

輕度失智者生活型態再設計之 自我管理團體設計及介入成效研究

洪悅琳・廖于萱

壹、緒論

國際失智症協會發佈 2015 年全球失智症報告指出，全球推估有 990 萬新增失智症案例，平均每 3 秒就有 1 人罹患失智症。臺灣內政部 2017 年 12 月人口統計資料估算，65 歲以上老人失智症人口佔 7.93%，65 歲以上的老人每 12 人即有 1 位失智者，到 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 位失智者。臺灣目前估計有超過 27 萬失智人口，2031 年失智人口將倍增至逾 46 萬人，屆時每 100 位臺灣人有超過 2 位失智者；2061 年失智人口將逾 85 萬人，等於每 100 位臺灣人有超過 5 位失智者，未來的 46 年，臺灣失智人口數將以平均每天增加 36 人的速度成長（衛生福利部，2018）。預估未來平均 1 年將增加 1 萬人，失智照顧已成為高齡社會的重要議題。

人口老化而來的失智巨浪是全球議題，世界衛生組織在 2017 年公布「2017-2025 年全球失智症行動計畫」，臺灣在 2017 年 12 月底公布「失智症防治照護政

策綱領 2.0」，努力建構失智照顧體系，包括失智共同照護中心、失智社區服務據點、失智症互助家庭、失智症團體家屋等。行政院於 2016 年 12 月核定的《長照十年計畫 2.0》計畫，新增 50 歲以上失智症者，17 項服務項目中增加失智症照顧服務，協助病患及家屬面對失智所帶來的問題。

失智症並非正常的老化，在失智症早期，患者身體功能尚好、行動自如，但認知能力退化、生活自理能力變差、性情變化等，病患可透過自主健康管理，提高生活的品質。多數研究證實，心智活動、體能活動、壓力抒解及健康飲食等活動介入可有效的預防失智症。透過簡單清楚而規律的生活作息與活動安排，給予適當刺激以減緩退化的速度。

本研究藉由自我管理與生活型態再設計二種模式結合，以初探團體活動方案設計內容，帶領輕度失智症長者重新檢視、整合與訂出身、心、靈與社會互動的幸福計畫，並輔以訪談、焦點團體，及使用評估量表與心率變異 (HRV) 儀器來輔助探討

活動內容之適用與否，作為將來在失智症領域後續研究與臨床實務之運用與推廣。研究目的分述如下：

1. 設計 12 次輕度失智者生活型態再設計之自我管理團體，並討論內容之適用性。
2. 執行並評估其成效，做為未來推廣之參考依據。

貳、文獻探討

一、失智症照顧

失智症並非正常老化的現象，而是一種疾病。失智症的特徵是漸進性認知功能減退，包括記憶力、表達能力、認知功能等受到影響（梁家欣、程蘊菁、陳人豪，2014）。失智症可細分為五大類型，包括：1. 阿茲海默氏症；2. 額顳型失智症；3. 路易氏體失智症；4. 血管性失智症；5. 其他原因引起失智症，其中以阿茲海默症失智者佔最多數。阿茲海默症患者的認知功能檢查中，除了「簡短式智能評估」（MMSE）與「知能篩檢測驗」（CASI）外，「臨床失智評量表」（CDR）對於失智症患者在「記憶」、「定向力」、「判斷與解決問題」、「社區事務」、「家居與嗜好」與「個人照料」六個功能項目上，障礙的狀況分別作一評估，並根據 CDR 的判斷規則，可歸納得到最後的 CDR 分數，以代表阿茲海默症的嚴重程度。患者可以根據「臨床失智評量表」所得到的 CDR 分數，作為身心障礙輕度、中度、重度、與極重度等級分類的依據（林克能、劉秀枝，2003）。在精神疾病診斷與統計

手冊第五版中失智症被視為一種認知障礙，然而高達七、八成的阿茲海默氏症，常伴隨情緒、行為、精神病症狀等非認知症狀，例如憂鬱、妄想（被害妄想、被偷妄想等）、錯認、幻覺、及其他精神行為障礙（劉嘉逸、劉秀枝，2000）。常見的行為障礙包括：攻擊、遊走飲食改變（貪食、拒食、誤食）、睡眠障礙（日夜顛倒）、重覆現象、病態收集、不恰當行為（如性需求表現）及日落症候群等。以上這些問題可能不會同時出現在一個患者身上，依患者的病程不同，會有嚴重程度的差異。

