



桃園縣失智關懷季刊

第7期
100.03.15

發行人：李惠慈
總編輯：古梓耀
主編：黃筱晏

編輯：雷淑貞
發行單位：財團法人桃園縣基督教聖經教會
社團法人桃園縣失智關懷協會

地址：桃園縣中壢市新生路二段421號
電話：(03)45315844、0800-81-85-85
傳真：(03)4533934 網址：www.oldman.org.tw

電子信箱：taodemcareass@gmail.com
郵政劃撥帳號：50180839
戶名：社團法人桃園失智關懷協會

老人精神醫學概論 II

行政院衛生署桃園療養院主治醫師 吳威毅



貳、老年人常見的精神疾病

一、精神疾病

精神科的病主要可以分成兩大類，第一大類是精神官能症，它包含睡眠障礙、適應障礙、憂鬱症、焦慮症、身體化症、虛病等…等等；第二大類是精神病，它包含精神分裂症、躁鬱症、妄想症、失智症、重度憂鬱症、譫妄症…等等。而所謂的精神病就是常常會有一些脫離現實的想法，而精神官能症就是說他有一些精神方面的問題，可是並沒有脫離現實的想法或是行為。

二、老年精神科常見的4D

對老年人來講比較常見的精神病有妄想症、失智症、重度憂鬱症和譫妄症，而最常見的是失智症，得了以後就不會再好了，不像其他的病有可能會好。

三、容易和失智症混淆的症候群

憂鬱症的記憶力也會變差，我們通常誤認為記憶力變差就是失智症，但如果你把他當作失智症來治療那就錯了，要把他當作憂鬱症來治療，憂鬱症好了，記憶力也會恢復，因此憂鬱症有時叫作假性失智症。但曾經患憂鬱症且出現記憶力不好的這些人，以後得到失智症的機率會比一般人高很多。

四、失智症的診斷

失智症的診斷，記憶力是一個很重要的關鍵，依DSMIV精神疾病診斷準則，診斷失智症必須符合下面條件：

第一項，記憶(學習新資訊、回憶舊資訊)能力受損。

第二項，必須至少有下面一種或一種以上的障礙：

第一：失語症(aphasia)，指的是語言能力下降，包括對別人講話理解的能力、寫字的能力、讀報紙的能力。所以只要跟語言有關的能力下降就叫做失語症。

第二：認識不能(agnosia)，指的是本來講得出名字的東西，可是現在講不出來。譬如說，拿一隻筆問他這是什麼東西，一般人會說這是一隻筆，但他們會忘記「筆」這個專有名詞。比較輕微的患者會說，這是拿來寫字的，比較嚴重的患者根本就說不出來這是什麼東西，這個叫做認識不能；

第三：運用不能(apraxia)，指的是比較

簡單的動作損壞，例如：刷牙、洗臉、吹頭髮，這些簡單的動作，他們會退步，嚴重到他們可能不知道怎麼刷牙、怎麼洗臉。

第四：執行功能障礙。執行功能是屬於比較高層次的一種功能，它是由一連串的行為組成，譬如說煮飯、洗衣服、坐公車，或者是出去買菜，這些都叫作執行功能。執行功能障礙是最常見的，也是最快退步的。

這幾個問題都是在失智症者身上常見的，所以我們在診斷失智症的時候，除了診斷他記憶力不好之外，還必須要有這些障礙的其中之一。

上述這些病程是逐漸發生的，而功能也會持續變差。如果出現上面幾種現象，我們也必須排除是否其他的病因或疾病所引起，那才可以診斷是失智症。

五、造成失智症的原因

造成失智症的原因很多，最常見的阿茲海默氏症，佔了50%到60%，它是不明原因的大腦退化；第二個是血管性型的失智症，是重覆發生腦中風後所造成的；另外一個是混合型，它有阿茲海默氏症，也有血管型失智症。至於酗酒、頭部外傷、感染梅毒、愛滋病…等也都是造成失智症的原因。

