

行政院衛生署八十八年下半年及八十九年度

科技研究發展計畫
研 究 成 果 報 告 書

計 畫 編 號： DOH89-TD-1184

計 畫 名 稱： 護理之家失智老人問題行為
照護方案之建立與應用於護理佐理員
訓練之成效探討

執行機構： 國立成功大學護理學系

計畫主持人：李引玉

共同主持人：張文芸

執行期間： 88 年 11 月 01 日至 89 年 12 月 31 日

一、中文摘要與關鍵詞：

問題行為是家屬難以持續把個案留在家中自我照顧主因之一，也是護理人員難以有效處置而產生挫敗與潰乏，進而離職率增加的因素。自民國八十三年起始有正式立案之護理之家，至今已核准設立約 179 家（中華民國長期照護專業協會，2001）。預期未來護理之家及其護理人員（直接照護者主力為護理助理員（Nursing Aids））將急速成長。是以，於初始階段建立本土化照護方案以有效掌控照護品質，其重要性與急迫性不容忽視。

本研究採臨床實驗設計，綜合文獻查證、臨床經驗、專家小組（interdisciplinary expert panel）的討論及建議，依臨床常見、難以處理的問題行為，研發一套本土化、適合南臺灣護理之家失智老人問題行為的照護方案（Nursing Protocols）並將其應用於護理人員之在職訓練。本研究重點著力於符合倫理與人性化考量之下，施行「照護方案訓練課程」前、後的資料收集，課程設計、擬定以及臨床實用性的測試。

執行步驟：以台南地區立案護理之家 65 歲以上失智老人其主要照護之護理助理員為研究對象，隨機抽樣分為兩組：實驗組（教導本研究研發之失智老人照護方案）預期較控制組（未教導本研究研發之失智老人照護方案）成效為佳。失智老人照護方案之研發乃根據訪談與觀察所得「臨床常見且難以處理的問題行為」外，將同時整合與運用文獻查證、專家小組（interdisciplinary expert panel）的討論及建議；“漸進性壓力閾值減低模式”則為研究執行之理論依據（Hall & Buckwalter's Progressively Lowered Stress Threshold Model, 1987）。

測試照護方案的質量化(triangulation) 資料成效得知：實驗組有明顯成效（護理人員失智照護之知識、態度、主客觀成長省思量表得分正向提升；認知性質化資料亦支持成效）。期以此照護方案有效控制與減緩隨著人口老化而日益嚴重的失智速度、行為問題與其它相關的負面影響，進而提供增進與建立護理之家照護品質、成本效益與工作滿意度後續可能性方案之探討。

本計畫長程目標是以發展有效且人性化的照護方案(Nursing Protocols)為主體，期能營造適宜失智老人的居住環境，不僅減低失智老人的問題行為、提昇生活及照護品質、並對照護人員有正向的影響。

關鍵詞：失智症老人 問題行為 照護方案 護理佐理員

二、英文摘要與關鍵詞

Behavioral problems and caregiving stress constitute dominant reasons for institutionalized dementia elders. Nursing aids perform the primary and major caregivers to provide ADLs, however, often lack sufficient knowledge and training needed to prevent and cope with, and may be likely to exacerbate more behavioral problems. Many researchers have emphasized that the “how to care” is extremely lacking and without professional consensus and standards, especially at the beginning stage for institutionalized care and for the increasing numbers of nursing homes in Taiwan.

The purpose of this clinical experimental study is to develop a culturally sensitive nursing protocol for behavioral problem management on the nursing home dementia elderly. Protection of subjects was assured by standardized procedures including the consent form, confidentiality, and the right to withdraw anytime. In the first year, a draft version of the nursing protocol was constructed by the combination of literature reviews, clinical experiences, and interdisciplinary expert panel discussions (including family caregivers), based on Progressively Lowered Threshold model (PLST, Hall & Buckwalter, 1987).

A sample of dementia elders with behavioral problems and their primary nursing aids was selected in Southern Taiwan and randomly assigned to an experimental group (with nursing protocol training) or control group (without nursing protocol training). The triangulation data (qualitative and quantitative data) support the positive effectiveness of protocol. Further modifications anticipated in following years would be the critical processes to extend eligible elders. Therefore it would be expected to increase the sample size and to enhance the generalizability of study findings. It is a promising need to support that the nursing protocol can manage many of the behavioral problems, identify positive changes in elders' behavioral problems; and uphold the training effectiveness on nursing aids' knowledge, attitude, and practice, caregiving burden, job satisfaction, and quality of life; and reduce costs of dementia care eventually.

Keyword: the dementia elderly 、problem behavior 、nursing protocol 、nursing aid

目錄

第一章	前言.....	1
第二章	文獻查證.....	3
第三章	研究方法.....	12
第四章	研究結果與討論.....	16
第五章	結論與建議.....	68
	參考文獻.....	70
	附錄.....	85
	圖 1. 質化研究流程.....	85
	圖 2. Lanza 攻擊行為模式.....	86
	圖 3. 漸進性壓力閾值減低理論 I.....	87
	圖 4. 漸進性壓力閾值減低理論 II.....	87
	附件一「失智老人問題行為照護訓練課程說明」...	88

在歐美等衛生暨福利體系完備之先進國家，其老年人口比率由 7% 增長到 14%，個中耗時 60 多年(Torrey, Dinsella, & Taeuber, 1987)。反觀台灣地區，自民國 82 年老年人口數超過 7% 以來，在民國 88 年 4 月間即達到 8.17%，推估將於民國 110 年激增到 14.68%！其間僅經歷 20 年不到的時間(內政部統計處及行政院主計處，1998)。顯而易見地，人口老化的所帶來的衝擊將是既遽且急的！

隨老年人口比率持續急遽增加，合併慢性疾病、因各種失能而需仰賴各種型態長期照護的族群亦逐年增加 (Hazzad, Bier-man, Blass, Ettinger, & Halter, 1994; Holzapfel, Schoch, Dodman, & Giant, 1992)；加上社會結構與家庭倫理觀的變遷，台灣地區自 83 年起始有正式立案的護理之家，更由 87 年原有的 30 多家遽增迄 90 年底止的 179 家 (中華民國長期照護專業協會，2001)，換言之，入住護理之家老年人口亦大幅度增加。

老年失智症又名老年癡呆症，為腦部疾病造成的症候群；患者，特別是中、晚期，常伴有精神病症，如憂鬱、睡眠起居作息顛倒、妄想、幻覺、甚至暴力等問題行為，所延宕出的照顧問題，更是加重家庭照顧者的負荷，亦使得家庭照顧者難以持續把失智老人留在家中自行照顧 (張，2000)，此時機構式的照顧即為常見選擇。

家屬將老人送入長期養護機構後，雖然會高度關注老人所獲得的營養及身體照顧(Yeh, 1995);但家屬會發現各種長期、照護機構都有相似的問題，如聘任合格工作人員不易、且流動率高(呂、吳，民 82；陳、黃、陳、蕭，民 80；葉、林、許、林、李，民 88)。依現行「護理人員法」、「機構設置條例」規定，合法的護理之家照護人力中，護理助理員與所照護的老人人數比為 1:5，護士與所照護的老人人數比 1:15(皆包含三班及休假的人力)，相當於護理助理員在護理之家照護人力所佔比例高達 75%!!!

根據研究小組對臨床的瞭解，實務上，機構基於各種因素，很可能使得平日護理助理員佔照護人力比例更升高到 80-85%，其對護理之家照護品質之影響可見一斑。然而，護理助理員教育養成背景欠缺長期照護理念、知識、技能(張，2000)，且國內對此長期照護的主力族群所進行的相關探討與瞭解相當有限，這對接受機構照護的老人之安全與權益而言，存在著相當大的隱憂。是以，研發「護理之家失智老人問題行為照護方案」並應用於護理助理員之訓練，實為刻不容緩之重要課題。

第二章、 文獻查證

失智症臨床症狀包含兩大類，一為認知障礙(cognitive impairment)，以記憶障礙為主：動作、語言、辨認、執行等至少一項症狀之多重障礙；一為非認知障礙(non-cognitive impairment)，以問題行為為主：可能有妄想、激躁、攻擊、憂鬱、睡眠障礙、及日落症候等（葉，1999；Cohen-Mansfield, Culpepper, & Barkley, 1997; Brainard & Townsend, 1998）。失智症在台灣的盛行率若以 2.4~5%推估，人數應有 34,800-87,142 人（劉，1998; Yip et al., 1997），但實際領有身心障礙手冊者為 6,812 名（內政部，1999），僅達推估人數之 8~20%，即 80% 以上之失智者為隱藏群體，故無法享用相關福利，可見失智症的知識尚未普及。

目前對失智症的診斷有其臨床限制，除非在個案往生後，對其腦部進行病理解剖方能確立，否則，原則上只能藉由醫師相關檢查（如 Brain CT）高度懷疑。雖確立失智症診斷有其限制，但藉國、內外皆具有高度穩定信、效度之簡易智能評估表（Mini-mental State Examination, MMSE，Folstein & McHugh, 1975）可找出疑是失智症的認知功能障礙老人。普查台南縣市所有合法立案護理之家，結果發現認知功能障礙老人就佔護理之家入住老人中 85.6% 的高比例（張，民 89）！但礙於現有健保給付限制、社會文化對失智症的敏感度低、排斥性高（羞於承認），若非老人有嚴重程度外顯行為，一般早期接受醫師檢查與治療的機會相當低落。醫界尚無法治癒失智症，然國、內外專家皆認為改善失智老人症狀、增強其生活能力，當可提高生活品質，並減少後續醫療成本（Jones & Jones, 1997; Mazzeo, Caranagh, Eans, fiatarone, Hagberg, McAuley, &

Startzell, 1998)。

罹患失智症不僅是個人的不幸，以致其日常生活作息的紊亂、個人和環境的安危問題，更造成家庭成員精神、生活品質低落和經濟負荷。失智老人所需慢慢無期、日復一日之照護中，因其病程、問題行為層出不窮，增添照護困難，不僅使得家屬無法持續居家照顧失智症患者，亦為機構照護的專業人員難以有效因應，故產生挫敗、匱乏，甚而增加離職率之主因。

護理之家，係指提供病情穩定、日常生活重度障礙、無積極治療須求，但需要技術性護理服務或有依賴醫囑有特殊項目服務者。國外文獻指出失智老人的醫療照護，仍以護理機構為主，平均每位病患的護理機構使用率為 2.7 年(Welch, Walsh, & Larson, 1992)。美國有 2/3 失智老人由家庭提供照顧(Harvis & Rabins, 1989)，讓失智老人盡量久留在社區，使其個人社會性功能保留在最良好的層次，避免機構化的負性影響，且降低家庭在經濟上的可能性開銷；反觀台灣地區因文化與孝道因素考量，且多數民眾認為老人的失智是一種正常老化現象，故少就此一問題積極就醫。根據失智老人家庭照顧者的相關研究顯示，只有 3.5%-5.9%的病患被後續安置在機構內照顧(劉、湯、毛、周、陳，1992)，原因之一是托老及養護中心常拒收失智症患者(徐、楊、葉，1995)，加上失智症知識的不普及，更阻礙了對此類患者的積極照護。此外，專為失智老人所設的照護機構十分有限，現行照護機構中，將失智老人與生理失能老人安置在同一生活空間，稱為「混合照顧」，是相當普遍的現象，而採混合照顧的機構中，失智個案約佔 12~43% (黃，1999)。事實上多數機構收容的個案在入住一段時日後，逐漸出現失智徵狀，但也無法中斷照護所致。

護理之家提供老人照護的護理助理員或其他照顧者等人，對老人的生活品質、精神心理及社會等層面之安適狀態（well-being）有重大的影響(Swanson & Mobily, 1994; Ripich, Wykle, & Niles, 1995)。對機構內老人而言，何謂「人性化關懷」的照護(humanistic caring)？其中應該包含四大概念：感受到是被保護的、被支持的、舒適的、被視為優先的，即老人能保有自我個別認同(personal identity)與有價值感(sense of value; Hutchison & Bahr, 1991)。相對的，護理人員所提供的人性化關懷的照護行為(caring behaviors)，則具有四項特徵：「協助滿足基本生理需求」、「真正瞭解老人正在做什麼？是否需要求助醫師」、「正視老人乃一獨立個體的個別性對待」、「以尊重的態度相待」(Marini, 1999)。

然而，護理之家所提供的照護人力中，護理助理員即高達 90%(Waxman, 1984)，其工作職責理應涵蓋：身體檢查與評估、身體清潔與舒適、活動睡眠三方面，可以說舉凡老人之生活起居，皆須仰賴護理助理員打點，(熊，戴，徐，陳，黃，民 81)；擔負此重任的護理助理員通常需要與護理之家中 40-90% 患有失智症的老人有密切的互動關係，而這些認知功能障礙的老人，經常是合併有精神症狀與行為問題(psychiatric symptoms & problem behaviors; Rovner & Kate, 1993)。因與一般正常老人相較下，認知障礙者在沐浴、如廁、更衣等日常生活功能(activities of daily living, ADLs)上較無法遵循護理助理員的提示、協助與指導，甚至很可能在協助過程中，發生攻擊等所謂的問題行為(Morriss, Rovner, & German, 1995)，這也就使得照護此族群老人成為格外具有挑戰性的任務。

失智老人在不同病程會有不同的問題行為與照護困難，根據徐等(民 80)對國內安養中心的研究調查發現： 55%的個案具有問題行為，其中包括躁動(42%)、言語攻擊(41%)、和不理人(39%)等。現今問題行為的臨床處置，仍是以藥物或身體約束為較常採用的方式，然而，接續的合併症又是處置上的難題與擔憂。研究發現 68.5%接受藥物治療中的個案之問題行為反彈加劇，與發生跌倒等其它合併症增多(Ryden, 1991 & 1992)，更有許多研究發現身體約束將可能導致壓瘡、甚至死亡。因此，如何正視與因應問題行為是有效處置的關鍵性認知。然而，儘管照護者具備相關問題行為的認知，但因源於問題行為導因的概念架構與照護模式仍未完整建立，許多措施效益不彰，再者，照護者不知如何操作措施的技巧，而難以突破現有成效(張，民 86)。

照護方案之內容措施良多，諸如行為處置、音樂療法、手部按摩等(張，民 86)；但完善有效的照護方案則未見於國內發表，以下根據漸進性壓力閾值減低理論（圖 3.、圖 4. Progressively Lowered Stress Threshold Model; Hall & Buckwalter, 1987）及行為處置原則為基礎與架構進行相關文獻探討。

漸進性壓力閾值減低理論之基本假設是：所有人類需要對其個人及環境有相當的控制力，個中乃是運用認知來調節情境壓力，但失智個案喪失此能力或使用不當的方法，而呈現行為混亂(其本身是處於相當不愉快的狀態)。所有行為是根深蒂固且具有意義，所以壓力相關的行為亦有其原因不會無中生有，而且必須 24 小時連續性觀察行為型態並合宜處置如間歇性休息和鬆弛的安排，以防止造成行為的負面連續性影響力。

「過度殘障」的五種壓力源導致生理功能紊亂之情況，即是除失智症的影響外，疲憊、環境與日常作息或照護者的改變、不良或不當的刺激程度、遠超過現有能力的內、外在要求、疼痛不適與感染等急性疾病，致使更加嚴重的能力受限，就如同孩童不舒服時，會以哭鬧等行為來渲洩其苦痛 (Kahn, 1975; Hall, 1994)。Hall 將行為反應依壓力嚴重程度分成：正常、焦躁與功能障礙三類行為型態，且提及疲憊與環境壓力源可誘發干擾行為(Disruptive behavior; Hall, 1987)；因此，如何塑造人際互動方式與其它環境刺激來預防或減少相關行為是現實緊迫需要發展的方向。

根據攻擊行為誘發模式-多重因素學說 (圖 2. Multiple Factors; Lanza, 1983)，強調問題行為的源始是內在變數的本能天性、身體結構、遺傳因子之演進元素、壓力與不舒適的感受等；家庭、社會、人際間溝通，人性化互動與否；和環境的熟悉度，簡單、安全卻不失于單調的足夠刺激等多重因素動態平衡失調所致；由此可推論問題行為之導因可分為三類：失智老人本身因素、環境因素與照顧者的因素。

失智老人本身因素：診斷為老年失智、器官性腦部症候群等的疾病，與老人的攻擊行為有相當的關係(Colenda & Hamer, 1991)；失智的嚴重度與攻擊行為的出現和嚴重度為有意義相關(Sweaver et al, 1988)；換言之，失智個案引發高比率的攻擊事件(Colenda & Hamer, 1991)；一份對 131 位有攻擊行為的失智老人的研究也發現，其主要診斷為器官性腦部症候群，與藥物或酒精無關。

攻擊行為與失智及器官性腦部病變有高度相關(Tardiff & Sweillam, 1989)，可能因為這些疾病引發失智老人失去控制

與產生混淆(Blair & New, 1991)。其他確定與攻擊行為有關之診斷為癲癇、藥物毒性、顳葉不正常等等。研究指出，有一半的顳葉型癲癇失智老人有攻擊行為(Barer et al, 1988)；也有報告指出，精神藥物的作用與攻擊行為有關，如 Benzodiazepines、Diazepam (Jacobs, 1983)。對於攻擊行為最好的單獨預測法是失智老人曾有攻擊行為的過去病史；43%的老人有重覆發生的攻擊性，換言之，曾有暴力行為的失智老人，大多能預測其可能出現攻擊行為(Jones, 1985; Lanza, 1988)。其他與攻擊行為相關的失智老人因素包括：無定向感、疲憊、幻覺、退化性行為和衝動控制力喪失、對於約束和侵犯身體的緩衝空間感到不舒服、親友死亡、沮喪且對周遭不關心等(Lanza, 1988)。

環境因素方面：環境可能會導致壓力進而引發攻擊行為，例如，身體活動空間受到限制，會產生無法容忍的焦躁，因此，Negley & Manley(1990)指出，(physical boundary)隨個人而不同，且定義其為圍繞一個人感到舒服的最基本距離，任何會侵犯個人身體緩衝空間的活動，都會增加攻擊行為的可能，例如，很多攻擊行為是發生在醫護小組成員在協助失智老人進食、穿衣、沐浴、擺位、移位時發生的(Bridges-Parlet, Knopman, & Thompson, 1994 ; Lanza, 1988; Negley & Manley, 1990)；過度刺激也與攻擊行為有關。

攻擊行為好發於三個時段，7AM~10AM；12noon~2PM；4PM~7PM (Garmel & Hunter, 1989)。此外，攻擊行為也常發生在周日到周二之間，據推測，可能是因為周末的活動減少導致無聊，另外，也有可能因為過多訪客的探望，引起比平常非週末時更多的攻擊事件。而一般的非週末時間活動較多，也易引起老人的攻擊行為發生；是以，刺激的過多或不及皆可能引起攻

擊行為。另外，要考量的環境的因素是當失智老人察覺到他人控制自己的生活作息時的無力感，其他，如轉介到護理之家、缺乏社交活動的封閉式居家照護、不經失智老人同意即給予藥物使用、非預期性的出入院等，都可能導致攻擊行為的發生。

照顧者因素方面：Lanza 等(1991)研究醫療小組的特質與失智老人攻擊行為的關係，發現對失智老人有活動上的設限會引起一些攻擊行為，尤其是器官性腦部症候群與失智的老人。Distasio (1994)也指出，一些醫療小組努力在維持常規，而當失智老人不能配合這些規定時，醫療小組過度激烈的反應或處罰行為，都可能觸發攻擊行為的惡性循環。一項研究結果指出當2-3個醫療小組同時對失智老人進行醫護措施，想要完成一項特別的照護任務時，或是當失智老人對醫療小組或情況與措施不熟悉時，容易使失智老人感到恐慌與混亂，而引發攻擊行為(Jones, 1985)。照顧者普遍性對問題行為了解有限，因而常感束手無策，則遑論處置的有效程度。

許多研究結果顯示，針對家屬設計的訓練計劃，對於減少家屬的負向反應與提昇居家照護品質有實質幫助，但國內尚缺乏此方面的研究，「問題行為處置照護方案」對家屬減輕負向影響(例如負擔與疲潰)的效果，也是尚未被執行與定量的研究領域；同理，護理助理員難以有效處置或照護失智老人而產生挫敗與潰乏，可能造成離職率增加的因素，甚或延宕導致照護品質堪憂。是以，確實了解失智老人照護與因應技巧，有助於照護者的正向接受與調適。

護理之家的照護品質低落與成本節節高昇之決定性因素，在於每年平均高達40-75%的人員流動率，此重要影響因素與工作滿意與否有高度正相關(Wexman et al., 1984; Pillemer,

1996)。其中，高工作滿意度及低人員流動率，則受較寬裕的照護人力比例、決策過程的參與程度、對合作團隊之歸屬感，以及其與老人間的情感連繫所影響(Caudill & Patrick, 1989; Monahan & McCarthy, 1992)。照護上常遇到的困難，包括日常活動中的限制，例如：排便或/及排尿型態改變、飲食狀況改變、身體活動受限…等，另外，預防意外及老人情緒也是照顧者常見的困難任務(王、徐、姚、吳，1998；陳、林、戴，1999)。提供護理助理員與照護相關的知識與溝通技巧，特別是與認知功能障礙者的問題行為處置技巧等在職教育課程，是相當需要且受歡迎(Maas et al, 1994; Morgan, 1996; Ripich et al., 1995)；同時，此類資訊對護理助理員照護效率的提升，亦將增加其對工作的滿意度(Maas et al, 1994; Morgan, 1996)。

曾有學者研究衛教課程對失智症主要照顧者之知識、態度、行為的影響，發現大部分的主要照顧者對於失智症的感受都不甚清楚，但經由衛教課程介入後，顯示其照護知識有明顯增進(Cohen-Mansfield, Culpepper, & Barkley, 1997; Brainard & Townsend, 1998; Chilvers & Jones, 1997; Mezey, Mitty, & Bottrell, 1993)。另者，給予護理助理員在職教育課程，對降低其流動率方面的掌控確有助益(Crant, Kane, Potthoff, & Ryden, 1996; Helmer, Olson, & Heim, 1993)。

依近幾年來相關的臨床研究，綜合整理出因應失智患者問題行為的策略，其涵蓋的範圍分別是：問題行為的確認、解決生理、環境、心理方面的問題、行為處置、藥物治療等(Banazak, 1996；Coates, 1995；Kettl, 1993；Lehninger, Ravindran, & Stewart, 1998；Vogelpohl, Beck, Heacock, & Mercer, 1996)。

然而，根據本研究計畫協同主持人的研究調查發現：以護理之家現行精簡的照護人力，需面對護理之家內高達 85.6% 的認知功能障礙老人的情況下，抽樣調查全國護理之家的照護主力——65 位護理助理員的教育背景，不僅其養成教育過程欠缺長期照護理念、知識及技能；教育程度國中以下者竟佔約五成，其中更不乏不識字者（張，2000）。如此的人力窘境對護理之家老人的居住權益與照護品質而言，存在著相當大的隱憂。

第三章、 研究方法

本研究採臨床實驗設計，對象為台南地區三家合法護理之家（其中一護理之家因不可抗拒的因素，中途退出本研究），隨機抽樣分為兩組：實驗組（對護理人員進行本研究研發之「失智老人照護方案」訓練課程）預期較控制組（未進行訓練課程）有較佳的結果呈現。照護方案之內容與實際運用設計乃以“漸進性壓力閾值減低模式”為理論依據（Progressively Lowered Stress Threshold Model, Hall & Buckwalter, 1987）。

本研究於初始探索性研究階段，重點在研發「護理之家失智老人問題行為照護方案」（即失智老人照護手冊）為掌握整體動態、達致真實狀態的瞭解，及為後續發揮照護方案訓練課程之執行的最大經濟效益，研究對象先鎖定機構內所有護理人員（包含護士、護理助理員），並於研究進行期間，藉半結構問卷深入訪談，彙整其原有對失智老人及問題行為之態度、知識、因應處置。除藉由與護理人員直接一對一訪談所得之主觀資料，研究小組成員亦在自然情境之觀察場域，持續的與護理人員互動並觀察、記錄。經由周密質化內容分析，進而，發展量化性量表，以有效性定位出護理人員真實照護現況與學習需求。研發過程為兼顧所得資料之周延與完整性，除根據上述訪談與觀察所得「臨床常見且難以處理的問題行為」外，將同時運用文獻查證、科技整合專家小組(interdisciplinary expert panel)的討論及建議，進而達成共識並認定此本土化之失智老人問題行為照護方案的有效度。

