

102 年度自行研究成果報告

題目：音樂照顧於改善榮家失智老人之認知、行為、
情緒之成效探討

年度：102 年

編號：652 號

單位：屏東榮家

研究人員：陳美蘭、吳鳳珠

屏東榮家 102 年度自行研究成果報告摘要表

研 究 題 目	音樂照顧於改善榮家失智老人之認知、行為、情緒之成效探討
研 究 單 位 及 人 員	保健組 陳美蘭組長 輔導組 吳鳳珠輔導員
研 究 期 程	102 年 1 月至 102 年 12 月

內 容 摘 要

一、研究緣起與目的

本研究依據研究對象屬性，運用音樂治療的理念及技巧，以及結合屏東榮家忘我園區現有的音樂樂器輔具，自行研發音樂照顧模式，並評估其成效，若能以此方式增進失智老人之認知功能、減低問題行為發生率、改善情緒，可促使機構中醫療成本的降低、照顧者負荷減輕並提升醫療照護品質。研究目的為：音樂照顧對榮家失智老人認知、行為、情緒狀態改善之成效。

二、研究方法與過程

採用採類實驗性研究前後測設計、重複測量方式進行，以立意取樣方式，選取屏東榮家忘我園區(失智專區)65歲以上中重度失智榮民，共收案63人，全列為介入組，進行為期三個月，每週兩次，每次40分鐘，總計31次之音樂照顧活動，於介入前進行前測、並於進行後第四週、第八週及第12週進行後測，完成12週之後測者共42人，藉由成對樣本檢定前後測之成效。測量工具包含有簡易智能量表(Mini-Mental State Examination; MMSE)、行為觀察量表(自擬訂)及情緒型態觀察量表(MDS-HC)。

三、研究發現與建議

測量接受12週音樂照顧之失智榮民其認知、行為及情緒之成效，結果顯示於認知狀態無顯著成效；行為狀態上達顯著成效($p = .002$)，顯示整體行為狀態、行為發生頻率、行為持續時間及照顧者感受均有減少；在情緒狀態上，也達顯著改善($p = .014$)，顯示情緒狀態有下降。依其結果，建議可將此音樂照顧加入榮家常規活動中，以期改善失智榮民問題行為、情緒的狀態。

目 次

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景及重要性.....	1
第二節 研究目的.....	2
第三節 研究假設.....	2
第四節 名詞界定.....	2
第二章 文獻探討.....	3
第一節 失智老人常見問題.....	3
第二節 音樂治療於失智老人之相關研究.....	5
第三節 研究架構.....	7
第三章 研究方法.....	8
第一節 樣本、地點與選樣.....	8
第二節 倫理考量.....	9
第三節 介入措施.....	9
第四節 研究工具及信、效度.....	10
第五節 資料收集.....	11
第六節 資料分析.....	12
第四章 研究結果與討論.....	12
第一節 研究對象人口學資料.....	12
第二節 音樂照顧對榮家失智老人之認知狀態之成效.....	14
第三節 音樂照顧對榮家失智老人之行為狀態之成效.....	15
第四節 音樂照顧對榮家失智老人之情緒狀態之成效.....	16
第五章 結論與建議.....	17
第一節 研究結論.....	17
第二節 研究限制.....	18
第三節 未來實務與研究建議.....	19
參考文獻.....	22
壹、中文部分.....	22
貳、英文部分.....	23
附錄.....	27
附錄一 研究參與同意書.....	27
附錄二 人口學調查表.....	28
附錄三 簡易智能狀態測驗(MMSE).....	29
附錄四 問題行為觀察量表.....	30
附錄五 情緒型態觀察量表.....	31

圖表目錄

圖一、研究架構.....	8
圖二、研究設計圖.....	8
表一、研究個案人口學特性.....	13
表二、介入組於不同時段其認知狀態之改變.....	15
表三、研究個案於不同時段其行為狀態之改變.....	16
表四、介入組於不同時段其情緒狀態之改變.....	17
表五、住民認知、問題行為、情緒狀態之比較.....	17
圖三、前測、第四週、第八週及第 12 週認知、問題行為、情緒狀態平均得分.....	18

第一章 緒論

第一節 研究緣起

現今醫療科技進步，台灣地區國人平均壽命延長，65歲以上老年人口呈現快速成長，根據內政部（2013）統計，台灣目前高齡化比率約為11.32%。行政院人力規劃處（2009）人口推估顯示，民國145年65歲以上人口將佔總人口之37.5%。老化的人口將會對整個社會帶來莫大的衝擊，其中失智老人就是一例。此外，相關研究顯示，台灣地區失智老人盛行率為2% - 4%，其中以阿滋海默氏症者最多，佔半數以上（劉、黃，2002）。失智症是指一群腦部後天器質性疾病或進行性退化導致腦細胞大量死亡，而引發認知功能衰退的症候群（葉、陳，2002）。除認知功能障礙外，亦常伴隨情緒、行為及精神症狀（劉、劉，2000）。行為精神症狀的盛行率約佔10 - 70%，且約有50%有不同程度之憂鬱症狀（劉、黃，2002）。其中最感困擾的主要是問題行為所造成的走失、躁動、精神病症狀等，而問題行為常是造成照顧者最主要的壓力與送患者入住機構的原因（Smith, 2004）。

失智症的行為問題常以精神科藥物及身體約束來控制，但這些處置常有不良副作用，且容易導致負面的身心影響（Bradley, Siddique & Dufton, 1995），建議應該使用非藥物性的方法來取代傳統精神科藥物及身體約束的使用（Cohen, 2001）。學者曾提出，失智老人參與越多機構安排的結構式活動，不但可顯著降低問題行為，同時還可以提高日常生活功能、改善睡眠品質、減輕焦慮情緒、促進自我表達與社會互動（高、林，2005）。由此可見，適當的活動安排對於機構內失智老人之重要性。在選擇適合失智老人之活動上，需考慮三方面：一為增進知覺刺激；二為增加社交互動；三為設計結構性活動（陳、湯、黃，2002；Smith & Buckwalter, 2005）。學者提出針對失智症設計之活動，必須讓患者於活動過程中感受到愉快的經驗、而音樂被認為是一種最不具威脅性的溝通方式，藉由感情、回憶及思緒的誘發，打開彼此溝通及情緒宣洩的管道（林、陳，2007；Cook, 1986）。國外許多文獻也提到，音樂療法運用於失智老人，針對改善問題行為、認知、情緒、社交狀況及對機構之適應上，均有顯著成效（林、陳，2007；Gotell, Brown & Ekman,

2003)。

本研究依據研究對象屬性，運用音樂治療的理念及技巧，以及結合榮家忘我園區現有的音樂樂器輔具，自行研發音樂照顧模式，並評估其成效，若能以此方式增進失智老人之認知功能、減低問題行為發生率、改善情緒，可促使機構中醫療成本的降低、照顧者負荷減輕並提升醫療照護品質。

第二節 研究目的

本研究之目的如下：

- 一、音樂照顧對榮家失智老人認知狀態改善之成效。
- 二、音樂照顧對榮家失智老人行為狀態改善之成效。
- 三、音樂照顧對榮家失智老人情緒狀態改善之成效。

第三節 研究假設

基於上述的目的，本研究之研究假設為：

- 一、榮家失智老人之認知狀態於音樂照顧介入前後有顯著改善。
- 二、榮家失智老人之行為狀態於音樂照顧介入前後有顯著改善。
- 三、榮家失智老人之情緒狀態於音樂照顧介入前後有顯著改善。

第四節 名詞界定

為使本研究範圍更加明確，並方便後續資料的分析與討論，茲將本研究所涉及的名詞定義如下：

一、榮家失智老人

所謂榮家是指由輔導會為安置因戰（公）傷殘官兵及年老無依貧困榮民頤養天年所設立的機構，提供榮民基本的日常生活照顧，如三餐飲食、住宿、休閒及醫療保健等照顧服務者。本研究之榮家失智老人是指，年齡超過65歲，具醫師診斷證明為中度失智症，並居住於榮家忘我園區（失置專區）內超過6個月以上的榮民。

