



# 失智症家庭照顧者 教育訓練計畫執行之探討

簡鴻儒

## 前言

雖然現在資訊的取得較十多年前更為方便、更迅速，但一般人對於老人失智症相關知識的認知，仍存在一定的落差，更遑論照顧技巧。老人失智症家庭照顧者教育訓練計畫（以下簡稱本計畫）之目的即是透過四週的教育訓練課程來增加參與者有關失智症的知識，同時增進他們照顧老人失智症患者的技巧。本計畫自 2015 年 4 月開始，至 2016 年 7 月結束，總共有 282 位家庭照顧者參與本計畫。根據作者課後問卷調查結果顯示，參與者獲得了最新的失智症知識及增進了他們照顧的技巧；同時他們也從本計畫中獲得相當多有關政府、社區、相關支持團體所提供之資源與支持服務的資訊，幾乎所有參與者皆期待本計畫能夠持續執行。

## 壹、緒論

對於一個照顧者而言，照顧一位罹

患多種慢性病、失能的老人是一件困難的工作，而照顧一位老人失智症患者更是一大挑戰 (Paul *et al.*, 2000)。即使如此，如何提升老人失智症患者在人生最後一個階段的生活品質，正是強調尊嚴照顧的最主要目的 (Moniz-Cook *et al.*, 2008)。失智症是一種綜合醫學、心理和社會功能失能的疾病，對於一般失能老人之症狀，失智症的病癥更具複雜性 (Moniz-Cook *et al.*, 2011; Staples and Killian, 2012)。大約 90% 的老人失智症患者都會出現行為異常之現象，這也是從事老人失智症照顧工作者最難掌控的工作內容之一 (Figueiredo *et al.*, 2013)。

根據全球非官方統計資料顯示，大約 75% 之老人失智症患者都住在家裡 (Google *et al.*, 2006; Jansen *et al.*, 2009; Orpin *et al.*, 2014)。而提供這些老人失智症患者照顧工作的，大多數是非專業、退休的老伴或中年的女兒或媳婦 (Orpin *et al.*, 2014)；大約 80% 的美國家庭照顧者都是家庭的成員之一 (Gurayah, 2015)；

美國阿茲海默氏症協會發現，超過 1,500 萬無薪的美國家庭照顧者，每年提供大約等值 2,160 億美元的產值 (Alzheimer's Association, 2012)；英國阿茲海默氏症研究基金會也指出，家庭照顧者提供非常低的照顧成本，每年幫英國節省大約 120 億英鎊的費用 (Alzheimer's Research Trust, 2010)。

目前臺灣大約有 26 萬名阿茲海默氏症或其他種類之失智症患者；因此瞭解失智症照顧技能是一件很急迫的事情，因為臺灣老年人口急速的增加，且人民平均餘命不斷的延長，老人失智症的罹患率更是隨著年齡的增加而攀升。大約四年前，作者參加一個家庭照顧者支持團體會議，一位全職的失智症家庭照顧者在會中痛苦的表示，「每天早上當我醒來時，彷彿就有一塊大石頭壓在我的身上，讓我喘不過氣來」；最後她一邊哭一邊祈求上蒼，「老天爺，可不可以把記憶回給我媽媽」；且幾乎所有參與會議的家庭照顧者都一致表示，一個支持性的失智症照顧教育訓練計畫是他們目前所迫切需要。有鑑於此，作者開始尋找政府單位的經費資源；幸運的是，我們得到新竹縣竹北市公所二年經費的贊助來執行本計畫。

本計畫於每週三下午於社區活動中心舉行 (每次皆為四個小時)，每個社區進行四週的課程 (共在 11 個社區進行)。本計畫從「何謂失智症？」基本的失智症種類、認知開始訓練起，其他課程還包含，「老人體適能運動技巧」、「失智症非藥物輔療實務操作」等，這些實務

操作課程的設計，無非要增進家庭照顧者照顧老人失智症的技巧。Kane (2003) 同意上述之課程設計並進一步指出，家庭照顧者需要非常清楚不同失智症種類之特徵，這樣他們才能擬訂各種客製化的照顧策略。

