

影响阿尔茨海默病患者家庭照料者生活质量的相关因素分析*

蒋平静,谭小林[△],黄杰,赵科,文晏,陈非,蒋振虹,胡舒

(重庆市精神卫生中心老年科 401147)

[摘要] **目的** 探讨阿尔茨海默病(AD)患者家庭照料者的生活质量及其影响因素。**方法** 采用自制一般情况问卷、WHO 生活质量测定简表(WHOQOL-BREF)、Zarit 照料负担量表(ZBI)、社会支持评定量表(SSRS)等对 64 名 AD 患者的家庭照料者进行调查。**结果** (1)AD 患者照料者的生活质量总的主观感受得分显著低于健康状况总的主观感受得分($t=-2.217, P=0.030$)。生理领域、心理领域得分与中国常模比较,差异无统计学意义($t=-0.252, -1.994, P=0.801, 0.050$);社会领域、环境领域得分与常模比较,差异有统计学意义($t=-3.830, 3.658, P<0.05$)。(2)有配偶、亲子关系差、有躯体疾病及患者精神行为症状较重的照料者生活质量较低($P<0.05$)。(3)照料者的生活质量总分与照料负担总分呈负相关($r=-0.433, P<0.05$),与社会支持总分呈正相关($r=0.346, P<0.05$)。(4)婚姻状况、亲子关系、躯体疾病、社会支持是生活质量的主要影响因素($r^2=0.409$)。**结论** 加强对有配偶、亲子关系较差、身体情况不良的 AD 照料者的社会支持和心理干预,有助于改善生活质量。

[关键词] 阿尔茨海默病;痴呆照料者;家庭;生活质量;影响因素

[中图分类号] R749.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2015)30-4201-03

The analysis of factors affecting the quality of life of family caregivers of patients with Alzheimer's disease*

Jiang Pingjing, Tan Xiaolin[△], Huang Jie, Zhao Ke, Wen Yan, Chen Fei, Jiang Zhenhong, Hu Shu

(Department of Geriatrics, Chongqing Mental Health Center, Chongqing 401147, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the quality of life and its influencing factors of families primary caregivers of dementia patients. **Methods** The typically self made questionnaire, WHO quality of life measurement profile (WHOQOL-BREF), zarit burden of care scale(ZBI), social support rating scale (SSRS) et al were adopted to investigate 64 caregivers of AD patients. **Results** (1) The overall quality of life of family caregivers of total subjective feelings were significantly lower than the general health status of subjective feeling score ($t=-2.217, P=0.030$). The field of physiological and psychology points have no statistically significant difference in comparison with Chinese norm ($t=-0.252, -1.994, P=0.801, 0.050$); the field of social and environment points have statistically significant difference compared with norm($t=-3.830, 3.658, P=0.000, 0.001$). (2) caregiver who have spouse, poor parent child relationship and patients with somatic diseases and mental behavior symptoms have lower quality of life($P<0.05$). (3) Total score of Quality of life was negatively associated with total score of care burden ($r=-0.433, P=0.000$), while was significant positive associated with total score of the social support ($r=0.346, P=0.005$). (4) Marital status, parent-child relationship, physical illness and social support were the main factors affecting the quality of life($r^2=0.409$). **Conclusion** Strengthen the social support and psychological intervention of dementia caregivers who has a spouse, poor parent-child relationship and poor physical condition may help to improve the quality of life.

[Key words] Alzheimer disease; dementia caregivers; family; quality of life; factors

阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)是一种慢性疾病,目前缺乏特异的治疗手段,预后欠佳。随着病情进展,患者会逐渐丧失各种日常生活能力,出现大小便失禁等躯体并发症,同时伴有严重的精神和行为障碍,需要专人进行护理。我国由于医疗服务保障体系还不够健全及受传统文化的影响,高达 90% 以上的 AD 患者在家中接受家庭成员照料。长期繁重的照料使照料者经受一定的负担和压力^[1],严重影响其生活质量(quality of life, QOL)^[2-3]。鉴此,本文调查并分析了 AD 患者家庭主要照料者的生活质量及其相关因素,旨在为 AD 患者的照料者提供针对性的支持和干预措施,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1~12 月在本中心门诊的 AD 患者的主要照料者 64 名为调查对象;照料者纳入标准:(1)承担 AD 患者主要照料任务的直系亲属,包括配偶、子女及其他