二、音樂照顧（Music care）

是利用音樂的特性，帶給參與者身心的刺激，進而增強人際互動關係及自我情緒的安定，促進運動知覺。在帶動的成效上，能引發參與者主動的身體活動，安定情緒，人

際關係的增進及改善，身體機能訓練，並具有情緒放鬆與抒解的效果，讓生活更有意義（加藤美知子，2004）。本研究採用自行設計的音樂照顧活動，針對榮家失智老人喜愛的老歌曲目（如：梅花、出人頭地、我的心裡只有你沒有他、中華民國頌），運用一些音樂輔助工具（如：手搖鈴、響板、沙鈴、木魚等），配合節拍快慢之動作，進行團體帶動。

三、認知

認知是指個體的心智功能狀態；個體於回憶和記憶能力、注意力、理解力或語言表達等方面之能力。本研究之認知功能係以簡易智能評估(Mini-Mental Status Examination; MMSE)量表，以定向力、覆頌、注意力、計算能力、回憶、語言能力及空間建構能力等七方面共22項來進行評量。

四、行為

問題行為意指不適當的言語或行為，包括無目的的行為，如病態收集行為、漫遊、重複現象、不恰當的性行為、睡眠障礙、貪食、攻擊行為以及拒絕照顧等。本研究之問題行為係以收集本家失智住民常見的問題行為，自行擬訂「問題行為觀察量表」，以危害他人行為、危害自我行為、困擾他人行為三方面共16項進行評量，觀察失智榮民行為發生頻率、行為持續時間、以及照顧者感受。

五、情緒

情緒在心理學上乃指由外在的刺激或內在的身體狀況，所引起的個體自覺之心理失衡狀態。本研究參考國外居家照護評估工具使用手冊(MDS-HC Version 2.0)(John, 1999)內情緒型態觀察量表，以憂鬱、焦慮、悲傷情緒指標及情緒負向發展二方面共10項進行評量，觀察失智榮民出現的頻率。

第二章 文獻探討

本章根據研究目的與主題進行文獻查證與整理，分為二節作敘述，分別是「失智老人常見問題」、「音樂治療於失智老人之相關研究」，最後第三節為研究架構。

第一節 失智老人常見問題

失智症為一漸進性腦部退化性疾病，除了認知功能的障礙之外，罹患失智症的老人常會出現負向情緒、記憶障礙、睡眠問題及躁動行為等症狀（劉、劉，2000）。

在認知功能障礙方面，依疾病嚴重程度有不同的表現。早期病人會自覺認知功能衰退，常見是操作型記憶及注意力障礙。進入輕度失智時，病人無自覺症狀，對於日常生活中較為複雜的事務，已無法處理，近期記憶喪失、學習及保留新資訊的能力降低、語言問題（無法找出適合的字詞）及人格改變，出外離家較遠時會迷路。中度失智時則需他人協助日常生活活動，包含吃飯、沐浴、穿衣及如廁，對於學習及保留新資訊的能力則完全喪失，偶爾出現黃昏症候群，此階段已無法對於時間與地點作出正確的判斷，故常見找不到廁所位置或自己的床位。中度嚴重則完全無法自我照顧，偶爾出現激躁行為。嚴重程度病人呈現不說話、不動、無表情甚至癱瘓無知覺（Plum, 2005）。

在行為症狀方面上，張、侯(2004)將失智症問題行為分為精神病症狀(Psychotic symptoms)、錯認(misidentification)、活動障礙(Disturbance of activity)、攻擊(Aggression)、睡眠障礙(Sleep disturbance)及情緒障礙(Affective disturbance)。McLemore (2000)則提出失智老人常見的主要八大問題包含遊走、記憶缺失、分裂行為、社會功能喪失、飲食睡眠習慣改變、情緒(壓力、激動、焦慮害怕)、溝通能力喪失、日常生活合作性下降等。行為症狀是照顧者最主要的壓力，吳、杜(2001)針對護理之家156位住民調查發現，有66.7%住民曾出現躁動行為。黃(2000)針對167位失智患者作相關精神行為障礙研究顯示，有行為障礙者，共佔70.7%，其中61.7%為迷路，60.5%為睡眠障礙，攻擊行為佔55.7%，重覆行為及語言佔55.1%，漫遊佔44.9%，貪食佔28.7%，病態收集佔27.5%，不適當性行為佔13.2%；另外，具有精神症狀者高達77.8%，其中妄想症狀佔67.1%，幻覺佔34.7%，錯認佔35.9%。問題行為除了造成照顧者精神崩潰外，亦使失智老人從此被約束及隔離（Voyer & Martin, 2003）。

在情緒表現方面，憂鬱症狀是失智患者相當常見的非認知症狀，且常出現於早期(張、鍾、簡、劉、陳，2004)。一般失智患者合併有焦慮及憂鬱的症狀佔30-50% (劉、黃，2002)。Tractenberg 等人(2003)以橫斷式研究針對148名失智患者作調查發現，78.4%具有憂鬱症狀，77%具有躁動行為，69%具精神症狀，且一半以上具有上述所有症狀。

張等(2004)針對86名阿滋海默氏症病患進行非認知症狀調查發現，具情緒障礙包含憂鬱及焦慮症狀者，約佔68.6%。Onega(2006)亦提出失智老人較一般老人有專注力下降、無法斷力、睡眠障礙、覺得自己沒價值、罪惡感及生活缺乏意義之情形。

呈上所述，失智症常見問題中除了因疾病導致之認知退化外，由研究調查發現，問題行為包含躁動行為、精神症狀等，其發生頻率佔失智患者七成以上，憂鬱情形大約也有五成。在問題行為上，躁動行為及精神症狀佔絕大多數，故行為控制及減少環境刺激為照顧的重點。而情緒症狀上，病患大多呈現冷漠，對環境缺乏興趣，為避免其憂鬱症發生，增進病患與環境、旁人互動，給於心靈支持，顯得更為重要。無疑的，問題行為、精神症狀以及情緒症狀對於日常生活品質影響甚鉅，且對於照顧者更是莫大的壓力及負擔。誠如文獻中失智症常見之問題，經統整後，決定本研究將針對此重要的三方面：認知、情緒及行為症狀做為評估項目。

第二節 音樂治療於失智老人之相關研究

國內學者施以諾(2006)給「音樂治療」下一個廣泛的定義：「由音樂治療師所執行的業務；或是由具有國內衛生署認證資格的醫護人員，經訓練、進修後，在自己的專業領域中，利用有治療性目的的音樂相關活動來促進、維持病人的身心健康。」符合以上條件者，在台灣都可算是「音樂治療」。

對於失智老人的醫療照護，除了傳統的藥物治療等正式療程外，一些非正式的失智症照護方式亦相當值得相關醫療專業正視，國內外許多文獻亦指出，音樂治療是健康照護領域中一種新興的臨床技巧，「音樂治療」可以在失智症患者的照護上扮演種種輔助的角色，對失智症患者有正面的助益(林、陳，2007)。

音樂治療於失智老人之應用成效上可分為以下三方面作評估：1.認知；2.問題行為；3.情緒等。另外，並依據文獻中相關音樂治療之實務應用做分析及探討。

一、認知

曾有學者指出，此類團體音樂治療活動可提供失智症患者刺激，以使其認知功能退化的情況得到改善(Lipe, York, & Jensen, 2007)，團體音樂治療活動的介入可以降低護理之家失智症老人的躁動行為，並建議護理之家可多安排類似的團體治療活動(Ledger

