

社區認知障礙者之照護需要

張 媚^{1,4,*} 吳淑瓊^{2,4} 莊坤洋^{3,4}

MEI CHANG^{1,4,*}, SHWU-CHONG WU^{2,4}, KUN-YANG CHUANG^{3,4}

¹ 國立台灣大學醫學院護理學系所暨台大醫院護理部，台北市徐州路2-1號

School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University and Department of Nursing, National Taiwan University Hospital, No.2-1, Shuijou Rd., Taipei, Taiwan R.O.C.

² 國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ 私立台北醫學大學公共衛生學系暨研究所

Graduate Institute of Public Health, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

⁴ 行政院社會福利推動委員會長期照護專案小組

Long-Term Care Task Force, Commission for Social Welfare Advancement, Executive Yuan, Taiwan, R.O.C.

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: mchang@ha.mc.ntu.edu.tw

目標：本研究旨在瞭解社區認知障礙者之照護需要及其主要照顧者對照護的看法。**方法：**研究資料取自建構長期照護體系先導計畫實驗社區之前測調查，共174位認知障礙者及其照顧者146人成為研究樣本。**結果：**(1)認知功能障礙者平均每人有2項ADL功能及5項IADL功能需人協助；心智及行為方面表現較差的是睡眠型態、衛生與修飾；57.4%的人不能單獨留在家中超過3個小時。(2)複迴歸分析顯示認知障礙者的情緒情形等七項心智及行為狀況、ADL及IADL需要協助的分數及照顧者照顧年數等變項可以解釋照顧者負荷36.6%的變異量，對照顧負荷最顯著的預測變項是認知障礙者的情緒情形及照顧者照顧年數。(3) 61.6%的照顧者認為最適合的照顧方式是在家中有人照顧。**結論：**為協助及支持照顧者繼續在家中照顧認知障礙者，應在社區中提供更多有關失智症的教育、指導及社區資源。(台灣衛誌 2004；23(3)：181-187)

關鍵詞：認知障礙者、照顧需要、照顧者負荷

The care needs of people in the community with cognitive impairment

Objectives: The purposes of this study were to understand the care needs of people in the community with cognitive impairment and also the needs of their caregivers. **Methods:** Secondary data drawn from a study entitled "Pre-investigation for Experimental Community in Pilot Program for the Development of Long Term Care System" was analyzed. The subjects were 174 community residences with cognitive impairment and along with their caregivers (n=146). **Results:** (1) For subjects with cognitive impairment, the average number of impaired ADL and IADL were 2 and 5 per subject, respectively. Sleeping pattern and personal hygiene were two major problems related to psychosocial behaviors. Most of them (57.4%) were not able to stay at home alone for longer than 3 hours. (2) Seven of the psychosocial behaviors, ADL scores, IADL scores and the length of duration they were cared explained the 36.6% variation in the caregivers' burden. (3) Most of the caregivers (61.6%) believed that home was the best method of care for the subjects. **Conclusion:** More education and community resources regarding dementia are needed in order to assist caregivers to continue taking care of subjects at home. (Taiwan J Public Health. 2004;23(3):181-187)

Key Words: Cognitive impairment, care needs, caregiver's burden

前 言

老年失智症嚴格說來並非一種病症，而是對若干特殊病徵表現的總稱。其特殊病徵在於失去心智能力、有記憶喪失、認知能力障礙及情緒個性上的改變，以致影響到工作及生活上自我照顧能力[1-2]。失智症者不僅本身深受困擾也影響到整個家庭，在適應過程中個人及家屬均需付出相當高的成本[3]。

近年來多項對華人的研究顯示華人65歲以上老年人口的失智症盛行率約為9.44% [4-6]。失智症發生率會隨年齡增加而大量提高，例如美國70歲以下老年人發生率約為1%，70-74歲增至3.3%，80歲以上發生率則提高至20% [7]。台灣在未來二十年內80歲以上的「老老人」比率將會大幅提高，這意味著台灣失智症者的數目屆時將大幅增長，其照護也將成為一項艱鉅的挑戰。

當規劃失智者及其家庭照顧者所需要的健康及社會福利服務時，不僅要知道有需要的人數，更要清楚這些人的特性，例如身體依賴程度、做家務的能力、照顧者的負擔、及現有的服務等[8]。本研究的目的是希望以建構長期照護先導計畫實驗社區前測調查所發現的社區認知功能障礙者及其照顧者為研究對象，瞭解其照護需要，包括：認知功能障礙者的日常生活活動功能、心智行為狀況、以及其照顧者的負擔、和對照顧方式的想法及建議。

