澳門明愛
Caritas
MACAU

同心護老結伴行

澳門明愛安老服務文集

序

1968 年，陸毅神父於水坑尾設立聖母安老院（現聖瑪利亞安老院），為孤苦無依的女性長者提供三餐溫飽並有瓦遮頭，標誌著明愛安老服務正式起步。長者照護，是澳門明愛的重點工作，起初照顧社區上的貧病老人，過去數十年間持續回應社會需求，不斷開拓創新型長者照護服務，優化院舍環境之餘，積極發展社區支援工作，為體弱和身體機能缺損的服務對象帶來曙光，減輕護老者壓力。

讓服務經驗及知識薪火相傳，是從事安老服務人員的心願，因此明愛特意出版《同心護老結伴行》安老文集，讓各單位專業人員總結實務經驗，以文章分享作介紹，結合各個專業範疇的臨床知識、應用技巧，將心得、體驗、思考及反省透過文字向讀者闡述護老工作的實務智慧，引領社會大眾多關注長者服務，推動多元化安老工作向前邁進，實現「老有所養、老有所屬、老有所為」。

目錄

照顧管理與跨專業合作的實踐 鄭月嬋 ----------3

亞急性後期的社區照護角色 黃愛蓮 ----------8

淺談失智症院護照顧的機遇與挑戰 黃淑賢、王珍雅 ----------13

長者如願以「嘗」 許淑英 ----------16

照顧失智症患者面對的問題及處理建議 梁敏貞 ----------19

從家院合作推動院友優質生活 楊惠敏 ----------25

如何協助院友跨過死亡幽谷 林秋月 ----------30

善終：陪伴到最後一刻 梁務貞 ----------34

推動關注長者身心健康及長者社會參與之工作分享
嚴展歡、鄭嘉玲 ----------38

資源引介對護老工作的重要性 陳翠儀 ----------42

淺談失智症對長者日常生活的影響 黃燕雅、關美儀 ----------45

老化過程的主要生理變化 何志佳 ----------48

老年人慢性疾病的護理和用藥安全 陸耀輝 ----------55

如何在家中進行復健運動 黃凱茵 ----------59

物理治療對中風病人的重要性 梁燕玲 ----------66
透過痛症處理改善卧床院友的活動情況 譚惠瑜 ----------71
長者防跌復康治療及院舍防跌分享 蔡嘉瑜 ----------74
有系統的運動計劃能延緩長者「肌少症」 趙龍彪 ----------78
高度護理病患的活動安排 黎銀堯、蕭建業 ----------85
中風個案的上肢復健活動 陳嘉敏 ----------92
教導獨居長者自行注射胰島素的經驗分享 鄭曉明 ----------96
照護環境對失智症患者認知的影響 胡智瑩 ----------100
不同傷口的敷料應用與成效 陳素雯、易珊珊 ----------105
如何呵護長者的肌膚 朱雪媛、廖翠媚、甄麗娜 ----------114
淺談安老院舍臨終關懷模式 鍾麗明、黃萬輝 ----------117
長者的熱與光 高國基 ----------122
澳門明愛安老服務通訊名錄 ----------125

照顧管理與跨專業合作的實踐

澳門基金會明愛家居護養服務主任 鄭月嬋

一、兩個故事

從事社會服務的朋友都知道，每個服務使用者的背後，也有着他們的故事。澳門基金會明愛家居護養服務就曾接觸過下列兩個個案，在這裡先讓大家看看他們的故事內容：

一、 何伯（化名）是一位八十多歲的老人家，與輕度智障女兒相依為命。在接案之前，何伯身體因心肺功能轉差而入住醫院。住院一個月後，女兒收到醫院通知稱何伯身體經已漸趨穩定，可以離院回家。面對老父即將出院，作為女兒的既開心又擔憂，因為父親病情雖已安穩，但自我照顧能力卻大不如前。面對老父需要的高度照顧，例如個人衛生、卧床轉體、餵食工作等貼身侍候，女兒感到一籌莫展，十分無助。過去，家中無論大小事情都由父親承擔，如今卻要一百八十度轉變，患有輕度智障的女兒感到非常吃力。在愛父心切的同時，又不知如何照顧失能的他。

二、 陳先生九十多歲的父親手術後身體轉弱，出院時因家屬需要上班而無時間為他提供照顧，迫於無奈將父親送入安老院舍。不到一個星期，陳先生見到父親經常愁眉深鎖，茶飯不思，日漸消瘦。經過了解，原來父親未能適應院舍生活，以致心情欠佳，健康因而也受到影響。看到這樣的情況，陳先生決定將父親接回家中生活，但白天家中無人留守，如何能為病弱的父親提供照顧，就成為陳先生必需面對的一大難題。如同何伯的女兒一樣，陳先生和他的家人並不知道怎樣才能為父親安排所需照顧，更不知道有誰可為他們排難解憂。

對於何伯和陳先生父親的故事，相信大家都不會感到陌生。他們都是由於年老及身體出現病痛，引致健康轉差，自理能力下降，極需別人提供深

度的個人照顧和專業護理。兩位服務使用者的家屬都侍親至孝，對他們愛護有加，奈何由於缺乏照護知識、資源和時間，導致身心疲憊，壓力不斷。

二、 家居護養服務

在 2012 年 12 月正式啟動的澳門基金會明愛家居護養服務，成立的宗旨就是為像何伯和陳先生的父親一樣，有較高程度護理照顧需要的人士提供 24 小時的家居護養服務，透過盡早介入避免情況惡化，紓緩他們入住醫院或院舍的需要。

為了達成服務目標，家居護養服務提供的服務包括：

- 個人照顧：例如沐浴洗頭、餵食、換尿片等；
- 護理照顧：例如傷口護理、胃喉餵食、糖尿病護理、造口護理等；
- 復康服務：例如物理治療、職業治療、家居環境安全改善建議等；
- 社會服務：例如個案輔導、義工關懷、小組活動等；
- 在家訓練：例如健康教育及護理指導等；
- 其他服務：例如陪診服務、特別陪護等。

從上面的內容可見，家居護養服務的範圍十分廣泛，要求也非常專業。由於服務使用者都是體弱人士，他們及其家屬需要的服務一般較多，從生理、心理、情緒、社會到精神方面都要給予關顧和支持。因此，家居護養服務特別重視照顧管理和跨專業合作的實踐，務求每個個案都能夠得到個別化的全人服務。

實際經驗反映，服務使用者需要的不僅是身體上的護理或復康，而是在既有的健康水平上享有最佳的生活品質，這就需要以服務使用者及其家庭

為中心，提供多元化的介入服務。從全人發展的角度來說，生活品質是由生理、心理、情緒、社會和精神健康的狀況共同決定，它們之間互相關連，也互為影響。

三、 照顧管理過程

家居護養服務採用照顧管理的主要目的，是為改善和提高服務使用者的生活品質。通過照顧管理員協調服務團隊中的專業成員，包括護士、物理治療師、職業治療師和社工，因應每個個案的實際需要，評估、制訂、執行、監測和調整為服務使用者度身訂做的服務計劃，確保他們的不同需要都能夠得到無縫、協調和有效的關顧，同時幫助家屬減低壓力，安心工作和生活。

為了發揮照顧管理的功能，家居護養服務由接案到結案，基本上會按以下流程進行。在接案方面，無論個案來源是家屬主動查詢或由機構轉介，服務團隊在收到有關資料後，都會主動與之聯繫。在了解基本狀況和初步評估後，如屬不合資格的申請者，就會直接告之，並在取得同意後轉介其到合適的服務單位。若為潛在個案，即會相約家訪，詳細了解服務使用者的問題及需要支援的內容。

此時，服務團隊會因應個案特點委任一名照顧管理員主責有關工作，人選可以是社工，也可以是護士或治療師。無論由誰人擔當這角色，都必須為個案做好需要評估，制訂個別化的服務計劃，同時協調其他成員執行和監測服務的進展。具體來說，當照顧管理員開立服務檔案後，會對個案的生理、心理、情緒、社會和精神情況，例如病情背景、治療安排、自理能力、居住環境、經濟收入、智能表現、情緒狀況、行為問題、家庭關係、家屬支援和精神表現等作深入了解。

確定情況後，照顧管理員便會與服務團隊的其他專業成員，綜合評估服務使用者及其家庭的實際和潛在需要，擬定跨專業的服務計劃，並與個案

家屬商議服務提供的具體內容、開始日期、使用時間、服務次數、提供頻率和服務收費等。經雙方同意，照顧管理員將與服務使用者家屬正式簽署服務協議書，在約定時間開始提供服務。

而在整段期間，照顧管理員除會協調各項服務，並和個案家屬保持接觸，了解服務使用者在接受護養服務後的變化情況外，有需要時也會調整計劃，務求盡量配合個案的服務需要。當服務使用者的需要超出家居護養服務能夠提供的範圍時，亦會為個案進行資源連結和轉介工作，拓闊其支援網絡，讓服務使用者獲得所需服務，改善生活品質。

內部溝通方面，服務團隊定期召開個案會議，審視及討論所有個案的最新情況和服務進展，檢討團隊內各成員為同一服務使用者提供服務的實際情況，確保服務不致出現斷層或不協調等問題，同時提高跨專業服務的協同效應。因應服務使用者及其家屬的期望和要求，服務團隊也會商討及更新跨專業介入方案，從而改善個案的生活品質。此外，家居護養服務每隔兩個月亦會安排服務團隊成員上門家訪，監測服務的質素和評估個案的發展。

到了結案階段，家居護養服務會邀請服務使用者本人或其家屬填寫服務評價問卷，以收集用家的意見，作為品質改善的參考。服務團隊結案後會視乎情況與個案保持聯繫，好讓服務使用者有需要重用服務時可更方便得到所需支援。

四、 跨專業合作

接受家居護養服務的服務對象都是需要較高程度護理照顧的人士，不論涉及的服務內容是個人衛生照料、壓瘡護理、鼻胃管餵食、被動運動鍛鍊、照護環境調整與改造、情緒紓緩、家屬心理輔導、支援網絡開拓等，均需要不同的專業人員介入，透過跨專業團隊的協作，按全人需要的指導原則以提供支援。在這個前提下，家居護養服務各專業人員必須理解服務對象

不僅是有生理照護需要的病患者，而且是於生理、心理、情緒、社會和精神方面具有不同需要的獨特個體，其生活環境、家屬關係和社會狀況等互為影響而成為與其他個體不一樣的人。

服務團隊內的專業人員由於專業背景和關注事項各有側重，成員之間對同一個案相同問題的界定、判斷和處理，有時也難免在觀點和意見上有所落差。雖然如此，大家都盡力為服務對象的利益提出自己認為最好的服務方案，這時候各專業人員若可放開胸襟，換位思考，嘗試跳出個別專業的視野框架，從多元角度就服務對象的問題和需要進行分析與辨解，使不同專業的觀點得以兼容並蓄，互為補足，把各自的服務建議協調、統整，正是服務成功的關鍵所在。

值得興奮的是過去一年多，家居護養服務的團隊成員透過持續的溝通和踏實的個案會議，彼此間建立了工作默契，在專業互重的共識下，以服務對象的全人福祉作為服務規劃和提供的基礎。當然，面向未來家居護養服務仍要繼續努力，不斷加強專業人員的相互包容，促進彼此合作模式的改善，務求令各專業人員對同一個案提供的不同服務，都能夠產生相輔相承的協同效應。

五、 回看兩個故事

回頭再看何伯和陳先生父親的個案，經過照顧管理員和跨專業團隊的介入，家居護養服務為兩位服務使用者在個人衛生、餵食、護理、陪護、復健運動、環境改善等方面，提供了所需的照護支援，除了團隊本身的專業和職務人員外，也動員了義工協助個案整理家居。接受服務一段時間後，何伯情況得到好轉，可以自行慢慢地走動；至於陳先生的父親亦能與兒子一家繼續同住，原有的生活方式大致保持不變。

亞急性後期的社區照護角色

澳門基金會明愛家居護養服務副主任 黃愛蓮

一、 背景

家居護養服務的設立是以「家居病床」到「家居康健」的理念，支援在社區內生活而有護理需要的個案，為他們提供到戶式的照護服務。在現行的申請個案中，約有三成由醫院轉介，其餘則來自安老院舍輪候隊伍或現正接受其他長期照護系統服務。而個案所需的家居護養服務，就性質而言主要是「亞急性照護」（subacute care）或「中期照護」（intermediate care）。

二、 定位

「中期照護」的護理模式近年在美國及台灣等地廣泛推行，根據美國醫療機構評鑑聯合會（簡稱 JCAHO）的定義，「中期照護」：

- 是針對有急性疾病、傷害或疾病加重的人所設計的綜合性在家照護；
- 是目標導向的社區康復期照護，即是在急性住院後、或取代急性住院治療、或 處理一種或一種以上特定、積極、複合的社區照護；
- 個案的狀況通常不需依賴高科技、監測或複雜診斷程序，照護持續時間可分為短期（3-30 天）、中期（31-90 天）和長期（91-100 天）（林慶雄，2011）。

在這段期間，個案所需要的是以整全照護為導向，去處理亞急性期的照護問題。家居護養服務的對象主要是長者及長期病患者，大部分都有一種或多種慢性疾病，很多個案在急性醫療診治之後，仍需休養一段時間讓身體功能恢復，健康專業團隊正好發揮持續提供適切護理照顧的支援作用。

開辦家居護養服務的目的是要提升患者日後的功能狀態及獨立生活程度，間接紓緩將來護理照顧的醫療及社會成本，減輕安老院舍床位不足的壓力。對於正在輪候住宿院舍、日間中心或其他社區長期照護服務的個案，以及家人照顧出現困難、家傭休假離澳或正待聘用者，都是家居護養服務的潛在對象群。

三、 家居護養服務意義所在

當局現行投放於本澳社區護理服務方面的資源不多，尤其是特殊護理需要如胃管或尿管護理、物理治療、職業治療等需求更為殷切。家居護養以至家居康健是以促進個案健康的三級預防為基礎概念，支援個案發病後在家康復，以減少 / 預防併發症的發生。服務的主要目標是促使個案早日復原，減輕護老者身心壓力，從而有效運用社會資源，推動自主生活，延緩入住院舍的需要，令個案得以在家安老，並協助其家庭連結社區現有的長期照護資源。

四、 個案及家屬在亞急性期普遍遇到的問題

從醫院轉介過來的個案大部分處於急性疾病住院後期，雖然病情已趨穩定，但照護問題對家屬和個案而言卻有不同程度的困擾，甚至影響到離院安排。鑑於疾病或令個案無法維持其家庭功能，而適應新的角色和重拾人際關係時亦會出現困難，這都容易導致個案產生負面情緒和壓力。

剛離院的個案通常遇到的問題有：

- 疾病影響身體功能而需要作出身心調適，如中風後出現偏癱；
- 大小便失禁、進食困難等自理能力下降，或失智症病情加重無法自我照顧；
- 個人尊嚴受損；

- 社交活動障礙如腸造口術後排便方式改變、大便處理不當而影響日常生活；
- 家居環境不合適。

照顧者方面經常面對的問題包括：

- 照顧個案生活的技巧缺乏，如不懂為其轉身、清潔、餵食等；
- 家居環境的協調和設置；
- 鼻管餵飼、傷口 / 壓瘡護理、血糖監測、胰島素注射等技巧，以及物理治療、 職業治療等復康訓練技術難以掌握；
- 長期照護衍生的心理壓力；
- 對個案病情進展了解不足而產生的擔心和掛慮；
- 缺乏個人休息時間及閑暇娛樂以致身心疲累；
- 因照顧問題而誘發個案、家屬、家傭之間的爭議。

五、 家居護養在中期照顧的應用和實踐

為有效支援個案在家接受護理照顧，家居護養服務的健康專業團隊會先上門進行評估，並向家屬或照護者提供基礎培訓，好讓他們掌握相關疾病的自我管理方法和照料技巧。個案離院回家，不單需要認識個人身體健康的變化，更要學習保持最佳健康狀態，減輕家屬因承擔照顧個案的責任而產生的焦慮。

照顧者長期在家肩負照護個案的任務，往往容易身心疲累，當中部分仍有上班的，其個人生活更難以兼顧，家居護養服務的其中一項內容是短暫性的替代照護，為個案提供陪護服務，以支援長期照護者享有喘息的空間，

藉此多休息並得以處理個人事務，同時亦協助個案和家屬適應因疾病而帶來生活上的改變。例如腸造口的術後護理，需要個案及家屬接受其新的排便形式和所涉氣味，掌握造口的清潔程序以及外出社交時需注意的事項、伴侶在生活各方面的調適等，促進個案和家屬以正面、積極的態度面對整個復康過程。

不同的疾病往往都有獨特的康復計劃，以中風為例，早期康復對個案的功能復原有莫大影響，但個案會否勤於練習、把握黃金康復期的時機，是決定康復進度和效果的關鍵，個案及家屬就康復計劃的配合度對病情控制尤其重要。至於早期失智症患者，所需的是一個可讓其感覺安全和舒適的環境，個案的家庭通常都是最合適的地方，他 / 她對此不會感到陌生，而家人的陪伴和互動亦可延緩失智症病情，透過改善家居設置如加裝扶手、感應設備，更有助增強個案的自理能力，減少行為問題發生的機會。

在家居護養服務的團隊內，主要由個人護理員及衛生服務助理員上門為居家的體弱人士直接提供照顧和護理服務，專業人員包括護士、社工、物理治療師、職業治療師等則扮演督導、支援以至評估、訓練和輔導等角色，確保個案的康復計劃能有效執行，陪伴他 / 她與家屬走出病痛、焦慮及照護壓力的情緒幽谷。

目前，家居護養服務的照護範疇計有：基本日常生活照顧、腦血管意外後遺症照護、腹膜透析早期護理、傷口護理、骨科術後復健、腸造口術後護理、腫瘤治療後或舒緩治療後的家居照顧、陪診及陪護服務等，亦有特別設計的在家培訓項目，促使主要照顧者或家傭掌握相關的照護及復健技巧。此外，家居護養服務會定期舉辦外出團體活動，鼓勵個案和家屬一起參與，營造輕鬆、歡樂的氣氛，擴闊他們的社交網絡，鞏固家庭關係。

六、 建立無縫式亞急性社區照護對長期照護的影響

亞急性照護不單解決個案及家屬面對離院在即卻於照護問題上深感無助

與徬徨，同時亦在社區長期照護系統中建立起緩衝的機制，亞急性照護幫助個案實踐獨立自主管理個人健康的理念，減少其對醫療系統的依賴。一段時間後，隨著個案身體功能逐漸恢復，家屬在家照顧個案的可能性增加，部分家庭會使用家居護養服務直至聘用照顧個案的家傭到任為止。

身體功能狀況略差者，可以選擇利用輔助工具及社區長期照護網絡，以配合個人的居家照顧和護理需要，而身體功能狀況欠佳且家人難以擔當主要照顧者，則或需轉介入住長期照護院舍。不論是急性醫療、亞急性照護抑或長期照護，必須要構成一個連續性的無縫體系，家居護養服務正承擔著連接急性、慢性兩個時期的亞急性照顧階段內社區護理的重要角色。

參考資料：

林慶雄（2011）。亞急性醫療時代的來臨。彰基院訊電子報（2011 年 8 月號 ）。Retrieved Dec 10, 2013 from http://www.cch.org.tw/edm/edm_2_1.aspx?oid=9&pid=2&id=56

淺談失智症院護照顧的機遇與挑戰

聖方濟各安老院社工 黃淑賢、王珍雅

近年，人們對失智症患者及其照顧者的關注日漸增加，政府及民間團體遂投放資源進行推廣工作，包括宣傳教育、調查研究、照顧技巧培訓等，務求令社會大眾廣泛認識失智症，並對患者和照顧者的處境多表關懷。

這些年筆者在老人院工作，經常有機會與失智症長者相處，從實踐經驗中深深體會到她們不是一群只有着共通特性的老人家，而是一個個與別不同的長輩。透過平日的接觸、觀察、同工分享，慢慢地找到與「她」互動的模式，並把機構培訓中學到有關照顧失智症長者及與其溝通的技巧運用出來，就如：

廖婆婆（退休教師）常出現有目的遊走行為，要返回鄉下：「阿仔在等我，快點兒讓我出去……」

周婆婆（小學程度）對嘈吵的聲音特別敏感，沒有判斷說話能力，只要是她認為不對的，便開始對任何在面前的人展示她的咆吼聲，然後揮拳…

蘇婆婆（中學程度）失去對事情的判斷，對食特別感到興趣，只要看見地下、垃圾桶、甚至別人手上的，她都控制不住，取來放進口中……

失智症的常見症狀很多人都聽說過，但家人或照顧者面對失智症患者的行為表現，感到身心疲累，即使盡可能付出，也未必獲得預期的效果。幸好安老院有不同專業組成的員工團隊，共同為長者院友提供照顧服務，互相扶持，灰心時有人鼓勵，挫敗時有人出謀獻策，不知所措時有人伸出援手。

失智症院友的情緒及行為有時得到改善，亦有時突然轉差，從中筆者學

會應隨長者的心態變化而行。「她」一口胡言亂語，那麼何不放開自己與她暢所欲言，至少可以互相交談，互相對望大笑；「她」打人，只因她想念家人，擔心得坐立不安，思緒混亂，那麼簡單地一個動作「拉拉手、在左右」，陪伴她一起散步，一同說話，減低她的不安，分散她的注意。

家屬方面，社工更要在院友與他們之間搭建溝通的橋樑。照顧失智症患者，家屬的支持和配合尤為重要，他們可分擔照顧的責任，與院方分享院友的生活習慣及文化背景，這對服務的提供大有裨益。

白天過去，照顧失智症院友的工作仍未能放下，因為部分失智症長者的行為表現，夜間同樣地精彩……

「她」突然大叫，火災呀！火災呀！

「她」告訴阿姨，我的孫女走失了。

「她」走到鄰床與其他院友一起熟睡。

「她」表示幾天都沒有進食，快餓死了！

前線同工的回應技巧，處理上述情況的關鍵。同工們需具備同理心，感受到「她」行為的背後意義，明白該行為表現的用意。照顧時間越長，同工的照顧技巧越見成熟，心態亦隨之有了轉變，對事物的看法也有所不同。

以下，與大家分享幾個有趣的故事：

廖婆婆，人們經常稱呼她為廖老師，每天總要離開老人院，返回鄉下，探望身體有病的媽媽、去銀行取回她100萬的存款等，每天總會有不同的話題及理由。「老師」的角色緊隨生活每一天，工作員熱誠地邀請她擔任義教一職，讓她每天教導其他院友一起讀書。朗朗的讀書聲，讓工作員想起自己以前讀小學時候的快樂片段……

林婆婆就好像一個剛入托兒所的孩子，入住院舍初期有很大的適應問題，經常拒絕進食，不肯配合洗澡，反覆哭訴要求回家，入住首月體重下降。其女兒從沒有責怪院舍，每星期定時來訪，與工作員分享她以前照顧母親的經驗，詳細地講述婆婆的生活習慣及以前的經歷，給予工作員很多有用的資訊。慢慢地，婆婆與同工們混熟了，同工們亦掌握到婆婆飲食的喜好，洗澡前要先與婆婆玩一會，做身體接觸的準備；食藥前，要先與婆婆講家鄉話，令她意會到要食藥……

昨天、今天、明天，每一天從不同的人、事、物當中學習照顧失智症長者，學懂的不單只是理論，而是靈活處理當前的挑戰，這也許正是從事失智症工作的要點所在。

長者如願以「嘗」

康暉長者日間護理中心社工 許淑英

一、 計劃緣起

有人說夢想只是年輕人的專利。從事安老服務的同工也許都察覺，很多長者認為自己年紀大、行動不便，加上病患纏身，覺得活着沒怎麼希望，更遑論「夢想」。然而，不同年齡、階層，每個人亦應該有其夢想，有些長者或仍有願望，但礙於環境或其他因素，遲遲未能如願而已。

康暉長者日間護理中心定期會因應長者的社交需要，安排一系列的參觀、旅遊、聚餐、文娛康樂等活動，但個人意願未必全然得到滿足，尤其是獨居、年老無依的服務使用者，日常生活已由他人協助，一般情況也不想再麻煩別人，故更不在意自己有什麼特別的需要和期待。