## 貳、文獻探討

最近幾十年來，中國人已經慢慢注意到老人失智症家庭照顧者的相關議題 (Google *et al.*, 2006)。「倫理道德」與「孝道文化」讓中國人有強烈的使命感必須義無反顧照顧家中的長者，而這種使命感也阻礙家庭照顧者，當他們發生困難時，尋求外界的支持與幫助 (Chan and O' Connor, 2014)。所以一個成功的失智症教育訓練計畫，不僅可以幫助家庭照顧者，更可以凝聚家庭的向心力。

相關研究最近都指出，照顧老人失智症患者需要專業的照顧技巧與時間 (Google *et al.*, 2006; Figueiredo *et al.*, 2013)。Hughes 等人 (2008) 也特別指出，對於失智症專業知識認知的落差，是造成患者生、心理健康與社會照顧良窳的主要因素。Chan and O' Connor (2014) 同意上述的觀點並進一步指出，不同的老人失智症照顧概念會形成不同的照顧策略、流程與結果。另外，不好的照顧態度與不耐煩的照顧心理，有可能跟對於失智症發展的疾病過程不了解有關，而這一點則可透過教育訓練計畫來加以改善。最近在美國由 Moniz-Cook (2011) 等人所執行家庭照顧者學習患者行為管理技巧計畫發現，當

這些家庭照顧者完成相當之患者行為管理技巧訓練後，其受照顧之老人失智症患者的身體健康度與憂鬱現象，都有大幅的改善。也有專家學者發現家庭照顧者如果經由教育訓練課程獲得更多的專業核心技能，他們對於照顧老人失智症患者顯得更有自信，且能提供更好的照顧品質 (Aasgaard *et al.*, 2014)。

## 參、研究方法

本計畫為了達到原先設定之目標，研究方法將依照下列三項詳細加以說明：

### 一、參與者招募與基本資料

本計畫原先有 300 位家庭照顧者參與每一社區四週的教育訓練課程；但由於個人健康、家庭與時間因素，在計畫執行過程中共有 18 位家庭照顧者退出本計畫，最後共有 282 位家庭照顧者全程參與本計畫。本計畫在參與者性別方面，79.4% 之參與者為女性，此一現象印證了許多專家學者在推動社區活動過程中，大部分參與者皆為女性之趨勢。而在參與者年齡方面，25% 參與者年齡在 60 歲以下，也有幾乎相同比例 (23.2%) 的參與者年齡在 71-75 歲之間；大多數參與者 (37%) 擁有國小畢業的學歷，20.3% 之參與者教育程度為國中畢業，此外還有 6.4% 的參與者擁有大專以上之學歷。不過值得一提的是，參與本計畫之家庭照顧者基本資料，並不能真正反映臺灣家庭照顧者之基本特質，原因是高達 79.4% 之女性家庭照顧者參與本計畫，且

參與者教育程度普遍低於臺灣家庭受教育程度之平均值。

本計畫之參與者主要是從新竹縣竹北市十一個社區發展協會招募，他們分別來自竹北社區發展協會、新崙社區發展協會、斗崙社區發展協會、北崙社區發展協會、鹿場社區發展協會、東海社區發展協會、大眉社區發展協會、東興社區發展協會、文化社區發展協會、隘口社區發展協會、興安社區發展協會。為了讓參與者能夠清楚知道本計畫之目標與課程規劃，作者於每一個四週教育訓練課程執行之前，都會在社區活動中心舉辦執行前說明會，解答參與者之疑惑，並積極鼓勵家庭照顧者參與本計畫。且為了增進本計畫之執行效率，本計畫進行期間，特邀請三位本計畫共同主持人擔任課程助理，協助參與者能快速融入每週之課程。

### 二、課程規劃與設計

截至目前為止，有關研究失智症家庭照顧者所面臨的問題或所需要服務資源的相關文獻，非常的稀少；所以規劃一個能符合失智症家庭照顧者所需要的教育訓練課程，對作者而言是一項挑戰。此外，作者也體認到參與者具有不同的教育背景與照顧經驗；所以為了落實本計畫原定之目標，作者進行一系列參與者需求分析。

首先，作者於 11 個社區活動中心，舉辦計畫執行前每個社區一個小時之焦點團體座談，邀請有意願參與本計畫之家庭照顧者 (每一社區十位)，發表他們的需求、對本計畫之期待及目前他們已經開始

