

# 影響老年癡呆症之主要照顧者照顧意願之因素探討

楊佩琪譯

## 壹、前言

臺灣地區即將邁入高齡國，老人人口的增多，勢必帶來一些需要關切的問題，而許多的老人問題中，又以醫療與健康照顧問題最令社會與家人頭痛。

在老年人較常罹患的慢性疾病中，有一種被稱為癡呆症 (Dementia)，此種近年來逐漸增加之病症，是諸多的老人病中，「一種讓患者迷失，令家屬心碎的病」，而癡呆症中又以一種被稱為「世紀之症——阿茲海默症」(Alzheimer's Disease, 簡稱AD) 最為常見。在美國六十五歲以上的老年人中約有百分之十五有不同程度的癡呆、智力退化等現象，而這百分之十五的各種老年癡呆症中經診斷後屬AD者約有三分之二(徐亞瑛，一九八九)，以最保守之估計全美至少約有兩百萬老人罹患這種病，它佔了美國老年人主要死因的第四位(黃瑞美，一九八八)。

老年癡呆症除了帶給病人痛苦外，還造成家人(特別是主要照顧者)極大的衝突，影響家庭日常生活甚劇。家庭的主要照顧者在照顧過程中，常因對病情不夠了解，長期的照顧而沒有休息，也沒有人能够替代，缺乏有關照顧技巧方面的知識，面對功能只有每況愈下的病患，照顧者除了會感受到來自照顧的壓力之外，還常常會有疲憊感。以下將從幾個角度來探討影響主要照顧者照顧

意願之因素。

## 貳、有關病患之特性

就年齡方面，雖有少數人在還沒有到老年期即發生，但大部分發生在老年期，且隨年齡增長，癡呆症的比率會增加，發病年齡通常在七十歲以後(林信男、林憲，一九八七)。

在性別方面，女性盛行率高於男性(林信男、林憲，一九八七；徐亞瑛，一九八九)。男性因社會化之傳統習慣，通常會期待女性來照顧，Zimmerman(一九八六)的研究發現，送男性病患到老人日託中心，家人會覺得負擔較輕，可能是男性老年病患較難照顧；而女性則較少需要配偶的照顧，會試着自己照顧(Young & Kahana, 1987)，仍會繼續她的社交關係，且較常使用制度化的健康服務(Lorensen, 1985)，但對疾病的反應會有較多症狀表現出來，面臨重病時較會焦慮不安。

而在病程方面，在臨床上，癡呆症可分為原發型(primary type)及次發型(secondary type)兩類。原發型癡呆症，如阿茲海默症是比較常見的，其症狀是逐漸進行的(可能需要數月或數年)，病患對於周遭環境的方向感逐漸模糊，但其意識狀態則直到後期才會呈現混淆不清，也會有妄想及幻想。

次發型癡呆症，則有可能次發於腦瘤、微菌性腦膜炎、腦部缺氧、營養不良、新陳代謝不平衡、藥物的毒性作用或過量以及精神失常等許多原因，若針對其潛在的原發性疾，給予適確的治療，也有許多可獲得復原的機會。老年癡呆症從發病到死亡，平均是八年，但從診斷到死亡，平均是三、四年。

至於病患病情方面，每人均不相同，由於它是一種因為大腦半球的認知功能逐漸退步，而影響到病患日常的工作或社交活動。由中等程度到嚴重程度的癡呆症，其認知機能的喪失是以記憶力的喪失、思考能力、判斷能力以及理解力等等的衰退為特徵。可利用FAST (functional assessment staging of AD) 將老年癡呆症分為七個階段，從輕微的功能衰退到最嚴重的語言、動作及知覺之喪失(彭壽貴，一九八八)。輕度會喪失最近事件的記憶、思考判斷能力的退化，嚴重時會造成自我照顧能力的喪失，無法工作、無法獨自處理財物、無法開車、無法單獨行動(徐亞英，一九八九)。也會變得愈來愈不安，尤其是在晚上病症會很明顯，可能會愈來愈錯亂、發脾氣、焦慮、步履蹣跚、徘徊、把雙手絞在一起的緊張狀態(莫黎黎，一九八九)，這種奇特的行為被稱為「日落症候羣」(Sundown Syndrome)，患者總是重複做一些事情，例如將他自己的東西打包、拆開，又打包拆開，在同一個地方走來走去好幾個小時，或是離家迷失在外，心智喪失、認知能力下降、失去判斷力、人格變化、失去社交功能、行為方面會有情緒的劇變、批評的行為、懷疑、半夜醒來走來走去或吵鬧、很困難幫他洗澡等等發生，需要在日常生活上予以的協助。到了晚期，常見的症狀則為大小便失禁、隨地大小便，也可能發生肌肉抽搐，患者可能會變得厭食或根本忘了吃，不認得他的家人，無法與人溝通而完全退縮，最後變得虛弱不堪，臥床不起，而嚴重影響到病患及主要照顧者常的生活或社交活動(Given et al., 1988; 洪志明，一九八五; 黃瑞美，一九八八)。