& Baker, 2007)。Winckel, Feys, 及 Weerdt (2004)針對25位失智患者進行三個月研究，發現其認知狀態有明顯的改善。Suzuki等人(2004)針對失智老人作行為、認知及內分泌在音樂療法下之成效評值，發現研究個案於簡易智能評估 (MMSE) 結果並無顯著差異。

二、問題行為

研究文獻中最常提及應用音樂治療於失智老人之評值，莫過於改善問題行為，尤其以問題行為中的躁動行為更為顯著。音樂治療於失智老人之應用，經實驗證實在接受音樂治療後，行為躁動情況明顯改善 (董、陳，2006)。許多學者均建議可將音樂給介入於護理之家或復健中心，來改善病人的躁動與攻擊行為 (Sung & Chang, 2005、2006)。Groene (1993)則針對失智個案遊走問題做研究探討，音樂療法過程包含主動(唱歌、打擊)及被動(聆聽)，結果發現於課程進行時，遊走的情形顯著減少。Brontons及Marti (2003)針對14對失智患者及其主要照顧者，進行12天團體主動性音樂療法，同時測試患者及其主要照顧者之成效，結果顯示，在精神症狀及問題行為有顯著的下降，主要照顧者其憂鬱及焦慮程度亦顯著下降。

三、情緒

宋美瑩(2003)針對機構中失智老人進行音樂療法活動，經過三個月的評值發現，失智老人在臉部表情、注意力、參與程度、人際互動、情緒、遵從性均有改善；尤其在臉部表情上，改變幅度最大，從無表情到開懷大笑。一份針對28位阿茲海默症的病人所做的研究中，發現在其照護環境中使用背景音樂，將可降低其一些負面情緒行為 (Ziv, Granot, Hai, Dassa & Haimov, 2007)。Ashida 於2000年，針對20位患有憂鬱症的失智症老人，使用憂鬱症量表評估實行音樂治療前後的關係，並指出使用懷舊音樂治療可降低憂鬱症狀。亦有研究指出音樂治療團體可改善失智症病患的冷漠情況，進而改善其與外界互動的情形 (Holmes, Knights, Dean, Hodkinson, & Hopkins, 2006)。董曉婷、陳桂敏於2007年音樂療法於改善機構失智老人認知、行為問題及憂鬱之成效探討中，實驗結果顯示參與音樂療法之失智老人於第12週認知、行為問題及憂鬱有顯著的差異。

由以上研究文獻中發現，失智症老人之音樂治療應用上，大多著重於改善躁動行為及情緒表現，且其結果較為顯著；在改善認知狀態之研究則較少探討，且部分結果也不

顯著，探究其原因，認知狀態下降對於照顧者日常生活影響比問題行為少，多數研究者站在被照顧者一方，鑽研於最易困擾照顧者之行為問題，亦有研究者對於認知狀態視為腦部進行性之退化疾病，故於此部份則常見以臨床藥物實驗來提升及改善。

四、音樂治療於失智老人之實務應用

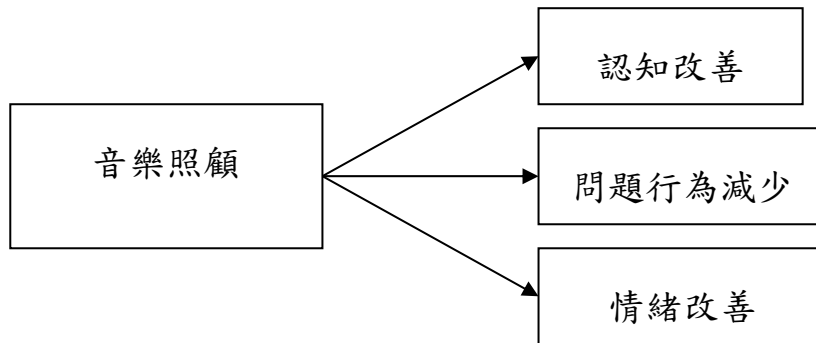
對於實施音樂治療上，許多學者也提供了寶貴之建議。Soltys 及 Coats (1995)建議在活動頻率上，針對輕中度失智老人，建議每週進行2-3次，每次應持續45-60分鐘。但 Ashida(2000)則認為針對失智老人，尤其在改善情緒症狀上，應維持每天進行。活動時間安排上，可於早上或午覺睡醒後進行，避免於黃昏時段，較容易誘發日落症候群，且必須保持環境安全，在施行過程中，盡可能固定時間且同一地點，以增加熟悉度。因失智症認知逐漸退化，在活動設計上可提供0-6歲兒童感興趣之活動內容 (Vance & Porter, 2000)，並可使用節奏樂器如手搖鈴(Kramer, 2001)。江(2003)則認為應用音樂療法於失智老人之團體治療，應該如同小朋友一般，讓他們放鬆情緒，大聲唱歌，盡情舞蹈，讓感情得以釋放並由同儕間的合作得到依靠，便不會有孤單的感覺。針對輕、中度失智老人應用上，團體的進行方式較個人進行方式合適，主要因為可運用團體的力量，將情緒傳達影響他人 (Lee, 2005)。於團體治療的療程中，更能提供較為有利的社交動機及滿足感與成就感 (徐, 2004)。且活動安排時，應將主動與沉默的失智老人交替而坐，有不安情形者需避免坐在一起相互影響，若團體中有專注力較差的失智老人，則建議安排在團體的中央(高、林, 2005)。

於評值上，多數研究採觀察法，對於輕度失智患者亦有使用自填問卷方式評值自我感受。學者建議對於失智病患之評值應包含過程評值及結果評值兩方面

，觀察者於活動過程中進行觀察，而照顧者於活動結束後進行追蹤(高、林, 2005)。多數文獻採用過程中觀察及活動後立即觀察做為評值結果，即所謂的過程評值。使用之相關研究工具，在認知部分，多以MMSE為測量工具。而情緒及行為部分所使用之工具則較為多樣化。而憂鬱症狀評估上，學者建議，不宜採用自我報告(self-report rated)方式，易低估其憂鬱症狀，宜採用會談(interview rated)加上觀察方式(Onega, 2006)。

第三節 研究架構

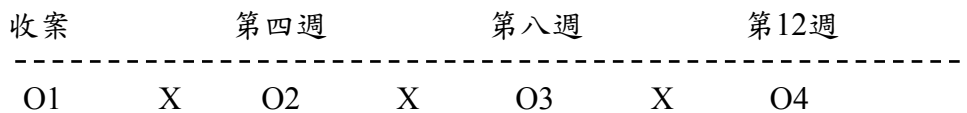
本研究參考以上相關文獻，並依據研究目的擬定以下之研究架構：如圖一



圖一、研究架構

第三章 研究方法

本研究採類實驗性研究前後測設計、重複測量方式進行。以立意取樣(purposive sampling)的方式於屏東榮家忘我園區(失智專區)，選取符合選樣條件的失智長者為研究對象，共收案63位，介入為期12週之音樂照顧活動。所有參與個案於活動介入前，進行前測，並於介入活動進行至第4週、第8週、第12週進行後測，以比較介入前與介入後在認知、行為及情緒之差異。本研究之研究設計如圖二。



