高危險族群。

**關鍵字：**癌症、家庭照顧者、安療、喪親

## **Stress on Family Caregiver of Terminally Ill Patient in Cancer: A Systematic Review of Literature**

**Objective:** This research refers previous study, Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature, limited in recent decade, as template. The purpose of this review was to organize the literature as compared to the different result of previous study. **Method:** As a systematic review, major databases were searched for non-intervention descriptive studies. Psychosocial variables of family caregivers to adults with cancer during the different phases would be included. **Result:** The 23 studies reviewed were conducted in ten countries and varied considerably by samples, outcome measures, and results. Despite limiting to several conditions, results, such as age, gender, and relationship to the patient, were inconsistent. Across the 23 studies, 53 unique instruments were used; 13 of which were no psychometric testing. The family caregivers who were younger and faced level of daily life impairment tended to be burden, anxious, depress. To summarize the different factors influencing caregivers' status, complicated grief was consistent with their situation. **Conclusion:** As compare with previous study, it demonstrated inconsistent results, which were spouse, gender and age, affecting family caregivers' status. However, regarding to measurement instruments using, it was much more rigorous than before. Also, it had been changed in the major study site and the number of study. As a consequence of physical and psychosocial status of family caregivers, they were in high risk population.

**Keywords:** Cancer, Family Caregiver, Hospice, Palliative Care, Bereavement

## 前言

### 安寧照護

1967年英國發展出安寧緩和醫療服務 (Xie Wei Ming, 2014)；爾後1990年台灣馬偕醫院也引進這類型照護系統 (許禮安, 2006)，並於台北馬偕醫院淡水分院設立安寧病房；因為癌症末期或器官衰竭等重症患者，除了需要消弭臥病在床的痛苦，又獲得身、心、靈上的滿足，更重要的是受到尊重 (Li Chia Yu, 2010)。以拉丁族群為主的研究 (Merydawilda Colón, 2014) 指出，關於健康保險的信心、死亡和善終照顧的疑慮、保險配套措施的不足、較低的轉診率和安寧照護工作者的人力需求，深深影響當地安寧醫療的推廣。而現今國內正積極推廣相關照護 (安寧緩和醫療條例)，期許末期患者接受治療的同時，家人陪同身旁；亦會對患者提供靈性上的服務，有專業的宗教工作者為其祈福。面對至親離世後，家人忐忑不安的心，也如釋重負。或許真正的醫療疏失不是患者離世，而是患者無尊嚴地離開。因此如何避免無效醫療的產生，為臨終患者謀取最大福利，正是未來應討論的議題。

### 家庭照顧者

近幾年來，社會多關注在失智症、身心障礙等福祉身上，但忽略對家庭照顧者的關心 (CY Hsiao, 2010)。家庭照顧者總是以病人為中心，不辭晝夜、無怨無悔；當受照顧人離世之時，那俱疲的身心已是不可言喻。有時候照顧者卸下身份後，面臨到社會脫節或二度就業的壓力，進而成為潛在貧窮線下的遺民。當各國

已逐漸步入高齡化社會，家庭照顧者在長照系統中扮演不可或缺的角色，所以更應予相關法令上的保障，保障照顧人及受照顧者；如果照顧者的健康情形每況愈下，相對患者本身的生活品質也會跟著下降。因此關心照顧者的身心健康狀況更是急迫且重要關注的焦點之一。

### 善終

「病人自主權利法」草案在2015年頒布實施，往後末期病人等因疾病痛苦但無法治癒者，若預立醫療指示，醫療機構或醫師可依其意願不施行急救或撤除維生治療。『善終』所隱含的意義乃社會上各個體面對死亡的期待和觀念 (胡文郁, 2005)。在不同文化中的時空背景，善終並非永恆不變的真理，而是隨著當下的種種變化與時俱進，並順著生命自然病程走向終章。若能兼顧病人和家屬的期望下，符合一般臨床、文化、倫理的標準，免除病人、家屬和照顧者的挫折和痛苦 (Institute of Medicine National Academy of Science, 1997)，謂之『善終』。

### 喪親

喪親的哀痛是有過程的，但是每個喪親的人，經歷的過程卻不一樣，那過程是由生到死，再由死到生的緩慢進程 (郭慧娟, 2010)。人們面臨到喪親時，可能表現出錯愕、驚愕、討價還價甚至無法接受以致抑鬱等負面情緒 (Deborah P. Waldrop, 2008)。在歷經心理調適後，將在哀痛及絕望中找到出路。多數人面對這類狀況可能持續數月甚至數年，難過和絕望之感

隱隱作痛，悲傷、恐懼、失落、不平、孤獨等感覺使人脫離生活正軌（Grande, Gunn E, 2004）。如果悲痛無法獲得出口宣洩，那可能成為永久性傷害（Margaret Stroebe, 2008）。所以正向積極面對喪親之痛，痛苦的經驗會冰消氣化；倘若痛苦揮之不去，療程之路長達一到兩年。所以學習面對情緒處理的過程是一門課題（TA Rando, 1993）。在處理由生到死、死至生的情緒過程中，人們會在多方面下取得平衡點。生與死的經驗正更是上天給予人們的考驗。

本文以 Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature (Anna-Leila Williams, 2010) 做為參考模板，其研究指出家庭照顧者面對癌症末期患者不同階段時，已心力憔悴、身心俱疲，健康岌岌可危；通常家庭照顧者所處的精神壓力，往往超過癌症末期病人所能理解。這也表示狀況不好的照顧者可能影響患者的病情。最後值得一提的是，對於衡量家庭照顧者身心狀況的工具，需要一致研究標準，利於往後研究更能客觀的介入和協助家庭照顧者。所以本篇欲以整合近十年來關於末期患者家庭照顧者之研究文獻，勾勒照顧者於不同時期面對到的難題及挑戰，試圖拼湊各方經驗和研究成果，找出共有事實或其矛盾之處。

#### 研究模板摘要

目標：由於照顧癌症末期病患是動態性的過程，照顧者在患者不同的

病期，感受到的壓力和心理社會層面皆不同。有證據指出，當患者身體狀況越差、越接近死亡時，照顧者伴隨著更焦慮、憂鬱和精神困擾的問題。所以回顧各篇研究，欲以整合家庭照顧者在患者生前及生後的潛在需求。

方法：主要資料已非介入性研究為主，並以系統性研究方法，整合經歷不同病期患者，其成年的家庭照顧者心理社會變量討論。

結果：共整理出十九篇文獻，研究的樣本、結果測量、方法和分析模式大相逕庭。儘管限制患者的病期，影響家庭照顧者的主要變因如年齡、性別、與患者，結果都不一致。在患者—照顧者二元分析下，患者的症狀深深影響到照顧者的反應。十九篇文獻中，共有 89 種測量工具使用，但近半數未出現心理計量評估的報告。

