



高齡者全人健康照護： 從生理功能評估到 心理社會介入

國立臺南護理專科學校

吳佳珊 副教授

從治療疾病到照顧「一個人」 高齡照護面臨的挑戰

隨著年齡增加，高齡者的健康問題往往不是單一疾病，而是**多重疾病、功能退化、心理困擾及社會因素同時存在**。若只依單一疾病分科處理，容易忽略疾病間的交互影響，以及對長者實際生活造成的限制。

 世界衛生組織強調：**健康老化的核心是「維持高齡者能夠去做自己有理由重視的事情」**的能力。



高齡者健康問題的多重性與複雜性

這些問題通常不是彼此獨立，而會形成連鎖反應，相互加劇。



身體疾病與疼痛

多種慢性病共存，疼痛及不適
持續影響生活品質。



認知與情緒改變

認知退化、憂鬱、焦慮等心理
困擾常被忽略。



多重用藥風險

藥物交互作用增加跌倒、嗜睡及
認知惡化風險。



家庭與社會支持不足

照顧能力不足、社會孤立、
經濟與交通困難。

慢性病與多重共病：不只是數字控制

多重共病的照護困境



一位同時患有糖尿病、腎臟病及心臟衰竭的長者，治療目標可能互相衝突：

- 控制血糖 VS. 避免低血糖風險
- 限制鹽分與水分 VS. 維持營養
- 多重藥物 VS. 跌倒與嗜睡風險



照護重點不只是「每個疾病都控制到最佳數值」，更要考量治療是否增加長者負擔、是否符合其生活期待。

疾病控制良好 $\neq$ 生活功能良好

傳統醫療指標正常，不一定代表長者能夠獨立生活。



傳統醫療關注

- 血壓、血糖是否達標
- 檢驗數值是否改善
- 影像檢查是否穩定
- 症狀是否減輕



全人照護更需關注

- 能否自行進食、穿衣、如廁
- 是否能安全移位及行走
- 能否自行購物、備餐、服藥
- 是否仍能參與喜歡的活動

同一種疾病，不同的生活影響

以膝關節退化為例，五位長者的功能狀態與照護需求截然不同：

01

功能完好

仍可每天散步、買菜、自行搭車。

02

需輔具協助

需要手杖，但仍能維持自行生活。

03

活動受限

因疼痛及害怕跌倒，長時間臥床。

04

合併失智症

無法正確使用助行器，安全風險高。

05

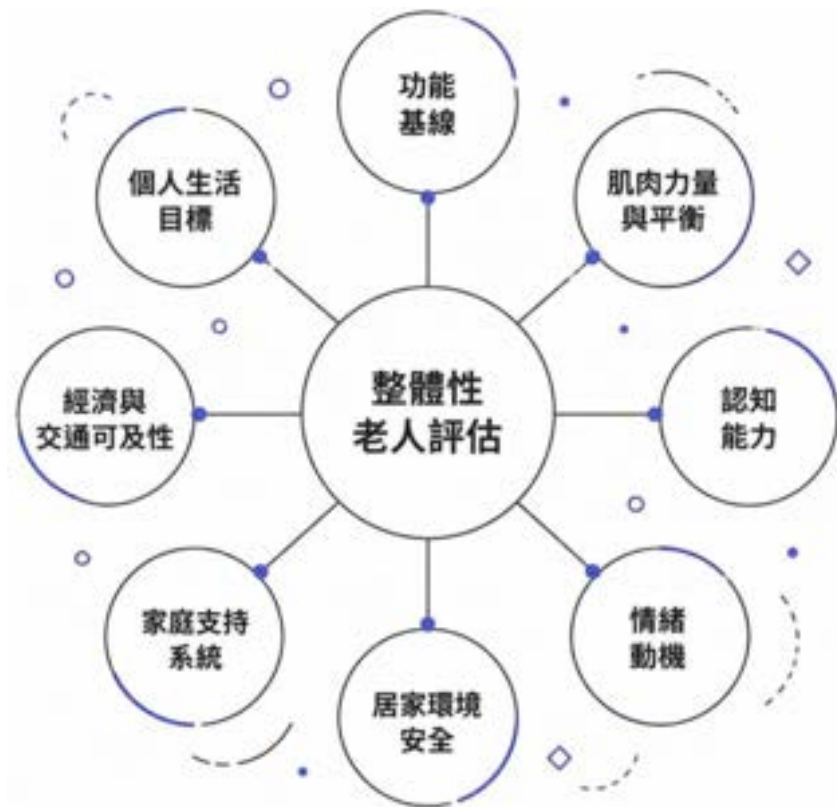
獨居無支持

跌倒後無人協助，極需社會資源介入。

評估不能只停留在「疾病嚴重度」

全人評估的七大面向

- 原本的功能基準與肌力平衡
- 認知能力與情緒動機
- 居家環境安全性
- 家庭支持系統
- 經濟與交通能力
- 長者本人的生活目標



生理、心理、社會：相互影響的系統

高齡者的**身體、心理與社會狀況**形成一個相互影響的動態系統，任一環節的惡化都可能引發連鎖反應。

生理影響心理

慢性疼痛→失眠煩躁；
視力退化→不安依賴；
尿失禁→害怕外出；
行走困難→無助失落。

心理影響身體

憂鬱→食慾下降；
焦慮→失眠心悸；
害怕跌倒→活動減少；
認知退化→忘記服

藥。

社會影響身心

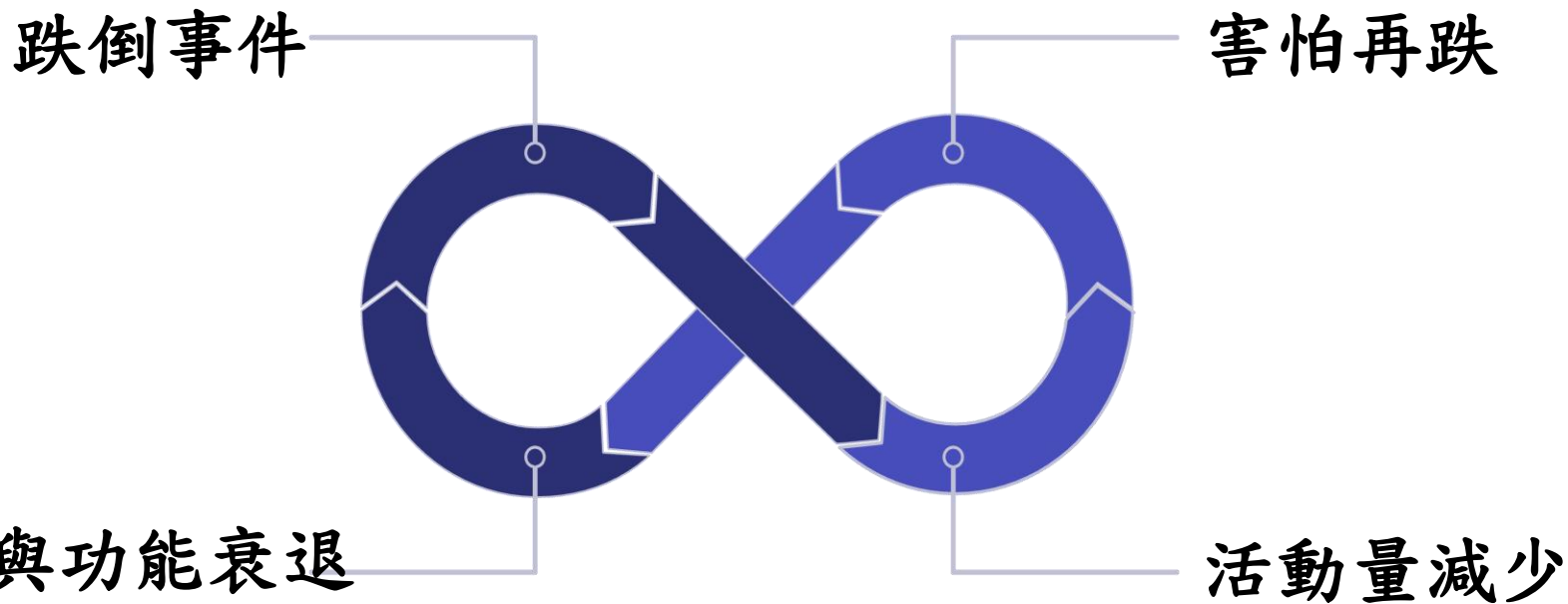
獨居→備餐服藥困難；
缺乏交通→無法就醫；
照顧者耗竭→照護中斷；
喪偶→孤獨憂鬱。

案例：一位高齡者因跌倒後不敢外出

- 害怕再次跌倒
- 不敢走動
- 肌力下降
- 再次跌倒風險升高
- 無法參加社區活動
- 社會互動減少
- 情緒低落
- 食慾及睡眠變差
- 整體功能持續下降。