圖二、研究設計圖

O1：前測

O2：研究進行至第4週之後測。

O3：研究進行至第8週之後測。

O4：研究進行滿12週之後測。

X：音樂療法介入措施。

第一節 地點、樣本與選樣

本研究於屏東榮家忘我園區(失智專區)進行，以立意取樣方式，選取符合以下條件者為研究對象：

一、65歲以上。

二、經醫師診斷證明為中度失智症(含)以上。

三、能以國語或台語溝通者。

四、聽力無障礙者。

五、居住機構超過半年者。

第二節 倫理考量

本研究進行時，針對研究對象的人權、安全和權益之倫理考量，遵守如下原則：

一、與失智老人之監護人或家屬解釋研究過程及目的後，取得其同意書(附錄一)。

二、本研究資料收集採會談法及觀察方式，內容及結果僅供本研究使用，
資料保密。

三、研究過程中若家屬不願個案繼續參與研究，可立即退出，不予強迫。

四、活動進行中，若個案有任何身體不適，或不願繼續參與，可立即退出。

第三節 介入措施

本研究運用自行設計的音樂照顧活動為介入措施，在活動進行前，先了解失智榮民熟悉之懷舊歌曲，再將曲目安排於活動中。音樂照顧共安排五首住民耳熟能詳的國語老歌，由美和科大學生協助編動作，再加上音樂樂器，二位負責帶動者花二週先熟悉動作。於每次進行音樂照顧活動時，使所有個案圍成門字形，個案可站或坐，帶動者面向所有個案。實務帶動時，發現五首曲目帶下來時間將近一小時，且太多變換動作，住民無法跟上，甚至因時間太長，紛紛離席或坐在座椅上休息；還有二位帶動者帶領方式不一致，引導榮民參與的態度不一，故重新編成簡單且重複的動作，將五曲目改成四曲目，節拍快慢各二首，加上大字報歌詞，讓榮民邊唱歌邊活動，使榮民能真正能融入音樂中；研究者並指定一位較活潑且表情肢體豐富的帶領者，全程帶領活動，並請照服員協助站在榮民旁一起活動，增加團隊熱鬧氣氛外，並提醒停下動作或打瞌睡的榮民繼續活動。

一開始先使用不具威脅性的柔和緩慢曲目(梅花)，讓榮民只需坐下來靜靜的聆聽音樂及跟著合唱，使其漸漸的進入音樂的領域，而非強迫式的要求參與者聽音樂及參與活動。接著，待榮民漸漸放鬆情緒接納音樂後，逐步進入快板活潑的樂曲(我的心中只有你沒有他、出人頭地)，明快的肢體動作再配合樂器的使用，藉由帶動者與榮民間互動過程，製造愉快的氣氛，如玩樂一般，使個案能由遊戲中接收到音樂，並感到愉悅及

興奮，最後避免過度高昂的情緒引發躁動行為，再以漸進式安排，於活動後期，回覆到緩慢的樂曲（中華民國頌），使其在高昂的情緒及愉快的氣氛下，漸漸的回到平靜緩和。

此活動利用簡單的樂器如鈴鐺、響板、沙鈴等，配合著節奏分明的樂曲，使大家能盡情的舞動四肢，宣洩情緒，也能放鬆心情，感受音樂帶給人心的震撼與感動。利用音樂的特性來帶給被實施者身心上的刺激，進而增強對人的關係及情緒的安定。活動進行前不做動作指導，採即興帶動方式。在活動進行中，榮民依照帶動者帶領所有動作，但過程中並不強迫個案執行所有動作，亦不強調動作之正確性。活動進行每週二次，每次活動約40分鐘，進行三個月，共計31次。

第四節 研究工具及信、效度

本研究以結構式問卷進行人口學資料收集，並運用評估認知、行為及情緒三個不同量表，進行觀察。研究工具包括：一、研究對象基本資料：含人口學變項及疾病相關資料變項；二、認知評估：採簡易智能狀態測驗 Mini-Mental Status Examination (MMSE) 量表；三、行為評估：採問題行為觀察量表十六項；四、情緒評估：採情緒型態觀察量表十項。

（一）研究對象基本資料

基本資料包括人口學變項及疾病相關資料變項。人口學變項資料包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、慣用語言、子女數及宗教信仰；疾病相關資料變項包含入住機構時間、疾病嚴重度(以MMSE做篩檢工具)及慢性病史(見附錄二)。

（二）簡易智能評估(MMSE)

涵蓋項目包含，定向感、訊息登錄、注意力及計算、短期記憶及語言能力。共計11項題目，滿分30分。以23分為界斷分數，0-23分不正常，24分以上正常。19-23分為輕度，10-18分為中度，0-9分為重度（Tiraboschi et al., 2000）。在信度方面，再測信度為.89到.98；而評量者間的信度則為.83（郭、劉、王，1988）。以本研究之42位居住於榮家中失智老人所測得之Cronbach α 為.91(見附錄三)。

（三）問題行為觀察量表

本研究之問題行為係以收集本家失智住民常見的問題行為，自行擬訂「問題行為觀

察量表」，以危害他人行為（身體攻擊照服員或住民）、危害自我行為（拒絕生理上的照護、常躺床部參與活動、其它）、困擾他人行為（遊走、喊叫、自言自語、定向感差、取走他人財物、破壞行為、隨地小便、重覆言語或行為、睡眠日夜顛倒、常開門想回家）三方面共16項進行評量，觀察失智榮民行為發生頻率（0表示無此行為，1表示上星期未發生，2表示上星期發生1-2次，3表示上星期發生3-6次，4表示每日發生）、行為持續時間（0表示無此行為或發生於一個月內，1表示已發生1-6個月，2表示已發生7-12個月，3表示已發生12-24個月，4表示已發生至少2年）、以及照顧者感受（0表示一點也不，1表示輕度，2表示中度，3表示重度，4表示極重度）。經由美和科大二位學者專家建議修改，檢定量表信度Cronbach's alpha 為.75。本研究針對42位居住於機構中失智老人測得其Cronbach α 為.77（見附錄四）。

（四）情緒型態觀察量表

本研究參考國外居家照護評估工具使用手冊（MDS-HC Version 2.0）（John, 1999）內情緒型態觀察量表，以憂鬱、焦慮、悲傷情緒指標及情緒負向發展二方面共10項進行評量，觀察失智榮民出現的頻率（0表示過去3天沒有出現過，1表示過去3天出現過1-2次，2表示過去3天每天出現過）。經由美和科大二位學者專家建議修改，檢定量表信度Cronbach's alpha 為.83。本研究針對42位居住於機構中失智老人測得其Cronbach α 為.86（見附錄五）。

第五節 資料收集

首先，由榮家相關照護人員提供失智老人名單並進行篩選，篩選出合適個案後，首先進行前測部分，測量認知、行為及情緒三份量表。在人口調查表部分，則由榮家負責相關業務人員提供。認知部分，則以篩檢時MMSE所測得之分數登錄。行為、情緒測量部分，則由機構中主要照顧者了解近一月榮民之狀況，並加以記錄。前測完成後，於隔週進行音樂照顧活動。於音樂照顧活動進行前，研究者先將活動時間表給榮家帶動者（同一人）及工作同仁，以方便了解活動進度。音樂照顧活動進行每週兩次、每次約40分鐘，活動進行三個月，共計31次。於活動進行滿四週、八週及12週時，分別進行測量，共計三次後測。後測進行方式，認知、行為、情緒之測量均由主要照顧者會談及觀察個案日

常生活行為表現並做紀錄，由研究者決定測量得分；所以加上前測共四次測量。

第六節 資料分析

研究採 SPSS for Window 12 進行統計分析，將收集之資料編碼後，以描述性統計方式分析基本資料，並以 paired t-test 檢定前後測資料，分析顯著水準訂於 $\alpha = .05$ 。

一、描述性統計

基本資料中，類別變項如性別、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、慣用語言、MMSE 嚴重層級、慢性病史等以人數及百分比呈現；連續變項疾病資料如年齡、子女數、入住機構時間、疾病嚴重度(MMSE)則以平均值、標準差進行分析說明。

二、推論性統計

成對 t 檢定(paired t-test)

將前後測資料以 t 檢定進行分析，測量介入措施後其認知、行為及情緒是否有成效。

第四章 研究結果與討論

本章節將探討個案參與三個月共 31 次之音樂療法介入措施後之成效。彙集所有資料後，依據本研究之目的，測試音樂照顧對機構失智老人認知、行為及情緒狀態改變之成效。首先，於第一節中將針對所有研究個案之人口學資料，做描述性統計分析說明；第二節將探討音樂照顧對機構中失智老人之認知狀態之成效；第三節將探討音樂照顧對機構中失智老人之行為狀態之成效；第四節將探討音樂照顧對機構中失智老人之情緒狀態之成效。

