

89.10 製定
104.07 四修

失智症 護理指導手冊



10B病房製作



新光醫院  祝您健康

目 錄

一、失智症是什麼-----	1
二、失智症有幾類-----	2-4
三、失智症的病程-----	5-11
四、如何預防失智症-----	12-17
五、失智症如何治療-----	18-20
六、失智症病人家屬照顧須知-----	21
(一) 當病人出現記憶力變差怎麼辦?-----	22
(二) 當病人出現無法辨識時間、地點、人物時該怎麼辦?-----	23
(三) 當病人聽不懂別人說話內容怎麼辦?-----	24
(四) 當病人幻覺出現時該怎麼辦?-----	25
(五) 當病人出現妄想時該怎辦?-----	26
(六) 當病人出現攻擊、破壞行為時該怎麼辦?-----	27
(七) 當病人失眠時該怎麼辦?-----	28
(八) 如何與病人相處?-----	29
(九) 家屬如何自我照顧?-----	30



一、失智症是什麼

失智症是一種疾病現象而不是正常的老化，很多家屬都以為患者是老番癲、老頑固，以為人老了都是這樣，因而忽略了就醫的重要性，但是事實上他已經生病了，應該要接受治療。

失智症不是單一項疾病，而是一群症狀的組合，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、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，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

失智症與正常老化的區別

老化	<ul style="list-style-type: none">★可能突然忘記某事，但事後會想起來。★若做記憶測試，可能會無法完全記住測試中的物品。
失智	<ul style="list-style-type: none">★對於自己說過的話、做過的事，完全忘記。★無法記住記憶測試中的物品，甚至完全忘記自己做過測試。

資料來源：邱銘章、湯麗玉，失智症照護指南，2009，原水文化。



二、失智症有幾類

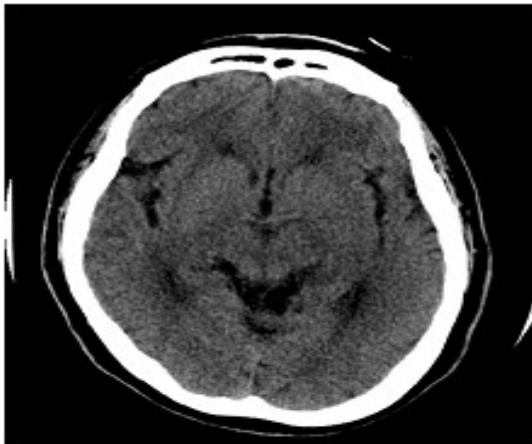
在失智症的分類上，大致分為兩類：退化性、血管性，但患者有時會存在兩種或以上的病因，最常見的則是阿茲海默症與血管性失智症並存（又稱為混合型）。

(一)退化性失智症

大部份患者都是屬於這類型，其中又以下列三者最常見

1.阿茲海默症 (Alzheimer`s Disease)

1906年由德國Alois Alzheimer醫師發現，因此以其名命名，是最常見的失智症。早期病徵最明顯的為記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，為兩種以上認知功能障礙，屬進行性退化並具不可逆性；為神經退化性疾病，其腦部神經細胞受到破壞，醫生透過電腦斷層及核磁共振判斷，主要是因為阿茲海默症初期以侵犯海馬迴為主，往生後腦解剖可發現異常老年斑及神經纖維糾結，美國前總統雷根即罹患此症。臨床病程約8-10年。



正常的腦部斷層



萎縮腦(阿茲海默症)



2.額顳葉型失智症 (Frontotemporal lobe degeneration) :

腦部障礙以侵犯額葉及顳葉為主，特性為早期即出現人格變化和行為控制力的喪失，常常會有不合常理的行為舉動；或是早期就出現語言障礙，例如表達困難、命名困難等漸進性退化現象。平均好發年齡五十歲以後。

3.路易氏體失智症(Dementia with Lewy Bodies) :

為第二常見的退化性失智症，特性為除認知功能障礙外，在早期就可能伴隨著身體僵硬、手抖、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、情緒不穩或疑心妄想等症狀發生，平均好發年齡七十歲以後。



