

主題論文

The development of the defining characteristics of pain in patients with advanced dementia

嚴重失智患者疼痛之定義性特徵發展

蔡佩紋¹、施燕華²、蘇恩平³、王靜枝^{4*}

Pei-Wen Tsai¹, Yuan-Hua Shu², En-Ping Su³, Jing-Jy Wang^{4,*}

摘要

背景：嚴重的失智患者因無法以清楚的語言表達疼痛需求，常使用行為與精神症狀來表達，而導致其疼痛問題受到忽視而間接影響其生活品質。

目的：本研究目的為以嚴重的失智患者為對象，發展失智患者疼痛的定義性特徵，並測定相關效度與信度。

方法：本研究首先透過文獻回顧及訪談十位失智方面的資深臨床護理人員，發展失智症疼痛相關定義性特徵項目表，爾後請四位失智症照護領域專家進行專家效度與內容修訂。初步訂定一含 25 項疼痛相關定義性特徵項目表，再於台灣中南部共八家長期照護機構進行 211 位失智個案的觀察以收集資料，最後採內在一致性及測試者一致性信度分析及探索性因素分析驗證建構效度，以確立定義性特徵項目。

結果：本工具之專家內容效度指標 (CVI) 達.90，信度分析結果顯示內在一致性 KR-20 為.663。因素分析方面，抽取四個因子，命名為躁動行為、活動習慣改變、

¹碩士、護理師、台中仁愛醫院護理部護理師

²博士生、慈惠醫護管理專科學校護理科講師

³碩士、衛生福利部嘉南療養院護理長

⁴博士、國立成功大學護理系暨老年所教授

嚴重失智患者疼痛之定義性特徵發展

保護行為及尋求注意行為，總解釋變異量達 51.86%。最後保留的 13 個項目之測試者間一致性信度 kappa 值範圍介於 0.235 至 1，達一般至良好一致性。

結論與建議：本研究為台灣本土化失智症患者疼痛相關定義性特徵之初探，除可提供臨床照護人員於評估失智患者疼痛之快速輔助參考外，亦可作為未來護理診斷系統在訂定失智症患者的疼痛定義性特徵之參考。

關鍵字：失智症、疼痛、行為與精神症狀、定義性特徵

Abstract

Introduction: Assessment of pain in patients with advanced dementia (PwAD) is challenging because PwAD usually have difficulty communicating pain through verbal expression, instead they use behavior and psychological symptoms which lead to pain neglect by their caregivers and poor quality of life.

Purpose: The purpose of this study was to identify the defining characteristics of pain in PwAD and to verify its psychometrics.

Methods: Items of the defining characteristics of pain for PwAD was developed initially through literature review and individual interview with 10 experienced clinical nursing staff in dementia care. Then, 4 experts in dementia care were invited to conduct expert validity. Initially a 25-item defining characteristics of pain in PwAD was developed. Finally, observation of 211 PwAD by clinical nurses was conducted in eight long term care facilities. Internal consistency and inter-rater reliability analysis and Exploratory factor analysis (EFA) were used for data analysis.

Results: Finding indicated that the experts' content validity index (CVI) was .90 and the internal consistency reliability (KR-20) coefficient was .663. Factor analysis extracted four factors which accounts for the total variance of 51.86%, including agitated behaviors, altered habits in activity, protective behaviors, and seeking for attention behaviors. The Kappa values range for the inter-rater reliability of the retained 13 items were between 0.235 and 1, indicating satisfactory to good values.

Conclusion and Implications for Practice: This was a preliminary study to develop defining characteristics of pain in local PwAD which not only serves as a useful tool for healthcare providers to assess pain in PwAD but also contributes to the establishment of defining characteristics of pain in PwAD for Nursing Diagnosis System.

Key words: dementia, pain, behavior and psychological symptoms, defining characteristics

前言

失智人口隨著全球老化趨勢激增，所帶來相關照護問題已受到許多先進國家的重視。然而，隨著老化過程所帶來的不僅是罹患失智症的機率增加，罹患各種急、慢性疾病以及癌症的機率亦增加。根據內政部（2009）調查台灣六十五歲以上老人有七成五患有慢性疾病或重大疾病，而這些疾病多伴隨有疼痛情形。台灣老人疼痛盛行率調查發現 44% 鄉村老人有疼痛情況（黃等，2012）；機構老人疼痛盛行率雖為國外研究，卻高達 65.3%（Tsai, Tsai, Lai, & Chu, 2004）。老人疼痛若未獲矯治及控制，除了讓患者本身承受生理上的不適、影響活動功能與睡眠、降低社交意願外，甚至引起焦慮與憂鬱等情緒症狀。

