

高齡失智者使用長期照顧樂智社區服務據點之探討

楊孟融¹ 張國偉² 王愛玲³ 吳台琳⁴

摘要

研究背景：老化指數高達 111.25(2018)，雲林縣 148.7(17.64%)為第二高，推估雲林縣境內的失智症可能人口約 9 千多人。

研究目的：為提升雲林縣斗南鎮疑似失智症個案能留在熟悉的原生家庭環境及社區環境中生活。目的簡列如下：

- 一、 提昇社區服務據點失智者延緩失智
- 二、 提昇社區服務據點失智照顧者多元複合支持服務
- 三、 提昇社區服務據點失智者社區多元方案結合

預期貢獻：成大醫院斗六分院成立照顧失智症者之斗南鎮樂智照顧服務據點，配合醫院資源及各種宣導活動，以增進社區對於失智症之認識與預防，提供失智症家庭照顧者能有相關資源諮詢服務與協助窗口，以及失智症家庭喘息的空間，並安排規劃延緩失智之相關活動，協助失智症長輩從參與樂智照顧服務據點，以達協助失智症者提升或維持生活功能，延緩失智造成功能退化速度之效益。

關鍵字：高齡、失智症、長期照顧、社區服務據點

¹ 現職：成大醫院斗六分院樂智據點計畫研究助理/ 美和科技大學社會工作學系二年級碩士生。

² 現職：南華大學 生死學系社會工作組 專任助理教授。(感謝南華大學校內專題研究計畫補助)

³ 現職：成大醫院斗六分院護理部督導長 / 彰化師範大學輔導與諮商學系博士生。

⁴ 現職：成大醫院斗六分院社區整合型服務中心社工督導。

壹、研究背景與動機

依內政部(2018)數據我國 65 歲以上老年人口占總人口比率，在 2018 年 3 月底達到 14.05%，也就是說，7 個人中就有 1 個是老人，臺灣正式宣告邁入「高齡社會」，台灣老年人口在亞洲排名第 3，人口老化的速度將會超越歐美，如何維護高齡人口的生活品質與尊嚴，以及因應老化社會帶來的青壯年照顧及扶養負擔加重和嬰兒出生率降低之少子化現象，是政府未來須持續努力的重要目標。根據世界衛生組織定義，65 歲以上老年人口占總人口比率達到 7%時稱為「高齡化社會」，達到 14%是「高齡社會」，若達 20%則稱為「超高齡社會」，我國老年人口比率在 1993 年便超過 7%，進入高齡化社會，而後受到戰後嬰兒潮世代陸續成為 65 歲以上老年人口影響，我國老年人口自 2011 年起加速成長，並於去 2017 年 2 月首度超過幼年人口（老化指數達 100.18），直至今今年 3 月，我國 65 歲以上老年人口占總人口比率達 14.05%，正式邁入高齡社會。

從各縣市老年人口比率來看，亦可看出高齡縣市從 2011 年的 3 個增加至 2018 年 3 月的 15 個縣市，顯示人口老化之迅速，再依各縣市排名來看，以嘉義縣 188.1(18.56%)最高、雲林縣老年人口所占比率次高為 17.69%，影響青壯人口外流或低生育率的因素很多，包括工作機會、社會福利、醫療資源、交通及房價等。另外，台灣自 2018 年 3 月老年人口已達 14%，依國發會(2018)推估，老年人口將於 2026 年成長至 20%，達到高齡社會，短短 8 年之間，我們急速的邁入超高齡社會，與南韓、新加坡人口老化的速度並駕齊驅，且超越美國、英國等歐美先進國家。

雲林縣 65 歲以上老年人口數佔約 17.60%，依據內政部 2011-2013 年委託全國失智症盛行率調查結果，65 歲以上老人失智症盛行率為 8%來推估雲林縣境內的失智症可能人口約 9 千多人。由於雲林縣屬地廣人稀之農業縣，居民集中居住在大面積農田周圍之散落村里，相對的失智症就醫與照護顯得比都會區困難許多。依據內政部統計處(2018)資料顯示，2018 年度 11 月全國老年人口達 3,415,815 人，人口老化指數高達 111.25。若以行政區區分，臺灣的 22 個縣市中，以嘉義縣 188.1(18.56%)最高、雲林縣 148.7(17.64%)次之、南投縣 148.5(16.64%)居第三。若以老年人口數來說，雲林縣的老年人口數高居全國第二名；根據雲林縣統計要覽資料顯示，依據雲林縣政府第三季統計資料顯示，雲林縣 65 歲以上人口數為 122,728 人，老化指數為 154.25；斗六市 65 歲以上人口數為 14,997 人，占 13.82%；莿桐鄉 65 歲以上人口數為 5,168 人，占 17.99%；斗南鎮 65 歲以上人口數為 7,664 人，占 17.19%；林內鄉 65 歲以上人口數為 3,279 人，占 18.18%。

