

台灣神學院 宗教社會工作碩士論文

從失智長輩探討養護機構照護
適應問題

以大台中地區之養護機構為例

指	導	教	授	：	張宏哲	博士
指	導	教	授	：	呂又慧	教授
評	閱	教	授	：	楊培珊	博士
研	究	生	：	彭奕靈		

中華民國 一〇一〇年 六月

博碩士論文授權書

本授權書所授權之論文為本人在台灣神學院 宗教社會工作碩士
2010 學年度第 二 學期取得 宗教社會工作文學碩士 學位之論
文。

論文名稱：從失智長輩探討養護機構照護適應問題—以大台
中地區之養護機構為例

同意 不同意

本人茲將本著作，以非專屬、無償授權台灣神學院：
基於推動讀者間「資源共享、互惠合作」之理念，及回饋社
會與學術研究之目的，或為上述目的再授權他人。台灣神學
院得不限地域、時間與次數，以紙本、微縮、光碟或其他各
種數位化方法收錄、重製與利用；於著作權法合理使用範圍
內，讀者得進行線上檢索、閱讀、下載或列印。

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發
行權為非專屬性發行權利。依本授權所為之收錄、重製、發行、學術研
發利用與再授權均為無償。上述同意與不同意之欄位若未勾選，本人同
意視同授權。

指導教授簽名：	教授
指導教授簽名：	教授
評閱教授簽名：	教授
研究生簽名：	學號:970034

日期：西元 2011 年 06 月 01 日

台灣神學院宗教社會工作碩士論文審定書

宗教神學 研究所 宗教社會工作碩士組

研究生 彭奕靈 所提之論文

從失智長輩探討養護機構照護適應問題—
以大台中地區之養護機構為例

經本所審查，符合宗教社會工作碩士論文標準。

指導教授 _____ 簽名

指導教授 _____ 簽名

評閱教授 _____ 簽名

西元 2011 年 06 月

台灣神學院碩士論文提要

研究所別：神學研究所 宗教社會工作碩士組

論文名稱：從失智長輩探討養護機構照護適應問題—
以大台中地區之養護機構為例

指導教授：張宏哲 博士

指導教授：呂又慧 教授

評閱教授：楊培珊 博士

研究生：彭奕靈

論文提要索引：（共 1 冊，約 60000 字，分 6 章 21 節）

探討失智症長輩相關的照護適應問題，是現今台灣邁向人口老化重要的社會議題之一。本研究運用質性研究中的敘事與觀察分析之方式，進行深入訪談，從大台中地區某安養中心，透過九位受訪者的生命經歷當中，分別訪問家屬-照護人員-失智長輩彼此的三角互動關係，探討現階段失智症長輩之照護現況及需求，機構照護之優勢與劣勢，指向政府未來長期照護規劃的急迫性，照護主責單位監督機構協助長者適應照護情境的重要性，以及機構擔負失智長輩住民適應機構生活的必要性，提供未來多元及個別化的照護發展與展望。

研究結果發現失智症照護議題的三部曲中，從失智問題出發到家屬面對失智現象以及機構照護者的角色，這當中微妙的關係顯示環境與結構的轉變及心理適應的議題。機構照護適應需要透過理解失智的過程，進入到失智症長輩的世界裡面找尋溝通的切入點，給予個別化的專業照顧，這當中家屬亦扮演重要的協助者以及與照顧者之間的伙伴關係，成為一同給予失智症長輩最合適的居住環境和生活適應的提供者，讓阻力成為助力，讓失智不是一個悲觀的慘痛記憶、疾病和負擔，當我們進入失智的世界，學習跟他們一起成長，從簡單的生活中把不愉快忘記，而在片段記憶中擁有笑容的權利，一同編織家屬-失智症長輩-機構所屬共同的記憶。

關鍵字：失智症、老人照護、照護適應、現象學、養護機構、長期照顧、失能老人照顧家庭、長期照顧福利服務

Key Words: dementia, elder care, adaptation, phenomenology, institutional care agencies, Long-Term Care, Caregiving family, Long-Term Care agencies.

寫在論文之前

論文寫作的過程就像是趕火車的日子，一秒鐘的關鍵，分秒必爭的謹慎，希望火車的時間慢一點，我的時間快一點，看著紅燈的倒數秒數，著急無奈擁塞的車陣，如同論文資料的雜碎與內心的對話；許多時候想放棄，許多時候想停下發酸的腳步，但是時間卻告訴我下一秒的關鍵。錯過了關鍵的一秒鐘，流逝的時間將無法回來，錯過了關鍵的那一秒鐘意味著錯過了火車，雖然說除了深夜的最後一班列車外，我們可以說服自己還有下一班車，但是論文的這班火車對我來說格外的重要，這個時間點就是這麼一班車，不會再有這一班同一時間點的列車，我將會失去這個階段寶貴的經驗，回應著內心的呼喚，總是告訴自己關鍵的那一秒就要到了，不要歇息加緊腳步，哭喪著臉孤單的身影在人群中奔跑，為著那關鍵的下一秒。

坐上了火車，也才有今天這個機會感恩的坐在這裡，和你(妳)一同分享生命中的喜悅和驚奇。自受訪者的生命當中，一起感受他們的喜、怒、哀、樂和人生的經歷，才漸漸發現是這樣的微妙和豐富，這一班列車開啟了我的知識視野，當列車隨著風緩緩前行，急速在軌道上奔馳，感動帶著我去看見不同的小鎮和鄉村，透過不同的角度、他們的記憶以及生命的閱歷。這當中有如同城市般的豐功偉業和讚嘆，如同鄉村一般的韌性和生命力，就如同上帝創造高聳森林一樣的奧秘，又如同家庭廣闊如洋海般的深沉，許多上帝微小的記號就在我們的生活當中展演，彷彿路旁一朵不起眼的小白花一般，這些生命中的點滴卻是在編織美麗的旅程，稻田與白鷺鷥這些元素都成了我們寶貴的素材，質性研究的過程就如同記錄片一樣，將長輩、家屬和照顧者之間勾勒出來的片段，蒐集剪輯成一首美麗的記憶進行式，這幅美麗的圖畫透過失智症讓我們有彼此的連結，在互動的過程當中不斷在成長，彼此成為夥伴關係，我們也都是在學習的過程，從他們身上看見自己的責任，失智症照護的議題是一個美麗的篇幅，我們正在一起寫故事，編織著共同的記憶。

我的人生開始了下一站的旅程，另一個學習的階段。我們的人生就如同老化的過程一般，有一天會到達終點站，我期待那一天回首過往的時刻，不是僅僅走馬看花的逛過，而是細細去品味用心去生活，感受那充滿回憶和豐富的歷程，回應上帝在我生命周遭放下許多感動和愛的記號。

2011/04/24 復活節

寫於台北往返苗栗的火車上

致謝

我從上帝的恩典中領受了祂極大的憐恤和多元豐富的生命經驗，自玉神到台神以來，這一路上有許許多多支持我和那些默默為我禱告的教會、家人、屬靈長輩及夥伴朋友們，使我能夠在許多孤單想放棄的時候在一次踏上這條學習的旅程。

深深感謝幫助我，用心教學，指引我的老師們，有你們親切的關懷和陪伴使我在學習的階段如同享受豐盛的宴席一般，開啟我對知識領域的興趣。在這裡要特別感謝我的論文指導教授張宏哲教授和呂又慧教授，以及論文的評閱老師楊培珊教授，謝謝老師們願意在百忙之中抽空並用心的教導，耐心的指引和協助，時常鼓勵我不要放棄，在專業上引發我很多的想法，給予我很大的空間發揮，謝謝你們成為我學習的典範，能夠認識專業教學並致力於社會服務熱忱的老師，是我的榮幸，謝謝老師們的協助，使我能夠如期順利的完成社工碩士的論文，為台神第一屆社碩班獻上一己之力，是神在我生命中放下莫大的恩典，讓不可能成為可能。

感謝上帝過去放在我人生當中的體驗與歷煉，從照顧服務員到社工的轉變，使我很長一段時間跟長輩他們這個群體相處在一起，並用雙手服事他們，謝謝那個過去我所服務的安養中心、以及士林老人服務中心、美國加州千橡城 Senior Concerns 失智症老人日託中心，提供我實習的機會，今日回顧過去這段人生歷程，透過沈澱與成長，使我用新的眼光去詮釋。在研究過程當中，自己內心亦深受感動，從受訪者他們的故事分享中背後隱含著許多艱辛的淚水和生命的拉扯，一份放不下的親情到最後成為生命的共同體，這些微不足道的小人物的故事，從照顧人員的辛勞到長輩進住新環境的努力與家人充滿愛的照護歷程，這些的經驗使我們看見其中的挑戰和困境，從一個沒有盼望的絕症到一個被紀錄的盼望，一起在見證歷史的生命，失智症需要被看見，從這樣的三角關係互動中我們成為在一起編織記憶的團隊，我聽見一群訴說記憶的人，透過這些的寶貴的生命粹煉，在生活當中去體會愛。

失智長輩他們永遠都是我們的家人我們心所愛的。知道我們所走過的路徑不是孤單和淒涼的，關懷失智症我們需要一個團隊，陪伴長輩一起尊嚴的面對人生的課題，所留下的每一滴淚水不是白費，乃是留下了歷史與家人所踏過的路徑，我們不是失去而是一起攜手陪伴與面對，我們一直沒有忘記的是那份深藏在內心的愛和一份驅不走的感動。

論文摘要

隨著科技的發展與老年人口比例的迅速增長，臺灣在 1993 年正式邁入了世界衛生組織所定義的「高齡化的社會」，人口老化伴隨而來的是長期照護需求的上升，其中失智症照護也是不能忽略的議題。照護需求上升的同時，社會結構和趨勢的變遷，例如：少子化、婦女投入職場、家庭結構的改變等因素，反而使得家庭照顧的能力受到負面的衝擊，長期照護體系的建構刻不容緩。照護體系建構的要素之一是機構照護，隨著人口的老化，失智長者人數的增加，進住機構的失智長者也不斷的上升，近年來政府也在推動失智專屬的相關服務與照護方式，如何協助失智長者適應機構的生活就成為重要的議題，本研究探討失智長輩於養護機構內之照護適應問題。

本研究有關失智症長輩照護適應問題的探討，是從失智長輩的主觀感受、失智家屬的心路歷程，以及機構照護人員的服務經驗等觀點切入，以質性研究的方法，透過敘事與觀察分析的方式進行深入訪談，從九位受訪者的生命經歷當中，呈現家屬-照護人員-失智長輩三角互動關係，反應現階段失智症長輩照護之現況與需求，以及機構照護之優勢與限制。

研究結果發現失智症照護議題的三部曲當中，從失智問題出發到家屬面對失智現象以及機構照護者的角色，這當中微妙的關係反映出環境與結構的轉變，以及心理適應問題的調適。機構照護適應問題需要透過理解失智的過程，進入到失智症長輩的世界裡面找尋溝通的切入點，給予個別化的專業照顧，這當中家屬亦扮演重要的協助者以及與照顧者之間的伙伴關係，成為一同給予失智症長輩最合適的居住環境和生活適應的提供者，讓阻力成為助力，讓失智不是一個悲觀的慘痛記憶、疾病、和負擔，當我們進入失智的世界，學習跟他們一起成長，從簡單的生活中把不愉快忘記，而在片段記憶中擁有笑容的權利，一同編織家屬-失智症長輩-機構所屬共同的記憶。

專業照護者扮演長期照護機構和醫療體系之間的溝通平台，也是家屬與長輩之間的互動與溝通橋樑，隨著老化與失智症照護需求的日漸殷切，失智症照護已經成為許多家庭必須正視的課題，也是政府必須關注的議題，本研究的結果指向政府未來長期照護規劃的急迫性，照護主責單位監督機構協助長者適應照護情境的重要性，以及機構擔負失智長輩住民適應機構生活的必要性，如何更細微傾聽他們的需要，提供多元的照護情境與選擇，例如：失智症日託中心、團體家屋、失智症專屬照護機構，以及社區化照護的安排，除了讓更多人願意投入失智症的關懷，也讓長者有安心的居住環境。

關鍵字：失智症、老人照護、照護適應、現象學、養護機構、長期照顧、失能老人照顧家庭、長期照顧福利服務

Abstract

The population is aging rapidly in Taiwan, thanks to the advancement in technology and medicine. In 1993, the proportion of the aged reached 7% of the total population, a World Health Organization threshold marking Taiwan an aging society. As the population of the elderly grows, so do the needs for long-term care. These needs were to be met via a variety of ways of care provisions. Family was the major providers of care as well as payers for purchasing care. Several social trends have nonetheless run counter to the increasing needs for care and consequently compromise family capacity. They include nuclear family, women's participation in labor markets, lower birth rate, and an erosion of family commitment in providing care. All this makes a construction of Long-Term Care service systems urgent. As a part of service systems, institutions are crucial in offsetting the needs of increasing care needs. As the population grows older, so does the number of people with dementia. The number of services for accommodating elders with dementia has increased drastically over the recent decade as a response to the increasing needs. When care becomes less manageable, family has opted for placing their demented elders in the institutions. How to provide assistance to those institutionalized dementia elders has become a crucial issues in care provision.

This study aims at delving into the current conditions faced by demented elders trying to adapt to the institutions. The participants recruited for a in-depth interview included the care providers, family members, and the demented residents who formulated a triangular interactions in care institutions.

The results indicated that the demented elders faced a variety of emotional reactions to the institutionalization process, ranging from anxiety, depressive moods, and other emotional responses, resulting in a number of behavioral problems. The interaction among elders, family members, and care providers has also impacts on elder adaptation to the institution. It thus highly recommended that care providers joined the family members to assist elders to cope with a new environment. A cooperation was strongly needed to figure out

strategies tailored for each individual elderly resident, instead of bending each elder for a universal tactics of helping and care. One of the most important strategies pertained to helping elders do reminiscence that worked to reduce problem behaviors.

All this pointed to the needs for government to reinvent the care policies by providing funds and know-how for institutions and their care providers to tailor and arrange care to meet the specific needs of each demented resident. A variety of innovative approaches in structuring care were also needed, including adult day care, group home, demented specific institutions, and community-based care service systems such as home nursing care and helper services.

Key Words: dementia, elder care, adaptation, phenomenology, institutional care agencies, Long-Term Care, Caregiving family, Long-Term Care agencies.

目錄

第一章 緣起	12
第一節 研究背景與動機.....	12
第二節 研究重要性與目的	15
第三節 名詞釋義.....	16
第二章 文獻回顧	18
第一節 何謂失智症	18
第二節 何謂適應.....	23
第三節 失智症長輩機構照護適應.....	24
第三章 研究方法	26
第一節 質性研究方法的考量	26
第二節 詮釋學與現象學.....	27
第三節 敘事研究理論.....	29
第四節 研究設計與方法.....	31
第五節 研究資料的蒐集整理與編碼分析.....	39
第六節 研究信度、效度與倫理	47
第四章 研究結果分析	48
失智照護第一部曲：家庭照護型態.....	48
第一節 角色權力結構的轉換.....	48
第二節 家庭照護之困境.....	59
第三節 黃昏民族的悲嘆～機構轉銜之重要性	62
失智照護第二部曲：機構式照護型態	65
第一節 專業的介入～照護權利移轉.....	65
第二節 照護關係的建立.....	68

失智症照護第三部曲：機構家庭化照護型態.....	78
第一節 失智症照護未來展望.....	78
第五章 研究結論與建議.....	86
第一節 研究議題討論.....	86
第二節 研究結果.....	87
第三節 研究建議.....	88
第六章 研究限制與倫理.....	89
附錄.....	90
附錄一 參考文獻.....	90
附錄二 訪談大綱.....	94
附錄三 臨床心智量表 CDR.....	97
附錄四 簡易心智狀態問卷調查表 SPMSQ.....	98

第一章 緣起

第一節 研究背景與動機

一、研究背景

臺灣正面臨人口老化的事實，從生活周遭可以明顯的感受到長輩們出現在醫院、各個老人活動中心群聚，特別是在公園、或甚至是早晨的街道，這些現象早已成為生活的一部分。現今科技醫療的發達，降低了疾病與老化的速度，更延長了平均壽命；另外從 2005 年，台灣生育率在世界排名中敬陪末座，每位婦女平均只生 1.18 個小孩，少子化隨之而來的，是高齡化社會的來臨（松谷明彥，2006）。自民國 82 年起台灣 65 歲以上的老年人口占總人口數 7%，正式進入聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會，成為高齡化的國家之一，預估 24 年間(1993 年~2017 年)，將從 7% 爬升至 13.50%，老年人口數不斷地攀升。據民國八十九年台閩地區戶口及住宅普查資料，八十九年底老年人口比率已達 8.6%，到了 98 年底，老年人口增加到 245 萬 7,648 人，占總人口 10.63%（行政院主計處，92）。另依據行政院經建會推估，至民國 114 年左右老年人口將達總人口的 20.1%，即每 5 人中就有一位是老年長者。由此可見，醫療衛生、科技的快速進步，促使國民平均餘命延長，也增進人口老化的速度。

另由統計資料發現：98 年度人口老化指數（65 歲以上人口數除以 0 至 14 歲人口數乘以 100）為 65.05%，老年人口依賴比（65 歲以上人口數除以 15 至 64 歲人口數乘以 100）為 14.56%，分別較 82 年增加 36.81 及 4.08 個百分點，平均每 7 位工作年齡（15 至 64 歲）人口要扶養一位老年人口（孫得雄、齊力、李美玲，民 86）。高齡化社會之快速變遷，將引發新的需求與問題，成為政府及民間關注的焦點，如何規劃及因應，在政策、立法、服務、健康維護、生活照顧等主軸找尋對策，以提升老人保護、心理、教育、休閒、和社會適應，尤其是長期照護的規劃，讓長輩獲得妥適的照顧，維護生命的品質和尊嚴是當務之急（行政院內政部）。

老人是醫療服務的主要使用者之一，老人的問題又以慢性病為主，人

口老化也使得失智症成為不容忽視的老年病症之一。「失智症」(dementia) 是一種發生在中老年人的臨床症候群，根據國際失智症協會(Alzheimer's Disease International, ADI)2009 年之統計全球大約 3,500 萬人患有阿茲海默症，目前台灣總失智人口超過 17 萬人，截至民國 98 年 12 月底，台灣 65 歲以上老年人口為 2,457,648 人，占總人口的 10.63，其中 65 歲以上罹患失智症比例為 5%，而 80 歲的長者罹患失智症的比率高達 20%(台灣失智症協會，93)。

失智症是一種進行性退化的疾病，從輕度時期的輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異。許多生理與心理上的變化會逐漸在生活當中展現，例如：記憶力減退、無法勝任原本熟悉的事物、言語表達出現問題、喪失對時間、地點的概念、判斷力變差、警覺性降低、抽象思考出現困難、東西擺放錯亂、行為與情緒出現改變、個性改變、活動及開創力喪失……等，失智症的患者更是需要特別的照顧需求與專業的陪伴。

二、研究動機

失智症伴隨著生理與心理的多重變化與退化，需要專業與人力資源的投入，這些投入所耗費的成本不少，預估每位失智症的患者每年個別照顧的經濟成本約在 206311 元到 783326 元之間(周麗芳、張佳雯、傅中玲、王署君，89)。台灣失智症協會名譽理事長陳榮基指出，失智症患者由於認知功能障礙，往往干擾患者職業或社交功能，此外約有百分之二十到三十的患者產生憂鬱情緒，甚至出現幻覺與幻想等症狀，台灣目前有超過十一萬的失智老人需要協助或照顧，相當於一個鎮的人口，受影響的家庭近兩百五十萬(陳榮基，2006)。

正如失能老人的長期照顧一樣，失智症長輩的照顧的主要責任落在家庭的女性角色上，過去傳統家庭對孝道的遵從，強調家有一老，猶如一寶，比喻從長輩的生命當中可以學習許多的智慧，對於長輩的照顧也不遺餘力，但反觀現代社會結構的變遷，核心家庭盛行，四合院式的大家族提供照顧的機制已不復存，結構的轉變使得許多家庭必須以雙薪維持家庭經濟

的運作，婦女投入職場中也衝擊到家庭提供照顧的能量，這些社會結構和趨勢的變遷使得老年照護的問題面臨極大的挑戰。就現實的層面來看，國家透過政策來支持家庭已經成為不可避免的趨勢，例如：社區福利化和福利社區化的經營方向或許可以彌補家庭在照顧能力上的衰退，隨著長期照顧服務的推廣，越來越多的家庭選擇使用照顧服務，機構式長期照護服務的使用也不例外。

研究者在養護機構服務的過程有機會接觸到不少失智症的長者，在互動過程中看到長者的入住和適應的歷程，尤其看到一些長者的掙扎、焦慮、甚至憂鬱等情緒反應，而機構照護比較強調集體和醫療照護，過程中可能不經意的忽略了個別的需要，家屬對於長者的照顧也可能充滿關心卻不知如何協助，因而激發研究者想探討失智症住民在養護機構適應的歷程，以確立如何協助和因應長者的需求，強化長者的適應。

第二節 研究重要性和目的

近年來所強調的成功老化與健康老化的概念，結合了身、心、靈的層面。除了滿足外在生活之需求與基本的生理照護之外，更是強化個人之心理、信念、與靈性層面的需求滿足，更深入人際互動的層面、社會意義的建構、和生活自主功能等各方面的自我實現和存在意義的強化，也就是強調照護過程的充權或賦予權力的理念（empowerment），健康老化的概念也是目前長照體系的重要指標之一，強調即使在失能或失智的情境之下，長者還是可以透過輔助引導發揮潛能。這些理念和過去長期照護過度醫療化以及強調醫療照護模式為主有極大的差異，長期照護的主軸其實並不是醫療照護，而是生活和活動功能的維持與強化，缺乏社會心理的照護。

過去有關失智症長者的研究比較多集中在家庭照顧者的負荷、照顧者勝任或準備的程度、失智症長者適應失智的經驗、家庭如何面對失智等主題，對於機構的失智照護的研究比較少，在這方面的研究也比較集中在照護模式的探討，有關長者如何適應機構照護的研究比較缺乏，這類研究多數從照顧人員或專業人員的觀點出發，比較少從長輩自身觀點與家屬的立場為焦點。只有透過失智症患者的自身經驗和分享，才能夠得知他們調適生活的型態和模式，他們處在遺忘生活的習慣、記憶虧損之下，面對認知、情緒、與日常生活功能上的轉換，以及過程中的心裡煎熬和恐懼，所帶來生活上和環境適應上的極大困擾。本研究預期的成果如下：

1. 本研究有助於發覺內化在受訪者心中的內在歷程之複雜性、文化背景、與社會文化之獨特性。
2. 本研究提供老人相關文獻少有的第一手資料，透過主要參與者與直接服務的人員、家屬、和失智症長輩所蒐集而得。
3. 試圖探究目前台灣長照福利與實際失智症長輩之家庭所面臨的差距。
4. 本研究提供目前失智長輩面對機構適應與老化適應可供作實務上的參考以及對於未來失智相關照顧發展的建議。

