

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

機構內失智老年住民營養狀況研究

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC91-2314-B-002-253-

執行期間：91年08月01日至93年07月31日

執行單位：國立臺灣大學醫學院護理學系暨研究所

計畫主持人：羅美芳

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 93 年 12 月 1 日

機構內失智老年住民營養狀況研究

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫
計畫編號：NSC 91 - 2314 - B - 002 - 253 -
執行期間： 91年 8月 1日至 93年 7月 31日

計畫主持人：羅美芳
共同主持人：歐陽鍾美
計畫參與人員：

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：
赴國外出差或研習心得報告一份
赴大陸地區出差或研習心得報告一份
出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢
涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：國立台灣大學醫學院護理學系暨研究所

中 華 民 國 93年 10月 31日

中文摘要：

關鍵詞：營養評估、失智老人、進食行為

長期照護機構內老人營養問題是一個常見但易被忽略的問題，在美國約有 12%-85% 之護理之家住民有營養不足的問題。無法自行進食是機構中老年住民營養不良的主要原因，而失智症老人隨著病程的變化，逐漸無法溝通，無法接受訊息，使餵食的工作越來越困難，也使得營養不足成為一個常見的問題，在餵食過程中，更造成了照顧者的挫折與衝突。本研究目的如下：(1).瞭解安養養護機構失智老年住民之進食能力及攝食途徑；(2).瞭解安養養護機構失智老年住民之進食行為；(3).瞭解安養養護機構照顧者與失智老年住民在進食過程之互動行為；(4).瞭解安養養護機構失智老年住民營養不足之危險因素；(5).瞭解安養養護機構照顧者餵食失智老年住民之經驗。本研究於北部兩家專門收容失智症老人之安養養護機構進行，採病歷查閱、問卷、行為觀察及訪談法完成資料收集。本研究共收集 55 位失智老年住民及 8 位照顧者的資料。55 位失智患者平均年齡為 80.31 ± 6.55 歲，其進食能力有 26 位 (47.3%) 自行由口進食，有 16 位 (29.1%) 須協助由口餵食，10 位 (18.2%) 採鼻胃管灌食，另外 3 位除自行由口進食外，剩下吃不完的食物須協助打成泥狀由鼻胃管灌食。共觀察 38 人次輕度失智老年住民及 54 人次中、重度失智老年住民進食午餐情形，大部份的老年住民於 30 分鐘內皆能進食午餐完畢，且平均進食量為該餐食物之 95% (33%-100%)。在進食當中，輕度失智老年住民最常出現的行為包括：干擾行為 8 人次、口腔行為 4 人次及、進食規矩 3 人次；中、重度失智老年住民最常出現之行為包括：(1) 干擾行為 64 人次、口腔行為 13 人次及進食規矩 1 人次。照顧者與輕度失智老年住民之互動行為包括：協助行為 13 人次、維持行為 27 人次、制止行為 4 人次；餵食時，照顧者與中、重度失智老年住民之互動行為包括：協助行為 32 人次、維持行為 81 人次、制止行為 7 人次。老年住民營養不足最常見的危險因子依序為：藥物副作用、疾病影響進食能力、使用特殊治療飲食，平均每位老年住民有 3.5 ± 2.1 個危險因子。接受訪談之 8 位照顧者，其中 2 位為佐理員，6 位為護理人員，照顧者對於照顧失智老年人的經驗，大部份都是正向的，大都表示希望以後能像現在我們照顧這些老年人一樣被照顧。照顧者判斷老年住民營養狀況之標準，提出較多的是用五官觀察的方式，包括：體重、BMI，臉色、皮膚、及直接觀察外形來判斷。對進食有問題老年住民的處理方式，最多提到依個案情況先解決一些基本問題，儘可能維持其功能正常。本研究之結果可增進國內長期照護、老人護理、及老人營養狀況之資料庫。

