

使用多種失智症個案 評估與觀察行為症狀之關聯性研究

沈舒華¹、何清治²、蔡英美¹

中臺科技大學 高齡健康照護暨長期照顧碩士學位學程¹、醫療暨健康產業管理系²

摘要

目的

旨在探討使用多種失智症個案評估與觀察行為症狀之關聯性研究。

方法

採回溯性、相關性研究，利用衛生福利部「居家護理機構設立補助計畫」，由台灣北、中、南、東共 14 家居家護理所去連結失智症資料庫個案，期間為 2020 年 2 月至 9 月，共計 183 位有效問卷。統計方法以 SPSS 26.0 進行降維及典型相關分析。

結果

失智者平均年齡 81.98 歲，以女性、不識字居多。個案評估五大項目大致符合失智者的條件。個案評估中三個項目「認知狀況」、「營養狀況」、「日常生活獨立能力」程度愈低的失智者，其「記憶核心」、「情緒行為」、「精神錯亂」愈高。這些症狀使失智者生活與工作能力持續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難，甚至幾乎完全依賴他人照顧。

結論

失智症個案某些症狀不明顯，不代表這些症狀都不會發生，藉此期能讓其主要照顧者理解失智症個案會發生這些情境症狀，適時給予支持及分擔。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（4）：10-19）

關鍵詞：失智症、個案評估、觀察行為症狀、回溯性、相關性

前言

全球有超過 5 千 5 百萬名失智者，到 2050 年預計將成長至 1 億 3 千 9 百萬人，約 60% 的失智者生活在低收入和中等收入國家，但到 2050 年，這一比例將上升到 71% [1]。台灣推估 2031 年 65 歲以上失智症人口數將逾 47 萬人，到 2041 年近 68 萬人。2023 年社區長者之失智症盛行率為 7.99%，女性中有 9.36%，高於男性的 6.35%，年齡層越高、失智症盛行率越高，顯示未來社區長者失智症人口數有逐年攀升趨勢 [2]。

失智者除了認知功能受損外，還會出現功能障礙和個人自主能力喪失，限制了日常生活活動（Activities of Daily Living, ADL），依賴性也逐漸增加 [3]。日常生活中出現的失智症狀很少出現在諮詢醫生的場景中，通常是在家中日常生活中出現的症狀，以及由於症狀的影響而干擾日常生活的行為。因此，觀察失智者行為可以透過一份檢查表，即行為觀察表（Action Observation Sheet, AOS），藉由引起致病以外的失智症狀的一系列因素組成 [4]。

失智症對日常生活的多個方面產生負面影響，且目前尚無治癒失智的方法 [5]。儘管在護理照護環境中使用多種測試失智症方法很常見，但很少從多種測試獲得的結果並從多個角度分析失智症患者病情的例子。若找到方法來減少這些功能的下降，甚至改善這些功能會具有臨床意義。本研究目的乃探討使用多種失智症個案評估與觀察行為症狀之關聯性研究。

通訊作者：蔡英美

通訊地址：台中市北屯區廬子路 666 號

E-mail：imtsai@ctust.edu.tw

受理日期：2025 年 1 月；接受刊載：2025 年 5 月

文獻探討

一、失智症認知與診斷

失智症是一個多因素、連續性退化過程，總是與認知能力下降和功能受損有關。由於家人和未接受足夠失智症相關教育訓練的護理人員與照服員，從臨床診斷日期開始的演變以及隨著患者發展為輕度失智，常因缺乏專業知識與照顧的技巧的了解，造成壓力、挫折及憂鬱。況且僅通過日常生活中的輕度損傷來感知早期的功能缺陷，通常很難表徵，以致於面對失智症患者之擾人行為，無法了解患者之背後需求，無法適切提供符合其需求的照顧而感到無助 [3]。

失智症的病程長達 8-10 年，在臨床上診斷通常需要花相當多的時間追蹤，並透過量表及腦部影像工具等來幫助診斷，也僅能針對現況來評估認知功能退化的嚴重程度，無法用來預測失智症風險或病程進展而提出預防措施的建議。一般失智症診斷包括以下方法：（一）問診。（二）神經學檢查。（三）抽血檢查。（四）腦部影像學檢查。（五）認知功能評估。（六）必要時會視個案狀況安排檢查等。（七）飲食習慣。（八）規律運動。（九）參與社會互動。（十）定期健檢。（十一）避免頭部外傷。（十二）戒菸 [6]。

