

臺灣COVID-19期間社區健康促進計畫的服務設計和成效調查研究

侯佳惠、張誼方、鄭奕喬

壹、前言

2019年12月，COVID-19開始擴散到世界各國，至今仍持續延燒，2020年1月開始，臺灣在社區端進行對抗疫情之準備，採取各項社區防疫規定，暫停或調整開放社區據點，平時有持續參與據點活動的長者生活將受到影響，在健康促進之活動參與上明顯受限，尤其對高齡者而言，從其要求從原本習慣的實體社交網絡中抽離，很可能陷入孤立狀態。2020年至2021年4月底，我國在新冠肺炎防治工作中的突出表現贏得了國內外讚譽。在大流行期間，社區活動和政府健康促進計畫仍然保持。希望通過服務創新，加強和完善社會網絡和社會支持，提高健康生活質量。社區健康促進活動可讓參與者互相認識，分享生活並增加人際互動，而透過運動可維持健康生活，並且社區中的人際社會支持是一種社會網絡的功能（Cruz-

Jentoft et al., 2010; Fried et al., 2001; Lee & Oh, 2020; Tang & Li, 2022; Shimada et al., 2013; World Health Organization [WHO], 2022）。

面對全球環境日漸惡化的當前，「永續發展」議題一直以來倍受關注，從1972年的《人類環境宣言》（*Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment*）到1987年聯合國世界環境與發展委員會（World Commission on Environment and Development, WCED）發布《我們共同的未來（*Our Common Future, From One Earth to One World*）》報告（WECD, 2021），強調人類「永續發展」的概念，並將「永續發展」定義為：「能夠滿足當代的需要，且不致危害到未來世代滿足其需要的發展過程」。明確化永續發展的方向、內涵及共同指導原則，同時進一步研訂出永續發展指標（Sustainable Development Indicators）。

而「永續（Sustainable）」的概念在確保人類的生存基礎，包括三大面向：經濟的永續、人文社會的永續、生態環境的永續（詹士樑、吳書萍，2003）。

有目的的社會互動活動、社區參與可以促進老年人健康福祉，有助於建立社交網絡及人際網絡（Tang & Li, 2022）。健康生活方式是健康相關行為的整合模式，部分研究發現健康素養與社區老年人運動健走步速相關，肌少症（Cruz-Jentoft et al., 2010）和衰弱（Fried et al., 2001; Shimada et al., 2013）的降低是長者健康的重要的衡量指標。而健康素養、自我效能、社會支持和健康促進行為對老年人的健康息息相關，對其生活質量相當重要（Lee & Oh, 2020）。《健康高齡化十年（2021-2030）》（*Decade of Healthy Aging 2020-2030*）旨在透過三個領域行動減少健康不平等並改善老人、家庭和社區的生活：（一）改變我們對年齡和年齡歧視的思考、感受和行動方式；（二）培養老人能力的方式發展社區；（三）提供以人為本的綜合護理及老人需求的初級健康服務；並為有需要的老人提供能夠優質的長期照護（WHO, 2022）。永續社區的發展將是邁向可持續社會的第一步。

Taylor（1975）界定「社區」是一種社會組織的形式，在這組織中的個體們彼此間：（一）共同分享信仰與的價值；（二）建立直接和多邊的關係；（三）質

質上的互惠（Practice Reciprocity）（引自Taylor, 1982）。而未來如何以「公平正義」的永續概念為發展原則，擴大社區價值，引導居民共同關心及參與，讓社區在理想與實踐的進步中，朝「社區永續發展」的目標邁進，搭建社造互助平臺，增進實質助益與效能，是當前我們可共同思考及努力。

臺灣1968年推動《台灣省社區發展十年計畫》，以社區為基礎，解決社區問題、開發資源、推動社區治理，持續推動社區發展政策；1994年文建會開始全面推動「台灣社區總體營造」計畫，整合「人、文、地、景、產」五大社區發展，向下紮根行動。2002年整合推展「挑戰2008：國家發展重點計畫——新故鄉營造計畫」，歷經4、50餘年社區營造之努力，先是利用政府資源致力於環境地景與社會福利之改善，再是積極落實社區造產以作為延續社區活力之重要憑藉，則更是在社區推展實務上日益受到重視，顯見臺灣近50年來在「社區發展」推動上有諸多反省與躍進。

盤整社區在這50年來當中，從草根初創到組織增能，從文化部、教育部、經濟部、行政院農業委員會、接續至2022年如火如荼推動的強化社區能量，推動「長照ABC」擴展「社區關懷據點」計畫之推展，此皆努力皆以「社區」為範疇，緊密鑲嵌在社區脈絡中。社區發展被聯合國視

為促進新興國家邁向發展的重要助力（林明禎，2011）。

健康的生活方式可以改善長者的健康狀況（林明禎，2011），且長者認知和社會心理因素已被證明可以決定長者的生存、醫療服務的使用、促進健康的行為以及與健康相關的生活質量（Feng et al., 2020）。