### 叁、有關主要照顧者的特性

照顧工作通常包括洗澡、穿衣、盥洗、家事、購物、備餐、處理外務、陪病患就醫、外出(Montgomery & Borgatta, 1989)、金錢協助、幫忙與福利單位接洽及與服務機構之聯繫(Ross & Beall, 1986)。就性別方面，約有百分之七十至八十的主要照顧者都由女性擔任，多是病患的配偶及子孫(Tennstedt et al., 1989; 邱啓潤等，一九八八; 楊珮琪，一九九〇)。男性照顧者從親人、朋友處獲得較多協助。常因為有成年子女可以替代，較容易放棄照顧的角色，除了那些有很強烈意願要照顧妻子的人之外(Fitting et al., 1986; Given et al., 1988)。Horowitz (1985)的研究指出男性和女性照顧者通常供應不同型態的協助，男性供應修補、零工、開車接送等服務；女性則協助煮飯、購物、洗衣服(Young & Kahana, 1989)，及病患個人照顧(Barusch & Spaid, 1989)。而在需要別人協助部分，男性照顧者較喜歡使用居家護理及家事協助(Snyder & Keefe, 1985)，女性則較常請教醫生、使用支持團體及諮商(Wylie, 1984)。

女性照顧者在照顧之初通常有較多壓力與心理症狀、較多角色衝突、自覺健康較差、士氣較低及較多負向的感覺，歸納其原因有四：1. 過度的角色負擔，且通常較男性照顧者年輕(Fitting & Rabins, 1986)。2. 男病患較難照顧(Zimmerman, 1986)，可能是較依賴。3. 男性照顧者得到較多協助。4. 男性照顧者對壓力之適應較好(Fitting et al., 1986)。

在年紀方面，很多文獻均指出，主要照顧者的年紀大多是在五十歲以上。Ross 和 Beall (1986)的研究中指出主要照顧者的平均年齡是五五·四歲，馬偕醫院(1990)的研究則證實百分之六十一的主要照顧者是由年齡

在五十歲以上的中老年人擔任。主要照顧者的年紀雖有不同，但對壓力的感受却是一致的，由 Fitting (一九八六) 的研究中發現，較年輕的主要照顧者會較不快樂、對照顧角色有較多憤恨，可能是因為多重角色導致責任太多所致。年老的主要照顧者，則通常健康較不好，經濟貧乏且常有孤立感 (Blick & Peck, 1987)。

## 肆、有關主要照顧者與病患關係

主要照顧者可能是家人、朋友或鄰居，但大多都是由病患的配偶、子女及媳婦所擔任 (Ross & Baill, 1986; Montgomery & Borgatta, 一九八九；邱啓潤等，一九八八；馬偕醫院，一九九〇；楊珮琪，一九九〇)。

在照顧病患上，通常配偶比成年子女花費更多時間 (Montgomery & Borgatta, 1989)。一般而言，配偶照顧的範圍較大，所花費的時間也較非配偶多出約三倍 (Young & Kahana, 1989)。在照顧項目方面，配偶較多在準備食物及清掃，子女則較多協助照顧病患、盥洗及交通。主要照顧者是配偶的話，健康情形通常較差，壓力症狀會較多 (Zarit et al., 1986)，特別是由妻子擔負照顧責任者，其憂鬱程度會較高 (Gallagher et al., 1989)，由下列一些學者的研究中可得到證實年輕的太太感受到較多的負擔、孤單及恨惡的感覺 (Fitting et al., 1986)。Given (一九八八) 的研究則指出，年老配偶因為角色退化，無法承擔過多責任，為了把焦點放在照顧配偶上，通常會選擇放棄社交，但又因為年紀大較少被視為是主要照顧者，使得他們有較高的壓力和沮喪。

