

失智症長者居家照顧環境分析

蔡淑瑩・李美慧・李曼萍

壹、前言

失智症對於許多先進國家而言，都是目前迫切需面臨到的社會負擔，如何讓失智長者也能在自己熟悉的環境當中達到成功的老化，亦是臺灣現今需要面對的課題之一，成功老化在 Kerz; Teufel; Dinman 於 2013 年所提出之觀念為可分為腦力刺激、主動與獨立的生活以及有意義的貢獻等 (Kerz; Teufel; Dinman, 2013)。其中主動與獨立的生活就急需仰賴環境的支持，故在建立適合失智長者的居家照顧環境是必須面對的。失智症患者與其他慢性病不同的地方在於，失智症屬於不可痊癒之慢性疾病，故在醫療與藥物上所提供的照顧資源有限；另外在照顧上，強調的是整合性的照顧，無法單靠藥物醫療，但可加入其他療法，如：音樂治療、園藝治療、懷舊治療與環境治療等。由此可知在提供藥物治療的同時，適當之非藥物治療的介入，不但可減緩其病程，也可減少失智長者對於藥物的依賴。失智症的治療方式，除了提供藥物及非藥物上的照顧外，營造

適合其生活之居家環境空間，有相對的顯著性的效果。雖然在病程上為不可逆之疾病，但可透過適當的環境營造，提供失智長者自主與自尊，且能將其生活能力發揮到最大效益之居家生活環境，是現今我們需要加強宣導的重要因素。

過去我國對於失智症的因應對策尚未有較完善之照顧計畫，起初對於高齡者的照顧政策是 2007 年時提出之「我國長期照顧十年計畫」，但此時的長期照顧計畫主要是針對失能高齡者，但缺少對高齡失智者之關切，故在 2008 年修法將失智症之長期照顧納入。2011 年進行失智症流行病學調查及失智症照護研究計畫，2012 年由政府發布「失智症政策綱領」，2014 年發布「失智症防治照護政策綱領暨行動計畫」。此計畫將為失智症照顧之指導原則，其中設立依據主要是參酌 2004 年國際阿茲海默症協會所發表之「京都宣言」所提及之 10 項綜合建議，包含：在初級護理中提供治療、提供適當的治療、在社區中提供護理、教育公眾、讓社區家庭和消費者參與、制定國家政策計畫和法規、發展人力資源、

與其他部門整合、監督社區健康以及支援開發相關研究(巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫、邱銘章, 2008), 以及 2012 年世界衛生組織所發布之「失智症: 公共衛生優先議題」中所提及之目前須採取之行動包含: 推動全球失智友善社會、各國須將失智症列為國家公共衛生之優先議題、增加對於失智症的防治與照護、從醫療及社會體系投入對於失智症之研究等 (Alzheimer's Disease International, 2012)。此政策主要提出兩大目標及七大策略, 其重點是提升民眾對於失智症之照顧與知識、提供完善的社區照顧網絡、強調跨部門的合作與資源整合。

失智症為大腦功能退化之疾病, 所產生之症狀包括了認知障礙及精神行為症狀 BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia)。其中精神行為症狀又分為精神症狀及行為症狀。精神相關症狀主要有不安、焦躁、憂鬱、妄想、幻覺、不眠、興奮、徘徊, 而行為症狀主要有健忘、判斷力下降、見當試障礙、言語障礙、失行、失認、實行機能障礙(兒玉桂子、古賀譽章、沼田恭子、下垣光, 2010)。在精神行為的藥物治療上, 會產生相對程度之副作用, 嚴重的話可能會造成更多的行為障礙; 故可以利用非藥物療法之相關療法如: 音樂療法、園藝療法、芳香療法、懷舊治療、現實導向治療等減少對藥物的依賴性, 並且改善失智長者之精神行為症狀 (Zeisel et al, 2003; Lawton, 2001; Fleming; Purandare, 2010)。目前也有相關研究指出, 適當的環境介入治療, 可增加日常行為自我照顧活動以及減緩其病

程 (Gitlin; Corcora; Winter; Boyce; Hauck, 2001; Gitlin; Hauck; Dennis; Winter; 黃惠玲、劉錦瑩、徐亞瑛, 2006)。

目前國內對於失智長者的環境營造多偏向對於機構及日間照顧進行規範 (曾思瑜, 2009), 或是對於建築基本的消防、法規等進行相關的制度的檢討, 對於與失智長者切身相關之住宅生活環境之品質的規範則尚未有相關之規定, 故本研究探討高齡者最熟悉之生活空間及友善之居住環境作為基礎, 提出失智長者之環境需求, 以供未來照顧者在進行居家照顧時的參考。