第一節 研究對象人口學資料

經篩選後，本研究共收案 63 人，過程中共退出 21 人(2 位住院病故)，個案流失率為 31.8%。學者表示，若出席率未達 70% 者，為避免影響結果，將該研究對象予剔除(Hopkins, 2000)。進一步了解個案流失原因包括：拒絕參加(43.5%)、住院(29.4%)、中途離席(20.1%)、請假就診或回家(5.5%)及身體不適(1.2%)等，出席率超過 70% 者，共 42 人，平均出席次數為 27.8 次，出席率為 89.6%；故完成 12 週之後測者共 42 人。

本研究個案平均年齡為 87.74 ± 3.58 歲；全部為男性；教育程度識字為 12 人(28.6%)，

初中為10人(23.8%)，國小為6人(14.3%)，大學以上6人(14.3%)，不識字為5人(11.9%)，高中3人(7.1%)；宗教信仰以無宗教信仰居多，共有30人(71.4%)，其次為佛道教7人(16.7%)，基督教3人(7.1%)，天主教2人(4.8%)；婚姻狀況以已婚者共16人(38.1%)，未婚者16人(38.1%)，喪偶10人(23.8%)；慣用語言以慣用國語居多，共40人(95.2%)，其餘台語1人(2.4%)，國台均可1人(2.4%)；其子女數平均 1.14 ± 1.56 人；MMSE平均為 8.00 ± 6.19 ，重度失智26人(61.9%)，中度失智14人(33.3%)，其餘輕度、正常各1人(2.4%)；其入住忘我園區時間，平均居住 18.58 ± 6.36 個月；罹患慢性病者共42人(100%)，平均罹患 1.51 ± 0.79 種慢性疾病，其中以其它最多，31人次(47.7%)，高血壓19人次(29.2%)，糖尿病7人次(10.8%)，心臟病8人次(10.8%)，肺病1人(1.5%) (見表一)。

表一、研究個案人口學特性

(N = 42)

變項名稱	N (%)	<i>M</i> ± <i>SD</i>
年齡		87.74 ± 3.58
性別		
男	42 (100%)	
女	0 (0%)	
教育程度		
不識字	5 (11.9%)	
識字	12 (28.6%)	
國小	6 (14.3%)	
初中	10 (23.8%)	
高中	3 (7.1%)	
大學以上	6 (14.3%)	
宗教信仰		
佛道教	7 (16.7%)	

基督教	3 (7.1%)	
天主教	2 (4.8%)	
無	30 (71.4%)	
婚姻狀況		
已婚	16 (38.1%)	
未婚	16 (38.1%)	
喪偶	10 (23.8%)	
子女數		1.14 ± 1.56
慣用語言		
國語	40 (95.2%)	
台語	1 (2.4%)	
國台語均可	1 (2.4%)	
MMSE		8.00 ± 6.19
正常	1 (2.4%)	
輕度失智	1 (2.4%)	
中度失智	14 (33.3%)	
重度失智	26 (61.9%)	
入住機構時間 (月)		18.58 ± 6.36
罹患慢性病個數		1.51 ± 0.79
慢性病		
有	100 (100%)	
無	0 (0%)	

第二節 音樂照顧對機構中失智老人之認知狀態之成效

本節將依照本研究之目的「測試音樂療法對機構失智老人認知改變之成效」分析經過12週音樂療法介入措施後，介入組(n=42)其認知狀態於前測、第一次後測、第二次後測及第三次後測時之改變情形。

經過12週音樂療法介入下，在認知部分以MMSE測得，介入組(n=42)於前測平均7.98 ± 6.23，第一次後測平均13.39 ± 4.24，第二次後測平均8.24 ± 6.78，第三次後測平均8.36 ± 6.51。以paired *t*-test檢定介入組第三次後測與前測認知狀態之差異未達顯著水準($p = .488$)，顯示於認知狀態無特別成效（見表二）。

表二、介入組於不同時段其認知狀態之改變

前測	第四週	第八週	第12週	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>		
7.98±6.23	8.02 ±6.85	8.24±6.78	8.36±6.51	- 0.70	.488

針對機構中失智老人之認知狀態測試音樂照顧之成效，結果顯示無顯著進步，如同Suzuki等人(2004)的研究，其認知狀態並無顯著差異。分析其原因，本家失智榮民平均年齡87歲，MMSE平均8.00 ± 6.19分，大部分為重度失智個案（61.9%），故對其認知狀態本身的改善空間有限，甚至對於MMSE內容無法理解，導致無法施測。但就實際觀察帶動過程，個案雖然不記得部分音樂及帶動的動作，仍會跟著帶動者及音樂的節拍一起做動作，或者手搖音樂輔具器，或者看著大字報跟著唱歌。

第三節 音樂照顧對機構中失智老人之行為狀態之成效

本節將依照本研究之目的「測試音樂療法對機構失智老人行為改變之成效」，分析經過12週音樂療法介入措施後，介入組(n=42)其行為狀態於前測、第一次後測、第二次後測及第三次後測時之改變情形。

介入組(n=42)於前測平均12.79 ± 9.83，第一次後測平均11.90 ± 9.84，第二次後測平均11.67 ± 10.94，第三次後測平均8.55 ± 7.01。以paired *t*-test檢定介入組第三次後測與前測行為狀態之差異達顯著水準($p = .002$)，顯示整體行為狀態、行為發生頻率、行為持續時間及照顧者感受均有減少（見表三）。

再以paired *t*-test將前測、第一至三次後測行兩兩檢定比較，顯示參與音樂療法之失智老人，其行為狀態於第12週後測小於第八週，第八週小於第四週，第四週小於前測，顯示參與音樂照顧之失智老人其行為狀態顯著減少。

表三、研究個案(N = 42)於不同時段其行為狀態之改變

項目	前測	第四週	第八週	第12週	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>		
整體行為	12.79 ±9.83	11.90 ±9.84	11.67 ± 10.94	8.55 ±7.01	3.30	.003**
發生頻率	4.67 ±3.92	4.26±3.56	4.12±3.81	3.17±2.58	3.08	.004**
持續時間	4.52±3.58	4.31±3.73	4.17±3.95	2.98±2.62	3.12	.003**
照顧者感 受	3.60±2.91	3.33±2.84	2.38±2.59	2.40±2.20	2.98	.005**

註：***p* < .01

針對機構中失智老人之行為狀態測試音樂療法之成效，結果顯示有顯著且漸進性的進步。此結果與多數文獻，如Liao (2004)等人結果相同，本研究介入組個案之問題行為上，呈現穩定狀態。且據機構中主要照顧者表示，個案問題行為有顯著下降，平時出現與人爭吵或干擾他人行為減少。另外，在活動進行時，因機構中無法提供獨立之空間，故活動進行時常有其他人員或住民干擾，是否造成個案注意力分散，使得結果受影響，則可再進一步探討。學者研究中亦發現，無論任何活動，個案只要是在團體活動之外者，極易造成分心而離席(Kovach & Henschel, 1996)。

第四節 音樂照顧對機構中失智老人之情緒狀態之成效

本節將依照本研究之目的：測試音樂療法對機構失智老人情緒改變之成效，分析經過12週音樂療法介入措施後，介入組(n=42)其情緒狀態於前測、第一次後測、第二次後測及第三次後測時之改變情形。

介入組(n = 42)於前測平均 1.71 ± 1.24 ，第一次後測平均 1.60 ± 0.99 ，第二次後測平均 1.55 ± 1.15 ，第三次後測平均 1.40 ± 0.94 。以paired *t*-test檢定介入組第三次後測與前測行為狀態之差異達顯著水準(*p* = .014)，顯示情緒狀態有下降。

