

行政院所屬各機關因公出國人員報告書

(出國類別：進修)

運用社區改造策略於
社區老人健康照護之規劃

服務機關：衛生署國民健康局

出國人 職稱：技士

姓名：林真夙

出國地點：美國

出國期間：89年8月21日至90年8月17日

報告日期：90年11月17日

J4 / 609006550

系統識別號 C09006550

公務出國報告提要

頁數 31 含附件 否

報告名稱

社區老人健康照護與規劃

主辦機關

衛生署國民健康局

聯絡人/電話

/

出國人員

林貞夙 衛生署國民健康局 助理研究員

出國類別

進修

出國地區

美國

出國期間

民國 89 年 08 月 01 日 - 民國 90 年 08 月 17 日

報告日期

民國 90 年 11 月 17 日

分類號/目

J4/公共衛生、檢疫 /

關鍵詞

社區老人照護

內容摘要

此次赴美進修之目的，是為學習美國之社區老人健康照護規劃及評估之策略，並應用所學，提供新方式，以解決國內老人之健康照護問題，因此本篇出國報告將敘述美國之老人健康照護法規、政策及現況，並探討如何運用社區改造策略，由下而上透過社區老人的參與，以促進國內老人的身體、心理及社會等三方面的健康。美國老人相關之法規最重要的是1965年之老年美國人法案(Older American Act)，它提供資金給州政府以從事老人相關服務、訓練和研究，同時成立老人行政部 (Administration on aging)及建立聯邦醫療保險(Medicare)，以提供老人之健康保險計劃。而老人健康狀況之評估方式則是美國國家老化研究院、國家健康統計中心及戶政局合作，建立「聯邦機構整合之老化相關統計之討論會」，並於西元2000年提出人口、經濟、健康狀況、健康危險因子和行為、和健康照護等31項指標以評估美國老年人之生活情況。文中同時利用Brockenbrenner的生態系統模式，分析影響台灣地區老人健康照護的個人、人際之間、組織、社區及公共政策等問題，國內老人的健康狀況有一半以上(56.46%)可獨立維持日常生活活動，而健康狀況良好，鮮有病痛者則有39.90%，由此可知多數老人之健康照護需求在於健康促進及疾病預防。此外，台灣75.8%的社區居家老人自述罹患一種以上慢性病，67%的老人至少一項以上的生活功能需要工具輔助或需人幫忙，而絕多數的功能障礙老人係由家庭照顧，因此老人對於醫療門診、長期照護及居家照護之需求亦值得注意。由於醫療資源分配有限，以往的政策多投注於急性醫療及長期照護，同時相較於美國老人的行政組織，國內缺乏一統整機構的老人機構，且主責單位及實施機關間的協調聯繫不佳，常導致服務有重複、片段、或不連續的現象。然而，單方面仰賴政府提供完全的服務是不夠的，所形成的服務也常無法切合老人所需，因此如何運用社區改造策略來整合社區資源，以提供老人身心靈的服

務 分重要。社區改造策略包括 組織社區模式(Community Organizing Models)、社區健康工作者模式(Lay Health Advisor Models)、建立結盟(Coalition Building)、大眾傳播與媒體倡導策略(Mass Communication and Media Advocacy)、賦權(Empowerment Approaches) 及以社區為基礎之行動參與研究(Community-base/ Participatory Action Research)。利用上述之社區改造策略於國內既有的社區健康營造計畫，同時結合老人相關群體，共同探討其需求及能力，期望能夠為其謀求更好的健康照護環境。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書審核表

出國計畫主辦機關代號：_____ 全銜：_____ 聯絡單位：_____ 聯絡人：_____ 聯絡電話：_____

①報告書名稱		②頁數	_____頁 附件： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
③姓名	④服務機關	⑤單位	⑥職稱職等
林真夙	衛生署國民健康局 社區健康組	社區健康組	薦任七職等
⑦出國類別	⑧出國期間	⑨繳交報告日期	⑩前往國家地區
<input type="checkbox"/> 1 出席國際會議 <input type="checkbox"/> 2 考察 <input type="checkbox"/> 3 進修 <input type="checkbox"/> 4 研究 <input type="checkbox"/> 5 實習 <input type="checkbox"/> 6 其他活動(請註明)	89年8月21日至90年8月17日	90年11月17日	美國路易斯安那州
內容提要			
①實際支用金額	②出國計畫機關經費	③其他機關經費(機關名稱)	④國內團體經費(團體名稱)
	_____年度 _____元	_____) _____年度 _____元	_____) _____年度 _____元
		⑤外國政府或團體經費(國家或團體名稱)	⑥國際團體(團體名稱)
		_____) _____)	_____) _____元
出國計畫主辦機關審查意見	<input type="checkbox"/> 依期限繳交出國報告書 <input type="checkbox"/> 格式完整 <input type="checkbox"/> 內容充實 <input type="checkbox"/> 論述深入精闢 <input type="checkbox"/> 建議據參考價值 <input type="checkbox"/> 送本機關參考或延辯 <input type="checkbox"/> 送上一級機關參考 <input type="checkbox"/> 送其他機關參考：(機關名稱：_____) <input type="checkbox"/> 專案報院 <input type="checkbox"/> 送上一級機關參考 <input type="checkbox"/> 同意送指定圖書館 <input type="checkbox"/> 其他處理意見 <input type="checkbox"/> 同意主辦機關意見 <input type="checkbox"/> 全部/部分_____(填寫編號) <input type="checkbox"/> 其他處理意見		
本院(市)政府研考會審查意見	<input type="checkbox"/> 同意主辦機關意見 <input type="checkbox"/> 同意層轉機關意見 <input type="checkbox"/> 送指定圖書館 <input type="checkbox"/> 函請補正 <input type="checkbox"/> 其他處理意見：		

此次赴美進修之目的，是為學習美國之社區老人健康照護規劃及評估之策略，並應用所學，提供新方式，以解決國內老人之健康照護問題，因此本黨出國報告將敘述美國之老人健康照護法規、政策及現況，並探討如何運用社區改造策略，由下而上透過社區老人的參與，以促進國內老人的身體、心理及社會等三方面的健康。

美國老人相關之法規最重要的是1965年之老年美國人法案(Older American Act)，它提供資金給州政府以從事老人相關服務、訓練和研究，同時成立老人行政部 (Administration on Aging) 及建立聯邦醫療保險(Medicare)，以提供老人之健康保險計劃。而老人健康狀況之評估方式則是美國國家老化研究院、國家健康統計中心及戶政局合作，建立「聯邦機構整合之老化相關統計之討論會」，並於西元2000年提出人口、經濟、健康狀況、健康危險因子和行為、和健康照護等31項指標以評估美國老年人之生活情況。

此外，文中利用 Broffebrenner 的生態系統模式，分析影響台灣地區老人健康照護的個人、人際之間、組織、社區及公共政策等問題；國內老人的健康狀況有一半以上(58.46%)可獨立維持日常生活活動，而健康狀況良好，鮮有病痛者則有 39.90%，由此可知多數老人之健康照護需求在於生活活動促進及疾病預防。此外，台灣 75.8%的社區居家老人自認罹患一種以上慢性病症，6.7%的老人至少一項以上的生活功能需要工具輔助或需人幫忙，而絕多數的功能障礙老人係由家庭照顧，因此老人對於醫療門診、長期照護及居家照護之需求亦值得注意。

由於醫療資源分配有限，以往的政策多投注於急性醫療及長期照護，同時相較於美國老人行政組織，國內缺乏一統整機構的老人機構，且主責單位及實施機關間的協調聯繫不佳，導致服務有重複、片段、或不連續的現象。然而，單方面仰賴政府提供完全的服務是不夠的，同時所形成的服務常無法切合老人所需，應如何運用社區改造策略來整合社區資源，以提供老人身心靈的服務十分重要。

