

# 113 年度自行研究成果報告

題目：動物輔助治療方案對彰化榮家失智住民  
身心健康之成效探討

年度：113年

編號：CHVH113-001

單位：彰化榮譽國民之家

研究人員：輔導員楊詠婷

## (彰化榮家) 113年度自行研究成果報告提要表

研究題目	動物輔助治療方案對彰化榮家 失智住民身心健康之成效探討
研究單位及人員	輔導組 楊詠婷
研究期程	113年6月至113年9月

### 內容摘要

#### 一、研究緣起與目的

- (一)研究者在彰化榮家某次動物輔助活動(AAA)中，從一位失能劉伯伯所帶給的啟發，期藉由推行動物輔助治療(下稱 AAT)方案，將劉伯伯那份因動物而生的喜悅，傳遞給更多失智住民，以幫助失智住民改善身心狀況，為他們的人生添上更多色彩，也為照護工作帶來新的可能。
- (二)根據國內外學術探討，顯示參與 AAT 的患者在情緒穩定性及社交能力的表現上均有顯著改善，亦即透過動物的陪伴，失智症患者在情緒上能獲得安撫，並且有助於激發他們的社交需求，這種療法不僅可以促進患者的情感表達，還能減緩失智症進程中常見的焦慮與憂鬱。
- (三)本研究旨在探討 AAT 對失智住民身心健康的影響，藉由實施專為失智長者設計的 AAT 方案，評估其在改善情緒健康、促進社交互動、減輕行為問題及提升生理健康方面的效果。

#### 二、研究方法與過程

- (一)本研究欲探討 AAT 方案對彰化榮家失智住民身心健康之成效探討，以彰化榮家怡園失智住民為對象，採單組前、後測之實驗研究設計，以採方便取樣 (convenience sampling) 篩選11位中、重度失智症住民，運用 AAT 進行為期 10週的介入。
- (二)透過簡易智能狀態檢查 (MMSE)、老年憂鬱症量表 (GDS-5) 及日常生活活動量表 (ADLs) 資料進行前、後測量化分析，並於每周以用失智患者團體參與評估量表進行每一次的課程團體觀察，以探討介入效果，評估其在活動能力、認知狀況及正向情緒方面的變化。

#### 三、研究發現與建議

- (一)研究結果顯示 AAT 對認知狀況及正向情緒有顯著改善 ( $P < 0.05$ )，而在活動能力呈現正向趨勢，結果支持 AAT 在提升失智症患者生活品質方面的有效性。
- (二)依據本研究的結論與限制，研究者提出對實務方面及未來研究的建議如下。

##### 1. 未來實務建議

### (1) 持續推廣動物輔助治療

本研究顯示，除了活動能力無顯著提升外，在正向情緒及認知上確實有不錯成效，故建議能將 AAT 納入榮家常規非藥物治療的一環。

### (2) 針對認知狀況的進一步強化

研究發現 AAT 對提升失智住民的認知狀況具有顯著效果，建議未來課程設計中可融入更具挑戰性的認知活動，進一步鞏固住民的短期與長期記憶力，同時也可透過個別化活動設計達最大化干預效果。

### (3) 正向情緒提升的持續推廣

研究發現 AAT 對失智住民的正向情緒具顯著提升效果，建議榮家定期規劃與治療犬的互動活動，並將活動融入日常照護流程，以建立長期穩定的情感連結。

### (4) 增強專業培訓

建議榮家內能考慮安排堂隊人員(社工、護理師)參加動輔師訓練，實際依榮家狀況及特性設計活動課表，方能維持 AAT 影響力。

### (5) 提升活動能力的策略與可能性

研究結果顯示 AAT 對住民的活動能力未產生顯著提升效果，但仍觀察到一定的趨勢上升，建議未來研究可延長介入時程；此外，可搭配專業物理治療或職能治療師設計針對性強的活動，促進住民更積極參與身體訓練。

## 2. 未來研究建議

### (1) 寵物治療介入時間點提前

本次研究對象係以中度失智住民進行觀察分析，若能於中度失智前提早以寵物治療介入，應能有更好的治療成效。

### (2) 擴展研究範疇

本研究僅以量化數值評估，建議未來能增加質性研究，並將訪談研究對象與照顧者(護理師及照服員)納入分析及擴大樣本數，以及採多樣化介入方式，以探討不同類型的動物及治療方案對失智症住民的影響。

### (3) 多元化評估工具的應用

本研究主要採用 MMSE、GDS 與 ADLs 等標準化量表進行評估，未來可加入更敏感的評估工具，如與住民互動的即時觀察記錄、住民家屬與工作人員的主觀評價，以多面向佐證動物輔助治療的效益。此外，可設計以質性研究為主要的研究方法，深入探討住民在活動中的情緒變化與主觀體驗。

### (4) 擴大研究樣本與跨單位合作

本研究對象僅限於彰化榮家的失智住民，未來可擴大樣本規模，進一步檢驗動物輔助治療的廣泛適用性。同時，建議結合學術機構或專業團體，進行跨領域合作研究，增進研究設計的多樣性與可靠性。

# 目次

目次.....	I
表次.....	III
圖次.....	IV
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究背景.....	2
第三節 研究目的.....	5
第四節 名詞解釋.....	5
第二章 文獻探討.....	8
第一節 失智症概述.....	8
第二節 動物輔助治療.....	13
第三節 動物輔助治療應用在失智症者身心健康之研究.....	19
第三章 研究方法.....	22
第一節 研究設計.....	22
第二節 研究架構.....	22
第三節 研究對象與樣本.....	23
第四節 研究工具.....	24
第五節 研究步驟.....	26
第六節 資料處理與分析.....	27
第七節 研究倫理.....	28

第四章 研究結果 .....	30
第一節 研究對象基本資料 .....	30
第二節 介入措施對住民身心健康成效分析 .....	31
第五章 結論與建議.....	35
第一節 研究結論 .....	35
第二節 研究限制 .....	36
第三節 研究建議 .....	36
參考文獻 .....	39
中文部分 .....	39
外文部分 .....	41
附錄.....	44
附錄一：失智患者參與團體評估量表 .....	44
附錄二：簡易智能狀態檢查表（MMSE） .....	46
附錄三：老人憂鬱量表（GDS-5） .....	47
附錄四：日常生活活動功能量表（ADLs） .....	48
附錄五：參與研究同意書 .....	49
附錄六 團體方案內容 .....	50
附錄七 活動照片 .....	54

## 表次

表1	年齡別失智症盛行率.....	3
表2	失智症的種類與特性.....	9
表3	研究設計.....	22
表4	人口學資料分布情形表.....	30
表5	寵物治療介入前後（ADLs、MMSE、GDS-5）之差異.....	31
表6	失智患者團體參與評估量表重新分組表.....	32
表7	失智患者團體參與評估量表之ANOVA分析.....	33
表8	失智患者團體參與評估量表之LDS事後比較.....	34

## 圖次

圖1	研究者、劉伯伯與治療犬「貝貝」在榮家養護堂活動照片 .....	1
圖2	老年人口與高齡化時程一中推估 .....	3
圖3	動物輔助治療金三角概念圖 .....	17
圖4	研究架構圖 .....	23
圖5	研究步驟流程圖 .....	26
圖6	失智患者團體參與評估量表重新分組趨勢圖 .....	32

## 第一章 緒論

「每一隻動物都是一個心靈旅者，帶領人類走向更深的內在世界。」這句話點出了動物與人類之間微妙而深刻的聯繫。在這種聯繫中，動物以其單純的陪伴與無條件的接納，療癒了無數受困於孤獨與情緒壓力的人心，尤其是那些面對記憶退化與認知挑戰的失智症患者。

隨著全球高齡化的加速，失智症正成為一個日益嚴峻的公共健康議題，如何讓失智症患者的生命充滿尊嚴、情感連結與心靈安慰，成為長期照護領域的重要課題。而動物輔助治療(Animal-Assisted Therapy, AAT)以其獨特的非藥物性介入模式，為這一課題提供了嶄新的可能。

### 第一節 研究動機

記憶深處，有一幕情景始終揮之不去，那是在我任職彰化榮家養護堂堂長時、一位失明的長者劉伯伯。他因多年的病痛與視力喪失，常獨自坐在房內，彷彿將自己關進了一座孤獨的城堡，有一天，我們安排了動物輔助活動(Animal-Assisted Activity, AAA)，帶來一隻受過訓練的黃金獵犬「貝貝」。起初，劉伯伯對於狗的存在並不在意，但當貝貝緩緩走到他身旁，用溫暖的身體依偎在他的腿上時，伯伯的手下意識地伸出，輕輕觸摸狗柔軟的毛髮，那一刻，他原本僵硬的臉頰突然浮現出了一絲微笑，他低聲喃喃自語，像是在與老友對話。

圖 1 研究者、劉伯伯與治療犬「貝貝」在榮家養護堂活動照片



那是我第一次深刻感受到動物輔助活動的力量，它無需言語，僅透過一個簡單的觸摸，便打開了一扇通往情感世界的窗。我開始思考：如果動物的陪伴能為像劉伯伯這樣的長者帶來如此顯著的改變，那麼是否可以設計一套系統化的治療方案，為更多住民服務？

隨著工作職責的調整，我從養護堂轉至失智區，開始接觸另一群更為特殊的住民。失智症患者因記憶逐漸退化，面臨的不僅是日常生活的挑戰，更多的是情感與自我認同的喪失，他們常因無法表達情緒而焦慮不安，或因行為問題而讓照護者倍感壓力，在照護失智住民的過程中，我深刻體會到，他們對情感連結的需求從未減少，反而因病症的影響而顯得更加迫切。於是，想起照顧劉伯伯的經驗，我開始思考，是否可以將動物輔助活動的經驗，延伸到失智區，為這些長者創造更多的溫暖與支持？

於是，我試著再次辦理動物輔助活動觀察失智住民的反應。令我感動的是，原本神情淡漠的陳阿姨在看到狗時，眼神竟閃現出一絲熟悉的溫柔，甚至伸出手輕輕撫摸；另一位住民在狗靠近時，則喃喃地說起了他曾養過的一隻狗的故事；還有一位住民本來是疑惑甚至抗拒，然而，隨著狗狗聽從指令坐下、起身，溫馴的跳上長輩的膝頭，他的臉上漸漸浮現久違的笑容。

這樣的經歷不僅是我在工作中累積的觀察，也讓我深刻感受到，動物能激發人類情感深處的回應，失智長者雖然記憶逐漸流失，但他們的情感並未消逝，他們仍能感受到撫摸毛皮時的溫暖、聽到輕柔聲音時的安心，甚至短暫地穿越疾病的障礙，我相信，這活動或許無法徹底治癒失智症，但它可以成為溫柔的力量，為那些身陷記憶迷霧的人，帶來一絲光亮與安慰。

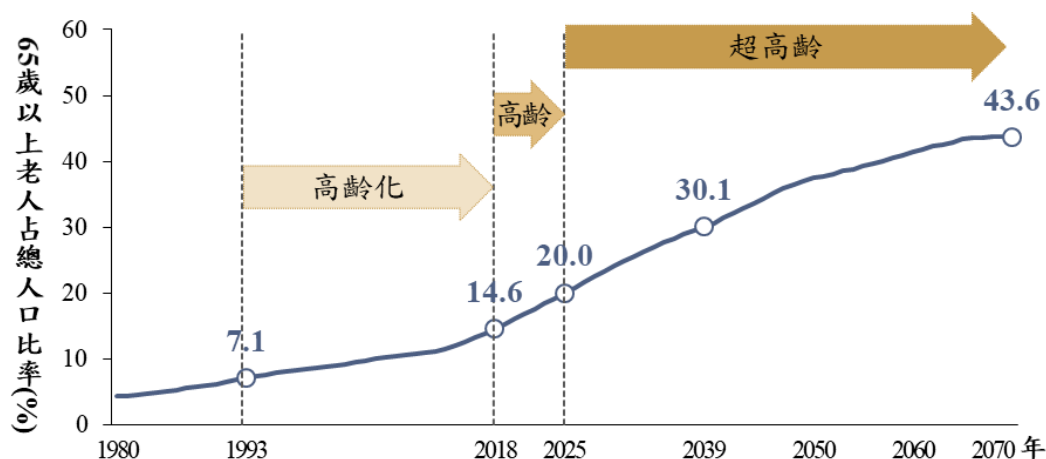
因此我思索，若能以系統性的方式推行動物輔助治療，是否可以更有效地幫助失智住民改善身心狀況？我希望透過這項研究，能將劉伯伯那份因動物而生的喜悅，傳遞給更多失智住民，為他們的人生添上更多色彩，也為照護工作帶來新的可能性與啟發，並在長期照護中的應用提供更多的實證支持。

## 第二節 研究背景

人口結構的變遷，對國家經濟及社會發展有重大及深遠的影響。根據聯合國世界衛生組織(WHO)定義，65歲以上人口占總人口比率達到7%、14%、20%，分別

稱之為「高齡化(aging)社會」、「高齡(aged)社會」及「超高齡(super-aged)社會」。台灣早在 1993 年已進入高齡化社會，並於 2018 年成為高齡社會，根據國家發展委員會(2022)的中推估，預估於 2025 年老年人口占比將再超過 20%，成為超高齡社會之一員(如圖 1-2)，甚至 2036 年更將達 28%，進入極高齡(ultra-aged)社會(衛生福利部社會及家庭署，2022)。

圖 2 老年人口與高齡化時程—中推估



資料來源：取自「中華民國人口推估(2022年至2070年)」，國家發展委員會，2022。

隨著全球人口老化加劇，特別是在台灣這樣逐漸邁向超高齡化的國家，失智症已成為不可忽視的公共健康議題。依據衛生福利部(2024)公布委託國家衛生研究院於2020年至2023年所進行「全國社區失智症流行病學調查」結果，發現全國社區65歲以上長者失智症盛行率調查結果為7.99%，其中年齡層越高失智症盛行率越高如表1。

表 1 年齡別失智症盛行率

年齡(歲)	65歲以上	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90
失智症盛行率(%)	7.99	2.40	5.16	9.10	16.00	20.04	29.45

資料來源：採自「112年全國社區失智症流行病學調查結果」，衛生福利部，2024。

彰化榮家核定總床位數 507 床，截至 2024 年 3 月底計收住 400 多位住民，平均年齡約為 81 歲，其中失智園區共收住 50 位住民，並依據榮家保健組資料統計，合併安養堂及養護堂住民資料，家區至 2024 年 3 月共 94 位失智住民，失智症盛行率為 23.5%，顯見失智症照護已是不容忽視的重要議題。

