

健康促進、社會工作與老人服務方案

陳武宗

摘要

平均餘命延長後，如何協助長者享有健康與品質的生活？成為國內外老年學研究與實務工作者關注的課題，也是政府健康與社會福利政策和措施的重點項目。加以在國內衛生與福利整合的既定政策下，如何從個別、社區及政策等層面落實「活的老、活的好」的理想？並將「健康促進」、「生活品質」的觀念與內涵融入現行老人服務方案，除順應世界趨勢，也是具體實踐此理想的關鍵作法。故在此背景下，本文採用文獻資料與筆者實務經驗擬分別論述下列議題：一、人口老化、老人疾病型態與政策回應；二、健康促進與社會工作；三、以健康促進為導向之老人服務方案運作實務。期待本文的發表，有助於衛生社福領域對此議題的持續關注，社會工作學術與實務的進一步探究。

關鍵詞：健康促進、社會工作、生活品質、老人服務方案

Abstract

Along with the longer life expectancy, how can we help elderly to have a healthy and quality life? It becomes an important issue for the researchers and practitioners in the field of gerontology as well as a key project for developing public health and social welfare policies. Moreover, in the existing policy of integrating public health and social welfare, how can we fulfill the goal of “live long and live well” in the levels of individual, community, and policy? Besides to follow the world trend, a key point is to merge the concepts of “health promotion” and “quality care” into the current service program for the elderly. Built from the rationale and background, the author discussed the following topics based on literature and clinical experiences: (1) aging population, disease patterns in elderly, and reactions to the policy, (2) social work in health promotion and public health, (3) health-promotion-oriented service program for the elderly. I hope the current article can help to draw attention on these issues in the field of health and social welfare policy and further discuss research and practice.

Key Words: Health Promotion, Social Work, Quality of life, Service Program for The Elderly

壹、前言

「活著久、活著好」是古今中外人類的夢想。但「一人長壽，眾人扶」，長壽除是個人如基因、生活方式及健康行為等層面的綜合影響，又涉及整體社會環境結構與資源分配的議題，故延緩長者失能，提高長者生活品質，減低醫療與福利支出，雖已成為高齡社會政府部門、學術單位、民間組織及眾多長者，共同的理想與努力的方向，但也是嚴苛挑戰的開始。「疾病壓縮理論」、「活躍老化」、「成功老化」、「健康促進」等觀念與目標的提出，皆反應在不同時期與不同國度和區域，如何將「延緩長者失能，提高生活品質」的理想具體實踐的嘗試與努力。健康是多元與變動的概念，而老人人口也是異質性高的組成，走入長者生活與活動的場域貼近觀察，無論健康條件、行動自主能力及所處的環境是在居家、機構或社區，常呈現出長者十分不同的生活方式，與多元健康或有害健康之行為和信念。又「健康」、「生活品質」等概念與相關議題本身，皆極具變動性、多面向的內涵與高度的關聯性，實非政府部門或專業人員或社區居民單一力量可達成。此當然也直接挑戰公私部門政策與方案的規劃和執行者。國內以往衛政與社政分立的狀況，將隨著行政院組織法修法完成後走入另一新的局面，而長期在公共衛生所倡導的疾病防治與健康促進之觀念和方案，也須與社政體系相互整合，如衛政

所推動的「社區健康營造計畫」、社政所推的「社區照顧關懷據點」，而長者的健康促進議題，則是國內未來一項很迫切與實際可行的整合事項。故本文先就老人人口疾病型態與健康行為加以分析討論，再從健康促進的相關理念回顧與社會工作實務運作層面切入，最後針對長者健康促進方案在不同老人活動與照顧場域實施現狀和問題，分別引用不同實例加以檢視與提出實務操作的具體建議。本文採用文獻法搜集與主題相關的期刊與官方文書資料，並運用國內外參訪心得與實務經驗的相互驗證論述（註1），期待本文對社會福利與社會工作社群在規劃老人服務方案過程，能因對老人健康問題與健康促進認識，能有不同的思考內涵和因地制宜且具在地特色之創新方案產生，並促進長者身心健康與生活品質提升，達到成功老化的理想。

貳、人口老化、老人疾病型態與政策回應

一、人口轉型與疾病慢性化

國內人口學者陳寬正、孫得雄、張明正等研究指出，台灣社會在1980年代中期完成了人口學所謂的「人口轉型」，也就是從農業社會的高出生率與高死亡率，轉成工商社會的低出生率與低死亡率（引自陳肇男，1999）。而隨著平均餘命延長，國內老人人口所占的比例也逐年提高，至1993

年跨過世界衛生組織 (WHO) 對高齡社會百分之七的門檻，此成長趨勢持續加速進行中。我國人口老化速度超快，老人人口所占的比率，從 1993 年的 7% 預估到 2017 年將爬升到 13.50% 的期間只有 24 年。未來 20 年人口老化速度將加快，根據 95 年 6 月行政院經濟建設委員會公布人口中推計顯示，至 2026 年老人人口比率將達到 20.6%，即每 5 個人中就有 1 位老年人（行政院經濟建設委員會，2006）。可預期其對醫療保健與社會安全制度的將帶來的影響。

從生命統計分析結果顯示，2008 年國人零歲平均餘命，男性為 75.49 歲，女性為 82.01 歲，平均 78.5 歲（行政院衛生署衛生統計指標，2008）。另從 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」結果顯示，八成以上（88.7%）老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性疾病，而長者最常見的慢性病前五項分別為：高血壓（46.67%）、白內障（42.53%）、心臟病（23.90%）、胃潰瘍或胃病（21.17%）、關節炎或風濕症（21.11%）等。而主要死亡原因，以惡性腫瘤最多，再從 1994-2006 年台灣老人主要死因、死亡率長期趨勢觀察，其中與生活型態有關之死因，慢性病占了七個（惡性腫瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、腦血管疾病、心臟疾病、腎病變、高血壓）。平均壽命延長，罹患慢性疾病機率增加，同時致殘失能比例也提高，對醫療照護服務使用需求增加與費用加重，成為趨勢。依據 1996-2005 年健保醫療照護使用情形分析顯示，國內長者平均