本研究接續重點乃在設計並執行適用台南地區，合法護理之家所有護理人員之「失智老人問題行為照護方案訓練課程」。包括課程形式與內容設計、課程前、後的資料收集、修定達致臨

床有效、使其具體實用；且兼併量化資料收集以進行施行成效的探討。

質化資料收集過程，以內容分析法及編碼(open coding)，持續比較原始資料與編碼概念異同，逐漸形成核心概念類組(core category)。就質化階段研究結果進行歸納與解析，後續設計量化調查問卷(27 項問題行為種類調查)，偵測與分析臨床現況確認出之問題行為，所得結果將整合文獻，並配合教學原理，以研發適合護理人員學習背景，舉辦單位內在職教育形式。

續以失智老人問題行為知識量表(共 23 題)、失智照護態度量表及客觀與自覺成長量表進行教學前、後量測，以驗收教學方案之臨床效益。此外亦藉焦點團體(focus group)釐清沈澱與整合共識，期達致臨床照護人力緊縮與照護品質間之動態平衡。研究過程中所有收集之量化資料，後續將再藉由回溯性分析，澄清並定位護理之家護理人員之兩大族群：護士、護理佐理員間是否有異、同質性，以供後續方案發展或研究之參考。

1. 質性研究資料收集與分析法

本階段質化研究過程，請參考圖 1. 質化研究流程，以下說明訪談資料之信效度：

乃由同一研究者進行訪談以保持資料的一致性。研究群亦協力去除本位立場(de-centering)的非批判式互動過程訓練(余、蔣、陳、蘇、劉，民 88)，以合乎客觀的訪談技巧及訪談情境的控制，並嚴謹控制錄音、文字謄寫之品質。資料分析過程中將由一位專家協助內容信效度之檢定。為避免研究者評碼時主觀判斷偏差，將隨機取樣所得十分之一，請豐富經驗者就本研究的編碼定義及架構做分析，形成一致性評量，作為不同評碼者間之信度(intercoder reliability)，研究者本身亦會將此十

分之一內容，於兩週後重複分析，求兩次結果的一致性，此即評碼者本身之信度(intracoder reliability)。

2. 量化研究資料收集與分析法

(1) 護理人員基本屬性資料

內容包括有性別、年齡、目前的職業、教育程度、婚姻狀況、及過去有無接受相關在職教育課程或對照護失智老人經驗。

(2) 失智老人問題行為種類調查

共列舉 27 項問題行為(含其他欄)供填寫並定位實際經驗。

(3) 失智症知識量表

共 23 題，其內容包含失智症疾病定義、導因、症狀、治療、照護及社會資源。以是非題方式(答對給 1 分，答錯給 0 分，不確定給 0.5 分)；分數愈高代表對於失智症相關知識愈好。

(3) 失智症照護態度量表

初步參考來自多方文獻之研究結果，再經研究者本身對於失智症照護經驗自擬問卷；內容包含對失智症疾病的看法、對失智症患者的照護想法及對失智症患者的照護意願。使用 Likert scale (10 分法)，分數愈高表示態度愈正向。

(4) 主、客觀自覺成長量表

包括課程前、後護理人員自行填寫的「自覺成長量表」；同時邀請護理之家主管對其單位內護理人員於課程前、後之表現，逐一評量「客觀成長量表」。

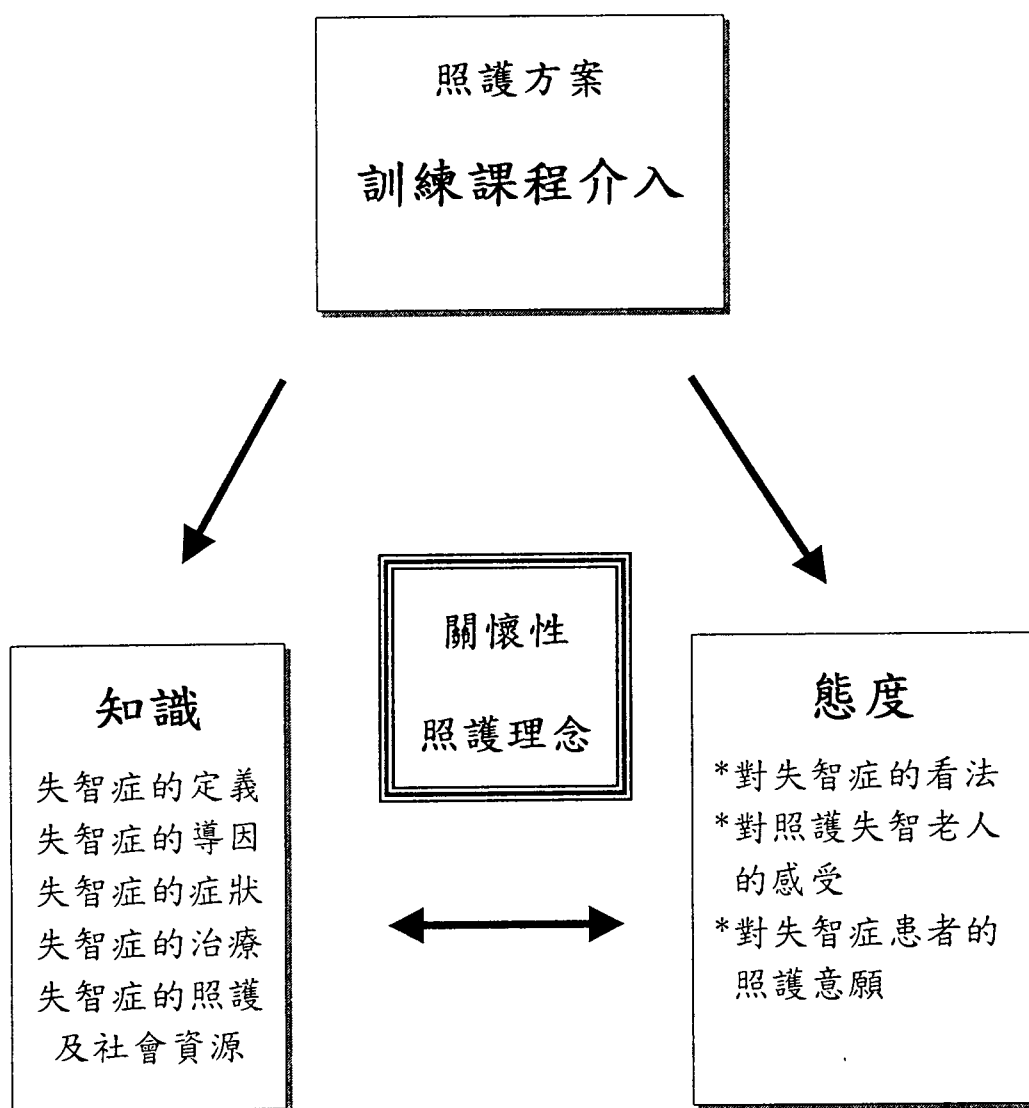
3. 照護方案訓練課程規劃

課程之設計，請參考附件一「失智老人問題行為照護訓練課程說明」。在課後與 nursing staff 逐一進行個別性一對一訪談，以瞭解對於課程內容的吸收程度與建議，以作為再次釐清臨床人員照護狀況並為修整課程內容參考。

然而，過程進行中發現，利用半結構式會談進行一對一的資料收集，所得回應有其個人思緒連結性、表達能力、或保守態度等之限制；為達致內容的飽和度亦配合輔導護理之家持續成長，故藉舉辦「在職教育—讀書報告與課程年度計畫會議」以焦點團體(focus-group)方式進行課程評值。

4、研究概念架構

照護方案訓練課程應用於護理助理員之成效探討



第四章、研究結果與討論

本年度報告乃鎖定台南縣、市合法化護理之家的護理人員(含護士 16 位與護理佐理員 28 位)，共四十四位為有效樣本對象，以進行質、量化合併之臨床研究 (Triangulation Study)。

質化研究結果與討論

經由一對一個別性深入訪談，基於資料豐富、多重，僅就各研究主題(research theme)發現，各舉證一、二為代表，研究結果與討論歸納如下：

1. 失智老人家屬的窘境：

(1)失智症的隱形受害者

「本來也都還好，可是後來開始大、小便不知道，四處去給她亂...是伸手進去挖，挖出來...就塗得到處都是，衣服、枕頭，房間、客廳...你說、你說，家人照顧起來，怎麼不會起肖？」

(case number 10-14)

(2)傳統孝道與現實社會的拉鋸戰

「其實把家裡的老人送到這來，家人也都很捨不得... 有時也是受到其他親人反對的很大壓力...」

(case number 10-06)

「不是隨便就能送來我們院裡，也要有錢才有辦法住的...沒錢的時候，就得帶回去自己人顧，顧得好還不好?沒辦法管到那麼多的...」

(case number 10-11)

2.護理之家失智老人常見問題行為

(1)躁動

「躁動的，就較難顧，就是要約束起來！以策安全！你約束他，他還會跟你搶繩子呢～」

(case number 02-07)

(2)肢體攻擊

「就跟他說不可以這樣打人！其實他們常嘗試假裝要打人，嚇嚇你，不是真的要打下去...」

(case number 02-15)

「肢體攻擊的情況，可能就是會在我們幫他做些事情，比如說是洗澡、換藥、換尿布的時候吧！這也是工作上一個蠻大的困擾的...太嚴重的就讓他們轉到醫院去。」

(case number 10-19)

(3)言語攻擊

「有時候老人家會跟小孩子一樣，就是我對這個好的話，那個就說我偏心，就是會一直念你、一直罵你、會罵你三字經喔～」

(case number 10-05)

(4)妄想

「老是說人家偷他的東西，會說我們每個員工...她看到誰，就說是誰偷了她的什麼錢還是東西...」

(case number 10-01)

(5)幻覺

「說睡覺時有人進來...小孩子在地上爬...床上都是螞蟻...

『快點喔～那個警察在後面追我喔～』其實都沒有的事情...」

(case number 10-05)

(6)爭鬥

「老人家間有時候會吵架～有時候是痴呆的跟清楚的吵起來、甚至還會打起來....那當然清楚的會比較吃虧，痴呆的就是會有攻擊性，會打人...傻瓜、傻瓜的力氣很大的！」

(case number 10-05)

(7)重複行為

「老自己的便當吃一吃，然後去撿別人吃剩的，拿好幾個弄在一起，說是要餵狗，但過一、兩個小時，就看到他熱水沖一沖，就吃起來...」

(case number 10-02)

(8)遊走、踱步

「像她老是亂走亂跑的，那妳一個不留意，ㄟ～她就不見人影了！甚至躲在廁所裡，就是坐在那兒，也不起來，叫也不應！讓我們到處找得要死！就是有時好得很，有時躁得要命啦！」

(case number 02-06)

(9)企圖逃離單位

「痴呆老人的話就是他會在那個走來走去，找看有沒有什麼路可以出去，因為他也不想待在這裡面，就是會這間找過一間的...」

(case number 02-08)

(10)走失

「大門都是手控的....但是客人來來去去，所以他們走一走就走出去！走丟了..找半天，還到警察局找，終於把他給找回來...警察也很生氣，說你們病人老掉掉..」

(case number 10-18)

(11)尖叫或大喊

「老是大聲喊叫『換尿布啦！換尿布啦！』，不到一個小時，就要換，都叫到自己聲音沙啞了...其實尿布幾乎沒濕...」

(case number 10-23)

「她就是一直叫，不一定時間，一想到就叫：『救命啊！救命啊！』、看到人就說：『過來過來！哎哎過來過來！』...」

(case number 09-01)

(12)睡眠習慣改變

「也是常遇到晚上不睡爬起來的...有一個就半夜抱著棉被，折得好好的，就出來外面走、走、走...也不跟人講話的...」

(case number 02-14)

(13)大、小便問題

「老人半夜起來尿尿，就尿在房門口...我門一開，走進去，就踩到那泡尿尿滑倒，害我跌到昏昏死...那個就是失智，不清楚...」

(case number 10-13)

(14)不當穿脫衣褲

「老人會說我很熱阿～還是說我很冷呀！...沒看氣溫的亂穿，好像就是閒閒沒事做，給自己一些事做，就是那樣子脫、這樣子穿...」

(case number 10-06)

(15)言語性騷擾工作人員

「就會說你多陪他聊天的話，就給多少錢，陪他睡覺的話..就多少錢....」

(case number 10-18)

(16)肢體性騷擾工作人員

「一些單身的榮民伯伯的，那他們就是會想阿！會要求你，做一些那種...會趁你不注意就給你摸下去...」

(case number 10-06)

(17)故意破壞財產或物體

「有一個把衣服扯破，撕得一條一條的，真的喔！每天就是在那邊拆衣服...每天就是給你拆個兩三套，力氣很大的！但是不會打人就是愛拆衣服」

(case number 10-11)

(18)偷竊

「偷東西..屢見不爽！就是趁你不注意時就拿走，像衣服會拿走，甚至每個衣服上都是有床號的，就給他改掉！放在自己的衣櫃裡...看到的東西通通拿走，什麼都要，甚至灌腸用的甘油球，他用不到的，他也通通拿走」

(case number 10-18)

(19)短期記憶缺失

「失智老人不完全說她都沒記憶的咧～你跟她講啥，ㄟ～她又精得很！回答得超清楚又正常的！可是常常也剛吃過飯，就吵說：『我無呷！我無呷啦！！你要給我天死』叫她不要做什麼事，她會應：『啊？哦！好！』但一下子又忘記，又去做重複的事...」

(case number 02-06)

(18)早期記憶殘存

「老人溜出大門，自己叫計程車回家，結果說的家是他當小朋友時的老家，記憶裡還知道的是根、源頭」

(case number 02-05)

「一個伯伯，每天提著一雙鞋，就說他要回大陸去了」。

(case number 02-23)

(20)飲食問題

「一下子，說不吃就是不吃...要吃的時候，一下子又吃得很多...」

(case number 10-05)

「叫他吃飯，他就說：『我不要吃！某某人打電話給我，我們約好要來去吃酒』事實上是他自己腦筋在回想的，然後那頓飯他就是不吃，堅持他要去吃那個酒就是了...」

(case number 09-01)

「我們裡面就是一個會吃尿布！手給他綁起來，綁的好緊！他還可以吃得到尿布，前面這塊尿布都吃完了喔～」

(case number 09-02)

(21)生氣反應

「就是有時候就發起脾氣來，但是一下子他自己就忘記，就過去了，反而還一直來跟你講好話的...」

(case number 02-19)

(22)哭泣

「常常阿媽們起來坐在哪邊，坐一坐，過一會兒...也沒怎樣就看到她們就掉起眼淚來...」

(case number 10-19)

(23)沮喪

「癡呆歸癡呆，還是知道家裡的人沒來看就很鬱卒、很操煩...但也很難講，可能睡一覺又忘記了...」

(case number 02-12)

(24)故意囤積財產或物體

「整個晚上就看他一直跑來倒開水，拿回去也沒喝，就放

著...等一下，又跑來倒一杯...倒了七、八杯堆得床旁桌滿滿的...」
(case number 10-15) .

(25) 誤認

「常常也熊熊想到什麼人，就會吵說要找到那個人，可是我們又不曉得那個人到底是誰？所以工作人員假裝一下就是那個人，讓他有找到人就對了...」 (case number 02-09)

「她女婿來看他，她就說『啊～這我姊夫』...她知道是她家裡的人，可是每次就是會講錯是誰...」

(case number 02-06)

(26) 語言溝通障礙

「老人表達得不清不楚，只說要挪後面點，那都挪到不能挪還不滿意...搞得兩個人都大顆汗、小顆汗...原來是『腳』要挪後面一點...這樣不講我怎麼知道是『腳』不是整個人？」

(case number 10-14)

「手比上面，然後跟我說要『開燈』？...跟我說他要喝『暖茶』...原來是他要喝熱開水...」

(case number 10-15)

(27) 其他

「坐在一起吃飯的時候，隔壁坐的老人是放鼻胃管的，他就去拉...」

(case number 02-12)

「看電視看到一半，說他想睡覺，然後鞋子一脫，就往地上躺...」

(case number 02-31)

「在機構裡面走來走去，想尿尿了！褲子一脫，就地蹲下來尿...」

(case number 10-23)

「老愛亂按叫人鈴，問他什麼事，沒事，一下子又按，沒事幹嘛按？他就回答說：『是隔壁按的不是我...』明明閃的就是他的燈號，隔壁那個中風不能動，怎麼跑來按他的鈴？」
(case number 10-16)

3.介入過程中、後護理人員因應失智老人問題行為之照護理念與策略解析

(1) 護理人員因應臨床現況之照護理念

●認命妥協、伏首稱臣

「把自己的大便拿起來啃，吃得一嘴巴大便，還問你說這是啥？味道不好吃...把尿桶當成帽子拿起來戴在自己頭上，裡面還有尿、有屎，淋得自己一身...怎麼辦？洗阿～還能怎麼辦？」
(case number:10-13)

「沒去想怎麼樣，就這樣笨笨的，一直做、一直做就對了！」
(case number:02-18)

●視病猶親、積德消業

「伯伯躲在棉被裡面哭：『我想回家...』『這就是你的家呀！你的孩子無人有閒顧你，來這我們會像厝內人同款給你顧』」
(case number:10-05)

「老阿公哭著說：『我要找爸爸！我要找媽媽！』我就跟他講：『爸爸、媽媽現在正在忙呀！稍等一會兒我們再去找他們，好不好？』，好像就真的是回到小時候，像常說的老小孩、老小孩、就真的是這個樣子的。」
(case number 02-06)

「我們做這個其實也是在做功德.... 被罵？就當是在消業障.... 」
(case number 10-10)

●「住」民所欲，常在我心

「老人就是患無不患少！就是趕快滿足他！給一點他要的！」

(case number 10-08)

「因為家人工作，所以放假、久久才來，那就沒辦法帶什麼給老人，那我們自己有的什麼好東西，比如水果，就拿來跟老人分享，坐下來跟他們一起吃，慢慢...慢慢地，就好像感覺到，老人對我們很有安全感跟信任我們。」

(case number 02-06)

●師傅領進門，修行在個人

「我認為照顧這些老人，做法要嚴格跟謹慎是比較好的...當初帶我的人就是很謹慎、很愛乾淨...所以我也這樣做事，然後我們就是這樣子傳傳傳...」

(case number 10-02)

「人家會教一下，講說要做什麼、做什麼，那其他就自己經驗，一步、一步，這樣子...」

(case number 10-08)

「人家說一樣米養百樣人，所以就是見招拆招而已」

(case number 10-01)

(2) 護理人員因應臨床現況之照護策略

●目的性撫觸、鬆弛鎮靜

「一次大夜巡房時，握住一個躁動老人的手，過一會，雖然聽不懂他想表達什麼，可是，他卻靜靜的流下淚來...」

(case number 10-19)

「像是那個阿媽，她很容易驚醒，輕輕碰一下就嚇醒，
向我們家的小朋友一樣，那我們就會過去，拍拍她說：『阿·
媽～阿媽～無驚～無驚～我攏在這...』」

(case number 10-24)

●行為處置、重嚇立威

「言語尖酸刻薄、出口成髒的王阿媽，對她『不言不語』，
但對隔壁阿婆『甜言蜜語』.... 當王阿媽『好言好語』時，
也馬上回應「溫言暖語」

(case number 10-17)

「有時候不是生氣、去兇老人，而是有時你就是要用比較
大聲、比較重的話去提醒他，他才聽得進去，才會停止在
窗戶那邊爬上爬下的這種危險動作」

(case number 10-06)

●線索提示、幽默以對

「『你叫啥？』『你給我逮著了，我就是姓鄭』」

「跌倒後，對下床走去廁所，心生恐懼的阿公，利用老
歌『惜別的海岸』提醒彼此『小便要扶』」

「不是不小心碰到，是這樣以圓圈狀給你摸呢～我就跟
阿公講：『阿公～要摸的話，我不要你摸，我要那個少年
家來摸！』」

(皆是取台語的諧音)

(case number 10-24)

●回憶療法、生命回顧

「對三不五時回家巡邏魚塭的阿公說：『來！我教你畫在
偷吃魚的白鷺鷥...』」

(case number 10-23)

「一位阿公以前是船員，在床上常會坐起來，做出很像撒魚網的動作，起先不知道他從事什麼工作，看了這個動作，問他以前是不是捕魚的？他非常高興，就認定我是認識他的人，便話說從前...有時候他把'床當船'，說：『下面有很多魚！趕快來網喔！』我也順著他說『抓到了！抓到了！』他就非常開心、很自豪說：『我沒騙你吧！』」

(case number 02-06)

●現實引導、確認療法

「帶他去窗邊：『你看！天黑黑！現在是暗時了！』」

(case number 10-13)

「渡過急性混亂期之後的老奶奶，反而照顧起其他的老人『奶奶，您是我們這兒最棒的志工！』」

(case number 10-23)

●委曲求全、迴避轉移

「常常也黑白罵到要死.....就當他在唱歌....顧這款老人就是自己要放得爛爛的...不用去跟他們計較...」

(case number 10-10)

「『唱歌才給煙...好聽！擱一條！』老人邊唱邊走開，忘了要討煙抽的需要」

(case number 10-23)

「那個男人阿～就那個行為的，就是要你幫他怎樣，跟他怎樣，會要求：『你來啦～你來陪我睡啦～』那我就說：『好！你先睡～等一下我事情做完就來』哄他兩下，等你事情做一做，他也就睡著了咧～我們也要下班了。」

(case number 10-11)

「警衛說病人怎麼走出去了？我嚇一跳，問說是往那一邊，趕快去追，看到他就在派出所那條路上一直往前走。去，走很快的，說是要回家去....我就追上去講：『你這樣走回去草地，好遠～你腳會酸，來～我們先回去，我幫你找車子坐，不用走的...』他就乖乖跟我回來...然後就乖乖坐那這邊等...」

(case number 10-04)

4. 「照護方案」訓練課程運用於護理人員之施行成效

綜論以上所得，護理人員對失智老人隨時隨地所投出的變化球—問題行為，莫不以充滿巧思之語言、動作因應，然而，原本偏於經驗取向、隨興所致的因應方式，其正確性、連續性與完整性無從評核，照護品質穩定之維持，有其限制。但因本次研究小組的介入，從訪談、到系列性教學的課程，過程中協助護理人員對臨床常見問題與因應方式，進行澄清、再確認、重新組織與架構，以建立起護理人員正確且有效的因應態度與策略，並於潛移默化中灌輸護理人員關懷(caring)之照護理念，其變化可進一步歸納出下列幾方面：

(1) 正確知識累加、關懷態度紮根

「說真的，這樣課上一上以後，我現在就覺得，可能她就是有那種失智症的徵兆，所以才會這麼不好相處，老是愛挑我這個、那個的....這樣講起來，好像蠻有可能的，那其實我也不需要用去跟她爭得大家都生氣喔？」

(case number 10-24)

「現在我們知道整個來龍去脈、為什麼他們會這樣以後，我們

就比較不會茫茫然，自己也比较不容易受傷...因為照顧這些失智的老人，你要很用心、很努力的去照顧他，那他還要說我們偷他的藥、偷他的錢，說你怎樣、怎樣...說實在的，本來真的都是會蠻嘔、灰心的...現在漸漸地了解了」

(case number 10-17)

(2)自我省思、自我肯定

「可能病人罵什麼、還是做了什麼，然後這個照顧的人就有多可憐...其實現在會想一想，很可能很多時候是自己的照顧方法錯誤造成的吧？」

(case number 10-17)

「以前我偶而是有唱老歌給阿公聽，就覺得阿公對古早的歌很像蠻有感覺的！人也會比較清明起來...現在我更知道，喔～原來這個叫做音樂治療、懷舊治療！我現在就可以很確定說，我在做的是怎麼一回事了！」

(case number 10-13)

(3)照護過程點滴、關懷自然湧現

「覺得上完課以後最大的幫助就是在講話方面，因為比較知道一點老人的想法、心情跟生病的不得已，嘗試去體受他們，就會比較注意自己講話的聲音或者就是比較能夠控制自己的脾氣吧！」

(case number 10-24)

「以前不曉得就是會用比較硬的方式『阿公！來！洗澡！』『不要！我不洗！我不洗！』『不行！要洗！』就是會硬對硬，抓來洗，那現在學會比較柔的方式去做『阿公耶～洗澡了唷～來嘛～來去洗啦～』...變成說你對他溫柔，他也就很乖的說『好～好～』」

(case number 10-09)

