

L1697(terminal lucidity)(Med.staffs)(2023)

(2024.08.05)

J Gerontol Nurs.2023 Jan;49(1):18-26.

doi: 10.3928/00989134-20221206-03.Epub 2023 Jan 1.

Reports About Paradoxical Lucidity from Health Care Professionals: A Pilot Study

[Jeanne A Teresi](#),[Mildred Ramirez](#),[Julie Ellis](#),[Amil Tan](#),[Elizabeth Capezuti](#),[Stephanie Silver](#),[Gabriel Boratgis](#),[Joseph P Eimicke](#),[Paloma Gonzalez-Lopez](#),[Davangere P Devanand](#),[Jose A Luchsinger](#)

- PMID:[36594915](#)
- PMCID:[PMC11100277](#)
- DOI:[10.3928/00989134-20221206-03](#)

Abstract

Although clinicians caring for persons at the end of life recognize the phenomenon of paradoxical/terminal lucidity, systematic evidence is scant. The current pilot study aimed to develop a structured interview instrument for **health care professionals to report lucidity**. A questionnaire measuring lucidity length, degree, content, coinciding circumstances, and time from episode to death was expanded to include time of day, expressive and receptive communication, and speech during the month prior to and during the event. Thirty-three interviews were conducted; **73% of participants reported ever witnessing paradoxical lucidity. Among 29 events reported, 31% lasted several days, 20.7% lasted 1 day, and 24.1% lasted <1 day. In 78.6% of events, the person engaged in unexpected activity; 22.2% died**

within 3 days, and 14.8% died within 3 months of the event. The phenomenological complexity of lucidity presents challenges to eliciting reports in a systematic fashion; however, staff respondents were able to report lucidity events and detailed descriptions of person-specific characteristics. [Journal of Gerontological Nursing, 49(1), 18-26].

儘管照顧臨終患者的臨床醫生認識到矛盾/終末清醒現象，但系統證據很少。目前的試點研究旨在開發一種結構化的訪談工具，供醫療保健專業人員報告清醒情況。一份測量清醒長度、程度、內容、巧合情況以及從發作到死亡的時間的問卷被擴大到包括一天中的時間、表達和接受交流以及事件發生前一個月和期間的言語。進行了 33 次訪談;73%的參與者報告說曾經目睹過矛盾的清醒。在報告的 29 個事件中，31% 持續數天，20.7% 持續 1 天，24.1% 持續 <1 天。在 78.6% 的事件中，該人參與了意外活動;22.2%在事件發生後 3 天內死亡，14.8%在事件發生後 3 個月內死亡。清晰性的現象學複雜性給以系統的方式引出報告帶來了挑戰;然而，調查物件的工作人員能夠報告清醒事件和對個人特定特徵的詳細描述。[老年護理雜誌，49 (1)，18-26。

Full text.

有報導稱失智症患者清醒，尤其是在晚期。這種現象被稱為終末期或矛盾清醒 (PL) ，並被定義為“在死亡前不久，遲鈍，無意識或精神病患者中（重新）出現正常或異常增強的心理能力” ([Nahm, 2009](#))。老年病學家、護理專業人員和其他照顧這些患者的臨床醫生在解釋這種現象時立即認識到這種現象，但關於這一主題的系統證據很少。

關於 PL 的正式文獻涉及護士和護理人員對臨終患者臨終經歷和失智患者清醒的個人知識。從歷史角度來看，關於終末清醒的資訊與精神障礙患者的案例研究有關 ([Chiriboga-Oleszczak, 2017](#); [麥克勞德, 2009 年](#); [納姆, 2009 年, 2011 年](#); [Nahm&Greyson, 2011](#))。

2009 年;Nahm 等人,2012 年)。Chiriboga-Oleszczak (2017) 將終末清醒確定為“19 世紀醫生的眾所周知的現象”(第 35 頁)，但認為對這種現象的描述在 20 世紀幾乎消失了^第世紀。Nahm (2009) 發現 50 位不同的作者(醫生和精神科醫生)用德語或英語撰寫的 80 次提及終末清醒症，可追溯到 19^第世紀。值得注意的是，“清醒”一詞已被定義為包括出院計劃、復甦、財務規劃、選擇授權書等方面的決策能力(Lim et al., 2014)。另一個定義是沒有失智症的個體恢復意識。

