

# 社區居民對失智症的知識、態度 與問題行爲處理方式 ——以新竹縣竹北市竹義里熟齡族爲例

簡鴻儒

## 壹、緒論

近年來全世界罹患失智症人數快速的增加。根據國際阿茲海默氏症協會（Alzheimer's Association）2022年度報告指出，2019年全世界有5,500萬名失智症患者，預估到了2050年，全世界失智症患者將會增加到1億3,900萬人；雖然失智者人數增加的非常快速，但是仍然有很多黑數未被確診（Gauthier et al., 2022）。根據上述年度報告也顯示，75%之失智症患者並沒有被診斷出來，其中在中、低收入國家，未被診斷出之個案數更高達90%。而未被診斷出罹患失智症的原因主要有兩項，失智症污名化與對失智症的認識不足有關。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）甚至在其全球執行計畫中特別指出，期望未來一年有50%的國家能夠將失智症診斷率提高到50%。然而

被診斷出罹患失智症只是第一步，後續如何整合治療、照顧與支持形成一個有效診斷後照顧模式，來幫助失智者及照顧者達到身心健康才是重要的課題（Gauthier et al., 2022）。

有鑒於此，倫敦政治經濟學院於2019年針對155個國家與地區，60,860位受訪者（包含失智者、照顧者、醫療照護人員與一般民眾）進行對失智症的知識、態度與行為問卷調查。調查結果顯示，在知識方面，95%的一般民眾受訪者認為自己一生中會罹患失智症，也有25%的一般民眾認為失智症是無法預防；另有67.7%的一般民眾認為失智症是正常老化的結果，但令人訝異的是，大多數（62%）的醫療照護人員也認為失智症是正常老化的一部分。事實上失智症「並非」正常老化現象，而是一種疾病，顯然這一失智症基本知識仍未為一般人所接受；超過半數

(54%)之受訪者認為生活習慣是罹患失智症的影響因素之一 (Evans-Lacko et al., 2019)。

此外，在態度方面，約有20%罹患失智症受訪者表示，他們會向他人隱瞞自己罹患失智症的事實，而會向他人隱瞞自己罹患失智症的比例，最高的國家依序為俄國(66.7%)、波蘭(57.9%)和波多黎各(51.1%)。在東南亞地區45%的一般民眾與48%的醫療照護人員認為失智者具有危險性。另外，在行為方面，約有40%的一般民眾受訪者認為醫師與護理師會忽視失智者；而在東南亞地區，63%的失智者表示，他人會拿他們的失智症狀開玩笑。對於照顧者而言，即使正面看待照顧者的角色，全世界仍然有75%之照顧者表示「時常感到兼顧照顧與其他職責的壓力」；也有超過50%的照顧者表示，照顧職責為他們的健康帶來負面影響 (Evans-Lacko et al., 2019)。

雖然目前醫藥科技非常的發達，但是對於失智症這一類疾病似乎仍沒有一個有效的治療方案。輕度失智症患者可能會聽從醫師的建議吃一些藥，像是Aricept (愛憶欣膜衣錠)，但是從長遠角度來看，其功效似乎仍不明確 (Lintern, 2001)。既然目前醫藥無法解決失智症患者病程的惡化，那為了確保提供一個有品質的失智症照顧，照顧者擁有正確的失智症知識、態度與適當的處理患者問題行為的模式就顯

得非常重要。國際阿茲海默氏症協會於2022年提出「失智症友善社區」的概念來支持失智症患者及其照顧者，並同時藉此計畫來消除失智症污名化。所謂「失智症友善社區」：

一個讓失智者和他們的照顧者能夠被授權、鼓勵與融入社會以保障他們的權利和充分發揮他們潛能的地方或是一種文化。(Ahsan et al., 2022)

當臺灣人「平均餘命」從2016年的80歲增加到2021年的80.86歲 (內政部統計處, 2022)，臺灣老人罹患失智症的機率就會不斷的增加。透過本研究可以了解到社區居民對於失智症的知識、態度與面對失智症問題行為處理方式認同度的真實情況。對於熟齡族而言，擁有正確的失智症知識、態度與適當的問題行為處理模式，才能確保能提供失智者有品質的照顧服務及有尊嚴的晚年生活，因為目前75%的失智症患者皆由家人在照顧 (Orpin et al., 2014)。

## 貳、文獻探討

失智症是造成老人失能跟重度依賴的主要原因，其對政策制定與服務提供造成重大的社會和經濟挑戰 (Keogh et al., 2020)。失智症並非老化的必然結果。然而，罹患失智症的風險會隨著老化而大幅提升；由於年齡是失智症主要的危險因

子，所以失智者除了遭受到失智症污名外，還會加上老年人常遇到的年齡歧視，體驗到「雙重污名」的恥辱（Perel-Levin, 2019）。

Young等人（2019）指出，大眾對失智者的刻板印象為所有失智者都是老年人、是神志不清、毫無希望、不可靠、不可信賴、而且是家庭的負擔，即使是專業醫療照護人員對於失智者也沒有比較正面的印象。Brodaty等人（2003）針對護理之家工作人員，進行工作人員對住民的態度、與失智症有關的工作壓力與工作滿意度等之問卷調查。調查結果發現，護理之家工作人員對患有失智症的住民最普遍的看法是他們「顯得焦慮、無法控制自己的問題行為、孤獨、脆弱和難以預測他們接下來的行為或情緒」。Brodaty等人（2003）更指出，照顧失智者工作的複雜性可能是工作人員對失智者持消極態度的原因之一。