六、失智的成因

失智症類型	百分比
阿茲海默型	50-60%
血管型	20-30%
混合型	10%
其他	10-20%

在門診最重要的就是要找到這10%至20%其他成因的失智症，因為阿茲海默型和血管型的失智症都不會好。血管型失智症指的是中風過後腦細胞缺血死掉，死掉的腦細胞不會再長，所以血管型是不會好的；阿茲海默型失智症，依照現在的科技是沒有藥可以治癒的，所以也不會好，但是在其他類型的失智症，像酗酒或是感染，如果能找到病因，是有可能痊癒的。例如：酗酒的人如果戒酒，失智症是有可能會好起來的；有感染的話就要治療感染。有時候很可惜的是，這個人的失智症是感染所造成的，但是醫院沒有做這些檢查，因此誤判他是阿茲海默型或是血管型的失智症，所以沒有做任何藥物的治療，如梅毒感染在身體裡面持續了

很長的時間，最後就變得更嚴重。曾有一個失智症的病患在多家醫院看了很多，失智也愈來愈嚴重，有一次到了我們醫院，我們醫院固定會檢查梅毒，結果檢查出來他有梅毒感染，於是我們幫他做了梅毒的治療，抗生素打完療程之後，人就奇蹟似的完全恢復正常。你很難想像一個人已經退化到大小便失禁，而且住在病房內還會走到別人的病房去上廁所的人，後來竟完全康復，就跟正常人一樣，回家之後可以帶孫子，也可以出去買菜，更可以獨自坐公車。這個例子證明，如果提早發現有梅毒感染，提早治療是可以完全復原的。

七、失智症的危險因子

很多家屬會問：家裡有長輩得失智症，那失智症會不會遺傳呢？答案是有可能的。所以如果直系血親有人得到失智症，那自己本身得的機會就會比較高。失智症跟APOE4這個基因有關係，如果你有這個基因的話，得到失智症的機率也會比較高，而基因跟遺傳是有關的，所以失智症跟遺傳也是相關的。年紀愈大，得到失智症的機率會愈高，腦部疾病如腦瘤、腦傷、腦水腫、腦炎等；精神系統疾病如巴金森、亨丁頓、皮克、克魯賈柏等也都跟失智症有關，所以老化、腦部疾病和精神系統疾病都是失智症的危險因子。另外，高血壓、心臟病、中風和肥胖也是危險因子，這些都容易造成血管阻塞，而血管型的失智症就是大腦的血管阻塞所引起的失智症。

八、阿茲海默氏症

阿茲海默型的失智症女生比男生多一點，他們的腦中可以看見較多的神經纖維糾結及老人癩，神經傳導物質以乙醯膽鹼減少為主。

阿茲海默型失智症從他記憶力開始退化的時候算起，平均可以存活八至十二年，退化的順序就像小孩子出生的時候發展的相反，退到最後會像植物人，整個人只能躺在床上，此時他們最需要的是身體上的照顧。

大家不要以為失智症只有大腦的問題，而對身體沒有影響。事實上大腦管身體所有的功能，譬如說：吃東西、呼吸、上厕所和翻身都是大腦在管的，失智症是整個大腦的退化，當大腦輕微退化的時候，影響到的就是我們智力的部分，當退化愈來愈嚴重，也會影響我們吞嚥的功能、大小便的功能和肢體的功能，所以

第2版

大腦萎縮到一定程度時，這些功能都失去，就會像植物人，所以失智症者的身體是會退化的，而且退化的速度會比一般老年人還要快。

九、酒精引起之失智症

酒精也會引起失智症。酒精本身就有毒性，會傷害到大腦。很多人有這樣的經驗，如果你沒吃飯先喝酒的話，胃口會變差，飯會比較吃不下，因為酒裡面有糖分，熱量還蠻高的，所以會有飽足感。另外，喝了酒之後，我們的腸子蠕動會減少，東西就沒辦法往下排，所以會有飽的感覺，因此經常酗酒的人看起來都會很瘦，飲食都不正常，如果飲食不正常就會缺乏很多東西，譬如：維他命B1和葉酸。缺乏B1跟葉酸也會造成失智症。喝完酒也會容易跌倒，造成反覆性的頭部撞傷，另外，如果肝硬化就會有肝病變，所以喝酒會有很多的因素可以引發失智症。