失智症是一群症狀組合，通常以記憶力障礙為較明顯的症狀，加上其他認知功能障礙。失智症合併精神行為症狀（簡稱 BPSD），在臨床上不但常見（約佔 12-70%），會讓個案產生更多的不適感，也是照顧者主要的壓力來源（黃正平，2006；劉嘉逸、劉秀枝，2000）。失智症的治療包括藥物治療和非藥物治療，藥物並無法治癒失智症，但對控制患者的認知功能及行為症狀有所助益，主要目標是延緩疾病的進展或改善症狀（梁家欣、程蘊菁、陳人豪，2014）。非藥物的治療包括：懷舊療法（周玉淳、藍育慧、趙淑員，2008；陳淑華、張曉雲、謝秀芳，2012；陳玉敏，1998；高潔純、林麗嬋，2002；趙淑員、陳曉容、吳秋燕、劉杏元，2004）、音樂輔療（林玄昇、范雅琪、沈淑君、馮秀霞、陳美，2014；宋惠娟，2006；董曉婷、陳桂敏，2007；）、園藝輔療、芳香療法、正念療法（林蕙君、鄭淑子、曾秀雲，2017）等，透過各類輔療性活動的設計和帶領，刺激失智症者的感

官活化。

二、生活型態再設計

生活型態再設計計畫 (Lifestyle Redesign Program) 的四個核心概念包括：

(1) 職能就是生活。(2) 職能能夠創造對自己新的認識。(3) 職能在心理及生理健康、規律感和生活秩序上具有療效。(4) 職能在預防治療上占有重要的地位 (蔡宜蓉、張玲慧、毛慧芬譯, 2012)。

職能治療的治療對象包括生理、心理及社會功能障礙、發展遲緩或老化等因素，而導致執行個人的日常活動與參與社會的能力受限者，職能治療的目的在協助個案能夠選擇安排與執行日常的職能活動，進而提升其生活品質 (黃美仁, 2004)。重新設計的生活方式，已被證明能預防和建立健康的生活方式管理慢性疾病，提高健康和保健的創新治療方法。在數週或數月的過程中，治療師會指導完成個別化的過程，以滿足個人健康目標。生活重新設計是不同於管理特定條件或改善整體健康的其他方法，是個獲取健康促進習慣和程序在你的日常生活的過程。(USC Mrs. T.H. Chan Division of Occupational Science and Occupational Therapy, 2015)。本研究依據運用職能治療的觀點，鼓勵及協助個案選擇及 (重新) 參與日常職能活動，從而提升個人自我效能、功能獨立程度、生活滿意度及健康狀態 (Mandel, Jackson, Zemke, Nelson, Clark, 1999)。

本研究參考美國史佛大學病人教育研究中心的「慢性病自我管理」課程設計，

強調慢性病患者在面對疾病症狀對其生活的影響時的自主角色，透過各種管理技巧 (如處理疾病、維持正常生活、控制情緒等) 的應用，有效改善生活 (鄧世雄、陳麗華, 2018)。

目前沒有任何藥物可以治癒失智症，因此如何預防失智症就成為大眾關心的議題。在現今預防失智症的研究中，多數以阿茲海默症為主，而隨著失智症研究不斷的進展，我們也越來越瞭解有助於預防或延緩失智症的因子。在生活中應積極增加大腦保護因子 (趨吉)，同時減少危險因子 (避凶)，以降低罹患失智症的風險，甚至預防失智症的發生 (臺灣失智症協會, 2018)。2014 年國際失智協會 (ADI, Alzheimers Disease International) 研究指出，控制糖尿病、高血壓、戒菸以及避免心血管疾病，都有助於降低罹患失智症的風險，因此學習降低危險因子提升保護因子的概念是很重要，這些概念是可以從日常生活做起 (財團法人天主教失智老人基金會, 2018)。

