PG9408-0515
DOH94-TD-M-113-062-(2)(1/2)

計畫編號：DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)

行政院衛生署九十五年度科技研究計畫

失智症非藥物治療於機構照護應用之成效

研 究 報 告

執行機構：台北醫學大學護理學研究所

計畫主持人：林佳靜

研究人員：蔡麗雯

執行期間： 94 年 7 月 1 日至 95 年 6 月 30 日

＊ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意＊

參與九十五年度計畫研究人力之職級與學歷分析表

計畫名稱：___失智症非藥物治療於機構照護應用之成效_____

主 持 人：___林佳靜___ 計畫編號：DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)

學歷別 / 職級	博士	碩士	學士	專科	博士研究生	碩士研究生	其他	合 計
第 一 級	4		1					
第 二 級								
第 三 級		3						
第 四 級								
第 五 級			1					
第 六 級								
合 計								

〔註〕

第一級：研究員、教授、主治醫師、簡任技正，若非以上職稱則相當於博士滿三年、碩士滿六年、或學士滿九年之研究經驗者。

第二級：副研究員、副教授、助研究員、助教授、總醫師、薦任技正，若非以上職稱則相當於博士、碩士滿三年、學士滿六年以上之研究經驗者。

第三級：助理研究員、講師、住院醫師、技士，若非以上職稱則相當於碩士或學士滿三年以上之研究經驗者。

第四級：研究助理、助教、實習醫師，若非以上職稱則相當於學士或專科畢業目前從事研究發展，經驗未滿三年者。

第五級：指目前在研究人員之監督下從事與研究發展有關之技術性工作，且具備下列資格之一者屬之：具初（國）中、高中（職）、大專以上畢業者或專科畢業目前從事研究發展，經驗未滿三年者。

第六級：指在研究發展執行部門參與研究發展有關之事務性及雜項工作者，如人事、會計、祕書、事務人員及維修、電機人員等。

九十五年度計畫執行成果報告表

計畫名稱	失智症非藥物治療於機構照護應用之成效		
計畫編號	DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)	填寫日期	95,05,10
執行機構	台北醫學大學護理學研究所	計畫主持人	林佳靜
計畫期程	□一年期計畫 ； ■多年期計畫，共__2__年，本年度為第__1__年		
原計畫書擬達成	1. 探討失智症患者之憂鬱、淡漠、精神症狀、認知功能、睡眠障礙狀況之盛行率。 2. 分析失智症患者之憂鬱、淡漠、精神症狀、認知功能、睡眠障礙狀況之相關。		
已達成目標及其他成果	1. 研究對象的憂鬱程度與不同的『收案地點』、『診斷』、『教育程度』、『婚姻狀況』、『親近家屬探訪情形』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異。 2. 研究對象的睡眠品質與不同的『收案地點』、『安養護機構性質』、『進入機構的意願』以及『滿意目前居住地點』具有統計上顯著的差異。 3. 研究對象的淡漠程度與不同『性別』、『失智程度』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異。 4. 研究對象的認知功能與不同的『失智程度』以及『年齡』具有統計上顯著的差異。 5. 研究對象的精神症狀嚴重程度與不同的顯示『性別』、『收案地點』、『教育程度』、『親近家屬探訪情形』、『年齡』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異。 6. 研究對象的淡漠程度與憂鬱程度、睡眠品質、精神症狀嚴重度、照顧者壓力呈現正相關；在淡漠程度與認知功能的部份則呈現負相關。且皆具有統計上顯著的差異。 7. 影響研究對象的淡漠程度之預測因子為：個案之失智程度、性別、憂鬱程度、認知功能、睡眠品質以及精神徵象的嚴重程度。		

（計畫主持人以條列方式逐項填寫，若篇幅不足，可另附頁說明）

九十五年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議

（本資料須另附乙份於成果報告中）

計畫名稱：_____失智症非藥物治療於機構照護應用之成效_____

主 持 人：___林佳靜____ 計畫編號：DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)

1.本計畫之新發現或新發明

i.中文版的淡漠量表的翻譯及使用。
ii.影響研究對象淡漠程度的預測因子為：個案之失智程度、性別、憂鬱程度、認知功能、睡眠品質以及精神徵象的嚴重程度。

2.本計畫對民眾具教育宣導之成果

了解不同屬性之失智患者所產生之情緒、行為問題。
增加家屬對失智症的了解，以期達到失智患者及家屬的生活品質改善。
提供未來收治失智症患者的機構活動安排，以非藥物治療計畫的參考資訊。
使民眾認識失智症個案不只是退化及健忘的症狀而已，更有可能導致生理、情緒和心理上嚴重的問題。

3.本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

A. 期待未來能增設更多的不同屬性之照護機構，如日間照顧、喘息服務長照機構...等。
B. 加強民眾對失智症的預防及認識，以及後續處理、心理支持、喘息服務等資訊。
C. 未來期待能增加政府設置專門人員巡診於機構中進行非藥物治療的計畫；並在社區中加強公共衛生教育的宣導。

九十五年度計畫成果報告全文上網及編印年報意願調查表

計畫編號：DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)

計畫名稱：失智症非藥物治療於機構照護應用之成效

執行單位：台北醫學大學護理學系

計畫主持人：林佳靜

成果報告全文上網及年報登載意願調查			無法立即公開之理由[*2] (請詳細說明之)	成果預定應用狀況[*3]	
可立即對外公開[*1]	一年後可對外公開[*2]	二年後對外公開[*2]		申請專利 (預定申請時間)	發表於期刊 (預定時間/期刊名稱)
		●	因此為二年期計畫，尚在研究進行介入措施階段		

※備註：

1. 政府機關委辦之研究以公開發表為原則，惟為保護計畫主持人申請專利及於期刊發表之優先權利，得同意其研究成果延緩二年對外公開發表，但需有具體理由或事實。
2. 計畫主持人之成果報告若無法立即對外公開，請詳述理由，若無具體理由，本署可自行決定是否將研究成果報告交由國科會科資中心全文上網立即對外發表或編印本署年報。
3. 研究成果欲申請專利者，請註明預定申請時間；欲發表期刊者，請註明欲投稿之時間及期刊名稱。

壹、中英文摘要

計畫名稱：**失智症非藥物治療於機構照護應用之成效**

計畫編號：DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)

執行機構：台北醫學大學護理學研究所

計畫主持人：林佳靜

計畫主持人服務單位：秘書室/護理學研究所

計畫主持人職稱：主任秘書/教授

研究報告中文摘要：不超過六百字

失智症是一種腦部後天性器質性疾病或進行性退化的疾病，病程通常為慢性且經常產生不同的生理及心理的變化，包括遊走、幻覺、妄想、睡眠障礙、憂鬱以及淡漠等。這些行為與心理症狀對患者的生活品質和照顧者帶來嚴重的負擔，然相關性探討文獻卻極為有限。本研究以分層隨機抽樣方式選取北部地區 10 家照護機構，3 家醫學中心神經科或精神科門診，共蒐集 202 位 55 歲以上，輕、中度失智患者。經本人或家屬同意，調查以『中文版簡短憂鬱量表』、『簡短智能施測量表』，『中文版匹茲堡睡眠品質指標量表』、『淡漠程度量表』以及『中文版精神徵象量表』進行問卷訪查，有效問卷 182 份，廢卷 20 份，問卷完整率為 90.10%。並進行描述性分析、獨立樣本 t-檢定、單因子變異數分析、皮爾森積差相關以及階層迴歸分析。其具體目的為：(1) 探討失智症患者基本屬性的不同與憂鬱、認知功能、睡眠障礙、淡漠及精神症狀發生有無差異。(2) 分析失智症患者之憂鬱、認知功能、睡眠障

礙、淡漠及精神症狀發生之相關。(3) 預測各變項之間發展模式。

研究結果發現:

1. 研究對象的憂鬱程度與不同的『收案地點』、『診斷』、『教育程度』、『婚姻狀況』具有統計上顯著的差異。
2. 研究對象的睡眠品質與不同的『收案地點』具有統計上顯著的差異。
3. 研究對象的淡漠程度與不同『性別』、『失智程度』具有統計上顯著的差異。
4. 研究對象的認知功能與不同的『失智程度』以及『年齡』具有統計上顯著的差異。
5. 研究對象的精神症狀嚴重程度與不同的顯示『性別』、『收案地點』、『教育程度』、、『年齡』具有統計上顯著的差異。
6. 研究對象的淡漠程度與憂鬱程度、睡眠品質、精神症狀嚴重度、照顧者壓力呈現正相關；在淡漠程度與認知功能的部份則呈現負相關。且皆具有統計上顯著的差異。

本研究將提出實證性研究的發展，瞭解本土化失智症之發生情形，研究結果將可能支持輕、中度失智症改善失智患者疾病症狀的非藥物治療進行未來進一步的相關研究。

中文關鍵詞(至少三個)：失智症、憂鬱、睡眠品質、認知功能、淡漠、精神徵象

Project Title: The effect of applying non-medicine treatment to Dementia in institutes.
Project Number: DOH95-TD- M -113-062-(2)(1/2)
Executive Organization: College of Nursing Taipei Medical University
P.I. Institute: Department of Secretary / College of Nursing Taipei Medical University
Principal Investigator(P.I.): Chia-Chin Lin
P.I. Position Title: Manager of Secretary / Professor

Abstract:

Senile Dementia is one kind of organic disease with acquired brain degeneration, process of which usually is choronic and accompanies different physiological and the psychological change, including mosey, illusion, delusion, sleep disturbance, depression, apathy and so on. These behaviors and the Psychiatric Symptoms result in the life quality to the patient and burden with caregivers, however the relevant discussion literature is actually limited. Therefore, we selected outpatients at 3 department of neurology or pschiatry of medical centers the resident in 10 long-term care institutes in north area by the stratified random sampling in this research. There were above 55-year-old, 202 dementia cases with mild or moderate degree. When agreed by themselves or the family member, we examined by the questionary with 『GDS』、『MMSE』、『CPSQI』、『AES』and 『NPI』. Completed questionnaire were 182 portions, the complete ratio was 90.10%. We analyzed by independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation, and . The purpose was (1) To discuss the difference with personal attribution , depreesion, cognitive function, sleep disturbance, apathy, and Psychiatric Symptoms. (2) To analyze the correlation between depreesion, cognitive function, sleep disturbance, apathy, and Psychiatric Symptoms. (3) To predict the model of these variables. According to the result, we had below six conclusions:

1. Subjects' depressive symptoms was significantly different in 『Location』、『Diagnosis』、『Education degree』、『Marriage condition』.
2. Subjects' sleeping quality was significantly different in 『Location』.
3. Subjects' apathetic degree was significantly different in 『Gender』and 『Degree of Dementia』.
4. Subjects' cognitive function was significantly different in 『Degree of Dementia』and 『Age』.
5. Subjects' degree of the Psychiatric Symptoms was significantly different in 『Location』、『Gender』、『Education degree』、『Age』.
6. Subjects' apathetic degree had significant positive correlation in 『Depressive

symptoms』、『Sleeping quality』、and 『Degree of the Psychiatric Symptoms』; negative correlation in 『Cognitive function』.

This study will propose development of evidence-base research, and let us realize the localized situation of Dementia. The results possibly supports Dementia of mild or moderate degree to improve their life quality and it will be the archery target which develop non- medicine treatment to conduct the future further correlation research.

Keyword: Dementia、Depression、Sleeping quality、Cognitive function、Apathy、Psychiatric Symptoms.

貳、前言

行政院經建會人力規劃處（2002）指出台灣地區 65 歲以上老年人口已呈快速的成長，因著國人平均壽命延長，百歲人瑞到民國 140 年時預計將超過 2 萬 3 千人，隨台灣人口老化的速度，伴隨而來的是老人醫療及照護問題，其中隨著年齡的增加，疾病的罹患機率越高的失智症(senile dementia)就是常見的問題。失智症過去稱為老人癡呆症，亦簡稱癡呆症。然失智並不等於癡呆，且為了尊重長者，所以現在以「老人失智症」稱之。據國內統計 65 歲以上老人患有失智症之比率約有 2-4%，且預測未來會隨著老人人口增加而增加（劉、戴、林、賴，2000）。若以 2%-4%之盛行率推估，目前台灣 208 萬位 65 歲以上老人中（內政部，2004），約有 4.16 萬至 8.32 萬位失智老人，此對社會經濟及政府財政皆造成頗大的衝擊，此一現象是值得關注。事實上，失智症是一種腦部後天性器質性疾病或進行性退化的疾病，病程通常為慢性且好發於老年人，所以隨著年紀愈大得病機會愈高。其主要因腦部細胞死亡而出現高級大腦皮質功能多重缺損的症狀群，隨著病程發展，產生不同的生理及心理的變化；其主要臨床表徵包括認知（cognition）、行為（behavior）與精神狀態（mental status）三方面的退化（American Psychiatric Association, 1994）。根據國內研究發現失智老人具有行為問題，其中包括四處遊走、幻覺、妄想、睡眠障礙及憂鬱等。隨著時

間的進展，失智者在對自己的健忘或不適宜行為感到焦慮及憂鬱。所合併憂鬱症狀之盛行率甚至高達 40%至 50%之間（趙、林、劉，2004；劉，2003）。此結果與 Jorm（2001）藉由變化分析（meta analysis）討論憂鬱與失智症之關係相互呼應。另一明顯出現於癡呆症病人症狀為日落症候群（sundown syndrome）。此症狀為病人在傍晚或太陽下山後，其混亂及燥動會更加明顯，間而影響其睡眠品質（Meguro, et al., 2004; Burney-Puckett, 1996）。所以，這些行為與心理症狀並存的現象均會對患者和照顧者帶來嚴重的負擔。然而，至目前為止，國內文獻對於失智症患者之憂鬱、認知功能、睡眠障礙之相關性探討仍極為有限。再則，過去的國外研究顯示失智症症狀可藉由許多治療性活動包括有現實導向療法(reality orientation)、懷舊療法(reminiscence therapy)、感官刺激活動(sensory stimulation)、芳香療法（aromatherapy）、音樂療法(music therapy)、寵物療法(pet therapy)、美術及工藝品製作(art and handcraft making)、娛樂活動(recreation activity)來加以改善(Gerdner, 2000; Pfister, Berrol, & Caplan, 1998; Anderson, 1996; Ragneskog, Kihlgren, Karlsson, & Norberg, 1996; Nugent, 1995; Burnside & Haight, 1994; Lane, 1992)，但反觀國內本土之各項非藥物性治療之實證資料仍付闕如（趙、林、劉，2004）。因此，本研究之主要目的如下：

參、研究目的

本計劃的總目標為：

以機構日間留院之輕、中度失智老人為基礎，探討失智症之憂鬱、認知功能、睡眠障礙之間的關係，以及長期追蹤機構照護中之非藥物性治療中懷舊團體治療與運動訓練治療對失智老人憂鬱、認知功能、睡眠障礙之介入成效。

年度目的：

（一）第一年

1. 探討失智症患者之憂鬱、認知功能、睡眠障礙狀況之盛行率。
2. 分析失智症患者之憂鬱、認知功能、睡眠障礙之相關。

（二）第二年

i. 擬發展懷舊團體治療對輕、中度失智症患者之介入方案。
ii. 擬發展運動介入治療對輕、中度失智症患者之介入方案。
iii. 擬探討懷舊團體治療對機構日間留院之輕、中度失智患者之憂慮、認知功能、及睡眠品質之成效。
iv. 擬探討運動訓練治療對機構日間留院之輕、中度失智患者之憂慮、認知功能、及睡眠品質之成效。
v. 擬比較懷舊團體治療及運動訓練治療對失智患者之憂慮、認知功能、及睡眠品質成效之差異。

肆、背景分析

一、政策或法令依據

在全球高齡化的發展，聯合國大會發表「老化宣言」特別提出敦促國際社會要加速透過各界與國家的合作，擴及於發展社區、媒體，民營企業部門與年輕世代，大家共同努力創造一個不分年齡、人人共享的社會。過去世界各國對人口老化的政策，多侷限於提供老人照顧和保障其所得安全，而近來已相繼採取促進積極、健康老化（promoting active ageing）的策略，提出揚棄老人是依賴人口的傳統看法，(UN,1999)。由是可知：全球化老年人口政策與發展，強調以老人之人權為基礎的方法可促使老人完全參與，根除年齡的歧視，應將老人視為有成就與尊嚴的個體。我國行政院核定「新世紀健康照護計畫」的執行，以「在地老化」為目標，期望建立社區老人長期照護的整合性服務網絡（行政院社會福利推動委員會，2000），國內老人在晚年生活常有憂鬱的情緒，且隨著年齡的增加失智症亦有增加的趨勢，於社區中屬於輕度、中度的失智症老人如何維持現有生活功能和預防疾病快速的惡化，以促進疾病生活品質是個重要的老人心理健康議題。

二、問題狀況或發展需求

行政院經建會人力規劃處（2002）指出老年人口比例將由民國 91 年之 9.0%增至 140 年之 29.8%；其中 75 歲以上老老人口占 65 以上人口比例亦將由民國 91 年之 37.8%增至 140 年之 52.7%，百歲人瑞到民國 140 年時預計將超過 2 萬 3 千人，足見台灣高齡化的嚴重情況，與老年有關的精神疾

病最常見是憂鬱症（Depressive disorder）和失智症(Dementia)。國內憂鬱症總盛行率均高於早期流行病學報告，老人憂鬱症盛行率亦有增加的趨勢（李，2000）。老年人口男性有 0.4%，女性有 1.4%左右罹患重鬱症，而約有 2%罹患輕鬱症，4%為帶有憂鬱症狀之適應障礙患者（張、黃、廖，2001）。而於 1996 年的研究指出老人患有失智症比率為 2-4%，當時推估台灣有 5-8 萬失智老人，此比率會隨著年齡的增加而相對的增加（Liu, Lin, & Chen,1996），目前台灣約有十萬失智人口，據推估民國 140 年全台將有四十五萬失智患者，且未來每年平均將增加約 7500 位新診斷之失智患者，其中以輕度患者居多，其次為中度失智患者。在國內外於照顧機構中發展多種失智症非藥物性治療，如懷舊治療、認知訓練、日常功能訓練等，但仍缺乏足夠實証研究來支持對於輕、中度失智症患者改善的效果，亟待建立各項非藥物性治療之實証資料，以提昇照護品質，做為未來推廣之依據。

三、國內外相關研究之文獻探討

■ 老年失智症的盛行率和疾病症狀

據估計在美國居住於機構中的老人幾乎 60~80%的人有失智症，而居住在社區的老人亦有 10~20%的人有認知方面缺損的問題（Ott, van Breteler, & Harskamp,1995）。而國內的老人人口雖較歐美國家少，但據統計 65 歲以上老人患有失智症之比率亦有 2-4%，且預測未來會隨著老人人口增加而增加

（劉、戴、林、賴，2000）。依據精神疾病診斷與統計手冊第四版對失智症的定義是指由於各種不同原因所造成的慢性精神障礙，呈現漸進性之智能、語言、及記憶力缺損，尤其是認知功能障礙，但意識無障礙，且上述缺損常嚴重干擾社交及職能上的功能（American Psychiatric Association，1994）。臨床症狀表現主要包括認知、行為與精神狀態三方面的退化，症狀在早期的時候，常被認為是一種正常的老化現象，而常被忽略，情緒低落(dysthymia)是失智症早期發作時常見的症狀，可能是病患面對認知功能退化的情緒反應（Migliorelli,Teson, Sabe ,Petracchi, Leiguarda, & Starkstein，1995），隨著病程的進展，在 4-5 年後開始出現明顯的認知障礙，而致無法處理日常生活事物時才會被家屬注意到。失智症除了認知功能的缺損外，病患常有許多所謂的非認知功能的症狀，如妄想、幻覺、激動、攻擊行為、憂鬱、焦慮、遊走、睡眠障礙、日常生活能力的不足、社交障礙等。然通常失智症患者在未得到失智症前即有輕微憂鬱症狀，漸漸隨著失智症病情的加重，而使得憂鬱症狀更加明顯（Mirakhur, Craig, Hart, McLiroy, & Passmore, 2004）。

■ 老年憂鬱症

國內流行病學研究結果指出六十五歲以上之老人男性有 0.4%，女性有 1.4%左右罹患重鬱症，而約有 2%罹患輕鬱症，4%為帶有憂鬱症狀之適應

障礙患者（張、黃、廖，2001）。老年憂鬱症常見的危險因子包括身體疾病、慢性疼痛、睡眠障礙、生活費用不足、家庭支持不構、喪偶、低教育程度、工具性日常活動功能不良等，當身體健康問題越多，續發性憂鬱症的比例也增加(李，2000)。當罹患老年憂鬱症時，會導致老年生活整體失能(global disability)的情況發生，特別是工具性日常生活能力的降低（IADL），當處理不當或治療不夠會造成很多併發症，更增醫療資源浪費，且老年生活品質易受很大影響（Alexopoulos, et al., 1996）。研究指出失智症患者同時罹患憂鬱症的疾病盛行率為 21.2%-23%，且在女性失智症患者罹患憂鬱症顯著高於男性，隨著年齡越高時憂鬱症狀會越頻繁，憂鬱情緒是認知缺損者常見的問題（Migliorelli,et al.，1995;Fichter, Meller, Schroppel, & Steinkirchner,1995; Devanand, et al.,1996）。但目前國內對於失智症老人同時罹患憂鬱症的共病性之研究闕如，值得我們進行更進一步的探討。

■ 老年睡眠障礙

老年人的睡眠效率（真正睡著的時間比上在床上的時間之比值）是減少的，睡眠中斷次數增加，而總睡眠間時間可能稍減少或沒有改變、甚或可能延長，而就睡眠結構而言，非快速動眼睡眠期(NREM)中，第一期（入睡期）隨著年齡增長而增加，夜間醒覺的次數增加，第二期的睡眠的增加極為緩慢而不易覺察其變化，而第三、四期（熟睡期）則是縮短的（Singer,

et al., 2003）。因此，約一半以上的老人家會抱怨一種以上的睡眠問題，一般的老人家半夜睡眠較片段，失智長輩也有同樣現象。失智患者由於認知功能逐漸退化，漸漸在現實生活中退縮，導致患者日夜顛倒、睡醒規律異常，造成生理時鐘出現障礙；患者常見睡眠障礙為夜間醒覺時間及頻率增加、慢波睡眠（熟睡）期及動眼睡眠期減少、及日間睡眠增加（Bliwise, 2004；Soichi, Atsuko, Takuji, & Jun, 2004）。一部份病人會有日落現象(Sundowning)，即病人於日落前後，尤以下午三至七點為多，會有瞻妄、躁動、易怒、恐懼、妄想、幻覺等現象，嚴重影響其行為能力及日常功能（Dewing, 2003）。加上潛在的情緒障礙如憂鬱，周而復始即每況愈下（趙、林、劉，2004）。

