

輕度認知功能障礙長者其家庭照顧者負荷改善案例——以家庭為基礎之個案管理計畫

陳敏佳¹ 邱逸榛^{2*} 魏碧美³ 徐文俊⁴

摘 要：認知功能障礙合併問題行為者之長期照護，會帶給家庭照顧者極大壓力與負荷。本文描述一位罹患多重慢性病的家庭照顧者，亦擔負照顧家中輕度認知功能障礙合併問題行為與藥物不遵從的先生。護理期間為2015年9月23日至2015年12月29日，藉由家庭照顧者壓力理論評估其身、心、及社會負荷問題，運用以失智症家庭為基礎之個別式護理教育、照護技術訓練、傾聽與諮商及資源連結等介入措施，協助家庭照顧者減輕照顧負荷。以個別式家庭教育介入，評估主要照顧者需求及壓力源，確認護理問題為照顧者負荷過重，包含：照顧病人知識不足、藥物管理困擾、睡眠障礙、社會資源知識缺乏等方面壓力源。透過持續性關懷，建立信任關係，訂定照護需求的優先次序，分階段提供照顧知識、技巧，增進照護能力；藉由協助認識疾病與問題行為病程及藥物管理，提升認知與正向觀點，減少家庭衝擊；透過社會支持與長照資源的介入，協助照顧者增進生活品質，減輕照顧負荷。

關鍵詞：輕度認知功能障礙、失智症家庭照顧者、個案管理。

前 言

隨著醫療進步，人口老化已成為全球共通性的問題。65歲以上老年人，輕度認知功能障礙(mild cognitive impairment, MCI)盛行率為3%–19%(蔡，2013)；加拿大的研究，75–85歲則提高至28–61%(Hudani & Rojas-Fernandez, 2016)，每年約15–35%會轉變成阿茲海默型失智症(翁、林、詹，2014)。50%輕度認知功能障礙者，3到5年後將被診斷為阿茲海默氏症(Oskoei, Nejati, & Ajilchi, 2013)。因此，未來會有更多相關的照護需求出現，但也有20–50%

輕度認知功能障礙長者維持或恢復成正常(Pater, 2011)，所以輕度認知功能障礙是早期篩檢早期治療與早期介入的重要過渡期。

輕度認知功能障礙(MCI)者在病程進展過程會產生記憶問題，記憶力較同年齡和同教育程度者差，雖保有認知、學習、推理及語言能力，基本日常生活仍可自理，但干擾複雜的生活功能，影響思考和行動領域(Petersen, 2004)。因此，MCI病人自覺社交隔離、對未來及診斷產生不確定感，對自己失去信心，連帶影響家庭照顧者，使他們感到挫折、內疚、憤怒、失落感。因為彼此有效溝通減少，導致夫妻間親密感喪失，影響婚姻品質或家庭生活(Werner, 2012)。在臺灣85%失智症者是由家庭成員擔任照顧者，照護困難包含：疾病照護知識及技能，如問題行為、共病衍伸複雜照護與用藥管理問題、日常生活處理能力，及照顧者需要付出時間和精神等(邱、謝、蔡，2007；Bradway et al., 2012; Clissett, Porock, Harwood, & Gladman, 2013)。但文獻中鮮少提及共病衍伸複雜照護與協助認知功能障礙者藥物管理問題，及所造成的照護困擾(hassle)，進而產生身心健康之負面影響，造成照顧負荷。本文描述一位輕度認知功能障礙者其家庭照顧者照護經驗，以家庭為基礎之個案管理，提供疾病認知、共病照護、藥物管理及資源轉介，期能減少照顧者困擾與負荷。

文獻查證

一、輕度認知功能障礙者其家庭照顧者照護負荷

輕度認知功能障礙(MCI)的定義為，被他人所證實的記憶力障礙，其記憶力較同年齡和同教育程度者差(Petersen, 2004)；會影響思考和行動，干擾日常生活，也稱為早期失智症(Oskoei et al., 2013)。生活