國內現行的健康促進與預防多著重於慢性疾病的管理，研究證實心智活動、體能活動、壓力抒解及健康飲食可有效的預防失智症及延緩失智退化。然而要將健康促進生活型態帶入失智症長輩，並帶領輕度失智症長輩進行自我管理，透過課程安排與實踐，如何自我效能管理並能改變其生活習慣以達到理想健康狀態與生活品質，是失智症預防與延緩退化非常重要的議題。

參、研究方法

本研究由臺北市某失智症專區機構研究團隊設計一套「自我管理與生活型態再設計」課程，使輕度失智症者重新檢視、整合與訂出身、心、靈與社會互動的幸福計畫。研究對象為確診輕度失智症者 9 位以及陪同上課的家屬 9 位，均充分瞭解研究內容後同意參加計畫。上課為 2016 年 3 月到 6 月，一週一次、一次兩小時，共計 12 周，成員活動出席率達 9 成。課程主題以「生活」為核心。研究計畫送審輔仁大學人體研究倫理委員會 (IRB)，於 2015 年 11 月 27 日審查通過，編號 C104001。

一、研究對象

研究納入條件對象為輕度失智症者，簡易式智能評估 (MMSE) > 20 分，並且識字之 65 歲以上 (含 65 歲) 失智症長者共九位。因研究對象的獨特性，需設有排除條件對象如：使用氣切、鼻胃管、導尿管、情緒易激動、易怒、重複行為無法安坐、失語症。收案前將與研究對象簽定參

與研究同意書，若因故無法配合，有權利退出本研究。

二、「生活型態再設計」團體活動設計及團體動力

方案內容以「健康生活自我管理」的各項技巧 (如處理疾病、維持正常生活、運動、均衡飲食、控制情緒等) 的應用，結合「生活型態再設計」中各職能活動參與的項目 (如協助個案選擇及重新參與日常職能活動，提升個人自我效能、功能獨立程度、獲取健康習慣在日常生活的過程)，規劃 12 次活動，主題以「生活」為核心，透過適當的團體設計與動力、實作及分享，協助參與者重拾生活自主的動機，嘗試 (重新) 積極管理生活。團體活動帶領人以中心的護理師、職能治療師為主，引導成員討論每周的主題，團體中大家相互支持、信任，並且採案主自決方式，訂定其行動計畫。同時亦針對參與者之家屬辦理說明會，詳細說明團體目標，由家屬協助長者在家實踐生活自我管理。方案內容規劃如表 1 所示。

表 1 生活型態再設計之自我管理團體

日期 / 時間	活動主題	面向	家屬說明會
第一堂	相見歡及健康小測驗 - 成員彼此認識。 - 認識自己、自我檢視 (前測)。 - 自我管理概念介紹。	社會	說明團體目標架構、自我管理概念、及本週狀況。
第二堂	健康一點靈 - 探討健康與生活的關係、找出有意義的職能活動。 - 行動計畫介紹及訂定。	生理	說明健康生活型態原則、當週協助長者執行行動計畫事宜。

日期 / 時間	活動主題	面向	家屬說明會
第三堂	活力滿點 1 - 運動與生活的關係。 - 行動計畫分享及訂定。	生理	行動計畫執行狀況分享，說明當週長者團體主題及協助長者執行行動計畫事宜。
第四堂	活力滿點 2 - 運動與生活的關係。 - 行動計畫分享及訂定。	生理	
第五堂	「食」在好健康 1 - 飲食與生活：體重管理。 - 行動計畫分享及訂定。	生理	
第六堂 4/22Pm14:00-16:00	「食」在好健康 2 - 飲食與生活：食物料理。 - 行動計畫分享及訂定。	生理	行動計畫執行狀況分享，說明當週長者團體主題及協助長者執行行動計畫事宜
第七堂	心的交會 - 溝通，跟家人的關係。	心理	
第八堂	身心大解放 - 壓力舒緩：有氧律動、冥想、感官之樂「精油、音樂」。	心理	
第九堂	內外兼 GOOD - 居家環境及社區探索及營造。	社會	
第十堂	水郵山驛·心滿意「足」1 - 外出體驗計畫及準備。	社會	
第十一堂	水郵山驛·心滿意「足」2 - 實行外出體驗計畫。	社會	焦點團體： 成果回饋分享
第十二堂	畢業典禮 - 成果回饋分享：重建生命之幸福感。 - 自我檢視 (後測)。	社會 心理 靈性	

