

國立臺灣大學社會科學院社會工作學系



碩士論文

Department of Social Work

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master Thesis

音樂治療運用於失智症照顧之介入歷程：

以團體音樂治療促進失智症者的社會互動及自我表達為例

Intervention Process of Applying Music Therapy to Dementia

Care —Promotion of Social Interaction and Self-expression of

Patients with Dementia by Group Music Therapy

張雨晴

Yu-Ching Chang

指導教授：趙曉芳博士

Advisor : Shiau-Fang Chao, Ph. D.

中華民國 112 年 7 月

July, 2023

## 謝辭



這篇論文得以完成，要感謝許多人的協助與支持。首先，是我的合作夥伴林昱慈音樂治療師，感謝昱慈在我冒昧提出邀請說想做相關主題的論文時，義不容辭答應給予協助，也感謝後續能夠和昱慈一起配合時間參與團體，讓我能夠完成十次的團體觀察並完成這個研究。同時感謝我的指導教授趙曉芳老師，給予我很大的空間選擇自己喜愛的論文主題，做不那麼典型的社工系論文，讓我能夠大膽的到外面與音樂治療師和機構合作完成研究；並且，包容我總是慢很多拍的進度，陪我熬到修業年限的最後才完成口試及這篇論文。感謝計畫書口試及學位考口試兩個階段的口試委員，楊培珊老師、吳佳慧老師、及林珍珍老師，三位老師的口試建議，都精準的幫助我能夠將這篇研究更聚焦，相當有幸接受幾位口委老師的指點。

感謝台大社工系多年來給予我學術上的養分以及社工教育的養成，在此學習多年下來，受過諸多師長、同學、學長姐的幫助，無法一一羅列，但每一個幫助於我而言都是很好的養分，讓我足以慢慢成長為即將能夠獨當一面步入社會的助人工作者。更要感謝父母親作為我求學的後盾，讓我可以無後顧之憂的完成研究所學業；還要感謝他們培養我自幼學習音樂，有父母親的堅持與陪伴，我才能有足夠的音樂底蘊來將音樂結合到助人工作領域中，完成這篇論文。

最後，感謝我擁有音樂和自己。這些年在學習助人工作的歷程中，走得並不順遂，有諸多磕磕絆絆，每一次覺得無法堅持下去時，音樂都是最終讓我再次願意懷抱信念的力量。學習社會工作的初衷是想要成為能夠幫助他人的人，雖然助人的過程有時也會讓自己遍體鱗傷，但我很幸運有音樂的陪伴能夠治癒自己，因此堅持相信努力在助人工作的道路上，能夠讓社會更好。本篇論文即是匯集我人生中不可欠缺的兩個重要根源，音樂與助人工作。做研究和書寫論文的同時，也在將個人生命中所認為重要的觀念、價值匯集，望閱讀者能夠從中感受的身為作者的用心與淬鍊。



## 中文摘要

本文旨在研究運用團體音樂治療於失智症照顧，並聚焦於探討失智症者的自我表達及社會互動。失智症者即便喪失部分認知功能，但其情感部分在神經科學的研究中是未受損的，因此有能力接收來自音樂的刺激媒介來表達，以及透過音樂增加社會互動。研究者基於自身的社會工作專業及對音樂的興趣進行本研究，媒合專業音樂治療師及外部機構的資源進行合作，參與到日間照顧機構中現有之失智症者音樂治療團體進行觀察及訪談，研究方法混合參與觀察與質性研究。研究發現不論在社會互動及自我表達的面向，失智症者運用歌唱及樂器即興，相較於使用語言，更能夠與他人互動及表達。多運用歌唱及樂器即興來讓失智症者完成與其他成員間的合作、及表達個人的想法，是可以提升其在團體中自我表達及社會互動的方式。

關鍵字：失智症照顧、音樂治療、團體音樂治療、社會互動、自我表達

## 英文摘要



This article aims to study the use of group music therapy in dementia care, focusing on the self-expression and social-interaction of people with dementia. Even though people with dementia lose some cognitive functions, their emotional part are not damaged, so they have ability to express and increase social interaction through music as an incentive. The researcher conducts this research based on her social work profession and interest in music, cooperates with professional music therapists and external organizations, also, participates in group music therapy groups for the elderly hold by daycare center. The research method will use participatory observation and qualitative research. The study found that in terms of social interaction and self-expression, people with dementia are more able to interact with others and express themselves by singing and improvising, in comparison of using language. Using more singing and instrumental improvisation allow people with dementia to complete cooperation with other group members and express themselves. It is a way to enhance their self-expression and social interaction.

Keyword : dementia care, music therapy, group music therapy,  
social interaction, self-expression

# 目錄



謝辭.....	i
中文摘要.....	ii
英文摘要.....	iii
第一章 緒論	
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	5
第三節 研究問題.....	8
第四節 研究目的.....	8
第五節 名詞解釋.....	8
第二章 文獻探討	
第一節 失智症者的社會互動.....	10
第二節 失智症者的自我表達.....	12
第三節 失智症者的情緒.....	16
第四節 音樂治療 .....	16
第五節 運用音樂介入於失智長者的成效.....	23
第六節 運用音樂治療促進失智症者的自我表達與社會互動之相關研究 .....	33
第三章 研究方法	
第一節 研究方法.....	38
第二節 研究對象與研究工具.....	39
第三節 資料蒐集與分析.....	41
第四節 研究倫理.....	42



#### 第四章 研究結果

第一節 團體成員及團體內容概述.....	44
第二節 失智症者在團體中的社會互動.....	48
第三節 失智症者在團體中的自我表達.....	51
第四節 失智症者在團體中的情緒.....	55
第五節 團體音樂治療對於團體參與者到團體外之影響.....	57
第六節 研究者作為觀察者在團體中的反思.....	59

#### 第五章 研究結論與建議

第一節 研究結論.....	60
第二節 研究限制.....	62
第三節 研究建議.....	63

參考文獻.....	64
-----------	----

#### 附錄

附錄一 知情同意書.....	76
附錄二 訪談同意書.....	77
附錄三 訪談大綱 .....	78
附錄四 各週團體流程 .....	79

## 圖目錄

圖一 音樂介入促進社會互動之機制.....	29
圖二 McDermott 失智症者的音樂心理社會模式.....	32
圖三 自我表達與社會互動的觀察參考架構.....	37
圖四 研究流程圖.....	39



## 表目錄



表一 國內外運用音樂介入於失智症者相關研究.....	34
表二 研究參與之團體成員基本資料.....	45
表三 團體內容架構.....	47
表四 團體成員擅長之表達方式.....	52
表五 心情評測結果.....	56






## 第一章 緒論

### 第一節 研究背景

失智照顧是現今重要的人口高齡化議題，根據 2012 年衛生福利部委託台灣失智症協會進行的全國失智症盛行率調查，我國 65 歲以上長者的失智盛行率為 4.97%，推估全國有將近 13 萬的 65 歲以上長者罹患失智症，照顧失智症者儼然成為許多家庭及照顧者的重大負擔。在因應老化問題的理論當中，健康老化、活躍老化、創意老化是近年越來越被提倡用來延緩長輩失能的老化理論。西方自 1960 年代開始出現對於撤退理論的反動，出現老年研究的文化轉向，相較於看見長者因功能缺損逐漸離開原先的社會角色，學者們更鼓勵以成功老化、健康老化、活躍老化等概念讓高齡者持續參與社會、維持人際互動、探究如何讓老化有正向意義的實踐。隨之而來在 1970 年代，歐美陸續出現提倡高齡者文化與生活的團體，開啟「創意老化 (Creative aging)」的提倡運動 (Klimczuk, 2016)。創意老化的照顧技巧與實施主要在於運用創新的、藝術的方法來提升長者以及照顧者的生活品質，例如探用新的方式產生文字、聲音或圖像來達到刺激思考與回應。Herman (2011) 指出長輩參與創造力活動能夠：提供長輩練習思考的機會、促進溝通以及社會性投入。直到近年，創意高齡已經成為許多國家都有在推行的服務方式，且強調應圍繞著「以人為中心的整合照顧」來設計高齡服務 (Klimczuk, 2016)。

然而，欲將藝術融入高齡服務有部分的障礙與界限，因藝術長期以來偏向被認為是獨立、個人的表現形式，給人孤傲崇高的既定印象。藝術家的專業訓練經常更偏重凸顯個人的表達，要讓既定印象中的「精緻藝術」走入普羅大眾，容易面臨偏好上的差異及隔閡。不過近年來也有越來越多的藝術家認為藝術不再只是單純的向內追求，而應該可以走入社會、為人群發聲。曾旭正 (2012) 將過去既定的藝術形式稱之為「慣行藝術 (Conventional art)」，並透過對慣行藝術的反思，鼓勵藝術家脫離小我 (ego) 的限縮想像，走進社群以創造新的「有機藝術 (Organic arts)」，




打破疆界關注更多層面的議題。藝術所展現的社會影響及責任如今已更加被看重，藝術家利用其敏銳細膩的觀察、感受能力，加之透過與機構或社區的合作，引領他人以藝術的表現形式來覺察、探索自我，甚或能夠發展成為有意義的小型展演或社會行動。以下是國內著名的豎琴演奏家解瑄老師，在舞台演出以外投入樂齡音樂照護訓練課程，並實際至屏東機構參與服務後的分享：

「雖然我們在台上已經是獨當一面的演奏家，  
可是進入失智老人的世界我們可能會是一張白紙。」

—國家交響樂團豎琴首席 解瑄


藝術家願意投入高齡服務的領域給予協助，即便如白紙一般需要跨領域理解許多照顧知能與技巧，但其藝術專長仍可以讓照顧服務產生新的刺激。過去的長照服務多半由醫護相關人員、社工、照顧服務員與家屬提供其疾病與生活上的照顧，當藝術逐漸被運用到高齡照顧的服務中，在許多層面都將有所助益。楊培珊等（2009）說明藝術性活動對老人的效益包括：生理層面上，有助於腦神經細胞的發展，可以讓身體轉換為較放鬆的狀態；心理層面能夠降低憂鬱、寂寞與焦慮，增加個人的自我正向感受，增加控制感，協助情緒抒發；社會層面則可幫助增加有品質的社會互動，增加生活滿意度等。而運用藝術在高齡服務時，我們看重長者自身的感知與創造能力，藝術作為一種不分年齡與能力的表達媒介，許多失智長者即便逐漸失去口語表達的功能，但仍然擁有對於視覺、聲音、肢體的感知能力，可以透過簡單的繪畫、發出聲響、比手畫腳等形式，來展現語言所沒有辦法呈現的表達。「一個人就算被確診失智的那一刻，他還是對周遭事物有感覺，他依然是一個有知覺、能感受、希望被尊重對待的人；他還聽得懂、看得見、對事物能有所理解」（楊寧茵，2019，頁 273）。

並且，藝術能夠讓失智長者跳脫日常生活中被照顧的角色，在藝術面前人人都是平等的，具有同等的創造能力。一位音樂治療師寫道：「對於失智症長者來說，



音樂就像一個邀請，也像一把開通過去回憶的鑰匙。雖然看似喪失很多日常功能，但是失智症患者仍保有開闊的想像力與豐沛的情感」(林昱慈，2022)。以美術為介入的藝術治療亦可帶來類似效果，黃傳永、郭淑惠(2018)由針對12位失智長者所進行的7次藝術治療方案發現，藝術治療對失智長者所觸發的成效因子包括：提升長者成就感、運用多重感官、提升長者感官知覺、創作賦能與維護長者自我價值感、促進手眼協調等。在過去多數的失智照顧模式當中，失智症者容易被視為喪失功能、需要被照顧的對象，能夠自主選擇、發揮創造力的機會並不多。不過在藝術治療或藝術團體中，即便長輩剛開始不一定擅長某些藝術形式的表達，但透過打開自己的感官探索、嘗試，他們可以依循個人偏好呈現自己的創作。治療師不會有好與壞的評價，也並不著重於教導長輩技術上的使用，重要的是引導長輩以簡易的方式進行以藝術為媒介的表達。

而藝術治療於國內的運用也越來越廣泛，舉凡美術、音樂、戲劇皆有不同程度的被運用於老人服務及長照機構的活動中。然而受限於藝術治療於國內的專業發展尚不足夠，亦無法在國內考取國家證照成為治療師，藝術作為媒材運用於服務中時並不會使用「治療」字眼，而是以團體活動的形式出現。相較於強調其治療效果，更多團體方案的運用與研究著重於參與者在接觸藝術過程中的體驗、覺察及改變。盤點國內現有將藝術運用於長者服務的文獻，不同藝術形式作為介入方法的研究皆有之，包括：繪畫及美術的藝術創作形式(姚卿騰、陳宇嘉，2018；許禎容等，2017；莫淑蘭等，2008；黃傳永、郭淑惠，2018；溫芯寧等，2015，2016；蔡孟璇等，2018)、音樂相關形式(何怡璇，2010；林淑芳，2017；林惠娟、陳淑齡，2007；張彩音，2016；黃淑鶴等，2001；蔡昕璋，2019；賴蓉星等，2013)，以及戲劇回憶劇場(王婉容，2013)。整體而言，藝術治療在國內的相關文獻仍屬稀缺，且多數文獻沒有說明是否由具備合格證照的治療師進行介入，部分研究雖使用「藝術治療」、「音樂治療」的名稱，卻僅由醫療人員操作或帶領團體，並無執行實質符合藝術治療定義的介入。在前述文獻中，以美術為媒材的介入研究品質與數量較為完整，



符合實務領域中美術團體被較廣泛運用於高齡服務的現況，但音樂作為介入方法的相關研究相對缺乏。音樂治療在國內運用與研究上的稀缺相當可惜，音樂與美術、戲劇等其他藝術形式的差異在於，音樂與聲音本身就是一個互動溝通的媒介，能夠立即的表達與被接收，容易達到合作互動的效果，適合以團體形式運用於失智症者。

音樂能夠刺激失智症者此時此刻的互動 (moment-to-moment interactions)、情緒及社會參與 (emotional and social engagement) 與自傳式的回憶 (autobiographical recall) (Baker, 2019)。音樂治療的重要目的之一即是讓個案透過音樂表達自己在語言功能上所無法表達的內容。Ridder 等人 (2009) 指出：「音樂作為除了語言之外可被理解與呈現情感的表達方法，它提供一個橋樑建立與失智症者之間的社會互動與溝通。」從許多國際間研究中可發現，近年來音樂治療的研究趨勢已越來越重視高齡及失智症者的群體，不過多數研究偏向探究減少失智症者的憂鬱及負向行為症狀，或如何藉音樂治療改善失智症者的認知、提升生活品質。而研究者選擇自我表達及社會互動作為研究標的係因提升個案的自我表達本身即是音樂治療的治療目標之一，但因不易測量尚較缺乏相關研究；而選擇探討高齡失智症者的社會互動，一則觀察到該群體長者缺乏人際交流互動的困境，二則期待藉由團體音樂治療的模式，探究音樂、聲音能否作為補充口語表達以外的溝通、互動形式，增加失智症者的社會互動。

音樂治療事實上是一門相當跨領域的專業，音樂治療師的養成同時需要具備部分助人專業和心理治療相關知能，更要有良好的音樂運用能力和藝術敏感度。在國內過去的文獻中，缺乏由音樂治療師執行介入的相關研究，或許是礙於制度面上國內尚無足夠的音樂治療培訓體系，亦無國家認可的音樂治療師證照，目前約 50 多位在本地執業的音樂治療師皆是從海外取得國外認證的治療師資格後才回國執業。在缺少證照制度的狀況下，音樂治療的字眼常被誤用，產生人人自稱治療師，處處有音樂團體的窘境，但團體帶領的品質參差，也不一定能夠達到實證研究中所預期的非藥物治療效果。因此，研究者邀請具備合格證照的音樂治療師共同合作執

行研究，確保研究中所執行的內容符合音樂治療專業定義。同時，研究者作為社會工作專業的學生，也會在研究中加入觀察長者社會互動及自我表達的指標，探究團體音樂治療運用於高齡失智症者在該面向的影響與成效。



## 第二節 研究動機

自古以來，在人類的共同文化中即存在「音樂可以對人類精神與身體帶來有益效果」的概念 (Korenjak, 2018)。音樂在人類生活中扮演著不可言喻的重要性，舉凡傳統民族文化中的節慶伴隨音樂助興，至現代人類生活中在交通往返路程上隨手打開廣播或串流媒體撥放音樂，皆是音樂進入人類生活，影響人們情緒、精神穩定、放鬆身體緊繃的實例。迪士尼的動畫作品《可可夜總會》(Coco) 和《靈魂急轉彎》(Soul)，生動刻劃人在享受音樂而進入忘我狀態時，所達到精神上的富足，是在沒有音樂的生活中所欠缺的。而享受音樂並非必須是對音樂學有專精或能夠演奏樂器，只要具備身而為人的感知能力，即有潛能透過音樂開啟更多覺察。

研究者基於自身曾經學習古典音樂的背景，具備扎實的音樂基礎訓練，在古典音樂的嚴格制式訓練中，累積自身的樂器演奏能力。然而，專業化的演奏音樂和能夠透過音樂覺察情緒並不必然相輔相成，學習演奏的過程中，不乏要依循固定的音樂審美來重複練習達到精湛的演奏，反而容易因此欠缺即興演奏或因應環境、場合用聲音做適當表達的能力。基於兼具音樂背景與助人工作兩項學習經歷的優勢，以及對於音樂能夠如何應用於現有服務體系的好奇，研究者企圖將兩者結合運用於研究當中。


早在 2012 年，研究者即參與賴欣怡音樂治療師所帶領的音樂團體，並邀約其至校園進行分享音樂治療的講座，方有起心動念，對音樂與人群服務的結合產生興趣。2021 年，研究者參與國家交響樂團 (National Symphony Orchestra, NSO) 「愛樂實驗室」所舉辦的《穿樂時光》樂齡音樂照護工作坊。國家交響樂團作為國內頂尖的職業樂團，近年來也致力於將音樂推廣至高齡服務的場域，讓西方古典音樂不

再是對民眾而言遙不可及的藝文活動，故產生「愛樂實驗室」相關創新計劃的嘗試。

《穿樂時光》計劃將英國曼徹斯特室內樂團（Manchester Camerata, MCR）長期執行的 Music in mind Programme 引進國內，培訓國內的參與者成為種子音樂輔療師，至更多相關場域將音樂運用於高齡服務。工作坊前期的訓練以音樂家和樂團老師作為主要培訓對象，音樂專業工作者經訓練後至屏東竹田快樂魚日照中心進行與失智長者的音樂即興互動，而後更共同完成《長者即興曲》的演出。中期的計劃訓練對象，拓展至非音樂專業的工作者及相關科系學生，研究者即是在此階段參與。目前《穿樂時光》計劃仍定期舉辦工作坊的訓練，持續影響更多相關高齡服務產業中的工作者，將音樂的運用帶進其工作場域當中。

《穿樂時光》的訓練師資都是曼徹斯特室內樂團的專業樂手，樂手老師們透過自身音樂演奏的專長，經常參與 Music in mind Programme 到高齡照護機構，運用聲音、樂器與長者做有效的互動與連結。在 Music in mind 的音樂團體操作中，有基本的團體運作架構及流程，首先，給長輩們的樂器會放置在房間或團體圓圈的中央，讓長輩能夠平等的看到所有樂器進行挑選；在團體開始時大家會固定一起唱 hello song，中間所有成員一起即興共創音樂（improvisation），最後用 goodbye song 結束（Campbell, 2017）。印象深刻的是，研究者參與的工作坊中，雖然在課程講授階段學唱的是英國版本的 hello song，但在隔週實際與失智長輩用音樂互動的團體當中，英國的樂手老師是用中文帶領大家唱「真正高興地見到你，滿心歡喜地歡迎你……」。聽見帶領者用心學習了中文，並用參與者文化中所熟悉的語言、旋律歌唱，團體參與者之間因為有所共鳴而更加凝聚，聲調、語氣都顯得生動許多。由此發現，在借鏡西方音樂治療作為介入方法的同時，還需要考慮本土文化脈絡，根據團體參與成員的性質進行適當的音樂選擇、調整，因此也將需要本土化的相關研究，來探究適合我國長者的音樂型態與介入方式。