接受刊載：106年2月6日

doi:10.6224/JN.000046

¹恩主公醫院社區醫學部個案管理師 ²長庚大學醫學院護理學系暨研究所副教授 ³桃園長庚紀念醫院失智症中心個案管理師

⁴桃園長庚紀念醫院失智症中心主治醫師

*通訊作者地址：邱逸榛 33302桃園市龜山區文化一路259號 電話：(03)2118800—5148；E-mail：yulandac@mail.cgu.edu.tw

上如：準備食物、打電話、處理財務或管理藥物、家務等，都可能有輕微障礙出現(王、林、劉，2012)；即使輕微認知功能障礙，在藥物使用、理解和遵從，也有莫大的影響(Hayes, Larimer, Adami, & Kaye, 2009; Hudani & Rojas-Fernandez, 2016)。而認知功能障礙者的家庭照顧者，和失智病人家庭照顧者相比，雖然花較少時間照顧病人及較少比例罹患憂鬱症，但這兩類照顧者身心和情緒的壓力感受(strain)是相當的(Fisher et al., 2011)。

家庭照顧者照護困難面向有：對疾病認知與接受程度、照護知識與問題處理、日常生活處理、行為及精神症狀、照顧時間及所損失的工作產能、共病衍伸複雜照護與用藥管理問題等(邱等，2007; Bradway et al., 2012; Clissett et al., 2013)。而影響照護負荷的因素包含：照顧者與病人目前關係、病前關係、性別、照顧心態、問題行為程度、社會支持等；失智症照顧者的角色大多為配偶或媳婦，而老妻和女兒的角色最容易崩潰(Almberg, Grafström, & Winblad, 1997)。失智症照顧者為配偶，罹患憂鬱症與焦慮的比例較照顧非失智者高出4倍(Joling et al., 2010)；而92.4%女性家庭照顧者主觀覺得有睡眠困擾(陳、杜、王，2015)。當照顧者對照護困擾和日常生活困擾程度越高，整體健康會越差(邱等，2007)。

二、家庭照顧者壓力概念模式

Pearlin、Mullan、Semple與Skaff(1990)發展失智症家庭照顧者壓力過程模式，該模式強調家庭照顧者之背景(例：性別、年齡等)及照顧情境(例：照顧時數)，探討原發性壓力源、續發性壓力源、角色壓力、內心壓力及結果變項。原發性壓力源是指，為了照顧失智者生活需求及處理失智症狀，而產生的客觀壓力源，以及照顧者因處理客觀性壓力源產生的自覺壓力反應。續發性壓力源是指，照顧者因擔任照顧工作，引發角色及內在壓力，且沒有獲得適當的回應與回饋所形成(Pearlin et al., 1990; Zarit et al., 2011)。失智症家庭照顧者壓力負荷是一個動態過程(Zarit et al., 2011)，每個照顧者遇到的壓力不盡相同，當壓力產生時，需要相對應的策略，來阻斷壓力源間的連結(Pearlin et al., 1990)。因應調節方式的使用有性別差異，女性經驗到的壓力感受比男性高，在面對壓力時，女性常以情緒為導向的因應來面對壓力(陳等，2015)。

三、家庭照顧者照顧負荷因應策略

家庭是自然的生活環境及理想的照顧情境，以家庭為基礎的介入措施，適用的有居家環境及個別式家庭教育。首先要評估居家環境，確保病人的安全，例如：居家內外空間環境、輔具需求等。居家環境介入措施，可改善失智者行為問題及自我照顧，也可提升家屬對問題行為處理的自我效能。個別式衛生教育是經由家訪，提供家屬量身訂做的個別性衛教，但此種介入措施需要注意每次提供訊息的量及時間適合性，不當的時間或過多的訊息，會導致負向結果(黃、劉、徐，2006; Corcoran & Gitlin, 2001)。

