

南華大學科技學院自然生物科技學系自然療癒碩士班

碩士論文

Master's Program in Natural Healing Sciences

Department of Natural Biotechnology

College of Science and Technology

Nanhua University

Master Thesis

加賀谷・宮本式音樂照護於中高齡精神障礙者之應用

The Application of Music Care to Middle-Aged and Old-Aged

People with Mental Disability



葉璇

Hsuan Yeh

指導教授：陳嘉民 博士

Advisor: Chia-Min Chen, Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June 2019

南華大學

自然生物科技學系自然療癒碩士班

碩士學位論文

論文中文題目：加賀谷・宮本式音樂照護於中高齡精神
障礙者之應用

論文英文題目：The Application of Music Care to Middle-aged and
Old-aged People with Mental Disability

研究生：葉璇

經考試合格特此證明

口試委員：歐陽文貞
陳嘉民
連秋媛

指導教授：陳嘉民

系主任(所長)：連秋媛

口試日期：中華民國 108 年 6 月 11 日

致謝

在論文完成之際，也代表著即將結束碩士生活，感謝在南華大學自然療癒所的學習，不論是學習上、老師與同學的相處上或是一路上所經歷的壓力及困境，現在回想起來都是很棒的經驗，也為我的人生增添一道光彩。首先要向我的指導教授陳嘉民老師表示衷心的感謝和誠摯的敬意。感謝老師在我確定研究方向時，一路陪著我並協助尋找收案機構、機構洽談、資料收集、論文的撰寫和修改，以及論文的最終定稿及口試，自始至終給予我巨大的幫助。每當我需要幫忙時，陳老師總是抽空與我一起商量解決的辦法。陳老師的細心指導和諄諄教誨，讓我在撰寫論文的過程中更加順遂。在陳老師給予每一步的指導下完成的論文，傾注了老師大量的心血，老師的學識和嚴謹的治學態度給我留下了深刻的印象。同時感謝自然療癒系系主任陳秋媛老師，從開學陳老師給予我許多鼓勵與關心，在學習上陳老師不厭其煩的指導並給予完善的建議，在論文撰寫方式上提供許多撰寫所需之相關資料及編排的方式，使得論文的撰寫上更完善。最後感謝口試委員歐陽文貞主任對於論文之精闢指導與專業建議，在整體論文指導和修飾，使本論文更加完整。在此，謹向老師們表示崇高的敬意和衷心的感謝！

求學期間，感謝所有課程教學老師們的指導與鼓勵，老師們分享許多寶貴的經驗，不管在專業上的知識或者是研究上的建議皆受益良多，在此深表謝意。在研究所期間上課的同學們，感謝他們對我的協助與包容，在學習上給予誠摯建議和幫助，在這期間我們一起創造許多美好的回憶，豐富了求學生涯的美好

故事。感謝建名、淨惠、嘉桐、慧雯在撰寫論文上給予許多建議，經由與同學的相互討論，也為論文的完成助益不少，在此一併表示衷心的感謝！

感謝我的家人、同事、老闆以及所有愛我的人對我無條件的支持及鼓勵，因為有你們的支持與幫助，得以無後顧之憂地順利完成學業，僅以此文獻給所有幫助和支持我的人，因為有你們的支持與幫助才有今天的我。藉此，我將帶著大家的祝福，繼續努力向前，為生命增添更多光彩。

葉璇 謹誌 2019年6月



摘要

背景及目的：隨著年齡的增長，中老年人開始出現記憶力衰退、日常生活功能退化、行為問題等問題。然而這些疾病經常伴隨著精神方面的問題，其中以精神疾病最為常見。因此本篇研究是藉由加賀谷・宮本式音樂照顧活動是否可改善中高齡精神障礙者身體功能、認知功能、社會參與感與愉悅感之成效，並探討照顧者負荷及壓力之改善成效。

材料及方法：研究對象為南部某機構之中高齡精神病患共 30 位，藉由加賀谷・宮本式音樂照顧方式操作，採用實驗研究設計，以每週進行 1 次每次 1 小時的音樂照顧活動，連續 12 週。單一團體活動進行前後測比較。本研究以認知功能篩檢量表、日常生活觀察評估量表、微笑量表、照顧者負荷及壓力量表作為前後測，以了解介入效果，再針對照服員進行深入訪談，以佐證量化研究結果。

結果：加賀谷・宮本式音樂照顧對於中高齡精神障礙者促進基本日常功能提升，尤其是實用科學、生活自理、居家生活、環境適應及減少異常行為皆有顯著成效。對於照顧者負荷及壓力感受度有減輕。

結論：依照本研究結果建議於機構常規活動，可將音樂療法納入其中，以增進精神障礙者之功能，並可減輕照顧者負荷。

關鍵字：中高齡者精神障礙、音樂照顧、照顧者負荷及壓力

Abstract

Background and Purpose: With their ages growing, middle-aged and elderly people began to experience problems such as loss of memories, degraded day to day function, and behavioral problems. However, these diseases are often accompanied by mental problems, out of those problems, mental patient is the most common. This study examines if Music care can improve the physical functions, cognitive functions, social participations and senses of pleasure of middle-aged and elderly mentally disabled people, and the caregivers' improvements on load and stress.

Materials and Methods: The study consisted of 30 senior mental patients in a long-term care-taking facility in Southern Taiwan. Music care was used in this study. A quasi-experimental design was used in this study. The intervention group received music care one hour each time and once a week for 12 weeks. Single group activities were compared before and after the sessions. In this study, Cognitive Abilities Screening Instrument, Daily Life Observation Scale, Face Rating Scale, Caregiver Burden and Kingston Caregiver Stress Scale were used as pre- and post-test. This study will help understand the intervention effect. The result will be supported by in-depth interviews conducted to the caregiver to confirm the quantitative study.

Results: Music care could improve middle-aged and elderly mental patients' increase functionality of daily life. The improvements are especially noticeable on science, self-caring, home living, environmental adaptability and lowering odd behaviors are effective according to the study. Caregivers' also feel lower burden and stress.

Conclusion: Findings of the study suggest that the music therapy can serve as a basis in the regular activity programs of the care-receivers to improve the function of patient with mental disorder and put lower burden and stress on caregivers.

Keywords: Middle-aged and mental patient elderlies, Music care, Caregiver's burden and stress

目次

致謝.....	i
摘要.....	iii
Abstract.....	iv
目次.....	vi
表目次.....	xi
圖目次.....	xii
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機.....	3
1.3 研究目的.....	4
1.4 名詞解釋.....	4
第二章 文獻回顧.....	6
2.1 音樂治療.....	6
2.1.1 音樂治療歷史.....	6
2.1.2 音樂治療定義.....	7
2.1.3 音樂治療之應用.....	9

2.2 加賀谷・宮本式音樂照顧	12
2.2.1 加賀谷・宮本式音樂照顧介紹.....	12
2.2.2 加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵.....	15
2.2.3 加賀谷・宮本式音樂照顧的運用.....	18
2.3 精神障礙.....	20
2.3.1 精神障礙的定義（Diagnosis）	20
2.3.2 音樂治療在精神病患者之應用.....	22
2.4 中高齡精神障礙評估.....	24
2.4.1 認知功能障礙篩檢量表（Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI）	24
2.4.2 臉譜量表（Face Rating Scale）.....	25
2.4.3 照顧者負荷量表.....	26
2.4.4 Kingston 照顧者壓力量表（Kingston Caregiver Stress Scale, KCSS）	28
第三章 研究方法.....	30
3.1 研究架構.....	30
3.1.1 研究步驟.....	30

3.1.2 研究設計.....	31
3.2 研究對象與時間.....	34
3.3 研究工具.....	35
3.3.1 歌曲及樂器.....	35
3.3.2 認知功能障礙篩檢量表質量表（Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI）.....	37
3.3.3 日常生活觀察評估量表（Nursing Stress Scale, NSS）.....	37
3.3.4 臉譜量表（Face Rating Scale）.....	39
3.3.5 照顧者負荷量表.....	39
3.3.6 Kingston 照顧者壓力量表（Kingston Caregiver Stress Scale, KCSS）.....	40
3.4 統計分析.....	41
第四章 結果.....	42
4.1 基本資料分析.....	42
4.2 基礎能力評估.....	44
4.2.1 生活適應情形評估.....	48
4.2.2 異常行為出現頻率與表現強度評估.....	51

4.3 微笑量表評估.....	53
4.4 照顧者負荷及壓力量表評估	55
第五章 討論.....	58
5.1 對於日常生活觀察評估之分析	58
5.2 對於認知功能評估之成效探討	64
5.3 對生活適應情形評估之探討	65
5.3.1 以環境之分析.....	65
5.3.2 以人際互動之分析.....	66
5.3.3 以情緒互動之分析.....	67
5.4 異常行為出現頻率與表現強度評估之探討	69
5.5 微笑量表評估之探討.....	70
5.6 照顧者負荷及壓力評估之探討	71
第六章 結論與建議	72
6.1 結論.....	72
6.2 研究限制及建議.....	74
參考文獻.....	76
中文文獻.....	76

英文文獻.....	84
附錄.....	91
附錄一、同意研究證明書（中文）	91
附錄二、同意研究證明書（英文）	92
附錄三、日常觀察評量表.....	93
附錄四、認知功能障礙篩檢量表	97
附錄五、Kingston 照顧者壓力評量表.....	99
附錄六、主要照顧者負荷量表（簡短版）	100
附錄七、微笑量表.....	101
附錄八、宋麗玉照顧者負荷使用同意書	102
附錄九、機構實作同意書.....	103
附錄十、十二週課程內容安排.....	104
附錄十一、活動照片.....	116

表目次

表 2.1 音樂療法的定義	7
表 2.2 音樂治療相關研究成果	9
表 2.3 加賀谷・宮本式音樂照顧相關研究成果	18
表 3.1 曲目設計.....	35
表 4.1 個人基本屬性	43
表 4.2 基礎能力評估 Paired-t 檢定分析	46
表 4.3 生活適應情形 Paired-t 檢定分析	50
表 4.4 異常行為出現頻率與表現強度情形	52
表 4.5 微笑量表評估	54
表 4.6 Kingston 照顧者壓力評估 (n=6)	56
表 4.7 宋麗玉照顧者負荷評估 (n=6)	57

圖目次

圖 2.1 加賀谷・宮本式音樂照顧理念架構.....	14
圖 3.1 實驗步驟.....	30
圖 3.2 實驗流程 A.....	32
圖 3.3 實驗流程 B.....	33



第一章 緒論

1.1 研究背景

隨著醫療科技的發達，延長人類的壽命，全球老年人所佔的比例逐年提升，世界各地逐漸進入高齡化社會。以台灣地區來說，根據內政部統計處（2017）的調查結果顯示，國人平均壽命為 80.39 歲，其中以女性高於男性。年齡的增長與生活環境的變化，導致各種慢性病的盛行率逐年提升。以失智症為例，根據國際失智症協會（2017）的資料顯示，目前全球失智症人口近 5 千萬人，換句話說，每三秒就有一人罹患失智症。而近年來，台灣地區高齡者罹患失智症的比例亦居高不下，且有逐年攀升的情況，根據衛福部及內政部（2017）統計資料估算，台灣老人共有 3,192,477 人，佔 7.94%，包括輕度失智症 102,926 人，佔 3.22%，輕度以上失智症有 150,585 人，佔 4.72%，也就是說 65 歲以上的老人每 13 人即有 1 人為失智患者，而 80 歲以上的老人則每 5 人即有 1 人為失智患者（台灣失智症協會，2017）。

罹患失智症的過程中因為腦部及身體機能的退化，導致記憶及行為逐漸喪失功能，身心逐漸出現怪異的行為，增加照顧者許多困擾。多數家庭無法給予完善的照顧及陪伴，選擇送至長照中心或安養護理機構接受專業照護。長期機構及安養機構需求增長照護資源缺乏，照顧方面皆以專業醫療照護上為主，較無更多心力協助年長

者進行動態活動，導致年長者長期處於靜態活動中。而過少的刺激、認知退化及行為問題的產生有密切相關 (Kovach, C.R., 2000)。不僅如此，年長者長期呆坐床鋪或輪椅，極少與人溝通及互動，身體機能退化無力，影響生存能力。傳統社會錯誤觀念，認為年長者已老了、沒有用了、甚至是一些刺激的語言，使得年長者陷入孤僻孤立、自我否定、精神錯亂異常，甚至是結束生命。因此，除了給予專業醫療照護上，同時應重視身心靈的照顧，賦予具有意義及生命價值的晚年生活。在晚年生活裡應提供不同的活動刺激，有利於年長者的刺激包含：音樂、藝術、寵物及懷舊等活動，其增進社交互動、改善情緒及增加自尊 (Kovach & C.R., 2000; Pulsford & D, 1997; Smith & Buckwalter, 2005)，以保持年長者身心理健康狀態。除此之外，更應提供身體機能的訓練，以預防身體機能退化，避免衍生更多的醫療及社會問題。

1.2 研究動機

音樂療法是一種特定的聲波，它包含令人愉快的節拍與旋律，以幫助治療者到達放鬆狀態，其緩解病人的不適，維持促進身體與心靈的健康（賴慧玲，2002），近年來日益受到重視，經常被建議作為失智症老人的輔助療法。國內外許多文獻提到，音樂療法可運用於失智老人，相關研究顯示，將音樂療法運用於高齡失智症患者，改善高齡失智症患者的行為、認知、情緒、社交狀況及機構之適應等生理與心理上的狀態，均有明顯的效益（Gerdner, 2000; Gotell, Brown & Ekman, 2003; Kydd, 2001）。例如 Chu et al.(2014)的研究結果顯示，在團體音樂療法中，高齡失智症患者憂鬱症狀可獲得改善。Tsoi, K.K. et al.(2018)以系統性文獻回顧，針對 34 個研究，當中包含了 38 個分析，共 1418 位受試者，結果顯示音樂治療對於認知、行為有正向幫助，可提升高齡失智症患者的行為問題。

近年來國內外長期照護機構及安養機構開始運用團體音樂照顧，來提升年長者的身體機能、滿足年長者心靈層面、穩定年長者自我情緒及減緩照顧者工作壓力。然而，目前關於團體音樂照顧對於年長者的照護成效之臨床研究仍不多見，因此本研究擬以中高齡精神障礙者（mental disorder）為研究對象，探討日本加賀谷・宮本式音樂照顧之應用成效。

1.3 研究目的

本研究旨在探討加賀谷・宮本式音樂照護於中高齡精神障礙者之應用成效，其結果可作為日後音樂療法實際運用於中高齡者照護之參考指標。本研究之目的如下：

〈1〉探討探討加賀谷・宮本式音樂照顧對於提升中高齡精神障礙者之身體功能、認知功能與社會參與感之成效影響；

〈2〉探討探討加賀谷・宮本式音樂照顧對於提升中高齡精神障礙者之愉悅感成效影響；

〈3〉探討接受加賀谷・宮本式音樂照顧之中高齡精神障礙者之照顧員是否可降低壓力。

1.4 名詞解釋

中高齡者：根據聯合國世界衛生組織（WHO）的定義，65歲以上人口稱為「老年人」。現今社會又重新為銀髮族定義，所謂「中高齡者」係指年滿45歲至64歲之國民。

精神障礙者：依據101年7月11日實施之身心障礙保護法中規定，身心障礙的分類將由現行16類改為依據WHO所頒布的國際健康功能與身心障礙分類。本研究中所定義精神障礙者包括新制身心類別當中的第一類（神經系統構造及精神、心智功能）、第七類（神

經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能) 和依身心障礙者狀況對
應第一至八類。



第二章 文獻回顧

2.1 音樂治療

2.1.1 音樂治療歷史

古世紀裡音樂早已是存在原始時代的一種治療，巫師們運用樂器所敲打出節奏以控制病魔及堅定士兵意志，即為音樂治療的初始（范保羅、袁本治，2007）。希臘人在祭奉太陽神（Apollo）時，運用和諧的音樂表示神的智慧，人與神之間透過音樂交流及淨化心靈。在西方的音樂療法中，天主教寺透過聖歌治療疾病、阿拉伯伊斯蘭教《古蘭經》以吟唱音樂作為祈禱祭祀。羅馬人把音樂作為振奮精神及改善健康。在二次世界大戰中，音樂療法用來治療傷患的精神疾病，且有明顯效果，進而快速推廣至各地。東方的音樂療法中，中國醫學早已記載音樂治療。古代《黃帝內經》記載：「天有五音，人有五臟，人與天相應。」五音即為古音中的五聲音階，分為：宮、商、角、徵、羽。而對應至人的五臟則是：脾、肺、肝、心、腎（吳幸如、黃創華，2006）。《春秋》記載中音樂可為人治病。《樂記》中的「心知」乃指音樂可使人心情流蕩，道德得以顯現。《周禮·地官》裡記載音律和諧，舞蹈應節，即可祭祀鬼神，萬民和諧、邦國和睦，一切興盛。

2.1.2 音樂治療定義

古代有許多國度運用音樂治癒疾病，藉由音樂在儀式中伴奏，給人一種放鬆的心境，提供一個情緒方面的出口。經臨床實驗證實，透過醫生及專業的音樂治療師引導下，將音樂治療與藥物做結合，執行相關音樂課程以達成個體個別之目標(美國音樂治療協會，1950)。在全世界來說，音樂治療並沒有得到一個公認的科學定義，由各國不同專家各自決定。許多定義皆談到音樂治療對於醫學、心理學、音樂學方面都是一種治療精神疾病的療法。現代東西方國家都有著許多相關組織，並具有國際專業認證，必須學習相關知識，並實習循證更多臨床經驗。音樂治療師會透過創作、演奏、動作和聽音樂來參與治療，依照每位患者的情況，提供屬於他們的治療處方，提供更有效的治療方式。音樂療法在各國定義發展簡述如表 2.1。

表 2.1 音樂療法的定義

台灣	音樂治療師所執行的業務，需經由訓練、進修後在自己的專業領域中，利用治療性目的音樂相關活動促進維持病人的身體健康，皆為音樂治療（黃子齡，2007）。
中國	音樂治療是有系統的、有計畫且有目的的套用音樂，達到促進人類身心健康的目的的治療方法和治療活動(陳菁菁，2004)。
日本	音樂治療是藉由音樂在生理、心理、社會方面作用協助身心障礙者恢復、維持或改善其身心功能，以提升生活品質為前提，

