

居住型態對照護機構內失智症患者 問題行為之可能影響

許佩蓉¹ 黃耀榮² 林健群³ 陳永煌⁴
羅慶徽⁴ 李世代⁵

本研究探討居住型態對失智症患者記憶和行為問題之可能影響。樣本來自四家長期照護機構，77位65歲以上住民，平均年齡80.39歲，資料收集包括人口學特質、居住型態、記憶和行為問題發生頻率等，以SPSS統計進行資料分析，採用統計方法有描述性統計分析、卡方檢定、t-檢定分析、複相關迴歸分析。

針對四所長期照機構的77位失智症患者，就其不同居住型態對記憶和行為問題之影響進行探討。研究結果顯示本研究對象中，一、阿滋海默氏症患者居多，失智嚴重度以中期者居多。二、混合收容型態之失智症患者，其記憶和行為問題發生頻率高於單獨收容型態之失智症患者。三、房間共居程度複雜的失智症患者，其與記憶和行為問題正相關。

(台灣家醫誌 2004; 14: 13-24)

關鍵詞： living status, dementia, memory and behavior problem

前 言

台灣的老年人口數已由1951年的21萬人(佔總人口數的2.5%)增加至2001年的197萬人(佔總人口數的8.8%)⁽¹⁾，和歐美、日本等先進國家同為高齡化國家。人口老化伴隨的最大問題就是慢性病健康照護問題，老人長期照護需求中，失智症的特殊照護需求及家屬照護的壓力與困擾，皆為積極建構專業性失智症照護

環境的重要因素。

失智症好發於老年人，隨著年齡老化其發生率有逐漸增加之趨勢⁽²⁾，尤其是65歲以上老年人，每增加五歲，失智症之發生率及盛行率就增加一倍⁽³⁾。目前全世界有一千二百萬人罹患阿滋海默氏症，美國有四百萬人罹病。台灣近年來較嚴謹的流行病學研究顯示，失智症盛行率約在3%-4%^(4,6)。推算目前台灣失智老人約有3萬至8萬人，到2036年失智老人

三軍總醫院社區醫學部護理組¹、國立雲林科技大學空間設計研究所²、三軍總醫院神經內科³、三軍總醫院家庭醫學部⁴、國立台北護理學院長期照護研究所⁵

受理日期：92年11月14日 同意刊登：93年2月2日

聯絡人：李世代

通訊地址：台北市內江街83-1號 國立台北護理學院長期照護研究所

人口預計將超過 38 萬人^[7]，將對台灣帶來極大的衝擊，失智症的照護已成為長期照護之重要議題。

失智症的行為問題會增加患者心智痛楚及加重患者功能性損傷，以國內研究為例，國內照護者最困擾的行為問題包括：無故半夜醒來、大小便失禁、重複問題與動作、獨自外出迷路、遺失東西或放錯地方^[8]。徐氏^[9]對 29 位失智症患者進行調查發現，記憶問題 96.5% 最為常見，另有 79.3% 有精神症狀，51.5% 有攻擊性行為，隨著失智症病程的進展，行為問題也愈顯著。而本研究目的之在探討：

- 一、失智症患者人口學基本屬性、日常生活功能、居住型態之概況。
- 二、不同居住型態對失智症患者的記憶和行為問題可能之影響。
- 三、不同居住型態其共居程度對失智症患者記憶和行為問題可能之影響。

材料與方法

研究架構

本研究以長期照護機構失智症患者為樣本，以其居住型態為自變項，失智症患者之記憶和行為問題發生為依變項，來探討不同居住型態對失智症患者記憶和行為問題發生頻率可能之影響。

研究對象

本研究之母群體係長期照護機構中經精神科或神經內科專科醫師診斷為失智症患者。

研究工具

本研究採用結構式問卷調查法，研究工具包括基本資料、記憶和行為問題量表 (Memory and Behavior Problem Check-

list-Revised, MBPC-R)^[10]、臨床失智評估量表 (Clinical Dementia Rating Scale, CDR)^[11]，研究者評值失智個案並訪談其機構主要照護者。