以家庭為基礎的照護，是針對特定問題及家庭個別需要量身訂做，再使用確認(validation)，作為支持及治療的技巧，確認他們照護方式是否有效或適當、觀察或傾聽家屬如何照顧，由專業人員提供有意義的回饋與確認(黃等，2006)。給予符合家屬需求且可以接受的指導，才能有效減輕照顧者負荷。失智症照護是長期且持續的過程，當照顧者有越多正向觀點與資源，負荷崩潰的情形較不易發生。

如何協助輕度認知功能障礙家庭照顧者面對照顧負荷，綜合文獻整理如下：(1)提供以病人及照顧者為中心之個別性照護計劃。(2)教導疾病照護知識與問題處理技巧，包含用藥管理及環境安排。(3)尊重家屬觀點，認同價值差異，提供協調與諮詢。(4)提供對失智症問題行為的了解，避免對照顧者產生誤解，使病患獲得適切照顧，亦能降低壓力。(5)與醫療團隊建立支持互助網絡。(6)教導尋求支援之重要性。(7)提供情緒性支持，教導放鬆與因應策略。(8)轉介適切的社會資源(陳等，2015; Bradway et al., 2012; Clissett et al., 2013)。

輕度認知功能障礙者因病程進展及共病，會衍伸複雜的照護問題，有些家庭照顧者既是高齡也是慢性病人，除了照顧自己也要承擔照護家人的多重壓力。照顧者的壓力通常是一個動態性概念(Zarit et al., 2011)，而家庭照顧者的照護能力受到知識、技能、家庭支持、角色轉變的調適狀況、來自專業人員的角色模範等影響(Bradway et al., 2012; Clissett et al., 2013)。在疾病初期，照顧者有較多的資源與支持，比較容易因應照護的難題。因此，運用以家庭為基礎的個案管理計畫，評估確認家庭的照護需求及壓力源，給予量裁式介入措施，及早使病人獲得適切的照顧，也能降低照顧者照顧負荷。

以家庭為基礎之護理過程

一、個案簡介

邱太太，67歲，國小畢業，擔任家庭照顧者角色15年，育有三男一女，與兒、媳、孫同住；有糖尿病、腰椎間盤突出、心臟瓣膜閉鎖不全、睡眠障礙病史，規則服用糖尿病與心臟疾病藥物，不規則服用鎮靜安眠藥物。邱太太的先生66歲，有糖尿病、高血壓、心臟血管疾病病史，左眼因意外失明，右眼因糖尿病及白內障導致視力模糊。2014年12月，個案先生因脾氣變暴躁，莫名流淚，穿三角內褲遊走、定向感混亂等異常行為就醫，認知功能評估簡短式智能評估量表(Mini Mental Status Examination)得分為28分(總分30分)、臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating)為0.5分，為輕度認知功能障礙、阿茲海默氏症行為量表(Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale)為9分(總分為75分，主要是以七大神經面向病徵，來評估個案的嚴重性)，診斷腦中風及輕度認知功能障礙合併有問題行為，生活照顧全仰賴個案。

二、護理評估

於2015年9月23日至2015年12月29日，以門診訪談、居家訪視、電話追蹤，並運用觀察、問卷評估及會談等技巧收集資料，評估個案壓力源如下。

(一)原發性壓力源評估

家庭照顧者因為照顧MCI病人的需求而產生自覺壓力反應。邱先生常莫名哭泣、情緒易怒，10/5評估其巴氏量表為60/100分，日常生活如進食、移位、個人衛生、如廁、洗澡、平地走動、上下樓梯、穿脫衣褲鞋襪等需部分依賴。個案表示：「我先生很依賴我，吃藥時間都會忘記，會怪我沒拿藥給他吃，或和我爭論吃藥的時間。」皺眉說：「先生這幾個月疾病進展快，向鄰居說我沒煮飯給他吃、常發脾氣，很煩、壓力很大」。

