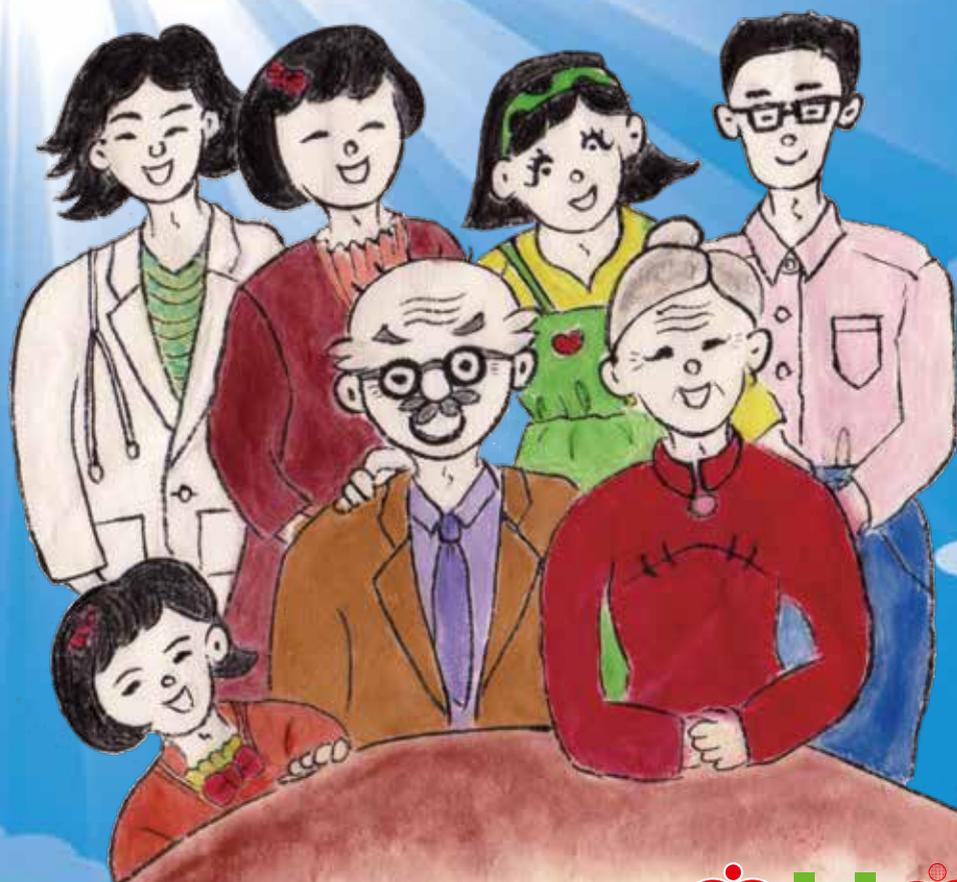


照顧患有認知障礙症長者 家傭照顧手冊



目 錄

引言.....	P.3
序.....	P.5
第一章：認識認知障礙症.....	P.7
第二章：處理認知障礙症患者的 行為和情緒.....	P.15
● 妄想和幻覺.....	P.18
● 煩躁及暴力行為.....	P.21
● 抑鬱.....	P.25
● 睡眠紊亂.....	P.28
● 安排具意義的生活日程.....	P.32
● 安全的扶抱及轉移技巧.....	P.38
● 家居安全.....	P.41
第三章：照顧者的壓力處理.....	P.43
第四章：家傭的分享.....	P.49
參考資料.....	P.52
撰寫團隊.....	P.55



引言

在香港，一般人對認知障礙症都存有誤解，很多人會因為家中的患者而感到羞恥，尷尬，也容易將患者與精神錯亂連繫一起。外籍家庭傭工對照顧認知障礙症患者的重要性日益增加。良好的照顧可避免入住安老院舍的機會。不過，照顧患者的工作往往是充滿困難和吃力不討好的。在沒有足夠的培訓之下，外傭很多都缺乏相關的知識和技巧去照顧年長認知障礙症患者，加上在香港的外傭大多來自印尼和菲律賓，文化和語言的隔膜往往令照顧工作更具挑戰性。

為了幫助照顧者去克服日常工作上的困難，最佳方法是讓他們掌握有關認知障礙症的正確訊息。這本專門為他們設計的小冊

子全面且精扼地介紹認知障礙症，為照顧者對處理患者的行為和情緒問題提出建議，讓患者得到最適切的照料，除此之外，本書關注到照顧者所面對的壓力並提出應對方法。我們不應懼怕面對病患，其實認知障礙症患者仍有能力感受快樂和別人的愛，作為照顧者是可以提升患者的生活質素。我們衷心希望此小冊子能讓讀者在照顧患者的過程中重獲滿足感。

盧德臨醫生
葵涌醫院行政總監

序

認知障礙症已成為醫療資源的主要負擔。香港七十歲或以上長者，認知障礙症的病發率為百分之9.3，而預計病發率每二十年會增加一倍。如患者出現行為及心理問題，更會增加醫療體系的負擔。差不多所有患有認知障礙症的長者，在患病期間都會出現一種甚至多種的行為及心理問題。那些行為及心理問題無論對患者、家人或照顧者都構成一定壓力，甚至導致患者需要住院或接受長期護理服務。

處理患者的行為及心理問題具相當的挑戰性。在香港，僱用外籍家庭傭工照顧長者已是很普遍現象，但她們大多數都從沒接受過特別訓練，更稱不上專業，和一般家庭照顧者一樣，對於處理認知障礙症患者行為及心理問題的經驗及認識不足。坊間亦缺乏專為外籍家庭傭工設計的相關教材。事實上，一些處理方法已經證實具有相當果效，然而外籍家庭傭工是否掌握有關的技巧去照顧有行為及心理問題長者的需要則成疑。

