



捐贈機構
Donated by:



香港賽馬會慈善信託基金
The Hong Kong Jockey Club Charities Trust



安老院舍

晚

間

顧

照

手冊



流金頌培訓計劃

香港中文大學那打素護理學院



「流金頌：賽馬會長者計劃新里程」簡介



「流金頌：賽馬會長者計劃新里程」是香港賽馬會慈善信託基金有見於人口老化為社會帶來種種挑戰而主導推行的一項長者計劃。此計劃由馬會於2006年捐款三億八千萬港元，與香港大學社會科學學院及香港中文大學醫學院合作成立，旨在鼓勵社會以正面和積極的態度關愛長者，改善長者服務，及提升他們的生活質素。

流金頌計劃由四個項目組成：

★ 社區計劃

「流金頌」社區計劃協助推廣創新及可持續之服務模式，以配合轉變中的長者需要，尤其重要是促使跨界別之間更緊密合作，開拓社區新資源。每個社區計劃均會注入實證科研，務求以客觀、科學的研究方法，量度及驗證服務模式的成效。

★ 領袖培訓及科研

旨在培育老年學的學者，促進老年學的知識，及評估「流金頌」計劃中各項目的成效。研究結果將有助設計及推動公眾教育計劃和社區計劃。

★ 公眾教育計劃

透過推廣健康及積極晚年的訊息，帶出與長者有關的六個重點課題：

(1)推廣和維持長者健康；(2)香港的醫療和社會服務；(3)長者生活環境；(4)財政及法律事務；(5)生活質素及臨終質素；(6)年齡差異。為加強這些訊息的覆蓋面和影響力，此計劃會透過各種不同的公眾媒體廣泛接觸不同階層的人士。

★ 流金頌培訓計劃

「流金頌培訓計劃」包括一系列的網上課程、工作坊和專題研討會，為不同層面的專業及前線工作人員、護老者和市民大眾提供各種訓練。學員於完成每個培訓課程後，將獲「流金頌」頒發證書，並由相關認可專業團體頒發持續專業進修學分(如：CNE、CME、CPE等)。

有關「流金頌」計劃的詳情，可瀏覽網址www.cadenza.hk。

目錄

安老院舍晚間照顧手冊前言

第一章. 晚間照顧之背景

- ★ 長者睡眠失調
- ★ 晚間照顧之影響
- ★ 晚間照顧質量之評估

第二章. 「以人為本」作方針

第三章. 安睡環境大解構

- ★ 燈光
- ★ 聲量
- ★ 室溫
- ★ 隱私度

第四章. 促進酣睡小錦囊

- ★ 光照效果
- ★ 日間活動
- ★ 體溫效應
- ★ 放鬆練習

第五章. 晚間照顧小貼士

- ★ 一般晚間照顧
 - ★ 晚間飲食篇
 - ★ 皮膚護理篇
 - ★ 痛楚不適篇
 - ★ 緊急情況篇
 - ★ 後續睡眠篇
- ★ 對認知障礙院友的晚間照顧
 - ★ 日落症候群
 - ★ 認識院友
 - ★ 溝通小技巧

研發「院舍晚間照顧手冊」項目之總結

鳴謝

參考資料





院舍晚間照顧手冊前言

一直以來，院舍於晚間所提供的照顧並沒有得到很多關注，這可能是因為大家誤解了院友都會於晚間乖乖地一覺睡到天亮，事實上院舍的晚間照顧並不比日間輕鬆。¹ 睡眠失調的情況在長者之中是很普遍的，這尤其出現於有認知障礙的長者當中。²⁻⁶ 由於晚間院舍人手比例明顯較少，照顧上往往就會出現顧此失彼的情況。若這種情況沒有適切地處理，最終不但影響了院友的睡眠質素，亦讓於晚間工作的院舍職員疲於奔命。

要令院舍晚間照顧達致雙贏局面，就先要了解院舍在現行配套下於晚間照顧方面所面對的挑戰，探究這些問題的背後原因，繼而「對症下藥」。本照顧手冊之內容就是建基於一項本地研究的結果而成。此研究的目的就是希望可以先深入地探索本地院舍常於晚間面對的處境，從而發展一本適用的照顧手冊。是項研究採用了質性方法，於四間院舍進行夜間觀察，其後訪問院舍各階層的職員、院友及其家人，收集有關晚間照顧的經驗。研究結果具體地反映了本地院舍於晚間照顧常面對的難處。研究團隊在此基礎上再進行文獻回顧，搜尋針對各問題的建議，並嘗試透過此照顧手冊有系統地闡述各建議，期望可讓同業作參考之用。

本手冊之內容主要是：

- ★ 剖析於院舍晚間照顧層面上常遇見的情況及其因由，及
- ★ 提供以實證支持可有效處理晚間常見問題之護理方法。

《第一章 · 晚間照顧之背景》

晚間照顧之影響

安老院舍晚間照顧與院友的健康及安全是息息相關，除了會影響院友的睡眠質素外，更會影響他們於日間的精神狀態、心情、認知及反應，間接增加跌倒或意外的風險。⁷ 研究數據指出，劣等的睡眠質量會令血壓上升、免疫力下降、情緒不穩，誘發發病率，甚至是死亡率上升。所以院舍晚間照顧的重要性是不容忽視。⁷⁻⁸

晚間照顧質量之評估

以往來說，評估院舍晚間照顧可能只著眼於當晚院友的安全，但事實上晚間照顧是院舍服務中重要的一環。¹ 其影響性之廣泛可以從以下多角度進行評估：

院舍職員

- ★ 對長者睡眠失調及影響睡眠之因素的認知
- ★ 如何處理晚間所遇到的照顧問題及其果效
- ★ 對晚間照顧的滿意度

院友/家人

- ★ 院友自我評價的睡眠質量
- ★ 院友於晚間使用化學或物理約束方法的情況
- ★ 院友於晚間出現行為問題的情況
- ★ 院友於日間的精神狀態
- ★ 院友的跌倒次數

長者睡眠失調

安老院舍晚間照顧饒富挑戰性是因為睡眠失調在長者中是很普遍的情況。^{1,9} 睡眠失調泛指所有阻斷睡眠的情況，例如晚上難以入睡或半夜醒來以後就不能再入睡、過早醒來、醒來次數頻密、醒後仍覺得疲累、日間暈倦及難以集中、要倚賴安眠鎮靜藥物才可入睡…等等¹⁰

長者的作息需要

睡眠之目的是讓人恢復日間損耗的體能及精力。每個人的作息所需要的時間會因生活習慣而異，但基本上，長者與一般成年人一樣每天需要約7 - 9小時的睡眠時間。^{8,11} 而隨著年齡增長，長者平均都需要較長的時間才可入睡，睡眠漸以淺睡模式為主，及睡眠較易有斷斷續續的情況，所以有些時候長者需要在日間稍事休息以補充體力，尤其以高齡長者更甚。¹¹



