

雙溪鄉人力互助健康照顧制度之先驅研究

林玲雯* 鄭惠美**

摘 要

本研究旨在瞭解人力互助健康照顧制度之建立，對鄉村社區中老年人在社區服務參與意願、社區參與的心理需求層次及執行健康生活的影響。本研究以參與式行動研究為主要研究方法，由研究者和研究地區之民眾共同進行建立互助服務網絡，並立意選取台北縣雙溪鄉為研究地區，以五十五歲以上之人口數為研究母群體，以社區志工實際進行社區服務，介入時間為期三個月。共計取得 242 份完整資料進行量性分析，研究進行過程中並收集質性資料，以輔助量性資料之不足。

研究結果發現：(1) 介入後，研究對象健康生活行為有顯著改變；社區服務參與意願以男性的參與意願改變較為顯著；社區參與的心理需求層次有向上提昇的效果。(2) 社區參與的心理需求層次與對人力互助制度之看法並不因社會人口學特徵的不同而有不同，但社區參與的心理需求愈高者愈認為人力互助制度是需要的，且期望能夠實施。(3) 研究對象及社區志工對人力互助制度的建立有偏向正向肯定的評價，且得到行政單位、民間團體的支持、中老年民眾的肯定及社區人士不斷加入，人力互助制度在雙溪鄉實施的評價良好是可以繼續經營的模式。

分析本研究建立之人力互助健康照顧制度在雙溪鄉進行之情形有下列幾點值得提出：介入後發現志工為中老年民眾提供服務的比率有增加的趨勢，有必要加強志工的訓練，提升保健基本能力；研究進行過程中面臨最大困難是提供服務者人數不足的問題，介入後期獲得行政單位及民間組織的支持，廣召熱心人士共同參與，對早期志工有鼓舞作用；提供服務的社區志工在服務中不斷學習及成長，不但得到民眾的讚美，也對自己

* 國立台灣師範大學衛生教育研究所畢業

** 國立台灣師範大學衛生教育學系教授

從事社區服務更有信心，且也認為這是一個有意義值得繼續推行的制度；從介入前後證實人力互助制度的實施對中老年人的健康行為有實質上的助益。

關鍵字：人力互助、社區、行動研究、志工、老人

壹、前言

台灣在民國八十二年九月正式邁入高齡化社會後，老年人口數正快速增加，行政院經建會更推估至民國一二五年時，老年人口將高達 21.7%（行政院經建會，1996），而人口老化面臨的最大問題就是老年人口及其慢性病健康照顧需求的增加（高淑芬等，2000），在鄉村地區的人口老化現象更為嚴重，健康需求是老年人認為其最優先、最重視的需求，且鄉村地區的醫療照顧設施又不如都市，因此，鄉村老人的健康促進相形重要（曾譯令，1995；鄭惠美，2000）。

近年來，台灣地區在「社區總體營造」的政策下，亦開始以社區為單位，全面投入社區各項營造工作（曾旭正，1997）。在健康營造主題上，行政院衛生署推動的「社區健康營造中心」政策（行政院衛生署，1999），正是期盼透過社區介入的方法，運用社區中現有的組織，以社區中之家戶健康為中心，作為推動社區健康營造的核心，使社區民眾能產生自覺，提升參與健康活動的動機（Wallack, 1990），或甚至可以增進其健康行為的產生（Montgomery, 1993）。並且整合為以社區居民關懷社區及社區居民的模式，形成非正式的資源網絡，由下而上的形態是社區發展的重要因素（朱美珍，1995；李文祝，1997）。因此，希望解決人們所面臨的健康與疾病的問題時，社區介入的策略是可行的（Green, 1999）。

林宗義（1995）提出的「金齡理論（Golden Age Theory）」中指出老年人口中有 70%—80%是屬於金齡一期的老人，其是健康的、活力充足的，而且能獨立處理日常生活。對於這些健康的金齡一期老人可提供多種自助、互助的活動，促進個人活動與群體社交的機會，提高其生活品質及尊嚴，並鼓勵他們積極活用其所累積的社會經驗與專業技能，貢獻於老年人社會福利與教育的活動；增進其活力，能快樂學習養生、保健與娛樂的生活模式。在許多研究中也顯示多數的老人其活動能力正常、具有自我照顧能力（邱啓潤，1994；黃先傑，1992），這些老年人力應當也是協助其他需要幫助者的重要人力。

林東龍和范麗娟（1998）指出，若以出生世代的類似性與助人過程應具有的同理心觀點而言，以高齡志工服務老年人是相當可行的方式。研究中而證實高齡志工因具高齡角色且生活背景、所遭遇的經驗、生理、心理社會各方面老化程度接近，於服務個案時容易與老人個案建立關係，而且易發覺老人的真正問題。陳燕禎（1999）亦認為，很多人以為老人都已經很老了，那有能力參與？事實上，不要低估老人的各種能

力。他們的經驗、見解、看法和需求，都是走過歲月而累積的智慧，讓接受服務的當事者參與社區服務，更能真正落實自助互助的動力過程。

對社會來說，退休後的老人再參與社會服務活動，是充分利用退休老人的經驗與智慧，創造出有形無形的價值；而對於退休老人則是人生價值的再延伸，可增加退休老人生活的充實感與滿足感，進而達到健康促進的目的(呂玉珍,1994;陳秋燕,1999)。戴伸峰(1996)強調老人參與社會服務對其心理社會健康的正向意義包括如下:(1)心靈上的寄託;(2)提高自尊,使老有所用;(3)提供社會互動的機會;(4)提供社會支持;(5)獨立感的象徵;(6)生活滿意度的提昇。所以參與社區服務或志願服務工作正可以填補老人從工作崗位撤退後的空白,使其覺得生活有意義。

研究中發現,社區中透過成立的老人健康互助組織團隊的帶領,對於社區老人的運動習慣、吸菸、喝酒習慣及高血壓的就醫服藥行為等的改變,功不可沒;以及參加社會服務的老人,其生活滿意度及心理健康情形有顯著進步,且優於未參加社會服務的老人(簡淑媛,1996;陳秋燕,1999)。