貳、以健康生活為本之服務方案設計

一、方案的理念目標

臺北市政府長期秉持著增進全民健康福祉的理念，以「打造高齡友善健康城市」為核心目標，配合國民健康署之推動各項健康計畫，積極推動「健康城市」。而「健康生活」，係指營造社區居民動態且健康的生活方式，藉由環境脈絡的影響，改善個體的生活型態，有效促進他人健康行為模式及知能的養成，創造出健康及永續的社區環境。近年來倡議的「在地老化」更需要透過「社區」的永續發展力量彼此協助，讓創新社區服務模式進入社區，結合產業、學校及政府資源，帶動社區集體行動。成立「臺北市永續發展委員會」推動「永續發展策略」，其中永續社區計畫，落實高齡友善政策，以「全民健康生活」及「高齡友善」為目標，推動「健康生活方案計畫」，以12行政區為

範疇，結合健康服務中心，招募社區夥伴，以點帶線、以線帶面，建立夥伴協力關係，將「在地安老之概念內容」及「創新健康生活服務設計」導入社區，共同倡議健康促進，營造和諧優質的生活環境。

具體操作方法包括：（一）盤點社區資源；（二）建立夥伴關係；（三）活化服務設計；（四）創新服務領導；（五）健康共創實驗模式社區。推動項目包括：（一）建立家族輔導模式進行團隊夥伴協力；（二）辦理社區健康知能教育訓練、成果分享會，引導社區增能；（三）繪製社區資產地圖；（四）方案成效分析；（五）社區領導人效能分析等。以「社區均健」之概念，導引「充能與賦權（Empowerment）」之知能，輔導社區凝聚社區意識及情感，運用解決問題能力、發展特色策略，使居民互相支持實踐健康的生活。

二、實施策略及內容

臺北市政府積極關心市民健康生活，以營造永續健康社區為城市目標，推動辦理「社區健康生活方案計畫」，結合社區力量，使民眾主動發掘社區健康議題，產生共識，建立社區自主營造的機制，以健康生活為基礎扶植社區，提高民眾對健康生活之知能並促進行為改變，希冀在社區健康議題之關注，落實健康生活之實踐，

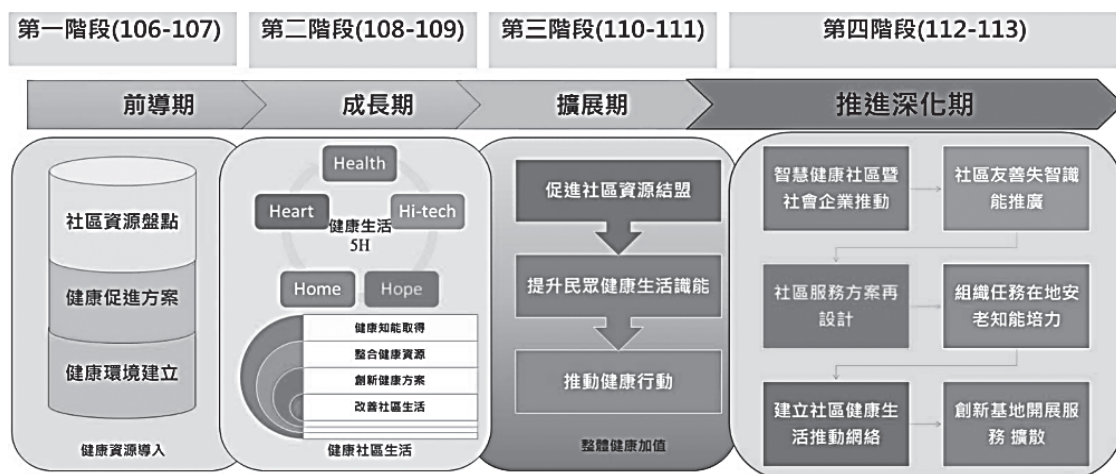


圖 1 社區健康生活計畫三大階段推展重點架構圖

資料來源：作者繪製。

達至「健康生活化，生活健康化」之理想，整合產、官、學、民資源，形成夥伴關係，塑造健康生活社區，以提升市民生活品質，朝向社區健康營造的永續發展。計畫目的有三：

- (一) 凝聚社區共識，增進社區居民對社區資源盤點與運用、長者健康促進與安全、健康議題的認知與參與，建立夥伴關係，以達社區健康營造永續發展。
- (二) 整合產、官、學、民等健康資源，建立合作共識，形成社區健康營造推動網絡。
- (三) 落實「健康生活化，生活健康化」逐步達成「全民均健」(Health for All)之願景。

三、方案推展架構

臺北市政府推動之「社區健康生活方案」，結合在地政府、學校、社會福利組織、企業、健康產業等合作夥伴，發展以下六大目標：(一) 提升社區在地安老人才培育；(二) 整合社區健康生活政策與在地資源；(三) 活絡社區工作人才培育產學合作；(四) 發展社區青年代間共創機制；(五) 強化高齡在地老化及健康促進新知；(六) 打造高齡友善健康社區。導入健康生活三階段重點(圖1)，第一階段前導期(2017-2018年)培力策略：增進社區組織團隊「健康知能與健康行動之概念基礎」，「盤點社區資源及人力」，「學習了解社區需求」，「導入專家及資源」，「協助輔導社區計畫撰寫及研訂」。第二階段成長期