在長期照護機構中，失智症住民常有面臨孤獨感、情緒不穩定和與他人互動困難的問題。根據 Cohen 和 Wills(1985)及 Victor & Yang(2012)的研究，缺乏社會支持使失智症患者的孤獨感加劇，而 Kales 等(2015)則強調需透過適當的支持來應對這些情緒問題。這些研究表明，在長期照護機構中，失智症住民面臨的孤獨感、情緒不穩定和互動困難問題是多方面的，亟需透過整合性的支持和管理策略來提升他們的生活質量。

失智症目前是一種不可逆的疾病，在治療上可分藥物性治療與非藥物性治療，許庭榕、黃仲禹(2020)指出在失智症的治療中，非藥物治療已成為非常重要的一環。根據臺北榮總的研究顯示，非藥物治療不僅可以減少失智症患者躁動等行為症狀，亦可減少幻覺、妄想等精神症狀，並降低藥物的使用與其副作用（梁家欣、程蘊菁、陳人豪，2014），其中動物輔助治療以其獨特的療癒特性，經常被運用來減輕失智症患者行為精神症狀，能增進老人舒適感、支持感、獨立感、愉悅感等正向情緒；減少寂寞、無聊感，改善憂鬱狀態等負面感受，成為一種具潛力的輔助療法。

在台灣，許多學者對動物輔助治療的研究展現了相似的結論。葉明理、廖華芳、陳秀宜(2002)在研究中探討了台灣的動物輔助治療發展，強調這一療法對於減輕失智症患者孤獨感與提升生活質量的重要性。邱銘章和湯麗玉(2009)在其著作《失智症照護指南》中則指出，動物輔助治療可作為失智症患者照護的一個有效輔助方法。至於葉明理(2009)認為，動物輔助治療能有效融入全人照顧模式，幫助失智症患者減輕情緒不穩及焦慮，提高生活滿意度及社交互動，後來還進一步討論了這一療法的靈活性，指出其可依患者需求調整以促進身心健康(葉明理，2017)。

另江珮儀(2004)分享了在護理之家應用寵物治療的實踐經驗，指出寵物的陪伴不僅能增進老年人的情感支持，還能提高他們的生活滿意度和社交參與，印證了動物輔助治療的實用性。隨著研究的深入，陳怡岑(2020)探討動物輔助治療對失智症患者的情緒及社交互動的影響；楊美娟(2023)則研究動物輔助治療方案對社區失智

症長者身心健康與社交互動的成效，研究結果表明，動物輔助治療能顯著改善患者的社交互動能力和整體生活質量，強化了治療過程中的正向效果。

綜上，無論是國外的研究文獻還是國內的學術探討，都顯示參與動物輔助治療的患者在情緒穩定性及社交能力的表現上均有顯著改善，在失智症照護中展現出良好的潛力，亦即透過動物的陪伴，失智症患者在情緒上能獲得安撫，並且有助於激發他們的社交需求，這種療法不僅可以促進患者的情感表達，還能減緩失智症進程中常見的焦慮與憂鬱。

彰化榮家長期致力於為高齡住民提供專業且人性化的服務，故本研究試圖在彰化榮家怡園失智專區中，引入動物輔助治療方案，並透過實證研究探討其對失智住民身心健康的影響。我們相信，動物輔助治療不僅是一種療法，更是一份情感的連結與支持，它帶來的，不僅是身體的舒緩，還有心靈的安慰；不僅是一段療程，更是一個與生命對話的契機，這份研究的背後，是對長者最深的敬意與關懷，也是一場探索創新照護可能性的旅程。

### 第三節 研究目的

本研究旨在探討動物輔助治療對失智住民身心健康的影響，藉由實施專為失智長者設計的動物輔助治療方案，評估其在改善情緒健康、促進社交互動、減輕行為問題及提升生理健康方面的效果。研究具體目的包括：

- 一、了解彰化榮家怡園失智住民參與動物輔助治療方案的內涵。
- 二、評估動物輔助治療介入措施對彰化榮家怡園失智住民活動能力、認知狀況及正向情緒的改變情形。

### 第四節 名詞解釋

#### 壹、動物輔助治療 (Animal-Assisted Therapy, AAT)

根據 Delta Society(1996)的模式，動物輔助治療是一種有系統、有規劃且目標導向的方式，透過將符合特定治療需求及目標的動物夥伴納入治療歷程，協助個案改善狀況，期望促進個案在生理、心理與靈性上的全面成長，同時實現人與動物雙贏的結果。

本研究以葉明理與陳美麗(2012)文獻中提出的「動輔金三角」概念，運用經過專業篩選與訓練的動物(治療犬)、飼主(動物輔助治療員)，結合治療員(動物輔助治療師)的活動安排，以三足並重的方式進行療育活動。

## **貳、失智住民 (Dementia Residents)**

失智住民係指在長期照護機構中生活，因為各種原因(如阿茲海默症、血管性癱瘓等)導致認知功能逐漸衰退，這些住民通常在記憶、認知功能、社交互動等會受到影響，並且在其日常生活中需要監護或提供協助的老年人或成年人。

本研究將失智住民定義為 60 歲(含)以上，經醫師診斷為中度失智症，住在彰化榮家怡園失智專區，且能以國、台語溝通者。

## **參、活動能力 (Dementia Residents)**

Van Lummel et al.(2015)將活動能力定義為一個人進行身體動作所需要具備的能力條件，範圍包括日常生活活動等基礎能力，通常可透過客觀之身體活動測試來呈現其能力水平。

本研究採巴氏量表 (Barthel Index) 評量研究對象日常生活能力變化，另使用沈明德(2022)發展之失智患者團體參與評估量表，測量粗大動作及身體平衡協調，還有在本方案中需他人協助的程度與執行活動技巧。

## **肆、認知功能 (Cognitive Function)**

張春興(1989)在《張氏心理學辭典》中指出，認知(cognition)為個體經由意識活動對事物認識與理解的心理歷程。認知功能則係指人們在處理一件事情時大腦的運作過程，從認識到推斷如何處理，用來處理訊息或應用知識的心智能力。

本研究以簡易智能狀態檢查表(MMSE)及沈明德(2022)發展之失智患者團體參與評估量表測量認知功能，包含現實定向感、不適切行為、口語表達及溝通方式、短(長)期記憶力、活動持續度、對活動指令的理解力等。

## **伍、正向情緒 (Positive Emotion)**

正向情緒的概念源自於正向心理學，這一領域的奠基人之一是美國賓州大學的馬丁·塞利格曼 (Martin Seligman)，他在 2000 年出版的著作《真正的幸福：正向心理學的革命》中，深入探討了正向情緒的意義及其對個人幸福感的重要性。(Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C., 2005)

本研究的正向情緒包含情緒穩定度、參與度、活動中的合作性及態度與完成活動的自我滿意度。分別以沈明德(2022)發展之失智患者團體參與評估量表及 Hoyl et al(1999)針對老年人易疲憊與注意力不易集中問題而修正的老人憂鬱量表(GDS-5)二項量表作為檢測工具。

## 第二章 文獻探討

本研究主要目的是以實驗研究的方式，探討動物輔助治療方案的介入，對彰化榮家失智住民身心健康之成效，本章共分為三節，第一節為失智症概述、第二節動物輔助治療、第三節則探討動物輔助治療應用在失智症者身心健康之研究。

### 第一節 失智症概述

根據世界衛生組織(WHO)的最新數據，2019年癡呆症患者人數預計為5,500萬，到2050年將增至1.39億，並且在65歲及以上的人群中，失智症的發生率通常在5%至10%之間。

#### 壹、失智症的定義

失智症(Dementia)的名稱來自拉丁文，其語意為遺忘。邱銘章、湯麗玉(2009)指出，失智症它不是單一項疾病，是記憶力障礙再加上其他認知功能損傷的症狀組合(症候群)，包括語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，而這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力(楊美娟，2023)。

根據美國精神醫學會《精神疾病診斷與統計手冊》第五版(DSM-5)的定義，將失智症列為「重度神經認知障礙症(Major Neurocognitive Disorders)」(梁家欣等，2014)，其是一種由多種因素引起的慢性精神障礙，其特徵為逐漸惡化的記憶與認知功能損害，且不伴隨意識障礙。失智症必須具有慢性、持續且不可逆的特性，且這些損害通常會嚴重影響個體的社交與職能功能，方可診斷為失智症(王培寧、林克能、劉秀枝，2012；台灣失智症協會，2024)。

#### 貳、失智症的種類與特性

失智症可依病因分為退化性、血管性及可逆性失智症。退化性失智症為最常見包括阿茲海默症(Alzheimer's disease)、額顳葉型失智症(Frontotemporal lobe dementia)和路易氏體失智症(Dementia with Lewy bodies)；血管型失智症是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致的腦細胞死亡造成智力減退；可逆性失智症為可逆的，若能找出導因並對症治療，即能獲得緩解，如：營養失調、顱內病灶、新陳代謝異常或中毒等(如表2)。其中以阿茲海默型失智症最多，占56.88%；血管

型失智症次之，占 22.91%；巴金森氏症失智症再次之，占 7.12%(台灣失智症協會，2024)。

表 2 失智症的種類與特性

病因	種類	特性	主要症狀	發生原因
退化性失智症	阿茲海默症	是最常見的失智症類型，其特徵是大腦中出現了神經元的β澱粉樣蛋白。病患腦部神經細胞會受到破壞，造成大腦逐步緩慢的退化，且退化的歷程是不能回復的。	病徵以記憶力衰退最明顯，像是對時間、地點和人物的辨認出現困難，合併有認知功能、行為或性格的改變。	阿茲海默症的發生原因尚不完全清楚，但遺傳因素、蛋白質異常、關鍵反應、環境因素等都可能發生某種效果。
	額顳葉型失智症	腦部障礙以侵犯額葉或顳葉為主，此病症平均發生年齡較年輕，多為 50 歲到 70 歲間。	早期可能會出現兩種特性，第一為性格改變且無法調整，以致有不適切之行為反應及活動；第二為出現語言障礙，以致造成自我表達困難。兩者都會有逐步退化的現象。	大多(40%)是由遺傳，以及額顳葉神經元退化等所致。
	路易氏體失智症	是一種突觸核蛋白病變(synucleinopathy)特徵是大腦中α-突觸核蛋白(alpha-synuclein protein)的異常沉積，這種沈積稱為路易氏體。同時存在阿茲海默症和帕金森氏症的特徵。平均發生年齡為 70 歲以後。	早期就可能伴隨著身體僵硬、走路不穩、重複地無法解釋的跌倒現象。此外則會有比較明顯的精神症狀，例如：鮮明的視或聽幻覺、睡眠時出現大叫，亂踢或是揮打的狀況，這可能是快速動眼期的行為異常(REM-sleep behavior disorder, RBD)	確切原因尚不清楚，通常是由遺傳(30%)和環境(70%)影響的相互作用引起的。

續

表 2 失智症的種類與特性(續)

病因	特性	主要症狀	發生原因
血管型失智症	認知功能突然惡化，或是腦部功能呈階梯狀退化，起伏的病程，容易發生在夜間混亂現象，天色變暗人就不清楚，病史中常常有高血壓的情況。	動作緩慢、反應遲緩、步態不穩與精神症狀等。	因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致的腦細胞死亡造成智力減退。
可逆性失智症	由特定因素所引起，因此若能加以改善這些原因，失智症狀將可望恢復	進行性記憶功能的喪失，且患者日常生活活動能力會逐漸喪失，當病情嚴重時，甚至無法分辨周遭的人、事、物、地、時。	常見的有憂鬱症(depression-假性失智症)、腦瘤、腦炎、藥物與酒精影響、甲狀腺機能異常、慢性硬腦膜下積水等等。

資料來源：研究者自行整理

### 參、失智症評估工具

臨床研究上用來評估失智症的工具相當多，參考梁家欣等人(2014)整理之常用的幾項工具如下：

#### 一、簡易智能狀態檢查(Mini-Mental State Examination, MMSE)

最常使用的失智症評估工具之一，評估項目包括定向感(時間與地方)、注意力與計算能力(訊息登錄與系列減 7)、記憶力(短期記憶)、語言(讀、寫、命名、理解)、建構力(視覺繪圖)等功能，分數從 0(最差)至 30(最好)。除了命名和登錄外，簡易智能狀態檢查上的其他項目都會受到教育程度的影響。若受檢者的教育程度為國中以上，其分數低於 24 分可能表示受檢者有認知功能異常，小學程度者則為 21 分，未受教育者則為 16 分。

#### 二、臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)

針對阿茲海默症患者日常生活與認知功能作整體性評估的量表，是評估失智症嚴重程度的主要工具之一。臨床失智評估量表包含 6 個功能項目：記憶、定向力、判斷與解決問題、社區事務、家居與嗜好、個人照料。對上述的 6 個功能項目，分

為 0-3 的 5 個不同功能程度：0 代表健康(health)，0.5 代表疑似或輕微障礙(questionable)，1 代表輕度障礙(mild)，2 代表中度障礙(moderate)，3 代表重度障礙(severe)。

### 三、老人認知功能減退知情者問卷(The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE)

是一種標準化問卷，旨在透過知情者的報告來評估老年人在最近 10 年內的認知變化。該問卷由親近的家人、朋友或照護者填寫，這樣可以獲得更全面的認知功能評估。IQCODE 特別強調對於認知功能的長期觀察，因此它的問題設計側重於日常生活中認知能力的變化，無論實際的受試者教育背景、性別或職業如何。

IQCODE 通常包含 16 至 20 道問題，範圍涵蓋各種認知功能，包括：記憶(例如：回憶名字、面孔)、解決問題的能力(例如：執行日常任務)、語言能力(例如：理解和表達)及社交互動(例如：與他人交往的能力)。

### 四、阿茲海默氏病量表(Alzheimer's Disease Assessment Scale, ADAS)

是一項旨在評估阿茲海默氏病(AD)患者的認知功能和行為症狀的標準化工具。這個量表通常用於臨床試驗及患者評估中，以幫助臨床醫生和研究人員評估疾病的嚴重程度及治療效果。的分數計算主要分為兩個部分：ADAS-Cog (認知子量表)和 ADAS-Beh (行為子量表)。而台灣版的阿茲海默症量表將原版中的語言記憶，改成視覺記憶，所以也適用於沒有接受過教育的老年人。

