

失智者之精神行為問題 的照顧與危機處理



根秀欽

教育部部定講師

【講字第106998號】

ken.lucy826@msa.hinet.net

0922880882

學歷

- 苗栗縣南庄鄉東河國小 (60-65年)
- 苗栗縣頭份鎮大誠國中 (66-68年)
- 台北市私立稻江護校 (69-71年)
- 國立台北護理學院護理學士 (88-92年)
- 國立屏東科技大學社工二十學分班 (93-94年)
- 國立屏東教育大學幼兒教育碩士 (96-98年)
- 高雄師範大學性別教育研究所博士班備取3(101年)



經歷

- 台北(林口.高雄)長庚醫院 護士
- 新北市淡水馬偕醫院安寧病房 護理組長
- 衛生福利部桃園醫院安寧病房 護理師
- 新北市三芝區雙連安養中心 副護理長
- 屏東基督教醫院社區醫學部 居服督導
- 寶建醫療社團法人附設春風護理之家 副主任
- 美和【大仁】科技大學護理系 兼任講師
- 高雄市政府衛生局暨屏東縣政府衛生局專聘講師
- 高屏區衛生局、社會處及公益民間團體活動主持人



失智症之盛行率

台灣65歲以上人口

民國 64年 3.03%

民國 82年 7.09%

民國 95年 9.9%

預估至民國120年 20.07%

失智症盛行率

歐美 >65歲 5-10%

台灣 >65歲 1.7%-4.4% (2.5%)

台灣 >85歲 25%

65%為阿滋海默氏失智症 30%為血管性失智症

台灣失智症者約有29萬人

只有3-4萬住在機構

每年增加約1萬人

推估151年約有90萬人

失智症之盛行率

長期照護機構失智症盛行率

65歲以上住民

安養機構 26.8%

養護機構 61.8%

護理之家 64.5%

認識失智症

- 成年人於心智成熟後，在清醒的意識狀態下，因腦部疾病而引起心理及智力功能退步，並影響到生活及工作能力。
- 失智症（Dementia）不是單一項疾病，而是一群症狀的組合（症候群），它的症狀不單只有記憶力的減退，還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、妄想或幻覺等症狀（Behavioral & Psychotic Symptoms in Dementia, BPSD），這些症狀嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

失智症的類別

- 失智症主要分為三大類型：退化性失智症、血管型失智症和其他因素導致的失智症。

退化性
失智症

血管型
失智症

其他因素
導致的
失智症

	<p>阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 為神經退化性疾病，是最常見的失智症類型，約佔所有病例的60-75%。 ■ 症狀包括：記憶衰退，對人物、時間、地點的辨識出現障礙。
<p>退化性失智症</p>	<p>路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 是第二常見的退化性失智症，約佔15-30%。 ■ 認知功能衰退，出現幻覺、幻聽、情緒不穩、疑心病等。 ■ 常伴隨肢體障礙，如身體僵硬、手抖、走路不穩、容易跌倒。 ■ 好發年齡為70歲以後。
	<p>額顳葉型失智症 (Frontotemporal Lobe Degeneration)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以侵犯額葉及顳葉的腦部障礙為主。 ■ 特徵為表達與理解能力退化、失去對行為的控制力，而出現不合常理的舉動。

<p>血管性失智症</p>	<ul style="list-style-type: none">■ 病因為腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，使腦細胞死亡造成智力衰退。■ 常見症狀包括：情緒低落、尿失禁、吞嚥困難、走路不穩。■ 罹患高血壓、高血脂、糖尿病將有較高的失智風險。
<p>其他原因</p>	<ul style="list-style-type: none">■ 病因包括：營養不良（缺乏維他命B12、葉酸）、新陳代謝異常（甲狀腺機能低下、電解質不平衡等）、腦部疾病（腦部腫瘤或創傷、水腦症等）、藥物或酒精影響。

輕度認知障礙

- 完全想不起剛剛發生的事
- 在不熟悉的地方容易迷路
- 忘記生活瑣事
- 無法處理複雜的事物
- 難以集中注意力
- 情緒低落或是暴躁
- 仍可自己維持生活起居

中度失智症

家屬崩潰

走不下去...

