

運用健康促進五大行動綱領發展社區失智照護服務模式

壹、前言

國際失智症協會「2015全球失智症報告」指出，2015年全球每年有990萬人罹患失智症，約占全球老年人口的5%，平均每三秒鐘新增一個病例，估計2050年人數將達到1億3150萬人（Alzheimer's Disease International, 2015）。台灣65歲以上老人，每13人即有1位是失智者，而80歲以上的老人則每5人即有1人失智，年紀愈大盛行率愈高，估算2017年底台灣失智症人口超過27萬人（台灣失智症協會，2018）。在高齡人口飛快增加的背後，代表著許多疾病盛行率的改變與照護模式的挑戰，對老化快速的台灣，目前最大的難題，莫過於如何因應失智人口劇增所帶來的衝擊，顯示失智症的醫療保健與照顧服務是十分迫切的議題（吳怡慧、林，2017）。

研究指出，失智症病人健康照護支出費用約是無失智症病人的2倍，且失智程度愈加重，病情愈難控制，照顧成本愈高(Quentin, RiedelHeller, Luppa, Rudolph, & König, 2010)；加上，失智症病人自診斷到死亡，病程平均8~10年，在這段漫長的過程中，花費在病人身上的人力、物力將不可計數（梁家欣、程、陳，2014）。「在地老化」乃是老人照護政策最高指導原則，以維持老人自主、自尊、隱私的生活品質，失智症病人的照護原則亦然。為了完成在地老化的目標，必須建構完善而且多元的設施，同時串聯居家、社區、機構三方資源來提供連續性的服務（吳怡慧、林，2017）。

世界衛生組織、加拿大衛生與福利機構以及加拿大公共衛生學會於1986年在渥太華舉辦第一屆健康促進國際會議，而渥太華憲章則是當時由來自38個國家的代表所訂定的。渥太華憲章內明定健康促進的5大行動綱領包括1.訂定健康的公共政策：各部門制定公共政策時必須考量政策對健康的影響；2.創造有利健康的支持環境：建立一個提供安全與滿足的健康環境，整合各方資源，加強硬體空間和軟體健康環境建設，以支持健康活動進行；3.強化社區的行動力：透過有效的社區發展與社區參與，應用社區資源及人才，使社區民眾從事良好健康行為；4.發展個人的技能：運用衛生教育宣導、培訓等方式，傳播健康知識與培養健康行為，強化民眾認知提昇其配合度；5.調整健康服務的取向：醫療服務必須擴及健康促進，提供以人為中心，包括生理、心理、社會等全方位之完整（World Health Organization, [WHO], 2015）。

貳、實施策略

本院結合社區夥伴共同合作以健康促進五大行動綱領發展社區失智照護服務模式，說明如下：

一、健康的公共政策：社區領導人失智照護共識

藉由新北市汐止健康促進協會會議及區務會議，宣導本院失智照護服務訊息，並由本院失智症個案管理師為聯絡窗口，負責個案就醫及確診流程（圖一、圖二）。

圖一、新北市汐止健康促進協會會議



圖二、汐止區區務會議



二、創造支持性的環境：建置失智社區服務據點

規畫本院失智據點，服務內容為失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、家屬照顧訓練及家屬支持團體等。空間設於本院地下室2樓多功能會議區，時間為每週一三四五9：30-11：30，參加者來源包括個案管理個案、長期照顧管理中心轉介及社區篩檢出疑似失智症者，運用宣傳海報、院內公告、社區里辦公室、院內主管會議進行宣導。共計有49位失智者參加據點，其中極程度17位、輕度20位、中度11位、重度1位（圖三至圖五）。

圖三、失智社區服務據點入口



圖四、失智長輩參與情形



三、強化社區組織行動力：佈建失智友善守護站，發現個案及轉介

為達失智友善社區的目標，本院社區醫學中心及護理科共同盤點轄區內資源，如里長、協會理事長、店家，與並連結轄區衛生所盤點轄區友善診所，共計40個資源，其工作任務乃為配合放置失智症相關DM與張貼海報；遇到疑似個案願意主動轉介至衛生所、警察局或提供醫療轉介資訊。