材料與方法

本研究的資料來自建構長期照護體系先導計畫實驗社區(嘉義市，及台北縣三峽、鶯歌兩個鎮)的前測調查資料，該調查的對象為該社區中2000年人口普查所發現的失能者及當地鄰里長通報的身心功能障礙者；資料收集的方法是由受過訓練的訪員至調查對象家中訪視，並以面對面訪談方式收集問卷資料。除了SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) [9]必須由失能者親自回答之

外，其他問題若失能者無法回答，可由主要照顧者代答。本研究選取上述調查對象中之社區居家者、能完成 SPMSQ 問卷，且依 SPMSQ 量表在台灣使用的認定標準 [10] 認定為認知功能障礙者共174位，及其主要照顧者146位為研究對象，主要照顧者不到174位是因為部分主要照顧者未能訪到。採用的資料包括：問卷中依據文獻自擬之日常生活功能 (Activities of Daily Living, 簡稱ADL) 量表 [11]，工具性日常生活功能 (Instrumental Activities of Daily Living, 簡稱IADL) 量表 [12]。ADL 需協助分數是依據認知障礙者各項ADL 執行時需要協助的程度來計分，「沒有困難」計為0分，「需工具輔助」計為1分，「需人幫助」計為2分，「完全不能做」計為3分，各項ADL需要協助的分數之總和即為ADL需協助分數。IADL需協助分數的計算原則也相同，只是各項的計分方式是「自己能做」計為0分，「需人幫忙」計為1分，「完全不能做」計為2分。心智行為狀況問卷是摘取Hutton等[13]發展的失智症者症狀評估量表 (Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia, 簡稱FS) 中心智行為部分的題目翻譯擬定的，各題有四項對該行為或心智狀態的描述，填答案表的照顧者依據認知障礙者過去三個月的行為表現在四項描述中選出一項最符合被評者的選項；以睡眠型態為例，四個選項是：「與一般正常人差不多」，「睡眠比以前明顯地增多或減少」，「失眠、做惡夢、睡眠容易中斷，夜裡醒著的時間增加」，「晚上起來來回走動，大半夜或整夜都不睡覺」，前述評分依序為0, 1, 2, 3分，其他題目也是評級0分表示與正常人相同，評級分數愈高表示異常程度愈嚴重。照顧者負荷問卷係參考文獻擬定，除經過專家審查效度外，其信度內在一致性，Cronbach α 值為.87，共有19題，內容包括照顧者因為照顧認知障礙者而在身體健康、情緒、社交、經濟狀況等方面受到的影響，答題選項分為「從未」、「很少」、「有時」、「常常」，依序計分為0, 1, 2, 3分，照顧者負荷分數是以所有題目得分相加的總分來計算，得分範圍由0-57分。以SPSS 套裝軟體進行資料之統計分析，以皮爾遜相關及複迴歸分

投稿日期：91年11月13日

接受日期：92年4月28日

析檢定主要照顧者特性、認知障礙者心智及行為狀況與照顧者負荷間的關係，以 $\alpha = 0.05$ 為顯著水準。

結 果

研究對象中174位認知功能障礙者中男性70人(40.2%)，女性104人(59.8%)，年齡最小24歲，最大102歲，平均71.34歲(標準差14.36歲)，超過一半不識字或未受教育(52.9%)。

一、認知功能障礙者之日常生活功能

所有認知功能障礙者在6項ADL中平均每每人有兩項功能需要別人協助，需要協助最多的項目依序是洗澡(50.6%)、穿衣服(40.2%)、上廁所(35.1%)；吃飯、上下床椅及室內走動是比較少需要別人協助的項目(見表一)。在工具性日常生活功能方面，8項IADL中平均每每人有5項功能需要別人協助，除了吃藥及室外走動外，大部分都需要別人的協助，需要協助最多的項目依序是上街購買日常用品81.6%，煮飯79.3%，洗衣服76.5%，輕鬆家事73.6%，理財66.6%，打電話66.3% (見表二)。

認知障礙者過去三個月在心智與行為方面的表現主要是由主要照顧者依據其觀察所做的評估，結果呈現於表三，只有五成到六成的認知功能障礙者在大部分項目上可以維持正常人的水準。表現較差的是睡眠型態，有一半以上的人有不同程度的睡眠問題。