近年來我國人口老化快速，失智症人口亦隨之增加，依據內政部 2011-2013 年委託全國失智症盛行率調查結果，65 歲以上老人失智症盛行率為 8%，推估 2017 年底失智症人口將超過 27 萬人，其中極輕度與輕度佔 75%、中度與重度佔 25%，40 年後更可能突破 85 萬人。目前社區中仍有許多失智者長期未被發現而照顧，且失智者不同階段的照護需求與服務支持尚須強化，應建立個案服務管理機制，倘能加以建立階段性照護，將可減少社會成本的照護需求支出。雲林縣人口老化指數高達 17.95%，若以失智症盛行率約佔 65 歲人口之 8% 推估，雲林縣失智症預估約 9,861 人。而斗六市的居住人口較眾多依老人人口數統計居雲林縣之冠，高達 14,997 人，65 歲以上失智目標群將達 1,200 人（如表 1）。

表 1：雲林縣各鄉鎮老人及推估失智症長者之人口數

順序	鄉鎮市	總人數	老人人數	老人人口比率	65 歲以上人口數 × 失智症推估率 8%
	雲林縣	686674	123263	17.95%	9861
1	<u>斗六市</u>	108502	14997	13.82%	1200
2	<u>莿桐鄉</u>	28722	5168	17.99%	413
3	<u>林內鄉</u>	18037	3279	18.18%	262
4	<u>斗南鎮</u>	44577	7664	17.19%	613
5	古坑鄉	31438	6511	20.71%	517
6	大埤鄉	19052	3942	20.69%	313
7	虎尾鎮	70870	10767	15.19%	845
8	土庫鎮	28793	5560	19.31%	440
9	褒忠鄉	12966	2633	20.31%	205
10	元長鄉	25709	6164	23.98%	489

11	西螺鎮	46107	8126	17.62%	642
12	二崙鄉	26915	5984	22.23%	474
13	崙背鄉	24402	5098	20.89%	411
14	北港鎮	39946	7525	18.84%	598
15	口湖鄉	27342	5223	19.10%	415
16	水林鄉	25365	6252	24.65%	496
17	麥寮鄉	46050	5288	11.48%	410
18	東勢鄉	14817	3315	22.37%	260
19	臺西鄉	23795	4635	19.48%	367
20	四湖鄉	23269	5132	22.06%	410

資料來源：內政部戶政司

貳、研究目的

研究顯示，2012 年前可能因受到都市化之影響，農業縣的年輕人口，往就業機會較多的大都市移動，造成農業縣的人口老化程度較高，此與其他國家的情形也是相同的，老年人比起其他年齡者，較可能住在農村地區(Kinsella & He, 2009)，城鄉的醫療福利的資源分配，仍存在不均等的現象，故農業縣市的老人福祉，值得特別的關注。

依據社區的工作經驗發現，農村生活的特殊寫照不僅僅是一畦畦平整的田地，更多的是子女在外工作，老人獨自守家，孤單、期待，缺乏人際互動的現實生活導致退化，社區訪談常見；老年人獨處的時間很長，在健康出現問題感到不知所措，而選擇足不出戶；或者待在社區的老人家，因家族務農與生活文化，生活中的社交活動僅有左鄰右舍的走動聊天，造成老人在適應個人退化，健康照顧資訊傳達不足導致健康出現問題時，已同時面臨家庭支持系統的不足與資訊封閉的生活環境、缺乏資源的介入刺激，加速身心退化而導致失智情形出現。

為提升社區疑似失智症個案確診率及失智者個案家庭整合性服務，讓失智症個案能留在原生家庭及熟悉的社區環境生活，使每個失智症者及家庭都能就近得到照顧服務資

源並能完整使用相關服務，得以獲得適切性及妥善性之照護，減輕家庭照顧者之精神與經濟上的雙重負擔，維持失智家庭功能正常運作，進而提升失智長輩生活品質。

因此本研究觀察與介入之焦點有三項：

- 一、 觀察社區服務據點失智者延緩失智概況
- 二、 了解社區服務據點失智照顧者多元複合支持服務內涵
- 三、 研究社區服務據點失智者社區多元方案結合之成效

參、文獻檢閱

一、 失智症之探討

(一) 失智症之定義

楊蕙菁、林儷蓉(2018)指出失智症是指在意識清醒的狀態之下，患者喪失心智正常的功能表現，因大腦皮質功能的喪失，所產生的記憶力下降、判斷力及思考能力衰退、個性改變及行為違常等認知功能障礙，繼而影響到日常工作及生活，導致一些不可逆的功能退化，並且有至少一種以上的認知功能缺損，其病徵有可能會出現記憶力衰退、智力喪失、思考障礙、社交及情緒功能障礙以及異常的行為等。