(二)血管性失智症

是因腦中風或慢性腦血管病變，造成腦部血液循環不良，導致腦細胞死亡造成智力減退，是造成失智症的第二大原因。一般有中風後血管性失智症、小血管性失智症。中風之病人若存活下來，約有5%的病人會有失智症狀，追蹤其五年，得失智症的機會約25%。其特性是認知功能突然惡化、有起伏現象、呈階梯狀退化，早期常出現動作緩慢、反應遲緩、步態不穩與精神症狀。

1.常見臨床特徵：

- (1)情緒及人格變化（憂鬱症）
- (2)尿失禁
- (3)假延髓性麻痺(吞嚥困難、構音困難)
- (4)步履障礙(失足跌倒)

(三)其他因素導致之失智症

有些失智症是由特定原因所造成，經過治療之後可能有機會可以恢復，這類型失智症的病因有：

- 1.營養失調：如缺乏維他命B12、葉酸等營養素。
- 2.顱內病灶：如常壓性水腦症、腦部腫瘤、腦部創傷等。
- 3.新陳代謝異常：如甲狀腺功能低下、電解質不平衡等。
- 4.中樞神經系統感染：如梅毒、愛滋病等。
- 5.中毒：因藥物、酗酒等。
- 6.其他



三、失智症的病程

失智症是一個進行性退化的疾病，從輕度時期的輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，疾病退化的時間不一定，有個別差異。瞭解疾病的病程與症狀，可以幫助患者、家屬預做準備，以因應疾病帶來的生活變化。

失智症的病程，可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（晚期）。輕度知能障礙為正常老化到失智症開始出現徵兆之間，存在著一個過渡區域。MCI(輕微認知障礙)在臨床上每年約有10%-15%會發展為失智症，面臨較為複雜的工作任務或社會環境下會有問題，但簡易之日常生活並無影響。



	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
遺忘	<ol style="list-style-type: none"> 1. 常忘了東西放在哪裡。 2. 時常在找東西。 3. 忘記跟別人之間的約會。 4. 忘記別人跟他講過的事情。 5. 比較不能記住最近發生的事情。 6. 弄不清楚現在是幾年幾月幾日。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 忘記已發生過的事情，例如：是否吃過飯、洗過澡。 2. 重複問同樣的問題。 3. 對於辨認人物、認識環境和區分時間等更加困難。 4. 遠期和近期的記憶減退，日趨嚴重。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 忘記身旁熟悉的人、事、物，甚至包括一些長期記憶。 2. 記憶嚴重喪失，不記得生命中重要的事情。 3. 可能連自己是誰都不知道。
誤認	只有在光線照明不佳陰雨、夜間才容易發生誤認現象。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時空錯亂，分不清早晨與黃昏與季節。 2. 誤以為自己的家人或配偶是別人偽裝的，因而想趕走照顧他的配偶或家人。 3. 以為目前所處的環境並非自己的家，常會吵著『我要回家』。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 現實感消失，例如把電視裡播放的戲劇誤認為真，甚至會去攻擊電視機。 2. 看到鏡子、反光物、窗戶中自己的倒影，會誤以為是別人，與之對話



	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
個性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 變得猶豫不決，對事情難以下決定。 2. 變得多疑、猜忌 3. 變得膽小、內向 4. 變得孤僻、暴躁、愛發脾氣。 	同左，但因對事情和語言的理解力、情緒控制力薄弱更容易發脾氣、受到挫折。常常與家人或照護者衝突。	變為更為依賴，認知、記憶功能持續退化，個性表達不明顯。
情緒轉變	情緒起伏比以前大，例如：會因遍尋不著想要的東西而生氣。	同左，部分可能有激動的行為，胡思亂想，突然發怒、大哭大叫等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 可能會因無法表達或聽不懂意思而生氣。 2. 情緒表達困難。
言語表達	<ol style="list-style-type: none"> 1. 言語表達出現困難，講話不如以前流暢。 2. 想不起來要講什麼或想不起來某件物體的名稱。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 說話字句變少，內容貧乏。 2. 言語表達不連貫，缺乏邏輯性。 3. 慢慢失去閱讀及語言能力。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 幾乎不說話或只重複某句固定的話。 2. 語言能力下降，說話無法理解或不相關，無法與他人應對。



