

## 遊戲中的傾聽與陪伴：

### 遊戲治療活動在機構臥床長者之應用與反思

王明鳳

美和科技大學社工系助理教授

#### 摘要

研究目的：人本來就有遊戲的能力，並能享受遊戲的樂趣，俗諺有云：「老人困仔性」，可見老人也是有童心的，所以希望能採借遊戲治療理念運用於機構臥床長者之服務活動，以瞭解其照顧效益和提供未來施行長者服務活動之參考做法。研究方法：本研究針對某長照機構中之 6 位臥床長者進行每週 2 天，每次 60 分鐘，共計 16 次的遊戲治療活動，分析長者參與活動前、中、後的生理面(感官知覺)、心理面(認知、情緒)、社會面(活動力)變化，以及 16 次活動觀察紀錄文本。研究結果：量化資料呈現多數長者在「感官知覺表」、「GDS」有所改善，「MMSE」和「活動力表現總分」則是達顯著差異。活動觀察紀錄資料則是可以發現長者感受到被關心、被接納、進而連接過往生活的美好回憶，學會面對現實重新肯定自己，甚至於發揮關心他人的特質。結論與建議：遊戲治療活動在傾聽與陪伴的過程中，確有助於臥床長者建立較佳的心智與生活圖像，也能提供輔療活動設計的創新思維，有助於長者的機構生活品質；建議未來研究可以重視臥床長者的社會參與狀況，亦可嘗試不同的輔療活動，以增加照顧服務效益。

關鍵字：遊戲治療活動、臥床長者

通訊作者聯絡方式：王明鳳 x00003235@meiho.edu.tw

## 壹、研究背景

根據內政部(2013)的內政統計年報，民國96~102年間，長照機構使用率平均為74.33%，面對居高不下的機構使用率，也隱喻出長者的失能人數也有逐漸增長的趨勢，行政院經建會人力規劃處(2009)對我國長期照護需求的推估，顯示100年至125年之失能人數，以每5年約20%之成長率增加，依據推估結果，100年的失能人口約44萬8千人，至115年失能人口將增加為2倍，約90萬人，如表1所示。上述這些統計數據，在在顯示隨著老年人口比例增加，如何因應大量失能者之長期照護需求，且提供一套符合長者需求的照護活動，為高齡化社會要面對之重要課題之一(王明鳳，2015)。

表1 100年到125年失能人數推估

單位：人

年度	100年	105年	110年	115年	120年	125年
男性	190,454	219,188	245,975	278,584	318,847	367,903
女性	258,074	323,084	395,367	479,957	581,647	710,918
總計	448,528	542,271	641,342	758,541	900,494	1078,821
全國人口	23,296,248	23,634,537	23,853,101	23,930,657	23,832,371	23,502,833
失能人口/ 全球人口	1.9%	2.3%	2.7%	3.4%	3.8%	4.6%

資料來源：行政院經建會人力規劃處，2009。

所謂失能(disability)係指「在完全獨立與完全無法執行日常活動及工作的連續線之間的一點」(Williams, Lyons, & Rowland, 1997)。有學者指出失能是個人因功能缺損，以致操作某些日常生活活動之能力受到限制，即50%以上的清醒時間活動受限於床椅上。一般來說，日常生活活動能力包括三部份：基本日常生活活動功能(basic activity of daily living, BADL)、工具性日常生活活動功能(instrumental activity of daily living, IADL)及行動功能(mobility)(林秀蓉、邱啟潤，2004；洪秀吉，2005；許芳惠、林麗娟、宋惠娟，2011)。也有學者的說法是依據高齡者生活照顧程度來進行需求評量，共區分為三個階段：1. 具有完全自理能力者應可獨立生活；2. 具有大部份自理能力但需要他人協助者(使用輔具階段)，其生活型態屬於協助式照顧；3. 具有少數自

理能力或沒有自理能力而需要他人完全協助者（臥床階段），其生活型態則屬於完全照護（Kemper, 1988）。

綜上所述，本研究中指稱之臥床長者，便是指上述因為功能缺損而需要臥床的長者，且50%以上的清醒時間活動受限於床椅上，在沒有外力協助下，是無法自行下床活動的老人，在實務工作上，即為巴氏量表的移位選項中勾選0分或5分者（王明鳳，2015）。縱然如此，他們所需要的照護層面，除了要滿足其生理層面的需求外，還是需要能夠包括心理與社會層面的適應與調適，然而，現今長期照護機構之照護重點大多著重在生理上的照護，像是日常生活功能的維持、壓瘡、跌倒，或強調硬體上的配置標準，或在機構老人文康或休閒活動的設計上，採取團體式的活動安排（陳淑雯、湯雅芳、黃瓊萱，2002；董曉婷，2007）。長此以往，機構化的制式和集體生活方式，實無法滿足長者個別性和差異性需求，特別是對於失能臥床而行動不便的長者，現今照護重點多集中在長期臥床之合併症預防，個別化的活動安排是則付之闕如，一旦長期缺乏社會參與的機會，也容易導致社會排除的現象，惡性循環的結果，不但會使長者更難適應機構中的生活，對於家屬和機構照顧者也都可能造成負面的影響。

本研究試著結合遊戲治療（Play therapy）概念於方案活動規劃中，乃著眼於人本來就有遊戲的能力，並能享受遊戲的樂趣，俗諺有云：「老人囤仔性」，可見老人也是有童心的。所以Rubin 等人提出：遊戲是一種與生俱來的傾向（play as a disposition）、遊戲是一種行為（play as a behavior）及遊戲是一種情境（play as a context）（Rubin et al., 1983）。梁培勇（2006）也提到遊戲具有六大特性：1. 過程中充滿歡樂；2. 是主動參與而非被動參加；3. 無時間上的限制；4. 無特別學習的目標；5. 不會有輸贏，不會造成遊戲者的心理負擔；6. 增加遊戲者對外在世界的「我能感」（mastery feeling）。其中「我能感」的理念也是社工界近年來所強調的使能(enable)、充權(empowerment)和優勢觀點(strength perspective)之理念，雖然臥床長者會面臨無法自行下床的移位問題，但可藉由床邊的遊戲活動，重新獲得對生活的掌控感。經由遊戲歷程，活動

帶領者去傾聽與陪伴長者，也希盼在此歷程中讓長者重新接納自我、提昇自信心並增加社會參與的意願，減少其身心退化的速率，提昇長者的機構生活品質。

識此，本研究的目的有三：

1. 探討遊戲治療活動，對臥床長者所產生之照顧服務效益。
2. 分析長者參與活動前、中、後的生理面(感官知覺)、心理面(認知、情緒)、活動面(參與度、操作表現)的變化差異。
3. 提供未來施行長者服務活動之參考做法。