- 在日常生活的處理上變得更加困難
- 非常健忘、重複問問題
- 社交功能出現障礙
- 煮飯清潔及上街購物等出外活動，很難獨自完成
- 衛生問題需依賴他人協助
- 說話越來越困難
- 出現遊走的問題及行為異常越嚴重
- 在住家及熟悉的社區附近也會出現走失的現象
- 無法單獨生活
- 睡眠障礙、時間、地點混淆不清，出現幻覺等

重度失智症

- 完全依賴及喪失活動的能力，記憶喪失
- 嚴重者其他身體症狀也會越明顯
- 無法自我進食
- 無法辨認家人、朋友及熟悉的事物
- 對事情喪失理解力及判斷力

失智症常見成因

BPSD生物性導因-解剖分析

- 額葉受損（行為障礙、憂鬱、自我克制降低）。
- 基底核受損（妄想）
- 顳葉受損（妄想、幻覺）

失智症之精神行為問題 (BPSD) 帶來的影響

- 可以在失智症病程中任何時期出現。
- 是照顧者精神心理負荷及崩潰最大的來源 (caregiver burnout)，並降低生活品質。
- 增加照顧者的壓力 (如：身體無法負荷、經濟壓力)
- 可能引起老年人施虐情形 (elderly abuse)。
- 造成提早送入安養院的原因。
- BPSD可以有效及安全的治療。
- 對BPSD的認識及適當的處理，是醫療工作人員在改善失智症患者及家屬照顧上及提昇其生活品質上，形成當前重要的課題。

失智症者之精神行為問題 (BPSD)

A. 情感症狀	B. 精神症狀	C. 行為症狀
憂鬱 冷漠 欣快感 焦慮	妄想 (Delusion) 幻覺 (Hallucination) 錯認 (misidentification)	激動/攻擊行為 重複行為 (repetition) 漫遊/迷路 (wandering/getting lost) 睡眠障礙 食慾/飲食行為障礙 (appetite tin disorder) 病態收集行為 (hoarding behavior) 不恰當/失控行為 (inappropriate/disinhibition) 日落症候群 (aundown syndrome)

- 早期失智症偶有精神症狀出現。
- 失智症的中度病患較常出現精神症狀，有妄想、幻覺、錯覺與錯認等。
- 極大部分失智症病患是在出現精神症狀或行為問題後才被送去就醫，或直接被送至安養院，錯失早期診斷、早期治療的機會。

失智症精神症狀-情緒障礙

- 初期時，由於病人尚有病識感，依稀知道自己得到這種退化性的腦病變，所以會有明顯的憂鬱、恐懼及悲傷。
- 焦慮：病人有時會神經緊張，沒有明顯的事情仍顯得擔心或害怕，可能會焦慮害怕和照顧者分開。也有可能病人會因為想要避開使他心神不寧的場所或情境，如乘車和朋友相聚或參與公共社交場合而害怕出門。

憂鬱 Depression

1. 是否常常哭泣？
2. 是否說他很憂鬱或表現得很憂鬱？
3. 是否覺得自己很差或感覺自己很失敗？
4. 是否說自己是壞人或值得被處罰？
5. 是否很沮喪或說自己沒有未來？
6. 是否說自己是家人的負擔或說若自己不存在對家人比較好？
7. 是否談到想死或想殺掉自己？
8. 是否表現出憂鬱？

焦慮 Anxiety

1. 是否對計畫中的事件很焦慮，如家人的探視或約定的活動？
2. 是否常感覺很緊張，無法放鬆？
3. 是否常感覺呼吸短促，（因為緊張）沒有理由的嘆氣或吸氣？
4. 是否常感覺肚子不舒服或心跳很快（無法以疾病來解釋）？
5. 是否會迴避讓他感到更緊張的情境，如和朋友會面或參與活動？
6. 和信任的人分開，住民是否表現緊張或不悅？