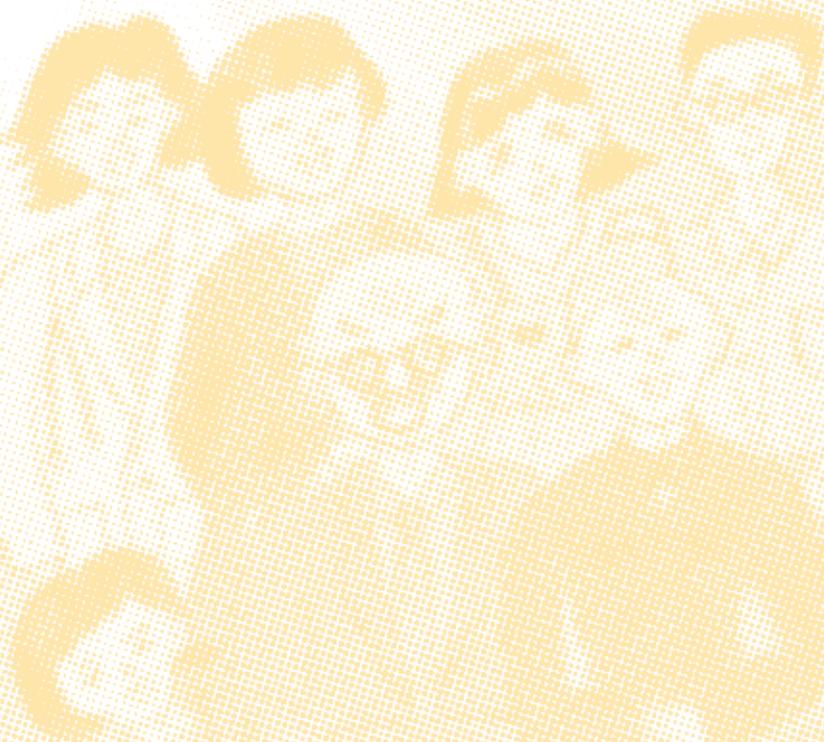
有見及此，葵涌醫院老齡精神科於二零一零年成立了家傭會，旨在通過一系列訓練，提升外籍家庭傭工對患有認知障礙症長者的照顧技巧。更進一步，我們團隊用了英語、中文、印尼文三種語言製作了這本照顧手冊，以方便外籍家庭傭工參考。而手冊裡所分享的意見、經驗和提議均可讓照顧者了解如何能有效地幫助、處理及照顧有獨特行為問題的長者。我們期望這本手冊能提升外籍家庭傭工的相關知識及技巧，讓他們明白如何處理那些棘手的行為問題，從而改善或維持患者的生活質素。

屈康欣醫生
葵涌醫院老齡精神科顧問醫生



第一章

認識認知障礙症



認識認知障礙症

1 什麼是認知障礙症?

認知障礙症是一種腦部的疾病，會影響患者的記憶，思想，情緒和行為。一個人年紀大了，認知能力難免有些衰退，但若患上認知障礙症，退化的程度就嚴重得多。

認知障礙症是長期持續的病患，病情會逐漸加深，衰退的速度則因人而異。患有認知障礙症的(簡稱'患者')主要是老年人，本港70歲及以上的長者有9.3%罹患不同嚴重程度的認知障礙症，雖然青壯年人也可能會患上此症，但數目甚少。

認知障礙症的兩個主要成因:

- 阿滋海默氏症：由於'類澱粉斑'和'神經纖維纏結'在腦內異常積聚，令大腦神經細胞不斷衰退死亡。患者的認知能力會逐漸下滑，記憶力衰退是最顯著的初期病徵。
- 血管性認知障礙症：是由腦血管的病變引起的。通常和中風有關。患者多有高血壓、糖尿病、高血脂和中央性肥胖。通常病發較突然，病情相對穩定，直至再次中風而導致腦部重複受損，病情才會再次轉差。此類患者有較大機會有抑鬱症。

其他會引致認知障礙症的疾病包括嚴重營養不良、缺乏維生素B12、甲狀腺素功能失調，腦炎等等。

2 如何診斷認知障礙症？

現時沒有單一檢查可以準確診斷認知障礙症。一般來說，醫護人員要仔細作多方面的評估包括詳細的病史、身體檢查、血液化驗和認知能力評估(例如簡短智能測驗)，才可以確診這個病。

腦部掃描(例如電腦斷層掃描和磁力共振掃描)也可能需要以幫助決定治療的方向。



3 認知障礙疾病的早期病徵是怎樣？

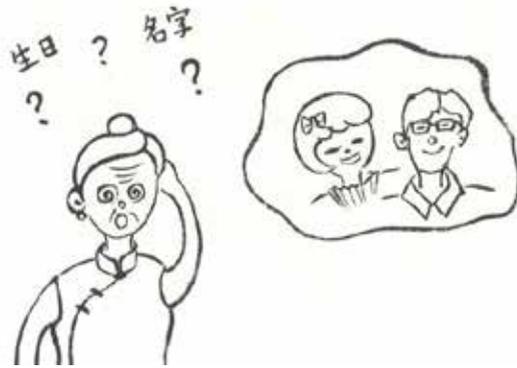
- 忘記近期發生的事
- 不能獨立應付某些日常活動
- 慢慢失去表達和理解語言的能力
- 迷路
- 判斷能力減低
- 專注力變差
- 丟失財物
- 性格改變
- 缺乏原動力
- 行為和情緒多變



4 認知障礙症中晚期的病徵是怎樣？

- 記憶力不斷減退，近期和遠期記憶都受影響
- 情緒波動
- 行為問題
- 需依賴其他人起居飲食照顧
- 溝通變得困難
- 大小便失禁





5 有沒有藥物可以治療認知障礙症?