最近的幾項研究已經確定，終末期清醒是護士/護理人員報告的臨終經歷的一個方面(Brayne 等人, 2008 年;Claxton-Oldfield & Dunnett, 2016 年;Fenwick 等人, 2010 年;Lim 等人, 2018 年)。在一項針對居住在療養院的老年人的研究中,Brayne 等人(2008) 報告了 10 名工作人員討論的臨終經歷，例如老年人的夢幫助他們為死亡做準備。Lim et al. (2018) 對 338 例死亡進行了為期 12 個月的回顧性病歷審查;在絕症患者中，被確定為在死亡後 28 天內發生的三個意識水準：警覺、失去知覺或鎮靜。在病房死亡的 151 名患者中，有 6 名患者 (4%) 經歷了終末清醒，所有患者都在事件發生後 9 天內死亡。麥克勞德 (2009) 在臨終關懷醫院參加了 100 例死亡，並在生命的最後兩天觀察到

了六次他所謂的“減輕”事件。清醒期持續了不到十二個小時。所有患者均未患有失智症，但在清醒發生之前處於不同的無意識階段。

通過詢問護士是否觀察到失智患者「出乎意料地清晰」的事件，研究了失智患者的清醒度（[Brayne 等人，2008 年](#); [Fenwick 等人，2010 年](#); [Normann 等人，1998 年](#)）。在一項針對居住在療養院的老年人的研究中，接受採訪的 10 名工作人員中有 7 人報告說，失去知覺或意識模糊的老年人在去世前出乎意料地變得清醒，並能夠與護理人員互動([Brayne 等人，2008 年](#))。[Fenwick 等人（2010 年）](#)採訪了 38 名護理人員進行了一項為期 5 年的回顧性研究，其中 30 名相同的護理人員接受了為期 1 年的臨終經歷前瞻性研究。與終末清醒相關的一個專案是“一個一直處於深度昏迷狀態的病人，突然變得足夠警覺，可以連貫地與床邊的親人說再見”。在為期五年的研究中，約有三分之一（31%）的護理人員和在一年研究中的 79%的護理人員對該專案做出了積極回應。

[Normann 等人（2002 年，2005 年）](#)發表了一項案例研究，研究了一名患有失智症的女性，他們在兩周內與她會面了 20 個小

時。這些作者得出的結論是，清醒是“由於談話各方小心翼翼地專注於女性發起的話題”（第 895 頁）。此外，Normann 等人（2006 年）檢查了嚴重失智症患者的發生頻率和特徵，正如護理人員所描述的那樣，這些失智症表現出清醒發作。工作人員使用帶有清醒發作額外問題的多維評估量表來評估 3,804 名療養院居民。這些居民中有 92 人表現出嚴重的失智和口頭交流問題，據報導有 52 人經歷過清醒發作。這些居民表現出更高的「定向」得分，被歸類為更「情緒化」，並且與沒有清醒事件的人相比，與護理人員一起進行了更多的戶外散步。在奧地利、德國和瑞士的兩個時間段（2013 年 6 月 1 日至 2015 年 6 月 1 日，以及 2017 年 5 月 1 日至 2019 年 8 月 15 日之間）對姑息治療病房、神經科診所、臨終關懷和失智症機構的 900 名護理和醫務人員進行了一項自相矛盾的清晰度互聯網調查（Battyány & Greyson, 2021 年）提出的問題是：「在過去的 12 個月里，您是否曾觀察到阿爾茨海默病或失智症患者意外地恢復了清晰度和認知功能？根據 187 名受訪者的報告，124 名失智症患者經歷了矛盾的清醒發作。數據表明，一部分失智患者似乎在接近生命末期時經歷了完全清醒事件。在失智和 PL 患者中，97% 在死亡前 7 天或更短時間內經歷過該事件。」

最後，美國國家老齡化研究所於 2018 年 6 月召開的一次研討會描述了經驗證據的匱乏，以及研究這一主題的挑戰（[Mashour et al., 2019](#)）。需要更有力的證據來確定清醒的存在並理解清醒現象。這裡描述的試點研究是這一進程的初步步驟。