另一些學者則認為，子女為主要照顧者之壓力較大，因為會經歷到角色轉變，父母變成依賴者，且同時又要滿足父母、配偶孩子的需要 (Blick &

Peck, 1987)，其負荷角色衝突都會比由配偶擔任照顧者來的大 (Young & Kahana, 1989)。

## 伍、有關主要照顧者與病患情感

主要照顧者與病患情感的好壞，會影響照顧的品質與主要照顧者看護的心情 (徐亞瑛，一九八九)。主要照顧者很多的壓力和問題，都與過去與病患情感的好壞有很大關係，如果情感很好，較能安於照顧的工作 (Greene & Monahan, 1989)，或如果照顧角色是志願的，主要照顧者會較忍耐，且較少情緒衝突 (Given et al., 1988)。情感不好，則會對照顧的結果產生顯著之影響，配偶方面與先前的婚姻關係有關，會影響健康的配偶願意或不願意照顧病患；很多子女抱怨他們的父母，是根植於早年的不愉快經驗，此種不協調的關係，會浪費很多時間在更多的負向關係上 (Rabinson & Thurnber, 1979)。

## 陸、有關主要照顧者健康情形

Silliman (一九八六) 的研究指出，主要照顧者自從承擔照顧病人的角色後，很少有機會去拜訪親友或得到休息，尤其在照顧的第一年會感覺較大的生活壓力，長久下來常會導致照顧者產生倦怠感，雖然主要照顧者的身體功能沒有明顯受影響，但心理、社會的功能都會受影響。

主要照顧者擔任照顧的工作，其健康情形通常都不錯。Montgomery 和 Borgatta (一九八九) 的研究指出，有百分之八十五的主要照顧者的健康情形都很好。但長期的照顧且缺乏適度休息的情況之下，照顧者多少容易患病。

任何年齡的主要照顧者，本身如果罹患慢性疾病，都會導致生理上和心理上的壓力，會降低生活品質和工作機會，有證據認為崩潰與主要照顧者的身體情況改變有關，可能超過主要照顧者所能接受的範圍 (Ross & Beall, 1986)。Rabins (一九八二) 發現主要照顧者中有百分之八十七罹患慢性神經衰弱或沮喪。由 Young 和 Kahana (一九八九) 的研究中證實有百分之二十一的  
主要照顧者感到自身的健康有衰退之情形。Zarit (一九八六) 的研究中發現特別是配偶常因照顧而造成健康和情緒受損，他們可能帶有神經衰弱、健康變壞、焦慮、憂鬱，其他身心症狀或是崩潰，但大多數的配偶仍會堅持由自己照顧，除非配偶自己病得很嚴重，才會放棄照顧或與家人分擔照顧的責任 (Townsend, 1988)。

## 柒、有關主要照顧者職業轉換

很多文獻均提及主要照顧者大多是全時間的照顧者。少數的照顧者有部分時間的工作或為全時間的工作者。

主要照顧者如果為職業婦女，其職業多少均會影響照顧的便益、效率與品質，且工作本身會增加照顧者的壓力 (Blick & Peck, 一九八七；內政部社會司，一九八七)。Brody (一九八七) 等人將照顧年老父母的中年婦女分成四組：全時間工作者、為照顧而把工作辭掉、為照顧而準備把工作辭掉，及全時間照顧者，結果發現為照顧而準備把工作辭掉那組的壓力最大。

## 捌、有關主要照顧者對療養院的看法

Tennstedt (一九八九) 等人認為產生機構化照顧的危機在於缺乏家屬照

顧或家屬照顧疲乏不願再費心力。主要照顧者常不能忍受且無法處理病患混亂的情況或爭辯、不合作和冷淡的行為 (Krulik & Hirschfeld, 1984)。照顧的壓力和緊張，也會縮短家庭的生命，造成情緒的崩潰，會對老人忽視、虐待或提早將老人送入機構療養 (Ross & Beall, 1986; Given et al., 1988)。

成年子女的負荷感通常較大，主觀的負荷來自對照顧安排沒有適當解決，容易導致機構化照顧的後果 (Cox et al., 1988)。Montgomery 和 Borgatta (一九八九) 發現特別是年老病患身體功能情況日益嚴重，需要大量照顧，子女却無法負擔時，會傾向於將病患送到療養院。Zarit 和 Zarit (一九八二) 則認為女性在照顧中常會較有罪惡感，無法完整照顧，會傾向送病患到療養院。