總結：因此對於家庭照顧者的角色認識，照顧者不管是面對患者在安寧緩和期間是守喪期間，他們是生理和心理健康線下的高危險族群。通常家庭照顧者的壓力大於末期病患的感受。而有精神困擾的照顧者可能會影響到患者的整體健康。此篇為故研究顯示出，對於測量工具的發展，需要有一致標準，以利往後研究者介入並幫助家庭照顧者。

#### 研究目的

本研究的主要目的，關心臨終患者的家庭照顧人，對其近十年的研究做系統性回顧整合，並與十年前的回顧性研究做比較，找出同異之處。台灣碩博士論文以家庭照顧者為對象的研究共 125 篇，其中多是身心障礙的

主照顧者為研究對象，只有一篇『另一片天空下—安寧療護病患家庭照顧者的正向經驗（邱于臻, 2011）』以臨終病患的家庭照顧者為題，進行質性訪談，只是訪談內容未針對負面情緒狀況討論解釋。故本篇研究希望對該族群議題有所補足，予以了解不同因素對家庭照顧者的影響。

### 材料與方法

本篇採用 2010 年 Anna-Leila Williams 的文獻『Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature』為專題參考。主資料庫來源為 PubMed，日期為 2008~2017；關鍵字搜尋為『caregiver』、『caregiving』、『neoplasm』、『oncology』和『cancer』；範圍限制在{『「caregiver」 OR 「caregiving」』 AND 『「neoplasm」 OR 「oncology」 OR 「cancer」』}；條件限制結果則以英文為第一語言和無介入性研究，對象為成年癌症末期病患家庭照顧者進行心理變項分析。最新總結果顯示在圖一，共有 1502 篇。但因為專題文獻蒐尋終於 2017 年初，故有許多往後出版的研究未被列入討論。人工篩選後有 23 篇符合條件限制。

### 結果

儘管對文獻討論限制有諸多條件，但受試者數量及測量工具的異質

性也頗高。23 篇

文獻分別由韓國	年份	數量
(7 篇)、美國	2017	242
(7 篇)、台灣	2016	237
(3 篇)、德國	2015	201
(1 篇)、法國	2014	173
(1 篇)、丹麥	2013	181
(1 篇)、奧地利	2012	141
(1 篇)、加拿大	2011	95
(1 篇)、印尼	2010	83
(1 篇)、英國	2009	68
(1 篇)等十國	2008	81

發表。取樣從 56 至 3560 數量單位而成。二十三篇文獻中，有三篇文獻

（Chandylen L Nightingale, 2016; Tanguy Leroy, 2015; Tanguy Leroy, 2015）的取樣未足 100。其中共有七篇縱貫性研究，十四篇橫斷性研究；但是有兩篇文獻（Yong Joo Lee, 2015; Young Sun Rhee, 2008）使用類似材料及方法，這兩篇橫斷性研究指出壓力、年紀、社會支持性低、收入等因素不只與擾動家庭照顧者的情緒，更牽動照顧者本身的生活品質。

大多數的研究對象都是各類型的癌末患者，只有兩篇針對特定癌末病友的家庭照顧者進行討論，分別為頭頸及鼻咽癌（Chandylen L Nightingale, 2016）和腸胃癌及肺癌（Jamie M. Jacobs, 2017），其樣本數各為 56 和 275 名。通常較少的樣本數難以判定其關聯性，但相對較多的樣本數說服力則較強。文獻多會提及照顧者與被照顧人之間的關係（配偶、成年子女、朋友等），這對主照顧者的照顧經驗有很大的影響力。只有兩篇文獻探討性別，一篇則是關注年紀的影響。

表格一、簡述研究

作者／年代	樣本特性	研究方法	測量工具	研究概述
Seon Hee Kim/2015	平均年齡：沒有資料 %女性：沒有資料 種族：沒有資料 N = 195 患者癌症類型：多種 研究國家：南韓 %配偶：50%	回溯性世代研究	a model modified from Elisabeth Ku¨bler-Ross (Ku¨bler-Ross, 1969, On death and dying. London, New York: Macmillan)	確認 198 名患者及家庭照顧者的配對數。平均住院期間（LOS）為 18 天。根據確診癌症類型及時間，並修正隱性變項進行多變量分析，揭露平均住院期間有顯著差異。家庭照顧者表現出憤怒／拒絕的變項與較短的 LOS 有關（vs. 接受，調整後的風險比（aHR）2.11; 95%信賴區間（CI），1.11-4.03）  研究發現，當末期病患面對較晚的轉診情形，期家庭照顧者容易對親人的死亡感到拒絕／憤怒。所以在面對安寧緩和醫療的轉診時間點，也得顧及家庭照顧者的情緒感受。
Marcia Kapari/2010	平均年齡：65.3 %女性：75% 種族：98%英國白人 N = 100 患者癌症類型：多種 研究國家：英國 %配偶：85%	縱貫研究法	The Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) Caregiving Burden Interview Work and Social Adjustment Scale (WSAS) Significant Others Scale (SOS) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES-III) Quality of death (QOD) Bereavement Phenomenology Questionnaire (BPQ) Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs Brief COPE	在多變量分析下，當照顧者感知有更多的壓力，相較伴隨較高的一般精神障礙（CMD）機會出現。透過照顧經驗，可以預測患者往生後 3~6 個月家庭照顧者的精神健康狀態，但其家庭關係、社會支持、宗教信仰、照顧計畫、往者的死亡質量和照顧及喪親經驗都顯示無關聯。  研究顯示，在面對喪親之痛後，很多情緒依然困擾著家庭照顧者。