目標

該試點專案的目的是制定一種措施來評估 PL 現象，也稱為清醒事件，正如專門研究失智和神經損傷的醫療保健專業人員所報告的那樣。目的是確定通過使用一組標準問題進行個人訪談，從正式的工作人員護理人員那裡獲得對他們意外清醒經歷的系統描述的可行性。本文介紹了清晰度測量開發工作的第一階段，並介紹了試點項目的發現。

[到：](#)

方法

定義

儘管研究人員使用「矛盾的清醒」一詞，但許多一線工作人員並不容易理解它；因此，在我們的試點工作中，使用了“清醒事件”或“清醒”這兩個術語。基於對現存的矛盾清晰度定義的回顧

（見 [Eldadah 等人，2019 年](#); [Mashour 等人，2019](#); [Peterson 等人，2021 年](#)），為本研究使用制定了以下定義：「自發性思維清晰的意外發作，例如似乎失去了這種能力的人的交流能力。這可能包括恢復到更高層次的溝通，即使是短暫的。

量

開發失智症和神經損傷清醒度測量的目的是構建一個專案集，研究人員可以向一線工作人員管理在他們當前和過去的患者中觀察到的清醒事件。目標工作人員包括經過認證的護理助理、護士、社會工作者、職業治療師和物理治療師。除了對事件的描述外，感興趣的領域還包括在事件之前、期間和之後表現出的表達性和接受流、言語和行為。

由於沒有這種措施，因此有必要構建一個可以為預期目的進行修改的專案庫。該方法是回顧文獻並確定先前研究中使用的專案集，並使用專家審查對這些專案提出修改建議，以供一線工作人員使用。該項目的測量團隊從文獻中確定了領域，並專注於獲取有關清醒事件的詳細資訊。所有的反覆運算和修改都是由研究團隊協商一致決定的。

因此，在準備試點工作時，Batthyány 開發的 6 項問卷（[Batthyány & Greyson, 2021](#) 年）由一位以德語為母語且英語流利的人從德語翻譯成英語。對與診斷、觀察到的清醒時間長度、清醒程度、口語交流內容、巧合情況以及從清醒發作到死亡的時間長度相關的前六個專案進行了修改。在測試之前，已經開發了幾次反覆運算。第一個版本包含 14 個專案，其中一個開放式專案用於描述該活動，包括活動期間的言行。列出了可能在事件發生時間附近發生的潛在情況（例如，訪客、醫療事件）。隨後的反覆運算包含重新格式化的專案，以便從最近到最近按順序描述各個事件。添加了空間以記錄有關 2 的資訊
釐和 3RD 公司護理提供者在他/她為其提供護理的相同或不同的個體中觀察到的清醒情況。與清醒事件相關的其他專案包括觀察者確定事件開始的時間，以及事件期間是否發生了任何其他意外活動，例如唱歌或演奏樂器。添加了 15 個與表達和接受交流相關的二進位專案，以及清醒事件前一個月和期間的言語，以確定清醒事件期間受影響的特定功能。增加了九個專案，以評估在活動前和活動期間的頭腦清晰度、對刺激的反應能力以及溝通能力。這些項目的評分範圍為 1 – 5，其中 1 表示完全缺乏能力，3 表示中等能力，5 表示完

全能力。表示更嚴重功能障礙的專案示例包括“讓需求為人所知”和“對家庭成員的存在做出反應”。

問卷中增加了 5 個患者層面（性別、年齡、種族、民族、教育程度）和 9 個線人層面的人口統計學專案（例如，年齡、種族、民族、職業）。這些專案是從舉報人那裡獲得的，或者如果舉報人不知道，則通過審查病歷獲得。該度量值包含大約 200 個封閉式專案，如果未記錄任何事件，則大約需要 20 分鐘。如果報告了一個或多個事件，採訪可能需要一個小時或更長時間。

程序和樣本

一名註冊護士同時也是博士生，在一名老年護士研究員的指導下，對兩名醫生、一名執業護士、17 名註冊護士（RN）、五名執業護士（LPN）、兩名認證護士助理（CNA）、一名社會工作者和五名在醫院（5）、私人辦公室（1）、療養院（24）和輔助生活設施（3）工作的物理治療師進行了 33 次訪談。看
表 1.訪談於 2019 年 8 月至 11 月期間進行。

