



黃誌坤 · 溫珮雯 · 李百麟

## 壹、前言

阿茲海默氏症 (Alzheimer's disease) 是以德國精神科醫師阿茲海默 (Alois Alzheimer) 加以命名，以紀念他發現此病症。在 1901 年，阿茲海默醫師開始注意他長期治療的一位女性病人，其出現記憶喪失、語言產生障礙及許多不可理解的行為等臨床徵狀。5 年後，該病人死亡，進行病理解剖時，發現腦內有異常的沉澱物(現稱為「類澱粉蛋白斑塊」amyloid plaques) 及許多纖維糾結 (現稱為神經纖維纏結 neurofibrillary tangles 或 tau) 兩項重要的病理現象，後來這兩項成為失智症 (dementia) 不可或缺的病變 (National Institute on Aging, 2015)。當然，失智症是腦退化疾病的總稱，阿茲海默氏症是常見的一種，但阿茲海默醫師讓我們了解失智症是一種疾病而非正常老化過程，也開啓國際間陸續重視失智症，進而投入經費研發各種預防、治療及照顧的方法。

根據世界衛生組織 (World Health

Organization, WHO) 2015 年 3 月指出，全球約有 4,750 萬名失智症患者，每年以增加 770 萬人的速度成長，換言之，平均每 4 秒便有一人罹患此症 (WHO, 2015)；再者，若依國際失智症協會 (Alzheimer's Disease International, ADI) 估算，2015 年全球約有 4,680 萬名失智症患者，每年新增 990 萬人，平均每 3.2 秒便有一人 (Alzheimer's Disease International, 2015)，速度更是驚人。在臺灣，根據衛生福利部 2013 年失智症盛行率調查，65 歲以上老年人口輕度以上失智症盛行率近 5%，臺灣失智症總人口數推估為 24.4 萬人 (衛生福利部，2013)。因此，如何有效預防失智及照顧目前失智患者乃成為政府與民間亟待努力的目標。

2004 年，美國前總統雷根逝世，他的女兒戴維斯 (Patti Davis) 寫了一本書《The Long Goodbye》，紀錄雷根和阿茲海默症奮戰的過程。「Long Goodbye」一詞傳神地描述失智患者猶如坐在時光機器上，其意識常會穿越不同時空，上午不認得身邊的家

人是誰，但下午又會暫時回到原來的世界，與家人團聚。這種狀態，會持續好幾年，愈來愈不常回來，直到最後不再回來，完全跟家人告別，而 Long Goodbye 亦成為失智症的代名詞 (Davis, 2004)。此書也道出所有失智症者家屬的心聲，以及照顧者沉重的身體與心理負擔。

失智症除了認知功能退化外，其精神行為症狀 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) 是照顧者最感到心力交瘁所在。失智症者的精神行為發生的比率相當高，依歐陽文貞、黃美鳳、蔡佳芬 (2013) 指出，超過 90% 失智症者皆發生過精神行為症狀，而其中 75% 會持續出現這些症狀。一般而言，針對失智症患者的症狀在治療上可分為藥物治療與非藥物治療。在失智症藥物無法根治且具有副作用的情形下，若能透過非藥物的方法改善失智症患者精神行為症狀當是主流的作法，尤其國際失智症協會強調，照顧失智症者應採取以人為本的照護模式，並降低使用藥物及身體的約束 (Alzheimer's Disease International, 2015)，個別化、人性化的服務方式對失智症的照顧更顯重要。

本研究針對機構失智長者的精神行為症狀，分析失智者過去經驗與生活史，透過量身訂作的個別化服務措施融入生活照顧，期降低長者的精神行為，減輕照顧者負擔，以提升長者生活品質，並將結果作為機構及居家照顧失智長者的參考。

## 貳、文獻探討

依據上述目的，以下蒐集整理相關文獻並加以論述分析，作為本研究的學理基礎。

### 一、失智症與精神行為症狀

美國老人失智症研究機構 (National Institute on Ageing, NIA) 指出，失智症不是正常老化而是一種疾病，病人屬於漸進式喪失記憶與思考能力，以致無法執行簡單任務，進而影響個人生活自我照顧能力 (National Institute on Aging, 2015)。在臺灣，對於此疾病已從「痴呆症」改以「失智症」一詞，以減少污名化。然而，根據美國精神醫學會 (American Psychiatric Association, 2013) 所公佈的《DSM-5 精神疾病診斷手冊》中更將失智症更名為「認知障礙症」(major neuro-cognitive disorders)，惟考慮臺灣學術用詞及通用性，本文仍採用失智症一詞。