除此之外，Music in mind 的音樂團體也很強調所有參與者在團體之中是平等使用樂器、發出聲音來溝通，無論成員身份，所有在團體圓圈內的參與者都被稱呼



為 musician。帶領者即便平時是在舞台上進行演奏的音樂家，其在團體中不會過於主導音樂的進行，需要適當使用音樂的「模仿、襯托、抽離、反覆」等技巧，將創作空間留給長者。因為有這樣精心安排以長者為中心的設計（Orchestrating person-centered care），團體過程中有時會讓家屬或機構工作者發現長輩新的潛能，有能力參與並主導創造音樂（Campbell, 2017）。且透過音樂團體能夠激發某些長輩平時被視為缺損的能力，一位參與者的家屬在活動後回饋：

「平時載媽媽到音樂廳聽音樂會，車子出了音樂廳她就忘記聽了什麼，但那天在參與活動回家後我問媽媽，她可以記得剛剛好像有很多人，一起唱了望春風。她的記憶延長到回家的這段路上，我想她應該是開心的」

另一使研究者在工作坊過程中印象深刻的個案是一位中度失智的長輩，起初進到活動場地時，行走、身體活動都有些不靈活，不甚願意配合拿起樂器，但隨著團體進行到最後，長輩願意拿起手搖鈴，甚至站起來、舉高雙手活動。透過音樂活動的引導，能夠幫助其願意做到身體活動。從呆坐、拿起樂器參與，再到願意站起身舉手，樂器發出的聲響吸引了失智症長輩的注意力，讓其在團體前後有參與程度和身體活動上的不同。

礙於認知功能、身體活動功能的逐漸退化，許多失智症長輩平時不願意出門或鮮少有身體活動，也經常被動由家屬代為做決定，即便不符合個人意願也不一定能夠順利表達，這是失智症長輩普遍面臨的困境。然而，透過藝術、音樂的形式，或許能夠提供另一種讓長輩將「想像力」現形的媒介，在音樂即興的過程中長輩可以運用「創造力」改變他們的行為模式。研究者透過自身參與《穿樂時光》樂齡音樂照護工作坊的觀察經驗，深刻感知音樂的價值不僅止於演奏與欣賞，更能夠結合助人工作的專業運用，達到提升人們生活福祉的貢獻，也因而對音樂運用在失智照顧時，人與人之間的互動、表達、溝通模式如何轉變，衍生更多好奇。然而，目前國內雖有部分機構與音樂治療師已運用音樂治療團體在失智症者的照顧，但尚無相

關研究產生。因此，研究者希冀將社會工作專業結合自身的音樂長處，嘗試做該類型之研究。



### 第三節 研究問題

1. 失智症者在接受團體音樂治療的過程中，其社會互動與自我表達的行為模式為何？
2. 失智症者接受過團體音樂治療，到團體外，其社會互動與自我表達狀況為何？
3. 失智症者在參與團體音樂治療時的情緒狀態為何？
4. 探究團體音樂治療能否作為未來推及使用的失智照顧介入方式？

### 第四節 研究目的

1. 探究失智症者在團體音樂治療中，其社會互動與自我表達的樣態
2. 探究失智症者接受過團體音樂治療，到團體外其社會互動與自我表達的樣態
3. 了解團體音樂治療對失智症者情緒的影響
4. 根據研究發現，了解團體音樂治療在目前實務場域的適用性，並提出相關研究建議。

### 第五節 名詞解釋

#### 一、失智症者

根據 ICD-10 的診斷碼定義，失智症是一種人失去思考、記憶、學習、做決定和解決問題能力的狀態，其症狀包括性格的改變和情緒的問題（WHO, 2019）。失智症的病因包含多種腦神經疾病，如：阿茲海默症、巴金森氏症、亨汀頓症、路易氏體失智症、額顳葉型失智症，而超過 90% 的失智症者會在病程中出現行為及精神症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）者。其病症也會造成失智症者產生認知障礙，包括：注意力、執行功能、學習與記憶、語言、知覺與動作、或社交能力的降低，並干擾其獨立行使部份日常生活活動（台灣失智症協會，2017）。





## 二、自我表達

自我表達是一種能夠使個體能力展現並因此獲得滿足的行為方式(張春興, 2000)。自我表達是一種個體與他人之間建立有意義的關係和對健康心理發展有益的重要方法, 因自我表達給他人能夠看見個體的個人特質、偏好、想法等與自我相關訊息的機會 (Al-Khouja, 2022)。

## 三、社會互動

社會互動指任何涉及兩個或多個個體之間相互刺激或反應的過程, 社會互動涵蓋合作與競爭, 會對社會角色和地位產生影響 (American Psychological Association, 2022)。人與人之間互相來往且彼此影響的作用即是一種社會互動, 一人的行為能夠被第二人的刺激而有所反應, 第二人的反應又循環對第一人造成刺激, 此互為因果的關係讓人與人間的言語、態度等方面產生互動與影響 (張春興, 2000)。

## 四、音樂治療

根據 World Federation of Music Therapy (WFMT) 針對音樂治療的定義, 音樂治療是一項運用音樂及其元素作為介入的專業, 可以運用在醫學、教育或每天的生活環境中, 服務想要尋求優化生活品質或改善生理、社會、溝通、情緒和精神健康與福祉的個人、團體、家庭或社區 (WFMT, 2022)。而美國音樂治療協會 (American Music Therapy Association, AMTA) 給予音樂治療的定義則是特定要求需由專業治療師進行: 「音樂治療是一種臨床和以證據為基礎的音樂介入, 必須由完成音樂治療訓練、具備專業資格的人員在治療關係中協助個案達成目標。音樂治療的介入可以達到眾多健康照顧和教育性的目標: 提升福祉、管理壓力、減輕疼痛、表達感受、提升記憶力、改善溝通、促進生理上的復健, 以及更多」 (AMTA, 2022)。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 失智症者的社會互動


#### 壹、社會互動與社會互動相關理論

社會互動指任何涉及兩個或多個個體之間相互刺激或反應的過程，其範圍橫跨從父母與其子女之間的第一次相遇，到成年人的生活中與多個個體之間的複雜互動（American Psychological Association, 2022）。而社會互動關係到與他人的相處與連結，是形塑社會關係的必要條件（Hoppler et al., 2022），也是影響整體生活品質的重要因素之一（Adlbrecht et al., 2021）。

社會互動是根基於社會結構與文化（Adlbrecht et al., 2021），因此討論社會互動必須運用社會學理論來解釋。首先，運用米德（George Herbert Mead, 1863—1931）看待互動過程的概念來說明，米德將自我（self）視為所有人類行為與互動的核心，且相較於互動過程所隱藏的動機，更著重於互動時所使用的訊息和手勢、動作。米德認為互動具有三個必要元素：第一，個體會在環境中做出手勢或動作，並在此過程中向其他個體發出互動的訊息；其次，另一個體接收到訊息之後，會藉由注意到這個動作得到互動的訊息，再透過改變自己在環境中的動作來回應互動訊息；最後，原來的個體也會通過改變其行為來對對方發出的信號做出回應。而米德認為上述的互動過程是人類獨特的互動行為模式，因為人類會運用已約定俗成、習慣的動作來傳遞互動信號；並且人類擁有「自我（self）」，可以將自己視為一個主體，透過讀取理解自己和他人的動作來了解情況；人類還有「心智（mind）」的能力，可以預見不同結果和選擇適當的行為回應（Turner, 1988, pp.74-76）。

另一針對微觀的互動提出解釋框架的社會學家舒茨（Alfred Schütz, 1899—1959）在米德的框架基礎上認為，人類的互動行為與回應是產生自「純粹的自我（pure ego）」，這源自於人們渴望將自己作為一個能夠引起他人注意的個體。舒茨與米德的觀點相似之處在於都並不強調互動的動機，更著重於動作與互動信號的解釋，然而舒茨的解釋框架也有與米德不同之處：首先，舒茨並不強調他人的概念，






他認為互動的雙方是「互為主體 (intersubjectivity)」；並且，互動的信號與解釋是高度脈絡化的，一個手勢、動作的出現及代表意義背後隱含巨大的脈絡因素，人類的知識儲備提供精準解釋互動訊息的需要 (Turner, 1988, pp.79-82)。米德和舒茨的模型框架雖然不是最主要被用於解釋社會互動的理論，然而卻涵蓋將微視層面的互動過程用社會學的視角將其解釋，較適合選擇觀察人與人之間微觀互動現象的本研究使用。

## 貳、失智症者社會互動的困難

維持與社會的連結是人類生活的基本需求之一，缺乏社會互動將導致人們在許多層面的負面影響。老人在社會中基於各項的健康及脈絡因素，容易經歷社會排除以及有較高的孤獨感，而孤獨感會對老人帶來的影響包括：不佳的生活滿意度、憂鬱、低自尊、減少希望感、日常生活功能的退化等 (O'Rourke et al., 2018)。欲維持穩定的社會互動、減少孤獨對一般老人而言已不容易，對失智症者更加如此，因為認知及語言功能的損傷，其社會互動會更加困難 (Adlbrecht et al., 2021)。Hedman 等人 (2016) 發現失智症者所經常面對的困境包括：經歷汙名化、緊張的家庭關係、朋友的消失，以及在職場被輕視或解僱，雖然盡力減少被邊緣化，盡可能維持控制與歸屬感，但仍遭遇挫敗；且因為失智症的關係，更難像以前一樣參與進入社會，失智症者可能具備較少的能量導致其有時只能優先考慮維繫少數重要、親近的關係。而 Adlbrecht 等人 (2021) 的研究也說明類似現象：在照顧體系中的失智症者，常常會經歷能力與自由的喪失，以及生活品質的降低和與社會較少的連結；且對住在機構的失智症者而言，因為在機構的服務體系之中，與家人、朋友或重要他人的連結減少，會造成社會孤立的感受。

## 參、提升失智症者社會互動的方法

Lee 等人 (2017) 的研究發現，對機構的失智症者而言，運用口語加上非口語的溝通互動比起只運用口語溝通可以達到最佳的互動效果，符合過去其他失智症



研究專家鼓勵照顧者運用非語言溝通補充語言溝通限制的建議。另外，許多研究都指出雖然失智症者受限於語言及認知功能，但透過藝術的方式可以提升其社會參與，並創造有意義的社會互動 (Dadswell et al., 2020)。Kontos 等人 (2021) 的研究說明舞蹈的趣味性和社交性可以讓失智症者及其家庭更加融入、參與社會，且其經常能夠突破舞蹈的「正確性」，自由發揮自己的風格到舞蹈當中；至於音樂的運用，Waters 等人 (2022) 說明在正規的照顧服務，機構工作人員與失智症住民間的關係經常是單向和有所限制的，但若透過音樂介入中互惠的本質 (reciprocal nature)，可以刺激機構工作者去改變與住民間的單向關係，減少語言的使用、多用非語言的溝通，來改善、適應與住民間的溝通互動關係。藝術提供另一種替代的創意方式讓失智症者可以用語言以外，參與社會與他人進行有趣且具意義的互動。


## 第二節 失智症者的自我表達

### 壹、自我的概念

自我表達涵蓋自我的概念與表達的概念，在討論失智症者的自我表達前，先說明失智症者的自我概念是如何被建構，以及在失智前後，所可能產生的自我概念轉變。失智症者即便因疾病認知功能受損，但仍保有部分關於自我的意識，縱使是較嚴重的失智症者亦然，雖然他們的自我意識有時是停留在失智發病之前的記憶和印象 (Hedman et al., 2016)。以下運用 Harre 和 Sabat 所提出之自我的社會建構理論來解釋失智症者的自我概念：

#### 一、自我的社會建構理論 (Social Constructionist Theory of Selfhood)

許多討論到失智症者自我概念的文獻都運用 Harre 和 Sabat (1992) 所提出之自我的社會建構理論 (Fuchs, 2020; Hedman et al., 2016; Norberg, 2019; Scott, 2022)。自我的社會建構理論將自我的概念視為可以從敘事中被共同建構 (Scott, 2022)，意即自我的感受可以由與他人合作的過程建立，以及受人們在社會中如何去接收和表達自我概念相關訊息影響 (Norberg,



2019)。Harre 和 Sabat 的理論認為自我可以分為三個層次，第一個自我 (Self 1) 是個人所認知到的自我，是基於個人主體所經驗的生活或事件，通常以第一人稱描述或以指稱自己的方式敘述；第二個自我 (Self 2) 則是人們所感知到自己的生理或心理特徵，如生理上的身高體重等，也影響著人如何看待自己的特質、能力、信念，而這些個人特徵有可能是暫時性或永久連貫的；第三個自我 (Self 3) 則是涉及呈現給社會的我，是較複雜的概念，包括展現給他人看見的自我面向，以及接收他人對自己的評價或理解 (Norberg, 2019)。

## 二、失智症者的自我概念改變

Hedman 等人 (2013) 根據 Harre 和 Sabat 的理論所進行之研究指出，輕度和中度失智症者的第一個自我 (Self 1) 面向沒有受到失智症的疾病影響，但第二和第三個自我 (Self 2, Self 3) 則會產生改變。第二個自我 (Self 2) 的改變可能展現在失智症者往往記得自己過往的個人事蹟比現在清楚，並且對這些可能已失去的個人特徵感到自豪。第三個自我的改變則被發現，如果他人對失智症者抱持不支持的態度、看法，失智症者的第三個自我相對會很脆弱，且會產生較負面的自我概念，例如：當失智症者看見健康的人們都如「正常」般舉止得體，可能會在相較之下喪失自我價值而感到憂鬱或易怒；而能夠提升失智症者福祉的行為、活動可以增強他們在該面向的正向自我概念，如：聽音樂、歌唱、跳舞、觸摸動物等多感官刺激的活動 (Self 3) (Norberg, 2019)。而 Scott (2022) 針對失智症研究中較少關注的女性群體，了解其自我概念在發生失智相關症狀前後的改變，也發現其自我概念有明顯的轉變，尤其在自尊 (self-esteem) 的部分因為自我掌控的能力下降也隨之降低。

## 貳、表達的概念




## 一、口語與非口語的表達

表達是人與他人溝通的重要媒介，不論是運用語言為基礎的口語表達，或是其他非口語傳達的訊息，皆有對人與人之間的溝通、互動行為之重要意義。口語表達相對是人們經常習慣用以傳遞訊息的方式，然而對失智症者而言，語言功能伴隨疾病的退化，在病程中後期要運用口語表達，相對更加困難，此時非語言的表達就有其意義與重要性。非口語表達事實上部分來自人類與生俱來的能力，嬰兒期的孩提就有哭鬧，透過表情、眼神表現喜怒哀樂的本能行為。學理上有將非口語表達定義為「所有除語言外，我們用以與他人溝通的方式」，也有強調「非口語訊息所能夠幫助我們達到溝通目的」的功能取向，如：非語言溝通的功能模型（Functional Model of Nonverbal Communication），將非口語的訊息視為協助人類社會參與的重要過程，如產生吸引力和影響力（Manusov, 2016）。Aronson 等人（2012 譯，頁 126）也說明「非語言線索在溝通上有許多功能，包括幫助我們表達情緒、態度和個性」。而本研究採取偏向功能取向的觀點，舉凡在失智症者的行為中，能夠協助其將想法付諸於表現形式，達到與他人溝通的目的，即可將其視為非口語表達的方式之一。

## 二、失智症者的表達與溝通困難

失智症的症狀會影響記憶、注意力、情緒、連貫和需要熟練度的動作，當然也常伴隨對語言功能的影響（Sabat & Cagigas, 1997）。失智症者的語言溝通是受限的，使用語言普遍只能用平淡語調說單音節的詞語，常有語意表達不清或是句子不符合上下文脈絡的狀況（Waters B. et al., 2022）。無法尋找合適詞語來表達想法是失智症者最經常遇到的語義（semantic）困境，在語言功能的障礙會進一步影響其與照顧者或重要他人的溝通，因而連帶影響他們的生活品質（Sabat & Cagigas, 1997）。Banovic 等人（2018）說明語言上的困難是大部分失智症者重大的問題，尤其是從中度轉為重度失智時；當出現無法尋找合適



詞語來表達，也經常被視為是發現失智的早期徵兆，包括想不起物品名稱及人名，隨病程發展，也將導致忘記重要家人、朋友的名字。表達是為能夠與他人雙向的溝通，當失智症者失去能夠表達的媒介，會導致其沒辦法與他人進行有效的溝通與互動，甚至是與重要他人之間的溝通，所得到的心理、社會支持也相應減少。

### 三、支持失智症者的溝通方式

Sabat & Cagigas (1997) 透過個案研究說明當失智症者找不到適當詞語來表達時，可以運用手勢、身體姿勢、語調、臉部表情或比手畫腳等方式來與他人達到有效的溝通。針對失智症者支持性的溝通包括：給予時間等待答案、協助尋找合適詞語、減少分心情境、用簡單的句子 (Hedman et al., 2016)。Banovic 等人 (2018) 也提出較容易與失智症者溝通的方式，需盡量在其前方，讓對方了解你正在對他講話，運用簡單的手勢提示，或用較慢語速講簡單句子。由前述可發現，因應與失智症者間的互動與溝通，善用更多非口語的訊息協助其了解溝通內容，是為有效的方式。

### 參、自我表達 (Self-expression)

自我表達是一種個體與他人之間建立有意義的關係和對健康心理發展有益的重要方法，當個體要表達自己時，在社會脈絡中分享自己的想法與感受，該行為需要足夠對他人的信任以承受可能的批判，因為自我表達給他人窺探個體的個人特質、偏好、互動風格和想法等與自我相關訊息的機會 (Al-Khouja et al., 2022)。自我表達可以被分為真實 (authentic) 與不真實 (inauthentic) 的自我表達，即便在不安全的情境，人們依然可能進行自我表達，但其表達內容為不真實的，Al-Khouja 等人 (2022) 的研究說明只有真實的自我表達可以滿足人們的需求和福祉，不真實的自我表達則會形成相反效果。失智症者受限於認知、語言功能的狀況，若沒有足夠支持性的環境，自我表達也相對更加受

限，因此需要其他媒介來創造安全情境及合適方式讓其表達想法與情感，音樂即為一項相對簡易、合適的媒介來為其提升自我表達。




### 第三節 失智症者的情緒

失智症常伴隨情緒憂鬱、躁動等身心健康議題，影響失智症者的壓力調適、睡眠狀況及其日常生活。失智症者的身體動作功能及認知功能受到損傷，以致其較難表達感受，但並不意味其具備之功能，只是往往因其無法自行表達需求，被迫減少來自外界的感覺刺激（吳孟庭，2016）。意即，失智症者能夠對情緒、感受有所感知，疾病並沒有帶走其感受喜怒哀樂的能力。而音樂即是一種能夠達到情緒調節的媒介，Koelsh（2014）說明在腦神經科學的研究中，音樂能夠調解腦部杏仁核、下丘腦、海馬迴等構造的活動，且音樂所引發的愉悅感與大腦傳遞多巴胺的神經通到有關。Cheng 等（2023）的研究也指出長期的音樂訓練（如：歌唱）能夠增強大腦中與情感相關區域的連接性。另針對失智症者，也已有許多研究指出音樂對於老年人的神經系統損害疾病有療效，且音樂治療能夠有效減緩老年人的焦慮躁等情緒問題（吳孟庭，2016）。由此可見，音樂不僅可協助失智症者減緩其負向情緒，亦可作為讓失智症者傳遞、表現出情緒的媒介。透過音樂，失智症者可傳遞部分口語或語言功能所無法傳達的感覺訊息。

### 第四節 音樂治療


音樂自古以來在人類社會中就扮演著舉足輕重的角色，因其抽象的特性，常被視為一種跨越語言普遍傳達感受的媒介。德國哲學家叔本華（Arthur Schopenhaur）認為「音樂絕不是表現著現象（die Erscheinung），而只是表現一切現象的內在本質（das innere Wesen）……音樂不論在什麼地方都只是表出生活和生活過程的精華，而不是表出生活及其過程自身」（Schopenhaur，2016 譯，頁 349）。音樂所呈現的並不是世界的表現（die Vorstellung），其客體直接是意志（der Wille），因此「音樂能夠把我們最內在的本質所有一切的動態都反映出來，卻又完全不著實際而遠離