情緒不穩 Irritability

1. 是否壞脾氣，對小事情很容易狂怒？
2. 是否情緒變化很快，前一分鐘很好，下一分鐘就非常生氣？
3. 是否沒耐心，對延遲或等待計畫中的活動或事件失去適應力？
4. 是否容易煩躁惱怒 (irritated) ？
5. 是否不容易和睦相處，很容易和人爭吵？
6. 是否有其他煩躁的徵兆 (other signs of irritability) ？

失智症精神症狀-妄想

- 被偷妄想最常出現，確信有陌生人、小偷、家人或是照顧者偷他的東西。當他懷疑是家人或照顧者偷他東西時，而家人或照顧者堅決否認時，情緒往往十分激動、甚至有暴力行為。
- 被害妄想是「堅信有人要害他」，以為妻子或女兒要毒死他而不敢吃藥或吃飯。
- 嫉妒妄想是「相信配偶有外遇而憂鬱或憤怒」，男女皆會發生。

妄想 Delusion(NPI-NH)

1. 是否認為自己在危險當中/有人計畫要害他/他已經被傷害了？
2. 是否認為有人要偷他的東西？
3. 是否認為他的配偶不貞？
4. 是否認為他的家人或工作人員是假的？
5. 是否認為電視或雜誌的人或物真實存在屋裡（而且嘗試跟這些人說話或互動）？
6. 是否相信其他不尋常的事？
7. 每一項要評Frequency（頻率）severity（嚴重度）；Occupational Disruptiveness（對工作的打擾-在機構）

失智症精神症狀-幻覺

- 失智患者最常出現的幻覺為視幻覺和聽幻覺。
- 病人可能會聽到或看到一些不存在的聲音或影像，甚至與幻覺中的人物交談。
- 「屋內有老鼠、蜘蛛、螞蟻或陌生人」「死去的親人出現在他的面前」「屋外有不明的黑影、壞人」，但事實上都沒有。
- 「錯覺」(illusion)，誤以為「繩子是一條蛇」「屋外透過玻璃的黑影是小偷」…等。

幻覺 Hallucination

1. 是否表現得像他聽到聲音或描述他聽到聲音？
2. 是否向不存在的人說話？
3. 是否看到不存在的事物或表現得好像他看到不存在的事物（如：人、動物、燈泡等）？
4. 是否聞到其他人沒聞到的（味道）？
5. 是否感覺皮膚有東西在爬或表現得像有東西在皮膚上爬？
6. 是否說或表現得像嚐到不存在的（食）事物？
7. 描述其他不尋常的感覺？

失智症精神症狀-錯認

- 錯認現在住的房子不是自己的家。
- 錯認親人配偶是別人或偽裝者。
- 錯認為電視上的事件是真實的。
- 錯認鏡中的自己的影像是別人。
- 若「錯認」和「被害妄想」相關連出現，則需要謹慎積極的處理與治療，以免因失智病患的情緒行為失控而造成不必要的傷害與遺憾。

失智症精神症狀-睡眠障礙

- 因腦功能退化，睡眠週期會變亂，嚴重者甚至日夜顛倒。
- 很多病人不易入睡，或是半夜容易醒來。
- 有些病人還會去敲家屬的門，要求有人陪或幫忙做一些事。
- 如：穿好衣服然後準備外出，以為現在就是早上要開始一天的工作。

照護

- 如有日夜顛倒的睡眠問題，可予以輕型鎮靜劑。
- 如有激動，不正常行為的精神病現象，可給予抗精神病藥物。
- 抗憂鬱劑，可減輕患者憂鬱症狀。
- 抗焦慮劑及安眠藥物可減輕煩躁不安及失眠。
- 家人必須參與病患的治療照顧計畫，熟知照顧病患的基本知識，如建立一個熟悉環境，訂立每天固定的活動時間表，儘量每天同一時間起床、吃飯、服藥、活動，不要改變病人的生活環境及作息。