一、人口學資料表

性別、年齡、婚姻狀況、教育、過去居住狀態、疾病診斷、抗憂鬱藥物種類、抗精神藥物種類、安眠藥種類、發病至入住期、居住機構年限、日常生活功能。

二、記憶和行為問題

本量表係採邱氏翻譯之中文「記憶和行為問題量表」^[10]。邱氏探討 71 位失智症老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之研究中，記憶行為問題量表內問題頻率內在一致性 Cronbach's α 值為 0.82^[10]。

記憶和行為問題量表共計 26 題，依症狀出現頻率採五等級計分法，0 表示「從來沒有」、1 表示「很少如此」（曾出現，但過去一星期未發生過）、2「偶而如此」（過去一星期發生 1-3 次）、3 表示「經常如此」（過去一星期發生 4-6 次）、4 表示「每天如此」（或更多）。

三、失智嚴重度

失智嚴重度乃根據病患的記憶力、定向力、判斷和解決問題的能力、社區事物處理、家居和嗜好、以及個人照料等來評量失智症患者的嚴重度。本研究採台灣常用前述之臨床失智評分表^[11]評估，其計分方式分為，0 表示沒有失智、0.5 表示未確定或仍待觀察、1 表示輕度失智、2 表示中度失智、3 表示重度失智、4 表示深度失智及以 5 表示末期失智。本研究採三分法將其區分為 0.5-1 屬輕度、2-3 屬中度、4-5 屬重度，本量表由研究者本身經相關評估訓練後，為研究個案評估，再經由神經科醫師作最後確認而得者。

本研究所採用二個量表，在國內、外

均有良好的信效度檢測，因此本研究未再作專家效度檢驗。在信度檢定中區分為：

一、研究者之可靠性

本問卷採結構式問答，研究者以面對面評值失智症患者認知功能，及對機構照護者進行訪談方式收集資料。研究者已具備居家護理床經驗 8 年以上，曾照顧多位失智症患者，並至二大醫學中心一般神經內科接受相關量表之測試訓練。

二、量表內在一致性

在量表信度方面，以某私立財團法人失智症照護機構之 10 位失智症患者為對象，進行「記憶和行為問題量表」之問題頻率預測工作，以 Cronbach's α 係數檢定量表的內在一致性，前測時其內在一致標準化 α 值為 0.93。

三、居住型態 (living status)

原指長期照護機構中，失智症患者居住之區位與房間共居程度，包括失智症患者與非失智症患者居住型態的混合收住、區隔收住及各種失智症狀嚴重程度之收容方式等。

房間共居程度，意指長期照護機構中，失智症患者居住房間床位之狀況。本研究四家長期照護機構居住床位分別有單人房、二人房、三人房、四人房、六人房及八人房。因限於多人房型態種類繁多，且樣本數少，因此本研究共居程度區分為單人房、二人房及三人房以上等。

結 果

長期照護機構失智症患者屬性分析

在 77 位失智症患者中，男性 36 人 (46.8%)，女性 41 人，(53.2%)。年齡介於 65-95 歲，平均 80.39 歲。80 歲以上者 (41 人)，佔 53.2%。

教育程度方面，國小 22 人 (28.6%)、

不識字 19 人，(24.7%)。婚姻方面以已婚者 35 人 (45.5%)、鰥寡 34 人 (44.2%)。

過去居住狀態方面：與家人同住 64 人 (83.1%)。在疾病診斷方面，阿茲海默型失智患者 51 人 (66.2%)、血管型失智症 24 人 (31.2%)。在失智嚴重度方面：CDR 2-3 分者 49 人 (63.6%)、4-5 分者 18 人，佔 23.4%、0.5-1 分 10 人 (13.0%)。在藥物使用方面：(含抗憂鬱藥物、抗精神藥物、安眠藥)，未使用者 52 人 (92.2%)。