社區改造策略包括 組織社區模式(Community Organizing Models)、社區健康工作者模式(Lay Health Advisor Models)、建立結盟(Coalition Building)、大眾傳播與媒體關係(Mass Communication and Media Advocacy)、賦權(Empowerment Approaches) 及以社區為基礎之行動參與研究(Community-base/ Participatory Action Research)。利用上述之社區改造策略於國內既有的社區健康營造計畫，同時結合老人群體共同探討其需求及能力，期望能夠為其謀求更好的健康照護環境。

摘 要

此次赴美進修之目的，是為學習美國之社區老人健康照護規劃及評估之策略，並應用所學，提供新方式，以解決國內老人之健康照護問題，因此本篇出國報告將敘述美國之老人健康照護法規、政策及現況，並探討如何運用社區改造策略，由下而上透過社區老人的參與，以促進國內老人的身體、心理及社會等三方面的健康。

美國老人相關之法規最重要的是 1965 年之老年美國人法案(Older American Act)，它提供資金給州政府以從事老人相關服務、訓練和研究，同時成立老人行政部 (Administration on aging)及建立聯邦醫療保險 (Medicare)，以提供老人之健康保險計劃。而老人健康狀況之評估方式則是美國國家老化研究院、國家健康統計中心及戶政局合作，建立「聯邦機構整合之老化相關統計之討論會」，並於西元 2000 年提出人口、經濟、健康狀況、健康危險因子和行為、和健康照護等 31 項指標以評估美國老年人之生活情況。

文中同時利用 Broffenbrenner 的生態系統模式，分析影響台灣地區老人健康照護的個人、人際之間、組織、社區及公共政策等問題；國內老人的健康狀況有一半以上(56.46%)可獨立維持日常生活活動，而健康狀況良好，鮮有病痛者則有 39.90%，由此可知多數老人之健康照護需求在於健康促進及疾病預防。此外，台灣 75.8%的社區居家老人自述罹患一

種以上慢性病，67%的老人至少一項以上的生活功能需要工具輔助或需人幫忙，而絕多數的功能障礙老人係由家庭照顧，因此老人對於醫療門診、長期照護及居家照護之需求亦值得注意。

由於醫療資源分配有限，以往的政策多投注於急性醫療及長期照護，同時相較於美國老人的行政組織，國內缺乏一統整機構的老人機構，且主責單位及實施機關間的協調聯繫不佳，常導致服務有重複、片段、或不連續的現象。然而，單方面仰賴政府提供完全的服務是不夠的，所形成的服務也常無法切合老人所需，因此如何運用社區改造策略來整合社區資源，以提供老人身心靈的服務十分重要。

社區改造策略包括 組織社區模式(Community Organizing Models)、社區健康工作者模式(Lay Health Advisor Models)、建立結盟(Coalition Building)、大眾傳播與媒體倡導策略(Mass Communication and Media Advocacy)、賦權(Empowerment Approaches) 及以社區為基礎之行動參與研究(Community-base/ Participatory Action Research)。利用上述之社區改造策略於國內既有的社區健康營造計畫，同時結合老人相關群體，共同探討其需求及能力，期望能夠為其謀求更好的健康照護環境。

目 錄

第一章 進修目的

第一節 緒論.....	1
-------------	---

第二節 報告內容綱要.....	3
-----------------	---

第二章 美國老人健康照護現況

第一節 美國老人健康現況.....	4
-------------------	---

第二節 美國老人相關法規.....	7
-------------------	---

第三節 社區老人健康照護體系.....	10
---------------------	----

第四節 社區老人健康評估.....	13
-------------------	----

第三章 運用社區健康改造策略於社區老人健康照護規劃

第一節 國內老人健康照護問題之分析.....	16
------------------------	----

第二節 組織社區模式.....	21
-----------------	----

第三節 社區健康工作者模式.....	22
--------------------	----

第四節 建立結盟.....	25
---------------	----

第五節 大眾傳播及媒體促進策略.....	26
----------------------	----

第六節 賦權.....	27
-------------	----

第七節 以社區為基礎研究/行動參與研究.....	29
--------------------------	----

第八節 心得及建議.....	30
----------------	----

第一章 進修目的

職此次赴美進修之目的，是為學習美國之社區老人健康照護規劃及評估之策略，並應用所學，提供新方式，以解決國內老人之健康照護問題。

第一節 緒論

人口快速的老化，已經是 21 世紀世界各國重要的挑戰。依據世界衛生組織之估計，至西元 2000 年全世界的老年人口為 6 億，2025 年將增加為 12 億，至 2050 年將達到 20 億¹。隨著老年人口的日益增加，其生理、心理及社會問題亦形成世界各國之重要議題，包括慢性病及癌症等罹病率之提昇、老人失智症及老人自殺率之增加、及相對而來之高成本的老人疾病與失能的照護等。因此，如何研擬更好的方式，使得老年人能夠維持其生理與心理之功能，進而貢獻所長，以減少社會成本，是目前政策制定者的重要課題。

我國於民國八十二年九月時，台灣地區六十五歲以上的老年人口已有一四七萬餘人，佔總人口之七%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標，依據內政部統計，截至八十九年九月底，臺灣地區六十五歲以上人口(簡稱老年人口)已達 190 萬餘人，占總人口比例之 8.57%。另依據行政院經建會的推估，至民國一〇九年老年人口將達三五四萬餘人，佔總人口的一四·〇八%，而於民國一二〇年老年人口估計會有五一七

¹ World Health Organization Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion (NPH) About Ageing and Life Course 2001/11/15 Retrieved from <http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm>

萬餘人，佔總人口的二〇・〇七%，即每五人中就有一位是老年長者。高齡化社會之快速變遷，將引發新的需求與問題，因而也須有相對的規劃、因應對策與措施，乃至法規的修訂，俾使立法、政策、服務合一，有效落實老人福祉²。

隨著經濟的發展及社會的進步，人們對於健康概念也逐漸提昇。在1970年代之前人們對於健康的定義僅止於「沒有疾病」，因此當時的健康政策強調對於疾病的治療，至1970及1980年之後，由於世界衛生組織對於健康的解釋更為廣義，包括「生理、心理及社會方面的美好安寧狀態」，致使健康策略轉型為疾病的預防、健康維護及健康促進。

「健康促進」不同於疾病預防與健康維護，它強調人們、群體及組織是促進健康的活性因子，尤其是社區的健康促進³，社區健康促進是期望透過公部門及私部門的互助合作，以增進某區域人們的福祉。此外，由於週遭環境對於健康行為的影響日益顯著，因此健康促進的策略也不再侷限於個人為主的衛生教育，Broffebrenner 的生態系統模式⁴提到，決定行為的因子包括個人、人際之間、組織、社區及公共政策等因子。個人的因子是指個人的知識、態度、行為、自我概念及技能；人際之間的因子是指家庭、工作夥伴及友誼等網絡，組織的因子是指社會的機構內

² 內政部社會司老人福利 不分年齡人人共享的社會-談老人福利政策之展望 2001/11/15 來源 <http://vol.moi.gov.tw/sowf3w/04/new04.htm>

³ Stokols, D(1996) "Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion" American Journal of Health Promotion 10(4) 282-98

⁴ McLeroy K, Bibeau D, Strecker A, et al (1988) "Ecological Perspective on Health Promotion Programs" Health Education Quarterly, 15(4) 351-377