## 貳、文獻探討

### 一、遊戲治療內涵

台灣遊戲治療學會 (Association for Taiwan Play Therapy, ATPT) 對遊戲治療的定義為：「藉由遊戲的特性，將治療的元素加入遊戲情境中，以遊戲做為治療的媒介，協助兒童與治療者建立良好互動關係的治療方法。」(ATPT, 2006, 轉引自梁培勇、郭怡君, 2013)。而美國遊戲治療學會 (Association for Play Therapy, APT) 則將遊戲治療定義為：「受過訓練的遊戲治療師使用Play 的療癒因子，將理論模型系統化地展現在與個案建立人際關係互動的歷程之上，協助個案預防或解決心理社會困難，達到最理想的成長與發展。」(ATPT, 2013, 轉引自梁培勇、郭怡君, 2013)。Landreth (2012) 則表示遊戲治療是遊戲治療者與兒童 (或任何年齡者) 之間的互動關係，遊戲治療者必須受過良好的訓練，並瞭解如何選擇遊戲器材及如何發展安全而溫暖的關係，運用最自然的溝通方式，讓服務對象利用遊戲來表達自己及揭露自己的感情、想法、經驗、及行為，進而朝向自我實現、成長、與發展。

通常遊戲治療多使用在兒童身上，主要是考量兒童的身心發展階段及口語能力可能不甚成熟，故希望透過遊戲的方式去引導他們去表達內在真實的感受和想法。但其實遊戲的互動對象應如Landreth(2012)所言，是不受到任何年齡限制。特別是長者在年紀漸長的過程中，可能會面臨認知功能退化的風險，加上入住機構後，面對完全不熟悉的生活環境，都可能造成他們極大的身心壓力，若再加上

因為行動不便，須依賴他人才能下床活動，都可能讓長者更加退縮或壓抑，反而使他們陷入更不利的處境。簡言之，機構生活所造成的創傷（posttraumatic）風險，只會加速長者的社會退縮行為和身心功能的退化速率，所以如何去重構一個良好的社會活動環境，提供有意義的人際關係與適當的社會支持，遊戲治療不失為輔療性活動的參考作法。加上研究者與六位活動帶領者都修習過遊戲治療課程，深知遊戲治療的理念與社會工作的信念是一致的，都是肯定服務對象有能力去解決他們所經驗到的問題，只要適時提供一個有利的環境，便有可能幫助他們減少心理上的無力或無助感，亦可增加其自尊與自信，重獲對生活的控制感（VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2011；林萬億，2013）。換句話說，透過遊戲治療活動的一對一關係和個別化的服務活動，希望能增進長者的自我效能，減少其負向評價態度、進而肯定自我價值。

## 二、臥床長者問題需求與遊戲治療活動

臥床長者除了有行動上的問題外，也有下列因為老化所伴隨之生理、心理和社會問題，所以在遊戲治療活動設計上，便希望可以針對長者的問題來滿足其需求：

### （一）生理層面的問題：

在生理層面的老化問題，係指個人隨著年齡增長所產生的身體變化。雖然有些人體器官或系統功能會保持穩定狀態，但多會因老化而減弱；像是視、聽、嗅、觸的感官知覺，都會面臨退化或功能喪失的風險（楊培珊、梅陳玉嬋，2011）。同時，這些感官系統的衰退也會造成反應遲緩、傳輸信號減慢或降低，使得老人們的運動反應像是行走、發音、進食等都顯得遲緩、呆滯（施振典、莊淑瓊、秦秀蘭譯，2012）。一旦感覺統合的問題變得嚴重，也會直接或間接造成老人其他生活層面的障礙，包括人際溝通、自我照顧和認知問題等等（吳東昇，2002）。發展感官刺激活動不但能營造輕鬆愉快的探索經驗，也能引發參與者的內在趨力，且在研究中也發現它具有改善機構住民的憂鬱狀態之成效（鄧如涵，2014）。

所以在遊戲治療活動設計上，特別針對視、聽、嗅、觸四種感官知覺，設計

了「感官知覺」遊戲，以便刺激長者的感官知覺，活動內容諸如眼球追索的照鏡子活動；感官刺激的嗅覺瓶活動等等。

## (二)心理層面的問題：

在心理層面的老化問題，係指個人隨著年齡增長所產生的心理變化，包括智力、知覺、記憶、人格、壓力處理及調適等(楊培珊、梅陳玉嬋，2011)。老人心理上的變化，首先是認知層面的改變，包括智力、記憶力和學習力等，其次是我概念層面的改變像是自尊、自信與自我價值感、生活滿意度等(王明鳳，2015)。心理的問題也常與生理和社會問題交互影響，任何一個層面發生變化，皆會引起相關的連鎖反應。所以，一旦長者無法調適老化過程中所伴隨的功能退化情形，亦可能會加深長者心理上的擔憂及無助感，特別是機構化的生活方式，更會加重長者心理上的孤獨感、憂鬱感，所以學者們皆會提到憂鬱症是老人常見的情緒或精神問題(李麗花等人，2005；謝耀文、高東煒、黃宗正，2005)，若能提供適當的輔療活動，確能改善長者的憂鬱情況(鄧如涵，2014；董曉婷、陳桂敏，2007)。

所以在遊戲治療活動設計上，特別針對認知部份，採取現實導向療法(Reality orientation)之作法，以圖卡做為治療的媒介，協助老人重新學習現實生活週遭的訊息，如人、事、物、地點、時間等，也在每次活動開始時，與長者問候，並詢問基本的問題像是今天是星期幾？帶領者的姓名…，引導老人對環境及事物的認知及記憶力(莫靜敏，2001)；同時在活動過程中，給予個別陪伴和進行溫暖、正向的交流，傾聽長者的心聲，提供同理接納和真誠關懷；在活動結束時，則請長者選擇心情圖卡，來代表今天的心情狀態。

## (三)社會層面的問題：

在社會層面的老化問題，係指個人隨著年齡增長所經驗到角色和人際關係上的變化，不論是家庭、鄰里和朋友等非正式支持系統，以及由正式服務所構成的正式支持系統的種種議題，都是社會老化所關切的重點(楊培珊、梅陳玉嬋，2011)。當長者從熟悉的生活場域(社區、家庭)，轉換至機構時，其大部分的社

會關係都被迫切割或中斷。特別是臥床長者又受限於行動力的障礙，有可能增加其社會退縮(socially withdrawn)的機率，和剝奪了其重建社會關係的機會。所謂社會退縮是指個體在不同情境中，不管遇到熟悉或不熟悉的同伴，一致地展現孤立行為(Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B., 1993)。長者因社會退縮處於孤立狀態，將比較不易安全地、自在地參與人際溝通、與人互動，情緒上也顯得較為焦慮、不快樂(施振典、莊淑瓊、秦秀蘭譯，2012)；加上退縮被視為一種內向性行為，較不易引起照顧者的注意，更容易造成長者的社會適應問題。