亲属等;(2)年龄大于或等于 18 岁,照料时间大于或等于 3 个月;(3)照料时间最长,与患者接触最密切,对整个家庭情况、患者疾病情况较为了解,能提供全面可靠的信息。排除标准:不能理解本研究问卷内容,不愿意配合调查者。AD 患者符合 WHO 颁布的《国际疾病分类第十版》(ICD-10)精神与行为障碍分类中的 AD 诊断标准^[4]。参加研究前,每名受试者都要签署或口头同意知情同意书。符合入组条件的照料者 64 名,其中男 28 名,女 36 名;年龄 23~80 岁,平均(55.44±10.70)岁;受教育年限 1~17 年,平均(6.76±3.09)年;与患者关系为配偶 26 名,子女 33 名,其他家属 5 名;照料时间 3~120 个月,平均 24(8.0~60.0)个月。AD 患者 64 例,其中男 23 例,女 41 例;年龄 60~90 岁,平均(72.56±9.73)岁;受教育年限 0~14 年,平均(6.64±3.99)年;简易精神状态量表(MMSE)评分 0~24 分,平均(11.11±7.12)分,其中轻度 9 例,中度 25 例,重度

30 例;AD 病程 8~240 个月,平均 51(16.0,81.0)个月。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 根据本研究的实际情况,按就诊线索收集患者,按照 1 例患者纳入 1 名主要照料者的方式,当场发放调查问卷,由经培训合格的调查员进行现场调查,并指导照料者进行自评,60~80 min 完成问卷后当场收回,完成后进行复核、检查、补漏、纠错,确认资料合格。共计发放问卷 65 份,回收有效 64 份,总体回收率 98.46%。

1.2.2 调查工具 (1)一般情况问卷,包括基本信息和人口学统计变量,如性别、年龄、教育程度、职业情况等。(2)Zarit 照料负担量表(ZBI)^[5],包括 2 个维度、22 个条目。2 个维度为个人负担和责任负担。最高 88 分,得分越高,代表负担越重,0~20 分为很少或没有负担,21~40 分为轻到中度负担,41~60 分为中到重度负担,61~88 分为严重负担。(3)社会支持评定量表(SSRS)^[6],共 10 个条目,包括客观支持、主观支持和可利用度 3 个维度,10 个条目计之和为社会支持总分,总分分值越高,说明获得的社会支持越多。(4)MMSE^[7],由 10 题组成,共 30 项,评价指标为总分,范围为 0~30 分。国内将 AD 的划界分定为:≥21 分为轻度,10~20 分为中度,≤9 分为重度。(5)日常生活功能量表(ADL)^[8],共 14 项,按 1~4 级评分,总分 14~56 分。<16 分提示功能正常,16~22 分提示有不同程度的功能下降,>22 分提示有明显功能障碍。(6)神经精神科问卷(NPI)^[9],共有 12 个条目,每条目频度和严重程度之积为本条目的得分(0~12 分),12 个条目的得分之和为 NPI 的总分(0~144 分),总分越高,精神行为症状越重。(7)WHO 生活质量测定简表(WHOQOL-BREF)中文版(以 WHOQOL 研究小组中国一般人群生活质量评价参考值为常模),包含有 26 个条目,包括生理领域(7 项)、心理领域(6 项)、社会关系领域(3 项)、环境领域(8 项)等 4 个维度,以及两个独立分析的问题条目(生存质量的总的主观感受,健康状况的总的主观感受),得分越高,该领域或总的生活质量越高。在我国应用于较多的患者或普通人群的生活质量的测量,具有较高的信效度^[10]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析,计量资料符合正态分布数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,偏态分布数据以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,计数资料采用百分率(%)表示。符合方差齐性的二分类均数的比较或与常模比较均采用 t 检验,三分类或多分类均数的比较采用方差分析,不满足方差齐性的均数比较采用非参数检验。分析各个变量与生活质量的关系采用 Pearson 相关分析和多元逐步回归分析方法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 AD 患者的家庭照料者生活质量评分情况 本组照料者 QOL 总评得分 35.42~98.96 分,平均(59.05±11.51)分,其中健康状况总的主观感受平均(58.98±23.72)分,生活质量总的主观感受平均(53.12±21.13)分。生活质量总的主观感受评分显著低于健康状况总的主观感受评分($t = -2.217, P = 0.030$)。QOL 各维度得分与中国常模^[11]比较,生理领域、心理领域得分与常模分值差异均无统计学意义[(60.55±23.86)分 vs. (61.3±16.3)分, $t = -0.252, P > 0.05$; (58.59±12.06)分 vs. (61.6±13.7)分, $t = -1.994, P > 0.05$];社会领域得分显著低于常模,环境领域得分显著高于常模,差异均有统计学意义[(56.38±17.17)分 vs. (64.6±14.2)分, $t = -3.830, P < 0.05$; (59.08±13.52)分 vs. (52.9±13.5)