整合案例：跌倒後的惡性循環



說明：單一事件（跌倒）若未妥善介入，將透過生理、心理、社會三個層面持續惡化，最終導致整體功能快速衰退。照護人員需在早期識別並中斷此循環。

超越疾病指標

高齡照護的成果不只是血壓、血糖達標，更要
評估長者能否完成自己重視的生活活動。

全人評估視角

評估需涵蓋生理功能、認知情緒、家庭支持、
居家環境及長者個人目標，而非僅疾病嚴重度。

系統性思維

生理、心理、社會問題相互影響，照護人員
需以整合觀點識別惡性循環並及早介入。



高齡者全人健康照護

以全人視角，關注長者的身體、心理、社會與生命價值。





什麼是高齡者全人健康照護？

高齡者全人健康照護不只是治療疾病，而是將長者視為一個完整的人，同時關注其身體健康、生活功能、心理狀態、家庭支持、社會環境及個人價值。

照護目標除了控制疾病，也包括：

維持自理能力

維持生活自理能力，
預防功能退化與失能。

心理與社會健康

改善心理健康及
社會參與。

尊嚴與生活品質

維護尊嚴、選擇與生活品質。



**核心觀念：不只關心長者「得了什麼病」，
也要關心疾病如何影響他的生活。**

全人照護：生理與功能面向

生理面向

評估長者的：

- 慢性病與多重共病。
- 疼痛、營養及體重變化。
- 睡眠、排泄、視力與聽力。
- 多重用藥及服藥安全。
- 跌倒、衰弱及肌少症風險。

功能面向

了解長者是否能夠：

- 自行進食、穿衣、洗澡及如廁。
- 安全起身、移位與行走。
- 自行購物、備餐、服藥及就醫。
- 繼續參與原本重視的生活活動。



評估重點：疾病控制良好，不代表生活功能良好。

全人照護：心理、社會與價值面向

心理面向

- 記憶及認知改變。
- 憂鬱、焦慮及睡眠問題。
- 害怕跌倒、失落及無望感。
- 自傷或自殺風險。

社會面向

- 是否獨居及家庭支持是否足夠。
- 照顧者是否承受過重壓力。
- 是否有孤獨、社會孤立或經濟困難。
- 是否需要長照及社區資源。

靈性與價值面向

- 生命意義與希望。
- 尊嚴及重要信念。
- 治療與照護偏好。
- 最希望保留的能力與生活方式。



什麼是以人為中心的照護？

以人為中心的照護，是將高齡者視為具有生活經驗、價值、偏好與決策能力的個體，而不是只將其視為疾病患者或照護工作的接受者。

照護人員應了解：

- 長者目前最在意的是什麼？
- 最希望恢復或維持哪一項能力？
- 最擔心失去什麼？
- 願意接受哪些治療與照護？希望由誰參與決策？

☐ 核心觀念：醫療人員關心疾病，**長者在意的往往是能否繼續過自己想要的生活。**

從症狀評估走向生活評估

照護人員不只詢問：

「您哪裡不舒服？」

還可以進一步詢問：

- 「這個不舒服影響您做哪些事情？」
- 「目前生活上最困難的是什麼？」
- 「您最希望先改善哪一件事情？」



症狀只是起點，**生活影響**才是照護的重要依據

例如，長者表示膝蓋疼痛，真正困擾他的可能不是疼痛本身，而是：



無法自己上廁所



不敢洗澡



無法外出買菜



害怕再次跌倒



很久沒有與朋友見面



症狀只是起點，生活影響才是照護的重要依據。

共同設定以長者為中心的照護目標

照護目標應結合專業建議與長者的生活期待。

一般照護目標

- 增加活動量。
- 改善營養。
- 預防跌倒。
- 提升服藥遵從性。

以人為中心的照護目標

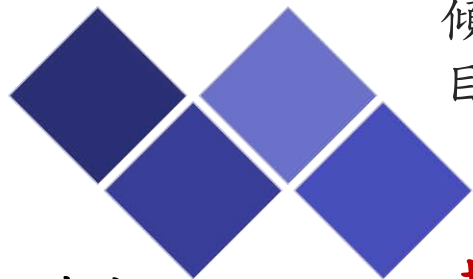
- 四週內能使用手杖走到住家附近散步。
- 完成浴室安全改善後，能安全自行洗澡。
- 兩週內恢復每天與家人或鄰居共進一餐。
- 使用藥盒與提醒工具後，能正確服用每日藥物。

評估面向要全人，照護決策 要以人為中心

照護模式應從：

提供專業資訊

說明選項、
風險與益處。



了解長者偏好

傾聽價值與生活
目標。

過去：替長者做決定

由專業單方面決定照護方案。

共同做決定

與長者及家屬
共同定方案。