英文摘要

Keywords : Nutritional Assessment, Demented Elderly, Feeding Behavior

Nutritional deficiencies are common but frequently unrecognized problems among elderly person. Inability to feed oneself (eating dependency) is a major risk factor for under-nutrition for the institutionalized elderly. For demented elderly, the progressive decline in abilities to perform the simplest of daily living activities worsens this problem. Moreover, when the demented elderly no longer takes food voluntarily, the care workers experience stress and anxiety during the feeding process. The purposes of this study were (1). To understand the eating abilities and modes of feeding among demented elderly residents. (2) To understand the eating behaviors of the institutionalized demented elderly residents. (3). To understand the feeding behaviors between the caregiver and the demented elderly during mealtime. (4). To understand risk factors of malnutrition among demented elderly persons. (5). To understand the caregivers' experiences about feeding demented elderly. Data were collected from 2 long-term care facilities for demented elderly residents in Taipei area. Interviews, questionnaire distribution, chart audit, observation of feeding behaviors and eating behaviors were used to obtain the information. Fifty-five demented elderly residents with the mean age of 80 years were included in this study. Among the 55 elderly persons, 26 fed themselves orally and independently, 16 needed assistance during mealtime, 10 were fed by caregivers via N/G tube. Most of them finished their lunch in 30 minutes. During meal time, the most common presented eating behaviors were (1) Resistive/Disruptive behaviors, such as wandering, state "no more", "I can't afford to eat", distract from eating. (2) Oral behaviors, such as prolonged chewing without swallowing, pits food out and (3) Pattern of intake such as mix inappropriate food together. The feeding behaviors between caregivers and elderly persons included (1) Eliciting behaviors, such as putting food on spoon, organizing the foods. (2) Sustaining behaviors, such as reorienting resident to meal, offering drinks between bites. (3) Extinguishing behaviors, such as interrupting feeding, stop talking. The most common risk factors of malnutrition among these elderly persons were drug side effects, disease progress, and use of therapeutic diets. On average every elderly person had 3.5 ± 2.1 risk factors. Eight caregivers were interviewed. Their experiences of caring for demented elderly persons were positive and wish to be cared the same as they provided to these persons when they are aged. The most frequently reported indicators of nutritional assessment used by caregivers were body weight, BMI, skin condition, and judge by appearance. For management of problem eating behaviors among these people, most of the caregivers will do their best to maintain the elderly person's optimal physical function. The results of the study can be used to set up effective interventions for next step study. It can be used to broaden the knowledge of geriatric nursing and geriatric nutrition as well.

前言

老年人口增加是世界各國的趨勢，台灣於 1999 年時 65 歲及以上之人口數佔總人口數之 8.44%，美國 65 歲以上之人口佔總人口數之 12.8% (Treas & Longino, 1997)，其中 10% 之老人罹患阿型失智症(Dementia, Alzheimer type)。失智症為一進行性失能且無法回復之疾病，其主要特徵包括記憶減退、定向感喪失、知覺、感覺改變、及執行日常生活自我照顧能力之減退。發生失智症之比率隨年齡增加而增加，在 85 歲以上之老人族群中有 50% 以上罹患失智症(APA, 1994; 林 & 林, 1987)，失智老人在疾病過程中因心智功能及自我照顧能力的減退，會越來越需要他人的協助，最後可能連最簡單的日常生活活動都無法執行，進食及營養的維持是其中的問題之一。

研究目的

研究目的如下：

- 1.瞭解安養養護機構失智老年住民之進食能力及攝食途徑。
- 2.瞭解安養養護機構失智老年住民之進食行為。
- 3.瞭解安養養護機構照護者與失智老年住民在進食過程之互動行為。
- 4.瞭解安養養護機構失智老年住民營養不足之危險因素。
- 5.瞭解安養養護機構照護者餵食失智老人之經驗。

