

# 導讀

邱銘章 醫師

每年被診斷為失智症的人數越來越多，臨床證據也顯示早期的治療效果較佳。另一方面逐漸有一些證據顯示針對早期失智症患者的心理社會介入（psychosocial intervention）可以改善失智症患者的生活品質，減輕照護者的負擔，甚至延緩將來失智症患者入住長期照護機構的時機。

本書的目的並不在於提供有關失智症早期介入的完整資訊，它的定位並非一本教科書。因此失智症早期介入相關基礎理論的介紹和研究的討論，並非本書的範疇。相反的，本書著重在實務經驗的介紹，更特定的說，它是一本手冊，介紹以往在台灣失智症協會已經實施相當一段時間的早期、輕度失智症患者的介入團體—瑞智學堂的心得。當然我們也不會認為失智症早期介入模式非得是瑞智學堂不可，但是經由瑞智學堂的經驗可以讓打算從事早期失智症患者介入團體的個人或團體有個相當寶貴的參考經驗。也就是說本書讀者群定位在想要瞭解失智症早期介入團體實務面的專業人士和學生。

也因此本書的作者群的一大部分都是曾經參與發展、實現與經營瑞智學堂的專業人士，包括社工師、心理師、職能治療師、專業護理師、藝術治療師、音樂治療師以及醫師等等。他們除了有各自專業外，透過失智症早期介入團體的參與也累積了相當重要的本土經驗。

以一本注重實務經驗傳遞的手冊而言，本書的資料是相當豐富而且所涵蓋的範圍相當完整。除導讀外，本書共分為九章，有三大部分。第一部份為一到三章，提供讀者有關失智症相關的基本知識，如、臨床表現、評估篩檢方法與轉診就醫的常識。第二部分是第四和第九章，分別說明如何準備團體和結束團體。第三部份則在從五到八章，介紹個別的失智症早期的介入團體。

第一章從流行病學、臨床表現、病因來介紹失智症，提供了有關失智症的基本知識，相當深入淺出。另外本章也針對如何鑑別正常老化與病態的記憶功能缺失做了很具體的描述，可以做為篩檢早期失智症患者時的很實用的參考。第二章著力在失智症篩檢工具的介紹，關於簡短智能測驗與 AD-8 本章做了詳盡的講解，包括操作的實務以及指導語。目的在使進行失智篩檢的專業人員或志工可以很清楚的把握到這兩種篩檢工具的精神，正確的使用失智症篩檢工具。另外同時也介紹了知能篩檢測驗（CASI）和臨床失智評估量表（CDR），目的則在於讓讀者認識這兩種在臨床上常用的失智症評估工具，但不在於教導使用這兩種失智症評估工具。第三章的目的在讓協助轉診的工作人員認識記憶門診的作業流程（包括臨床診斷、實驗室檢查、健保專案藥物申請與各種證明書或診斷書開立等），以協助患者、家屬和醫療人員之間的溝通。進一步還論及失智症診斷告知時的注意事項。唯本章也一再強調，不同的門診可能因資源多寡或負責醫師的訓練背景與診

療習慣不同而使得記憶門診的作業流程有所差異。

第四章團體前的準備對於想要發展、經營失智症早期介入團體的機構或個人是非常重要的，畢竟只有充分的事前準備方能有成功的團體。本章從機構與組織的評估、地點與場所、人力與成員、教案與教材、經費與募款等等，揭開了在成立團體所可能要面臨的各種挑戰與需要預先思考的實務問題。同理，只有成功的結束才能將團體過程中所帶來種種美好的經驗與正向的改變，在畫下完美句點之後仍能持續下去。因此第九章介紹了如何運用結構性的討論與儀式來減低分離焦慮，如何利用成果的整理與展覽來強化團體學員甚至工作人員的成就感，本章也說明了團體結束之後追蹤與輔導工作的重要性。

第五章介紹的是頭腦體操班，其本質就是認知訓練班，只是前者的名稱比較為失智長輩所接受。本章詳細介紹了認知訓練班團體的具體目標、合適的收案對象、執行架構。同時強調帶領者需擁有不急著爭辯、糾正與總是維持正向態度的重要性。並且建議善於利用團體對於成員的支持力量來增加個別成員的參與。第六章的懷舊團體，除簡單介紹了懷舊團體的緣起、定義、功能外，在團體前的準備特別注意到團體成員文化背景的篩檢，因為基本上團體成員的背景越相近，懷舊團體的成效會越佳。此外懷舊環境的營造、懷舊引導物品的準備與懷舊主題的選擇也是本章介紹的特色與重點。第七章介紹的是藝術創作團體，本章以烹飪來比喻藝術團體的目標設定、選材與帶領過程的

安排，並且分項進行介紹。在媒材的運用與選擇、與主題的選擇上可見專業與巧思，是本章值得推薦之重點。而本章也同樣強調帶領者的態度要正向，能建立信任與安全感。引導的技巧則需靈活與個別化，同樣的也可以充分利用團體成員間的相互支持與鼓勵。第八章介紹的是音樂治療團體，由兩個實際案例切入，從而帶入音樂團體的可能內容。由於音樂團體的獨特性，必須充分瞭解成員個別的音樂背景，從音樂專業人員、業餘音樂好手到沒有音樂背景的音樂愛好者都能成為音樂團體的成員，而帶領者則須具備基礎以上的音樂能力。

總之，本書雖看不到艱深的理論探討或嚴謹的研究設計，但是對於想要成立失智症早期介入團體的機構或個人，本書提供了最寶貴的本土實務經驗，也提供了實際可行的案例、流程、甚至教材大綱，足以提供有心學習者一個很實用的範本與指引手冊。由此做為基礎再依照各地方、各團體的特色去作調整使他們的失智症早期介入團體達到效果的最佳化。

# 失智症早期介入策略

王培寧醫師

在全球都面臨老年化衝擊的二十一世紀，台灣當然也不例外。據統計台灣地區在 1993 年底的老年人口即已超過 7%，正式邁入聯合國定義的「老化社會 (aging society)」，預計在 2020 年我們的老年人口就會突破 14%，成為名符其實的「老年社會 (aged society)」。和其他主要先進國家相較起來，我國平均老年人口由 7% 倍增的時間，僅需將近 20 年，其高齡化速度僅次於日本，為世界第二位。

若以台灣失智症協會所做的盛行率調查報告來看，台灣的失智症人口在 65 歲以上老人的盛行率約為 4%，並且近 5 年來每年盛行率穩定地增加 0.1%，民國 90 年至 95 年台灣地區的失智人口增加了 24,352 人，平均每天社區中約增加 14 位失智老人。阿茲海默症是失智症中最常見的一種，而年齡是阿茲海默症最重要的一個危險因子，自 60 歲以上每增加 5 歲，罹病率即增加 1 倍。目前全台估計約有 14 萬失智症人口，在 20 年內隨著人口結構的老化，失智人口將會增加一倍。

雖然目前阿茲海默症 (Alzheimer's disease) 已有數種治療的藥物，這些藥物的功效主要只是症狀治療或減緩其臨床症狀的進展，但並無任何一種藥物可以完全治癒失智症或是阻止失智症病程的繼續惡化，所以我們對於失智症治療上的一大重點應該要放在早期發現和早期治療。若能在失智症的早期即開始予以治療，則病人的智能表現和生活功能停留在輕度失智症的時間就較久，如此一來不僅可減輕照護者的負擔，減少失智症照護醫療支出，同時也能增進失智症患者及家庭照護者的生活品質。

## 什麼是失智症

失智症並不是單純的正常的老化或是記憶力減退而已，失智症是一種以廣泛大腦功能喪失來表現的疾病，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。這些大腦功能的退化造成了日常生活功能逐漸減退，漸漸無法自我照顧自己獨立生活。很多家屬都以為人老了都會這樣，因而忽略了這些症狀的重要性，事實上長輩已經得到了失智症，應該要接受治療。

失智症的症狀，在初期時可能只是輕微的忘記，東西找不到或放錯地方，說話前後不太連貫，而且會重複某些字詞或動作等。逐漸地記憶力的減退越來越嚴重而影響其社交生活或工作能力，此時才被家屬、親友或同事所注意。漸漸地不僅無法工作，甚至自己的生活起居

都需要人照顧。失智症病人不僅認知功能受到影響，而且個性也可能會改變，一向慈祥的祖母開始猜忌，覺得家人要偷她的錢，把錢到處塞放，藏得自己也找不到了，又怪別人偷了她的錢，而鬧得全家不安寧。

失智症的症狀越來越嚴重時，方向感也會喪失。走出家門會迷路，甚至半夜起床去洗手間時，也會找不到廁所或無法回到自己的臥房。有時可能會有妄想或幻想，覺得有人要害他。更嚴重時，也會不認得親近的朋友和家人，會把女兒誤認為是妹妹，把兒子當成是弟弟，甚至也不知道自己是幾歲了。

### 造成失智症的原因

失智症是一個臨床症候群，造成失智症發生原因相當多。有些為退化性的病程，有些則需立即治療，一般可歸納出下列常見的原因(1)漸進型中樞神經之退化：例如阿茲海默症(Alzheimer's Disease)、路易氏體失智症(Dementia with Lewy bodies)、額顳葉型失智症(Frontotemporal Disease)、巴金森氏病(Parkinson's Disease)等。(2)腦血管疾病(血管性失智症或多發性腦梗塞失智症)(3)頭部外傷，例如慢性硬腦膜下血腫。(4)其他有一些較不常見的原因但經針對病因治療後，病人的症狀即可能有改善，如中樞神經系統感染、腦部腫瘤、新陳代謝及內分泌障礙(例如肝、腎功能不好合併腦病變、甲狀腺疾病、電解質不平衡、缺乏維他命、葉酸等)、正常腦壓性水腦症、中毒(如藥物、酒精、一氧化碳以及重金屬中毒之後遺症)等。

依據在台灣社區研究所做的調查，國內失智症的原因如同國外，最多為阿茲海默症，約佔了所有失智症的六成，而血管性失智症次之。當長輩出現智能減退的症狀時，第一步還是要先帶他們到醫院檢查，一方面檢查是否有除了退化之外的病因，立即治療以改善其智能，一方面也能瞭解長輩智能退化的嚴重度，應做如何的處置和治療。

### 失智症的十大警訊

為提高醫師和民眾對失智症早期症狀的認知和警覺性，以提高早期診斷失智症的機會，國際失智症協會提出了失智症十大警訊供大家參考，若是長輩出現了下列所列出十大警訊中不只一個的症狀時，就要趕快帶長輩至醫院就醫。

#### 1. 記憶衰退到影響日常生活

一般人偶爾忘記開會、朋友來電，但過一會兒或經提醒會再想起來。但失智症患者忘記的頻率比較高，而且即使經過提醒也無法想起。

#### 2. 無法勝任原本熟悉的事務

如英文老師不知「book」是什麼、自年輕就開車的司機伯伯現在經常走錯路、銀行行員數鈔票有困難、廚師不知如何炒菜等。

### 3. 說話表達出現問題

一般人偶爾會想不起某個字眼或詞不達意，失智症患者想不起來的機會更頻繁，甚至以替代方式說明簡單的辭彙，如以「送信的人」表示「郵差」、「用來寫字的（筆）」等。

### 4. 喪失對時間、地點的概念

一般人偶爾會忘記今天是幾日，在不熟的地方也可能會迷路。但失智患者會搞不清年月、白天或晚上，在自家周圍也會迷路，找不到回家的路。

### 5. 判斷力變差、警覺性降低

開車常撞車或出現驚險畫面，長輩的車常出現莫名其妙的撞痕、過馬路不看左右紅綠燈、借錢給陌生人。

### 6. 抽象思考出現困難

無法理解言談中抽象意涵，而有錯誤反應。如無法理解微波爐、遙控器、提款機等日常生活電器的操作說明。

### 7. 東西擺放錯亂

一般人偶爾會任意放置物品，但失智症患者更頻繁，或錯得非常離譜，如衣櫥裡放水果、被子裡放拖鞋等。

### 8. 行為與情緒出現改變

一般人都會有情緒的變化，失智患者的情緒轉變較快，一下子哭起來或生氣罵人，情緒的改變不一定有可理解的原因。也有可能出現異於平常的行為，如隨地吐痰、拿店中物品卻未給錢等。

### 9. 個性改變

一般人年紀大了，性格也會有少許改變，失智患者可能會更明顯，如疑心病重、口不擇言、過度外向、失去自我克制或沈默寡言。

### 10. 喪失活動及開創力

一般人偶爾會不想做家事、不想上班，但失智患者變得更被動，需要許多催促誘導才會參與事務。原本的興趣嗜好也不想去做了。

## 正常老化健忘和失智症的區別：

正常老化所造成的記憶力衰退和失智症的記憶力變差有程度和頻率上的差別。失智症患者在日常生活中發生忘記一些事物的頻率較高也較嚴重，經過旁人提醒也只能想起小部分，甚至毫無印象。而且失智症患者其記憶力會明顯地愈來愈壞，其他的大腦功能也會逐漸受到影響。

## 抱怨記憶力衰退，失智症的前兆？

伴隨年齡增加而發生的記憶力減退，在老年人是常有的，記憶力衰退影響到日常生活功能，往往是患者前來就醫或是被家人送醫

的主要原因。究竟自己抱怨記憶力減退的老年人是否真的是記憶力較差，或是比較容易得到老年失智症呢？目前尚未有定論。有些研究發現有抱怨記憶力衰退者，在記憶力測驗上的表現上較沒有抱怨者來的差。但另有研究顯示記憶力衰退的抱怨，主要與個人憂鬱程度及人格特質有關。近年來的研究較偏向於自己開始發覺有記憶力減退的人，大部分還是真的有記憶力的問題，需要檢查做長期追蹤。尤其最近幾年對於失智症的早期診斷愈來愈強調每個人的差異性，若是一個人的記憶力或智能表現確實比他自己過去的表現差，那麼即使他在測驗上的分數還在正常範圍內，仍是有可能已進入失智症早期的階段。

台北榮民總醫院神經醫學中心一般神經內科曾分別以社區老人及門診就醫患者為對象，施以客觀的認知測驗，探討記憶力衰退的抱怨與實際記憶力表現的相關性。在金門社區研究結果顯示，有主觀記憶力抱怨的受訪者在測驗上的表現確實較無抱怨者來的差，有的記憶力抱怨者不只在與記憶力有關的測驗上分數較差，與其他的認知功能，如注意力、定向感、語文能力，及思緒流暢度等表現均較差。但在門診的研究中則發現，診斷為正常的就醫者，實際測驗上的認知能力表現，並沒有因為是否有記憶力衰退的抱怨而有差異。但儘管如此，相較於正常者，在疑似失智症者或失智症患者中，有主觀記憶衰退抱怨比例佔多數。這反映出主觀記憶力衰退抱怨具有臨床上的意義。尤其是當家屬也認為就醫者有記憶力問題時，就醫者被診斷出失智症的機會顯著的增大。此外若是有主觀記憶力衰退抱怨再加上記憶力測試結果，也確實比同年齡同教育程度的正常人差時，其轉變為失智症病人的機率仍較一般人要高。所以記憶力衰退的抱怨是值得家屬重視的徵兆，應帶患者就醫並作進一步的檢查，以便儘早診察是否有早期的老年失智症，並給予合適的治療。

### 輕度知能障礙

輕度知能障礙是位在正常老化和失智症中間的灰色地帶。這類病人已開始出現知能退化的現象，但尚未嚴重到失智症的程度。目前輕度知能障礙的診斷標準為自己或是家人發現病人有知能減退的現象，經檢查發現在知能測試（記憶力、語言、執行能力、空間辨識能力等）之其中一項或是多項的表現較同年齡和同教育程度者差。大致上來說患者一般日常生活功能正常，但處理較複雜的事務可能開始出現能力上的退化，但又還未達到失智症的診斷標準。

這群病人是會得到失智症的高危險群。台北榮總在過去幾年針對以記憶力退化為主要症狀的輕度知能障礙病患的研究結果和國外的研究報告類似，這群病患每年約有 18—20% 的人會變成阿茲海默症的患者，而正常 65 歲以上的老年人每年得到失智症的機率只有 2—3%，所以當長輩開始出現記憶力或是一些智能減退的症狀時，不要認

為症狀還輕微而忽視它，如果覺得出現記憶力減退的症狀最好還是先接受完整的評估，以判斷記憶力或智能減退的程度，並評估是否有可控制的危險因子如高血壓、糖尿病、憂鬱症或改變生活型態以減緩症狀惡化的速度。同時要接受定期之檢查治療，以及早發現知能退化或進展成為失智症的時機，以利及早開始治療。

### 輕度失智症

到了診斷輕度失智症時，病人就並非只有記憶力或是一種知能表現不好了，病人會開始出現除了記憶力之外另一項知能（如語言、執行能力、空間辨識能力等）的退化，同這些知能的退化確實對日常生活造成了影響。但其實初期失智症的症狀不如一般人想像的嚴重，大家只要想想美國的雷根總統在總統任期的後段就已經開始出現輕度失智症的症狀，就可知道輕度失智症的病人並不是所有事情都想不起來也不會做，輕度失智症的病患通常還能保有一部分的社交能力和生活功能。但也就因為症狀上並不是如大家所想像的嚴重，失智症早期的一些症狀經常會被人疏忽，甚至將一些臨床表現誤解是年紀大或只是正常老化的現象。病患早期的記憶力不好是以短期記憶力的減退為主，對最近發生的事尤其容易忘記，但因為輕度失智症患者仍保有長期記憶，家屬因覺得長輩連二、三十年前的事情都還記得，所以忽略長輩對近期事物的記憶力衰退。同時由於在輕度失智症的時期，短期記憶的衰退程度並非嚴重到所有事物都記不起來，而使家屬誤會長輩是因為一些個人因素而出現選擇性記憶，並非真的有問題，而錯失了早期治療的機會。

除了記憶力之外，病人對時間開始產生混淆，弄不清楚今天幾月幾日，或記不清事情發生的先後順序。方向感開始變差，在較不常去的地方容易迷路。語言表達出現困難，如講話停頓想不起來要講什麼，或是想要講一個物品卻想不起來物品的名稱。也開始出現判斷力的問題，對事情難以下決定，無法處理複雜的事情。對事情缺乏主動性及失去動機，對於日常生活嗜好及活動出現興趣缺缺的情形，較不愛出門。也有人出現個性改變，原來脾氣很好的人，變得急躁愛發脾氣。有些患者變得多疑，懷疑東西被偷或有人想害他。

失智症已經不是無藥可醫的疾病，雖然無法被治癒，但卻可延緩病人知能退化的速度。目前台灣已有四種藥物被核定可治療阿茲海默症，其治療的範圍包括輕至重度的阿茲海默症。但以治療的效果而言，輕度病人的治療效果比重度病人要好，而且愈早開始治療，其智能表現能夠維持在輕到中度的時間也愈長。

除了藥物治療之外，還有非藥物的治療，一些訓練課程和活動也對失智症病人有幫助，如認知訓練、音樂或美術課程，以及肢體上的活動都可以增進大腦的活動，對病患有所幫助。

整體來說，熟悉失智症的病程，在有輕微症狀時就到醫院接受檢

查和追蹤，若診斷有輕度失智症就及早接受藥物治療和非藥物的訓練活動，瞭解照護的技巧，定能幫忙病人減緩病程發展，也能減輕家屬照護的負擔，減少家庭和社會成本，以增進病人和家屬的生活品質。

# 失智症篩檢工具

林克能 臨床心理師

自從阿茲海默醫生發表第一個失智症病例，至今已超過一百年。病理研究顯示，失智症患者的大腦組織有類澱粉斑與神經纖維叢的出現與堆積，但是目前對失智症的診斷，尚未有具體的生物標記 (bio-marker)，可作為患者臨床醫療上的依據。根據美國阿茲海默症協會 (Alzheimer's Association) 網站上的資訊顯示，阿茲海默症患者在被診斷的20年前，就有大腦的變化出現。但是這些大腦結構變化，並沒有立即導致一個人記憶力或其他認知功能缺損，或造成個人工作、日常與社會生活功能上的困擾，因此也就不會就醫求診。尤其是在疾病初期的階段，腦部影像學的檢查結果，與一個人生活與社會功能表現間相關程度不大，並不是有腦部結構上的變化，就一定是失智症。但是到底要到那種程度的結構改變，才會造成日常生活與社會功能上的缺損，也就是失智症的出現，目前仍沒有定論。

目前臨床上對於失智症的診斷，主要是根據美國精神醫學會 (American Psychiatric Association) 所制定的診斷準則 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition; DSM-IV)。除了記憶力功能的缺損外，還至少包括有語言表達與理解、對熟悉人事物的辨識、物品操作與動作表現、與執行規劃功能等一項或以上的認知缺損。當上述的功能缺損，足以影響其日常生活或職場的表現，與其先前的能力比較有確實的減退，且患者不是處在瞻妄的狀態，可以診斷為失智症。現行失智症的診斷準則中，主要是以患者目前的認知表現，與其對日常生活與社會功能的影響程度為依據。因此在對失智者的診斷評估與早期失智篩檢上，目前仍然是需要利用認知神經心理的評估，透過受試者在對一些標準化問題所作出的反應，同時藉由家屬或主要照顧者，提供有關受試者過去與現在日常與社會功能資訊，由醫療專業人員評估並作為失智症診斷的依據。

由於失智症的疾病過程可以延續十幾年，由輕度到中度到重度的退化，持續緩慢進行。目前尚無治癒失智症的藥物，現階段的治療藥物，主要是針對症狀的減緩，讓退化的速度變慢下來。目前醫學研究的結果顯示，早期診斷、早期治療是對失智症治療的最佳策略，因此在針對老年族群，失智症的早期篩檢是很重要，有助於對失智症的治療與預防，延長患者較佳的生活品質。但基於成本與可行性的考量，早期的失智篩檢評估應該是能夠簡單、迅速的把有可能的危險族群找出來，再透過轉介來作進一步的檢查與診斷。

若經過篩檢後，評估者對於通過篩檢考驗的受試者，其功能狀況仍屬正常，並不需要作進一步的轉介時，評估者應該要提供受試者或其家屬有關老化的諮詢，協助年長者對於因年齡增加而造成認知功能改變，有正確的認識與瞭解。並提供相關資訊供年長者作參考，協助建立更積極與健康的生活型態，以便預約一個沒有失智症的未來，達到預防醫學的目標。

## 失智症篩檢工具

目前常被用於老化過程認知功能篩檢的工具，主要有下列兩種：

### 一、簡短智能測驗 (Mini-Mental State Examination; MMSE)

1975年Folstein等人提出Mini-Mental State Examination (MMSE)，用於對認知功能作評估。MMSE是針對時間與地方定向、注意力與算術、立即記憶與短期記憶、語言（讀、寫、命名、理解等）、視覺繪圖等能力作評估。總共十一個問題，施測只需5到10分鐘。最高得分30分，得分越高，表示能力越好。在臨床及流行病學研究上，長期以來MMSE是最被廣泛使用於對老年人認知評估的工具。台北榮總的郭乃文臨床心理師與劉秀枝醫師翻譯、修訂MMSE成為“簡短智能測驗”，應用於失智症流行病學研究與臨床評估，是國內第一個正式的失智症評估工具（見 附錄一）。

MMSE可作為醫療專業人員對於受試者目前的認知功能判斷上的重要依據，但並不是失智症的診斷工具。MMSE的測試表現，受試者本身的教育程度及年齡的影響。MMSE研究文獻建議，使用23/24分數作為認知功能異常篩檢的標準，但也有相關文獻指出，在區辨認知“正常者”與“缺損者”使用時，MMSE並沒有全世界一致公認的界斷標準 (cutoff score)。在國內，對於“沒受教育者”與“有受教育者”，郭乃文等人建議使用不同的界斷分數（總分30分的版本：14/15 vs. 23/24）。

MMSE是目前健保局在審查阿茲海默症用藥給付時的重要依據，阿茲海默症患者的MMSE分數要介於10~26分，健保局才會給付用藥。每次核准六個月，到期時需再接受MMSE評估，送健保局申請續用。若MMSE分數退步超過2分，則健保局不再給付用藥或改用中、重度患者用藥。目前國內許多醫院的神經內科與精神科，都有提供此項檢查。

雖然國內的許多醫院有MMSE檢查，但並沒有一致公認的制式版本。MMSE的題目大多是很具體清楚的，翻譯後不會有太大的問題。只有

少數題目在翻譯使用上，需要稍加思考與討論。在中文版MMSE的施測，主試者要特別注意下列事項：

### 1. 用受試者慣用的語言施測與重聽問題

許多年長者沒有機會受教育或是只受日本教育，在評估時為了要能夠呈現受試者的最佳能力，建議使用受試者所熟悉的語言施測。許多長者很客氣，牽就主試者用國語對談，如果主試者擔心長者的反應可能有受到影響時，最好能夠請家屬幫忙作翻譯。對於有聽力退化問題的長者，主試者有必要加大音量，確保長者聽到問題而來作反應，如果對有受過教育的識字者，可以用字卡輔助。但是如果極度重聽且不識字或視力有問題無法看字者，要針對受試者的認知功能作測試是不可行的。

### 2. 特殊題目施測的方式

大多數MMSE的題目可以重複敘述，譬如說：“請問今天是幾月幾日？”如果受試者沒有注意聽或是重聽沒聽清楚，主試者都可以再把題目唸一遍，直到受試者聽清楚為止，或是用字卡給受試者看。但是下列的題目，在施測時只能敘述一次，不能再重述，受試者第一時間的回答就是評分的根據了。因此在測驗時要先給受試者指導語，確定受試者瞭解他所要作的反應後，才能說出題目，此類題目包括：

- (1) 訊息登錄的三個物品，要先告訴受試者說：“現在我要說三個東西，請你注意聽並請你把這三個東西重述一遍。”若主試者覺得受試者尚未瞭解或還沒搞清楚要作什麼時，主試者要把上述的指導語再說一遍，或稍作調整再敘述一遍。當主試者說出三樣東西後，如果受試者說：“你說什麼？請你再說一遍。”主試者也只能回答說：“很抱歉我不能再說一遍，你認為你聽到什麼，你就照講一遍。”並根據此時受試者的答覆計分。
- (2) 在重述一句話的施測時，也是先把指導語向受試者說明，確定受試者知道接下來要作什麼後，主試者再把這一句話說出。如果受試者問說：“你說什麼？請你再說一遍。”主試者也只能回答說：“很抱歉我不能再說一遍，你認為你聽到什麼，你就照講一遍”，不能夠再重述這一句話，並根據此時受試者的答覆計分。
- (3) 在三個指令動作時，主試者要先把指導語“我現在要請你作三個動作，等我全部說完之後，你才開始作”說出，並確定受試者知道接下來要作什麼後，才開始把三個指令“請用你的左手來拿這一張紙，將它對折一半，然後交還給我”說出來。只要開始說出指令，不管中間受試者插嘴或詢問，主試者都只能不

理睬，繼續把三個指令說完，然後說：“抱歉我不能再說一遍，你記得你聽到什麼，就按照你所聽到的指令作動作。”即使受試者作出部分動作，主試者也不能夠給予任何提示或幫忙，並根據此時受試者的表現計分。

### 3. 用來作為短期回憶的三個物品或東西

三個物品或東西的選擇，建議不要是同一類或是太近似的，譬如說用“鼻子”、“眼睛”、“嘴巴”，這樣的難度就較低了。郭乃文等人的版本使用“眼鏡”、“紅色”、“誠實”，三個東西是分別來自不同類別，且具體－抽象的程度不同，受試者不會只想到其中的一個，另外兩個很快的就被聯想到。臨床上使用，只要能掌握這個要領，並不是要大家都使用同樣的三個東西。訊息登錄時，是以受試者第一次的回答來記分。如果受試者不是一次就把三個物品都說出，則主試者要再重覆教受試者，直到受試者可以一次把三樣東西說出，並把練習的次數記錄在測驗紙上。因為在呈現三個東西的訊息登錄之後，間隔一些時間後才作三個物品的短期回憶，此時不要提醒受試者，稍後要他再回憶這三樣東西。三樣東西的重述或回憶，不需要依照主試者呈現的順序。

### 4. 100減7系列的施測方式

此題是要受試者由100減去7，連續減5次。原版並沒有詳細說明施測的方式，因此在操作時會碰到下列問題，影響題目的難易程度，造成受試者的得分不同：

- (1) 是否要用“100減去7”還是“100元用掉7塊錢”並沒有一致的規定，但是對於沒有受教育的受試者而言，“100元用掉7塊錢”可能較容易理解，回應時較“100減去7”來得容易。建議主試者對同一個受試者施測時，採用同一個施測方式。
- (2) 如果測驗的目的是算術能力與注意力，則不能提醒受試者是“多少減去7”，主試者只能說“再減7”、“再減7”…。如果施測的方式是用“100減7等於？”、“93減7等於？”、“86減7等於？”…。這種施測只是測量算術能力，沒有測量注意力的部分。
- (3) 如果受試者忘記是多少減7時，主試者是否可以告知是多少減7？這也要與前面所說的測驗目的一併思考。如果只是測量計算能力，告知多少減去7，應該是可以的。但如果是測量計算能力與注意力，需要被告知是多少減7時，多少反應出受試者注意力的程度。由於原文版對於這些部分沒有明白規定，目前國內使用也沒有一致的規定，施測者應該要有所考量，以便讓MMSE的施測上更有規則可循。

### 5. 對於重述一句話的施測，該選用那一句話

英文版中是要求受試者重述一些字所組成沒有意義的句子：“No ifs, and, or buts”，請受試者就他所聽見的話重述一遍。中文版郭乃文等人建議使用“沒來有往不自在”（國語）或“沒去有來真趣味”（台語），也是採用一句不是大家耳熟能詳的句子，請受試者聽到什麼就重述什麼，即使不瞭解句子的意思也無所謂。不要選擇一句大家熟悉的句子，如“今天天氣很好”或“我想要回家”等來作重述。

### 6. 物品命名的兩樣東西

基本上只要是受試者生活經驗中，有機會接觸的東西都可以，避免選用太不常見的物品。建議主試者能夠用檢查室中已有的常見物品，如茶杯、手錶、鉛筆、眼鏡…等，來給受試者命名。

### 7. 主試者應該實際記錄受試者的答案

在施測過程中，主試者應該實際記錄受試者的答案，如受試者說“12月10日”，主試者就在記錄紙上記下“12月10日”，而不要只是在\_\_月\_\_日的空格上，答對時打勾或打圈，答錯時打叉，說不定受試者是回答農曆的。如果主試者的記錄是把答案抄錄在記錄紙上，稍後在核對時能夠有更明確的對錯根據，否則就無從核對起。而且受試者的答案的錯誤程度，也可以做作為判斷其退化的程度，譬如說明明是大熱天，受試者卻回答說是寒冬的月份。唯一的例外是在作訊息登錄，避免受試者在稍後的回憶時，看到影響表現，建議依三個物品或東西呈現次序，在記錄紙上的空格打勾或打叉。

MMSE的施測容易，測驗表格簡單，沒有複雜的測驗器材，甚至於臨時以A4空白紙製作也可行。僅需要5~10分鐘就可以完成，在流行病學研究與家庭訪視，都是適當的首選測驗。研究人員只要接受過MMSE的施測訓練，並稍加演練，應該能夠合理正確的操作，可作為老年人早期認知功能篩檢與失智症評估的重要工具。

除了標準化的測驗，如同MMSE等之外，前面提到失智症的診斷，對受試者過去與現在日常生活與社會功能的掌握狀況。為了要達到此一目的，在失智症認知功能的評估過程中，評估者需要與受試者的家屬或是主要照顧者晤談，瞭解受試者過去與現在日常生活與社會功能的相關狀況。透過對家屬或主要照顧者半結構式的晤談，評估者整合收集到的訊息，加上受試者在測驗上的表現，再作出最後的評估判斷。

## 二、AD-8 極早期失智症篩檢量表

極早期失智症篩檢量表 (AD-8) (附錄二)，是由美國密蘇里州華盛頓大學 (Washington University)，阿茲海默症中心的 Galvin, Morris 等學者，於2005年所提出的家屬自填式問卷。此量表對於家屬所提供有關受評者認知功能改變，最初期的徵兆有敏感度，能夠有效的區分失智者與非失智者。中文版由高雄醫學大學神經內科的楊淵韓醫師與劉景寬教授翻譯使用。

在AD-8發展的過程中，最初題目是選自 (1) 文獻回顧、(2) 半結構式家屬晤談的經驗、(3) 四位失智症專家 (一位神經科醫師、一位臨床心理師、兩位經驗豐富的護理師) 的共識意見、及 (4) 社區年長者電話訪談調查等，所彙整出55題的問卷。這份問卷被使用於290位作年度評估的研究參加者的家屬。根據其中55歲及以上且有接受 CDR (Clinical Dementia Rating; 臨床失智評估量表) 的參加者，在評估上利用統計分析找出其中八個題目，組成一份具備有最佳預測效度的AD-8量表。雖然只有8個問題，但是此一量表與常用於評估失智症的黃金準則CDR及認知功能測驗 (如MMSE)，有很高的相關性，是一個使用方便、操作簡單、無危險性、社會接受度高、費用便宜、且具有不錯敏感度、可信度、與鑑別度的篩檢工具。

AD-8是由家屬填寫，只需不到3分鐘的時間就能完成。針對量表所列的8個問題，是否受評者在過去的幾年時間 (沒有限制多久的時間)，因為認知功能 (像思考與記憶) 的問題，而導致改變。若受評者在過去幾年中，有因為認知功能的問題而造成變化，則在“是，有改變”的格子中打勾，若沒有因為認知問題而造成變化，則在“不是，沒有改變”的格子中打勾。如果受訪家屬無法判斷時，則在“不知道”的格子中打勾。AD-8的計分是以在“是，有改變”的格子中打勾的次數計分。最高得分是8分，分數的範圍是0~8分。若是由受評者自己回答時，只要針對8個問題回答是否其能力有變化，勿須考慮或說明造成改變的原因。根據AD-8發展與信效度建立過程中，995位受評族群的研究結果建議：如果得分是0~1分，表示受評者目前的認知狀況是屬正常；如果得分是2分或以上，表示受評者有認知功能缺損的可能，應該要再轉介安排更完整的認知評估。

像AD-8這樣的篩檢工具，單獨使用並不足夠對失智症有診斷的功能，如果同時配合一個客觀的認知測驗 (像MMSE) 使用，能夠提升在失智症篩檢上的效用。即使受訪者在AD-8的得分小於2分，也不能保證就一定沒有認知功能的問題，對於非常早期的認知功能退化，是不能完全排除。

上述兩項失智症篩檢量表的結合，使用簡便、操作容易、評估時間不長、費用便宜、且具備不錯的篩檢效用，只要經過適當的訓練，主試者就能夠正確的操作，是一套具有相當利用價值的早期篩檢工具。經過上述篩檢後，可能被認為有認知功能退化跡象的受試者經過轉介，或是由門診醫師初步問診後，懷疑有失智症的患者，會接受進一步更詳細的認知功能評估，以便確定是否有失智症。

臨床上，常會使用下列兩種工具，提供醫師有關受試者更詳細的認知功能與日常生活及社會功能的評估，作為失智症診斷上的重要依據。簡單介紹這兩種量表：

### 一、知能篩檢測驗 (Cognitive Abilities Screening Instrument; CASI)

在1990年代初期，國內的台大、高醫、台北榮總三個機構，共同參加國科會的一個跨國際研究計畫，與美國西雅圖華盛頓大學、夏威夷大學、日本的大阪大學等，探討美、日、台三國的老年人認知功能的變化，在夏威夷的檀香山舉行了認知功能評估工具的研討會。在美國南加州大學醫學院神經科，李眉教授的指導下，將Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI) 翻譯並修訂為中文版的“知能篩檢測驗”(CASI C-2.0)，並廣泛使用於失智症的臨床與研究上。

CASI有二十個項目，施測時間約需20~30分鐘。總分100分，可以計算出下列9個認知向度 (cognitive domain) 的分數 (括號為向度縮寫與最高得分)：

長期記憶 (LTM) (10)	近期記憶 (STM) (12)
注意力 (ATTEN) (8)	集中與心算力 (MENMA) (10)
時空定向力 (ORIEN) (18)	抽象與判斷 (ABSTR) (12)
語言能力 (LANG) (10)	空間概念與構圖 (DRAW) (10)
思緒流暢度 (ANML) (10)	

除了可得到各項目、各認知向度、和總計的得分外，也可推估出MMSE的大致分數。CASI較MMSE所測量的認知功能更為廣泛外，對於失智症患者初期，最容易出現異常的近期記憶力與時空定向力，把分數的範圍擴大，以方便對失智症患者嚴重程度改變時，相關認知功能變化的長期追蹤。

為了避免像MMSE欠缺明確的施測指導語，缺乏標準化的施測，

CASI有很詳細的測驗手冊，其中明確的規定各個題目施測與計分的方式。主試者在使用CASI前，必須先仔細閱讀測驗手冊，確實熟悉測試的程序和計分準則，以減少施測作業上的錯誤發生。因為CASI中的許多測驗題目與MMSE相近似，上面提到MMSE施測的重要事項，也都可以應用在CASI的施測上。如果測試時有狀況，可能會影響到受試者的正常表現，則應該把情況記錄在測驗記錄紙上，並標示出效度分數，供作測試結果解釋上的參考。

CASI與MMSE的分數表現一樣，都會受到教育程度與年齡的影響。由於國外有關研究，受試者的教育程度皆為6年以上，屬於“會讀會寫”、“有教育”的族群。所得CASI總分或九個功能向度的分數，用於國內老年族群時，因為“沒受教育”或“部分教育”的受試者比例不少，在對老年族群的認知評估上，國外CASI分數常模資料的參考價值不高。建議在使用CASI時，參考界斷分數如下：沒有受教育者（教育年數=0，無法讀寫）49/50；部分教育者（教育年數=1~5，部分讀寫）67/68；有教育者（教育年數≥6，會讀會寫）79/80。

## 二、臨床失智評估量表 (Clinical Dementia Rating Scale; CDR)

Clinical Dementia Rating (CDR) 是由美國密蘇里州華盛頓大學 (Washington University) 的Hughes等人所提出，用來對阿茲海默症患者，日常生活與認知功能作整體性評估的量表，是評估失智症嚴重程度的主要工具。根據臨床觀察，失智症患者隨著病程變化，某些特定日常生活功能會先出現障礙，當病程逐漸嚴重時，其他不同日常生活障礙也陸續出現。藉由區分患者日常生活與認知功能障礙的程度，作為判定阿茲海默症嚴重程度的依據。台北榮總神經醫學中心，根據Hughes等人所提出的CDR，並參考失智症病程變化，導致認知與日常生活功能退化的狀況，修訂出中文版的「臨床失智評量表」。

CDR包含有6個功能項目：記憶、定向力、判斷與解決問題、社區事務、家居與嗜好、個人照料。對上述的6個功能項目，分為0~3的5個不同功能程度：0代表健康 (Health)；0.5代表疑似或輕微障礙 (Questionable)；1代表輕度障礙 (Mild)；2代表中度障礙 (Moderate)；3代表重度障礙 (Severe)。

CDR是一個半結構性晤談的評估，主要包括兩個部份：

### 一、受試者部份 —

針對各種認知功能範圍，包括有注意力、長期記憶、近期記憶、時空定向力、語言、抽象與判斷等作評估，需時約15~20分鐘；

### 二、家人部份 —

詢問患者家人或主要照顧者，就受試者在日常生活上，是否有出現與記憶力有關的問題或困擾。CDR依記憶、定向力、判斷與解決問題、社區事務、家居與嗜好、個人照料、個性與問題行為、語文能力等方面，列出一些日常生活可能出現的狀況。由主試者逐一唸出，請家人或照顧者，評斷患者是否有此問題。若有，則要請家人告知這些症狀什麼時候開始顯露出來？症狀發生的速度多快？症狀進展情況如何？…等，並詳細記錄在表格上，作為判斷患者病程變化的參考。此一部分需時約30~40分鐘。

評估者根據患者目前的表現，並參考家屬提供患者目前在上述六個功能項目的情況，圈選出其功能障礙的程度。以“記憶”為主要項目分數，“定向力”、“判斷與解決問題”、“社區事務”、“家居與嗜好”、與“個人照料”為次要項目分數，再根據CDR分數判斷規則，歸納得到最後的CDR分數。其中CDR = 0 代表正常或無失智；CDR = 0.5 代表疑似或輕微 (Questionable) 失智；CDR = 1 代表輕度 (Mild) 失智；CDR = 2 代表中度 (Moderate) 失智；CDR = 3 代表重度 (Severe) 失智。另外對於較嚴重的失智症患者，已經無法作有意義的溝通或接受指示作動作時有：CDR = 4 代表 極重度 (Profound) 失智 (患者呈現說話無法理解或不相關，無法理解或遵照簡單指示；偶而認得配偶或照顧者；吃飯只會用手指頭，不太會用餐具且需要人幫忙；大小便經常失禁；部份時間無法行動，在扶助下可走幾步，甚少外出；常有無目的動作)；CDR = 5 代表 末期 (Terminal) 失智 (患者呈現說話無法理解或沒有反應；無法辨識家人；需人餵食，可能會有吞嚥困難而需使用鼻管餵食；大小便失禁；臥床，無法坐立、站立，肢體萎縮)。

失智症是屬於衛生署所公佈的重大傷病之一，患者可申請殘障手冊，醫師可以根據「臨床失智評量表」所得到的CDR分數，作為阿茲海默症患者身心障礙等級分類的依據。失智症患者經醫師評估認為需人長期照護者，並出具「雇主申請聘僱家庭外籍監護工專用診斷證明書」，患者家人可以向勞委會提出外籍監護工的申請。內政部社會司對失智症患者，規劃了居家服務、社區服務、機構服務、與家庭照顧者支持性服務等照護措施。隨CDR分數不同的輕、中、重度失智者，政府補助的程度也不一樣。