Maslow 的需求層次論指出慾望(want)是人類的本能,而在有必要性出現時,就產生了需要(need)。Maslow 從心理學的角度在其需求層次理論指出,個體成長發展的內在力量是動機,而動機是由多種不同性質的需求所組成,各種需求之間,有先後順序與高低層次之分;每一層次的需求與滿足,將決定個體人格發展的境界和程度。各層次的性質及功能分別為:生理需求、安全需求、愛與隸屬需求、尊重需求、及自我實現需求,前面四種需求均獲得滿足是構成最高層次需求產生的基礎,稱為「基本需求」(或「匱乏需求」);而最高層次的自我實現需求,則稱為「衍生需求」(或「存在需求」)。而在老年期的發展任務上,是由最基本的生理需求到最高的精神需求形成一階梯,即使是老年期依然如此(Maslow,1968)。

Ross(1967)認為社區組織是一個過程,社區經由此一過程去釐訂社區本身的需要及目標,並訂定這些需要或目標的優先順序,協助社區民眾採取參與行動去解決社區自身的問題;而社區工作在實施過程中要特別注意社區自覺、社區步調、社區自擬計畫、社區能力的成長及社區改變的意願。研究中發現在鄉村中以社區為基礎的模式,主要的對象是社區居民,並且成立社區組織可以綜理社區的服務,諸如家戶送餐服務、聚集社區活動的舉辦、供給社區間歇性喘息服務...等(Kelly,1997;Hayes,1999),經由社區活動的參與也提供社區居民間有更多彼此溝通的機會,如此不但提昇居民的生活品質(Kelly,1997),也能使居民們獲得安全的保障及歸屬感(Beck & Heacock,1988)。因此,運用社區組織的過程是激發社區能力的有效策略,以此過程可使社區成

為一個有力量的社區，並使社區居民因此提高社區參與感及行動力(Fisher, 1995; Murry, 1995)。

行動研究法在 1960 年代就已應用於社區發展計畫(賴秀芬等, 1996)，其著重於特定問題、特定內容、以及共同參與解決問題。整個研究過程的基礎在於研究、行動、反思、評價的持續交互動，並具有四個特性：(1) 研究者與參與者共同合作；(2) 規劃實際問題的解決方法；(3) 改變實際狀況；(4) 發展理論。因此行動研究是一循環的過程，可以實際處理人們關注的問題，適於組織的需要(Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Hart & Bond, 1995)。行動研究主張研究者與被研究者在沒有層級、剝削的狀況下共同參與、產生改變、縮短理論與實務的差距(Webb, 1990)。目前行動研究的重點在強調「增加覺醒」與「充能」，找出研究者與參與者合作的方式，讓參與者變成行動研究者，因此研究者在其中扮演的是觸媒的角色(Hart & Bond, 1995; Stringer, 1996)。

國內外以社區為基礎的行動研究著作甚多。Flynn 等(1994)及 Rider 等(1993)在建立印地安那州的健康社區模式過程中經驗了「健康促進是營造健康社區的重要概念，而行動研究則是營造健康社區的方法。Rains & Ray(1995)成功運用參與式行動研究的方式在印第安那的鄉村社區，不但提昇居民的健康行為，更使參與的社區成員產生對社區的歸屬感，同時也深信他們是有能力促進他們的「新城堡」(New Castle)的健康。邱詩揚等(1999)以參與式行動研究為其社區介入的方法，使社區居民在環境行動上獲致顯著的提升效果。

本研究旨在瞭解鄰里人力互助健康照顧制度之建立，對鄉村社區中老年人在參與社區服務意願、社區參與的心理需求及執行健康生活的影響。主要研究目的為：

一、瞭解研究對象在人力互助制度建立前後在健康生活、社區服務參與的意願與社區參與的心理需求層次、及對人力互助制度看法的改變情形。

二、瞭解研究對象之社會人口學特徵與人力互助制度建立前後之社區參與的心理需求層次、對人力互助制度看法的關係。

三、瞭解研究對象對人力互助制度的評價及成效。

貳、研究方法

一、研究對象

本研究立意選取台北縣雙溪鄉為研究地區，以雙溪鄉十二個村中，五十五歲以上

中老年人為研究母群體（民國 89 年 8 月底時，當地在籍人口數為 9976 人，五十五歲以上之人口數有 3196 人）。由社區志工在戶政事務所提供之名單中，就自己住家附近之五十五歲居民任意挑選為其進行前測訪問及健康服務之主要受試對象，共取得 242 份完整之訪問資料進行資料分析處理。

二、研究設計

本研究以參與式行動研究為主要研究方法，由研究者和研究地區之民眾共同進行建立互助服務網絡，以避免研究者為達成研究目的而過分控制，而忽視了研究對象真正的需求，研究者可由參與社區互助網絡的建立過程中，實際觀察、詳實記錄，收集研究對象對社區互助網絡建立的反應及意見，因應社區的實際需求狀況，以為調整研究步驟的參考。

本研究採用多元方法觀點的設計，同時收集質性資料及量性研究，因為本研究的設計不只在驗證假設，而且嘗試尋找值得信賴的最佳詮釋。研究過程中由社區志工實際在社區中進行健康服務（為受訪對象測量血壓）、健康教學（異物哽塞之簡易急救法）、健康訪問（受訪老人對健康議題之意見與建議）及健康訊息之傳播（老年人飲食注意事項、冬季保健常識等）等，為期三個月的服務活動（本文以後稱此服務活動為「介入」），並以實際介入前所收集之前測資料，及介入三個月後所做之後測資料，做量性的效果評估，衡量研究前後的改變情形；並以研究進行前收集之焦點團體訪談、過程中與受訪者、參與執行服務的志工之訪談記錄、深度訪談記錄、電話追蹤訪談記錄進行質性分析之依據，以補充量性資料之不足。