	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
迷路	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在不常去的地方會迷路。 2. 搭乘大眾運輸工具會下錯站。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在住家附近或熟悉的地區也會走失。 2. 搞不清楚方向，無法自己出門搭車，容易迷路。 	幾乎已無法自行外出
妄想	<ol style="list-style-type: none"> 1. 懷疑配偶不忠。 2. 憂心會被家屬遺棄。 3. 被迫害妄想，認為鄰居會傷害他或偷他東西。 	同左，除頻度較高外，更容易因妄想引發繼發性的語言與肢體暴力。	無法表達/ 無此反應
視幻覺	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看到房間裡有人，可能是熟識者、已死去家屬或不認識的人。 2. 有時會看到昆蟲、蛇等令人感到不愉快的東西。 	看到房間裡有人，可能是熟識者、已死去家屬或不認識的人或小孩。有時會看到昆蟲、蛇等令人感到不愉快的東西。可引起繼發性妄想。	無法表達/ 無此反應



	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
漫遊或躁動	<ol style="list-style-type: none"> 1. 坐立不安，不停走動。 2. 想要離開家裡到外面去。 	同左，但嚴重度較高。受阻時容易發生衝突。	肢體功能減退，容易跌倒發生意外。
不恰當行為	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重複動作，例如不斷地把東西收進櫃子又拿出來等。 2. 同樣問題重複問很多遍。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 亂藏東西，把一些沒用的東西，甚至垃圾藏起來，或者把脫鞋放進棉被裡等。 2. 可能因為妄想的内容或照護者不適當的回應，而被激怒，產生言語恐嚇，甚至暴力行為。 3. 缺乏判斷力和理解力，在公共場所出現不適當的舉動。 	完全依賴他人照顧，無不恰當行為之反應。



	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
行動能力降低	1. 變得不愛出門。 2. 對之前從事的活動顯得興趣缺缺。	無法順利出門到達目的地，甚至在家中開始找不到廁所、自己的臥室。	1. 行走困難。 2. 需藉助輪椅行，甚至臥床不起。 3. 無法坐立、站立。
睡眠障礙	日夜顛倒，夜間起來遊走或從事其他活動	日夜顛倒，可能整夜不睡，白天嗜睡。	日間節奏紊亂，白天睡眠次數時間更長。經常打盹，睡眠能力與清醒能力退步。
飲食問題	1. 吃過了之後還表示要再吃東西。 2. 飲食方面可能需要別人協助。	1. 無法備餐，需他人協助。 2. 飲食不正常：重複要食情形較嚴重。	1. 無法自己進食。 2. 拒絕飲食。 3. 可能會有吞嚥困難。
生活障礙	1. 對於複雜的生活功能發生障礙，例如錢財管理出錯、烹調能力下降等。 2. 對器物的使用能力下降。例如時常打錯電話等。 3. 判斷力和工作能力逐漸減退。	1. 很難獨自完成煮飯、清潔、購物等。 2. 失去使用日常用具的能力，例如洗衣機、冷氣機、遙控器等。	完全無法獨立生活，失去自我照顧能力。



	初期	中期	晚期
項目	症狀輕微，常常被忽略而延誤就診。	生活能力繼續下降，對日常生活事物的處理上變得更為困難。	幾乎完全依賴他人照顧。
穿衣及個人衛生問題	在選擇衣服上顯得猶豫不決。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個人清潔衛生處理變差，如上廁所、洗澡等需要他人協助。 2. 無法適當的穿衣或處理衣物，例如天氣很冷時只穿了一件短袖、髒衣服當乾淨衣服穿等。 3. 可能會開始偶有失禁的情形 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 大小便失禁。 2. 穿衣無法自理。

資料來源：邱銘章、湯麗玉，失智症照護指南，2009，原水文化。



四、如何預防失智症

目前還沒有任何藥物可以治癒失智症，因此如何預防失智症就成為大眾關心的議題。在現今預防失智症的研究中，多數以阿茲海默症為主，而隨著失智症研究不斷的進展，我們也越來越瞭解有助於預防或延緩失智症的因子。

積極在生活中增加大腦保護因子（趨吉），同時減少危險因子（避凶），以降低罹患失智症的風險，甚至預防失智症的發生。



(一)趨吉(增加大腦保護因子)