	有計畫性、有意識的應用並實施的一種治療方式（日本音樂協會聯盟，2001）。
歐洲	世界音樂治療聯盟對音樂治療的定義為「音樂的聲音、節奏、旋律及和聲，在一個合乎肢體、心智、社會和認知需求情況下，經由設計來促進溝通、關係、學習、表達、組織，以及與治療相關的主題之過程」（張乃文，2004）。
英國	音樂是一種強大的媒介，音樂在文化、傳統和精神信仰中有著重要的影響，特別是在疾病、傷害或殘疾而難以溝通的情況下（英國音樂治療協會，2011）。
美國	音樂治療是由有證照的音樂治療師以音樂為工具，根據臨床和實證過的音樂療程為個案設定客製化的目標並協助個案達成目標（美國音樂治療協會，1950）。
加拿大	音樂治療為合格的音樂治療師使用音樂與音樂的元素，以非語言性、創造性、結構性以及情緒性的特質增進維持及恢復(包括心理、生理、情緒、精神的健康)（加拿大音樂療法協會，2016）。
紐西蘭	音樂治療中，音樂是一種工具，如同復健器材一般，用來建立溝通的管道，支持兒童和成人在心智、肢體、社會行為和情緒的學習與重建（紐西蘭音樂協會，2016）。

資料來源:本研究整理

2.1.3 音樂治療之應用

音樂治療是一種特定的聲波的使用，它包含令人愉快的節拍與旋律，以幫助治療者到達的安寧狀態，其目標在於緩解病人的不適，以及維持身體與心寧的健康（賴慧玲，2002）。有技巧的使用音樂可恢復、維持、改善病人生理、心理及情緒的問題(加拿大音樂治療協會，2016)。在臨床上，音樂治療目前廣泛運用於癌症、憂鬱症、失智症、孕婦及神經發展障礙等領域，相關研究成果節錄如表 2.2。

表 2.2 音樂治療相關研究成果

作者(年代)	對象	介入方式	研究結果
黃淑鶴(2000)	癌症末安寧療護之住院病患，20位	類實驗法	音樂治療對於疼痛，日常生活情緒、日常工作、活動、與人交往、睡眠、生活樂趣的影響程度有舒緩成效。
李麗花(2003)	60歲以上的老人	每天進行一次，每次進行30分鐘，為期兩週的	整體對於沮喪感、身心症、正向情感、人際問題都有顯著效益
董曉婷(2007)	65歲以上之輕中度失智老人，共68人	類實驗法，每週兩次，每次一小時，為期三個月	認知狀態有顯著提升，憂鬱情況則顯著下降，行為狀態則有下降但未達標準
陳頌琪等人(2008)	社區老人，共計33人	採用類實驗法	改善老人的生活品質及心理健康

作者 (年代)	對象	介入方式	研究結果
武香君、周汎濤 (2008)	加護病房呼吸器 使用患者，共76 人	實驗法，一次30 分鐘音樂治療	改善病患焦慮感
Li et al. (2015)	輕度失智老人，共 42人	採控制介入法，進 行六個月早上和 睡前每天聽音樂 30分鐘	改善認知、心理、 行為改變
Liu et al.(2015)	輕度 AD 患者，共 41人	進行六個月早上 和睡前聽音樂 30 分鐘	只有 CDR-SB 認 知功能評估有顯 著差異
劉樂等人 (2017)	懷孕 16~20 週的 高危險孕婦，共 195 位	類實驗法，孕期 24 週，每天聽 30 分鐘直到分娩	能減少高危險群 支孕婦產前分娩 焦慮、抑鬱情緒及 產後憂鬱症狀
Rong et al. (2017)	系統回顧	MT 有助於減少 認知衰退	於 AD 的認知功 能有顯著效益。
Naomitsu et al. (2017)	神經功能缺陷的 3-17 歲的兒童病 患	採實驗法。每次進 行一個小時，一個 月兩次	兒童提高自尊心 有顯著效益。

資料來源:本研究整理

綜合上述，依據音樂治療的介入的模式，可簡單將音樂治療簡單區分為音樂治療 (Music therapy) 與音樂照顧 (Music Care) 兩大類。音樂治療是用由專業的音樂治療師運用不同的音樂經驗納入不同的治療情境，幫助治療對象達到治療目標以維持、恢復、改善身體及心靈的健康(美國全國音樂劇聯盟,1985)。音樂照顧(Music Care)主要是一種透過音樂本身的旋律及節奏特性，藉由此特性穩定人類的生理與心理，而非利用藥物影響。過程需要的是時間而非立即見效。在醫學的觀點裡，“照顧“為幫助和處理的意思，將音樂治療廣泛解釋也包含照顧的意思(張初穗,1994)。照顧在英文翻譯裡為

“care”，而治療在英文翻譯裡為“therapy”，這兩種在解釋上是不一樣的。照顧主要是針對特定的族群，透過音樂來減緩生心理上的不適，以維持一個健康的狀態。音樂治療是一種治療的工具，已達成最終目的性的活動來維持病人的身心健康。音樂療法是透過一種有計畫性且期許對象自主性的參與，進而達到提升身心靈等方面的療效（江彥青，2005）。兩者皆都屬於以音樂為媒介，透過音樂的特性將對象帶入更好的狀態。然而在中西方的音樂療法發展中，具有眾多音樂療法的學派，且絕大部分都是屬於西方發展而出來的，加賀谷・宮本式音樂照顧則是唯一一個東方國家所研發，因文化背景較為相同且屬於團體性的音樂療法，故選用加賀谷・宮本式音樂照顧作為探討。

2.2 加賀谷・宮本式音樂照顧

2.2.1 加賀谷・宮本式音樂照顧介紹

音樂照顧(Music Care)的概念最早是由已故加賀谷哲郎先生(宮本啟子, 2006)根據多次現場活動的經驗所發展出來的一種音樂療法方式, 秉持「發揮音樂的特性, 讓心與心之間能夠互相回應」的基本精神, 不論是小孩或是老年人, 都能不受地點、時間的限制, 開心的活動(宮本啟子, 2006)。音樂照顧可看成是一種身體活化的媒介與心靈成長的催化劑, 主要是「利用部分音樂特性, 協助參與者能活的像自己, 讓生活變得多彩多姿, 應用在兒童時, 能引發的潛能發揮出去, 並能協助成長, 亦可增加孩童們的創造力及想像力(宮本啟子, 2006)。」運用音樂的特點來激勵對象的身心方面, 提高人際關係的質量, 並嘗試恢復及穩定, 其最顯著的效益是藉由動人的旋律與簡單的動作來安定情緒與促進成長及發展。透過與人們所建立出的安全關係, 將可帶給對象渴望、鼓勵和提高他們生活意願, 並在生活的各個方面帶來積極的影響。這樣的活動是根據已故的加賀谷哲郎老師所研發之內容為基礎, 再結合宮本啟子老師於實務帶動上的思維與理論系統化而成加賀谷・宮本式音樂照顧。

加賀谷・宮本式音樂照顧是屬於一種“可以現場實際帶動的音樂療法”, 其主要目的為「利用音樂的特性來帶給被實施者身心上

的刺激，進而增強對人的關係及情緒的安定。重要的是能促進運動的感覺和智能方面的改善，使被實施者的身心和生活上有更好的改變。對於健康的參與者而言是一種律動的幸福，建立起愉快的心，對於失能、失智、重症安寧的長者或身心、語言障礙的兒童來說，這是一種雪中送炭的希望，有助於身心康復，透過此活動讓他們從音樂中，重新發現生命的意義與生活的目標，進而產生自發性的行動。站在福祉、醫療及教育的觀點來看，此方法目前已受到大家的注目，全日本音樂療法聯盟也以此為基礎，進行長期研究。以下為加賀谷・宮本式音樂照顧理念架構如圖 2.1。



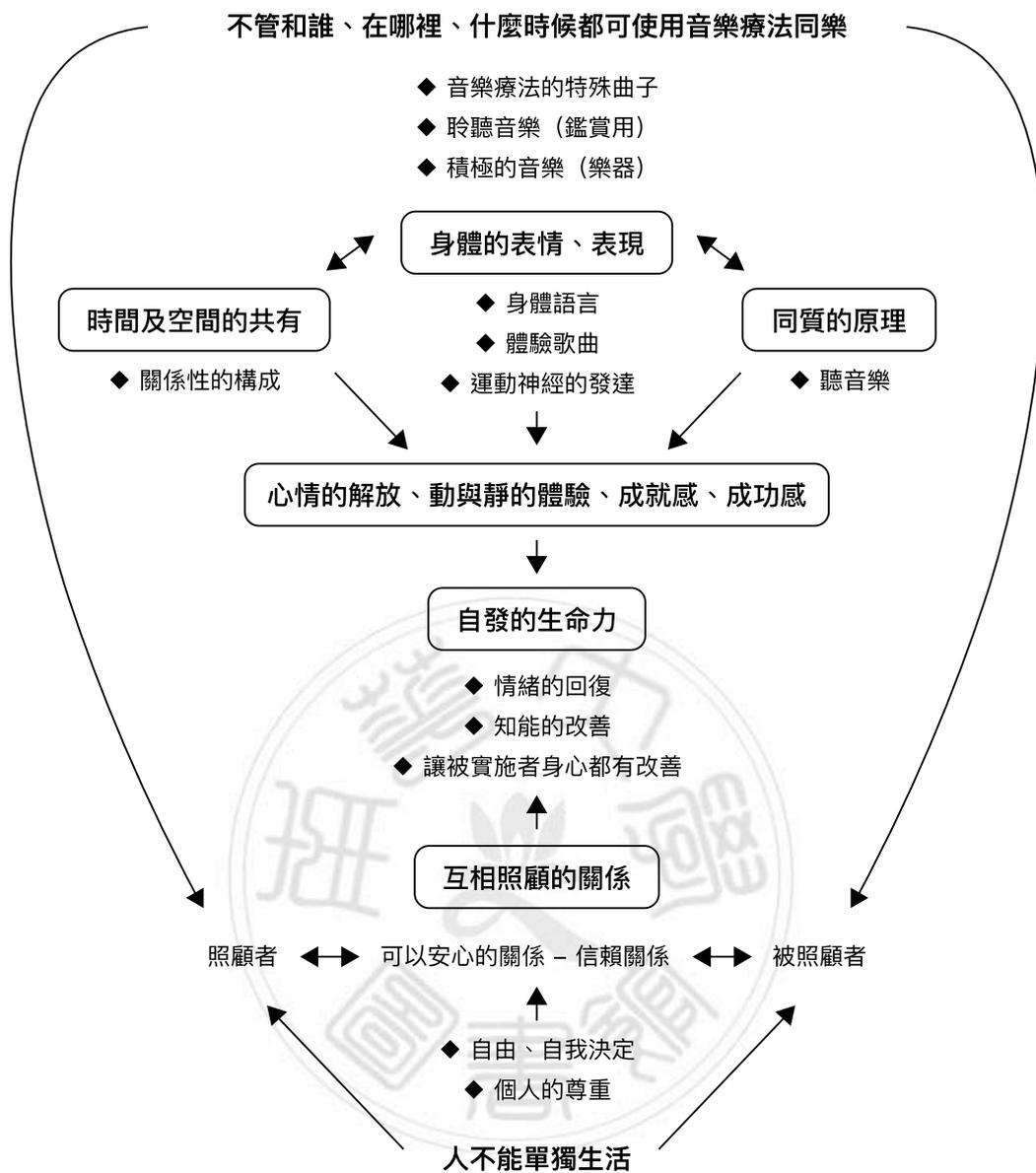


圖 2.1 加賀谷・宮本式音樂照顧理念架構

資料來源:第七期中級進階研習課程講義

2.2.2 加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵

加賀谷・宮本式音樂照顧實施對象從嬰兒到老年人，如一般的嬰幼兒、腦性麻痺者、智能方面有障礙者、有自閉傾向的小孩、語言障礙者、重度身心障礙者、嚴重行動不便者、重度失明殘障者、失智老人(宋惠娟等人,2006)、臥床老人、腦中風後的復健實施者、精神障礙者、一般民眾及安寧病人等，所有類型的人皆為有參與資格。

加賀谷・宮本式音樂照顧活動組合(宮本啟子,2017):

- 〈 1 〉 即席組合：具有同質原理、靜與動的均衡、解放與自我管理的均衡、交感神經與副交感神經的均衡、可配合參加者來帶動。
- 〈 2 〉 獨特方式：key position 關鍵的位子、基本動作(如身體的輕拍方式、蹠手等)、創作曲(Jang Jang、Gili gili、愛麗絲系列曲等)、其他(如古典樂曲、流行樂曲)(宮本啟子,2012)。
- 〈 3 〉 身體表情表現(身體和心理是互相連結)：身體語言、利用姿勢來傳達意思、利用動作來傳達意思。
- 〈 4 〉 Group Work(團體動力)：應用音樂的特性引發內在的情感並可在瞬間傳達、音樂使團體空間擴大。
- 〈 5 〉 時間和空間的共有：溝通的窗口、重視音樂的開始與結束、自然反應、間奏、停止的瞬間、具有速成的效果。
- 〈 6 〉 人性的尊嚴→信賴關係

〈 7 〉 自我決定（自我的選擇、自我的決定、自我的行動）：不以強迫方式，而是尊重本人的意願為原則、等待參加自己想要參加的意願產生。

〈 8 〉 和自己身邊、最有安全感的人（物）一起參加。

〈 9 〉 音樂的特性：音樂的自由性、滿足美的感覺、1/f 的搖擺。

〈 10 〉 動作：靜態與動態的節奏區隔、情感的表現。

加賀谷・宮本式音樂照顧曲子的分類：為了協助成長及防止老化的動作所創作的樂曲，由加賀谷老師委託岡洋子老師創作能夠配合動作的樂曲。宮本老師也委託岡洋子老師創作相關樂曲，結合預防失智及老化所設計的動作，並結合古典音樂、流行樂曲創造出更多元化的樂曲。

加賀谷・宮本式音樂照顧的方法：

〈 1 〉 基本方式：包括原創歌曲、經典歌曲、古典歌曲及流行歌曲等，它是 Music Care 的原始基本方法。這些歌曲結合了基本動作與在發展輔助和身體功能提升方面創造的關鍵位置（約 100 首歌）。

〈 2 〉 身體表達：因為身心是相互聯繫的，所以對方的感受不是用言語而是用情感傳達的。它還扮演著肢體語言的角色，並且還可用作發育緩助和功能培訓。

〈 3 〉 唱歌：使用諸如懷舊旋律唱歌和民歌等回憶，並將回憶誘導文字和調整呼吸。

〈 4 〉 樂器演奏：它不是作為一種增強音樂技術的方式進行訓練，而是用來更積極地欣賞音樂。為此，我們主要使用打擊樂器而不是旋律樂器。

〈 5 〉 使用其他工具：它不僅刺激聽覺還刺激視覺、觸覺和嗅覺，享受音樂。使用泡泡、氣球傘、球、紙、板、塑膠袋等，皆可以有音樂的感覺。

〈 6 〉 即興創作計畫：依據現場觀察，安排歌曲內容，將活動內容根據參與者的心情和狀況進行即興互動。整場活動像是一首歌曲，由一開始的平靜前奏進入，接著慢慢地由前段到高潮的副歌，最後結束在一個令人愉快的結局，使人感到內心的平靜和滿足。

加賀谷・宮本式音樂照顧效果：

〈 1 〉 主要的效果：彼此關係的增進及改善、建立溝通、安定情緒（陳桂敏、董曉婷，2007）、減輕行動的不安（宮本啟子，2012）、讓生活有意義、協助成長、訓練身體機能、自我管理、具有放鬆及紓壓的效果、集中注意力、預防照顧。

〈 2 〉 其他的效果：引發身體運動→復健訓練→協助成長、依照歌唱的效果、回想以前的事、調整呼吸、引發說話能力、樂器演奏、機能訓練、協助成長。

2.2.3 加賀谷・宮本式音樂照顧的運用

加賀谷・宮本式音樂照顧是一種團體性的音樂療法，以背景音樂來誘導參與者參與活動，以不強迫的方式邀請參與者參與這樣的活動。國內亦有學者指出以音樂配合復健動作的活動，可提升個案對治療的參與度，進而在音樂活動中達到復健的目的（施以諾、江漢聲，2003）。在臨床上，加賀谷・宮本式音樂照顧目前廣泛運用於失智症、憂鬱症、多重障礙兒童、領域，加賀谷・宮本式音樂照顧相關研究成果節錄如表 2.3。

表 2.3 加賀谷・宮本式音樂照顧相關研究成果

作者（年代）	對象	介入方式	研究結果
陳桂敏、董曉婷 (2007)	65 歲以上失智症長者，共 68 人	採類實驗性每週兩次每次一個小時，維持一個月	失智老人其認知、行為、憂鬱情形有顯著效益
張旭欣 (2008)	年齡 65 歲以上且 CES-D 大於或等於 16 分之憂鬱症患者，共 72 位	採類實驗法，每天一次，每次 30 分鐘，持續四週	沮喪情感、身心症、正向情感及人際關係有顯著效益
陳馨 (2009)	多重障礙幼兒，共六名	採協同行動，維持一年四個月的	有正向的改善對於人際互動、行為能力
廖瑞琳、黃志雄(2010)	重度及多重障礙教學童	針對多元障礙兒童透過志工、家長及治療師一對一的協助活動，為期一年多帶動，每次 40~50 分鐘	運用加賀谷・宮本式音樂照顧方式緩和孩童的情緒及增加專注力
韋懿庭 (2011)	平均年齡 76 歲，共 34 位	每週進行兩次，每次約一小時，共十二週	正向的改善生理、心理及社會層面

作者（年代）	對象	介入方式	研究結果
李騰秋(2013)	共20人	採實驗研究，每週進行一次每次一小時，共13週	音樂照顧可增進社會支持及人際互動

資料來源:本研究整理

綜合上述，加賀谷・宮本式音樂照顧是一種輔助醫學的自然療法，透過音樂及肢體動作來誘導參與者進行活動，以促進參與者達到恢復身體及精神健康為目的。除了肢體動作的訓練外，更可以撫慰人心，在心靈上的更能使人感到滿足。而本研究將以加賀谷・宮本式音樂照顧為基礎，探討其於精神障礙老人照護上之運用。