三、研究工具

（一）焦點團體訪談大綱

為瞭解雙溪鄉五十五歲以上中老年人對參與社區服務的意願、社區中互助服務組織成立的可行性、對「人力時間銀行」制度的瞭解及其在本地施行的可行性和可能遭遇之困難，擬定焦點團體（focus group）訪談大綱，邀約當地之中老年人進行訪談。共進行六組焦點團體訪談，參與人數共計四十八人。焦點團體訪談結果則作為進行研究介入時，老年人健康需求、及人力互助制度執行之參考。

（二）結構問卷

本研究之問卷設計乃根據研究目的、研究架構、相關研究文獻及實際進行之焦點團體之結果後，加以整合之後，擬定適合研究對象之結構式問卷，並經由專家效度審查、預試、修改而成。

（三）健康服務活動之介入

本研究之介入過程，乃是於介入前由研究者及社區熱心志工、老人共同研擬當地老人真正需要的健康需求及健康服務之項目。研究過程中由社區志工實際在社區中對自家附近的老人進行之介入包括有健康服務、健康教學、健康訪問及健康訊息之傳播等，介入時間為期三個月。介入過程中社區志工及研究者隨時根據實際情形做立即之修正，以使介入過程能符合當地老人的實際需求。

四、研究變項

（一）健康生活行爲

主要以研究者自編之飲食行爲等日常行爲執行狀況測驗題，探討研究對象填答情況，並計算其行爲測驗題的得分情形。共計 12 題選擇題，以四分法計分，分別計算及各分向行爲之總分及整體加總之得分；負向題先進行分數轉換後再進行統計分析。得分愈高表示研究對象的日常健康生活行爲愈正向；分數愈低表示研究對象的日常健康生活行爲較負向。

（二）參與社區服務工作之意願

探討研究對象參與研究者所列舉的六項社區服務項目之意願，分爲願意、不願意二類。並追問回答「不願意」者其不願意的原因，分爲沒有任何原因、害怕自己能力不足、年齡太大身體不好不能做、其他原因四類。

（三）社區參與的心理需求層次

主要以研究者自編之社區參與的心理需求層次之態度測驗題，諸如「成爲社區志工可以增加對社區的歸屬感」等題目，探討研究對象社區參與的心理需求層次，並計算其心理需求層次測驗題的得分情形。共計 16 題，採用 Likert 總加量表五分法計分，即非常同意（5 分）、同意（4 分）、中立意見（3 分）、不同意（2 分）、非常不同意（1 分），計算所有題目之加總得分；負向題先進行分數轉換後再進行統計分析。分數愈高表示研究對象的社區參與的心理需求層次愈高；分數愈低表示研究對象的社區參與心理需求層次較低。

（四）對人力互助制度的意見

1. 是否聽過「厝邊隔壁人力互助」這種事情：

探討研究對象在接受訪問時，是否曾聽過有關「厝邊隔壁人力互助」的各種說明或講座，分爲有、沒有兩類。

2. 「厝邊隔壁人力互助健康照顧制度」實行的可行性看法：

探討研究對象個人認為人力互助制度實行的可行性看法，分為可行、不可行。

3. 「厝邊隔壁人力互助健康照顧制度」實行的需要性：

探討研究對象個人認為實行之需要性，分為需要、不需要。並探討研究對象認為本社區對人力互助制度提供之服務（包括陪伴就醫、飲食照顧、量血壓服務、傳送保健常識或資料服務）個人認為社區之需要性，分為需要、不需要二類；及這些服務是否會改變研究對象原本的情形（會不會增加生病時立刻就醫的頻率、三餐飲食趨於正常、量血壓的頻率增加、增進自己的健康情形），分為會、不會、不知道三類。

4. 「厝邊隔壁人力互助健康照顧制度」組織參與的意願：

探討研究對象認為若當地實行人力互助制度，個人是否願意參與互助組織，分為願意、不願意。回答「願意」者則追問其參與組織願意擔任之角色，分為服務別人的人、接受別人服務的人、二者都是三類。

5. 「厝邊隔壁人力互助健康照顧制度」實行的期望：

探討研究對象對人力互助制度實行的期望，為五分量表的連續變項，回答「非常希望」者得分最高（5分），回答「非常不希望」者得分最低（1分）。

（五）社會人口學特徵

包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、居住狀況、自覺健康狀況等，其中「自覺健康狀況」一項，主要探討研究對象於受訪時其個人自覺的健康情形，共分為五項，進行統計分析時分別給予指標分數，分別為：良好（5分）、稍有小毛病或小病痛（4分）、身體欠佳，但不影響日常生活功能（3分）、身體不佳，且影響日常生活功能（2分）、無自我照顧能力，須由他人照料一切日常生活（1分）。

五、資料處理與分析

本研究資料處理與分析，採用量性及質性二方面進行。量性資料分析係於問卷回收後，將資料經譯碼、鍵入並重複核對，以 SPSS for Windows 9.0 套裝軟體進行統計分析處理，依據研究目的及變項的特性，採用描述性統計、McNemar 卡方檢定、配對 T 檢定、複迴歸分析之統計方法。質性資料分析將焦點團體訪談及對研究對象、社區志工以開放式訪談所收集之質性資料，進行內容分析，以輔助量性研究之不足。

參、研究結果

一、研究對象之社會人口學特徵

本研究對象的特性：平均年齡為 68.23 歲，以 64 歲以下年齡層居多，佔 31.4% (76 人)；男女人數比為 1:1 (各 121 人)；平均教育年數為 3.04 年，女性更低只有 1.58 年；婚姻狀況方面男性喪偶者有 24.8%，女性喪偶者有 49.6%；居住狀況上以僅二老同住及一人獨居佔多數；多數人 (79.7%) 目前沒有工作；介入前後自覺健康狀況的平均指標分數較偏向具活力健康的一端。

二、健康生活行為

健康生活行為總平均得分介入前為 3.15 分 (滿分 4 分)，介入後是 3.20 分 (滿分 4 分)，未達顯著改變程度，但其中飲食行為、生活習慣、運動行為、遵醫囑服藥行為四向度則達顯著改變。

