

# 高齡者帶領社區同儕健康自主管理課程之成效探討

毛慧芬、李昕怡、張淑卿、曾繁亞

## 壹、前言

全球高齡化趨勢加劇，長者健康促進策略的需求日益迫切。老年人口的健康管理不僅關乎個人生活品質，更影響社會醫療資源負擔。隨著健康照護模式由疾病治療轉向預防性照護，並強調整體健康觀念（World Health Organization, 2015, 2017），採用多元介入策略、強調長者主動管理自身健康，而非被動接受照護，成為當前促進高齡者健康的新趨勢。

健康老化的關鍵之一是長者的積極社會參與（Beard et al., 2016）。透過持續學習與貢獻社會，能實現「高齡人才再運用」，此也是另一種促進高齡健康的策略。在個人層面，長者學習成為健康促進的帶領者，不僅有助於增進自身的健康管理能力，還能實踐「有為老化」（productive aging），持續貢獻社會。在社區層面，高齡帶領者推廣健康促進，能

緩解專業人力不足的問題，達成公共衛生策略中的可及性。然而，非專業背景的高齡者能否有效帶領健康促進課程，仍需進一步探討與驗證。有鑑於此，本研究旨在探討由受培訓之高齡帶領者執行的「高齡者健康自主管理課程」的成效。

本研究之具體研究問題如下：

（一）高齡帶領者參與培訓課程及帶領一梯次後，是否能提升自身之健康生活品質、健康識能、健康覺察與健康行為？

（二）高齡者帶領的健康自主管理課程，是否能有效提升參與課程的社區長者之健康生活品質、健康識能、健康覺察與健康行為與多元面向功能表現？

本文所指之「健康生活品質」是指對自己健康狀況的自我評價；「健康識能」是獲取、理解和運用健康資訊，以促進和維護健康的能力；「健康覺察」是對自身健康狀態、健康相關行為以及影響健康的因素的覺知和敏感度；「健康行為」是指

為了促進或維持健康，或預防疾病所採取的行動：「多元面向功能表現」則是指執行日常生活活動的能力和表現，涵蓋體能、認知功能、日常生活功能、營養狀況與心理社會健康等。

## 貳、文獻回顧

### 一、多元面向高齡健康促進趨勢

高齡健康促進透過各種策略和活動，提升老年人的健康識能和行為，延緩功能退化，提升整體健康和生活品質，涵蓋健康教育、運動、均衡飲食、認知活動和社會參與等多元介入方式（World Health Organization）。全球健康趨勢朝向更多元且以疾病預防為導向的策略發展。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）提出的《高齡整合照護架構》（Integrated Care for Older People framework）強調「健康老化」及「初級預防」，視健康為多元面向（身體功能、認知、營養、日常生活功能、心理、社會、視力、聽力、藥物、環境等）的整體，主張提供整合性服務，而非僅關注單一面向（Nestola & Cesari, 2022; World Health Organization, 2017）。過去文獻亦指出多元面向健康促進介入成效會優於單一介入模式（Liao et al., 2023; Puts et al., 2017）。

### 二、健康自主管理

健康自主管理是應對慢性病及健康促進的關鍵策略（World Health Organization, 2022）。「自主管理」（self-management）一詞最早出現在1960年代的兒童哮喘研究（Creer et al., 1976），隨後廣泛應用於慢性病領域（Chodosh et al., 2005; Kuo et al., 2014）。各健康領域對其定義和介入方式略有不同（Martinez et al., 2021），但重要特徵相似。慢性病領域學者指出「自主管理」是個人從事健康促進活動，負起日常生活管理的責任（Lorig & Holman, 2003）；或個人有能力管理症狀，處理生、心理問題，調整生活型態，以能與慢性病共處（Barlow et al., 2002）。國內學者強調慢性病自主管理的特徵包含：主動參與健康照護活動，學習問題解決、疾病控制、生活調整，以應對慢性病（郭嘉琪、王秀紅，2012）。

由於高齡者同樣面臨慢性病及各種老年病症候群（如衰弱、失智症、憂鬱等），自主健康管理的概念與策略也被積極應用於高齡健康促進（Mountain et al., 2017; Zhang et al., 2021; Zhang, Zhao, et al., 2019; Zhang, Zheng, et al., 2019）。WHO推動「健康老化」目標時，亦提出與自主管理相似的「自我照護」（self care）概念，定義為「個人、家庭和社區在有/無健康照護工作者支持下，促進和維持健康、預防疾病以及應對疾病的能力」，此

包含各種健康促進活動的實踐、習慣建立和維持以及生活方式的選擇等（World Health Organization, 2022）。

健康自我管理涵蓋三個重要元素以促進個人主動參與：（一）健康識能（health literacy）：指獲取、理解和使用健康資訊的能力，有助於瞭解疾病風險因素、預防方式及治療方案，以做出正確的健康決策，更有效地進行自主健康管理（Nutbeam, 2000）。（二）健康覺察（health awareness）：指對自身健康狀況的認知，能及時識別疾病風險，採取適當的應對措施以防止健康惡化（Bandura, 2004）。（三）健康行為改變（health behavior change）：指將健康識能和覺察轉化為具體行動，例如戒菸、增加運動量或改善飲食習慣。行為改變通常需要動機、支持系統及持續自我監控，自主健康管理的目標即是要落實健康行為的改變（Prochaska & Velicer, 1997）。

健康自我管理有別於單純的健康衛教，它強調與個案建立夥伴關係，關注個案所需，激發其健康促進或疾病照護的責任感（Lorig & Holman, 2003），促使其自願性地改變行為（Bandura, 1991），且在養成行為習慣與問題解決過程中，實踐自主管理的技巧（Hill-Briggs, 2003）。透過結構化的介入，自我管理能夠提升個人技能和動機，增加健康掌控能力，進而改善整體健康狀態。

