



香港中國婦女會

The Hong Kong Chinese Women's Club



2020 安老服務年刊

攜手同行 風雨同舟

# 目錄

p.1	機構	安老服務簡介
p.2-3	黃陳淑英 紀念護理 安老院	院友資料統計
p.4-6		社會服務：活動及服務統計、社交康樂活動
p.7-8		社會服務：抑鬱症的處理
p.9-12		護理服務：臨床照顧質素指標：壓瘡、安全物品的使用、失禁及尿道感染
p.13-14		物理治療服務
p.15-16		職業治療服務：認知障礙症的處理
p.17-18		音樂治療服務
p.19-20		表達藝術治療服務
p.21-23		言語治療服務
p.24-25		回響
p.26-27		長者日間 護理服務
p.28-29	油麗長者日間護理中心	
p.30-31	日間服務長者資料統計	
p.32-33	培育	實習 + 在職培訓
p.34-35	長者學習 社區服務	李樹培夫人啟知中心活動及服務
p.36-37		社區投資共享基金項目 及長者數碼外展計劃
p.38	特別報告	疫情扎記（社區服務）
p.39-40		疫情扎記（安老院）
p.41-51	項目報告	【記憶奪寶】Year 3 Active mind project report
p.52	機構	香港中國婦女會安老服務管理委員會名單

# 機 構

**香港中國婦女會**，是 1938 年於香港創立的一個非牟利慈善團體，目的是聯絡各界婦女團體，為社會建設慈善福利工作，促進德、智、體、群四育之發展，發揮團結精神，服務人群，現為一多元社會服務機構。安老服務是其中一個項目。

## 安老服務簡介

### 政府資助服務

黃陳淑英紀念護理安老院 (1985) 提供 214 個持續照顧宿位，及油麗長者日間護理中心 (2013) 每天提供 45 個資助日託名額，另加 4 個暫託位。



黃陳淑英紀念護理安老院



油麗長者日間護理中心

### 社區照顧服務券

油塘長者日間護理中心 (2013)，每天提供 20 個社區照顧服務券日託名額。

### 自負盈虧服務

護理安老院 5 個非資助宿位。日間護理服務 10 個名額 (2006)。李樹培夫人啟知中心 (2009)，目前會員有超過 700 名。



李樹培夫人啟知中心



油塘長者日間護理中心

## 申請方法

### 資助服務

長者可向住所附近之家庭服務中心、長者中心提出申請，經社會福利署之安老服務統一評估機制評定資格及服務類別，再由轉介社工跟進上表至中央輪候系統，按次序輪候所需服務。安老院另有機構宿位可由機構自行編派，申請表可向總會索取，但申請人同樣需要接受統一評估，合資格方可入住。

### 自負盈虧服務

申請人只需致電本院相關負責同事，了解服務細則、按評估議定收費便可使用。

### 社區照顧服務券

獲社署邀請使用服務券的長者，可直接聯絡本院相關負責職員，商討採用模式及使用細節。

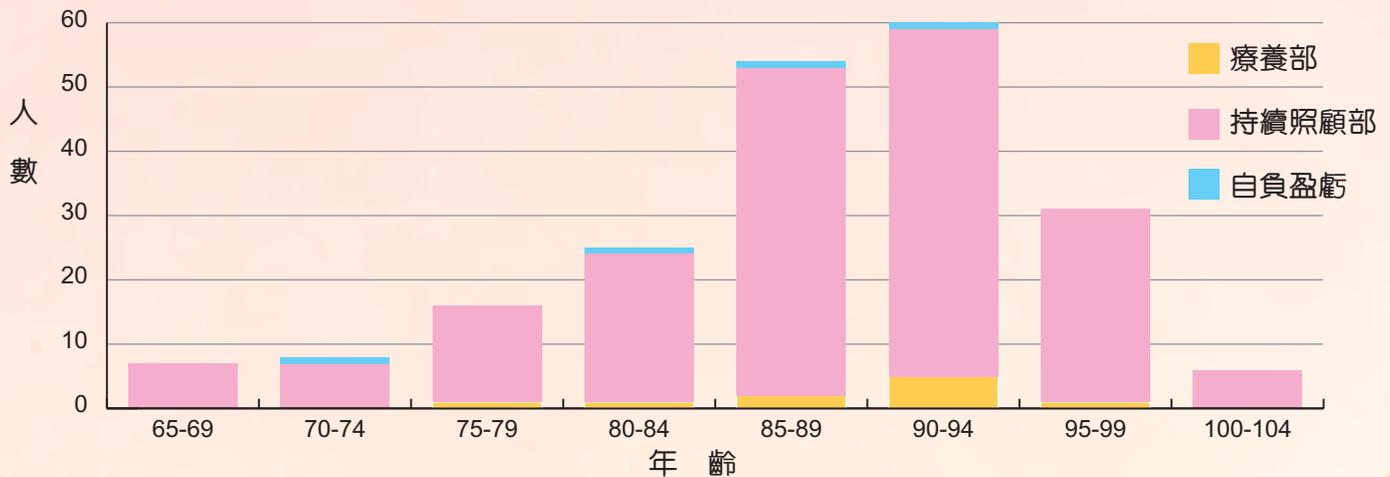
## 退出方法

所有服務使用者均可按其意願及需要，給予服務單位一個月通知期便可退出服務。

# 黃陳淑英紀念護理安老院

院友資料統計 (截至 2020 年 6 月 30 日)

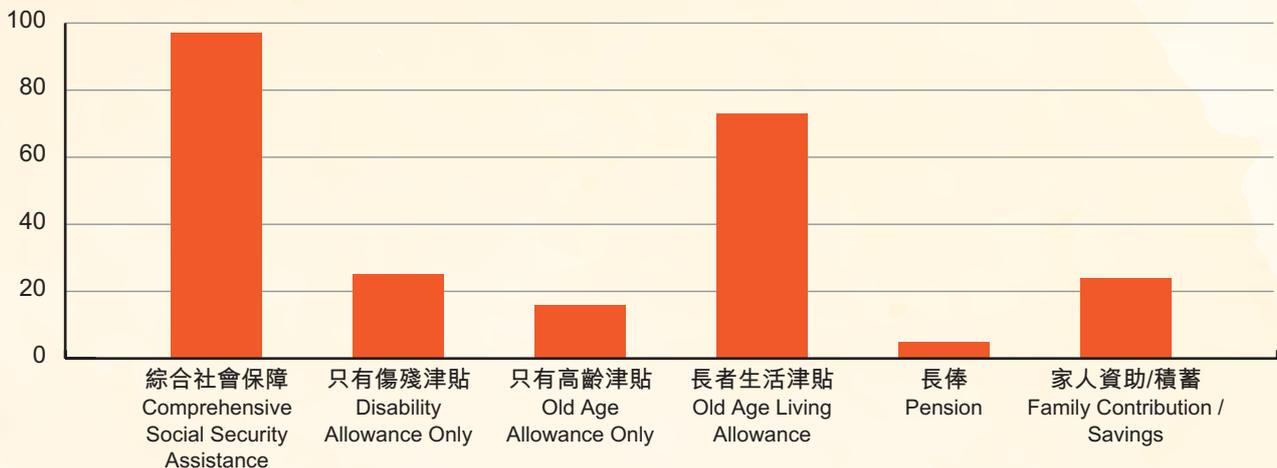
年齡分佈 —— 全院計 (N=207)



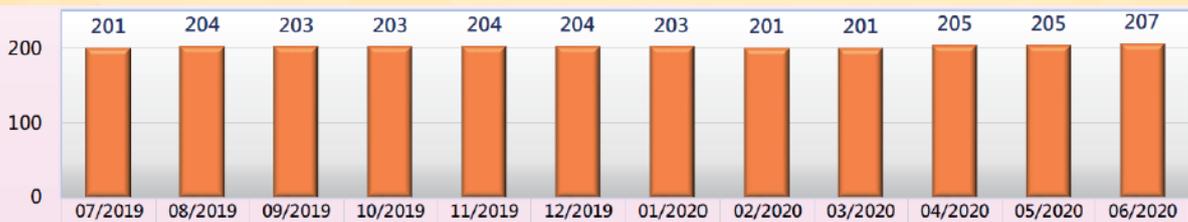
年齡分佈 —— 全院計 (N=207)

	平均年齡			最年長		最年輕		平均入住 / 服務年期	
	合計	男	女	男	女	男	女	男	女
療養部	88.8	85.5	89.6	93	95	78	82	3.2	2.5
持續照顧部	87.8	85.0	88.4	97	104	67	65	4.5	4.4
自負盈虧	83.0	91.0	80.3	91	87	91	74	1.8	2.6

院友經濟來源 (N=207)



每月院友數目

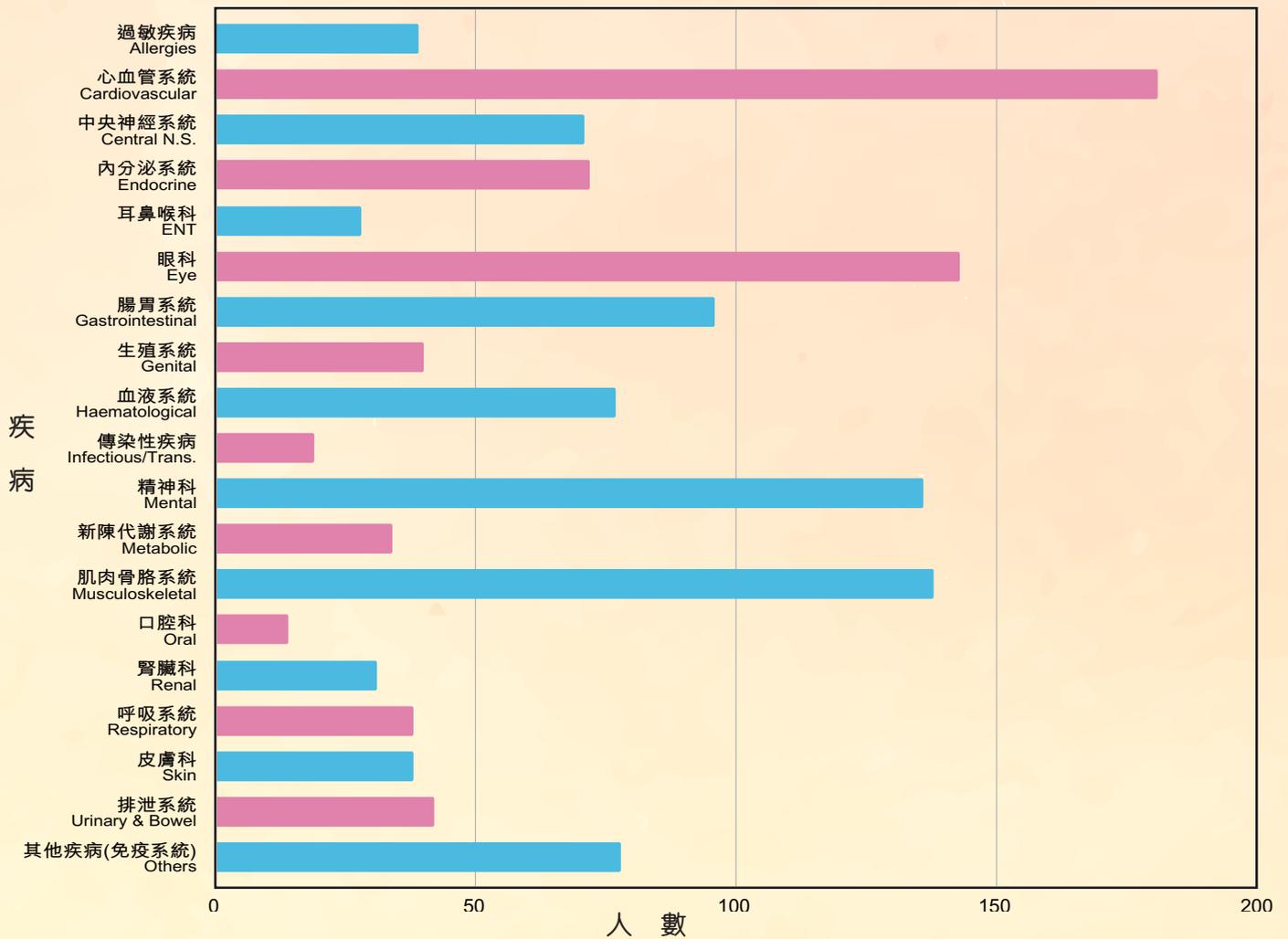


年度院友離世 / 退院數目	07/2019	08/2019	09/2019	10/2019	11/2019	12/2019	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	05/2020	06/2020
年度院友離世 / 退院數目	2	2	3	5	3	5	4	2	1	1	2	1

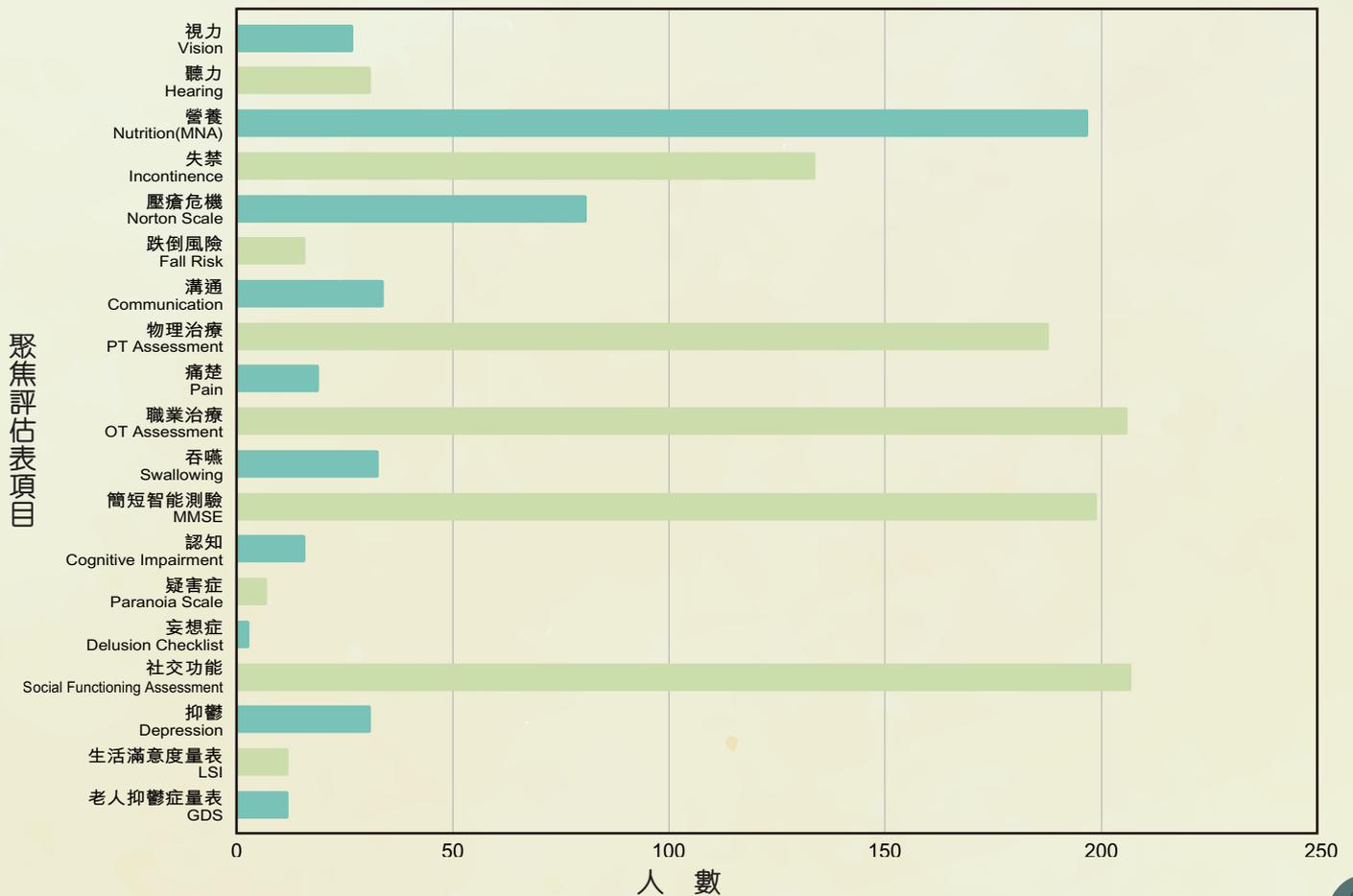
$$2019-2020 \text{ 年度周轉率 (turnover rate)} = \frac{\text{年度院友離世 / 退院總數}}{\text{年度平均院友數目}} = \frac{31}{203.4} = 15.2\%$$

\* 以上數字不包括緊急宿位

院友現時接受治療之疾病種類 (N=207)



院友聚焦評估項目 (N=207)



# 社會服務：活動及服務統計

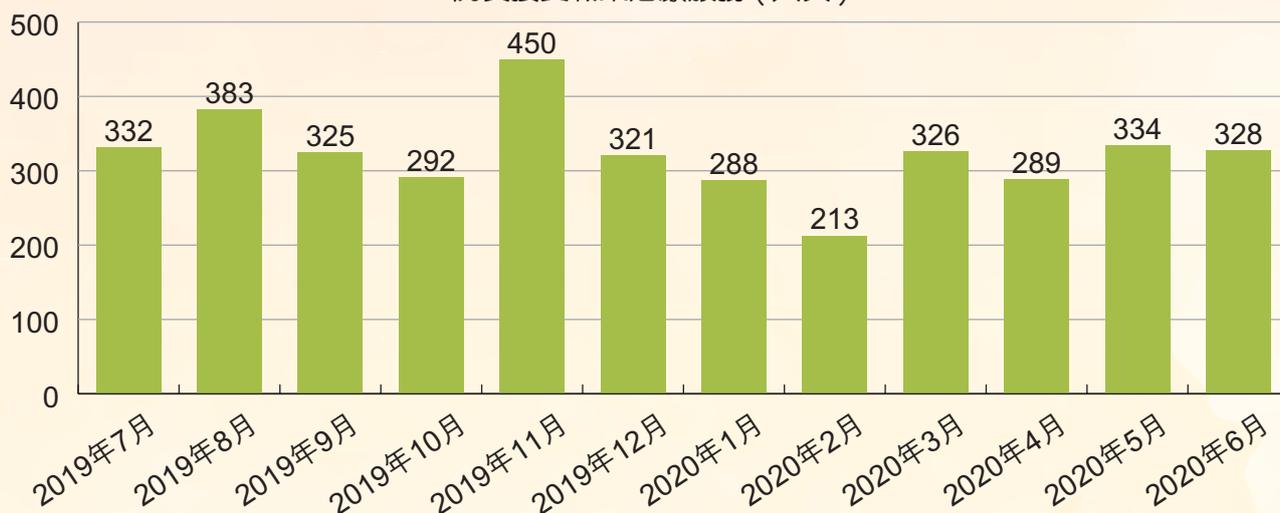
## 物理治療服務

院友接受物理治療服務 (人次)



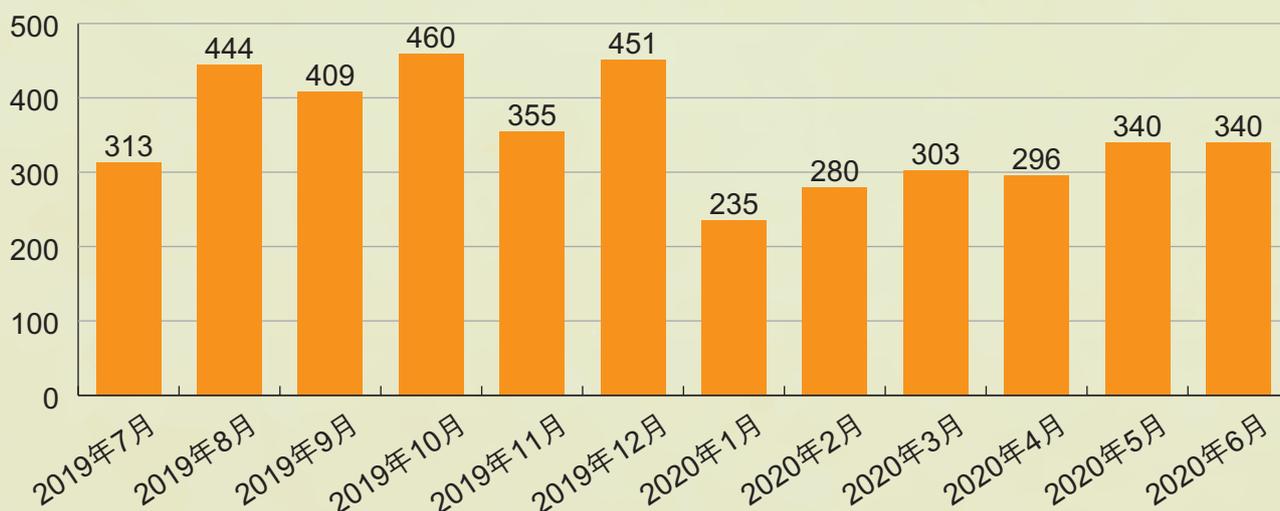
## 職業治療服務

院友接受職業治療服務 (人次)