文獻探討

營養不足是老年常見的問題，約有 12%-85% 之機構中老年住民有營養不足的現象(Keller, 1993)，在長期照護機構中有 30% 至 50% 之住民有體重不足、白蛋白偏低、臂圍偏低、及血中維生素及礦物質偏低的情形(Abbasi, & Rudman, 1994)。影響老人營養狀況的因素包括慢性疾病、假牙裝置不當、憂鬱、缺乏社會支持、身體功能減低、心智功能減低、住入機構、藥物作用、經濟狀況不佳、及發生重大生活事件(Abbasi, & Rudman, 1994; Lehmann, 1989; Lehmann, 1992)。而營養不足的結果和老年個案之罹病率、死亡率、跌倒、壓瘡、感染、再住院及憂鬱有高度相關(Dwyer, Coleman, & Krall, 1987; Lehmann, 1992; McWhirter & Pennington, 1994; Philips, 1986; Tierney, 1996)。Keller(1993)觀察 200 位老年個案發現有 45.5% 個案數呈中度至重度營養不足，其主要原因為吞嚥障礙、進食緩慢、蛋白質攝取不足、食慾不佳、鼻胃管留置、及高齡。

無法自行進食導致攝取食物不足及在進食時沒有獲得適當的協助是機構中老年住民營養不良的主要原因(Abbasi & Rudman, 1994; Durnbaugh, Haleym, & Roberts, 1996)，而失智老人因理解能力下降、表達能力不足、行為上容易受到外界環境影響而無法專心進食、容易激動、抗拒食物、或無法正確使用餐具，更容易有營養不足的情形(Durnbaugh, et al., 1996; Keller, 1993)，Wolf-Klein, Silverstone, & Levy(1992)以問卷調查門診老年病患之營養狀況及體重改變，結果發現失智症個案(N=34)之體重顯著低於一般老年個案(N=60)，44% 之失智症個案在最近五年有體重減輕之現象，在一年後之追蹤則有 92% 之失智症個案體重持續減輕。當一位失智病人逐漸無法自行進食時，則必須接受餵食，隨著病程越來越嚴重時，病人無法溝通，無法接受訊息，使餵食的工作越來越困難，最後需要以鼻胃管灌食來提供病人的營養需求，這個過程除了造成病人痛苦外，更造成了照顧者的挫折與衝突(Akerlund & Norberg, 1985; Burgener & Shimer, 1993; 林 & 林, 1987)。

護理人員對於個案的態度也是影響住民營養狀況的重要因素(Tierney, 1996)，餵食是護理人員每日重要的工作，約有 40% 之機構內老年住民需協助進食(Abbasi, & Rudman, 1994)，但護理人員不見得樂意執行這項活動(Barnes, 1990)，其中之感受及原因值得探討。Barnes(1990)利用語意分析法及假設之臨床餵食情境來瞭解護理人員對進食依賴個案的態度，結果發現餵

食困難的個案及不願進食的個案給護理人員的感受最負向，負向態度會影響個案與照護者在進食過程中之互動行為，進而影響個案進食之能力，及最終之個案營養狀況。在 McGillivray & Marland (1999)的文獻回顧中指出，護理人員在餵食失智個案時常以工作取向(task centered)而非以個案(patient centered)為中心，以求節省時間，無法滿足個案之需求而導致個案進食依賴度提高，而照護者匆促之態度 (tenseness and hurry)也會造成在餵食過程中個案及照護者間之壓力，其原因主要是照護者未接受足夠之教育及訓練，以致未能給個案足夠的關切，也可能是照護者習以為常或用不當之評估方式導致未能發現個案問題。Athlin & Norberg (1987)將進食過程錄影用來和照護者討論進食過程之互動行為，結果顯示當照護者越瞭解個案之行為線索，則越能協助個案進食，且其相互關係也越好。

由以上文獻查證發現，機構內老年住民之營養不足是一個值得注意的問題，如何協助失智個案進食也是一個值得探討的領域，照護者對進食依賴個案之態度所導致進食過程中彼此之緊張及壓力，其中之感受及原因更值得探討。

研究方法

研究設計

採行為觀察及訪談法完成資料收集。

研究場所

於北部地區兩家專門收容失智症老人之安養養護機構進行。

收案對象

失智老人：入住機構時間在一個月以上者均為潛在觀察對象。

照護者：機構內之護理人員及佐理員均為潛在觀察對象。

研究工具

下列之測量工具用來收集本研究資料，此外，照護者之基本資料如年齡、教育程度、工作經歷等，及失智老人之基本資料、進食能力、攝食途徑、身體功能、心智功能、藥物使用等也會在收案過程中以病歷查閱及問卷方式一併收集。