個案自身罹患多重慢性病，表示：「以前我們會到慈濟當環保志工、或在家種菜，現在都沒空了。」10/5評估：(1)照顧者負荷量表(Caregiving Burden Scale, CBS)為26/64分，屬中度負荷，負荷較高的題目為「擔心病人何時會發生事情」及「病人很依賴自己」。(2)流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)為10分(大於10分以上表示有憂鬱傾向)。(3)藥物管理困擾，採用邱(2016)家庭照顧者藥物監控之困擾量表(Family

Caregiver Medication Administration Hassles Scale；此問卷專家效度大於80%，內在一致性為.91)，結果平均為3分，屬中等程度的困擾，困擾較高的題目為：辨識藥物副作用、與病人爭論用藥時間、何時該增減用藥、及與病人分擔服藥的責任(邱，2016)。

(二)續發性壓力源評估

運用家庭評估模式，評估家庭照顧者的家庭系統，評估內容分述如下：

1.家庭發展階段任務：此家庭為傳統型三代家庭。

2.家庭內在結構有四個次要素：(1)角色結構：個案與兒媳同住，兒子偶接送邱先生就醫，無分擔照顧工作。(2)權力結構：「先生脾氣很大，家庭大小事也都要問他的意見」、「兒孫的事，就他們自己決定，我們很少管事」。(3)溝通過程：「我先生脾氣不好會亂罵人，我就不想理他」、「我说的话他也不一定會聽，像我叫他去洗澡、血糖高不要亂吃，他也不會理我」。(4)價值系統：個案藉由信仰佛教及常保樂觀心情，產生正向支持力量。

3.家庭功能：(1)情感功能：個案認為照顧先生有壓力，但孩子們和親戚偶爾會來聊一聊，心理壓力稍可減輕。(2)經濟功能：經濟倚靠兒子及老人年金，「生活還過得去，我先生有身障手冊，看病有減免，居家服務的費用不高，還可以啦！」。(3)家庭功能評估表(APGAR；主要評估適應度[Adaptation]、合作度[Partnership]、成長度[Growth]、情感度[Affection]及融洽度[Resolve])：10/5的評估結果為7分，表示家庭功能無障礙。

4.家庭因應能力：主訴：「把先生照顧得很好。現在長照居家服務員一週五天，每天2小時來幫先生洗澡。」偶爾還是會忽略自己的健康，「我腰椎開完刀，就開始忙家裡的事，常腰痛，晚上常睡不好」。

5.家庭壓力與家庭資源層面：評估其內在資源及外在資源。(1)內在資源：(a)財力方面，生活費用由兒子及老人年金來支出。(b)醫療處置方面，主訴：「我們會定期回診，我和我先生的藥物有很多種」。觀察個案及邱先生的藥物保存及管理顯混亂。(c)精神支持方面，個案與子女關係良好。(d)愛與尊敬方面，「從年輕我就幫他打理大小事，他脾氣不好，我還是會盡本份照顧他」。(2)外在資源：(a)社會資源方面，個案對長照資源不瞭解，經建議申請居家服務員協助，對於居家輔具資訊認知不足，想申請助行車、居家照顧床及走失手鍊，遲遲未申請。(b)醫療資源方面，個案

表一

家庭長處、短處分析表

項 目	家庭長處分析	家庭短處分析
家庭結構	個案家庭大多事務以溝通討論做問題決策，但邱先生為主要決策者。個案信仰佛教。	與案子媳同住，個案擔任照顧邱先生日常生活事宜。先生脾氣不好及問題行為易怒，造成個案心理壓力、覺得受委屈。
家庭功能	個案的兒、媳、親友等，能夠適時的提供精神上的支持，使其內心壓力稍微舒緩。無經濟壓力。	兒、媳會幫忙購買居家用物，對於實際照顧無協助。
家庭因應能力	個案認為自己是邱先生最大的依靠，生活大小事沒有她處理不行。親近慈濟團體，成為正向支持。	全心全力照顧邱先生，當作一天最重要的事，忽略自己的生活與健康。
家庭壓力與家庭資源	經鄰居提供訊息，目前有長照居服員進行走動式服務。	家庭對社會資源不清楚，不知如何申請走失手鍊、助行車；未接受居家照護、問題行為照護技巧等衛教。