(4)建立學習文化、帶動討論風氣

「本來只是會做事而已，知道老人事情的較少，那次兩個人一起報告一個老人，頭一次這樣做，壓力很大，很想不要做的！但是彼此討論討論、共同做一做，ㄟ～我們就對那個老人，他的個性、他常有的症頭、哪一招對付他有效...他整個狀況就知道得很清楚！」

(case number 10-16)

「個案報告的方式的話...有重點也很具體，而且把老人一個、一個拿出來講、大家討論，感覺蠻好的，效果很不錯！我們以前比較不會講，可能因為我們這些歐巴桑都比較謙虛，也怕說被人家說愛現～自覺卡行...那我們看人家不跟我們講，也會覺得說是不是人家不願意跟我們講？所以就都自己做自己的，很少在講要怎麼照顧老人家...這次來這一下（個案報告）以後，大家上班時就開始常常討論、交流起撇步來...」

(case number 10-17)

5.對護理之家失智老人常見問題行為之學習態度與需求

在研究小組介入之初期、照護方案訓練課程進行中、進行後，在學習的態度與需求上，從初始的沒意見、沒概念、沒時間、甚至於‘我太老了，學不動也不用學’，轉變到正向、主動態度，分享更明確學習需求，甚或，建議教學內容與方法之修改，方案訓練介入前、後有其顯著差異，整體表現歸納如下：

(1)課程主題、有學無類

「只要老師教的，都想要學習！！！」

「我們每天就是做一樣的事情，就沒有想到怎樣才能進步了...」

「可能我們就是像痴呆的老人一樣，只要是老師來講課就是給我們刺激，可能要我們講出來，是不會講，但是講了會在心裡面...來上課就是來給我們治老人癡呆症一樣」

(10-focus group)

「護士忙不過來時，我們可以互手腳...像換藥、抽痰、急救...」

(2)特殊經驗、各有偏好

與老人的溝通、跟家屬的應對進退、躁動的處理、復健、意外狀況的預防跟處置、臨終照護

(3)學亦有道、事半功倍

上課聽講、實地演練、及時複習、增長效益

6.護理之家失智老人常見問題行為臨床照護困境

‘學以致用’是最圓滿結果，但是，往往也難不免逢及人力緊縮、無能伸展一己之長與學習所得，或是，十八般武藝全施展上，就是面對毫無進展、無能療效之尷尬場面。常見的困境寫照歸納如下：

(1)人力緊縮、分身乏術

「老人他就是有時好，有時不好...在灰時你就是要特別注意...像一個班，一整樓只有你一個人負責，常常你做到後面（廂房），他在前面（廂房）給你亂，這樣你就要三不五時要分心回來看他，無輪在顧賊（像防小偷）一樣....要是你做到後面去，他前面給你摔倒、跑不見、亂拔管子，你就好看了」

(case number 10-14)

(2)現實無奈、力有未逮

「也有遇到老人被遺棄在這，小孩都不來看，老人就一直哭、一直罵...我們也打電話找小孩來，但是他不來，我們也沒辦法，也很無奈的...」

(case number 10-05)

(3) 忙！盲！！茫！！！！

「會遊走，常常半夜要出去，蠻力很大，三個人都拉不住...雖有約束，仍無法靜坐在輪椅上，不停的起立、坐下、起立、坐下..做到他自己全身都汗如雨下」

(case number 10-23)

「尖叫啊！拉床欄弄出鏘鏘鏘鏘的聲音呀！給他約束也不是，跟他講好話也不是，都不聽！一概都不聽！就是拼命打！拼命吵！」

(case number 02-06)

「躁動？就綁起來，再不然就給他吃藥，讓他昏昏去...」

(case number 10-19)

「真是沒人性的，給我踢這麼大力下去...那沒辦法！就是綁起來！」「你說，我還能做甚麼呢？！」

(case number 10-15)

7.綜合討論：

由前述的深入質化訪談整理出的臨床常見問題行為分類，到在職教育的‘問題行為照護方案’介入後之護理人員漸進改變中，整理出如下護理之家照護品質的相關衍生議題，相當值得後續研究深入探討：

- (1)除了合理性並值得鼓勵其學習的照護課題外，有些護理佐理員甚至想深入、涉獵學習護士職責範圍內的工作，是否忽略了

所能執業內容的合法性。此類現象，是源於工作職責劃分不清？工作企圖心或成就感？或護理佐理員未有真正思索，如何在工作合法範疇內增強品質之正確性與合宜性，是需再深入釐清的。

(2) 失智老人因應疾病、問題行為嚴重程度，安排或強迫轉換到不同照護單位，是可能且合理的考量，但環境的更換，是否更易誘發問題行為的頻率性與嚴重度？不同性質機構轉介之間，該如何完善做好移居調適準備與因應？具攻擊行為的失智老人最渴求機構照護，卻也最是照護機構常態性的‘拒絕往來戶’，其該當何去何從？

(3) 護理之家的照護理念中，急需增闢家屬為其護理對象，進而，再教育並鼓勵家屬共同參與機構照護(family involved nursing home care)，以有效提昇失智老人生活品質。護理人員與家屬的互動，除了被動等待定期或不定期之探訪外，還能做什麼？例如，基於各種源由，極少探訪老人的家屬，除多次電話提醒並鼓勵探訪之外，其他可能之因應措施？護理人員應該如何與家屬共同討論，凝聚共識以確立共同照護方案，包含問題行為處理態度與方法的一致性、探訪次數與形式、機構舉辦活動時的參與度等方面，皆是需再深入探討之重要議題。

(1) 護理人員之基本資料分析：

內容包括有性別、年齡、籍貫、職稱、教育程度、婚姻狀況、及過去有無接受相關在職教育課程或照顧過失智症老人的經驗。(總樣本數共 45 位) 各解析如下：

1. 年齡方面：範圍從 20 歲到 60 歲，平均年齡為 42.25 歲，有效樣本為 44 位。
2. 性別方面：有效樣本有 44 位均為女性。
3. 婚姻狀況：有效樣本有 19 位，其中有 3 位未婚、16 位已婚。
4. 教育程度：範圍從小學到大學，其中小學佔 38.6%、高中佔 11.4%、專科佔 18.2%、大學則佔 4.5%。
5. 職稱方面：有效樣本 44 人中，護佐佔 63.6%、護士佔 31.8%、護理長佔 4.5%。
6. 目前機構工作年資方面：範圍從資淺的 6 個月到資深的 8 年，平均為 3 年又 5 個月。
7. 其他單位工作年資方面：範圍從沒有工作經驗的到資深的 25 年，平均為 5 年又 6 個月。
8. 照護經驗方面：
 - (a) 曾照顧過失智症個案數：有效樣本有 27 位，範圍從無經驗的到照顧過 50 個個案，而平均約有 9 個。在此問項中的有較多的遺漏值這有可能是因護理人員不太能確定自己所照顧的是否為失智症老人病患而導致沒填此問項。
 - (b) 照護經驗正、負向方面：有效樣本有 19 位，其中『正向』的有 15 位、『負向』有 2 位、『皆有』的有 2 位。在此問項中的有較多的遺漏值這有可能是因護理人員不太能確定自己所照顧的是否為失智症老人病患，而且猶豫負面情緒表達之不合宜，導致沒填此問項。
 - (c) 過去接受過「失智症照護問題」相關的在職教育或研習會的課程時數：有效樣本有 27 人，平均接受失智症相關課程時數有約 12 個小時，部分可能誤填為一般在職教育或研習會的課程時數，但因採不記名方式，而無從更正。
9. 過去其他工作機構：護理人員過去工作機構以『護理之家』(43.8%)為最多，其次為『安養中心』(18.8%)、『其他單位』(12.5%，例如私人診所)及『養護機構』(0%)

◆ 護理人員基本資料次數分配表：

表一 護理人員基本資料次數分配表

年齡層

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20歲以下	4	8.9	9.1	9.1
	20歲~30歲	4	8.9	9.1	18.2
	30歲~40歲	9	20.0	20.5	38.6
	40歲~50歲	16	35.6	36.4	75.0
	50歲~60歲	11	24.4	25.0	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Missing	System	1	2.2		
Total		45	100.0		

性別

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	女	44	97.8	100.0	100.0
Missing	System	1	2.2		
Total		45	100.0		

婚姻狀況

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	未婚	3	6.7	15.8	15.8
	已婚	15	33.3	78.9	94.7
	其他	1	2.2	5.3	100.0
	Total	19	42.2	100.0	
Missing	System	26	57.8		
Total		45	100.0		

教育程度

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	高中	5	11.1	11.4	11.4
	護職校	12	26.7	27.3	38.6
	專科	8	17.8	18.2	56.8
	大學	2	4.4	4.5	61.4
	小學	17	37.8	38.6	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Missing	System	1	2.2		
Total		45	100.0		

職稱

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	護士	14	31.1	31.8	31.8
	護理長	2	4.4	4.5	36.4
	護佐	28	62.2	63.6	100.0
	Total	44	97.8	100.0	
Missing	System	1	2.2		
Total		45	100.0		

照護失智症老人經驗

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	負向	2	4.4	10.5	10.5
	正向	15	33.3	78.9	89.5
	皆有	2	4.4	10.5	100.0
	Total	19	42.2	100.0	
Missing	System	26	57.8		
Total		45	100.0		

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
年齡	44	20.00	60.00	42.2500	11.6562
目前機構工作年資	40	.50	8.00	3.4500	2.6707
其他單位工作年資	11	.00	25.00	5.5073	8.5436
過去在職教育時數	30	.00	200.00	11.5667	40.2284
曾經照護的失智個案數	27	.00	50.00	8.7778	9.7718
Valid N (listwise)	0				

(2) 失智症知識量表

內容包含失智症疾病定義、導因、症狀、治療、照護及社會資源。共有 23 題問項，採用是非題的方式作答（對：○、錯：×、不知道：？）；答對給 1 分，答錯給 0 分，不知道給 0.5 分，分數愈高代表對於失智症的相關知識愈好。

(A) 信度分析

針對此次由 A 與 B 護理之家的護理人員做此份問卷的調查，對其做信度分析，結果 alpha 值約達 0.7，對新近研發之量表而言，此份問卷信度是可接受的。

表二之一 兩護理之家-失智症知識量表之信度分析

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Corrected Alpha if Item Deleted
AGINGA	32.1667	21.7033	.1809	.6679
RATEA	32.2857	23.5261	-.2255	.6941
STIMULA	32.1429	20.2718	.4430	.6442
MEMOLOA	31.8571	22.9547	-.0982	.6999
SAFEA	32.3571	22.7230	-.0160	.6789
QUIETA	32.3095	21.5848	.2371	.6638
REPEATA	32.3095	22.9994	-.0971	.6852
ACUSATA	31.7381	19.8078	.4156	.6430
MAINTAA	32.4286	22.7875	.0000	.6746
BORINGA	31.5952	20.5883	.2948	.6569
EXERCIA	31.4524	21.4733	.2993	.6601
RESTA	31.5714	21.0801	.2667	.6603
ATTACKA	32.0952	19.6005	.4466	.6391
DIAGNOA	31.5714	21.4216	.1583	.6713
RADIOA	32.0952	20.7712	.3253	.6548
ALLNIGA	31.9524	21.6562	.1407	.6722
LEARNA	32.0238	21.7799	.0912	.6786
SAMEA	32.2381	20.7224	.3932	.6503
MISINTA	31.6905	19.6823	.3117	.6549
SEXNEA	31.8810	18.6440	.5326	.6251
RECOGNA	32.2857	20.6481	.4465	.6473
BRAINAA	31.4524	18.7904	.3759	.6455
RESTRAA	31.9286	21.4338	.2051	.6659

Reliability Coefficients

N of Cases = 42.0 N of Items = 23 Alpha = .6732

(B) A護理之家護理人員前、後測平均數之比較

由於資料來自非常態母體且為小樣本，所以採用Wilcoxon Signed Ranks Test檢定之，結果在第3、16、18、19及22項的前、後平均數有顯著差異，其中第3、19及22項是後測平均數較前測平均數要高，即此三項是短期在職教育介入後有較明顯的正向改變。(資料統計結果見表二之二)

(C) A護理之家護理人員及B護理之家護理人員資料之比較

1. 前測得分平均數之比較

由檢定結果知兩筆資料均非來自常態母體，而且兩資料是獨立的，因此採用Mann-Whitney Test來作檢定。其中第2、3、8、23題A跟B的護理人員在得分上有顯著不同，其中第2項為A之護理人員的得分平均數較B高而3、8、23項則是B之護理人員的得分平均數較高。而兩護理之家在前測總得分的平均數上並無顯著差異。(資料統計結果見表二之三)

2. 後測得分平均數之比較

由檢定結果知兩筆資料均來自非常態母體，而且兩資料是獨立的，因此採用Mann-Whitney Test來作檢定。其中第1、2、4、8、13、15、18、19、20、22、23題A跟B的護理人員在得分上有顯著不同，其中第2、13、19、20、22項為A之護理人員的得分平均數較B高而1、4、8、15、18、23項則是B之護理人員的得分平均數較高。而兩護理之家在後測總得分的平均數上並無顯著差異。(資料統計結果見表二之三)

(D) 合併A護理之家護理人員及B護理之家護理人員資料作前後測得分平均數比較

因為兩護理之家合併使得資料為大樣本資料且前測與後測資料為相依資料，故採用Pair-T Test檢定之。由執行結果知各題前後測得分是有相關的而第3、16、17、18、19、22題在前後測得分上有顯著不同，其中第3、17、19及22題為後測平均得分較前測要好而第16及18題則是後測平均得分較前測低。而合併後資料比較前、後測總得分的平均數上並無顯著差異。(資料統計結果見表二之四)

◆結論：

由上結果發現在職教育介入前與後之各題平均得分比較只有四成左右的題目是有顯著差異的，造成此結果的因素有可能是題目難易度的不同、樣本數太少或依現有教育程度之護理助理員對其做短期在職教育之介入，難以使其在答題上有更明顯之進步或改變，因此，進一步的題目難易度分析、增加樣本數與延長在職教育執行期間，以進階測試本方案之成效。

A護理之家之護理人員老人失智症知識量表前後測得分平均數之檢定

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
AGINGB1 - AGINGA1	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	17 ^c		
	Total	18		
RATEB1 - RATEA1	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	18 ^f		
	Total	18		
STIMULB1 - STIMULA1	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	5 ^h	3.00	15.00
	Ties	13 ⁱ		
	Total	18		
MEMOLOB1 - MEMOLOA1	Negative Ranks	5 ^j	4.80	24.00
	Positive Ranks	2 ^k	2.00	4.00
	Ties	11 ^l		
	Total	18		
SAFE1B1 - SAFE1A1	Negative Ranks	0 ^m	.00	.00
	Positive Ranks	1 ⁿ	1.00	1.00
	Ties	17 ^o		
	Total	18		
QUIETB1 - QUIETA1	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^q	1.00	1.00
	Ties	17 ^r		
	Total	18		
REPEATB1 - REPEAT1A1	Negative Ranks	0 ^s	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^t	.00	.00
	Ties	18 ^u		
	Total	18		
ACUSATB1 - ACUSATA1	Negative Ranks	6 ^v	4.50	27.00
	Positive Ranks	3 ^w	6.00	18.00
	Ties	9 ^x		
	Total	18		
MAINTAB1 - MAINTAA1	Negative Ranks	1 ^y	1.00	1.00
	Positive Ranks	0 ^z	.00	.00
	Ties	17 ^{aa}		
	Total	18		
BORINGB1 - BORINGA1	Negative Ranks	3 ^{bb}	2.00	6.00
	Positive Ranks	2 ^{cc}	4.50	9.00
	Ties	13 ^{dd}		
	Total	18		

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
EXERCIB1 - EXERCIA1	Negative Ranks	1 ^{ee}	3.50	3.50
	Positive Ranks	3 ^{ff}	2.17	6.50
	Ties	14 ^{gg}		
	Total	18		
RESTB1 - RESTA1	Negative Ranks	3 ^{hh}	3.00	9.00
	Positive Ranks	3 ⁱⁱ	4.00	12.00
	Ties	12 ^{jj}		
	Total	18		
ATTACKB1 - ATTACKA1	Negative Ranks	0 ^{kk}	.00	.00
	Positive Ranks	3 ^{ll}	2.00	6.00
	Ties	15 ^{mm}		
	Total	18		
DIAGNOB1 - DIAGNOA1	Negative Ranks	3 ⁿⁿ	3.50	10.50
	Positive Ranks	3 ^{oo}	3.50	10.50
	Ties	12 ^{pp}		
	Total	18		
RADIOB1 - RADIOA1	Negative Ranks	4 ^{qq}	2.50	10.00
	Positive Ranks	0 ^{rr}	.00	.00
	Ties	14 ^{ss}		
	Total	18		
ALLNIGB1 - ALLNIGA1	Negative Ranks	6 ^{tt}	3.50	21.00
	Positive Ranks	0 ^{uu}	.00	.00
	Ties	12 ^{vv}		
	Total	18		
LEARNB1 - LEARNA1	Negative Ranks	2 ^{ww}	4.50	9.00
	Positive Ranks	8 ^{xx}	5.75	46.00
	Ties	8 ^{yy}		
	Total	18		
SAMEB1 - SAMEA1	Negative Ranks	7 ^{zz}	4.93	34.50
	Positive Ranks	1 ^{aa}	1.50	1.50
	Ties	10 ^{bb}		
	Total	18		
MISINTB1 - MISINTA1	Negative Ranks	1 ^{cc}	4.50	4.50
	Positive Ranks	8 ^{dd}	5.06	40.50
	Ties	9 ^{ee}		
	Total	18		
SEXNEB1 - SEXNEA1	Negative Ranks	4 ^{fff}	3.88	15.50
	Positive Ranks	7 ^{gg}	7.21	50.50
	Ties	7 ^{hh}		
	Total	18		
RECOGNB1 - RECOGNA1	Negative Ranks	0 ⁱⁱⁱ	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^{jjj}	1.00	1.00
	Ties	17 ^{kk}		
	Total	18		
BRAINB1 - BRAINA1	Negative Ranks	0 ^{lll}	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^{mm}	5.00	45.00
	Ties	9 ⁿⁿ		
	Total	18		

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
RESTRAB1 - RESTRAA1	Negative Ranks	1 ^{oo}	3.00	3.00
	Positive Ranks	4 ^{pp}	3.00	12.00
	Ties	13 ^{qq}		
	Total	18		
SUMB1 - SUMA1	Negative Ranks	6 ^{rr}	7.08	42.50
	Positive Ranks	9 ^{ss}	8.61	77.50
	Ties	3 ^{ttt}		
	Total	18		

- a. AGINGB1 < AGINGA1
- b. AGINGB1 > AGINGA1
- c. AGINGA1 = AGINGB1
- d. RATEB1 < RATEA1
- e. RATEB1 > RATEA1
- f. RATEA1 = RATEB1
- g. STIMULB1 < STIMULA1
- h. STIMULB1 > STIMULA1
- i. STIMULA1 = STIMULB1
- j. MEMOLOB1 < MEMOLOA1
- k. MEMOLOB1 > MEMOLOA1
- l. MEMOLOA1 = MEMOLOB1
- m. SAFEB1 < SAFEA1
- n. SAFEB1 > SAFEA1
- o. SAFEA1 = SAFEB1
- p. QUIETB1 < QUIETA1
- q. QUIETB1 > QUIETA1
- r. QUIETA1 = QUIETB1
- s. REPEATB1 < REPEATB1
- t. REPEATB1 > REPEATB1
- u. REPEATB1 = REPEATB1
- v. ACUSATB1 < ACUSATA1
- w. ACUSATB1 > ACUSATA1
- x. ACUSATA1 = ACUSATB1
- y. MAINTAB1 < MAINTAA1
- z. MAINTAB1 > MAINTAA1
- aa. MAINTAA1 = MAINTAB1
- bb. BORINGB1 < BORINGA1
- cc. BORINGB1 > BORINGA1
- dd. BORINGA1 = BORINGB1
- ee. EXERCIB1 < EXERCIA1
- ff. EXERCIB1 > EXERCIA1
- gg. EXERCIA1 = EXERCIB1
- hh. RESTB1 < RESTA1
- ii. RESTB1 > RESTA1
- jj. RESTA1 = RESTB1
- kk. ATTACKB1 < ATTACKA1
- ll. ATTACKB1 > ATTACKA1
- mm. ATTACKA1 = ATTACKB1

Ranks

nn. DIAGNOB1 < DIAGNOA1
oo. DIAGNOB1 > DIAGNOA1
pp. DIAGNOA1 = DIAGNOB1
qq. RADIOB1 < RADIOA1
rr. RADIOB1 > RADIOA1
ss. RADIOA1 = RADIOB1
tt. ALLNIGB1 < ALLNIGA1
uu. ALLNIGB1 > ALLNIGA1
vv. ALLNIGA1 = ALLNIGB1
ww. LEARNB1 < LEARNA1
xx. LEARNB1 > LEARNA1
yy. LEARNA1 = LEARNB1
zz. SAMEB1 < SAMEA1
aaa. SAMEB1 > SAMEA1
bbb. SAMEA1 = SAMEB1
ccc. MISINTB1 < MISINTA1
ddd. MISINTB1 > MISINTA1
eee. MISINTA1 = MISINTB1
fff. SEXNEB1 < SEXNEA1
ggg. SEXNEB1 > SEXNEA1
hhh. SEXNEA1 = SEXNEB1
iii. RECOGNB1 < RECOGNA1
jjj. RECOGNB1 > RECOGNA1
kkk. RECOGNA1 = RECOGNB1
lll. BRAINB1 < BRAINA1
mmm. BRAINB1 > BRAINA1
nnn. BRAINA1 = BRAINB1
ooo. RESTRAB1 < RESTRAA1
ppp. RESTRAB1 > RESTRAA1
qqq. RESTRAA1 = RESTRAB1
rrr. SUMB1 < SUMA1
sss. SUMB1 > SUMA1
ttt. SUMA1 = SUMB1

Test Statistics^d

	AGINGB1 - AGINGA1	RATEB1 - RATEA1	STIMULB1 - STIMULA1	MEMOLO B1 - MEMOLO A1	SAFE B1 - SAFEA1	QUIETB1 - QUIETA1
Z	-1.000 ^a	.000 ^b	-2.121 ^c	-1.734 ^a	-1.000 ^c	-1.000 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317	1.000	.034	.083	.317	.317

Test Statistics^d

	REPEATB1 - REPEAT A1	ACUSATB1 - ACUSATA1	MAINTAB1 - MAINTAA1	BORINGB1 - BORINGA1	EXERCIB1 - EXERCIA1	RESTB1 - RESTA1
Z	.000 ^b	-.562 ^a	-1.000 ^a	-.414 ^c	-.557 ^c	-.333 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000	.574	.317	.679	.577	.739

Test Statistics^d

	ATTACKB1 - ATTACKA1	DIAGNOB1 - DIAGNOA1	RADIOB1 - RADIOA1	ALLNIGB1 - ALLNIGA1	LEARNB1 - LEARNA1	SAMEB1 - SAMEA1
Z	-1.633 ^c	.000 ^b	-1.890 ^a	-2.333 ^a	-1.964 ^c	-2.420 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.102	1.000	.059	.020	.050	.016

Test Statistics^d

	MISINTB1 - MISINTA1	SEXNEB1 - SEXNEA1	RECOGN B1 - RECOGN A1	BRAINB1 - BRAINA1	RESTRAB 1 - RESTRAA 1	SUMB1 - SUMA1
Z	-2.309 ^c	-1.609 ^c	-1.000 ^c	-3.000 ^c	-1.342 ^c	-.997 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.021	.108	.317	.003	.180	.319

a. Based on positive ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

c. Based on negative ranks.