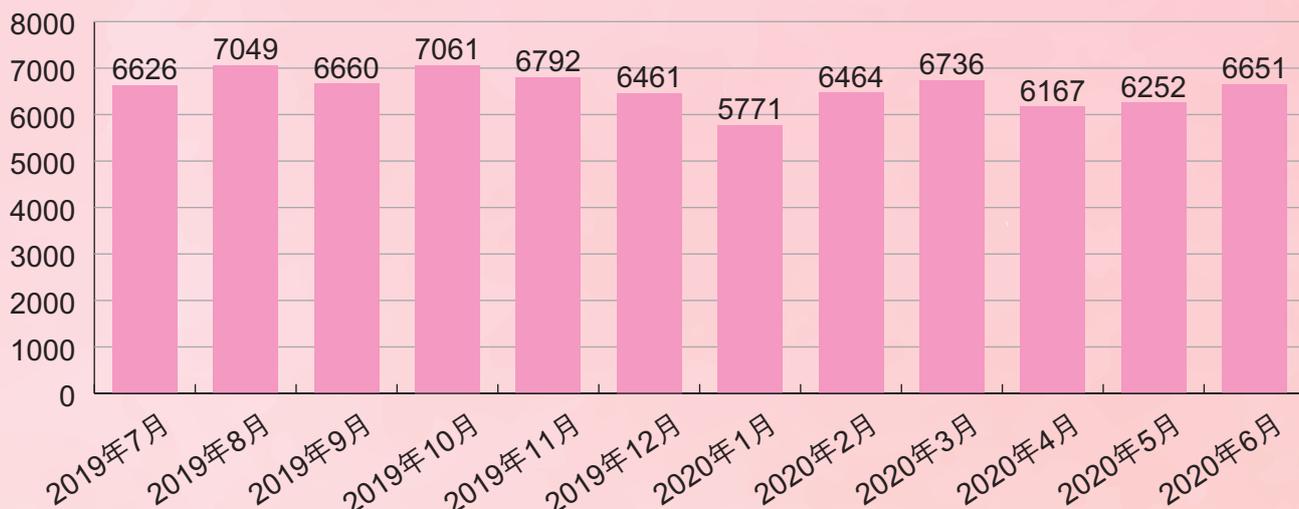
## 創意藝術服務

院友參與創意藝術服務 (人次)



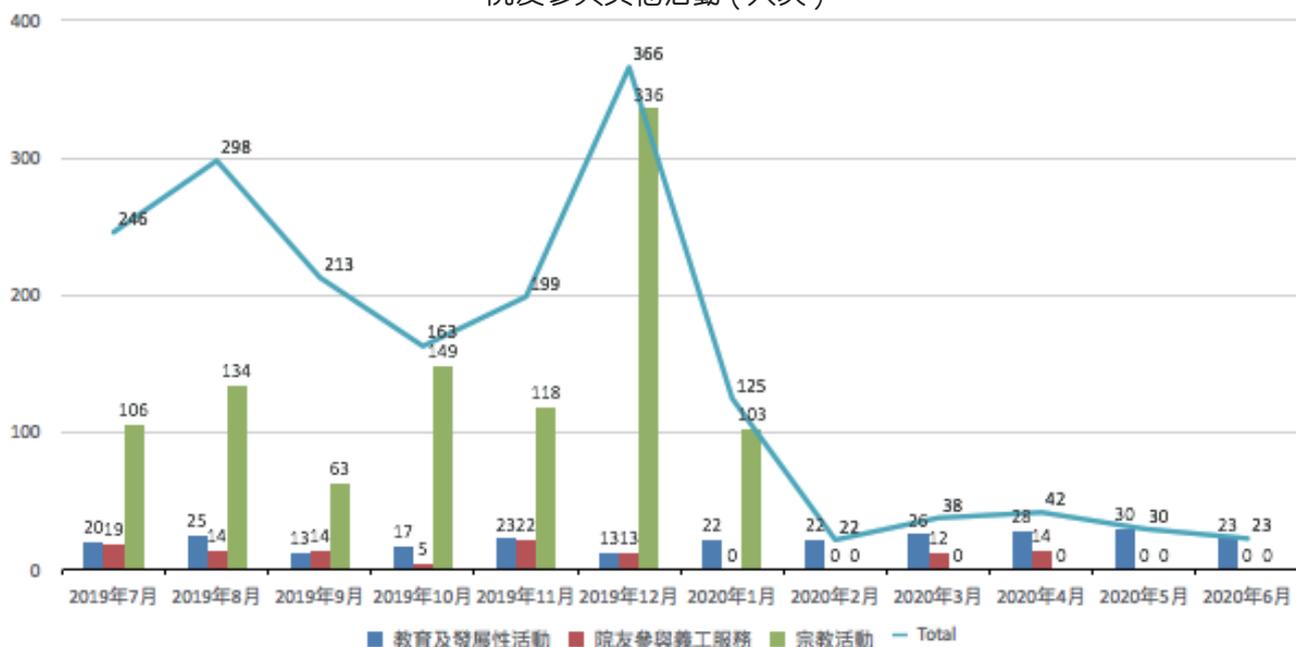
## 社交康樂活動

院友參與社交及康樂活動 (人次)



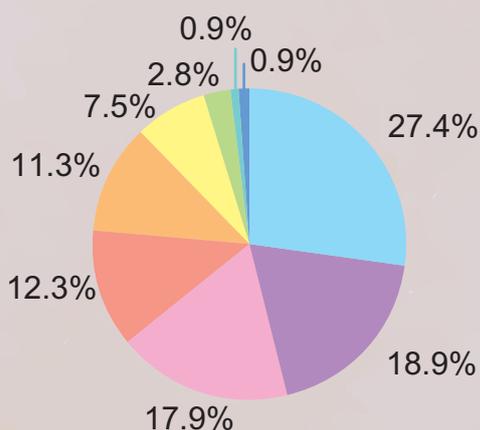
## 其他活動

院友參與其他活動 (人次)



## 輔導服務原因

院友接受輔導服務原因



- 人際關係 / 社交網絡 (與院友) (29 人次)
- 情緒關顧 (20 人次)
- 住院適應 (19 人次)
- 身體功能轉變 (13 人次)
- 認知 / 情緒功能轉變 (12 人次)
- 院規配合 (8 人次)
- 財政問題 (3 人次)
- 善別或失喪 (1 人次)
- 其他原因 (1 人次)

# 社交康樂活動



月餅製作



團年飯



聖誕聯歡會



中秋慶祝會



包餃子活動



生日慶祝活動



中學生探訪活動



愛心影樓



愛心影樓



院友聯會就職典禮



院友聯會就職典禮

## 社會服務：抑鬱症的處理

2019年7月至2020年6月，本院紀錄有18位院友臨床確診患有抑鬱症，而為盡早辨識院友有否抑鬱徵狀及了解抑鬱症院友其抑鬱狀態的程度，本院使用「老人抑鬱評估量表」(Geriatric Depression Scale)，以評估及了解全院院友的情緒狀況，以便及早介入及跟進。另一方面，本院加強留意新院友入住後的情緒狀況，因長者入住新環境，需面對全新的適應。而在疫情期間，院舍暫停家屬到院舍探訪及建議院友避免外出。這些感染控制措施直接地影響院友的情緒。有見及此，本院隨即提供視像服務及按疫情的情況而增加安排時限性探訪，目的讓院友與家人保持恆常的聯繫，這對初入住院舍的新院友尤為重要。

### 評估情緒狀況工具

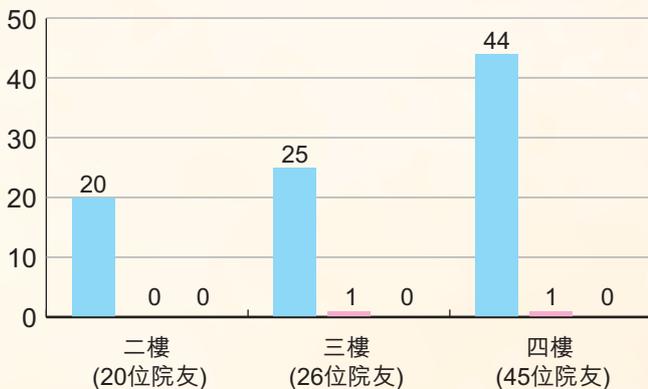
使用「老人抑鬱評估量表」(Geriatric Depression Scale)，為沒有認知缺損或輕度缺損的院友進行情緒狀況評估。評估量表共30條問題，若分數在10分或以下，表示情緒狀況屬正常；分數在11至20分或以下，表示情緒屬輕度抑鬱；分數在21至30分，表示情緒狀況屬中度至嚴重抑鬱。

### 整體院友的情緒狀況

社工團隊在2019年10月至2020年1月期間，使用「老人抑鬱評估量表」為91位(當中15位是新院友)沒有認知缺損或輕度缺損及沒有確診抑鬱症的院友進行評估。綜合結果，97.8%的院友其情緒狀況屬正常，GDS平均分數值為3.78分。當中發現2位院友，其中1位是新院友，她於2019年12月入住本院。兩位院友的分數均是12分，顯示她們有輕度抑鬱的情況。(圖一)

單看新院友的情緒狀況，在2019年7月至2020年1月期間，共有22位新院友入住，他們均沒有確診患有抑鬱症。其中15位院友適合進行評估。綜合結果，93.3%新院友其情緒狀況屬正常，GDS平均分數值為4.73分。當中有1位院友其分數是12分，顯示她有輕度抑鬱的情況。

沒有確診抑鬱症院友之老人抑鬱評估量表分數

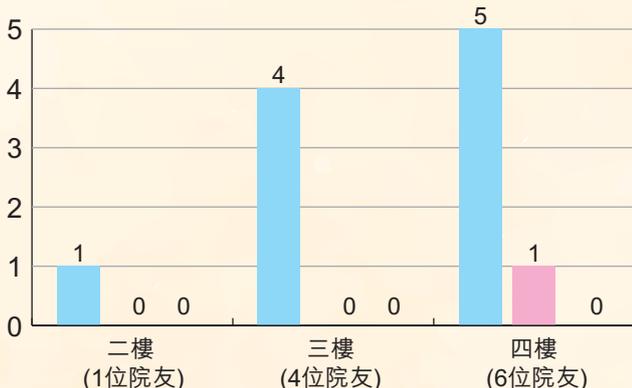


	二樓 (20位院友)	三樓 (26位院友)	四樓 (45位院友)
分數 0-10	20	25	44
分數 11-20	0	1	1
分數 21-30	0	0	0

### 抑鬱症院友的情緒狀況

在18位確診抑鬱症的院友，其中11位院友適合進行評估。綜合結果，90.9%抑鬱症院友的情緒狀況屬正常，GDS平均分數值為5.09分。當中1位院友的分數是16分，顯示院友的抑鬱程度屬輕度。(圖二)

確診抑鬱症院友之老人抑鬱評估量表分數



	二樓 (1位院友)	三樓 (4位院友)	四樓 (6位院友)
分數 0-10	1	4	5
分數 11-20	0	0	1
分數 21-30	0	0	0

## 疫情期間入住新院友的情緒狀況

在 2020 年 3 月至 6 月疫情期間，共有 11 位新院友入住，他們均沒有確診患有抑鬱症。其中 9 位院友適合進行評估。綜合結果，100% 新院友其情緒狀況屬正常，GDS 平均分數值為 3.56 分。

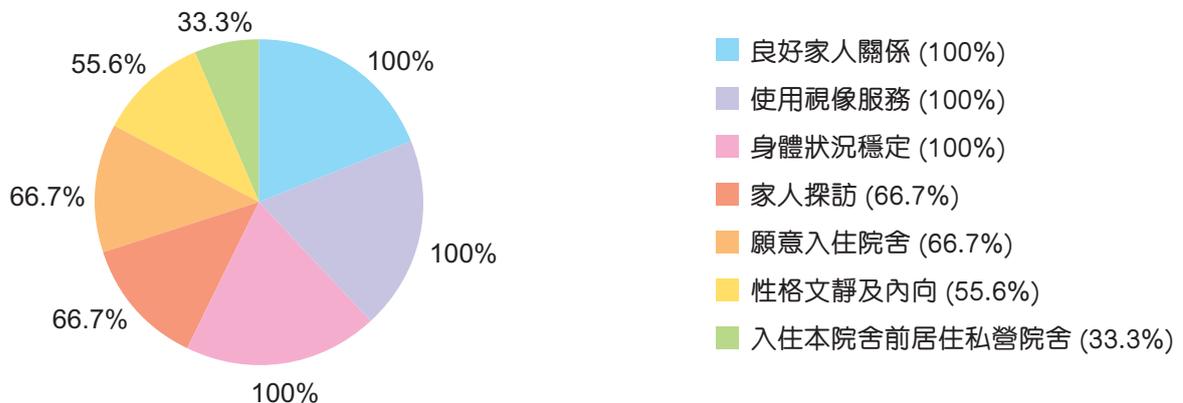
這 9 位新院友雖於疫情時段入住，仍能保持情緒穩定。探索及分析背後原因，發現他們在個人、家人及環境方面均具備保護因素 (Protective Factors)，這些因素起了保護性作用，有效地幫助他們保持情緒穩定，逐步適應新環境、新生活。(圖三)

首先在家人關係方面，100% 院友與家人保持良好的關係及使用視像服務維持聯繫。而 66.7% 院友的家人曾於本院時限性探訪時來探望院友，不少家人亦恆常為院友送來物資，表達關愛和心意。

在個人因素方面，第一是身體狀況，100% 院友其健康狀況穩定，他們透過使用不同的步行輔助工具，行動能力維持不錯，只有 1 位院友需坐老人椅。他們繼續保持入院舍前的活動自主性，而參與早上的健康操、防跌操、被動運動及步行訓練等，令院友每天保持一定的活動時間。第二是入住院舍的意願，66.7% 院友是願意入住本院，當長者迎接一個新生活、新環境，能選擇的自主性是十分重要。第三是個人性格，55.6% 院友屬性格文靜及內向，新入住的男士愛靜態興趣如看書及閱報，而女士的性格較文靜，偶爾她們會於小賣部賣一些小食、水果，在鼓勵下會參與各樣活動。

最後在環境因素方面，33.3% 院友入住本院前居於私營院舍，他們在比較兩者的居住環境、照顧人手比例及收費後更願意入住本院。只有 1 位院友於入住初期時表示想回家，因她過往獨居，故需較長的時間適應院舍群體生活。

新院友具備之保護因素



## 輕度抑鬱情緒院友之跟進

評估結果顯示共有 3 位院友其分數顯示她們的情緒屬輕度抑鬱，其中 1 位是抑鬱症院友。引致 3 位院友情緒低落的原因分別受痛症影響、新入住院舍適應及患有末期病患。透過各治療師及社工提供各項服務包括「痛症運動班」、情緒關顧治療性小組如「表達藝術治療小組(情緒)」、「好歌獻給你」、輔導服務、社交及教育性小組予院友，其中 2 位院友的情緒狀況有改善。

## 持續關顧院友的情緒狀況

透過評估全院院友的情緒，98% 院友情緒狀況顯示屬正常。本院繼續致力關顧院友的情緒狀況，就每位新入住院友、出現情緒低落的院友、確診抑鬱症院友，社工定期進行「老人抑鬱評估量表」，以評估院友的情緒狀況及檢視服務提供後的成效。而在疫情期間，社工更加強留意院友的情緒狀況及跟進他們的需要。

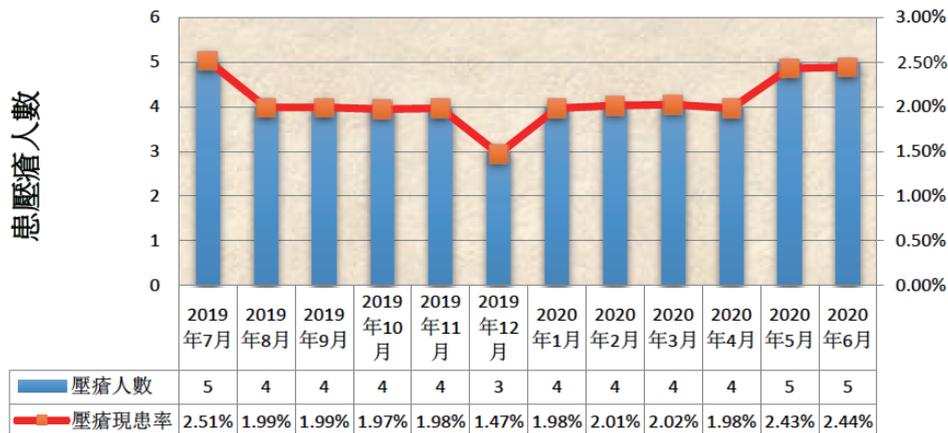
# 護理服務：臨床照顧質素指標

## 壓瘡

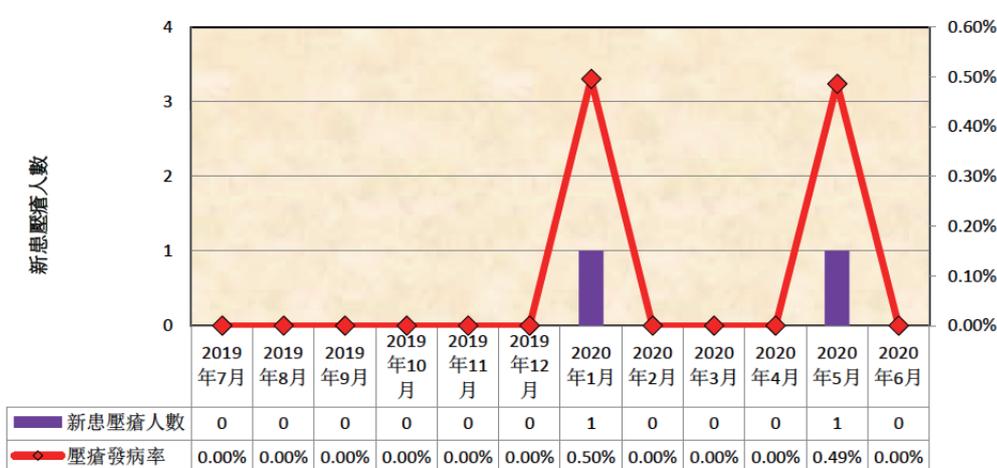
### 2019年7月至2020年6月壓瘡指標監測結果及分析

2019年7月至2020年6月的壓瘡個案，每月現患率為1.47-2.5%（圖一）即每月3-5位院友患有二至三級程度壓瘡（全院共199-206人）。每月新患上壓瘡院友為0至1位，發病率為0.5%，全年共有五名院友（圖二），全部壓瘡個案均為院友入住醫院後產生，並非源於本院之照護程序。壓瘡改善比率為20-25%（圖三），每月平均有一名院友壓瘡得以痊癒。

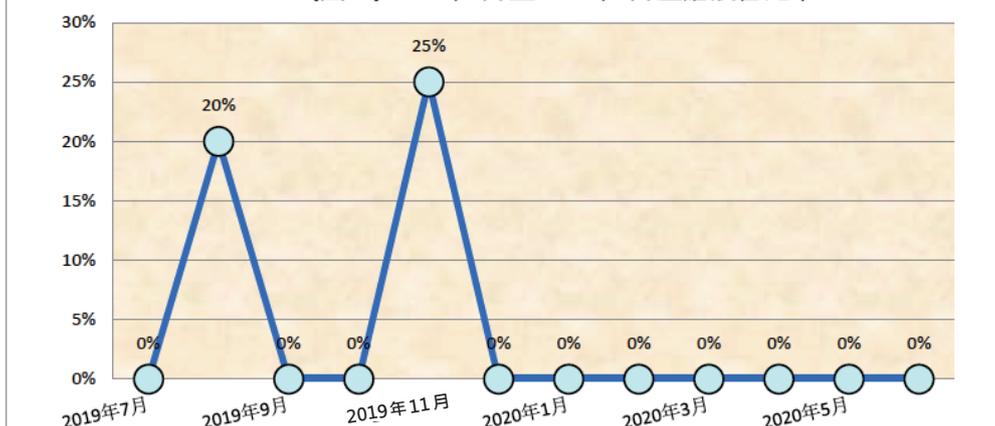
(圖一) 2019年7月至2020年6月壓瘡現患率



(圖二) 2019年7月至2020年6月壓瘡發病率



(圖三) 2019年7月至2020年6月壓瘡改善比率



## 檢討情況

本年度患有壓瘡的五名院友，其中三名屬於 2-3 級傷口，二名屬於第二級壓瘡傷口，部份以 尾最多，其次為足部。二名院友身體較弱，一位患有糖尿病，長期臥床，在住醫院期間，形成了足部壓瘡。由於血液循環欠佳，增加治療時的困難度和所需時間。