Chandylen L Nightingale/2016	平均年齡：57 %女性：85% 種族：88%白人 N = 56 患者癌症類型：頭頸 及鼻咽癌 研究國家：美國 %配偶：74%	試驗性研究	The Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) Caregiving Burden Interview Work and Social Adjustment Scale(WSAS) Significant Others Scale(SOS) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales(FACES-III) Quality of death(QOD) Bereavement Phenomenology Questionnaire(BPQ) Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs Brief COPE	<p>研究分三個期間，一是家庭照顧在患者化療初期完成壓力及生活品質量（T1），二是家庭照顧在患者化療五週後完成壓力及生活品質量表（T2），三是家庭照顧在患者化療一個月後完成壓力及生活品質量表（T3）。只有 T2 有進行 perceived social support and support preferences 測量。</p> <p>研究顯示 T2 和 T3 都出現比 T1 較大的壓力及較差的生活品質；家庭照顧者於 T2 比 T1 出現低落信心和生活阻撓，又 T3 比 T2 的健康狀況更差；在 T2 期間，較高的社會支持感與與較低壓力及較高生活品質有關；普遍上配偶／伴侶是最大的支持。</p> <p>這份試驗性研究指出，在患者短期接受化療期間內，家庭這雇者的心理狀態亦受到波動。</p>
Youn Seon Choi/2016	平均年齡：49.1 %女性：74.6 種族：沒有資料 N = 299 患者癌症類型：沒有 資料 研究國家：南韓 %配偶：82%	橫斷性研究	Korean version of the Caregiver QOL Index-Cancer (CQOLC) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) The Korean version of the Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS) Korean version of the family Adaptation, Partnership, Growth, Affection, and Resolve Korean version of the Quality Care Questionnaire-End of Life	<p>在每個 Caregiver Quality of Life Index-Cancer domain 的變異情形都深受不同因素影響。年輕的家庭照顧者顯示較高的壓力但調整性也較好。家庭照顧者的情緒困擾與生活品質、壓力、外在干擾有關聯。適應較佳與高頻率探訪照護、信仰、較多社會支持和對於照護服務的滿意有關聯。經濟問題則多出現在已婚的家庭照顧者、低社會支持及低收入。</p> <p>家庭照顧者的情緒困擾是決定家庭照顧者的生活品質重要因素，同時伴隨著許多外在因素。所以適時的推行相關輔助計劃，有利於家庭照顧者的生活品質。</p>

Christantie Effendy/2015	平均年齡：41.1 %女性：48% 種族：沒有資料 N = 100 患者癌症類型：多種 研究國家：印尼 %配偶：42%	橫斷研究	Family Caregivers Involvement in Caring—Cancer (FCIC-C) FAMCARE questionnaire Caregiver QoL Index—Cancer (CQOLC)	<p>一百二十名受試者中，有 100（83%）人完成問卷。照顧精神問題的病人（<math>\beta = 0.374</math>; <math>p = 0.000</math>）、年紀較輕（<math>\beta = 0.282</math>; <math>p = 0.003</math>）、無相關照顧經驗（<math>\beta = 0.301</math>; <math>p = 0.001</math>）、非配偶（<math>\beta = 0.228</math>; <math>p = 0.015</math>）與其生活品質有負關聯。性別、教育程度及照顧時間與家庭照顧者的生活品質無關聯。</p> <p>研究顯示，像是照顧精神問題的病人和缺乏相關照護經驗的修飾因子會與家庭照顧者的生活品質產生負關聯。</p>
Alexi A. Wright/2010	平均年齡：51.3 %女性：75.2 種族：沒有資料 N = 333 患者癌症類型：多種 研究國家：美國 %配偶：55.4%	前瞻性縱 斷研究	Quality of Dying and Death scale Prolonged Grief Disorder (PGD) scale McGill Quality of Life Index Brief Religious Coping Scale(RCOPE) Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey The Caregiving Burden Scale and Covinsky Family Impact Survey Stressful Caregiving Response to Experiences of Dying scale	<p>經過分析調整後，相對於在家往生患者，於 I C U 病房或醫院往生病患的生活品質歷經較大的磨難(<math>P &lt; .03</math>)；又經過既有精神疾病的調整後，患者於 I C U 的死亡對照顧者家屬會提高創傷後壓力症候群（posttraumatic stress disorder）的風險（21.1% [4/19] v 4.4% [6/173]; adjusted odds ratio [AOR], 5.00; 95% CI, 1.26 to 19.91; <math>P &lt; .02</math>）；同樣的，於醫院往生者的家屬會提高延長性悲傷（prolonged grief disorder）的風險（21.6% [3/37] v 5.2% [4/77], AOR, 8.83; 95% CI, 1.51 to 51.77; <math>P &lt; .02</math>）</p> <p>患者死於醫院歷經較高的磨難，對於守喪的家庭照顧者友誼高精神疾病的風險，介入主要針對增加緩和醫療照護以提高末期患者的生活品質，同時減少喪傾之痛的衝擊。</p>

Yong Joo Lee/2015	<p>平均年齡：50</p> <p>%女性：72.3</p> <p>種族：沒有資料</p> <p>N = 178</p> <p>患者癌症類型：沒有資料</p> <p>研究國家：南韓</p> <p>%配偶：35.5%</p>	橫斷研究	<p>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 for Palliative Care</p> <p>Korean version of the Caregiver QOL Index-Cancer</p> <p>European Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG PS)</p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p> <p>Korean version of the Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS)</p> <p>Korean version of the Family Adaptation, Partnership, Growth, Affection, and Resolve (APGAR)</p>	<p>家庭照顧者的生活品質與末期患者的生活品質無關聯 (<math>P=0.227</math>)；同樣的，較低情緒功能的患者多出現在較低生活品質的病人族群中[調整後勝算比 (aOR), 4.1; 95 % 信賴區間 (CI), 1.5–11.5]；但是，較低生活品質的家庭照顧者又以情緒困擾的家庭照顧者 (aOR, 10.2; 95 % CI, 2.8–37.5)、訴諸信仰的家庭照顧者 (aOR, 4.1; 95 % CI, 1.5–11.3) 和社會支持低的家庭照顧者 (aOR, 3.9; 95 % CI, 1.5–10.6) 為預測指標</p> <p>在緩和醫療中需要評估患者和家屬照顧者各自的情緒狀態，以減少兩組間生活品質的差距；同時我們更應該關注在家庭照顧者的社會支持身上。</p>
Beate Schrank/2015	<p>平均年齡：53.3</p> <p>%女性：60.1%</p> <p>種族：沒有資料</p> <p>N = 308</p> <p>患者癌症類型：沒有資料</p> <p>研究國家：奧地利</p> <p>%配偶：82%</p>	橫斷研究	<p>The Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)</p> <p>The Family Inventory of Needs (FIN)</p> <p>The Coping Inventory for Stressful Situations</p> <p>The Integrative Hope Scale (IHS)</p>	<p>壓力在女性族群明顯較高。希望是對兩性都是正面的保護因子。在多變量分析下，情緒化和在職的女性出現較高的壓力。</p> <p>對家庭照顧者精神支柱的介入，須瞭解性別的差異。當介入著重在提高希望，對末期患者家屬的幫助有很大作用。女性因該從中獲得支持以利就驗和照顧。</p>