【多動腦】

研究顯示，從事可刺激大腦功能的心智活動或創造性活動，都可降低罹患失智症之風險，其相對風險下降近5成。民眾應養成終身學習的習慣，以增強腦細胞間有效的神經鍵結，並儲備大腦認知功能【儲存腦本】。

建議

保持好奇心、接觸新事物、參加課程、學習新知、閱讀書報雜誌、寫作、猜謎、打橋牌、打麻將、繪畫、園藝、烹飪、縫紉、編織、規劃旅遊、參觀博物館、聽音樂會。



【多運動】

每週規律地從事2次以上的運動，對失智症與阿茲海默症都有保護作用，其相對風險下降近6成。

建議

維持每週2~3次以上規律運動的習慣，如走路、爬山、游泳、騎自行車、健身房、柔軟體操、有氧運動、瑜珈、太極拳、元極舞等都是不錯的選擇。



(一)趨吉(增加大腦保護因子)-續上頁

【採地中海型飲食】

地中海飲食被證實可降低心血管疾病與某些癌症的風險甚至是整體死亡率，同時阿茲海默症發病的相對風險下降約7成。

建議

- (1)多攝取蔬果、豆類、堅果、未精製穀類(維生素C、E及 B群)
 - (2)使用橄欖油等未飽和油脂來烹調或調拌沙拉，少食用飽和性脂肪
 - (3)多攝取魚類(富含omega-3脂肪酸之魚類)
 - (4)不建議喝酒；有飲酒習慣者可飲用適量葡萄酒，但切勿過量。
- *目前不建議長時間、高劑量從飲食以外的來源進行補充維生素或深海魚油，以免過量而造成副作用。



(一)趨吉(增加大腦保護因子)-續上頁

【多社會互動】

研究顯示，多參與社交活動可降低罹患失智症之風險，其相對風險下降4成；孤單的人，罹患阿茲海默症的風險增加2倍以上，孤單的生活方式其認知功能退步速度比較快。

建議

努力保持社會參與、和人群接觸，如參加同學會、公益社團、社區活動、宗教活動、當志工、打牌等，都有助於增加大腦的血液灌流量，降低失智症發病之風險。

【維持健康體重】

中年時期肥胖者(BMI \geq 30)，其阿茲海默症發生的相對風險上升3倍，過重者(BMI 介於25、30之間)升高2倍。老年過瘦(BMI $<$ 18)失智風險亦提高。

建議

避免肥胖、過重或過瘦，維持健康體位(18.5 \leq BMI $<$ 24)。老年人不宜過瘦。



(二)遠離失智症危險因子(避凶)

【三高（高血壓、高膽固醇、高血糖）】

高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、腦中風都會增加阿茲海默症的風險。許多研究顯示糖尿病會造成記憶或認知的衰退。血壓收縮壓 $>160\text{mmHg}$ 且未治療者，發生阿茲海默症的風險為血壓正常者的5倍。重要的是，研究顯示控制高血壓可以降低發生阿茲海默症的風險。

建議

及早調整飲食、運動，維持正常血壓、血糖及膽固醇。高血壓、高血脂、糖尿病患者應及早接受治療，控制在正常範圍內。

【頭部外傷】

嚴重頭部外傷是阿茲海默症危險因子之一，腦部曾經受到重創的人罹患阿茲海默症的風險是一般人的4倍以上。

建議

騎單車或機車時應戴安全帽，並避免其他頭部受傷之機會。

【抽菸】

抽菸是阿茲海默症的危險因子，相對風險上升近2倍，而戒煙可降低風險。持續抽菸的人每年認知功能退化的速度較快。

建議

立即戒菸，可尋求戒菸門診協助。



(二)遠離失智症危險因子(避凶)-續上頁

【憂鬱】

曾罹患憂鬱症者發生阿茲海默症的風險增加，研究顯示其相對風險值約為無憂鬱病史者之2倍。

建議

以運動、靜坐、瑜珈等方式釋放壓力，並學習以積極正向的態度面對生活，接受自己、家人及同事的不完美。憂鬱症患者宜定期接受治療。



五、失智症如何治療

目前針對失智症的藥物並沒有辦法阻止或恢復已經受損的大腦細胞，但是可能可以使患者的症狀獲得改善或延緩疾病的進行，在治療上分為藥物治療與非藥物治療，希望透過治療可以增進患者的生活品質，減輕照顧者的負擔，並且延後患者被送到安養中心的時間。