分, $t = 3.658, P < 0.05$]。

2.2 影响 AD 患者的家庭照料者 QOL 得分的单因素分析 有配偶、亲子关系差、有躯体疾病,以及患者精神行为症状较重的照料者 QOL 总分得分显著低于无配偶、亲子关系好、无躯体疾病、患者精神行为症状较轻的照料者,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 影响 AD 患者的家庭照料者 QOL 得分的单因素分析($\bar{x} \pm s$, 分)

| 变量 | 分类 | n | QOL 总分 | t/F/H | P |
|---------------|-------------|----|-------------|--------|-------|
| 照料者性别 | 男 | 28 | 60.64±12.27 | 0.974 | 0.334 |
| | 女 | 36 | 57.81±10.90 | | |
| 照料者年龄(岁) | <50 | 15 | 63.96±10.44 | 1.927 | 0.059 |
| | ≥50 | 49 | 57.55±11.50 | | |
| 照料者文化程度 | 小学 | 9 | 51.27±10.82 | 2.447 | 0.095 |
| | 初中 | 23 | 60.42±11.51 | | |
| | 高中及以上 | 30 | 60.35±11.49 | | |
| 照料者婚姻状况 | 有配偶 | 58 | 57.78±10.29 | -2.908 | 0.005 |
| | 无配偶 | 6 | 71.35±16.16 | | |
| 照料者职业 | 农民 | 9 | 57.41±9.75 | 0.803 | 0.497 |
| | 工人 | 34 | 58.64±12.09 | | |
| | 干部 | 14 | 57.96±10.63 | | |
| | 其他 | 7 | 65.33±12.75 | | |
| 照料者亲子关系 | 好 | 44 | 61.55±8.66 | 2.706 | 0.009 |
| | 差 | 20 | 53.54±14.95 | | |
| 照料者家庭人均月收入(元) | <2 000 | 12 | 56.59±18.27 | 1.913 | 0.137 |
| | 2 000~2 999 | 18 | 55.27±8.39 | | |
| | 3 000~3 999 | 19 | 60.25±9.81 | | |
| | ≥4 000 | 15 | 64.03±8.53 | | |
| 与患者关系 | 配偶 | 26 | 55.17±10.16 | 2.833 | 0.067 |
| | 子女 | 33 | 62.15±11.82 | | |
| | 其他亲属 | 5 | 58.75±12.12 | | |
| 照料时间(月) | 3~6 | 14 | 57.96±13.13 | 0.999 | 0.415 |
| | 7~12 | 9 | 62.85±15.73 | | |
| | 13~36 | 15 | 62.29±8.36 | | |
| | 37~60 | 11 | 54.83±11.24 | | |
| | ≥61 | 15 | 57.64±9.86 | | |
| 照料者有无躯体疾病 | 无 | 41 | 61.18±10.94 | 2.023 | 0.047 |
| | 有 | 23 | 55.25±11.77 | | |
| 患者性别 | 男 | 23 | 56.70±13.60 | -1.226 | 0.225 |
| | 女 | 41 | 60.36±10.79 | | |
| 患者年龄(岁) | 60~65 | 20 | 59.79±12.01 | 0.986 | 0.405 |
| | 66~70 | 10 | 54.79±7.55 | | |
| | 71~80 | 22 | 61.55±13.04 | | |
| | >80 | 12 | 56.77±10.16 | | |
| MMSE 总分 | ≤9 | 30 | 57.67±10.93 | 0.861 | 0.428 |
| | 10~20 | 25 | 59.12±11.12 | | |