失智症發生原因相當多重，可能超過 75 種以上，50%-60% 是阿茲海默症 (Alzheimer's Disease) 造成、10% 是血管型失智症 (Multi-Infarct Dementia)，10% 是混合型失智症 (血管性與退化型失智之混合型)、5%-15% 是路易氏體失智症 (Dementia with Lewy bodies)、5% 是額顳葉型失智症 (Frontotemporal lobe degeneration)，以及另有 10% 是其他因素造成 (如中樞神經感染、營養失調、代謝或內分泌失調等) (楊培珊譯，2015: 399)。

基本上，失智症的症狀大致可分為核心症狀與精神行為症狀二種：所謂「核心症狀」是指失智症患者一定會發生且逐漸

惡化的症狀，如記憶、語言、注意力、執行能力、計算能力、視覺空間等認知功能障礙；「精神行為症狀」乃因失智症所造成大腦認知受損，以至於患者無法正確理解他看到或聽到的內容，因而容易產生許多失控的精神行為症狀，這些症狀出現與否，與患者所處的環境有很大關係，是照顧者最頭痛的部分，也是照顧者需要學習因應的地方（李瓊琪、陳柏瑤譯，2015）。精神行為症狀常見包含焦慮不安、憂鬱、淡漠、幻覺、被偷妄想、睡眠障礙、失禁、過度依賴、遊走、攻擊行為……等行為（歐陽文貞，2015；黃正平，2006；楊培珊譯，2015）。大部份精神行為的產生是失智者無法控制，因此，需要照顧者及外界的細心觀察與協助，以避免災難式反應出現。

## 二、失智症非藥物個別化服務

對於失智者可能產生的各種精神行為狀況，如何透過非藥物個別化服務方式加以因應及化解，已成為照顧者需要學習的技能。針對失智症的照護，目前已發展許多的非藥物的治療方式，例如音樂治療、芳香治療、懷舊治療、光線治療、感官治療、認知治療……等（宋惠娟，2015），這些治療方式對於改善失智患者的精神行為值得進一步探究。本研究配合失智症行為狀況，經評估挑選個別化服務理論策略，包含增強理論（reinforcement theory）、現實導向（reality orientation）、確認理論（validation theory）、光照活動（light activity）、懷舊活動（reminiscence activity）及園藝活動（horticultural activity）等介入

失智長者的日常生活活動，並評估其成效，分述如下：

### （一）增強理論

增強理論，又稱為行為矯治，以學習理論做為基礎，認為人們都具有行為學習能力，透過條件作用和學習原理，強化所期望的行為，減少不期望行為的產生，其主要運用心理學的操作制約、正增強、負增強、消弱等技巧，當出現成功行為時提供其愉悅滿足的刺激，出現失敗行為則提供導致嫌惡的經驗，進而減少不好的行為，增加成功行為的頻率，養成期望的行為習慣（Chance, 2003）。該理論可讓失智者重新學習已喪失之簡單技巧並維持現有的生活功能，實施方式為了解長者喜歡的增強物，當長者表現期待的行為時，給予增強（修慧蘭譯，2009）。例如，機構工作人員為鼓勵失智長者參加團體活動，可以適時採用正增強，用讚美的語言、長者喜歡的點心或小禮物作為參加活動的增強物。

### （二）現實導向

現實導向是以生活周圍環境中發生的事情做為治療的媒介，協助人們重新學習現實生活周遭的訊息，如人、事、物、地點、時間等，進而改善對環境事物的認知、處理能力及記憶力，適用於記憶衰退、現實感不佳、認知功能障礙或失智症患者等（Spector, Orrell, Davies, & Woods, 2001）。此理論的實施方式為透過重複提供現實資料，達到刺激認知功能，如大時鐘、大

日曆、名牌、實物及報紙.....等。照顧者不斷有系統地向長者提供現實生活的資訊，以幫助他們弄清楚時間、周遭的環境、人物及事物。許多研究已顯示現實導向治療法對於失智症的認知有提升功效，進而減少精神行為的發生率（蔣妃玫、王守玉、葉淑惠、林麗味，2015；Greene, Timbury, Smith, & Gardiner, 1983; Spector etc., 2001）。

### (三) 確認理論

確認理論是一種與失智患者溝通的方法之一，此法是由老人社會工作學者 Naomi Feil 研究定向感不佳的失智老人所發展出來的溝通技巧。此理論的實施原則為尊重失智患者的言語與非言語表現，不去判斷對錯，並以同理心聆聽長者的需求及提出的問題，接受長者主觀所認為的事實，其結果可以促進溝通，減約束，平撫情緒，幫助他們恢復自信（Feil, 1997; Feil, 2002）。換言之，執行確認療法的照顧者不應評斷失智老人的行為是否為適當，必須先了解其各項需求包含生理狀況、心理和社會等需求，進而確認其行為背後的意義，然後接受他們的表現方式，同時表達關懷及同理，進入他們的世界，以建立信任感。林佩昭、林麗蟬（2006）指出確認理論可有效降低個案精神行為問題，減少個案哭泣、攻擊和遊走等負向行為，增加微笑、聊天、幫助他人等正向行為，減低家屬崩潰機率、改善個案生活品質。