四、發展個人技巧：進行宣導教育，提升失智公共教育

為增進民衆對失智症者的關懷及正確的認識，新北市政府衛生局結合中華民國老人福利推動聯盟特別推動「失智守護天使培訓」計畫，除了讓民衆正確理解失智症並成為失智症者的支援者(supporter)外，更希望喚起社會大眾透過自己的力量，讓社區內的失智者及其家屬安心自在地生活。因此本院派員五人接受「失智守護天使培訓計畫」師資培訓，並且舉辦36場失智守護天使培訓課程，每場次2小時，參加人次為2,580人次，期能提升民衆認知，落實生活中的友善態度（圖6）。

圖五、失智守護天使培訓課程上課情形



圖六、失智守護天使培訓課程上課情形



另為了解高中生對於失智症的認知及態度，設計問卷調查學生的反應，結果共回收259份，其中以沒有和 ≥ 65 歲同住者居多(佔69.1%)、親友中沒有失智症者居多(佔91.1%)。至於失智症照護知識平均得分，前後測結果分別為69、73分；失智症照護態度平均分前後測皆相同。探討學生對於失智症照護的認知及態度是否受同住家人 ≥ 65 歲者、親友中失智症患者所影響，結果同住家人 ≥ 65 歲者會影響失智症照護的認知，且有統計上顯著差異($p < .0001$)。

表一、高中生填答者基本資料

項目		N=259	
		人數	百分比
同住家人 ≥ 65 歲者	無	179	69.1%
	一位	51	19.7%
	二位	24	9.3%
	三位	3	1.2%
	四位	2	0.8%
親友中失智 症患者	有	23	8.9%
	無	236	91.1%

表二、高中生對於失智照護認知及態度

項目	前測n=259	前測n=256
失智症照護知識平均得分	69	73
失智症照護態度平均得分	3.0	3.0

表三、高中生對於失智照護認知及態度影響因素

變項		N=259					
		失智照護知識			失智照護態度		
		答對率	F/t值	p值	平均值	F/t值	p值
同住家人≥65歲者	無 (n=179)	98.3	9.82	<.0001	3.4	0.05	0.95
	一位 (n=51)	98.0			3.3		
	一位以上 (n=29)	82.8			3.3		
親友中失智症患者	有 (n=23)	95.7	0.06	0.81	3.5	0.86	0.35
	無 (n=236)	96.6			3.3		

五、調整服務的方向

創造失智友善態度、讓失智者可以走入社區，增加社會參與、讓照顧者獲得支持及友善對待。

參、結論與建議

隨著人口老化，失智者如雨後春筍般驟增，除了需要醫療照護，生活照顧才是最重要的，故醫療照護機構，利用醫療的專業、完善的資源，推動失智者藥物治療外，也應將觸角延伸至非藥物治療，讓失智者能達到用進廢退準則，延緩疾病進展，為病人及家屬爭取時間，進而得到良好的生活品質，甚至讓其如願的在地安老，故醫院能結合社區資源共同推動失智照護服務，確實可以讓高齡社會的照護事半功倍。

肆、參考資料

- 1.台灣失智症協會 (2018) · 台灣地區失智症人口推估 · 取自：<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>
- 2.吳怡慧、林明憲 (2017) · 失智照護 · 臨床醫學月刊，79(1)，19-25。
- 3.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 ·

- 4.Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer Report 2015-The global impact of dementia. Retrieved from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- 5.Quentin, W., Riedel Heller, S. G., Luppá, M., Rudolph, A., & König, H. H. (2010). Cost of illness studies of dementia: a systematic review focusing on stage dependency of costs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 243-259. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01461.x
- 6.World Health Organization. (2015). Health Promotion. Retrieved from
- 7.<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>