所以在遊戲治療活動設計上，我們會去重視長者個人在遊戲中的參與度和操作表現。活動帶領者採取二人一組形式，帶著主題圖卡和玩具，吸引長者的注意力和興趣，進而以此為溝通媒介，善用遊戲(play)的雙向互動過程，展開對長者的改變歷程和重繫其社會關係連帶。梁培勇認為遊戲可以很直觀的區分為個體主動引發的遊戲行為，以及個體被動邀請的遊戲內容，因此若站在個體的立場，依主被動的特性做區分，遊戲的種類便可概略分為自發性遊戲與結構式遊戲(梁培勇、郭怡君，2013)。研究過程中，為能有系統的觀察紀錄長者的改變歷程，所以是以「結構式遊戲」為主，視與長者的互動過程，彈性運用「自發性遊戲」為輔。

綜上所述，我們可知相較於一般入住機構的長者，臥床長者是更容易成為被邊緣化和被忽略的一群人口，加上團體式的活動參與方式，並無法兼顧其差異化的需求，所以考量長者活動能力及身體功能的限制，結合遊戲治療的理念，設計一對一的活動方案，以期達到Ejaz F.K., Schur D. & Noelker L.S. (1996)及侯青雲(2005)所提之治療性活動對長者的助益，包括：在生理面去維持老人現有能力及減緩身體功能衰退；心理面去促進認知功能和提供主動參與活動的機會，使老人瞭解自己的能力，進而發展出興趣，提昇自信心及自尊；社會面去增加與環境的互動，促進情感及社交能力，強化老人對人、事、地、物的定向感，並增加與他人互動的機會，減少對現實的脫節。老人也能藉由活動參與來抒發情緒，降低失落及孤寂。陳碧玉(2001)的研究也特別強調身體功能、生活壓力和社會支持

與老年憂鬱症之間的關係，發現憂鬱病患組在身心症狀數、日常活動能力障礙度、生活壓力事件數、自覺壓力嚴重程度上均較非憂鬱組和社區組為多。楊秋燕、李美玲(2013)論及參與活動的老人，會產生日常生活功能提昇、焦慮情緒降低，自我表達與社會互動增加之效果。

## 參、研究方法

### 一、研究設計

研究主要採取實驗法的「時間序列設計」模式，研究設計如圖1所示。我們採取立意取樣的方式，長者在參與活動方案之前二週，先進行生理、心理和社會功能量表前測(01)，在活動方案中期(第8次)，進行一次中測(02)，活動結束後(第16次)，再進行一次後測(03)，這樣的作法主要是要比較實施「遊戲治療活動」前、中、後的時間點，長者在生理、心理和社會層面的變化差異及去看出方案所產生的效能如何？另外，在介入期間輔以每次的活動觀察紀錄，透過文字紀錄長者在活動歷程中的行為表現。

○1      X      ○2    ○3

○1 ○2 ○3 進行量表前中後測

× 遊戲治療活動方案介入

圖1 實驗研究設計

### 二、樣本及選樣

由機構先根據住民基本資料和迷你心智狀態檢查(Mini-Mental State Examination, MMSE)及巴氏量表((Barthel Index)，立意取樣篩選出符合方案目標對象群的成員共計6名。篩選標準為MMSE量表測量分數，長者為輕度或中度認知功能障礙(18~24分為輕度，16~17為中度)，在巴氏量表中則是勾選第二項移位的第3或第4選項(可自行由床上坐起來，但移位時仍需別人幫忙(5分)、需別人幫忙方可坐起來或兩人幫忙才可移位(0分))，並徵求家屬同意，完成同意書簽署後，共計有6名長者進入本方案。

### 三、介入措施

遊戲治療中的玩具挑選及教案規劃，初期先請三位專家學者(物理治療師、社工師和諮商師)進行檢視，之後再從機構挑選三位長者進行測試，測試過程中，機構中的二位工作人員(社工、護理師)從旁觀察及與研究者進行討論。之後，再調整玩具及教案的安排，並把相關修正後的資料請三位專家學者再次審閱後定稿，以使教案的安排符合專家效度。玩具及教案的安排規畫方式：生理層面著重在視、聽、嗅、觸四種感官知覺；心理層面著重在認知和情緒功能；社會層面則是著重在操作過程中長者的活動參與情形和操作表現，並觀察互動過程加以評分和紀錄。每次活動進行時，活動帶領者以二人為一組，分別擔任操作者與觀察者角色，另外，為減少操作者可能產生的誤差，在每次活動結束後，召開督導暨檢討會議，針對活動執行中遇到的問題加以修正檢討，並依長者個別狀況調整進行方式，遊戲治療活動的操作方式如表2所示，另摘要活動單元教案如附件一。

表 2 遊戲治療活動方案的操作方式說明

活動操作	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 二人為一組團隊，分別擔任操作者與觀察者對成員執行遊戲治療活動，每週 2 天，1 天 1 次 60 分鐘，共 16 次，執行期程從 2013 年 2 月~6 月。</li><li>2. 由小組成員將玩具和圖卡帶至長者床邊，以懷舊玩具計 8 樣，用遊戲方式與長者作視、聽、觸、嗅等四種感官知覺相關活動操作。活動中再搭配情緒圖卡與相關身體部位、水果味道名稱、交通工具、形狀顏色及 0-30 數字等認知主題圖卡。</li></ol>
教案內容	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 暖身活動：進行問候(現實感)、及活動說明。</li><li>2. 主活動：輪流操作四項感官知覺學具，並依長者狀態進行遊戲活動。利用喜怒哀樂圖卡及數字、身體部位、各種水果、交通工具、形狀顏色等主題卡，與長者做初階、進階之認知功能及情緒檢測評估。</li><li>3. 回饋分享：給予長者鼓勵與肯定，和預告下次活動。</li></ol>

### 四、研究工具和資料蒐集方式

針對臥床長者之評估和資料蒐集方式主要包含基本資料表、生理心理社會層面表單、以及長者活動觀察紀錄表。

(一) 基本資料表：包含人口特徵(性別、年齡、教育程度、入住合計月數、入住原因、MMSE評分、巴氏量表選項評分)。

(二) 生理、心理、社會層面表單：就生理、心理、社會層面各以不同量表，檢測長者參與遊戲治療活動前中後之改變情況。

1. 生理層面表單：自編之感官知覺評分表，瞭解長者的四種感官功能狀態，包括視覺、聽覺、觸覺和嗅覺四項分數。採取Likert量表五分的計分方式，1分是非常不好、5分是非常好回應正確，分數愈高代表狀態愈好。此表為研究者依研究目的和參考文獻後自行設計之表單，在正式操作前，就機構其他長者進行試作和問卷預試，共發出15份問卷，使用內部一致性考驗，求得總量表Cronbach  $\alpha$  值為0.75。