### (四) 懷舊活動

懷舊是一種生命經驗的重現，也是一種記憶的活動。藉由對過去事物及經驗回顧，分享過去生命重要事件，達到重新建立社會連結、維持親密感，以及提升自我價值的方法（楊培珊、梅陳玉嬋，2011：40-41）。失智症患者對於長期記憶保存較佳，較能夠回憶起兒時記憶或早期歲月的時光，無法記起近期的事情。懷舊活動的實施方式可透過個別或團體活動方式進行，藉由生命的回想、討論，進而減輕憂鬱情緒，肯定自我能力，減少遊走、焦急不安等精神行為症狀的產生。

### (五) 光照活動

失智症患者的睡眠障礙問題屬普遍的行為症狀（王培寧、劉秀枝，2014），有些個案會白天嗜睡夜間躁動，而有些會分不清日夜或可能因為活動過度使得個案睡眠需求減少。失智症患者在夜間醒來，對照顧者產生極大的壓力。睡眠障礙介入措施分為兩類，分為藥物治療及非藥物治療，而藥物治療是屬於較普遍的方式，而治療效果在短期內具有功效，但依長期來說藥物的抗藥性及耐受性極受爭議。非藥物治療較慢，依時間長來說較為持久，且可免於藥物治療所產生的依賴性問題，非藥物治療種類多項，其中光照法為常用的治療方法（宋惠娟，2015）。光照活動的實施方式通常是採用戶外的陽光，並配合做健康操、散步等運動，讓長者減少日間睡眠，增加光線的暴露，以有效改善睡眠問題。

### (六) 園藝活動

園藝療法起源於古埃及時代。19 世紀美國開始應用園藝活動於精神患者，園藝活動被認可為一種治療方式，鼓勵病患在花園庭院散步以穩定情緒改善身心狀況（邱馨慧、蔡佳良，2008；簡鴻儒、謝煒峰，2015）。根據美國園藝治療協會（American Horticultural Therapy Association, AHTA）將園藝治療定義為「一種利用植物或園藝活動來增進個案社交、教育、心理與生理的調適，達到促進身心靈性健康的過程」。亦即透過由園藝治療活動過程中，讓長者在與植物的互動中得到心靈上的滿足，進而享受生命成長的喜悅。章錦瑜（2001）在失智症病人的庭園設計研究中指出，園藝活動運用於失智症患者的效益有：

1.提供感官的刺激：運用香草類植物及色彩鮮豔的花卉來做五感的刺激。

2.提供能力發揮的機會：在園藝治療活動提供機會，讓個案有能力完成植栽作品來自我肯定，增進自信心。

研究指出老人機構採用園藝治療對於失智症的認知功能及情緒方面亦有成效（林儷蓉、陳亞琦、饒淑梅、余雪如，2014）。目前園藝治療在美國已被廣泛應用於老年復健，如失智症、中風、心血管疾病、慢性精神病等，對於促進老年人生理、心理、社會、認知功能等均有效益（邱馨慧、蔡佳良，2008）。

除了上述各項非藥物性個別化服務外，Mace 與 Rabin 提出六項實用的因應行為原則（6R）：

1.節制（restrict）：當失智者的行為會

傷害自己或別人時，企圖讓患者停止該行為。

2.再評估（reassess）：再評估此行為症狀可不可能是患者身體不舒服或藥物反應所造成的。

3.換個角度想（reconsider）：以同理心的方式從患者的角度思考為何他會有這樣的行為產生。

4.疏導（rechannel）：找個方法讓這項行為可以採用安全的方式進行。

5.安撫（reassure）：耐心地安撫患者，告訴他没事的，不論發生什麼事情都會在他身邊照顧他。

6.回想（review）：事情過後，再想一遍當時發生的情境及處方，若再發生一次是否有更好的方式去因應（楊培珊譯，2015: 182-183）。

此 6R 原則亦可作為本研究實施個別化服務的參考。

綜而言之，本研究分析失智長者以前生活經驗，並記錄個案 24 小時行為模式，根據個案的行為症狀，以行動研究方式，安排個別化的活動與服務運用於生活照顧中，以了解該個別化服務處遇的成效，以降低失智症精神行為問題，提升個案生活品質。

## 參、研究方法

### 一、研究場域

本研究以南部某老人機構附設的失智專區長者為研究對象，該失智專區於 2013 年 12 月甫成立，目前共有 13 位長者進住，

失智程度屬於中度以上為主。專區空間環境設計採用團體家屋及小單元設計方式，每間房間住 1-2 位長者，工作人員以 3 班制的輪班方式進行 24 小時服務與照顧。專區訂有生活作息表，除了用餐、午休、洗澡外，每天皆固定安排各項健康操、宗教、以及團康等團體活動。