(一)藥物治療【阿茲海默症】 在治療阿茲海默症的藥物主要有膽鹼酶抑制劑及NMDA受體拮抗劑，希望能減緩患者心智功能退化的速度，另外，其他藥物包括抗精神病藥物、抗憂鬱劑等，用於改善患者的精神行為症狀。

■合乎規定者，健保可以給付。

1.膽鹼酶抑制劑:愛憶欣(Aricept)、憶思 (Exelon)、利憶靈 (Reminyl)。

可能的副作用有噁心、拉肚子、厭食、頭痛、嘔吐等。

2.NMDA受體拮抗劑：憶必佳 (Ebixa)、威智 (Witgen)。

對中重度阿茲海默症較為有效。

3.抗精神病藥物：當患者有幻覺、妄想、攻擊、敵意和不合作等症狀，可給予抗精神病藥物，如：思樂康 (Seroquel)、理思必妥 (Risperdal) 等。

可能的副作用有嗜睡、便秘、血壓降低、顫抖、身體或四肢僵硬。

4.抗憂鬱劑：患者的憂鬱、煩躁、睡眠障礙等可使用抗憂鬱劑來治療，如百憂解 (Prozac)、樂福得(Zoloft)、美舒鬱 (Mesyrel) 等。可能的副作用：頭痛、噁心、頭暈、平衡感差等。



五、失智症如何治療-續上頁

(二)非藥物治療

除藥物治療之外，藉由環境的調整（熟悉的、穩定的、有安全感的）、活動的安排、溝通方式的改變、認知訓練、懷舊療法、亮光、按摩、音樂治療、芳香療法、寵物治療、藝術治療等非藥物照顧方法，也能改善失智患者精神行為症狀。

以下簡單介紹幾種療法：

【懷舊治療】

透過團體的方式，藉由對過去事物及經驗的回憶而增加患者語言表達、人際互動、改善情緒之目的，進而延緩病情的一種治療模式。回想與分享個人人生經歷的過程，可透過團體懷舊過程，鼓勵並支持失智老人的人際互動並鼓勵失智老人有組織地回想、討論並分享過往的事情及經驗，以增加自己的信心、自尊，進而減輕憂鬱情緒，緩解症狀。

【音樂治療】

運用音樂本身做媒介來改善患者情緒、促進語言溝通進而延緩病情的一種治療模式。設計音樂活動提供刺激與活動，藉簡單樂器之使用、歌詞解說等方法提供患者正向刺激，延緩疾病之退化。

【藝術治療】

運用教材及繪畫、拼貼、彫塑等方法與失智症者互動，提供豐富之感官刺激及自我表達機會；透過失智者陳述分享其作品，促進失智者之語言表達及成就感；在製作的過程，成員間相互協助形成良好人際互動、增進人際之滿足，參與活動動機提昇進而減緩退化。



五、失智症如何治療-續上頁

【認知訓練】

運用輔助教具、日常生活器具或其他自製器材、海報等，設計認知活動，幫助失智症者動動腦、減緩認知功能退化。過程常搭配結合感官刺激、現實導向活動。認知功能障礙為失智症的主要症狀，認知訓練希望即使在疾病的影響下，長輩仍然可以藉由日常活動的重新安排，建立參與活動的習性，以保持最大可能的獨立功能並面對調適失智症帶來之困擾。



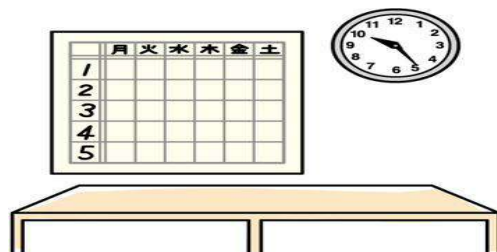
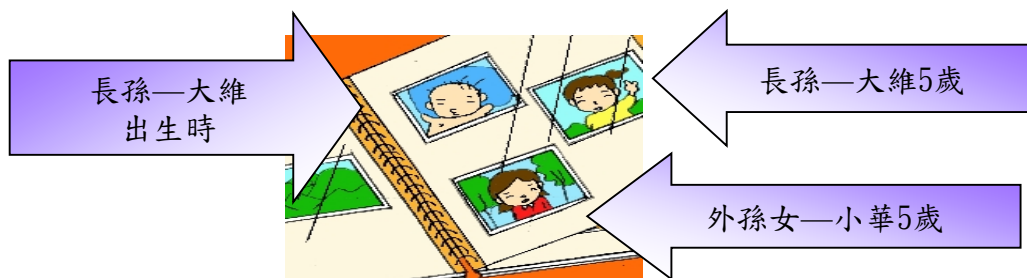
六、失智症病人家屬照顧需知