三、社區服務參與意願

無論在介入前後，「打電話向社區中的老人問安」是最多中老年人願意參與的項目，佔 33.9%。在介入前發現大多數研究對象對研究者所列之社區參與項目表示願意參與者人數比率除前者外，其他項目皆未超過 20%。而不願意參與的原因多為「害怕自己能力不足」及「年紀大、身體差無法參與」。在介入後發現所有項目的參與意願方面，表示願意參與者大提升，且皆達顯著改變程度；並且男性表示願意參與的比率改變更為顯著。

四、社區參與的心理需求層次

在社區參與心理需求層次方面，研究對象的心理需求層次平均得分在介入前為 3.52 分，介入後是 3.76 分 (滿分 5 分)，整體 16 題的心理需求層次問題達統計上顯著改變程度 ($t=7.87, p<.001$)。可以發現研究對象社區參與的心理需求層次屬於中等以上，並顯示全體研究對象在介入後社區參與的心理需求層次有向上提昇的效果，因以介入可喚起中老年人更高層次的社區參與心理需求。男性的社區參與心理需求層次得分無論在介入前後均高於女性，但女性社區參與的心理需求層次介入後之改變程度則高於男性。

五、對人力互助制度之意見及看法

(一) 對人力互助制度之看法

研究對象對「厝邊隔壁人力互助」的認識方面，有四成以上（介入前 40.1%，介入後 42.6%）中老年人表示曾聽過；而對互助制度施行的可行性看法、需要性看法、期望上在介入後皆達顯著改變程度，這些變項上更有將近九成的中老年人表示此互助制度是可行的（93.4%）、有需要的（93.0%）及期望能夠施行（84.7%）。

(二) 人力互助制度提供服務之需要性及其成效

在介入前，研究對象對此互助制度可以提供的服務中，以「量血壓服務」（83.1%）及「傳送保健常識或訊息」（79.8%）二項的需求性為最高；但介入後也喚起中老年人對「陪伴就醫」（介入前 22.5%，介入後 47.9%）及「飲食照顧」（介入前 11.0%，介入後 39.3%）的需求；且研究對象認為前二項服務的提供會改變其原本的量血壓情形及增進自身健康。

在介入後，研究對象對鄰里社區志工的服務多表示滿意及肯定，唯「傳送保健常識及訊息服務」一項由於本鄉中老年人識字程度不高僅止於口頭上的叮嚀及提醒，對中老年人而言，遺忘的機會也相對較高，可發展符合中老年人特性及生活背景的以大圖示為主的簡單保健單張。

六、社會人口學特徵、社區參與的心理需求層次、對人力互助制度之看法間的關係

(一) 社會人口學特徵對社區參與的心理需求層次的影響

介入前，教育年數愈高者、自覺健康狀況愈佳者其社區參與的心理需求層次愈高。整體而言，教育年數多寡會影響社區參與心理需求層次的高低，而其他社會人口學特徵不因社會人口學特徵的不同而有差異。因此，不論在介入前後性別及年齡、居住狀況、職業、婚姻狀況均未對社區參與的心理需求層次造成顯著影響，顯示 55 歲以上年齡層的中老年人，無論男性或女性，獨居或是與人同住，目前有無工作及已婚或喪偶，所處的社區參與的心理需求層次是相同的（見表一）。

表一 介入前後影響社區參與的心理需求層次相關因素之複迴歸分析

變項名稱	前測整體心理需求		後測整體心理需求	
	B 值	t 值	B 值	t 值
年齡	5.05E-02	1.38	-1.33E-03	-0.31
性別（以女性為對照）	6.29E-02	1.24	5.07E-02	0.84
教育年數	2.01E-02*	3.04	-1.05E-02	-1.31
居住狀況（以與人同住為對照）	-9.87E-01	-1.48	5.60E-02	0.70
婚姻狀況（以單身為對照）	-1.88E-02	-0.31	4.76E-02	0.24
職業（以有工作為對照）	2.50E-02	0.42	-5.20E-03	-0.07
自覺健康狀況	6.59E-02*	2.73	4.39E-02	1.14
前測對人力互助制度的可行性看法（以不可行為對照）			6.79E-02	0.76
前測對人力互助制度的需要性看法（以不需要為對照）			2.64E-02	0.29
前測對人力互助制度的參與意願（以不願意為對照）			0.28***	4.65
前測對人力互助制度的期望			2.62E-02	0.66
常數	2.81***	4.77	2.130***	5.32
R ²		0.117		0.238
F 值		4.447***		5.466***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

（二）社會人口學特徵對人力互助制度看法的影響

介入前，年齡愈大者愈期望互助制度的實施、目前沒有工作者比有工作者愈認為互助制度的實施是可行的、獨居者比與他人同住者更需要互助制度的實施。介入後發現，研究對象對人力互助制度看法不因社會人口學特徵不同而有不同。由表二、表三可看出，年齡、居住狀況及目前有無工作等項目對人力互助制度看法在介入後變成沒有影響力，是否是因為介入所造成的效果，值得進一步探討。

（三）社區參與的心理需求層次對人力互助制度看法的影響

由表二、表三可看出，介入前後社區參與的心理需求層次愈高者愈認為人力互助制度是可行的、有需要的、也愈希望互助制度可以實施。整體而言，55 歲以上的中老年人對人力互助制度的看法因為其社區參與的心理需求層次的不同而有不同的看法。