門診就診率 95.6%，平均每人每年門診 26.8 次，平均每年住院就診率 21.7%（約 5 人中有 1 人）平均每人每年住院 4.6 日，且隨著年代的增加，就診率、門診次數、住院就診率及住院日數皆上升，而 60 歲以上的醫療費用，皆較 59 歲以下各年齡層高出許多倍（行政院衛生署國民健康局，2009）。劉景寬等人（2000）研究發現，老年失智症的社區盛行率約 3-4%，患有此症的長者因記憶力缺損或喪失，會出現生活安排與自我照顧能力上的障礙問題。以高雄市 1989 年與 2005 年兩次「老人生活狀況與需求調查」結果顯示，在自覺健康狀況良好比例：前者占 42%，後者占 64.5%。憂鬱傾向測量結果：後者針對受訪者進行「老人憂鬱自我評量表」之篩選，其結果顯示有 18.5% 之受訪者，有潛在憂鬱可能，需要更進一步評估其心理健康狀況，以判斷是否需要提供進一步的服務。而老人參與志願服務人數：前者 14 人（0.6%）；後者 40 人（3.6%）（高雄市政府社會局，1989、2005）。兩者比例仍偏低。擔任志工也是長者社會參與的途徑之一，比例高低，也顯示其生活方式與身心健康的差異。當然也是反映長者健康的面向之一。

吳淑瓊、江東亮（1995）依先進國家的經驗指出，隨著老人人口的增加，慢性疾病及功能障礙的人口也急遽上升，繼而對醫療服務與長期照護產生大量需求，台灣也朝此方向演變。應變之道，除需積極建構理想的長期照顧體系之外，依日本實施介護保險制度後不斷攀升的使用比例與費用，導入疾病預防與健康促進的作法，

也是值得借鏡並早日推動的工作。行政院衛生署於 1986 年根據國人十大死亡原因統計分析結果，研訂了「中老年病防治四年計畫」，以期能達成能普及中老年病（如高血壓、糖尿病）防治知識，減少罹病機會的目標。從平均壽命延長、疾病慢性化與國人十大死亡原因的分析，加上國內在長者就醫與經濟安全制度已建構的基礎上，健康促進、社會參與、生活品質提升與協助長者自我價值的實踐，皆是目前與下一階段的努力方向與具體目標。而針對長者健康風險（如罹病率、失能率、死亡率等）、醫療資源耗用及生活品質之間差異的探討，也是可發展的方向。

二、老人健康狀況與生活品質

基因、環境及生活型態對健康老化的影響，是老年學所關注的重點。WHO (1948) 對健康所下的界定：「一種身心社會完全安適的狀態，而非僅是無疾病和仍是普遍被使用的定義。」「活著長壽是數字的問題，活著好是品質的問題」，而健康促進行為的培養，或負向健康行為的中止或降低，則關係著長者晚年生活方式與品質。「老化與健康」期刊 (*Journal of Aging and Health*) 1991 年 3 卷 2 期針對此問題，並以「生命延長和生活更糟？—長者健康的現況與未來趨勢」 (*Living Longer and Doing Worse? — Present and Future Trends in the Health of the Elderly*) 為主題，從疾病壓縮 (*the Compression of Morbidity*) 的觀點，邀請了老人學相關領域的學者專家，發表了系列文章討論此充滿理想與切身的好問題（註 2）。從古至今人類渴望長壽，但無人願意

帶著病痛而老了。因此，高齡社會來臨後，人如何健康而老而終？成為學術探討與實務發展很引人興趣與注意的話題。也因此針對不同健康狀態與生活安排下的長者，在現行的生活方式與服務供給系統中，加入健康促進的理念與活動，提升長者生活品質，是高齡社會值得重視的課題之一。

Laurel A. Strain (1993) 研究報告指出，老人學對老人健康狀況的文獻與長者的對所謂「身體好、老康健 (Good Health)」的主觀認知顯然有別，老人對老康健（台語）的內涵認知包括：有一般安適的感受、無疾病症狀、能執行常規活動等。而讓個體免受身心限制，能夠執行其所被賦予的社會角色的程度，即所謂人的功能性狀況 (*Functional status*)。至於社會性健康 (*Social Health*) 的測量，則聚焦在個體的人際互動和社會參與，此有別於個體身心健康的面向。上世紀八零代後期，Fries (1987) 在 *Gerontologica Perspecta* 發表「An introduction to the compression of morbidity」一文，同年 Guralnik 與 Schneider 兩位學者再同一期刊發表了一篇「疾病壓縮：有一天，將實踐的夢想！」此人類渴求健康長壽，縮短晚年罹病與死亡時程的想望，開始有了理論性的討論。而「成功老化 (*successful aging*)」的觀念，期待能藉由探究達到成功老化的方法，協助中老年人人口群發展出正向與健康的生活，此包括有避免疾病與失能、維持高度身體活動與認知功能，及持續參與社會生活和生產性工作 (Rowe & Kane, 2000)。筆者與研究小組曾進行一項「長者最希望聽到的十句話」

的研究計畫，共完成訪問社區與機構長者 1000 位老人家，受訪者最希望聽到的十句子依百分比比例排序如下：「您看起來很健康」（84.7%）、「你最近身體好嗎」（81.9%）、「外出（騎、開車）要小心」（79.0%）、「昨晚睡的好嗎」（75.4%）、「您辛苦啦」（74.6%）、「什麼時候跟我們一起出去玩」（72.1%）、「你怎麼都沒變老」（65.0%）、「你需要什麼我幫你帶回去」（64.7%）、「今天的飯菜煮的很好」（58.2%）、「這些錢給你當零用錢（台語：所費）」（57.9%）。此結果顯示健康與安全是長者最期待被注意與關心的人際互動的焦點（陳武宗、陳政智、林東龍，2007）。黃松林（2005）也指出，「協助人們維持或增進健康情形與生活品質」、「協助人們能夠儘可能的自主獨立生活」是加拿大的居家與社區照顧服務提供者優先要協助服務使用者與照顧者達到的六種目標其中二項。