進食行為評估表

將採用由 Durnbaugh, Haley and Roberts (1996)所發展出之失智病人進食評估表(Feeding Behavior Inventory)評估個案進食行為，本量表含四大類 33 項行為觀察，包括抗拒及破壞行為(Resistive/distruptive behaviors)如丟食物、離開餐廳不願進食；口腔行為(Oral behaviors)如含住食物不吞下、不願張開嘴巴；進食型態(Pattern of intake)如吃別人的食物、吃的太快；進食規矩(Style of eating)如使餐具不當、用手進食等。

營養問題危險因子

由文獻查證列出 18 項營養問題危險因子，包括吞嚥、假牙、疼痛、藥物等影響因素(Lee & Novielli, 1996)。

餵食失智老年住民之經驗會談指引

以下題目將用來和照護者會談瞭解其照顧失智老年住民之餵食經驗，例如：請談一談您個人在餵食失智症老年住民之餵食經驗，請用一句話來形容這些老人，請用一句話來形容您的餵食經驗，您認為我們應如何對待這些有進食問題/困難的住民？您認為應如何讓這些失智症老人住民表達及達成他們的進食意願？當失智症老人不再吃喝時，我們應如何處理？(Akerlund & Norberg, 1985)。

收集資料過程

在資料收集之前，研究者將先和機構負責人說明研究目的、收集資料過程、所需之行政協助，並取得其同意之後才開始進行。

老年住民部分，以北部兩家專門收容失智症老人之安養護理機構內之失智症住民且住入時間在一個月以上為對象，在這些個案中，能由口自行進食或由他人餵食的個案，採用進食行為評估表做個案之進食/餵食行為觀察，記錄個案出現之行為及照護者之行為，每次觀察之後，並記錄個案之進食量、殘餘量、及進食時間。

照護者部分：在會談之前先詢問他們有關營養評估之常用指標，然後再以半結構式之會談指引和照護者會談，但不需按照會談指引的順序，研究者主要的作用在讓會談過程順利進行，讓照護者能自由表達他們的想法、態度、意見並能涵蓋所有會談指引之主題。會談時間以照護者方便時間為主，大約需一小時，會談地點可在機構之討論室，或任何照護者覺得方便且不受干擾的地點，整個會談過程將全程錄音。

資料分析

所得之量性資料將在編碼後輸入電腦系統並以 SPSS 統計軟體加以分析，包括描述性統計及推論性統計；所有之會談資料將在錄音之後寫成逐字稿，再以內容分析法將會談資料歸納出照護人員對進食/餵食困難個案之看法、態度、及經驗。

結果

一、個案基本資料

本研究共收集 55 位失智個案及 8 位照護者的資料，55 位失智個案中，男性 29 位(52.7%) 女性 26 位(47.3%)；年齡介於 64-97 歲，平均為 80.31 ± 6.55 歲。個案屬多重慢性疾病患者，其診斷除失智症外，每位個案平均有 2.64 ± 1.46 個慢性病診斷。個案也屬多重藥物使用者，平均每位服用 4.18 ± 2.75 類之藥物。個案的身體功能 (Barthel scale) 得分介於 0-100 分，平均為 47.54 ± 35.17 ，屬中重度之依賴程度，個案之心智功能有 38 位屬意識清楚，10 位人、時、地混亂 / 不清楚，1 位嗜睡，1 位昏迷，5 位無法測得。

二、失智老年住民之進食能力及攝食途徑

有 39 位老年住民採用普通盤餐 (其中 16 位採軟質飲食)，10 位採管灌飲食，4 位採流質飲食，有 2 位合併使用軟質飲食及管灌飲食。老年住民之進食能力有 26 位 (47.3%) 自行由口進食，有 16 位 (29.1%) 須協助由口餵食，10 位 (18.2%) 採鼻胃管灌食，另外 3 位除自行由口進食外，剩下吃不完的食物須協助打成泥狀由鼻胃管灌食。