二、日常生活獨立活動

失智者在日常生活方面，會因病程的發展，在日常生活事務處理日漸困難，且每一位失智者腦中受損的部位及程度不盡相同，可能會出現不同障礙，照護也具個別差異。在溝通方式上，可能出現聽說讀寫能力逐漸退化或無法理解、失去社交技巧、情緒感受無法適當表達等，導致溝通不良問題。在居家環境安排方面，提供失智者適度的刺激與活動機會，讓其在環境中能感到自在與安定，發揮最大功能以降低依賴性，進而可減少問題行為及照顧者的壓力，並提昇生活品質。在日常生活照護方面，定期健康檢查、門診追蹤或遵照醫囑。均衡飲食、充足水分 / 睡眠與口腔 / 身體清潔衛生習慣、規律運動、參加各種戶內外活動等 [7]。

身體活動量隨著年齡增加、高度活動量隨之減

少，轉為中度或低度活動量。身體活動已被證明對老年人有多種有益影響，不僅是維持健康的重要因素，而且還發現它有益於活動 / 身體機能，增進個人自我照顧及生活獨立，降低 ADL 殘疾的風險 [8]，減少老年人的抑鬱症狀 [9]。由於身體活動的有益作用，激勵患有失智者變得更加積極地進行身體活動非常重要。

三、營養狀況

依據國民營養健康狀況變遷調查結果，2017-2020 年國人全面性的偏離健康飲食，多種營養素狀況不符理想，國人的維生素 D、維生素 E、鈣、鎂、鋅、鉀及膳食纖維呈現攝取不足的現象，合併運動量不足、陽光曝曬不足（銀髮族維生素 D 不足盛行率 37.15%，再則為維生素 B6 不足盛行率 23.4%），都需要特別關注 [10]。若長輩開始變得虛弱、變瘦、皮膚變乾、傷口癒合緩慢、肌肉萎縮等，就可能是營養不良的徵兆，要開始注意飲食。

也可以由身體的指數來評估，常見老人營養不良的高危險群指標除了體重過重（BMI<18.5）、體重下降，還包括血清白蛋白濃度低於 3.5 g/dL，以及代謝症候群的相關指標，而體重過重或肥胖（BMI≥24）者，被認為可能與失智症有關 [11]；另一方面，已失智的老人，可能出現飲食方面的神經精神或行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD），過度飲食之後，使得體重一直增加。過胖的失智老人進行減重治療，結果發現對原本肥胖者，減重可增進其執行功能與記憶力，但對輕微過重者，減重的好處則不明顯 [11]。營養不良的老人，其四年後之認知衰退風險比營養狀況良好的高出 0.53 倍，因此應重視老人日常營養，以減低認知功能衰退之風險 [12]。

四、衰弱狀況

衛生福利部 2017 年老人狀況調查報告，65 歲以上老年人有 17.5% 有衰弱風險。老化所衍生的問題，包括衰弱、疾病、失能、失智，其中衰弱狀況在身體外在顯示是身高減低、體重減輕、體脂肪比例上升、皮膚乾、薄、鬆、皺紋、活動變慢及體力退化，是介於健康與生病間的一種狀態或失能前的階段 [13]。

衰弱包括身體、心理、社會等多種不同層面功能缺損，為一個動態且連續之過程，是多種生理系統衰退，而使儲備功能下降，產生相關併發症與對健康有負向結果 [14,15]。而國際營養與老化學會與國際老年學暨老年醫學會於 2013 年提出認知衰弱 (Cognitive Frailty) 概念，係結合生理衰弱與認知障礙，強調生理因素導致的認知障礙，兩者同時存在，而高齡者兩者同時存在，也就是認知衰弱，更易受壓力源影響，進而增加住院、失智、失能，甚至死亡之風險 [14,16-18]。