二、主要照顧者表達的照護需要

146位主要照顧者以女性7位居多(59.6%)，年齡最小20歲，最大88歲，平均51.2歲(標準差14.23歲)，教育程度大部分為小學32.2%)及初中或高中畢(35.7%)，不識字者23.1%，大專以上者9.1%。將近一半(49.3%)的照顧者已照顧5年以上，與被照顧者的關係大多為配偶32.6%)，其次是兒子(24.3%)、媳婦(18.1%)，女兒(11.1%)。76%的主要照顧者一週照顧7天。

主要照顧者基於需要提供日常生活功能上的協助及安全的理由，143位回答本題的照顧者大部分(57.4%)認為不能將認知障礙者單獨留在家中超過三小時，28%的照顧者甚至認為外出時完全不能將認知功能障礙者單獨留在家中。其它照顧者認為能將認知障礙者單獨留在家中的時間選項及分佈是「1小時以內」佔11.2%，「1-3小時以內」佔18.2%，「3-6小時以內」佔11.2%，「6-9小時以內」佔4.9%，「9小時以上」佔26.6%。

對問卷中所列的各種照護方式，146位照顧者中多達90位(61.6%)認為對認知功能障礙者最適當的照顧方式是「家裡一定要有人照顧」，其次是「看護」19人(13.0%)，「緊急救援系統」13人(8.9%)，「護理之家」9人(6.5%)，再次為「日間照顧」、「家庭托顧」及「照顧住宅」。

依據主要照顧者勾選的建議中可知他們希望得到的協助包括：67.1%希望常有人能陪認知障礙者聊天，63%希望知道如何預防認知障礙者跌倒受傷，39.7%，會擔心有需要外

表一 認知障礙者日常生活活動(ADL)執行情形(N = 174)

活動項目	執行情形			
	沒有困難 人數(%)	需工具輔助 人數(%)	需人幫忙 人數(%)	完全不能做 人數(%)
吃飯	137 (78.7)	5 (2.9)	31 (17.8)	1 (0.6)
上下床或椅	91 (52.3)	32 (18.4)	44 (25.3)	7 (4.0)
室內走動	65 (37.4)	61 (35.1)	30 (17.2)	18 (10.3)
穿衣服	96 (55.2)	8 (4.6)	63 (36.2)	7 (4.0)
洗澡	71 (40.8)	15 (8.6)	81 (46.6)	7 (4.0)
上廁所	91 (52.3)	22 (12.6)	52 (29.9)	9 (5.2)

表二 認知障礙者工具性日常生活活動(IADL)執行情形

活動項目	執行情形 ^a		
	自己能做 人數(%)	需人幫忙 人數(%)	完全不能做 人數(%)
輕鬆家事	46 (26.4)	36 (20.7)	92 (52.9)
洗衣服	41 (23.5)	36 (20.7)	97 (55.8)
煮飯	36 (20.7)	34 (19.5)	104 (59.8)
上街買日常用品	32 (19.4)	43 (24.7)	99 (56.9)
理財	58 (33.4)	38 (21.8)	78 (44.8)
室外走動	101 (58.0)	45 (25.9)	28 (16.1)
打電話	58 (33.7)	59 (34.3)	55 (32.0)
吃藥	116 (67.8)	49 (28.7)	6 (3.5)

a：除了吃藥N = 171，打電話N = 172之外，其它各項N = 174

表三 主要照顧者評估認知障礙者之心智及行為狀況(N = 145)

項目	評級0分	評級1分	評級2分	評級3分
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)
語言溝通	115 (79.3)	20 (13.8)	8 (5.5)	2 (1.4)
記憶力				
名字記憶	100 (69.0)	36 (24.8)	6 (4.1)	3 (2.1)
事件記憶	80 (55.2)	41 (28.2)	12 (8.3)	12 (8.3)
面孔辨認	100 (68.3)	22 (15.2)	6 (4.1)	17 (11.7)
心智警覺狀態	96 (66.2)	33 (22.8)	11 (7.6)	5 (3.4)
精神狀態	113 (77.9)	10 (6.9)	20 (13.8)	2 (1.4)
空間定向	87 (60.0)	11 (7.6)	16 (11.0)	31 (21.4)
衛生與修飾	81 (55.9)	3 (2.1)	5 (3.4)	56 (38.6)
情緒情形	83 (57.3)	41 (28.3)	15 (10.3)	6 (4.1)
睡眠型態	63 (43.4)	39 (26.9)	36 (24.8)	7 (4.8)