### 五、智能篩檢測驗(Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)

結合了簡易智能狀態檢查和日本常用的長谷川氏量表(Hasegawa Scale)所發展出的失智症量表，所評估的認知領域較多，共有 20 個項目，總分 100 分，可以計算出下列 9 個認知向度(cognitive domain)的分數，包括長期記憶、短期記憶、注意力、集中及心算力、定向感、抽象推理、語文能力、空間概念與構圖，以及思考流暢度。

## 肆、失智症的行為症狀

失智症的精神行為症狀(BPSD)指發生於失智患者的一群非認知障礙相關症狀，常見如：憂鬱、冷漠(Apathy)、激動(Agitation)、妄想、幻覺、睡眠障礙、侵略性行為(Aggression)等；其他常見症狀如：重複的發聲、緊密的跟隨照顧者(Shadowing)、拒絕被照顧、漫遊(Wandering)、好爭等(李怡萱等，2013)。

失智症的最初症狀通常是記憶力逐漸減退，這常常被誤認為是一般老年人的正常衰退，此外會出現許多周邊症狀，例如情緒不穩定及精神行為異常，對造成照顧者產生照護負擔(台灣失智症協會，2019)。

而在長期照護機構中，失智症住民常面臨孤獨感、情緒不穩定以及與他人互動困難等問題，此外失智症患者因記憶逐漸退化，面臨的不僅是日常生活的挑戰，更多的是情感與自我認同的喪失。根據 Kitwood(1997)的研究，失智症患者的自我認同常受到威脅，隨著疾病進展，他們可能會感受到自我價值的喪失，這使得他們在情感上經歷重大的挑戰。這種情感的喪失，常導致患者因無法有效表達情緒而產生焦慮和不安。

失智症患者的情感表達能力下降，會進一步加劇他們的焦慮和不安。Finkel 等(2005)研究指出，失智症患者的情感表達受到限制，這可能導致他們在社交互動中感到挫折和孤立。此外，Blazer(2003)的研究強調了老年人中抑鬱症的流行病學，尤其是失智症患者中抑鬱與焦慮的普遍性，並指出這些情緒問題對患者的生活質量造成了深遠的影響。

總的來說，這些文獻強調了失智症患者在情感及自我認同方面所遭遇的困難，指出了焦慮與行為問題如何相互影響，進而對患者及其照護者的身心健康造成挑戰。這些研究不僅為理解失智症患者的情感狀態提供了理論支持，也為設計相關的照護方案提供了重要的參考依據。

## **伍、失智症患者的照顧與處遇**

失智症患者由於腦神經功能退化，造成多方面的認知功能障礙，包含判斷思考能力、個性改變、方向感喪失，嚴重時甚至有妄想或幻覺，他們會逐漸無法獨立生活，因此需要花費更多的時間與精神去照顧。而失智症的病程通常分為輕度知能障礙、輕度(初期)、中度(中期)及重度(晚期)(邱銘章、湯麗玉，2009)。從發病到死亡的時間因成因而異，短則1至2年，平均約8至10年，部分患者甚至可持續15年之久。

目前治療失智症的方法可分為藥物治療與非藥物治療。藥物雖無法修復已受損的大腦細胞，但能在一定程度上改善患者的症狀，延緩疾病進程，進而提升患者的生活品質，減輕照顧者的負擔，並延後患者入住機構的時間；在非藥物治療方面，透過環境調整、適當的活動安排、改變溝通方式，以及運用認知訓練、懷舊療法、

按摩、音樂治療、芳香療法、動物輔助治療與藝術治療等方法，也能有效改善或延緩失智患者的精神行為症狀(台灣失智症協會，2022)。而許庭榕、黃仲禹(2020)及涂淑玲(2022)的研究也發現，臨床人員若能運用非藥物治療方法於失智症患者之認知訓練，即可減緩患者認知功能之退化，提升患者生活品質，降低照顧者負擔。

目前在國內外有許多以動物輔助的相關研究，是以機構內的失智症長者為對象，進行動物輔助活動、動物輔助治療的介入，發現在生理、心理、社交、認知行為等方面都獲得良好的成效，以下將針對動物輔助治療來說明。

## 第二節 動物輔助治療

### 壹、動物輔助治療的起源

動物輔助治療起源於人與動物之間自然建立的情感連結，並逐漸發展成一種以科學為基礎的非藥物療法，它的概念可以追溯到 18 世紀末與 19 世紀初的歐洲，當時動物已經被用於舒緩心理障礙患者的不安。

動物輔助治療的系統性運用，最早可追溯至 1790 年代英國的約克療養院(York Retreat)，該療養院由威廉·圖克(William Tuke)創立，主張用友善與關懷的方式來對待心理障礙患者，而非當時普遍採用的嚴厲方法，在這個環境中，動物被引入，主要是農場動物如馬與羊，幫助患者穩定情緒、緩解孤獨感。

到了 19 世紀，佛洛伊德(Sigmund Freud)在心理治療中也注意到動物對患者情緒的正向影響，他本人飼養了一隻名為喬菲(Jofie)的胖胖鬆獅犬，經常出現在治療室中，佛洛伊德認為，狗的存在能夠讓患者感到放鬆，並促進治療過程中的情感表達，於是他從自身的經驗中，了解動物在與人類互動時展現的強大治癒力。

現代意義上的動物輔助治療起步於 1960 年代，並由美國精神科醫師鮑里斯·萊文森(Boris Levinson)推廣。他在治療兒童時發現，自己的狗「金格」(Jingles)能夠幫助自閉症兒童建立溝通，並讓他們更加願意接受治療，因此提出了「動物輔助治療」的概念，並強調動物在心理治療中的重要角色。

隨後，動物輔助治療逐漸從心理治療領域擴展到醫療、教育與復健領域。1970 年代起，許多研究開始系統性地探討動物對人類情緒、行為與生理的影響，到了 1980 年代，國際動物輔助活動及治療協會(International Association of Human-Animal

Interaction Organizations, IAHAIO)的成立，標誌著這一領域進入更加專業化與規範化的階段。

相較之下，台灣的動物輔助治療則晚了許多，在台灣，目前較廣為人知的動物輔助治療有三大系統：馬術治療、海豚療法及治療犬(葉明理、陳美麗，2012)，本研究採用治療犬，故以犬類輔助治療為探討主題。

台灣狗醫生計畫始於 1999 年底，由陳秀宜女士在亞洲動物基金會創辦人吉兒·羅賓森(Ms. Jill Robinson)的協助下推動，首次引入動物輔助治療服務，計畫透過狗醫生大使定期探訪醫院、老人養護中心及特殊教育機構，傳遞動物無條件的愛並促進病患與社區的心理健康。自 2000 年起參與國科會的動物輔助治療計畫，建立本土化實施準則，2001 年成立「台灣動物輔助活動及治療協會」(以下簡稱台灣狗醫師)，進一步整合資源，推廣動物輔助治療，並結合流浪動物培育計畫，為流浪犬創造新生，落實動物福利及提升其社會地位，目前全台已有百餘隻認證狗醫生，涵蓋多種品種及混種犬，為動物輔助治療奠定堅實基礎(台灣狗醫生，2024)。

由於台灣狗醫生較著重動物的行為訓練而輕人才培育，以及強調志願服務的慈善性質，致專業化不足(葉明理、陳美麗，2012)，為彌補此，一群以助人專業為主體的團體於 2012 年正式成立「台灣動物輔助治療專業發展協會」(台灣動輔專協，2018)，在兼顧動物與人雙向福祉的理念下，致力於提升從事動物輔助治療之專業人員及動物的服務品質，並促進助人專業間的整合。

## 貳、動物輔助治療的定義

美國最具指標的動物輔助治療民間機構 Delta Society(1996)對於動物輔助治療的定義，指以動物為媒介，以目標為導向的介入方式，在兼顧動物與人雙向福祉下，將合乎條件的動物適當地納入情境，而過程中必須相關領域的專業人員診斷當事人所需的治療項目，引導當事人利用動物來改善，透過建立動物與人的和諧關係(Human-Animal Bond)，以促成人類身、心、靈、社會等整體生命安適狀態(well-being)，藉由動物的參與，可提升人們的身心健康狀態、獨立性以及生活品質(葉明理，2009、2012)。

此外，Delta Society(1996)歸納出動物輔助治療有四個特點：1. 有明確的短期和長期目標；2. 治療過程由一位專業人員負責引導人與動物的接觸；3. 整個過程必須

有觀察或測查紀錄，便於對參與者進行評估；4. 參與的動物符合訂定的規準(林芝宇，2009)。

## 參、動物輔助治療的理論基礎

根據葉明理(2017)的整理與解釋，動物輔助治療的理論基礎主要包括以下三個方向：

### 一、自我效能理論(Self-Efficacy)

班杜拉(Albert Bandura)從社會學習的觀點出發，在1982年提出了自我效能理論，用以解釋在特殊情景下動機產生的原因。強調個人對自身能否達成目標的信念與能力的自我感知，而高自我效能的人通常能更有信心地應對挑戰，並減少焦慮和沮喪的情緒。在AAT中，動物因其自然的接納性與親和力，能幫助個案放下防備心，透過與動物的肢體接觸，容易產生成就感，若在動輔師的計畫性協助下，逐步累積與動物互動的成功經驗，個案的自我效能感可因此提升，進而增強自信，減輕壓力與負面情緒。

### 二、依附理論(Attachment Theory)

依附理論是由鮑比(John Bowlby)創立，主要研究個體之間的情感連結如何建立。該理論指出，穩定的依附關係能幫助個案減輕焦慮、維持情緒穩定，並促進令人滿意的人際關係。當個案在面對人際互動或自我概念建構時遇到困難，動物可以成為情感上的「過渡客體」或依附對象。例如，對缺乏伴侶陪伴的高齡者而言，飼養動物可提供類似同伴或家人的情感支持，有效緩解孤獨感。

### 三、學習理論(Learning Theory)

學習理論中的行為主義強調刺激與反應之間的聯結，認為學習是個體在外界刺激影響下被動形成的行為改變。動物行為訓練是學習理論的實踐典範，特別是在操作制約的應用上。在動物輔助治療活動中，動輔師常將治療犬的訓練融入治療設計中。狗因其對人類表情、聲音與動作的高敏感性，能以富有共感的方式回應人類行為。透過正增強、回饋等學習原則，不僅能迅速建立個案與動物的依附感，還能增強個案的自我效能。同時，專業化的治療設計能促進個案在肢體、認知、情緒及社會能力上的綜合發展。

此三種理論共同支撐了動物輔助治療的核心理念，展現了動物與人類互動在心理與行為層面的深遠影響。

## 肆、動物輔助治療的服務模式

動物輔助治療參考葉明理等人(2002)研究，可分為四種服務形式：

### 一、伊甸園模式(Eden Alternative Program)

又稱之為「人性棲地模式(Human Habitat Model)」，是將傳統僵硬、冰冷的機構化醫療照護模式，轉化為符合人性需求的「家一般(home-like)」的自然模式。在這種模式中，陽光、動物和植物是不可或缺的元素，透過在醫療機構中引入動物，不僅為環境增添家的氛圍，也讓病患能在陪伴與互動中獲得身心舒緩。研究指出，病友在參與照護動物的過程中，其感官反應和人際互動能力顯著改善(Kongable, Buckwalter & Stolley, 1989)；特別是孩童患者，與動物接觸後，往往能減輕對就醫的恐懼。

在此模式中，動物不需接受特殊訓練，僅以自然的存在與陪伴，便能帶來療癒的效果。而執行此種模式時，僅需注意為動物做好人畜共通傳染病的預防措施，以及基本的居家服從行為訓練，以避免動物對人類造成「安全」與「衛生」兩方面的危害即可。

### 二、動物輔助服務(Animal-Assisted Service, AAS)

從1970年代起，開始有人訓練合適的動物來協助殘障人士的部分生活自理工作，從事此項工作的動物統稱為「服務性動物(Service Animals)」。根據《美國殘疾人法案》(Americans with Disabilities Act, ADA)的定義，服務性動物一般為接受單獨訓練的犬類，從事與人的身體、感官、精神或其他殘障直接相關的工作或任務，此類工作或任務的例子包括指導盲人、提醒聾人、拉輪椅、提醒和保護癲癇發作的人、提醒精神疾病患者服用處方藥、在焦慮發作期間安撫創傷后應激障礙(PTSD)患者，或履行其他職責，像導盲犬、信號犬即是。此外消防犬、緝毒犬、軍用攻擊犬等亦屬之(黃毓涵，2012)。

### 三、動物輔助活動(Animal-Assisted Activity, AAA)

這是藉由嚴格篩選的動物伙伴(pet partner)定期或不定期的拜訪來進行活動，活動較為輕鬆、結構較為鬆散，在活動進行前不一定需要有特定的治療目標，也不要記錄與評值活動的過程，主要在提供及營造一個安全且愉悅的人與動物的互動情境(Delta Society, 1996)。亦即利用動物以娛樂或單純陪伴的方式來改善服務對象狀

況，而從事此項工作的動物統稱為「娛樂性動物（Recreational Animals）」，像騎馬、海豚表演等都屬之（葉明理等人，2002）。

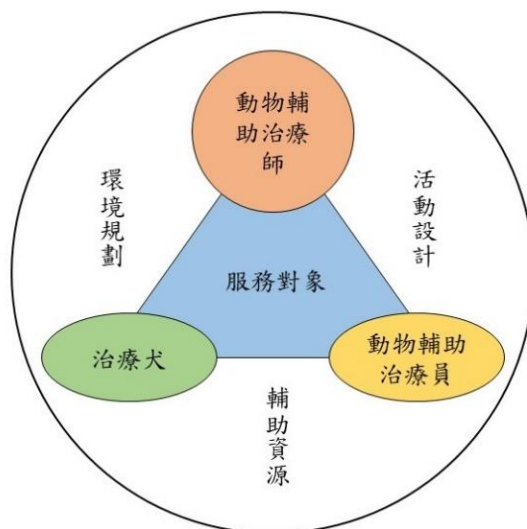
#### 四、動物輔助治療(Animal-assisted therapy, AAT)

是一種治療方法，以系統性具目標性的規劃，將動物納入治療計畫中，利用動物與人之間的互動來改善患者的身心健康和福祉，幫助改善服務對象之困難(葉明理等人，2002)。其通常涉及與經過訓練的動物(如狗、貓或其他寵物)進行面對面的互動，由專業的治療師在控制環境中指導進行。