(二) 失智症之檢測

陳信豪、劉雪娥、黃秀梨(2018)目前的研究指出，早期失智症篩檢透過個體內的比較，會比個體間的比較來得更靈敏和正確，然而上述量表大多是直接檢測老人或測量當下的認知狀況，無法得知老人認知狀態的變化過去與現在相較之差異。而資訊提供者若是照顧者時，由於照顧者和病人有較長的相處時間，可提供更仔細和清楚且較長遠的病人資料給臨床醫師判斷，將更能比較出個體內的變化。近幾年由美國聖路易華盛頓大學發展出來的「AD8」(ascertain dementia 8)量表(台灣翻譯為AD8極早期失智症篩檢量表)即具此特性，此量表總共有八題，分別為：(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)忘記正確的月份和年份；(6)處理複雜的財物上有困難。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。量表設計可由病人或照顧者依據「過去與現在改變狀況」回答，計分時是以「是，有改變」當做計分的依準，若「AD8」施測結果有2題以上答「是」時，病人就有可能是極早期的失智症。

(三) 失智症家庭照顧者負荷

林淑錦，白明奇等(2006)、邱逸榛等(2010)、甄瑞興等(2010)、柯宏勳等(2013)指出在台灣失智症之家庭照顧者的主要壓力源為病患之非認知症狀、認知功能缺損及日常生活的協助，次要壓力源主要為照顧者對照顧要求的負向情緒。失智症患者因疾病造成認知功能持續退化，出現日常生活功能減退及令照顧者困擾的情緒及問題行為，使其照顧者倍感辛勞，照顧者負擔隨著時間而加重。失智症家屬照顧壓力有心理、生理、社會及經濟等層面的問題，生理問題如：睡眠不足、腸胃不適或體重改變及疲倦等；心理問題如：情緒壓力、無助感及憂鬱等；社會問題如社交機會減少、娛樂活動減少等；經濟問題如：照顧工作影響需請假或辭職等。對於家庭的影響程度甚大。家屬在失智症照顧上，往往缺乏疾病照護知識及照顧技巧，造成生活品質低落及身心極大壓力。家屬心情負荷沉重，也造成對病患的照顧品質不良。而患者若接受日間照護，對照顧者而言可緩解其醫療照護層面、照顧負荷層面以及情感與情緒需求層面的壓力（黃敏鳳等人，2004），透過醫療專業人員的照顧技巧指導及諮詢，可減輕照顧者的身心壓力。

二、 家屬支持團體之探討

(一) 家庭支持

莊子瑩、陳若琳(2017)家庭支持是一個非正式性資源，也是個體最主要的支持來源，因為家庭是個體在不同生命階段中關係最為緊密的團體，且能給予個體自我認同感，不會被外在的評價而影響，也能提供個體足夠支持、情感、安全與回應。因此，當慢慢邁入老年階段，家庭支持對於高齡者是有足夠影響其老年生活的重要因子(教育部，2006)。研究者擬針對家庭支持各類別內涵進行說明：(一)實質支持意指在生活中，接受家人具體的幫助，例如協助做家事、金錢方面的協助等；(二)情感支持則是家人能表達出關心、信任與理解等行為，使個體內心感受到認同與鼓勵和(三)訊息支持是當個體有遇到困難或是無法抉擇的事物時，家人能提供相關的資訊與建議給個體（王樹新、周俊山，2007；呂全發、黃娟娟，2015；胡欣玫，2008；黃琬婷，2011；Thanakwang, 2015）。

(二) 多元方案結合

1. 職能治療(柯宏勳，2018)

柯宏勳等(2013)職能治療的介入不僅是著重於個體的身體結構或功能異常方面，而

是把焦點放在個體活動、環境因素與個人因素，按照個體的需求，提供有意義的活動，並透過調整個體從事職能活動的情境因素，提升個體的參與程度、生活品質與安適 (Crabtree, 1998; Wilcock, 1998)，以維持其健康狀態 (Darzins, Fone, & Darzins, 2006; Hemmingsson & Jonsson, 2005)。其中，生活型態再改造計畫 (lifestyle redesign program) 是透過個體參與職能活動可以獲得健康的基本概念，以個體為中心，培養社區老人參與有意義之職能活動，讓他們了解職能活動對其生活的重要意義。此計畫強調老人主動選擇及參與，增加其日常生活之功能與獨立性，達到健康之生活型態，避免慢性疾病後失能造成之限制 (Clark et al., 1997)。