## 玖、有關次要照顧者

在 Horowitz 和 Dobrof (一九八二) 研究二〇三個家庭的主要照顧者中，發現其中有百分之七十五的人都說有得到次要照顧者的協助，次要照顧者多提供情緒支持、購物和交通方面等規律性、活動性之協助 (至少一星期一次)，較少提供勞力及照顧方面之協助。

誰會是次要照顧者與主要照顧者是誰有很大的關聯，通常老男病患的主要照顧者為配偶，因為他不喜歡由別人照顧，但如果病患是老寡婦或女性，其照顧者則多由子孫擔任。一般而言，次要照顧者大多是成年子女、孫子和其他親人，仍多由女性擔任，而男性擔任次要照顧者角色的比率則高於擔任主要照顧者 (三九·二%：二九·八%)。主要照顧者若是女兒，常常她的配偶及小孩就會成為次要照顧者；若主要照顧者是朋友或不是親人，自然次要照顧者也不

是親人 (Tennstedt et al, 1989, Young & Kahana, 1989) 。但通常會比由親人擔任次要照顧者提供更多之協助 (Horowitz & Dobrof, 1982) 。

## 拾、有關主要照顧者之社會支持系統

全美國的老年癡呆症病患中，約有三分之一至三分之二之病人是住在家裏，且需要別人照顧，對大部分其他類型的疾病，病人精神上受干擾的焦點，是在病人對疾病的反應。癡呆症，對病患或照顧者所造成的痛苦是一樣的；故精神上的支持，須包括照顧者 (彭壽貴，一九八八)。Bachrach 和 Spaid (一九八九) 認為對病人和主要照顧者雙方而言，彼此都有最大的選擇居住在一個溫暖環境的權利，他並鼓勵主要照顧者由家庭網絡中去尋求可以協助之資源。照顧者是否有得到適合的社會支持、所能使用的社區資源及經濟情況是照顧環境中的三個重要因素 (Given et al, 1988) 。

社會支持是一種被愛、被尊重的感覺，可供給消息、情感及物質之支持。這種支持可由朋友、熟悉的鄰居和家人處獲得。如果主要照顧者能感受到家人或他人的支持，覺得自己做得很有價值，甚至有家人能投入照顧的工作，會減輕主要照顧者的壓力和重擔。Scott (一九八六) 的研究指出，來自家人的情緒支持，會使照顧者有較多有效的因應型態。Billings 和 Moos (一九八五) 的研究中指出常由家人或朋友那裏得到支持的人會較少憂鬱和較快樂，特別是來自配偶的支持，缺乏社會支持則會導致憂鬱，但 Wing 和 Bebbington (一九八五) 的研究中則認為影響不大。不合適的社會支持會使照顧者產生強烈被遺棄的感覺，當照顧者對照顧角色產生不舒服感覺時，通常會認為很少人支持他，但社會支持的感覺因人而異，有人感覺到很高的支持，却不一定是由很多人得到，從較親近之人所獲得之社會支持遠勝過他人 (Given et al, 1988) 。

社會支持系統通常可從兩大部分來看：首先由社會支持系統的來源來看，歸納 Bennett 和 Morris (一九八三)、徐亞瑛 (一九八八)、林娟芬 (一九八八) 等人的看法，可將社會支持系統的來源，分為二方面：1. 初級支持系統 (The primary support system)，乃由家人、親戚、朋友、鄰居、同事、同鄉、教友和認識的人，透過接納、服務和情緒支持，幫助個人維持生活功能。2. 次級支持系統 (The secondary support system)，指由正式的、非私人住所組織的支持系統所提供的服務，例如醫療機構、社會服務機構、諮商機構、自助團體、宗教機構等。

