

## 痴呆症患者及家庭之整合性 社區居家照顧模式—發展與評估

徐亞瑛 楊清姿\* 葉炳強\*\*

本研究之目的在於建立社區痴呆症患者之整合性居家照顧模式，瞭解此模式對痴呆症患者家庭之影響；並同時瞭解痴呆患者心智功能及自我照顧能力間隔六個月之變化。整合性居家照顧模式中醫療團隊成員包括醫師、居家護理師、老年專科護理師、社工人員及老年社工專家，團隊工作模式由成員依角色功能及實際工作流程發展而成。研究期間提供之服務包括居家護理、電話諮詢、互助團體及門診服務，並由居家護理師任個案管理者。共有25個家庭加入此研究，其中22個家庭接受居家護理服務，20個家庭的照顧者加入互助團體。6個月前後痴呆症患者之心智功能並無統計上差異，但自我照顧能力中，刷牙洗臉及吃飯之依賴程度明顯增加。

整合性模式中大多數家庭(81%)覺得居家護理服務對其在照顧技巧、知識和情緒支持上有幫助；但由配對樣本之t檢定顯示，照顧者負荷在居家護理服務前後並無統計上差異。70%的照顧者表示電話服務對其心理和情緒及資訊提供支持很大。半數以上之出席照顧者認為此團體在其資訊及情緒支持上均有幫助，並多數表示團體符合其期待。

本研究建立之整合模式可應用於居家護理機構與社區及醫療資源之連結。研究限制為樣本太少，且有些成效出現在6個月之後，因此建議日後進一步研究需考慮更長時間之追蹤及多方面個案來源取樣，並在模式中包括更多不同的專業人員及社區服務資源。

**Key words:** community home care model, dementia, family

(Kaohsiung J Med Sci 12: 359—369, 1996)

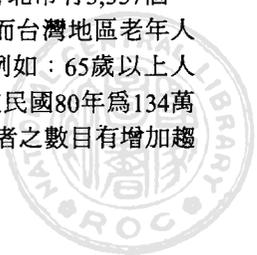
Yip 等人在台北市大安區的流行病學研究發現65歲以上老年人口之痴呆症盛行率為1.9%，

且盛行率因年齡的升高而升高<sup>(1)</sup>；80—84歲年齡組盛行率為4.9%；85歲以上盛行率為11.1%。按79年的人口統計，推估大安區應有540位老人符合老年期癡呆症的狀態，台北市有3,357個，台灣地區則約有24,000位<sup>(2)</sup>。而台灣地區老年人口組成有越趨老化的現象，例如：65歲以上人口在民國70年為80萬人，而在民國80年為134萬人<sup>(3)</sup>，故可預期老年痴呆症患者之數目有增加趨

長庚醫學暨工程學院護理研究所

\*大台北居家護理所 \*\*台大醫學院神經科

收文日期：84年6月27日 接受刊載：84年10月26日  
索取抽印本處：葉炳強 台北市中山南路7號 台大醫學院神經科



勢。

多篇文獻指出大多數的國人仍願意在家照顧慢性病患者<sup>(4-6)</sup>，國內兩個特別對痴呆症照顧家屬的研究顯示，只有3.5%至5.9%的病人被放置在機構內照顧<sup>(7,8)</sup>。家人一方面不放心安養中心之照顧；另一方面托老及安養中心亦常拒收痴呆症患者；再者，照顧者常在數次門診後發現沒有效果便不再去門診。而在陳等一國科會研究結果中也發現照顧者需處理病人問題者只有6.7%至13%會尋求醫藥處理<sup>(9)</sup>。

學者 Abraham 等人提出照顧痴呆症患者的主要目標為(1)使他們能居住在自己的家中愈久愈好，(2)維持、強化他們的功能及能力，(3)能找到且維持個人的快樂及滿足。他們並認為家庭對個人的意義重大，代表了照顧、依靠及功能的獨立<sup>(10)</sup>。

Ejlertsson 及 Jansson 在瑞典某個社區護理研究中亦顯示：老年痴呆症患者為其地段中訪視頻率較多的診斷之一<sup>(11)</sup>。Nikolaus 等研究老年病人再住院之情形，發現痴呆症為再住院病人常見之診斷之一（23.9%），而造成的原因為缺乏足夠之居家照護（42%）以及藥物問題（25%），且40%之再住院是可以避免的<sup>(12)</sup>。Bjorkhem 等人之研究亦認為除了提供家屬照顧上的知識外，更迫切需要提供實際的、系統性的監測及個別化的知識以評價家屬在家處理痴呆症患者問題之結果<sup>(13)</sup>，因此整合性的居家的照顧就是很重要的課題。

Chenoweth 及 Spencer 認為痴呆症患者及家庭在疾病不同的階段均有不同的需要，且所需的協助是全面性的，無法由單一的專家（醫師或護理人員）獨力完成，需要一個良好的團隊及多方面專業人員才能達成理想的照顧<sup>(14)</sup>。面對痴呆症病人及其家屬複雜的需要及問題，「需整合不同專業以提供較完善、高品質的居家護理照顧」的觀念也被許多學者所強調<sup>(11,15-18)</sup>。而 Abraham 等人更在美國維吉尼亞州之一個老年神經精神內科門診，針對其老年病人需要，亦發展出一個整合性、多專業之醫療照護模式<sup>(15)</sup>。1991年 Kuroda 等人在日本的研究中亦證實：利用多專業團隊的居家照顧方式確實能夠提高痴呆症患者居家護理的服務品質<sup>(18)</sup>。