接受的服務資源等。同時回覆作者設計的四個問題：(1) 什麼是您已經知道的失智症知識？(2) 什麼是您需要進一步了解的失智症知識與照顧技巧？(3) 您如何看待自己所扮演的角色？(4) 目前在您照顧的過程中，遭遇的最大挫折是什麼？經過 11 場焦點團體座談後，作者歸納參與者的需求如下：(1) 如何取得失智症最新資訊；(2) 有效的方法或工具來提升照顧品質；(3) 如何強化家庭照顧者的自信心與壓力控管能力；(4) 如何尋求家庭成員與外界資源之支持。

接著，作者利用執行前說明會的機會，進行本計畫之前測問卷，以了解參與者目前對失智症相關知識之認知度。本次問卷共回收 300 份有效問卷（回答問卷者與參與本計畫之參與者是同一批人），其中 87% 的受訪者瞭解一旦老人出現失智症徵象時，應立即就醫進行檢定；也有 79.1% 的受訪者知道失智症的徵象有記憶力喪失、失去方向感、焦慮與遊走。可惜的是，只有 49.7% 的受訪者對於 65-70 歲之老人罹患失智症的比率低於 5% 有正確的認知；同樣的，也僅有相同比例之受訪者 (49.7%) 體認到失智症患者之罹病期可長達 10 年。

作者進一步利用此次前測問卷調查資料，歸納出「生活衝擊」、「風險因子」、「評

估與診斷」、「治療與照顧」與「失智症相關知識」五個變數，進行多元尺度分析。圖 1 顯示，「風險因子」與「評估與診斷」呈現高度相關性，對照前測問卷調查分析結果可知，幾乎 50% 之受訪者無法辨別失智症的風險因子，同樣地，他們也無法知道如何去評估失智症。所以本計畫之課程設計也特別著重失智症的風險因子辨別與失智症的評估技巧傳授。

第三，相關學者專家也建議對於直接照顧失智症患者之工作人員而言，減少患者行為失控之照顧技能是他們最需要；這些學者進一步建議五大教育訓練主題可以加以考慮，其分別為，(1) 失智症患者失控行為之控管；(2) 家庭照顧者的支援服務需求；(3) 個案管理；(4) 長照服務與資源資訊；(5) 取得最新的失智症相關知識 (Visser *et al.*, 2008; Bellaver *et al.*, 1999)。此外，也有學者專家建議非藥物輔療對於患者之功能增進與減少照顧者負擔，有一定的助益。他們特別舉例，音樂輔療對於患者的情緒掌控、過往生活回憶等都有一定的幫助，可協助患者減少焦慮感 (Jo and Song, 2015; McDermott *et al.*, 2014; El Haj *et al.*, 2012)。最後本計畫根據上述之需求分析、前測問卷調查結果與相關專家學者之建議，制定本計畫四週之課程，課程明細表請參考表 1。



圖 1 多元尺度分析圖

備註：LI（生活衝擊）；RF（風險因子）；AD（評估與診斷）；TC（治療與照顧）；KD（失智症相關知識）。

表 1 本計畫四週課程明細一覽表

項目	課程名稱	課程大綱
1	失智症概論	1. 臺灣失智症流行率探討； 2. 探討失智症影響生活品質因素； 3. 中國傳統孝道文化對照顧失智症的影響； 4. 探討失智症照顧成本、工作壓力與照顧負擔
2	失智症照顧技巧實務	1. 失智及失能長者照顧實務討論； 2. 失智症照顧溝通技巧實務演練； 3. 失智症患者問題行為控管與照顧技巧實務討論； 4. 失智症照顧環境促進探討。
3	老人體適能運動技巧實務操作	1. 老人體適能概論； 2. 老人體適能活動簡介； 3. 老人體適能運動之重要性探討； 4. 老人體適能運動技巧實務操作。
4	失智症非藥物輔療實務操作	1. 失智症非藥物輔療概論； 2. 失智症患者身、心、靈健康度探討； 3. 非藥物輔療對失智症患者之重要性； 4. 失智症非藥物輔療實務操作。
5	失智症個案實務演練	1. 客製化失智症照顧計畫製作； 2. 分組討論並修正計畫； 3. 根據個案之病徵發展出最適合的照顧技巧與策略； 4. 鼓勵參與者探討如何將個案實務演練所學習之技能，運用在目前自己之照顧實務上。