Clark 等人探討有關生活型態再改造計畫的成效研究，結果顯示職能治療組的老年人在一般健康狀況、活力、因生理問題造成的角色限制、社交功能及心理健康等五個向度均有進步。研究的結果代表了生活型態再改造計畫，讓老年人從事個人認為有意義的職能活動，可以改善或相對降低老年人健康退化的危機。6 個月後再追蹤評估，結果顯示職能治療的生活型態再改造計畫其獲得的成效可以持續的維持。Matuska、Giles-Heinz、Flinn、Neighbor 與 Bass-Haugen (2003) 的研究結果中亦顯示在職能治療後病患的活力、社交功能和心理健康上顯著的改善，提升參與活動及與家庭互動的頻率。

上述研究顯示以職能科學為基礎之生活型態再改造計畫，設計生活上有意義的活動，包含自我修飾、運動及購物、交通工具運用、社交活動、健康及活動的認知訓練等，來介入社區型態老人，結果發現對於老人的健康狀態、活力、社交功能及心理健康等方面均有顯著改善，進而有助於提升社區老人的生活品質。

職能治療介入對於社區失智症患者（居家或社區）及照顧者（正式及非正式）的負擔及生活品質具正向的幫助。針對失智症患者，職能治療介入可改善其日常生活功能、情緒及生活品質；另外有些質性訪談之研究，描述失智症患者之職能表現之改變，如日常生活活動（基本及工具性）、駕駛、工作以及休閒以及失去生活的控制感 (Carswell & Estwood, 1993)。

(1) 活動安排

必須重申這裡所指的活動 (activity) 所指的不只是平時我們常聯想到的節慶活動、娛樂團康活動或是團體主題活動，而是包含了失智症者生活上需參與的所有大大小小的事情，如上廁所、外出購物、看本書以及參與朋友聚會等等，都是重要的「活動」。職能所描述的活動是住民一天中所有會經驗到的行動 (action) 與互動 (interaction)

的總稱。當活動跟失智症者有意義上的連結時，就可以是他的「職能活動」了。活動也是職能在介入時，讓個案往生活自立方向很重要的工具，延續上一段的「評估」，職能治療師會根據收集的資訊，擬訂活動計畫，從生活中各面向，讓失智症者開始參與生活的各種活動。

(2) 環境改造與輔具應用

環境不只是硬體的物理環境，還包含軟體的「人」的環境（或說社會環境），甚至還有學者再多分出一個營運的環境（跟行政管理有關）。環境除了硬體無障礙，考量失智者的特殊認知因素也很重要，相關物品因應失智症者的需求作調整也是很重要的，如調整位置、高度或是操作方式，甚至搭配相關輔具使用，在此以職能治療ESP（environmental skill-building program）架構來說明，ESP為美國學者Gitlin和Corcoran(2005)經過許多研究及實務所提出的架構，大致上可以分為三大部分來說明。

A 操作物品簡單化（simplify object）

考慮將失智症者生活上需要操作的物品減少其障礙，包含的細項方法如：

- (a) install adaptive equipment：給予一些輔具或改造環境減少障礙。例如安裝扶手讓個案在如廁時有扶手可以協助操作順利。
- (b) remove、rearrange、label object：移開影響失智症者參與活動的因素，例如保持走廊通道通暢，許多失智症者家裡在常需使用的通道上堆滿物品，增加了失智症者行走的阻礙，因此失智者常因此無法自行前往目的地，其實只要將通道清理乾淨即可。另外常見失智症者在浴室無法拿對所需使用的物品，其實只要協助把物品分類清楚，排列有序，甚至只要留下失智症者要拿的物品即可讓失智症者自行完成活動。還有許多失智症者找不到要去的房間或是找不到常用的物品，我們可以在環境上提供更清楚的指標或物品上的標示，失智症者即可更快速的找到物品，而不是完全協助。
- (c) visual cues：延續上一點，如果我們提供更清楚、明確的指引，如視覺上的引導，失智症者往往能表現得更好。
- (d) glare or shadows：失智症者常常因為認知的損傷而有理解判斷的問題，例如對陰影或影子有錯誤的解讀，容易因此發生危險。因此在生活環境上需要更注意有無不必要產生的陰影或影子，最好加以處理減少混淆的機會。
- (e) color contrast：顏色對比。在環境上或常使用之物品或標示上，需注意顏色的對