十、失智症合併行為及精神問題

失智症合併行為及精神問題不管在哪一型都有可能發生，而且發生率很高，大概50%至90%，這是造成家屬難以照顧，甚至身心俱疲的主因，也是患者與家屬會求助精神科醫師的主因。

我們把失智症的症狀分成兩方面來看，第一個是剛剛有提到的認知方面的問題，另外一個是行為及精神問題。行為及精神問題又分為問題行為和情緒及精神症狀：問題行為包含遊蕩、激躁、攻擊行為、重複的言語、不適切的性行為、不合作、收集不適當的物品…等等；情緒及精神症狀包含憂鬱、焦慮、淡漠、幻覺或是妄想。有時他們不僅錯認人，也會錯認地點。譬如他明明在家裡，可是卻說他要回家，這種錯認現在住的地方不是自己的家，就是一種行為及精神問題。至於前面有提到的運用不能、失語症、認識不能，這些是認知的問題。認知的問題是不會痊癒的，但是行為及精神問題是可以治療的。

老人家最常見的精神症狀是妄想，妄想指的是完全相信一個不存在的東西，譬如說你的東西沒有被偷，可是卻一直覺得東西被偷，這叫做被竊竊妄想；若是無中生有覺得有人會害你，這叫做被害妄想；覺得你的另外一半有外遇，這叫做忌妒妄想；覺得你的小孩子會拋棄你，這叫做被拋棄妄想，其中最常見的是被偷竊妄想，佔了50%。

行為問題方面包含迷路走失、重複行為、睡眠問題、攻擊行為、遊蕩、食量增加、病態收集行為、不恰當性行為。其中迷路走失佔了70%，重複行為佔了62%，病態收集行為與不恰當性行為比較少見，只佔了36%和10%。

十一、BPSD(行為及精神問題)的衝擊與負荷

1. 降低病人的功能。
2. 降低病人與照顧者的生活品質。
3. 造成老人虐待的主因之一。
4. 增加住院機會。
5. 提早機構化(長期安養)：其中「妄想與攻擊行為」是主要導因。
6. 增加醫療成本支出：護理之家的照顧成本是在宅服務的4-8倍。

十二、失智症的治療

剛剛提過失智症要從兩方面來看，第一個是認知功能退化，以現在的醫學是沒有辦法處

理的，但是可以使用一些藥物來減緩退化的速度，例如使用乙醯膽鹼抑制劑，但事實上，用的人當中只有三分之一的人有效，而且效果並不是非常明顯，以數據來看，沒有吃藥的話可能一年退步十分，有吃藥的話可能一年退步七分或六分，意思是說他還是會退步，只是退步得比較慢，這樣就是有效。第二個是NMDA拮抗劑，這是另外一種抗失智症的藥物，是給中重度的失智症者使用的。第三個是抗氧化劑，譬如：維他命C、維他命E還有銀杏萃取物，有些研究或者書籍認為維他命C、維他命E跟銀杏萃取物是可以減緩認知功能的退化，可是最新的研究證明這些東西對於失智症是無法預防及治療的。第四個是腦循環的促進劑，譬如說Piracetam和Nootropil，這兩種藥是醫師用藥，一般血管型中風會開這一類的藥物。