有慢性病等健康問題，未接受過完整居家照護及照顧者負荷相關衛教。綜觀上述分析，將家庭長處及短處分析如表一。

三、問題確立與護理處置

整體評估後，歸納個案的健康問題包括：(一)原發性壓力源：客觀性原發性壓力源／因病人情緒及問題行為而產生負荷、主觀性原發性壓力源／因協助病人長期照護與處理藥物看法不一，產生困擾。(二)續發性壓力源：因照顧病人，忽略自身腰痛及睡眠問題，壓力負荷增加；且對輔具申請不甚清楚，有家庭與社會資源缺乏等相關問題。

針對上述健康問題，擬定護理目標：(一)原發性壓力源層面：個案能學習病人問題行為照護技巧，瞭解負荷對健康的影響，並採取至少三種減少負荷的策略；能運用溝通技巧，減少衝突、能運用服藥管理策略，減少用藥困擾。(二)續發性壓力源層面：能使用負荷策略及社會資源，降低壓力，增進照護品質。運用以家庭為基礎的介入措施，確認個案與家庭的優先需求次序，持續性量身擬訂個別式家庭教育及居家環境等因應調節策略，協助改善照顧負荷。

護理措施包括：(一)參考文獻、臺灣失智症協會、國民健康局等資料，製作衛教手冊內容包含：疾病病程、問題行為處理技巧與居家安全。(二)製作個案與邱先生兩人之藥卡，內容含藥名、藥物圖示、劑量、服用時間、作用、副作用、用藥安全，增進服藥遵從性及藥物管理困擾。(三)與個案討論設計平日活動，鼓勵個案與邱先生到菜園種菜，或到慈濟環保站走走，可以減少邱先生問題行為以降低照顧負荷。(四)鼓勵邱先生復健運動，身體活動以

散步、上下肢伸展運動為主。(五)教導負荷對健康的影響。(六)當有替代者協助，如：家屬或居服員，可暫時的離開，讓身體休息，也能降低先生的依賴。(七)教導內在支持系統的使用，尋找傾訴對象，如：子女或親友協助。(八)協助申請居家照顧床、四腳枴、失智手鍊等身障輔具，增進居家安全。(九)偕同跨團隊提供個案傾訴及支持，解決照顧者問題。

原發性壓力源層面護理評值—12/9個案表示：「我現在知道他亂發脾氣或亂說話是生病了，就盡量不要和他計較。」喜悅地說：「開始種菜了，青蔥長得不錯喔！」、「先生最近症狀改善，很高興；但是去年底才中風過，擔心會有再次中風的狀況，是現在最在意的事情。」12/16家訪，依個案12/9提出的照護需求，提供預防中風衛教及衛教單張。12/16、12/23家訪，觀察個案接受居服員服務期間，騎機車到親戚家聊天40分鐘，返家後，愉悅和我們打招呼。12/23「前幾天有到慈濟環保站走走」、「最近有注意自己的健康，有量血壓和血糖，偶爾還是會疏忽啦！(微笑)」、「我有空會拿這本衛教手冊、問題行為處理小撇步、預防中風單子來看，多瞭解一下也不錯！」12/23個案能指著藥卡上的藥物圖示，說出藥物的作用、副作用，「藥物手冊內容很豐富，我有叫兒子媳婦看」、「我先生看到這本手冊，可能有想到你們的教學，比較少和我爭辯吃藥時間，還會主動說吃藥時間到了。」個案能採取至少三種策略來減少負荷；負荷量表(CBS；總分64分)的分數也逐漸改善，分別為10/5的26分、11/20的25分(「因病人很依賴自己」此項有改善而減少1分)、12/9的25分及12/23的24分(「日常作息因照護受到干擾」此項有改善而減少1分)。