表 1

獨特工作人員的人口統計（n = 33）

n %

	<i>n</i>	%
職業		
醫生	2	6.1
執業護士	1	3.0
註冊護士 (RN)	17	51.5
執業護士 (LPN)	5	15.2
認證護士助理/家庭健康助理	2	6.1
社會工作者	1	3.0
物理治療師	5	15.2
主要預約地點		
醫院	5	15.2
私人辦公室	1	3.0
療養院	24	72.7
輔助生活設施	3	9.1
每周在臨床實踐（工作）中花費的小時數 [平均值，(SD)] (最小值 = 35;最大值 = 60)	33	40.03 (5.90)
小組/診所/設施中的大約患者人數 [平均值，(SD)] (最小值 = 4;最大值 = 520)	32	382.44 (216.41) ^{一個}
大約臨床經驗年數 [平均值，(SD)] (min=3;max=32)	33	11.56 (8.35)
性		
雄	11	33.3
女性	22	66.7
年齡組		
25 - 34	12	36.4
35 - 44	6	18.2
45 - 54	9	27.3
55 - 64	4	12.1
65 - 74	1	3.0
拒絕	1	3.0
種族/民族		
亞裔	17	51.5

	<i>n</i>	%
黑	10	30.3
白	3	9.1
其他/多於一個種族	3	9.1
西班牙裔或拉丁裔血統		
是的	3	9.1
不	30	90.9

[在單獨的視窗中打開](#)

一個這一數位反映了某些提供者（例如醫生和社會工作者）的患者人數較多。

分析

由於此試點研究的樣本量較小，因此僅提供了均值、標準差和百分比。

[到：](#)

結果

舉報人樣本的特徵

顯示於表1是報告他們所為之提供護理的患者所經歷的清醒事件的工作人員線人的特徵。醫務人員在衛生保健方面的經驗年限從3年到32年不等（ $M=11.6$ ，標準差=8.3）。大多數人報告說他們是亞裔（51.5%）或黑人（30.3%）。近一半的樣本（46.3%）年齡超過45歲（範圍25-74歲）。平均每周工作時間為40小時。

患者樣本的特徵

經歷事件的人往往是女性（53.6%）、白人（64.3%）、非西班牙裔（77.8%），平均年齡約為 75 歲（[表 2](#)）。約 63% 的事件發生者在訪談時還活著，約 22.2% 在事件發生後 3 天內死亡，14.8% 在事件發生後約 1 周至 3 個月死亡。據報導，大多數（ $n = 12$ ）患有阿爾茨海默病，而其餘的則報告患有血管性失智（ $n = 5$ ）或“其他失智”（ $n = 7$ ）。另有 36%（ $n = 10$ ）報告患者存在其他神經功能障礙（例如卒中、創傷性腦損傷；[表 2](#)）。

表 2

具有清醒事件的獨特人物的人口統計學（ $N = 28$ ）

	<i>n</i>	%
Age at time of incident [mean, (SD)]	28	74.86 (14.42)
Gender		
Male	13	46.4
Female	15	53.6
Race/Ethnicity		
白	18	64.3
黑	3	10.7
亞裔	2	7.1
其他	5	17.9
西班牙裔或拉丁裔血統		
是的	5	18.5
不	21	77.8

	<i>n</i>	%
未知	1	3.7
教育		
高中/GED	4	14.3
學士/學士/其他學士學位	7	25.0
博士學位（博士、醫學博士、法學博士、其他）	1	3.6
其他非美國學位	1	3.6
不知道	15	53.6
診斷 ^{一個}		
阿爾茨海默病	12	42.9
其他失智症	12	42.9
帕金森病	2	7.1
其他	10	35.7

[在單獨的視窗中打開](#)

^{一個}診斷不是互斥的。百分比表示「是」（與否）

清醒事件的特徵

大多數受訪者 ($n = 24$) 報告說，他們至少可以回憶起一名患有失智或神經系統疾病的患者經歷過清醒事件。雖然大多數受訪者表示有一人有過這種經歷，但一名衛生保健專業人員報告說，他們曾為之提供過護理的人中有五人，另一名報告說“25-30%”。這個令人驚訝的高數位 (73%) 是因為受訪者被要求報告任何此類經歷，而沒有提及時間框架，以及並非所有報告都會被裁定為案例的可能性。這導致了 28 名有清醒事件的獨特患者的報告；工作人員報告了 1 名患者發生了 2 個事件（總共 29 個事件）。