睡眠失調的成因

除了年齡的影響，很多因素亦可能會導致睡眠失調的情況，以下是一些可能的原因：^{2-7,9}

- ★ 生理因素：痛楚、便秘、尿頻、脫水、過飢過飽、飲食習慣不當、過多午睡、過往生活習慣……等
- ★ 環境因素：不習慣陌生環境、與陌生人共用睡房、受周邊環境的聲音、燈光及佈置影響……等
- ★ 心理因素：緊張、擔心、焦慮、傷心難過、過度興奮…等
- ★ 病理因素：很多疾病都會影響人的睡眠，例如阿茲默氏症 (Alzheimer's disease)、帕金森症 (Parkinsonism)、睡眠窒息症 (Sleep apnea)、哮喘 (Asthma) 或呼吸系統疾病、週期性肢動症 (Periodic Limb Movements in sleep, PLMS)、心臟衰竭 (Congestive heart failure)……等
- ★ 藥物影響：鎮靜抗抑鬱藥 (Sedative antidepressants)、抗膽鹼劑 (Anticholinergic)、 β -受體阻滯藥 (Beta-blockers)、類固醇藥 (Corticosteroids)、祛水利尿劑 (Diuretics)、黃酮嘌呤茶鹼 (Xanthines theophylline) ……等



《第二章 · 「以人為本」作方針》

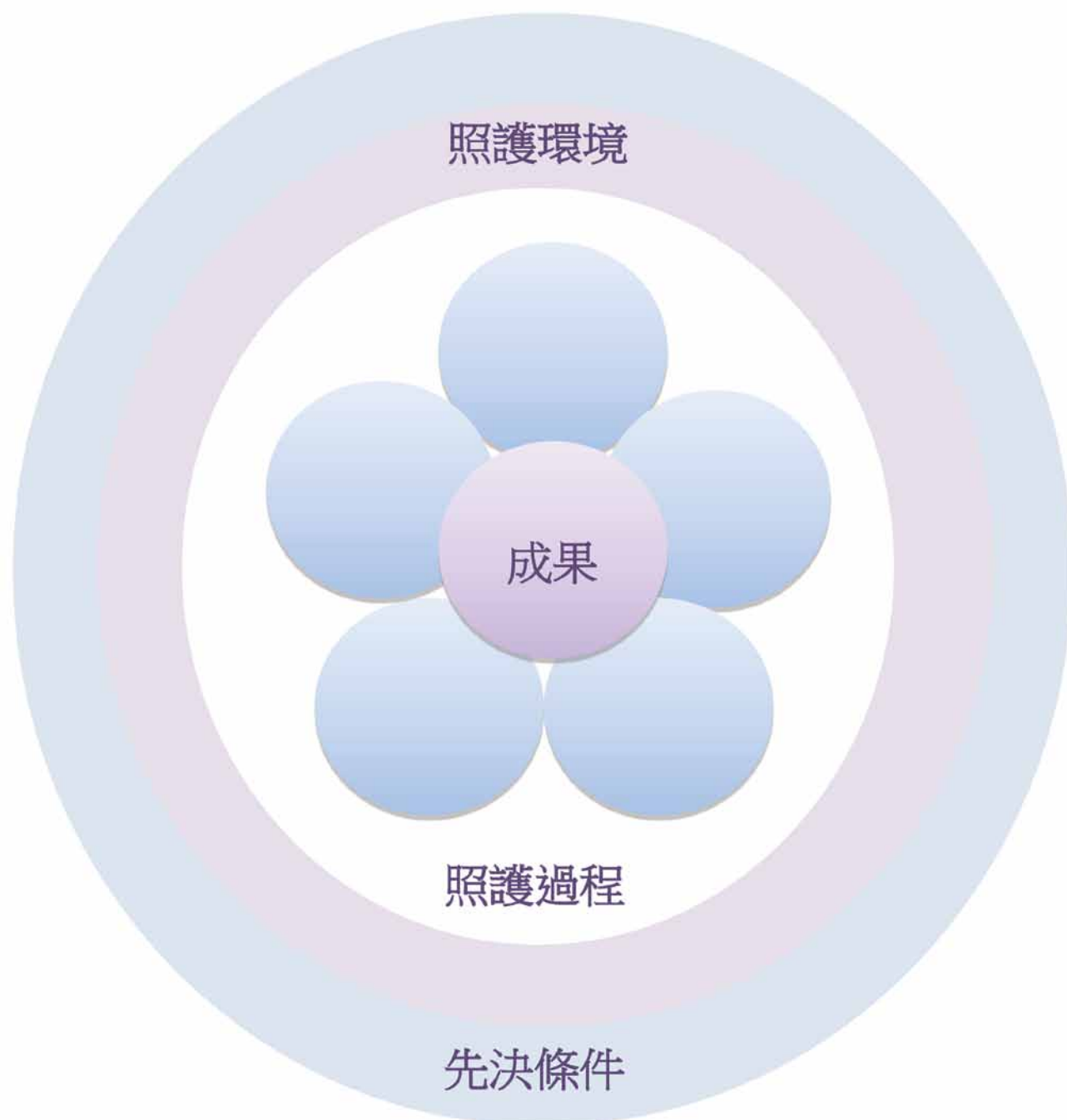
「以人為本」的照顧理念一直備受推崇為提升院舍護理的主要方針，此理念其實亦可以融入於晚間護理當中。本章節將簡略介紹「以人為本」照顧理念的框架，而其應用將會在往後的章節中闡釋。



理念

「以人為本」顧名思義就是以院友為中心，尊重每位院友的獨特性，透過了解院友的個人價值觀及其過往經驗去明白院友的行為表現，繼而設計更個人化的護理照顧。¹²⁻¹³ 所以，「以人為本」的護理照顧是鼓勵院友及其家庭成員參與護理計劃及共同決策。「以人為本」的框架包括四大範疇：先決條件、照護環境、照護過程及其成果，所以要推行「以人為本」的護理照顧是需要多方面的配合。

「以人為本」的框架¹²




 **先決條件**

- ★ 專業知識與技能
- ★ 良好的人際技巧
- ★ 工作熱誠
- ★ 清晰信念及價值觀
- ★ 了解自己


 **照護環境**

- ★ 由不同專業界別所組成的團隊
- ★ 共同決策系統
- ★ 機構支持
- ★ 權力共享
- ★ 創新與冒險潛能
- ★ 外在環境


 **照護過程**

- ★ 尊重服務對象的信念與價值觀
- ★ 全情投入
- ★ 富同理心
- ★ 共同決策
- ★ 全人照護


 **成果**

- ★ 滿意照護服務
- ★ 參與照護服務
- ★ 感到舒適安康
- ★ 建立療癒氛圍

《第三章 · 安睡環境大解構》

安睡環境

研究發現，深層睡眠會隨著年齡增長而縮短。¹⁰ 由於長者的睡眠模式以淺睡為主，所以他們會對於環境刺激的反應比較敏感。因此，院舍應留意晚間的環境，包括：燈光、聲量、室溫、隱私度，期望可以為院友營造舒適安睡的環境。^{9,14}



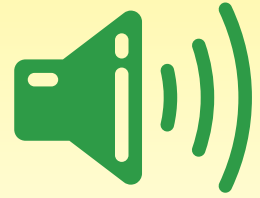


常見情況

當院友回到房間休息後，院舍一般都會關掉房間的燈光，及拉上房間內的窗簾。然而，為方便院友在晚間如廁及職員的晚間護理，走廊及洗手間內的燈會長期亮著。由於並非所有房門都會被關上，有些院友的床因距離走廊或房門的位置較近，就會受燈光影響以致較難入睡。亦有些院友由於需要徹夜緊密觀察，所以其床頭燈會整晚亮著，間接影響睡在鄰床的院友。