Burgstaller等人（2018）進一步指出，由於人力的短缺，一般專業醫療照護人員對於失智症知識的了解非常有限，也因為此一因素，所以他們對於失智者皆持負面的態度，這對提倡「以人為本」的失智症照護原則，確實是一大挑戰。那什麼是正向的態度呢？態度的定義真的是非常的廣泛，從簡單的「喜歡」與「不喜歡」，到探討工作人員以某種方式進行照顧工作的個人傾向等。Eiser與van

der Plight（1988）是最早對態度做定義的學者，他們描述態度是「一種經由特定的對象、事件、人或問題的個人經歷，且具有評價性」。他們進一步說明，態度是透過評價性的語言來表達我們對待特定對象的經驗。所以態度可以簡單定義為「我們對特定對象、事件、人或問題的主觀評價」。

相關研究也證實，失智症照顧人員對待失智者的態度對提供照顧的方式有重大的影響；而且社會跟文化因素也會對照顧人員的態度產生重大影響，因為這些因素形成了這種態度的背景（Gerritsen et al., 2019; Travers et al., 2013）。Travers等人（2013）進一步指出，照顧人員如果擁有豐富的失智症照顧知識，那麼他們對待失智者的態度也會更加正面。同樣的道理，他們也就能夠提供高品質的照顧服務（Gerritsen et al., 2019）。換句話說，能否提供高品質的失智症照顧服務就端賴照顧人員是否擁有豐富的失智症照顧知識跟以正向態度對待失智者（如：更加樂觀的面對失智者，且將他們當成跟一般人沒二樣）。

至於如何增強失智症相關的知識，Carpenter等人（2011）的研究證實，通過工作或家庭接觸失智症患者與增加失智症知識有關。McParland等人（2012）也認為，跟失智者相處並照顧他們，對增進失智症相關的知識有很大的幫助。Cheston

等人（2016）同意上述的觀點並進一步指出，有實務工作經驗者，會比沒有相關經驗的照顧人員，能更加正向對待失智者。Gerritsen等人（2019）的研究也指出，透過失智症照顧在職訓練，是可以增進照顧人員的知識、態度與自信心的方法，讓他們更有信心提供高品質照顧服務。Travers等人（2013）進一步展示他們之前舉辦失智症照顧人員在職教育訓練後，利用Approaches to Dementia Questionnaire（ADQ）態度量表進行問卷調查之結果。調查結果顯示，參與在職教育訓練後之照顧人員，不論在「希望（Hope）」題組或「以人為本（Person-Centred）」題組皆呈現能更加以正向態度對待失智者。此一改變也讓照顧人員能更有效的與失智者溝通，並提供以人為本的照顧服務。

## 參、研究方法

### 一、問卷設計

本次問卷調查內容包含四部分：（一）受訪者基本資料；（二）失智症知識；（三）態度；（四）問題行為處理模式。在失智症知識方面，本次問卷採用Carpenter等人（2009）發表之The Alzheimer's Disease Knowledge Scale（ADKS）量表，經由本研究翻譯成中文版本並經Carpenter同意授權使用。ADKS

是一份30題是非題用來評估阿茲海默氏症知識之量表，其中包含生活影響（3題）、風險因子（6題）、症狀（4題）、治療及處理（4題）、評估及診斷（4題）、照顧（5題）與病程發展（4題）等七部分，本次失智症知識問卷調查之信度Cronbach's  $\alpha$  值為0.712。此外在態度方面，本次問卷採用Lintern（2001）所發表之ADQ量表，經由本研究翻譯成中文版本並經Lintern同意授權使用。ADQ是一份可靠、有效且容易評估針對失智症患者態度的量表，它包含19個題目，採用李特氏五等分量表（從「非常不同意」到「非常同意」）。經由因素分析結果可以將此量表分為希望（Hope）與以人為本（Person-Centred）二個題組；希望題組包含8個題目，主要反映失智症患者他們樂觀、悲觀的情緒和未來隨著病程發展仍具有的能力。以人為本題組包含11個題目，主要反映那些人具有以人為本的認知，或體認到失智者是一個獨立的個體且跟其他人一樣具有相同的價值，本次失智症態度問卷調查之信度Cronbach's  $\alpha$  值為0.70。另外，在處理問題行為方面，本研究準備了四段各三分鐘的失智者問題行為影片給受訪者觀看，並利用李特氏五等分量表，詢問受訪者對處理方式的同意度，本次失智症問題行為處理方式問卷調查之信度Cronbach's  $\alpha$  值為0.69。

## 二、研究對象

根據新竹縣政府民政處（無日期）人口統計資料顯示，迄2021年12月底竹北市竹義里55-84歲之熟齡族共有1,785人，本研究以20%比例採方便隨機抽樣方式，於社區發展協會、關懷據點、巷弄長照站等地共挑選357位55-84歲熟齡族為樣本，扣除拒訪與無效問卷後，共有250份有效問卷在2022年3月1日至2022年4月30日完成，問卷回答率為70%（ $250/357=0.70$ ，表1），Naoum（1998）指出，問卷調查回答率若能維持在40-60%之間，即是不錯的研究。