#### 伍、動物輔助治療的三角互動模式

根據葉明理與陳美麗(2012)及臺灣動物輔助治療專業發展協會(2015)的資料，執行動物輔助治療的是一組跨專業整合的專業團隊，包括經過專業培訓的動物輔助治療師、動物輔助治療員(通常為飼主)、及經過行為訓練且認證合格的犬隻(治療犬)三種角色，可稱為「動輔金三角」，如圖3所示：

圖3 動物輔助治療金三角概念圖



資料來源：取自「淺談輔助療法的專業化進程～以台灣動物輔助治療發展為例」，葉明理、陳美麗，2012。領導護理，13（3），頁14。

#### 一、動物輔助治療師(Specialist)

在這個金三角合作關係中，動物輔助治療師(簡稱動輔師)扮演著橋樑和主責者的角色，他們需要具備助人專業知識，以及動物照護和行為訓練的基本技能，在承

接動物輔助治療服務的過程中，動輔師的首要步驟是對服務對象進行全面的評估，以了解其需求和能力，並基於這些資訊來設定合適的治療目標。

接下來，動輔師會根據設定的治療目標、服務對象的互動能力，並考慮到治療犬的特性，與動輔員共同研討設計最有效的動輔活動計劃，這種合作設計的過程不僅能確保活動的針對性和可行性，還能提升治療的整體效果。方案執行後，動輔師需要對成果進行評估，以檢視治療活動的有效性和服務對象的進步情況，並根據評價結果進行調整和改進。

透過這樣的一系列步驟，動輔師不僅能確保治療活動的專業性和系統性，還能促進患者與動物之間的良好互動，進而提高療癒效果，幫助服務對象更好地達成其治療目標。

## 二、動物輔助治療員(Handler)

動物輔助治療員(簡稱動輔員)是動物的代言人、保護者和引導者，也是動輔師最重要的工作夥伴。他們的主要職責包括帶領犬隻參加治療犬的認證考試，此考試旨在確認這個人犬組合在犬隻的個性、人犬合作能力和服務技巧上是否合適參與動物輔助治療活動。

為了確保治療的有效性和安全性，動輔員在通過行為檢測後，還需接受基本助人技巧以及動輔員服務技巧的專業訓練。此外，他們必須帶領犬隻參加見習和實習，以獲得實際經驗。這些培訓和實習有助於動輔員更好地理解患者的需求和與犬隻的互動方式。

滿足上述所有條件的動輔員最終可獲得動輔員資格認證，這不僅是對其專業能力的認可，也確保其在動物輔助治療中的專業性和可靠性，透過這些嚴格的認證程序，動輔員能夠為患者提供高品質的療癒體驗，促進身心健康。

## 三、治療犬(Therapeutic dog)

在引進動物輔助治療的機構首重安全與衛生，因此在治療犬的管理上會進行行為檢測以確認其安全性，並要求健康檢查證明以確保衛生問題。目前國內的篩選認證程序均採用標準考場和考試流程，通過模擬服務情境的方式進行測試，旨在評估犬隻與其動輔員(動物夥伴)之間的信賴性、可控制性、可預測性和合適性。

此外，為了確保動物夥伴的健康，首次報考或每年換證考前，必須提供最近六個月內的全身健康檢查和預防針接種證明，這樣可以有效防範人畜共通傳染病的風險。這些措施不僅保護了患者的健康，也確保了治療過程的順利進行，進一步提升

了動物輔助治療的效果和安全性，這樣的標準化過程有助於建立對動輔員和治療犬的信任，並確保治療活動的專業性與有效性。

#### 四、介入對象

在介入對象的選擇上，服務對象需要在生理、心理、社會和認知等方面進行全面的評估，以便制定適合的治療目標和計劃方案。根據不同年齡、健康狀況或確診病人，以及各種身心障礙或需求的族群，動輔師需設定階段性目標，並規劃每次活動的具體方式。

服務對象的人數可以是一對一或是一對多，具體取決於服務對象的障礙程度。通常，障礙程度越高、團體合作能力越差的個體，參與的人數應該越少，以增加他們與治療犬的接觸機會。這樣的安排能讓每位服務對象獲得更多的個別關注和支持，促進他們的情感連結和互動。

相對而言，能力較高的服務對象則能夠承擔更複雜的社交互動和輪流分享的活動，這樣的設計能夠增強他們的社交技能和團隊合作能力。然而，無論活動的形式如何，共同的原則是，越是重視療效的活動，越需要人犬之間的近身互動機會，這種親密的互動不僅有助於提升服務對象的情緒和動機，還能加強他們與治療犬之間的信任和聯繫，從而促進整體的治療效果。

因此，本研究運用治療犬介入，以榮家怡園失智住民為中心，以增進身心健康之治療目標為導向，由動輔師結合治療犬特質設計活動，由動輔員依動輔師所規劃的活動，引導治療犬與榮家怡園失智住民進行治療性活動，期藉由治療犬在治療現場經常扮演觸發潛能、正向激勵、社會支持、生命教育等角色，以達成既定的輔助治療目標（葉明理，2009）。

### 第三節 動物輔助治療應用在失智症者身心健康之研究

國內外許多研究以機構內失智症長者為對象，探討動物輔助活動與動物輔助治療的介入效果，結果顯示在生理、心理、社交及認知行為等方面均有顯著改善。當動物輔助治療應用於失智症照護時，透過建立人與動物之間的互動聯繫，不僅能減少行為與心理症狀，還能促進社會參與與交流。其主要目標在於減輕並延緩失智症的BPSD症狀，同時提升日常生活功能的訓練成效(Nordgren & Engström, 2012)。

動物輔助治療的作用並非治療疾病本身，是為了能減少在老年人中常見的健康相關問題，如憂鬱、焦慮或攻擊行為；在治療性動物中，發現狗是在老年人的動物輔助治療中最常運用的動物(Chang et al., 2020)。回顧動物輔助治療在老人身上的應用顯示，治療犬可以提供失智症者久未再經驗到的撫摸、輕拍、擁抱、親吻等身體接觸，以減緩其心智功能惡化與情緒不安(Manor, 1991)。Netting、Wilson 和 New(1987)亦發現寵物可以提供長者扮演除「被照顧者」以外的角色，如「照顧者」、「知己」、或「伴侶」等，以改善情緒、增強自信與自尊、減緩智力與社會功能退化。研究結果顯示：定期而每次不超過一小時的治療犬訪視活動可以有效減少失智長者日落症候群中的情緒不安，可以大量增加社會化行為，如治療犬拜訪時長者的「傾身向前」、「微笑」、「眼神追視」、「眼神接觸」、及「口語溝通」均有統計意義上顯著改善；以及治療犬的介入可以有效輔助其他有助病患安定的治療方法之進行(Batson, K. et al., 1998)。

Mugford & M'Comisky(1975)在英國曾做過一個經典的動物治療效果研究，針對三十位退休的老人，分別給予鸚鵡及植物各半，觀察五個月後發現，得到鸚鵡的老人明顯的對他人以及心理健康的正向知覺較為提高，尤其得到的是會講話的鳥，更能幫助老人增進社交與生活與責任感。O'Haire(2010)將寵物治療用在阿茲海默症的老人上，能提升其生活品質，增進社交活動及減少攻擊與躁動的行為，且能增進營養的吸收及促進整體健康。另外不少實證研究亦指出，動物輔助治療方案的介入對於老人族群具正向的效果，好處包括：有效改善住民的抑鬱症狀及認知功能並減少萎靡的精神狀態，提高社教技巧(Alessandra et al., 2012；Francesca et al., 2010；Zoran et al., 2013)。

台灣自 1999 年狗醫生協會成立以來，其參與的國科會研究計畫結果顯示，動物輔助治療對老人和兒童的身心靈健康具有顯著的療效。對於老人而言，治療目標中的「生活自理」與「社會互動」平均達成率表現突出，參與有狗組的老人注視目標物的時間較長，且更傾向主動接近目標物，並經常自發性地撫摸動物；至於兒童方面，有狗組的兒童在「肢體活動」與「社會互動」的治療目標上達成率更佳，這些結果顯示，動物的介入能為老人和兒童帶來積極的影響(台灣狗醫生協會，2012)。

馮亦寧(2014)則運用 AAT、AAA 及無狗三組不同型態「治療犬」方案介入機構失智症住民，證實採用由動物輔助治療師主導設計有結構性的動物輔助治療方案，以提升機構失智症住民在行為、情緒及社交的成效。林芝宇(2009)探討並歸納動物輔

助治療場域中的治療氛圍，聚焦於兩位自閉症孩子在治療過程中的變化，以及動物輔助治療與自閉症孩子之間的互動關係，研究結果顯示，動物輔助治療能促進孩子在治療課程中的成長，並帶給他們不同的生命體驗與啟發。

張碧凰、張歆祐、葉明理(2015)透過參與觀察的方式，設計以治療犬互動為核心的支持性團體活動，收集 20 位患者在活動中的相關資料，結果顯示，患者的療癒歷程可歸納為建立連結、與治療犬建立友誼、與團體成員建立友誼，以及激發自我效能感四個階段，也進一步探討治療犬的吸引力、撫摸經驗的情感效應，以及支持性團體技巧的有效運用對療癒力的影響。

綜合上述文獻，本研究將採用治療犬進行動物輔助治療，並且參考本研究機構中以簡易智能狀態檢查(MMSE)、老人憂鬱量表(GDS-5)及日常生活活動量表(ADLs)作為日常評估認知、日常生活與情緒狀況準則，以上述三種工具進行量化研究，用來觀察寵物治療介入後對認知狀況、情緒變化及活動能力是否具顯著差異。並以失智團體活動觀察量表做為寵物治療中治療行為觀察記錄工具，期望能有效改善失智老人精神問題、憂鬱情緒及肢體活動，並提供機構及正式照顧者在非藥物照護之選擇。

## 第三章 研究方法

本章旨在說明相關研究方法，全章共分為六節：第一節研究設計、第二節研究架構、第三節研究對象與樣本、第四節研究工具、第五節研究參與者、第六節資料處理與分析及第七節研究倫理，茲分別說明如下。

### 第一節 研究設計

本研究欲探討動物輔助治療方案對彰化榮家失智住民身心健康之成效探討，以彰化榮家怡園失智住民為對象，採單組前、後測之實驗研究設計如表 3，運用動物輔助治療為介入方式，透過簡易智能狀態檢查（MMSE）、老年憂鬱症量表（GDS-5）及日常生活活動量表（ADLs）資料進行前、後測量化分析，並於每周以用失智患者團體參與評估量表進行每一次的課程團體觀察，以探討介入效果。

表 3 研究設計

前測	介入措施	後測
01	X1	02

註：

1. 01 至 02 為不同的觀察值

01：為介入前，研究對象觀察指標之資料。

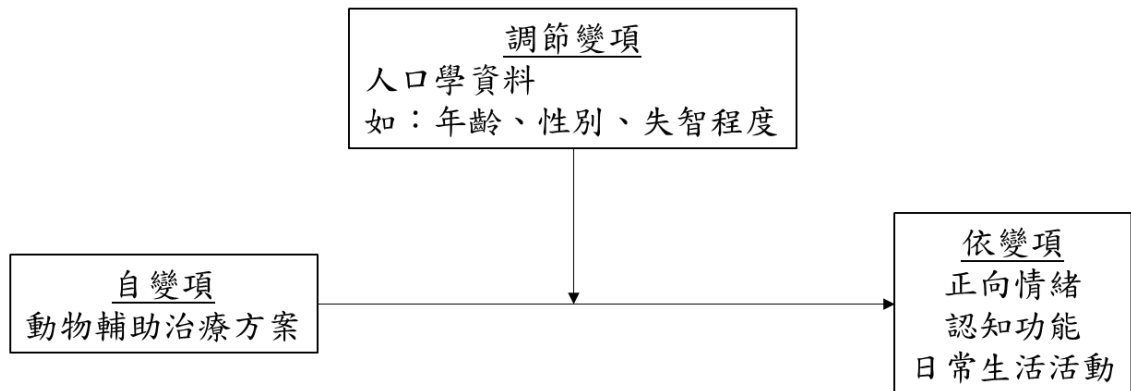
02：為介入後，研究對象觀察指標之資料。

2. X1：為介入之動物輔助治療方案，共實施 10 次課程。

### 第二節 研究架構

本研究架構如圖 4，自變項是進行為期 10 週動物輔助治療之團體方案介入；依變項是檢視正向情緒、認知功能及日常生活活動在介入措施後的成效；調節變項則為人口學資料，包括年齡、性別、失智程度等，以了解此類變項對自變項、依變項可能產生之影響。

圖 4 研究架構圖



### 第三節 研究對象與樣本

#### 壹、研究對象

本研究選取彰化榮家怡園失智專區內住民作為研究參與對象。須符合下列條件：

一、選樣條件：

- (一)60歲(含)以上。
- (二)經醫師診斷為中度失智症者。
- (三)能以國、台語溝通者。

二、排除標準：

- (一)對犬隻有嚴重恐慌或毛髮嚴重過敏者。
- (二)三個月內曾參與過動物輔助治療者。

#### 貳、研究樣本 (N)

- 一、首先以方便取樣(Convenience Sampling)，選擇彰化榮家怡園失智專區內住民，將符合條件且同意參加的對象收案，共計納入11名。
- 二、為減少取樣偏差，本研究樣本的納入與排除標準明確定義出來，以符合本研究之選樣條件。

## 第四節 研究工具

本研究所使用工具包含治療犬團隊、失智患者團體參與評估量表、簡易智能狀態檢查表(MMSE)、老人憂鬱量表(GDS-5)、日常生活活動量表(ADLs)及團體方案，以下分別說明。

### 壹、治療犬團隊：

所謂治療犬團隊，指由動物輔助治療師、動物輔助治療員及治療犬共同組成的人犬一體的合作夥伴。

#### 一、動物輔助治療師

本研究之主責動物輔助治療師為資深高階動輔師，107年起通過160小時訓練，於台灣動物輔助治療專業發展協會擔任高級動物輔助治療師帶領團隊治療，並具預防及延緩失能指導及音樂相關背景，負責設計規劃與帶領本次動物輔助治療計畫。

#### 二、動物輔助治療員

本研究之動物輔助治療員已接受基礎動物輔助治療訓練並完成認證，訓練內容包含：動物的行為、感染防治、服務對象的特質及社交互動技巧等。動物輔助治療員的主要工作在於整個動物輔助治療活動與治療期間負責照顧、陪伴及引導動物。