國內外文獻當中, 對於失智長者在機構中環境友善已經有許多的環境構面量表, 例如美國 Moss 教授於 1980 年代, 從社會生態學的角度出發, 廣義的定義高齡者居住設施環境, 開發出 MEAP (Multiphasic Environmental Assessment Procedure) 多面向評估指標, 當中提到認知及辨識方面的支援、安全安心的考量、私密性的確保、環境中刺激的質和量之調整、機能性能力的資源、對自我選擇與決策的支援以及對生活繼續的支持。另外 TESS (Therapeutic Environment Screening Scale) 為美國失智症特別照護單元委員會修訂的治療環境評估量表, 經由實際調查之後修訂的 TESS-NH (Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Home), 主要是在針對調查其機構環境特質的工具, 當中有包含了安全保全與健康、方位的辨識、私密性、控制、自主性以及社交環境等評估構面。PEAP (Professional Environmental Assessment

Protocol) 則是為了檢驗 TESS 的評估項目而設立的，主要是為了提升高齡失智者的生活品質，所以評估的內容不單只是硬體的建築設施，還包含了其機構營運理念與各生活空間機能的評估項目，在 PEAP 中有提出了辨識能力的支援、生活機能與自立能力的支援、環境刺激的品質與調整、安全與安心的支援，生活延續性的支援、自我選擇性的支持、私密性的確保以及入住者交流互動的促進等八大評估構面 (Lawton; Brody; Turner-Massey, 1978; Sloane et al, 2002；傅中玲等，2015)。

由於以上之評估指標主要是用於檢視機構中的環境，故在評估構面中需要重視長者在空間中的私密性，但本研究主要是從居家環境的角度去探討失智長者所需之環境空間需求，故綜合上述對於失智長者

之機構環境評估構面，合併對機構的規範；針對評估面向所述之安全安心的考量支援等，提出安全安心的居家環境，希望透過對於失智長者沒有障礙的環境進行設計與環境安排，除了將環境中的危險因子降至最低外，也塑造出適合設計，能另外則是希望透過量表中提到的環境中刺激的質與量等，在居家環境中提供減少會讓失智長者產生壓力或幻覺的環境，增加失智長者的五感認知等，可有效的減緩長者的行為症狀；最後將評估構面中提到的認知與辨識上的環境支持以助於失智長者能夠達到自己繼續生活與自我選擇的能力等稱為自主自尊的日常生活；綜合上述居家環境評估構面，本文提出：1.安全安心的居家環境、2.適當的感官刺激、3.自主自尊的日常生活（詳見表 1）。

表 1 美、日環境構面針對居家環境評估構面比較

MEAP	TESS-NH	PEAP	本研究提出環境構面
安全安心的考量	安全保全健康	安全與安心的支援	安全安心的居家環境
環境中刺激的質和量之調整		環境刺激的品質與調整	適當的感官刺激
認知及辨識方面的支援	方位的辨識	辨識能力的支援	自主自尊的日常生活
機能性能力的支援	私密性控制自主性	生活機能與自立能力的支援	
對自我選與決策的支援	社交環境	生活延續性的支援	
對生活繼續的支援		自我選擇性的支持	
私密性的確保		私密性的確保	
		入住者交流互動的促進	

資料來源：本研究整理

貳、研究方法

本研究以大臺北地區的高齡失智長者進行實際調查與深入訪談。由於大臺北地

區為全臺灣高齡人口最多與人口最密集之城市，擁有豐富且完整之醫療資源，樣本的選擇上相對豐富與多元，進而具有較多之差異性。

一、研究取向

本研究主要從實際案例與文獻理論來討論失智長者所需之居住環境注意事項。研究方法採用深入訪談法及實地調查法。

二、研究對象

本研究對象是從身心障礙分類對於失智症之分級：輕度、中度、重度不同病程之失智長者，並徵求有意願之個案，深入訪談及環境測繪，以分析出失智長者所對應到之居家環境需求。故本研究對象須符合條件如下：1.居住於大臺北地區（臺北

市或新北市）。2.65 歲以上經由精神科醫生診斷患有失智症者。3.從身心障礙手冊分級中，為輕度、中度、重度之失智患者。研究對象之來源主要分有兩種：1.由擔任臺灣失智症協會所創立之瑞智互助家庭擔任志工（2015.03-2016.02）的機會，貼身觀察失智長者與照顧者對於空間環境營造上之需求及所面臨之障礙。2.透過既有人脈網絡介紹。因本研究會涉及到部分個人資料公開之考量，在進行訪問前會徵詢及意願以及簽屬訪談同意書。本研究總共有 23 位個案，其中包含 23 位失智長者及 26 位家屬，個案基本資料詳見表 2。