正式或非正式之規定，社區因子是組織、機構及團體之間的關係，而公共政策因子是指地方、州政府或是國家的法律與政策。

上述社區健康促進的概念，目前也正在台灣地區蓬勃發展，例如衛生署推動之「社區健康營造三年計劃」，因此若能利用現有的社區組織及新的社區改造策略，作為國內老人健康照護規劃的基礎，將是符合國情且可行的方式。

第二節 報告內容綱要

此篇報告將分為三部份 第一部份為職赴美進修研究目的，第二部分將說明美國之老人人口、社會、經濟現況及健康等狀況，並就政策及組織層面了解美國老人之相關法規、中央及州政府之老人機構與老人健康評估方式。第三部份將運用職赴美進修所學之生態系統模式及社區改造策略，分析台灣之社區老人健康照護之問題及提供解決策略。

第二章 美國老人健康照護現況

第一節 美國老人健康現況

由於健康照護科技的進步，形成美國老年人口快速增加，而 1946 年至 1964 年間的嬰兒潮，將在西元 2011 年之後，更加速老年人口的成長。據估計在西元 2000 年，美國 65 歲以上的老年人口約有三千五百萬人，約為其總人口的百分之十三，至 2030 年，老年人口將增加為目前的兩倍，約為七千萬人⁵

西元 2000 年美國老年人口之種族組成，84% 為非拉丁美洲裔之白人，8% 為非拉丁美洲裔之黑人，6% 為拉丁美洲裔，2% 為亞洲人及太平洋上小島之居民，0.4% 是印地安人及阿拉斯加原住民。老年人之婚姻狀況，79% 之 65 至 74 歲男性為已婚，同年齡層的女性 55% 為已婚，而 85 歲以上之男性約 50% 為已婚，相較於女性則只有 13% ，同時，女性較男性容易成為鰥寡者。至於老人的教育程度，67% 之 65 歲以上的老人擁有高中或是高中以上的學歷。在居住狀況方面，就男性老人而言，73% 與配偶同住，7% 與其他親戚同住，3% 與非親戚同住，17% 獨居。女性老人有 41% 與配偶同住，17% 與其他親戚同住，2% 與非親戚同住，41% 獨居。一般而言，女性老人獨居的比率較高。

美國老人的經濟狀況，11% 屬於貧窮，相較於美國其他年齡層，老

⁵ Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics (2000) Older Americans 2000 Key Indicators of Well-Being Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics, Washington, DC U S Government Printing Office

人有較高的貧窮比率，尤其是女性老人貧窮的比率(13%)又高於男性(7%)。收入的分布方面，約有三分之二的老人為中等以上收入者，其餘則為低收入或是貧戶。收入的來源中，社會保險救濟金佔老人收入的五分之二，其餘包括投資收入、退職金和工資各佔五分之一。戶長為65歲以上老人之家戶總資產，白人的中位數是美金181,000元，而黑人僅有美金13,000元。70歲以上老人，有工作者少於12%。其他項目如住宅之支出，約佔中等收入老人的29%。

西元1999年美國之平均餘命為男性73.8歲，女性79.7歲⁶。而1997年65歲以上老人之主要死因為心臟疾病，癌症，中風，慢性阻塞性肺病，肺炎及流行性感冒，和糖尿病。此外，美國70歲以上老人罹患慢性病之情形分別為：關節炎患者佔58%，高血壓患者佔45%，心臟疾病患者佔21%，癌症患者佔19%，糖尿病患者佔12%，中風患者佔9%。

老人記憶喪失之情形隨著年齡的增長而日益嚴重，65至69歲罹患記憶喪失者佔4%，至85歲以上則佔36%。此外，老人呈現憂鬱症狀者，大致上亦隨著年齡的增加而相形嚴重，65至79歲，80至84歲，85歲以上患有憂鬱症狀者分別佔15%，21%和23%。在老人自我評估健康方面，有72%認為自己的健康情形屬於好或是更佳之狀態。在老人失能方面，21%有輕至重度的慢性失能情形。

⁶ World Health Organization The World Health Report 2000 Health Systems Improving Performance Geneva, Switzerland 2000 P 163

關於美國老人之社會活動情形，70 歲以上老人有 92% 在過去的兩個星期中，曾經與非同住之家庭成員在一起，88% 與朋友或是鄰居有往來，半數的老人至教堂或是廟宇服務或是參加活動。同時，社會活動之參與，隨著年齡增加而逐漸減少。此外，有三分之二的老人覺得，已經有足夠的社會活動。在生活型態方面，34% 的 65 歲以上的老人為少活動的生活型態，女性較男性更少活動。

在老人疫苗的接種，非拉丁美洲裔之白人的流行感冒疫苗接種率為 60% ，非拉丁美洲裔之黑人為 40% ，拉丁美洲裔者為 50% 。老年女性接受乳房攝影檢查的比率是 55% 。美國老人飲食的品質，21% 為良好，67% 有待改善，13% 屬於很差。而老人成為暴力犯罪的犧牲者佔千分之三，遠低於 12 至 64 歲之人口群(千分之四十五)。

在健康照護方面，65 至 69 歲老人，平均每人一年的健康照護支出(包括保險給付及自付額)是美金 5,864 元，70 至 74 歲是美金 6,744 元，75 至 79 歲是美金 9,414 元，80 至 84 歲是美金 11,258 元，85 歲以上者為美金 16,465 元。而其主要的健康照護支出為門診費用(佔 30.3%)，依次分別為住院費用(28.8%)，護理之家(20.8%)，居家照護(10.1%)，藥費(6.9%)及其他支出(3.1%)。而自付額的費用約佔家庭總支出的 9 至 13% 。

至於健康照護的可近性，約有 2% 的老人醫療保險者表示，難以獲得

健康照護服務。6% 則表示由於費用的因素，以致於耽擱接受健康照護的時間。65 歲以上老人使用健康照護服務之情形，一年內每 1000 人當中有 13,100 人次看過醫師，365 人次住過院，8,227 人次接受過家庭健康訪視。護理之家的使用情形隨著年齡的增加而增加。65 至 74 歲老人，每 1000 人當中有 11 人住在護理之家，相較於 74 至 84 歲者有 46 人，85 歲以上者有 192 人。居家照護之使用情形，15% 的老人接受過居家照護。

第二節 美國老人相關法規

自十九世紀末期，美國之老年人就已經逐漸受到重視，而成為國家的議題。二十世紀之後，由於社會意識的高漲，更促成美國大眾對於老年需求之關注。1900 年初期的法案包括，西元 1920 年的公職人員退休法案 (Civil Service Retirement Act) 提供政府職員退休系統之法源，西元 1935 年的社會安全法案 (Social Security Act) 通過，提供老年協助與老年倖存者保險 (Old Age Assistance and Old Age Survivors Insurance)，西元 1937 年的鐵路退休法案 (Railroad Retirement Act) 提供退休之鐵路職員及配偶養老津貼。

在二十世紀中期之後，美國老人相關之法案及政策更是蓬勃發展，例如，西元 1950 年召開由聯邦安全局 (Federal Security Agency) 資助之第一屆國家老年會議，1952 年基於社會安全法案，聯邦基金首次撥款支援社會服務老人之計劃。1959 年供給房屋法案 (Housing Act) 授權一

直接貸款計劃，提供老人低利率貸款及低租金之住所。1961 年首屆白宮老年會議於華盛頓特區舉行，1962 年國會提出議案，成立一獨立及永久性的老年委員會。1965 年老年美國人法案(Older American Act)於 7 月納入法律，期望藉由提供資金給州政府以從事老人相關服務、訓練和研究，進而幫助老人⁷。同時成立老人行政部 (Administration on aging) 及建立聯邦醫療保險(Medicare)和醫療補助計劃(Medicaid)。聯邦醫療保險(Medicare)提供老人之健康保險計劃，醫療補助計劃(Medicaid)則提供低收入戶之健康保險計劃。1967 年老年歧視法案(Age Discrimination Act)納入法規。