# 失智症門診轉介指南

邱銘章醫師

本文目的在提供失智症早期介入的工作人員協助轉診就醫時，面對患者與家屬解釋轉診過程的參考。但因各地門診情況與醫療資源不盡相同，仍須依照當地實際狀況進行調整，減少因解釋的落差而產生誤會而造成患者、家屬、醫護人員的困擾。

## 記憶門診或失智症特別門診的轉診

初步懷疑長者有認知、社會、生活功能障礙、精神行為症狀或個性改變時，需進一步轉診至適當門診檢查確定是否有失智症。轉診至記憶門診或失智特別門診時如果能事先填寫好轉介單，可以提供門診醫師有關長者的基本資料而提昇轉診效能（內容見附錄一：轉介單）。

目前在台灣的神經科與精神科專科醫師的訓練都涵蓋有診斷失智症的臨床基本能力。但要確立失智症的診斷以及接受後續較完整的治療與處置（如開立重大傷病卡，身心障礙手冊、外籍看護工診斷書，健保專案藥物的申請），疾病診斷的初期至設有記憶門診或失智症特別門診的醫療院所仍然是比較方便。然而目前在台灣此類門診的設置仍是不夠普遍，故需要透過協會資訊系統取得有哪些醫療院所設有相關功能之特別門診或哪些醫師具有診斷與處理失智症相關問題之能力與意願（見附錄二列表：失智症診療之醫療院所與醫師）。

通常具有診斷與處理失智症相關問題的門診，包括醫師具有神經內科或精神科專科醫師資格且該醫療院所能進行神經心理功能的測試（最好有臨床心理師編制）。由於退化性失智症（如、最常見的阿茲海默症）的診斷需排除其他可以治療或可以控制的失智病因，因此相關醫療院所也需要有能力可以進行基本的實驗室與神經影像學檢查。

至於在完成診斷及相關社會福利資源與藥物申請後，理想上還是回到原來的社區醫療單位，由熟悉患者的醫師來協助照料。但目前在地區醫療對於失智症醫療照護與用藥尚未熟練的情況下，建立雙向轉診機制以及瞭解社區中有哪些醫師具有照顧失智症患者的意願與準備仍屬必要之功課。

## 診斷過程及檢查

初診時（有時在轉到記憶門診時才進行相關的檢查）通常會詢問詳細病史，現病歷包括是以記性不好、經常找不到東西、迷路或多疑易怒

為初始症狀；包括多久以前發病，發病模式為逐漸發生或急速發生，是呈現逐漸惡化或起伏變化的病程；是否併發其他精神行為症狀，如、幻覺、妄想、語言暴力、睡眠障礙等；以及目前合併之身體系統疾病與經常服用之藥物。過去病歷則包括家族史（一等親或直系親屬有無失智症或腦中風）、是否有高血壓、糖尿病、高膽固醇、心臟病、腦中風、頭部外傷等的相關的失智症危險因子；發病前的認知與社會功能（母語、教育程度、退休前之主要職業）；目前與誰同住、主要照護者或可能的主要照護者是誰，家庭內部照護資源的狀況等等。

接著進行身體理學與神經學檢查，身體理學檢查的主要目的在尋找是否存在增加失智症發病機會的相關疾病。如、心律不整、心雜音、頸動脈雜音、周邊動脈硬化等心血管病變病徵；以及可能會引起或加重失智的相關身體狀況，如視力不良、重聽、甲狀腺功能低下、貧血、肺炎、發燒、脫水、肝、腎、心臟功能衰竭等。神經學檢查的目的則在發現其他合併失智症狀與椎體外運動系統或自主神經系統功能障礙之相關神經疾患。如腦室積水、巴金森氏病失智症、皮質基底核退化症、進行性核上麻痺症、維生素 B12 或葉酸缺乏所引起之亞急性合併退化症（subacute combined degeneration）、多重系統退化症，以及可能造成各種局部神經病徵的腦血管病變。其中與失智症照護和預後相關性最高的吞嚥困難、步履障礙更是神經學檢查注意之重點。

在記憶門診的醫師也會針對認知功能進行臨床檢查，有時也會有心理師協助檢查。在門診中受限於時間與人力，通常實施的項目為簡短智能測驗（mini mental state examination, MMSE）或知能篩檢工具（cognitive assessment screening instrument, CASI），有時也會進行對失智症的精神行為症狀以阿茲海默症病理行為量表（behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale, BEHAVE-AD）或神經精神問卷（neuropsychiatry Inventory, scale, NPI），整體功能則以臨床失智評估量表（clinical dementia rating, CDR）進行評估。臨床失智評估量表為目前開立申請外籍看護工診斷書所必需，也可作為身心障礙鑑定的參考。

對於需要較長檢查時間的項目會再另約時間至臨床心理檢查室由心理師進行詳細檢查。包括智商（IQ）、記憶力、執行功能、空間、語言、情緒等的全套評估。通常在非典型失智症面臨診斷分類困難、高教育組、輕度智能障礙、輕度失智患者才有實施的必要與配合檢查的可能性。

為了排除其他可以治療或可以控制的失智病因，在記憶門診通常還會為患者安排如、頭部電腦斷層（CT）或腦部磁振造影（MRI）的神經影像學檢查用來排除，如腦瘤、腦中風、水腦症、硬腦膜下血腫等結構性病變，並提供局部腦萎縮的所謂局部失智症，如、額顳葉型失智症等的診斷參考。至於進一步的核子醫學影像，如單光子射出斷

層攝影 (SPECT) 與正子射出斷層攝影 (PET)，臨床上只有在結構性影像無法提供足夠資訊，需功能性影像提供進一步鑑別診斷的參考時才會安排實施。

在基本實驗室檢驗方面，包括有全血球計數 (CBC)，肝、腎功能，維生素 B12、葉酸，甲狀腺功能、梅毒血清試驗。在血管性失智症患者則需進一步查驗血管危險因子，如、血糖，血脂肪、膽固醇、心電圖、頸動脈超音波等。在梅毒血清試驗陽性反應的患者需進一步排除神經性梅毒或懷疑失智與中樞神經系統感染有關者，例如、腦炎，腦膜炎，才會實施腦脊髓液的化驗檢查。有些院所提供基因檢測，如、E4 載脂蛋白基因 (APOE  $\epsilon$  4) 和其他家族性的失智症基因檢測，除非有該院所剛好有研究計畫正在進行，否則基因檢測項目除需徵得患者與家屬同意尚須自行負擔費用送檢。一般而言基因篩檢除患者、家屬同意外，最好基因檢測的醫療院所同時能提供失智症的遺傳諮詢，以適當處理得知基因檢測結果時的心理衝擊。

在所有檢查結果齊備後，醫師會將患者與主要照護之家屬約回門診進行結果之告知。包括失智症的最可能診斷、嚴重程度、現階段的治療方法與目標，以及現階段失智症患者的照護重點。整個診斷過程所需的時間會因每個醫療院所的檢查排程的鬆緊與門診預約掛號的難易程度不同而不太一定，基本上至少需要兩到三次門診。實驗室檢查較快，從抽血到檢驗結果出來通常一週內可以完成。而神經學影像與臨床神經心理學檢查，則視該醫療院所的影像機器負荷和臨床心理師的忙碌程度而定，從數天到一、兩個月的排程都有可能。如果診斷完成，確定是阿茲海默症則可以申請重大傷病卡和身心障礙手冊。兩者都需由門診醫師先開立診斷書，重大傷病卡需再到各地健保局洽辦領取紙卡 (目前阿茲海默症仍須領取紙卡)，一到二個工作天內完成。身心障礙鑑定則在確定失智症診斷後，持醫師所開立之診斷書，先至戶籍所在地之區 (鄉、鎮、市) 公所領取身心障礙鑑定書 (填寫好個人資料並貼好患者照片)，再回協同患者至門診掛號請醫師填寫，填寫後由院所寄送回原發鑑定書之區 (鄉、鎮、市) 公所，需時約 4 到 6 週，通常公所會通知家屬或本人前往領證。如需僱請外籍看護，則需備好外籍看護工申請診斷書 (填寫相關資料並貼好患者照片)，請院所醫師依所評定之 CDR 開立。診斷書通常數天到一週便可下來，但送出申請到外籍看護工可以來台工作目前約需 2 個月。

### **失智症的治療**

失智症的治療分為病因治療與症狀治療。小於百分之五的失智症患者屬於所謂的可逆性或可治療性的失智症，例如因甲狀腺功能低下、維生素 B12 缺乏症、水腦症等所引起之認知功能退化，將致病原因移除，如、適當後補充甲狀腺素、維生素 B12、開刀裝設由腦室—腹腔的腦脊髓液引流管，智力可能因此而獲得改善。而對於血管性失智症，如果在早期能針對相關的血管危險因子進行嚴格控制，有可能透

過預防腦中風復發而將智能的惡化減緩或停止下來。部份患者還可能透過未中風部位腦組織的功能性代償與學習，智能尚可以有進步的機會。

對於大部分的所謂退化性失智，現有的藥物侷限於症狀治療。截至目前為止尚無任何藥物或治療方法可以有效的停止或逆轉退化性失智症的惡化病程。也就是說目前醫學尚無可以治癒退化性失智症的藥物或治療方法。而症狀治療又可以再區分為認知治療與精神行為治療。認知治療藥物在包括美國的FDA及歐盟的EMA在內的全世界大多數先進國家的藥品管理機構認可的有兩類藥物，分別為乙醯膽鹼水解酶抑制劑 (cholinesterase inhibitors, ChEI) 與 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受體拮抗劑的 memantine。

ChEI 對於輕至中度的阿茲海默症有溫和療效，長期使用可以改善或減輕患者在認知、日常生活甚至精神行為症狀的功能性缺損。目前這一類的藥物在台灣上市的有 3 種，愛憶欣 (Aricept FC; donepezil, 5 mg, 10 mg)、憶思能 (Exelon cap; rivastigmine, 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg) 以及利憶靈 (Reminyl PR; galantamine 8 mg, 16 mg)。目前台灣健保局對這一類藥物的使用規範需符合阿茲海默症為輕至中度 (CDR 1 或 2; MMSE 在 10-26 分)，且需由處方醫師事前提出專案申請。Memantine 目前在台灣有憶必佳 (Ebixa, 10 mg) 與威智 (Witgen, 10 mg) 兩個產品，目前是認為對中到重度的阿茲海默症的患者生活功能的改善與躁動的行為的減少有溫和的幫忙。目前健保局可以由處方醫師事前提出專案申請 (CDR 2 或 3; MMSE 在 10-14 分)。雖然初步臨床證據顯示，ChEI 對巴金森失智症、路易氏體失智症甚或血管性失智症可能有些幫忙。這些診斷並不在台灣的健保局這兩類藥物的給付範圍。

至於失智症精神行為症狀的治療，雖然近年來新一代的抗憂鬱藥物與非典型抗精神藥物有明顯進步。但處理上仍以非藥物的方法為重為先。而要增加非藥物的處理能力。照護家屬可以透過失智症家屬照護訓練班、失智症服務專線、閱讀資料書籍等方式來增加對失智症以及失智症精神行為症狀的瞭解，改變對失智症患者照護的觀念、態度和方法，也可以在門診時與醫師或專業護理人員、臨床心理師請教討論。

在失智症精神行為症狀的藥物治療方面，不論是新一代的抗憂鬱藥物與非典型抗精神藥物的使用原則都一樣，需先界定好所要治療的標的精神行為症狀，確定神經精神科的診斷為何，釐清是否有會促發或加重精神行為症狀的內科問題 (感染、代謝性腦症)。使用藥物時要遵守從低劑量開始、慢慢增加劑量 (starts low and goes slow) 的原則。一旦標的症狀獲得控制，則經常檢討回顧使用藥物的適應性與正當性，情況許可下應逐漸減量甚至停藥。使用藥物時須注意頭暈、嗜睡、無力、姿態性低血壓或昏厥等常見副作用，以及因頭暈、

步履不穩所引起的跌倒、因嗜睡所造成的吸入性肺炎等併發症。最近的研究甚至指出抗精神藥物的使用有可能加重智能的退化，使用這一類藥物，不可不謹慎。

### **得知診斷時患者或家屬可能出現之反應與因應之道**

對於早期失智症患者的失智症診斷的告知以及告知方式是醫學倫理上的一個重要議題。理論上每一位生病人者都有權利對自己所罹患的疾病做最完整的瞭解，醫師也應當善盡告知的義務。適當的告知可以讓生病的人瞭解他們自己的情況，對於未來可以預做準備，尤其是法律與財務方面的問題。知道診斷後，患者可以跟自己的家人或朋友開誠布公的討論自己得到失智症後心理的感受。有些患者對於自己接二連三發生的生活上的問題反而因診斷明朗而釋懷，原本的心理壓力得到解脫。然而根據調查，並非每一位罹患失智症的人都願意知道自己患病的真相，而很多家屬也的確會擔心自己的家人在面對真相告知時的痛苦，因而採取保護的態度。因此告知失智症診斷與否，基本上還是必須尊重患者個人的想法。

其實很多時候患者自己也知道事情不太對勁，在進行各種診斷檢查時，患者如果可以了解即將會有診斷出現時，這就是徵詢他們是否願意知道診斷結果的最好時機。如果患者或家人選擇尊嚴而非真相時，在回診之前就必須先與醫師溝通告知的程度與方式，畢竟沒有人希望因告知診斷而產生對患者的嚴重傷害。

如果患者或其家人選擇了告知，盡量選擇在一個比較不受干擾的環境，以清晰緩慢的說話態度，直接告知患者本人。即使如此，告知後仍須注意患者與家屬的情緒，充分給予支持協助度過。

### **後續追蹤**

診斷結果出爐後如果是失智症的話，接著當然就是討論治療計畫，瞭解如何回診，以追蹤治療反應或副作用，觀察病情的演變過程。如果申請了健保許可的專案藥物，每半年需要評估一次，並依據評估結果再送下半年度的藥物申請。反之如果診斷結果是輕度知能障礙，則必須讓患者知道每年大約會有百分之10（6~20%）的機會轉變成為失智症，基本上每半年需做一次簡短型智能評估，若有明顯退步則再進一步詳細的心智功能與臨床評估。

### **其他常見之問題與注意事項**

有時候門診醫師的診斷與家屬或早期介入工作人員的觀察印象相左，此時可以協助整理患者的檢查結果，持續追蹤。若患者失智病況已經影響到生活或家屬照顧已經感到吃力，則可申請複印檢查報告，至其他院所的記憶門診尋求第二意見。

另一方面即使在診斷出爐後，有時不同家庭成員之間對於長者病情的

認知與解釋不同也會影響到對患者的照護方式。此時可協助提供如衛教資料，增加其他非主要照護者的家庭成員對失智症的認識。並提供可以利用的社會資源，減輕照護壓力。

### **結論**

總之在協助失智症早期介入個案轉診時，需留意到各地因醫療資源不同、各個醫療院所的行政差異、甚至醫師背景的不一。希望能達到患者與醫師間橋樑的功能。另一方面尊重患者本身的意願，發揮早期失智症患者的潛力，協助照護者減輕負擔，提昇患者與主要照護者的生活品質。

# 團體前準備

葉美君專員

## 瑞智學堂的獨特性

失智症患者因病程的進展，記憶力及認知能力(如語言、執行能力、空間辨識能力等)逐漸退化，但初期的失智症並不如一般人想像的嚴重，就外觀而言，他們跟一般正常老人沒有兩樣，他們可能維持著與家人同住、或獨居的生活作息，除了在部分能力有退化的情形，通常還能保有部分正常的生活功能、社交能力…等等，且生活範圍就是原本熟悉的社區。

輕度失智患者尚有相當的認知功能可以覺察到自己的退化，看著自己角色功能逐步失去，加上害怕被貼上標籤，患者易出現憂鬱情緒，甚至憂鬱症。Clare(2003)訪問十二位失智早期患者發現，患者對所面臨狀況感到困惑，對健忘等症狀試圖掩飾，但又常掩飾不了，產生恐懼、悲傷，喪失權威及有用的感覺，覺得自己成為別人的負擔。由於疾病所帶來的改變，例如方向感變差、重複性的話語、情緒及個性的改變、語言表達退化…等等的症狀，致使他們在人際互動上遭受挫敗，無法維持原本的社交活動，大部分的時間僅能待在家中，若家人未能為之安排適當的醫療協助及生活作息，久而久之，患者可能出現明顯的社交退縮，亦加速各種功能退化。

瑞智學堂是專為輕度失智症患者所設立的活動團體，其目的並非使輕度失智患者的認知功能回復到病前的狀態，而是期望能透過團體的形式來滿足患者有社會參與的需求，藉由團體活動增加患者的社交互動，協助患者於生病後仍能保有人際互動；瑞智學堂在受過專業訓練的人員帶領之下，營造一個具包容性的氛圍，接納失智症患者的退化行為，於活動的進行中激發患者的語言表達能力及思考能力，透過這樣的方式協助個案維持現有的生活功能，降低家屬在照顧上的負擔，共同提升生活品質。

在籌備學堂的前期是需要經過評估，如此才能有適切的籌備計畫並朝著既定計畫已達成學堂的目標。

### 一、開班前評估

#### (一)、機構評估

##### 1. 是否符合機構組織的宗旨任務

每個機構、組織都有其設立之宗旨、使命與發展任務，因此必須了解辦理瑞智學堂的目的是否與組織的宗旨任務相契合，主事者或決策者是否能了解學堂的目的、是否接受辦理此活動，如果答案是肯定的，活動之辦理才能如魚得水，順利推動並能達到預計的目標。答案若是否定的，那麼是什麼因素會讓計劃提出者想要辦理，此時良好的溝通並清楚完成 SWOT 分析(優勢-Strength、劣勢-Weakness、機會-Opportunity 和威脅-Threats，之綜合分析)，讓主事者或決策者能認同此

方案，這也是一個盡責的工作人員應該要有的工作態度。

## 2. 人力配置

組織的原來人力配置應該都是有其原任的工作職責，因此若開辦此學堂，在原來的人力配置上應該會產生變化，初期可以考量由原來的工作人員兼任，那工作分配及職責是否需要做調整或增加，或是經費許，也將學堂視為將長期推動辦理之活動，那就可考慮另聘新人或增加人力配置。行政管理者應做好適當之人力規劃。

## 3. 經費來源

就組織而言，成本效益可能會是首先要考慮的因素，必須評估所投入的資源(包含人事成本、場地費用、宣傳費用、團體教材費用、培訓及督導費用…等)是否與能與成效及成效取得平衡，以及確認經費來源。

當然機構能撥款自籌辦理學堂，對工作人員及服務的提供是一種鼓勵及肯定，然，對 NPO 組織(非營利組織)來說，辦理經費是一件很重要的考量因素，能不造成支出負擔或是因辦理此團體能讓機構獲得周邊效益，或申請相關單位經費補助(如聯勸、政府單位、民間基金會)，不僅影響組織對開始辦理及繼續辦理的重要考量因素之一。

## 4. 辦理地點

機構內是否有適合之場地，需考量是否易受干擾、是否有無障礙的考量、交通是否方便，是否有獨立不受干擾之空間，是否有足夠之儲放學堂設備材料之空間，教室能否固定(最好不要在課堂進行中更換)，是機構內部之場地或是需商借場地，都應好好評估。

### (二)、需求性評估

一旦經過上述評估，確認所有考量因素後，還須了解當地輕度失智症個案之人數及需求。若是能與醫院有轉介合作關係，且負責診斷之神經內科醫師或精神科醫師，可協助適宜個案之轉介，及提供需求人數，或是對需求族群或社區進行需求評估，確認需求的存在性及可能效益。

## 二、開班前準備

當機構已確認上述各項因素後，並同意辦理此活動時，主管或負責之工作人員即需開始著手進行下列工作。

### (一)、擬訂開班計畫

本會目前開設之學堂班別有頭腦體操班、懷舊班、藝術創作班、音樂班、合唱團班，但適合長輩的還有其他的活動，因此在擬定開班計畫時，除可參考本會所開班別，或國內外其他經驗，評估機構內預計帶領團體的帶領者其個人特質及專長、

機構能提供之資源，之後即可擬定班計畫，包括開班類別、開班時間、預計收案對象及人數、預計投入之工作人員數、物資及經費概算，就本協會目前所進行的瑞智學堂，各種團體皆是以一週一次，每次兩小時，上午的團體是 9:30~11:30，下午的團體是 2:30~4:30，持續十週為一個梯次。同時在開班前即應思考希望透過團體達成之績效，決定成效評估之表單工具。

## (二)、方案設計

確定開班類別後，即應依據團體預期達到之目標進行方案設計，規劃每次團體主題，安排團體內容、流程、用物，團體中可能使用的用物包含軟硬體設施、引導物、相關耗材等，所有前置作業的準備會影響團體進行的流暢度，越齊全的準備可以增加成員的融入感。雖說方案設計，是重要之指引，但帶領者亦應能隨著每次團體實際進行的狀況，適時修改團體方案，讓團體的內容更符合成員的能力及需求。

## (三)、宣傳策略

前面也提過需要先進行需求評估，了解容易接觸到個案的地方，如神經內科門診、精神科門診、社區…因此在開班計畫確定後，即需開始進行宣傳的策略，在門診發放簡章、透過醫護人員轉介、在老人中心放置簡章，或是在網路上露出訊息、透過公共衛生護理人員、長期照顧管理中心個案管師…等途徑。透過以講座的辦理為引導，來宣導此活動也是一個不錯的方式。另外還需要考慮城鄉差距，都會區家屬的接受度較高，而非都會區的民眾考慮因素為何，有何誘因是可以被誘發個案及家屬願意參與，工作人員可能需要花些心思，一旦開始進行且有不錯的口碑出來時，個案來源將不再是問題。

## (四)、場地教材準備

### 1. 場地的準備

對許多組織而言，完美場地的取得是有困難的，多功能的活動室可以讓空間發揮更多的功能，且應在開始即確定辦理之場地，避免中途更換場地，一般來說，在瑞智學堂的場地安排上須考慮：

- 1). 大小適中的獨立空間：場地應配合收案人數決定，太大或太小的空間都不適宜，太大的空間，會缺乏溫暖的感覺，太小的空間，除了擁擠感，若要進行肢體活動時也會有讓人無法舒展。且勿使用開放性的空間，避免成員於活動進行間受外圍因素干擾及缺乏隱私。
- 2). 安全便利：符合消防法規之建築物，具無障礙設施，活動

空間鄰近廁所，高樓層需要有電梯設施。

- 3). 適當的通風、空調、燈光：應有適當的光線，避免太亮、太刺眼或太過昏暗，以長輩感到舒適的光線為主。要有窗戶為佳，於活動開始前能先開窗，使室內外空氣流通。窗戶應有適當之窗簾，因為窗外的景象會讓參與活動之長輩分心，也可能因窗戶反射的室內影像，讓長輩誤認窗外有人。舒適的室內溫度，注意冷氣的調整。
- 4). 明確的指標：指標的大小、字型、色彩、高度要讓患者容易辨識。
- 5). 適合團體主題、內容及文化的佈置，特定且固定的標誌加深患者的印象。可以配合課程設計一些佈置，如懷舊海報、音樂圖像、現實導向物品（現實導向版、日曆、時鐘），避免空曠泛白之牆壁，但也不宜太多佈置元素，以免造成長輩視覺接受上的困擾。
- 6). 同時要塑造固定的教室環境，包括桌椅，要安全穩固的椅子，適合團體設計的長桌或圓桌，並應考量個案的身材及安全性。
- 7). 座位安排：團體的帶領者、協同帶領者與成員間的座位安排得當，可提升團體進行的流暢度，借用成員的能力彼此協助，並可藉此提升人際互動。成員最好能背對門口，避免受到干擾。

## 2. 教材準備

可能會需要一個儲存教材的空間，教材也依班別類型而不同，固定會用到的可能包括電腦、單槍、黑板、音響等，例如音樂班可能需要電子琴、吉他、敲擊樂器、鈴鼓、砂鈴、音樂CD等。藝術創作班，團體帶領者可能需要依此次開班計畫，準備畫具畫紙、蠟筆或水彩、紙黏土、不同材質的紙或布，剪刀、膠水或其他藝術媒材。因團體主題及內容不同，所需準備的材料可能有所不同，但皆須符合下列原則：

- 1). 需準備成員及帶領者的名牌，字體應夠大夠清楚，方便長輩間辨識。
- 2). 任何材料都應注意選擇無毒性的材料，以免誤食。
- 3). 教材的大小尺寸適合患者使用。
- 4). 教材或材料都應選擇色彩鮮明、但不反光為原則，若選用圖片為亮面時，可於上覆蓋一層不反光素材，如博士膜。
- 5). 考慮個案能力，選擇安全、易操作性的工具。
- 6). 依據患者的文化背景進行環境佈置及教材準備。
- 7). 團體進行前確認器材設施的使用方法。

## (五)、招生及個案評估

在招生時，要確認收案對象的條件，及收案的流程。譬如本會之瑞智學堂以輕度失智症患者為主要服務對象，患者需要經過專業醫師的診斷，方可成為瑞智學堂的成員。然而為因應不同團體的類型，成員所需的特質亦有所差異，因此在患者正式進入團體之前，還需要進行基本資料收集及功能評估的步驟，作為篩檢個案的參考依據，並為團體成效評估做準備。內容包括：

1. 基本資料：年齡、教育程度、慣用語言、宗教信仰、過去生活史(職業、專長、特殊嗜好)、疾病史(特殊疾病、用藥狀況)。
2. 功能評估：
  - 1). 生理功能：瞭解患者目前的各項感官能力、肢體行動能力等。
  - 2). 認知功能：包括定向能力、語言理解及表達能力、算術能力、抽象思考能力等。
  - 3). 日常生活功能：瞭解患者的自我照顧能力、居家生活能力等。
  - 4). 心理社會功能：包括社交及人際互動模式、家庭互動模式、情緒狀態等。
  - 5). 精神行為問題：包括妄想、幻覺、異常情緒及特殊行為問題等。

#### (六)、帶領者本身的準備

團體帶領者及工作人員必須持續接受有關失智症及老人照護之專業訓練，培養與失智症患者共同工作的能力及態度；另外，還須具備失智症團體帶領的專業，持續接受督導及修正，方能在互動過程中滿足患者在生理、社會及心理不同層面的需求。

1. 團體帶領的技巧與態度應以案主為中心
2. 有耐心、不催促，給予患者充分的表達時間。
3. 輕鬆愉快，強調參與過程而非成果。
4. 接納各種因疾病而出現的行為，對於錯誤反應不爭辯、指責、批評、取笑。
5. 以成人的方式相待，並非對待小孩、學生。
6. 著重在患者仍保有的能力。
7. 口令清楚、簡要、適合患者的音量及速度。
8. 感官提示—示範、圖片、聲音、實物。
9. 盡量由患者獨立完成，必要時才給予協助。
10. 讓能力較好的患者分散於團體內，可協助其他的患者，提升自我價值感，並增加人際互動。
11. 適當的鼓勵與讚美，增加患者自信。

12. 隨時注意各種外在刺激(例如周圍環境)對患者造成的影響，儲備危機處理能力。

### (七)、家屬的準備

團體開始時亦同時須考量增加家屬對失智症的了解與認識，協助家屬規劃適合患者的日常生活，改善與患者的互動品質；因此瑞智學堂除了提供輕度失智患者團體活動之外，亦可以考慮規劃家屬的相關課程與活動，例如家屬必修班、家屬支持團體等。

對於初次參與瑞智學堂的患者及家屬而言，團體的特性、內容、進行方式、目的，可能都是陌生的，因此如何向患者及家屬說明就是一門藝術了，需要工作人員細心的掌握患者的生長背景、文化習慣，透過真誠的互動建立初步的信任關係，降低案家的防衛與抗拒。

另一方面，輕度失智症患者能來參與瑞智學堂的團體，家屬扮演相當重要的角色，家屬對患者所參與的團體亦有所期待，因此在進行個案篩檢及評估時，也需要釐清家屬對瑞智學堂及患者的期待。了解患者的各方面資料之後，團體帶領者方能依據患者的功能及需求，安排其進入適當的團體中。

## 三、當次團體前準備

- (一)、在進行團體之前，確認本次團體的目標、進行過程及應準備之物品設備，桌椅的擺設、引導物的準備、可能要有的備用計畫。帶領者必須依據團體的目標進行方案設計，規劃每次團體主題，安排團體內容、流程、準備用物，團體中的準備用物包含使用器材、軟硬體設施、引導物等，上述前置作業的準備會影響團體進行的流暢度，越齊全的也可增加成員的融入感。此外，帶領者亦須隨著每次團體實際進行的狀況，適時修改團體方案，讓團體的內容更符合成員的能力及興趣。
- (二)、以失智團體帶領來說，失智症患者需要較多的時間聚焦、暖場，由帶領者引導之下進入團體主題，通常要有一定的時間才能比較深入，或是帶出比較多的動力，在結束前要回顧本次團體內容，並且預告下次的活動，因此1.5~2個小時是可以被接受的。因應不同團體的特性，也可以考慮在活動告一段落時安排休息時間。
- (三)、在團體開始之前，必須準備相關的表單，例如患者的簽到表、團體紀錄表、行為觀察表…等等，除此之外，若團體中有進行錄音、錄影、拍照等記錄方式，皆須在事前向患者及家屬做說明，並獲得其的同意後方可進行。
- (四)、聯絡確認長輩出席情形，如下午的團體應於早上電話聯

繫、提醒個案出席下午團體，除充分了解個案狀況外，如是個案、家屬或家庭的因素導致個案無法出席，一方便表達關心，一方面也可視情況跟當次團體成員說明長輩未出席的原因，同時也避免了等待團體成員出席的不確定。

- (五)、團體開始前即應確認 Leader 及 co-leader 的角色分工，各自職責，二人要能達到互補及相輔相成的最佳狀態。當次教材的準備是需事前購買、事前帶領者自行製作(DIY)或是蒐集等都須有充分準備。

#### 四、成效評估

成效評估的目的在於協助團體帶領者(組織)評估團體的執行是否能達到預期的目標。評量的結果可幫助團體帶領者改善活動的計畫和進行方式，協助患者及家屬瞭解團體的實際功效；另一方面，也可以反應團體的成本效益，提供政府單位或其他機構推廣相關服務之參考。

成效評估是整理團體策劃及進行的一部分，必須在團體執行之前就清楚的知道最終想達到的目標，擬定適合的評估方法。在瑞智學堂中，不同的團體間有共同的目標，也有各自不同的目標(詳見各團體的介紹)，而評估的方法與內容也不盡相同。在瑞智學堂的服務經驗中，我們發現在不同的團體之間有以下的共同成效：

- 1). 患者人際互動增加：團體中被接納的人際互動與團體外挫敗人際經驗成對比，這對退縮在家的患者是具有意義的。
- 2). 患者語言表達增加：在團體中重複話語是被允許的，說錯話也是被接納的，因此成員於團體中更敢於發言。
- 3). 正向愉悅情緒表達增加：在團體中，帶領者適時讚美肯定，讓患者有展現能力之機會，提昇患者之自信與成就感。

失智團體與其他團體有其獨特性，充分的準備、帶領者的特質及應變能力，都會影響團體之進行及成效，以及是否能繼續辦理之依據。對於失智症患者來說在剛開始參與團體的前幾次(週)，患者可能還處於抗拒參與團體、對團體參與沒有什麼印象的階段，但在團體的中後期，患者及家屬已經建立起定時來參加活動的習慣，團體的結束往往會造成家屬的焦慮程度提升，因此團體期程的規劃也要將分離焦慮的部分納入考量，結束團體的設計也就相形重要。

# 瑞智學堂-頭腦體操班

柯宏勳職能治療師

## 一、團體緣起-「頭腦體操班」

認知是失智症患者其中一個最主要問題，許多失智症患者因為認知問題造成生活上許多活動無法參與或參與困難而需要協助。頭腦體操班為瑞智學堂中以認知訓練為主軸所設計的班，以認知訓練為方向，目的為透過各種認知活動的刺激能減緩失智症造成的退化。由於輕度失智仍保有大部份的能力與自我意識，因此「頭腦體操班」比「認知訓練班」是較能被接受的名稱。

## 二、建議收案對象

參與對象以輕度失智個案為主。簡單來說，經過神經內科或精神科醫師診斷為輕度失智，並且規律服藥，狀況穩定者，另外因為課程中需要口語溝通，個案需無明顯溝通問題，可以表達以及無嚴重肢體障礙者。

## 三、團體的目標：不只是認知訓練！

1. **能面對失智症帶來之認知問題**：在團體討論中，個案能夠了解認知障礙並非由於老化或智力不足所引起，正向面對疾病帶來的生活挑戰。個案如願意面對自己因失智帶來的種種問題，才能有更高的動機參與活動；在課程結束後也更能將所學應用在生活上。
2. **能分享所遇到之問題**：在課程中帶領者可以引導長輩和其他成員分享所遭遇的問題、解決方法與感受，除了可彼此學習問題解決策略外，也期待長輩能在此團體學習如何表達自己的感受。
3. **能主動尋求協助**：在參與團體後個案能更了解自己所遇到的問題，且能表達出來，這樣的成功經驗有助於長輩學習將來遇到問題時懂得主動尋求協助。
4. **能減緩認知退化速度**：透過各種治療性活動的參與及回家的作業，將給予個案大腦更多的刺激與活化，期待能減緩因失智造成之退化。
5. **能增加人際互動**：團體有別於個別活動之處即為人與人的互動。透過引導，個案在團體中與其他失智症患者的互動，除了可提供更多認知刺激之外，還可提供同儕之間的支持與鼓勵，

註解 [A1]: 建議加入

註解 [A2]: 插入照片”增加認  
之刺激”

是活動中非常重要的一部分。

6. **能增加生活參與**：活動結束後加上回家作業的設計，除了希望增加記憶，連結下次課程外，也期待在家屬的協助引導下，個案能將所學帶入生活中，增加生活的主動性。
7. **能增加家屬照顧技巧與能力**：期待透過家屬的課程與參與，家屬能得到更多照顧的知能與資訊，在遇到問題時也知道如何尋求協助，也能減輕照顧的負擔。

註解 [A3]: 插入照片”興趣嗜好”

※此團體認知訓練雖是主軸，但其最終目的仍是期待透過參與此團體能讓失智症患者及家屬透過各種活動，提昇彼此的互動及生活參與，進而促進生活功能或延緩退化。相關專業人員如職能治療師請參考生活功能評估附錄說明。

註解 [A4]: 修改

#### 四、 單次帶領架構

(一)執行架構簡單介紹如下：

1. **前置準備 (約 30 分鐘)**：在開始活動前，帶領者與協同帶領者助者需先至活動場地準備活動器具、布置環境(桌椅等)以及確認本次活動流程與分工。另一方面，由於個案陸續由家中過來，此時也需迎接個案報到及入座，簽到及戴名牌 (或放置桌立名牌)。
2. **暖身 (約 20~30 分鐘)**：個案此時應大多陸續到達就座，此時可開始帶領肢體暖身，可隨著簡單音樂律動、做操或由個案帶領本身所學肢體運動，肢體運動亦可促進個案清醒度及注意力。在肢體暖身後，請大家就座，開始心理暖身，也是現實導向的一種，包含自我介紹、互相打招呼、介紹日期時間、天氣、季節以及活動介紹等。我們通常在此時重申「身體要動，頭腦也要運動」的重要或是失智後多動腦能讓大腦更活化的概念。
3. **進行活動 (約 40~60 分鐘)**：在經過暖身後，個案通常已經將注意力集中在此團體的氣氛裡，接下來進行所設計的活動個案將更可專心學習，也較減少因害怕造成的抗拒。活動開始前可以先分享及討論上次回家作業 (通常與此次活動有關)。
4. **回顧分享 (約 20~30 分鐘)**：活動結束後，可引導個案簡單回顧今天活動內容以增進印象。重點應放在個案表現給予正向回饋而非強調記不記得。活動過程中，個案或個案間難免發生一些挫折或不愉快經驗，也可在此時處理及引導個案看到其正向表現 (努力的過程或進步的地方等)。最後在離開前，告知回家作業，請個案抄寫在筆記簿上。

註解 [A5]: 插入照片”教日文歌”

註解 [A6]: 插入照片”討論分享”

※ 執行時間隨各單位及個案實際情況可做修正，重點在達成活動目標

## (二)帶領技巧

1. **不急著爭辯、糾正**：因為是認知訓練團體，很有機會需要個案動腦然後回答問題。在活動進行中，帶領者常不知不覺就作了這個動作！舉例來說，明明是星期一個案卻回答了星期三，帶領者此時常急著更正答案，『教導』個案正確答案。對帶領者來說，因為了解失智的退化，也期待個案知道正確答案，是為了他好；但對個案來說，對答案原本可能已經有點懷疑、又期待又怕受傷害，此時帶領者的回應可能就像被當頭棒喝一樣，輕微的可能會退縮，嚴重的可能會惱羞成怒，甚至下次不來了。越有心『教導』的帶領者越容易如此，需注意。當然，並非不告訴他正確答案，而是可以用其他方式讓其了解，例如再問問團體中其他成員、提示其他線索或再等待一下等等，態度非常重要。
2. **提示或示範**：帶領者需依個案的認知程度與其對各項不同活動的認知表現，提供不同的線索提示或操作示範，鼓勵個案自行回答或促進成員間互相協助解決問題，減少直接的協助或取代其表現的機會。另外，如進行一些益智遊戲，遊戲規則說明將非常重要，因為失智患者會有理解問題，同樣的，如能加上示範或圖案說明尤佳。
3. **正向的態度**：團體的最終目的還是讓學員帶著滿滿的成就感及自信心離開，因此在活動中除了完成活動的成就之外，帶領者適當的鼓勵與引導就非常重要了。要提醒大家的是，鼓勵並非毫無理由的讚美或說謊；舉例來說，明明答錯了卻為了給予鼓勵而勉強算對，對輕度失智學員來說如此不見得是得到讚美而可能是施捨。建議可以立即或在最後分享回饋時，給予回饋他其他表現好的地方，如認真完成或協助他人等等。正向的態度要從帶領者做起！
4. **團體的力量**：不要忘了這是個團體活動！當學員有任何意見時，包含提出問題或分享他的學習，記得還有其他學員。舉例來說，當出現問題帶領者也不知道時，可問問其他成員，也許他有更好的意見；又或是有成員願意分享好的經驗，也記得除了給予鼓勵的同時，也可以導引給其他成員。許多研究都發現，團體可以互相提供個人無法得到的支持力量。同時也盡量避免只針對個別成員花許多時間回應，而其他成員因為事不關己或不知道內容而開始分心。
5. **增加個案的參與**：我們期待個案藉由團體活動參與得到更多認知刺激的機會，但並非是認知補習班或老師演講。許多帶領者因為熱心或急於給予個案幫助，不知不覺變成老師在上

課演講或給予太多協助，反而減少了個案的參與機會，且還可能增加輕度個案的挫折與反抗。建議盡量減少「你應該要…」、「我教你…」等用語。

註解 [A7]: 插入照片

### (三) 經驗分享及注意事項

1. **活動前評估**：活動要更有意義，就要考慮參與者的個別需求。因此透過參與者的評估，才能更符合參與者的需求。如可以，活動前除收集參與者的基本資料之外，最好能了解參與者的興趣嗜好、過去職業或專長等，以提供更生活化的活動設計參考。
2. **家屬的參與**：家屬的參與往往是課程成功最重要的因素！但並不是一起參與課程，而是回家後的參與。這並不容易，因為參與的方式需要學習，因此需要舉辦單位安排人力經營家屬部分。在整個活動參與過程中，包括課程期間以及回家後，需要家屬給予正向的支持與鼓勵，否則以我們的經驗，個案（尤其本來就意願不高者）很容易退縮或中途放棄，因為這個過程對個案來說並不好受。因此，建議可在課程開始前先辦理先修班或課前說明會讓家屬凝聚共識。
3. **家屬與個案間的認知差異**：家屬願意參與很重要，但家屬對此活動的參與可以是助力也可能會是阻力，重點在家屬的參與方式及對此團體的認知。舉例來說，有位學員好不容易在活動中建立了信心，家屬卻只在意他記憶力有沒有好一點，這樣的落差很容易造成衝突。這需要在團體前以及過程中不斷的溝通。
4. **保持與家屬的聯繫**：家屬在失智病友的認知活動中是相當重要的角色。活動期間隨著不同的家庭狀況、照顧困難及學員的病情變化，與家屬隨時保持聯繫並追蹤學員回家狀況與回家作業問題，才能有雙向溝通達到團體最大效益。
5. **安排合適的環境**：本計畫中的參與成員多是老年人，需考慮到除失智之外老年人的生理退化需求。例如光線充足溫和、有扶手椅子、放大字體安排舒適、低噪音干擾、適當溫度以及簡潔適當刺激的佈置等等。另外座位安排則需考慮能讓團體成員彼此眼神接觸且富有安全感的空間，通常是圍坐一圈避免長條型桌。另外如可以加上茶水供應更佳。
6. **並非兒童益智遊戲**：許多學員會在意被當小孩耍，在安排認知活動時需注意，雖然失智造成認知退化，但並非表示他們等同於小孩子，尤其是輕度失智。因此在活動內容設計以及教具教材的選擇上需注意盡量配合他們生活背景作修正，如正式一點的器材、熟悉的活動以及圖案。如要使用較幼兒化的活動或器材也不是完全不行，但須注意帶領及使用的態度。