### 三、本計畫執行過程

根據上述課程發展之說明，本計畫之教育訓練課程，完全以實務為出發點，以滿足參與者的需求為目的；所以本計畫之執行原則就是讓參與者能順利、成功的完成四週規劃的課程。如果參與者覺得課程內容稍微艱澀，作者會請三位課程助理協助參與者，解除他們的疑惑；同時本計畫為了讓不同教育程度參與者能快速融入課程，除了傳統的課程講授外，本計畫還融合了個案分組討論、角色扮演、腦力激盪與個案實務演練等不同的授課方式。每一位參與者於行前說明會時，都會獲得一個由環保袋製成的書包，書包內包含必要的文具、四週課程大綱、每一課程講義、建議閱讀之失智症相關書籍清單與當地政府機關現有提供支援服務資源清單與聯絡資訊。

本計畫每一單元之講師皆由不同的專業人員組成，其中包含神經內科專業醫師、失智症照顧專區之社工師、物理治療師與研究失智症相關異常行為之大學教授等；而這些講師必須符合本計畫預先設定之審核標準，那就是(1)必須了解老人失智症患者與照顧者的問題所在；(2)目前在當地家庭照顧者支持團體中擔任志工者；(3)能將實務中之成功照顧經驗轉換成參與者容易了解之個案分析；(4)曾經有執行類似計畫之經驗者。本計畫於2015年4月開始，至2016年7月結束，共在新竹縣竹北市11個社區發展協會進行，由於有妥善的規劃，執行過程尚稱順利。

### 肆、研究結果

#### 一、敘述性統計

經過四週的教育訓練課程後，87%和64.7%的參與者已經知道阿茲海默氏症與血管性失智症為臺灣最常見的兩種失智症類型(請參考表2)。此一調查結果跟Dong等人在2007年所進行的研究結果相符合；他們的研究結果顯示，在中國阿茲海默氏症與血管性失智症為最常見的兩種失智症類型，其分別占有失智症類型之54.3%跟25.5%。

失智症的病徵主要是大腦受損，造成記憶力衰退、行為改變與認知能力喪失(Staples and Killian, 2012)；這些生、心理的改變，本計畫參與者已由課程中得知並反映在問卷調查結果。作者問卷調查結果顯示，受訪者認為最常見之失智症病徵前三名，分別為「記憶力減退(86.8%)」、「常常找不到回家的路(60.7%)」與「言語表達出現問題(47.1%)」(請參考表2)。這些病徵如同一位參與者所言：「我媽媽的記憶力幾乎完全喪失，她常常不知道我是誰？甚至有時她認為我是她姐姐。」另外一位參與者進一步補充說明：「我媽媽有時在家告訴我一件事，但是十分鐘之後，她又重複告訴我同一件事。」

非常多參與者表示，本計畫對他們提供了非常多實質的幫助。例如，從課程中他們已經學會了如何有效的跟老人失智症患者溝通的技巧。此種自信，也可從後測的問卷調查結果中獲得印證；69.2%的參與者已經認知有效的溝通技巧為「可藉由擁抱或觸摸來表達關懷」、也有63.4%參

與者表示「多說您可以，少說您不可以」是不錯的表達方式，此外也有 62.4% 之參與者認為「依長者特性需求，採取不同溝通方法」會比較好（請參考表 2）。

當照顧老人失智症患者遇到困難時，如何面對且適當的處理此一困難點，已包含在本計畫四週課程中。表 2 顯示，79.7% 的參與者已經認知照顧老人失智症患者遇到困難時，「避免與失智症患者爭執對錯」是比較好的處理方式；64.1% 的參與者也認為「保持冷靜不回嘴」是不錯的處理方式。正如一位參與者正面回應說：「參加