续表 1 影响 AD 患者的家庭照料者 QOL 得分的
单因素分析($\bar{x}\pm s$,分)

| 变量 | 分类 | n | QOL 总分 | t/F/H | P |
|--------|--------|----|-------------|-------|-------|
| ADL 总分 | ≥21.00 | 9 | 63.42±14.54 | | |
| | ≤45.29 | 34 | 59.80±12.50 | 0.555 | 0.581 |
| | >45.29 | 30 | 58.19±10.42 | | |
| NPI 总分 | ≤26.29 | 33 | 61.87±11.63 | 2.073 | 0.042 |
| | >26.29 | 31 | 56.05±10.78 | | |

QOL:生活质量。

2.3 AD 患者的家庭照料者生活质量与照料负担、社会支持

表 2 AD 患者的家庭照料者生活质量与照料负担、社会支持的相关分析(*r*)

| 项目 | ZBI 总分 | 个人负担 | 责任负担 | SSRS 总分 | 客观支持 | 主观支持 | 支持利用度 |
|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| QOL 总分 | -0.433 | -0.471 | -0.311 | 0.346 | 0.164 | 0.401 | 0.167 |
| 生理 | -0.201 | -0.271 | -0.115 | -0.064 | -0.104 | -0.003 | -0.104 |
| 心理 | -0.299 | -0.294 | -0.220 | 0.506 | 0.305 | 0.535 | 0.284 |
| 社会 | -0.384 | -0.379 | -0.299 | 0.508 | 0.291 | 0.559 | 0.252 |
| 环境 | -0.413 | -0.408 | -0.329 | 0.402 | 0.237 | 0.404 | 0.276 |

表 3 影响 AD 患者的家庭照料者 QOL 得分的
多元逐步回归分析

| 变量 | 偏回归系数 | 标准误 | 标准化偏回归系数 | t | P |
|------|---------|-------|----------|--------|-------|
| 常数 | 80.986 | 7.200 | — | 11.249 | 0.000 |
| 婚姻状况 | -19.181 | 4.071 | -0.489 | -4.712 | 0.000 |
| 亲子关系 | -8.523 | 2.652 | -0.346 | -3.214 | 0.002 |
| 社会支持 | 5.538 | 2.417 | 0.240 | 2.291 | 0.026 |
| 躯体疾病 | -5.623 | 2.409 | -0.236 | -2.334 | 0.023 |

—:此项无数据。

3 讨 论

3.1 AD 患者的家庭照料者的生活质量评价 生活质量是指个体在躯体、心理、社会功能诸方面的主观感觉和满意程度,主要通过主观的感知来影响个人的生活质量。本研究结果显示,生活质量总分的主观感受得分显著低于健康状况总的主观感受得分,尤其在社会关系领域明显低于一般人群,说明 AD 照料者对自身的生活质量不满意,应该引起政府的高度重视。尽管社会保障水平逐渐提高,物质生活环境明显改善,照料者的一般健康需求能够得到合理满足,但 AD 患者的照料是一个长期的过程,需要照料者承担大量繁琐的家务,耗费大量的精力与时间,使得照料者无法进行正常的社会活动,与同事、亲戚、朋友的沟通减少,交往的范围缩小。与此同时,AD 患者的认知状况和精神行为症状又严重限制着与照料者的交流,无法对照料者的辛勤劳动做出相应的情感反应,因此严重影响照料者对社会支持的满足程度,导致生活质量降低。

3.2 影响家庭照料者生活质量的相关因素分析 研究结果表明,照料者的生活质量与其婚姻状况、亲子关系、身体状况、社会支持程度有关。一方面,与患者关系为配偶者因其年老、精力下降、躯体疾病等因素常常导致身体透支,以及患者的过度依赖给配偶带来难以承受的身心双重压力^[12]。另一方面,与患者关系为子女者,除了要保障自己正常的工作、学习、社交等

的相关分析 AD 患者的家庭照料者 QOL 总分得分与 ZBI 总分得分呈负相关($r=-0.433, P<0.05$),与 SSRS 总分得分呈正相关($r=0.346, P<0.05$),见表 2。