楊文山、柯瓊芳（1994）綜合以往學者對老人健康狀況評估指標，如疾病罹患率多寡、臥床日數的長短、行動受限率的嚴重與否等。至於壽命延長是否意味健康與生活品質改善？學界雖有樂觀、悲觀及中間的論點，但總結一個人一生所花費的醫藥費用大部分是耗費在死前的數個月中，因此當老年人口的比例逐年增加，平均餘命逐漸延長，同時慢性病與非急性傳染病又成為死亡主因時，社會醫療成本將大幅增加。國民健康局之「老人健康促進計畫（2009-2012）」，計畫目標旨在維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴

程度，提出具體健康促進策略，包括：促進健康體能、加強跌倒防制、促進健康飲食、加強口腔保健、加強菸害防制、加強心理健康、加強社會參與、加強老人預防保健及篩檢服務等八項重要工作（行政院衛生署國民健康局，2009）。另世界衛生組織（WHO）所提出生活品質的界定與六大範疇包括：生理、心理、獨立程度、社會關係、環境及心靈等，是全球目前最完整且常被採用文獻（引自姚開屏，2002）。而醫療社會學家 Ann Bowling（1997）第二版的「健康評量—生活品質量表的回顧」一書，除對功能、健康及生活品質提出概念性引介外，對健康狀態、功能性能力、心理安適狀態、社會支持與社會網絡及生活滿意與士氣等已發展運用的量表，進行了完整的介紹，提供實務工作者很實用的參考，也將上述較抽象的理念，轉化成具有操作性的工具。而順著以上的敘述，本文所指的老人服務方案，從健康促進與生活品質的兩個概念內涵加以界定，就是無論長者的身心條件、居住場所與社經背景，凡自發性或常規的規劃與推展，符合長者多元健康促進需求與生活品質提升目的之行動方案，皆屬之。

而上述的理念對國內在衛生福利領域提供長者服務的服務提供者，若能對健康、健康促進、生活品質等概念的完整認識，應可跳離原有單一片段的認知，重新以全人的、預防的、增能的角度，面對不同健康生活狀態的老人家及其照顧者，如照管專員進入失能者家進行需求評估、老人活動中心面對喪偶長者、醫療機構對中

風長者支出院準備計畫、護理及安療養機構面對除提供住民長者基本日常生活照顧服務、社區照顧關懷據點、獨居老人關懷服務等，應可提供不同以往的思惟與作法。

三、政府健康社會政策回應與具體計畫

為因應持續攀升老人人口所衍生之長照需求，從 2004 年社會福利政策綱領，到老人福利法、身心障礙權益保障法修法及先後由官方推出的方案如「加強老人安養服務方案－1998-2007」、「老人長期照護三年計畫 1998-2001」、「建構長期照顧體系先導計畫 2000-2003」、「照顧服務福利及產業發展方案 2000-2007」、「大溫暖社會福利套案 2007-2015」、「我國長期照顧十年計畫 -97 至 100 年中程計畫」等。

1998 年，行政院衛生署「社區健康總體營造三年計畫」正式實施，與該署國民健康局之正式掛牌運作，顯示中央最高衛生單位在面對國人十大死亡原因、人口老化及疾病慢性化等問題，在決策思維與行動方案上的調整。如何將疾病預防 (illness prevention)、健康促進 (health promotion) 及社區工作 (community work) 等核心概念與工作方法，納入未來的行動方案中，激發社區居民自主與參與的意識，促進整體社區生活品質的提昇與健康的促進，是未來值得社工界關注與投入的課題。國家衛生研究院於八十七年一月成立論壇健康促進與疾病預防委員會，其任務包括：1. 發覺我國當前健康促進與疾病預防之重要問題；2. 評估我國當前健康促進與疾病預防工作現況；3. 分析當前健康促進與疾病預防研究政策之理想與實際間之歧異；4.

建立健康促進與疾病預防工作計畫之優先次序。而老人、運動與生活品質也是此委員會關心的主題之一（國家衛生研究院，2003）。2005 年 3 月，內政部為針對高齡化社會，家庭結構核心化的社會問題，以社區營造及社區自主，倡導社區照顧服務，發展社區自助互助精神，推出了「社區照顧關懷據點」計畫，要求社區中志願組織部門提供社區照顧服務，進行健康促進與初級預防之工作（內政部，2005）。行政院衛生署國民健康局於 2009 年提出「老人健康促進計畫 2009-2012」，教育部社教司提出「樂齡學習中心」計畫。另為全球應運人口老化所帶來的醫療費用高漲與照顧壓力，並落實在地老化的理念，建構社區整體照護制度，提升服務使用者生活品質，其中對重視預防照顧觀念或建立預防重型體系的作法，將是未來趨勢有必要逐步推動（呂慧芬，2008；蔡啓源 2008；趙珍妮，2007）。從國內衛生與福利整合的既定方向、社區健康營造與社區照顧關懷據點以往運作經驗，更有必要思考如何將健康促進理念，更全面與具體的在國內現有的老人服務方案中加以落實，當然也是國內公共衛生社會工作發展的新契機。

參、健康促進與社會工作

一、健康促進概念與行動綱領

健康促進已納入全國社區照顧關懷據點的服務項目之一，同時行政院衛生署國民健康局已被核定執行「老人健康促進計畫 2009-2012」，但什麼是「健康促進

(Health Promotion) ？」健康促進等同醫療講座、健康促進等於疾病篩檢、健康促進就是多舉行體適能活動，或健康促進如同衛生教育，健康促進此用詞何時被使用？其名稱內涵與演變如何？甚至如何具體操作落實？對衛生與福利體系的服務提供者，在觀念上能建立起較正確與完整的認識，或有助於實際方案的規劃與推展。特別是此觀念在社會工作領域的文獻探討與實務運用經驗，仍較缺乏之際，又在面對人口老化與重視預防理念的趨勢下，從個人、社區及政策層面在學理討論與實務運作，社工界確有必要提早因應和採取行動。

健康促進「Health Promotion」此概念約在 1970 年後期出現（增加），而近十年才顯著受到重視，特別是西方工業先進國家皆將其納入施政的關鍵性政策議題 (Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 1995: 13)，而加拿大衛生福利部 Marc Lalonde 部長在 1973 年其所發表的一篇「加拿大健康的新觀念 (A New Perspective on the Health of Canadians)」曾多次使用此概念，並跳脫以往生物醫學的角度，從非醫療的根源探討人類健康的原因 (MacDonald T.H., 1998)。此概念將人類死亡與致病的四種明顯但分立的要素，引進公共政策：1. 不適當的健康照護服務 2. 生活型態與行為的原因 3. 環境的污染 4. 生物的特性。此報告提出後，讓加拿大政府由治療模式轉向疾病防治的模式，其最終目的即在於促進全民健康。