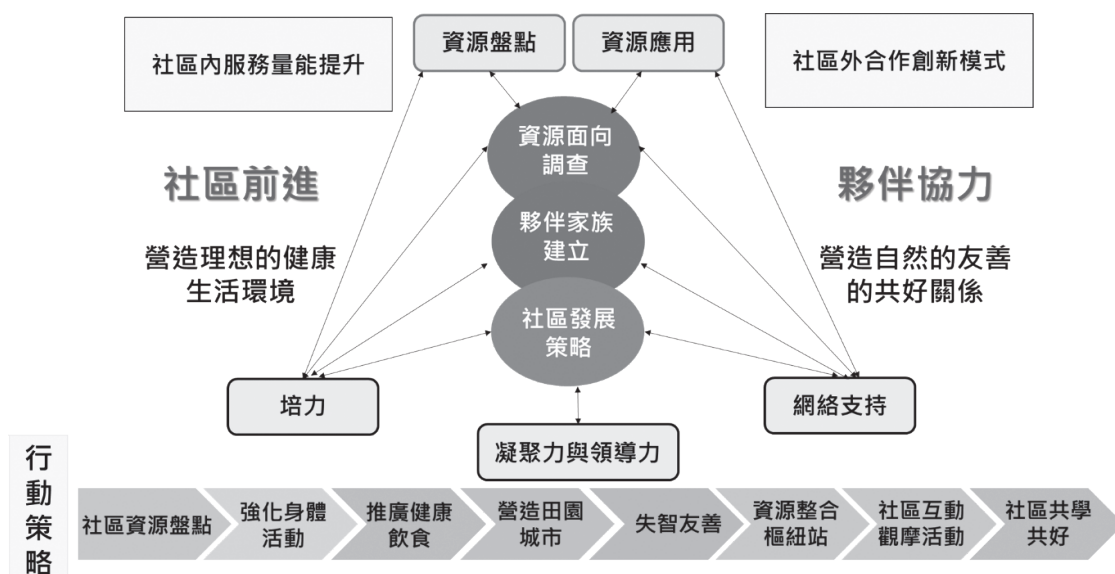


圖 2 多元服務內容

資料來源：作者繪製。

（2019-2020年）的培力重點：「健康知識取得」、「整合健康資源」、「創新健康方案」、「改善社區生活」，第三階段擴展期（2021-2022年），培力重點：「深化社區能力」，「擴展社區特色」，「促進社區共學結盟」，「創新社區加值」為擴展期目標，發展社區永續健康生活特色。

四、多元服務的行動策略

推動策略包括：（一）招募及甄選社區共同參與；（二）成立家族輔導機制；（三）建立夥伴關係；（四）盤點社區資源；（五）活化服務設計；（六）共創健康實驗模式；（七）創新社區領導人推動

模式（圖2）。

本研究係以臺北市2019-2021推動之健康生活方案為例，評估疫情期間社區服務及成效的導入及改變，了解社區單位的永續發展脈絡。其中，為了解2019-2021年臺北市推動健康生活方案中社區領導人之推動成效，編訂「社區健康生活方案社區領導人推動效能問卷」成效調查問卷，邀請專家檢視問卷內容並確認問卷信效度，進行問卷調查。問卷包括社區健康生活營造組織現況、社區健康生活營造及社區健康生活營造評價三部分，共計發放337份問卷，回收的有效問卷數共299份。

參、研究結果與發現

一、社區基本資料分析（表1）

就社區基本資料而言，超過80%社區單位成立6年以上，16年以上之社區超過30%，顯見在社區事務推動上足見經驗。在社區規模部分，以5000至10000人居多，屬中型規模大小。社區領導人年資部分，50%以上之領導人具有6年以上經驗。組織人力部分，約有65%以上社區有11人以上之服務參與人力，甚至約有35%的社區有21人以上之人力協助。主要經費來源有90%以上的社區多以政府單位經費補助為主。綜合社區之基本概況，可發現參與計畫之社區皆深耕社區多年，在人力資源，包括領導人及組織幹部皆較為充足，唯在經費資源來源上較為依賴，可在永續發展過程中，進一步思考如何創新社區財務自主。突破限制，有助相對特色之發展。

二、社區服務成果分析

就計畫之縱向成果分析來看，各面向之服務成果比較如表2及表3。每年約有60個社區單位共同參與健康生活方式，在社區外部資源運用部分，每社區之連結程度有增加之趨勢，平均每社區結合社區資源數約15.6個單位，每一參與之社區約辦理6場次人健康飲食活動，與3個單位完成失智友善組織合作，辦理約34場次強化身體

活動，每社區設置約2個田園城市，成立1個資源整合樞紐站，辦理特色健康活動約13場，社區健康團在2020年首度推廣，每社區約成立2個健康團隊，而社區觀摩活動在2021年首次推廣，共辦理23場次交流共學活動。