1970 年代之後的法案及政策包括 1971 年第二屆白宮老年會議於華盛頓特區舉行，1972 年老年美國人法案 (Older American Act)提供資金給國家老人營養計劃。1973 年老年美國人整合服務修正案(Older American Act Comprehensive Amendments)施行，建立了地區性的老人行政機關，並提供補助金給地方的社區機關，以建構多功能之老人中心，及提供社區服務就業補助金計劃(Community Service Employment grand program)給 55 歲以上之低收入戶。1974 年社會安全修正案授權州政府提供社會服務。這些服務包括保護性服務、協助家務服務、運輸服務、成人日間照護服務、就業訓練、提供資訊及轉介、營養協助、健康支持，同時，住

⁷ Gelfand DE The Aging Network Programs and Services Fifth edition Spring Publishing Company 1999 P11-25

宅及社區發展法案頒布，提供低收入住宅給老人及殘障者，而國家老人研究所 (National Institute on Aging) 成立，建構老化過程、老人疾病和老人相關問題之研究及訓練。

1981 年在華盛頓特區舉行第三次白宮老年會議，同時，老年美國人法案再次授權並強調支持性服務，以協助老人於社區中能夠獨立。1984 年老年美國人法案再次釐清及重申，州及區域的老人機構之角色，在於協調社區性的服務，並應擔負起責任提供國家優先服務之基金。1987 年概括性預算協調法案(Omnibus Budget Reconciliation Act)為促進護理之家的革新，提供護理助理訓練、調查及認證程序、患有心理疾病者入護理之家前之篩檢。同時，老年美國人法案增加六項服務之授權，包括：虛弱老人之在宅服務、長期照護調查官、特別需求之協助、健康教育與促進、老人虐待之預防，和尋找符合條件者，以提供補助性保險收入 (Supplemental Security Income)、聯邦醫療保險(Medicare)、醫療補助計劃(Medicaid) 及食物供給(Food Stamp)。此外，當護理之家之居民需要尋求保護及支援時，能夠找到長期照護調查官。同時，長期照護調查官亦能夠至護理之家，取得病人的資料、提供合法的保護、州調查官能夠擬訂地區調查官計劃，和使得地區調查官計劃獲得合法之諮詢。

1990 年有殘疾之美國人法案，延伸其就業及公共貸款給有殘疾之美國人，使其免於受到歧視。同時，年齡歧視之就業法案(Age Discrimination

in Employment Act)保障老年人之工作權，使其免於受到歧視。1992 年老年美國人法案之焦點在於照護者、兩代之間的計劃及老人權利的保護。1995 年白宮老年會議召開。同時，老年美國人法案、聯邦醫療保險 (Medicare)、醫療補助計劃 (Medicaid) 成立 30 週年，社會安全法案 60 週年。1998 年十月一日聯合國發起西元 1999 年為國際老人年，並強調聯合國對於老年人之重視，及促進老年人之獨立、參與、照護、自我實現及自尊⁸。

第三節 社區老人健康照護體系

美國老人計劃的基金是依據各州的人數，分配給州的老人局，以供其計劃、發展和協調支持性的在宅服務，和以社區為基礎的服務系統。大部分的州被分成計劃與服務區域 (Planning and Service Areas, PSAs)，如此一來，計劃可以針對社區獨特的需求提供有效率的服務。目前美國有超過 650 個地區老人處 (Area Agencies on Aging, AAA)，其與公立或是私立團體訂契約以提供老人服務，因此，在美國有超過 27,000 個提供老人服務的機構。某些地區若是未能找到與其簽約者，老人處需擔負起服務老人之工作 (美國老人服務之網絡見圖 1)。

老人處提供的老人服務包括：(1) 可近性之服務，例如提供資訊、轉介、向外延伸、個案管理、護送和運輸。(2) 在宅服務，雜務、家務

⁸United Nations International Year of Older Persons 1999 2001/08/12 Retrieved from <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/>

料理、個人照護、送餐到家、家中修養及復健。(3) 社區服務，包括老人中心、共同用餐、日間照護、護理之家調查官、老人虐待之預防、合法的就業諮詢、健康促進和健康計劃。(4) 照護者服務，例如喘息照護、諮詢、教育計劃。

1994 年 1 月佛羅里達州之老人聯盟組織，獲得老年行政部 (Administration on aging) 的補助，針對居住在聯邦政府援助之住宅內 60 歲以上的虛弱老人，展開為期三年的支持性計畫；由一位個案管理者、二十位志工、一位康樂活動領導者及一位護士提供個案管理、健康支持和在宅服務。個案管理者提供個案定期的訪視和協調志工之服務，包括解決財務問題、危機處理、規律性的偵測個案的情形，及評估老人之需求以提供所須之服務。每個志工則至少負責五位個案，提供個案訪視和營造溫暖、支持性和關懷的環境。康樂活動領導者協調運輸工具以提供老人購物及參與活動等娛樂。護士負責偵測和紀錄個案之健康狀況，同時提供健康講座及諮詢。此計畫在提昇個案「日常生活活動能力 (activity daily living, ADL)」和生活品質方面有顯著之成效。