由此可見社區提供之照顧對痴呆症患者及家庭而言，十分的重要。目前台灣地區對社區中（非機構內）痴呆症患者及家庭所提供的服務，如在宅服務、居家護理、諮詢服務（長春

懇談專線、殘障服務專線）等，均非針對痴呆症患者及其家庭。而且一些針對痴呆症患者及家庭所提供的醫療特別門診服務常是時間非常少，且無法顧及其在生活及照顧各層面的需要，而一般的居家照顧模式中，居家護理師並未接受對痴呆症患者及家庭之專家護理訓練，所照顧之痴呆症患者以末期臥床不動者為多，且大多提供護理技術性服務，如換鼻胃管、尿管、傷口處理……等等為主。因此台北地區一所居家護理機構及教學醫院神經科於1993年發展了一個對痴呆症及家庭為期一年的分工合作、轉介的社區居家照顧模式，此模式以臨床專科醫師、居家護理師及社會工作專家所組成的團體隊來提供多層面及整體照顧；從疾病診斷開始，問題評估、心理及生理支持，社會及醫療資源輔導等提供了一個整合式居家照顧模式。本計劃之目的有四項，分述如下：

- 一、建立社區痴呆症患者之整合性醫療專業團隊居家照護模式，發展出護理與其他醫療專業人員間，對照顧痴呆症患者及其家庭可行之分工、合作及轉介模式。
- 二、瞭解整合式的居家照護模式對痴呆症患者及家庭照顧者的影響。
- 三、對痴呆症患者之狀況有較長期性的瞭解，包括痴呆症患者之心智功能與自我照顧能力。

## 材料與方法

### 一、樣本

本研究有關痴呆症患者的取樣來源包括下列三方面：(1)台北某教學醫院神經科門診的個案，這些病人均由本研究之專科醫師作詳細病史詢問，臨床神經學檢查，心智功能測驗，適當的實驗室檢查，確立符合 DSM-III-R 的失智症診斷，即退化性阿爾茲海默型及血管性兩大類；(2)台北某教學醫院神經科住院病人，經神經科專科醫師診斷符合上述診斷條件；(3)台北某居家護理所的個案，在其他醫院確立符合上述診斷條件者。經由這些管道轉介個案數共40人，轉介日期自民國82年7月至83年3月底，其中25人來自門診，8人來自住院病人，7人來自居家護理機構。經過初步篩檢後，如病人的臨床及行為問題需要進一步轉介至整個照顧小組的話，必先徵得家屬同意再聯絡社工人員或居家護理師評估。12例在評估期間家屬自動放

棄整合追蹤照顧，不接受居家照顧或參加支持團體，主要原因是病人認知障礙不嚴重，沒有行為或精神症狀，可以自行照顧。另外一例家屬的主要問題是日間照顧缺乏人手，經社工人員轉介在宅服務人員協助照顧，問題獲得解決。另一位患者在住院期間，轉介後一星期過世，另有一位因住院而未再聯絡，故實得個案共25位。

## 二、研究工具

### (一)簡式智能量表

由Folstein及Folstein(1975)翻譯修改而成之中文簡式智能量表，用來測量樣本之認知心智功能，此中文量表用在中國人已有良好之信度及效度(1,19,20)，量表可由0分至30分，分數愈高，心智功能愈佳，通常受教育9年以上者<25分，或不識字者<17分<sup>(1)</sup>可能為痴呆症患者，在本研究中，第一次之測量其Cronbach's Alpha Coefficient為.87，第二次為.83。

### (二)老年人自我照顧能力量表

測量個案日常活動及日常活動能力，即：穿衣鞋、服藥、吃飯、刷牙洗臉、洗頭洗澡、走動能力及移位之七項能力。此量表乃根據徐等學者<sup>(21)</sup>在1993年修定邱啓潤及王秀紅之量表而成。每一項中代表的意義均有具體描述。積分可由7分至35分<sup>(22)</sup>，7分至14分為自我照顧能力佳，15分至21分為自我照顧能力尚可，22分至28分為自我照顧能力差，29分至35分為自我照顧能力非常差。在本研究中，第一次之測量，其Cronbach's Alpha Coefficient為.91，第二次為.93。

### (三)照顧者負荷量表

徐等<sup>(23)</sup>修正邱等<sup>(6)</sup>及Zarit等<sup>(24)</sup>之負荷量表後，為節省居家護理師評估的時間，仍能做有效評估，便根據前研究之結果，選擇身體、心理、社會等各次負荷量表中，單項總項相關係數(item-total correlation)最高，且標準差(standard deviation)最大之項目各一，高單項總項相關係數(item-total correlation)可選出最能代表該次量表之項目，大的標準差能將不同程度之負荷分別選出來。三項特性問題因而產生：(1)照顧者被詢問在照顧病人後感覺自己健康受影響的程度以測量其身體負荷情形，(2)被詢問照顧病人後感覺自己心情沈悶的程度，以測量其心理負荷情形，(3)被詢問照顧病人後休閒活動受影響的程度，以測量其社會負荷情形，每項問題得分由0至4分，0分代表無

負荷，4分代表有極嚴重負荷。

三項問題雖題數少，然而其Cronbach's Alpha Coefficient在居家護理之前測為.68，之後(6個月後)測為.84，信度在可接受範圍，且三項之間之相關係數由.51至.78，表示有相關性，但相關性不至太高，表示仍測量不同之角度。

### (四)居家護理問題分類

居家護理問題分類及其項目則由Dolan<sup>(25)</sup>及Newman和Smith<sup>(26)</sup>對痴呆症患者所提出之護理問題及計劃，並由研究者之臨床經驗與專家效度發展而成，護理措施和評價則以質性資料記錄，此部份之研究結果擬於其它文章發表。