Robin 與 Gordon (1992) 指出健康促進概念的出現與演變，絕非是在一種真空

狀態下發展，而是緊密深耕於健康教育，同時與所謂「新公共衛生運動」的發展有著前後相續的關係。發展至今，健康促進以成為一項跨學門合作的研究領域 此包括有流行病學、社會學、心理學、經濟學、社會行銷、社會政策、教育學、大眾傳播等。而對健康促進的行動策略的討論，也必需跳脫個人與結構的兩個關鍵部分，前者如個人生活方式 (lifestyle)，後者如財務與生態 (fiscal/ecological)。Catford (1992) 認為，健康促進又被稱作新公共衛生 (New public health)，近二十年的演變，它已成為改善人類生活質與量的重要力量來源。一種倡導與激勵性的參與式的社會運動 (a Participative Social Movement)，目的即是在於激發民眾與社區對自身的健康負起應有的責任。換言之，如何以符合效能、倫理與公平的方式，提升整體人口的健康，就是健康促進要追求的目標。而由流行病學、教育學、社會學、大眾傳播、心理學、行銷學、社會政策、哲學及經濟學等，跨學門所建立的多元性學術基礎，為健康促進工作者提供鮮活與合理的行動架構（引自 Robin & Gordon, 1992）。

WHO 在 1981 年的健康促進方案 (Health Promotion Programme)、1985 年所提出 2000 年全民健康 (Health for All)、1986 年渥太華健康促進憲章 (the Ottawa Charter for Health Promotion)，皆在強調如何協助個人掌控與改善健康的能力，而此對健康的內涵超越以往已無病或醫療生物醫學角度所界定的健康概念，並十分重視社區行動在健康促進的重要性。2010 健康人民

(Healthy People, 2010)則提出影響個人及社區健康之十大健康指標 (Leading Health Indicators)，包括身體活動、過重與肥胖、吸菸、毒品與藥物濫用、負責任之性行為、心理健康、傷害與暴力、環境品質、預防接種與免疫、利用健康照護設施等 (USDHHS, 2001)。

1986 年第一屆國際健康促進渥太華會議的重要貢獻之一，在於擴展了健康促進的角色範圍，包含社區、組織及個人等層次，並提出健康促進五大行動綱領與策略：1.營造健康的公共政策 2.創造支持行環境 3 增強社區行動.4.發展個人技巧 5.再定位健康服務。1997 年第四屆國際健康促進 Jakarta 會議，除再次肯定此行動途徑，同時也為本世紀健康促進議程的實踐標舉出關鍵的行動：1 促進公私部門對健康的社會責任感.2.提高對健康發展的投資 3.統合與擴展為健康而努力的夥伴關係 4.提升社區能量與個人對健康事務的權能 5.建構健康促進所需所需的基礎架構此優先標的的場所如學校或職場(引自 Waton & Platt, 2000)。而衛生教育（或健康教育 Health Education）的發展與健康促進關係密切，依「美國總統衛生教育委員會 (The President's Committee on Health Education)」的界定：「乃指溝通衛生知識和衛生行為的過程，它能促使人們在認知後，採取有益健康和避免有害健康的行為」，而國內衛生教育學者黃松元則認為此定義已蘊含了健康促進與疾病防治的觀念（引自黃松元，1990）。健康促進跨學門與專業的特性，也帶動了眾多學門的投入，而西方社會工作

的發展歷程，當然也融合了此新的思惟與理念。

二、公共衛生社會工作

公共衛生社會工作是醫務社會工作領域的一支，進來隨著國際健康促進領域發展與健康城市理念的推動，針對特定區域與人口群的健康議題所進行的運作方式也日漸受到社工社群的重視和參與。1981 年美國社工協會 (NASW) 將 Winslow 的公共衛生定義稍加調整並納入其正式的政策論述，同時設定出社會工作實務在公共衛生領域與健康場所的實踐標準，一般而言，公共衛生社會工作的目標如 Morton (1985) 所主張包括有：1.確保對個人與家庭所提供的社會心理服務 2 提供服務使用者與提供者有關社區服務網絡的資訊與知識.3.協同其他專業輸送整合性的服務 4.促進健康照護領域社會工作價值之提升如自我決定 5.激勵服務使用者參與在服務規劃與評估過程 6.找出預防或阻礙服務使用的系統性原因 7.紀錄有關干擾健康目標達成的社會因素，並透過方案與政策之努力改善此等因素(引自 Dhooper, 1997)。

Dhooper (1997)則進一步分析指出健康促進的不同行動途徑與策略(Approach and Strategies)，隱含著不同的理論預設與模型，介入的層次可從個人、社區和政策等角度展開。在此實踐過程社工者也扮演研究者的角色是十分必要的，除檢視與評估所推動疾病預防與健康促進方案的成效，同時也可檢視特定行動策略的成效和其理論性預設的效度。社會工作的理論與技術對疾病預防與健康促進的推動也可有

所貢獻，因此 Dhooper (1997) 認為社會工作者對其進入此領域的能力表現應有高度的自信。疾病預防與健康促進強調提升個體的優勢，減少其個別的限制與弱點，強化社會環境可用的資源，降低或減少社會環境的壓力，此種具有樂觀與優勢的哲學觀點，除可在社會工作實踐準則清楚顯現，如「讓民眾自行抉擇其生活方式與節奏」、「善用民眾的優勢長處，並與其一起行動共事」、「正視與考量民眾真實生活的處境」等，也讓社會工作者不會偏離其專業的正確道路。將此理念哲學論述與主張，融入疾病預防與健康促進方案中，藉由民眾健康教育的歷程，其實也是立基在民主制度下的政治哲學與公民參與，而這也是專業實踐過程所依循的原則。社工者成為健康促進者，面對不同的疾病防治與健康促進議題時，應所當為的任務與責任有哪些？下列由 WHO (1989) 所建議作為一位健康促進者的職責可供參考：1.隨時能吸收新資訊 2.勇於突破現狀，能挑戰行為背後的假定、尋求新資源、與未曾接觸的人共事 3. 用語能清楚簡明 4.避免對標的人口群產生先入為主的刻板印象與偏見 5.著力在標的人口群行為的改變 6.在理解民眾維繫其行為的前提下，導入其可接受的替代方案與所需的資源和支持（引自 Dhooper, 1997）。