整體而言，自2020年至2021年，臺灣受疫情影響甚鉅，社區單位可辦理時間及空間皆受影響，參與人數相對減少，活動型態及聯繫機制亦受到考驗，在此疫情影響之下，社區單位調整方案型態，以戶外及身體活動類為大宗，包括：運動健走、體適能、健康操、有氧舞蹈、養生操等活動，維持健康，有助與社區保持連繫及人際互動，舒緩疫情下的生理、心理及社會層面之影響。

就服務成果人數來看，每社區平均參與計畫之志工人數約為39人，參與健康飲食活動之人數約193人，招募的失智友善天使約50位，參與強化身體活動人數約1,007位，參與社區特色健康活動人數約661人，參與社區互動觀摩活動人數約25人，參與健走總人數約38人。整體而言，在疫情影響最嚴峻的2020及2021年，看見健康運動及社區特色之參與人數大幅提升，且成立健走隊，透過戶外活動，透過服務方案再設計，持續推進社區健康活動之參與，增進社區永續發展。

表 1 社區基本資料分析

社區分析 \ 年		2019年	2020年	2021年
參與計畫社區單位數		60	57	61
社區成立時間	1至5年	22 (18%)	15 (16%)	10 (11%)
	6至10年	36 (30%)	24 (26%)	20 (22%)
	11至15年	24 (20%)	20 (21%)	22 (24%)
	16至20年	20 (17%)	15 (16%)	22 (24%)
	20年以上	18 (15%)	20 (21%)	19 (20%)
社區居民人數 (%)	1,000人以下	3%	8%	10%
	1,000至5,000人	37%	25%	27%
	5,000至10,000人	53%	48%	41%
	10,000人以上	7%	19%	23%
社區領導人年資	3年以下	31%	38%	22%
	4至5年	10%	9%	17%
	6至10年	40%	32%	31%
	11年以上	19%	21%	30%
組織人力	小於5人	5.7%	7.4%	14.0%
	5-10人	30.1%	14.9%	23.7%
	11-20人	16.5%	29.8%	26.9%
	21-31人	26.6%	23.4%	15.1%
	31人以上	11.9%	23.4%	20.4%
主要經費來源	政府補助	96.4%	90.4%	94.6%
	居民捐獻	26.1%	29.8%	33.3%
	其他	27.0%	30.9%	22.6%

資料來源：作者整理。

表 2 服務成果統計（場次及資源數）

成果項目 \ 年	2019年	2020年	2021年	平均數
(1) 結合社區資源數（單位數）	828	970	970	15.6
(2) 辦理健康飲食相關活動（場）	313	365	340	5.7
(3) 失智友善組織單位合作（單位數）	0	177	176	3.0
(4) 強化身體活動（場次）	1354	2214	2515	34.2
(5) 田園城市（處）	0	131	129	2.2
(6) 資源整合樞紐站（站）	0	0	76	1.2
(7) 社區特色健康活動（場）	884	695	700	12.8
(8) 健走團體單位數	0	102	0	1.8
(9) 社區互動觀摩活動（場）	0	0	23	0.4

資料來源：作者整理。

表 3 服務成果統計（人數）

成果項目 \ 年	2019年	2020年	2021年	平均數
(1) 參與本計畫之志工人數	2461	2104	2375	39.0
(2) 參與健康飲食相關活動（人數）	9706	14130	10585	193.4
(3) 失智友善組織天使合作（人數）	0	3086	2871	50.5
(4) 參與強化身體活動（人次）	29929	84516	64839	1007.2
(5) 參與社區特色健康活動（人數）	22807	68009	26896	661.3
(6) 參與社區互動觀摩活動（人數）	0	0	1512	24.8
(7) 參與健走總人數	0	2150	0	37.7

資料來源：作者整理。

肆、健康生活營造之成效分析

社區計畫持續深耕社區，輔導團隊與社區建立互信關係，輔導社區執行方案，

鼓勵志工團隊運作，發展社區共好，累積社區能力。在實際執行部分，透過社區資源盤點、強化身體活動、推廣健康飲食、營造田園城市、失智友善、資源整合樞紐

站、社區互動觀摩活動、社區共學共好等，提升社區民眾健康素養與健康行為，進而邁向永續健康社區。

為了解社區領導人推動效能，本研究採量化研究方法進行分析，針對社區健康生活營造組織現況、社區健康生活營造及社區健康生活營造成效進行調查。研究結果發現（表4），社區領導人對於組織運作、資源運用、社區參與、及推動策略問卷調查的同意程度很高，均超過九成以上。且在計畫推動後使得社區參與者有顯著改變，包括：（一）提高健康活動參與；（二）增加健康知能；（三）養成運動的習慣；（四）落實自我健康管理；（五）健康飲食習慣改善，足見健康計畫介入的價值及效益，是紮實深耕社區，具實質效益之重要關鍵成果。

為進一步了解健康生活營造與社區健康生活營造成效彼此之關係，本研究採用結構方程模型（Structural Equation Modeling, 簡稱SEM模型）分析方法進行統計分析，並以AMOS 22.0進行資料處理。SEM模型分析採兩階段式進行：（一）測量模式分析，針對各研究構面及其題項進行分析，以了解各構面之信度、收斂效度與區別效度；（二）結構模型分析，將多題項以降維技術縮減至較低維度之指標，並以線性結構關係發展成結構模型。再以潛在變數的路徑分析，驗證各種因果關係之假設。分析結果如下。