7. **輕度失智的特性**：由於輕度失智仍保有大部份的能力與自我意識，常常有較強烈的防衛，無法馬上面對自己認知的問題。因此建議活動一開始的前幾週設計以彼此互相熟悉為主，漸漸導入認知主題為佳，如以下範例在前三週的設計除認知之外，以學員能彼此熟悉及對課程目的架構更了解為主。

### 五、團體主題安排範例參考

次數	主題活動	目的	活動教具
1	相見歡 partI (記人名及特徵)	1. 彼此認識 2. 認識帶領者 3. 了解團體目的 4. 了解基本團體規則	彩色筆 筆記本 籤筒一個 獎品數份
2	相見歡 partII (地點與空間概念)	促進成員： 1. 彼此認識 2. 加深出席時間印象 3. 認識團體目的	北市行政區地圖一張 課程表底紙/日期單 剪刀/膠水
3	相見歡 partIII (興趣及嗜好)	促進成員： 1. 彼此認識 2. 與帶領者建立信任關係 3. 認識團體目的	空戳戳樂盒子 剪刀數把 雙面膠 硬海報紙
4	計算/圖像指認	促進成員： 1. 運用計算能力 2. 進行圖像指認 3. 愉快地在活動中進行頭腦體操	黏黏樂器具組 麻將賓果道具
5	叫色/圖片分類	促進成員： 1. 運用較複雜技巧處理認知干擾 2. 增加語言表達 3. 增加互動機會 4. 找出圖片特徵進行分類	字卡、各式雜誌及報紙
6	注意力 /短期記憶	促進成員： 1. 集中注意力輸入訊息 2. 運用短期記憶配對花色	紙牌
7	視動追蹤 /短期記憶	促進成員： 1. 練習視動追蹤技巧 2. 增加彼此認識 3. 增加語言表達 4. 運用短期記憶	迷宮單、成員帶來的東西、不透光手提袋一只

8	抽象思考	促進成員： 1. 運用閱讀及理解能力 2. 增加語言表達 3. 增加互動機會	成語接龍字卡、不同顏色 A4 紙
9	排序 /記憶策略	促進成員： 1. 判斷合理的邏輯順序 2. 增加語言表達 3. 說出有助記憶調適的策略	連續圖卡
10	製作相框/卡片 回顧與結業典禮	促進成員： 1. 彼此回饋團體中正向表現 2. 回顧團體歷程分享收穫	相框/手工卡片材料包 以單槍投影觀看團體照片共同回顧團體過程，並回饋分享。
固定用物		直立式黑板、律動音樂、茶水、名牌、放大鏡/老花眼鏡、錄音筆、相機、筆記本、筆一把、空白紙張一疊	

# 瑞智學堂—薪火相傳

(輕度失智症懷舊團體)

湯麗玉

## 懷舊——讓過去在當下呈現

### *The Past in the Present*

#### 失智懷舊團體基本概念

生命的回顧是很多老年人生活的一部分，常可聽到老人家說「想當年...」。對於失智長者來說，他們的記憶力因疾病而受損，但遠程記憶相對較遲受到影響，因此他們大多記不得現在發生的事，但能記得許多過去的事。透過回想，可以讓人覺得溫暖熟悉；藉由傾聽老人的故事來安定他們的心情，加強他們與週遭人們互動，藉以維持腦部活動、表達能力、減緩退化，更重要的是增進愉悅之情緒。

帶領懷舊團體不但可以了解長輩過去經驗，更可以從長輩之經驗學習到許多人生智慧與生活智慧。因此，瑞智學堂之懷舊團體命名為「薪火相傳」，意指長輩將其生命智慧傳承予年輕的一代，使其得源遠流長。帶領者將長輩定位為「老師」，向長輩們學習生命智慧，這符合帶領失智長輩活動或生活安排的原則：「有意義的活動」(meaningful activity)。「薪火相傳」活動即希望帶給長輩活動的意義性，以提昇長輩之自尊及增進參與之意願。

#### 懷舊的定義 (Reminiscence)

Butler(1963)認為懷舊是協助老人在意識中藉由回憶或體驗過去生活片段，或由參與特別安排的活動，達到自我瞭解、降低失落感與增進社會化的目標。Errollyn Bruce(1999)認為懷舊是回想並分享個人的人生經驗，而失智懷舊團體，主要是運用團體懷舊過程鼓勵及支持失智者人際互動，令他們喜歡並享受這過程。

#### 懷舊功能

Nori Graham(1999)為前國際失智症協會主席，為英國資深老年精神科醫師，她指出懷舊可改善照顧者與失智者的溝通，令照顧者運用失智者仍存留的能力，特別是遠程記憶、社交互動能力以及正向反應的能力。失智者可藉懷舊重拾自我認同。很重要，在懷舊的過程中，失智者是被接納及支持的。賴錦玉, 莫靜敏(2002)認為懷舊的

價值是整合人生、從分享中肯定自己、帶來良好感受、協助面對困難、擴展社交網絡以及增進友誼。

## 失智症懷舊團體的策畫

### 帶領者及工作團隊的準備

1. 團體帶領者必須接受失智症照護之基礎課程，以對失智症及其照護有基本之認識。進一步，帶領者需要接受失智懷舊團體培訓，同時親自帶領團體並接受有團體經驗者之督導。
2. 安排課程讓機構可能參與之同仁了解懷舊團體的意義、懷舊對長者的助益。學員於培訓後，返回機構務必與機構全體同仁分享課程內容，以利未來順利推展懷舊團體。
3. 事先與主管討論需要同仁配合的事項，例如協助收集懷舊物品，並於會議中說明。

### 確定團體目標

帶領者及協同帶領者必須共同討論此團體的整體目標，因為目標不同，帶領方式也就不同。此目標的共識非常重要，避免由主管決定交代給部屬執行，必須依長輩需求決定。

除了團體目標之外，在決定團體成員之後，需針對每位成員訂定個別目標，因為每位成員狀況不同，需求不同。

#### 失智懷舊團體的目標

依筆者個人的實務經驗，將目標放在失智長輩能

1. 享受懷舊團體：長輩喜歡參加這活動，團體過程中能投入及享受。
2. 自我價值感提昇：長輩能感受到自己被肯定，覺得自己是一個有價值的人，自己很不錯。
3. 表達增加：長輩表達的內容增加，自發性漸增加。在團體內、團體外，語言及情緒的表達增加。
4. 社交互動增加：在團體內、團體外，長輩與家人或工作人員的互動增加。
5. 生命意義提昇：長輩覺得參加活動有意思(有趣味)，或覺得自己的人生有意思，有滿足感。
6. 延緩功能的退化

雖然目標這麼多，但只要有一點小小的進步都是值得開心

的。工作人員需要學習去欣賞老人家些微的進步。上述失智懷舊團體的目標，可供參考，每位帶領者需要再和工作伙伴們共同討論訂出該團體之目標。

## 成員評估及資料收集

進行懷舊團體時，同組成員的功能程度、文化背景、使用語言愈相近愈有助團體的成效。但實務中需要考量的因素很多，必須有所取捨及妥協。

### 評估項目

1. 語言：團體進行過程以使用一種語言為原則，同組成員若使用不同語言，將影響團體互動及目標的達成。但在成員不足時，仍可接受兩種語言，帶領者便須於團體中協助翻譯，以利團體之進行。懷舊團體對語言表達及理解有輕至中度障礙者較有幫助，嚴重溝通困難者較難從輕度失智懷舊團體獲益。
2. 認知功能與失智程度：不同認知功能與失智程度在目標設定以及團體設計都有所不同，團體帶領之技巧與速度也須隨之調整。一般而言，失智程度愈嚴重，團體人數應愈少，引導速度也愈慢，更多著重感官之刺激。
4. 行為問題：依平時家屬之觀察來評估長輩參加的合適性。原則上只要不過於干擾團體的進行，都歡迎長輩參加，因為相信參加團體活動可能可以降低行為問題的發生頻率。但當行為問題經討論及努力處理之後，仍影響團體其他成員之參與時，則必須與家屬及長輩個別討論。必要時改參與其他較合適之團體，或進一步就醫、採個別化活動等。
5. 身體狀況：重聽者請協助配戴助聽器之後再參與團體。身體健康狀況以穩定者優先考慮。

### 資料收集：人生故事書(Life Story Book)

愈了解個案過去人生經驗，愈容易和個案建立關係以及引導懷舊過程。團體前請家屬協助填寫個案的人生故事書(如附件)，同時也讓家屬了解長輩即將參加懷舊團體，對長者可能有的反應(如可能會較多提及往事等)預做準備。

## 紀錄表格的準備

1. 懷舊團體過程記錄：每一次團體結束後，需要記錄當次團體

參與成員、主題、引導物、成員反應等，同時需討論團體成員間互動、團體影響因素、團體後需追蹤事項及下回安排。清楚地記錄團體過程有助帶領者及其他工作人員的學習，以及團體成效的檢討。(如附件)

2. 成效評估相關紀錄表格：如行為問題評量表、成員個別參與團體記錄表、憂鬱程度量表等。可依目標斟酌。

## 懷舊環境的營造

1. 佈置懷舊環境，必須考量老人家的生活背景，以大部份老人家共同經驗為主，如紅磚牆(壁紙)、老圓木桌、斗笠、米篩、舊唱片、蚊帳等。
2. 懷舊環境並非張貼好多懷舊照片，或者放許多懷舊物品即是懷舊環境。所有懷舊元素的搭配必須有整體的考量，過多、複雜的照片或物品反而令長輩混亂不舒服。有時，簡單的兩三個元素即可收很好的效果。
3. 規畫時宜先考量情境的選擇，如一間懷舊客廳、餐廳、農舍或者柑仔店，只要佈置得像早期的情境即可。
4. 其他收集到的懷舊物品，不宜全部擺出來，應視需要做空間或角落之佈置，或者在懷舊活動中才拿出來做為引導物。
5. 在活動過程中搭配懷舊音樂，更有助於營造整體懷舊氣氛。
6. 進行談話性懷舊團體時，需要一個不受干擾、舒適、安全、老人家熟悉的懷舊環境。可和老人家一起為此空間取一個名字，如懷舊閣、老地方等。

宜蘭國立傳統藝術中心、微風廣場黑松博物館、台北故事館、香蕉新樂園、各地懷舊餐廳及老街都可以讓我們學習懷舊情境的營造。

## 懷舊物品的準備

在懷舊過程需要藉著各種引導物幫忙長輩回想。人的記憶可藉由不同感官刺激來勾起回憶，對回想有很大幫助。懷舊物品依感官刺激可分為：

視覺—老照片、物品實體，如童玩、老唱片

聽覺—舊音樂、早期特定聲音，如五〇年代小學放學歌、垃圾車的音樂、叫賣聲

觸覺—可摸到之實體，如紅龜粿的模子、湯圓材料

嗅覺—具味道之實體物品，如杏仁茶香味、明星花露水

味覺—可吃的食物，如棒棒糖、麵茶、花生湯

## 成效評估

在團體開始前即須考慮到成效評估。成效評估可分為量性與質性評估。量性評量如行為問題量表、憂鬱程度的評量及前後比較等。質性評量如觀察記錄分析，過程詳細記錄個案之行為反應並分析。失智懷舊團體成效評估還可分為成員於團體內及團體外的評估。另外，家屬的反應也是重要評估方向。

## 團體方式

固定時間：固定每週同一個時間進行。一次約 120 分鐘，每星期一次。

固定地點：學堂場地。最好採用木製圓桌，團體成員互動最佳。每次準備茶水。茶壺選舊式家用茶壺及茶杯，營造自然的社交互動氣氛。

固定帶領者：帶領者及協助者最好固定，有變動時，一次以變動一位為原則。帶領者及協助者穿著固定懷舊衣服，加深長輩印象，了解此團體之方向。

帶領者條件：任何人都有潛力可以引導失智懷舊團體，重要的是他/她

1. 對懷舊活動有興趣
2. 對長輩過去人生經驗有興趣
3. 願意傾聽長輩述說
4. 懂得欣賞讚美長輩
5. 願意學習團體帶領技巧
6. 能自我覺察

固定成員：約六至十位，輕度失智、可表達的長輩。

建議使用名牌，名牌上名字字體粗大、顏色對比清楚，令長者容易看清楚對方名字，以利人際互動。

固定音樂：固定的開始及結束音樂，歌曲請準備原唱者的 CD，且須事先挑選歌曲，避免過於沈悶哀怨的歌。

團體過程可利用重撥鍵(repeat)，減少協助者撥放音樂之工作。結束音樂希望帶給長輩愉快心情，不管當次團體過程如何，回家時，希望讓長輩帶著快樂心情回家。

以上固定時間、地點、音樂、衣服、引導者、成員皆是幫助成員熟悉團體的方式，同時提供足夠線索令長者在此環境中很快知道要做什麼活動，進而促進成員的參與度。

### 座位的安排

1. 盡量讓每位成員都能看到彼此
2. 將聽力、視力較弱或較需要協助的長者坐在協助者旁
3. 將表達能力好的長者平均分散到整個團體
4. 需常上廁所的長者安排靠近廁所的位置
5. 會遊走的長者安排背對門口的位置
6. 帶領者坐在面對門的位置。由於門有較多人出入的機會，較易令失智長輩分心，且帶領者面對門較能控制干擾因素。
7. 適當光線令每位成員可以看清楚團體所有成員，但避免長者所坐位置面對刺眼光線。

### 懷舊主題的選擇

主題的選擇可以與成員討論後決定，但當成員有困難時，由工作人員依成員背景及前次內容來決定。較敏感性話題如政治、戰爭，可放在團體中期以後。主題不需要事先安排好十多次，可在每一次團體決定下週主題，或依成員興趣彈性地安排。同一主題也可以談兩次到三次，如童玩、結婚、媳婦經，不需要一次把一主題內的所有子題皆談完。依成員的興趣發展懷舊主題是重要的原則，若成員對該主題或物品沒有經驗，則應跳過，以成員有經驗、有興趣的為原則。

第一次團體：介紹團體、自我介紹/相互認識

第二次團體：以下主題供參考

1. 依據人生大事：唸書、工作、相親、訂婚、結婚、生孩子、購屋、媳婦經、育兒經、退休、就醫經驗、空襲、當兵等
2. 依據日常生活：食物、交通、宗教、節日、童玩、兒時遊戲、兒時零食、歌、歌星、老戲、老明星、故鄉名產、做粿、下雨天、太陽天等
3. 與現實生活中重要節日連結：中秋節前談中秋、過年前談年節趣事，元宵、清明、端午、七夕、中元、冬至等。
4. 古今比較：衣服、交通工具、髮型、美容院、剪燙頭髮、物價、市場、雜貨店、食物、錢幣、房子、傢俱、衛浴生活各層面俯拾皆是懷舊題材。

最後一次團體：團體過程中即陸續回顧團體，到最後一次則進行完整回顧。回顧時必須留意到平均提到每位長輩之表現，並予以肯定，同時感謝長輩們的分享及帶領者的學習與收獲。長輩可能出現一個反應「咦！我有做過這件事嗎？」此時帶領者切忌與長輩爭辯，只要多提供線索、多說明當時狀況，幫助長輩回想即可，也不必問「這樣有沒有想起來？」「想起來了沒？」

## 引導物的準備

藉由各種知覺刺激，協助失智長輩回想，勾起串串記憶，如前述懷舊物品之準備。準備時需考量事項如下

- 安全、無尖銳、無毒性
- 大小尺寸適合
- 圖片色彩鮮明、不反光
- 考慮失智個案能力
- 食物注意有效期限。湯圓等糯米製品需要留意長輩噎到。
- 引導物來源：可自行製作或依所需用物至文具店、玩具店、老街、老店、菜市場、雜貨店、二手貨店等採購。

## 失智症懷舊團體歷程

### 單次團體過程

整個過程大約分成三部分(但有其彈性)：

#### 1. 暖身

- 入席，戴名牌
- 互相介紹認識(姓名，那裡人)
- 日期、時間、地點等現實導向
- 介紹活動名稱和主題

#### 2. 主題進行

- 依事先設計之主題活動進行(但仍以成員之最大興趣為依歸)
- 運用引導物勾起成員回憶
- 鼓勵成員分享、表達
- 促進成員間互動和控制環境中干擾因素

### 3. 回饋分享與結束

- 欣賞成員的分享及表達，予讚美鼓勵
- 了解成員參與團體的感受
- 重述討論結果或過程中重要部分
- 現實導向並提醒下次活動的時間、地點

## 話題引導

許多工作人員在帶領懷舊團體過程中，常常不知道下一句話要說什麼？如何引導才能令話題內容豐富有趣？以下線索可供參考

#### (一)五種感官：視覺、聽覺、嗅覺、味覺、觸覺

視覺：「賣饅頭的伯伯長什麼樣子？」

聽覺：「早上聽到什麼聲音之後，你就知道賣饅頭的來了？」

嗅覺：「棉布蓋子打開時聞到什麼味道？」

味覺：「那時的饅頭吃起來味道如何？」

觸覺：「那時的饅頭摸起來，感覺如何？」

#### (二)五 W：Where、When、Who、What、How

Where 那裡？：「第一次相親地點在那裡？」

When 何時？：「是你幾歲的時候？」

Who 誰？：「來和你相親的人是誰？」

What 什麼？：「他帶什麼禮物送你呢？」

How 如何？：「相親過程是如何安排的？」「他是如何打動你的心的？」

由於「Why？為什麼」這一問句較易令人感覺被質詢，同時易引起防衛反應，因此儘量以上述問句來取代「為什麼」。

## 活動檢討與紀錄

儘管活動之前已有萬全準備，各種無法預期的狀況仍會發生，因此活動後仍需做好紀錄，並且檢討優缺點，才能讓下次更貼近參與個案的需求。而且詳盡的紀錄更可以讓其他帶領者很快地得到前人的智慧。所有活動參與的工作人員一起參與會後討論，內容包含引導者的帶領、個案在團體中表現及活動設計相關問題。

# 瑞智學堂-藝術創作班

蔡汶芳藝術治療師

## 一、團體緣起-藝術創作團體的概念

藝術創作是人與生俱來自我表達的方式。藝術創作團體運用廣義「藝術創作即為治療」的概念，相信藝術創作的過程具有療癒的能量，讓團體成員一同創作、一起說「畫」；運用藝術創作過程與圖像，幫助失智長輩獲得接納與支持，以回顧、重整、傳承生命經驗。

團體帶領者在設計藝術創作團體的活動時，概念與廚師料理食物有雷同之處，因此以烹飪的譬喻來說明使讀者們更容易理解。廚師的烹飪首先要適當的選擇食材，然後在料理過程中組合食材，最後呈現一道美味的菜餚。成功的關鍵一是目標設定：廚師必須先決定菜色所要達到的效果，無論色、香、味或其他方面；二是選材：要達到所設定效果要選擇甚麼材料？一般性或特殊食材？同時注意食材的新鮮度；三是料理過程：食材下鍋的時機、先後順序與調味料的拿捏。帶領藝術創作團體也是一樣的，先設定活動目標、主題，再挑選與準備適宜、品質佳的藝術媒材，最後安排運用在團體的藝術創作過程中。

值得注意的是，要符合不同食客的口味，廚師必須在料理過程中因應個別喜好與需求，調整食材及調味料的運用、份量比例，必要時尋求營養師的協助以烹調出健康的料理。藝術創作團體帶領者也須從失智長輩的個人歷史背景中瞭解他的好惡，並縝密觀察他的創作過程，依據長輩的狀況與反應調整媒材或活動設計，並適時的尋求專業諮詢與督導，才可能達到藝術創作團體的預期成效。

事實上，許多助人工作者已經普遍的在崗位上運用藝術活動；只要本著尊重獨立個體差別性的原則，懂得藝術媒材的特性與運用，真誠關懷並且能鼓勵參與者創作，就可幫助團體成員藉由藝術創作達到紓解情緒的效果。然而，要提升失智長輩藝術創作的表達性，甚至是療癒性，則需要充分瞭解團體參與者的生理、心理與認知的需求，並且給予適切的引導與支持才能達成。

## 二、團體目標

藝術創作團體活動的最終目標是提升失智症長輩的生活品質與心靈成長，以下為具體目標：

### (一) 提供非口語的表達方式與增進溝通：

藉由藝術創作過程結合感官與增進聯想，將個人的情感與想法予以視覺化和具體化的表達或抒發，進而增進口語的分享與溝通。

(二) 增進自我控制感與問題解決能力：

在藝術創作過程中提供選擇的機會；運用有限制而不至於引發焦慮的選擇，以增進失智長輩的自主性、注意力與自我控制感。當創作的過程中遇到困難時，則要引導他尋求協助或運用其他方式來面對、解決、應變，刺激創造性思考，進而引發新的察覺與問題解決能力。

(三) 提升自我概念：

透過藝術創作的自我探索與作品的具體呈現，增進正向的自我概念，提升自尊與即時的回饋和成就感。

(四) 生命經驗的回顧、整合與傳承：

藝術表達具有時空的整合性，藉由藝術創作的過程與圖像呈現，提供回顧與重整正面或負面的生命經驗，連結過去、現在與未來，為個人與家庭歷史留下紀錄。當長輩分享與現在大不相同的過往歷史時，他所扮演的傳承者角色，也會提升自尊與自信。

(五) 社交互動、經驗的分享與連結：

透過團體的共同創作活動與作品分享建立關係，增進團體成員的互動、溝通、經驗分享與凝聚，同時也能激勵其他成員的積極參與。

### 三、 團體準備-藝術創作的環境營造與媒材運用

(一) 環境營造

良好的環境空間能引發藝術創作的進行；要在無障礙的空間中營造一個能夠自由、安全表達的創作環境，以下為重要的條件：

1. 要通風、光線良好，空間大小適宜。
2. 舒適的座椅，座位安排讓團體成員能有眼神的接觸，且有足夠的空間進行創作。
3. 環境佈置可以張貼或陳列團體成員的作品，或是能激發與促進藝術創作的圖像。
4. 避免雜亂的藝術媒材陳列或是藝術作品展示，防止過多的刺激干擾而造成長輩注意力的轉移。

(二) 媒材運用

媒材的選用，是基於對藝術媒材特性以及團體成員個別需求的瞭解，需要慎選品質佳、易於使用的材料。藝術創作團體中運用的媒材區分為：

1. 傳統性藝術媒材

- (1) 控制性媒材：鉛筆、彩色鉛筆、粉臘筆
  - (2) 流質性媒材：水彩、廣告顏料、粉彩
  - (3) 立體性媒材：陶土、黏土、石膏繃帶
  - (4) 裝飾性媒材：毛線、珠珠、亮片
2. 非傳統性藝術媒材
- (1) 生活週遭的現成物：錫箔紙、葉子、樹枝、石頭
  - (2) 回收物：瓶、罐、紙卷

選用藝術媒材首先要考慮媒材的特質與潛能，團體帶領者可依據團體目標，在不同的時期選擇或避免使用特定的媒材。控制性媒材因具易掌控性，比流質性媒材易於做精確的描繪及引發對圖像的具體解釋，可做為提升認知的表達媒介，適用於團體初期。流質性媒材除了本身是流質、會流動，也具備混合、融合性（如：粉彩），因此會有描繪特定圖像的困難，但較易於引發情感的紓發與表達，流質性和立體性媒材較適合在團體中期後使用。

其次是針對失智長輩的個別需求選用媒材。例如對顫抖或是缺乏肌肉控制力的長輩，可以選擇有助於提升控制感的媒材，如流質性的廣告顏料與黏土；對於視力退化的長輩，則要提供顏色對比明顯、尺寸較大的圖像，協助使用深色且較粗的筆來描繪，以避免辨識的混淆；對於肢體障礙的長輩，協助他克服實質上的困難，必要時製作輔助的繪畫用具，並注意將紙張和媒材放在他手能觸及的範圍，於創作過程中提供適時協助。

由於長輩有誤食媒材的可能性，同時為健康著想，要選擇無毒性的媒材或運用可食性材料（如：使用麵粉混合食用色素代替彩色黏土），並且在通風良好處進行藝術創作。

#### 四、團體內容-藝術創作團體的活動設計

設計良好的藝術創作活動能活化大腦，提升創造性、表達力，激發活力、生產力與成就感。結構化與主題性的藝術創作活動，除了能提供失智長輩安全性架構與創作的起點，更能促進團體共同探索與討論的聚焦。

團體帶領者首先要評估參與對象，包括人數、年齡與個別狀況等問題，再設定目標、選定主題、設計活動，最後做藝術媒材與團體相關事務的準備。活動設計要有意義，避免讓長輩覺得幼稚、是小孩的玩意，而降低參與意願，並且避免在單次的活動中加入太多不熟悉的步驟與元素，活動的設計要能累積之前藝術創作的經驗，再加入新的學習。

##### (一) 活動主題

1. 現實取向：包括季節性、節慶性與日常生活的主题，能提升失智長輩對生活週遭環境的觀察，以及維持日常生活的專注力，並能連結過去經驗與察覺當下生活的改變。
2. 感官激發取向：包括視覺（色彩、圖像）、嗅覺（氣味）、聽覺（音樂）、觸覺（軟硬、質材）的刺激，能促進感官運作、減緩退化以及大腦的活化。
3. 生命回顧與懷舊取向：讓長輩緬懷與分享過去的生活及經驗，或是慶賀自己的成就（例如自戰爭中存活、獨自撫養多個如今頗有成就的孩子），關鍵在以正向的、客觀混合主觀的方式，檢視長輩的生命，維持尊嚴。
4. 團體社交取向：運用團體共同創作的活動增進彼此的互動、溝通、學習與支持，並且藉由視覺圖像連結經驗與建立關係。
5. 自我表達與探取向：藉由藝術創作增進個別的自我發現與生命整合。

## (二) 藝術創作團體活動設計範例

以下是為一期 10 次，每次活動時間為 2 小時的藝術創作團體活動設計範例。

次數	活動主題	目的	媒材
1	自我介紹 完成圖形／ 圖像	團體成員與帶領者關係建立 參與藝術創作活動興趣的激發 成功藝術創作經驗的提供	8K 圖畫紙 彩色筆、粉蠟筆 彩色鉛筆
2	喜愛的動物 與環境	創作動機的激發 個人日常生活經驗非口語的表 與溝通的增進	4K 圖畫紙 剪刀、口紅膠 彩色筆、彩色鉛 筆粉蠟筆、動物 圖片
3	喜愛的風景	描繪能力的提升 注意力、自我控制感的提升	8K 圖畫紙 粉蠟筆、彩色筆 粉彩、風景圖片
4	紙娃娃	個人美感經驗的再現 自我概念的提升	8K 西卡紙 高腳釘、鑽子 彩色筆、白膠 毛線、釦子
5	紙娃娃遊記	人際互動與協調的增進 問題解決能力的增進 視覺的聯結與組織的增進	淺色全 K 書面紙 粉蠟筆、彩色筆 交通工具圖片
6	彩繪兒時家 園	生命經驗的回顧與紀錄 社交互動、經驗分享能力的提 升	4K 圖畫紙 廣告顏料、筆洗 水彩筆、調色盤

			舊時房屋圖片
7	春天的花	自主性的提升 現實環境的察覺與聯結 成功創作經驗的提供	彩色棉紙、剪刀 綠色毛根、緞帶 花瓣模型、筆
8	我的拿手菜 /我最喜歡的菜 I	個人生命經驗的連結與傳承 感官結合的增進	紙黏土、陶土工具 食譜、食物圖片
9	我的拿手菜 /我最喜歡的菜 II	個人生命經驗的整合 問題解決能力的增進 社交互動、經驗分享能力的提升	廣告顏料、筆洗 水彩筆、調色盤 西卡紙、彩色筆
10	曼陀羅畫冊	團體歷程與個人作品的回顧 自我概念的提升	8K 彩色粉彩紙 彩色筆、粉臘筆 打洞器、塑膠扣環 毛線、緞帶

## 五、團體的帶領與引導技巧

在藝術創作團體的活動流程中，開始前可以午茶形式寒暄，增進長輩間的社交互動，待情境適宜與成員到齊後開始團體。給予藝術創作活動的指示宜簡短、清楚、具體，並且耐心的重複說明、提示與示範。創作完成時請長輩為作品命名，或以開放式的問句引導，都能促進團體成員的分享與討論。團體結束前帶領者可以正面總結活動，感謝成員的參與，並藉由整理環境、媒材，將長輩們由創作情境帶回當下。

一個成功的藝術創作團體活動，帶領者的態度與引導技巧具有關鍵性作用。藝術治療師 Edith Kramer 所提出「第三隻手」的概念在團體帶領的過程中很重要：「團體帶領者在創作過程中是協助的手，不強加介入的打擾、不扭曲作品的意義、不賦予或強加自己對圖像的偏好」。另外，要對長輩創作的作品持尊重的態度並妥善的保存。團體帶領者更須瞭解，長輩有無作品完成或作品是否完美呈現都不是團體成敗的指標，重要的是團體成員藝術創作的歷程、經驗與分享。

### (一) 團體帶領者的態度

團體帶領者須擁有正向思考的態度、合宜的幽默感、彈性與靈活度，察覺與尊重長輩的個別差異，並能充分理解與實踐以下的概念：

1. 建立信任、安全的關係與創作環境：採取尊重與接納的態

度，支持與傾聽，而非去改變，讓長輩瞭解藝術創作沒有所謂的對與錯，創作出屬於自己喜歡、欣賞的美。尊重長輩分享的意願，避免探究隱私，也不要分析與解讀他們的作品，遵守保密性原則。

2. 注重仍保有的能力，而非失去的功能：瞭解長輩的老化與失智症病程所帶來的改變與失落，但注重失智長輩仍保有的能力，如：長期記憶、主要的肢體神經運動功能、感官功能、社交能力、習慣性記憶與技能等；藉由藝術創作活化與開發他們的長處，讓他們保持希望、活得有樂趣。
3. 團體帶領者可以是成員肢體或心靈的延展：在長輩創作過程中所給予的教導與協助，目的並非提升創作技巧，而是為了能更貼近他所想表達的意念，以促成他們心理的轉化與昇華。
4. 破除無法呈現完美作品的恐懼：對作品要給予同理心的回應，避免比較或批評。嘗試瞭解長輩創作時所覺得不滿意之處，共同討論，找出改進的方法，並適時給予建設性的建議。
5. 鼓勵與引導想法的具像化，以及自發性的創作：活用對藝術媒材特性的瞭解，設計能引發自我表達的活動，給予時間思考而不主動的提供答案。當長輩們有開始創作的困難，則適時提供圖像、影像的提示參考，或是給予創作方向的選擇與部分建議，引發藝術創作的表達。

## (二) 引導技巧

要能有效引導長輩願意動手創作，首先要考量長輩的功能，再設計出操作難易度適中且能引發高度興趣的活動，以提供成功的創作經驗。

引導方式須因人、時、地而加以調整改變。例如：長輩若有遺憾小時候沒能上學，就可以把團體形容成藝術課程，讓他願意來上課學習；團體成員若都是阿嬤，可以詢問大家愛不愛美？再引導大家體認美的不一樣形式，如髮型或服飾的不同與偏好，在團體中創造出屬於自己喜愛的美；長輩若是喜歡與人互動，則可邀請他到團體來和大家一起動手動腦，跨出參與團體第一步。

長輩若是拒絕參與活動創作，則須了解長輩抗拒的原因，再換個方式或換句話說來引導；體認即便是正面的活動主題也可能引發負面的經驗連結。例如：有個阿公不願意參與「買菜」的創作活動，因為他認為買菜是女人家的事，但是當引導他去思考喜歡吃什麼食物？會想買什麼食物？他就願意開始動手創作，並主動分享他太太不讓他吃過多的某些食物；有阿公、阿嬤不願意參與「最喜歡的一道菜」的創作，因為阿公覺得沒有

人在意他吃什麼，反正安養護機構有一定制式的菜單，而阿嬤則覺得不要麻煩別人，反正人家煮什麼就吃什麼，因此引導他們去思考如果有選擇點菜的機會，什麼菜是自己最喜歡的？並且對於團體主題或是討論引發出來的強烈情緒，如長期居住於安養護中心缺乏自主決定權或是覺得自己沒有用、是累贅的感受，給予照顧與安撫是必要的。

當長輩不滿意自己的作品時，也可以引導他從不同的角度來觀看。例如：有位阿公覺得自己畫的人，人不像人鬼不像鬼的，在瞭解他覺得所畫的身體過於扭曲後，我們討論甚麼情況下人的身體會扭曲，當他自己連結到運動或跳舞時，他就不再在意扭曲的身形。有時候，若不知道或還在思考如何回應時，可以把問題拋給其他的團體成員，除了能夠獲得團體成員的支持與鼓勵外，他們的人生智慧也常能激盪出不同的因應之道。

## 六、 結論

帶領藝術創作團體本身是一門「藝術」，沒有一定、標準化的作業程序，除了根據參與者狀況設計與帶領活動，帶領者與團體成員間關係的建立與創造力的激盪也是成功的關鍵因素。

團體帶領者的訓練與經驗相當重要，藝術創作活動設計範例並不是沒有經驗的新手帶領團體的指南，活動的主題也不適合每個團體，須依照團體成員的功能與需求做活動的調整，如同一位成功的廚師，並不是完全遵照食譜而會針對饕客的需求烹飪菜餚。藝術創作團體觸及參與者的心靈，不當的引導或回應可能會引發難以彌補的後果，因此團體帶領者要累積經驗、適時的尋求諮詢與督導，以促成自我的學習與成長。

# 瑞智學堂-音樂團體班

林芳蘭音樂治療師

## 一、團體緣起：

### §為什麼以音樂為媒介?從音樂的功能說起

以音樂做為媒介，帶領同質性較一致的輕度失智症長者，於團體中一起回味音樂、同聲歡唱或合奏，在英、德、美、澳大利亞、日本等先進國家，已有一、二十年以上的歷史，音樂的特質在團體中自然的呈現，吸引著長輩們參與以及行動的動機。音樂的魅力到底是什麼呢？它施展了什麼魔力，讓長輩們樂意投入活動中？其實音樂是每個人生命中都曾經享受、緊密陪伴或深受影響的媒介。從本質與功能來看，它具有以下的九個特點：

1. 溝通：音樂是一種非語言表達的形式，用歌唱或演奏的方式，直接傳達我們的情緒與感受；為失智症長者及其家人盛裝情緒，藉歌曲傳達感傷、失落、關心等各式情緒。

2. 認知：音樂搭起回憶的橋樑，讓彼此分享共同擁有過的經驗，拉近距離。例如：年紀七十歲以上的本省籍長輩們，對於日本人統治台灣的時代都還記憶猶新，幾首熟悉的日文歌曲，就讓長輩們迫不及待的想分享那些專屬於他們年代的記憶。而音樂亦具有連結情境的功能。讓人藉著音樂直接回想起過往美好的人事物，亦或是令人傷痛的時刻。

3. 肢體回應：在樂曲節奏的帶領下，自然地引發肢體參與及活動的動機。當身體活動的節奏和音樂的節奏吻合時，我們的身體就受到了驅動。

4. 社會互動：音樂可以合奏的形式呈現，提供每一位成員參與其中的經驗，學習合作與合奏的過程。

5. 多元的感官經驗：音樂強化聽覺、視覺、觸覺等感官功能，是一種非侵入性又使人愉悅的刺激來源。

6. 心靈需求：音樂滿足人類對美的需求。我們可能自覺歌喉不好或五音不全，但是可以在聆聽唱片或欣賞影片的過程中感受到專業又動人的演出，而並不減損對音樂的熱愛。

7. 參與動機：音樂沒有威脅性，通常與過去的生命經驗有愉快動人的連結。一旦聽到熟悉的曲調旋律，就忍不住想哼唱一段或手舞足蹈的配合。

8. 情緒：音樂提供愉悅的感受、自我滿足、簡單的樂趣並鼓勵創意。

9. 尊重個別差異：每位成員可以自己喜歡的方式來配合或回應音樂，包括開口唱和、拍手跟上節奏、使用樂器等，不需一致卻能創

造有特色的聲響。

以上九項音樂的功能，幫助我們思考音樂介入團體的原則，並以此觀察參與成員的反應，有效帶領參與成員融入其中，享受音樂帶來的樂趣，穩定情緒，進而提昇生活品質。

## §現場實境二例

### 例一

吳老師是精通日文的退休高中音樂老師，在我們近 20 人的社區音樂治療團體中，80 好幾的他看來身體硬朗，精神也清爽，每週一次的團體時間，太太與兒子都會陪同出席，詢問家屬得知，曾是音樂老師的吳爺爺，非常喜歡唱歌，但是卻幾乎不曾在我們的音樂團體中開口唱歌，吳老師老是笑著告訴我們，這些歌曲他都聽過，卻也都忘了，連怎麼唱都不記得了。工作人員仍然不斷鼓勵他，看著歌詞跟著唱，吳老師總是笑容滿面的說好，卻無法配合。這天，是社區音樂治療團體進行的第四次，我們選唱了「桃太郎」這首日文童謠，希望藉由這首歌曲，讓團體中幾位嫻熟日文的長輩能夠重溫兒時情景，並且為大家教唱這首歌曲，也與同學們分享歌詞意義。吳老師才看到歌詞的第一行「mo mo ta ro san」，就不假思索地開口唱出三段完整的歌詞，還不忘和臨座的奶奶討論起這首小時候日本時代的歌曲來，間或夾雜著「再唱一次」、「再來一次」的要求呢。看著吳老師開心又有成就感的表情，在場的工作人員與家屬也被那股氣氛感染而一起同聲高唱。

### 例二

本省籍的李爺爺是由外籍傭人照顧的長輩，總是準時來團體報到，安靜的坐在位子上，臉部沒有太多表情，勉力的與團體其他成員一起參與歌唱、拍打樂器及肢體伸展等活動。由於家屬沒有陪同，我們無法得知李爺爺過去對音樂喜好的程度，只能在活動中多觀察李爺爺的反應。幾次團體活動下來，我們注意到李爺爺對台語老歌較有回應，在唱「望春風」、「四季謠」、「西北雨」、「天烏烏」、「燒肉粽」等歌曲時，他有時會動動嘴巴，但只唱了幾句就停下來，也不看歌詞了；肢體活動的狀況也不是很投入，做了幾個動作就會停下來，需要外傭及志工的帶動，才能勉強參與完整的活動。在團體中屬於較不主動參與的典型。社區音樂治療團體進行的第三次活動中，為了配合夏季的主題，我們唱了以「花」為主題的歌曲，包括國語歌：「茉莉花」、「可愛的玫瑰花」、「夜來香」等，以及台語歌「白牡丹」，我們邊唱邊拍手鈴，當我經過李爺爺的身旁時，他握住我的手，在其他成員的歌聲中謝謝我，他說我們真的很厲害，每次都挑選好聽的歌來唱，像這首「白牡丹」就是旋律優美、歌詞內容又很有意義的歌曲，真的很感謝我們。我也注意到李爺爺很專注的從頭到尾將這首歌唱完。

身為音樂團體的帶領者，我常常在團體過程中與長輩們共同經歷

音樂帶給我們的愉悅與美好，與長輩們乘著音樂歌聲的翅膀，跌入那遙遠的時光隧道，重溫舊日時光與回憶；也在音樂穩定輕快的節奏陪伴下，見到這些高齡從六十好幾到九十幾的長輩們，不輸給年輕人的伸展筋骨，還能不停的變換動作，和平日安詳的坐在座位上不同的形象，讓人見識到可靜可動的銀髮族特質。謹就此兩例，說明音樂團體的目標。

## 二、團體的目標

1. **提昇自我評價**：音樂活動提供成功的經驗，不管是歌唱、拍奏樂器或身體律動，都能夠使參與的長輩在過程中輕易完成一件完整的活動，使人覺得有成就感，自我價值感提昇。
2. **延伸愉悅的情緒**：音樂活動帶來正向快樂的感受，影響情緒，並能延伸到活動結束之後，改善與家人互動的品質。愉悅的情緒也會自然地影響及感染周遭的家人與朋友，不致因患者的症狀而終日苦惱。
3. **增加表達的主題與機會**：音樂活動中會配合長輩的過去經驗，以農家、日據時代、童年、抗戰、故鄉等不同的主題來進行活動，讓長輩們以自己最有回憶、最有話題的主題來表達、分享與交流。
4. **增進互動**：在團體中，認識來自於不同背景的其他成員，交換過去的生活經驗，增加與人互動的機會。
5. **減緩病程退化**：音樂活動雖是非藥物介入的治療方式，但它使人愉悅，願意回顧過往，促進情感表達，間接刺激腦部活動，能幫助緩和症狀的惡化。
6. **提昇患者與家人的生活品質**：照護失智症長輩的任務，通常落在親愛的家人身上，長期照護的重擔使照顧者承受極大的壓力與牽制。若是失智症長輩與照護者都能在音樂中尋得情緒舒緩的管道，增進彼此正向溝通的方式，對於彼此生活品質的提昇，有一定的效果。

## 三、團體的準備

為了使團體順利的進行與發展，團體的事前準備工夫也相對的重要，以下幾個準則有助於團體的發展：

1. **人數**：以 6-10 人的小團體來進行，效果最好。因為人數不多，使得每位成員被重視與鼓勵表達的機會都增加，領導者與成員有更厚實的關係建立基礎，形成較緊密的團體關係，有助於團體成員的認識與自我表現。
2. **對象**：可以從失智症長輩的背景資料中篩選出過去職業與音樂有關的，做為優先進入音樂團體的考量，例如：音樂家、音樂老師、音樂經紀人、調音師、樂器維修師傅、樂器銷售員、合唱團成員等，音樂很容易引導他們激起共鳴；其次像是音樂愛好者、業餘