d. Wilcoxon Signed Ranks Test

表二之三

A護理之家及B護理之家之護理人員失智症知識量表前測及後測得分平均數檢定

Mann-Whitney Test

Ranks

以機構區分		N	Mean Rank	Sum of Ranks
AGINGA1	B	24	23.67	568.00
	A	18	18.61	335.00
	Total	42		
AGINGB1	B	24	24.67	592.00
	A	19	18.63	354.00
	Total	43		
RATEA1	B	24	19.63	471.00
	A	18	24.00	432.00
	Total	42		
RATEB1	B	24	20.02	480.50
	A	19	24.50	465.50
	Total	43		
STIMULA1	B	24	23.96	575.00
	A	18	18.22	328.00
	Total	42		
STIMULB1	B	24	21.85	524.50
	A	19	22.18	421.50
	Total	43		
MEMOLOA1	B	24	22.96	551.00
	A	18	19.56	352.00
	Total	42		
MEMOLOB1	B	24	25.67	616.00
	A	19	17.37	330.00
	Total	43		
SAFEA1	B	24	22.50	540.00
	A	18	20.17	363.00
	Total	42		
SAFEB1	B	24	22.50	540.00
	A	19	21.37	406.00
	Total	43		
QUIETA1	B	24	21.23	509.50
	A	18	21.86	393.50
	Total	42		
QUIETB1	B	24	21.21	509.00
	A	19	23.00	437.00
	Total	43		
REPEATA1	B	24	20.00	480.00
	A	18	23.50	423.00
	Total	42		
REPEATB1	B	24	20.42	490.00
	A	19	24.00	456.00
	Total	43		
ACUSATA1	B	24	24.65	591.50
	A	18	17.31	311.50
	Total	42		

Ranks

以機構區分		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ACUSATB1	B	24	26.48	635.50
	A	19	16.34	310.50
	Total	43		
MAINTAA1	B	24	21.50	516.00
	A	18	21.50	387.00
	Total	42		
MAINTAB1	B	24	22.50	540.00
	A	19	21.37	406.00
	Total	43		
BORINGA1	B	24	19.58	470.00
	A	18	24.06	433.00
	Total	42		
BORINGB1	B	24	20.08	482.00
	A	19	24.42	464.00
	Total	43		
EXERCIA1	B	24	21.40	513.50
	A	18	21.64	389.50
	Total	42		
EXERCIB1	B	24	20.94	502.50
	A	19	23.34	443.50
	Total	43		
RESTA1	B	24	20.08	482.00
	A	18	23.39	421.00
	Total	42		
RESTB1	B	24	20.17	484.00
	A	19	24.32	462.00
	Total	43		
ATTACKA1	B	24	20.69	496.50
	A	18	22.58	406.50
	Total	42		
ATTACKB1	B	24	19.63	471.00
	A	19	25.00	475.00
	Total	43		
DIAGNOA1	B	24	20.00	480.00
	A	18	23.50	423.00
	Total	42		
DIAGNOB1	B	24	20.17	484.00
	A	19	24.32	462.00
	Total	43		
RADIOA1	B	24	22.58	542.00
	A	18	20.06	361.00
	Total	42		
RADIOB1	B	24	25.17	604.00
	A	19	18.00	342.00
	Total	43		
ALLNIGA1	B	24	20.38	489.00
	A	18	23.00	414.00
	Total	42		
ALLNIGB1	B	24	24.00	576.00
	A	19	19.47	370.00
	Total	43		
LEARNA1	B	24	22.13	531.00
	A	18	20.67	372.00
	Total	42		

Ranks

	以機構區分	N	Mean Rank	Sum of Ranks
LEARNB1	B	24	19.92	478.00
	A	19	24.63	468.00
	Total	43		
SAMEA1	B	24	22.67	544.00
	A	18	19.94	359.00
	Total	42		
SAMEB1	B	24	25.71	617.00
	A	19	17.32	329.00
	Total	43		
MISINTA1	B	24	21.02	504.50
	A	18	22.14	398.50
	Total	42		
MISINTB1	B	24	18.58	446.00
	A	19	26.32	500.00
	Total	43		
SEXNEA1	B	24	20.33	488.00
	A	18	23.06	415.00
	Total	42		
SEXNEB1	B	24	18.92	454.00
	A	19	25.89	492.00
	Total	43		
RECOGNA1	B	24	20.83	500.00
	A	18	22.39	403.00
	Total	42		
RECOGNB1	B	24	20.81	499.50
	A	19	23.50	446.50
	Total	43		
BRAINA1	B	24	20.58	494.00
	A	18	22.72	409.00
	Total	42		
BRAINB1	B	24	17.25	414.00
	A	19	28.00	532.00
	Total	43		
RESTRAA1	B	24	26.13	627.00
	A	18	15.33	276.00
	Total	42		
RESTRAB1	B	24	25.00	600.00
	A	19	18.21	346.00
	Total	43		
SUMA1	B	24	22.19	532.50
	A	18	20.58	370.50
	Total	42		
SUMB1	B	24	21.83	524.00
	A	19	22.21	422.00
	Total	43		

Test Statistics^a

	AGINGA1	AGINGB1	RATEA1	RATEB1	STIMULA1	STIMULB1
Mann-Whitney U	164.000	164.000	171.000	180.500	157.000	224.500
Wilcoxon W	335.000	354.000	471.000	480.500	328.000	524.500
Z	-1.785	-2.221	-2.036	-2.089	-2.020	-.154
Asymp. Sig. (2-tailed)	.074	.026	.042	.037	.043	.878

Test Statistics^a

	MEMOLOA1	MEMOLOB1	SAFEA1	SAFEB1	QUIETA1	QUIETB1
Mann-Whitney U	181.000	140.000	192.000	216.000	209.500	209.000
Wilcoxon W	352.000	330.000	363.000	406.000	509.500	509.000
Z	-.996	-2.626	-1.653	-1.124	-.370	-1.273
Asymp. Sig. (2-tailed)	.319	.009	.098	.261	.711	.203

Test Statistics^a

	REPEAT1	REPEATB1	ACUSATA1	ACUSATB1	MAINTAA1	MAINTAB1
Mann-Whitney U	180.000	190.000	140.500	120.500	216.000	216.000
Wilcoxon W	480.000	490.000	311.500	310.500	387.000	406.000
Z	-1.797	-1.845	-2.110	-2.953	.000	-1.124
Asymp. Sig. (2-tailed)	.072	.065	.035	.003	1.000	.261

Test Statistics^a

	BORINGA1	BORINGB1	EXERCIA1	EXERCIB1	RESTA1	RETB1
Mann-Whitney U	170.000	182.000	213.500	202.500	182.000	184.000
Wilcoxon W	470.000	482.000	513.500	502.500	482.000	484.000
Z	-1.304	-1.265	-.098	-1.122	-1.041	-1.302
Asymp. Sig. (2-tailed)	.192	.206	.922	.262	.298	.193

Test Statistics^a

	ATTACKA1	ATTACKB1	DIAGNOA1	DIAGNOB1	RADIOA1	RADIOB1
Mann-Whitney U	196.500	171.000	180.000	184.000	190.000	152.000
Wilcoxon W	496.500	471.000	480.000	484.000	361.000	342.000
Z	-.692	-2.316	-1.031	-1.242	-.838	-2.750
Asymp. Sig. (2-tailed)	.489	.021	.303	.214	.402	.006

Test Statistics^a

	ALLNIGA1	ALLNIGB1	LEARN1	LEARNB1	SAMEA1	SAMEB1	MISINTA1
Mann-Whitney U	189.000	180.000	201.000	178.000	188.000	139.000	204.500
Wilcoxon W	489.000	370.000	372.000	478.000	359.000	329.000	504.500
Z	-.788	-1.504	-.469	-1.402	-1.171	-2.879	-.321
Asymp. Sig. (2-tailed)	.431	.132	.639	.161	.242	.004	.748

Test Statistics^a

	MISINTB1	SEXNEA1	SEXNEB1	RECOGNA1	RECOGNB1	BRAINB1
Mann-Whitney U	146.000	188.000	154.000	200.000	199.500	194.000
Wilcoxon W	446.000	488.000	454.000	500.000	499.500	494.000
Z	-2.482	-.822	-2.035	-.799	-1.578	-.615
Asymp. Sig. (2-tailed)	.013	.411	.042	.425	.115	.539

Test Statistics^a

	BRAINB1	RESTRAB1	RESTRAB1	SUMA1	SUMB1
Mann-Whitney U	114.000	105.000	156.000	199.500	224.000
Wilcoxon W	414.000	276.000	346.000	370.500	524.000
Z	-3.374	-3.227	-2.064	-.421	-.099
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.001	.039	.674	.921

a. Grouping Variable: 以機構區分

表二之四 合併A及B護理之家-失智症知識量表前後測得分平均數檢定
Pair-T Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	AGINGA1	.2262	42	.4162	6.422E-02
	AGINGB1	.2143	42	.4153	6.408E-02
Pair 2	RATEA1	.8929 ^a	42	.3031	4.678E-02
	RATEB1	.8929 ^a	42	.3031	4.678E-02
Pair 3	STIMULA1	.7857	42	.4003	6.178E-02
	STIMULB1	.8929	42	.3031	4.678E-02
Pair 4	MEMOLOA1	.3929	42	.4624	7.136E-02
	MEMOLOB1	.3095	42	.4547	7.016E-02
Pair 5	SAFEA1	.9643	42	.1708	2.636E-02
	SAFEB1	.9762	42	.1543	2.381E-02
Pair 6	QUIETA1	.9524	42	.1851	2.856E-02
	QUIETB1	.9643	42	.1708	2.636E-02
Pair 7	REPEATA1	.9167 ^a	42	.2686	4.145E-02
	REPEATB1	.9167 ^a	42	.2686	4.145E-02
Pair 8	ACUSATA1	.5119	42	.4748	7.327E-02
	ACUSATB1	.4643	42	.4863	7.504E-02
Pair 9	MAINTAA1	1.0000	42	.0000	.0000
	MAINTAB1	.9881	42	7.715E-02	1.190E-02
Pair 10	BORINGA1	.6190	42	.4528	6.986E-02
	BORINGB1	.6310	42	.4561	7.038E-02
Pair 11	EXERCIA1	.8690	42	.3135	4.838E-02
	EXERCIB1	.8929	42	.3031	4.678E-02
Pair 12	RESTA1	.7143	42	.4297	6.631E-02
	RESTB1	.7262	42	.4162	6.422E-02
Pair 13	ATTACKA1	.8452	42	.3217	4.964E-02
	ATTACKB1	.8929	42	.2823	4.356E-02
Pair 14	DIAGNOA1	.6429	42	.4457	6.877E-02
	DIAGNOB1	.6429	42	.4591	7.085E-02
Pair 15	RADIOA1	.2619	42	.4311	6.652E-02
	RADIOB1	.1786	42	.3797	5.859E-02
Pair 16	ALLNIGA1	.4048	42	.4844	7.474E-02
	ALLNIGB1	.2738	42	.4445	6.859E-02
Pair 17	LEARNA1	.2619	42	.4167	6.430E-02
	LEARNB1	.3929	42	.4754	7.336E-02
Pair 18	SAMEA1	.8810	42	.3086	4.762E-02
	SAMEB1	.7381	42	.4450	6.867E-02
Pair 19	MISINTA1	.6548	42	.4056	6.258E-02
	MISINTB1	.7500	42	.4020	6.203E-02
Pair 20	SEXNEA1	.2976	42	.4141	6.389E-02
	SEXNEB1	.3929	42	.4624	7.136E-02
Pair 21	RECOGNA1	.9286	42	.2361	3.643E-02
	RECOGNB1	.9405	42	.2264	3.493E-02
Pair 22	BRAINA1	.6667	42	.3433	5.298E-02
	BRAINB1	.7738	42	.3527	5.443E-02
Pair 23	RESTRAA1	.5357	42	.4987	7.695E-02
	RESTRAB1	.6071	42	.4881	7.532E-02
Pair 24	SUMA1	15.2262	42	2.3587	.3640
	SUMB1	15.4524	42	2.2680	.3500

a. The correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0.

表二之四 合併A及B護理之家-失智症知識量表前後測得分平均數檢定

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	AGINGA1 & AGINGB1	42	.983	.000
Pair 3	STIMULA1 & STIMULB1	42	.660	.000
Pair 4	MEMOLOA1 & MEMOLOB1	42	.742	.000
Pair 5	SAFEA1 & SAFEB1	42	.892	.000
Pair 6	QUIETA1 & QUIETB1	42	.909	.000
Pair 8	ACUSATA1 & ACUSATB1	42	.609	.000
Pair 9	MAINTAA1 & MAINTAB1	42	.	.
Pair 10	BORINGA1 & BORINGB1	42	.838	.000
Pair 11	EXERCIA1 & EXERCIB1	42	.683	.000
Pair 12	RESTA1 & RESTB1	42	.643	.000
Pair 13	ATTACKA1 & ATTACKB1	42	.820	.000
Pair 14	DIAGNOA1 & DIAGNOB1	42	.732	.000
Pair 15	RADIOA1 & RADIOB1	42	.788	.000
Pair 16	ALLNIGA1 & ALLNIGB1	42	.747	.000
Pair 17	LEARNA1 & LEARNB1	42	.576	.000
Pair 18	SAMEA1 & SAMEB1	42	.567	.000
Pair 19	MISINTA1 & MISINTB1	42	.804	.000
Pair 20	SEXNEA1 & SEXNEB1	42	.521	.000
Pair 21	RECOGNA1 & RECOGNB1	42	.945	.000
Pair 22	BRAINA1 & BRAINB1	42	.822	.000
Pair 23	RESTRAA1 & RESTRAB1	42	.760	.000
Pair 24	SUMA1 & SUMB1	42	.802	.000

表二之四 合併A及B護理之家-失智症知識量表前後測得分平均數檢定

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	AGINGA1 - AGINGB1	1.2E-02	7.7E-02	1.2E-02	-1.21E-02	3.6E-02	1.000	41	.323
Pair 3	STIMULA1 - STIMULB1	-.1071	.3031	4.7E-02	-.2016	-1.E-02	-2.291	41	.027
Pair 4	MEMOLOA1 - MEMOLOB1	8.3E-02	.3298	5.1E-02	-1.94E-02	.1861	1.638	41	.109
Pair 5	SAFEA1 - SAFEB1	-1.E-02	7.7E-02	1.2E-02	-3.59E-02	1.2E-02	-1.000	41	.323
Pair 6	QUIETA1 - QUIETB1	-1.E-02	7.7E-02	1.2E-02	-3.59E-02	1.2E-02	-1.000	41	.323
Pair 8	ACUSATA1 - ACUSATB1	4.8E-02	.4250	6.6E-02	-8.48E-02	.1801	.726	41	.472
Pair 9	MAINTAA1 - MAINTAB1	1.2E-02	7.7E-02	1.2E-02	-1.21E-02	3.6E-02	1.000	41	.323
Pair 10	BORINGA1 - BORINGB1	-1.E-02	.2587	4.0E-02	-9.25E-02	6.9E-02	-.298	41	.767
Pair 11	EXERCIA1 - EXERCIB1	-2.E-02	.2458	3.8E-02	-.1004	5.3E-02	-.628	41	.534
Pair 12	RESTA1 - RESTB1	-1.E-02	.3576	5.5E-02	-.1234	1.0E-01	-.216	41	.830
Pair 13	ATTACKA1 - ATTACKB1	-5.E-02	.1851	2.9E-02	-.1053	1.0E-02	-1.667	41	.103
Pair 14	DIAGNOA1 - DIAGNOB1	.0000	.3313	5.1E-02	-.1032	.1032	.000	41	1.000
Pair 15	RADIOA1 - RADIOB1	8.3E-02	.2686	4.1E-02	-3.73E-04	.1670	2.011	41	.051
Pair 16	ALLNIGA1 - ALLNIGB1	.1310	.3324	5.1E-02	2.737E-02	.2345	2.553	41	.014
Pair 17	LEARNA1 - LEARNB1	-.1310	.4141	6.4E-02	-.2600	-2.E-03	-2.050	41	.047
Pair 18	SAMEA1 - SAMEB1	.1429	.3710	5.7E-02	2.725E-02	.2585	2.496	41	.017
Pair 19	MISINTA1 - MISINTB1	-1.E-01	.2527	3.9E-02	-.1740	-2.E-02	-2.442	41	.019
Pair 20	SEXNEA1 - SEXNEB1	-1.E-01	.4311	6.7E-02	-.2296	3.9E-02	-1.432	41	.160
Pair 21	RECOGNA1 - RECOGNB1	-1.E-02	7.7E-02	1.2E-02	-3.59E-02	1.2E-02	-1.000	41	.323
Pair 22	BRAINA1 - BRAINB1	-.1071	.2076	3.2E-02	-.1719	-4.E-02	-3.344	41	.002
Pair 23	RESTRAA1 - RESTRAB1	-7.E-02	.3417	5.3E-02	-.1779	3.5E-02	-1.355	41	.183
Pair 24	SUMA1 - SUMB1	-.2262	1.4575	.2249	-.6804	.2280	-1.006	41	.320

(3) 失智症照護態度量表

參考研究文獻之報告，再經研究者本身對於失智症照護經驗自擬問卷；內容包含對失智症疾病的看法、對失智症患者的照護想法及對失智症患者照護意願。使用Likert scale的方法，依程度好壞給分，其中因穿插有正負向態度之設計故皆予以record以利資料結果分析，即分數愈高者表示態度愈正向。

【Note: Likert scale是採用十分法，分數愈高者表示態度愈正向。例如：『困難的』此項分數愈接近10分則表示在照護失智老人時，護理人員的感受愈是趨於相對應的，即是覺得較『容易的』，『值得的』此項分數愈接近10分則表示在照護失智老人時，護理人員的感受是覺得較『值得的』。】

(A) A護理之家前後測得分平均數檢定

由常態性檢定知，此資料非來自常態母體，而且前後測資料為配對資料是相依的，故採用無母數方法中的Wilcoxon Signed Ranks Test，所有資料皆呈現後測分數較前測為高，表示態度愈趨正向，唯獨挫敗的選項除外。但結果僅發現在『可怕的』及『愉悅的』二項的前、後測得分有顯著不同；且此二項均是後測分數較前測為高。(資料統計結果見表三之一)

表三之一 失智症照護態度量表-A護理之家-前後測得分平均數檢定

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
困難的(前測)	17	6.2353	1.8884	2.00	9.00
挫敗的(前測)	17	6.6471	1.6561	2.00	9.00
值得的(前測)	17	6.4706	2.4525	2.00	10.00
有意思的(前測)	17	6.6471	2.1196	2.00	10.00
可怕的(前測)	17	5.8824	1.9001	2.00	8.00
耗時的(前測)	17	4.3529	1.9020	1.00	8.00
愉悅的(前測)	16	6.1875	1.7212	3.00	9.00
有個別性的(前測)	17	6.3529	2.2063	2.00	9.00
創造性(前測)	17	6.7647	1.6019	3.00	9.00
困難的(後測)	19	6.4737	1.7754	3.00	10.00
挫敗的(後測)	19	6.6842	1.3355	4.00	10.00
值得的(後測)	19	7.0000	1.6330	5.00	10.00
有意思的(後測)	19	6.4737	1.8064	4.00	10.00
可怕的(後測)	19	7.0526	1.2236	5.00	10.00
耗時的(後測)	19	5.5789	2.1684	1.00	9.00
愉悅的(後測)	19	6.8421	1.7405	5.00	10.00
有個別性的(後測)	19	6.0000	2.2361	2.00	10.00
創造性的(後測)	19	6.3158	2.1096	3.00	10.00

表三之一 失智症照護態度量表-A護理之家-前後測得分平均數檢定

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
困難的(後測) - 困難的(前測)	Negative Ranks	5 ^a	6.10	30.50
	Positive Ranks	7 ^b	6.79	47.50
	Ties	5 ^c		
	Total	17		
挫敗的(後測) - 挫敗的(前測)	Negative Ranks	7 ^d	5.71	40.00
	Positive Ranks	4 ^e	6.50	26.00
	Ties	6 ^f		
	Total	17		
值得的(後測) - 值得的(前測)	Negative Ranks	5 ^g	7.10	35.50
	Positive Ranks	9 ^h	7.72	69.50
	Ties	3 ⁱ		
	Total	17		
有意思的(後測) - 有意思的(前測)	Negative Ranks	6 ^j	9.25	55.50
	Positive Ranks	8 ^k	6.19	49.50
	Ties	3 ^l		
	Total	17		
可怕的(後測) - 可怕的(前測)	Negative Ranks	2 ^m	3.50	7.00
	Positive Ranks	8 ⁿ	6.00	48.00
	Ties	7 ^o		
	Total	17		
耗時的(後測) - 耗時的(前測)	Negative Ranks	3 ^p	6.50	19.50
	Positive Ranks	10 ^q	7.15	71.50
	Ties	4 ^r		
	Total	17		
愉悅的(後測) - 愉悅的(前測)	Negative Ranks	2 ^s	3.00	6.00
	Positive Ranks	8 ^t	6.13	49.00
	Ties	6 ^u		
	Total	16		
有個別性的(後測) - 有個別性的(前測)	Negative Ranks	6 ^v	8.00	48.00
	Positive Ranks	7 ^w	6.14	43.00
	Ties	4 ^x		
	Total	17		
創造性的(後測) - 創造性的(前測)	Negative Ranks	7 ^y	8.14	57.00
	Positive Ranks	7 ^z	6.86	48.00
	Ties	3 ^{aa}		
	Total	17		

- a. 困難的(後測) < 困難的(前測)
- b. 困難的(後測) > 困難的(前測)
- c. 困難的(前測) = 困難的(後測)
- d. 挫敗的(後測) < 挫敗的(前測)
- e. 挫敗的(後測) > 挫敗的(前測)
- f. 挫敗的(前測) = 挫敗的(後測)
- g. 值得的(後測) < 值得的(前測)
- h. 值得的(後測) > 值得的(前測)
- i. 值得的(前測) = 值得的(後測)
- j. 有意思的(後測) < 有意思的(前測)
- k. 有意思的(後測) > 有意思的(前測)
- l. 有意思的(前測) = 有意思的(後測)
- m. 可怕的(後測) < 可怕的(前測)
- n. 可怕的(後測) > 可怕的(前測)
- o. 可怕的(前測) = 可怕的(後測)
- p. 耗時的(後測) < 耗時的(前測)
- q. 耗時的(後測) > 耗時的(前測)
- r. 耗時的(前測) = 耗時的(後測)
- s. 愉悅的(後測) < 愉悅的(前測)
- t. 愉悅的(後測) > 愉悅的(前測)
- u. 愉悅的(前測) = 愉悅的(後測)
- v. 有個別性的(後測) < 有個別性的(前測)
- w. 有個別性的(後測) > 有個別性的(前測)
- x. 有個別性的(前測) = 有個別性的(後測)
- y. 創造性的(後測) < 創造性的(前測)
- z. 創造性的(後測) > 創造性的(前測)
- aa. 創造性的(前測) = 創造性的(後測)

表三之一 失智症照護態度量表-A護理之家-前後測得分平均數檢定

Test Statistics^c

	困難的 (後測) - 困難的 (前測)	挫敗的 (後測) - 挫敗的 (前測)	值得的 (後測) - 值得的 (前測)	有意思 的(後 測) - 有 意思的 (前測)	可怕的 (後測) - 可怕的 (前測)	耗時的 (後測) - 耗時的 (前測)	愉悅的 (後測) - 愉悅的 (前測)	有個別 性的(後 測) - 有 個別性 的(前 測)	創造性 的(後 測) - 創 造性(前 測)
Z	-.679 ^a	-.635 ^b	-1.080 ^a	-.190 ^b	-2.102 ^a	-1.832 ^a	-2.228 ^a	-.176 ^b	-.292 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.497	.526	.280	.849	.036	.067	.026	.860	.770

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

(B) A護理之家與B護理之家之護理人員前測得分平均數檢定

因此資料來自非常態母體且兩家護理之家是獨立的，故採用Mann-Whitney Test 檢定之。結果兩家護理之家的護理人員各項得分之平均數均無顯著不同。(資料統計結果見表三之二)

表三之二 Mann-Whitney Test of A護理之家v. s. B護理之家-前測各項平均數檢定

Ranks				
以機構區分		N	Mean Rank	Sum of Ranks
困難的(前測)	B	22	17.59	387.00
	A	17	23.12	393.00
	Total	39		
挫敗的(前測)	B	21	20.45	429.50
	A	17	18.32	311.50
	Total	38		
值得的(前測)	B	21	20.14	423.00
	A	17	18.71	318.00
	Total	38		
有意思的(前測)	B	21	20.57	432.00
	A	17	18.18	309.00
	Total	38		
可怕的(前測)	B	22	21.18	466.00
	A	17	18.47	314.00
	Total	39		
耗時的(前測)	B	22	19.02	418.50
	A	17	21.26	361.50
	Total	39		
愉悅的(前測)	B	22	21.36	470.00
	A	16	16.94	271.00
	Total	38		
有個別性的(前測)	B	21	20.81	437.00
	A	17	17.88	304.00
	Total	38		
創造性(前測)	B	20	19.77	395.50
	A	17	18.09	307.50
	Total	37		