居住機構時間，6-12 個月 24 人 (31.2%)、0-6 個月 22 人 (28.6%)、24 個月以上 16 人 (20.8%)。發病至入住期中有 14 人是入住機構後 1-3 年才發病，佔 18.2%；入住前即經醫師診斷為失智症者共 63 人，其中 6-12 個月 22 人 (28.5%)，24 個月以上 18 人 (23.4%)。

本研究 40 位失智症患者居住在單獨收容機構，37 位居住在混合收容機構。在房間居住型態方面，以住在三人房以上 (52 人)，佔 67.5%；住在二人房 (21 人)，佔 27.2%；單人房 (4 人)，佔 6.3% (表 1)。

在日常生活功能方面，完全依賴 22 人 (28.6%)、獨立 19 人 (24.7%)、輕度依賴 18 人 (23.4%)、重度依賴 12 人 (15.6%)、部分依賴 6 人 (7.8%) (表 2)。

失智症患者之記憶和問題行為發生頻率，排序前 5 名分別為「忘記今天是何月何日」、「大、小便失禁」、「不能持續做完某件事」、「長時躺床或呆坐」、「當我要求他或她做事無法合作」(表 3)。

以卡方檢定失智症患者之基本屬性與患者記憶和行為問題發生頻率之差異發現，有「居住型態」($p < 0.001$)、「發

表 1 失智症患者之基本屬性分佈

變項名稱	類別	人數	百分率
性別	男	36	46.8
	女	41	53.2
年齡	65~69	4	5.2
	70~74	13	16.9
	75~79	19	24.7
	80 以上	41	53.2
教育	不識字	19	24.7
	國小	22	28.6
	初中	9	11.7
	高中	14	18.2
	大專以上	13	16.9
婚姻	未婚	6	7.8
	已婚	35	45.5
	鰥寡	34	44.2
	分居	2	2.6
過去居住狀態	獨居	13	16.9
	與家人同住	64	83.1
疾病診斷	阿茲海默氏症	51	66.2
	血管型失智症	24	31.2
	其他	2	2.6
失智症嚴重度	0.5~1	10	13.0
	2~3	49	63.6
	4~5	18	23.4
使用藥物項目	0	52	67.5
	1	16	20.8
	2	6	7.8
	4	0	0
	3	2	2.6
	5	1	1.3
發病至入住期間	0~6 個月	14	18.2
	6~12 個月	22	28.5
	12~24 個月	9	11.7
	24 個月以上	18	23.4
	其他	14	18.2
居住該機構時間	0~6 個月	22	28.6
	6~12 個月	24	31.2
	12~24 個月	15	19.5
	24 個月以上	16	20.8
房間共居情形	單人房	4	6.3
	二人房	21	27.2
	三人房以上	52	6.3

表 2 失智症患者日常生活自理能力分布

變項	類別	人數 (百分比)	平均值±標準差
日常生活自理能力 (Bathel Index)	獨立	19(24.7)	90.53 ± 5.98
	輕度依賴	18(23.4)	67.22 ± 10.88
	部分依賴	6(7.8)	45.83 ± 7.36
	重度依賴	12(15.6)	27.50 ± 5.44
	完全依賴	22(28.6)	3.84 ± 5.81
			46.95 ± 35.03

※備註：總樣本數 77 人

表 3 長期照護機構失智症患者記憶和行為問題

變項	平均值±標準差 (n=77)
1.反覆問相同問題	2.14 ± 1.30
2.將過去和現在情境事物混淆	1.86 ± 1.38
3.遺失、放錯或藏東西	1.95 ± 1.45
4.遊走或迷路	1.70 ± 1.43
5.不認得熟人	2.04 ± 1.41
6.忘記今天是何年何月	2.95 ± 1.32
7.不能持續做完某件事	2.47 ± 1.47
8.整天纏人	1.58 ± 1.39
9.持續坐立不安或激動	2.09 ± 1.42
10.中斷你持續的工作	1.86 ± 1.33
11.長時間躺床或呆坐	2.30 ± 1.49
12.持續不停的說話	1.68 ± 1.38
13.話少或幾乎不說話	2.06 ± 1.43
14.多疑或責難他人	1.55 ± 1.42
15.在夜裡吵醒你的睡眠	1.62 ± 1.36
16.外表悲傷或憂鬱	1.70 ± 1.35
17.變得容易生氣	2.16 ± 1.46
18.出現攻擊行為	1.88 ± 1.63
19.危害他人或自己的行為	1.42 ± 1.45
20.看到或聽到不存在的事	1.48 ± 1.43
21.言語有攻擊性或威脅性	1.71 ± 1.50
22.易哭泣或流淚	1.34 ± 1.35
23.進食問題	2.17 ± 1.46
24.大便、小便失禁	2.65 ± 1.53
25.當我要求他或她做事無法合作	2.25 ± 1.54