五、憂鬱狀況

憂鬱症與失智症常常併存，當憂鬱診斷發生在失智之前，憂鬱與失智可能有共同的病因，憂鬱可能為失智的病因之一，或是憂鬱只是失智的前驅症狀之一。失智症憂鬱病因有可能因腦血管疾病或退化性因素，也可能發現自我的功能或記憶退化，而導致情緒低落，缺乏自信、自尊，最後以身體症狀或憂鬱情緒來表現 [19]，晚發的憂鬱病史有越高的失智風險 [20,21]。根據 1996 年至 1998 年臺灣老人憂鬱症研究，臺灣老人重鬱症與輕鬱症之盛行率為 5.9% 與 15.3%，在輕度認知障礙族群中，未來 3 年內發展成阿茲海默症的機率高達 43% [19,21]。30-50% 阿茲海默症患者有憂鬱症狀，其中又有 10% 的患者有嚴重憂鬱症狀。失智症患者有高比例會出現神經精神或行為症狀 [21]。

六、觀察行為表

觀察行為表是一種觀察性失智評估方法，由醫護專業人員觀察和描述失智患者的行為，以評估有關失智患者生活條件的問題。這種評估方法是由日本玉井顯等人於 2002 年所研發編製，在日本推廣採用為支援對失智的理解的工具 [22]。失智症如果一個人在生活中的殘疾非常輕微，可能只

有他自己才會注意到，而可能不會被周圍的人注意到。所以，有必要從同住的家庭成員和熟悉患者日常生活的醫護或照護專業人員那裡收集資訊。觀察行為表是一種每天掌握老年人症狀的方法，可以輕鬆檢查一個人是否患有失智症，快速準確地診斷失智症，獲得必要的醫療護理（治療和康復），並支援家庭成員瞭解失智症以及如何應對它。通過使用失智觀察行為表，實現了效率和便利性，在失智的診斷、治療和生活方式指導方面取得了效率和便利 [4]。

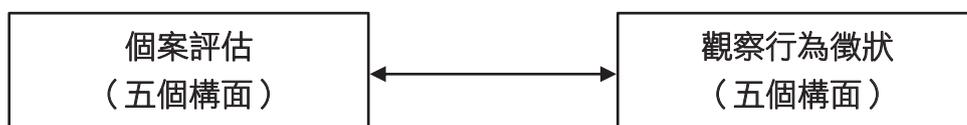
方法

一、研究對象

本研究為回溯性、相關性研究，利用衛生福利部「居家護理機構設立補助計畫」從 2020 年 2 月至 9 月，由北、中、南、東共 14 家居家護理所收案之去連結之個案管理資料庫，研究對象含括臺北市、新北市、桃園市、臺中市、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、臺南市、高雄市、屏東縣、宜蘭縣、臺東縣等 13 縣市失智症個案共計 213 位，扣除觀察行為表資料缺漏不完整之無效問卷計 30 位，針對共 183 位有效問卷。

二、研究架構

本研究旨在探討失智者個案評估與觀察行為徵狀之關聯性分析，並以降維分析 (Dimension Reduction Analysis) 及典型相關分析 (Canonical Correlation Analysis) 進行研究變項構面之間關係的實證。降維分析是指通過保留一些比較重要的特徵，去除一些冗餘的特徵，減少數據特徵的維度。典型相關分析主要是在分析一組由自變項所構成的線性組合與另一組由依變項所構成的線性組合，使兩組線性組合間的相關變得最大的一種分析方法 [23]。研究架構如圖一所示：



圖一 研究架構圖

三、研究工具

(一) 個案評估

失智者個案評估共有五項如下：巴氏量表 (Barthel Index) 係用來檢測個人維持基本生活所需之吃飯、排泄、上廁所、移位、穿衣、沐浴等十項自我照顧能力或活動能力 [24]，Barthel Index 總分 100 分，0-20 分為完全依賴，21-60 分為嚴重依賴，61-90 分為中度依賴，91-95 分為輕度依賴，100 分為完全獨立，分數越高表示日常生活獨立能力越好 [25]。迷你簡式營養評估量表 (Short Form Mini Nutritional Assessment, MNA-SF) 由 Kaiser 等 [26] 發展最新版本，共有 6 題，用來評估老年人營養不良風險，MNA-SF 總分 14 分，12-14 分為正常，8-11 分有營養不良風險，0-7 分為營養不良，分數越高表示營養狀況越好 [27]。心血管健康研究指數 (Cardiovascular Health Study Index, CHS Index) 係 Fried 等於 2001 年大規模研究中發展出，CHS 包含體重減輕、耗弱情形、虛弱、行走速度緩慢與身體活動力降低等五個項目，CHS 總分 5 分，3 分 (含) 以上為衰弱，分數越高表示衰弱程度越嚴重 [27]。老人憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-5, GDS-5) 係專為評量老人情緒問題所編製，GDS-5 總分 5 分，0-1 分為正常，2 分 (含) 以上為憂鬱，分數越高表示憂鬱症狀越嚴重 [27]。簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE) 由 Folstein 等 [28] 發表，包括定向感、注意力、記憶、語言、口語理解、行動能力及建構力等七大項 [25]，MMSE 總分 30 分，分數 0-30 分，得分越高，表示認知功能狀況越好 [24]。