在報告的 29 次清醒事件中，近一半（48.3%）的人恢復了完全清醒（[表 3](#)）。31%（ $n = 9$ ）的事件持續了幾天，其次是 24.1% 的事件持續了 31 分鐘到 1 小時，20.7% 的事件持續了一天。大多數事件（44.8%）發生在上午，而 34.5% 發生在下午。該人在所有事件中都說話，在 78.6%（ $n = 22$ ）的事件中，該人參與了不尋常和意外的活動，例如唱歌或演奏樂器。

表 3

清晰度、事件長度、發生時間（N = 29 個事件）

變數	n	%
清醒事件期間的清醒程度		
恢復完全清醒，無明顯損傷	14	48.3
恢復清醒，但因疾病而疲憊或以不同的方式受到限制	9	31.0
記憶力、理性思維或溝通能力明顯受損，但明顯比以前更清晰	6	20.7
觀察到的清醒事件的持續時間長度		
不到一分鐘	2	6.9
1-3 分鐘	1	3.4
8 - 10 分鐘	1	3.4
11 - 30 分鐘	2	6.9
31 分鐘至 1 小時	7	24.1
幾個小時	1	3.4
有一天	6	20.7
幾天	9	31.0
事件開始的時間		
上午	13	44.8
中午	2	6.9

變數	<i>n</i>	%
下午	10	34.5
傍晚	3	10.3
未知	1	3.4

[在單獨的視窗中打開](#)

富有表現力的交流和言語

如圖所示表 4，據報導，在事件發生前的一個月，大多數人在表達交流方面表現出相當大的障礙。例如，55.2%的人被報告表現出言語不清，並且很難理解;58.6%的人反覆努力尋找正確的詞來使用或用錯了詞;13.8%的人只使用手勢、咕嚕聲或原始符號進行交流;51.7%的人沒有傳達他們的需求;17.2%的人什麼也沒說或只是呻吟;20.7%的人重複了一兩個詞。相比之下，在活動期間，很少有人報告遇到任何問題;例如，0%的人報告說語言不清，只能有困難地理解，0%的人沒有傳達他們的需求，0%的人什麼也沒說或只是呻吟，3.4%的人重複了一兩個詞。

表 4

在清醒事件之前和期間人的表達能力、接受能力和一般能力 (n = 29 個事件)

變數	活動開始前 個月	活動期 間
富有表現力的交流和言語	(n) %	(n) %
言語不清，只能難以理解	(16) 55.2	0
反覆努力尋找正確的詞來使用，或者用錯了詞	(17) 58.6	0

變數	活動開始前 1 個月	活動期間
僅使用手勢、咕嚕聲或原始符號進行交流	(4) 13.8	(1) 3.4
沒有傳達他們的需求	(15) 51.7	0
言語急促，難以理解	(2) 6.9	0
言語中包含很長的停頓	(7) 24.1	(1) 3.4
言語數量受到限制	(13) 44.8	(5) 17.2
言語漫無邊際、語無倫次或無關緊要	(10) 34.5	0
言語不清	(4) 13.8	0
什麼也沒說，只是呻吟	(5) 17.2	0
重複一兩個詞	(6) 20.7	(1) 3.4
樂於接受的溝通		
當別人說話時難以理解他們	(19) 65.5%	(6) 20.7%
根據唇讀、書面材料或結構化手語來理解	(2) 6.9%	0
只理解原始的手勢、面部表情、簡單的象形圖和/或公認的環境線索	(3) 10.3%	(4) 13.8%
不理解任何類型的通信	(5) 17.2%	(1) 3.4%
一般能力 ^{一個}		
頭腦不清晰	(19) 65.5%	0
缺乏溝通能力	(17) 58.6%	(1) 3.4%
無法用完整的句子說話	(18) 62%	0
不能用短句說話	(18) 62.1%	0
無法讓需求知道	(20) 67.9%	(3) 9.7%
無法指向物件	(15) 51.7%	(2) 6.9%
無法對家庭成員的存在做出反應	(8) 27.5%	(9) 31.1%
無法回應家人	(11) 37.9%	(9) 31%
無法回應工作人員的要求	(13) 44.8%	(5) 17.2%
<u>在單獨的視窗中打開</u>		