病至入住期」($p<0.01$)與「入住期」($p<0.05$)三項具有顯著差異,其餘在性別、年齡、籍貫、信仰、教育、婚姻、診斷類別、使用藥物(抗精神藥物、抗憂鬱藥物、安眠藥)、日常生活自理能力(巴氏量表)等變項均無顯著差異。

以卡方檢定分析失智症患者的失智嚴重度及疾病診斷類別在不同居住型態之差異,結果發現,失智嚴重度($p=0.085$)與疾病診斷類別($p=0.055$)兩變項和居住型態不具顯著相關。

以複相關迴歸分析「居住型態」、「發病至入住期」、「入住期」等變項與行為問題之相關性,在調整其他變項之作用後,僅有居住型態($\beta=-0.736, p=0.001$)對失智症患者記憶和行為問題有顯著性相關,可解釋之變異量達 28.7%(表 4)。

居住型態對失智症患者記憶和行為問題之影響

一、單獨收容、混合收容失智症患者記憶和行為問題之描述

記憶和行為問題量表共計 26 題,最後一題開放式問題無人回答,因此本研究只以 25 題評估。由表 7 可得知,由在單獨收容型態中最常發生的記憶和行為問題前五項為「忘記今天是何年何月」、「不能持續做完某件事」、「大便、小便失禁」、「反覆問相同問題」及「遊走或迷路」;

混合收容型態則以「忘記今天是何年何月」、「大便、小便失禁」、「不能持續做完某件事」、「長時間躺床或呆坐」及「當我要求他或她做事無法合作」等五項最常發生;在不同居住型態中皆以「忘記今天是何年何月」、「不能持續做完某件事」及「大便、小便失禁」等三項為排序前三名。

二、單獨收容、混合收容中失智症患者記憶和行為問題之差異

以居住型態為自變項,25 題記憶和行為問題為依變項,兩類別變項中以 t 檢定分析,結果顯示,在混合收容型態中之失智症患者其「不認得熟人」、「忘記今天是何年何月何日」、「整天纏人」、「長時間躺床或呆坐」、「反覆問相同問題」、「出現攻擊性行為」、「看到或聽不到不存在的事」、「大便、小便失禁」、「當我要求他或她做事無法合作」等項目,顯著高於單獨收容型態之失智症患者(表 5)。

三、單獨收容型態中共居程度對失智症患者記憶和行為問題之差異

在單獨收容型態中以床位數為自變項,記憶和行為問題為依變項,以 t 檢定分析,其中單人房因樣本數僅四位,無法進行交叉分析,三人房以上之共居程度現象亦呈現多元性,有三人房、四人房及八人房等,單一類型之樣本數不足,本研究僅對二人房和三人房以上進行交叉分析,

表 4 失智症患者屬性差異對記憶和行為問題之複相關迴歸分析

	記憶與問題行為					
	F 值	β 值	t 值	p 值	R ²	adj R ²
Constant	7.923		8.240	0.000	0.287	0.251
入住期		-0.195	-1.029	0.308		
發病至入住期		0.151	1.215	0.229		
居住型態		-0.736	-3.659	0.001*		