實際所有的痛苦」(Schopenhaur, 2016 譯, 頁 352)。基於上述音樂所具備的普同性和抽象性,使音樂有高度的價值來作為一種療法。「西方早在古埃及時期,祭司與巫醫就會將音樂用於治療祭典」(李玲玉等,2005)。即便音樂對人類社會生活的助益早有跡象,但真正出現“Music Therapy”音樂治療一詞的用語是在 1950 年代,而音樂治療的現代科學實證也是在第二次世界大戰後才出現(Dobrzynska, 2006)。音樂治療作為一個仍在發展中的專業,其專業發展歷程尚短,在美國、奧地利、德國、英國等最早開始使用音樂治療及在大學裡建立音樂治療教育的國家,發展歷史至今約有 70 年。其發展緣起主要來自醫學、精神醫學和心理學領域的專家發現音樂對人類身體、情緒、認知的影響,將之運用在個案身上,才衍生後續的科學實證研究來佐證音樂能夠作為一種介入療法。

在音樂治療的歷史發展中,美國自 1940 年代最早開始推動專業化的音樂治療,1944 年密西根州立大學(Michigan State University)建立了第一個音樂治療師訓練課程,而後堪薩斯大學(University of Kansas)和芝加哥音樂學院(Chicago Musical College)也創建音樂治療的學位課程(AMTA, 2022)。至 1940 年代末,美國已有 31 州在實施及應用音樂治療,並於 1950 年創立 National Association for Music Therapy,發表第一本重要的音樂治療刊物“Journal of Music Therapy”(Dobrzynska, 2006)。1998 年, National Association for Music Therapy 與創建於 1971 年的 American Association for Music Therapy 合併成為如今的美國音樂治療協會(AMTA, 2022)。美國的音樂治療著重於臨床與實務的訓練,相較之下,歐洲的音樂治療發展則更趨向學理及融入人本主義的音樂治療(Humanistic Music Therapy)。歐洲音樂治療的專業化自 1950 年以後開始蓬勃發展,主要由奧地利、德國和英國作為發展先驅。歐洲的第一個音樂治療訓練課程是在 1959 年奧地利首先創立維也納音樂治療學校(Wiener Schule der Musiktherapie)(Korenjak, 2018)。音樂治療在奧地利的發展承襲佛洛伊德(Sigmund Freud)的精神分析學派(Psychoanalysis)而衍生心理動力



取向的音樂治療，影響其重要發展的人物為 Alfred Schmölz；英國的音樂治療則有 Juliette Alvin 和 Mary Priestley 作為影響發展的重要人物，另也受 Paul Nordoff 和 Clive Robbins 所創的 Nordoff-Robbins 即興音樂療法影響(Nöcker-Ribaupierre, 2015)；發源於德國的音樂治療學派則有從音樂教育家 Carl Orff 的奧福音樂教學法 (Orff Schulwerk) 所衍生的臨床奧福音樂治療 (柴蘭英，2003)。

從音樂治療發展的歷史脈絡中可見，音樂治療在科學化、專業化的過程融合許多跨專業領域的知識、學理，例如精神醫學、神經學、心理學及音樂教育等。而音樂治療的服務對象相當廣泛，從新生兒 (Loewy et al., 2013)、特教兒少 (陳淑瑜，2017)、有身心症狀的成人 (施以諾等，2010)、失智症者、安寧臨終病患 (黃淑鶴等，2001) 到照顧者 (Potvin, Bradt & Ghetti, 2018)，舉凡在社會中有一般社交障礙、表達困難或情緒壓力的個案，都是音樂治療潛在的服務介入對象。近年來也有越來越多音樂的社區預防性介入方案，做較普及式的團體音樂活動，如：英國的 Together in Sound 計畫，透過與著名表演場地 Saffron Hall 的合作，以公益性質在社區中舉辦免費給失智症者及照顧者參與的音樂團體活動，其著重於「透過合作的團體形式聆聽和創造音樂，以達到輔助溝通、關係及增加生活品質的目標」(Molyneux et al., 2020)。至於音樂治療進行的內容，按治療中的活動安排又可分為積極的音樂治療 (Active Music Therapy) 和接收的音樂治療 (Receptive Music Therapy)，積極的音樂治療意味個案在過程中會參與更主動的音樂創造，如：簡易的樂器演奏或音樂即興；接收式的音樂治療則更偏向是由音樂治療師演奏、歌唱或播放音樂給個案聆聽，依據治療的目標選擇適當節奏、音調的音樂 (Vink, 2013, pp.15)。

透過音樂產生對人類生活的益處是音樂治療共通的目標，但其仍有眾多技巧與不同學派來因應不同群體的需求、達成治療目標。音樂治療的學派發展相當多元，每個地區所盛行的學派亦有所區別，然而重要的學派如：神經學的音樂治療、心理動力取向、認知行為取向、Nordoff-Robbins 的即興音樂療法等，皆是在美國、英國、澳洲、歐陸及北歐等較早發展音樂治療的國家現有所運用。以下依各個音樂治

療學派大致的先後發展，分別加以說明：



#### 壹、神經學的音樂治療 (Neurologic Music Therapy, NMT)

神經學的音樂治療多用在腦傷或中風的病患，且已被認為是對腦中風復健實際可行並有幫助的療法之一 (Thompson, 2022)。NMT 是基於音樂的認知功能與類似的非音樂認知功能之間共享神經系統，因此能夠運用音樂來刺激受傷的大腦，喚起其他非音樂相關的認知及知覺功能，如：記憶、語言與注意力 (Thaut, 2010)。蔡振家、曾念生 (2015) 以認知神經科學的觀點說明：音樂與運動的時間處理是共享神經基礎，透過將腦中的聽覺區與運動區之間進行連結，讓聽覺與運動訊息整合，可幫助腦中風患者運用音樂復健，甚至能改善手的細部動作。

#### 貳、心理動力取向的音樂治療 (Psychodynamic Music Therapy)

在心理動力取向的音樂治療中，音樂的意義被用以探索在意識或潛意識中的議題，以及挖掘個案的內在世界。治療師會試圖從經驗中深入探究個案對其內在議題的理解，因此較適合準備好在治療關係中去探索個人議題的個案使用。而談到心理動力取向的音樂治療，英國的 Juliette Alvin 是其發展先驅，她的模式以佛洛伊德的精神分析概念為基礎，直接將音樂治療中的音樂過程與精神分析的重要概念連結，將音樂作為一種投射 (Kim, 2016)。並且，Alvin 強調與個案建立良好的音樂關係是影響治療過程及結果的成功關鍵，認為溝通與互動是治療師最重要的工具。在 Alvin 之後，Mary Priestley 作為她的第一代學生，承襲其理論並提出“*Analytical Music Therapy*”，著重於使用音樂即興來探索潛意識中影響個案當下生活的議題，並強調在即興過程前後所使用的語言溝通過程 (Kim, 2016)。採用心理動力取向的音樂治療必須了解到個案的限制並去接受這些限制，且要能夠承受心理動力觀點所會帶來的不確定性，因臨床工作中所需要仰賴的大量心理推斷 (psychological inferences)，



其很難被科學化證明。

#### 參、認知行為取向的音樂治療 (Cognitive Behavioral Music Therapy, CBMT)


認知行為取向的音樂治療主要目的在於運用音樂創造重複的情境，刺激個案去修正其行為，常被用在司法精神領域中的音樂治療。CBMT 與一般認知行為治療 (Cognitive-behavioral Therapy, CBT) 相同之處在於都會使用重複和正增強 (Reinforcement) 的方式促使個案建立自我管理及解決問題的技巧，但是在認知行為取向的音樂治療中，音樂本身就是一種正增強，個案可以從創造音樂過程獲得成就感。在實施 CBMT 的過程，首先治療師需要評估個案的風險因子和需求，以決定主要需要改變的行為和適用音樂；其次，教導個案運用音樂作為新的技巧因應問題；最後，音樂會被用來刺激個案的行為反應，所有音樂情境的創造都是為刺激個案去修正行為 (Hakvoort & Bogaerts, S, 2013)。

#### 肆、諾朵夫－羅賓斯創造性音樂療法 (Nordoff-Robbins Creative Music Therapy)

Nordoff-Robbins 是現今即興音樂治療學派中最常被使用的療法。美國音樂家 Paul Nordoff 和特殊教育家 Clive Robbins 自 1959 年開始歷經多次合作後衍生出一套以音樂即興為基礎的療法 (柴蘭英, 2003)。Nordoff-Robbins 的療法是少數在發展過程中完全出自音樂治療領域的學派，而非借鏡其他跨領域的理論，因此會更加著重從音樂的結構、過程來解釋音樂治療的效果，凸顯音樂的獨特性 (Aigen, 2009)。臨床的即興 (Clinical Improvisation) 是 Nordoff-Robbins 音樂治療的基礎，其假設每位個案不論能力高低都有與生俱來的音樂性和對音樂的敏感度，即興的療法對特教兒少尤其有效 (Forinash, 1992)。使用即興音樂治療相當考驗治療師本身的音樂能力和內在特質能否將感知用在音樂創造的過程，一位治療師的音樂是否貼近個案而有親和力可以在即興過程中被聽見。

#### 伍、音樂引導意象 (Guided Imagery and Music, GIM)

音樂引導意象 (以下簡稱 GIM) 的療法是美國的音樂治療師 Helen Bonny



於 1970 年所創（柴蘭英，2003），又被稱之為 Bonny Method。GIM 是一種以音樂為核心並探索個人潛意識以促進成長和轉變的治療方法（McKinney & Honig, 2017），其旨在於運用音樂刺激個案開啟探討內在的旅程，治療師與個案可以分別被視為是「導引者」與「旅行者」的角色；當個案被音樂刺激感官、情緒、想像和記憶時，可以閉上眼睛聆聽並感受內在經驗；音樂幫助這些「旅行者」打破平時的意識界線，進入到更深層的感官知覺（Clarkson, 1996）。而 GIM 的操作通常是運用約 30-45 分鐘不等、事先編排好的古典音樂組合，幫助個案在聆聽音樂過程中進入潛意識，跟隨音樂所發展的意象進行探索；在音樂結束後，則會讓個案將意象以藝術或討論的形式呈現，讓個案收穫到在意象中有意義的部分，同時回到正常的意識狀態，逐漸讓總共約 1.5-2 小時不等的治療結束（McKinney & Honig, 2017）。而 GIM 目前已被運用在非常多元的群體對象，如：創傷、成癮、失親、臨終照顧、或歷經生命重大轉折事件的個案皆可運用之。

#### 陸、奧福音樂治療（Orff Music Therapy）

奧福音樂治療雖是源自於 Carl Orff 的音樂教學法，然而將其發展為一套治療模式的重要人物是 Carl Orff 的妻子 Gertrud Orff(1914-2000)(Plahl, 2013)。Gertrud Orff 使用許多奧福音樂教學法的元素，將基礎的音樂與玩樂、音樂活動結合，以符合特教兒少的需求，讓他們即便有發展障礙仍可積極的使用音樂互動（McDermott et al., 2014）。而後，Gertrud Orff 在 1974 年集取她十年從事音樂治療的工作經驗發表第一本書“Orff Music Therapy: Active Furthering of the Development of the Child”，並在 1980 年建立了奧福音樂治療訓練課程（即為如今的 Deutsche Akademie für Entwicklungsrehabilitation in Munich），訓練出許多奧福音樂治療師與有發展障礙的兒童、成人或老人一起工作。奧福音樂治療的理念事實上較貼近人本主義的取向，強調透過自然的音樂互動




和聲音共鳴刺激感官知覺、行為，以促進人的成長 (Plahl, 2013)。

#### 柒、人本主義的音樂治療 (Humanistic Music Therapy)

絕大多數音樂治療的動機都是源自於結合個人與音樂的關係以及部分對人的關懷。即便存在眾多的音樂治療學派與技巧，但需要辯證的是音樂治療是為了讓職業化的藝術可以運用於人群服務，且所有音樂形式與表達都是基於人本主義 (Humanistic) (Abrams, 2018)。人本主義的重要目標在於自我實現 (Self-actualization) (Hadley & Thomas, 2018)。而人本主義的代表人物之一為 Carl Rogers，其所提倡的以人/個案為中心的服務取向 (Person/client-centered Approach) 也被應用發展為以人為中心的音樂治療 (Person-centered Music Therapy) (Pickard, 2018)。個案為中心的取向強調治療師在治療關係中給予個案無條件的正向回饋、同理和信任 (Hadley & Thomas, 2018)。將 Carl Rogers 以語言為主的治療模式轉為非語言溝通的音樂治療時，無條件的正向回饋可以轉化為在音樂即興的過程中以接受、避免批判的方式去回應個案的音樂選擇 (Pickard, 2018)。多數語言為基礎的技巧，當改變為使用音樂，仍可以基於音樂能夠作為溝通媒介的特性來維持使用。

#### 捌、社區型音樂治療 (Community music therapy)

社區型音樂治療最早是在 1971 年由音樂治療師 Florence Tyson 提出，後經由 Brynjulf Stige 的倡導而引起重視 (林亮如, 2022)。社區型音樂治療將音樂療法結合文化、社會與社區的健康促進，透過讓社區成員再創造 (re-creation) 的過程提供其音樂參與的機會。社區音樂治療是一種參與式的音樂創造活動，社區的音樂治療師或是音樂家會一起參與到社區當中，與成員一起運用他們的想法、動機來創造音樂。有些社區音樂治療活動甚至會融入特定的社會議題，讓參與成員思考與當代社會的關係，並透過音樂去展現表達 (Ansdell, 2002)。社區音樂治療的特性在於規模較一般的音樂治療大，可以到 10 人以上，且參與成員異質性高。Stige (2002) 提出社區音樂治療的七大面向包括：




平等參與( Participatory )、資源導向( Resource-oriented )、生態創生( Ecological )、展現與表達( Performative )、作為積極行動者( Activist )、反思( Reflective )和被倫理驅動的( Ethics-driven )，雖然並非每一次的社區音樂治療都可以符合以上七項操作策略，但可依實務現場狀況搭配運用( 林亮如，2022 )。在老人的團體音樂治療中，經常是運用社區音樂治療的模式，以較大規模的團體一起進行音樂治療，治療目標也以健康促進為主，亦有照顧者與失智症者一起參與的社區型音樂治療團體( Molyneux et al., 2020 )。

音樂治療的發展由著重生理機制的神經學音樂治療，發展至著重個人內在的心理動力和認知行為學派，到當代較偏向實務運用的 Nordoff-Robbins 創造性音樂治療、音樂引導意象( GIM )和奧福音樂治療。其發展由過去多借心理學相關理論( 如：心理動力、認知行為學派 )，逐漸演變為有完全出自音樂治療領域的學派( 如：Nordoff-Robbins 創造性音樂治療 )，更加注重實務中音樂結構的運用。至近代社區型音樂治療的興起，則凸顯音樂治療也被運用於融合當代社會議題，並且企圖朝向更廣泛的健康促進為目標，讓更多群體的人能夠接觸、感受到音樂所帶來的益處。

### 第五節 用音樂介入於失智長者的成效

音樂治療的研究發展現況已越來越著重於老人與失智症者的群體，Li 等( 2021 )運用文獻計量分析( Bibliometric Analysis )所做的研究指出近二十年來重要的音樂治療研究趨勢：首先，在過去的兩十年，十大音樂治療相關期刊( Journal of Music Therapy, Nordic Journal of Music Therapy 等 )在每年文獻發表的數量上有大幅增加，從 2000 年的每年 28 篇發表，至 2019 年已有 111 篇文獻發表；即興音樂療法 IMT ( Improvisational Music Therapy )是目前音樂治療研究中較具影響力的學派，且已有許多研究說明 IMT 是有實證為基礎的介入方法，在應用上也被認為是較「以個案為中心」；而 2017 年以後三大最常被引用的文獻關鍵字為「效果



(efficacy)」、「健康 (health)」和「老人 (older adults)」，也凸現了近年來國際間音樂治療相關研究的趨勢，由早期較集中於兒童與自閉症相關研究，轉向更多元群體的應用，尤其因應高齡化議題，越來越多音樂治療運用於老人及失智症者的研究產生。


運用音樂治療在失智長者能夠讓其增強自信、刺激表達、建立互動、放鬆焦慮與憤怒情緒 (Vink, 2013, pp.74)。在現有應用音樂為介入的研究中，若要討論其對失智症者的成效，大多著重在情緒面能否減少憂鬱，減低行為精神症狀對照顧者造成負擔，而部分抱持更積極觀點的研究則著重探究能否透過音樂的介入能否提升失智症者的生活品質、促進溝通表達、人際社會互動，甚至改善與照顧者間的關係。在此章節選擇納入以音樂為介入的研究，而無限縮篩選音樂治療相關的研究，原因在於從部分研究內容中不易判斷其所執行的介入內容是否為實質的音樂治療，或是較為廣義的音樂為介入的活動。因此，研究者盡可能納入該類型相關研究在此討論。

#### 壹、改善憂鬱情緒

基於音樂能夠牽動情緒的特性，當音樂治療作為一種非藥物療法，處理憂鬱症狀便是其能夠達到的成效之一。何怡璇 (2010) 指出「以非藥物的音樂治療介入，不僅給予心靈上的助益，使高齡者的憂鬱情形帶來改善」。Dunphy 等人 (2019) 的系統性回顧，檢視 75 篇以藝術介入處理高齡者憂鬱的研究，其中 41 篇以音樂作為介入，41 篇當中的 26 篇研究證實有顯著憂鬱症狀的改變，包括生理上較緩和的呼吸、認知上增加回溯記憶、情緒適當表達及人際社會互動的增加。

Li 等人 (2019) 的研究探討團體音樂治療用於減少失智症者憂鬱情緒的成效，採用系統回顧檢視 31 篇相關文獻，在這些文獻中主要使用 CSSD (Cornell Scale for Depression in Dementia) 和 GDS (Geriatric Depression Scale) 作為衡





量憂鬱情形的指標，其中發現在執行團體音樂治療期間的第 6、8、16 週，有顯著改善憂鬱；但沒有證據說明在團體音樂治療執行的第 3、4、12 週，或第 5 個月能夠減緩憂鬱；而團體音樂治療停止後的一兩個月，憂鬱情形的改善也是無法被說明的；且不是由音樂治療師執行的音樂介入在任何時候都沒有辦法顯著減少失智症者的憂鬱狀況。因此，該研究認為採取中等長度區間的音樂治療，較適合用於幫助失智症者改善憂鬱。另外，Chu 等人（2014）運用團體音樂治療減少失智症者憂鬱情形的研究發現，在治療過程中及團體剛結束時的憂鬱情形改善最為明顯，且適用於輕度及中度失智症者，是一種相對划算的非侵入式治療方法來改善失智長者的憂鬱情形。

## 貳、減緩失智症的行為及精神症狀

Baker 等人（2019）指出音樂治療作為一種非藥物的介入，能夠減緩失智症所衍生的行為及精神症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）。失智症者有時伴隨病情狀況而有行為及精神症狀，其症狀常令正式或非正式照顧者不堪其擾，因此許多探討失智症者的音樂治療文獻都試圖解釋音樂所能夠減少行為精神症狀的效果（McDermott et al., 2014）。Chang 等人（2015）的研究說明音樂治療可以顯著改善失智症者的干擾行為和焦慮程度。Gerdner（2000）使用 IMIA（the Mid-range Theory of Individualized Music Intervention for Agitation）理論來解釋如何應用個別化選擇的放鬆音樂來減緩失智症者的易怒、激動狀況。IMIA 的理論模型指出失智症者因為認知能力受損，有較低的壓力承受界線，因此產生易怒症狀，在易怒狀態快到達顛峰前，使用個別化的音樂介入是最有效讓其回到中間範圍的狀態，減少憤怒與激動。然而，也有研究觀點認為音樂用於失智長者的效用不僅止於減少行為和精神症狀，個人的音樂偏好即便在失智病程中仍會被保留住，維持接觸音樂和人際社交連結可以更積極的幫助失智症者提升其生活品質（McDermott et al.,

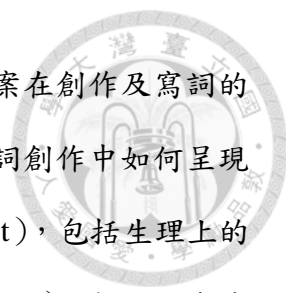
2014)。

### 參、刺激口語或非口語表達

失智症者常因語言功能隨病情的退化經歷表達與溝通的困難，因此在針對失智長者的音樂治療中，以音樂為媒介幫助其增加口語 (verbal) 或非口語 (non-verbal) 的表達可被視為重要目標之一。在口語表達的部分，Brotons & Koger (2000) 的研究針對失智症者在接受音樂治療後的語言表達功能進行測試，設計兩組對照試驗，其中一組長者同時接受音樂治療與口語會話課，另一組長者則接受一週兩次都是音樂治療的團體，並在試驗過程前中後都讓長者以 Western Aphasia Battery (WAB) 進行語言能力測試，結果顯示音樂治療組在口語對話內容和流暢度的面向上都有顯著進步，但對照組的改變未達顯著。而 Waters 等 (2022) 的研究發現在機構中不論應用音樂治療或以音樂為媒介的活動，音樂的介入讓有失智症的機構住民即便在語言功能缺損的狀況下，仍得以表達自己，住民使用更多的口語或非口語溝通，並與照顧者、音樂治療師或其他住民間有更多互動。