### 三、健康自我管理之介入成效

專業人員主導的自我管理介入對慢性病患者的心理健康提升與健康行為改變具有一定成效（Barlow et al., 2002; van het Bolscher-Niehuis et al., 2016）。一篇自我管理介入之文獻回顧顯示此介入模式之帶領者多為健康專業人員，介入內容包含衛教、團體討論和個別訪談等。結果發現短期的自我管理介入改善了慢性病患者的身體活動、飲食習慣和健康責任感，其中飲食習慣的改善僅在專業人員指導下達顯著進步（同儕帶領則無）（Kim et al., 2021）。然而，上述介入方案之帶領師資多為健康專業人員，非健康專業背景帶領者之介入實證則較少。Barlow等人（2002）建議擴大同儕教育的應用，此種方式不僅重視並借鑒慢性病患者（同儕）的經驗，也可能更具成本效益（Barlow et al., 2002）。

多元面向健康促進介入多著重於運動和營養面向。由健康相關專業人員與培訓合格師資共同執行的介入常強調生活型態和自我管理（Mountain et al., 2017; Zhang et al., 2021; Zhang, Zhao, et al., 2019; Zhang, Zheng, et al., 2019）。而僅由培訓合格師資進行的介入則包含認知和社會參與（Seino et al., 2017）。相較之下，由健康相關專業人員執行的介入方案通常涵蓋上述所有面向（Behm et al., 2014; Chen et al., 2020; Clark et al., 2012; Gustafsson et

al., 2013; Gustafsson et al., 2012; Lu et al., 2019; Ng et al., 2015; Ng et al., 2018; Ng et al., 2017)。在成效指標方面，生理狀態、身體功能及營養狀態是最常受關注的面向。由健康相關專業人員主導的介入還包含認知功能、憂鬱情緒、ADL/IADL、生活滿意度和生活品質等指標。而由非健康專業的培訓師資單獨執行的介入多聚焦於社會參與，較少檢視全面性健康指標。此外，過去文獻多聚焦於結果層面的成效，在健康識能與行為改變的探討較為有限。

不同類型的帶領者，因其專業和知識背景不同，在方案設計與成效評估的側重點各異。健康專業人員參與的方案普遍涉及更全面的介入面向與成效指標，而培訓合格師資則更著重於社交互動。此可能反映出帶領者專業知識、帶領課程內容，及其帶領成效上的差異。

#### 四、高齡人才再運用

WHO於2002年發表「活躍老化」(active aging)的政策架構，定義為「使高齡者的健康、社會參與及安全最佳化，以提升民眾老年期生活品質的過程」(World Health Organization, 2002)，強調高齡者需參與社會，使其充分發揮身體、社會和心理健康的潛力。此與有為老化的概念相輔相成，強調高齡者作為社會資源的貢獻者，透過任何有償工作、志

願服務和照顧他人等活動，對經濟和社會產生重要影響(Butler & Gleason, 1985; Morrow-Howell et al., 2001)。

隨著人口老化，各國日益重視高齡人力資源的運用，並制定具體策略。例如：日本於2021年實施《高齡者雇用安定法》，鼓勵企業僱用員工至70歲，並提供工作技能培訓；美國的「AmeriCorps Seniors高齡志工團體」鼓勵55歲以上長者運用自身專業技能和經驗服務其社區。臺灣也於2019年通過《中高齡者及高齡者就業促進法》推動職務再設計、職場安全等以穩定就業，提供就業機會(獎勵雇用措施、職業訓練)，或延緩退休及退休後再就業等措施(中高齡者及高齡者就業促進法，2019)。期待高齡者持續為個人、家庭和社會貢獻，且同時滿足長者健康促進、維持經濟穩定與安全、社會人際連結等三種需求。

由高齡者同儕帶領的健康促進團體介入課程，提供一個健康促進模式，在健康促進和有為老化等多重目的下，培養更健康和積極參與的老年人口，使個人和社會都受益。

#### 五、高齡者參與社區健康促進之案例

國際上，高齡者帶領健康促進課程的介入模式已有成功案例。例如：芬蘭瓦薩圖書館與紅十字會合作，由高齡志工帶領老人健腦活動，經過訓練的高齡志工分

享健康新知，並設計豐富有趣的活動。而英國ACE（Active, Connected, Engaged）活躍老化研究則由高齡同儕志工帶領，以促進社區長者外出參與活動的動機、自信心和能力。研究招募60歲以上帶領者，參與二天的培訓課程，並獲得一本參考手冊。受試者為65歲以上缺乏身體活動的長者，參加為期六個月的多元介入方案，包含個別面談、至少三次活動（如社交舞、太極、藝術、瑜伽、節慶活動等）、進階的當地活動，與一般社交活動等，以促進彼此資訊交流、分享成就、獲得社會支持。介入後，受試者自陳戶外活動增加，安適感、活力和外出的自信心提升，下肢功能也有所改善（Stathi et al., 2020）。另一篇文獻回顧分析同儕帶領的介入方案對退休長者的健康和安適之影響，結果顯示在健康行為（如增加身體活動和改善飲食習慣）有改善，但其他健康指標（如身體功能、認知功能和情緒等）的證據則不一致。然此研究納入的文獻多為單一面向介入，高齡者能否有效帶領多元面向健康促進或健康自我管理課程則尚不清楚（Barras et al., 2021）。

有關高齡人才帶領同儕課程的模式，自2016年起，國內教育部推動高齡自主學習團體，培訓合格之帶領人組成自主學習團體，進入社區或偏遠地區招募高齡學員，學習主題包含保健、人際關係、自我實現與生命意義、生活新知及興趣嗜好等