睡眠行為障礙

Sleep and nighttime behavior disorder

- 1. 是否不易入睡？
- 2. 是否半夜起床（不包含晚上起床上廁所1-2次又馬上入睡）？
- 3. 是否在晚上遊走、漫步、或其他不合宜的活動？
- 4. 住民是否半夜起床穿衣服，準備外出，以為是早上，準備一天的開始？
- 5. 住民是否比其他住民更早起床（太早醒來）？
- 6. 住民是否有其他夜晚異常行為？

激動及侵犯行為

Agitation and aggression

- 激動及侵犯行為是不適當之言語及動作。
- 發生在60%的失智病患，嚴重度差異很大。
- 有很多原因造成，如疼痛、身體不舒服、憂鬱、定向異常、和家人分開、需求未滿足。

言語激動 Verbal agitation

非侵犯性 (Non-aggressive)	侵犯性 (Aggressive)
<p>非理性的害怕 重複問問題或發聲 表現出焦慮 抱怨不健康 呻吟聲；嗚咽聲 持續抱怨或持續要求關心</p>	<p>有攻擊行為 詛咒 罵髒話 亂發脾氣 語言恐嚇</p>

身體激動 Physical agitation

非侵犯性 (Non-aggressive)	侵犯性 (Aggressive)
<p>無目的的並重複的身體動作 不安亂動、遊走踏步 仔細搜查、藏東西 不適當的穿著或脫衣 拒絕照護 (如：拒吃藥) 不適當的性動作</p>	<p>打、踢、推、抓、刮、吐口水 咬、摔東西 拒絕照護 (如：拔鼻胃管) 不適當的性動作</p>