此一照顧者教育訓練課程，對我而言是非常有幫助；因為透過團體討論過程，我可以學習別人如何處理相同的照顧困難問題時的技巧；而且透過此一計畫，我學到很多照顧的小秘方。」另外，參與者也表示，透過本計畫，他們知道了非常多政府機關與民間團體的支持資源；甚至有的參與者驚訝的表示，有些支持資源是他們以前完全沒有聽過。因此告訴本計畫參與者現有政府機關與民間團體所提供的支持資源是本計畫很重要的一部分，雖然這些家庭照顧者不一定會使用這些資源。

表 2 敘述性統計分析結果一覽表

問題 1 - 老人失智症種類									
項目	阿茲海默氏症	額顳葉型失智症	路易氏體失智症	血管性失智症	亨廷頓氏症	其他因素導致之失智症			
合計	87.0%	18.2%	8.9%	64.7%	1.9%	20.8%			
問題 2 老人失智症早期症狀									
項目	記憶力減退	言語表達出現問題	常常找不到回家的路	判斷力變差	東西擺放錯亂	行為怪異	個性改變		
合計	86.8%	47.1%	60.7%	28.6%	46.4%	20.7%	25.0%		
問題 3 - 與老人失智症患者正確的溝通技巧									
項目	一次只說一件事	多說您可以，少說您不可以	你已經吃飽了怎麼又忘了	您不要吵，兒子才會來看你	你不再乖乖聽話，就把你送去養老院等死	依長者特性需求，採取不同溝通方法	可藉由擁抱或觸摸來表達關懷		
合計	56.3%	63.4%	16.1%	15.4%	6.8%	62.4%	69.2%		
問題 4 - 照顧老人失智症患者遇到困難時，正確的處理方式									
項目	避免與失智症患者爭執對錯	保持冷靜不回嘴	避免對失智症患者喊叫	暫時離開一下	順勢轉彎，面帶微笑				
合計	79.7%	64.1%	54%	26.4%	55.8%				
問題 5 - 失智老人的福利、支持資源									
項目	安心手鍊	失智老人協尋通報中心	失智老人日間照顧中心	失智症照護諮詢專線	居家服務	中低收入老人生活津貼	中低收入老人特別照顧津貼	送餐服務	居家護理
合計	76.3%	64.2%	60.9%	46%	23.7%	16.4%	18.6%	15.3%	20.1%

## 二、課程滿意度、獨立樣本 t 檢定與單因子變異數分析

表 3 顯示，「失智症非藥物輔療實務操作 (4.44)」與「失智症照顧技巧實務 (4.42)」為參與者最滿意的前二名課程 (5 是非常滿意，1 是非常不滿意)；「失智症概論」與「老人體適能運動技巧實務操作」則分列三、四名。此外，所有參與者對於本計畫的執行皆持正向肯定的態度，其對整體課程的滿意度高達 4.5 分，這是一個值得鼓勵的結果。表 3 同時也呈現獨立樣本 t 檢定與單因子變異數分析結果，無論在性別、年齡與教育程度上，都沒有達到顯著水準之差異 ( $p < 0.05$ )，此一分析結果將在「研究討論與結論」章節中詳加說明。

## 三、Pearson 相關性與線性迴歸分析

本計畫各量測變數 Pearson 相關性與線性迴歸分析結果如表 4 所示。從表 4 中

可以看出，「失智症照顧技巧實務課程滿意度」與「整體課程滿意度」呈現高度正相關，Pearson 相關係數為 0.739。此一數字顯示，所有參與者對於「失智症照顧技巧實務課程」之滿意度值越高，則所有參與者對於「整體課程滿意度」也愈高。作者進一步利用線性迴歸分析來量化此一影響值；分析結果顯示，調整後之 R 平方值為 0.544，也就是說，所有參與者對於整體課程之滿意度，54.4% 受到所有參與者對於失智症照顧技巧實務課程滿意度的影響 (請參考表 4)。

另外，值得一提的是，本次參與者的「教育程度」與「整體課程滿意度」呈現低度負相關，Pearson 相關係數為 -0.046。雖然此一數值未達顯著水準之差異 ( $p < 0.01$ )，但仍凸顯出所有參與者教育程度愈高，其對課程整體滿意度愈低，這是一個值得深思的議題。