#### 三、治療犬

本研究所使用之治療犬，係經穩定度與服從度三階段的訓練，並取得治療犬證明之犬隻，並由合格獸醫師檢驗無人畜共通傳染病及內外寄生蟲病，並確認身體健康且定期施打預防針，而治療犬及其飼主每年須經台灣動物輔助活動及治療協會重新評核是否適任。本計畫以動物輔助治療為主，讓治療犬參與其中的非藥物治療方式。

### 貳、失智患者團體參與評估量表

本研究在團體觀察部分，採用沈明德（2022）發展之失智患者團體參與評估量表，共分三大題項：一般行為計5題、人際互動行為計3題與任務行為計7題，共計15小題，計分方式採0~4分，由觀察者依據該操作定義進行評分。量表之專家內容效度整體為0.976，而各題內容效度多在0.9以上，粗大動作及身體平衡協調為0.867（引自楊美娟，2023）。量表詳細內容見附錄一。

### 參、簡易智能狀態檢查表（Mini-Mental State Examination, MMSE）

1975年由Folstein及Mc Hige所發展的簡易智能量表，是目前在臨床及研究上最廣泛使用來快速評估老年人認知狀態的工具，其評估項目包括定向感、注意力及計算能力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力共六大項目，評估過程無時間限制，有明確的評估方式且評估時間不長，施測只需要5-10分鐘。此量表總分是30分，分數越高表示認知功能越好，答對一項給一分，總分若低於24分表示個案有輕度認知功能障礙，若低於16分則表示有重度認知功能障礙(Wiley & Sons, 1998)。量表詳細內容見附錄二。

#### **肆、老人憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale, GDS-5)**

Brink等人於1982-1983年編制老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale, GDS-30題)，做為檢測老年憂鬱症的篩檢工具，該量表以二分法 (是/否) 作答，避免模擬兩可的困難。老年抑鬱量表(GDS-15)是專為老年人設計的抑鬱自評篩查表，可用於社群服務中心或養老機構。

由於GDS是篩檢而非診斷工具，方便性是一個重要考慮因素，但原始版本對老年人來說很耗時，Rinaldo P (2003)的研究發現，簡化版的GDS-5在社區、醫院和療養院等三種不同環境中，作為憂鬱症篩檢工具的效能與完整版的GDS-15相當，顯示其在多種場域中均具備良好的篩檢效力。故本研究計畫決定採用GDS-5進行憂鬱評估，總分為5分，高於2分 (含以上) 則代表異常。量表詳細內容見附錄三。

#### **伍、日常生活活動量表 (Activities of daily living, ADLs)**

指日常生活中需要進行的活動，例如：洗澡、更衣、進食等。在醫療照護中，會藉由ADLs的項目來觀察長輩是否能獨立進行，進一步判斷長輩的失能狀況。在台灣常使用的ADLs量表為巴氏量表 (Barthel Index)，透過評鑑內容的分數累積，來認定長輩的失能程度為何，100分為完全獨立、91-99分為輕度依賴、60-90分為中度依賴、30-60分為重度依賴、30分以下為極重度依賴。量表詳細內容見附錄四。

#### **陸、團體方案**

本方案由台灣動物輔助治療專業發展協會資深高級動輔師何佳芸企劃設計，以動物輔助治療為主，結合藝術創作與運動療法，以豐富的治療的方式取代刻板的復健計畫，提供中度失智症患者及照顧者整體生活認知訓練，從有意義的活動參與，增進失智長者的舒適感、支持感、獨立感、愉悅感等正向情緒；積極提供長者及照

顧者的安適感，減少疾病對生活帶來的衝擊，減輕寂寞感、無望感、無聊感等負面感受，促進社交互動，營造更友善及有品質生活情境。

本方案共 10 次課程（詳見附錄六），於 113 年 7 月至 9 月間，進行每週 1 次、每次 60 分鐘，由金三角團隊—動物輔助治療師、動物輔助治療員與治療犬服務，本活動目的與預期效益為：

- 一、鼓勵失智症長輩與治療犬進行互動，通過觸覺、嗅覺和行為交流，促進腦部功能的正向刺激，延緩退化過程，改善情緒與語言表達能力，並增強人際互動、自信心、睡眠品質及整體生活滿意度。
- 二、結合認知訓練引導失智症長輩參與活動，幫助維持其自主功能，同時協助調適因失能或失智症引發的不便與挑戰。
- 三、採用非藥物療法，促進失智症長輩進行腦部及身體活動，延緩退化速度，提升生活品質，減輕同仁照護壓力，進一步改善對失智者的整體照護成效。

## 第五節 研究步驟

本研究的實施步驟可分為三個階段：活動介入前、中、後三個階段(如圖 5)，茲分述如下。

### 壹、活動介入前階段

- 一、蒐集相關文獻並進行探討，以確定研究主題及架構。
- 二、與機關主管討論確定研究場域，與動輔師共同討論活動方案以及前、後測進行方式與內容。
- 三、取得「失智患者團體參與評估量表」之使用授權。

### 貳、活動介入中階段

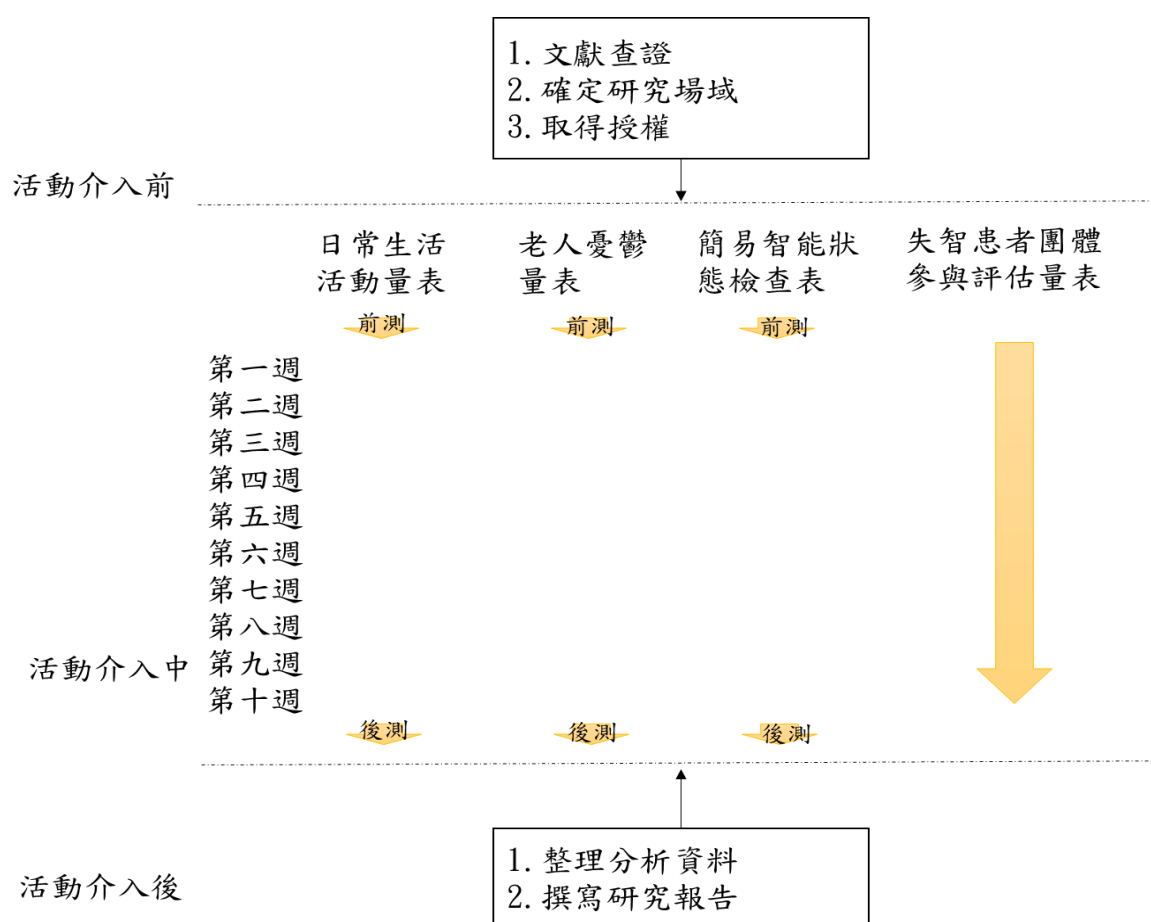
- 一、本「動物輔助治療方案對彰化榮家失智住民身心健康之成效探討」研究共實施 10 週，每次 1 小時。
- 二、完成簡易智能狀態檢查表(MMSE)、老人憂鬱量表(GDS-5)及日常生活活動量表(ADLs)之前測。
- 三、團體的第 1 週~第 10 週，每一次課程中實施失智患者團體參與評估量表，由研究者進行觀察與紀錄。

四、團體第 10 週結束時，進行簡易智能狀態檢查表(MMSE)、老人憂鬱量表(GDS-5)及日常生活活動量表(ADLs)之後測。

### 參、活動介入後階段

- 一、將量化部分的觀察量表與問卷資料進行整理與分析。
- 二、撰寫研究報告。

圖 5 研究步驟流程圖



## 第六節 資料處理與分析

本研究係量化研究，資料收集後，加以編碼、譯碼及輸入，並以 IBM SPSS Statistics 套裝軟體程式進行統計分析，以描述性統計及推論性統計進行分析，顯著水準訂為 0.05。

### 壹、描述性統計分析

以統計次數分佈、百分比，描述研究對象的屬性，例如：性別、教育程度、慣用語言、宗教信仰、婚姻狀況等，並以平均值、標準差了解研究對象年齡、失智程度等。

## **貳、推論性統計分析**

- 一、以 Wilcoxon 符號等級檢定 (Wilcoxon Sign Rank Test Test) 分析問卷前後測之差異。
- 二、以單因子變異數分析 (ANOVA) 分析實受試者團體參與評估量表前後的差異。

## **第七節 研究倫理**

當研究和實施動物輔助治療時，面臨的倫理議題是多方面的，涉及人類和動物的雙重安全和福祉。以下是對動物輔助治療研究倫理的詳細整合與說明。

### **壹、保護參與者的權益**

#### **一、知情同意**

研究前先給予詳細說明，有關於本研究之目的、研究方法與可能的利益、風險等，在徵詢個案及家屬同意後正式填寫研究同意書 (Informed consent)，如附錄五。

#### **二、隱私和保密**

本研究基本資料、量表與生理資料採不具名並以編碼處理，另外在徵詢同意後始能錄影。除研究者及榮家指導人員外，任何人不得任意取得或查閱，內容及結果僅供本研究使用，所有資料由研究者妥善保存。

#### **三、心理和情感支持**

在進行動物輔助治療時，考慮受試者的心理需求和情感反應，必要時應提供額外的支持和諮詢。研究過程中若參與者或家屬有權在無任何理由情況下，隨時要求終止參與，同時參與者其照護權利不因拒絕本研究案而改變。

#### **四、事件處理**

在活動進行過程中，必須將受試者的安全置於首位，如果發生動物咬傷或抓傷等事故，應立即進行傷口處理並尋求醫療協助，同時迅速對異常事件進行檢討與報告。

### **貳、維護動物的福祉**

#### **一、健康檢查與環境適應**

治療犬應經過嚴格的健康檢查與行為評估，確保適合參與治療活動。活動場所需提供安全、舒適的環境，避免過度擁擠或噪音等不良因素。

## **二、活動適度**

動物的工作時數需受限，確保不因過度疲勞而影響其健康與情緒。活動之間應有充分的休息時間。

## **三、尊重動物自然行為**

研究中不應強迫動物執行違反其天性的行為，需尊重其意願與情緒表現，避免引發焦慮或壓力。

## **四、安定訊號的觀察**

動輔員需熟悉治療動物的安定訊號(Calming Signals，即動物透過肢體語言表達情緒的方式)，隨時觀察其身心狀態，如有異常需立即採取保護性措施，以確保過程順利進行，並維護治療犬與服務對象的安全與福祉。

## **五、動物福利優先**

動物應被視為研究的合作夥伴而非工具。所有活動安排應以不損害動物福祉為前提，並確保其生活品質不因研究參與而下降。

## 第四章 研究結果

本研究對象為彰化榮家怡園失智專區中住民，研究施行期間經歷群聚感染影響停課兩週，以及出入院須隔離等請假的個案等，出席率及連貫性受影響，使得蒐集有所限制；因此，部分研究資料上將依據實際情況進行有效的選取與分析。

本章節將所得量化資料進行分析，第一節為研究對象基本資料，第二節是介入措施對住民身心健康成效分析。

### 第一節 研究對象基本資料

本研究共收案 11 人，因收案住民年邁，致 10 次的介入活動中常有不同研究對象缺席。以下將以研究對象之人口學資料，包括性別、年齡與養寵物經驗之情形來說明(如表 4)。

一、性別：男性 5 人(45%)，女性 6 人(55%)，合計 11 人。

二、年齡：年紀最小為 75 歲，最大為 100 歲。75~84 歲計 6 人(55%)，85~94 歲計 3 人(27%)，94 歲以上計 2 人(18%)，以 75~84 歲的人數最多。

三、養寵物經驗：家中曾養過寵物計 8 人(73%)，家中未曾養過寵物計 3 人(27%)，以有養過寵物的者為多。

表 4 人口學資料分布情形表

變項	全體 N=11	百分比
性別		
男	5	45%
女	6	55%
年齡		
75~84 歲	6	55%
85~94 歲	3	27%
94 歲以上	2	18%
養寵物經驗		
有	8	73%
無	3	27%

## 第二節 介入措施對住民身心健康成效分析

本節以日常生活活動量表、簡易智能狀態檢查表、老人憂鬱量表及失智患者團體參與評估量表評測結果進行分析，討論寵物治療介入措施在住民活動能力、認知狀況及正向情緒的成效是否具顯著差異，並分述如下。

### 壹、活動能力

日常生活活動量表 ADLs 前測平均數為 77.91 分，介入後測量平均數為 80.42 分，因考量參數非常態分佈，故以 Wilcoxon 符號排序檢定，經檢定 P 值為 0.096，顯示日常生活活動分數有所進展，但未達顯著差異(如表 5)。

### 貳、認知狀況

簡易智能狀態檢查表 MMSE 前測平均數為 12.75 分，介入後測量平均數為 13.67 分，以 Wilcoxon 符號排序檢定，經檢定 P 值為 0.031 < 0.05，達顯著水準，拒絕虛無假設，表示動物輔助治療介入措施對失智住民的認知狀況之變化具顯著差異(如表 5)。