一、測量模式分析

表5為測量模行之驗證性分析結果。由表5可知，針對社區健康生活營造及其成效之26個觀察項皆達顯著水準（ $p < 0.001$ ）。標準化因素負荷量（Std.）介於0.519至0.964，皆符合學者所建議之大於0.45之標準。各題目之多元相關係數平方值（Squared Multiple Correlations, 簡稱SMC）介於0.270至0.930間，均高於學者所建議之標準（0.20）。各構面的組成信度（CR）介於0.807至0.944間，符合大於0.7之標準。平均變異抽取量（AVE）則介於0.470至0.809間，除「資源運用」子構面未達標外，其他子構面皆符合大於0.5之標準。綜合前述，本研究之測量模型的內部一致性可接受，且具良好收斂效度，所有構面皆符合驗證性因素分析之基本要求。

本研究採用AVE法觀察區別效度。AVE法需每個構面的AVE要大於構面相關係數的平方（Fornell and Larcker, 1981）。經運算後，各子構面的AVE皆大於構面相關係數的平方（表6），故本研究構面之量測模型具區別效度。表7為構面關係之相關係數與信賴區間。其中信賴區間皆未包含1，意即構面的潛在變數具有區別效度。

各構面之題項的偏態與峰度，皆符合學者（Kline, 2005）偏態絕對值小於3，

表 4 社區健康生活營造成效分析

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
一、組織運作					
1. 能建立組織運作機制	0.00%	0.00%	4.30%	52.10%	43.60%
2. 具良好人力分工	0.00%	0.00%	7.40%	48.90%	43.60%
二、資源運用					
1. 能與外部健康團體單位合作	0.00%	0.00%	7.40%	48.90%	43.60%
2. 能充份盤點社區資產，運用社區資源	0.00%	0.00%	3.20%	51.10%	45.70%
3. 能與公部門資源連結	0.00%	1.10%	4.30%	45.70%	48.90%
4. 能與市場資源連結	0.00%	1.10%	3.20%	67.00%	27.70%
5. 能與非營利組織資源連結	0.00%	0.00%	5.30%	54.30%	39.40%
三、社區參與					
1. 能鼓勵社區民衆積極參與	0.00%	0.00%	3.20%	37.20%	59.60%
2. 能進行志工培力	0.00%	1.10%	2.10%	48.90%	47.90%
四、推動策略					
1. 推動各項健康飲食之活動	0.00%	0.00%	1.10%	45.70%	53.20%
2. 推動各項社區規律運動	0.00%	0.00%	0.00%	43.60%	56.40%
3. 推動社區民衆落實自我健康管理	0.00%	0.00%	0.00%	43.60%	56.40%
4. 辦理各項健康心理活動	0.00%	0.00%	1.10%	42.60%	56.40%
五、社區參與成效評估					
1. 健康活動參與提高	0.00%	0.00%	2.10%	50.00%	47.90%
2. 增加健康知能	0.00%	0.00%	1.10%	47.90%	50.00%
3. 養成運動的習慣	0.00%	0.00%	0.00%	47.90%	52.10%
4. 落實自我健康管理	0.00%	0.00%	0.00%	54.30%	44.70%
5. 健康飲食習慣改善	0.00%	0.00%	1.10%	52.10%	46.80%

資料來源：作者整理。

表 5 測量模型之驗證性分析結果

子構面	題目編號	參數顯著估計				題目信度		組成信度	收斂效度
		Un Std.	S.E.	Z-value	p	Std.	SMC	CR	AVE
組織運作	ij1_1	1.000				0.824	0.680	0.832	0.712
	ij1_2	1.116	0.120	9.315	***	0.863	0.745		
資源運用	ij2_1	1.000				0.846	0.717	0.807	0.470
	ij2_2	1.010	0.091	11.058	***	0.885	0.783		
	ij2_3	0.833	0.155	5.374	***	0.545	0.297		
	ij2_4	0.767	0.151	5.087	***	0.519	0.270		
社區參與	ij3_1	0.761	0.144	5.291	***	0.534	0.286	0.825	0.704
	ij3_2	1.000				0.892	0.795		
推動策略	ij4_1	0.955	0.109	8.728	***	0.782	0.611	0.944	0.809
	ij4_2	1.000				0.899	0.809		
	ij4_3	0.909	0.079	11.504	***	0.836	0.700		
	ij4_4	1.000	0.065	15.416	***	0.951	0.904		
	ij4_5	1.002	0.073	13.777	***	0.909	0.827		
目標 及願景	jg1_1	1.000				0.879	0.773	0.885	0.719
	jg1_2	0.926	0.080	11.619	***	0.851	0.724		
	jg1_3	0.963	0.092	10.507	***	0.813	0.660		
服務品質 評估	jg2_1	1.000				0.744	0.554	0.889	0.617
	jg2_2	0.855	0.099	8.646	***	0.859	0.738		
	jg2_3	0.779	0.115	6.788	***	0.686	0.470		
	jg2_4	0.851	0.116	7.320	***	0.735	0.540		
	jg2_5	0.905	0.101	8.927	***	0.884	0.781		
社區參與 評估	jg3_1	1.000				0.706	0.498	0.928	0.725
	jg3_2	0.948	0.141	6.723	***	0.71	0.504		
	jg3_3	1.573	0.180	8.727	***	0.94	0.884		
	jg3_4	1.660	0.188	8.831	***	0.964	0.930		
	jg3_5	1.551	0.186	8.316	***	0.901	0.812		