☐ 評估面向要全人，照護決策要以人為中心。





高齡者生理功能 與整合性評估

什麼是「功能」？

高齡者在身體、認知與生活環境條件下，實際完成自我照顧、行動及社區生活活動的能力。

1

疾病控制

血壓、血糖、
檢驗值

2

功能表現

能否洗澡、移位、行走

3

生活參與

能否購物、外出、社交

對高齡者而言，功能狀態往往比單一疾病名稱，更能反映照護需求與生活品質。

功能狀態反映高齡者實際生活能力

相同疾病，不同生活影響

長者 A

膝關節退化，但仍能自行買菜、搭車及參加社區活動。

功能大致獨立

長者 B

同樣膝關節退化，卻因疼痛與害怕跌倒，已無法自行洗澡或外出。

需要功能與支持介入

評估時還要進一步了解：

- 是否能自行進食、穿衣及洗澡？
- 是否能安全坐起、站起、移位與行走？
- 是否能如廁、管理藥物、購物及備餐？
- 是否仍能參與原本重視的生活活動？

疾病診斷告訴我們「生了什麼病」；功能評估告訴我們「疾病如何影響生活」。

早期警訊：功能下降可能比疾病惡化更早出現

外出 由經常外出 →
開始減少出門

洗澡 由自行完成 →
需要陪同或協助

服藥 由自行管理 →
漏服或重複服藥

站立 由獨立站起 →
需要扶家具

備餐 由自行烹調 →
只吃簡單食物

行走 由穩定行走 →
步速變慢、容易疲倦

可能原因

- 疼痛、感染或慢性病惡化
- 衰弱、肌少症或營養不足
- 藥物副作用、認知改變
- 憂鬱或害怕跌倒

功能變化的評估方式

比較「現在」與「過去」

過去的功能基準

目前的實際表現

差異＝早期介入線索

建議詢問方式

- ① 最近三個月，有哪些事情變得比較難做？
- ① 現在和半年前相比，走路或洗澡有沒有改變？
- ① 最近是否比以前更需要家人協助？
- ① 您覺得自己最近退步最多的是哪一項能力？

不要等到完全失能後才介入；重點是及早發現「與以前不同」。

功能變化會影響多項健康結果

1 跌倒與骨折

2 住院與再住院

3 住院期間功能惡化

4 壓傷、感染、營養不良

5 長期失能

6 照顧者負荷

7 長照服務需求

8 機構入住風險

高齡照護不能只處理當下疾病，也要積極預防疾病、住院或活動不足所造成的功能退化。

從疾病導向到生活整合

評估重點：疾病如何影響生活

糖尿病

不只看血糖數值
還要看長者是否
有能力，把治療
真正落實在生活
中。

能否自行測量血糖？

能否看清藥袋或胰島素刻度？

能否正確服藥或施打胰島素？

是否曾因低血糖而頭暈或跌倒？

能否自行備餐並遵循飲食建議？

高齡照護應從「疾病導向」轉向「**疾病、功能與生活整合**」。

功能評估的架構與常用工具

為什麼重視功能？

- 反映實際生活能力
- 可早期發現功能下降
- 影響跌倒、住院與失能風險
- 評估疾病對生活的影響

基本日常生活活動 ADL

- 進食、穿衣、洗澡
- 如廁、大小便控制
- 移位與行走

常用工具：
巴氏量表、ADL評估

工具性日常生活活動 IADL

- 購物與備餐
- 使用電話與交通工具
- 服藥、理財與家務

IADL常比ADL更早
出現退化

評估功能的目的，不是證明長者做不到，而是找出仍保有的能力與可以改善的地方。

日常生活功能評估

基本日常生活功能

巴氏日常生活量表(ADL)

評估進食、移位、如廁、沐浴、步行等10項基本自我照顧能力，總分0-100分，分數越高代表功能越獨立，是臨床最廣泛使用的功能評估工具。

工具性日常生活功能

IADL (工具性日常生活量表)

評估更高層次的生活技能，包含使用電話、購物、備餐、家務、交通、服藥及財務管理等能力，能早期偵測認知或功能退化的徵兆，適合社區篩查。

臨床建議：兩項量表應合併使用，才能完整掌握長者由基本到複雜的日常生活功能全貌。

衰弱程度與失智篩檢

1

衰弱評估

臨床衰弱量表 (CFS)
1 - 9分分級，快速評定
整體衰弱程度，分級直
觀，適合第一線臨床人
員快速判斷並安排後續
介入優先序。

2

失智初篩(極早期)