續發性壓力源層面護理評值—12/16「和你們吐吐苦水，心情比較好」。引導邱先生說出感謝太太照顧的

話語，「家裡什麼事都是她(個案)在做，我媽媽在世時也都是她在照顧，很感恩啦！」。個案主訴：「有這個藥物卡片很好，兒媳們也可以多瞭解，不要只有我一個人知道，讓他們也分擔一點」、「向慈濟環保站借的病床送來了，我先生睡得很習慣，也比較不會影響我的睡眠。」12/23邱先生說：「我娶到這個太太很好」。個案害羞微笑表示：「不簡單，他也会讚美我喔！」。筆者拍拍邱先生肩膀，給予正向鼓勵。個案憂鬱量表(CES-D；總分60分)的分數有進步，分別為10分(10/5)、9分(11/2覺得快樂改善1分)、8分(12/9睡不安穩改善1分)及8分(12/23)。居家安全方面，浴室地板潮濕，建議使用防滑墊，避免跌倒；協助輔具補助事宜，因住家為租賃，未符合桃園市長照補助標準。護理期間，個案與先生皆沒有忘記服藥現象；另協助與醫療團隊及桃園長照中心溝通，12/2失智症門診已開立認知功能障礙診斷書，成功申請預防走失手鍊及眼科門診開立器官身心障礙證明，申請減免私人保險費用。

討論與結論

個案本身也是慢性病病人，又擔任罹患多重慢性病輕度認知功能障礙者的主要照顧者，因照顧日常生活功能降低與問題行為的病人，是影響其照顧負荷之重要因素。壓力負荷包含：照顧知識不足、照顧責任負荷、睡眠障礙及社會資源知識缺乏等。應用黃等(2006)評估確認家庭個別需求，以家庭為基礎之個案管理計畫，擬定照護優先順序，提供照顧知識與技巧，使個案朝正向思考、建立家庭支持系統，減少家庭衝擊、轉介社會資源並持續追蹤關懷，有效改善照顧負荷。與邱、廖、彭、黃、林(2015)針對失智症病人及其照顧者的需求，提供支持與協助，並連結內外部資源，減低照顧者負荷之報告有不謀而合之處。

臺灣人口老化與少子化增加，長期照護需求日益提升，臨床上常見老人照顧老老人的景象，醫護人員在照顧病人時，也需關注家庭照顧者的壓力及感受，才能提供更完善的照護品質。此次照護經驗，筆者對於續發性壓力源家庭成員角色功能之介入措施著墨較少，建議未來可以將家庭成員做個別性介入，讓家庭功能更健全。另外，家庭照顧者在照顧過程中需要社會資源輔助，可惜社會資源之可近性與各縣市規範不一，導致有些需要資源的家庭因此無法獲得。建議社政單位應儘速整合各項社會資源，讓資源公允地傳遞給需要者。

失智症病人的照護，與其他疾病照護有所不同，醫療人員若能與病人及家庭照顧者建立良好的治療性關係，進而瞭解家庭個別性照護方式及問題，確認需求，方能提供適切的照護指導與社會資源連結，以減少照顧者負荷。