表 3 課程滿意度、獨立樣本 t 檢定與單因子變異數分析結果一覽表

項目	課程種類	平均值	標準差	單因子變異數分析 (年齡, p 值)	單因子變異數分析 (教育程度, p 值)	獨立樣本 t 檢定 (性別, p 值)
1	失智症概論	4.40	0.519	0.822	0.209	0.221
2	失智症照顧技巧實務	4.42	0.556	0.241	0.573	0.368
3	老人體適能運動技巧實務操作	4.39	0.538	0.352	0.278	0.684
4	失智症非藥物輔療實務操作	4.44	0.551	0.539	0.707	0.744
5	整體課程滿意度	4.50	0.549	0.256	0.808	0.568

備註：5 是非常滿意，1 是非常不滿意。

表 4 Pearson 關聯性與線性迴歸分析結果一覽表

分析變數	Pearson 相關係數 (調整後 R 平方值)						
	年齡	教育程度	失智症概論課程滿意度	失智症照顧技巧實務課程滿意度	老人體適能運動技巧實務操作課程滿意度	失智症非藥物輔療實務操作課程滿意度	整體課程滿意度
年齡	1	-.505** (0.252)	.028	.034	-.025	-.051	.051
教育程度	-.505** (0.252)	1	-.017	-.045	.051	.037	-.046
失智症概論課程滿意度	0.28	-.017	1	.662** (0.436)	.657** (0.429)	.781** (0.608)	.613** (0.373)
失智症照顧技巧實務課程滿意度	.034	-.045	.662** (0.436)	1	.622** (0.385)	.650** (0.421)	.739** (0.544)
老人體適能運動技巧實務操作課程滿意度	-.025	.051	.657** (0.429)	.622** (0.385)	1	.705** (0.496)	.666** (0.441)
失智症非藥物輔療實務操作課程滿意度	-.051	.037	.781** (0.608)	.650** (0.421)	.705** (0.496)	1	.647** (0.417)
整體課程滿意度	.051	-.046	.613** (0.373)	.739** (0.544)	.666** (0.441)	.647** (0.417)	1

備註：\*\* 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

#### 四、主成分分析

主成分分析是研究者從大量觀察變數中篩選出較重要因子的分析工具之一。表 5 顯示，只有一個初始特徵值大於 1(3.04)，且占資料中變異數的 76.008%。作者進一步進行成分矩陣分析，表 6 顯示，所有參與者對於「失智症照顧技巧實務」課程的滿意度，其成分占比高達 0.903。換句話說，參與者對於「失智症照顧技巧實務」課程的滿意度是本計畫是否成功的關鍵因子。

#### 伍、研究討論與結論

快樂地老化並不意味著長者沒有罹患慢性病或者失能；快樂地老化應該是老人即使生病了，也能活得很有尊嚴、受到充滿愛心的照顧。同樣地，老人也應該跟其他年紀的人一樣，能夠自在的享受生活的樂趣，即使人生已到了的最後階段 (Simmons, 2011)。但是作者探討非常多的國際文獻，發現針對老人失智症家庭照顧者的教育訓練計畫非常的稀少，反而是

針對老人福利機構照顧人員的訓練計畫，執行得非常多。一般而言，照顧老人失智症患者之家庭照顧者大部分都是老人，甚至有的家庭照顧者年齡都還比老人失智症患者還大，且一些研究資料也顯示，沒有受到適當的專業訓練之家庭照顧者，其照顧品質也會較不佳 (Cheung & Chow, 2006)。

本計畫之目標仍是透過四週的教育訓練課程來增加參與者有關失智症的知識，同時增進他們照顧老人失智症患者的技巧。經過二年時間的執行，本計畫完成一些當初設定的指標。首先，參與

者發現本計畫簡單易懂之教材與教學方法，例如，個案討論或實務操作，對他們而言，非常有幫助。第二，本計畫邀請當地社區的實務工作者當任課程講師，所以當計畫結束後，家庭照顧者遇到照顧困難時，可就近尋找專家解決問題。第三，為了讓本計畫順利進行，本計畫邀請三位計畫共同主持人擔任課程助理；此一個人課程助理的設置，對參與者而言有很大的助益，正如一位參與者所言：「課程助理對於他們的學習有很大的幫助，他們可以提醒我們之前學習過的知識，也可以隨時解答我們的疑問」。