- 音樂好手也非常適合網羅進音樂團體。對於沒有音樂背景的音樂愛好者，與有音樂背景的成員比較起來，其享受音樂的動力可是不分軒輊的。而一旦成員確定，團體開始進行後，就不宜再有任何成員的變動。另外，伴隨有聽覺疾患的長者，不勉強其參與，因為無法藉由聽覺理解團體進行的活動，有時反而造成失落感。
3. 使用語言的考量：如果成員人數足以分組，建議以擅長的語言來區分團體的成員，會使音樂團體運作地更有動力。因此以國語、台語、日語、台日語、國台語、國客語、英語等不同語言來區隔，可避免掉入省籍考量的迷思，更可以使團體成員擁有更多的共同話題。
  4. 時間與地點：在固定的場地，進行一週一次，每次兩小時的音樂團體。時間以早上 9:30-11:30 或者 10:00-12:00 為最佳時段。
  5. 場地安排：基本上必須能容納所有團體成員活動的空間，不需過於寬敞使成員無法聚焦彼此，也不致過於侷促而不方便活動。必須有方便移動的桌椅設備—有時需要坐下來看著歌詞跟唱、有時需要站起身來暖和肢體或活動筋骨、有時需要分組拿不同的樂器進行簡單的合奏。準備清楚易辨認的當天日期與音樂團體名稱。牆壁有空間能張貼相關主題的圖片，增進活動效果。簡單樂器的陳設空間：包括電子琴(鍵盤樂器)或吉他，也可以選擇長輩方便掌握的沙鈴、搖鈴、鼓等簡易使用的樂器。
  6. 帶領者的能力：因為是以音樂為主要進行媒介的音樂團體，帶領者至少須具備基礎以上的音樂能力，包括：(1)能準確地哼唱旋律，不會走音。(2)在兩三次的練習後，即可熟練的唱出原本陌生的歌曲。(3)敏銳的察覺節奏的變化，可以清楚帶領成員事先預備。(4)能夠在帶領肢體動作時，配合音樂節奏，有順序而安適地轉換動作，不致使成員無所適從。(5)清楚了解成員們的動作能力，為成員計劃適當的動作與樂器的操作。此外計劃音樂團體的內容與發展、尊重成員的分享、適時引導主題的發展，則是與音樂能力沒有直接關係，但也必須具備的帶領者的能力。

#### 四、音樂團體的內容

音樂團體中以歌唱、肢體回應、樂器活動及引導創作四個項目的活動來進行，分別敘述如下：

1. **歌曲教唱**—配合活動主題，事先準備好成員們熟悉的歌曲歌詞，帶領成員配唱。或接受成員點歌，準備好歌詞與原聲帶，與成員們一起分享。最重要的部分，當屬由歌曲引發的相關回憶，鼓勵成員們的分享討論。特別要注意：歌曲的音域要降低，可以調整調性來彈性配合，以免影響成員們的參與意願。歌曲的速度也是值得注意的要素，有些輕快的歌曲仍需從中等速度來進行，帶領者可

以鍵盤樂器或吉他放慢速度配唱，熟練歌曲之後，再慢慢加快速度。

2. **音樂聆聽**—成員中或許有古典音樂的愛好者，也可以聆聽音樂的方式介紹曲目與其他成員分享，進一步討論藉此引發的感受。或以不同形式的音樂，如：進行曲、搖籃曲、圓舞曲等小品，引導成員們的聽覺區辨與感受力。
3. **音樂回應**—以音樂中的對比特質，如：強弱、快慢、曲調上下行、重複等元素，引導成員們的聽覺注意力與察覺。
4. **肢體律動**—配合速度適中的樂曲，引導成員們由手至腳部的連續性動作進行，達到掌握身體部位、活絡筋骨、聽視覺與動作配合之多重效益。
5. **樂器伴奏**—有些歌曲配合上樂器的特殊音色，更能引領人通過時光隧道，回到記憶中的情境。例如農曆新年的應景歌曲，如「賀新年」、「恭喜恭喜」配合鈴鼓的熱鬧聲響，更加的有年味，無形中，也自然的幫助成員手腕的運用。又例如歌頌阿里山的「高山青」，配上手搖鈴的聲響，原住民鮮活的舞蹈就躍然紙上。唱台語歌謠「丟丟銅」前，先請長輩們聆聽逼真的火車哨聲，更強化參與跟唱的動機。
6. **樂器合奏**—以簡單的旋律性樂器如音磚、旋律鐘(彩虹鐘)，邀請成員們奏出熟悉的旋律，增進成就感；或者分組進行不同樂器聲響的搭配，體驗合作的樂趣。
7. **歌詞創作**—以成員們熟悉的簡單旋律為基礎，擇定主題，像是季節、故鄉、童年等，以填充的方式邀請成員抒懷，記錄下每位成員的表達，就成為屬於團體的獨特作品了。
8. **才能表現**—在這樣以音樂為主題的團體中，非常容易吸引有音樂背景的成員，一時技癢想與團體分享自身在音樂方面的造詣，這當然是非常受歡迎的；不僅讓演出者有表演的舞台、強化其成就感，對其他成員來說，現場體驗不同形式的音樂表達，並可以直接回應給演出者，分享其成就。

## 五、音樂團體的流程

單次音樂團體的流程，以兩小時為準，大致規劃如下：

1. **歡迎歌開場(3-5分鐘)**—以成員們熟悉的語言開場，以歌聲歡迎成員的到來與參與。歌曲以簡單易唱為原則，歌詞內容則傳達出歡迎大家的出席，引發參與動機，也珍惜彼此相聚的機會。
2. **問候歌(5-10分鐘)**—以歌曲問候長輩，並以握手表達尊敬。同時進行當日日期的現實導向，也不忘引導成員間彼此的問候，握手招呼，表達關心，增進互動。
3. **主題歌曲教唱與歌詞討論(20-30分鐘)**—以四季、節日、或以昔

- 日當紅歌星(如：鄧麗君、鳳飛飛)的流行曲，做為主題歌曲教唱的內容，較容易引起共鳴及引發討論分享，並能延伸出後續主題。
4. 樂器配合歌曲(10-15 分鐘)—節奏輕快的歌曲，適合樂器的搭配，引導成員邊唱邊動，自我挑戰，增進樂趣與刺激。
  5. 肢體律動(15-20 分鐘)—可先坐著進行，以雙腳的動作為主，配合速度適中的樂曲，引導雙腳踩踏、雙膝互碰、膝蓋伸展彎曲、膝蓋抬放的緩和動作，再站起來，配合雙手的加入，進行雙手畫圈的伸展、雙手輪替拍打手臂、轉動軀幹、扭動臀部、轉動手腕、伸展手肘的各部位活動，在音樂的引導下，感覺舒暢有活力。
  6. 班歌教唱(5-10 分鐘)—以簡單熟悉的旋律，編出一首傳達音樂團體信念的歌，歌詞內容包括團體中進行的音樂相關活動，音樂帶來的樂趣，忘不了的珍藏回憶。為團體的尾聲鋪陳，準備進入下一個活動。
  7. 活動回顧(20-30 分鐘)—帶領成員依照進行的順序，一一回想今天唱過的歌曲、使用的樂器、引發的主題討論、肢體活動的感受等等，再延伸至最喜歡的項目、印象最深刻的部分等等，最後預告下週的主題，請大家期待。
  8. 再見歌(5 分鐘)—在團體的尾聲，藉由再見歌的曲子，傳達成員彼此間的祝福，包括祝福大家健康、愉快、平安，也期待下週的相逢。

## §結語

以音樂為媒介的團體，有著吸引人參與的獨特優勢，但重要的是帶領者的引導與全盤考量，俾使參與的長者都能經歷美好的音樂經驗，進而增加生活能力與樂趣，提昇生活品質。

# 團體結束期及後續工作

楊佩蓉社工專員

## 一、團體工作的結束

團體實務工作關鍵性的部分即是結束階段，由於帶領者在結束階段所使用的技巧，將是影響整個團體經驗成功與否的關鍵；同時，也將形成長輩們對團體永遠的印象。因此，透過熟練的技巧來結束團體，將可以顯著增加團體的滿意度，意即考驗著帶領者能夠如何成功的劃下最完美的句點。

由於瑞智學堂的團體課程皆具有部分的治療性功能，就治療性的團體而言，處於結束階段時，通常處遇後的個別改變已趨於穩定，例如：長輩以前不喜歡出門，現在可以主動提醒家人要來瑞智學堂；以往長輩的社交與語言較少，經由與成員間建立起熟悉度之後開始主動對話；透過購物車的認知訓練可以提升長輩對金錢的概念…等等，長輩們這些行為或情緒面的改變、社會參與或認知的提升，如何於團體結束後仍能繼續維持亦是十分重要的課題。

## 二、團體結束期的工作

在團體結束期階段，通常瑞智學堂的長輩們自我揭露的程度是很高的，有時甚至會提及內心的感受或隱密的細節(如喪偶的感觸或與家族間的情感糾結)，透過長輩間彼此分享與回饋，於團體過程中將能發展出相互信任、支持與依賴的關係；同時帶領者應有計畫的去安排團體的結束，讓所有的長輩能共同經歷、分享感受與相互回饋。因此帶領者必須要去協助所有長輩同時終止團體的參與及處理結束時的感受。

### (一)團體結束時可能出現的反應：

這些結案的感受可能包含正向與負向。正向的情緒包括：快樂、覺得有所成長、覺得有意義、覺得學習到很多技巧或經驗、覺得有成就感…等等。依本會辦理經驗而論，長輩的結案回應幾乎是呈正向的。

至於負向的情緒，則多為依賴帶領者或情感轉移(將帶領者視為疼愛的子孫輩)。因此，處理成員間的分離焦慮、帶領者對成員間的分離焦慮及成員對於帶領者的分離焦慮則為相當常見且重要的課題。建議可多運用同理心的技巧傾聽長輩的感覺，並引導長輩分享與回顧歷程，進而肯定長輩於團體進行中的成長與改變。

### (二)結構性：運用討論與回饋、儀式：

#### 1. 運用討論與回饋：

瑞智學堂的所有課程皆為結構性團體方案設計，亦即有團體主要目標、單次團體主題與目的、團體活動設計…等等，但由於在團體過程中，長輩們的狀況與回應較難預

測的，故每次團體的進行過程中彈性較大，帶領者可以盡量依據當時長輩們所發展的動力方向與回應來進行調整。但到了團體結束階段時，建議可以運用較為結構性的帶領，讓長輩們先有心理準備要面對團體的結束。

為了確保長輩們能做好團體的準備，可以於團體結束前三次便開始為團體的結束做些討論，意即若為十次的團體，建議可於第八次團體將結束之際，可保留一小段時間告知長輩團體即將結束，並可於第九次團體中運用一些時間來與長輩們討論對團體進行時的感覺、團體結束的感受、想法，或在團體中與其他長輩相處的感覺…等等。

## 2. 運用儀式：

經過了第八次與第九次團體的醞釀，我們可以再運用一些儀式來讓團體拉下閉幕，例如透過結業典禮的舉行，讓長輩能有一個類似畢業典禮的過程，讓他們真正地參與團體結束的過程，並能有所收穫，同時結業典禮也是帶領者創意展現的好時機，帶領者可以依據各種團體的基調、團體的特性、內部成員的特質…等等，來設計不同的結業典禮。

通常，依本會瑞智學堂的辦理經驗而言，在最後一次的團體會將時間一分為二，前半段時間用以回顧團體進行，後半段時間為結業典禮的進行，舉例如下：

	時間	帶領設計
團體前準備	團體前	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 帶領者可於事先整理所有團體照片，擷選後加上文字說明編輯成 PPT 檔</li> <li>2. 也可因不同團體內容目的，製作個人成果冊、團體相本、藝術畫冊或作品集等</li> <li>3. 前一次團體時即可以請長輩回家先準備一段畢業感言</li> <li>4. 茶點準備</li> <li>5. 邀請家屬</li> </ol>
本次團體進行及回顧	約 50~70 分鐘	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依原訂團體計畫，將團體作一結束，如完成上週未完成之成品、作業，或是依原方案設計完成本次團體。如，               <ol style="list-style-type: none"> <li>1). 頭腦體操班可以製作祝福小卡，互送卡片與其他成員</li> <li>2). 音樂班可以回顧團體曾唱過的歌曲，曾使用過之樂器或創作</li> <li>3). 藝術創作班，可以完成畫冊或作品集</li> </ol> </li> <li>2. 和長輩一起分享、回顧整個團體過程。</li> </ol>
結業典禮	約 50~	邀請家屬及本會秘書長及所有同仁們共同參

	70 分鐘	<p>與，營造正式而溫馨的感覺。</p> <p>典禮的流程範例：帶領者引言→秘書長致詞→本次學堂 PPT 回顧→由秘書長頒發精美的結業證書（記得要拍照）→邀請長輩及家屬逐一發表感言→團體大合照。</p> <p>，並邀請家屬共同參加結業典禮，於典禮上頒發團體相本並邀請發言。</p>
--	-------	--

### (三) 成果整理

#### 1. 團體紀錄

在團體開始前即應確認團體紀錄之格式/表單，當團體帶領結束後，此時觀察員亦應同時完成了所有的團體紀錄，（若無觀察員，可依職責分配由帶領者或協同帶領者完成之）。並盡快於下次團體前將文字紀錄轉為電子紀錄，以利保存及後續製作成果報告。

#### 2. 表單文件之整理

本會為了解學員在團體中之表現，使用團體參與量表，紀錄長輩於團體中之注意力、出席意願、人際互動、發言情形、參與情形、享受活動程度等項目之變化。以量性紀錄觀察及呈現個案之改變。此表單除可以看出成員個別的變化，亦可比較團體成員間的不同，同時亦可作為成效指標之參考。此資料亦可以轉為電腦量性資料之紀錄，以方便日後進行資料之統計或分析。

#### 3. 影像資料之處理

團體進行過程中，是否拍照及錄影，除需考量個資的問題，尚需考量需要性，譬如留下回憶作為製作畢業典禮文件之用，或燒錄成光碟提供給家屬。若作為教學之用，是否有做到適當個資保護的原則，且應注意勿將個人資料外流。在團體進行過程中，若有學員實習，更應注意到隱私及個人資料保護。

#### 4. 成果展現-創意無限

所有團體在進行中，於結束後，會有些不同的產出物，例如：頭腦體操班的回家作業、瑞智音樂班與合唱團的歌本、藝術創作班的創作作品、薪火相傳-懷舊班的人生故事書…等等，這些產出物要如何處理、保存也是在團體結束時面臨到的問題。也許以下方法可供參：

- (1). 團體進行中：過程中儘量做到不干涉以保持獨立製作屬於自己、獨一無二的作品，可以讓其當次帶回去，也可保留，對於保留下來之作品，但需向長輩說明，並協助長輩整理及保存。

- (2). 團體結束後：對於保留下來之作品可做為團體引導物，協助長輩重整團體歷程。
- (3). 成果展：所有產出物或作品皆是結合了團體歷程及案主本身的付出，因此，這些產出物或作品皆是案主參與團體後成就感的來源，團體帶領者可以略加巧思，將作品整理、美編、包裝…等方式將其完整呈現，會對長輩及家屬有不一樣的意義。

5. 追蹤與輔導：

依據本會瑞智學堂的辦理經驗來看，長輩在團體進行或後期會有改變，例如：會主動說話、說話頻率增加、心情較為愉快、主動表達要來學堂上課、跟家人互動增加、或跟社會互動增加、較願意外出、變得比較『精』…等等行為或情緒面的改善。而這些透過團體結束後之後測評估，可以看到此類成效之表現。除此或許在團體後數週至數月辦理同學會，讓學堂長輩及家屬再次聚會，是維繫其原有團體關係及本會提供後續追蹤關懷的一個方式；另外也可以定期以電話了解長輩與案家的近況，提供持續關心，也是進行個案管理的一個方式。

而持續開班更是長輩及家屬期盼的事，也是提供長輩持續與外接觸及家屬喘息及降低焦慮的實質幫助，而提供此項服務之單位亦將可感受此明確的需求。

## 成員輔導

葉美君專員、李會珍副秘書長

就如同前面文章所提到的，失智症初期的症狀並不如一般人想像的嚴重，並不是所有的事情都想不起來，也不會做，他們還能夠保有許多的社交能力與生活功能，只是每個患者的症狀都不盡相同。而最早發現失智症來臨的人，絕對(建議改為通常)不是醫師或護士等專業人員，而是家人或是患者本身。

在生活中，你我可能都有忘東忘西的經驗，經過提示或回想可以順利解決這些問題，並一笑置之。但對於失智症初期的患者來說，不斷重複的頻率、無法順利完成的任務、別人的臉上不耐煩的反應，都可能讓患者警覺到“我怎麼會記性這麼差!”、“我怎麼了!”。若是對疾病有認識的人，可能會意識到自己是否生病了，進而求助於家人、醫師。在門診或是瑞智學堂的服務中，確實有許多的患者是自己覺察到記憶的問題，擔心自己因此喪失原本的能力，所以積極的就醫、安排自己的生活、學習各種生活小秘方，讓自己盡量維持正常的生活。對於老年發病的患者來說，“年紀大所以記憶力不好、年紀大所以動作慢、年紀大所以…”是將疾病合理化的最好理由，家人也往往忽略問題的存在。因此，年齡除了是失智症的危險因子之外，也是延遲就醫的重要因素。

每一個失智患者對於失智症都有不同的詮釋。在瑞智學堂中，我們也看到每個患者及家屬對瑞智學堂也有不同的看法與態度，這會影響整個團體的進行，以及成員間的凝聚力。患者對於團體互動的態度越是正向，就能對團體有更多的認同感，越能趨向團體的目標。

### 影響患者對團體的態度及看法之因素

#### ◆ 病識感

因為對於疾病的認知不同，有些輕度失智患者清楚地知道自己罹患的疾病、病程的演化，他們可能會在初期的時候就積極尋求各種方法來面對疾病所帶來的問題，但也有可能因為無法接受自己已罹患失智症的事實，開始出現憂鬱、退縮的情緒，影響對活動的參與意願。對於缺乏病識感或拒絕接受此診斷的患者而言，會認為自己不需要改變原本的生活作息，此時患者參與團體的意願就會降低，團體的適應期較長。團體帶領者面對不同病識感之成員，用來引導成員參與團體之說詞必須隨之調整。對於有病識感之長輩，能接受參與課程是為了避免進一步退化，但對否認或無病識感之長輩，則須依長輩能接受的方式引導之。

#### ◆ 社交模式及能力

患者過去幾十年養成的生活習慣、人際互動模式，在生病之後可能會持續下去。有些患者因為工作的關係，練就了一身的社交能力，儘管罹患了失智症，仍能維持表淺適切的社交互動，甚至表現的溫文有禮、應對正常，讓週遭的人或團體中其他家屬不覺得此患者患有失智症。但是也有部份失智患者因疾病影響而出現不適切之人際互動，如當面批評學堂成員(但病前不會如此)、不尊重他人之發言、說話過於直接而令成員出現防衛行為等。人際互動能力較佳者，可促進團體成員之互動，同時成員態度趨正向；反之，破壞性言語可能導致成員自尊心受損，此時帶領者需正面引導，讓每位成員在團體中都能感受到被接納及肯定。

#### ◆ 過去生活及工作經驗

有些女性患者自婚後即一直擔任全職的家庭主婦，除了家庭生活外，鮮少有社會參與，多處在封閉或家人為中心的情境中，在生病之後突然要跟這麼多陌生人相處在一起，就可能會出現許多不安、害怕、逃避甚至是生氣的情緒。在團體初期可能會出現抗拒、退縮、少語的情形。更多患者因為以往的工作經驗，像是終身務農、任職教育界、警政，或是牧師、主管退休，或自己自營公司等等不同的人生經歷，也會使得患者在參與不同團體時會出現不同的接受度或排斥情形。

#### ◆ 家屬態度

在失智症的照顧中，家屬扮演非常重要的角色，在瑞智學堂(輕度失智健康促進團體)裡，家屬更是不可或缺的一環。從最初，家屬接受醫師、其他專業人員或親友的介紹，或是透過大眾媒體等資訊，開始接觸學堂。起初的一無所知，經過團體工作人員讓家屬充分了解學堂的運作、目的與預期效益後，家屬開始願意帶病友前來參加團體。當家屬對學堂越來越認同時，我們看到家屬能每週固定時間陪同病友前來，甚至是透過一些技巧將缺乏動機或不願參加的病友帶來參與團體，回家後願意繼續配合課程延伸，主動設計活動於日常生活中，在在都是用“心”經營的表現。當然家屬對病友的態度，也跟過去雙方關係息息相關，因此，此部分的評估也顯得相當重要。如何透過家屬團體的力量，加強家屬正向態度，將是影響患者是否能持續參與團體的重要關鍵。

### 如何輔導及協助成員適應

#### ◆ 協助成員與團體建立信賴關係

在本會瑞智學堂歷年的服務經驗中，學堂成員在開始時大多為非自願性個案。成員在家人的安排下來到學堂，不知道自己身在何處、為何要跟這麼多陌生人共處一室！這時候如何與成員建立關係，並向成員介紹團體就是一門很大的學問了。

第一次與學堂成員及家屬見面時，先遞名片給成員，之後再給家屬，同時認真地向成員介紹自己(帶領者)，讓失智長輩充分感受到被尊重。切忌不顧成員之存在，只與家屬互動。瞭解成員的成長背景、文化特色、自我認同感，欣賞成員之特色，用成員可以接受的說法、文字或以往課程照片，以拉近成員與帶領者及學堂之間的距離，降低成員對團體參與的抗拒及防衛。舉例來說，對沒受過教育的成員，上課學寫字是提升身分地位的方法，因此“來上課”就是他來參加學堂團體的動力；對於有特殊專長的成員來說，“來學堂教導其他的夥伴”可提昇他的自我價值感；對於不同的成員要有專屬的介紹辭，“來開會”、“來動動腦”、“來開講(台語)”、“來聚會”、“來交朋友”…，都是可以嘗試的。

一位受日本高等教育的長輩，開始參加團體時，家屬告之要去“上課”，長輩的反應是「我都已經這麼老了，還要去上什麼課？」，長輩顯得很不高興，有點覺得是不是自己那裡不對勁了；第二次家屬改口說我們去“開會”，長輩欣然接受。每位長輩可接受的方式是不同的，必須依長輩之背景及反應做適當調整。

有關帶領者名片之設計，必須考量到字體夠大、訊息簡單、對比清楚，同時加上照片，以幫助成員及家屬較容易記得。

#### ◆ 提昇成員參與動機及成就感

成員在參與團體過程中，一旦有挫敗的感覺，大多會不想再來參加團體，而此挫敗的感覺可能來自：不認同團體，認為自己跟團體其他成員不一樣，不知自己為何要來參加團體；因不認識字，但團體中需閱讀或書寫；精細操作有困難；覺得都是其他成員說話，自己無法參與；認為自己表現的不好，無法獨立完成作品，或是不斷表示自己不會，而不參與活動…等許多狀況。一位成員的挫敗反應也可能會影響到其他成員的參與，團體的動力或預期結果就會受到影響。

瑞智學堂的重要精神在於發現成員之能力並加以發揚光大。因此，帶領者在過程中要不斷去欣賞成員之長處，不但要說出來肯定該成員，而且要加以運用。例如，會日文的長輩請其教大家唸日文歌詞並解說歌詞意思；種菜高手請其教大家如何種菜等。此外，讓成員擔任團體中的班長，賦予責任；請其協助某些成員，增加其助人之成就感；團體帶領者應隨時敏銳的觀察成員的反應及表現，彈

性的調整當次團體的目標及活動過程，以使每一位成員都能享受參與團體，並從中獲得樂趣及成就。

#### ◆ 適切處理團體中成員情緒及行為問題

成員在團體中可能會有許多的突發情緒問題，像吵著回家、嫌活動過程非他所期待、因某些話題而突然傷感哭泣或情緒激動、某些話題因偏離現實，造成其他成員的反噲、話題滔滔不絕無法中止、因焦慮不斷上廁所，妨礙團體進行等行為問題。這些情緒及行為問題不但對團體帶領者是一個很大的挑戰，也會影響其他成員的參與。因此團體帶領者及協同帶領者，在角色分工上如何各盡其責，是很重要的。

成員之情緒及行為問題必有其導因，帶領者必須分析問題之影響因素，再擬因應策略。成員可能因前晚睡眠欠佳、感冒不適、團體前與家人衝突等，影響當天情緒行為；也可能因疾病本身導致成員重複說同樣的話或持續力較低等。隨著不同導因，帶領者之因應策略也有所不同。

對於可預期之問題，事先做安排。如，將已知可能有狀況的成員之座位安排在協同領導者的旁邊，或讓領導者能夠清楚看到的位置(如對面)，必要時，可能就需要一對一的協助與陪伴；而領導者就必須有充分的準備，能依情況轉移或改變話題，並要對成員的反應具敏感度，要能技巧性的降低成員的焦慮不安，並引導及善用團體力量協助有困難的成員。協同領導者需適時協助安撫有問題之成員，若是團體進行中即吵著要回家的成員，要接納其反應，協助處理其關切之事，再轉移其注意力，賦予“重責大任”或安排他有興趣或專長的事情。但切記不要顯的不耐煩，也不要讓負向情緒在團體中蔓延擴散，立即的安撫及處理是很重要的。

一位 60 出頭的伯伯常不顧團體正在進行之話題或活動，很自發地提議要唱歌(或別的活動)，在未顧及他人反應之下，他就起身拿歌本開始唱歌。帶領者經討論之後，安排這位成員協助記錄，且授予「記錄官」之榮譽頭銜，並與其個別討論及約定，再將約定摘要重點製成書籤，在團體時給該成員。執行之後狀況改善許多。

#### ◆ 降低家屬焦慮、提昇對團體信賴感

在本會學堂服務經驗中，團體初期家屬還未對團體產生信任，常常會出現家屬想從旁觀看團體進行，或是患者希望有家人陪同的狀況，這是成員及家屬於初期的焦慮反應，團體的設計及帶領者需要事先考量。帶領者需先釐清團體的目標，再考量家屬是否參與。由於每位家屬與成員之溝通型態有相當大差異性，可能對團體營造的“接納”、“包容”、“安心”的氛圍造成干擾，

而影響患者的參與。例如，家屬常見的反應是：「不是這樣，是…你又忘了嗎？」、「我剛才才告訴你啊！」、「老師在問你，你要回答啊！」、「還有啊？還有那個…你怎麼沒說？」。家屬求好心切之心情，在觀察團體過程可能造成團體的壓力。

因此，如何降低家屬的焦慮也是團體設計所要考量的。我們可以為家屬安排的有：首次團體安排家屬相互認識、分享初次參與的心情與擔憂；安排資深家屬分享參與經驗；在每次團體結束後，安排一些時間向家屬報告今日團體大概的內容、成員今日在團體中的表現、成員與其他成員間的互動狀況、在家中可以如何延續團體的內容及其他團體中的特殊狀況等，幫助家屬了解團體過程，以降低家屬之焦慮，同時也為下次團體鋪路。

家屬互助團體是一個滿足家屬需求的方法，透過照顧者間彼此的分享，學習不同的照顧方式，也分享對瑞智學堂的不同看法，同時舊成員家屬亦可透過此方式協助新成員認識及了解學堂運作及成效。

在不同的階段中，成員對瑞智學堂會有不同的投入程度，從開始的抗拒、排斥，到之後的期待，甚至是捨不得團體的結束，而家屬的心情也會跟著團體即將結束而開始擔心“下一個團體何時要開始？”、“沒有參加瑞智學堂之後要怎麼辦？”。因此謹慎準備及處理團體結束所可能帶來的問題、公開清楚明確的開班計劃、給予適當的承諾與建議，如此可降低家屬的焦慮，也能為成員安排較佳的活動計畫。

本會辦理之瑞智學堂經驗中，家屬對學堂會有永續性的期待，希望能持續參與團體，甚至希望瑞智學堂能對失智症的退化有治癒的效果。然而服務的提供都有其限制與困難，以本會學堂而言，主要服務的對象就是輕度失智症患者，儘管團體的參與可能可以延緩成員退化的程度，但卻不能改變疾病的病程走向，退化是必然會發生的。當患者進入中度之後，我們應提供家屬更適合於患者的社會資源(如日間照顧中心)，轉介適合之服務項目，以使患者可以獲得更適合的照顧，維繫患者家庭之良好互動關係。於學堂歷程中，安排至相關社會資源參訪亦是可行的方式。

## 家屬支持服務

楊佩蓉社工專員、湯麗玉秘書長

### 一、失智症對家庭之影響

阿茲海默症(佔失智症一半以上)於1906年被診斷與命名，近百年以來，尚未發展出治癒或免於惡化的方法。失智症患者的腦部細胞持續損壞，造成患者在記憶力、人時地定向感、判斷力、計算及抽象思考能力的逐漸退化。根據國外文獻指出，當家人罹患失智症之後，不但影響患者認知功能與處理生活事務的能力，同時家庭及社區關係亦遭疾病無情地破壞，疾病影響層面不只是限於個人，周圍的親友常一起捲入失智症帶來的混亂中，而主要照顧者承受了沉重負擔，甚至成為「隱形病人」！當家人被診斷為失智症之後，許多的家屬因為對疾病的不了解及刻板印象，導致對於未來產生恐懼、擔憂甚至出現憂鬱情緒，有六國外研究顯示配偶照顧者為憂鬱症高危險群。

失智症家庭照顧者相關研究顯示，照顧者使用較多精神安定劑，12%照顧者因照顧而經常生病，25%照顧者健康狀況愈來愈差，25%失智症照顧者明顯有焦慮症狀。照顧合併憂鬱之失智患者，約75%照顧者也出現憂鬱情緒。眾多研究顯示失智症對主要照顧者有顯著情緒、身體及財務上耗損。(Clipp, 1990; 湯麗玉, 1991; Teri, 1997; Aupperle, 2006; Cooper, 2007)

### 二、家屬支持服務之目的

國際失智症協會(Alzheimer's Disease Association)前任主席，同時也是老年精神醫學專家 Henry Brodaty(2003)分析1985-2001年30個有關失智症家屬支持服務之研究，結果發現家屬支持服務成效如下：(1)有效減輕家屬心理困擾；(2)家屬的失智症知識增加；(3)家屬對服務滿意；(4)家屬調適改善；(5)家屬與失智患者關係獲得改善；(6)可延後送患者至護理之家的時間。

#### (一)提昇家屬對疾病的認知

許多研究指出失智症家屬照顧負荷沈重，影響身心健康之狀況，為憂鬱症高危險群(特別是配偶)。此乃因為家屬不了解患者的許多問題行為是由疾病造成，導致雙方頻頻發生衝突，甚至造成其他家人或親友的誤解而產生挫折感與困擾。失智症患者的問題行為常發生於輕、中度時期，例如可能出現走失、疑心病重、日夜顛倒、誤食、隨地便溺、罵人或詛咒人、藏東西、拒洗澡、拒服藥等問題，令主要照顧者承受了沉重的照顧壓力，並經常處於精神緊繃的狀態，也使得許多家屬需向精神科求助服用安眠鎮靜藥物。因此，藉著家屬必修班課程幫助家屬對失智症有所認識，了解患者不是故意的或偷懶，增加家屬對患者的接受度，同

時減少家屬對患者的不切實際的期待。

## **(二)增進家屬照護技巧**

許多家屬對於失智症患者於輕、中、重度患者的照顧方法不了解，無法事先預防，導致家屬嚴重困擾，失智患者可能出現走失、火災、誤用藥物、車禍、財務損失甚至死亡等意外傷害，使得家庭受創，甚至影響社會安全。

透過參與家屬支持團體及家屬必修班培訓課程，將能獲得有關失智症的照護知識及日常活動安排方法，並能相互傳授照護技巧，讓失智患者享有更好的照顧品質，家屬能多幾把刷子來因應各種突發狀況。本會至民國 97 年已累積四年家屬團體經驗，採開放式小團體方式運作家屬團體及針對新案家屬辦理家屬必修班，其成效獲得家屬的肯定。

## **(三)降低家屬照顧負荷，正向調適疾病之衝擊**

本會自 94 年以來持續提供全台失智關懷專線諮詢服務，於服務經驗中發現許多家屬具憂鬱、焦慮及失眠等問題，並經常有情緒宣洩之需求。湯麗玉(2000)針對開放性失智症家屬支持團體，以 Yalom 之團體治療因素架構分析團體治療因子，發現明顯治療因子有普遍性、希望的灌注、知識訊息傳授、利他性、情緒宣洩、團體凝聚力、發展社交技巧，顯示開放性家屬支持團體對家屬的幫助有實質效益。失智症家屬在照顧歷程中常出現過高的期待，藉由家屬間之分享，可幫助調整期待更接近現實，而降低家屬本人及患者之壓力。

Fung(2002)家屬互助團體可有效減輕失智症照顧者困擾及提昇生活品質。課程中安排了失智症相關社會福利資源介紹，促進家屬使用資源，進而提升患者及家屬生活品質，減緩因照顧而承受的負荷與壓力。相信健康快樂的家屬可以提供患者最好的照顧品質，同時患者也會是快樂的。

## **(四)協助家屬了解學堂服務理念，以達最大服務成效**

瑞智學堂之服務理念為，發掘學員能力、著重學員仍保有之能力，並努力發揚光大。同時，尊重長輩、提昇其自我價值以及零挫折(failure-free)是服務過程中重要原則。藉著課程幫助家屬了解學堂理念，並期待家屬共同配合，以達最佳服務成效。部份家屬與成員出現不尊重之溝通模式，或是以大人對小孩說話的口氣，如「老師上課你有沒有認真在學啊?」、「不要那麼愛講話，吵死了」等。在家屬團體或課程中，即可與家屬們溝通對成員尊重的重要性，並請家屬儘量配合，至少在學堂中能顧到長輩面子。在本會經驗中，的確可看到家屬與患者間的緊張關係獲得改

善，長輩參與的成效也更高。

### 三、家屬必修班

家屬必修班提供家屬們對失智症的基本認識，了解輕、中度失智照護原則，並配合學堂活動說明輕度失智長輩活動安排之原則及家屬的角色，最後說明社會福利資源期能幫助調適照顧之壓力。

家屬必修班依家屬需求開班，若家屬們都已上過課，則不必開班。實務操作上，常碰到的狀況是，部份家屬無法參與全程，此時可提醒參與下一班課程。基本上，希望學員們的家屬都能對失智症照護有基本認識。若社區中有其他課程或講座也可提供資訊給家屬們。因上班無法參與課程者，則提供「認識失智症」、「輕度失智症之因應」等宣導手冊供家屬參考。

	家屬必修班課程	課程內容
一、	認識失智症	邀請具有失智症專長之醫師針對失智症之症狀、成因、病理及治療做簡要並清楚之說明，以提升家屬對於疾病的認知，進而了解患者的問題行為與疾病之關係。
二、	輕、中度失智患者照護原則	邀請護理師針對學堂理念、失智症基本照護原則、日常照護與問題行為因應分別說明，並協助了解各階段應有之調整。
三、	輕度失智者活動安排及家屬的角色	邀請職能治療師或學堂帶領者針對平日可與失智長輩於家中進行之活動與居家環境安排加以說明，並協助家屬釐清角色及期待。
四、	失智症社會福利資源簡介	協助家屬認識最新的社會福利與照護資源，進而選擇適合自家情境之資源，減緩照顧負荷與壓力。

### 四、家屬團體

在每一班學堂開課過程，我們依家屬需求安排2至3次家屬團體。較多新成員之班別，家屬團體可能安排較多。家屬團體可安排於課程初期(第1、2次)、中期(第5、6次)及結束期(倒數1、2次)。

第一次家屬團體的主要目標為幫助家屬們相互認識、了解彼此照顧狀況、清楚學堂目標及方式、處理初次參與者的焦慮與擔憂。初次參與之家屬通常擔心：長輩不高興、覺得被丟在這裡、不願意參加、參加一半要找家人、能否跟得上、會不會亂講等。家屬們很明顯放不下心，因此家屬通常會要求工作人員讓家屬在一旁觀看長輩活動過程。

由於每位家屬之溝通模式不同，為避免造成長輩之壓力或挫折，原則上家屬不參與團體或旁觀(前面章節已說明)。在本會經驗中，我

們發現家屬在一旁觀看時，長輩的反應是不同的。因此，帶領者必須於團體之前即告知家屬，並請家屬配合，並於首次家屬團體安排資深家屬分享過來人經驗(指參與學堂之經驗)。本會曾有一班合唱團是邀請患者與家屬全程共同參與的，此時團體的目標包含了促進患者與家屬互動關係、改善家屬與患者之溝通。但這過程，長輩之參與機會降低一半以上，帶領者必須經常有技巧地提醒家屬讓機會給長輩，到團體中後期才能逐漸改善。

第一次家屬團體有好的開始之後，往後家屬自然出現許多互動，可自發地分享經驗及資訊，逐漸形成支持網絡、相互幫助，增加了家屬間之支持力量。中期之家屬團體，除了讓家屬們分享參與之心得及長輩適應情形之外，了解照顧上碰到的困難，引導家屬間分享共同經驗及照顧方法，並提供新的資訊。結束期則了解繼續參與之意願、對課程之評價及建議，以及對未來之期待。在本會學堂經驗中，發現參與學堂愈多之家屬，其對患者之態度愈正向、對學堂之肯定愈多、對疾病之調適也愈正向。

## **五、結語**

完整的失智症照護要考量到患者及家屬雙方的需求，因為二者相互影響、關係密切。因此，瑞智學堂不僅提供患者健康促進活動團體，同時也必須安排家屬支持服務。此家屬支持服務只要能達到上述目標、滿足家屬之需求，其型式可依各地民情文化及資源做彈性之調整。

MMSE

總分： /30 施測日期： / /

STM： /3 施測者： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_ 病歷號： \_\_\_\_\_

身份證字號： \_\_\_\_\_ 陪同家人： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

職業： \_\_\_\_\_ 生日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

教育程度： \_\_\_\_\_ 寫： \_\_\_\_\_ 讀： \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ 1. 現在：(民國) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日，星期 \_\_\_\_\_， \_\_\_\_\_  
(10) (5)

\_\_\_\_\_ 2. 地方： \_\_\_\_\_省 \_\_\_\_\_市(縣) \_\_\_\_\_  
(5)

B \_\_\_\_\_ 1. 三種： \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_  
(3) (3)

2. 嘗試次數： \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_ 1. 減7： \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_  
(5) (5)

D \_\_\_\_\_ 1. 剛才的三種： \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_  
(3) (3)

E \_\_\_\_\_ 1. 這是什麼： \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_  
(9) (2)

\_\_\_\_\_ 2. 再講一遍： \_\_\_\_\_  
(1)

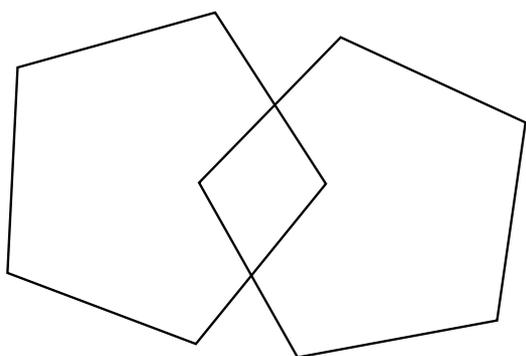
\_\_\_\_\_ 3. 閉眼： \_\_\_\_\_  
(1)

\_\_\_\_\_ 4. 寫句子：  
(1)

\_\_\_\_\_ 5. 畫圖：  
(1)

\_\_\_\_\_ 6. 三個動作： \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_  
(3)

# 請閉上眼睛



附錄二

AD-8 極早期失智症篩檢量表

(楊淵韓 劉景寬 譯)

注意：“是，有改變”代表你認為在過去的幾年中，因為認知功能（思考和記憶）問題而導致的改變。	是，有改變	不是，沒有改變	不知道
1. 判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局，財務上不好的決定，買了對受禮者不合宜的禮物。			
2. 對活動和嗜好的興趣降低。			
3. 重複相同的問題、故事、和陳述。			
4. 在學習如何使用工具、設備、和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐（器）、微波爐、遙控器。			
5. 忘記正確的月份與年份。			
6. 處理複雜的財務上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7. 記住約會的時間有困難。			
8. 有持續的思考和記憶方面的問題。			
<b>AD8 總得分</b>			

附錄三

失智症早期介入門診轉介單

轉介日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 轉介目的\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_ 性別\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_ (出生西元\_\_\_\_年\_\_\_\_月)

教育程度\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_年) 慣用手\_\_\_\_ 主要工作(退休前) \_\_\_\_\_

發病初始症狀\_\_\_\_\_ 發病時間\_\_\_\_\_

病程發展\_\_\_\_\_ 主要照護者\_\_\_\_\_

身體疾病：

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

目前服用藥物：

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

主要照護問題：

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

#### 附錄四

#### 失智及記憶特別門診

單位名稱	住 址	電 話
台大醫院神經部	100 台北市中山南路七號	(02)2312-3456
新光醫院神經內科	111 台北市文昌路 95 號	(02)2833-2211
台北榮民總醫院神經部	112 台北市石牌路 2 段 201 號	(02)2871-2121
康寧醫院	114 台北市成功路五段 420 巷 26 號	(02)2634-5500
天主教耕莘永和分院	234 永和中興街 80 號	(02)2928-6060
桃園聖保祿醫院神經內科	330 桃園市建新街 123 號	(03)361-3141
衛生署桃園療養院神經科	330 桃園市龍壽街 71 號	(03)3698553
林口長庚醫院神經內科	333 桃園縣龜山鄉復興街 5 號	(03)328-1200
台中榮民總醫院	407 台中市西屯區中港路 3 段 160 號	(04)2359-2525
林新醫院	408 台中市惠中段 36 號	(04)2258-6688
衛生署台中醫院 記憶保健整合門診	403 台中市西區三民路 1 段 199 號	(04)22294411
彰化基督教醫院精神科	500 彰化市南校街 135 號	(04)722-5121
衛生署草屯療養院	542 南投縣草屯鎮玉屏路 161 號	(049)255-0800
天主教聖馬爾定醫院	600 嘉義市大雅路二段 565 號	(05)275-6000
衛生署嘉南療養院	717 台南縣仁德鄉中山路 870 巷 80 號	(06)279-5019
高雄凱旋醫院	802 高雄市苓雅區凱旋二路 130 號	(07)751-3171
高醫附設中和紀念醫院神經內科	807 高雄市三民區十全一路 100 號	(07)312-1101
高雄市立小港醫院神經科	812 高雄市小港區山明路 482 號	(07)803-6783
高雄榮民總醫院神經內科	813 高雄市左營區大中一路 386 號	(07)342-2121