此次受訪者平均年齡為66.47歲（ $SD=8.106$ ）；此外在性別方面，67.2%之受訪者是女性，男性只占32.8%。另外，在教育程度方面，大部分的受訪者（40.8%）是高中職畢業，其次是國小畢

業，占20.8%。本研究進一步探討受訪者目前或退休前所從事之工作，調查結果顯示，28.8%之受訪者從事「家管」，其次為「服務業」，占20.8%，從事農務工作排名第三名（13.6%）。

## 肆、研究結果與討論

本研究結果與討論將分為（一）失智症知識；（二）失智症態度；（三）失智症問題行為處理方式三部分，詳細說明如下。

### 一、失智症知識

擁有正確的失智症相關知識是身為高齡社會中一分子不可或缺的基本常識；可惜的是，本次全部受訪者在30題是非題中，平均正確答對率僅為17.63題（ $SD=2.673$ ）。可喜的是有93.1%的受訪者分別

表 1 受訪者回答率統計一覽表

年齡	居民數	受訪樣本數	有效回答數	回答率
55-59	529	93	58	62%
60-64	410	80	52	65%
65-69	357	71	44	62%
70-74	229	57	56	98%
75-79	140	28	14	50%
80-84	120	28	26	93%
合計	1785	357	250	70%

資料來源：作者彙整。

答對第5題「教導阿茲海默症患者做事的最好方法，就是以簡單、每次只做一個步驟或一件事的方式進行」及第21題「阿茲海默症是失智症的其中一種」。但是令人訝異的是僅有14.4%的受訪者答對第2題「相關的科學研究已證實，老人經常從事腦力的活動，可以避免得到阿茲海默症」。本研究進一步以七大題組加以比較分析，在失智症狀題目（4題）方面，全部受訪者答對率65.2%最高，答對率最低為失智症病程發展題目（4題），答對率只有49.8%（表2）。

如果以性別加以比較分析，男性受訪者全部30題答對率為56.1%，其中有92.9%的受訪者分別答對第13題「30歲的青年人也有可能罹患阿茲海默症」及第21題「阿茲海默症是失智症的其中一種」。相反地，只有17.9%的受訪者答對第10題「突然『記憶出狀況』及『詞不達意』

時，有可能罹患阿茲海默症」。此外，若以七大題組加以比較分析，在失智症治療及處理題目（4題）方面，男性受訪者答對率59.8%最高，答對率最低為失智症對生活影響題目（3題），答對率只有52.4%（表2）。

另外，在女性受訪者方面，全部30題答對率為59.5%高於男性受訪者，其中有93.8%的受訪者答對第5題「教導阿茲海默症患者做事的最好方法，就是以簡單、每次只做一個步驟或一件事的方式進行」。同樣地，令人訝異的是僅有12.3%的受訪者答對第2題「相關的科學研究已證實，老人經常從事腦力的活動，可以避免得到阿茲海默症」。此外，若以七大題組進一步加以比較分析，在失智症狀題目（4題）方面，女性受訪者答對率66.6%最高，答對率最低為失智症病程發展題目（4題），答對率只有49.2%（請參考表2）。

表 2 受訪者不同題組答對率統計一覽表

組別	生活 影響 (3題)	風險 因子 (6題)	症狀 (4題)	治療 及處理 (4題)	評估 及診斷 (4題)	照顧 (5題)	病程 發展 (4題)	全部 30題
全部 受訪者	59.8%	56.6%	65.2%	59.8%	61.2%	60.2%	49.8%	58.9%
男性 受訪者	52.4%	57.7%	58.1%	59.8%	52.7%	58.9%	53.0%	56.1%
女性 受訪者	61.2%	56.4%	66.6%	59.8%	62.9%	60.4%	49.2%	59.5%

資料來源：作者彙整。

上述之研究結果對照於Carpenter等人（2011）針對89位平均年齡72.89歲之美國老人的調查結果，在30題是非題中，他們平均答題正確率為24.1題（SD = 2.95）。進一步若以七大題組加以比較，Carpenter等人（2011）的研究結果在「評估及診斷」與「治療及處理」平均答對率為82%、「照顧」題組平均答對率則為74%、「症狀」與「病程發展」平均答對率為71%、「生活影響」題組平均答對率也有70%，答對率最低的則是「風險因子」，平均答對率只有62%。綜合言之，不論30題答題正確率或以七大題組分開比較，Carpenter等人（2011）研究的平均答對率皆高於本研究之研究結果，這是一個值得二年後將邁入「超高齡」臺灣社會重視的議題。雖然ADKS量表不一定是一個百分之百正確的量測量表，但是它卻可以幫助受訪者了解到他們對於失智症知識正確知道的部分與不知道的部分或錯誤的觀點（Carpenter et al., 2011）。Carpenter等人（2011）進一步指出，一般受訪者他們獲取失智症知識的來源主要有兩處：（一）大眾媒體，例如報紙、電視或網路；（二）朋友、熟人或親戚。所以如何教導社區居民判別他們獲取失智症知識的可靠性，這是提升大眾健康素養非常重要的一件事。