第三節 名詞釋義

失智症

失智症過去又稱癡呆症或老人癡呆症，2010年起香港的醫管局和其他相關的機構更名為「腦退化症」。失智症患者是指透過專業醫療體系的醫師鑑定罹患失智症並領有身心障礙手冊者。本研究受訪的失智症對象除了醫療判定輕度失智症患者之外，亦包括符合 SPMSQ (Short and Portable Mental Status Questionnaire) 簡易心智狀態問卷調查表答題率 3 分以上之錯誤，及 CDR(Clinical Dementia Rating)臨床失智評估量表答提率為 1 級之失智症對象。

機構主要照顧者

養護機構通常設有負責人、主任、護士、總務、會計、社工、廚師以及照顧服務員，這些都是機構式照護的主責人力，也是照顧的要角，除了提供照顧並與長者長時間相處，透過互動之外並對長輩的個性、喜好和失能狀況有一定的熟識程度，這些工作工作人員也扮演與家屬互動和溝通的重要角色。本研究訪問對象為每日與長輩相處的全職工作同仁，由於語言的障礙，受訪對象排除外籍照顧服務員。

失智症家屬

失智症家屬指的是在長者入住機構之後，負責接洽和監督機構照顧品質的失智長者的家庭成員，在長者進住機構之前，這些人可能是他們的主要照顧者，或是最關心他們的人，由於這種照顧與被照顧的家屬關係，這些家屬是寶貴的資訊的來源，對於長者的脾氣、個性、興趣、喜好等應該都有相當的熟悉度。因此針對這些家屬的訪談有助於瞭解和釐清失智症對家庭照顧安排的衝擊、照顧者的選擇和角色形成過程、機構安置的決策等，長輩相關的照護情境，進一步有助於確立長者心境上的轉變與心理上的適應，家庭照顧者角色的重要性不言可喻。本研究所指的家屬，係指過去失智家庭的主要照顧者，除了共同生活之外，更重要的是提供失智長者照顧達到一年以上。

敘事研究

敘事治療已廣泛被應用在心理學的實務層面，同樣在社工領域也透過敘事方式探討個案背後的故事和歷程，如同懷舊團體一般，該治療模式也被應用在社會工作的實務，艾普司頓和懷特為了敘事法的探索建立觀念架構，提出了「敘事文本」(narrative text) 這個觀念 (麥克.懷特 Michael White, 2001)。協助案主找尋內在的價值與意義，其運用的方法主要是質性訪談、紀錄、和分析的程序，透過訪談、逐字稿整理、相關材料的文本分析，使研究者共同參與受訪者生命歷程中的意義、生命的沈澱與回顧。

生命故事

個人的生命史與歷程就如同一齣戲，內涵豐富的生命故事與人生歷練，在展演的過程中，所經歷與體會的感受因為時間、空間、環境、社會情境、歷史背景……等因素的不同而呈現多元的面貌。本研究透過生命故事的呈現為試圖覺察照顧的本質、動力、及其背後的因素。

生活世界

根據張慶雄 (1997)的歸納，Husserl 在其遺著《歐洲科學的危機和先見現象學》中，將生活世界分為狹義日常生活、來自特殊的生活世界，以及廣義的生活世界共同有的生活經驗，探索生活世界中的感性經驗，是人類主體間的交流與互相理解溝通的橋樑 (高淑清, 2008)。生活世界是我們學習與經驗的場域，回歸生活世界當中找尋事件意義以及已經內化在其中的歸因為本研究的出發點。

第二章 文獻回顧

據世界衛生組織（WHO）統計，目前全球共有 3500 萬名失智症病患，目前全世界每七秒鐘就有一個人罹患失智症，全球每年就有 460 萬新病例，依估計，西元 2050 年全世界就有 1 億失智症患者。其中近 6 成來自中低收入國家，由於各國仍缺乏完善照顧措施，失智症的公共衛生政策的議題已經成為全球性的隱憂，該組織推動簽訂的全球失智症公約（Global Alzheimer's Disease Charter）提醒我們正面臨一個公共衛生及社區照顧的迫切問題。該組織從 2010 年 10 月起，針對失智症推動的差距進行行動規劃（Mental Health Gap Action Programme）以呼籲各國重視失智症。

失智症之中以阿茲海默症為最常見，約佔其中 60~70%。阿茲海默症及其他失智症是侵犯腦部且漸進退化之疾病，這些疾病影響一個人的能力、生活各層面並波及周遭的人，特別是每日生活之照顧者。

醫學界仍無法解釋失智症的起因，失智症並不一定僅僅是發生在老年，亦有可能發生在中年，如同一位失智朋友 Christine Bryden 指出她在 1995 年被醫生診斷出罹患失智症時年僅四十二歲；一般對於失智的刻板印象為癡呆話少，喪失所有記憶和無法表達，不具有任何的想法與思考且不認得任何人。但是透過 Christine Bryden 的現身說法讓我們瞭解失智的過程是漸進式的慢性疾病，在面對這樣的困境除了家人本身面對的照護壓力之外，失智者本身也面臨極大的恐懼和掙扎，因為即至目前為止失智症雖有藥物但尚無法用藥物根治，藥物是用來改善和控制病情，為此失智者所要面對的是生理所造成心理的壓力和適應問題，以及家屬照顧必須付出的重大代價的議題（Christine Bryden, 2007）。

第一節 何謂失智症

失去記憶（Amnesia）和失智（Dementia）是不同的，失憶指健忘或失去記憶屬於短暫性的且失憶或健忘是良性的，但失智是一種病態，其好發率與盛行率則是透過年齡、飲食、種族、遺傳、地域等而有所不同。根據臨

床的調查失智症好發機率偏遠地區少於都會區，盛行率和年齡的增長成為正比，65歲人口盛行率約有2.5%，75歲人口盛行率6%，80歲以上盛行率遽增到20%，調查發現美國明尼蘇達州的羅徹斯特（Rochester）與北歐地區同樣屬於社會福利國家，失智症的發生反而高於落後的地區，其中又以女性的發生率高過於男性（黃勝雄等，2004）。

一、失智症之分類

失智症協會指出失智症是一種疾病現象而不是正常的老化，失智症（Dementia）不是單一項疾病，而是一群症狀的組合稱之為症候群，此病發生在六十五歲以前稱為初老年期失智症，六十五歲之後臨床稱為老年失智症（陳昱名，2004）。它的症狀不單純只有記憶力的減退，隨著心智與生理機能多方面的老化與退化，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、注意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，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

失智症在臨床醫療的分類上，大致分為兩類：退化性與血管性失智症，但患者有時會處在兩種或以上的病因所以又稱為混合型，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存，失智症協會的整理如下：

1. 退化性失智症：大部份患者都是屬於這類型，其中又以下列三者最常見 阿茲海默氏症（Alzheimer's Disease）：

1906年由德國Alois Alzheimer醫師發現，因此以其名命名，此種是最常見的失智症。臨床病程約8-10年，早期病徵明顯有記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，有兩種以上認知功能障礙，屬進行性退化並具不可逆性無法根治，阿茲海默氏症主要為神經退化性疾病，其腦部神經細胞受到破壞，醫生透過電腦斷層及核磁共振（MRI）做判斷，受損的腦部組織可以藉由往生者之腦解剖，發現異常老年斑及神經纖維糾結，美國前總統雷根即罹患此症。

額顳葉型失智症（Frontotemporal lobe degeneration）：

腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，平均好發年齡五十歲以後，特性為

早期即出現人格變化和行為控制力的喪失，常常會有不合常理的行為舉動，或早期就出現語言障礙。例如表達困難、命名困難等漸進性退化現象。

路易氏體失智症(Dementia with Lewy Bodies)：

為第二常見的退化性失智症，平均好發年齡七十歲以後，特性為認知功能障礙外，早期就可能伴隨著身體僵硬、手抖、走路不穩、重複地無法解釋的跌倒現象，此外則會有比較明顯的精神症狀，例如：幻聽或幻覺、情緒不穩或疑心妄想等症狀發生，其他還有像是亨廷頓氏症(Huntington's Disease)等等所造成的失智症。

2. 血管性失智症

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。一般有中風後血管性失智症、小血管性失智症。中風之病人若存活下來，約有5%的病人會有失智症狀，追蹤其五年，得失智症的機會約25%。其特性是認知功能突然惡化、有起伏現象、呈階梯狀退化，早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態不穩與精神症狀出現異常(以上資料取自失智症協會)、(黃勝雄等，2004)。

對於失智症的病徵歸類除了病情的狀況之外，每一位反映出來的外顯現象不太一樣，這些症狀從認知功能障礙、情緒精神障礙和問題行為等，隨著病情的惡化照護人力和壓力也隨之增加，也反應專業照護體系的需求。

二、 失智症之鑑定與行為徵狀

不是所有的失智症都是阿茲海默氏症(Alzheimer's Disease)，但是阿茲海默氏症卻是佔失智症比例中的65~70%。醫學界的理解阿茲海默氏症和遺傳基因、類澱粉蛋白(Amyloid Protein)的新陳代謝、年齡老化有相關。透過病理切片的分析可以察覺腦部的病變，但一般很少在生者身上做活體的切片，所以大部分是在病患死亡時才做解剖。臨床的判定除了透過迷你精神狀態檢查量表(MMSE 簡易智能量表)，我們亦能夠透過SPMSQ 簡易心智狀態問卷調查表，及CDR(Clinical Dementia Rating)臨床失智評估量表去做簡易型的評估，但最主要還是透過抽血檢查、腦部電腦斷層掃描(CT)和磁共振造影(MRI)做進一步的確認，其實透過醫療檢測中還是屬

於有限的推斷，因為遺傳基因上有好發因子或掃瞄出腦部萎縮的徵狀，仍然有困難無法證明這個人得病(黃勝雄，2004)。

醫學發現失智症患者腦部內膽鹼 (Choline) 細胞的喪失程度，與智能喪失的程度有關，一般來說神經科的醫師使用他克林 (Tacrine, Cognex) 這種藥物，這是治療輕度到中度失智症的一種藥物，屬於抗膽鹼脂酶抑制劑 (anti-cholinesterase inhibitor)，幫助腦部裡的化學傳導，使腦部神經元活動更好。台灣目前的抗失智症的藥物多以 Acetyl cholinesterase 抑制劑 (AChE)，以增加腦內膽鹼的可利用率。但是此種藥物的治療只適合在輕度至重度之病患 (MMSE10~26 分)，短期約一年內可改善失智的初期症狀，透過六個月的服藥追蹤過程當 MMSE 的分數減少 2 分以上顯示藥物控制無效時就應當停止使用，避免其副作用的產生，且藥物的使用不適合每一位失智患者，像是患有嚴重心臟傳導阻斷 (Heart block) 的病患亦不適用。除了 Acetyl cholinesterase (AChE) 抑制劑的使用之外，其他常見的藥物還有愛憶新 (Aricept)、憶思能 (Exelon)，配搭在失智症初期用來延緩病情。

失智症的臨床症狀以阿茲海默氏來說，從失憶到誇大妄想、方向感的消失而後到人格的萎縮、遲滯；另外所含其他合併的神智障礙產生，最常見譫妄 (對周遭環境的熟悉度變差、注意力不集中被稱為譫妄，晚上比白天容易發生所以又稱黃昏症、日落現象 Sundowning)、妄想症狀、憂鬱症狀以及行為障礙等症狀，例如無目的的徘徊 (Wandering) 激躁不安、攻擊行為、日夜顛倒等(黃勝雄，2004)。

三、 失智症之相關照顧單位

我國長期照護體制發展從 1986 年左右開始，當台灣邁向老化社會的過程，逐漸在照護福利之體制與編制上不斷的提升與改進，對於制度和政策的建立，有在做更新和調整以符合社會的需求，從 2007 年推出的十年長照計畫 (大溫暖套案)，邁向 2008 年 10 月的開辦了國民年金，延伸到最近長期照顧保險的推動來看，台灣社會福利長期照顧服務的發展有所進步。但長期照顧福利補助的對象仍是以身心障礙者、中低收入戶為主，許多社會

福利相關的補助由各縣市政府自行訂定，因此民眾和失智症家庭需要主動提出申請，同樣社會福利的照顧體系之相關單位各縣市有所不同，就目前來說失智症的家屬可以透過在地的醫療資源、長期照顧管理中心、居家中心、居家護理、機構喘息服務單位、輔具資源中心、日間照護中心、醫院老人精神科、長照機構、團體家屋服務、地區心理衛生中心……等相關單位取得失智症的相關照護資訊。

由於失智人口的急速增加，因應失智症的照顧模式也已經成為許多先進國家老人福利政策的重要課題之一。長照機構中失智老人的服務區塊近年來越發受到重視，目前在台灣於96年內政部分別函頒「老人福利機構失智症老人照顧專區試辦計畫」，及「失智症老人團體家屋試辦計畫」，從民國96年1月1日至98年12月31日止試辦了3年，擬參考日本「團體家屋」(group home)及「生活單位型機構照顧(unit care)」模式之理念和作法，協助老人福利機構利用現有空間增設失智症老人照顧專區，減輕家屬照顧負擔，提升失智症照顧品質。此一規劃為目前最新失智症照護相關的計畫之一，結合民間單位或老人福利機構規劃辦理，並結合民間單位辦理相關專業訓練課程、實務觀摩、座談及研討會等，提升工作人員專業知能(內政部社會司，2003)。回顧近三年來政府試辦失智症老人團體家屋及失智症日間照護中心，以北部地區來說使用率額滿，成效不錯但是需要耗費大量專業人力資源、社福資源、和時間的部分，國內對於長照機構人員的編制仍嫌不足，失智症照護的相關單位和專屬機構仍需要擴充，因應計畫與宣導措施尚無法普及化於台灣各地區、對於專屬機構的理想，還沒有辦法落實，缺乏相關的硬體設備或軟體設備應用於失智症的患者。

機構式照顧隨著社會發展趨勢而更顯得重要，此一服務模式整合家庭、民間機構、團體及政府的力量，為老人提供完善的安養、長期照顧等福利服務措施，以補充家庭照顧功能之不足，增進老人福祉。近年來機構式的照護模式為失智症家庭首要考量的照護型態，透過專業團隊的照顧以分擔家屬之照顧負荷並提升照護品質，目前主要分為護理之家、養護機構以及團體家屋，其中機構式的照顧分成混合型(失智加失能)、專區型和專

責型三種模式，機構內部結合了專業護理人員、照顧服務員、社工師、職能治療師……等相關專業人員提供服務的協助。就台灣失智症照護的型態來說，資源還是集中北部都市化地區為主，社區型照顧、團體家屋、失智專屬機構、社區型日間照護中心將成為未來增設失智專區之首要考量（失智症協會）、（內政部社會司，2003）。

由此可見機構的增設過程當中，照護型態的轉變隨之而來的是失智長輩和照顧家庭所要面對的相關議題，例如：長輩照護問題、生活適應，權益保障、心理健康、醫療護理、衛生保健、環境適應、人際關係、福利與救助、心靈關顧……等各方面議題。

第二節 何謂適應

老年的適應從社會心理學的角度觀察，可描述為「角色失落」、「無角色之角色」、「人生晚期之自由」等，社會角色的影響也可以視為自我概念與認知的變化，同時老化的議題在不同的民族、社會、團體、特殊人口、殘疾長輩或失智症等不同群體中，反映出各自不同的意義概念與複雜性，透過不同文化背景的老化經驗會產生心理層面與社會適應的需求，猶如失落感、孤獨恐懼感、社會價值下降感、身心健康退化感、無經濟安全自立感、失去家庭生活與居住安樂感、面臨死亡與缺臨終安寧感等，都是老年適應議題的關鍵（2008，陳年等人）。

老化包含了實際年齡、生理年齡、心理年齡以及社會年齡的層面，在時間、空間、人緣關係、社會期望、與社會環境之互動過程當中，老化使個體逐漸損失社會的角色與功能，在家庭和社會中的失落可能會產生各種生活適應的問題。當一個人因生理機能逐漸衰退而需要他人協助時，有別於過去的獨立個體，開始需要他人的協助才能維持生活機能的運轉，如用餐、盥洗、衛浴、穿衣等這些基本的生活情境，照護過程中這些重大的轉變，讓個體的隱私權與掌控感嚴重受到威脅，使得被照顧者感受到強烈的衝擊與適應問題（2001，Enid O. Cox, Ruth J. Parsons，趙善如、趙仁愛譯）。

「品質」、「照顧」、和「生活」這三個概念是不可分的主觀感受(2004, 萬育維), 因此適應是老化過程中最重要的議題之一, 生命歷程中我們會面對許多失落和情感上的轉折, 成功的老化需要提升自我洞察的能力, 意義感的提升有助於長輩適應的過程, 去瞭解生命中哪些是可以改變的預期或是不可改變的事實(2005, 梅陳玉嬋、楊培珊)。適應(Adjustment)係指內心的自己與外在環境交互作用所產生的一種和諧狀態(1990, 社工辭典)。老化過程當中自我所產生內外轉的轉變, 特別有心理、情緒及情感上的需求, 老化適應的歷程幫助我們在面臨困難、衝突時, 雖然看見環境與現實的落差所帶來不協調的狀態, 卻是可以透過調適因應這樣的轉變, 從環境和個人內在的狀態, 做出適度的調整; 因此適應的狀態是個體需要持續在環境、個人以及社會互動的狀態中持續不斷改變的歷程。

第三節 失智症長輩機構照護適應

失智症長輩的照護議題關乎歷史情境、家庭生態、和社會脈絡, 需要透過社會適應的角度、生態系統觀點、醫療照護體系、社區照顧資源、社福單位、社群特質、家庭結構等社會性的個案生態體系去凸顯鉅視面和微視面的照護現況。反思家庭中面對失智症的長輩, 隨著層出不窮的症狀表現, 機構照護適應問題中指向長輩在機構內照護適應的過程和轉銜過程中的心理與社會感受, 適應的表徵特別是在家庭到機構的轉銜過程當中可以明顯的感受到, 失智長者面對照護場域的轉移開始有悲傷、抗拒、生氣到抗議的態度, 例如對新生活的無助感使身體退化明顯伴隨著失眠, 一些行為表現像罵三字經、拒食、封閉、在廚房大便、打人、破壞、煩躁焦慮等症狀(1997, 李薇)。

一般民眾或家屬都是在面對失智的嚴肅困境時, 才開始對於失智症有第一類接觸, 現行對於失智症的資訊和資源主要集中在照顧者的區塊, 以及醫療養護和社會福利的範疇, 從問題導向或病理導向出發, 採用科學的工具調查去瞭解失智症居多(邱天助, 2002)。對於失智者本身的照護適應問題仍屬缺乏, 當失智朋友 Christine Bryden 在得知自我罹患失智症的病

況，希望求助於社福單位或社政體系的相關團體支持與協助，反映出照護資源主要還是以照護者與家屬為主，但是對於失智朋友自身在面對失智困境時感到孤立和無助，容易產生驚慌 (Frighten) 和憂鬱症 (Depression) 等的協助仍有諸多強化的空間(黃勝雄，2004)。

目前失智症相關的研究報告中多以醫療照護的角度切入，論及家庭照顧者的壓力處境，比較少文獻透過家屬、照護人員，以及失智長輩本身所處的社會生態體系或家庭系統角色探討機構的照護適應問題；本研究希望透過社會網絡中的正式照顧體系和非正式照顧體系的角色去看見照護現況，更廣泛的運用受訪者之主觀感受，去探討機構照護適應之議題。期盼透過此議題的研究，能夠如同失智朋友 Christine Bryden 所提醒我們的，當我們能夠透過理解和認識，明白失智朋友他們每一天都要付出極大的努力去適應生活和社會調適，期盼我們能學會尊重並給予適當的情感支持、社會網絡和鼓勵，以及專業的照顧模式，一同來關心我們身旁的家人與失智朋友們 (Christine Bryden, 2007)。

第三章 研究方法

本研究主體為失智症長輩的機構照護適應，除了探討長輩內在之處境外亦面對家屬與機構角色不同的面向。此一議題主要是以個人主體的觀點以及個體在時空脈絡下的處境與經驗，探討人的內心世界與環境所處的對應，其中必定包含不同的層面和特殊性，因此希望透過更深入的探討去了解其背後所蘊含的角色意義與社會變遷下所帶來的互動，面對此一議題的資料來源選擇人性化的質性研究方式，貼近受訪者的心靈世界，透過自我述說的過程來呈現不同的角度，研究者亦透過參與的過程中發現其主題意義與脈絡，進一步的覺察和分析，去看見現今面對失智症長輩之議題時我們應如何因應。

第一節 質性研究方法的考量

人類學和社會學領域中的研究者，採取質性研究已有百年之久，而社會科學則到1960年晚期才開始使用「質性研究」一詞。質性研究者採取敘事的形式描述特定的情境或世界觀點，並以文字呈現(Bogdan&Biklen, 1998)。質性研究的方法係指關於社會現象的經驗研究，傾向自然主義中真相的還原，其特點在於訪談者處於圈內人的角度，更靠近事實的核心，同時透過研究的反身性(reflexivity)檢視自我觀察視野；不依賴量化的資料與方法，直接進行描述與分析，質性研究方法中的三個主要途徑可以彌補計量方法所缺乏的困難點，其特點在於質性為探索性的研究，透過整體或深層的社會文化結構去發掘意義詮釋，運用訪談產生雙向互動，彼此互為主體的過程當中所蒐集到的資料處於自然的情境下，從受訪者的角度去發掘，探討蘊含在個人生命內在的特質與生命故事，運用此一探索的研究方法深入受訪者的生活察覺其生命脈絡，進一步透過反思與資料編碼的整理，利用歸納詮釋與相互比較為達到資料的檢測(潘淑滿, 2003)。

質性研究貼近我們的生活與心靈世界，現象學在探究我們所處的生活環境，一方面也是在與我們所處的環境真實對話，現象學屬於關心人類意

識的產物，生活世界的現象學主要是想要瞭解個體的生活情況，必須在其中進行整全地瞭解（高淑清，2008）。研究者透過進入主體觀察之外彼此又是互為主體相互學習的關係，強調敏銳的觀察與客觀的分析，開放的態度讓主體盡量呈現真實與完整客觀。