建議

- ★ 房間內可選用柔和的燈光，並於睡眠時段關掉以保持環境漆黑
- ★ 若街外燈光污染情況嚴重，可換上較厚的窗簾布
- ★ 可留意房內會否有物件發出光線，如鬧鐘或醫療儀器，影響院友入睡
- ★ 若院友的床位是鄰近走廊或洗手間，或鄰床院友的床頭燈需要長期亮著，可考慮讓院友戴上眼罩，或為院友圍上屏風以阻隔外來的光線
- ★ 若光線之影響嚴重，可考慮為院友重新編配床位
- ★ 根據照明工程學會 (Illuminating Engineer Society) 的建議，日間室內的光亮度為 10 - 30 露明 (lumens/ft²) 之間，而30露明是足夠用作閱讀紙製品。¹⁵ 一項在醫院兒科腫瘤病房進行的研究指出，病房晚間的光亮度保持於1 - 3 露明的情況下，既可減少對病人的騷擾，而醫護人員仍可如常繼續護理工作。¹⁶



常見情況

普遍來說，院舍內有很多活動在入夜以後都停止了，所以環境都會比較寧靜。但亦因此，就算一點聲音在夜闌人靜的情況都會顯得特別明顯。例如周圍環境引致的聲音，包括牆上的水管、大廳的電視機、院友的收音機、其他院友的叫鈴或警報，甚至是因鄰床的院友需要在晚間使用的儀器，如氧氣機、輔助呼吸機。另外，護理人員在施行護理程序時亦無可避免地引起種種聲響，如拉動簾子、上落床欄、推動不銹鋼車、拉扯膠袋。有職員明白叫鈴的聲音或會對熟睡中的院友造成滋擾，所以將鈴聲音量收細。

建議

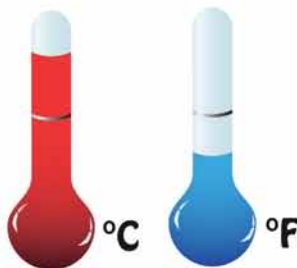
- ★ 院舍可於睡前播放一些輕柔的音樂，讓院友心情放鬆¹⁷
- ★ 根據世界衛生組織對於醫護照顧環境的建議，在床邊進行護理工作的聲量應限於45分貝以下，因為研究指出45分貝或以上的聲量已達致對睡眠造成影響的程度¹⁸
- ★ 院舍職員或院友於晚間應盡量將談話聲浪收細
- ★ 院舍職員及院友亦應盡量將護理程序及收音機 / 電視所引致的聲浪減低
- ★ 床邊的簾子可選擇不會引致太大聲響的款式

常見情況

汗腺及皮下脂肪會隨著年紀上升而有退化情況，所以長者的自我體內溫度調節較差，易有體溫過低或過高的問題。¹⁹ 因此，室溫對於長者於睡眠時的舒適度有很大影響。本研究的夜間觀察是於冬天進行，院舍均有準備暖爐或暖風機於房間，以防室溫過低。院友亦有較厚的被子作保暖之用。但可能有一些院友比較怕冷，所以會個別要求戴上帽子或穿上襪子睡覺。

建議

- ★ 涼快的室溫以及空氣流通可令人睡得更安好，建議室溫可保持約攝氏18 - 24 度¹⁶
- ★ 院舍可配備相關冷暖電器設備用作調節室溫
- ★ 要留意有一些院友對風扇有所抗拒，尤其害怕受風扇直接吹襲
- ★ 職員可於晚間留意院友是否有刻意以被單或衣物蓋著頭部，或蹬被子，以評估室溫

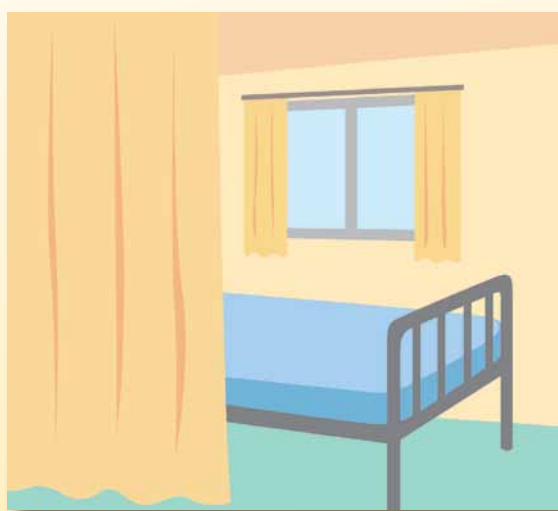


常見情況

由於院舍的環境局限，並非所有院友都可享有獨立房間。有院友因想在睡覺時保持個人私隱，要求拉上圍著床邊的布簾。另外，在凌晨時分，當院舍職員為院友進行個人護理的時候，有時因環境限制或為免造成嘈音而未必有圍上床簾，以致院友的私隱未能完全受到保障。同樣地，有些情況是為免院友於晚間走到洗手間，所以有便椅備於院友床邊方便如廁，此舉亦可能令院友感到尷尬。

建議

- ★ 盡可能於進行敏感的個人護理程序時，拉上床簾以保障院友的私隱及尊嚴
- ★ 若院友的情況穩定而未需要晚間緊密觀察，可按要求關上房門或圍上床簾，讓院友可睡得安心
- ★ 若非必要，避免放置便椅於床邊，讓院友自行使用便椅很可能會引致絆倒意外的發生，亦難免在使用後於房間殘留氣味





《第四章 · 促進酣睡小錦囊》

任何用作安眠及鎮靜的藥物處方都會令長者在日間時間仍然昏睡呆滯，同時增加長者跌倒及意外的風險，而且研究指出長期使用這些藥物亦未必能改善長者的睡眠質素。^{11,20-21} 所以，要促進長者的睡眠質量應先以非藥物方法處理。²²⁻²³ 此章節將介紹基本的睡眠衛生及一些有實證支持可改善長者睡眠品質的方法。²⁴⁻²⁵



睡眠衛生

良好的睡眠習慣

幫助院友培養良好的睡眠衛生習慣，可以有助提升睡眠質素，對於有認知障礙的院友，這些習慣更是可幫助入睡。²⁴⁻²⁵ 這些包括：

- ★ 定時就寢及起床，令生理時鐘穩定
- ★ 床及睡房只用作休息用途
- ★ 讓院友在晚間替換與日間不同的衣物，提示作息時間
- ★ 建立每晚睡前常規性的活動，如播放特定的音樂、上廁所、塗抹特定的潤手霜……等
- ★ 如院友於上床後30分鐘仍未能入睡，不需勉強留在床上，可讓院友先離開床去做一些輕鬆的事

午睡的好與壞

有時候長者因晚間睡眠質素不太好，而希望於下午小睡休息，補充精力。其實於午飯後小睡片刻，如十五分鐘可讓長者消除疲勞，繼續下午的活動。但過多午睡就會減低長者晚間的睡意，造成惡性循環。²⁵

褪黑激素 (Melatonin)

褪黑激素是由大腦分泌提示身體作息的一種賀爾蒙，因此影響我們精神狀態。隨著環境變得昏暗時，體內褪黑激素的分泌就會逐漸上升，增加睡意。²⁶



晝夜節奏

由於光照抑制褪黑激素的分泌，令人保持精神奕奕，日間時段應讓院友適量地於光照之下活動。²⁶ 反之，院舍內的燈光的亮度亦應由傍晚時分開始逐漸轉暗，讓大腦意識到身體開始要進入休息的狀態。晚間時間，更加要留意從不同來源的光照會否刺激院友的睡意及後續的睡眠，包括街燈、床頭燈、電視或各類電子產品……等等。