根據生命循環觀點（life cycle perspective），年老階段要經歷撤離生活和回顧一生的過程，長者除了接納已發生的人生事件，還應克服各種限制以尋求自我發展和進步，若然可以從心所欲地在夕陽生命中改變和開展生活，其一生將更添姿采。為此，康暉的家居照顧及支援服務隊構思「一人一夢想」實踐計劃，針對個別服務使用者的願望特意安排活動，讓其達成心願，晚年無憾。

二、 活動成效

「一人一夢想」實踐計劃的特色是以個別化為原則，幫助服務使用者如願，使其心靈得到滿足，增加喜樂因子。本計劃於去年第二、三季間共為五名康暉家援的服務使用者達成願望，當中有長者是獨居的、行動不便的，也有長期病患的。

計劃初期，同工與參加的長者個別面談，瞭解他 / 她們有甚麼願望，收

集後進行篩選，主要選擇一些具體、可行、有時限性，並且不致涉及太高金額。之後與長者一起商討如何進行計劃，共同願望的會組合起來，他 / 她們的願望分別是到酒樓飲茶、到超級市場購物和到澳門影相。以下是其中兩名參加者的心聲：

陳婆婆：

「希望可以到超級市場購物，因為自己年紀大，行動大不如前，不能走太久，故不敢離家太遠，平日在家倍感無聊，多以寫作抒發心情。有三名子女，兒子住在香港偶有回來探望，大女兒已退休有她自己的晚年生活，小女兒工作繁忙。雖然家人對自己很好，常買來生活用品等物資，但甚少陪伴。因自己居住的地方屬於舊城區，只有一些小商店，故日常需要購物，都是打電話請朋友協助。

「以前只有男人才可以外出飲茶，沒有女人的份，女子只可留在家中做家務，現在時代不同了，不論男女都可以自由地做自己想做的事。很高興參加今次這個計劃，可以去到平日自己去不到的地方，與老街坊一同喝茶吃點心，可以到超級市場選購自己心儀的東西，更由姑娘帶往美高梅看獅子雙年展，那些作品每件都很特別，亦看到將影像投射在雕塑上形成許多不同造形的獅子，又配上春夏秋冬、日月星辰的主題，令獅子雕塑栩栩如生，變化萬千。今次出外活動真的很開心。」

吳婆婆 ：

「希望可以到澳門飲茶，因為很久沒有外出飲茶了，有時子女因為工作及家庭，沒有空閒時間陪我去飲茶，難得今天可以來到澳門一間裝潢華麗的酒樓。自從行動差了以後，便少了外出，雖然有時女兒從內地來澳門探望，說帶我出外逛逛，但由於雙腿無力，視力又不好，行動不便，加上交通方面難以配合，所以大多是在家做飯吃。

「今天能夠到澳門區飲茶，感到很高興。眼看現時的酒樓很有規模，與以前相比真是天淵之別，年輕時的酒樓相對較簡單，售賣員推着點心車，茶客看到想吃甚麼便取甚麼，很有風味，現在酒樓轉變了很多，地方美觀、叫點心方式改為畫點心紙，真意想不到澳門過去數十年的變化這麼大，賭場增加不少，也有很多大型建設，還可以見到一些美麗的獅子雕像，十分開心。」

三、總結

也許長者已很久沒有被別人問及有甚麼願望，又或者不想麻煩別人故不好意思將內心的期望說出來，所以是次活動的參與人數遜於預期。至於參加的長者，他 / 她們的願望都很簡單，容易實現，甚或其心底意願只希望能夠得到一份關心和重視，以及有人相伴和聽聽他 / 她們的心底話，卻是心滿意足。身為工作人員，見證長者如願和臉上滿載的燦爛笑容，也感何等的欣喜。

照顧失智症患者面對的問題及處理建議

康暉長者日間護理中心社工 梁敏貞

一、前言

老齡化幾乎是全球各地無可避免的發展趨勢，澳門亦然。隨著長者人口比例持續上升，衍生的社會問題日益增多，失智症是近年備受業界以至公眾關注的其中一個熱門議題。

失智症不單影響患者本身，對其配偶甚至整個家庭都會帶來影響。在漫長的照顧過程中，患者的身體、心理、社交各方面將出現重大變化，他們逐漸失去自我照顧能力，對照顧者造成很大的負擔，有研究指出，照顧一名智能喪失及行為異常的病患比照顧一名單純只有生理問題的長者的壓力來得大，病情的不斷轉變持續地增加照顧者的困難（註 1）。以下透過兩個不同的個案，剖析親屬在照顧失智症長者時所面對的問題和挑戰。

二、個案剖析

個案一（化名：陳太、陳伯）

2.1.1 個案背景

陳太的丈夫現年 86 歲，曾接受過小學四年級教育，昔日曾在賭場工作，陳伯一直在澳門居住，隨後跟家人移居美國。2009 年回流澳門後，記憶力開始衰退，辨認人及物件的能力下降，日常生活不能自理，反應速度慢，說話詞不達意，經醫生確診為中期失智症。陳太對失智症並不陌生，因有家族成員患過此病，於是帶同丈夫就醫診治。

- 認知方面：陳伯患有中後期失智症，語言表達能力差，難於與人溝通，無法辨認家人及熟悉的事物。

- 行為方面：晚上不肯睡覺，在客廳遊走。

- 社交方面：個性變得孤僻，愛發脾氣，不願參加社交活動。

2.1.2 照顧者心聲

陳太現年 80 歲，她最心痛的是丈夫「忘記自己是誰、忘記子女是誰」，起初為此感到不快，及後想到與丈夫共同生活超過 50 年，也明白此病會令記憶衰退，於是帶同丈夫求醫，確認患上失智症。她向工作員說：「我與丈夫都一把年紀，雖然照顧得很吃力，但希望用剩下的生命繼續照顧他，只要他喜歡便好，一切辛苦都可以忍受。」

直至一年多前，子女覺得陳太的壓力不勝負荷，為了令陳伯得到專業照顧，決定申請輪候安老院舍。不久，院舍通知有宿位了，當陳太知悉時，在子女面前大哭起來，翌日她親自參觀院舍，又考慮周邊環境是否方便輪椅出行。之後陳太雖認為院舍環境不錯，但自信有能力繼續照顧陳伯，故要求子女把輪候到的宿位取消。

子女對陳太的決定很生氣，家人之間就此事產生了磨擦，陳太不忍心讓陳伯入住院舍，希望丈夫可在她照顧下於家中生活下去，因此照顧過程中縱使有多大壓力，都不願意找子女傾訴。陳伯晚上有遊走的行為，導致陳太的睡眠質素很差，擔心丈夫期間不小心跌倒，故在床邊掛了一個搖鈴避免意外發生。陳太的心理壓力很大，子女實在擔心媽媽身心難以負荷，遂為父親申請日間護理服務，又聘請家傭協助照顧。

2.1.3 問題分析

在這個個案中，陳太把所有照顧責任都攬到身上，不讓子女們參與，故承受著沉重的壓力。雖然陳太盡心盡力照顧，但陳伯隨意地發脾氣，令她感到十分無助，由於長時間照顧丈夫，減少了個人的社交和娛樂活動，陳太因而產生透不過氣的感覺。其實，陳太應放手予家傭照顧陳伯，亦可召

開一次家庭會議，與子女一起商討解決方案，讓整個家庭共同合力，對照顧失智症患者定然大有幫助。

2.1.4 工作員介入的成效

- 照顧者：

陳太在照顧過程中把壓力藏在心裡，照顧工作的負擔愈來愈沉重，甚至已到了自己的極限。在工作員的介入及跟進下，陳太得以分享其照顧上的經驗及感受，學習舒壓的方法，每當丈夫到了日間護理中心，她便有屬於自己的時間，去參加耆康中心的文娛活動。她也懂得照顧過程或會偶然出現情緒波動，這時需要的是停下來休息片刻，謹記善待自己，更要明白「沒有了你，就沒有人照顧他」。

- 病患者：

陳伯每天到日間護理中心使用服務，透過多元化的日序活動，例如園藝，讓他可以嘗試與其他會員溝通、互動。陳伯的注意力已較以往集中，人際關係亦有明顯改善。

個案二（化名：吳女士、女兒曾小姐）

2.2.1 個案背景

吳女士現年 84 歲，丈夫早年去世而獨力撫養兩名子女，昔日在製衣廠剪線頭，其後在酒樓任侍應，5 年前中風，導致行動不便，需要使用輔具，家人發覺她記憶出現衰退，曾在街上走失。吳女士情緒起伏不定，心情不好時會不斷哭泣。女兒曾小姐為媽媽申請使用日間護理服務。

- 認知方面：家人發覺吳女士對時間產生混淆，忘記關水喉，日常生活中也有記憶喪失的情況，特別是短期記憶。

- 心理及社交方面：經常出現負面情緒，無故責怪自己及家人，性格變

得多愁善感，時常為小事而感到不快，有憂鬱的徵狀。以往由家傭陪同外出到公園散步，其後把家傭趕走，留在家中無所事事，摺金銀元寶度日。

2.2.2 照顧者心聲

曾小姐是主要照顧者，現年 50 歲，起初發覺媽媽「無記性」以為是年紀大，但發覺她連日常生活自理及起居的步驟都忘記，如洗澡時不懂調節水溫、澡後穿回骯髒的衣物，最明顯的是性格出現變化，經常將事情扭曲，無故大哭起來。女兒帶吳女士前往就診，醫生表示媽媽患有失智症，與中風有關係。曾小姐想到不懂照顧，徬徨無助，遂往社會工作局求助，不久媽媽獲安排加入日間護理中心。

2.2.3 工作員介入的成效

• 照顧者：

曾小姐儘管工作多忙碌，每日堅持接載媽媽到中心使用服務，每當媽媽在家中出現行為問題，都會向中心不同專業的同工尋求協助。吳女士在家中常發生不少趣事，個性變得像個小孩，生活上有很多令女兒激心的事情。曾小姐明白媽媽患上失智症，唯有自己與家人調整心態，凡事都不太與她爭論。

• 病患者：

透過個案會議，各專業同工了解到吳女士身、心、社、靈的需要，為她制訂個人照顧計劃，增加其社交、智能及興趣方面的訓練。經工作員介入及跟進，利用不同活動讓吳女士的情緒得以平伏，同時促進她與中心同工及其他會員有更多互動。

三、 澳門現行支援失智症的服務

照顧失智症患者不是一件容易的事，除家人或照顧者的責任外，亦可適

當地運用以下的社會資源，以減輕照顧壓力：

3.1 日間護理中心

申請人可自行或委託親友前往住所附近的日間護理中心，填寫及遞交「長期照顧服務－服務申請轉介表」，並接受社會工作局的統一評估，對象是身體機能缺損及缺乏自理能力、日間欠缺他人照顧、年齡滿 55 歲或以上的長者。中心的服務範圍包括：健康護理、復康治療、個案輔導、社交活動、個人照顧及膳食等。

3.2 照顧技巧訓練及家屬互助小組

照顧者可參加長者中心專為失智症家屬而設的支援小組，透過專業人員提供的訓練課程，增強照顧者對失智症有更深入的認識，以減輕照顧壓力，而家屬互助小組則有助照顧者相互分享和交流照顧經驗。

3.3 家居照顧及支援服務

為體弱及缺乏他人照顧的人士提供家居照護，使其得到合適的照顧與關懷，從而改善生活質素，安心留在社區中生活，對象是自理能力弱、健康欠佳、缺乏社區支援的獨居長者或年長夫婦。服務內容包括：送膳、家居清潔、個人照顧及陪診等。（註 2）

3.4 安老院舍

申請人可自行或委託親友前往任何一個申請地點填寫及遞交「受津助安老院舍申請表格」，服務對象是因健康欠佳、身體殘疾或認知能力受損，以致未能自我照顧起居，並經社會工作局評估為符合使用院舍服務的人士。（註 3）

四、 總結

從上述案例可見，當長者確認患上失智症，隨着其生理機能下降、心理

負向變化，種種異於平常的行為逐漸出現，對充當照顧者的家人造成莫大壓力，無助感油然而生，一方面感到不懂得如何照顧好患者，另一方面不知道何處是盡頭。

若壓力不獲紓緩、情緒無法排解，下一個被照顧的可能是這位努力照顧患者的家庭成員。患上失智症是不可逆轉的，因此作為家人，應該做的是好好調整自己的心態，善用身邊的社會資源，尋求適當支援，以減輕照顧壓力，並為自己的照顧任務增加成功感和意義。

參考資料：

1. 「失智症照顧者的身心負荷」，網址：http://www.cnpc.mohw.gov.tw/.../595f06a5dc7eafaf499c6aeb1e551a27.doc
2. 「康暉長者日間護理中心，服務單張」
3. 社會工作局網頁：http://www.ias.gov.mo/tw/swb-services/elderly-service/referral-to-home-for-the-elderly

從家院合作推動院友優質生活

聖瑪利亞安老院社工 楊惠敏

一、前言

何謂優質生活？根據《安老院舍醫護專業服務手冊》一書，優質生活是指個人在其生活的文化價值體系中，對於自己目標、期望、標準及關心的感受程度，包括生理健康、心理狀況、獨立程度、社會關係、個人信念及環境等六方面，並受着個人主觀及客觀因素的影響。

作為一間服務澳門逾四十年的安老院舍，聖瑪利亞安老院一直以提供院友優質生活、讓入住長者能將院舍視作「家」為主要服務目標。要達成此目標，單靠院舍的力量並不足夠，長者住在院舍期間，家人的支援尤其重要，不論是長者住院初期的適應，還是臨終時的心理支援，家人均擔當着不可替代的角色。因此，若能促進家屬與院舍的良好合作關係，對院友的晚年生活將有莫大的裨益。

二、長者入住院舍後面對的問題

中國人的傳統觀念認為「養兒防老、積穀防饑」，兒孫滿堂是大部分長者視作幸福生活的象徵，故長者們入住院舍是十分艱難的決定。以往，長者入住院舍大多是因無親無故或無家可歸，但現在的長者更多是原有家人同住，唯因健康狀況轉差、失去活動能力或無法自理而被安排入住院舍，他們或會感到被子女拋棄、不被家人接納，雖然大部分長者不太願意入住院舍，但礙於現實條件，他們只好認命接受安排（陳明珍，2000）。亦有長者會考量自己的身體狀況，為了減輕對子女的負擔和困擾而選擇入住安老院舍（范涵惠，2002）。

這群長者入住安老院前已有不少負面情緒，無奈感更成為他們適應院舍

生活的心理障礙。即使是自願入住的院友，要離開熟悉的居所去面對新環境、新生活模式及新的社交網絡，那份不安全的感覺亦會影響其對院舍的適應。就算過渡了初期的適應問題，但在安老院生活猶如進入了一個小社區，這裡有各式各樣的人和規範，跟家居是截然不同的生活模式，尤其是與同房院友的相處，可能要面對彼此生活習慣、文化背景及語言的差異，過程中容易產生矛盾和衝突。

入住安老院的大多為長期病患及行動不便的長者，面向身體健康每況愈下，對他人的依賴愈來愈大，甚至要面對死亡的恐懼，均切實地影響院友的心理情緒。當然，院舍會安排不同的服務和輔導協助院友處理在院舍生活遇到的各種問題，但不論是筆者的親身經驗或各地文獻都表明，家人的支持對院友極其重要，尤其是初入住安老院的長者，家人的關心對其生活適應影響甚大，特別是心理與情緒支援兩方面。如果家人與長者的互動關係良好，他們的適應情況將會更佳（陳明珍，2000）。

三、家院合作的重要性

院舍與家庭合作的目的，主要是希望加強家屬與院舍的聯繫，互相配合，為院友創造一個適合其身心健康的生活模式。既然長者入住院舍後，最好是能與家庭維持密切的關係，因此，加強家人對院友生活的參與，促進家人與院友多接觸和相聚，便成為院舍同工其中一項重要的工作。

家院合作的重要性，可歸納為以下三點：

3.1 增強溝通，建立互信

信任是一切關係建立的基礎，在院舍服務中，若能與家屬建立良好的信任關係，對為院友開展服務有着很大的助益，而透過有效的家院合作活動，能加強家屬接觸院舍的機會，增加透明度，讓家屬更了解院舍的服務方針及理念。當家屬明白院舍的目標與其一致，都是為了院友的福祉而努

力，他們將願意投入時間和精力去共同合作，藉著家院的相互配合及雙向溝通，信任的關係得以穩固地建立。

3.2 成為夥伴，互補關係

作為院友最重要的支援者，大部分家屬對院友的生活習慣、文化背景及行為表現均有深入的了解，尤其是院友入住初期，家屬的資訊可讓院方更清楚掌握院友的需要，以提供適切的服務。若院友對院舍的服務有意見，家屬可擔當中間人的角色，加以協調，而院方亦可經常就院友的情況與家屬溝通，並適時為家屬提供專業資訊及有效的社區資源，以提升院友的生活質素。因此，家院合作能讓雙方達致互取所長、互補不足的成效。

3.3 家屬樂意提出意見

院友的優質生活並非單靠院舍便可促成，更需要的是不斷監察及持續改善以成就優質的服務，家屬的意見正是其中重要的改進動力。家院活動有助強化雙方關係，能讓家屬與院舍邁向對等的地位，最理想的是彼此得以成為合作夥伴，這樣家屬可以更開放、無顧慮地對院舍的服務、環境、員工，甚至組織運作，提出可行及有用的意見。

四、服務經驗分享

聖瑪利亞安老院早年的服務，因院友多為無親無故的長者，故以營運需要為主導。及後隨著社會發展、家庭結構轉變，有家人支援的長者對院舍服務需求日增，聖瑪利亞安老院亦加強家屬參與的工作，初期以聯誼活動為主，未有正規的家院合作計劃。至 2008 年，藉著參與當局的優化計劃，安老院正式實踐家院合作模式，現時院舍的家院合作主要包括以下三方面：

4.1 一般性的活動

院舍在舉辦節日慶祝、生日會、聯歡會、外遊活動時，除以院友為目標

對象外，亦會邀請家屬出席。雖然在活動中院方未能與家屬作深入的溝通，但此舉有效促進家屬與院友的關係，尤其是大時大節，家屬的參與亦可加強長者對院舍的歸屬感，而外遊活動更讓家屬在院舍的組織下，陪同因行動不便而較少外出的長者接觸外界，為她們創造美好的回憶，並能有效推動家院關係。

4.2 服務意見收集

院舍每年會進行家屬會議及家屬問卷調查，會議中，院方向家屬進行工作簡報，闡述來年的工作目標及計劃，讓家屬了解院舍的服務狀況，同時家屬亦可就院舍或長者的事務發表意見，誠然是一個很好的雙向溝通平台。過程中或會有負面批評，但正可藉着這個平台，讓院方釋除家屬的疑慮，增加透明度，提高服務可靠度。而問卷調查雖是單向，但能有系統及客觀地收集家屬的意見，因是不記名，家屬可開放地表達看法，對提升院舍的服務質素有很大的裨益。

4.3 參與個案管理

個案管理是一種提供服務的方法，由專業人員評估案主的需要，適當的安排、協調、監督、評估及倡導多元的服務（王玠、李開敏、陳雪真合譯，1998）。聖瑪利亞安老院經由院內的護士、物理治療師及社工共同為院友按其不同需要作評定，再設立目標，擬定服務計劃，並在計劃開展前，邀請家屬出席個案會議，參與服務目標及內容的最終訂立，期間更會吸納家屬的意見對計劃進行修訂。基於院友對家屬的信任和依賴，家屬的參與能令個案計劃更為完整，而透過加大家屬在個案管理中的主導性，可更有效促使目標的達成。在執行計劃的過程中，院方經常與家屬保持聯繫，共同監督個案管理的績效，確保院友獲得所需的服務。

未來聖瑪利亞安老院將擴展家院合作的模式，包括為家屬提供主題講座，以了解長者的生理、心理變化，增強其溝通技巧及多元資訊，並期望

於院舍設立家屬組織，促進他們直接地參與院舍的事務和發展，共同為院友提供優質生活作出貢獻。

五、總結

長者在安老院獨自面對生命的流逝，確實令人心痛。怎樣才能讓其享有優質的晚年生活，除了硬件設施的配合、院舍員工的照料外，家人扮演的角色更是舉足輕重。將心比心地替長者們着想，不難發現其渴望的是親人的關懷，安老院是為長者提供護理照顧的場所，家庭與院舍的良好溝通和協作，誠然是保障院友身心健康、維持優質生活的不二法門。

參考資料：

1. 香港老年學會（2008）。《安老院舍醫護專業服務手冊》。香港：天地圖書。
2. 陳明珍（2000）。《養護機構老人之生活適應過程研究》。台北市：暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
3. 范涵惠（2002）。《長者照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討》。台北市：中國醫藥學院醫學研究所碩士論文。
4. 王玠、李開敏、陳雪真合譯（1998）。《個案管理 — Case Management in Social Work 原著：J.R. Ballew G. Mink》。台北：心理出版社。
5. 呂寶靜（2001）。《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。台北市：五南圖書出版有限公司。
6. http://www.kwnc.edu.mo/worldcongress_info2013/doc22.pdf
7. http://www.thevoice.org.hk/v0277/00002.htm
8. http://castnet.nctu.edu.tw/castnet/article/372?issueID=16

如何協助院友跨過死亡幽谷

伯大尼安老院社工 林秋月

中國人忌諱說「死」這個字，遇上特別的日子，更加忌諱提到「死」字，若有人不小心說了，定必受到現場的老人家嚴厲責罵。一般人對於死亡，總覺得是陰暗的，大多會感到厭惡、焦慮甚至畏懼，並以逃避的心態去面對。

生、老、病、死是人生的自然發展過程，死亡是生命的最後階段，也是不可迴避的重要組成部分。幫助臨終院友坦然寧靜地面對死亡，盡可能減輕臨終前的心理反應，使他們有尊嚴而無憾地完成人生旅途的最後一站，為生命即將結束的院友提供全面的身心照顧與支援，是安老服務工作員應盡的職責。

根據統計暨普查局資料顯示， 2012 年本澳 65 歲或以上的人口約有 44,600 人，佔總人口的 7.7%，而入住社會工作局受資助安老院舍及非受資助安老院舍的人數合共 1,387 人，並有逐年增加的趨勢。入住院舍的院友，大多數都是身體較為虛弱且在家中無法獲得有效照護的老年人。

澳門沒有專門提供臨終關懷和照護的院舍，在現行醫療服務及院舍的人手和設施限制下，院友的病患惡化時便需要轉送醫院檢查及治療。部分院友的慢性疾病已到末期，其病況往往較為反覆，以致經常出入醫院；而病重的院友，通常都會在醫院走完生命的最後歷程。若安老院舍能夠具備照顧末期病患院友的條件，院友將可以院舍作為終老的地方，故發展臨終關懷的工作是有其需要的。

何謂臨終關懷？

臨終關懷是指為臨終院友及家屬提供的專業服務，目的是輔導院友及家

屬接受臨終事實，經由完整的身體、心理、社會、靈性之關懷與醫療，減輕或消除有末期病患院友的身體疼痛、不適應症或心理壓力，提供院友及家屬心靈上的扶持，陪伴院友安詳走完人生最後一程，並讓家屬勇於面對院友死亡及能夠妥善處理院友臨終事宜，以達到生死兩相安的境界。整個照顧過程着重院友死亡前病痛的控制及死亡後家屬情緒的支持，院友有最大的自主權，家屬需全程參與，為的是滿足院友在生理、情緒、心靈、精神等方面及院友家屬的需要，以「全人照顧」的理念提升院友及其家屬的生活品質。

除極少數較豁達的院友外，其他院友對死亡均特別敏感，當得知自己身患的疾病不能根治，他們會感到焦慮、痛苦、情緒低落、沉默寡言，在認知、情緒、性格方面產生不同的變化，消極態度導致他們不願與照顧者進行語言溝通。工作員需細心觀察院友的眼神、表情、體態、姿勢和行為，了解院友的心理及具體要求，並採取適切有效措施以協助他們克服當前的困擾，提高其臨終期的生命質素，讓他們有尊嚴地離世。