衛生福利部於 2012 年第二次全國護理之家評鑑首次將疼痛處置納入長期照護機構整合式評鑑指標，要求各機構將疼痛評估、處置辦法及流程納入照護品質指標項目之一（衛生福利部，2012）。顯見我國已開始關注機構提供住民疼痛相關評估與照護議題。然而，許多機構在制定與實施疼痛評估流程於某些住民身上遇到相當困難，因為忙碌的護理人員面對病患是否身處疼痛，較常依據病人自訴（self-report）的方式來判定病患是否處於疼痛情況，然此舉對於逐漸喪失語言與表達能力或無法以語言溝通方式清楚表達疼痛的失智症患者是不可行的，這使得照顧者更難確認患者疼痛部位、強度、頻率等相關資訊，易造成延緩或疏於處置疼痛問題。比較失智患者與非失智患者的疼痛與處置情形，失智患者的疼痛容易被忽略與低估，失智患者也較少使用必要時（PRN）給予的止痛劑（Nygaard & Jarland, 2005）。Horgas, Elliott 與 Marsiske（2009）比較 64 位非失智者與 62 位失智者的疼痛情形，同樣使用問題式疼痛評估和觀察式疼痛評估，結果發現失智老人以問題式疼痛評估自述的疼痛的方式結果比非失智老人具有較少疼痛比率，但在同樣使用觀察式疼痛評估工具結果顯示兩者之間的疼痛並無顯著差異。因此，認知障礙程度越高者，疼痛越不易被確認，疼痛越容易被低估或忽視。同樣在 Neville, McCarthy 與 Laurent（2006）的研究顯示護理人員雖然認為自己對於失智老人的疼痛有做妥善處置，然而實際上護理人員對於疼痛的知識是不足的。

針對失智患者的疼痛行為的特異性，美國老年學會（American Pain Society, 2002）雖提出認知障礙老人疼痛行為六大類指標，含 1. 臉部表情（facial expres-

sions)：輕微皺眉、悲傷、驚恐表情、怪異表情、前額糾結、輕閉或緊閉雙眼、任何扭曲的表情與快速眨眼。2.語言與聲音 (verbalizations, vocalizations)：嘆氣、嗚咽聲、呻吟、啞咕聲、吟誦、呼叫、吵雜的呼吸音、求救與言語辱罵。3.身體動作 (Body movements)：僵硬、緊繃的身體姿勢、防衛、坐立不安、增加踱步、搖擺、限制的行動與步態、移動範圍改變。4.人際互動改變(Changes in interpersonal interactions)：具攻擊性、好鬥、抗拒照護活動、減少社會互動、社交不當、具破壞性與退縮。5.日常生活型態或常規改變 (Changes in activity patterns or routines)：拒食、胃口改變、增加臥床時間、睡眠休息型態改變、突然停止平日常規活動與增加遊走。6.心理狀態改變 (Mental status changes)：哭泣、流淚、增加混亂情形、易怒與悲傷。這些線索之中有許多疼痛行為被照顧者視為干擾的問題行為，起因於當患者不知道如何排解或表達疼痛時，可能出現遊走、躁動與攻擊等不適當、重複或危險的行為以及在日常照護活動包括日常協助沐浴、移位，而失智患者可能以反抗行為表達對自我的保護 (Ahn & Horgas, 2013)。再從 Algate (1996)代償行為模式 (Need-driven dementia-compromised behavior, NDB) 角度思考失智患者的問題行為，也可以明白乃源自於個人需求未被滿足，包括疼痛需被緩解的需求。回顧文獻，Pelletier 與 Landreville (2007) 以長期照護機構的 49 位失智住民用躁動行為量表 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CAMI) 以及阿茲海默氏症不舒適量表 (Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type) 為評估工具，探究躁動行為與不舒適的相關性，結果顯示失智患者的躁動行為與不舒適程度呈現正相關性，尤其是口語躁動行為 (如：抱怨、呻吟) 與非攻擊性躁動行為最為相關。另 Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen 與 Aarsland (2011) 將護理之家的 352 位有問題行為的中、重度失智住民分為實驗組與對照組，實驗組予以施行個別化的疼痛治療措施，結果顯示實驗組的失智老人躁動行為明顯減少。