## 改善措施及行動

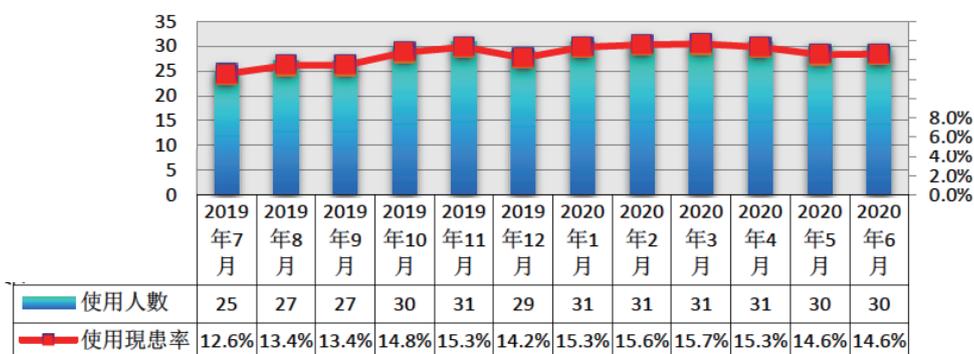
1. 及早防範，識別高危人士，嚴密觀察皮膚狀況，盡早採取適當行動。特別注意皮膚顏色、溫度、質地的改變。更換尿片後塗上保護乳液，若衣物、床單弄濕，便會立即更換。
2. 攝取足夠營養，注意院友進食及消化情況，保持足夠的營養，以免因為營養不良而導致新陳代謝率降低。每月量體重，補充營養奶，攝取高蛋白，增進傷口癒合。
3. 使用減壓裝置，保護受壓部位，避免身體組織的長時間受壓，使壓力更平均分佈：如充氣床墊、腳套、坐墊。
4. 嚴格施行無菌操作，以免傷口受感染。採用適當的敷料來維持傷口的濕潤度，保持傷口清潔，配合彩光燈照射程序，促進血液循環，幫助傷口癒合。

## 安全物品的使用

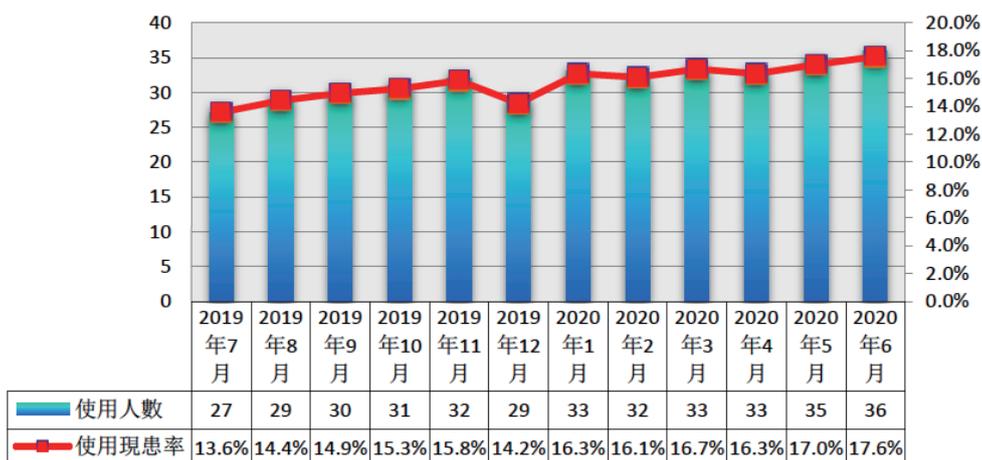
### 2019 年 7 月至 2020 年 6 月安全物品使用指標監測結果及分析

本年度日間使用安全物品現患率平均為 12.6 — 15.7% (圖六)，而夜間使用率平均為 13.6 — 17.6% (圖七)，院友使用安全物品有輕微上升趨勢，由去年中 36 人至今年中 41 人，使用種類包括安全背心、盆骨部位固定帶、手帶或手套等等。每月新增率約 0.5-1%，即每月 1-2 人 (圖八)，使用原因為高危易跌，少數為自傷危險及維生治療。本院採用最少約束政策，每月均對每名使用安全物品的院友舉行個案研討，4 名院友經評估後可以停止使用安全物品，停止使用比率每月接近 3% (圖九)。

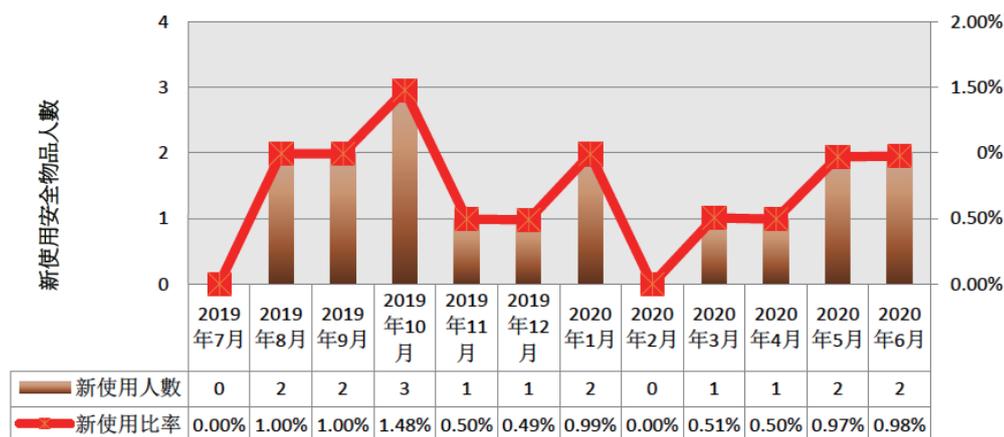
(圖四) 2019年7月至2020年6月安全物品日間使用現患率



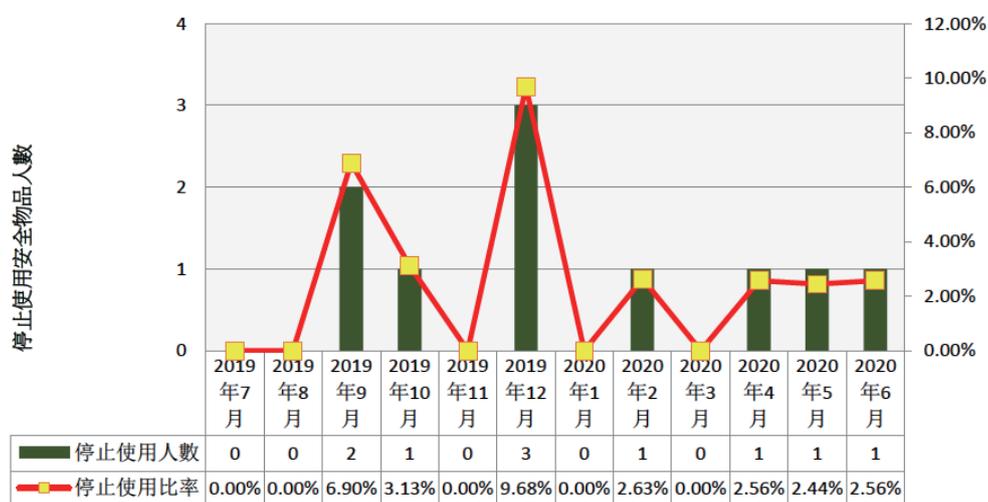
(圖五) 2019年7月至2020年6月安全物品夜間使用現患率



(圖六) 2019年7月至2020年6月使用安全物品發生率



(圖七) 2019年7月至2020年6月停止使用安全物品比率



## 檢討情況

本港正步向人口老化，政府推動「居家安老為本，院舍照顧為後援」的長遠目標。讓長者獲得切合個人需要的社區照顧服務，如日間中心及到戶的家居照顧服務，直至身體機能達中度缺損及以上，才接受院舍照顧，因此入住院舍的長者較為體弱，相信這對需要使用安物品院友的人數上升有很大的關係。使用安全物品之院友，主要為高危易跌，除了使用安物品外，本院亦使用防滑坐墊、離床警報器等非約束性物品，提高員工預防院友跌倒的意識及警覺性。

## 改善措施及行動

1. 為減少使用安全物品，本院專業團隊會各司其職：物理治療師為院友提供強化肌肉訓練，預防跌倒；職業治療師透過使用合適的座椅及輔助用具，以改善坐姿，減少使用盆骨帶。
2. 我們的音樂、表達藝術、職業治療師亦為認知障礙症的院友提供多元的治療及活動，透過訓練，改善院友記憶力、注意力及自理能力。
3. 本院於晚間提供離床警報器及床邊便椅，職員並會加密巡視，院友甦醒時可即時得到警示，減低了遊走、跌倒的風險，亦避免不必要的使用約束物品。
4. 每月跨部門重新評估是否需要約束，逐個個案檢視，適時解除約束，避免不必要的持續使用。

## 失禁及尿道感染

### 2019年7月至2020年6月失禁及尿道感染指標監測結果及分析

本年度失禁現患率為 78.9%-82.4%，相比上年度失禁現患率 73-76% 稍高，住院及新入住院友隨著年齡老化，普遍身體狀況較弱，加上長期病患及機能衰退如糖尿病、帕金森症、關節炎或泌尿神經受損，生理結構及盆底肌鬆弛，均影響控制失禁能力及難以恢復。當中 98% 使用尿片，2% 需使用導尿管。失禁又患尿道炎感染比率為 0-2.4%，相比上年度 0-3.5% 較低。

在新冠狀病毒肺炎爆發期間，即報告內容的後半年 2020 年 1 月至 6 月，全院僅有 2 宗尿道炎感染個案，同期感染流行性感冒的個案亦大大減少。整體對比是院友減少對外接觸和全院加強手部衛生。

### 檢討情況

本年度使用尿片患尿道炎感染比率為 0.5%，使用導尿管患尿道炎感染比率只為 0.1%。留意到個案感染發展是基於減少進水，又身體機能及認知能力下降影響自理及局部衛生問題，已加強院友及員工對尿道炎的預防教育，鼓勵及協助院友進水，加強員工對失禁的護理及貫徹局部及環境衛生。2020 年 4 至 6 月期間已沒有尿道炎感染個案。

### 改善措施及行動

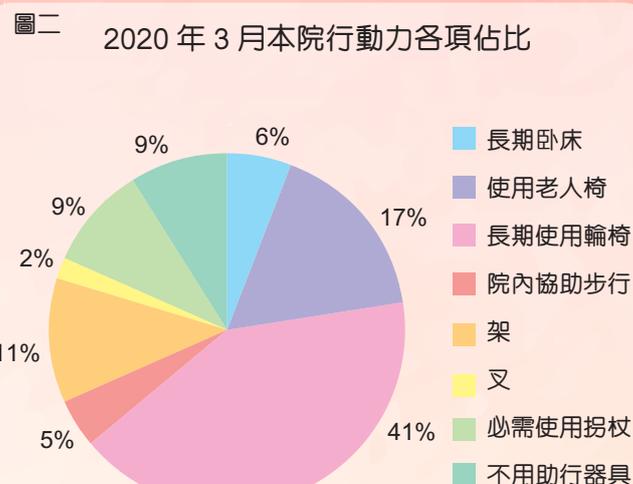
1. 加強院友及員工處理如廁或失禁後抹拭下身的衛生常識及經常保持手部衛生。
2. 如沒有醫療限制，鼓勵院友多進水，及員工協助身體脆弱的院友喝水。
3. 建議院友飲用蔓越莓汁預防尿道炎感染。
4. 提供衛生環境，如在淋浴前用 75% 酒精消毒浴椅或浴床，以防止細菌感染。
5. 加強盆底腔肌肉訓練，延緩失禁情況發生。



# 物理治療服務

## 全院行動能力 (Mobility) 檢視

2020年3月，本院整體院友行動能力情況如下：(圖一)及(圖二)



- 卧床 (圖一紅格)**  
 卧床類別總數共 12 人，佔總院友人數 6%。以二樓佔比率為最高，共 6 人，佔該類別總人數一半，合乎本院以二樓護理程度最高之安排。
- 輪椅 (圖一綠格)**  
 輪椅類別包含三項小分類，分別為老人椅、輪椅和協助步行。此類別總人數佔全院 63%，共有 127 人。三層樓之總人數分別為二樓 51 人、三樓 46 人、四樓 30 人，而老人椅集中在二樓、三樓。
- 使用輔助器材步行 (圖一藍格)**  
 使用輔助器材步行類別包含三項小分類，分別為助行架、四腳叉和拐杖。此類別總人數佔全院總人數 22%，共有 46 人。其中以四樓為最多，共 24 人。
- 徒手步行 (無需使用輔助器材) (圖一紫格)**  
 徒手步行三層層共 18 人，佔全院總人數 9%，當中以四樓為最多。

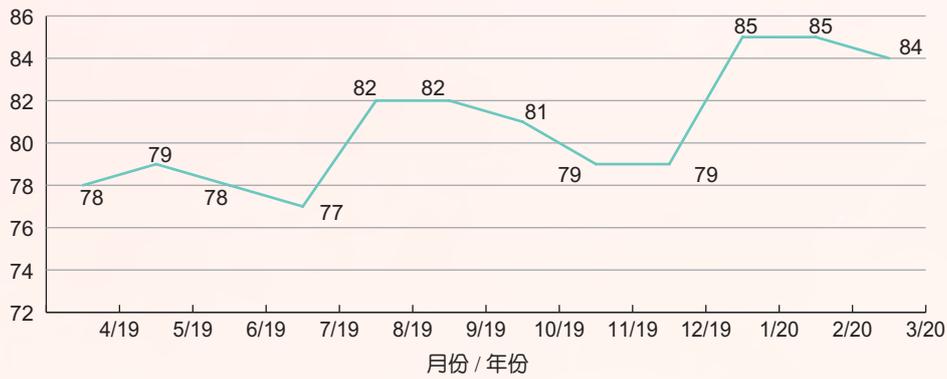
## 2019-2020 之住院整體行動能力變化

2019年4月至2020年3月間本院行動能力和扶抱需求有輕微變化：整體扶抱需求輕微下降(圖三)，老人椅使用量有所下降(圖四)，及輪椅使用量上升(圖五)



圖五

2019-2020 使用輪椅趨勢



從以上三項指標看來，本院在需協助的行動力在年內有所改善，估計主因跟院友新舊更替有關。

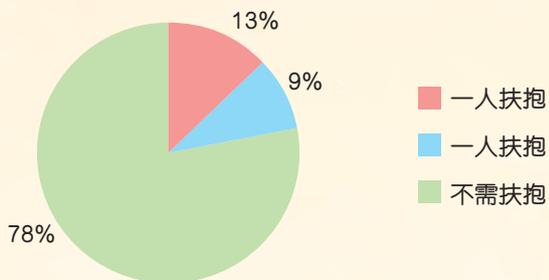
## 2019 年下半年本院新入住院友與新日間服務會員行動能力比對

2019 年下半年新收日間長者體弱比率似有所增加，在比對數據後有以下發現：

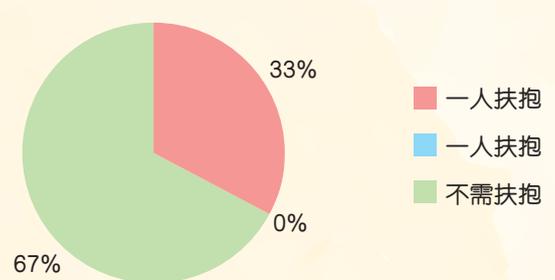
- 1 新入住院友需要扶抱比率為 22%(圖六)，當中有 9% 為需要二人扶抱者；新收日間中心長者的需要扶抱比率為 33%(圖七)，而當中沒有需要二人扶抱者。
- 2 新入住院友使用輪椅比率為 39%(圖八)，當中有 9% 為老人椅使用者；新收日間中心長者的使用輪椅比率為 67%(圖九)，當中沒有老人椅使用者。

儘管比率上似新收日間長者較為體弱，但由於新收日間長者基數較少，而新入住長者中有較為體弱的二人扶抱和使用老人椅的長者，為此新收住院院友依然較弱，情況合理。

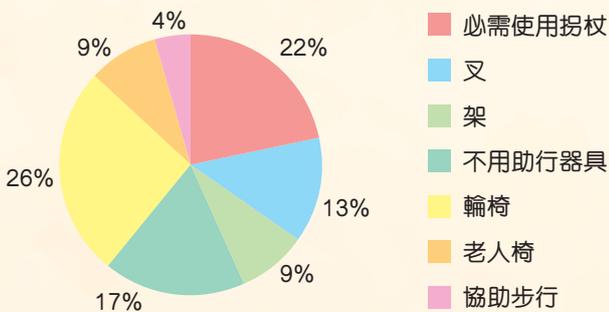
圖五 2019 年下半年新住院友扶抱比率



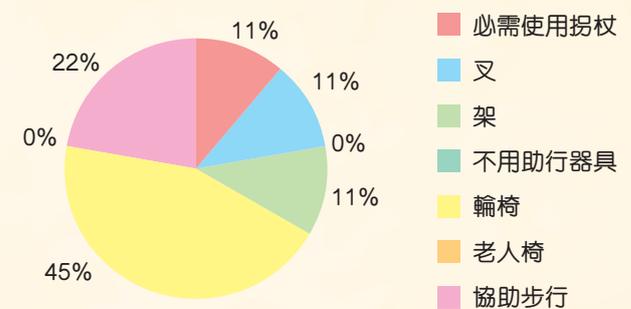
圖六 2019 年下半年新收日間院友扶抱比率



圖七 2019 年下半年新住院院友院內輪椅比率



圖八 2019 年下半年新收日間長者院內輪椅比率



## 應對整體行動力表現之物理治療安排

由於無論住院院友、新使用服務日間中心會員，不能自理步行比率皆高，即使能自理步行者平衡穩定性一般亦不如理想。對之本院除了安排一般步行訓練和懸吊式步行訓練外，新近亦通過樂齡科技基金準備購入兩台站立訓練儀，一台是針對自理能力較高者的高階訓練 Prokin 252，另一台是針對平衡力較弱或輪椅使用者的 TheraTrainer Balo，期望藉此改善長者行動能力。

# 職業治療服務：認知障礙症的處理

## 2020 上半年度院友認知狀況

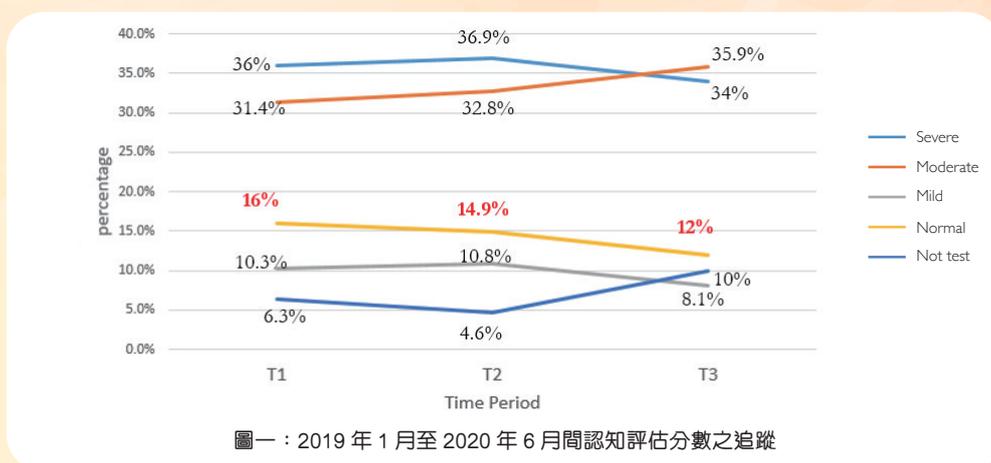
院舍於 2020 年上半年度進行了一次認知評估，住院總人數為 209 位長者。當中共有 21 份未能完成。未能完成的原因主要是院友患有失語症、體弱需要臥床休息或拒絕作答，全院認知缺損的現患率 75.1%。

## 2020 年 1 月 — 6 月新入住院友認知狀況

2020 年上半年共 12 位新入住院友，男佔 4 名及女佔 8 名。由於本年 1 月份起新冠狀病毒肺炎情況漸趨嚴峻，其中兩名新入住院友暫時在家居住。當中 7 名新院友患有認知障礙症，佔 58.3%。男女百分比為 42.9% 及 57.1%。此外，當中 2 名新院友呈現精神問題及行為徵狀 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)，如語言暴躁、遊走等問題。

## 2019-2020 年間院友認知狀況之追蹤研究結果

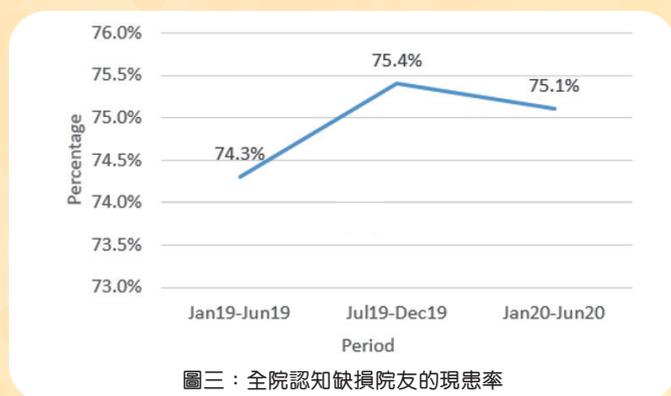
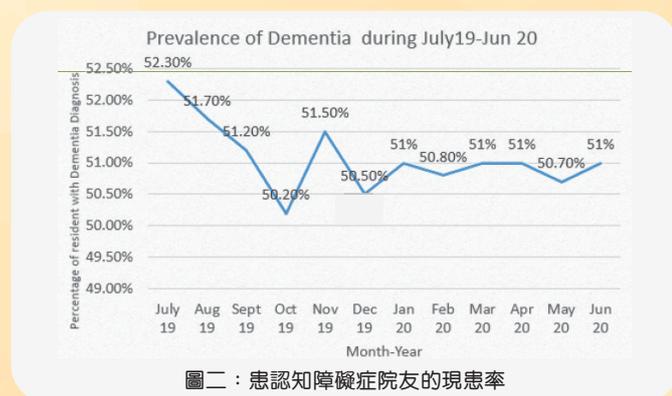
本院每半年為所有院友進行認知評估，將 2019 年 1-6 月間結果定為首次結果 (T1)，2019 年 7-12 月間的結果定為跟進結果 (T2) 及 2020 年 1-6 月為追蹤結果 (T3)。我們除掉三次評估結果為 0 分的院友，最後共有 115 對結果可用作數據分析。輸入數據後，利用配對比較程式 (pairwise comparisons ezAnova)，三次認知評估的平均認知分數為 T1 (16.82 分，標準差 1.48 分)，T2 (17.25 分，標準差 1.61 分) 及 T3 (16.93 分，標準差 1.84 分)。當中只有 T2-T3 之間的分數在統計學上有顯著的改變 ( $t=2.14$ ， $p$  數值少於 0.0347)。過往一年半間，不同認知缺損程度院友的百分比，分佈如下 (圖一)。