多元學習主題。但此些主題非以健康促進議題為主，較無特別探討對健康促進的效益（黃富順、林麗惠，2017）。

為了讓高齡者能夠自主管理健康，成為健康的主導者，中華民國老人福利推動聯盟（老盟）自2019年起開始推動長者健康自主管理模式，並強調導入健康多元面向。過往已舉辦9梯次的「高齡者健康自主管理帶領人」培訓課程，旨在活化高齡人力資源，促進高齡者的社會參與。此模式也期有助於解決社區高齡健康促進課程專業帶領人力資源缺乏問題，提升社區長者的健康識能和自主管理能力，幫助其積極應對老化挑戰，實現健康和活躍老化的目標。鑒於國內銀髮人才資源中心之服務對象及經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Cooperation and Development, OECD）對國際高齡勞動力政策之比較皆以55歲為起點（OECD, 2023），本研究定義高齡帶領者為55歲以上。

本研究之「高齡者健康自主管理課程」聚焦於兩大核心概念：「健康自我管理」與「多元面向健康促進」。健康自我管理是指能覺察個人的健康狀態與需求，並規劃與從事健康行為；健康促進則著重提升健康識能和多元面向健康狀態，課程內容涵蓋體能、認知、營養、睡眠、心理社會健康等。透過知識提供、活動體驗、行動計畫引導及訂定，使高齡者覺察自身

健康問題和需求，並將所學應用於日常生活中，維持健康生活型態，進而提升安適感和生活品質。

## 參、研究方法

### 一、研究設計

本研究採用次級資料的量化研究，資料來源為老盟2023年辦理之「銀建樂活-高齡者健康自主管理模式社區推廣方案」。研究經台大醫院研究倫理委員會審查，案號：202405021RINA。

### 二、研究對象

分為高齡帶領者與參與課程之社區長者二類。

#### (一) 高齡帶領者

老盟於網路公布「高齡者健康自主管理帶領人培訓課程」簡章，徵求有興趣之帶領者。資格與錄取之優先順序如下。納入條件：(1) 從事社區高齡健康促進服務一年以上；(2) 高中(職)以上學歷；(3) 55歲以上。排除條件：因任何功能損傷無法清楚表達者。

錄取者須完成2日(16小時)學科訓練及1日(8小時)實務演練的培訓課程，經考核通過後，需於四個月內完成至少1梯次(12個/堂主題)的社區推廣課程，並完成參與長者之課程前後測評估。

#### (二) 社區長者

社區長者由完成培訓的高齡帶領者於其服務的社區或據點招募。

納入條件：65歲以上(原住民55歲以上)。排除條件：(1) 參與課程少於8次(出席率未達2/3)者；(2) 因認知障礙、失能、精神疾患、行為問題或任何功能損傷，而無法參加方案或完成評估者。

### 三、介入內容

此方案課程突破傳統講授為主的教學模式，考量活躍老化、健康老化、樂齡學習與老人權益保障的需求，以活化高齡者健康自主管理識能為核心，由護理、營養、社工、職能治療、成人教育、公共衛生等8位研發專家團隊訂定課程主題與架構，設計12個健康生活型態促進的多元主題，涵蓋老化與健康概論、飲食、體適能、認知促進與預防失智、營養、睡眠、老年生活準備與規劃、休閒與社會參與、人際關係與溝通、情緒與壓力的覺察與表達、跌倒預防與居家環境安全、權益與福利、課程統整等。每週課程皆含三個關鍵元素：傳授健康知識(知識)、體驗及分享健康經驗(覺察)、設定行動計畫(行動)。同時，依據授課專家製作的教材，提供帶領人操作手冊(包含課程教綱、講授內容、活動設計與回家作業範例等)和公版簡報、講義，作為帶領課程的參考，帶領者仍可依據社區參與者的特性與需求

調整。

#### 四、資料收集及成效指標

##### (一) 高齡帶領者

1. 基本人口學問卷：蒐集帶領者的性別、年齡、教育程度、職業、於社區之角色、專業背景和高齡健康促進相關經驗年資等。

2. 健康相關成效指標包含：(1) 健康生活品質測量問卷 (EQ-5D)：為一6題的自陳式量表，評估受試者的生活品質，包含行動能力、自我照顧、日常活動、疼痛或不舒服、焦慮或沮喪等五項題目，採五點量尺：1 (沒有困難) 到5分 (無法進行)。最後一題為健康狀況的視覺類比刻度 (VAS)，100為最好、0為最差，分數越高代表自覺健康狀態越佳 (Herdman et al., 2011)。(2) 健康自主管理識能與行動問卷：研究者依據本課程自行設計的14大題量表。第1題評估是否能管理自身健康，分數為1~4分；第14題調查已從事的健康自主管理行為；其餘12大題為本課程十二個健康面向主題之題目，各包含3小題，分為知識、覺察及行動等三範疇的健康程度。每題分數均為1~4分，各範疇 (各12題) 總分為12~48分，分數越高代表健康識能、察覺及行動能力越佳。

以上資料均由帶領者自填。

##### (二) 社區長者

1. 基本人口學問卷：蒐集社區長者的性別、年齡、教育程度、族群、居住地、居住狀態、工作狀態、慢性疾病史、自覺健康問題。

2. 健康相關成效指標包含：(1) 健康生活品質測量問卷：同上。(2) 健康自主管理識能與行動問卷：同上。(3) 方案成效評估：一個20題的長者功能評估工具，涵蓋認知、肌力、生活功能、營養口牙和心理社會等五個次量表，各次量表皆為4題，以檢視主客觀健康狀態。認知和肌力次量表包含部分操作題，生活功能、營養口牙和心理社會次量表則是自填/訪談題型。計分含次量表分數及總分，各為0~100分，分數越高代表功能表現越佳。此工具有良好之心理計量特性 (毛慧芬等人, 2023)。

以上資料除方案成效評估之認知及肌力二個次量表由評估者執行，其餘問卷則由長者自填或由評估人員協助填寫二種方式。

#### 五、研究流程

本研究為次級資料分析，資料蒐集過程如下：於2023年招募與培訓高齡帶領者。帶領者通過考核後，於四個月內完成1梯次社區推廣課程及長者課程前後測評估。社區長者 (課程學員) 於參與12週課程前後接受健康相關成效評估。帶領者於