Test Statistics^b

	困難的 (前測)	挫敗的 (前測)	值得的 (前測)	有意思 的(前 測)	可怕的 (前測)	耗時的 (前測)	愉悅的 (前測)	有個別 性的 (前測)	創造性 (前測)
Mann-Whitney U	134.000	158.500	165.000	156.000	161.000	165.50	135.000	151.00	154.5
Wilcoxon W	387.000	311.500	318.000	309.000	314.000	418.50	271.000	304.00	307.5
Z	-.560	-.605	-.401	-.674	-.762	-.617	-1.234	-.820	-.483
Asymp. Sig. (2-tailed)	.119	.545	.688	.500	.446	.537	.217	.412	.629
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.138 ^a	.561 ^a	.706 ^a	.523 ^a	.475 ^a	.547 ^a	.234 ^a	.432 ^a	.641 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: 以機構區分

(C) A護理之家與B護理之家之護理人員後測得分平均數檢定

兩護理之家之護理人員後測得分平均數比較結果發現在『困難的』及『耗時的』二項有顯著差異且均是A較B分數要高。(資料統計結果見表三之三)

表三之三 Mann-Whitney Test of A護理之家與B護理之家-後測各項平均數比較檢定

Ranks				
以機構區分	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
困難的(後測)				
B	21	17.07	358.50	
A	19	24.29	461.50	
Total	40			
挫敗的(後測)				
B	20	21.00	420.00	
A	19	18.95	360.00	
Total	39			
值得的(後測)				
B	20	20.48	409.50	
A	19	19.50	370.50	
Total	39			
有意思的(後測)				
B	20	22.85	457.00	
A	19	17.00	323.00	
Total	39			
可怕的(後測)				
B	21	18.62	391.00	
A	19	22.58	429.00	
Total	40			
耗時的(後測)				
B	21	16.71	351.00	
A	19	24.68	469.00	
Total	40			
愉悅的(後測)				
B	21	20.21	424.50	
A	19	20.82	395.50	
Total	40			
有個別性的(後測)				
B	20	22.95	459.00	
A	19	16.89	321.00	
Total	39			
創造性的(後測)				
B	19	21.34	405.50	
A	19	17.66	335.50	
Total	38			

Test Statistics^b

	困難的 (後測)	挫敗的 (後測)	值得的 (後測)	有意思 的(後 測)	可怕的 (後測)	耗時的 (後測)	愉悅的 (後測)	有個別 性的(後 測)	創造性 的(後 測)
Mann-Whitney	27.500	170.00	80.500	33.000	160.00	20.000	193.50	31.000	45.500
Wilcoxon W	58.500	360.00	70.500	23.000	391.00	51.000	424.50	321.000	35.500
Z	-2.001	-.583	-.273	-1.631	-1.107	-2.193	-.167	-1.681	-1.042
Asymp. Sig. (2-tailed)	.045	.560	.785	.103	.268	.028	.867	.093	.297
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig	.050 ^a	.588 ^a	.792 ^a	.113 ^a	.294 ^a	.031 ^a	.872 ^a	.101 ^a	.311 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: 以機構區分

(D) 合併A護理之家護理人員及B護理之家護理人員資料作前後測得分平均數比較

合併後為大樣本故用Pair-T Test檢定之，結果有『可怕的』及『愉悅的』二項前後測有顯著差異。兩項後測分數均較前測高，故可推知護理人員在上完失智症照護課程後在照護老人的態度上感覺較不可怕而且也比较愉悅。(資料統計結果見表三之四)

表三之四 T-Test of 合併A與B兩護理之家一護理人員失智症照護態度量表

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	困難的(前測)	5.6842	38	2.0547	.3333
	困難的(後測)	5.7895	38	2.0816	.3377
Pair 2	挫敗的(前測)	6.7297	37	1.6774	.2758
	挫敗的(後測)	6.7568	37	1.5707	.2582
Pair 3	值得的(前測)	6.7568	37	2.1782	.3581
	值得的(後測)	7.0541	37	1.7942	.2950
Pair 4	有意思的(前測)	7.0000	37	1.9579	.3219
	有意思的(後測)	6.9459	37	1.8551	.3050
Pair 5	可怕的(前測)	6.1316	38	2.0158	.3270
	可怕的(後測)	6.6842	38	1.8174	.2948
Pair 6	耗時的(前測)	4.2368	38	1.8371	.2980
	耗時的(後測)	4.7632	38	2.1364	.3466
Pair 7	愉悅的(前測)	6.4324	37	1.6080	.2643
	愉悅的(後測)	6.7838	37	1.6522	.2716
Pair 8	有個別性的(前測)	6.7297	37	2.1557	.3544
	有個別性的(後測)	6.6486	37	2.2138	.3639
Pair 9	創造性(前測)	6.8333	36	1.8283	.3047
	創造性的(後測)	6.7222	36	2.0648	.3441

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	困難的(前測) & 困難的(後測)	38	.875	.000
Pair 2	挫敗的(前測) & 挫敗的(後測)	37	.523	.001
Pair 3	值得的(前測) & 值得的(後測)	37	.743	.000
Pair 4	有意思的(前測) & 有意思的(後測)	37	.612	.000
Pair 5	可怕的(前測) & 可怕的(後測)	38	.631	.000
Pair 6	耗時的(前測) & 耗時的(後測)	38	.628	.000
Pair 7	愉悅的(前測) & 愉悅的(後測)	37	.841	.000
Pair 8	有個別性的(前測) & 有個別性的(後測)	37	.754	.000
Pair 9	創造性(前測) & 創造性的(後測)	36	.820	.000

表三之四 T-Test of 合併A與B兩護理之家－護理人員失智症照護態度量表

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 困難的(前測) - 困難的(後測)	-.1053	1.0343	.1678	-.4452	.2347	-.627	37	.534
Pair 2 挫敗的(前測) - 挫敗的(後測)	-3.E-02	1.5897	.2613	-.5570	.5030	-.103	36	.918
Pair 3 值得的(前測) - 值得的(後測)	-.2973	1.4694	.2416	-.7872	.1926	-1.231	36	.226
Pair 4 有意思的(前測) - 有意思的(後測)	5.4E-02	1.6824	.2766	-.5069	.6150	.195	36	.846
Pair 5 可怕的(前測) - 可怕的(後測)	-.5526	1.6554	.2685	-1.097	-.0085	-2.058	37	.047
Pair 6 耗時的(前測) - 耗時的(後測)	-.5263	1.7357	.2816	-1.097	.0442	-1.869	37	.070
Pair 7 愉悅的(前測) - 愉悅的(後測)	-.3514	.9194	.1512	-.6579	-.0448	-2.324	36	.026
Pair 8 有個別性的(前測) - 有個別性的(後測)	8.1E-02	1.5344	.2523	-.4305	.5927	.321	36	.750
Pair 9 創造性的(前測) - 創造性的(後測)	.1111	1.1899	.1983	-.2915	.5137	.560	35	.579

結論：

由上資料可知在失智症態度量表有『可怕的』及『愉悅的』二項是前後測較有顯著差異的，即可推知在職教育介入後可使護理人員在照護失智症病患過程中，無論是心情上或態度上都會覺得較安全且快樂的。

(4) 主觀自覺成長量表與客觀觀察成長量表

(A) 主觀自覺成長量表(護理人員自評)

1. A護理之家-前後測平均數檢定

因資料來自非常態母體而且為相依資料故採用Wilcoxon Signed Ranks Test檢定之。結果顯示各項的前後測分數均有顯著不同且都是後測分數比前測分數高。可推知A護理之家之護理人員在上過失智老人的照護課程後，無論在對失智老人照護知識程度、照護技巧程度、替代方法、情緒反應瞭解程度、自己情緒的瞭解程度、準備程度以及對自己工作的專業貢獻認同程度均有較好的評估。(資料統計結果見表四之一)

表四之一 A護理之家-主觀自覺成長量表-前後測平均數檢定

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
知識(前測10分法)	18	5.6667	1.2834	2.00	7.00
技巧(前測10分法)	18	5.5000	1.6179	2.00	8.00
替代方法(前測10分法)	18	5.5556	1.3815	3.00	7.00
情緒反應(前測10分法)	18	5.6667	1.3720	2.00	8.00
自己情緒(前測10分法)	18	5.8333	1.3827	3.00	8.00
準備度(前測10分法)	18	5.7778	1.4371	3.00	8.00
專業貢獻(前測10分法)	18	6.2222	1.2154	4.00	9.00
知識(後測10分法)	19	7.4737	1.7438	2.00	10.00
技巧(後測10分法)	19	7.6842	1.2933	6.00	10.00
替代方法(後測10分法)	19	7.6316	1.3000	6.00	9.00
情緒反應(後測10分法)	19	7.7895	1.2727	6.00	9.00
自己情緒(後測10分法)	19	7.3158	1.2043	6.00	9.00
準備度(後測10分法)	19	7.2632	1.4848	3.00	9.00
專業貢獻(後測10分法)	19	7.6842	1.4550	6.00	10.00

表四之一 A護理之家-主觀自覺成長量表-前後測平均數檢定

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
知識(後測10分法) - 知識(前測10分法)	Negative Ranks	1 ^a	3.00	3.00
	Positive Ranks	16 ^b	9.38	150.00
	Ties	1 ^c		
	Total	18		
技巧(後測10分法) - 技巧(前測10分法)	Negative Ranks	1 ^d	2.00	2.00
	Positive Ranks	16 ^e	9.44	151.00
	Ties	1 ^f		
	Total	18		
替代方法(後測10分法) - 替代方法(前測10分法)	Negative Ranks	1 ^g	2.00	2.00
	Positive Ranks	17 ^h	9.94	169.00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	18		
情緒反應(後測10分法) - 情緒反應(前測10分法)	Negative Ranks	1 ^j	3.00	3.00
	Positive Ranks	16 ^k	9.38	150.00
	Ties	1 ^l		
	Total	18		
自己情緒(後測10分法) - 自己情緒(前測10分法)	Negative Ranks	3 ^m	5.33	16.00
	Positive Ranks	13 ⁿ	9.23	120.00
	Ties	2 ^o		
	Total	18		
準備度(後測10分法) - 準備度(前測10分法)	Negative Ranks	2 ^p	2.50	5.00
	Positive Ranks	13 ^q	8.85	115.00
	Ties	3 ^r		
	Total	18		
專業貢獻(後測10分法) - 專業貢獻(前測10分法)	Negative Ranks	1 ^s	3.00	3.00
	Positive Ranks	13 ^t	7.85	102.00
	Ties	4 ^u		
	Total	18		

- a. 知識(後測10分法) < 知識(前測10分法)
- b. 知識(後測10分法) > 知識(前測10分法)
- c. 知識(前測10分法) = 知識(後測10分法)
- d. 技巧(後測10分法) < 技巧(前測10分法)
- e. 技巧(後測10分法) > 技巧(前測10分法)
- f. 技巧(前測10分法) = 技巧(後測10分法)
- g. 替代方法(後測10分法) < 替代方法(前測10分法)
- h. 替代方法(後測10分法) > 替代方法(前測10分法)
- i. 替代方法(前測10分法) = 替代方法(後測10分法)
- j. 情緒反應(後測10分法) < 情緒反應(前測10分法)
- k. 情緒反應(後測10分法) > 情緒反應(前測10分法)
- l. 情緒反應(前測10分法) = 情緒反應(後測10分法)
- m. 自己情緒(後測10分法) < 自己情緒(前測10分法)
- n. 自己情緒(後測10分法) > 自己情緒(前測10分法)
- o. 自己情緒(前測10分法) = 自己情緒(後測10分法)
- p. 準備度(後測10分法) < 準備度(前測10分法)
- q. 準備度(後測10分法) > 準備度(前測10分法)
- r. 準備度(前測10分法) = 準備度(後測10分法)
- s. 專業貢獻(後測10分法) < 專業貢獻(前測10分法)
- t. 專業貢獻(後測10分法) > 專業貢獻(前測10分法)
- u. 專業貢獻(前測10分法) = 專業貢獻(後測10分法)

表四之一 A護理之家-主觀自覺成長量表-前、後測平均數檢定

Test Statistics^a

	知識(後測10分法) - 知識(前測10分法)	技巧(後測10分法) - 技巧(前測10分法)	替代方法(後測10分法) - 替代方法(前測10分法)	情緒反應(後測10分法) - 情緒反應(前測10分法)	自己情緒(後測10分法) - 自己情緒(前測10分法)	準備度(後測10分法) - 準備度(前測10分法)	專業貢獻(後測10分法) - 專業貢獻(前測10分法)
Z	-3.516 ^a	-3.591 ^a	-3.713 ^a	-3.511 ^a	-2.715 ^a	-3.149 ^a	-3.139 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.007	.002	.002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2. A護理之家與B護理之家之護理人員前測得分平均數檢定

比較兩護理之家的護理人員自評結果，發現兩家在前測分數是具有同質性的，因此再比較平均數發現均無顯著不同。(資料統計結果見表四之二)

表四之二 A護理之家與B護理之家之護理人員主觀自覺成長量表前測得分平均數檢定

Ranks

	以機構區分	N	Mean Rank	Sum of Ranks
知識(前測10分法)	B	22	18.14	399.00
	A	18	23.39	421.00
	Total	40		
技巧(前測10分法)	B	22	19.91	438.00
	A	18	21.22	382.00
	Total	40		
替代方法(前測10分法)	B	20	17.80	356.00
	A	18	21.39	385.00
	Total	38		
情緒反應(前測10分法)	B	22	19.23	423.00
	A	18	22.06	397.00
	Total	40		
自己情緒(前測10分法)	B	22	21.61	475.50
	A	18	19.14	344.50
	Total	40		
準備度(前測10分法)	B	22	19.68	433.00
	A	18	21.50	387.00
	Total	40		
專業貢獻(前測10分法)	B	20	21.05	421.00
	A	18	17.78	320.00
	Total	38		

表四之二 A護理之家與B護理之家之護理人員主觀自覺成長量表前測得分平均數檢定

Test Statistics ^b							
	知識(前測10分法)	技巧(前測10分法)	替代方法(前測10分法)	情緒反應(前測10分法)	自己情緒(前測10分法)	準備度(前測10分法)	專業貢獻(前測10分法)
Mann-Whitney U	146.000	185.000	146.000	170.000	173.500	180.000	149.000
Wilcoxon W	399.000	438.000	356.000	423.000	344.500	433.000	320.000
Z	-1.464	-.358	-1.009	-.781	-.682	-.499	-.928
Asymp. Sig. (2-tailed)	.143	.720	.313	.435	.495	.618	.353
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.163 ^a	.737 ^a	.331 ^a	.459 ^a	.510 ^a	.638 ^a	.377 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: 以機構區分

3. A護理之家與B護理之家之護理人員後測得分平均數檢定

比較兩護理之家的護理人員自評結果，由於『對失智老人的照護知識增加』、『對失智老人的照護技巧增加』及『更會運用替代方法照護失智老人』三項在兩護理之家答題同質性不高，因此不再比較兩單位的平均數，所以有『對失智老人情緒反應瞭解程度』及『照護失智老人的準備度』二項在兩單位之間的分數有顯著不同且均是A護理之家之護理人員分數較高。(資料統計結果見表四之三)

表四之三 A護理之家與B護理之家之護理人員主觀自覺成長量表後測得分平均數檢定

Ranks				
	以機構區分	N	Mean Rank	Sum of Ranks
知識(後測10分法)	B	21	13.52	284.00
	A	19	28.21	536.00
	Total	40		
技巧(後測10分法)	B	21	14.10	296.00
	A	19	27.58	524.00
	Total	40		
替代方法(後測10分法)	B	19	11.84	225.00
	A	19	27.16	516.00
	Total	38		
情緒反應(後測10分法)	B	21	13.69	287.50
	A	19	28.03	532.50
	Total	40		
自己情緒(後測10分法)	B	21	17.19	361.00
	A	19	24.16	459.00
	Total	40		
準備度(後測10分法)	B	21	14.83	311.50
	A	19	26.76	508.50
	Total	40		
專業貢獻(後測10分法)	B	19	16.47	313.00
	A	19	22.53	428.00
	Total	38		

表四之三 A護理之家與B護理之家之護理人員主觀自覺成長量表後測得分平均數檢定

Test Statistics^b

	知識(後測 10分法)	技巧(後測 10分法)	替代方法 (後測10分 法)	情緒反應 (後測10分 法)	自己情緒 (後測10分 法)	準備度(後 測10分法)	專業貢獻 (後測10分 法)
Mann-Whitney U	53.000	65.000	35.000	56.500	130.000	80.500	123.000
Wilcoxon W	284.000	296.000	225.000	287.500	361.000	311.500	313.000
Z	-4.029	-3.696	-4.328	-3.961	-1.948	-3.287	-1.701
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.051	.001	.089
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a	.000 ^a	.000 ^a	.000 ^a	.061 ^a	.001 ^a	.096 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: 以機構區分

(B) 客觀觀察成長量表(由主管評估)

1. A護理之家-前後測平均數檢定

檢定結果各項前後測均有顯著差異且後測均較前測分數要高。表示單位主管認為該單位護理人員在上過失智老人照護課程後，在照護老人上都較未上過課前有較好的表現。(資料統計結果見表四之四)

表四之四 A-客觀觀察成長量表-前後測平均數檢定

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
知識(前測10分法)	18	5.7222	1.2744	4.00	8.00
技巧(前測10分法)	18	5.9444	1.3048	4.00	8.00
替代方法(前測10分法)	18	6.0556	1.2590	4.00	8.00
情緒反應(前測10分法)	18	6.1667	1.2005	4.00	8.00
自己情緒(前測10分法)	18	6.1111	1.2783	4.00	8.00
準備度(前測10分法)	18	6.1667	1.2485	4.00	8.00
專業貢獻(前測10分法)	18	6.4444	1.0966	5.00	8.00
知識(後測10分法)	18	6.6667	1.0847	5.00	8.00
技巧(後測10分法)	18	6.6111	1.0922	5.00	8.00
替代方法(後測10分法)	18	6.7222	1.1785	5.00	9.00
情緒反應(後測10分法)	18	6.7222	1.1785	5.00	9.00
自己情緒(後測10分法)	18	6.7222	1.2744	4.00	9.00
準備度(後測10分法)	18	6.6667	1.1882	4.00	9.00
專業貢獻(後測10分法)	18	7.1667	1.0981	6.00	9.00

表四之四 A-客觀觀察成長量表-前後測平均數檢定

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
知識(後測10分法) - 知識(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	16 ^b	8.50	136.00
	Ties	2 ^c		
	Total	18		
技巧(後測10分法) - 技巧(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^e	6.50	78.00
	Ties	6 ^f		
	Total	18		
替代方法(後測10分法) - 替代方法(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	12 ^h	6.50	78.00
	Ties	6 ⁱ		
	Total	18		
情緒反應(後測10分法) - 情緒反應(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^k	5.50	55.00
	Ties	8 ^l		
	Total	18		
自己情緒(後測10分法) - 自己情緒(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^m	.00	.00
	Positive Ranks	11 ⁿ	6.00	66.00
	Ties	7 ^o		
	Total	18		
準備度(後測10分法) - 準備度(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^q	5.00	45.00
	Ties	9 ^r		
	Total	18		
專業貢獻(後測10分法) - 專業貢獻(前測10分法)	Negative Ranks	0 ^s	.00	.00
	Positive Ranks	13 ^t	7.00	91.00
	Ties	5 ^u		
	Total	18		

- a. 知識(後測10分法) < 知識(前測10分法)
- b. 知識(後測10分法) > 知識(前測10分法)
- c. 知識(前測10分法) = 知識(後測10分法)
- d. 技巧(後測10分法) < 技巧(前測10分法)
- e. 技巧(後測10分法) > 技巧(前測10分法)
- f. 技巧(前測10分法) = 技巧(後測10分法)
- g. 替代方法(後測10分法) < 替代方法(前測10分法)
- h. 替代方法(後測10分法) > 替代方法(前測10分法)
- i. 替代方法(前測10分法) = 替代方法(後測10分法)
- j. 情緒反應(後測10分法) < 情緒反應(前測10分法)
- k. 情緒反應(後測10分法) > 情緒反應(前測10分法)
- l. 情緒反應(前測10分法) = 情緒反應(後測10分法)
- m. 自己情緒(後測10分法) < 自己情緒(前測10分法)
- n. 自己情緒(後測10分法) > 自己情緒(前測10分法)
- o. 自己情緒(前測10分法) = 自己情緒(後測10分法)
- p. 準備度(後測10分法) < 準備度(前測10分法)
- q. 準備度(後測10分法) > 準備度(前測10分法)
- r. 準備度(前測10分法) = 準備度(後測10分法)
- s. 專業貢獻(後測10分法) < 專業貢獻(前測10分法)
- t. 專業貢獻(後測10分法) > 專業貢獻(前測10分法)
- u. 專業貢獻(前測10分法) = 專業貢獻(後測10分法)

表四之四 A-客觀觀察成長量表-前後測平均數檢定

Test Statistics ^a							
	知識(後測10分法) - 知識(前測10分法)	技巧(後測10分法) - 技巧(前測10分法)	替代方法(後測10分法) - 替代方法(前測10分法)	情緒反應(後測10分法) - 情緒反應(前測10分法)	自己情緒(後測10分法) - 自己情緒(前測10分法)	準備度(後測10分法) - 準備度(前測10分法)	專業貢獻(後測10分法) - 專業貢獻(前測10分法)
Z	-3.900 ^a	-3.464 ^a	-3.464 ^a	-3.162 ^a	-3.317 ^a	-3.000 ^a	-3.606 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.001	.001	.002	.001	.003	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2. A護理之家與B護理之家之護理人員前測得分平均數檢定

比較兩護理之家的護理人員由主管評分結果，發現兩家在前測分數是具有同質性的，因此再比較平均數發現只有『專業貢獻』此項有顯著不同而其他均無顯著不同且均是A分數較B高。(資料統計結果見表四之五)

表四之五 A及B護理之家-客觀觀察成長量表-前測平均數檢定

Ranks				
以機構區分	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
知識(前測10分法)				
B	29	25.64	743.50	
A	18	21.36	384.50	
Total	47			
技巧(前測10分法)				
B	29	23.83	691.00	
A	18	24.28	437.00	
Total	47			
替代方法(前測10分法)				
B	29	23.34	677.00	
A	18	25.06	451.00	
Total	47			
情緒反應(前測10分法)				
B	29	22.55	654.00	
A	18	26.33	474.00	
Total	47			
自己情緒(前測10分法)				
B	29	23.12	670.50	
A	18	25.42	457.50	
Total	47			
準備度(前測10分法)				
B	29	22.12	641.50	
A	18	27.03	486.50	
Total	47			
專業貢獻(前測10分法)				
B	29	19.83	575.00	
A	18	30.72	553.00	
Total	47			

Test Statistics^a

	知識(前測10分法)	技巧(前測10分法)	替代方法(前測10分法)	情緒反應(前測10分法)	自己情緒(前測10分法)	準備度(前測10分法)	專業貢獻(前測10分法)
Mann-Whitney U	213.500	256.000	242.000	219.000	235.500	206.500	140.000
Wilcoxon W	384.500	691.000	677.000	654.000	670.500	641.500	575.000
Z	-1.054	-.111	-.424	-.937	-.567	-1.218	-2.708
Asymp. Sig. (2-tailed)	.292	.911	.672	.349	.570	.223	.007

a. Grouping Variable: 以機構區分

3. A護理之家與B護理之家之護理人員後測得分平均數檢定

比較兩護理之家的護理人員由主管評分結果，發現『對失智老人情緒反應瞭解程度』、『照護失智老人的準備度』及『專業貢獻』三項在兩家之間的分數有顯著不同且均是A分數較B高。(資料統計結果見表四之六)

表四之六 A及B護理之家-客觀觀察成長量表-前測平均數檢定

Ranks				
	以機構區分	N	Mean Rank	Sum of Ranks
知識(後測10分法)	B	29	22.98	666.50
	A	18	25.64	461.50
	Total	47		
技巧(後測10分法)	B	29	21.60	626.50
	A	18	27.86	501.50
	Total	47		
替代方法(後測10分法)	B	29	21.26	616.50
	A	18	28.42	511.50
	Total	47		
情緒反應(後測10分法)	B	29	20.86	605.00
	A	18	29.06	523.00
	Total	47		
自己情緒(後測10分法)	B	29	21.28	617.00
	A	18	28.39	511.00
	Total	47		
準備度(後測10分法)	B	29	20.31	589.00
	A	18	29.94	539.00
	Total	47		
專業貢獻(後測10分法)	B	29	18.00	522.00
	A	18	33.67	606.00
	Total	47		