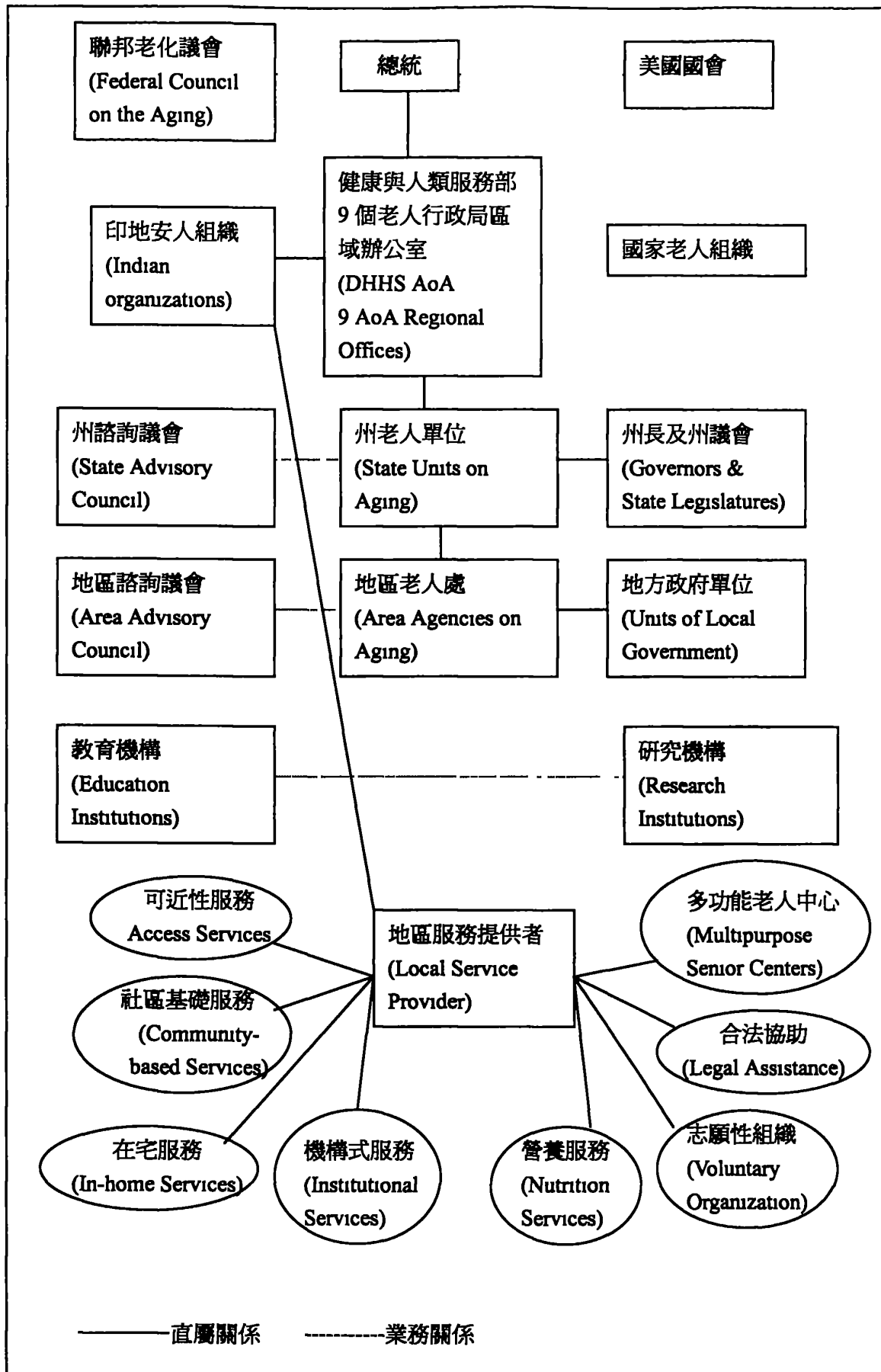


圖 1 美國國家老人服務網絡

第四節 社區老人健康評估

在老人健康資料統計方面，西元 1986 年美國國家老化研究院 (National Institute on Aging)、國家健康統計中心 (National Center for Health Statistics) 及戶政局 (Census Bureau) 合作，建立「聯邦機構整合之老化相關統計之討論會」(Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics)。此會之宗旨在於跨越機構間的界線，提供討論資料的場所，以促進新資料庫的發展、提昇老年相關資料傳播的機制、邀請研究者發表老人資料之分析，鼓勵國際間的合作，進而提昇老年統計資料的品質及利用情形。

該會於西元 2000 年提出 31 項指標以評估美國老年人之生活情況，此 31 項指標又可分為五個部分：人口、經濟、健康狀況、健康危險因子和行為、和健康照護。在人口部分的指標包括：美國 65 歲以上老年人口之數目、種族之組成、婚姻狀況、教育狀況和居住狀況。在經濟部分的指標有：貧窮之比率、收入之分布、收入來源、總資產、就業情形及住宅之支出。健康狀況部分則包括：平均餘命、死亡率、慢性病之分布情形、記憶力喪失情形、憂鬱症狀、自我評估健康狀況、和失能狀況等指標。健康危險因子及行為之指標有：社會活動、少活動的生活型態、接受流行感冒及肺炎預防接種之情形、女性接受乳房攝影之情形、飲食之品質、犯罪之受害者。健康照護部分則包括 老年健康保險對於健康照

護之支出、上述之健康照護支出之分配、自行負擔之醫療支出之情形、健康照護服務之可用性、對於健康照護服務之利用、老年人居住護理之家之比率、居家照護之利用情形。

其次，老人評估的工具方面，美國佛羅里達州政府之老人事務部發展出一整合性評估表(Comprehensive Assessment Form)。這份表格之測量項目有(1)心理狀況(2)健康：包括健康問題、醫療治療情形、特殊設備需求和營養(3)功能評估 包括「日常生活活動能力(activity daily living, ADL)」、「工具性日常生活活動能力(instrumental activity daily living, IADL)」、「(4)個案支持系統及社會資源(5)心理健康，包括情感的安寧狀態(6)社會經濟狀態，以及(7)基本人口學⁹。

另一老人評估之模式提到，老年健康的評估重點在於其功能年齡(Functional Age)的評估，功能年齡的評估可分為三個層面，包括：生物年齡、心理年齡及社會年齡。(1)在生物年齡方面之評估項目有七大項：一般生理症狀、生理上的限制、認知判斷及溝通能力、個人醫療情形、日常生活習慣、機動性及安全性、和家事處理等。(2)心理年齡的評估是了解老人如何面對日常生活的問題及其適應能力。主要為評估人格功能的表現，例如個人掌握生活事件的能力、現實感、判斷能力、問題解決能力、自尊感、情感表達的適當性、和人際關係之技巧。(3)社

⁹ Linda L. (1997) Model program of supportive services to frail, older individuals who live in a federally assisted housing facility report of significant research findings, January, 1994-December, 1996 final report. Miami, FL Alliance for Aging

會年齡 社會化是個人成功的表現其角色功能，和學習符合其性別、社會階級、種族和年齡的行為之過程。因此，社會年齡之評估包括個人角色的扮演是否符合社會的期望，和個人之社會網絡支持系統¹⁰。

¹⁰ Greene RR. Social work with the aged and their families Walter de Gruyter, Inc , New York 2000 p51-89

第三章 運用社區改造策略於老人健康照護

健康促進之實務工作者已經發現，僅將衛生教育措施投注於個人行為的改變，對於個人的健康狀態未能有良好的成效，必須同時影響社會、經濟及政治層面，才能真正促進國民的健康。同樣地，若要有效解決老人健康照護之問題，必須先以 Broffenbrenner 的生態系統模式分析國內老人健康照護的問題。同時運用社區改造策略以解決相關問題。

社區改造策略包括：組織社區模式(Community Organizing Models)、社區健康工作者模式(Lay Health Advisor Models)、建立結盟(Coalition Building)、大眾傳播與媒體倡導(Mass Communication and Media Advocacy)、賦權(Empowerment Approaches) 及以社區為基礎之行動參與研究(Community-base/ Participatory Action Research)。以下將說明上述的社區健康策略，同時提供老人健康照護之解決方案。

第一節 國內老人健康照護問題之分析

利用 Broffenbrenner 的生態系統模式，分析台灣地區老人健康照護的問題，可分為個人、人際之間、組織、社區及公共政策等因子

一、 個人因子。

調查發現目前國內老人的健康狀況有一半以上(56.46%)可獨立維持日常生活活動，而健康狀況良好，鮮有病痛者則有 39.90%，由此可知多數老人之健康照護需求在於健康促進及疾病預防。此外，另一統計顯示

台灣 75.8%的社區居家老人自述罹患一種以上慢性病，6.7%的老人至少一項以上的生活功能需要工具輔助或需人幫忙¹¹。而 65 歲以上之老人，不管是接受居家照護服務或是居住在長期照護機構，半數以上的個案是罹患腦血管疾病¹²，因此教導健康的生活方式，防止疾病惡化或發生是非常重要的。

台灣老人的健康觀念是“精氣神調和”、“心理幸福快樂”、“心靈和平寧靜”、“掌控及展望感”及“身體無不適”。而老人的健康行為，從多元醫療體系來看，老年人自行服用成藥的情形極嚴重，而求診行為仍以西醫為主(94.1%)，中醫佔了 47.6%，對於中國傳統的民俗療法，使用過的也不少(22.3%-29.3%)。而老人的運動行為，依據某社區調查，有關運動種類、應持續時間、頻率等認知，超過 90%的老人有認知錯誤或不足的現象，且活動力良好的老人，63.3%未從事有益的健康運動¹³。

此外，老人認為最理想之養老居住方式，依據內政部八十五年老人生活狀況調查發現：與子女同住或隔鄰而居者佔七十二·五三%為最高，其次為與配偶同住者佔一六·〇七%，認為居住於安養或養護機構者僅有二·八三%，而認為居住在老人公寓者有一·四三%。是以老人仍期望與子女同住或隔鄰而居或與配偶同住。