■ 老人認知功能

認知功能定義係指個體整體的心智功能狀態，個體於回憶和記憶能力、注意力、理解力或語言表達能力使用的正常化；認知功能測量的面向包括注意力、記憶力、定向力、計算能力/記憶的能力、語義學的記憶能力、過程的記憶能力、語言能力、空間能力、精神動作的速度、問題解決能力以及智力（Langley,2001）。國內外發展信、效度良好的測量方法為"簡短智能施測"（ Mini-Mental State Examination, MMSE），內容包括五大項：定向力、訊息登錄、注意力及計算、短期記憶(recall)以及語言能力，其重點在對

老年人日常生活的認知能力，排除情緒與不正常心理功能評估(McDowell & Newell,1996)。國外研究認為對於失智症患者的認知功能改善，可以透過特定精神的症狀，像是憂鬱情緒的緩解，對認知功能和行為紊亂的改善是具有成效（Kunik, Graham, Snow-Turek ,Molinari ,Orengo,& Workman, 1998）

■ 失智症所造成的淡漠情形

淡漠在神經學、精神學和內科學上，是一個十分常見的診斷。淡漠代表了許多功能的喪失的證據，其症狀包括悲劇性人格、社交能力喪失、環境的剝削以及角色功能的改變。淡漠也和許多行為動機和情緒有非常重要的相關。失智症的患者經常明顯的伴有嚴重社交或日常生活功能低下，也因此失智症的患者經常變得十分淡漠（Marin，1990）。而且在許多失智人身上，發生有淡漠的情形，是一種常造成家屬照顧上困難的主要原因之一（Marin、Biedrzycki&Firinciogullari，1991）。在 Ready、Ott、Grace 以及 Cabn-Weiner（2003）的研究中指出，淡漠主要的特徵就是失去動機，且缺少情感及關心，在 36～80%的失智症患者身上十分常見。然而，淡漠這樣的症狀與憂鬱症狀卻常混淆（Alexopoulos、Abrams、Young et al，1988；Levy, Cummings, Fairbanks, et al.，1998）。而在國外的一些研究也都發現了在失智的程度與性別屬性別在淡漠表現上的差異(Burns、Folstein&Brandt et al，1990 與 Ott、Tate&Gordon et al，1996)。進行淡漠的研究主要是希望可

以正確的診斷神經學上淡漠的症狀，以達到正確的治療，減輕照顧者的壓力（Landes、Sperry、Strauss & Geldmacher，2001）。此外，在 Gerritsen、Jongenelis、Steverink、Ooms 和 Ribbe（2005）的研究當中也看到了認知功能、淡漠行為表現以及生活品質之間的相關性；其所做出的結果發現，在機構中認知功能較差的住民，淡漠表現越明顯，其生活品質越差；反之則生活品質越好。

■ 失智症之精神徵象與失智症照顧者之壓力

在失智症的患者身上，常伴隨有妄想、幻覺、躁動、情緒易變、不安、淡漠等精神症狀（Meiland、Kat、van Tilburg、Jonker & Droes，2005；Kaufer、Cummings、Christine、Bray、Castellon、Masterman et. al，1998）。在認知功能上與精神徵象的相關某些研究有相關性，一些則無（張、簡、鍾、劉及陳，2004；Kaufer et.al，1998）。此外，許多研究也針對精神徵象與照顧者壓力的相關性，精神症狀越多，或是出現像是睡眠障礙、妄想、淡漠、憂鬱等的精神症狀，便較容易造成照顧者之壓力（Chow、Liu、Fuh、Leung、Tai、Chen et al，2002；Kaufer et al，1998）。

失智症照顧者的壓力，定義是由主要照顧個案的人，自身從照顧過程當中，無論是精神、身體、經濟、家庭關係...等層面，所感受到的負荷或壓力的總感覺。其中照顧者的基本屬性，如年齡、教育程度及性別與照顧者

的壓力無顯著差異，而是與失智病人的症狀或功能有顯著相關（林，1999）。而照顧失智老人，常導致社交生活、休閒生活人際關係的疏離，而造成生活品質的低落（秦、游和黃，1999）。

■ 懷舊治療的臨床應用

Butler(1963)根據艾瑞克森社會心理發展理論提出懷舊療法，其認為以分析和評價觀點來回顧過去，達到自我統整並將過去的生活視為有意義的經驗，從其中獲得對人生的滿足感及自我肯定。Woods (1996) 指出懷舊治療是使用非衝突、非正式的途徑，藉由回憶的過程，喚回過去深刻的生命歷程，進而增加老人與他人的互動，較生命回顧療法更適合應用於失智症群體。

Watt（1998）統整憂鬱認知理論於懷舊理論中，發展出兩種懷舊的措施，分為統整性懷舊（integrative reminiscence）及工具性懷舊（instrumental reminiscence），前者指的是對過去的事件自我確認及再評價的闡釋，及能夠把過去到目前有效的統整，發揮個人功能，結果能增加自尊、個人意義及減少無望感；後者指的是提供過去成功因應策略來應付目前困境，也就是使用回憶移除情緒及認知的障礙來因應壓力，結果自尊及問題因應能力增加，在該研究指出這二種的措施接對憂鬱有改善成效，在國內蕭、尹、徐、葉和李（2002）以台北市士林區某家立案養護機構中經憂鬱評估量表（GDS）

評估其總分達 11 分以上，有輕度以上憂鬱老人，為本研究對象，以回憶治療為介入措施，比較介入前後機構老人憂鬱改善的情形，其憂鬱程度改變情形，結果憂鬱總分由 21.67 分降低為 14.44 分，憂鬱強度由中重度減為輕度，平均得分則由 0.64 分降低為 0.47 分，共減少 0.17 分，達到統計顯著意義，從本研究結果中可知，透過回憶療法，可增加個案自我控制感、自我肯定、社會化、成就感來改善憂鬱程度。

關於懷舊治療應用於睡眠品質之成效相關研究至目前為止雖乏人問津，但 1998 年 McNaughton 文章中以神經學角度闡述懷舊療法之機轉。其中指出掌管記憶的海馬回（hippocampal）與睡眠之關係已有先前文獻佐證。當人處在於睡眠時海馬回整體記憶會再度活化，此機制發生於快速動眼期睡眠（REN），將有助於重複、強化白天學習的內容與人生歷練，然後等待著爾後提取與運用（Louie, & Wilson, 2001; Wilson, & McNaughton, 1994）。因此我們可以初步假設當睡眠品質良好，得以讓海馬回之記憶功能再度啟動，對日間之懷舊治療的回憶過程有其彰顯之功效。

■ 運動治療的臨床應用

Karla 等人(1996)針對急、慢性運動對睡眠的影響所進行的 Meta-analysis 中發現，有 1/3 的人覺得運動對睡眠品質有正向的影響，約 20%的人覺得運動後睡眠更深沉及更酣睡。有運動的人比沒有運動的人，不僅能很快入睡，

而且睡眠時間更長更深沉。而平日有規律運動的人比沒有規律運動的人不僅能很快入睡,而且睡眠時間更長更深沉(Karla,1996)。陳(1994)的研究報告亦指出休閒活動、運動項目總數及總時數愈多，對於身體功能的提昇及失眠狀況的改善確實能有所助益。先前研究發現有氧的運動如步行對失智症病人的確有如此之成效（Scott, 2003; Coott, Dawson, Sidani, & Wells, 2002; Tappen, Roach, Applegate, & Stowell, 2000; Jirovec, 1991）。同樣地，一項研究顯示，經常性的運動可以減少得到失智症的機會。研究人員發現，經常運動的人相較於不太運動的人，他們比較不會得到腦部惡化的疾病。這項研究檢視 1146 人的自我報告是否有長期運動習慣，研究發現有運動習慣者其簡短智能施測分數(MMSE)偏高(Lytle, Vander, Pandav, Dodge, & Ganguli, 2004)。因此，雖運動並不能治療失智症，但是持續的運動習慣似乎可以降低認知功能之衰退及睡眠困擾的機率。不僅如此，運動有抗憂鬱之作用，近年來發現憂鬱程度較高之失智症患者，運動訓練後，其抗焦慮、憂鬱作用十分顯著(Teri, el al., 2004)。另外，規律的運動訓練包括四項基本要素，分別為運動型式(mode)、時間(duration)、強度 (intensity)、頻率(frequency)，分述如下:

1.運動型式：運動的種類分為有氧運動及無氧運動兩大類，有氧運動(aerobic exercise)是大肌肉群做規律的等張收縮，是一種耐力訓練(endurance

training)，可有效的增進心肺功能。有氧運動包括游泳、步行、跑步、騎腳踏車、爬山、體操、舞蹈(如土風舞、交際舞)、有氧舞蹈、中國武術(如太極拳、外丹功等)、網球、桌球、及羽毛球等(鄭，1997；高、黃，2000)。無氧運動(anaerobic exercise ,strength training)為小肌肉群的等長收縮，主要運動項目包括舉重、拉力訓練等。無氧運動對肌肉訓練較有助益，但對心肺功能的改善則十分有限(鄭，1997)。

2.運動時間：運動時間的多寡，對健康的利益有直接的影響(高、黃，2000)。依據 ACSM(2000)的建議，每次運動的時間最少需持續 20-30 分鐘，如此方能達到運動的效果。Blair, Kohl, Gordon, & Paffenbarger (1992)認為運動的健康利益因分不同等級，而不能以二分法(有運動或無運動)來評定健康的利益之有無，同時並強調中度運動的優點，建議每天累積 30 分鐘的步行(或相同能量的消耗)，即能獲得臨床上顯著的健康利益。

3.運動強度：運動強度的最佳指標為心跳數目。運動強度愈強，則心跳數愈高(鄭，1997)。一般執行跑步機運動訓練時，其運動強度可以用心跳速率、自覺費力程度及工作量來計算。

(1).心跳速率：以心跳作為運動強度之設定有三種方式:

vi. 運動測試達到最大強度時之心跳(% HR_{max})。

vii. 採用 THR(Target Heart Rate)=HR_{rest} + % (HR_{max} –HR_{rest})。

viii. 以年齡預估心跳速率 $\%HR_{max} = \%(220 - 年齡)$。

雖然運動強度與運動成效成正比，但運動傷害亦隨之增加，故一般建議運動的強度以最大心跳數之 60%至 80%為宜(鄭，1997)。

(2).工作量：以運動測試得到最大運動量時，跑步機的斜度和速度作為預估 VO_{2max} 值，再將 $VO_{2max}/3.5$ 作為運動訓練時運動強度的標準。

(3)自覺費力程度(RPE)：為一個 6-20 分之序位量表，廣泛的被使用來測量個案在運動測試中費力的程度。當 RPE 值在 12-13 間，個案之費力程度為中度，當 RPE 值在 14-16，表示個案之費力程度為重度(Covey,1999)。

4.運動頻率：一般運動頻率建議以每週 3-5 次為宜(ACSM，2000)，每次運動到足以出汗為宜，且研究報告顯示一週訓練三次以上較能達到運動的效果。

四、本計畫與醫療保健之相關性等

1.學術面：本研究在學術面可調查老年輕、中度失智症患者的憂鬱、認知功能、睡眠障礙狀況之盛行率，並將以實證性數據進行資料分析，瞭解本土化失智老人非藥物性治療之成效。

2.實務面：本研究在實務面上實際篩檢失智老人的憂鬱傾向，將可減低自殺危險，進行影響因子評估，且以團體活動的介入方案，失智老人憂鬱情緒可能獲得良好改善效果，藉此發展一套對老年失智症有效的護理介入策

略。

3.政策面：本研究在政策面上配合建構優質醫療保健服務的網絡，使醫療院所未來可能以支持團體方式提供高品質失智症疾病管理服務，讓病患得到較佳療效及良好健康維護。

4.研究面：本研究在研究面將提出實證性研究的發展，進行對輕、中度老年失智症重度憂鬱症盛行率與團體治療的成效探討，監控老年群體的健康和疾病預後因子，並能支持未來進一步的相關研究。

5. 連續性計畫之執行成果概要

研究者近五年內之研究成果主要以系統性探討癌症及末期病人之症狀及其處理措施為主，例如疼痛、疲憊、心理困擾、情緒障礙等。研究者將以其過去症狀處理之經驗應用於失智老人之族群。五年內研究者已於國內及國外SCI、SSCI 期刊發表數十餘篇研究成果。近五年之研究皆以系統分析探討癌症病人之常見症狀並發展介入性措施，藉以改善癌症病人之症狀困擾，例如研究者過去曾有系統地探討癌症病人及家屬疼痛處置之障礙因子，並發展一套有效介入性措施可顯著改善癌症疼痛處置品質。此研究結果分別刊登於SCI及SSCI之優良雜誌，其中亦發表於麻醉學科排名第一之 pain 雜誌（Impact factor 為4.829），此外，亦探討疼痛處置之影響因素，例如病情告知、不確定感及希望程度，其成果亦發表於 SCI 及 SSCI 期刊中。

除疼痛外，近年來研究者亦致力於癌症病人常見疲憊症狀及其他症狀困擾，並與美國 M.D. Anderson 癌症中心之主任 Dr. Cleeland 及其研究團隊進行跨國合作，發展臺灣版簡明疲憊量表及臺灣版 M. D. Anderson 症狀評估量表，以評估臺灣癌症病人之癌症相關疲憊及症狀困擾程度，現更進一步研擬以生物機轉之實證基礎發展介入性措施，將能改善癌症病人疲憊及其他常見之症狀困擾，以期有效地提昇癌症病人之生活品質。

現今，研究者將擴展過去症狀研究之範疇於失智老人族群，以期最終能建立本土失智患者之症狀照護模式，並提昇失智患者之照護及生活品質。

伍、研究方法

本研究為二年期的縱貫研究，以輕、中度失智症老人為基礎，探討失智症之憂鬱、認知功能、睡眠障礙之間的關係，以及長期追蹤機構照護中之非藥物性治療中之懷舊團體治療與運動訓練治療對失智老人憂鬱、認知功能、睡眠障礙之介入成效。因此，本研究著重於實證資料分析，分析於日間留院的輕、中度失智老人其憂鬱、認知功能、睡眠障礙之相關因素，並以團體治療的介入方案（懷舊治療與運動治療），加以評價並比較不同介入措施對輕中度失智患者之實施成效。

<u>第一年度</u>

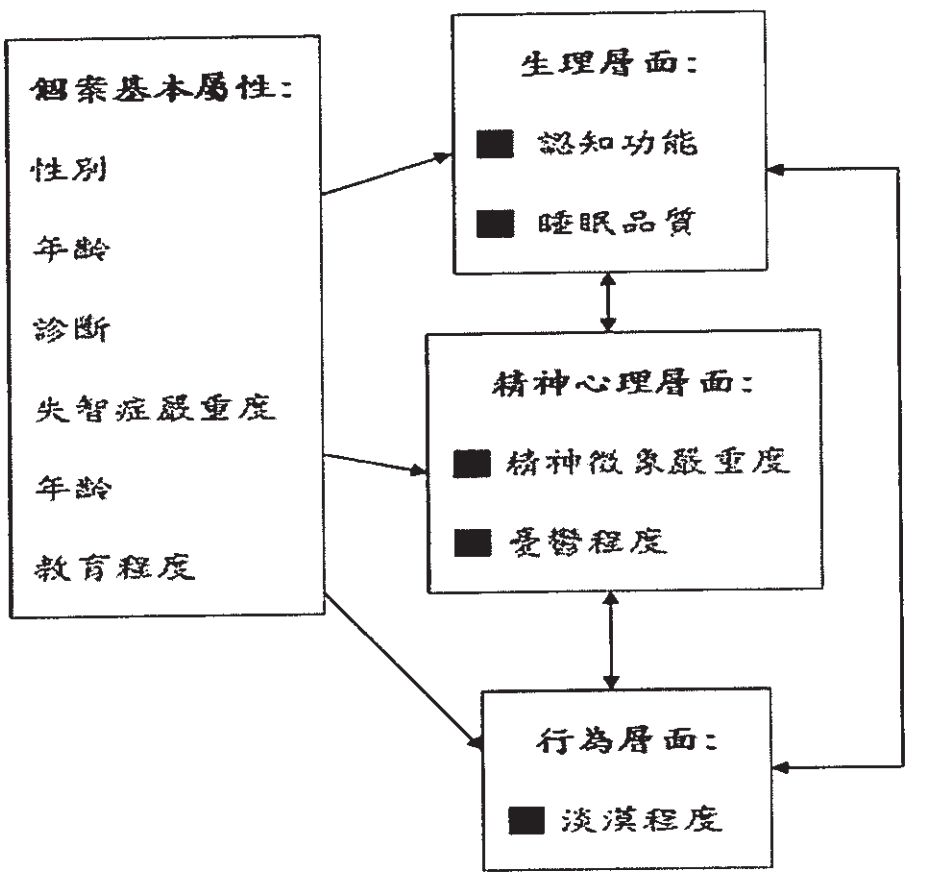
■ **研究目的：**

1. 探討失智症患者之憂鬱、淡漠、精神症狀、認知功能、睡眠障礙狀況之盛行率。
2. 分析失智症患者之憂鬱、淡漠、精神症狀、認知功能、睡眠障礙狀

況之相關。

■ 研究設計：

第一年度研究設計以描述性相關性研究為主，將先以文獻法收集有關老年失智症的相關文獻資料，再利用橫斷面訪談調查法，了解失智症老人目前的憂鬱傾向、淡漠傾向、認知功能、睡眠品質、精神症狀等狀態，以及從問卷訪談結果分析失智老人罹患憂鬱症的罹病性比率及相關危險因子。同時，將進一步分析失智患者憂鬱傾向、淡漠傾向、認知功能、睡眠品質、精神症狀間之關係。依照文獻查證的資料基礎，我們做出一研究架構圖，如下圖 1：



圖一　研究架構圖

■ 研究對象及場所：

擬自台北縣市的居住於安養護機構的老人經其或家屬同意後邀請加入研究，並取得其監護人或本人同意書，採隨機取樣，預收 150~200 位。收案條件為：(1).年齡 55 歲以上，(2).經失智症嚴重程度的篩檢，程度為輕、中度失智症者，(3).能以國台語溝通者。

■ 抽樣方法：

首先由北區各地方政府處搜尋失智症相關安養機構及日間老人照護中心，加以列表及電話調查，了解各機構目前收治失智老人的狀態。另外在搜尋北區各大醫學中心的神經內科及精神科門診，認識老人精神醫學及失智症之專門門診時間。

將此兩種資料進行彙整，因本計畫預計收案 150~200 人，故首先先針對不同性質之收案地點進行分層，分為醫學中心門診及機構，當中機構又包含了安養護機構及日間老人照顧中心。

抽樣過程中事前電訪調查發現，門診失智者雖為多數來源，約較機構失智個案者多出 1.5~2 倍，但是個案流動率大，且回診時間不固定，較無法掌握其情形。故我們以考慮個案穩定性來予以分配，預計門診將收案 40～60 位個案，而機構部份則收案 80～100 位個案。將目前沒有個案之門診或機構排除後，以 Microsoft Excel 列表經過 Microsoft Excel 亂數隨機抽樣後，選取到台北地區 10 家長期照顧機構及台北市 3 個醫學中心精神科及神經內

科門診。

故最後以隨機抽樣結果，選定收案單位為：台北縣 2 家長期安養照護機構，台北市 8 家長期安養照護機構，包括大同區 1 家、士林區 1 家、北投區 2 家、內湖區 2 家、中山區 1 家、萬華區 1 家。在門診部份則是醫學中心神經科及精神科門診各一，台北市立聯合醫院神經內科一家。

■ **研究工具：**

本研究之研究工具包括基本資料、簡短智能施測（MMSE）、老人憂鬱量表-中譯版、中文版匹茲堡睡眠品質指標量表(CPSQI)、淡漠程度量表（AES 經二次翻譯）、中文版 NPI 量表等。

1.基本資料

係依據相關文獻與研究團隊臨床經驗編制而成結構式內容，包括：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、居住狀況、以及疾病診斷等。

2.認知評量

簡短智能施測（MMSE）是常用來研究的認知篩檢評量，應用範圍極廣包括：(1).篩檢失智症患者及描述其智能減退之程度；(2).探討各種大腦疾病對認知能力之影響；(3).長期追蹤受試者認知能力之改變；(4).作為流行病學上研究認知能力減退之篩檢工具（Anthony, LeResche, Niaz, VonKorff, & Folstein, 1982），由於其施測簡易、省時、量化，故本研究採

用該量表。內容包括五大項:定向力、訊息登錄、注意力及計算能力、短期記憶以及語言能力，共計 11 項題目，總分 30 分，一般均以 23 分為界斷分數，當受試者平均程度是高中畢業，對智能障礙診斷的敏感度為 85%，而其特異性為 82%（Anthony, LeResche, Niaz, VonKorff, & Folstein, 1982）。認知分數會受教育程度及年齡的影響，有些失智症的病人因其教育程度高，其分數可能仍大於 24 分，反之，有些人並無知能減退但因沒受過教育，其分數可能小於 24 分(謝，2003)。因此，有些人認為 23/24 用在九年級或以上的教育程度，17/18 則用在低教育程度（國小以下）(Uhlmann & Larson, 1991)。

3.老人憂鬱量表-中譯版

採用 Brink 和 Yesavagem 於 1983 年所發展出來的「老年憂鬱量表」（Geriatric Depression Scale），該量表排除身體症狀，區別診斷之干擾，以「是」及「否」答題，對於老年人最為簡單合適，以醫學診斷為同時效標的標準，發現 GDS 能有效區別出憂鬱與非憂鬱個案得分高低，國內經二段式翻譯過程，建立本土化的信度資料 Cronbach'sα 為 0.92，折半信度為 0.94，量表之整體內部一致性、信度極佳，本研究採簡短版，內容共 15 題，採二分法計分，0 分「否」到 1 分「是」，總分 15 分，當分數越高表示憂鬱症狀越嚴重；其中 0~5 分為正常，大於 5 分者為輕度憂鬱症，

高於 10 分者為重度憂鬱症。(廖、葉、柯、駱和盧，1995)。

4.中文版匹茲堡睡眠品質指標量表(CPSQI)

此量表主要是由臺北醫學大學護理學院蔡佩珊助理教授所主持睡眠研究團隊（本計劃之研究者之一為其團隊小組成員之一），經由 Buysse, Reynold, Monk, Berman, Kupfer 匹茲堡大學的幾位教授所授權譯成中文版。量表測量的層面涵蓋個人自評睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時間、睡眠的效率、睡眠困擾、安眠藥物的使用、及白天功能失調等七個因素來做為睡眠品質的指標，共計有 19 題自填問題及 5 題由室友填寫的問題，得分範圍介於 0~21 分。同時此量表以七項因素總得分 5 分作為睡眠品質良好與否之界定點，即當個案總得分超過 5 分者判定為睡眠品質不良，當個案總得分低於 5 分者判定為睡眠品質良好。另外，此量表的最後 5 題主要是詢問個案的室友以瞭解個案是否有睡眠呼吸停止、鼾聲很大等情形，其是用來篩選睡眠呼吸症候群之高危險群而設計，僅用來提供臨床參考，不列入 PSQI 的計分。PSQI 量表總分由 0-21 分，分數愈高表示睡眠品質愈差。各層面的計分為 0-3 分，病患一般約需花費 5-10 分鐘的時間來完成問卷的填寫，約花費 5 分鐘的時間來完成問卷的計分。在信效度方面，於 Buysses 等人(1989)由 52 位健康無睡眠問題的個案，54 位憂鬱的個案及 62 位睡眠障礙的個案，經過 18 個月的測試,其結果顯示此量表整體的