第二個是行為及精神問題的處理，可以使用精神科的藥物來達到症狀部分改善或是完全消除，這樣家屬就可以比較容易照顧。

十三、BPSD的非藥物治療

輕度精神行為障礙的第一線治療：

1. 現實定向療法：失智症的人通常會搞不清楚今天是禮拜幾？現在是早上還是晚上？現在在哪裡？如果他不知道這些事情的時候，他會有焦慮的感覺。我們建議，每次看到他，可以跟他說，我是誰，今天禮拜幾，現在是幾點。每天重複地跟他說，這樣他比較會有過日子的感覺，對於心情的穩定度也會改善。另外，可以在房間掛日曆，讓他起床的時候可以知道今天是幾月幾日禮拜幾，這樣對他的生活是有幫助的。
2. 照顧者衛教與訓練。
3. 環境介入(熟悉的環境)：失智症者的環境適應力很差，跟智能不足的小孩子是一樣的，所以當換到新環境的時候，剛開始會比較混亂，如果要讓他的精神症狀比較穩定，又不使用藥物，最好不要讓他常常換地方住，在熟悉的地方住他也比較有控制感、比較安心，對他的病情是有幫助的。而且若照顧者常更換，對失智症者的習性不了解，引發的精神症狀會比較多。譬如最常見的是，老人在幾個小孩家輪流住，當剛換到另一個小孩家住的時候，剛開始的二個禮拜他會比較不穩定，需要一段時間適應環境、照顧者。
4. 行為治療：行為治療就像在照顧小孩子一樣，例如尿失禁的老人，我們可以每兩個小時就叫他上一次廁所；如果他都有做到，可以給予讚美。
5. 有意義的活動(結構化，可預期的例行活動)：給失智症者固定的環境、固定的照顧者、固定的活動，失智症者只要照著大家做就可以。像有些失智症者在家裡會很混亂，但在病房住久了，會知道幾點該做什麼事，這樣他就不會想東想西，做些干擾行為。
6. 回憶療法。
7. 音樂治療。
8. 光照治療。
9. 芳香療法。
10. 多重感覺刺激。

十四、行為及精神問題的處理原則

1. 阻止並耐心解釋。
2. 保持微笑。
3. 慢慢來。

4. 靜靜走開給他空間。
5. 守在一旁靜觀其變。
6. 引開其注意。
7. 別跟他爭辯。
8. 腦力激盪。

十五、行為及精神問題的藥物治療

1. 主要針對中、重度的精神行為障礙者

2. 注意事項

- (1) 那些症狀值得用藥？有些症狀用藥是無效的，只會造成副作用？或只是讓患者比較鎮靜，並沒有讓病情改善的效果？
 - (2) 哪些症狀用藥治療有效？
 - (3) 選用哪些藥物？其副作用有哪些？
 - (4) 使用多久？
3. 常用藥物。
 - (1) 抗精神病劑。
 - (2) 理思必妥。
 - (3) 思樂康。
 - (4) 金普薩。
 - (5) 絡萬平。
 - (6) 抗憂鬱劑。
 - (7) 情緒穩定劑。
 - (8) 鎮靜劑與助眠劑。

4. 結論

- (1) 對失智長者來說，行為及精神問題是很常見的。
- (2) 行為及精神問題對病患本身、家屬及照顧者來說，負面的衝擊很大。
- (3) 行為及精神問題對藥物的反應通常不錯。

十六、憂鬱症

失智症患者也有可能得憂鬱症，而且得的機率比一般老人高。失智症者初期會意識到有些能力開始下降，會擔心、難過，因為要依賴別人，會擔心別人是否會看不起他，所以失智症者初期會蠻常見到有憂鬱症的。以下是憂鬱症的症狀：

1. 情緒症狀：持續性的情緒低落、對原本有興趣的事情失去興趣。
2. 生理症狀：失眠或嗜睡、食慾或體重減輕或增加、性慾減退。
3. 認知症狀：注意力障礙、猶疑不決、罪惡感、負面思考、無助、無望、無價值感、自殺意念。
4. 行為症狀：精神運動遲緩、倦怠、自殺行為。

十七、憂鬱-心情重感冒

憂鬱症和感冒一樣，輕度感冒會發燒、咳嗽、流鼻涕，嚴重的話可能會導致支氣管炎、肺炎，甚至腦膜炎；輕度憂鬱症可能會失眠、身體不舒服，嚴重一點會想不開，甚至自殺，所以在做自殺防治時，重點在憂鬱症的初期，可能有失眠的情況但還不到想不開，這時可以帶患者去看醫生，預防進一步發生自殺的情況。

十八、老年憂鬱症-台灣經驗

精神疾病盛行率占37.7%，精神官能症型憂鬱症占15.3%，重度憂鬱症占5.9%。而憂鬱症的盛行率和西方國家差不多。

憂鬱症病發的社會因素，例如：認識的親人一直過世，失去親人或朋友對他們來講是蠻大的壓力源。居住在城市、低教育程度、喪偶婦女和有慢性身體疾病的老人較容易得到老年憂鬱症。居住城市的老人會比較少朋友，和人互動也比較少，所以有事情就會悶在心裡，容易得憂鬱症。低教育程度的人是因為思考比較