¹¹ 吳淑瓊、張明正(民 86 年) 台灣老人的健康照護現狀分析，國立台灣大學公共衛生研究所暨衛生政策研究中心。

¹² 胡幼慧、王孝仙、郭淑珍(民國 84)，家人照護失能老人的困境——一項質化與量化整合的研究，公共衛生，22(2)，99-114。

¹³ 劉影梅、陳麗華、李媚媚等(民 87)活躍的銀髮族——社區老人健康體能促進方案的經驗與前瞻，

二、 人際之間的因子

儘管老人認為最理想之養老居住方式，是與子女同住或隔鄰而居住者，然而依據調查，老人「獨居」和「僅與配偶同居」之比率愈來愈高。依據角色理論，老化過程使個人面臨兩種改變：一是放棄一般成人所特有的社會關係與角色，二是代之以退休和接受晚年生活所特有的社會關係，例如依賴子孫。而活動理論主張：社會可能從老人的世界中逐漸隱退，然而保持活躍的老人依然可以過很好的老年生活¹⁴。

基於上述理論及現況，民國八十四年，埔里鎮社區總體營造「健之邑」研發組召集人提出「五老五實平安健康社區營造」企劃案，五老即稱心的老身、知心的老伴、歡心的老友、安心的老本及放心的老居，主要在於協助社區居民認識高齡化的各項問題以及因應之道，及早規劃老年後的生活¹⁵。

三、 組織的因子：

依據內政部統計，目前台灣地區老人相關的機構包括，台閩地區之老人文康中心約二百七十所，提供各類休閒、育樂服務，有的亦提供諮商、輔導、人力資源仲介等服務，同時至八十八年度計有長青學苑二〇一所，開辦一、一三九班次，計有四萬餘人次參加。對於殘病老人的養護機構，目前國內已立案並實際營運之老人安養護機構數(截至 89.4.30 日止)包

護理雜誌 45(6) , 29-35。

¹⁴ 黃明珠等(民 80)，公共衛生護理學，p 462 匯華圖書出版有限公司

¹⁵ 財團法人五老五基金會 認識五老五 2001/11/15 來源 [http //www ofo org tw/](http://www.ofo.org.tw/)

括 安養機構 54 家/12,249 床、養護機構 350 家/9,490 床、長期照護機構 6 家/259 床，未立案老人安養護機構數共計 329 家，實際照顧 7,986 人，依據衛生署統計，護理之家至 87 年底有 62 家計 2485 床，平均每萬名老人 14.2 床¹⁶。

目前老人安養機構的重要課題包括，如何促進機構福利服務功能，樹立專業品質，保障安全之新形象，進而導引協助未立案之老人安養、養護機構，儘速依規定辦理立案，讓民眾安心託顧，使老人安養與人性尊嚴、安全保障、生活愉悅等面向多能顧及。

四、 社區的因子。

社區是居民生活共同圈，它對老年人尤具有其意義與價值，為使老人能在熟悉的環境中得到安養照顧，也能延續老友의 互相關懷慰訪，充實生活情趣，需藉由社區資源協助提供社區需求的滿足。因此，有計畫、有組織的建構社區福利服務網絡體系，才能有效落實社區式安養。

然而，目前家庭照顧老人主要困難在於照顧人力不足，經濟壓力負擔重，缺乏照顧知識之訓練，社會支持及情緒調適較弱…等，致使照護的品質堪慮，因此，必須建立其支持資源體系，以落實居家安養模式。為能補強居家安養不足或需求，目前開辦的縣政府開辦日間照顧、短期照顧以協助照顧人力不足而短期紓緩壓力或休息之問題，但因經費有限，名額有所限制。

¹⁶ 行政院衛生署 公共衛生年報，八十八年版。

而老人在宅服務及居家照護也提供了社區式照護系統，但老人在宅服務因限於人力與服務對象的限制，使得服務的普遍性不足，而全民健康保險居家照護的給付範圍，只針對技術性護理及醫師診療部分，一個月以兩次為限，且復健師及社工員等專業人員未列入給付範圍，使得因醫療團隊成員不足，無法提供個完善的服務。此外，如何整合社區資源以提供老人身心靈的服務，也是社區因子中的重要課題。

五、 公共政策之因子

國內有關老人的政策仍以社會福利為主，醫療衛生的參與一向較少。國內老人的相關福利政策包括：低收入老人生活補助、中低收入戶老人生活津貼、中低收入戶老人住宅設施設備補助改善、老人居家服務、中低收入戶老人重病住院看護費補助等，另外，為鼓勵子女與老人同住，所得稅法已有增加百分之五十免稅額的規定。關於老人之健康照護政策，則有衛生署之中老年疾病防治、發展居家照護與護理之家、全民健康保險給付之老人免費健檢及長期照護三年計劃等。

相較於美國老人的行政組織，國內缺乏一統整機構的老人機構，且主責單位及實施機關間的協調聯繫不佳，常導致服務有重複、片段、或不連續的現象¹⁷。然而，單方面仰賴政府提供完全的服務是不夠的，同時所形成的服務常無法切合老人所需，應此如何激發其自主性，「由上而下」地由老人來影響相關政策的制定，便相形重要。

第二節 組織社區模式 (Community Organizing Models)

「社區」的定義可以就地理上的區域來界定，就老人社區而言，可以是某一區域的老人，例如台北市的老人們。但也可能沒有地理上的界線，只要團體中的成員有歸屬感、有共同的語言或是儀式、分享規範及價值觀、互相影響、分享需求、及有情感上的交流等都可稱為是「社區」，例如中華民國老人福利推動聯盟。

「組織社區模式」的方式包括區域發展、社會計劃及社會運動；「區域發展」是結合社區的人來決定及解決自己的問題，同時透過「社區能力」的建構及「社會整合」以達到問題的解決，社區能力的建構必須先透過教育喚起社區的意識，然後增強社區的智能，而社會整合則是結合不同的種族或是不同社會階層的人群一同努力。

區域發展之過程包括三個階段，階段一：建立社區發展工作者與社區之間的合約，以締造一起工作之共識，及組成行動小組；階段二：發展政治上的認知，以確保社區組織的合法性，及發展其工作計劃；階段三：發展社區活動，依據目標執行計劃，並組織社區參與計劃。

運用區域發展以解決社區老人的問題，需先定義老人社區的範圍，例如新竹縣峨眉鄉的老人。然後可以透過里民大會、電視媒體或是提供社區老人健檢的機會，教育社區老人了解自己的健康需求及能力。接下來可以結集社區中的老人，成立社區老人健康促進委員會，共同研討社

¹⁷ 李怡娟(民 87)護理於老人政策的重要性，護理雜誌 45(6) 16-21。

區老人的健康問題及解決問題之計劃。最後結合社區相關資源共同解決問題，同時評價策略的成效。

「社會計劃」則是由機構或是專家學者收集社區的資料後，確定社區的問題及協助其解決問題，例如 由於老年人較高的罹病率，對藥物使用需求較高，使老人面臨較多的用藥問題，台大護理系黃璉華教授針對社區老人用藥的問題設計護理指導教育，以增進老人用藥常識，改善用藥行為。

而社會運動則是將議題具體化，並鼓動民眾採取行動以對抗敵對之目標；例如採示威遊行方式，爭取中央政府編列預算補助老年津貼。

在組織社區模式中，社區議題的選擇很重要，一個好的議題必須符合下列的準則：(1)能夠成功(2)能結合民眾或組織參與有意義之活動，以解決問題(3)是影響大部分的人(4)是較大計劃的一部份。例如：上述之社區老人的用藥問題或是爭取老年津貼。