一般而言，臨終院友渴求的是疼痛可以緩解、得到照顧者的關懷與尊重、臨死前有機會達成心願、最後一程能有家屬在身旁陪同。因此，工作員應多加陪伴及關心院友，引導他們緬懷人生中美好的回憶，協助他們完成心願或做好想做的事情。對家屬來說，認知上可能同意對院友進行臨終關懷，但情感上卻予以排斥，無法接受不去爭取延長院友的生命，就此家屬通常會承受兩方面的壓力，一是良心的譴責，另一是社會的評價，往往以為尋求生命延續才是孝道，而忽略了院友的意願，造成其身心痛楚。

實際上，臨終關懷的原則正是不以延長生命為其目的，而是以減輕臨終者身心痛苦和提高生活品質為宗旨。在這個意義上，家屬們尊重、滿足臨終院友本身的需要才是真正的孝道所在。

工作員應充分理解和同情院友家屬，協助他們表達心中的壓抑，選擇適

當的行為去舒緩負面情緒，做好工作與生活平衡的安排，透過家屬座談會讓家屬之間互相安撫、支援，交流應對心得。此外，工作員亦要鼓勵家屬參與院友的照顧活動，如制訂計劃、生活護理等，並可由護士教導家屬簡單的護理技巧，例如餵食、轉身、按摩，使其在照料院友的過程中獲得心靈慰藉，同時令院友感受到家人的關懷，減低孤獨情緒，一起渡過臨終的安詳歲月。

在安老院舍生活的長者，健康狀況隨著時間逐步轉差，更有機會病情漸趨嚴峻而離世，因此為安老院末期病患院友開展臨終關懷服務尤其重要。臨終關懷是人口老齡化發展的大趨勢，有需要整個社會共同參與，關鍵是要建立正確的死亡觀，而教育則是推廣這觀念的主要途徑。

精彩、豐盛的人生可為生命帶來尊嚴，安然地離開塵世，終而無憾。安老院舍應向院友及家屬提供正面的生死教育，好讓他們檢視個人對死亡的觀感，從中體悟生命的關懷、探索生命的意義、追尋生命的目標、實踐生命的夢想、欣賞生命的美善、珍惜生命的連結，放下怨悔的經歷，活在當下。

生死教育的目的是希望人們以正面、積極的態度面對生與死，且能獨立自主地為死亡作好圓滿的規劃，體現生與死的尊嚴。臨終關懷就是引導院友及家屬以正確的態度看待死亡，理性地接受死亡，使他們認識到生命結束是不可抗拒的自然規律，學懂坦然地面對及接納離世。人的壽命長短並非最重要，珍惜當前生命品質、健康快樂地生活、做個對社會有價值的人才是真正意義所在。

參考資料：

1. Nrobert Elias 著、鄭義愷譯（2008）。《臨終者的孤寂》。台北：群學出版有限公司。
2. 朱佩蘭著（2007）。《安老與社會工作》。香港：中文大學出版社。
3. 吳東權著（2008）。《行前準備—銀髮族畢業手冊》。台北：爾雅叢書。
4. 靳鳳林、郭清秀著（1996）。《傳統文化中等死亡歸屬理論與臨終關懷學》。中國：中國醫學倫理學。
5. 郭靜晃（2002）。《生命教育》。台北：揚智文化。
6. 澳門社會工作局（2013）。《澳門特別行政區長者服務的發展歷程及現況》網址：http://www.kwnc.edu.mo/worldcongress_info2013/doc10.pdf (04/09/2014)

善終：陪伴到最後一刻

黑沙環明暉護養院社工 梁務貞

每年農曆新年，家家戶戶都在當眼處張貼揮春，以表吉祥、祝福之意，其中最多福的可說是「五福臨門」；五福，指的是「長壽」、「富貴」、「康寧」、「好德」、「善終」。提起善終，很多人可能認為是遙不可及的事，但「去者善終、留者善別、能者善生」，筆者在安老服務工作多年，感受尤深。

要做到「去者善終」，事前的工夫可真不少，最遺憾的是個人有心願未能達成，又或未及託付個人意願便離世。若然希望尊重逝者意願辦理後事，可以由「生命回顧」和「身後事安排」兩個環節做起，這將有助個人及家人為離世作好心理準備。

過去當長輩提到臨終或離世，大多數都會迴避話題，總認為此乃不祥之事，而傳統女性又慣於把身後事交由伴侶或兒子決定。可是，有關決定是否逝者所願？有想過突然休克或病危時，希望醫院用盡方法如插鼻飼管或開氣切管等加以搶救，還是不採取任何入侵性的治療而安然離去？有想過希望遺體火葬還是土葬？

活着的時候大小事情都是自行選擇和決定，其實亦應該為自己日後的離別做好安排。人或會為未來不確定的事感到擔憂，因此預先為離別作出準備，當那一刻到來，個人或家人都會較易接受。

人有身、心、靈的需要，三方面互相交織並互為影響。長者病危或臨終時，大部份時間均是卧床，身體飽受疾病煎熬，加上機能逐漸衰退，活動能力受到限制，此時長者除需要他人照顧外，同工更應幫助他們紓緩身心上的痛楚，使其身體、心理及靈性各方面得以平安、恬靜、詳和、有尊嚴地經歷人生的最後旅程，達致善終。

一、 身體方面

1.1 減低身體痛苦：

藉緩和性治療，控制疼痛、呼吸窘迫、食慾不良、失眠等症狀，把痛楚減輕至最低，使臨終者覺得舒服，原有生活品質得以維持。

1.2 身體完整、清潔整齊：

適當修飾身體上的缺陷，儀容得體，保持整潔，沒有發出異味，衣著合身，使臨終者自我感覺舒適，保持形象，降低自卑感，願意與人接觸。

1.3 尊重臨終者自主權：

臨終者如有能力去做的事，就讓他自己達成，即使只能完成小部份，也應該讓他去試，令他感到仍可掌控能力，覺得自己具有尊嚴和重要性，以激發臨終者的生存希望。

二、 心理方面

2.1 冀達成及了卻心願：

臨終者若知道自己的病患藥石無效，只可調整藥物來減輕痛楚，大多會期望家人來看他，想吃某種食物、想散步、想做某些事，只要對他不構成傷害，都可以成全其心願。當臨終者能放下心愛的人、事、物，如遺孤、遺物分配、遺囑交代及身後事安排等，了卻心願，將可欣然地安心離去。

2.2 感受家人支持和關愛：

能與家人坦誠地傾訴內心的痛苦，得到體貼的照料，有助臨終者消除被人遺棄的恐懼，安然面對離世。

2.3 不孤單、不寂寞：

家人的陪伴、溫柔的觸摸、細味的交談、禱告、唱詩歌、唸佛經等，都可成為臨終者的扶持與力量，使其感覺不孤單、不寂寞地走完人生旅程。

三、 靈性方面

3.1 肯定需要：

讓臨終者回憶生命中的快樂、悲傷、成功、失敗，找出人生意義，認定自己的一生並沒有白過。

3.2 寬恕與被寬恕：

對於臨終者，有心底話沒有說出來，心靈是難以得到慰藉，避免帶著怨恨離去，最好是找到對象傾訴心聲。

3.3 需要愛：

人總不想孤苦伶仃，臨終者更怕孤單，最渴望是有被愛的感覺。

3.4 需要希望：

臨終者也要懷有希望，盡量在協助下把心願實現，不要帶着遺憾離開世間。

3.5 宗教信仰需要：

尋找人生的終極意義，宗教信仰可為臨終者帶來靈性的喜樂、安詳。

如何能為臨終院友做到身、心、靈的均衡照顧？首先，同工會邀請較年長的院友來做「生命回顧」，從中給予肯定、建立自信及減低無能感，使他們活得開心自在。接著，同工再邀請院友做「『囑』福手冊」，透過製

作過程了解院友對死亡的看法，以及面對死亡時最擔憂的事情。

此外，在生命旅程上遇到最重要的人和事，如何面對艱巨時刻以及人生低谷時學會的，通通都逐一記錄下來。同工會用心聆聽院友講述的故事，鼓勵他們寫出一些感恩、惜福的字句，好讓「無悔今生」。

同工亦會關心院友對休克或病危時其個人的「醫療照顧及護理意願」，這部分非常重要，因為到了那一刻大多沒有能力再說出自己的意願。最後是與院友釐訂好「身後事安排」，包括喪禮儀式、程序內容、遺體處理、陪葬物品等。

整個過程中同工特別留意院友是否覺得有事情尚未完成或抱有遺憾，也許是想寫信給親友，說句多謝、感激、對不起，又或與某人來個合照，只要是能力可以做到的，同工都會盡力協助他們去完成，不致帶著遺憾離開人世。

實務經驗讓筆者明白善終及善別的重要性，人的身體逐漸衰弱，便會意識到死亡是無可避免的事，人突然要面對死亡，定會感到害怕，擔心前路滿是寂寞和孤單。因此，預先做好準備和安排，即使那一天臨近，亦會豁達地加以面對。

至於家屬，若清楚臨終者的心願，可以盡力給予支持讓其圓夢，這樣做有助家屬減少自責，以免過度質疑自己是否為臨終者做得足夠，或有否按逝者意願妥善處理離世。當中的關鍵，就是要真正做到「去者善終，留者善別」。

推動關注長者身心健康及長者社會參與之工作分享

滙暉長者中心社工 嚴展歡、鄭嘉玲

一、引言

面對澳門人口老化的趨勢，特區政府積極提倡「家庭照顧、原居安老」長者長期照護政策，致力落實「老有所養、老有所屬、老有所為」施政方針，以回應本澳長者對安老服務的殷切需求，好讓他們留在熟悉的社區環境中生活，維持與家人、朋友及鄰舍的固有聯繫，得到所需的人際關懷、生活照顧和社會支援。

近年，政府在資源投放和相關政策的配合下，陸續透過官民協作方式，開展具創意的安老服務項目，其中包括關注長者身心健康和社會參與，本文將就這兩項新嘗試作實務經驗分享。

二、長者身心健康

隨着生活水平的提高和醫療科技日益進步，人類的壽命得以延長，人口老化的問題同時出現。長者因身體機能逐漸衰退，加上備受疾患和痛症困擾，往往導致精神欠佳，開始封閉自己，日常活動隨之減少。心理學研究發現，老年人的心理問題主要是健忘、腦部功能減退、固執懷舊、情緒多變、害怕寂寞等，這些都能引致抑鬱、精神緊張、強迫心理、失眠、脾氣暴躁、焦慮、怕與人接觸、心理困擾等常見的精神疾病。

長者踏入年長的歲月，會經歷身體、經濟、家庭和社交種種變化，長期及過量的精神壓力，對身心均有害處。美國羅希大學研究人員發現，老年人若是平日的社交活動頻繁，較常與他人互動，可以延緩腦部認知退化的時間。 因此，滙暉長者中心推出一系列活動，以提高長者對精神健康的關注，保持良好及正向的心理狀態，並有效管理個人情緒，過往曾舉辦的活

動包括：「失眠大解剖」、「銀髮生活多姿彩」、「快快樂樂減減壓」、「笑笑小生活」、「知情識趣」、「快樂大使」選舉、「預防長者自殺」講座和「歡樂聲一聲」勵志歌曲比賽。

在推廣腦退化症的工作方面，初期的講座叫「記不起，忘不了」，先從辨識健忘與腦退化症的分別開始，中期的講座名字叫「對不起，忘記了」，進一步介紹腦退化症的特徵和行為，而後期的講座名為「相伴忘年人」，深入講解對腦退化症長者日常生活照顧的技巧和輔具應用，鼓勵家屬多作陪伴，使患者的生活質素得以改善和提升。

講座內容由淺到深，再配以動腦比賽和活動如「滙暉動腦日」、「記憶大挑戰」、「『腦』有組織」、「細說話當年」，有參加者表示由當初對內容全然陌生，至後期能夠道出有關腦退化症的特徵，明顯增長了知識，也多了動腦筋的機會。此外，中心亦因應長者的狀況和需要，籌辦各類型的小組，計有：「眠之有法」、「玩樂耆年」、「彩虹 Sun 力量」、「與痛同行」、「簡單一族」（單身男士互助小組）等，讓長者釋放壓抑的情緒，重新認識及接納自己，學習正確處理情緒的方法，預防負面情緒的困擾和發生，樂觀面對生活。

三、長者社會參與

世界衛生組織 2002 年提出積極老化的觀念及制定「積極老化政策綱領」報告書，內含社會參與、健康促進和安全維護三大支柱的總體策略，其中「社會參與」的部分強調高齡者參與社會的能力與價值，鼓勵長者再就業、投入社區事務或擔任義務工作。

許多長者具豐富的人生經驗，如退休後能持續發揮所長，誠然是可持續發展的重要社會資源。活到老、學到老，「終身學習」的理念就是要與時並進，同時亦可充實長者的生活，滿足其社交需要。

為此，滙暉長者中心定期舉辦長者義工培訓項目，落實「老有所為」的精神，去年初首次開展為期11個月的「長者當自強」長者義工導師培訓計劃，透過訓練課程、服務實踐、海外學習交流、運動推廣及嘉許禮，培育學員成為長者義工導師，服務社群。

四、長者當自強

培訓計劃由五個部分組成。在第一個環節，學員需要接受 8 堂的課程訓練，內容圍繞長者的基本生理及心理健康知識，以及了解練習八段錦健身操的要點。參加者一開始就表示自己年紀大、記性不好，憂心不能擔當導師角色，故工作員在隨後的教材準備上作出了調整，盡量配合長者的需要，例如把文字放大、加插圖片等，使長者較易理解。

第二個環節是 3 個月服務實踐期，每月邀請社屋內不同樓層的長者到中心參與活動，由學員擔任活動主持人，講解做運動對生理及心理方面的好處、做運動時需要注意的事項等。另由中心導師介紹八段錦的由來，並與學員一起帶領出席的樓層長者演練八段錦 8 式，齊齊做運動，身心舒泰。

第三個環節是學員到海外學習交流，參訪了台灣兩所老人服務機構。當中深受學員歡迎的是「不老夢想之自我實現」角色扮演體驗，較多學員喜歡裝扮成大學生，亦有裝扮藝術家、旅行家，藉此圓夢；另一較特別的安排是參觀「銀髮藝術展」，學員先後上了水墨畫課和音樂課，趣味盎然。

第四個環節是健康與運動推廣，由學員擔任組長引領樓層長者一齊宣傳健康資訊及演練健康操。活動分為 11 個小組，每組有不同的健康及運動主題，有表演八段錦的，也有講解長期走路對身體的好處並作步操表演，博得全場掌聲，經評審後，各組的表現都得到導師的肯定。

最後的環節是年底舉行的長者義工導師嘉許禮，全年出席率達 8 成以上者皆獲得結業證書。有學員期間更響應中心呼籲，為樓層的體弱長者提供

陪診服務，發揮鄰舍互助精神，於嘉許禮同時獲頒「好人好事」服務獎項。

五、結語

特區政府的「澳門養老保障機制跨部門研究小組」 提出長者服務十年行動計劃，以構建、完善可持續發展的老年保障制度，滙暉長者中心積極配合政府政策，推廣長者優質生活的概念，透過關注其身心健康及社會參與兩個範疇，讓長者有尊嚴地在社區歡度耆年，原居安老。

資源引介對護老工作的重要性

澳門基金會明愛家居護養服務社工 陳翠儀

照顧長者是一件殊不簡單的事情，尤其當長者自理能力日漸衰退，甚至患上失智症時，照顧者便需要更多的耐性和時間來處理照顧工作。在長者服務的舞台上，長者固然是主角，但在服務提供的過程中，護老者亦是相當重要的一環。而所謂護老者，泛指為長者提供日常生活照顧或協助的人士，主要是家屬、家傭或從事長者服務的工作人員。由於護老者在體力及精神上均需要相當大的付出，所以對護老者的支援是業界關注的焦點議題。

有關長者服務的訊息，平日經常在報章或電視中出現，而政府及民間機構亦共同推動各種形式的長者服務，包括：安老院舍服務、長者日間護理中心服務、家居照顧及支援服務、家居護養服務以及無障礙交通接送服務等。社區資源種類眾多，目的就是以不同的方式輸送服務，照顧長者各方面的需要。雖然社會上有各種各樣的資源，但若未能及時掌握服務資訊，長者錯失了使用服務的機會，護老者亦難以減輕身心負擔。因此，深入認識社區資源對護老工作尤其重要。

各類長者社區資源當中，安老院舍可說是最常被提及的項目。在從事社區安老服務期間，屢屢碰到照顧者或家屬為長者尋求安老院舍宿位，背後的原因往往因為長者身體或家庭狀況發生變化，可能是長者中風、離院支援不足、老伴去世或家傭離職等等。照顧者通常在這些狀況發生前只認識安老院舍，對其他安老服務選項沒有太多概念。

故此，當長者自理能力變差或照顧條件改變時，照顧者又不掌握照護技巧，甚或根本沒有時間照顧長者，便會選擇讓長者入住安老院舍。雖然安老院舍能提供全天候式照顧服務，但若長者不願意入住，或其健康狀況未

迫切至急需院護式照顧，這兩難的局面會導致家人之間的關係變得緊張。此時，如能透過社區資源介入，緩解照顧壓力，對整個家庭確實大有幫助。

能夠在徬徨無助、最需要援手時得到合適的資源引介，仿似黑暗中見到一線曙光，陳伯伯父女二人便有過這樣的經歷：

陳伯伯已年過九十，其女兒因受精神問題影響，自理能力較差，平日多由父親主理家中大小事務，父女二人一直相依為命，日子尚算安穩。直至去年初陳伯伯因病入院，期間女兒一直擔心父親的健康問題，對於日後的照顧更感到無從入手。幸好，女兒在醫院得知社區上有到戶式護理照顧服務，便致電求助。未幾，陳伯伯終於出院。

陳伯伯出院回家後，便由社區的護理服務單位，協助其處理個人衛生。在服務過程中，同工察覺陳伯伯除了衛生護理的問題外，生活上也有其他需要支援的，包括膳食及營養管理、家居環境衛生、護理常識缺乏等，這些問題直接影響陳伯伯的康復和父女二人的基本生活。為此，同工將相關服務訊息介紹給他們。起初，陳伯伯對某些社區服務存疑，又擔心服務費用高昂負擔不起，後經同工逐一解釋，並陪同他們實地視察，陳伯伯終於願意申請服務。

透過不同社區服務的介入，父女二人的生活得到了改善，陳伯伯的身體逐漸康復，而女兒在接觸服務人員的過程中，學習到正確的護理常識，對其生活自理有所幫助。現在，兩人都知道生活遇上難題，要主動尋求社區資源的協助，這正好是「授人以魚，不如授之以漁」的道理。

從陳伯伯的例子，可以看出資源引介也講求時機，若在最需要幫忙的時候引介合適的資源，足以影響整個家庭。長者對社區服務訊息不掌握或存在誤解是常見的，同工應具備洞悉能力，更要耐心講解以釋除疑慮，讓長者及家屬得以善用社區資源解決生活上的困難，甚至懂得有效尋找合適資源的方法。

有照顧者即使知道社會上有相關資源，但不知道如何申請，或從什麼途徑可連接這些資源，這時同工應主動伸出援手，接觸個案以瞭解其需要，逐步協助照顧者辨識對應的社區資源，並為他們提供分析，發揮「盲公竹」的指導作用。另亦可透過專業轉介直接為長者配對服務，如為失智症長者輪候日間護理中心、為有護理需要的長者申請到戶式護養服務、為獨居長者尋找家居支援服務。

透過資源介入，為家屬減輕照顧壓力，在與照顧者探討服務安排的過程中，讓他們掌握社區資源的相關資訊，增強他們照顧長者的信心，有助減緩長者入住院舍的急切性，達到雙贏的效果。然而，社會服務必須做到以人為本，樂於與跨專業或跨單位合作，方可實踐有意義的資源整合，讓有需要人士真正受惠。

家居照護確實一點也不容易，不少照顧者為了盡好照顧責任長時間未有離開家門，以致身心疲憊，而長者亦因此感到愧疚。這樣的情況如無法得到改善，勢將影響家人之間的感情和關係，故必須在裂痕出現之前尋求出路，讓長者得到合適的照顧，亦讓照顧者得到合理的歇息機會。

社會資源有限，若資源無法落實到有需要人士身上，最終將造成浪費。因此，引介護老資源別具深層意義，一方面可以幫助有需要的家庭解決問題，另一方面可以造就更多機會讓資源滲透到社區中去，使供應與需求達致均衡，以便有效運用社會資源，幫助更多有需要的長者和護老者。

淺談失智症對長者日常生活的影響

青洲老人中心社工 黃燕雅、關美儀

今天，失智症被視為長者的常見疾病。一般人以為患失智症的長者會喪失記憶，變成一個「甚麼都不懂」、「甚麼都不知道」、「甚麼都要人照顧」的人，其實這代表患者已經進入失智症的後期階段了。病情未到這個地步時，患者和平常人一樣，都有喜怒哀樂的情緒，懂得向別人表達自己意見，亦具有豐富的想像力及理解能力，所以失智症初期很難察覺，患者自己或家人多認為年紀大，記性沒有以前那麼好而已。

失智症是一種影響腦部功能的疾病，主要以認知功能障礙為症狀，包括喪失記憶、判斷力衰退、語言或行動能力減弱等。日常生活中，失智症患者各方面都會出現不同程度的問題，例如：飲食、如廁、入浴等，需要家人或其他照顧者協助完成。失智症除了影響患者的衣食住行外，他們的性格亦會隨着病情而有所轉變。

患上失智症的長者由於腦部認知功能缺損，其判斷能力、記憶力以及自理能力都會相繼受到影響，不能對身邊環境作出適當的反應，進而生活上出現行為問題。失智症初期，患者可能會因為自己「無記性」而感到情緒低落，變得焦急暴躁，家人與他們之間的相處亦容易產生磨擦。

家人會因為患者變得不講道理，或重複提及以前的事而覺煩厭，並經常與患者爭執不下，致令彼此關係出現裂縫。因此，作為照顧者應時刻留意患者生活各方面的需要，理解其情緒變化，當患者表現煩厭或情緒不安時，不要和患者過分堅持，反之更平心靜氣地與其溝通。

到了失智症的中後期，家人察覺患者除了記憶及思考能力開始衰退外，亦會出現其他行為問題，此時大多意識到失智症的嚴重性。患者的行為有逐漸衰退的跡象，他們外出後會忘記回家的路、看鏡子時會認不出自己。

在這個階段，家人或照顧者須密切留意不讓患者走失或發生不必要的意外。

實務工作經驗反映，對獨居、照顧支援薄弱，同時又患有失智症的長者來說，生活在社區確實存在一定的風險。以下是其中一個例子：

有位失智症長者，一直與母親同住，其他親友則定居香港。年前母親離世後，他便獨居於區內並每天到退休前的工作單位領取膳食。雖然可自行往返取餐地點，但近期他開始有「記得取餐但忘記進食」的情況。衣、食、住、行之中忘記了正常的進食，身體驟然消瘦，以至營養不良，說話的組織能力也相繼變差，對當事人的日常生活構成很大程度的負面影響。

就這位長者近期的轉變，社工與護士共同制訂介入方案，同時聯繫其在香港的家屬。得知家屬每月定期來澳探望長者，也開始察覺到他出現失智症的徵狀，雖然曾勸喻他聘請家傭或申請入住院舍以便有人照顧，但都被長者以自己「行得走得」、每天能夠自行領取膳食等理由拒絕。長者顯然未意識到近月身體消瘦，是與失智症病情的影響有關。

及後，工作員邀請家屬及長者一起前來中心，一方面由家援護士向香港家屬解釋澳門失智症個案醫療專科轉介的程序，並建議長者接受失智症的診斷及治療；另一方面是解決長者體重下降的問題，讓他基本生活得到溫飽。社工就此提供兩個方案：家援上門送飯服務，或長者自行到中心飯堂進食，因長者再三強調自己「行得走得」，故選擇了前來飯堂用餐的安排。

工作員嘗試運用「現實導向」模式，協助長者學習新事物，改善回應和處理周遭環境的技巧。依據長者個人情況設計好時間表，清楚說明飯堂膳食的日期、時間、地點，提醒他要按時到達中心飯堂，用膳後在日曆表上打「✓」作記號，以示完成任務。長者於飯堂用餐期間，工作員鼓勵在旁的老友記跟他聊天，營造輕鬆、舒適的氛圍，好讓他適應新環境。推動失智症長者接受新的人、事和物，需要工作員及家屬加倍的耐性，不斷的讚