2. 心理層面表單：使用簡易智能量表(MMSE)和老人憂鬱量表(GDS)，瞭解長者的認知和情緒狀態。另再將簡易智能量表(MMSE)區分為五個向度，包括定向能力、命名註記、注意力和計算能力、回憶力、語言能力。採取Likert量表五分的計分方式，1分代表無法回應或回應完全錯誤、5分代表立即回應，且回應完全正確，分數愈高代表狀態愈好；老人憂鬱量表(GDS)則是分數愈低代表狀態愈好。

3. 社會層面表單：自編之活動力表現評分表，瞭解長者的四個層面之活動狀態，包括參與感、操作表現、互動狀況、自信心四項分數。採取Likert量表五分的計分方式，1分代表無法回應或回應完全錯誤、5分代表立即回應，且回應完全正確，分數愈高代表狀態愈好。此表為研究者依研究目的和參考文獻後自行設計之表單，在正式操作前，就機構其他長者進行試作和問卷預試，共發出15份問卷，使用內部一致性考驗，求得總量表Cronbach  $\alpha$  值為0.83。

(三) 長者活動觀察紀錄表：將每次操作活動後，對長者所觀察到之現象以文字記錄下來，以輔佐評估機構長者在生理(感官知覺)、心理(認知、情緒)、社會(活動力)表現，可深入瞭解長者在活動過程中的行為表現狀況。

## 五、資料分析

採 SPSS for Windows 18.0 版套裝軟體進行統計分析，將收集之問卷資料編碼後，以百分比、平均值、標準差進行長者基本屬性分析，另使用無母數檢定活

動介入前、中、後三個不同時間點之評估結果。再者就執行過程中所得之觀察互動資料，摘要文字陳述，以補充量表數據說明不足之處，觀察紀錄的編碼方式如表 3 所示。

表 3 資料編碼說明

資料來源	資料編碼	範例	說明
活動觀察紀錄表	活動觀察單元和活動者代號	觀 1A1	A1 長者在第一次活動單元的觀察紀錄文字

## 六、倫理考量

在進行研究之前已提供研究計畫書與問卷給機構主管參考，現場施測前也向相關工作人員、長者和家屬說明研究目的與性質，並採用下列措施保障受試者權益：1. 告知長者及家屬相關的活動紀錄和問卷採取不計名方式，向受試者保障資料的保密性和個人隱私權的維護；2. 長者及家屬若不願意參與活動，可退出本研究，不會損及其入住權益。

## 肆、研究結果

### 一、基本資料

就年齡的分佈來看，長者平均年齡為75.17歲、男性有2人(33.30%)、女性4人(66.70%)；教育程度則是以國小以下程度居多(50.00%)；平均入住合計月數為8.33月、最短為1個月(16.70%)、最長為16個月(16.70%)；入住原因，以家人無法照顧居多(83.30%)；MMSE評分，輕度有5人(83.30%)、中度有1人(16.70%)；巴氏量表選項評分，勾選0分的有5人(83.30%)、5分的有1人(16.70%)，如表4所示。

表 4 長者基本資料

(N=6)

變項名稱	人數	百分比	變項名稱	人數	百分比
1. 年齡			4. 入住合計月數		
55 歲	1	16.70%	1	1	16.70%
72 歲	1	16.70%	4	1	16.70%
78 歲	2	33.30%	8	1	16.70%
83 歲	1	16.70%	9	1	16.70%
87 歲	1	16.70%	16	1	16.70%
平均年齡 75.17			平均入住合計月數 8.33		
2. 性別			5. 入住原因		
男	2	33.30%	家人無法照顧	5	83.30%
女	4	66.70%	無親友可照顧	1	16.70%
3. 教育程度			6. MMSE 評分		
國小以下	3	50.00%	輕度	5	83.30%
國中	1	16.70%	中度	1	16.70%
高中/高職	1	16.70%	7. 巴氏量表選項評分		
專科	1	16.70%	0 分	5	83.30%
			5 分	1	16.70%

## 二、生理、心理、社會層面之個人前中後測總分

以下依序說明六位長者在生理、心理、社會層面之前中後測總分的變化情形，如表 5 所示。

(一)A1 長者在三層面是呈現穩定進步，感官知覺分數從前測 29 分、進步到後測 30 分；MMSE 分數從前測 14 分、進步到後測 20 分；GDS 分數從前測 4 分、減少到後測 3 分；活動力分數從前測 13 分、進步到後測 18 分。

(二)A2 長者在生理面是呈現穩定進步，感官知覺分數從前測 22 分、進步到後測 27 分；心理面的 MMSE 分數從前測 11 分、進步到後測 23 分；但 GDS 分數從前測 5 分、略提高到後測 7 分；社會面的活動力分數從前測 12 分、維持到後測 12 分。

(三)A3 長者在三層面是呈現穩定進步，生理面的感官知覺分數從前測 33 分、進步到後測 34 分；MMSE 分數從前測 17 分、進步到後測 19 分；GDS 分數從前測 7 分、減少到後測 6 分；活動力分數從前測 16 分、進步到後測 19 分。

(四)A4 長者在三層面是呈現穩定進步，感官知覺分數從前測 27 分、進步到後測 36 分；MMSE 分數從前測 19 分、進步到後測 23 分；GDS 分數從前測 7 分、減少到後測 2 分；活動力分數從前測 14 分、進步到後測 18 分。

(五)A5 長者在三層面是呈現穩定進步，感官知覺分數從前測 29 分、進步到後測 30 分；MMSE 分數從前測 17 分、進步到後測 22 分；GDS 分數從前測 10 分、減少到後測 6 分；活動力分數從前測 12 分、進步到後測 18 分。

(六)A6 長者在三層面是呈現穩定進步，感官知覺分數從前測 23 分、進步到後測 27 分；MMSE 分數從前測 8 分、進步到後測 20 分；GDS 分數從前測 14 分、減少到後測 9 分；活動力分數從前測 10 分、進步到後測 17 分。

表 5 生理、心理、社會層面之個人前中後測總分

長者代號		A1			A2			A3			A4			A5			A6		
層面	向度	前測	中測	後測															
生理面	感官知覺總分	29	29	30	22	30	27	33	27	34	27	32	36	29	35	30	23	28	27
心理面	MMSE 總分	14	20	20	11	20	23	17	19	19	19	23	23	17	19	22	8	15	20
	GDS 總分	4	4	3	5	6	7	7	5	6	7	4	2	10	8	6	14	11	9
社會面	活動力表現總分	13	16	18	12	17	12	16	17	19	14	18	18	12	16	18	10	16	17