■ 各大醫院神經科或精神科皆可協助失智症之診治

**日常生活功能之成效**：日常生活功能在成效評估中多不見進步成效，還可能有退步情形，因此將不列入主要成效評估。只是，如此是否代表團體活動對於日常生活功能沒有成效？其實尚有爭議。因為隨著老化以及病情嚴重度，都會影響日常生活功能的表現，因此有一說法為如果能維持或減緩退步即具有成效；另外值得討論及思考之處為我們平時評估的工具是否能正確評量出個案之日常生活功能。

**執行能力或功能表現**：在評估日常生活功能時，不同的評量概念將有不同的結果。以穿衣服來說，如果我們評估某個案”會不會”穿衣服，答案也許是肯定的(執行能力)；但如果我們再仔細評估，個案可能有動機穿衣，也會穿上衣服，但因為辨別穿長短袖以及順序有困難，平時可能並沒有自行穿衣(功能表現)；以職能治療師的角度來說，這位個案是可以有效執行穿上衣服功能的，只是需要一點「協助」，這個協助也許是口頭提醒，也許是協助衣服分類或清楚標示等等，其實也是睿智學堂中如頭腦體操班希望個案從活動中訓練的方向。因此有學者建議，在評估日常生活功能時，最好先評其「功能表現」，若需要協助再評其「執行能力」，同時了解其「困難程度」(謝, 2008)。如此的評估日常生活功能，相信更可能看到團體的成效！

**參與生活，功能促進**：適當且完整的日常生活功能評估，能告訴我們個案在執行日常生活活動時所遇到的困難，然後我們可以安排個案參與適當的團體活動，再加上照顧者的調適與訓練，甚至專業人員如職能治療師的訪視，建議適當之活動安排、輔具與環境改善。相信失智患者與照顧者，尤其輕度在早期介入之下，能夠有更好的生活品質！

附錄六ADA (莫靜敏) 供參考，需要者請向原作者索取

## 附錄六

### 失智功能障礙評估量表(DAD)

姓名： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

年齡： \_\_\_\_\_ 教育程度： \_\_\_\_\_

請註明所有身體和感官障礙： \_\_\_\_\_

受訪者： \_\_\_\_\_ 與評估對象的關係： \_\_\_\_\_

評審員： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**起動力**包括決定及/或開始行動的能力，這不但講求個人的自發性，亦須考慮該活動是否在合適的時間和地點進行。

**計劃及組織力**包括認明整個活動中不同組成部分的能力，能把它們按合適的次序連接起來，並制定行動的策略和在行動前預備好所需物料。此外，它還包括監察活動過程的能力，即能於需要時解決問題和作出決定以修正錯誤的能力。

**有效執行能力**包括完成整個活動的能力，能否在安全及可接受的方式下完成活動也是其中一個重要的因素。

在過去的兩星期， \_\_\_\_\_ (評估對象的姓名)，在沒有協助和提醒下：

1. 個人衛生	評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 主動洗臉				
b. 主動洗澡				
c. 主動刷牙或清洗假牙				
d. 主動清洗及梳理頭髮				
e. 準備水、毛巾和肥皂來清洗自己或洗澡				

f. 可安全徹底的清洗和擦乾身體的每部份			
g. 自己刷牙或清洗假牙			
h. 自己清洗及梳理頭髮			
<b>2. 穿衣</b> 評分：是=1    否=0      不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 主動穿衣服			
b. 自己選擇合適的衣服（配合場合，整潔，天氣和顏色配搭）			
c. 自己依正確的次序穿衣（內衣、上衣、褲／裙、鞋）			
d. 在合適的地方找到所需衣物			
e. 辨別衣物的前、後、左、右、裏、外，以方便穿著			
f. 自己可穿好整套衣服			
g. 自己可脫下整套衣服			

<b>3. 大小便</b> 評分：是=1    否=0      不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 在需要時主動上廁所〔包括表達如廁的需要〕			
b. 依合適的次序脫衣褲、大小便、清潔、穿回衣服			
c. 沒有“意外”地使用廁所（如弄污衣服、在不合適的地方大小便。若使用尿片或尿褲，請填不適用）			

<b>4. 進食</b> 評分：是=1    否=0      不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 在需要時主動進食			
b. 進食時選用合適的餐具及調味料（若以管道進食或由他人餵食，請填不適用）			
c. 進食合適份量的食物（若以管道進食，請填不適用）			
d. 以正常速度和合適的禮儀進食（若以管道進食，請填不適用）			

5. 準備飯餐 評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 在需要時主動自己準備簡單的飯菜或小食			
b. 可自己適當地準備簡單的飯菜或小食（包括材料和煮食工具的準備）			
c. 自己安全地煮簡單的飯菜或小食			

6. 通電話 評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 在恰當的時間嘗試與人通電話			
b. 正確地找出和撥電話號碼（家屬和常用的電話）			
c. 恰當地進行電話對話			
d. 適當地記下和傳達電話訊息（若因教育程度影響，或在病發前從來未能做到，請填不適用）			

7. 外出 評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 在合適的時間外出（散步、探訪、購物）			
b. 適當地安排一次外出活動，包括選擇交通工具、帶鎖匙、決定目的地、考慮天氣情況、帶夠所需金錢、準備所需物品			
c. 自行外出到一個熟悉的地方而不迷路			
d. 安全地搭乘適當的交通工具（巴士、計程車、地鐵、火車等）			
e. 自行出外買所需的東西並可自己回家			

8. 財務 評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 關注個人事務如財務（若因教育程度影響，或在病發前從來未能做到，請填不適用）			
b. 自行管理財務，如付賬 處理支票、銀行存摺、賬單			
c. 有效地使用金錢（如買東西，知道找錢是否正確）			

9. 服藥	評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
(若不需服藥，或拒絕服藥，請填不適用)				
a. 主動在正確的時間服藥（包括表達服藥的需要）				
b. 在合適的地方取出所需的藥物，並以適當的方法服用				
c. 依處方服藥（正確劑量）				

10. 家務	評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 對以前經常做的家庭雜務仍有興趣做				
b. 適當地計劃和安排過去經常做的家庭雜務				
c. 有效地完成過去經常做的家庭雜務				
d. 有需要時能安全地獨留家中				

11. 娛樂	評分：是=1 否=0 不適用=N/A	起動力	計劃及組織力	有效執行能力
a. 對過往經常參與的餘暇活動感興趣				
b. 適當地計劃和安排過去經常參與的餘暇活動				
c. 有效地完成過去經常參與的餘暇活動				

總評：

副題總分/#適用項目	/	/	/
副題百分比			
失智功能障礙評估總分/#適用項目	/		
失智功能障礙評估百分比			

( )的人生故事

填表人 \_\_\_\_\_ 和長輩關係 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

<p>家族</p>	<p>生日:民 _____ 年 _____ 月 _____ 日                  籍貫: _____ 省 _____ 縣                  家族的重要回憶                  祖先傳承文化</p> <p style="text-align: right;">家族圖 (說明和家人的關係)</p>
<p>童年</p>	<p>出生地 _____                  童年玩伴                  童年活動、遊戲                  童年協助父母工作的經驗</p>
<p>教育</p> <p><input type="checkbox"/> 未 受教育</p>	<p>唸過的學校                  最喜歡(不喜歡)的科目                  參加過的活動                  最得意的事蹟、得獎</p>
<p>重要生命經驗</p>	<p>結婚 (時間,地點,重要過程,印象深刻的事等)                  生子                  昇官                  重要親友過逝</p>
<p>工作史</p>	<p>工作性質、工作地點、同事、喜歡這工作嗎?(含家管) 理由是                  退休情形</p>
<p>服役</p> <p><input type="checkbox"/> 未</p>	<p>服役史                  重要家人的經驗</p>

服役	戰爭的經驗
過去住處	曾住過的地方、喜歡這個地方嗎？理由是？房子內外狀況等
個性	快樂？積極？助人？喜和人接觸？喜開玩笑？最喜歡的笑話、最厭惡的事、對人的反應、對扮演生命角色的反應(如:為人父、子女、主管)等
交友情形	最要好的朋友、和鄰居關係、有重要影響的人等
獲獎或證書	<input type="checkbox"/> 無
社團或志工經驗	<input type="checkbox"/> 無
宗教信仰	信仰背景及重要事件、常去的教堂,廟宇或裡外的照片,用物、喜歡的聖詩,聖樂、宗教常用語,禁忌等
交通工具	常使用三輪車、腳踏車、摩托車、汽車、火車、公車等
嗜好	興趣、第二專長、喜歡的娛樂活動
旅遊	曾去過哪些地方、有趣或深刻經驗、最喜歡的地點
文學興趣	書名、作者、詩名
穿著	最喜歡的裝扮,偏好的顏色,西裝,帽子等
食物	最喜歡(不喜歡)的點心水果等食物,自己會做哪些食物
動物或寵物	喜歡(不喜歡)的動物或寵物,養寵物的經驗
假日	平時假日活動、節慶習俗(吃什麼、做什麼、掛什麼、拜什麼)

節慶	
其他重要事蹟	個案津津樂道的事情

\*\*為長輩製作一本人生故事書加上照片，做為溝通重要媒介。內容謹供參考，可依需要自行調整。請家屬提供相關實物、照片或錄音(影)帶，以利引發長者回憶。



# 認識失智症

## 目 錄

Chapter 1.	失智症的定義-----	P. 2
Chapter 2.	失智症的危險因子-----	P. 3 ~ 4
Chapter 3.	失智症的早期徵兆-----	P. 5 ~ 6
Chapter 4.	失智症的病因與分類-----	P. 7 ~ 8
Chapter 5.	失智症的診斷-----	P. 9
Chapter 6.	失智患者的腦部變化-----	P.10
Chapter 7.	失智症的病程與症狀-----	P.10 ~ 11
Chapter 8.	失智症的行為和精神症狀---	P.12 ~ 18
Chapter 9.	失智症的預防-----	P.19 ~ 20
Chapter 10.	失智症的藥物治療-----	P.21 ~ 23
結 語	-----	P.24

## Chapter 1. 失智症的定義

我們常常聽到一些老人家抱怨自己記憶力不好，常常忘記事情，例如本來要到房間拿東西，可是才一轉身就忘記要拿什麼了，看到朋友老是想不起對方的名字，發生過的事情常常會忘記，很擔心自己是不是得了失智症，那麼怎樣才算是得到了失智症呢？是不是每個人老了、頭腦遲鈍了就算是得到了失智症呢？很多人都有這樣的疑惑。

一般來說，當我們年齡逐漸增加的時候，身體各個器官都會逐漸老化，包括智能也會減退，也許偶而會出現容易忘東忘西的現象，但是這種正常老化的健忘現象不會越來越嚴重，忘記的事情只要靜靜回想，通常可以再想起來，或者經過提醒應該都可以回想起來，並不會因為記憶力不好而影響到日常生活和工作；但是如果得到了失智症，那情形就不一樣了，失智患者的腦部功能會明顯衰退到影響工作及日常生活中照顧自己的能力，而且忘記的事情很少能夠自己回想起來，就算是經由他人的提醒也想不起來，並且經常不肯承認自己的健忘。

因此，失智是一種疾病現象而不是正常的老化，失智症的特點是患者的認知功能障礙及日常生活功能逐漸的退化。疾病剛開始發生時，患者可能只是輕微的容易忘記，常找不到東西或是放錯地方，因為症狀很輕微，一般人常常都沒有放在心上，因而沒有注意到它，等到情形越來越嚴重了，患者可能出現明顯的記憶力衰退、智力下降、沒有辦法思考解決問題、對複雜的工作不再有處理能力，也逐漸減少和親戚朋友間的往來，以前喜歡的休閒興趣可能慢慢的不再喜歡了，情緒上也可能比較容易起伏，會因為一些小事就發脾氣或是容易心情低落，說話也常顛三倒四，個性變得古怪或是疑神疑鬼常常和鄰居或家人吵架，無緣無故發脾氣亂罵人，有時會出現一些奇怪的想法，例如覺得家人要偷他的錢、別人要害他，或是可能會做出亂藏東西、亂撿垃圾等不合宜的舉動。

很多家屬都以為患者是老番癩、老頑固，以為人老了都是這樣，因而忽略了帶他去看醫生，但是事實上他已經得到了失智症，應該要接受治療，因為在經過醫師的診斷和治療之後，除了病情可以減緩，家屬也可以因為患者病情的改善，進而提升生活品質。

## Chapter 2. 失智症的危險因子

失智症可能發生在任何人身上，造成失智症的病因有許多種(請詳見 Chapter 4. 失智症的病因與分類)，但根據研究資料顯示，下列危險因子會使罹患失智症的機會增加。

### 一、年歲愈大

隨著世界各國老年人口的逐漸增加，老年失智患者的醫療問題也越來越受重視。根據國際阿茲海默症協會 (ADI, Alzheimer's Disease International) 的資料，65 歲以上約廿人有一人罹患失智症 (5%)，80 歲以上則五人有一人罹患失智症 (20%)；65 歲以下較少見，約一千人有一人罹患失智症 (0.1%)。

台灣地區由於人口結構的改變，老年人口數明顯增加，以致於 65 歲以上的失智症盛行率及人口數也隨之增加。依據衛生署台灣長期照護機構失智症盛行率調查估計，在全台的長期照護機構中，約有兩萬名以上的失智老人；而在社區方面，65 歲以上老人每五歲的失智症盛行率分別為：65~69 歲 1.2%、70~74 歲 2.2%、75~79 歲 4.3%、80~84 歲 8.4%、85~89 歲 16.3%、90 歲以上 30.9%，年紀愈大盛行率愈高，而且有每增加五歲盛行率倍增的現象，因此計算社區中失智老人超過了 10 萬人。

依據上述分齡五歲盛行率、內政部人口統計資料及經建會人口推估資料運算，獲得下列結果：民國 95 年 7 月，台灣 65 歲以上老人人口為 2,252,208 人，佔總人口 9.87%，依失智症社區盛行率計算，社區中約有 100,788 名失智老人，佔老人人口的 4.48%，再加上長期照護機構的兩萬多名失智老人，則 95 年 7 月台灣共有超過 11 萬名的失智老人，佔老人人口的 5% 以上，以每一家族 10 人計算，大約有 100 萬人以上受到影響，這是非常重要的醫療與社會問題。

### 二、有失智症家族史

很多失智患者的家屬常常會擔心失智症是否會遺傳，根據目前醫學上的研究發現，少數退化性失智症與基因遺傳有關，若是家族中有人罹患失智症，則自己得到失智症的機會也比較高。

失智症中最常見的是阿茲海默症，目前發現與阿茲海默症相關的基因有：脂蛋白 E 基因 (Apoprotein E)、

類澱粉前趨蛋白基因（ Amyloid Precursor Protein）、  
presenilin-1、presenilin-2，及 Tau 蛋白基因等，其中脂蛋白基因與阿茲  
海默症有相當密切關係，若帶有一個脂蛋白 E4 基因，得到阿茲海默症的  
危險率會是一般人的 2~3 倍，若帶有兩個脂蛋白 E4 基因，危險率更增加  
到 7~8 倍，但是並非所有帶有這些基因的人就一定會得失智症，而沒有  
這些遺傳基因的人也有可能得到失智症。

- 三、心血管疾病（如高血壓，高血脂等）
- 四、糖尿病
- 五、腦損傷病史
- 六、飲酒過量
- 七、受教育程度較低
- 八、有其他腦部退化性疾病，如巴金森氏症等

## Chapter 3. 失智症的早期徵兆

如何發現是否有失智症的早期徵兆，則有如下的十大警訊可供參考。

### 一、記憶減退影響到日常生活和工作

一般人偶而會忘記開會時間、朋友電話，但是過一會兒或經過提醒就會想起來，但失智患者忘記的頻率較高，而且即使經過提醒也無法想起該事件，因此可能也會使患者常常不斷的重複發問。

### 二、無法勝任原本熟悉的事務

失智患者對於原本熟悉的事務常會喪失了既定的步驟，而難以順利完成，例如數學老師對於加減算數卻常出錯，年輕就開車的司機伯伯現在卻容易開錯路，銀行行員數鈔票卻有困難，廚師炒菜卻會走味等。

### 三、言語表達出現問題

一般人偶而會想不起某個字眼，但失智患者想不起來的機會更頻繁，甚至會用其他的說法來替代簡單的用詞，例如「送信的人（郵差）」、「用來寫字的（筆）」等。

### 四、喪失對時間、地點的概念

一般人偶而會忘記今天是幾號，在不熟悉的地方可能會迷路。但失智患者會搞不清楚年月、白天或晚上，不記得自己為何及如何來到某一個地點，甚至會在自家周圍迷路而找不到回家的方向。

### 五、判斷力變差、警覺性降低

失智患者常會有不適合氣候溫度的穿著，喪失正確判斷力的結果常使得他們聽信成藥等推銷廣告而付出大量金錢，或者買不新鮮的食物，借錢給陌生人，一次吃下一周的藥量等舉動，而且開車時經常撞車或出現驚險畫面，過馬路不看左右與紅綠燈等。

### 六、抽象思考出現困難

在言談中對抽象意涵無法理解而有錯誤的反應，在日常生活中對於微波爐、遙控器、提款機等電器操作的指示說明無法理解意思。

### 七、東西擺放錯亂

一般人偶而會隨意放置物品，但失智患者卻更頻繁及誇張，將物品擺放在不合常理或不恰當的位置，例如水果放在衣櫥裡、手錶放在冰箱裡、拖鞋放在被子裡、到處塞衛生紙等。

## 八、行為與情緒出現改變

一般人都會有情緒的起伏，但失智患者情緒的轉變相當迅速，常常不一定有合理的原因就會突然的大哭或生氣罵人，另外也可能出現異於平常的行為，例如沒付錢就擅自拿商店裡的物品、衣衫不整就外出等。

## 九、個性改變

一般人年紀大了，性格也許會有些改變，但失智患者可能會更加明顯，例如疑心病重、口不擇言、過度外向、沈默寡言、失去自我克制能力、特別畏懼或依賴某個家庭成員等。

## 十、活動及開創力喪失

一般人偶而會懶得做家事、不想上班工作，但失智患者會變得更被動，常在電視機前坐好幾個小時，睡眠量比平常大，需要許多催促誘導才會參與事務，而原本喜歡的興趣嗜好也不想做了。

每位患者的早期症狀與其過去從事工作及社會功能有密切相關，具有個別性。如果發現家裡的長輩有類似以上的症狀出現，建議您應該立即尋求專業的神經內科或精神科醫師進行完整的檢查和診斷，依據結果來決定治療的方向，就有可能改善或延緩部分症狀的惡化，千萬不要以為這是老化的必然現象而忽略、延誤了適當的治療時機。

## Chapter 4. 失智症的病因與分類

「失智症」其實是一群疾病症狀的統稱，造成失智症的原因很多，一般的病因可以歸納如下。

### 一、 漸進型中樞神經退化

是屬於退化性的疾病所造成，不一定可以完全治癒，但是經過治療後可能可以延緩病情惡化，主要的疾病類別有以下幾項。

#### (一) 阿茲海默症

主要的早期病徵為明顯的記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，患者的病情也是慢慢的變壞，逐漸影響到大腦全面功能，這是最常見的退化性失智症。

#### (二) 額顳葉型失智症

腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，特性為早期即出現人格變化，常常會有不合常理的行為舉動，或是早期就出現語言障礙，例如表達困難、命名困難等皆有進行性退化現象。它與阿茲海默症不同的是早期比較不會有記憶喪失和定向感的問題，而是有比較明顯的性格改變和判斷力、行為控制力的喪失。

#### (三) 路易氏體失智症

特性為除了認知功能障礙外，患者在很早期就伴隨著身體僵硬、手抖、走路不穩、重複地無法解釋的跌倒現象。除此之外則會有比較明顯的精神症狀，例如鮮明的視或聽幻覺、情緒不穩或疑心妄想等合併症狀發生，治療時對抗精神藥物十分敏感，時好時壞、起伏變化大。

#### (四) 其他還有像是巴金森氏症、亨汀頓氏症等等所造成的失智症。

### 二、 血管性失智症

是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，是造成失智症的第二大原因，臨床表現上可以是突發性，智力的變化可能時好時壞，甚至有突發性的變化，中風的情況如果多次復發，患者的認知能力可能會呈現「階梯式」漸進衰退、越來越差。

### 三、其他因素導致之失智症

有些失智症是由特定原因所造成，但是經過治療之後，有機會可以恢復，這類型失智症的病因有：

- (一) 營養失調：例如缺乏維他命 B1、B12、葉酸等營養素。
- (二) 顱內病灶：例如常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷、一氧化碳中毒等。
- (三) 新陳代謝及電解質失調的內分泌疾病：例如甲狀腺疾病、肝腎腦病。
- (四) 中樞神經系統感染，如梅毒、愛滋病、庫賈氏症等。
- (五) 長期的服用藥物、酗酒、化學毒素中毒或重金屬中毒後遺症。
- (六) 其他

依據統計，造成失智症的原因，最多的是阿茲海默症，其次是血管性失智症。患者有時會存在兩種或以上的病因，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存（又稱為混合型）。

## Chapter 5. 失智症的診斷

由於沒有任何單獨一種檢驗就能夠診斷出是哪一種類型的失智症，為了要找出原因，醫師會仔細詢問患者的個人病史、發病過程，並安排各種檢查，以求找出可以治療或控制的病因。醫師對於患者發病的過程都會有詳細的詢問，包括何時開始出現症狀、出現哪些症狀、是否有精神疾病症狀、病情是否有改善或是惡化、病情是否起伏不定、患者日常生活和工作的情形、是否有服用藥物、酗酒或接觸有毒物質等等相關資料，同時評估患者的情緒狀態，因為藥物、酒癮及憂鬱症也可能造成類似失智症的表現，並檢查是否有高血壓、糖尿病、腦血管疾病史、肝腎疾病史等，因為這些都可能與臨床的失智症狀有關。

為了要確定患者是否有失智情形，一般還會安排專門的神經心理學檢查，這種檢查是要用客觀性的評估來檢測患者的心智狀態，可以測驗記憶、推理、寫字、視覺和肌肉協調性及表達意見的能力，了解患者大腦現階段的基本功能；目前這些測驗分為兩部分，一部分是針對患者做測驗，評估患者目前大腦的認知功能，例如短期和長期記憶力、心算能力、思考推理能力、語文能力等；另一部份則是與患者同住的家屬或主要照顧者晤談，了解患者平日生活及社會功能，包括記憶力、對時間/地方/人物的辨別能力、社交能力、日常生活嗜好、個人自我照顧能力等，以確定功能退化的嚴重程度，經過這些測試與晤談之後，將患者以前的日常和社會功能與目前的能力作比較，評估患者是否有記憶力及生活功能退化的情形，臨床上常利用的是臨床失智症嚴重度評估表（Clinical Dementia Rating）來表示患者退化的程度。

在身體機能方面還會安排實驗室檢查，檢查類別包括血液完整血球量計算和分類、生化學檢查、肝腎功能檢驗、維他命 B12 和葉酸濃度、甲狀腺功能與皮質類固醇濃度、血清梅毒試驗、愛滋病毒篩檢、抗細胞核體試驗等等，以便排除因為可治療的疾病所造成類似失智症的現象，例如甲狀腺功能不足、神經性梅毒、維他命 B12 缺乏等。另外並會安排腦部電腦斷層或是磁共振攝影來檢查是否有腦部病變（如腦瘤、腦出血造成失智現象），如果懷疑是中樞神經感染的患者，醫師會安排腰椎穿刺來檢查脊髓液是否有發炎反應，而安排腦波檢查則可以用來評估患者是否有不正常的腦部放電情況。

在診斷過程中，有時還會安排精神狀態評估，這項評估可以排除其他精神疾病的可能，例如憂鬱症，因為憂鬱症也會引起類似阿茲海默症失智現象的記

憶喪失，有時會與失智症造成混淆。

當這些檢查做完後，綜合患者病史和檢驗結果，排除其他可能的致病因子後，才能診斷出可能是哪一種類型的失智症。目前雖然在診斷測驗方面已有很大的進步，不過醫生診斷的準確率約為 80~90%，對於漸進型、中樞神經退化性失智症的唯一確認方法，還是必需經由腦病理解剖才可確切判斷。

## Chapter 6. 失智患者的腦部變化

阿茲海默症患者腦部的主要病理變化在於大腦皮質萎縮，特別是在額葉及顳葉內側海馬迴明顯萎縮，而神經元細胞也嚴重損失。病理切片可以發現兩種特徵，分別為神經微纖維纏結（neurofibrillary tangles）及老斑（senile plaques）。

電腦斷層掃描（CT）與磁振攝影（MRI）可以照出腦部結構性病變，發現腫瘤、中風、血管阻塞和腦積水的證據，應用在失智患者的腦部檢查上，常常能發現特殊的腦部變化，例如早期的阿茲海默症患者，其腦部兩側海馬迴可見萎縮現象，到了晚期則可見更廣泛的腦部萎縮。

應用正子造影（PET）則可發現在阿茲海默症患者的腦頂葉及顳葉部位出現活性下降影像，而這情形在很早期就能看見。

## Chapter 7. 失智症的病程與症狀

以下以阿茲海默症的病程為例，來說明失智患者在輕、中、重度時期的不同症狀。

### 一、輕度症狀

一般而言，失智症剛開始時的症狀都很輕微，因而常常被忽略，由於患者意識都很清楚，外表看起來跟一般正常人並沒有兩樣，所以一般人可能不會認為患者有病，只有每天跟患者一起工作或是住在一起生活的人才會察覺異狀。患者比較不能記住最近發生的事情，例如沒辦法牢牢記住新認識的朋友姓名，電話號碼也容易忘，或是常常會忘記東西放在哪裡，甚至剛剛發生的事情過一下子就忘記了，而同樣的問題卻老是要反覆問很多遍，講話常常要停下來想一想要講什麼話，或是想要講某一個物品卻想不起來物品的名稱；不過患者倒是可能對過去年輕時候的往事記得很清楚，經常反覆的提起一些陳年舊事，也因此家人常常會不知道患者已經出現失智現象，反而以為患者是故意要和家人作對、故意要忘記。

失智患者的判斷力和工作能力會逐漸減退，處理日常生活中比較複雜的事

務時，能力可能會出現問題，例如不會去銀行處理存款，常常猶豫不決，弄不清楚現在是幾年幾月幾日，做事情缺乏動機，以前喜歡的活動或興趣逐漸變得減少，在較不常去的地方容易迷路；有些患者可能變得多疑、易怒或依賴他人，懷疑配偶有外遇，懷疑有人要害他，有時也會懷疑東西被別人偷或被故意藏起來，然而事實上卻是他忘了東西放到哪裡了；有時脾氣變得急躁，很容易生氣，有些人則可能變得很依賴別人處理生活瑣事，整個病程的發展可能由幾個月到數年不等。

## 二、中度症狀

當病程進入中期，患者的生活能力會繼續下降，對於辨認人物、認識環境和區分時間等等會更加困難，本來應該認識的家人或朋友可能也會認不出來，可能分不清楚現在的季節，本來常走動、會認識的地方可能也會因為搞不清楚方向而迷路，煮飯、洗衣服或是上街買東西等活動更無法自行完成，個人清潔衛生處理不好，衣服穿不整齊等等，生活能力的退化相當明顯。

在情緒上，部份患者可能會有嚴重的波動，情緒容易激動而無緣無故大哭或大叫、不合理的妄想或明顯的性格改變，有些患者會出現強烈的妄想，隨便亂罵人，甚至出現暴力攻擊行為，或者會四處漫無目的地遊蕩、日夜顛倒，可能整夜不睡、不停的走來走去，有些人可能會覺得看到已往生的親友，或聽到現實中不存在的人跟他說話，種種怪異的行為常常會嚇到家人；但是這些異常行為並不一定持續存在，生活上可能會混亂幾天之後又安靜幾天，有時候在一天當中，早上會比較安靜，但是到了下午或晚上時，症狀就會比較嚴重，這時患者的症狀可能會嚴重到足以干擾他人的生活，也因此才被家人帶到醫療機構尋求幫助。

## 三、重度及末期症狀

到了失智症的後期，患者幾乎完全依賴別人照顧，記憶力嚴重喪失，幾乎不記得生命中重要的事情，分不清楚白天晚上，家裡的環境也不認識而常常走錯房間，離開家門就不知道回來的路，朋友或家人可能已經全都不認識，甚至連自己是誰都記不得，缺乏判斷力和理解力，甚至在公共場所出現不適宜的舉動。

除此之外，他們說話的能力也會跟著下降，造成與別人的語言溝通上出現問題，聽不懂別人說的話，無法跟其他人談話應對，可能只會說幾個簡單的字詞，甚至變得不會講話；患者會失去自我照顧的能力，衣服拿在手上卻不會穿，吃飯不會自己使用餐具進食，大小便不會處理甚至失禁，嚴重者連行動能力都退化，可能會因為沒力氣走路而需要坐輪椅或是長期躺在床上不想起來，最後患者可能因為缺乏活動而四肢肌力退化，逐漸變成長期臥床，在這個病程

時的患者可以說是生活完全都需要別人的照顧了。

## Chapter 8. 失智症的行為和精神症狀

失智症除了影響患者的記憶力和心智能力，也會改變他的情緒及行為，大約有七到九成的失智患者會發展出一項以上的行為或精神症狀，家人或照顧者會發現患者出現令人驚訝的改變，而這些症狀經常是他們覺得最難處理的部份，並且容易讓他們感到沮喪和挫折感。

“我先生本來是個親切溫和的人，現在他會突然打我，還會說一些很難聽的話，上星期我女兒一家人回來，當我們坐下來吃飯時，他開始大發脾氣，我真的搞不清楚怎麼一回事，他變了好多，有時候我都會嚇到！”

“我爸爸很容易激動，他會一直走來走去、搓手，還會大哭，我知道他為了某件事而擔心或難過，但是他沒有辦法告訴我到底是什麼事在困擾著他，如果問他怎麼回事，他會變得更沮喪。”

“我媽會在半夜起床，在家裡走來走去，昨天晚上我發現她打扮得好好的，準備開大門出去，之後我們全家沒有一個人能再回去睡覺。”

“上星期我去安養院看我奶奶，我們共渡了一段愉快的時光，但昨天我再去看她的時候，我一踏進她的房間，她就開始尖叫，還一直喊救命，我完全不知道該怎麼辦才好。”

失智患者的行為和精神症狀包羅萬象，在下列的兩個表格中列出了一些常見的症狀，以及各種行為和精神症狀出現的頻率（Finkel 1998），其中行為症狀包含身體上的攻擊行為、尖叫、坐立不安、激動、遊走、不合風俗的舉動、不合宜的性行為、貯藏無用的東西、咒罵、如影隨行地跟著別人等等；精神症狀則可能有焦慮不安、心情低落、幻覺、妄想等等。

**\*失智症常見的行為和精神症狀**

行為症狀	精神症狀
活動的障礙： 1. 激動 2. 坐立不安 3. 遊走、迷路 4. 踱步 5. 尖叫 6. 哭泣 7. 咒罵 8. 重覆問同樣的問題或動作 9. 如影隨行地跟著別人 10. 喪失動力	妄想和錯認： 1. 東西被別人藏起來或偷走 2. 多疑 3. 長久以來住的地方不是自己的家 4. 配偶或照顧者是別人假扮的 5. 配偶或照顧者不忠 6. 配偶或照顧者遺棄自己 7. 認為已去逝的親人或朋友還活著 8. 認為鏡子中的自己是別人
攻擊行為： 1. 言語攻擊 2. 肢體攻擊	幻覺： 1. 視幻覺 2. 聽幻覺 3. 嗅幻覺 4. 觸幻覺
食慾和飲食改變 日夜顛倒或睡眠週期混亂 不合風俗的行為	情感的障礙： 1. 焦慮 2. 煩躁 3. 憂鬱症狀 4. 情緒起伏大/情緒高昂 5. 冷漠

**\*失智症的行為和精神症狀出現的頻率**

症狀	出現頻率 (%)
性格改變	可高達 90 %
妄想	20 ~ 73 %
行為問題	可高達 50 %
憂鬱	40 ~ 50 %
錯認	23 ~ 50 %

幻覺	15 ~ 49 %
攻擊 / 敵意	可高達 20 %
情緒高昂	3 ~ 15 %

不同類型的失智症所伴隨的行為和精神症狀不盡相同，簡單介紹如下。

#### 一、阿茲海默症

常見的症狀包括冷漠、激動、憂鬱、焦慮、妄想、煩躁等，幻覺和心情高昂較少見。

#### 二、額顳葉型失智症

最明顯的症狀是做事衝動、反覆做同一件事以及口出穢言，他們喪失了情緒、沒有病識感、自私、不在乎自我照顧、漫遊、重覆別人的話，甚至不說話。

#### 三、路易氏體失智症

比起其他類型的失智症，路易氏體失智症的患者有較高的比例會出現行為和精神症狀，約有 80% 以上的患者出現重覆、複雜的視幻覺，而錯認現象、錯覺、妄想也很常見，他們不僅會失眠，還可能有快速動眼期的睡眠行為問題。

#### 四、血管性失智症

多為情緒問題，例如憂鬱、情緒起伏大、漠不關心等。

雖然不同類型失智症的精神行為症狀有其特性，但是並非絕對的，仍具有個別差異。不同的行為和精神症狀會在不同的病程時期出現，一般來說，隨著失智症的進展，行為和精神症狀會逐漸增加，而有些症狀可能會在某個特定時期最為明顯，例如情緒症狀通常在疾病早期就可能出現，而激動、妄想、幻覺等症狀則會在患者進入中度認知功能障礙時較為常見，但這些症狀到了重度失智階段時反而會減少，因為患者的身體和大腦功能已經明顯惡化；而在各種行為和精神症狀中，漫遊和激動比起其他症狀持續的時間更久，以下為幾項行為和精神症狀的說明。

##### (一) 妄想

妄想是指毫無根據而且與現實不符的信念，失智患者會出現妄想可能是因為喪失了記憶而嘗試合理化事情的結果，因為這些妄想，患者容易出現攻擊行為，常見的妄想有以下幾種：

1. 東西被偷：這是失智症最常見的妄想，可能是因為患者不記得家裡的東西放在那裡而產生，程度嚴重時，患者可能堅信別人到家裡來藏東西或偷東西，因而變得情緒激動或是重覆地翻箱倒櫃找東西
2. 被遺棄：失智患者常覺得他們被遺棄，或是想像他們將會被密謀送去安養中心，雖然他們的認知能力下降，但卻仍保有某種程度的病識感，並可以察覺到自己已經成為別人的負擔
3. 不忠或嫉妒：有時候患者會堅信他們的配偶或是照顧者有外遇，而可能出現暴力行為

## （二）錯認

錯認是一種知覺的異常，指的是患者會對外在刺激產生錯誤的知覺，以下舉出幾種主要的錯認現象：

1. 錯認為有其他人在自己住的地方：像是告訴家人有其他人在家裡，或是會幫根本不存在的人多準備一些食物
2. 錯認自己：不認得鏡子中的自己
3. 錯認別人：錯認自己的配偶或照顧者，相信他們是別人偽裝的，因此會生氣或是攻擊那些他們認為是假扮的人，這種狀況對他們的配偶或照顧者來說是相當挫折與沮喪的
4. 錯認電視或報上的事件：患者會認為電視播放的內容或是報上的新聞報導是發生在自己身上
5. 錯認自己的家：認為現在住的不是自己的家，時常打包要出門回到自己的家

## （三）幻覺

幻覺是指在沒有外在的刺激下，仍經驗到某種感覺，在阿茲海默症的患者中，可能有高達五成的人曾經有過幻覺經驗，其中視幻覺比聽幻覺還多，這也是和精神分裂症不同的地方之一。許多家人看到失智患者的精神症狀，會擔心患者是不是得了精神病，其實兩者之間在症狀的種類、自殺意念的比例、過去有無精神病史、最終會不會完全好轉，以及用藥的劑量上都不相同，以下為幾項幻覺的種類：

1. 視幻覺：是最常出現的幻覺，而且大多發生在失智症的中期，多數失智患者經驗到的視幻覺是「良性」的，例如看到很多人、小孩或陌生人一起在某個活動中，他們通常感到好奇而不是害怕激動，有時這些視幻覺對家人或照顧者的困擾比患者本身還要明顯
2. 聽幻覺：聽到模糊的聲音，或是有人在叫自己的名字
3. 嗅幻覺或觸幻覺：相當少見

#### （四）憂鬱

大約有 40 ~ 50% 的失智患者有憂鬱的症狀，而 10 ~ 20% 的患者達到憂鬱症的診斷，要判斷患者有沒有憂鬱和他失智的程度有密切關係。在失智症早期可以藉由和患者的會談而了解他是否有憂鬱的症狀，但隨著失智症逐漸惡化，會越來越難診斷憂鬱症；一方面是因為患者語言和溝通能力的退化，另一方面則是因為漠不關心、體重減輕、睡眠障礙，以及以為激動等症狀原本就是失智症的一部份，如果發現以下情況，便要考慮憂鬱症的可能性：

1. 廣泛的憂鬱心情和喪失喜樂
2. 自我貶抑的陳述和表達想死的念頭
3. 過去曾罹患憂鬱症或是有憂鬱症的家族史

#### （五）冷漠

冷漠是最常見的行為和精神症狀之一，是一種缺乏熱情、情緒或興奮之情的狀態，並對感受或興趣的需求漠不關心、缺乏動機，較常出現在阿茲海默症的患者身上，而且較常發生在男性，患者對日常生活的活動或個人照顧毫無興趣，以下幾種類型的互動也會減少：

1. 社交活動
2. 臉部表情
3. 語調
4. 情緒反應
5. 主動性

#### （六）焦慮

失智患者常常有焦慮的症狀，而且可能伴隨著煩躁不安、攻擊行為、精神運動性激動和病態的大哭，一些行為如踱步、重覆某個字或片語，和不斷的拍打則可能反映了患者內在的焦慮，拒絕一些必要的照顧像是洗澡、穿衣、刷牙等等，可能代表患者對這些情境的焦慮，有時疼痛會導致焦慮的症狀，例如煩躁和攻擊行為，如果給予適當的止痛，患者的焦慮程度就會好轉。

失智症常見的焦慮是患者一再地詢問即將發生的事情，這和他們的認知功能，特別是記憶力下降以及無法有效地思考有關，另一種常見的焦慮是患者很怕單獨一個人被留下，當他們的家人或照顧者走到另一個房間時，他們可能會不斷的要求不要留他一個人在原地，阿茲海默症的患者有時會發展出其他的恐懼症，像是怕人多、怕旅行、怕黑等等。

#### （七）漫遊

漫無目地的遊走是失智患者相當令人困擾的行為症狀，下列幾個類型的

行為都是漫遊的一種：

1. 檢查：例如重覆地尋找照顧者在那裡
2. 如影隨行地跟著照顧者或某個人
3. 重覆做一些不重要的事：像是在房子裡走來走去、洗/晾衣服、除草等等
4. 沒有目的的走動
5. 半夜起來走動
6. 朝著不恰當的目的走去
7. 活動量過多
8. 到處亂走而迷路，需要別人帶回家裡
9. 不斷地想要離開家

#### (八) 激動

所謂的激動是指因為患者的需要或迷惑而引發的不適當言語、發聲或是舉動，大多數的激動行為反映了患者的不舒服或不滿，這是一個複雜的現象，依照不同的類型可能有不同的表現，詳細如下表所示。

#### \* 激動的類型

<b>身體的非攻擊行為：</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 坐立不安</li><li>2. 重覆的作態行為或動作</li><li>3. 踱步</li><li>4. 嘗試要去另一個地方</li><li>5. 不適當的操作事物</li><li>6. 藏東西</li><li>7. 不適當的穿著</li><li>8. 重覆的字句</li></ol>	<b>言語的非攻擊行為：</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 否定</li><li>2. 不喜歡任何事</li><li>3. 一直要求受到注意</li><li>4. 跋扈的言辭</li><li>5. 抱怨或嘀咕</li><li>6. 有理由的干擾</li><li>7. 沒理由的干擾</li></ol>
<b>身體的攻擊行為：</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 打人</li><li>2. 推人</li><li>3. 抓人</li><li>4. 抓住東西</li><li>5. 抓住人</li><li>6. 踢人和咬人</li></ol>	<b>言語的攻擊行為：</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 尖叫</li><li>2. 咒罵</li><li>3. 大發脾氣</li><li>4. 發出怪聲</li></ol>

一般來說，身體的非攻擊行為多出現在中度到嚴重功能障礙的患者，言語

的非攻擊行為則較常發生在女性，或是因為健康問題或慢性疼痛而憂鬱的患者，他們只有輕度到中度的認知障礙，而且社會關係不佳；至於身體的攻擊行為通常發生在嚴重認知功能障礙的患者，以男性居多，言語的攻擊行為則與憂鬱心情及健康問題有關。