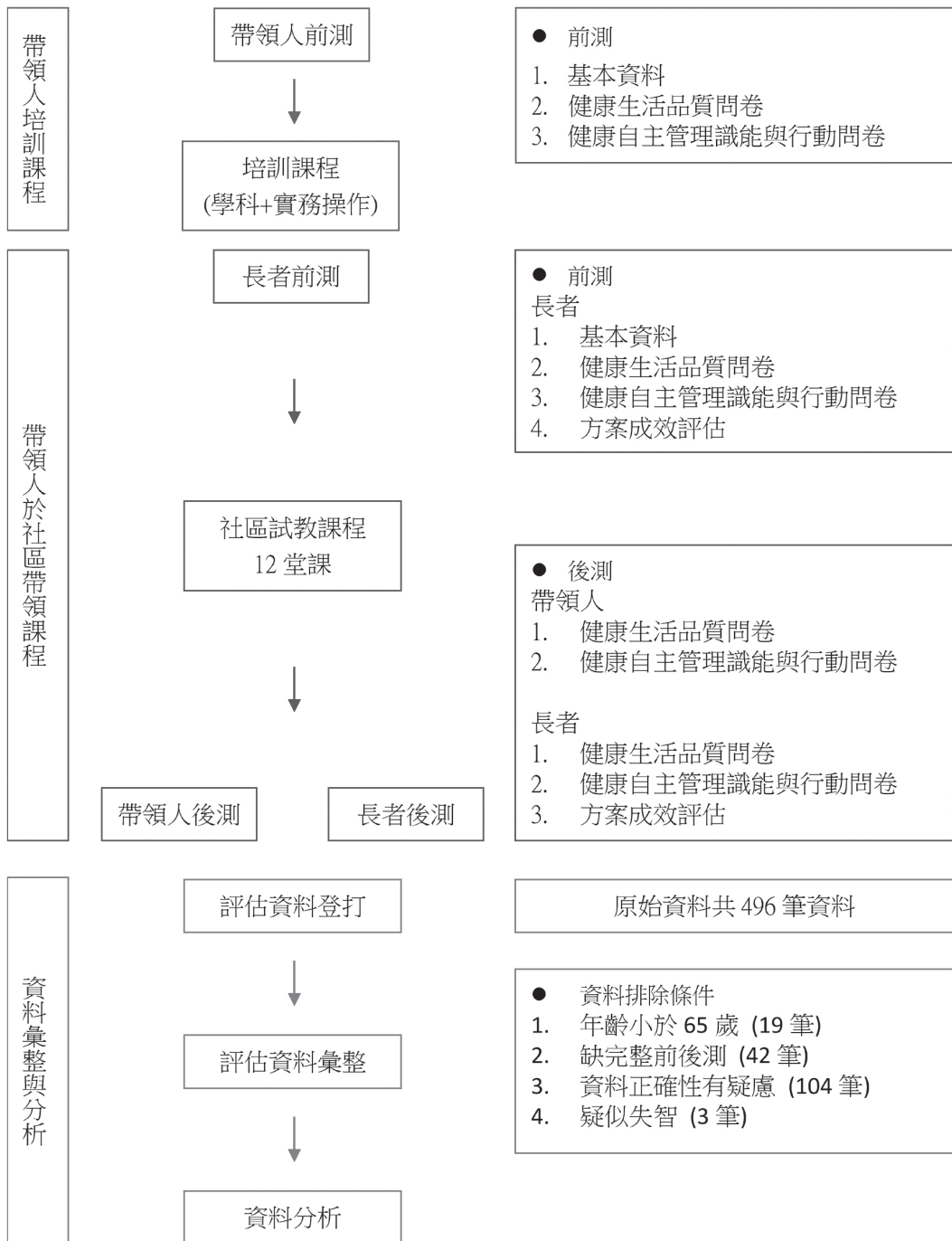


圖 1 資料蒐集架構及流程圖

資料來源：作者繪製。

培訓前及社區課程帶領後也需完成前後測評估（圖1）。

研究人員調閱受試者之基本資料與評估結果，去除紙本與電子檔案中的可辨識個人資料後，進行整理與分析。

## 六、資料分析

使用SPSS（version 22.0）軟體進行資料分析，設定雙尾檢定，統計顯著水準 $\alpha=0.05$ 。

（一）以描述性統計呈現受試者的人口學資料（年齡、性別、教育程度等）與各項功能表現（健康生活品質、健康識能、方案成效評估）。

（二）以無母數檢定與成對樣本t檢定檢驗成效指標前後測分數變化，並以效果值（Cohen's d）呈現介入效果大小。

## 肆、研究結果與討論

以下分別說明高齡帶領者與社區長者的基本資料及健康相關之介入成效結果。

### 一、高齡帶領者生活品質及健康識能、覺察與行為之提升

全國共80人報名，完成帶領人培訓共73位，並於33個社區推廣此模式，7位無法完成課程或無意願完成社區實作推廣。帶領人平均年齡61.2歲（SD=6.32歲），男性占13.7%，教育程度以專科大學（46.6%）和高中職（37.0%）為主，多數就業中（54.8%）、自評健康狀況良好（62.5%）。52.1%帶領人無相關慢性疾病，約六成的帶領人無自覺健康問題（表1）。

表 1 高齡帶領者與社區長者之人口學與健康狀況

	帶領者 (n=73)	長者 (n=328)
年齡	61.2 (6.30)	76.51 (7.11)
性別 (男)	10 (13.70%)	81 (24.70%)
教育程度		
不識字		53 (16.16%)
識字，未受正規教育		19 (5.79%)