嚴重認知缺損的院友佔全院 34%，中度認知缺損的院友有上升的趨勢，由 2019 年初佔 31.4% 增加至 2020 年 6 月佔全院 35.9% 的院友。此外，輕度認知缺損的院友則較為穩定，維持在 10% 的水平。而認知正常的院友則在年半內下降 4%，值得留意。

## 本院患有認知障礙症及認知缺損的現患率

2019 年 7 月至 2020 年 6 月間，本院已確診患有認知障礙症的院友佔 50.2%-52.3% 之間 (見圖二)。除此之外，本院的認知缺損盛行率，則佔全院院友的 74.3%-75.4% 之間，近半年間有 0.3% 輕微下降 (見圖三)。

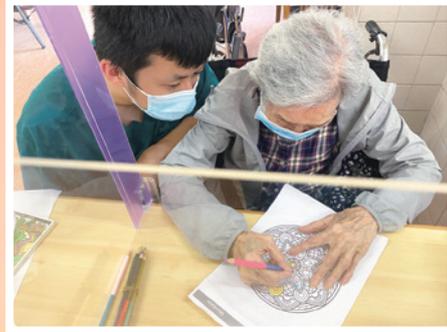


## 疫症期間職業治療訓練的特別安排

2020年首6個月，由於新冠狀病毒肺炎的疫情反覆及漸趨嚴峻，安老院舍亦實行一系列的防疫措施，保障院友及職員的安全。例如社交距離的安排、家屬視像探訪、暫停外間團體探訪及外出的大型活動、避免跨樓層活動及減少小組訓練人數等，以上各種的安排實施數月後，在短期或長期都會對院友的心理及情緒上出現負面影響，如焦慮、不安、失去動力、減少與別人溝通，甚至抑鬱等。因此，本院各專職同工都發揮所長，變動現時的服務提供模式及內容，去面對這個挑戰！

### (i) 曼陀羅 (Mandala) 塗色訓練

曼陀羅源自印度梵語即「神聖之園」，由各式各樣的對稱幾何圖形組成。常用於心理治療方面，通過填寫自己喜歡的顏色，提升主觀幸福感、自我覺察、專注力及自信心。此外，填色更能顯示情緒、有減壓、治療失眠及抑鬱的效用。對於患有認知障礙症院友，透過成功的經驗，鼓勵院友繼續參與活動及養成新的習慣，擴闊興趣範圍及起動力，減少精神徵狀及行為問題，如遊走及其他騷擾行為等。



圖四：院友進行曼陀羅塗

### (ii) 蒙特梳利™ 認知障礙症活動

近年多項外國及本地的研究指出，蒙特梳利™ 活動有效減少認知障礙症患者的精神及行為問題，改善進食行為及減少與進食相關的行為問題，提升自我表達能力及主動參與社交活動。活動形式多變，適合一對一或小組訓練。而且訓練的活動及素材亦非常生活化，經受訓的職業治療師評估後，家屬更能家居環境中就地取材，配合職業治療師的引導下，抗疫期間在家中進行訓練，能對患病的親友能力有更深刻的了解，讓院友在家中生活作息時，加入訓練時間表，維持剩餘的能力。



圖五：院友擠橙汁



圖六：院友將橙汁倒入杯內



圖七：院友正接受 VR 訓練



圖八：ImmuRELAX 智能互動攬枕

### (iii) 創新科技與認知障礙症訓練

Virtual Reality(VR) (虛擬現實) 的使用日漸普遍，只要拍下短片，縱使在疫情下，院友帶上眼罩後能置身於戶外，感受及體驗戶外的活動，特別適合活動能力較差、部份晚期認知障礙症患者容易出現暴躁、大叫或拍打等行為，能平靜情緒。ImmuRELAX 是一個智能互動攬枕，透過與院友接觸互動，能感受到院友情緒的改變，從而改變音樂的節奏及聲音大小，來撫平院友的情緒，特別適合情緒激動的院友，現在有幾位情緒較易激動的院友使用一個月後，大叫拍打的情況開始有改善。

## 音樂治療服務

### 『唱唱歌 練練氣』

因疾病或體弱而引起的呼吸不順或氣喘，是常見於長者的問題。

呼吸可供應氧氣給各個器官，正常呼吸是由身體自動調節，一般人呼吸時不會特別留神或用力，但長者就會因為疾病或體弱令肺部彈性下降、肺活量減少，導致氧氣供求失衡，換氣能力下降。這類長者都有一個特點，便是活動時體能大大降低及容易疲倦，令他們提不起勁做日常事務。另外，他們的氣管粘膜萎縮，保護功能降低，免疫功能亦減低，令長者更容易感染病菌（「流金頌」培訓計劃，2010）。有研究指出（B. Canga et al 2015），有長者因為有呼吸不順或氣喘的情況而避免社交活動，活動能力減少，影響他們的人際社交關係。長者亦因為「唔夠氣」及「咩都做唔到」而令自我掌控感下降，令其缺乏自信。久而久之，影響長者的情緒，誘發抑鬱症狀。嚴重影響長者生活質素。

用音樂改善呼吸不順或氣喘問題於不同文獻亦有記載（Bausewein, Booth, Gysels & Higginson, 2013; B. Canga et al, 2015）。唱歌或吹奏樂器時所用到的腹式呼吸法，可幫助長者有效率地使用橫隔膜，令肺部機能提高，強化肺部肌肉力量，輔助長者呼吸更暢順，改善「唔夠氣」及容易疲倦的問題。音樂亦可以增加長者做肺部訓練的誘因，因為多數音樂活動都會以小組形式進行，可以增加社交機會，擴大生活圈子。此外，音樂刺激大腦釋放安多酚，有如天然的嗎啡，可有效舒壓，激發愉悅感，減少抑鬱症狀。「唔夠氣」好多時會令長者說話愈來愈困難、聲音小聲到別人聽不見；而唱歌或吹奏樂器可訓練肺活量，有效改善此情況，使長者能夠大聲說話，增強自信。當所有問題得到改善後，長者的自我掌控感及生活質素亦都會有所提升。

現時，本院有 23 位院友需要使用吸入藥劑或氧氣機抒緩呼吸不順或氣喘問題。針對此等需要，本院音樂治療師聯同表達藝術治療師，由 2019 年 8 月開始，為院友安排「練氣」訓練——「唱唱歌、練練氣」。目的是希望通過唱歌及吹奏樂器，強化院友運用自主神經系統控制呼吸速度，維持正常呼吸率，增加肺活量，強化呼吸肌肉。同時，在小組中建立社交關係，為他們建立朋輩間的支持。亦希望可以透過音樂幫助院友放鬆心情，並加強自信，藉此提升生活質素。

### 個案闡述

在 23 位院友當中，有 6 位院友經言語治療師轉介參加為期 16 節，每星期一節，每節 60 分鐘的「唱唱歌、練練氣」小組。6 位院友經評估後，當中有 2 位認知功能正常，3 位輕度認知功能障礙，及 1 位重度認知功能障礙（圖一）。另外，其中 2 位院友亦曾中風。即使 6 位院友的認知能力及身體機能不同，但他們都能理解簡單的言語及非言語指令。

圖一：簡短智能測驗分數分佈



「唱唱歌、練練氣」設定於星期六上午進行，每星期一節，每節 60 分鐘，為期 16 節，由音樂治療師及表達藝術治療師進行。音樂治療師及表達藝術治療師所用的介入手法不同。表達藝術治療將「奧福音樂治療」手法作介入。在小組當中，以院友能歌唱簡單短曲、享受音樂與促進社交為治療目標。在歌唱練習中，治療師會以探索（Explore）為開始，配合循序漸進的奧福教學法，包括念誦（Chanting）、獨唱與合唱（Solo & Unison）、樂器合奏（Ensemble）等，讓院友反覆多次誦唱同一首短歌的過程中，達至治療目標。

而音樂治療則會使用唱歌及吹奏樂器作為訓練媒介。訓練會分三部份。訓練會以歡迎歌及日期歌作開始，以維持院友現實導向。第一部份，配合音樂作適當的暖身運動及按摩面部肌肉，喚醒並放鬆兩頰、嘴唇附近肌肉，放鬆面部肌肉，準備發聲練習。第二部份，配合音樂及呼吸進行開聲練習，深呼吸發出“shu”音，以放鬆全身肌肉，氣管及聲帶。然後，進行哼鳴練習（Humming），哼鳴可以調節呼吸和發聲器官。之後再進行發聲練習：1. 長的“Aa”音 - 練習深而長的呼吸；2. 短的“Ha”音，練習掌握有力及快而短的呼吸；

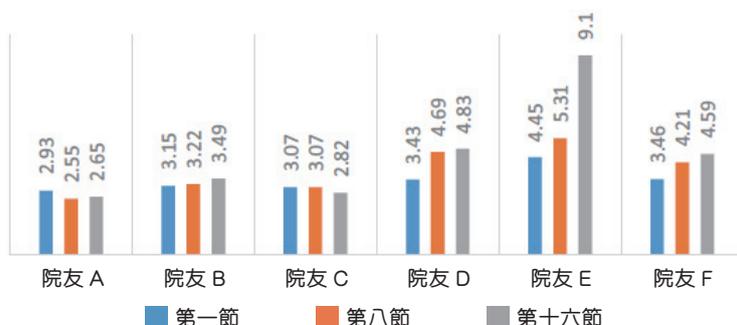
3. 最後，過山車練習則可訓練於一句句子中運用不同的呼氣量及力度。第三部份，將之前的練習，實踐於歌曲或吹奏樂器中。最後以拜拜歌作結。

考慮到院友認知能力不同及資源有限，評估方法會用比較簡單的工具：院友在一口氣內，盡全力呼氣入牧童笛中，用時間(秒)量度呼氣的氣量。評估時，會以計時器紀錄院友在一口氣內呼出最長的時間，共測量3次，取其最好成績作為評估指標。數據會分3次收集，分別在第一節(基線 Baseline)、第八節及第十六節。

## 成效

結果顯示(圖二)，大部份院友經過16節唱歌或吹奏樂器訓練後，都可以增加呼氣時長。當中院友B的認知能力最弱，但仍然有進步，顯示在此報告當中，認知能力與唱歌或吹奏樂器訓練結果沒有太大關係。而曾經中風的院友E的進步最大，亦顯示此報告當中，即使因中風而身體機能下降，亦不會影響訓練結果。而院友A的評估結果則顯示經訓練後，第八節所評估的呼氣時長對比基線稍微下降，而在第16節稍為回升，有機會是因為院友A曾因身體不適而缺席3節，因而影響結果。院友C的評估結果則顯示經訓練後呼氣時長對比基線稍微下降，相信是因為院友患有心律不正，高血壓及心肌梗塞而影響結果。

圖二：院友呼氣時長(秒)



圖三：院友用牧童笛練氣

雖然在數據上，音樂治療的成效不太顯著，而且只是一個十分小的樣本，而且評估的方法未必那麼準確，及此報告並不足以代表所有有呼吸問題的院友的情況。但音樂治療的確可以幫助這些院友增加社交機會，及增加自信心，參加的院友都自我感覺說話比以前「夠氣」及大聲，亦有院友提出：即使不喜歡唱歌，但仍然希望繼續參加此小組同其他院友一起「練氣」。音樂治療師亦發現，只要院友掌握到正確的呼吸技巧，再加以練習，就可以舒緩呼吸不順或氣喘，改善院友覺得「唔夠氣」的問題。雖然此次的報告結果參差，但亦顯示以音樂練氣的訓練值得引入到其他訓練當中，亦建議院友應該定期進行唱歌或吹奏樂器的訓練。

### 參考資料：

1. C. Bausewein, S. Booth, M. Gysels, I.J. Higginson (2013), Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and nonmalignant diseases, Cochrane Syst. Rev. 11 CD005623.
2. 鄧兆軒、陳淑瑜 (2010)。〈奧福音樂治療的理論和應用〉。《國小特殊教育》，49，80-90。
3. (2010) 慢性疾病處理及臨終關懷 公眾講座 (四)，「流金頌」培訓計劃 CTP003, 香港中文大學那打素護理學院。http://www.cadenza.hk/training/pdf/ps/CTP003\_cur3\_ps4.pdf

# 表達藝術治療服務

## 「說故事」與表達藝術治療活動

### 如何有效提升長者生活滿意度之試驗性研究

「說故事」活動像是小孩子專利，但實際上外國已有以「說故事」為主軸治療手法，促進長者想像力、創意思維、溝通力，提升生活素質。本院表達藝術治療師於 2019 年 10 月至翌年 1 月於院內進行試驗性研究 (Pilot Study)，以美國得獎治療資源套 “TimeSlips” 「說故事」治療活動為主軸，輔以藝術活動進行治療小組。小組以質化與量化兩種方式，研究「說故事」融合表達藝術治療活動、與長者生活滿意度關係。

人類學家指出「說故事」是人類文明與文化體現。人類原本就有喜歡聽說故事傾向，但隨年齡不同以多種形式展現—兒時孩童喜聆聽童話故事，成人則傾向以戲劇、電影或音樂等形式聽說故事 (Rose, 2011)。故事能承載情感、富象徵意義、亦能延伸多元藝術活動，進行藝術的「多向審美」(Poly-Aesthetics)。以腦神經科學觀點而言，有腦神經科學學者研究指出，進行「說故事」活動能令大腦釋放催產素 (Oxytocin) 和皮質醇 (Cortisol) 等快樂激素，讓參與者產生親密、被同理與抒壓等感受 (Din, 2020)。



圖一：治療師在治療活動中所用的說故事照片和故事骰

此治療活動以 “TimeSlips” 「說故事」治療活動為主軸。治療師以藝術活動作主題引入，其後以一幅照片作主題，參加者需就照片進行集體故事創作；最後治療師再以藝術活動作主題引伸、以深化主題。治療過程強調參加者創意與想像，在友善氣氛下，治療師會無條件地接納參加者任何想法、以促進其表達力、與他人社交互動、並享受當下愉快感受等等。

治療師於 2019 年 10 月至翌年 1 月進行為期 7 星期的故事創藝小組，收集 8 位參加者數據。基於節日與新冠肺炎疫情影響，最終有 5 位參加者能提取數據。量化研究部分為收集參加者之生活滿意指數 (Life Satisfaction Index - A (LSI-A)) 前測與後測數據；質化研究則邀請兩位參加者 (P3, P6) 及一位社工同事進行半結構式訪談 (Semi Structure Interview)，再進行主題分析 (Thematic Analysis)，以了解參加者對「說故事」治療活動觀感、及對其生活滿意程度影響。

表 1. LSI-A 參與者後測轉變百份比

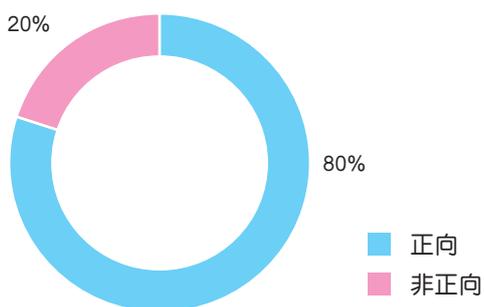


表 2. LSI-A 參與者前測與後測分數變化

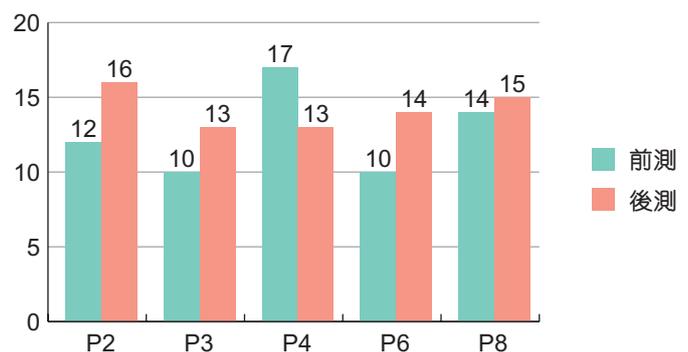
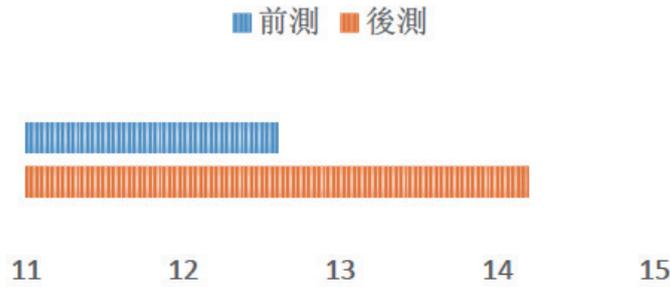


表 3. LSI-A 前測與後測平均值比較



量化與質化研究資料均顯示「說故事」活動對長者生活滿意程度有正面影響。在生活滿意指數方面，五位參加者中有四位後測較前測結果有正面改變，正面改變達 80%；小組參與者 LSI-A 平均值由前測 12.6 分增加至後測結果 14.2 分（20 分滿分）。

半結構式訪談方面，兩位參加者大致表達四個主題，包括：(1) 有趣及非判斷性；(2) 享受想像過程；(3) 排解生活苦悶；(4) 對其他藝術活動的偏好。社工同事也對治療手法予以認同，但同時提出小組組合、群體動力 (Group Dynamics) 及故事照片的選擇亦對治療效果構成決定性影響。

### 參加者主題分析

有趣及非判斷性

享受想像過程

排解生活苦悶

對其他藝術活動的偏好

總括而言，「說故事」配合藝術活動治療介入手法能提升長者生活滿意度，增加生活樂趣、與及排解生活苦悶。加插藝術活動亦能豐富與延伸說故事治療活動，提高長者專注力、延緩認知功能衰退、及促進社交等。未來研究方向可集中在「說故事」活動如何有效延緩認知衰退、及創作故事內容如何反映參加者心理狀態等等。



圖 2：說故事治療小組中長者投入參與情況

#### 參考資料：

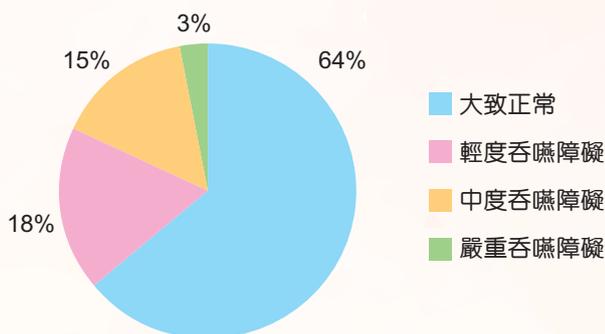
- Rose, F., (2011). The art of immersion: Why do we tell stories? Retrieved from: <https://www.wired.com/2011/03/why-do-we-tell-stories/>
- Din, M. M., (2020). How connecting neuroscience, storytelling, and psychology can create measurable impact for refugee youth. Retrieved from: <https://www.unhcr.org/innovation/connecting-neuroscience-storytelling-psychology-can-create-measurable-impact-refugee-youth/#:~:text=In%20various%20studies%2C%20Dr.,cortisol'%2C%20in%20listeners.>

# 言語治療服務

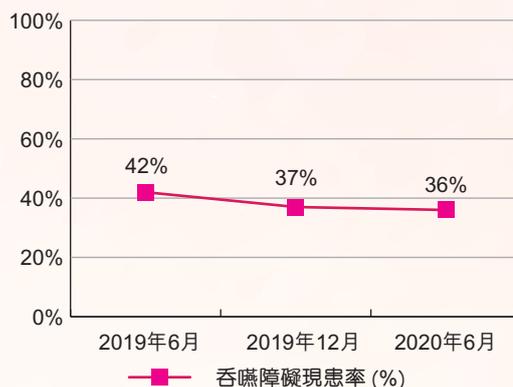
## 全院吞嚥進食及溝通能力現狀

吞嚥能力方面，根據 2020 年 6 月數據，全院共有 36% 院友患有不同程度的吞嚥障礙（詳見圖一），較上年度的 42% 輕微下降了 6%（圖二）。進食能力方面，全院有 28% 院友有不同程度的行為進食困難。溝通方面，68% 院友溝通能力受損（圖三），當中超過八成人溝通問題主因是認知缺損，其餘院友面對溝通困難的主因是患上因中風、腦神經退化症等所導致的語言言語障礙（包括失語症、言語失用症、構音問題、聲線問題）。