目前國外已發展許多評估失智患者疼痛的工具，多是以觀察疼痛行為方式進行評估，而國內失智患者疼痛評估工具僅一篇翻譯自國外之晚期失智症疼痛評估量表 (PAINAD) (林，2006)。但臨床上，除無本土性失智疼痛指標的建構外，忙碌的護理人員較少使用複雜評估工具，在失智疼痛評估仍大多依靠自身經驗與對患者的認識來判斷疼痛與否，臨床護理人員習慣採用護理診斷模式輔助判斷患者健康問題與書寫護理紀錄，經由參考護理診斷中疼痛的相關定義性 <http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF26&CID=1>

特徵，進行疼痛問題確認並訂立後續護理計畫措施。然北美護理診斷學會（North American Nursing Diagnosis Association, NANDA）分類系統提供急性疼痛與慢性疼痛的相關定義性特徵，而失智患者疼痛行為具特異性，這些定義性特徵較少考量到失智症患者特有的問題行為。也就是說針對特定族群的護理問題之定義性特徵發展有其必要性，例如，目前已有心臟手術後病人、神經傷害與處於術後麻醉恢復期無法言語表達病人之疼痛相關定義特徵發展的研究，但目前缺乏以失智病患為對象的疼痛定義性特徵發展的研究。因此本研究目的為以中重度或語言表達障礙的失智患者為對象，發展失智患者疼痛的定義性特徵，並測定相關效度與信度。期望本研究結果可作為快速輔助照護者評估失智患者疼痛的指引。

研究方法

研究設計

Gordon 與 Sweeney（1979）提出進行護理診斷研究方式，包括回溯鑑定法（retrospective identification model）、臨床效度測試法（clinical validation mode）和護理人員效度（nurse validation model）等三種效度檢測方法。國內則最早有高（1986）所提出的護理診斷研究方法，首先進行該護理診斷之整體概念的文獻探討，並參考臨床護理人員觀察病人特徵結果，擬定定義性特徵的五分尺度評量表。接下來進行專家效度與前驅測試，並使用該定義性特徵評量表為工具以臨床病患為研究對象進行信、效度檢測，最後進行建構效度篩檢項目。

綜合 Gordon 與 Sweeney（1979）的臨床效度測試法（clinical validation mode）與護理診斷研究方法，本研究進行流程如下，第一階段：回顧文獻，探討失智患者疼痛與相關護理診斷概念，並與進行資深失智症照護人員個別訪談，整合與擬定初步失智患者疼痛定義性特徵之總項目。第二階段：將初步失智患者疼痛定義性特徵之總項目進行專家效度檢測。第三階段：以臨床失智患者為研究對象，進行失智患者疼痛定義性特徵項目表的信、效度測試。第四階段：分析個案資料，進行項目篩檢以確立定義性特徵。

研究工具

本研究工具分為兩部分，第一部分為失智症患者的人口學資料，第二部分為疼痛定義性特徵項目表。

為使定義性特徵的項目更具有周延性與準確度，先進行文獻回顧失智患者疼痛行為，文獻回顧結果得知，未滿足的需求(疼痛)將促發失智症患者的行為與精神症狀，而疼痛和行為與精神症狀之中的躁動行為特別具相關性。因此在初步發展評核量表時特將林麗嬋教授所發展之中文版躁動行為量表 (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CAMI) 內容納入參考，初步擬定失智患者疼痛定義性特徵項目表內容，並與十位具臨床失智症照護實務經驗的資深護理人員進行個別深入訪談，整理成初步疼痛定義性特徵項目表。再邀請四位失智症照護領域臨床專家學者對於本項目表題項之明確性與適切性進行專家效度 (expert validity) 檢測。

研究對象

本研究於台灣中南部共八家政府立案之長期照護機構收案，依據本研究發展的疼痛定義性特徵項目表，由研究者偕同個案之照護者觀察其所照護之失智症患者。評估者為本國籍之專業護理人員且照顧該機構失智症患者達三個月或以上者。被觀察個案為：經醫師診斷為失智症或 MMSE 分數低於 17 分（未受教育）或 21 分（小學學歷）或低於 23 分（國中以上學歷）；且現在或過去三個月內曾經呈現疼痛問題者；且需為無法完全清楚以口語或書寫方式表達其需求者。本研究採立意取樣方式進行樣本選取，最適切樣本數計算方式初步以因素分析為依歸，即變項數與有效樣本數最基本比例為 1：5（吳，2012），因此以本疼痛行為項目表題項計算所需樣本數至少為 125。

資料處理與分析

本研究採 SPSS windows 20.0 統計軟體進行資料處理，將資料分為描述性統計與推論性統計分析，失智症個案人口學與失智症疾病資料進行標準差、百分比、平均值與各項疼痛行為出現的百分比。在推論性統計部分採內在一致性係數分析及建構效度驗證與分析。