至於非口語的表達，在測量和驗證上都較為困難，因此研究數量較少，但在音樂治療的音樂互動過程中，大部分都是透過非口語、隱微的眼神、聲音接觸或身體語言的訊息來傳遞，仍有探討其的必要性。Raglio & Gianelli (2009) 指出音樂治療能夠刺激非語言的表達、溝通和關係，這樣的契機讓失智症者也可以跨越困難來建立連結與表達。KRØIER, Stige & Ridder, (2021) 的研究，透過六位音樂治療師的焦點團體討論，歸納出五種治療師與失智症者之間非口語互動的機制：觀察個案的身體語言和聲音使用有沒有活力；注意失智症者的情緒反應和主體性/個別需求；調整音樂的使用，和失智個案達到互惠互動的關係；留意個案此時此刻所透漏的訊息，把握開放態度、溝通等有助於治療的訊號；了解主觀經驗，肯定個案的感受 (KRØIER, Stige & Ridder, 2021)。






另一項研究透過治療性的歌曲創作讓腦傷與脊髓損傷的個案在創作及寫詞的過程中展現自我的概念，並運用內容分析法探究個案在歌詞創作中如何呈現自我的概念，其中從六個次面向分析自我概念（self-concept），包括生理上的自我（physical self）、專業上的自我（academic/vocational self）、個人的自我（personal self）、社會的自我（social self）、家庭的自我（family self）和精神道德上的自我（spiritual/moral self）。結果發現個人、生理及家庭的自我是在歌詞中最常被提及的次面向，而進一步看個案呈現關於過去、現在至未來的自我概念，最多提及到現在的自己（present self），而最少提及未來，因為對於曾經歷損傷長期影響生命的個案而言，未來是未可知的。總體而言，歌曲創作過程是一個得以讓個案訴說個人的故事及其情感表達，並經歷自我反映（self-reflection）的過程（Baker et al., 2017）。在該研究中展現音樂治療使用歌曲創作的過程，能夠根據個案的個人偏好和生活經驗，挖掘其自我意識（sense of self）（McDermott, 2014）的效果。

#### 肆、增加人際社會互動

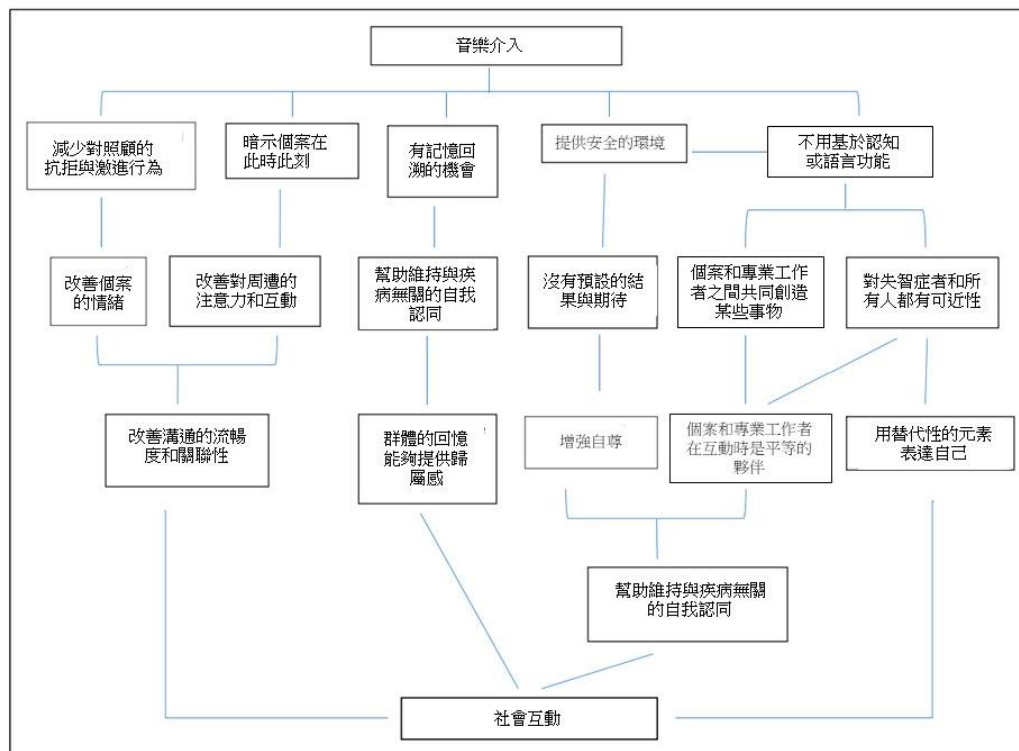
失智症者因為受限於口語表達的功能，溝通和與他人的互動都會減少，尤其住在機構的失智症者，礙於工作人員龐大的工作量，其社會互動被認為是較少和零碎的，但 Waters 等人（2022）認為運用音樂替代失智症者的語言功能缺損為另類溝通方式，可以有效刺激機構住民增加與他人的互動，其發現音樂介入所具備的包容性（inclusive）、激發（stimulating）和得以適應（adaptable）的特性，可以讓機構住民間產生共同經驗、以及產生固定的喚起激發（arousal），提示特定的人事時地物和促進溝通、表達的效果，且可以促使增加失智症住民的社會互動，其影響機制詳見圖一。然而，需要固定、持續性的應用音樂為介入來維持效果，以免一次性的介入只在當下或介入後的一陣子產生短暫益處。



Sixsmith & Gibson (2007) 的研究透過深度訪談失智症者及其家屬參與音樂活動的經驗發現，音樂活動是重要的社會互動和社會凝聚力 (Social Cohesion) 來源，其指出音樂可以讓失智症者參與在享受的活動當中，這是一項對於產生社會凝聚力和社會互動很重要的資源，幫助參與者不論在家庭內外有多元的活動形式，且提供一定程度的充權和對每日生活的控制感。另外，McDermott 等人 (2014) 也發現音樂活動提供機構住民與工作人員間增加社會互動機會，可以為機構環境和住民的社會心理層面形成正向影響。而 Nayak 等人 (2000) 針對腦傷和中風個案進行的研究，請家屬在個案參與音樂治療團體前後為其進行社會互動的評分，家屬評分結果認為個案在接受音樂治療後的社會互動有顯著進步。




(圖一) 音樂介入促進社會互動之機制



資料來源：研究者翻譯、重製自 (Waters et al., 2022, Figure 3)

### 伍、提升生活品質 (Quality of life, Qol)

Cho (2018) 的研究指出失智症者常因認知功能退化伴隨行為精神症狀而生活品質受到影響。其研究針對機構失智長者設計 3 組隨機對照的團體，分為音樂歌唱團體由音樂治療師帶領、音樂聆聽團體由醫護人員操作，以及控制的看電視組。透過 Qol-AD (The Quality of Life-Alzheimer's Disease) 的前後測比較三組成員在參與團體前後生活品質的改變，結果發現只有音樂治療師帶領的音樂歌唱組有顯著進步。然而，在另一類似運用音樂治療團體為介入探究其對失智症者生活品質影響的研究發現，16 位長輩在參與 12 週的音樂治療團體後，生活品質的前後測改變並未達到顯著，只有其中情緒福祉 (Emotional Well-being) 的次面向有進步 (Solé et al., 2014)。Moreno-Morales 等人 (2020)




的統合分析發現失智症者的生活品質在音樂治療剛介入後顯著改善，但沒辦法說明有長期的改善情形。由此可知，在不同情形下的介入會影響音樂治療所能夠達到的成效，失智長者的病情、症狀存在許多不確定因素，亦可能干擾研究結果，但總體而言音樂治療作為一種非侵入性的介入方法，仍可對失智長者的生活產生益處。

#### 陸、改善與照顧者間的關係

運用音樂的介入除了對失智症者能夠有改善憂鬱，減少行為精神症狀、提升生活品質、促進表達與人際社會互動以外，也能改善失智症者與照顧者間的關係，增進照顧者的生活福祉。照顧者與失智長者之間的關係是連帶的，照顧者的情形惡化同時也會對失智症者產生生活福祉上的負面影響，反之亦然（Baker et al., 2019）。許多研究指出容易形成照顧者與失智長者間的衝突點為失智症者的行為及精神症狀，因此透過音樂的介入改善照顧者與失智長者間的關係亦是重要議題。然而，礙於空間、時間的限制，治療師不一定能夠密集固定的給與單一個案長期的音樂介入，不過持續使用音樂介入對失智長者而言較能持維持音樂介入的成效，因此近年的研究也開始關注到讓非治療師的照顧者，在家提供其所照顧的失智長者音樂介入活動，增加音樂介入的持續性。

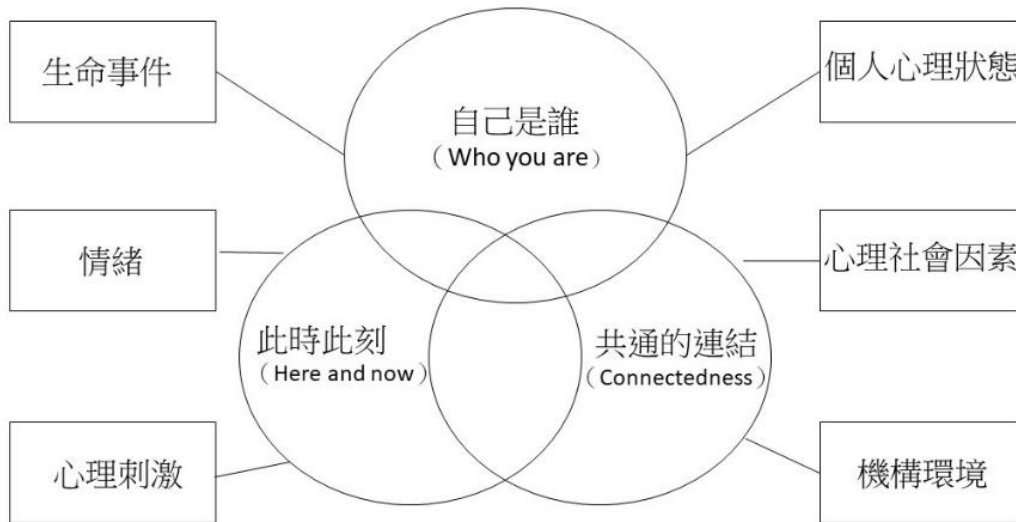
一項跨國研究（Baker et al., 2019）在五個國家同時進行 Homeside Project（HOME-based caregiver-delivered music intervention for people living with dementia），由音樂治療師訓練照顧者在家執行音樂的介入，讓照顧者與失智症者自行在家操作一週 5 次、為期 12 週的音樂介入活動，其音樂介入內容則為大致運用音樂協助失智症者在有行為精神症狀時冷靜，在過於麻木冷淡時增加其活力。該研究設計運用隨機對照試驗，受試者隨機進入音樂介入組、閱讀介入組或只接受標準照顧的對照組。結果發現由照顧者操作音樂介入，亦可改善照顧者的生活品質並減輕照顧者需負擔的健康照顧成本。



從音樂介入對失智症者的各項成效討論，可以了解音樂對該群體服務對象所能帶來的益處，但仍缺乏具有一致性的理論用以解釋音樂之所以對失智症長者具有重要性的作用機制。McDermott 等人 (2014) 提出針對失智症者的音樂心理社會模式 (Psychosocial model of music in dementia) 可以進一步深入解釋音樂對失智症者有重要影響的原因。在該理論模型中，「此時此刻 (Here and now)」、「自己是誰 (Who you are)」和「共通性的連結 (Connectedness)」是三項重要的影響因素：「此時此刻 (Here and now)」意指音樂能夠幫助失智症者專注於聆聽或創造音樂，許多平時較常注意力不集中的失智症者可以藉由音樂的媒介專注在當下的團體活動，對其情緒、心理狀態都有穩定效果；「自己是誰 (Who you are)」則說明透過音樂刺激失智症者的生命記憶，並加以連結到回想自身的身份文化脈絡，因此在選擇音樂的技巧相當重要，與長者有連結的歌曲可以刺激其回溯記憶；而「共通性的連結 (Connectedness)」描述失智症者透過音樂可以與人建立較穩固持續的連結，尤其在失智症末期的長者，經常只能透過眼神接觸、轉頭、臉部表情變化、或操作簡易的樂器來與人互動，音樂活動提供他們較低門檻的方式一起與人創造音樂、唱一首歌，相對容易與他人共同完成一件事情，又能夠得到滿足感，對其社會心理層面及機構的氛圍環境都有正面影響。在 McDermott 的模型當中，該三項作用因素之間有部分概念交集 (詳見圖二)，各個因素之間可能因個案情形而有重疊狀況，因此並不必要在分析上刻意區分每一項因素，該模型的主要意義在於強調音樂介入對於失智症者所具備的多元影響因素 (McDermott, et al., 2014)。



(圖二) McDermott 失智症者的音樂心理社會模式



資料來源：研究者重製、翻譯自 (McDermott et al., 2014, Figure 1)

由上述已可知音樂對失智症者所能夠產生的益處與成效，然而，即便了解音樂能夠減少憂鬱、減低行為精神症狀、提升失智症者的生活品質、促進溝通表達、人際社會互動等效果，但前述所選擇的音樂介入方法大多是在西方的文化脈絡下去選擇所使用的音樂。反思回到本土的應用，蔡振家(2015)認為臺灣傳統音樂當中的北管音樂和原住民音樂或許也能夠發揮類似的成效，北管樂由簡易的吹奏和打擊樂器組成，可以依照團員能力高低選擇其合適的樂器，一同感受合奏之樂；原住民音樂中則常有吟唱曲，族人一答一唱間相互回應，可謂另一種形式的溝通。就研究者過去所觀察到的北管樂和原住民音樂的確皆有簡單、能夠合作的特性，且群體中的人們會因此產生較強的社會連結，或可達到穩定社會支持的效果。是否能夠將本土傳統音樂的元素加入西方脈絡框架下的音樂治療有待討論及嘗試。



## 第六節 運用音樂治療促進失智症者的自我表達 與社會互動之相關研究



透過文獻的概覽，本章文獻探討已說明失智症者的自我表達及社會互動，並解釋音樂介入所能為失智症者帶來改善憂鬱情緒、減緩行為及精神症狀、刺激表達、增加人際社會互動、提升生活品質、改善與照顧者之間關係的成效，並說明失智症者在自我表達及社會互動面向的缺乏與困難。團體形式的音樂介入對失智症者的影響並不是基於認知或語言功能，因此可以讓失智症者撇除他們缺損的功能參與在團體當中。較高的可近性讓介入更貼近失智症者的需求和能力，讓他們都能夠被涵蓋進來，且音樂能夠作為給失智症者在口語功能退化時替代的溝通方式 (Waters et al, 2022)。為更清楚呈現過去的研究如何運用音樂介入於失智症者，以及如何評估、測量其成效，研究者將過去相關研究彙整於表一。



(表一) 國內外運用音樂介入於失智症者相關研究—依出版年排序

研究者	研究主題	使用理論	研究方法	研究對象	研究設計	測量/觀察面向	研究結果
Brotons & Koger (2000)	音樂治療對失智症語言功能的影響		量化研究	20 位失智症者	受試者參與為期三個月，每週兩次的團體	Western Aphasia Battery (WAB) 語言能力測試	音樂治療可以顯著提升失智症者在口語表達內容與流暢度的表現。
Nayak 等人 (2000)	音樂治療對情緒和社會互動的影響效果		量化研究	18 位腦傷中風個案	每週三次，共 10 次團體治療	個案自評及照顧者和治療師評量情緒及社會互動	照顧者所評量的個案社會互動在音樂治療中有顯著改善。
Clair (2002)	失智症者及其照顧者使用音樂治療的成效		運用影像紀錄分析失智症者與照顧者間的互動頻率	8 對失智症者及其照顧者	每週一次，共 8 次的個別治療療程	失智症者與照顧者間的互動頻率	失智症者與照顧者之間的互動可以經由音樂治療增加，並且互動頻率的增加在整個治療中持續。
Sixsmith & Gibson (2007)	音樂與失智症者的福祉	生態觀點	深度訪談 (照顧者)	26 位失智症者	深度訪談 26 位機構或住家中的失智症者	聚焦於個案日常的音樂活動，如何賦予其價值與意義	音樂可以使失智症者樂於參與活動，並對日常活動賦予意義。



<p>McDermott 等人 (2014)</p>	<p>音樂對失智症者的重要性</p>	<p>失智症者的音樂心理社會模式 (psychosocial model of music in dementia)</p>	<p>焦點團體 (與機構工作者)、深度訪談 (音樂治療師)</p>	<p>69 位來自兩個機構的失智症者</p>	<p>讓失智症者與其照顧者共同參與焦點團體，說明其參與音樂介入活動的經驗</p>	<p>「此時此刻 (Here and now)」、「自己是誰 (Who you are)」和「共通性的連結 (Connectedness)」</p>	<p>音樂的效果不僅止於減低精神行為症狀，維持音樂的介入可以幫助個案定義自己的價值，並維持其生活品質。</p>
<p>周桂如、鍾明惠 (2017)</p>	<p>音樂治療於失智症老人之應用</p>		<p>文獻系統回顧</p>	<p>機構有參與團體音樂治療的失智老人</p>	<p>統整國外執行於機構的失智老人團體音樂治療之研究文獻</p>	<p>失智老人的憂鬱、焦慮，及認知能力、記憶力、活動參與度、社交行為</p>	<p>團體音樂治療能夠減少失智老人的憂鬱、焦慮，並增加其認知能力、記憶力、活動參與度與社交行為。</p>
<p>Baker 等人 (2019)</p>	<p>HOMESIDE 以家庭為基礎、由照顧者提供給失智症者的音樂介入</p>		<p>量化研究 (隨機控制組別)</p>	<p>495 組失智症者與其照顧者</p>	<p>在五個國家執行以家庭為基礎的音樂活動，維持連續 12 週</p>	<p>測量失智症者與照顧者間的關係、失智症者的生活福祉 (QoL) 和照顧者的 QoL</p>	<p>訓練照顧者執行簡易的音樂介入，可以增進失智症者與照顧者雙方的生活福祉。</p>

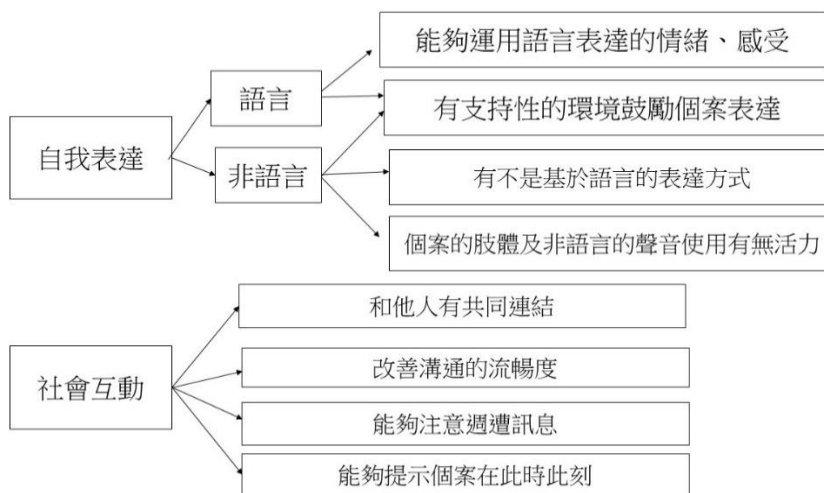


Waters 等人 (2022)	分析以音樂促進失智機構住 民的社會互動		文獻系統回 顧	失智症的 機構住民	篩選 23 篇以音 樂介入失智症 者的研究進行 分析		音樂介入可以促進失 智症者口語及非口語 的溝通、社會參與，提 供機構專業人員以新 的視角看待失智症者 在疾病外的面向。
Madsø 等人 (2022)	評估失智症者 使用音樂治療 的福祉與社會 互動		量化研究	在家的失 智症者及 其照顧者	每週兩次共十 週的音樂介入	VNVIS-CR ( Verbal and Nonverbal Interaction Scale – Care Recipient )	音樂介入短暫的影響 受照顧失智症者的福 祉和社會互動行為。
林亮如 (2022)	社區音樂照護 作為社會實踐 策略的可能與 限制	社區音樂照護	參與式觀察 法、質性研 究 ( 深度訪 談與焦點團 體 )	參與社區 音樂照護 活動的志 工	一年執行期程 間，在澎湖兩個 社區一月執行 一次社區音樂 照護活動	社區音樂照護的 「PREPARE」七大 面向	長期在地經營、在地領 導認同、志工有心想學 的條件充分具備，社區 音樂照護的參與才有 可能實現。