Tanguy Leroy/2015	平均年齡：55.3 %女性：65% 種族：沒有顯示 N = 60 患者癌症類型：多種 研究國家：法國 %配偶：65.0%	橫斷研究	The Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) The Family Inventory of Needs (FIN) The Coping Inventory for Stressful Situations The Integrative Hope Scale (IHS)	患者對家庭照顧者的負擔（CB）有很好的認識，儘管有些高估，除了時間管理有困難之外。家庭照顧者高估病患的困擾。後者家庭照顧者壓力最小化，會覺得會別人帶來壓力是患者本身抑鬱的來源。這些結果並不取決於病人與家庭照顧者之間關係。這些資料證實需要增加病患和家庭照顧者間的溝通，對往後的臨床介入，對患者及家屬本身的生活稟直擊健康有很大幫助。
Jamie M. Jacobs/2017	平均年齡：57.37 %女性：69.1% 種族：93%白人 N = 275 患者癌症類型：胃腸 癌和肺癌 研究國家：美國 %配偶：66.2%	橫斷研究	Hospital Anxiety and Depression Scale	相較家庭照顧者，病患顯示較高的抑鬱反應（ $M_{diff} = .84; t[274] = 3.17, p = .002, d = .22$ ），相反的，家庭照顧者一出現焦慮的狀況（ $M_{diff} = 1.62, t[274] = 4.91, p < .001, d = .39$ ） 焦慮症狀與抑鬱症狀呈正相關（ $r_s = .21, p_s \leq .001$ ）對家庭照顧者而言，Actor-partner interdependence modeling 顯示患者的焦慮情形與抑鬱症狀有相關（actor effect $\beta_s = 0.52, p_s < .001$ ）患者個焦慮情形與家庭照顧者的焦慮情形有正相關（partner effect $\beta_s = 0.08, p_s = .008$ ）。 在面臨不治之症的情形下，家庭照顧者出現較高的焦慮狀況，患者則出現抑鬱的狀況，結果顯示焦慮及抑鬱會互相交互。結論強調患者及家庭照顧者困擾的重要性。未來的研究應該辨別兩者對個人最佳的心理介入。
Mette Kjaergaard Nielsen/2016	平均年齡：沒有顯示 %女性：66.6% 種族：93.2%非移民 N = 3560 患者癌症類型：多種 研究國家：丹麥 %配偶：62.0%	世代研究	Prolonged Grief-13 scale (PG-13) Beck's Depression Inventory-II(BDI-II) Short Form Health Survey (SF-36) Burden Scale for Family Caregivers(BSFC) Couples' Communication about Illness and Death scale (CCID)	在所有病患中（ $n = 3635$ ）有，有 89%罹患癌症，主要是肺癌。所有家庭照顧者之中，62%是伴侶，29%是子女。總結，有三分之一的家庭照顧者出現負面情緒，15%的家庭照顧者出現嚴重悲痛，16.1 % 出現嚴重抑鬱，和 12 % 歷經較高照顧者壓力，伴侶出現較高的悲傷和抑鬱狀況，子女出現較高的照顧負擔。 在這個世代追蹤研究下，有三分之一的家庭照顧者處在高危險的悲傷、抑鬱和壓力，氣旺這份研究增加對家庭照顧者的關注。

H. Götze/2016	平均年齡：65.0 %女性：69.4% 種族：沒有顯示 N = 72 患者癌症類型：沒有顯示 研究國家：德國 %配偶：89.1%	橫斷研究	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Short Form-8 Health Survey Oslo Social Support Scale(OSS-3)	他們對家庭照顧者於患者生前及生後進行。在開始家庭照顧（t1）和患者往生兩個月（t2），有關家庭照顧者焦慮及抑鬱的狀況（Hospital Anxiety and Depression Scale）、生活品質（Short Form-8 Health Survey）和社會支持（Oslo Social Support Scale）。在喪親的照顧者進行抑鬱及焦慮的回歸分析。t2 的階段，焦慮和抑鬱的狀況有明顯變低。生活品質上並沒有改變，但是整體而言，生活品質還是較普通水準低落。導致較高抑鬱和焦慮的相關因素是在 t1 期間，有較高的困擾、社會支持不足、較差生理運作，如果喪親只是自己的配偶會更出現抑鬱的狀況。專業醫療從業人員應處理照顧人與被照顧人的社會隔離現象，因此，經常向配偶提供支持似乎很重要。
Young Sun Rhee/2008	平均年齡：沒有顯示 %女性：64.2% 種族：沒有顯示 N = 310 患者癌症類型：多種 研究國家：南韓 %配偶：53.2%	橫斷研究	Beck Depression Inventory (BDI) Caregiver's QOL Index–Cancer (CQOLC) the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) the Eastern Cooperative Oncology Group performance status (ECOG PS)	67%的家庭照顧者有較高的抑鬱分數（BDI>13），35%有非常高的抑鬱分數（BDI>21）。經複羅基斯回歸計算後，只要是女性、患者配偶、照顧者有較差的 Eastern Cooperative Oncology Group 狀況的家庭照顧者容易出現抑鬱的狀況（P<.01 for all values） 抑鬱的狀況常出現在癌症中照顧家屬上發生，而壓力會是很好的指標。在心理醫療介入不只針對患者也應該對家庭照顧者

Linda E. Francis/2015	平均年齡：54.8 %女性：81.4% 種族：74.9%白人 N = 199 患者癌症類型：沒有顯示 研究國家：美國 %配偶：沒有顯示	橫斷研究	The Functional Assessment of Cancer Therapy—General Version (FACT-G) The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being The Caregiver Reaction Assessmentt (Given et al., 1992) The Short Form of Profile of Mood States (Shacham, 1983) Bereavement Experience Questionnaire (Guarnaccia & Hayslip, 1998)	悲傷的嚴重程度照顧的環境壓力，但喪親的抑鬱狀況與照顧無關。悲傷是抑鬱情緒的主要預測因素，並介導了幾乎所有其他的影響。我們結論悲傷會誘發抑鬱，這也告知兩者之間不能混為一談。
Su-Ching Kuo/2017	平均年齡：48.33 %女性：71.8% 種族：沒有顯示 N = 285 患者癌症類型：沒有顯示 研究國家：台灣 %配偶：52.6	縱斷研究	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Caregiver Reaction Assessment (CRA) scale Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)	在喪親的家庭照顧者之中，有 73.3%的人於喪親一個月內出現嚴重抑鬱症狀，24 個月後降低至 15.2%。在調整完干擾因子後，如果有客觀的照顧負擔和失去患者前的抑鬱狀況，會出現較嚴重的抑鬱情形。如果做好心理準備和良好的社支持，抑鬱的情形將獲得改善。 喪親的家庭照顧者在喪親兩年後，抑鬱的狀況明顯下降。專業的醫療人員應在患者生前積極對家庭照顧者關心以利回歸正常生活。