研究倫理

本研究通過大學附設醫院人體試驗委員會之審核。首先取得機構負責人或主管同意後發函，由研究者親自與該機構符合條件的個案或其家屬說明本研究的目的與進行方式，並簽署書面同意書。納入收案的失智症患者被觀察時，採取匿名方式收集資料，並遵守保密原則。

研究結果

定義性特徵項目發展

本研究於初擬疼痛定義性特徵項目表後，經由十位臨床資深護理人員訪談結果顯示，以初擬版本內容項目勾選與疼痛最為相關的行為，最後保留較有相關的行為並刪除被認為與疼痛較為不相關的行為與多數護理人員認為於臨床觀察與疼痛較無相關性的項目。此外，增加由護理人員臨床觀察而原始初擬版本未列出的項目，最終擬定第一版失智症疼痛定義性特徵項目表共 29 個項目。

專家效度檢測

再邀國內失智症照護領域的四位專家學者，包括老年專科醫師、大學護理系教授、具長照經驗的臨床教師與護理師，協助項目表之內容審訂與編修。項目表專家效度採用對於該項目之明確性與適切性進行評核，評分方式採用李克特式量表 (Likertscale) 四分法計分：1 分表示非常不同意，建議刪除、2 分表示不同意，可以保留但需大力修改、3 分表示大致同意，建議保留但需稍加修改、4 分表示完全同意，必須保留無需修改。請專家針對項目表每一個項目內容，分別以該項目之明確性與適切性進行圈選評分，並於該評分表後置開放式問句另徵詢內容相關建議。內容效度指標計算結果顯示，適切性=0.84、明確性=0.95，平均為 0.9。另分析各題項評分結果，經過專家審查與意見修訂後，最後制定版本為內容共 25 個項目之失智症疼痛定義性特徵項目表，並以此版本做為臨床個案觀察依據。

個案基本人口學特性

受觀察個案總數為 211 人，平均年齡為 79.85 歲 (SD±9.8)，詳見表 1。以阿茲海默氏症為最多，共達 76 人 (36%)，其次為血管性失智症共 43 人 (20.4%)，而有 65 人 (30.8%) 未能確認失智症型態或發病原因；平均發病或確立診斷年齡則是 74.87 歲 (SD±11.23)；絕大多數為中度以上之較嚴重的失智症患者 (MMSE 平均=8.03±7.43)。

表一 受觀察之失智個案基本屬性資料

變項	項目內容	人數	百分比	變項	項目內容	人數	百分比	
年齡分組	≤65 歲	20	9.5%	教育程度 (含肄業)	無	91	43.1%	
	66-75 歲	37	17.5%		小學	68	32.2%	
	76-85 歲	89	42.2%		中學	19	9.0%	
	≥86 歲	65	30.8%		高中	19	9.0%	
性別	男性	92	43.6%		專科	7	3.3%	
	女性	119	56.4%		大學	6	2.8%	
婚姻狀態	未婚	26	12.3%		碩士	0	0%	
	已婚-	58	27.5%		博士	1	0.5%	
	配偶健在				過去職業	無	74	35.1%
	已婚-	119	56.4%			軍公教	27	12.8%
	配偶不健在			農		44	20.9%	
	離婚	6	2.8%	漁		2	0.9%	
其他	2	0.9%	工	23	10.9%			
是否有兒女	無	31	14.7%	商	14	6.6%		
	有	180	85.3%	其他	27	12.8%		
現居場所	日間照顧	6	2.8%					
	長期照顧機構	205	97.2%					

內在一致性信度 (internal consistency reliability)

失智症疼痛定義性特徵項目表採用庫李信度 (Kuder-Richard-20, KR-20) 檢視內在一致性信度，得 Cronbach' s α 係數為.663。

測試者間一致性信度

另選取 30 位符合本研究收案條件之失智症個案進行測試者間一致性信度，由兩位機構護理人員協助進行，以 Kappa 值為判斷準則。結果顯示，25 項行為之中有 10 項行為之 kappa 值大於 0.8，另有 7 項行 Kappa 值介於 0.2 至 0.7 之間。但仍有 8 項行為的 kappa 值低於 0.2。不過經過因素分析最後保留的 13 個項目之測試者間一致性信度 kappa 值範圍介於 0.235 至 1，達一般至良好一致性。