沒有彈性，對生活比較容易覺得有挫折，或是不如意事情的時候，比較沒辦法轉化成正向思考，所以容易得憂鬱症。

憂鬱症的特色是：較高自殺成功率、較高自殺率、較易有認知障礙、較多種身體抱怨。較高自殺率指的是，譬如十個憂鬱症的老人有五個會自殺；年輕的憂鬱症患者，十個有三個會自殺。

十九、自殺的危險因子

1. 有任何精神疾病。
2. 曾有自殺企圖。
3. 家族自殺史。

4. 憂鬱症家族史。
5. 感覺無望、無價值感。
6. 容易衝動。
7. 幾個月內有壓力事件（身體疾病、喪偶、家人過世、朋友過世、退休、失去自主能力…）。

8. 支持系統減少。
9. 自殺工具容易取得。

二十、老人自殺的防治

1. 51%的自殺者生前一個月內曾經就醫。
2. 老年人容易被忽略，需要家人、朋友、醫師多注意。

3. 老年人自殺，90%有精神疾病。

二十一、如何保養頭腦

1. 活到老，學到老：讀書、學游泳、插花、畫畫、社交舞…。
2. 多動腦。
3. 照顧身體：避免頭部外傷或腦中風、控制血壓、血糖、血脂…。
4. 營養均衡。
5. 適量的運動：太極拳、土風舞、游泳、爬山、走路…。
6. 有病趕快求醫：不要亂服成藥或偏方。

主要照顧者 和家屬意見不同且衝突，怎麼辦？

社團法人桃園縣失智症關懷協會理事長 古梓龍



失智症的照顧者，比較可能罹患憂鬱症和焦慮症、免疫反應的障礙、可體松比較高（一種壓力賀爾蒙）。主要照顧者的挑戰，除了照顧是一種負擔之外，另外因其他家屬們意見多，當面或背後下指導棋，使心理的壓力更重。

照顧是一項长期的工作，至少對失智症者的照顧是要持續好幾年。照顧是壓力源，失智症者的照顧不是一個短期的急性壓力，而是要思考與那將持續好幾個月或好幾年的壓力源共處直到病人蒙主恩召。

離開或逃避也是一種因應壓力的方式，但逃避不了，卻勉強去逃避，會造成更大的壓力或憂鬱。主動因應會減輕憂鬱情緒，但對面那些無法改變的照顧問題時，則仍有負面影響。社會支持網絡中的負面溝通，尤其家屬間的不同意見和衝突，會提高照顧者的憂鬱狀況，怎麼辦？

照顧失智老人基本上是一個家庭事件，談到照顧，許多焦點都放在主要照顧者是一個個體。不同種族文化有不同價值觀念，西方社會是高度個人主義價值，有些社會的家庭，照顧老人是整個家庭做為一個單位。有些社會，照顧的角色相當彈性，除了指定的主要照顧者之外，有第二個和第三個照顧者共同參與。每個社會和家庭，其價值觀念和傳統不同，甚至現實狀況差異也很大。

家庭成員彼此之間分享相當多共同的私人性和情緒性的歷史。主要照顧者如何在家庭系統內被選出來做照顧的工作，以及家庭內要幫助滿足失智老人的需求，有什麼事情是要做的或有什麼事情是不要做的。

整個家庭系統隨著失智老人身心能力的改變，都要參與調整至新的平衡點。老人曾經是家庭一個很主動有能力的成員，也是履行家庭責任的角色，現在卻要其他家庭成員來負責照顧。非常可能其他家庭成員會哀傷老人部分能力喪失的失落，也會在接受這樣的改變時，有不同程度的成功和安慰。

通常在照顧開始時，家人多是分散各地，

照顧的兩難，常讓平常多年彼此不相往來的家庭成員重聚，這個重聚也可能導致熄火多年或幾十年的家庭議題和衝突重新燃起：誰在家庭裡有最高的權力？誰是被歡迎的？誰是害群之馬？