資料來源：作者整理。

表 6 各構面之相關係數矩陣

構面	AVE	社區健康生活營造				社區健康生活成效		
		組織運作	資源運用	社區參與	推動策略	目標及願景	服務品質評估	社區參與評估
組織運作	0.712	0.184						
資源運用	0.470	0.183	0.208					
社區參與	0.704	0.156	0.181	0.211				
推動策略	0.719	0.124	0.163	0.163	0.217			
目標及願景	0.719	0.130	0.166	0.179	0.193	0.191		
服務品質評估	0.617	0.175	0.189	0.203	0.197	0.216	0.244	
社區參與評估	0.725	0.095	0.112	0.131	0.128	0.131	0.145	0.134

資料來源：作者整理。

表 7 構面關係之相關係數與信賴區間

構面關係	相關係數	信賴區間	
		下界	上界
組織運作↔資源運用	0.183	0.131	0.259
組織運作↔社區參與	0.156	0.111	0.233
組織運作↔推動策略	0.124	0.081	0.182
組織運作↔目標及願景	0.130	0.087	0.170
組織運作↔服務品質評估	0.175	0.117	0.240
組織運作↔社區參與評估	0.095	0.052	0.160
資源運用↔社區參與	0.181	0.135	0.258
資源運用↔推動策略	0.163	0.124	0.216
資源運用↔目標及願景	0.166	0.132	0.204
資源運用↔服務品質評估	0.189	0.143	0.249
資源運用↔社區參與評估	0.112	0.070	0.177
社區參與↔推動策略	0.163	0.121	0.226
社區參與↔目標及願景	0.179	0.137	0.218
社區參與↔服務品質評估	0.203	0.150	0.271

構面關係	相關係數	信賴區間	
		下界	上界
社區參與↔社區參與評估	0.131	0.082	0.200
推動策略↔目標及願景	0.193	0.159	0.230
推動策略↔服務品質評估	0.197	0.152	0.268
推動策略↔社區參與評估	0.128	0.083	0.200
目標及願景↔服務品質評估	0.216	0.167	0.281
目標及願景↔社區參與評估	0.131	0.087	0.197
服務品質評估↔社區參與評估	0.145	0.090	0.226

資料來源：作者整理。

峰度絕對值小於10之標準。意即各構面為單常態分配。且Mardia係數小於728，意即構面亦符合多元常態分配假設。

二、結構模型分析

模型配適度指標檢核表如表8。本研究成立的模型大致符合配適度檢驗之標準值，為一適配模型，可進行模型之假設檢定。

本研究結構模型圖（圖3）。本研究假設社區健康生活營造與其成效呈正向關係。由表9可知，社區健康生活營造與其成效之路徑值為0.974，且統計達顯著，故本研究假設檢定成立。意即社區健康生活營造越佳，社區健康生活營造的成效就越高。

三、社區健康促進思惟及實踐歷程檢視

以健康促進為導向之社區服務方案計畫，主要目的及任務在促進個人與社區

健康生活，從理念思惟、資源整合、組織動員、場地運用、經費運管及多樣化的運作，可看出社區獨特性、可近性、多樣性及創新性等的健康維護與促進的內容。本研究綜整各社區健康生活方式特色、困境及永續落實健康生活的想法（表10），進一步檢視疫情期間社區健康促進的思惟變化，並與計畫目標及行動策略作一檢視，期能探討健康促進思維之變化。

伍、研究結論與建議

本研究試著從社區工作的思維及應用，與永續社區發展實務的可行操作策略，提出以下幾點思考。

一、社區工作之思維與應用

（一）增能賦權式的社區培力、教育訓練、參訪、家族夥伴關係建立、專

表 8 整體模型配適度指標檢核表

統計檢定量		標準值	檢定結果	模型配適判斷
絕對配適指標	χ^2	越小越好 ($p \geq \alpha$ 值)	56.302 ($p=0.000$)	符合標準值
	χ^2/df	1~5之間	4.331	符合標準值
	GFI	大於0.8	0.841	符合標準值
	AGFI	大於0.9	0.657	未符合標準值
	RMR	小於0.08	0.010	符合標準值
	SRMR	小於0.08	0.042	符合標準值
	RMSEA	小於0.08	0.190	未符合標準值
相對配適指標	NFI	大於0.9	0.915	符合標準值
	NNFI	大於0.8	0.891	符合標準值
	CFI	大於0.9	0.933	符合標準值
	RFI	大於0.9	0.863	(未) 符合標準值
	IFI	大於0.9	0.933	符合標準值
精簡配適指標	PNFI	大於0.5	0.567	符合標準值
	PGFI	大於0.5	0.390	未符合標準值