失智疼痛的定義性特徵

本研究的觀察結果顯示，失智患者處於疼痛情境時最常出現的行為與精神症狀為「表情愁苦、皺眉或哭泣」，高達 71.6% 受觀察個案出現此行為；其次為「發出呻吟或嘆氣聲」(52.1%)、「情緒激躁或容易生氣」(48.8%)、「心神不寧或焦慮」與 (46.9%)、「坐立不安」(37.4%)。而在疼痛狀態時較不會出現的行為與精神症狀，包括「尖叫」、「持續性或無理的要求」、「企圖要去另一個地方」、「傷害自己或他人」、「撕開物品或破壞所有物」、「怪異行為」與「言詞上的性侵犯」與「啃咬」等，考量以上項目出現頻率低於 10%，故不納入失智疼痛相關的定義性特徵，以保留的 17 項行為進行建構效度分析，詳見表二。

表二 初測失智疼痛定義性特徵各項目之出現頻率與百分比

項目編號	定義性特徵	排序	%	次數
17	表情愁苦、皺眉或哭泣	1	71.6%	151
15	發出呻吟或嘆氣聲	2	52.1%	110
24	情緒激躁或容易生氣	3	48.8%	103
2	心神不寧或焦慮	4	46.9%	99
1	坐立不安	5	37.4%	79
9	不斷抱怨，如一直說不舒服、一直喊護士	6	31.8%	67
5	身體捲曲或雙手環抱、摸、抓疼痛部位	7	30.3%	64
8	搔抓身體部位	8	26.5%	56
3	咒罵或語言攻擊	9	21.8%	46
11	表現出重複的動作	10	19.9%	42
19	對原本喜歡的事物不感興趣	11	18.0%	38
20	敏感或不喜歡他人碰觸某些部位	12	18.0%	38
6	重複句子或問題	13	16.6%	35
7	製造奇怪的聲響，如敲床欄	14	15.6%	33
22	走路步態與平常不同	15	14.2%	30
4	粗魯動作，如打、踢、推人或物件	16	12.8%	27
12	踱步、漫無目的遊走或來回走動	17	12.3%	26
16	尖叫	18	9.0%	19
13	持續性或無理的要求	19	8.1%	17
14	企圖要去另一個地方	20	6.2%	13
10	傷害自己或他人	21	5.2%	11
18	撕開物品或破壞所有物	22	3.8%	8
25	怪異行為，如蹲在護理站	23	2.4%	5
21	言詞上的性侵犯	24	0.5%	1
23	啃咬	25	0%	0

建構效度

本研究之建構效度採用探索性因素分析 (exploratory factor analysis) 探討失智患者疼痛相關定義性特徵之因素構面，首先檢視項目間之同質性，刪除相關係數以及因素負荷量低的 4 個項目，最後以保留 13 個項目進行因素分析。採用以主成份分析 (Principal components analysis) 方式萃取共同因素，保留特徵值 (eigen value) 大於 1 的共同因素進行斜交轉軸，轉軸收斂於 9 個疊代之中。保留因素負荷量大於 0.3 之 13 項目，最後萃取出四個因子，總解釋變異量達 51.86%。後續找出最能涵蓋多數項目概念的名稱來命名該因素，因素一包括「表現出重複的動作」、「重複句子或問題」、「坐立不安」、「搔抓身體部位」、「心神不寧或焦慮」與「製造奇怪的聲響，如敲床欄」，將此命名為躁動行為；因素二包括「走路步態與平常不同」、「踱步、漫無目的遊走或來回走動」與「對原本喜歡的事物不感興趣」，將此命名為活動習慣改變；因素三包括「身體捲曲或雙手環抱、摸、抓疼痛部位」與「表情愁苦、皺眉或哭泣」，將此命名為保護行為；因素四包括「不斷抱怨，如一直說不舒服、一直喊護士」與「情緒激躁或容易生氣」，將此命名為尋求注意行為，詳見表 3。

表三 失智疼痛定義性特徵

項目編號	定義性特徵內容	因素一 躁動 行為	因素二 活動習 慣改變	因素三 保護 行為	因素四 尋求注意 行為
11	表現出重複的動作	.752	.208	.163	.137
6	重複句子或問題	.627	.145	.155	
1	坐立不安	.605	.478	.395	.127
8	搔抓身體部位	.519	-.144	.356	-.314
2	心神不寧或焦慮	.428	.447	.424	.192
7	製造奇怪的聲響，如敲床欄	.475	-.207	-.176	.349
22	走路步態與平常不同		.753		
12	踱步、漫無目的遊走或來回 走動	.126	.662	-.138	-.140
19	對原本喜歡的事物不感興 趣	.130	.565	.161	.289
17	表情愁苦、皺眉或哭泣			.763	.106
5	身體捲曲或雙手環抱、摸、 抓疼痛部位	.264		.705	
9	不斷抱怨，如一直說不舒 服、一直喊護士		.165	.164	.752
24	情緒激躁或容易生氣	.389			.643