賞和鼓勵，以提高長者的信心，增強正向的行為動機。

對於生活在社區的失智症長者，除了家屬為主要照顧來源外，亦可透過鄰舍層面的社會服務資源，例如日間護理中心、24 小時家居護養等相關服務，讓跨專業協作團隊藉「以人為本」理念為有需要的個案提供適切支援，延緩患者機能的衰退，使其安心於熟悉的社區內生活。照護失智症患者是日以繼夜的「持久戰」，社區上的支援服務能為照顧者提供喘息的機會，在漫長的照顧歷程中無疑是一縷清泉。

老化過程的主要生理變化

伯大尼安老院、聖方濟各安老院醫生 何志佳

步入老年期，身體難免出現各種功能性退化，對於 65 歲以上的長者而言，視覺和聽覺的衰退，實屬常見及普遍。至於腦部退化、平衡能力減弱、肢體活動緩慢、重要器官失能等，亦是老年人常見的生理轉變。

表一 ：老化過程的主要生理變化

<table>
<tr><th>系統</th><th>變化</th><th>系統</th><th>變化</th></tr>
<tr><td rowspan="2">皮膚</td><td rowspan="2">• 皮膚缺乏彈性、脂肪層喪失；
變薄、鬆垂、形成皺紋
• 手腕及手部出現老人斑
• 皮脂及汗腺分泌減少，皮膚乾燥易發癢
• 不耐寒冷、不耐熱
• 對痛較不敏感
• 指甲薄而易碎
• 白髮 / 禿髮、髮質乾燥</td><td>心臟
血管</td><td>• 心臟收縮力量減少
• 動脈變窄且彈性減少
• 經過變窄動脈血流量減少
• 心臟負荷增加、心肥大
• 心臟儲備能力減低</td></tr>
<tr><td>呼吸</td><td>• 呼吸肌變弱
• 肺組織缺乏彈性
• 呼吸困難、桶狀胸
• 咳嗽能力降低</td></tr>
<tr><td rowspan="2">肌肉
骨骼</td><td rowspan="2">• 肌肉萎縮、強度減低
• 骨質流失容易骨折
• 關節僵硬疼痛
• 身高漸減
• 身體活動減少</td><td>消化</td><td>• 唾液腺萎縮唾液減少
• 缺牙及吞嚥困難
• 食慾減低
• 消化液分泌減少</td></tr>
<tr><td>泌尿</td><td>• 對油炸及肥肉難以消化</td></tr>
<tr><td>神經</td><td>• 老花、白內障、視力降低</td><td></td><td>• 腸蠕動減少、脹氣、便秘</td></tr>
<tr><td colspan="2">• 味覺、嗅覺減低
• 腦細胞漸失
• 健忘、近期記憶喪失
• 反應能力漸差
• 易發生急性混亂、頭暈
• 睡眠型態改變</td><td colspan="2">• 腎血流量減少、腎萎縮
• 腎功能減低
• 紅血球生成素減少而貧血
• 頻尿、急尿
• 夜尿
• 尿失禁</td></tr>
</table>

一、皮膚系統的改變

- 表皮：因接受較多陽光曝曬，黑色素增加，形成黑斑。
- 真皮及皮下組織：真皮層老化組織使得水分保留能力降低、彈力和張力降低、皮下脂肪減少，皮膚變薄、鬆弛及產生皺紋。汗腺、皮脂腺、皮下脂肪減少致皮膚乾、癢，體溫調解欠佳，對冷熱環境較敏感。
- 毛髮變白（皮膚黑色素顆粒減少）、變稀疏（荷爾蒙減少）。
- 指甲變厚且乾、脆，不易修剪。

二、知覺系統的改變

2.1 視覺

- 視力不好且視神經傳導時間延長：主因角膜周邊較混濁，中央的角度則較平，故對光的折射力及敏感性減低，瞳孔調解功能受限，水晶體混濁加上桿細胞、錐細胞減少，老人收到的光線只有年輕人的 1/3，導致夜間視覺困難、顏色分辨困難，尤其是綠色及藍色，由暗至亮及由亮至暗的調解力也減弱。
- 老花眼：水晶體厚度、曲度、密度增加，因此對近物和遠物的調解力降低，而有遠視及近距離模糊的現象。
- 白內障：水晶體密度增加，造成水晶體混濁，導致光線無法完全進入。
- 夜間視覺困難：水晶體混濁加上桿細胞、錐細胞減少。
- 顏色分辨困難：水晶體混濁加上桿細胞、錐細胞減少。
- 淚液分泌減少，眼球乾澀。

2.2 聽覺

- 65-95 歲的老人中 42% 有不同程度的聽力喪失，除了少數是由耳垢栓塞、耳硬化症、慢性中耳炎等外耳及中耳問題引起，超過 90% 的聽障患者是屬於知覺性的（內耳耳蝸毛細胞）或聽神經的一種良性生理退化現象。緩慢徐徐而生，患者不自覺，等到出現溝通上的困難，此時通常已經是中度或重度重聽了。其類型如下：

  傳導性耳聾（聲波傳導）：老人的耳垢較多、乾、硬，容易塞住耳道，而老化可能導致鼓膜萎縮或耳硬化，致聲波傳導受阻。

  知覺性耳聾（聲音判讀）：導致知覺性耳聾的原因很多，如：耳蝸組織改變，包括毛細胞減少、聽神經細胞萎縮等。因聲波在耳蝸轉變為神經衝動，再由中央神經系統處理，故老化的改變導致老人聽覺降低。

  老年性重聽：是漸進性雙側聽力喪失，知覺性耳聾的一種，其導因為聽神經細胞喪失。老人聽得見的頻率範圍為 250~8000Hz，最早的徵象是高頻聲音的聽覺喪失，之後是中、低頻音依序喪失；此外，子音（s, z, t, f, g）辨識較母音（A, E, I, 0, U）早喪失。

2.3 味覺

- 味覺會隨年齡增加而衰退，老年人常感到食不知味（食物淡而無味），主因味蕾數目減少，舌尖後方味蕾感受酸、苦滋味較前方之甜、鹹持久，亦容易因唾液分泌減少，難以下嚥，食慾降低。

2.4 嗅覺功能低下

- 主因老人鼻腔中的氣味感受器萎縮，對危險環境敏感度降低。

2.5 觸覺

・老化對觸覺敏感度的影響，造成精細動作困難如打電話、用剪刀等。對溫度及疼痛感的辨別障礙，尤以手掌與腳底，易燙傷、壓瘡，對胸部敏感度降低，易肺吸入。

三、消化系統的改變

消化系統功能影響老人的營養，與生活品質息息相關，其變化如下：由於唾液腺萎縮，口易乾會苦和口臭，不良的口腔衛生加上牙齦彈性減低、萎縮，引起牙周病、牙齒脫落。對食道而言，平滑肌無力，蠕動變慢；括約肌張力下降，賁門適時鬆弛的情形減少，造成吞嚥困難；食道排空的時間延長，吸收變慢，易造成帶有胃酸食物的反芻和食道逆流，引起疼痛不適。

老化造成胃黏膜及主細胞減少，因胃萎縮而出現所謂萎縮性胃炎、胃口差、胃痛或是上腹抽痛。因胃酸減少，易影響蛋白質、鐵質、鈣質及維生素 B12 的吸收。小腸主因吸收面積減少，養分吸收減低、而大腸部分因黏膜、肌肉層萎縮，結締組織增加，蠕動變慢，易造成便秘。隨年齡增加，肝細胞數目漸減，肝重量由 1600g 下降到 1200g，肝血流亦有減少，主要影響酒精的耐受力及藥物的解毒功能，與年輕人相比，約降低 5~30%。胰臟分泌的解脂酶降低，容易影響脂肪的消化與吸收。膽囊方面，因老年人對膽固醇的穩定度及吸收能力降低，致膽結石發生率較高。

四、循環系統的改變

心輸出量指心臟每分鐘所輸出的血液量；心搏量表示心臟每次跳動所輸出的血液量，會受心肌收縮力的影響，隨著老化而變差。心搏量在 70 歲以前約減少了 35%，故心輸出量較年輕時下降。心臟節律細胞及電傳導細胞都會減少，因而增加心肌的不穩定性，對交感神經衝動的反應力也降低，

容易產生心律不整。當受到壓力時無法如年輕人一樣，快而有效地應付身體對氧的需求量，相對地也需要較長時間來恢復。

心臟瓣膜變得僵硬，容易出現心雜音。血管失去原有的彈性，鈣質存積於血管內膜，管徑狹窄，造成收縮性高血壓。靜脈回流不佳導致靜脈曲張，冠狀動脈血流亦因有阻塞，冠動脈疾病發生率隨年齡增加而升高。

五、肌肉骨骼系統的改變

正常老化的影響包括：身體肌肉及皮下脂肪的重新分布、肌肉萎縮、肌力減少、骨骼疏鬆等以致容易發生骨折；肌肉骨骼及關節的改變致使老人變矮，在 70 歲左右約減少了 5 公分，行動變緩慢，老人在活動上受限制，也容易跌倒。關節造成膠原纖維增生，會變得僵硬、疼痛。

六、呼吸系統的改變

• 呼吸道：纖毛、黏膜、氣管彈性及咳嗽反射功能降低，排除呼吸道異物能力降低，喉神經反射降低，易產生吸入性肺炎。

• 胸廓：脊柱後彎使胸腔前後徑增加，活動力降低，加上呼吸肌較無力，使老人的呼吸效能降低。

• 肺重量約減少 1/5，肺泡彈性減低，肺餘容積增加 50%，而肺活量下降，換氣量減小。

七、神經系統的改變

腦部與老化相關的改變主要有三，包括：腦血流量減少、腦萎縮尤其是額葉及顳葉萎縮、神經糾結產生斑塊（腦組織有蛋白質沉澱的現象）。老化過程使腦體積變小，腦部血管運動控制區內的體溫調節能力受損；神經元細胞變少，神經元間傳遞物質也變少，使得神經傳導速度變慢，對刺激反應的時間變長。知覺及運動功能、錐體外功能較差，導致老人彎腰駝背，

平衡感較差，步態緩慢。老人對於疼痛、觸覺及對體溫的控制較差，反射動作緩慢。老人對短期記憶喪失明顯，但長期記憶沒有改變。老人的睡眠型態也受影響，睡眠週期的第三、四週期會較短，較容易醒來，睡眠易有中斷情形，失眠是常見問題之一。

八、泌尿系統的改變

腎臟重量減少，年輕人的腎臟約有二百萬個腎元，到了老年約減少 50%，腎小球數目減少，老人腎血流量下降及腎小球過濾率由年輕時 125 cc /min 降到 1/3 至 2/3 左右，腎功能減退而糖分再吸收能力降低、血中 BUN 值偏高。膀胱容積變小，膀胱肌收縮力變弱，尿液不易排空引致尿儲留，常伴隨尿頻、尿急、夜尿的現象，亦容易引發泌尿道感染。

九、生殖系統的改變

約有 50% 老年男性有前列腺肥大現象，會引起尿流漸行阻塞、尿頻、泌尿道感染。老化不會使睪丸萎縮，但睪丸酮製造減少，精子數量減少。女性停經後雌激素、黃體激素減少，雄性激素相對增加，陰道分泌液減少且較偏鹼性，陰道炎發生率增加，也因此可能造成尿頻、尿急、失禁的現象。因骨盆韌帶鬆弛易有壓力性尿失禁情形，尤其在腹壓增加時，如咳嗽、用力、舉重等。

十、造血及免疫系統的改變

老人因維他命 B12 及蛋白質吸收減少，發生貧血比率很高，血紅素、血比容質均降低。在免疫系統方面，主動免疫及被動免疫功能均降低，老人受疾病感染的可能性大大增高。

十一、 內分泌系統的改變

老化影響甲狀腺纖維化的情形，使血清中 T3 下降（T4 不變），令基礎

代謝率降低，老人會有整體性遲緩、冷天適應力差、毛髮掉落較多及憂鬱等現象。胰臟中的 β 細胞在老年時會延遲胰島素的釋放，導致對糖分代謝的能力降低，增加罹患糖尿病的機率。

結論

老化對人體功能之影響甚多，了解各系統老化的改變，可協助人們評估及處理老年人常見的老化或疾病所帶來的問題，讓照護老人的工作更加貼切和踏實，並去除對老人的刻版印象或成見，提升老年人的生活品質。

老年人慢性疾病的護理和用藥安全

黑沙環明暉護養院醫生 陸耀輝

本澳已進入老年化社會，根據澳門特別行政區政府統計暨普查局所發表的《2011-2036 澳門人口預測》，本澳人口老化速度加快。隨著壽命延長、出生人數減少，澳門人口老化情況在上世紀九十年代中漸見明顯，預計老年人口（65 歲及以上）比例由 2011 年的 7.3%（40,900 人）上升至 2036 年的 20.7%（157,300 人），年平均增長率達 5.5%，遠高於總人口的 1.2%。

人進入老年後，身體解剖組織結構和生理代謝功能的一系列變化，使老年人患病時表現和中青年人相比有明顯差異。其中，較常見的表現為：

• 起病隱蔽，如高脂血症就是在不知不覺中出現，而本人可能無任何不適，只有在血液檢查中才確診，但其又與動脈粥樣硬化等密切相關，且往往起病於中青年期；

• 多種疾病並存，如有些老年人有高血壓、動脈粥樣硬化，同時，又患有糖尿病或兼有腎功能損害；

• 臨床症狀和體徵不典型，如老年人出現腦血管後遺症或失智症，因神經系統和全身應激反應遲緩，敏感性較中青年差，疼痛的閾值增高致使缺乏典型症狀和體徵；

• 多器官功能處於退化階段；

• 患病後易出現水電解質失衡和意識障礙，如老年人口渴中樞敏感性低，飲水少，患病後易出現脫水症狀，嚴重時會出現腦細胞脫水致意識障礙等中樞神經系統症狀；

• 老年人因長期臥床，缺少運動，易引起墮積性肺炎、壓瘡、血栓和栓

塞的形成。

作為醫護人員，在照護老年人時，必須要細心及耐心，以尊重為原則，把握護理對象的個性特點，鼓勵和支持家屬參與護理，盡力提高老年人的生活自理能力。

與此同時，筆者擬提出以下建議：

• 對老年人病情需時刻觀察，及早發現病情變化並即時處理；因老年人對藥物耐受性、敏感性均與中青年有所不同，護理工作應注意給藥安全，堅持「三查七對」為原則，加強用藥的管理。

• 注意老年人的飲食營養問題，應在足夠熱量支持下盡可能清淡和易消化地飲食，不宜吃油膩、煎炸、乾硬以及刺激性食物；注意老年人有否出現吞嚥障礙，及時調整飲食方式，以免吸入性肺炎或氣管堵塞情況發生。

• 老年人因患上慢性或退化性疾病，對病情的看法大多悲觀，心理上容易出現無價值感和孤獨感；對老年患者的尊重是醫護人員的首要原則，稱呼需有尊敬之意，談話要不怕麻煩，可經常談及他們的往事，聽他們說話時要專心，提供護理時要仔細，回答詢問要慢，聲音要大一些，亦可與社工配合，舉辦康樂活動以提高老年人的生活質量。

• 注意老年患者的口腔護理，保持口腔清潔；老年人要堅持每天早晚用溫水刷牙，如不能自主刷牙的老年人，可用清潔漱口水作口腔護理。

• 對老年人的安全管理，因老年人雙腿機能和腦部退化問題，致易發生跌倒或相關意外，在護理過程中應重視老年人的安全；必要時，在不傷害老年人身體的原則下，可適當使用一些合適的約束物品，以防跌倒事故發生，並作定期評估。

• 鼓勵老年人積極鍛鍊身體，增強體質，適當地進行戶外活動，多呼吸

新鮮空氣，如打太極拳、慢跑、散步等；這樣可使呼吸加深加快，有利於肺部的氣體交換，增加代謝廢物排出，改善肺部功能、增強機體免疫力和主動排痰的能力。

當中青年人步入老年階段，其內環境穩態的變化會使藥物在體內吸收、代謝、分佈、排洩等方面產生變化，使他們與一般中青年人有所不同。而且老年人大多同時患有多種臟器疾病，各種疾病又相互影響。用藥種類繁多，藥物之間發生相互作用的機會也就增加，用藥的不良反應的發生率比年青人為高，如同時服用大量藥物或長期不規範用藥會給老年人帶來莫大的危險和傷害。

對於老年人來說，用藥安全十分重要，因此必須注意下列事項：

• 個體化用藥，由於老年人多器官功能處於退化階段，而且多種疾病並存，其患病史和治療史不同，治療原則也有所差異；因此，應當根據每位老年人的具體情況而選擇適合藥物、劑量和給藥途徑。

• 老年人經常患上多種慢性疾病，為避免同時使用多種藥物，當突發急症發生時，應確定優先治療的順序。

• 用藥宜少且精，老年人隨著年齡增長，導致對藥物的吸收代謝也出現變化，因此，醫生經詳細分析病人情況後，處方時會盡量減少不必要的用藥種類，使藥物之間的相互作用及副作用減少；另外，老年人由於腦退化的原因，如服藥次數過多，容易忘記服用，故醫生評估後多數選擇處方一些長效製劑，以減少用藥次數，避免漏服情況發生。

• 由於老年人多種疾病並存及肝腎功能的退化，令他們對藥物的敏感性增加，耐受力降低，安全範圍縮小，所以選擇藥物劑量時要適當調減，嚴格按醫囑服藥，尤其是解熱鎮痛藥和鎮靜催眠藥等。

• 營養方面，大多數老年人體內蛋白質含量較前降低，加之病情，消瘦、

貧血等原因均影響著藥物的療效，應重視飲食營養的支持，以確保他們可以吸收足夠的熱量。

• 老年人尤其是患有失智症、多種慢性疾病並存而多重就醫者，因同時服用多位醫生的處方藥物，且由於記憶力與認知力下降、生理機能衰退及作息時間與服藥時間無法配合等因素，導致老年人常常出現重複給藥、忘記給藥、吃錯藥、吃錯時間等問題，致使藥物副作用發生率大大增加。醫護人員其實可以利用分裝盒減少服藥錯誤，使用長效藥物減少吃藥次數，再配合生活作息給藥及由照顧者餵老年人吃藥等方法，並提醒老年人以溫水服藥、腸溶片和緩釋片不可掰碎服用等，從而減低副作用的發生。

總括而言，身為醫護人員，必須結合老年人的年齡、心理和生理變化、疾病引致的各種轉變等，細心、耐心地照顧老年人和注意用藥安全，以提高老年人晚年的生活質素，好讓他們健康長壽。

參考資料：

澳門特別行政區政府統計暨普查局（2012）。2011-2036 澳門人口預測。

如何在家中進行復健運動

青洲老人中心物理治療師 黃凱茵

一、 前言

根據統計暨普查局的資料顯示，澳門快將進入老年化社會。面對這個趨勢，現行醫療服務將難以滿足市民的復健需求，而出行困難對很多長者尤其不良於行或需坐輪椅人士更是障礙重重。若然有復健需要的家居長者或護老者懂得簡單的指定運動，加上物理治療師的定期外展跟進和指導，將可讓復健工作發揮其最大的效能。

二、 針對一般長者的復健運動

一般來說，適合長者的復健運動會注重這幾方面：關節活動度、柔軟度、肌肉力量和平衡能力。

「關節活動度」：又稱關節活動範圍（range of motion），是指關節活動時可達到的運動最大弧度。

「柔軟度」：柔軟度（flexibility）指任何可以屈、轉、彎、扭，而不使姿勢破壞的能力，是人體各關節所能伸展活動的最大範圍。

「肌肉力量」：指肌肉對抗某種阻力時所發出的力量，一般而言是指肌肉在一次收縮時所能產生的最大力量。

「平衡能力」：平衡（balance）能力是人類在抗地心引力的環境（antigravity environment）下，要維持某種姿勢以及執行任何其他動作所必備的基本能力。

澳門明愛安老服務部的物理治療師於 2012 年設計了一套名為「健體十二式」的運動，這套運動涵蓋上述四項要素，內容包括：

第一式：舉頭望明月，低頭思故鄉

頭頸部運動，站著或坐著做皆可，有助增加關節活動度及柔軟度，紓緩肩頸部繃緊或疼痛。

1. 把頭側向右邊肩膀，眼睛看着左上方，感到左側肩膀有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後，頭部置中，復位；
2. 把頭側向左邊肩膀，眼睛看着左下方，感到右側肩膀有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後，頭部置中，復位；
3. 把頭側向左邊肩膀，眼睛看着右上方，感到右側肩膀有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後，頭部置中，復位；
4. 再把頭側向右邊肩膀，眼睛看着右下方，感到左側肩膀有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後，頭部置中，復位。

注意事項：做的時候請保持肩膀以下都不要動，停頓時間頭頸要保持不動，否則運動效果會減低。

第二式：愛的抱抱

肩膀運動，站着或坐着做皆可，有助增加關節活動度及柔軟度，紓緩肩頸部繃緊或疼痛。

左手先搭上右肩膀，右手托着左手的手肘，把左手手肘推向自己，感到肩膀有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後復位，換手再做。

第三式：舒筋活絡

手腕運動，站着或坐着做皆可，主要增加柔軟度，有助紓緩網球肘、高爾夫球肘、腕隧道症候群等症狀。

1. 把左手手臂抬至水平，手肘伸直，手腕向上，右手按着手掌位置往自己的方向拉，會感到手臂下方有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後復位。

2. 把左手手臂抬至水平，手肘伸直，手腕向下，右手按著手掌位置往自己的方向拉，會感到手臂下方有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後復位，換邊重複以上動作。

第四式：招財進寶

上肢運動，站着或坐着做皆可，主要增加關節活動度、柔軟度和改善姿態，有助紓緩肩頸部繃緊或疼痛。

雙手抬至水平，然後向外伸展，腹部同時伸展及收下巴，會感到肩膀前方有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位。

第五式：強腰健體

腰部及上肢運動，站著或坐著做皆可，主要增加關節活動度及柔軟度，有助紓緩腰部繃緊或疼痛。

左手抬高，右手叉腰，腰部連左手側向右邊，會感到左側身體有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位，換邊再做。

第六式：後顧無憂

腰部運動，站着或坐着做皆可，主要增加關節活動度及柔軟度，有助紓緩腰部繃緊或疼痛。

左手置於臀部，右手置於身體前方，以腰為中心轉向左邊，會感部腰部有所拉扯，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位，換邊再做。

注意：做此運動時下肢維持不動。

第七式：大鵬展翅

上下肢運動，需要站着做，主要增加上下肢肌力，上下肢乏力者適用。

雙手抬至水平，雙腳打開至肩闊，向下蹲，膝蓋不能超過腳尖，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位。

第八式：蜻蜓點水

下肢運動，需要站着做，主要增加下肢肌力，下肢乏力者適用。

右腳向前踏一小步，腳尖輕碰地面，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位，換腳再做。

註：可使用椅子作為平衡輔助。

第九式：拉弓引箭

下肢運動，需要站着做，主要增加關節活動度及柔軟度，有助紓緩小腿繃緊或疼痛。

弓箭步，腰挺直，腳跟不能離開地面，腳尖前向，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位，換腳再做。