- (一) 當病人出現記憶力變差怎麼辦？
- (二) 當病人出現無法辨識時間、地點、人物時該怎麼辦？
- (三) 當病人聽不懂別人說話內容怎麼辦？
- (四) 當病人出現幻覺時該怎麼辦？
- (五) 當病人出現妄想時該怎麼辦？
- (六) 當病人出現攻擊、破壞行為時該怎麼辦？
- (七) 當病人失眠時該怎麼辦？
- (八) 如何與病人相處？
- (九) 家屬如何自我照顧？



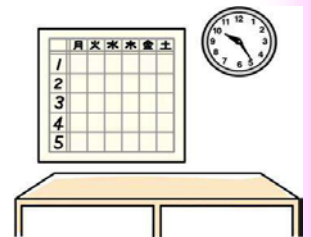
(一) 當病人出現記憶力變差怎麼辦？

1. 可以將病人常用的東西放在固定的位置上，並貼上明顯的標示。
2. 可以為病人準備記事本，以便病人記錄或當病人完成時協助登記。
3. 當病人反覆詢問時，以溫和的語氣回答。
4. 避免讓病人單獨從事危險性高的活動，如：煮飯、使用打火機、燒東西等。



(二) 當病人出現無法辨識時間、地點、人物時該怎麼辦?

1. 可以把家人的照片放大，註明照片中人物的名字及與病人的關係。
2. 可以在病人房間放時鐘、日曆，來幫助確認時間與日。
3. 可以在病人的房間及廁所門口貼上明顯的標示。
4. 可以為病人配帶識別物品，例如：手圈、手鍊、項鍊，標示病人姓名、聯絡人電話。
5. 外出時，可以請家人同行或協助準備聯絡電話。



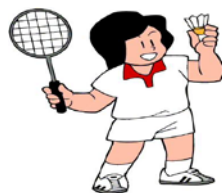
(三) 當病人聽不懂別人說話內容怎麼辦?

1. 可以先確認病人聽覺或助聽器功能是否正常。
2. 說話時與病人面對面交談，最好能有眼對眼的接觸。
3. 說話內容必須清楚，放慢說話速度。
4. 當病人無法了解時可以藉由身體語言或實物、溝通卡、舉例說明來幫助病人了解。



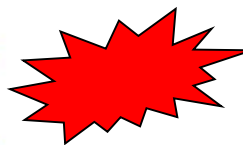
(四) 當病人幻覺出現時該怎麼辦?

- 1.病人抱怨耳邊有聲音在跟他講話或看到奇怪的影像時，此時病人確實聽、聽到，所以不要與病人爭執幻覺是否真實
- 2.家人不必要求病人馬上糾正過來，更不可因看不順眼，聽不順耳而責罵病人。
- 3.應盡量鼓勵病人說出幻覺所帶來的感受，並設身處地為他著想，瞭解他真正的感覺。
- 4.鼓勵聽收音機、看電視、看電影、與家人聊天及做戶外運動來轉移對幻覺的注意力。



(五) 當病人出現妄想時該怎麼辦？

- 1.病人可能深信家裡有賊、配偶有外遇，或有人要害他，跟蹤他等，如果這種想法已經明顯影響到日常生活，引起困擾，務必盡快帶病人就醫。
- 2.如果不至於影響病人或他人安全時，家人可以採取傾聽但不與病人爭辯的態度，讓病人談論他的想法。
- 3.不要和病人說道理或爭辯，因這樣往往更容易引起病人的反感且雙方容易起衝突，破壞彼此的關係，而更增加病人的不信任感。
- 4.家人必須傾聽、瞭解病人的想法，但不是去附和或承認病人的想法是對的。
- 5.病人經藥物治療而逐漸康復時，可在日常生活中，協助病人多看看現實情況，並點出現實與其想法矛盾之處，但要由他自己判斷，盡可能讓他自己去想想，待病情更穩定時，再與他討論不合現實的想法。



(六) 當病人出現攻擊、破壞行為時該怎麼辦?