AD8 極早期快篩8題
家屬填答問卷，靈敏度
高，可在社區或門診快
速偵測早期失智跡象，
陽性者再進一步轉介詳
細評估。

3

失智評估

SPMSQ / MMSE
SPMSQ適合快速判定認知
狀態；MMSE (0 - 30分)
提供更全面的認知功能
剖析，可追蹤疾病進程
及治療反應。



臨床衰弱量表（CFS）

一種由醫療人員依據長者的活動能力、日常生活功能與照護依賴程度，進行整體臨床判斷的衰弱評估工具。

高齡醫療評估

CLINICAL FRAILITY SCALE

什麼是臨床衰弱量表？

工具起源與用途

CFS 最初用於加拿大高齡研究，
目前常見版本分為 **1~9 級**，
分數越高代表衰弱與照護依賴程度越高。



評估核心原則

- 評估長者在平常、穩定狀態下的整體功能表現
- 不是只看疾病數量，也不是依年齡評分
- 可用以反映高齡者的整體健康，並與死亡及機構照護風險相關

CFS 臨床使用方式（一）

評估原則 1 評估「疾病發生前」的功能

若長者因肺炎、跌倒或手術住院，不應只依住院當下的虛弱狀況評分，而應了解急性事件發生前一段時間的平常功能。



重點：評估基準是長者的「平常狀態」，而非急性事件後的暫時性功能下降。

CFS 臨床使用方式（二）

評估原則 2 以**實際功能**為主要判斷依據

基本 ADL

是否能自行進食、穿衣、
洗澡及如廁

行動能力

是否能安全移位與行走

工具性 IADL

是否能自行購物、備餐、
服藥及理財

協助需求

是否需要家人提醒、監督
或直接協助

CFS 臨床使用方式（三）

評估原則 3 同時詢問長者、家屬及照顧者



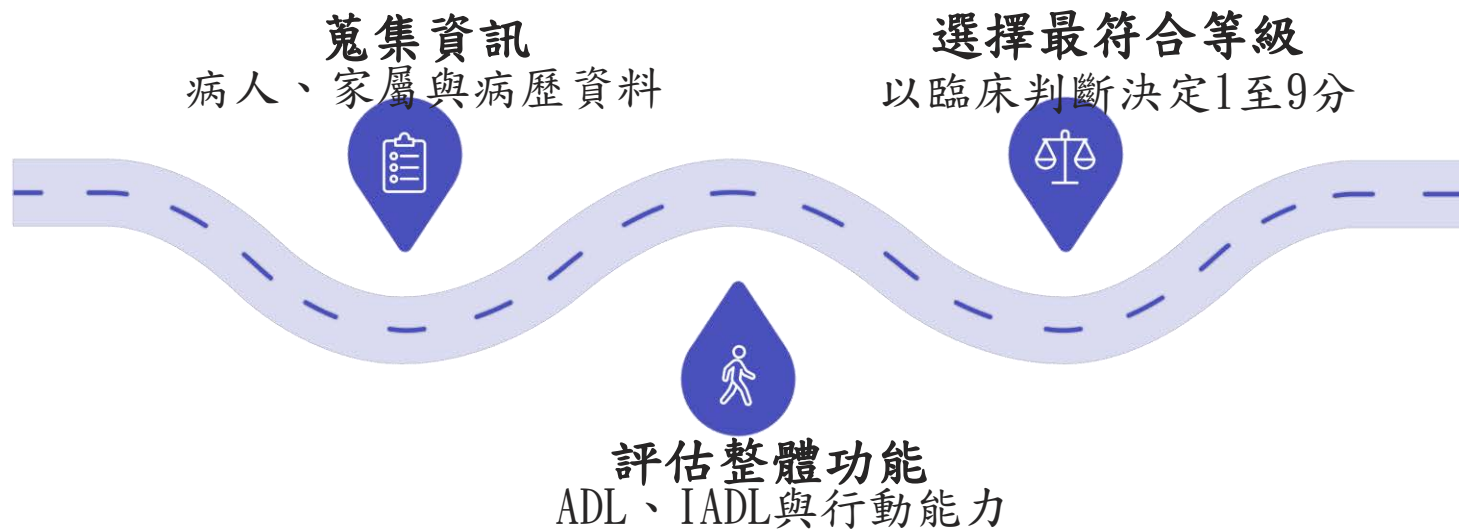
部分長者可能高估或低估自己的能力，因此應綜合多方資訊，做出最完整的臨床判斷。

- 長者自述
- 家屬或照顧者觀察
- 護理紀錄與實際功能表現
- 居家或長照服務使用情形

選擇最符合的單一分數

評估原則 4

CFS 不是將每個項目分別計分後加總，而是根據完整資訊，選擇最能代表長者整體功能與衰弱程度的等級。這是一項以**臨床判斷為基礎**的工具，評估人員需整合所有資訊後，選出**單一等級**代表長者的衰弱程度。



透過「**蒐集資訊** → **評估整體功能** → **選擇最符合等級**」三步驟，確保評分反映長者真實的衰弱狀態。



CFS 等級 1~3：功能大致獨立

1 非常健康

強壯、有活力、精力充沛，定期運動，處於當下年齡層最健康的狀態。

2 健康

無明顯疾病症狀，狀態比等級1略差，常運動，偶爾活躍（季節性）。

3 維持良好

疾病控制良好，平常不活躍，但有走路習慣。

CFS 等級 4~5：開始出現依賴

等級 4：脆弱較易受傷害

平時可獨立生活，但會因身體症狀而活動受到限制。常見主訴為「行動慢」和（或）「白天容易累」。

等級 5：輕度衰弱

明顯行動緩慢，工具性日常生活活動（IADL）需要幫助，如理財、搭車、繁重家事。



CFS 等級 6~9：中重度衰弱至末期

6 中度衰弱

室外活動和家事都需要幫助，爬樓梯有困難，洗澡需要幫助，穿衣服可能也要稍微協助。

7 嚴重衰弱

因身體或認知問題生活無法自理，但身體狀況尚穩定，6 個月內無死亡風險。

8 非常嚴重衰弱

生活完全無法自理，走向生命終點，得到輕微的疾病也難以復原。

9 末期

接近生命終點，預期壽命少於6 個月，不一定要符合衰弱定義，依末期疾病預後判定。

CFS 分級總覽與臨床意涵

臨床應用重點

CFS 可作為照護計畫、轉介長照資源及預後評估的重要參考依據。

- CFS 1~3：生活 需要協助
功能大致獨立，以預防及健康促進為主
- CFS 4：開始變慢、容易疲累，但尚未明顯依賴
- CFS 5：工具性日常生活活動（IADL）需要協助
- CFS 6：部分基本日常生活活動（ADL）
- CFS 7~8：多數至全部個人照護依賴
- CFS 9：依末期疾病預後判定，而非單看功能