另外一個家庭議題，是受照顧者過去與家庭其他人之間的關係，及受照顧者先前的人格和家庭角色。若受照顧者是一個時時刻刻都想控制別人，和令人不喜歡者；或因為過去與家人疏離，現在卻要家人照顧；或過去受到父母虐待或遺棄的孩子，現在要照顧「不是的父母」。這些例子的照顧情境特別困難且繁重，主要是由於照顧者對受照顧者衝突的負面情緒和感受。

也有些家庭困難重重，談到照顧卻是家庭成員大家都想要成就做好的事；縱然成就很有限，但卻透過照顧達成一個正面的，過去不曾存在的良好關係。

你的家人如何選擇這個人做為主要照顧者？是否有其他的家人能幫忙，或者想幫忙，卻被主要照顧者排除，阻擋不能來幫忙？什麼範圍的介入過程，是要其他家人的參與？

當家屬意見不同或衝突時，建議舉行家庭會議，或進行家庭協談，因為照顧和衝突都是發生在家庭之內，最重要的共同目標，在解決大家對受照顧者障礙程度和嚴重性的不同認知或分歧觀點，這也通常是家庭內衝突的議題。普遍現象是有些家屬很少參與照顧，和低估障礙的範圍，或者是完全否認有障礙的存在。另外要討論分擔照顧責任有那些阻礙，以及解決那些會增加照顧者額外壓力的 interpersonal 衝突。另一個普遍的衝突來源，是發生在失智者的最佳利益和家屬的最佳利益衝突時，把這弄清楚可以幫忙家屬衡量潛在的困難和利益，使他們能夠解決這個具挑戰的兩難問題。

常有照顧者感覺其他家人都不願意幫忙，事實卻不盡然。經常是其他家人感覺主要照顧者壟斷對老人的照顧，主動防止其他人的幫助。家屬同意的話，受照顧者也可以一起參加

家庭協談。中、重度失智者一起在房間裡談，也是很有用的。個案的出現，固然情緒上難受，但排除案主參與的家庭內溝通，也會有困難，可能造成老人的猜疑和後來更大的危機。

家庭協談者的角色主要是促進家庭成員間的溝通，觀察溝通中的衝突和其他的困難。有時透過潛在的妥協，可幫助解決僵局。但協談者站在家屬的哪一邊，或倡導某一個特殊解決方案，是不適合的，協談也不會圓滿。

主要照顧者與其他家屬有明顯的不同意見，包括失智症發生前的關係，個別家庭成員的情緒，照顧者的地理接近性（通常是子女住得遠，低估失智的嚴重性，以及照顧者面對的挑戰），多重家庭的參與（先前的婚姻關係）以及目前個別家庭成員的經濟、文化、社會和宗教價值等。

在失智症者的氛圍中，解決家庭衝突的主要目的，是幫助家庭提供對生病者及家庭成員一個最好的環境。區別衝突是失智症發生前就有的，還是因為失智症之後才有的，即便是如此區別都是很複雜和難做的，但卻是重要而有用的事。焦點放在目前的問題，持續強調解決直接跟失智症相關的問題。

理想上家庭會議或協談，所有參與的家庭成員都要一起會面討論，但經常是不太可能。一開始時很重要，確認所有家庭成員對失智症及生病者在那個時間點的狀況，都有適當的瞭解。協談者可以幫忙家屬澄清不同意見的本質，和聚焦在解決這些問題。很重要，瞭解家屬在之前和之後的關係，因為這樣才能讓目前問題更能被瞭解，也對任何存在的問題提供指導。

找出並確認所有參加者的意見是很重要的，最好是家屬自己取得解決問題的方法，有時協談者要指導和做特別的建議。長程目標是要幫忙家屬發展自己的問題解決技巧，只有如此，他們才更能好好面對未來的困難。在失智症之前就存在的長期的問題，協談者應該建議家屬尋求其他的諮商解決。