(二) 觀察行為表

觀察行為表共 48 題，分為危險因子 (0-6 分)、邊緣性格 (0-28 分)、記憶核心 (0-28 分)、情緒行為 (0-95 分)、精神錯亂 (0-5 分) 等五類相關症狀，其信度 Cronbach's α 為 0.87，AOS 評估個案常有此症狀、偶有此症狀或無此症狀，常有或偶有此症狀，該題項即得分，每項依照照顧壓力程度，該題項得分為 1、2 或 5 分，總共 162 分。危險因子係指和疾病發生機率增加有關的屬性或暴露。邊緣性格是指個人內心或是人際關係，都時常充滿矛盾而兩極化的看法。記憶核心是指一個人對過去活動、感受、經驗的印象累積。情緒行為是指與思想、感覺以及一定程度的快樂或不快樂有不同的行為反應。精神錯亂是指人在異常的心理或表現模式下的行為。觀察行為表分數越高代表症狀越嚴重與照顧壓力程度越高 [29]。

統計方法採 SPSS 26.0 統計軟體進行資料分析及處理，包含各變數的平均數 (Mean, M)、標準差 (Standard Deviation, SD)、次數分配 (Number, N 或 n) 與百分比 (%)、典型相關分析。基於研究倫理保護研究對象之隱私權益，本研究業經台中慈濟醫院人體試驗委員會簡易審核同意研究 (案號：REC110-19)。

結果與討論

一、失智者特性描述性分析

如表一所示有效樣本數為 183 位，失智者特

表一 失智症個案個人特性資料 (n=183)

變項	屬性	n	%	變項	屬性	n	%
性別	女性	105	58.3	教育程度	不識字	83	51.2
	男性	75	41.7		小學	47	29.0
年齡	69歲以下	13	7.5		初中	14	8.7
	70-79歲	48	27.6		高中 (職)	11	6.8
	80-89歲	82	47.1		大學 (專) 以上	7	4.3
	90歲以上	31	17.8				

年齡=81.98±8.25歲，最小值-最大值=57-99歲
人數不符因有遺漏值之故

性如下：性別以女性 105 位（佔 58.3%）居多、男性 75 位（佔 41.7%）。年齡（平均±變異數）為 81.98±8.25 歲，最小為 57 歲、最大為 99 歲，80-89 歲 82 位（佔 47.1%）最多，其次為 70-79 歲 48 位（佔 27.6%）。教育程度，以不識字 83 位（佔 51.2%）為最多，依序為小學有 47 位（佔 29.0%）、初中 14 位（佔 8.7%）、高中（職）11 位（佔 6.8%）、大學（專）以上 7 位（佔 4.3%）。本研究對象大致符合失智症最相關的危險因子，如年紀越高、失智風險越高，女性因受到荷爾蒙、基因影響而較為長壽，以及低教育程度因知能存款較少容易罹患失智 [30]。

二、失智者個案評估與觀察行為症狀之項目分析

表二顯示失智者個案評估五大項目中，「日常生活獨立能力」（38.45±32.55），介於 21-60 分，表示日常生活能力嚴重依賴。「營養狀況」（8.60±3.29），介於 8-11 分，表示有營養不良風險。高齡失智者日常生活傾向依賴，需要家人協助，且飲食行為會有忘記吃、過食、吞嚥困難與喪失進食能力等問題，隨著嚴重程度增加，營養狀態有越差的趨勢 [3]。「衰弱狀況」（1.44±1.56），低於 3 分（含）以下，表示為非嚴重衰弱。生理衰弱高齡者會增加失智的風險，而認知衰弱若早期給予介入措施，可以避免高齡者進入不可逆的失智或失能狀態 [15]。「憂鬱狀況」（2.53±0.77），超過 2 分（含）以上，屬於憂鬱程度。「認知狀況」（11.79±6.49），低於平均數 15 分以下，顯示認知狀況不佳。老年憂鬱症跟認知功能缺損密切相關，且與失智者憂鬱症狀有關聯 [21]。整體而言，失智者個案評估五大項目中，除了衰弱非屬