三、失智老年住民之進食行為

老年住民之進食行為，只觀察能至餐廳一起進食之老年人，所以排除了須鼻胃管灌食及獨自進食的個案，共觀察 38 人次的輕度失智老年住民及 54 人次中、重度失智老年住民進食午餐情形。54 人次中，28 人次為自己進食，26 人次為由照顧者餵食，大部份的老年住民於 30 分鐘內皆能進食午餐完畢，且平均進食量為該餐食物之 95 % (33%-100%)。

在進食當中，輕度失智老年住民最常出現的行為包括：(1) 干擾行為 8 人次，如跑到陽台遊走、一直刮盤子、一直說太飽了，吃不下去、一直提示時間到了，要吃東西等。(2) 口腔行為 4 人次，如食物在口中咀嚼很久，常停下來、吃的很快，很大口等。(3) 進食規矩 3 人次，如玩弄食物、把菜、飯混在一起等。

在進食過程中，中、重度失智老年住民最常出現之行為包括：(1) 干擾行為 64 人次如 (a) 重複動作 (28 人次)：不斷招手、嘴巴一直嚼、手拿拖鞋拍地發出吧吧聲、一腳一直在地上磨，(b) 重複句子 (10 人次)：一直說要去拜拜、不斷叫人先生引人注意、一直唱歌，(c) 無目的遊走 (10 人次)，(d) 試圖走到不同的地方 (4 人次) 等。(2) 口腔行為 13 人次，如 (a) 食物含在口中，進食緩慢 (9 人次) 及 (b) 進食快速，不適當 (4 人次) 等。(3) 進食規矩 1 人次為吃隔壁病友之食物。

四、照護者與失智老年住民在進食過程之互動行為

餵食時，照顧者與輕度失智老年住民之互動行為包括：(1) 協助行為 13 人次，如協助將菜

放入碗中、調整位置、協助餵食等。(2)維持行為 27 人次，如提醒慢慢吃、提醒記得自己夾菜、番茄炒蛋好好吃等。(3)制止行為 4 人次，如吃飽了去坐下休息、不要吃了，去看電視等。

餵食時，照顧者與中重度失智住民之互動行為包括：(1)協助行為 32 人次，如協助協助擺好餐具、協助餵食等。(2)維持行為 81 人次，如提醒慢慢吃、稱讚個案：好棒、把遊走個案約束在輪椅餵食等。(3)制止行為 7 人次，如先不要說話、喝玩再唱，不要撿起來等。

五、安養機構失智老年住民營養不足之危險因素

老年住民營養不足最常見的危險因子依序為：藥物副作用、疾病影響進食能力、使用特殊治療飲食、貧血、心智功能缺失、吞嚥有問題、咀嚼有問題。危險因子最多有 8 個，最少為 0 個，平均每位老年住民有 3.5 ± 2.1 個危險因子。

六、照護者餵食失智老年住民之經驗

接受訪談之 8 位照顧者，其中兩位為佐理員，6 位為護理人員，教育程度皆在高中以上，護理人員有 1 位護校畢業，3 位二專畢業，2 位大學畢業，平均在機構服務的時間為 2.5 年，且在機構服務前大多有醫院工作之經驗，平均機構以外之服務年資約 4 年。

1. 照顧失智老人之經驗：

照護者普遍認為這些老人：很可愛（4 人）、很真實、很直接，但也有 1 位認為這些老人家跟正常人完全不一樣，並引述家屬的說話：“自己的爸爸、媽媽是惡魔，專門來折磨他們的”。對於照顧失智老年人的經驗，大部份都是正向的，他們表示照顧失智老人須很有愛心（3 人），耐心（2 人），有成就感（2 人），並讓自己成長（1 人），認為這是全新的體驗（1 人），不過也覺得照顧他們好像腦筋急轉彎（1 人），又好氣、又好笑（1 人），並讓自己之脾氣愈來愈好（1 人）。

2. 照護者希望以後自己如何被照顧：

大都表示希望能像現在我們照顧他們一樣，在有人性化、家庭化、有尊嚴、且熟悉的環境下被照顧，也能碰到了解自己的人，要有耐心，並且不要幫我做太多的事。

3. 如何得知失智老人之需求：

大多提出自己要多問他們、多看、多觀察（6 人），其他方式還有把生活常規化、建立良好的關係、經驗累積，相處久了，就會知道及不斷的嘗試。

4. 如何判斷老年住民之營養狀況：

照護者提出較多的仍是用五官觀察的方式較多，提出最多的為：體重（4 人），BMI（2 人），其他的還有臉色、皮膚，直接觀察外形、胃口及體力，只有少數（2 人）提出可以用 Hb、Hct 等檢驗值來判斷。