國小		114 (34.76%)
國中		39 (11.89%)
高中職	27 (36.99%)	61 (18.60%)
專科大學	34 (46.58%)	38 (11.59%)
碩博士	12 (16.44%)	4 (1.22%)
原住民	9 (12.50%)	35 (10.67%)
居住情況		
獨居	2 (2.82%)	74 (22.56%)
與他人同住	69 (97.18%)	254 (77.44%)
工作狀況		
仍就業中	40 (54.79%)	21 (6.40%)
已退休	33 (45.21%)	307 (93.60%)
自覺健康狀況		
良好	45 (62.5%)	101 (30.79%)
普通	27 (37.5%)	204 (62.20%)
不佳	0	23 (7.01%)
慢性疾病數		
無	38 (52.05%)	50 (15.24%)
1個	27 (36.99%)	137 (41.77%)
2個	7 (9.59%)	77 (23.48%)

3個以上	1 (1.37%)	64 (19.51%)
自覺健康狀況		
無	42 (57.5%)	98 (29.88%)
情緒問題	0	29 (8.84%)
頸背問題	16 (21.9%)	91 (27.74%)
行走問題	1 (1.4%)	66 (20.12%)
睡眠問題	7 (9.6%)	84 (25.61%)
視力問題	17 (23.6%)	95 (28.96%)
聽力問題	3 (4.1%)	56 (17.07%)

資料來源：作者整理。

在生活品質方面，帶領人的前、後測自評健康分數改變達統計顯著，並具近中度之效果值（Cohen's  $d=0.43$ ）（表2），顯示帶領人在帶領課程後之自評健康有所改善。而多數帶領人在五個面向（行動能力、自我照顧等）的前後測皆無困難。由於帶領人的健康狀況普遍較佳，EQ-5D五面向的評估結果較難反應其健康相關生活品質之變化。

在健康識能、覺察與行為方面，帶領人於健康自我管理識能與行動問卷之知識面向分數（ $p<0.001$ , Cohen's  $d=0.54$ ）顯

著提升，達接近中度之效果量（表2），推測與其上課培訓及帶領課程必須更深入瞭解健康知識，主動搜尋、吸收相關資訊有關。而覺察及行動層面之前後測分數雖無顯著變化，但亦有低度的效果（Cohen's  $d=0.25$ 、 $0.27$ ）（表2），表示在帶領課程後，帶領人之健康覺察及行動亦有些微的提升，反映在此過程中帶領人亦會更加關注自身健康，以身作則，與長者一同建立健康習慣。透過此課程培訓及帶領，能提升帶領者的健康知識及覺察能力，以滿足其在第一線社區據點中，作為

帶動其他長者的示範。此與其他研究結果一致，高齡帶領者表示在帶領活動過程中，需要投入大量時間和精力吸收知識和演練，也需要和長者一同參與健康活動，以作為長者的模範（鄧明賢；2017；

Komatsu et al., 2020）。因此，帶領者在教學過程中深化對健康知識的理解，並提升其自主管理能力，使其在執行健康行為時更積極，進而改善健康狀況。

表 2 帶領者完成健康自主管理課程帶領之健康改變

	前測	後測	P值 <sup>a</sup>	效果值 (Cohen's d)
生活品質 (EQ-5D) 前後測人數 (n=73)				
行動能力			0.317	
沒有困難	72	49		
有一點困難	1	0		
中度困難	0	0		
嚴重困難	0	0		
非常嚴重困難	0	0		
自我照顧			1.000	
沒有困難	73	49		
有一點困難	0	0		
中度困難	0	0		
嚴重困難	0	0		
非常嚴重困難	0	0		

日常活動			0.317	
沒有困難	72	49		
有一點困難	1	0		
中度困難	0	0		
嚴重困難	0	0		
非常嚴重困難	0	0		
疼痛			0.157	
沒有困難	57	42		
有一點困難	16	7		
中度困難	0	0		
嚴重困難	0	0		
非常嚴重困難	0	0		
焦慮			0.317	
沒有困難	68	46		
有一點困難	5	3		
中度困難	0	0		
嚴重困難	0	0		
非常嚴重困難	0	0		
健康狀況 (VAS)	87.71 (7.07)	91.08 (5.68)	0.004**	0.004**
健康自主管理識能與行動問卷分數 (n=51)				

知識	36.92 (3.51)	42.08 (9.80)	<0.001**	0.54
覺察	38.61 (4.72)	41.12 (9.99)	0.058	0.27
行動	38.77 (4.06)	41.02 (9.74)	0.077	0.25

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

<sup>a</sup>統計方法：Wilcoxon signed rank test, Paired t test

<sup>b</sup>統計方法：Paired t test

資料來源：作者整理。

## 二、社區長者生活品質、健康識能、覺察與行為及多元面向功能表現之改善

社區長者原始資料共496筆，經整理後共328筆資料納入分析。排除條件包含：（一）小於65歲（19筆）；（二）缺完整前後測（42筆）；（三）資料正確性疑慮（施測有誤或數值不合理）（104筆）；（四）疑似失智（3筆）。

長者平均年齡76.51歲（SD=7.11歲），男性占24.70%，多數長者之教育程度為國小（34.76%）、與他人同住（77.44%）、已退休（93.60%）、自評健康狀況良好（30.79%）和普通（62.20%）。41.77%長者患有一項慢性疾病，其餘超過四成的長者患有二項以上慢性疾病。此外，約三成長者表示無自覺健康問題（表1）。社區長者的出席率佳，平均出席11.59次（SD=1.01次），全

勤者占78.7%，未達8次出席者占1%。

健康生活品質方面，長者在前後測的日常生活困難皆以疼痛為最多。前後測結果僅在疼痛及自評健康分數達顯著差異，其中自評健康之改善達中度效果（Cohen's  $d = 0.37$ ）（表3），顯示此課程能改善長者因疼痛引起的日常生活不便及主觀健康狀況。而其他面向結果未達顯著差異，可能是此些長者的健康狀況相對較佳，有天花板效應。在疼痛及整體健康自評的改善，可能是課程引導落實運動、營養、改善睡眠等健康行為，帶來正向效益。此可由健康自主管理識能與行為之進步得到支持：課程介入後，長者之知識、覺察及行動面向分數皆顯著提升（ $p < 0.001$ ），且達中度效果（Cohen's  $d = 0.41 \sim 0.68$ ），並以知識面向之進步最多（表三）。知識本就是健康行為提升的基礎，具備健康知識後，方能進一步覺