Cronbach's α 為 0.83，表示此量表有較高的內在一致性。Carpenter 等(1998)針對不同疾病之病患所做得研究發現，PSQI 量表整體的 Cronbach's α 為 0.80，在整體計分與各層面間之關係，呈現中至高度相關。於再測信度方面，Buysses 等人(1988)以間隔約一個月(平均 28.2 天)的時間，以 paired-t test 來檢測兩次 PSQI 量表的整體及七項因素間之關係，結果顯示兩次測量沒有顯著的差異。PSQI 量表的整體計分在間隔一個月的時間，兩次測量的再測相關係數為 0.85($p<0.001$)。在效度方面，Buysses 等人(1988)的研究中，以 PSQI 量表與採用多型睡眠電腦圖(polysomnography ; PSG)測量之兩種方式，來檢測 PSQI 量表之效度，結果以 PSQI 量表總分 5 分為界斷點時，此量表能夠區分出 52 位健康且無睡眠問題者、34 位重度憂鬱症者、45 位難以入睡及無法持續睡眠者、17 位白天嗜睡者之正確率為 88.5%，敏感度為 89.6%，特異性為 86.5%；至於以多型睡眠電腦圖(polysomnography ; PSG)測量其效度，則發現個案自述之睡眠時數、睡眠效率均較低，彼此之相關性較差。Carpenter 等人(1998)的研究結果以皮爾森相關係數顯示 PSQI 量表的建構效度，結果呈現 PSQI 整體計分與睡眠相關的建構(如過去一星期睡眠問題及睡不安寧)有較高的相關 $r=0.69$，然而與睡眠不相關的建構(如噁心、嘔吐、味覺改變)則較低的相關 $r=0.37$。特別是 PSQI 總分與睡眠問題、能量、睡眠不安穩呈高度相關，而與感到

疲憊與虛弱、情緒障礙、及憂鬱呈中度正相關。而 CPSQI 之信、效度檢定亦也達到顯著的意義。於前驅檢試 107 位 19 至 65 歲個案，中文版之 PSQI 量表有較高的內在一致性，Cronbach's α 達.74；於再測信度方面，呈現相關係數為.84, ($p<.001$)。同時，以史丹福嗜睡問卷(Stanford Sleepiness Scale)、愛渥斯嗜睡問卷(Epworth Sleepiness Scale)、睡眠目測類比量表（sleep Quality Visual Analogue Scale; SQ-VAS））中文版做效標關聯效度分析，結果以 CPSQI 量表總分 5 分為睡眠品質良好與否之界定點時，其敏感度為 100%，特異性為 53.8%，若以 CPSQI 量表為 6 分為界定點時，敏感度則為 90%，且特異性達 68.1%。CPSQI 量表總分為 5 分以下為睡眠品質良好，超過 5 分則為睡眠品質不良。

表 1　睡眠品質表計分方式與意義

睡眠品質次構面	計分方式	分數意義
個人主觀睡眠品質滿意度	滿分：0 分	得分越高，表示對睡
	差不多：1 分	眠品質越不滿意。
	不滿意：2 分	
	非常不滿意：3 分	
睡眠潛伏期：第 1 題加第 2 題		兩題得分加總得分
1. 上床後多久入睡	<=15 分：0 分	越高其睡眠潛伏期
	16-30：1 分	越長，意即上床到入
	31-60：2 分	睡時間越長。
	>=60：3 分	
2. 無法在 30 分鐘入睡	從來沒有：0 分	
	一周少一次：1 分	
	一周 1-2 次：2 分	
	一周 3 次以上：3 分	
2 題得分相加得到總分	0 分：0 分	
	1-2 分：1 分	
	3-4 分：2 分	
	5-6 分：3 分	
睡眠時數	>=7.0 小時：0 分	
	6-6.9 小時：1 分	得分越高，表示睡眠
	5-5.9 小時：2 分	時數越少。
	<=4.9 小時：3 分	

附註：七項總分>5 則判斷為睡眠品質不良，<=5 分，表示睡眠品質良好

表 1. 睡眠品質表計分方式與意義（續）

睡眠品質次構面	計分方式	分數意義
睡眠效率		得分越高，表示
1.花在床上的時間=起床時間-就寢時間	>=85.0%：0 分	睡眠效率越差
2.真正睡眠時數/花在床上的時間 x100	75-84%：1 分	
	65-74%：2 分	
	<=64.9%：3 分	
睡眠困擾		得分越高，表示
將問卷 xxxxxxw 題困擾頻率相加		睡眠困擾越嚴重
得總分後在依據右側分配	0：0 分	
從來沒有：0 分	1-9：1 分	
一周少一次：1 分	10-18：2 分	
一周 1-2 次：2 分	19-27：3 分	
一周 3 次以上：3 分		
睡眠不足感	從來沒有：0 分	得分越高，表示
	很少如此：1 分	越常覺得睡眠不
	偶而如此：2 分	足感
	常常如此：3 分	
安眠藥之使用	從來沒有：0 分	得分越高，表示
	一周少一次：1 分	越常使用安眠藥
	一周 1-2 次：2 分	
	一周 3 次以上：3 分	

附註：七項總分>5 則判斷為睡眠品質不良，<=5 分，表示睡眠品質良好

5.淡漠程度量表（AES: Apathy Evaluation Scale）

信度檢定：

英文版的 Apathy Evaluation Scale 於 1991 年由 Robert S. Marin, Ruth C. Biedrzycki, and Sekip Firinciogullari 所發展的 18 個問題進行信度檢測，內在一致性為 0.86-0.94 如下表二：

表 2. 淡漠量表使用在醫護人員、非醫護之照顧者及個案本身信度檢測

Full scale	Internal Consistency	Test retest	Interrater
AES-C	0.90	0.88	0.94
AES-I	0.94	0.94	
AES-S	0.86	0.76	

※ AES-C：受測者為醫護人員　AES-I：受測者為非醫護之照顧者

AES-S：受測者為個案本人

效度檢定:

1991 年由 Robert S. Marin, Ruth C. Biedrzycki, and Sekip Firinciogullari 進行問卷的聚合及辨別效度（Convergent and discrininant validity）檢測，針對不同的資料收集對象進行效度檢測介於 0.43-0.72。

在Kant, Duffy以及Pivovarnik在1998年的研究中提到淡漠量表的使用，以總分34分為界，少於34分則是淡漠表現不明顯，34分以上則是有明顯淡漠表現。經過Dr. Marin的授權翻譯後，經國內專家二次翻譯，開始使

用。原文如下所示，計分為0～3分，除了6、10、11題以外，其他為負向題；0 分代表「完全沒有」，1 分代表「些微做到」，2 分代表「大部分可做到」，3 分代表「完全做到」。

6. 中文版精神徵象量表（NPI）

英文版之 NPI 問卷因使用頻繁，各方皆已進行良好的信效度建立，故未再進行信效度檢測。(Daniel I. K., Jeffrey L. C., Dianne C., Tim B., Steve C., Donna M., Ed, 1998)。中文版 NPI 量表由高雄醫學大學劉景寬教授授權使用，其針對中國人所做之 Cronbach's α 為 0.76，在量表中嚴重度頻率以及照顧者壓力之 test-retest reliabilities 各為 0.82，0.85 以及 0.79。同樣也具有良好的信效度（Fuh、Liu、Mega、Wang &Cummings，2001）。其量表的計算方式則為，每一子題當中發生頻率x嚴重程度＝每一子題之得分；總分則是將 12 個子題的分數相加即可，而其分組的模式則為:

沒有精神症狀 (Total NPI=0)

只有一個嚴重的精神症狀 (Total NPI=1~12)

有多於一個嚴重的精神症狀 (Total NPI=13~25)

許多嚴重的精神症狀造成紊亂 (Total NPI=26~50)

最嚴重的程度 (Total NPI>50)

另外一方面，照顧者的壓力則是每一子題的照顧者困擾程度相加即得。

分界點則如下:

1~3：最小的，4~10：輕微的，11~20：中度的，21~30：嚴重的，31~60：非常嚴重的。

■ **研究程序**

1. 蒐集有關老年憂鬱、失智、懷舊團體、運動治療等相關文獻資料。
2. 收集日間留院失智老人基本資料之行政程序執行。
3. 聯絡台北縣市各大長期照護或安養護機構，台北地區醫學中心失智症門診，並進行行政程序執行。
4. 進行樣本隨機抽樣，選取受訪對象。
5. 工具之編制整合及進行專家效度與預試等程序。
6. 進行失智老人憂鬱症及相關變項測量之調查訪談。
7. 資料彙整與資料進行比對作業。
8. 資料統計分析。
9. 篩選、聯繫、確定第二年度參與團體介入之研究對象。
10. 統整撰寫第一年度報告。

■ **資料彙整與統計分析**

1. 資料回收後，先整理譯碼後，以 SPSS/PC 進行統計分析。
2. 以次數分配、百分比、呈現基本資料。
3. 以平均值、標準差、得分範圍呈現憂鬱、認知功能、睡眠品質狀況、淡漠程度、精神徵象嚴重程度、照顧者壓力程度。
4. 以 ANOVA 作老人在憂鬱、認知功能、睡眠品質、淡漠程度、精神徵象

嚴重程度、照顧者壓力程度與基本資料的差異分析。

5. 以多元逐步迴歸 Multiple logistic regression 探討研究個案失智症之影響因子並進行預測性之分析。

陸、研究結果

一、研究對象基本屬性之描述：

本研究於 94 年 7 月開始執行至 95 年 3 月底，共施測 202 位輕、中度失智患者，由研究人員親自進行訪談或是以電話方式進行電訪調查。有效問卷 182 份， 廢卷 20 份，問卷完整率為 90.10%。問卷內容未能完整填寫的原因包括有：個案因身體狀況差，體力無法負荷，照顧者或家屬無法配合回答，個案流動率大...等。施測台北縣市共 10 家長期照顧機構，及 3 個醫學中心精神科或神經內科門診，分別是：長期照顧機構有 124 位，佔總數的 68.10%；醫學中心門診有 58 位受訪者，佔總數的 31.90%。分佈如（圖 1.1.1-4）。

本研究共施測十五家長期照護機構，在機構型態上，有16位（占8.80%）屬50人以上大型照護機構，有80位（占44.00%）屬20~49人之中型照護機構，28位住在19人以下之小型安養護機構，占15.40%。其餘58位則是住在家中。性別的分布上，本研究對象男性96位（占52.70%）、女性86位（占47.30%）。

在失智程度和診斷的資料收集方面，採取回溯性方法，以精神科或神經內科專科醫師的診斷證明或病例摘要來予以統計，診斷時間需為收案日之3個月內才予以採用。其中輕度失智有110位（占60.40%），中度失智有72位（占39.60%）。診斷方面，收集個案基本資料之失智診斷以及失智程度的判別，以個案之神經內科或精神科專科醫師診斷為基準，收集個案的失智程度以及失智症的類型，主要的診斷標準為CDR量表（臨床失智評估量表），分級以0～0.5分為沒有或可疑，1分為輕度失智，2分為中度失智，3分為嚴重程度之失智症，再結合CT Scan的報告，由專科醫師綜合判定；被診斷為血管性失智有100位（占54.90%），阿茲海默症有82位，（占45.10%）。受訪者年齡分佈方面：64歲以下定義為成年晚期有29位（占15.93%），65~74歲（老年初期）有90位（占49.45%），75~84歲有44位（占24.18%），85歲以上有19位（占10.44%），年齡平均為71.99歲。

受訪者之婚姻狀況方面：目前與配偶同住者有54位，占29.70%；沒有與配偶同住，大多為喪偶或分居，有128位占70.30%。親近家屬（子女、配偶、孫子女及任何對受訪者而言的重要人物）探訪情形：除目前58位住在家中的個案，其他住在機構中的受訪者中：每週有3次以上的探訪有2位(1.10%)，每週1～2次的探訪有26位，占全部的14.30%，每個月1～2次探訪者為最多，71位（占39.00%）。其餘則極少有探訪有25位（占13.70%）。

喜歡目前居住的地方有60位個案，占33.00%，對目前居住的地方不滿意的，有57位（占31.30%）。研究對象目前有宗教信仰者占77.50（為141位），沒有者，有22.50% (為41位)。家中經濟狀況足夠使用的有138位(占75.80%)，不足以使用的有44位(占24.20%)。進入安養機構則大多數為家屬的決定 有85位(占46.70%)，自己決定的有39位(占21.40%)，其它的則為住在家中沒有進入機構安養。

本研究受訪者的教育程度，受教 0～6 年者有 97 位，占 53.30%為最多。受教 7～12 年有 76 位佔 41.80%，次之。受 13 年以上教育有 9 位，僅佔 4.90%。

圖 1.1.1 研究收案地點

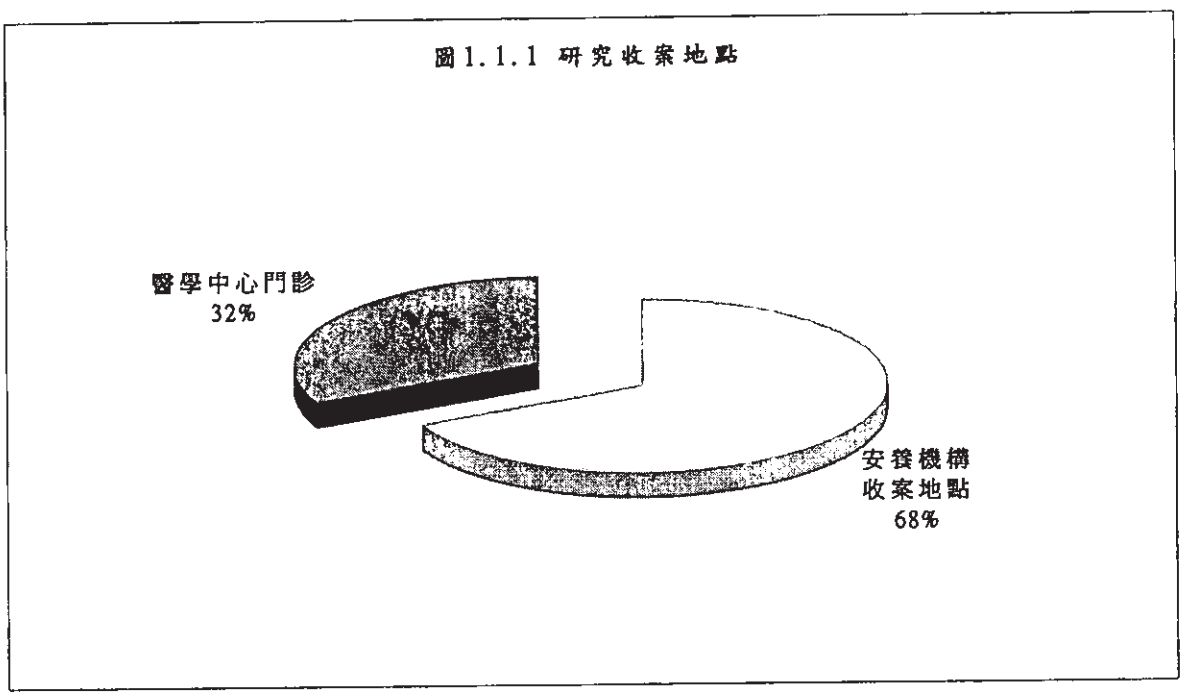


圖1.1.2 研究對象性別分佈

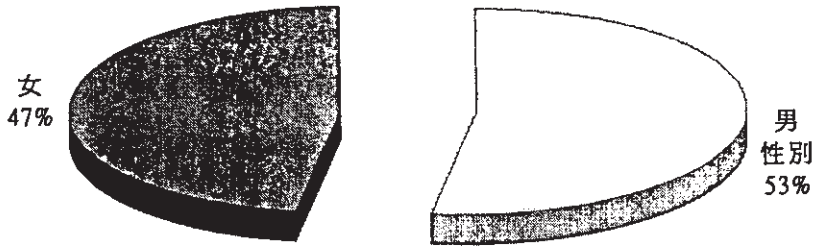


圖1.1.3 研究對象診度分佈

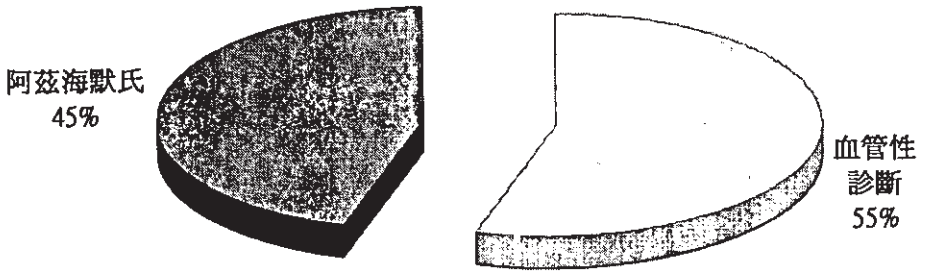


圖 1.1.4 研究對象失智症嚴重度分佈

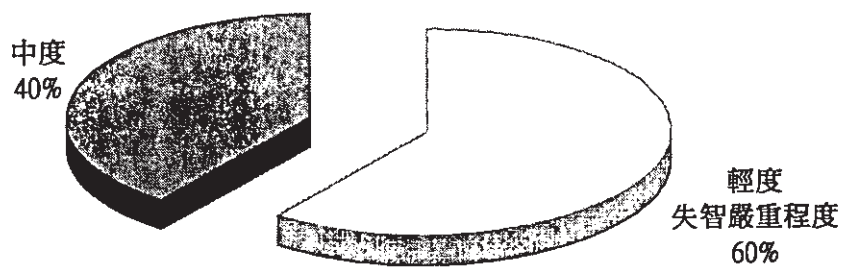


表3.1　憂鬱程度分組後描述性統計

變項			正常	輕度	重度
性別	男	個數	19.00	56.00	21.00
		總和的 %	10.44	30.77	11.54
	女	個數	4.00	70.00	12.00
		總和的 %	2.20	38.46	6.59
收案地點	安養機構	個數	8.00	91.00	25.00
		總和的 %	4.40	50.00	13.74
	醫學中心	個數	15.00	35.00	8.00
	門診	總和的 %	8.24	19.23	4.40
診斷	血管性失	個數	4.00	78.00	18.00
	智	總和的 %	2.20	42.86	9.89
	阿茲海默	個數	19.00	48.00	15.00
	型失智	總和的 %	10.44	26.37	8.24
失智程度	輕度	個數	13.00	78.00	19.00
		總和的 %	7.14	42.86	10.44
	中度	個數	10.00	48.00	14.00
		總和的 %	5.49	26.37	7.69
教育程度	0～6年	個數	6.00	68.00	23.00
		總和的 %	3.30	37.36	12.64
	7～12年	個數	15.00	51.00	10.00
		總和的 %	8.24	28.02	5.49
	13年以上	個數	2.00	7.00	
		總和的 %	1.10	3.85	
是否與配	有與配偶	個數	8.00	41.00	5.00
偶居住	居住	總和的 %	4.40	22.53	2.75
	沒有與配	個數	15.00	85.00	28.00
	偶居住	總和的 %	8.24	46.70	15.38
宗教信仰	無	個數	4.00	25.00	12.00
分組		總和的 %	2.20	13.74	6.59
	有	個數	19.00	101.00	21.00
		總和的 %	10.44	55.49	11.54
經濟狀況	足夠	個數	16.00	100.00	22.00
分組		總和的 %	8.79	54.95	12.09
	不夠	個數	7.00	26.00	11.00
		總和的 %	3.85	14.29	6.04

表3.1 續 憂鬱程度分組後描述性統計

變項			正常	輕度	重度
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數	2.00		
		總和的 %	1.10		
	每週1～2次	個數	6.00	17.00	3.00
		總和的 %	3.30	9.34	1.65
	每個月1～2次	個數		56.00	15.00
		總和的 %		30.77	8.24
	少於每個月1～2次	個數		18.00	7.00
		總和的 %		9.89	3.85
	住家中	個數	15.00	35.00	8.00
		總和的 %	8.24	19.23	4.40
年齡分組	64歲以下	個數	11.00	11.00	7.00
		總和的 %	6.04	6.04	3.85
	65~74歲	個數	11.00	63.00	16.00
		總和的 %	6.04	34.62	8.79
	75~84歲	個數	1.00	36.00	7.00
		總和的 %	0.55	19.78	3.85
	85歲以上	個數		16.00	3.00
		總和的 %		8.79	1.65
安養機構性質	50人以上	個數	1.00	11.00	4.00
		總和的 %	0.55	6.04	2.20
	20～49人	個數	6.00	57.00	17.00
		總和的 %	3.30	31.32	9.34
	19人以下	個數	1.00	23.00	4.00
		總和的 %	0.55	12.64	2.20
	住在家中	個數	15.00	35.00	8.00
		總和的 %	8.24	19.23	4.40
為何進入安養機構	家屬意願	個數	1.00	62.00	22.00
		總和的 %	0.55	34.07	12.09
	個案本人意願	個數	7.00	29.00	3.00
		總和的 %	3.85	15.93	1.65
	住家中	個數	15.00	35.00	8.00
		總和的 %	8.24	19.23	4.40
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數	10.00	39.00	11.00
		總和的 %	5.49	21.43	6.04
	沒感覺	個數	7.00	48.00	10.00
		總和的 %	3.85	26.37	5.49
	不喜歡	個數	6.00	39.00	12.00
		總和的 %	3.30	21.43	6.59

表 4.1 研究對象基本屬性與憂鬱程度的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	8.00	3.05	-1.00
	女	86	47.30	8.38	2.06	
收案地點	安養機構	124	68.10	8.67	2.49	3.80***
	醫學中心門診	58	31.90	7.14	2.64	
診斷	血管性失智	100	54.90	8.53	2.35	1.99*
	阿茲海默型失智	82	45.10	7.76	2.89	
失智嚴重程度	輕度	110	60.40	7.90	2.40	-1.73
	中度	72	39.60	8.61	2.90	
教育程度	0～6年	97	53.30	8.96	2.44	
	7～12年	76	41.80	7.34	2.65	10.13***
	13年以上	9	4.90	6.89	1.69	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	7.35	2.32	-2.82**
	沒有與配偶同住	128	70.30	8.53	2.68	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	8.03	2.40	1.23
	有宗教信仰	141	77.50	8.71	3.29	
家中經濟狀況	足夠	138	75.80	8.22	2.78	.45
	不足夠	44	24.20	8.05	2.11	
親近家屬探訪次數	每週3次以上	2	1.10	4.00	1.41	
	每週1～2次	26	14.30	7.54	2.37	
	每個月1～2次	71	39.00	9.13	2.54	7.73***
	少於每個月1～2次	25	13.70	8.92	1.75	
	因住在家中	58	31.90	7.14	2.64	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	7.62	3.18	
	65~74歲	90	49.45	8.11	2.63	.85
	75~84歲	44	24.18	8.55	1.82	
	85歲以上	19	10.44	8.53	3.26	
安養機構性質	50人以上	16	8.80	2.31	2.15	
	20~49人	80	44.00	8.69	2.37	4.90**
	19人以下	28	15.40	8.82	3.02	
	住在家中	58	31.90	7.14	2.64	
為何進入安養機構	家屬意願	85	46.70	9.44	2.43	
	個人意願	39	21.40	7.00	1.69	22.49***
	住在家中	58	31.90	7.14	2.64	
是否喜歡目前居住的環境	喜歡	60	33.00	7.93	2.99	.54
	沒感覺	65	35.70	8.18	2.11	
	不喜歡	57	31.30	8.44	2.78	

※ * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

(一) 研究對象憂鬱症狀的分析結果（中文版 GDS 量表）

本研究依照 GDS 得分篩檢有 23 位（占全樣本 12.64%）是正常、126 位（占全樣本 69.32%）是輕度憂鬱症狀、33 位（占全樣本 18.13%）是重度憂鬱症狀。本研究對象中，有重度憂鬱症狀的點盛行率為 18.13%，詳述如（表 3.1）所示。本研究對象問卷施測經 GDS 診斷『正常』者 23 位平均值為 2.92 分，標準差為 1.04；『輕度憂鬱症狀』者 126 位，平均值為 8.03 分，標準差為 1.52；『重度憂鬱症狀』者 33 位平均值為 10.96 分，標準差為 0.29。

本研究對象以『性別』依照 GDS 量表篩檢，分別為男性 GDS 之平均值為 8.00 分，標準差為 3.05，女性平均值 8.38 分，標準差 2.06，在此男生 GDS 平均得分低於女生，女生的差異程度較男生低，性別的差異未具有統計上顯著的水準（t-value=-1.00）（如表 4.1）。

本研究對象針對 GDS 的 15 題目，總分在 0-15 分，此項平均值為 8.18 分，最高分 15 分，最低分 2 分，標準差 2.63 分。

本研究對象憂鬱程度在不同人口屬性的差異，結果顯示『收案地點』、『診斷』、『教育程度』、『婚姻狀況』、『親近家屬探訪情形』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異；另在『性別』、『失智程度』、『宗教信仰』、『經濟狀況』、『年齡』以及『滿意目前居住地點』

等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.1）。

(二) 研究對象睡眠品質的分析結果

本研究依照 CPSQI 得分篩檢共有 182 位，主要受訪對象是失智個案的夜間主要照顧者。其中品質良好的有 6 位（占全樣本 3.30%）是睡眠品質良好、176 位（占全樣本 96.70%）是睡眠品質不良的。本研究對象問卷施測經 CPSQI 分組睡眠品質良好者 6 位平均值為 4.50 分，標準差為 0.58；睡眠品質不良者 176 位，平均值為 12.56 分，標準差為 2.36（表 3.2）。

本研究對象以『性別』依照 CPSQI 量表篩檢，分別為男性睡眠品質得分之平均值為 12.16 分，標準差為 3.13，女性平均值 12.29 分，標準差 2.73，在此男生 CPSQI 平均得分低於女生，男生的差異程度較女生高，但性別的差異未具有統計上顯著的水準（t-value=-.31）（如表 4.2）。

本研究對象針對 CPSQI 的題目，總分在 0-21 分，此項平均值為 12.22 分，最高分 20 分，最低分 4 分，標準差 2.94 分。

本研究對象照顧者評估的睡眠品質在不同人口屬性的差異，結果顯示『收案地點』、『安養護機構性質』、『進入機構的意願』以及『滿意目前居住地點』具有統計上顯著的差異；另在『性別』、『診斷』、『失智程度』、『宗教信仰』、『經濟狀況』、『年齡』『教育程度』、『婚姻狀況』、『親近家屬探訪情形』、以及等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.2）。

此外，本研究針對失智個案本人依照 CPSQI 得分篩檢共有 116 位，遺漏值有 66 位，無法受訪的原因有：個案無法正確回答，身體狀況不足以回答...等。其中全部 116 位是睡眠品質不良。本研究對象問卷施測經 CPSQI 分組睡眠品質不良者 116 位平均值為 13.41 分，標準差 2.53 為(表 3.3)。

本研究對象自評以『性別』依照 CPSQI 量表篩檢，分別為男性睡眠品質得分之平均值為 13.34 分，標準差為 2.40，女性平均值 13.48 分，標準差 2.67，在此男生 CPSQI 平均得分低於女生，且男生的差異程度較女生低，但性別的差異未具有統計上顯著的水準（t-value=-.29）。此外也發現，照顧者評估的睡眠品質分數要比個案本身評估的睡眠品質分數來得低（如表 4.3）。

本研究對象針對 CPSQI 的題目，總分在 0-21 分，此項平均值為 13.41 分，最高分 20 分，最低分 4 分，標準差 2.53 分。

本研究對象自己填答的睡眠品質在不同人口屬性的差異，結果顯示『失智程度』、『婚姻狀況』、『進入機構的意願』以及『滿意目前居住地點』具有統計上顯著的差異；另在『收案地點』、『性別』、『診斷』、『宗教信仰』、『經濟狀況』、『年齡』『教育程度』、、『親近家屬探訪情形』、『安養護機構性質』以及等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.3）。

表3.2　照顧者評估的睡眠品質分組後描述性統計

變項			品質良好	品質不良
性別	男	個數	4.00	92.00
		總和的 %	2.20	50.55
	女	個數	2.00	84.00
		總和的 %	1.10	46.15
收案地點	安養機構	個數	3.00	121.00
		總和的 %	1.65	66.48
	醫學中心	個數	3.00	55.00
	門診	總和的 %	1.65	30.22
診斷	血管性失	個數	3.00	97.00
	智	總和的 %	1.65	53.30
	阿茲海默	個數	3.00	79.00
	型失智	總和的 %	1.65	43.41
失智程度	輕度	個數	4.00	106.00
		總和的 %	2.20	58.24
	中度	個數	2.00	70.00
		總和的 %	1.10	38.46
教育程度	0～6年	個數	2.00	95.00
		總和的 %	1.10	52.20
	7～12年	個數	4.00	72.00
		總和的 %	2.20	39.56
	13年以上	個數		9.00
		總和的 %		4.95
是否與配	有與配偶	個數	2.00	52.00
偶居住	居住	總和的 %	1.10	28.57
	沒有與配	個數	4.00	124.00
	偶居住	總和的 %	2.20	68.13
宗教信仰	無	個數	2.00	39.00
分組		總和的 %	1.10	21.43
	有	個數	4.00	137.00
		總和的 %	2.20	75.27
經濟狀況	足夠	個數	6.00	132.00
分組		總和的 %	3.30	72.53
	不夠	個數		44.00
		總和的 %		24.18

表3.2 續 照顧者評估的睡眠品質分組後描述性統計

變項			品質良好	品質不良
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數		2.00
		總和的 %		1.10
	每週1～2次	個數	1.00	25.00
		總和的 %	0.55	13.74
	每個月1～2次	個數	2.00	69.00
		總和的 %	1.10	37.91
	少於每個月1～2次	個數		25.00
		總和的 %		13.74
	住家中	個數	3.00	55.00
		總和的 %	1.65	30.22
年齡分組	64歲以下	個數	2.00	27.00
		總和的 %	1.10	14.84
	65~74歲	個數	3.00	87.00
		總和的 %	1.65	47.80
	75~84歲	個數	1.00	43.00
		總和的 %	0.55	23.63
	85歲以上	個數		19.00
		總和的 %		10.44
安養機構性質	50人以上	個數		16.00
		總和的 %		8.79
	20～49人	個數		80.00
		總和的 %		43.96
	19人以下	個數	3.00	25.00
		總和的 %	1.65	13.74
	住在家中	個數	3.00	55.00
		總和的 %	1.65	30.22
為何進入安養機構	家屬意願	個數	2.00	83.00
		總和的 %	1.10	45.60
	個案本人意願	個數	1.00	38.00
		總和的 %	0.55	20.88
	住家中	個數	3.00	55.00
		總和的 %	1.65	30.22
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數	4.00	56.00
		總和的 %	2.20	30.77
	沒感覺	個數	1.00	64.00
		總和的 %	0.55	35.16
	不喜歡	個數	1.00	56.00
		總和的 %	0.55	30.77

表 3.3　個案自評的睡眠品質分組後描述性統計

變項			品質不良
性別	男	個數	58.00
		總和的 %	50.00
	女	個數	58.00
		總和的 %	50.00
收案地點	安養機構	個數	81.00
		總和的 %	69.83
	醫學中心門診	個數	35.00
		總和的 %	30.17
診斷	血管性失智	個數	61.00
		總和的 %	52.59
	阿茲海默型失智	個數	55.00
		總和的 %	47.41
失智程度	輕度	個數	110.00
		總和的 %	94.83
	中度	個數	6.00
		總和的 %	5.17
教育程度	0～6年	個數	57.00
		總和的 %	49.14
	7～12年	個數	52.00
		總和的 %	44.83
	13年以上	個數	7.00
		總和的 %	6.03
是否與配偶居住	有與配偶居住	個數	28.00
		總和的 %	24.14
	沒有與配偶居住	個數	88.00
		總和的 %	75.86
宗教信仰分組	無	個數	24.00
		總和的 %	20.69
	有	個數	92.00
		總和的 %	79.31
經濟狀況分組	足夠	個數	88.00
		總和的 %	75.86
	不夠	個數	28.00
		總和的 %	24.14

表3.3 續 個案自評的睡眠品質分組後描述性統計

變項			品質不良
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數	1.00
		總和的 %	0.86
	每週1～2次	個數	15.00
		總和的 %	12.93
	每個月1～2次	個數	49.00
		總和的 %	42.24
	少於每個月1～2次	個數	16.00
		總和的 %	13.79
	住家中	個數	35.00
		總和的 %	30.17
年齡分組	64歲以下	個數	19.00
		總和的 %	16.38
	65~74歲	個數	56.00
		總和的 %	48.28
	75~84歲	個數	30.00
		總和的 %	25.86
	85歲以上	個數	11.00
		總和的 %	9.48
安養機構性質	50人以上	個數	12.00
		總和的 %	10.34
	20～49人	個數	53.00
		總和的 %	45.69
	19人以下	個數	16.00
		總和的 %	13.79
	住在家中	個數	35.00
		總和的 %	30.17
為何進入安養機構	家屬意願	個數	57.00
		總和的 %	49.14
	個案本人意願	個數	24.00
		總和的 %	20.69
	住家中	個數	35.00
		總和的 %	30.17
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數	42.00
		總和的 %	36.21
	沒感覺	個數	35.00
		總和的 %	30.17
	不喜歡	個數	39.00
		總和的 %	33.62

表 4.2 研究對象基本屬性與照顧者評估的睡眠品質的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	12.16	3.13	-.31
	女	86	47.30	12.29	2.73	
收案地點	安養機構	124	68.10	12.52	2.88	2.06*
	醫學中心門診	58	31.90	11.57	3.00	
診斷	血管性失智	100	54.90	12.60	3.14	1.93
	阿茲海默型失智	82	45.10	11.76	2.62	
失智嚴重	輕度	110	60.40	12.21	2.68	-.06
程度	中度	72	39.60	12.24	3.33	
教育程度	0～6年	97	53.30	12.16	2.56	
	7～12年	76	41.80	12.11	3.25	1.34
	13年以上	9	4.90	13.78	3.87	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	12.02	3.41	-.55
	沒有與配偶同住	128	70.30	12.30	2.73	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	12.35	2.95	-1.16
	有宗教信仰	141	77.50	11.76	2.89	
家中經濟	足夠	138	75.80	12.09	2.99	-1.06
狀況	不足夠	44	24.20	12.61	2.76	
親近家屬	每週3次以上	2	1.10	12.50	4.95	
探訪次數	每週1～2次	26	14.30	12.19	3.50	
	每個月1～2次	71	39.00	12.59	2.79	1.16
	少於每個月1～2次	25	13.70	12.68	2.41	
	因住在家中	58	31.90	11.57	3.00	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	11.59	3.55	
	65~74歲	90	49.45	12.08	2.49	1.13
	75~84歲	44	24.18	12.66	3.45	
	85歲以上	19	10.44	12.84	2.57	
安養機構	50人以上	16	8.80	11.44	1.09	
性質	20~49人	80	44.00	13.38	2.55	8.92***
	19人以下	28	15.40	10.71	3.43	
	住在家中	58	31.90	11.57	3.00	
為何進入	家屬意願	85	46.70	12.56	2.89	
安養機構	個人意願	39	21.40	12.44	2.88	2.14*
	住在家中	58	31.90	11.57	3.00	
是否喜歡	喜歡	60	33.00	11.23	3.16	
目前居住	沒感覺	65	35.70	12.22	2.89	7.46**
的環境	不喜歡	57	31.30	13.26	2.39	

※ * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

表 4.3 研究對象基本屬性與個案自評睡眠品質的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	13.34	2.40	-.29
	女	86	47.30	13.48	2.67	
收案地點	安養機構	124	68.10	13.67	2.54	1.69
	醫學中心門診	58	31.90	12.83	2.42	
診斷	血管性失智	100	54.90	13.56	2.60	.65
	阿茲海默型失智	82	45.10	13.25	2.45	
失智嚴重	輕度	110	60.40	13.23	2.44	-3.57**
程度	中度	72	39.60	16.83	1.60	
教育程度	0～6年	97	53.30	13.93	2.25	
	7～12年	76	41.80	12.92	2.71	2.40
	13年以上	9	4.90	12.86	2.73	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	12.39	1.77	-2.51*
	沒有與配偶同住	128	70.30	13.74	2.65	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	13.30	2.39	.80
	有宗教信仰	141	77.50	13.83	3.02	
家中經濟	足夠	138	75.80	13.39	2.62	-.22
狀況	不足夠	44	24.20	13.50	2.25	
親近家屬	每週3次以上	2	1.10	11.00	---	
探訪次數	每週1～2次	26	14.30	13.13	3.00	
	每個月1～2次	71	39.00	13.76	2.61	1.24
	少於每個月1～2次	25	13.70	14.06	1.84	
	因住在家中	58	31.90	12.83	2.42	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	13.47	2.97	
	65~74歲	90	49.45	13.38	2.17	1.08
	75~84歲	44	24.18	13.87	2.67	
	85歲以上	19	10.44	12.27	2.97	
安養機構	50人以上	16	8.80	13.5	3.29	
性質	20~49人	80	44.00	13.92	2.32	1.57
	19人以下	28	15.40	12.94	2.67	
	住在家中	58	31.90	12.83	2.42	
為何進入	家屬意願	85	46.70	14.11	2.70	
安養機構	個人意願	39	21.40	12.63	1.76	4.50**
	住在家中	58	31.90	12.83	2.42	
是否喜歡	喜歡	60	33.00	13.02	2.05	
目前居住	沒感覺	65	35.70	13.46	2.60	.95
的環境	不喜歡	57	31.30	13.79	2.93	

※ * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

(三) 研究對象淡漠程度的分析結果

本研究依照 Apathy Evaluation Scale (AES) 得分篩檢有 25 位（占全樣本 13.74%）是正常、157 位（占全樣本 86.26%）是有淡漠傾向的。本研究對象中，有淡漠情形的點盛行率為 86.26%，詳述如（表 3.4）所示。本研究對象問卷施測經 AES 診斷『正常』者 25 位平均值為 31.96 分，標準差為 2.84；有淡漠傾向者 157 位，平均值為 41.89 分，標準差為 3.00。

本研究對象以『性別』依照 AES 量表篩檢，分別為男性 AES 之平均值為 40.08 分，標準差為 5.42，女性平均值 47.90 分，標準差 3.49，在此男生 AES 平均得分低於女生，女生的差異程度較男生低，性別的差異具有統計上顯著的水準（t-value=-2.65；$p<.01$）（如表 4.4）。

本研究對象針對 AES 的 18 題目，總分在 0-54 分，此項平均值為 40.94 分，最高分 49 分，最低分 27 分，標準差 4.69 分。

本研究對象的淡漠程度在不同人口屬性的差異，結果顯示『性別』、『失智程度』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異；另在『收案地點』、『診斷』、『教育程度』、『婚姻狀況』、『宗教信仰』、『經濟狀況』、『年齡』、『親近家屬探訪情形』以及『滿意目前居住地點』等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.4）。

表 3.4　淡漠程度分組後描述性統計

變項			正常	有淡漠傾向
性別	男	個數	22.00	74.00
		總和的 %	12.09	40.66
	女	個數	3.00	83.00
		總和的 %	1.65	45.60
收案地點	安養機構	個數	14.00	110.00
		總和的 %	7.69	60.44
	醫學中心門診	個數	11.00	47.00
		總和的 %	6.04	25.82
診斷	血管性失智	個數	9.00	91.00
		總和的 %	4.95	50.00
	阿茲海默型失智	個數	16.00	66.00
		總和的 %	8.79	36.26
失智程度	輕度	個數	23.00	87.00
		總和的 %	12.64	47.80
	中度	個數	2.00	70.00
		總和的 %	1.10	38.46
教育程度	0～6年	個數	11.00	86.00
		總和的 %	6.04	47.25
	7～12年	個數	13.00	63.00
		總和的 %	7.14	34.62
	13年以上	個數	1.00	8.00
		總和的 %	0.55	4.40
是否與配偶居住	有與配偶居住	個數	8.00	46.00
		總和的 %	4.40	25.27
	沒有與配偶居住	個數	17.00	111.00
		總和的 %	9.34	60.99
宗教信仰分組	無	個數	4.00	37.00
		總和的 %	2.20	20.33
	有	個數	21.00	120.00
		總和的 %	11.54	65.93
經濟狀況分組	足夠	個數	23.00	115.00
		總和的 %	12.64	63.19
	不夠	個數	2.00	42.00
		總和的 %	1.10	23.08

表3.4 續 淡漠程度分組後描述性統計

變項			正常	有淡漠傾向
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數	1.00	1.00
		總和的 %	0.55	0.55
	每週1～2次	個數	2.00	24.00
		總和的 %	1.10	13.19
	每個月1～2次	個數	8.00	63.00
		總和的 %	4.40	34.62
	少於每個月1～2次	個數	3.00	22.00
		總和的 %	1.65	12.09
	住家中	個數	11.00	47.00
		總和的 %	6.04	25.82
年齡分組	64歲以下	個數	9.00	20.00
		總和的 %	4.95	10.99
	65~74歲	個數	16.00	74.00
		總和的 %	8.79	40.66
	75~84歲	個數		44.00
		總和的 %		24.18
	85歲以上	個數		19.00
		總和的 %		10.44
安養機構性質	50人以上	個數	4.00	12.00
		總和的 %	2.20	6.59
	20～49人	個數	6.00	74.00
		總和的 %	3.30	40.66
	19人以下	個數	4.00	24.00
		總和的 %	2.20	13.19
	住在家中	個數	11.00	47.00
		總和的 %	6.04	25.82
為何進入安養機構	家屬意願	個數	12.00	73.00
		總和的 %	6.59	40.11
	個案本人意願	個數	2.00	37.00
		總和的 %	1.10	20.33
	住家中	個數	11.00	47.00
		總和的 %	6.04	25.82
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數	9.00	51.00
		總和的 %	4.95	28.02
	沒感覺	個數	10.00	55.00
		總和的 %	5.49	30.22
	不喜歡	個數	6.00	51.00
		總和的 %	3.30	28.02

表 4.4 研究對象基本屬性與淡漠程度的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	40.08	5.42	-2.65**
	女	86	47.30	41.90	3.49	
收案地點	安養機構	124	68.10	41.16	4.31	.86
	醫學中心門診	58	31.90	40.47	5.41	
診斷	血管性失智	100	54.90	41.10	4.35	.50
	阿茲海默型失智	82	45.10	40.74	5.09	
失智嚴重	輕度	110	60.40	39.82	4.98	-4.17***
程度	中度	72	39.60	42.65	3.60	
教育程度	0～6年	97	53.30	41.29	4.07	
	7～12年	76	41.80	40.55	5.41	.58
	13年以上	9	4.90	40.44	4.53	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	40.76	5.67	-.30
	沒有與配偶同住	128	70.30	41.02	4.23	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	41.26	4.61	-1.69
	有宗教信仰	141	77.50	39.83	4.83	
家中經濟	足夠	138	75.80	40.50	4.88	-2.27*
狀況	不足夠	44	24.20	42.32	3.73	
親近家屬	每週3次以上	2	1.10	40.00	8.49	
探訪次數	每週1～2次	26	14.30	41.77	4.47	
	每個月1～2次	71	39.00	40.93	4.17	.40
	少於每個月1～2次	25	13.70	41.28	4.21	
	因住在家中	58	31.90	40.47	5.41	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	40.48	5.44	
	65~74歲	90	49.45	40.37	5.22	2.17
	75~84歲	44	24.18	42.48	3.25	
	85歲以上	19	10.44	40.79	2.70	
安養機構	50人以上	16	8.80	38.31	3.36	
性質	20~49人	80	44.00	41.84	3.83	2.95*
	19人以下	28	15.40	40.86	5.41	
	住在家中	58	31.90	40.47	5.41	
為何進入	家屬意願	85	46.70	40.73	4.44	
安養機構	個人意願	39	21.40	42.10	3.91	1.59*
	住在家中	58	31.90	40.47	5.41	
是否喜歡	喜歡	60	33.00	40.48	4.99	
目前居住	沒感覺	65	35.70	41.03	4.58	.48
的環境	不喜歡	57	31.30	41.32	4.51	

※ * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

(四) 研究對象認知功能的分析結果

本研究依照 MMSE 得分篩檢有 50 位（占全樣本 27.47%）是正常、132 位（占全樣本 72.53%）是異常的。本研究對象中，有認知功能障礙的點盛行率為 72.53%，詳述如（表 3.5）所示。本研究對象問卷施測 MMSE 經過教育程度的分組結果為『正常』者 50 位平均值為 20.50 分，標準差為 2.36；MMSE 施測結果為『異常』者 132 位，平均值為 16.15 分，標準差為 3.30。

本研究對象以『性別』依照 MMSE 量表篩檢，分別為男性 MMSE 之平均值為 15.77 分，標準差為 4.87，女性平均值 15.83 分，標準差 4.41，在此男生 MMSE 平均得分低於女生，女性的差異程度較男性低，性別的差異未具有統計上顯著的水準（t-value=-.08）（如表 4.5）。

本研究對象針對 MMSE 的題目，總分在 0-30 分，此項平均值為 15.80 分，最高分 27 分，最低分 5 分，標準差 4.65 分。

本研究對象認知功能在不同人口屬性的差異，結果顯示『失智程度』以及『年齡』具有統計上顯著的差異；另在『收案地點』、『性別』、『診斷』、『教育程度』、『婚姻狀況』、『宗教信仰』、『經濟狀況』、『親近家屬探訪情形』『滿意目前居住地點』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.5）。