極早期失智症篩檢量表（AD-8量表）

- (1) 主要用在早期失智症病人，可及早篩檢並能盡早介入治療與合宜的處置。
- (2) 共有8題，當病人有2題以上回答為「是，有改變」時，建議接受進一步的檢查和治療，有可能是極早期的失智症。

項 目		得 分	
		是 有改變	不是 沒改變或不知道
1	判斷力上的困難，例如：落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對收禮者不合宜的禮物	1	0
2	對活動和嗜好的興趣降低	1	0
3	重複相同問題、故事和陳述	1	0
4	在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐（器）、微波爐、遙控器	1	0

項 目		得 分	
		是 有改變	不是 沒改變或不知道
5	忘記正確的月分和年分	1	0
6	處理複雜的財物上有困難。如個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單	1	0
7	記住約會的時間有困難	1	0
8	有持續的思考和記憶方面的問題	1	0

註：1. 若得分 ≥ 2 ，須接受專科醫師進一步評估。

2. 此量表結果僅能做為初步篩檢之用，並不代表確定診斷。

資料來源：楊淵韓、李明濱、劉景寬（2009）。極早期阿茲海默氏失智症之篩檢。臺灣醫界，52（9），8-10。<https://doi.org/10.30044/TMJ.200909.0002>

簡易心智狀態量表 (Mini-Mental State Examination; MMSE)

(1) 評估病人的認知功能：定向感、注意力

和計算能力、短期記憶、語言、口語理解和
執行能力、建構力等。

(2) 滿分為30分，24～30分是認知功能完整，

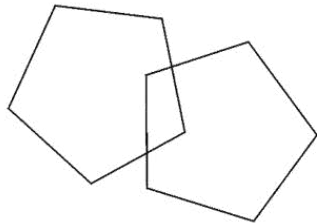
輕度認知障礙為18～23分，

中度認知障礙為11～17分，

重度認知障礙則小於10分。

項 目	評 分 內 容	最高分	病人得分
定向感 (共 10 分)	時間：年、月、日、星期、季節	5	
	地點：縣市、鄉鎮、醫院、樓層、床號	5	
注意力和計算能力 (共 8 分)	訊息登錄：說出 3 個名詞，請病人複誦並記住，等一下再請病人說出這 3 個名詞	3	
	系列減七 (100 - 7) : 93__ 86__ 79__ 72__ 65__	5	
短期回憶 (共 3 分)	請病人說出剛剛的 3 個名詞	3	

項 目	評 分 內 容	最高分	病人得分
語言 (共 5 分)	命名：請病人對兩個常用物品命名	2	
	複誦：請病人複誦一個句子	1	
	閱讀理解：請病人讀出下面句子並做出動作：「請閉上眼睛」	1	
	書寫造句：請病人造句並寫出來	1	
口語理解和執行能力 (共 3 分)	請病人聽完下面句子後依序做出動作：「用你的左手拿這張紙，對摺後再交還給我」	3	

項 目	評 分 內 容	最高分	病人得分
建構力 (共 1 分)	圖形抄繪，請病人將下面的圖描繪到紙上 	1	
總 分		30	

資料來源：

傅中玲、陳正生、歐陽文貞、林克能、李光廷、宋惠娟、柯宏勳、郭月霞、王靜枝、簡淑媛、陳柏宗、李梅英、黃秀梨、鄭嘉欣、譚蓉瑩（2020）。失智症照護（二版）。華都。

衛生福利部臺南醫院（2022，6月8日）。MMSE 認知功能評估量表。<https://www.tnhosp.mohw.gov.tw/download.asp?orcaid={39106C47-FD51-43B7-AE4D-06F761C961D8}>

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.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

簡易心智狀態問卷（ SPMSQ量表）

(1)是一種用來檢查長輩認知功能與篩檢失智症的簡單工具。它主要測試長輩的定向感、記憶力和計算能力，總共包含10個問題。

(2)心智功能完整：錯0~2題

輕度心智功能障礙：錯3~4題

中度心智功能障礙：錯5~7題

重度心智功能障礙：錯8~10題

問題	注意事項
1. 今天是幾號？	年、月、日都對才算正確。
2. 今天是星期幾？	星期對才算正確。
3. 這是甚麼地方？	對所在地有任何的描述都算正確；說“我的家”或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受。
4-1. 您的電話號碼是幾號？	經確認號碼後證實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重複相同的號碼即算正確。
4-2. 您住在甚麼地方？	如長輩沒有電話才問此題。
5. 您幾歲了？	年齡與出生年月日符合才算正確。
6. 您的出生年月日？	年月日都對才算正確。
7. 現任的總統是誰？	姓氏正確即可。
8. 前任的總統是誰？	姓氏正確即可。
9. 您媽媽叫甚麼名字？	不需要特別證實，只需長輩說出一個與他不同的女性姓名即可。
10. 從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。