5. 對進食有問題老年住民的處理方式：

處理方式包括：依個案情況先解決一些基本問題，儘可能維持其功能正常（例如：改軟質、用喝的、剪碎等）（7 人）；其他方式包括：區隔不同功能狀況的個案分別用餐和醫師、家屬討論。

對於進食很慢者，給予口語指示（吞下去），用湯匙刺激口腔，按摩喉嚨等。另外，也可提早讓他們用餐，再慢慢餵；或把個案吃不下的東西先收起來，等處理過其他個案之後，再慢慢餵。對於一直要求吃東西的個案，則予以轉移注意力或提供一些低熱量的餅乾或稀釋之牛奶給予安撫。

6. 對老年住民拒絕吃東西之原因：

大多認為是生理因素（如：身體不舒服、合併症、退化更嚴重、幻覺太嚴重、藥物副作用）；少數提到是因鬧脾氣，或提供的食物不合口味，這種情形照護者之處理大多是順其自然，不要太勉強。

7. 對幾個假設性個案問題之看法：

包括下列五個個案情況

- (1)協助食物切小塊，即能自己進食
- (2)會自己吃，但會吃的亂七八糟，要善後收拾
- (3)會自己吃，但非常挑剔，不斷抱怨
- (4)要協助鼻胃管灌食
- (5)需餵食且進食速度很慢，食物含在口中

大多數的護理人員對“會自己吃，但非常挑剔，不斷抱怨”且“需餵食且進食速度很慢，食物含在口中”之個案，均不喜歡照顧。在協助程度方面，覺得“需餵食且進食速度很慢，食物含在口中”“會自己吃，但會吃的亂七八糟，要善後收拾”及“會自己吃，但非常挑剔，不斷抱怨”最須協助。尤其是“會自己吃，但非常挑剔，不斷抱怨”，其協助不是在進食的當下，而是在平時即需花很多時間溝通、瞭解。至於，照顧者自覺壓力程度：大多數認為“需餵食且進食速度很慢，食物含在口中”及“會自己吃，但非常挑剔，不斷抱怨”所造成之壓力最大，但“會自己吃，但非常挑剔，不斷抱怨”主要造成的是精神上的壓力。

討論

本研究結果發現，失智老年病患照護者之教育與訓練及提供簡單的觀察技巧應為優先之方案，理由如下：

1. 本研究個案有一半以上(52.7%)需由照護者部分或完全餵食，此比例與 Abbasi, & Rudman (1994)所出約有 40%之機構內老年住民需協助進食還高，可見協助餵食是本研究照護者每日重要工作之一。

2. 營養不良危險因子中包括藥物副作用、病程、使用治療飲食等，這些和 Abbasi & Rudman (1994)所提出之危險因子類似，且這些危險因子大部分是可以避免的。

3. 在長期照護機構中，照護者多為佐理員而非護理人員，佐理員之教育訓練及工作內容以日常生活活動如搬運、翻身、身體清潔、及餵食為主，較少有評估、判斷等獨立性功能，以致機構中之照護者普遍呈現出評估技巧及辨認進食問題能力不足的現象，而失智個案因表達能力改變，無法主動表達需要，故促進照護者之評估及發現問題的能力更加重要。

4. 進食是取得營養之主要來源，在進食過程中個案所呈現的行為是病人身體功能狀態的指標之一，早期發現個案之營養不足是重要的護理評估功能之一，照護者需要有能力評估並隨時依個案能力修正護理措施。本研究之照護者大多依賴五官觀察，如體重、臉色、體力、皮膚狀況等來判斷個案之營養狀況，較少用相關檢驗值來判斷，這和文獻中發現護理人員評估技巧不足、不知如何辨認進食問題或協助個案進食(Watson, 1993)，只用簡單的觀察如臉色、體重來判斷個案之營養狀況而缺乏整體的評估(Collinsworth & Boyle, 1989)類似。以目前老人每年有一次免費健檢，這些檢驗資料並不難於病歷中取得。所以照護者應具備瞭解一般檢驗值之正常範圍及造成營養不足之危險因子，實有必要執行進一步之護理措施，增進照護者之知識及技能。