比要明顯，否則也容易造成不清楚或誤判，當然字體的大小也很重要。

- (f) declutter：減少混亂。跟上述重新分類與排列有點接近，我們如果將環境上混亂無序改造成簡單整齊且清楚的環境，可以減少失智症者的困難。例如浴室的各種瓶瓶罐罐可以擺放整齊有秩序，如此個案較容易辨識他所要找的物品為何。

B 參與活動簡單化 (simplify task)

考慮將失智症者要參與的活動簡單化，讓失智症者容易接近。如：

- (a) limit choice：有限制的選擇。在失智症者參與活動時，如果可選擇的太多或太開放式的問法，都很容易讓這些失智症者混淆或造成困擾。
- (b) verbal / tactile cues：在協助失智症者參與活動時，給予失智症者適當的語言或肢體的引導，需依個案的嚴重性而彈性調整。
- (c) written instruction：寫下指導語或操作方法。有些個案需要將操作方式寫下來做為引導，例如操作家電用具的步驟說明，如可以將操作步驟清楚有序的寫下來，即可提醒失智症者按部就班的完成，因為認知的退化，失智症者有時在操作順序上有困難需協助支援。
- (d) simplify activities：將參與活動簡單化。此方式最好能先將失智症者想要參與的活動作分析，了解此活動需要哪些步驟以及需要用到哪些能力，再配合失智症者的目前功能考量，接下來就可以將此活動作修改如減少步驟或減少阻礙，甚至搭配其他已述之方式如寫下指導語等等，讓失智症者參與活動更「無障礙」。
- (e) routine：將失智症者所需參與的活動安排，如每天的作息表，意即需要將失智症者的生活依其功能程度重新安排並且規律的進行，如此才能將所有失智症者需參與或建議參與的活動持之以恆，融入到生活中。

C 調整社會環境 (adjusting the social environment)

- (a) social environment：即適度的改變社會環境，社會環境包含人的環境，如照顧者、家屬以及其他介入的人員等，也包含社會上的支持度，是否夠友善的給予支持。
- (b) teach everyone involved：所有需要接觸失智症者的人員，包含照顧者、家屬、照顧人員及專業人員，都需要持續的溝通觀念與共識，才能有較好的支持環境也較能成功。
- (c) assertiveness and communicationskills：家屬或照顧者需要更能有自信、有效的自我管理能力和營造社會環境以及學習適當的溝通技巧。

- (d) consistence in interaction with caregiver：如上所述，所有接觸患者的人員需有一致的態度去面對失智症者，這個需要許多的溝通與協調。
- (e) coordinate social network：所有需接觸失智症者的人員需要協調一致，另外也需社會上的支持，包含社會福利制度的支持或是社會資源的支持才能更成功的協助失智症者。

肆、研究方法

一、研究設計

依社區端斗南鎮樂智社區照顧服務據點為探討之對象，樂智社區照顧服務據點所提供服務項目包括：(一)認知促進，運用認知理論在社會工作的處遇方向是以終身學習取向，養成終身學習信念，改變持續力的根源，增進自我之自立和自主的功能，實現新的人生希望目標，對於具有錯誤觀念及不理性思考的個案，也頗有助益；(二)緩和失智服務，由臨床心理師、職能治療師、護理師、社會工作者負責每週一次，每次2小時，增加疑似失智症患者或經診斷失智症者參與意願，提供多元樣化的環境刺激，預防減緩失智功能的退化；(三)失智友善社區多元方案，結合社區服務據點鄰近食衣住行育樂各類商家，建造醫院互助網絡，建立友善失智社區環境，讓居民了解失智症，並能接納他們因其失智所出現之行為，適時協助他們，友善社區裡有友善的居民、商家組織及友善空間，讓失智症者能在社區安全快樂地生活，減輕家庭及社會的照顧壓力；(四)關懷訪視；(伍)家屬支持團體，透過團體課程提供家屬更符合社區型態的居家照護技巧，提升照顧能力，同時也可透過團體互助的方式彼此支持紓解照顧壓力，更鼓勵地方發展出符合在地需求之失智症者照護資源，實際辦理後獲得地方與家屬的支持。