光源

陽光是光照最好的光源，所以最理想是可以讓陽光透進室內，保持環境光猛，及讓院友到戶外進行活動、享受日光浴、或坐近窗邊以接觸陽光。²⁶⁻²⁷ 但若受環境所限，市面上亦有一些專為此而設的燈，院舍可以考慮添置。

日間活動

除了於日間提供光照，院舍亦應讓院友於日間進行適量的體力及社交活動，以達致有規律的作息循環。這樣既可令院友保持精神，避免於日間打盹過量，影響晚間睡眠質量，更可讓他們放鬆心情，減少焦慮。^{23, 28}

活動內容

每位院友的興趣不一，院舍應就「以人為本」的理念讓院友參與自己喜歡的活動，或與自己過往生活有關的活動，以提高他們的投入程度。¹²⁻¹³ 活動應為輕量性質及易於完成的。例如：抄寫、串珠仔、編織、簡單家務或運動……等等。

活動安排

活動可定於每日相同時段，方便院友適應。活動應平均地分佈於上下午，避免院友過分勞累。有研究發現帶氧運動是最有效令受失眠困擾的長者改善睡眠質素、減少抑鬱症狀及日間困倦的方法，當中的參加者於每週進行4次兩段20分鐘的帶氧運動，或每週進行4次一段30-40分鐘的帶氧運動。²⁸⁻²⁹ 帶氧運動可選擇散步、使用步行機或踏原地單車，亦可配合日照效果，在戶外進行種植、滾球等運動。

由於睡前身體需要時間慢慢放鬆，活動亦不應該被安排於接近就寢時間，避免過份刺激院友。例如，觀察所見，有一些院友與家人外出晚餐聚會後，當天晚上院友就較難以入睡。這可能是由於活動性質及環境比較刺激，而活動亦接近就寢時間，令院友興奮難眠。



效應原理

此效應是透過體內溫差，促進入睡。研究發現當我們入睡後，體溫都會較低，所以若於就寢時間前約一小時，先提升院友體溫，然後讓其稍為涼卻，體內溫差就會令人昏昏欲睡。³⁰

保暖方法

換言之，能夠於臨睡前令體溫上升的方法都可令人較易入睡。最理想當然是作一個熱水浸浴或淋浴，但若因環境及人手局限，院舍亦可考慮各種暖身方法。例如：

- ★ 於入睡前30分鐘，放置暖包或電暖袋於院友的大腿上，或
- ★ 於睡前用溫水浸泡雙腳10 - 20 分鐘，或
- ★ 為院友肩膀披上電暖墊10 - 20 分鐘，
然後移開保暖用品，藉著冷卻的效果讓院友入睡。



注意要點

無論用任何保暖方法，所產生的熱力是應令人感到溫暖舒適。使用保暖產品前，要小心作好檢查，避免灼傷院友，亦要避免使用熱水袋，可免院友被袋內之熱水燙傷的顧慮。

放鬆練習

有時候，院友可能因為擔心家庭、健康、或其他方面而輾轉反側，難以入睡。由於傾訴心事很多時會觸動心深處，令情緒更加波動，晚間未必是一個讓院友分享煩惱的最佳時機，此時可教導院友在睡前嘗試一些放鬆方法，以達致心境平靜。

放鬆方法²³

- ★ 深呼吸：合上雙眼，慢慢地用鼻吸氣，然後緩緩地讓氣從口呼出，重複10次(或量力而為)。每一次吸入量應比對上一次更深。
- ★ 漸進式肌肉放鬆：由下而上，例如先由腳趾開始，盡力收緊肌肉5秒，然後放鬆，然後到小腿，逐步向上，直至頭部。
- ★ 幻想法：合上雙眼，幻想一處對你來說是很安寧的地方，或幻想一樣令人感到很平靜的活動，集中想像這地方或活動如何令人感到放鬆。



《第五章 · 晚間照顧小貼士》

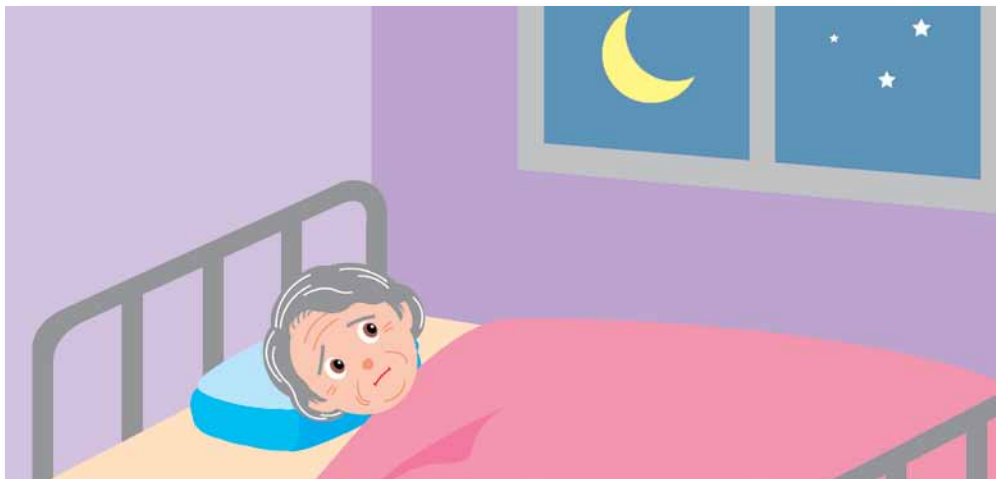
此章節是有關安老院舍職員於晚間經常會面對的情況及進行的護理照顧，分為「一般晚間照顧」及針對「照顧有認知障礙院友」兩部份，希望可闡釋各情況背後可能的成因，及建議一些對應的護理方法。

一般晚間照顧

整體來說，院舍於晚間飲食安排、皮膚護理、痛楚不適處理、緊急情況處理及促進後續睡眠方面的照顧，都會影響院友的睡眠情況。

建議護理方法

- ★ 若院友晚間有睡眠失調的情況，可先作評估了解原因，計劃對應護理方法
- ★ 記錄院友的行為表現，及所採取的護理方法及成效
- ★ 若需要於為院友進行護理活動而院友又已入睡，可輕力拍醒院友並輕聲解釋將進行的活動，以免院友受驚
- ★ 若院友是神志清醒，更可嘗試了解院友對於有關護理程序的意願



晚間飲食篇

睡前飲食

晚餐的安排會影響夜間睡眠，因為過飢或過飽都會令人難以入睡。

建議護理方法

- ★ 晚餐以清淡為主，並與睡眠時間保持2-3小時間距，以免因長者消化力弱，食物停留於胃部內而影響入睡
- ★ 傍晚後避免刺激性食物及飲品，如茶、有汽或酒精飲料，及含咖啡因食品飲料，如巧克力¹¹
- ★ 晚飯後減少進水量，尤其有尿頻問題的長者，以減少晚間起床如廁的需要
- ★ 應避免於晚間派發祛水利尿劑給院友