營養評估：MNA-SF

Mini Nutritional Assessment - Short Form

MNA-SF為國際廣泛採用的高齡營養篩查工具，共6題，評估食慾、體重變化、活動能力、急性疾病史、BMI或小腿圍等指標，滿分14分。

- ≥ 12 分：營養狀況良好
- 8 - 11分：有營養不良風險，需進一步評估
- ≤ 7 分：營養不良，需立即介入



評估內容

1. 過去3個月食物攝取量是否減少

觀察是否因食慾不佳、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而吃得較少。

嚴重減少：0分；中度減少：1分；沒有減少：2分

2. 過去3個月體重是否下降

減少超過3公斤：0分；不知道：1分

減少1～3公斤：2分；沒有減重：3分

3. 活動能力

臥床或長期坐椅：0分；

可下床或離開椅子，但無法外出：1分；

可以外出：2分

4. 過去3個月是否承受心理壓力或急性疾病

是：0分； 否：2分

5. 神經心理問題

嚴重失智或憂鬱：0分； 輕度失智：1分；

無心理或認知問題：2分

6. 身體質量指數 BMI

BMI < 19：0分； BMI 19～未滿21：1分

BMI 21～未滿23：2分； BMI ≥ 23：3分

若無法測量BMI，可改用小腿圍：

小腿圍 < 31公分：0分； 小腿圍 ≥ 31公分：3分

為何營養評估不可或缺？

高齡者常因食慾下降、吞嚥困難、社會孤立或經濟因素而面臨營養不良風險，而營養狀況直接影響肌肉量、免疫功能、傷口癒合及整體預後，是不可忽視的一環。



憂鬱篩檢

憂鬱狀態評估

建議採用老人憂鬱量表（GDS-15）作為第一線篩查工具，15題設計簡便，耗時短；憂鬱在高齡族群中常以身體主訴呈現，應主動篩查，避免遺漏。



分數的切點：

7-10 分可能有中度憂鬱，11 分以上為重度憂鬱。

老人憂鬱篩檢

7 分以下→ 保持良好心理健康，避免憂鬱情緒

7-10 分→ 進行需求評估、心理輔導與諮商，轉介資源

11 分以上→ 進行需求評估，轉介醫療系統與相關資源

請根據您最近一週內的感受，回答下列問題

是

否

1. 基本上，您對您的生活滿意嗎？

（台：基本上，您對您的生活有滿意麼？）

2. 您是否減少很多的活動和興趣的事？

（台：您有減少真多的活動和有趣味的事麼？）

3. 您是否覺得您的生活很空虛？

（台：您會感覺您的生活真空虛麼？）

4. 您是否常常感到厭煩？

（台：您會常常感覺真煩麼？）

5. 您是否大部份時間精神都很好？

（台：您是不是大部份的時間精神攏真好？）

6. 您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？

（台：您會驚說您會遇著不幸的事情麼？）

7. 您是否大部份的時間都感到快樂？

（台：您是不是大部份的時間攏感覺快樂？）

資料來源：心理健康司

8. 您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？

（台：您會常常感覺不管做什麼事，攞無路用麼？）

9. 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？

（台：您會較愛待在厝裡，較不愛出外，亦不愛做未曾做過的事情麼？）

10. 您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？

（台：您會感覺您比大部份的人有卡多記智不好的問題麼？）

11. 您是否覺得「現在還能活著」是很好的事？

（台：您會感覺「現在還能活著」真好？）

12. 您是否覺得您現在活得很沒有價值？

（台：您會感覺您現在活得真無價值麼？）

13. 您是否覺得精力很充沛？

（台：您會感覺真有氣力麼？）

14. 您是否感覺您現在的情況是沒有希望的？

（台：您會感覺您現在的情形是沒什麼希望的麼？）

15. 您是否覺得大部份的人都比您更幸福？

（台：您會感覺大部份的人攞比您卡好命麼？）

• 簡式健康量表(簡稱 BSRS)

- ◆ 由臺大李明濱教授等人所發展，又名「**心情溫度計**」，是為探尋心理衛生需求的篩檢工具，可幫助醫療人員具體地了解病人情緒困擾的程度，並依據得分結果作適當的處遇，目前廣泛地運用在自殺防治工作中。
- ◆ 此量表包含五題症狀之題組，「**自殺意念**」題項單獨評估，以**高於或等於6分**最為篩檢之切割點。
- ◆ 讓病人回想最近一星期（包含評估當天），感到困擾或苦惱的程度。
- ◆ **BSRS-5總分 ≤ 3 分**，可排除自殺危險，建議可先詢問症狀的有無，有者再確定嚴重性。

簡易健康量表 (BSRS-5)

BSRS-5總分為0-20分，依據得分
可分為幾個等級

(1)<6分:正常

(2)6-9分:輕度情緒困擾

(3)10-14分:中度情緒困擾

(4)15分以上:重度情緒困擾

「自殺意念」題項單獨評估

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱，情緒低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6. 有過『自殺』的念頭	0	1	2	3	4

• 老人憂鬱症的症狀

以身體症狀為主

主要**抱怨疲倦、全身無力、酸痛、腸胃不適、便秘、食欲不振等**，這些症狀通常都查不出特別病因，因此患者經常在各科門診遊走，甚至被視為「難搞的病患」。患者所背負的心理壓力透過身體症狀來傳達，以期喚起家屬的注意與關心。

以記憶力變差為主

有四成左右的患者會抱怨記憶力變差，東西放在那裡馬上就忘了，或突然記不起朋友的名字，憂鬱症的情緒影響了記憶。此外失智症合併憂鬱症在中老年人也十分常見，此時憂鬱症可能是失智症後的反應，也可能是失智症的早期合併精神症狀之一，甚至憂鬱症也可能是失智症的前驅症狀，而憂鬱症也可能加速失智症的惡化。

合併精神症狀

老年憂鬱症患者合併出現精神病症狀的情形比年輕憂鬱症患者來得高。老年人的精神病症狀和年輕人相似，在老年憂鬱症患者常見的妄想症狀有被害妄想(persecution)、以及和針對腹部的身體化抱怨(somatic complaint)，此外，也有少部分的病患會有聽幻覺的症狀。