嚴重程度外，其餘項目大致符合失智者的條件。

在失智者觀察行為症狀項目中，「危險因子」（2.52±1.36）、「邊緣性格」（19.01±7.47）、「記憶核心」（21.31±6.22）、「情緒行為」（28.35±19.97）、「精神錯亂」（1.01±1.97）。本研究顯示失智者邊緣性格、記憶核心得分偏高，代表兩種症狀較為嚴重且照顧壓力程度越高。失智症除認知功能障礙外，亦常伴隨情緒、行為、精神病症狀等「非認知症狀」。這些症狀會讓病人產生更多的不適感，也是照顧者主要的壓力來源 [2,7]。

三、典型相關分析

本研究以典型相關來分析失智者之個案評估與觀察行為徵狀兩個主要變項，找出兩者的互動性，一般變項之間達到顯著的典型相關係數 ρ 可能有一組以上，第一組變項稱為 (χ_1, η_1) ，第二組變項稱為 (χ_2, η_2) ，依此類推。個案評估包括五個子項目，分別是「日常生活獨立能力」、「營養狀況」、「衰弱狀況」、「憂鬱狀況」及「認知狀況」為一組控制變項（自變項 -X）。至於觀察行為徵狀分別是「危險因子」、「邊緣性格」、「記憶核心」、「情緒行為」及「精神錯亂」等五個子項目為效標變項（依變項 -Y）。前者有五個項目，後者有五個項目，因此其典型相關係數應該有五個。如表三得知，經由檢定結果發現有兩個典型相關係數達顯著水準，第一個典型相關係數 $\rho_1=0.61$ ($p<0.001$)， $\rho^2=0.38>0.1$ ，第二個典型相關係數 $\rho_2=0.52$ ($p<0.01$)， $\rho^2=0.27>0.1$ ，符合解釋標準。五個控制變項主要透過兩個典型因素影響到效標變項。

表二 個案評估與觀察行為徵狀構面之描述性分析 (n=183)

構面	M	SD	構面	M	SD
日常生活獨立能力 (100分)	38.45	32.55	危險因子 (6分)	2.52	1.36
營養狀況 (14分)	8.60	3.29	邊緣性格 (28分)	19.01	7.47
衰弱狀況 (5分)	1.44	1.56	記憶核心 (28分)	21.31	6.22
憂鬱狀況 (5分)	2.53	0.77	情緒行為 (95分)	28.35	19.97
認知狀況 (30分)	11.79	6.49	精神錯亂 (5分)	1.01	1.97

表四與圖一、圖二分析結果得知，控制變項的第一個典型因素 (χ_1) 可以說明效標變項的第一個典型因素 (η_1) 總變異量的 38.0%，而效標變項的第一個典型因素 (η_1)，又可解釋效標變項

變異量的 32.3%，控制變項與效標變項重疊部分為 12.1%，因而，控制變項透過第一個典型因素 (χ_1 與 η_1)，可以解釋效標變項總變異量的 12.1%。換言之，個案評估中，「日常生活獨立能力」、