參考文獻

- 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。[Wang, P. N., Lin, K. N., & Liu, H. C. (2012). The diagnosis and treatment of mild cognitive dementia: Experiences at Taipei Veterans General hospital. *Research in Applied Psychology*, 55, 15–35.]
- 邱逸榛(2016)·記憶介入措施於輕度認知功能缺損老人服藥行為之成效研究(NSC 102-2314-B-182-050-MY2)·桃園市：長庚大學護理學系。[Chiu, Y. C. (2016). *The effectiveness study of a memory intervention to improve medication adherence in patients with mild cognitive impairments* (NSC 102-2314-B-182-050-MY2). School of Nursing, Chung Gung University, Taoyuan City, Taiwan, ROC.]
- 邱逸榛、廖叙淳、彭立民、黃秀梨、林青蓉(2015)·運用理論引導失智症家庭照顧者量裁式照護之經驗·*長庚護理*，26(4)，503–512。[Chiu, Y. C., Liao, H. C., Peng, L. M., Huang, H. L., & Lin, C. R. (2015). The nursing experience of the family caregiver of a dementia patient-providing theory guided tailored care. *Chang Gung Nursing*, 26(4), 503–512.] doi:10.3966/102673012015122604012
- 邱麗蓉、謝佳容、蔡欣玲(2007)·失智症病患主要照護者的壓力源、評價和因應行為與健康之相關性探討·*精神衛生護理雜誌*，2(2)，31–44。[Chiu, L. J., Hsieh, C. J., & Tsai, S. L. (2007). Exploring the relationship between stressors, appraisal, coping and health among the family caregivers of elderly dementia patients. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2(2), 31–44.]
- 翁菁甫、林坤需、詹鼎正(2014)·老人憂鬱與認知功能障礙·*內科學誌*，25(3)，158–164。[Weng, C. F., Lin, K. P., & Chan, D. C. (2014). Geriatric depression and cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine of Taiwan*, 25(3), 158–164.] doi:10.6314/JIMT.2014.25(3).05
- 陳志豪、杜怡君、王鵬智(2015)·以壓力歷程模式探討女

- 性失智症家庭照顧者其正向照顧經驗、因應模式及睡眠之相關研究·*輔仁醫學期刊*·13(1)·27–40。[Chen, C. H., Tu, Y. C., & Wang, P. C. (2015). Test a theoretical model of the stress process in female dementia family caregivers with positive aspects of caregiving, coping style and sleep. *Fu-Jen Journal of Medicine*, 13(1), 27–40.] doi: 10.3966/181020932015031301003
- 黃惠玲、劉錦螢、徐亞瑛(2006)·以家庭為基礎之社區失智症照顧模式簡介·*長期照護雜誌*·10(4)·333–342。[Huang, H. L., Liu, C. Y., & Shyu, Y. I. (2006). An introduction of home-based community care model for dementia. *The Journal of Long-Term Care*, 10(4), 333–342.]
- 蔡欣霓(2013)·*認知障礙相關因素之初探*(未發表的碩士論文)·台南市：國立成功大學政治經濟學研究所專班。[Tsai, S. N. (2013). *Preliminary study of the factors of cognitive impairment* (Unpublished master's thesis). National Cheng Kung University, Tainan City, Taiwan, ROC.]
- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person—Burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 109–116. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025109.x
- Bradway, C., Trotta, R., Bixby, M. B., McPartland, E., Wollman, M. C., Kapustka, H., ... Naylor, M. D. (2012). A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *The Gerontologist*, 52(3), 394–407. doi:10.1093/geront/gnr078
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. F. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1495–1503. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001
- Corcoran, M. A., & Gitlin, F. N. L. (2001). Family caregiver acceptance and use of environmental strategies provided in an occupational therapy intervention. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(1), 1–20. doi:10.1080/J148v19n01_01
- Fisher, G. G., Franks, M. M., Plassman, B. L., Brown, S. L., Potter, G. G., Llewellyn, D., ... Langa, K. M. (2011). Caring for individuals with dementia and cognitive impairment, not dementia: Findings from the aging, demographics, and memory study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 488–494. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03304.x
- Hayes, T. L., Larimer, N., Adami, A., & Kaye, J. A. (2009). Medication adherence in healthy elders: Small cognitive changes make a big difference. *Journal of Aging and Health*, 21(4), 567–580. doi:10.1177/0898264309332836
- Hudani, Z. K., & Rojas-Fernandez, C. H. (2016). A scoping review on medication adherence in older patients with cognitive impairment or dementia. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(6), 815–829. doi:10.1016/j.sapharm.2015.11.011
- Joling, K. J., van Hout, H. P. J., Schellevis, F. G., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Knol, D. L., & van Marwijk, H. W. J. (2010). Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: A naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 146–153. doi:10.1097/JGP.0b013e3181bf9f0f
- Oskoei, A. S., Nejati, V., & Ajilchi, B. (2013). The effectiveness of cognitive rehabilitation on improving the selective attention in patients with mild cognitive impairment. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 3(6), 474–478. doi:10.4236/jbbs.2013.36049
- Pater, C. (2011). Mild cognitive impairment (MCI) – The novel trend of targeting Alzheimers disease in its early stages—Methodological considerations. *Current Alzheimer Research*, 8(7), 798–807. doi:10.2174/156720511797633250
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5), 583–594. doi:10.1093/geront/30.5.583
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–194. doi:10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x
- Werner, P. (2012). Mild cognitive impairment and caregiver burden: A critical review and research agenda. *Public Health Reviews*, 34(2), 1–15.
- Zarit, S. H., Kim, K., Femia, E. E., Almeida, D. M., Savla, J., & Molenaar, P. C. (2011). Effects of adult day care on daily stress of caregivers: A within-person approach. *The Journals of Gerontology Series b*, 66B(5), 538–546. doi:10.1093/geronb/gbr030