### (五)測試者間一致性

每位居家護理師均與同一位老年專科護理師進行至少二次之評估，並在各量表之測量均取得至少.90之一致性。

## 三、研究程序及方法

此研究乃在大台北地區進行，採方便取樣。個案同意後，經醫師之診斷，在護理師之面對面會談評估後，由居家護理師進行半年，每月一次之居家護理服務；另於第一次居家護理訪視時，亦有社會工作人員一起前往評估個案家庭狀況，以後則視需要由該社工人員每2~3月一次前往評估。

半年後，再由護理師再度進行心智功能，自我照顧能力，照顧者負荷等評估。護理問題、措施及評價則由居家護理師每次訪視後記錄。居家護理師護理問題確認、護理措施及評價之一致性則由研究開始前每週一次之讀書討論會，以及觀察員(老人護理專家)定期、每二個月跟訪一次，和研究者每月批改居家護理記錄來加強。居家護理期間個案之用藥及其它身體疾病之檢查則照會神經科醫師。照顧者支持團體及會前會後準備及討論會之內容則每次記錄。醫療保健團隊之分工合作，則有賴每二個月進行個案討論會，會中討論各專業成員角色功能以及個案需要來建立、調整、發展一整合性模式。每次討論會均需完成會議記錄。

## 四、資料分析方法

護理問題之確認、護理措施之執行、護理評價及支持團體等部份之質性資料是由研究者按主題分類，此部份資料擬於他文發表。所有量性資料均輸入電腦，並使用SPSS加以統計，描述性統計則用來瞭解病人及其家庭狀況，配

對樣本之 t 檢定 (paired t-test) 則用來瞭解病人心智功能及自我照顧能力變化, 以及居家護理服務後照顧者之負荷變化情形。Cronbach's Alpha 也用來測定量表在此研究樣本的信度。

## 結 果

### 一、整合居家照顧模式之介紹

#### (一)轉介流程:

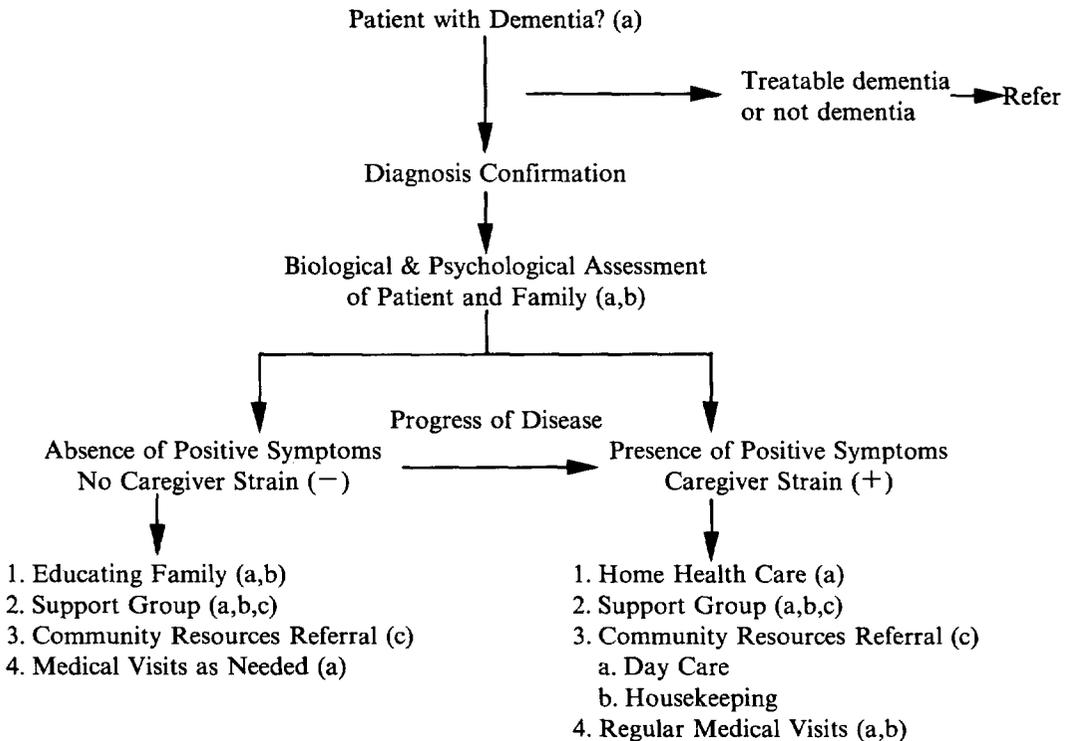
此模式中痴呆症患者及家庭居家照護轉介流程如 (Fig. 1)。此計劃中個案之來源包括某教學醫院神經科門診的個案, 該教學醫院神經科出院病人經神經科醫師診斷, 並經台北某居家護理所在其他醫院確立診斷者, 疑似痴呆症患者先經醫師診斷後, 再接受醫師及護理人員進一步生理、心理及家庭評估。若僅為功能喪失且未對家屬造成生理及心理負擔, 則提供衛

教諮詢、介紹參加支持團體及相關社會資源, 並不定期門診, 若有行為、情緒問題或其他症狀, 且造成家屬負擔 (正面症狀), 則介紹居家照顧服務, 並定期門診追蹤, 同時仍介紹參加支持團體及相關社會資源。

#### (二)參與個案簡介:

研究期間有22位痴呆症之家庭接受居家護理服務, 22位患者中有11位 (50%) 為男性, 11位 (50%) 為女性, 年齡由64至88歲, 平均70.9 (SD=7.0), 生病時間由1至120個月, 平均44.1個月 (SD=37.5), 其餘基本資料如教育程度、婚姻狀況、居住狀況等請見 Table 1。

主要照顧者年齡由31至82, 平均60.6歲 (SD=16.7), 照顧時間由1至96個月, 平均35.1 (SD=31.4), 其中7個 (31.8%) 為男性, 15個 (68.2%) 為女性。其他基本資料, 如教育程度、婚姻與個案關係, 職業情形及有如



P.S. ( )Involved professionals  
a. Physician  
b. Home Care Nurse  
c. Social Worker

Fig. 1. Referral diagram of patients with dementia and their families.