複相關迴歸, * $p<0.01$

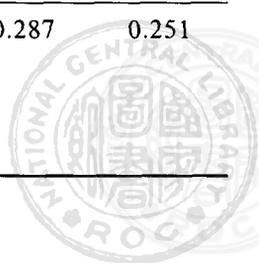


表 5 不同居住型態對失智症患者之行為問題比較

變項	單獨收容		混合收容		p 值	t 值
	Mean ± SD (n=40)	排序	Mean ± SD (n=37)	排序		
1.反覆問相同問題	2.05 ± 1.18	4	2.24 ± 1.44	11	0.523	-0.647
2.將過去和現在情境 事物混淆	1.65 ± 1.19	15	2.08 ± 1.55	13	0.178	-1.374
3.遺失、放錯或藏東西	1.98 ± 1.37	6	1.92 ± 1.55	19	0.860	0.168
4.遊走或迷路	2.00 ± 1.45	5	1.38 ± 1.36	25	0.057	1.935
5.不認得熟人	1.68 ± 1.33	14	2.43 ± 1.41	6	0.017*	-2.432
6.忘記今天是何年 何月	2.65 ± 1.25	1	3.27 ± 1.33	1	0.038*	-2.112
7.不能持續做完 某件事	2.20 ± 1.34	2	2.76 ± 1.55	3	0.096	-1.686
8.整天纏人	1.20 ± 1.24	23	2.00 ± 1.43	15	0.011*	-2.620
9.持續坐立不安或 激動	1.85 ± 1.46	12	2.35 ± 1.34	10	0.121	-1.567
10.中斷你持續的工作	1.78 ± 1.33	13	1.95 ± 1.35	17	0.578	-0.559
11.長時間躺床或呆坐	1.98 ± 1.39	6	2.65 ± 1.53	4	0.046	-2.026
12.持續不停的說話	1.43 ± 1.22	19	1.95 ± 1.51	17	0.098	-1.647
13.話少或幾乎不說話	1.90 ± 1.32	11	2.24 ± 1.53	11	0.298	-1.056
14.多疑或責難他人	1.58 ± 1.30	7	1.51 ± 1.56	23	0.851	0.189
15.在夜裡吵醒你的 睡眠	1.60 ± 1.28	16	1.65 ± 1.46	21	0.876	-0.156
16.外表悲傷或憂鬱	1.58 ± 1.20	17	1.84 ± 1.50	20	0.396	-0.853
17.變得容易生氣	1.93 ± 1.31	9	2.41 ± 1.59	8	0.151	-1.453
18.出現攻擊行為	1.38 ± 1.46	20	2.43 ± 1.64	6	0.004**	-2.989
19.危害他人或自己 的行為	1.23 ± 1.35	22	1.62 ± 1.53	22	0.231	-1.207
20.看到或聽到不存 在的事	1.00 ± 1.13	25	2.00 ± 1.55	15	0.002**	-3.256
21.言語有攻擊性或 威脅性	1.38 ± 1.21	20	2.08 ± 1.71	13	0.039*	-2.078
22.易哭泣或流淚	1.20 ± 1.11	23	1.49 ± 1.57	24	0.364	-0.915
23.進食問題	1.95 ± 1.38	8	2.41 ± 1.54	8	0.174	-1.372
24.大便、小便失禁	2.13 ± 1.45	3	3.22 ± 1.42	2	0.001**	-3.332
25.當我要求他或她 做事無法合作	1.93 ± 1.19	9	2.59 ± 1.80	5	0.061*	-1.910