認知退化，不只是「忘記」而已

當病人開始發現自己記憶變差、講話不流暢、做事常出錯，常會產生**失落、羞愧與挫折感**，甚至懷疑自己「變笨了」或「沒有用了」。

這種自我評價的下降，容易進一步引發**焦慮、退縮與憂鬱**，形成惡性循環。



照護者若能及早理解這些情緒反應，許多行為問題其實可以提前預防。

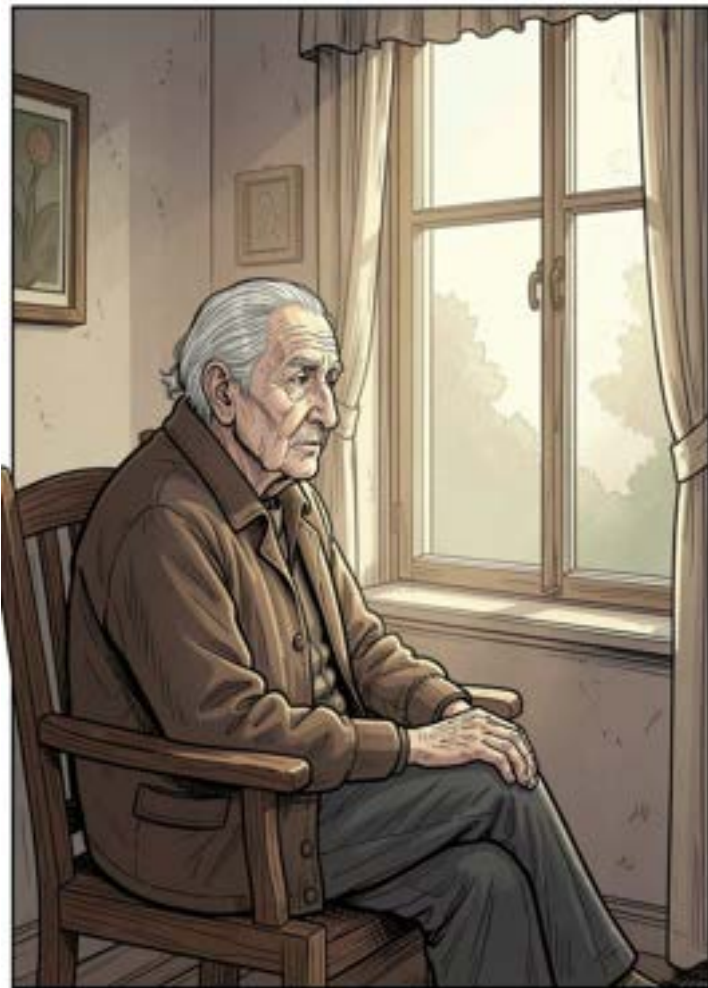
失落感與焦慮不安

💔 失落感

來自對自身能力下降的覺察。病人可能意識到忘記事情、搞錯時間，因而產生挫敗與無力感。有些人會主動掩飾困難，維持自我形象與面子。

😟 焦慮與不安

常與「無法掌握現況」有關。當對時間、地點感到混亂，可能不斷詢問、四處張望、緊張不安，或以躁動、跟隨照護者等行為表現。



憂鬱退縮與易怒激躁

憂鬱與退縮

- 覺得自己變成家人負擔，逐漸失去參與動機——少說話、不想出門、對原本喜歡的活動也失去興趣。
- 退縮不只影響情緒，也會加速功能退化。

易怒與激躁

- 往往不是「脾氣差」，而是無法有效表達需求的結果。當感到被催促、聽不懂、身體不舒服，可能透過生氣、拍打、拒絕等方式反應。
- 這些行為常成為住院或機構照顧的重要原因。