無雇用護佐列於 Table 2。

照顧者支持團體的成員採邀請方式加入，以本研究取樣之25位痴呆症患者之家屬為邀請

Tabl 1. Demographic Background of Patients with Dementia (N=22)

Educational level	N	Percentage
College and higher	6	27.3
High school	9	40.9
Primary school	2	9.1
No formal education	5	22.7
Marital status		
Married	16	72.7
Widowed	6	27.3
Living status		
Living with spouse only	7	31.8
Living with other family members	6	27.3
Living with spouse and other family member	8	36.4
Living with friend	1	4.5

Table 2. Demographic Background of Family Caregivers (N=22)

Educational level	N	Percentage
College and higher	9	40.9
High school	9	40.9
Primary school	1	4.5
No formal education	3	4.5
Marital status		
Single	1	4.5
Married	21	95.5
Relationship with patient		
Spouse	13	59.1
Daughter	1	4.5
Daughter-in-law	5	22.7
Son	3	13.7
Occupation		
Not working before	12	54.5
Always working	6	27.3
Quit working	4	18.2
Help in caregiving		
No	2	9.1
Hire aide/sometimes	5	22.6
Hire aide/whole day	6	27.3
Hire aide/half day	3	13.7
Family members rotating	6	27.3

對象，共計有20位病患的照顧者參加，以照顧者與病患關係來看，其中有6位妻子，5位女兒，4位媳婦，3位看護，1位丈夫及1位兒子。

(三)整合性居家照顧模式之重點及各專業之角色與功能：

對痴呆症患者及家屬照顧模式之重點，包括居家護理、支持團體、門診醫療服務及電話諮詢服務 (Fig. 2)，居家護理服務及電話諮詢服務以居家護理師為主要提供者；支持團體由社工人員策劃推動；門診則由神經科醫師之醫療服務為主；其他社區資源如安養中心、在宅服務機構、低收入之經濟補助，以及住院治療和其他門診，則經由居家護理師、社工人員及醫師之轉介。此模式中，居家護理師同時扮演個案管理者之角色，提供連續性照顧並負責與其他專業之聯繫與協調，以提供一致性、連續性之照顧服務。

(四)各專業之角色及功能

#### 1. 醫師

醫師的首要任務是作正確的診斷，以確定病人是否為痴呆症及治療之方向。在此研究計劃的個案中，其中一人就是被診斷有副甲狀腺腫瘤引起的可治療性痴呆。在外科治療後，症狀便獲得改善。當病人的診斷被確定後，醫師的工作就是要評估病人及其家屬的生理性及心理性問題，並依需要作不同之轉介。醫師的角色及功能，亦包括持續性病情的監視及症狀的醫療處理。在此照顧模式中，醫師同時需提供居家護理師在居家照顧時之醫療諮詢及醫療後援，特別是藥物使用的諮詢及處方。醫師在支持團體的過程中亦扮演諮詢者及支持者的角色、解答家屬醫療疾病相關問題，並給予專題演講。醫師同時亦是和醫院的連絡管道，當病人有特殊情況，需要進一步檢查，到別科就診或需住院治療時，經負責人之醫師作轉介。

#### 2. 居家護理師

居家護理師提供居家護理服務，其中包括(1)護理評估：評估並監測個案心智功能、自我照顧能力、身體狀況及行為問題、出現種類及頻率，以及照顧者負荷、居家環境及照顧者對行為問題感受及處理方式；(2)護理問題確認；(3)護理問題處置及評價。訪視期間不定期以電話追蹤案況及照顧者處理狀況，並提供電話資訊及心理支持服務，以解答家庭照顧上的問題。