卡方檢定，* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

研究結果呈現單獨收容型態機構中床位數分配對失智症患者之記憶和行為問題之影響並無顯著省影響(表6)。

討 論

長期照護機構中失智症患者之屬性與居住特徵

表 6 單獨收容型態共居程度對失智症患者記憶和行為問題比較表

變項	二人房	三人房以上	p 值	t 值
	Mean±SD (n=9)	Mean±SD (n=27)		
1.反覆問相同問題	1.67±1.22	2.07±1.11	0.358	-0.932
2.將過去和現在情境事物混淆	1.56±0.51	1.56±0.97	1.000	0.000
3.遺失、放錯或藏東西	1.78±1.09	1.93±1.44	0.780	-0.282
4.遊走或迷路	2.11±0.62	1.93±1.44	0.748	0.325
5.不認得熟人	1.78±0.39	1.70±1.27	0.883	0.148
6.忘記今天是何年何月	2.78±0.20	2.63±1.21	0.753	0.318
7.不能持續做完某件事	2.33±1.00	2.30±1.35	0.940	0.075
8.整天纏人	1.44±1.33	1.07±1.24	0.451	0.763
9.持續坐立不安或激動	2.11±1.62	1.78±1.42	0.560	0.589
10.中斷你持續的工作	1.67±1.32	1.81±1.33	0.774	-0.290
11.長時間躺床或呆坐	1.89±1.27	1.78±1.40	0.834	0.211
12.持續不停的說話	1.33±1.12	1.37±1.18	0.935	-0.082
13.話少或幾乎不說話	1.11±0.93	1.96±1.32	0.082	-1.792
14.多疑或責難他人	1.67±1.41	1.44±1.25	0.658	0.447
15.在夜裡吵醒你的睡眠	1.44±1.24	1.63±1.31	0.711	-0.373
16.外表悲傷或憂鬱	1.33±1.12	1.67±1.18	0.462	-0.745
17.變得容易生氣	2.33±1.22	1.70±1.32	0.218	1.256
18.出現攻擊行為	1.89±1.45	1.19±1.42	0.208	1.284
19.危害他人或自己的行為	1.67±1.50	1.04±1.26	0.470	1.242
20.看到或聽到不存在的事	1.11±0.78	0.89±1.15	0.058	0.535
21.言語有攻擊性或威脅性	1.89±1.45	1.15±1.06	0.108	1.649
22.易哭泣或流淚	1.11±0.93	1.15±1.13	0.930	-0.088
23.進食問題	2.22±1.39	1.70±1.38	0.337	0.973
24.大便、小便失禁	2.11±1.62	2.22±1.48	0.850	-0.191
25.當我要求他或她做事無法合作	2.22±13.0	1.96±1.19	0.584	0.553

卡方檢定

本研究之失智症患者，女性略多於男性，與王氏、黃氏等文獻研究案例相同^[12,18]，在楊氏、余氏等文獻之研究案例以男性居多^[13,14]，在湯氏^[8]、徐氏等、黃氏、邱氏等文獻之研究案例則男女比例相近^[8,10,15,16]，此因每位研究者收案之時間、地點與選樣之不同所致；在入住前之居住型態方面，本研究之失智症患者多與子女同住，和黃氏、余氏、邱氏相似^[10,14,16]。在籍貫及宗教信仰方面，則與多數研究相近，皆為閩南及信仰佛教者居多。

在疾病診斷方面，以阿茲海默氏症多於血管型失智症，分佔 66.2%及 20.8%，與林氏^[17]研究文獻相近，亦與台灣相關研究中所提：「阿爾茲海墨氏症約佔 50-60%，血管型失智症約佔 20-30%」之比率相近^[5,17]。本研究之失智症患者年齡皆大於 65 歲，顯示失智症患者仍以 65 歲以上老人為主，其中又以 80 歲以上患者居多，此與相關文獻之論述相同，即失智症隨著年齡之上升有增加趨勢^[2]。

單獨收容型態失智症照護機構雖考量到失智症患者應有單人房居住房間，以減少互相干擾^[18]，但限於單人房收費較高，家屬經濟負擔較大致選擇意願不高，在機構成本及經濟效益的考量下，單人房設置不多，本研究場所在單獨收容型態僅四間單人房。混合收容型態之機構，更因非專為失智症患者設置之照護環境，房間型態呈現多元化的安排，如有四人、六人、八人之居住型態，並無單人房之型態，因此無法探討失智症患者在記憶和行為問題中單人房之居住安排是否和二人房居住安排有所差異。

不同居住型態對失智症患者記憶和行為問題之影響

比較單獨收容與混合收容之居住型

態失智症患者記憶和行為問題出現頻率發現，在 25 項記憶和行為問題量表中，混合收容型態失智症患者在 23 項之記憶和行為問題內容方面頻率高於單獨收容型態失智症患者。