^{一個}5 分值範圍與缺乏能力和能力二分法

接受性溝通

同樣，在事件發生前的一個月，據報導，許多人表現出接受溝通障礙，但很少有人在活動期間表現出問題。例如，據報導，65.5%的人在說話時難以理解人，17.2%的人在活動前一個月不理解任何類型的交流，而在活動期間分別為 20.7% 和 3.4%。[表 4](#)).

回應家庭和工作人員並瞭解需求的一般能力

該人的一般能力通常在事件發生前一個月被報告為受損，而這些能力在事件發生期間沒有受損。雖然專案按 1-5 的等級進行評分，但回應 1 和 2 被分解為缺乏能力，3-5 被分解為能力。例如，65.5% 和 0% 的報告缺乏頭腦清晰度，62% 和 0% 無法用完整的句子交談，67.9% 和 9.7% 無法表達需求，44.8% 和 17.2% 分別在活動前一個月和活動期間無法回應員工的要求。[表 4](#).

清醒事件的例子

線人是一名物理治療師，描述了採訪過去一個月內發生的一件事。該人被診斷為混合性阿爾茨海默病和腦血管意外，並伴有嚴重的認知障礙。**治療師和家人觀察了清醒發作，持續了 1-3 分鐘。**據報導，該人無法交流，言語受限或沒有言語，無法傳達她的需求。她有限的口頭回應完全不合時宜。在家人探訪期間，該人突然能夠進行交流並做出適當的回應。她談到了家人記住的重要人

物、地點和生活事件，無論是積極的還是消極的。思路越來越清晰，這個人突然想起了如何演奏樂器。該人在一周後死亡。

第二個例子是一位療養院居民，據報導他被診斷為血管性失智，不會說話。LPN 線人（在療養院）和另一名工作人員觀察到了持續數天的清醒期。居民突然變得言語不語，要求喝水。在活動期間，這位 95 歲的老太太恢復了更清醒的狀態，能夠說話。據報導，在事件發生之前，她沒有說話。她在三個月內就去世了。

最後一個例子是由一名註冊護士報告的，她描述了一名住在療養院的 55 歲患有創傷性腦損傷的婦女。註冊護士、其他工作人員和家人都觀察到了這一事件。這個人不會說話，對任何人都沒有反應；她被描述為“昏迷”。然而，在一個下雨天，RN 告訴這位女士，由於下雨，她的丈夫沒有來。突然間，她開始說話，清楚地談論她的丈夫。她開始參與自己的護理，甚至笑了。她從完全沒有能力到完全善於溝通。這一事件持續了幾天。在接受採訪時，這名婦女還活著。

到：

討論

本研究通過提供一項初步研究，對使用標準化訪談方法與正式護理人員系統地評估矛盾清醒的可行性進行了初步研究，從而擴展了描述清醒度結構的現有工作。數據證明瞭使用線人報告的清醒事件測量方法的可行性。在各種長期護理環境中工作的一系列不同類型的衛生專業人員的參與為目睹和描述清醒事件提供了廣闊的視角，從而為試點措施的制定提供了資訊。在這項研究中，57.6%的人有 10 年或更長時間照顧失智症患者的經驗，增強了他們提供有關清醒事件資訊的能力。從這些訪談中，清醒事件的描述中出現了一致的元素，包括經歷事件的人的特徵、發生的長度和時間，以及觀察到的行為。

大多數受訪者報告說，他們曾經目睹過至少一次一個人經歷矛盾的清醒事件，這證實了這是護理人員公認的現象的觀點（[Mashour，2019 年](#); [Normann 等人，1998 年](#)）。與先前的研究結果相似（[Macleod，2009](#); [Nahm et al.， 2012](#)），受訪者的報告表明，一些清醒的人接近生命的盡頭（37% 的人在事件發生后 3 個月或更短時間內死亡）。由於超過一半（63%）的經歷者在報告時仍然活著，研究結果還表明，一些人可能在失智連續體的不同點上表現出清醒（[Lee 等人，2012,2014](#); [Normann 等人，2006 年](#)）。值得注意的是所報告事件的顯著特徵，即該人