晚間飢餓

成因

院舍的晚飯時間一般都於傍晚時分供應，有些院友於凌晨時分已感到有點餓而醒來。

常見情況

雖然院舍亦備有小食作為院友的宵夜，但可能院友因口味及選擇有欠吸引而未有享用。有些院友及其家人會準備好乾糧於床頭櫃內，以備晚間不時之需。

建議護理方法

- ★ 空腹的感覺會影響入睡，所以如院友於晚間感到飢餓，可為其準備一份輕盈的小食滿足飽肚感
- ★ 色胺酸 (Tryptophan) 是一種可促進大腦分泌褪黑激素的氨基酸，所以於晚間進食含有色胺酸的食物可令人較易於入睡。³¹ 奶類食品是其中較為人所認識的例子，所以坊間流行的說法是鼓勵受睡眠失調困擾的人在睡前飲一杯暖奶。其他含有色胺酸的食物包括：雞肉、香蕉、蛋類、燕麥、乳酪、蕃薯……等。
- ★ 配合進食含有碳水化合物及蛋白質的食物，可促進色胺酸更易被傳送至腦部。這些組合包括：燕麥餅、燕麥配鮮奶、花生醬配多士、芝士夾餅。³¹
- ★ 以上例子主要都是來自外國的文獻，未必適合華裔長者的口味。因此，院舍可嘗試準備較為合適他們的食物作為宵夜小食，例如：稀粥，清湯或麵，及在進食前為他們加熱食物
- ★ 甘菊 (Camomile) 有鎮靜神經的作用。所以院舍亦可嘗試為難以入睡的院友泡一杯暖的甘菊茶¹¹



皮膚護理篇

皮膚乾燥

成因

一般隨著年紀增長，皮膚皮脂腺都會有退化跡象，減少皮脂分泌，令皮膚水分易於流失。¹⁹ 以下亦是各種會令皮膚缺水及乾燥的原因，包括：³²

- ★ 生理方面：營養不良、進水量不足
- ★ 病理方面：如心臟病、腎病、糖尿病等都會影響血液循環
- ★ 藥物方面：如降血壓藥和心臟病藥都有祛水利尿作用
- ★ 外在因素方面：如天氣乾燥，使用暖爐或暖風機

常見情況

皮膚乾燥會呈現成粗糙、泛紅、表面有鱗屑，甚至會有脫皮及出現裂痕的跡象。³³ 院友會因皮膚乾燥繃緊而感到痕癢，尤其常見於晚間不停抓癢，輕則引起抓痕，嚴重時會令皮膚破損，造成傷口。有時候，照顧者亦會發現院友因抓癢而遺留在床鋪上的皮膚鱗屑。



建議護理方法

- ★ 除了因有進水量限制的需要，應鼓勵院友進水。以下程式為計算居於院舍長者之建議進水量：³⁴
 - 體重之首10kg：每1kg 需要100毫升
 - 其後之10kg：每1kg 需要50毫升
 - 剩餘的體重：每1kg 需要15毫升[以此方法計算，一位50kg的院友在沒有限水的
情況下，每天建議的飲用量為1,950毫升]
- ★ 不應使用肥皂或鹼性潔膚產品³⁵
- ★ 如皮膚乾燥的情況嚴重，可以用潤膚乳代替沐浴乳³⁵
- ★ 早晚定時及洗澡後均需為全身塗上適量的潤膚乳³⁶



過敏性皮膚炎

成因

紙尿片不透氣的材質本來就易令皮膚有敏感的機會。如再加上尿片中滲有尿液及糞便，當中的阿摩尼亞會刺激皮膚，皮膚易有過敏、破損及受感染。³⁷ 若院友長期臥床，更會因血液不良循環，加速皮膚潰爛。

常見情況

失禁是居於院舍的長者中常見的情況，原因各異。及至晚上，有些院友縱使在日間沒有失禁情況，但可能因活動能力所限，擔心自己未能及時由床上走到廁所，亦會於晚間使用紙尿片。

建議護理方法

- ★ 假如院友並非有失禁情況，應避免不必要地使用尿片
- ★ 長者皮膚脆弱，每次更換尿片時，應以濕棉花或免沖清潔噴劑替院友抹走排泄物及清潔下體，然後輕力印乾（廁紙相對較粗糙，易磨損皮膚）³⁸
- ★ 清潔後可塗上不含酒精成份的潤膚乳/ 潤膚霜保持皮膚滋潤，或用凡士林保護皮膚，避免長期受排泄物或過多水份刺激³⁸
- ★ 若皮膚有發紅情況，清潔後可塗上合適的保護皮膚產品（如 Zinc Oxide）³⁸
- ★ 若皮膚有紅疹而院友亦表示/ 表現得痕癢，應盡快求診
- ★ 爽身粉的目的是吸收皮膚上的汗水，保持皮膚乾爽，但其實這並非理想的保護皮膚產品，因為當粉粒吸收水份後，形成顆粒亦有機會引發過敏性皮膚炎

痛楚不適篇

肌肉酸痛

成因

很多長者有關節炎或骨骼疏鬆的情況，當保持同一睡姿一段時間後，在轉換睡姿的時候，往往會覺得關節僵硬，甚至全身酸痛。^{2, 7, 9}

常見情況

有些院友的醫生早已處方了備用 (PRN) 止痛藥物，但他們很少有服用，所以有時於更換尿片時會因轉換體位所致的痛楚引致他們呼喊。

建議護理方法

- ★ 為院友提供有關止痛藥物的正確知識
- ★ 在晚間護理時，主動評估院友的疼痛程度，若因疼痛而影響睡眠，可按醫生處方給予有需要時使用的止痛藥物
- ★ 若因晚間人手限制，可在晚飯派藥時段預先給予止痛藥物
- ★ 常見之止痛藥物³⁸
 - 一般醫生的處方都會先由低劑量開始再逐步增加份量
 - 必理痛，又稱撲熱息痛 (Panadol / Paracetamol)：是對於輕度至中度肌肉骨骼疼痛的基本處方
 - 鴉片類藥物(Opioid)：是對於中度至嚴重肌肉骨骼疼痛
 - 非類固醇抗發炎藥 (NSAIDs)
 - 抗抽筋藥物 (Anticonvulsant drug)：對於神經疼痛，常見如Carbamazepine 或Pregabalin

小腿抽筋

成因

長者可能因為電解質不平衡、缺乏鈣質、運動量不足或藥物副作用而有肌肉抽筋的情況。

常見情況

有些院友會在半夜睡夢中突然感到小腿抽筋而醒來，自己塗冬青油作按摩。

建議護理方法

- ★ 為院友塗抹止痛藥膏及按摩可舒緩肌肉繃緊所帶來的不適
- ★ 除了上述的治標方法，要減少抽筋的情況可由問題根源著手。例如在日常飲食中為院友補充足夠鈣質，可鼓勵長者進食含豐富鈣質的食物，如牛奶及其他乳製品、帶軟骨的小魚、和綠葉蔬菜；相反，減少酸性食物如肉類及高脂食品，以防鈣質進一步流失³⁹
- ★ 日間活動時鼓勵長者作適量的伸展運動，尤其是反覆出現抽筋的部位



緊急情況篇

呼吸短促

成因

八成半以上長者因為疾病，如哮喘、肺炎、心臟缺血、間歇性肺病、心臟衰竭、慢性阻塞性肺病，或心理所引起的疾病如恐慌症及焦慮症等。

常見情況

院友會在半夜睡夢中突然感到呼吸困難。



建議護理方法³⁸

- ★ 為院友檢查引致呼吸短促的誘因，如抑鬱、營養不良、小腿抽筋、貧血、疼痛、合併症和壓力等
- ★ 為院友提供有關使用氣霧吸入器的方法及技巧和有關藥物的正確知識
- ★ 評估自我護理的能力，如運動、壓力管理、營養吸收、和睡眠模式
- ★ 呼吸練習及咳嗽訓練
- ★ 於緊急情況時，監察院友的生命表徵、脈搏、神志清醒程度、及呼吸限度
- ★ 常見之治療呼吸短促藥物
 - 支氣管擴張藥(Bronchodilators)：降低呼吸系統阻力並增加通往肺部的氣流量
 - β 2-激動劑 (Beta 2 Agonists)
 - 抗膽鹼劑 (Anticholinergics)
 - 甲基黃嘌呤 (Methylxanthines)
- ★ 皮質類固醇 (Corticosteroids)：用來治療或預防發炎反應的抗發炎藥物中，最有效的要屬類固醇
- ★ 抗生素 (Antibiotics)
- ★ 氧氣 (Oxygen)