註：可使用椅子作為平衡輔助。

第十式：步步高昇

下肢運動，需要站着做，主要增加下肢肌力及平衡能力，下肢乏力及平

衡力欠佳者適用。

雙腳墊腳尖，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位。

雙腳墊腳跟，保持動作 10 秒鐘後慢慢復位。

註：可使用椅子作為平衡輔助。

第十一式：天旋

手腕運動，站着或坐着做皆可，主要增加關節活動度。

雙肘彎曲 90 度靠在體側，轉動手腕，先往內轉再往外轉，轉動速度為 1 秒 1 圈，做 10 圈。

第十二式：地轉

腳踝運動，站着或坐着做皆可，主要增加關節活動度。

轉動腳踝，先往內轉再往外轉，轉動速度為 1 秒 1 圈，做 10 圈。

針對較弱長者的復健運動

如長者身體較弱，只能躺着或行動不便，亦有一系列床上復健運動讓他們動起來。

- 抬臀運動

  訓練腰部、臀部及下肢肌肉，為之後下床走路及床上移動作準備。

  平躺，雙膝彎曲平放於床上，將屁股抬離床面維持 10 秒鐘後慢慢放下，每回 10 次，每天 3 回。

- 股四頭肌肌力訓練

  訓練大腿前方肌肉，為之後下床走路及床上移動作準備。

  平躺，把毛巾捲或是小枕頭置於膝蓋下方，將小腿伸直維持 10 秒鐘後慢慢放下，每回 10 次，每天 3 回。

- 上肢肌力訓練

  訓練上肢肌肉，方便長者日常生活。

  平躺，雙手十指緊扣，手臂伸直慢慢抬起至最高點後復位。

- 腰部運動

  維持腰部關節活動度及訓練腰部肌肉，為下床走路及床上移動作準備。

  平躺，雙膝彎曲平放於床上，雙膝合攏向左右移動，肩膀保持不動。

做任何的復健運動需注意以下事項：

- 一切以安全為重。
- 若運動前身體已不適則不宜做運動。
- 如果在運動過程中或運動之後，有關節腫痛、心悸、胸悶、胸痛以及頭昏眼花等症狀，應立即停止並前往就醫。
- 運動時應以緩慢柔和的節拍為主，切忌急躁。
- 運動時應保持呼吸暢順，切忌閉氣。
- 運動必須盡力而為，護老者可從旁協助。

- 運動時環境應保持通風良好，溫度及濕度適宜。
- 患高血壓、心臟病、糖尿病、關節置換、腰肩頸酸痛、手腳關節急性扭傷等個別健康問題者，應請專業醫師診查，並由物理治療師指導合適的運動方法、運動強度及注意事項。

復健運動需持之以恆才會有效果，如遇上任何疑問或不清楚的地方可請教醫師或物理治療師。

物理治療對中風病人的重要性

聖方濟各安老院物理治療師 梁燕玲

一、中風主要分兩大類

1. 缺血性中風

由於血管狹窄及閉塞，或心臟病引起血凝塊阻塞了腦部的血管或動脈，使腦細胞缺血缺氧受損，約佔所有中風 70%。與出血性腦中風相比，缺血性腦中風較常發生在睡眠中或剛睡醒時。

2. 出血性中風

由於突然的激動、血壓升高或其他原因造成腦部的血管破裂，血液進入腦部組織，進而引起腦部大範圍的受損，約佔所有中風 30%。此類腦中風易發生在患者處於忙碌、緊張、生氣、情緒激動或劇烈運動等狀況，可能會因血壓突然升高而造成血管破裂。

二、 中風的危險因子

1. 高血壓：一般是血壓愈高，中風機會愈大，據統計高血壓病人中風機會為常人四倍。

2. 心臟病：如心臟擴大、心臟衰竭、心律不正、風濕性心臟病、心臟瓣膜脫垂等。

3. 糖尿病：中風機會為一般人兩倍。

4. 遺傳：調查發現家族史中有中風的，中風機會偏高。

5. 血脂肪過高：會使黏稠度上升，容易令動脈硬化。

6. 抽煙：尼古丁會使血管收縮，且有研究發現中年以後血管硬化，加上尼古丁引致心律不整，易於中風，另外，吸煙太多會使血液黏稠度升高，血流不通順造成腦梗塞。

7. 暫時性腦缺血發作：據統計，約四成患者兩年內會出現中風。

8. 年齡：一般而言，年紀愈大，中風機會愈大，但動靜脈畸形破裂則多發生在年輕時期。

9. 肥胖：對心臟負荷大，也大多有高血脂，且會間接影響或提高其他疾病發生的風險，因而可能增加中風的機會。

10. 避孕藥：可增加靜脈栓塞的機會及生育年齡女生中風的可能性。

11. 酒精：長期且過量飲酒，會增加血脂肪，使動脈容易硬化，並可能使血壓上升而發生中風。

三、中風的症狀

1. 半身不遂，偏癱。

2. 感覺障礙：患者可能不知道冷熱、疼痛，或過度敏感，有的對於距離、速度、空間感的判斷會有問題。

3. 語言障礙：講話不清楚，聽不懂別人講的話，或者無法表達自己的意思。

4. 吞嚥困難，歪嘴流口水。

5. 智力減退。

6. 視覺障礙：如視野有一半看不見、複視等。

7. 行為與人格異常。

8. 有的會有排便困難。

四、中風的物理治療目標及原則

1. 觀察患者精神和體力狀況的恢復及變化，預防各種併發症的發生，特別是褥瘡、關節攣縮、次發性肺炎及尿路感染。

2. 增加對姿勢和活動的忍受度。

3. 改善站立和載重狀態，訓練患者獨立行走的能力。

4. 減少次發性損傷的危險和反覆發作的情況。

5. 維持關節完整性和活動度。

6. 改善對偏癱側的動作能力。

7. 改進軀幹控制、對稱及平衡。

8. 增加肌力、有氧能力和耐力。

9. 加強日常生活的功能性獨立和活動力，訓練患者起居生活的自我照顧能力。

10. 治療各種中風後的併發症。

五、中風治療的三個階段

1. 急性期

從中風一開始到意識清醒、病情穩定為止，這一時期可短至 3-5 天，亦可長到幾個星期或幾個月。在這階段，治療主要著重訓練照顧者，

包括幫患者定時翻身、活動手腳，以防皮膚產生褥瘡、吸入性肺炎、肌肉過度萎縮、關節攣縮等。

2. 亞急性期

約於中風發生後一週至數月間，治療目標是促進神經修復或重新整合，訓練日常生活功能，增加患者的獨立性，學習使用輔具去彌補身體喪失的功能。訓練患者在床上翻身、到從床上坐起來、再從坐到站、進而從站到走，一步一步地訓練其平衡及走路能力，盡量使患者獨立，必要時可加上輔助器具（如枴杖、助行器等）。

3. 慢性期

約於中風後數月至年餘，治療目標是將患者的功能發揮到最大，並增進生活品質。在接受積極的復建治療後，如無其他併發症，約 2-3 個月內，患者的自理功能及走路功能應大約達到最佳的程度，此時如果停止不做訓練或治療，可能會出現退步。故應該繼續做訓練，以期使患者的體能保持在最佳狀態。

六、治療效果不佳的原因

1. 年紀大而神經損傷嚴重（癱瘓無力、本體感覺損失）。
2. 清醒度降低，注意力、判斷力、記憶力差以及無法學習新任務或遵循單一指令。
3. 嚴重視覺空間半側忽略。
4. 持續存在醫療問題（例如大小便失禁、心血管疾病等）。
5. 嚴重語言障礙。

七、總結

腦中風的治療需要長期計劃，急性期盡早開始接受治療，可使患者功能性恢復的潛能達到最理想的程度。過了急性期後就是腦中風的恢復期，必須密集治療以達致最佳的復健效果，因為腦中風病發後的 6 個月是治療的黃金時期，運動能力恢復最快，然而，也需注意不要過度訓練而造成身體超出負荷。

過了恢復期後也要持續接受治療，雖然這個階段不會有較明顯的進步，但只有繼續治療方能維持最好的肢體功能狀態。患者本身的意志力和情緒調適也很重要，不要給自己過多壓力，應保持心情放鬆並對治療有信心，才會循序漸進回到原來的生活。

透過痛症處理改善卧床院友的活動情況

聖瑪利亞安老院物理治療師 譚惠瑜

痛是一種實際的或潛在的組織損傷所引致的感覺，也會令人產生不愉快的情緒體驗。痛症可分為急性疼痛和慢性疼痛，急性疼痛的主要原因有急性創傷（擦傷、骨折等）、炎症、燒傷、手術及外傷，以刺痛的感覺為主，痛楚會隨着患處的痊癒而得到紓緩或消失；慢性疼痛一般被定義為持續痛楚超過六個月（也有指超過三個月），有時甚至陪伴患者一輩子，情況會反反覆覆，時好時壞，以持續一段時間和以隱隱作痛的感覺為主。

每個人對疼痛的敏感度和忍耐度都不一樣，故在評估時需要按院友的精神狀態或認知功能去衡量其實際疼痛情況，若院友無法清楚描述或認知功能較差，會嘗試觀察面部表情或保護患處等動作以了解他們的疼痛狀況。

長者卧床的原因很多，主要是患病如腦中風、頸椎受傷、骨折、心肺問題、氣喘、治療手術、關節置換等，以至心理或環境因素而影響活動能力，需要卧床休息。卧床時間長短，取決於院友的身體狀況和卧床原因，若是疾病如腦中風後處於昏迷、心肺問題、氣喘等，或是年老功能退化、重度失智症而使身體功能喪失，這些院友的卧床時間相對較長；因跌倒受傷或骨折需要暫時固定、術後休息、關節置換後的院友，卧床的時間則相對較短。

長期卧床會影響身體各個組織系統，更可能因而延長病程或產生更多後遺症，從而增加個人身體負擔。最常見的影響是肌肉、骨骼方面，長時間缺少活動可導致關節僵硬攣縮，亦會使肌肉力量下降，影響身體的內在循環，也有機會造成深層靜脈栓塞，令有心肺疾病的院友出現姿勢性低血壓，如同一位置長時間受壓更易生壓瘡，這些因素都很容易形成疼痛。

在物理治療方面，處理痛症的方法有很多，例如：熱敷、冰敷、電療、

伸展運動、主動式運動、放鬆運動等等，均可預防腫脹或壓瘡。對於自主能力下降或意識不清但需長期卧床的院友，若無法自行翻身或其關節活動度受限，治療師會安排他們在床上進行上 / 下肢被動的關節活動或伸展活動，以避免因長時間欠缺活動而令關節僵硬或攣縮，而定期的翻身運動可防止因長時間同一位置受壓而產生壓瘡的機會。

對於有能力執行指示的院友，治療師會安排他們進行一些協助式的主動運動，若是腫脹原因而產生疼痛，治療師則會協助院友抬高患肢以減少腫脹。至於因骨折、手術、關節置換而需要暫時卧床，這些院友的自主能力較高，只有傷口或進行手術的地方出現疼痛，治療師會針對骨折或傷口所產生的痛楚進行處理，以增加傷口的快速癒合和減輕痛楚；如因骨折或關節置換而需要暫時固定，則會教導院友術後應注意的事項和痛楚的處理方法，再為他們提供一些功能性訓練，以快速恢復院友的活動能力。

而在聖瑪利亞安老院，大多數院友長期卧床的原因是由於身體老化或狀況欠佳而需要卧床護理，又或為失智症後期喪失了自理能力以致無法自我照顧，故治療師主要安排他們在床上進行上 / 下肢被動的關節活動或伸展活動，或會執行定期的翻身運動，以防止院友產生壓瘡和影響關節的活動度。

除了長期卧床的長者外，院舍亦有部份院友是術後而需要暫時卧床休息，例如中風患者因跌倒令股骨頸斷裂，需作關節置換手術。有術後院友主訴其手術傷口感到疼痛而需要短期卧床，故在物理治療方面，治療師先為院友安排電療以減輕疼痛，並要求他進行一些運動去避免下肢產生水腫，又教導他術後應注意的事項，避免因動作過大或執行動作而令關節脫臼，待關節穩定後才讓院友自主進行較大的動作。院友的傷口疼痛減少，治療師便可開始協助其使用輔具，進行無痛的下肢部分承重和完全承重運動，以至步行等功能性運動。

若因跌倒或其他原因而產生的下肢水腫及疼痛，治療師會讓院友暫時卧床休息，協助他進行主動的踝關節幫浦運動，以減輕下肢水腫及疼痛，恢復院友原本的活動能力。

簡而言之，面對卧床院友的疼痛問題，先要了解其卧床原因、卧床時間長短及他的能力水平，進行一些紓緩疼痛的處理，減少腫脹、關節僵硬攣縮、肌肉力量下降和對體內血液循環的影響，降低產生壓瘡等容易形成疼痛的因素，再逐漸為院友安排功能性的治療訓練，從而改善他們的活動情況。

長者防跌復康治療及院舍防跌分享

黑沙環明暉護養院物理治療師 蔡嘉瑜

長者跌倒是常見的意外，輕則皮外損傷或瘀傷，重則關節扭傷、骨折或腦創傷昏迷，造成活動機能喪失。康復後活動能力大打折扣，當中以骨折最為明顯，骨折位置一般以手腕、肩膀及髖關節附近較多，隨著年齡增長，骨質密度下降，最易受影響的為髖關節，更是跌倒骨折的高發病部位。

跌倒不但對長者的活動能力帶來影響，亦有可能形成心理恐懼，害怕再次跌倒。當自信心及自尊心受到打擊時，人會變得不願走動，甚至失去參加社交活動的意欲，久而久之，導致肌肉關節萎縮，加快身體衰退，進一步影響情緒健康，繼而陷入惡性循環。由此可見，預防和處理長者跌倒問題十分重要。

一、 長者為何容易出現跌倒

隨著年齡的增長，長者視力、聽力、平衡能力、肌力等各方面的身體機能開始退化，亦因身體抵抗力下降而容易生病，可能需要服用多種藥物，其中如糖尿藥、安眠藥等，服食後會產生影響引致長者易於跌倒。此外，穿著不適合的衣物鞋履，以至環境不安全等，都可能導致長者發生跌倒意外。

二、 如何預防長者跌倒

- 健康生活模式

藉着健康的生活模式，加上適當的運動，能強化長者身體機能和減慢衰退。每天睡眠充足，作息定時，均衡飲食，可以幫助長者維持精神飽滿，而適量的運動有助長者保持一定的肌肉力量和關節靈活性，降低跌倒風

險，具體運動內容可根據體適能導師或治療師的建議進行。

- 穿著合適衣物

在日常生活中，不要穿著過於寬鬆或過長的衣褲，鞋襪需合腳，運動鞋應以有包覆的鞋面和防滑的鞋底為宜，運動時不可穿拖鞋，避免因衣物絆腳而發生跌倒意外。

- 生活空間

在生活環境方面，室內要有明亮的光線，地板要乾淨沒有積水，雜物要擺放整齊，電線要靠牆收納，物品避免放置高處，床和椅子的高度適中，坐在床邊或椅子上時雙腳可碰到地面為佳，浴室內在馬桶旁邊加上扶手。

針對個別高跌倒風險的長者，可聯絡職業治療師進行實地考察，評估環境配置對長者日常生活的影響，找出可能引致長者跌倒的危險因素，從而給予適當的環境改善，以減少跌倒發生時所受到的傷害。

三、 院舍的防跌處理

在安老院舍，院友的防跌原則與居住社區的長者大致相同，例如：為院友訂立健康的生活模式、穿著適合的衣物、提供安全舒適的活動空間等，然而，院友身體機能或認知能力一般較弱，故防跌方面需作更細緻的分析，透過跨專業團隊互相合作，評估院友各方面狀況，以設計一個較全面的處理方案。

具體內容包括：為前線員工提供合適的防跌指引及定期監察防跌措施的執行，向院友普及有關跌倒風險的衛教並提高安全意識，持續就院舍環境進行改善，增強院友復康運動質量，有需要時使用適度的約束物品。

- 防跌措施及指引

培訓員工掌握合適的照顧方法，並在高跌倒風險的院友床頭或輪椅貼上標籤，以加強員工的警覺及作出適切跟進，從而減低院友跌倒的風險。

- 衛教院友

物理治療師和職業治療師定期對院友進行跌倒風險衛教，提醒他們穿著的衣物鞋履必需稱身，不要長時間步行，適時坐下來休息。若感覺當天身體狀況欠佳，必須向員工反映，及早尋求幫助。員工亦應多留意院友情況，有需要時主動幫忙，以減少院友因自行轉位或上廁所而意外跌倒。

- 環境改善

職業治療師會針對個別高跌倒風險的院友，評估環境配置對其生活作息的影響，找出可能導致跌倒的危險因素，作出相應的環境改造，如使用防滑墊、超低床、在床邊地上放軟墊等，以減低意外跌倒的機會。

- 復康運動

物理治療師會評估可能引致院友跌倒的原因，即各項活動功能的狀況，包括肌肉力量、柔軟度、坐站姿平衡、動作控制能力、步態、疼痛等問題，針對性地為院友進行一對一訓練，例如：上下肢阻力訓練、伸展運動、坐站姿平衡訓練、踏步或步態訓練、緩痛處理等。

此外，物理治療師亦開設不同的防跌訓練小組，如動態坐姿平衡小組、套圈圈和坐式太極小組，透過四肢及軀幹運動，鍛鍊院友的動態坐姿平衡能力及軀幹活動能力，以減低他們在輪椅上因取物或調節重心時出現身體往前傾倒的情況。

若有需要也由職業治療師介入，加強院友的認知訓練，如定向感訓練、注意力訓練、視知覺訓練等，提高院友自身的活動能力及安全意識，從而

降低跌倒的風險。

- 輔具應用

物理治療師會聯同職業治療師，評估院友對所配置的輔具（如輪椅、步行器）是否適當掌握操作技巧，輪椅剎車及助行器的配件是否因老化磨損而失去功能，亦會考慮是否有其他輔助工具（如斜面墊、背墊、側支撐墊、頭靠）可令院友維持良好坐姿，避免在輪椅上東歪西倒，有需要時也為院友繫上安全帶，以減低從輪椅上跌倒的風險。

- 適度使用約束物品

對於有認知障礙、安全意識及配合度低、高跌倒風險的院友，經醫生、護士、物理治療師、職業治療師、社工跨專業評估和治療介入，仍未能有效降低其跌倒風險，在取得家屬的同意，有需要時可為院友適度使用約束物，如三角褲、約束衣、約束手拍等，減少因跌倒而導致更嚴重的受傷。

有系統的運動計劃能延緩長者「肌少症」

康暉長者日間護理中心物理治療師 趙龍彪

隨著醫學進步令壽命延長及出生率下降，本澳老人比例日益增加，根據澳門特別行政區統計暨普查局 2011 年人口普查的結果，以及 2011 至 2036 年澳門人口預測數據顯示，未來人口老化速度將急速加快，老年人口（65 歲或以上）比例將由 2011 年的 7.2% 上升至 2036 年的 20.7%，屆時每五位居民就有一位是長者，而面對人口老化的同時，亦呈現長者高齡化的趨勢，85 歲或以上的長者在老年人口中的比例由 2001 年的 8.4% 上升至 2011 年的 12%。

面對人口老化的壓力，如何做到健康老化和疾病預防的議題備受關注。在正常老化的過程中，身體各系統機能會逐漸衰退，白內障及骨質疏鬆就是常見的退化例子，如同骨骼出現流失的問題，原來肌肉亦會發生類似情況，醫學界稱之為「老年肌肉減少症」或「肌少症」，意指長者身上的肌肉質量減少。

一、何謂「肌少症」

肌少症（Sarcopenia）近年在老人醫學領域中常被廣泛探討和研究，肌少症一詞最初是形容「跟年齡相關的肌肉量減少的情形」，及後定義為「隨著年齡增長而出現的肌肉量和肌肉力量下降的情形」。

2010 年，歐洲醫學團體 European Working Group on Sarcopenia in Older People 提出最新的定義方法，當中包含三個面向：低肌肉量（low muscle mass）、低肌肉力量（low muscle strength）及身體功能表現下降（low physical performance），並建議醫療人員在篩檢肌少症長者時，可先針對 65 歲或以上的老人，如有行走速度變慢（每秒鐘正常行走速度小於 1 米）或握力變差的情況，則進一步測量肌肉量，若同時出現肌肉量

變少，即為有肌少症 1。故家中若有 65 歲或以上的長者行路越來越慢，就要注意可能是出現「肌少症」的徵兆。

肌少症在老年人口中非常盛行，美國 64 歲或以上的族群中，男性和女性的盛行率為 26.8% 和 22.6%，80 或以上歲的族群則為 52.9% 和 31%2，而在墨西哥，60 至 70 歲長者的盛行率為 13%，80 歲或以上的則為 50%3。至於亞洲地區，香港 70 歲或以上的男性和女性長者，盛行率分別為 12.3% 和 7.6%4，台灣 65 歲或以上的盛行率則為 23.6% 和 18.6%5。雖然上述盛行率的基準存在差異，但可以說明的是肌少症確實在老人族群中頗為常見，且普遍性及嚴重性會隨着年齡增加而提高。

二、「肌少症」帶來的影響

肌肉組織約佔人體一半的質量，可支撐人體和協助做出不同的動作。肌肉力量下降常伴隨肌肉量變少而出現，當肌力下降，特別是下肢肌力下降會令長者有站不穩、走不遠的情況，增加跌倒和骨折的風險，促使他們不願意多活動，導致日常活動量減少，從而出現更多惡性循環，結果是長者的體能快速衰退，並失去獨立生活的能力。

肌少症不單影響活動能力，亦會增加長者患上如糖尿等疾病的風險，引發糖尿病其中主要原因是體內胰島素阻抗上升。有研究發現，肌肉量跟胰島素阻抗呈現負相關，身體每增加骨骼肌指數 10%，胰島素阻抗（HOMA-IR）降低 14%，同時血糖亦隨之下降，由此可見，肌肉量多寡會影響糖尿病的發生 6。

延緩長者出現肌少症，除了能維持生活品質、避免發生後續疾病之外，對於紓解長者家屬的照顧負擔，以至減少整體社會醫療資源的壓力均有所幫助。

三、運動有助延緩「肌少症」

健康人士在 25~30 歲間開始，肌肉量會以每年 1% 的速度減退，過了 50 歲之後更會急速減少，衰減部位又以下肢最為明顯。老化情況下加速引致肌少症的原因，包括有荷爾蒙改變、肌肉生理功能改變、出現其他疾病及活動量不足等，其中又以活動量不足為主要原因，因此，增加長者的活動量對延緩肌少症出現有明顯效果。

老年醫學專家多年來一直研究如何有效延緩及治療肌少症，除適當補充營養及荷爾蒙外，運動是最主要的介入方式。有研究指出，經過適當的運動訓練後，即使年紀非常大或患有多種疾病的長者，在生理功能、心血管功能及肌肉神經控制上的變化，其實跟年輕人一樣，都會有正面改變，差異只在於長者進步幅度會較小較慢。故無論長者年紀多大，要開始運動是「永遠不怕遲」，重點只在於運動前先由醫生和物理治療師作評估及指導，以了解那些運動適合自己參與。

四、 長者該如何有系統地運動

為全面照顧長者的健康，一般的運動計劃應包含心肺有氧、肌肉力量、柔軟度及平衡等四方面的訓練內容。有研究顯示，有氧運動能增加肌肉纖維的橫切面 7，另外亦可以減少體脂肪，增加全身的肌肉比例 8, 9，而阻力訓練獲證實能增加肌肉量、肌肉力量及活動功能 10, 11。前兩項訓練內容有助延緩肌少症的發生，而後兩項則與預防跌倒有密切關係。

老年族群是個多變的群組，普遍長者都患有多於一種的慢性疾病，種類及嚴重性各有不同，加上長者本身的年齡及生活習慣均會影響其體能表現，這意味各人的體能或存在很大落差，例如有長者可以完成馬拉松比賽，但有些卻多走幾步路也不容易。因此，如何有效帶領一群長者一起做運動，確是深具困難和挑戰的事工。

目前，在康暉長者日間護理中心使用日間護理服務的 24 位長者，平均年齡為 83.2 歲，他們皆有使用步行輔具或輪椅，並患有一種或以上的慢性疾病，部份長者更曾因重大疾病如中風或脊椎損傷的後遺症，以致影響日常行動能力。

使用 Short Physical Performance Battery 評估量表去測量中心內日常主要以步行輔具行走的 11 位長者，發現平均分數只有 5.1 分，符合肌少症中身體功能表現下降的特徵（≦ 8 分），雖因技術問題無實際測量長者的肌肉量，但由長者的高齡（平均 83.2 歲）和身體功能表現下降（平均 5.1 分），可以推測中心內的長者存在肌少症的可能性非常高。

針對體能上各有差異的長者，能有效率地延緩肌少症發生及達到健康促進的目的，物理治療師每日會給予長者不同的訓練指導，運動計劃及方式可分為三大類別：

1. 心肺、肌力及柔軟度團體運動

每週 5 天的早上，由物理治療師帶領所有長者參與，以椅子運動為主，整個運動約 20 至 25 分鐘，內容包括有氧運動、上下肢肌力訓練及伸展運動，整體屬於低至中強度，目的在於讓所有長者都能參與運動，培養他們的運動習慣及增加其日常的身體活動量（physical activity）。