表 2 個案基本資料

編號	性別 ^a	年齡 ^b	病程 ^c	發病時間 ^d	行動能力 ^e	訪談者 ^f
H-01	女	83	輕度	4 年	依賴輔具行走	子女
H-02	男	75	輕度	4 年	依賴輔具行走	配偶
H-03	女	82	輕度	3 年	依賴輔具行走	子女
H-04	男	72	輕度	4 年	可自行行走	配偶
H-05	男	77	中度	10 年以上	可自行行走	配偶
H-06	男	72	中度	10 年	可自行行走	配偶
H-07	女	88	中度	10 年	依賴輔具行走	子女
H-08	女	86	中度	7 年	依賴輔具行走	子女
H-09	男	65	重度	3 年	可自行行走	子女
H-10	女	65	重度	5 年	可自行行走	子女
H-11	女	93	重度	4 年	可自行行走	配偶
H-12	女	80	重度	10 年以上	使用輪椅行動	子女
D-01	男	67	輕度	4 年	可自行行走	配偶
D-02	女	83	輕度	11 年以上	依賴輔具行走	子女
D-03	女	82	輕度	8 年	可自行行走	子女
D-04	女	67	輕度	5 年	可自行行走	子女
D-05	男	91	輕度	4 年	可自行行走	子女

D-06	男	75	中度	10 年	依賴輔具行走	配偶
D-07	女	87	中度	3 年	可自行行走	子女
D-08	女	72	中度	10 年	可自行行走	子女
D-09	女	70	中度	12 年	可自行行走	看護
D-10	女	76	中度	8 年	可自行行走	子女
D-11	男	87	重度	5 年	依賴輔具行走	看護

（資料來源：本研究整理）

註：^a表示失智長者之性別；^b表示受訪者於受訪時(2015)之年齡；^c表示依造身心障礙分級對於失智症之分類；^d表示失智長者於有症狀開始至受訪時(2015)之時程；^e表示受訪者之行動能力，依賴輔具行走則包含使用助走器以及拐杖等；^f表示受訪者與個案之關係。

參、失智症患者所需之環境構面

本研究透過理論回顧以及深入訪談高齡失智者後，主要以三個環境構面來說明其居家環境設計原則，分類如下：(一)安全安心的居家環境：居家環境上必須提供一個安全的生活環境，避免危險因子存在環境當中，以減少意外發生的機率；(二)適當的感官刺激：失智長者更需要提供適當的五感刺激以及有意義及目的性的感官刺激，可適時地延緩其病程；(三)自主自尊的日常生活：失智長者並非完全喪失自我生活的功能，可以透過適當的環境營造，進而達到自主自尊的居家生活環境。

一、安全安心的居家環境

(一)無障礙的居家環境

有些人的家中在玄關與居家空間的連結處，會有一個高低差，有時會造成長者在行走上的障礙。

「你看像在這邊，有兩階的樓梯，我覺得以後我要把它改成一個斜坡，現

在都有一點難跨過去了，以後再老一點的話就不知道要怎麼走了(H-05)」、「陽臺這邊有一個門檻，他（長者）要走過去就很難走，因為他是有失智加帕金森，所以行動上比較不方便，這樣就不好走(H-02)」、「現在比較老了，比較不好自己走路，都要扶著旁邊的牆壁才可以比較方便走路(H-03)」、「浴室這邊高低差比較高，輪椅每次進去都很麻煩，都要兩個人一起抬才上的去(H-12)」、「他現在走路都要用拐杖慢慢走，有時候沒有注意到這個門檻就會差點跌倒，都很危險」。

無障礙環境為高齡者居住環境之基本原則，對於失智長者也不例外，行動自如的長者希望達到無高差的居住環境，而輪椅使用者則更需要注重通行無礙的居家環境。

(二)提供符合使用者需求之門鎖

有些長者會自行開門想要外出。

「他（長者）有時候時間到的，會吵

著想要出去接小孩回來，就自己把門開著就跑出去了，後來我發現了我就裝一個感應器，他靠近門邊就會提醒我們要注意了(H-11)」、「他（長者）每天都要出門去散步，有時候下雨我（照顧者）就會說不可以出門，在下雨，但是他還會自己開門說要去散步，之前沒多久，我們家剛好遭小偷，就換了一個新的門鎖，他就不會開了，剛好解決了這個麻煩(H-08)」

而有些長者不會自行跑出門，但是會希望能夠有自主開門的能力，可增強其安全感。

「之前聽人家說有些人會自己跑出去，我們（照顧者）就買一個門簾把大門擋起來，但是發現她會一直吵著說要出門，要不然就是走來走去不知道在找什麼，後來發現就是在找門拉，有一次把門簾拆起來洗的時候，就發現她看的到門就不會一直吵要出去了，所以後來我們就不把門隱藏起來，這樣子她就比較少吵著說要出門了(D-10)」。