由此可見，營養評估之知識與技巧，對本研究之照護者，非常重要，在照護者方面，Tierney(1996)也提出訓練及教育可以增進照護者之營養評估及餵食技巧，相對能增進個案之營養狀況。Collinsworth & Boyle (1989)的研究中發現未受訓練之護理人員對個案營養不足之偵測率顯著低於受過訓練之研究助理，由此可見訓練對評估能力之重要性。

本研究個案之進食行為，不論輕度或中、重度失智個案，所呈現最多的均為干擾行為，干擾行為之出現會造成照護者的負擔，也可能為防止意外而約束個案，甚至草草餵食進一步影響個案之營養狀況，所以干擾行為的處置，應也是安養機構內照護者的重要能力之一。在照護者的互動行為方面，由於輕度失智患者皆能自行進食，照護者皆為本國籍，且和個案一無進食，因此照護者出現較多的維持行為，維持行為大多為口頭的提醒，如慢慢吃、記得夾菜、菜很好吃等，與中、重度失智個案的互動行為不同；照顧中、重度失智個案的

照護者大多為外籍佐理員，由於語言溝通的限制，幾乎和個案無口語之溝通，加上個案大多需要協助餵食，因此出現較多之協助行為及維持行為，維持行為除本國籍照護者會有口語提醒外，其他的維持行為是讓遊走個案能夠進食，把餵食當做一項工作，而有餵食急促之情形出現。在 McGillivray & Marland (1999)的文獻回顧中指出，護理人員在餵食失智個案時常以工作取向(task centered)而非以個案(patient centered)為中心，以求節省時間，無法滿足個案之需求而導致個案進食依賴度提高，而照護者匆促之態度 (tenseness and hurry)也會造成在餵食過程中個案及照護者間之壓力。我國之安養養護機構設置標準中明訂機構聘請之外籍服務員不得超過工作人員之 50%，但是機構為節省人事成本，大多聘請外籍人員至規定比例之上限，這樣可能導致照護者在協助餵食時，未能給個案足夠的關切，其造成影響如何，是一個值得注意的問題。