圖一：院友吞嚥能力分佈（2020 年 6 月）



圖二：吞嚥障礙現患率趨勢



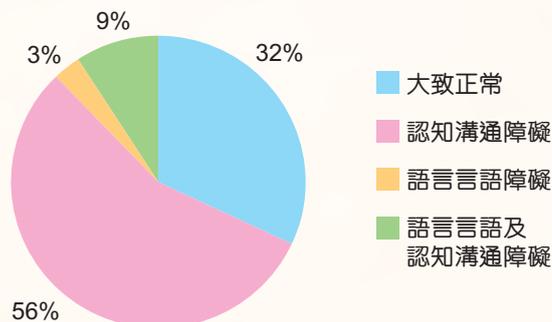
## 本年度言語治療服務發展概覽

本院由 2018 年尾開始提供駐院言語治療服務，服務發展至今約一年半，除了恆常的個別訓練，本年度初並試行了以預防及減慢衰退為目標的小組訓練，例如集中改善帕金森症患者的聲線及吞嚥問題的「柏友小組」，組員在完成八節訓練後，說話音量及氣量均有明顯改善。

2019 新型冠狀病毒由 2020 年初開始在社區蔓延，多月來疫情反覆。言語治療服務屬於有額外傳播風險的程序：臨床吞嚥評估及治療因為有機會引起反

射式咳嗽而被歸類為霧化程序、有機會需觸及口腔及分泌物、醫患雙方需長時間近距離接觸等。因此，在疫情期間，言語治療部服務需作出調動，以配合本院一系列的防疫工夫。

圖三：院友溝通能力分佈（2020 年 6 月）



加強治療時的防疫保護措施

2020 年 1 月下旬，本院跟隨衛生防護中心指引，將傳染病準備及應變計劃提升至「緊急應變級別」。在「緊急應變級別」實施下，非緊急的個別及小組訓練於一月尾至三月全面暫停。臨床吞嚥評估則因涉及長者即時的進食安全，對其身體及情緒健康有影響，因此在加強防護措施的前提下一直持續進行。措施包括治療師加配眼罩或面罩、評估處於隔離期的長者時加穿相應的個人防護裝備及使用一次性餐具、安排長者在較空曠及遠離其他院友的位置進行評估、加強消毒評估器材等。四月起，因應當時疫情紓緩，個別吞嚥訓練在加強防護下按長者的緊急程度有限度恢復。六月起則有限度恢復個別溝通訓練。

## 密集式言語治療法的成效報告

上述的服務改動提供了合適空間試行較密集及有系統的吞嚥及言語訓練。既有的治療模式普遍為非密集式的，即長者接受多數是每星期一節、每節約 30-45 分鐘、持續起碼約八節（即兩個月或以上）甚至恆常性的訓練。密集式訓練即是大幅增加訓練頻率至每星期四至五節、每節約 60 分鐘、持續約十多節（即三至四星期內完成）。素有研究指出，對比起非密集式訓練，密集式訓練若套用在合適的患者上，傾向能在較短時間或較少節數內達到更佳的治疗效果。但礙於過往的言語治療服務主要依靠醫院門診或外展等非駐院形式來提供，受個案數量眾多、接見時間短、覆診間歇長並需舟車勞頓等問題影響，密集治療的可行性低。當本院現時有駐院言語治療服務，則可發掘更多元化及院友為本的服務模式；若發現密集式訓練在院舍運作的限制下，且套用在年長、久病、多重病患的患者上，仍能達到研究所指的較佳治療效益，則能提供基礎供考慮及發展較密集的言語治療方案。

本年度趁機試行了（1）McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) 吞嚥療法，及（2）針對柏金遜患者聲線弱及說話不清晰等問題的 Lee Silverman Voice Therapy (LSVT-LOUD) 大聲聲線治療法。此兩個訓練療程都備研究基礎，經實證分別對指定病患的吞嚥能力及言語聲線表現有幫助，而且兩者皆採用了密集式及高強度的訓練模式。

### (1) McNeill Dysphagia Therapy Program (MDTP) 吞嚥療法

梅婆婆（個案一，化名）多年前中風，同時被診斷認知障礙症，並於 2020 年初入住本院。八十多歲的梅婆婆因中風後遺及認知問題導致出現中度吞嚥障礙，需進食糊餐，飲用的流質需用凝固粉加稠至少至杰質地；但即使進食特別餐類及加稠流質，婆婆飲食時仍經常含住食物甚至不時噎到，導致食量低，進食時間長，婆婆亦因渴望飲用稀流質而間中逕自取用其他院友的水杯飲水，需職員阻止，可見整體吞嚥進食問題對婆婆身心都有影響。

考慮到梅婆婆的復康必要性及預期正面的治療效果，言語治療師遂於四月與其開始了 MDTP 療程：每星期五節，每節一小時，為期三星期，共 15 節。MDTP 過程中利用不同種類的食材作吞嚥運動，重組及加強吞嚥協調及肌能。由第二、三堂開始，梅婆婆已很自動投入練習，利用治療師教授的吞嚥技巧，循序漸進地咀嚼及吞嚥不同質地及大小的食材。由芝麻糊到梅婆婆喜愛的蘋果粒及雞翼，婆婆都漸漸能在幫助下安全進食。另外，為使家人在疫情探訪限制下仍能參與婆婆的訓練，治療師請家人為婆婆送來治療用的食物，從中了解訓練進度，同時授權（empower）家人於訓練中擔當積極角色。完成 15 節 MDTP 後，梅婆婆的吞嚥表現大有進步，噎到情況大大減少，飲水不再需要用凝固粉，亦因此解決了飲用他人水杯的問題，而且用餐效率及食量都比訓練前理想。



利用不同質地的食材進行吞嚥訓練



經訓練能淺嘗喜愛的雞翼，婆婆表示滿足

從個案一的經驗看到（見表一），高密性的 MDTP 於訓練前後的吞嚥能力評分增長率都比治療期更長或節數相約的非密集式訓練為高（後者數據來自上年度接受過至少八節非密集吞嚥訓練的共十位院友的訓練後 MASA 平均分）。除了數字上的成果，更重要的是此次治療經驗實際地在短時間內提升了院友的吞嚥安全及效率，達到了治療師與院友及其家人於治療前訂下的個人治療目標。除了療程本身的內容有效針對吞嚥肌能復康，高密、有規律的訓練時間表亦有利有認知缺損的長者投入訓練，多方面促成正面的訓練成果。

	MDTP 密集式訓練前後	非密集式訓練後（平均）
MASA 吞嚥評分	訓練前：157 分 / 訓練後：183 分	八節後（兩個月或以上）：↑ 5.9%
	十五節後（少於一個月）：↑ 17%	十六節後（四個月或以上）：↑ 12.5%

（表一）個案一接受 MDTP 及其他院友接受傳統非密集式治療的成效對比

## (2) Lee Silverman Voice Therapy (LSVT-LOUD) 大聲聲線治療法

同樣八十多歲的夏婆婆（個案二，化名）患有帕金森症已二十多年，另有陳年中風病史及認知障礙症。夏婆婆亦患上因帕金森症引起的低運動型構音障礙，徵狀包括說話聲量過小、咬字不清晰、語速過快。言語問題令夏婆婆與人溝通時困難重重，婆婆因而缺乏自信並避免說話及參加活動；加上在疫情期間大部分時間院友只能靠視像通話與家人聯繫，隔著電腦溝通加劇了婆婆的困難，家人亦表示難以聽到婆婆的說話。夏婆婆其實之前在 2019 年 10-12 月期間已接受過 10 節的非密集式言語訓練（每星期一節，每節 40 分鐘，為期兩個多月），當時訓練後，婆婆即時的聲量及氣量都有改善，但於訓練停止後三個月，婆婆就表示效果未有持續，聲音回復細小。

經治療師鼓勵下，夏婆婆同意嘗試於六月起接受 LSVT 訓練。LSVT 療程以練習大聲為主，同時訓練患者自行估量及調節音量，以達至改善整體溝通能力（聲線、說話清晰度、語速、音調等）的目的。訓練模式同樣是密集式的（共 16 節，每星期四節，每節約 60 分鐘，為期四星期，另加課堂外的自主練習）。有規律的密集式訓練有助婆婆準備及投入訓練，例如每天一到上課時間，婆婆就會自動預備好水壺等候上課，上課時亦記得學過的說話技巧，令訓練事半功倍。訓練後期，婆婆的聲線於課堂內外都有改善，亦漸漸表現出自信，甚至主動為治療師演唱自己心愛的歌曲。婆婆更表示跟家人視像通話時，家人留意到並讚她說話大聲了。

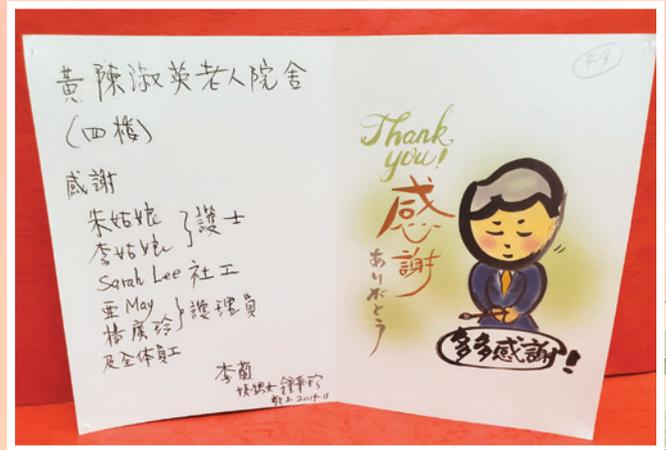
表二總結了個案二在分別接受 LSVT 密集式訓練前及後的聲線表現。對於此有二十多年帕金森病史的患者，密集式訓練跟非密集式訓練在即時的數字分析上其實沒有太大差別。不同的是，LSVT 訓練後的三個月，訓練效果仍得以部分維持。而且，密集訓練期間院友表現出明顯有分別的參與度、自信心、滿意度，家人的反應亦正面。由此個案的經驗得出，撇除可量化的表現，高密式言語訓練似乎能多方面提升帕金森症長者訓練後的質化效果。

	LSVT 密集式訓練			非密集式訓練	
	訓練前	訓練後 (16 節 / 一個月)	訓練後三個月	訓練前	訓練後 (10 節 / 兩個半月)
最高音量	77 分貝	86 分貝 (↑ 12%)	83 分貝	73 分貝	81 分貝 (↑ 11%)
最長發聲時間	5 秒	10 秒 (↑ 100%)	9 秒	4 秒	6 秒 (↑ 50%)

(表二) 個案二分別接受 LSVT 及傳統非密集式治療的成效對比

總結兩個個案經驗，MDTP 及 LSVT 兩個有系統的密集式治療在院舍的環境下屬可行的治療方案，而且如套用在合適的個案身上，初步顯示都能在更短時間或訓練節數內達到跟非密集式訓練同等甚至更廣泛的正面效果。此次經驗初步支持部門日後多加利用治療師屬駐院性質此優勢，多靈活考慮在合適的院友身上運用包括 MDTP 及 LSVT 在內的密集式訓練，提升整體治療多樣性及效果。

# 回響



致 香港中國婦女會  
黃陳淑英紀念護理安老院

親愛的院長及全體職員，

我們是貴院 院友李麗琴的家人，明白到近期因疫情關係，根據政府的指引，及為院友們的安全，而未能探訪。老人家實在年紀老邁，情緒經常失控，致令貴院各職員勞心勞力，特別社工 Sara 及四樓姑娘，全力幫忙及體諒，實在感激不盡。

我們作為家人，定必盡量配合，令老人家安心，希望疫情快過，一切回復正常。

謹祝 貴院全體職員及院友 身體健康，工作愉快！

20/7/2020 院友李麗琴家人啟 (吳佩儀)

感謝：  
院長、護士、各位姑娘、  
各位工作人員，承蒙愛心  
護理，要及晚年，萬分感謝。  
祝新年快樂，身體健康。

Thank You

鄭芸芝 家人  
同啟  
10-1-2020

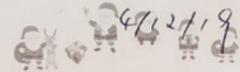


with a grateful hearts

各位社工、護士、治療師及職工：  
 Merry Christmas  
 謝謝你們五年來  
 對耆康隊的悉心照顧。

祝 工作愉快 身體健康  
 聖誕新年快樂

耆康隊家人



致院長：  
 她們態度殷誠、溫和細緻、  
 耐心、專業的為各院友照顧起居飲食、護寒問暖，比如親人，十分感動，作為家屬的我十分滿意，衷心感謝她們多年來周到的照顧我媽媽。多謝！多謝！衷心的多謝各位。

數不盡的感謝！  
 理員、各職工及社工余姑娘、蔣診員蘇姑娘。



嘉園蕭家  
 11-1-2020

說聲謝謝 各位的辛勞及包容  
 更在乎是她的腳崙，之前經李作福甚至牙行不到，連跌打醫生都叫她不用再來區治，但在这2個月裏，來到貴院的中西醫診治，竟能減少痛苦及行 You're wished the best of everything today and every day. 實是感恩！

在此僅祝貴院各人  
 身體健康 事事順利  
 愛謝！

林廷敬上  
 18-6-2020

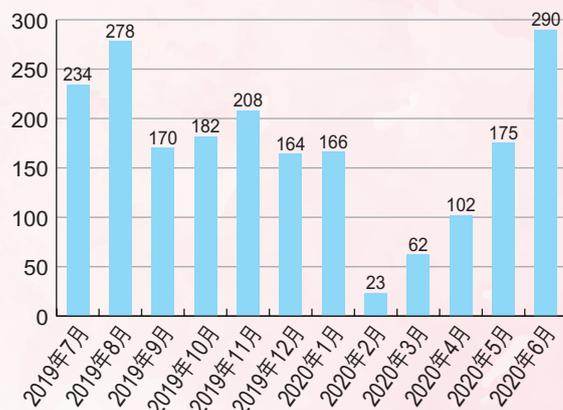
# 長者日間護理服務

## 油塘長者日間護理中心

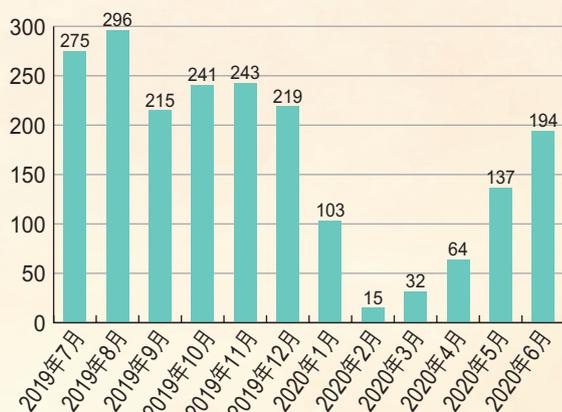
本中心設有五大治療服務，包括物理治療、職業治療、音樂治療、表達藝術治療及言語治療服務，更有專業的護理及社工服務，使會員有更全人的照顧及發展。

由於疫情嚴峻，在2020年上半年，大部分會員居家抗疫，故減少了中心的治療及訓練。不過，本中心提供了家居照顧服務予有需要的會員，讓他們在疫情期間有最適切的照顧，在困難的時候亦能風雨同行。

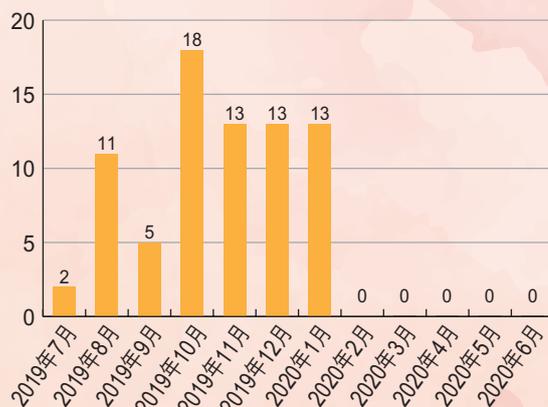
### 日間中心職業治療服務 (人次)



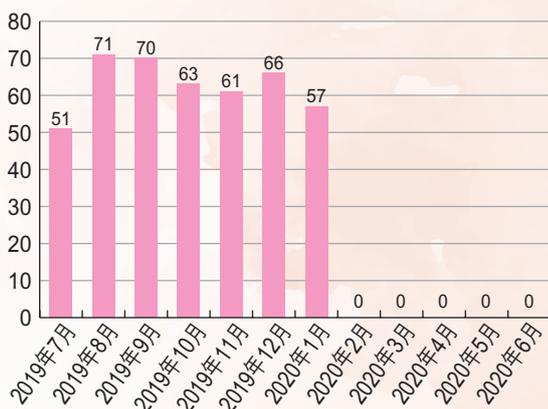
### 日間中心物理治療服務 (人次)



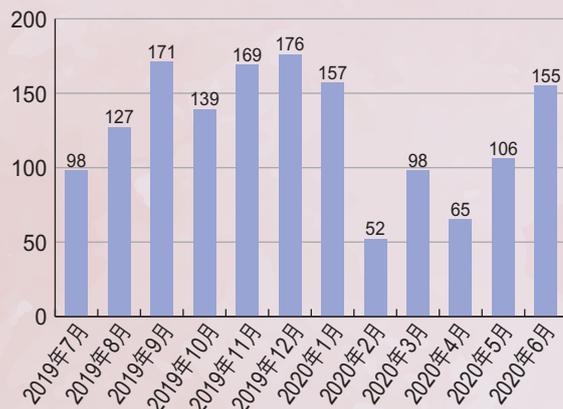
### 日間中心言語治療活動 (人次)



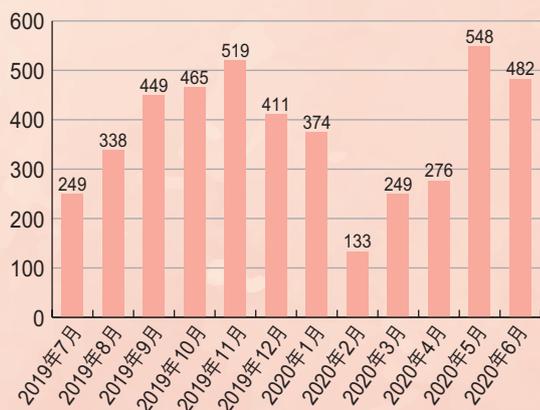
### 日間中心創意藝術治療服務 (人次)



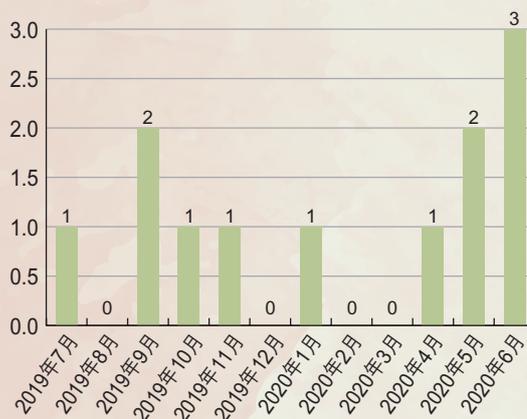
### 日間中心教育性活動 (人次)



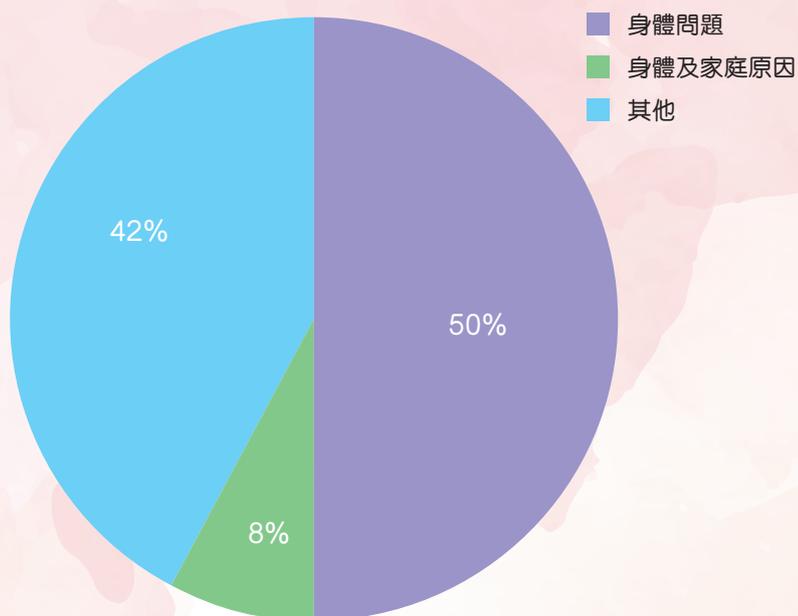
### 日間中心社交及康樂活動 (人次)



### 日間中心輔導服務 (人次)



### 7/2019-6/2020 日間會員輔導原因



認知障礙治療 (多點觸控智慧平台)



蒙特梳利治療



美食小組

# 油麗長者日間護理中心

自 2013 年 3 月開始為居於觀塘區的合資格長者提供服務。中心首創「蝴蝶照顧模式」，透過積極延年 (Active Ageing)、全人關懷 (Holistic Care)、恆毅臻美 (Continuous Quality Improvement) 及安居樂群 (Ageing in Place) 四方面協助長者於社區安享頤年。踏入第七個服務年頭，中心今年二月獲社署批撥多加 5 個標準名額，由每日平均服務超逾 40 名長者增至 45 名，以回應觀塘區長者對日間中服務的需要，而 4 個暫託位亦為不少照顧者舒緩照顧壓力。

## 全人關懷

- 由專業護士提供護理服務、健康指導及身體檢查
- 透過物理及職業治療訓練，增強會員的認知及活動能力
- 言語治療服務，改善長者的口肌及吞嚥能力
- 由專業社工提供情緒支援及轉介服務