再者由社會支持系統的內容來看，歸納各學者對支持系統的看法，可將支持系統的內容，概括分為三大類：第一種稱為情緒支持：Caplan (一九七四) 認為是重要他人協助個人利用心理力量，處理及克服情緒上的困擾，使照顧者覺得有人瞭解他所經歷的，遇到麻煩或沮喪時有人能傾聽，有人會打電話來關心，有人能給予照顧者鼓勵 (Zarit et al, 1985; 徐亞瑛，一九八八)，經常探望照顧者，肯定其付出的辛勞與心血，傾聽其發洩胸中的感受，減緩其壓力或罪惡感，引導照顧者接受自己、肯定自己的價值與地位等 (周月清，一九八六)。其次是實質支持：指提供工具及技巧協助 (Caplan, 1974)：具體的幫助與資源，如經濟補助或人力方面之協助，如幫病人洗澡、穿衣、煮飯、給藥、幫家庭清洗、買雜貨、看顧癡呆老人、幫病人做運動、日間照顧、過夜照顧、交通 (Zarit et al, 1985; 徐亞瑛，一九八八)、帶領就醫、拿藥、清掃家務等等 (陳武宗，一九八四)。最後一種是訊息支持：即提供有關資訊、消息及認知、思考方面的指導，以增強個人克服壓力、處理困境的能力 (Caplan, 1974)。胡人傑 (一九八二) 認為包括經濟救助、醫療服務、看護的技巧與方法、相關的專業服務機構、各種組織或團體的參與及申請協助等等訊息。



## 拾壹、結 論

在臺灣的老年人口日漸增多的社會趨勢下，可以想見老年癡呆症的受害者及受害家庭也勢必會逐漸增加，臥病老人的醫療費用常轉移到子女身上，變成額外的負擔，有時過於龐大的醫療費用或看護費用，不是一般家庭所能承擔得起，而臺灣的老年人與子女同住者佔百分之七十點九七（行政院主計處，一九八七），因此在老年人慢性病療養機構還不普遍，且所需費用龐大，致大多數患病老人無法得到適切照顧的今天，家庭仍是照顧這些病患的最佳處所。對我國而言，此問題開始受到社會各界的重視，以老年人口日益增多的趨勢看來，對患病老人與家庭都是一個頗大的挑戰，但至目前為止，探討有關老年癡呆症照顧者的感受或需求方面之研究却微乎其微，社會工作應了解老年癡呆症會對家庭造成什麼影響、家庭的主要照顧者和病患的關係、與病患情感、在照顧過程中健康受損情形、職業轉換情形、對送病患到療養院的想法、是否有次要照顧者之協助、有否適合足夠的社會支持系統等等情形，才能够未雨綢繆，早期計畫可提供之服務，期以協助老年人及家庭其他成員妥善運用社會資源，預防家庭問題的發生，維持家庭平衡。

### 參考文獻：

- 胡人傑（一九八二）。我國老人社會適應困難之研究——以臺中市為樣本模式。東海大學社會研究所碩士論文。
- 陳武宗（一九八四）。高雄市低收入戶老人利用醫療保健服務之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 周月清（一九八五）。智能不足兒童父母社會困擾之研究。東海大學社會

工作研究所碩士論文。

林娟芬（一九八八）。臺灣省臺南公私立仁愛之家老人社會支援網絡與生活適應之研究。香港中文大學社會工作研究所碩士論文。

楊珮琪（一九九〇）。老年癡呆症患者家屬之壓力與需求探討。東海大學社會工作研究所碩士論文。

老年癡呆症研討會資料選輯（一九八九）。中華民國醫務社會服務協會編印。

林信男、林憲編著（一九八七）。老年精神醫學。臺北：聯經出版事業公司。

黃瑞美（譯）（一九八八）。幫助阿茲海默症患者的家屬，榮總護理，五（一），九九—一〇一。

徐亞英（一九八九）。對老年癡呆症患者家庭的評估及護理措施，護理雜誌，三六（一），二五—三四。

洪志明（譯）（一九八五）。談老年殺手——阿茲海默症，臺灣醫界二八（二），五三一—五六。

彭壽貴（一九八八）。癡呆症，臺灣醫界，三一（五），六一—六三。

邱啓潤，呂淑宜，許玉雲，朱陳宜珍，劉蘭英（一九八八）。居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素探討，護理雜誌，三五（一），六九—八三。