表 3.5　認知功能分組後描述性統計

變項			異常	正常
性別	男	個數	65.00	31.00
		總和的 %	35.71	17.03
	女	個數	67.00	19.00
		總和的 %	36.81	10.44
收案地點	安養機構	個數	89.00	35.00
		總和的 %	48.90	19.23
	醫學中心門診	個數	43.00	15.00
		總和的 %	23.63	8.24
診斷	血管性失智	個數	70.00	30.00
		總和的 %	38.46	16.48
	阿茲海默型失智	個數	62.00	20.00
		總和的 %	34.07	10.99
失智程度	輕度	個數	72.00	38.00
		總和的 %	39.56	20.88
	中度	個數	60.00	12.00
		總和的 %	32.97	6.59
教育程度	0～6年	個數	62.00	35.00
		總和的 %	34.07	19.23
	7～12年	個數	61.00	15.00
		總和的 %	33.52	8.24
	13年以上	個數	9.00	
		總和的 %	4.95	
是否與配偶居住	有與配偶居住	個數	45.00	9.00
		總和的 %	24.73	4.95
	沒有與配偶居住	個數	87.00	41.00
		總和的 %	47.80	22.53
宗教信仰分組	無	個數	34.00	7.00
		總和的 %	18.68	3.85
	有	個數	98.00	43.00
		總和的 %	53.85	23.63
經濟狀況分組	足夠	個數	97.00	41.00
		總和的 %	53.30	22.53
	不夠	個數	35.00	9.00
		總和的 %	19.23	4.95

表3.5 續 認知功能分組後描述性統計

變項			異常	正常
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數	1.00	1.00
		總和的 %	0.55	0.55
	每週1～2次	個數	20.00	6.00
		總和的 %	10.99	3.30
	每個月1～2次	個數	52.00	19.00
		總和的 %	28.57	10.44
	少於每個月1～2次	個數	16.00	9.00
		總和的 %	8.79	4.95
	住家中	個數	43.00	15.00
		總和的 %	23.63	8.24
年齡分組	64歲以下	個數	18.00	11.00
		總和的 %	9.89	6.04
	65~74歲	個數	69.00	21.00
		總和的 %	37.91	11.54
	75~84歲	個數	37.00	7.00
		總和的 %	20.33	3.85
	85歲以上	個數	8.00	11.00
		總和的 %	4.40	6.04
安養機構性質	50人以上	個數	12.00	4.00
		總和的 %	6.59	2.20
	20～49人	個數	57.00	23.00
		總和的 %	31.32	12.64
	19人以下	個數	20.00	8.00
		總和的 %	10.99	4.40
	住在家中	個數	43.00	15.00
		總和的 %	23.63	8.24
為何進入安養機構	家屬意願	個數	62.00	23.00
		總和的 %	34.07	12.64
	個案本人意願	個數	27.00	12.00
		總和的 %	14.84	6.59
	住家中	個數	43.00	15.00
		總和的 %	23.63	8.24
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數	44.00	16.00
		總和的 %	24.18	8.79
	沒感覺	個數	52.00	13.00
		總和的 %	28.57	7.14
	不喜歡	個數	36.00	21.00
		總和的 %	19.78	11.54

表 4.5 研究對象基本屬性與認知狀況的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	15.77	4.87	-.08
	女	86	47.30	15.83	4.41	
收案地點	安養機構	124	68.10	15.90	4.18	.38
	醫學中心門診	58	31.90	15.59	5.55	
診斷	血管性失智	100	54.90	16.21	4.48	1.32
	阿茲海默型失智	82	45.10	15.29	4.82	
失智嚴重	輕度	110	60.40	17.92	3.38	9.21***
程度	中度	72	39.60	12.56	4.46	
教育程度	0～6年	97	53.30	15.47	4.26	
	7～12年	76	41.80	16.13	5.21	.52
	13年以上	9	4.90	16.44	3.71	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	15.06	5.57	-1.25
	沒有與配偶同住	128	70.30	16.11	4.18	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	15.81	4.24	-.05
	有宗教信仰	141	77.50	15.76	5.89	
家中經濟	足夠	138	75.80	16.14	4.71	1.84
狀況	不足夠	44	24.20	14.73	4.32	
親近家屬	每週3次以上	2	1.10	15.50	7.78	
探訪次數	每週1～2次	26	14.30	15.15	4.40	
	每個月1～2次	71	39.00	16.31	3.93	.39
	少於每個月1～2次	25	13.70	15.52	4.53	
	因住在家中	58	31.90	15.59	5.55	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	16.48	4.05	
	65~74歲	90	49.45	15.01	5.07	4.85**
	75~84歲	44	24.18	15.48	4.03	
	85歲以上	19	10.44	19.21	3.01	
安養機構	50人以上	16	8.80	16.94	3.70	
性質	20~49人	80	44.00	15.88	3.90	0.45
	19人以下	28	15.40	15.36	5.15	
	住在家中	58	31.90	15.59	5.55	
為何進入	家屬意願	85	46.70	15.89	4.02	
安養機構	個人意願	39	21.40	15.90	4.55	0.09
	住在家中	58	31.90	15.59	5.55	
是否喜歡	喜歡	60	33.00	15.85	4.70	
目前居住	沒感覺	65	35.70	15.28	4.78	.79
的環境	不喜歡	57	31.30	16.33	4.45	

※ * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

(五) 研究對象精神徵象與照顧者壓力的分析結果

本研究針對失智個案的主要照顧者，依照 NPI 得分篩檢有 2 位（占全樣本 1.10%）是有輕度精神症狀、65 位（占全樣本 35.72%）是中度的精神症狀、96 位是屬於嚴重的程度（占全樣本的 52.74%）、最嚴重的程度有 19 位(占全樣本的 10.44%)。本研究對象中，有嚴重的精神症狀點盛行率為 63.18%，詳述如（表 3.6）所示。本研究對象問卷施測經 NPI 篩檢『有輕度精神症狀』者 2 位平均值為分，標準差為；有『中度的精神症狀』65 位，平均值為 18.57 分，標準差為 3.55；『嚴重的程度的精神症狀』有 96 位，平均值為 36.91 分，標準差為 6.68；『最嚴重的程度』有 19 位，平均值為 54.00 分，標準差為 1.15。

本研究對象以『性別』依照 NPI 量表篩檢，分別為男性 NPI 之平均值為 29.74 分，標準差為 12.63，女性平均值 34.53 分，標準差 12.40，在此男生 NPI 平均得分低於女生，女性的差異程度較男性低，性別的差異具有統計上顯著的水準（t-value=-2.58；$p<.05$）（如表 4.6）。

本研究對象針對 NPI 的題目，總分在 0-180 分，此項平均值為 32.01 分，最高分 61 分，最低分 11 分，標準差 12.71 分。

本研究對象精神徵象嚴重程度在不同人口屬性的差異，結果顯示『性別』、『收案地點』、『教育程度』、『親近家屬探訪情形』、『年齡』、『安養護

機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異；另在『失智程度』、『診斷』、『婚姻狀況』、『宗教信仰』、『經濟狀況』以及『滿意目前居住地點』等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.6）。

另外，在 NPI 量表中另外調查照顧者壓力程度，發現有輕度壓力者為 60 位（占全樣本 32.97%），97 位（占全樣本 53.30%）是中度的壓力、25 位是屬於嚴重的程度的壓力（占全樣本的 13.73%）。本研究對象問卷施測經 NPI 篩檢『有輕度壓力』者 60 位平均值為 7.30 分，標準差為 1.97；有『中度的壓力』97 位，平均值為 14.91 分，標準差為 2.47；『嚴重的程度的壓力』有 25 位，平均值為 24.50 分，標準差為 2.31(表 3.7)。

本研究對象以『性別』依照 NPI 量表篩檢照顧者壓力，分別為照顧男性個案壓力之平均值為 13.30 分，標準差為 5.49，照顧女性平均值 14.70 分，標準差 5.25，在此照顧男性的壓力平均得分低於照顧女性，照顧女性的差異程度較照顧男性高，被照顧者性別的差異未具有統計上顯著的水準（t-value=-1.75）（如表 4.7）。

本研究對象針對 NPI 照顧者壓力的題目，總分在 0-60 分，此項平均值為 13.96 分，最高分 27 分，最低分 4 分，標準差 5.41 分。

本研究對象的照顧者壓力得分在不同的個案人口屬性的差異，結果顯示『收案地點』、『教育程度』、『親近家屬探訪情形』、『年齡』、『安養護機

構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異；另在『性別』、『失智程度』、『診斷』、『婚姻狀況』、『宗教信仰』、『經濟狀況』以及『滿意目前居住地點』等變項，則無統計上顯著的差異（見表 4.7）。

而針對照顧者本身的基本屬性（圖 1.2.1-3）與照顧者壓力進行單因子變異數分析及 t 檢定結果發現，在『性別』、『年齡』與『與個案關係上』並無差異；但在『教育程度』上則是有明顯的差異。且我們發現到照顧者多為女性佔了 80%，看護及外傭照顧者也佔多數，約 60%（見表 5.0）。

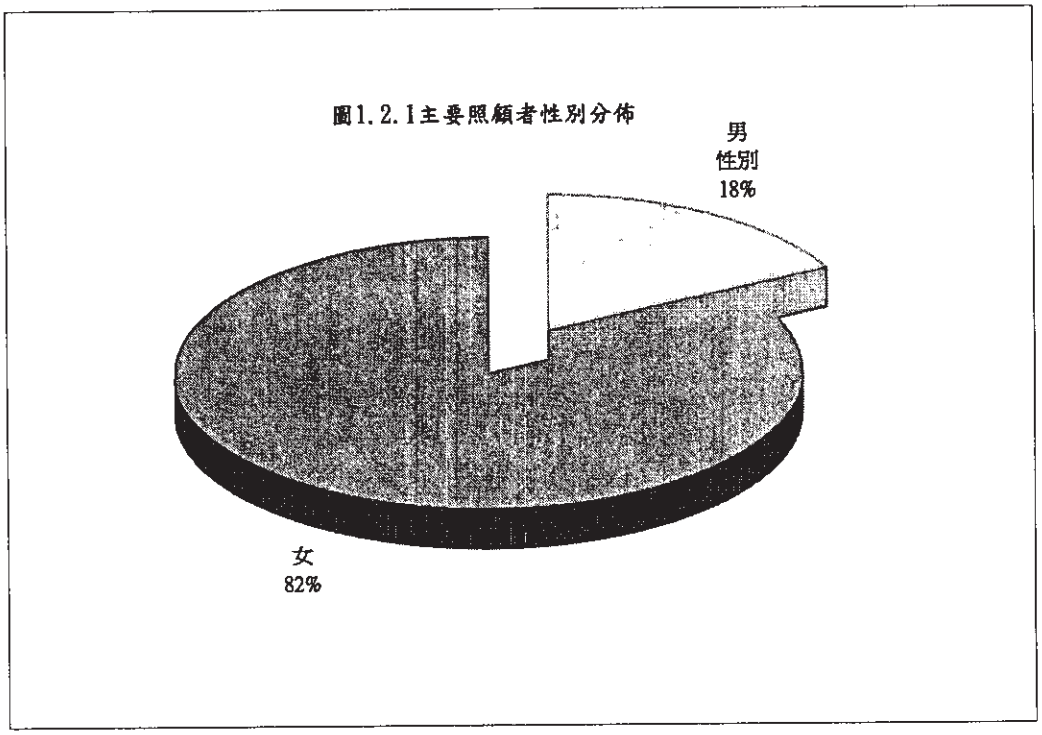


圖1.2.2 主要照顧者年齡分佈

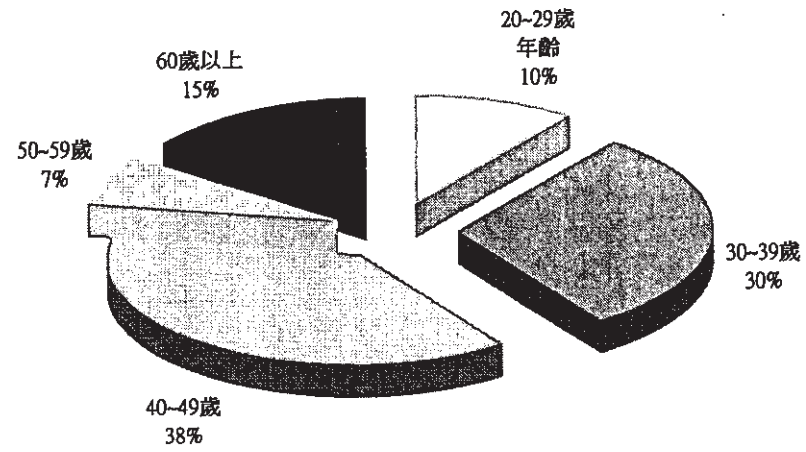


圖1.2.3 照顧者之教育程度

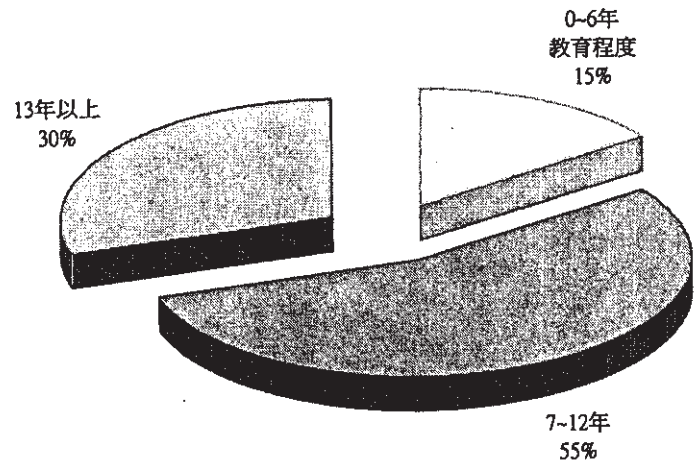


表3.6　精神徵象嚴重度分組後描述性統計

變項			輕微的	中度的	嚴重的	非常嚴重
性別	男	個數		42.00	47.00	7.00
		總和的 %		23.08	25.82	3.85
	女	個數	2.00	23.00	49.00	12.00
		總和的 %	1.10	12.64	26.92	6.59
收案地點	安養機構	個數		37.00	69.00	18.00
		總和的 %		20.33	37.91	9.89
	醫學中心	個數	2.00	28.00	27.00	1.00
	門診	總和的 %	1.10	15.38	14.84	0.55
診斷	血管性失	個數		36.00	52.00	12.00
	智	總和的 %		19.78	28.57	6.59
	阿茲海默	個數	2.00	29.00	44.00	7.00
	型失智	總和的 %	1.10	15.93	24.18	3.85
失智程度	輕度	個數	2.00	41.00	54.00	13.00
		總和的 %	1.10	22.53	29.67	7.14
	中度	個數		24.00	42.00	6.00
		總和的 %		13.19	23.08	3.30
教育程度	0～6年	個數		37.00	53.00	7.00
		總和的 %		20.33	29.12	3.85
	7～12年	個數	2.00	26.00	41.00	7.00
		總和的 %	1.10	14.29	22.53	3.85
	13年以上	個數		2.00	2.00	5.00
		總和的 %		1.10	1.10	2.75
是否與配	有與配偶	個數	2.00	17.00	35.00	
偶居住	居住	總和的 %	1.10	9.34	19.23	
	沒有與配	個數		48.00	61.00	19.00
	偶居住	總和的 %		26.37	33.52	10.44
宗教信仰	無	個數		15.00	26.00	
分組		總和的 %		8.24	14.29	
	有	個數	2.00	50.00	70.00	19.00
		總和的 %	1.10	27.47	38.46	10.44
經濟狀況	足夠	個數	2.00	49.00	72.00	15.00
分組		總和的 %	1.10	26.92	39.56	8.24
	不夠	個數		16.00	24.00	4.00
		總和的 %		8.79	13.19	2.20

表3.6 續 精神徵象嚴重度分組後描述性統計

變項			輕微的	中度的	嚴重的	非常嚴重
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數		1.00	1.00	
		總和的 %		0.55	0.55	
	每週1～2次	個數		9.00	16.00	1.00
		總和的 %		4.95	8.79	0.55
	每個月1～2次	個數		20.00	36.00	15.00
		總和的 %		10.99	19.78	8.24
	少於每個月1～2次	個數		7.00	16.00	2.00
		總和的 %		3.85	8.79	1.10
	住家中	個數	2.00	28.00	27.00	1.00
		總和的 %	1.10	15.38	14.84	0.55
年齡分組	64歲以下	個數		12.00	16.00	1.00
		總和的 %		6.59	8.79	0.55
	65~74歲	個數	2.00	36.00	44.00	8.00
		總和的 %	1.10	19.78	24.18	4.40
	75~84歲	個數		11.00	29.00	4.00
		總和的 %		6.04	15.93	2.20
	85歲以上	個數		6.00	7.00	6.00
		總和的 %		3.30	3.85	3.30
安養機構性質	50人以上	個數		4.00	11.00	1.00
		總和的 %		2.20	6.04	0.55
	20～49人	個數		21.00	45.00	14.00
		總和的 %		11.54	24.73	7.69
	19人以下	個數		12.00	13.00	3.00
		總和的 %		6.59	7.14	1.65
	住在家中	個數	2.00	28.00	27.00	1.00
		總和的 %	1.10	15.38	14.84	0.55
為何進入安養機構	家屬意願	個數		23.00	47.00	15.00
		總和的 %		12.64	25.82	8.24
	個案本人意願	個數		14.00	22.00	3.00
		總和的 %		7.69	12.09	1.65
	住家中	個數	2.00	28.00	27.00	1.00
		總和的 %	1.10	15.38	14.84	0.55
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數		26.00	30.00	4.00
		總和的 %		14.29	16.48	2.20
	沒感覺	個數	2.00	19.00	41.00	3.00
		總和的 %	1.10	10.44	22.53	1.65
	不喜歡	個數		20.00	25.00	12.00
		總和的 %		10.99	13.74	6.59

表3.7　照顧者壓力分組後描述性統計

變項			輕微的	中度的	嚴重的
性別	男	個數	39.00	44.00	13.00
		總和的 %	21.43	24.18	7.14
	女	個數	21.00	53.00	12.00
		總和的 %	11.54	29.12	6.59
收案地點	安養機構	個數	32.00	68.00	24.00
		總和的 %	17.58	37.36	13.19
	醫學中心門診	個數	28.00	29.00	1.00
		總和的 %	15.38	15.93	0.55
診斷	血管性失智	個數	32.00	51.00	17.00
		總和的 %	17.58	28.02	9.34
	阿茲海默型失智	個數	28.00	46.00	8.00
		總和的 %	15.38	25.27	4.40
失智程度	輕度	個數	35.00	61.00	14.00
		總和的 %	19.23	33.52	7.69
	中度	個數	25.00	36.00	11.00
		總和的 %	13.74	19.78	6.04
教育程度	0～6年	個數	34.00	51.00	12.00
		總和的 %	18.68	28.02	6.59
	7～12年	個數	24.00	44.00	8.00
		總和的 %	13.19	24.18	4.40
	13年以上	個數	2.00	2.00	5.00
		總和的 %	1.10	1.10	2.75
是否與配偶居住	有與配偶居住	個數	15.00	33.00	6.00
		總和的 %	8.24	18.13	3.30
	沒有與配偶居住	個數	45.00	64.00	19.00
		總和的 %	24.73	35.16	10.44
宗教信仰分組	無	個數	12.00	25.00	4.00
		總和的 %	6.59	13.74	2.20
	有	個數	48.00	72.00	21.00
		總和的 %	26.37	39.56	11.54
經濟狀況分組	足夠	個數	45.00	73.00	20.00
		總和的 %	24.73	40.11	10.99
	不夠	個數	15.00	24.00	5.00
		總和的 %	8.24	13.19	2.75

表 3.7 續 照顧者壓力分組後描述性統計

變項			輕微的	中度的	嚴重的
親近家屬探訪次數	每週3次以上	個數	1.00	1.00	
		總和的 %	0.55	0.55	
	每週1～2次	個數	8.00	15.00	3.00
		總和的 %	4.40	8.24	1.65
	每個月1～2次	個數	17.00	35.00	19.00
		總和的 %	9.34	19.23	10.44
	少於每個月1～2次	個數	6.00	17.00	2.00
		總和的 %	3.30	9.34	1.10
	住家中	個數	28.00	29.00	1.00
		總和的 %	15.38	15.93	0.55
年齡分組	64歲以下	個數	12.00	16.00	1.00
		總和的 %	6.59	8.79	0.55
	65~74歲	個數	40.00	42.00	8.00
		總和的 %	21.98	23.08	4.40
	75~84歲	個數	8.00	28.00	8.00
		總和的 %	4.40	15.38	4.40
	85歲以上	個數		11.00	8.00
		總和的 %		6.04	4.40
安養機構性質	50人以上	個數	4.00	11.00	1.00
		總和的 %	2.20	6.04	0.55
	20～49人	個數	18.00	44.00	18.00
		總和的 %	9.89	24.18	9.89
	19人以下	個數	10.00	13.00	5.00
		總和的 %	5.49	7.14	2.75
	住在家中	個數	28.00	29.00	1.00
		總和的 %	15.38	15.93	0.55
為何進入安養機構	家屬意願	個數	20.00	47.00	18.00
		總和的 %	10.99	25.82	9.89
	個案本人意願	個數	12.00	21.00	6.00
		總和的 %	6.59	11.54	3.30
	住家中	個數	28.00	29.00	1.00
		總和的 %	15.38	15.93	0.55
是否喜歡住在安養機構中	喜歡	個數	24.00	31.00	5.00
		總和的 %	13.19	17.03	2.75
	沒感覺	個數	20.00	38.00	7.00
		總和的 %	10.99	20.88	3.85
	不喜歡	個數	16.00	28.00	13.00
		總和的 %	8.79	15.38	7.14