Test Statistics^a

	知識(後測10分法)	技巧(後測10分法)	替代方法(後測10分法)	情緒反應(後測10分法)	自己情緒(後測10分法)	準備度(後測10分法)	專業貢獻(後測10分法)
Mann-Whitney U	231.500	191.500	181.500	170.000	182.000	154.000	87.000
Wilcoxon W	666.500	626.500	616.500	605.000	617.000	589.000	522.000
Z	-.657	-1.551	-1.768	-2.026	-1.755	-2.392	-3.871
Asymp. Sig. (2-tailed)	.511	.121	.077	.043	.079	.017	.000

a. Grouping Variable: 以機構區分

(5) 失智老人照護問題行為調查量表

此份問卷主要調查護理人員在照護失智老人過程中，實際經歷老人最常出現的問題行為、護理人員認為最需要重視與處理的問題行為以及護理人員最想深入瞭解與學習的問題行為此三大部分來分別探討。

◆A 護理之家—主要問項分析：(資料統計結果見表五之一)

- (A) 在照顧過程中實際經歷老人最常出現的問題行為：護理人員在照顧過程中實際經歷老人最常出現的問題行為勾選頻率依序為：不當的穿脫衣褲 (78.26%)、躁動 (78.26%)、小便失禁 (73.91%)、小便失禁 (69.57%)，其所佔比例均在六成以上。
- (B) 在照顧過程中認為最需要重視與處理的行為問題：護理人員認為最需要重視與處理的行為問題依序為：躁動(73.91%)、肢體攻擊(60.87%)、虐待自己 (47.83%)、性騷擾工作人員 (47.83%)，其所佔比例均在四成以上。
- (C) 在照顧過程中最想深入瞭解與學習之問題行為處理方式：護理人員最想深入瞭解與學習之問題行為處理方式依序為：躁動 (56.52%)、虐待自己 (47.83%)、小便失禁 (39.13%)、哭泣(39.13%)，其所佔比例均在三成以上。
- (D) 護理人員認為獲得「失智症照護問題」相關知識與技能的最佳方式：有 69.57%的護理人員認為『在職教育』及『研習會』是較好的方式，其次是經由看『錄影帶』，其所佔比例為 39.13%，而『自行閱讀』佔 34.78%。

結論：

由上述資料得知，護理人員實際經歷老人常發生之問題行為，未必是與其認為最需要重視與處理的問題行為及最想深入瞭解與學習的問題行為處理方式之間有相關，但後二者間則有較高的相關性。

表五之一 A 護理之家之護理人員對老人問題行為調查資料統計結果

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
A22UNCOV	23	.00	1.00	.7826	.4217
A1IRRITA	23	.00	1.00	.7826	.4217
A20URINE	23	.00	1.00	.7391	.4490
A21FECAL	23	.00	1.00	.6957	.4705
A19SLEEP	23	.00	1.00	.5652	.5069
A2LIMATT	23	.00	1.00	.5217	.5108
A16CRY	23	.00	1.00	.5217	.5108
A15ANGER	23	.00	1.00	.5217	.5108
A14SEREA	23	.00	1.00	.4783	.5108
A26STORA	23	.00	1.00	.4348	.5069
A23SEXST	23	.00	1.00	.4348	.5069
A11WANDE	23	.00	1.00	.4348	.5069
A5DELUSI	23	.00	1.00	.4348	.5069
A24SEXOT	23	.00	1.00	.3913	.4990
A13ESCAP	23	.00	1.00	.3913	.4990
A3VERBAT	23	.00	1.00	.3913	.4990
A18DIETC	23	.00	1.00	.3478	.4870
A10REPET	23	.00	1.00	.3043	.4705
A8ABUSSE	23	.00	1.00	.3043	.4705
A4PARANO	23	.00	1.00	.3043	.4705
A17DEPRE	23	.00	1.00	.2609	.4490
A9HYPERA	23	.00	1.00	.2609	.4490
A25DESTR	23	.00	1.00	.2174	.4217
A12PACIN	23	.00	1.00	.2174	.4217
A7ABUSOT	23	.00	1.00	.1304	.3444
A6COMBAT	23	.00	1.00	.1304	.3444
A27OTHER	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
Valid N (listwise)	23				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
B1IRRITA	23	.00	1.00	.7391	.4490
B2LIMATT	23	.00	1.00	.6087	.4990
B8ABUSSE	23	.00	1.00	.4783	.5108
B23SEXST	23	.00	1.00	.4783	.5108
B24SEXOT	23	.00	1.00	.4348	.5069
B21FECAL	23	.00	1.00	.3913	.4990
B16CRY	23	.00	1.00	.3913	.4990
B15ANGER	23	.00	1.00	.3478	.4870
B13ESCAP	23	.00	1.00	.3043	.4705
B7ABUSOT	23	.00	1.00	.3043	.4705
B18DIETC	23	.00	1.00	.2609	.4490
B3VERBAT	23	.00	1.00	.2609	.4490
B22UNCOV	23	.00	1.00	.2174	.4217
B20URINE	23	.00	1.00	.2174	.4217
B5DELUSI	23	.00	1.00	.2174	.4217
B26STORA	23	.00	1.00	.1739	.3876
B14SEREA	23	.00	1.00	.1739	.3876
B19SLEEP	23	.00	1.00	.1739	.3876
B4PARANO	23	.00	1.00	.1739	.3876
B25DESTR	23	.00	1.00	.1304	.3444
B6COMBAT	23	.00	1.00	.1304	.3444
B27OTHER	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B17DEPRE	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B11WANDE	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B10REPET	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B9HYPERA	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B12PACIN	23	.00	1.00	4.348E-02	.2085
Valid N (listwise)	23				

表五之一 A 護理之家之護理人員對老人問題行為調查資料統計結果

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
C1IRRITA	23	.00	1.00	.5652	.5069
C8ABUSSE	23	.00	1.00	.4783	.5108
C20URINE	23	.00	1.00	.3913	.4990
C16CRY	23	.00	1.00	.3913	.4990
C10REPET	23	.00	1.00	.3478	.4870
C2LIMATT	23	.00	1.00	.3478	.4870
C21FECAL	23	.00	1.00	.3478	.4870
C5DELUSI	23	.00	1.00	.3478	.4870
C23SEXST	23	.00	1.00	.3043	.4705
C18DIETC	23	.00	1.00	.3043	.4705
C7ABUSOT	23	.00	1.00	.3043	.4705
C3VERBAT	23	.00	1.00	.3043	.4705
C17DEPRE	23	.00	1.00	.2609	.4490
C22UNCOV	23	.00	1.00	.2609	.4490
C15ANGER	23	.00	1.00	.2609	.4490
C25DESTR	23	.00	1.00	.2174	.4217
C11WANDE	23	.00	1.00	.2174	.4217
C24SEXOT	23	.00	1.00	.2174	.4217
C4PARANO	23	.00	1.00	.2174	.4217
C26STORA	23	.00	1.00	.1739	.3876
C19SLEEP	23	.00	1.00	.1739	.3876
C13ESCAP	23	.00	1.00	.1739	.3876
C27OTHER	23	.00	1.00	.1304	.3444
C14SEREA	23	.00	1.00	.1304	.3444
C9HYPERA	23	.00	1.00	.1304	.3444
C12PACIN	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
C6COMBAT	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
Valid N (listwise)	23				

A護理之家之護理人員獲得知識與技能的最佳方式：

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
研習會	23	.00	1.00	.6957	.4705
在職教育	23	.00	1.00	.6957	.4705
錄影帶	23	.00	1.00	.3913	.4990
自行閱讀	23	.00	1.00	.3478	.4870
其他	23	.00	.00	.0000	.0000
Valid N (listwise)	23				

◆B 護理之家—主要問項分析：(資料統計結果見表五之二)

(A) 在照顧過程中認為老人最常出現的問題行為：護理人員在照顧過程中認為老人最常出現的問題行為勾選頻率依序為：躁動 (100%)、小便失禁 (86.96%)、肢體攻擊 (82.61%)，其所佔比例均在八成以上。

(B) 最需要重視與處理的行為問題：護理人員認為最需要重視與處理的行為問題依序為：躁動(78.26%)、肢體攻擊(65.22%)、性騷擾工作人員 (56.52%)，其所佔比例均在五成以上。

(C) 最想深入瞭解與學習之問題行為處理方式：護理人員最想深入瞭解與學習之問題行為處理方式依序為：躁動 (56.52%)、性騷擾工作人員 (39.13%)、幻覺(34.78%)、言語攻擊 (34.78%)、肢體攻擊(34.78%)，其所佔比例均在三成以上。

(D) 護理人員認為獲得「失智症照護問題」相關知識與技能的最佳方式：有 47.83%的護理人員認為『在職教育』是較好的方式，其次是經由『自行閱讀』佔 39.13%，而看『錄影帶』有 30.43%，『研習會』則有 26.09%。

結論：

由上述資料得知，護理人員實際經歷老人常發生之問題行為，未必是與其認為最需要重視與處理的問題行為及最想深入瞭解與學習的問題行為處理方式之間有相關，但後二者間則有較高的相關性。而且躁動在這三大問題中都居於第一位，可知其不但是失智老人易發生的行為也是護理人員認為需要重視與處理並想更深入的瞭解與學習如何處理此問題行為。

表五之二 B 護理之家之護理人員對老人問題行為調查資料統計結果

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
A1IRRITA	23	1.00	1.00	1.0000	.0000
A2OURINE	23	.00	1.00	.8696	.3444
A2LIMATT	23	.00	1.00	.8261	.3876
A21FECAL	23	.00	1.00	.7826	.4217
A23SEXST	23	.00	1.00	.7826	.4217
A14SEREA	23	.00	1.00	.7826	.4217
A4PARANO	23	.00	1.00	.7391	.4490
A3VERBAT	23	.00	1.00	.7391	.4490
A16CRY	23	.00	1.00	.6522	.4870
A5DELUSI	23	.00	1.00	.6087	.4990
A25DESTR	23	.00	1.00	.6087	.4990
A11WANDE	23	.00	1.00	.6087	.4990
A10REPET	23	.00	1.00	.5652	.5069
A22CONOV	23	.00	1.00	.5217	.5108
A17DEPRE	23	.00	1.00	.4783	.5108
A15ANGER	23	.00	1.00	.4783	.5108
A9HYPERA	23	.00	1.00	.4783	.5108
A19SLEEP	23	.00	1.00	.4348	.5069
A8ABUSSE	23	.00	1.00	.3913	.4990
A6COMBAT	23	.00	1.00	.3478	.4870
A18DIETC	23	.00	1.00	.3043	.4705
A12PACIN	23	.00	1.00	.3043	.4705
A26STORA	23	.00	1.00	.2609	.4490
A13ESCAP	23	.00	1.00	.2609	.4490
A7ABUSOT	23	.00	1.00	.1739	.3876
A24SEXOT	23	.00	1.00	.1304	.3444
A27OTHER	23	.00	.00	.0000	.0000
Valid N (listwise)	23				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
B1IRRITA	23	.00	1.00	.7826	.4217
B2LIMATT	23	.00	1.00	.6522	.4870
B23SEXST	23	.00	1.00	.5652	.5069
B14SEREA	23	.00	1.00	.4348	.5069
B9HYPERA	23	.00	1.00	.3478	.4870
B25DESTR	23	.00	1.00	.3478	.4870
B2OURINE	23	.00	1.00	.3478	.4870
B11WANDE	23	.00	1.00	.3478	.4870
B3VERBAT	23	.00	1.00	.3478	.4870
B16CRY	23	.00	1.00	.3043	.4705
B5DELUSI	23	.00	1.00	.2609	.4490
B17DEPRE	23	.00	1.00	.2609	.4490
B4PARANO	23	.00	1.00	.2609	.4490
B15ANGER	23	.00	1.00	.2174	.4217
B10REPET	23	.00	1.00	.2174	.4217
B7ABUSOT	23	.00	1.00	.2174	.4217
B6COMBAT	23	.00	1.00	.2174	.4217
B21FECAL	23	.00	1.00	.2174	.4217
B19SLEEP	23	.00	1.00	.1739	.3876
B13ESCAP	23	.00	1.00	.1739	.3876
B8ABUSSE	23	.00	1.00	.1739	.3876
B22UNCOV	23	.00	1.00	.1739	.3876
B24SEXOT	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B18DIETC	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B12PACIN	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
B27OTHER	23	.00	1.00	4.348E-02	.2085
B26STORA	23	.00	1.00	4.348E-02	.2085
Valid N (listwise)	23				

表五之二 B 護理之家之護理人員對老人問題行為調查資料統計結果

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
C1IRRITA	23	.00	1.00	.5652	.5069
C23SEXST	23	.00	1.00	.3913	.4990
C5DELUSI	23	.00	1.00	.3478	.4870
C3VERBAT	23	.00	1.00	.3478	.4870
C2LIMATT	23	.00	1.00	.3478	.4870
C4PARANO	23	.00	1.00	.3043	.4705
C14SAREA	23	.00	1.00	.3043	.4705
C20URINE	23	.00	1.00	.3043	.4705
C19SLEEP	23	.00	1.00	.3043	.4705
C11WANDE	23	.00	1.00	.3043	.4705
C25DESTR	23	.00	1.00	.2609	.4490
C21FECAL	23	.00	1.00	.2609	.4490
C9HYPERA	23	.00	1.00	.2609	.4490
C15ANGER	23	.00	1.00	.2609	.4490
C17DEPRE	23	.00	1.00	.2174	.4217
C13ESCAP	23	.00	1.00	.2174	.4217
C10REPET	23	.00	1.00	.2174	.4217
C6COMBAT	23	.00	1.00	.2174	.4217
C8ABUSSE	23	.00	1.00	.2174	.4217
C22UNCOV	23	.00	1.00	.1739	.3876
C16CRY	23	.00	1.00	.1739	.3876
C12PACIN	23	.00	1.00	.1739	.3876
C18DIETC	23	.00	1.00	.1304	.3444
C27OTHER	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
C26STORA	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
C24SEXOT	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
C7ABUSOT	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
Valid N (listwise)	23				

A 護理之家之護理人員獲得知識與技能的最佳方式：

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
在職教育	23	.00	1.00	.4783	.5108
自行閱讀	23	.00	1.00	.3913	.4990
錄影帶	23	.00	1.00	.3043	.4705
研習會	23	.00	1.00	.2609	.4490
其他	23	.00	1.00	8.696E-02	.2881
Valid N (listwise)	23				

◆合併 A 及 B 護理之家—主要問項分析：(資料統計結果見表五之三)

(A) 在照顧過程中認為老人最常出現的問題行為：護理人員在照顧過程中認為老人最常出現的問題行為勾選頻率依序為：躁動 (89.13%)、小便失禁 (80.43%)、大便失禁 (73.91%)，其所佔比例均在七成以上。

(B) 最需要重視與處理的行為問題：護理人員認為最需要重視與處理的行為問題依序為：躁動(76.09%)、肢體攻擊(63.04%)、性騷擾工作人員 (52.17%)，其所佔比例均在五成以上。

(C) 最想深入瞭解與學習之問題行為處理方式：護理人員最想深入瞭解與學習之問題行為處理方式依序為：躁動 (56.52%)、小便失禁(34.78%)、性騷擾工作人員 (34.78%)、幻覺(34.78%)、肢體攻擊(34.78%)，其所佔比例均在三成以上。

(D) 護理人員認為獲得「失智症照護問題」相關知識與技能的最佳方式：有 58.7%的護理人員認為『在職教育』是較好的方式，其次是經由『研習會』佔 47.83%，而『自行閱讀』有 36.96%，看『錄影帶』則有 34.78%。

結論：

由上述資料得知，護理人員實際經歷老人常發生之問題行為，未必是與其認為最需要重視與處理的問題行為及最想深入瞭解與學習的問題行為處理方式之間有相關，但後二者間則有較高的相關性。而且躁動在這三大問題中都居於第一位，可知其不但是失智老人易發生的行為也是護理人員認為需要重視與處理並想更深入的瞭解與學習如何處理此問題行為。

表五之三 合併 A 及 B 護理之家之護理人員對老人問題行為調查資料統計結果

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
A1IRRITA	46	.00	1.00	.8913	.3147
A20URINE	46	.00	1.00	.8043	.4011
A21FECAL	46	.00	1.00	.7391	.4440
A2LIMATT	46	.00	1.00	.6739	.4740
A22CONOV	46	.00	1.00	.6522	.4815
A14SEREA	46	.00	1.00	.6304	.4880
A23SEXST	46	.00	1.00	.6087	.4934
A16CRY	46	.00	1.00	.5870	.4978
A3VERBAT	46	.00	1.00	.5652	.5012
A5DELUSI	46	.00	1.00	.5217	.5050
A11WANDE	46	.00	1.00	.5217	.5050
A4PARANO	46	.00	1.00	.5217	.5050
A19SLEEP	46	.00	1.00	.5000	.5055
A15ANGER	46	.00	1.00	.5000	.5055
A10REPET	46	.00	1.00	.4348	.5012
A25DESTR	46	.00	1.00	.4130	.4978
A17DEPRE	46	.00	1.00	.3696	.4880
A9HYPERA	46	.00	1.00	.3696	.4880
A26STORA	46	.00	1.00	.3478	.4815
A8ABUSSE	46	.00	1.00	.3478	.4815
A18DIETC	46	.00	1.00	.3261	.4740
A13ESCAP	46	.00	1.00	.3261	.4740
A24SEXOT	46	.00	1.00	.2609	.4440
A12PACIN	46	.00	1.00	.2609	.4440
A6COMBAT	46	.00	1.00	.2391	.4313
A7ABUSOT	46	.00	1.00	.1522	.3632
A27OTHER	46	.00	1.00	4.348E-02	.2062
Valid N (listwise)	46				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
B1IRRITA	46	.00	1.00	.7609	.4313
B2LIMATT	46	.00	1.00	.6304	.4880
B23SEXST	46	.00	1.00	.5217	.5050
B16CRY	46	.00	1.00	.3478	.4815
B8ABUSSE	46	.00	1.00	.3261	.4740
B21FECAL	46	.00	1.00	.3043	.4652
B14SEREA	46	.00	1.00	.3043	.4652
B3VERBAT	46	.00	1.00	.3043	.4652
B15ANGER	46	.00	1.00	.2826	.4552
B20URINE	46	.00	1.00	.2826	.4552
B7ABUSOT	46	.00	1.00	.2609	.4440
B24SEXOT	46	.00	1.00	.2609	.4440
B25DESTR	46	.00	1.00	.2391	.4313
B13ESCAP	46	.00	1.00	.2391	.4313
B5DELUSI	46	.00	1.00	.2391	.4313
B11WANDE	46	.00	1.00	.2174	.4170
B9HYPERA	46	.00	1.00	.2174	.4170
B4PARANO	46	.00	1.00	.2174	.4170
B22UNCOV	46	.00	1.00	.1957	.4011
B19SLEEP	46	.00	1.00	.1739	.3832
B18DIETC	46	.00	1.00	.1739	.3832
B6COMBAT	46	.00	1.00	.1739	.3832
B17DEPRE	46	.00	1.00	.1739	.3832
B10REPET	46	.00	1.00	.1522	.3632
B26STORA	46	.00	1.00	.1087	.3147
B27OTHER	46	.00	1.00	6.522E-02	.2496
B12PACIN	46	.00	1.00	6.522E-02	.2496
Valid N (listwise)	46				

表五之三 合併A及B護理之家之護理人員對老人問題行為調查資料統計結果

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
C1IRRITA	46	.00	1.00	.5652	.5012
C8ABUSSE	46	.00	1.00	.3478	.4815
C23SEXST	46	.00	1.00	.3478	.4815
C20URINE	46	.00	1.00	.3478	.4815
C5DELUSI	46	.00	1.00	.3478	.4815
C2LIMATT	46	.00	1.00	.3478	.4815
C3VERBAT	46	.00	1.00	.3261	.4740
C21FECAL	46	.00	1.00	.3043	.4652
C10REPET	46	.00	1.00	.2826	.4552
C16CRY	46	.00	1.00	.2826	.4552
C11WANDE	46	.00	1.00	.2609	.4440
C15ANGER	46	.00	1.00	.2609	.4440
C4PARANO	46	.00	1.00	.2609	.4440
C17DEPRE	46	.00	1.00	.2391	.4313
C25DESTR	46	.00	1.00	.2391	.4313
C19SLEEP	46	.00	1.00	.2391	.4313
C14SEREA	46	.00	1.00	.2174	.4170
C22UNCOV	46	.00	1.00	.2174	.4170
C18DIETC	46	.00	1.00	.2174	.4170
C13ESCAP	46	.00	1.00	.1957	.4011
C9HYPERA	46	.00	1.00	.1957	.4011
C7ABUSOT	46	.00	1.00	.1957	.4011
C24SEXOT	46	.00	1.00	.1522	.3632
C6COMBAT	46	.00	1.00	.1522	.3632
C26STORA	46	.00	1.00	.1304	.3405
C12PACIN	46	.00	1.00	.1304	.3405
C27OTHER	46	.00	1.00	.1087	.3147
Valid N (listwise)	46				

合併A及B護理之家之護理人員獲得知識與技能的最佳方式：

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
在職教育	46	.00	1.00	.5870	.4978
研習會	46	.00	1.00	.4783	.5050
自行閱讀	46	.00	1.00	.3696	.4880
錄影帶	46	.00	1.00	.3478	.4815
其他	46	.00	1.00	4.348E-02	.2062
Valid N (listwise)	46				

(6) 課程評值量表

此量表主要目的在於了解護理人員在接受過「失智老人的照護」課程後，對此課程的內容、效果及相關的整體評價。此結果將有助於將來課程設計的方向及考慮更多方面的問題，盼望能更加提昇課程品質使護理人員無論在照護知識或實務上都有更多的助益。

(A) A 護理之家—課程評值量表

由調查結果知護理人員普遍評價較高的有『課程中老師帶領個案討論的效果』、『值得向朋友推薦度』以及『總體評價』。

◆護理人員在課堂上探討過的主題中印象最深刻的主題：(依勾選頻率排序)

1. 失智症老人的評估與定位：依序為心理功能 (89.5%)、心智功能 (84.2%) 及生理功能 (63.2%)。
2. 失智症老人的診斷：依序為畫鐘測試 (84.2%)、醫師診斷 (78.9%) 及十大警訊 (73.7%)。
3. 失智症老人問題行為：依序為導因 (84.2%)、分類 (68.4%) 及處理方式 (68.4%)。

◆護理人員在課堂上探討過的主題中印象最深刻的項目：

失智症老人的評估與定位 (94.7%)	心智功能 (84.2%)	生理功能 (63.2%)	心理功能 (89.5%)
失智症老人的診斷 (94.7%)	十大警訊 (73.7%)	畫鐘測試 (84.2%)	醫師診斷 (78.9%)
失智症老人問題行為 (94.7%)	導因 (84.2%)	分類 (68.4%)	處理方式 (68.4%)
失智老人的溝通 (84.2%)			

◆護理人員認為最有吸收到的主題：(依勾選頻率排序)

1. 失智症老人的評估與定位：依序為心智功能 (84.2%)、心理功能 (68.4%) 及生理功能 (42.1%)。
2. 失智症老人的診斷：依序為畫鐘測試 (63.2%)、十大警訊 (52.6%) 及醫師診斷 (47.4%)。
3. 失智症老人問題行為：依序為導因 (78.9%)、處理方式 (73.7%) 及分類 (52.6%)。

◆護理人員認為最有吸收到主題為：

失智症老人的評估與定位 (94.7%)	心智功能 (84.2%)	生理功能 (42.1%)	心理功能 (68.4%)
失智症老人的診斷 (94.7%)	十大警訊 (52.6%)	畫鐘測試 (63.2%)	醫師診斷 (47.4%)
失智症老人問題行為 (94.7%)	導因 (78.9%)	分類 (52.6%)	處理方式 (73.7%)
失智老人的溝通 (63.2%)			

◆護理人員認為最有幫助的主題為：(依勾選頻率排序)

1. 失智症老人的評估與定位：依序為心理功能 (68.4%) 心智功能 (63.2%)、及生理功能 (26.3%)。
2. 失智症老人的診斷：依序為畫鐘測試 (47.4%)、十大警訊 (42.1%) 及醫師診斷 (36.8%)。
3. 失智症老人問題行為：依序為處理方式 (68.4%) 導因 (52.6%) 及分類 (31.6%)。