2.4 影响 AD 患者的家庭照料者生活质量的主要因素 以 QOL 总分得分为因变量,将经过单因素分析和相关分析筛选后有统计学意义的变量(照料者婚姻状况、亲子关系、有无躯体疾病、患者 NPI 总分、ZBI 总分、SSRS 总分)作为自变量进行多元逐步回归分析。最终有 4 个自变量入选回归方程,主要影响因素按标准化偏回归系数由大到小依次为婚姻状况、亲子关系、社会支持及躯体疾病,回归方程模型评价, $R=0.639, r^2=0.409; F=10.190, P=0.000$ 。见表 3。

活动外,还要花更多的时间和精力去照顾配偶及孩子的生活,常常导致夫妻关系紧张,影响家庭生活质量。如果有父母或子女适当为照料者分担一部分的照料工作,帮助疏导其内心的烦闷,解除其心中困扰,会使照料工作的顺利性增加不少。亲子关系良好的患者,可以从照料者那里得到更多的精神、情感、物质的支持,有利于患者的身心健康,从而减轻照料者的压力,促进照料者身心健康,提高生活质量。长期照料痴呆患者,照料者自身的健康状况也随年龄的增长逐渐下降,因此面对日常生活不能自理、且伴有言语障碍及行为异常的 AD 患者,照料难度便会明显增加^[13]。部分照料者存在慢性躯体疾病,需要长期服药,维持治疗的医疗费用较高,由于非特殊病种用药,减弱了照料者的就医行为,治疗的态度越消极,其生活质量也随之下降^[14]。社会支持的形式和强度因个体而异。AD 照料者社会支持的降低可能与其同外界的联系减少、利用社会资源不足有关。社会支持程度高的照料者对生活满意度高,容易产生积极乐观的情绪,相反对社会支持的索取和主观体验减少,照料者的生活质量会降低^[15]。照料者心理负担的严重程度虽然与被照料者的 AD 严重程度有关^[16],但更重要的源于照料者自身的心理状态^[17]。因此,加强对有配偶、亲子关系较差、身体状况不良的 AD 照料者的社会支持和心理干预,有助于减轻照料者负担,并且提高其生活质量。

参考文献

- [1] 伏丽晶,李敏.老年痴呆病人照顾者的负担影响因素[J].临床军医杂志,2008,36(6):862.
- [2] 钟碧橙,邹淑珍.老年痴呆患者照顾者生活质量现状及其影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2010,16(3):256-258.
- [3] 于华,金奕,崔君霞.痴呆病人直系亲属照料者生活质量及相关因素调查研究[J].护理研究,2013,27(1):24-27.
- [4] 范肖东,汪向东,于欣,等.译.ICD-10 精(下转第 4206 页)

独立危险因素。可见多种因素可引起股骨颈骨折老年患者术后痴呆发生。随着患者年龄的增加,患者本身存在脑功能的退化,同时合并糖尿病科进一步增加其脑功能退化的速度^[7-8]。胰岛素抵抗是糖尿病的主要发生机制,同时胰岛素抵抗可以降低胰岛素促进胚胎的神经发育、促进神经细胞突触的形成、增大胞体面积及促进多种蛋白质合成的作用^[9-10],进而增加了痴呆发生的风险。一般而言,谵妄发生提示患者本身脑组织功能障碍,甚至有急性脑损伤发生,进而可以损伤大脑神经传导,引起痴呆发生^[11]。Spencer 等^[12]研究认为,谵妄发生后可以引起患者体内乙酰胆碱活性下降,因此亦增加了痴呆发生风险。该作者进一步研究发现,氟哌啶醇可有效调节谵妄患者机体多巴胺及胆碱能的平衡状态,可明显改善患者的谵妄状态。进一步证实谵妄可影响体内乙酰胆碱活性。本研究进一步绘制 ROC 曲线分析术后谵妄对股骨颈骨折老年患者痴呆发生的预测价值发现,ROC 曲线下 AUC 面积为 0.878。可见术后谵妄对预测股骨颈骨折老年患者痴呆发生有一定临床价值。

综上所述,本研究显示高龄、糖尿病史及术后谵妄是无痴呆病史的老年股骨颈骨折患者术后痴呆发生的危险因素,且术后谵妄对痴呆发生有一定的预测价值。由于本研究为单中心小样本研究,可能存在选择偏倚,因此需要多中心大样本研究进一步验证。