說明：活動介入前的施測為前測，活動介入的第 8 次為中測、活動介入的第 16 次為後測。

### 三、生理、心理、社會層面的前中後測差異比較

#### (一) 生理層面的前中後測差異比較

在「生理層面」上，感官知覺總分的前測平均得分 27.00 (SD=4.050)，接受遊戲治療活動介入之中測平均得分 30.17 (SD=2.927)、後測平均得分 30.67 (SD=3.670)，統計結果未達顯著 (p=.163)，但是後測結果進步 3.67 分。再者，就「視覺」、「聽覺」、「嗅覺」、「觸覺」四項之前測、中測和後測分數來看，統計結果亦未達顯著 (p=.790、p=.368、p=.472、p=.210)，但是「視覺」和「觸覺」後測結果有分別進步 1.33 分、0.17 分，如表 6 所示。

表 6 生理層面的前中後測差異比較

	前測		中測		後測		Friedman 檢定	
	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	卡方	P
生理層面								
視覺	3.67	1.506	4.00	1.095	4.17	1.329	.471	.790
聽覺	4.67	.516	4.00	1.095	4.17	1.329	2.000	.368
觸覺	4.33	.516	4.17	.408	4.50	.548	1.500	.472
嗅覺	3.17	.753	2.50	1.049	2.83	1.169	3.125	.210
感官 知覺 總分	27.00	4.050	30.17	2.927	30.67	3.670	6.333	.163

\*p < .05. \*\*p < .01 \*\*\*p < .001.

(二) 心理層面的前中後測差異比較

在「心理層面」上，MMSE 總分的前測平均得分 19.67 (SD=2.582)，接受遊戲治療活動介入之中測平均得分 19.33 (SD=2.582)、後測平均得分 23.83 (SD=3.710)，統計結果達顯著 (p=.006)，故遊戲治療活動介入具有改善效果，且後測結果較前測結果是進步 3.67 分。GDS 總分的前測平均得分 7.83 (SD=3.656)，接受遊戲治療活動之中測平均得分 6.33 (SD=2.733)、後測平均得分 5.50 (SD=2.588)，統計結果未達顯著 (p=.154)，但是後測結果是降低 2.33 分。再者，就「定向」、「命名」、「注意計算」、「回憶」、「語言」五項之前測、中測和後測平均分數來看，「定向」和「回憶」統計結果達顯著 (p=.015、p=.032)，「命名」、「注意計算」、「語言」後測結果是分別進步 1.00 分、0.67 分、0.84 分，如表 7 所示。

表 7 心理層面的前中後測差異比較

	前測		中測		後測		Friedman 檢定	
	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	卡方	P
心理層面-認知 MMSE								
定向	2.50	1.049	4.17	1.169	3.50	.837	8.400	.015*
命名	3.17	1.169	3.33	.516	3.50	.548	1.000	.607
注意計算	2.83	.753	4.17	.753	3.50	.548	6.706	.035
回憶	2.50	1.049	4.33	.516	4.17	.983	6.909	.032*
語言	3.33	1.211	4.67	.516	4.17	.983	3.875	.144
MMSE 總分	19.67	2.582	19.33	2.582	23.83	3.710	10.381	.006**
心理層面-情緒								
GDS	7.83	3.656	6.33	2.733	5.50	2.588	3.739	.154

\*p < .05. \*\*p < .01 \*\*\*p < .001.

(三) 社會層面的前中後測差異比較

在「社會層面」上，活動力表現總分的前測平均得分 12.83 (SD=2.041)，接受遊戲治療活動介入之中測平均得分 16.67 (SD=.816)、後測平均得分 17.00 (SD=2.530)，統計結果達顯著 (p=.012)，故遊戲治療活動介入具有改善效果，且後測結果較前測結果是進步 3.67 分。再者，就「參與感」、「操作表現」、「互動狀況」、「自信心」四項前測、中測和後測平均分數來看，「參與感」、「操作表現」和「自信心」統計結果達顯著 (p=.022、p=.039、p=.024)，「互動狀況」後測結果是分別進步 1.34 分，如表 8 所示。

表 8 社會層面的前中後測差異比較

	前測		中測		後測		Friedman 檢定	
	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	平均數 (Mean)	標準差 (SD)	卡方	P
社會層面-活動力表現								
參與感	3.33	.516	4.50	.548	4.33	.816	7.600	.022*
操作表現	3.33	.516	4.00	.000	3.83	.408	6.500	.039*
互動狀況	3.33	.516	4.33	.516	4.67	.816	5.200	.074
自信心	2.83	1.169	3.83	.408	4.17	.753	7.444	.024*
活動力表現總分	12.83	2.041	16.67	.816	17.00	2.530	8.818	.012*

\*p < .05. \*\*p < .01 \*\*\*p < .001.

#### 四、活動觀察紀錄結果

本活動參與成員共 6 位，出席率達 100%，歸納分析個別成員觀察紀錄後，以下就遊戲治療活動開展的歷程，摘要說明長者個別的反應與改變情況。

##### (一) 活動初期(第1-4次)

活動正式實施後，發現多數成員在初期需要較多引導與說明，一部份是長者因為行動力受限較少參與活動，加上研究團隊是外來人員非院內工作人員，需要較多時間與長者建立信任關係。因此，在初期的活動過程，會有較多時間與長者解釋活動的目的及研究團隊的身份，以避免長者有不愉快和防衛的感受，加上是至長者房間內進行一對一活動，其他長者也會因為好奇而來張望，會讓參與活動的長者不自在，所以在進行活動時，會拉上圍簾或請工作人員帶開其他長者，減少干擾因素。但亦有長者感受到活動帶領者的關心，在第一次見面即激動落淚。「活動帶領者與A6聊天，A6說她都沒有朋友，聊到家人時，A6眼泛淚水並不時的拭淚。」(觀1A6)

##### (二) 活動中期(第5-12次)

經由持續、固定的結構性活動操作程序，與長者建立關係，也讓他們瞭解活動的進行方式，所以多數成員在第5次活動後，已經對活動產生熟悉感也可自由的與活動帶領者交談互動。對於遊戲治療活動進行時的玩具和圖卡，也能明白操作方式。隨著活動的次數增加，可以發現多數長者在認知層面像是命名、計算、回憶、語言能力都有緩慢的進步或是經提醒後便可完成；在活動層面上的參與、操作、互動、自信，也隨著參與次數的增加，明顯有更佳的進展。在互動過程，多數長者都呈現出較佳的專注力、參與度、主動性與自主性。再者，因為是採取以長者為中心的個別式互動方式，長者個人也能就其有興趣的活動內容或活動，主動去聯結過往的生活經驗，在開放式談話引導中，與活動帶領者分享開心喜悅或難過傷心的事務。

「操作者用手指著水果圖卡請A1阿婆說圖卡名稱，A1阿婆皆能答對，操作者給予掌聲鼓勵，A1阿婆回應這是都有吃過的，還與操作者分享討論有關蘋果在以前是一個重要高級的水果，要有生病或生產時才能吃到的故事。」(觀5A1)