符合使用者需求之門鎖，並不是將門鎖都隱藏起來，而是針對不同症狀之長者進行個別化的處理，像是個案若有自行外出症狀，則需加裝聲音提醒或是裝設無法自行開啓之門鎖，但若是沒有此症狀，需要看到門才有安全感之長者，則不須將門隱藏起來。

(三)對廚房使用提醒

在廚房當中許多失智長者會有誤食的

情況發生。

「剛開始的時候，還沒有把東西都鎖好放好，有時候沒注意他（長者）就會自己進來找東西吃(H-11)」。

或是失智長者會自己玩火。

「有一次半夜醒來，想說怎麼會有燒焦的味道，我（照顧者）就去廚房看，結果發現他（失智長者）點著瓦斯在燒衛生紙，我就問他你在幹嘛，他就笑笑地看著我，也沒多說什麼，從這個時候開始我就覺得很危險，所以以後都會特別去確定瓦斯後面的開關有沒有關好(H-08)」、「之前她還可以自己在家裡的時候，她有時候就自己燒水來喝，但有一次她水放著燒，就忘記關了，後來回家才發現，差一點就要中毒了，之後我們出門都會把總開關關掉，然後買一個熱水壺跟他說用這個燒水就好，比較不會有危險(D-02)」、「脾氣有時候很暴躁、不順他的意思就拿東西起來摔，廚房放很多杯子都被他摔破，杯子破了是小事，怕到時候割到他自己就會很危險，後來就都把玻璃杯都收好鎖起來，這樣比較不會受傷(D-06)」。

輕度的長者還可以透過協助進行簡單之日常生活者，可使用較無危險性之物品，例如使用電熱水瓶以減少忘記關瓦斯的情況發生，在櫃子的表面貼上以文字或圖像提醒長者櫃子內之物品；將但若是認知程度較差之長者，則需要注意避免長者進入廚房。

(四)浴室的安全性

在浴室空間需要注意的就是地板的防滑問題，家中的浴室有許多未設置乾濕分離，導致只要有人洗澡，整體浴室空間都會潮濕。

「這邊有我們自己去家具店買的防滑條，就貼在地板上，怕有人洗澡或是洗浴室之後地板溼溼的，他進來很容易滑倒(H-04)」、「之前有請人家來看過，也已經裝了比較不會滑的瓷磚，但我覺得還是很容易跌倒，就還是要很小心，老人家都摔不得(H-12)」。

另外則是浴室環境上的營造除了讓失智長者能夠自行打理外，也需要考量到照顧者在照顧上的空間需求。

「之前沒有用扶手，他（長者）就比較不好起來，後來裝了之後，他就比較可以自己上廁所，不用每次我都要跟著進去(H-09)」、「現在她比較嚴重了，就要幫他洗澡刷牙等等，但是浴室空間不知道能讓她坐哪裡，之前買一個洗澡椅，但是太淺了，坐一坐也常常滑下來，後來只好就又再買一張(D-07)」。

失智長者與一般高齡者一樣，需著重於浴室環境的防滑，並且在便器與洗手臺旁加裝扶手。當長者病程到中重度時，無法自行沐浴者，則需要考量到照顧者協助沐浴之環境空間大小，提供一個讓長者與照顧者皆舒適之環境。此外針對認知障礙的長者，除了增設扶手之外，則需要將扶手與馬桶蓋之色彩與其他周遭環境呈現對比，讓長者較容易辨識。

(五)設置預防跌倒之物件

在臥室當中應避免使用外凸式之抽屜把手以及有尖角之家具。

「這邊的櫃子以前都有把手，就比較好開那種，後來我就都把他們都拔掉了。因為有一次她（長者）在家裡跌倒，眼睛旁邊就去撞到那個凸起來的東西，血就一直流一直流，趕快帶她去醫院，後來就怕之後還會不小心撞到，那個危險，就全部就都拔掉了(H-11)」、「這邊桌子玻璃的地方我都用塑膠這個套著，怕她不小心勾到，玻璃破掉是小事情拉，但如果去割到她這樣就不好了(H-11)」。

並且在長者使用之床鋪外側裝設有扶手，除了可增加使用者在起身時的支撐外，也可減少從床上跌落的可能性。

「他（長者）已經從床上面跌下來兩次了，上一次就是他睡覺到一半，就一直在動來動去，後來就掉下床去，我問他在做什麼，他就跟我說天花板上有很多麻將，他要把他弄下來，要不然會一直在天花板(H-02)」、「之前他會撞到牆角什麼的，後來我們就去大賣場買那個防撞條，還買這個黃色，讓他看起來比較明顯，比較不會去撞到受傷(D-06)」。