表二 介入前影響對人力互助制度看法的相關因素之複迴歸分析

變項名稱	對人力互助制度的 可行性看法		對人力互助制度的 需要性看法		對人力互助制度的 參與意願		對人力互助制度 實施的期望	
	B 值	t 值	B 值	t 值	B 值	t 值	B 值	t 值
年齡	8.83E-04	0.23	3.19E-02	0.89	6.89E-03	1.35	1.59E-02*	2.20
性別(以女性為 對照)	-4.88E-03	-0.10	-1.13E-02	-0.23	-9.45E-02	-1.34	0.11	1.14
教育年數	1.26E-03	0.19	7.87E-03	1.19	1.18E-02	1.26	-1.41E-03	-0.11
居住狀況 (以與人同住 為對照)	-1.26E-02	-0.19	0.15*	2.31	-3.13E-02	-0.34	0.12	0.95
婚姻狀況 (以單身為對 照)	-2.63E-02	-0.43	-0.11	-1.74	-4.02E-02	-0.47	-6.15E-02	-0.51
職業 (以有工作為 對照)	0.14*	2.31	2.80E-02	0.48	9.02E-02	1.09	-0.11	-0.97
自覺健康狀況	-3.60E-02	-1.48	-9.52E-03	-0.40	7.43E-03	0.22	-2.76E-02	-0.57
前測整體心理 需求	0.18*	2.54	0.15*	2.23	0.20*	2.07	0.58***	4.24
常數	0.172	0.50	9.48E-02	0.28	-0.876	-1.82	0.665	0.98
R ²		0.075		0.061		0.067		0.122
F 值		2.084*		1.67		1.846		3.577***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(四) 人力互助制度之成效及評價

由訪談資料中可發現，研究對象對社區志工提供之服務表示肯定，於鄉村社區建立人力互助健康照顧制度是可行的模式。研究對象及社區志工對人力互助健康照顧制度有正向的評價，在接受服務及提供服務的過程中雖然遭遇少許的挫折，但大致上對雙溪鄉能實施此互助制度仍給予高度的肯定與評價，雖然只有 67.5% 的中老年人表示人力互助制度對自己的健康會更有保障，但對一個全新的制度而言，成效與評價皆是支持多於否定，因此人力互助制度在雙溪鄉有行政單位、民間團體的支持、中老年人眾的肯定及熱心的社區人士不斷加入，對雙溪鄉而言人力互助制度是可以繼續經營的模式（質性資料分析詳全文）。

表三 介入後影響對人力互助制度看法的相關因素之複迴歸分析

變項名稱	對人力互助制度的 可行性看法		對人力互助制度的需 要性看法		對人力互助制度的 參與意願		對人力互助制度 實施的期望	
	B 值	t 值	B 值	t 值	B 值	t 值	B 值	t 值
年齡	6.74E-02	0.26	4.49E-04	1.79	2.95E-03	0.60	4.37E-03	0.75
性別(以女性 為對照)	1.22E-02	0.34	1.22E-02	-0.12	-4.36E-02	-0.63	-7.05E-02	-0.85
教育年數	-5.97E-02	-1.25	-5.97E-03	-1.14	-7.66E-03	-0.84	1.14E-02	1.05
居住狀況 (以與人同住 為對照)	3.32E-02	0.70	3.32E-02	1.68	1.16E-02	0.13	0.15	1.39
婚姻狀況 (以單身為對 照)	-3.72E-03	-0.09	-3.72E-03	-1.83	9.29E-03	0.11	1.42E-02	0.14
職業 (以有工作為 對照)	7.51E-03	0.174	7.51E-03	-0.51	-2.49E-02	-0.30	-2.81E-03	-0.03
自覺健康狀 況	-1.79E-02	-0.98	-1.79E-02	-1.81	3.05E-02	0.88	-2.60E-02	-0.62
後測整體心 理需求	4.60E-02	0.98	4.60E- 02**	3.20	0.28	3.15	0.65***	6.08
前測對人力 互助制度的 可行性看法 (以不可行為 對照)	0.14*	2.58	0.11*	2.19	0.13	1.33	7.99E-02	0.66
前測對人力 互助制度的 需要性看法 (以不需要為 對照)	-3.09E-02	-0.57	-6.18E-02	-1.17	-3.59E-02	-0.35	0.13	1.25
前測對人力 互助制度的 參與意願 (以不願意為 對照)	-5.48E-02	-1.45	-4.83E-02	-1.26	-4.86E-02	-0.68	-4.79E-02	-0.56
前測對人力 互助制度的 期望	-1.67E-02	-0.72	-2.13E-02	-0.94	-5.42E-03	-0.12	-0.11*	-1.98
常數	0.562*	2.28	8.46E-02	0.37	-1.073*	-2.39	0.773	1.44
R ²		0.092		0.184		0.142		0.356
F 值		1.782*		3.965***		2.893***		9.687***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

肆、討 論

一、健康生活行為及社區參與的心理需求層次改變情形

在包括飲食行為、運動行為、生活習慣行為、健檢行為及遵醫囑服藥行為五大向度的健康生活行為中，研究對象在飲食行為、運動行為、生活習慣行為及遵醫囑服藥行為四大向度皆達統計上顯著改變，唯健檢行為一項在介入前後的改變情形未達顯著，且其前後測的平均得分皆低於整體健康行為的平均得分（前測為 2.74 分，整體是 3.15 分；後測為 2.90 分，整體是 3.20 分），分析其不顯著的原因，除了健檢行為的題目數僅一題，可能是造成誤差的原因外；另根據台北縣衛生局（1997）調查該縣中老年人接受健康檢查的受檢率不及 16%。而中央健保局公佈全國性調查，於民國 85 年時 40 歲至 64 歲成人健檢受檢率為 13%，65 歲以上受檢率為 12%（武茂玲，1999），由以上調查發現，縱使全民健保的實施，符合了免費檢查的需求，但是健康檢查的受檢率卻仍沒有因而提升，本研究在健檢行為此一向度符合上述調查的結果。張素綺（1995）提出透過社區志工的宣導或社區媒體（如社區廣播宣導等）是提昇健康檢查受檢率及進行衛教宣導的好方法，但以文字為主的衛教單張、小冊在識字率不高的雙溪鄉並不適合。另外，由於每年的成人健檢時間為 4 月至 9 月，而今年雙溪鄉老人健檢時間原定為 4 月開始，但也因故延期至 7 月以後，在研究者介入期間（89 年 11 月至 90 年 3 月底）沒有碰到健康檢查施行的日期，因此這應該也是健康檢查一項在介入前後並未達顯著改變的原因，因此若要使健檢受檢率或其他配合衛生單位政策之宣導活動（如登革熱、腸病毒等），其實宣導的時機時點也應配合妥當，方能使宣導的效果可事半功倍。