再以paired *t*-test將前測、第一至三次後測兩兩檢定比較，顯示參與音樂照顧之失智老人，其情緒狀態於第四週、第八週及第12週均小於前測，顯示參與音樂照顧之失

智老人其情緒狀態顯著改善(見表四)。

表四、介入組於不同時段其情緒狀態之改變

前測	第四週	第八週	第12週	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>		
1.71 ± 1.24	1.60 ± 0.99	1.55 ± 1.15	1.40 ± 0.94	2.57	.014*

註：**p* < .005

在情緒部份，如同Ashida(2000)提出音樂療法可降低失智老人之憂鬱症狀及穩定情緒並增加與他人互動。本研究在情緒部分，與文獻所得之結果相同，均有顯著成效，憂鬱症狀有顯著的下降。在實際觀察中，個案於活動當時開懷的唱笑，能主動的與帶動者打招呼，均顯示個案對於參與活動愉悅的心情。在音樂照顧一連串的曲目安排下，聽到熟悉的歌曲也不自覺得跟著唱，雙手舞動，搖頭晃腦的沉浸在懷舊的氣氛中。

第五章 結論及建議

本章節將綜結本研究之結果，進一步說明本研究之限制，最後，針對音樂照顧在實務及研究上之應用做一建議說明。

第一節 研究結論

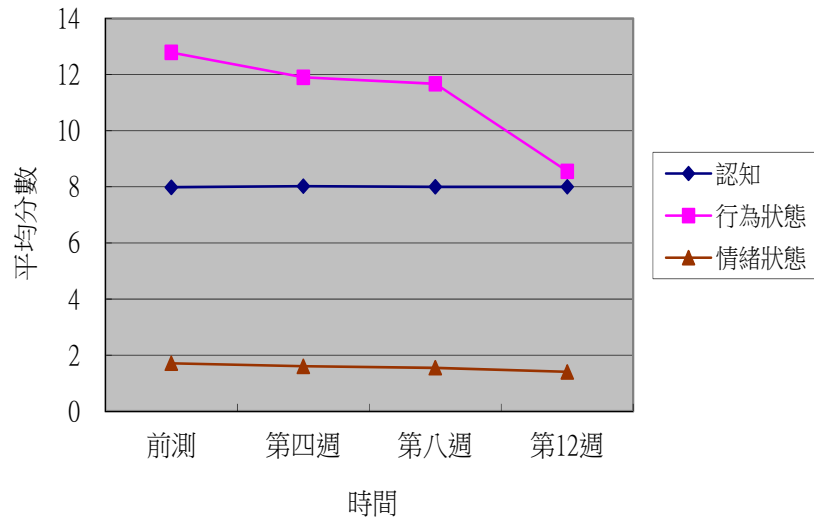
依本研究之目的，研究結果歸納如下：音樂照顧應用於機構中失智老人，經過三個月之測試，在行為及情緒狀態上有顯著之改善，但於認知狀態上則無明顯改善(見表五、圖三)。

表五、住民認知、問題行為、情緒狀態之比較

變項	前測	後測 1	後測 2	後測 3	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>		
認知	7.98 ± 6.23	8.02 ± 6.85	10.24 ± 5.28	8.36 ± 6.51	-0.70	.488
問題行為	12.79 ± 9.83	11.90 ± 9.84	11.67 ± 10.94	8.55 ± 7.01	3.30	.002**

情緒狀態	1.60 ±	1.55 ± 1.15	1.40 ± 0.94	2.57	.014*
	1.71 ± 1.24	0.99			

註：1. *p < .05 2. **p < .01



圖三、前測、第四週、第八週及第 12 週認知、問題行為、情緒狀態平均得分

第二節 研究限制

本節將研究過程中所遭遇到之困境與限制，做以下之說明及討論：

一、樣本數過小

依照前驅試驗中，本研究僅能收案63人，但經篩檢後實際收案共42人。在活動進行中，有許多因素是無法控制而造成個案的流失，使其結果較無法做廣泛推論。

二、無對照組

本研究因顧慮到機構之總個案數不足，以及榮民年邁身體狀況多、重度失智者多影響評量，故只採取單組前後測設計，收案個案全為介入組，但無對照組比較，造成無法控制之偏差及干擾因子，因此無法做有效推論。

三、活動場地的限制

所有參與本研究的個案分兩區帶活動，南園區住民約41人、北園區住民約22人，故活動只能在機構開放場地（護理站前空地）進行。活動進行時，個案易受四周環境變動之影響，不論是哪任何聲音、人員的走動、廣播器等，都會造成個案分心，無法專心參與

活動；另外機構提供音響設備不完全，聲音太小，加上住民年邁重聽者多，無法完全聽到音樂無法感動。在音響喇叭的設置上，大多為單一喇叭，非環繞式音響，喇叭的位置有些較接近個案，使得音樂音量之大小較難調整，導致坐在較靠近音響的個案嫌太大聲，而坐的比較遠的個案在音樂較輕柔時，反而聽不到音樂。

四、人員的干擾

原設定本研究活動進行之過程，人員在活動開始進行時便不再隨意進出，但因活動場地在護理站、大門前面，電話聲、電鈴聲、訪客訪視、人員進出等均造成干擾；加上機構常有不定期的戶外活動、社服團體至機構關懷住民，或帶動者的排班問題，造成音樂照顧活動時間無法固定。另外，在活動進行中，個案躁動不安、上廁所或身體不適時，隨意進出活動場地干擾他人。工作人員無法引導住民出來參與活動，在引導過程中花費時間長，造成部分住民的抱怨和專注力不集中，且工作人員的調動、照顧人員的態度及對此活動的認知，均會對個案造成許多影響，不論在日常生活上的情緒波動、問題行為的產生，甚至影響到活動參與度及配合度。

第三節 未來實務與研究建議

經由本研究進行之過程及結果，提出以下對未來實務上之應用及未來研究方向之建議：

一、未來實務上建議

本研究結果顯示，應用音樂照顧於失智老人上，於行為、情緒狀態確實有不錯的成效，故建議可將此音樂照顧加入機構常規活動中。因本研究所利用之音樂照顧不需有相關音樂背景專長，在接受訓練後即可帶動，故未來在機構實際帶動上，可建議安排機構人員（照服員、護理人員、社工員、替代役），或甚至志工人員參加帶動訓練，並安排於機構例行活動時間中進行帶動，活動進行時間的長短，可依照不同對象作內容設計。就本研究進行期間，發現一些會造成干擾活動進行之問題，為避免往後帶動音樂照顧時，造成活動進行不順利，故在此提供未來欲帶動音樂照顧之帶動人員做參考：

(一) 活動場地安排及人員控制

在活動場地安排上，可依照參與人數多寡做場地大小之選擇，即讓參與者圍成一圈

後，至少手部能完全伸展之距離，故建議以單元式12人為主，安排在單元內活動區，如此音響就不需過大，也能管制人員進出，不受干擾。

(二) 機構人員對音樂照顧的認知

機構人員對於活動也須有一定的認知，因為在認知不足的情況下，許多工作人員可能會成為活動干擾的主要來源，如活動中，協助人員大聲喊叫、任由個案進出場中干擾他人，都會使活動進行不順利。故建議可於活動前先行給予機構人員相關資訊，甚至安排相關課程，以方便在帶動時增加機構人員的認同及配合度，並適時、適當的給予個案協助及鼓勵。

(三) 樂器使用之安全性

音樂照顧常需運用樂器作輔助工具，樂器的使用在整個活動帶動中，佔有非常重要的角色。針對失智患者此類特殊個案，安全的使用樂器是非常重要的。失智患者常見有囤積的習慣，在本研究進行中曾發現，有個案於活動時，將發下的樂器放入口袋中、藏在懷中。有鑑於此，活動進行中，協助者的觀察及結束後樂器的點收須特別注意。