本研究所針對的主題與訪談對象，是從個人的生命敘事去解釋環境所帶來的影響。透過中部地區某小型養護機構作為深入訪談的主體對象，其中包含輕度失智症之長輩、全時間工作照護人員以及家屬，藉由深入訪談的過程進入受訪者的內心世界，作為進一步的研究探討失智症照護適應。使用質性方法的考量，主要原因在於人為個別性獨特的主體，特別在研究人類行為中的過程，很難用統一化的理論或單一的解構方式，去理解多元且複雜的內在思想與心理的轉變，許多蘊含內在的因素和情境是無法用量化中所謂的實證主義（positivism）去推論，因此質性研究的特點與優勢在於，進入到受訪者的情境世界，透過敘述的過程重新詮釋內在的意涵，發覺更多細微的轉變和內在意義，詮釋學的主體對象為人，反言之意義詮釋是質性中最重要的目的（齊力、林本炫，2006）。本研究希望透過半開放式之深度訪談的方式藉由質性研究的柔性取得更多深入的資料，企圖參與在受訪者之心理建構，從他者的眼光、角度出發，去發掘其中所隱含的個人信念與理論如何運作，進而探討生命的意義和照護的本質。

第二節 詮釋學與現象學

面對不同的文化背景、歷史情境和社會脈絡之下詮釋學，提醒我們回到所處的時空脈絡下探究真相。詮釋哲學由 Frederick Schleiermacher (1768-1834) 首先發展，後由 Wilhelm Dilthey (1833-1911) 和其他德國哲學家應用到人文科學的研究，提供了一個理論的架構來詮釋理解意義，注重背景脈絡與最初的目的，古典的詮釋學發展起源於對於文本的探討和不斷的來回修正，這樣的概念找尋著中心思想，透過研究者本身的立場和觀點與文本對話，運用在宗教聖經的理解、文學或是律法的經典從中找尋一個知識的立足點；詮釋學的運用發展出質性研究中站在對話的角度，研究

者即是工具(the researcher is the instrument)(吳芝儀、李奉儒,2008)。延伸至今形成人本取向,強調以人為主的情境中去理解知識,具有其獨特性和多樣化,重視其關係、歷程、互動的建立,從質性研究者本身的體會,人生的閱歷並從中活出生命,將寫出不同的故事,用生命去詮釋所見的生命,質性研究者採以敘事的形式描述特定的對象或世界觀點,並以文字深入探求研究所預知的問題(Bogdan&Biklen,1998),從矛盾的張力中找尋其平衡點,亦在詮釋循環(Hermeneutical Circle)中不斷的被驗證和檢視,形成一個知識的開放空間,如同 Crabtree 與 Miller(1992)所提「建構論探究的濕婆循環」一般(Catherine Marshall, Gretchen B. Rossman, 李政賢譯,2006:35)。詮釋學與質性研究的發展已廣泛的被應用在心理學、人類學、社會學同樣也在人文科學中被應用。

為了解複雜的社會現象或群體互動,發展出現象學的探究,「生活世界」一詞,是 Husserl 現象學研究取向的重要概念,對於知識、受訪者的經驗世界與獨特性抱持著開放的態度,透過對於事件或事物本身精確且詳實的描述,試圖將現場還原,現象學並不把萬物現象視為理所當然,而是進一步瞭解什麼促使人意識到萬物的存在,即意識的意向怎麼顯現萬物本身,為達到此目的研究者對先前的瞭解必需先存放一邊,不讓先見經驗影響對事物的判斷與觀看,這種態度稱為「存而不論」(bracket)客觀的讓事實呈現,用此來瞭解社會現象,透過他人的真實經驗來描述事件的發現與找尋不變的意義精髓,從中整理出共同的經驗,帶著不預設立場和批判的態度,找尋真相(高淑清,2008:36)。為此現象學廣泛運用在質性研究的部分,建構在現象學與詮釋學的基礎上發展出詮釋現象學是本研究所採用的觀點,質性研究的方法亦透過多元的方式蒐集資料,採開放卻也謹慎,讓故事的文本自己訴說其觀點,引導我們進入他者的世界去觀看,敘事研究便是引導我們貼近受訪者的情境,探究其個人故事和生命歷程事件之很好的工具。

第三節 敘事研究理論

敘事學(narratology)或敘事分析(narrative analysis)擴展了文本的概念，包括深度訪談、逐字稿、生命史敘事(life history narratives)、歷史傳記(historical biography)，以及創造性的非小說文學。敘事研究的視角，除了強調背景脈絡也受到詮釋主義的社會科學、文學的散文、文學評論、現象學、存在主義所影響，踏入豐富且複雜多元的人類社會中，充滿挑戰與多變的可能，透過故事與歷史的敘述盡量還原資料的視察領域，敘事與口述歷史的部分提供了很多寶貴的資料，如同猶太人過往將其律法與歷史事件透過口傳的方式流傳保留下來(吳芝儀、李奉儒，2008)。

敘事研究學者 Mishler(1986)曾宣稱：『故事是理解人類經驗的基本方式。』敘事研究反映出個體的經驗和生活當中的實事結合。

Polkinghorne(1995)認為『敘事研究』(narrative research)中人類經驗和行動的探究方式，乃是應用故事來描述人類經驗和行動的探究方式。『共享故事』(shared story)的概念說明，敘事研究與受訪者之間除了共享生命歷程之外更是共同把生命故事再建構的過程，因此透過生命述說的過程也在進一步整理受訪者本身的自我經驗(齊力、林本炫，2006)。

質性研究派點之核心的本質可分成三個層級，事實的真實性意義(factual meaning)、共通性的意義(common meaning)和互為主體性的意義(intersubjective meaning)(Bredo & Feinberg, 1982)。強調人類的經驗是以解釋的過程為媒介，透過人們所賦予的意義，經過社會建構的過程重新再被理解(高淑清，2008：36)，知識是透過不斷辯證的過程而形成詮釋循環，這樣的辯證透過後現代的社會概念強調訪談者與受訪者中的相互關係，研究者的角色本身就是一個蒐集資料的工具，Blumer 提出在了解人的過程中，研究者需理解與界定資料的歷程，必採取參與觀察之類的方式進入他們的界定歷程(Bogdan& Biklen, 1998)。

社會的建構交織著差異性和多樣性中的複雜，質性研究這樣的脈絡被社會科學發展出來的研究方式，更可以看到細膩的思維和人類行為背後的

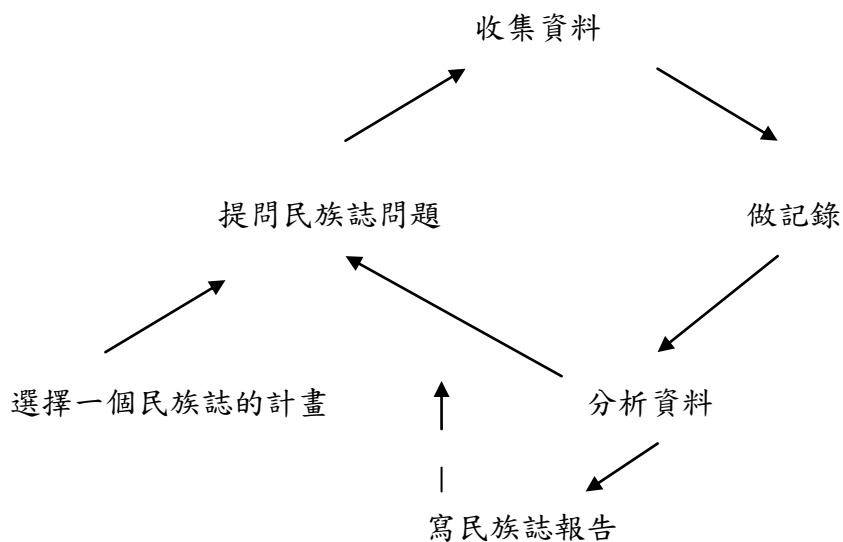
情感，透過對話的空間做進一步的交流和角色互換，敘事過程所建構出來的真實社會現象，從訪談中的語言及互動，包含口語論述及文本的差異，會發現知識本體的內在豐富性，研究者採取開放的態度去發掘隱藏在生活中的默會知識猶如一個寶庫，運用分析與重新理解的經驗去詮釋多元各具差異之受訪者所處的情境世界，讓故事跳脫形式的框架，並不被量化的限制所牽絆，並非抽離個體為符合理論的概念，乃是進入其中透過時間與空間的融合發展出多元的脈絡理念，還原真相與歷史的對話過程，回歸科學源自於我們的生活世界經驗之中的真實。

第四節 研究設計與方法

一、研究架構

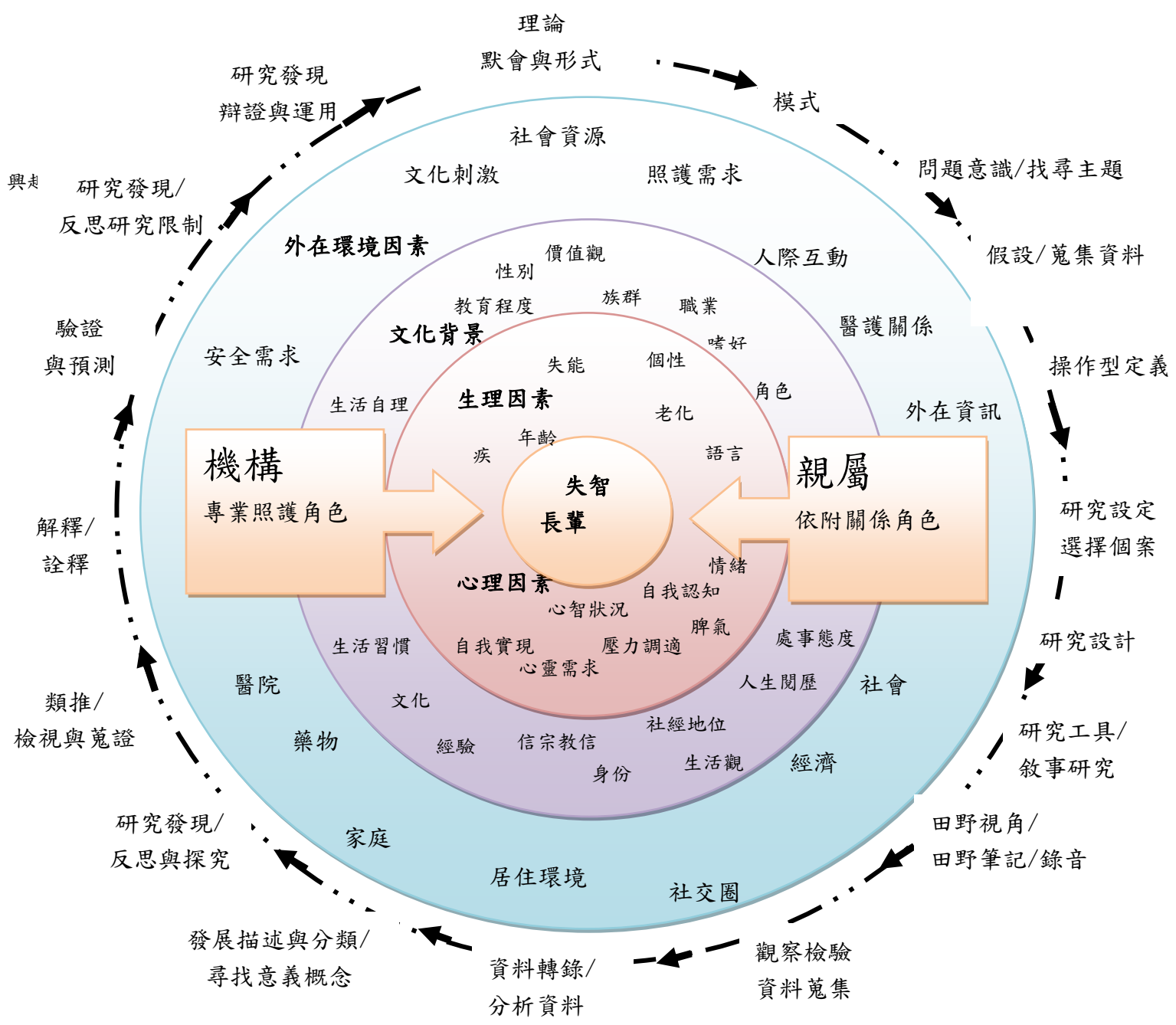
人類學的研究自馬凌諾斯基在 1892 年出版的《西太平洋的航海者》(Argonauts of the Western Pacific)一書，開啟了對於田野工作的建構，強調研究需要具有科學的目標、運用數據、圖表進行資料分析，更重要的是與當地人生活在一起，用他們的視角去看世界。現今對於老化適應此應用型的研究問題 (applied research) 含括了心理學、人類學與社會學的層面亦包含生物學的概念在其中，質性研究提供了很好的角度踏入，為更認識失智症此一群體，運用民族誌的概念不斷再找尋鉅觀概念，就如同一個不斷在探索的問題一般。

Spradly(1979) 民族誌研究歷程為循環式的研究歷程架構：



民族誌中詮釋學的角度說明，田野工作從自觀與他觀兩者的融合，轉而從外在觀察者 outsider 進入到圈內人 insider，在參與觀察中用在地語言去理解，並透過研究者自身角度去理解別人的過程，如同人類學家要參與當地人的生活，並透過語言的表達，經驗的傳承才能瞭解其背後的意義，對共同的經驗有所認知與共鳴。針對失智症照護之議題，研究者透過自身主觀想法、先驗知識，藉由不同角度與面向從研究中發覺更多隱性的問題，學習互為主體的過程，並在經驗反思中沈澱後詮釋，學習用他們的語言及觀點來描述他們的世界，並驗證檢視與整合推測失智症該群體之整體觀 (Holistic view) 與社會的鉅視面。

談到失智症的照護適應問題發現許多的因素相互交錯，機構照護者與親屬、家人對於失智長輩是最具影響力的關鍵，為此根據前述相關民族誌的研究歷程、整合亞伯拉罕·馬斯洛 (Abraham Maslow) 所提需求層次的概念，運用 Crabtree 與 Miller(1992)所提「建構論探究的濕婆循環」之探究循環圖的概念，整合生態圖的觀點，擬定本研究的架構與概念。在此研究架構中，研究者認為失智症長輩最主要是受到外在環境、文化背景、生理因素及心理狀態、社會情境、主體結構、內在經驗、家庭生態等多面向的影響彼此間的關係，照護的問題牽涉到個人的因素與家庭、環境間的互動關係而產生的情緒、生理、心理、社會等適應問題，因此透過質性深度訪談的特性去探究其背後的適應問題和照護現況，透過失智長輩最親近的家屬與照護者直接服務的第一手資料，實際探討照護服務概況與失智長輩的感受。



二、研究設計

(一) 研究概念

質性研究的方法多元，運用敘事研究或參與觀察的分析研究方法採半開放式的深度訪談，運用完整、精確、詳細的田野筆記，直覺式的書寫，留下當時最真實的感受，透過在地語言的紀錄，還原訪談現場的情境，田野筆記提供參與觀察者一個未經處理過的資料，需要經過長時間的整理詳細地紀錄，盡可能地完整包含整體大概的訪談內容、片語式的摘要以及片段、具體、在地語言的紀錄，經過反身性思考體會與整理沈澱其內容，逐步整理出內涵豐富性的資料。

質性研究方法中資料抽樣的原則屬於豐富且多元具代表性為主，根據其內容問題特性類型達到資料的飽和為原則，Glaser and Strauss 的「飽和理論」(theoretical saturation) 指出當新的樣本進來時已經沒有新的概念產出，又稱做理論性的飽和 (陳向明，2002；潘淑滿 2003)。

(二) 研究場域

本研究場域利用養護機構之所屬空間進行談話與訪問。其地點選擇以大台中地區之鄉村中小型養護機構為探究場域，該養護中心以二十人以下為小型團體為單位，場地寬闊設計精巧，居住環境明朗通風良好，主要以營造家庭氣氛為主的團體家屋為其理念，四位長輩居住一間房間並設有專屬衛浴設備，該安養中心提供二十四小時照護，其服務對象主要為 65 歲以上之長輩，目前入住長輩以輕度失智、行動自理能力尚可之長者為主。該單位提供長輩有舒適的居住環境之外，亦設計園藝治療、農村種菜生活、寵物治療、節慶活動、文化之旅、新聞時間、繪畫藝術等之相關活動；長輩活動空間範圍廣闊戶外備有休閒設備與草皮，另外衛浴設備、牆壁、戶外設施皆設有無障礙設施，消防控管符合長照服務之機構要求，大門門禁之控管為防止失智長輩走失，平時不限制活動範圍，長輩可自由在院內活動，固定時間於戶外活動。

(三) 研究對象

為了探究照護適應之議題相關資訊，研究者採用立意取樣蒐集資料，主要透過三方面進行相關資料蒐集，針對照護者、被醫院診斷為輕度失智之長輩及其家屬。該單位目前被診定為失智症者為 5 位，符合失智之定義，其他考量評估訪談對象為臨床評估為輕度失智之長者，已包含失智評估量表 (CDR) 分數在 0.5~1 分，簡易心智狀態問卷調查表 (SPMSQ) 分數在 3~4 分之長者，符合疑似輕度失智之長輩。

本研究透過長期的關係建立，採用半開放性的會談方式並透過參與觀察和敘事的方法取得深度訪談的資料，訪談者尊重自主性原則，首先取得受訪者之同意而後進行訪談過程與調查，且受訪者有權力隨時終止訪談之研究，遵循開放性的態度探索問題的多樣化，也盡量採取不同面向的資料作為研究對象，例如剛入院三個月的長輩與兩年以上住民之看法。確保個人隱私和研究倫理，本研究遵循研究保密原則為保護其受訪者與該單位，採匿名方式並不在公開場合討論其隱私；另外運用資料飽和原則，以研究對象為主體而給予彈性的思考空間，為求客觀研究者採用與失智長輩有所接觸的照護者或其家屬進行訪談取得多方的資料，直到資料的抽樣飽和。

(四) 受訪者之特性

研究者自民國 99 年 4 月到民國 100 年 4 月 30 日止，共取得 9 位受訪者之資料，分別為失智長輩、家屬背景資料以及機構全時間工作者三部分之相關資訊，本研究受訪對象主要以女性受訪者為主，主要原因在於該機構失智長輩以女性居多。透過整理研究對象失智症受訪者的特性，更進一步瞭解其家庭背景和生理狀況以及家庭背景之差異性，入住機構的時間長短相對直接影響機構適應的過程和對環境的感受力，這些受訪者的家庭相關資訊以及受訪者之特性，有助於我們對於該失智長輩有基本的認識，以下為相關資訊與該背景之基本資料之介紹，為保密原則及隱私權之尊重，本研究僅提供基本簡略說明其特性：

1. 受訪長輩基本資料

受訪長輩當中以女性為主共四位，年齡從 68~89 歲失智長輩，其中兩位行動與生活自理尚可，行動不需要輔具；其中兩位行動不便需要協助。

項目代碼	背景	病史	居家狀況	補充說明
陳媽 A1	女性住民 89 歲，入住 6 個月台中人，教育程度-日據時代小學，職業為家庭主婦	輕度失智、心血管疾病、高血壓、糖尿病，肝腫瘤，生活自理、行動尚可	喪夫，育有四子(兩男兩女)過去與子同住	跳躍式思考，個性外向喜歡聊天，參與團體性活動
宋媽 A2	女性住民 68 歲，入住 4 年，台中人，教育程度-高中，職業為農業(梨子)與養殖業(豬)	輕度失智，重度憂鬱症、高血壓，生活自理、行動尚可	喪夫，育有二子(一男一女)過去與女兒同住	入住時間長，會談狀況良好，語言多用客家話
阿對 A3	女性住民 75 歲，入住 2 年，台中人，教育程度-日據時代小學，職業為家庭主婦	輕度失智、退化性關節炎、高血壓，生活自理需要部分協助、行動需要藉助輔具協助	喪夫，育有四子(兩男兩女)過去與女兒同住	話少安靜，個性溫和，喜歡聽別人談話，資料收集有限
苗媽 A4	82 歲女性住民，入住 1 個月，台中人，教育程度-高中女子學校，職業為拼布教師	輕度失智、糖尿病生活自理需要部分協助、行動需要輔具協助	喪夫，育有一子四女，與子及三個孫子分層同住	會談狀況良好，案主一度情緒激動落淚

2. 受訪家屬資料

項目代碼	背景	照護時間	家庭狀況	補充說明
宋小姐 B1	38 歲女性，台中人，身份為女兒照顧媽媽，教育程度高中，職業上班族	5~6 年	父親逝世留下母親一人罹患輕度失智	未婚，有一兄長已婚，搬遷北部工作無法負擔照顧
林小姐 B2	51 歲女性，台中人，身份女兒照顧媽媽，教育程度初中，職業為家庭主婦	8~9 年	媽媽罹患失智前，由 3 個兄弟 3 個姊妹輪流照護	大家族式照護決策多由兄長決定
謝先生 B3	36 歲男性，台中人，身份孫子（同母親）照顧阿嬤，教育程度大學，職業為上班族	10 年	未婚獨子，在上有三位叔叔，兩位阿姨	表達清晰條理，具有專業照護知識，但礙於性別不便協助祖母
李小姐 B4	40 歲女性，台中人，身份女兒照顧爸爸，教育程度-大學，職業上班族	2 年	母親身體狀況差居住家中，父親病況日益嚴重需要獨立照顧的空間	家族關係緊密，會談情形良好，但需引導方向，表達語句有限

3. 受訪工作人員資料

項目代碼	背景	照護時間	訪談互動情形 補充說明
媽媽桑 B1	照護人員為護理背景，擁有多年照護經驗，因為信仰之故以及看見長照所需，所以選擇投入服務	16年	會談情境順利，受訪者多用舉例說明，表達清晰具有條理，擁有許多對失智症相關資訊。
大哥 B2	社工背景，擁有多年照護經驗，由社區服務看見長照之需求並投入長期照顧行列。	10年	會談情形熟絡彼此熟識，受訪者與研究者，涉及深入探討

第五節 研究資料的蒐集整理與編碼分析

本研究主題為失智長輩之機構適應照護問題，希望從不同的面向探討環境與社會適應的議題，主要從長輩、機構相關人員以及家屬自我述說的敘事主觀經驗去探討與本議題。蒐集資料亦使用錄音筆 MP3 方便訪談記錄轉換為逐字稿，並進一步的將資料整理與編碼而從事述說分析的步驟，以下對於研究方法與資料蒐集的過程做進一步的說明：

一、研究方法

參與觀察

Glaser and Strauss 為紮根理論的發展始祖，紮根理論強調從資料去發展理論，找尋內涵豐富的默會知識，選定目的並運用在地的資源取得具體資料作歸納並發現邏輯，進一步的發展理論。為了探討失智症長輩之機構入住經驗與適應狀況，考量許多不同層面的觀點作為參考的方向，並希望透過不同角色的詮釋去探討照護的議題，因此採取進入到該場域進行田野調查之方式成為圈內人，也就是所謂的參與式觀察，使受訪者成為說故事的人，透過機構照顧人員的角度、家屬以及透過失智症初步檢測量表 SPMSQ /CDR/MMSE/ADSL 的定義所規範出來的輕度失智長輩或醫生鑑定為輕度失智者為受訪對象，藉由他們的眼光去探討照護議題。