討論

信度

本研究發展的失智疼痛定義性特徵項目表在內在一致性信度測試結果顯示 Cronbach' s α 為.663，依據 Lindmeier (2011) 指出探索性研究、新發展量表工具 Cronbach' s α 於 0.6 以上為可接受範圍。此外，本研究以 kappa 值檢視測試者間信度，根據 Viera 與 Garrett (2005) 指出 kappa 值高達 0.81 以上則幾乎完全一致、0.6 至 0.8 之間表示大部份一致、0.41 至 0.6 之間則表示中度一致性、0.21 至 0.4 之間則顯示為普通一致性，0.01 至 0.2 之間則表示僅有極少的一致性。本研究最後選擇的 13 個行為題項的 kappa 值皆達 0.235 至 1 之間，表示本項目表之多數題項在測試者間一致性達可接受的範圍之內。而項目表之測試者間一致性信度部份比較底的原因可能因協助進行測試的護理人員無法於同一時間、地點進行立即性的行為觀察而採用回想過去二周記憶方式回答，且患者在特定時間也不見得會有疼痛與行為與精神症狀出現。

效度

本研究內容效度指標已達到學者建議之 0.8 以上 (Davis, 1992)，表示本項目表具備良好的內容效度。本研究另進行因素分析來檢驗建構效度，KMO 值為.672，根據 Kaiser (1974) 所列之準則顯示本項目表資料分配結果進行因素分析的適用性為中等程度 (mediocre)，最後抽取出四個因子，包括躁動行為、活動習慣改變、保護行為與尋求注意行為。雖然 KMO 值未能達到.80 以上，但鑑於本項目表為初測，此屬可接受範圍，需再經過多次檢測方能更具備穩定度，當然若僅採此四項為行為指標亦可以協助護理人員簡易且快速得知患者可能存在疼痛。

失智疼痛的定義性特徵

本研究以需求代償行為模式觀點 (Algase et al., 1996) 為發想，當失智患者的需求未被滿足卻無法以言語清楚表達時，患者容易轉化為外顯的問題行為來表達，而有哪些行為與精神症狀是可作為觀察評估指標的便是本研究所關心的。本研究結果顯示，照護人員觀察失智患者處於疼痛狀態時，最容易出現的

行為為「表情愁苦、皺眉或哭泣」、「發出呻吟或嘆氣聲」、「情緒激躁或容易生氣」、「心神不寧或焦慮」、「坐立不安」等。此觀察結果與 Cohen-Mansfield 與 Lipson (2002) 以及 Kovach, Griffie, Muchka, Noonan, 和 Weissman (2000) 於護理之家調查照護人員最常作為失智患者疼痛相關行為指標的研究結果相符。且與 Feldt (2000) 於急性醫療單位觀察腕部骨折的認知障礙老人的結果相似，皆同樣以臉部的表情、聲音最為直接被觀察到與疼痛相關的行為。

失智患者躁動行為與疼痛具有相關性，當失智患者處於疼痛狀態時傾向以躁動行為來傳達以及排除疼痛感 (Ahn & Horgas, 2013)。而在本研究最常出現與疼痛相關的行為之中，項目編號第 1、3、7、9、6、11、24 項屬於躁動行為。且躁動行為是失智患者最常出現非認知症狀，照護者在面對患者的躁動行為時應先進行多面向評估，找出引發因素避免錯過處置的最佳時機。

經由臨床觀察資料分析，最終以 13 個定義性特徵項目進行建構效度檢驗，經過因素分析涵蓋於四個次概念，包括躁動行為、活動習慣改變、保護行為與尋求注意行為。而以國外所發展各種失智症疼痛評估工具與本研究的四個次概念相較，可發現在國外所發展的失智症患者疼痛觀察量表與指標著重於語言與聲音、臉部表情與身體姿勢動作，而本研究項目表的 13 個項目經由因素分析之後更清楚顯現失智患者所呈現與疼痛相關的外顯觀察指標，特別傾向於失智症患者行為與精神症狀，包括因素一躁動行為與因素四尋求注意行為。此可能與本研究所發展之項目表發展之初使用躁動行為量表 (CAMI) 以及長期照護機構臨床護理人員相關照護經驗作為部份項目發展參考有關，而且在不同文化背景與場域所得的觀察結果可能也有所不同。