出幾天時無人可以照顧，39.7%認為認知障礙者缺乏休閒娛樂、自己又無法提供，49.3%希望有交通工具可以協助認知障礙者外出，29.5%認為照顧時感到沒有力氣或體力做家事。

主要照顧者照顧負荷的總分平均數為9.06分(總分範圍為0-57分) 19項關於負荷的題目中，單一題目平均分數高於2分的有兩題，是「看到他的健康情形及衰老，使您感到難過」2.04分，及「您必須時時刻刻注意他」2.01分，在這兩題回答「常常」的照顧者人數分別為41.8%及46.2%。另外還有六題平均得分高

於1分，依序是「因經濟受影響，得省吃儉用，節省開銷」1.40分，「您平日的的生活安排必須全部依照他的需要來決定」1.39分，「使您身體疲倦，精疲力竭」1.34分，「您出外旅行受到影響」1.20分，「使您沒有時間做自己想做的事」1.17分，「照顧他的花費很大，使您付不起」1.10分，在這些題目中回答「常常」的照顧者人數有些題超過20%，有些接近20%。

在皮爾遜積差相關分析中，主要照顧者基本特性及認知障礙者各項心智行為狀況及其ADL及IADL需協助分數等變項中，與照顧

者負荷有顯著相關的變項為認知功能障礙者過去三個月的情緒情形、睡眠型態、心智警覺狀態、精神狀態、事件記憶情形、空間定向情形、衛生與修飾情形、ADL及IADL需協助分數，以及主要照顧者的年齡、最高學歷、照顧年數。進一步以這些變項為複迴歸分析之自變項，發現它們可以解釋照顧者負荷36.6%的變異量，在複迴歸模式中與照顧者負荷分數顯著相關的變項有認知障礙者的情緒情形及照顧者照顧年數(見表四)。

討 論

因為本研究之研究對象是能回答SPMSQ問卷者。有些認知障礙者可能因語言表達的障礙或認知功能嚴重障礙無法回答SPMSQ問卷而未被包含。

結果顯示研究對象中認知障礙者日常生活中ADL大多可以自己執行，較需要別人協助的是IADL方面的功能。依據結果中照顧者的評估知道超過一半(57.4%)的認知功能障礙者無法單獨留在家中3個小時以上，可見他們需要照顧或看視的密切程度，這也造成照顧

者的主要照顧負荷之一，由照顧者中46.2%認為自己「必須時時刻刻注意他」，及20%以上「平日的的生活安排必須全部依照他的需要來決定」可以看得出來。認知障礙者需要密切看視主要與他們的心智行為異常可能導致安全問題或干擾到別人有關。此外，由複迴歸分析可以看出在控制其它相關變項後，最能預測照顧者負荷的是認知障礙者過去三個月情緒的情形，認知障礙者的情緒越是負向，照顧者負荷分數越高。可見，比較令照顧者困擾的是心智及行為方面的異常，尤其是情緒情形。國內文獻[14]也提到失智者的問題行為等是最令家屬難以處理及造成家庭照顧者許多情緒心理社會方面的負荷的因素。一項對國內失智症家屬及照顧者做的研究[15]發現他們大多數對失智症的瞭解都非常有限，這可能是情緒或行為問題造成照顧負荷的原因之一，因為認知障礙者常無法清楚表達需求，照顧者如果無法先深入瞭解其異常行為的原因，很難找出適當有效的照顧方法，難免會遭受許多挫折，使照顧負荷更為加重。複迴歸結果顯示照顧年數越少者，照顧負荷愈大，可能因照顧年數越少者越不了解照顧

表四 照顧者負荷與相關變項之複迴歸分析 (N = 125)

統計值	β 值	P 值
自變項		
失能者相關變項		
ADL需協助分數	.197	.062
IADL需協助分數	-.002	.987
情緒情形	.390	.000***
睡眠型態	.008	.927
心智警覺狀態	.053	.596
精神狀態	-.101	.302
事件記憶情形	.132	.182
空間定向情形	.087	.350
衛生與修飾情形	-.080	.441
主要照顧者相關變項		
年齡	.131	.170
最高學歷	-.184	.058
照顧年數	-.198	.018*
判定係數(R ²)	.366	