本研究選取對象採立意取樣方式，以工作人員認為照顧方面需要特別注意的長者為原則，從中挑選 4 位具不同精神行為症狀長者，並將個別化服務措施融入生活照顧，期降低失智症個案精神行為問題，減輕照顧者負擔，提升其生活品質。

本研究採用行動研究。行動研究分為兩個成分：行動和研究。研究是行動的方法或手段，行動是為了改善實務所遭遇的問題。因行動研究都有採取行動的期待，大部分行動研究所關心的是改進服務品質，更被用來確定關心的議題、測試替代方案和新方法實驗（黃國光、謝雨生譯，2014）。

研究實施方式，如圖 1 所示，首先分析研究對象的生活史、精神行為症狀及需求，針對問題設計個別化服務，進行各項活動介入措施，以 24 小時觀察記錄評估改善情形，若未改善再修改介入方式及再評估。

## 二、研究設計

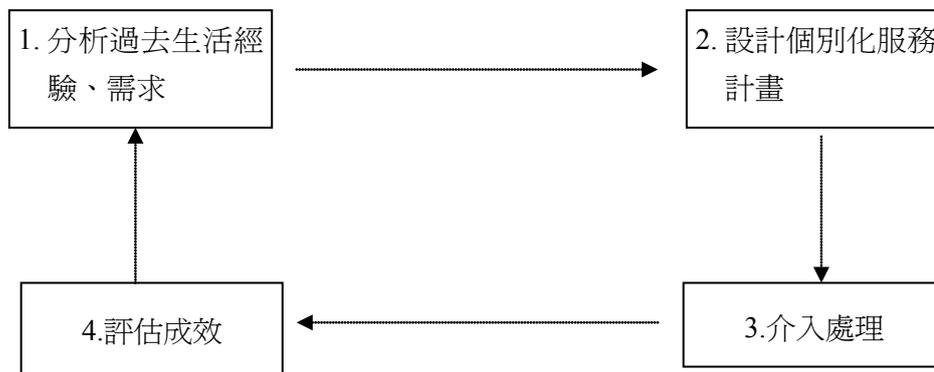


圖 1 行動研究設計

## 三、資料蒐集

本研究使用中心方式評估表作本研究資料蒐集的方式。此評估方式強調照顧焦點是失智症「這個人」而非失智症「這個人的症狀」，而身為失智症的照顧者，必須

細心觀察失智症「本人」的行為及心理變化，擬定個別化照顧 (person-centered care) 方式，以提高照顧品質的依據。而中心方式評估法來自英國，後來為日本所用並研發統一規格「為失智症者設計的照護管理評估法—中心方式評估法」，簡稱「中心方

式評估法」(李光廷, 2010)。中心方式評估法共 12 張表單, 以失智症者為中心觀察並記錄, 研究者挑選出適合本研究之表單「焦點資訊紀錄表」, 以每小時為單位, 觀察並記錄失智症長者 24 小時生活作息情形, 包含睡眠、吃飯、點心、排泄、洗澡、動態活動、靜態活動、精神行為症狀.....等。蒐集資料期間由 104 年 7 月 1 日起至 104 年 8 月 31 日止為期 2 個月 (62 天) 記錄為依據, 並請值班的照顧服務員填寫記錄及協助執行個別化服務計畫。專區的照顧服務員共有 8 位, 在機構皆受過失智症的相關訓練, 了解如何記錄長者的生活資訊。本研究第 1 個月 (7 月) 是研究觀察及評估需求階段, 作為個案行為的基準線及擬定個別化處遇計畫的基礎, 第 2 個月 (8 月) 為執行階段, 開始依據個案的行為問題介入個別化服務計畫, 並評估成效。

## 肆、結果與討論

此章節主要針對研究對象問題及需求評估, 以焦點資訊紀錄表進行 24 小時觀察紀錄, 依 4 位個案過去經驗並分析問題, 規劃個別化服務活動, 加以執行並評估其成效。

### 一、結果：4 位案例分析與成效評估

#### (一) 案例一：獨行俠

**生活史：**獨行俠, 男性, 70 歲, 未婚, 無子嗣, 本身有高血壓疾病史, 經醫師診斷為阿茲海默型中度失智症, 入住於機構

的失智專區。在專區, 曾發生多次工作人員協助案主清潔身體時, 個案會以辱罵三字經或暴力行為反抗。經了解獨行俠過去生活經驗工作為公賣局貨車隨車人員, 隨著貨車由南至北送貨, 作息是日夜顛倒、工時經常不定, 因此, 他養成一有空閒時間便會休息的習慣, 且 2-3 天洗澡已是慣例, 再者, 由於長期獨自開車, 不擅長與人交談, 其最大的興趣便是至夜市玩些小遊戲, 如夾娃娃、飛鏢射氣球.....等等, 並贏得許多玩偶, 未入住前, 家中房間皆是玩偶。個案過去經驗就不喜與人互動, 但喜歡唱歌、欣賞電視節目, 例如豬哥亮歌廳秀等節目。