好書推薦

別等失智上身

■編輯部整理

「別等失智上身」這本書的特色是作者劉教授的多重角色，她是出色的神經內科醫師與研究科學家，本身也是失智症患者的女兒。書中許多內容就是她的親身經驗，特別是她描寫除夕夜睡在媽媽身邊，爲了保護不斷起身上廁所的媽媽不會跌倒，整晚如履薄冰的經驗。看似幽默的筆調，卻有著許多不爲外人道的心酸。

本書第一部分，先帶領讀者從認識失智症的早期症狀到瞭解失智症的診斷、病程和治療。年齡雖是失智症主要的危險因子，隨著年齡漸長，得到失智症的機率也越高，但失智症絕對不是正常老化，它是腦中產生了一些不正常的病變，而這些病變成了神經功能的破壞和神經細胞的死亡。所以對大腦的神經細胞來說，是一種破壞性的疾病，且不只是良性的退化而已，大家應該要更積極的看待和面對這個疾病。

第二部分，對家屬和照顧者常見的問題分享了我們的經驗和目前文獻中的證據和建議。其實這些問題大都沒有一定的答案，同一個問題，發生在不同人的身上、不同的家庭中，會因爲環境和經驗的不同，處理的方法可能都不一樣，只要是懷著愛心和耐心解決了問題，

就是好方法。

第三部分，在歷經過照顧失智症家人的酸甜苦辣後，照顧者開始想到自己：「我自己也覺得記憶力越來越差了，我將來會不會像父母一樣得到失智症啊？」、「有沒有什麼辦法可以預防失智症發生？」我們的確是可以經由一些努力減緩認知功能的衰退並減少發生失智症的危險性。

最後本書作者提到她並不是提供鉅細靡遺的資訊，而是希望每個人在其能力所及的範圍來預防阿茲海默症，因此取名「別等失智上身」，兼談面對失智症患者或長輩的照顧技巧和心態。並呼籲國人，要遠離失智，就要先認識它，包括了失智症的診斷和治療。切記：預防是失智症，也是所有疾病最好的治療方法。



闔家適用 去憂解鬱 必備良藥

擁抱生命的每一刻

青春啦啦隊

Young of Heart
Grandma Cheerleaders

金馬導演楊力州，繼實座紀錄片《被遺忘的時光》後
要讓你再次又笑又哭！

5.6 歡樂上映

www.youngofheart.com.tw

本片收入扣除戲院上映費用後，將全數提供聯合勸募協會，作為老人服務、兒童服務與紀錄片製作計畫使用

* 超值預售票請上 [票寶網](#) 及 [ibon](#) 售票網或洽前票娛樂：02-29262839。
* 【聯勸優惠套票專案】請上聯合勸募官網 www.unitedway.org.tw/ 最新消息

失智症家屬支持團體活動

日期	時間
4/16(六)	上午9:00~11:00
5/21(六)	上午9:00~11:00
6/18(六)	上午9:00~11:00
對象	桃園縣民衆，其家屬中有失智症之確定診斷者。
地點	聖德基督學院（中壢市新生路二段421號）
備註	1. 午餐及交通請自理。 2. 歡迎失智長輩一同參加，有專人安排活動，惟請事前報名。 3. 分享主題之外，主持人可優先處理成員特殊或急切之問題情緒。

交流道

交流道是大家交換照顧失智症長輩心得的園地，歡迎提供您的經驗及意見！

失智症長輩 不適當行爲怎麼辦？

失智症長輩不適當行爲包括：

- 一再重複之活動：例如不斷打開櫃子、關上、再打開，或不斷重複問或說同樣一句話。
- 不適當收或藏東西：例如收藏衛生紙、垃圾等。
- 不適當的行爲：例如：公共場所脫衣服、隨地大小便等。有以上行爲該怎麼辦？
 - (1) 不要有太激烈的反應。
 - (2) 溫柔而堅定地轉移他的注意力，以停止他的行爲。
 - (3) 準備大容器讓患者方便吐痰或骨頭，盡快收好垃圾，垃圾桶放在櫃子裡，同時對鄰居說明患者病情。
 - (4) 隨身攜帶說明卡，必要時幫助他人了解患者的病情，並致歉請對方包涵。

資料來源：失智症照護指南—原水文化