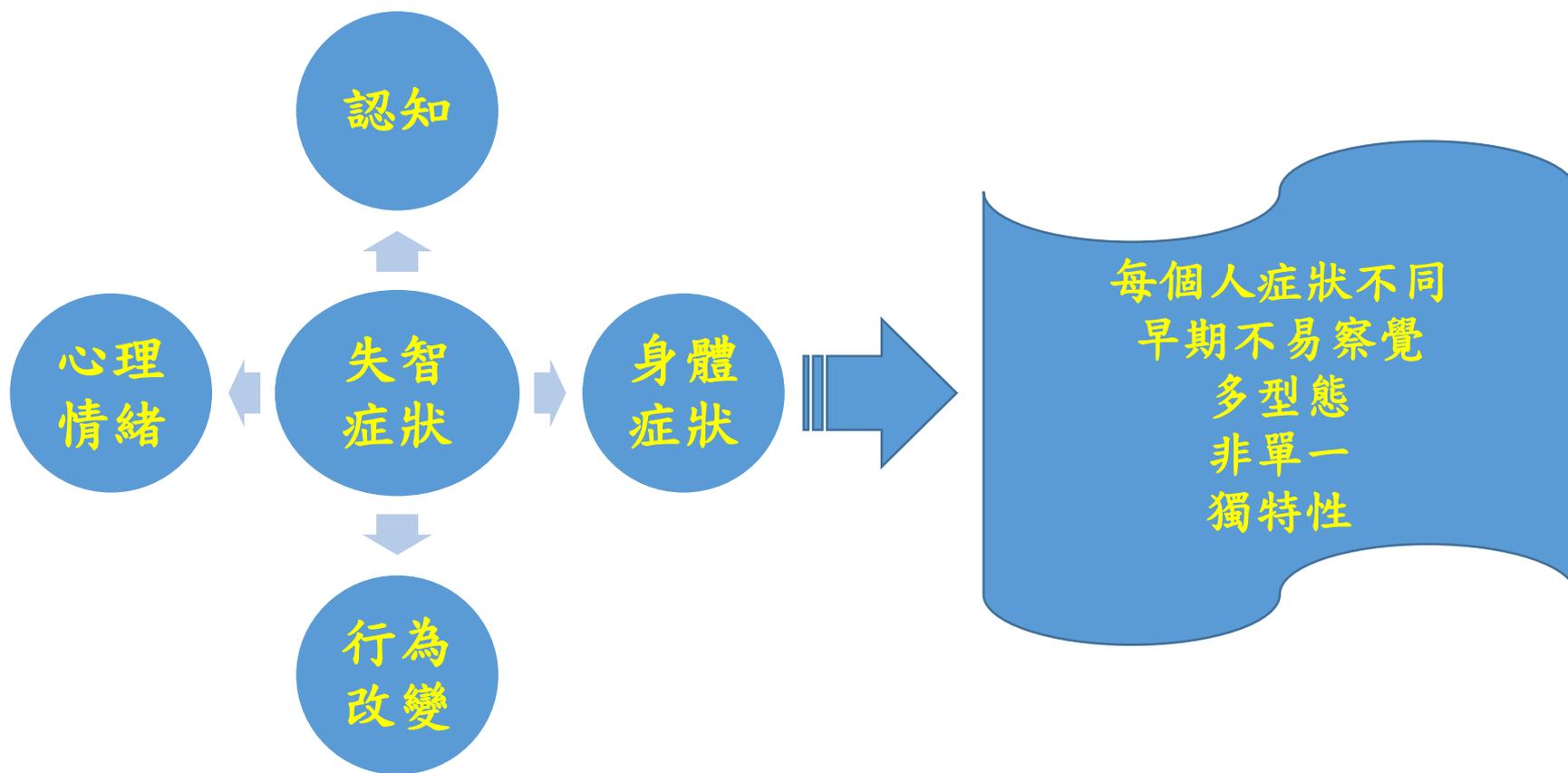
其他失智症行為障礙

- 暴食或多食：可能是忘了已吃過東西或下視丘飲食中樞失調。
- 不適切性行為：性暴露、在公共場合自慰、不當的觸摸異性工作人員或家人、性需求增加。
- 重複現象：重複說或問同一句話、重複買相同的東西、重複做一些無目的的行為如重複翻箱倒櫃、搬來搬去等。
- 遊走：有時是因為不認得路、有時是毫無意義的遊走病態收集，收集無關緊要的東西，如食物、廢紙、鐵罐等。

黃昏症候群或稱日落症候群

Sundowning, or sundown syndrome

- 失智症長輩容易發生的。
- 不是一種疾病或診斷，而是一群行為的總稱。
- 指的是常發生在傍晚或是夜晚來臨，甚至也可能發生在白天。
- 患者出現行為以及意識上的混亂，包括：躁動、踱步、攻擊、不安、焦慮、沮喪、遊走、注意力不集中、尖叫、幻覺等行為
- 常較出現在罹患阿茲海默症的失智症長者以及急、慢性意識混亂的長者身上。
- 可能因為季節的變換而有不同的發生頻率



失智症之治療策略

- 極力以「增進失智症患者獨立功能與生活品質」及「減輕照護者負荷、增進其因應技巧與照護能力」為治療的終極目標。
- 非藥物療法在治療BPSD的療效不遜於藥物療法，且極少有副作用。必須優先採用非藥物療法，若成效不足時，再考慮結合與藥物治療的協同治療模式。

失智症治療策略之建議

1. 分辨與確認出個別BPSD症狀。→發現個案的需求
2. 標定欲處理的目標症狀；若有一個以上的症狀，依照嚴重度與急迫性訂出處理的先後次序。→了解個案的需求
3. 探求BPSD可能的發生原因。→探究個案的需求
4. 擬定治療計畫。→選擇最合適的照護方法
5. 進行療效評估，以及依照療效調整治療內容，並要預設停用藥物的時機及計畫。→適時調整照護計畫

藥物治療

- 合乎規定者，健保可以給付。
 1. 膽鹼酶抑制劑：愛憶欣 (Aricept, donepezil)、憶思能 (Wxelon, rivastigmine)、利憶靈 (Reminy, galantamine)。可能的副作用有噁心、拉肚子、厭食、頭痛、嘔吐等。
 2. NMDA受體拮抗劑：憶必佳 (Wbixa, memantine)、威智 (Witgen, memantine)。對中重度阿茲海默症較為有效。