敘事分析

透過受訪者本身的敘事過程，本研究欲採用參與觀察的分析研究方法，透過半開放式的深度訪談、田野筆記與敘事研究的技巧作為資料的蒐集方式。半開放式的訪談過程給予主要方向，卻不限定於封閉性的問題，運用同理心的技巧，引導受訪者能夠檢視其生命歷程與轉變，受訪者與研究者一同進入生命歷程的情境，共同尋找脈絡，並聚焦於研究者欲探究之議題。

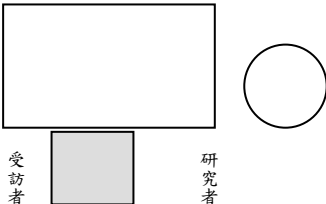
二、資料編碼與分析

田野札記的運用主要是記錄訪談當下的情境，為求資料的蒐集有完整的精確詳細的描述，其中包含對人物、事件和對話肢體語言的描述，訪談

過程當中整體的概念同時亦需有觀察者自身的行為感受、直覺或工作的假設，訪談參與感受與回顧，用來檢視訪談過程中的立場。田野札記的運用成為第一手新鮮的資料，為了防止蒐集資料的過程過於主觀，透過歷程回顧可以來回檢視訪談當時的場景與感受，避免時間和記憶的消退而淡忘，並且有意識的覺察訪談過程當中是否有文化識盲所產生的缺失，以下為本研究所採用田野札記的格式：

(一) 《田野札記格式》

項目	內容摘要
日期、時間	2011/03/27 3:00~03:45
訪談者與受訪者	訪談者：000 受訪者：000
地點、情境	機構戶外交誼廳
<p style="text-align: center;">訪談大綱</p>	<p>對工作的看法</p> <p>對於失智老人的看法？</p> <p>照顧採取的方案？</p> <p>失智病患如何照顧？</p> <p>長輩的醫療設備需求？</p> <p>政府與社會的政策有哪些想法？</p> <p>面對困難如何支持下去？</p> <p>對長輩的看法</p> <p>失智病人的照顧是否不同於其他個案？</p> <p>失智老人的需求是什麼？</p> <p>長輩或家屬面臨死亡的恐懼，照顧者如何協助？</p> <p>面對失智老人採取什麼角度在溝通？照顧？看待？</p> <p>對家屬的看法</p> <p>對於家屬的看法機構如何處理？</p> <p>對於家屬的態度？</p> <p>長輩或家屬面臨死亡的恐懼，照顧者如何協助？</p> <p>在機構的長輩與家屬的互動如何？</p> <p>對自身的看法</p> <p>如何開始失智老人的照護的工作？（生命史）</p> <p>照顧者本身的心情調適？</p> <p>為何選擇照顧失智症的患者（照顧者本身的心路歷程）？</p> <p>面對什麼樣的困難與挑戰？</p> <p>如何克服恐懼？</p> <p>照顧長輩最辛苦最累人的部分是什麼？</p> <p>如何調適心情？</p>

<p>受訪者非語言表達</p>	<p>受訪者與訪談者眼神交會，舒適而坐輕鬆向後靠，訪談當中表達順暢自然，精神與注意力集中，對於失智長輩的相關資訊知識充足，亦有相當多的實際照顧經驗，有相當多的感受和體會能後很具體回答訪談者的提問。當受訪者回顧過去經驗的同時，用很多的故事性描述事件，常用模仿、動作形容、聲音去形容情境，表情豐富。</p>
<p>研究者心得檢討</p>	<p>訪問場地在戶外交誼廳，當天下午氣候溫和，雖然戶外交誼廳不具有屋頂且為開方式空間，但是場地舒適，不直接照射太陽，可以看見戶外寬敞的空間和機構內飼養的小動物。在草地上設有休息之桌椅，為避免外來事物打斷訪談，故受訪者選擇於此一場地進行會談。</p> <p>訪問者自身訪談過程過於緊張，比較屬於看稿制式化的訪問方式，自省過多會談中顯得沈默與思考，對於本次訪談過程當中較無條理性的規劃，太多的停頓思考與不必要的提問，受訪者本身具有相當豐富的資料，在回想訪談過程中，有許多重要的議題，當下並沒有更深入的挖掘原因，整體會談過程當中還算順利。</p> <p>訪談者偶爾有跳躍式的思考，在談話中偶爾又回到上一個主題中，或是講到下一件事件，需要釐清事件與事件的關連，對於本次訪談過程當中，蒐集到許多實際的經歷和受訪者之主觀的寶貴資訊，受訪者提到到許多新的概念和看法，也挑戰訪談者自身對於失智區塊的認識。</p>
<p>訪談位置</p>	 <p>The diagram illustrates the interview arrangement. It features a large rectangle on the left labeled '受訪者' (Interviewee) and a smaller shaded rectangle below it labeled '研究者' (Researcher). To the right of the interviewee is a circle, also labeled '研究者' (Researcher), indicating the researcher's position relative to the interviewee.</p>

(二)、資料編碼

本研究的資料分析，從會談資料的整合進一步的轉換成為逐字稿的撰寫，採用開放性編碼分析，先歸納出事件本身的抽象意圖，在透過幾位受訪者的個人經驗中，彙整出相同與類似的經驗，歸納當中不同的差異性所在，從事件持續的比較中，進一步抽離事件本身而進入內化的歸因，找尋背後所蘊含的概念，如圖所示：

1. 《開放性編碼之例》

失智症長輩之照護適應問題～以大台中地區之養護機構為例	
訪談逐字稿	編碼
(問：長輩的失智現象與行為表徵現象是怎麼樣？)	
B1:怕她說 <u>三餐</u> 的話，像說我們不在的話看說開 <u>瓦斯</u> 的時候會不會忘記阿，你說水、電還無所謂，可是爐火方面也擔心萬一怎麼的時候，又怕她說 <u>忘記吃</u> ，然後 <u>藥</u> 又沒有吃，這樣各方面都有，然後又怕她發生意外， <u>跌倒</u> 阿還是怎麼很多問題啦	忘記吃飯 關瓦斯 忘記吃藥 意外、跌倒(老化)
B1:他就老是 <u>停留在某個記憶裡面</u> ，那我們跟他解釋什麼他就沒有辦法接受，他就老是停留在二、三十年前阿然後怎樣，然後對於我們周遭的一些實事都不瞭解也不關心	片段的記憶 周圍感受力低
B2: <u>互動</u> 方面因為他失智了以後，他的症狀就是會 <u>翻東西</u> ，然後翻了以後不管什麼東西都往嘴巴裡面塞，所以就變成說造成我們蠻大的困擾，因為變成說沒有辦法整天在他身邊，有得時候真的吃了什麼東西都不知道	翻東西 亂吃
B4: <u>自己會坐公車出去</u> ，然後會坐出去，回來就找不到路好回家，那已經很多次了，之後我們出去就是要找，剛開始是不知道失智啦，只是說我們知道說應該是哪裡有出問題了，像東西吃了又會忘記就是吵著說要吃，自己有時候就會 <u>一直重複一直重複</u> 這樣	走失 吃過又忘記 一直重複
C1:失智症有很多行為是我們覺得他沒什麼，但是他會弄得你手忙腳亂，半夜他會 <u>一直喊救命阿！救命阿</u> ，然後呢問他怎樣，他就會講說： <u>「他兒子被人家殺了阿</u> ，然後他就叫得鄰里去報警，也因為這樣子所以我才認真的去瞭解失智症	幻聽、幻覺、瞻望 重複
B3: <u>媽有時候會一直重複</u> ， <u>記憶力喪失</u> ，記憶力的話甚至，對對就像說 <u>忘記你的名字忘記他在哪裡</u> 啦總總-B3	記憶力喪失 忘記名字、地點
C1:然後就 <u>已來經吃了以後他還是說他沒吃</u> ，然後就發脾氣，	忘記吃飯

一發脾氣就全家人就備戰狀態，要怎麼跟他講，你越講他越是氣，後面就是暴力相向這樣，他在他們家，家屬表達是他在他們家的時候開始有一些暴力現象，結果他們孩子把他們父母親分開以後，沒想到阿公住到他女兒家去，女兒他們家是牙科診所他把他所有的窗簾拿剪刀簡壞掉，然後所有有螺絲的地方把他轉開，所有電燈的開關啦，那個有電線的部分，因為他以前是電力工程師嘛，所以跟這個有相關連的這個螺絲起子啦，鉗子啦都是他的收藏，那你要跟他拿他不肯給，他會說有小偷-C1
C2:晚上一直念一直念：快點啦那個行李準備準備要去拜拜，那個回來喔，煮一煮給大家回去了，他說禮拜一拜回來的時候大家煮了就吃，吃完了就回家，結果他的孫子們，他一共有九個孩子-C2

憤怒感暴力相向
～行為上的症狀
剪窗簾、拿鉗子～
失智違常行為

焦慮擔憂

2. 《歸納概念名稱》

失智症長輩之照護適應問題探討～以大台中地區之養護機構為例	
概念名稱:同理、尊重和接納	
訪談逐字稿	編碼
<p>機構照護關係的建立尋找新的契機</p> <p>從經驗中學習成長～創新的服務</p> <p>問：面對失智各樣症狀困境該如何？</p> <p>C1：你要去<u>觀察</u>，去<u>觀察瞭解</u>，然後想辦法以後還要去<u>執行</u>，在執行當中你在去<u>調整</u>，調整之後你在<u>改進</u>，然後<u>創新</u>。</p> <p>C1：<u>長輩肯定不知道，而且他不認為他自己失智。所以我們就把他當正常，我們變成是一個不正常</u>，但是因為你在跟他玩當中，恢復到小孩子之間的那種單純，<u>他知道你不會害他</u>，他對你沒有防衛心的情況之下，就好像小孩子在玩當中是是非非真真假假裡面，<u>只要他快樂過日子，其實這樣就蠻好了</u>-C1</p> <p>C1：他在<u>頭腦裡面有他自己的思考</u>，你就進入他的一個幻想世界裡面，從他們身上學習，<u>調適找到相處溝通的方式</u>，比如說在生活上不管任何事情我們都跟他講YES、YES對對對，你講得都對，喔你很棒、你最好，你不要給他採取任何的抵抗的時候，入他的情緒慢慢緩和下來，後來他也變成一個很好相處很幽默的人</p>	<p>觀察瞭解＋方法＋執行＋調整＋改進＋創新～從經驗與互動中找尋照顧方式的循環歷程</p> <p>不知道自己失智～無病識感</p> <p>把他當正常～進入他的世界中瞭解～信賴關係的建立</p> <p>長輩自己的思考、失智的世界（很多是過去的經驗和未完成擔心的事物）～找尋對話的方式，情緒安撫</p>

(三)、研究計畫與進度表

本研究進行時間為 2010 年 1 月 1 日至 2011 年 4 月 31 日止，進行資料的蒐集持續與九位受訪者有所互動，一方面在研究與撰寫的過程仍保持關係為進行資料的正確性和補充。

1. 《研究進度甘特圖》

時間 內容	1-2 月	3-4 月	5-6 月	7-8 月	9-10 月	11-12 月	1-2 月	3-4 月	5-6 月
擬定大綱 閱讀文獻									
撰寫研究 計畫草擬									
資料收集 訪談進行									
資料整理 轉錄編碼									
研究發現 初稿進行									
資料分析 結果分析									
整體回顧 論文修正									
論文評閱 論文簽核									
錯誤修正 論文裝訂									

第六節 研究信度、效度與倫理

質性研究仍須考量信度與效度的問題，其訪談的內容以主觀詮釋為主軸，內在效度的部分考量事件的真實性與確實性。失智症照顧適應的問題所牽涉到的長輩主觀感受、照護人員的經驗與心境更對於家屬之間照護歷程之的三角關係，皆屬於當事人不同角度的詮釋和特有的生命經驗；研究者的角度主要是站在這群伙伴朋友的角色，以陪伴和傾聽為主，在資料的彙整當中去歸納相關的共通性，從生理、心理以及社會層面客觀地去看待該受訪者自身的對於失智症的照護看法，看重他者具有獨特性個體、生命經驗以及照護的心路歷程的體會，其中包含不同家庭結構與教育、背景和性格等，諸多的因素值得我們去留意在失智照護議題裡面的張力所形成的正向力量與負向力量。

本訪談者皆為與失智症相關之人員，照護人員、家屬及輕度失智之長輩，採用中部地區某養護機構為主體，其中牽涉個人隱私，也面臨倫理的議題，為此除了匿名和保密之外，考量未來對個人或社群，避免造成不必要的困擾或傷害，一概不將該群體名稱公開，因為畢竟失智家庭與照顧機構體制本身還是算封閉性的小社群。

第四章 研究結果與分析

本研究透過質性訪談的過程，分別針對案主、家屬以及照護人員角色的感受與主觀立場、經驗不同的角度與視野探討失智議題，以下為研究者訪談取得之受訪者心得，結合社會結構反思以及社會受苦的觀點探討照護適應問題，從長輩面臨社會層面的轉變（職位、家庭角色）到心理層面的認知（感受、記憶、思考）及而延伸生理上的轉變，從中探討機構照護之議題，結論部分結合照護問題延伸失智症長輩之照護適應之反思，進而提供未來照護的展望。

失智照護第一三部曲：家庭照護型態

第一節 角色結構權利的轉換

「我們台灣步入老人社會，這個失智症人口會越來越多，台灣開始會步入老年化人口-C1」，人口老化的過程當中，現況的照護需求反映了照護的問題，失智症與老化的過程已經可以稱為是現今社會不可忽略的病症，「八十歲以上差不多都有-C1」，長輩必須經歷一去不復返的青春歲月以及身體狀況，生理和生活上的轉變，許多相關文獻探討長輩老化的過程是經過一連串的衝擊和時間的考驗，面對疾病、老化、高齡化的衝擊以及社會變遷過程產生與親人情感間的矛盾，間接影響到心理的適應層面，文獻也描述長輩的日子就形同在等死，老化是一個沒有盼望的生活，所以稱之為黃昏民族，等待著太陽下山的那一刻；我們的長輩與家人，從他們過去人生，扮演不同的角色，擁有某些社會地位，透過不同的社會互動產生外在及內在的認知，在面對人生過程當中，有許多對自我的理解與角色的定位，這些經歷與角色所產生的價值觀，塑造個人的人生態度，也影響個體對自己與他人的看法，透過這些小人物或平凡的角色可以聆聽到他們的故事：

一、失智長輩家庭的角色~堅強的付出者、支持者、和撫育者

排除獨居長輩，從家庭的結構中我們看見家長的角色非常重要，長輩

對家人付出的愛，從照顧家庭與子女當中感受到那份生命的韌性和辛勞，不論是在工廠、帶孩子、工作、做手工、農地種菜與果園、養豬、照顧家人，扮演一個照顧、支持、餵養撫育、不斷在給予和付出的角色：

「(母親)就是跟我爸爸務農阿，然後煮三餐，純粹的一個家庭主婦，很單純的」-B1

「是很艱苦耐勞的女性，就是家裡嘛要種菜阿、養豬阿還要提一個小孩、煮飯阿什麼都她一個人做」-A3

「之前喔家庭主婦阿，家庭主婦也是工作阿」-A3

「(先生過世)恩不甘要怎麼講，孩子也都還在讀書，兒子也都還在讀書～唉正經的不管什麼工作都自己擔起來，擔起來就好了啦」-A4

「以前家裡喔種很多菜喔，」- A2

「以前種玉米，林林總總的都種，吃的都自己種來這邊就沒有再種了，喔身體比較差了就比較沒有再種菜；也養豬，菜園還很寬呢，就普通那種豬阿，以前種玉米，種林林總總的都種，吃得都自己種」-A1

「做蛋糕啦做餅各樣都有教(呵呵)回來就作給小孩子吃」-A1

從一個家庭的支持者擔任給予和付出餵養撫育的角色，隨著歲月的褪去逐漸老化，轉變成需要被照顧的人，過去充滿生命力的角色走過苦力、勞力、和耐力的階段，情境的轉換讓他們從照顧別人，到需要被照顧，這種過程和角色的轉換需適度的協調和心理認知也需要準備的階段。

二、失智長輩對生命的感受力~豐富的情感與體認

感受是由生活中的片段所組成，長輩面對老化的過程當中仍充滿對於事物的感受能力，對家人、婚姻、對自我對外在環境的認知能力，從人生的體驗當中感受到情感豐富的生命力，具有其獨特性和一套理解世界的方式，並從中找尋自我角色的定位。認知功能指個人智力中，推理思考的能力，即意識、感知、或理解概念的能力(2006, 吳震環 譯)。在探討照護適應的問題從對長輩自我的感受力、對環境的感受力、專業的醫療體系以及家庭的感受力當中去看見，當居住空間環境改變的時候，轉銜階段的重要性不言可喻，以下將失智長輩對於感受認知的能力分為四個部分，分別

是自我感受力、外在環境的感受力、對醫療體系的感受、和對家庭的感受做介紹：

(一). 自我認知能力

「你把他想成一時轟動就台中縣苗栗縣的人都說要在這裡，實在有夠難看死，難看死，真的嘛一時轟動兩縣的人連台北也轟動（笑）不是啦，那個時候沒有人跟得上我啦（笑）」-A4

「反正很少有人有這樣的名字，可能全世界只有我這樣的名字，是沒有人有，那個醫生這樣叫我，輪到我他第一個就叫我，她說喔第一個就叫我我是嗎，問我說：你還記得我嗎，我說：醫生這樣派頭，怎麼會記得不記得，你怎麼會記得我？（醫生說）：你的名字太特殊」-A4

（問：你剛來是嗎？）「是阿，新鳥啦，對阿不是舊鳥」-A4

常常聽老人家分享他們的往事，從這些往事的記憶當中找尋自己的身影和角色，長輩也從人生歷練中的人際互動找尋對於自我的定義，和自我的價值的肯定，透過自我認知的角色長輩過去背景的獨特性同樣處在現今的生活當中對話。

(二). 外在環境認知能力

「對阿我就說是你們這間我還不知道，本來我自己脾氣我要去 XX 那間啦，那間比較開，那你們這邊算是山上嗎，我剛剛就跟你說比較撒米司（日語寂寞）」-A4

「台中喔那個要爬樓梯什麼的很麻煩」-A4

「我是希望要住自己的家阿外勞喔給我們照顧比較齊全，喔我是要自己那個住家裡又怎樣，住家裡要怎樣比較贏，那他們就不肯，不曉得是他們蓋房子沒那麼還是、、、要不然自己叫我要請外勞才會方便，自己（家裡）那麼寬才會有人好整理」-A4

「唉幽，如果有機會我就要回去啦我們坦白講，我自己的家住了六十幾年當然我會思念阿，在那裡生大金，那你現在要怎麼把他扒走，扒也扒不走台中我媳婦才在說，這也是你的家你自己蓋的，你不住是要叫誰住，我說真的台中的家買那麼久我都還沒有住過五年啦，台中那個是真的六十

幾年前是那麼簡單就那個嗎，不可能的事情啦」-A4

居住環境空間對於長輩來說是一個情感的寄託，一個生活許久的地方擁有許多熟悉的味道、文化背景、和曾經的記憶，生活的習慣和情感的根源，那是唯一屬於自己的家，居住環境直接影響長輩的適應問題，當長者入住養護機構，面對新環境的時候，合適的環境、空間的營造、氣氛的培養都有助於案主重新適應新的環境的過程。

(三). 對醫病體系的認知能力

「有醫生看到沒醫生了（笑）XX 診間也去 XX 省立的醫院也去，也不知道去四次還是幾次，XX 中去兩次，兩次還三次，昨天就去 XX 要去檢查說到底是怎樣，我們知道是說一定有什麼原因沒有，神經的那個結不知道在哪裡我們不知道，現在就要去給醫生去研究」-A4

「這個身體不可能聽我的話嘛，那台灣的醫生就是這樣而以嘛，有時候去到哪裡就要跟醫生對罵，我說你們是讀七年的書呢，那台灣的醫生到底是在哪裡（啜泣掉眼淚）尤其說實在台灣的醫生如果你照講起來通通殺人罪啦，你自己如果同意書簽給他，給人家殺死他也沒有罪，差太多了，我說這次又找錯醫生，這次要去找神經外科嘛，我兒子又去掛號又去掛骨科」-A4

長輩在面對醫療體系必須在不同的體系中轉換與適應，從不熟悉到熟悉，過程充滿了挑戰，面對老化的過程和生理的退化在進出醫院的往返之間，對於醫病關係充滿不確定感，一方面必須信任，卻又可能有所衝突和矛盾，總是面臨著權利的不平等，卻又必須依賴現代醫療科技、藥物、和醫療團隊來減緩症狀。

(四). 對家庭的認知

「（五個孩子）恩，ㄟ給伴的啦」-A4

「（四個孩子）自己顧阿，我孩子顧得很好，不會作流氓」-A1

「就早上才跟我媳婦在講給她聽，她說媽媽你嫁到 XX 坐什麼，我說有的就是坐轎子啦，都沒有那個啦，我先生他的兄弟兩個醫生啦，阿兩個都是日本留學回來，聽到這樣就來嫁了，怎麼知道我們自己的命」-A4

「如果做人家的長輩，知道人家的規矩就好了啦，我們沒有要求什麼啦，現在變成這樣我也沒有要求你們要對我怎樣，我也沒有，要不然女兒也是好多個，不是說做不到嘛也是做得到嘛，老人家我老實講啦，我兒子講說要去 XX 地方住，我都跟他講說各家庭各家庭不同的生活方式不一樣，不要說因為我們去，害他們不知道要怎麼也沒有確定了，所以我絕對不會去跟兒子媳婦住，我也不要」-A4

「我們才會說媳婦兒子又沒有空，就要等女兒回來」-A4

「這次大的去考台中女中，差一點說沒有上啦，才嚇到說四個現在才給他們去補習，那個大的台中女中考有上，他的分數是北一女有上了」-A4

「都很嚴格各方面我們就都很嚴，很嚴就跟人家鬧了嘛，沒有啦我是對小孩要求很嚴格，所以大家，女兒對我印象都不太好」-A4

「一個讀大學，兩個高中一個大學，頭一個男生然後雙胞胎也是男生，(孫子)以前小時候喔，常常給他打錯(雙胞胎孫子)，喔那就急著跳腳，喔阿真的你兒子罵我什麼!他說:哪有阿，(受訪者):怎麼沒有?就碎碎念，還瞪我，是這樣他說阿嬤你給我打錯了」-A6

家庭是長輩最重視的人際關係，一個最親近與熟悉的人，互動當中同樣摻雜很多對於子女的期待和擔憂，令一方面也延伸到下一代孫子，談到子女、孫子常常帶給長輩很大的快樂，對於家庭兒孫滿堂有助於增加幸福感；同樣在面對失智的過程中，長輩對於子女與家人的擔憂仍然存在。「晚上一直念一直念：快點啦那個行李準備準備要去拜拜，那個回來喔，煮一煮給大家回去了，他說禮拜一拜回來的時候大家煮了就吃，吃完了就回家，結果他的孫子們，他一共有九個孩子」-C2