◆護理人員認為最有幫助的主題為：

失智症老人的評估與定位 (84.2%)	心智功能 (63.2%)	生理功能 (26.3%)	心理功能 (68.4%)
失智症老人的診斷 (89.5%)	十大警訊 (42.1%)	畫鐘測試 (47.4%)	醫師診斷 (36.8%)
失智症老人問題行為 (89.5%)	導因 (52.6%)	分類 (31.6%)	處理方式 (68.4%)
失智老人的溝通 (63.2%)			

◆參加此次課程的主要原因：

最主要是因為『工作上有需要』及『單位的要求』二項因素。因此可知護理人員普遍希望能透過與其工作有相關的課程來增加這方面的知識並能運用到工作上。另者，單位主管對於在教育之支持與要求，亦是加強與提昇工作人員照護品質之有利因素。

研究限制

- (1) 缺乏可參考之國內相關研究，所以，國外資訊本土化與實用性，是極大考驗。
- (2) 研發「照護方案」之重要步驟，深入訪談，在安排時機上需配合臨床三班輪值，時間約定有困難，僅能隨時待命、爭取工作空檔進行。另者，臨床照護事件層出不窮，為達致會談內文飽和度(saturation)，時間、經費預設，皆應放寬，以利驅動參與及完成率。
- (3) 研究對象無受訪談經驗，且一如南部地區民風純樸、保守，於研究介入過程中，較有防衛心態，尤對錄音更具排斥，雖鼓勵單位主管多加宣導與表現支持態度，以增加開放性與配合度，否則效果有限。
- (4) 研究小組與少數護理人員互動模式難以建立。由於其原有人格特質，雖幾經不同管道嘗試瞭解與溝通，效果仍是有限，且研究小組與機構間並無契約型強制執行力，甚或約束能力，因此訓練課程施行徹底程度，仍有相當之提昇空間。

(五)、結論與建議

測試照護方案的質、量化 (triangulation) 效益得知：實驗組有明顯效益 (護理人員知識量表、照護態度量表、主觀自覺與客觀觀察成長量表得分正向提升；認知性質化資料亦支持進行課程之效益)。期以此照護方案訓練課程能有效控制與減緩隨著人口老化而日益嚴重的失智嚴重化速度、行為問題與其它相關的負面影響，進而提升護理之家工作滿意度與照護品質。

結果顯示，令護理之家的護理人員感到較為負荷與困擾的問題行為，最常出現為躁動，繼而壞脾氣、攻擊或遊走，會談過程中，少數態度正向之護理人員提及，面對院民的躁動情形，處理時需考量失智院民對陌生的恐懼感、照護的事前解釋與準備、溫和態度、隱私權和性別差異等幾項重點之考量，皆可減少帶給院民的負面衝突；同時也表示能體諒院民們因為退化，或親友久未探訪所導致的想家情緒，且能接受自身成為院民“出氣筒”的對象；並深感“視病猶親”的照護乃是“積功德”的信念。

然而，礙於現行緊縮的人力編制 (護士 1:15；護佐 1:5)，當院內居民出現有病重者時，未能調度人力，則更加重了原有的工作負荷量，在再地讓護理人員深感工作壓力沈重。照護過程中，在時間、精力允許下，護理人員會審視自我，並運用各種巧妙言語、技巧因應老人之問題行為，予其最大的活動、舒適度；但若情境不允許時 (人力不足)，則常見以“約束”在床上因應之 (物理性約束)；甚者尋求醫師，進行藥物處置 (化學性約束)，以約束因應人力不足的現象，此普遍存在於所調查的護理之家。護理人員忽略了運用約束應有的倫理考量，與尚能執行的其他變通照護巧思與方法，值得深思與再討論。

另者，在其照護問題與學習意願會談中，相當多位護理助理員一直強烈表示：「只要老師教的，都想要學習」，且想多深入、涉獵學習護士職責範圍內的工作，其忽略了護理助理員所能執業內容的合法性。此類現象，是因工作職責劃分不清？工作企圖心或成就感？或可能因源于護理助理員未有真正思索，如何在工作合法範疇內增強照護品質之正確性，是需再深入釐清的。

由學習方法、途徑等方面的回應得知，大都習慣上課聽講，同時有執行操作的合併設計，且需及時複習以增強學習效果，因此對於本次研究中設

計的訓練課程規劃，雖深感課後練習活動之壓力，但大多回應可接受與肯定成效。然而，誠如研究限制所提及，本研究小組對機構並無制度化的約束力，因此，未能充分發揮「照護方案」訓練施行之成效，建議應納入明文規定，規劃為基本在職教育內容之一。

此外，值得繼續再深入探討的是：

1. 不同地區、不同體制的護理之家（如醫院附屬、獨立型態等）、不同次文化特質之護理人員，對其進行此照護方案訓練課程之成效之差異？
2. 護理人員對失智老人的知識之正確性持續性？延宕效益是否能與時並進？
3. 正向工作態度與失智老人回饋的良性循環？如何達致照護壓力與臨床限制（人力不足之困窘與照護擔心）間的動態平衡？
4. 引導家屬主動且定期參與照護失智老人之程度與必要性，及家屬的參與對護理之家內護理人員之衝擊？

(六)、參考文獻

參考文獻 1: 失智老人相關參考文獻

大台中地區老人照護諮詢服務中心，1999，《台中縣市地區老人照護相關社會福利事項指引手冊》，台灣省家庭計畫研究所。

內政部（1996）。《老人狀況調查報告》。台北：內政部。

內政部（1997）。《身心障礙福利法》。台北：內政部。

內政部（1999）。《身心障礙者季報》。台北：內政部。

王伶芳，1999，《長期照護機構寢室型態與使用行為的基礎研究—以高雄地區十三家護理之家為例》，雲林科技大學碩論。

中華民國長期照護專業協會（2000）。《台閩地區長期照護機構名冊》。

主計處（1997）。《台閩地區人口及生命統計》。台北：主計處。

田玫，1999，《居家臥床老人的生活照顧》，台灣省家庭計畫研究所。

伍林譯，1996，《老人癡呆症及其護理》，原著 Dr. Bill Grant，《Alzheimer's Disease - A Carer's Guide》，台北，台灣商務印書館。

《老人安養機構建築手冊》1996，台北：內政部建築研究所。

吳淑瓊（1996）。〈功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之應用〉。《中華衛誌》（台灣），15 卷 6 期，533-544。

沈淑芳（1988）。〈癡呆老人居家照顧問題的探討〉。《社會福利》（台灣），62 期，36-9。

余佩郁（1998）。〈居家癡呆老人家庭照護品質與相關因素之探討〉。陽明大學社區護理研究所，碩士論文。

林信男、林憲，陳永成（1981）。〈養老機構內的精神疾病流行病學調查〉。《台灣醫誌》（台灣），80 期，262-270。

林信男，蔡茂堂，林憲（1984）。〈農村老人之精神疾病流行病學調查〉。《中華民國神經精神醫學會會刊》，專刊第 1 號，65-79。

林信男、陳珠璋、李明濱、林憲（1984）。〈老人院居民精神疾病盛行率及兩年自然病程之研究〉。《中華民國神經精神醫學會會刊》（台灣），1 期，47-64。

林信男、蔡茂堂、林憲（1984）。〈農村老年人之精神疾病：恆春研究〉。《中華民國神經精神醫學會會刊》（台灣），10 卷，2 期，65-79。

林信男、林憲（編）（1987）。《老人精神醫學》。台北：聯經。

林憲（1987）。〈老年期癡呆病人家庭實態之調查研究〉。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。

施文惠，1999，《台中地區私立老人長期照護機構之調查研究》，東海大學碩論。

邱麗蓉（1999）：〈失智老人家屬照顧者壓力源、評價、因應與健康狀況之探討〉。長庚大學護理研究所，碩士論文。

卓良珍，1999，《中區失智老人照護研習營》，台中澄清醫院等。

胡仁祿、馬光，1997，《老年居住環境設計》，台北，地景企業股份有限公司。

洪麗雅譯，1998，《老年癡呆症 Q&A》，原著 川越知勝，台北，書泉出版社。

家庭百科叢書編譯組，1994，《如何預防老人癡呆症》，台北，國家出版社。

陳登義（1987）：〈精神科住院病患團體治療〉。《中華心理衛生學刊》（台北），3 卷，2 期，245-249。

陳筱萍、王梅麗（1991）：〈精神科病房團體治療效果之研究〉。《中華心理衛生學刊》（台北），5 卷，1 期，71-80。

葉炳強（1993）：〈台灣地區的老年期痴呆人口有多少？〉。《健康教育》（台灣），72 期，10-15。

葉炳強、楊清姿（1994）：〈痴呆症患者及家庭之居家照護經驗〉。行政院衛生署 83 年度委託研究計畫，醫療保健工作研究報告。

葉炳強、徐亞瑛、劉珣瑛，1997，《癡呆症患者的認識與照顧》，台北，健康世界雜誌社。

陳燕禎，1993，《老人養護問題之實證研究—以彰化老人養護中心為例》，台北：內政部建築研究所。

陳榮基（1994）。〈社區中癡呆老人分佈、問題行為及照顧者反應之探討〉。國科會研究計畫。

張景然、吳芝儀（譯）（1995）：《團體的諮商理論與實務》台北：揚智。

陳順勝，1998：〈阿茲海墨氏症問與答〉

湯麗玉（1991）：〈痴呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討〉。台灣大學護理學研究所，碩士論文。

黃發典譯，1994，《社會老年學》，原著 Maximilienne Levet-Gautrat / Anne Fontaine，1987，《Gerontologic Society》PUF，台北，遠流出版社。

曾思瑜譯，1997，《經營一輩子的家：人生八十的居住觀》，原著林玉子，台北，胡氏圖書出版社。

曾思瑜、林昌明，1997，《高齡者療養設施的生活空間設計與規劃研究—以雲林縣高齡者療養設施為例》，台北：行政院國家科學委員會。

曾思瑜，1999，《高齡者居家環境安全》，台灣省家庭計畫研究所。

黃耀榮（1999）。〈失智者照護環境設施現況與問題之調查研究〉。行政院衛生署八十八年度業務發展計畫。

楊培珊譯，1996，《癡呆症病患家屬手冊》，原著 Nancy L. Mace & Peter V. Rabins，《The 36-hour day: a family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life》，台北，遠流出版社。

楊漢琮、黃耀榮，1996，《護理之家建築規劃設計指引》，台北：行政院衛生署。

鄧光銳（1992）。〈癡呆症〉。《醫學繼續教育》（台灣），2期，686-690。

劉景寬（1994）。〈南臺灣地區社區中老年人癡呆症之流行病學調查〉。國科會研究計畫。

劉景寬（1994）。〈忘了我是誰？〉。《健康世界》（台灣），142期，123-128。

劉泗翰譯，1995，《和記憶拔河—成功奮戰老年癡呆症》，原著 Diana Friel McGowin，《Living in the labyrinth: a personal journey through the maze of Alzheimer's》，台北，智庫出版社。

劉心欣譯，1995，《過往藍天—帕金森氏症、阿滋海默／老人看護記》，原著池邊史生，台北，允晨文化實業股份有限公司。

鄧世雄（1998）。〈天主教失智老人社會福利基金會簡介〉。《台港星三地老年失智症研討會》（台灣），財團法人天主教康泰醫療教育基金會，79-80。

關華山，1996，《台灣老人的居住環境》，台北，田園城市文化事業有限公司。

關華山，1999：〈失智老人居家環境的安排〉，銀髮居家輔具與生活安全研討會。高雄：高雄市政府社會局。

謝雁鳴主編、譚健民審訂，1999，《老年可以不癡呆》，台北世潮出版社。

Armstrong-Esther, C. A., & Browne, K. D., & Armstrong-Esther, D. C., & Sander, L. (1996). The institutionalized elderly: dry to the bone! International Journal of Nursing Studies, 33(6), 619-628.

Baldwin, B. A., Kleeman, K. M., Stevens, G. L., & Rasin, J. (1989). Family caregiver stress: Clinical assessment and management. International Psychogeriatrics, 1(2), 85-94.

Brodaty, H., & Gresham, M. (1989). Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. BMJ, 299 (2), 1375-1379.

Barber, K. (1994). Expanding your teaching repertoire. An interactive inservice model. Journal of Nursing Staff Development, 10 (1), 12-15.

Bradley, L., & Siddique, C. M., & Dufton, B. (1995). Reducing the use of physical restraints in long-term care facilities. Journal of Gerontological Nursing, 21 (9), 21-34.

Brainard, N. R. S., & Townsend, C. H. (1995). Elder Care: Results of a One-Day Educational Program for VA Nursing Assistants. Geriatric Nursing, 16 (1).

Clipp, E. C., & George, L. K. (1990). Psychotropic drug use among caregivers of patients with dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 38. 227-235.

Collins, J. (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at 'The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme'. Journal of Advanced Nursing, 20, 117-131.

Counsell, S. R., & Katz, P. R., & Karuza, J., & Sullivan, G. M. (1994). Resident Training in Nursing Home Care: Survey of Successful Educational Strategies. JAGS, 42, 1193-1199.

Cronin-Stubbs, D., & Duchene, P., & LeSage, J., Dean-Baar, S., & DiFilippo, J. M., & Kopanke, D., & Stehlin, M., & Swanson, B. (1994). Evaluating a Geriatric Rehabilitation Continuing Education Program for Nursing Home and Home Health Agency Nurses. Applied Nursing Research, 7(2), 91-96.

Dalton, J. A., & Blau, W., & Carlson, J., & Mann, J. D., Bernard, S., & Toomey, T., & Pierce, S., & Germino, B. (1996). Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and documented behavior in pain management: does education make a difference? Journal of Pain & Symptom Management, 12 (5), 308-319.

Eagles, J. M., Beattie, J. A., Blackwood, G. W., Restall, D. B., & Ashcroft, G. W. (1987). The mental health of elderly couples (I): The effects of a cognitively impaired spouse. British Journal of Psychiatry, 150, 299-303.

Edwards, M. (1990). Support groups for caregivers of Alzheimer's disease victims: The nurse's role. In Eliopoulos, C. (Eds.), Caring for the elderly in diverse care settings. Philadelphia: J. B. Lippincott Co..

Elozaveth, F. M., & Carolyn, C. K. (1997). Caring for Alzheimer's Residents in Dedicated Units. Developing and Using Expertise. Journal of Gerontological Nursing,

Greene, V. L., & Monahan, D. J. (1989). The effect of a support and education program on stress and burden among family caregivers to frail elderly persons. Gerontologist, 29(4), 472-477.

Geoffrey salmon, 1993. Caring environments for frail elderly people, England, Longman Group UK Limited.

Gnsh, M. F., & Crosby, F., & Ventura, M. R. (1993). Staff Development Challenge. Assuring Nurses' Competency in Quality Assessment and Improvement. Journal of Nursing Staff Development, 10 (3), 136-140.

Griffin, M. M. (1993). Caring for Caregivers: A Nursing Role in a Corporate Setting. Geriatric Nursing, 14(4), 200-204.

Hartley, N. A. (1988). Alzheimer's disease: Professional education and stress relief through market research. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorder & Research.

Hamilton, G. A. (1993). An Overview of Evaluation Research Methods with Implications for Nursing Staff Development. Journal of Nursing Staff Development, 9 (3), 148-154.

Hardy, V. L., & Riffle, K. L. (1993). Support for caregivers of dependent elderly. A support group can help a dependent elderly person by helping a caregiver overcome feelings of social isolation. Geriatric Nursing, 14(3), 161-4.

Hayes, P. A., & Wolf, Z. R., & McHugh, M. K. (1994). Effect of a Teaching Plan on a Nursing Staff's Knowledge of Pressure Ulcer Risk, Assessment, and Treatment. Journal of Nursing Staff Development, 10(4), 207-213.

Jane, R. M., & Phyllis, G., & Shelly, R. P., & Lynne, L. (1993). Management of Demented Patients Within the Community: Techniques Utilized and the Impact of Education. Clinical Gerontologist, 13(2), 23-45.

Jackson, E. M. (1997). Dimensions of care in five United States nursing homes: identifying invisible work in care-giving. Int. J. Nurs. Stud., 34(3), 192-200.

Kapust, L. R., & Weintraub, S. (1984). Living with a family member suffering from Alzheimer's disease. In Roback, H. B. (Ed), Helping patients and their families cope with medical problems. San Francisco: Jossey-Bass.

Kahan, J., Kemp, B., Staples, F. R. (1985). Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness-a controlled study. Journal of the American Geriatrics Society, 33, 664-71.

Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Shuttleworth, E. C., & Dyer, C. S. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. Psychosomatic Medicine, 49, 523-35.

Kirsivali-Farmer, K. (1994). Staff Development Sessions. A Strategy to Facilitate Nursing Staff Education With Limited Teaching Resources. Journal of Nursing Staff Development, 10(4), 214-218.

Koyama, M., & Holzemer, W. L., & Kajar, C., & Watanabe, M., & Yoshii, Y., & Otawa, K. (1996). Assessment of a continuing education evaluation framework. Journal of Continuing Education in Nursing, 27(3), 115-119.

Kok, G., & van den Bome, B., & Mullen, P. D. (1997). Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. Patient Education & Counseling, 30(1), 17-29.

Lidoff, L., & Harris, P. (1985). Idea book on caregiver support groups. Washington, DC: National Council on Aging.

Lanier, J. H. (1988). Support groups for caregivers of victims of Alzheimer's disease: A study of the effects of support group participation and a description of the caregiving experience. The Union for Experimenting Colleges and Universities. 1988. Ph.D. Thesis.

Liu, H. C. (劉秀枝), Lin, K. N. (林克能), Tsou, H. K. (周海光), & Lee, K. M. (1991). Impact of demented patients on their family members and care-givers in Taiwan. Neuroepidemiology, 10, 143-149.

- Liu, H.C.(劉秀枝), Lin, K. N.(林克能), Teng, E. L.(李眉)(1995). Prevalence and subtypes of dementia in Taiwan: a community survey of 5297 individuals. Journal of the American Geriatrics Society, 43(2), 144-149.
- Liu, C. K.(劉景寬), Lin, R. T.(林瑞泰), Chen, Y. F.(陳育芬)(1996). Prevalence of Dementia in an urban area in Taiwan. Journal of Formosa Medical Association., 95(10), 762-768.
- Liu, C. K.(劉景寬), Lai, C. L.(賴秋蓮), Tai, C. T(戴志遠)., Lin, R. T.(林瑞泰), Yen, Y. Y.(嚴雅音), & Hong, S. L(洪純隆). (1998). Incidence and Subtypes of dementia in southern Taiwan: Impact of socio-demographic factors. Neurology, 50(6), 1572-9.
- Middleton, L.(1984). Alzheimer's family support groups-A manual for group facilitators. Tampa, FL, USF Medical Center, Suncoat Gerontology Center.
- Mezey, M. D., & Mitty, E. L., & Bottrell, M. (1997). The Teaching Nursing Home Program: Enduring Educational Outcomes. Nusing Outlook.
- Nichols, K., & Jenkinson, J.(1991). Leading a support group. London: Chapman & Hall.
- Pagel, M. D., Becker, J., & Coppel, D. B.(1985). Loss of control, self-blame and depression: An investigation of spouse caregivers of Alzheimer's disease patients. Journal of Abnormal Psychology, 94(2), 169-182.
- Pruchno, R. A., & Potashnik, S. L.(1989). Caregiving spouses: Physical and mental health in perspective. Journal of the American Geriatrics Society, 37, 697-705.
- Packer, T., & Race, K. E. H., & Hotch, D. F. (1994). Focus Groups: A Tool for Consumer-Based Program Evaluation in Rehabilitation Agency Settings. Journal of Rehabilitation.
- Reever, K. E., & Thomas, E.(1985). Training facilitators of self-help groups for caregivers to elders. Generations, 12(1), 50-51.
- Robinson, K. M.(1989). Predictors of depression among wife caregivers. Nursing Research, 38(6), 359-363.

Robinson, K., & Yates, K. (1994). Effects of two caregiver-training programs on burden and attitude toward help. Archives of Psychiatric Nursing, 8(5), 312-319.

Ross, M. M., & McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. Journal of Advanced Nursing, 23(1), 126-137.

Resnick, B. (1998). Efficacy beliefs in geriatric rehabilitation. Journal of Gerontological Nursing.

Resnick, B. (1998). Motivation Older Adults to Perform Functional Activities. Journal of Gerontological Nursing.

Steuer, J. (1984). Caring for the caregivers. Generations, 9(2), 56-57.

Stephen Judd, Mary Marshall & Peter Phippen, (1998). Design for dementia. London, England.

Silverstein, N. M., & Kennedy, K., & McCormick, D. A telephone helpline for Alzheimer's disease: Information, referral, and support. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research.

Smith, M. J., & Breitbart, W. S., & Platt, M. M. (1995). A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and rate delirium. Journal of Pain & Symptom Management, 10(1), 35-77.

Schneider, J. K., & Connelly, L. M., & Martin, A. (1996). Psychometric evaluation of the program evaluation instrument. Journal of Continuing Education in Nursing, 27(5), 224-227.

Toseland, W. R., & Rossiter, C. M. (1989). Group intervention support family caregivers: A review and analysis. Gerontologist, 29(4), 437-448.

Uriel Cohen & Gerald D. Weisman, (1991). Holding On to Home—Designing Environments for People with Dementia. London, England, The Johns Hopkins University Press.

Uriel Cohen & Kristen Day, (1993). Contemporary Environments for People with dementia. London, England, The Johns Hopkins University Press.

Vickers, A. B. (1990). Role of support group for the family caregiver of dementia: recent developments in the structure of the support system. In Zandi, T. & Ham, R. J. (Eds.), New directions in understanding dementia and Alzheimer's disease. New York: Plenum Press.

Van Driel, W. G., & Keijsers, J. F. E. (1997). An instrument for reviewing the effectiveness of health education and health promotion. Patient Education & Counseling, 30(1), 7-17.

Wasow, M. (1986). Support group for family caring for Alzheimer's patients: Use of support group. Social Work, Mar, 93-97.

Wright, L. K. (1994). AD spousal caregivers: Longitudinal changes in health, depression and coping. Journal of Gerontological Nursing, 20(10), 33-45, 48.

Walzak, J. R., & McGuire, D. B., & Haisfield, M. E., & Beezley, A. (1994). A Survey of Research-Related Activities and Perceived Barriers to Research Utilization Among Professional Oncology Nurses. ONF, 21(4)

Williams, K. S., & Crichton, N. J., & Roe, B. (1997). Disseminating research evidence. A controlled trial in continence care. Journal of Advanced Nursing, 25(4), 691-698.

Yalom, I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic books.

Yalom, I. D. & Vinogradov, S. (1989). Group psychotherapy. Washington DC: American psychiatric Press.

Yip, P. K. (葉炳強), Shyu, Y. I. (徐亞瑛), Liu, S. I. (劉珣瑛) (1992). An epidemiological survey of dementia among elderly in an urban district of Taipei. Acta Neurology Sinica, 1, 347-354.

Zandi, T. (1990). Psychological difficulties of caring for dementia patients: The role of support groups. In Zandi, T., & Ham, R. J. (Eds.), New directions in understanding dementia and Alzheimer's disease. New York: Plenum Press.