在防止跌倒的設置上，則須著重於家中牆角的防撞裝置，除了圓角處裡外，也可以透過使用不同顏色對比之防撞條，達到提示長者的效果。另外則是針對肢體上較不協調之長者，需在停留的座椅以及床鋪旁，需設置較明顯之扶手等，除了防

止長者跌落外，也可增加長者在起身時的支撐點。

二、適當的感官刺激

失智長者與其他高齡者不同的地方在於，失智症為不可逆之疾病，一旦患病之後，就無法康復（102 老人狀況調查，2014）。但可以透過非藥物治療，如適合失智生活之居家環境，並且提供適當的多感官刺激（主要是透過視覺、聽覺、嗅覺、味覺及觸覺），營造出減少失智長者之行爲障礙發生、也可減少照顧者身心靈壓力之居家生活環境（陳琇惠、林子宇，2012）。

（一）提供熟悉性的家具

提供長者過去的生活經驗之環境，提供其熟悉的居家環境，可在環境當中減少不安全感以及環境所造成的壓力。

「我們是在確定他（長者）有失智症之後，才搬回來臺灣的。所以就租這個房子，住大概五年而已。他可能是因為這個房子住不習慣還是怎樣，都會一直在客廳走來走去，走到房間走到陽臺，一直問我門鎖好了沒？（H-05）」、「在她（長者）生病後想說把房子整修一些東西，讓一切變的比較簡單一些，讓她比較好理解，就短暫的搬到桃園女兒那邊去住，在桃園的時候她（長者）就一直吵的說要回家；裝潢差不多三個多月左右，回到裝修好的房子，原本想說在客廳那邊有一個階梯，就把它用斜坡取代掉，但是她（長者）現在走到那邊的時候，

腳還是會習慣性地抬高，因為她就認為那邊一直有一個高低差這樣（D-03）」。

長者在患病時，若擅自更變居住之環境，容易造成長者之不安全感，會認為此環境並非自己之居住場域。在有不安全感較重且易於焦躁之長者，環境的塑造上盡量依造長者之習慣去陳設，以達到可自主生活之目標。

（二）避免會產生幻覺的環境設置

有些長者對於照明所產生之陰影面

「你這樣牽著他（長者）走，你就會發現像這邊（投射燈所投射之影子），他就不願意去走，就會走到旁邊去，這樣就很危險啊，沒有好好的牽著，等一下撞到旁邊的東西或是踩到什麼就危險了（H-09）」、「有時候家裡沒有開燈，就會因為陽光照進來有一些沒有被照到的地方，就會黑黑的，他就怎麼樣也不會走到那邊，就會只待在陽光照的到的地方而已（H-08）」。

地板/牆壁因照明所產生之眩光。「（本段為長者口述）你現在看那邊窗戶上（指著受訪者身體後的毛玻璃窗戶），就有一個穿牆的人在那邊，下半身在裡面；有時候我在房間裡面看客廳那邊，有一個女生只有頭掛在椅子上面，這邊的牆壁有時候也會有穿牆的人在上面（H-02）」。

或是過多的花紋圖案所構成之鋪面，會產生幻覺或是抗拒等的行爲障礙。

「你看像我們廁所這邊，就用不一樣的地板，就有不同的石頭這樣鋪著，

好像就是因為廁所用這樣子的地板，他（長者）都不太願意進入廁所，後來發現好像應該是這個地面讓他看起來好像會覺得髒髒的，所以他才不願意進入廁所(H-10)」。

長者如有幻覺妄想之症狀，家中應避免設置鏡子及會反光面的物品。長者如對於陰影面或眩光較敏感時，則需讓家中之照明平均；地坪及牆面應避免設置引起幻覺花卉，黑白拼接之圖案。

(三) 提供有意義或有目的性的生活環境及活動

在陽臺種植一些季節性的植物，可以讓長者藉由植物的生長，了解到目前的季節變化。

「我們（照顧者）都會在陽臺種蝴蝶蘭和一些菊花，他（長者）有時候就會上來，我們會一起聊天說這是什麼花，然後什麼時候會開花。這樣他就大概知道蝴蝶蘭會在差不多春天的時候開花(H-02)」。

亦可種植有喚起長者對香味的植物，以提醒長者現在身在何處。

「我們家陽臺那邊有種桂花阿，之前要開花的時候就會很香，他（長者）聞到香味，就會說我去幫妳澆花，就很開心會去陽臺幫我灑灑水阿什麼的，但他常常忘記他早上已經澆過水了，我有時候也沒有注意到他又去澆水，之後就被淹死了。但是旁邊還有其他花他還會去澆，我又怕他把我的花淹死，我之後就在陽臺旁邊放一個