三、一個不聽話的身體～老化與失智現象

身體的老化現象從體力和生理機能就可以明顯地感受得到，伴隨而來的是急性和慢性疾病對於長輩每日的活動和生活的影響，再加上失智的惡化現象，就像是被判無期徒刑的難受，一個失控的世界讓人心慌，同樣對於老化的現象最難調適的是心理層面的調適與轉換。

(一)、老化現象

「(要照顧身體喔)我現在想要照顧有聽我的話嗎?我腳又不能走,腳不能走,腰椎骨又痛,如果痛就痛,這次這樣跌一下喔,結果沒有辦法了,這樣嚇得彎掉了」-A4

「這樣跌下去嘛就這樣腳給他滑掉,跌一下才那麼嚴重,喔傷得很嚴重喔,才說這樣如果一動,就痛得真的命都會收起來喔,阿怎麼這兩隻腳沒有辦法走」-A4

「我這個要挑肥(豬糞)像豬的肥都要抬出去,抬去澆菜(還有種梨子、種菜)以前還可以啦,後來就(身體)倒掉了沒效了」-A2

「有時候想要幫忙就心有餘而力不足,體力不到那裡,我實在沒有辦法站,要不然我也是想要幫忙(笑)」-A6

「到今年就沒有辦法了,身體沒有辦法」-A6

「這裡腰骨若天氣變、沒轉變會痛,我就會去走一走,那個(身體狀況差)就沒辦法,會痛」-A6

「我人就這樣身體不好,沒辦法睡覺,忙林林總總的(事情)」A2

「現在如果說還年輕的身體喔,真的說到人家就怕唉,那不能說幸福不幸福,我這兩隻腳如果能走我就幸福啦,這兩隻腳現在就沒有辦法走,喔那如果動就真的,有時候人家給我換尿布眼淚就會掉出來喔,你如果一給我抱下去我命就痛,這樣再在給我痛苦」-A4

生理上的限制伴隨著外觀的改變,心血管疾病、重聽、膝蓋不好、腳痛、腰痛、跌倒是老年常見的問題與疾病。對於自身的缺陷、困境、生理的退化,以及身體的疼痛等,這些問題往往造成無奈和無力感、自我形象的改變,在哀傷憂鬱中會感到孤單和人生的無常。

(二)、失智現象

失智症會影響語言、記憶、視覺空間的感覺、個性和情緒的轉變,認知功能的退化(2006,吳震環譯)。「但是我們初步會從她的行為去看他的狀況,就是判定上我們多少是已經掌握住一些訊息了」-C1 某些行為症狀的觀察或覺察有助於我們瞭解長輩失智初期的行為,及時掌握和防範未然:

「他就老是停留在某個記憶裡面，那我們跟他解釋什麼他就沒有辦法接受，他就老是停留在二、三十年前，然後對於我們周遭的一些實事都不瞭解也不關心」-B1

「媽媽有時候會一直重複，記憶力喪失，記憶力的話甚至、、、對對就像說忘記你的名字，忘記他在哪裡啦種種」-B3

「剛開始就是因為他自己會坐公車出去，然後會坐出去，然後回來就找不到路好回家，那已經很多次了，之後我們出去就是要找，時間差不多很久了奇怪怎麼出個門買個東西怎麼會這麼久，然後就出去找找找，然後人家他可能有問他，然後他也會講說、、、偶爾還會記得我們家的電話，恩，然後就打給我們，只是說不知道路好回家，所以我們就知道說應該是，剛開始是不知道失智啦，只是說我們知道說應該是哪裡有出問題了，像東西吃了又會忘記，對啊，就是吵著說要吃，自己有時候就會一直重複一直重複這樣」-B2

「方向，剛開始是方向最會忘記啦，再來就是就是家人」-B2

「失智症有很多行為是我們覺得他沒什麼，但是他會弄得你手忙腳亂，半夜他會一直喊救命阿！救命阿，然後呢問他怎樣，他就會講說：「他兒子被人家殺了阿，然後他就叫的鄰里去報警，是他要喊救命，喊得很大聲，隔壁鄰居以為發生什麼命案，所以他們就去報警了」-C1

「然後就已來經吃了以後他還是說他沒吃，然後就發脾氣」-C1

「他很容易把冰箱講成是洗衣機，洗衣機講成冰箱，他已經有這個徵兆出現了，只不過他一般生活起居大概還沒有什麼問題，他也還能夠燒飯能夠洗衣服，甚是還能夠一個人坐公車去 XX（地名）都沒有問題，但是從那個時候起我就感覺他腦部可能有一些退化失智的一些徵兆出來」-B3

「沒想到阿公住到他女兒家去，女兒他們家是牙科診所，他把他所有的窗簾拿剪刀剪壞掉，然後所有螺絲的地方把它轉開，所以電燈的開關啦，那個有電線的部分，因為他以前是電力工程師嘛，所以跟這個有些關連的這個螺絲起子啦，鉗子啦都是他的收藏，那你要跟他拿他不肯給，他會說有小偷」-C1

「他是白天睡晚上不睡，然後到晚上以後就開始大肆破壞，所以必須要有專人要守著他，然後你又不能靠近他，因為他會跟你甩東西」-C1

「對慢慢退化，目前最老的阿嬤是九十九歲，可是他失智大概就是九十二歲的時候開始」-C1

失智症的症狀因人而異，過程通常是緩慢和漸漸的，從小事件的健忘，像忘記吃飯、忘記吃藥、迷路走失、到停留某些記憶中，記憶力喪失隨著地點人事物之名稱，言語事件日期的遺忘，對事件的重複，遊走現象，進而轉向比較嚴重的幻聽幻覺與謔妄。

四、照護問題意識

「他們老人如果一般 OK 的話都是自己的孫子，那會送來一定是他們家屬已經無能為力的，可是那個時候對失智症的瞭解還不是很清楚，所以家人碰到這種情況，他們束手無策阿，也因為這樣子所以我才認真的去瞭解失智症」-C1 在失智老化退化的過程當中，心理與生理之需求，常常是通過事件、問題行為的發生才意識到，嚴重性也才因而凸顯，體認到特別照顧與人力陪伴的需要，照顧過程也逐漸讓家庭感受到負荷的過重，以致於尋求專業協助，除了透過家屬察覺照顧之需求之外，長輩本身也可能深刻體會到需要協助：

(一)、家庭間互動之問題意識

「因為之前爸爸走了以後他們還有伴，阿公也是因為阿嬤也走了，阿公也走了(過世)那家裡也剩她一個，就等於說她白天都沒有交談的對象，對啊，然後又怕她發生意外，跌倒阿還是怎麼樣很多問題啦，怕她說三餐的話，像說我們不在的話開瓦斯的時候會不會忘記阿，你說水、電還無所謂，可是爐火方面也擔心萬一怎樣的時候，又危及到附近鄰居，最主要是擔心這樣，又怕她說忘記吃然後藥又沒有吃，這樣各方面都有，所以考慮到最後還是委託外面的那個安養機構代為照顧，這樣子我上班的話壓力才不會那麼大，沒有真的有時候上班上到一半，還要打電話回去問她現在在幹麻，相對工作也做得不好，然後家庭也顧得不好，老闆也(停頓)也是不會給你好臉色看就對了」-B1

「互動方面因為他失智了以後，他的症狀就是會翻東西，然後翻了以後不管什麼東西都往嘴巴裡面塞，所以就變成說我們蠻大的困擾，因為變成說沒有辦法整天在他身邊，有得時候真的吃了什麼東西都不知道」-B2

「可是後來又過了一陣子以後輪到我老三的時候，那我媽可能就是也是比較不方便了嘛，因為她從失智以後就是比較不方便，比較不方便啦，然後三哥要照顧他又要工作，然後她居住的房間又在三樓，上下樓梯阿還是什麼，自己又工作沒辦法照顧啦，然後後來又輪到我們老二的時候，我們老二又本身自己就發現自己有那個，那個癌症蠻嚴重的，所以我二嫂可能就自己也沒辦法照顧，在家裡也照顧不好，好像是說從椅子上坐比較久起來以後可能腳有麻吧，然後就直接跌坐在地上，雖然骨頭沒怎樣可是也有一點內傷，那個時候開始就有頭腦就有(失智)，大概九十二、三歲」-B3

「因為長久以來喔我跟祖母住習慣了感情很好，可能因為我搬出去喔她就比較少人跟她聊天互動，可能會影響到她的性情，她就比較沒有人可以講話，比較少人找她或去她哪裡，大概相隔了一年多之後就發現說祖母這個需要人家照顧，從九十六年的年底那時候，我爸三兄弟，一個人輪流照顧一個月，那時候他曾經跟我二伯的時候有曾經走失過一次，那時候是動員整個家族都去找後來有找到」-B3

「他在他們家，家屬表達是他在他們家的時候開始有一些暴力現象，然後呢他過去是工程師，台電的工程師，然後兩個兩老住在高雄孩子們都在北部，媽媽後來就憂鬱症等於是她老婆就憂鬱症，因為照顧他被他弄得晚上都睡不著覺，然後憂鬱症孩子們就開始把他們帶到台北來，但是帶到台北來他開始就會有一些暴力現象，然後甚至一生氣起來，如果他老婆一念他的話，他一生氣起來會拿椅子砸向他老婆，結果他們孩子把他們父母親分開以後，沒想到阿公住到他女兒家去，女兒他們家是牙科診所他把他所有的窗簾拿剪刀剪壞掉，然後所有螺絲的地方把他轉開，所以電燈的開關啦，那個有電線的部分，因為他以前是電力工程師嘛，所以跟這個有些關連的這個螺絲起子啦，鉗子啦都是他的收藏，那你要跟他拿他不肯給，他會說有小偷」-C1

「然後就已來經吃了以後他還是說他沒吃，然後就發脾氣，一發脾氣全家人就備戰狀態，要怎麼跟他講，你越講他越是氣，後面就是暴力相向這樣」-C1

「家人就沒有辦法接受，他晚上不睡覺一直吵，他兒子當初又癌症所以弄得整個家庭的狀況很不好」-C1

「恩大概就是我爸爸離開以後五、六年就，就是我爸爸離開的時候，剛離開的時候就一些症狀陸陸續續出現，比較嚴重就是這最近十年吧，伴隨著他的一些失智阿，慢性疾病林林總總都出現了，當他生活上沒辦法說，生活機能不是很好需要家人的輔助，那最主要是我要上班，因為我本身未婚嘛，那媽媽都由我來照顧不管是起居還是各方面，後來漸漸因為我自己本身體力也負荷不了了，只好委託外面的一些機構代為處理這樣」-B1

「對那時候才會意識到說老人家歲數也大了再加上有失智這個症狀，你就會很擔心說他是不是需要有人來照顧，那相對一點就是說照顧者有沒有辦法照顧，我們知不知道說失智老人要怎麼照顧，阿我也不會照顧，其實這是一個很大的難題，對但是因為她是我們的長輩，我們理所當然當然就是在我們能力範圍內要照顧她」-B3

「家裡就剩下我跟媽媽，那媽媽身體又不好，然後我又要上班，變成說照顧上爸爸就會比較照顧不到，困難上就是說因為我自己若要幫爸爸洗澡比較困難沒有辦法，像他身體又不好腳也不好要陪他我一個人，跟媽媽兩個又很、、、就是很困難啦，慢慢有退化現象照顧起來會比較吃力，然後他的腳膝蓋又不好，養護機構呢是我們也不願意啦，就是像我講的因為我媽媽的身體是非常的不好，你如果說要靠他照顧我爸爸沒有辦法，家裡就是我又要照顧兩個小孩，那我上班不行阿，所以沒辦法就只好把爸爸送到養護機構請人家照顧」-B2

沈重的負擔和壓力可能反映在失智症病症和老化失能的日益嚴重，家庭內部的互動過程也漸漸顯示出這種負荷的情況，照顧者夾雜在許多家庭角色和外在社會環境結構的困境之間，面對生活的負荷、老人身體生理的問題，心理上的抑鬱，有時候可能形諸於外在行為情緒的反應，許多失智

症家庭在面臨無可負荷的挑戰之後，才可能意識到問題的嚴重性，轉而找尋正式服務的協助，包括選擇機構照顧，如何協助家庭提早求助是當務之急。

（二）、長輩自身決策照顧之需求

長輩隨著年齡歲月開始面臨空巢期、親人的離去、情緒的無助、行動的限制、身體生理機能的退化、病痛的無奈、環境空間的限制，生理和社會心理各方面的照顧照顧需求和協助因而產生，逐漸感受到需要陪伴、情緒安撫、傾聽訴說、生活照顧、協助就醫、生活起居、行動照顧等：

「我也不知道就我老的（先生）不在了我人就這樣身體不好，沒辦法睡覺忙林林總總」-A2

「唉幽～怎麼會這麼夭壽，腳說這樣不會移步呢，所以我台中不行就是這樣，你明明就要爬梯子要怎樣都要人家駕著」-A4

「看醫生！都還不曾給帶我去看醫生我才會這麼怨嘆，他們如果說喔：阿這長輩（時大人）就這樣痛苦（難過）這樣喔，不然你們也可以用網路去找嘛，也不曾阿，我們才怨嘆說怎麼大小出的這樣，只有叫我們喔你好好睡喔，好好靜養就會好，有病就只要睡覺那你們就不用帶我出來了嘛」-A4

「我就是脊椎開刀不方便，跌倒爬不起來，一次我兒子去上班有沒有，等到他晚上回來好險我沒有尿下去，對，我們就要聽人家的話阿，這裡比較有人可以照顧啦，就比較不能拿重得東西啦，（腳）都會痛，就是想說家裡的人不放心啦」-A1

「（出外交通的不便，需要接送）我喔要人載」-A1

「（生活起居需要照顧常忘記吃飯兒子晚上十點下班回來才煮飯）十點才吃晚餐我兒子問我說要來（機構）嗎？我說要」-A3

長輩最明顯的感受是身體上的照護需求、情緒上的支持。面對退化所造成身體上行動不便的限制、需要他人照顧，行動上的退化、體力減弱，失能的狀況和自身情緒上的轉變更是需要加倍的人力照護和陪伴，受訪者從居住環境上的限制也感受到自我需求，需要某方面的調整以適應環境。

第二節 家庭照護之困境

許多時候家屬也是在摸索的階段，面臨照護議題時受限於諸多方面的困境，從家裡內部的情感拉扯、服務體系的協商、社會體制和結構的轉變，家庭結構轉變和解體等，本節分析家庭的動力、成員彼此的互動關係、和家庭照護的困境：

一、社會結構性的道德與環境壓力

大家庭到小家庭的照顧～社會結構的轉變

照顧被視為家庭之責任，是子女在道德倫理上應盡的義務（卓春英，2001）。過去傳統大家庭或四合院家族同住的居住安排之下，大家庭內的照顧機制得以發揮，提供共同照護和善盡互相分擔照顧的職責。

「（大家庭體制到小家庭單位）一共有七個孩子嘛四個男的三個女的」-B1

「我有兒子和媳婦，四、（猶豫一下）四、五個？五六個啦」-A1

農業社會同住在一起是常態，但是面對工業化和現代化的影響，人口外移和社會變遷的過程，讓更多人投入就業市場，現今家庭結構為小家庭或核心家庭居多，只是女性尤其媳婦和女兒仍然扮演主要照顧和關懷的角色。

「女兒比較會來，恩，阿干阿嬤說的女兒比較有效」-A1

「就我女兒來，我兒子喔都還不曾來，女兒在家阿，兒子沒有住在家裡，有妻有子怎麼會想到我們（問：有通電話嗎？）沒有阿我們沒有電話好打，家裡都不曾打電話喔，還說我們打回去給他」-A2

隨著長輩失智情況的加重，照顧責任的負擔及情緒壓力，家屬面臨家庭內部角色分工和整合的困境，為家庭照護機制帶來極大的挑戰。

「每一個兄弟就是住一個月這樣，大概五、六十歲的時候還跟我們家老三住，可是到了七、八時歲以後他們可能覺得，可能是生病共同來負擔啦，他也不願意一個人來負擔，所以就輪流這樣子」-B3

「最主要也是所有的責任義務都由你一個人承擔，所以對我們家屬

是一個很沈重的負擔，壓力就是經濟壓力阿，然後有時候就是溝通上的壓力阿，還有疾病上面的壓力都有阿」-B1

「比較嚴重就是這最近十年吧，伴隨著他的一些失智阿，慢性疾病林林總總都出現了，當他生活上沒辦法說，生活機能不是很好需要家人的輔助，那最主要是我要上班，因為我本身未婚嘛，媽媽都由我來照顧，還有不管是起居還是各方面，後來漸漸因為我自己本身體力也負荷不了了，只好委託外面的一些機構代為處理這樣」-B1

「養護機構呢是我們也不願意啦，就是像我講的因為我媽媽的身體是非常的不好，你如果說要靠她照顧我爸爸沒有辦法，家裡就是我又要照顧兩個小孩，那我上班不行阿所以沒辦法就只好把爸爸送到養護機構請人家照顧」-B2

二、親屬間情感的拉扯～期望與現況的距離

一般長輩期待家庭中子女能夠負擔照顧之責，但是有時現況和環境的因素出現困境時，家庭面臨親屬彼此間的情感拉扯及期待與現實的差距。面對兒女辛勞的工作，心疼之餘卻又必須依賴他們照顧，經常處在期待與現況的矛盾中，面對傳統觀念的思維，有從親情而來的拉力，希望得到妥善照顧，卻又受到現代化社會風氣影響，期待兒女投入職場，兩股勢力交織在情境中。長輩在面臨機構照顧的過程，除了適應上的挑戰更是內心的角力和掙扎，特別是子女身份和照護者身份角色的轉變。這樣情感的拉扯同樣出現在兒女方面，則必須在照顧轉銜的過程當中進行調整，同時又必須注意長者的調適需求，提供必要的心理支持和建設，減低分離焦慮和失落感，降低長輩被遺棄的感覺。另外家庭在面對照護之議題，需要透過家庭的溝通能力，經過內部的整合和協調，找尋照護方式的默契，有時面對親近的人反而形成有話不敢直說的弔詭，長者也面臨照顧者無法達到期待時會產生了落差，而可能產生負向的情緒反應。

「老人家（停頓）相對覺得說因為我們是傳統家庭下的小孩，他們也有一種觀念是要小孩子住在一起，可是現在工業社會你在這種鄉下地方你沒有往外發展的話是沒有一個好的將來，然後他又希望跟兒子住在一起，這個就是很矛盾的地方」-B1

「唉幽，女兒隨人家有工作啦，那媳婦又在學校」-A4

「(體諒兒子工作辛苦) 辛苦對阿，責任重，他們責任重」-A1

「(問：現在青年人比較去都市做工作比較多) 對，賺現金啦，我女兒有很好的工作呢，但是為了小孩讀書喔沒有人(照顧)，然後三年一個，三年一個」-A1

「(討論兒女的工作型態) 都市是都市，現在沒有工作也沒有比較好」-A2

「我是希望要住自己的家，阿外勞喔給我們照顧比較齊全(問：兒女可以同住對嗎?) 那不可能啦，因為我自己一個人住阿，不是說有跟他們一同，跟他們一同我就不用來，人家是放不下心啦怕說會餓死，怕說吃飯沒得吃，吃飯是不用煩惱啦我們老實講，叫計程車隨便買那都有可以買嘛，買一下那就沒有怎麼樣，想說我們一個人在床上眼淚一直掉啦，大家放心不下」-A4

「叫計程車也是我自己，叫計程車去到 XX 醫院那邊的護士，看到我們這樣人家就趕快輪椅就推來了，就都幫我們做好好的，去省立醫院就是 XX 醫院給我轉過去的，才會說去省立醫院做這個斷層掃瞄，那個我兒子是開車，我女兒就去找那個輪以來給我推，如果說這真的兒子媳婦這樣大小我說較早的話我就會好的樣子，就不會說拖到現在了，這次是我自己說：殺(台)也好啦，隨便給我結一結，我有人好整理就好了啦外人(醫院護士)比自己兒子照顧周到」-A4

三、社會支持性的薄弱及資訊匱乏

家屬在面對失智長輩的照顧議題上往往是在懵懵懂懂之中摸索，對於病症不瞭解或缺乏認知，不知道要如何處理行為問題，也不知道要如何面對自己和長者背後的情緒反應，加上社會資源缺乏的狀態下，往往處在一個孤單的困境，同時可能還必須面對親友壓力和對於長者照顧妥適性的質疑，凸顯家庭照顧體系的需要很多支持。

「(哥哥照顧媽媽)他可能有這種狀況可是他們不曉得這個叫做失智，對不瞭解這個叫做失智，只是覺得自己沒有辦法這樣子」-B3

「(失智症相關資訊)應當是很慢,我們也是再摸索那麼多年之後才知道他是患了失智,一開始只是說他可能是環境,還是身體各方面影響到他,後來覺得說他可能是已經走入老齡化了嘛,就有那方面的問題,後來是朝著那方面下藥,才有好的改善空間」-B1

「因為我們住在鄉下地方意見很多(鄰居、社區輿論),他們不能接受,畢竟我們不是在大都會,鄉下民風又比較純樸又比較保守,這個也是造成我很大的壓力,老一輩的不會,年輕人能體會,老的還是堅持他們的看法,因為(鄰居朋友)有一些大概是知道啦,有一些(猶豫)可能也是不是很確實知道我們家裡的狀況的啦,因為畢竟有一些事情我們也不方便講,因為家家有本難念的經,講了太多他也無法去體會(鄰舍)當你碰到的時候,除非是我,處在同一個環境就是一個經歷一樣的時候,他們才能夠有辦法體會說我目前的處境是這樣」-B1

第三節 黃昏民族的悲嘆～機構轉銜之重要性

人生的垃圾絕望的開始～從否認到無奈

成功老化指的是正常情況下腦部沒有產生病變,生理和認知功能雖然會因為老化而衰退或產生變化,但是基本的智力和理解力並不受到影響,腦部的活動透過許多的刺激仍然是可以保持一定的狀態(2006,吳震環譯)。到目前為止失智症發生的原因仍然沒有確定的醫學答案,什麼樣的人屬於好發族群仍然沒有解答,只知道老年婦女以及越老越容易罹患。還好,由於照護經驗的累積,照護歷程中如何面對長輩心智的變化,過程中的許多的失落、無奈、和否認的情緒的掌握,如何管理問題行為,如何因應未來不斷退化和認知功能的缺陷,都可以透過衛教與專業的協助取得照顧的知能;尤其在協助長者適應的過程,如何瞭解和同理長輩的感受力,透過他們的視角看見這個世界的變化,都是必要的照顧原則,從他們的分享當中更深刻體會到心理建設與心靈照顧是必要的:

「他覺得說他一開始也是排斥啦,他就說:我為什麼,我為什麼要這樣子。他也不能接受阿,對對對到目前為止也是不能接受,他需要別人的幫助,不管在生活上,生活起居上都要給人家幫助這樣子,到目前為止還是覺得說她看不開」-B1

「人生的演變喔也不知道要變怎樣,我們自己也預料不到」-B3

「我也不知道就我老的（先生）不在了我人就這樣身體不好，沒辦法睡覺忙林林總總」-A2

「真的去想人生的演變，年輕個一、二十歲喔，還要來打拼還有辦法，現在這唉～現在那個都後悔了啦，後悔也來不及了，可能我現在那裡一些同學那個時候女中的同學，大家如果知道我變成這樣喔真的，（啜泣掉眼淚）很多人會替我流眼淚」-A4

「（我還很常回來看你們）你喔不用那麼小心啦，我們老實講，我會受不起，我們這個真的就是不知道是什麼命」-A4

「早上我媳婦說 XX 要帶孫子來看（阿嬤），我說不要都不要好了，吃太多命太長才會在這裡，吃太多命去了，真的吃太長了阿，才會在這裡睡喔，這個臉苦成這樣，我就說有喔跟那個乞討的沒有兩樣」-A4

「我哪有決定，我連來看連那個那沒有，我說：你們決定就好了啦，看你們要給我嫁去哪裡都沒關係，反正人生的垃圾人家丟到哪裡結到哪裡就好了嘛，那我們現在就真的是人生的垃圾嘛」-A4

「我就說你們這個有比較撒米司（日語寂寞）人生如果走到這樣，八十多歲的人就真的人生的垃圾，人家要給你結也結不掉，你如果垃圾包一包自己結會結束嗎，那人生你是要怎麼結？所以說人生的垃圾最可憐啦（啜泣，流眼淚）唉，那時去拿藥從公園過，趕快看這一些喔這些人生的垃圾那樣子沒希沒望，那是說現在政府會養比較沒有關係，唉～很難講啦這種的痛苦，不知道要怎麼表達出來我們不會～可憐啦，如果說人生走到這樣喔，現在是在跟你怨嘆說變成人生的垃圾了」-A4

「喔～來到這裡看到大家這麼老真的（嘆氣）心就痛喔」-A4

「唉，（歲數）那不能說幸福不幸福，我這兩隻腳如果能走我就幸福啦，這兩隻腳現在就沒有辦法走，你如果一給我抱下去我命就痛，這樣在給我痛苦，現在是在跟你怨嘆說變成人生的垃圾了，阿就真的現在是人生的垃圾」-A4

一句話道出長輩的無奈和辛酸，走過人生的歷程，一生的辛勞面對家庭照護的努力，社會層面的失落與脫節，常聽到久病厭世的問題，以及因

為自身生理的限制所產生的失控和無力感、形象的改變、價值觀的低落、老化的孤單，生活的焦慮恐懼與挫折亦伴隨著自責與罪惡感，負向情緒所產生的憤怒感，深刻體會歲月的無情等等的無所適從，長輩把諸多問題歸因為「過去嚴格對子女造成現況的原因」-A4。失智長輩畢竟是弱勢的一群，他們的聲音被忽略，他們的決定不被看中，許多時候家庭可能把他當成是生命中的沈重負荷，忘卻了他曾經是我們最親近的家人永遠的親人；家屬往往忽略了照護的轉移，銜接過程和預備是很重要的，很多時候我們忽略的長輩的想法和感受，甚至決定權，而使得長輩產生負向的情緒。

失智照護第二部曲 機構式照護型態

第一節 專業的介入～照護權利移轉

機構照護已經是現今長期照護的重要模式之一，也是家庭和長者選擇照護的常見選項之一，長期照護體系介於醫療照護以及社會照顧服務中間，目前分為護理之家、居家護理、日託照顧、長期照護機構、身心障礙福利機構、養護機構、居家服務、日間照顧、安養機構、老人公寓、團體家屋等，主要是以技術性的護理和非技術性的護理在區分照護單位的層級，近年來失智症的議題越發受到重視，政府逐漸發展失智症日間照顧之模式，中部地區目前也在推動專屬的失智症機構照護，只是這類專屬失智症長者的機構式照護的機構仍屬少數，所以目前許多罹患失智症的長輩仍居住於一般專門為失能老人設置的長照機構當中。

入住的轉銜階段之預備

長輩入住一個新的環境，除了需要考量長輩自身的需求之外，同樣也需要衡量機構的合適度。一般基本考量如硬體設備，像是場地環境空間設計與佈置，好的場地提供寬敞舒適，與大自然相連，通風良好採光明亮，氣氛的營造有助於案主轉銜階段調適，硬體設備的整體規劃有助於失智症長輩的照顧，例如：大門出入控管防止失智者走失，迴廊設計讓長輩具有活動空間，學步車可以預防跌倒，床鋪、扶手、廁所、活動、閱報室、交誼廳等人性化的設計，無障礙設施的空間設計以及輔助器材之設備都可使案主減低生理行動上的不便。

除了空間的營造之外更重要的是考量軟體部分的人文因素，例如是否給予接納的空間和溫暖的感受、住民入住儀式的提供協助失智長輩適應機構生活，以及配合個案特性設計其相關活動，都是有助於案主在適應的過程，當然更重要的是照護人員的選擇，具備親切耐心與愛心之專業態度是必要的條件，選擇合適的照顧人員參與照顧才能塑造出家庭照顧者彼此的伙伴關係，共同來協助長輩；另一方面機構考量長輩入住的條件中，受到

政策上的規範和收容的限制，再者每個單位的服務範圍可能不一，工具性地規範和定義服務內容和範圍也屬必要，因此合適的照護機構是重要的關鍵，應按照失智長輩之需求選擇合適的照護單位是主要的考量點。

本章探討機構照護的優勢與劣勢，分別說明照護關係的轉換和醫護專業之間相互的關連性。從家屬、機構及長輩成員之間的互動性感受小細節中微妙的關連：

(一)、長輩入住機構之照護適應

長輩從熟悉的環境進入機構，面對飲食習慣、生活習慣、居住環境和照護人員的轉變，都是需要經過重新適應的階段，照護適應謀合期需要透過時間和互動並家屬的從旁協助，機構具有優良的空見環境和專業可信度的優勢，卻也是可能因為集體化和醫療化無法迎合個體照顧的限制，除非透過照護品質的提升，才有可能強化案主的適應能力：

「剛來很不習慣（笑）照實講，（想一下）各方面都不習慣，可能吃比較不合啦，我們自己煮比較那個（笑）自己要吃什麼就照自己的」-A1

「那晚上吃什麼是自己弄有時候比較方便就自己煮，那都要倒掉比較浪費啦，吃不完啦，那你如果去買便當喔，差不多四十塊就有了，在家裡我就比較喜歡去買便當」-A4

「（喜歡吃媳婦煮的）粥他煮的粥，吃完還真的會通呢真奇怪，她說粥就加那個蛋，一點小魚一些菜，然後幾樣下去煮」-A4

(二)、親屬間的分離焦慮～家屬同樣面臨轉換與適應

照護角色的轉移上，要從家庭緊密的關係中分離是不容易的適應過程，除了長輩面對適應問題的調適之外，家屬也在面對長輩的失智過程，開始要學習如何接受最親的長輩漸漸因為病情的惡化把自己忘記了，在心情上同樣需要調適和轉換。機構照護的功用在於分擔家屬照顧壓力，但是無法取代家屬的責任，機構給予家屬一個自由的空間，可以鼓勵家屬探視，開放住民返家，成為喘息服務的中介者和協助提供者：

「因為在看（探望）當中她們可能很糾結，一方面又愛又恨，一方面對她的行為是非常的恨惡，但是在不瞭解的情況之下他們很難去接受」-C1

「那不捨當然是個人之間跟阿嬤的情感當然會不捨，畢竟我們在一起十幾年了，那種情感因素還是存在，我們作晚輩的就是有空來關心她」-B3

「但是一開始，他們有時候會捨不得會帶回去，可是一回去馬上又雞飛狗跳，然後來來回回他們會發現自己的無能為力，所以最終就是放手了，而且會很感謝我們幫助了他們在這個部分補了他們的不足」-C1

「恩，是很關心但是某一個區塊他們就僅止於關心，可是真的生活起居的照顧對失智症他們還是沒有辦法」-C1

「差不多每個禮拜都會來看，蠻遠的就是也是還蠻關心自己的(父母)」-C2

(三)、新的照護形式～醫療專業化的平台

醫療體系的專業因為結合了科技，可以讓我們更加理解病情和對症下藥，雖然失智無法根治或推論疾病好發的原因，但是卻是可以試圖減緩失智的症狀。對於失智症相關的資訊，一般民眾或家屬對於疾病並不是很清楚，透過機構的專業人員共同探討長輩照護之需求，養護機構可以扮演醫病關係的溝通和資訊提供的平台，提供家屬建議並扮演支持者的角色，成為家屬在面對失智問題和現象過程的支持：

「因為十多年前先帶他到醫院去看，結果看精神科，結果吃的藥是鎮定劑，吃了以後他是白天睡晚上不睡，然後到晚上以後就開始大肆破壞所以必須要有專人要守著他，然後你又不能靠近他，因為他會跟你甩東西，結果我們就帶他到 XX，轉到神經內科那邊去，去坐鑑定，然後開始我們就透過他開始學習了很多」-C1

「會單獨帶他現去做一些檢查和診斷，然後去瞭解他是屬於哪一方面的失智，是生理的呢還是外張性的，對鑑定，那同時就做斷層掃描」-C1

「神經內科或是身心科，但是身心科他們排鑑定的日期，一般都很久有時後都一、兩個月，所以神經內科會比較快一點醫院的部分，所以由神經內科醫師去做評估判斷一般生活就是有幾個現象我們可以判定啦，比如說人、事、地物他開始產生會混淆或是混亂，已經大概有那方面的趨勢」-C1

「(送到醫院做檢查後才瞭解原因)對,(點頭)是鑑定正式才知道爸爸是得到什麼阿茲海默症,阿沒有我們之前對這個名詞是不懂的,只是說他變得,我們自己在想說他變得健忘症阿,奇怪怎麼越老越健忘」-B2

「其實知道阿嬤是失智症,就是透過醫療機構,醫師的診斷才知道,只不過我比較早知道他可能有這方面的,但是畢竟我們不是專業人員」-B3

第二節 照護關係的建立

照護者的角色除了具有基本的照顧能力之外,在面對失智長輩的照顧更是需要面臨異於常態的情緒照顧,面對遊走現象、黃昏焦慮、幻聽幻覺、焦慮擔憂、記憶喪失、譫妄、重複事件等諸多挑戰,需要找尋溝通和理解的方式,會發現「只要抓到這個 KEY 也還不錯啦,也有他的挑戰性,也有他的成就感」-C1

一、照護適應的挑戰與應變

(一)、從經驗中學習成長~創新的服務

需要從經驗當中去更新,具有挑戰性和困難度但是透過智慧的處理方式卻能夠找到適合案主問題和應變的方式,重要的是去瞭解與進入他們的世界,觀察瞭解尋找方法,透過照顧的執行同時檢討調整和改進,形成回饋修正與創新的循環歷程:

「恩他的症狀很多種,幾年下來我們就有一些經驗」-C1

「你要去觀察,去觀察瞭解,然後想辦法以後還要去執行,在執行當中你在去調整,調整之後你在改進,然後創新。」-C1

(二)、進入他們的世界~記憶的缺口

失智長輩面對一個無病識感的世界,要理解他們只有進入他們的世界,合理化長輩的世界成為正常,去瞭解他們的想法,變成環境適應人、照顧者適應案主、家屬適應機構照護的模式,換一種思考,不是遺忘了而是東西自己跑掉了,失智是記憶躲起來了:

「你就進入他的一個幻想世界裡面,其實也是蠻有趣的-」C1

「(問：失智症長輩自己知道嗎?) 恩肯定不知道，而且他不認為他自己失智。所以我們就把他當正常，我們變成是一個不正常，但是因為你在跟他玩當中，恢復到小孩子之間的那種單純，他知道你不會害他，他對你沒有防衛心的情況之下，就好像小孩子在玩當中是是非非真真假假裡面，只要他快樂過日子，其實這樣就蠻好了」-C1

「他在頭腦裡面有他自己的思考(問：然後我們還是要尊重他?) 對對，不管說什麼你都說是，他現在上班你就是說：對你在上班，他現在如果說在簽大家樂你就說：喔這個簽大家樂會中喔」-C1

「讓他在他的世界裡面生活啦，就是說他今天很忙(照顧人員)：喔，伯伯你在上班。(伯伯)：是阿是阿(照顧人員)：喔那你今天要去哪裡上班(伯伯)：林口(照顧人員)：喔這就要到林口了喔，不然你從那邊過去。然後他就會從那邊過去，等一下從那邊碰到(照顧人員)：你吃點心了嗎(伯伯)：沒有呢(照顧人員)：那你這邊坐一下吃點心。然後你給他吃吃東西他等一下又起來要走的時候(照顧人員)：喔你要上班了喔，好好，再見。等一下又碰到的時候：你林口的工作已經做完了嗎(伯伯)：還沒(照顧人員)：還沒沒關係你繼續忙。你就這樣子跟他玩，他這樣子一天下來，喔你今天上班真辛苦，因為他已經走很久了」-C1

遺忘了鑰匙：「對我們看到他是遺忘，但是你不能講他遺忘，而是講說：喔？鑰匙他怎麼自己會跑，很奇怪喔，我去找出來，它不乖所以現在跑出來了，我們抓到了。」-C1

(三)、照顧方法的創新和應變～百變應萬變

照顧失智症的挑戰，面對許多遊走、安全的顧慮、不願配合照顧者(掛手環)等問題行為，面對既有的照護模式不敷使用時，需要找尋新的照顧方法和變通方式，以個人化的需要做適度的調整：

「你要去觀察，去觀察瞭解，然後想辦法以後還要去執行，在執行當中你在去調整，調整之後你在改進，然後創新。」-C1

(家屬反應照顧的困難，長輩走失尋回但抗拒掛名牌)「比如說他跟你出一個狀況，比如說他遊走的部分，他會跑出去阿你會找不到，你就必

須想辦法注意安全，一般他頭腦又很好」-C1

「之前是有說給他掛名牌，只是他都不要而已阿，說在家裡的時候，對啊，就剛開始（的時候）怎麼辦」-B2

「比如說那次是因為他不肯你弄手環，後來我們想很多方法，所有他的衣服我們都寫上電話號碼，因為他就是不肯給你戴手環，他會工具他就把你剪掉」-C1

「恩有一些特別需要，比如說他會亂跑的，他喜歡趴趴走的那個，第一我們怕他跌倒，平衡感不好怕他跌倒，所以我們就必須有一些輔具，那個輔具就是讓他可以走，又不會跌倒但是又在一個安全範圍內，我們講的就是大人的學步車，限制行動但是也不能夠把他綁手綁腳，你要讓他走阿，他就喜歡走，但是你又怕他跌倒，可是你又不可能一個人 12 小時全部跟著他，所以你給他一個學步車，跟小孩子一樣不論走到哪裡都沒關係都不會跌倒阿，他也走不快」-C1

（四）、個別化處遇～在情境中創造生活

失智症長輩在行為問題上許多關於過去的工作經驗與記憶（工程師、家庭主婦個別的煩惱不同），很多屬於未完成的回憶事件和夢想的記憶，每位失智長輩具有其獨特性，從相處的過程中找尋溝通的方式進入他們的處境中，透過片段的記憶，評估失智長輩所面對的個別問題和需求，透過方法策略的處遇模式與互動，去幫助他們完成一個未完成的夢：

「每一個老人來他的狀況都不一樣，所以每一個老人進來你必須很單獨的去瞭解他個別的需要，完了以後人家說貓是順著毛刷，所以你抓到那個 KEY 的時候，你只要懂得去運用的話，其實失智老人也有很可愛的地方，還有等於你是，你要想很多的方法，你要想很多的策略，然後跟他一起互動」-C1

「但是有時後他在某一個點他還是會，比如說他拿了工具那怎麼辦，你的所有電器類的你就要很小心了，所以我們就拿了一些壞的東西跟他講：你是工程師所以呢這個麻煩你檢查檢查，他就很高興，然後趁他不注意再把那些東西就偷偷的收起來這樣子」-C1

「如果不會活動他就不會造成機構的困擾就是乖乖坐在那邊，但是就是因為他太動了，一般失智他就會很想完成他過去沒有完成的事情，或是他感覺到不放心的事情，他會一直想要去完成它，比如煩惱孩子沒有飯吃所以他會一天一直煮飯一直煮飯，我就拿很多鍋子，然後就問他這個問他那個，他會很煩（照顧人員）：喔好好好，不然你現在要做什麼，那你就拿一把菜給他，他就玩那一把菜玩到爛爛的，沒關係阿至少一個鐘頭二十塊錢也還划算，點子給他做就跟他玩像小孩子這樣跟他玩，就像家家酒這樣子，玩家家酒是很好玩的事情，看啦看狀況，以前他如果是工程師的話或是他以前事業做很大，他空間就需要很大，如果只是家庭主婦的話他比較是小一點的，廚房啦客廳或是做衣服啦種菜」-C1

（五）、發現行為背後的情緒～理解與傾聽

關心的失智長輩所重視的問題和行為背後的情緒、心理狀態才能夠從中理解他的想法與價值觀，家屬所提供的背景資料有助於機構照顧者理解失智長輩的思考邏輯和觀念，比較不容易陷於和長者之間的衝突的照顧困境的膠著狀態：

「與失智相處，從他們身上學習，調適找到相處溝通的方式（情緒的安撫很重要）比如說在生活上不管任何事情我們都跟他講 YES、YES 對對對，你講得都對，喔你很棒、你最好，你不要給他採取任何的抵抗的時候，他的情緒慢慢緩和下來，後來他也變成一個很好相處很幽默的人」-C1

「他說鑰匙丟掉沒有錯阿，所以你就拿另外一把鑰匙給他，他說不是這一把，（工作人員）：真的嗎？那如果他說不是這一把，那是不是另外一把，你就拿個四、五把給他，對失智老人他很難去選擇的，所以呢碰到這樣做，全部給你好了就這樣，他找不到他的衣服，（工作人員）：這件是不是，不是，好這件是不是，也不是好那沒關係，這箱全部給你。恩，就這樣子，因為他的問題不是你要去幫他解決，因為解決不了任何問題，因為你不知道他想得是什麼，那可能今天只是懷疑有小偷，但是你就瞭解他背後的話，如果今天是小偷那我們就去報警，就這樣」-C1

（如果不順著他的時候會怎麼樣）「他會發脾氣，他整個情緒就來了」-C1

(六)、讓失智成為助力～把放不下的放下

「比如說錢不見這個部分，我們當然要處理阿，那我們就：對對對你不見了，反正碰到失智老人我們有一個很深的學習，不管他說什麼你都說是，對對對被人家偷走，我去報警，喔那你丟掉多少錢？五百塊錢，喔好沒關係我一千塊錢給你，然後你先給他，其實等一下他就忘記你在把錢拿回來，但是這件事情他已經放下了」-C1

「我們就問他要做什麼，他會講說有人跟他借了錢，我們就說不管任何事情都是認同他，喔好那這樣子怎麼辦：阿那就給他要錢。好阿好阿。好那我們就上車去了，我就帶他繞一圈然後買個東西給他吃，然後他就忘記這些事情了」-C1

(七)、看重個人的價值增加幸福感

在照顧的歷程當中，照顧者發現生活回歸單純，簡單的生活不要太複雜，看見失智案主同樣是上帝的傑作，重視個人內在與生命的價值，從失智症長輩的身上看見，人性善良的面向，讓失智成為饒恕的美德。回歸心靈世界的照顧，失智長輩需要的不多，就是一個簡單的生活，失智症的發生不代表失去笑容的權利，仍擁有生活想像的權力，照護者的角色是協助他們在斷斷續續的記憶中讓笑容再現。

「因為人都是上帝所創造的，所以既然是上帝創造這個人他今天有這個失智症，我們也是把他當做是上帝的傑作，所以我們從失智症的這個區塊當中看到人心很可愛的一面，老的時候就不用計較很多，因為他會忘記，對阿，開心他也會忘記啦，但是你每天就讓他開心就對了，一個人要開心其實也很簡單，所以人跟人之間相處其實很簡單，你就簡單生活就好，不要把很多事情想得很複雜」-C1

「你就照顧他三餐起居以外，生活起居照顧好，不要感冒不要生病給他吃飽睡好這樣就好，生活就是這樣，回到很單純的生活」-C1

「那你就是滿足他，因為他有他想的權力，那你照顧者你就是滿足他就好了，滿足他，他就有幸福感阿，你問他：你幸福嗎，他對你笑阿，你看到他對你笑，你就知道他要表達一件事情，現在活得很愉快」-C1

(八)、尊重個體與自決的空間～信賴關係的建立

失智長輩因為心理因素及生理限制，表達能力變差但是對於許多事物還是具有對事物的認知和情緒，對於失智長輩刻板印象的迷思在於，認為案主意識不清亦不需要顧慮情緒和感受，忽略的態度反而增加長輩負向的情緒反應，照顧者應該給予案主自主的權利，尊重的態度：

「他三姐拿錢來在他媽媽面前，結果卡桑（照護人員）就三姊三姊、（手勢示意家屬私下繳費）唉幽～本來就這樣子，本來就要錢，有什麼好、讓他知道有什麼關係，本來就很多錢，他媽媽那個晚上就紙尿褲就不要就脫掉，紙尿褲要錢阿，紙尿褲、吃飯（拒食）還有這都要錢呢，他想一想紙尿褲就脫掉，半夜起來上廁所（在地上或垃圾桶）」-C2

「伯伯、伯伯你現在很生氣喔，是不是肚子餓呢？還是你哪裡不舒服還是你想要出去？還是你想要睡覺。你給他很多的選擇，失智老人他在思考的部分，你只要給他一個選擇，然後他會感覺的好像有人瞭解他了，他整個情緒就放下來。所以家屬看到這個樣子，他們會覺得原來不是針對他行為的部分去跟他槓上，而是去瞭解他行為背後他到底現在是需要什麼」-C1

(九)、沒道理的世界～麻吉與朋友的伙伴關係

「所以我們就發現到照顧失智症老人，你不要跟他講道理，因為他在他的世界裡面，他有他的想法作法，那你就跟他 YES，YES 你就成為跟他很好的麻吉，所以當你是他的麻吉的時候，他對你就死心塌地」-C1