馬偕醫院（一九九〇）。臺北地區居家完全臥床病人主要照顧者的壓力、心態及相關因素，中國時報，一月六日，第十七版。內政部社會司（一九八七）。

臺灣地區老人養護問題之研究，社會安全。

Barusch, A. S., & Spaid, W. M. (1989). Gender difference in

- caregiving: Why do wives report greater burden? *The Gerontologist*, 29(5), 667-676.
- Bennett, D., & Morris, I. (1983). Support and Rehabilitation. Watts, F. N., & Bennett, D. H. (Eds.), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John, W., & Sons, L. 189-211.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Blick, A. N., & Peck, C. K. (1987). Caring for caregivers of the Elderly: A group approach to families under stress. Lassner, J., Powell, K., & Finnegan, E. (Eds.), *Social group work: Competence and values in practice*. New York.
- Brody, E. M., Kleban, M. H., Johnsen, P. T., et al (1987). Work status and parent care: A comparison of four groups of women, *The Gerontologist*, 27(2), 201-208.
- Caplan, G. (1974). Support system and community mental health. New York: Behavioral.
- Cox, E. O., Parsons, R. J., & Kimboko, P. J. (1988). Social services and intergenerational caregivers: Issues for social work, *Social Work*, 33, 430-434.
- Fitting, M., & Rabins, P. (1985). Men and women: Do they give care differently? *Generations*, 23-26.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M. J., et al. (1986). Caregivers for dementia patients: A comparison of husband and wives, *The Gerontologist*, 26(3), 248-252.
- Gallagher, D., Ross, J., Rivera, P., Lovett, S., & Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers, *The Gerontologist*, 29(4), 449-455.
- Given, C. W., Collins, C. E., & Given, B. A. (1988). Sources of stress among families caring for relatives with Alzheimer's Disease, *Nursing Clinics of North America*, 23(1), 69-82.
- Greene, V. L., & Monahan, D. J. (1989). The effect of a support and education program on stress and burden among family caregivers to frail elderly persons, *The Gerontologist*, 29(4), 472-477.
- Horowitz, A., & Dobrof, R. (1982). The role of families in providing longterm care to the frail and chronically ill elderly living in the community. New York: Brookdale Center on Aging.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older patient: Differences in role performance and consequences, *The Gerontologist*, 25(6), 612-617.
- Krulik, T., & Hirschfeld, M. J. (1984-85). The continuation of home care to severely impaired children and aged in Israel: Family attitudes, *Home Health Services Quarterly*, 5, 283.
- Lorensen, M. (1985). Effects on elderly women's self-care in case of acute hospitalization as compared with men, *Health Care for Women International*, 6, 247-265.
- Montgomery, R. J. V., & Borgatta, E. F. (1989). The effects of alternative support strategies on family caregiving, *The Gerontologist*, 29(4), 457-465.
- Rabinson, B., & Thurnber, M. (1979). Taking care of aged

- parents: A family cycle transition, *The Gerontologist*, 19(6), 586-593.
- Rabins, C., Mace, N., & Lucas, M. (1982). The impact of dementia on the family, *JAMA*, 248, 333.
- Ross, L. N., & Beall, G. T. (1986). Supports for family caregivers: Opportunities for national organization. Patterns of progress in aging among national voluntary organizations (III).
- Scott, J. P., Roberto, K. A., & Hutton, J. T. (1986). Families of Alzheimer's victims family support to the caregivers, *Journal of American Geriatrics Society*, 34, 348-354.
- Silliman, R. A., et al. (1986). Families of elderly stroke patients effects of home care, *Journal of American Geriatrics Society*, 34(9), 643-648.
- Snyder, B., & Keefe, K. (1985). The unmet needs of family caregivers for frail and disabled adults, *Social Work in Health Care*, 10, 1-14.
- Tennstedt, S. L., McKinlay, J. B., & Sullivan, L. M. (1989). Informal care for frail elders: The role of secondary caregivers, *The Gerontologist*, 29(5), 677-683.
- Townsend, A., Noelker, L., Diemling, G., & Bass, D. (1988). The longitudinal impact of caregiving on adult-child caregivers' mental health. Cleveland, OH: The Benjamin Rose Institute.
- Wing, J. K., & Bebbington, P. (1985). Epidemiology of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Wylie, C. M. (1984). Contrasts in the health of elderly men and women: An analysis of recent data for whites in the United States, *Journal of the American Geriatrics Society*, 32, 670-675.
- Young, R. F., & Kahana, E. (1987). Conceptualizing stress, coping, and illness management in heart disease caregiving. Paradis, L. F. (Ed). Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families. New York: The Haworth Press.
- Young, R. F., & Kahana, E. (1989). Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain, *The Gerontologist*, 29(5), 660-667.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. (1982). Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients, *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 461-471.
- Zarit, S. H., Ort, N. K., & Zarit, J. M. (1985). The hidden victims of Alzheimer's Disease. New York: NY University Press.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study, *The Gerontologist*, 26, 260-266.
- Zimmerman, S. (1986). Adult day care: Correlates of its coping effects for families of an elderly disabled member, *Family Relations*, 35, 306-311.