三、社會工作者在老人健康促進的任務重點與作法

英國威爾斯大學醫學院健康促進教授凱福德 (John Catford) 在羅賓柏頓(Robin Bunton)等人編著之「健康促進」一書序言

中指出：健康促進能夠有效的發展，需具備一些共同的要素。他融合英國威爾斯實踐的經驗與學術研究成果，列出十項健康促進動態與有效發展的基本要素(Vital Signs)：

- 1、瞭解與回應社區與人群之需求：藉由以民眾為中心的方式引導或示範，促使民眾對自身健康問題的覺醒與關心，並肯為自身與社區健康採取行動。
- 2、建立於符合理論原則之基礎：健康促進學科根植於流行病學、社會學、公共衛生、心理學等相關領域，實踐者須能辨明行動之理論根據，而非僅是抱持著「實踐即是理論」的想法。
- 3、展現出方向感與凝聚力：以前瞻視野與企圖，發展出一套符合邏輯性的行動策略，並依此展現社區健康促進的方向感與凝聚力，去規劃與監測所有方案之執行。
- 4、資料（資訊）收集、分析與善用：進行全面與系統性的需求評估 (assessment) 與方案評估。一套完善的資訊管理系統，能夠將資料轉化成知識性的資訊。而資訊本身即具有干預的作用，且可與媒體相互連結在一起。
- 5、找出（標定）社區關鍵性的決策者：找出社區內能夠在健康促進過程發揮出使能、調解及倡導性角色功能的標的人物與團體，此等人與團體對資源分配與決策，常具有影響力，健康促進工作人員需主動展現與社區決策人士共事的企圖和表現。
- 6、聯絡各類部門與機構：聯絡所有影響社

區居民之部門與機構，如此健康促進活動才能有效的推動，而較具示範性與外展性活動之展開，才有機會掌握社區內任何可運用資源。

- 7、善用個別與環境互動式的介入方法：採用此方法除了支持前項所列要素的實踐，亦可在個人與環境間產生互動性與支持性的行動方案。若未重視此因素，易落入責難受害者或「建構社會工程」的困境中。
- 8、鼓勵參與感和切身感 (Ownership)：以民眾為中心的介入方式，較易發展出有效的健康促進輸送系統的機會。
- 9、提供技術與管理層面的訓練和支持：欲期待社區大多數改變的代理者（或種子隊與成員）充分發揮潛能，對其提供技術與管理方面的訓練和支持，是基本的要件。
- 10、特定行動與方案之規劃與執行：採取行動，避免落入思考偏僻的，是健康促進的焦點。此干預的行動包括：個人教育與發展、大眾傳播與教育、個別性的服務方案、社區行動、組織發展、環境干預措施及經濟與管制性活動。

Catford 所列舉的十項基本運作要素，融合了大學與城市合作的實踐經驗，但以學術研究作底子。對於健康促進的理念掌握與轉化成行動方案，提供了十分簡明有用的參考和點醒。

Dhooper (1997) 指出在本世紀老人人口快速實質成長，高齡者健康照護需求將引起高度關注，社會工作者須明白老人健康促進議題會日漸重要。雖然此議題如

Minkler 與 Pasick (1986) 所言因下列原因而被忽略：1.健康促進方案的焦點放在延展壽命，而老人不被認為有未來可言 2.方案目標在預防非預期死亡、但老人超越此目標範圍 3.方案常強調外顯的青春活力與預防老化現象出現為主 4.方案焦點在預防成人慢性疾病產生，而老人人口中 85%至少有一種慢性疾病，而被認為與此方案無相關聯（引自 Dhooper，1997）。

Dhooper (1997) 融合其他學者專家看法與其個人意見，建議社會工作者在規劃長者疾病防治與健康促進方案可依循下列的重點：1.理解老人需求的多樣性，且非單一機構可滿足，故需考量社工者所服務機構認定重要且優先的是什麼項目？且能做多少？2.設計符合標地人口群長者需求的方案，此目標完成需先作好需求評估與資源調查。3.善用現行老人服務方案，傳遞疾病防治與健康促進的資訊，或收集長者的需求與激發其參與感。4.努力讓可利用的資源與被確認的需求相符，方案整體的目標，包含有參與者在特定場所需完成的目標，此目標也反映其目前的健康狀態與改變動機。5.選用真正可達到預期改善目標的健康促進活動，一種多面向的健康促進方案可達到體適能 (Physical Fitness，註 3)、正確用藥、壓力管理、及溝通技巧等目標，故藉由此教育的途徑讓長者達到預防與功能退化的目的。6.善用想像力、創新能力在規劃老人疾病防治與健康促進方案或活動，如日本老人用以管理個人健康的「健康筆記冊」7.採取合法措施保護機構、工作人員及方案參與者，此措施包

括參與者健康相關狀態檢核、保險及 release form。8.方案能立基於比較清楚的評估內涵，以顯現方案發展歷程與執行成效，並將服務社區之經驗轉化成所需之知識與技巧。

致於如何強化健康促進政策與實務的效率與效能，並加速發展具有下列進步內涵的干預方式：1.具理論、社會文化適用性和能永續發展 2.對弱勢人群產生資源再分配的效果 3.能反映出公平 (Equity)、參與及充權之理念 4.整合較強與有方法論為基礎的多元評估(Waton & Platt, 2000)。兩位學者認為健康促進需要同心協力與整合的領域，而非不同學門知識競技與衝撞之戰場。