雖然激動行為與認知障礙的程度有關，但是身體疾病、心理狀態、環境因素和生病前的個性都會影響激動行為，因此，辨認出那些社會、環境、行為和醫療因素影響了患者並改善這些狀況，可以降低他們的激動症狀。

### （九）失控行為

失智患者可能會出現失控行為，他們很容易分心、缺乏病識感和判斷力，而且沒有辦法維持如往常一樣的社交行為，除了激動的舉止動作、干擾行為及漫遊外，其他可能的失控行為還包括如下：

1. 哭泣
2. 欣快感
3. 言語攻擊
4. 對其他人或物體做出身體攻擊
5. 自傷行為
6. 性行為失控
7. 衝動行為

這些失控行為不僅對照顧者是沉重的壓力，也可能造成嚴重的不良後果，例如暴力行為、欠債、酒精濫用或車禍等等。

### （十）干擾行為

讓照顧者無法自主行動的干擾行為包含命令、沒有耐性、黏人、推人等等，患者會在未受到邀請下置身某個情境，或是侵害他人擁有或享受的事物，這些干擾行為似乎和患者的認知或功能退化程度無關。

### （十一）拒絕配合

造成患者拒絕配合的理由有很多，有時候可能只是患者聽不懂別人叫他們做什麼，拒絕配合會導致固執、不合作的行為，以及抵抗受到照顧，這種行為常常在早期的血管性失智患者身上就發生，然而阿茲海默症患者卻會到晚期才出現。

### （十二）睡眠障礙

因腦功能退化，患者日夜節律（生理時鐘）出現障礙，影響到晚上睡眠，嚴重者甚至日夜顛倒，造成家屬精神及體力極大負荷。是家屬帶患者就醫

的重要原因之一，也是送至養護機構的重要影響因素。

## Chapter 9. 失智症的預防

由於目前還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課題，在現今預防失智症的研究中，多數以阿茲海默症為主，而隨著失智症的研究不斷地進展，我們對於哪些因子可能有助於預防或延緩失智症的瞭解也越來越多；舉例來說，糖尿病的患者如果血糖控制得越好，他們的認知功能表現也就越佳，另外，常常從事可以刺激心智活動的人，像是參加社交活動、下棋、玩樂器、聽音樂、看報紙、上博物館等等，可以明顯降低得到阿茲海默症或是其他類型失智症的危險性，這是因為從事心智活動可以刺激大腦，使得一個人對抗或彌補腦細胞退化的能力增加，根據目前的研究(其中多數以阿茲海默症為主)我們整理出下列保養頭腦以預防失智症的方法。

### 一、阿茲海默症的預防

雖然目前大部份的研究仍屬於如何預防阿茲海默症，而且這些可能的保護因子不一定會減少得到其他類型失智症的機會，但是我們仍然可以參考這些研究的結果，幫助預防失智症的發生，以下便簡單介紹幾項預防方法。

#### (一) 保持頭腦活躍

鼓勵大家終身學習、多參加社交活動以及紓解壓力等，都能保持頭腦活躍，下面提供一些頭腦保健的方法，可以從簡單的小事做起，再漸漸地增加每天的頭腦活動量。

1. 保持好奇心和參與度
2. 閱讀、寫作、猜謎或解字
3. 參加休閒活動和玩樂
4. 去社區中心、老人大學或其他社區團體報名上課
5. 玩遊戲
6. 從事園藝
7. 試試記憶練習

#### (二) 運動

規律的運動可以刺激生長因子的合成，並且有助於神經細胞的存活和適應新環境，這些好處可能幫助延緩失智症的發生；其次，運動也可以減少血管硬化，因而降低大腦受損的危險性。

### （三）教育

如果民眾接受正規教育，比較能夠保護他們遠離失智症，有一項研究發現，不論民眾大腦細胞內退化性的變化有多少，若是他們接受正規教育的年數越多，則他們所經歷的心智功能下降越少，這可能是因為接受教育可以使大腦發展出更具彈性的神經網絡，並對於細胞受損有較好的代償能力。

### （四）飲食

清淡飲食一向是傳統的養生之道，但近來的相關研究更發現，在日常生活中多採取地中海型飲食，也就是多量蔬果、豆類、穀類、橄欖油，及適量的魚、酒，少量的肉類、家禽，並從飲食上多吸收維他命 B 群，是預防阿茲海默症的重要方式之一。

### （五）降低血壓

對血壓偏高的老人而言，服用降血壓藥物能減低其認知功能損害的機會，也會使他們得到阿茲海默症和血管性失智症的危險性降低。

### （六）降低膽固醇

血中膽固醇越高的人，得到阿茲海默症的機會也越高，此外，膽固醇與大腦中類澱粉斑塊的形成有關，因此膽固醇過高的人，建議服用降血脂藥物以減少認知功能受損的可能性。

### （七）抗氧化劑

關於阿茲海默症的研究指出，氧化作用可能造成神經細胞的傷害而導致失智現象，部份報告建議服用維他命 E（一種抗氧化劑）可以保護心智功能不致於下滑，但大型的臨床研究並未証實其療效，因此抗氧化劑（維他命 E、維他命 C）的療效仍待一步研究。

### （八）降低高半胱胺酸（homocysteine）

有研究發現血中高半胱胺酸濃度增加，會使得罹患阿茲海默症的危險性上升三倍，而罹患血管性失智症的機會上升五倍，如果服用高劑量的維他命 B 群，包含葉酸、B<sub>12</sub>、B<sub>6</sub>，可以延緩阿茲海默症的進行。

## 二、血管性失智症的預防

與血管性失智症有關的危險因子包括了：高血壓、糖尿病、高膽固醇、酗酒和吸煙，所以要預防血管性失智症，可以從改變生活型態開始，例如減重、控制血壓，以及降低引起中風的危險因子等。

## Chapter 10. 失智症的藥物治療

雖然醫學不斷地進展，但到目前為止還沒有任何治療可以終止或逆轉失智症的逐漸惡化，不過有些藥物可以讓失智患者獲得一些幫助，這些藥物沒有辦法恢復已經受損的大腦，但是可能能使患者的症狀獲得改善，對部份患者可以延緩疾病的進行，以增進生活品質、減輕照顧者的負擔，並且延後患者被送到安養中心的時間。

### 一、阿茲海默症的藥物治療

現在市面上被核准用來治療阿茲海默症的藥物有膽鹼酶抑制劑及 NMDA 受體拮抗劑，這類藥物是希望能減緩患者心智功能退化的速度，另外，醫師可能給予的其他藥物包括情緒穩定劑、鎮定劑、抗憂鬱劑和抗精神病藥物等等，這些種類的藥物大多用於改善患者的行為或精神症狀，以下將針對這幾大類的常見藥物逐一說明。

#### (一) 認知功能治療藥物

##### 1. 膽鹼酶抑制劑

乙醯膽鹼是一種存在人體中的化學物質，也是有助於形成記憶的重要神經傳導物質，而阿茲海默症患者大腦內的乙醯膽鹼濃度是降低的，因此，利用膽鹼酶抑制劑可以減緩大腦中乙醯膽鹼的分解，提高乙醯膽鹼濃度，暫時性的改善或穩定患者的記憶和思考能力，除了減慢心智功能退化的速度，這些藥物也有助於降低行為問題，並增進患者的日常生活功能，目前使用的膽鹼酶抑制劑有以下三種。

(1) 愛憶欣 (Aricept®, donepezil)

(2) 憶思能 (Exelon®, rivastigmine)

(3) 利憶靈 (Reminyl®, galantamine)

這類藥物常見的副作用有噁心、嘔吐、拉肚子、便秘、厭食、頭痛、頭暈等等，但通常這些副作用是輕微的，而且隨著繼續服用藥物會逐漸好轉，一般來說，醫師會從低劑量的藥物開始給予，再慢慢增加劑量，以減少副作用的出現。

##### 2. NMDA 受體拮抗劑

NMDA 受體拮抗劑與膽鹼酶抑制劑的作用機制不同，這類藥物並

非增加神經傳導物質濃度，而是抑制腦部神經元的毒素作用，也就是經由對 NMDA 受體的拮抗作用，減少麩胺酸 (glutamate) 所造成的神經毒性，而讓腦細胞不會因而受損或死亡。根據國外文獻報告，此類藥物對於中重度的阿茲海默症較為有效，目前使用的 NMDA 受體拮抗劑有以下二種。

- (1) 憶必佳 (Ebixa®, memantine)
- (2) 威智 (Witgen®, memantine)

## (二) 抗精神病藥物

當患者有幻覺、妄想、攻擊、敵意和不合作等症狀，可給予抗精神病藥物，目前常用的抗精神病藥物如下。

1. 思樂康 (Seroquel®, quetiapine)
2. 理思必妥 (Risperdal®, risperidone)
3. 金菩薩 (Zyprexa®, olanzapine)
4. 哲思 (Geodon®, ziprasidone)
5. 脫蒙治 (Dogmatyl®, sulpiride)
6. 可致律 (Clozaril®, clozapine)

對於這些藥物，通常醫師會由低劑量開始給予，之後再考量患者的反應加以調整用量，這類藥物可能產生的副作用包括疲累、嗜睡、便秘、小便滯留、血壓降低、或是錐體外症候群（例如顫抖、身體或四肢變得僵硬、用小碎步走路、面無表情等等），如果出現以上提到的副作用並且影響到患者的生活，就必需與醫師討論藥物調整的可能性。

## (三) 抗憂鬱劑

對於患者的憂鬱、煩躁、睡眠障礙等可以使用抗憂鬱劑來治療，包括以下幾大類。

1. 選擇性血清素再吸收抑制劑，例如：
  - (1) 舒憂 (Celexa®, citalopram)
  - (2) 百憂解 (Prozac®, fluoxetine)
  - (3) 樂福得 (Zoloft®, sertraline)
  - (4) 克憂果 (Paxil®, paroxetine)

2. 美舒鬱 (Mesyrel®, trazodone)

3. 三環抗鬱劑，例如：

妥富腦 (Tofranil®, imipramine HCl)

抗憂鬱劑常見的副作用有頭痛、噁心、厭食、性慾降低、頭暈及

平衡感變差等等，大部份的患者在服用一段時間之後會漸漸適應這個藥物，通常老人家比起年輕人需要服用更久的時間，藥效才會展現出來。

#### （四）抗焦慮劑

為了減輕患者失眠、煩躁不安、不適當言語以及反抗等情形，可使用抗焦慮劑來幫助患者，可能出現的副作用有過度鎮靜、行為失控（例如激動或衝動控制差）、口乾、視力模糊等等。

以上介紹的這些藥物，都應該由醫師診斷後開立處方，如果使用上有任何疑問或不良反應，也必需與醫師詳細討論藥物的使用和調整。

### 二、血管性失智症的藥物治療

目前沒有任何藥物專門用於治療血管性失智症，但某些症狀（例如憂鬱）可以被治療，也有些研究發現膽鹼酶抑制劑可以改善早期血管性失智患者的認知功能和行為症狀。血管性失智症治療的重點是降低大腦進一步受損的危險性，換句話說，就是預防中風和暫時性腦缺血的發生，因此，醫師會給予控制高血壓、高血脂、心臟病和糖尿病的藥物，有時醫師也會建議服用防止血栓形成的藥物，例如阿司匹靈（aspirin）。

如果患者出現失眠、坐立難安、或憂鬱等情形，前面提到的其他種類藥物也可以提供幫助。

### 三、其他類型失智症的藥物治療

#### （一）額顳葉型失智症

對於額顳葉型失智症，目前仍然沒有任何藥物可以治療或預防，不過伴隨失智症的行為和精神症狀，可以用之前提到的抗憂鬱劑或抗焦慮劑等藥物來治療。

#### （二）路易氏體失智症

關於路易氏體失智症，現在只能夠提供症狀治療，也就是使用藥物來控制巴金森症狀和精神症狀，雖然抗巴金森症藥物可以減少顫抖和肌肉運動的喪失，但是它可能惡化患者的精神症狀，例如幻覺和妄想，另一方面，抗精神病藥物則可能使得患者的動作問題更加嚴重，在促進認知功能和緩和行為問題方面，使用膽鹼酶抑制劑可能會有部份功效。

#### （三）巴金森氏症引發之失智症

有些研究結果顯示給予膽鹼酶抑制劑可以減輕巴金森氏症所引發之失智症的行為問題。

#### （四）可逆性失智症

除此以外，還有其他造成失智症的原因，包括常壓性水腦症、腦

瘤、甲狀腺功能過低症、維他命 B12 缺乏症、神經性梅毒及憂鬱症等，以上疾病應及早求醫，及早診斷及治療是有機會改善或終止智能繼續退化的。

## 結語

有關於非藥物治療方面，例如認知訓練、懷舊療法、音樂治療、芳香療法、寵物療法、藝術治療等，目前各國都在進行研究，將於本宣導教材的後續製作內容中再行介紹。

照顧失智患者需要對失智症有清楚的認識，同時也需要相當的耐心與愛心。提供失智患者熟悉的環境、規律的生活作息，白天能有適當的運動、參與家庭事務、與親友聚會或參加日間照顧中心的活動等，都對患者有幫助，儘量減少白天打瞌睡的時間，幫助患者晚上可以睡得更好。另外，預防走失及意外事件、定期回診、協助患者服藥、留意患者身體健康狀況等，都是照顧失智患者需要注意的事項。

照顧失智患者並不容易，也常造成家屬及主要照顧者的困擾與壓力，因此，家屬必需給自己喘息的空間，在照顧患者的同時，也要照顧好自己的需求。相信有健康快樂的照顧者，才能提供失智患者最好的照顧品質。

## 關懷失智症宣導教材

# 『依然精彩』 — 輕度失智症之因應

發行單位：社團法人台灣失智症協會

發行人：李明濱

編審小組：邱銘章、王培寧、柯宏勳、湯麗玉

執行小組：李會珍、陳禧臻

製作：大乙傳播

補助單位：內政部、衛生署

贊助單位：財團法人感恩社會福利基金會

### 序—理事長序

內政部部長/司長序

衛生署署長序

### 導讀

此宣導手冊期望可以幫助輕度失智病友及家屬調適疾病所帶來的衝擊，使病友及家屬即使面對失智症之挑戰，生命可以**依然精彩**。

此手冊一開始簡要介紹失智症初期症狀及病因，並區分正常老化與失智症之不同，接著說明「輕度認知障礙」與「輕度失智症」，幫助讀者們了解失智症之基本概念。如果讀者希望獲得失智症更進一步資訊，可參閱台灣失智症協會出版之「我會永遠記得你—認識失智症」宣導手冊。

這一集手冊特別針對輕度失智病友的心路歷程及調適方法有詳細之分享，同時把病友們覺得有用的克服健忘小絕招介紹給讀者，接著專家說明輕度失智病友的保養之道與減緩退化的方法，更重要的是病程中家屬的支持陪伴，鼓勵病友和家人共同面對挑戰、善用社會資源並及早規畫未來。此外，手冊所附光碟，內含失智症專家之解說，更難得的是家屬們的現身說法，替許多家屬說出心裡的話，相信會讓家屬們心有戚戚。

沒有人願意罹患失智症，可是一旦確定診斷，就要及早面對並妥善因應。期望這本書能幫助您及家人與失智症和平共處，減輕您的困擾、降低疾病所帶來的衝擊，使您及家人即使面對失智症之挑戰，生命可以**依然精彩**！

## Chap. 1 認識失智症

在全球都面臨老年化衝擊的二十一世紀，台灣當然也不例外。據內政部統計，台灣地區在民國 82 年底的老年人口超過 7%，即已邁入高齡化國家。民國 97 年 4 月底，台灣老人人口更佔總人口的 10.28%，依經建會推估，預計在民國 115 年，我們的老年人口就會高達 20.6%，成為名符其實的「高齡化社會 (aging society)」。和其他主要先進國家相較起來，我國老年人口由 7% 倍增的時間，僅需約 26 年，其高齡化速度與日本相同。

若以台灣失智症協會所做的盛行率調查報告來看，台灣的失智症人口在 65 歲以上老人的盛行率約為 4.6%，並且近 5 年來每年盛行率穩定地增加 0.1%，民國 90 年至 96 年失智人口增加約 28,893 人，平均每天社區中約增加 15 位失智老人。阿茲海默症是最常見的一種失智症，年齡是阿茲海默症最重要的一個危險因子，自 60 歲以上每增加 5 歲，罹病率即增加 1 倍。目前全台估計約有 15 萬失智症人口，在 20 年內隨著人口結構的老化，社區失智老人人口將會增加一倍。

雖然目前阿茲海默症 (Alzheimer's disease) 已有數種治療的藥物，但並無任何一種藥物可以完全治癒失智症或是阻止失智症病程的繼續惡化，這些藥物的功效主要是改善或減緩其臨床症狀的進展，所以我們對於失智症治療上的一大重點應該要放在早期發現、早期治療。若能在失智症的早期即開始予以治療或協助，則病人的智能表現和生活功能停留在輕度失智症的時間就較久，如此一來不僅可減輕照護者的負擔，減少失智症醫療照護支出，同時也能增進失智症病友及家庭照護者的生活品質。

### 什麼是失智症

失智症 (Dementia) 並不是單純的正常的老化或是記憶力減退而已，失智症是一種以廣泛大腦功能喪失來表現的疾病，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。這些大腦功能的退化造成了日常生活功能逐漸減退，漸漸無法自我照顧及獨立生活。很多家屬都以為人老了都是這樣，因而忽略了帶家中長輩去看醫生，但事實上長輩已經得到了失智症，應該要接受治療。

失智症的症狀，在初期時可能只是輕微的忘記，東西找不到或放錯地方，說話前後不太連貫，而且會重複某些字詞或動作等。逐漸地記憶力的減退越來越嚴重而影響其社交生活或工作能力，此時才被家屬、親友或同事所注意。漸漸地不僅無法工作，甚至自己的生活起居都需要人照顧。失智症病人不僅認知功能受到影響，而且個性也可能會改變，例如：一向慈祥的祖母開始猜忌，覺得家人要偷她的錢，把錢到處塞，藏得自己也找不到了，又怪別人偷了她的錢，而鬧得全家不安寧，異常的舉止，令人心酸。

失智症的症狀越來越嚴重時，方向感也會喪失。走出家門會迷路，甚至半夜起床洗手間時，也會找不到廁所或無法回到自己的臥房。有時可能會有妄想或

幻想，覺得有人要害他。更嚴重時，也會不認得親近的朋友和家人，會把女兒誤認為是妹妹，把兒子當成是弟弟，甚至也不知道自己幾歲了。

## 造成失智症的原因

失智症是一個臨床症候群，造成失智症發生原因相當多。有些為退化性的病程，有些則需立即治療，一般可歸納出下列常見的原因

- (1) 漸進型中樞神經退化：例如阿茲海默症(Alzheimer's Disease)、路易氏體失智症(Dementia with Lewy bodies)、額顳葉型失智症(Frontotemporal Dementia)、巴金森氏病(Parkinson's Disease)等。
- (2) 腦血管疾病：血管性失智症(Vascular Dementia)或多發性腦梗塞失智症。
- (3) 頭部外傷：例如慢性硬腦膜下血腫。
- (4) 其他：有一些較不常見的原因但針對病因治療後，病人的症狀即可能有改善，如中樞神經系統感染、腦部腫瘤、新陳代謝及內分泌障礙（例如肝、腎功能不好合併腦病變、甲狀腺疾病、電解質不平衡、缺乏維他命、葉酸等）、正常腦壓性水腦症、中毒（如藥物、酒精、一氧化碳以及重金屬中毒之後遺症）等。

依據在台灣社區所做的調查，國內失智症的原因如同國外，最多為阿茲海默症，約佔了所有失智症的六成，而血管性失智症次之。當家人出現智能減退的症狀時，第一步還是要先帶他們到醫院檢查，一方面檢查是否有除了退化之外的病因，立即治療以改善其智能，一方面也能瞭解長輩智能退化的嚴重度，應做如何的處置和治療。

## 失智症的十大警訊

為提高醫師和民眾對失智症早期症狀的認知和警覺性，以提高早期診斷失智症的機會，國際失智症協會提出了失智症十大警訊供大家參考，若是家人出現了下列十大警訊中一個以上的症狀時，就要趕快帶家人至醫院就醫。

### 1. 記憶衰退到影響日常生活

一般人偶爾忘記開會、朋友來電，但過一會兒或經提醒會再想起來。但失智症患者忘記的頻率比較高，而且即使經過提醒也無法想起。

### 2. 無法勝任原本熟悉的事務

如英文老師不知「book」是什麼、自年輕就開車的司機伯伯現在經常走錯路、銀行行員數鈔票有困難、廚師不知如何炒菜等。

### 3. 說話表達出現問題

一般人偶爾會想不起某個字眼或詞不達意，失智症患者想不起來的機會更頻繁，甚至以替代方式說明簡單的辭彙，如以「送信的人」表示「郵差」、「用來寫字的（筆）」等。

### 4. 喪失對時間、地點的概念

一般人偶爾會忘記今天是幾日，在不熟的地方也可能會迷路。但失智患者會搞不清年月、白天或晚上，在自家周圍也會迷路，找不到回家的路。

#### 5.判斷力變差、警覺性降低

開車常撞車或出現驚險畫面，患者的車常出現莫名其妙的撞痕、過馬路不看左右紅綠燈、借錢給陌生人。

#### 6.抽象思考出現困難

無法理解言談中抽象意涵，而有錯誤反應。如無法理解微波爐、遙控器、提款機等日常生活電器的操作說明。

#### 7.東西擺放錯亂

一般人偶爾會任意放置物品，但失智患者更頻繁，或錯得非常離譜，如衣櫥裡放水果、被子裡放拖鞋等。

#### 8.行為與情緒出現改變

一般人都會有情緒的變化，失智患者的情緒轉變較快，一下子哭起來或生氣罵人，情緒的改變不一定有可理解的原因。也有可能出現異於平常的行為，如隨地吐痰、拿店中物品卻未給錢等。

#### 9.個性改變

一般人年紀大了，性格也會有少許改變，失智患者可能會更明顯，如疑心病重、口不擇言、過度外向、失去自我克制或沈默寡言。

#### 10.喪失活動及開創力

一般人偶爾會不想做家事、不想上班，但失智患者變得更被動，需要許多催促誘導才會參與事務。原本的興趣嗜好也不想去做了。

有關失智症之進一步介紹，請參考台灣失智症協會出版之「我會永遠記得你—認識失智症」宣導手冊。

## Chap. 2 由正常老化健忘到輕度失智症

### 抱怨記憶力衰退，失智症的前兆？

伴隨年齡增加而發生的記憶力減退，在老年人是常有的，而記憶力衰退影響到日常生活功能，往往是患者前來就醫或是被家人送醫的主要原因。究竟自己抱怨記憶力減退的老年人是否真的是記憶力較差，或是比較容易得到老年失智症呢？目前尚未有定論。有些研究發現有抱怨記憶力衰退者，在記憶力測驗上的表現較沒有抱怨者來的差。但另有研究顯示記憶力衰退的抱怨，主要與個人憂鬱程度及人格特質有關。近年來的研究較偏向於自己開始發覺有記憶力減退的人，大部分還是真的有記憶力的問題，需要檢查做長期追蹤。尤其最近幾

年對於失智症的早期診斷愈來愈強調每個人的差異性，若是一個人的記憶力或智能表現確實比他自己過去的表現差，那麼即使他在測驗上的分數還在正常範圍內，仍是有可能已進入失智症早期的階段。所以記憶力衰退的抱怨是值得家屬重視的徵兆，應帶患者就醫並作進一步的檢查，以便儘早診察是否已罹患失智症，並給予合適的治療。

## 正常老化健忘和失智症的區別

正常老化所造成的記憶力衰退和失智症的記憶力變差有程度和頻率上的差別。失智症患者在日常生活中發生忘記事物的頻率較高也較嚴重，經過旁人提醒也只能想起小部分，甚至毫無印象。而且失智症患者其記憶力會明顯地愈來愈壞，其他的大腦知能也會逐漸受到影響。

## 輕度認知障礙

輕度認知障礙(Mild Cognitive Impairment)是在正常老化和失智症中間的灰色地帶。這類患者已開始出現知能減退的現象，但尚未嚴重到失智症的程度。目前輕度認知障礙的診斷標準為

自己或是家人發現病人有知能減退的現象，經檢查發現在認知功能測試（記憶力、語言、執行能力、空間辨識能力等）之其中一項或是多項的表現較同年齡和同教育程度者差。大致上來說患者一般日常生活功能正常，但處理較複雜的事務可能開始出現能力減退，但又還未達到失智症的診斷標準。

輕度認知障礙患者是失智症高危險群。國內外研究顯示，輕度認知障礙患者每年約有 18—20% 演變成阿茲海默症，而正常 65 歲以上的老年人每年得到失智症的機率只有 2-3%。所以當家人開始出現記憶力或是一些智能減退的症狀時，不要認為症狀還輕微而忽視它，應先接受完整的評估，以判斷記憶力或智能減退程度，並評估有否可控制的危險因子如高血壓、糖尿病、憂鬱症，或改變生活型態以減緩症狀惡化的速度，同時要接受定期追蹤檢查，以掌握病情、及早治療。

## 輕度失智症

確定診斷為輕度失智症之患者除了記憶力退化之外，還需有另一項知能（如語言、執行能力、空間辨識能力等）的退化，而且這些知能退化確實對日常生活造成了影響。但其實初期失智症的症狀不如一般人想像的嚴重，以美國雷根總統為例，他在總統任期的後段就已經開始出現輕度失智症的症狀，由此可知輕度失智症的病人並不是所有事情都想不起來或不會做，輕度失智症的病患通常還能保有一部分的社交能力和生活技能。但也就因為症狀上並不是如大家所想像的嚴重，失智症早期的症狀經常會被人疏忽，甚至將一些臨床表現誤解是年紀大或只是正常老化的現象。病患早期的記憶力不好是以短期記憶力的減退為主，對最近發生的事尤其容易忘記，但因為輕度失智症患者仍保有長期記憶，家屬因覺得長輩連二、三十年前的事情都還記得，所以忽略長輩對近期事物的記憶力衰退。同

時由於在輕度失智症的時期，短期記憶的衰退程度並非嚴重到所有事物都記不起來，而使家屬誤會長輩是因為一些個人因素而出現選擇性記憶，並非真的有問題，而錯失了早期治療的機會。

輕度失智患者的意識狀態都很清楚，外表看起來跟正常人沒有兩樣，一般人可能不會認為患者有病，只有每天跟患者一起工作或是住在一起生活的人才會察覺異狀。患者比較困難記住最近發生的事情，譬如常常會忘記東西放在哪裡，或剛發生的事情過一陣子就忘記，同樣的問題反覆問很多遍。講話常常要停下來想一下要講什麼話，或是想要講某一個物品卻想不起來物品的名稱。經常反覆的提到陳年往事，家人多半沒想到患者已經出現失智現象，還誤會患者故意和家人作對或是其他意圖，而引起家人間衝突或誤解。

除了記憶力之外，患者對時間開始產生混淆，弄不清楚今天幾月幾日，或記不清事情發生的先後順序。方向感開始變差，在較不常去的地方容易迷路。患者的判斷力和工作技巧會逐漸減退，對事情難以決定，處理日常比較複雜的生活事務的能力出現困難，譬如無法去銀行處理存款事宜，常猶豫不決。做事情缺乏主動性及失去動機，以前喜歡的活動或興趣逐漸減少參與，較不愛出門。可能變得容易懷疑他人，甚至挑撥家人關係，懷疑配偶有外遇，懷疑有人要害自己，有時懷疑別人偷他東西，事實上可能是自己忘了東西放在哪了。個性可能出現改變，原來脾氣很好的人，可能變得急躁愛發脾氣，有些患者則變得很依賴別人處理生活瑣事。輕度階段可能維持幾個月到數年不等。

失智症不是無藥可醫的疾病，雖然無法被治癒，但卻可延緩病人知能退化的速度。目前台灣已有四種藥物被核定可治療阿茲海默症，其治療的範圍包括輕至重度的阿茲海默症。但以治療的效果而言，輕度病人的治療效果比重度病人要好，而且愈早開始治療，其智能表現能夠維持在輕到中度的時間也愈長。

除了藥物治療之外，還有非藥物的治療，一些訓練課程和活動也對失智患者有幫助，如認知訓練、音樂或藝術課程，以及肢體上的活動都可以增進大腦的活動，對病患有所幫助。

整體來說，社會大眾應熟悉失智症的早期徵兆，在有輕微症狀時就到醫院檢查和追蹤，若診斷為輕度失智症就及早接受藥物治療和針對輕度失智之健康促進課程，瞭解照護的技巧，定能減緩病程發展，同時減輕家屬照護的負擔，降低家庭和社會成本，以增進失智患者和家屬的生活品質。

### Chap. 3 輕度失智患者可能的心理反應

當醫師宣佈失智症診斷時，患者及家人可能都無法接受，或疑惑「失智症是什麼？」「會不會診斷錯誤？」不過也有人在診斷之後恍然大悟，因為這診斷解開他的長期困惑，終於了解到自己這陣子為什麼記性這麼差，反而感到釋懷。

有件事患者及家屬一定要知道：「您並不孤單！因為有許多朋友和您一樣面臨記憶或腦功能退化的衝擊。」據推估，台灣已有超過 15 萬失智患者。

在失智症的初期，症狀很輕微的時候，患者可能可以感覺到自己功能的改變。對於自己的健忘及其他功能的減退，患者本人可能會覺得：

**挫折**—這是最常有的感受，「我怎麼會變這樣？」「以前我自己可以做的，現在不行了！」「得了失智症很痛苦」經常找不到東西、忘記重要約會而令自己很挫敗。失智病友表示因自己常重複同樣的話「會被家人嫌」。另一病友表示，當別人說「你已經講過了！」他心裡也會很難過。

**生氣**—「為什麼我會得這個病！」「我做了什麼壞事讓我今天得這個病？」生氣家人不了解自己的困難、生氣以前會做的事現在做不來等。

**悲傷**—「老了，沒用了！」「頭腦壞掉了！唉！」對於功能逐漸減退感到悲傷。若這悲傷持續很久，沒有改善，可能會演變成憂鬱情緒，此時需要向醫師求助，藉適當藥物改善情緒。

**失落感**—尤其在發病早期，患者常被迫要放棄原本扮演的角色與從事的活動（包括自己放棄或家人不放心），以致影響生活功能，甚至有些角色功能還是讓他們引以為傲的，如開車、財務管理、志工或照顧孫子等等。

**擔憂**—「以後會怎樣？」「家人會照顧我嗎？」「家人會不會不要我了，把我送去養老院？」「別人會不會笑我？」而逐漸退縮。

**罪惡感**—「我不想成為家人累贅」「我不想麻煩別人」

**孤單**—「沒人能了解我的苦」「自己一個人面對這痛苦」

**接納**—「老人了嘛！不也就是這樣！」年紀較大之患者較常以老化正常現象來合理化功能退化現象。

這是能覺察到自己功能退化之輕度失智患者可能有的心情，但是，也有許多患者無法覺察自己功能之退化。要面對自己功能退化是需要勇氣的，患者可能因擔心他人無法接受而拒絕承認自己之退化，家人或朋友必須有耐性地以同理心陪伴之，並支持鼓勵患者。

## ◎您可以做什麼？

如果您是患者本人，以下是其他患者覺得不錯的方式，提供給您參考，也許您可以試試看：

**把您的擔憂告訴家人或朋友**—可能的話，和家人朋友或懂得傾聽的人談談您的擔憂，這可能令您的擔憂減輕一些，或者讓自己更了解自己真正擔憂的是什麼。醫生、諮商師或是失智症協會的人員都可以幫忙您。

**尋求幫助**—每個人在一生中一定有需要別人幫助的時候，試著找到一群和您面臨一樣記憶問題/失智的朋友。您可考慮參加病友團體或撥打失智症關懷專線 0800-474-580，和失智症協會服務人員談一談。

**認識失智症**—您有權了解這疾病以及將來可能的變化，您可請教醫師、相關專業人員或向失智症協會索取資料。充分了解這疾病之後，您有較完整的資

訊來幫助您規畫未來。

**和別人談論失智症**—一般人對失智症的了解很少很少，您必須把您所知的一切和您的朋友們分享，同時讓他們了解您未來可能面對的狀況，他們才知道如何陪伴/幫助您。您可以告訴別人他們怎麼做對您是最有幫助的，例如：請他們給您多一些時間找到您想說的字。您也可以告訴別人什麼對您是沒有幫助的，譬如說：未得到您同意，就幫您把事情都做好。

**保持活躍**—失智症並不代表人生的終止，反而您更要保持活躍的生活，持續從事有興趣的活動、在安全的前提與家人朋友的協助下積極參與各種聚會、聽演講及當志工等，量力做自己能做的事，享受活動中的樂趣。

**對自己有信心**—由於疾病損傷了腦細胞，您可能需要更多的時間去完成事情；可能會做錯事情，但這不是您的錯，這是疾病的一部份。所以您需要有耐心地對待自己，給自己多一些時間。

**情緒抒發**—每個人都有自己抒發情緒的方式，可能是運動、跳舞、唱歌、泡溫泉、踏青、種花、打掃等都很好，選一個您喜歡的方式去做。

**適時放下**—有時候急著要找一樣東西，可是怎麼找就是找不到，而讓自己大發脾氣，和家人起衝突，可是東西一樣沒找到。試著放下，緩一緩，先做些別的事，待心情輕鬆時，可能就會找到了。

**記錄心情及經驗**—把自己健忘的經驗或心情寫下來或錄音，不但可以活絡腦細胞，也可幫助自己整理思緒。您願意的話，還可和別人分享失智的經驗。

**宗教信仰/靈性生活**—有心靈上的寄託是很有幫助的，到寺廟上香拜拜、到教堂做禮拜、唸佛、禱告、坐禪等，只要能讓自己心情平和的方式都值得去做。

## Chap. 4 克服健忘小絕招

這是輕度失智病友們分享之絕招，也許可以幫助您或家人克服健忘

**使用記事本/寫日記**—寫下需要記住的重要事項，包括重要約會、重要想法、未來計畫、重要人名等。

**使用便條紙**—用便條紙寫下提醒自己處理的事情，並將便條紙貼在家中佈告欄或白板上。

**使用牆上週曆**—在牆上貼一張週曆，把重要事情記在上面。

**重要東西放在固定地點**—錢包、眼鏡、印章、身份証等重要物品，每次使用後都放在同一地方。

**訂報**—訂報讓送報生每天送來當天報紙，就可以從報上知道今天的日期。另外，也可以使用有日期的時鐘。

**固定步驟**—每次做事有固定的例行步驟，每天有固定的生活常規與作息時刻表，這對失智病友有幫助。

**貼標籤**—在櫃子或抽屜外貼標籤，方便患者找東西。

**使用藥物整理盒**—為避免搞錯服藥時間及劑量，使用藥物整理盒把每一次藥量放好，必要時由家人提醒服藥或協助服藥。

**放置常用電話號碼**—在電話旁邊放一張常用電話號碼表，方便打電話時使用。

**貼提醒標語**—在門口旁貼「請記得帶鑰匙出門」，在床旁貼上「請記得關門窗再睡覺」。

**張貼操作說明**—有些家務、器具或家用電器操作需要較多步驟，可在旁邊張貼操作說明或重要提示。

**勇敢表達困難**—失智病友可試著讓別人知道自己忘了他說什麼，請他再說一遍；或者告訴別人聽不懂他的意思，麻煩他再說一遍。這是很好的，可以幫助想和患者溝通的人找到溝通方法。

**安裝安全裝置**—安裝瓦斯警報器、煙霧偵測器、安全瓦斯爐等安全設備，以免忘記關爐火，造成危險意外。

**忘記或找不到詞句時，先放下，待會兒再說。**

**與專業人員以及家人朋友討論輔助記憶的方法。**

## Chap. 5 輕度失智患者之保養與減緩退化

要幫助輕度失智病友維持最好的狀況，就必須維持其身體、心理與大腦健康，同時確保居家及外出安全。

### 一般身體健康的維護

- \* 定期健康檢查及門診追蹤治療。
  - 健康檢查應包含視力及聽力檢查，因當失智病友聽不清楚或看不清楚時，他的頭腦將更混亂。
  - 定期至牙科門診接受牙齒檢查及保健。牙齒或牙齦的不適將影響進食、營養及心情。
  - 若有固定的家庭醫師，請定期追蹤檢查身體健康狀況。
- \* 遵照醫生指示服用藥物，並使用藥物整理盒，以利正確服藥。
- \* 養成維護口腔衛生及身體清潔衛生習慣，飯後刷牙。每天清洗排泄處，全身洗澡可視天氣一至兩天洗一次。
- \* 疲倦時要適時休息，避免累積疲憊而出現行為混亂。

## 安全維護

\* 當騎摩托車或開車開始出現困難或危險時，要考慮使用其他方式，如由家人開車接送、搭公車或計程車等。雖然比較不方便，可是安全是優先要考慮的。

\* 申請愛心手鍊、至警局捺印指紋、使用緊急救援設備或衛星定位系統，以利走失時容易找回，或遇到緊急狀況時可尋求救援。在患者衣服上繡上聯絡資料或隨身攜帶自己或家人名片，將有意想不到的幫助。相關資訊可至台灣失智症協會網站之社會資源網頁瀏覽，或撥失智症關懷專線0800-474-580(失智時，我幫您)洽詢。

\* 減少家中容易導致跌倒受傷的環境如：光滑或反光的地板、易絆倒之物體、地上橫跨之電線、地上容易滑動的小地毯、家具之銳角、昏暗光線、全透明落地窗、浴廁濕滑的地板等。

\* 安裝瓦斯警報器、煙霧偵測器、防乾燒安全瓦斯爐等安全設備，以防忘記關爐火造成火災意外。

\* 在安全考量下，必要時申請安排居家服務員到家裡來幫忙或陪伴就醫。

## 均衡飲食與充足水份

\* 均衡的飲食：吃得好不但可改善健康，同時也可擁有愉快的心情。均衡的飲食包括下列幾點

- 新鮮水果及蔬菜
- 全麥麵包、米飯或麵
- 低脂肪食物，如低脂牛奶、低脂絞肉，少吃肥肉及油炸食物
- 有豐富蛋白質的食物，如黃豆、豆腐、魚、蛋、肉類等
- 減少食物中糖及鹽的份量

\* 充足的飲水

- 每天喝足夠的水是很重要的，白天多喝水，晚餐後少喝水，以免影響睡眠。
- 若病友有喝酒的習慣，請留意過多的酒可能使頭腦混亂。

## 規律運動

\* 規律運動可維護身體健康、改善活動力同時促進大腦健康。

\* 運動可以是輕鬆有趣的，不必很激烈，和朋友一起散步也是很好的運動。

## 快樂充實過每一天

\* 慢慢來，不要急，給失智病友多一些時間做事，慢慢來。

\* 發揮失智病友的能力做他喜歡的事，和有意義的事。

\* 從生活上著手，給予適當提示或協助一樣可以參與生活上各種活動

\* 參加各類活動，保持身心活躍、生活多采多姿。

- 參與活動的原則：1) 選擇有興趣或喜歡的活動
- 2) 能使用到病友仍保有的能力
- 3) 養成規律參與活動的習慣
- 4) 衡量體力，適量活動及適時休息
- 5) 天天給患者適時鼓勵讚美
- 6) 不過於勉強

有益的活動很多，以下提供給病友及家屬參考

- 益智活動—下棋、打牌、打麻將、拼圖、猜謎、詩詞背誦、電腦遊戲、電動遊戲等
- 文書活動—看書、寫文章、抄佛經
  - 寫日記或製作剪貼簿對患者及家人都是很有意義的事。
  - 製作人生故事書、寫回憶錄、生活故事和願望。
- 身體活動—散步、慢跑、打拳、體操、打球、跳舞、撞球等
- 藝術活動—手工藝如製作卡片、編織毛衣、編中國結、寫書法、繪畫等
- 音樂活動—唱卡拉OK、參加合唱團、彈琴、吹口琴、吹笛子、敲擊樂器等
- 社交語言活動—與親人朋友聚會分享生活經驗、參加各類社團討論規畫活動、參與辯論、參與志工活動、參加講座等
- 家務活動—打掃、整理環境、買菜、煮飯燒菜等
- 園藝活動—種植花草、每天澆水拔草等
- 養寵物—養狗、養貓或其他寵物等
- 宗教活動—上教堂做禮拜、至廟宇拜拜、參加佛學課程、讀經課程、探望教友等

通常一般人看字面意思，多以為只有益智活動才有助於延緩失智退化，但依研究結果，多元的活動與刺激對大腦可能是最好的。

## Chap. 6 與家人共同面對挑戰

當知道家人罹患失智症時，多數家屬是無法接受的，就像其他疾病一樣，家人很難相信與面對，總希望這不是真的。雖然不願意接受此事實，但家屬們通常會努力找尋相關資訊及治療秘方，且努力用自己認為有幫助的方式去幫忙罹患失智症的家人。但也有許多家屬覺得患者狀況很輕微，當邀請家屬參加活動時，家屬常表示「他目前還好啦！我想暫時不必參加。」但早期治療與活動參與是很重要的，應儘可能參加。

家屬可從此手冊了解到如何幫助面臨失智症挑戰的家人，家屬的同理、支持、陪伴與保證對患者是很重要的。

當患者表達失智造成之困擾或心情時，請家人或朋友認真地傾聽，給他時間、讓他把內心想法與感受說出來，家人再給予同理、支持與保證：「媽媽，您很擔心以後會認不得我們是誰，那現在就天天叫我們每一個子孫的名字嘍！」  
「您不記得沒關係，我們會記得提醒您的！」  
「爸爸，您擔心媽媽身體不好無法