察及行動，此二層面仍需時間及更多演練以內化知識，建立健康習慣（Nutbeam, 2000），因此在短時間內的進步幅度相對較小，未來研究可追蹤長者於介入後的健康覺察及行動改變之長期成效。

此外，長者從事各項健康自我管理行為之比例皆顯著提升（ $p < 0.001$ ），增幅達10.06%（醫療安排與死亡準備）至28.63%（均衡營養）（表三），顯示此課程可促進長者從事各種健康相關行為。

在展現長者多元面向功能表現之方案成效評估結果顯示（表三），長者於認知、肌力次元表及總分之分數皆顯著進步（ $p < 0.001$ ），且改善達中度效果值（Cohen's  $d = 0.35 \sim 0.51$ ），並以肌力之進步效果最大。此些改善之原因除了課程中講述相關健康主題外，亦強調課後的健康行動實踐。值得注意的是，認知及肌力的主題課程各僅有一堂，在未提供大量介入劑量，僅強調課後的健康行動（如：訂立目標、實踐回家作業，鼓勵長者執行運動或認知活動等），長者的認知及肌力仍顯著提升，展現此模式在社區的實務價值，透過倡導健康自我管理，讓長者不再依賴據點活動即可自主實踐健康促進行為。生活功能、營養口牙及心理社會的前後測雖未有顯著差異，但原始分數仍皆有些微增加。推測原因可能是長者前測分數已偏高，具天花板效應，建議未來選取更敏感的評量工具。

本研究中，非專業背景的高齡者帶領之多元面向健康自我管理課程，能有效提升課程參與者的多元面向健康識能、健康行為參與與體能及認知表現。此成果尤為重要，因傳統高齡健康促進介入多由健康專業人員引導，雖然健康專業人員具有專業優勢，但由高齡者帶領的同儕支持模式，可能展現出更佳的同理心、親近感、社會支持和示範作用。這些帶領者因相近的年齡、語言、文化和健康經驗，更能夠理解同齡群體的需求，並以淺顯易懂、符合文化及生活方式的方式傳達健康資訊，或分享自身行為改變的經驗，使參與者更易於接收相關知識（Morgan et al., 2021; Webel et al., 2010）。此一模式強調「同儕帶領」的獨特性，即同齡人之間更容易建立信任與情感聯結，可能提升學習動機和效果，帶來正向效益。

過去由非專業帶領者主導的介入多聚焦於較為結構化的活動，如運動或社交娛樂型活動，在多元面向的健康管理上成效較有限。本研究的健康自我管理介入能展現不錯的健康相關成效，主要可歸因於高齡帶領者經過紮實的培訓，部分帶領人表達有不小的壓力，甚至無法完成培訓。非專業背景的帶領者可能對健康相關議題較缺乏信心，培訓應掌握幾項重點：（1）簡化健康知識內容，盡量生活化、活動化，使其易吸收；（2）以「模擬授課」方式教學，使其易於模仿及掌握課程帶領

精要：(3) 安排實務帶領實習(試教)指導，及時修正授課內容及技巧；(4) 提供教學手冊及簡報教材，減輕備課負擔及確保資訊正確性；(5) 提供實地及線上督導，強化帶領能力，長期支持、提升信心。更重要的是，本介入課程重點在於提高長者自我覺察、促進行動並設立具體目標，而非僅傳授知識。此設計簡化了課程內容，使高齡帶領者能夠更有效地引導參與者，發揮同儕帶領的優勢，應對個別健康需求，最終促進健康行為的改變。

表 3 長者參與健康自主管理課程之介入成效 (n=328)

	前測	後測	P值 <sup>a</sup>	效果值 (Cohen's d)
生活品質 (EQ-5D) 前後測人數				
行動能力			0.187	
沒有困難	254	259		
有一點困難	55	50		
中度困難	13	13		
嚴重困難	3	2		
非常嚴重困難	3	2		
自我照顧			0.665	
沒有困難	308	305		
有一點困難	15	17		
中度困難	3	3		
嚴重困難	0	0		
非常嚴重困難	1	1		

日常活動			0.818	
沒有困難	281	276		
有一點困難	33	41		
中度困難	8	9		
嚴重困難	3	1		
非常嚴重困難	2	1		
疼痛			0.040*	
沒有困難	140	161		
有一點困難	155	136		
中度困難	22	29		
嚴重困難	8	2		
非常嚴重困難	1	0		
焦慮			0.468	
沒有困難	245	251		
有一點困難	73	72		
中度困難	7	4		
嚴重困難	0	1		
非常嚴重困難	0	0		
健康狀況 (VAS)	78.84 (13.86)	83.58 (11.06)	<0.001**	0.37
健康自主管理識能與行動問卷分數				

知識 (n=318)	33.87 (5.50)	38.00 (4.30)	<0.001**	0.68
覺察 (n=318)	36.17 (4.75)	38.55 (4.28)	<0.001**	0.41
行動 (n=321)	36.16 (4.91)	38.65 (4.09)	<0.001**	0.44
從事健康自主管理行為人數 <sup>c</sup>				
定期健康檢查	229 (69.82%)	267 (81.40%)	<0.001**	
定期檢視情緒	88 (26.83%)	171 (52.13%)	<0.001**	
充足睡眠	196 (59.76%)	258 (78.66%)	<0.001**	
均衡營養	175 (53.35%)	268 (81.71%)	<0.001**	
生活與財務規劃	117 (35.67%)	173 (52.74%)	<0.001**	
社交活動	203 (63.11%)	260 (79.27%)	<0.001**	
注意高齡者 權益與福利	97 (29.57%)	178 (54.27%)	<0.001**	
規律運動	228 (69.51%)	267 (81.40%)	<0.001**	
醫療安排 與死亡準備	61 (18.60%)	94 (28.66%)	0.001**	
方案成效評估分數				
認知 (n=327)	71.10 (18.86)	76.66 (17.39)	<0.001**	0.35
肌力 (n=323)	58.24 (20.52)	66.53 (19.72)	<0.001**	0.51
生活功能 (n=328)	94.76 (10.97)	95.40 (10.60)	0.239	0.06
營養口牙 (n=326)	78.19 (16.56)	80.16 (14.44)	0.056	0.11