2. 平衡過關遊戲

一週進行 1 次，預期將增加至一週 2 次，由物理治療師一對一帶領，以 5 個分站的遊戲形式進行，長者輪流參與完成各站不同項目及要求，項目內容主要為針對訓練長者平衡及下肢肌力而設計，包括有站在海綿墊上維持平衡、heel to toe 直線行走、站搖搖板、站立踢球及上落樓梯。如遇到長者因功能受限而未能完成某些項目時，治療師會根據該長者的能力而作項目調整。

3. 個人體適能指導

這類運動是為彌補前兩樣活動的不足而安排。為了儘量滿足所有長者都能參與活動的原則，前兩類團體運動在強度上以較低強度為主，可能未能滿足體能較好的長者之需要，而個人指導的好處是可以針對各長者不同的需求，給予更特定明確的訓練。

個人體適能指導由物理治療師根據各長者的病史、能力及運動意願訂定不同的訓練計劃及目標，大部分運動計劃都包含心肺及肌力訓練：心肺訓練大多是一星期進行 5 天，強度約為長者 70% 最大心跳，而肌力方面則會使用額外的重量（如沙包等）或自身重量進行訓練，重量則以長者能完成 10 下 / 組為原則，一次 2 組，一星期進行 2 至 3 次。此外，亦會針對某部分長者的需求，進行手眼協調、本體感覺及平衡等不同訓練。

五、 運動時需注意的事項

長者普遍患有慢性疾病，但患上慢性疾病並不代表長者不能進行運動訓練。只需要在運動前由醫生或專業醫療人員評估身體狀況，排除有必要禁止運動的因素即可。另外，鑑於藥物會影響長者精神狀況及表現，因此在進行運動前，亦需要了解長者對藥物的使用。

長者們經常由於各種因素而限制參與運動，即使開始後，也可能因種種問題令他們無法規律地參與及建立良好正確的運動習慣，箇中原因或是害怕運動過程中跌倒、受傷及缺乏運動相關資訊，例如開始進行有氧運動及肌肉訓練，常有可能出現肌肉酸痛情況，長者可能會覺得越做越痛而影響其持續參與運動的意欲。解決方式是運動前跟長者解釋各種運動的目的及效果和可能出現的情況，以減低他們的疑慮。

為了在安全情況下建立良好規律的運動習慣，建議年紀大的長者以一對一或團體形式進行運動，以降低可能誘發的風險。剛開始時，可以選擇坐

在椅子上運動，配合低強度和適當長度為主，盡量以不會引致不適及能保持正常呼吸和談吐為原則，讓長者慢慢適應運動及有所進步後，才開始下一階段訓練。如想增加難度，可先調整時間長度，方再考慮增加運動強度。同時，長者需穿著合適的衣服及鞋履，補充足夠營養和水份，並有充足的睡眠休息。

整體而言，規律而有系統的運動被證實能幫助延緩長者肌少症的發生及加強其生活功能，只要做好事前規劃，為長者提供一個安全環境及合理的運動計劃，即使年紀再大的長者都可以從運動中獲得裨益。

參考資料：

1. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age and ageing. Jul 2010; 39(4): 412-423.
2. Iannuzzi-Sucich M, Prestwood KM, Kenny AM. Prevalence of sarcopenia and predictors of skeletal muscle mass in healthy, older men and women. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. Dec 2002; 57(12): M772-777.
3. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. American journal of epidemiology. Apr 1998; 147(8): 755-763.
4. Lau EM, Lynn HS, Woo JW, Kwok TC, Melton LJ, 3rd. Prevalence of and risk factors for sarcopenia in elderly Chinese men and women. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. Feb 2005; 60(2): 213-216.
5. Chien MY, Huang TY, Wu YT. Prevalence of sarcopenia estimated using a bioelectrical impedance analysis prediction equation in community-dwelling elderly people in Taiwan. Journal of the American Geriatrics Society. Sep 2008; 56(9): 1710-1715.
6. Srikanthan P, Karlamangla AS. Relative muscle mass is inversely associated with insulin resistance and prediabetes. Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. Sep 2011; 96(9): 2898-2903.
7. Coggan AR, Spina RJ, King DS, et al. Skeletal muscle adaptations to endurance training in 60- to 70-yr-old men and women. Journal of applied physiology. May 1992; 72(5): 1780-1786.
8. Short KR, Vittone JL, Bigelow ML, Proctor DN, Nair KS. Age and aerobic exercise training effects on whole body and muscle protein metabolism. American journal of physiology endocrinology and metabolism. Jan 2004; 286(1): E92-101.

9. Misic MM, Rosengren KS, Woods JA, Evans EM. Muscle quality, aerobic fitness and fat mass predict lower-extremity physical function in community-dwelling older adults. Gerontology. 2007; 53(5): 260-266.
10. Latham NK, Bennett DA, Stretton CM, Anderson CS. Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. The journals of gerontology series A, Biological sciences and medical sciences. Jan 2004; 59(1): 48-61.
11. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(3): CD002759.

高度護理病患的活動安排

黑沙環明暉護養院職業治療師 黎銀堯、蕭建業

大家有否想像過重症病患者的一天是如何渡過？重症病患是所有曾經染病、腦部受損（如中風、腦外傷）、因意外（如車禍、從高處掉下）或自身疾病（如類風濕關節炎）使身體殘障（如脊椎損傷）以及退化（如失智症）等，而導致嚴重失能的個案，他們需要高度護理照顧。在黑沙環明暉護養院，院舍工作人員為重症病患院友提供日常護理、保持清潔乾淨之外，還會致力提升他們的生活質素；從職業治療師的角度，盡可能維持其活動能力以參與日常生活尤為重要。

需要高度護理的病患者因為不同程度的身體機能缺損導致嚴重失能，而身體功能缺損患者與認知能力缺損患者的需要也不相同，本文將就這兩方面探討高度護理病患者的活動安排。

職業治療師透過有目的之活動來治療、協助及維持病患者的生理和心理健康，減輕、紓緩病患者在發展障礙或社會功能障礙方面的影響，使他們能獲得最大的生活獨立性。鑑於身體功能缺損患者和認知能力缺損患者有很多障礙，如生活大小事完全依賴他人、出現干擾行為、情緒不穩、遊走等，日常的生活需要高度照護，若然過度照顧則會加重其失能情況，甚至令照護工作產生困難，因此，職業治療的首要任務就是重建病患者的日常生活功能。

為個案訂出時間表，協助安排其日常生活各項活動也是職業治療師的工作重點。治療師運用生活再設計（lifestyle redesign）的概念為病患者安排及設計活動，包括吃飯、如廁、刷牙、睡覺等基本日常生活程序，當中部分活動或因患者不同的身體功能或認知情況需作特別設計，此外亦包含認知訓練、上下肢運動、感官刺激活動等，日與夜的區分清晰明確，使個

案有正常恰當的作息時間，減低日間打瞌睡導致夜間無法入眠、遊走或睡眠品質不佳的機會，從而確保有更好的體力及精神，參與已安排的日間活動及訓練。設計一些與個人喜好或以前職業相關的活動，有助提升個案的參與度和動機。

針對身體功能缺損的患者，經職業治療師評估後，會在時間表中安排治療活動或訓練，教導患者使用不同的輔具，讓他們得以獨立完成日常活動：

- 提供特殊或個別化設計的輪椅，由較常見的電動輪椅到利用身體其他部位（如吹氣、下巴）控制的輪椅，並安排不同的訓練予患者練習。
- 對於認知功能正常的患者，則會提供特殊方式操作的電腦，並且教導他們以身體不同部位控制電腦，拓闊他們與外界溝通的渠道。
- 指導患者使用各種日常生活輔具，促進他們更獨立地完成自理活動。
- 被動關節運動可為自主活動能力嚴重受限的患者，提供感官刺激及避免關節攣縮，增加照顧者工作的便利性。
- 長期卧床及坐輪椅的患者較易形成壓瘡，治療師會製造或購置合適的防壓瘡用品供他們使用，又或安排進行企枱（standing table）活動。

對於認知功能缺損的患者，職業治療師的介入方案可包括感知覺活動、認知訓練及環境改造三個面向：

1. 感知覺活動：旨在改善患者對環境的覺醒和反應，促進他們與人溝通的能力，較不著重參加者的認知功能。
2. 認知訓練：針對性的訓練如注意力、記憶力、邏輯思考等活動。
3. 環境改造：以通用設計（universal design）或針對性的設計（individual design）幫助患者可以更獨立地執行日常生活功能。

以下將會具體介紹一些訓練活動，特別針對專注力、記憶力、邏輯思考能力等元素，以供參考，活動內容可根據不同的情況作出更改或改變難度。

一、 認知訓練活動

1.1 急口令

訓練項目：學習能力、專注力、組織計劃能力、社交能力。

需要物品：預先製作的「急口令」圖卡（建議分不同難度）。

遊戲流程：

1. 一人取一張「急口令」圖卡，
2. 輪流讀出急口令然後由另一人評審，
3. 讀得不正確再讀到對方聽懂為止。

1.2 擲骰子

訓練項目：學習能力、邏輯分析、專注力、記憶能力

需要物品：骰子三粒、大碗、籌碼、獎品

遊戲流程：

1. 每人獲分數個籌碼，
2. 自行決定出多少個籌碼，
3. 輪流擲骰，
4. 三粒的點數加上，

5. 總和大者可取去對方籌碼。

二、 感官刺激活動

2.1 撞球對對碰

感官刺激：視覺、聽覺、觸覺

功能：提升對周圍環境和事物的認知及主動參與提供快樂和感官體驗，鼓勵與他人溝通和培養感情表達能力。

需要物品：4~5 個不同顏色的球、麻雀枱或任何有高邊的枱、輕鬆明快的音樂。

活動流程：

1. 預先在枱上擺放數個顏色球，
2. 為各組員分配一個顏色球，
3. 播放音樂，提醒組員開始，
4. 先向組員示範如何把球擲出，
5. 請組員用自己的球，擲向預先放在枱上的同色球。

2.2 漁夫之寶

感官刺激：視覺、觸覺

功能：提升對周圍環境和事物的認知及主動參與提供快樂和感官體驗，鼓勵運用多種感官參與功能性活動。

需要物品：一個模擬水池（大膠箱裝水）、多條塑膠魚、小魚網球（一人

一個）、小容器（一人一個，裝魚用）。

活動流程：

1. 將模擬水池注入清水，

2. 把塑膠魚放入水中，

3. 分發小魚網，

4. 請組員利用魚網捕捉魚兒，然後放到小容器中，

5. 捕獲最多魚兒者為勝。

2.3 弄兒為樂

感官刺激：視覺、聽覺、觸覺

功能：
- 提升對周圍環境和事物的認知及主動參與安撫焦慮及不安情緒；
- 提供快樂和感官體驗；
- 鼓勵運用多種感官參與功能性活動；
- 鼓勵與他人溝通及培養感情表達能力。

需要物品：仿真嬰兒玩偶、嬰兒用品（奶樽、玩具和衣服等）、播放嬰兒聲音。

活動流程：

1. 把嬰兒玩偶交給組員，

2. 介紹枱上的嬰兒用品，

3. 請組員選擇喜歡的嬰兒用品，並照顧嬰兒或與嬰兒玩耍，

4. 可先設定場景詢問組員，如：嬰兒肚子餓要用什麼飲奶、要帶阿 B 去飲茶，要換衣服，

5. 如有需要，可在活動時播放嬰兒聲音，以增加逼真效果及感官刺激。

2.4 滑不溜手

感官刺激：視覺、觸覺、嗅覺

功能：
- 提升對周圍環境和事物的認知及主動參與；
- 鼓勵對他人的信任；
- 提供快樂和感官體驗；
- 鼓勵運用多種感官參與功能性活動。

需要物品：潤膚露如凡士林等、膠枱墊。

活動流程：

1. 將潤膚露預先塗在膠枱墊上，

2. 先向組員作示範，例如在膠枱墊畫上「一」字，請組員跟着畫，

3. 請組員用手掌或手指在膠枱墊上面畫圖或塗鴉，

4. 可用有香味的潤膚露或泡沫狀物質如剃鬚膏，以加強不同的感覺刺激。

生活環境對人的生活品質影響深遠，亦有助誘發人們參與活動的動機。不論是身體功能缺損或認知功能缺損患者，對環境設計的要求均更加講

究，因此創造一個舒適環境尤其重要，不單可以時刻提供正確資訊及刺激，減少出現不恰當行為，也可降低發生危險的機會。

在環境設計方面，可從視、聽、嗅覺著手，以取締危險的因素和跌倒的風險，並可增加圖片和文字的指示，建議使用強調的對比色，而牆壁和地面也需要使用不同的顏色，以增加空間感；至於出入口的顏色，則宜使用與牆壁相同的顏色，使患者不易找到出入口而衍生安全問題，同時避免使用太多顏色以致造成混亂。周圍環境不要太嘈雜，因噪音會影響情緒，適時可播放輕快的純音樂。嗅覺比視覺更快傳到大腦，而氣味可直接刺激大腦的記憶。

職業治療師會按患者的個別情況、生活習慣及訓練需要，重新安排家居環境的布置。綜觀來說，為患者安排活動及制定時間表，最大的原則是要在訓練、基礎日常活動、娛樂三者之間取得平衡，這樣可為中重度病患者提供安全的生活環境及復康訓練，更重要的是仍可以維持他們的生活品質，有尊嚴地安享晚年。

參考資料：

1. 賽馬會耆智園（2008）。華人長者健腦系列，耆智遊樂園。
2. 賽馬會耆智園（2012）。華人長者健腦系列，耆智遊樂園 III。

中風個案的上肢復健活動

伯大尼安老院職業治療師 陳嘉敏

一、 前言

在現今高齡化社會，隨着生活習慣和飲食文化的差異，「中風」（Stroke）這個名詞對大部分人來說並不陌生，甚至會被普遍認為是老年人的通病，實際上是任何年齡層都有可能患上的疾病，而且發生時間非常突然。一般中風可分為出血性和缺血性兩種，前者因腦血管破裂，產生血塊壓迫腦細胞及影響供血，後者則是血管阻塞而導致腦細胞缺血，大腦因局部的血流障礙而發生急性局部功能喪失。當然，中風型態不同，所造成的後果和預後也有差別，所以要把握黃金 72 小時作為救治的最佳時機，同時也要緊密地進行後續的復健計劃才能降低障礙的影響程度。

二、 中風後造成的影響

中風常會導致上肢功能和動作控制的喪失，嚴重的話甚至會影響個人生活獨立能力（Page, Fulk & Boyne, 2012）。而日常生活功能上的影響，往往會因為半側偏癱而帶來不便，生理影響心理，進一步令個案感到失落和無助感，最後演變成「習得廢用症」（Learned none use），意指個案在初期因為患側肢體功能受影響而不使用患側，並用健側來代償一切的活動，最後導致患側喪失功能性。

而中風後其中一個復健目標是要重新獲得上肢和手部功能，也是日常生活獨立表現中所必需的因素（Basteris et al., 2014），要改善上肢動作缺損，加強上肢肌力從而提升上肢功能是復健過程中很重要的部分（陳聖雄等人，民 99），所以職業治療師就會透過一些對個案有意義的活動作為治療媒介，同時合併其他治療手法，增進上肢活動能力。

三、 針對不同上肢功能障礙程度及表現的治療活動

自主動作恢復程度較少的個案，需要在治療師的誘導下透過「被動」（passive）和「主動 - 協助」（active assistive）的動作交替訓練去進行復健，當中最常使用「好手帶壞手」的方式，促進個案患肢的自主動作；而在動作進行過程中，治療師會利用拍打技巧（tapping），以誘發特定肌肉作出反應。而針對患肢有過多不正常肌肉張力時，治療師會使用承重方式（weight bearing）去降低及使肌肉張力正常，之後再進行其他治療訓練，在進行承重時，需注意個案肩膀、手肘和手腕的擺位，在良好的姿勢排列下才可進行。而被動關節運動更是預防關節攣縮及關節活動度降低的主要活動，故在治療開始前會協助進行，在此過程中肩胛骨的活動度也是不容忽視，因為往往肩胛骨活動度的受限，會直接影響個案上肢的抬舉能力及肩膀的活動度。

當個案肢體有少量自主動作出現，但無法作出動作控制時，治療師一方面需降低患肢的痙攣（spasticity），另一方面避免不正常的代償模式（abnormal compensatory movement patterns）出現，透過活動分級和任務導向（task oriented）以達到有效的動作控制。治療活動一般有：上肢阻力訓練、place and hold、用治療器具固定手肘後單獨訓練肩膀功能等。而推拉箱（standing box）在訓練過程中最常使用，透過雙手或單手來回推拉箱子，箱子內可加砝碼做難易度分級，除了訓練上肢功能外，也能訓練站姿控制及耐力（陳聖雄等人，民 99）。

當個案已掌握動作控制，且精細動作顯著恢復時，可視個案功能程度而決定活動的難易度，進一步增加動作協調性、準確度及肌力訓練，此時訓練內容以目標導向的功能性活動為主，例如：投錢幣、使用剪刀、梳頭髮、綁鞋帶、掌中操作能力（in-hand manipulation）等，利用個案自身物品和在自然情境中做訓練，讓治療成效更可延長並概化到日常生活中。

中風後尚有可能伴隨其他的功能障礙，例如：視覺忽略、感覺缺失、認知障礙、語言障礙、心理障礙、自我照顧能力及社區移動能力等都會受到影響，透過逐步的感覺再教育、調適及代償技巧等作為訓練內容，同時與其他專業團隊緊密合作，達到多專業的治療模式，讓治療成效更符合個案需要。

四、 總結

中風個案對於職業治療師來說並不陌生，甚至在個案種類中佔絕大部分，而每個個案情況都是獨一無二，所以在設定治療計劃時，三方持份者包括職業治療師、個案和家屬的良好溝通是必須的，更是達到成功治療的關鍵，並可提升治療成效及參與度。當然，實際施行治療活動時，還是要按照個案情況的差異與治療師的專業判斷再作調整及再評估，達到以個案為中心（client-centered）的治療服務，並確定治療方案能解決個案最核心的問題。

其實，要有良好的治療成效，平常在治療時間以外能在家中自己做活動（home program），例如：利用「好手帶壞手」的方式去擦桌子；雙手手指交叉握住，在桌面上伸直手肘，軀幹往左右兩側施壓，達到上肢伸展（stretching）和降低痙攣的效果；在吃飯時患側可稍微固定碗盤，而不是只放在旁邊不動。把治療融入日常生活中，個案會更有動機和毅力，這正是職業治療的最終目標，提升個案的獨立性和生活品質。

另一個值得關注的問題是大部分中風個案並沒有復健意識，覺得中風後肢體無法活動自如是已成定局，讓「習得廢用症」的情況加劇，久而久之錯過了復健的黃金時期。所以，護理人員應當在個案穩定或出院前作出適當的轉介，同時家屬也應該具備正確的復健意識，不要抱着「遷就」個案的心態，在日常生活照顧上完全協助他們，期望經過一段日子後肢體便可恢復功能，實情是這樣做反而會讓復健潛能逐漸下降，到時候才想到要做

復健就只好以維持現有功能及防止肢體攣縮為主了。

復健的過程是漫長和艱辛的，所以家屬的支持和鼓勵會直接影響個案的表現。作為治療師在適當時期也要傾聽家屬的治療期望和照顧上的困難，因為往往會把焦點放在治療個案身上，而忽略了家屬或照顧者，他們習慣隱藏自己的情緒和需要，處事以個案為中心，常表現出堅強及包容的一面，故此治療師也需多關注家屬的反應，提供心理和情緒支援，好讓他們能抒解心中的鬱結及有喘息的機會。

參考資料：

1. Basteris, A., Nijenhuis, S. M., Stienen, A., Buurke, J. H., Prange, G. B., & Amirabdollahian, F. (2014). Training modalities in robot-mediated upper limb rehabilitation in stroke: a framework for classification based on a systematic review. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation. 11 (111).
2. Page, S. J., Fulk, G. D., & Boyne, P. (2012). Clinically Important Differences for the Upper-Extremity Fugl-Meyer Scale in People With Minimal to Moderate Impairment Due to Chronic Stroke. Physical Therapy. 92, 791-798.
3. 陳聖雄、林裕晴、廖麗君、歐育如、楊育昇、張志仲（民 99）。兩種上肢阻力訓練模式對慢性中風病人上肢動作功能療效之比較。職能治療學會雜誌，28（2），18-28。
4. http://www.stroke-rehab.com/stroke-rehab-exercises.html
5. http://www.icelearningcenter.com/resources/therapy-tips/ue-weight-bearing/upper-extremity-weight-bearing-during-bedside-adls

教導獨居長者自行注射胰島素的經驗分享

青洲老人中心護士 鄭曉明

對許多糖尿病人來說，「注射胰島素」這個詞一點也不陌生。糖尿病是一種慢性疾病，控制血糖是對抗糖尿病當中最重要的一環，而注射胰島素是控制血糖的方法之一，對於一些經過生活方式干預和口服糖尿病治療後，仍未能理想地控制血糖的糖尿病患者，注射胰島素是治療糖尿病的必要方法。胰島素的劑量過低會造成高血糖，胰島素的劑量過高會造成低血糖，故依照醫生處方來按時按量進行注射非常重要。

自行注射胰島素有一定困難需要克服，學習和技巧操練是必然的，步驟不多。大多數糖尿病患者會使用筆針，這在學習和操作上變得相對簡單，一般的長者大部分只要練習幾次和實際操作幾天，都已能掌握注射胰島素的技巧和方法，根據觀察得知，最困難的不是操作，而是心理因素。

許多人都害怕打針，自行注射其實並不容易，需要很大的勇氣，所以有膽量把針打在自己身上時，就跨過了心理上的第一關。第二關是自信，長者常常會缺乏信心，訴說自己年紀大、記性不好、身體不好、眼不好、手不好、腳不好、不識字等，推說自己無法學習新事物或完成某些事，未嘗試已說自己無法自行注射胰島素，自信心是需要建立的，給予長者讚美可提升其自信，以便順利地達成任務。

最後一關是自我約束，按時按量注射胰島素是關鍵所在，必須遵從，正如許多人服藥一樣，有時以為好一點就自行停藥或減藥，有時會注射一次停一次，有時會認為少注射一次也不至於不舒服等，所以要讓長者明白正確注射胰島素的重要性，尤其是對血糖和糖尿病的影響，當中護理指導可幫得上忙。心理上若能跨過這三關，即可算是克服了自行注射胰島素的心理障礙。

自行注射胰島素的好處很多。首先，不用為了注射胰島素而每天一次或多次來往醫療單位，在醫療單位輪候服務，每次排隊均需要花上不少時間。其次，自行注射胰島素亦可減輕家人的負擔和照顧壓力，例如：行動不便的患者或要家人每日陪同往返醫療單位，另有患者可能要家人每日按時為其注射胰島素，這樣會干擾家人的正常生活，也會造成身心方面的累贅。

其實，自行注射胰島素是一項自我照顧能力，是自我價值的肯定，有助提升長者的心理素質。護理人員當然可協助患者注射胰島素，但總努力讓他們學會自行注射，其原因是要患者發揮自己的能力，守護自己的健康，透過賦權以提升控制感和自我價值。

長者是否能自行注射胰島素是需要評估的，內容關乎長者的健康情況和能力，主要包括以下三項：

一、 精神狀態：案主是否意識清醒、是否患有精神科疾病（包括失智症），如案主意識不清或患有精神科疾病，則未能適合自行注射胰島素。

二、 視力：案主是否失明、是否患有眼部疾病如白內障、青光眼、糖尿病、視網膜病變等，視力的評估主要取決於案主是否能看見筆針上調節劑量的數字刻度、是否能看見筆針的針頭，如案主看不清楚筆針上的刻度和針頭，則未能適合自行注射胰島素。

三、 手部的能力：案主是否有手部殘障、曾經中風、患有柏金遜症或類風濕性關節炎等，手部的能力主要評估其肌力和協調性，評估案主是否能握穩筆針、是否能把筆針調節到正確的劑量、注射時手部是否會震顫、指頭是否有足夠力量去按動筆針注射按鈕等，如案主手部力量和協調性不足，也未適合自行注射胰島素。