Reducing the Care-Related Burdens of a Family Caregiver of a Person With Mild Cognitive Impairment: A Home-Based Case Management Program

Min-Chia Chen¹ • Yi-Chen Chiu^{2*} • Pi-Mei Wei³ • Wen-Chuin Hsu⁴

ABSTRACT: The long-term care of cognitively impaired patients with concomitant behavioral problems brings great stress and burdens to family caregivers. The present article describes a family caregiver with multiple chronic diseases who concurrently shouldered primary care responsibilities for her husband, a patient with mild cognitive impairment, problematic behaviors, and medication non-adherence issues. The period of care was between September 23rd and December 29th, 2015. Data on physiological, psychological, and social burdens were collected based on a stress process model for family caregiving. We then applied a home-based, individually tailored intervention, which included nursing education, skills training, listening/counseling, and resource connecting, that effectively helped the family caregiver reduce her burdens. Our assessment identified nursing-care-related problems as the primary source of caregiver burden in this case, with identified stressors including a lack of knowledge regarding patient care, medication management problems, sleep disorders, and inadequate social resources. Using continuous care interactions, we established a trust relationship with the family caregiver, prioritized her needs, and provided dementia care knowledge and skills, which gradually improved her caregiving competence. Our instruction included increasing caregiver understanding of the disease course of dementia, related problematic behaviors, and medication management. Our intervention enhanced the disease awareness of the caregiver and helped her become more positive about her caregiving tasks. Therefore, the negative impacts on her family were reduced. Social support and long-term care resources further reduced her burden and improved her quality of life.

Key Words: mild cognitive impairment, dementia family caregiver, case management.

Accepted for publication: February 6, 2017

¹BSN, RN, Case Manager, Community Medicine Department, En Chu Kong Hospital; ²PhD, RN, Associate Professor, School of Nursing, College of Medicine, Chung Gung University; ³BSN, RN, Case Manager, Dementia Center, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan; ⁴MD, MPH, Attending Physician, Dementia Center, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan.

*Address correspondence to: Yi-Chen Chiu, No. 259, Wen-Hwa 1st Rd., Kwei-Shan District, Taoyuan City 33302, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (3) 211-8800 ext. 5148; E-mail: yulandac@mail.cgu.edu.tw

引用格式 陳敏佳、邱逸榛、魏碧美、徐文俊 (2017) · 輕度認知功能障礙長者其家庭照顧者負荷改善案例—以家庭為基礎之個案管理計畫 · *護理雜誌*, 64(3), 105–111。[Chen, M. C., Chiu, Y. C., Wei, P. M., & Hsu, W. C. (2017). Reducing the care-related burdens of a family caregiver of a person with mild cognitive impairment: A home-based case management program. *The Journal of Nursing*, 64(3), 105–111.] doi:10.6224/JN.000046