雖然沒有藥物可以根治認知障礙症，但可透過藥物控制部份病徵。

● 針對認知能力衰退的藥物:

- 乙醯膽鹼分解酵素阻斷劑，鹽酸多奈哌劑，利伐替明，加蘭他敏
 - 常見的副作用包括噁心、嘔吐、頭暈，失眠和腹瀉
- 美金剛胺
 - 可能出現的副作用包括頭暈、頭痛、高血壓和便秘

● 針對抑鬱症的藥物

抑鬱症會令患者的認知能力更差，而抗抑鬱藥則能有效醫治抑鬱症。

● 針對焦慮症狀的藥物

有規律的生活日程和環境，加上照顧者的安慰，可減輕患者焦慮和不安的感覺。若焦慮的症狀嚴重且持續，可使用抗抑鬱藥治療。鎮靜劑會用作短期治療，因為長期服用會引起藥物依賴，又會增加跌倒的風險。

- 針對失眠的藥物

安眠藥可治療患者失眠的問題，但安眠藥的副作用包括困倦，肢體無力和記憶力下降，長期服用會引起藥物依賴，所以應先嘗試非藥物治療（詳見第二章'失眠'），才考慮使用安眠藥。

- 針對行為及心理病徵的藥物

抗精神病藥物能有效控制妄想和幻覺，也有可以減少患者的情緒波動和暴力行為。副作用包括手震、肢體僵硬、步履不穩、疲倦、暈眩等，還可能增加患者的中風機會。因此使用此藥物時要格外小心，應先嘗試非藥物的治療方法，同時患者應定時覆診，以便醫生作適時的跟進。



6 除了日常的起居照顧，我還有什麼可以幫助患認知障礙的長者？

- 和患者保持良好的關係，照料上更得心應手
- 保持耐心誠懇和接納的態度，常常表露對患者的關心
- 記著患者是一個成人，避免以對待小孩子的語氣及態度對待患者，留意患者的長處，盡量發揮他們剩餘的能力，例如讓他們參與簡單家務
- 多鼓勵和讚美
- 為患者定下固定及有規律的起居生活，安排參與適當的活動
- 協助患者保持個人衛生，包括他們的口腔健康
- 確保患者根據醫囑定時服藥
- 確保患者的安全，例如要把藥物和危險品收好，留意熱水龍頭的水溫，以防燙傷等。

7 認知障礙症患者應保持怎樣的生活習慣？

- 多參與消閒和社交活動可保持大腦健康，因此應多鼓勵患者維持他們的興趣和行常的活動，例如閱讀、書法、運動、聽音樂，打麻雀等等
- 保持健康和均衡營養的飲食
- 避免抽煙和過量的飲酒
- 定期適量的運動

8 如何可以促進與認知障礙症患者的溝通?

● 注意說話的方法

- 說話速度慢且清晰，並留心語氣，盡量使用患者熟悉的語言
- 說話內容要簡潔和直接，每句說話只包含一個信息
- 給予足夠的時間讓患者回應
- 簡單的問句，可用選擇題會讓患者較容易回答

● 多使用身體語言

- 身體語言包括臉部表情和動作，例如「婆婆，請你不要這樣。」，可以同時皺眉和搖頭；「殊.....」可同時將手指放近嘴唇。
- 可展示與說話內容有關的實物或作出示範
- 可與患者作適當的身體接觸，例如握著患者的手或搭著肩膀，可增加患者的專注力

● 預備合適的環境

- 說話時可以站立、坐下或跪下以保持與患者的眼神接觸
- 減少四周環境的干擾

● 溝通時應避免的事

- 不要爭辯，對患者發怒或責備亦無補於事
- 不要批評患者能力無法做到的事，多正面鼓勵他們仍做到的



第二章

處理認知障礙症 患者的行為和情緒



處理認知障礙症患者的行為和情緒

患有認知障礙症的長者很多都有行為和情緒的問題，令照顧者的壓力百上加斤，常見的情況包括：

- 妄想和幻覺
- 煩躁和暴力行為
- 抑鬱症
- 睡眠紊亂

當患者的情緒和行為有變時，照顧者應向醫生提出。如有需要，醫生可檢查患者是否有身體不適，也可提供照顧技巧和藥物上的意見。照顧者這份工作一點也不簡單，即使工作很困難，但緊記這些行為和情緒問題都是認知障礙症的一部份，而不是長者故意製造的，他們需要的是照顧者的包容，耐性和支持。



解決常見困難的貼士

● 簡化要求

- 複雜的工作和指令容易令患者困惑

● 避免衝突

- 在患者開始憤怒時延後要求

● 保持心平氣和、堅定和支持的態度

- 當患者表現憤怒的時候

● 維持一致性

- 為患者建立日常規律，避免不必要的改變

● 給予提示

- 正面的解釋和定向指示能引導患者作出正確行為

● 調整期望

- 因應患者的能力，調節對他們的期望

● 留意患者狀況的變化

- 如發現患者的能力突然衰退或出現病徵，緊記通知僱主

● 紀錄患者每日的行為表現

- 記錄能協助醫療團隊為患者制定適切的治療



1 妄想和幻覺

「黃太太告訴所有人我偷了她的手鐲，我感到很傷心和無助，因為我從來不會拿別人的東西，我應如何面對這些指責？」



妄想是指患者的一些沒有現實根據，但不容易被動搖的錯誤思維、想法。幻覺是指在沒有客觀因素刺激作用下，而患者感覺到一種真實的知覺。兩者通常都很奇怪及難以置信。

1.1 特點

- 不管那些想法多麼奇怪，患者還是會深信不疑。
- 對於別人批評患者的這些思維、想法，患者傾向有過激的情緒反應，通常帶有憤怒和敵意。
- 跟患者爭辯和解釋都不能夠令他們接受那些想法是不真實的。
- 妄想和幻覺通常是駭人的。這些恐懼可能令患者為了保護自己而產生一些極端的怪異行為。

1.2 常見的妄想及幻覺

● 妄想

- 被害妄想: 如被別人落毒、迫害或監視。
- 被偷妄想: 如被別人偷去財物。
- 嫉妒妄想: 如伴侶不忠。
- 自大妄想: 如相信自己有超能力。
- 自責妄想: 如抑鬱的患者過度自責。
- 錯認妄想: 如「家不是家」，在家裡嚷著要離開回家，或混淆別人或自己的身份。

● 幻覺

- 幻聽: 如聽到責罵患者的聲音。
- 幻視: 如看見不存在的人或物。
- 幻嗅: 如聞到一些難聞的氣味。
- 幻觸: 如感到昆蟲在皮膚下爬行。

1.3 我可以怎樣幫助患者?