心理社會介入與非藥物照護

以人為本的整合照護，

看見長者的能力、需求與生命故事。

心理支持介入

情緒被理解，是照護的第一步。透過主動傾聽與陪伴，協助長者重建安全感與自我價值。

主動傾聽與情緒確認

協助長者表達擔心、失落與需求，讓感受被看見。

增加可預測性與安全感

提供可理解、分段式的健康資訊，減少不確定感。

鼓勵參與決策

協助建立可完成的小目標，讓長者保有自主感。



促進活動與生活參與

介入不只是「安排活動」，而是選擇對長者有意義的活動，讓生活重新充滿目的感。



園藝與自然

照顧植物、戶外散步，連結自然節奏。



音樂與懷舊

熟悉的旋律喚起記憶，帶來情緒安定。



家庭共餐

與家人同桌用餐，是最自然的社交介入。



烹飪與桌遊

保留熟悉的日常技能，維持自我效能感。

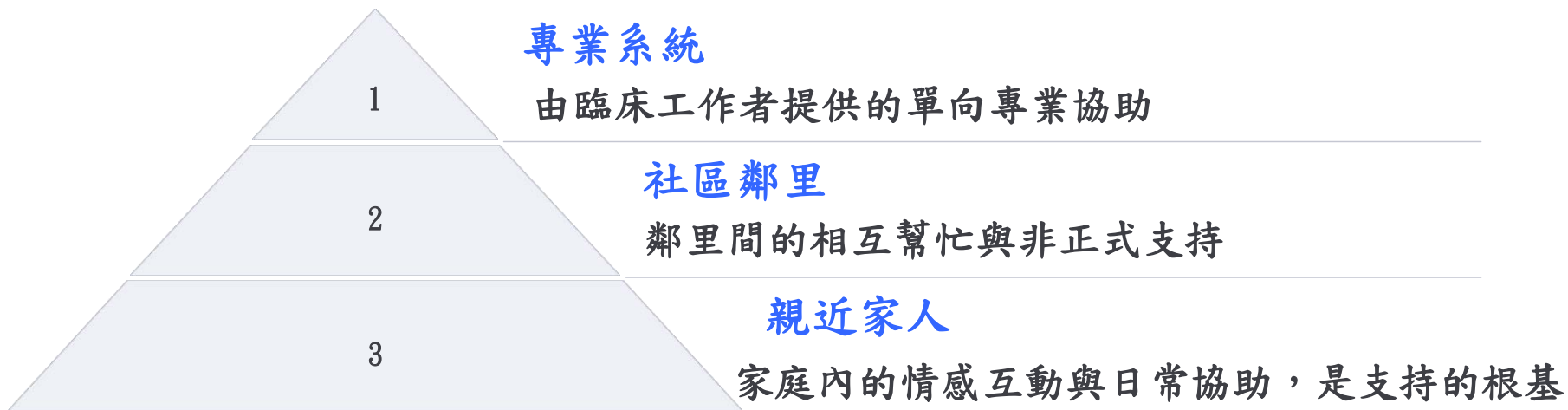
活動設計原則

好的活動介入，讓長者獲得成功經驗，而非挫折。設計時需兼顧能力、興趣與安全。

- 符合現有功能與能力
- 連結個人興趣與生命經驗
- 確保可獲得成功經驗
- 避免過度刺激，兼顧安全
- 能持續融入日常生活



社會支持的三個核心層次



社會支持是個人與周圍他人透過人際互動所形成的多層次保護網絡。最穩固的支持來自於親近家人，向外延伸至社區鄰里，再到專業系統的介入。三個層次相互補充，共同守護高齡者的心理健康。

團體工作如何觸發心理社會健康？

建立社會網絡

形成個體間串聯的
互動關係

心理社會促進

強化心理健康，邁
向成功老化



情感連結

透過團體動力技巧
增強情感歸屬

資訊與經驗交流

網絡成員間分享知識
與生命故事

依高齡者需求設計的 團體活動

從社會支持網絡的視角出發，團體工作的介入過程促使個體間網絡的有機連結，讓情感交流、資訊傳遞與互助支持在群體中自然流動，成為推動成功老化的重要力量。



幸福養心秘笈：三大跨域模組



赤子之心模組

攜手嬰幼兒保育系師生，引導長者回顧人生幸福起點，以童年純真記憶喚醒內在生命力，重拾對生活的感恩與熱情。



活絡筋骨模組

由運動保健系師生帶領，透過適合高齡者的體能活動，在鍛鍊身體的同時，促進彼此間的互動關係與社交連結。



養心療癒模組

由生死與健康心理諮商系師生主導，協助長者學習心理養護技巧，處理失落與哀傷，促進心靈修復與成長。

社會處方概念

醫療與長照人員可依長者需求，主動連結社區資源，將社會支持納入正式照護計畫。

社區資源

關懷據點、巷弄長照站、共餐服務、運動課程

支持服務

志工服務、日間照顧、喘息服務、居家服務

生活支援

交通接送、失智友善資源、社會福利與經濟補助



家庭與照顧者支持：支持照顧者，也是維持高齡者健康的重要介入。照護團隊需同步評估家庭系統的需求。



照顧負荷評估

主要照顧者是誰？是否有情緒壓力或照護技巧不足？

家庭溝通與決策

家庭內部是否有共識？是否存在忽視或不當照顧風險？

喘息與資源連結

協助連結喘息服務，讓照顧者有休息與恢復的空間。



高齡者優勢觀點

避免只聚焦「缺損」與「退化」，也要見長者尚**保有的資源與力量**。

能力與智慧

尚保有的功能、過去成功經驗、生活智慧與自我照顧能力。

人際與貢獻

興趣、人際資源，以及對家庭與社區的持續貢獻。

自我認同

看見**長者的主體性**，讓介入從「我能為你做什麼」轉向「**你希望如何生活**」。

以長者的生活目標為中心

醫療人員關注

- 血壓數值
- 血糖控制
- 用藥依從性

長者真正在意

- 能否自理日常生活
- 參加家庭活動與聚會
- 留在熟悉的居家環境

照護計畫必須對齊長者的**真實需求與生活目標**，
而非僅以數值達標為終點。



整合評估架構：五個面向

以系統性框架全面理解長者，讓介入更有方向。



看疾病

急性及慢性疾病、疼痛、
用藥與營養問題



看功能

長者還能做什麼？哪些
活動開始需要協助？



看心理

認知、睡眠、焦慮或
憂鬱的近期變化



看支持

誰能提供協助？家庭及社區資源是否足夠？



看目標

長者最希望維持或恢復的是什麼？



這五個面向是跨專業團隊共同評估的基礎，也是擬定個人化照護計畫的起點。

跨專業整合照護

高齡者問題通常無法由單一專業解決。以反覆跌倒為例，需要**多專業**協同介入。



跨專業溝通重點

團隊討論不只報告診斷，還應涵蓋：

- 長者目前最主要的生活困難
- 最近功能、情緒與認知變化
- 家庭支持與照顧負荷
- 長者本人最重視的目標
- 各專業負責事項與追蹤方式

跨專業共同完成



共同目標

專業分工之外，更需要跨團隊的共識與一致的照護方向。



清楚溝通

各專業之間定期交流，確保資訊同步、避免照護斷點。



持續追蹤

建立明確的追蹤機制，是跨專業照護成功的關鍵要素。

邁向成功老化： 整合介入的願景

成功老化不只是延長壽命，更是在生命後期持續保有心理福祉、社會連結與個人尊嚴。

有效的**心理介入**，是實現這一願景的關鍵橋樑。



全人照護的起點與目標

起點

看見疾病之外的那個人

在血壓數值和診斷報告背後，有一位有故事、有渴望、有生活的真實人物。全人照護從「**看見人**」開始。

目標

協助長者以自己重視的方式繼續生活

醫療的終極意義，不是延長生命的長度，而是**守護長者自主選擇的生活品質**。



臨床實踐的四個提醒

1

多問一句

最近生活上最困難的是什麼？

2

多看一面

除了疾病，功能與情緒是否有所改變？

3

多連結一步

是否需要家庭、社區或跨專業資源的支持？

4

多尊重一點

這是不是長者真正想要的照護方式？

A close-up photograph of two hands, palms facing each other, with fingers slightly curled to form a heart shape. A very bright, warm light emanates from the center of the heart, creating a strong lens flare and illuminating the hands. The background is a soft, out-of-focus blue and white, suggesting a sky or water. The overall mood is warm, hopeful, and affectionate.

感恩 與 感謝