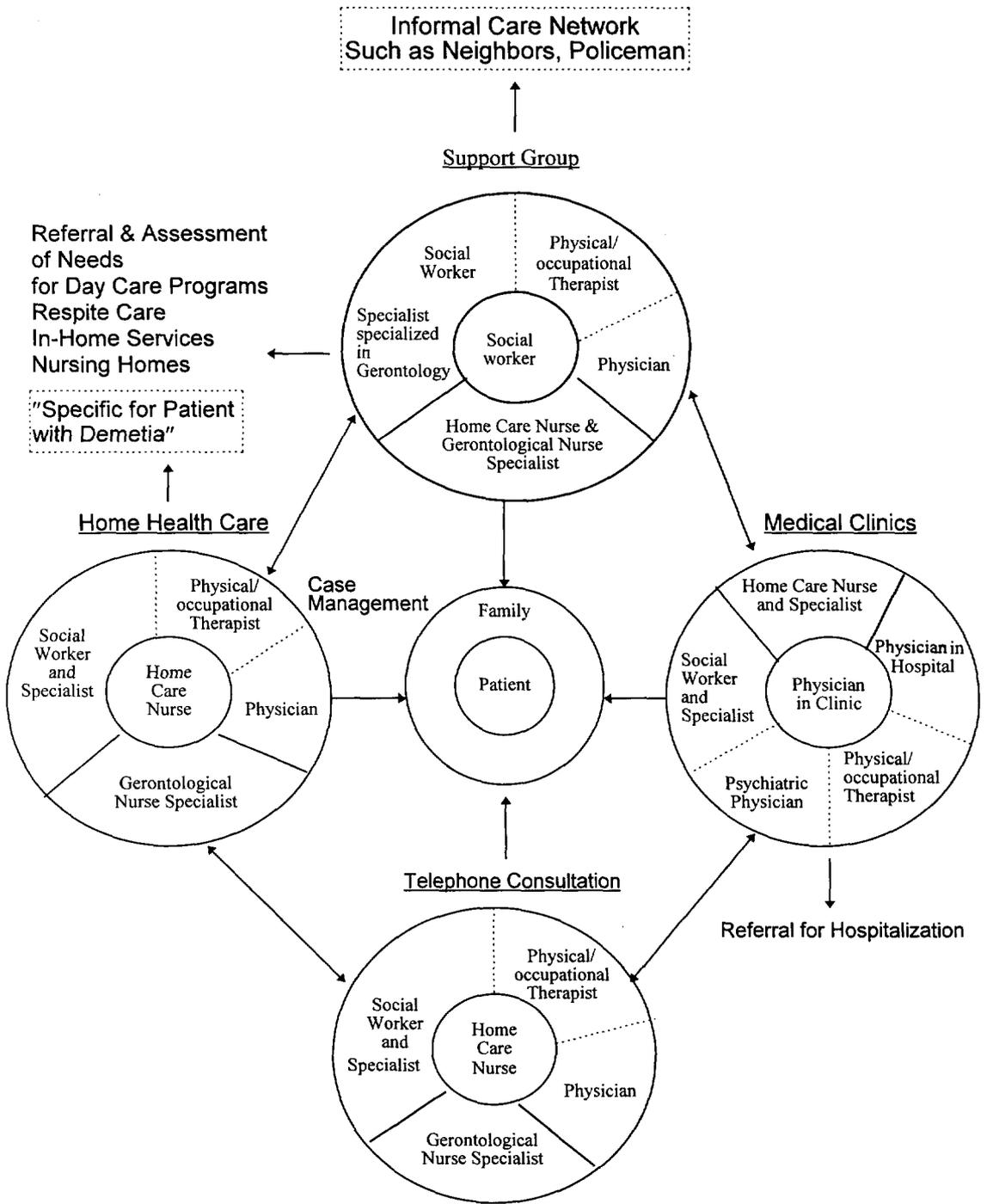
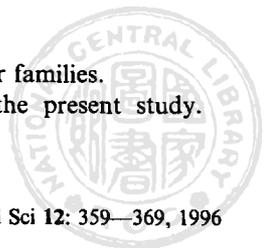


Fig. 2. An ideal integrated home care model for patients with dementia and their families. (\*The professionals indicated in the dotted-line box did not participate in the present study. Their inclusion is suggested in the future model)



居家護理師在此研究計劃中是主要個案管理者 (case manager)。每個家庭均有固定的居家護理師，所以對個案及家庭的狀況能有長期深入的瞭解與掌握，並能隨時與其他專業人員連繫、安排個案門診、協助其與醫師之溝通，並追蹤對醫囑及藥物之遵從情形，或轉介社工人員及相關社區資源以供家庭使用，例如在宅服務、經濟補助等；並與社工人員配合邀請所護理家庭之家屬參與支持團體，協助支持團體進行，提供自助團體諮詢及衛教。

### 3. 老年專科護理師：

由在老年護理方面有專長之專科護理師擔任。角色為協助居家護理師提供痴呆症患者及家庭居家護理服務：包括成立並推動定期的讀書會以增強居家護理師照顧這類病人之準備度，與每位居家護理師進行個案及家庭之訪視評估，並確定護理問題，以提供居家護理師適當之輔導；並定期批改所有護理記錄及定期做個案之討論會，以交換處理個案護理問題之心得。

### 4. 社工人員：

在此模式中，社工人員除接受醫師及居家護理師之轉介、評估個案資源，並介紹適當之社區資源外，主要角色在成立並推動痴呆症照顧者支持團體並評估支持團體成效。

### 5. 老年精神科專科社工督導：

督導協助社工員成立自助團體，推動社工人員讀書會以增加社工人員準備度，協助發展社工人員在照顧痴呆症患者及家庭之專業角色。

## 二、整合居家照顧模式之影響：

### (一)照顧者負荷

雖各項負荷在照顧者接受整合式居家照顧後，均有降低的情形：身體負荷由平均1.81 (SD=1.56) 降至1.57 (SD=1.55) 均為輕微至普通之負荷；情緒負荷由平均2.19 (SD=1.47) 降至2.06 (SD=1.44) 均為普通至嚴重之負荷；社會負荷由平均1.81 (SD=1.72) 降至1.63 (SD=1.63) 均為輕微至普通之負荷。照顧者不管之前或之後的負荷，以情緒負荷最嚴重，以配對樣本之 t 檢定測量照顧者身體、情緒及社會負荷及整體負荷在接受整合式居家護理服務後，並無統計上明顯減少。用變異數分析 (ANOVA) 測量三種不同負荷，在照顧者性別，被照顧者性別，照顧者與被照顧者關係上之不同，均無統計上顯著差異，與徐等<sup>(27)</sup> 及邱

等<sup>(6)</sup> 之研究結果類似。

### (二)照顧者滿意度

共有22個家庭接受居家護理服務，20位照顧者參與支持團體。居家護理而言，大多數的照顧者 (81%) 認為居家護理對個案家庭有幫助。而通常在照顧技巧或知識上幫助最大，例如居家環境安全之注意，疾病有關知識之提供解說，以及身體上之照顧 (壓瘡處理預防、拍背) 和服藥。然而，在病人方面，雖然居家護理師會為病人量血壓，詢問病情變化，以及建議行為問題之處理等，但幫助有限，即使如此，家屬照顧者仍然肯定居家護理之有效性。