1. 平時多觀察病人的表情及情緒變化，當出現下列攻擊前先兆，如：目露兇光、手握拳頭、大聲說話、緊張不安等，可要求病患自我克制並用溫和的口氣與病人討論令他生氣的原因。



2. 居家佈置簡單、安全的環境，家中危險物品收在病人無法隨手拿到的地方。

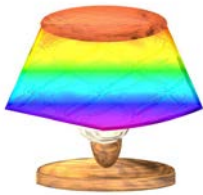


3. 病人如果要出手打人，可先清楚地叫病人的名字，以簡短肯定的語氣告訴他“不可以動手”。
4. 病人情緒很激動時，應保持一至二個手臂長之距離，若家中人力足夠，可以利用布條或床單約束其手腳後送醫，過程中要向病人解釋這是為了保護他。
5. 若家中人力不足，可以請求警察或119人員協助，將病人送醫就診。



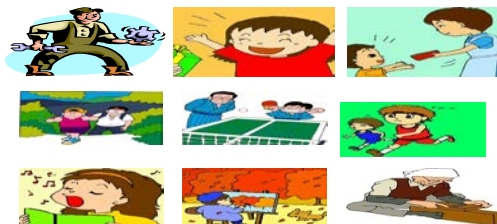
(七) 當病人失眠時該怎麼辦?

1. 可以鼓勵洗熱水澡、喝杯溫牛奶、執行肌肉放鬆技巧、聽音樂，幫助入睡。
2. 可以準備小燈及在旁陪伴、輕拍病人增加安全感。
3. 與病人討論及訂定就寢、起床時間，建立規則睡眠習慣。
4. 協助病人安排日常活動。
5. 依醫師處方協助服用睡眠輔助藥物，以幫助入睡。
6. 協助安排不消耗體力、不吵到別人的活動，如：看書、看報、聽音樂等。



(八) 如何與病人相處？

1. 與病人溝通時，說話內容要清楚，說話速度放慢，不要太多批評或過多保護與擔心，盡量以鼓勵、肯定來代替批評。
2. 維持病人生活的平靜，避免爭執而產生過多挫敗感，影響日常生活功能。
3. 病人出院後，家屬協助病人建立符合原有生活方式常規，減少生活混亂，並讓病人有較多的安全保障。
4. 協助病人照顧自己，幫忙病人慢慢獨立自主。
5. 提醒病人注意個人衛生，保持服裝儀容的整齊及適度的裝扮。
6. 安排病人參與家庭的活動，鼓勵從個人用物收拾做起，然後進一步分擔家務如洗碗、倒垃圾、擦桌子等，並肯定或獎勵病人，增加自我價值和成就感。
7. 提供病人與他人交往機會，先從家人為主的小團體，再逐漸去接觸周圍環境，增加與他人互動的機會。
8. 鼓勵病人培養興趣，例如下棋、看書、寫書法、踏青、爬山、打太極拳等。
9. 注意病人安全的維護。
10. 遵從醫師指示提醒病人按時服藥、定期返診，隨時注意症狀變化，預防疾病復發。



(九) 家屬如何自我照顧?

- 1.失智症病人生病並不是只影響病本身，可能對整個家庭及您都會產生影響，針對疾病病情演變擬定照顧計劃，有助於減輕您的壓力。
- 2.您需要嘗試和別人分享照顧的經驗與感受，嘗試接受別人的幫忙，會讓自己不覺得孤單，也更有能量照顧病人；因此可考慮三家病友家庭支持團體。
- 3.照顧病人的同時也同樣的照顧自己、愛自己，告訴自己”我是最重要的”，因為沒有了我也就無法照顧病人了。
- 4.可向戶籍所在地的縣市政府「長期照護中心」申請「喘息服務」讓自己有定時休息的機會。



祝您

早日康復



新光醫院  祝您健康