照顧您，子女也沒空照顧您，其實您可以放心，我們已經商量好了，我們會好好照顧您的！」

並非所有輕度失智患者都可以感覺到自己功能的改變，或者能表達出這些感受。許多患者否認自己的健忘或功能退化，常予以合理化的說法「老了不都是這樣嗎！你老了也會忘記事情啊！」這個時候家人避免和患者爭辯，不企圖讓患者承認他的功能退化或錯誤，因為這可能引起患者的反感、造成家人與患者之衝突，即使承認了，過一會兒，他可能又忘記了。

家人在電腦網路上獲得有關失智症的資訊，請了解其來源及作者專業背景，不確定時請與專業人員求證資訊的可靠性。特別對許多偏方，必需小心求証，並隨時與醫師討論。

家屬在八至十年疾病歷程中將面臨許多挑戰：對疾病不了解、對醫療系統不熟悉、對社會資源不了解、家人對疾病治療照顧方式看法不一、照顧責任的分擔不均、家人財產分配衝突、對工作的衝擊、對家庭及婚姻生活的衝擊、角色間衝突、失落與哀傷、失智父母的情緒反應、角色的反轉、與失智父母的衝突、對自己性格的挑戰、體力與心力的耗損、社會與經濟壓力等，這將在「失智症家屬的調適與社會資源」手冊中詳細分享。運用家屬團體與其他相同經驗者共同討論，將對家屬有很大的幫助。

## 配偶

隨著疾病的進展，患者配偶可能必須兼顧家務及照顧。他可能會因為此病造成夫妻關係改變而感到難過。

### 患者與配偶能夠做的事：

- \* 夫妻仍繼續參加能夠參與的所有活動。
- \* 隨著功能的改變，調整活動項目或內容。
- \* 與配偶討論他可以怎樣協助。
- \* 與家人共同蒐集有關失智症患者及家屬服務的資訊，如喘息服務、日間照顧中心，並建立一個檔案，以便需要時可以參考。
- \* 尋求專業諮詢，討論夫妻關係變化及疾病調適。
- \* 鼓勵配偶參加家屬支持/互助團體。

## 子女

子女常經驗到許多複雜的情緒。中年子女多半正在事業上衝刺，做父母的通常不願意影響子女的工作，而不告訴子女實情。但是遲早子女都要面對，而愈早準備愈是順利圓滿。剛開始子女可能無法接受此事實，會努力安慰患者，這是人之常情，但失智病友或配偶仍要認真與子女坦誠討論。

### 失智病友或子女能夠做的事：

- \* 坦誠地談論此病及未來可能的變化。
- \* 鼓勵子女參加家屬團體，幫助他們及早準備與調適。
- \* 失智病友可記錄下自己的人生經驗、想法、感覺及心得，在孩子邁入人生重要階段時（約會、婚姻、生育、工作困境）給予他們慰藉與引導。

## 朋友

朋友、同事和鄰居可能不瞭解發生了什麼事，因此與患者保持距離或避免連絡。他們可能不知道該做什麼或說什麼。

### 失智病友與家屬能夠做的事：

- \* 讓朋友、同事和鄰居清楚疾病之事實。
- \* 邀請朋友參加失智症協會的講座或宣導活動。
- \* 儘可能繼續一起參加社交活動。
- \* 讓朋友知道什麼時候需要幫助與支援，以及他們能夠做些什麼。

## Chap. 7 未雨綢繆，為未來做好規劃

失智症對每一個人的影響是不同的，有的在早期就失去處理財務的能力，有些人卻有較長時間能保有這能力，但遲早這些能力都會漸漸衰退，所以及早規劃未來，讓病友及家人都能安心。及早規畫也讓病友能自主地參與規劃，未來才能遵照病友本人意願執行，幫助病友過他想要的生活。

### 財務規劃

- \* 最重要是先整理清楚病友的財務狀況，確定所有重要文件都收集好，這些也許包括了銀行帳戶、定存、基金、股票、房貸、房屋契約或租約、保險、稅務、退休俸、補助津貼、帳單及遺囑等。
- \* 把銀行帳戶變更為聯名帳戶，或是委託可信任之他人管理病友的帳戶。
- \* 把一些例行費用(如水電、電話費)，以銀行帳戶中直接扣繳支付，避免遺忘而繳更多欠款利息。
- \* 與可信任的親友及專業人員如：銀行經理、財務顧問、律師等討論未來的財務規劃，包括未來的醫療照護費用及安排。
- \* 與社工師討論各項補助，如申請身心障礙福利、老人福利、健保、勞保等。

### 設立法定監護人

失智症病友在早期仍有決斷能力時，可簽署一份法律文件委託一位法定監護人在他無法有能力管理一切時，代理他處理他的事務，包括他的財務、醫療決定等。有關監護制度詳細資訊，請洽台灣失智症協會。

### **寫下您的心願**

東方人不習慣預先寫遺囑，但如果病友可以接受的話，可以嚐試寫下他的心願，指示在往生之後，錢財要如何分配。一份合法的遺囑必須要在人意志清楚時簽署，且清楚未來它將如何執行，最好是在失智之前即立好遺囑。如果病前未立遺囑，在診斷出失智症的初期就要馬上訂立，如已立有遺囑，在此時需再作一次修正，特別要提到未來的醫療決策及照護的安排，以便未來家人安排時，更能符合病友的意願。必要時可請律師協助。

## **Chap. 8 輕度失智症可運用之社會資源**

**失智症協會**—台灣各地有失智症協會可提供您相關諮詢及資源，您可與台灣失智症協會聯絡，了解您所在位置最近的資源。請撥台灣失智症協會失智關懷專線 0800-474-580（失智時 我幫您）。

**專科醫師**—神經科及精神科專科醫師可提供您專業的診療，您也可利用各大醫院之失智症門診或記憶門診。

**病友團體(瑞智學堂)**—病友團體為有相同記憶困擾之朋友，聚在一起參與有助功能促進之活動，同時可分享彼此的經驗，相互打氣，並學習克服記憶困難之方法。這對病友有很大的幫助，若需要相關資訊，可洽失智關懷專線。

**諮商輔導**—若您在調適上有困難，或者需要專業諮商的協助，請與各地諮商協談中心聯絡，或洽詢失智關懷專線。

**社會福利**—由於失智症影響大腦功能造成個人的部份功能障礙，且此疾病可能慢慢地逐漸惡化，因此失智病友可申請重大傷病卡及身心障礙手冊。此二福利可減輕病友及家人之部份負擔，詳細補助或減免可至台灣失智症協會網站查詢，或洽專業社工或諮詢人員。

社團法人台灣失智症協會  
失智症宣導教材第三集  
中度失智症之照護【路長情更長】

符號說明：

△模擬演出 ▲個案記錄(已拍攝) ○個案補拍 ●訪問待拍

序：

- △ take 夫妻年輕時的合照。
- △ 夫妻泡茶聊天。
- △ 運動獎盃，或獎牌。或是放在牆角的高爾夫球球具。
- △ 夫妻出國旅遊的照片。
- △ 夫妻二人共同讀書看報。
- △ 夫妻二人歡唱卡拉 OK。
- △ 夫妻二人神情專注的相擁跳國標舞。
- △ 夫妻同看畫展，妻子挽著先生的手在展示廳中瀏覽。
- △ 兩人佇足在一幅色彩斑斕的油畫前，畫框內是一對相擁起舞的男女，鏡頭定格。
- △ fade in. 原本油畫完整的圖像，只剩下混雜重疊的色塊，並且逐漸扭曲消溶。
- △ 先生突然失去現實感，現場音 echo 放大。
- △ 先生驚恐失措的表情，妻子的擔憂的叫喚聲。
- △ 畫面旋轉失焦，妻子呼喚先生的焦急聲音淡出。

先生 OS：我身體好得很，從來沒有高血壓糖尿病啊這些毛病……

妻子 OS：本來我們對退休以後的生活有好多計畫，他還說要用退休金帶我去看世界上最美的風景，陪我做以前沒時間做的事。

先生 OS：(不耐煩) 怎麼這麼愛哭啊……煩死人了！

妻子 OS：我實在不明白，失智症這個病怎麼會在我覺得最幸福的時候落到我們頭上來？我發現這陣子他的情緒越來越不穩定，有理也講不通。

先生 OS：(突兀地)奇怪，彈子房都怎麼不見了……

△上片頭字幕 路長情更長

妻子 OS：醫生說：那是因為他的記憶正逐漸在消失分解的關係，我還是想抓住他清醒的片刻，和他一起做我們喜歡的事。

### 一，失智症中期的行為改變

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯：

我先生是方向感非常好的人，他突然變得會迷路。

早上要出門，他站在衣櫥裡面換衣服，他會換很久，他就是換不出來，他挑來挑去他不知道要穿哪一件，其實沒有那麼困難。

以前他很會用電器，他會裝錄影機什麼的，突然他說他不會。我希望跟他聯絡的時候，給他手機，他也說他不會用，你怎麼教他就是不會。你怎麼講他都聽不懂，那你就買折疊手機給



他用，打開放耳朵，他就是學不會，我會覺得說，奇怪，這個人怎麼會這樣？

○ins 黃昏時分，陳筱雯夫妻攜手散步。

○ins 陳筱雯不時注意先生的表情反應，逗他說笑。

照顧者李郁琳（屏東，照顧媽媽，補訪問）

李郁琳：

只是覺得她常常嘴巴就是重複又重複，我們想說這個母親大概年齡大了，而且她有時候日夜也會顛倒。她日夜顛倒的時候，還會打電話問我，現在是白天還是晚上？我就說奇怪，為什麼媽媽白天晚上她分不出？她不會看時鐘，她搞不清楚是下午還是白天還是晚上。

照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽）

王淑芳：

你說她煩你也不是煩你，可是就是出門很難帶出去。她也不是會吵的人，就是說做事情不照你的順序做。像我帶她去親戚家，她就一直說：「我要回家」，她坐不住，然後我就變成要騙她，說等咱咱再回家，然後她就聽你的話坐，可是坐沒多久就一直又站起來要走，讓你情緒上壓力會很重。

△ ins 媽媽隨女兒出門訪客，在友人家坐不住。

△ 媽媽被女兒按下，過一會兒又站起來。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

爸爸一到黃昏四五點就開始亂，情緒很不好，要求門窗緊閉，還會檢查冷氣和電風扇有沒有關，一點風都不能有。還用膠布黏貼縫隙，還利用廣告紙來貼，一個人裁紙，一個人弄膠帶幫他，這樣做他才安心，他認為這樣風才不會進來，大家才安全。

△ins 老父關窗戶，拉窗簾。

△ins 老父拔掉電扇插頭，檢查冷氣出風口。

△ins 老父用廣告紙黏貼門窗縫隙，女兒幫忙撕膠布。

●訪問劉景寬教授 高雄醫學大學附設中和醫院神經內科：

問：失智症中度患者的行為改變和臨床智能表現？

答：1 常健忘重複問問題或重複買東西。

2 很難獨自完成煮飯、清潔及上街購物，錢財處理，打電話。

3 個人衛生需仰賴他人協助完成。例如：吃飯、穿衣，洗澡，如廁等

4 出現遊走行為，以及行為異常越發嚴重。如：攻擊行為，漫遊，日夜顛倒。

5 對較少來往的親戚朋友開始無法辨識，有時連子女也叫錯名字。

6 說話字句開始變少，內容貧乏。

7 在住家及熟悉的社區附近也會出現走失情形。

家屬應理解患者的行為改變並不是他故意要跟你作對，而是疾病發展的過程。

△ 以上為加強觀眾記憶，重要提醒以加字卡方式呈現。



## 二，失控行為和情緒處理

△ 畫廊中的光線略顯昏暗。

△ 鏡頭定格在擁舞的男女油畫上。

△ 先生顯得精神不濟，腳步踉蹌，眼中所見的畫面開始扭曲變形。

△ 先生忽然失控狂叫，害怕揮打。

△ 旁觀的人群指指點點，

△ 妻子使盡全力抱住情緒失控的先生。

OS：醫生判定他是失智症以後，我先生非常沈默，沒有表示任何看法。但是我不甘心，我要知道原因，瞭解這個病，我拼命上網，看書，然後才知道：為什麼我先生有時候會以憤怒或激動的突發性情緒來表達自己的感受，因為他已經無法統整自己的身體和心靈，正在逐漸失去溝通的能力…

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯：

當然他會有情緒，就是他會突然很兇這樣子，衝啥，那我會問說，你怎麼會對我兇，比方說他不太高興，我就給他放著，我就說好，你可以做兩件事情，如果你要睡覺你就躺下來，你想看電視你就走出來，那我現在去做我的事，那我就放他一個人在那邊，因為他在不高興，你完全沒有辦法跟他講道理，所以我的做法就是離開，讓他涼一涼，再回去收拾。

照顧者周美玲（台北，照顧爸爸）

周美玲：

三月時回來，幫爸爸穿衣服，因為天氣冷，怕他感冒所以心急，想趕快把他的手套進袖子裡，結果自己的手反而被他抓住硬轉，好痛，手痛加上心痛，那也沒有辦法，只有為自己找千萬個理由，他真的不是故意的，有可能是吃藥的副作用。小時候從沒被爸爸打過，吃到半百才被打，心裡很難過。所以以後都很小心，會避免站在他的正前方，要側面對著他，還要會察言觀色，警覺性要高一點。

### ●訪問張景瑞主任 國泰醫院精神科：

- 1 失智患者由於腦細胞受到損傷，可能出現失控情緒或行為，導致控制衝動的能力減弱。
- 2 暴力是自我防衛的一種方式，若照顧者的口氣或態度傷到患者自尊，患者可能出現反擊。
- 3 照顧者應體諒患者因病傷腦，控制力變得較差；或者是越想做好卻做不好的挫敗心情才引發情緒。親友們也應多體諒支持主要照顧者。
- 4 就醫原則與注意事項，強調平日應觀察與記錄以協助醫師配合適時調藥。
- 5 使用精神藥物之注意事項。

## 三，妄想幻覺錯認等問題和因應對策



△ 先生身穿睡衣外套西裝，從臥房出來，手上拎著公事包。

△ 先生走到穿衣鏡前，對著鏡中人說話，不知道是那是他自己。

先生：(自言自語)拗早，你也要去上班啊？

△ 妻子追出來，在客廳攔下先生

妻子：你要去哪裡啊？

先生：上班啊，早上有一個很重要的會要開……不能遲到！

妻子：(謹慎地)今天是星期天，不必上班……

先生：(懷疑地)今天不用上班啊？

妻子：(接過公事包，哄他)對呀！你可以多睡一會兒，不必那麼早起……

△ 妻子牽著先生的手回房間。

△ 客廳拉開一半的窗簾顯示窗外一片黑暗，

△ take 牆上的時鐘，時間為半夜 3 :35。

△ 鏡跳牆上的日曆，當日是星期三。

### 照顧者楚重光 (屏東，照顧媽媽，補訪問)

楚重光：

他通常是晚上在鬧，不是白天，晚上兩三點開始。一直搞到天亮，精疲力竭的時候，你累了你想睡覺，這個病人還不見得想睡覺，因為她已經錯亂了。她錯亂的時候會有很多動作讓你們所沒有辦法去忍受，半夜兩點她要去餵雞，她要去餵鴨，因為她在年輕的時候曾經餵過雞餵過鴨。她有過孫子，所以她要去幫小孩去送便當。還有她要做飯，她怪你們在旁邊陪的人為什麼還在睡覺？那時候是半夜兩點，把睡覺的人都吵醒。

### 照顧者張麗鏗 (台中，照顧婆婆，補訪問)

張麗鏗：

醫生說阿嬤已經開始幻聽幻想，其實沒有人啊，她怎麼會一直喊有人，甚至還會邀約人家吃飯，說：「厚…你們都不起來吃飯，我要去囉！」我就傻了，啊…這裡又沒人，怎麼會有人？啊…剛開始前幾個月，我們會被阿嬤嚇到。

### 照顧者邱香蘭 (台南，照顧媽媽)

邱香蘭：

她很會藏東西，之前就是疑心病啊，懷疑人家拿她的東西。像那個外勞剛來的時候，她就會說她衣服不見了，她好看的衣服全部都不見了，說是那個外勞拿走的。我都要先跟外勞溝通，說奶奶這樣子不是故意的，她也會說我拿她的東西。

### ● 訪問陳達夫醫師 台大醫院神經部：

照顧者如何看待患者的混亂行為？以及具體的因應對策和溝通原則。



#### 四，走失問題因應對策：

- △ 垃圾車音樂響起。
- △ 先生聽見垃圾車音樂聲，拎著垃圾開門下樓。
- △ 先生拎著垃圾，不見垃圾車。
- △ 先生茫然的站在街頭。
- △ 先生開始遊走。

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯 OS：

垃圾車來的時候，他一聽到聲音，馬上收拾好走下去。剛開始還走得回來，慢慢他就走不回來了。走不回來之後，他就在我們家的住家附近的巷道跟馬路上繞。

當我找到他的時候，他都會說，沒事呀，我會問人家，聖功醫院在哪裏啊？所以，基本上，他還會想辦法去解決他的問題，只是說即便你告訴他聖功醫院在哪裏，他也不見得找得到，可是他並沒有失能到說他不會問。他聽到垃圾車的聲音，就像童話裏的吹笛手，一吹小朋友就跟著走出去了。我先生就是一聽到垃圾車的聲音，馬上站起來拿著垃圾就走出去了，接著他就走不回來。我那時候還在交通車上，後來，我想了一個辦法，就是打電話回家，跟他說你不要出去，我馬上回來，等我回來一起處理，慢慢他才把這件事情控制住。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

我們家有個庭院，庭院有外門跟內門，要出去要把門開開。我們家那個鐵門開的時候聲音很大，那個鐵門是我們家的一個警報器，她一開鐵門我們家的任何人都會跑到那邊看看，是不是阿嬤又再動那個門的主意了？我們在那個鐵門上面，又加裝一個號碼鎖……她解不開，但是她很堅持的在那邊去解那個號碼鎖，所以就不斷的聽到那個鐵門的聲音，沏沏嘎嘎沏沏嘎嘎，但至少你還知道她在裏面，她執意要做那個事情，我們也沒有辦法，就讓她去開，開門也不是什麼壞事，她在那邊還很安全，至少是在家裏…

○ins 楚家大門不修，加裝了號碼鎖的畫面。

△阿嬤在門前試圖開鎖畫面。

●訪問張文芸老師 國立成功大學護理學系：

說明中度失智症照護原則及預防走失的因應之道。

#### 五，日常生活照顧問題和因應對策

照顧者李郁琳（屏東，照顧媽媽，補訪問）

李郁琳：

她不尿尿的時候我就會哄她，我說：「你尿尿我尿尿大家都尿尿」，她一聽好開心喔，她就去小便。她還會為我著想，比方說，我說：「你不尿我怎麼尿？」他就說：「對對對對我去尿」。她一坐下去，有尿的話，自己就會尿出來。

○李郁琳和媽媽互動的畫面。



○李郁琳為媽媽布置的居家環境。

照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽）

王淑芳：

我都是定時，兩個小時左右一次。因為我不知道她什麼時候要上廁所，然後我的習慣就是，定時的帶她去上廁所，這樣比較有一點，定時定量的那種感覺。我是用這個方法在照顧，所以她比較不會有隨地大小便。

○王淑芳牽媽媽去上廁所。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

她實在是沒辦法才忍不住，有時候是解在儲藏室裡面，她習慣用蹲的，她會找一個報紙，把它包起來，這還比較安慰，她沒有替你製造太多的困擾。但是有一次我們發覺她可能真的忍不住了，她用衛生紙把它包起來，沒地方藏，我們一直覺得房間有一股異味，後來才發覺是在枕頭底下。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸，補訪問）

周貞利：

患者隨地便溺的因應對策。

- △ 妻子拿著大毛巾，哄先生去洗澡。
- △ 先生固執的不為所動，妻子離開。
- △ 妻子把先生拉起來，撒嬌的向他邀舞。
- △ 夫妻兩人相擁起舞。
- △ 妻子技巧的帶著先生移往浴室門口。

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯 OS：

他現在比較麻煩的就是洗澡。我也看過書上說，要他爸爸洗澡還要戴鋼盔，因為他會打人啊什麼的，就是說好像洗澡真的得了恐水症。因為我們慢慢開始洗澡也開始會有一些狀況，剛開始的時候，因為天冷，他怕冷，他不肯洗。那我的做法就是，我會跟他說你洗澡好不好？他會說不好，那我就放下，然後過一下下再問他說，我們洗澡好不好？那他也許還是說不好，沒關係，再過一下下再問，你就一直問到他說好，然後就抓住他那個「好」，趕快帶他去洗澡。我先生很會交際舞，有時候他不肯去浴室的時候，我就說，我們來跳舞呀，我們來跳吉魯巴，我們來跳恰恰，就這樣一挪一挪就把他挪到浴室了。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

冬天一定要記得不要讓他著涼。現在好多了，以前我們會用很多洗澡玩具吸引他。冬天高興



的時候洗下半身，不高興洗上半身。要取得他的信任要花一段時間，通常我們會用最溫柔的聲音和方式，不要嚇到他，先部分拍濕他的身體，讓他知道這個水是要幫他洗澡的。也可以先讓他玩，用或鏡子轉移他注意力，趁他有興趣時，趕緊脫褲子，但是該遮掩的時候要處理好。

△色彩鮮豔的洗澡玩具在水面漂浮。

△先用水拍濕患者身體。

### ●訪問王寶英主任 聖若瑟養護中心：

說明中度失智患者日常生活的照顧原則。

家屬應設法維持患者原有的興趣生活品質，在患者「能」與「不能」之間做調適判斷，不要剝奪患者能夠獨立完成的能力。

## 六，居家環境的照顧問題

照顧者張麗鎂（台中，照顧婆婆，補訪問）

張麗鎂：

換個環境影響到她很深，比如說她剛來我家的時候，她就執著說她要回家睡覺，她不要在我家，抓住輪椅不放，就不上床。那我後來發覺不對，是不是應該要把環境佈置得跟她鄉下一樣？所以我就把它佈置一模一樣，所有的東西都準備兩份。阿嬤會摸著欄杆數，我就一直跟她說，一直重複跟她溝通。問她：妳兒子是誰？我是誰？

○張麗鎂為阿嬤布置的居家環境。

○張麗鎂解說的畫面。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

我會在他床旁邊拴一條細的繩子。為什麼用細的繩子？因為怕它會絆倒，有人用粗的繩子，草繩、麻繩，那個力量都很強，這會造成病人的傷害。繫在床邊，上面掛鈴鐺，狗戴那種鈴鐺。當她起來的時候就會碰到，她要離開那個環境嘛，你不一定要在她床邊，甚至可以在她房門，甚至你在房門上面裝那個很悅耳的，什麼風鈴什麼等等都可以，自己去想辦法，製造警訊。

○楚重光在阿嬤房間綁細繩拴鈴鐺。

○楚重光在房門口裝風鈴。

### ●訪問沈明德職能治療師 國泰醫院：

說明協助中度失智患者居家環境安排原則。

熟悉安全環境和刺激治療

## 七，照顧者的心理調適

△夫妻二人攜手參觀畫展，失焦的油畫重新聚合。

△夫妻二人在幽雅的餐廳中愉快地用餐。



- △ 夫妻二人一起逛街購物。
- △ 夫妻二人分享一瓶飲料。
- △ 妻子滿足的依偎在先生臂膀中。

妻子 OS：有朋友會問我，會不會覺得又要照顧這樣的病人很累，又要上班，早晚會被他拖垮？我有想過，我覺得還是有他很好，兩個人可以做的事情很多，很多事情就是要兩個人才能做，就像是你今天去餐廳吃飯，你也希望兩個人，不是一個人呆呆的看著自己的食物，說得貪小便宜一點好了，買一送一也要兩個人……如果出去旅行，你跟誰 share 一個房間？所以我覺得有他真的很好，並不會覺得他生病了，就覺得後悔或怨天尤人，事情已經遇到了你怎麼辦呢？你可以哭著過，也可以笑著過，我覺得有他真的很好……

### 照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯：

我先生的個性比較閉塞，他不會表達他的情感。年輕的時候，我們女生都喜歡問，你愛不愛我？他都會說：整天說那個有什麼意思？可是現在，我問他說，你還愛我嗎？他有時候說：愛呀，或者說：有啊！

我本來就會抱他，會告訴他我很愛他。有時候他有一點情緒的時候，我就會抱住他，然後跟他說，你一定要為我做什麼，你愛我就要為我做什麼，我會用這種我覺得好的方式，去引導他。

比方他生氣的時候，我還是抱著他，或是說他不肯做什麼的時候，我就會解釋給他聽，就像他當初他不肯去日照的時候，我就會告訴他說，你是為我犧牲，你是為我去的，因為我們還是希望多賺一點錢，我們可以出去玩啊等等這一類的事情，

那是我習慣的方式。你年輕的時候你如果跟他講這些，他一定會不理你，他現在就乖乖的，全部接受。

所以說年輕的時候，很多年輕人會做很浪漫的事，比方說，牽手阿，我們一起洗澡啊，你們覺得很浪漫的事情，我們年輕的時候絕對不可能做，現在全部統統都……。

○ins 陳筱雯餵先生吃東西，自己也吃一口。

○ins 陳筱雯到日照中心看先生，一見面就很自然的上前擁抱他。

○ins 陳筱雯牽著先生的手，一路和他說話，兩人慢慢走回家。

### 照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽）

王淑芳：

曾經有過，我開著車載她，想我們兩個就衝進海裏算了！不過可能太理智了吧，因為我如果心情不好，我自己會出去走一走，可是我會注重我的安全，因為我想家裡還有一個媽媽，需要我照顧。我在外面騎摩托車，會注意自己安全。有時候會想老天爺你既然讓我媽媽生這個病，要我照顧她，我希望你也保佑我，出門都平平安安的，我不希望自己有出什麼狀況這樣子，因為出了狀況可能最可憐的是她。



**照顧者張麗鎂（台中，照顧婆婆，補訪問）**

**張麗鎂：**

她有時候會講，好啊，你和我一起死，可是那我兒子怎麼辦？以後沒人煮飯給我兒子吃了，所以我就多多少少抓這個竅門，她注重兒子和孫子。我自己要把自己的身體照顧得好，剛開始有一陣子會放棄，會想說要跟她走。可能我的人生經歷下來，我覺得我已經滿足了，什麼都讓我學到，夠了。我最近比較會把心力點轉移一點在工作上，想說我可以幫助更多的人。

**●訪問張宏哲教授 國立台北護理學院長期照護研究所：**

失智中度是照顧者身心負荷最重的時期，在此階段「獲得自由」是失智症照顧者和家屬最想得到的「改善」。

正向思考的照顧者會尋求資源，讓自己抒解喘息；但並非所有的照顧者都能如此正向面對，無論如何，「尋短」絕不是最好的解脫，照顧者應努力讓壓力獲得抒解。

**照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）**

**陳筱雯：**

很多人都說照顧者很辛苦，而且很多人都會傳那些訊息。也許你們沒有事的人，你們聽起來覺得那個是個訊息，可是對我們來說，感覺很心痛，就像同事會跟我說，你們說照顧者非常辛苦，我並不那麼覺得，因為我覺得我在他生活裏面摸出一個模式，然後讓他可以很舒適。而我白天在上班，所以我並不是全天的面對他。像那些單獨照顧的，必須全天面對病人的照顧者，你真的會覺得是壓力，當然我也有，我每個禮拜有兩天會跟他全天混在一起，那我就會想：當我跟他全天在一起的時候，我可以為他做什麼？我可以跟他做什麼？

**八，善用日照資源**

○陳筱雯送先生去日照中心。

○陳筱雯和日照中心照服員寒暄，也讓先生和她們打招呼。

○陳筱雯在日照中心和先生親密互動。

**照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）**

**陳筱雯：**

剛開始的時候，他會在中心裡面遊走，他也不讓任何人接近他，就是護士小姐叫他吃飯，他不吃，也不坐下來休息。因為他們中午會讓他們睡覺，有房間有床，他一看到房間，他馬上就走出來，他不肯進去躺下來。

○陳筱雯離開日照中心，然後搭交通車去公司。

○陳筱雯下班後去買菜，然後接先生回家。

○陳筱雯夫妻兩人親密溫暖的肢體互動。

○陳筱雯夫妻兩人牽手漫步。

○陳筱雯夫妻兩人在路上旋轉起舞。



△ 油畫由消溶重疊的色塊 fade out, 漸漸又可看清原貌。

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯 OS：

我就會打電話跟他講說：老公你坐一下，或是說你去吃飯，我等一下就來接你。因為他們對時間的概念，不是很那麼清楚，所以他也不知道等一下是什麼時候，他會覺得我給他承諾，他就會坐下來吃飯，或是坐下來休息一下，慢慢慢慢他也就適應那個環境，現在就好很多。送去日照的好處就是，他們知道可以為他作什麼，然後還有很多人可以說話。其實去日照是對的，而且是很好的。因為他白天在日照會走動，不會休息，回來有時候會比較累。我現在就慢慢找出一個模式就是，他回來我就讓他先休息，然後我做飯，飯做好了叫他起來吃，然後洗澡，再讓他去休息，這樣他也覺得精神很好，也蠻開心。

● 訪問徐國強督導 士林日照中心：

徐國強督導 OS：

失智症中度是照顧者最辛苦的一段時間，如果不去日照中心，可以在家裡或社區為患者安排什麼活動？

△ 妻子陪先生折衛生紙，折好後帶先生到廁所把衛生紙放在固定的地方。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

日照中心對家屬幫忙很大，也可以幫爸爸維持功能，現在他可以分辨內、外。有一段時間爸爸爸爸大小便控制不好，但在日照中心就維持得很好，在外面他知道要去固定場所上廁所，反而在家裡有時候控制得不好，後來我們也去跟日照學習。日照中心都會盡量讓他自己來，自己吃飯。我們也讓外勞陪著爸爸去日照，他才漸漸比較不會排斥外勞。

九，以愛連心，永抱希望

● 訪問：賴德仁教授 中山醫學大學附設醫院精神科

照顧者要自我建設，許多事情患者能夠做到是「禮物」，做不倒是正常的，不要因此而沮喪或有過度期待。

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生，補訪問）

陳筱雯：

我有點樂觀。我們生的這個病，全世界有好幾百萬人都有，所以我相信所有醫學界很努力在做這一塊。我只希望說快一點，讓我們先生還來得及。恢復當然不可能，因為有些東西失去了是不太可能恢復。那我覺得這就是一個希望，我希望他能夠可以恢復到生活可以自理的狀況，當然也許我們真的等不及。



片尾

△黃昏時分，夫妻攜手漫步在窄小狹長的巷道內。

△妻子親暱地往先生身上靠去。

△一瞬間，先生彷彿回過神來，望著妻子。

△先生忽然執起妻子的手，兩人極有默契的即興在巷道裡踏起舞步。

△ zoom in，妻子深情的笑靨。

照顧者陳筱雯（高雄，照顧先生）

陳筱雯 OS:

我要告訴他，我愛他，希望他要有信心。這是一種情緒安撫，我認為這是我的方法。我在安撫他，其實也是在安撫我自己。其實除了希望他聽懂以外，也希望我自己也聽懂說，因為我真的是，我真的看看他，還是覺得很愛他，我同事就會笑我說，可是我想想，我還是真的很愛他，我也不知道為什麼，上輩子欠的吧！

～完～



社團法人台灣失智症協會  
失智症宣導教材第四集  
失智症重度和末期【無憾的告別】

符號說明：

△模擬演出 ▲個案記錄(已拍攝) ○個案補拍 ●訪問待拍

## 序

- △ 兒子推著坐著輪椅的老父到公園散步。
- △ 公園裡，年輕的媽媽帶著幼童開心的玩耍。
- △ 兒子餵老父喝水，水從老父的嘴角溢出，兒子連忙上前擦拭。
- △ 年輕的媽媽招呼小孩過來擦汗，小孩自己拿起水壺喝水。
- △ 兒子望著年輕母子互動畫面出神，回想起幼年和爸爸相處的時光：  
ins 爸爸抱起最小的孩子，在他臉上重重的親一下。空出一隻手，愛憐的揉揉另外兩個孩子的頭髮，臉上滿是讚許的滿足表情。
- △ take 潮濕的褲腳和髒濕的地面，示意老父尿失禁。
- △ 老父一臉茫然。
- △ 兒子連忙上前用大毛巾包住老父的畫面。  
兒子：(安撫地) 沒關係，爸，我幫你處理喔！來……
- △ 兒子一邊彎下身子在他耳邊安撫，一邊推著老父往前走的背影。
- △ 上片頭字幕：無憾的告別  
兒子 OS：我明白人從出生就開始就走向衰亡的道理，這就是生命的衍生和循環。  
但是眼睜睜看著自己最親愛的人在失智症的病程中，一步一步的退化失能，那種難過和無助，真的讓人很痛心。  
爸爸一向是我們心目中的巨人，是兒女倦遊返家時的靠山，從來沒想過，他會生病，會變老，甚至會變得比小孩更無知無助，需要我們的依靠和照顧。

### 一，父母罹病--難以承受之重

照顧者周美玲（台北，照顧爸爸）

周美玲：

我真的後悔以前太少把時間留給父母，寒暑假回台灣就像度假，一回家就把孫子交給他們，自己好像真的是回來休息的。總以為父母就是靠山，從來沒想過父親會生病，就是因為這樣才沒有注意父親之前那些無意義的重複行為。像是整天都在整理倉庫，把東西搬過來搬過去。家裡垃圾桶有一點垃圾，他都要用夾子夾到外面院子裡的大收集桶去。一有客人來，他就躲起來，我們還以為他只是不喜歡而已。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

我爸爸是一個非常孝順的兒子，對祖母百依百順，後來有一陣子對祖母很兇，我們都不明白



是怎麼回事，我為此還寫了一封信給爸爸，問他為什麼不能再繼續像以前一樣對祖母孝順？他的反應卻只是笑一笑……

▲ins 老父在中庭遊走。

▲ins 周祖輝年輕時的照片。

▲ins 周祖輝父女的生活照。

照顧者周美玲（台北，照顧爸爸）

周美玲：

以前爸爸很愛寫信給我，不知道從什麼時候開始他都不寫了，我打電話回家，他就馬上說：真是很抱歉，我都沒有時間給你寫信，我真的非常的忙……我從來沒有想到是那是因為爸爸已經寫不出字來了。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

民國八十七年，我處於半退休狀態，沒想到正準備回饋父母的時候，父親卻忽然心肌梗塞往生了。這件事對我心理的衝擊很大，應該說是抱著一種愧疚懺悔的心情面對我母親，也可以說是把本來要給兩個人的愛，通通給了一個老媽媽，雖然那時候媽媽也不老，才七十出頭而已。我們感覺她很憂鬱，她的憂鬱會讓我更愧疚，她整天不言不語，所以我決定要好好照顧她。

○楚重光與母親互動。

○楚重光準備帶母親出門的過程。

## 二，被遺忘的照顧者

△ 兒子進房間，準備要餵老父吃藥。

兒子：爸爸，我們要吃藥囉！

△ 老父一臉茫然地看著兒子。

老父：(兇) 你是誰啊？隨便跑到人家家裡，想幹什麼？我叫警察抓你！

△ 兒子驚訝的楞在原地。

兒子：爸，我是你兒子，阿明呀……

OS：我永遠都忘不了爸爸第一次認不出我是誰的樣子。我知道會有這一天，可是不知道那滋味那麼難受。

△ 老父不聽兒子解釋，沒頭沒腦的拿拐杖往他身上打。

照顧者李郁琳（屏東，照顧媽媽，補訪問）

李郁琳：

我記得推我媽媽去散步，我只是在離她大概兩呎的地方做運動，我媽媽腿部不太好，要坐輪椅。她這樣兩眼就發呆，然後我靠近，發現她不認得我，但是認得我的聲音，因為她是我的老師，我國小的時候也是我的老師也是我的母親，所以我習慣叫她馬老師。..我一叫馬老師



的時候，我媽好高興喔，她說哎呀你在這裏呀，唉呦趕快帶我回家，我聽了好難過，媽媽怎麼會不認識我了？

○ins 李郁琳帶媽媽到公園做運動。

照顧者張麗鏞（台中，照顧婆婆，補訪問）

張麗鏞：

阿嬤已經忘記我們是誰了，包括我都不認得，帶她去醫院看病她都說是親戚帶她來的。後來我慢慢摸索出跟她溝通的方式，家裡每個人回來，我一定要求他們跟阿嬤打招呼，因為阿嬤眼睛不好，所以你跟她打招呼，手一定要讓她摸一下，給她牽一下。

○ins 張麗鏞的小孩和阿嬤打招呼的方式。

### 三，重度和極重度失智的行為及功能狀態

●訪問白明奇醫師 台南成大醫院神經部：

重點說明重度和極重度失智的行為改變及功能退化情形，讓照顧者有心理準備，瞭解並接受失智症患者將來會發生的行為改變和功能退化。但即使患者功能退化，照顧者仍須維持尊重之態度。

△上摘要字卡。

照顧者周美玲（台北，照顧爸爸）

周美玲：

如果自己照顧過小孩，就會知道照顧老人很像照顧小孩。小孩是從 baby 到幼兒，然後到青少年，再長大成人。老長輩他們則是一步一步退，現在我爸爸退化到差不多是一歲左右的小孩，包括吃飯，也是用手抓呀掉得滿地，講話也是牙牙學語。但是我們不能因為他們的退化就有一些不禮貌的動作，在心態上還是尊敬長輩的，所以在教導外勞時一定要強調：對老人家不可以有對小 baby 的那種動作。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

後來回想，爸爸真的是一步一步的往後退。他開的車是登記在我名下，所以有一陣子我都會收到他超速的紅單，我想爸爸怎麼開車這麼快啊？原來他是退到壯年愛開快車的那個階段。後來他看鏡子，很不能接受自己的容貌，說怎麼會有這個一條一條的皺紋呢？這個不是我。他沒辦法接受那個老年自己的模樣。然後他開始無法忍受自己身上有斑點，老人斑和體毛，他會用鐵刷去刷，刷到毛囊發炎，逼不得已我們只好幫他剃。那時候他就是退到十一、二歲青少年時期。那陣子我們都要把家裡的剪刀呀什麼都收起來，不然一下子他躲起來，就一定是在做那件事。

### 四，失智症重度和極重度時的生活照顧：



#### 四-1 食的照護

- △兒子餵老父吃飯，用湯匙將食物送到老父嘴邊，老父不知要張嘴。
- △兒子放下碗，用手輕觸老父的嘴。
- △兒子：老爸，把嘴張開，來……
- △兒子示範張嘴給老父看，老父張嘴吃下食物。
- 兒子：(開心地) 對，好棒喔！就是這樣……
- △兒子趕緊準備餵下一匙，卻發現老父只是將食物含在嘴裡，不嚼也不吞。
- 兒子：(著急) 爸，你要吞下去呀！
- △兒子見老父無反應，無奈的放下食具，

#### ● 訪問王寶英主任 聖若瑟養護中心：

- 當病人出現不吃或不吞的情況時，應該如何處理？
- 重度患者進食時，容易因為噎到食物造成吸入性肺炎，家屬在照顧上應如何處理？

#### 照顧者王淑芳 (台北，照顧媽媽，補訪問)

王淑芳：

我覺得廁所現在是她的最愛，因為她有時候吃東西也在廁所吃喔。她尿不出來的時候，去坐要坐很久。然後變成我們要拿個食物餵她，她才有辦法上得出來，你讓她吃，她有時候要吃一點東西，現在沒給她吃點心，就變成她在上廁所的時候吃水果。因為她現在吃東西會含著不吞，不吞你就要想辦法哄。像喝水也很難喝，她會把水吐出來，我跟外勞講說沒關係你讓她吐，因為你沒辦法幫她刷牙，她刷牙其實也蠻難刷。她這樣又可以喝到水，又順便有漱口的那個感覺，可以說讓她順便清潔口腔。

#### 四-2 衣的照護

- △老父坐在沙發上，看電視卡通影片。
- △兒子關上窗戶，打了個哆嗦。回頭看見爸爸只穿了一件單薄的衣服，
- 兒子：老爸，你怎麼穿這麼少啊？天氣變冷咧！
- △兒子立刻拿了件外套要替老父添衣。
- △老父固執地不肯穿衣。
- 兒子：(耐心解釋) 你這樣會感冒啦！
- △老父生氣的和兒子扭打起來。

#### ● 訪問張文芸教授 國立成功大學護理學系：

- 如何協助重度患者著衣？

#### 四-3 住的照護

照顧者王淑芳 (台北，照顧媽媽，補訪問)

王淑芳：



當初搬來的時候，裝潢師父說我挑的磁磚很貴，我希望不是光面的，他說也有光面不滑的，可是我們最後還是想用這種不會滑的，我怕媽媽年紀大會摔倒，我自己摔過，滑倒以後很痛。以前舊家那邊就是用光面的，比較會滑倒。至於扶手，就是想說她可以順著那個路扶著一直走，不過後來覺得應該兩邊都要做，做一邊好像不夠。因為我媽媽現在已經會自己扶著走，剛開始她不習慣，還不會扶，現在已經習慣了。然後家裡的動線就是希望輪椅可以自由進出，現在她還可以走，可是以後就不知道了。