另外，本研究進一步以卡方檢定進行本研究男女受訪者在七大題組之答對率

是否達顯著水準之分析；分析結果顯示，Pearson卡方檢定值為 $0.157 > 0.05$ ，未達顯著水準。

## 二、失智症態度

本研究全部受訪者在ADQ態度量表方面，同意度最高的為在問題11「失智症患者跟其他人一樣，需要受到尊重」，平均值達到4.74（1為非常不同意，5為非常同意）。值得一提的是在65-69歲及70-74歲受訪者，特別強烈表達他們的同意度，其平均值高達4.82（表3）。此外，本研究全部受訪者同意度最低的為問題3「失智症患者沒有什麼希望」，平均值為2.69；同樣地，值得一提的是在80-84歲受訪者，特別強烈表達他們的不同意度，其平均值只有2.31（表3）。本研究之調查結果對照於Keogh等人（2020）在愛爾蘭針對119位55-75歲之受訪者所進行的ADQ態度調查結果顯示，在19題態度問卷的同意度平均值為3.72，而本研究調查結果之平均值則為3.615，同意度稍微偏低。但是兩個研究結果皆顯示，如果受訪者家裡成員或親戚有人是失智者，則他們面對失智者的態度就會比較正面。Keogh等人（2020）進一步指出，如果受訪者擁有正確的失智症相關知識，則他們就會以正面的態度面對失智者，如果有一天讓他們照顧失智者，他們也能提供良好的照顧品質。所以能不能提供高品質的失智症照

護，端賴照顧者有沒有豐富的失智症知識跟正面對待失智者的態度。

本研究接著利用獨立樣本t檢定進行不同性別受訪者在態度方面的顯著性分析。分析結果顯示，男、女受訪者在問題2「失智症患者非常像小孩子」的態度上有顯著的差，其P值為 $0.009 < 0.05$ ，本研究進一步利用交叉資料表進行交叉分析。表4顯示，69%（46.4%+22.6%=69%）的女性受訪者表達「同意」或「非常同意」失智症患者非常像小孩子的意見。但只有不到半數（48.8%）的男性受訪者表達「同意」或「非常同意」的看法，顯見男、女受訪者在問題2「失智症患者非常像小孩子」的態度有顯著性的差異。

另外，本研究也利用單因子變異數分析進行不同年齡層受訪者針對失智症態度的顯著性分析。分析結果顯示，不同年齡層受訪者在問題5「對於失智症患者來說，有刺激和愉快的活動來打發時間是很重要的」有顯著性差異，其P值為 $0.001 < 0.05$ 達顯著水準（表3）。本研究進一步利用事後檢定分析發現，75-79歲受訪者分別跟55-59歲、60-64歲、65-69歲與80-84歲四個年齡層受訪者在針對問題5「對於失智症患者來說，有刺激和愉快的活動來打發時間是很重要的」態度有顯著性的差異。

為了進一步了解不同年齡層受訪者對於失智症態度之相關性，本研究採用多

元尺度分析進行不同年齡層受訪者群組態度分析。圖1指出55-59歲受訪者與65-69歲受訪者在失智症態度方面，意見較為接近；同樣地，75-79歲受訪者與80-84歲受訪者的看法也較為相似。如果將ADQ態度量表篩分為「希望」與「以人為本」二個群組，圖1也顯示，55-59歲受訪者相對於其他年齡層受訪者在「以人為本群組」的失智症態度表現最好；同樣地，60-64歲受訪者相對於其他年齡層受訪者在「希望」群組的失智症態度表現也很不錯。

### 三、失智症問題行為處理方式

為了了解本研究受訪者對於失智者問題行為的處理方式同意度，本研究準備了四段各三分鐘的失智者問題行為影片給受訪者觀看，其分別為「當失智者出現譫妄現象時」、「當失智者不斷重複相同話語時」、「當失智者出現暴力攻擊時」與「當失智者忘記已經吃過飯，而要求再吃飯時」；本研究同時利用李特氏五等分量表，詢問受訪者對於影片中處理方式的同意度。

本研究調查結果顯示，全部受訪者在「當失智者不斷重複剛剛才說過的話語時，您會耐心地傾聽，並且委婉地告訴失智症患者這些話他已經說過了」，同意度最高，平均值達4.03（1為非常不同意，5為非常同意），尤其80-84歲受訪者強烈表達他們對於此一問題行為處理方式的認

表 3 ADQ 態度量表回答平均值統計一覽表

題次	題目	全體受訪者	55-59歲	60-64歲	65-69歲	70-74歲	75-79歲	80-84歲	顯著性 P
1	當你的工作是照顧失智症患者時，標準作業程序很重要	3.40	3.38	3.00	3.64	3.54	3.57	3.46	0.301
2	失智症患者非常像小孩子	3.62	3.55	3.77	3.73	3.68	3.00	3.54	0.658
3	失智症患者沒有什麼希望	2.69	2.52	2.73	2.86	2.79	3.00	2.31	0.627
4	失智症患者沒辦法自己做決定	3.50	3.38	3.65	3.59	3.39	3.86	3.31	0.711
5	對於失智症患者來說，有刺激和愉快的活動來打發時間是很重要的	4.03	4.21	4.00	4.32	3.79	2.86	4.38	0.001
6	失智症患者是一個病人，需要照顧	3.14	3.31	3.27	3.18	3.04	3.57	2.46	0.186
7	在日常生活中盡量給予失智症患者愈多的選擇是很重要的	3.20	3.31	3.50	3.59	2.89	2.43	2.77	0.127
8	對失智症患者來說，沒有什麼可以幫他們做的，只能保持他們清潔和舒適	3.62	3.55	3.77	3.73	3.68	3.00	3.54	0.658
9	失智症患者在得到理解和安慰的情況下更容易感到滿足	4.27	4.45	4.15	4.00	4.32	4.00	4.62	0.161
10	一旦失智症在一個人身上發展，他們不可避免地身體狀況會開始走下坡	4.01	4.21	4.12	3.95	3.89	3.71	3.85	0.510