「操作者請A1阿婆說出圖卡顏色及形狀，A1可以輕鬆回答且正確，施測時A1阿婆皆能專注的與

操作者執行活動，也了解操作者的活動操作意義，會與操作者分享以前客家人等等趣味事…」(觀6A1)

「在操作過程中，碰到挫折時 A2 會變的沉默，意圖放棄，操作者會鼓勵 A2 慢慢來，也不要氣餒，這個活動是要刺激腦力，減緩退化，A2 聽到此話時眼睛一亮，會專注的試圖解決困境，但有時也會顯得著急不知所措。」(觀 7A2)

「A2 對水果圖卡較熟悉，能快速出名稱、味道及顏色，連上回無法辨識的甘蔗都能快說出。對重新擺放位置可以進步到六張圖卡，打破上回的五張紀錄。數字加法進步到兩位數相加。」(觀 9A2)

「A2 看到我們來時會主動的打招呼，能記住並叫出操作者與觀察者的名字，對於今天是民國幾年幾月幾日，A2 都能正確地回答「102 年 3 月 24 日星期日」，」(觀 14A2)

「在數字圖卡上 A4 對於可以辨認並加、減出個位數與十位數的數字，而且能夠迅速的計算和回答。A4 露出笑容開心的說道：我還會乘法，可以乘出個位數字與十位數字；除法部份，A4 也能夠完成。」(觀 10A4)

「操作者拿出多種的交通圖卡，A5 一看到三輪車的圖卡，笑的很開心的說：這是以前的車，現在很久沒看到了。看到摩托車圖卡時，告訴操作者與觀察者，澎湖家裡也還有一輛摩托車，以前身體好時，出門有時搭公車有時騎車。」(觀 6A5)

「在操作者在運用數字卡之 2 位數，A6 在操作過程中可以完成個位數的加、減，雙數的加、減！但需要操作者較多的提醒及協助計算才能完成。」(觀 5A6)

「A2 阿公因中風在口語表達上不是很清楚，所以在對話過程中，若操作者無法領略時，A2 阿公會一再重複，直到我們聽懂為止。操作者若能明白阿公要表達的意思，或操作者表示出關心、同理 A2 阿公時（例如請他照顧好身體，心情放輕鬆…），A2 阿公便會開心的笑或激動流淚。」(觀 7A2)

另針對長者活動當下的分享內容，也會視情況鼓勵長者自由發揮，所以在活動過程，多數成員都有歡樂的情緒及正向語言回饋，甚至於會表達出對參與活動的期待心情和對活動帶領者的關心。

「操作者發現A1手力道不是很好，便詢問她常在房內可有想要做一些靜態活動，像畫畫寫字？A1回答又沒桌子怎麼寫阿？操作者回答那下次我們就來玩畫畫的遊戲好嗎？」(觀8A1)

「操作者接著請A1參考樣品圖案上的微笑，練習將珠珠插成相同樣圖，A1雖然沒有完全如實製作成功，卻按著各顏色的數量，自己設計出一個另類圖形，操作者稱讚A1有創意，做了一個側臉微笑圖，讚喔！A1也開心的欣賞著。」(觀9A1)

「A3 奶奶帶著微笑向我們揮揮手， A3 奶奶回答說，看到我們的到來好高興，只是麻煩我們很不好意思，」(觀 54A3)

「當我們到 A4 的房間時，她正躺在床上閉目養神，當我們輕聲叫她，她一睜開眼睛看見我們臉上露出笑容，很開心的說：厚！你們來了喔！我很想你們內！操作者與觀察者也回應：我們也很想你啊！」(觀 5A4)

「早上來到 A4 房間，她開心笑著說：我剛剛有看到你們從房門口經過，但沒看到你們，還在想你們怎麼還沒有來，以為你們不來了。…我知道你們今天要來，我剛剛趁你們還沒有來，就

偷偷的在腦海中背九九乘法表了。」(觀 10A4)

「在活動尾聲時操作者問 A5，您喜不喜歡唱歌？A5 回答：以前會去卡拉 OK 唱歌、聽歌，…操作者說：那我們一起唱葉啟田的「愛拼才會贏」，A5 雖然說他忘記怎麼唱了，但還是跟着操作者慢慢的唱，表情非常愉悅，唱完後操作者說：那我們下次明天再來唱「故鄉」，A5 點頭說：好。也稱讚操作者及觀察者很會逗他開心」(觀 6A5)

「操作者與 A6 打招呼，並給予一個熱情的擁抱，觀察者向 A6 開玩笑說”我也要”，A6 馬上很開心的將觀察者抱的緊緊的…」(觀 7A6)

「有一次 A6 阿婆提到以前騎摩托車時也被不知哪裡的「猴死小孩」(台語發音)從後面撞倒了，導致現在才需要住在安養院，當操作者也分享自己的車禍經歷時，A6 阿婆一聽完，馬上自動擁抱操作者，…」(觀 8A6)

對於長者身體功能受限的部份，像是中風導致語言或手部功能障礙，也會依長者狀況再加強此部份的遊戲活動時間，讓長者有機會多練習，或依長者表達出的興趣，增加活動的變化性，希望讓長者在陪伴過程中，可以重建對自我的信心和肯定，也感受到活動帶領者的真誠關懷與傾聽接納，所以多數長者都能喜愛，並且可以享受活動的過程。

「操作者請 A2 拿著刺蝟球在手掌心用力握，鼓勵 A2 有時間要多做按摩運動，讓左手快點恢復功能。」(觀 6A2)

「操作者拿起敲琴讓 A2 敲打，A2 就像小朋友一樣玩得很高興，操作者在旁幫忙唱起小蜜蜂的歌「嗡嗡嗡、嗡嗡嗡----」，A2 笑著一直在琴面上敲打。」(觀 7A2)

「A5 說他自己有空時會以左手拉中風的右手做復健，並示範給操作者看。」(觀 14A5)

### (三)活動後期(13-16次)

有鑑於活動即將結束，所以活動帶領者在後期便開始對長者做活動結束的預告，以利長者整理心情，也避免因為結束活動帶給長者負面的感受。雖然長者有依依不捨的心情，但是多能用正向的態度看待，甚至於肯定帶領者的用心和讚美祝福帶領者。反而是帶領者在長期的陪伴過程中，會因為與長者的互動，而有較多的心情波動，也會去反思個人的家庭景況或老年生活的安排。

「告知 A3 奶奶我們的活動即將結束，為此還擔心 A3 奶奶的反應，奶奶本就是溫和之人，所以臉上還是掛著微笑著跟我們說”感謝” 還說妳們作的非常棒…」(觀 14A3)