板子，上面就給他打勾勾，澆過水的打勾勾，這樣他就知道他有沒澆過水了(H-08)」。

適當的讓失智長者動腦思考，可減緩其病程的發展，也可增加長者的自信心及成就感。在病程在輕度的時候，可以設計一些簡易的活動，讓長者增加其自信心，進而提高參與活動的意願；當長者的病程到中重度時，則是可以透過與照顧者一同完成之活動，來引導長者共同完成活動。另外針對有遊走症狀的長者，則是透過有適當目的性的活動角落營造，吸引長者之注意力，進而減緩徘徊遊走的障礙。

三、自主自尊的日常生活

高齡失智長者並非一夕間喪失所有的認知與自我照顧能力，失智症的病程是漸進式的，若讓失智長者都不繼續使用其能力，訓練長者日常生活的技巧，則會讓失智長者之病程急速下降，故適當的日常生活訓練可有效的減緩其病程（Brodaty, Gresham, Luscombe, 1997 et al, 1997）。在初期時可提供一個簡單舒適的居住空間，此時期的失智長者可透過照顧者的提醒達到自我生活的能力；進入到中期時，隨著身體機能與認知功能退化所提供之居家環境空間可能會以照顧者方便照顧的空間為主（傅中玲等，2015）。但無論是自我生活或是他人協助生活，失智長者與一般人一樣，須以重視其自尊與自主等為目標，創造以失智者為主的生活環境。

(一) 保有患病前之生活環境與居住方式

失智長者會喪失短期記憶，會比較記得過去所發生的事情，故也會保有過去的生活習慣。

「有時候快到五點的時候，她（長者）就會說我要去煮飯和收衣服，等兒子放學回來吃，衣服要摺好這樣回來就可以洗澡了。可是兒子已經都在上班了，她就會忘記，這時候我就會先順著她的意思，帶著她去陽臺收衣服，又帶著她看我煮飯。我都不敢給她自己煮阿，她就在旁邊幫我擺碗筷那些(H-08)」。「之前我們在市場做生意，早早就起來去市場，現在差不多是4.5點起來，就說要出去批貨，之前跟他講都講到我好生氣喔，後來就慢慢跟他說，就變成現在大概5點多弄一弄我就會帶他去附近的學校逛逛阿，做運動什麼的，反正他就是早上5點多就是要出門(H-06)」。

若擅自更改環境擺設，則會讓失智長者產生焦慮感，容易引起不當的行為障礙。

「之前就是有擺一個櫃子，很久了10幾年有了，裡面就都放她的香菸；前一陣子就因為舊了，板子都塌掉了，沒想這麼多就換掉了。從那之後她每天都說要找她的香菸，明明香菸就放在前面她眼睛看的到的地方，她就說找不到，要不然就是說她不要抽那個放在外面的，就是一定要那個櫃子裏面拿出來的香菸她才要抽。就整個家裡翻來翻去，走來走去，就是要找到那個櫃子(H-08)」。

由於任意更動家中之環境配置則容易

造成長者的不適應，故在環境的營造上可以在患病初期逐漸更變家中的設置，將家中有危險性之物品進行調整。對於中重度的長者，則可以與長者一同參與日常生活活動，透過照顧者在旁協助，可讓長者繼續保有過去生活的能力。

四、日常生活能力協助

可以透過口頭指導，協助長者完成日常生活之動作。

「她（長者）現在都不會綁鞋帶了拉，但是還是要給她機會自己穿鞋阿，所以我就會買那種不用綁鞋帶的鞋子，給她自己穿(H-11)」。「有時候她（長者）進去洗澡，我就發現怎麼浴室是乾的，就發現她沒有洗澡，但是她洗澡又不給人家進去看，有時候我就會在外面跟她聊天，跟她說現在要沖水，要用洗髮乳，沐浴乳等等，她會照著我的話去做，我就知道她有洗乾淨(H-11)」。「我吃飯的時候都會叫他去幫我把盤子碗筷拿出來，之前還可以，最近都會走過去櫃子那邊就忘記要拿什麼回來給我，之後我煮菜的時候我就把櫃子都打開，然後就從這邊指著櫃子裡的碗筷說，幫我拿碗，他看著走過去拿就不會走過去之後忘記要拿什麼了(H-06)」。「有時候他看到我在摺衣服，他也會要幫忙摺，但是有時候就沒有辦法折好，但是我也還是會讓他幫忙摺，跟他講要先摺袖子，然後在摺這邊這樣，反正大不了我自己在重新弄過，要不然他有時候