表 4.6 研究對象基本屬性與精神徵象量表總分的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	29.74	12.63	-2.58*
	女	86	47.30	34.53	12.40	
收案地點	安養機構	124	68.10	33.88	13.07	2.97**
	醫學中心門診	58	31.90	28.00	10.98	
診斷	血管性失智	100	54.90	33.06	12.95	1.24
	阿茲海默型失智	82	45.10	30.72	12.37	
失智嚴重	輕度	110	60.40	31.46	13.01	-.72
程度	中度	72	39.60	32.83	12.29	
教育程度	0～6年	97	53.30	31.16	12.14	
	7～12年	76	41.80	31.76	12.83	3.77*
	13年以上	9	4.90	43.11	14.00	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	31.83	10.79	-.13
	沒有與配偶同住	128	70.30	32.08	13.48	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	31.65	13.32	.79
	有宗教信仰	141	77.50	33.22	10.41	
家中經濟	足夠	138	75.80	31.86	13.02	-.28
狀況	不足夠	44	24.20	32.45	11.83	
親近家屬	每週3次以上	2	1.10	21.00	8.49	
探訪次數	每週1～2次	26	14.30	32.15	11.90	
	每個月1～2次	71	39.00	35.21	13.63	3.12*
	少於每個月1～2次	25	13.70	32.92	12.65	
	因住在家中	58	31.90	28.00	10.98	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	28.38	11.49	
	65~74歲	90	49.45	30.02	12.48	4.83**
	75~84歲	44	24.18	35.36	11.79	
	85歲以上	19	10.44	39.16	13.98	
安養機構	50人以上	16	8.80	30.56	11.13	
性質	20~49人	80	44.00	35.23	13.37	3.88*
	19人以下	28	15.40	31.93	13.07	
	住在家中	58	31.90	28.00	10.98	
為何進入	家屬意願	85	46.70	34.98	13.67	
安養機構	個人意願	39	21.40	31.49	11.45	5.49***
	住在家中	58	31.90	28.00	10.98	
是否喜歡	喜歡	60	33.00	30.07	11.34	
目前居住	沒感覺	65	35.70	31.02	11.90	2.72
的環境	不喜歡	57	31.30	35.18	14.47	

※ * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

表 4.7 研究對象基本屬性與照顧者壓力程度的單因子變異數分析或t檢定

變項	類別	N	百分比	Mean	S.D.	F值/t值
性別	男	96	52.70	13.30	5.49	-.1.75
	女	86	47.30	14.70	5.25	
收案地點	安養機構	124	68.10	14.87	5.77	3.41**
	醫學中心門診	58	31.90	12.02	3.90	
診斷	血管性失智	100	54.90	14.35	5.15	1.06
	阿茲海默型失智	82	45.10	13.49	5.71	
失智嚴重程度	輕度	110	60.40	13.80	5.59	-.51
	中度	72	39.60	14.21	5.14	
教育程度	0～6年	97	53.30	13.49	5.24	
	7～12年	76	41.80	13.91	5.09	5.22**
	13年以上	9	4.90	19.44	7.28	
婚姻狀況	與配偶同住	54	29.70	13.56	4.19	-.75
	沒有與配偶同住	128	70.30	14.13	5.85	
宗教信仰	沒有宗教信仰	41	22.50	13.87	5.71	.48
	有宗教信仰	141	77.50	14.27	4.27	
家中經濟狀況	足夠	138	75.80	14.05	5.65	.44
	不足夠	44	24.20	13.68	4.62	
親近家屬探訪次數	每週3次以上	2	1.10	9.50	2.12	
	每週1～2次	26	14.30	14.31	4.85	
	每個月1～2次	71	39.00	15.55	6.27	4.02**
	少於每個月1～2次	25	13.70	13.96	5.18	
	因住在家中	58	31.90	12.02	3.90	
年齡分組	64歲以下	29	15.93	12.34	4.46	
	65~74歲	90	49.45	12.99	5.56	6.30***
	75~84歲	44	24.18	15.45	4.60	
	85歲以上	19	10.44	17.58	5.63	
安養機構性質	50人以上	16	8.80	13.44	5.38	
	20~49人	80	44.00	15.35	5.72	4.61**
	19人以下	28	15.40	14.32	6.15	
	住在家中	58	31.90	12.02	3.90	
為何進入安養機構	家屬意願	85	46.70	15.33	5.94	6.90***
	個人意願	39	21.40	13.87	5.33	
	住在家中	58	31.90	12.02	3.90	
是否喜歡目前居住的環境	喜歡	60	33.00	12.90	4.65	2.74
	沒感覺	65	35.70	13.85	5.20	
	不喜歡	57	31.30	15.21	6.16	

※ * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

表 5.0 主要照顧者之基本屬性

		次數	百分比	與照顧者壓力比較之 F 值或 t 值
性別	男	32.00	17.58	1.09
	女	150.00	82.42	
年齡	20~29 歲	19.00	10.44	1.83
	30~39 歲	55.00	30.22	
	40~49 歲	68.00	37.36	
	50~59 歲	13.00	7.14	
	60 歲以上	27.00	14.84	
教育程度	0~6 年	28.00	15.38	9.23***
	7~12 年	100.00	54.95	
	13 年以上	54.00	29.67	
與個案關係	配偶	50.00	27.47	2.30
	兒子	19.00	10.44	
	媳婦	2.00	1.10	

看護或外傭	111.00	60.99	

※ * p < 0.5 ** p < 0.01 ***p < 0.001

二、研究對象的性別、年齡以及失智程度之描述性統計和雙因子變異數分析

（一）、研究對象之性別與各研究變項間之描述性統計

本文針對研究對象性別的差異，進行瞭解研究對象的性別不同，分別在認知功能、憂鬱程度、睡眠品質和淡漠、以及精神徵象的嚴重度之表現，結果陳述於下表，且於表 4.4 看出研究對象的淡漠程度具有性別差異，女性較男性淡漠程度較為明顯。

表5.1 性別在不同的變項之描述性統計

	男性				女性			
	個數	百分比	平均分數	標準差	個數	百分比	平均分數	標準差
認知功能								
異常	65	35.71%	13.83	4.76	67	36.81%	14.39	3.59
正常	31	17.03%	19.84	1.27	19	10.44%	20.89	3.09
憂鬱程度								
正常	19	10.44%	3.47	1.26	4	2.20%	5.00	0.00
輕度憂鬱	56	30.77%	8.18	1.29	70	38.46%	8.13	1.83
重度憂鬱	21	11.54%	11.62	2.18	12	6.59%	11.00	0.00
照顧者評估的睡眠品質								
睡眠品質正常	4	2.20%	4.50	0.58	2	1.10%	4.50	0.71
睡眠品質異常	92	50.55%	12.49	2.74	84	46.15%	12.48	2.48
淡漠程度								
淡漠表現正常	22	12.09%	31.86	2.88	3	1.65%	32.67	1.15
淡漠表現異常	74	40.66%	42.53	3.07	83	45.60%	42.23	3.06
精神徵象嚴重度								
輕度精神症狀	0	0.00%	--	--	2	1.10%	11.00	0.00
中度精神症狀	42	23.08%	18.14	3.67	23	12.64%	20.78	3.12
重度精神症狀	47	25.82%	36.47	7.58	49	26.92%	37.00	6.66
最嚴重程度精神症狀	7	3.85%	54.14	1.07	12	6.59%	54.75	2.26

(二)、研究對象失智嚴重程度與各研究變項間之描述性統計

本文針對研究對象失智嚴重程度，進行各研究變項間之描述性統計，結果陳述於下表，且於表 4.3～4.5 看出研究對象的認知功能、淡漠表現、和睡眠品質會受研究對象的失智程度影響，失智症狀較輕微者，認知功能比症狀嚴重者佳，且擁有較佳的睡眠品質，較少的淡漠表現。

表5.2 失智程度在不同的變項之描述性統計

	輕度失智				中度失智			
	個數	百分比	平均分數	標準差	個數	百分比	平均分數	標準差
認知功能								
異常	72.00	39.56%	16.56	3.03	60.00	32.97%	11.18	3.49
正常	38.00	20.88%	20.50	2.36	12.00	6.59%	19.42	1.24
憂鬱程度								
正常	13.00	7.14%	2.92	1.04	10.00	5.49%	4.80	0.63
輕度憂鬱	78.00	42.86%	7.97	1.21	48.00	26.37%	8.44	2.08
重度憂鬱	19.00	10.44%	11.00	0.00	14.00	7.69%	11.93	2.64
照顧者評估的睡眠品質								
睡眠品質正常	4.00	2.20%	4.50	0.58	2.00	1.10%	4.50	0.71
睡眠品質異常	106.00	58.24%	12.50	2.25	70.00	38.46%	12.46	3.10
淡漠程度								
淡漠表現正常	23.00	12.64%	31.96	2.84	2.00	1.10%	32.00	1.41
淡漠表現異常	87.00	47.80%	41.90	2.92	70.00	38.46%	42.96	3.15
精神徵象嚴重度								
輕度精神症狀	2.00	1.10%	11.00	0.00	---	---	---	---
中度精神症狀	41.00	22.53%	18.56	3.59	24.00	13.19%	19.96	3.76
重度精神症狀	54.00	29.67%	36.59	6.48	42.00	23.08%	36.93	7.90
最嚴重程度精神症狀	13.00	7.14%	54.00	1.15	6.00	3.30%	55.67	2.73

（三）、研究對象之失智嚴重度、年齡與性別在各依變項之雙因子變異數分析

於上述統計，雖可看出研究對象於淡漠在性別上的差異，或是研究對象失智症狀在單因子的研究變項具有統計顯著差異，但再經由進一步的雙因子變異數分析，控制研究對象的性別和年齡後發現，於研究對象認知功能、憂鬱程度和精神症狀的表現（見下表 5.3.1-5.3.3）會受年齡和性別的交互作用項影響。即研究對象是女性時，當其年齡越高，其認知功能表現越差、且憂鬱症狀越明顯。相同的，對研究對象的失智程度與性別進行雙因子變異數分析，結果發現，在控制失智程度和性別後，研究對象的睡眠品質和精神徵象具有統計顯著的差異，研究對象為女性，失智嚴重程度越高時，其睡眠品質越差（見下表 5.3.4）；研究對象為男性時，失智嚴重程度越高，精神症狀嚴重程度越高（見下表 5.3.5）。此外，控制研究對象的失智嚴重程度和年齡後發現，除了研究對象認知功能會受年齡和失智嚴重程度的交互作用項影響，憂鬱程度、淡漠表現和精神症狀的表現皆未有發現交互作用的影響。即研究對象在 69 歲以下的區間，當其年齡越高，失智嚴重程度較高，其認知功能表現越差（見下表 5.3.6）。

表 5.3.1

認知功能:年齡與性別雙因子分析

誤差變異量的 Levene 檢定等式

F 檢定	分子自由度	分母自由度	顯著性
3.94	9.00	172.00	0.00

a 設計: Intercept+性別+年齡+性別 * 年齡

受試者間效應項的檢定

來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
校正後的模式	589.62	9.00	65.51	3.40	0.00 ***
Intercept	6885.51	1.00	6885.51	357.17	0.00 ***
性別	108.27	1.00	108.27	5.62	0.02 **
年齡	265.56	4.00	66.39	3.44	0.01 **
性別 * 年齡	360.89	4.00	90.22	4.68	0.00 ***
誤差	3315.86	172.00	19.28		

總和	49321.00	182.00
校正後的總數	3905.48	181.00

R 平方 =.151 (調過後的 R 平方 =.107)

表 5.3.2

憂鬱程度:年齡與性別雙因子分析

誤差變異量的 Levene 檢定等式

F 檢定	分子自由度	分母自由度	顯著性
2.32	9.00	172.00	0.02

A 設計: Intercept+性別+年齡+性別 * 年齡

受試者間效應項的檢定

來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
校正後的模式	75.37	9.00	8.37	1.23	0.28 *
Intercept	1814.71	1.00	1814.71	265.50	0.00 ***
性別	1.27	1.00	1.27	0.19	0.67
年齡	5.33	4.00	1.33	0.19	0.94
性別 * 年齡	62.69	4.00	15.67	2.29	0.06 **
誤差	1175.65	172.00	6.84		
總和	13433.00	182.00			
校正後的總數	1251.02	181.00			

R 平方 =.060 (調過後的 R 平方 =.011)

表 5.3.3

精神症狀:年齡與性別雙因子分析

誤差變異量的 Levene 檢定等式

F 檢定	分子自由度	分母自由度	顯著性
3.26	9.00	172.00	0.00

a 設計: Intercept+性別+年齡+性別 * 年齡

受試者間效應項的檢定

來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
校正後的模式	6030.35	9.00	670.04	4.96	0.00 ***
Intercept	37647.49	1.00	37647.49	278.84	0.00 ***
性別	242.13	1.00	242.13	1.79	0.18 *
年齡	1476.66	4.00	369.16	2.73	0.03 **
性別 * 年齡	2626.95	4.00	656.74	4.86	0.00 ***
誤差	23222.64	172.00	135.02		
總和	215685.00	182.00			

校正後的總數	29252.99	181.00

R 平方 = .206 (調過後的 R 平方 = .165)

表 5.3.4

睡眠品質:失智程度與性別雙因子分析

誤差變異量的 Levene 檢定等式

F 檢定	分子自由度	分母自由度	顯著性
2.13	3.00	178.00	0.10

a 設計: Intercept+性別+失智程度+性別 * 失智程度

受試者間效應項的檢定

來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
校正後的模式	51.83	3.00	17.28	2.03	0.11 *
Intercept	25108.27	1.00	25108.27	2953.18	0.00 ***
性別	0.50	1.00	0.50	0.06	0.81
失智程度	0.22	1.00	0.22	0.03	0.87
性別 * 失智程度	50.93	1.00	50.93	5.99	0.02 **
誤差	1513.38	178.00	8.50		
總和	28742.00	182.00			
校正後的總數	1565.21	181.00			

使用 alpha = .05 計算

R 平方 = .033 (調過後的 R 平方 = .017)

表 5.3.5

精神症狀:失智程度與性別雙因子分析

誤差變異量的 Levene 檢定等式

F 檢定	分子自由度	分母自由度	顯著性
1.23	3.00	178.00	0.30

a 設計: Intercept+性別+失智程度+性別 * 失智程度

受試者間效應項的檢定

來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
校正後的模式	3645.20	3.00	1215.07	8.45	0.00 ***
Intercept	172299.76	1.00	172299.76	1197.66	0.00 ***
性別	461.16	1.00	461.16	3.21	0.08 **
失智程度	56.29	1.00	56.29	0.39	0.53
性別 * 失智程度	2439.07	1.00	2439.07	16.95	0.00 ***

誤差	25607.80	178.00	143.86
總和	215685.00	182.00	
校正後的總數	29252.99	181.00	

使用 alpha = .05 計算

R 平方 = .125 (調過後的 R 平方 = .110)

表 5.3.6

認知功能:失智程度與年齡雙因子分析

誤差變異量的 Levene 檢定等式

F 檢定	分子自由度	分母自由度	顯著性
1.28	9.00	172.00	0.25

a 設計: Intercept+年齡+失智程度+年齡 * 失智程度

受試者間效應項的檢定

來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
校正後的模式	1664.51	9.00	184.95	14.20	0.00 ***
Intercept	6577.72	1.00	6577.72	504.86	0.00 ***
年齡	254.26	4.00	63.56	4.88	0.00 ***
失智程度	261.73	1.00	261.73	20.09	0.00 ***
年齡 * 失智程度	160.16	4.00	40.04	3.07	0.02 **
誤差	2240.97	172.00	13.03		
總和	49321.00	182.00			
校正後的總數	3905.48	181.00			

使用 alpha = .05 計算

R 平方 = .426 (調過後的 R 平方 = .396)

三、研究對象憂鬱、認知功能、淡漠情形、睡眠品質、精神徵象嚴重度、照顧者壓力之相關情形分析：

本研究對象的憂鬱、認知功能、淡漠情形、睡眠品質、精神徵象嚴重度、照 顧者壓力各測量變項間的相關性，結果於表 6.0。而本研究再將研究對象分成男女二組，結果發現男性的睡眠品質和精神徵象研究度並無統計顯著的相關，而其他變項之間仍具有統計顯著相關性。而女性的研究對象在變項之間的相關性減弱，僅自評睡眠品質和憂鬱程度具有統計的正相關，

而淡漠和認知功能呈現統計的負相關，而照顧者壓力和精神徵象的嚴重度則達很高的正相關（r=.93）。

表 6.0 研究對象之各個概念的相關程度

N=182 (自評睡眠品質 N＝116)

	憂鬱程度	睡眠品質	睡眠品質(自評)	淡漠表現	認知功能	精神徵象嚴重度
憂鬱程度						
睡眠品質(照顧者評估)	.15*					
睡眠品質(自評)	.48***	.40***				
淡漠表現	.24**	.38***	.20*			
認知功能	-.19*	-.11	-.38***	-.34***		
精神徵象嚴重度	.16*	.17*	.20*	.24***	-.02	
照顧者壓力	.09	.15*	.13	.22**	.04	.94***

■ *p＜.05 ** p＜.01 ***p＜.001

表 6.1 研究對象為男性時之各個概念的相關程度

N=182 (自評睡眠品質 N＝116)

	憂鬱程度	睡眠品質	睡眠品質(自評)	淡漠表現	認知功能	精神徵象嚴重度
憂鬱程度						
睡眠品質(照顧者評估)	.27*					
睡眠品質(自評)	.52***	.48***				
淡漠表現	.29***	.54***	.30*			
認知功能	-.20	-.16	-.58***	-.31***		
精神徵象嚴重度	.27*	.10	.22	.23*	-.09	
照顧者壓力	.20	.07	.18	.25*	-.06	.94***

■ *p＜.05 ** p＜.01 ***p＜.001

表 6.2 研究對象為女性時之各個概念的相關程度

N=182 (自評睡眠品質 N＝116)

	憂鬱程度	睡眠品質	睡眠品質(自評)	淡漠表現	認知功能	精神徵象嚴重度
憂鬱程度						
睡眠品質(照顧者評估)	-.07					
睡眠品質(自評)	.49***	.32*				
淡漠表現	.09	.07	.07			
認知功能	-.17	-.03	-.20	-.42***		
精神徵象嚴重度	-.04	.25*	.19	.17	.06	
照顧者壓力	-.13	.26*	.07	.13	.15	.93***

■ *p＜.05 ** p＜.01 ***p＜.001

(一)、憂鬱程度方面

研究對象的憂鬱程度與睡眠品質、淡漠程度、認知功能以及精神徵象量表得分具有顯著相關。尤其在睡眠品質、淡漠程度及精神徵象量表得分方面且呈現正相關，即研究對象的憂鬱量表得分越高（憂鬱症狀越嚴重)，則睡眠品質越差，淡漠程度越高，精神徵象越嚴重。但在憂鬱症狀與認知功能方面，研究對象的憂鬱量表得分越高（憂鬱症狀越嚴重)，認知功能的得分越低，表示認知功能越差。以性別來分析各個變項之相關性時則發現男性方面在憂鬱程度與睡眠品質、淡漠程度及精神徵象量表得分方面且呈現正相關，女性憂鬱程度僅與個案自評的睡眠品質呈現正相關。

(二)、睡眠品質方面

研究對象的睡眠品質分為兩部份探討：一是由夜間主要照顧者來填答

個案之睡眠狀況，發現與憂鬱程度、個案自己評估的睡眠品質、淡漠程度、精神徵象量表得分與照顧者壓力具有顯著相關。且皆呈現正相關，即研究對象的主要照顧者評估的睡眠品質越差（得分越高），則憂鬱程度越高，個案自評的睡眠品質也越差，淡漠程度越高，精神徵象越嚴重以及照顧者壓力越大。以性別來分析各個變項之相關性時，則發現男性方面在睡眠品質與淡漠表現方面且呈現正相關，女性睡眠品質則與精神症狀嚴重度以及照顧者壓力呈現正相關。

但在個案自己評估的睡眠品質方面，則與憂鬱程度、照顧者評估的睡眠品質、淡漠程度、精神徵象量表得分呈現正相關；也就是說個案自評的睡眠品質越差（得分越高），則憂鬱程度越高，照顧者評估的睡眠品質也越差，淡漠程度越高，且精神徵象也越嚴重。在認知功能方面則發現，個案自己評估的睡眠品質越差，認知功能得分越低，表示認知功能越差。

(三)、淡漠程度方面

研究對象的淡漠程度與憂鬱狀況、睡眠品質、認知功能、精神徵象量表得分以及照顧者壓力具有顯著相關。尤其在睡眠品質、淡漠程度及精神徵象量表得分方面且呈現正相關，即研究對象的淡漠量表得分越高（淡漠症狀越嚴重），則憂鬱程度越高，睡眠品質越差，精神徵象越嚴重，照顧者壓力也越大。但在淡漠情形與認知功能方面，研究對象的淡漠量表得分越

高（淡漠症狀越明顯），認知功能的得分越低，表示認知功能越差。此外，男性方面在淡漠表現與憂鬱程度、睡眠品質、精神症狀嚴重度方面且呈現正相關，與認知功能成負相關，女性淡漠表現僅與認知功能呈現負相關。

(四)、認知功能方面

研究對象的認知功能與憂鬱狀況、個案自己評估的睡眠品質以及淡漠程度具有顯著相關，且呈現負相關。即研究對象的認知功能得分越高（認知功能越佳），則憂鬱情形越嚴重、個案自己評估的睡眠品質越差以及淡漠程度越高。此外，男性方面在認知功能與睡眠品質、淡漠表現方面且呈現負相關，女性認知功能僅與淡漠表現呈現負相關。

(五)、精神徵象方面

研究對象的精神徵象嚴重程度與憂鬱情形、睡眠品質、淡漠程度以及照顧者壓力具有顯著相關，且呈現正相關。表示研究對象的精神徵象越趨嚴重，則憂鬱量表得分越高（憂鬱症狀越嚴重），睡眠品質越差，淡漠程度越高，且照顧者壓力也越大。男性在精神症狀嚴重度方面，與憂鬱程度、淡漠表現以及照顧者壓力三者呈現正相關。女性方面則與照顧者壓力與睡眠品質呈現正相關。

(六)、照顧者壓力方面

研究對象的照顧者壓力與照顧者評估的睡眠品質、淡漠程度以及精

神徵象量表得分具有顯著相關，且呈現正相關，即研究對象的照顧者壓力得分越高（照顧者壓力越大），則照顧者評估的睡眠品質越差（得分越高），淡漠程度越高，精神徵象越嚴重。男性在照顧者壓力方面，與淡漠表現、精神症狀嚴重度呈現正相關。女性個案在照顧者壓力方面則與精神症狀嚴重度以及睡眠品質呈現正相關。

四、影響研究對象淡漠程度的各變項推論分析：

本節主要在探討研究對象淡漠程度之重要相關變項，在研究對象淡漠量表總分（AES）與其他變項的零序相關係數矩陣，顯現出具有統計顯著的相關，以此等變項作為不同層級，找出最佳迴歸方程式與研究對象導致淡漠情形預測模式。以研究對象的淡漠量表得分為依變項，依據推論性統計資料分析，在淡漠量表有顯著差異或相關的變項做自變項，並將原為類別變項之部分轉換為虛擬變項（dummy variable），並進行各變項間之共線性分析，依容忍度（tolerance）、變異數膨脹係數（variance inflation factor,VIF）、線性存在，再以上述變項為預測變項，淡漠量表為效標變項，以強迫進入（Enter）的方式，探討具有顯著預測力之重要相關變項，進行共變項混合迴歸統計。進一步驗證迴歸模型的假設是否成立：（1）驗證殘差的常態分配性（2）以 Durbin-Watson 檢定法驗證殘差的獨立性（3）以依變項為殘差值、自變項為預測值畫散佈圖（Scatter diagram），觀察散佈圖有無型態