Siew Tzuh Tang/2007	平均年齡：51.6 %女性：67.6% 種族：沒有顯示 N = 253 患者癌症類型：多種 研究國家：台灣 %配偶：46.6%	橫斷研究	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) Symptom Distress Scale (SDS) Caregiver Reaction Assessment (CRA) Antonovsky's SOC scale	<p>在家庭照顧者有較高的分數 CES-D [mean (S.D.) = 22.24 (11.36)]。</p> <p>在分層多元回歸模型指出每個變量 (1) 家庭照顧者的特性 (2) 患者的特性, (3) 客觀認知壓力, (4) 對照顧的信心 (5) 主觀壓力 分別是 20.5%、6.8%、1.5%、3.7% 和 11.9%。</p> <p>在回歸分析中，照顧者的 SOC 增加了抑鬱症狀的解釋變異量 21.5%。</p> <p>在本研究中所檢驗的自變量中，SOC 的變化在解釋台灣家庭照顧者所經歷的抑鬱症狀的變化方面是相當重要的。</p> <p>在增強照顧者應對能力（如 SOC）的臨床干預措施及有效性的發展和評估，以促進積極低尋找管道，滿足對家庭照顧的需求和管理照顧的資源。</p>
Debra Parker Oliver/2016	平均年齡：60.6 %女性：62.28% 種族：91.65%白人 N = 395 患者癌症類型：沒有顯示 研究國家：美國 %配偶：30.38%	橫斷研究	Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9) scale Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale	<p>近四分之一的人家庭照顧者有抑鬱狀況，三分之一出現焦慮。抑鬱和焦慮的危險因子是年紀輕和較差的自我健康狀況評估。抑鬱的危險因子是已婚和非癌症診斷的患者，焦慮的危險因子與居住地理有關聯，發現東南部的居民會比中西部的居民來得高。緩和醫療人員應家庭照顧者的抑鬱和焦慮情形。</p>
Sing-Fang Ling/2013	平均年齡：47.14 %女性：69.3% 種族：沒有顯示 N = 186 患者癌症類型：多種 研究國家：台灣 %配偶：45%	描述性縱斷研究	The Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale (Radloff, 1977) Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) Caregiver Reaction Assessment (CRA) scale	<p>在患者往生後，家庭照顧者在第一個月內出現抑鬱的情形，13 個月後則有明顯下降。喪親的照顧者如果照顧的病患較為年長，抑鬱的狀況較低；顯示有較高的主觀性壓力在患者面臨病危。如果照顧者在患者生前出現抑鬱狀況，在患者往生後抑鬱狀況也會出現抑鬱狀況。</p>

Yoon-Jung Chang/2013	<p>平均年齡：46.8</p> <p>%女性：66.7%</p> <p>種族：沒有顯示</p> <p>N = 381</p> <p>患者癌症類型：多種</p> <p>（39.2%胃腸癌）</p> <p>研究國家：南韓</p> <p>%配偶：50.9</p>	<p>前瞻性世 代研究</p>	<p>Quality Care Questionnaire-End of Life (QCQ-EOL)</p>	<p>481 名癌症患者和 381 名照顧者家屬完成問卷，家庭照顧者覺得比病患壓力更大（<math>P &lt; 0.001</math>）。(39.0%) 的患者需要經濟支持，(44.8%) 家庭照顧者想要瞭解更多的治療方式。經羅吉斯回歸分析後，患者的健康情形 (OR, 2.03; 95%CI, 1.16-3.56) 和壓力 (OR, 2.82; 95%CI, 1.76-4.50) 影響整個照護的滿意度；照顧者的教育程度 (OR, 1.84; 95%CI, 1.76-4.50)，壓力 (OR, 2.94; 95%CI, 1.75-4.93) and 較好的家庭關係 (OR, 1.94; 95%CI, 1.24-3.04) 也有相同的狀況。研究顯示壓力在兩者都有相當程度的影響，其中照顧者的壓力更大。</p>
Ji Eun Lee/2015	<p>平均年齡：50.3</p> <p>%女性：68.1%</p> <p>種族：沒有顯示</p> <p>N = 326</p> <p>患者癌症類型：多種</p> <p>研究國家：南韓</p> <p>%配偶：57.1%</p>	<p>橫斷研究</p>	<p>Caregiver Burden Inventory developed by Novak EORTC QLQ-C30</p>	<p>家庭照顧者和使用生命維持的病患分別出現較高的壓力和較高的自我評估壓力 self-perceived burden (SPB，照顧者比傾向緩和醫療的照顧者壓力大 (adjusted odds ratio [aOR] = 1.67, 95% CI: 1.21–2.31)；患者比請向緩和醫療的患者壓力大 (aOR = 1.61, 95% CI: 1.16–2.22) CB 和 SPB 都增加緩和醫療的意願</p>
Sun Young Rha/2015	<p>平均年齡：46.2</p> <p>%女性：79.2%</p> <p>種族：沒有顯示</p> <p>N = 212</p> <p>患者癌症類型：多種</p> <p>研究國家：南韓</p> <p>%配偶：48.6%</p>	<p>描述性橫 斷研究</p>	<p>The Zarit Burden Interview World Health Organization QOL- BREF (K-WHOQOL-BREF) The Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)</p>	<p>家庭照顧者出現 30.3% 的變異 (<math>b = 0.534, p &lt; 0.001</math>)。照顧者若照顧病情惡化的患者出現較高的壓力，照顧住院病患出現較低的生活品質，照顧者家教育程度也和照顧品質有關。照顧負擔明顯影響生活品質。所以支持性質的照顧有利於減緩家庭照顧者的壓力及提升生活品質</p>

Linda E. Francis/2016	平均年齡：54.6 %女性：77% 種族：74.2%白人 N = 199 患者癌症類型：沒有顯示 研究國家：美國 %配偶：沒有顯示	橫斷研究	Functional Assessment of Cancer Therapy—General Version (FACT-G) Functional Difficulties Index (FDI) Medical Outcomes Study on Social Support (MOSSS) Caregiver Reaction Assessment (CRA) Short Form of Profile of Mood States (POMS) Bereavement Experience Questionnaire(BEQ-24)	40-59 歲，當喪親後，悲傷會是抑鬱的危險因子；60-79 歲，當喪親後，顯示有較多的情緒困擾。40-59 歲面臨喪親後，較容易出現悲傷和抑鬱的狀況；而 60-79 比較能釋懷。所以悲傷可能是對精神和情緒困擾有提升的風險。
-----------------------	---	------	---	--