肆、以健康促進為導向之老人服務方案運作實務

健康促進之個人與社區自主行動，從動機理念、人力組織動員、多元可運用空間場地、自主經費管用及多樣具選擇的活動項目與設施等、可看出其普遍性、在地性、可近性、多樣性及創新性等適合居家或社區或機構長者所參與的健康維護與促進的項目。從長者日常社區活動觀察、臨床社工實務經驗與台日各項老人活動設施的訪視，以健康促進的角度，讓人印象深刻的真實事例，可運用來論述與檢視國內現行老人服務與照顧模式，如何融入健康促進的理念，並提升長者之生活品質：

實例一：「楊女士 75 歲，因騎腳踏車跌倒骨折，雖經兩次手術但行動就受

限，往後生活無法再參與平日其喜好的歌友會與槌球，而此類社區內長者常參與的活動，因參與者屬同一生活世代，且活動帶來的體能維護與人際互動，對長者身心社會性需求的滿足，是鄉鎮社區長者健康促進的管道與方式。」

實例二：「日本醫療保健設施，由社區小型醫院轉型而來，專責提供從醫學中心出院，但仍不能返家自行生活或照顧長者，進行三個月至半年自主生活能力與復健訓練之場所，此場所除提供居住期間所需醫療照護，在零臥床與零褥目標下，多元富創意且好玩（註 4），並符合長者復健與生活自理的活動，是入住老人日間生活的重心，活動項目與內容則由復健、運動、護理、社會福祉人員共同規劃，寬敞復健與活動空間，是住院後失能長者遊戲場所，此情境笑聲笑臉最多。」

實例三：「失智長者的照顧課題與防止退化，是照顧者與社區照顧很大的挑戰，因此鼓勵多樣與具改善成效的服務方案，是十分迫切的工作。一對日本高齡老夫妻，夫妻皆已有失智問題，老先生基本生活能力退化很快，偶而會走在馬路攔車與在後院大小便，平時生活幾乎與外界隔絕。經在地熱心人士奔走，設立的失智者社區日

間服務中心的主動探訪與安排，夫妻倆經三個月中心的生活照料與活動參與，參與前後攝影機所留下的臉部表情明顯呈現很大變化，表情不再僵硬與多變化和笑容。此影像與前後身心反應指標的統計比較，成為最具說服力的證據，讓官方官員認可並列入推展的方案。」

實例四：「日本社區型的福利據點，提供社區長者十分便利的身心機能促進與社會人際互動的場所，中風行動不便長者也可自行前來參加活動，獨處、久坐、缺乏活動與社會刺激，導致身心活動能力退化，且臉部表情呆滯缺少變化，結合民間團體所設計的身心機能活化的活動，讓志工人員和參與者有最直接的接觸互動，並在參與者熟悉的兒歌聲中進行身心鬆弛動作。」

實例五：「社區公園內早晨或黃昏無障礙的草坪，約二十多位男女組合的長者定期在上午進行平地高爾夫球的活動，此種具有自發性、組織性與自主性，並以一項適合長者進行的球類活動，除有以球競技氣氛與活動筋骨，也是參與者所熟悉人際網絡維繫的場所，相對於公園內不同角落長者組成的歌友會、三五成群下棋或玩牌（部分有金錢輸贏），也是國內社區公園內長者常見的活動方式，此方

式與官方提供的活動空間與內容如老人活動中心、社區健康營造點、社區照顧關懷據點，是可相互對比。」

實例六：「區域內長青身心機能活化大會，由地方政府與民間團體合作辦理，區域內各據點內長者組隊參加，此種具有競技觀摩與聯誼性質的活動，讓長者藉由各項活動項目與健身道具，達到活動身體的目的與人際互動的作用。」

實例七：「都會區集合住宅，日間成人子女外出工作或獨居或與老伴同住，獨留長者在家中，除日常生活料理與失能照顧問題之外，突發事故或急性疾病發作，讓人不安，因此如何在現有空間協調出適當位置，規劃成日間長者可活動的場所，或可居住並獲得所需健康服務的家園，如左營眷村銀髮家園方案，但此方案仍需通過住民房價下跌或擔心傳染疾病的而排斥的考驗」

由上述的實例，初步可知老人健康促進的推動，不同長者的健康狀況、行動受限程度、生活方式與人際網絡等，皆有不同的健康促進需求。從個人、團體、社區及地方政府和中央政策等不同層次，皆可設定不同的主題、介入焦點與行動策略，如以長者個別的健康行為與生活條件改善如菸酒檳榔戒除或居住環境衛生改善，長者常見有害健康與生活品質的議題設定如老人口腔衛生與營養改善、防跌或零臥床

計畫政府補助的健康促進計畫案，長者特定疾病控制與防治。依實際運作經驗可獲得明顯的結論是：「有補助就動，沒有補助就不動」。因此在檢視這樣的經驗，問題仍是存在於健康促進的責任如何分擔？缺乏自主與意願的個人與社區，僅以政府或專家的力量，所能產生的效果與改變是有限地。加上老人人口是一群多元異質性高的組合，過度單一與缺乏彈性的計畫，僅能滿足有限的參與者。故藉由社區日常可見高度自主與規律個人或團體的健康促進行動，或有助於未來行動方向的修正，當然政府計畫性的補助，也具有誘發地方組織行動的誘因：

一、社區共識和參與

老人照顧與健康促進的議題，能否形成居民關心、討論與採取行動。需藉由系列的教育宣導、在地意見領袖與團體的倡議、長者現身與行動等逐步建立共識。如此才能針對在地社區整體資源的重新調整，而具體的方案才可以產生。最鮮活的兩個實例：一為廢棄網球場空間再利用的實例，經在地人士討論提議優先提供長者服務的地點，並向地方政府爭取設置，場所設立後居民也可就近參與擔任志工；另一例是在地廟宇提供土地，並由地方政府向中央政府爭取經費興建老人服務場所，破土動工之日里民協同民代阻擋儀式進行，理由是妨礙安寧與擔心疾病傳染，此案再溝通協調無效被迫另擇場所或退還補助款。老人議題是否進社區行動的議程並逐步建立共識，真是萬事起頭難，但過此一關後續就不難。

二、服務理念與目標確立

久坐與臥床是失能長者日常生活常見的現象。而不動與長期臥床，就反映於呆滯臉部表情與褥瘡問題，故針對失能長者的健康維護或促進，是一項大挑戰。特別是長期臥床與久坐輪椅的長者如何設定個別目標或團體式的活動，創意、空間與人力動員是重要元素，「零臥床、零褥瘡」的目標展現出服務長者的企圖心，在此目標與企圖心驅使下，任何有趣且符合長者生活經驗的身心活化活動，皆會被規劃出來。