三、研究工具

研究質量並重，包括問卷測量、觀察及訪問方式。量化方法採用前後測評估量表評估，包括：老年人精神抑鬱量表 (GDS15)、老年人身體活動量 (PASE)、一般性自我效能 (self-efficacy)，最後再結合心率變異分析儀 (HRV) 做為前後測工具。課程結束當日 (第十二週) 進行後測，包

含評估量表與心率變異分析儀之量性資料收集。質化研究部分，輔以個案訪談、家屬焦點團體二種方式。團體進行期間共有 6 位工作人員協助共同觀察紀錄，並收集個案及家屬的心得回饋。

肆、研究結果

一、研究對象基本資料之描述分析

本研究收案時間為 2016 年 3 月 18 日至 6 月 3 日，收案人數 9 人，年齡平均為 73.5 歲，最小 52 歲，最大 92 歲。男性多於女性，男性 7 人，女性 2 人，此次研究收案觀察與臨床觀察，發現早發型失智症、輕度失智症，男性比例比女性多，然而中重度失智症以及居住在機構的比例，女性多於男性，推估此情況是否以男女個

性、職場壓力、退休、照顧者、年齡等相關因素有關，期待有更進一步的研究發現。教育程度大專 4 人，高中(職)2 人，小學 1 人，識字 2 人。主要語言以國語、台語為主。宗教信仰佛教 4 人，民間信仰 3 人，無信仰 2 人。目前居住狀況與配偶同住 5 人，配偶與固定子女同住 2 人，固定子女同住 2 人，整理如下表 2。

表 2 基本資料狀況分析表

類別	基本資料	次數	百分比%	平均數
性別	男	7	77.78	
	女	2	22.22	
年齡	50-60 歲	1	11.11	73.5
	61-70 歲	3	33.33	
	71 歲以上	5	55.56	
教育程度	識字 - 小學	3	33.33	
	高中	2	22.22	
	大專	4	44.45	
主要語言	國語	8	88.89	
	台語	1	11.11	
宗教信仰	民間信仰	3	33.33	
	佛教	4	44.45	
	無	2	22.22	
失智診斷	輕度	9	100	
居住狀況	配偶同住	5	55.56	
	固定子女同住	2	22.22	
	配偶與固定子女同住	2	22.22	

二、活動方案介入分析與團體參與狀況

方案內容以「健康生活自我管理」的各項技巧，結合「生活型態再設計」中各職能活動參與的項目，規劃 12 次活動，單元主題有：(1) 相見歡及健康小測驗、(2) 健康一點靈、(3) 活力滿點 1、(4) 活力滿點 2、(5) 「食」在好健康 1、(6) 「食」在好健康 2、(7) 心的交會、(8) 身心大解放、

(9) 內外兼 GOOD、(10) 水郵山驛·心滿意「足」1、(11) 水郵山驛·心滿意「足」2、(12) 畢業典禮。透過適當的團體設計與動力、實作及分享，協助參與者重拾生活自主的動機，嘗試(重新)積極管理生活，同時亦針對參與者之家屬辦理說明會，詳細說明團體目標，以及後續家屬參與輕度失智症者自我管理的方式。

本研究設計 12 週方案單元活動，以「全人」之觀點將身、心、社會層面，設計帶入單元活動，身理層面單元活動有 6 個，心理層面單元活動有 2 個，社會層面單元活動有 4 個，並回饋重整經歷過程，達到心靈之滿足與成就。

三、輕度失智者參與生活型態再設計之自我管理團體活動方案介入後，

對身心影響差異情形

本研究以實驗設計法，採無控制組的方式，針對輕度失智者參與活動方案之前後分析。研究者先將評估量表(憂鬱量表、一般性自我效能量表、老年人身體活動量表)，交感神經檢測數值，將編碼輸入電腦，用描述性統計呈現平均數、標準差、最小值、最大值，整理如下表 3。