另希望透過同樣都是照顧者的角色，互相支持並能相互同理，讓照顧者的壓力及情緒不再是無處抒發，更能透過成員腦力激盪找出許多照護問題的解決方法，而不是獨自一人孤軍奮戰。期待透過聯誼會此種較輕鬆的方式進行，使照顧者能以較溫暖及輕鬆的方式來面對失智症者照護所遇到的種種難關等。並於院內同步發展失智共同照護中心，將育成之社區據點、執行預防及失智延緩計畫社區、A、B、C單位之個案，轉介回失智門診，經轉診中心及個案管理師之協助及追蹤就診，並以友善失智就診環境、失智諮詢門診、辦理失智症生活功能訓練團體、照顧者相關服務等，協助失智症患者及家屬面對因疾病帶來的生活改變，並達到失智診斷及長照需求的全程服務。

為使每位失智症者及家庭都能得到最直接與就近相關照顧服務資源並完整使用照顧之服務，以獲得適切性及妥善性之照護，減輕家庭照顧精神壓力及經濟

負擔，提供家庭照顧者喘息服務，政府推動長照十年計畫 2.0 後，已將 50 歲以上失智症者納入服務，失智者照護政策更積極以提升失智者長照服務能量，擴大失智者照護資源佈建，強化社區個案服務管理機制等為重點。

二、 行動研究與資料收集

本研究探討高齡失智症者使用長期照顧樂智社區服務據點，採用行動研究法進行研究，將依斗南樂智社區服務據點以失智症長輩作為主要研究對象，這些對象並經過 AD8 量表評值，疑似或確診為失智症者參與樂智照顧服務據點計畫活動期程，如何達成有效的目標，將這些計畫期程透過醫療專業人員討論後安排的延緩失智及生活功能回復課程，樂智據點將紀錄每天長輩所上課適應情況，以及上課後所接收的訊息，每天與長輩互動觀察長輩對於課程的學習程度，課程對於長輩能達到何種程度的幫助，以及讓長輩對於課程期待與意願繼續參與所有活動期程，活動課程之中與職能治療師或是醫師最後指標評斷，並在期程進行中修整相關課程與活動方式，讓長輩能達到維持延緩智力退化及恢復生活功能指標，做為評估依據。

三、 研究對象

長輩居住雲林縣斗南鎮內並且使用斗南鎮樂智社區服務據點，進入社區服務據點必須先 AD8 量表評值，如 AD8 極早期失智症篩選檢量表 ≥ 2 分高危險群個案，轉介身心科或神經內科做進一步檢查確診，以進行鑑別診斷及治療，研究對象為(一)經醫師確診為失智症個案，(二)每天使用社區服務據點並參與所有課程之長輩。

四、 研究工具

第一次上課前與最後一次上課後使用 MMSE 簡易心智量表及 ADL 日常生活評估量表作為前、後測使用(如下附表1、附表2)，簡易心智量表評估項目包括定向感、注意力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力等項目，評估過程無時間限制。失智症病人特性與失智、失能嚴重度：包括患者的人口學特質和疾病特性，前者如年齡、性別、確診年數，疾病特性包含三個部分：認知功能、精神行為症狀以及日常生活功能。

認知功能的測量工具包括簡短式智能評估 (Mini Mental State Examination, MMSE)，若病人最接近受訪日的檢查分數為 MMSE 分數，則使用全民健保對

於失智症藥品給付的標準來區分嚴重度，身體功能的測量工具使用評估日常生活功能的巴氏量表（Simplified Barthel ADL Index），共有十項功能評估，包括七項自我照顧能力及三項行動能力，計分方式最低0分，最高為100分。分數越高代表患者獨立執行日常活動的情形越好。

伍、研究結果

本研究報告著初期之進展，後期之評估將於後續追蹤報告中呈現，成大醫院斗六分院在成立斗南樂智據點初期，安排院內失智供照中心個案師及相關人員支援，透由 AD8 量表早期失智篩檢，讓長輩參與揭牌儀式活動中進行 AD8 篩檢對有意願的長輩進行篩檢共有 20 人參與。

第一，從中發現長輩有 7 人疑似失智症狀(35%)，並經由里長陪同工作人員進行家庭拜訪解說更邀請長輩參與據點服務，參與活動過程中發現有些長輩反應較為遲緩，記憶性不佳、活動能力缺乏等等狀況。

第二，剛開始協助長輩以社會參與樂智社區服務據點，上課過程中，長輩不習慣長時間聽課，因此課程進行採取多種動態活動及照顧技巧讓長輩漸進融入，並從活動中認識長輩並運用破冰技巧來了解長輩生活作息及長輩對於自己生活的狀況、興趣及期待什麼樣的活動。