第三節 社區健康工作者模式

社區健康工作者是指社區中非醫護專業人員，但經過訓練後能提供社區相關之健康資訊、轉介及情緒上支持者。當某些人群是難以被專業的醫療人員發現者，例如：獨居又多病的老人，若沒有親友的照料，又未能利用社區中的健康照護資源，是難以獲得社區的健康照護服務，此時社區的健康工作者就能夠擔任健康照護系統與社區民眾之間的橋樑。

界定志工的角色、招募志工及訓練志工以成為社區健康工作者，是此模式的重點，使用「計劃模式」(圖 2)將可說明如何發展社區健康工作者策略的目標和活動。首先，計劃制定者須了解欲達到結果是什麼？個人健康行為改變、社會網絡間的合作或是社區整體性的改造，其次，將使用哪種網絡系統的策略？加強既存的社會網絡關係、加強網絡之間的協調能力或是組織社區以共同解決問題，其次，哪種既存的社會架構是欲改變的對象？家庭、朋友、宗教和社會組織、城市的機構、服務機構、街坊鄰居或是企業界；最後，社區健康工作者被期待達到怎樣的社會支持的功能？情感的支持、輔助性的支持、資訊的提供或是評價的支援等功能？

其實社區健康工作者模式在國內已被社區健康營造中心所運用，例如社區健康營造中心招募健康志工，其在接受健康課程的訓練後，提供社區民眾健康的訊息及轉介之功能，及內政部祥和計畫之廣結志工推展老人居家服務，以提供老人家事服務、關懷慰訪、陪伴就醫、餐食服務等。

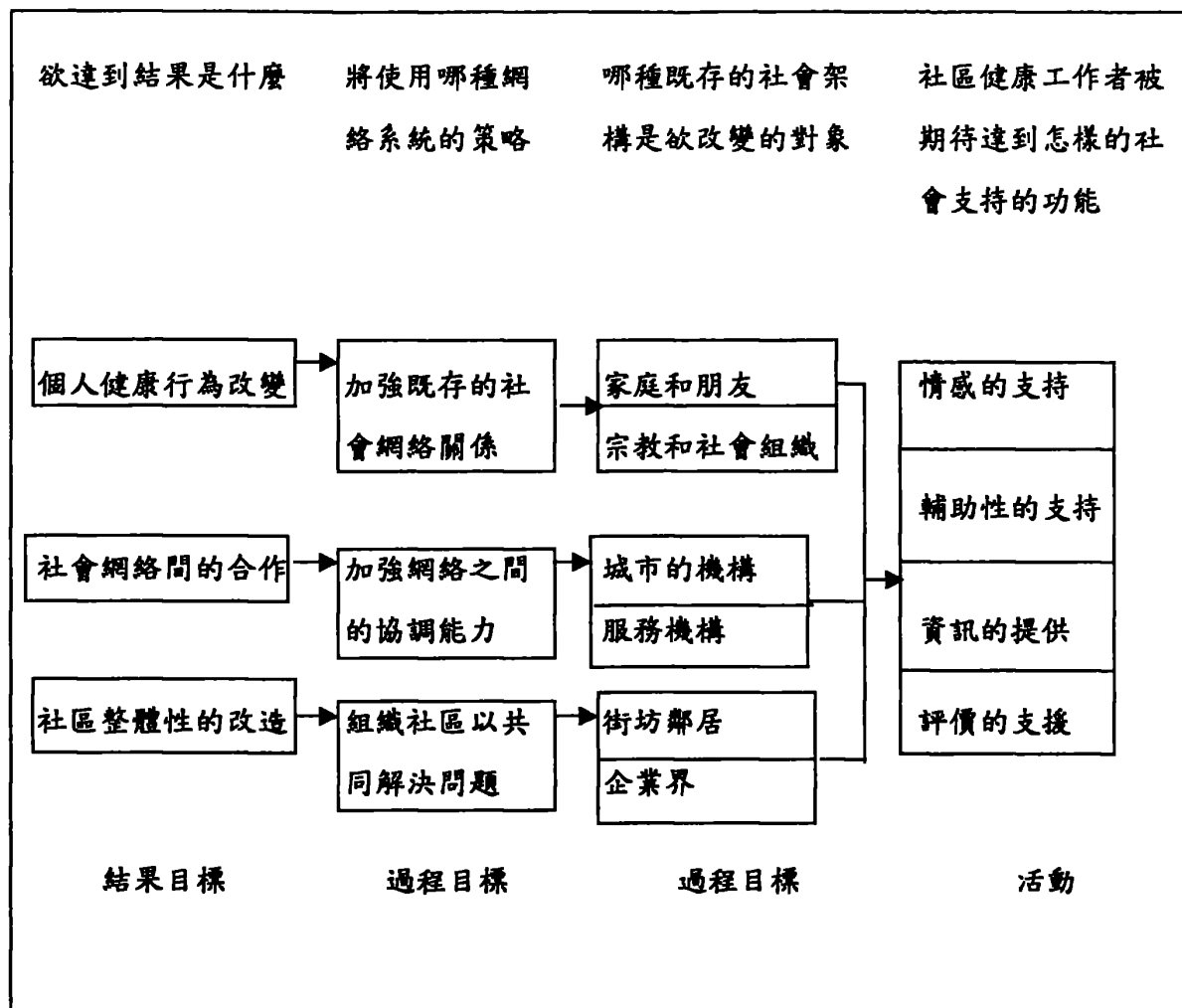


圖 2 社區健康工作者模式的計劃模式

第四節 建立結盟

社區的結盟，是指社區中一群來自不同機關、宗教或是政黨的個人，同意一起工作以達成一個共同目標¹⁸。在美國，結盟是一經常運用於促進社區健康的策略，近年來被用來解決愛滋病、藥物濫用、菸害防治及子宮頸癌等公共衛生問題均頗有成效^{19,20}。

結盟的發展包括七個步驟 1. 動員社區民眾 2 建立結構性組織 3. 建立行動力 4. 計劃 5. 執行 6. 改進 7 制度化。影響結盟的因素包括：領導能力、決策能力、溝通、衝突、參與的利益、組織氣候、成員的能力、能力的建立、招募的方式、組織的架構及社區的能力。而測量結盟的效益可以用：成員的參與情形、成員的滿意度、計劃的品質、資源的運用及執行進度等項目。

目前衛生署之社區健康營造計劃中，社區健康營造中心就是運用結盟的模式，結合當地不同之組織以共同進行社區健康營造，例如·台北市中正區之社區健康營造中心-台灣省紅十字會結合社區的學校、宗教團體、企業團體及廣播公司等，成立了推動委員會。

¹⁸ Feighery E, Rogers T(1989) "Building and Maintaining Effective Coalitions" Palo Alto, CA, Stanford Health Promotion Resources Center

¹⁹ Kegler, M C, Steckler, A, McLeroy, et al (1998) "Factors That Contribute to Effective Community Health Promotion Coalitions A Study of 10 Project ASSIST Coalitions in North Carolina" Health Education and Behavior, 25(3) 338-353

²⁰ Butterfoss, F D, Goodman, R., Wandersman, A (1993) "Community Coalitions for Prevention and Health Promotion Factors Predicting Satisfaction, Participation and Planning" Health Education Research, 8(3) 315-330

第五節 大眾傳播及媒體倡導策略

根據研究顯示，大眾傳播能夠協助健康行為的改變，例如美國史丹福心臟疾病防治計劃，就是運用大眾傳播與人際之間的傳播，以推動戒菸、減重、運動及減少壓力等與心臟疾病相關危險因子的活動。它們運用電視、收音機、報紙、宣傳的單張及利用課堂上的教育提供健康資訊，提供正確的生活方式及典範，以供人們學習²¹。