題次	題目	全體受訪者	55-59歲	60-64歲	65-69歲	70-74歲	75-79歲	80-84歲	顯著性P
11	失智症患者跟其他人一樣，需要受到尊重	4.74	4.69	4.73	4.82	4.82	4.71	4.62	0.872
12	好的失智症照顧必須包含患者的心理需求跟生理需求	3.14	3.31	3.27	3.18	3.04	3.57	2.46	0.186
13	失智症患者很重要的是不要太依賴他人	3.20	3.31	3.50	3.59	2.89	2.43	2.77	0.127
14	不管你對失智症患者說什麼都沒關係，因為他們根本不會記得	4.25	4.41	4.23	4.18	4.07	4.00	4.54	0.156
15	失智症患者通常都有充足的理由來解釋他們所做的行為	3.17	3.14	3.00	3.18	3.25	3.57	3.15	0.932
16	與失智症患者共度美好時光是一件非常愉快的事	3.62	3.59	3.65	3.50	3.75	3.86	3.46	0.934
17	以同理心和理解心來回應失智症患者是很重要	3.14	3.31	3.27	3.18	3.04	3.57	2.46	0.186
18	失智症患者仍然可以做很多事情	3.93	3.72	4.04	3.86	4.04	4.00	4.00	0.672
19	失智症患者只是一個普通人，需要特別理解才能滿足他們的需求	4.02	4.20	3.96	4.31	3.78	3.76	4.32	0.497

註：1非常不同意，5非常同意。

資料來源：作者彙整。

表 4 性別與問題 2 交叉分析表

		問題2：失智症患者非常像小孩子					總計
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	
性別	男性	6 (7.3%)	20 (24.4%)	16 (19.5%)	26 (31.7%)	14 (17.1%)	82 (100%)
	女性	4 (2.4%)	12 (7.1%)	36 (21.4%)	78 (46.4%)	38 (22.6%)	168 (100%)
總計		10	32	52	104	52	250