參考文獻

- 尹裕君 (1982). 老年人之飲食問題及其護理. 護理雜誌, 39(4), 21-25.
- 吳淑如 (1999). 護理之家個案營養評估模式之建立. 長期照護, 3(1), 35-41.
- 林佳樺, 陳怡靜, 黃韶顏 (1997). 台北縣、市老人營養知識、態度、行為之研究. 輔仁民生學誌, 3(1), 56-66.
- 林信男、林憲. (1987). 老人精神醫學. 台北：聯經
- Abbasi, A.A. & Rudman, D. (1994). Undernutrition in nursing home: Prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutrition Review*, 52(4), 113-122.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington D.C.: Author
- Akerlund, B.M. & Norberg, A. (1985). An ethical analysis of double bind conflicts as experienced by care workers feeding severely demented patients. *International Journal of Nursing Studies*, 22(3), 207-216.
- Athlin, E. & Norberg, A. (1987). Caregivers' attitudes to and interpretations of the behavior of severely demented patients during feeding in a patient assignment care system. *International Journal of Nursing Studies*, 24(2), 145-153.
- Barnes, K.E. (1990). An examination of nurses' feeling about patients with specific feeding needs. *Journal of Advanced Nursing*, 15(6), 703-711.
- Bergstrom. (1997). Measuring dietary intake and nutritional outcomes. In M. Frank-Stromborg (ed.), *Instruments for Clinical Nursing Research*, 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange, pp. 237-254.
- Bucht, G. & Sandman, P.O. (1990). Nutritional aspects of dementia, especially Alzheimer's disease. *Age and Ageing*, 19(S1), S32-S36.
- Burgener, S.C. & Shimer, R. (1993). Variables related to caregiver behaviors with cognitively impaired elders in institutional settings. *Research in Nursing & Health*, 16(3), 193-202.
- Collinsworth, R. & Boyle, K. (1989). Nutritional assessment of the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(12), 17-21.
- Durnbaugh, T., Haley, B., Roberts, S. (1996). Assessing problem feeding behaviors in mid-stage Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, 17(2), 63-67.
- Dwyer, J.T., Coleman, K.A., Krall, E. (1987). Changes in relative weight among institutionalized elderly adults. *Journal of Gerontology*, 42, 246-251.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Guccione, A.A., Cullen, K.E. & O'Sullivan, S.B. (1988). Functional assessment. In O'Sullivan S.B., Schemitz T.J. (eds.). *Physical Rehabilitation: Assessment and Treatment*. (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis. pp.219-236
- Keller, H.H. (1993). Malnutrition in institutionalized elderly: How and why? *Journal of American Geriatric Society*, 41(11), 1212-1218.
- Lee, M.Y. & Novielli, K.D. (1996). A nutritional assessment of homebound elderly in a physician-monitored population. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 15(3), 1-13.
- Lehmann, A.B. (1989). Review: Undernutrition in elderly people. *Age and Ageing*, 18(5), 339-353.
- Lehmann, A.B. (1992). Measuring the nutritional status of old people. IN K. Morgan (ed.), *Gerontology: Responding to an Aging Society*. London: Jessica Kingsley Publishers, pp. 157-181.
- Lehmann, A.B., Bassey, E.J., Morgan, K. & Dallosso, H.M. (1991). Normal values for weight, skeletal size and body mass indices in 890 men and women aged over 65 years. *Clinical Nutrition*, 10(1), 18-22.
- Lyne, P.A. & Prowse, M.A. (1999). Methodological issues in the development and use of instruments to assess patient nutritional status or the level of risk of nutritional compromise. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 835-842.
- Mahoney F.I. & Barthel D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.

- McGillivray, T. & Marland, G.R. (1999). Assisting demented patients with feeding: Problems in a ward environment. A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 608-614.
- McWhirter, J.P. & Pennington, C.R. (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *British Medical Journal*, 308(6934), 945-948.
- Norberg, A., Backstrom, A., Athlin, E., & Norberg, B. (1988). Food refusal amongst nursing home patients as conceptualized by nurses's aids and enrolled nurses: An interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 13(4), 478-483.
- Ort, S.V. & Phillips, L. (1992). Feeding nursing home residents with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, 13(5), 249-253.
- Phillips, P. (1986). Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients. *Age and Ageing*, 15(1), 53-56.
- Sidenvall, B., & Ek, A.C. (1993). Long-term care patients and their dietary intake related to eating ability and nutritional needs: Nursing staff interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 565-573.
- Sidenvall, B., Fjellstrom, C., & Ek, A.C. (1994). The meal situation in geriatric care-intentions and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 613-621.
- Tierney, A.J. (1996). Undernutrition and elderly hospital patient: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 228-236.
- Tramosch, T.S. & Blue, L.S. (1987). A nutritional screening and assessment system for use with the elderly in extended care. *Journal of the America Dietetic Association*, 87(9), 1207-1210.
- Treas, J. & Longino, C.F. (1997). Demography of aging in the United States. In Ferraro, K.F., ed. *Gerontology: Perspectives and Issues*. New York: Springer
- Watson, R. (1993). Measuring feeding difficulty in patients with dementia: Perspective and problems. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 25-31.
- Watson, R. (1994). Measuring feeding d difficulty in patients with dementia: Developing a scale. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 257-263.
- Watson, R. (1994). Measuring feeding d difficulty in patients with dementia: Replication and validation of the EdFED Scale #1. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 850-855.
- Watson, R. & Deary, I.J. (1994). Measuring feeding d difficulty in patients with dementia: Multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 283-287.
- Wolf-Klein, G.P., Silverstone, F.A., Levy, A.P. (1992). Nutritional patterns and weight change in Alzheimer patients. *International Psychogeriatrics*, 4(1), 203-118.