比較二種不同居住型態之差異性，在混合收容型態失智症患者較易出現「不認得熟人」、「忘記今天是何年何月何日」、「整天纏人」、「長時間躺床或呆坐」、「反覆問相同問題」、「出現攻擊性行為」、「看到或聽不到不存在的事」、「大便、小便失禁」、「當我要求他或她做事無法合作」等記憶和行為問題。由此可知單獨收容失智症之照護機構仍比目前多數未區分失能狀況而混合收容之居住型態，有利於減少患者記憶與行為問題之發生頻率。

有關失智症患者在照護機構內共居程度方面，本研究發現在單獨收容失智症之照護機構，因其居住環境已做過專業性設計及規劃，且共居者皆為失智症患者，共居程度的不同，在行為問題方面並未有顯著性差異，然而也可能是因本研究之樣本數較少有關。在混合居住型態之共居程度部分，分析結果顯示在 25 項記憶和行為問題中，三人以上居住型態有 21 項頻率高於二人房型態者，顯示失智症患者記憶和行為問題可能受到共居程度的影響。且在比較二人房及三人以上房間型態中發現，「大便、小便失禁」、「變得容易生氣」二項頻率在三人房以上之居住型態顯著高於二人房型態者，此結果可能因在台灣一般失能之長期照護機構中，除家屬經濟因素考量外，機構人員亦有為達集中管理，簡化照護方式，多將日常生活自理能力較差者，例如如廁能力欠佳者，安置在多人房。因此有學者提及，日常生活自理能力缺損，會增加對照護者協助的依

賴^[19,20]。因此在「大便、小便失禁」此一行為呈現明顯差異。

混合居住型態之照護機構，在三人以上房間之種類繁多，而居住空間的大小會影響患者的行為問題，如攻擊行為，而生氣為攻擊性行為的誘發因素，因此可發現，愈複雜的共居型態使失智症患者變的容易生氣，將引發更多行為問題，增加更多的照護負擔。

本研究之失智症患者，以「忘記今天是何年何月」、「不能持續做完某件事」及「大便、小便失禁」為發生之頻率最高之前三項，其中又以「忘記今天是何年何月」、「不能持續做完某件事」之排序，與社區中失智症患者記憶和行為問題發生之排序相近^[10]，「大便、小便失禁」在本研究中呈現較高比率應與機構式照護，應為機構住民生活自理能力較社區失智症患者較差有關。

研究限制及建議

本研究因時間、人力、經費、現況等限制採立意取樣，在研究對象中，限於現階段失智症照護機構之不足，致使樣本數受限制。

原研究設計中，除欲探討單獨及混合收容型態失智症患者之行為問題有何不同外，亦期了解長期照護機構中有否針對不同失智嚴重度、性別等考量，作生活區之區隔收容，然而現況中限於經濟效益及成本考量，加以未有空間設計之相關標準及規範，現況並無機構作此入住之環境規劃。但本研究個案來源包括北部、中部及南部等長期照護機構，應可為相關群體之參考。

依據本研究之結果歸納出下列三點建議，作為建構未來專門照顧失智症機構之參考：

一、居住安排內的混合收容，居住房間的

共居程度，對失智症患者記憶和行為問題有影響，此一現象可提供失智症患者居住環境安排的主要參考，甚至避免有類似的安排。

二、失智症患者因失智嚴重度之不同，有其不同之照護重點之照護模式。初期失智症患者以認知及記憶功能受損為主。晚期因日常生活功能受限，多以日常生活照護為主。而中度失智症患者因其行為問題頻率高、日常生活功能又較晚期之失智症患者好，為造成易受干擾及干擾他人之族群，且為失智患者較需特殊照護技巧之一群。因此在建構失智症照護中心時，應考量照護重點、及交互干擾之影響，依失智程度不同之區隔安排。