2.3 精神障礙

2.3.1 精神障礙的定義 (Diagnosis)

行政院衛生署民國九十六年所修正公告之身心障礙等級，將精神疾病定義為「係指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者」。其範圍包括思覺失調症、情感性精神病、妄想病、老年期及初老期精神病狀態、其他器質性精神病狀態、其他非器質性精神病狀態、源發於兒童期之精神病。

依據精神障礙的疾病的構成中，分為精神症狀、病程變化和社會功能影響的三個要素，而常見的精神症狀可分為外觀、思考、知覺、行為和認知功能的改變。然而精神疾病當中的失智症病不是單一種疾病，而是一群症狀所組合的，症狀不單單只有記憶力的衰退，且影響到其他認知功能，包括語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能性退化，同時還可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀嚴重程度足以影響人際關係與工作能力。造成失智症的原因很多，一般的病因較多屬於退化性的疾病所造成的，目前尚無法完全治癒，經過治療後可以延緩病情惡化。阿茲海默症是最常見的退化性失智症，失智症的

病情逐漸變壞且大腦全面功能喪失。最明顯的早期徵兆為記憶衰退，對時間、地點和人物的辨識出現問題。失智症者為兩種以上認知功能障礙，且其腦部神經受到破壞，屬不可逆的退化。然而有些失智症則是以特定原因所造成，像是營養失調、顱內病灶、內分泌疾病、中樞神經系統感染、長期服用藥物、酗酒、化學毒素中毒或重金屬中毒後遺症等，經過治療之後，有機會可以恢復。



2.3.2 音樂治療在精神病患者之應用

在臨床上，音樂治療在精神病患者中目前廣泛運用於思覺失調症病患、失智症、過動兒、緘默症兒童、智能障礙學童、情緒障礙、憂鬱等領域，有許多相關研究指出音樂治療對於精神病患者有顯著效益。例如：林麗晴（2005）與陳泰瑞等人（2005）採用音樂治療為介入工具來改善精神分裂症患者的負面狀況；孟繁莉等人（2009）以音樂治療來改善精神科日間病房之慢性精神分裂症患者的人際互動障礙。林惠賢（2012）則是以音樂治療來改善思覺失調症的負面狀況、認知功能及自我效能。Geretsegger ,M. et al.（2017）以音樂治療來改善思覺失調症患者的狀態、功能和生活質量。謝瑋芸（2009）則探討音樂治療對於選擇性緘默症兒童的人際關係與口語行為反應的效益。詹小秋（2011）以音樂治療為介入工具，用以改善智能障礙學童的行為及發展。邱群芳及李逸（2014）; Jespersen 等人（2015）對於高齡長者為對象，探討音樂治療對於高齡長者憂鬱程度的改善成效。Abdulah 等人（2019）則是以音樂治療來改善強迫症患者行為。

綜合上述，國內外有許多研究透過音樂療法對於精神疾病的病患，音樂療法在輔助療法裡已是廣泛被接受的療法，對於精神疾病中健康問題、心靈問題、社會問題等相關疾病有著顯著效益。聆聽音樂對於身心理問題有所改善，可讓人有和諧的能力。利用音樂引

起身體的共鳴，調整身心理節奏，對於情緒的穩定、憂鬱及失眠（Johnson, J.E., 2003）有著改善的成效。透過音樂放鬆效果可改善自主神經及神經失調等狀況。音樂活動所帶來的節奏與旋律可以刺激各個感官，緩解老化程度、促進知覺反應、提昇人際互動、改善行為問題、刺激記憶力、增進自我價值及提升生活品質等。



2.4 中高齡精神障礙評估

2.4.1 認知功能障礙篩檢量表(Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)

認知功能障礙是指多發性功能退化症狀，除了記憶力的減退外，還有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等，同時出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力(台灣認知功能促進協會)。

Teng, E.L.et al. (1994) 所發展出的認知功能篩檢量表，目的即是希望能作為失智症的篩檢工具，主要是可用來區分失智症與非失智症病人，並提供認知功能障礙的模式。認知功能障礙篩檢量表(Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)：包含 25 題，滿分為一百分，經由固定的換算方式可以把它化成 9 個認知功能的細項，分別是長期記憶，短期記憶、時間空間定向感、注意力、心智操作和集中力、思考流暢度，語言及基本認知功能、抽象思考能力及判斷力和手眼協調構圖能力。認知功能障礙篩檢量表目前已廣泛運用在臨床研究上，用以評估失智症的認知功能，例如，廖美麗等人(1998)對於腦中風失智症患者的行為表現，亦是採用 CASI 為認知功能的評估工具。徐榮隆等人(2000)表示對於失智症患者 CASI 為有效的評估量表，且比 MMSE 更能區別出失智症患者的嚴重程度。林克能及劉秀枝(2003)探討阿茲海默症患者的失智症評量表，亦是採

用 CASI、MMSE 及 CDR 為認知功能的評估工具。謝佳蓉（2003）探討老年人認知功能的指標與應用，亦是採用 CASI 為認知功能的評估工具。鄭蕙恩（2007）在帕金森病患認知功能及生活品質的研究中，以 CASI 量表作為病患認知功能的評估工具。洪肇欽等人（2015）探討音樂及氣功介入對於高齡者認知功能影響的研究中，亦是採用 CASI 為認知功能的評估工具。鄭貴月（2017）在失智症患者的營養攝取與認知功能的相關性中，亦是採用 CASI 為認知功能的評估工具。綜上所述，CASI 量表對於精神障礙患者或是高齡者認知功能的評估具備良好的區辨能力。

2.4.2 臉譜量表 (Face Rating Scale)

臉譜量表於 1987 年由 Baker, C.M.與 Wong, D.L.所設計推廣。在臨床上因病人的主訴是最具價值的疼痛評估方法，以數字量化疼痛強度，方便與病人溝通其疼痛程度。常用於開刀後無法清楚表達或是明確說明疼痛的病患，或是語言不同不易理解問題之病患。例如：無表達能力者或是語言不通者等。臉譜量表在一張紙上畫了 6 個卡通臉譜，由左到右是：很愉快的笑臉（0）、微微笑的臉（1）、有些不舒服（2）、更多些不舒服（3）、想哭（4）、到流眼淚大哭（5），臉譜下方標出 0~5，讓病童選出最能代表他疼痛感覺的臉譜，以 0~5 分別記錄所選擇的臉譜。針對臉譜量表有許多相關研究成果。例如：張珏等人（2010）探討國中生笑笑功練習之成效，以自填式

自尊、幽默感、身體健康、壓力適應的態度，亦是採用臉譜量表作為評量，結果顯示笑笑功的介入有效提升青少年的生理及心理健康。許祐鵬(2015) 探討正念瑜珈及慢跑活動介入減緩高中生憂鬱症作，以此活動持續五週共十次，亦是採用臉譜量表、台灣版兒童及青少年憂鬱量表及心理健康簡易自填量表做為評估工具，結果顯示正念瑜珈及慢跑活動介入減緩高中生憂鬱症有顯著效益。邱琪偵等人(2018) 探討清創手術之恢復室照護一位學齡前兒童燙傷燙傷，亦是採用臉譜量表作為評量，以了解兒童情緒表達、緩解焦慮及照顧者壓力調適。

2.4.3 照顧者負荷量表

Poulshock & Deimling (1984) 及 Lawton et al. (1989) 所提出照顧者負荷 (Cargeiver Burden, CB) 一詞，最早出現在失智症老人的文獻期刊中，並給予其定義 (Thompson et al.,1993)。Robinson (1983) 指出照顧者在照顧上，所承受的情感及壓力即為主觀負荷。在生理、心理、情緒、社會和經濟等許多方面，會讓照顧者產生出負面感受或是無法負荷的負擔，並且對於個人及家庭造成極大的衝擊，使得照顧者身心狀態不適 (Lawton et al.,1989)。宋麗玉 (2002) 指出主觀負荷是一種根據病患的行為問題所產生出的主觀感受或是在照顧過程中所產生出的整體感受。客觀負荷包含較多層面，如身體健康、心理健康、 社交生活、日常生活作息、經濟、家庭關係、

休閒等層面。

照顧者負荷量表為宋麗玉（2002）所發展，是國內精神醫療社會工作所參考的量表指標，主要針對照顧者壓力負荷作為評量。整個量表依客觀負荷與主觀負荷兩大向度設計，量表內含五個次向度，包括「家庭干擾」，即為客觀負荷；主觀負荷則又分為四個次向度：烙印、愧疚、照顧者緊張感、案主依賴。而完整版的量表共 26 題，簡短版量表共 18 題，本研究採簡短版量表，方便照服員作答。針對照顧者負荷量表有許多相關研究成果。例如：宋麗玉（2002）探討精神病患照顧者負荷，針對醫療門診精神病患之照顧者，亦是採用照顧者負荷量表作為評量，結果發展出完整的負荷量表。葉人豪等人（2009）探討社區精神分裂照顧者之需要與負荷，針對居家精神分裂症之照顧者，亦是採用照顧者負荷量表作為評量，結果顯示照顧者負荷與健康照護與社區服務次數無關但與教育程度、身體狀況、每月家庭收入與照顧病患時間有關。陳玟玲（2012）探討精神分裂症主要照顧者之相關因素，針對社區精神分裂症之照顧者，亦是採用照顧者負荷量表作為評量，結果顯示照顧者整體家庭功能感受越好則負荷感受越輕。劉葶萱（2013）探討小腦萎縮症照顧者之家庭支持與家庭負荷，針對小腦萎縮症之照顧者，亦是採用照顧者負荷量表作為評量，結果顯示照顧者獲得協助越多其生理負荷程度越低，家庭支持對心理及社區負荷並無相關。

2.4.4 Kingston 照顧者壓力量表 (Kingston Caregiver Stress Scale, KCSS)

壓力是一種心理上的知覺感受，當人與環境所產生出的關係事件，造成個人的負擔或是超出個人可負荷的狀態，即稱為壓力 (Lazarus & Folkman, 1984)。照顧者壓力 (Caregiver strain) 是指照顧者在照顧上所產生出的主觀情緒感受 (Robinson, 1983)。然而，照顧者的主觀認知全來自於照顧者的負向的經驗與壓力。

此評量表為 Kingston (Hopkins & Kilik, 2012) 所發展出的照顧者壓力量表，Kingston 是用來測量照顧者對於現狀所感到的壓力的評估工具。KCSS 是 Providence 長期照護中心專門用來評估失智症照護者壓力的評估工具，Providence 長期照護中心是 Kingston 地區從事長期照護的服務機構，該機構因專門從事老年醫學及長期照護工作及研究，故專為失智症患者研究出一套評估工具 - Kingston scales，該量表包含認知功能、照顧者壓力和精神問題行為等評估工具。因本研究所需測量照顧者壓力量表，故選用 Kingston 照顧者壓力量表作為評量，Kingston 照顧者壓力量表已被廣泛運用於評估各種疾病照顧者壓力，如失智症、創傷性腦損傷等疾病。KCSS 共有十個問題組成，選項由 1「沒有壓力」至 5「極大壓力」，分數越高表示壓力越大。主要評估分為三類：照顧提供、家庭和財務等三個領域，其這三個議題與照顧者所面對的壓力有很大的相關性。

Kingston 照顧者壓力量表目前已普遍用於照顧者壓力狀態的評估，例如：曾雪鳳(2014)探討失智症家庭照顧壓力、負荷及生活品質，針對失智症之家庭照顧者，亦是採用 Kingston 照顧者壓力量表作為評量，結果顯示家庭照顧者壓力和負荷對生活品質有明顯影響。Sadak 等人(2017)在探討失智症醫護照顧者之抑鬱與焦慮的相關性研究中，亦以 Kingston 照顧者壓力量表作為醫護照顧者壓力評估的工具，結果顯示醫護照顧者壓力與抑鬱和焦慮相關。



第三章 研究方法

3.1 研究架構

3.1.1 研究步驟

本研究以南部某機構之中高齡精神病患為研究對象，探討加賀谷・宮本式音樂照顧於中高齡者精神障礙之應用其研究步驟（圖 3.1）如下：

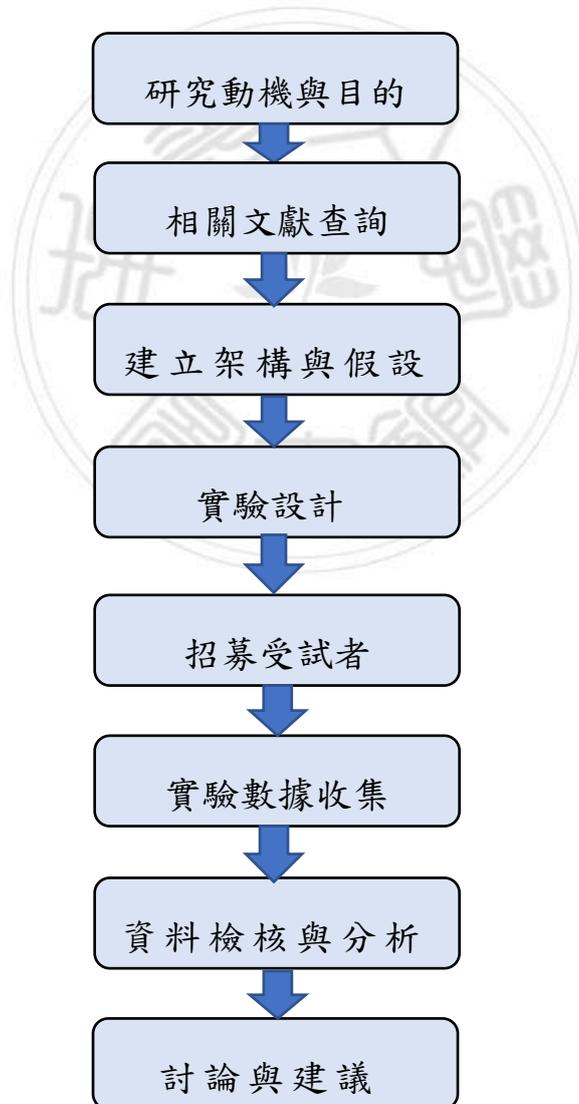


圖 3.1 實驗步驟

3.1.2 研究設計

本研究採類實驗設計，以單組前後測方式進行，資料收集分為例行性評估與結構式問卷訪談兩部份。例行性評估為機構中社工及護理師之定期日常評估，內容包含基礎能力評核、生活適應情形、異常行為出現頻率、表現與精神狀態，本研究擬以活動介入前最近一次評估之評量結果為前測，在完成 12 週加賀谷・宮本式音樂療法介入，以活動介入完成後最近一次的評估之評量結果為後測。此外，於活動介入前後兩週由研究者另以結構式問卷進行訪談，內容包含基本資料、認知功能障礙篩檢量表（CASI）、日常生活觀察評估量表、微笑量表。照顧者為活動介入前兩週作為前測及活動研究介入完成後兩週之評量結果為後測。測驗量表為宋麗玉照顧者負荷及 Kingston 照顧者壓力量表（KCSS）。受試者研究試驗進行方式如圖 3.2 所示，照顧者研究試驗進行方式如圖 3.3 所示：