**問題及需求評估：**研究者透過個案生活簡史及焦點資訊紀錄評估, 案主因過去生活經驗, 如今認知退化, 其作息及習慣仍受到之前經驗的影響。依據焦點資訊紀錄表 7 月份紀錄顯示個案於寢室內時間平均約 18 小時, 除用餐時間外, 大多待在寢室中, 工作人員邀請參加活動大部份受到拒絕, 亦且常不願配合清潔身體之行為。研究團隊分析個案的行為問題與過去經驗有關, 個案可能認為自己尚在擔任貨車司機, 一有機會便想補眠, 不想走出寢室。經整理出如下待解決問題：1. 衛生習慣不佳；2. 人際關係疏離；3. 活動參與意願低落。

**個別化服務計畫：**本服務計畫採用正增強技巧、懷舊活動及現實導向作為行為問題改善的理論基礎。於 8 月份開始, 每天早上及下午各安排一次個人式懷舊活動, 研究團隊設計各種夜市的小遊戲, 如

製作麻將賓果、拼圖、套圈圈遊戲，以一對一方式吸引個案興趣，增加他走出寢室的機會，並在玩遊戲過程，導入現實導向，跟他說明現實的狀況，包含他已經退休了，住在這不用再擔心、不用在東奔西跑；再者，若個案願意洗澡或參加團體活動，便可以獲得他喜歡的增強物，如觀看豬哥亮歌廳秀節目、吃喜歡的點心、飲品或再完一次夜市小遊戲。同時，若看到他走出寢室，工作伙伴亦會用正向言語鼓勵他，降低在寢室時間並改善人際關係疏離之情形。

**成效評估：**針對個案 7 至 8 月焦點資訊記錄表進行彙整並統計數據，分析個案個別化服務成效評估。研究者將焦點資訊記錄表 7 至 8 月為兩個月共 62 天彙整次數（統計方式，以每天為單位，數字 0 表示當天未做此項活動，數字 1 表當天參與此項活動）。如表 1 統計數據結果顯示，個案 7 月份參與各項活動意願較低落、洗澡次數少，不願意與人一起看電視，八月份透過個別化服務融入生活照顧後，個案在參與健康操團體活動、洗澡及與人一起看電視的次數明顯提升了。

表 1 獨行俠焦點資料統計表

次數(%) / 月份 / 項目	7 月 (觀察期)	8 月 (介入期)	增加次數 (8 月-7 月)
洗澡	10 (32%)	21 (68%)	11 (36%)
健康操團體活動	4 (13%)	16 (52%)	12 (39%)
客廳觀看電視	8 (26%)	16 (52%)	8 (26%)

註：百分比計算= (當月發生次數/31 天) \* 100%

## (二) 案例二：幻想家

**生活史：**幻想家，女性，85 歲，已婚，育有二子二女，其中二子一女已相繼逝世，存有一女但不知去向。個案經診斷患有重鬱症、高血壓，以及路易氏體型失智症；案主過去喜愛至廟口與三五好友打麻將、四色牌及五色牌等活動，由於早年幫兒子帶孫子，相當喜愛小朋友，常帶孫子至國小校區附近，觀看孩童放學並至校區散步。

**問題及需求評估：**案主入住專區後，

常因幻聽、幻覺情形，伴隨焦慮情緒，經常表示「聽見嬰兒哭鬧的聲音」、「兒子回來看她，要他回家」、「我要回家去找我孫子(阿方)」及「我要去找我媳婦(阿紅)」等言語，產生情緒不穩定，常走到門口表示要外出回家，經個案 7 月份焦點資訊紀錄表顯示，個案因想要回家，產生焦慮及情緒不穩共達 18 次，每次安撫時間長達 1 小時。故待解決問題：幻聽產生的情緒不穩定。

**個別化服務計畫：**根據上述問題評估，研究者規劃個別化服務並評估其成

效。個別化服務設計運用確認理論、現實導向作為改善情緒不穩定的理論基礎。首先，當案主表示聽到小孫子哭聲，要返家找尋孫子，表現出情緒不穩時，以確認理論進行溝通，不強調現實感，附和案主需求，工作人員答應她的要求，並說等一下我帶妳回去，但現在車還沒有到，我們先來玩麻將、賓果等遊戲，透過她喜愛的遊戲，轉移注意力及平穩情緒。再者，在個案情緒穩定時，工作人員在上午及下午時段會施行現實導向活動，透過遊戲告訴她