經評估後，如案主適合自行注射胰島素，即須為案主訂定護理計劃，內容包括：目標、護理措施和評價指標三部分。目標除了是案主能自行注射

胰島素之外，亦可以細化為：自行調節注射劑量的刻度、自行更換針頭、自行注射胰島素後針頭沒有歪掉等，此舉好讓長者逐步完成所涉工序，提升他們的成就感和自信，也較容易掌握步驟。

護理措施分為教導注射胰島素的方案和護理指導兩方面，教導注射胰島素的方案內含：學習項目、學習進度表（包括目標、預期達到目標時間、教學示範和實際操練）、家訪時間和地點，並可加入針對案主個別化而設的項目，而護理指導的內容計有：血糖控制、高血糖的處理、低血糖的處理、監測血糖方法、注射胰島素及其注意事項。

至於評價指標則要具體、明確和可以測量，如設定清晰的時間完成某一特定目標。護理計劃是為案主而設置，所以要與案主共同討論和確立，一方面強化長者的遵從性，另一方面得以提高計劃的成效。每個計劃也需予以評審，如未能達到評價指標，便須重新評估、訂定計劃和執行措施，之後再評審，直至達到評價指標。

以下是指導兩位獨居長者自行注射胰島素的個案經驗分享：

陳伯伯患有高血壓和糖尿病大約 5 年，獨居、識字，家人長居外地，彼此關係疏離，日常依賴養老金過活，行動不便，在家使用助行架走動，外出則需乘坐輪椅，視力正常，因單靠服用降血糖藥物來控制血糖的效果不理想，故醫生處方須每日注射胰島素一次，並合併降血糖藥物治療。陳伯起初對要注射胰島素感到很困惑和害怕，但因沒有家人照顧和可以協助，自己又無能力每天往返衛生中心，亦無錢請家傭，所以為了自己的健康，只好學習自行注射胰島素。

陳伯是採用筆針注射胰島素的，第一天示範完畢後，雖然步驟不多，陳伯卻很擔心自己做得不好，學習期原訂一星期，經商量後特延長至兩星期，陳伯才較為放心繼續學習。第二天，陳伯要實際操作自行注射胰島素，心情顯得甚為緊張，每做一步前先問清楚，做完一步又問對不對，最終他成

功地自行進行所有步驟，及後臉上流露出滿足的表情。接下來的兩三天，陳伯發問越來越少，心情也越見輕鬆，技巧則越趨熟練，到了第五天陳伯能夠獨立完成整個過程，第七天他已有信心表示自己可以自行注射胰島素，不用筆者再來教導和監察。

王伯伯患上糖尿病 10 多年，左腳因糖尿病而進行了左膝以上的截肢手術，長時間使用輪椅活動，眼部也出現視網膜病變，視力因而變差，獨居、不識字，家人在內地，關係疏離，日常靠援助金生活，王伯同樣因單靠服用降血糖藥物來控制血糖的效果不理想，而須注射胰島素，他亦是用筆針注射的。當初，王伯堅拒自行注射胰島素，稱自己年紀大，手、眼協調不好，認定自己無法自行完成注射，由於他難以每日往返衛生中心，又沒有家人協助，故筆者在辦公日每天為王伯注射胰島素一次，惟一直擔心假日未有注射而影響其血糖控制。經過半年的游說，王伯終於同意假日自行注射胰島素，條件是筆者必須事前把筆針的劑量調好。

教導王伯自行注射胰島素的初期，基於注射角度和用力過大，他常把針頭弄歪，多番嘗試後，他終於克服了這個問題，開始在假日時自行注射胰島素。王伯對注射技巧越來越具信心，有時還會主動稱讚自己，半年過去了，筆者提議王伯學習調節筆針的劑量，然而他推說自己視力不好，看不清數字刻度，最後筆者用紅色麥克筆把筆針上處方劑量的數字刻度塗紅，王伯即表示可以看到紅色的標記，接著便開始學習調節劑量，一星期後王伯已能獨立完成胰島素注射，並主動表示只需替他在筆針上做個紅色標記，便不用筆者再來為他進行注射了。

對長者的教導工作最重要是耐心和鼓勵，過程中需給予體諒、支持及肯定，切記不要批評或否定他們的行為和想法。

照護環境對失智症患者認知的影響

伯大尼安老院護士 胡智瑩

一、 失智症的現況

近年社會經濟發展和醫學科技日漸進步，人類平均壽命不斷增加，人口老齡化的現象已成為澳門及國際社會關注的問題。根據流行病學研究，65 歲以上人口當中 5% 患有失智症，85 歲以上則增加至 20%。2010 年「國際失智症協會」統計資料顯示，全球約有 3 千 5 百萬人患有失智症，估計到 2030 年，患者人數將增至 6 千 5 百萬。在眾多人群中，老人是罹患失智症的主要群體。

本澳地區性的研究報告指出，居家長者中，約兩成有不同程度的認知障礙。此外，據非正式統計，院舍長者罹患認知障礙的約佔三至五成，其中，已確診失智症的患者人數也不少，各國專家學者都關注老年失智症所帶來的公共衛生及社會經濟問題。

二、失智症的定義

失智症是一種因腦部傷害或疾病而導致的漸進性認知功能退化，且退化的幅度遠高於正常老化的進程。失智症會影響到語言能力、理解力、運動能力、短期記憶、辨認日常用品的能力、反應時間、個性、執行能力、解題能力，就算沒有智力衰退的跡象，也常有妄想，嚴重時會無法分辨人事時地物。

最常見的失智症種類是阿茲海默症（俗稱老年失智症），其典型之起始症狀為記憶障礙。患者會遺忘剛剛發生的事（短期記憶差），而較久以前的記憶（長期記憶）則相對在發病初期不受影響。

失智症以遺忘為最早期、最突出的症狀，也包括人格或行為改變。這種

漸進式認知退化對患者的語言能力、理解力、運動能力、短期記憶、辨認日常用品能力和個性構成影響，為失智症患者及其家屬帶來生理、心理、精神以至經濟上的負擔。

三、照護環境對失智症患者的影響

不少研究結果顯示，適當的環境改造能有效協助失智症長者參與生活，更趨獨立、更具功能，同時也可減少照顧者的壓力與負擔，建立良性的互動，促使生活滿意度的提升。

由於失智症患者的時間和地點概念受損，常會出現走失、去錯房間、在客廳便溺、東西亂放位置、時空錯亂、找尋已過世親人、搞不清白天晚上等情況。因此，可在患者生活環境上作特殊調整，以營造一個安全熟悉的居住空間，例如：在廁所、房間、櫃子等貼上標示，讓患者找得到他想去的地方或想要的東西；設置容易辨識的時鐘、日曆，方便他們知道當前的時間和日子；門鎖方面可採用較複雜的鎖，令患者難以自行出門，減低走失機會。

有遊走習慣的失智症患者，則可利用家具安排其遊走迴路，過道上避免濕滑及小顆粒物品，預防跌倒受傷；注意家電使用上的安全，以免發生觸電意外；浴室內舖設防滑地磚及安裝扶手，減少跌交或滑倒機會；控制水龍頭熱水的溫度，以避免燙傷。不要使用玻璃門或落地窗，以免患者認為是一扇敞開的門而造成意外；盡可能讓失智症患者住在熟悉的地方，如需遷居，可將原住處慣用而重要的家具一起搬過去，以利患者適應新的環境。

失智症患者需要有適當的感官刺激，並減少他們因身體機能衰退而產生挫敗感，好好發揮現有功能。理論上，失智症患者的部分腦細胞已被破壞，但好的細胞還有很多，照顧者可致力維持這些正常細胞的功能，故提供照護時應協助患者能做的事儘量自己做，做得差一些也沒關係。若能做七成，照顧者就鼓勵患者完成七成，剩下的由照顧者引領他做或代他完成。

患者的家人及照顧者應對失智症有清楚的認識及了解，同時要具備相當的耐心、愛心和同理心。為失智症患者安排熟悉的環境居所、規律的生活作息、適量的白天運動，鼓勵他們多投入家庭事務、與親友聚會或參加日間照顧中心的活動等，對患者的病情都有幫助。盡量減少白天打嗑睡的時間，有規律地進行活動，促使患者多運用現有功能，均有助其延緩退化。

充足的運動可維持身體健康、促進食慾、改善睡眠，令情緒趨於穩定。若在家中照顧，盡可能要讓失智症患者白天有事情做，例如：散步、打拳、逛街、種花、澆水、摺報紙、撿菜、擦桌子、洗碗、唱卡拉 OK、寫書法、打毛線等等，按患者的能力與嗜好來安排，尊重他們的選擇，並鼓勵參與一些有趣味和有意義的活動，令他們得到成就感。

四、如何營造適合失智症患者的環境

大致而言，環境的改造可從安全環境、認知環境和人的環境三方面來著手：

1. 安全（硬體）環境：主要針對因肢體或認知退化的硬體改造。

- 對可能有危險的區域，如廚房、樓梯間等用屏風掩飾或上鎖；
- 房內動線順暢，清除不必要的障礙；
- 盡量減少門檻以避免跌倒，或可加上斜坡方便輪椅進出；
- 必要時使用輔具資源協助緩解失能狀況；
- 保持光線充足且亮度一致，在走廊、臥室或浴室裝置夜燈；
- 注意陰影造成的視覺混淆或避免刺眼的亮光；
- 浴室或廚房應注意防滑；
- 馬桶或洗手台宜加設扶手；

- 操作介面需要有大按鍵如遙控器、電話、開關等。

2. 認知（現實導向）環境：主要針對認知退化的環境改造。

- 有標示：在長者易混淆的物品貼上標籤或圖片以助識別；
- 有顏色對比：門窗、扶手、不同區域的地板等加強顏色對比以利辨識；
- 有視覺提示：特定地點可增設視覺線索，如廁所、衣柜、房間等加止標示，最好是個人化如圖案、照片、音樂、飾物等的線索；
- 經常活動的地方應提供現實定向刺激，如掛上日曆、時鐘，或者依氣候改變的景觀和植物；
- 常用的物品盡量放在容易看到的地方，佈置宜簡單、清晰，漱口杯、毛巾、洗髮精、化妝品等只擺放當前要使用的，避免拿錯。

3. 人（軟體）的環境：家屬或照顧者是看不見的環境。

家屬或照顧者是無形的環境，經常備受忽略。硬體的環境有其重要性但卻存在限制，照顧者必須視乎長者的能力在照護上作出調整，而照顧者的支持及與其互動亦是長者建立安全感的主要基礎，甚至有可能會影響環境改造的效果。因此，家人和照顧者對失智症的認識非常重要，若能多了解長者的失能狀況及原因，明白他們的處境和心情，定會更懂得如何適當地協助長者。

五、總結

人們總認為家是最安全、最開心、最幸福的地方，對失智症患者來說也是如此。照顧他們需要花上較多精神、體力、耐性和時間，一個安全、恬靜和具有家居氣氛的環境，可有效維持失智症患者的獨立能力，提升他們的尊嚴和自信心，對臨床病情的穩定性絕對有所幫助。

當患者的病情穩定後，家人及照顧者也能安心處理生活上其他事務，時間運用得宜，精神和身體都有放鬆的機會。適當的環境設計及特別的設施安排對失智症患者的照護工作尤其重要，亦會直接影響家人及照顧者，值得多花點心思、時間和金錢，這對患者、家人、照顧者各方均有好處。

參考資料：

1.《照顧失智切莫不智　關於失智病患之環境設計及特別設施》，神經內科，郭蔭庭醫師。
2. 澳門失智症協會，http://www.mada.org.mo。
3. 失智症，http://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E7%97%87。
4. 失智症老人的照護，http://www2.ntin.edu.tw/project/97%E7%89%B9%E8%89%B2%E6%A1%88/Subproject2/Handout/Y970712/%E5%A4%B1%E6%99%BA%E7%97%870712_03.pdf。
5. 如何營造失智症老人生活環境，chnh.mohw.gov.tw/chnhhome/file/ 如何營造失智症老人生活環境 .pdf。
6. 失智症社會支持中心－台灣失智症協會，www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/support_care02.html。
7. 居家環境－天主教失智老人基金會，www.cfad.org.tw/attantion.php?s=4。

不同傷口的敷料應用與成效

黑沙環明暉護養院護士 陳素雯、易珊珊

皮膚是身體最大的器官，約佔身體總重量的 16%，它是人體抵禦外界有害物質侵入的第一道防線（于博芮，2014）。皮膚除了作為身體對外的天然屏障外，也同時具有保護、感覺、調節體溫、排泄、吸收等生理功能，以維持身體內部的恆定狀態。假如皮膚組織受到破壞、皮膚細胞斷裂，就會形成所謂的傷口，而組織會依照身體本能的修復機轉進行傷口的癒合。但有不利傷口癒合的因素存在時，傷口便無法順利進行癒合，此刻遂需要給予適當的治療及傷口護理。

由於近年全球人口老化現象增長迅速，慢性疾病包括壓瘡、糖尿足、下肢潰瘍等的發病率隨之增多，各種傷口護理問題也越來越複雜，故此，臨床醫護人員和長期照護者對傷口護理的知識要求大幅提高。這幾年，傷口護理問題在國際間深受關注，加上各類型不同敷料的出現，很大程度上幫助醫護人員在傷口護理方面的應用，並促進傷口癒合的成效。

老年人皮膚汗腺減少，表皮及皮下組織萎縮，膠原和彈性纖維改變，皮膚便會變得薄、乾燥、冷及缺乏彈性，在受到外力的作用下容易出現破損。若皮膚局部長期受壓令血液循環受阻，細胞會缺乏氧分和營養，最終導致皮膚細胞壞死，出現損傷或潰爛，形成壓瘡。壓瘡是醫院及社區長期照護院舍中最常見的護理議題，鑑於每個傷口的情況和各院舍的護理方式均有不同，醫護人員在傷口處理和敷料選擇上確實是一項挑戰。

敷料是指當人體組織出現缺損，被覆蓋於創傷之上，暫時替代表皮或內皮組織保護的功能，避免造成感染，促使傷口癒合及受損組織恢復功能的保護（徐翊庭、翁清松，2011）。傷口的形成是多樣的，癒合過程亦會多變，合理和適當地運用不同的敷料，將有助傷口的癒合。敷料選擇的原則需依

據傷口的分類、分期和狀況，因應癒合程度變換敷料，而選擇時盡可能以最安全、最有效、最經濟及最便利為考量。黑沙環明暉護養院常見的敷料包括有：

敷料種類	本院產品例子	作用機制	適應症
傳統敷料	紗布	1. 生理鹽水濕紗使用，可用來保持傷口濕潤，利用紗布的毛細現象，移除紗布時，可將壞死組織與菌叢帶出，可有效達到清創作用；合併藥物使用，可有效傳遞藥物於傷口上； 2. 乾紗直接使用，可用來保護傷口，吸收部分滲液。	各種傷口，常為傷口最外層敷料，亦常為其他敷料的第二層敷料。
透明薄膜式敷料	Tegaderm™	半通透性敷料，氧及少許少蒸氣可自由通透，可隔水、灰塵及細菌。	乾淨結硬痂傷口、極少或沒有滲出液傷口，及作固定敷料。
親水性敷料	DuoDERM Extra Thin CGF ®、DuoDERM CGF ®	1. 含軟化纖維原成分子，能將纖維蛋白軟化清除； 2. 同時亦含親水性粒子，與水作用產生膠膜，減少疼痛與傷害； 3. 可活化多型核白血球與巨噬細胞，達到自體清創。	部分皮層受損或壞死組織、水泡、表面燒傷、擦傷、二期壓瘡。
親水性凝膠	Hydrosorb ®（片裝）、IntraSite Gel ®（膏狀型）、IntraSite ® Conformable（膏狀連紗布）	使傷口濕潤，促進多型核白血球與巨噬細胞活化，達到自體清創。	結痂傷口、有腐肉傷口、已壞死傷口、窄小死腔或肉眼可見肌肉傷口。

敷料種類	本院產品例子	作用機制	適應症
藻酸鹽敷料	Sorbalgon ®	1. 敷料中的鈣離子與傷口的鈉離子及水分組織液進行接觸性離子交換，使藻酸變成凝膠，提供傷口所需濕潤的環境，以達到保濕效果； 2. 巨噬細胞受藻酸鈣的纖維激發而活化，去除感染及痂物，促進生長因子釋放； 3. 刺激血小板凝集及活化內在凝血因子，約在一至兩分鐘內可完成止血效應，吸收大量滲液。	第三及第四級壓瘡、易出血傷口、可填塞腔洞隧道及潛行部位、可用於感染傷口及壞死組織。
抗菌性敷料－含銀敷料	SeaSorb-Ag ®	敷料與滲液接觸後會釋出銀離子，銀離子會破壞細菌的細胞膜及細胞核，達到殺菌效果。	滲液量多、且高度感染風險或已感染的傷口。
聚氨酯泡棉敷料	Allevyn ® Non-Adhesive	由吸收泡棉層吸收大量滲出液、減少浸潤，使傷口保持濕潤狀態，亦有減壓作用。	第三及第四級壓瘡，疼痛傷口，對水膠體過敏者，中或大量滲出液傷口，周圍皮膚脆弱的傷口，也可用於氣切傷口。
接觸式敷料	UrgoTul ®	為脂質水凝膠，能與滲液結合後形成脂質水膠層，為傷口提供一個微酸及濕潤癒合環境；敷料上的開口為 500 um2，可防止肉芽組織穿過，因此在更換敷料時，可避免肉芽組織的損傷。	二級壓瘡及表淺傷口。
高滲鹽水敷料	Melsalt ®	1. 為氯化鈉敷料，傷口滲液能釋放敷料中的氯化鈉； 2. 吸收傷口滲出液、細菌及壞死質，有效促進發炎期傷口清潔。	中量至多量滲液傷口及感染傷口，但不可用於已暴露筋腱及骨骼的傷口中。

敷料種類	本院產品例子	作用機制	適應症
混合式敷料	TenderWet ® Active	長效濕性敷料，內含吸收的SAP 及林格氏液，能吸附細菌及壞死質，同時能廿四小時釋放林格氏液作沖洗傷口。	腐肉傷口、肉芽期傷口、感染傷口、表淺傷口、慢性停滯傷口、糖尿足及壞疽傷口。
混合式敷料	TegadermTM +Pad	由 Tegaderm™ 及不織布棉墊組合成，可防水透氣，而棉墊不沾黏傷口及可吸收滲液，降低傷口浸潤的機會。	蓋於其他敷料之上。

上面概括地介紹了黑沙環明暉護養院採用的敷料產品及其適應症，以下就因應不同敷料的作用機轉及特性，講述如何選擇適當的敷料去處理常見的傷口類型。

大部分的研究調查顯示，老人是皮膚撕裂傷的高危險群（于博芮，2014）。皮膚撕裂傷是因為皮膚暴露於摩擦力或摩擦力合併剪力等外力之下，使得表皮與真皮分離。老年人容易發生皮膚撕裂傷的原因在於皮膚老化，缺乏抵抗外力衝擊的能力，增加了創傷的危機，四肢暴露部位最容易發生，其中以上肢較為常見。當病人活動功能依賴時，上肢是皮膚撕裂傷好發部位，若病人可以下床活動時，則可能因轉位至輪椅上或椅子時造成下肢皮膚撕裂傷（許美玉、章淑娟，2010）。

老年人的皮膚膠原及彈性纖維減少，皮膚會變得乾燥、痕癢，令他們自然而然地抓擦皮膚致容易出現損傷，加上老人的表皮與真皮交接處緊密附著力變差，一但受到摩擦力、剪力等物理性外力時，亦容易產生水泡。故此，在長期照護的院舍中，經常見到老人們都有不同程度的皮膚損傷及水泡。

對於一些部分或全皮層皮膚受損的傷口，院方多採用接觸式敷料UrgoTul，其特點是可直接黏貼到傷口表面，併用紗布、傷口填充物或第

二層敷料（如 TegadermTM +Pad）覆蓋，提供濕潤環境，而滲出液可通過 UrgoTul 至第二層敷料吸收，所以適用於少至多量滲出液，亦可減低因傷口表面與其他敷料的黏連而導致的二次創傷。無菌原則作傷口護理及排除感染等其他因素，多數使用 UrgoTul 作敷料的表皮破損傷口，每 1~3 天更換敷料一次，癒合時間比傳統使用無菌紗布明顯縮短、疼痛減輕（張海英，2011），比使用凡士林油紗更平均縮短 2.5~5 天（劉國麗、楊開鳳，2007）。

親水性敷料 DuoDERM CGF 亦經常應用於有少至中量滲液的皮層受損傷口，除了能保持傷口濕潤，亦能隔離細菌和污染物，其有自黏的特性，可單獨採用或配合透明薄膜式敷料，而換藥的頻率可減少至 3~5 天一次，最多不超過 7 天，但 DuoDERM CGF 多因過度潮濕而造成傷口周圍皮膚浸潤，所以不適用於出血性或滲出液多的傷口，DuoDERM CGF 的膠體有時會殘留在傷口上，且不易清除，而發出的膠體異味會容易被誤判感染，亦不適用於感染傷口上，與 UrgoTul 一樣，DuoDERM CGF 不能作填塞傷口的敷料，而三度燒燙傷或隧道型、潛行性的傷口都不建議使用。以 UrgoTul 及 DuoDERM CGF 的特性，表淺的傷口多採用這兩種敷料，可因應傷口的滲出液量或出血性而作選取。

壓瘡，是長期照護院舍中最常見的護理議題，老年人及長期卧床者更為高危人群，而發生的部位最多是骨突受壓處。目前，在國際上較多學者採用美國國家壓瘡顧問小組（National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP, 2007）劃定的壓瘡分級，將壓瘡分成一至四個階段，概述如下：

第一期：在完整的皮膚上出現持續發紅，給予指壓時紅斑不會消失，無潰瘍或皮膚受損。

第二期：表皮及部分真皮層損傷，表現為一個表淺開放的潰瘍，傷口底部是紅色或粉紅色，可能會見到皮下脂肪組織，骨頭、韌帶或肌肉未有

暴露，也可以表現為充滿漿液完整沒破，或破掉的水泡。

第三期：全皮層皮膚組織的損傷，已穿過真皮層，傷及皮下脂肪組織，可能有腐肉，但筋膜仍是完整，骨頭、韌帶或肌肉未有暴露。

第四期：全皮層皮膚組織的損傷，並暴露骨頭、韌帶或肌肉，在傷口床上可能見到腐肉或痂皮，通常會有口袋型及隧道型傷口。

無法分期：全皮層皮膚組織的損傷，其傷口底部被腐肉或痂皮覆蓋，導致無法評估。

疑似深部層組織損傷：由於重壓或剪力導致皮下組織損傷，使得局部完整皮膚出現紫色或紫褐色，或出現充血性的水泡。

為壓瘡作傷口護理時，應基於不同分期的皮膚受損程度、滲出液等狀況，使用不同的敷料促使傷口癒合。在壓瘡的第一期，皮膚雖然完整，但為了避免發紅區持續受壓與受潮，可使用具彈性及可塑性的聚氨酯泡棉敷料 Allevyn 或親水性敷料 DuoDERM CGF 等覆蓋，來保護骨突處皮膚以減少所受的壓力。另亦可以塗抹適量的活氧深層潤膚油 Sanyrene，這潤膚油適用於可能形成壓瘡的部位，或呈紅色而在手指按壓時會變白的部分，在受壓情況下促進微血管循環，提高皮膚的含氧量，重建皮膚的脂質層、增加表皮細胞間的內聚力，改善局部皮膚的供血供氧，加強表皮的保護，有效對抗剪力，預防壓瘡及改善壓紅。

第二期壓瘡即皮膚損傷在表皮或真皮，傷口呈表淺性。此時，傷口護理與一般表淺損傷傷口一樣，可使用接觸性敷料 UrgoTul 或厚的親水性敷料 DuoDERM CGF 覆蓋，視傷口滲液多寡決定換藥頻率，若傷口滲液量少，可以不需要每天換藥，但傷口滲液量較多時，可以選用藻酸鹽類敷料 Sorbalgon（劉雲風，2009），能吸收過多的滲液，且因藻酸變成凝膠而為傷口提供濕潤的環境。如出現水泡小且泡皮未破損，可選用透明貼膜或