▲ ins 母親在走廊上緩步行走。

▲ ins 走廊邊牆上的生活照。

○ 王淑芳家中陳設。

### ● 訪問李會珍副秘書長 台灣失智症協會

重度或極重度病人居住的房間，應盡可能保持良好的通風採光，讓患者有機會感受白天或晚上，晴天或雨天的分別。

保持乾淨清爽，觸感舒適的棉被床單，有助於患者情緒的放鬆，周邊設備盡量簡單，可以減少刺激患者幻覺的產生。

#### 四-4 維持行動功能

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

我看了蠻多的報導，事實上醫院也會建議這樣做，只是限於人力，他們可能做不到，一般的療養院也做不到，他們這個病人，其實有一種所謂的陽光治療，因為她對晨昏顛倒，太陽曬的不夠，光線刺激不夠，所以只要找到機會，我在家，早上下午，一定都會要求外勞把母親推到外面散步，二十分鐘也好，就是要刺激她。

○ 楚奶奶出門曬太陽的畫面。

照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽，補訪問）

王淑芳：

現在是只能繞著我們的永樂國小散步，走一圈快一點大概四十五分鐘，慢一點可以到一個小時。最近有一陣子，她腳比較不好，我就去買輪椅給她用，就是找輔助工具。我們早晚都讓她散步各一小時，她現在體力越來越差，越走越少。但還是要走，不能走我們就是走慢一點，邊走邊休息。另說明如何預防媽媽跌倒？

○ ins 外勞阿鶯陪阿嬤散步。

### ● 訪問沈明德職能治療師 國泰醫院

要活就要動，若患者還有行動能力，在安全範圍內，應就盡量鼓勵老人走走路，可以促進血液循環，延緩功能退化。

預防患者跌倒可以有哪些措施？



#### 四-5 引導技巧

△ 老父一手抱著娃娃，一邊聽童謠。

△ 屋外雷聲大作，老父大受驚嚇。

△ 兒子趕緊過來摟住他。

老父：(怨怪道) 你叫他小聲一點啦！

兒子：(安撫老父) 好……不怕喔！（對窗外喊）喂……你要小聲一點啦！

#### ● 訪問王寶英主任 聖若瑟養護中心：

善用小道具可以幫助照顧者減輕照顧的困難，例如患者不願配合洗澡時，可用色彩鮮豔的玩具吸引他的注意。

#### ▲ 周貞利示範鸚鵡玩具

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

這隻會仿說的鸚鵡有陣子幫我們很大的忙，只要鸚鵡說：爸爸我們去洗澡好不好？爸爸就會說：好……

周貞利：

我們子發現爸爸對電視的尿布和奶粉廣告很有反應，就利用孫子小時候的玩偶和他互動，老爸好像找到了他的朋友，他會親他，跟他們說話，也會抱著娃娃看電視，感情自然流露，娃娃對爸爸很重要，讓他的生活豐富了一點。

▲ ins 周爺爺的玩具娃娃。

▲ ins 牆上嬰兒海報。

#### ● 訪問沈明德職能治療師 國泰醫院

沈明德 OS：

哪些感官刺激可幫助患者：

1 音樂治療：可用懷舊老歌安撫情緒勾起回憶

2 觸覺刺激：藉由肢體摟抱、按摩，活動關節，增加關節的靈活度

△ 老父不斷搔抓皮膚，表現得非常躁動和不適。

△ 兒子將 CD 片放入音響，懷舊老歌聲響起。

△ 兒子用乳液或精油幫老父按摩皮膚。

△ 老父在溫柔的撫觸下，漸漸安靜下來。

#### 五，不一樣的人生

△ 蟬鳴聲入，電風扇轉動的聲音嗡嗡作響。

△ 50 年代的室內擺設，年輕的父親帶著三個小孩畫畫，做美勞或寫毛筆字。



- △ 小朋友七手八腳的爭相把作品貼在牆上，拉著爸爸的手來評比。
  - △ 爸爸抱起最小的孩子，在他臉上重重的親一下。空出一隻手，愛憐的揉揉另外兩個孩子的頭髮，臉上滿是讚許的滿足表情。
  - △ 「甜蜜的家庭」風琴聲伴隨童稚的歌聲入。
- 兒子 OS：從小，爸爸就像是家裡的孩子王，他高大風趣，無所不能，總能想出各種不同的點子，帶著我們邊學邊玩。暑假裡，他還會用推車把風琴從學校運回家裡來。回想童年時光，心裡就響起溫暖的歌聲和歡笑。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

成長過程裡，爸爸就帶著我們寫字畫畫做美勞，自己有小孩以後，我也是這樣帶我的孩子。等我的孩子長大了，現在是我在陪爸爸做這些以前爸爸陪我做過的事。我覺得我的人生跟別人不一樣，爸爸陪我走一段，我陪孩子走一段，然後我再陪爸爸走一遍，我用很感恩快樂的心面對，我有機會為爸爸做這些事真的很幸福。

#### ▲ ins 周祖輝重度失智後的生活近況

- ▲ ins 周祖輝的美勞作品，書法描紅
- ▲ ins 周祖輝年輕時的油畫作品
- ▲ ins 周祖輝的生活照

## 六，重度和極重度患者的尊嚴與舒適照顧

### ● 訪問張文芸教授 國立成功大學護理學系

#### 極重度者的尊嚴與舒適照顧

末期失智患者會逐步邁向植物人的狀態，此時家屬的照顧重心也漸漸傾向身體上的照顧了。因為患者情緒的表達更加困難，許多的不適或壓力，需要更細心的觀察與體會，方能瞭解及解決他的需求。儘管如此，患者仍是有感覺的，也有被愛的需要。所以在照顧過程要盡量維持他的生活品質和尊嚴。此外，患者也可能有嚴重的進食障礙及營養問題，家屬將面臨是否要差鼻胃管的抉擇，這個部分要建議家屬做好心理準備，並隨時向專業請教。

照顧者李郁琳（屏東，照顧媽媽，補訪問）

李郁琳：

活動關節就很好，比如說我媽媽來的時候，她也不會拿筷子，現在她都會拿筷子去夾了，就是我有幫她在活動關節。

○ins 李郁琳幫媽媽按摩的畫面。

○ins 李郁琳招呼媽媽吃飯，媽媽可以自己用筷子夾菜。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光 OS：

這些病人，據我自己的觀察，至少我母親是這樣子，我覺得她們並不是完全沒有知覺的。我



們多半去的是比較好的賣場，比如說百貨公司，像高雄的夢時代。因為它的地方很大，有「逛」的機能，就是說她在室內，她可以看，有光線、有人，會刺激她，她會對著某些東西看，你真的不曉得她在看甚麼，但是她有在看，你就讓她出去看，這是我堅持一直要帶出去的原因。

○楚重光夫妻帶母親逛賣場。

○楚奶奶的眼睛隨光線轉動。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光 OS:

我們出去用餐她也跟我們去，但是我們是用灌食的，她沒有辦法吃。在照顧上沒有什麼影響，但是在心態上需要蠻大的調適，願意像我們這樣做的人，恐怕不是很多，你可以想像到餐廳去，別人的眼光會怎麼看。她是一個坐在特殊輪椅上的人，她也不能吃也不能喝，甚至是呆滯的，很重要的一點是，當你們在吃的時候，她是不能吃的，那別人會說，你們帶她來幹嘛？你們是不是在虐待你的母親？那當然我們同時都會幫她，會幫她準備要灌食的東西，我們自己調配的，或者是比較營養的，像什麼亞培之類的，醫藥用的那種灌食的都會帶去。

○楚重光夫婦帶媽媽到餐廳用餐的過程。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

你必須面對那麼多其他的消費者。他們對這種病人這種狀況也全然不知，甚至有誤解，看你們都吃那麼好的，叫那麼豐富，結果你老媽在吃甚麼？你們為人子孫這樣對嗎？事實上我做得比別人更好，我願意在這種情況之下，把母親帶出來，多半人都不願意。照顧這樣的病人，她又不能吃又不能喝，你還要準備那些那些灌食的東西，所以照顧的人心理建設要很強，要能夠很坦然去接受。

照顧者李郁琳（屏東，照顧媽媽，補訪問）

李郁琳：

一定要有互動，我就陪我媽媽在家聊天。她現在變得愛聊天，也愛唱歌。我會考她台語的意思，例如問她：「大家」是麼意思？「就是很多人。」吃飽沒？她的回答則不一。「吃飽了，謝謝。」「不吃飽，難道餓肚子呀？」仍會唱幾段京劇（兩段進步到三段），如蘇三起解。唱歌的功能仍很好，我就陪媽媽唱歌或看電視。有時候她還會自動用別的方式回答我，比如說，我說你要加油啊，她說我要加醋啦，這樣只要我一講話，她都有反應。

○馬老師唱蘇三起解的畫面（亦可跟隨電視 dvd 同唱）

▲ins 屏東民眾醫院瑞智學堂音樂坊活動畫面

照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽，補訪問）

王淑芳：

我從她剛開始生病的時候，我就比較不叫她媽媽，因為我怕她忘記她的名字。剛開始我都會問她：阿琴，妳叫什麼名字？王李……？她現在不回答，以前她會回答我。



反正我就會一直想，想辦法去講一些五四三的話，或者是拿一些東西做怪，跟她玩，然後去上課，老師有說什麼話，回來我就會跟她玩一下。講到新的東西，或是想到有新的東西，我就會再逗她笑，舊的也會拿來用。「阿琴，我身騎白馬過三關」這樣子笑，她就會開心一下，不一定每次有用，就是自己要想辦法。

○王淑芳唱歌仔戲逗媽媽笑。

○王淑芳叫外勞阿鶯躲在和室通鋪的儲藏暗格中，突然跳出來逗媽媽開心。

## 七，閱讀患者的身體表情

●張文芸教授 國立成功大學護理學系

照顧方式會影響病情及預後情形，對重度和末期患者的照顧，應該像母親照顧不會說話的嬰兒般，抱著「閱讀身體的表情」的態度來看護患者。例如看排尿量，注意患者是否疼痛。因為重度患者有語言表達上的困難，所以照顧者要特別注意患者的身體評估。

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸，補訪問）

周貞利：

有一次爸爸不知怎麼了，什麼東西拿起來往嘴巴塞，最後連塑膠袋都拿來吃，後來才知道他是牙齒痛，不會講。

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

照顧這種病人，或者是一般慢性病患的人，要注意的一個問題就是說，病人真的是有自尊的，你在這麼多人面前說她，你認為她已經都不曉得人事了，你說她怎麼樣，會發覺她把頭別過去，不看你們，她本來就在注意你們了，她就轉過頭去，她不看你們。不看你們是不屑呢，或是覺得我很丟臉，那我們不知道，但是我們確信她對這件事情是有反應的，當眾人都在談她的時候，她通常不會繼續看你，本來她在看你的，她頭會稍微轉移，不看。

照顧者李郁琳（屏東，照顧媽媽，補訪問）

李郁琳：

我看到我媽媽微笑，這一天我就覺得我媽媽OK。她雖然不認得我，但是我從樓上下來，她會這樣看著我，只要我一出聲音她就會笑，我不出聲音她不會笑的，那表示她今天身體狀況很好。她心情好的時候，我問她，你咋回事呀？她都會反應說，我在看電視，要不然就是，我沒什麼事阿，她都會回應。她不回應的話，就表示她生病了。果真那一天她就有一點發燒，而且我看她還會吐，再摸她，就發燒，大概著涼了，就趕快帶她去看病。

## 八，臥床患者的照顧

△ 兒子和已經臥床不會言語的老父說話。

△ 兒子溫柔的幫老父按摩手足關節。



△ 兒子在孫子的幫忙下，幫老父翻身拍背。

OS：爸爸已經臥床一段時間了，不管他聽不聽得懂，有沒有回應，我還是和從前一樣，每天和他聊天，我總覺得如果我停止和他說話，我們之間血脈相連的靈犀就會真的被疾病阻絕了……。我也會告訴我的孩子，讓他們記得阿公以前有多麼愛我們……

照顧者陳姝容（台北，照顧外公）

我從小就和外公外婆很親，也知道外公就是會退化到這個樣子，從來不覺得是負擔。如果家裡沒有這樣的病人，很難體會這種感覺，比如說坐在車裡，外面下雨，外公會把車上的娃娃都抱過來，怕它們淋濕，因為他無法分辨裡外。

外公是老師，小時候回外公家，他都會趁暑假教我們下學期的數學，他會日文德文還有英文。一個頭腦這麼好的人怎會變成這樣？可是我想最難過的一定還是他自己。外公的十一個孫子孫女只有我和弟弟在台灣，弟弟念成大，所以只有我一個人可以天天看見外公外婆，我的表弟表妹還會羨慕我說怎麼這麼好？

○ins 楚太太與楚媽媽互動，推媽媽到客廳看電視，幫她按摩。

●訪問：李會珍副秘書長 台灣失智症協會

透過照顧者與患者的肢體接觸，摟、抱、撫觸、說話，都可以傳達對患者的關愛。

對於極重度患者活動的設計，可以藉由手部按摩，足部按摩，音樂播放來緩解關節的攣縮不適。

另外要注意至少兩小時翻身一次，以避免褥瘡的發生。翻身後肢體擺放的位置很重要，擺得不正確，會讓患者不舒服，也可能會造成肌肉關節的損傷或肢體攣縮。

●訪問徐國強督導 士林日照中心：

提醒照顧者適時喘息是必要的。

## 九，無憾的告別

照顧者楚重光（屏東，照顧媽媽，補訪問）

楚重光：

對家屬或照顧者而言，患者每退化一個動作就代表他一步一步走向最後的階段。例如，從不能挾菜，到挾錯菜，到無法咀嚼，然後被迫灌食，最後是插鼻胃管。家屬會心痛，但不得不面對。我的心態是：與其難過的看待每一個「老化」的過程，不如想辦法解決面臨的問題。解決了問題，就減緩了憂傷。現在的想法是：人生不過如此，萬事不要執著，告訴自己：「這樣就好了」，無須太多需求，在疾病面前，人不得不謙卑。

○ins 楚重光示範餵食器具。

○ins 輪椅加裝頭枕畫面。



### 照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

#### 周貞利：

父親進入重度以後，很多感情都消失了。有一天晚上和先生有事要出門，習慣性的先下樓來跟爸爸打招呼，沒想到爸爸很高興的拉著我的手說：這裡坐這裡坐，好像突然認得我了，讓我非常感動，要不是那天真的有事，我真的捨不得出門。

### 照顧者周美玲（台北，照顧爸爸）

#### 周美玲：

爸爸有香港腳，五六年前開始幫他洗腳擦藥，他都認為很不好意思，覺得這個事情很髒，不願意讓女兒做，後來漸漸的他就沒有感覺了，隨我們去做。這次回來，幫爸爸洗腳，處理完在擦地上的水時，爸爸忽然拍拍我的背，好像在跟我說謝謝，那一瞬間我覺得好高興，好像爸爸的魂又回來了。

### 片尾

△台語老歌如「四季春」或其他國語老歌如「夜上海」襯底配樂入。

△ 傍晚時分，公園樹下，老人們悠閒地聊天。

△ 兒子推老父到樹下休息，和旁邊的熟識的老人打招呼。

△ 坐在輪椅上老父忽然掀開腿上的蓋毯站起來。

△ 老父開始往前走，腳步越來越穩定。

△ 兒子看見爸爸背影越走越遠，心急地大喊。

△ 老父彷彿聽不見兒子的呼喚。

△ 老父終於回頭，唇邊綻開一抹微笑，是健康無病時的神情容貌。

△ 畫面定格。

兒子 OS：我覺得爸爸好像是背對著我們一直往前走，我們什麼都不能做，只能看著他的背影漸漸消失……所以我們使盡力氣喊他，叫他，只要他可以回頭看我們一眼，甚至是給我們一個微笑……那麼，這一切都值得了……

～完～



社團法人台灣失智症協會  
失智症宣導教材第五集  
照顧者自我調適與社會資源【愛的備忘錄】

符號說明：

△模擬演出    ▲個案記錄(已拍攝)    ○個案補拍    ●訪問待拍

- △ 片頭動畫 (以極簡線條示意)
- △ 男子向女子獻花示愛，同時附上閃亮的婚戒
- △ 女子正預備收下戒指時，回身看見坐在輪椅上失智的母親。
- △ 女子示意她與媽媽是一體的，希望男子能夠瞭解。
- △ 男子注視老老婦失智的面容，將花束放入老婦手中。
- △ 男子替女子戴上婚戒。
- △ 上片頭字幕    愛的備忘錄
- △ 男女並肩同推輪椅上的老婦前行。

### 一，照顧者面臨的壓力

- △ 會議室內，小真真正主持會議。
  - △ 小真放在桌上的手機震動個不停。
  - △ 小真瞄了一下來電顯示，顯然是通非接不可的電話。
  - △ 小真為難地對其他的與會人員欠身表示歉意
- 小真：不好意思……（摀著話筒，盡量小聲）喂……周阿姨，我在開會ㄟ……（驚訝地）怎麼會這樣？
- △ 小真向經理說明自己必須請假，經理的表情有些不悅，還是揮揮手同意了
  - △ 小真把一疊卷宗交給一位女同事，匆匆告退。
  - △ 小真快步離開辦公大樓，好不容易攔下一部計程車。
  - △ 小真鑽進車內，車子揚長而去。
  - △ 警察局內，老闆娘氣呼呼的跟警察投訴，周阿姨在旁邊拼命解釋，一面要塞錢給老闆娘。
  - △ 小真媽媽坐在一旁，一副事不干己的樣子，繼續吃手裡的東西。
  - △ 承辦的警員低頭製作筆錄，顯然也很頭痛。
  - △ 鏡跳計程車上，小真重重吐氣，低頭把雙手插入髮中，顯然壓力極大。
- 同事 OS：公司下半年度的業績就看這個 case 了，你臨時走人，難怪老總的臉會黑一半！
- 小真 OS：我沒辦法呀！你先幫我擋一下……我媽趁周阿姨幫她做飯的時候溜出去，拿人家東西吃不付錢，在店裡大吵大鬧，老闆娘報警，周阿姨一個人根本沒辦法處理，我不回去不行啦……

### ●訪問賴德仁教授 中山醫學大學附設醫院：

失智症照顧者面臨的的生理壓力，情緒壓力，經濟壓力和社會壓力。



## 二，照顧者的自我調適

△ 小真準備出門，不放心把媽媽留在家裡，頻頻回頭叮囑周阿姨。

小真：周阿姨，我媽就麻煩你囉！有什麼事就打電話給我……

周阿姨：(小聲地)妳放心！我不會再讓她跑出去啦……(對小真媽媽說)咱門兩姊妹在家唱歌聊天開心的呢！

小真：(摸摸媽媽的手哄她)媽，我去上學囉！今天要考試，我考一百分回來你要給我獎品喔！

媽媽：要考試啊！(催促)快去快去！不要緊張啊！

△ 周阿姨陪媽媽送小真出門。

△ 小真不捨的抱了抱媽媽才走。

△ 鏡跳捷運站，列車靠站，乘客上上下下。

△ 捷運車廂內，小真靠著車窗玻璃，蹙眉出神，重重嘆氣。

### 照顧者張麗鏞 (台中，照顧婆婆，補訪問)

張麗鏞：

我一直在挑戰我自己的壓力有多大，可是到後來我自己睡也睡不好，身體也出現一些警訊，生一些粉瘤出來，我以為說可能是沒睡好長青春痘，後來去看醫生，醫生說：「什麼青春痘！你這個壓力跟緊張引起的啦，你最近在幹什麼？」可能是照顧老人家的壓力。我就去看一些比較能讓我不那麼失志的書，聽一些音樂，有生氣的時候我就會離開現場，出去外面靜一靜。我在學校是志工隊長，我會把這方面不愉快的，轉到去協助別人的工作上，自己找一個出口。就是我再到外面當義工，把那個壓力紓解掉，不然我真的受不了。

### 照顧者周貞利 (台北，照顧爸爸)

周貞利：

我們家兄弟姊妹五人，只有我一個人台灣，每次家裡有事就是我回南部處理。有一天爸爸好像回過神來，紅著眼睛說他不知道他會怎麼辦？看他那個樣子我真的好難過，我只有想辦法把他們接過來跟我一起住。

我爸爸每天這樣鬧，我媽媽跟他在一起真的非常痛苦。每天等爸爸入睡後，我都哭著上樓，我先生看我這個樣子，就開導我說：我們家五個兄弟姊妹，只有我可以親自照顧爸媽，應該要覺得很幸福，像我姊姊妹妹他們每天只能透過越洋電話關心。所以我後來想通，也真的很感謝我先生給我這樣的觀念，要健康面對疾病，不要陷入失智症的黑暗漩渦，我覺得很驕傲，兄弟姊妹都支持我，就是是我力量最大的來源。

### ● 訪問張宏哲教授 國立台北護理學院長期照護研究所：

「失智症病人的健康是建立在照顧者的健康上」，照顧者也是「人」，長期付出體力和愛心，總有個極限。尤其失智症病人的照顧是一條漫長的路。照顧者並需先照顧好自己，才能給病人更好的照顧品質。失智症需全家共同面對，莫由一人獨挑重責，如此照顧者與罹病者才能走得長遠。

### ● 訪問賴德仁醫師 中山醫學大學附設醫院：



注意危險徵兆。如照顧者出現嚴重失眠、食慾不振、體重明顯改變、想自殺、常緊張等過度負荷的現象時，應盡快尋求專業人員的協助。

### 三，尋求支持團體

△ 小真忐忑的進入失智協會，協會人員親切的招呼她。

小真 OS：周阿姨說失智症協會對她照顧周伯伯幫助很大，我很懷疑……這種忙要怎麼幫？他們又不能替我照顧我媽……

△ 小真參加失智症協會家屬團體的畫面。

△ 在社工帶領下，家屬團體成員分享彼此照顧失智患者的經驗畫面。

△ 小真在敘說自己感受時，忍不住情緒失控，痛哭了起來。

△ 旁邊的李太太攬住小真的肩膀，拍撫她的背。

小真 OS：我從來不知道原來哭泣也可以讓自己這麼放鬆……

△ 王大姊分享她的心情。

王大姊：唉，反正，我們當人家媳婦的最難做了！做得好是應該，做不好啊每個人都怪你，可是老人家天天都是我們在照顧啊，他們偶而回來看一下，就嫌這裡那裡做得不夠好……以為他們出錢請一個外傭給我來就萬事 OK 了，那裡知道我們的辛苦？如果可以的話，我真想跟他交換，我出錢，你來試試看！

△ 小真擦乾眼淚，聆聽其他家屬的心情故事。

小真 OS：沒想到，還有那麼多人和我一樣，甚至比我更辛苦……我決定參加協會辦的活動，還有照顧訓練班，學習正確的方法來面對疾病。

照顧者邱香蘭（台南，照顧媽媽）

邱香蘭：

我有參加家屬聯誼會，我覺得很多人都走不出來。大家我們這樣子講每個人的情況，每個人都是一本心酸史。不是說照顧上面的累，不是身體上的累，而心理上的壓力，心理上的累，我覺得這一點最重要，

照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽）

王淑芳：

請了外勞這兩年，我比較有空，就出去參加協會，參加家屬團體，然後慢慢跟著協會這樣路走來，一方面提供自己的經驗，一方面也是再去學一點東西。雖然說現在我媽媽什麼學習意願和能力都沒有，可是像今年去參加台北市政府健康中心推廣失智老人去上課，我就覺得她去上課感覺情況比較好。

接觸過以後，發現家屬團體蠻重要的，平常在家裏不想跟兄弟姐妹講的，你出去的話，因為大家都是一樣的照顧者，比較會想把那個經驗或心情分享出來。

### 四，兼顧家中其他長輩的身心健康

△ 小真參加家屬聯誼會畫面。



△ 聯誼會中李太太大吐苦水。

李太太：有一次我媽指著我爸爸七十大壽的全家福，問我們 JUDY，照片裡那個老頭是誰？我爸爸就很難過啊，那個外勞很聰明，就說爺爺，奶奶是故意說的啦，奶奶故意說她不認得你啦，我爸爸就跟我講，JUDY 還會安慰我，你媽媽有時候都已經不知道我是誰了啦！他心裡難過，自己的老伴這樣，他怎麼會不難過？我要照顧媽媽，也要顧我爸爸呀！我爸爸真是可憐……

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

我媽媽不能接受爸爸生病事實，非常痛苦。在我爸爸看失智症的時候，我媽媽同時在看憂鬱症門診。現在白天爸爸去日照中心以後，我就可以安排媽媽去上卡拉 OK 班、講經班、參加旅行，或者安排媽媽到美國的妹妹家住一段時間。所以照顧媽媽的心也很重要，否則下一個生病的就是媽媽。

照顧者邱香蘭（台南，照顧媽媽）

邱香蘭：

我媽媽已經生病了，她自己不知道她在做什麼，痛苦的是周邊的人，尤其是最接近的人。我們自己本身也有情緒，像我爸爸，他現在已經知道我媽媽是生病了，是失智症，可是，有時候他的情緒還是會受不了嘛，所以我們現在不能只顧到我媽媽，也要顧到我爸爸，要體諒我爸爸心裡的孤單，我爸爸的感受，他也很痛苦，而且每天要跟她生活在一起，那要怎麼辦呢？

● 訪問張宏哲教授 國立台北護理學院長期照護研究所：

討論社會資源的重點在找對「適合的方法」，家裡有兩位長輩需要照顧時，該怎麼安排？

△ 門鈴響，小真從媽媽房間躡手躡腳出來應門。

△ 小真一臉錯愕地看著男友志豪抱著大包小包的東西進來。

△ 志豪逕自到餐廳，將食物擺盤，插上花束，甚至還在餐桌上點起蠟燭。

小真：你在幹嘛呀？

志豪：（答非所問地）你晚上吃了什麼？

小真：（撥撥亂髮，語塞）我晚上吃……你管我晚上吃什麼幹嘛？

△ 志豪把小真拉到鏡子前面。

志豪：你看看你的黑眼圈，（心疼的從後面摟住小真）都快變成貓熊了！

△ 小真摸摸自己憔悴的臉，一扭身掙脫志豪的懷抱。

小真：（賭氣地撥撥亂髮）我知道我變得又老又醜……你想分手就直說啊！

志豪：（溫柔地）我是心疼你啊！孝養父母是天經地義的事情，我絕對支持妳，我也想照顧妳和妳媽……妳不能把所有的事情都往自己身上攬啊，這樣先垮掉的人會是妳！

小真：本來周阿姨白天會過來幫我看一下我媽，可是上個禮拜她到美國去看她兒子，我只好請假回來照顧她……

志豪：你們公司能接受你三天兩頭請假嗎？周阿姨能過來幫忙當然很好，但是人家畢竟年紀



也大了，妳覺得這樣好嗎？

志豪：這是在網路上找的資料，我們可以諮詢這方面的專業，找出最適合照顧你媽媽的方法……

△志豪拉小真到餐桌前坐下，拉開椅子讓她坐下，拿出從網路上找到的許多資料給小真看。

小真 OS：志豪說得對，照顧失智症患者是一條漫長的路，為了讓自己走得更穩更久，一定要先把自己照顧好，雖然照顧媽媽是我自己心甘情願的，但我不是「超人」，不能再像以前那樣無止盡的付出體力和感情……

●訪問巫瑩慧女士 台灣失智症協會理事、康泰失智症家屬聯誼會會長：

1 照顧者應有的權利。

2 參加家屬團體的幫助。

### 五，尋求社會資源的幫助

△ 周阿姨和小真開車帶媽媽出門。

△ 小真把車停在殘障車位上。

△ 周阿姨陪同媽媽參加瑞智學堂的課程。

△ 媽媽和其他的長輩一起唱歌。

△ 小真看牽媽媽和其他長輩在一起，表現得很開心，終於露出微笑。

小真 OS：帶媽媽一起走出來後，才曉得照顧失智老人，除了要學習正確的知識，懂得照顧技巧外，還有協會告訴我有許多社會資源可以申請運用。像是辦理重大傷病卡，身心障礙手冊，申請走失手鍊等等……有了手冊，我帶媽媽出門，停車就方便多了。這些都是我需要的，因為我不能把車停得遠遠的，然後再把我媽帶過來，又擔心她一下子就走丟了……

△ 士林日照中心徐國強督導微笑的和小真打招呼。

徐國強督導：我看媽媽適應得很好喔！

小真：嗯，我本來好擔心她會和其他爺爺奶奶吵架什麼的。還好……

△小真放心的微笑。

徐國強督導：(略顯感慨地)你們周阿姨人真好，每次都陪媽媽一起來上課。

小真：(略顯苦惱)周阿姨年紀也大了，平常時間我要上班，我擔心我媽的狀況會越來越多，不好意思整天要周阿姨顧著我媽……我正想跟您請教，有沒有什麼資源可以運用？

徐國強督導：(思考)妳可以考慮申請居家照顧服務，應該對妳會有幫助……

小真：居家照顧服務的內容有哪些呢？

△ 居家服務員帶小真媽媽出門散步。

△ 居家服務員為小真媽媽備餐。

△ 居家服務員為小真媽媽梳洗更衣。

徐國強督導：(簡略介紹居家照顧的服務內容：陪伴、備餐、身體清潔)

小真 OS：申請使用居家照顧服務後，雖然多了一筆開銷，但是我的壓力比以前減少多了。不像以前一看到周阿姨就覺得內疚，好像把照顧媽媽的工作都丟給她。現在周阿姨只



需要上午來陪媽媽，下午就可以回去休息。另外，我也開始幫媽媽寫照顧日記，這樣才方便讓其他幫忙照顧的人知道怎麼接手。我也可以有喘息的時間，放鬆一下自己。

- △ 鏡跳小真把照顧日記拿給居家服務員看，解說記錄的方式，服務員頻頻點頭表示瞭解。
- △ 小真等居家服務員到家後，交代清楚，然後出門。
- △ 小真到銀行櫃檯前排隊。
- △ 小真在超市採買。
- △ 小真逛街 shopping.
- △ 小真跟志豪愉快的喝下午茶。

### ●訪問朱育瑩護理老師/家屬：

談：文化社會帶來的強烈責任感，使得有些家屬會獨力承擔起照顧病人的責任，甚至拒絕其他家人的協助，由於過度的參與和犧牲自己，全心投入照顧工作，常使得照顧者有強烈的孤單無助感。照顧者常因對疾病的瞭解不足，對病人抱持過高期望，而令彼此均感挫折。隨著病情愈加惡化，溝通上的困難使照顧者無法瞭解病人的需要，一再受挫的經驗，更令人感到無力和絕望。

### 六，社會資源介紹：

#### 訪問中華民國失智者照顧協會 陳淑圓副秘書長

##### 陳淑圓副秘書長：

那我們這樣的一個協會，就是給照顧者本身一些支持，然後也同時給他們一些相關的技巧的訓練，還有讓她們有喘息的機會。譬如說我們在辦一些訓練的時候，如果這些失智症患者真的沒有地方可以託顧的話，可以帶到我們協會來，我們有志工來協助照顧，讓這些照顧者可以暫時放下照顧的重擔，參加學習。還有支持團體的部份，他們也可以互相的分享，互相的支持，讓她們覺得說，不是只有他最歹命，其實還是有很多的照顧者的心境，跟她們是一樣的。透過這樣，讓社會大眾能夠真的了解、認識失智症的議題，是非常重要的，今天可能發生在某個家庭裡面，那明天有可能就發生在我家。所以如果大家都能夠去關心的話，給這些照顧者一些支持，我想會有很大的幫助。

▲ 2008，921 國際失智症日台中豐樂公園失智病人及家屬參與活動的照片。

#### ▲ 字幕 running 介紹台灣其他失智症機構

#### 訪問中華民國失智者照顧協會 黃孝鏘理事長

##### 黃孝鏘理事長：

像美國前總統雷根，他也是失智症患者，他照樣當完一任總統，總統卸了任以後，慢慢人家才把這消息透露出來。所以事實上，如果你有適當的照顧、適當的治療話，失智症也還是可以控制到某一個程度，並不是那麼負面那麼悲哀的，當然如果你不認識的話，會耽誤到很多病情，那個負面影響就會比較大。



●訪問張淑鳳院長 屏東民眾醫院/屏東失智症服務協會

談：長期照顧失智症患者家屬一定非常辛苦，家屬可以考慮選擇專業機構來幫忙照顧。目前台灣可提供失智症患者的照顧資源有：日間照顧中心、護理之家、養護機構。日間照顧中心的性質類似幼稚園的托育，患者在白天固定的時間到日照中心去，由專業人員照顧，時間到了再由家人接回或中心送回。護理之家和養護中心是類似的機構，只是名稱上有所不同，針對失智老人提供對 24 小時的照顧，另有一些養護中心亦同時設有失智老人專區……

△ 協會聚會，家屬分享心情。

小真：(苦惱)周阿姨在浴室摔跤，跌斷了左腿，現在自己都要人照顧，少了周阿姨幫忙的這半天，我算算這樣請居家服務員的費用真的好貴喔！

王大姊：唉呀，妳這樣不划算啦！還不如請個外傭來，24 小時都給妳顧……

李太太：那也要看人啊！萬一請到不負責任的外傭，有沒有好好照顧老人家你也不知道！妳要不要考慮把妳媽媽送到日間照顧中心去啊？我把我媽媽送到日照中心後，病情不但沒有惡化，我爸爸心情也跟著好多了，現在還會每天檢查我媽聯絡簿，看看老伴兒白天都做了些什麼？

小真：(猶豫地)可是我媽很沒安全感又很黏我……我怕她會以為我要拋棄她……

李太太：(鼓勵地)不試試看怎麼知道？我本來也是這麼想，我媽哭我也哭，比當初送小孩上幼稚園還捨不得……可是現在就很好啦！

△ 鏡跳在徐國強督導的導引下，小真和男友志豪一起陪母親參觀士林日照中心的設備和活動。

△ 小真陪媽媽一起參加日照中心的活動，媽媽玩得很開心。

△ 小真要離開時，媽媽抓著她的手。

小真：(哄慰)媽，妳先去唱歌，唱完了我就來接妳喔！

媽媽：(擔心地)妳要快點來喔！

△ take 媽媽無助害怕的表情。

△ 志豪拉小真離開，日照中心的大門關上，小真忍不住靠在志豪肩上哭了起來。

△ 志豪溫柔安慰小真。

●訪問高慧萍主任 頤安日照中心

介紹日照中心的角色功能。

照顧者周貞利 (台北，照顧爸爸)

周貞利：

每天九點到五點爸爸去日照的這八個小時，真的非常重要，讓我們家人還可以有自己的時間和生活，我可以出去參加合唱團，或其他的活動，日照中心也會幫爸爸安排很好的活動空間和活動。



●訪問巫瑩慧女士 台灣失智症協會理事、康泰失智症家屬聯誼會會長

問：選擇日照中心的考量？

答：1 患者需要 2 經濟許可 3 交通方便 4 照護及環境優良

七，如何善用外傭協力

△ 小真衝進房間，甩上房門，把身體重重投向床鋪，然後用枕頭摀住頭，放聲大叫。

△ 小真哭得傷心。

△ 志豪輕輕敲門進來，坐在床沿。輕撫著小真的背，讓她盡情發洩情緒。

志豪：(安慰) 妳媽生病了，她不是故意要說的那些話傷害你……

△ 小真坐起來，接過志豪地過來的面紙，擦乾眼淚，吸吸鼻子。

小真：我知道……可是還是會難過啊！她以前多有氣質啊！一句粗口都不說的，(想想又哭)  
你看她現在居然動手打我……

志豪：也許他今天身體不舒服，醫生不是說過嗎？失智症病人有時候是會這樣的……

小真：(沈吟地) 我在想，是不是真的該請一個外傭了……至少晚上媽起來鬧的時候，有個人可以幫忙……

志豪：(慎重地) 我在想，我們是不是該結婚了？

小真：(嗔怪地打志豪一下) 你攪什麼局啊？我在說要不要請外傭ㄟ……

志豪：外傭當然可以請啊！結婚的事我早就想跟妳提了，只有我們結婚，我才能真正的照顧你，分擔妳的責任……

小真：你知道照顧我媽是一件很辛苦的事？

志豪：我還知道這條路很漫長，難道妳要我一直等下去？

△ 小真淚眼滂沱，哽咽說不出話來。

△ 志豪從口袋拿出婚戒，打開送到小真的面前。

△ 小真輕輕伸出手，讓志豪幫她戴上戒指。

△ 兩人深情相擁。

照顧者王淑芳 (台北，照顧媽媽)

王淑芳：

第一次請外勞，其實心裡會害怕，怕我媽媽覺得我拋棄她。我們家是睡通鋪的，所以我就我睡裡面，我媽媽睡中間，外勞睡外面，靠近門口的地方，因為我知道我媽媽她可能半夜會起來要上廁所，如果她要上廁所，外勞就可以帶我媽媽去，這樣我也可以偷懶睡覺。我們就一直這樣子三個人一起睡，到現在還是這樣子。還有，她在照顧。我們自己也要付出，不能說光是由她照顧，我們都不付出，該做什麼，該需要幫忙我都會幫她，希望她可以把她當自己的媽媽一樣照顧，可是我自己也要做，不是說我把責任都丟給她，……

○ins 王家的通鋪。

○ins 外傭阿鶯帶阿嬤出門散步。

○ins 外傭阿鶯躲在通鋪的儲藏格內，突然跳出來逗阿嬤開心。



●訪問李會珍副秘書長 台灣失智症協會：

外傭的功能是家屬喘息時的幫手和代勞者。

所以應教育外傭，教導他們如何看待老化的過程，和「老人」的角色，最好的方法是以身作則，實際做給他看。用誠意與外傭溝通，觀察他對老人是否有愛心耐心？對雇主的交代是否確做到？且要不定時抽查。當外傭不適用時，處理的方法要明快。

八，如何選擇合適的養護機構

△協會李副秘書長陪小真和李太太帶了水果，一起到醫院去看王大姊。

△王大姊臉色蒼白的想從病床上坐起招呼她們。

△小真和李太太攔住王大姊，要她躺下休息。

△李副秘書長建議選擇養護中心的條件

△小真在王大姊病床邊專注的聆聽。

小真 OS：王大姊病了，聽說是急性腎水腫。我聽了好難過，大家都知道她的病真的是累出來的。為了照顧失智的婆婆，她自己身體不舒服都沒時間去看醫生，偏偏她婆家的兄弟姊妹都是「最高指導員」——只會出一張嘴。現在王大姊自己也倒下了，他們只好把老人家送到養護機構去…失智症協會教我們該怎麼選擇合適的養護機構……

●訪問李會珍副秘書長 台灣失智症協會：

如何選擇一個讓家屬放心的照顧機構？

- 1 工作人員有無受過專業訓練？
- 2 工作人員的態度對病人是否尊重？對長輩是否有愛心？
- 3 是否能夠提供維持長輩功能的活動？
- 4 家屬仍需主動參與關心患者。

九，溫暖熟悉的家是最好的照顧場所

△小真回家，一進門就找媽媽。

△媽媽坐在椅子上，面無表情，似乎已不認識小真。

△小真跪下身來，緊緊抱住媽媽，媽媽慢慢回過神來，遲疑拍拍她。

△小真抬起頭看媽媽，媽媽舉起手，輕輕摸摸她的頭髮。

△小真握住媽媽的手貼在自己的臉頰上。

小真 OS：我知道失智老人的病程，最後一定會慢慢退化到沒辦法把她留在家裡自己照顧，可是我真的好希望那一天不要這麼快到來……

照顧者周貞利（台北，照顧爸爸）

周貞利：

把病人放在家裡的好處為何？



照顧者王淑芳（台北，照顧媽媽）

王淑芳：

我覺得我跟她，也許是上一輩子結來的。這個緣，就是要幫她，要照顧她，這是我的想法。我上輩子修來的這一個福報，這一輩我們結的不是惡緣，是好緣，她生這個病，我們不知道是甚麼原因，為什麼會有這個病，可是我覺得，我來就是要報答我跟她結的這個緣。

### 十，認識疾病，珍惜當下

訪問湯麗玉秘書長 台灣失智症協會：

從接觸失智症之後才知道，長壽是要付出代價的。如果沒有做好各方面的準備，長，有用嗎？所以從事這個工作之後，我常常鼓勵失智症或是不認識的朋友，請大家能夠把握當下，特別是家裡面有長者的，請大家多關心、多互動、多愛護他們，就算他們得了失智症，那也是我們一種學習的機會。

◎訪問台灣失智症協會 李明濱理事長：  
完成五集宣導教材的感謝與結語。

片尾動畫（以極簡線條示意）

- △ 一幢小巧的屋子，女子推著輪椅從小屋中走出，輪椅上的老嫗面容枯槁。
- △ 一隻小狗跑來，圍著女子歡快的轉圈圈。
- △ 小屋中走出一個搖擺學步的小孩，後面跟著他的爸爸。
- △ 小孩跑到輪椅前，把兩朵花放在老嫗膝上。
- △ 女子忍不住笑了起來，一把將小孩抱起，開始擺動身體，圍著老嫗舞蹈。
- △ 男子把一花朵簪在老嫗胸前，一朵插在女子鬢邊。
- △ 男子接過小孩，小孩笑得咧開了嘴，爸爸把他架在肩上。和推著輪椅的媽媽並肩而行。
- △ 輪椅行經的土地，冒出花草的枝椏。
- △ 花兒都開了。大家都笑了。
- △ 太陽從遠方升起，小鳥盤旋枝頭。
- △ 一隻蝴蝶翩翩飛來，小狗忽前忽後的追逐著。
- △ 老嫗伸出顫動變形的手指，蝴蝶拍拍翅膀，停在老嫗手上。

小真 OS：我希望可以一直陪在媽媽身邊，雖然她已經忘了我是誰。我覺得可以陪媽媽走的這一段路，真的好幸福！我很珍惜……

～完～