表 3 評估量表與交感神經檢測數值狀況分析表

	個數	平均數	標準差	最小值	最大值
憂鬱量表前測	9	4.22	3.492	1	9
自我效能前測	9	29.56	4.953	24	39
身體活動前測	9	47.78	29.269	2	79
交感神經前測	9	43.07	23.03	7.41	74.2
憂鬱量表後測	9	3.33	3.354	0	8
自我效能後測	9	31.56	3.245	28	38
身體功能後測	9	79.89	84.060	19	280
交感神經後測	9	49.93	17.71	31.6	86.9

以 Wilcoxon Signed Ranks Test 檢定，進行資料分析，整理如下表 4。並採用 SPSS For Windows 11.5 版之軟體

表 4 生活型態再設計之自我管理團體活動方案介入後，對身心影響差異情形

		平均數	± 標準差	p 值
憂鬱量表	前測	4.22	± 3.49	0.336
	後測	3.33	± 3.35	
自我效能	前測	29.56	± 4.95	0.134
	後測	31.56	± 3.25	
身體功能	前測	47.78	± 29.27	0.263
	後測	79.89	± 84.06	
交感神經	前測	43.07	± 23.03	0.374
	後測	49.93	± 17.71	

註：以 Wilcoxon Signed Ranks Test 檢定。(P<.05)。

以 Wilcoxon Signed Ranks Test 檢定結果顯示，憂鬱量表、一般性自我效能量表、老年人身體活動量表，交感神經檢測數值均未達到統計上的意義 ($P < .05$)。然而以平均數分析憂鬱量表、一般性自我效能量表、老年人身體活動量表，交感神經檢測數值之前後測是有進步的，可說明此活動方案適用於輕度失智者。但以標準差說明此研究對象參與了此活動後差異性大，表現好的很好，沒改變的沒改變，呈現二端極端之差異，建議對少數未

改善之個案進一步了解活動進行之困境與問題，以及個案輔導。

四、輕度失智者與家屬回饋活動方案成效

(一) 輕度失智者回饋活動方案成效之影響

研究對象回顧自我管理成果與生活型態改變帶來之收穫(自覺之生理及心理改變)，整理如下表 5。

表 5 研究對象自覺之生理及心理的改變

個案編碼	有改變	無改變
001	我每天一定要刷牙 2 次，早上一次晚上一次。吃完東西漱口，一定會出去運動，就是要運動，學到了很多，感覺比較爽快，我健康不錯，今年 81 歲了。	
002		自覺沒有什麼問題。
003	我覺得身體最重要，第一要運動，第二要睡眠，休息時間比較長，飲食比較正常。 我身體有糖尿病跟高血壓，回台大檢查後數值有降下來。 行動計畫一個考驗到底有沒有認真去做。	
004	覺得心情有好。	
005	我每天早上 5:00 醒來，差不多 5:30-6:00 就一個人走路，走 35 分鐘的運動，回來的時候，我年輕時會做早飯來吃，就變成剩飯會煮稀飯，先生要吃比較好一點，我就喜歡吃鹹豆漿，我有糖尿病，蔬菜最好，水果太甜就不能吃。 我在家裡坐著打瞌睡，來上課以後精神很好，會想找書來看，不會坐在那裡打瞌睡。	
006		微笑並搖頭，未有回應。
007	訂了一個走路計畫，腰比較不痛。	
008	這個聚會非常有意義。出去走一走能放鬆心，心情好。對身外之物都會觀察。要與太太相處好。	

個案編碼	有改變	無改變
009	時間會感受到，運動需要一段時間，也是經過檢驗出來的。像我來說，我的三高偏高，之前都會講說飲食的平衡，運動的持續，運動每天都在動，我那時候慢跑有時走路，我那時剛流汗就不做了。參與活動訂行動計畫後，做了一個檢查發現我高血壓、高血脂真的改善降低，所以後來我才覺得運動到流汗非常重要，所以後來醫生幫我檢查說不錯，我現可說是不錯，但是以前都沒有做到。	