資料來源：研究者自行整理

檢視過去運用音樂介入於失智症者的相關研究，發現過去幾乎沒有研究探討音樂治療對於失智症者自我表達的影響，對社會互動的影響則有 Nayak (2000)、Madsø (2022) 和 Waters (2022) 的研究針對其探討，然而以量化研究為主，僅說明音樂治療能夠改善或增進失智症者的社會互動，對於音樂為何能夠增進失智症者社會互動的機制無法加以說明。由此可見，現有著重於運用音樂介入探討改善失智症者自我表達及社會互動的研究仍相當有限，並且缺乏能夠清楚說明其影響機制的文獻，亦沒有國內的文獻對此做相關的本土應用。因此，研究者期望透過團體音樂治療的模式，嘗試做本土化的音樂治療應用，探究該形式的介入方法能否刺激失智症者提升其自我表達與社會互動以及其中的影響機制。而為更清楚如何觀察、評估失智症者的自我表達及社會互動，研究者參考 Krøier et al. (2021), Waters et al. (2022) 及 McDermott et al. (2014) 的研究，初步歸納出幾項指標（詳見圖三），作為進行研究時的參考架構。自我表達的部分包括能否運用語言表達情緒與感受，有無支持性的環境鼓勵個案表達，有沒有不是基於語言功能的表達方式，觀察個案的肢體及聲音運用有無活力；社會互動的觀察面向則包括有無與他人的共同連結，是否改善溝通的流暢度，能夠注意週遭訊息，能夠提示個案在此時此刻。

(圖三) 自我表達與社會互動的觀察參考架構



圖片來源：研究者自製

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究方法

本研究採取參與觀察與質性研究並行的方式，以下分就參與觀察及質性研究兩部分的研究方法說明：

#### 一、參與觀察

參與觀察的研究方法適用於不易量化的研究問題，當研究者想要更深入周全了解某個社會現象時，可以透過實地進入該情境，觀察、蒐集較豐富的資料。在本研究中，研究者將以觀察者的身分參與到現有機構所舉辦的團體音樂治療當中，觀察團體音樂治療中失智症者之間的互動及表達方式。在參與觀察的過程中，研究者避免以先入為主的預設限制觀察面向，以開放的態度進入場域，盡可能蒐集所需資料。

#### 二、質性研究

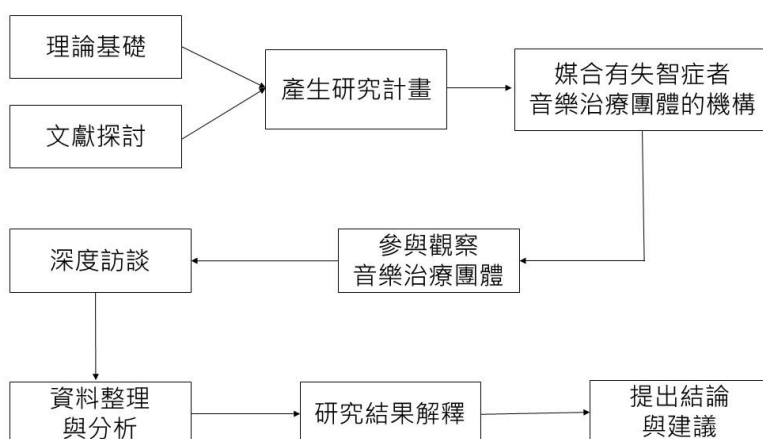
考量音樂作為介入方法的研究類型在社會工作領域仍屬少數，具備探索性質，且在過去研究與文獻中還不具備足夠完整之測量工具能夠運用於探討音樂治療對失智症者的社會互動與自我表達之影響，因此本研究另一部分選擇質性研究方法。質性研究屬於歸納式的理論建構，研究者有較大的彈性在觀察與資料蒐集過程中逐漸形成較清晰的圖像，探討變項的深層意義 (Rubin & Babbie, 2016)。觀察是質性研究中的研究手段之一，紐文英 (2017) 說明當欲探索的社會現象鮮為人知，僅使用訪談方式難以理解行為或現象的真實性，或是研究參與者因語言表達上的困難，難以順利進行訪談時，可以適用質性研究的觀察方法。在本研究中，研究者除欲透過觀察的方法外，亦會搭配使用質性研究中的深度訪談方法，了解實際服務失智症者的照顧服務員及音樂治療師對於失智症者參與在團體音樂治療中自我表達與社會互動改變的看法。



### 三、研究流程

本研究之研究流程圖如圖四所示，研究者先進行理論及相關文獻整理並提出研究計畫，而後媒合目前有在進行失智症者團體音樂治療的日間照顧機構，參與其現有團體進行觀察。且為確保團體觀察之品質與深度，研究者將參與觀察完整連續一個期程的音樂治療團體，每週進行一次 90 分鐘，共為期十週。在團體結束後進行資料整理與分析，並進行訪談，了解失智症者本人、參與團體之照顧服務員，以及治療師對於失智症者參與團體音樂治療之觀察與看法，最後提出研究結果之解釋與結論、建議。

(圖四) 研究流程圖



(圖

片來源：研究者自製)

### 第二節 研究對象與研究工具

本研究在篩選研究對象上使用立意取樣，因目前有在使用團體音樂治療的失智症者有限，並不相當普及。研究者在有限的資源中，透過合作之音樂治療師的介紹，參與其現於機構中帶領的團體，並主要以團體中的 8 位失智症者作為研究對象。除此之外，研究者也於參與團體觀察之後，分別訪談其他參與團體的亞健康長輩、音樂治療師與機構照顧服務員(訪綱詳見附錄三)，了解其他團體參與成員與專




業工作者對於失智症者參與在團體音樂治療中的觀點，亦藉此了解團體成員在參與音樂治療團體之外日常的自我表達與社會互動模式，以探究其到團體外，對日常生活有何影響。

本研究所執行之機構為北部某日間照顧機構，位於都會區，機構氛圍開放，照顧量能約 50 位長輩，照顧對象以生活功能尚能夠自理的輕中度失能或失智症者為主。本次參與團體之失智症成員，共有 8 位輕中度的失智症者，認知功能多能夠理解基本對談內容並簡短回應，且皆為曾接受過團體音樂治療，再次參與團體的長輩。其他失智症團體參與者之特性描述詳見第四章第一節。而其他參與於團體中的亞健康長輩，共有 5 位，因身體功能良好於團體中配合度高，然大部分缺乏對音樂的興趣，因此於團體中表現合作程度高，但也較少有突顯個人特色或以音樂表達的行為。

另，本次帶領團體之音樂治療師，為在英國經合格受訓，由 Anglia Ruskin University 音樂治療碩士畢業的合格治療師。其執行音樂治療工作約有兩年資歷，服務早療兒少、成人身心議題、以及失智症者。該治療師與本次執行研究之機構原已有穩定配合開設音樂治療團體，過去在該機構已舉辦過類似之團體音樂治療共三期，本次研究為該機構所開設的第四期團體音樂治療課程，因此，多數團體成員皆非第一次參與音樂治療團體，與同一音樂治療師已有合作配合的默契。而本研究中亦有訪談機構之照顧服務員，每期的團體音樂治療皆會有一位照顧服務員全程陪同成員參與。本期參與陪同之照顧服務員有從事照顧服務工作約 5 年的資歷，至該機構工作約 7 個月，於團體前後皆會提醒成員參加團體，於團體中亦會協助團體成員歌詞，能夠適時鼓勵、協助長輩。研究者另有訪談該機構陪同第二及第三期團體音樂治療之照顧服務員，納入其對團體成員行為的觀察，增加資料來源多樣性。

質性研究的重要研究工具為研究者本身，研究者雖具備基本的音樂知能、助人





工作及社會科學研究訓練，但對於音樂治療領域並非專精，在進行將社會工作與音樂治療相結合的研究時，仍有部分的知識缺漏。不過透過大量的音樂治療期刊閱讀及聆聽國內外相關研討會，研究者積極補足自身所缺漏的經驗與知識，能夠擔當成為團體中的觀察者角色，做好具備深度的觀察。同時，研究者的優勢在於具備有音樂知能的社會工作專業學生，了解人類行為中的互動與溝通表達是助人工作中的基本知能之一，研究者已有能力對此加以觀察、紀錄與書寫，搭配自身多年對音樂的接觸，可以將之運用於融入觀察人類在接觸音樂時的互動、溝通表達模式。


### 第三節 資料蒐集與分析

#### 一、資料蒐集方法

研究者以觀察者身分參與觀察針對日照機構中長輩所舉行之團體音樂治療，並於每次團體之後當日寫下觀察紀錄，透過觀察紀錄的省思，確保研究者之觀察具備品質與深度。同時，研究者亦運用深度訪談，分別訪談團體中的失智症參與成員、其他參與團體的亞健康長輩、音樂治療師及機構照顧服務員。透過多方的訪談以增加資料的豐富程度，用三角驗證補足研究者自身在參與觀察團體時所可能遺漏之訊息，並盡可能納入多元之觀點，提升研究資料的可信度。惟，本研究雖於研究執行期間有訪談其他參與團體之亞健康長輩，但於資料分析階段發現該資料所能呈現之意義有限，無法作為輔助研究結果呈現之資料來源，因此於最終研究成果之呈現中，未使用其他參與團體之亞健康長輩的訪談資料。此外，由於團體中所發生的音樂表現、歌唱、或即興演奏都是很短暫的藝術表達形式，故在本研究執行過程中，經徵得失智症者及其家屬之同意，全程錄影紀錄。

#### 二、資料分析方法

質性研究的資料分析方法為螺旋式的來回進行，透過在實地蒐集資料同時不斷進行整理和分析，讓概念逐漸清晰，其資料蒐集和分析過程為互動、循環的（紐文英，2017）。本研究的資料分析方法使用團體觀察紀錄與訪談逐字稿進行謄寫與



編碼，再加以使用分析歸納法進行概念的整合。研究者先從文獻中了解部分的概念圖象，依文獻發現做暫定的分析類別，再依觀察與訪談所得資料進行重複閱讀與修改，形成最後的分析類別（紐文英，2017）。另針對影像紀錄之資料，研究者反覆重新觀看團體之影像紀錄，跳脫參與於團體當下之氛圍，盡量以客觀第三者的角色來詮釋分析影像中團體成員的行為意義，並將重要之行為片段轉化為文字描述，納入研究分析之素材。

#### 第四節 研究倫理

##### 一、知情同意

研究者在進行研究前，以書面據實以告研究進行方式讓研究參與者及其家屬知曉，並透過機構協助於研究者進入團體觀察前，將知情同意書交由研究對象之家屬簽署。考量研究對象的認知行為能力，研究於取得其家屬所簽署的知情同意書後才執行。

##### 二、撤回同意權

研究對象基於各項原因，有自由退出及拒絕繼續參與的權利，可依個人意願選擇是否參與團體及研究全程。如研究對象中途退出，則不予採用其研究資料。

##### 三、匿名及保密原則

研究者雖參與在團體觀察中，知曉研究對象身分，但基於匿名保密原則，在研究資料分析與結果呈現上，會確保不透漏研究對象可明確辨認身分之訊息，以匿名方式呈現敘述及研究結果。

##### 肆、研究資料保存

研究者會妥善保存研究所得之錄影、錄音及文字紀錄，不洩漏資料給予他人，並於研究完成兩年後主動銷毀與研究對象直接相關之研究資料。


##### 五、研究補償與研究成果之回饋

為答謝協助本研究進行之相關人員，研究者給予所有受訪談者適當金額之禮券作為謝禮，另針對協助研究進行之機構與音樂治療師，研究者將於研究完成後寄送給研究報告，給予其參考作為未來實務工作之借鏡。



## 第四章 研究結果

### 第一節 團體成員及團體內容概述



在本研究中的團體參與成員共有 8 位失智症者，皆為輕中度失智症者，同時另有 5 位亞健康的長輩參與在同一團體音樂治療當中。在性別和年齡的分布上(參見表二)，男性和女性的失智症團體成員各有 4 位；年齡部分，除成員 A 超過 90 歲，及成員 D 未達 60 歲外，其他團體成員皆為 70 至 85 歲之間的失智症者。另外，值得注意的團體成員性質，參與該團體的失智症者皆非第一次參與團體音樂治療，全數成員過去都有參與過同機構、同團體帶領者所規劃操作之團體音樂治療，因此，團體成員大多已知團體音樂治療中大致的內容，且與團體帶領者已有建立合作默契。而個別團體參與成員在團體中所表現的狀況分述如下：

A 長輩(男性，91 歲)：在團體中配合度高，能夠配合團體帶領者的引導，且在歌唱時若唱到熟悉的歌會特別大聲，手部的肢體協調性在使用打擊樂器時功能良好；但口語表達較少，也鮮少與其他團體成員產生互動。

B 長輩(男性，80 歲)：在團體中較願意表達，性格活潑，願意與其他團體成員產生言語的互動交流。但團體中前期因病住院，有多次未參與到團體。

C 長輩(男性，83 歲)：在團體中能夠配合團體帶領者的引導，肢體語言的表現較口語表達豐富；但在團體中較欠缺主動性，鮮少主動與其他團體成員交流、互動，似對團體內容沒有足夠興趣，團體後期的最後三次中離未參與。

D 長輩(男性，56 歲)：受限於血管型失智症的影響，語言表達及情緒的展現較受限，但其肢體語言的表達明顯相較於口語表達或歌唱豐富許多，對音樂中節奏元素感知相當敏銳，經常是即興音樂演奏環節中穩定的節奏控制。

E 長輩(女性，79 歲)：在團體中投入程度及配合度高，過去有相關音樂教學的基礎，在歌唱及使用打擊樂器皆能夠配合，但較少主動表達意見，或與其他團體成員



產生互動。


F 長輩(女性, 81 歲): 團體參與及投入程度相當高, 喜愛歌唱, 在團體過程中可見其情緒變化, 在有歌唱機會時較為積極, 願意以歌唱的方式表現自己。其自述:「比較喜歡(團體中)唱歌的部分, 樂器我不太會玩」(長輩 F, 訪談)。

G 長輩(女性, 71 歲): 與 F 長輩同樣喜愛歌唱, 團體參與及投入程度高。除能夠勇於用歌唱表達自己以外, 對於嘗試新的打擊樂器能夠勇於嘗試, 不會抗拒、害怕。

H 長輩(女性, 80 歲): 團體進行到第四週才補加入的團體成員, 但過去也參與過團體音樂治療, 因此中期的加入不至影響其對團體的參與程度。在團體過程中, 踴躍回應帶領者的引導, 是口語表達相對運用較多的成員, 然而會重複表達自身所欲強調的內容, 偏離團體目標, 需要治療師適度中斷、回到團體任務。

(表二) 研究參與之團體成員基本資料 (資料來源: 機構提供)

團體成員代號	性別	年齡	疾病類型	失能程度	團體出席狀況	其他備註
A	男	91	失智症	中度	全部出席	
B	男	80	失智症	輕度	第 2-5 次團體未參與	
C	男	83	阿茲海默症	輕度	第 7-10 次團體未參與	
D	男	56	血管型失智症	中度	全部出席	情緒表達障礙
E	女	79	失智症	輕度	全部出席	
F	女	81	失智症	中度	第 2、4 次團體未參與	視力障礙
G	女	71	帕金森合併失智症	輕度	全部出席	
H	女	80	失智症	輕度	第 1-3 次團體未參與	



在團體音樂治療進行的內容部分，十次的團體進行大致依循固定的團體結構來進行（參見表三：團體內容架構）。在團體一開始，治療師固定會以吉他彈唱哈囉歌，預告團體即將開始，同時作為讓團體成員準備開始進入團體參與狀態的儀式。接著，會帶領長輩進行聲音與肢體的放鬆活動，促進長輩的細部肢體活動及聲音使用。進行完上述團體的預備階段，即會進入到主要的團體內容，大致區分為歌唱和樂器即興兩大部份，先進行歌唱或樂器即興，治療師會詢問長輩當週意願，共同決定當次團體中是先一起歌唱，抑或是使用新的打擊樂器來共同創造即興的音樂片段。

在歌唱部分，所選擇的歌曲以時代經典的國台語民歌、流行歌為主，由於本次團體並非治療師與機構長輩第一次合作，過去幾期以來，已有累積十多首長輩普遍喜愛，能夠共同歌唱的歌曲，也有累積成冊為每位團體成員印製歌本。因此，歌唱部分對大部分長輩來說，已有部分熟悉程度。在原熟悉的基礎上，治療師在第一次團體時，詢問長輩本次想加入的新歌曲，由長輩提議後，治療師將其適當安排在不同週次的歌唱部分中，帶領長輩唱新歌，同時也複習部分舊歌曲。

而在樂器即興的部分，治療師每次會使用不同的簡易打擊類樂器給團體成員新的刺激，使用過的樂器如：沙鈴、鈴鼓、手鼓、鐵琴、手鐘、律音管、竹裂鼓、空靈鼓、兩聲筒、拇指琴等，種類相當廣泛多元，每次會引導團體成員嘗試新的樂器，來共同創造即興音樂的片段。在此團體過程中，不同失智症長輩對於嘗試新的樂器會有不同的態度。當治療師邀請團體成員選擇自己想使用的樂器時，有些長輩較有主見，會自己表達想要嘗試哪種樂器；有些則偏向被動由團體治療師安排；另外也有些長輩會推託自己不會樂器，害怕出錯、表現得不好，而不願意嘗試，需要治療師鼓勵並引導其用更簡易的方式來嘗試讓樂器發出聲響。而每次在即興的過程中，治療師會與團體成員建立默契，由安靜開始，先彼此專注在團體氛圍中，接著治療師以旋律樂器（小提琴或吉他）引導一段音樂即興的開始，即興演奏的長度會維持 2 至 5 分鐘不等，視當下團體成員一同創造聲響的氛圍來彈性調整。



最後，在團體完成歌唱和樂器即興兩大部分後，治療師會以口語的方式詢問參與團體長輩對於本次團體的回饋，在本次參與團體的長輩中，根據跟隨團體的機構照顧服務員所述：


失智長輩肢體的表達，本來就比語言的表達使用更多，而且有些失智長輩會隱藏自己失智的症狀，怕出錯在團體中就會表現得比較少。

(照顧服務員，訪談)

因此，在該團體中，明顯失智症的團體成員較少使用完整句子的口語表達，多是簡單用單詞回應；而會給予較多口語回饋的多是其他參與在團體音樂治療中的亞健康長輩。而在完成該次的團體成員回饋後，團體即會以再見歌的行式結束，治療師以吉他彈唱，邀請長輩加入打擊樂器的使用。與團體開始時的哈囉歌相呼應，給與團體開始與結束固定的形式。

(表三) 團體內容架構 (資料來源：研究者自行整理)

團體內容及流程	
哈囉歌	預告本次團體開始
暖身	肢體與發聲放鬆
破冰遊戲 (或介紹新樂器)	分享近況 傳聲音、擊鼓對話
歌唱及歌曲欣賞	如：何日君再來、流水年華、 最後一夜、茉莉花
即興音樂創造 (樂器即興)	每位成員選擇打擊樂器， 在治療師帶領下即興
表達與回饋	簡單口語回饋
再見歌	加入簡單打擊樂、團體結束