- 留意患者身體狀況，排除其他誘發因素，如發燒、感染、痛楚及便秘等。如有需要，安排患者見醫生以確定是身體或精神問題。
- 改善家居環境，如確保光線充足及減低噪音。
- 盡量維持家居環境不變。

- 確保患者跟醫囑服用精神科藥物，通常藥物對妄想及幻覺都有一定效用
- 切勿與患者爭拗或否定其妄想或幻覺的真實性。當患者被其妄想或幻覺影響時，嘗試向患者解釋，往往會引起患者過激反應。
- 不要介懷患者對自己的指責。
- 耐心地聽取患者的表達及申訴，明白患者的病況，認同患者的感受。
- 保持中立態度，不要責備患者，常常表現出對患者的關懷。
- 善用身體接觸，如患者接受，可輕拍其膊頭或握著患者的手，來表示善意及關懷。
- 分散患者注意，如帶患者出外散步，聽聽音樂和看看舊照片。



2 煩躁和暴力行為

「當我嘗試協助黃伯沐浴，他便作出反抗，他常說水溫太冷所以拒絕試，黃伯力大如牛，我走近他時，他會作出攻擊性的舉動，我不能勉強他。」



煩躁和暴力行為是認知障礙症的症狀，往往在午後或黃昏更甚。部份認知障礙症患者可能有性格的轉變，變得容易心煩和激動，有時會情緒失控如哭泣、咒罵和叫喊。有時甚至會發展成攻擊行為，如口頭威嚇，投擲和損壞物件或攻擊他人。

2.1 為何煩躁和暴力行為會出現？

- 生理因素
 - 疲乏，睡眠受干擾
 - 身體不適，如疼痛或發熱

- 藥物不良反應
- 視力或聽力障礙所引致患者錯誤理解事物和聲響。
- 受到幻覺或妄想的影響。
- **社交因素**
 - 生活枯燥，缺乏感官刺激
 - 日常生活習慣有改變
 - 對照顧者不信任
- **心理因素**
 - 防禦行為 - 一些較貼身的起居照顧，如洗澡、排便或更衣，若患者被逼接受幫助，會讓他們覺得自身的獨立性和私隱受威脅，因感到羞辱而保護自己。
 - 挫敗感 - 由於未能應付日常的生活需求，會令患者感到壓力，這份失落感有機會引致暴力行為。
 - 誤解 - 患者未能掌握四周發生的事情，可能會感到困惑。
 - 害怕 - 因為患者不能辨別熟悉的面孔和地方而感到慌張，另一方面他們亦可能因記起早期可怕或不安的生活經驗而感到害怕。

2.2 如何避免煩躁和暴力行為

- 嘗試確定該行為的觸發點，然後避免它。盡量剔除患者的壓力源，例如該行為的發生是否與患者饑餓或與某人有關？

- 要注意患者的情緒變化，留意患者攻擊行為的警示。
- 不要直斥其非，盡量調整對他們提出的要求。
- 保持熟悉的環境，並確保一個不匆忙和有規律的日常生活。
- 保持有效的溝通技巧，確保溝通模式切合他們的溝通能力。
- 照顧者不要表現出憤怒、沮喪和怪責患者，應多給患者鼓勵、讚美和愛心。
- 確保患者感到舒服：不太熱或太冷、太餓或口渴、太疲累或太濕、過度興奮或者悶透。

2.3 當煩躁和攻擊行為發生時

- 保持冷靜，用安撫的聲線說話。保持眼神接觸和說話溫和，可以重複呼喚患者的姓名，或者說：「不，請停下來。」
- 避免突然的動作、伸手或觸摸患者，他會誤以為受攻擊。和患者保持一定的距離可令他們感覺到安全。
- 呼喊、命令或報復的語氣容易引發暴力。
- 分散他們的注意力和掌握潛在引發情緒失控的事情，往往是最有效的方法。
- 當患者的怒氣開始消散，可嘗試觸摸他的前臂、邀請他來牽你的手或跟你行。

- 介紹他們做一些簡單的活動，如一起喝茶或讀報紙，給他一杯他喜歡的飲料，並邀請他一試。或者跟他們說一些他們喜愛談的舊事。
- 當要協助有暴力傾向的患者沐浴和更衣時，注意應站在患者的身旁，避免處於他們前面。



2.4 照顧自己

- 盡量保持冷靜。
- 如果你變得沮喪或不能控制自己的脾氣，不要感到內疚，但這可能是你需要尋求支援的訊號。與你的朋友和僱主傾訴，亦可與患者的醫生相討。
- 如果你覺得不安全，應和激動的患者保持一些距離，及為自己準備一個安全的地方，如一個有鎖和有電話的房間。

3 抑鬱症

「黃太太對自己記憶衰退感到沮喪，她可以整天坐在椅上暗暗啜泣，擺出一張「苦瓜乾」的面，甚至提過輕生的念頭。」



抑鬱症常伴隨着認知障礙症出現。據研究顯示，有兩至三成的阿滋海默氏症患者同時會出現抑鬱症徵狀。故細心的診斷及適切的治療是非常重要的，當抑鬱症得到治療後，記憶障礙亦會得到改善。

3.1 抑鬱症常見的徵狀

- 情緒低落
- 食慾不振、體重下降
- 睡眠失調
- 疲累、提不起勁
- 覺得自己無價值、一無是處
- 難於集中精神或作出決定
- 心情煩躁，易發脾氣
- 思想負面，不能察覺開心感覺
- 逃避出席社交活動
- 對四周事物失去興趣
- 忽略儀容
- 腦海裏不停想著身體不適的事情
- 認知能力衰退

3.2 我可以怎樣幫助患者？

- 保持有規律的健康生活模式，鼓勵他們參與其能力範圍內可應付的活動，從而提高自信心
- 鼓勵患者做適量的運動，以助減壓
- 鼓勵患者保持一定的社交接觸
- 鼓勵患者表達自己的感受及難處，並給予適當的支持
- 正向思想，避免批評，多給予讚賞



3.3 關注自殺危機

患上抑鬱症的長者受情緒困擾下，往往會作出傷害自己行為，甚至產生自殺念頭。如發現患者有自殺傾向，應立即通知僱主及醫療團隊求助。照顧者宜多加留意患者的情緒變化，確保環境安全。把高危的物品如刀、藥物、化學物品、窗門等鎖上，避免他們用來傷害自己。如情況惡化，應帶患者到鄰近急症室求診。