參考文獻 2: 護理之家相關參考文獻

- 內政統計資訊網站・<http://www.moi.gov.tw/W3/stat/>。
- 台灣衛生網路－焦點通報新聞稿 (88.02.13)。
- <http://www.doh.gov.tw/focus/express/88/88021301.html>。
- 李淑霞、吳淑瓊 (1998)・家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素・護理研究 6, 57-67。
- 吳淑瓊、賴惠玲、江東亮 (1994)・影響社區老人對護理之家居住意願的因素・中華衛誌 13, 388-394。
- 吳淑瓊 (2000)・老人長期照護政策評估・長期照護, 1, 1-13。
- 吳淑瓊、林惠生 (1999)・台灣功能障礙老人家停照護者的全國概況剖析・中華衛誌, 18, (1)。
- 簡雅芬、吳淑瓊 (1999)・影響子女照顧失能父母意願之因子・中華衛誌, 1, 189-198。
- 林秀純、徐亞瑛 (1999)・失能老人家庭照顧者之照顧回饋與負荷及相關因素探討・長庚護理, 9(2); 1-11。
- 林麗嬋、歐美、吳肖琪 (1997)・長期照護中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒・護理研究 5, 77-86。
- 徐亞瑛、楊清姿、葉炳強 (1996)・癡呆症患者及家庭之整合性社區居家照顧模式-發展與評估・高醫醫誌 12, 359-369。
- 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍 (1995)・家人照護失能老人的困境：一項質化與量化整合的研究・公共衛生 22, 99-112。
- 葉淑惠、林麗味等 (1999)・實施老人長期養護機構教育對老人照護服務之成果・護理研究 7, 157-170。
- 鄭惠信、史麗珠、謝瀛華、盧成皆 (1995)・老人憂鬱因子之相關研究・內科學誌, 6, 125-134。
- 湯麗玉、毛家舫、周照芳、陳榮基、劉秀枝 (1992)・癡呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討・護理雜誌, 39(3), 89-98。
- 高淑芳、盧華艷、葉淑惠、劉雪娥 (1999)・探討家庭功能、社會支持與社區殘病老人照顧者負荷之關係・護理研究, 7(2), 172-181。
- 張文芸.(民 85). 癡呆症老人問題行為的認識.護理雜誌. 43(4), 85-91.
- 張文芸.(民 86). 癡呆症老人問題行為的護理處置.護理雜誌. 44(1), 77-84.
- 張文芸.(發表中). 護理之家老人健康狀態定位:五年系列性追蹤。

賈淑麗、李怡娟 (1999)・介入措施對居家照護病患主要照顧者生活品質的影響・護理雜誌，46(5)，31-43。

熊秉荃、戴玉慈、徐亞瑛等 (1992)・老人長期療養機構護理人員及佐理員之角色與功能・護理雜誌，39，49-55。

戴玉慈、徐亞瑛、熊秉荃 (1992)・台北地區老人長期療養機構的環境調查・護理雜誌，39，45-53。

Almberg, B., Grafstrom, M., Winblad, B. (1997a). Caring for a demented elderly person-burden and burnout among caregiving relatives. Journal of Advanced Nursing, 25(1), 109-116.

Almberg, B., Grafstrom, M., Winblad, B. (1997a). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. Journal of Advanced Nursing, 26(4), 683-691.

Almberg, B., Jansson, W., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1998). Differences between and within genders in caregiving strain: a comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. Journal of Advanced Nursing, 28(4), 849-58.

Armstrong, M. (1997). Dementia: support the patient and the carer. Nursing Time, 93(32), 44-45.

Armer, J. M. (1996). An exploration of factors influencing adjustment among relocating rural elders. Image : Journal of Nursing Scholarship, 28, 35-39.

Bayer, A., Brayne, C., Elwood, P. C., galacher, J. E., Hopkinson, C. A., & Huppert, F. A. (1999). Smoking, drinking and other life style factor and cognitive function in men in the Caerphilly cohort. Journal of Epidemeology & Community Health, 53(1), 9-14.

Beirne, N. F., Patterson, M. N., Galle, M., & Goodman, P. (1995). Effects of a fast-track closing on a nursing facility population. Health & Social Work, 20, 116-123.

Bennett, H., Fraser, G. E., & Singh, P. N. (1996). Variables associated with cognitive function in elderly California seven-day Adventists. American Journal of Epidemeology, 143(12), 1181-1190.

Buckwalter, K. C. Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. R., Kelly, A,

Richards, B., & Sime, M. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. Archives of Psychiatric Nursing, 13(2), 80-8

Chang, B. L. (1999) Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. Nursing Research, 48(3), 173-82.

Chou, K. R., LaMontagne, L. L., & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. Nursing Research, 48(4), 206-14.

Commissaris, C., Jolles, J., Verhey, F. J., Kok, G. (1995). Problems of caregiving spouses of patients with dementia. Patient Education & Counseling, 25(2), 143-149.

De Leo, D., Carollo, G., & Dello Buono, M. (1995). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. American Journal of Psychiatry, 152(4), 632-4

Devons, C. A. (1996). Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. Geriatrics, 51(3), 67-72

Fehring, R. J. (1994). The Fehring Model. In R. M. Carroll-Johnson, (ed). Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference. Pp. 55-62. Philadelphia: Lippincott.

Freidl, W., Irmeler, A., Koch, M., Schidt, R., Stronegger, W. J., & Reinhart, B. (1996). Mini mental state examination: influence of sociodemographic, environmental and behavioral factors and vascular risk factors. Journal of Clinical Epidemiology, 49(1), 73-78.

Friedman, S. M., Daub, C., Cresci, K., & Keyser, R. (1999). A Comparison of Job Satisfaction Among Nursing Assistants in Nursing Homes and the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. The Gerontologist, 39(4), 434-559.

Grace, J., & Suar, J. A. (1999). Brief cognitive screening of right hemisphere stroke: relation to functional outcome. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 80(7), 773-776.

Haight, B. K. (1995). Suicide risk in frail elderly people relocated to nursing homes. Geriatric Nursing, 16(3), 104-7

Hall, R. C., Platt, D. E., & Hall, R. C. (1999). Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. Psychosomatics, 40(1), 18-27.

Hazzard, W. R., Bierman, E. L., Blass, J. P., Ettinger, W. H., & Halter, J. B. (Eds). (1994). Principles of geriatric medicine and gerontology. NY: McGraw-Hill.

Hirschfeld, R. M., & Russell, J. M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. New England Journal of Medicine, 337(13), 910-5.

Holzapfel, S. K., Schoch, C. P., Dodman, J. B., & Grant, M. M. (1992). Responses of nursing home residents to intrainstitutional relocation. Geriatric Nursing, 13, 192-195.

Hutchison, C., & Bahr, R. Sr. (1991). Typed and meaning of caring behaviors among elderly nursing home residents. Image, 23(2), 85-88.

Johnson, R. A. (1996). The meaning of relocation among elderly religious sisters. Western Journal of Nursing Research, 18, 172-185.

Johnson, M. A. (1996). Chapter 77-Suicide. In A. S. Luggen(Eds). Core Curriculum for Gerontological Nursing(pp.687-694). USA: Mosby.

Jones, S. M., Murphy, J. F., Rousseau, P. (1996). Caring for the caregiver. Journal of Gerontological Nursing, 22(8), 7-13.

Kahn D.L. (1999). Making the best of it: Adapting to the ambivalence of a nursing home environment. Qualitative Health Research, 9 (1), 119-132.

Kim, E., & Rovner, B. (1995). Epidemiology of psychiatric disturbance in nursing homes. Psychiatric Annals, 25(7), 409-412.

Kobayashi, S. S., Yuasa, M., Noguchi, M. (1995). Nursing in Japan: caregivers of elderly family members with dementia. Journal of Gerontological Nursing, 21(1), 23-30.

Lee, D. T.F. (1997). Residential care placement: perceptions among elderly Chinese people in Hong Kong. Journal of Advanced Health Nursing, 14, 157-172

Maas, M., Buckwalter, K., Swanson, E., & Mobily, P. (1994). Training key to job satisfaction. J of Long-Term Care Administration, 22(1), 23-26.

Manion, P. S., & Rantz, M. J. (1995). Relocation stress syndrome : a comprehensive plan for long-term care admission. Geriatric Nursing, 16, 108-112.

Marini, B. (1999). Institutionalized older adults' perceptions of nurse caring behaviors. Journal of Gerontological Nursing, 11-16.

McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D., & Banks, S. (1999). Educating Nursing Assistants to Communicate More Effectively With Nursing Home Residents With Dementia. The Gerontologist, 39(5), 546-558.

McIntyre, L. G., Oreck, P., Camarillo, M. A., & Valente, S. M. (1996). Depression and suicide: assessment and intervention. Home Health Care Management & Practice, 9(1), 8-17.

Monahan, R. S., & McCarthy, S. (1992). Nursing home employment: The nurse's aide's perspective. Journal of Gerontological Nursing, 18, 13-16.

Morriss, R., Rovner, B., & German, P. (1995). Clinical and psychosocial variables associated with different types of behavior problems in new nursing home admissions. International Journal of Geriatric Psychiatry, 10, 547-555.

Moye, J., Domungos, K., Pittman, R., Beal, L., & Williams, C. (1997). When environmental re-design creates autonomy hindrance: learning from the investigation of local detail in the study of institutional relocation. Clinical Gerontologist, 18(1), 15-30.

Neeleman, J., & Lewis, G. (1999). Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990, Journal of Epidemiology & Community Health, 53(4), 204-10.

Nelson, F. L., & Farberow, N. L. (1997). Indirect suicide in the elderly chronically ill patient. In K. A. Achte, & J. Lonnqvist, (Eds.). Suicide research. Psychiatria Fennica, Helsinki.

Nelson, F. L., & Farberow, N. L. (1980). Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patient. Journal of Gerontology, 35(6), 949-57.

Nypaver, J., Titus, M., Brugler, C. (1996). Patient transfer to rehabilitation: just another move? Rehabilitation Nursing, 21, 94-97.

Ory, M. G., Hoffman, R. R., 3rd., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and non-dementia caregiver. Gerontologist, 39 (2), 77-85.

Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. Gerontologist, 39(3), 299-309.

Patterson, B. J. (1995). The process of social support: Adjusting to life in a nursing home. Journal of Advanced Nursing, 21(4), 682-689.

Pillemer, K. (1996). Solving the frontline crisis in long-term care. Cambridge, MA: Frontline Publishing Corporation.

Reed, J. & Morgan, D. (1999). Discharging older people from hospital to care homes: implications for nursing. Journal of Advanced Nursing, 29 (4), 819-825.

Ripich, D., Wykle, M., & Niles, S. (1995). Alzheimer's disease caregivers: The FOCUSED Program. Geriatric Nursing, 16, (1), 15-19.

Ryden, M. B., Pearson, V., Kaas, M. J., Hanscom, J., Lee, H., Krichbaum, K. Wang, J., & Snyder, M. (1999). Nursing interventions for depression in newly admitted nursing home residents. Journal of Gerontological Nursing, 25(3), 20-9.

Saad, K., Martman, J., Ballard, C., Kurian, M., Graham, C., Wilcllc, G. (1995). Coping by the carers of dementia sufferers. Age & Ageing, 24(6), 495-498.

Wilson, S. A. (1997). The transition to nursing home life : a comparison of planned and unplanned admissions. Journal of Advanced Nursing, 26, 864-871.

圖 1. 質化研究流程圖

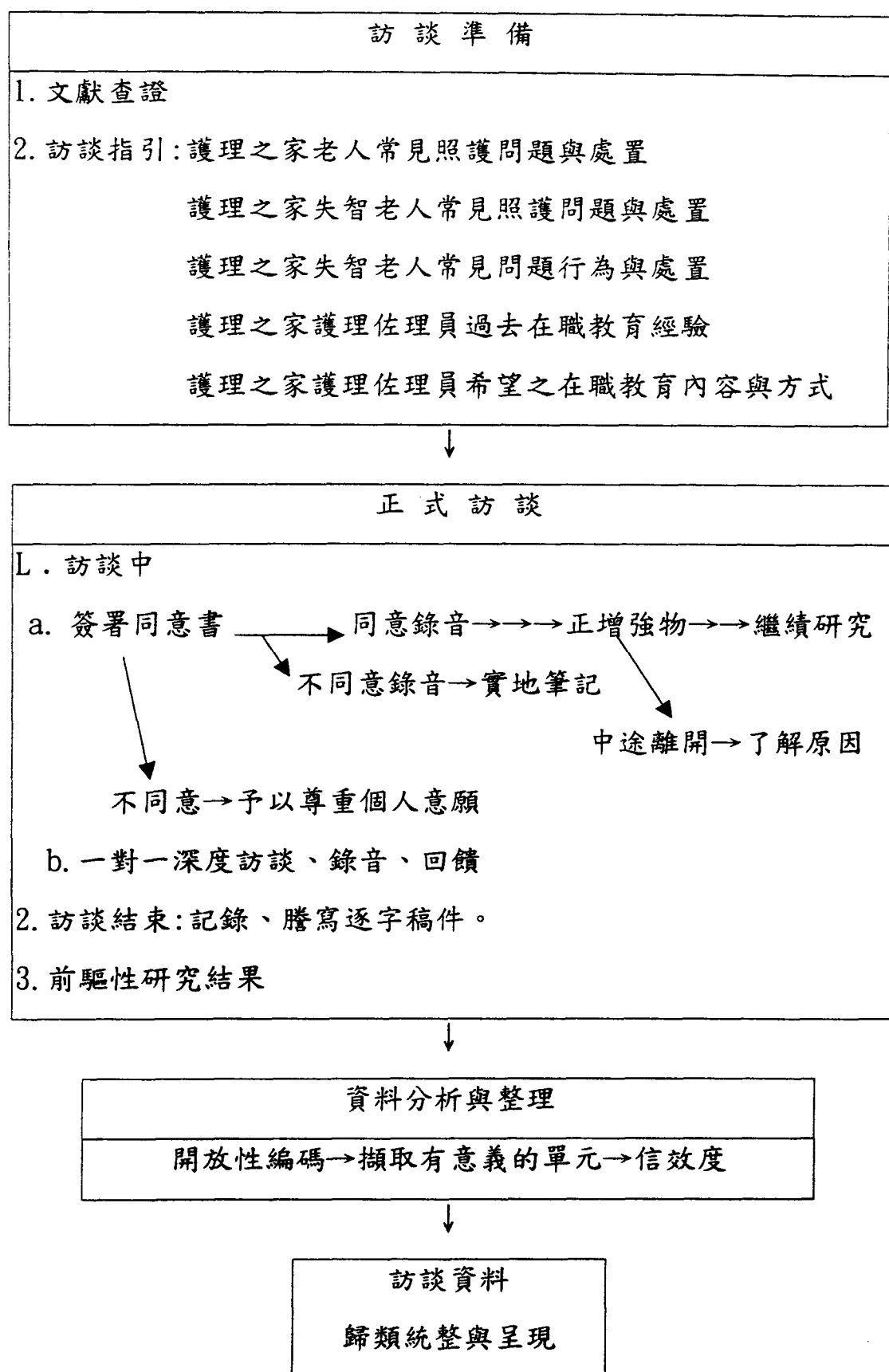


圖2. Lanza 攻擊行為模式

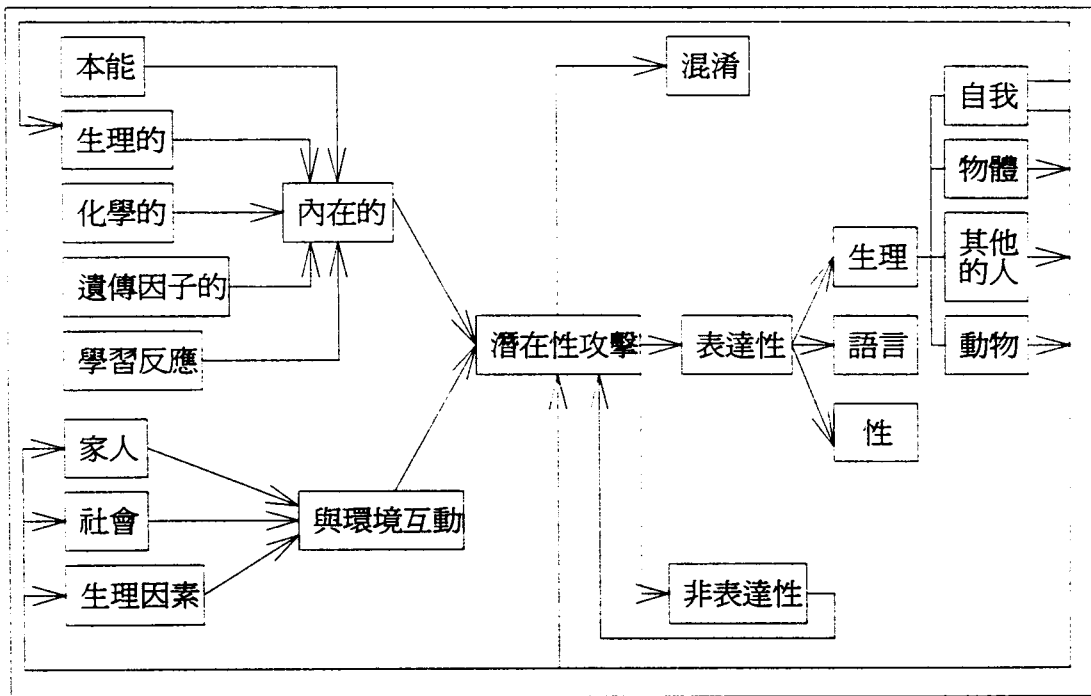


圖3. 一天內失智老人接受非常規方案漸進性壓力閾值減低模式

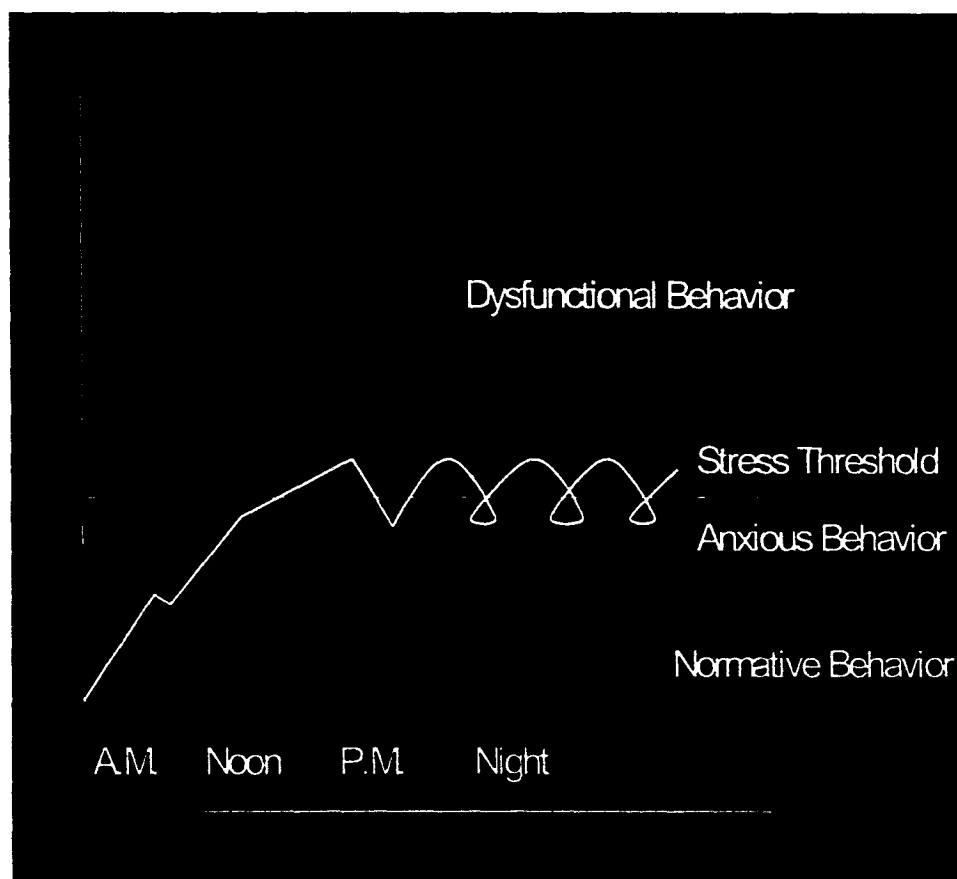
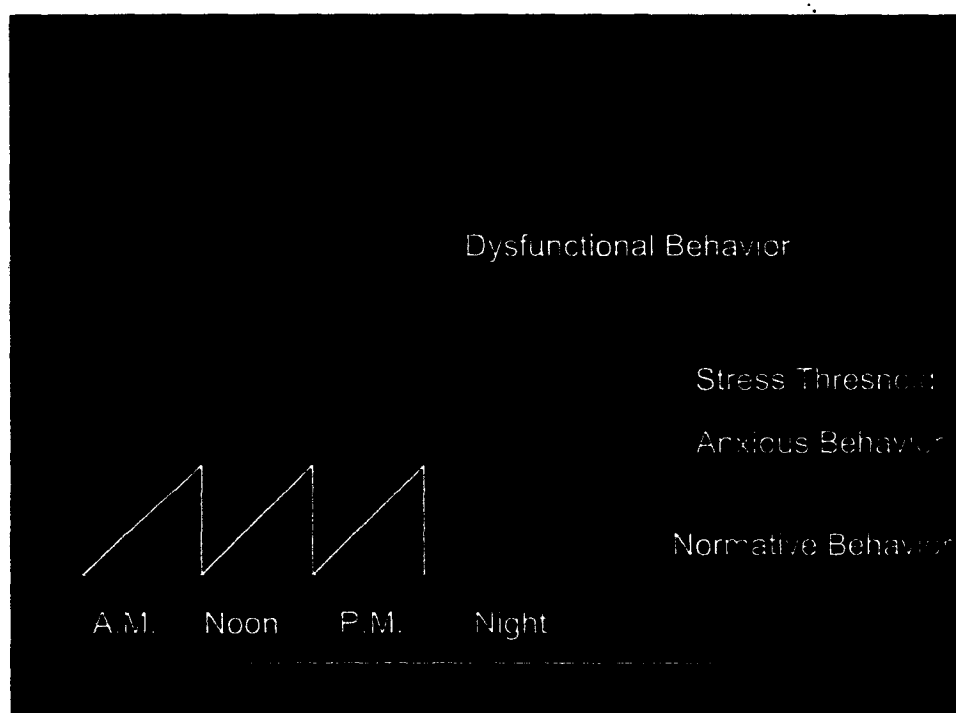


圖4. 一天內失智老人接受常規方案漸進性壓力閾值減低模式



附件一「失智老人問題行為照護訓練課程說明」

諸位護理人員您好！：

擬訂近期協助貴單位舉辦

「失智症老人問題行為照護訓練」

本次在職教育共六小時（三堂課各2小時）。為鼓勵您全程參與且完成課程要求，以達到最佳學習效果，將頒發由國立成功大學護理學系認證之在職教育時數證明。細則說明如下：

1. 請就現有對失智症之認識填寫問卷，此非考試亦不涉及分數，但您的寶貴意見，為教學設計重要依據，將絕對保密以維護隱私權。請於 月 日前裝回信封由主管收回。
2. 授課助理將配合主管所排定之合適時間至貴單位某安靜不受干擾的環境，與您進行約30分鐘的一對一訪談，以澄清及進一步瞭解問卷作答內容。訪談將徵求您同意，錄音您珍貴臨床照護經驗、問題，供授課老師共同確認您的學習需求，訪談內容亦將絕對保密。
3. 所有護理人員務必準時參與本次在職教育：
 - (1) 課前測驗： 月 日發送，請在 月 日前裝回信封，由主管收回，此為協助老師與您的自我瞭解，乃教學設計重要依據，但不涉及分數，作答內容將絕對保密。
 - (2) 簽到：單位將視您實際參與時數提供補休，但缺席視同請假將倒扣休假，並取消在職教育時數證明。
 - (3) 第一次課後練習—畫鐘測試，對貴單位有溝通能力老人的全面篩檢，老人分配名單於課堂公布。請在 月 日前交由主管收回，以利老師批閱並回應。
 - (4) 第二次課後練習—個案報告，需於第三次課堂上口頭報告，並由貴單位同仁於當天報告結束時，進行票選最佳報告組別，將

有精美禮物（高級電動牙刷）以資鼓勵。請在 月 日前交由主管收回，以利老師批閱並回應。

4. 第三次課堂結束，將發放課後測驗與意見調查，提供您再次對自我學習的定位與澄清疑問的機會，請於 月 日前裝回信封交由主管收回。授課助理將與您進行約 30 分鐘的訪談，澄清及進一步瞭解作答內容。訪談將徵求您同意，錄音珍貴臨床之照護經驗、學習過程之疑問與感受。此非考試亦不涉及分數，

但您的寶貴意見為教學改進重要依據！！！！

將絕對保密以維護隱私權。

5. 再次感謝您的大力參與，也誠摯邀請您，給予寶貴意見。若有疑問，歡迎來電 06-2353535-5033 討論，來信請寄台南市國立成功大學護理學系 張文芸老師收
或 e-mail:wenyun@mail.ncku.edu.tw

附註說明與提醒：

- 一、 課程後一週內完成回收所有課後知識、態度等評值量表
- 二、 經單位主管協助安排時段，進行課後的個別性、半結構式訪談：
 1. 「就三次、共六小時課程，整體的感受是...」
 2. 「在您面對照護失智老人的問題行為上，課程有幫助的地方是？沒有幫助到的是...」
 3. 「以後有上課的機會時，您建議上什麼？需注意到的是？」
- 三、 就後測問卷內容作個別澄清與正確觀念之加強。
- 四、 完成後發予時數證明以茲鼓勵。