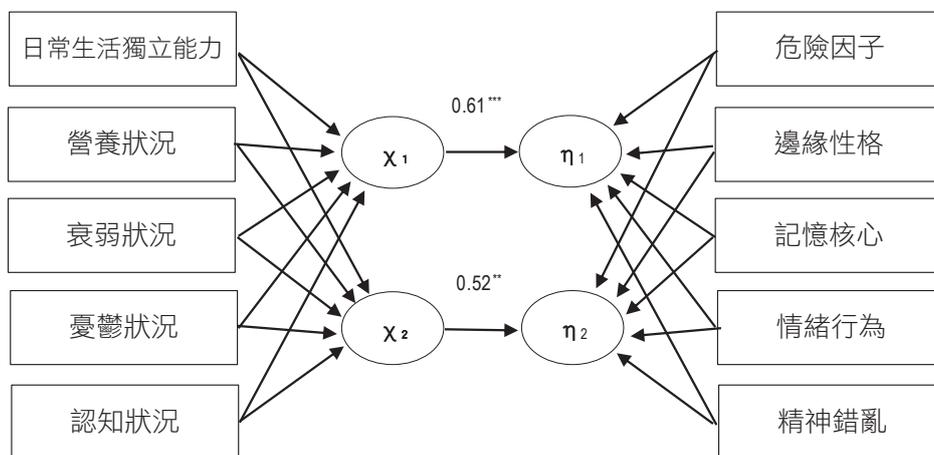
表三 個案評估與觀察行為徵狀之降維分析

統計摘要	典型相關				
	1	2	3	4	5
Wilk's 值	0.402	0.644	0.889	0.971	0.998
χ^2	2.740	1.980	0.910	0.510	0.070
DF	25.000	16.000	9.000	4.000	1.000
ρ	0.610	0.520	0.290	0.170	0.030
ρ^2	0.380	0.270	0.080	0.030	0.001
p	0.000	0.015	0.515	0.731	0.788

表四 個案評估與觀察行為徵狀之典型相關分析摘要表

控制變項 (X 變項)	典型相關		效標變項 (Y 變項)	典型相關	
	χ_1	χ_2		η_1	η_2
日常生活獨立能力	0.575	0.211	危險因子	-0.216	0.606
營養狀況	0.621	-0.045	邊緣性格	-0.135	0.894
衰弱狀況	0.128	0.927	記憶核心	-0.846	0.040
憂鬱狀況	-0.303	0.501	情緒行為	-0.803	0.196
認知狀況	0.889	0.003	精神錯亂	-0.572	0.477
解釋變異數百分比	0.351	0.287	解釋變異數百分比	0.323	0.231
重疊指數百分比	0.132	0.079	重疊指數百分比	0.121	0.064
			典型相關係數平方 ρ^2	0.380	0.270
			典型相關係數 ρ	0.610***	0.520**

** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$



圖二 個案評估與觀察行為徵狀之典型相關分析徑路圖

「營養狀況」、「衰弱狀況」、「憂鬱狀況」及「認知狀況」五個控制變項經由第一典型因素共可說明「危險因子」、「邊緣性格」、「記憶核心」、「情緒行為」及「精神錯亂」等五個觀察行為徵狀總變異量 12.1%；而此一個典型因素可以直接解釋失智者觀察行為徵狀總變異量的 12.1%。

控制變項的第二個典型因素 (χ_2) 可以說明效標變項的第二個典型因素 (η_2) 總變異量的 27.0%，而效標變項的第二個典型因素 (η_2)，又可解釋效標變項變異量的 23.1%，控制變項與效標變項重疊部分為 6.4%，因而，控制變項透過第一個典型因素 (χ_2 與 η_2)，可以解釋效標變項總變異量的 6.4%。換言之，個案評估中，「日常生活獨立能力」、「營養狀況」、「衰弱狀況」、「憂鬱狀況」及「認知狀況」五個控制變項經由第一典型因素共可說明「危險因子」、「邊緣性格」、「記憶核心」、「情緒行為」及「精神錯亂」等五個觀察行為徵狀總變異量 6.4%；而此一個典型因素可以直接解釋失智者觀察行為徵狀總變異量的 6.4%。

控制變項和效標變項在第一個至第二個典型因素的重疊部分，共計 18.5%。換言之，個案評估中，「日常生活獨立能力」、「營養狀況」、「衰弱狀況」、「憂鬱狀況」及「認知狀況」五個控制變項經由第一、二典型因素共同說明失智者「危險因子」、「邊緣性格」、「記憶核心」、「情緒行為」及「精神錯亂」等五個觀察行為徵狀總變異量 18.5%。而此兩個典型因素可以直接解釋失智者觀察行為徵狀總變異量的 65.0%。

二組典型相關及重疊量數值以第一個典型相關較大，第二組的重疊量甚小，可見二個控制變項主要是藉由第一典型因素影響五個控制變項。二個控制變項中與第一個典型因素 (χ_1) 之相關較高者為三個項目「認知狀況」、「營養狀況」、「日常生活獨立能力」，其結構係數分別為 0.889、0.621、0.575，黃俊英 [23] 指出結構係數絕對值大於 0.40 以上者應可視為重要者，顯示三個構面與個案評估呈現中度以上正相關，皆為個案評估變項之重要內涵。在效標變項中，與第一個典型因素 (η_1) 的關