資料來源：作者整理。

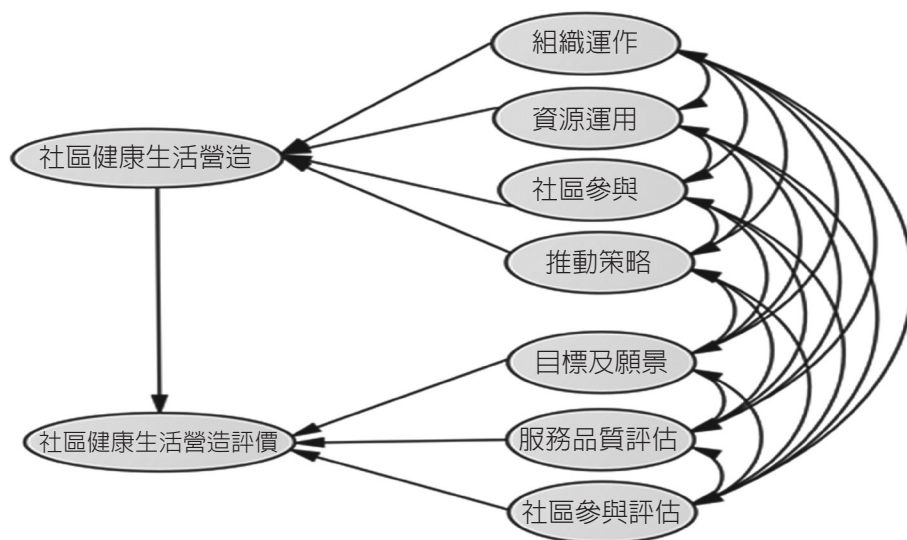


圖 3 結構模型圖

資料來源：作者繪製。

表 9 整體模型參數估計表

參數	回歸加權係數	標準誤	t值	誤差變異數	多元相關平方
1←社區健康生活營造	0.727	0.205	7.884	0.117	0.528
2←社區健康生活營造	0.861	0.174	10.115	0.054	0.741
3←社區健康生活營造	0.830	0.192	9.592	0.076	0.690
4←社區健康生活營造	0.879	0.174	10.551	0.022	0.773
1←社區健康生活營造成效	0.943			0.040	0.889
2←社區健康生活營成效	0.905	0.065	15.385	0.059	0.820
3←社區健康生活營造成效	0.879	0.074	14.255	0.050	0.773
社區健康生活營成效←社區健康生活營造	0.974	0.163	11.297	0.009	0.948

資料來源：作者整理。

家輔導，引導社區發展自主能力及共照價值。

- (二) 多元化健康生活主題、服務機制及創新方案內容活化，有助發展社區視野及長遠目標。
- (三) 發展社區夥伴關係鏈結，學習型社區的實踐，有助創新由下而上的社區新動力。
- (四) 社區單位與各公私部門、多專業「合作共融」的發展模式，快速累積永續社區服務能量。
- (五) 永續社區的發展要關注社區充權（Community Empowerment）策略的運作，提升社區能力，在行動中激發社區的活力。

二、社區永續發展的啓示與策進

從健康生活方式的實踐推動進一步檢視社區照顧發展的可能性，研究者提出以下四點未來行動建議。

（一）重新界定社區角色及社區發展的新價值與新能量

永續發展需要帶動社區轉換思考，透過有影響力的社區，推展以社區為基礎的服務方案，滋養社區發展社區新能量，提供社區居民持續學習資源及支持平臺，從優勢觀點原則中創造社區價值與新能量。

表 10 社區健康促進思惟綜整分析——從社區領導人

項目	社區領導人觀點
社區健康生活方案推動特色	1. 長者養成並定期健康檢測與照顧，家庭友善關係與代間教育推動 2. 辦理每日健走運動 3. 傾聽民衆需求來辦理各項活動 4. 開始多樣性戶外活動：晨間活動、亂打秀、舞蹈、健康講座、三高檢測、手機功能應用課程等 5. 營造快樂健康安全共好互助陪伴共老幸福社區 6. 合作資源衆多，單位間可互相協力幫忙 7. 與鄰近診所重陽節施打疫苗，定期健走，健行，社交活動與訪視問安，社區年長者居民增加安排健康飲食與肌耐力等課程 8. 凝聚社區關懷協助年長者的基層組織 9. 每月定期辦理社區關懷長者健康促進活動，讓長者固定出門參加 10. 創新銀髮運動、不老太鼓、城市田園，增加課程特色
計畫推動困難	1. 志工人力高齡化，經費不足 2. 本協會人力及經費均不足；廣為招收新會員及募款 3. 疫情常干擾活動進行 4. 疫情影響參與度，居民配合度較低，領導者帶頭拜訪 5. 經費不足，召募社區志工講師，節省講師費的負擔 6. 疫情停課再復課安排時間衝突 7. 疫情導致招生不易 8. 參與的長者因為年紀因素愈來愈少，配合里內活動加強宣傳招生
疫情下永續推動的想法及作法	1. 規劃長期與專業醫療單位與鄰里健康運動中心老師合作，培訓銀髮族功能性健康檢測員，擴大社區服務範圍，開辦高齡者健康運動與身體功能恢復課程，並由培訓檢測員成為課程協助與社區健康推動者 2. 會員招募及經費籌措 3. 招募志工及邀請有才華能力的人一起參與 4. 順應居民老化情況改變活動及方案內容 5. 持續推動連結資源經費、專家輔導 6. 健康生活小組推動的活動為持續經營 7. 分項分類成立社區健康種子培力，經由健康種子培力師帶動居民為社區健康執行 8. 積極在尋找更適合的課程及場地 9. 社區推動外丹功研練及健走運動鼓勵長者來參與運動 10. 以任何型式永續推動社區健康生活，與外部的健身中心合作，帶進更專業更有效的運動模組 11. 藉由據點課程的開設，朝向社區健康生活永續推動，營造運動生活化 12. 創新線上課程，讓更多長者有機會參與