「操作者向 A5 預告下次是最後一次活動，在收拾東西時，A5 突然跟我們說：謝謝你們來陪我，…操作者聽完跟 A5 說：是我們要跟您說謝謝才對，謝謝您這麼配合我們的活動。」(觀 15A5)

「A1 看我如子的眼神、燦爛的笑容歷歷在我腦海畫面實讓我捨不得；由於母親55歲早逝，心中不免遺憾…」(觀16A1)

「跟 A5 從活動一開始時的陌生到建立關係，再來要面對的是雙方關係的結束，對我們來說關係

的結束，不會造成很大的影響，因為我們有工作有家庭還有很多事情等著我們去處理，可是對 A5 來說活動結束代表著沒有人來陪他，對長者的影響一定很大，**面對關係的結束心裡難免會不捨**，但是只要想到我們的服務，能讓這些長者快樂，繼而提升長者的自信心，這就是我們服務的目的。」(觀 16A5)

## 伍、結論

綜合上述研究結果，長者確實在遊戲治療活動的個別化服務過程，可以從量化和質性資料中看到其明顯的成長與改變。

首先，就長者個人而言，多數長者在三個層面的前、中、後測的分數都有所進步，雖然 A2 長者的憂鬱分數有些許上升，在活動力的表現也是有下降，此主要是因為活動後期，長者身體不適，引發了心理和社會面的變化。

其次，就三層面的前、中、後測的變化情形來看：

在「生理層面」上，雖然感官知覺分數統計結果未達顯著，但後測分數在「視覺」和「觸覺」後測結果有些微進步，「聽覺」和「嗅覺」下降的幅度也不高。藉由活動的介入確實有減緩退化的速率和維持功能的效果，與候青雲(2005)的主張是相似的。輔以觀察紀錄文字，可知進步的長者，在活動中會表現出「眼睛也會跟著鏡子移動並告知操作者方向與高度」、「把軟毛牙刷在手心、手背施測，回答手心和手背有感覺是刺刺的」、「聽到聲音的大小，用手指指出聽到的波浪鼓聲音方位」、「請長者聞一聞小瓶子，回答酸酸的是醋」。

在「心理層面」上，MMSE 總分的統計結果達顯著，且其中的「定向」和「回憶」分數統計結果也達顯著。雖然 GDS 總分的統計結果未達顯著，但是後測結果是平均降低 2.33 分，整體而言，長者確實有所進步和改善，故遊戲治療活動確有發揮其效益，這也支持了以遊戲做為治療的媒介，確可不受限於年齡限制，是一種可以協助服務對象改善認知與情緒的活動方法(Landreth, 2012)。輔以觀察紀錄文字，可知進步的長者，在活動中會表現出「很專心的聽操作者的指令」、「能專注的與操作者執行活動，也了解活動操作意義」、「可以連接過往生活的美好回憶，開心的與操作者互動」。

在「社會層面」上，活動力表現總分的統計結果達顯著，且其中的「參與感」、

「操作表現」和「自信心」統計結果也達顯著。雖然「互動狀況」的統計結果未達顯著，但是後測結果是平均進步 1.34 分。活動帶領者在一對一的互動服務中，會配合長者當下的言行和生活背景，去彈性使用遊戲教案及鼓勵長者自由發揮，著重此時此刻(here and now)的個別陪伴和進行溫暖的交流，如候青雲(2005)所提，確能有效的去增加長者與環境的互動，促進情感及社交能力。輔以觀察紀錄文字中，可知進步的長者，在活動中會感受到「被關心、被接納」、「能重新肯定自己，甚至於發揮關心他人的特質」。

## 陸、反思與建議

### (一)在實務工作上的反思與建議

運用遊戲治療活動做為輔療性活動的作法，乃是考量長者一旦無法參與團體式的活動時，特別是因為長者是受限於身體功能的障礙，而非排斥或抗拒團體式活動時，該如何提供一套可符合其需求的個別化活動之工作思維，因而發展出本活動方案內容。加上過往帶領長者活動時，發現長者也是有童心的，雖然遊戲治療多運用在兒童或親子活動上，但遊戲中的特色：像是過程中充滿歡樂、不會造成遊戲者的心理負擔和增加遊戲者對外在世界的「我能感」(mastery feeling)，都可以成為與長者建立關係的有效活動媒介。在遊戲中的傾聽與陪伴，也可以讓活動帶領者去看重長者的能力和優勢，從而減少其社會排除或社會退縮行為，符合社會工作所強調的「案主最佳利益」之理念。

另外，在遊戲的活動設計上，我們傾向採取「結構式遊戲」為主，「自發性遊戲」為輔。結構式遊戲乃是依據所蒐集到的資料與假設，為因應某一特定目的（如：服務對象特性、治療目標、資料驗證）而事先設計過的遊戲；自發性遊戲則是服務對象可利用手邊取得的素材，沒有經過事先設計，可不受拘限的想像、自發創造和建構出屬於自己天馬行空的世界(梁培勇，2013)。所以在 16 次的活動中，每個活動都有先行設計好的單元教案，但是在互動過程中，是可允許長者有自由發揮的空間，例如讓長者自由創作和長者共同唱歌，這也是在傳統的活動設計上較少出現的情況。只是，本活動在人力和時間成本上較高、且每次活動只

能服務一人，如何讓機構主管和工作人員願意持續辦理本活動，也是未來推廣本活動時需要努力的方向。

最後，研究者和活動帶領者雖曾修習過遊戲治療課程，但也無法以「遊戲治療師」自稱，而是欲採借遊戲中的「治療效果」，對長者發揮活動效益。未來在實務工作的推廣上，若有遊戲治療師願意在長照機構中，去推動長者的遊戲治療活動，相信也是長照機構主管樂見其成的美事，也盼望此創新方案的實施，能夠提供未來施行長者服務活動之參考做法。

總之，遊戲治療活動在傾聽與陪伴的過程中，確有助於臥床長者建立較佳的心智與生活圖像，也能提供輔療活動設計的創新思維，有助於長者的機構生活品質；建議長照機構可以重視臥床長者的社會參與狀況，亦可嘗試不同的輔療活動，以增加照顧服務效益。

## (二)在研究上的反思與建議

就研究對象來看，本次研究只選取六位長者參與，是屬於小樣本的探索型研究，故研究結果較難推論至其他對象，未來研究建議可加入對照組或增加樣本數，以讓研究結果更為嚴謹與廣泛運用。另在資料蒐集上，可增加長者、活動帶領者的回饋，藉以獲取更豐富之質性資料，進而對研究結果有更全面的評估與分析。最後，在相關研究或文獻的佐證上，因為少有學者投入此主題研究，所以缺乏遊戲治療運用在長者研究的文獻報告，較難比較研究效益，希望透過本研究的初步瞭解，可為今後的深入研究提供基礎和方向。