有三篇文獻未顯示受照顧者與照顧之間的關係，其餘二十篇研究對於關係上都有所琢磨。

此外，有八篇研究對配偶及非配偶進行社會心理評估，結果顯示大相逕庭。當兩變項進行比較時，Tanguy Leroy (2015)、Jamie M. Jacobs (2017) 和 Yong Joo Lee (2015) 都呈現無關聯的狀態；矛盾的是有配偶的家庭照顧者在 Young Sun Rhee (2008) 和 Debra Parker Oliver (2016) 研究下，出現較差的心理狀態；而在 Mette Kjaergaard Nielsen (2016) 和 Christantie Effendy (2015) 的研究中，無配偶的家庭照顧者顯現負面的心理狀態。其他則是兩篇研究指出在喪親期間，有配偶的家庭照顧者出現較差的心理狀況 (H.Götze, 2016 ;Sing-Fang Ling, 2013) 。（表格二）

年齡是為社會心理評估常見的指標，同時也出先不同的結果，共有六篇對年齡進行測量 (Tanguy Leroy, 2015; Jamie M. Jacobs, 2017; Yng Joo Lee,2015; Debra Parker Oliver,2016; Youn Seon Choi,2016; Christantie Effendy,2015; Linda E. Francis,2016) 。三篇顯示年齡沒有影響 (Tanguy Leroy,2015; Jamie M. Jacobs,2017; Yong Joo Lee,2015) ；三篇顯示較年輕的家庭照顧者出現較差的心理狀態 (Debra Parker Oliver, 2016; Youn Seon Choi,2016; Christantie Effendy, 2015) ；一篇則是提及較年長的家庭照顧者於喪親期間，呈現較抑鬱及悲痛的情緒 (Linda E. Francis, 2016) 。（表格三）

大部分研究結果 (Tanguy Leroy, 2015; Jamie M. Jacobs,2017; Christantie Effendy, 2015; Yong Joo Lee,2015) 指出

表格二、配偶與非配偶角色對照顧者心理的影響

病期	有配偶的照顧者出現較差的心理狀況	配偶對心理狀態影響無差別	無配偶的照顧者出現較差的心理狀況
安寧緩和	Young Sun Rhee/2008 Debra Parker Oliver/2016	Tanguy Leroy/2015 Jamie M. Jacobs/2017 Yong Joo Lee/2015	Mette Kjaergaard Nielsen/2016 Christantie Effendy/2015
居喪	H. Götze/2016 Sing-Fang Ling/2013	無研究顯示	無研究顯示

表格三、年齡對照顧者心理的影響

病期	較年長照顧者出現較差的心理狀況	年齡對心理狀態影響無差別	較年輕照顧者出現較差的心理狀況
安寧緩和	無研究顯示	Tanguy Leroy/2015 Jamie M. Jacobs/2017 Yong Joo Lee/2015	Debra Parker Oliver/2016 Youn Seon Choi/2016 Christantie Effendy/2015
居喪	Linda E. Francis/2016	無研究顯示	無研究顯示

表格四、性別對照顧者心理的影響

病期	女性照顧者出現較差的心理狀況	性別對心理狀態影響無差別	男性照顧者出現較差的心理狀況
安寧緩和	Young Sun Rhee/2008 Beate Schrank/2015	Tanguy Leroy/2015 Jamie M. Jacobs/2017 Christantie Effendy/2015 Yong Joo Lee/2015	無研究顯示
居喪	Linda E. Francis/2015	無研究顯示	無研究顯示

與性別並無關聯；兩份研究（Young Sun Rhee,2008; Beate Schrank,2015）提出於安寧緩和醫療期間，女性相對於男性有較差的心理狀態；另一份研究（Linda E. Francis, 2015）道出女性於喪親期間內，呈現較差的心理影響。（表格四）

在特定的統計變項（如年齡、性別等）之下，都呈現不同的結果；對於財務狀況、就業狀況、種族、健康狀況以及任何其他可能佔用照顧者時間的因素，都有可能成為干擾因素。當干擾受到控制，最後的顯示相差無幾。

表格五、病人死亡前後照顧者的狀況

	照顧者在病人死亡 前的較差狀態	照顧者在病人死亡 後的較差狀態
照顧者心理健康位於基線以下	無相關	正相關
積極應對情緒處理	正相關	正相關
照顧者認為患者的死亡品質	無相關	負相關
抑鬱症狀	無相關	正相關
信仰	負相關	無相關
對於藥物成癮的處理態度	負相關	無相關
生活障礙	正相關	無相關
生活品質	負相關	無相關
壓力	正相關	無相關
現實與理想輔助上的落差	無相關	無相關
焦慮和抑鬱症狀	無相關	無相關
生理狀態	無相關	負相關
整體健康	無相關	負相關
心理評估總分	負相關	負相關
活動力	無相關	負相關
社會功能	負相關	負相關
情緒管理	負相關	負相關
心理健康	負相關	負相關

在 23 篇針對末期病患照顧者的調查之中，有 53 種測量工具的出現，其中 Medical Outcome Study Social Support Survey（信度：all Alphas >0.91；效度：0.69~0.82, 1991）最常使用，共出現在九篇研究之中，其語言版本不同，如中文版對複測信效度的影響不大（信度：all Alphas >0.93，效度：0.88~0.99, 2004）；也因為時隔十多年，信度變化不大，可得知其測量工具不受地點、文化、語言和時間影響。雖然多是信效度良好的測量工具，但如果是結合醫師的專業進行診斷，使評估工具以衡量標準一致的方法，便能找出更客觀討論。在病人死亡前，照顧者越是積極處理情緒、越大的生活障礙和壓力，越容易出現較

差的心理情況；相對的，信仰越強、藥物成癮的處理態度越積極、心理評估總分越高、生活品質、社會功能、情緒管理和心理健康越好，越不容易的表現負面的心理情形。在病人死亡後，若照顧者的心理健康越位在基線以下、越是積極處理情緒、抑鬱分數越高，較容易有不好的精神狀況；反之，照顧者其活動力、社會功能、情緒管理、心理健康和整體健康越好、心理評估總分越高、同時又能接受患者的死亡品質，照顧者的狀況不容易變差。（表格五）。

最後，有十六個因子與照顧者抑鬱的情緒出現關聯，分別是年紀輕、社會支持、環境、健康惡化的患者、

表格六、影響因素／照顧者的感受

	拒絕／ 憤怒	壓力	生活 品質	焦慮	抑鬱	懊惱
年紀輕		●	●	●	●	
社會支持		●			●	
環境		●		●	●	
健康惡化的患者		●			●	
適應不良		●			●	
照顧初期					●	
照顧者對健康的感知				●	●	
較差的生活品質評估分數		●		●	●	
親屬關係（夥伴／其他）					●	
地理位置					●	
照顧住院的病人					●	
自身健康狀況不佳					●	
患者療程時間較短					●	
患者配偶					●	
無法自理生活					●	
自我評估差				●	●	
心理困擾	●					
照顧者教育水平			●			
情緒困擾			●			
無相關照顧經驗			●			
住院病人			●			
非配偶			●			
身體功能			●			
感到壓力			●			
傾向緩和醫療		●				
CMD 的症狀		●				
婦女		●				
照顧者對金錢看法				●		
哀思				●		
文化因素						●