4 睡眠紊亂

「我要經常留意著黃伯，他通常在凌晨二時起床更衣，收拾好他的公事包在家中四處徘徊，為確保他安全，我只好徹夜不眠陪伴他。」

很多認知障礙症患者到了晚上都顯得不安。他們會在家中遊蕩、更衣、搜尋食物，有些甚至會遊走離家。照顧者的睡眠會被干擾，引致身心疲累。幸好，有方法可以舒緩這個狀況。

4.1 睡眠紊亂的原因

● 生理心理方面

- 認知障礙症令腦部受損，影響患者的生理時鐘
- 身體疾患，如痛症問題、晚間尿頻、腳部抽筋
- 抑鬱情緒引致早醒，而無法再次入睡
- 睡眠前發生令患者焦躁的事情

● 環境方面

- 房間氣溫過低或過高
- 環境的轉變會引致患者迷失方向和混亂，影響睡眠的規律
- 光線不足會引致患者錯認物件而引致混亂

● 行為方面的原因

- 日間睡眠太多
- 日間運動與活動太少
- 服用過量咖啡因或酒類
- 感到饑餓

4.2 我可以怎樣幫助患者?

● 生理心理方面

- 安排身體檢查，以確定提供適切的治療
- 睡前減少飲料，提醒患者睡前如廁
- 確保睡姿舒適
- 與醫生商討患者抑鬱症的症狀
- 避免在睡眠前(黃昏到晚上)處理煩複事務或刺激患者的情緒
- 安眠藥的處方可短期幫助改善睡眠，可請教醫生

● 環境方面

- 確保房間氣溫適中，牀鋪舒適以幫助入睡
- 儘量減少環境擺設的轉變，確保房間寧靜和令人鬆弛
- 確保房間光線適中，如裝設夜明燈，以減低患者的恐懼和混亂
- 有需要請拆除鏡子
- 清楚指示洗手間位置，或可放便椅或尿壺在床邊

● 行為方面

- 訂定有規律的作息時間表，並鼓勵患者在白天保持活躍
- 黃昏五時後減少飲用含咖啡因的飲料，如咖啡、茶和朱古力
- 若患者睡前感覺肚餓，可以嘗試給予輕盈的小食
- 睡前或半夜醒來，可給予患者輕柔的按摩或聽柔和的音樂
- 可溫柔地提示患者已是晚間睡眠時間
- 穿上睡衣可提醒患者睡眠，使患者明白是睡眠時間



4.2 什麼是日落症候群？

當太陽下山後，有很多患有認知障礙症的長者會變得煩躁不安，遊走和混亂的情況會更嚴重，這些症狀稱為「日落症候群」，而這個情況通常是在認知障礙症的中晚期會發生。

● 成因

日落症候群的成因未明，但多數與患者腦部的病變有關。患者有此徵狀可能受入夜感官刺激減少和睡眠紊亂等因素影響，也可能與飢餓、疼痛、要上廁所或其他不適有關。此外，當患者的病情愈加深，對四周環境的認知會變得愈差，有些患者每逢傍晚會很焦急，有些甚至會嚷著回家或找媽媽，這反映他們需要安全感和一個熟悉的環境。



5 安排有規律的日間活動

世界衛生組織指出參與日常活動對身心健康可產生正面積極的影響。而對認知障礙症患者來說，參與有意義和有趣的活動，可提高他們的生活質素，研究亦證實，參與簡單的活動，可顯著減少患者的情緒及行為問題。

5.1 有規律的日間活動之功用

- 保持患者的能力及技能
- 增強自信、體能、感知、認知及社交情感的能力
- 練習所需技能及發揮餘下的能力
- 提升患者與照顧者的生活質素
- 提升與現實環境的聯繫，減少感知混亂和認知混亂
- 避免沉悶
- 促進溝通

5.2 有規律的日間活動之原則

- 因患者的集中力有限，故活動時間不宜過長
- 有趣及有意義
- 富彈性的設計及可以調高或降低活動的難度
- 配合患者的能力，以減少挫敗感
- 讓患者選擇喜歡的活動
- 配合患者的社交背景、興趣及長處
- 顧及患者已退化的能力

5.3 有規律的日間活動之建議

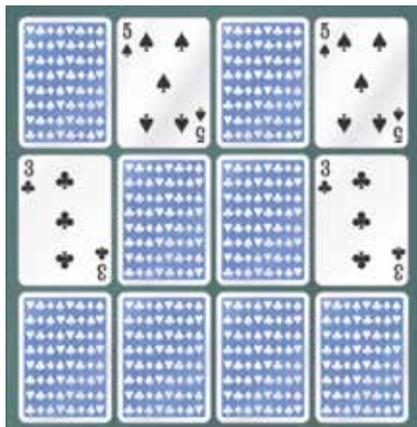
5.3.1 現實導向

- 目的：幫助患者更準確地掌握四周發生的事情和資訊
- 方法：
 - 透過交談，不停和重覆提示患者現在的資料，例如：日期、時間、地點、人物、天氣、節日、食物、日用品、討論時事話題及最近家庭活動和家人的近況
 - 提示卡/圖片，例如：大掛牆日曆、大時鐘、廁所標貼、睡房標貼、廚房標貼及櫃桶標貼
 - 參觀社區的設施

5.3.2 懷緬治療

- 目的：透過抒發心中的感受，增強自尊和自信心，促進患者與別人溝通
- 方法：
 - 回想和分享過去所發生的事情和感受
 - 著眼於使用長期記憶，因長期記憶相對能夠保持到認知障礙症後期階段
 - 使用“道具”有利於促進回憶，例如：相片、物件、報紙
 - 即使失去說話能力，參與患者只須能夠理解談話，也可參與

- 主題
 - 孩童玩意
 - 家庭生活
 - 我的工作
 - 婚姻慶典
 - 娛樂活動
 - 節日/傳統禮儀
 - 公共交通



5.3.3 記憶訓練

- 配對遊戲
 - 目的：改善認知能力
 - 方法：由兩對撲克開始，調高至三對或四對，直至達到患者最高能力
- 打麻將
 - 可維持認知能力或減慢其衰退
- 粵曲治療
 - 「唱曲」及「聽曲」都能改善認知能力