對照顧者支持團體有76%照顧者覺得團體在資訊提供上對他們有幫助，94%照顧者覺得團體在情緒支持上有幫助，有47%覺得團體大部份時間符合其期望，41%覺得團體有時候不合期望，國外的相關自助團體之研究，亦證明其效果，如降低照顧者壓力，情緒得到支持，增加照顧者相關知識等<sup>(28)</sup>。

電話諮詢服務方面，70%的照顧者表示因能隨時連絡到居家護理師，對他們的心理和情緒支持幫助很大，也得到很多照顧病人及痴呆症相關的資訊，在 Coyne 對電話諮詢及轉介研究中也發現，電話諮詢對社區中照顧痴呆症的照顧者有很大的幫助，特別在知識傳遞及資源之轉介方面<sup>(29)</sup>。

## 三、痴呆症患者心智功能與自我照顧能力之變化

二次對痴呆症患者心智功能及自我照顧能力之施測時間相隔6個月，第一次的簡式心智功能測驗由0至21分，平均9.32 (SD=7.22) (N=22)，第二次的測驗由0至21分，平均8.92 (SD=6.6) (N=12)。有10個個案在第二次測驗時拒絕成無法完成測驗。用配對樣本之 t 檢定 (paired t-test) 測驗12個接受2次測驗之個案，第一次 (M=10.5, SD=7.99) 及第二次 (M=8.9, SD=6.64) MMSE 的不同，並沒有統計上的意義，排除掉第一次心智功能為0分的個案，有9個個案，以配對樣本之 t 檢定測試其二次 MMSE (第一次 M=14.00, SD=5.72, 第二次 M=11.89, SD=4.57) 的不同，也沒有統計上的意義。

二次對痴呆症患者自我照顧能力的測驗，亦相隔6個月，有17個個案完成二次的測驗，刷牙洗臉的依賴度明顯增加，由不需他人協助，但有困難之2.82 (SD=1.63) 至需他人部份

協助 3.59 (SD=1.38), ( $t=-2.42, P<0.05$ ), 吃飯的依賴度也明顯增加, 亦由不需他人協助, 但有困難之 2.76 (SD=1.3) 至需他人部份協助 3.48 (SD=1.38), ( $t=-3.35, P<0.01$ )。其他項目如穿鞋、服用藥物、洗頭洗澡、走動性、移動體之依賴程度則無明顯增加。

## 討 論

### 一、模式對痴呆症患者家庭之影響

照顧者負荷並無顯著的變化, 可能因問卷簡化之後, 使其精確度 (specificity) 降低, 無法有效分別出負荷的程度, 在未來的測量可能仍以使用原較長之問卷為佳。

再者, 有些整合模式之效果需超過六個月的服務期間才出現成效。例如: 有一個案, 在結案後四個月, 因照顧者 (案妻) 身體狀況欠佳而被送到安養院, 案家決定之前能夠接受居家護理師以前之建議, 先前往該安養院評估環境, 使工作人員及病患互相熟悉, 而減少案主對新環境及陌生人之適應行為, 使得患者在住到安養院初期, 並未出現行為問題, 目前仍然頗為適應該處的照顧。

另有一位個案之照顧者 (案妻) 能夠先提供照顧資訊給其住在中南部的弟弟, 使其了解疾病及照顧方式, 並達成共識, 再接個案回到中南部, 目前亦照顧良好。

另有一位個案則在結案後二個月電話追蹤時, 發現原來主要照顧者 (案媳) 的負荷減輕不少, 因為原本不願分擔照顧工作的案女, 現在願意負起為病人洗澡的責任。

尚有一位病患的照顧者在初期認為可以處理得來, 而只接受一次居家護理訪視後, 便表示不太需要, 但仍每次參加支持團體的聚會, 在 83 年 7 月因案病況有變化, 而主動要求居家護理師前往訪視、評估、處理問題。

### 二、痴呆症患者心智功能及自我照顧能力之變化

由結果可知, 在 6 個月的間隔後, 簡式智能測驗的得分, 有下降的情形但不明顯, 此與文獻不同<sup>(30,31)</sup>。可能因個案數太少, 無法顯現心智功能之退化, 或是應有更多次, 更長久而不只是 2 次, 相隔半年的追蹤, 才可看見較明顯的變化。

整體而言, 第一次測驗來看, 痴呆症病人

依賴程度最高之項目為服用藥物, 需完全依賴他人; 再來為洗澡, 需他人部份協助; 而吃飯、刷牙洗臉、移位、走動則為依賴度較低之項目, 不需他人協助, 但有困難執行, 此結果 Wahl 之研究結果類似<sup>(32)</sup>。

在 6 個月間隔後, 痴呆症患者在原本較為獨立的日常活動、吃飯、刷牙, 有明顯退化的情形, 由不需他人協助, 但有困難, 變為需他人部份協助, 而走動及移位, 仍無明顯變化, 仍是不需他人協助, 但有困難。此結果可能因吃飯及刷牙洗臉屬於較精細之動作, 且已包含較為複雜之程序所致。家屬會描述, 病人只會夾面前的菜, 他們必需幫忙夾菜, 或是病人需他們幫忙準備水及毛巾才能自己刷牙洗臉。

### 三、整合性居家照顧模式之檢討:

#### (一)比較此模式與一般居家照顧模式:

試比較此模式與一般居家照顧模式的差異 (如 Table 3 所列), 最大的不同在於一般居家照顧方式是專業人員成「點」的分散; 而整合式則為點的連聯。

例如案家可同時接受居家護理服務, 並參加支持團體的聚會, 使得專業團隊小組能在不同服務點了解案家的需求, 提供更有效且切合需求的處理措施。同時因居家護理師持續性的作為個案管理者, 進而能與醫師、社工及老年護理師連絡, 長期且有效的評估案家情況, 並提供一致性服務。