而較特殊的單次團體，為第九次團體的內容，設計讓團體成員於機構進行成果發表（詳見附錄四：第九週團體流程）。在團體初期即預告團體成員將有該成果發表機會，讓成員能夠邀請家屬一同參與、了解成員在團體音樂治療中的收穫。且成果發表將團體進行的空間移至機構教室外，即不在原教室空間，改至整個機構較開放的空間，同時邀請其他在日照中心受照顧的長輩（包含許多曾參與同一治療師所帶領第一至三期團體音樂治療的長輩）一同作為觀眾參與。為準備團體成果發表，治療師在於第七週、第八週即開始協助團體成員選擇在成果發表時想唱的歌曲，並邀請部分長輩擔任領唱，負責特定歌曲，帶領其他團體成員開始歌唱。同時，該次團體除固定暨有的歌唱與即興部分，還增加較特別的音樂欣賞部分，於串場時間為團體成員演奏古典音樂家蕭士塔高維契的作品，以雙小提琴搭配鋼琴的組合演奏、分享音樂給團體成員，該作品曲風輕快、平易近人，長輩 G 於聆聽時跟著不時拍手或晃動身體、用腳打節拍（長輩 G，第十週，錄影），相當沉浸在音樂氛圍之中。

## 第二節 失智症者在團體中的社會互動

失智症者在團體音樂治療中的社會互動，最多出現的形式是以聲音或敲擊樂器為媒介，透過共同完成簡易的聲音創造或即興，而衍生彼此之間的合作與互動。舉例而言，在每次團體預備階段，團體帶領者常會使用邊唱歌邊傳接蛋沙鈴，或讓團體成員互相「傳聲音」的形式，來讓長輩預備好要開始來使用自己的聲音，同時讓團體成員間需要在互相傳接的過程中，去注意其他成員當下的行為，並做出相對應適切的回應，才能夠讓聲音在傳接的過程中不會中斷或突兀。

當然並不只有預備階段所設計的團體內容能夠促進失智症者與其他團體成員間的社會互動，不同週次也會加入不同的團體內容設計，讓失智症者慢慢練習更複雜與他人合作、互動的方式。例如：本期團體的第二週使用「擊鼓對話」；第四週讓團體成員分半對唱捕魚歌和茉莉花；第五和第六週分別使用律音管和手鐘，讓長






輩輪流敲奏，一起組合演奏出音階。「擊鼓對話」是讓團體成員兩兩一組，一人拿手鼓、一人拿別的樂器，兩人先從安靜觀察對方動作，再一起敲奏樂器發出聲響，敲奏時與對方搭配，去感受調整節奏的快慢與音量大小聲。在此過程中，團體成員並非單純的敲敲打打、玩樂器，而是以樂器為媒介，訓練團體成員能否專注觀察其它人的行為、動作，並與其配合達到聲音的互動。幾乎所有團體成員在完成該團體任務都能夠順利與其他團體成員合作，是滿簡易引導團體成員開啟與他人間聲音互動的方式。

而更進階的聲音互動方式，如本次團體設計中所使用的，將捕魚歌和茉莉花兩首簡易童謠進行對半重唱。即，將所有團體參與成員分半，一半先唱捕魚歌，另一半先唱茉莉花，當其能夠在正確的拍點一起合唱，就能夠完成悅耳的重唱。能夠如此進行兩首歌的重唱原因在於兩首歌曲的節拍、調性吻合，同時合唱可以產生更豐富的重唱感覺。不過，歌曲的重唱涉及需有較佳的認知功能來處理複雜訊息（何時要唱，如何與其他人搭配），因此團體成員在進行時有些表現的零零落落，需要團體帶領者多一些的提示、引導才能夠較順利的完成合唱。

至於律音管和手鐘的使用，因為皆為樂器套組，通常由 7-9 個音組成，按順序可以演奏出簡易的音階，因此適合用在約十人以下規模的團體，訓練團體成員合作負責不同音符，再一起組合演奏出音階或簡單的歌謠。在操作該活動時，團體成員手上拿到樂器就迫不及待發出聲響，此時，治療師邀請成員閉上眼睛，指定成員輪流演奏，讓成員逐一聽到不同音高的變化。這時，透過治療師引導成員誰先敲樂器，再換誰，給予成員足夠的引導，就可以順利合作演奏出悅耳的合奏聲響。讓團體成員除了要各司其職演奏，也要留意團體中其他人所發出的聲響。

此外，每週團體中必定包含的樂器即興部分，事實上也是考驗團體成員間能不能夠順利接收、傳遞聲音的訊號，來達到與其他成員間一致的互動。在樂器即興的過程，並非每個團體成員都讓樂器發出聲響即可。治療師會在即興前引導團體成員



選擇其當次想要使用的樂器，確認好每位成員想用的樂器後，有時治療師會邀請拿特定樂器成員先開始發出聲響（可能是負責穩定節奏的鼓類樂器、或當週介紹較特別的新樂器），在部分聲音的基礎上，再邀請所有成員一起加入即興演奏。第一週的樂器即興，團體成員間的默契還未建立，演奏起來有些七零八落，彼此沒有互相聽對方聲音的默契，需要靠治療師用更多的旋律演奏來穩定讓即興的過程持續，且治療師在第一次即興過程後，有邀請每位團體成員重新輪流演奏即興時所使用的樂器，讓所有團體成員習慣要專注聆聽其他人所發出的聲響。中間經過每週一兩次的樂器即興練習，可以發現團體成員間在樂器即興的配合度有逐漸提高。治療師也會有時在即興後，引導團體成員回想方才在即興過程中哪個樂器聲音較為突出、或節奏較明顯。而到最後一週的樂器即興部分，治療師甚至引導團體成員閉上眼睛，僅用聆聽來感受彼此在聲音上的互動與配合。在該次的閉眼即興所創造的合奏片段，相較於團體初期沒有默契的即興，可以發現團體成員間在聲音的交流與互動上，更專注去聆聽配合他人，同時也代表團體成員間足夠的信任度，能夠在閉眼的情形下，仍完成良好的即興合作。

然而，前述較偏向是在治療師（團體帶領者）有引導失智症者的狀況下，所產生的互動。團體成員在團體過程中，也會自然而然發生部分成員與成員間的互動。例如：在一次暖身活動時，治療師原先設計一邊帶領長輩活動肢體，一邊與其分享近況，長輩G聊到過去到河邊玩水的經驗，突然開始哼唱「我家門前有小河……」，緊接著其它團體成員有互相很有默契開始一起唱起童謠、兒歌，最後就在一邊哼唱的歌曲的氛圍中完成肢體暖身活動，互動的氣氛相當活絡（第三週，錄影）。此外，團體成員有時在嘗試使用新樂器時，會害怕嘗試或不太會使用，除了治療師會協助成員以外，有些其他團體成員也會熱心教導旁邊的夥伴，如何讓樂器發出聲響，甚或討論怎麼使用讓樂器比較大聲/省力。

然而，在團體過程中有較良好的互動狀況，相應的也有部分成員是較不願意與



他人直接產生互動，或是在團體過程中，治療師難以引導讓成員間互動持續的狀況。在團體中配合度高，但不太與其它團體成員交流的長輩E就表示：

*(在團體中) 沒有和其他人相處，主要是和老師相處，其他他們(指其它團體參與者)也不懂音樂。(長輩E，訪談)*

另外，在團體前期操作傳聲音的暖身活動時，治療師會先示範模擬一個聲音(動物叫聲、風聲、流水聲等)，接著傳遞給某團體成員，輪流讓團體成員接收後，發出新的相關聯的聲響。然而，這個暖身活動對團體參與者而言，就只有接收到形式上要發出聲音的任務，輪流發出一些模仿動物、大自然的聲音，但沒有辦法延續傳遞給其他團體成員，只被當作是單向的任務，沒有辦法將聲音的傳遞在所有團體成員之間發展為團體中的互動。

整體而言，在為期十週的團體過程中，雖然團體成員間較少明顯的語言交流互動，但在透過肢體或其它能夠發出聲響的媒介幫助下，成員間的互動或合作就較容易成立。且許多團體成員都認為在該團體音樂治療的過程中，與其他人的互動氣氛和樂，如部分長輩的敘述：

B長輩：一起上課的同學都很合群。*(長輩B，訪談)*

F長輩：在這裡感覺，我們是兄弟姐妹，就互相，講話什麼都有講。

*(長輩F，訪談)*

G長輩：大家相處很好，都像朋友一樣。*(長輩G，訪談)*

H長輩：大家都像親姊妹一樣，很親切。*(長輩H，訪談)*

### 第三節 失智症者在團體中的自我表達

失智症者在團體音樂治療中能夠表達自己的方式主要有使用語言表達、歌唱和使用樂器三種方式。不同的長輩有其各自較擅長表現自己的方式，將語言表達、



歌唱和使用樂器這三種表達方式，依線性程度區分為使用程度普通、良好、到特別突出，來呈現本次團體參與成員所擅長使用的表達方式，其差異狀況如表四。

(表四) 團體成員擅長之表達方式

團體成員 代號	語言表達 程度	歌唱 運用程度	樂器使用 程度
A	良好	特別突出	特別突出
B	良好	普通	良好
C	普通	普通	特別突出
D	普通	普通	特別突出
E	良好	良好	良好
F	良好	特別突出	良好
G	良好	特別突出	良好
H	特別突出	普通	良好

(資料來源：研究者自行整理)

由上表所呈現，失智症者多數在樂器的使用上都較能夠順利運用，少部分成員基於其本身喜好歌唱或性格樂於分享的個別因素，才會在語言表達和歌唱的部分有更多的運用。帶領本次團體的治療師即表示：

*使用樂器沒有對或錯，比較彈性，也可以挑選自己比較擅長的，不管是有弦律或沒旋律，而且你也可以小聲但還是參與，對長輩來說壓力少一些；比起講話，可能會擔心講得怪怪的。(治療師，訪談)*

在所有團體成員中，語言即歌唱的表達方式使用較少，但樂器使用很突出，形成在團體中表現有反差的成員有長輩C和長輩D，兩位皆為男性失智症者。治療師形容：



(長輩C) 拿起樂器就變了一個人，傳聲音也讓人印象很深刻，聲音很集中，算是拿起樂器表現比較反常的長輩。(治療師，訪談)


而在團體中較喜歡唱歌的長輩F和長輩G，兩位皆為女性失智症者，其在歌唱上的表現就特別突出，尤其長輩G有時在原應為使用敲擊樂器的環節時，會自己搭配上歌唱(如：一邊打手鼓，一邊唱茉莉花)(第四週，錄影)，很積極表現自己擅長唱歌的部分，像是一枝獨秀。然而，其在使用樂器的狀況上，雖然能夠配合參與，不過就較欠缺聆聽他人發出的聲響與節奏、與他人配合演奏的能力。

此外，在團體中較特別，少數運用語言表達比其他表達方式多的成員為長輩H。在第七次團體歌唱的部分時，唱到〈掌聲響起〉，長輩H唱完即主動分享：

(這首歌)我先生最喜歡的，現在唱起來心好痠喔。還有〈最後一夜〉，他也很會唱。(長輩H，第七週，錄影)


長輩H的分享說明音樂、歌曲能夠喚起回憶的功能，對輕中度失智的長輩而言，透過音樂的刺激，以歌曲為媒介，能夠幫助其提取中長期記憶，回憶生命中的重要經驗片段。不過，長輩H的語言表達，在其分享過程中可以發現長輩會不斷重複自己想表達的內容，重複幾次後還無法停止，就需要治療師運用技巧，請長輩先休息一下，適時中斷過多偏離團體目標的語言表達，也避免團體中的焦點只關注在單一長輩身上。

另還有長輩A，是在整期團體中各方面投入程度都很高的一位團體成員，其每次團體都坐在治療師旁邊的位置，歌唱和樂器使用程度，相較於其他失智症者都較突出，在語言表達上，也會運用團體中間休息之空檔，詢問治療師問題、分享其部分生活近況。尤其當其唱到熟悉的國語歌曲時，會特別大聲，聲音集中宏亮；而因其榮民身分，雖然對台語歌曲較不熟悉，但在團體中後期，發現長輩A也漸漸能夠跟唱團體中所使用的台語歌曲。在樂器使用上，長輩A特別擅長敲擊鼓類樂器，敲擊時手部力度集中，因此敲擊樂器的聲音可以很集中、飽滿，也是其擅長的優勢。



雖然多數團體成員在口語表達上較困難、使用程度較低，但在團體過程中，仍有發生少數失智症者使用口語表達，明確表達想法的例子。治療師在每週選擇要練唱的歌曲時，並不是單方面上對下的給予指令跟成員說要唱什麼歌，而是會詢問團體成員的意見，想唱什麼歌再一起唱。有時，口語表達較好的成員會點唱歌曲(如長輩 G、長輩 H 較常主動點歌)，若都沒有成員點歌，治療師才會主動提出建議唱什麼歌。較特別的一次案例，是在第六次團體時，長輩 D 選歌點唱〈車站〉，因為長輩 D 是在團體中口語表達相當少的長輩，只能點頭、搖頭，或說單詞來表達，也很少主動運用口語表達。在該次團體中，治療師特別詢問了長輩 D 想唱什麼歌，其停頓一下後就回應〈車站〉(長輩 D，第六週，錄影)，長輩 D 的表達並不在眾人的預期之中，連跟隨團體的照顧服務員都驚喜說到：「難得(長輩 D)點歌，大家要一起認真唱！」(照顧員，第六週，錄影)由此可發現，有時失智症長輩並不是不願意表達，而是受限於疾病影響口語表達的功能，沒有信心主動表達，害怕錯誤；但當有足夠引導或明確詢問其意見時，即便只是給予很簡單的單詞回應，也可以呈現出其明確的想法。

除了明確表達想要唱什麼歌之外，團體成員還可以透過「拒絕」來表達自己的想法。該拒絕並非負面之意，而是指能夠表達出來自己不需要什麼。在每週樂器即興的部分中，治療師都會使用推車帶著樂器來到團體中間，邀請成員挑選當次自己想要使用的樂器。少數長輩會主動選擇，但大多是被動接受分配。長輩被分配拿到樂器後通常會迫不及待嘗試發出聲響，有時若不喜歡該樂器的聲響，就會以動作的方式遞交出樂器，向團體帶領者示意想要換一項樂器。而在敲擊樂器的過程中，偶爾會有個別成員太興奮，敲擊太大聲而影響到其他團體成員的狀況。在第八次團體中，長輩 A 在非即興的團體時間，手上拿著骨牌(編木)不斷發出大聲的聲響，坐在其隔壁的長輩 H 即直接告訴長輩 A：「不要再用了，很吵！」(長輩 H，第八週，錄影)雖然表達方式未經修飾，但其直接表達出個人的感受，並讓其他團體成員了解到自己被擾人的聲音所影響。



綜合本節所述，失智症者的口語表達雖然多數較為簡短，但可以透過其他各自擅長、喜歡的方式來進行自我表達。除語言表達外，失智症者還可以在團體中運用歌唱、敲擊樂器的方式來展現自己。在非語言的聲音表達上，團體成員可以自然地一起參與歌唱的部分，不論對歌曲、歌詞熟悉或不熟悉，在和諧的團體氛圍下，不需要在意唱得對或錯，都可以隨意跟著哼唱。而樂器的使用，則涉及手部動作的功能、力度控制等，有些失智症者即便在語言表達上較欠缺，在團體中沒有明顯的語言表達，大多是配合完成活動或指令，但其肢體的功能仍可以順利操作、使用樂器，就可以透過樂器為媒介來更多的表現自己。相較於語言的表達，運用聲音、樂器作為媒介，普遍而言是對於失智症者更容易表達的方式。因此，在團體音樂治療的內容設計中，團體帶領者不需過於強調讓成員用講話、語言表達的方式回應，多運用聲音、樂器來和幫助其互動，也是另一種協助失智症者完成自我表達的方式。

#### 第四節 失智症者在團體中的情緒

在神經學的研究中，已證實音樂治療對於失智症者之所以有效的原因在於，其情緒感受的功能仍能夠運作。因此，在本期團體中，在第三及第七次團體進行的前後，治療師讓所有團體成員進行簡易的心情評測，讓其表達主觀在參與團體前後的心情狀態如何。此次所使用的心情評測，考量失智症者的認知、理解能力，盡量將其簡化並具象化，概略將心情狀態分為很不好、不太好、普通、還不錯到很好（1至5分），且搭配笑臉、哭臉等表情符號，幫助失智症者理解心情評測分數所代表的意義。



(表五) 心情評測結果

長輩代號	第三次團體 心情評測			第七次團體 心情評測		
	前測分數 (1~5)	後測分數 (1~5)	增減	前測分數 (1~5)	後測分數 (1~5)	增減
A	5	5	--	4	4	--
B	X	X	X	5	5	--
C	3	4	↑	3	X	(團體中離)
D	4	5	↑	3	5	↑
E	4	4	--	5	5	--
F	5	5	--	4	5	↑
G	3	5	↑	5	5	--
H	X	X	X	5	3	↓

(資料來源：研究者自行整理)

兩次團體前後的心情評測呈現出多數失智症者在參與團體音樂治療後，情緒狀態至少能夠持平，甚至能夠提升。由表五中所呈現之團體參與者的心情評測結果，在團體前的心情測評分數，大部分長輩表示其心情狀態即在偏向開心的還不錯到很好(4分及5分)，只有少數成員有表示因為身體因素有些不適而影響心情，因此在前測時覺得心情普通(3分)。不過在團體結束後的心情評測，幾乎所有成員的後測分數都落在4至5分，其中包括心情狀態提升及持平的皆有。表示多數團體成員有享受在團體音樂治療的過程中，在參與團體過程中的心情自認為偏向開心的。僅有長輩G在第七次團體中的心情評測前後測分數下降，配合其自述的原因，其認為參與團體後有些疲倦，因此心情普通。或因該團體音樂治療所設計的時間較長，每週一次90分鐘，雖中間會有休息的時間，然對失智症者而言，要維持長時間的專注參與仍有些難度。

由於該研究執行期間逢新冠疫情之時，所有團體成員參與團體期間皆配帶口罩，致研究者不易觀察研究對象之面部表情與情緒，因此僅能由團體成員的自評、自述，以及成員較外顯的肢體動作(如：歌唱時伴隨身體搖晃)來判斷成員在參與





團體時的情緒狀態。

此外，除以心情評測呈現團體參與者的情緒狀態，也有失智症者的語言敘述表達其參與團體的心情。如：長輩 B 表示：「覺得很好（指音樂治療團體），可以情緒發洩，心情很愉快。」（長輩 B，訪談）指出音樂、歌唱、樂器演奏所能夠達到的情緒宣洩的功能。而在本期團體從旁協助的照服員，亦說明其所觀察到失智症者的情緒狀態：


「A 長輩在唱到他熟悉的歌的時候會特別大聲，……而且唱到會唱的歌時後很开心、很熱絡參與，表情和平常參與其他機構團體活動時很不一樣，就會跟著身體擺動，不管別人唱得怎樣，自己就唱很大聲。」（照顧服務員，訪談）

而帶領團體的治療師則形容該團體中成員的情緒狀態為：

「這個團體的氣氛比較溫和，不像有些團體情緒的渲染，一個長輩的情緒比較滿就會影響其他人，但個別長輩的情緒變化還是有。」（治療師，訪談）

團體參與成員能夠於團體過程中，有情緒的宣洩，不論為正向、負向情緒，皆為音樂所對其造成影響的可貴之處。舉例而言，長輩 D 是年輕型的血管型失智症患者，據照服員描述其因病症影響情緒中樞，較難看出其情緒變化。然在團體中，可以觀察到長輩 D 在聽到有興趣的歌曲或敲擊樂器開心時，面部肌肉會較用力，看起來有些猙獰，但實為其試圖在做出笑的表情。音樂能夠帶動人的情緒渲洩，不論是正向或負向情緒，即便是因回憶而惹起過去的悲傷情緒，亦是一種情緒的展露。讓團體成員能夠真實體現當下的情緒狀態，是在團體音樂治療當中所希冀能夠達到的。

##### 第五節 團體音樂治療對於團體參與者到團體外之影響



失智症者參與完團體音樂治療，是否能夠延續其在日常生活或機構照顧的過程中增加其社會互動及自我表達？是研究者在本研究中欲探究的重要問題之一。根據每日照顧失智症者的照顧服務員之敘述，失智症者參與完團體後回到平常機構照顧的狀態中，與他人的互動或口語表達都仍較少。其描述：

「參與完團體，到外面，平常長輩的口語表達還是很少。……平常在機構中，大部分長輩比較少主動和別人產生互動，比較多的時間是放空。」

(照顧服務員，訪談)