參考文獻

1. 內政部 (2002) . 內政部統計年報 . 摘自 <http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.asp/> .
2. 林信男、蔡茂堂、林憲 . 農村老年人之精神疾病：恆春研究 . 中華民國神經精神醫學會訊 1984; 10 (2) : 65-79 .
3. Kawas CH, Katzman R: Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. In: Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS, eds. *Alzheimer's Disease. 2nd ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilitins 1999: 95-116.
4. Lee CS, Chang SF, Su CL, Che ZY, Chen RC: Neuroepidemiological study in Ilan, Taiwan (NESIT) (3) An epidemiological survey of dementia in a rural area. *Acta Neurological Taiwanica* 1997; 6: 27-35.
5. Lin RT, Lai CL, Tai CT, Liu CK, Yen YY, Howng SL: Prevalence and subtypes of dementia in southern Taiwan: Impact of age, sex, education, and urbanization. *J Neuro*

- Sci 1998; 160: 67-75.
6. Liu HC, Fuh JL, Wang SJ: Prevalence and subtypes of dementia in rural Chinese population: Alzheimer. Disease and Associated Disorder 1998; 12: 127-34.
 7. 葉炳強、徐亞瑛、劉珣瑛：痴呆患者的認識與照顧。台北：健康世界，1993。
 8. 湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝：癡呆症老人照顧者負荷及相關因素之探討。護理雜誌 1992；39：89-98。
 9. 徐亞瑛：痴呆病人問題行為種類、盛行率。健康世界 1992；197：17-22。
 10. 邱麗蓉：失智症老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之探討。長庚大學護理研究所碩士論文，1999，105 頁。
 11. Juva K, Sulvava R, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Valvanna J, Tilvis R: Usefulness of the clinical dementia rating scale in screening for dementia. Intern P sychogeriatrics 1995; 7: 17-24.
 12. 王署君：台灣地區失智症之流行病學調查。老人失智症學術研討會論文。台北：財團法人創氏基金會，1995。
 13. 楊佩琪：老年癡呆症病患家屬之主要照顧者的負荷及其影響因素探討。東海大學社會工作研究所碩士論文，1990，114 頁。
 14. 余佩郁：居家癡呆症老人家庭照護品質與相關因素之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，1998，130 頁。
 15. 徐碧卿：阿滋海默氏痴呆症之探討。護理雜誌 1996；43：67-73。
 16. 黃詠惠：失智症患者健康相關生活品質之研究。陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1997，149 頁。
 17. 林敬程：失智症老人家屬照顧者之負荷與支持性服務需求。高雄大學行為科學研究所碩士論文，1999，121 頁。
 18. 黃耀榮：失智症照環境設施現況與問題行為之調查研究。行政院衛生署八十八年度業務發展計劃，1999。
 19. Hall G: Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. Nur Clin North Am 1994; 29: 129-41.
 20. Gerdner L, Buckwalter K: A nursing challenge: assessment and management of agitation in Alzheimer's patients. J Gerontological Nursing 1994; 20: 11-20.



The Possible Impact of Living Status on Problem Behaviors of Demented Patients in Care Units

Pei-Jung Hsu¹, Yao-Rong Hwang², Giian-Chiuen Lien³, Yeong-Hwang Chen⁴,
Ching-Hui Loh⁴ and Shyh-Dye Lee⁵

This research is to study the possible effect of memory and behavior problems for dementia patients in living status. Samples will come from 4 long-term nursing facilities, 77 residents who are 65 years old or more, with an average age of 80.39 years old. Data collected will include demographics, living status, memory and the frequency of behavior problems. All information would be analyzed by SPSS statistics. The statistical methods will be Describable Statistical Analysis, Chi-square, *t*-Test, Multiple Regression mixed-living arrangement.

Regarding the 77-dementia patients in long-term facilities, we would research the memory and behavior problems in different living status. The research report has shown: 1. Most of the research subjects should be Alzheimer patients and patients in middle stage dementia seriousness. 2. The frequency of memory and behavior problems for mixed type patients should be higher than of independent type. 3. The memory and behavior problems should be in direct proportion, with the complexity of room-sharing.

(Taiwan J Fam Med 2004; 14: 13-24)