藥物治療

3. 抗精神病藥物：當患者有幻覺、妄想、攻擊、敵意和不合作等症狀，可給予抗精神病藥物，如：司樂康（Seroquel, quetiapine）、理思必妥（Risperdal, risperidone）等。可能的副作用有嗜睡、便秘、血壓降低、顫抖、身體或四肢僵硬等。

4. 抗憂鬱劑：患者的憂鬱、煩惱、睡眠障礙等可以用抗憂鬱劑來治療，如百憂解（Prozac, fluoxetine）、樂福德（Zoloft, sertraline）、美舒鬱（Mesyrel, traxodone）等。可能的副作用：頭痛、噁心、頭暈、平衡感差等。

非藥物治療

懷舊治療	音樂治療	藝術治療	認知訓練
<p>透過團體的方式，藉由對過去事物及經驗的回憶而增加患者語言表達、人際互動、改善情緒之目的，進而言緩病情的一種治療模式。</p>	<p>運用音樂本身做媒介來改善患者情緒，促進語言溝通進而延緩病情的一種治療模式。</p>	<p>運用教材及繪畫、拼貼、雕塑等方法與失智症者互動，提供豐富之感刺激及自我表達機會。</p>	<p>運用輔助教具、日常生活器具或其他自製器材、海報等，設計認知活動，幫助失智症者動動腦，減緩認知功能退化。</p>

非藥物治療

- 調整環境
- 安排活動
- 改變溝通方式
- 懷舊
- 亮光
- 按摩
- 音樂
- 寵物

掌握水分、飲食、排泄、運動
可以改善失智症狀

照顧技巧

- 規律的生活

吃飯、睡覺、運動等原本在家中會做的活動將時間固定下來，能夠減緩精神行為發生的頻率；規律的生活也能夠讓病患有精神行為產生時能夠有轉移注意力的方法。

- 了解長輩的個性

每一個人的個性都不相同，要認識長輩的個性在精神行為出來時才知道要如何去應對；好強就不能用命令，溫和可以用制止的方法，悲觀無法用責備等，對長輩夠熟悉處理精神行為的次數以及時間才能減少。

照顧技巧

- 固定的睡眠及吃飯時間

如同規律的生活一樣，建立起固定的吃飯以及睡覺的時間能夠減少夜間遊走或因為時間空間的混亂而出現的精神行為症狀。

- 照顧者理解病情的變化

失智症是有分期的，輕度、中度、重度時期會出現的精神行為症狀會不一樣，照顧者在面臨病患的病情變化心理的壓力也需要隨之調整，唯有調整好自己的心情才能正確地面對病患出現的精神行為。輕度的理解力保留最多，隨著病情加重理解能力也會跟著減退，照顧者若能明白這點對於病患的要求能隨之調整，精神行為的照顧壓力會減輕不少。

評估問題行為

1. 描述實際的行為及症狀
2. 描述問題行為發生時之情境
3. 是否為新的問題行為？頻率是否增加？
4. 考量是否為疼痛所引起？
5. 藥物治療要從低劑量再慢慢增加（少量慢慢增加），且要配合行為介入。
6. 重新評估藥物及行為介入之後的反應。

處理問題行為的目標

- 安全
- 舒適
- 尊重、尊嚴、同理
- 個別化—要認識這個人，使用生命故事（life story）認知到個案要告訴我什麼，且有哪些需求得不到滿足。

以溫和的方式處理問題行為

- 每次見到都要介紹自己
- 適當的觸摸
- 以溫和的態度開始，緩慢的表達，並運用短而簡單的句子
- 避免糾正他的話或對質
- 讓他知道你會維護他的安全
- 完成事項要有彈性（告訴他因為太太要來看他，所以要刮鬍子）
- 用病人的時間表