係較密切者為「記憶核心」、「情緒行為」，其結構係數均在 -0.700 以上，而「精神錯亂」與第一個典型係數亦有中等關係存在，其結構係數為 -0.572。所得典型權重有正有負，若兩構面之典型權重有相同的符號，代表兩構面之間為正相關；若有相反的符號，代表兩構面之間為負相關。因而，在第一個典型因素分析裡，主要是控制變項中的「認知狀況」、「營養狀況」、「日常生活獨立能力」三個項目影響失智者「記憶核心」、「情緒行為」、「精神錯亂」。「觀察行為徵狀」結構係數均為負數且較高，可見個案評估中三個項目「認知狀況」、「營養狀況」、「日常生活獨立能力」程度愈低的失智者，其「記憶核心」、「情緒行為」、「精神錯亂」愈高。

失智症不是單一項疾病，而是一群症狀的組合，不單純只有記憶力的減退，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、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、飲食問題、情緒/個性轉變、遺忘、誤認、躁動、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。到中期時，生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難，到了晚期幾乎完全依賴他人照顧 [6,7]。

結論與建議

本研究為回溯性、相關性研究，利用衛生福利部「居家護理機構設立補助計畫」中，14 家居家護理所之個案管理資料庫，有效樣本數共計 183 位。失智症個案以女性、不識字最多，平均年齡 81.98±8.25 歲（平均±變異數）。失智者個案評估五大項目大致符合失智者的條件。個案評估中三個項目「認知狀況」、「營養狀況」、「日常生活獨立能力」程度愈低的失智者，其「記憶核心」、「情緒行為」、「精神錯亂」愈高。

針對本研究之結果，歸納出建議：應用行為觀察表可以在短時間內簡單地實施，從特徵和症狀分析中識別問題。希望透過這評估工具可以早期發現功能衰退，及早介入運動、營養飲食及社交互動等

活動，預防延緩失能。相關人員之間如家庭成員、醫院和設施工作人員，以及處於各種位置和各種環境中的其他失智症患者，共用獲得的資訊非常重要。建議未來辨識失智症患者的資訊需要多樣化及開發情境分析工具，來支援對失智患者行為觀察資訊的描述及可視訊化描述資訊和大腦區域之間的關係。本研究限制因失智症患者個別性較高，不同階段會有不同的情境症狀發生及變化，分析結果難免受到影響。另外，行為觀察表首次運用於臺灣，範圍不大且資料收集不易，信效度均必須再次檢驗。