（pattern），若無型態表示此殘差值為隨機的，確定符合迴歸分析假設，表示此迴歸是可接受的。

（一）混合迴歸的共線性診斷

由上述共變項模式混合迴歸分析結果可以發現，人口變項、憂鬱程度、睡眠品質、認知功能、精神徵象嚴重度五個變項可以顯著解釋失智患者的淡漠症狀程度。由於人口變項、精神徵象嚴重度為類別變項，憂鬱程度、睡眠品質、認知功能為連續變項，因此，為了進行共變模式混合迴歸分析，首先需針對變項間是否具有交互作用進行檢驗（各組迴歸係數同質考驗），從另一個角度看，則是檢驗類別變項是否具有調節作用。交互作用的影響可以透過散佈圖來檢驗，如圖 3、圖 4、圖 5。由圖中可以看出，不同的性別、失智程度與淡漠程度的線性關係趨於同質，交互作用不明顯；且經過統計值條件指標（Condition Index, CI）共線性診斷結果，CI 值為 3.027，表示迴歸模式具有低度共線性（表），一般而言，CI 值越高，表示共線性嚴重，當 CI 值低於 30，表示共線性問題緩和，30 至 100 間，表示迴歸模式具有中至高度共線性，100 以上則表示嚴重的共線性（Belsley,1991；Belsley, Kuh, & Welsch, 1980）。若取最後一欄的『精神徵象最嚴重程度』來加以說明，該變項在第一到第九線性整合 CI 值所佔的變異數比例分別為百分之 0.00、0.01、0.00、0.01、0.00、0.00、0.00、0.18、0.80，顯示『精神徵象最嚴重

程度』變項迴歸係數在第五個維度（CI＝33.53）被切割的變異數比例最高（60%），顯示兩個獨立變項具有相似性。而在 SPSS 多元迴歸分析中，對於某一個獨變項與其他獨變項共線性的檢驗，係以容忍值（tolerance）或變異數膨脹因素（variance inflation factor, VIF）來評估。當容忍值越小，代表獨立變項不可解釋殘差比低，VIF 越大，及獨變項迴歸係數的變異數增加，共線性越明顯。因此，容忍值越大越好，且 VIF 值不可大於 10（邱，2005），本研究的共線性診斷符合無多重共線性假設，且 Durbin-Watson=1.716，符合誤差獨立性假設，即誤差項成隨機分佈。且於顯示當以依變項為殘差值、自變項為預測值畫散佈圖（Scatter diagram），所有點約均在 45 度線上，由（圖 6）可知樣本觀察值接近常態分佈，確定符合迴歸分析假設。

圖 3　淡漠量表得分 的估計邊緣平均數

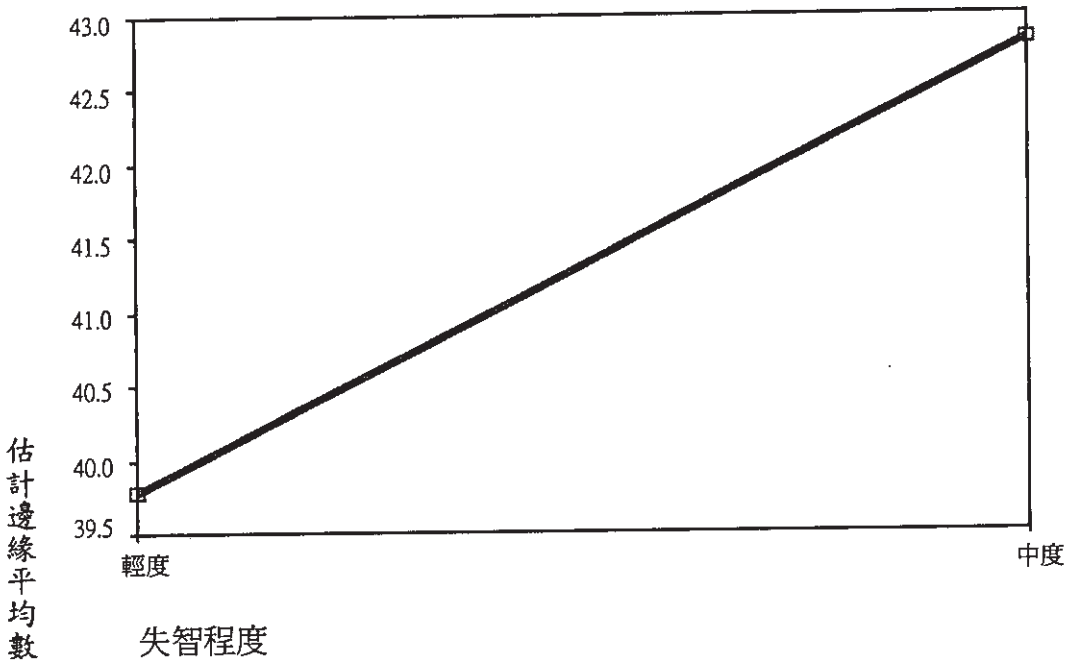


圖 4　淡漠量表得分 的估計邊緣平均數

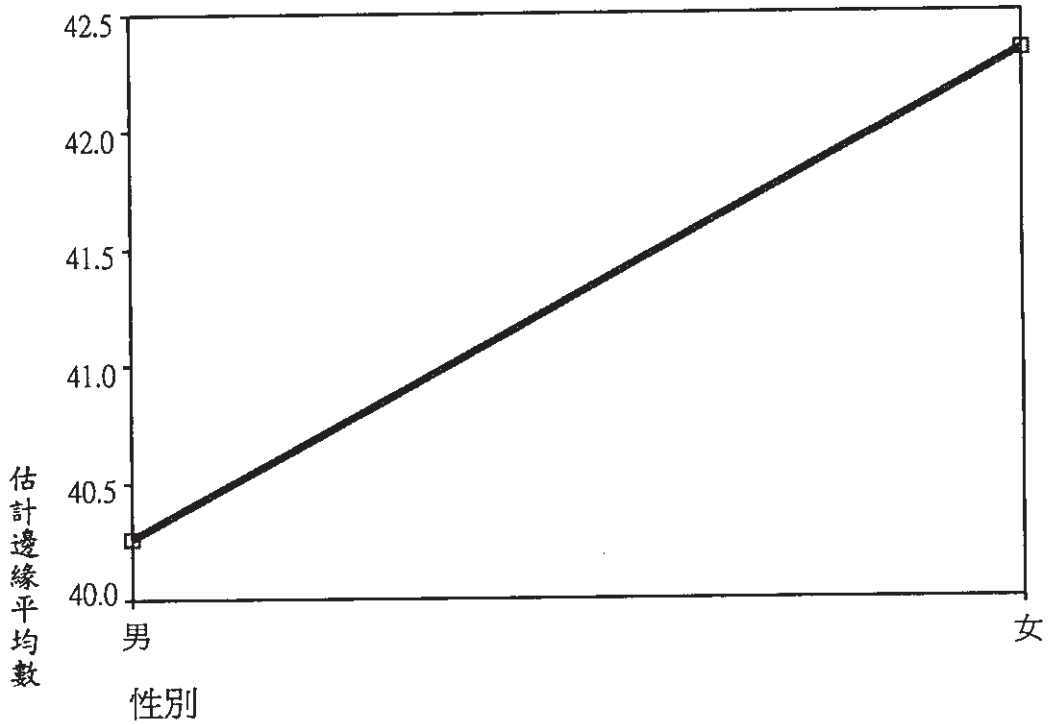
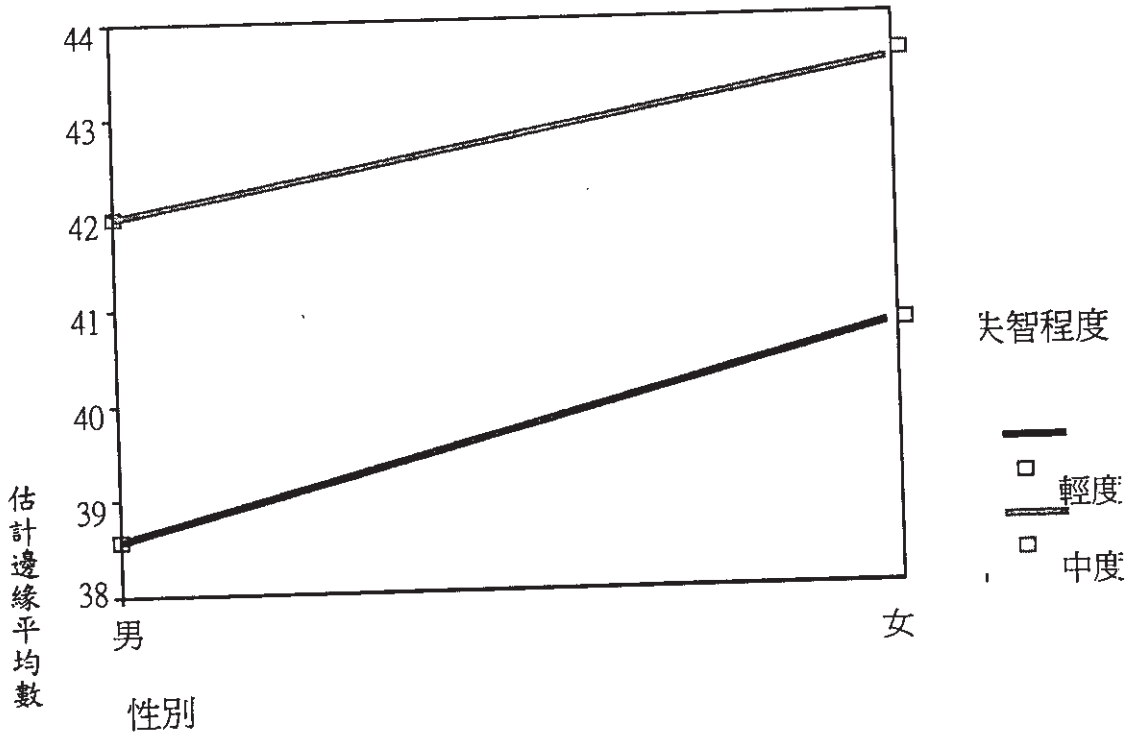


圖 5　淡漠量表得分 的估計邊緣平均數



（二）階層迴歸分析

階層迴歸分析結果發現，當第一階層（區組）以人口變項（女性、中度失智）為虛擬獨變項，可有效解釋研究對象淡漠程度分數的 37.40%的變異量（F=14.60，p＜0.001），二個獨變項均達顯著，且以中度失智變項的預測力較佳 Beta=.32 (t=4.63， p＜0.001)，表示診斷為中度失智者，淡漠情形越顯著。女性的自變項，其 Beta=0.15 (t= 4.18， p＜0.001)。

階段二加入憂鬱程度變項後，總解釋力 44.6.0% (F =14.72，p＜0.001)，顯示憂鬱程度變項，增加 7.20%的解釋力，表示第二區組的投入能夠有效提升模型的解釋力，也就是區組的增量（increment）具有統計意義，亦即在

控制了『人口變項』的區組影響下，憂鬱程度變項能夠額外貢獻的 7.20% 的解釋力。其係數解釋力（Beta）為-.25（t=-3.61，p＜0.001）。『憂鬱程度變項』變項係數為負號時，表示在憂鬱程度變項數值越高者，淡漠程度得分越低。值得注意的是，在第一區組之性別變項之解釋力呈現下降的趨勢，由.23 變成.17，仍具有統計顯著意義，顯示其仍足以解釋依變項，憂鬱程度變項區組對於淡漠症狀的解釋力，是在控制人口變項的影響下所得到的數據。

第三階段，新增加認知功能的區組變項對於依變項的解釋力增量為△R^2 =0.03，△F=7.23，△p ＜0.01，具有統計的意義，顯示認知功能的區組變項的投入能夠有效的提升模型的解釋力，使得模型三的解釋力達 0.48，F=13.24，p＜0.001，合計三個區組可解釋依變項變異的 50.00%。認知功能的區組變項的個別解釋力，在控制人口變項和憂鬱程度變項後，其係數解釋力（Beta）為-.22 （t=--2.69，p＜0.01），達統計顯著水準，變項係數的負號表示，認知功能的區組變項(MMSE 得分)數值越高者，淡漠症狀得分越低。

第四階段，新增加照顧者評估的睡眠品質區組變項對於依變項的解釋力增量為△R^2 =0.09，△F=23.12，△p ＜0.001，具有統計的意義，顯示照顧者評估的睡眠品質區組變項的投入能夠有效的提升模型的解釋力，使得

模型四的解釋力達 0.57，F=16.54，p ＜0.001，合計四個區組可解釋依變項變異的 57.00%。生活壓力變項的個別解釋力，在控制人口變項、憂鬱症狀和認知功能後，為 0.31（t=-4.81，p＜0.001），且達統計顯著水準，由 Beta 係數的數值可知，照顧者評估的睡眠品質得分越高者，淡漠症狀得分也越高。

第五階段，新增加精神徵象量表嚴重程度區組變項對於依變項的解釋力增量為$\triangle R^2$ =0.04，△F=3.81 △p ＜0.05，具有統計的意義，顯示精神徵象量表嚴重程度區組的投入能夠有效的提升模型的解釋力，使得模型五的解釋力達 0.60，F=12.26， p ＜0.001，合計五個區組可解釋依變項變異的 60.00%。在控制人口變項、憂鬱程度、認知功能和照顧者評估的睡眠品質得分後，分別為『嚴重的精神症狀』（Beta）為 0.58（t=-3.10，p＜0.01），『中度的精神症狀』的 0.95（t=3.22，p＜0.01），以及『輕度精神症狀』（Beta）為 0.84（t=2.91，p＜0.01），三者達統計顯著水準，由 Beta 係數的數值大小可知『中度的精神症狀』對依變項的解釋力大於『重度精神症狀』、『輕度的精神症狀』。精神徵象量表嚴重程度區組變項對於淡漠症狀的解釋力，是在控制個人人口、憂鬱症狀、認知功能、照顧者評估的睡眠品質的影響下所得到的數據。

經過前面五個步驟的階層分析，完成（表 7.0）的各項數據，於階層迴歸的各區組的決定是以理論的合理性進行考量，以生態系統理論的觀點進

行組合，是為理論組合（Theoretical sets）的變項，將影響淡漠症狀的變項，從個人、憂鬱程度、認知功能、睡眠品質以及精神症狀不同變項層次，加以進行驗證（Confimatory）。本研究以階層迴歸分析結果的全模型方程式如下：

Y＝27.613＋1.745S＋1.981G-2.041D－0.166M＋0.497P＋8.865N1＋8.898N2＋8.142N3

說明：各變項代表之英文字

S :性別 G:失智程度 D:憂鬱程度（GDS 得分）

M:認知程度（MMSE 得分）P:照顧者評估的睡眠品質（PSQI 得分）

N1:精神徵象量表（程度嚴重）

N2 :精神徵象量表（程度中度嚴重）N3:精神徵象量表（程度輕微）

依變數：淡漠量表得分

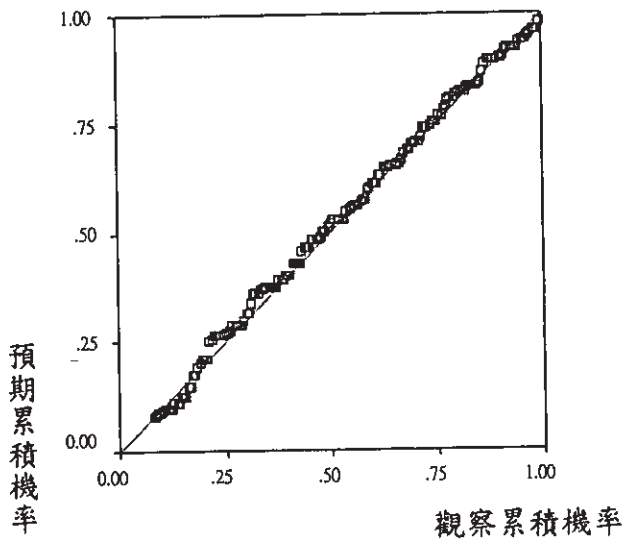


圖 6　迴歸 標準化殘差 的常態 P-P 圖

表 7.0 研究對象收案地點不同之淡漠程度總分與其他變項的階層迴歸方程式

		區組一（個人）人口變項			區組二憂鬱程度			區組三認知程度			區組五照顧者評估的睡眠品質			區組六精神徵象量表		
		Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
類別名稱	S 性別	.23	3.30	.00***	.17	2.51	.01**	.16	2.38	.02*	.18	2.73	.01**	.19	2.92	.00***
	G 失智程度	.32	4.63	.00***	.32	4.80	.00***	.20	2.48	.01**	.22	2.92	.00***	.21	2.76	.01**
	D 憂鬱程度（GDS 得分）				-.25	-3.61	.00***	-.24	-3.55	.00***	-.16	-2.43	.02*	-.15	-2.18	.03*
	M 認知程度（MMSE 得分）							-.22	-2.69	.01***	-.17	-2.26	.03*	-.16	-2.18	.03*
	P 照顧者評估的睡眠品質（PSQI 得分）										.31	4.81	.00***	.31	4.88	.00***
	N1 精神徵象量表（程度嚴重）													.58	3.10	.00***
	N2 精神徵象量表（程度中度嚴重）													.95	3.22	.00***
	N3 精神徵象量表（程度輕微）													.83	2.91	.00***
模型摘要	R^2			.14			.20			.23			.32			.36
	F			14.60			14.72			13.24			16.54			12.26
	p			.00***			.00***			.00***			.00***			.00***
	$\triangle R^2$			.14			.06			.31			.09			.04
	$\triangle F$			14.60			13.01			7.23			23.12			3.81
	$\triangle p$			.00***			.00***			.01**			.00***			.01**

*** P＜0.05　** P＜0.01　*** P＜0.001**

柒、研究討論與建議

【一】、研究對象基本屬性描述

本研究施測的研究對象採『分層隨機抽樣』的方法，在北部地區合法立案的長期照顧機構以及醫學中心精神科及神經內科的門診收集診斷為輕中度失智患者。本研究在性別上，男女性的比例約為 1：1，診斷以血管性及阿茲海默失智症者約為 5:4，且診斷為輕、中度失智症者比例大約為 3:2。研究對象在婚姻狀況方面，多為未與配偶同住，且原因多為喪偶，有可能是因為收案的來源大多是安養護機構，醫學中心門診則相對比例上較少。本研究對象的教育程度多為受教育 0～6 年者，此結果與吳（2001）的研究結果相似；宗教信仰則以佛、道教佔大多數，與傳統文化有關。在經濟狀況方面，研究對象者生活費及醫療支出大多都足夠使用，研究對象普遍經濟來源為養老退休金、佔 42.9%，其次為父母或子女親戚所得、佔 39.0%。而在該研究年齡的分布方面，多為 65~74 歲之老年初期失智患者，佔全樣本的 49.45%，與吳（2001）及 Elisabeth、Marian、Ray、Jon&Peter，（1993）的研究結果相似。在本研究對象中，對於目前居住的環境，大略來說，喜歡及不喜歡的比例約 1:1，與是否住在家中沒有顯著相關；較特別的是此次調查的對象，多數是由中型長期照護機構而來，有 44.0%的個案是住在收治人數在 20~49 人安養護機構，與目前台北市收治老人以 20~49 人的機構

為主結果相類似。但在安養機構中的失智患者，家屬探訪情形大多頻率在每個月 1~2 次為最多。此外，研究中也發現，多數失智患者選擇進入安養機構的原因，多出於家屬意願，在林（1999）的研究中也大約可推論，失智症患者的家屬，其照顧壓力確實很大，故需要送往機構照護以減輕壓力。

【二】、生理層面

研究對象認知功能的評量

本研究對象經 MMSE 量表診斷認知功能異常的點盛行率為 72.52%，綜合來說，認知功能與失智的嚴重程度本來就具有相當的相關性，且我們進行認知功能的分組功能正常或異常是以教育程度來進行分組，在台灣地區已不識字老人居多的情況下，此種分類方法是較有可信度的（Greenwald，1995）。而在認知功能方面本研究在認知功能與精神徵象嚴重程度不具有相關性，此與張等（2004）的研究結果相符合；憂鬱症狀與認知功能、睡眠品質有顯著相關，此與吳（2001）與 Mortimer, Ebbitt, Jun, Finch（1992）的研究結果相似。在 Landes 等（2001）的研究中也提到認知功能與淡漠程度也具有相關性。

研究對象睡眠品質的評量

本研究對象的中文版史匹茲堡睡眠量表分為照顧者填答及個案本身填答，兩者之間並無顯著差異；而『照顧者填答』的得分與憂鬱症狀、淡漠

程度、精神徵象以及照顧者困擾程度呈現正相關；『個案本身填答』與憂鬱症狀、淡漠程度、認知功能以及精神徵象呈現正相關，在此部分結果發現中文版史匹茲堡睡眠量表是與憂鬱症狀的嚴重程度有明顯的相關，此與Rodin 等(1998)以及 Reynolds (1983)等的研究結果相符合；而無論是在照顧者填答及個案本身填答的睡眠品質結果方面，兩者之中都發現了女性的平均得分要比男性來得高，也就是說女性的睡眠品質較男性差，此與Johnson(1985)的研究結果也相同。此外，在此一研究當中，個案的居住地點，也就是收案地點，在機構中的老人明顯比住在家中的社區老人睡眠品質差，此與高，(1986)、Becker 和 Jamieson，1992 在的研究結果又互相呼應。

【三】、精神心理層面

研究對象的精神徵象之評量

劉等（2004）提出有 90%的失智症患者有精神症狀。本研究對象的中精神徵象的嚴重程度，與研究對象基本屬性，包括年齡、性別與教育程度方面有顯著差異，此與張、簡、鍾、劉及陳（2004）的研究結果不同，但在國外某些研究則有報告性別與教育程度再精神症狀方面的差異性（Rockwell、Jackson、Vilke & Jeste，1994；Flynn、Cummings & Goinbar，1991；Bullard、Banister、Graham、Oyebode & Wilcock，1995；Aalten、de Vugt、

Jaspers、Jolles & Verhey，2005），因此在這一方面尚未有一致的定論（張等，2004）。而在睡眠品質越差者，其精神徵象的嚴重度也就越高，與張等（2004）的研究相類似。另外本研究在認知功能與精神徵象嚴重程度不具有相關性，此與張等（2004）的研究結果相符合。此外在精神徵象量表當中，分做 12 個子題，包括有妄想、憂鬱、焦慮、淡漠、睡眠障礙、幻覺、食慾改變...等；其中嚴重程度最高者為睡眠障礙，其次是淡漠程度，第三則是憂鬱程度，此與 Chow 等在 2002 年所做的結果，抽樣在台北地區的失智患者，其中嚴重程度最高者為暴躁易怒，其次是憂鬱程度，第三則是淡漠程度的結果相似。