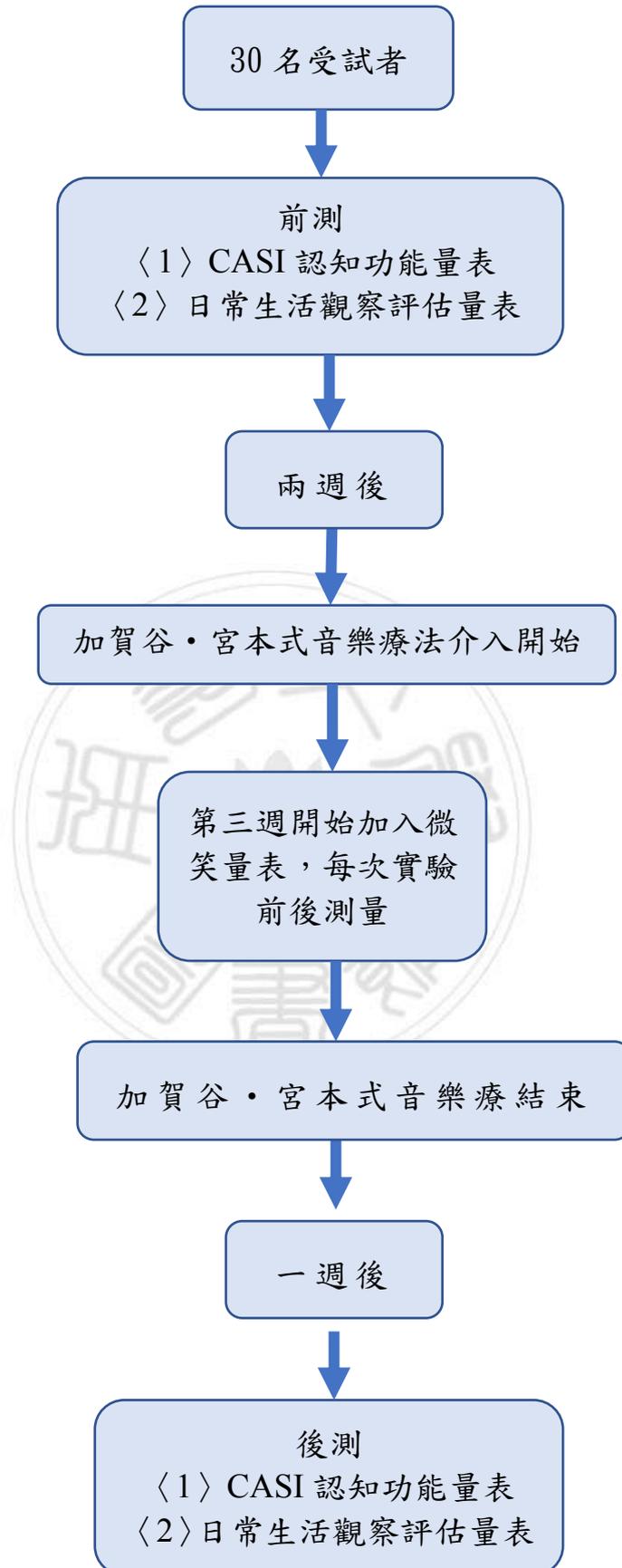


圖 3.2 實驗流程 A

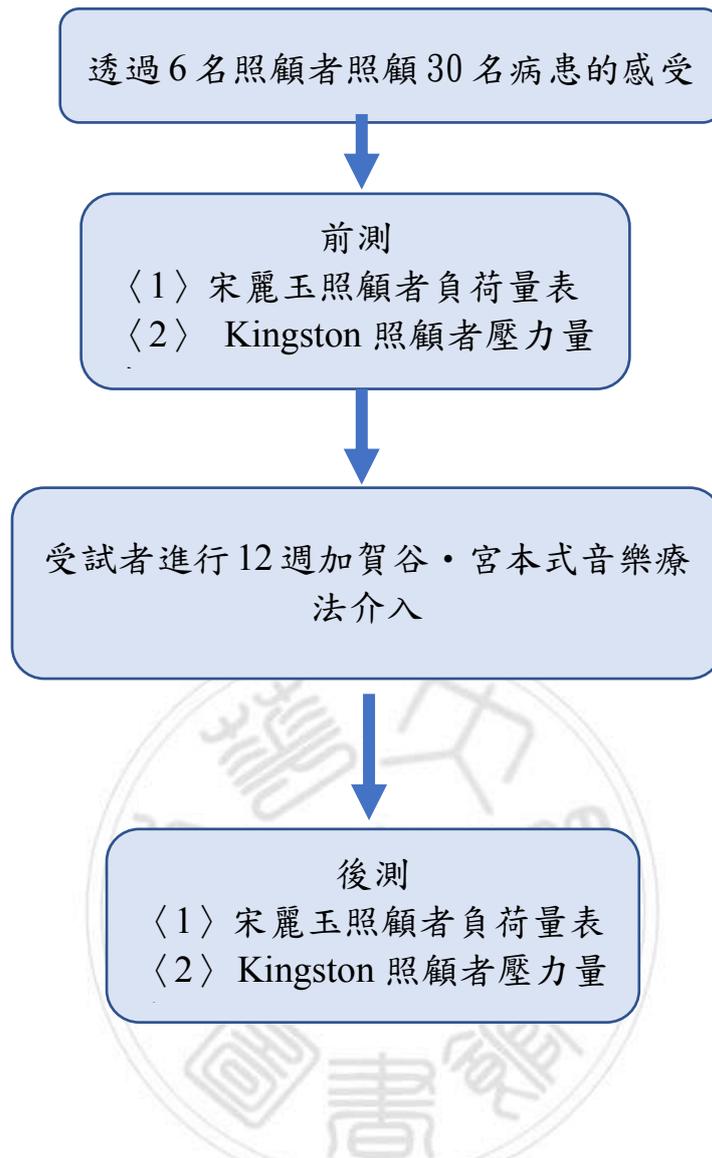


圖 3.3 實驗流程 B

3.2 研究對象與時間

本研究以南部某機構中高齡者為招募對象，經機構同意後以口頭詢問方式尋找有意願參與之中高齡者參與本研究，清楚說明研究內容後，由受試者自行決定是否參加本研究，同意者逕行簽署本同意書，共 30 人。本研究實施時間：民國 107 年 8 月至 107 年 12 月。

受試者及照服員納入與排除條件如下：

納入條件：

- 一、年滿 50 歲~65 歲
- 二、可進行肢體運動
- 三、無明顯聽力障礙
- 四、語言溝通無障礙

排除條件：

- 一、聽力障礙
- 二、語言溝通障礙
- 三、肢體無法擺動

照服員納入條件如下：

- 一、機構全體照服員並無排除條件

3.3 研究工具

3.3.1 歌曲及樂器

本研究所使用的樂器為手搖鈴、三角鐵、木鳥、高低音木鳥、沙蛋、棒棒糖鼓、泡泡、雨聲器。歌曲選擇採取 80% 加賀谷・宮本式音樂照顧所提供之歌曲，20%為台灣歌曲。曲目使用及樂器搭配如表 3.4

表 3.4 曲目設計

編號	曲目	使用樂器	教學目標
1	河川的帽子與愛麗絲		專注力訓練，能聽到指令一起完成曲目，一起結束
2	星星與愛麗絲		手眼協調的練習，聽覺與視覺上的訓練，能跟著節奏一起拍打
3	與魔女相對眼的愛麗絲		口語與手部協調，能訓練口語表達及反向思考練習
4	與小貓比聰明的愛麗絲		手部按摩，促進血液循環，末梢神經的刺激
5	轉轉轉		手眼協調，大動作與精細動作的訓練，腦部動作的訓練
6	Pan Pan	棒棒糖鼓.波浪鼓	指令與動作反應的訓練，學習等待
7	Jang Jang		手部動作的練習，提升身體機能
8	Gili Gili		手部動作的練習，提升身體機能
9	變成小紅帽的愛麗絲	毛巾	手指動作練習，節奏練習，透過不同聲音模擬不同職業動作
10	十八姑娘	毛巾	能刺激懷舊回憶、口語及手部動作的練習
11	歡樂滿行囊		節奏上練習，活絡氣氛

編號	曲目	使用樂器	教學目標
12	道化師	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓	能刺激聽覺.節奏訓練,彼此之間合奏的默契,一起完成樂曲的成就感
13	雙鷹進行曲	手搖鈴.三角鐵.木鳥.高低音木鳥.刮棒	能刺激聽覺.節奏訓練,彼此之間合奏的默契,一起完成樂曲的成就感
14	變奏時鐘	手搖鈴.三角鐵.木鳥.高低音木鳥.刮棒	透過時間的點滴聲音,引導聯想,刺激腦部,了解時間一分一秒地過去,能訓練節拍敲打
15	卡門	手搖鈴.三角鐵.木鳥.高低音木鳥.雨聲器	音樂節奏上的起伏,引起聽覺刺激,透過音樂高低起伏,帶入不同情境
16	美國巡邏隊	木鳥	節奏上的訓練,能準確地跟著節拍敲打
17	波斯市場	手搖鈴	節奏上的改變,透過音樂的起伏,給予不同的手部節奏練習
18	天黑黑		懷舊歌曲的歌謠練習,增進口語表達
19	戀曲 1980		透過口語表達及肢體動作,增進認知功能
20	愛就是惜		藉由歌詞帶動手部動作,充滿感恩感謝,撫慰心靈
21	愛的故事	泡泡/雨聲器	透過歌曲的音頻高低起伏,泡泡隨著音樂的起伏至結束,撫慰心靈上的滿足
準備 教具	1.手搖鈴 2.三角鐵 3.棒棒糖鼓 4.高低音木魚 5.木鳥 6.筆電 7.音響 8.沙蛋 9.毛巾 10.雨聲器 11.波浪鼓 12.刮棒 13.泡泡		

資料整理：本研究整理

本研究所採用的測量工具包含「認知功能障礙篩檢量表 (Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)」、「日常生活觀察評量表」、「臉譜量表 (Face Rating Scale)」、「照顧者負荷量表」與「Kingston 照顧者壓力量表 (Kingston Caregiver Stress Scale, KCSS)」。

3.3.2 認知功能障礙篩檢量表質量表 (Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)

認知功能障礙篩檢量表 (CASI)：包含 25 題，滿分為一百分，經由固定的換算方式可以把它化成 9 個認知功能的細項，分別是長期記憶，短期記憶、時間空間定向感、注意力、心智操作和集中力、思考流暢度，語言及基本認知功能、抽象思考能力及判斷力和手眼協調構圖能力。答對一題給 1 分，總分 30 分， ≤ 20 分為異常。

3.3.3 日常生活觀察評估量表 (Nursing Stress Scale, NSS)

此評量表為財團法人育成社會福利基金會所編著，此評量表分為基礎能力評估 45 題、生活適應情形 14 題、異常行為出現頻率與表現強度 18 題、共三大項。該評量表由機構教保員、護理師、社工、職能治療作為平時生活觀察紀錄。

〈1〉**基礎能力評估**：內含 6 個分項，分別為實用科學、粗動作、細動作、生活自理、人際溝通及居家生活 / 家事家能 / 儀容整飾。1 -

7 題主要由實用科學單獨計分，讓受訪者透過教材評量，8 - 14 題主要由粗動作單獨計分，15 - 18 題主要由細動作單獨計分，19 - 34 題主要由生活自理單獨計分，35 - 38 主要由人際溝通單獨計分，39 - 45 主要由居家生活 / 家事家能 / 儀容整飾單獨計分，評量方式為：0 分「完全不會」、1 分「部分反應」、2 分「少許協助」、3 分「獨力完成」，總分範圍介於 0-135 分，得分愈高，受訪者的能力越高。

〈2〉生活適應情形評估：內含 3 個分項，分別為環境適應情形、人際適應情形、情緒適應情形。環境適應情形共為 1 - 5 題，計分方式為正向計分。人際適應情形共為 1 - 5 題，計分方式第 1、2、4、5 為正向計分，第 3 題為反向計分。情緒適應情形共為 1 - 4 題，計分方式第 1、4 為正向計分，第 2、題為反向計分。評量方式為：5 分「非常同意」、4 分「同意」、3 分「普通」、2 分「不同意」、1 分「非常不同意」，總分範圍介於 0 - 58 分，得分愈高，受訪者的能力越高。

〈3〉行為異常出現頻率與表現強度評估：內含四個分項，分別為暴力行為、破壞行為、自傷行為、精神狀態。暴力行為共為 1 - 4 題、人際適應情形共為 1 - 4 題、自傷行為共為 1 - 3 題、精神狀態共為 1 - 7 題。評量方式為計分方式為正向計分：0 分「從未出現」、1 分「偶爾出現」、2 分「經常出現」，總分範圍介於 0 - 36 分，得分愈高，表示受試者出現異常行為的頻率越高。

3.3.4 臉譜量表 (Face Rating Scale)

本研究採用臉譜量表了解受試者的情緒表現，因受試者無法清楚表達當下情緒，故使用臉譜量表以其方便溝通及量化。計算分式分別為在一張紙上畫了 6 個卡通臉譜，由左到右是：非常開心的笑臉 (0)、很開心的臉 (1)、普通的臉 (2)、少許不開心的臉 (3)、很不開心的臉 (4)、非常不開心到流眼淚大哭的臉 (5)，臉譜下方標出 0~5，讓受試者選出最能代表他現在感受的臉譜，以 0~5 分別記錄所選擇的臉譜。

3.3.5 照顧者負荷量表

本研究採取國內學者較常使用的照顧負荷量表，該量表為宋麗玉驗證有效之信效度 (宋麗玉, 2002)。主要照顧者負荷包含「照顧者負荷量表簡短版」及「照顧者負荷量表完整版」兩種，簡短版及完整版之間的關聯性幾乎相同，故選用簡短版作為評量表，以方便測驗。量表為使用 Likert-type scale 五點的加總，選項與給分方式為：從未 (0 分)、很少 (1 分)、有時 (2 分)、經常 (3 分)、幾乎都是 (4 分)，總分為 0 - 64 分之間，分數越高代表負荷程度越大。依據實施結果分為四個等級：輕度到中度負荷 (8 - 20 分)、中度負荷 (21 - 32 分)、中重度負荷 (33 - 34 分)、極重度負荷 (45 分)。量表包含主觀及客觀兩種面向設計並分為五大項，分別為家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張感、病患依賴等。除此之外，照顧者負荷量表裡

還有兩題為正向題，分為第 13、16 題，了解照顧經驗對照顧者的正向影響，並且緩和施測過程中照顧者的負向感受。分別各向度如下：

家庭干擾：此題為第 2、3、6、8、9、11、17 題，屬於客觀負荷題。照顧者因付出極龐大的體力、金錢、時間，使的工作、家庭關係、生活、經濟、人際互動及休閒娛樂受到影響。

烙印：此題為第 14、15 題，屬於主觀負荷題。社會對於照顧者照顧精神病患的錯誤觀念，導致產生負面的感受。

愧疚：此題為第 1、4 題，屬於主觀負荷題。照顧者因照顧精神病患所產生出的情緒反應，但並非長期的情緒反應。

照顧者緊張感：此題為第 5、7、18 題，屬於主觀負荷題。照顧者在照顧精神病患中所產生的精神壓力。

病患依賴：此題為第 10、12 題，屬於主觀負荷題。照顧者感受到病患對於他的期許或是只尋求他的協助。

3.3.6 Kingston 照顧者壓力量表 (Kingston Caregiver Stress Scale, KCSS)

KCSS 由一組十個問題組成，分為三類：護理，家庭和財務問題。選項為 1 分「沒有壓力」到 5 分「極大壓力」，分數越高表示壓力越大。

3.4 統計分析

實驗數由研究者進行資料收集、編碼及建檔後，以 PASW Straristics 18 統計軟體分析，採用描述性統計與成對樣本 T 檢定進行分析，設定顯著水準為 0.05，若 p 值小於 0.05 則表示具有顯著差異。



第四章 結果

4.1 基本資料分析

參與本研究的 30 位精神障礙者，在實驗前測中有 2 位因身體狀況而入院因此退出此研究，另外再加入新生 2 位，因此實際全程參與研究共有 30 位精神障礙者。個人基本資料進行敘述統計分析結果如下（表 4.1）：平均年齡為 51.10 歲；性別為男性（20 位）占 66.7%、女性（10 位）占 33.3%；身障類別共三類：精神障礙合併智能障礙為（9 位）占 30.0%、精神障礙為（16）占 53.3%、精神障礙合併多重障礙為（5 位）占 16.7%；肢體障礙分別為：有肢體障礙（23 位）占 76.7%、無肢體障礙（7 位）占 23.3%；障礙類別共有三類：中度障礙為（14 位）占 46.7%、重度障礙為（15 位）占 50.0%、極重度障礙為（1 位）占 3.3%。

表 4.1 個人基本屬性

變項	人數 (%)	平均數±標準差
年齡		58.10±3.43
性別		
男生	20(66.7)	
女生	10(33.3)	
身障類別		
精神障礙合併智能障礙	9(30.0)	
精神障礙	16(53.3)	
精神障礙合併多重障礙	5(16.7)	
肢體障礙		
有肢體障礙	23(76.7)	
無肢體障礙	7(23.3)	
殘障類別		
中度障礙	14(46.7)	
重度障礙	15(50.0)	
極重度障礙	1(3.3)	

4.2 基礎能力評估

表 4.2 顯示，以實用科學來說，金幣概念在音樂照顧介入前平均得分為 2.37，介入後平均得分為 2.70，t 值為-2.76，p-值為 0.010，已達統計上顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者的金幣概念有顯著提升。數字概念在音樂照顧介入前平均得分為 2.30，介入後平均得分為 2.73，t 值為-3.07，p-值為 0.005，有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者對於金幣概念有顯著的提升。時間概念在音樂照顧介入前平均得分為 2.46，介入後平均得分為 2.70，t 值為-1.76，p-值為 0.090，雖有些許提升，然而卻未達統計上顯著差異。

以粗動作來說，行的功能在音樂照顧介入前平均得分為 2.53，介入後平均得分為 2.70，有稍微提升，但未達統計上顯示之差異（p-值為 0.096）。

以細動作來說，在音樂照顧介入前平均得分與介入後平均得分皆為微細分數提升，並無顯著差異。

以生活自理來說，刷牙的功能在音樂照顧介入前平均得分為 2.53，介入後平均得分為 2.80，t 值為-2.80，p-值為 0.009，分數統計上有明顯差異，表示在音樂照顧介入後，受試者的刷牙的功能有顯著提升。洗澡的功能在音樂照顧介入前平均得分為 2.33，介入後平均得分為 2.73，t 值為-3.02，p-值為 0.005，分數上有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者的洗澡的功能有顯著提升。

以人際溝通來說，在音樂照顧介入前平均得分與介入後平均得分皆為微細分數提升，並無顯著差異。

以居家生活來說，洗衣服的功能在音樂照顧介入前平均得分為 1.83，介入後平均得分為 2.40，t 值為-3.46，p-值為 0.002，有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者在洗衣服功能上有顯著提升。在音樂照顧介入前，摺疊衣服的功能平均得分為 2.07，介入後平均得分為 2.63，t 值為-3.46，p-值為 0.002，在統計上面有明顯的差異，表示受試者在音樂照顧介入後，摺疊衣服的功能有顯著提升。音樂照顧在介入前，受試者的整理床鋪功能在平均得分上為 2.20，介入後平均得分為 2.63，t 值為-3.50，p-值為 0.002，分數的顯示上有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者整理床鋪的功能有明顯的提升。打掃環境的功能在音樂照顧的介入前平均得分為 2.00，介入後平均得分為 2.60，t 值為-4.27，p-值為 0.000，統計上有明顯的差異，表示在音樂照顧介入後，受試者在打掃環境功能上有明顯的提升。簡易沖泡食物的功能在音樂照顧介入前平均得分為 1.83，介入後平均得分為 2.13，p-值為 0.010，在統計上有明顯的提升，表示受試者在接受音樂照顧下，受試者在簡易沖泡食物的功能有顯著的提升。

以 CASI 來說，在音樂照顧介入前平均得分與介入後平均得分皆為微細分數提升，並無顯著差異。

表 4.2 基礎能力評估 Paired - t 檢定分析

名稱	前測	後測	t 值	P 值
實用科學				
金幣概念	2.37 ± 0.72	2.70 ± 0.47	-2.76	0.010
數字概念	2.30 ± 0.88	2.73 ± 0.44	-3.07	0.005
時間概念	2.46 ± 0.78	2.70 ± 0.53	-1.76	0.090
對比概念	2.27 ± 0.87	2.70 ± 0.53	-1.49	0.147
圓形概念	2.50 ± 0.94	2.67 ± 0.55	-1.00	0.326
顏色概念	2.60 ± 0.82	2.70 ± 0.53	-0.72	0.476
空間位置概念	2.40 ± 0.67	2.43 ± 0.57	-0.27	0.787
粗動作				
爬行	2.53 ± 1.04	2.77 ± 0.57	-1.316	0.200
座	2.93 ± 0.25	2.93 ± 0.25	0.000	1.000
站立	2.73 ± 0.69	2.80 ± 0.48	-7.01	0.489
行	2.53 ± 0.90	2.70 ± 0.65	-1.72	0.096
翻身	2.87 ± 0.51	2.90 ± 0.31	-2.97	0.769
跑	2.30 ± 1.15	2.43 ± 1.04	-1.072	0.293
跳	2.30 ± 1.15	2.43 ± 1.04	-1.072	0.293
細動作				
抓握	3.00 ± 0.00	2.90 ± 0.31	1.795	0.083
釋放	3.00 ± 0.00	2.90 ± 0.31	1.795	0.083
腕部旋轉	2.97 ± 0.19	2.93 ± 0.25	0.571	0.573
敲擊	3.00 ± 0.00	2.93 ± 0.25	1.439	0.161
生活自理				
進食	2.97 ± 0.18	2.93 ± 0.25	0.571	0.573
飲水	2.97 ± 0.18	2.90 ± 0.31	1.000	0.326
收拾餐具	2.77 ± 0.63	2.87 ± 0.35	-0.902	0.375
小便處理	2.67 ± 0.80	2.80 ± 0.48	-1.278	0.211
大便處理	2.67 ± 0.80	2.77 ± 0.50	-1.000	0.326