親水性敷料覆蓋，水泡過大或泡皮已經破損可先作清創，創面滲液量少用親水性敷料覆蓋，創面滲液量多可用親水性敷料或聚氨酯泡棉敷料覆蓋。

第三期壓瘡是皮下組織壞死與侵犯，雖尚未襲至筋膜層，但傷口可能已經出現黃色腐肉或壞死組織，此時可將親水性凝膠 IntraSite Gel、IntraSite Comformable 放置在黃色腐肉處，達到自動清創的效果，欲清理壞死組織，除了使用親水性凝膠外，最外層敷料選擇以能吸收分泌物與維持一定濕度、溫度的聚氨酯泡棉敷料為主，換藥的次數需視乎分泌物的多寡而定。若壓瘡傷口滲液量多時，可以使用吸收性佳的藻酸鹽類敷料 Sorbalgon，保護新生組織同時亦有自體清創作用，但注意不適用於大量出血的傷口。當傷口出現感染現象，可使用抗菌性敷料 SeaSorb-Ag 或高滲鹽水敷料 Melsalt，前者能釋出銀離子來殺菌，後者透過滲透壓來吸收傷口細菌及壞死組織，而兩種敷料的吸收性能佳，配合聚氨酯泡棉敷料，亦適用於滲液量中或量多的傷口。而混合式敷料 TenderWet 中含吸收性的 SAP 及林格氏液，對傷口具有超效清洗作用，能快速有效且無痛無損傷地主動清創，能吸附細菌及壞死質，另外林格氏液含有鈉、鉀、鈣等人體電解質所需的主要成分，可刺激細胞再生，幫助肉芽組織儘快形成，可適用於任何有腐肉或壞死組織傷口、感染傷口、慢性傷口、深層傷口等。

第四期壓瘡是皮膚組織完全破壞或壞死至肌肉層、骨骼、筋腱，多會出現黃色腐肉或黑色的壞死組織，傷口護理可以與第三期壓瘡處理一樣，而高滲鹽水敷料 Melsalt 則不適用於已暴露筋腱及骨骼的傷口，因敷料中高滲的氯化鈉會刺激及破壞筋腱和骨骼的組織。當皮膚呈現黑色且硬的黑痂、或已經侵犯到肌肉層或骨骼等組織、或壓瘡傷口無法分期、或疑似涉及深部層組織時，需評估壓瘡傷口和病人整體的健康狀況，找整型外科醫生會診，必要時為病人執行清創手術，去除壞死組織。作清創手術後，需有無菌的換藥技術及選用適當的敷料作傷口護理，減少出現感染。

以上不同等級的壓瘡照護方式除了傷口護理得宜外，仍需配合整體性的

護理工作，例如：定時換片翻身、給予足夠營養、提供減壓保護物、密切監測身體皮膚狀況與其他疾病控制等，才能讓壓瘡照護達到預期效果。

近年，隨著醫療發展迅速，傷口護理的發展需求也越來越大，醫護人員及長期照護者更需要不斷吸收新的知識。將傷口進行正確分類、評估，然後根據評估結果，恰當地選用治療方法，能更有效幫助患者，給傷口提供有利的癒合條件。傷口護理不僅只著重於傷口本身，而是強調系統性評估患者的皮膚狀況，進而確認、排除危險因子，使用適當的評估工具，最後方決定採用何種傷口敷料。

壓瘡傷口護理的癒合進度除了敷料使用的選擇，還包括傷口換藥方式是否遵守無菌原則、是否具有減壓設備（如氣墊床）和切實執行措施（如每一至兩小時翻身）、提供足夠營養支持，凡此種種皆會影響傷口癒合。因此，在選擇適當傷口敷料與換藥方式之外，亦要確保相關的減壓措施到位，仔細觀察傷口變化與進展，靈活運用有限資源，為患者提供更趨完善的護理。

由於當前敷料的種類眾多，每款敷料的適應症及優缺點各異，選用新型敷料（包括 Hydrogel Dressing 等）有助於改善壓瘡傷口癒合，包括減少傷口分泌物、傷口表面積、預防傷口感染及復發（張惠甄、徐培芳、吳玉嬌、溫育靖，2012），比傳統敷料更能促進傷口的癒合。醫護人員對此皆應有所認識，並收集病人相關病史確定影響癒合的各項因素，擬定目標、傷口護理計劃，持續評價癒合進度，以期為患者提供優質的傷口護理。

參考資料：

1. 徐翊庭、翁清松（2011）。醫療用傷口照護之全球產業規模及競爭力分析。先進工程學刊，6(3)，193-199。
2. 于博芮（2014）。最新傷口護理學。台北：華杏出版股份有限公司。
3. 劉雲風（2009）。新型敷料用於壓瘡過度滲出傷口的效果觀察。中國誤診學雜誌，9(23)，5566-5567。

4. 許美玉、章淑娟（2010）。住院病人皮膚撕裂傷盛行率與相關危險因素之探討。志為護理，9(4)，84-95。
5. 劉國麗、楊開鳳（2007）。優拓在急慢性傷口中的臨床應用。齊齊哈爾醫學院學報，28(23)，2929-2930。
6. 張海英（2011）。優拓用於皮膚挫傷換藥的效果觀察及護理。中外健康文摘，8(48)，333-334。
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007). NPUAP Pressure Ulcer Stages/ Categories. Retrieved March 2, 2015, from http:// http://www.npuap.org/
8. 張惠甄、徐培芳、吳玉嬌、溫育靖（2012）。比較新型敷料與傳統敷料對第二、三級壓瘡傷口癒合的成效。台灣：元培科技大學醫事科技學院，2012 健康與管理學術研討會。

如何呵護長者的肌膚

聖方濟各安老院護士 朱雪媛、衛生服務助理員 廖翠媚、甄麗娜

人體有一支保衛隊，負責抵抗細菌及紫外線入侵，可調節體溫、防止水份流失及含有豐富的神經細胞，令人產生觸覺。然而，這支保衛隊會隨著年齡增長，變得脆弱（如：缺乏彈性、乾燥、易凍…）。這就是皮膚，人體重要的器官之一，也是人體最大的器官。

皮膚最懂主動與人們溝通——蚊咬時，她會出皮疹；遇到碰撞時，她會紅、腫、瘀；乾燥時，她會脫皮、痕癢；遇利器創傷時，她會流血、疼痛；彈性不足時，她容易撕裂；血液循環差時，她會感覺遲緩，容易水腫，冰冷；受壓時，她容易出現褥瘡…。長者的肌膚經歷歲月的洗禮，顯得格外脆弱，是時候去關心、呵護每天辛勞地保衛大家的皮膚，以下是筆者對皮膚護理的一點經驗分享：

張婆婆入住院舍前是獨居的拾荒者，因語言不通、性格硬朗，故經常獨自一人。初次見到張婆婆時，發現她頭髮枯黃，個人衛生差，全身皮膚乾燥、缺乏彈性，嚴重缺水，體重也明顯不足，下肢因痕癢而重覆性地抓損皮膚。

工作人員擬為張婆婆跟進皮膚問題，惟語言隔閡是一大障礙，新環境、新面孔，婆婆對同工未能產生信任。她並不配合院舍日常的衛生和照顧工作，特別為她進行皮膚護理時，又遭婆婆拒絕，糾纏下去更只會被她回吐口水，不讓同工與她有肢體接觸，因而無法令她明白及接受院方的護理及照顧計劃。

護理團隊與跨專業部門展開個案會議，訂出處理方案，由社工及護士聯繫張婆婆的家人，爭取他們的理解，以便說服婆婆配合院舍為她擬進行的皮膚護理計劃。聯絡工作起初並不順利，最後終於找到家屬的地址，同工

們隨即上門家訪，把張婆婆的情況、工作人員遇到的困難和院方的介入措施等告訴婆婆家人。家屬受到同工的誠意所感動，兩天後便前來院舍探望張婆婆，經過家人親身的解釋，加上語言的溝通障礙得以打破，婆婆對工作人員的態度逐漸有了轉變。

皮膚護理計劃按部就班在張婆婆的身上展開，過程中，語言溝通雖然仍有障礙，但婆婆的應對方式友善多了。每次皮膚護理，張婆婆都很在意工作人員的細心照料，而彼此的身體語言成為了有效的溝通媒介，從婆婆的笑容感受到她對院舍護理工作的認同，這無疑為團隊注入強心針，給予同工莫大的鼓舞。

某天，張婆婆的下肢出現感染，追查原因後，發現是其中一位家人比較心急而自行給她塗藥所致。院方轉介張婆婆予皮膚科醫生跟進，其後診斷為蜂窩組織炎，醫生由藥物治療到護理知識，用心地向婆婆及家屬進行衛教講授，從而亦增強了她們對院舍日常護理工作的理解與配合。

原本已營養不良，加上皮膚病情嚴重加劇，故張婆婆開始不願意進食。在家人的同意下，遂使用鼻胃管以增加營養，家屬每天都會帶湯水來給婆婆飲用，並在指導下使用鼻胃管，一邊餵食一邊說話，讓她感到安心，慢慢地，張婆婆的病況好轉，皮膚有足夠的營養補充，呈現出良好的勢頭。家人與院舍員工在照護上的配合，對病患者無疑是一道良方，而對醫護人員則是一份肯定和支持。

張婆婆身體各項指標已恢復正常，皮膚回復彈性，下肢裂損的肌膚亦已癒合，進食情況也開始好轉。喜見家屬前來探望婆婆的次數增多，使她感受到親友的關懷，且每次家人來訪時看到婆婆一天天的好轉，顯得滿心欣慰。

透過這個個案，院舍員工明白到在護理過程中，跨專業團隊之間需要更多的對話、合作及互相理解，以包容、愛心與耐性面向服務使用者和家

屬；專業的護理知識和技能固然重要，跟院友及其家人的互動溝通亦同樣重要。

南丁格爾曾言：「三分治療，七分護理。」護理工作是從心出發，要循序漸進，每個人均是獨特的個體，護理方法故需因人而異，過程雖是艱辛、漫長，卻也會帶來無比的滿足和成就感。看到婆婆病情好轉，與家人和樂相處，臉上掛著的微笑，就是筆者所屬的護理團隊工作的最大動力！

淺談安老院舍臨終關懷模式

聖瑪利亞安老院衛生服務助理員 鍾麗明、黃萬輝

「請把你的手交給我，讓我伴著你走，走完人生最後的一段路程。」

聖瑪利亞安老院年前正式為院友開展臨終關懷項目。臨終關懷是以人性化為本的護理照顧模式，對護理人員的素質要求高，護士需要熟練的操作技能，紮實的醫學和人文科學知識，崇高的職業道德，以及對死亡有正確的觀念。

臨終關懷的涵義

什麼是臨終關懷 (Hospice Care)? 臨終關懷的本質是對救治無望的病人提供臨終照護，如末期癌症、晚期腎衰竭等，它不以延長臨終病人生存時間為目的，而是以提高病人臨終生命質量為宗旨。

為臨終病人做好生活照顧、心理疏導、紓緩治療，著重降低其疼痛程度，消除病人及家屬對死亡的焦慮和恐懼，使他 / 她活得有尊嚴，逝世時安逸地離去。臨終關懷尚包括居喪期內家屬的心理、生理關顧，減輕哀傷，提供諮詢及社會支援服務。目前沒有統一的臨終時限界定標準，一般為預期壽命 6 個月以內。

臨終關懷的三個維度

首先，它是一套有組織的護理模式，當人處於臨終階段的時候，就會來到臨終關懷的進入口，得到臨終關懷團隊中相關人員的照護和關顧，重點在於對死亡前臨終病人疼痛等身心症狀的控制和解除，以及死亡前後對病人家屬的慰藉與支持。家屬既是臨終關懷團隊的照護對象，也是團隊的成員，跟醫生、護士、社工及宗教人士等一起關顧臨終病人。

其次，科學已經表明，人的臨終階段具有特殊的發展規律性。臨終關懷作為一門將醫護專業化知識互相結合的新興學科，主要是探討臨終病人的生理和心理，以及社會實踐為主，研究如何為臨終病人及其家屬提供全面的照顧，使他 / 她能夠安祥地、舒適地、具尊嚴地、無憾地走到生命終點。臨終關懷，是社會發展進步的必然產物。

第三，無論在任何機構包括醫院、病房或者社區，臨終關懷都會是一支由醫生、護士、社工、宗教人士等組成的專業團隊，在不同的條件下從多個面向為臨終病人及家屬提供服務。

臨終病人的特點

對於臨終病人的護理措施，先是評估其身、心、社、靈的需要及控制症狀，情況許可下，確保如常生活及持續連貫性。

身體方面，臨終病人一般有以下的生理變化：

- 肌張力失去，表現為吞嚥困難、不能進行自主軀體活動、無法維持良好、舒適的功能體位、大小便失禁等。
- 胃腸蠕動減弱，表現為食慾不振、噁心、嘔吐等。
- 循環功能減退，表現為大量出汗、四肢發硬等。
- 呼吸功能減弱，表現為呼吸困難、呼吸頻率減慢、深度變淺等。
- 意識的改變，一般臨終病人意識狀態可分三期，包括昏睡、木僵、昏迷。
- 感覺的改變，疼痛是臨終病人最嚴重、也是最痛苦的一環。

心理方面，研究學者庫柏勒．羅斯（Elisabeth Kubler Ross）提出臨終心理發展可有五個階段，否認與孤立、憤怒、協商、抑鬱、接納：

1. 否認與孤立（Denial and Isolation）：「不可能是我，你們弄錯了！」，「不，那不是真的！」。這一階段通常較為短暫，是一個應付時期，是一種暫時的心理防衛反應。

2. 憤怒（Anger）：「為什麼是我？」，隨之而來的心理反應是氣憤、暴怒和嫉妒。這一階段的病人往往怨天尤人，想不通為什麼是自己而不是別人，病人的激動情緒經常遷怒於家屬和醫護人員，又會無緣無故地摔打東西、抱怨飯菜不好、人們對他 / 她照顧不周等。

3. 協商（Bargaining）：「神啊，醫好我，我以後一定如何？」，所謂的討價還價或是協商，可能是病人與上帝、與神、與佛進行談判，目的在於能夠延長自己的生命。在協商階段，實際上是一種延緩死亡的企圖，是人的生命本能和生存欲望的體現。

4. 抑鬱（Depression）：「是的，就是我。」，經歷了前三個階段之後，臨終病人的身體更為虛弱，病情加重惡化，這時他 / 她的氣憤都會被一股巨大的失落感所取代。處於抑鬱階段的病人，其主要表現是對周圍事物冷淡，言語減少，對他 / 她實現在安詳和寧靜中死去，是需要的，也是有益的。

5. 接納（Acceptance）：「我已經準備好！」，在這一階段中，病人往往表現出驚人的坦然，他 / 她不再抱怨命運，也不顯露淡漠的情緒。病人通常表現為疲憊和虛弱，喜歡休息和睡眠，並希望一個人悄悄地離開這個世界。

社會方面：家庭中每個人都很難面對其中一名成員臨近死亡的事實，從他 / 她患病到離逝，以至死後，不只病人本身，對家屬而言，也是一連串哀傷的過程。家庭是影響臨終病人最重要的社會因素之一，主要表現於家庭關係和家庭經濟，臨終關懷團隊為病人提供照護的同時，亦要做好家屬的關顧工作。

靈性方面：宗教有穩定人心的作用，不管天主教、基督教、佛教、道教、伊斯蘭教亦然。根據高雄榮民總醫院家庭醫學部和義守大學護理學系在國際臨床診療雜誌發表對臨終病人所做的研究結果顯示，臨終病人的疼痛，與生理疼痛程度、宗教和性別有相關性。宗教和性別影響著病人臨終時的感受，也就是說，沒有宗教信仰的人，或是女性，臨終階段會比較感覺痛楚，有宗教信仰的人，臨終時比較能接受現實，心情相對獲得平靜。安老院裡設有祈禱室或者佛堂，並經常有宗教團體人士前來探望、安慰病人，都是臨終關懷的重要體現。

綜合臨終關懷的護理質量

臨終關懷重點是生活，不是死亡。其目的一方面要幫助病人了解死亡，進而接納死亡的事實；另一方面是給予病人精神上的支持，以坦然接受一切即將來臨的難題。臨終關懷並非要延長壽命，而是豐富生命，追求生命的品質，為病人提供一個安適、具意義、有希望的生活。

這不僅有關生前的照護，還包括要做好善後跟進，這樣才能為臨終護理工作畫上完整句號。先是對死者作屍體護理，令其皮膚清潔、完整，五官祥和，四肢端正，以維持死者人體的終極完美，讓其有尊嚴地離開人間。醫護人員則要適當向家屬提供心理疏導，減輕哀傷反應，並協助辦理死者的殯葬事宜。最後，要對死者生前住過的病床和用過的被褥等物品進行清洗、消毒處理。

總體來說，臨終關懷的綜合護理質素水平可從以下四方面指標作出評鑑：一、為病人提供全天候服務，隨時隨地協助解決問題；二、盡可能滿足病人生理、心理、社會和精神等各方面的需求；三、妥善做好屍體護理，為家屬提供居喪期服務；四、適當支援和關心病人家屬，使其儘早從悲痛中解脫開來。

參考資料：

1. 許婷婷。《臨終關懷中的人文護理模式研究》。碩士學位論文 22-43 頁。
2. 潘美惠。「應倫通訊」第 8 期臨終關懷專題：《基督教與天主教的臨終關懷》。
3. 張天鈞，台大醫學院內科教授。「當代醫學」月刊 99 年 2 月號第 436 期 82-83 頁。

長者的熱與光

明愛長者健康委員會 2012-2013 年度委員長 高國基

明愛長者健康委員會於 2000 年成立，至今已有十多年。當年由社會工作局、澳門明愛和澳門理工學院體育暨運動高等學校合辦活力長者選舉活動，參加者通過心理和社會健康測試以及多項體能考核而獲選為活力長者大使，達成指定任務後，大使們滿懷服務社會的熱情，冀盼為有需要人士貢獻一己之力，遂在澳門明愛的協助下組成「長者健康委員會」（簡稱長委會），並於 2002 年和 2004 年甄選多兩批活力長者加入成為會員。

長委會的宗旨是透過身體力行向長者及社會大眾推廣健康生活，鼓勵他們將此信念在日常生活中加以實踐。長委會成立後，會員集中培訓，提升對健康生活的認識，學習有效推廣的溝通技巧，隨後即開展實務工作。

雖然同是活力長者，但長委會會員的就業背景及文化水平大不相同，其中有醫生、工程師、教師、店員、工廠工人、家庭主婦……等。然而，大家都熱衷投入義務工作，經常凝聚一起參與會務，現仍積極活躍的會員不少已是 80 多歲的長者，在團隊合作精神引領下，大家透過各項推廣活動將開心、快樂感染他人。

為了維持、延續長委會的宗旨及服務社會的信念，會方在 2010 年招募第四批會員，增添了一批生力軍。長委會的核心是會員按民主程序選出一定數目的常務委員，任期兩年，在常委和各組長的細心研究、策劃組織，加上全體會員的配合，長委會的工作就這樣無間斷地推展開去。而每月聚會也會將有關主題的內容及最新資訊與會員分享，藉此增進他們的健康知識，提高推廣宣傳工作的執行效益，聚會中設有唱歌、保健操等活動元素以團結和維繫會員間的感情。

多年來，長委會探訪不同社區的長者、民眾，計有：安老院、護養院、

護理中心、頤康中心、兒童院、戒毒所、學生組織、義工單位等，推廣健康生活訊息及進行活動交流，鼓勵身邊每一個人都做個開心快樂人，同時也有參與城市清潔大使的義務工作，為達致保護澳門的環境和可持續發展作出貢獻。

自 2012 年起，為更針對性地推展健康生活資訊，長委會每年由常委商議訂立適時性的主題，如首年為健康心理、2013 年是齊齊關愛失智症、2014 年是營養與健康。2013 年 9 月在祐漢公園舉辦的「齊齊關愛失智症」活動，透過短講、話劇和問答遊戲，讓市民認識何謂失智症，若發現家人或朋友有早期失智症徵兆，需鼓勵他們及早作評估及治療，更重要是多了解怎樣照顧好失智症患者在家中和社區生活，營造關愛、和諧、包容的社會氛圍。

在耆青協作方面，長委會與粵華中學義工組、廣大中學義工組、聖若瑟中學義工組、鏡湖護理學院學生會等的年青人向有交流及聯誼。對長委會會員來說，這有助開放自己的思維，去明白年青一代的不同想法，感受他們的青春和時代氣息；而對年青人來說，多接觸長者、認識長者、關懷長者，可有效加強其溝通及社交技巧，促進個人成長。

長委會亦非常關心社會事務，對公眾有利和合理的事情，即會表態予以贊成及支持。《長者之聲》是會員發表意見及分享健康生活訊息的平台刊物，曾對雙層社會保障制度落實、長者醫療措施、十二年免費教育和其他議題發表評論，遺憾的是，部分訴求如老人院舍的設施名額未能回應社會需求而有所增加、對長者構成威脅的問題包括巴士梯級太高、巴士站候車安全等，則遲遲未見改善。

澳門政府近年致力推動持續教育，部份長委會會員使用終生學習資助金，選擇適合自己的課程，提升個人能力與自信，並將所學的運用在會務上，使義工服務做得更好。長委會每年開設全體會員的培訓，2013 年的培

訓內容有：人生各年齡階段的角色及作用、團體精神的重要性、與他人溝通的方法，2014 年是長者正向心理與義工的關係。

長者的人生閱歷非淺，適當的反思及心理調整甚為重要，這兩年間的培訓頗具成效，會員表示不單在義工層面受用，個人層面也獲益良多，培訓有助優化會員的團隊合作精神、自募能力及擔當義工的熱誠。社會對長委會的肯定和讚許，確實為一眾會員添加能量，使其對參與義務工作保持適切而應有的溫度，繼續散發長者的熱與光。

澳門明愛安老服務
通訊名錄

黑沙環明暉護養院
地址：澳門馬場東大馬路 336 號
4 至 7 樓
電話：2843 0281
傳真：2843 0225
電郵：mengfai_mcaritas@yahoo.com.hk

伯大尼安老院
地址：澳門青洲大馬路
電話：2823 4379
傳真：2823 4677
電郵：jmsa@macau.ctm.net

聖瑪利亞安老院
地址：澳門水坑尾巷 2 至 4 號
電話：2830 2104
傳真：2830 2337
電郵：asm@macau.ctm.net

聖方濟各安老院
地址：澳門俾利喇街 122 號
電話：2857 3596
傳真：2855 1120
電郵：asilofrancisco@yahoo.com.hk

康暉長者日間護理中心
地址：澳門氹仔布拉干薩街濠景花園
第 28 座翠菊苑地下及閣樓
電話：2884 2577
傳真：2884 2579
電郵：ccel@macau.ctm.net

青洲老人中心
地址：澳門青洲大馬路 56 號災民中心
地下
電話：2823 4222
傳真：2822 2572
電郵：centroiv@macau.ctm.net

滙暉長者中心
地址：澳門筷子基街筷子基社屋
快富樓七樓 R 單位
電話：2822 0095
傳真：2822 0584
電郵：faichikei_caritas@yahoo.com.hk

崗頂明愛老人中心
地址：澳門岡頂前地 1 號 A 地下
電話：2893 2901
傳真：2855 4049
電郵：cicr@macau.ctm.net

黑沙環天主教牧民中心耆康樂園
地址：澳門黑沙環祐漢新村第二街
2 號祐添大廈地下
電話：2834 1924
傳真：2837 0485
電郵：ctrhsv821@gmail.com

澳門基金會明愛家居護養服務

(黑沙環服務站)

地址：澳門馬場東大馬路 336 號四樓

電話：2843 7006

傳真：2843 7127

電郵：hnc@caritas.org.mo

(中區服務站)

地址：澳門羅神父街 43 號時代工業大廈
閣樓 B06 室

電話：2855 3658

傳真：2855 4702

電郵：hnc@caritas.org.mo

澳門明愛
Caritas
MACAU

地址：澳門岡頂前地 1 號 A
電話：2857 3297
傳真：2855 4049
電郵：caritas@macau.ctm.net
網址：http://www.caritas.org.mo
Facebook：澳門明愛 Caritas de Macau

出版：澳門明愛
贊助：澳門基金會
出版年份：2016年
文集版權為澳門明愛所有