現住在這邊大家都是一家人，兒子、孫子皆已長大都不用再擔心，他們在外面生活過得很好。

**成效評估：**針對個案 7 至 8 月焦點資訊記錄表進行彙整並統計數據，分析個案個別化服務成效評估，如表 2 所示。經現實導向、確認理論溝通方式後，8 月份個案情緒不穩仍有 14 次，但根據工作人員記錄個案不安情緒僅維持在 30 分鐘之內，顯示成功轉移個案的注意力。

表 2 幻想家情緒不穩行為統計表

次數(%) / 月份 / 項目	7 月 (觀察期)	8 月 (介入期)	減少次數 (7 月-8 月)
情緒不穩行為	18 (58%)	14 (45%)	4 (13%)

註：百分比計算= (當月發生次數/31 天) \* 100%

### (三) 案例三：行動家

**生活史：**行動家，男性，81 歲，離婚，一兒一女監護權皆歸於妻子，前妻離婚後便已改嫁，案主不知兒女動向，無任何親友，行走能力良好，並無依賴輔具；案主無業、無財產、無任何所得收入，曾安置於高雄縣遊民收容所，後因經醫師評估診斷為阿茲海默型中度失智症，安置於失智區。個案以前大多四處打零工維生，工作項目為園藝維護工人，因此，對於打掃、整理雜草，照料花草植物感到熟悉，且喜愛畫畫，尤其是畫一些花花草草的圖案。

**問題及需求評估：**經 7 月份焦點資訊

紀錄顯示，個案常出現焦慮性、漫無目的遊走行為共計 25 次，換言之，幾乎每天有發生遊走的情形，但詢問他原因卻說不出所以然。個案過去經驗為長期擔任園藝維護工人，熟悉花草樹木整理，而整理戶外花木皆是須要走走停停，不斷修剪花木，故推測遊走行為可能是個案以為自己在工作的習慣性行為。因此，待解決問題：焦慮性遊走行為。

**個別化服務計畫：**研究團隊規畫個別化服務計畫，採用現實導向與園藝活動作為執行理論依據。在個案下午習慣遊走時間，引導至專區戶外花園，透過實際的園藝活動，照顧花園中的植物，讓個案找回

過去工作的熟悉感；再者，配合靜態的繪圖活動，運用市面上紓壓繪本系列，例如祕密花園、魔幻森林及曼陀羅紓壓系列等書籍，讓個案進行花草繪本圖案塗鴨，在他畫畫的同時，由工作人員進行現實導向，讓他了解自己住在那，以及不用在擔心工作的事情，期望減少焦慮性遊走行為。

**成效評估：**透過動靜態的園藝活動及現實導向後，根據 7-8 月份焦點資訊統計，如表 3 所示，個案的遊走行為從 7 月的 25 次，減為 8 月僅發生 11 次，且根據觀察記錄，個案會主動走到專區的花園整理花草及澆水，熱愛此活動，顯示園藝活動產生情緒穩定效果，減少焦慮性遊走。

表 3 行動家焦慮性遊走行為統計表

次數(%) / 項目 \ 月份	7 月 (觀察期)	8 月 (介入期)	減少次數 (7 月-8 月)
焦慮性遊走行為	25 (81%)	11 (35%)	14 (46%)

註：百分比計算= (當月發生次數/31 天) \* 100%

#### (四) 案例四：夜行俠

**生活史：**夜行俠，75 歲，男性，未婚，無子嗣。成年時期年輕力盛，血氣方剛，常有打架滋事發生，年紀漸長情緒趨向穩定，打人情事便未再發生，後來經醫師評估並診斷罹患混合型失智症，安置於失智專區。個案早年皆從事以勞力型的打零工為生，主要是在工地搬運重物為維生，相當耗體力，因此，平常用餐進食量大，以因應工作體力負荷。

**問題及需求評估：**透過 7 月份焦點資訊紀錄表得知，案主平日情緒穩定，但白天精神不佳，常坐在電視前睡著，再者三餐進食量大外，夜間亦多次起床，尤其中凌晨 00 點至 3 點為個案睡眠障礙高峰期，常在客廳徘徊。由於個案進入專區後，其活動量並不需要特別大的食量，且個案體

型不屬高大，因此推測可能是過去工作經驗，養成吃宵夜習慣，因此半夜多次起來走動，想要到客廳尋找食物進食，造成白天精神欠佳，常坐著打盹。故待解決問題：因異食行為產生睡眠障礙。

**個別化服務計畫：**研究團隊規畫個別化服務計畫，採用現實導向、光照法並配合各項團體活動為執行策略。首先，每天早上及下午各 30 分鐘由工作人員陪同到戶外的花園走走並聊天，接受太陽光的曝曬；再者，鼓勵個案參加例行的健康操團體活動，當個案在白天打瞌睡時，由工作人員陪其走至戶外或聊天，適時導入現實導向，讓他知道自己住在那，以及已退休了，不用再做粗重工作等等。最後，若個案半夜起來走動時，請工作人員給予一小杯牛奶作為安撫，並跟他說吃飽了，該去睡了，讓他認為自己吃飯了，可以安心睡