心理社會 (n=328)	76.79 (17.64)	78.68 (17.86)	0.075	0.10
總分 (n=321)	76.22 (10.12)	79.68 (10.31)	<0.001**	0.45

\*p< 0.05, \*\*p< 0.01

<sup>a</sup>統計方法：Wilcoxon signed rank test, Paired t test

<sup>b</sup>統計方法：Paired t test

<sup>c</sup>統計方法：McNemar test

資料來源：作者整理。

### 三、研究限制

本研究之限制：首先，因次級資料變項蒐集的限制，未能全面探討影響介入成效的原因。其次，未設置對照組，無法比較介入組與非介入群體間的差異，影響介入有效性的推論強度。最後，前後測評估由高齡帶領者所執行，評估品質可能存在變異性，儘管研究團隊已盡可能排除有疑慮之資料，仍可能影響結果的準確性與信效度，因此在解讀時仍須謹慎考量。未來研究除改進上述研究限制，並可追蹤介入之長期成效及潛在影響因子。

### 伍、結論

此高齡者健康自主管理模式對高齡帶領人及長者的健康促進均有正向成效，可增進同儕帶領人及長者之健康識能及自覺健康程度，及提升長者之認知和體能表現。相較由健康專業人員主導的介入，本模式充分利用高齡者的經驗和同儕支持，創造更具親和力和文化適應性的學習環

境。儘管面臨知識與信心不足等挑戰，藉由適當的培訓和課程設計，高齡帶領者依然能夠展現價值。因此，以高齡人才作為帶領者，強調高齡者健康自主管理重要性之模式，具有在社區推廣的潛力，特別是在偏遠或資源有限地區，既能克服專業人力資源不足的問題，亦能促進健康教育的傳播，提升整體社區的健康品質。

此研究結果驗證了同儕教育在高齡健康促進的潛力，建議政府與社區單位在推動相關高齡健促政策與服務時，可考慮推廣此「同儕帶領」模式及培訓的重點，以因應日益增加的健康管理需求。

（本文作者：毛慧芬為國立臺灣大學職能治療學系教授；李昕怡為國立臺灣大學職能治療學系博士候選人；張淑卿為中華民國老人福利推動聯盟秘書長；曾繁亞為中華民國老人福利推動聯盟副主任）

**關鍵詞：**自我管理、成效、高齡人才再運用、社區老人

 參考文獻

- 《中高齡者及高齡者就業促進法》（2019 / 2024年修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=N0090055>
- 毛慧芬、李昕怡、張玲慧、蔡宜蓉、郭慈安、陳雅美、張淑卿、許建隆、吳昭軍、賈淑麗、羅素英、張瓊丹、吳菁宜（2023）。〈社區長者健康促進方案成效評估工具的發展〉。《台灣醫學》，27（4），408-422。[https://doi.org/10.6320/fjm.202307\\_27\(4\).0002](https://doi.org/10.6320/fjm.202307_27(4).0002)
- 郭嘉琪、王秀紅（2012）。〈系統性文獻回顧自我管理在國內慢性病介入研究之應用〉。《護理暨健康照護研究》，8（1），50-60。<https://doi.org/10.6225/jnhr.8.1.52>
- 黃富順、林麗惠（2017）。〈臺灣高齡自主學習團體的推展與展望〉。《教育研究月刊》，283，41-54。<https://doi.org/10.3966/168063602017110283004>
- 鄧明賢（2017）。〈社區老人健康促進方案推動幹部之收穫與反思研究〉。《社會工作實務與研究學刊》，5，29-58。<https://doi.org/10.6690/jswpr.2017.5.2>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0)
- Barras, L., Neuhaus, M., Cyarto, E. V., & Reid, N. (2021). Effectiveness of Peer-Led Wellbeing Interventions in Retirement Living: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111557>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Zidén, L., & Dahlin-Ivanoff, S. (2014). Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(3), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.12.010>
- Butler, R. N., & Gleason, H. P. (1985). *Productive aging: Enhancing vitality in later life*. Springer.
- Chen, L. K., Hwang, A. C., Lee, W. J., Peng, L. N., Lin, M. H., Neil, D. L., Shih, S. F., Loh, C. H., &

- Chiou, S. T. (2020). Efficacy of multidomain interventions to improve physical frailty, depression and cognition: data from cluster-randomized controlled trials. *Journal Cachexia Sarcopenia Muscle*, 11(3), 650-662. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12534>
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143(6), 427-438. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00007>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Knight, B. G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D. A., Wilcox, R. R., Lai, M. Y., White, B., Hay, J., Lam, C., Marterella, A., & Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- Creer, T. L., Renne, C. M., & Christian, W. P. (1976). Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*, 37(8), 226-232, 247.
- Gustafsson, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Edberg, A. K., Johansson, B., Kronlöf, G. H., Gosman-Hedström, G., & Dahlin-Ivanoff, S. (2013). Long-term outcome for ADL following the health-promoting RCT--elderly persons in the risk zone. *Gerontologist*, 53(4), 654-663. <https://doi.org/10.1093/geront/gns121>
- Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Zidén, L., Kronlöf, G. H., Højgaard, B., Slinde, F., Rothenberg, E., Landahl, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term--results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 447-454. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Internal Medicine*, 25(3), 182-193. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2503\\_04](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2503_04)
- Kim, S., Park, M., & Song, R. (2021). Effects of self-management programs on behavioral modification among individuals with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One*, 16(7), e0254995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254995>
- Komatsu, H., Yagasaki, K., Oguma, Y., Saito, Y., & Komatsu, Y. (2020). The role and attitude of senior leaders in promoting group-based community physical activity: a qualitative study. *BMC Geriatrics*