### 參、正向情緒

老人憂鬱量表 GDS-5 因前後測成績皆相同，故無法驗證(如表 5)。

表 5 寵物治療介入前後 (ADLs、MMSE、GDS-5) 之差異 (N=11)

變項	前測		後測		Wilcoxon 符號等級檢定	
	平均數	標準差	平均數	標準差	Z 檢定	P
ADLs	77.91	14.37	80.42	12.87	-1.667	0.096
MMSE	12.75	3.82	13.67	3.75	-2.156	0.031 <sup>*</sup>
GDS-5	0	0	0	0	0	0

註：

日常生活活動量表 ADLs：日常生活活動量表分數越高，獨立性越好。

簡易智能狀態檢查表 MMSE：滿分是 30 分，分數越高表示認知功能越好。

老人憂鬱量表 GDS-5：分數越高表示憂鬱狀況越嚴重。

### 肆、失智患者團體參與評估量表的成效分析

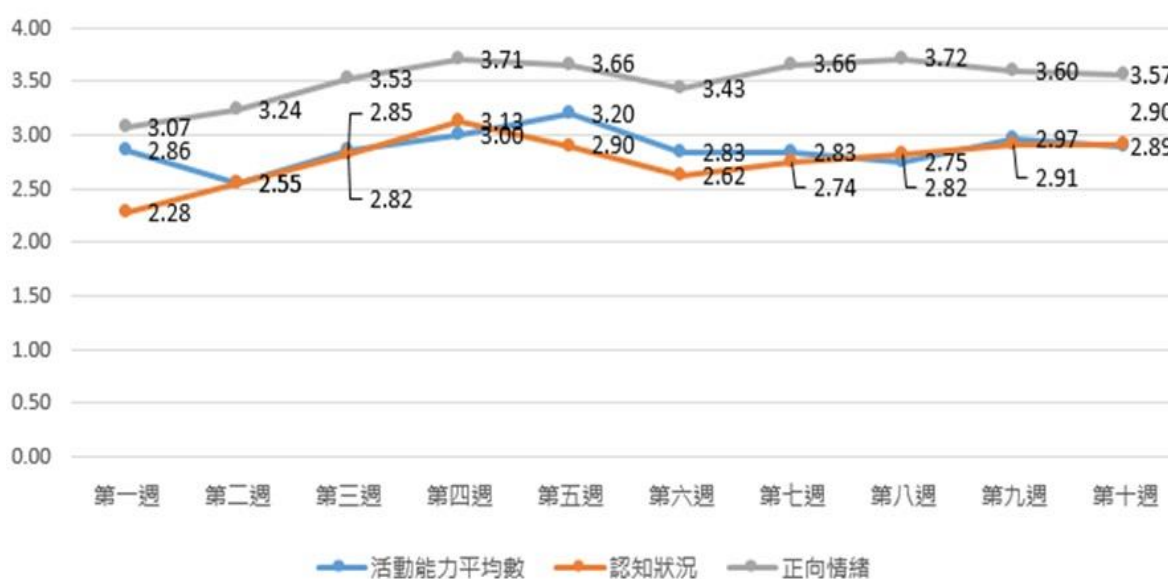
一、失智患者團體參與評估量表，原分類以三大題項：一般行為計 5 題、人際互動行為計 3 題與任務行為計 7 題，共計 15 小題。而為了呼應本研究計畫之研究目的及研究問題，重新將 15 小題調整分類為活動能力、認知狀況及正向情緒(如表 6)。

表 6 失智患者團體參與評估量表重新分組表

舊分類 新分類	一般行為	人際互動	任務行為
活動能力	●粗大動作及身體 平衡協調		●團體中需他人協助的 程度 ●執行活動技巧
認知狀況	●現實定向感 ●不適切行為(含 重複或固著行為 等)	●口語表達及溝通方式	●短期記憶力 ●長期記憶力 ●活動持續度 ●對活動指令的理解力
正向情緒	●情緒穩定度 ●參與度	●活動中的合作性及態 度 ●對於意見的反應(挫 折忍受度)	●完成活動自我滿意度

二、經重新分配後，研究對象活動能力可以發現第五週的平均分數最高達 3.2 分，第二週的平均分數最低，僅 2.55 分。研究對象認知狀況則是第四週的平均分數最高達 3.13 分，第一週的平均分數最低，僅 2.28 分。最後在研究對象正向情緒則是第八週的平均分數最高達 3.72 分，第一週的平均分數最低，僅 3.07 分，分別以活動能力、認知狀況及正向情緒平均數可看出，各項次在第十週與第一週相較下，皆有升高的趨勢如圖 6。

圖 6 失智患者團體參與評估量表重新分組趨勢圖



三、因 10 次寵物治療介入活動中，全員出席參與活動僅有第 1、2、3、4、8 及 10 次，共計 6 次，故剔除第 5、6、7 及 9 次資料，立意選擇以這 6 次團體觀察進行失智患者團體參與評估量表進行重新分組之活動能力、認知狀況及正向情緒的單因子變異數分析(Analysis of Variance, ANOVA)分析成效。進行後發現：

(一)活動能力組別 P 值為 0.622，高於常用的顯著性水平(0.05)，未達顯著差異。

(二)認知狀況組別 P 值為 0.002，具有顯著差異性( $P < 0.05$ )。

(三)正向情緒組別 P 值則為 0.028，達顯著差異( $P < 0.05$ )。

以上結果顯示，活動能力組別部分，我們不能拒絕虛無假設，這意味著寵物治療活動介入對體能狀況的影響不顯著；認知狀況組別及正向情緒組別皆具顯著差異，表示寵物治療活動介入能有效提升研究對象認知狀況及正向情緒(如表 7)。

**表 7 失智患者團體參與評估量表之 ANOVA 分析 (N=11)**

	變異來源	SS	df	MS	F	P-value
活動能力	組別	11.167	5	2.233	0.705	0.622
	誤差	158.333	50	3.167		
認知狀況	組別	179.227	5	35.845	4.368	0.002*
	誤差	410.273	50	8.205		
正向情緒	組別	65.712	5	13.142	2.706	0.028*
	誤差	238.121	50	4.762		

四、再以 LSD 進行單向變異數分析的事後檢定發現，活動能力組第 1 次與其他次活動相比較，無任何顯著差異性；認知狀況組第 1 次與第 3、4、8、10 次活動分數相比，均顯著高於第一次( $P < 0.05$ )，正向情緒組第 4 與第 8 次顯著高於第一次( $P < 0.05$ )。結果表示，經寵物治療活動介入次數增加，在活動能力上無顯著效果，而在認知狀況及正向情緒分數部分，明顯增加得到證據支持，因此動物輔助治療對失智住民之認知狀況及正向情緒變化提升較為顯著如表 8。

表 8 失智患者團體參與評估量表之 LDS 事後比較

依變數	活動 (I)	活動 (J)	平均值差異 (I-J)	SE	顯著性	95% 信賴區間	
						下界	上界
活動能力	1	2	1.0000	.75879	.194	-.5241	2.5241
		3	.1818	.75879	.812	-1.3423	1.7059
		4	-.2727	.75879	.721	-1.7968	1.2513
		8	.5455	.75879	.476	-.9786	2.0695
		10	.0909	.75879	.905	-1.4332	1.6150
認知狀況	1	2	-1.0000	1.22143	.417	-3.4533	1.4533
		3	-2.9091	1.22143	.021*	-5.3624	-.4558
		4	-5.0909	1.22143	<.001*	-7.5442	-2.6376
		8	-2.5455	1.22143	.042*	-4.9988	-.0921
		10	-3.4545	1.22143	.007*	-5.9079	-1.0012
正向情緒	1	2	.0909	.93053	.923	-1.7781	1.9599
		3	-1.3636	.93053	.149	-3.2327	.5054
		4	-2.2727*	.93053	.018*	-4.1418	-.4037
		8	-2.3636*	.93053	.014*	-4.2327	-.4946
		10	-1.8182	.93053	.056	-3.6872	.0509

## 伍、小結

綜上所述，動物輔助治療方案在介入後，確實有提升個案的認知狀況及正向情緒感受。在失智患者團體參與評估量表的結果分析中，發現於介入措施期間，隨著課程次數的增加，可以發現在 6 次的課程中，在第 4 次「穴位按壓好健康」單元，藉由身體的接觸與按摩穴位的練習，及第 8 次「摩登走秀成果展」單元中為治療犬打扮，均能有效提升個案的正向情緒，此結果與葉明理等人(2012)、馮亦寧(2014)與楊美娟(2023)之研究發現動物輔助治療活動方案能顯著降低個案之憂鬱情緒相似。

## 第五章 結論與建議

本章分為三小節，第一節說明研究的結論，第二節提出研究的限制，第三節則陳述研究的建議。

### 第一節 研究結論

根據 Moretti et al.(2011)的研究，動物輔助治療在改善長期護理機構中患有精神疾病的老年患者的抑鬱症狀和認知功能被證實具有效果。本研究針對彰化榮家失智症住民，實施為期 10 週的治療犬輔助治療活動，旨在探討活動能力、認知狀況及正向情緒的提升效果。透過對日常生活活動量表、簡易智能狀態檢查表及老年憂鬱量表的前後測量，並在 10 次活動中使用失智患者團體參與評估量表進行綜合分析，得出以下主要結論：

#### 壹、動物輔助治療的介入能有效提升彰化榮家失智住民的認知狀況

本研究發現，寵物治療介入活動後，其 MMSE 得分在前測及後測呈現顯著提升，且於寵物治療 10 週的活動介入中，以活動中之現實定向感、不適切行為(含重複或固著行為等)、口語表達及溝通方式、短期記憶力、長期記憶力、活動持續度與對活動指令的理解力綜合評分其認知狀況，經統計檢定後確實具有顯著的進步表現。治療活動中也發現，研究對象經過越多次的介入後，在活動過程專注參與持續度明顯提升，需工作人員主動介入引導的機會變少，對活動指令的理解力升高，由此可知，動物輔助治療方案的課程，確實能為失智住民帶來顯著的認知狀況。

#### 貳、動物輔助治療的介入對彰化榮家失智住民的正向情緒具提升效果

本次研究在 GDS-5 前後測全體研究對象皆為零分無從比較，但在 10 週的團體活動中，以研究對象情緒穩定度、參與度、活動中的合作性及態度、對於意見的反應(挫折忍受度)及完成活動自我滿意度評分正向情緒，經統計檢定結果確實具有顯著的提升，且經活動中觀察，部分研究對象與治療犬互動後，能感到開心愉悅，並主動表示喜歡狗，顯示寵物治療活動對失智住民的情緒具正向積極影響。

#### 參、動物治療的介入對彰化榮家失智住民的活動能力無顯著提升效果

透過比較研究對象在日常生活活動(ADLs)前後測的分數，未觀察到統計上的顯著差異。此外，利用失智症患者團體參與評估量表，針對粗大動作、身體平衡協調、

依賴他人協助程度及活動執行技巧等面向進行評估結果，儘管歷次平均分數呈現逐步上升的走勢(如圖 6)，但經統計檢定後，差異仍未達顯著水準，顯示動物輔助治療對彰化榮家失智住民的活動能力未產生顯著提升效果。

## 第二節 研究限制

### 壹、樣本限制

本研究以係以彰化榮家中的失智症住民為研究對象，除需考量住民的年齡、病情及生活功能變項外，另顧慮其參與寵物治療活動與家屬的意願，故最終收案的研究對象僅 11 位住民，在研究樣本的數量與類型上，限制了樣本的隨機與普遍性，恐影響統計檢定力。

### 貳、研究設計

本研究計劃設計每週介入治療乙次，整體活動長達 10 週，因研究對象年邁偶有體況不佳情事，如：情緒不佳、因病就醫等影響出席狀況，至研究對象無法全程參與，影響整體出席率以及蒐集的資料完整性，恐影響研究結果。

### 參、介入效果受影響

本研究期間因機構內發生群聚感染，需停課兩周；期間治療犬在第六周時因體況不佳而臨時請代班治療犬，可能導致當週活動在失智患者團體參與評估量表中，活動能力、認知狀況及正向情緒三者分數皆明顯降低，除了停課影響治療延續的效果外，以代班治療犬完成介入活動，資料的準確性的推論上有其限制。

## 第三節 研究建議

依據本研究的結論與限制，研究者提出對實務方面及未來研究的建議如下。

### 壹、未來實務建議

#### 一、持續推廣動物輔助治療

本研究顯示，除了活動能力無顯著提升外，在正向情緒及認知上確實有不錯成效，故建議能將動物治療納入榮家常規非藥物治療的一環，可增加其安全感、自信心，提供歸屬感、認同感及自我概念，並減少孤獨的感受，緩解焦慮及憂鬱的情緒。

#### 二、針對認知狀況的進一步強化

研究發現動物輔助治療對提升失智住民的認知狀況具有顯著效果，建議未來課程設計中可融入更具挑戰性的認知活動，如問題解決、記憶訓練遊戲或簡單的分類與排序任務，進一步鞏固住民的短期與長期記憶力。同時，也可透過個別化活動設計，針對不同程度的失智住民提供適合的活動內容，以最大化干預效果。

### **三、正向情緒提升的持續推廣**

鑒於研究發現動物輔助治療對失智住民的正向情緒具顯著提升效果，建議榮家定期規劃與治療犬的互動活動，並將活動融入日常照護流程，以建立長期穩定的情感連結。在過去的文獻中，雖然狗是最受歡迎的，其次是貓咪，但並非能適合所有人，未來可依據研究對象喜好，引入其他形式的動物治療，如鳥、雞、魚等，擴展住民與動物的互動種類，進一步激發不同住民的情緒反應與喜好。

### **四、增強專業培訓**

為增加與治療犬的互動時間，國外亦有讓精神科醫院飼養動物，以照顧動物作為復健治療(Janssen, 1998)。榮家內能考慮安排堂隊人員(社工、護理師)參加動輔師訓練，實際依榮家狀況及特性設計活動課表，方能維持寵物治療影響力，增進生活品質及年邁後自身的價值。

### **五、提升活動能力的策略與可能性**

研究結果顯示動物輔助治療對住民的活動能力未產生顯著提升效果，但仍觀察到一定的趨勢上升。建議未來研究可延長介入時程，觀察長期活動能力的變化。此外，可搭配專業物理治療或職能治療師設計針對性強的活動，如增加需要動作協調的遊戲環節，或利用動物作為激勵媒介，促進住民更積極參與身體訓練。