(四) 帶動者的熱誠

活動進行的成效與帶動者帶動過程息息相關，帶動者的一個動作、一個微笑，任何的肢體動作及臉部表情均影響被帶動者。若帶動過程僅是將動作完成，如一般帶動唱，而未能配合樂曲的高潮起伏，做肢體的表現及臉部表情的變換，那結果必定事半功倍。運用優美的音樂配合上具有吸引力的肢體語言，如此才能將音樂照顧達到其最好的成效。

二、未來研究上建議

就本研究之經驗，對於往後預進行相關之研究者做以下建議：

(一) 不同失智症程度之應用

建議可利用此音樂照顧應用於不同程度之失智老人，將其以MMSE或其他方式做疾病嚴重度區分，活動時可採分開進行或合併進行方式以了解不同程度之失智患者其改變的狀況。且若能有家人一同參與，可進一步比較是否對失智患者之身、心狀態的改善更加顯著。

(二) 應用於不同之對象

音樂照顧的進行，不單有音樂抒壓的效果，更配合身體由靜而動的肢體活動，故建議可將此音樂照顧應用於不同對象，如安養護堂隊輕度失智的榮民，可利用音樂的高低起伏安排，配合著肢體動作，探究是否可增進身體功能，如關節活動度、柔軟度；亦可探討音樂照顧對增進生活滿意度及改善憂鬱程度之效果，對於中風或肢體障礙者，可運用樂曲之節拍，配合肢體的動作，測試其對患側肢體活動功能之改善成效。

(三) 量表選擇

本研究於認知行為方面之量表，在前後測試上，未呈現顯著成效，實際了解後，護理人員表示重度失智的榮民無法理解或回答問題，故針對重度失智者無法執行認知方面的研究，建議使用質性研究的方式或研發觀察式的認知量表，以方便做評估。

參考文獻

壹、中文部分

- 內政部統計處（2014，1月12日）·近年我國老年人口數一覽表·內政部統計處·取自
<http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100> 老人人口數一覽表.xls
- 行政院經濟建設委員會（2009，12月）·長期照護保險規劃報告·行政院經濟建設委員會·取自<http://www.cepd.gov.tw/cgi-bin/search/query.cgi?q>
- 江漢聲（2003）·音樂療癒DIY·台北：時報。
- 林惠娟、陳淑齡（2007）·以焦點團體來探討長期照護機構老人對團體音樂療法的體驗·
護理雜誌，54，38-46。
- 加藤美知子著、陳美如譯（2004）·標準音樂治療入門·台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 宋美瑩（2003）·改善住民活動專案—音樂療法及其他·*長期照護雜誌*，7（3），205-216。
- 吳淑如、杜敏世（2001）·護理之家住民健康問題探討·*長期照護*，5（1），54-64。
- 郭乃文、劉秀枝、王珮芳（1988）·「簡短式智能評估」之中文化施測與常模建立·*復健醫學雜誌*，16，52-59。
- 高潔純、林麗嬋（2005）·機構失智長者的活動設計·*護理雜誌*，52（1），61-65。
- 徐綺萍（2004）·音樂療法與心理/諮商---銀髮族·於中華民國應用音樂推廣協會作者群
編著，*音樂與治療*（PP.172-185）·台北：星定石文化。
- 黃正平（2000）·失智症之精神醫學觀·*應用心理學*，8，19-26。
- 施以諾（2006）·病房裡的音樂會—醫護人員的音樂治療實用手冊，一版·台北：藝軒出版社。
- 葉淑惠、陳幼梅（2002）·失智症·於周慧珮編著，*老人照護指引*（pp.185-205）·台北：偉華。
- 陳淑雯、湯雅芳、黃瓊萱（2002）·機構老人之活動設計·*長期照護*，6（1），89-96。
- 張志誠、侯志恭（2004）·如何評估及處理失智症患者的行為問題·*基層醫學*，19（6），134-138。

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

董曉婷、陳桂敏(2007) 。音樂療法於改善機構失智老人認知、行為問題及憂鬱之成效探討。 *實證護理* , 3(4) , 309-318。

劉弘仁、黃正平 (2002) 。老年憂鬱症。 *臨床醫學* , 49 (4) , 227-233。

劉嘉逸、劉秀枝 (2000) 。阿茲海默式症之非認知症狀。 *應用心理研究* , 7 , 89-103。

貳、英文部分

Ashida, S.(2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.

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

Brotons, M., & Koger, S. M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195.

Cevasco, A. M., & Grant, R. E.(2006). Value of musical instruments used by the therapist to elicit responses from individuals in various stages of Alzheimer's disease. *J Music Ther*, 43(3), 226-46.

Cohen, M. J. (2001) . Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(4), 361-81.

Cook, J. D. (1986). Music as an intervention in the oncology setting. *Cancer Nursing*, 9(1), 23-28.

Gotell, E., Brown, S., & Ekman, S. L. (2003). Influence of caregiver singing and background music on posture, movement, and sensory awareness in dementia care. *International Psychogeriatrics*, 15(4), 411-430.

Groene, R. W. (1993). Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer type. *Journal of Music Therapy*, 30(3), 138-157.

- Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodkinson, S., & Hopkins, V.(2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *Int Psychogeriatr*, 18(4), 623-30.
- John, P. H., et, al. (1999).Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. *Oxford Journals*, 44(5), 665-679.
- Kovach, C. R., & Henschel, H. (1996). Behavior and participation during therapeutic activities on special care units. *Activities, Adaptation & Aging*, 20(4), 35-45.
- Kramer, M. K. (2001). A trio to treasure: The elderly ,the nurse, and music. *Geriatric Nursing*, 22(4), 191-197.
- Lee, A. R. (2005. April 24). Dementia-Problem areas for clients music therapy goals targeting these problem areas & music therapy methods used for treatment. *University of Wisconsin-Eau Claire* . Available <http://www.uwec.edu/rasarla/Research/litandgoals/Other/goals.htm>
- Ledger, A. J., & Baker, F. A.(2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging Ment Health*, 11(3), 330-8.
- Lipe, A. W., York, E., & Jensen, E.(2007). Construct validation of two music-based assessments for people with dementia. *J Music Therapy* 2007, 44(4), 369-87.
- McLemore, M. P. (2000). Uses of music therapy with Alzheimer's patients and those with related dementias in Mississippi, Louisiana, and Alabama. Unpublished doctoral dissertation. *University of Southern Mississippi*.
- Liao, Y., Hwang, Y., Huang, C., Yang, S., Chang, J., & Wang, M. (2004). The effect of music therapy on the behavior problems of meal-time in demented elders. *The Gerontologist*, 44(1), 656.
- Onega, L. L. (2006). Assessment of psychoemotional and behavioral status in patients with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 41, 23-41.

- Plum, F. (2005). Neurologic disorders. In M. H. Beers & R. Berkow (Eds.), *The Merck manual* (17th ed., pp. 1393-1400). Pennsylvania : Gary Zelko.
- Smith, A. G. (2004). Behavioral problems in dementia: Strategies for pharmacologic and nonpharmacologic management. *Postgraduate Medicine, 115*(6), 47-56.
- Smith, M., & Buckwalter, K. (2005). Behaviors associated with dementia. *American Journal of Nursing, 105*(7), 40-52.
- Solty, F. G., & Coat, L. (1995). The SolCos model: Facilitating reminiscence therapy. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 33*(11), 21-26.
- Sung, H. C., & Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs, 14*, 1133-40.
- Sung, H. C., & Chang, A. M. (2006). The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*, 999-1000.
- Suzuki, M., Kanamori, M., Watanabe, M., Nagasawa, S., Kojima, E., Ooshiro, H., & Nakahara, D. (2004). Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia. *Nursing & Health Sciences, 6*(1), 11-18.
- Tiraboschi, P., Hansen, L. A., Alford M., Masliah, E., Thal, L. j. & Corey-Bloom, J. (2000). The decline in synapses and cholinergic activity is asynchronous in Alzheimer's disease. *Neurology, 55*(9), 1278-1283.
- Tractenberg, R. E., Weiner, M. F., Patterson, M. B., Teri, L., Thal, L. J. (2003). Comorbidity of psychopathological domains in community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 16*(2), 94-99.
- Vance, D. E., & Porter, R. J. (2000). Montessori methods yield cognitive gains in Alzheimer's day cares. *Activities, Adaptation & Aging, 24*(3), 1-3.
- Voyer, P., & Martin, L. S. (2003). Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal Mental Health Nursing, 12*(1), 11-21.