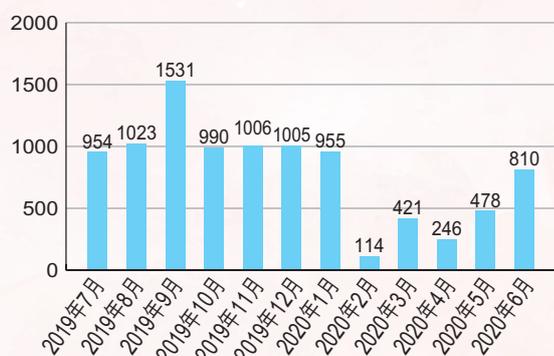


會員參與物理治療訓練

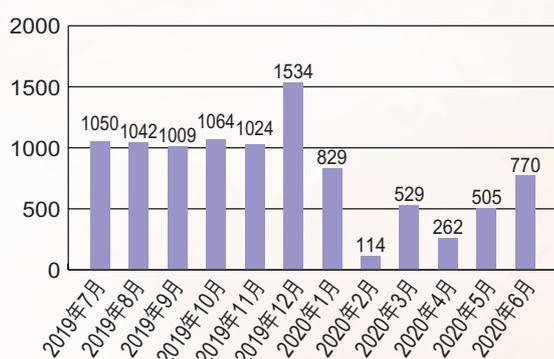


會員參與職業治療感觀訓練

日間中心創意藝術治療服務 (人次)



日間中心職業治療服務 (人次)



會員參與專注力遊戲



會員與言語治療訓練

言語治療活動 (人次)





手工藝班



便利圖書站



日間中心社交及康樂活動 (人次)



## 積極延年

- 舉辦多元的社交康樂活動，培養及發掘會員的能力及興趣



書法班



聖誕聯歡會會員參與美食製作小組



會員參與美食製作小組



抗疫送暖大行動



手工藝班



護老者活動 - 樂齡科技展覽



義工探訪



會員參與護眼講座及眼底檢查



## 安居樂群

- 在過去1年舉辦了9次護老者活動，出席人次為140人，當中包括家屬及外傭，使長者在家中亦可接受具質素的照顧

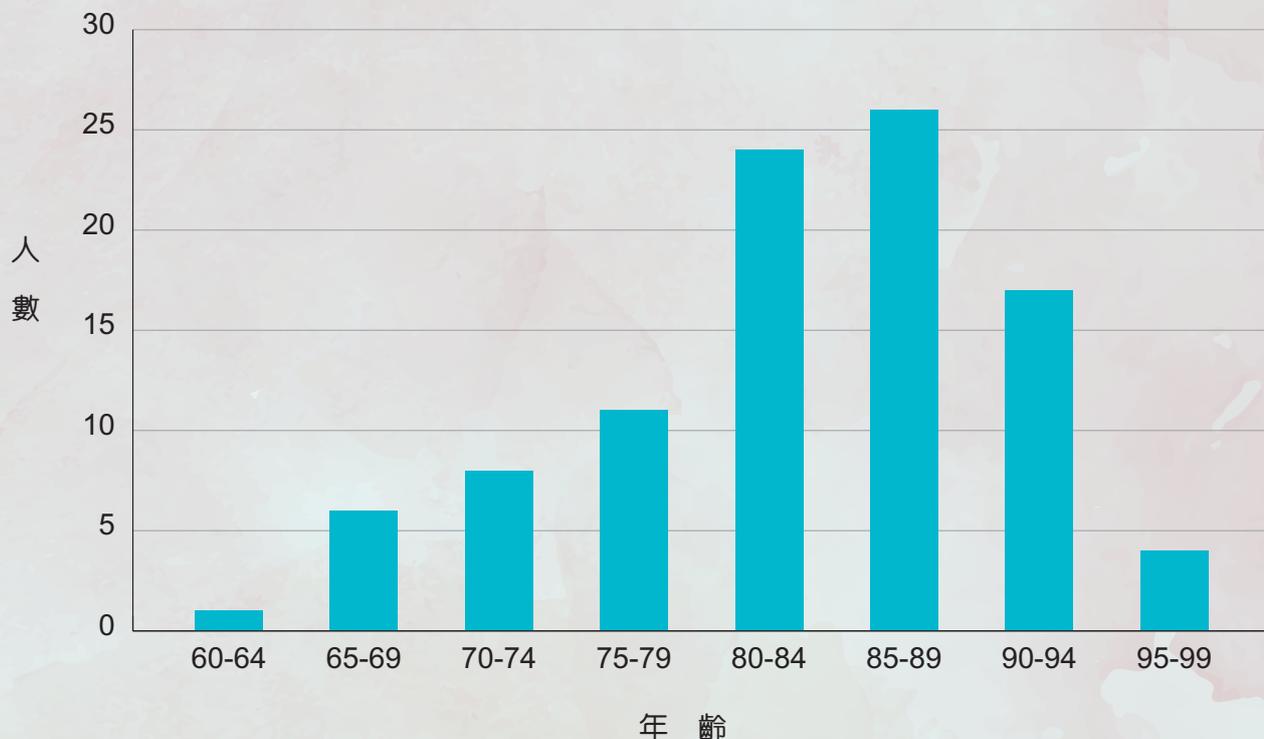
## 恆毅臻美

- 定期向員工提供認知障礙症培訓，提高團隊服務水平
- 加強社會聯繫，擴闊社區支援，增強支援網絡，提升社會凝聚力及關愛

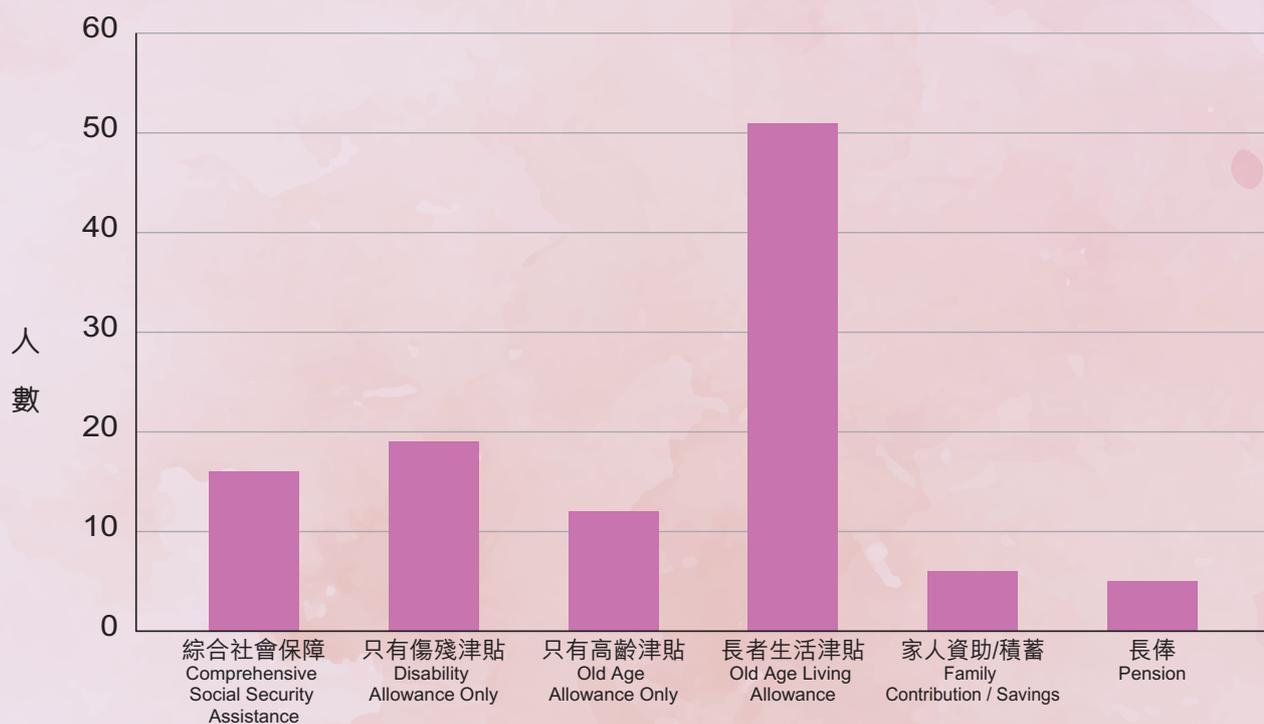
## 日間服務長者資料統計

油麗長者日間護理中心及油塘長者日間護理中心會員資料統計 (截止 2020 年 6 月 30 日)\*  
以下統計不包括暫託會員

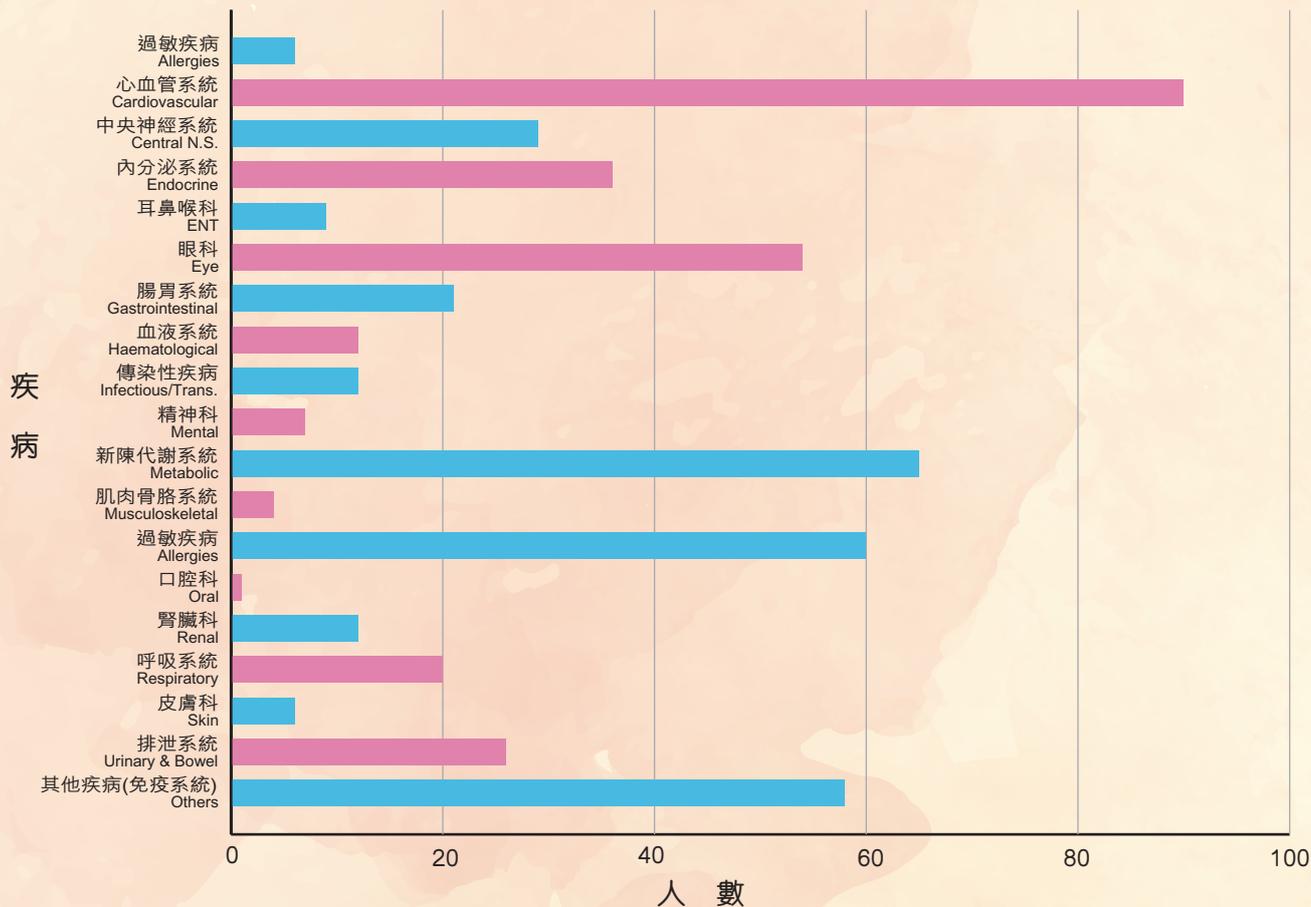
### 長者日間護理中心年齡分佈 (N=97)



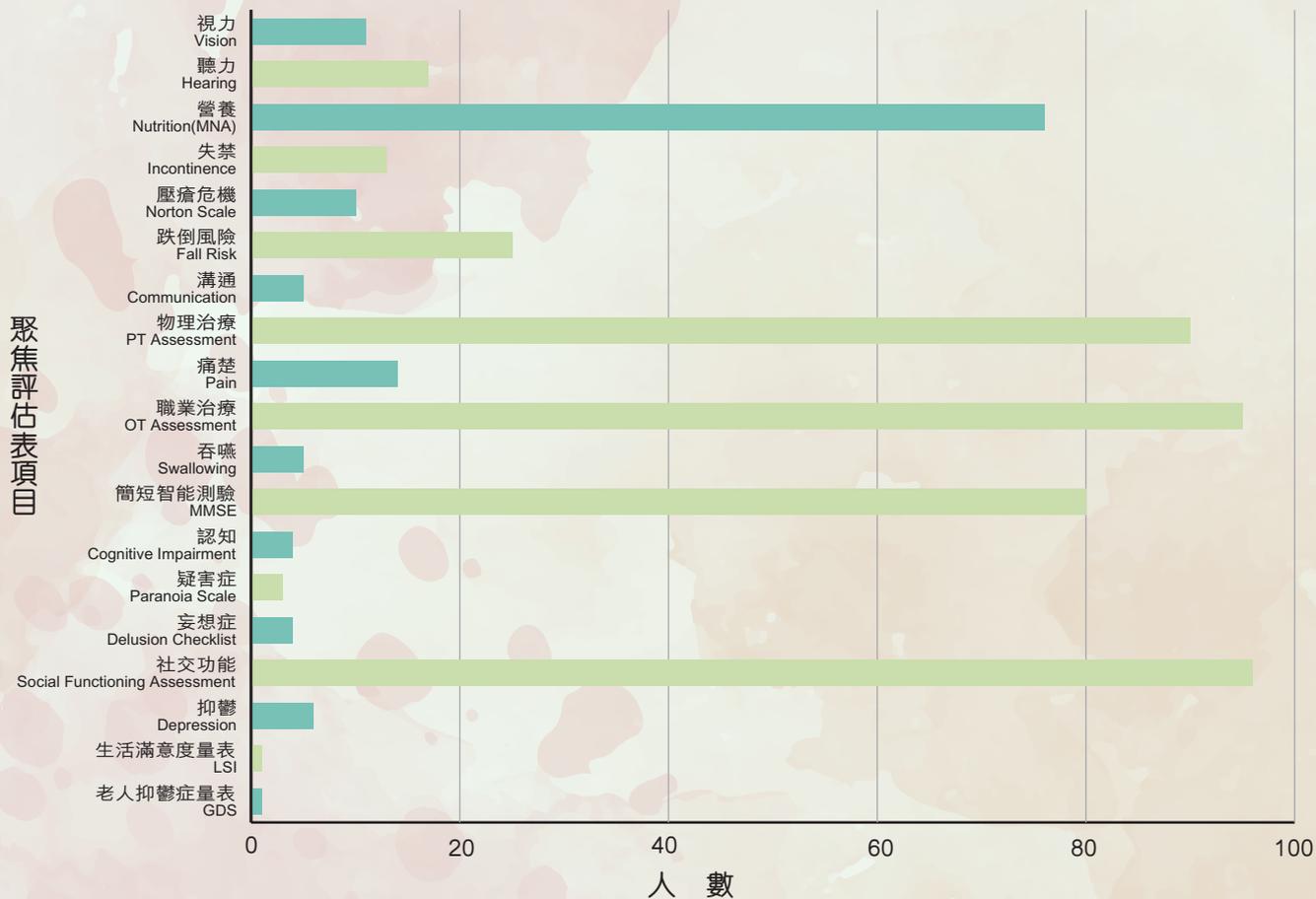
### 院友經濟來源 (N=97)



長者日間護理中心會員病患類別 (N=97)



長者日間護理中心會員聚焦評估項目 (N=97)



# 培 育

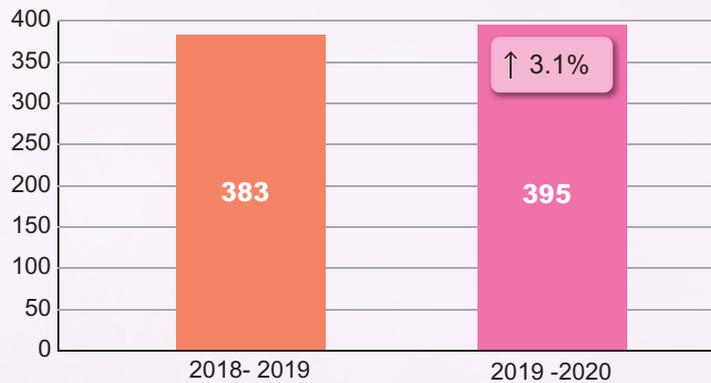
## 實習 + 在職培訓

### 實習 - 香港教育大學言語治療學生實習

2019年10-12月及2020年7-9月期間，香港教育大學言語治療碩士課程共9名碩士學生每週一次到訪本院實習，在言語治療導師指導下，同學們為有吞嚥或溝通需要的院友進行評估及治療。透過這次的實習，同學們都表示實習過程非常珍貴及有得著，不但有機會讓他們實踐不同的治療理論，學習與長者互動的方式，亦實地了解到院舍的運作，更明白了跨專業的協作模式，同學們盼望日後能學以致用，為長者提供更好的治療服務。



7/2018-6/2019 與 7/2019- 6/2020  
考核數字比較



### 在職培訓及考核

機構為確保服務質素，會定期為各職級員工考核，保持水準，本年度員工培訓及考核數字，與上年度對比，仍然有 3.1% 的增長。

### 感染控制措施檢測

雖受新冠肺炎疫情影響，但員工培訓仍不可鬆懈，特別是感染控制措施的培訓，疫情期間特別安排：有關正確洗手及正確個人防護裝備穿戴及卸除的檢測、新冠肺炎家居衛生注意、隔離房指引、漂白水使用注意、院友護送安排流程，務求加強員工對新冠肺炎的認識及防感染措施的實踐。



## 「認知障礙症」前線員工綜合培訓課程

油麗長者日間護理中心定期向員工提供有關認知障礙症的培訓，以提高團隊服務水平，使長者得到最適切的照顧。本年度由物理治療師、職業治療師及言語治療師為中心的護士、照護師及工友提供相關培訓，以增強前線同工照顧認知障礙患者的技巧及質素。

### (1) 物理治療服務

- 扶抱及轉移認知障礙症長者程序
- 操作換片機



### (2) 職業治療服務

- DICE 方法處理認知障礙症患者的精神及行為
- 如何為認知障礙症長者安排有意義的日常活動或認知訓練以減少情緒及行為問題



### (3) 言語治療服務

- 適合認知障礙患者的吞嚥訓練
- 常見於認知障礙患者的吞嚥及進食問題、膳食處理及餵食技巧



# 長者學習 + 社區服務

## 李樹培夫人啟知中心

中心於 2009 年成立，倡導「自發」、「自管」、「自教」及「自學」的精神，倡導終身學習及健康生活，致力培訓第三齡導師。同時，中心定期申辦各類基金，安排義工服務，關顧油塘區居民，以服務社群。

### 創新多元化課程 實踐「老有所為」精神

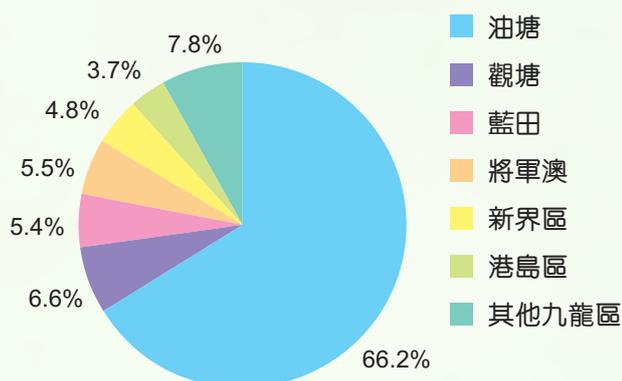
中心為會員提供多元化的課程及活動，已培訓超過 35 位學長，義務協助課程設計或擔任導師。中心每月舉辦超過 50 個課程，當中的口琴班、歌唱班、舞班及太極班等獲社區人士讚賞，並應邀出席各項大型活動表演，讓第三齡人士積極投入健康及豐盛的生活。

課程類別	課程名稱
電腦課程	Photoshop、WHATSAPP 應用、電腦設計、智能手機應用班等
文化課程	英文班、國畫班、書法班、品茶工作坊、普通話班、詩詞班等
藝術課程	口琴班、二胡班、葫蘆絲班、國粵語懷舊金曲班、合唱歌班等
保健課程	太極班、拉筋操、按穴班、五禽戲、六字訣、養生班等
手工藝課程	珠仔首飾班、絲帶繡、絲網花、塑膠彩畫班等
心靈和優閒課程	瑜珈班、養生操、種植班、外拍攝影課程等