## **貳、未來研究建議**

### **一、寵物治療介入時間點提前**

本次研究對象係以中度失智住民進行觀察分析，若能於中度失智前，因活動能力、認知狀況及正向情緒尚未退化嚴重，提早以寵物治療介入，除了能更多元設計活動內容外，在活動參與過程亦更能清楚了解治療犬與動輔師的指令，能期待具更好的治療成效。

### **二、擴展研究範疇**

本研究僅在以量化數值評估研究對象介入前後之成效，建議未來能增加質性研究，將訪談研究對象與照顧者(護理師及照服員)納入分析，亦研可考慮更大規模的

樣本及多樣化的介入方式，以探討不同類型的動物及治療方案對失智症住民的影響，則更能深入了解寵物治療的介入對研究對象的全盤影響，進一步豐富相關文獻。

### **三、多元化評估工具的應用**

本研究主要採用 MMSE、GDS 與 ADLs 等標準化量表進行評估，未來可加入更敏感的評估工具，如與住民互動的即時觀察記錄、住民家屬與工作人員的主觀評價，以多面向佐證動物輔助治療的效益。此外，可設計以質性研究為主的研究方法，深入探討住民在活動中的情緒變化與主觀體驗。

### **四、擴大研究樣本與跨單位合作**

本研究對象僅限於彰化榮家的失智住民，未來可擴大樣本規模，包含不同地區或機構的失智住民，進一步檢驗動物輔助治療的廣泛適用性。同時，建議結合學術機構或專業團體，進行跨領域合作研究，增進研究設計的多樣性與可靠性。

## 參考文獻

### 中文部分

- 王培寧、林克能、劉秀枝（2012）。輕度認知障礙之診斷與治療：台北榮總經驗。  
*應用心理研究*，55，15-35。
- 台灣狗醫生協會（2012）。狗醫生服務介紹。線上檢索日期：2024年8月5日。取自 <http://www.doctordog.org.tw/main3/main.asp>
- 台灣失智症協會（2024）。認識失智症。線上檢索日期：2024年8月5日。取自 <http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>
- 江珮儀（2004）。應用寵物治療於護理之家之經驗分享。*長期照護雜誌*，8（2），118-124。
- 李怡萱、陳晶瑩、湯麗玉、梁繼權（2013）。失智症行為及精神症狀的非藥物處置。*臺北市醫師公會會刊*，57（5），33-37
- 沈明德（2022）。失智團體活動觀察量表之發展（未出版碩士論文）。國立臺北護理健康大學，台北。
- 林芝宇（2009）。與生命的互動，從「在乎」開始-動物輔助治療與自閉症孩子的交會（未出版碩士論文）。國立台北教育大學，台北。
- 林億雄、賴美嬌、張嘉倩、陳莉妹（2010）。失智症之重點回顧。*應用心理研究*，48，181-198。
- 林育陞（2018）。動物輔助治療(寵物治療)應用與探討。*諮商與輔導*，387，6-10。
- 邱銘章、湯麗玉（2009）。失智症照護指南。台北：原水文化。
- 金韋志、劉嘉逸、李晉邦、朱俊霖（2014）。於台灣老年族群使用五種簡短型老年憂鬱量表之可行性。*台灣精神醫學*，28（3），156-163。
- 涂淑玲（2022）。失智症認知功能退化之照護。*彰化護理*，29（3），2-8。
- 紀皇如（2017）。有溫度的陪伴～失智症活動治療。*中華民國內膜異位症婦女協會會刊*，24（3&4），20-20。

- 國家發展委員會 (2022)。中華民國人口推估 (2022 年至 2070 年)。台北：國家發展委員會。線上檢索日期：2024 年 5 月 5 日。取自：<https://pop-proj.ndc.gov.tw/News.aspx?n=3&sms=10347>
- 張春興 (1989)。張氏心理學辭典。台北：東華。
- 張碧鳳、張歆祐、葉明理 (2015)。慢性思覺失調症患者參與動物輔助治療的療癒歷程。中華團體心理治療，21 (3)，47-60。
- 梁家欣、程蘊菁、陳人豪 (2014)。失智症之重點回顧。內科學誌，25 (3)，151-157。
- 許庭榕、黃仲禹 (2020)。失智症非藥物治療照護。臨床醫學月刊，85 (2)，81-87。
- 陳建豪、楊凱琳 (2015)。應用廣義估計方程式於教育研究。臺東大學教育學報，26 (1)，41-66。
- 馮亦寧 (2014)。不同型態「治療犬」方案對機構失智症住民照護之成效探討 (未出版碩士論文)。國立臺北護理健康大學，台北。
- 黃毓涵 (2012)。動物輔助治療在自閉症兒童療育之應用。桃竹區特殊教育，19，1-8。
- 楊美娟 (2023)。動物輔助治療方案對社區失智症長者身心健康與社交互動之成效探討 (未出版碩士論文)。國立臺北護理健康大學，台北。
- 葉明理 (2005)。來喜的小把戲—談台灣動物輔助治療的發展。護理雜誌，52 (4)，23-30。
- 葉明理 (2009)。動物輔助治療，全人照顧理論與輔助療法之應用。臺北：匯華。
- 葉明理 (2017)。動物輔助治療。載於梁翠梅等主編，輔助暨整合療法，100-120。臺北：華杏。
- 葉明理、陳美麗 (2012)。淺談輔助療法的專業化進程～以台灣動物輔助治療發展為例。領導護理，13 (3)，11-23。
- 葉明理、廖華芳、陳秀宜 (2002)。臺灣的動物輔助治療。臺灣醫學，6 (1)，102-106。
- 臺灣動物輔助治療專業發展協會 (2015)。線上檢索日期：2024 年 5 月 5 日。取自：<http://www.pata-tw.org/index.php/2014-04-24-03-38-18>

衛生福利部 (2024)。112 年全國社區失智症流行病學調查結果。台北：衛生福利部。線上檢索日期：2024 年 5 月 5 日。取自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html>

衛生福利部社會及家庭署 (2022)。因應超高齡社會對策方案 (112-115 年)。台北：衛生福利部社會及家庭署。線上檢索日期：2024 年 5 月 5 日。取自：<https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=1411&pid=11909>

## 外文部分

- Alessandra, B., Marta, B., Livia, T., Flavia, C., Enrico, A., & Francesca, C. (2012). Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics*, 12, 143–150.
- Batson, K., McCabe, B. W., Baun, M. M., & Wilson, C. A. (1998). The effect of a therapy dog on socialization and physiological indicators of stress in persons diagnosed with Alzheimer's disease. In C. C. Wilson & D. C. Turner (Eds.), *Companion animals in health*, (pp. 203-215). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brambell, F. W. R. (1965). *Report of the technical committee to inquire into the welfare of animals kept under intensive livestock husbandry systems* (the Brambell Report). London: Her Majesty's Stationery Office.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: A review. *The Journal of the American Medical Association*, 289(24), 3280-3285. <https://doi.org/10.1001/jama.289.24.3280>
- Chang, S.J., Lee, J., An, H.R., Hong, W., & Lee, J.Y. (2020). Animal-Assisted Therapy as an Intervention for Older Adults: A Systematic Review and MetaAnalysis to Guide Evidence-Based Practice. *Worldviews on evidence-based nursing*. <https://doi.org/10.1111/psyg.12367>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Delta Society(1996).Standards of Practice for Animal-Assisted Activities and Therapy. (2nd ed.).Renton, WA: Delta Society. Delta Society>About Animal-Assisted Activities & Animal-Assisted Therapy. Retrieved April 16, 2005, from <http://www.deltasociety.org/aboutaaat.htm>.

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state" : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Francesca, M., Diana, D. R., Virginia, B., Lucia, M., Barbara, F., Claudia, F., Francesca, N., Cleta, S., & Anna, R. A. (2010). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11, 125–129.
- Hendriks S, Peetoom K, Bakker C, et al (2021). Global prevalence of young-onset dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol.* ;78(9):1080-1090. doi: 10.1001/jamaneurol.2021.2161.
- Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, Mervis JR, Fitten LJ, Rubenstein LZ.(1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc.* ;47(7):873-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb03848.x. PMID: 10404935.
- Janssen, M. A.(1998). Therapeutic interventions : Animal-assisted therapy programs. *Palaestra Macomb*, 14, 40-42.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Management of behavior and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h2066.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.h2066>
- Khan, I., & De Jesus, O. (2022). Frontotemporal lobe dementia. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Kongable, L. G., Buckwalter, K. C., & Stolley, J. M. (1989). The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(4), 191–198.
- Lai N, Chang S, Ng S, Tan S, Chaiyakunapruk N, Stanaway F. (2019) .Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 11. Art. No.: CD013243. DOI: 10.1002/14651858.CD013243.pub2
- Manor, W. (1991). Alzheimer's patients and their caregivers: The role of human-animal bond. *Holistic Nursing Practice*, 5(2), 32-7.
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C.& Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11(2), 125-129.
- Mugford and M'Comisky (1975). Some recent work on the psychotherapeutic value of cage birds with old people. *Pet Animals and Society. Anderson*, 54-65.

- Netting, F. E., Wilson, C. C., & New, J. C. (1987). The human-animal bond: Implementations for practice. *Social Work*, 32(1), 60-64.
- Nordgren, L., & Engström, G. (2012). Effects of animal-assisted therapy on behavioral and/or psychological symptoms in dementia: a case report. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 27(8), 625–632.
- O'Haire M. (2010). Companion animals and human health: Benefits, challenges, and the road ahead. *Journal of Veterinary Behavior*, 5, 226-234.
- Rinaldo P, Patrizia M, Benedetti C, et al.: Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in Three Different Settings. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 694-8.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the UK. *Psychology and Aging*, 27(3), 198-214. <https://doi.org/10.1037/a0024846>
- Wiley, J., & Sons, L. (1998). Interpretation of mini-mental state examination scores in community-dwelling elderly and geriatric neuropsychiatry patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 661-666.
- Vrbanac Z, Zecević I, Ljubić M, Belić M, Stanin D, Bottegaro NB, Jurkić G, Skrlin B, Bedrica L, Zubčić D (2013). Animal Assisted Therapy and Perception of Loneliness in Geriatric Nursing Home Residents. *Coll. Antropol*, 37 (3) , 973-976.

## 附錄

附錄一：失智患者參與團體評估量表

失智患者團體參與評估量表

單元名稱：\_\_\_\_\_ 長者姓名：\_\_\_\_\_ 觀察日期：\_\_\_\_\_ 觀察員簽名：\_\_\_\_\_

分數	一般行為	0分	1分	2分	3分	4分
	情緒穩定度	情緒不穩，無法參與	經常出現不穩，需協助處理	有時出現不穩，需協助處理	偶爾出現不穩，但不影響參與活動	一般性良好，無情緒不穩問題
	參與度	不參與活動	需頻繁引導才能被動配合 (40% ↓)	過程有時須引導，即可持續參與 (60% ↑)	初期引導後，可參與大部分活動 (80% ↑)	過程可積極主動參與 (90% ↑)
	粗大動作及身體平衡協調	身體動作有障礙，影響自由行動或需使用輪椅	行走、運動時動作很不協調、僵硬或需使用助行器，需人協助	行走、運動時動作不協調或需使用拐杖，需人監督	行走、粗大動作反應稍慢或平衡稍差，不需輔具	動作協調良好，體能正常
	現時定向感	無法知覺任何一項	可知覺到一項	可知覺到2~3項	在某一項有問題	可知覺到人實地事物
	不適切行為 (含重複或固著行為)	整個活動時間均出現，且影響團體	3/4 以上時間出現，且影響團體	1/2 時間出現，且影響團體	偶爾出現，但不致影響團體	活動中未出現
分數	人際互動	0分	1分	2分	3分	4分
	活動中的合作性及態度	反對所有技巧或建議，出現負向態度，無法與人相處	反對3/4 以上指示，總是負向態度	半遵從，半反對，時常負向態度	大部分配合，偶爾負向態度	配合活動計畫，且態度友善，經常以正向態度與人互動
	口語表達及溝通方式	無法以口頭及肢體動作表達	無法以口語表達，但可以非語言表達及溝通	能以口頭方式表達重要單字，並可以非語言表達及溝通	能以口頭方式表達簡單句子，並可以非語言表達及溝通	能以口頭方式表達出重點，他人可了解意思
	對於意見的反應 (挫折忍受度)	拒絕聆聽意見	無法忍受錯誤，且對活動評價極低	接受挫折 (意見)，但顯出敵意	接受挫折 (意見)，但顯得畏縮	可承受意見並改正

分數	任務行為	0分	1分	2分	3分	4分
	短期記憶力	在引導下仍無法回想	在引導下只記得片段	在引導下能記得一半	在引導下可記得完整的過程	不需引導即可回想
	長期記憶力	在引導下仍無法回想	在引導下只記得少許往事	在引導下可以記得部分往事	在引導下可以記得許多往事	不需引導可以回想許多往事
	活動持續度	無持續力，專注於活動時間少於10分鐘	分心或離開活動時間約有3/4以上或維持10~20分鐘	分心或離開活動時間約有1/2以上或維持20~40分鐘	分心或離開活動時間約有1/4以上或維持40~60分鐘	在整個活動中都能專注在活動上或維持60分鐘以上
	對活動指令的理解力	在活動過程中無法透過視覺、聽覺提示執行，需肢體完全協助	在提供一步一步的是犯下，可依從簡單口頭指導，並須經過部分協助完成所有過程	在示範或提供樣本下，可依口頭指示及一步一步的示範下，完成所有過程	可理解簡單口語、文字或圖片提示	可理解複雜口語指令及規則
	團隊中需他人協助的程度	需完全協助	需大量口語或示範的協助	需中量口語或示範的協助	需少量口語或示範的協助	無需協助
	執行活動技巧	操作技巧極差，無法從事活動	操作技巧差，長需大量協助	操作工具經常在細節上有困難	操作工具偶爾在細節上有困難	能技巧的操作工具，或執行活動
	完成活動自我滿意度	對活動完成與否毫無興趣	只在活動完成時稍感興趣	對短時間活動感興趣	在長時間活動中，偶爾失去興趣	積極從事活動，相當認真投入其中


(施明德，2022)