探究失智症者沒辦法延續在音樂治療團體中增加互動及表達的原因，首先是機構中其他活動及課程的設計。雖然長輩在團體音樂治療中有各種運用口語、聲音或樂器表達及與其他團體成員合作的機會，但其是在適當情境下，治療師用簡單的指令或個別引導，放慢速度提問讓其有足夠時間回應，才能夠讓失智症者有機會開口說話或表達。然而，長輩平時在機構中的其他活動主要以肢體活動為主，以延緩其身體老化為主要照顧目標，機構每日上下午皆有照顧服務員所帶領的肢體運動團體，但相對就較缺乏讓失智症者有能夠訓練表達及與他人互動的機會。

性格較活潑，在團體中語言表達運用最多的長輩 H，照服員形容其平時在機構的狀態：

平常就是如果你沒有跟她聊，她大概就是一直看著外面的窗戶，……，做活動她都會參加，但是沒有的時間她就會坐在窗戶邊發呆看外面。

(照顧服務員，訪談)

然而，長輩 H 在音樂治療團體中的表現，即便是中途才加入團體，仍與其他成員相處良好，且相當願意主動分享，似透過該團體有幫助其創造更多機會，在團體中與其他成員有更多連結。不過，到團體之外的情境，回到原本機構照顧的氛圍中，就並不一定能夠維持其與他人的互動連結。且團體音樂治療僅一週一次，維



持十週，大多時間失智症者仍是在機構照顧的狀態中，因此，機構照顧的環境、氛圍仍是影響其能否順利表達、與他人互動的主因。

其次，參與團體的長輩本身的特質及其對於參與團體的認知，也影響其與他人的互動及表達狀態。本期參與團體的失智症者特質都較安靜、溫和，據現場照顧服務員之觀察，描述本次參與團體的成員大多是平常在機構不太會主動與他人說話、互動的長輩。而團體成員來到音樂治療團體，大多是將其視為一種「上課」的形式，照顧服務員會告訴長輩要來去上「音樂課」，並以「老師」稱呼治療師。而對於該年齡層的長輩而言，上課是一種正式的形式，並不會過於隨便，因此在團體中的專注力、配合度，都相較於平時在機構中都更高。長輩A即表示其對於參與團體的認知是：「我們是在學習。」（長輩A，訪談）許多長輩也都認為該團體的主要目的是教導其唱歌、玩不同的樂器，但不了解音樂只是作為媒介來協助其完成團體目標的工具。因此，並沒有特別能夠達成讓失智症者，到團體之外，也可以維持社會互動及自我表達的的目標。

#### 第六節 研究者作為觀察者在團體中的反思

本研究之研究者，於參與為期十次的團體過程中，大部分皆作為觀察者在團體之中，然部分時候因情境所需，有時也會以部份參與者的角色參與在團體中。例如：在歌唱和樂器即興時隨音樂氛圍一起加入、協助童謠對唱的第二個聲部帶領、擔任成果發表串場時間的音樂表演者。因此，研究者在該團體中並非純粹的外部觀察者，也部份參與、影響團體內容的進行。於團體參與當下，有時易受當下團體氛圍的渲染，而影響觀察的客觀性，因此，於資料分析階段需要重新大量回看團體內容的錄影，將研究者自身抽離於參與團體當下之情境，來維持檢視團體成員行為意義的客觀性。


## 第五章 研究結論與建議

### 第一節 研究結論



本研究以團體音樂治療作為失智症者照顧的介入方式，主要描述失智症者於參與團體音樂治療中，在社會互動及自我表達的面向如何呈現。不論是在社會互動及自我表達的面向上，皆發現失智症者在運用歌唱及樂器的過程中，相較於語言的使用，可以更順利的表達或與他人互動。在本期參與的長輩之中，擅長運用口語表達的失智症者較少，符合過去文獻中所指出失智症者口語功能較為受限的狀況。因此，多運用歌唱及樂器即興來讓失智症者完成與其他成員間的合作、及表達個人的想法，是可以提升其在團體中自我表達及社會互動的方式。如 Waters 等人（2022）說明運用音樂替代失智症者的語言功能缺損，為另類溝通方式，可以幫助失智症者喚起激發（arousal），提示特定的人事時地物和促進溝通、表達的效果。在本次團體中，長輩 H 在歌唱過程中被激發想起已故丈夫，並願意分享其辛酸的感受與情緒，即為具有意義的表達。

此外，在助人專業中，經常會強調使用口語的表達(如：會談)來與個案工作與溝通。然而對失智症者而言，口語的表達因受病程影響相當受限，但並不意謂其不具備表達的能力，而是缺乏媒介或合適的機會、時間。治療師在運作團體時，會使用音樂媒介幫助，或運用正多非口語的互動方式來達到與失智症團體成員間的互動。KRØIER, Stige & Ridder（2021）的研究歸納治療師與失智症者之間非口語互動的機制：觀察個案的身體語言和聲音使用有沒有活力；注意失智症者的情緒反應和主體性/個別需求；調整音樂的使用，和失智個案達到互惠互動的關係；留意個案此時此刻所透漏的訊息。在觀察治療師與團體成員互動過程中，皆可發現治療師相當注意團體所透露出的非語言訊息，也會根據團體成員的特質，適時調整與其溝通、互動的速度或方式。舉例而言，當詢問失智症長輩問題沒有立即得到回應時，不要立即放棄，適時的等待、放慢步調，或換用更簡單的方式讓其能夠回應。



觀察本次團體成員的狀況，其在團體音樂治療中能夠以音樂作為媒介，增加部分的自我表達及社會互動；但若回到日常機構照顧的情境，即仍然呈現較少主動與他人互動的狀態。究其原因，長輩本身的特質和機構氛圍，或皆為導致團體音樂治療的效果難以延伸到團體外的因素。在長輩特質的部分，由於參與本期團體之成員，皆為平時較少主動與其他成員交流的類型，來到音樂治療團體中，偏向為配合課程而完成任務，因此回到原日照機構中的生活場域，仍然鮮少與人交流。再者，日照機構的氛圍雖開放，長輩間要主動與他人互動皆可，然而相對的，較少主動與他人互動的長輩，在沒有多加鼓勵與支持的狀況下，也可能來到機構多年，仍缺乏能夠互動的朋友。

因此，研究者認為在平時的照顧情境中，導入團體音樂治療中多注重細微非語言表達的元素，或許是幫助失智症者增加其自我表達與社會互動的方式。在團體音樂治療中，有些長輩能夠很盡興的唱歌，另一些長輩則對樂器的即興較投入，這些情境都能夠幫助失智症者維持更多與他人有意義的互動與連結。若要將該部分元素加入到長輩的日常照顧情境中，建議機構可以在適當的時間撥放符合長輩年紀喜歡聽的年代經典歌曲，以及在每日照服員所帶領之肢體運動團體，加入部分沙鈴或手搖鈴的使用，讓長輩在肢體運動過程中，增加聲音的刺激。

總結而言，本研究發現使用團體音樂治療，確實可在團體音樂治療的過程當中，幫助失智症者增加更多有意義的表達及互動，同時，成員在團體中的情緒狀態大多能夠因為接受音樂的刺激而展現。不過使用團體音樂治療的效果能否延續至團體以外，長輩日常生活受照顧的情境，仍尚待討論，還需要嘗試導入更多的音樂治療元素到失智症照顧中。

## 第二節 研究限制

實施本研究過程中，研究者面臨幾項研究限制。首先，研究者本身並無帶領團體音樂治療之能力與資格，因此未能自行開設團體選定較合適的研究對象。本次研究對象受限於與機構既有的團體合作，因此皆為由機構工作人員事先選定，研究者無參與篩選過程，致使研究參與對象皆為過去已經接受過同一治療師所帶領之團體音樂治療的失智症者。已接受過音樂治療的成員性質，與治療師已有配合之默契，且大致了解團體內容、流程，因此自始配合度即較高，沒有辦法於團體結束後發現長輩在團體中表現的明顯前後差異。

且研究者雖帶著觀察失智症者自我表達及社會互動的目的參與到團體中進行觀察，但治療師未必於原先設計團體內容時，將社會互動及自我表達視為其團體目標，治療師的帶領團體風格更著重於根據團體成員當下對音樂、聲音的反應，共同與其嘗試創造聲音變化，即以聲音、樂器為媒介，幫助長輩進行在團體當中有意義的創造。

再者，失智症者的與一般人同樣為有不同性格、特質的個體，並沒有一種特定的介入方法可以完全符合所有人的需求和喜好。例如：有些團體參與者喜歡唱歌的部分，有些人又較擅長樂器即興的部分；以及沒有任何一首歌曲是可以同時符合所有成員都喜歡又熟悉的條件，每首歌曲都是有些成員特別喜歡、熟悉，但另一些成員不太熟悉。在使用團體音樂治療的方式時，不如執行個別音樂治療時能夠依個案特性、喜好而設計因人而異的介入方式，只能盡可能符合多數團體成員的共同需求。因此，研究者在資料分析過程中，也盡可能將團體成員個別的情形、行為表現模式以個別化的方式書寫呈現，來凸顯出失智症者的個體獨特性。

最後，該研究是在單一機構、團體所執行，並沒有比較基準，因此僅能以描述性質呈現該團體音樂治療中所發生之各項歷程。該研究所得之結論僅適用於該次

參與研究之團體參與者及執行團體之機構，並不能夠推及適用至所有失智症者的團體音樂治療，但可作為探索性質之研究供未來有興趣之研究者參考。



### 第三節 研究建議

雖在本研究結論中發現該次研究的團體音樂治療並無法在團體後維持失智症者的社會互動及自我表達；但失智症者在團體過程中，透過歌唱、樂器作為媒介，確實有增加其社會互動及自我表達的機會。且團體音樂治療並不只在該兩面向能夠對失智症者有所助益，也可以協助失智症者維持較正向的情緒，減少行為精神症狀等，僅是在本研究中未加以強調。因此，建議相關照顧機構可繼續施行團體音樂治療的模式，給予失智症者服務。同時，機構亦需配合使從事一線照顧的照顧服務員具備協助長輩增加社會互動及表達機會的知能，或適當融入音樂治療相關元素，作為媒材提供失智症者更好的服務。

此外，建議未來研究可以更多施行於其它照顧機構，抑或施行於受居家照顧的失智症者，以研究為實證基礎推及更多音樂治療於失智照顧領域的應用。本文研究者考量該領域研究目前仍屬少數，尚欠缺量表作為研究工具，且研究對象數量較少，因此選擇質性研究及參與觀察的方式進行本研究。期未來研究能夠在該主題、領域上發展出更具實證基礎及推及適用性之量化研究。



## 參考資料

### 一、中文文獻

- 王婉容 (2013)。再現與重塑地方感的老人回憶劇場展演—以香港、新加坡及台灣為例。《戲劇學刊》，第 17 期，頁 7-36。
- 何怡璇 (2010)。音樂治療對於改善老年憂鬱之成效初探。《台灣老人保健學刊》，6 (2)，168-178。 <https://doi.org/10.29797/TJGHR.201012.0004>
- 李玲玉、詹乃穎、何函儒、鄭如晶、蘇秀娟 (2005)。音樂治療對自閉症幼兒發展之成效探討。《特殊教育學報》，21 期，頁 1-21。 <https://doi.org/10.6768/JSE.200507.0001>
- 吳孟庭(2016)。鄧麗君歌曲對於臺灣健康老年人與失能老年人之情緒效應。國立臺灣大學音樂學研究所碩士論文。DOI： 10.6342/NTU201602532
- 林亮如 (2022)。社區音樂照護作為社會實踐策略的可能與限制：澎湖社區作為場域的初探研究。《臺大社會工作學刊》，45 期，頁 133 -170。
- 林昱慈 (2022)。如果記憶是一首歌：談音樂治療與失智症患者的旅程。《張老師月刊》，530 期，頁 48 – 51。
- 林淑芳 (2017)。安養機構樂齡音樂藝術活動實施之省思。《中華管理發展評論》，6 (2)，15 – 22。 [https://doi.org/10.6631/JCMD.201712\\_6\(2\).0002](https://doi.org/10.6631/JCMD.201712_6(2).0002)
- 林惠娟、陳淑齡 (2007)。以焦點團體來探討長期照護機構老人對團體音樂療法的體驗。《護理雜誌》，54 (2)，38-46。 <https://doi.org/10.6224/JN.54.2.38>
- 施以諾、章華、林宛儀 (2010)。音樂治療在精神科日間病房之療效因子研究。《中華團體心理治療》，16(2)。 <https://doi.org/10.30060/CGP.201006.0001>
- 姚卿騰、陳宇嘉 (2018)。社區老人參與藝術治療懷舊團體對其生命意義與自我生命統整成效之探討。《逢甲人文社會學報》，第 37 期，頁 37 – 67。
- 柴蘭英 (2003)。音樂治療教學方案對國小啟智班兒童口語表達能力之研究。臺



中師範學院特殊教育與輔助科技研究所碩士論文。



張彩音 (2016)。動作治療於復健照護運用。 *台灣老人保健學刊*, 12 (1), 37-47。

陳淑瑜 (2017)。以整合式音樂治療行動方案改善一位自閉症兒童嚴重自傷行為之研究。 *特殊教育研究學刊*, 42 (3), 63-92。 [https://doi.org/10.6172/BSE.201711\\_42\(3\).0003](https://doi.org/10.6172/BSE.201711_42(3).0003)

許禎容、黃秀雲、陳忠宏、黃家玉 (2017)。評估社會支持藝術團體方案介入男性老人人際互動成效之研究。 *社會工作實務與研究學刊*, 4 期, 頁 31-57。  
<https://doi.org/10.6690/JSWPR.2017.4.2>

莫淑蘭、郭育誠、邱泰源、蔡兆勳、陳慶餘、姚建安 (2008)。藝術治療：透過視覺心象的療法。 *台灣醫學*, 12 (2), 200-208。 [https://doi.org/10.6320/FJM.2008.12\(2\).09](https://doi.org/10.6320/FJM.2008.12(2).09)


黃淑鶴、林佳靜、陳明麗、賴允亮 (2001)。探討音樂治療於癌末病患疼痛對生活影響程度改善之成效。 *榮總護理*, 18 (4), 358-368。 <https://doi.org/10.6142/VGHN.18.4.358>

黃傳永、郭淑惠 (2018)。藝術治療團體運用於失智長者之效果研究。 *教育科學研究期刊*, 63 (2), 45-72。 [https://doi.org/10.6209/JORIES.201806\\_63\(2\).0003](https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63(2).0003)

曾旭正 (2012)。在社區中重思藝術—邁向新時代的有機藝術觀。 *南藝學報*, 4 期, 頁 63-82。 <https://doi.org/10.29876/ATNNUA.201206.0004>

溫芯寧、吳宏蘭、郭倩琳、劉紋妙 (2015)。應用藝術創作改善長照機構老人憂鬱及提升自尊。 *護理暨健康照護研究*, 11 (4), 頁 267-276。 <https://doi.org/10.6225/JNHR.11.4.267>

溫芯寧、吳宏蘭、康思云 (2016)。藝術創作活動於長照機構老人實務應用。 *台灣老人保健學刊*, 12 (1), 頁 22-36。

- 
- 楊培珊、羅鈞令、陳奕如 (2009)。創意老化的發展趨勢與挑戰。《社區發展季刊》，125 期，頁 408–423。
- 蔡昕璋 (2019)。社區照顧關懷據點青銀共學藝術實踐方案「回家的記憶—微型音樂劇」的敘說探究。《服務學習與社會連結學刊》，2 期，頁 1-34。 [https://doi.org/10.6865/JSLSE.201904\\_\(2\).0001](https://doi.org/10.6865/JSLSE.201904_(2).0001)
- 蔡孟璇、蔡祺珮、黃久禎、黃詩華、劉家勇 (2018)。運用藝術團體活動促進機構式照顧長輩社會參與之方案設計。《台灣老人保健學刊》，14 (1 & 2)，頁 38–52。
- 蔡振家、曾念生 (2015)。高齡者的音樂治療：認知神經科學的觀點。《人文社會與醫療學刊》，2 期，頁 87-106。 [https://doi.org/10.6279/JHSSM.2015.2\(1\).05](https://doi.org/10.6279/JHSSM.2015.2(1).05)
- 賴蓉星、簡姿娟、洪秀吉 (2013)。應用音樂治療於一位早發性失智症住民之護理經驗。《弘光學報》，70 期，頁 40-50。 <https://doi.org/10.6615/HAR.201306.70.04>
- 台灣失智症協會 (2022 年 4 月 20 日)。台灣失智症人口推估。 <http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>
- 台灣失智症協會 (2017)。失智症診療手冊。
- 張春興 (2000)。《張氏心理學辭典》。東華出版。
- 楊寧茵 (2019)。《全球銀力世代》。野人出版。
- 紐文英 (2017)。《質性研究方法與論文寫作》，二版。雙葉出版。
- 余伯泉、陳舜文、危芷芬、李茂興譯(2012)。Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M.。《社會心理學》。揚智文化事業股份有限公司出版。(原著出版於 2010)
- 林秀雲譯(2016)。Babbie, E.。《社會科學研究方法》。雙葉出版。
- 李政賢譯(2016)。Rubin, A., & Babbie, E.R.。《社會工作研究方法》。五南出版。
- 石沖白譯。Schopenhauer, A. (2016)。《作為意志和表象的世界》。新雨出版。(原著出版於 1818)



## 二、西文文獻

- Abrams, B. (2018). Understanding Humanistic Dimensions of Music Therapy: Editorial Introduction. *Music Therapy Perspectives*, 36, Issue 2, 139-143. <https://doi.org/10.1093/mtp/miy019>
- Aigen, K. (2009). Verticality and Containment in Song and Improvisation: An Application of Schema Theory to Nordoff-Robbins Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 46(3), 238-67. <https://10.1093/jmt/46.3.238>.
- Al-Khouja, M., Weinstein, N., Ryan, W., & Legate, N. (2022). Self-expression can be authentic or inauthentic, with differential outcomes for well-being: Development of the authentic and inauthentic expression scale (AIES). *Journal of Research in Personality*, 97, 104-191, <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104191>
- American Music Therapy Association (2022, August 13). Archives of the American Music Therapy Association. History of Music Therapy. <https://www.musictherapy.org/about/history>
- American Music Therapy Association (2022, August 13). What is AMTA? <https://www.musictherapy.org/about/whatis/>
- American Psychological Association (2022, August 21). APA Dictionary of Psychology, social interaction. <https://dictionary.apa.org/social-interactions>
- Ansdell G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Archives*, vol. 2, no. 2 (2002) .
- Baker, F. A., Tamplin, J., MacDonald, R. A. R., Ponsford, J., Roddy, C., Lee, C., & Rickard, N. (2017). Exploring the Self through Songwriting: An Analysis of Songs Composed by People with Acquired Neurodisability in an Inpatient Rehabilitation



- Program. *Journal of Music Therapy*, 54(1), 35–54.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/thw018>
- Baker, F.A., Bloska, J., Braat, S., Bukowska, A., Clark, I., Hsu, M. H., Kvamme, T., Lautenschlager, N., Lee, Y. E., Smrokowska-Reichmann, A., Sousa, T. A., Stensaeth, K. A., Tamplin, J., Wosch, T., & Odell-Miller, H. (2019). HOMESIDE: home-based family caregiver-delivered music and reading interventions for people living with dementia: protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2019;9:e031332.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031332>
- Banovic, S., Zunic, L. J., & Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Mater Sociomed*, 30(3), 221–224.  
<https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.221-224>
- Brotons, M., & Koger, S.M. (2000). The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/37.3.183>
- Campbell, S., Ponsillo, N., Budd, P., & Keady, J. (2017). ‘Music in Mind’ and Manchester Camerata: An exploratory qualitative evaluation of longitudinal engagement in one care home in the North West of England. *Quality in Ageing and Older Adults*, 18(1), 69-80. <https://doi.org/10.1108/QAOA-01-2016-0001>
- Chang, Y.S., Chu, H., Yang, C.Y., Tsai, J.C., Chung, M.H., Liao, Y.M., Chi, M.J., Liu, M.F., & Chou, K.R.. The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3425–3440.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.12976>
- Cheng LK, Chiu YH, Lin YC, Li WC, Hong TY, Yang CJ, Shih CH, Yeh TC, Tseng WI, Yu HY, Hsieh JC, Chen LF. (2023). Long-term musical training induces white matter plasticity in emotion and language networks. *Hum Brain Mapp*. 2023 Jan;44(1):5-17.

doi: 10.1002/hbm.26054. Epub 2022 Aug 25. PMID: 36005832; PMCID: PMC9783470.