- Winckel, A. V., Feys, H., & Weerdt, W. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18, 253-260.
- Ziv, N., Granot, A., Hai, S., Dassa, A., & Haimov, I.(2007). The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *J Music Ther*, 44(4), 329-43.

音樂照顧於改善榮家失智老人之認知、行為、情緒之成效

研究參與同意書

失智症因疾病退化而造成認知能力下降、問題行為及情緒不穩等產生，帶給照顧者許多困擾及不便。本人是屏東榮家保健組陳美蘭組長，基於對失智長輩身心健康的關注，進行「音樂療法」對失智症的研究。希望藉由您對研究的認同及長輩的熱心參與，以提升生活品質、增進身心健康，並作為今後醫療服務及照顧之參考。

研究過程：

- (1) 研究進行每週三次、每次約30-40分鐘之音樂療法，共進行三個月。
- (2) 由護士擔任音樂療法帶動者，配合音樂曲調做各種不同，放鬆筋骨、舒解心情的團體活動。
- (3) 分別於研究進行前及進行後一個月、二個月、三個月各進行一次測量評估，綜合分析及評估，作為研究報告。

此研究資料完全保密，不會影響您在醫療上的權益，參與的過程中您可以隨時提出問題及意見。感謝您的參與！

敬祝您

健康 愉快！

住名姓名：

同意參與者簽名：

日期：

屏東榮家 保健組

陳美蘭組長 敬上

聯絡電話：08-7700190

人口學調查表

編號：_____ 日期：

1. 出生年月日：____年____月____日
2. 性別：
(0)男 (1)女
3. 教育程度：
(1)不識字(2)識字 (3)國小 (4)初中 (5)高中 (6)大學以上
4. 宗教信仰：
(1)佛道教(2)基督教(3)天主教(4)其他(5)無
5. 婚姻狀況：
(1)已婚(2)未婚(3)離婚(4)喪偶
6. 子女數：_____人
7. 慣用語言：
(1)國語(2)台語(3)國、台語均可(4)其他
8. 疾病嚴重度(MMSE)：_____分
9. 入住機構時間：____年____月
10. 其他慢性病：
(1)高血壓(2)糖尿病(3)心臟病(4)腎臟病(5)肺病(6)其他(7)無

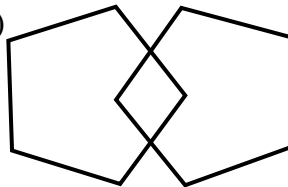
簡易智能狀態測驗(MMSE)

編號：_____

日期：_____

錯 正 不
誤 確 明

- 0 1 9 1) 今年是那一年？
- 0 1 9 2) 現在是什麼季節？
- 0 1 9 3) 今天是幾號？
- 0 1 9 4) 今天是禮拜幾？
- 0 1 9 5) 現在是那一個月份？
- 0 1 9 6) 我們現在是在那一個省？
- 0 1 9 7) 我們現在是在那一個縣、市？
- 0 1 9 8) 這間醫院（診所）的名稱？
- 0 1 9 9) 現在我們是在幾樓？
- 0 1 9 10) 這裡是哪一科？
- 0 1 9 11) 藍色 請重複這三個名稱，按第一次複述結果計分，
悲傷 最多只能重複練習三次；練習次數：_____
- 0 1 9 火車
- 12) 請從 100 開始連續減 7，一直減 7 直到我說停為止。（每減對一次得一分）
93_____；86_____；79_____；72_____；65_____；
- 0 1 9 13) 藍色（約五分鐘以後，請說出剛才請你記住的三樣東西，每對一項得一分，不論
順序）
- 0 1 9 14) 悲傷
- 0 1 9 15) 火車
- 0 1 9 16) （拿出手錶）這是什麼？_____
- 0 1 9 17) （拿出鉛筆）這是什麼？_____
- 0 1 9 18) 請跟我唸一句話 『白紙真正寫黑字』
- 0 1 9 19) 請唸一遍並做做看 『請閉上眼睛』
- 0 1 9 20) 請用左/右手（非利手）拿這張紙（三步驟指令，每對一步驟得一分）
把它折成對半
然後置於大腿上面
- 0 1 9 21) 請在紙上寫一句語意完整的句子。（含主詞動詞且語意完整的句子）
- 0 1 9 22) 這裡有一個圖形，請在旁邊畫出一個相同的圖形。（兩五邊形，交一四邊形，
有兩交點，則給分）



總分

（圈選 9 的部分不予計入，並說明無法施測之原因）

問題行為觀察量表

編號：_____

日期：_____

問題行為型態		行為發生頻率	行為持續時間	照顧者感受
		0=無此行為 1=上星期未發生 2=上星期發生 1-2 次 3=上星期發生 3-6 次 4=每日發生	0=無此行為或發生於 一個月內 1=已發生 1-6 個月 2=已發生 7-12 個月 3=已發生 12-24 個月 4=已發生至少 2 年	0=一點也不 1=輕度 2=中度 3=重度 4=極重度
危害 他人 行為	1.身體攻擊（照服員）			
	2.身體攻擊（住民）			
危害 自我 行為	3.身體自我傷害			
	4.拒絕生理上的照護（拒 吃藥、洗澡等）			
	5.常躺床，不參與活動			
	6.其他可能的危險自我行 為			
困擾 他人 行為	7.不適宜的走動（遊走）			
	8.喊叫			
	9.自言自語			
	10.定向感差			
	11.取走他人的財物			
	12.破壞行為			
	13.隨地小便			
	14.重覆言語或行為			
	15.睡眠日夜顛倒			
	16.常開門想回家			

情緒型態觀察量表

編號：_____

日期：_____

憂鬱、焦慮、 悲傷情緒指標	請填寫觀察到的現象，但要排除假設情況。	
	0. 過去 3 天沒有出現過	
	1. 過去 3 天出現過 1-2 次	
	2. 過去 3 天每天出現	
		1. 覺得悲傷或憂鬱，覺得活得沒有價值；一點都不在乎；對任何人一點用處都沒有，死了比較好。
		2. 持續對自己或其他人生氣：例如—對照顧者容易發怒生氣。
		3. 明顯表達對不實際實情境的害怕：例如—害怕被放棄、遺棄。
		4. 重複抱怨健康問題：例如--持續尋求醫療處理、對身體功能有過度不切實際的關注。
		5. 重複具焦慮性的抱怨與關注：例如--續尋求注意或重複確認有關行事曆、餐點、洗衣服、穿衣服等事件。
		6. 悲傷、疼痛、擔憂的臉部表情：例如--眉頭深鎖。
	7. 重複發生哭泣與流淚情形。	
	8. 從有興趣的活動中退縮：例如--對於需要久站的活動或與家人或朋友共處的活動沒有興趣。	
	9. 減少社會互動情形。	
情緒負向發展	10. 情緒指標因子與過去 90 天的狀況比較有變差現象(若上次評估少於 90 天，則與上次評估情形比較)： 0.無 1.有	