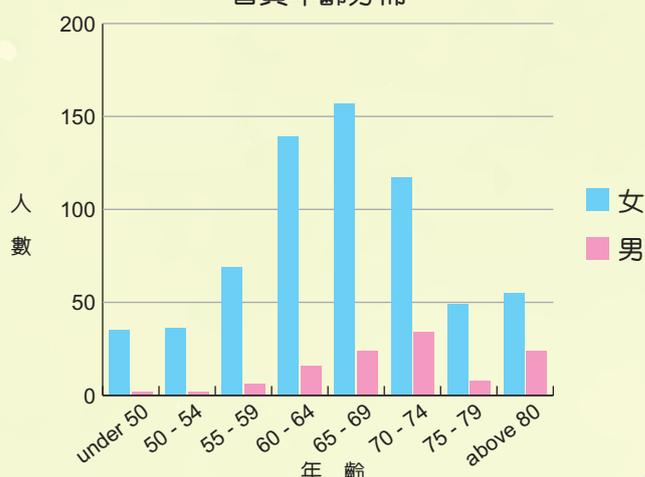


中心會員統計資料（截至 2020 年 8 月中旬）  
會員人數：772 位。男：131 位；女：641 位。

會員居住地區分佈



會員年齡分佈



# 中心各項榮譽 (2019-2020) — 中心獲獎及導師們的傑出表現



在中心義工團隊的共同努力下，中心榮獲社會福利署「義工運動」2019年團體金獎。



2019年10月 - 合唱比賽優異金獎



2019年，梁廣城老師及林佩雅老師榮獲「全港優秀長者課程導師選舉」銀獎。



2020年6月，陳艷榮老師接受翡翠台的「快樂長們人」節目的訪問

經過中心義工隊的努力，中心榮獲「2019-2020《香港人·香港心》義工大使行動」嘉許狀，藉以嘉許義工的參與及付出。



吳月明老師榮獲 U3A 藝導師獎「亞軍」。



# 社區投資共享基金項目及長者數碼外展計劃

## 社區發展服務

本年度中心繼續透過三個大型社區計劃，服務區內不同居民，包括關顧油塘區護老者（社區投資共享基金第 28 期計劃）、服務新入住居民（社區投資共享基金第 29 期計劃），以及教導長者使用資訊科技（樂齡科技互助計劃），各計劃內容如下：

### 社區投資共享基金（第 28 期）： 『居家安老』護聯網計劃（2018-20 年計劃）

**計劃目的：**以 3R 工作手法——重新連結 (Re-connect)、重新融入 (Re-engage) 及重新出發 (Re-charge)，組織油塘區的社區人士，為護老者建立『屋邨為本』的互助網絡。

**計劃服務人數：** 義工人數：500 人 直接參加者人數：1304 人

義工訓練



外展護老教育



樓座活動及探訪



「護老同行」小組



居家安老護聯網



樂安家大使培訓



## 計劃展望：

因應疫情的影響，本計劃已獲社區投資共享基金批准延長服務期至 2021 年 3 月 31 日，於延長期內，計劃會繼續推行不同的活動，透過與跨界別團體及社區人士的協作，包括居民組織、區議員及居民義工隊等等，計劃將繼續支援區內護老者及有需要居民。

### 社區投資共享基金（第 29 期）： 『信麗新生活·油麗 MBA』（2019-20 年計劃）

**計劃目的：**以「社、福、房」協作模式，連結跨界別人士共同參與社區，並動員區內義工協助油麗邨信麗樓新入伙的居民適應新社區生活。

**計劃服務人數：** 義工人數：243 人 直接參加者人數：619 人

油麗資訊站



信麗細胞小組



信麗樓座網絡會



## 「4G」新舊義工交流活動



## 油麗聯盟



## 點亮油麗探訪



### 計劃展望：

本計劃已向社區投資共享基金申請額外資助金額，計劃將會延長三個月至 2021 年 3 月 31 日。計劃將繼續推出不同活動，包括社區導賞系列及節慶活動等。希望大家繼續支持！

## 樂齡科技互助計劃 (2018-20 年)

### 計劃小總結：

在一年零八個月中，樂齡科技義工隊服務了 580 位院舍長者、85 位日間中心長者、64 位接受家居照顧服務的長者、111 位隱蔽長者及 133 位認知障礙症長者。同時，在探訪以外的時間，義工及長者也嘗試利用網上平台持續學習，甚至跳出「框框」在鏡頭前勇於表達自我等新嘗試。

### 計劃花絮：

#### 長者、義工參與錄影



在 2020 年 1 月 7 日，5 位義工和 11 位長者共同參與了拍攝活動，義工們均表示是次拍攝是全新的寶貴體驗，而長者們則表示很高興自己能參與其中，能為參與的計劃宣傳作出貢獻感到很驕傲！

#### 職員致力推廣網上學習平台



2020 年 1 月底，在疫情的持續影響下，大部分的院舍探訪暫停，甚至多人聚集的訓練或聚會也受到影響，有見及此，職員更多地利用網上平台，例如 YouTube, Facebook Live 等宣傳和發佈消息予長者、公眾人士。

#### 長者體驗樂齡 IT 易學站



在疫情持續下，中心職員會利用平板電腦讓長者瀏覽樂齡 IT 易學站以獲得最新的疫情資訊，同時掌握不同課程的內容，例如智能保健等。截止 2020 年 7 月底，總共有 232 位長者體驗了樂齡 IT 易學站。

# 特別報告

## 疫情札記（社區服務）

由 2020 年初起，香港共經歷了三波的新冠肺炎疫情。居於社區的獨居及兩老家庭長者，除面對防疫物資短缺的困難外，亦因為社交隔離而容易感到孤獨，甚至有抑鬱的徵狀。

有見及此，中心在疫情期間聯同不同地區團體，從三個層面支援長者對抗疫情，期間共進行了 600 次家居探訪，派發了超過 2,500 盒口罩及 5,000 份防疫物資，受惠人數更多達 3,000 人。

### 1. 鄰舍支援層面 — 義工平台

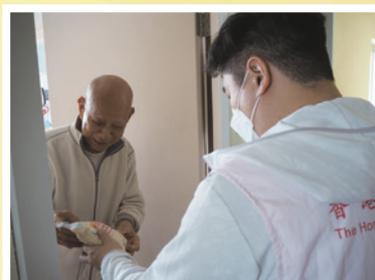
- 透過恆常義工及動員各基金計劃之義工進行上門探訪，慰問及關心社區長者之餘，亦提供防疫物資及最新的防疫資訊以及生活支援，以解決因疫情而帶來的急切生活需要。



長者領取日用品



長者領取口罩及日用品



義工上門探訪



長者領取口罩及日用品

### 2. 社區支援層面 — 跨界別協作夥伴平台

- 聯合中區獅子會，舉辦中心「齊心抗疫，關懷長者」的活動中，除探訪體弱長者外，亦在中心派發了 1,000 份口罩及抗疫禮物，合共超過 600 位社區長者受惠。
- 另外，中心亦與 Goji 義工團隊合作，於中心內派發接近千份口罩予長者，一同為防疫做好準備。當天大家十分配合中心安排，手持籌號有秩序及耐心地排隊領取防疫禮物包。



與中區獅子會義工合照



長者領取口罩



長者觀看防疫資訊片段



長者領取防疫物資



向長者講解領取物資安排



與 Goji 義工團隊合作

### 3. 香港賽馬會：抗疫援助基金 — 「抗疫防疫伴你行」

- 機構成功向香港賽馬會申請「新冠肺炎緊急援助基金」，為社區的弱勢社群提供防疫支援。
- 計劃主要以中心派發及上門探訪的形式進行，除此之外，職員亦會與街坊分享最新的防疫資訊，以增強街坊的防疫意識。
- 計劃合共派出約 3000 份的防疫禮包，當中包括 3800 盒口罩、5200 包濕紙巾及 9100 支酒精搓手液。計劃讓約 3000 名的油塘區長者受惠。



派發防疫秘笈



上門派發物資予獨居長者

# 疫情札記 (安老院)

由 2020 年 1 月開始，本港共經歷了三波新型冠狀病毒疫情。吸取了 2003 年非典型肺炎的經驗，當首兩波疫情爆發時，各安老院舍均採取了果斷的措施，有效令病毒隔絕於院舍。但在 7 月爆發的第三波疫情中，開始有多間院舍的長者及職員確診。而本院自疫情初起時已制定嚴格感染控制措施，及至第三波疫情爆發時，更針對性地加強對員工及家屬的教育支援，杜絕病菌由社區進入院舍的機會，令院舍於疫情期間保持零確診。

## 1. 防疫措施

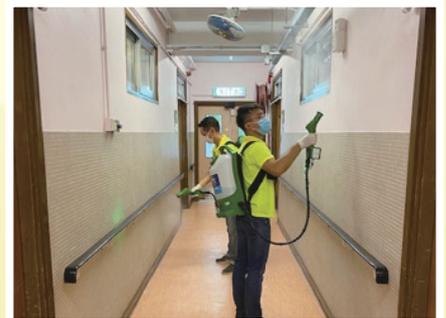
### 溝通為先，建立抗疫文化

建立資訊平台發佈疫情最新消息，包括應變計劃、應變級別及機構的防疫措施，通過多渠道「資訊流」，全院員工能緊貼及執行有關防疫措施，教育員工由被動變主動留意疫情。



### 保護院友措施：

- 為減低外界感染院友機會，暫停所有外界接觸如家屬探訪及義工服務，親友攜來物品亦進行消毒。禁止高風險個案接觸：如曾有外遊、居於「疫廈」或有接觸個案的人士均禁止進入院舍。
- 同時亦減少院友出外，2 月開始延遲非緊急覆診及暫停外出和慶祝活動，並為有需要到醫院覆診之院友穿上防護裝備加強保護。
- 避免院友不必要入院，安排到院外展醫生診症及安排分層就診。
- 保持院友社交距離及減低交叉感染機會，實施分隔樓層活動並於 6 月完成全院飯檯安裝隔板。
- 設立兩間隔離房間作緊急隔離用途，新入院及出院院友均需先於隔離房隔離 14 天。
- 所有進入院舍之人士均遵守入門四步曲：洗手 20 秒 -> 踏 1:99 消毒地氈 -> 探熱 -> 記錄。
- 全院加強環境衛生：全面使用空氣清新機，及以 1:49 漂白水每 2 小時消毒多接觸表面及院車車廂，並於 7 月 22 日完成首次全院噴灑消毒塗層。



### 保護員工措施：

- 加強員工個人衛生，所有員工均時刻佩帶外科口罩及勤洗手。
- 為減低感染風險，2 月開始實施分隔樓層工作措施，3 月完成員工飯堂飯檯隔板。而非制服員工工作時亦需穿上指定制服或自備服裝更換。

## 2. 加強員工防疫培訓

2 月至 8 月期間，感染控制組進行了 15 次員工防疫培訓，11 節員工防疫講座及 84 次洗手及穿卸防護裝備評核。

### 3. 保持院友與家屬的溝通

自 2 月開始於各樓層設立電腦系統，讓院友與家人透過視象會面，2 月至 8 月期間共提供超過 900 節視象會面。

因應疫情發展，彈性安排家屬於花園及室內進行預約探訪。針對長期臥床的院友，院舍亦有特別的探訪安排。



### 4. 維持恆常活動

於疫情期間，為滿足院友的身、心、社、靈需要及保障安全，所有小組及活動均以減少人數、分層及佩戴防護裝備的形式持續進行。

另院舍亦提供多項資訊科技設備予院友使用，包括虛擬現實、平版電腦及 SmarTable，使活動更多元化。並加強輔導服務，留意院友有否因疫情出現抑鬱情緒。亦安排體弱院友到花園散步，舒展身心。



### 5. 替員工及家屬打氣

於 2020 年 2 月疫情初起時市面上各項物資出現短缺，院舍遂協助員工代購米、漂白水及紙巾等生活必需品，使員工安心工作。亦定期向員工派發水果，感謝疫情期間緊守崗位。

### 第三波疫情下新增的措施：

- 確保員工在充足保護裝備下工作，並提升防護裝備至 9 個月備存用量。
- 安排員工於 2020 年 7 月及 8 月參與社署提供的 COVID-19 咽喉測試，兩次檢測均全部呈陰性結果。
- 預早制定清晰指引及相關工作安排，例：同住「疫廈」及接觸懷疑個案時的工作安排，安定員工工作情緒。
- 全面執行兼職員工只服務一個單位。
- 鞏固抗疫文化，除於員工飯堂及入口大堂播放防疫短，亦加強教育員工工作以外的防疫措施，例如：下班直接回家，回家消毒 9 步曲，等候檢測結果時 Do & Don't 等。時刻提醒：工餘多留家抗疫，避免外出。
- 採用彈性上班時間及 5 天工作週，避免員工於繁忙時間使用交通工具及減少聚集的機會。
- 向家屬派發防疫包，內有口罩、酒精搓手精液及防疫小冊子，協助家屬於社區抗疫。



# 項目報告

## Evaluation Report:

「記憶奪寶」 Year 3 Active mind project report

ENGAGING residents with mild to moderate dementia in Cognitive stimulating activities through Treasure Hunt Memory Training (Enriched Module) in private residential homes in KE Region

**(4/2019-3/2020)**

Submitted by:  
The Hong Kong Chinese Women's Club  
Madam Wong Chan Sook Ying Memorial Care &  
Attention Home for the Aged  
May 2020

## Background

The state of Mild Cognitive Impairment (MCI) was first discovered by psychiatrist around late 1990s. In 2013, it was formally recognized in the new edition of DSM-5 as a level of cognitive impairment under the Neurocognitive Disorders group that formal diagnosis was accorded to people suffering from MCI thereby treatment and interventions were made more explicit for this group of patients. Researches revealed that cognition can be improved by training and that active engagement in various activities, such as educational, recreational, physical as well as cognitive stimulating activities can have positive outcomes for cognitive enhancement and delayed onset of cognitive decline.

## Development of one-stop cognitive training services for older adults

Our agency is one of the few organizations in Hong Kong to pay specific attention on the needs of MCI elders, that as early as 2006 we had started our mission of developing a training kit for MCI, the Treasure Hunt Memory Training Kit, published in 2007. The kit had been widely adopted by Hong Kong elderly centres for MCI older persons since its inception and to ensure continuing learning and training effects, we had further re-organized and developed some enhanced modules in the past 3 years. Today, we have 3 modules for the MCI group training, namely the Foundation Module, the Advanced Module and the Mastery Module. On the other hand, we discovered that over the years, some professionals working in home-based agencies also used our kit to train their demented recipients, indicating that our kit was useful for training people with some dementia symptoms apart from MCI state. However, the application by different professionals for training appeared to be unsystematic and irregular, thereby was unable to bring out the maximal effect of the training content of our kit. Three years ago, we started to re-examine the kit content with an aim to enhance the training effect for those with mild and moderate dementia elderly groups. The trial contents were first applied to our demented residents in our residential home, and the results were encouraging. Subsequently we have further developed a training module, the Enriched Module, for people with dementia diagnosis, in the "mild" and "mild to moderate" dementia groups. By now, our Memory Training kit has developed 2 distinct systems of training for 2 target groups: the MCI as well as the Mild-Moderate Dementia groups, each with specific modules of training content and application. See Fig.1 below:

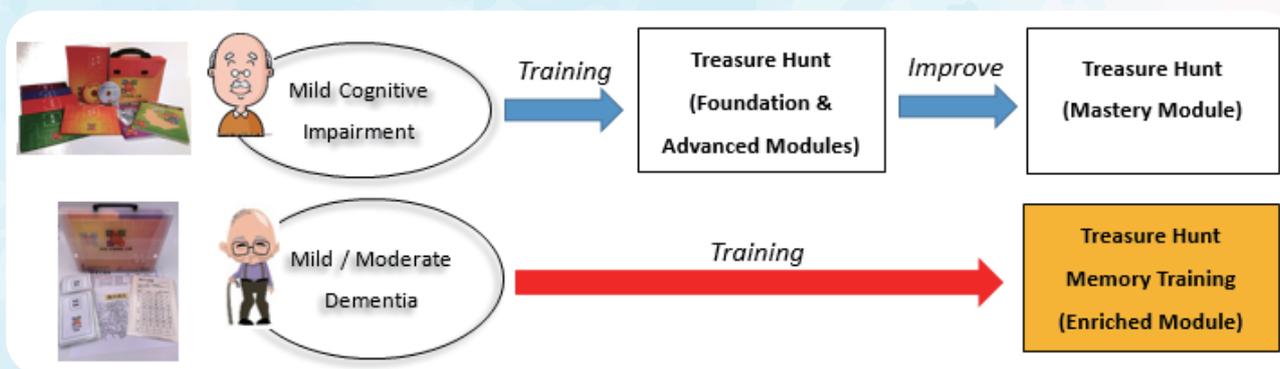


Figure 1. The Treasure Hunt Memory Training Kit - Training Modules and Workflow

## Piloting the Treasure Hunt Memory Training (Enriched Module) in Private residential Homes (PHs)

This project attempts to apply our newly developed Enriched Module for Mild-Moderate dementia elderly in some private elderly homes in Hong Kong, which are well-known for the paucity of resources in dementia intervention for the residents under their care. Based on our daily practice and experience, we believe that a systematic and structured memory training would benefit or delay cognitive decline in our elderly residents who have mild or mild-moderate dementia, thus this project aims to bring the training into these PHs for the benefit of both staff and residents under their care.

## Objectives

The objectives of this Project study are:

1. To examine the effectiveness of the Enriched Module of the Treasure Hunt Memory Training Program for elderly with mild and mild-moderate levels of dementia who live in PHs in East Kowloon Region.
2. To foster residents engaging in various cognitive stimulating activities in residential homes.

## Study design

### (A) Private Homes (PH) criteria

A non-randomized pretest-posttest design was adopted in our project study. We aimed at recruiting 300 residents from 12 PHs. Invitation letter was sent to all 48 PHs in Kowloon East Region with follow up phone calls. These homes carried different capacity ranging from 42-335. We classified homes of under 100 residents as "small", those of 101-199 as "medium" and those 200 & above as "large" homes, and we were eventually successful in recruiting participating homes from all 3 categories. This would help to determine whether home size was a dependent variable in project outcome.

### (B) Subjects criteria

Participants were recruited from PHs who fulfilled the following inclusion criteria: (1) PH residents aged 65 or above; (2) with complaint of subjective memory problems which lasted for at least one year; (3) no severe sensory deficits that hindered participation; (4) no severe physical or mental disabilities; and (5) willing to attend intervention with at least 80% attendance.

### (C) Material and Measures

#### a. Screening – Abbreviated Memory Inventory for Chinese (AMIC), and Mini-Cog

Screening assessments were done by social workers of respective PHs to determine eligibility for joining the study. AMIC is a subjective memory impairment checklist, developed by Prof. Linda Lam from the Chinese University of Hong Kong and is well validated locally. For those who scored 3 or above in AMIC, further cognitive assessment was indicated. Mini-Cog is a screening tool composed of 3 items recall and a clock drawing test. Those who scored 1 to 2 in three items recall and incorrect in clock drawing test in Mini-Cog were selected as potential participants to join the training.

#### b. Assessments – Hong Kong Brief Cognitive Test (HKBCT), Geriatric Depression Scale (GDS) and Functional assessment staging tool (FAST)

- (1) Hong Kong Brief Cognitive Test (HKBCT) - Hong Kong Brief Cognitive Test is a new cognitive test in differentiating subjects with dementia, mild cognitive impairment and normal elderly. It has an optimal cut-off score of 16 in distinction between dementia and MCI. It has superior performance as a screening instrument in comparison with MMSE and MoCA (Chiu, 2018).
- (2) Geriatric Depression Scale (GDS) - Geriatric Depression Scale version 15 was adopted in this study. It has been extensively used as a measure of mood status in elderly. It has good validity and reliability and is easy to administer. The cut-off score indicating clinical depressive symptoms is 8 or above.
- (3) Functional assessment staging tool (FAST) - The functional assessment staging tool is a 7 stages that differentiates the level of severity of dementia based on the progression of cognitive and functional decline. Stages 1 to 3 are the pre-dementia stages. Stages 4 to 7 are the dementia stages, therefore subjects from stages 4 to 6 would be recruited into our program.

## Procedures

For better intervention and study validity, we had accorded different staff for different procedures of case screening, case assessment and group intervention. Staff from participating PHs were trained for case screening. A half-day training session was held in April for PH social workers, one from each participating PH. Training contents included use of screening tests and introduction of assessment tools (HKBCT, GDS-15 and FAST). A social worker from our agency's residential home was deployed for pre-group and post-group assessments of selected participants, as well as collecting PH feedbacks via a questionnaire. A part-time (0.8) Occupational Therapist was recruited to deliver group interventions of the training, as well as for data collection, analysis and report writing.

A total of 13, instead of 12 PHs were recruited. 25 cases were selected from each PH for screening, and we hoped to recruit 12-15 participants from each PH to form two groups for intervention. We divided the 13 PHs into 2 batches for assessments and intervention. The first batch comprised 6 PHs for 4 months from May to August; while the second batch of 7 homes lasted from September to December. A total of 249 participants were screened by staff of PHs. 126 elders were excluded or declined to join the project due to numerous reasons, such as physical frailty, and frequent hospitalization. Nevertheless, we were able to form a total of 24 intervention groups for the remaining 123 subjects, 11 for the first batch and 13 for the second batch homes. Of these 24 groups, 13 groups were for mild dementia for those HKBCT score fell within the range of 13-17, and 11 groups were for mild-moderate dementia of HKBCT scored 9-12. After the intervention, post-group assessments were again administered by our agency's Social Worker.