資料來源：本研究整理。

由表 5 觀察有改變 7 人 (77.78%)，無改變 2 人 (22.22%)，自覺改變項目有：
 (1) 運動的好處。(2) 健康情況有進步。(3) 行動計畫的重要。(4) 心情好。(5) 疾病與飲食的重要。(6) 家人相處。

(二) 家屬回饋活動方案成效之影響

1. 輔助參與者進行自我管理之挑戰及心得有：(1) 聯絡簿返家作業之書寫，仍

需家屬協助。(2) 建議表單設計可以再活潑多元一點，多點文字與圖片，增進對聯絡簿持續記錄的興趣與動力。(3) 行動計畫之執行仍須家屬一同參與，但因家屬也連同一起參與行動計畫，並得到成效之益處，與個案情感互動也增進。家屬觀察參與者生活型態、主動性、生理及心理變化之改變，整理如下表 6。

表 6 家屬觀察參與者之改變

家屬編碼	有改變	無改變
F001	會持續運動 (瑜珈) 且至運動公園走 2 圈跑 1 圈。	
F002		V
F003		經由日照接個案返家，表訴無改變之行為。
F004	飲食部分有較規律。	
F005	我媽媽很愛唱歌，我弟把媽媽帶回家她眼神不一樣，我知道她那天非常快樂，參加這團體對病人和家屬都是有幫助的。	
F006	配偶有改變，對於個案有些狀況從堅持而導致生氣，到現在退一步並鼓勵個案。	出來都是乖寶，回家就不喜歡寫功課。
F007	參與團體後個案自發性有較提升，對於運動及飲食會主動詢問還沒運動或今天沒吃什麼等。	

家屬編碼	有改變	無改變
F008	參加團體後個案可以走的比較遠且身體也挺的比之前直。開始找方法讓個案多運動，利用坐公車走路，漸漸少搭計程車。	
F009	在營養師教的很有用，買當季水果回家打汁，蔬菜有吃得比以前多。參加團體感到幫助很大，覺得 12 週讓家庭變得比較安靜，家人吵架的狀況減少，有因這個活動家庭感情較好。	

由表 6 觀察有改變 6 人 (66.67%)，無改變 3 人 (33.33%)，改變項目有：(1) 運動量的安排增加。(2) 會在意飲食的部分。(3) 心情變好。(4) 自發性提升。(5) 家人關係變好。有 2 位家屬 (F005、F006) 認為此活動不只對個案有幫助，同時對家屬也有幫助。最後一堂畢業典禮家屬感動這 12 次的活動帶給個案的改變，家屬親自給予回饋感言如下：

1. 因為平時我們各上各的，下午看到影片覺得每位長輩不管是討論還是表達都很認真，從活動前至結束，覺得長輩的面部表情豐富許多，喜悅的情緒跟剛上課時差好多，謝謝你們記錄這些，謝謝。

2. 因為你們的無私付出，長輩的笑容喜悅是給家屬最好的禮物。

3. 感謝基金會辦這有意義的活動，及參與的這群伙伴們辛苦了，你們的用心使我受益良多，也感謝家屬提供好多有智慧，有經驗的法寶。

4. 感謝聖若瑟的付出，讓我們的生活漸漸上軌道，不再那麼失序，生活也更美好，壓力也釋放不少，笑容是愉快的、輕鬆的，今天的結業也讓我見識到各位長輩的可愛，每一位都讓我留下深刻的印象，

我為他們感到驕傲，他們戰勝了人生，讓我們感動他們的表現，原來失智也是一件美麗的事。謝謝參與這次活動的所有工作夥伴，有了你們失智也變得很美好，壓力也變成我們的貴人，因為壓力我認識了你們，壓力再多也不可怕，無形中你們一直在幫我們釋放壓力，期待我們再次的相聚。

五、量化及質化交叉分析

量性資料結果，經無母數分析 Wilcoxon Signed Ranks Test 檢定，憂鬱量表、一般性自我效能量表、老年人身體活動量表，交感神經檢測數值未達顯著差異，但在前、後測兩者整體得分均有進展。質性資料結果，個案參與生活型態再設計之自我管理團體 12 週自覺有改變：7 人，無改變：2 人，家屬觀察個案有改變：6 人，無改變：3 人。