## 參考書目

- 內政部(2013)。老人安養養護機構。檢索日期：2015/9/30。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。
- 王明鳳(2015)。機構臥床長者個別化照顧服務方案成效評估-以行動學具車為例。2015 參與、實踐與培力：社會工作學術暨實務研討會。屏東：屏東科技大學。
- 行政院經建會人力規劃處(2009)。我國長期照護需求推估及服務供給現況。台灣經濟論衡，7，54-71。
- 林秀蓉、邱啟潤(2004)。護理人員對失能病患主要照顧者出院需求處理自信及相關因素探討。護理雜誌，51(2)，48-56。
- 林萬億(2013)。當代社會工作：理論與方法(三版)。台北：五南。
- 吳東昇(2002)。感覺統合在老年人復健領域中的運用及治療原則。銀髮世紀，13。檢索日期：2015/10/3。取自 <http://www.elderly-welfare.org.tw/content/publication/publication2.aspx?Qsn=14>。
- 李麗花、賴惠玲、蕭正光、鍾信心(2005)。音樂對社區老人憂鬱之成效探討。慈濟護理雜誌，4(2)，27-36。
- 洪秀吉(2005)。居家失能老人病患主要照顧者之需求。於陳清惠等編著，長期照護(三版，301-327)。臺中：華格那。
- 許芳惠、林麗娟、宋惠娟(2011)。運用Watson關懷理論照顧失能老人及其主要照顧者之護理經驗。志為護理，11(1)，119-128。
- 梁培勇(2006)。遊戲治療理論與實務(第二版)。臺北：心理。
- 梁培勇、郭怡君(2013)。你在做遊戲治療嗎？。台灣遊戲治療學報，3，1-15。
- 施振典、莊淑瓊、秦秀蘭譯(2012)。老人社會工作。台北：心理出版社。
- 楊培珊、梅陳玉嬋(2011)。台灣老人社會工作理論與實務二版。台北：雙葉書廊。
- 楊秋燕、李美玲(2013)。機構失智老人懷舊團體介入對憂鬱程度改善之研究。聯合勸募論壇，2(2)，73-96。
- 侯青雲(2005)。活動治療在長期照護機構中的功能。台灣老人保健學刊，1(2)，43-51。
- 陳碧玉(2001)。身體功能、生活壓力和社會支持與老年憂鬱症之關係。中原大學心理學系碩士論文。
- 陳淑雯、湯雅芳、黃瓊萱(2002)。機構老人之活動設計。長期照護雜誌，6(1)，89-96。
- 鄧如涵(2014)。輕度認知功能障礙住民參與感官刺激團體活動的成效探討。國立台北護理健康大學長期照護研究所碩士論文。
- 莫靜敏(2001)。感官刺激活動。21世紀失智症照護機構經營管理暨失智症活動治療研討會。台北：萬芳醫院。
- 董曉婷(2007)。音樂療法於改善機構失智老人之認知、行為及情緒之成效探討。輔英科大護理系碩士論文。
- 董曉婷、陳桂敏(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)，309-318。
- 謝耀文、高東煒、黃宗正(2005)。老年憂鬱症。長期照護雜誌，10(3)，207-215。
- Ejaz F.K., Schur D. & Noelker L.S. (1996) The effect of activity involvement and social relationships on boredom among nursing home residents. *Adaptation and Aging*, 21, 53-65。
- Kemper, P. (1988) Overview of the findings. *Health Service Research*, 23,

161-174.

Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

Rubin, K. H., Fein, G. G., & Vandenberg, B. (1983). Play. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp. 693-774). New York, NY: Wiley.

Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2011). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Publications.

附件一 單元教案接要

活動名稱	追追我在哪~鏡子大遊行	活動地點	長期照顧中心
活動目的	1. 長輩與操作者相互認識與瞭解。 2. 運用現實導向板增加長者與時間、環境的聯結，以建立定向能力。 3. 運用鏡子移動角度，以遊戲方式提昇長者視覺感官的反應。 4. 透過喜怒哀樂圖卡檢視長者活動操作後的情緒反應。 5. 運用各種水果及形狀顏色主題卡，刺激回憶力及提昇計算能力的認知學習程度。		
操作時間	流程詳述		
0930   1030	<p><b>一、暖身：認識你真好</b></p> 1. 操作者、觀察者先自我介紹名字及操作活動意義與目的。 2. 操作者口語化請教長者名字及生活用語來做問答溝通。如今天日期、季節及現在所住院所---名稱。 3. 操作者告知長者教具操作方式。（長者若沒反應，要重複說明2-3次）*以上所有互動對話，觀察者必須仔細聆聽並做紀錄。 <p><b>二、主活動：</b></p> <p><b>(一)視覺學具—鏡子</b></p> 1、初階操作：操作者以雙手拿著鏡子在長者面前 30 公分處，左右兩邊各一次的慢慢移動至 45、60、90 度方位，並同時問長者是否有看到鏡中影像，以確定執行完成度，長者若回答正確，即進行進階操作。 2、進階操作：操作者以雙手拿著鏡子在長者面前 60 公分處，左右兩邊各一次的慢慢移動至 45、60、90 度方位，並同時問長者是否有看到鏡中影像，以確定執行完成。 <p><b>(二)認知主題卡—水果卡、顏色形狀及數字卡</b></p> 1、初階操作： (1) 水果卡：操作者以快樂農場種水果、菜市場賣水果、百貨公司買水果及飯後吃水果等相關經驗做開場互動。再取出水果圖卡數張貼於九宮格板上，請長者說出圖卡上水果顏色與名稱，若完成即進行新舊卡抽換，再請長者指出哪個是剛剛認識的水果。 (2) 顏色形狀卡：操作者以烹飪教室作餅乾、過馬路看紅綠燈及蓋房子數數樂等相關經驗做開場互動。再取出顏色形狀卡請長者說出圖卡上顏色與形狀。 *以上圖卡操作若完成，即進行進階操作。 2、進階操作： (1) 操作者取出比初階數量還多的水果圖卡黏貼在九宮格板上，再請長者說出圖卡上水果顏色、名稱及數量。 (2) 操作者隨意說出 1 個水果名稱，再請長者就圖卡挑選出正確的圖卡。 (3) 操作者再取出數張顏色形狀圖卡混合交錯貼於九宮格板上，再請長者重新依顏色、圖形排放整齊。 <p><b>(三)情緒大檢測：「情緒」圖卡-(高興、不高興、很高興、生氣、傷心)</b>            操作者口語化的詢問長者剛剛的操作活動後的心情感受？長者若有回答，就挑選符合的情緒圖卡讓長者確認。長者若沒有回答，操作者將取出情緒圖卡，請長者挑選以表達當下的心情，藉以檢視長者活動後的心情指數。</p> <p><b>三、回饋分享：</b></p> 操作者、觀察者口語化的向長者道別與謝謝，並告知下次再來的日期與時間。		