研究對象的憂鬱症狀之評量結果

在高，1986 的研究當中指出在養護中心的老人比社區中居家老人的憂鬱程度較高，此與本研究結果相似；尤其在許多針對機構中老人的研究報告中，也都指出了憂鬱症的高盛行率（林，2000；鄒，1994）。此外個案的教育程度方面與憂鬱程度也有顯著的差異，此與趙、林及劉（2004）的研究相同；但在張等（2004）的研究中指出，研究對象的基本屬性與憂鬱程度的差異尚未有一定論。此外本研究也調查在機構中家屬的探視的頻率與憂鬱程度也有顯著的差異；然而在此一部分相關的研究缺之闕如。而在憂鬱症狀與認知功能、睡眠品質有顯著相關，此與吳（2001）的研究結果相

似。

【四】行為層面

研究對象的淡漠情形之評量結果

淡漠是目前失智的患者中最常見的一種症狀，盛行率有 75%（Craig、Mirakhur、Hart、McIlroy & Passmore，2005），而本研究之淡漠症狀的盛行率則是 86.26%。在 Craig 等（2005）的研究中也顯示了失智程度的不同與淡漠程度的差異性，與本研究結果相同。在性別與淡漠程度的差異方面，Burns、Folstein 和 Brandt 等（1990）與 Ott、Tate 和 Gordon 等（1996）的研究中有相同的結果，也就是性別與淡漠程度有顯著的差異。憂鬱症狀與淡漠症狀都是失智患者精神徵象中的重要兩項症狀（Landes、Sperry、Strauss & Geldmacher，2001），因此在研究中也發現憂鬱程度與淡漠程度以及精神徵象嚴重程度具有顯著的相關性（Ready、Ott、Grace & Cabn-Weiner，2003）。而在 Landes 等（2001）的研究中也提到認知功能與淡漠程度也具有相關性。

【五】、研究對象的照顧者壓力之評量結果

在照顧者的壓力方面，與個案的睡眠品質有很大的相關性（徐，1999）；而且精神徵象與照顧者的困擾程度更有高度相關，其中淡漠程度高者，其照顧者壓力也會較高（Kaufer、Cummings、Christine、Bray、Castellon、Masterman、et. al，1998）。但照顧者的基本屬性，如年齡與性別與照顧者的困擾程度卻無

顯著差異，與 Kaufer 等（1998）所做的研究結果並不相同，其原因有可能是因為大多數受訪的照顧者皆為機構裡的專業護士或是外籍看護，與 Kaufer 所做的研究並不相同。

小結：

1. 憂鬱程度與不同的『收案地點』、『診斷』、『教育程度』、『婚姻狀況』、『親近家屬探訪情形』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異。
2. 睡眠品質與不同的『收案地點』、『安養護機構性質』、『進入機構的意願』以及『滿意目前居住地點』具有統計上顯著的差異。
3. 淡漠程度與不同『性別』、『失智程度』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異。
4. 認知功能與不同的『失智程度』以及『年齡』具有統計上顯著的差異。
5. 精神症狀嚴重程度與不同的顯示『性別』、『收案地點』、『教育程度』、『親近家屬探訪情形』、『年齡』、『安養護機構性質』以及『進入機構的意願』具有統計上顯著的差異。
6. 淡漠程度與憂鬱程度、睡眠品質、精神症狀嚴重度、照顧

者壓力呈現正相關；在淡漠程度與認知功能的部份則呈現負相關。且皆具有統計上顯著的差異。

7. 淡漠程度的預測因子為：個案之失智程度、性別、憂鬱程度、認知功能、睡眠品質以及精神徵象的嚴重程度。

捌、研究未來應用

本研究將提出實證性研究的發展，瞭解本土化失智症之發生情形。研究結果將可能支持輕、中度且在阿茲海默及血管型失智病人身上改善失智患者憂鬱症狀及睡眠品質的非藥物治療進行未來進一步的相關研究。不論是否有生病或是有障礙的老人，只要可以自己處理一切生活，並且維持其機能，都可以列為健康的一群。(顧、張，2004)。在 Connie，1995 年的研究中指出結構式的回憶療法，可以使對於過去耿耿於懷的事件獲得因應的能力，而改善憂鬱。Pearson (1986)認為回憶團體的回憶治療可以促進老人社會化技巧，提高人際互動，還能刺激對生命的記憶，重組及評價自己的一生，獲得情緒的宣洩，穩定情緒及改善憂鬱。伴隨年齡的增加，不論步行還是個人獨立生活，一切的種種會慢慢的發生困難(顧、張，2004)。運動時間 60 歲以後約有 50%以上的衰退現象，40 歲以後隨年齡的增加，動作的速度就會減慢，表現的正確性也會衰退。Campbell 等人(1973)研究指出，伴隨老化，運動神經和感覺神經的機能會有

所下降。池上(1990)提出了體力構成要素的觀念，認為體力是人類的生存和活動的基礎，包含了行動體力和防禦體力兩種。其中防衛體力又包括了抵抗精神壓力的能力痛苦、恐怖、不滿等。

體力伴隨年齡增加而下降，是無法避免的。但是可藉由身體的活動或是規則的運動習慣來減緩下降的速度(顧、張，2004)。Blumenthal 等人(1982)的研究報告指出,給予 10 週的規律運動(散步和慢跑)可以降低或清除緊張、不安等心理壓力。藉由規則的運動可延緩其老化的速度(顧、張，2004)。約有一半以上的老人會在六個月內放棄規律的運動行為(Resnick & Spellbring, 2000)。規律運動不僅可以促進老人的身、心健康，且能夠達到改善與提升疾病症狀的目標(李、陳，2004)。運動對於老化有關的慢性疾病的發生，具有預防的效果，實施規律的運動，能使心肺系統、肌肉神經和骨骼系統，在解剖結構與生理機能方面，產生積極有利的改變，而對老化加諸於身體機能的衰退影響，發揮抑制的效果(蔡，2004)。因此，綜合國內外許多學者的研究，在運動治療及懷舊能力方面，皆對老年人有相當程度的延緩老化以及穩定情緒等幫助，預計將來可開始進行，針對懷舊團體治療以及運動治療，使用分組抽樣出控制及對照組；並依本年度計畫為資料基礎，發展適用於失智老人之不同團體介入方案，且透過執行介入方案，評值介入對於老年失智症患者憂鬱、認知功能、睡眠

品質、淡漠程度、精神症狀以及照顧者壓力的改善成效。並期望可擴大範圍至臺灣地區之安養護機構，居家護理服務之衛生教育範疇，以期能增進臺灣失智老人的晚年疾病症狀，減輕家庭以及社會醫療、人力成本。

玖、研究限制

1. 在研究開始執行時，原預定之收案對象為日間照顧機構的失智患者，但是台北市社會局自費老人日間照護中心聯繫的過程中，社會局專員表示因有許多研究案皆在進行，一怕互相影響產生交互作用，二怕失智長輩因不斷的被抽樣施測，而感到疲累，故回文拒絕。而因此造成研究設計之方向改變，影響研究進度。

2. 因失智長輩在收案過程中，會有情緒不穩的情形發生，或是有時因身體狀況不佳而無法順利進行收案。在家屬及照顧者的方面，則是在經過訪員說明後，仍會有部份疑慮，故有時在作問卷填答時會有所保留；在經過研究員製作有關研究的說明手冊以及失智症相關的衛教手冊後，此情形有稍微改善。

3. 因收集門診之個案流動率大，故在門診收案之廢卷則會較多；在安養護機構中則是會因季節改變，失智住民的生理狀況常有不適而造成收案上的另一困難。

4. 此研究雖是進行隨機抽樣方法進行收案，但是因為收案地點多在台北市地

區，且集中在中小型安養機構，是否能代表北部地區或是推論更大範圍，尚須考量。

拾、重要參考文獻：

※American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders (4th ed.) 1994. Washington DC：American Psychiatric Association.

1. Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. Aust & NZ J Psychiat 2001; 35: 776-781.
2. Singer C, et al. A multicenter, placebo-controlled trail of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. Sleep 2003; 26(7): 893-901.
3. Meguro K, et al. Risperidone is Effective for Wandering and Disturbed Sleep/Wake Patterns in Alzheimer's Disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 2004; 17(2): 61-67.
4. Burney-Puckett M. Sundown syndrome: etiology and management. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1996; 34(5): 40-43.
5. United Nations. the UN Principle for Older Persons. In UN Programme on Ageing. Retrieved Feb 5, 2005, from http://www.un.org/esa/socdev/ageing.
6. United Nations. Highlights of an expert consultation on developing a policy framework for a society for all ages. In UN Ageing Site. Retrieved Feb 5, 2005, from http://www.un.org/esa/socdev/ageing/agepfram.htm.
7. Liu Ck, Lin RT, Chen YF, et al..Prevalence of dementia in an urban area in

Taiwan. Journal of Formosa Medicine Association 1996; 95: 762-768.

8. Ott A, van Breteler MM, Harskamp F. Prevalence of Alzhemer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. British Medical Journal 1995; 15(310): 970-973.

9. Migliorelli R, Teson A, Sabe L, Petracchi M, Leiguarda R, & Starkstein SE Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. American Journal of Psychiatry 1995; 152(1): 37-44.

10. Alexopoulos GS. Vrontou C. Kakuma T. Meyers BS. Young RC. Klausner E. Clarkin J. (1996).Disability in geriatric depression. American Journal of Psychiatry. 153(7),877-885.

11. Fichter MM, Meller I, Schroppel H & Steinkirchner R.Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. British Journal of Psychiatry 1995; 166(5): 621-629.

12. Devanand DP, Sano M, Tang MX, Taylor S, Gurland BJ, Wilder D, Stern Y & Mayeux R. Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. Archives of General Psychiatry 1996; 53(2): 175-182.

13. Bliwise DL. Sleep disorders in Alzheimer's disease and other dementias. Clinical Cornerstone 2004; 6(1): 16-28.

14. Dewing J. Sundowning in older people with dementia: evidence base,

nursing assessment and interventions. Nursing Older People 2003; 15(8): 24-31.

15.Langley LK. Cognitive Assessment of older adult. In Kane, R.L., & Kane, R.A. Assessing older persons: meaning and practical application. Oxford: Oxford University Press 2001.

16.Kunik ME, Graham DP, Snow-Turek AL, Molinari VA, Orengo CA & Workman RH .Contribution of cognitive impairment, depression, and psychosis to the outcome of agitated geropsychiatric inpatients with dementia. Journal of Nervous & Mental Disease 1998; 186(5): 299-303.

17.Marin RS. Differntial diagnosis and classification of apathy. AmJ Psychiatry, 1990; 147: 22-30.

18.Marin RS, Biedrzcyki RC & Firinciogullari S. Reliabolity and Validity of the Apathy Evaluation Scale. Psychiatry Research, 1991; 38: 143-162.

19.Kant R., Duffy J. D., & Pivovarnuk A. Prevalence of apathy following head injury. Brain Injury, 1998; 12(1): 87-92.

20.Ready RE. Ott BR. Grace J. Cahn-Weiner DA.Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. American Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 11(2):222-8.

21.Levy M L, Cummings JL, Fairbanks LA, et al. Apathy is not depression. Neuropsychiatry Clin Neurosci, 1998; 10: 314-319.

22.Burns A, Folstein S, Brandt J, et al. Clinical assessment of irritability,

aggression and apathy in Huntington and Alzheimer disease. J New Ment Dis, 1990; 178: 20-26.

23. Ott BR, Tate CA, Gordon NM, et al. Gender differences in behavioral manifestations of Alzheimer's disease. J. Am Geriatr Soc, 1996; 44: 583-587.

24. Meiland FJ, Kat MG, van Tilburg W, Jonker C & Droes RM. The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference? Alzheimer Disease & Associated Disorders 2005; 19(4):195-201.

25. Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellon S, Masterman D, MacMillan A, Ketchel P, DeKosky ST. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. Journal of the American Geriatrics Society 1998; 46(2):210-5.

26. Landes A M, Sperry S D, Strauss ME & Geldmacher DS. Apathy in Alzheimer's Disease. American Geriatrics Society, 2001; 49: 1700-1707.

27. Gerritsen DL, Jongeneilis K, Steverink N, Ooms ME, & Ribbe MW. Down and drowsy? Do apathetic nursing home residens experience low quality of life? Aging & Mental Health 2005; 9(2): 135-141.

28. Chow TW, Liu CK, Fuh JL, et al. Neuropsychiatric symptoms of Alcheimer's disease differ in Chinese and American patients. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 22-28.

29.Butler RN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry 1963, 26, 65-76.

30.Woods RT. Handbook of the clinical psychology of aging. Chichester 1996. NY: Wiley & Sons.

31.Watt LM. Integrative and instrumental reminiscence therapies for the treatment of depression in older adults. Dissertation Abstracts International：Section B：the Science and Engineering 1998; 59(3-B): 1382-1385.

32.McNaughton BL. The neurophysiology of reminiscence. Neurobiology of Learning and Memory 1998; 70: 252-267.

33. Louie, K., & Wilson, M. A. (2001). Temporally structured replay of awake hippocampal ensemble activity during rapid eye movement sleep. Neuron, 29(1), 145-156.

34.Wilson MS & McNaughton BL. Reactivation of hippocampal ensemble memories during sleep. Science 1994; 265(5172): 676-679.

35.Scott AT. Enhanced ambulation and quality of life in advanced Alzheimer's disease. JAGS 2003; 51: 429-431.

36.Cott CA, Dawson P, Sidani S & Wells D. The effects of a walking/talking program on communication, ambulation, and functional status in residents with Alzheimer disease. Alzheimer Disease and Associated Disorder 2002; 16(2): 81-87.

37.Jirovec MM . The impact if daily exercise on the mobility, balance and urine

control of cognitively impaired nursing home residents. Int J Nurs Studies 1991; 28: 145-151.

38. Lytle ME, Vander BJ, Pandav RS, Dodge HH, Ganguli M. Exercise level and cognitive decline: the MoVIES project. Alzheimer Disease and Associated Disorder 2004; 18(2): 57-64.

39. Teri L, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trail. JAMA 2004; 290(15): 2015-2022.

40. Blair SN, kohl HW, Gordon NF & Paffenbarger RS, Jr. How much physical activity is good for health?Annual Review of Public Health 1992; 13: 99-126.

41. Covey MK, arson JL, Alex CG, Wirtz S, Langbein WE. Test-retest reliability of symptom-limited cycle ergometer tests in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research 1999; 48(1): 9-19.

42. Anthony J, LeResche L, Niaz U, VonKorff M, & Folstein M. Limits of the "mini-mental state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. Psychology Medicine 1982; 12: 397-408.

43. Buysse DJ, Reynold III CF, Monk TH, Berman SR & Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index : A New Instrument for Psychiatric Practice and Research . Psychiatry Research 1989; 28: 193-213 .

44. Greenwald BS. Depression in Alzheimer's disease and related dementias. In

Lawor, B. A. ed. Behavioral complications in Alzheimer's disease. Washington DC : American Psychiatry Press. 1995; 19-54.

45.Rockwell E, Jackson E, Vilke G, Jeste DV. A study of delusions in a large cohort of Alzheimer's disease patient. Am J Geriatr Psychiatry. 1994; 2: 157-164.

46.Flynn FG, Cummings JL, Goinbar T. Delusions in dementia syndromes: investigation of behavioral and neuropsychological conditions. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1991; 3: 364-370.

47.Bullard C, Banister C, Graham C, Oyebode F, Wilcock G. Association of psychotic symptoms in dementia sufferers. Br J Psychiatry. 1995; 167: 537-540.

48.Aalten P, de Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, & Verhey FR. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. Int J Geriatric Psychiatry 2005; 20(6): 523-530.

49.Craig D, Mirakhur A, Hart DJ, McIlory SP & Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435patients with Alzhiemer's disease. Am J Geriatric Psychiatry 2005; 13(6): 460-468.

50.Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry, 1988; 23: 271-284.

51.Kant R, Duffy JD & Pivovarnik A. Prevalence of apathy following head injury. Brain Injury, 1998; 12(1): 87-92.

52.Mortimer JA, Ebbitt B, Jun SP, Finch MD. Predictors of cognitive and functional progression in patients with probable Alzheimer's disease. Neurology. 1992; 149: 184-189.

53.Reynolds, C. F., Spiker, D. C., Hanin, I., & Kupfer, D. J. (1983).Electroencephalographic sleep, aging, and psychopathology: new data and state of the art. Biological Psychiatry, 18, 139-155.

54.Rodin, J., McAvay, G., Timko, C.(1988). A longitudinal study of depression mood and sleep disturbances in elderly adults. Journal of Gerontology, 43(2), 45-53.

55.Johnson, J. (1985). Drug treatment for sleep : does it really work ? Journal of Gerontological Nursing, 11, 8-12.

56.Becker, P. M., & Jamieson, A. O. (1992). Common sleep disorders in the elderly: diagnosis and treatment. Geriatrics. 47(3), 41-52.

57.行政院經建會人力規劃處。中華民國台灣地區民國 91 年至 140 年人口推計 2002。台北：作者。

58.劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮。台灣失智症的流行病學。應用心理研究 2000；7：157-169。

59.內政部。臺閔地區人口統計 2004。93 年 10 月。

60.趙建剛、林宜慧、劉文健。失智症者之憂鬱症狀探討。臺灣醫界 2004；47(12)：19-21。

61.劉景寬。臺灣失智症之研究。Acta Neurologica Taiwanica 2003；12(1)：152-159。

62.秦燕、游育蕙、黃笑鏘。台中市老年人主要照顧者的壓力與需求。中華醫務社會工作學刊 1999; 7: 75-103。

63.行政院社會福利推動委員會。 建構長期照護體系先導計畫 2000。台北：作者。

64.李昱。高雄地區憂鬱症流行病學調查：憂鬱症盛行率與危險因子之評估 2000。行政院國家科學委員會報告（E89004）。

65.張書森、黃宗正、廖士程。老年憂鬱症的流行病學和診斷。台灣老年醫學會會訊 2001；44：1-7。

66.張鈺姍、簡政軒、鍾素英、劉景寬、陳明招。阿茲海默症失智症之精神病性症狀、認知及生活功能相關研究。台灣精神醫學 2003；17（2）：134-145。

67.林嘉玲。自費安養機構老人睡眠品質及其相關因素之探討。未出版的碩士論文，國立台灣大學醫學院護理研究所碩士論文 2000。台北: 台灣。

68.蕭秋月、尹祚芊、徐畢卿、葉淑惠、李怡娟。回憶治療改善機構老人憂鬱狀態之成效探討。護理雜誌 2002；49（4）：43-53。

69.陳美妃。老年婦女睡眠品質及其相關因素之探討。未發表的碩士論文

1994。台北:高雄醫學院。

70.鄭綺。冠狀動脈疾病病人運動行為與運動成效相關性之探討。長庚護理 1996；7(4)：1-12。

71.高毓秀、黃奕清。成年人運動行為影響因素之徑路分析。護理研究 2000；8 (4)：435-445。

72.謝佳容。老年人認知功能的指標測量與應用。醫護科技學刊；5(4): 387-395。

73.廖以誠、葉宗烈、柯慧貞、駱重鳴、盧豐華。老人憂鬱量表-中譯版之信、效度初步研究。彰基醫誌 1995；1：11-17。

74.邱皓政。量化研究法（二）·統計原理與分析技術 2005。台北：雙葉。

75.吳佳儀。社區老人睡眠品質與身體活動、憂鬱之相關性探討。 國立臺灣大學護理學研究所碩士論文 2001。台北：臺灣。

76.林敬程。失智老人家庭照顧者之負荷與支持性服務需求之探討 。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文 1999。台北：臺灣。

77.鄒秀菊。敬老院老人睡眠品質與健康之探討。國防醫學院護理學研究所碩士論文 1994。台北: 台灣。

78.徐崇堯 。一夜不成眠--談失智症患者的睡眠問題 。健康世界 1997；144(264)：116-119。

79.張鈺姍、鍾素英、簡政軒、劉景寬、陳明招。輕、中度阿茲海默症失智症非認知症狀之相關因素。台灣精神醫學 2004；18（1）：19-29。

94 年度（第二次徵求）衛生署科技研究計畫成果報告回覆審查意見表

執行機構	臺北醫學大學	主持人	林佳靜
計畫名稱	失智症非藥物性治療於機構照護應用成效		
計畫編號	DOH94-TD-M-113-062-(2)(1/2)	執行期限	94,07,01-95,06,30

審查意見	回覆審查意見
■ 兩種失智症是依據何種診斷標準？	■ 在第 39 頁，「陸、研究結果」中的第一部分有說明個案診斷的來源的依據。診斷方面，收集個案基本資料之失智診斷以及失智程度的判別，以個案之神經內科或精神科專科醫師診斷為基準，收集個案的失智程度以及失智症的類型，主要的診斷標準為 CDR 量表，以及 CT Scan 的報告，再由專科醫師綜合判定
■ 有關憂鬱、睡眠品質、淡漠程度、認知功能、及精神徵象量表使用以幾分來分輕度或中度？	■ 在第 29、32、35 頁，「伍、研究方法」中之研究工具介紹皆有再詳加說明。憂鬱量表方面 0~5 分為正常，大於 5 分者為輕度憂鬱症，高於 10 分者為重度憂鬱症。淡漠量表的使用，以總分 34 分為界，少於 34 分則是淡漠表現不明顯，34 分以上則是有明顯淡漠表現。 CPSQI 量表總分為 5 分以下為睡眠品質良好，超過 5 分則為睡眠品質不良。
■ 個案之診斷及嚴重程度不同，一群異質性之個案，以單因子變異數分析結果會有所偏差。	■ 此一部分，確為當初所未考慮到；在第 74-80 頁「陸、研究結果」中的第二部份。對瞭解重要基本屬性間之交互作用影響是否明顯。便有針幾個重要屬性進行雙因子分析。
■ 淡漠量表的翻譯及使用與淡漠程度之預測因子，請再多加說明。	■ 在第 35、36 頁，「伍、研究方法」中之研究工具，針對淡漠量表的使用以及計分有再詳加說明。

	■ 進一步研究兩性之差異。		■ 在第 74-82 頁「陸、研究結果」中的第二部份。針對性別的不同有再分析各個不同依變數之差異。
	■ 當研究者已決定使用「懷舊治療」、「運動介入」去改善失智者的生活品質，應利用第一年的資料去證明，失智老人中有懷舊經驗或運動習慣者確有較佳之生活品質。		■ 因第一年以針對研究對象之症狀嚴重程度調查為目的，在第二年計畫中預定以「運動介入」、「懷舊團體」是以多篇研究報告資料指出對老人憂鬱、情緒以及睡眠品質的改善、延緩老化有正向幫助，且研究較少針對失智症老人，故以此為主要介入措施，希望做為國內研究之先驅。在第 101-102 頁有詳細說明。
	■ 缺乏實質新發現或新發明。		■ 因本研究為二年期計畫，於第一年開始進行國內較少針對失智老人睡眠品質以及憂鬱症狀的前驅研究，以作為之後研究介入措施的依據及基礎。在本研究中除了睡眠及憂鬱是主要探討的依變項外，也參考多份國外研究進行淡漠表現的前測，此份報告在目前國內進行失智老人的淡漠表現應為首篇。另外，在研究對象的人口學變項（包括性別、年齡、失智程度）與睡眠品質及憂鬱程度方面，本研究也有詳加分析。