經由研究者、個案、家屬三方收集資料比對後，雖然 003 與 F003 資料比對有差異，經深度追蹤 F003 出席率低，只有 2 次，失去對此活動的參與性和客觀性，但 003 經由此活動參與後對生活型態的改變是有成效的，其餘個案與家屬對於此活動參與後之成效為一致，改變項目有：(1)

運動量的安排增加，提升運動之持續力。(2) 會去注意飲食健康對自己的影響。(3) 心情變好。(4) 認同行動計畫的重要性，

自發性提升。(5) 與家人相處互動關係改善。質量交叉資料研究結果整理如下表 7。

表 7 質量交叉資料研究結果

質性研究結果	量性研究結果
運動量的安排增加，提升運動之持續力。	身體活動功能量表 前側 47.78 後側 79.89 ↑
會去注意飲食健康對自己的影響。	
心情變好。	憂鬱量表 前側 4.22 後側 3.33 ↑
認同行動計畫的重要性，自發性提升。	自我效能量表 前側 29.56 後側 31.56 ↑
與家人相處互動關係改善。	

研究結果分為二項：一、量性結果方面，憂鬱量表、一般性自我效能量表、老年人身體活動量表，交感神經檢測數值未達統計顯著差異，但在前、後測兩者整體得分均有進展。二、質性結果方面，個案與家屬對於此活動參與後之成效為一致，改變項目有：(1) 運動量的安排增加，提升運動之持續力。(2) 更加注意飲食健康對自己的影響。(3) 心情變好。(4) 認同行動計畫的重要性，自發性提升。(5) 與家人相處互動關係改善。

伍、結論與建議

輕度失智症者透過自我健康管理，鼓勵個人學習管理自己的健康並改善自己的生活環境和條件，在行動計畫執行期間

建議家屬共同參與，同時也能促進家庭互動關係。罹患失智症的人數日益增加，帶給病患及家庭照顧者壓力，除了醫療照護外，即早預防並介入非藥物之自我健康管理極為重要。結論與建議如下：

一、結論：生活型態再設計之自我管理團體活動適用於輕度失智症者

生活型態再設計之自我管理團體活動方案應用於輕度失智症者，經由 12 週團體活動介入，以及自主性的為自己量身自訂健康生活之行動計畫執行於生活上，量表部分前後測雖未達統計的顯著差異，但整體成效有提升，發現負性症狀、自我效能、身體活動量均有進展，符合 Mountain&Craig(2012) 說明自我管理的目標之一是鼓勵個人學習管理自己的健康並

改善自己的生活環境和條件，使自己保持其獨立性和生活質量。從參與個案及家屬回饋中總結，個案更積極參與健康生活管理，活動中長輩的面部表情豐富許多，充滿喜悅的情緒。

參與對象在 12 周的團體活動中，其記憶認知、表達能力、思考邏輯等，不受疾病之影響而中斷活動進行，並且持續執行個人生活型態再造的行動計畫。證實心智活動、體能活動、壓力抒解及健康飲食可有效的預防失智症及延緩失智退化（王培寧、劉秀枝，2014），值得相關單位繼續推廣。

二、建議

（一）研究建議

未來可再增加實驗性研究之樣本數，設計對照組，增加成效指標，以及增加活動內容的實用性。

（二）活動建議

1. 活動場地移位，勿大家集合一起後再一起進入教室會場，因人多、聲音多、電梯空間小，易造成個案情緒起伏。

2. 若有安排志工需先說明，活動目的、重點，避免志工過於協助，而失去個

案的自主性。

3. 個案為失智症者，情緒行為易有變化，建議安排固定志工必要時適時陪伴。

4. 因有設計居家安全環境記錄表，因文字太多，個案執行有困難，留意表單內容的適用性。

（三）實務建議

生活型態再設計之自我管理團體方案介入輕度失智症者應用確實有不錯的成效，對於面對失智症疾病的照顧多面性，建議未來有機會能利用機構、社會福利單位、社區健康中心來進行推廣並有效提早預防。團體活動帶領宜跨專業合作，相互支援帶領及觀察團體活動。