名稱	前測	後測	t 值	P 值
生活自理				
便便沖水	2.60 ± 0.93	2.77 ± 0.57	-1.542	0.134
洗臉	2.80 ± 0.48	2.80 ± 0.41	0.000	1.000
刷牙	2.53 ± 0.57	2.80 ± 0.41	-2.804	0.009
洗澡	2.33 ± 0.96	2.73 ± 0.45	-3.026	0.005
洗頭髮	2.50 ± 0.97	2.73 ± 0.45	-1.651	0.109
穿衣服	2.60 ± 0.97	2.87 ± 0.35	-1.682	0.103
脫衣服	2.63 ± 0.93	2.87 ± 0.35	-1.564	0.129
穿襪子	2.67 ± 0.88	2.83 ± 0.38	-1.306	0.202
脫襪子	2.70 ± 0.84	2.83 ± 0.38	-1.161	0.255
穿鞋子	2.70 ± 0.84	2.87 ± 0.35	-1.223	0.231
脫鞋子	2.67 ± 0.84	2.87 ± 0.35	-1.439	0.161
人際溝通				
基本非口語表達	2.73 ± 0.64	2.80 ± 0.61	-0.701	0.489
基本口語表達	2.57 ± 0.73	2.77 ± 0.63	-1.649	0.110
社交性溝通	2.33 ± 0.85	2.57 ± 0.73	-1.651	0.109
電話溝通	2.40 ± 0.67	2.47 ± 0.86	-0.421	0.677
居家生活/家事能家/儀容整理				
洗衣服	1.83 ± 1.23	2.40 ± 0.93	-3.458	0.002
摺疊衣服	2.07 ± 1.17	2.63 ± 0.76	-3.458	0.002
整理床鋪	2.20 ± 1.06	2.63 ± 0.76	-3.496	0.002
打掃環境	2.00 ± 1.08	2.60 ± 0.86	-4.267	0.000
簡易沖泡食物	1.83 ± 1.02	2.13 ± 0.94	-2.76	0.010
按時節添加衣物	2.17 ± 0.95	2.43 ± 0.63	-1.278	0.211
選擇適當衣服	2.17 ± 0.95	2.43 ± 0.63	-1.278	0.211
CASI	12.80 ± 8.78	12.93 ± 8.73	-0.150	0.882

4.2.1 生活適應情形評估

表 4.3 顯示，以環境來說，能接受院內伙食的情形在音樂照顧介入前平均得分為 4.27，介入後平均得分為 4.73， t 值為 -2.16， p -值為 0.008，有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者的接受院內伙食的情形有顯著提升。在音樂照顧介入之前能配合團體作息時間情形的平均得分為 4.40，介入後平均得分為 4.73， p -值為 0.039，統計數據上有顯著差異，表示受試者在音樂照顧介入後，對於能配合團體作息時間的情形有明顯提升。願意接近院內其他人的情形在音樂照顧介入前平均得分為 4.00，介入後平均得分為 4.73， t 值為 -3.83， p -值為 0.001，有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者的願意接近院內其他人的情形有顯著提升。在音樂照顧下，願意參與新工作或活動的情形之介入前平均得分為 3.70，介入後平均得分為 4.73， t 值為 -4.65， p -值為 0.000，統計分數有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者願意參與新工作或活動的情形有顯著提升。音樂照顧對於整體而言環境適應情形尚佳在介入前平均得分為 4.13，介入後平均得分為 4.73， t 值為 -3.17， p -值為 0.004，有顯著差異，表示受試者整體而言環境適應情形尚佳在音樂照顧介入後，有顯著的提升。

以人際互動來說，會主動與他人打招呼的情形在音樂照顧介入

前平均得分為 3.37，介入後平均得分為 3.97，p-值為 0.019，統計上有明顯的差異，表示受試者在音樂照顧的介入後，對於主動與他人打招呼的情形有明顯的提升。

以情緒來說，在音樂照顧介入前平均得分與介入後平均得分皆為微細分數提升，並無顯著差異。



表 4.3 生活適應情形 Paired - t 檢定分析

名稱	前測	後測	t 值	P 值
環境				
能接受院內伙食	4.27±0.62	4.73±0.69	-2.841	0.008
能配合團體作息時間	4.40±0.56	4.73±0.69	-2.163	0.039
願意接近院內其他人	4.00±0.79	4.73±0.69	-3.832	0.001
願意參與新工作或活動	3.70±0.99	4.73±0.69	-4.650	0.000
整體而言環境適應情形尚佳	4.13±0.73	4.73±0.69	-3.168	0.004
人際互動				
會主動與他人打招呼	3.37±1.00	3.97±1.00	-2.473	0.019
已結交熟識朋友	3.50±0.97	3.80±1.00	-1.273	0.213
經常與其他人起爭執	2.33±0.80	2.70±1.09	-1.690	0.102
喜歡參與團體活動	3.40±0.81	3.73±0.94	-1.624	0.115
整體而言人際適應情形尚佳	3.53±0.73	3.57±0.86	-0.183	0.856
情緒				
情緒平穩	4.20±0.71	3.77±0.97	1.898	0.068
容易遷怒他人	2.17±0.75	2.37±0.93	-1.030	0.312
常在一旁哭泣	1.97±0.76	2.30±0.99	-1.624	0.115
整體而言情緒適應情形尚佳	3.90±0.71	3.63±1.03	1.188	0.245

4.2.2 異常行為出現頻率與表現強度評估

進行敘述統計分析，結果如下表 4.4 顯示，以暴力行為來說，對他人投擲東西：前測（6 位）占 20.0%、後測（3 位）占 10.0%，表示受試者在音樂照顧介入後，對他人投擲東西的行為情形有改善。對踢人、揍人、打人或掐人的行為：前測（9 位）占 30.0%、後測（3 位）占 10.0%，表示在音樂照顧介入後，受試者的踢人、揍人、打人或掐人的行為有改善的情形。對於故意侮同儕的行為：前測（4 位）占 13.3%、後測（1 位）占 3.3%，表示在音樂照顧介入後之受試者，有助於改善對於故意侮同儕的情形。

以破壞行為來說，對於擅自拿走他人放置物品或他人櫃中物品的行為：前測（3 位）占 10.0%、後測（1 位）占 3.3%，表示在音樂照顧介入後，受試者擅自拿走他人放置物品或他人櫃中物品的情形有改善。

以精神狀況來說，對於常處焦慮或不安狀態的行為：前測（10 位）占 33.3%、後測（2 位）占 6.7%，表示受試者在音樂照顧介入後，常處焦慮或不安狀態有改善的情形。對於退縮於內在封閉世界，對外界人事物沒有反應的情形：前測（4 位）占 13.3%、後測（0 位）占 0.0%，表示在音樂照顧介入後，對於退縮於內在封閉世界，對外界人事物沒有反應的情形受試者皆有改善。

表 4.4 異常行為出現頻率與表現強度情形

症狀名稱	前測 N(%)	後測 N(%)
暴力行為		
對他人投擲東西	6(20.0)	3(10.0)
踢人、揍人、打人或掐人	9(30.0)	3(10.0)
故意欺侮同儕	4(13.3)	1(3.3)
講髒（粗）話謾罵他人	7(23.3)	6(20.0)
破壞行為		
損壞機構設施設備（如踢、敲、摔椅子或桌子）	1(3.3)	0(0.0)
擅自拿走他人放置物品或他人櫃中物品	3(10.0)	1(3.3)
精神狀態		
不停的（或週期性）發出尖叫或吶喊聲	2(6.7)	0(0.0)
不停的（或漸歇式）無故發笑	1(3.3)	1(3.3)
常處焦慮或不安狀態	10(33.3)	2(6.7)
退縮於內在封閉世界，對外界人事物沒有反應	4(13.3)	0(0.0)
過動無法靜止	1(3.3)	0(0.0)
情緒喜怒無常	2(6.7)	4(13.3)
幻聽、幻覺或妄想	2(6.7)	0(0.0)

4.3 微笑量表評估

表 4.5 顯示，以第三週來說，在音樂照顧介入前平均得分為 1.83，介入後平均得分為 1.21，t 值為 3.09，(p-值為 0.005)，統計數據上有顯著差異，表示在音樂照顧介入後，受試者的情緒有顯著提升。以第四週來說，在音樂照顧介入前平均得分為 0.76，介入後平均得分為 0.38，t 值為 2.368，(p-值為 0.025)，統計上顯著差異，表示受試者的情緒在音樂照顧介入後有顯著提升。以第五週來說，在音樂照顧介入前平均得分為 1.04，介入後平均得分為 0.36，t 值為 3.21，p-值為 0.004，有顯著差異，表示受試者在音樂照顧介入後的情緒有顯著提升。以第十一週來說，在音樂照顧介入前平均得分為 0.63，介入後平均得分為 0.37，有些微提升，但未達統計上顯著差異 (p-值為 0.058)。以第十二週來說，在音樂照顧介入前平均得分為 0.63，介入後平均得分為 0.40，t 值為 2.249，(p-值為 0.032)，在統計上有顯著差異，表示在音樂照顧介入下，受試者的情緒顯著提升。

各週活動前後微笑量表得分比較結果，F 值分別是 5.022 與 3.917，P 值都是 0.000，隨著活動週次的增加，表示受試者對於活動接受度越來越高。

表 4.5 微笑量表評估

名稱	活動前 ^a	活動後 ^b	t 值	P 值
第 3 週	1.83 ± 1.56	1.21 ± 1.35	3.087	0.005
第 4 週	0.76 ± 0.95	0.38 ± 0.62	2.368	0.025
第 5 週	1.04 ± 1.14	0.36 ± 0.68	3.195	0.004
第 6 週	0.82 ± 1.25	0.46 ± 0.88	1.544	0.134
第 7 週	0.61 ± 0.88	0.57 ± 0.74	0.273	0.787
第 8 週	0.57 ± 0.94	0.37 ± 0.61	1.000	0.326
第 9 週	0.46 ± 0.74	0.43 ± 0.69	0.328	0.745
第 10 週	0.76 ± 1.15	0.90 ± 1.26	-0.891	0.380
第 11 週	0.63 ± 0.93	0.37 ± 0.67	1.975	0.058
第 12 週	0.63 ± 1.03	0.40 ± 0.77	2.249	0.032

a 各週活動前微笑量表得分比較，F=5.022，P 值=0.000

b 各週活動後微笑量表得分比較，F=3.917，P 值=0.000

4.4 照顧者負荷及壓力量表評估

表 4.6 顯示，以 Kingston 照顧者壓力量表，在音樂照顧介入前平均總分得分為 16.33，介入後平均總分得分為 14.67，表示在音樂照顧介入後，照顧者壓力情形有減輕。

表 4.7 顯示，以照顧者負荷量表，在音樂照顧介入前平均總分得分為 20.33，介入後平均總分得分為 17.17，表示在音樂照顧介入後，照顧者負荷情形有減輕。



表 4.6 Kingston 照顧者壓力評估 (n=6)

編號	前測	後測
1	2.33 ± 1.03	2.33 ± 0.52
2	1.17 ± 0.41	1.00 ± 0.00
3	1.50 ± 0.84	1.50 ± 0.55
4	1.33 ± 0.82	1.17 ± 0.41
5	2.00 ± 1.10	1.33 ± 0.52
6	2.33 ± 1.03	1.67 ± 0.82
7	1.50 ± 0.55	1.33 ± 0.52
8	1.33 ± 0.52	1.50 ± 0.55
9	1.17 ± 0.41	1.50 ± 0.55
10	1.67 ± 0.82	1.33 ± 0.52
總分	16.33 ± 5.99	14.67 ± 3.72

表 4.7 宋麗玉照顧者負荷評估 (n=6)

編號	前測	後測
1	1.83 ± 1.17	1.17 ± 0.98
2	1.17 ± 0.98	0.67 ± 1.032
3	1.33 ± 1.21	0.83 ± 0.98
4	1.50 ± 1.05	1.17 ± 0.98
5	1.50 ± 1.05	1.00 ± 1.10
6	0.67 ± 1.032	0.83 ± 0.98
7	1.17 ± 1.17	0.67 ± 1.03
8	0.83 ± 0.98	0.33 ± 0.52
9	1.00 ± 0.89	0.50 ± 0.84
10	1.67 ± 0.82	1.17 ± 0.98
11	0.83 ± 0.98	0.67 ± 1.03
12	1.67 ± 1.03	1.50 ± 1.05
13	1.67 ± 1.21	2.00 ± 1.67
14	0.17 ± 0.41	0.17 ± 0.41
15	0.17 ± 0.41	0.17 ± 0.41
16	2.50 ± 1.64	2.67 ± 1.51
17	0.167 ± 0.41	0.167 ± 0.41
18	0.50 ± 0.84	1.50 ± 1.52
總分	20.33 ± 9.71	17.17 ± 12.12

第五章 討論

隨著人口的老化，中高齡者的生理功能隨著歲月的增長而逐漸遞減，以至於出現身心健康問題。一般而言，老化與疾病有些許的相關性，而醫療行為與藥物對於生、心理健康問題的改善效果有限。音樂療法的介入可改善生、心理問題 (Munro & Mount, 1978)，以及維持生理機能及身心平衡。本研究以中高齡之精神病患者為研究對象，主旨在探討加賀谷·宮本式音樂照顧對於中高齡之精神病患的應用成效，相關研究結果討論如後所述。

5.1 對於日常生活觀察評估之分析

根據研究結果得知，在加賀谷·宮本式音樂照顧對於中高齡精神障礙者整體各項基本日常生活能力中，以實用科學中的金錢概念與數字概念有顯著提升，這也符合到加賀谷·宮本式音樂照顧的獨特的方式和動作這項特徵。音樂有獨特的特性，可穩定情緒並且放鬆心情，在活動的過程中有運用數數在歌曲當中，在個案參與活動後精神狀況較為穩定且頭腦變得較清晰，可使數數的功能提升，將舊有已學習過的經驗所表現出來。另一方面，透過與教保員的訪談了解，受試者原本有金幣功能的能力，但因長期服用藥物且從未接觸過輔助療法的刺激，導致許多功能的喪失，因此本研究推測，藉由音樂照顧的活動，可將受試者舊有的能力再次表現出來，進而使得基本日常生活功能獲得提升。而在 Särkämö, T. et al. (2008) 研究

也發現，每天聆聽音樂的憂鬱症老人在語言記憶或注意力方面皆有顯著進步。而 Albert, M. et al. (1973) 研究亦發現，從事音樂方面的活動對於腦區神經系統有著相關的迴路，可幫助大腦改變原本神經迴路，形成新的迴路，有助於病患復原。

在時間概念上，試驗過程中有觀察到部分受試者有改善狀況，然整體統計分析仍未達統計上顯著差異，推測原因可能是音樂介入時間不夠長所致。然而加賀谷·宮本式音樂照顧的特徵當中有時間與空間的共有特性，音樂的特性有著節奏及旋律，藉由聲音的特性給予受試者的聽覺刺激，透過每首歌曲的開始與結束，可了解時間的長度。教保員表示：音樂照顧的活動在每周六上午，受試者們每到周六都會特別早期，打理好自己在教室等待活動開始，許多人並無法回答出當天是周六，但他們會知道當天有音樂照顧的活動，這樣的反應也讓照服員們有所驚豔，充分地展現出音樂照顧的魔力。從認知神經科學的觀點來看，跟時間有關的三個音樂元素為：拍子、節奏、節拍，這個部分也與蔡振家和曾念生（2013）所提到的音樂時間處理與運動時間處理為共享神經基礎。在加賀谷·宮本式音樂照顧中也提到透過音樂可使參與者了解時間和空間的共有，以簡單的樂器透過音樂的刺激，誘導參與者在正確的時間點作出肢體動作，訓練時間點掌握並達成其目的（第二十七期加賀谷·宮本式音樂照顧初級班講義，2012）。

以粗動作中的行的功能概念上，雖有些許提升，然而未達統計

上顯著差異。以粗動作的提升上較為可惜，並無許多明顯的改善行為。因為多數的受試者皆為行動不方便，導致在測驗上許多粗動作無法達到標準。在活動當中運用加賀谷·宮本式音樂照顧的特殊動作，粗動作上的設計包括揮手、拍及身體部分、轉手腕、腳站立及抖動等，動作設計以身心障礙者復健為目的，以減輕特殊者行動不變（宮本啟子，2012）。也許是因為部分受試者為行動不變或是坐輪椅，導致許多動作無法達成，在活動的過程中都是坐著活動，也因此分數上較無明顯改善，許多的粗動作評估並未在音樂活動中做到，使的粗動作較未有明顯改善。照服員：音樂照顧的活動促使受試者們更願意活動身體，不在是整天坐在椅子上，在其他的粗動作上，部分受試者還是有明顯進步。在相關的文獻中也提到，節奏聽覺刺激中的音樂節拍可使協助行走，促進行走的流暢度（蕭瑞玲&孟瑛如，2016）。在治療室當中，也有許多治療師將音樂與動作結合，以增加患者的參與度及達到復健效果（Johnson, J.E. et al.,2001）。將這些動作帶入音樂中，使得病患在不知不覺中已達成復健的目的，這也符合加賀谷·宮本式音樂照顧中的特性（宮本啟子，2012）。國內亦有學者指出音樂配合復健的活動，可使病患對於治療的參與度提升，亦達到復健的目的（施以諾、江漢聲，2003）。

以精細動作方面，前後活動介入平均得分皆為微細分數改變，統計上無顯著差異。在精細動作上包括手指關節等變化動作，設計多元且簡易動作（宮本啟子，2012）。在活動的介入上，有許多抓握