成因

人的正常體溫是攝氏36 至 37.4 度，當體溫升至攝氏 37.5 度或以上，則代表發燒。³⁸ 發燒只是病徵的一種，引致發燒的原因極多，較常見的原因是身體受細菌或病毒感染。

常見情況

院友感身體不適時，如受細菌感染，可能會有發燒病徵出現。

建議護理方法

- ★ 定時為院友量度體溫
- ★ 可鼓勵院友多喝清水，防止身體出現脫水情況
- ★ 安排院友有充足休息
- ★ 保持室內空氣流通
- ★ 可給院友服用醫生處方的退燒藥
- ★ 如院友有其他病徵，如目光呆滯，應盡快求診



成因

一般成年人的餐前血糖值為70 - 130 mg/dL (即約3.9 - 7.2 mmol/L)。當血糖值降至70 mg/dL 或以下，則代表低血糖。⁴⁰ 而引致低血糖的成因有很多，其中包括活動量增加、飢餓、降血糖藥效或身體對胰島素需求改變。³⁸

常見情況

院友出現冒冷汗、頭暈、口部麻痺、面色蒼白、發抖、視力模糊、全身無力，甚至痙攣或昏迷的症狀。⁴¹

建議護理方法

- ★ 假如下午當值的同事發現院友於當日晚餐進食量減少，應於交班時提醒夜更同事多加留意院友的情況，適時提供宵夜小食。
- ★ 若院友有低血糖的徵狀而神志清醒，可給予進食15 - 20 克容易吸收的糖類，例如半杯果汁。³⁸
- ★ 進食完15分鐘後，可再為他們測試血糖，若血糖值回升至正常水平，可安排再進食一點小食，如一塊麵包或兩塊餅乾，以維持正常的血糖水平。³⁸
- ★ 若於接受處理後，低血糖情況仍持續，或院友出現痙攣或昏迷的症狀，應盡快求醫治理。



成因

院友跌倒成因大致可分兩類。第一類為外在成因，例如被傢具絆倒，或於凹陷或濕滑地面滑倒。第二類為內在成因，例如視力不佳，平衡能力減弱，眩暈，姿勢性低血壓，或受藥物影響，如降血糖藥物、心血管藥物、精神科藥物。

常見情況

院友因感官和活動能力退化，加上受外在或內在因素影響，導致跌倒。

建議護理方法

- ★ 若院友跌倒，應先做身體檢查，評估受傷的位置及程度。及檢查是否有昏倒、出血、頭部碰撞及骨折等的情況
- ★ 若院友有擦傷，應處理傷口
- ★ 若院友頭部有碰撞，亦應查問及留意院友有沒有頭痛、嗜睡、視力模糊等症狀。如有以上症狀，應及早求醫診治⁴²
- ★ 若院友昏倒，除非當時位置對生命有危險，否則不應移動院友，應讓他靜臥原處。鬆開衣服的領口，讓他呼吸容易。臉向側邊，確保氣道暢通，及減低因嘔吐而引致窒息³⁸
- ★ 若院友有骨折症狀，如跌倒時有感到或聽到骨頭的啪裂聲，活動患處時有困難或痛楚，或患處變形或腫脹，不應移動患處，及應盡快求醫治理⁴³

後續睡眠篇

半夜醒來



成因

長者的睡覺都比較淺層及斷斷續續，所以很多時候都會有半夜醒來的經驗，然後需要花一點時間才可再入睡。

常見情況

院友會因種種原因或騷擾而在半夜睡夢中醒來，然後「眼光光」，在床上躺著，或輾轉反側至天亮。

建議護理方法

- ★ 若是因為剛為院友完成了一些晚間的護理工作，可順理成章地詢問院友是否有其他需要或不適，在有需要的情況下加以協助。
- ★ 若只是因查房時觀察到這情況，未必一定要馬上詢問院友，因為院友可能正準備再入睡。可先觀察院友的行為及其周邊環境作簡單評估，例如會否有任何環境因素影響院友入睡，如大致良好而院友亦未有任何動靜，可待15-20分鐘後再覆查院友的情況。
- ★ 若覆查時，院友仍未入睡，可上前詢問院友的情況加以協助。
- ★ 若院友只是覺得難以再入睡，可讓院友先離開床舖去做一些靜態的活動，如閱讀一些消閒刊物、編織或聽輕音樂，此時的燈光應仍以昏暗為主。當院友感到睏倦時，就讓院友再回床休息。
- ★ 不可讓院友在這段時間看電視或使用電子產品，因為這些產品所發出的光線會誤導大腦抑制分泌褪黑色素，令院友更為精神。

照顧有認知障礙之院友

很多長者都有睡眠失調的情況，而這問題對於認知障礙的長者尤其明顯。近年來，有認知障礙的院友比例漸趨上升，所以晚間的護理照顧的挑戰就更見嚴峻。

日落症候群 (Sun-downing syndrome)

日落症候群常見於認知障礙的長者，症狀呈現於日落後認知障礙情況變得明顯，例如混亂、緊張、焦慮不安、情緒波動、心煩意亂、顫抖等；以致於晚間出現各種可構成危險的行為。文獻中顯示多達六成有認知障礙的長者都曾有此綜合症的症狀。⁴⁴⁻⁴⁵

成因

其成因暫時仍然未明，有可能是關乎生理、心理及環境因素。研究反映，院友如果是新搬來院舍或是剛從醫院回來，首幾個晚上情緒及行為都會比較紊亂。

晚間常見情況

以下列舉了一些入夜後認知障礙院友常有的行為，例如：

- ★ 攀越床欄、遊走、不斷來回房間與大廳之間
- ★ 脫去衣服或尿片
- ★ 不斷重複要求，如想去洗手間、按叫人鈴、呻吟、高聲叫嚷
- ★ 騷擾其他院友



建議護理方法

- ★ 因院友難以運用所餘的能力去表達，應嘗試了解他們的需要，避免妄下判斷，誤以為院友只想引起他人注意。⁴⁶⁻⁴⁸ 院友的需要可能包括生理及心理層面，例如，
 - 可能院友是感到飢餓，可嘗試給予院友暖飲及小食；
 - 可能院友是感到痛楚不適或天冷，可嘗試各種舒緩方法；
 - 可能院友在睡夢中驚醒感到害怕，可陪伴他們及嘗試輕撫院友的手背、為院友搓背、或說些安慰的說話
- ★ 雖然第三章強調漆黑環境可令院友安睡，但對於有認知障礙的院友來說，太黑的環境、光影或鏡子的映照都可能引起恐懼及不安，所以要按情況調節燈光的光暗
- ★ 環境擺設應避免有改動，以免院友覺得陌生
- ★ 若院友未能再入睡，可讓院友先離床，再因應院友的能力安排他們參與一些特定的工作，如摺衣物
- ★ 可透過了解院友過往的人生經歷及喜好，安排有關工作⁴⁹
 - 例如，一位院友年輕時擔任文職工作，所以院舍讓院友於睡前書寫兩頁書法，觀察可見，該院友很專注於她的書法上，即使有幾位院友經過及談話，她都沒有分心，並寫了接近一個小時才去睡覺
- ★ 若院友不願回到房間或做指定作業，切勿勉強他們
- ★ 如果環境許可，可容許院友在院舍內任意遊走或待在沙發/ 扶手椅上睡覺
- ★ 如睡眠失調的情況持續，需與家人及醫療團隊一起找出影響院友睡眠的原因