資料來源：作者整理。

（二）社區關係的結構性改變及永續資源應用的擴展

「社區營造」和「福利社區化」並行的社區照顧模式，成為高齡社會中健康與社會照顧制度的一個單位環節，照顧關係的結構性改變，促發社區單位多樣性面貌和民間參與的活動力與創造力。發展社區能量來提供在地參與和共同記憶認同關懷的健康和生活照顧，成為有能量且能永續的照顧社區，是未來永續社區發展的新思維和行動。

（三）永續社區發展需社區培力與社區自主

永續社區的發展需要持續性的知識獲取、分享、應用與創新，及技術經驗的累積、流通、更新與發展。社區工作人員需要有自我導向的學習、團隊學習、創新研發學習，還要能了解地區資源，連結應用資源，將行動轉化為學習實踐，累積社區照顧專業，擴展社區人才鏈。

（四）發展社區夥伴關係共好模式

許多研究指出，社區夥伴關係的永

續性取決於持續的培訓和技術援助，包含建立夥伴關係的能力和影響（Butterfoss, 2007; Lester et al., 2008; Ornelas & Vargas-Moniz, 2011）。社區中可合作協力的組織單位甚多，包括公私部門及各非營利組織等，從推動社區健康生活計畫之經驗中，我們發現就社區夥伴關係而言，可概分為三大類，其一是社區中的「個人與組織」，其二是社區中的「組織與組織」，其三是社區中的「組織與輔導培力單位」。就「個人與組織」的夥伴關係來說，組織能邀集更多居民響應，拓展社區服務，增加居民參與度，建構出社區基層中的組織向心力，建立支持網絡。就「組織與組織」的夥伴關係來說，連結組織合作，發揮各組織功能，借力使力，能相互觀摩學習，共同策進，為社區共照之路，作有系統的區域性合作，是重要由下而上的自主關係策進。

（本文作者：侯佳惠為長庚科技大學高齡暨健康照護管理系副教授；張誼方為中國文化大學社會福利學系助理教授；鄭奕喬為臺北市政府衛生局健康管理科技正）

關鍵詞：社區營造、健康促進、健康生活

參考文獻

林明禎（2011）。〈「合作式競合」抑或「衝突性競合」——從日間照顧推動困境評析「長期照顧十年計畫」照顧服務〉。《台灣健康照顧研究學刊》，10，17-35。<https://doi.org/10.29750/>

TJTHCA.201103.0002

詹士樑、吳書萍（2003）。〈永續性社區發展之系統模擬——以平等里社區為例〉。《都市與計劃》，30（1），63-86。

Butterfoss, F. D. (2007). *Coalitions and partnerships in community health*. Jossey-Bass.

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., Zamboni, M., & European Working Group on Sarcopenia in Older People. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4), 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>

Feng, Z., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2020). Social participation is an important health behaviour for health and quality of life among chronically ill older Chinese people. *BMC Geriatrics*, 20(1), 299. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01713-6>

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford.

Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. *Healthcare*, 8(4), 407. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040407>

Lester, H., Birchwood, M., Tait, L., Shah, S., England, E., & Smith, J. (2008). Barriers and facilitators to partnership working between early intervention services and the voluntary and community sector. *Health & Social Care in the Community*, 16(5), 493-500. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00760.x>

Ornelas, J., & Vargas-Moniz, M. J. (2011). *Parcerias comunitárias*. Ispa-Instituto Universitário.

Shimada, H., Suzuki, T., Suzukawa, M., Makizako, H., Doi, T., Yoshida, D., Tsutsumimoto, K., Anan, Y., Uemura, K., Ito, T., Lee, S., & Park, H. (2013). Performance-based assessments and demand for personal care in older Japanese people: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 3(4), e002424. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002424>

Tang, B., & Li, Z. (2022). A country-level empirical study on the fiscal effect of elderly population health: The mediating role of healthcare resources. *Healthcare*, 10(1), 30. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010030>

Taylor, M. (1982). *Community, anarchy and liberty*. Cambridge University Press.

World Commission on Environment and Development. (2021). *Our common future, from one earth to one world*. UN Documents: Gathering a Body of Global Agreements. <https://www.un-documents.net/ocf-ov.htm#1.2>

World Health Organization. (2022, October 1). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.