及釋放的動作帶入音樂當中，因此可提升受試者的動作訓練，美中不足的是在分析上並沒顯著的效益。照服員表示：受試者拿取東西的行為更加穩定，且可以抓住東西。音樂活動中很重要的動作即是重複性的模仿。加賀谷・宮本式音樂照顧當中所包含上下肢關節的活動，此活動可維持病患的關節活動度。在帶動上出現重複的動作可使參與者可以模仿，並建立起認知的概念，模仿學習到身體記憶並習慣這些動作，進而提升許多日常生活所需要的動作行為並且強化生活機能。在謝汝光（2004）所提到的行為療法中也有相同的模式。

以生活自理中的刷牙的功能、洗澡的功能，皆有顯著提升。在抓握的功能提升後，握著牙刷的功能提升，拿牙刷的穩定度也會跟著提升。洗澡需要運用到手部的粗細動作，當手部的動作變靈活時，也可使身體的協調能力更為提升。在活動的介入當中有將刷牙的動作帶入音樂當中，以日常生活所需要的動作帶入，讓參與者模仿學習，透過音樂活動來改變行為，以達成其效果，這也是加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵之一。照服員表示：受試者在參與這樣的課程時，他們特別開心，很有成就感，這是他們平時所會有的動作，在音樂的介入上，更為有趣，也因為這樣的活動，他們更認真的刷牙。

在人際溝通上面並無顯著差異，在活動的介入中，為了安全及環境的限制，並未讓受試者站起來參與活動及與他人互動，帶領者與受試者的活動歌曲僅為 1-2 首，也因為這樣讓受試者的口語表達

及人際互動上的學習有限，建議下次在設計上可以增加較多互動。照服員表示：在參與活動後，受試者們較為願意開口說話，也會與其他受試者討論活動話題，且會主動要求增加活動的次數，以語言表示對於活動的喜愛，對於受試者來說已經是很棒的進步。研究出來的結果與王淑美等人（2003）和陳泰瑞等人（2005）的結果並未相符，人際互動上並未出現統計上的改善，與孟繁莉等人相符。原因可能是介入的時間不夠頻繁或是方式不同而有所影響。在活動結束後，與他人討論音樂活動相關話題，而增進表達能力，這與Koger&Brotons（2000）的研究結果相符。

在居家生活中洗衣服的功能、摺衣服的功能、整理床鋪的功能、打掃環境、簡易沖泡食物，皆有顯著提升。以上的功能都需要運用手部粗細動作所完成，雖然在粗細動作上的顯著並未明顯，但在生活自理上可明顯看出受試者的粗細功能提升。加賀谷・宮本式音樂照顧在每首歌曲上都有獨特的動作及旋律，運用即時的組合結合音樂特性，將動作納入其中，可使受試者在音樂活動中練習到日常生活所需之行為動作，也因此可使受試者在居家生活中的功能有所提升。照服員表示：參與音樂照顧活動的受試者們，可以打理好自我以外，也會去幫忙別人，其這對於人際互動上的提升也是有許多幫助。在蕭佳蓉及蕭淑貞（1998）所提到精神科病患在進行音樂治療後，對於自己及其生存的環境有著較大的了解後，即可達成社會適應。陳頌琪等人（2008）的研究表示音樂可改善社區日托老年人的

社會關係及提升生活品質。

總結來說，音樂照顧對於基礎能力中的實用科學、生活自理、居家生活的提升是有幫助的，可惜的是對於粗動作、細動作及人際互動上的改善程度沒有明顯的效益，可能是觀察評估量表的是設計評量與音樂照顧帶入的動作相符度不高，評量出來的分數沒有明顯提升。但對於受試者在日常生活自理及居家生活中，可發現受試者的動作變得更細緻，也更能完成自理生活。這表示音樂照顧上對於受試者的粗細動作是有提升的。在人際互動上，因在活動上有場地限制及較少的互動活動，導致受試者沒有太多的互動經驗，在評量上無法提升其效果。但在照服員的觀察下，人際互動方面是有提升的，受試者願意與他人分享音樂活動的經驗，也會主動與他人說話，以觀察結果來說，對於人際互動上是有改善的。

5.2 對於認知功能評估之成效探討

在認知功能上，前後分數為微細提升，並無顯著差異。在音樂照顧的介入中較少運用到與認知相關的應用，導致再結果上並未顯著。照服員表示：受試者的口語表達增加、其他課程的專注力提升，走動的行為下降。以實際帶動觀察上，受試者記得音樂及動作，並且在正確的動作上喊出口號，當音樂開始時，可以跟著音樂的節拍一起動作。Gregory (2002) 的研究結果表示聆聽音樂可使失智症患者維持注意力。在 Brotons 及 Koger (2000) 研究中，音樂療法對於失智症的認知部分上無顯著差異。然而隨著年紀的增長，記憶力逐漸衰退，為了強化記憶，可藉由音樂的刺激來增強記憶力，歡樂情緒的背景音樂可改善高齡者的工作記憶(Mammarella et al.,2007)。Sacks (2008) 指出：對於阿茲海默症患者給予熟悉的音樂就像是喚起記憶中的開罐器，經常也使用熟悉的老歌給予病患聆聽，已提取出相關的自傳式記憶，喚起過往記憶中的聯想及情感(Arroyo- Anlló, E. M.,2013)。綜合上述，透過音樂療法要改善認知功能需要多方面的設計及運用多樣性的方式，以舊有的經驗喚起記憶中的認知功能，也許是一個可行的方式。

5.3 對生活適應情形評估之探討

5.3.1 以環境之分析

在環境適應中，能接受院內食物、能配合團體作息時間、願意接近他人、願意參與新工作或活動、整體環境適應情形皆為有顯著效果。整體環境適應情形皆有明顯上升，對於受試者接受新事物的狀況有明顯的改善。在加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵中可讓自己與身邊最有安全感的人一起參加的特性，當自己有安全感的在一個環境當中，會使的心情更加穩定，且透過這樣的活動可提升人與人之間的信任感，並達到加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵中人性的尊嚴。照服員表示：受試者在接受音樂療法後，對於適應新事物的接受度有提高，且配合度提高。透過感官的刺激，音樂治療可提升生活品質，且協助高齡者心理與生理的惡化（B.Davis,W. et al.,1999/2008）。在許多研究上的結果也與本研究結果相符，例如：林貴美（1993）所提到音樂治療對於個案在治療後的社會適應有較大的幫助。蕭裴璘（1998）研究中所提到音樂治療對於促進社會化及團體參與的動機有顯著。陳頌琪等人（2008）研究中提到運用團體音樂療法對於日托老人有助於改善社會關係及環境方面的生活品質。林美珠等人（2010）研究結果顯示音樂療法對於失智症長者主動參與活動及主動做家事皆有幫助。

5.3.2 以人際互動之分析

以人際互動來說會主動與他人打招呼的情形，有明顯的提升。這符合加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵中的團體動力，團體的活動可使人產生信賴的關係，隨著活動的增加，使受試者們增加彼此間的信任，使的活動可以更加順利完成。在團體間的合作，透過彼此之間的默契，使的在活動的團體合奏上演出的更加精采。團體的力量可透過音樂的特性引發出來，情感的擴大在團體的空間上更能穩定情緒。在整體研究觀察上，受試者主動與帶領者打招呼及其他志工打招呼的次數有提升，且害怕陌生人的焦慮程度有降低。在第三次帶領活動時，部分受試者皆會再門口等待我的到來，且當我一開門時，受試者們皆會主動打招呼，也不吝嗇的與一同協助的志工問好，接下來的每週，受試者們皆會在活動教室前等待，期待上課的到來。未參與活動的其他院生，也會在教室門口觀看課程活動，有部分受試者會要求想一同參與這樣的課程，並且在我來到機構時會詢問我或照服員是否可一同參與，這樣的回饋讓我與照服員非常感動，音樂照顧的活動可以對他人產生出好的影響。在活動第二週時，只有一兩位受試者與我聊天，在活動第四週後，有較多的受事者開始會與我聊天，且好奇我的生活及工作，也會與我分享他們的活動或是與家人的相處。照服員表示：受試者很喜歡這樣的音樂活動，每當週六時，受試者們皆喜歡在門口等待，且會與其他未參與活動的人分享他要參與音樂活動，非常有自信且驕傲地訴說。有許多研

究皆提到藉由音樂治療的活動可以增加社交互動的頻率、促進人際關係的建立、改善退縮行為、提供個人加入團體的機會 (Munro & Mount,1978)。音樂治療對於改善住院精神病患精神症狀及人際互動有成效 (李選等人, 1993)。駱天惠與施以諾 (2008) 也提到音樂治療對於精神分裂症患者除了有安撫的作用外, 亦能增加自信心、自我表達和溝通情感。

5.3.3 以情緒互動之分析

在情緒互動方面, 分數上有微細的差異, 但統計上無顯得改善。因受試者皆有服用藥物控制, 也會因為當天氣候或是其他因素而有所影響, 在情緒方面較無法看出明顯效果。在音樂介入時, 可發現受試者的情緒皆為平穩, 且可一同參與課程。隨著活動的次數增加, 受試者臉上笑容也逐漸增加。在剛開始許多受試者臉上的表情並無太明顯, 隨著活動得增加可看出受試者的情緒改變, 在評量上雖然無明顯改變, 但從受試者的臉部表情可發現情緒方面的改善。照服員表示: 受試者在接受音樂照顧活動後, 情緒穩定度比起之前更好, 有起床氣的受試者, 脾氣起伏有明顯改善較不容易發脾氣。對於耐心方面, 受試者情緒穩定狀況有明顯的感受。雖然在評估的分數上沒有明顯改善, 但在觀察上, 照服員有明顯感受。音樂療法對於穩定人類情緒已有許久的歷史研究, 許多研究指出音樂療法可穩定情緒、放鬆身心。例如: 人類對於音樂的情緒反應可以從表情及身體

反應看出(謝俊逢,2003)。因此音樂對於人類的心理作用可對情感、緩解憂悶、鼓勵、慰藉等功能有改善(村井靖兒,1995/2002)。音樂治療可給予參與者一個宣洩情緒的管道,亦能使參與者產生愉悅感(施以諾及駱天惠,2008)。Strauss,D.&Solomon,K.(1983)指出音樂可以降低病人的焦慮,且將此論點運用在憂鬱症老人身上(Thompson LW. et al.,1987)。Alvin(1975)音樂治療是將音樂運用人為的方式來改善兒童或成人的生理、心理及情緒障礙。

綜合上述,音樂照顧的介入對於改善環境適應有顯著效益,在人際互動、情緒方面皆為未達統計效益。雖然在人際互動及情緒方面未達效益但以照服員觀察評估上,比起環境適應來說,人際互動及情緒是有感明顯改善。這樣的感受使得照服員在照顧上的壓力及負荷有明顯下降。

5.4 異常行為出現頻率與表現強度評估之探討

本研究結果顯示：在音樂照顧介入後受試者的暴力行為、破壞行為及精神狀況來說皆有明顯差異，在音樂照顧的介入下，對於情緒的穩定可減少異常行為的出現。這樣的結果也和許多文獻有相同的結果。例如：李玉如（2001）音樂治療對於安養機構的老人憂鬱、焦慮狀態及心情有顯著效益。林麗晴（2005）團體音樂治療對於精神分裂症病患的正面情緒有提升。孟繁莉等人（2009）的研究結果顯示，音樂治療對精神病患的負性症狀具有顯著改善。張芳瑜（2005）研究中也提到音樂治療可改善機構失智長者的身體攻擊行為及語言攻擊行為。宋慧娟等人（2006）中也提到音樂治療對於失智症老人的躁動行為有改善。綜合上述，音樂照顧的介入對於受試者的異常行為有改善，透過音樂可以穩定情緒，進而改善暴力行為的出現。音樂可以撫慰人心，且對於正面情緒有幫助，可以多聆聽音樂來降低暴力行為的產生。

5.5 微笑量表評估之探討

以評估結果顯示：前三週的分數前後差異視為較明顯，表示受試者在活動介入前與介入後的情緒感受有明顯變好，在第三、四、五週的評估上有顯著的差異。在第六週後分數並無顯著差異，在介入前和介入後的分數差距並不大，表示受試者已經習慣這樣的活動，且產生出期待感，使得介入前與介入後的分數差異不大。在研究結果顯示第四週後的分數起伏較少，且受試者的情緒是穩定的，在第十週產生出分數上的差異，原因在於音樂活動中，突然發生地震，導致受試者的情緒受到影響，但在音樂的介入下，受試者的情緒可穩定且能繼續進行課程，表示地震的意外並沒有影響到受試者上課的心情。在一旁的照服員表示音樂的介入對於焦慮情緒的受試者皆有改善。在第十一週後，受試者的分數有稍微提升，表示受試者對於這樣的課程是喜歡且可以穩定情緒的。在第十二週的分數上有顯著的差異，表示受試者對於這樣的課程喜好度及接受度是很高的。照服員表示：受試者在接受音樂照顧後的午覺時間可以很快入睡，且睡眠時間較長。在期待感上有提升許多，活動前一天受試者會期待隔天的音樂活動，平時也會問照服員“什麼時候才上音樂課”。對於情緒的穩定上，可延長心情愉悅感，對於事情的包容度提升，不易發脾氣。對於照服員的照顧上有很大的幫助。綜合上述，音樂照顧的介入對於受試者的穩定正向情緒皆有幫助，可誘發受試者的期待感，產生美好的情緒。

5.6 照顧者負荷及壓力評估之探討

本研究結果顯示：照服員對於受試者在音樂照顧介入後，照顧上的負荷及壓力評估都有減輕，活動介入後照服員的壓力與負荷分數都有降低，表示照服員在照顧參與者的感受度上，皆有明顯的成效。但因樣本過少，在評估上面分數較無明顯改善。與照服員面談後，照服員皆有明顯感受壓力及負荷降低。A照服員表示：在照顧受試者上面有明顯感受受試者的心情變得愉悅，且受試們的不穩定情緒有降低。B照服員表示：受試者的笑容變多，且變得比較開朗，也願意與人說話。C照服員表示：受試者會主動參與院內活動次數有提升，也較為願意與人互動。D照服員表示：在音樂照顧活動介入後，受試者對於聽到音樂的反應變的靈敏，部分受試者會跟隨音樂哼唱。E照服員表示：受試者在於主動活動的次數變多，較願意運動或伸展。F照服員表示：受試者對於這樣的活動很喜歡，也將音樂活動納入院內課程，使受試者有更多的學習及刺激。綜合上述，照服員對於音樂照顧的介入，有一致認同的感受，在照顧上有明顯的感受受試者的情緒改善，對於音樂介入用來安撫情緒有著很高的評價。

第六章 結論與建議

6.1 結論

本研究探討加賀谷・宮本式音樂照顧介入對於中高齡精神病患之應用成效，研究過程透過音樂照顧之帶領技巧，已達成本研究目的。根據研究果得知，再介入 12 次音樂照顧活動後，在「認知功能障礙評估量表」中，前、後測驗並無明顯差異。在整體「日常生活觀察評估量表」中有改善成效；由於音樂具有獨特的特質，受試者在聆聽音樂的同時，配合音樂中的節奏動作，藉由樂器拍打出節拍，使得音樂照顧的過程中亦充滿愉悅的，音樂對於腦部的刺激亦有相當多的研究，精神情緒較穩定時，亦可讓腦筋較為清楚。也可誘發腦中舊經驗與記憶，尤其在對於金幣、數字、時間上面有顯著的成效。在音樂照顧上提供受試者一個肢體動作的活動，達到一個身體機能提升的效果。在日常生活自理中的刷牙及洗澡功能和居家生活中的洗衣服、摺衣服、整理床鋪及打掃環境等六項基本日常生活功能方面皆有統計分析顯著的成效。同時在粗動作中行的功能，有稍微提升但未達顯著差異。音樂照顧有著穩定情緒、自我肯定及認同感的效果，在生活適應情形中，環境適應中的能接受院內伙食、能配合團體作息、願意接受院內其他人、願意參與新工作或活動及整體環境適應情形皆有統計分析顯著的成效。在人際互動中的主動與他人打招呼情形有顯著的提升，透過團體的活動可增進彼此之間

的信任感，使得受試者願意與他人互動。聆聽音樂具有撫慰心靈的功效並且給人安心且放心的感受，在聆聽音樂的情況下亦可降低暴力行為。在異常行為出現的頻率中，對於暴力行為、破壞行為及異常精神狀況情況下亦有顯著改善。受試者的改變也與加賀谷・宮本式音樂照顧的特徵相符，這也表示加賀谷・宮本式音樂照顧的活動對於中高齡精神障礙者有著明顯的改善。在活動歌曲的選擇上加入幾首台灣歌曲，以受試者相符的背景與熟悉的語言，使的受試者更有音樂的共鳴。在加賀谷・宮本式音樂照顧的歌曲上較多為古典樂曲或是日本歌曲，共鳴的感受度上相對比較少，透過台灣歌曲誘導受試者舊有的回憶，並且引導受試者口語表達，引發受試者更多共鳴的感受，讓受試者的安心感提升。

整體而言，隨著中高齡精神障礙病程發展，許多日常生活功能逐漸喪失，因而缺乏自我照顧的能力，甚至是完全失能。為了幫助中高齡精神障礙者自我功能的提升，故研究者選擇音樂照顧作為活動設計，遵循加賀谷・宮本式音樂照顧中的自我決定，營造出在溫暖無壓力的氛圍下，以不強迫且尊重本人意願的原則，使受試者能穩定情緒並且產生愉悅感，提供受試者的成就感及認同感。透過肢體動作與敲打樂器互動的團體合作介入下，以達成強化身體機能及社會參與感。在照顧者方面，因音樂照顧活動的介入，可穩定受試者的情緒，且受試者的配合度提升，使得照顧者在照顧上的感受度有明顯改善。