未如理想的護理方法

- ★ 分散注意力：觀察所得，一些被動式的分散注意力方法，如讓院友看電視或影片，只能短暫分散他們的注意力
- ★ 使用約束衣及束帶：很多時候受約束的院友只會變得更加煩躁不安
- ★ 現實導向 (Reality orientation)：這是提醒院友當時的地點及時間的方法，如院舍職員提醒院友當時是夜深而著院友回床休息，但很多時效果並不明顯



認識院友

「以人為本」對於照顧有認知障礙的院友是行之有效的方針，這不但適用於日間護理。事實上，在晚間資源及人手有限的情況下，能夠立刻明白院友的需要，對院舍職員來說可令照顧事半功倍。因為，很多時候有認知障礙的院友未必能夠靠有限的語言及認知能力表達自己的需要，往往會使院舍職員束手無策。

「一頁個人簡介」

以下介紹的「一頁個人簡介」就是希望可以讓院舍職員能夠認識有關院友的個人背景、喜好及習慣等個人獨特之處，有需要時可作參考之用。⁵⁰「一頁個人簡介」可以在較早前由院舍職員、院友或院友的親人預先填寫。主要由以下三條問題而組成：

1. 關於我

- ★ 這部份是關於院友的性格、強項、優點、才能各方面的正面評價
- ★ 有關院友令人喜歡和欣賞院友的地方

2. 甚麼對我最重要

- ★ 這部份需要有足夠的細節令不認識院友的人都能了解甚麼是他所在乎的，如習慣，興趣，愛好，及院友認為重要的事

3. 怎樣可以支持我

- ★ 這部份說明院友有需要時，他人能如何給予幫助及支持

一頁個人簡介 (範例)

關於我：

- 文靜
- 友善
- 細心



對我最重要的：

- 習慣被稱為三姐，這是她兒時在家的暱稱。
- 三姐有兩個女兒，她最愛說起她的大男孫 - 文仔。
- 三姐喜歡甜食，尤其鍾愛飲熱奶茶及食蛋撻。
- 三姐於五年前開始接觸基督教，很喜歡聽聖詩，然後會附和唱。
- 三姐每天都帶著一條綉花手帕於身邊，每晚都會親手洗及掛好。

與我相處時可留意：

- 三姐家裡都說客家話的，如果用廣東話跟三姐說話時要放慢一點。
- 三姐的拐杖要放於床的右側。
- 三姐的視力不太好，所以不喜歡看電視。她喜歡坐在窗邊看風景。

建議溝通小技巧⁵¹

- ★ 態度及身體語言：這些比對話內容更能表達思想感受，所以院舍職員可透過面部表情、聲線及身體接觸傳遞信息和表達情感，及以互相尊重的態度去跟院友互動。
- ★ 引起他的注意：談話時，減少周邊的滋擾及噪音，或可到較靜的地方與院友談話。於說話前，可透過叫他的名字、自我介紹及解釋身份來引起他的注意，亦可用非言語的方法及身體接觸去令他保持集中。如他是坐著的，可與他保持相同水平及眼神接觸。
- ★ 清楚表達信息：說話速度要放慢。若院友初時未能明白，可重複相同句子或問題，若他依然不能明白，可待一回才重整句子再與院友對話。
- ★ 簡潔語句：用簡單的文字及句子，提問宜以直接簡單的方法（只需答是或否），及每次只發問一條問題。
- ★ 耐心地等待回覆：若他在想著怎樣回答，可嘗試提示院友，並觀察其非言語提示及身體語言，盡量去理解他們說話內容的根本意思及感受。
- ★ 鼓勵院友參與任務：細分工作為一連串步驟，使工作易於處理，對院友忘了的步驟作出提示，亦可協助他們處理較難的步驟。
- ★ 以支持及安慰作回應：認知障礙院友很多時都會感到迷茫，焦慮及不確定，或會想起某些從未有發生過的事，切勿指摘他們的錯處或與他們爭論，反之應著眼於當時院友想表達的感受，及以語言及身體接觸來安慰及支持他們。
- ★ 回想當年能為他們帶來慰藉及確定：認知障礙的院友都不能記起剛發生的事，但他們可以記得年輕時的事。故此，盡量避免挑戰他們的短期記憶，而可以他們的往事作話題。

個案討論

試就以下個案分享一些處理方法：

個案一：

張婆婆於晚上11時仍未入睡，她不斷詢問護理員當時的時間及告知護理員她需要出去上班；她不斷於睡房與客廳之間遊走且步履不穩。

個案二：

黃伯伯於凌晨二時醒來，他躺在床上不斷呻吟並低聲說著一些話，但院舍職員都聽不清楚他在說甚麼；他亦不停地敲打床欄發出嘈音，鄰床的院友都因此而投訴。

個案三：

晚上3時，當院舍職員巡邏時，發現梁婆婆去了另一房間空置的床上睡著了。



研發「院舍晚間照顧手冊」項目之總結



在研發這本晚間照顧手冊後，有關的研究內容已於研討會內與同業分享，同時一連十場介紹這本手冊具體內容的工作坊亦於2015年3月順利完成。活動報名的反應都非常熱烈，約四百位院舍管理層及前線同事報名參加，大家都認為以往對院舍晚間照顧方面的關注度不足，亦甚少有這方面的培訓，所以他們都認同照顧手冊及同事之間的分享讓他們更了解院友於晚間的需要及照顧院友的方法。



鳴謝

特別鳴謝香港賽馬會慈善信託基金資助此項研發計劃及印發這本照顧手冊。我們亦衷心感謝以下四間安老院舍對於此項計劃的積極支持和參與，包括 (以下次序以院舍的英文名首字母排名)：頌恩護理院 (九龍塘)、頌恩護理院 (德田)、賽馬會耆智園、香港基督教女青年會雲華護理安老院。我們亦想藉此感謝參與此項計劃的同事、院友及家人，讓我們了解及觀察院舍於晚間的情況，而且他們的分享及寶貴意見對整項計劃的發展都很有啟發性。