参考文献

- [1] 郭曙光,唐根林,陆奇峰,等.短型股骨粗隆部锁定接骨板与空心钉内固定治疗股骨颈骨折临床研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(10):911-913.
- [2] Lancellotti G, Cohen-Bittan J, Makdessi S, et al. Late-onset bing-neel syndrome associated with delirium and lewy body dementia[J]. J Am Geriatr Soc, 2014, 62(11):2225-2227.
- [3] Roden M, Simmons BB. Delirium superimposed on demen-

tia and mild cognitive impairment[J]. Postgrad Med, 2014, 126(6):129-137.

- [4] 王秋梅,刘晓红.老年人谵妄的识别与处理[J].中华老年医学杂志,2012,31(5):445-446.
- [5] Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, et al. Learning about the patient: an innovative interprofessional dementia and delirium education programme [J]. Clin Teach, 2014, 11(7):497-502.
- [6] 陈芒芒,高宏梁,倪跃平.老年人髋部骨折术后谵妄和痴呆的关系探讨[J].中华老年医学杂志,2014,33(10):1068-1071.
- [7] 臧砚超.高龄髋部骨折围手术期合并谵妄研究进展[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(4):397-398.
- [8] 张立智,张世民.老年髋部骨折术后谵妄的研究进展[J].中国矫形外科杂志,2014,22(4):324-327.
- [9] 曾令全,石宗莉,刘艳,等.两种麻醉方式用于髋关节置换术的临床比较[J].重庆医学,2011,40(35):3607-3609.
- [10] 江皓波,马明远,劳美铃.C反应蛋白与老年患者髋部术后谵妄的关系研究[J].中国基层医药,2014,19(4):2944-2945.
- [11] 靖光武,谢琴,刘连忠,等.精神科联络会诊对老年髋部骨折术后谵妄影响的临床研究[J].精神医学杂志,2014,27(3):206-208.
- [12] Spencer K, Foster PE, Whittamore KH, et al. Staff confidence, morale and attitudes in a specialist unit for general hospital patients with dementia and delirium-a qualitative study[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2014, 29(12):1315-1317.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-05-16)

(上接第 4203 页)

- [4] 神与行为障碍分类临床描述与诊断要点[M].北京:人民卫生出版社,1993:42-44.
- [5] 王烈,杨小浸,侯哲,等.护理者负担量表中文版的应用与评价[J].中国公共卫生,2006,22(8):970-972.
- [6] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:127-131.
- [7] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科技出版社,1993:184-188.
- [8] 马永兴,俞卓伟.现代痴呆病学[M].北京:科学技术文献出版社,2007:402.
- [9] 解恒革,王鲁宁,于欣,等.北京部分城乡社区老年人和痴呆患者神经精神症状的调查[J].中华流行病学杂志,2004,25(10):829.
- [10] 方积乾,郝元涛,李彩霞.世界卫生组织生活质量量表中文版的信度与效度[J].中国心理卫生杂志,1999,13(4):203-205.
- [11] 郝元涛,方积乾,Power MJ,等.WHO生存质量评估简表的等价性评价[J].中国心理卫生杂志,2006,20(2):71-

75.

- [12] Faison KJ, Faria SH, Frank D. Caregivers of chronically elderly: Perceived burben [J]. J Comm Health Nurs, 1999, 16(4):243-254.
- [13] 孟庆慧,肖顺贞,刘宇,等.居家痴呆病人照料者负担及其相关因素[J].护理研究,2006,20(7):1721-1722.
- [14] 常健,陈利群.阿尔茨海默病患者家庭照顾者心理健康状况的调查[J].上海护理,2005,5(1):1-3.
- [15] 齐善夫,郑成应,周东升,等.老年痴呆患者生活质量与社会支持的关系[J].中国康复理论与实践,2013,19(2):164-166.
- [16] 叶彩祝,周静然,严梅秀.阿尔茨海默病病情及护理干预对照料者生活质量的影响[J].实用临床医学,2011,12(5):90-92,94.
- [17] 于建敏,权兆琨,孙淑艳.对高龄老年人照料者的团体心理治疗[J].实用医药杂志,2011,28(8):746-747.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-05-16)