6.2 研究限制及建議

長期入住養護機構的精神障礙者，隨著身體健康日益衰退、喪失功能等因素，建議因採用各種輔助療法的介入，給予多方面的刺激，例如懷舊療法、音樂療法、芳香療法、園藝療法等方式。此外，建議可以給予較多機會與外界產生連結及互動，建立更多學習的橋樑，可增加精神障礙者的社會及人際關係的刺激。音樂照顧活動設計是研究者觀察到精神障礙者的薛球，根據加賀谷・宮本式音樂照顧理論所規劃設計活動課程，目的藉由團體活動讓受試者穩定情緒並且提升身體機能及社會參與感，進而改善照顧者的壓力。在測驗方面因有較多量性測驗並未能測驗出結果，建議可多點質性的觀察作為結果，未來希望台灣也可以將音樂輔療納入更多主流醫學，以協助患者達到更有效的治療。在未來的研究，建議可增加樣本數，以減少取樣上之誤差，並做有效推論。在照服員方面，建議可以多與質性的訪談以了解照服員的感受以及受試者的狀況，作為參考依據。

研究限制包括：

(a) 樣本數較少致檢力不足：因時間及人力的限制，經常有受試者因就醫或是返家而未參與活動，導致未全程參與活動，造成收案人數較少導致檢力不足，使結果較不易發現其真實之差異。

(b) 活動場地的限制：所有參與本研究之受試者，因與大廳相近，且玻璃較多易看到戶外，導致活動進行時，個案易受四周走動聲音、環境變動之影響，無法專心參與活動。建議活動的教室選擇在安靜並且勿受打擾的空間，盡可能在一個窗戶較少的空間，以防受試者專注力分散。

(c) 歌唱曲目：因語言不通，聽不懂日語，導致有較少的歌曲共鳴，使的感受度有落差。大多歌曲為古典樂曲，許多受試者是第一次接觸古典音樂，對於音樂較不熟悉，故無法較快進入音樂的氣氛。建議選擇與受試者相符背景或是熟悉的語言作為歌曲，以增進受試者參與活動的意願。



參考文獻

中文文獻

內政部統計處 (2017)。國人平均壽命。2018 年 9 月 3 日，取自：

https://www.moi.gov.tw/stat/news_detail.aspx?sn=14818。

王淑美、葉美玉、張麗雲 (2003)。慢性精神病患音樂治療成效研究。

長庚護理，14 (4)，頁 342-352。

台灣失智症協會 (2017.3)。失智症人口。2018 年 10 月 1 日，取自：

<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>。

台灣認知功能促進協會 (2017)。何謂認知功能障礙。2018 年 9 月 9

日，取自：

<http://www.tcea-taiwan.com/TCEA/%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E5%8A%9F%E8%83%BD%E9%9A%9C%E7%A4%99/>。

江彥青等譯 (2005)。音樂治療。台北：先知。

行政院衛生署 (1999)。精神障礙定義。2019 年 1 月 3 日，取自：

<http://www.cute.edu.tw/~coun/cnee2/i-mind.htm?cAmiest=5>。

邱群芳、李逸 (2014)。音樂治療與高齡長者憂鬱之文獻探討。

台灣老年醫學暨老年學雜誌，9 (4)，頁 137-150。

邱琪偵、方雅晶 (2018)。一位學齡前期兒童燙傷清創手術後之

恢復室照護經驗。志為護理-慈濟護理雜誌，17 (3)，頁

123-133。

- 宋惠娟、Chang, A. M., Abbey, J. (2006;10)。音樂治療在失智症老人躁動行為處置的運用。護理雜誌，頁 58-62。
- 宋麗玉 (2002)。精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證-以實務應用為取向。社會政策與社會工作學刊，6 (1)，頁 61-100。
- 李玉如 (2001)。音樂治療對安養機構老人睡眠品質與情緒狀態成效之探討。未出版之碩士論文，台北市：台北護理學院護理研究所。
- 李選、葉美玉、劉燦榮 (1993)。音樂治療對改善住院精神病患精神症狀與人際互動之成效。護理研究，1 (2)，頁 145-157。
- 李麗花 (2003)。音樂治療對老人憂鬱程度成效之探討。未出版之碩士論文，花蓮縣：慈濟大學護理研究所碩士論文。
- 李騰秋 (2013)。音樂照顧活動介入對日間照護機構失智老人認知、憂鬱及社會支持成效研究。未出版之碩士論文，屏東縣：美和科技大學健康照護研究所。
- 吳幸如、黃創華 (2006)。音樂治療十四講。台北：心理。
- 村井靖兒 (2002)。音樂療法的基礎 (吳鏘煌譯)。台北：稻田，182 頁 (原著出版於 1995)。
- 孟繁莉、劉嘉瑋、馬維芬、周青波 (2009)。探討音樂治療對日間病房慢性精神分裂症病人人際互動之影響。精神衛生護理雜誌，4 (2)，頁 12-18。
- 林克能、劉秀枝 (2003)。臨床失智評量表。Acta Neurologica Taiwanica，

12 (3), 頁 154-165。

林美珠、吳盈蓁、瞿蕙娟、高木榮 (2010)。樂齡音樂治療活動健康照護計畫對失智症長者之護理經驗。北市醫學雜誌, 7 (4), 頁 382-393。

林惠賢 (2012)。探討團體音樂治療於慢性精神病人負性症狀、認知功能與自我效能之成效。未出版之碩士論文, 高雄市: 輔英科技大學護理系碩士班。

林貴美 (1993)。音樂治療與教育手冊。台北: 心理出版社。

林麗晴 (2005)。音樂治療對慢性精神分裂症病患精神症狀與腦波影響之探討。未出版之碩士論文, 台南市: 國立臺南大學資訊教育系碩士班。

武香君、周汎濤 (2008)。音樂治療緩解呼吸器使用患者焦慮之心理及生理反應成效。護理雜誌, 55 (5), 頁 35-44。

洪肇欽、鄭建民、劉國安 (2015)。氣功養生運動與音樂介入對高齡者的認知、情緒與睡眠的影響之性別差異分析。高應科大體育學刊 (14), 頁 125-135。

韋懿庭、鄭博文 (2011)。音樂照顧活動於成功老化成效之探討。未出版之碩士論文, 雲林縣: 國立雲林科技大學工業工程與管理系碩士班。

范保羅、袁本治 (2007)。健康醫學。台北市: 五南。

宮本啟子 (2006)。音樂療法之定義、方法、效果及實施對象介紹。

加賀谷式音樂療法宮本啟子音樂療法研究所。2018年10月20日，取自：<http://www.music-care.net/>。

宮本啟子、林幸慧譯（2012）。第二十七期日本 *Music Care* 加賀谷宮本式音樂照顧初級研習課程講義。高雄：福樂多醫療福祉事業、日本宮本啟子音樂療法研究所。

宮本啟子、林幸慧譯（2017）。第七期日本 *Music Care* 協會加賀宮本式音樂照顧中級進階研習課程講義。高雄：福樂多醫療福祉事業、日本宮本啟子音樂療法研究所。

徐榮隆、陳威宏、邱浩彰、沈幸梅（2000）。不同時期失智症之認知功能。 *台灣醫學*，4（4），頁 371-378。

張旭欣（2007）。音樂照顧對改善護理之家住民憂鬱程度成效之探討。未出版之碩士論文，台中市：弘光科技大學護理系研究班。

張初穗（1994）。殘障嬰幼兒的音樂治療。 *音樂治療研究會訊*（2），頁 3-8。

張芳瑜（2005）。探討音樂治療對改善機構失智長者問題行為之成效。未出版之碩士論文，台北市：國立台北護理學院護理系碩士班。

張珣、謝佳容、洪嘉欣、高瑞協、林玉華、徐森益、王秀燕、鍾鳳枝（2010）。國中生笑笑功練習之成效初探。 *中華心理衛生學刊*，23（2），頁 219-239。

施以諾、江漢聲（2003）。運用音樂治療腦傷復健。 *志為護理-慈濟*

護理雜誌，2 (2)，頁 9-15。

許祐鵬 (2013)。正念瑜珈與慢跑對高中生憂鬱傾向改善之研究。未出版之碩士論文，台中市：中台科技大學醫療暨健康產業管理系碩士班。

陳玟玲、李昭憲、張麗絲、莊琍晴 (2012)。精神分裂症患者主要照顧者照顧負荷之相關因素探討。美和學報，33(2)，頁 13-28。

陳桂敏、董曉婷 (2007)。音樂療法於改善機構失智老人認知、行為問題及憂鬱之成效探討。實證護理，3 (4)，頁 309-318。

陳泰瑞、林麗晴、孫光天、鄭夙雯、蘇淑芳、許維琪、余伍洋、陳明招、楊志偉 (2005)。輔助性音樂治療對女性慢性精神分裂症病患的療效。臺灣精神醫學，19 (4)，頁 305-313。

陳菁菁 (2004)。音樂治療學的定義.形成及其在中國的發展。音樂探索 (3)。

陳頌琪、邱子瑄、黃詩儀、徐慧敏、蔣欣芷、陳姿吟、方例潔、宋惠娟 (2008)。團體音樂治療對社區日托老人憂鬱情形及生活品質之成效。長期照護雜誌，12 (4)，頁 377-389。

黃淑鶴 (2000)。音樂治療於改善癌症末期病患疼痛及症狀困擾之成效。未出版之碩士論文，台北市：臺北醫學大學護理學系研究班。

黃子齡、施以諾 (2007)。音樂治療在失智症患者之運用。東港安泰醫護雜誌，13 (3)，頁 117-122。

- 葉人豪、葉玲玲、黃光華、陳快樂、邵文娟、陳宏 (2009)。社區精神分裂症照顧者之需要與負荷探討。精神衛生護理雜誌,4(1), 頁 1-8。
- 曾雪鳳 (2014)。失智症家庭照顧者壓力、負荷與生活品質之探討。未出版之碩士論文,台北市:國立臺北護理健康大學生死教育與輔導系研究班。
- 詹小秋 (2011)。音樂治療對重度智能障礙學童行為成效之研究。未出版之碩士論文,台中市:中臺科技大學護理系研究班。
- 廖美麗、謝慶良、林昭庚 (1998)。電針刺激足三里穴對腦幹之影響:一個聽覺性腦幹誘發電位的研究。台灣中醫臨床學會,3(1)。
- 廖瑞琳、黃志雄 (2010)。多重障礙兒童的音樂帶動與資源整合之應用-以「加賀谷·宮本式音樂照顧」模式為例。特教園丁,26(1), 頁 19-26。
- 蔡振家、曾念生 (2015)。高齡者的音樂治療: 認知神經科學的觀點。人文社會與醫療學刊(2), 頁 87-106。
- 劉樂、陳靜、蔡亦蘊、錢潔豔、凌青、張瑋等人 (2017)。音樂治療合併心理干預對高危孕婦孕期和產後焦慮抑鬱情緒的影響。臨床精神醫學雜誌(2017年01), 頁 9-11。
- 劉葶萱 (2013)。小腦萎縮症照顧者之家庭支持與照顧負荷。未出版之碩士論文,新北市:輔仁大學兒童與家庭學系研究班。

- 鄭貴月 (2017)。營養攝取與認知功能正常、輕度知能障礙及失智症相關性之探討。未出版之碩士論文，高雄市：義守大學醫務管理學系研究班。
- 鄭蕙恩 (2007)。帕金森病患者的睡眠呼吸障礙與白日嗜睡、認知功能和生活品質之關聯性研究。未出版之碩士論文，高雄市：高雄醫學大學行為科學系研究班。
- 賴惠玲 (2002)。音樂治療概觀。護理雜誌，49 (2)，頁 80-84。
- 駱天惠、施以諾 (2008)。加賀谷式音樂療法在健康照護之運用。臺灣職能治療研究與實務雜誌，4 (1)，頁 27-33。
- 蕭佳蓉、蕭淑貞 (1998)。音樂治療於臨床精神科護理之應用。護理雜誌，45 (6)，頁 64-70。
- 蕭瑞玲、孟瑛如 (2016)。注意力交響樂-運用音樂活動改善孩子的注意力。臺北：心理。
- 蕭裴璘 (1998)。情緒障礙青少年的音樂治療 — 紐約特殊教育機構工作經驗談。特教園丁，14 (1)，頁 25-29。
- 謝汝光 (2004)。音樂精神療法。臺北：霍克。
- 謝佳容 (2003)。老年人認知功能的指標測量與應用。醫護科技學刊，5 (4)，頁 387-395。
- 謝俊逢 (2003)。音樂療法理論與方法。臺北：大陸書店。

謝瑋芸 (2009)。音樂治療對選擇性緘默症兒童之個案研究。未出版之碩士論文，台中市：國立臺中教育大學諮商與應用心理學系研究班。



英文文獻

- Abdulah, D. M., Miho Alhakem, S. S., & Piro, R. S. (2019). Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(1), 27-40.
- Albert, M. L., Sparks, R. W., & Helm, N. A. (1973). Melodic intonation therapy for aphasia. *Archives of neurology*, 29(2), 130-131.
- Alvin, J. (1975). *Music therapy*: Hutchinson.
- Arroyo-Anlló, E. M., Díaz, J. P., & Gil, R. (2013). Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer's disease. *BioMed research international*, 2013.
- Association, A. M. T. (1950). What is Music Therapy. <https://www.musictherapy.org/>.
- Association, J. M. T. (2001). What is Music Therapy. <https://www.jmta.jp/about/outline.html>.
- B.Davis, W., E.Gfeller, K., Thaut, M. H.(2008). 音樂治療理論與實務 (吳幸如編譯)。台北: 麥格羅希爾, 464 頁。(原著出版於 1999)。
- Baker, C. M., & Wong, D. L. (1987). QUEST: a process of pain assessment in children. *Orthop Nurs*, 6(1), 11-21.
- Chien-Hsun Li, C.-K. L., Yuan-Han Yang, Mei-Chuan Chou, Chun-Hung

- Chen, and Chiou-Lian Lai. (2015;11). Adjunct effect of music therapy on cognition in Alzheimer's disease in Taiwan: a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 291-296.
- Chu, H., Yang, C.-Y., Lin, Y., Ou, K.-L., Lee, T.-Y., O'Brien, A. P., & Chou, K.-R. (2014). The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biological research for Nursing*, 16(2), 209-217.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S.-L. (2003). Influence of caregiver singing and background music on posture, movement, and sensory awareness in dementia care. *International Psychogeriatrics*, 15(4), 411-430.
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 49-65.
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5).
- Gregory, D. (2002). Music listening for maintaining attention of older

- adults with cognitive impairments. *Journal of Music Therapy*, 39(4), 244-264.
- Hopkins, R. W., & Kilik, L. A. (2012). *Kingston Caregiver Stress Scale ADMINISTRATION AND INTERPRETATION MANUAL*. Providence Care: Mental Health Services.
- Jespersen, K. V., Koenig, J., Jennum, P., & Vuust, P. (2015). Music for insomnia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).
- Johnson, J. E. (2003). The use of music to promote sleep in older women. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1), 27-35.
- Johnson, P. M., Liner, A. E., Golladay, S. W., & Michener, W. K. (2001). Effects of drought on freshwater mussels and instream habitat in Coastal Plain tributaries of the Flint River, southwest Georgia (July-October, 2000). *Nature Conservancy, Apalachicola, Florida*. (Available from: <http://www.jonesctr.org/research/aquaticsresearch/creeksmussels2.html>).
- Koger, S., & Brotons, M. (2000). Music therapy for dementia symptoms. *The Cochrane database of systematic reviews*(3), CD001121-CD001121.
- Kovach, C. R. (1997). Late-stage dementia care: A basic guide. . *Washington DC, Taylor & Francis*
- Kovach, C. R. (2000). Sensoristasis and imbalance in persons with

- dementia. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 379-384.
- Kydd, P. (2001). Using music therapy to help a client with Alzheimer's disease adapt to long-term care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 16(2), 103-108.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of gerontology*, 44(3), P61-P71.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Li, C.-H., Liu, C.-K., Yang, Y.-H., Chou, M.-C., Chen, C.-H., & Lai, C.-L. (2015). Adjunct effect of music therapy on cognition in Alzheimer's disease in Taiwan: a pilot study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 291.
- Mammarella, N., Fairfield, B., & Cornoldi, C. (2007). Does music enhance cognitive performance in healthy older adults? The Vivaldi effect. *Aging clinical and experimental research*, 19(5), 394-399.
- Munro, S., & Mount, B. (1978). Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal*, 119(9), 1029.
- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of*

gerontology, 39(2), 230-239.

Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of gerontology*, 38(3), 344-348.

Rong Fang, S. Y., Jiangtao Huangfu, and David P. Calimag. (2017;6).

Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *Transl Neurodegener.*, 2.

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S.,

Mikkonen, M., Laine, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866-876.

Sacks, O. (2008). 腦袋裝了 2000 齣歌劇的人。(廖月娟編譯)。台北市：天下遠見，413 頁。(原著出版於 2008)。

Sadak, T., Zdon, S. F., Ishado, E., Zaslavsky, O., & Borson, S. (2017).

Potentially preventable hospitalizations in dementia: family caregiver experiences. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1201-1211.

Smith, M., & Buckwalter, K. (2005). BEHAVIORS ASSOCIATED

WITH DEMENTIA: Whether resisting care or exhibiting apathy, an older adult with dementia is attempting communication.

Nurses and other caregivers must learn to 'hear' this language.

AJN The American Journal of Nursing, 105(7), 40-52.

- Strauss, D., Solomon, K., & Features Submission, H. C. (1983).
Psychopharmacologic intervention for depression in the elderly.
Clinical Gerontologist, 2(1), 3-29.
- Suzuki, N., Kenmochi, H., Miyamoto, K., Hayashi, T., & Matsumoto, S.
(2017). Effects of Medical Music-Care Therapy for Children With
Neurodevelopmental Disorders. *Psychology*, 7(10), 541-556.
- Teng, E. L., Hasegawa, K., Homma, A., Imai, Y., Larson, E., Graves,
A., . . . Chiu, D. (1994). The Cognitive Abilities Screening
Instrument (CASI): a practical test for cross-cultural
epidemiological studies of dementia. *International
Psychogeriatrics*, 6(1), 45-58.
- Therape, N. A. F. M. (1980). History. <https://namt.org/about/history/>.
- Therapists, C. A. o. M. (2016). Music Therapy Scope of Practice.
<https://www.musictherapy.ca/about-camt-music-therapy/about-music-therapy/>.
- Therapy, B. A. f. M. (2011). What is music therapy.
<https://www.bamt.org/music-therapy.html>.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., & Breckenridge, J. S. (1987).
Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed
elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3),
385.

Tsoi, K. K., Chan, J. Y., Ng, Y.-M., Lee, M. M., Kwok, T. C., & Wong, S.