- trics*, 20(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01795-2>
- Kuo, C.-C., Lin, C.-C., & Tsai, F.-M. (2014). Effectiveness of Empowerment-Based Self-Management Interventions on Patients with Chronic Metabolic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), 301-315. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/wvn.12066>
- Liao, X., Shen, J., & Li, M. (2023). Effects of multi-domain intervention on intrinsic capacity in older adults: A systematic review of randomized controlled trials (RCTs). *Experimental Gerontology*, 174, 112112. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112112>
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Internal Medicine*, 26(1), 1-7. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601\\_01](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01)
- Lu, Y., Niti, M., Yap, K. B., Tan, C. T. Y., Zin Nyunt, M. S., Feng, L., Tan, B. Y., Chan, G., Khoo, S. A., Chan, S. M., Yap, P., Larbi, A., & Ng, T. P. (2019). Assessment of Sarcopenia Among Community-Dwelling At-Risk Frail Adults Aged 65 Years and Older Who Received Multidomain Lifestyle Interventions: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2(10), e1913346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.13346>
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 418-425. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- Morgan, T., Wiles, J., Park, H.-J., Moeke-Maxwell, T., Dewes, O., Black, S., Williams, L., & Gott, M. (2021). Social connectedness: what matters to older people? *Ageing and Society*, 41(5), 1126-1144. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1900165X>
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., & Sherraden, M. (2001). *Productive aging: Concepts and challenges*. Johns Hopkins University Press. <https://books.google.com/sv/books?id=sayz5dbGTBcC>
- Mountain, G., Windle, G., Hind, D., Walters, S., Keertharuth, A., Chatters, R., Sprange, K., Craig, C., Cook, S., Lee, E., Chater, T., Woods, R., Newbould, L., Powell, L., Shortland, K., & Roberts, J. (2017). A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): A randomised controlled trial. *Age Ageing*, 46(4), 627-634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx021>
- Nestola, T., & Cesari, M. (2022). WHO approach to healthy aging. In *Geriatric medicine: A person centered evidence based approach* (pp. 1-21). Springer.
- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S., Feng, L., Niti, M., Tan, B. Y., Chan, G., Khoo, S. A., Chan, S. M., Yap, P., & Yap, K. B. (2015). Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Medici-*

- ne, 128(11), 1225-1236.e1221. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.017>
- Ng, T. P., Ling, L. H. A., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Feng, L., Niti, M., Tan, B. Y., Chan, G., Khoo, S. A., Chan, S. M., Yap, P., & Yap, K. B. (2018). Cognitive Effects of Multi-Domain Interventions Among Pre-Frail and Frail Community-Living Older Persons: Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology*, 73(6), 806-812. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx207>
- Ng, T. P., Nyunt, M. S. Z., Feng, L., Feng, L., Niti, M., Tan, B. Y., Chan, G., Khoo, S. A., Chan, S. M., Yap, P., & Yap, K. B. (2017). Multi-Domains Lifestyle Interventions Reduces Depressive Symptoms among Frail and Pre-Frail Older Persons: Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 21(8), 918-926. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0867-y>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A. P., Roy, A., Rodríguez Monforte, M., Bergman, H., & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing*, 46(3), 383-392. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw247>
- Seino, S., Nishi, M., Murayama, H., Narita, M., Yokoyama, Y., Nofuji, Y., Taniguchi, Y., Amano, H., Kitamura, A., & Shinkai, S. (2017). Effects of a multifactorial intervention comprising resistance exercise, nutritional and psychosocial programs on frailty and functional health in community-dwelling older adults: A randomized, controlled, cross-over trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(11), 2034-2045. <https://doi.org/10.1111/ggi.13016>
- Stathi, A., Withall, J., Thompson, J. L., Davis, M. G., Gray, S., De Koning, J., Parkhurst, G., Lloyd, L., Greaves, C., Laventure, R., & Fox, K. R. (2020). Feasibility Trial Evaluation of a Peer Volunteering Active Aging Intervention: ACE (Active, Connected, Engaged). *Gerontologist*, 60(3), 571-582. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz003>
- van het Bolscher-Niehuis, M. J. T., den Ouden, M. E. M., de Vocht, H. M., & Francke, A. L. (2016). Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 230-247. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.014>
- Webel, A. R., Okonsky, J., Trompeta, J., & Holzemer, W. L. (2010). A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *American Journal of*

- Public Health*, 100(2), 247-253. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.149419>
- World Health Organization. *Health promotion*. Retrieved September 16 from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://iris.who.int/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. <https://iris.who.int/handle/10665/258981>
- World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1356501/retrieve>
- Zhang, C., Xue, Y., Cai, Y., Lu, J., Zheng, X., Yuan, W., & Qian, Y. (2021). Efficacy of the self-mutual-group model targeting quality of life improvement among empty-nest older adults in Taiyuan, China: an intervention study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02155-4>
- Zhang, C., Zhao, H., Zhu, R., Lu, J., Hou, L., Yang, X. Y., Yin, M., & Yang, T. (2019). Improvement of social support in empty-nest elderly: results from an intervention study based on the Self-Mutual-Group model. *Journal of Public Health (Oxf)*, 41(4), 830-839. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy185>
- Zhang, C., Zheng, X., Zhu, R., Hou, L., Yang, X. Y., Lu, J., Jiang, F., & Yang, T. (2019). The effectiveness of the "SMG" model for health-promoting lifestyles among empty nesters: a community intervention trial. *Health Qual Life Outcomes*, 17(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1222-x>