Cho, H.K. (2018). The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Front. Med.* 5:279. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00279>

Chu, H., Yang, C.Y., Lin, Y., Ou, K.L., Lee, T.Y., O'Brien, A.P., & Chou, K.R. (2014). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research for Nursing*, 16(2), 209-217. <https://doi.org/10.1177/1099800413485410>

Clair, A. A. (2002). The effects of music therapy on engagement in family caregiver and care receiver couples with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 17(5), 286-290. <https://doi.org/10.1177/153331750201700505>

Clarkson, G., & Geller, J. D. (1996). The Bonny Method from a Psychoanalytic Perspective: Insights from working with a psychoanalytic psychotherapist in a guided imagery and music series. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (4), 311-319. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(96\)00016-0](https://doi.org/10.1016/0197-4556(96)00016-0)

Dadswell, A., Bungay, H., Wilson, C., & Munn-Giddings, C. (2020). The impact of participatory arts in promoting social relationships for older people within care homes. *Perspectives in Public Health*, 140 (5), 286-293.

Dobrzynska, E., Cesarz, H., Rymaszewska, J., & Kiejna, A. (2006). Music Therapy – history, definitions and application. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8, issue 1, 47-52.

Dunphy, K., Baker, F. A., Dumaresq, E., Carroll-Haskins, K., Eickholt, J., Ercole, M., Kaimal, G., Meyer, K., Sajnani, N., Shamir O. Y., & Wosch, T. (2019). Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of



- Outcomes, Processes, and Mechanisms. *Front. Psychol.*, 9:2655.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655>
- Forinash, M. (1992). A Phenomenological Analysis of Nordoff-Robbins Approach to Music Therapy: The Lived Experience of Clinical Improvisation. *Music Therapy*, 11 (1), 120-141. <https://doi.org/10.1093/mt/11.1.120>
- Fuchs, T. (2020). Embodiment and personal identity in dementia. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23, 665–676. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09973-0>
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical “relaxation” music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer’s disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 49-65.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610200006190>
- Hadley, S., & Thomas, N. (2018). Critical Humanism in Music Therapy: Imagining the Possibilities. *Music Therapy Perspectives*, 36(2), 168–174.  
<https://doi.org/10.1093/mtp/miy015>
- Hakvoort, L., & Bogaerts, S. (2013). Theoretical foundations and workable assumptions for cognitive behavioral music therapy in forensic psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 192–200. <https://doi.org/10.1016/J.AIP.2013.01.001>
- Hedman, R., Hansebo, G., Ternstedt, B.-M., Hellström, I., & Norberg, A. (2013). How people with Alzheimer’s disease express their sense of self: Analysis using Rom Harré’s theory of selfhood. *Dementia*, 12(6), 713–33.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1471301212444053>
- Hedman, R., Hansebo, G., Ternstedt, B.-M., Hellström, I., & Norberg, A. (2016). Expressed Sense of Self by People With Alzheimer’s Disease in a Support Group Interpreted in Terms of Agency and Communion. *Journal of Applied Gerontology*, 35(4), 421–443. <https://doi.org/10.1177/0733464814530804>



- Hoppler, S. S., Segerer, R., & Nikitin, J. (2022). The Six Components of Social Interactions: Actor, Partner, Relation, Activities, Context, and Evaluation. *Front. Psychol.*, Personality and Social Psychology. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.743074>
- Kim, J. (2016). Psychodynamic Music Therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 16(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v16i2.882>
- Klimczuk, A. (2016). Creative Aging: Drawing on the Arts to Enhance Healthy Aging. *Encyclopedia of Geropsychology*, Springer Singapore, 608–612. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3\\_363-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3_363-1)
- Kontos, P., Grigorovich, A., Kosurko, A., Bar, R.J., Herron, R.V., Menec, V.H., & Skinner, M.W. (2021). Dancing With Dementia: Exploring the Embodied Dimensions of Creativity and Social Engagement. *Gerontologist*, 61 (5), 714–723 <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa129>
- Korenjak, A. (2018). From moral treatment to modern music therapy: On the history of music therapy in Vienna (c. 1820–1960). *Nordic Journal of Music Therapy*, 27 (5), 341–359. <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1467481>
- Krøier, J.K., Stige, B., & Ridder, H.M., (2021). Non-Verbal Interactions Between Music Therapists and Persons with Dementia. A Qualitative Phenomenological and Arts-Based Inquiry. *Music Therapy Perspectives*, 39, Issue 2, 162–171. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab008>
- Lee, K.H., Boltz, M., Lee, H., & Algase, D.L. (2017). Does Social Interaction Matter Psychological Well-Being in Persons With Dementia? *American Journal of Alzheimer*, 32 (4), 207-212. <https://doi.org/10.1177/1533317517704301>
- Li, H.C., Wang, H.H., Lua, C.Y., Chen, T.B., Lin, Y.H., & Lee, I. (2019). The effect of music therapy on reducing depression in people with dementia: A systematic review



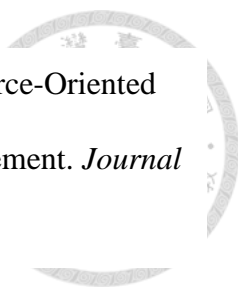
- and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 40, 510-516.  
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.03.017>
- Li, K. , Weng, L., & Wang, X. (2021). The State of Music Therapy Studies in the Past 20 Years: A Bibliometric Analysis. *Front. Psychol*, 12:697726.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.697726>
- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A.M., Telsey, A. , & Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 131(5):902-18. <https://doi.org/10.1542 /peds.2012-1367>.
- Madsø, K.G., Molde, H., Hynninen, K.M. , & Nordhus, I.H. (2022). Observing Music Therapy in Dementia: Repeated Single-case Studies Assessing Well-being and Sociable Interaction. *Clinical Gerontologist*, 45, 968-982.  
<https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1978121>
- Manusov, V. (2016). Nonverbal Communication. *The International Encyclopedia of Communication Theory and Philosophy*, 1359-1368.  
<https://doi.org/10.1002/9781118766804.wbiect096>
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18(6), 706–716,  
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.875124>
- McKinney, C.H., & Honig, T. J. (2017). Health Outcomes of a Series of Bonny Method of Guided Imagery and Music Sessions: A Systematic Review. *Journal of Music Therapy*, 54(1), 1–34. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw016>
- Molyneux, C., Hardy, T., Lin, Y. T., McKinnon, K., & Odell-Miller, H. (2020). Together in Sound: Music therapy groups for people with dementia and their companions – moving online in response to a pandemic. *Approaches: An Interdisciplinary Journal*





*of Music Therapy*, Advance Online Publication.

- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medecine*, 7: 160. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>
- Nayak, S., Wheeler, B. L., Shiflett, S. C., & Agostinelli, S. (2000). Effect of Music Therapy on Mood and Social Interaction Among Individuals With Acute Traumatic Brain Injury and Stroke. *Rehabilitation Psychology*, 45(3), 274-283. <https://doi.org/10.1037//0090-5550.45.3.274>
- Norberg, A. (2019). Sense of Self among Persons with Advanced Dementia. *Alzheimer's Disease*, ch.13. <http://dx.doi.org/10.15586/alzheimersdisease.2019.ch13>
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2015). The European Music Therapy Confederation: History and Development. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, Special Issue 7 (1).
- O'Rourke, H. M., Collins, L., & Sidani, S. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr.*, 18(1):214. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x>
- Pickard, B. (2018, August 23.). *A Holistic, Humanistic Perspective on Music Therapy: Integrating Carl Rogers' Person-Centred Approach* [Poster presentation]. Nordic Music Therapy Congress, Lidingö, Sweden. <https://www.researchgate.net/publication/323573470>
- Plahl, C. (2013). Book Reviews: Orff Music Therapy: Active Furthering of the Development of the Child. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, Special Issue 5 (2).

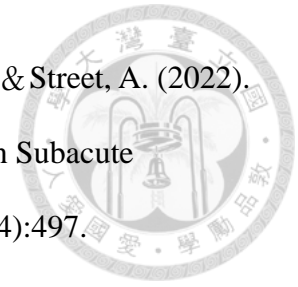
- 
- Potvin, N., Bradt, G., & Ghetti, C. (2018). A Theoretical Model of Resource-Oriented Music Therapy with Informal Hospice Caregivers during Pre-Bereavement. *Journal of Music Therapy*, 55(1). <https://doi.org/10.1093/jmt/thx019>
- Raglio, A., & Gianelli, M.V. (2009). Music Therapy for Individuals with Dementia: Areas of Interventions and Research Perspectives. *Current Alzheimer Research*, 6(3), 293-301. <https://doi.org/10.2174/156720509788486617>
- Ridder, H. M., Wigram, T., & Ottesen, A. M. (2009). A pilot study on the effects of music therapy on frontotemporal dementia – developing a research protocol. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18 (2), 103–132. <https://doi.org/10.1080/08098130903062371>
- Sabat, S.R., & Harre, R. (1992). The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer Disease. *Ageing and Society*, 12, 443-461.
- Sabat, S.R., & Cagigas, X.E. (1997). Extralinguistic Communication Compensates for the Loss of Verbal Fluency: A Case Study of Alzheimer’S Disease. *Language & Communication*, 17, 341-351.
- Scott, H. (2022). The changing self: The impact of dementia on the personal and social identity of women (findings from the Improving the Experience of Dementia and Enhancing Active Life programme). *Dementia*, 21(2), 503–518. <http://dx.doi.org/10.1177/14713012211047351>
- Sixsmith, A., & Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing and Society*, 27(1), 127–145. doi:10.1017/S0144686x06005228
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Galati, A., & De Castro, M. (2014). *Journal of Music Therapy*, 51, Issue 1, 103-125. <https://doi.org/10.1093/jmt/thu003>
- Thaut, M. H. (2010). Neurologic music therapy in cognitive rehabilitation. *Music Perception*, 27, issue 4, 281–285. <https://doi.org/10.1525/MP.2010.27.4.281>

Thompson, N., Bloska, J., Abington, A., Masterson, A., Whitten, D., & Street, A. (2022).

The Feasibility and Acceptability of Neurologic Music Therapy in Subacute

Neurorehabilitation and Effects on Patient Mood. *Brain Sci.*, 12 (4):497.

<https://doi.org/10.3390/>



Turner, J.H. (1988). *A Theory of Social Interaction*. Stanford University Press.

Vink, A. C. (2013). *Music therapy for dementia: the effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. s.n. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub2/> full

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub2/> full

Waters, B., Sousa, L., Orrell, M., & McDermott, O. (2022). Analysing the use of music to facilitate social interaction in care home residents with dementia: Narrative synthesis systematic review. *Dementia*, 21(6):2072-2094.

<https://doi.org/10.1177/14713012221100625>

World Federation of Music Therapy (2022, October 3). What is music therapy?

<https://wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases 10th Revision*.

## 附錄一 研究知情同意書

您好，

我是臺灣大學社會工作研究所碩士班的學生張雨晴，目前於趙曉芳老師的指導下，進行「音樂治療運用於失智症照顧之介入歷程：以團體音樂治療促進失智症者的社會互動及自我表達為例」之研究。本研究主要將透過參與觀察及訪談了解長者參與在團體音樂治療過程中自我表達及社會互動的改變，研究者將以觀察者身份參與觀察團體音樂治療的運作，並不會直接介入或干預團體的運作。考量參與團體成員的認知功能，本同意書需由家屬代為簽署同意。於簽署前，請先閱讀以下幾項關於本研究的說明，如有任何擔心或疑問，可與研究者聯繫討論。

- 一、研究者僅作為純觀察者參與在團體當中進行觀察，不會介入或干預團體的運作，僅從旁觀察長輩於團體中的行為表現。
- 二、研究者會遵循保密原則，在觀察團體期間所得之資料及參與觀察紀錄僅會作為個人研究需求使用，並且會在研究報告呈現中使用編號處理，不會出現可辨識長輩身份之資訊。
- 三、長輩如有不願意被觀察紀錄之部分，可隨時向研究者提出，研究者會立即停止紀錄該部分團體內容，且不會在後續研究中使用該部分內容。
- 四、研究者於參與觀察期間，長輩仍有權利選擇退出本研究或團體，且無義務告知原因。如長輩因故中途退出，研究者將不予採用其資料。
- 五、研究者會妥善保存所有參與觀察紀錄及資料，並於研究完成後銷毀相關紀錄。

閱讀完研究說明後，若您同意讓長輩參與本研究，請於下方欄位簽名。

感謝您撥冗閱讀及參與本研究，並祝您 平安 順心

臺灣大學社會工作研究所碩士班研究生 張雨晴

Email:r08330012@ntu.edu.tw / yuching111110@gmail.com

\*本研究同意書正本兩份分別由受研究者家屬及研究者存留

參與團體長輩姓名：\_\_\_\_\_

家屬簽名：\_\_\_\_\_

研究者簽名：\_\_\_\_\_

日期：中華民國 111 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 附錄二 訪談同意書



您好，

感謝您能參與本研究，我是臺灣大學社會工作研究所碩士班的學生張雨晴，目前於趙曉芳老師的指導下，進行「音樂治療運用於失智症照顧之介入歷程：以團體音樂治療促進失智症者的社會互動及自我表達為例」之研究。本研究主要透過參與觀察及深度訪談了解失智症長者參與在團體音樂治療過程中自我表達及社會互動的改變。為更了解音樂治療影響失智症長者的機制，本研究部份採用個別訪談，約需半小時至一小時時間。並且為以利日後研究資料之彙整，希望您同意於訪談過程中錄音。於簽署同意書前，請先閱讀以下幾項說明，如有任何擔心或疑問，可與研究者聯繫討論。

- 一、研究者會遵循保密原則，在訪談期間所得之資料僅會作為個人研究需求使用，並且會在研究報告呈現中使用匿名或編號處理，不會出現可辨識受訪者身份之資訊。
- 二、受訪者於受訪期間，如有任何不希望被錄音的部分，可告知研究者，研究者將立即停止錄音。
- 三、訪談期間，受訪者有權利選擇退出，且無義務告知原因。同時，受訪者可自行決定回答問題之深度，亦有拒絕回答之權利。
- 四、研究者會妥善保存所有訪談資料及錄音，並於研究完成後銷毀相關紀錄。

閱讀完訪談說明後，若您同意參與本研究，請於下方欄位簽名。

感謝您撥冗閱讀及參與本研究，並祝您 平安 順心

臺灣大學社會工作研究所碩士班研究生 張雨晴

Email:r08330012@ntu.edu.tw / yuching111110@gmail.com

\*本研究同意書正本兩份分別由受訪者及研究者存留

受訪者簽名：\_\_\_\_\_

研究者簽名：\_\_\_\_\_

日期：中華民國 111 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 附錄三 訪談大綱



訪談時間：\_\_\_\_\_

訪談地點：\_\_\_\_\_

#### 一、受訪者基本資料

1. 年齡：\_\_\_\_\_

2. 性別：\_\_\_\_\_

3. 身份：音樂治療師 照顧服務員

#### 二、訪談內容

1. 就您的觀察，長輩在團體音樂治療當中，與他人的互動方式與平時有無不同？（社會互動）
2. 就您的觀察，長輩在團體音樂治療當中，是否有更踴躍參與或更加願意融入在群體活動當中？（團體參與程度）
3. 就您的觀察，長輩在團體音樂治療當中，是否有更加願意運用語言來表達？（語言的自我表達）
4. 就您的觀察，長輩在團體音樂治療當中，是否有更加願意運用肢體或非語言的聲音來表達訊息？（非語言的自我表達）
5. 在參與團體音樂治療後，長輩日常與他人的社會互動有沒有改變？
6. 在參與團體音樂治療後，長輩平時有沒有更多的運用肢體或非語言的聲音訊息來表達？
7. 長輩在參與團體音樂治療後，有沒有其他改變？
8. 你認為團體音樂治療對長輩較重要的改變或影響為何？
9. 長輩參與團體音樂治療是否對您的工作或照顧狀況有影響？若有，影響為何？

附錄四 各週團體流程



第一週團體流程

時間：2022 年 11 月 3 日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：11 位

團體流程內容	備註
哈囉歌	歡迎大家，預告這期活動
暖身	肢體與聲音放鬆，分享近況、簡單介紹自己
破冰遊戲	甜蜜蜜加動作（傳蛋沙鈴）
歌唱	小城故事、夜來香、燒肉粽、相思河畔、黃昏的故鄉、茉莉花、望春風
中場休息	
即興與分享	第一輪小提琴旋律引導 第二輪簡單吉他伴奏
再見歌	加入簡單打擊

第二週團體流程

時間：2022 年 11 月 10 日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：10 位

團體流程內容	備註
哈囉歌 / 暖身	肢體與發聲放鬆
破冰遊戲	傳聲音
歌唱	最後一夜、綠島小夜曲、四季紅(台)、何日君再來、流水年華、一剪梅
互動練習	擊鼓對話（分兩兩小組進行）
中場休息	
即興練習	成員自己選擇小樂器
再見歌	加入簡單打擊

### 第三週團體流程

時間：2022年11月17日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：9位

團體流程內容	備註
哈囉歌 / 心情評測	
暖身	運用非洲鼓、熱帶雨林鼓
聲音對話	
樂器即興	鼓、沙鈴（分兩大組）
中場休息	
歌唱	月亮代表我的心、小城故事、青春里、最後一夜、一剪梅
再見歌 / 心情評測	加入簡單打擊

### 第四週團體流程

時間：2022年11月24日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：8位

團體流程內容	備註
哈囉歌	
暖身	肢體活動、暖聲音
童謠對唱	捕魚歌與茉莉花
歌唱	何日君再來、流水年華、小城故事、掌聲響起、月夜愁、夜來香
中場休息 (小提琴演奏欣賞—愛的真諦、月亮代表我的心)	
樂器即興	加入新樂器—律音管
再見歌	加入簡單打擊



### 第五週團體流程

時間：2022年12月1日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：9位



團體流程內容	備註
哈囉歌	
暖身	肢體活動、傳聲音、擊鼓
歌唱	月亮代表我的心、小城故事、恰似你的溫柔、讀你、夜來香、何日君再來
中場休息 (小提琴演奏欣賞—相思河畔、我只在乎你)	
樂器即興	加入新樂器—手鐘
再見歌	加入簡單打擊

### 第六週團體流程

時間：2022年12月8日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：9位

團體流程內容	備註
哈囉歌	
暖身	肢體與聲音放鬆
介紹新樂器	竹裂鼓、風鈴、雨聲筒、拇指琴
樂器即興	
中場休息	
歌唱	榕樹下、送別、車站、夜來香、綠島小夜曲
再見歌	加入簡單打擊

第七週團體流程

時間：2022年12月15日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：11位



團體流程內容	備註
哈囉歌 / 心情評測	
暖身	肢體與聲音放鬆
介紹新樂器	括弧
歌唱	選定成果發表歌曲曲目 —何日君再來、流水年華、小城故事、 掌聲響起、綠島小夜曲、最後一夜
中場休息	
樂器即興	(指到才可演奏)
再見歌 / 心情評測	加入簡單打擊

第八週團體流程

時間：2022年12月29日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：9位

團體流程內容	備註
哈囉歌	
暖身	肢體與聲音放鬆、傳蛋沙鈴
介紹新樂器	空靈鼓
樂器即興	使用較多弦律樂器 —木琴、空靈鼓、姆指琴
中場休息	
歌唱	何日君再來、流水年華、小城故事、 綠島小夜曲、掌聲響起 —選定歌曲導唱成員
再見歌	加入簡單打擊



### 第九週團體流程—成果發表

時間：2023年1月5日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：9位團體內成員+所有日照機構長輩一同作為觀眾參與

團體流程內容	備註
歡迎成員/簡介團體內容	
暖身	肢體與聲音放鬆
歌唱演出	何日君再來、流水年華、小城故事、綠島小夜曲、掌聲響起
音樂演出欣賞	雙小提琴與鋼琴演奏 Shostakovich five pieces for two violins and piano
樂器即興	邀請外圍團體觀眾一同加入即興
再見歌	加入簡單打擊

### 第十週團體流程

時間：2023年1月12日 下午兩點至三點半（中場休息十分鐘）

人數：9位

團體流程內容	備註
哈囉歌	預告本週團體即將結束
暖身	肢體與聲音放鬆
回顧果發表影片	歌唱與即興表演部分
樂器即興	三輪 閉眼即興演奏
中場休息	
歌唱	榕樹下、送別、相思河畔、月夜愁
再見歌	加入簡單打擊