第三，進一步了解後發現，其中大部分長輩均為獨居生活者，因長期獨居沒有適度生活調節及缺乏參與社區的活動或運動生活，對於姿體平衡以及社會的認知有些許脫節，活動當中設計可以評估長輩對於認知、記憶、金錢及生活上自理方面，並早上及下午都帶給長輩伸展運動操，讓長輩可以伸展筋骨及預防跌倒的可能性，同時運用照護與活動技巧把長輩帶到現今社會的認知及現實面，藉由活動方式讓長輩可以回想我們當天所活動過程當中學習到的有那些東西，或製作的手創品準備了那些器材，讓長輩可以動腦想一想，增加他們動腦的機會延緩腦部退化的可能性更幫助長輩每一天都能過著快樂又多元化的生活。

第四，斗南鎮樂智社區服務據點長輩在一個月內從 10 人左右，上升為 30 人以上，且這些長者多數為獨居或是兩老在家獨自生活，很少會發現自己有退化狀況，不過本研究團隊有觀察到，長輩早上一到據點時都會自己先前後左右看一看，算算人數看哪位長輩還沒到據點上課，長輩們會自己要求工作人員打電話或者是陪同工作人員到長輩家裡看看狀況，形成了互助行為，但任何一個社區文化都必須讓這些長輩受到尊重與完整的服務，在這個據點這些長輩所彰顯出來，他們的生活需要由群體的力量讓他們再度展現

對生活的快樂與期待。

陸、結論與討論

隨著壽命的增長必會造成老年長者照顧之需求，他們可能在器官或功能上逐漸退化影響生活自主的能力或是行動能力退化造成行動不便，生活無法自理需要長期照顧，但有部分年長者行動能力正常智力卻隨著時間慢慢的退化，他們外表看似正常卻有很多原本生活的功能在逐漸喪失，成為失智症者他們也許會常常忘東忘西，他們行為的表現有時會與現有生活方式脫節，也可能會變成外出找不到回家的路，這樣的狀況剛開始在家庭可能常常被忽視，但最後生活自理也必須依靠家庭長期協助與照顧，如果能廣泛性在社區設立樂智社區服務據點，規劃安排完整活動課程提供長者延緩失智及老化，對失智症者參與樂智社區服務據點，更讓照顧者能維持家庭運作及喘息的時間，進而減少照顧壓力，讓長輩在家庭能得到妥善的照顧。

長輩使用樂智社區服務據點安排每天活動課程，對於有參與的長輩皆有感受到身、心靈有得到放鬆且對據點所提供的服務非常喜悅，這些活動課程對於老人孤獨生活所帶來的悲觀得以逐漸紓解，群體的活動方式帶給長輩得到互相關懷，使其精神有所依靠。


早上及下午的運動課程較為有樂趣與愛好，剛開始對於肢體語言傳達，所表現出來的肢體動作較為僵硬，到現在每天運動後覺得筋骨較舒適且反應有改善，長輩認為自己有比較靈敏些，每天在課程所安排的定向感訓練，也讓長輩對於每天生活的日子都可以較明確知道時間與作息，對於專業醫療所安排的課程，讓長輩對記憶及生活上的認知和姿體上的動作更加維持及提升，讓長輩共同對於課程有良好的感覺而期待。

失智據點以醫療社服資源為基礎，提供規劃性階段服務及活動，運用政府相關政策、鄉鎮公所、村里支持、家庭、個人、民間團體、商家等正式資源與非正式資源共同結合執行，並建立友善環境，失智長輩在據點受到尊重、關懷提升自我價值，而有了快樂的感受，是讓這些長輩喜歡來樂智據點參與所有活動課程的最大主因。