* < .05 ; *** < .001

的方法，因此越感負荷沉重。另外一方面也有可能是有些照顧負荷大的照顧者因受不了長期沉重的照顧負荷而在照顧一段時間後就將認知障礙者送往機構。

至於適合社區認知障礙者的照顧方式，大多數主要照顧者認為在「家中有人照顧」是較佳的照顧方式，這個與國內外的文獻 [16, 17] 一致，照顧者及被照顧者都相信「家」是最佳的照護場所，尤其對剛開始發病的失智者。失智者在熟悉的環境生活可以避免許多因為要適應陌生環境所造成的焦慮或恐懼。這個觀點也與目前「在地老化」的觀念不謀而合。因此，如何協助及支持照顧者克服照顧上的種種困難以繼續在家照顧失智者成為刻不容緩的課題。

由主要照顧者對外在協助的期望中看出家屬在照顧上感到不足的地方，如感到沒有力氣或體力做家務。希望有人能陪伴認知障礙者聊天、安排其休閒、學習如何預防其跌倒受傷，及外出的交通工具等。因此，為協助願意進行居家照顧的照顧者更能勝任照顧工作及持久照顧的時間，社區中應提供相關的服務資源，包括必要的居家服務、提供與失智症相關的諮詢(包括失智症知識、治療和照顧的方法、在社區提供適合失智者的活動、設置失智者日間照護中心、組織照顧者支持團體等。上述活動大部分都可以透過社區失智者日間照護中心來完成。

因為目前即便是失智者家屬或照顧者對失智症及其照護的認識都非常有限，一般民眾更是不清楚，甚至不知道家人有認知功能障礙的現象時可以求助，為協助社區中這些認知障礙者及其照顧者，除了加強教育宣導失智症相關的知識外，有必要主動出擊，以具備失智者照護專業訓練的人員深入社區訪視認知障礙者家庭，並提供指導及照護上實質的協助。

致 謝

本文承行政院社會福利推動委員會對先導計畫的支持，內政部及衛生署對本計畫的經費資助，以及傅中玲醫師提供許多寶貴意

見及參考文獻，特此致謝。

參考文獻

1. Cummings J, Benson L, Frank D. Dementia: A Clinical Approach. 2nd ed., Boston: Buitenworth- Heineman, 1992.
2. 戴玉慈、陳美津、陳惠姿等：老人護理學。臺北縣：空中大學，1998；74-7。
3. Wykle ML, Morris DL. Nursing care in Alzheimer's disease. Clin Geriatr Med 1994; **10**:351-65.
4. Zhang M, Katzman R, Salmon D, et al. The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: Impact of age, gender and education. Ann Neurol 1990; **27**: 428-37.
5. Liu HC, Chou P, Lin KN, et al. Assessing cognitive abilities and dementia in a predominantly illiterate population of older individuals in Kinmen. Psychol Med 1994; **24**:763-70.
6. Liu HC, Lin KN, Teng EL, et al. Prevalence and subtypes of dementia in Taiwan: A community survey of 5,297 individuals. J Am Geriatr Soc 1995; **43**:144-9.
7. Cooper B. Health-care policy and planning for dementia: an international perspective. In: Huppert FA, Brayne C, O'Connor DW, eds. Dementia and Normal Aging. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
8. Brooks PW. Planning services for dementia. Health Bull 1992; **50**:206-15.
9. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; **23**:433-41.
10. Liu CK, Tai CT, Lin RT, et al. Validation of short portable mental status questionnaire. Proceedings of the Annual Meeting of the Gerontological Society of the ROC, Taipei: Gerontological Society of the ROC, 1996; 41.

- 11.Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL : A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; **185**:914-9.
- 12.Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;**9**:179-86.
- 13.Hutton JT, Dippel RL, Loewenson RB, Mortimer JA, Christians BL. Predictors of nursing home placement of patients with Alzheimer 's disease. Tex Med 1985;**81**:40-3.
14. 萬育維、王春雅：政策規劃與需求的落差——失智老人與家屬分析。社區發展1998；**83**：92-114。
- 15.Liu HC, Lin H, Tsou H, et al. Impact of demented patients on their family members and care-givers in Taiwan. Neuroepidemiology 1991;**10**:143-9.
- 16.Wykle M, Segall M. A comparison of black and white family caregivers experience with dementia. J Nat Black Nurses' Assoc 1991; **5**:29-41.
- 17.Chow TW, Liu CK, Fuh JL, et al. Neuropsychiatric symptoms of Alzheimer 's disease differ in Chinese and American patients. Int J Geriatr Psych 2002;**17**:22-8.