資料來源：作者彙整。

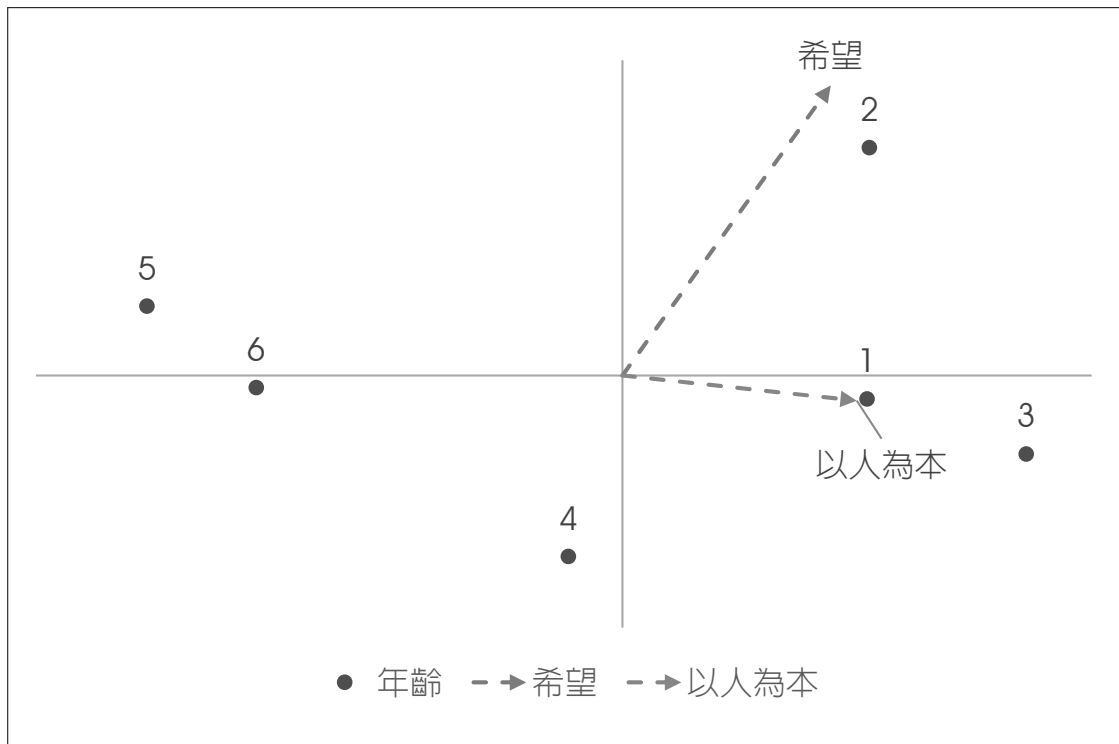


圖 1 多元尺度分析圖

註：1=55-59歲受訪者；2=60-64歲受訪者；3=65-69歲受訪者；4=70-74歲受訪者；5=75-79歲受訪者；6=80-84歲受訪者。

資料來源：作者彙整。

同度，平均值為4.38（請參考表5）。本研究進一步採用獨立樣本t檢定進行不同性別受訪者在失智者問題行為處理方式認同度的顯著性分析。分析結果顯示，男、女受訪者在問題行為「當失智者忘記自己已經吃過飯，而要求再吃飯時」的處理方式，有顯著性的差異，其P值為 $0.024 < 0.05$ ，本研究接著利用交叉資料表進行交叉分析。表6顯示，34.2%（ $4.9\% + 29.3\% = 34.2\%$ ）的男性受訪者表達「同意」或「非常同意」當失智者忘記自己已經吃過飯，而要求再吃飯時，可以委婉的勸說，並轉移失智者的注意力到別的事務上。但只有15.5%的女性受訪者表達「同意」或「非常同意」的意見；顯見男、女受訪者在「失智者忘記自己已經吃過飯，而要求再吃飯時」的處理方式認同度上有顯著性的差異。

另外，本研究也採用單因子變異數分析進行不同年齡層受訪者針對失智者問題行為處理方式認同度的顯著性分析。分析結果顯示，不同年齡層受訪者在「失智者不斷重複剛剛才說過的話語時」的處理方式認同度有顯著性差異，其P值為 $0.001 < 0.05$ 達顯著水準（表5）。本研究進一步利用事後檢定分析發現，75-79歲受訪者分別跟55-59歲、60-64歲、65-69歲與80-84歲四個年齡層受訪者在面對「失智者不斷重複剛剛才說過的話語時」的處理方式認同度有顯著性的差異。

為了進一步了解不同年齡層受訪者對於失智者問題行為處理方式認同度之相關性，本研究採用多元尺度分析進行不同年齡層受訪者群組認同度分析。圖2指出55-59歲受訪者、60-64歲受訪者與65-69歲受訪者在失智者問題行為處理方式，認同度較為接近。如果逐題分析，55-59歲受訪者對於處理瞻妄現象方式，認同度最高。此外，60-64歲受訪者與65-69歲受訪者對於處理暴力行為的方式，認同度表現也不錯。另外，70-74歲受訪者對於「失智者忘記自己已經吃過飯，而要求再吃飯時」的處理方式，認同度也是最高（圖2）。

## 伍、結論

雖然現今醫療技術非常的發達，但截至目前為止，失智者仍然是一項無法治癒的疾病；因此近期的失智者研究都把目標放在如何預防罹患失智者跟如何提升失智者跟家庭照顧者的生活品質。本研究之目的主要是透過問卷調查的方式，了解新竹縣竹北市竹義里社區熟齡族對於失智者知識、態度與面對失智者問題行為處理方式認同度的實際情況，以做為將來推動失智者知識、態度與問題行為處理技能教育訓練計畫之參考。雖然竹義里熟齡族在失智者知識方面表現不甚理想（30題是非題中，只答對17.63題），但是竹義里在竹

北市行政區域中屬於較都市型態的里，相較於麻園里等較鄉村型態的里居民，相信麻園里的熟齡族對失智症知識的認知可能更加的缺乏。這也是當臺灣將邁入「超高

齡社會」，人人都有機會成為失智者的家庭照顧者時，必須盡快挹注經費，辦理強化失智症相關知識教育訓練，刻不容緩要辦的重大事項。

表 5 失智症患者問題行為處理方式回答平均值統計一覽表

題次	題目	全體受訪者	55-59歲	60-64歲	65-69歲	70-74歲	75-79歲	80-84歲	顯著性 P
1	當失智者出現譫妄（幻覺、幻聽、脫離現實的語言或行為）現象時，您會耐心地傾聽，並以現實導向方式，改善他的譫妄現象	2.83	2.86	3.00	2.82	2.75	2.43	2.85	0.932
2	當失智者不斷重複剛剛才說過的話語時，您會耐心地傾聽，並且委婉地告訴失智症患者這些話他已經說過了	4.03	4.21	4.00	4.32	3.79	2.86	4.38	0.001
3	當失智者有傷害他人或自己行為時，你會首先安撫他激動的情緒，並盡快將受傷者送醫	3.20	3.31	3.50	3.59	2.89	2.43	2.77	0.127
4	當失智者忘記自己已經吃過飯，而要求再吃飯時，你會委婉的勸說，並轉移他的注意力到別的事務上	3.30	3.28	3.27	3.32	3.29	3.43	3.38	0.997

註：1非常不同意，5非常同意。

資料來源：作者彙整。

表 6 性別與問題 4 行為交叉分析表

		問題 4：當失智者忘記自己已經吃過飯，而要求再吃飯時，你會委婉的勸說，並轉移他的注意力到別的事務上					總計
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	
性別	男性	0 (0%)	6 (7.3%)	48 (58.5%)	4 (4.9%)	24 (29.3%)	82 (100%)
	女性	2 (1.2%)	14 (8.3%)	126 (75.0%)	4 (2.4%)	22 (13.1%)	168 (100%)
總計		2	20	174	8	46	250