- 問答遊戲
 - 使用日用品/事件作為培訓教材
例如：你早餐吃了什麼？你昨天去過哪兒？今早有誰探望你？

5.3.4 自我照顧訓練

- 鼓勵參與自我照顧活動，例如：進食、洗面、刷牙、穿衣、洗澡；照顧者可從旁給予適當及適量的協助
- 增加患者自理的意識和自主性，避免依賴
- 減輕照顧者的負擔



5.3.5 美術創作

- 享受創作帶來的樂趣
- 加強手部協調
- 患者的作品可用於佈置家居或轉贈親友，以增添患者自我價值



5.3.6 音樂治療

- 患者享受音樂節拍和旋律的能力通常比認知能力保持得長久
- 應嘗試採用患者熟悉的音樂
- 音樂能令患者放鬆心情，或提供感官上刺激
- 鼓勵患者跟著旋律打拍子、唱歌或玩樂器伴奏

5.3.7 廚藝

- 與家人一同享用親手烹調的食物
- 增加與人接觸的機會，增強自我照顧的能力，並帶來滿足感和成功感

5.3.8 康樂活動及體能活動

- 各種形式皆可
- 按患者的能力和興趣而安排
- 患者在活動中可得到樂趣、增強體魄及幫助入睡

5.3.9 社交活動

- 患者應保持社交活動。例如：參加朋友及家庭聚會、街市購物和飲茶



5.4 每天的日程安排建議:

(適合早期至中期階段的認知障礙症患者)

時間	活動
7:30	洗面、刷牙、換衫
8:00	吃早餐
8:30	幫助清理檯面
9:30	室內運動/與照顧者到超級市場/散步
11:00	報紙分享/緬懷老照片/幫助準備午餐/ 幫助擺放碗筷/手工創作
12:30	吃午餐
1:00	看電視新聞
2:00	小休
3:00	記憶遊戲/書法活動/聽音樂
4:00	幫忙做家務，例如：摺衣服
6:30	吃晚餐
7:30	看電視/電影
8:30	洗澡
9:30	收聽電台廣播/閱讀
10:00	睡覺

總括而言，任何人均可有權利過有意義的生活，包括認知障礙症患者。照顧者應幫助他們發揮所餘的能力，使他們也可過豐富的人生。

6 安全的扶抱及轉移技巧

6.1 照顧者適用的伸展運動 - 讓你的身體做好準備！

- 伸展運動能確保肌肉、關節及相關組織有充足的準備，去應付扶抱及轉移工作時所需要的柔韌度及負荷
- 伸展運動以大肌肉組為主
- 伸展時，在肌肉有「拉緊」感覺的動作下，維持約10秒
- 全套伸展運動每日宜重覆做2次，或在每次扶抱及轉移前做



6.2 緊記人體工效學原理

- 雙腳分開，站穩在地上
- 保持你的背部和頸部挺直
- 屈曲你的髖關節和膝關節
- 盡量將被照顧的長者貼近你自己的身體
- 提舉時避免扭曲你的手腕
- 用下肢的大肌肉發力(例如臀部或大腿肌肉)

例子(一)：協助坐在椅子的長者站起來

- 讓長者身體向前微傾，協助長者把身體向前移近椅子的邊緣
- 讓長者一隻手緊握助行器，另一隻手借力，向下按在椅子的扶手
- 照顧者可用手支撐長者的腋下或肩胛的位置
- 引導長者將身體向前彎曲，令身體的重心前移，腳出力踏地，站立起來



例子(二)：從輪椅轉移到椅或床

- 將輪椅以45°至90°泊在椅子旁邊
- 照顧者用手支撐長者肩胛骨或腋下的位置，以及用自己的膝部穩定長者的膝部和下肢
- 引導長者將身體重心轉移，協助長者轉身



6.3 扶抱及轉移的小貼士

- 不要過份高估計自己的能力
- 要把安全放在第一位
- 利用肢體語言去加強溝通，例如：
 - 視覺：用你的手勢指示作為視覺提醒，給予長者指令，或示範扶抱及轉移的程序，讓長者明白
 - 聲音：透過用手輕拍物件發出聲音，提昇長者在扶抱及轉移過程中的注意力和參與感
 - 觸摸：透過輕觸長者不同的身體部位，可引導扶抱及轉移過程中肢體的移動
- 常常留意長者的精神狀況，提防具挑釁的姿態。如果長者拒絕扶抱及轉移，請勿強行進行。
- 長者可能因肌肉骨骼的問題而拒絕去移動身體。若出現以下徵兆時，要及早通知你的僱主，並尋求專業人士的幫助，例如：
 - 發炎：觸痛、腫脹、發熱、發紅及或關節僵硬
 - 壓瘡：皮膚表面變紅、質地改變甚至磨損
 - 骨折：局部腫脹、瘀傷、觸痛、肢體畸形或受傷的部位無法發力
 - 如長者未能口述或直接表達疼痛，要留意一些煩躁的表情和行為的改變；例如蹦緊的身體、抗拒身體活動、睡眠變差、尖叫等



7 家居安全

患有認知障礙症的長者比一般長者更容易發生家居意外，因此照顧者應採取適當的預防措施，以策安全。

● 預防燙傷和火災

- 將熱水壺放到安全的位置
- 患者有可能會喪失冷熱的判斷力，照顧者應將熱水爐的水溫調低，以防燙傷
- 使用具有安全裝置的電器用品，例如電磁爐，電水壺等

● 預防割傷和碰傷

- 將家中的利刀及其他尖銳的東西收好
- 傢俱轉角銳利處應加防護裝置

● 預防中毒或誤食

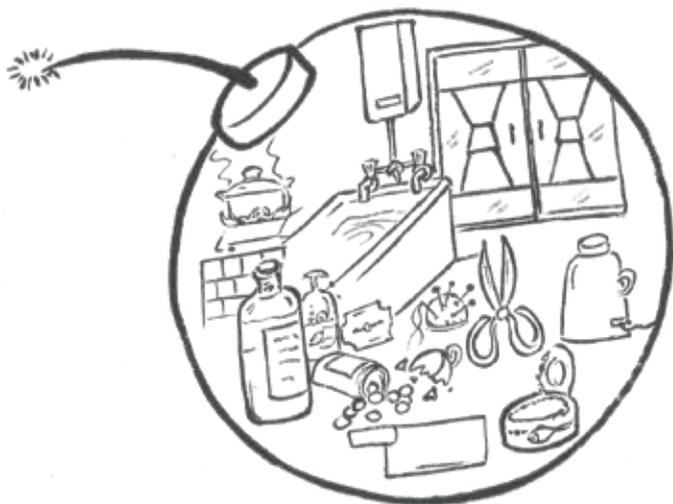
- 要收好家中的藥物和危險物品如清潔劑、樟腦丸

● 預防跌倒

- 家中的房間和通道的光線要充足
- 將日常用品放在伸手可及的地方
- 檢查地面有沒有令長者跌倒的物品例如地毯，電線，不要在地面堆積雜物
- 使用較低的浴缸、浴缸坐板和防滑地墊