三、證據導向與方案創新

老人人口群既然是多元與異質性高的組合，從疾病的篩選與管理、生活自理、生活環境改善、健康型為促進與生活方式調整、身心靈均衡並重等，均是可納入健康促進方案活動規劃的主題。但方案創新與證據導向，應是共同的準則，如前所提將方案成效納入規劃的思考中，確實必要。且有助於方案後續的推廣與資源結合。故專家系統的結合與導入，對研發與推廣可提供助力。同時本土常人習慣使用的民俗養生保健方法，也是值得探究其成效加以推廣

四、多元的人力組合與培養

老人服務是高度人力投入的領域，此涉及專業、半專業與志願性的人力組合與配搭，而長者的健康促進推動，人力質量當然是成敗的關鍵因素之一。考量不同長者健康促進議題與在地可運用的人力、財力、設備及空間資源，當然會影響議題的優先性與可行性的評估問題。如在地有否

運動指導專家、活動規劃師、復健專家，就須評估長者體適能或身心活化活動執行的可能。

五、社區閒置空間再利用

安全且具可近性甚至熟悉度高的空間對長者的參與是很重要的因素，走入各人自覺放心的空間或情境，除可參與身心健康促進活動，與人社會性的人際接觸交往，也是吸引力之一。友善的公共空間改造如校園、公園、活動中心，或在地長者可能群聚的場所，皆是可適當改造與規劃供長者使用。鄭晃二 2004 年出版的「手工打造－健康自然的生活空間」一書，在此部份能提供很好的構思。

六、輔導與獎勵機制的建構

面對長者健康促進與人口組成的多樣性，如何有效運用現有的資源，激發在自發性組織與力量，具備提案與規劃的能力，結合社區資源投入長者健康促進的過程，專家的動員提供所需的諮詢和輔導，與運作初期的獎勵措施的建立皆是必要。而獎勵措施當然也可與公開徵求的示範計畫相結合。

伍、結論與建議

由上述的論述與實例引介，可初步獲得以下幾項看法與建議：

一、長者健康促進與疾病防治工作的迫切性與重要性，隨著國內人口老化加速日益凸顯出來，加上整體社會「活的老、活的好」的目標與期待，故除既

有的疾病篩檢、預防與管理的措施之外，在國內已建構完成之就醫與經濟安全保障的基礎上，生活品質提升的議題已被看重（見）。而現有衛政與社政部門所執行的老人服務計畫，一方面如何有效整合，一方面又如何將健康促進與生活品質的理念，融入各種服務方案的規劃與推動過程，跟上潮流，是政策與執行上需面臨的挑戰。

二、健康、健康促進與生活品質是多元與變動的概念，且主客並存。也因此顯現了從個人、社區及政策的垂直與相互關聯的層次，而行動或方案的目標也從個人的生活方式與健康信念和行為，到政策制度與社會結構面向，特別是此包含了個別的主體、社區與專家系統的動員及國家政策介入與資源分配的連動關係，當然此主題也彰顯其多元學門競合的特性與社區行動的必要性，尤其是在回應老人人口的異質與多元性，彼此相互的聯結更緊密與富動態性。

三、社會工作的哲學觀與實踐準則，和健康促進的核心理念與行動綱領是相一致，也就是說社會工作在健康促進的跨學門發展與理念實踐過程，可有更大的自信心。而社會工作界對健康促進概念的提出與後續發展的了解，應有助於社會工作學術研究與實務的擴展，特別是老人健康促進此領域的投入。

四、掌握了健康促進的運作元素與社會工作者在推動長者健康促進的角色任務

和重點，當然善用社區工作與教育的手法，在實踐操作過程將能展現出預期的成效，透過示範觀摩、競賽與輔導獎勵的作法，能有效推廣已具成效的示範性方案。

總之，社會工作對長者健康促進與生活品質提升的議題，雖在認識起步階段，但從西方的社會工作發展經驗與哲學觀點，國內社會工作在社區工作與不同老人

服務領域所累積下來的寶貴實務經歷，若能適當轉化與融入健康促進的理念與行動綱領，並強化實踐與研究的整合，一定能發展出具特色的老人服務方案，同時在跨學門研發合作與創新方案上作出實質的貢獻。(本文作者現為高雄醫學大學健康科學院醫學社會學與社會工作學系副教授、高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室主任)

註釋

註 1：筆者從 1995 年參加日本老人醫療保健照護及福利制度考察，至 2008 年日參加千葉縣市川市舉行第三屆健康城市聯盟全球會議，期間共五次赴日本國觀摩學習其老人醫療與福祉服務體系的運作，特別是對介護保險實施前後的政策與不同區域、層級與組織提供的照顧服務模式和設施，令人讚嘆佩服不已。而國家級東京老人學研究中心及其附設老人醫學中心和護理與長期照護示範中心，整合學術研究成果與進行示範性服務方案開發的先進作法，留下難忘的印象。另社區的動員與導入預防和健康促進的理念，「小規模多機能」的照顧方式，多是值得我們借鏡學習之處。在國內部份除擔任行政院長期照顧制度推動小組第一屆委員、內政部全國老人安療養機構評鑑委員、衛生署長期照護諮詢委員會委員等工作之外，地方上從 1998 年高雄市政府社會局長青綜合服務中心開幕運作以來，就擔任老人研究發展中心老人福利諮詢委員會諮詢委員，參與經營管理諮詢與各項方案訪查工作，並從 2006 年開始負責老人研究發展中心運作至 2008 年。其間也參與高雄市政府社會局老人安療養機構、「左營區老人日間照顧服務中心」及「支持型住宅—銀髮家園暨老人社區照顧服務支援中心」的評鑑工作。也同時擔任高高屏三縣市長期照顧推動小組委員，並先後擔任岡山榮家、屏東仁愛之家、縣市政府老人保護專線，自我傷害、老人保護個案研討指導委員。