（本文作者：洪悅琳為經國管理暨健康學院高齡照顧福祉系助理教授；廖于萱為護理師）（本文由廖于萱（2016）輕度失智者生活型態再設計之自我管理團體方案設計及介入成效研究。經國管理暨健康學院健康產業管理研究所碩士論文資料改寫，2018年11月29日論文海報「失智症自主健康管理團體的設計與成效分析」發表於第十五屆世界華人地區長期照護研討會）

關鍵詞：輕度失智症、生活型態再設計、自我管理、團體方案設計

📖 參考文獻

臺灣失智症協會 (2018)。失智人口知多少。2018 年 10 月 31 日，取自 http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html

吳麗芬、周青波、陸秀芳、曾惠楨 (2006)。團體懷舊治療實務指引之研發。實證護理，2(3)，173-184。

- 宋惠娟 (2006)。音樂治療在失智症老人躁動行為處置的運用。《護理雜誌》，53(5),58-62。
doi:10.6224/JN.53.5.58
- 周玉淳、藍育慧、趙淑員 (2008)。運用個別懷舊治療減緩一位失智長者焦慮之護理經驗。《護理雜誌》，55(4)，105-110。
- 林玄昇、范雅琪、沈淑君、諶秀霞、陳美 (2014)。音樂團體治療改善精神病人激躁行為之成效。《中華團體心理治療》，20(2)，19-29。
- 林克能、劉秀枝 (2003)。臨床失智評量。《Acta Neurologica Taiwanica》，12(3)，154-165。
- 林蕙君、鄭淑子、曾秀雲 (2017)。正念減壓方案對失智症家庭照顧者身心健康之研究。《長期照護雜誌》，21(2)，133-148。
- 財團法人天主教失智老人基金會 (2018)。認識失智症。2018年10月31日，取自 <http://www.cfad.org.tw/attantion.php>
- 高潔純、林麗嬋 (2002)。運用懷舊治療於失智老人照護。《護理雜誌》，49(3)，83-87。
- 梁家欣、程蘊菁、陳人豪 (2014)。失智症之重點回顧。《內科學誌》，25，151-157。
- 陳玉敏 (1998)。回憶療法於老年護理之運用。《榮總護理》，16(1)，1-6。
- 陳淑華、張曉雲、謝秀芳 (2012)。懷舊療法之介紹。《馬偕護理雜誌》，6(1)，7-16。
- 黃正平 (2006)。失智症之行為精神症狀。《臺灣精神醫學》，20(1)，3-18。
- 黃美仁 (2004)。從職能治療到自然醫學。《自然醫學研究》，1，66-69。
- 董曉婷、陳桂敏 (2007)。音樂療法於改善機構失智老人認知、行為問題及憂鬱之成效探討。《實證護理》，3(4),309-318。doi:10.6225/JEBN.3.4.309
- 趙淑員、陳曉容、吳秋燕、劉杏元 (2004)。懷舊治療與老人照護之應用。《長期照護雜誌》，8(2)，213-222。
- 劉嘉逸、劉秀枝 (2000)。阿茲海默氏症之非認知症狀。《應用心理研究》，7，89-103。
- 蔡宜蓉、張玲慧、毛慧芬譯 (2012)。《老人職能治療學》。臺北：華騰。
- 衛生福利部 (2018)。失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0(含工作項目)(2018年版)。
取自：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4020-42469-201.html>
- 鄧世雄、陳麗華總校閱 (2018)。《活出健康慢性病自我管理》。臺北：華騰。
- USC Mrs., Chan, T. H., Division , C., Science, O. & Therapy, O. (2015). *About Health Coaching*. Retrieved August 16, 2015, from <http://chan.usc.edu/patient-care/faculty-practice/about>
- Mandel, D. R., Jackson, J. M., Zemke, R., Nelson, L. & Clark, F. A. (1999). *Lifestyle Redesign: Implementing the Well Elderly Program*. Bethesda: AOTA.