表 5 主成分分析結果一覽表

成分	初始特徵值			平方和負荷量萃取		
	總和	變異數的 %	累積 %	總和	變異數的 %	累積 %
1	3.040	76.008	76.008	3.040	76.008	76.008
2	.391	9.773	85.781			
3	.357	8.924	94.706			
4	.212	5.294	100.000			

備註：萃取法 - 主成分分析。

表 6 成分矩陣與可信度分析一覽表

項目	課程種類	成分矩陣	可信度分析 (Cronbach' s Alpha)
1	失智症概論	0.891	0.834
2	失智症照顧技巧實務	0.903	0.788
3	老人體適能運動技巧實務操作	0.854	0.774
4	失智症非藥物輔療實務操作	0.837	0.760

備註：萃取法 - 主成分分析，萃取了 1 個成分。

無論從作者量性或質性調查資料皆可看出，本計畫參與者已從課程中獲得了失智症最新知識、且精進他們照顧老人失智症的技能，同時也獲得一些政府機關與民間單位所提供支持服務資源的資訊。這些成果都讓本計畫參與者在面對每天所照顧的患者時，更加有自信及降低無力感。另外，本計畫也將平常難得見上一面的同社區家庭照顧者緊密的結合在一起；透過每週課程的時間，他們可以提出自己目前面臨的照顧問題，同時也可以學習別人如何有效地解決此一問題的方法。雖然本計畫只有四週的課程，時間稍微嫌短。但是本計畫在執行之初，即著重在參與者能從本計畫學到什麼技能為重點。而此一初衷，也從本計畫參與者正面的回饋與他們自信的表情中獲得了肯定，甚至有的參與者會邀請他們的兄弟姐妹一起參與本計畫，讓他們將來一起分擔照顧的責任，也使家庭照顧者獲得喘息的機會。

當然本計畫也有一些考慮不週之處，造成在執行時面臨到一些困難。例如，一開始在招募本計畫參與者時，大部分的家庭照顧者都沒有自信他們有時間、有能力完成這四週的教育訓練課程。此外，時間跟氣候也是影響家庭照顧者參與的意願；本計畫因為交通的因素，所以於每週三下午一點至五點舉行，但是較年老的家庭照

顧者，大部分都有睡午覺的習慣。另外，根據作者問卷調查分析結果，無論在性別、年齡或教育程度上，本計畫參與者所表達的意見，都沒有達到顯著水準之差異性；其原因有可能是本計畫之參與者，其對於失智症相關的知識與照顧技能，比其他家庭照顧者有更強的求知慾，所以他們在參加本計畫之前已投資自己，去學習相關的知識與照顧技巧。

最後本計畫參與者不同的教育背景、不同照顧經驗與不同的教育訓練需求，對本計畫課程規劃是一大挑戰。教育程度較低的參與者，希望課程活潑生動，易於瞭解與應用；然而教育程度較高的參與者，則希望課程按步就班，有系統性的傳授。所以如何確保所有參與者，對於本計畫課程保持高度的興趣，確實是執行本計畫最大的挑戰點。雖然作者已體認到此一現象，但是從後測問卷調查 Pearson 相關分析結果仍可看出，所有參與者教育程度愈高，其對課程整體滿意度也愈低。雖然 Pearson 相關係數未達顯著水準之差異，但仍是一個在未來重新規畫相關課程時，值得深思的議題。

（本文作者為明新科技大學老人服務事業管理系專任教師）

**關鍵詞：**失智症、家庭照顧者、教育訓練

## 參考文獻

Alzheimer's Association (2012) Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 8:131.