註 2：1994 年在行政院衛生署國家衛生研究院的補助下，筆者任職的學校成立醫療保健研究室，同時邀請林宗義教授擔任客座教授，在其指導下採用了「疾病壓縮理論」的觀點，進行研究的設計，也十分有企圖心在距學校不遠處租了房子，設立「社區醫療保健服務中心」提供服務與收集研究資料，可惜後因人事的變化與財力原因而停止。

註 3：「Physical Fitness」英文名詞，在國內翻譯為體能、身體能力、身體適應、身體適應性或體適能。而體適能一詞之譯名，據許樹淵（2009）指出由江良規在「體育學原理新論」中確定，依 Fitness 原意指適應的性能，並從達爾文的進化論觀點，認為教育是幫助個人適應期

生活環境的一種影響或訓練，故將適應的性能，簡稱為體適能。此名詞目前在體育與衛生領域廣為使用，老人活動據點或活力站的體適能則以生理功能檢測與維持為主。行政院衛生署、體委會、教育部分別訂定「國民保健計畫」、「提升國民體適能」、「陽光健身方案政策」，作為積極推展國人健康體適能（health related physical fitness）的依據，此部份包含肌力、肌耐力、柔韌性、心肺適能與體脂肪等項目。

註 4：1995 年隨團參訪日本厚生部，並有機會了解其「黃金十年計畫」，與實地觀察照顧失能者的設施和設備，一次在醫療保健設施（由中小型醫院轉型而來專收醫學中心出院，但仍需復健與生活訓練的失能者）看見一群坐在輪椅的長者，玩遊戲十分盡興與開心，就寫了一篇「活到老、玩到老—日本體驗」的短文，記錄此令人感動的見聞，此文請參閱由國立高雄師範大學教育學出版，王政彥主編（2009）。健康終老 幸福家園一書，頁 63-65。

參考文獻

- 行政院經濟建設委員會（2006）。中華民國台灣地區民國 95 至 140 年人口推計。
- 行政院衛生署（1986）。中老年病防治四年計畫。台北市：行政院衛生署。
- 行政院衛生署（2008）。衛生統計指標，www.doh.gov.tw/statistic/index.htm。上網查詢時間：2010 年 09 月 12 日。
- 行政院衛生署國民健康局（2009）。老人健康促進計畫 2009-2010。台北市：行政院衛生署國民健康局。
- 行政院衛生署（2008）。衛生統計指標，www.doh.gov.tw/statistic/index.htm，上網查詢時間：2010 09 12 09 44。
- 高雄市政府社會局（2005）編印。高雄市老人生活狀況與需求調查之研究，高雄市：高雄市政府社會局。
- 高雄市政府社會局（1989）編印。高雄市老人生活狀況與需求調查之研究，高雄市：高雄市政府社會局。
- 內政部（2005）。建立社區照顧關懷據點實施計畫，台北市：內政部社會司。
- 陳肇男（1999）。老年三寶：老本、老伴與老友—台灣老人生活狀況探討。台北市：中央研究院經濟研究所。
- 姚開屏（2002）。健康相關生活品質概念與測量原理之介紹。台灣醫學，6（3），頁 183-192。
- 楊文山、柯瓊芳（1994）。台灣與美國老人健康狀的實證比較，參見曹俊漢、柯瓊芳主編，中美老人的健康狀況與照護模式，台北市：中央研究院歐美研究所。
- 劉景寬、戴志達、林瑞泰、賴秋蓮（2000）。台灣失智症的流行病學。應用心理研

- 究，7，頁 157-69。
- 吳淑瓊、江東亮（1995）。台灣地區長期照護的問題與對策，中華衛誌 Vol.14,No.3，246-253。
- 國家衛生研究院（2003）。論壇健康促進與疾病預防委員會第三期文獻回顧研析計畫。台北市：國家衛生研究院。
- 陳武宗、林東龍、陳政智（2007）。長者最希望聽到的十句話研究計畫成果報告。高雄市：高雄市政府社會局長青綜合服務中心。
- 黃松元（1990）。健康促進與健康教育。台北市：師大書苑。
- 許樹淵（2009）。卓越體適能。台北市：師大書苑。
- 黃松林（2005）。社區照顧據點的作法－概念與實務。南投：社會工作人員研習中心。
- 趙珍妮（2007）。從長期照顧政策譚社區照顧關懷句點的功能。社區發展季刊，118，頁 229-241。
- 蔡啓源（2008）。建構「老人長期照顧制度」之我見-日本「公共介護制度」經驗之參酌。社區發展季刊，121，頁 428-457。
- 呂慧芬（2008）。日本社區整體照護制度之研究。社區發展季刊，121，頁 406-427。
- 黃松林（2005）。社區照顧據點的作法－概念與實務。南投：社會工作人員研習中心。
- 鄭晃二（2004）。手工打造－健康自然的生活空間，台北市：日月文化出版公司。
- Ann Bowling (1997). Measuring Health A Review of Quality of life Measurement Scales. Buckingham: Open University Press.
- Fries,J. (1987). An Introduction to the Compression of Morbidity. Gerontological Perspecta, 1, 5-7.40.
- Jonathan Watson & Stephen Platt (2000). Connecting policy and practice—The challenge for health promotion research. See Jonathan Watson & Stephen Platt(ed.), Researching Health Promotion. London & New York:Routledge。
- Laurel A. Strain (1993). Good Health What Does It Mean In Later Life? Journal of Aging and Health,5 ,3, August pp:338-364.
- Robin Bunton & Gordon Macdonald (1992). Health Promotion-Disciplines and Diversity. London &New York: Rutledge。
- World Health Organization (WHO). WHO AIDS series5: Guide to planning health promotion for AIDS prevention and control. Geneva: Author.28.29.30.
- Surjit Singh Dhooper (1997). Social Work in Health Care in the 21st Century. London:

Sage Publications.

Rowe J.,Kane R. (2000) .Successful aging and disease prevention. *Adv Ren Replace Ther*,7,70-77.

Guralnik,J.,& Schneider,E.L. (1987) .The Compression of Morbidity: A dream which may come true, someday ! . *Gerontological Perspecta*,1,8-13.

MacDonald T.H., (1998) .*Rethinking Health Promotion—A Global Approach* , London : Routledge.