●代表有關聯

適應不良、照顧初期、照顧者對健康的感知、較差的生活品質、親屬關係（夥伴／其他）、地理位置、住院的

病人、健康狀況不佳、接受療程短、患者配偶、無法自理生活和自我評估差；九個因素與照顧者壓力有關，分

別是年紀輕、社會支持、環境、健康惡化的患者、適應不應、傾向緩和醫療、CMD 的症狀、較差的生活品質和婦女；七個因素與照顧者焦慮有關，分別是年紀輕、環境、照顧者對健康的感知、較差的生活品質分數、自我評估差、照顧者對金錢看法和哀思；文化因素與懊惱有關，心理困擾與拒絕和憤怒有關。（表格六）。

### 討論

本篇文獻探討與前篇 Annaleila Williams 所著遇到相同的障礙，末期病患家庭照顧者的議題難以整理出一致性假設，主要還是欠缺完善的測量標準，樣本數範圍差異過大，雖然縱慣性研究比過去有增加的趨勢，不過研究多以橫斷性研究作為方法，所以可能會有資料的連續性疑慮和難以顯示個體差異的狀態存在。

對於情緒的定義不一致，情緒大體來說是由感覺、思想及行為主觀性的組合而成（Denton, Derek, 2006）。但相對在情緒障礙的定義上有明顯的區別和診斷工具，可以透過初步篩檢的訪法找出潛在患者，並進一步幫助受試者免於疾病之苦。即使情緒的定義差異甚遠，關於喪親的家庭照顧者出現兩種情緒理論（Bernard LL, 2003），分別是慰藉理論（Bass, D. M., 1990）和複雜性悲傷理論（Shear, M. K., 2011）。慰藉理論強調家庭照顧者在長期高壓的狀態下，患者死亡同時也是卸下身份的時刻，出現如釋重負般的解脫感；而複雜性悲傷理論則告訴我們，當患者離開人世後，家庭照顧者哀傷的情緒難以抽離，面對心

理調適有所障礙。當然每位受試者都是獨立個體，受試者的心境還是得看個案評估。

根據表格五和表格六的結果指出，若信仰力量提升或搭配藥物控制，家庭照顧者面對自身的狀況就可以調整出良好的生活品質。可是在照顧病人同時，生活障礙帶來的衝擊為家庭照顧者產生不小壓力。尤其照顧者在病患往生前後，因為一直處於社會功能不、心理健康欠佳和情緒管理失調。環境的不友善及心理調適不周全對照顧者所產生的影響，容易出現焦慮的情形。所以家庭照顧者在不能接受患者善終的品質時，照顧者的身心位在健康基線之下，導致抑鬱的症狀發生；焦慮、抑鬱、壓力的情形，皆受到年紀輕、環境和較差生活品質的影響，而較差的生活品質又會受到情緒困擾和壓力的衝擊，在這兩兩交互之下，家庭照顧者的身心健康狀況不斷惡性循環。所以面對過去長期高壓的環境，在患者往生後，照顧者已身心俱疲、活動力下降，隨之而來的是健康拉警報。最後此篇整理結果與複雜性悲傷理論較為吻合。大多數的變項由個人健康狀態、緩和醫療服務和環境因素組合而成，進而對壓力、生活品質、焦慮和抑鬱產生影響；也就是說，這些變項難以獨立存在，因此更應該釐清彼此的因果邏輯。再者，23 篇文獻研究中，對於至親的態度並無文化差異。

本文與前篇 Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature (Anna-Leila Williams, 2010) 之結果比

較，皆出現縱慣性研究類型少於橫斷性研究方法，而且也會出現較少的樣本數文獻；研究對象多以不同類型癌症患者的家庭照顧者作為調查對象，只有少部分文獻對特定癌症患者的照顧者進行討論；至於配偶、性別、年齡對家庭照顧者的影響結果都沒有一致性；同時，年齡和性別對照顧者的影響討論篇數並無大大變化。

反觀過去研究地點以美國為主，這裡發現美國（7 篇）和韓國（7 篇）的研究為首。這種現象可能是學者們集中於論文數量、急於創出短期成果的學術氛圍，因為有韓國作者群以同一素材直接簡單切成兩篇（Yong Joo Lee,2015; Young Sun Rhee,2008）作為研究成果。雖然配偶對家庭照顧者的影響結果皆不一致可是回顧過去，發現前篇只有三篇進行討論，在此增至九篇研究描述。這或許是有別於過去社會氛圍，對配偶的定義由狹義的兩性婚姻，隨著時間變化漸漸包容多元，不讓彼此在社會上成為無聲的伴侶。值得一提的是，前篇作者指出 89 種測量工具中有 41 種並沒有進行心理計量測試；而我們找出 54 種測量工具只有 13 種並未被測試。以出現在九篇之中的 MOS social support survey(Sherbourne, C. D.,1991) 為例，對感受的定義開始討論，專家從項目庫中討論歸納出 50 項，並整理出 19 個變項進行 Multitrait and factor analyses 分析，探究其信效度；若題目並非如其嚴謹求證，題目測量結果準確性和穩定性有待討論。換句話說，測量工具並非空穴來風，必須透過實驗設計，重複驗證，確保工具的一致性和精確性，讓研究成果更有說

服力。而前篇研究者的擔憂和建議，在這十年確實有了改變。

### 研究限制

雖然一開始對語言設定再以英語為主，但事後發現有許多中文期刊的相關議題卻排除在外，想必多國以其母語為主的相關文獻，勢必被排除，皆無法納入本研究之討論；又搜尋引擎以 PUBMED 為首，資料庫來源是 MEDLINE，主要是與醫藥領域較為相關，此篇研究偏向人文與社會科學導向，相關主題搜尋時可能有遺漏。同時在資料收集時，針對 2017 年初後至今的研究未被列入考量，所以可能遺漏最新的文獻，進而影響本文的結果內容。

### 對研究者和家庭照顧者的建議

在非介入型的研究下，研究對象填寫問卷時，量表能否當下反應並計算出個案分數，且由相關研究者給予建議，讓受試者能更了解自己，再適時地提供協助。隨著時間過去，家庭照顧者除了面對病患的照顧壓力，沈重的財務負擔、每況愈下的健康、二度就業的壓力，更形成一種自我認同的危機；照顧者往往以患者為中心，但其自我認同潛移默化地被吞噬。對於照顧的倫理責任，無論照顧者與受照顧者，都應予視為一種選擇性權利，而非義務。家庭照顧者需要好好善待自己，並且在困頓時尋求協助；既有權保有屬於自己的生活，更可以拒絕無謂的罪惡感，選擇大方的接受回饋，為自己做好完整的生涯規劃。