本研究發現社區參與的心理需求層次平均得分介入前後達顯著改變程度，顯示全體研究對象在介入後社區參與的心理需求層次有向上提昇的效果，可喚起中老年人更高層次的心理需求，尤其以男性更為顯著。朱瑞玲、楊國樞（1987）及鄭惠美（1998）的調查結果也反映了人類基本需求滿足的重要性，及中國人以滿足基本生活需求為最優先順序的性格，唯有在生活安定之後才會去考慮自我實現、自我成長（鄭惠美，1998）。而 Trettin 等（2000）、鄭惠美（2001）的研究中也證實志工透過社區活動的參與與運作可以提昇其對自身更高層次心理需求的滿足。

二、介入前後人力互助制度的改變情形

整體而言，人力互助制度健康照顧制度在雙溪鄉是一個全新的服務型態，從研究對象在介入前的觀望、保留、或懷疑的態度可以看出研究對象還不是非常清楚地了解人力互助制度可以做些什麼服務及對自己健康上的益處。但在介入後可以明顯發現，在雙溪鄉建立人力互助制度的可行性、需要性、參與互助組織的意願及期望性均得到中老年人正向的支持，且介入後已有 62.0%的研究對象表示願意參與互助組織提供服務、接受服務或二者兼具。而研究對象對此互助制度表示贊同的比率則高於一年前鄭惠美（2000）對老人會會員的調查結果，並且研究對象對此互助制度建立的期望上有 84.7%的中老年人表示希望有這樣的互助制度，只有 2.5%的中老年人表示不希望，在介入前後的期望平均得分上分別為 3.56 分（相當於滿分 100 分時的 71.2 分）及 4.02 分（相當於 100 分時的 80.4 分），達顯著改變程度且傾向希望在本鄉建立這樣的互助制度。

介入後發現「傳送保健常識服務」雖有 27.3%的研究對象對此項服務表示滿意，但有 72.3%的中老年人卻是因為忘記了或不知道這個就是所謂的保健常識，而表示沒接受過此項服務。而這也正是人力互助制度的服務上最大的障礙因素，即中老年人識字程度不高及對於知識性的健康議題易於遺忘的問題。因此研究者建議在健康議題的宣導上可以設計以大圖示為主，並配合較大字體的單張。目前全國各社區健康營造中心發放的健康生活 DIY 教材，即具有圖示多且文字少的特性，未來可以配合雙溪鄉中老年人實際的健康需要，同時考量能符合中老年人的生活經驗，發展並製作適合中老年人閱讀的健康教材及宣導單張。

但在人力互助制度實行過程中遭遇到困難是提供服務志工人數不足，第一梯次提供服務的志工人數只有不到 20 人，由於人數的限制，使人力互助制度服務層面受到限制，因而可能忽視了某些真正需要接受服務及渴望得到服務的中老年人；幸而在本研究介入後期（90 年 1 月）得到鄉公所、各村村長及當地老人會的支持，目前已經陸續在各村招募並完成第二梯次志工保健課程培訓的志工約 50 人，相信志工人員數的增加及行政單位與民間團體的支持與合作，對人力互助制度的實施是正向的助力，同時對第一梯次志工更具有鼓舞作用。

三、社會人口學特徵、社區參與的心理需求層次及對人力互助制度之看法間的關係

在社會人口學特徵對社區參與的心理需求層次影響中可以發現，對於 55 歲以上這個年齡層的中老年人，無論男性或女性，獨居或與他人同住，目前有無工作等，教育

年數高低所處的心理需求層次並沒有差別。社會人口學特徵對人力互助制度看法的影響中可以發現雙溪鄉中老年人，在介入後無論年齡、性別、居住狀況、有無工作等，對人力互助制度的看法是相同的。在社區參與的心理需求層次對人力互助制度看法的影響中則可發現，心理需求層次的滿足是人類所具有的特徵，尤其對實施互助制度的期望有最為正向的顯著影響，表示介入過程能有效喚起中老年人潛在的心理需求，也使其對人力互助制度的施行有更正向的支持與需求。

綜合社會人口學特徵、社區參與的心理需求層次及人力互助制度之看法三者彼此間的關係，從研究中發現鄉村社區的中老年人社區參與的心理需求層次的不足，殷切地希望人力互助制度可以實施，以使自己可以獲得更多的服務或有機會參與組織提供服務以滿足其社區參與的心理需求層次，再則，也發現年齡愈大者愈期望互助制度的實施、目前沒有工作者比有工作者愈認為互助制度的實施是可行的、獨居者比與他人同住者更需要互助制度的實施，因此人力互助制度適合於中老年人眾多的鄉村社區中進行。

四、研究對象對人力互助制度之評價及其成效

從研究中發現人力互助健康照顧制度在雙溪鄉實施的優點及功能符合林振春（1997）提出之建議：老人不再只是社區工作的對象和資源，而是共同生產的夥伴，本研究在進行過程中也嘗試讓老人認知到自己才是社區的主人，且他們不再只是接受別人服務的消費者，更可以是一個提供服務的生產者。讓老人明瞭他們也可以是一個與專業者共同工作的夥伴，以及由老人來服務老人，當更能了解老人的真正需求。其次是讓社區民眾不再誤以為社區工作便是一種福利的提供，民眾只要等待服務即可，因此介入過程中也著重在提供相關課程以增強其能力與信心。介入過程運作中研究團隊扮演諮詢、協助與資源整合的橋樑，不斷給予社區志工鼓勵、讚美及諮詢管道，因為諮詢系統與資源系統的配合，對社區中老人組織的運作影響甚大。因此整體而言，在本鄉實施人力互助制度是有效的，從研究數字上及研究對象對服務成效的肯定，因此於鄉村社區建立人力互助健康照顧制度是可行的模式。