「他把一些不愉快的很快就忘記掉了，然後你在給他一些對的好的他會記住，然後他會對一個人產生叫依賴啦，像我們照顧者他會依賴我們，甚至比他自己的子女還依賴，因為他慢慢的連他自己的子女他都忘記了，可是你在照顧他生活起居，所以對你還會都還會記得的，然後他會把你當作你好像是非常親密的人，比如說他的家人拿東西給他吃，他一定會趕快問你拿給你吃，所以阿他的兒女會覺得說奇怪，他的父母親怎麼對我們比對自己的還好，所以這也是我們很好的回饋」-C1

正向的照護關係透過信任而產生依賴，需要情感的基礎，機構照護與

失智長輩共同發展出來的新照護關係，情感的建立使照顧者和被照顧者成為一家人，彼此關心、信任、和分享生活，愛是連結彼此的重要依託。

二、機構照護之角色與社會互動

(一)、機構提供家屬醫護資訊專業化的平台～老化認知與生命教育

鄉下地區的一般民眾，平面媒體、傳播媒體接觸的機會有限，特別針對失智議題的相關資訊、醫療專業缺乏，仍需要透過社會教育來提升。失智症家庭因為機構提供內部的家屬與照護人員經驗的交流，形成資訊交流的平台，機構一方面也扮演著生命教育和老化預備的宣導教育的角色，和家屬攜手合作共同面對老化與失智的議題：

「我想現在跟以前比起來，現在的資訊已經很 OK 了，大家都有這樣的概念，而且失智症協會他們宣導的也很透徹，我也加入失智症協會，也受一些專業的訓練，所以受一些專業的訓練回來，我們會再跟家屬了解分享當中我們就會聊聊天，會有一些訊息彼此溝通」-C1

「因為一般家屬對這個區塊還沒有辦法很瞭解，或是說他來跟我們求助的時候，我們會先建議說一般是要家屬帶，因為那個評估的心理醫師他要家屬配合去問一些日常生活當中出現異常的現象」-C1

「視什麼樣的情況他們一般送來我們會先問，如果他們表達說就是在行為上面的一些異常依我們的專業判斷說他可能有失智症，但是至於失智的情況怎麼樣我們會建議家屬還是帶到醫院就診，他們問我們要看哪一科，我們會告訴他們可以看神經內科或是身心科方面，我會給他看一些文字資料，我們就拿一些失智症老人的一些資料給他看，再來就是到醫院去的時候那個心理治療師他會做一些評估，然後在那些評估當中由醫生去告訴家屬，他們的長輩目前的狀況是怎麼樣」-C1

「(失智) 這個以後我們以後老齡化以後，這些問題相對會浮現」-C1

「我們跟家屬之間的互動，有一個還不錯就是我們都很坦承，一開始我都會先告訴他們，我們終究會老，什麼時候突然間走我們不知道，所以已經送到機構的話，你們必須第一就是先做好這方面的預備，所以長輩還沒有走之前，我們會先問他長輩如果萬一走的時候第一要不要急救，第二

你要怎麼處理，所以我們會跟他有一個溝通跟協商，完了以後請他們家屬開會討論以後我們在契約上面我們會寫下來，所以在這過程當中，因為已經把該想的事情已經想好了」

(二)、機構照護者的角色～成為彼此之間的溝通的協調者

照護者的角色成為相當重要的中介角色，是溝通和教育的橋樑，機構的立場是提供一個開放喘息的空間，也提供可以對話的平台，成為家屬與案主之間的情感協調者，透過對案主生活習慣情緒轉換的理解，一方面幫助彼此配搭，另一方面協助長者在機構內成為群體生活的一份子。

「我們好像是他們彼此之間的一個橋樑，比如說他要表達一件事情，比如說他現在又開始發脾氣了，然後家屬就馬上開始就、就警覺起來，然後他看著我們在跟老人的互動，因為碰到了他們不能解決，然後我們給這個老人我們是給一個很大的空間，所謂很大的空間是他開始在煩躁不安的時候，我們就問他要做什麼，他會講說有人跟他借了錢，我們就說好，不管任何事情都是認同他，喔好那這樣子怎麼辦：阿那就給他要錢。好阿好阿。因為在看當中她們可能很糾結，一方面又愛又恨，一方面對她的行為，是非常的恨惡，但是在不瞭解的情況之下他們很難去接受，可是看到老人長輩們，在我們這邊怎麼可以過得很愉快，他們會想要探究原因，透過這樣子我們跟他們一些衛教或是一些表達，一些家屬他們就覺得說還是專業照顧有他的方法，一方面信任我們，一方面也修復他們彼此之間的關係」

-C1

「其實是我們照顧者的一個處理方式，比如說他失智他去拿了他的東西，那我們不能夠去責備那個失智症的，我們都說：對對對對對，私下我們會跟阿嬤講說對對對，不應該拿妳的東西，我拿他的錢去買賠妳。她OK，失智症其實搞不清楚，那伯伯（失智）這個餅乾是阿嬤拿給你吃的，他就又很高興。所以這樣他們沒有友誼的問題，你只要懂得處理的話應該還好，因為畢竟我們人不是很多，所以在處理這個部分是選OK」-C1

(三)、照護伙伴關係的建立～家屬成為機構照護的支持

家屬與照護人員共同關心長輩是必要的，良好的互動模式與照護品質

的提升，需要家屬與照顧者間相互配合，透過家屬的回饋幫忙減輕壓力成為彼此的助力和互補，在機構的大家庭概念下，長者、家屬、和服務人員的三角互動關係，情感的連結不再是距離，正向的照護關係從中彼此協調與成長，以長輩的利益為優先考量，成為失智長輩的共同心靈的照護者：

「或是他們住進來以後由我們處理也可以，但是家屬要配合」-C1

「我們都非常高興他們做的選擇，（擔心機構照顧問題）那是不必要的，因為他們（指哥哥嫂嫂）照顧讓我們更擔心，我們總是認為他這輩子對我媽，唯一做對的事情就是帶他來這個安養院，能夠接受最起碼就是生活起居比較乾淨，這是無缺嘛，比較安靜一點，我覺得只要對媽媽比較好的那種方式都好」-B2

「就生活照顧上是比較放心，因為他們都有專業的知識，甚至於都有證照受過專業的訓練，在長期來講老人的照顧上是比較妥當的」-B2

「我們一般都會給家屬一個觀念就是說我們是在幫你們的忙，替你們孝順你的們父母，所以你們應該感謝，嗯～他們也會有這種觀念，因為在他們家裡面他們真的是受不了，所以有人幫他們孝順，減少他們心理面的壓力和那種愧疚感，他們一般都是很感謝我們，對，還不錯，回饋給我們的很多，而且家屬他們有的都還每個禮拜，差不多每個禮拜都會來看」-C1

（你會經常到機構去看媽媽嗎？）「有阿我每個禮拜，每個禮拜」-B1

「我每個禮拜阿，幾乎啦不敢說百分百，百分之八十應該有，當然我們也從很久以前每個禮拜六喔，而且是他躺著，我每個禮拜六都有去看他，不管是在我大哥我三哥那邊都是一樣，每個禮拜六、禮拜天都會去」-B3

「那所以在這過程當中，就變成是一個很好的朋友，因為等於每禮拜他們都遠從老遠的地方來探望我們，探望我們這個大家庭，所以他們跟我們其他阿公、阿嬤也都變成很好的朋友，而且在這個過程當中他們也在學習一些失智老人的狀況，看到自己晚年可能也都會有類似的情況發生」-C1

「其實我覺得照顧老人家喔蠻辛苦的，你要因為他不像我們正常人，有時候你要照顧到的地方是非常的細微，老實講這是對照顧的人是一個精神跟體力上的一個壓力也是一個負擔，所以我會覺得說，我們就是把他看

成自己人一樣，自己的爸媽自己的兄弟姊妹，我覺得這對照顧的人也很好，他比較不會覺得說因為我收人家的錢就總要給人家做這個，然後他不會有一個覺得說喔像是在做工作那種心態，我覺得這樣喔做起來會很快樂，就把他弄到你的生活，跟他生活在一起吃飯阿，或是大家出來看個電視，或是出來散步，就是把他當成生活一樣，被照顧的人也會有家的感覺，然後照顧的人他在心理層次上才不會覺得很累，就覺得說家的感覺就很溫馨，不會覺得說這是一個負擔就不會」-B3

(四)、從機構照護看見新的契機～從瞭解到接納

從對於長輩的病況、心理適應、和行為模式的瞭解到接納，培養出照護默契，過往因為不瞭解而面臨照護的困境，陷入孤單和絕望的深淵，透過機構照護，角色可以重新定位，支持網絡重新建立，幫助長輩恢復社會互動，從新的角度去詮釋失智的問題，失智症照護因而產生契機，以伙伴關係接受現況的挑戰：

「大家都有伴，我們都同桌吃飯啦」- A2

(你還會想要回去住嗎)「不會呢，習慣了大家在一起比較有伴比較習慣了，就大家在一起就有感情了，互相幫忙互相照顧比較有伴，比較熱鬧啦」-A1

「對大家來都說我氣色比較好，我小妹來說我的氣色變得很好」-A1

「白天無人照顧需要聽家人的話～這裡比較照顧得到」-A4

(問：比較不習慣?)「答：(笑)不會啦，不要這樣想就不會了，就想說住家裡這樣就好了，就是想說家裡的人不放心啦喔，也說沒有人照顧有伴比較好，對，在這裡比較有人照顧啦，媽媽桑(機構人員)也很好」-A6

「這裡很好什麼都有喔這裡地方寬；大家都互相都是老朋友喔」-A2

「對，像家屬我們相處了這麼久，比如說幾年下來大部分都已經能夠瞭解了」-C1

「恩，後期就有再接觸，接觸後我們家人就比較知道就能夠接受，像到現在，像我爸爸這樣子前後差不多四年了，他也是症狀也越來越嚴重，也是我們家裡人也都知道，能夠慢慢的接受」-B2

失智照護第三部曲 機構家庭化照護型態

第一節 失智症照護未來展望

一、長期照護政策現況

目前政府長照單位自 2007 年四月由行政院通過「我國長期照護十年計畫」的推廣，到近期 2011 年開辦的「長照保險計畫」也都是在起步的階段，在這些政策制訂和進展的過程中，失智症照護的議題逐漸受到重視，但仍是有許多需要努力的地方，例如：家屬通常是遇到照護上的問題和困境，透過摸索與學習才開始慢慢瞭解相關的政策和福利資源，面對失智症照護的現況與反思，提醒我們對於此一議題應更加的關注：

「其實現在除非說家屬自己一個家庭本身有碰到這樣的老人，否則到目前還是常常會有人來送老人過來，我們告訴他說：這個可能要帶他去做鑑定，因為他有失智的現象，一般家屬還是必須透過一些資訊的傳達，他們才有辦法去瞭解」-C1

（家裡的長輩已經有失智，兒女們都還不知道？）「不曉得，就是我媽有時候會一直重複，（對於失智症）知道的人不多，我二嫂可能就自己也沒辦法照顧，在家裡也照顧不好，她（媽媽）可能有這種狀況，可是他們不曉得這個叫做失智」-B3

（對失智症的瞭解？）「應當是很慢，我們也是摸索那麼多年之後才知道他是患了失智，一剛開始只是說他可能是環境，還是身體各方面影響到他，後來覺得說他可能是已經走入老齡化了嘛，就有那方面的問題，後來是朝著那方面下藥，才有好的改善的空間」-B1

「就我所知，政府近期透過媒體或報導，就我所知政府有在注重長期照顧這一塊，甚至你必須有一些政策，但是我說政策的落實喔，其實有困難」-B3

「我覺得我們政府對於老人關懷這塊還是不夠，瞭解得不是很深（問：政府有開始在做這方面的訓練）剛起步，對在摸索當中」-B1

二、失智資訊推動之展望

(一)、相關資訊需要普及化～資訊平台的建立

失智症的預防需要提前防範，目前有關政府福利政策方面，一般民眾的認知仍然有限，中南部或偏遠地區的情況則資訊更加不足，特別面對鄉下長輩不識字的居多，政府宣導的部分有其困難度和需要強化之處：

「我們什麼都不知道阿，宣導應該是要到鄉下去宣導」-B2

「越鄉下對這種東西喔越不瞭解，那是因為在城市資訊比較多，才知道說失智症是什麼的，像我們鄉下人怎麼會知道什麼叫做阿茲海默症」-B2

「這方面的知識還沒有很普及讓民眾知道，那這個可能就是我們的政府他要去宣傳或是宣導的地方」-B3

(政府宣導)「不是很清楚，我覺得還是不是很清楚(民眾)，我覺得政府還是要大力宣導，尤其家裡有老人家的，不管是電視媒體或者是廣播節目，各方面要大力宣導，因為這是二十一世紀的文明命病了啦，真的，我覺得政府要提前的防範」-B1

(政府宣導)「知道的人不多，人力也不足，宣導的人力還有因為這必須全面性的對老人做宣導，需要有人，有時候文宣，老人家自己本身失智他還不識字」-B3

(二)、文化傳統思維～社會共同意識需要再教育

傳統思維或觀念，如子女應盡孝道和照顧責任，似乎有需要轉化，由於家庭的解體，家庭人力的不足，關係的疏離，使用正式照護包括機構安置已成為常態，只是社會價值和大眾輿論的壓力，仍然會讓家庭在安置過程有些顧忌，如果以案主為中心的思考，機構的安置對長者而言是適合的選項，即家庭成員與機構共同分擔照護之責，不失為可行的照護模式。另外，基於人性考量和在地生活圈，如果能夠落實社區福利化，福利社區化的遠景，強化社區照護，也是很重要的政策取向與趨勢：

「我覺得就是經費的問題，政府經費的問題，政府的經費可能拮据，但是如果說做得起來，對於社區，對於一般平民百姓他的生活有需要照顧老人的話，會減輕掉他們的負擔，我家裡面如果有這樣的情形發生，我應

該尋求什麼樣的幫忙，對比如說有一個合法的養護機構我就知道說要送老人家去那邊，那你如果說你要讓每個家庭成員都懂得去照顧的話，我覺得我們台灣目前還沒有這樣的能力」-B3

「可能我們沒有想到說我們進入老年化那麼快，尤其失智這個大家都拒絕去承認，就是說家裡有個失智症的話，就是說想到說它是不是會遺傳，會影響到下一代，還是說怕別人指指點點還是怎樣，我覺得還是我們台灣還是處在那種農業社會那種舊觀念，因為他們（社會大眾）所受的教育又不高所以會排斥，因為第一個病人排斥以後（失智者本身難以接受現況而不願意求助），我們家屬的話要幫助他（長輩）是很難的」-B1

（失智症長輩說他掉錢）「然後他說要報警，我們說：好，他會說，不可能：真的阿，好那我帶你去派出所，然後我們會跟警察這樣子眨眨眼，然後告訴他事後我們會告訴他（警察），因為他失智症，一般警察都願意配合，所以我們這社區的警察都很好，警察局都認識我們」-C1

「所以我們最近失智症協會他們有在鼓勵就是我們到社區裡面去做一些專題演講，然後讓社區裡面的老人會，或社區的團體去瞭解這個老人（失智）這個區塊」-C1

（三）、機構專業化的重要性

踏入高齡化社會的同時，長期照護的問題不容忽視，社會福利的政策和長期照顧制度的建構，有助於減低社會負擔和後續的社會問題。對於失智症長輩所要面臨獨特的照護方式和人力，更是需要有制度的專業，提供人性化的照護模式，目前失智症專屬的社會福利機構尚屬不足，未能銜接和滿足家庭照顧的需求：

「因為畢竟我們台灣步入老人社會，這個失智症人口會越來越多」-C1

「最近這一兩年有一些口號，就是說當家人出現這種問題的時候要提前防範，要提前注意可以降低一些後續的問題，最近這一兩年有這些口號出來，這些措施出來」-B1

「我是覺得說老人福利方面要加強，因為現在我們已經走入高齡化了嘛，你在福利方面沒有做好的話會造成我們下一代的負擔，相對影響到說

我們整個社會的發展」-B1

「我覺得老人福利這方面，政府要加快腳步，不管在硬體或軟體方面都要加快腳步，因為我們比起一些歐美先進國家我們落後很多」-B1

「等不到這些失智人口的比例，然後就變成說銜接上會有一些問題，照顧上會有一些問題這方面都有，所以我是希望政府在這方面能夠加快腳步，不管是機構或是人員、醫護人員也好能夠快一點」-B1

(四)、加強專業人力培訓

專業化的提升不可或缺的前提是專業人力的培訓。失智症長輩的照護工作需要加倍人力投入，培養更多專業的人才，為因應時代照顧的需求，也應該讓照護的知識普及化在家庭，可藉助機構人員培訓、在職訓練、經驗分享會、家屬照護經驗之支持團體等等，提升照護品質與專業制度化，透過推廣教育，讓照護的責任成為大家的共同意識，讓大家一同關心長輩：

「還是短缺，因為我們對那方面的專業人力好像很少」-B1

「當然你在這個過程當中，有很多的在職訓練，鼓勵他們去外面上課之外，我們裡面也常常會有小組的分享」-C1

「那另一方面就是剛剛 XX 你講的，這個失智專業機構的喔，其實政府的政策他的構想很好，但是你說要怎樣讓他實際落實，其實還很多地方是需要努力的，你光是一個人民的培訓其實就不是那麼的容易」-B3

「專業養護的人力其實不足，恩不足，那你說點的設置，可能硬體這方面也是要很認真去琢磨的地方，再來最重要的就是專業養護人員的培訓，其實他的比例是不足的，民間普遍相對於這方面有這樣的需求，但是大家好像對這方面認知還不夠」-B3

(五)、設立專屬失智機構(以美國失智症日託中心 Senior Concerns 為例)

台灣需要發展失智相關的照護單位，「我們政府對於老人關懷這塊還是不夠，要加強要成立這個專業的，就是說照顧失智老人的機構」-B1
研究者透過暑期機構實習於美國加州社區型失智老人日託中心 (Senior Concerns) 的經驗回顧，台灣目前的社會福利政策制度仍無法像美國如此完善，該國本身設有社會保險制度，所以在年老時期可以享有許多相關的

福利。台灣亦可考慮失智症專屬的團體家屋、日託中心、照護機構等小型公辦民營的機構，開始著手改善失智症的照顧，提供精緻化的社區型服務。Senior Concerns 的經驗告訴我們，社區化的地方照顧機制可以結合醫療專業人員、照顧服務員、社會服務專業人員、家屬、政府資源、學術機構、義工團體、企業組織、民間愛心團體、宗教團體等等相關資源，共同在社區落實照顧的能力，協助親屬在政府資源的配搭下，共同提升照顧品質，協助失智症長輩病情的延緩。

美國的日託中心就如同台灣一般，採用公辦民營的方式，由政府單位補助部分，個人也需要負擔些許的成本費用。Senior Concerns 這個失智症的專屬日託中心，成立於1975年，至今已有三十多年照顧服務的經驗，具有相當的規模和體制，屬於私人的非營利機構，特別提供失智長輩相關的課程、資源連結、諮詢以及與家庭相關的服務、教育訓練、成立家屬支持團體、定期開辦相關研討會或提倡預防宣導等活動等，就 Senior Concerns 的照護模式來看，所提供的服務對象是以失智症為主的單一群體，因此更可以細項精緻化的發展照護的需求，提供更具體以及個人化的服務：

1. 日間照顧（日託）：

星期一～星期五的早上7:30~5:30備有無障礙小巴士於社區內從住家專車協助接送，在日間照顧失智長輩的群體之中，又依照失智程度區分輕、中、重度，劃分為三個不同群體，針對不同群體的需求提供不同的活動設計，並成立興趣小組，給予長輩尊重和抉擇的權利，可自由參與在不同的活動。

機構內部設有醫院營養師及專屬合格廚師，配搭健康、低鹽、低糖飲食，每天備有餐食服務（早餐、中餐、點心），提供軟質易消化的餐點，並特別規劃糖尿病之專用飲食。

給予長輩們有一個舒適的環境，透過中心內部專業的照護人員，平均一位照護人員分擔照顧3~5位失智長者，並運用長期志工、義工等資源協助分攤照護人力。

2. 送餐服務：

電話問安、長輩送餐服務，透過不同的愛心團體、志工提供送餐服務，主要是針對坐在輪椅行動不便之長輩，或是有需要特殊飲食的老年人，經過評估給予醫院營養師特別調配的餐點。

3. 各類活動：

閱讀報紙新聞、身心機能活化運動、健康保健新知講座、手工藝、慶生會、音樂律動、爵士舞蹈、寵物治療、音樂輔療、節慶活動、古典音樂賞析、賓果遊戲、猜字遊戲、園藝治療等多項動態與靜態活動。並結合社區中各類團體、學校社團、民間團體或醫療體系共同關心失智長輩，減少社會脫節現象。例如提供長輩專車接送超市購物服務、童子軍寵物介紹、兒童鋼琴表演、少年小提琴演奏、義工團體爵士樂團老歌懷舊時間、復健師健康律動教學等等。

4. 社會倡導者：

針對失智區塊提供資訊和宣導，定期舉辦社區相關講座，提供個人法律諮詢、相關權益資訊、電話諮詢、特別設有老年人預防詐騙的專線服務。

失智症長輩專屬的社區化照顧服務，提供更細微的照顧，運用社區工作的概念讓失智長輩仍然回歸所屬的群體和家庭，結合各項資源，成為家庭的扶持者，日託機構的角色擔任定期的服務和資源管理。看見 Senior Concerns 老人服務中心所提供服務的項目中，從活動的設計中結合敘事、懷舊過去的經驗，在照顧的歷程中提供長輩正向的回應，透過充權（empowerment）的概念增強長輩自我肯定和價值意義的感受度。

令我印象深刻是聽著現場爵士樂的演奏與失智長輩共舞，舞蹈是他們的文化特色，長輩內部間也形成小群體，會發現他們擁有彼此很好的朋友並互相關心；在我唱著美國國歌，感受到他們肅然起敬的愛國精神，更深刻認知台灣的照護模式發展更是需要結合長輩不同的族群需求，加入文化、宗教與本土化的元素在內，讓照護模式更貼近案主的生活情境，透過

歷史的情境脈絡下發展出屬於在地獨特的照護型態。

(六)、預防宣導及老化預備～降低後續問題

老化的議題是我們每一個人都會面對的，失智症照護議題是一個不能被忽略和遺忘的社會議題。現階段的社會大眾宣導教育，不僅是為了失智長輩也是為了我們自己和下一代，雖然不一定每個人都會面臨失智，但是透過失智症家屬和照護人員教導，提供我們寶貴的一課，讓我們更重視失智照護問題，確認預防勝於治療的原則，對於未來具有領銜和正向導引的作用：