Y. (2018). Receptive music therapy is more effective than interactive music therapy to relieve behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis.

Journal of the American Medical Directors Association, 19(7),

568-576. e563.

Zealand, M. T. N. (2016). What is the Music Therapy.

<https://www.musictherapy.org.nz/music-therapy-is/>.



附錄

附錄一、同意研究證明書（中文）

國立中正大學人類研究倫理審查委員會

Tel: 886-5-2720411 ext:22236 嘉義縣民雄鄉大學路一段 168 號

同意研究證明書

計畫名稱：加賀谷・宮本式音樂照護於中高齡者之應用
送審編號：CCUREC107080704
計畫書版本及日期：第 1 版，107 年 8 月 8 日
研究參與者同意書版本及日期：第 2 版，107 年 9 月 18 日
計畫主持人：南華大學自然生物科技學系自然療癒碩士班葉璇同學
計畫主持人計畫起訖時間：107 年 8 月 1 日至 108 年 7 月 31 日
通過日期：107 年 9 月 19 日
核准有效期間：107 年 9 月 19 日至 108 年 7 月 31 日
結案報告繳交截止日期：108 年 10 月 30 日

依照本委員會規定，凡研究期間超過一年之計畫，研究計畫每屆滿一年，送本委員會進行期中審查。請於有效期限到期一個月前檢送期中報告至本會。

計畫在執行期間計畫內容若欲進行變更，須先向本委員會提出變更申請。倘若計畫主持人於非核准有效期間收案，此同意研究證明書視同無效。若研究參與者在研究期間發生嚴重不良事件，計畫主持人須立即向本委員會提出書面說明。

國立中正大學人類研究倫理審查委員會

主任委員



施慧玲

中華民國一〇七年九月十九日

附錄二、同意研究證明書（英文）

Human Research Ethics Committee

National Chung Cheng University,
No.168, Sec. 1, Daxue Rd., Minxiong Township, Chiayi County 621, Taiwan (R.O.C.)
Tel :

Expedited Approval

Date : 19. 9, 2018

To : Ms. YEH HSUAN

(Department of Natural Biotechnology, Master's Program in Nature Healing
Sciences Nanhua University)

From : Prof. Amy Huey-Ling SHEE

Chairperson

Research Ethics Committee, National Chung Cheng University

The Research Ethics Committee has approved of the following protocol:

Protocol Title : The Application of Music Care for Middle-aged and Old-aged
People

The Principal Investigator (PI in Taiwan) : YEH HSUAN

Duration of research : From 1. 8, 2018 to 31. 7, 2019

Application No. : CCUREC107080704

Protocol Version and Date : Version 1 / 8. 8, 2018

Informed Consent Form Version and Date : Version 2 / 18. 9, 2018

Date of Approval : 19 9, 2018

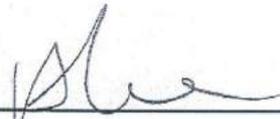
Valid Period : From 19. 9, 2018 to 31. 7, 2018

Submitted Deadline of Final Report : 30. 10, 2019

According to the Committee's provisions, by the end of this period you may be asked to inform the Committee on the status of your project. If this has not been completed, you may be requested to send status of progress report one month before the final date for renewed approval.

You are reminded that a change in protocol in this project requires its resubmission to the Committee. Also, the principal investigator must report to the Chairman of the Committee promptly, and in writing, any unanticipated problems involving risks to the subjects. If the principal investigator does not execute this project during valid period, this expedited approval will be regard as invalid.




Prof. Amy Huey-Ling SHEE
Chairperson
Human Research Ethics Committee
National Chung Cheng University

附錄三、日常觀察評量表

制定日期:104/10/01
修訂日期:107/01/01

財團法人台南市私立荷園社會福利慈善事業基金會附設弘能家園 服務使用者觀察評量表

填表人： 日期：

壹、基本資料

姓名： 性別：男女 生日： 入院日期：

觀察期： 年 月 日至 年 月 日

補助類別：全額補助85%75%70%60%50%35%25%

身障證明類別：智障精障肢障多障其他_____

殘障等級：輕度中度重度極重度

主要安排課程：閃亮亮班 小星星班 蜜蜂班 向日葵班 巧手班
袖子班 橘子班 奇異果班

貳、基礎能力評估：(請依服務使用者能力勾選)

項 目	實用科學						
	金幣概念	數量概念	時間概念	對比概念	圖形概念	顏色概念	空間位置概念
3 獨立完成							
2 少許協助							
1 部分反應							
0 完全不會							

備註：請於觀察期滿一個月提交社工組

項 目	粗大動作							精細動作				生活自理								
	爬行	坐	站立	行	翻身	跑	跳	抓握	釋放	腕部旋轉	敲擊	進食	飲水	收拾餐具	小便處理	大便處理	生理期處理	便後沖水	洗臉	刷牙
3 獨立完成																				
2 少許協助																				
1 部分反應																				
0 完全不會																				
項 目	生活自理							人際溝通			居家生活/家事能家/儀容整飾									
	洗澡	洗頭髮	穿衣服	脫衣服	穿襪子	脫襪子	穿鞋子	脫鞋子	基本非口語表達	基本口語表達	社交性溝通	電話溝通	洗衣服	摺疊衣服	整理床鋪	打掃環境	烹煮食物	簡易沖泡食物	按時節添加衣物	選擇適當衣服
3 獨立完成																				
2 少許協助																				
1 部分反應																				
0 完全不會																				

備註：請於觀察期滿一個月提交社工組

參、生活適應情形	非常 同意	同 意	普 通	不 同 意	非 常 不 同 意
一、環境適應情形					
1.能接受院內伙食.....	<input type="checkbox"/>				
2.能配合團體作息時間(含吃飯、睡覺、上課).....	<input type="checkbox"/>				
3.願意接近院內其他人.....	<input type="checkbox"/>				
4.願意參與新工作或活動.....	<input type="checkbox"/>				
5.整體而言,環境適應情形尚佳.....	<input type="checkbox"/>				
6.其他(請敘述) _____					
二、人際適應情形					
1.會主動與他人打招呼.....	<input type="checkbox"/>				
2.已結交熟識朋友.....	<input type="checkbox"/>				
3.經常與其他人起爭執.....	<input type="checkbox"/>				
4.喜歡參與團體活動.....	<input type="checkbox"/>				
5.整體而言,人際適應情形尚佳.....	<input type="checkbox"/>				
6.其他(請敘述) _____					
三、情緒適應情形					
1.情緒平穩.....	<input type="checkbox"/>				
2.容易遷怒他人.....	<input type="checkbox"/>				
3.常在一旁哭泣.....	<input type="checkbox"/>				
4.整體而言,情緒適應情形尚佳.....	<input type="checkbox"/>				
5.其他(請敘述) _____					

肆、異常行為出現頻率與表現強度

	<u>出現頻率</u>			<u>表現強度</u>		
	從 未	偶 爾	經 常	和 緩	強 烈	極 強 烈
一、暴力行為						
1.對他人投擲東西.....	<input type="checkbox"/>					
2.踢人、揍人、打人或掐人.....	<input type="checkbox"/>					
3.故意欺侮同儕.....	<input type="checkbox"/>					
4.講髒(粗)話謾罵他人.....	<input type="checkbox"/>					
5.其他(請敘述) _____						
二、破壞行為						
1.損壞機構設施設備(如踢、敲、摔椅子或桌子).....	<input type="checkbox"/>					
2.弄髒各種物品或設施設備.....	<input type="checkbox"/>					
3.擅自拿走他人放置物品或他人櫃中物品.....	<input type="checkbox"/>					
4.撕(或咬)毀物品(衣、鞋).....	<input type="checkbox"/>					
5.其他(請敘述) _____						
三、自傷行為						
1.咬傷手指或身體其他部位.....	<input type="checkbox"/>					
2.捫傷自己的身體.....	<input type="checkbox"/>					
3.造成身體傷害行為(請敘述) _____	<input type="checkbox"/>					

備註：請於觀察期滿一個月提交社工組

四、精神狀態

- | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 不停的 (或週期性) 發出尖叫或吶喊聲..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. 不停的 (或漸歇式) 無故發笑..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. 常處焦慮或不安狀態..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. 退縮於內在封閉世界, 對外界人事物沒有反應..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. 過動無法靜止..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. 情緒喜怒無常..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. 幻聽、幻覺或妄想..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. 其他: _____ | | | | | | |

伍、綜合評估意見:

教保組:(請就實際照顧評估)

評估人: _____ (簽名)

護理組:(請就健康情形及本院醫療資源評估, 並提供相關照顧注意事項)

評估人: _____ (簽名)

社工組:(請就輔導情形評估)

評估人: _____ (簽名)

職能治療:(請就實際照顧評估)

評估人: _____ (簽名)

※請就上述評量項目, 具體提出是否符合本院收容教養

符合本院收容要點, 擬予納入正式收容

擬予再延長觀察期多久? _____

原因: _____

不符合本院收容要點, 擬請家屬辦理退院或轉院手續

原因: _____

主責教保員:

教保組:

護理組:

社工組:

督導:

院長:

職能治療師:

備註: 請於觀察期滿一個月提交社工組

附錄四、認知功能障礙篩檢量表

認知功能障礙篩檢量表(cognitive abilities screening instrument, CASI)

認知功能障礙篩檢量表 (CASI):包含 25 題, 滿分為一百分, 經由固定的換算方式可以把它化成 9 個認知功能的細項, 分別是長期記憶, 短期記憶、時間空間定向感、注意力、心智操作和集中力、思考流暢度, 語言及基本認知功能、抽象思考能力及判斷力和手眼協調構圖能力。

老年人認知功能篩查量表 (CASI)

姓名：_____ 性別：_____ 年齡： 歲 _____

編號	測試內容	評分	得分
1	今天是星期幾？	1	
2	現在是哪個月？	1	
3	今天是幾號？	1	
4	今天是哪一年？	1	
5	這是什麼地方？	1	
6	請說出 872 這 3 個數字。	1	
7	請倒過來說剛才這 3 個數字。	1	
8	請說出 6371 這 4 個數字。	1	
9	請聽清 694 這 3 個數字, 然後數 1~10, 再重複說出 694。	1	
10	請聽清 8143 這 4 個數字, 然後數 1~10, 再重複說出 8143。	1	
11	從星期日倒數到星期一。	1	
12	9 加 3 等於幾？	1	
13	再加 6 等於幾 (在 9 加 3 的基礎上) ？	1	
14	18 減 5 等於幾？請記住這幾個詞, 等一會我會問你：帽子、汽車、樹、26。	1	
15	快的反義詞是慢, 上的反義詞是什麼？	1	
16	大的反義詞是什麼？硬的反義詞是什麼？	1	
17	桔子和香蕉是水果類, 紅和藍屬於哪一類？	1	
18	這是多少錢？角 分	1	

19	我剛才讓你記住的第一個詞是什麼？（帽子）	1	
20	第二個詞呢？（汽車）	1	
21	第三個詞呢？（樹）	1	
22	第四個詞呢？（26）	1	
23	110減7等於幾？（103）	1	
24	再減7等於幾？（96）	1	
25	再減7等於幾？（89）	1	
26	再減7等於幾？（82）	1	
27	再減7等於幾？（75）	1	
28	再減7等於幾？（68）	1	
29	再減7等於幾？（61）	1	
30	再減7等於幾？（54）	1	

注：答對一題給1分，總分30分， ≤ 20 分為異常

總分：

初步結論：

評定者： 評定日期： 年 月 日

附錄五、Kingston 照顧者壓力評量表

Kingston 照顧者壓力量表 (Kingston Caregiver Stress Scale)



患者姓名：_____ 編號#：_____

照顧者：_____ 與患者的關係：_____

日期：_____

居住在：社區 長期照顧機構 其他

有些人陳述在某些方面的照護時，會感到壓力環伺。如果有的話，有多大的程度您有將這些壓力加諸在您的配偶或親友上？以下使用 5 點量表，1 代表沒有壓力，5 代表極度壓力，請對以下議題圈選出您所感到的壓力或挫折。

	1 沒有壓力 (因應良好，沒有問題)	2 有一點壓力	3 中度壓力	4 非常有壓力	5 極大壓力 (感到「窮途末路」，危及健康)
照顧提供議題					
壓力程度大小…					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
家庭議題					
壓力程度大小…					
8					
9					
財務議題					
壓力程度大小…					
10					

附錄六、主要照顧者負荷量表（簡短版）

主要照顧者負荷量表(簡短版)

以下是想要了解您在照顧精神病患時所經歷的負擔感受，請您在閱讀完每一個問題之後，選擇一個最合適您的答案。

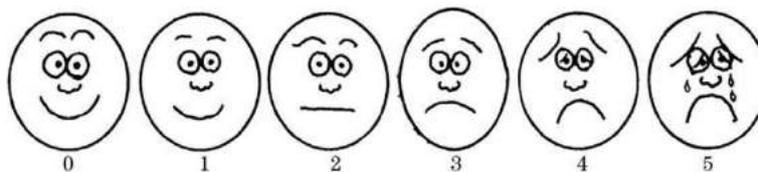
0=從未 1=很少 2=有時 3=經常 4=幾乎都是

- ___ 1. 我覺得自己為他(她)做的事情不夠多。
- ___ 2. 我的日常作息因照顧他(她)而受干擾。
- ___ 3. 在照顧他(她)與家庭或事業之間無法兼顧。
- ___ 4. 我覺得自己給他(她)的照顧還不夠好。
- ___ 5. 他(她)的行為和病況讓我感到緊張害怕。
- ___ 6. 我的休閒活動(例如:逛街、運動、參加旅遊...等)因照顧他(她)而受到干擾。
- ___ 7. 我擔心他(她)不知何時會發病。
- ___ 8. 我因為照顧他(她)而收入減少。
- ___ 9. 家人會為了照顧他(她)而起爭執。
- ___ 10. 我覺得他(她)很依賴我。
- ___ 11. 我的社交生活(例如:參加婚喪喜慶、吃拜拜...等)因照顧他(她)而受到影響。
- ___ 12. 有些事他(她)可以自己，卻要我幫他(她)做。
- ___ 13. 照顧病人讓我覺得自己是有用的。*
- ___ 14. 家裡有精神病人讓家人覺得羞恥。
- ___ 15. 家裡有精神病人讓我覺得羞恥。
- ___ 16. 照顧他(她)讓我更看得開。*
- ___ 17. 我因為照顧他(她)婚姻受到影響。
- ___ 18. 我擔心他(她)獨自一人時的安全。

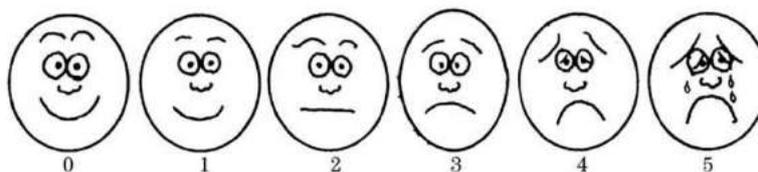
附錄七、微笑量表

第一週

上課前



上課後



附錄八、宋麗玉照顧者負荷使用同意書



附錄十、十二週課程內容安排

第一週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	變成小紅帽的愛麗絲	毛巾
10	十八姑娘	毛巾
11	歌聲滿行囊	
12	美國巡邏隊	木鳥
13	雙鷹進行曲(合奏)	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
14	變奏時鐘	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
15	愛的故事	泡泡

第二週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	棒棒糖鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	變成小紅帽的愛麗絲	毛巾
10	十八姑娘	毛巾
11	天黑黑	
12	美國巡邏隊	木鳥
13	卡門	木鳥.雨聲器
14	愛就是惜	

第三週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	歌聲滿行囊	
10	戀曲 1990	
11	卡門	
12	愛就是惜	

第四週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	非洲鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	歌聲滿行囊	手搖鈴
10	卡們	手搖鈴
11	雙鷹進行曲	木鳥
12	變奏時鐘	木鳥
13	愛的故事	波浪鼓

第五週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	波浪鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	變成小紅帽的愛麗絲	毛巾
10	十八姑娘	毛巾
11	美國巡邏隊(合奏)	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
12	雙鷹進行曲(合奏)	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
13	道化師(合奏)	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
14	戀曲 1990	

第六週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	棒槌
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	歌聲滿行囊	
10	天黑黑	
11	波斯市場	手搖鈴
12	雙鷹進行曲	手搖鈴
13	變奏時鐘	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
14	卡門	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓.泡泡

第七週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	棒棒糖鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	變成小紅帽德愛麗絲	毛巾
10	十八姑娘	毛巾
11	天黑黑	
12	雙鷹進行曲	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
13	道化師	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
14	戀曲 1990	

第八週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	棒槌
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	歌聲滿行囊	手搖鈴
10	波斯市場	手搖鈴
11	道化師	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
12	變奏時鐘	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
13	愛的故事	泡泡

第九週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	非洲鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	變成小紅帽的愛麗絲	毛巾
10	十八姑娘	毛巾
11	天黑黑	
12	歌聲滿行囊	木鳥
13	雙鷹進行曲	木鳥
14	變奏時鐘	木鳥.手搖鈴
15	卡門	木鳥.手搖鈴.雨聲器

第十週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	鈴鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	戀曲 1980	
10	歌聲滿行囊	
11	波斯市場	手搖鈴
12	道化師	木鳥.手搖鈴
13	雙鷹進行曲	木鳥.手搖鈴
14	卡門	木鳥.手搖鈴.泡泡

第十一週		
編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	鈴鼓
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	愛就是惜	
10	戀曲 1980	
11	道化師	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
12	雙鷹進行曲	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓
13	卡門	手搖鈴.三角鐵.木鳥,高低音木鳥.沙蛋.棒棒糖鼓.泡泡

第十二週

編號	曲目名稱	樂器
1	河川的帽子與愛麗絲	
2	星星與愛麗絲	
3	與魔女相對眼的愛麗絲	
4	與小貓比聰明的愛麗絲	
5	轉轉轉	
6	Pan Pan	
7	Jang Jang	
8	Gili Gili	
9	變成小紅帽的愛麗絲	毛巾
10	十八姑娘	毛巾
11	雙鷹進行曲	木鳥
12	道化師	手搖鈴.木鳥
13	卡門	手搖鈴.木鳥.泡泡

附錄十一、活動照片