與北美護理診斷學會 (NANDA) 分類系統所列的疼痛之定義性特徵項目相較 (Kim, McFarland, & McLane, 1997)，以失智症患者「行為與精神症狀」的特徵作為觀察分野，更能呈現出失智與非失智患者疼痛行為的區別性。對於無法達到有效溝通的失智患者，照護者透過以上疼痛相關行為與精神症狀作為評估的參考指標之同時，當然亦不可忘卻配合原來即有的急慢性疼痛定義性特徵來做評估，使評估更確實。

研究限制

執行本研究過程發現，目前臨床對於不舒適與疼痛的界線仍十分模糊，無法溝通的失智症個案是處於疼痛或是不一定是疼痛的其他不舒適狀態較難以立

即做區分。而根據 Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde, 與 Volicer (1992) 將失智症患者的不舒適解釋為「對於內在或外在環境，反應出不等程度的負向情緒和或生理反應」，疼痛只是引起不舒適的原因之一，並無法涵蓋所有不舒適情況，而目前臨床仍常以疼痛代表不舒適，在定義不舒適與急、慢性疼痛的分界上缺乏明確共識。因此該失智患者所呈現之行為與精神症狀是否因其他不舒適的情況例如：胸悶、肢體痠麻、發燒等非疼痛情況所引起，在無法與患者達成雙向溝通的情況之下，照顧者無法清楚根據患者本身的主訴來進行評估與診斷，增加確認的困難度。而本研究採用經驗回想方式，依據護理人員照護該失智患者的經驗作探討，缺乏於精神行為與精神症狀與疼痛發生的時機做進一步的確認與觀察紀錄，可能因回憶造成高估或低估的誤差，是否藉由長期性的觀察追蹤以及進一步使用疼痛緩解相關照護措施或是其他疼痛評估工具來加以驗證，值得未來進一步探討。

再則，失智症患者的行為與精神症狀呈現多樣化，且可能受到個人文化背景因素影響，使疼痛相關行為表現各異，例如在護理人員訪談過程中分享有失智患者“在疼痛的時候會一直唸經”等因個人背景以及環境因素所影響之表現型態。然而，同一行為卻也可能代表著不同的健康問題，讓照顧者難以迅速確認。

建議

可藉由本定義性特徵項目協助照護者立即評估與高度懷疑失智患者正處於疼痛外，另一方面，根據黃、盧（2003）指出，長期照護機構用藥問題之一即因老年人處於慢性穩定狀態，導致藥物醫囑未能定期更新，一旦藥物被開立後就一直給予服用，未能定時評估與調整用藥。此一現象與研究者觀察相符，因此若失智患者有長期服用止痛類藥物，可藉由本研究所發展之定義性特徵項目評估患者是否已無出現相關的疼痛行為或已過症狀之急性期，進一步建議醫師評估減少或停用不必要或不適當之疼痛緩解藥物，以減少相關藥物副作用或不良反應。

而護理人員作為臨床第一線的評估者與照護者，對於失智患者疼痛的認知與評估能力將會影響失智患者的健康與生活品質。本研究結果除了可作為未來失智症患者疼痛評估相關研究的基礎，期藉此喚起對於失智長輩疼痛的注意，

並希望照護人員在處理失智患者的行為與精神症狀時能多方思考，評估患者行為背後是否因需求未被滿足，而非以約束與精神藥物等問題行為處置方式作為緩解問題行為的第一考量。另外，也建議可直接以四項重新命名的因子作為行為指標，進一步測試是否能含概多數失智患者的疼痛。最後，建議未來進行長期性追蹤觀察研究，以即時性觀察並配合疼痛相關評估工具作為輔助確認，排除非疼痛導因的精神行為與精神症狀，並可進一步區辨急性或慢性疼痛的相關行為特徵。而失智症個案本身的失智症型態、內外科疾病史與日常生活活動功能狀態與疼痛相關定義性特徵的表現型態之相關性，有待進一步驗證。

結論

本研究為針對台灣失智患者疼痛時所呈現的精神行為與精神症狀之初步探討，以需求代償行為模式為發想，發展適用於評估失智症患者疼痛的定義特徵。最後制定出涵蓋於四個概念的 13 項精神行為與精神症狀，可作為本土化的觀察與評估指標，並可提供於護理之家以及養護中心臨床護理人員對於失智症患者的疼痛評估的初步參考，也可作為護理診斷系統如 NANDA 建置失智疼痛的定義性特徵之參考，配合相關身體評估技巧以快速確立失智患者的疼痛問題，進而提供相關照護措施。