「而且在這個過程當中他們(家屬)也在學習一些失智老人的一些狀況，也看到自己晚年可能也都會有類似的情況發生」-C1

「這個以後我們以後老齡化以後，這些問題相對會浮現」-B1

「因為終究有一天我也會老，所以在還沒有老的時候先瞭解什麼叫做老，老會有什麼現象然後呢，多少會有失智的問題，那我以後要怎麼樣去因應」-C1

本研究中的失智症家屬和照護人員提供了寶貴的經驗，也是照護趨勢和方向最好的見證，近年來失智症協會開創了許多的方案，其中家屬支持性團體是重要的方案之一，扮演著重要教育、支持、分享、和解決問題的角色，透過這些走過淚水與困苦人的經驗談與分享，就如同聖經哥林多後書 1:4 所形容的「我們在一切患難中，他就安慰我們，叫我們能用神所賜的安慰去安慰那遭各樣患難的人。」，提供了最好的教材，尤其是彼此間照護經驗的交流，有助於安慰那些處在同樣困難的家庭，同時也作了宣導預防的重要工作：

「(失智症協會)他們是家屬的一個支持協會，但是他是在北部啦，那我們加入的話資料(提供參考)，或是我們有一些電子報可以看，或是說中部地區有舉辦一些講師訓練、失智症的一些課，我們會鼓勵家屬去參加，我們本身也去參加這樣，失智症協會他們有在鼓勵，就是我們到社區裡面去做一些專題演講，然後讓社區裡面的老人會，或社區的團體去瞭解這個老人這個區塊，因為畢竟我們台灣步入老人社會，這個失智症人口會越來

越多」-C1

「因為我一些淺薄的見識，那或許有一些地方我的見識不是很正確，我覺得訪談很重要，就是說可以把自己的想法講出來，即使我說的不對，別人講到比較正確的知識，就可以導正我的觀念，甚至會影響到我的行為，萬一我周遭我的親朋好友，有類似的情況那我們可以講給他聽，我覺得這個也是一個教育一個宣導，這樣很好，對的事情就應該堅持去做，我覺得這樣是對的，不要怕人家批評啦，沒有說我們一定想的都是正確的，人家跟你說一下解開你多年的疑慮，疑惑一下子就解開了，勝過你在那邊補都沒有用」-B3

第五章 研究結論與建議

第一節 研究議題討論

失智症家庭面對照護的議題，最常聽見負向的說詞，例如：活在一個沒有明天的未來、不得安寧、害怕走失的恐懼、病情惡化的無奈、情緒無常的暴怒、固執偏激的無理、耗盡人力醫療花費、造成家庭許多壓力的困擾等等。面對家庭中的負荷，及異常行為引起家庭的天翻地覆，欲哭無淚的失智症照護狀況，這天長輩笑著跟我說了一個故事：

A1：「我讀不到完，算說那時候讀書的時候就光復，剛剛光復就日本人已經回去，就國民政府，那時候怕飛機，大家都不敢去讀，飛機會給人家炸阿，做糖啦（糖廠）」

A2：「會社就是工廠啦-日本兵阿跟美國人在戰爭的樣子（現在五六十年以前的事情，台灣就發展很快）」

A1：「對，台灣發展很快」

A2：「以前日本時代我們台灣人沒有好穿，也沒得吃呢」

A1：「用布袋有嗎，那個美國救濟的，屁股五十公斤的，這樣聽有嗎，那個麵粉袋這樣做褲子穿呢，做成這樣屁股上有字樣五十公斤（笑）」

A2：「有那種穿很好喔，有的人就穿布袋」

A1：「穿布袋」

這段被遺忘的歷史描述著日本打仗與台灣光復時期的記憶，在年代的轉換中，年輕一代到年長一輩，從貧窮到富裕，日據時代麵粉袋褲子的故事說明了儉樸的生活進入到現代化的衝擊，他們所經驗的歷史，是被我們遺忘的故事，過去的歲月，被我們遺忘在記憶裡頭，失智長輩他們的弱勢，使我們聽不到他們的表達，沈默的歷史反映在失智的觀點，過去他們是家庭的付出與支持者，擔付照護兒女的職責，現今卻被遺忘在過去的世界。

第二節 研究結果

透過以上研究整理發現，失智症機構照護適應的問題更是我們需要關注的議題。失智是需要被理解的過程，人都有被關懷和被愛的需求，在群己關係中尋求被接納，只有愛能夠打破困境的藩籬，失智的現象就如同社會承載負荷過重，而跳電短路的情形一樣，對於許多概念與記憶呈現片段跳躍、間斷式的思考，在照護的過程當中需要有能力辨識失智者的行動，發現背後的原因，透過理解、同理、傾聽、尊重個體的表達意願和權利的維護，敏感於個體之感受與需求，照護者更是要從經驗當中去發展出個別化的照護方式，從創新中去做調整，透過專業的訓練，讓照護的環境成為一個舒適熟悉、像家一樣的空間。

失智並非痛苦的歷程，長輩所需要的不多，回歸單純的生活並不需要太多的物質追求，透過他們的表達，一個快樂圓滿的人生就是滿足，擁有活在當下快樂的權力，能夠享有尊嚴和被理解。從失智者身上，讓我們學習和成長，跟著他們一起把不愉快忘記是持續下去的力量。

照顧者與被照顧者彼此之間的微妙關係，是雙向互動的過程，探討機構照護的議題，為的是希望夠透過照顧的過程、二者之間溝通的進深，探討兩者間正向的發展，在照顧的過程當中去同理被照顧者的立場，利用「優勢觀點」，運用環境資源、個人長處、家庭生態觀點，引導被照顧者在焦慮、掙扎的情況下透過基本生理需求照顧、溝通互動、興趣活動到生活樂趣等等，進一步提升被照顧者之生理健康、心理情緒、人際關係、社會互動、信仰關顧、自我認同感等各方面需要，進而達成身、心、靈之全人關懷的照顧理念。

失智症長輩機構照護適應問題，一直都是機構與家庭雙方的責任。失智長輩以及家庭及機構照護者，呈現出一個互助的三角歷程關係，透過對長輩病況的理解、心理適應和行為透析的過程，從理解到接納轉為彼此的助力和幫補，藉由照護者與家屬間經驗的傳承、協調與成長，培養出照護的默契，而發展出正向的照護關係。

第三節 研究建議

機構照護扮演幾個重要的面向，成為家屬、長輩、社福單位、醫護關係、並社區之間的倡議者、也是政府資源的連結溝通之平台。另一面向看見親屬的角色一直是機構人員無法取代的，當家屬與照護人員共同關心長輩的需求，是極大正增強的力量，透過良好的互動模式與照護品質的提升，有助於失智症長輩適應新生活、環境、心理及社會，當二者都以長輩的利益為優先考量，彼此成為失智長輩的共同心靈的照護者，因此提供以下幾點相關的建議，盼望一起努力。

家屬是在扮演照護決策過程中成為最主要的推手，需要顧慮到長輩的感受，多方面溝通及家庭內部的協調，並做好建設性的工作，減低案主對於家庭間的親情拉扯所產生情感分離之焦慮，此外家屬的回饋更是成為機構的助力和扶持，一同面對照護議題當中的挑戰，共同營建出一個容易適應的照護環境。

透過研究我們看見台灣目前面對失智症照護方面，仍需要更多加強與多方面的努力，提升制度和專業化人員之培訓，盼望更多人一同投入照護的單位，期待這樣的社會責任和宣導教育，能夠在地普及化及落實在民間單位和社區當中；我們需要對於失智症照護有共同的看見，藉由宣導和建構社群共同支持的力量，提升社會責任成為彼此的扶持，讓過渡異化的照護相關團體經過資源的整合的過程，使醫療體系、長照體系、社福單位、照護單位、警政單位、家庭與社區之間等等資源網絡，彼此有共識和遠景，同為長輩提供整體更完善整全的設備與措施，提升失智長輩心理適應之照護，給予他們在年老的時候享有尊榮平和的幸福圖像。

第六章 研究限制與倫理

研究限制可能來自研究者本身、研究架構或設計的過程。質性研究當中研究者本身就是一個資料蒐集的工具，透過自身的經歷、知識、經驗、文化、思想、社會、宗教等觀念形成既定的文化框架，因為每人的背景不同看事情角度亦有差異，透過不同的文化場景 (Culture Scenes)，觀察角度呈現不同風貌。研究者透過受訪者之訪問所收集的柔性資料，同樣會受到外在環境及內在因素的影響，例如訪談者當天的情緒、彼此認識的熟識度、訪談技巧的深度等，都會造成其結果的不同。

回顧本研究的限制在於，研究者所處環境，對於過去的共同經驗，處於同一社群的生活經驗，存在現有的熟識度和先驗經驗中反而容易產生「文化糾結」的限制，研究者與受研究對象兩者之間，同時交織於在地化中共同的文化經驗，研究者本身比較難跳脫「背景知識」與「地方圖案」而去敏銳有意識的辨識的文化訊息時所產生的「文化識盲」。

人文科學的研究範疇，透過質性研究者進入研究場域時，應客觀的角度去瞭解在地的文化和語言，讓研究問題更為深入被理解和從中透過溝通書寫的過程達到研究的問題目的。本研究議題的限制在於所處的研究場域屬於多元族群的體系，礙於研究者自身客家話、台語、日語不熟悉的狀況下，研究的深度受到影響，另一方面發現問卷過於工具化的訪談內容，無法貼近失智長輩他們的生活世界，其中也遇到失智長輩表達能力受限、困難回答問題、或無法具體回答題目而產生資料無效的情形。

附錄 一

參考文獻

中文文獻

- 內政部統計處。(2005)。內政部統計通報(94年12月8日)，內政部統計資訊服務網，<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部統計處、行政院衛生署、行政勞工委員會，2000，中華民國八十九年台閩地區身心障礙者生活需求調查報告(醫療衛生保健服務篇)。
- 內政部社會司。(2010)。老人福利與政策，<http://sowf.moi.gov./04/01.htm>
- 王釗如。(1998)。優秀社工與羈絆的靈魂共舞——一位阿茲海默症患者之主要照顧者的生命經驗敘事研究。南華大學生死學系碩士論文。
- 朱婉兒、李寧、Angela Leung。(1998)。優秀社工。香港：壹出版有限公司。
- 李薇。(2007)。失智老人社會心理適應的護理人類學研究。慈濟大學人類學研究所碩士論文。
- 呂寶靜。(2002)。社會工作與台灣社會。台北：巨流。
- 呂寶靜。(2001)。老人照顧：老人家庭、正式服務。台北：五南圖書出版公司。
- 社團法人台灣失智症協會(2004)。台灣失智症機構照護需求之調查：長期照護機構失智症患者之盛行率調查，<http://www.tada2002.org.tw/>
- 邱天助。(2002)。老年符號與建構：老人研究的社會文化轉折。台北：正中。
- 吳淑瓊。(2004)。從「建構長期照護先導計畫」之執行看我國社區式長期照顧體系之建構。社區發展，106:88-96。
- 吳芝儀。(2003)。敘事研究的方法論探討。齊力、林本炫編，質性研究方法與資料分析(頁171-200)。嘉義：南華大學教育社會學研究所。
- 卓春英。(2001)。碩養天年-台灣家庭老人照護的變遷。台北市：巨流。
- 威廉斯·布萊登·米勒 Bronwyn T. Williams。(2007)。社會科學論文寫作完全指導手冊，龔明譯。台北：湯姆生。

- 徐宗國。(1996)。紮根理論研究法：淵源、原則、技術與涵義。胡幼慧(編)，
質性研究：理論、方法及本土女性研究實例(頁47-73)。台北：巨流。
- 徐亞瑛。(1996)。紮根理論之介紹：以「台灣地區殘病老人家庭照顧品質」
研究為例。護理研究。
- 徐國強。(2010)。失能老人日間照顧服務的使用對於家庭適應影響之探討。
國立台北護理學院長期照護研究所碩士學位論文。
- 孫得雄、齊力、李美玲。(民86)。人口老化與老年照護。台北：巨流圖書
公司。
- 高淑清。(2008)。質性研究的18堂課：首航初探之旅。高雄：麗文文化。
- 麥克·懷特 Michael White。(2001)。故事·知識·權力—敘事治療的力量。
台北：心靈工作坊文化事業股份有限公司。
- 陳向明。(2002)。社會科學質的研究。台北市：五南。
- 陳燕禎。(1995)。老人問題與安老計畫之理論與實證：台灣省之經驗。社會
福利，120:22-26頁。
- 陳昱名。(1994)。社會福利資源與需求的落差：以老年失智症病患家屬照顧
者之照護負荷需求困難為例。台北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 莊雅婷。(1996)。養護機構老人自主性之探討。東吳大學社會工作學系碩士
論文。
- 梅陳玉嬋、楊培珊。(2005)。台灣老人社會工作：理論與實務。台北：雙葉
書廊出版社。
- 萬育維。(2004)。老人照護工作：護理與社工的專業合作。台北：紅葉文化。
- 萬育維(2001)。社會工作概論：理論與實務。台北：雙葉書廊出版社。
- 楊佩琪。(1990)。老年癡呆症病患家屬之壓力與需求探討。東海大學社會工
作研究所碩士論文。
- 賈淑麗。(2000)。台灣居家護理現況分析。社區發展季刊。
- 潘淑滿。(2003)。質性研究：理論與應用。台北：心理。
- 鄭淑華。(1989)。癡呆症老人的理解與養護—個案處遇實例。台北：中華民
國社區發展研究訓練中心。

- 鄭元沅。(1987)。落日餘暉：面對老年癡呆症。台北：光啟。
- 歷寶蘭。(1999)。失智症長者「懷舊團體工作」行動研究以屏東某仁愛之家為對象。美和技術學院健康照護研究所碩士論文。
- 劉雅文。(2005)。探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程—老人自主權之分析研究。東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 謝美娥。(1993)。老人長期照護的相關議題。台北：桂冠。
- 戴章粥、吳正華。(2009)。老人福利。台北：心理。
- 蕭瑞麟。(2007)。不用數字的研究：鍛鍊深度思考力的質性研究。台北市：台灣培生教育。
- Christine Bryden。(2007)。與癡呆症共舞，陳永財譯。香港：基道。
- Catherine Marshall、Gretchen B. Rossman。(2006)。社會工作與台灣社會質性研究：設計與計畫撰寫，李正賢。台北：五南。
- Diana Kerr。(2009)。瞭解學習障礙與失智症發展中的有效介入，陳美君譯。台北：五南。
- Danny L. Jorgensen。(1999)。參與觀察法，王昭正·朱瑞淵合譯。台北：揚智文化。
- Dean H. Hepworth, Ronald H. Rooney, Jo Ann Larsen。(1999)。社會工作直接服務：理論與技巧。台北：洪業文化事業有限公司。
- Enid O. Cox & Puth J. Parsons。(2001)。老人社會工作：全能激發取向，趙善如·趙仁愛譯。台北：揚智文化。
- Ian Shaw, Nick Gould。(2008)。社工質性研究，陳秋山·王玉馨·郭慧琳譯。台北：華都文化。
- Janis Abrahms Spring, Michael Spring。(2010)。老爸給我的最後一份禮物，鄭嘉珺譯。香港：城邦。
- Michael Quinn Patton。(2008)。質性研究與評鑑，吳芝儀、李奉儒譯。嘉義：濤石文化。

二、英文文獻

- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1998). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Needham Heights, MA: Allyn & Bocon.
- Ezzy, D. (2002). *Qualitative analysis: Practice and innovation*. New York: Routledge.
- Hatch, J. A. & Wisniewski, R. (Eds.). (1995). *Life history and narrative*. London: falmer.
- Josselson, R (Ed.)(1996). *Ethics and process in the narrative study of lives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Josselson, R & Lieblich, A (Ed.)(1993). *The narrative study of lives*, Newbury Park, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riessman, C. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage.

附錄 二

訪談大綱

訪問長輩（被照顧者的感受）

對家人、家庭的看法

1. 家庭結構？
2. 在機構和家裡住的感覺有什麼不同？
3. 對家人的想法？
4. 來機構是你的意願嗎？（心境的轉化過程）
5. 家人相處模式？多久探訪一次？
6. 家人和誰比較親切？

對自身的反思

7. 過去到現在，對於人生走過的路有什麼想法？（生命史）
8. 你對老化（年紀、失智）的感受是什麼？（心理和生理的轉變？）
9. 老化、失智的症狀是什麼？
10. 面對困難如何支持下去？如何克服恐懼？
11. 對於未來的看法？對於疾病與老化的態度？
12. 自身的需求為何？

對機構的看法

13. 在機構多久的時間？
14. 為何會來到機構的原因？
15. 對機構的看法？
16. 你住在這裡快樂嗎？（適應得如何）
17. 對於照顧人員的看法
18. 有哪些是你在機構會做（喜歡）的事情？

訪問家屬

對失智長輩的看法

1. 對於長輩的描述（生命史、個性、脾氣、背景、工作）
2. 家庭相處模式為何？
3. 失智症的開始初期症狀如何發現？
4. 對於疾病與老化的態度？（心理和生理的轉變？）
5. 如何克服恐懼？
6. 多久探訪長輩？
7. 如何溝通？建立關係？
8. 長輩在家中扮演的角色？
9. 照顧之心路歷程？
10. 目前的需求？

家屬對於自身的看法

11. 期許與感嘆？
12. 面對什麼樣的困難與挑戰與心理壓力？
13. 家庭支持系統為何？
14. 對於機構的經費負擔？
15. 面對困難如何支持下去？
16. 對於未來的看法？
17. 親情間的拉扯？
18. 如何調適心情？
19. 對於未來的看法？目前的需求？
- 20.

對機構的看法

21. 送到機構的原因？
22. 對於長輩在機構的看法？
23. 對於政府與社會的政策有哪些想法？
24. 對於未來的看法？目前的需求？
25. 對於機構人員、照護人員的想法？

訪問工作人員

對工作的看法

1. 對於失智老人的看法？
2. 照顧採取的方案？
3. 失智病患如何照顧？
4. 長輩的醫療設備需求？
5. 政府與社會的政策有哪些想法？
6. 面對困難如何支持下去？

對長輩的看法

7. 失智病人的照顧是否不同於其他個案？
8. 失智老人的需求是什麼？
9. 長輩或家屬面臨死亡的恐懼，照顧者如何協助？
10. 面對失智老人採取什麼角度在溝通？照顧？看待？

對家屬的看法

11. 對於家屬的看法機構如何處理？
12. 對於家屬的態度？
13. 長輩或家屬面臨死亡的恐懼，照顧者如何協助？
14. 在機構的長輩與家屬的互動如何？

對自身的看法

15. 如何開始失智老人的照護的工作？（生命史）
16. 照顧者本身的心情調適？
17. 為何選擇照顧失智症的患者
18. （照顧者本身的心路歷程）？
19. 面對什麼樣的困難與挑戰？
20. 如何克服恐懼？
21. 照顧長輩最辛苦最累人的部分是什麼？
22. 如何調適心情？
23. 照顧之心路歷程？

附錄 三

臨床心智量表 CDR

	記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料
無 (0)	沒有記憶力減退、或稍微減退，沒有經常性健忘。	完全能定向。	日常問題（包括財務及商業性的事務）都能處理得很好；和以前的表現比較，判斷力良好。	和平常一樣能獨立處理相關工作、購物、業務、財務、參加義工及社團的事務。	家居生活、嗜好、知性興趣都維持良好。	完全能自我照料。
可疑 (0.5)	經常性的輕度遺忘，事情只能部分想起；“良性”健忘症	完全能定向，但涉及時間關聯性時，稍有困難。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，稍有困難。	這些活動稍有障礙。	家居生活、嗜好、知性興趣，稍有障礙。	完全能自我照料。
輕度 (1)	中度記憶力減退；對最近的事尤其不容易記得；會影響日常生活。	涉及有時間關聯性時，有中度困難。檢查時，對地點仍有定向力；但在某些場合可能仍有地理定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有中度困難；社會價值之判斷力通常還能維持。	雖然還能從事某些活動，但無法單獨參與，對一般偶而的檢查，外觀上還似正常。	居家生活確已出現輕度之障礙，較困難之家事已經不做；比較複雜之嗜好及興趣都已放棄。	須旁人督促或提醒。
中度 (2)	嚴重記憶力減退只有高度重複學過的事物才會記得；新學的東西都很快會忘記。	涉及有時間關聯性時，有嚴重困難；時間及地點都會有定向力的障礙。	處理問題時，在分析類似性及差異性時，有嚴重障礙；社會價值之判斷力已受影響。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。被帶出來外面活動時，外觀還似正常。	只有簡單家事還能做，興趣很少，也很難維持。	穿衣、個人衛生、及個人事務之料理，都需要幫忙。
嚴重 (3)	記憶力嚴重減退只能記得片段。	只能維持對人的定向力。	不能作判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重，無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。
深度 (4)	說話通常令人費解或毫無關聯，不能遵照簡單指示或不能了解指令；偶而只能認出其配偶或照顧他的人。吃飯只會用手指頭不太會用餐具，也需要旁人協助。即使有人協助或加以訓練，還是經常大小便失禁。有旁人協助下雖然勉強能走幾步，通常都必須座輪椅；極少到戶外去，且經常會有無目的的動作。					
末期 (5)	沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐或站，全身關節攣縮。					

小項計分

臨床失智評估量表第 3 級以上之失智症認定標準雖然還沒有訂出來，面對嚴重的失智障礙程度時，可以參考以下的規則：

目前失智期：	0	沒有失智	2	中度失智
	0.5	未確定或仍待觀察	3	重度失智
	1	輕度失智	4	深度失智
			5	末期失智

附錄 四

簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)

姓 名：_____ 日 期：_____

基本資料：性 別： 男 女

教育程度： 小學 國中 高中 高中以上

進行方式：依下表所列的問題，詢問長輩並將結果紀錄下來，(如果長輩家中沒有電話，可將 4-1 題改為 4-2 題)，答錯的問題請記錄下來。

錯誤請打 X	問 題	注 意 事 項
	1. 今天是幾號?	年、月、日都對才算正確。
	2. 今天是星期幾?	星期對才算正確。
	3. 這是什麼地方?	對所在地有任何的描述都算正確；說“我的家”或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受。
	4-1. 您的電話號碼是幾號?	經確認號碼後証實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重覆相同的號碼即算正確。
	4-2. 您住在什麼地方?	如長輩沒有電話才問此問題。
	5. 您幾歲了?	年齡與出生年月日符合才算正確。
	6. 您的出生年月日?	年、月、日都對才算正確。
	7. 現任的總統是誰?	姓氏正確即可。
	8. 前任的總統是誰?	姓氏正確即可。
	9. 您媽媽叫什麼名字?	不需要特別証實，只需長輩說出一個與他不同的女性姓名即可。
	10. 從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。

失智症評估標準

- 心智功能完整：錯 0~2 題
- 輕度心智功能障礙：錯 3~4 題
- 中度心智功能障礙：錯 5~7 題
- 重度心智功能障礙：錯 8~10 題

如果長輩答錯三題以上(含)，便視為疑似失智症狀