#### (二)工作人員之評效:

所有的居家護理師表示對痴呆症患者之功能評估及行為問題、環境安全評估有更整體性的瞭解, 三分之二的居家護理師表示對自己處理痴呆症患者的能力及護理措施的效果比計劃開始之前有把握。社工人員則表示對痴呆症患者之認識及其家庭之需要有更一步之認識, 也熟悉了舉辦及籌劃「照顧者自助團體」之過程。醫師部份則表示有不同專業人員一起解決痴呆症患者及家庭之問題及需要能提供給這些家庭更完整的、多方面的照顧, 減少無力感。所有的參與者、護理師、社工員及醫師都覺得此模式中專業人員之間密切之連繫, 加上護理師為個案管理者, 使得專業人員可更深入瞭解家庭的狀況, 並提供一致性的服務。

#### (三)此模式之限制及未來建議:

此模式為一年之計劃, 故缺少長期性的特質, 無法長期對個案及家庭提供幫助, 未來類似之居家照顧模式之推行、辦理, 應在社區內

Table 3. Comparison between Integrated Home Care Model and Usual Home Care

	Usual home care	Integrated home care
Involved professionals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family physician</li> <li>• Home care nurse without special training</li> <li>• Scattered community resources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialty physician (neurologist or psychiatrist)</li> <li>• Home care nurse with special training</li> <li>• Gerontological nurse specialist</li> <li>• Gerontological social worker</li> </ul>
Characteristics of service provided	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostly providing services to terminal demented patients who are bed-ridden</li> <li>• Inadequate connection between community resources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providing holistic care to patients with dementia and their families in different stages</li> <li>• Providing continuity care with integrated community resources through case management and team cooperation</li> </ul>

設置，並考慮長期性服務提供及經濟上的許可<sup>(10)</sup>。以下數點建議乃根據此模式之限制，希望能在未來的整合模式中（Fig. 2）改進。

1. 病人篩檢及診斷的部份，應包括老年專科醫師、精神科醫師、心理師及老年專科護理師、社工人員對老年病患的各層面做詳盡的疾病及功能評估，也可同時發現內外科或精神科疾患，及功能退化程度，一同在治療及照顧計劃中考慮、處理。在 Abraham 等之整合性模式中，即包含了上述不同專業，以達到對病人全方位之評估<sup>(15)</sup>。再者對病人的來源，除被動的由醫院門診接觸外，亦可結合社區公共衛生護士在地段發現之個案做主動出擊。
2. 醫療相關專業人員若能包含職能或物理治療師的參與，相信能對病患日常生活功能的維持有更實際的幫助。
3. 在介紹社區資源給案家時，發現並無特別為痴呆症患者設計之安養中心、日間照顧及休息性照顧（respite care），在宅服務員亦缺少相關訓練，在案家送病人至安養中心時，因其對痴呆症患者不清楚，故有遭虐待或被拒收的情形。社區中此類相關機構及服務，若能接受對痴呆症患者照顧之訓練，並包括在整合模

式之中，相信能給病患及家屬更完整且理想之服務。

4. 社區中非正式照顧之網絡如鄰居、警察…等的參與及認識，若能透過支持性團體而納入模式中，能夠更完善的協助這些家庭。

## 誌 謝

此研究計劃乃衛生署八十三年度委託之醫療保健工作研究，計畫編號：DOH83-HP-56-5 M06，感謝大台北居家護理所李會珍、沈仙萍小姐，並社工督導楊筱華，社工人員王靜文、林珍珍小姐大力的支持與參與，使整個研究的過程可以順利的進行並完成。

## 參考文獻

1. Yip PK, Shyu YI, Liu SI, Lee JY, Chou CF, Chen RC: An epidemiological survey of dementia among elderly in urban district of Taipei. *Acta Neurol Sin* 1: 347-354, 1992.
2. 葉炳強、徐亞瑛、劉珣瑛：癡呆症患者的認識與照顧。健康世界雜誌社，台北：41-49, 1993。
3. 行政院經濟建設委員會人力規劃處：中華民國