參考文獻

- 內政部 (2009) · 民國98年老人狀況調查結果摘要分析 · 取自
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/98old.doc> [Ministry of Interior.
(2009). *Survey and analysis of elderly population in 2009*. Retrived
from <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/98old.doc>]
- 吳明隆 (2012) · 論文寫作與量化研究 · 台北市：五南。[Wu, M. (2012).
Quantitative Resesearch and Thesis Writing. Taipei: Wu-Nan.]
- 林佩昭 (2006) · 中文版晚期失智症疼痛評估量表之信度與效度檢定
(未發表的碩士論文) · 台北市：國立陽明大學臨床護理研究所。
[Lin, P. (2006). *Psychometric Study of Chinese Version of the Pain
Assessment in Advanced Dementia Scale* (Unpublished master's
thesis). Yang-Ping University Institute of Clinical Nursing, Taipei,
Taiwan, ROC.]
- 高紀惠 (1986) · 睡眠紊亂定義特徵及其導因 · *護理雜誌* , 33 (1) ,
17-30 。 [Kao, C. (1986). The defining characteristics and related
factors of sleep pattern disturbance. *The Journal of Nursing*, 33(1),
17-30.]
- 黃秀梨、洪詠淳、許桂瑄、何靖雯、賴永裕、楊貴盛、何頌揚 (2012) ·
鄉村社區老人疼痛經驗及疼痛處理策略相關因素探討 · *長期照
護雜誌* , 16 (3) , 273-290 。 [Huang, H., Hung, Y., Hsu, H., Ho, C.,
Lai, Y., Yang, G., & Ho, R. (2012). Factors associated with the ex-
perience of pain and pain Management strategies among the elderly
in rural communities. *The Journal of Long-term Care*, 16(3),
273-290.]
- 黃盈翔、盧豐華 (2003) · 老年人之用藥原則 · *台灣醫學* , 7 (3) ,
385-395 。 [Huang, Y., & Lu, F. (2003). Prescription Pprinciples in
the elderly. *Formosan Journal of Medicine*, 7(3), 385-395.]
- 衛生福利部 (2012) · 102 年度護理之家評鑑程序 · 取自

<http://www.health.taichung.gov.tw/public/Data/108010/361711312971.pdf> [Ministry of Health and Welfare. (2012). *The 2012 nursing home accreditation procedure*. Retrived from <http://www.health.taichung.gov.tw/public/Data/108010/361711312971.pdf>]

Ahn, H., & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC geriatrics*, 13(1), 14. doi: 10.1186/1471-2318-13-14

Agase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), 10-19. doi: 10.1177/153331759601100603

American Pain Society (2012). *The American Pain Society*. Retrieved from <http://www.americanpainsociety.org/about-aps/Press-Room/about-aps-press-room.html>

Cohen-Mansfield, J., & Lipson, S. (2002). Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Residents: How Well Are Physicians Diagnosing It? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1039-1044. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50258.x

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4

Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21. doi: 10.1053/jpmn.2000.5831

Gordon, M., & Sweeney, M. A. (1979). Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 2(1), 1-16. doi:

<http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF26&CID=1>

10.1097/00012272-197910000-00002

Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 126-132. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02071.x

Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in nursing & health*, 15(5), 369-377. doi: 10.1002/nur.4770150506

Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal*, 1-10. doi: 10.1136/bmj.d4065

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. doi: 10.1007/BF02291575

Kim, M. J., McFarland, G. K., & McLane, A. M. (1997). *Nursing Diagnosis 2012-2014: Definitions and Classifications by NANDA International*. New York: Wiley Blackwell.

Kovach, C. R., Griffie, J., Muchka, S., Noonan, P. E., & Weissman, D. E. (2000). Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly: it's not a guessing game. *Clinical Nurse Specialist*, 14(5), 215-220. doi: 10.1097/00002800-200009000-00011

Lindmeier, A. (2011). *Modeling and Measuring Knowledge and Competencies of Teachers: A Threefold Domain-specific Structure Model for Mathematics*. Göttingen: WaxmannVerlag.

Neville C, McCarthy A, Laurent K. (2006). Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: a needs

analysis. *Collegian*, 13(2), 31-6. doi:

10.1016/S1322-7696(08)60522-3

Nygaard, H. A., & Jarland, A. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?

International Journal of Geriatric Psychiatry, 20(8), 730-737. doi:

10.1002/gps.1350

Tsai, Y. F., Tsai, H. H., Lai, Y. H., & Chu, T. L. (2004). Pain prevalence, experiences and management strategies among the elderly in Taiwanese nursing homes.

Journal of Pain and Symptom Management, 28(6), 579-584. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.03.007

Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: the Kappa Statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360-363.