覺。

**成效評估：**根據 7-8 月份焦點資訊統計，如表 4 所示。經過個別化服務後，個案八月份夜間遊走的次數明顯減少，從 7 月的 17 次，減少為 8 月僅有 7 次。再者依焦點資訊，個案半夜起來，喝完牛奶後，

即不在第二次起來，可睡到天亮。顯示該個別化處遇有達到一定的成效。

## 二、討論

本研究針對 4 位長者的行為症狀進行個別化服務及成效評估，整理如表 5。

表 4 夜行俠睡眠障礙統計表

次數(%) / 項目 \ 月份	7月 (觀察期)	8月 (介入期)	減少次數 (7月-8月)
睡眠障礙	17 (55%)	7 (23%)	10 (29%)

註：依焦點紀錄，每天若 24:00-05:00 之間起來次數 2 次（含）以上即統計 1 次睡眠障礙。

表 5 長者個別化服務成效表

案例名稱	問題需求	個別化服務理論	成效
獨行俠	衛生習慣不佳、人際關係疏離、活動參與意願低落	增強理論、懷舊活動及現實導向	三方面行為問題皆有改善
幻想家	幻聽產生的情緒不穩定	確認理論、現實導向	成功轉移注意力，情緒不穩定時間縮短
行動家	焦慮性遊走行為	園藝活動、現實導向	遊走行為明顯減少
夜行俠	因異食行為產生睡眠障礙	光照活動、現實導向	睡眠障礙天數減少

本研究發現及討論如下：

### (一) 失智長者的行為狀況受到早期工作經驗影響

長者因認知功能退化，雖已入住機構，但許多行為症狀仍深受過去生活或工作經驗的影響，如案例 1 獨行俠，他不願洗澡、不喜歡團體活動，其與之前工作需要南北往返送貨的生活習慣有關；案例 2

幻想家，其許多情緒不穩定行為可能受到早期照顧孫子、想念孫子的影響；案例 3 行動家，其焦慮性遊走行為可能與早期擔任園藝工作，需要來回修剪花木有關；案例 4 夜行俠，其睡眠障礙可能亦與早期從事工地工人，一直認為自己食量大有關。誠如 Mace 與 Rabin 提出的失智症的 6R 行為因應中的「換個角度思考」，試著由患者的眼光看此行為症狀，了解其之前的生活

工作經驗，便可理解及同理為何長者會出現如此的行為，這樣比較能為長者解決問題（楊培珊譯，2015:182-183）。因此，照顧失智症長者需要對其過去的生活史有所掌握，才能規劃貼切的個別化服務。

## （二）現實導向可作為失智症者許多行為症狀的基礎處遇策略

本次研究發現，在長者平常活動中，適時運用現實導向，協助他們重新學習周遭的事物，改善他們處理周遭環境的能力，有助於減少行為症狀。本次四個案例的行為問題皆配合現實導向，亦獲得許多改善。以案例 3 行動家為例，由於認知退化，他總是覺得有事情未做，焦慮來回走動，但忘了要做什麼，透過現實導向，重新學習他現在住的地方，並實際帶領他到花園除草，讓他覺得自己有貢獻，並獲得自信心，減少遊走行為。此結果亦呼應許多實徵研究結果，如 Spector, etc.（2001）曾歸納許多運用現實導向在失智症身上的實徵研究，其結果皆發現這些病人的認知及行為表現變得比控制組佳，顯示現實導向對失智症具有一定的正向成效。再者，為讓失智長者更能掌握周遭環境，除了活動及訓練外，若把現實導向引入配合環境的改造，如大時鐘、日曆的設計，清楚明顯的指標等環境改造，可讓長者許多行為症狀減少（蔣妃玫等，2015）。

## （三）提供失智長者個別化照顧有其必要性

失智症除了藥物治療外，目前已發展許多非藥物治療方式可作為個別化服務的

處遇模式。本次研究針對 4 位失智長者，由於每位失智長者的生活、工作經驗及個性不同，產生的行為狀況亦不同，故提供不同理論策略的個別化服務有其必要性，本次運用的理論策略包含現實導向、增強理論、確認理論、光照、懷舊及園藝活動等。唯一般而言，機構受限於人力，往往提供齊頭式的輸送服務模式，強調共同的生活模式，比較缺乏個別化的照顧，因此，如何在團體生活中融入個別化服務成為努力的目標。