參考文獻

- 李淑芳、劉淑燕（2008）。老年人功能性體適能。台北市：華都文化。
- 林淑錦、白明奇（2006）。失智症病患主要照顧者的壓力—以家庭生態觀點論之。**長期照護雜誌**，10(4)，412-425。
- 邱逸榛、李怡濃、徐文俊、陳獻宗、李佳琳、王鵬智（2010）。失智症家庭照顧者睡眠障礙及其相關因素。**護理雜誌**，57(4)，29-39。doi:10.6224/JN.57.4.29
- 柯宏勳、黃妍華、李美慧、吳菁宜、李冠逸、謝妤葳（2013）。職能治療計畫介入對日間照顧中心失智症患者日常與社交功能以及照顧者負荷之成效探討。**臺灣職能治療研究與實務雜誌**，9(2)，113-125。doi:10.6534/jtotrp.2013.9(2).113
- 柯宏勳（2018）。失智者之居家職能治療。**護理雜誌**，65(1)，17-23。
doi:10.6224/JN.201802_65(1).04
- 陳信豪、劉雪娥、黃秀梨（2018）。AD8 量表於社區及醫療院所篩檢認知障礙準確性之系統性文獻回顧。**台灣老年醫學暨老年學雜誌**，13(1)，1-12。
- 楊蕙菁、林儷蓉（2018）。一個失智症家庭的休閒經驗敘說。**家庭教育雙月刊**，(71)，6-23。
- 甄瑞興、周歆凱、蔡明足、王心怡、林於諍、郭穎樺…翁林仲（2010）。多層面模式之失智症照護經驗。**北市醫學雜誌**，7(4)，424-434。doi:10.6200/TCMJ.2010.7.4.11
- 莊子瑩、陳若琳（2017）。高齡者家庭支持、自我價值和活躍老化之關聯研究。**輔仁民生學誌**，23(2)，65-82。
- 盧俊宏、卓國雄、陳龍弘（2005）。健身運動心理學。

附表 1：MMSE 簡易心智量表

評估項目	評 估 內 容	得分
定向感 (10)	1. 時間 (5):「您能告訴我今天的日期嗎？」詢問任何漏掉的部分:年(1),月(1),日(1),星期(1),季節(1)。 2. 地方 (5):「您在哪裡？」詢問略掉的部分:省(1),市(1),鎮(1),醫院(1),樓(1)。	
注意力 (8)	1. 訊息登錄 (3):清楚而緩慢的說出三個不相關物件的名稱,然後請個案複述一次,如:蘋果(1)、手錶(1)、筆(1)。 2. 系列減七 (5):請個案做一系列的減7,共5次,答對一個給一分(如:100 - 7 - 7 - 7 - 7 - 7)。或換個方法,請病人順著或倒著唸「家和萬事興」或5個不連續的數字。	
記憶 (3)	請個案複述剛才那三樣物件的名稱,如蘋果(1)、手錶(1)、筆(1)。	
語言 (5)	1. 命名 (2):給個案看一支錶,然後問他這物品叫什麼名字(1)。以原子筆重複一次(1)。 2. 複誦 (1):請個案複述:「有錢能使鬼推磨」。 3. 理解 (1):給個案看一張上面用大字印著「閉上眼睛」的紙,請個案讀出來,然後照做。 4. 書寫造句 (1):請個案自己寫一句話。	
口語理解及行為能力 (3)	給個案一張空白無圖樣的紙,並且說「用你的右手拿紙(1),對摺(1),然後放在地板上(或再交給我)(1)」。	
建構力 (1)	請個案將下列交疊的五角形描繪到一張白紙上。 	
總 分		

附表 2：ADL 日常生活評估量表

項 目	分 數	內 容
進食	10 5 0	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內（約十秒鐘吃一口）可用筷子取食眼前食物。若需使用進食器具時，應會自行穿脫。 <input type="checkbox"/> 需別人穿脫輔具或只能用湯匙進食。 <input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。
在輪椅與床位間的移位	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的剎車及移開踏板。 <input type="checkbox"/> 需要稍微的協助（例如：予以輕扶以保持平衡）或需要口頭指導。 <input type="checkbox"/> 可自行從床上站起來，但移位時仍需別人幫忙。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需由兩人幫忙方可移位。
個人衛生	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭。 <input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
上廁所	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣物，並能穿好衣服。使用便盆者，可自行清理便盆。 <input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙。使用便盆者，可自行取放便盆但須仰賴他人清理。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
洗澡	5 0	<input type="checkbox"/> 可獨立完成（不論是坐浴或淋浴） <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
行走於平地	15 10 5 0	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨立行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需稍微扶持或口頭指導方向可行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨立操縱輪椅（包括轉彎、進門及接近桌子，床沿）並可推行輪椅 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。

上下樓梯	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯（允許抓扶手、用拐杖）。 <input type="checkbox"/> 需稍微幫忙或口頭指導。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
穿脫衣服	10 5 0	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。 <input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
大便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁（每週不超過一次）或使用塞劑時需人幫助。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
小便控制	10 5 0	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。 <input type="checkbox"/> 偶爾會失禁（每週不超過一次）或尿急（無法等待便盆或無法及時趕到廁所）或需要別人幫忙處理尿套。 <input type="checkbox"/> 需要別人幫忙。
總 分		
備 註	<div> 0~20 分 完全依賴 21~61 分 嚴重依賴 </div> <div> 62~90 分 中度依賴 91~99 分 獨 立 </div>	