伍、結論與建議

一、結 論

(一) 介入後發現，研究對象健康生活行為除了健檢行為外，在飲食行為、運動行為、服藥行為、生活習慣行為皆有顯著改變；社區服務參與意願尤以男性的參與意願改變更為顯著；中老年人社區參與的心理需求層次有向上提昇的效果；有將近九成的中老年人表示人力互助制度的可行性看法認為愈可行、認為愈需要性看法、也愈期望制度的建立，同時也表示人力互助制度提供之健康服務會增進其健康。

(二) 介入前，教育年數愈高者的社區參與心理需求層次愈高，年齡愈大者愈期望互助制度的實施、目前沒有工作者比有工作者愈認為互助制度的實施是可行的、獨居者比與他人同住者更需要互助制度的實施，社區參與的心理需求層次愈高者對人力互助制度有愈正向的看法和期望；介入後，社區參與的心理需求層次與對人力互助制度之看法則不因社會人口學特徵的不同而有不同，但社區參與的心理需求愈高者愈認為人力互助制度是需要的且期望能夠實施。

(三) 研究對象及社區志工對人力互助制度的建立均有正向的評價，從研究數字上及研究對象對服務的肯定，有 67.5%的中老年人表示人力互助制度對自己的健康會更有保障，這對一個全新的制度而言，評價方面是支持多於否定，因此人力互助制度在雙溪鄉有行政單位、民間團體的支持、中老年民眾的肯定及熱心的社區人士不斷加入，人力互助制度在雙溪鄉實施的評價良好是可以繼續經營的模式。

(四) 分析本研究在雙溪鄉建立之人力互助健康照顧制度的情形有下列幾點值得提出：

1. 研究對象對專業人員的依賴程度高，因為志工訓練不足及血壓計不夠或不夠準確，使研究對象質疑社區志工不夠專業，但又期望實施人力互助制度有志工提供服務。介入後發現志工獲得中老年民眾的肯定，因此有必要加強志工的訓練，提升保健基本能力。

2. 研究進行過程中面臨最大困難是提供服務者人數不足的問題，使服務層面有限，但服務得到近七成的研究對象良好評價，介入後期獲得行政單位及民間組織的支持，廣召熱心人士共同參與，對早期志工有鼓舞作用。

3. 提供服務的社區志工從介入前的緊張、生疏、沒有信心、遭遇中老年人質疑不夠專業的挫折，從持續不斷的服務中不斷學習及成長，不但得到民眾的讚美，也對自己

從事社區服務更有信心，且也認為這是一個有意義值得繼續推行的制度。

4. 從介入前後證實人力互助制度的實施對中老年人的健康行為有實質上的助益。

5. 人力互助制度持續推行之原則包括：(1) 招募社區年輕人力的加入，共同為社區中老年人服務；(2) 提昇基本醫療常識及培養志工能力之成長課程；(3) 對於接受服務對象的追蹤輔導及持續關懷；(4) 尋求行政部門的支持及當地組織的結盟，讓資源發揮最大的效益。

二、建 議

(一) 本研究建立之人力互助健康照顧制度，雖然在初期階段只能運用第一梯次接受過訓練的中老年志工，願意提供服務的人數不多，使制度的服務層面受限，但在介入期間獲得鄉公所、各村村長及當地老人會的支持，第二梯次約 50 名的志工亦已經訓練完成，更多人力的加入，將使服務層面及品質可以更為精緻，人力互助制度在鄉村社區是可行的模式。因此建議其他相關研究，一方面尋求行政單位及民間組織的支持與合作，另一方面積極招募有意願之人士加入，可以讓人力互助制度之建立運作更順暢，也擴展服務層面。

(二) 雙溪鄉老年人口眾多，老人服務老人的模式是最理想的模式，但在研究過程中發現，提供服務的第一梯次志工有幾位年齡較輕，較具活力，對中老年人提供的服務獲得其服務民眾的讚賞，因此在中老年人較多的社區中可招募有意願服務的熱心人士，也可鼓勵具有社區參與心理需求的中老年婦女或較年輕之民眾共同參與，讓更多熱心人士共同為中老年人服務，因此未來的推廣工作上，可以讓提供服務者來源更多元化，無論年紀大小、教育程度高低...等，只要具有服務意願皆可加入，讓更多真正有需求之老人能接受服務。

(三) 研究過程中發現本研究地區亦有其他服務團體提供服務，造成某些研究對象重複接受服務，建議未來推廣時可在社區中進行資源整合及結盟，讓資源可以共享，人可盡其才，也可避免資源重複的浪費。

(四) 本研究中發現中老年人的認知能力隨著年齡增長而有下降現象，對知識性的保健常識容易遺忘，因此建議可以發展適合中老年人生理特性及符合老人生活經驗之教材或保健宣導單張，並以大圖示及少文字的原則，讓中老年人對保健常識更易吸收並能實行健康生活。

(五) 在本研究的介入過程中並未遇到成人健康檢查或老年健康檢查的實施期間，因此健康檢查的宣導在介入後並沒有呈現顯著的效果，因此將來的社區宣導或服

務可搭配行政單位活動或季節性的保健宣導，掌握最佳的宣導時機，效果一定會更顯著。

（六）從研究過程中發現，介入前中老年人的教育年數愈高者，社區參與的心理需求層次愈高，且獲得服務的需求強烈，因此建議其他社區工作者或團體，可於鄉村社區建立互助制度，以達成中老年人社區參與心理需求層次的滿足。