▲ 頌恩護理院 (九龍塘) - 譚偉宗經理



▲ 頌恩護理院 (德田) - 甘迅駒經理



▲ 賽馬會耆智園 - 何貴英總經理及郭子銳教授



▲ 雲華護理安老院 - 賴潔娥院長



◀ 研發計劃成員李子芬講座教授 (右三) 及陳裕麗博士 (左二) 與院舍代表合照

參考資料

1. Kerr D, Wilkinson H, Cunningham, C. *Supporting older people in care homes at night*. York: York Publishing Services; 2008.
2. Gentili A. *Geriatric Sleep Disorder*.
<http://emedicine.medscape.com/article/292498-overview> (accessed 5 January 2015).
3. Liguori C, Romigi A, Nuccetelli M, Zannino S, Sancesario G, Martorana A, et al. Orexinergic system dysregulation, sleep impairment, and cognitive decline in Alzheimer Disease. *JAMA Neurol* 2014; 71(12): 1498-1505.
4. Sleep Health Foundation. *Dementia and sleep*.
<http://www.sleephealthfoundation.org.au/fact-sheets-a-z/207-dementia-and-sleep.html> (accessed 29 December 2014).
5. Alzheimer's Australia. *Sleeping*.
<https://fightdementia.org.au/support-and-services/families-and-friends/personal-care/sleeping> (accessed 29 December 2014).
6. National Institutes of Health. *Dementia: Behavior and sleep problems*.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000029.htm> (accessed 29 December 2014).
7. National Institutes of Health. *Sleep and aging*.
<http://nihseniorhealth.gov/sleepandaging/aboutsleep/01.html> (accessed 29 December 2014).
8. McCall WV. Sleep in the elderly: Burden, diagnosis, and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatr*. 2004; 6(1): 9-20.
9. Ellmers T, Arber S, Luff R, Evers I, Young E. Factors affecting residents' sleep in care homes. *Nurs Older People* 2013; 25(8): 29-32.
10. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician*. 1999; 59: 2551-2558.
11. Sleep Health Foundation. *Ageing and sleep*.
<http://sleephealthfoundation.org.au/pdfs/Ageing%20and%20Sleep.pdf> (accessed 5 January 2015).
12. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006; 56: 472-479.
13. McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevin A, Kennedy K, Manning M, et al. Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to

- the care environment in residential settings for older people. *Inter J Older People Nurs.* 2010; 5: 93-107.
14. Schnelle JF, Alessi CA, Al-Samarrai NR, Fricker RD Jr, Ouslander JG. The nursing home at night: effects of an intervention on noise, light, and sleep. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(4): 430-438.
 15. Rea MS. *The IESNA lighting handbook: Reference and application.* New York: The Illuminating Engineering Society of North America; 2000.
 16. Linder LA, Christian BJ. Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nurs.* 2011; 34(3): 176-184.
 17. Lai HL, Good M. Music improves sleep quality in older adults. *J Adv Nurs.* 2005; 49(3): 234-244.
 18. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. *Guidelines for community noise.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. p.55-65.
<http://www.who.int/docstore/peh/noise/Comnoise-4.pdf>
 19. Penzer R, Ersser S. *Principles of skin care: A guide for nurses and health care practitioners.* USA: Wiley-Blackwell; 2010.
 20. National Institute on Aging. *Agepage: A good night's sleep.*
http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/a_good_nights_sleep_0.pdf (accessed 5 January 2015).
 21. Smith M, Robinson L, Segal R. *How to sleep well as you age.*
<http://www.helpguide.org/misc/about-us.htm> (accessed 29 December 2014).
 22. University of Alberta. *Evidence summaries for non-drug sleep strategies to help people with dementia.* <http://www.sleep-dementia-resource.ualberta.ca> (accessed 29 December 2014).
 23. Koch S, Haesler E, Tiziani A, Wilson J. Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: finding of a systematic review. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 1267-1275.
 24. National Sleep Foundation. *Sleep hygiene.*
<https://sleep.org/articles/sleep-hygiene> (accessed 29 December 2014).
 25. Sleep and Function Interdisciplinary Group (SAFIG), Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta. *Sleep hygiene.*
<http://www.sleep-dementia-resource.ualberta.ca> (accessed 29 December 2014).
 26. Sleep and Function Interdisciplinary Group (SAFIG), Faculty of Rehabilitation Medicine,

- University of Alberta. *Bright light*.
<http://www.sleep-dementia-resource.ualberta.ca> (accessed 29 December 2014).
27. Lykesos C, Lindell VL, Baker A, Steele C. A randomized controlled trial of bright light therapy for agitated behaviours in dementia patients residing in long term care. *Inter J Geriatr Psychiatr*. 1999; 14: 520-525.
 28. Sleep and Function Interdisciplinary Group (SAFIG), Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta. *Daytime activity*.
<http://www.sleep-dementia-resource.ualberta.ca> (accessed 29 December 2014).
 29. Lira FS, Pimentel GD, Santos RV, Oyama LM, Damaso AR, Oller do Nascimento CM, et al. Exercise training improves sleep pattern and metabolic profile in elderly people in a time-dependent manner. *Lipids Health Dis*. 2011; 10:1-6.
 30. Sleep and Function Interdisciplinary Group (SAFIG), Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta. *Passive body heat*.
<http://www.sleep-dementia-resource.ualberta.ca> (accessed 29 December 2014).
 31. Silber BY, Schmitt JAJ. Effects of tryptophan loading on human cognition, mood, and sleep. *Neuroscience Biobehav Rev*. 2010; 34(3): 387-407.
 32. Pons-Guiraud A. Dry skin in dermatology: A complex physiopathology. *JEuro Acad Derma Venereol*. 2007; 21(2): 1-4.
 33. Serup J. EEMCO guidance for the assessment of dry skin (xerosis) and ichthyosis: Clinical scoring systems. *Skin Research Tech*. 1995; 1(3): 109-114.
 34. European Food Safety Authority. Scientific opinion on dietary reference values for water. *EFSA Journal*. 2010; 8(3): 1459.
 35. Hoffman L, Subramanyan K, Johnson AW, Tharp MD. Benefits of an emollient body wash for patients with chronic winter dry skin. *Dermat Therapy*. 2008; 21: 416-421.
 36. Peters J. Exploring the use of emollient therapy in dermatological nursing. *Br J Comm Nurs*. 2006; 11(5): 194-201.
 37. Junkin J, Selekof JL. *Beyond "diaper-rash": Incontinence-associated dermatitis*.
<http://www.nursingcenter.com/CE/nursing> (accessed 29 December 2014).
 38. Berman A, Snyder SJ. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (9th ed.). Boston: Pearson; 2012.
 39. Allen RE, Kirby KA. Nocturnal leg cramps. *Am Fam Physician*. 2012; 86: 350-355.
 40. American Diabetes Association. *Checking your blood glucose*.
<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/blood-glucose->

- control/checking-your-blood-glucose.html (accessed 30 March 2015).
41. American Diabetes Association. *Hypoglycemia (low blood glucose)*.
<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/blood-glucose-control/hypoglycemia-low-blood.html> (accessed 30 March 2015).
 42. Hawley C. Management of minor head injury in adults. *Emerg Nurse* 2010; 18(7): 20-24.
 43. Perkins TJ. Fracture management. *Emerg Med Services* 2007; 36(4): 35-37,39.
 44. Bachman D, Rabins P. "Sundowning" and other temporally associated agitation states in dementia patients. *Annu Rev Med.* 2006; 57: 499-511.
 45. Alzheimer's Association. *Sleep issues and sundowning*.
<http://www.alz.org/care/alzheimers-dementia-sleep-issues-sundowning.asp>
(accessed 29 December 2014).
 46. Chappell NL, Reid RC, Gish JA. Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dement.* 2007; 6: 527–547.
 47. Flo E, Gulla C, Husebo BS. Effective pain management in patients with dementia: Benefits beyond pain? *Drugs Aging* 2014; 31(12): 863-871.
 48. Pelletier IC, Landreville P. Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC Geriatr.* 2007; 7: 27.
 49. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *Lancet Neurol.* 2008; 7: 362–367.
 50. Sanderson H. *Off the page: Profiles improve person centred care*.
<http://m.hsj.co.uk/5070847.article> (accessed 5 January 2015).
 51. Family Caregiver Alliance. *Caregiver's guide to understanding dementia behaviors*.
<https://caregive.org/print/17> (accessed 5 January 2015).