資料來源：作者彙整。

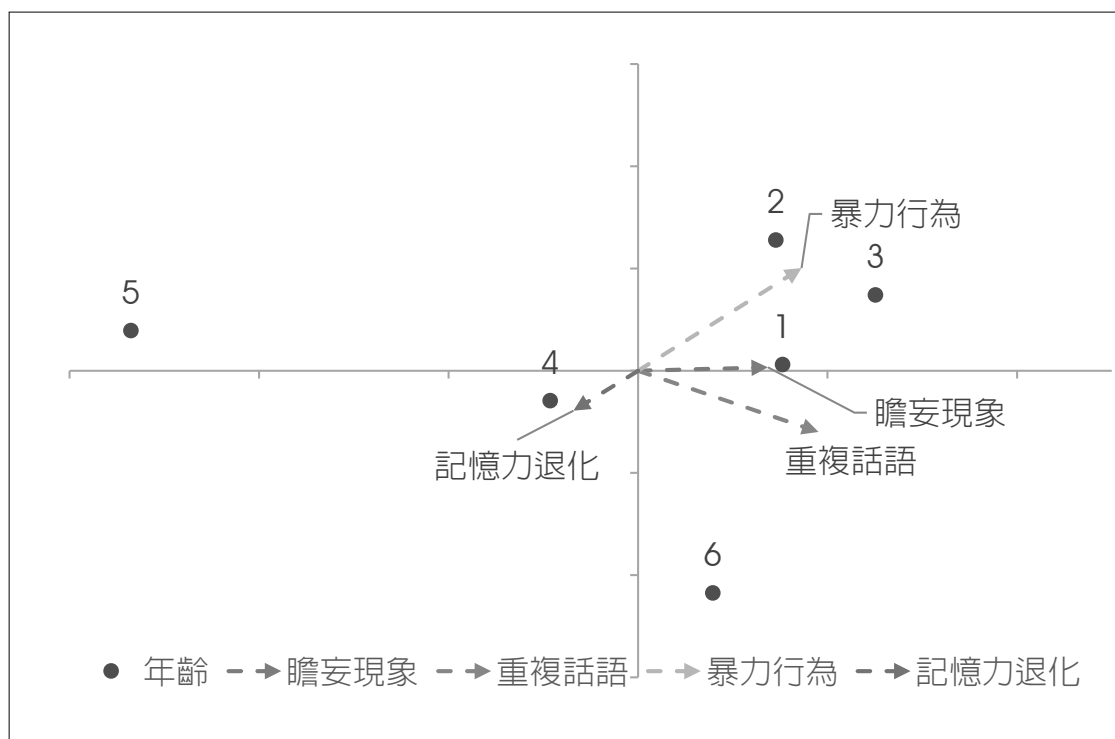


圖 2 多元尺度分析圖

註：1=55-59歲受訪者；2=60-64歲受訪者；3=65-69歲受訪者；4=70-74歲受訪者；5=75-79歲受訪者；6=80-84歲受訪者。

資料來源：作者彙整。

本研究調查結果顯示，全部受訪者在ADQ的平均值為3.615，也就是說竹義里社區熟齡族對待失智者的態度是中間偏正向。本研究也發現，75-79歲受訪者無論在對待失智者態度或面對失智者問題行為處理方式認同度方面的意見，分別與其他四個年齡層受訪者有顯著性的差異，至於什麼原因造成此一差異性，本研究並沒有進一步加以探討，這是一個值得未來研究深入探討的課題。此外，本研究調查結果有顯著性差異題項過少的研究限制。例如，在19題ADQ態度量表方面，本研究採用獨立樣本t檢定與單因子變異數分析進行性別與年齡顯著性差異分析；分析結果顯示，各僅有一個問題達到顯著水準，探究其原因可能為受訪者生活背景、環境相似性較高。所以建議未來從事相同之研究，可考量區域性之差異，例如，調查竹北市麻園里較鄉村型社區居民與竹義里較都市型社區居民，進行比較分析，結果可能會有所不同。

Liu等人（2019）針對10,013位65歲以上臺灣老人所進行的調查結果發現，老人失智者在「自我照顧能力」、「日常活動能力」與「行動能力」上都比一般老人較差及困難，這也凸顯了建立社區支持系統，以協助失智者及其家庭照顧者的重要性。Liu等人（2019）進一步建議，無論政府或民間單位都應該開始著手提供創新服務資源，不僅僅只為改善「自我照顧」

與「日常活動」的問題，更應該進一步改善失智者的病痛跟焦慮與憂鬱現象。其他非藥物輔療活動更應該積極的介入，例如，健康促進活動可以增進患者的行動性與減少身體功能退化的限制、復能活動能夠影響患者日常活動的能力、認知訓練活動則能有效控制患者的行為與情緒，另外失智者支持團體與音樂輔療等，都對失智者有一定的助益。

總而言之，上述的相關研究皆證明，如果失智症照顧人員擁有豐富的失智症照顧知識，則他們會以正向的態度對待失智者，也會提供高品質的照顧，同時能有效的與失智者溝通，並提供「以人為本」的照顧服務。有鑑於此，本研究將積極爭取公部門經費，在竹義里推動為期八週，每週四小時之「失智症知識、態度與問題行為處理技能教育訓練計畫」，計畫內容包含認識失智症、失智症照顧技能實務、健康促進活動實務操作、失智症非藥物輔療實務操作、失智症問題行為個案實務演練等課程。期待透過此一教育訓練計畫，能讓竹義里熟齡族增加他們的失智症知識，且能以更正面的態度面對失智者，同時懂得處理失智者問題行為之技巧。