以達到舒適需求來處理問題行為

- 給予基本的舒適需求—大小便處理、食物、水分、擺位、室溫
- 坐搖椅、躺椅或懶骨頭
- 提供點心、甜點及飲料
- 手腳的乳液使用及1-2分鐘的按摩
- 唱歌或彈奏
- 讀經文或詩歌或禱告（配合病人之喜好）

以分散注意力來處理問題行為

- 找到病人喜歡的一家人、寵物、家鄉的事
- 使用家人照片或吸引他興趣的照片（鳥、植物、氣球）
- 食物或水分飲料
- 給他手上可以拿的東西（布巾、布娃娃、絨毛玩具、手）
- 音樂或唱歌

以參與活動來處理問題行為

- 給他做有意義的工作（如折毛巾）
- 看圖畫書或雜誌
- 彈奏他所喜歡的音樂，唱他喜歡的老歌
- 提供他喜歡的電視節目
- 安排志工或訪客與其互動
- 帶出戶外短暫的活動或訪視
- 允許不安的病人起來走動一下或在輪椅上活動

以藥物處理問題行為

- 給予幻想 (hallucination) / 妄想 (delusion) 病人抗精神藥物
- 評估是否有身體不適 (distress) ? 急性內科問題? (感染或腹脹) delirium (譫妄)
- 憂鬱病人給予抗憂鬱劑
- 焦慮通常沒有被好好控制 (抗焦慮藥物)

緊急及特殊事件之危機處理因應—走失

- 所有特殊事件都需要跟居服督導報告
- 預防是最好的方法，可提前幫病人到警局做指紋登錄
(需請家屬帶去登記，最好有診斷書)
- 聯絡警局
- 聯絡家屬
- 根據經驗，尋找病人會去的地方
- 輔助穿戴式裝置
(走失手環、愛心手鍊、愛心卡、手機定位、愛心布標Qrcode..)

暴力—病人暴力或家屬暴力

- 請家屬協助
- 可以帶哨子警示
- 必要時，照相、驗傷
- 緊急狀況採取三步驟：離開現場、呼叫警衛協助（甚至通知110）、通報主管。
- 辨識暴力前驅症狀：焦慮、反覆地做無意義的舉止、言語大聲且咄咄逼人、自我防禦姿態、用言語辱罵其他人、行為暴烈而失去理性。

拒絕服務

- 了解原因
- 加強溝通技巧
- 例：為了進入案家打掃，先和強烈拒絕的失智者閒聊鬆懈心防，要求入戶「借用廁所」，然後用「打掃以表示感謝」完成工作
- 換人做看看

性騷擾

- 了解是因為病人生病、無法控制
- 可以用堅定的語氣制止
- 不可用言語暴力傷害病人
- 必要時，換人服務

個案討論與情境演練

近期的失智症研究

- 慢跑者（3公里/日，2-3次/週）
可降低失智症發生率42%（Abotito）
- 擁有嗜好者可降低失智症發生率38%（Scameas）
- 擁有3種嗜好以上者可降低失智症發生率80%
（Helmer）

照顧服務員

工作壓力 & 調適

照顧服務員工作壓力

- 一、工作本質的壓力：工作內容定位不清、服務案量不穩定、案家環境多樣貌、交通意外事故頻繁、緊急意外危機處理。
- 二、與案主及家屬有關：案主和家屬不尊重的態度、性騷擾的困擾、特殊個案的服務壓力、案主/家屬餽贈的壓力。
- 三、與居服員及家庭有關：多重角色的負荷、朋友/家人對工作的觀感差。
- 四、與組織有關：督導的因素、居服員之間的比較、被申訴的壓力。
- 五、與制度/政度有關：薪資無法提升、查班的壓力、撰寫報表的壓力。

照顧服務員自我調適

面對工作上的壓力，居服員所採取的因應策略包括：

一、問題焦點因應策略：督導的協助、依契約內容提供服務、依個別化提供服務、提升專業照顧能力、應用溝通技巧、積極配合接案、結束服務關係。

二、情緒焦點因應策略：自我情緒調適、案家正向回饋的能量、從事休閒活動、尋求支持。