也會在旁邊吵的時候就會比較麻煩(H-01)」。

長者都不希望自己給照顧者不論是配偶或是子女帶來麻煩，所以還是會希望自己能夠繼續的保有日常生活活動的能力，透過相關輔具的輔助，例如將環境中的提示標誌放大，並且呈現對比色讓長者比較好辨識等，以及提供易操作之餐具，均可以提高長者自主生活的能力。

肆、適合失智症患者之居家環境

世界各國面對失智症對於社會所產生之衝擊，已經進行相關法令及政策的規範，而臺灣目前在失智症的照顧上也逐漸注重。但目前僅對於機構以及醫療環境上進行基本的規範，尚未針對居家環境進行修繕與營造的原則。對於在失智長者的照顧上，應該要著重在其熟悉的環境中在地老化，故在居家環境的營造上，有其重要性。以下針對本研究重要結果，須注意下列事項：

一、成功在地老化

由於中西文化上的差異，臺灣高齡者較排斥居住於安養機構，根據衛生福利部102年老人狀況調查報告統計資料指出（102年老人狀況調查，2014），目前高達96.6%的老人是居住在家中，卻只有3.4%選擇機構或其他地方，因此就居家環境的營造探討如何達到友善環境有其必要性。在文獻當中所提到日本與美國的環境評估指標項目主要都是針對機構環境所訂定

之，對於居家環境上的評估指標尚未有較明確的訂定規範，如何讓長者能夠在自己熟悉社區及環境中成功的在地老化，除了完善的社會資源外，適當的環境塑造也是相當重要的因素，要創造一個適合失智長者生活的環境，是必須共同努力的目標。

二、適合高齡失智者之居家環境

營造適合失智長者的居家生活環境，須考量到以下三點構面。(一)首先必須要建構出一個安全安心的生活環境，最基本的設計原則就是提供無障礙的生活環境。所謂無障礙的環境，並不是我們一般人所認知的去除高低差、設有扶手等等的無障礙環境，而是針對失智長者的無障礙，他們可能會因為環境中存在有太多的提示訊息，導致無法判別出自己真正需要的訊息為何，故在環境的營造上，則須提供一個簡單且明瞭的生活空間，讓失智長者能夠用最簡單的方式去理解所身處的環境。另外有些長者會喪失定向認知的能力，這時就可以提供一些圖片及文字的標誌，提示長者此空間之機能；以上種種都可看出，要達到對於失智長者的無障礙環境設計，是需要花更多的精力去營造的。(二)其次則是透過特別設置之多重感官環境，提供適當的環境刺激。失智症為不可逆之疾病，但是可以透過適當的環境刺激，維持在輕、中度的狀況，減緩到達重度的病程。環境刺激主要是希望透過五感的知覺：嗅覺、視覺、聽覺、觸覺等人的感官系統，去體驗環境，引發其對於周遭環境正向的感受。在整體環境營造上提供其成長背景

熟悉之家具及事物，可減緩長者因處於在陌生的環境下所產生之行爲障礙；透過觀察也可發現許多長者會因爲不當的照明系統及過複雜的花紋圖案，導致抗拒環境以及幻覺的行爲障礙，故在環境設計上應避免照明所產生之陰影面及反光面。另外可經由人體感官的刺激：視覺（提供適當的顏色對比，增加其立體感，以及長者熟悉之照片景物可引發其過去的成長回憶）、聽覺（降低會讓長者焦躁或分心之噪音，提供舒適之背景音樂，可穩定長者之情緒）、嗅覺（可在門口種植長者熟悉之植物香味，可提示長者家中的位置；也可透過強烈的食物味道，提示長者廚房的空間機能）。(三)最後提供一個可以讓失智長者擁有自尊、自主的日常生活。面對失智長者，許多人會認爲他們忘記了所有的事情，也沒有辦法去思考關於他們自己的生活，進而剝奪他們自己生活的能力，但其實不必然，失智長者也與一般人一樣，希望擁有自己的隱私、希望可以主導自己的生活、不希望凡事都麻煩他人、也害怕會被其他人貼上失能的標籤。

伍、結論

成功的在地老化需求，源自於高齡者期望可以在自己熟悉之生活圈內繼續生活（陳琇惠、林子宇，2012），且加上華人傳統文化觀念影響，大部分的長者都希望能夠在家中養老，但文獻多探討機構，在地老化對於長者來講更爲重要。機構中較著重於環境的私密性及熟悉性，但由於本研