- Alzheimer's Research Trust (2010) *Dementia 2010 - The economic burden of dementia and associated research funding in the United Kingdom* (Final report). Health Economics Research Centre, University of Oxford: Alzheimer's Research Trust.
- Aasgaard, H. S., Fagerstrom, L., & Landmark, B. (2014). Nurses' experience on providing care to dementia patients through home health care: After further training and a reorganization of nursing resources. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 230 - 238.
- Bellaver, C., Daly, J. M. & Buckwalter, K. (1999) Information resources and knowledge needs of rural nurses regarding Alzheimer's disease. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(3), 114 - 119
- Chan, M. C. & O' Connor, D. L. (2014) Personhood: Including the Chinese Person with Dementia in Research, Policy, and Practice. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 23: pp. 190 - 206.
- Cheung, C. K., & Chow, E. O. (2006) Spilling over strain between elders and their caregivers in Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 63(1), pp. 73 - 93.
- Dong, M. J., Peng, B., Lin, X. T., Zhao, J., Zhou, Y. R. & Wang, R. H. (2007) The Prevalence of Dementia in the People's Republic of China: A Systematic Analysis of 1980-2004 Studies, *Age and Aging*, 36, pp. 619-624
- Figueiredo, D., Barbosa, A., Cruz, J., Marques, A. & Sousa, L. (2013) Empowering Staff in Dementia Long-Term Care: Towards a More Supportive Approach to Interventions, *Educational Gerontology*, 39:6, pp. 413-427.
- Google, C. L., Head, C. A. & Parham, I. A. (2006). The Long-Term Care Workforce Crisis: Dementia Care Training Influences on Job Satisfaction and Career Commitment. *Educational Gerontology*, 32: pp. 611-631.
- Gurayah, T. (2015) Caregiving for people with dementia in a rural context in South Africa. *South African Family practice*, 57(3): pp. 194 - 197
- Ho, B., Friedland, J., Rappolt, S., & Noh, S. (2003) Caregiving for relatives with Alzheimer's disease: Feelings of Chinese-Canadian women. *Journal of Aging Studies*, 17(3), pp. 301 - 321.
- Hughes, J., Bagley, H., Reilly, S., Burns, A. & Challis, D. (2008) Care Staff Working with People with Dementia - Training, Knowledge and Confidence, *Dementia*, Vol. 7(2), pp. 227-238
- Jansen, L., Forbes, D. A., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Kingston, D., Peacock, S., Henderson, S. & Leipert, B. (2009) Formal Care Providers' Perceptions of Home- and Community-Based Services: Informing Dementia Care Quality, *Home Health Care Services Quarterly*, 28:1, pp. 1-23

- Jo, H. K. and Song, E. (2015) The Effect of Reminiscence Therapy on Depression, Quality of Life, Eco-Integrity, Social Behavior Function and Activities of Daily Living in Elderly Patients with Mild Dementia. *Educational Gerontology*, 41: pp. 1 - 13.
- Kane, M. N. (2003). Teaching Direct Practice Techniques for Work With Elders with Alzheimer's Disease: A Simulated Group Experience. *Educational Gerontology*, 29: pp. 777-794.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., de Vugt, M. & Orrell, M. (2008) A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health*, 12, pp. 14 - 29.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M. & Interdem Network (2011) Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto, *Aging & Mental Health*, 15:3, pp. 283-290.
- Mustafa, N., Tsaroucha, A., Mesurier, N. L., Benbow, S. M. & Kingston, P. (2013). Educating and Training the Workforce to Work with People with Dementia: Two Projects from the United Kingdom, *Educational Gerontology*, 39:6, pp. 398-412.
- National Development Council (2016) *The dementias: Hope through research*. Research Report.
- Orpin, P., Stirling, C., Hetherington, S. and Robinson, A. (2014). Rural Dementia Carers: Formal and Informal Sources of Support. *Aging and Society*, 34: pp. 185 - 208.
- Paul, L., Johnson, A. O. & Cranston, G. M. (2000) A Successful Videoconference Satellite Program: Providing Nutritional Information on Dementia to Rural Caregivers, *Educational Gerontology*, 26:5, pp. 415-425.
- Simmons, D. (2011) Sustainable Living In Long-term Care: For People with Dementia/ Alzheimer's, *Educational Gerontology*, 37:6, pp. 526-547
- Staples, W. H. & Killian, C. B. (2012), Education Affects Attitudes of Physical Therapy Providers Toward People with Dementia, *Educational Gerontology*, 38:5, pp. 350-361
- Visser, S.M., McCabe, M.P., Hudgson, C., Buchanan, G., Davison, T.E. and George, K. (2008) Managing behavioural symptoms of dementia: Effectiveness of staff education and peer support, *Aging & mental health*, vol.12, no. 1, pp. 47-55.