大眾傳播的方式包括電視、收音機、報紙、電影、雜誌、宣傳小冊、宣傳單張、海報及競賽等特殊事件。健康傳播訊息的製作，需包括下列步驟：設定宣傳目標、對於欲改變的對象進行研究、集合相關人群共同設計及製作健康傳播訊息、選擇大眾傳播系統以傳播健康訊息及評價健康訊息的效果。大眾傳播對於觀眾的效果的層面包括：使觀眾暴露於健康訊息中、觀眾了解及熟悉健康訊息、觀眾被訊息所說服、觀眾有意願去改變行為、觀眾積極的改變行為及維持健康行為²¹。

目前國內運用大眾傳播以宣傳健康理念及改變健康行為的不計其數，包括電視媒體的防治高血壓宣導、6分鐘護一生(子宮頸癌檢查)、醉不上道(開車不喝酒)、拒絕吸食毒品及菸害防治法等，其他報紙、雜誌等更是汗牛充棟。然而，如何製作符合訴求對象的健康宣傳，及相關的配套措施(例如醫療照護的可近性)，更是需要注意。

²¹ Becker, TE, Rogers, EM, Sopory, O Designing Health Communication Campaigns What Works? P 1-34

另外，媒體倡導策略是指運用媒體以施加壓力於政策的改變而非個人健康行為的改變，例如，第一屆的健康促進國際會議，在加拿大渥太華舉行，藉由媒體的報導，宣傳了新的公共衛生理念，同時促成了世界衛生組織之健康城市在世界各國的發展²²。

因為以健康為導向的公共衛生強調 健康是社會及政治議題、社會環境對於健康扮演的角色、政策發展之重要性、健康的環境等等，同時媒體提倡者認為問題的產生是因為權力的差距，因此他們透過與其他群體的共同合作以發展出對於公共政策更大的影響力，並藉由媒體的運用，將公共政策形成一健康議題，社區民眾得以施壓於決策者使環境改變。

關於國內老人之照護問題，可透過老人本身、相關團體、專家學者擬定可行之議題，若為涉及政策或立法層面，則可透過媒體倡導策略施壓於權力機關，以形成相關政策，例如老年津貼的議題。

第六節 賦權

賦權是增加人們的能力，使其能了解及控制個人的、社會的、經濟的及政治的力量，以採取行動，提昇他們的生活環境。賦權包括個人、組織、社區的賦權；個人的賦權是增加個人的能力、主控感及影響組織及決定的參與過程；組織的賦權是組織中成員們能夠分享組織中的資訊、權力、有效的決策過程，並對於彼此設定的目標，能夠參與設計、執行

²² Wallack, L. , Lori, L Media Advocacy A Strategy for Advancing Policy and Promoting Health Health Education Quarterly, 23(3) 293-317

及掌控，社區的賦權是個人與組織擴大運用其技巧及資源於社區中，使人們在社區中互相支持，表達彼此間的衝突，並在社區中獲得更大的影響力及掌控，以改善個人的生活。

由於無力感或是無助感會影響心理、生理健康狀態及造成壓力，而經濟上的無能會造成社會機能障礙、罹病率及死亡率的增加、減少使用初級與預防性的照護系統²³，因此賦權的策略將可增進人們的健康。

賦權包括三個階段：一、認知個人的興趣、在社會系統中的地位、欲掌控權力所具備的知識，二、對於上述認知，其情感上的感受及與他人的關係，三、產生改變社會權力分佈的決心，以便增進個人的社會狀況及獲取應有的平等待遇²⁴。

由於老人罹患慢性病、需他人照護的比率及貧窮的比率高於其他年齡層，若再加上沒有良好的社會支持系統，往往容易造成老人的無力感。因此，若能利用教育、激勵等方式使得老人能夠認知其能力及需求、情感上的感受，並增進其爭取應有的平等待遇的決心，依據其能力貢獻所長，將可增進老人的掌控感，同時增進他們的身心健康。

²³ Israel et al (1994) "Health Education and Community Empowerment Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control" *Health Education Quarterly* 21(2) 149-170

²⁴ Swift C, Levin, G Empowerment A Emerging Mental Health Technology *Journal of Primary Prevention* 8(1&2) 71-94

第七節 以社區為基礎研究/行動參與研究

以社區為基礎之行動參與的研究目的在於透過社區民眾、機關代表及研究者的積極參與研究過程中，集中焦點於社會、結構及生理環境的不平等現象。參與者貢獻其見解，以增進對於某現象的了解，同時可以整合知識，且有益於社區的參與。

以社區為基礎研究之原則有 1. 釐清社區的範圍 2. 建構在社區的優點及資源之上 3. 整合知識及行動以創造彼此間的互利 4. 促進互相學習及賦權的過程 5. 參與一循環的、反覆的過程：夥伴關係的發展和維持、社區健康評估、問題界定、研究方法之發展、資料收集、分析和解釋、決定行動及執行政策等等 6. 藉由正向及生態的觀點陳述健康的定義 7. 分享研究所得之發現和知識給所有的參與者²⁵。

行動研究起始於一個問題，例如北投社區的里長及耆老認為「社區健康老人未能從事有益健康的活動」，而研究者的角色是將模糊的問題轉化為明確的議題，例如，對於社區老人進行「日常活動狀況與健身運動之認知、行為與需求、調查」，而歸納出 90% 有認知錯誤或是不足，且活動力良好的老人 63% 未從事有益健康的活動。

在問題的確立、目標設定、策略訂定方面和評值，研究者邀請里長、地段護士、里幹事、社區發展協會理、監事、義工等代表參加，以確立

²⁵ Israel, B A Schulz, A J Parker E A Review of Community-Based Research Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health P 173-201

健康問題及研擬方案的目標，共同提出八項策略 舉辦健身運動觀念推廣園遊會、成立吉利社區健康體能種子隊、設計健身運動口號、設計個人健身運動卡、設立定點、定時體能測試站、定期舉辦吉利社區健身運動會、成立柔軟體操健身班、改建現有石牌公園為運動公園，而活動之後的評值由計畫者、里長與社區發展協會共同參與。

第八節 心得及建議

職係為八十八年度台灣省政府「社區老人健康照護之規劃與評估」類科公費進修人員，並於 89 年 8 月至 90 年 8 月期間赴美國杜蘭大學公共衛生暨熱帶醫學研究所，修業社區健康科學之碩士課程。修業課程內容包括健康促進計畫之研擬與評估、社區組織、社區健康教育模式、衛生計畫之監測與評價和健康行銷等課程，同時於 90 年 5 月 14 日至 6 月 26 日期間至路易斯安那州之公共衛生局資訊統計中心實習，分析路易斯安那州之 1990 年至 1998 年老人自殺趨勢、探討老人自殺之原因及研擬社區老人自殺防治計畫，且已取得該校之公共衛生碩士學位。

透過出國學習的經驗，不僅使我了解美國對於公共衛生的理念、提昇自己國際觀及語言能力，同時透過課堂同學間的互動，學習美國人治事認真的態度，獲益良多。

此外，我必須感謝政府單位提供經費，使我能夠赴美學習，同時更要感謝杜蘭大學陳紫郎教授的指導，使我能夠順利的完成課業，此外前台

灣省公共衛生研究所林主任金玉的鼓勵及同事們，麗貞、姿伶、延芳、
妙青、瑞菊及碧連等的支持，使我能夠專心的在美國學習，最後感謝我
家人的協助與支持，使我能夠心無旁務地追求人生中的理想。