## 伍、結論

「失智症」近年來為全球熱門的議題之一，因其行為問題種類繁雜多項，成為失智症照顧者主要壓力來源。本文分析住在機構 4 位長者過去的生活經驗，再透過 24 小時觀察記錄，規劃個別化服務活動融入日常生活照顧，經由 1 個月觀察與 1 個月的個別化服務後，4 位長者的行為狀況已獲得改善。本研究認為對於失智者，過去的經驗尤為重要，其為規劃個別化服務的重要考量因素；其次，失智者因認知退化所產生的行為症狀，需要許多理論策略進行引導，尤其現實導向可作為失智症者許多行為症狀的基本處遇策略；再者，為了實施個別化服務，失智症照顧者需要經教育訓練，才有能力執行各項處遇模式。最後，本文從實務的需求出發，在研究設計存有許多限制，包含研究觀察及介入時間僅二個月，研究樣本少等問題。再者，失智專區有 24 小時人力協助施行個別化

服務及觀察，若要應用於一般社區或居家環境可能會有人力及資源限制。

(本文作者：黃誌坤為美和科技大學社會工作系副教授；溫珮雯為衛生福利部南區老人之家輔導員；李百麟為國立高雄師範大學成人教育研究所教授)

**關鍵詞：**老年人 (the elderly)、失智症 (Dementia) 個別化服務 (Individual Service)、精神行爲症狀 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

## 📖 參考文獻

- 王培寧、劉秀枝 (2014)。假如我得了失智症。臺北：寶瓶。
- 李光廷 (2010)。實踐失智症照護理念的工具—中心方式評估法。失智症照護實務手冊 (頁 16-18) (初版)。臺北：中華民國老人福利推動聯盟。
- 李瓊琪、陳柏瑤譯 (2015)，奧村步著。面對失智症你可以不恐懼。臺北：四塊玉。
- 宋惠娟 (2015)。失智症的非藥物治療。取自失智症照護一書 (頁 128-150)。臺北：華都。
- 林佩昭、林麗嬋 (2006)。確認治療於失智症患者之應用。長期照護雜誌，10(3)，309-313。
- 林儷蓉、陳亞琦、饒淑梅、余雪如 (2014)。園藝生命回顧課程對日照中心失智症長者心理與認知功能效果之初探。長期照護雜誌，18(1)，81-94。
- 邱馨慧、蔡佳良 (2008)。園藝治療對老年慢性疾病患者的應用方式與成效。中華體育季刊，22(2)，79-85。
- 修慧蘭譯 (2009)。認知行爲治療。出自諮商與心理治療：理論與實務一書 (頁 350-406)。臺北：雙葉。
- 章錦瑜 (2001)。失智症病人的庭園設計。科學農業，49，124-132。
- 黃正平 (2006)。失智症之行爲精神症狀。臺灣精神醫學，20(1)，3-18。
- 楊培珊、梅陳玉輝 (2011)。臺灣老人社會工作理論與實務 (二版)。臺北：雙葉。
- 楊培珊譯 (2015)。Nancy L. Mace & Peter V. Rabins 著。有品質的陪伴—失智症患者家屬照護手冊。臺北：遠流。
- 蔣妃玫、王守玉、葉淑惠、林麗味 (2015)。現實導向療法對於改善失智症病人照護之成效。長庚護理，26(1)，29-40。
- 歐陽文貞、黃美鳳、蔡佳芬 (2013)。失智症合併精神行爲症狀病人的最佳治療及照護實務。臺中：台灣老年精神醫學會。
- 歐陽文貞 (2015)。失智症合併精神行爲症狀。取自失智症照護一書 (頁 50-78)。臺北：華都。
- 衛生福利部 (2013)。全國失智症流行病學調查。臺北：衛生福利部。

- 謝雨生、黃國光譯 (2014)。Kumar R. 著。研究**方法：入門與實務**。臺北：雙葉。
- 簡鴻儒、謝焯峰 (2015)。園藝治療活動對於促進長期照顧機構住民身心健康之研究。明新學報，41(1)，135-154。
- Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5<sup>th</sup> ed). Washington: DC.
- Chance, P. (2003). *Learning and Behavior*. 5th edition Toronto: Thomson-Wadsworth.
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13(3), 129-133.
- Feil, N. (2002). *The validation breakthrough* (2nd ed.). Baltimore: Health Profession Press.
- Greene, J.G., Timbury, G.C., Smith, R., & Gardiner, M. (1983). Reality orientation with elderly patients in the community: An empirical evaluation. *Age & Ageing*, 12, 38-43.
- National Institute on Aging. (2015). *About Alzheimer's Disease: Alzheimer's Basics*. <https://www.nia.nih.gov/alzheimers/topics/alzheimers-basics>.
- Spector, A. , Orrell, M., Davies, S. & Woods, B. (2010). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia, *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 11:3-4, 377-397, DOI: 10.1080/09602010143000068.
- WHO (2015). Dementia. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>.