參考文獻

1. World Health Organization (WHO): Global status report on the public health response to dementia, 2021.
2. 衛生福利部：112年全國社區失智症流行病學調查結果。台北市：衛福部。2024。
3. 江昆原、范聖育、張玲慧 等：失智症家庭照護需求評估表之發展與信效度測試。護理雜誌 2020；67（4）：39-49。
4. Naomi M, Osanori K, Hidenori I, et al.: Development and utilization of ICT assessment tool for dementia care based on action observation sheet. The 28th Annual Conference of the Japanese Society for Artificial Intelligence. 2014. Retrieved from <https://www.ai-gakkai.or.jp/jsai2014/webprogram/2014/pdf/114.pdf>
5. 李康蘭、張凱茗：非藥物治療於居家失智長者之應用。彰化護理 2022；29（3）：19-28。
6. 衛生福利部：失智症診療手冊。2017。
7. 社團法人台灣失智症協會：失智症照護技巧。2024。Retrieved from http://tada2002.ehosting.com.tw/Support.Tada2002.org.tw/support_care02.html
8. 林佩欣：運動護智—如何有效運動以預防及延緩失智。長期照護雜誌 2017；21（3）：221-223。
9. 鄒茵茵、羅美芳：老年病人住院期間憂鬱之相關因子。台灣醫學 2024；28（6）：719-726。
10. 衛生福利部國民健康署：國民營養健康狀況變遷調查2017-2020。台北市：衛福部。2022。
11. Siervo M, Arnold R, Wells JCK, et al.: Intentional weight loss in overweight and obese individuals and cognitive function: a systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews 2011; 12(11): 968-983.
12. 黃純甄、蔡仲弘：台灣老人營養狀況與認知衰退之關聯性探討。台灣公共衛生雜誌 2013；32（1）：42-51。
13. 衛生福利部國民健康署：「長者量六力」是六項能力的整合式評估及早發現功能衰退，及早介入，達到延緩失能。2024。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4705&pid=16771>
14. 陳俐君、廖御圻、胡芳文：高齡者認知衰弱之概念分析。護理雜誌 2021；68（5）：92-99。
15. Junius-Walker U, Onder G, Soleymani D, et al.: The essence of frailty: a systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. European Journal of Internal Medicine 2018; 56: 3-10.
16. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, et al.: Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2013; 17(9): 726-734.
17. Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, et al.: Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. Journal of the American Geriatrics Society 2009; 57(3): 453-461.
18. Song X, Mitnitski A, Rockwood K: Nontraditional risk factors combine to predict Alzheimer disease and dementia. Neurology 2011; 77(3): 227-234.
19. 翁菁甫、林坤霏、詹鼎正：老人憂鬱與認知功能障礙。內科學誌 2014；25（3）：158-164。
20. 陳正生：憂鬱早發於失智：有共同的病因、病因或是前驅症狀。台灣精神醫學 2014；28（1）：7-15。
21. 黃茂軒、陳以琳：老年憂鬱症與失智症。臨床醫學月刊 2022；89（4）：272-276。
22. 小野壽之、玉井顯、岩田恒星：痴呆症狀評估尺度Assessment Scale for Symptoms of Dementia (ASSD) の信頼性・妥当性に関する検討。老年精神医学雜誌 2002；13（2）：191-204。
23. 黃俊英：多變量分析（七版）。台北市：翰蘆。2007。
24. 楊淑慧、吳麗芬、謝承恩 等：運用結構方程模型探討榮民之家老年男性住民生活品質的預測因子。臺灣老年醫學暨老年學雜誌 2018；13（1）：45-57。

25. 張媚、吳淑瓊、呂寶靜 等：長期照護需求評估工具發展與測試之研究（修正本）。台北市：內政部。2001。
26. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al.: Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition Health & Aging* 2009; 13(9): 782-788.
27. 周美香、陳芳如、邱群芳 等：高齡住院病人衰弱現況及其影響因子。榮總護理 2019；36（1）：14-26。
28. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research* 1975; 12(3): 189-198.
29. 醫療法人敦賀溫泉醫院：認知症チェック。2024。Retrieved from http://www.tsurugaonsen-hp.or.jp/ninchi_center_check.html
30. Taylor K, Marston L, Mukadam N: Mediation of the association between education and dementia by occupational complexity, income, health behaviours and health outcomes. *BMC Psychiatry* 2025; 25(1): 174-186。

Association Between use of Multiple Dementia-case Assessments and Observation of Behavioral Symptoms

Shu-Hua Shen¹, Chin-Chih Ho², Ying-Mei Tsai¹

Department of Gerontological Health Care and Master Degree Program in Long-Term Care¹,
Department of Healthcare Administration², Central Taiwan University of Science and Technology

Abstract

Purposes

To investigate the association between the use of multiple dementia-case assessments and observation of behavioral symptoms.

Methods

A retrospective correlational study was conducted for a subsidy program related to home-care institutions supported by the Ministry of Health and Welfare. Data were obtained from 14 home-care centers across northern, central, southern, and eastern Taiwan. Deidentified data from the dementia database were analyzed for the period from February to September 2020, which resulted in 183 valid questionnaires. Statistical analyses were performed using SPSS 26.0.

Results

The average age of dementia patients was 81.98 years, with the majority being female and illiterate. The five major case-assessment items generally aligned with the standard criteria for dementia. In the case assessments, dementia patients with lower levels of cognitive function, nutritional status, and independence in daily living demonstrated higher levels of memory-core impairment, emotional disturbances, and mental-confusion symptoms. These symptoms contribute to the progressive decline in the patients' ability to perform daily activities and may result in complete dependence on caregivers.

Conclusions

The absence of overt symptoms in some dementia cases does not indicate that the abovementioned symptoms will not emerge. Primary caregivers should be aware of the occurrence of these situational symptoms in dementia cases and be prepared to provide timely support and assume shared care responsibilities. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(4):10-19)

Keywords : *Dementia, Case assessment, Observation of behavioral symptoms, Retrospective, Correlation*