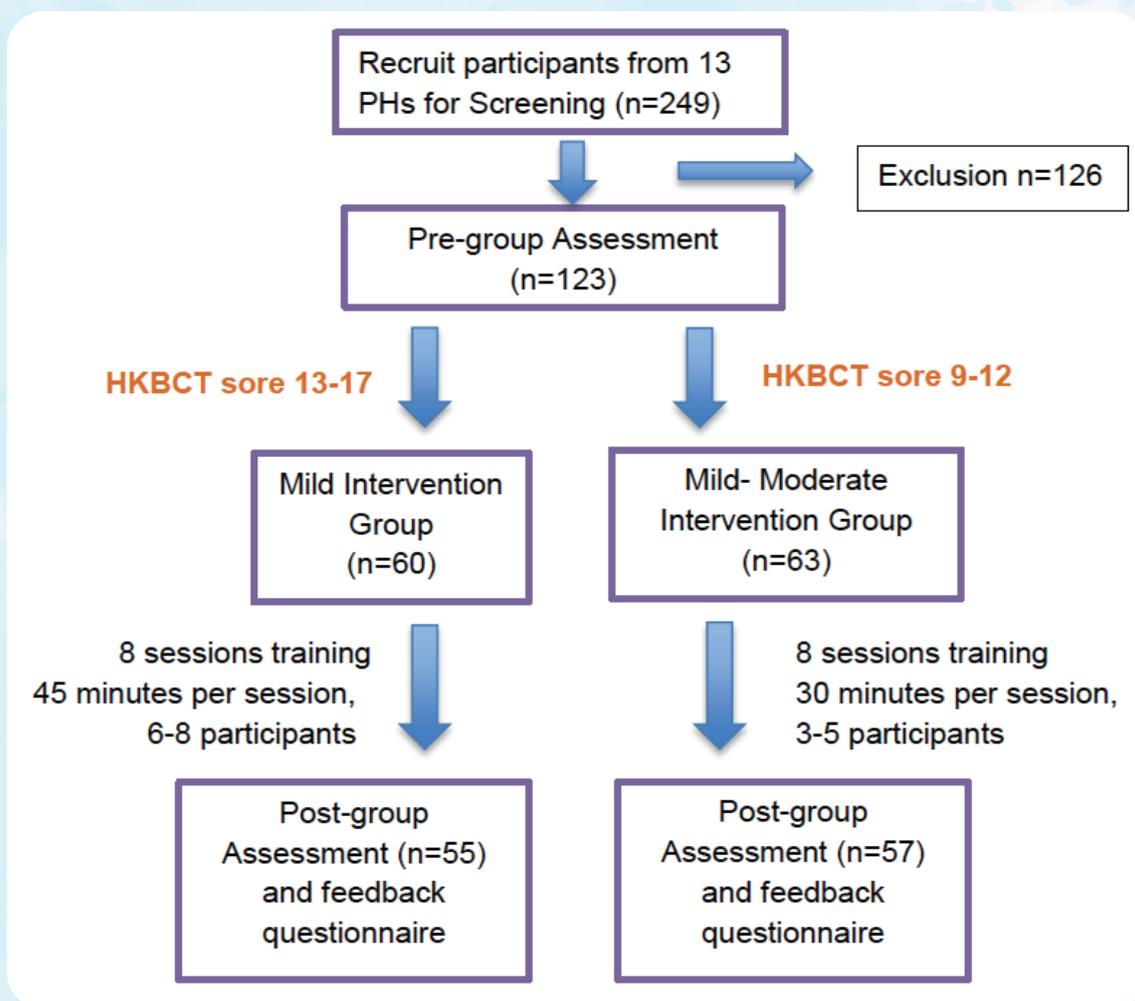


Figure 2. Workflow of the Project Study

## Intervention Programs

### Treasure Hunt Memory Training Program – Enriched Module (Mild and Mild- Moderate Dementia)

The Enriched Modules consist of two levels (Table 1), Mild level (HKBCT score 13-17) and Mild--Moderate level (HKBCT score 9-12). Each module is composed of 8 sessions of training. Each session lasts 30-45 minutes, depending on the level of cognitive impairment. While a training period of 8 weeks would normally attain satisfactory results, research findings and clinical experiences confirm that at least three consecutive months of training would achieve optimal outcomes. We therefore endeavor to develop two 8-weeks training content (version 1 & 2) for both Mild and Mild-Moderate levels.

Mild Group (Version 1)		Mild- Moderate Group (Version 1)	
Session No.	Content	Session No.	Content
Session 1	Tea at restaurant	Session 1	Know your residential home
Session 2	Food – type and concept	Session 2	Food – type and concept
Session 3	Seasons change	Session 3	Summer
Session 4	Fruit & vegetables	Session 4	Exercise
Session 5	Spring-summer festivals	Session 5	Tuen Ng Festival
Session 6	Dragon boat festival	Session 6	Self-care activities
Session 7	Leisure	Session 7	Money
Session 8	Grooming	Session 8	Mid-autumn Festival

Table 1. Session outline of Treasure Hunt memory training program (Enriched modules) (version 1)



Treasure Hunt memory training group led by OT

## Results

### Demographic Data

A total of 249 subjects received screening test, age ranged from 62 to 101 with mean age of 83.9, standard deviation of 7.8. Two-thirds (68.3%) were female. For educational attainment, over 35% received no education and 36% of them had more than 2 years of education. For marital status, 48% were widowed, 40% married, 6% never married, 2% divorced, and 4% were unknown.

## Screening Tests

For screening test results, the mean scores of AMIC was 2.78 (1.42) and Mini-Cog was 1.76 (1.456). The standard deviation of both tests were over 1.4 which indicated that the scores had a relatively large variation.

	Mean	SD
AMIC	2.78	1.422
Mini-Cog	1.76	1.456
Three items recall from Mini-Cog	1.44	1.084
Clock drawing from Mini-Cog	0.32	0.729

Table 2. Screening tests results (n=249)

At the beginning of the project, staff from PHs expressed difficulty in recruiting residents and conducted the screening tests, due to the following reasons:

- (i) The elders were not interested in cognitive training;
- (ii) For mobile and out-going residents, they had already joined a lot of activities and did not have time to join cognitive training;
- (iii) The PHs were served with other services like the MOSTE program through SWD which offered similar cognitive training for residents;
- (iv) PHs did not have sufficient physical space for group meetings;
- (v) Participants were living on different floors and in-building transfer was a problem for these homes;
- (vi) For smaller size residential homes, most of their residents were bedridden or suffered from speech problems such as aphasia resulted from stroke.

After detailed discussions with PH staff, we finally resolved most of the difficulties and were able to recruit 123 participants for the project.

## FAST staging tool

No difference was found after cognitive training in both levels (see table 3). Our results showed that cognitive training had no effects on physical function or self-care ability improvement.

## Comparison of outcome measures after intervention

All participants were re-assessed with the same assessment tools after cognitive stimulation program. 11 of them failed to complete the post-tests due to hospitalization and death, 5 in the Mild group and 6 in the Mild-Moderate group. Post-group assessments confirmed that there was a statistically significant improvement in both cognition and mood states after training. Cognitive domains showed 2.07 score improvement while mood showed -0.87 score improvement (less score means higher improvement). However, functional abilities did not change after training as reflected from FAST score.

For group level comparison, the Mild-Moderate group recorded a comparatively better improvement in both domains than the Mild group after intervention. In cognition, the mean change for Mild-Moderate group was 2.26 s. 0.51 for the Mild group; whereas in the mood state, it was -1.16 vs. -0.77 respectively (Table 3).

	Pre-group Mean(SD)	Post-group Mean(SD)	Change of Mean	p-value
<i>Overall (n=112)</i>				
HKBCT	13.84 (5.832)	15.91(6.413)	2.07	0.000**
GDS	3.66 (2.982)	2.79 (2.692)	-0.87	0.001**
FAST	4.29 (1.534)	4.29 (1.534)	0	1.000
<i>Mild group (n=55)</i>				
HKBCT	18.85 (4.423)	19.36 (4.668)	0.51	0.001**
GDS	3.15 (2.785)	2.38 (2.361)	-0.77	0.007**
FAST	4.13 (1.491)	4.13 (1.491)	0	1.000
<i>Mild-Moderate group (n=57)</i>				
HKBCT	9.87 (4.114)	12.13 (5.793)	2.26	0.000**
GDS	4.25 (3.104)	3.09 (2.977)	-1.16	0.002**
FAST	4.47 (1.585)	4.47 (1.585)	0	1.000

Table 3. Pre and post assessment results (n=108) \*\*P<0.05 level

## Attendance rate

There were 24 training groups organized during the training period, 13 for Mild groups and 11 for Mild-Moderate groups. In general, overall attendance of the Mild group participants was better than the Mild-Moderate group, with average attendance rate for Mild groups ranged from 71%-100%, while that of Mild-Moderate group was 60% - 98% (Figure 3).

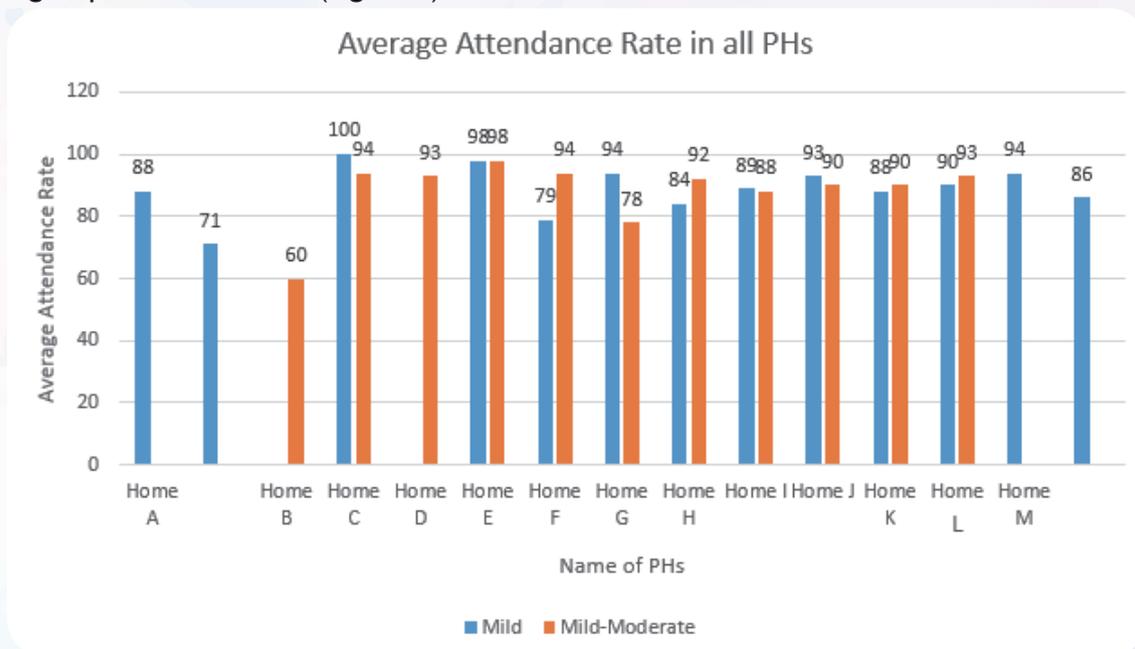


Figure 3. Average attendance rate in all PHs

Looking into the home size difference, it was recorded that larger size PHs achieved a better mean attendance rate than medium and small size homes. For large size PHs of over 200, the mean attendance was 91.75% (92.2% in Mild and 91% in Mild-Moderate groups). For medium size PHs of 101-199, the mean attendance was 87.25% (86.5% in Mild and 88% in Mild-Moderate groups). As for the small size PHs of under 100, the mean attendance rate was 87.75% (89.25% in Mild and 86.25% in Mild-Moderate groups) (Table 4).

attendance		Mean	Std. Deviation	N
large	mild	92.20	3.194	5
	mild-moderate	91.00	1.732	3
	Total	91.75	2.659	8
medium	mild	86.50	6.455	4
	mild-moderate	88.00	7.118	4
	Total	87.25	6.341	8
small	mild	89.25	13.251	4
	mild-moderate	86.25	17.633	4
	Total	87.75	14.528	8
Total	mild	89.54	7.986	13
	mild-moderate	88.18	10.628	11
	Total	88.92	9.103	24

Table 4. Attendance Rate of Mild and Mild-moderate groups in different size PHs

### Relationship between attendance rate vs size of PHs and level of groups

Taking a closer look into the relationship between size of PHs, level of groups and attendance rate, a two-way ANOVA was performed. Owing to the small sample size, the result showed no statistical significance among the variables (p-value larger than 0.05 significance level) (Table 5).

attendance					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	122.533 <sup>a</sup>	5	24.507	.247	.936
Intercept	185414.504	1	185414.504	1871.508	.000
size	86.838	2	43.419	.438	.652
level	4.754	1	4.754	.048	.829
size * level	20.509	2	10.254	.104	.902
Error	1783.300	18	99.072		
Total	191654.000	24			
Corrected Total	1905.833	23			

a. R Squared = .064 (Adjusted R Squared = -.196)

Table 5. Two-way ANOVA to study the effects of home size, group levels on attendance rates

### Outcome measures of Cognitive Domains (HKBCT sub-domains)

T-statistics analysis was used to determine changes of cognitive domains in Hong Kong Brief Cognitive Test. It helped to identify which cognitive domains benefitted most from our training kit (Enriched module) specifically.

In table 6, those cognitive domains showed statistical significance was marked in red, namely immediate recall, immediate recall items, reality orientation, Luria's test and delayed recall. These domains generally represented short-term memory and general cognitive functions e.g. reality orientation. Luria's test is a nonverbal test of executive function which includes the task of performing simple programmed motor tasks or changing a pattern of motor activity once it has been begun (Weiner et al., 2011). It is a higher cortical function and crucial for maintaining a person's functional independence in the community. The improvement might be related to the training approaches used. We adopted cognitive stimulation, experience sharing and multisensory stimulation in the training program. The combination of these approaches activated brain neurons and nourish the brain cells. It might eventually facilitate more neuron network formation, thus enhance executive function of the brain.

Cognitive Domains	Pre-group Mean (SD)	Post-group Mean(SD)	Mean	t-statistics	p-value
Immediate recall	0.19 (0.392)	0.34 (0.476)	-0.152	-3.175	0.001**
Number of recalled words	2.45 (1.192)	2.83 (1.192)	-0.384	-3.222	0.001**
General knowledge	0.53 (0.519)	0.57 (0.497)	-0.045	-1.092	0.139
Reality orientation	3.07 (1.412)	3.49 (1.525)	-0.420	-3.684	0.000**
Luria's test	1.06 (0.820)	1.38 (0.659)	-0.313	-3.800	0.000**
Verbal fluency	0.96 (0.702)	1.08 (0.902)	-0.125	-1.826	0.071
Delayed recall	2.78 (2.937)	3.53 (2.888)	-0.750	-3.440	0.001**
Visuospatial	1.51 (0.959)	1.64 (1.030)	-0.134	-1.772	0.079
Language	3.23 (0.930)	3.30 (0.948)	-0.071	-0.799	0.213
Recent memory	0.53 (0.629)	0.59 (0.637)	-0.063	-1.152	0.126

\*\* p value  $\leq 0.05$

Table 6. Sub-domains results of HKBCT (n=112)

## Feedbacks from the PH staff and elderly participants (Qualitative findings)

### Private Home Staff Feedbacks

Our Social Worker was also responsible for collecting qualitative feedbacks of PH staff using a questionnaire on the project. The questionnaire was anonymous in order to encourage more comments. Face-to-face interviews for 30-45 minutes were planned initially. However, due to the outbreak of Coronavirus pandemic in Jan 2020, we changed the method to collecting second batch feedback. We faxed and mailed our questionnaire and follow up phone contacts to increase the return rate. By February 2020, we collected 9 questionnaires out of 13 PHs, around 70% return rate and 26 questionnaires from participants who joined the project. The feedbacks were summarized as follows:

- (1) Program content – All the respondents were satisfied with the number of sessions, length of group, props, time and duration. They were satisfied and confident to use the training material themselves. However, they suggested that the size of picture card could be enlarged to A5 size so that participants with poor vision could see the content well. They also suggested to use more pictures and fewer words since most of them were illiterate. One feedback stated that the content was meaningful to them such as "performing self-care task", regular practice would improve their self-care skills.

- (2) Use music to facilitate training in Mild- Moderate Dementia – One staff opined that singing the grooming song would arouse interest and curiosity of residents with Mild-Moderate Dementia. They enjoyed singing along during the session.
- (3) Observed improvement in mood and memory of the participants – Some staff respondents reported that participants increased verbal and social interaction with other residents in the residential home. Also, they were observed to be more active, harmonious and happier as well as exhibiting fewer complaints of memory during the training period.
- (4) Group format was better than individual based training – Some feedbacks compared this project program with other outreach services provided by other NGO through the MOSTE program. Though more programs were organized through MOSTE for individual residents, staff found that residents enjoyed group activities more than individual activities. Staff opined that group training enhanced residents to make new friends, share and express feelings, increase social interactions and prevent depression.
- (5) Work stress and support among colleagues – Some respondents reported that they did not have confidence to recruit and conduct the screening tests. They showed worries and uncertainty about their performance during screening. Initially, we provided on-site/telephone support to them and encouraged them to continue case screening. They were also invited to participate in group sessions implementation with OT. Gradually, they equipped more skills and became more confident.

## Elderly Participants Feedbacks

All of them welcomed the training group. Some even requested for more training sessions. Some reported that they had gained more knowledge and correct understanding of memory loss. They also expressed that the training contents were related to their daily living and helped them to build up a healthy lifestyle, e.g. in the activity session related to season and weather change, they showed more awareness to the environmental cues, used their senses to experience changes in the environment, so that their orientation sense to "place" and "time" were enlightened. Besides, topics related to self-care and dressing increased their personal self-awareness.

## Conclusion

Our project findings suggest that:

1. Treasure Hunt Memory Training Program (Enriched Module) is effective to improve some cognitive functions namely, immediate and delay recall, orientation and executive function, as well as mood state in elderly residing in private residential homes.
2. A structured and systematic cognitive stimulation training program is recommended to enhance cognitive functions of elderly with Mild and Mild-Moderate Dementia.
3. This project identifies some factors for successful implementation of cognitive training programs in Private Residential Homes:
  - (a) Provision of a designated staff for dementia care intervention;
  - (b) Adequate training for the designated staff for optimal service implementation and follow up duties;
  - (c) Provision of an enclosed area for group session activities within the Home premises.

## Acknowledgement

We acknowledge the participation and support from the following private residential care homes during the project implementation period:

慶樺護老院  
港泰(竹園)護老有限公司  
中信護老院  
慈恩護老院  
慈孝老人院  
松齡(萬年)護老中心  
松齡(德豐)護老中心  
松齡(利富)護老中心  
松暉護老中心  
曉光護老中心  
瑞安護老中心  
新松齡護老中心  
瑞臻護老中心

## References

Chiu, HFK, Zhong, B - L, Leung, T, et al. Development and validation of a new cognitive screening test: The Hong Kong Brief Cognitive Test (HKBC). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; 33: 994– 999. <https://doi.org/10.1002/gps.4883>

Weiner, M. F., Hynan, L. S., Rossetti, H., & Falkowski, J. (2011). Luria's three-step test: what is it and what does it tell us?. *International psychogeriatrics*, 23(10), 1602–1606. doi:10.1017/S1041610211000767

# 香港中國婦女會安老服務管理委員會名單 (2020)



永遠榮譽顧問  
蕭司徒潔



當然顧問  
黃林美麗  
(香港中國婦女會  
當任會長)



當然顧問  
文綺芬  
(香港中國婦女會  
當任主席)



主席  
蕭詠儀



副主席  
陳吳慧珍



副主席  
劉健儀

## 常規委員：



劉陳素薇



周熊仁寶



蔡馬愛娟



方陳珮汝



徐劉秀珍



羅陳雪侶



潘洪彩華



郭陳賽英



孫陳佩玲



何陳佩蘭

## 顧問委員：

林貝聿嘉

何馮艷仿

胡郭秀萍

梁靳羽珊

周梁麗芬

孟顧迪安

戴呂季玉

李劉蓓蓓

蔡鄧月紅

陳郭靄珠



李孫輝



陸明



馬張蓮嬌



郭馬明珠





## 安老服務單位

[www.hkcwce.org.hk](http://www.hkcwce.org.hk)



### 香港中國婦女會

#### 黃陳淑英紀念護理安老院 / 油塘長者日間護理中心

地址：香港九龍油塘碧雲道六號

電話：2717-1351

傳真：2346-8591

電郵：[enquiry@wcsyhome.org.hk](mailto:enquiry@wcsyhome.org.hk)

### 香港中國婦女會

#### 油麗長者日間護理中心

地址：香港九龍油塘油麗邨雍麗樓地下

電話：3996-7533

傳真：3996-7530

電郵：[yl\\_enquiry@hkcwce.org.hk](mailto:yl_enquiry@hkcwce.org.hk)

### 香港中國婦女會

#### 李樹培夫人啟知中心

地址：香港九龍油塘高翔苑停車場 L3 2 號

電話：2775-6226

傳真：2775-6399

電郵：[enquiry@ellcentre.org.hk](mailto:enquiry@ellcentre.org.hk)



記憶奪寶