## 附錄二：簡易智能狀態檢查表 (MMSE)

### 彰化榮譽國民之家MMSE評量表

姓名： 房戶別： 評估日期：

評估狀態：拒答 不知道 無法評估 總分：

定向感	時間	年	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		月	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		日	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		星期	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		季節	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
	地點	如市	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		如醫院	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		如幾樓	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		如診名	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		如床	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
訊息登錄 重複(1-3) <input type="text" value=""/> 次	腳踏車	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	紅色	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	快樂	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
系列-7	100-7	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	93-7	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	86-7	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	79-7	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	72-7	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
☆記憶	腳踏車	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	紅色	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
	快樂	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤	
語言	命名	筆	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
		手錶	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
	覆誦	白紙真正寫黑字	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
	閱讀理解	請閉上眼睛	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
	書寫造句	(至少三個字)請寫在下面	<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
口語理解及行動能力 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手	用左/右手拿這張紙		<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
	折成一半		<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
	再還給我		<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤
建構力	圖形抄繪 		<input type="checkbox"/> 正確	<input type="checkbox"/> 錯誤

問題類型：重聽 方言不通 視覺不良 動作不良 神智不清 身(心)不適  
其他

附錄三：老人憂鬱量表 (GDS-5)

GDS-5評估表

情緒問題:

過去一星期中	是	否
1. 基本上，您對您的生活滿意嗎？		
2. 您是否常常感到厭煩？		
3. 您是否常常感到無論做什麼，都沒有用？		
4. 您是否感覺您現在活得很沒有價值？		
5. 您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？		

有過自殺念頭:

0. 完全沒有    1. 輕微    2. 中等程度    3. 厲害  
4. 非常厲害    5. 拒答    6. 不知道    7. 無法評估

## 附錄四：日常生活活動功能量表 (ADLs)

### 日常生活活動功能量表 (ADLs)

項 目	分數	內 容
一、進食	10	<input type="checkbox"/> 自己在合理的時間內(約十秒鐘吃一口可用筷子取食眼前的食物，若需使用進食輔具時，應會自行穿脫)。
	5	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。
	0	<input type="checkbox"/> 無法自行取食或耗費時間過長。
二、輪椅與床位間的移位	15	<input type="checkbox"/> 可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開腳踏板。
	10	<input type="checkbox"/> 需要稍微的協助(例如：予以輕扶以保持平衡)或需要口頭指導。
	5	<input type="checkbox"/> 可自行從床上坐起來，但移位時仍需要人幫忙。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙方可坐起來或需兩人幫忙方可移位。
三、個人衛生	5	<input type="checkbox"/> 可獨立完成洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
四、上廁所	10	<input type="checkbox"/> 可自行進出廁所，不會弄髒衣服並能穿好，衣服使用便盆者，可自行清理便盆。
	5	<input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢的平衡、整理衣物或使用衛生紙，使用便盆者，可自行取放便盆但須仰賴他人清理。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
五、洗澡	5	<input type="checkbox"/> 可獨立完成(不論是盆浴或是沐浴)
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
六、行走於平地上	15	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可獨自行走50尺以上。
	10	<input type="checkbox"/> 需要稍微扶持或口頭指導方可行走50尺以上。
	5	<input type="checkbox"/> 雖無法行走，但可獨自操縱輪椅(包括轉彎、進門、及接近桌子、床沿)並可推行輪椅50以上。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙推輪椅。
七、上下樓梯	10	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯(允許抓扶手、用拐杖)。
	5	<input type="checkbox"/> 需稍微幫忙或口頭指導。
	0	<input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。
八、穿脫衣服	10	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。
	5	<input type="checkbox"/> 在別人幫忙下，可自行完成一半以上的動作。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人幫忙。
九、大便控制	10	<input type="checkbox"/> 不會失禁，並可自行使用塞劑。
	5	<input type="checkbox"/> 偶爾會失禁(每週不超過一次)或使用塞劑時需別人幫助。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人處理。
十、小便控制	10	<input type="checkbox"/> 日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。
	5	<input type="checkbox"/> 偶爾會尿失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待便盆或無法及時趕到廁所)或需別人幫忙處理尿套。
	0	<input type="checkbox"/> 需別人處理。
總 分		

## 附錄五：參與研究同意書

研究名稱	動物輔助治療方案對彰化榮家失智住民身心健康之成效探討
研究目的	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 動物輔助治療介入措施對失智住民的活動能力之變化是否具顯著差異。</li> <li>2. 動物輔助治療介入措施對失智住民的認知狀況之變化是否具顯著差異。</li> <li>3. 動物輔助治療介入措施對失智住民的情緒之變化是否具顯著差異。</li> </ol>
參與研究程序	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 前、後測填寫評估量表</li> <li>2. 10 次動物輔助治療團體課程，團體過程將錄影紀錄，當參與者有任何不舒服的情形時，可隨時中途退出，並且不會影響在此期間的任何權利。</li> <li>3. 整理分析資料，撰寫研究報告</li> </ol>
研究潛在風險、發生率及救濟措施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本研究邀請台灣動物輔助治療專業發展協會協助參與，採用的治療犬皆通過評鑑合格考試之犬隻，有定期健康檢查及疫苗注射，確保人犬互動之衛生安全，並具有足夠之服從度與穩定性，用以協助團體的運作，此研究所用的是一種客觀、簡單、且不具侵入性的護理方式，所以無危險性。</li> <li>2. 團體活動進行過程中，若有任何感受身體或心理的不適，即可退出當日團體，並協助輔導或就醫。</li> </ol>
受試者權益	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保護隱私：研究所得資料可能以學術研究型式發表，但不會呈現出參與者姓名及其他可辨識個人身分的資訊，研究者將謹慎維護您的隱私權。</li> <li>2. 研究退出與中止：可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果參與者拒絕參與研究，不會影響本機構對其的照顧，本機構會維護其應有之權益。</li> </ol>
聯絡方式	<p>若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員將回答，以下研究人員聯絡方式，研究人員：楊詠婷，聯絡電話：04-8747647#155，E-mail: vhch1091@mail5.vac.gov.tw。</p>
受試者簽章	<p>我已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本計畫的疑問，業經研究人員詳細予以解釋，同意書副本已收妥無誤。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本人同意本人家屬或該住民接受此計畫的自願受試者。</li> </ul> <p>受試者家屬簽署：</p> <p>日期：     年     月     日     法定代理人簽署：</p> <p>日期：     年     月     日     與受試者之關係：     _____</p>

## 附錄六 團體方案內容

階段	次別	單元	目標	活動內容
認知促進	1 (7/8)	認識你真好	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：認識人與狗</li> <li>●肢體：手勢、眼神</li> <li>●語言：打招呼、對話</li> <li>●情緒：稱讚、語調</li> <li>●社交：稱呼、用眼睛正視、表情適當</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案與治療犬互相介紹。</li> <li>2. 各組示範一項才藝讓個案認識。</li> <li>3. 動輔師協助個案伸展肢體與治療犬互動：如：正視治療犬、餵食、做出坐下或等的手勢…。</li> <li>4. 練習短句或單字互動語言。</li> <li>5. 動輔師與動輔員共同引導個案說話，回顧與狗的經驗。</li> </ol>
	2 (7/15)	與好朋友溝通	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：複習人(老師)與狗名、覺察</li> <li>●肢體：學習至少一個指令</li> <li>●語言：口令、稱讚、訪問</li> <li>●社交：專注、合作、人際適當距離</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 示範基本指令：坐、趴、等。</li> <li>2. 觀察狗兒的安定緊張訊號、引導個案訪談主人狗兒的最愛。</li> <li>3. 覺察自己和治療犬的人犬互動之喜好與情緒。</li> <li>4. 練習：基本口令、手勢、稱讚狗、語調、情緒字眼。</li> </ol>
	3 (7/22)	我來說你來做	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組個案、複習人(增加二位個案)與狗名、覺察彼此情緒、認識狗狗特徵</li> <li>●肢體：學習至少二個指令</li> <li>●語言：下正確的指令、稱讚、提問、說話的次數增加且內容正確</li> <li>●情緒：正向的情感</li> <li>●社交：專注、合作、表情適當、放鬆的人際關係</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案與治療犬互相介紹。</li> <li>2. 各組示範一項才藝讓個案認識。</li> <li>3. 動輔師協助個案伸展肢體與治療犬互動：如：正視治療犬、餵食、做出坐下或等的手勢…</li> <li>4. 練習短句或單字互動語言。</li> <li>5. 動輔師與動輔員共同引導個案說話，回顧與狗的經驗。</li> </ol>
互動技巧 (生	4 (7/28)	穴位按壓好健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組//跨組長輩、認識治療犬如狗名、狗性別或年齡、覺察彼此情緒</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 示範基本指令：坐、趴、等、一項社交指令(轉圈、套圈、套圈…)。</li> <li>2. 回憶狗兒的最愛互動技巧。同組內互動練習說出治療犬</li> </ol>

活功能重建)			<ul style="list-style-type: none"> <li>●肢體：學習至少二個穴位(人或狗)名稱、部位或作用、學習按壓</li> <li>●語言：下正確的指令、稱讚、提問、說話的次數增加且內容正確性增加</li> <li>●情緒：正向的情感、輕鬆、愉悅</li> <li>●社交：專注、合作、表情適當、放鬆的人際關係</li> </ul>	<p>的名字、特徵才藝、喜歡和不喜歡的事件(耗能/壓力事件)。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. 分享自己和覺察其他個案人際互動之喜好與情緒。</li> <li>4. 練習(穴位按壓好健康)：理解與操作人和狗個一個穴位、覆誦穴位的目的與作用、口令、手勢、稱讚狗、語調、表情、動作。</li> <li>5. 回示教：從按壓穴位互動中練習肢體、溝通及社交能力。</li> </ol>
	5 (8/5)	按摩養生大考驗	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組/跨組長輩、認識狗狗新把戲、為狗按摩</li> <li>●肢體：學習有趣的指令、人狗相互按摩</li> <li>●語言：口令、稱讚</li> <li>●社交：專注、合作、尊重、碰觸技巧</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 學會至少 1 項特殊互動指令、運用觸覺碰觸狗兒與狗合照。</li> <li>2. 動輔員示範為狗按摩、梳毛整理身體。</li> <li>3. 示範個案與工作人員彼此之間肩頸按摩、引導為狗按摩</li> <li>4. 展示按摩接龍，練習：口令、手勢、稱讚狗、語調、情緒。</li> </ol>
	6 (8/26)	一起郊遊樂活趣(戶外場地，含兩天備案)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組/跨組長輩、認識狗狗的外出的準備、反思自我照顧能力、兼顧自己並照顧狗</li> <li>●肢體：參與照顧動作</li> <li>●語言：向主人採訪、正向表達、稱讚</li> <li>●社交：專注、合作、放鬆的人際關係、PK 遊戲之參與</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 動輔員講解及示範狗狗的外出活動內容與各種準備。</li> <li>2. 引導討論外出時可能或有的活動如上牽繩、散步、擦腳、撿大便、兩狗相會(可跨組活動)等，及跟隔壁長輩一起完成任務活動。</li> <li>3. 回憶曾經難忘的外出活動，喚起愉快記憶。</li> <li>4. 練習：進出犬籠、餵食、水撿大便、指令遊戲、裝扮後在機構內散步、與狗 PK 遊戲</li> <li>5. 會視著當天的天氣做活動的調整。</li> </ol>
7 (9/2)	創作藝術狗玩意	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組/跨組長輩、治療犬的名字。長輩可以互招呼。長輩可以跟隔壁長輩說</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 需要準備藝術創作用物：長輩照片(1 張與治療犬、1 張團體照，可沖洗或列印)、大海報、A4 大小雲彩紙(或厚的彩色紙)、色筆、色紙、膠水、貼紙、剪刀等。</li> </ol>	

			<p>話、傳話或請求協助。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●肢體：可以伸展有障礙的上或下肢。</li> <li>●語言：說話的次數且內容正確、下正確的指令。</li> <li>●情緒：正向的情感。</li> <li>●社交：與其他同組、跨組長輩合作。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 動輔師準備：狗外型的 A4 空白紙。</li> <li>3. (組別固定)同組內互動動輔員。</li> <li>4. 先講解與示範：治療犬的畫像，用點點畫或色紙撕貼。</li> <li>5. 完成作品，向治療犬表達感謝、分享幸福(好事發生)、拍照。</li> <li>6. 動輔師與動輔員協助長輩練習治療犬討論展演內容。</li> </ol>
提昇自我效能	8 (9/9)	摩登走秀成果展	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組/跨組長輩、認識狗狗的服裝、增加定向感</li> <li>●肢體：為狗兒打扮</li> <li>●語言：正向稱讚、討論合作裝扮</li> <li>●社交：專注、分享、合作、適當禮儀</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 挑選狗狗服裝及配件。</li> <li>2. 分工合作協助狗兒裝扮：梳毛、穿衣配件。</li> <li>3. 為自己和他人適切裝扮，彼此評價，練習用麥克風公開說話讚美狗狗或自己或他人。</li> <li>4. 彼此拍照、為狗拍照。</li> <li>5. 練習網紅主播，播報治療犬、展示所學之互動過程，並向其他師生展示成果。</li> </ol>
	9 (9/16)	意難忘成長趴	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組/跨組長輩、回顧過去所學</li> <li>●肢體：製作紀念卡片、複習動作</li> <li>●語言：分享心得、稱讚他人</li> <li>●社交：專注、合作、感恩、適當互動</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 需要準備：美勞文具用品(彩色筆、剪刀、膠水)製作卡片。繼續完成第 9 次藝術創作(卡片和回憶畫作)。</li> <li>2 播放過去 11 次過程之回顧影片，請單位準備投影機、電腦、投影布幕。</li> <li>3. 引導個案完成製作自己與治療犬互動的成長紀念卡片。</li> <li>4. 各組個案合作準備紀念物(卡片或…)致贈治療犬。</li> <li>5. 引導表達對狗兒和其他組員師長的感謝。</li> <li>6. 分享自己的改變與家人看到的成長。</li> </ol>
正向情緒建構	10 (9/23)	成果展預演	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知：說出同組/跨組長輩、治療犬的名字、長輩可以互招呼、參與討論成果展計畫意見。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (組別固定)同組內互動討論、參與規劃並練習展演內容。</li> <li>2. 動輔師與動輔員協助長輩並引導長輩或與隔壁長輩一起完成活動。</li> </ol>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>●肢體：可以伸展有障礙的上或下肢。</li> <li>●語言：說話的次數且內容正確、下正確的指令。</li> <li>●情緒：正向的情感。</li> <li>●社交：與同組長輩合作</li> </ul>	<p>3. 請各組練習控制活動在 15 分鐘內完成。</p> <p>4. 需要準備：美勞文具用品(彩色筆、剪刀、膠水)製作卡片。繼續完成第 9 次藝術創作(卡片和回憶畫作)。</p>
--	--	--	--	---

附錄七 活動照片