● 預防長者走失

- 讓長者戴上刻了自己姓名和聯絡資料的手鐲或鍊墜，
或在其衣物和銀包加上聯絡資料
- 在大門安裝提示器，讓照顧者可以得知長者自行離家
- 告訴大廈的管理員和鄰居長者有遊走的風險並擬定應對方案



第三章

照顧者壓力處理



照顧者壓力處理

照顧認知障礙症患者並不容易，或可以說是充滿挑戰的。認知障礙症患者未必能夠和你交談，甚或未能理解簡單的指示。即使你如何努力，他們可能都不能夠向你說一聲「謝謝」。患者亦可能會出現有一些行為問題，例如尖叫、大叫大嚷、打自己或別人、離家遊蕩在外等。這些情況毫無疑問會讓你感到傷心和害怕，有時甚至令你感到氣餒和憤怒。



1 照顧者壓力的來源

- 照顧對象的行為和態度
- 對於照顧對象的情況感到無助
- 來自照顧對象及他人的各種要求
- 給自己的無理壓力
- 角色混淆
- 嘗試申請支援服務時的繁瑣程序

2 預測照顧者壓力的風險因素

- 女性照顧者
- 年紀較大的照顧者
- 較容易感受壓力
- 較低的生活滿足感、自尊心、或自我掌控信念
- 較少的社會支援

3 檢視照顧者壓力

有時候，我們並不知道自己是否因為照顧患者而感到太大壓力。以下是一些檢視壓力程度的問題，有助你意識到自己是否面臨心力交瘁的情況。

- 最近，作為照顧者有為你帶來很大壓力嗎？
- 你會否較容易感到心情憂鬱、情緒低落、或容易動怒？
- 你如何處理這些情緒？
- 當照顧患者時有面對更多的困難，例如行為問題嗎？
- 你有如你所希望的常與朋友見面嗎？
- 有需要時，你能獲得別人的幫助嗎？例如家人、朋友、鄰居或僱主等。
- 你有獲得來自社福機構或支援小組的幫助嗎？

4 面對壓力時的困難

- 嘗試一次過解決太多的問題可能會帶來太大的改變
- 怪責別人：「制度」、「僱主」、「命運」妨礙行動
- 生命中堆積了太多的壓力源頭會影響我們的情緒和判斷

- 用藥物或酒精逃避問題反會增添壓力
- 對未來抱有負面的展望會讓我們以為所有事情都不可能被改變

5 處理壓力的三部曲

● 尋求教育 - 找出解決問題的方法

- 有關照顧對象在不同階段的病情，對照顧對象在體力、認知和心理情況上的實際期望，及處理行為問題和心理問題的有效方法
- 改善環境及家居管理，學習有效的照顧技巧和了解照顧對象的需要
- 了解為照顧對象而設的社會資源
- 了解個案治療計劃

● 尋求社會支持

- 肯定自己的重要角色並與你信任的人分享你的感受或挫折
- 照顧好自己的健康
- 為自己預留時間與親友見面、發展自己的興趣
- 接受別人的幫助
- 通過參與不同的社會活動來尋求更多的社會支持

● 尋求心理支援

- 與醫療專業人士建立良好的溝通
- 有需要的時候尋求個人輔導
- 參與相關的支援或治療小組

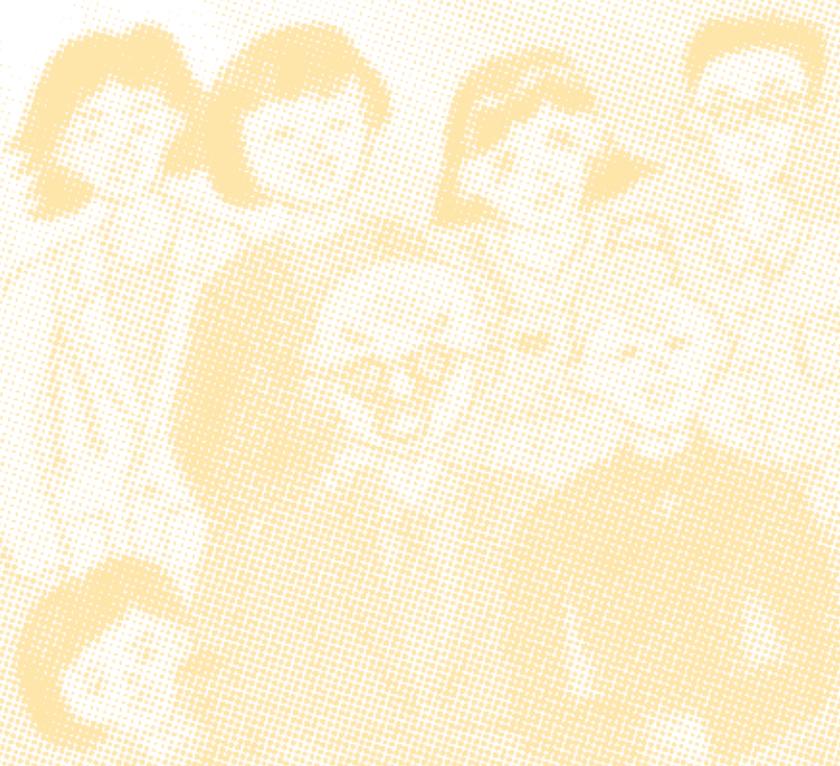
6 健康、有效地面對壓力

- 做運動
- 確保足夠睡眠
- 健康進食
- 為你的興趣預留時間
- 尋求家人、朋友或社會資源的支持和協助
- 整理儀容
- 接受有些事情並非你所能控制的
- 戒煙、酒及其他不當的壓力處理
- 訂立實際的目標和期望
- 願意寬恕
- 分享你的情緒和感受