- 國台灣地區民國81年至125年人口推計。行政院經濟建設委員會，台北：1993。
4. 曾文賓、曾春典、曾淵如：老人生活及醫療狀況調查。台灣醫界 31: 55-63, 1988。
  5. 戴玉慈、余玉眉、連倚南：罹患中風對家庭的衝擊。公共衛生 17: 171-180, 1990。
  6. 邱啓潤、呂淑宜、許玉雲、朱陳宜珍、徐蘭英：居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探討。護理雜誌 35: 69-83, 1988。
  7. Liu HC, Lin KN, Tsou HK, Lee KM, Yan SH, Wang SJ, Chiang BN: Impact of demented patients on their family members and caregivers in Taiwan. Neuroepidemiology 10: 143-149, 1991.
  8. 湯麗玉、毛家齡、周照芳、陳榮基、劉秀枝：癡呆症照顧者負荷及其相關因素之探討。護理雜誌 39: 89-98, 1992。
  9. 陳榮基、徐亞瑛、葉炳強：社區中痴呆老人分佈，行為問題及照顧者反應之探討。行政院國家科學委員會，台北：1993。
  10. Abraham IL, Onega LL, Chalifoux ZV, Maes MJ: Care environment for patients with Alzheimer's disease. Nurs Clin North Am 29: 157-172; 1994.
  11. Ejlertsson G, Jansson AK: The district nurse and the district physician in health care teams: an analysis of the content of primary health care. Scand J Prim Health Care 5: 73-78, 1987.
  12. Nikolaus T, Specht-Keible N, Kruse W, Oster P, Schlierf G: The early rehospitalization of elderly patients: causes and prevention. Dtsch Med Wochenschr 117: 403-407, 1992.
  13. Bjorkhem K, Olsson A, Hallberg IR, Norberg A: Caregivers' experience of providing care for demented persons living at home. Scand J Prim Health Care 10: 53-59, 1992.
  14. Chenoweth B, Spencer B: Dementia: The experience of family caregivers. Gerontologist 26: 267-272, 1986.
  15. Abraham IL, Thampson-Heisterman AA, Harrington DP, Smuuen DE, Onega LL, Droney EG, Westerman PS, Manning CA, Lichtenberg PA: Outpatient psychogeriatric nursing services: an integrative model. Arch Psychiatr Nurs 5: 151-164, 1991.
  16. Alter C: The changing structure of elderly service delivery systems. Gerontologist 28: 28-90, 1988.
  17. Braun K, Rose C: Goals and characteristics of long-term care programs: an analytic model. Gerontologist 29: 51, 1989.
  18. Kuroda K, Takatorige T, Tataru K, Honjo M, Harada K, Naya A, Tokito K, Matsutani M, Hokimoto M, Okada K: An evaluation of the attitudes and productivity of public health nurses in mental health service programs for the elderly. Nippon Koshu Eisei Zasshi 38: 400-409, 1991.
  19. Guo NW, Liu HC, Wong PF, Liao KK, Yan SH, Lin KP: Chinese version and norms of mini-mental state examination. J Rehab Med 16: 52-59, 1988.
  20. Katzman R, Zhang MY, Qu GY, Wang ZY, Liu WT, Yu E: A Chinese version of the mini-mental state examination: impact of illiteracy in a Shanghai dementia survey. J Clin Epidemiol 41: 971-978, 1988.
  21. 徐亞瑛、熊秉荃、戴玉慈、陳月枝、黃久美：長期療養機構中住民的特性。護理研究 1: 7-15, 1993。
  22. 邱啓潤、王秀紅：老年自我照顧能力及其相關因素之探討。高雄醫誌 3: 69-78, 1987。
  23. 徐亞瑛、張媚：都市及鄉村社區居家殘病中老年人家庭照顧者之照顧工作及照顧工作感受之探討。護理雜誌 39: 57-64, 1992。
  24. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 20: 649-655, 1980.
  25. Dolan MB: Community and home health care plans. Springhouse Publishing Co., Pennsylvania: 1990.
  26. Newman DK, Smith DJ: Geriatric care plans. Springhouse Publishing Co., Pennsylvania: 1991.
  27. 徐亞瑛、張媚、楊玉玟、黃久美：都市型及鄉村型社區中居家殘病老人照顧者之負荷及相關影響因素。護理雜誌 39: 99-106, 1992。
  28. Gonyea JG: Alzheimer's disease support group participation and caregiver well-being. Clin Gerontologist 10: 17-34, 1990.
  29. Coyne AC: Information and referral service usage among caregivers for dementia patients. Gerontologist 31: 384-388, 1991.
  30. Belle GV, Uhemann RF, Hughes JP, Larson EB: Reliability of estimates of changes in mental status test performance in senile dementia of the Alzheimer type. J Clin Epidemiol 43: 589-595, 1990.
  31. Salmon DP, Thal LJ, Butters N, Heindel WC: Longitudinal evaluation of dementia

- of the Alzheimer type: a comparison of 3 standardized mental status examinations. *Neurology* 40: 1225-1230, 1990.
32. Wahl HW: Decline of competence in aging:

on evaluation of the literature on "activities of daily living" and need for nursing care. *Zeitschrift fur Gerontologie* 26: 366-377, 1993.

## COMMUNITY-BASED INTEGRATED HOME CARE MODEL FOR THE DEMENTED PATIENTS AND THEIR FAMILIES

Yea-Ing Shyu, Ching-Tzu Yang\* and Ping-Keung Yip\*\*

The purposes of this research project were to establish an integrated home care model and understand the influence of an integrated home care model on demented elders and their families. The changes in cognitive function and self-care ability of demented elders were also explored longitudinally. The disciplines involved in the integrated home care model included doctors, home care nurses and social workers. The integrated home care model was developed according to the functions and roles of different disciplines in their actual working process. Services provided included home nursing care, telephone consultation and a support group. Home care nurses played the role of case manager in this model. Twenty-five families participated in this study. Among them, 22 received home care service, and 20 of them participated in a caregiver support group. The cognitive function of the demented elders did not significantly decrease over the 6-month period. Among their self-care ability, grooming and eating dependency were found significantly increased during this period.

Overall, 81% families reported that home nursing care services could help them to develop care skills, care knowledge and provided emotional support. However, the caregiver burden did not significantly decrease after the home nursing care services. Seventy percent of caregivers reported that telephone consultation could support them emotionally and provided them with information concerning care. Over half of the caregivers reported that in getting related information and receiving emotional support was helpful. This integrated model developed from this research project can be adapted and used in networking home care agencies, the community and health care resources. The small and convenient sample was one of the limitations of this study. The insignificance of some of the findings might be due to the short time period (6 months) and some effects of the model might appear later than 6 months. For further research, larger and random samples and a longer period of follow-up with more health disciplines involved were suggested.

(*Kaohsiung J Med Sci* 12: 359—369, 1996)

Graduate Institute of Nursing, Chang Gung College of Medicine and Technology, \*Taipei Home Nursing Care Agency, \*\*Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, Republic of China. Received: June 27, 1995. Accepted: October 26, 1995. Address for reprints: Ping-Keung Yip, Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, Republic of China.