在所有事件中都發言，並且大多數（79%）參與了意想不到的活動，這與文獻中的例子一致（[Batthyány & Greysen, 2021](#) 年;[Kheirbek, 2019](#) 年;[Nahm 等人, 2012](#) 年;[Normann 等人, 2002](#) 年;[Peterson 等人, 2021](#) 年）。研究結果還強調了矛盾清醒的現象學複雜性，即為了概念化、定義、識別和描述清醒的行為相關性，必須捕獲和記錄各種元素（見 [Gilmore-Bykovskyi 等人, 2021](#) 年）。這種複雜性給系統地從包括一線工作人員在內的各種線人那裡獲得報告帶來了挑戰。這項初步研究表明，清醒的結構可能不僅僅包括語言交流，包括非語言交流、參與活動（如演奏樂器）以及自我照顧和行動能力。

為了深入瞭解這種現象背後的神經處理，有必要對清醒度進行更準確的評估和表示（見 [Morris&Bulman, 2020](#)）。從未來的清醒研究中可能得出的長期目標包括對家庭進行 PL 教育，以及制定員工培訓干預措施以增強清醒度的識別和報告。通過研究此類事件的情況，可以確定可能觸發這些事件的情況。隨著與清醒相關的潛在前兆和情況得到更好的理解和記錄，它們可能被證明對人和照顧者都具有存在意義。工作人員和家庭照料者可以作為證人參與進來，因此，清醒事件可能會為患者和照料者之間相互安慰的互動提供機會，為生命末期的結束提供寶貴的保證和支持。

研究的局限性包括使用便利樣本。因此，這些發現可能只能在局部地區推廣;然而，有來自不同學科和環境的一系列記者，這增加了調查結果的強度。項目協調員徵聘了所有專業衛生從業人員;因此，存在潛在的選擇偏倚。此外，這些參與者可能目睹了清醒事件的橫截面，他們的報告可能基於由他們各自的專業確定的患有認知障礙的老年人的有限樣本。然而，每個線人的平均患者小組規模約為 400 人;因此，代表了相對大量的個體。這些數據無法就矛盾清晰度的數量方面(例如，發病率、患病率、發生頻率)或定性特徵(例如，發生時間、先前因素)得出明確的結論。然而，該研究提供了初步證據，證明獲得工作人員清醒報告的可行性，併為進一步制定一項措施提供了資訊。儘管大約一半的事件發生在訪談後的 12 個月內，但人們承認，對於更遙遠的過去報告的事件，對溝通、言語和行為以及事件情況的回憶可能不太準確。然而，事實證明，工作人員能夠報告目睹了這一現象，並詳細描述了其特點和經歷過這種現象的人。這項早期研究可能會更好地理解和測量清醒事件。正如 Battyány 和 Greysen (2021) 所強調的那樣，促進關於矛盾清醒的系統研究將有助於識別和檢查在生命末期經歷此類事件的認知障礙者恢復認知功能的生理和/或心理機制。這種理解可能會導致基於證據的臨

床和治療干預措施的發展，這些干預措施可能使患有失智症和/或神經系統疾病的個人及其護理人員受益。

到：

確認

這份手稿的部分內容於 2021 年 11 月 10 日在美國老年學學會年度科學會議上在線展示。提交人報告沒有利益衝突。這項工作得到了美國國家老齡化研究所的支援，1R21AG069748-01。這項工作也得到了美國國家老齡化研究所的部分支援：阿爾茨海默病 - RCMAR 中心（哥倫比亞大學，1P30AG059303，Manly , Luchsinger），以及 Claude D. Pepper 老年美國人獨立中心的測量方法和分析核心 (National Institute on Aging, 1P30AG028741 , Siu) 。

到：

引用

1. Batthyány A, & Greysen B (2021)。失智症在死前的自發緩解：一項關於矛盾清醒的研究結果。*Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 8(1), 1–8. 10.1037/cns0000259
[\[CrossRef\]](#) [\[Google Scholar\]](#)