第四章

家傭的分享



家傭的分享

自1998年開始，我開始了照顧長者的工作。最初因為對關於認知障礙症和相關的行為問題缺乏認識，所以遇到了很多困難。首兩年真的是很艱難，直至我修讀了一些關於認知障礙症、抑鬱症和老人護理等課程。情況才有所改善。隨著經驗和知識的增長，我漸漸找到我所面對問題的答案。例如，對於認知障礙症長者很普遍的失禁的問題，我發現貼上明顯的廁所標誌和經常提醒他們如廁是一個很有幫助的方法。

從我的經驗所知，認知障礙症患者的感情都十分脆弱。他們可能患有妄想和幻覺而創造出一個與現實不一樣的世界。他們可能有情緒抑鬱和不安。作為他們的照顧員，我們必須要明白並給予患者支持，好讓他們能重回正常的生活。這是需要很多的勇氣和忍耐，我們更要對他們真誠。我們應該讓他們開心並在餘生感到被愛！事實上，認知障礙症的患者可以感受到我對他們的愛心、耐心和照顧。當他們輕輕地說聲：「謝謝！」或是一個感謝的小動作，任何的困難會即時變為滿足、喜樂和完滿。

由2011年始，我參加了「葵涌醫院的照顧者互助小組-家融會」。當中的免費工作坊讓我增加對認知障礙症、情緒抑鬱和其他心理問題的認識和了解。他們教曉我如何面對日常照顧我的認知障礙症長者而引起的困難。我也學會壓力管理從而保護自己。最後，我要感謝「家融會」的專家團隊給我們學習的機會，好讓我們能給予我們的長者更好的服務。

Ms. Felicidad Halog Sumaoang (費利西達·赫洛格·三寶壟女士)



參考資料

第一章

Lam, L. C., Tam, C. W., Lui, V. W., Chan, W. C., Chan, S. S., Wong, S., ... & Chiu, H. F. (2008). Prevalence of very mild and mild dementia in community-dwelling older Chinese people in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 20(01), 135-148.

第二章

Cohen CA, Pringle D, and DeDuc L (2001). Dementia Caregiving: The Role of the Primary Care Physician. *Can J Neurol Sci* 28 (Suppl 1): S72-S76

International Psychogeriatric Association (APA) 2007, Nurses' Guide to BPSD, New South Wales, Australia.

「長者生活好幫手」2015 (葵涌醫院老齡精神科)。

Ballard, C., O'Brien, J., James, I., & Swann, A. (2001). *Dementia: management of Behavioural and Psychological Symptoms*. (1st ed.) North Yorkshire: Oxford University Press.

Enache, D., Winblad, B., & Aarsland, D. (2011). Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Current opinion in psychiatry*, 24(6), 461-472.

聽唱粵曲提升長者體能記憶 (2009年09月21日) 東方日報

Law, M. (2002) Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy* 2002 Nov-Dec; 56(6):640-9

Spector, A.E., Orrell, M., Davies, S.P., and Woods, B. (2000) Reality Orientation for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*

Wang, J.J. (2007). Group Reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 22(12): 1235-40.

Cheng, Sheung-Tak, Alfred Chan, and Edwin Yu. "An exploratory study of the effect of mahjong on the cognitive functioning of persons with dementia." *International journal of geriatric psychiatry* 21.7 (2006): 611-617.

Avila, R., Bottino, C.M., Carvalho, I.A., Santos, C.B., Seral, C., and Miotto, E.C. (2004) Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Brasilian Journal of Medical and Biological Research*. 37(11):1721-9, 2004 Feb.

HA Safety Manual, Manual Handling Operations (Chapter 6) Volume II, (3rd Ed.). April 2011. HK: Hospital Authority.

Tallis RC, Fillit HM & Broncklehurst JC (2003) *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. (6th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Kisner C & Colby LA (2012) Therapeutic Exercise: foundations and techniques. (6th ed.). Philadelphia: Davisplus.

Pritchard J (2003) Training Manual for Working with Older People in Residential and Day Care Settings. London and New York: J Kingsley.

McRae R & Esser M (2008) Practical Fracture Treatment. (5th ed). Edinburgh: Churchill Livingstone.

第三章

De Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Windkens I, Jolles J, and Verhey FRJ (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? Int J Geriatr Psych 29: 85-92.

Knight B, Lutzky S, and Macofsky-Urban F (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. J Geriatr 52: 159-166.

Parks SM, and Novielli KD (2000). A Practical Guide to Caring for Caregivers. Am Fam Physician 62(12): 2613-2622.

撰寫團隊

屈康欣醫生 (顧問醫生)
鄧愷妍醫生 (副顧問醫生)(編寫)
朱瑞羣醫生 (駐院專科醫生)
劉景君女士 (病房經理)
馮蕙燕女士 (病房經理)(編寫)
梁珍妮女士 (資深護師)
陳雪薇女士 (資深護師)
馮嘉明女士 (註冊護士)
陳詠思女士 (註冊護士)
岑少偉先生 (一級物理治療師)
李正傑先生 (一級職業治療師)
王潤萍博士 (臨床心理學家)

鳴謝

Ms. Felicidad Halog Sumaoang (費利西達·赫洛格·三寶壟女士)

Ms. Ninik Hariyanti (妮妮·哈里亞納邦緹女士)

插圖：太極媽



此計劃由香港特別行政區政府食物及衛生局的「健康護理及促進基金」贊助。

照顧患有認知障礙症長者 家傭照顧手冊

出版：葵涌醫院

出版日期：二零一六年六月

© 2016葵涌醫院

本書內容屬葵涌醫院所有。如未獲版權持有人允許，不得用任何方式抄襲、翻印、儲存在任何檢索系統上或傳輸。