（本文作者為明新學校財團法人明新科技大學副教授）

**關鍵詞：**失智症知識、態度、問題行為

## 📖 參考文獻

- 內政部統計處 (2022年8月19日)。〈110年國人平均壽命80.86歲〉。內政部。https://www.moi.gov.tw/News\_Content.aspx?n=4&sms=9009&s=264811
- 新竹縣政府民政處 (無日期)。〈人口統計〉。2021年12月31日, 取自, https://civil.hsinchu.gov.tw/cl.aspx?n=1219
- Ahsan, M., Anwer, K., Raza, H., Ali, S., Ali, M., & Akhter, P. (2022). Knowledge, perceptions, and attitudes towards dementia among medical students in Pakistan. *Indonesian Journal of Community and Special Needs Education*, 2(1), 29-38. https://doi.org/10.17509/ijcsne.v2i1.38408
- Brodady, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583-590. https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02848.x
- Burgstaller, M., Mayer, H., Schiess, C., & Saxer, S. (2018). Experiences and needs of relatives of people with dementia in acute hospitals a meta synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 502-515. https://doi.org/10.1111/jocn.13934
- Carpenter, B. D., Balsis, S., Poorni, G., Otilingham, P. G., Hanson, P. K., & Gatz, M. (2009). The Alzheimer's disease knowledge scale: Development and psychometric properties. *The Gerontologist*, 49(2), 236-247. https://doi.org/10.1093/geront/gnp023
- Carpenter, B. D., Zoller, S. M., Balsis, S., Otilingham, P. G., & Gatz, M. (2011). Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26(2), 121-126. https://doi.org/10.1177/1533317510394157
- Cheston, R., Hancock, J., & White, P. A. (2016). A cross-sectional investigation of public attitudes toward dementia in Bristol and south Gloucestershire using the approaches to dementia questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 28(10), 1717-1724. https://doi.org/10.1017/S1041610216000843
- Eiser, J. R., & van der Plicht, J. (1988). *Attitudes and decisions*. Routledge.
- Evans-Lacko, S., Bhatt, J., Comas-Herrera, A., Amico, F., Farina, N., Gaber, S., Knapp, M., Salcher-Konrad, M., Stevens, M., & Wilson, E. (2019). Attitudes to dementia survey results. In Alzheimer's Disease International (Ed.), *World Alzheimer report 2019: Attitudes to dementia* (pp. 21-87). Alzheimer's Disease International.
- Gauthier, S., Webster, C., Servaes, S., Morais, J., & Rosa-Neto, P. (2022). *World Alzheimer report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. Alzheimer's Disease International.
- Gerritsen, D. L., van Beek, A. P. A., & Woods, R. T. (2019). Relationship of care staff attitudes with social well-being and challenging behaviour of nursing home residents with dementia: A cross

- sectional study. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1517-1523. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506737>
- Keogh, B., Ting To, W., Daly, L., Hynes, G., Kennelly, S., Lawlor, B., Timmons, S., O'Reilly, S., Bracken-Scally, M., Ciblis, A., Cole, N., Drury, A., Pittalis, C., Kennelly, B., McCarron, M., & Brady, A. M. (2020). Acute hospital staff's attitudes towards dementia and perceived dementia knowledge: A cross-sectional survey in Ireland. *BMC Geriatrics*, 20(1), 376. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01783-6>
- Lintern, T. C. (2001). *Quality in dementia care: Evaluating staff attitudes and behaviour* [Unpublished doctoral dissertation]. Bangor University.
- Liu, H. Y., Tsai, W. C., Chiu, M. J., Tang, L. Y., Lee, H. J., Shyu, Y. L., & Wang, W. S. (2019). Relationships between cognitive dysfunction and health-related quality of life among older persons in Taiwan: A nationwide population-based survey. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(1), 41-48. <https://doi.org/10.1177/1533317518813548>
- McParland, P., Devine, P., Innes, A., & Gayle, V. (2012). Dementia knowledge and attitudes of the general public in Northern Ireland: An analysis of national survey data. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1600-1613. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000658>
- Naoum, S. G. (1998). *Dissertation research and writing for construction students*. Butterworth-Heinemann.
- Orpin, P., Stirling, C., Hetherington, S., & Robinson, A. (2014). Rural dementia carers: Formal and informal sources of support. *Aging and Society*, 34(2), 185-208. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000827>
- Perel-Levin, S. (2019). Stigma, dementia and age. In Alzheimer's Disease International (Ed.), *World Alzheimer report 2019: Attitudes to dementia* (pp. 90-91). Alzheimer's Disease International.
- Travers, C. M., Beattie, E., Martin-Khan, M., & Fielding, E. (2013). A survey of the Queensland healthcare workforce: Attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatrics*, 13, Article no. 101. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-101>
- Young, J., Orange, J. B., & Lind, C. (2019). What is stigma? In Alzheimer's Disease International (Ed.), *World Alzheimer report 2019: Attitudes to dementia* (pp. 17-20). Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>