## 總結

近十年的研究文獻整理後和本篇專題參考文獻的疑慮相同，在配偶、性別、年齡對家庭照顧者的影響結果都沒有的一致性；不過測量工具的使用，十年間研究者較過去嚴謹許多；主要研究地點和針對配偶的研究數量有了不同變化。之後更以各篇文獻的素材彙拼湊出，家庭照顧者在患者死亡後的情緒符合複雜性悲傷理論。最後，末期病患照顧人的生理及心理社會狀態議題不容小覷，他們健康更是研究者和政府現在需要關心的族群。

## 參考資料

1. Williams, A. L., & McCorkle, R. (2011). *Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature*. *Palliative & supportive care*, 9(3), 315-325.
2. Francis, L. E., Kypriotakis, G., O'Toole, E. E., & Rose, J. H. (2016). *Cancer patient age and family caregiver bereavement outcomes*. *Supportive Care in Cancer*, 24(9), 3987-3996.
3. Chang, Y. J., Kwon, Y. C., Lee, W. J., Do, Y. R., Lee, K. S., Kim, H. T., ... & Yun, Y. H. (2013). *Burdens, needs and satisfaction of terminal cancer patients and their caregivers*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 209-215.
4. Lee, J. E., Shin, D. W., Cho, J., Yang, H. K., Kim, S. Y., Yoo, H. S., ... & Park, J. H. (2015). *Caregiver burden, patients' self-perceived burden, and preference for palliative care among cancer patients and caregivers*. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1545-1551.
5. Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). *Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates*.

- European Journal of Oncology Nursing, 19(4), 376-382.
6. Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Schnabel, A., Gottschalk-Fleischer, A., & Köhler, N. (2018). *Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death*. European journal of cancer care, 27(2), e12606.
  7. Rhee, Y. S., Yun, Y. H., Park, S., Shin, D. O., Lee, K. M., Yoo, H. J., ... & Kim, N. S. (2008). *Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression*. Journal of Clinical Oncology, 26(36), 5890-5895.
  8. Francis, L. E., Kypriotakis, G., O'Toole, E. E., Bowman, K. F., & Rose, J. H. (2015). *Grief and risk of depression in context: the emotional outcomes of bereaved cancer caregivers*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 70(4), 351-379.
  9. Kuo, S. C., Chou, W. C., Chen, J. S., Chang, W. C., Chiang, M. C., Hou, M. M., & Tang, S. T. (2017). *Longitudinal changes in and modifiable predictors of the prevalence of severe depressive symptoms for family caregivers of terminally ill cancer patients over the first two years of bereavement*. Journal of palliative medicine, 20(1), 15-22.
  10. Tang, S. T., & Li, C. Y. (2008). *The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life*. Journal of Psychosomatic Research, 64(2), 195-203.
  11. Parker Oliver, D., Washington, K., Smith, J., Uraizee, A., & Demiris, G. (2017). *The prevalence and risks for depression and anxiety in hospice caregivers*. Journal of palliative medicine, 20(4), 366-371.
  12. Ling, S. F., Chen, M. L., Li, C. Y., Chang, W. C., Shen, W. C., & Tang, S. T. (2013, January). *Trajectory and influencing factors of depressive symptoms in family caregivers before and after the death of terminally ill patients with cancer*. In Oncology nursing forum (Vol. 40, No. 1).
  13. Leroy, T., Fournier, E., Penel, N., & Christophe, V. (2016). *Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care*. Psycho-Oncology, 25(11), 1278-1285.
  14. Jacobs, J. M., Shaffer, K. M., Nipp, R. D., Fishbein, J. N.,

- MacDonald, J., El-Jawahri, A., ... & Greer, J. A. (2017). *Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers*. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 519-531.
15. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). *Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study*. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 3057-3067.
  16. Zaider, T., & Kissane, D. (2009). *The assessment and management of family distress during palliative care*. *Current opinion in supportive and palliative care*, 3(1), 67.
  17. Schrank, B., Ebert-Vogel, A., Amering, M., Masel, E. K., Neubauer, M., Watzke, H., ... & Schur, S. (2016). *Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 25(7), 808-814.
  18. Sutherland, N., Ward-Griffin, C., McWilliam, C., & Stajduhar, K. (2017). *Structural impact on gendered expectations and exemptions for family caregivers in hospice palliative home care*. *Nursing inquiry*, 24(1).
  19. Choi, Y. S., Hwang, S. W., Hwang, I. C., Lee, Y. J., Kim, Y. S., Kim, H. M., ... & Koh, S. J. (2016). *Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 25(2), 217-224.
  20. Choi, Y. S., Hwang, S. W., Hwang, I. C., Lee, Y. J., Kim, Y. S., Kim, H. M., ... & Koh, S. J. (2016). *Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 25(2), 217-224.
  21. Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawinata, S., Vissers, K., & Engels, Y. (2015). *Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds*. *Psycho-Oncology*, 24(5), 585-591.
  22. Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). *Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health*. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457.

23. Lee, Y. J., Kim, J. E., Choi, Y. S., Hwang, I. C., Hwang, S. W., Kim, Y. S., ... & Kim, S. J. (2016). *Quality of life discordance between terminal cancer patients and family caregivers: a multicenter study*. Supportive Care in Cancer, 24(7), 2853-2860.
24. Kim, S. H., Hwang, I. C., Ko, K. D., Kwon, Y. E., Ahn, H. Y., Cho, N. Y., & Kim, S. J. (2015). *Association between the emotional status of family caregivers and length of stay in a palliative care unit: a retrospective study*. Palliative & supportive care, 13(6), 1695-1700.
25. Kapari, M., Addington-Hall, J., & Hotopf, M. (2010). *Risk factors for common mental disorder in caregiving and bereavement*. Journal of pain and symptom management, 40(6), 844-856.
26. Colon, M. (2005). *Hospice and Latinos: a review of the literature*. Journal of social work in end-of-life & palliative care, 1(2), 27-43.
27. Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). *The MOS social support survey*. Social science & medicine, 32(6), 705-714.
28. Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Gorscak, B. (2011). *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5*. Depression and anxiety, 28(2), 103-117.
29. Bass, D. M., & Bowman, K. (1990). *The transition from caregiving to bereavement: The relationship of care-related strain and adjustment to death*. The Gerontologist, 30(1), 35-42.