究是探討居家環境，故在私密性及熟悉性的環境構面上，強調的則是長者在居家生活中的熟悉性，而不像機構所述之像家的環境，以達到長者可在居家環境中自主生活的目標，另外不論是國內外機構或是居家環境中的營造，均希望能夠創造一個適當刺激的環境，藉由適當的刺激，可減緩長者之病程。失智症是一個漸進式且不可逆的病程，故從輕度開始就重新培養自我生活的能力，鼓勵失智長者繼續發揮其保有的才能，在居家環境營造出適當的正向刺激以及透過相關輔具與軟硬體的輔助，可減緩失智長者的病程（Fleming; Purandare, 2010; Marshall, 2001）。且失智症的照護中，以人爲本的照顧觀念越來越受到關注，然而失智症並行的心理和行爲表現則會因爲不同的個體而異，並受多種因素所影響（Rowles; Bernard, 2015）故在生活環境的營造上，必須隨著失智長者之生活經驗及成長背景不同，進行以失智長者爲中心之簡單、單純之居家環境（長谷川洋，2015），並且在環境當中透過五感的正向刺激，提供給失智長者在患病前的自主自尊能力，並且創立適合失智長者生活的環境，尊重的對待這些失智長者，是我們在面臨高齡社會，實踐在地老化，最重要的課題。本研究限制受限於長者較無安全感，故在本研究是以擔任志工的方式，與長者建立信任感之後，才得進行觀察研究並深入到家中進行研究測繪，未來若有更長期的時間相處，則可更深入的了解觀察長者的行爲特性。

本研究感謝內政部建築研究所，「高齡

失智者空間感知與設計準則」研究案，GRB 編號 PG10402-0013 之研究資料，感謝內政部建築研究所提供研究經費補助，以及同意參與研究受訪者，協助本研究順利完成。

（本文作者：蔡淑瑩為國立臺北科技大學

建築與都市設計研究所副教授；李美慧為國立臺北科技大學建築與都市設計研究所專案助理教授；李曼萍為國立臺北科技大學建築與都市設計研究所研究生）

關鍵詞：失智症、高齡者、居家環境

參考文獻

- 102 老人狀況調查（2014）。臺北：中華民國衛生福利部。
- 巫瑩慧、湯麗玉、陳達夫、邱銘章（2008）。國際阿茲海默症協會“京都宣言－失智者照護基本行動綱領”長期照護雜誌，第 12 期，頁 245-248。
- 黃惠玲、劉錦螢、徐亞瑛（2006）。以家庭為基礎之社區失智症照顧模式簡介，長期照護雜誌，第 10 期，頁 333-342。
- 陳琇惠、林子宇（2012）。老人社會支持滿意度之研究－以南投縣為例，人文社會科學研究，第 6 期，頁 100-127。
- 傅中玲、陳正生、歐陽文貞、林克能、李光廷、宋惠娟、柯宏勳、郭月霞、王靜枝、簡淑媛、陳柏宗、李梅英、黃秀梨、譚蓉瑩（2015）。失智症照護，臺北：華都文化事業有限公司。
- 曾思瑜（2009）。採用日本 PEAP 照護環境評估量表的高齡者機構環境營造案例，建築師，第 35 期，頁 91-97。
- Fleming, R.; Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22, P.1084-1096.
- Brodaty H.; Gresham M.; Luscombe G. (1997). The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 12(2), P.183-192.
- International, W. H. O. a. A. s. D. (2012). Dementia: a public health priority.
- John Z; Nina M. S; Joan H; Sue L; M. Powell L; William H (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist*, 3(5), P.697-711.
- James T; Michele D (2013). OASIS: A Community-based Model for Successful Aging. *Ageing International*, 38(2), P.122-136.
- Gitlin LN; Corcoran M; Winter L; Boyce A; Hauck WW (2001). A randomized controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and

- on daily function of persons with dementia. *Gerontologist*, 41(1), P.4-14.
- Gitlin LN; Hauck WW; Dennis MP; Winter L. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60, P.368-374.
- Marshall M. (2001). Dementia Care and the Built Environment. *Care Homes and Dementia. Journal of Dementia Care*, 6, P.15-17.
- Lawton MP. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*, 1, P.56-64.
- Lawton MP; Brody EM; Turner-Massey P. (1978). The relationships of environmental factors to changes in well-being. *Gerontologist*, 18(2), P.133-137.
- Sloane; Mitchell CM; Weisman G; Zimmerman S; Foley KM; Lynn M; Calkins M; Lawton MP; Teresi J; Grant L; Lindeman D; Montgomery R. (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(2), P.69-78.
- Fleming R; Purandare N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22, P.1084-1096.
- Rowles, G. D.; Bernard, M. (2015)。環境高齢學：提供老人優質生活處所。臺北：華騰文化。
- 兒玉桂子、古賀誉章、沼田恭子、下垣光（2010）。PEAP にもとづく認知症ケアのための施設環境づくり実践マニュアル。日本：中央法規出版：中央法規出版。
- 長谷川洋（2015）。高齢者等のための住宅バリアフリー改修の計画手法に 関する研究。日本：国総研資料。