（七）人力互助制度在雙溪鄉推廣的成效良好且獲得中老年民眾、社區志工及行政單位、民間組織的支持，因此可以考慮推行至其他社區，但在推廣時須考量各社區不同的特性。

誌 謝

本研究是國科會補助 NSC89-2413-H-003-062 計畫之一部分，並在台北縣雙溪鄉衛生所的協助下完成，謹此誌謝。

參考文獻

一、中文部份

台北縣衛生局(1997)：台北縣八十七年度中老年病防治工作計畫書(行政院衛生署保健計畫補助案)。台北縣衛生局。

朱美珍(1995)：由人力資源網絡論社區意識的凝聚。社區發展季刊，69，67-74。

朱瑞玲、楊國樞(1987)：台灣民眾的心理需求及其相關因素。台北：中央研究院。

行政院經建會(1996)：中華民國台灣地區 84 年至 125 年人口推計。行政院經建會。

行政院衛生署(1999)：國民保健三年計畫草案(民國八十八年至九十年)。行政院衛生署。

行政院衛生署(1999)：辦理社區健康營造計畫。行政院衛生署保健處。

李文祝(1997)：台中市南屯區社區老人福利服務之研究。台中：東海大學碩士論文(未出版)。

林宗義(1995)：台灣老人的處境與希望：二十一世紀都市的主要課題。老人學學術年鑑，441-449。

林東龍、范麗娟(1998)：高齡志工角色壓力初探。社區發展季刊，83，146-156。

林振春(1997)：社區老人自助團體實驗報告—以台北新龍社區為例。載於中華民國社區教育學會主編：老人的社區經營與教育參與。台北：師大書苑。

武茂玲(1999)：以行動研究法來探討影響台北市北投區泉源里老年人健康檢查行為之相關因素。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文(未出版)。

邱詩揚、劉潔心、晏涵文(1999)：強化社區組織功能之參與式行動研究。衛生教育學報，12，23-47。

高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡（2000）：老年人的健康促進生活型態與衛生教育。護理雜誌，47（1），13-18。

張素綺（1995）：高雄市楠梓區有參加和沒參加健康檢查相關因素之探討。高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文（未出版）。

陳秋燕（1999）：社區老人參與「社會服務」對其心理社會健康影響之前驅性研究—以台北市北投區「大同之家」為例。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文（未出版）。

陳燕禎（1999）：社區老人照顧的運作模式。載於中華民國社區教育學會主編：高齡者的學習權與社會權，109-127。台北：師大書苑。

曾旭正（1997）：讓社區動起來—社區總體營造。載於宜蘭縣立文化中心編：行動資源手冊。宜蘭縣：宜蘭縣立文化中心。

曾譯令（1995）：偏遠地區與城市地區老人健康狀況之比較。老人學學術年鑑，63-82。

黃先傑、李悌愷、黃瑞雄（1992）：台灣地區 65 歲以上老年人日常活動能立即生活依賴性之調查報告。中華民國老年醫學會第四屆學術演講會刊，67-69。

鄭惠美（1998）：北縣學童母親心理需求與家庭簡易醫護常識課程出席率之研究。健康促進暨衛生教育雜誌，18，1-12。

鄭惠美（2000）：以老人會為中心發展鄉村社區健康促進計畫（一）—雙溪鄉老人會會員健康照顧需求調查。台北縣雙溪鄉老人會。

鄭惠美（2001）：應用自我學習策略培養社區志工—以台北縣雙溪鄉社區健康營造中心為例。護理雜誌，48（1），43-48。

賴秀芬、郭淑珍（1996）：行動研究。載於胡幼慧主編之質性研究—理論、方法及本土女性研究實例 239-248。台北：巨流圖書公司。

戴伸峰（1996）：老人的生活壓力因應之道—積極社會參與。老人教育，9，50-57。

簡淑媛（1996）：介入措施對社區老人高血壓防治之成效探討。高雄醫學院護理研究所碩士論文（未出版）。

二、英文部份

Beck, C., & Heacock, P. (1988). Nursing interventions for patients with Alzheimer's disease. Nursing Clinics of North America, 23 (1), 95-124.

Edginton, C. R., Hanson, C. J. & Edginton, S. R. (1992). (2nd ed.). Leisure programming: Concepts, trends, and professional practice. Iowa: WCB Brown & Benchmark.

Fisher, E. B. Jr. (1995). The results of COMMIT trial. Am J Public Health, 85, 159-160.

Flynn, B. C., Rider, M. & Ray, D. W. (1994). Empowering communities: Action research through healthy cities. Health Education Quarterly, 21 (3), 395-405.

Green, L. W., Kreuter, M. W. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). Palo Alto: Mayfield Publications.

Hart, E., and Bond, M. (1995). Action research for health and social care: A guide to practice. Philadelphia: Open University Press.

Hayes, J. M. (1999) . Respite for caregivers: A community-based model in a rural setting. Journal of Gerontological Nursing, 25 (1) , 22-26.

Holter, I. M. & Schwartz-Barcott, D. (1993) . Action research: What is it? How has it been used and How can it be used in nursing? Journal of Advantage Nursing, 18, 298-304.

Kelly, M. E. (1997) . Social interaction among people with dementia. Journal of Gerontological Nursing, 23 (4) , 16-20.

Maslow, A. H. (1968) . Toward a psychology of being. Princeton, N. J.: Van Nostrand.

Montgomery K.(1993) . The Harvard alcohol project: promoting the designated driver on television. In Backer TE, Rogers EM (eds.) , Organization Aspects of Health Communication Campaigns: What Works. Newbury Park, CA, Sage.

Murray, D. M. (1995) . Design and analysis of community trials: Lessons from the Minnesota heart health program. Am J Epidemiol, 142, 569-575.

Rains, J. W. & Ray, D.W. (1995) . Participatory action research for community health promotion. Public Health Nursing, 12 (4) , 256-261.

Rider, M. & Flynn, B. C. (1993) . Indiana. In Ashton, J. (3rd ed.) . Healthy cities,195-206. BUKINGHAM: Open University Press.

Ross, M. G. (1967) . Community organization: Theory, principal and practice. New York: Harper & Row.

Trettin, L., & Musham, C. (2000) : Using focus groups to design a community health program: What roles should volunteers play? Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 11 (4) , 444-455.

Wallack, L (1990) . Mass communication and health promotion. In Rice RE, Atkin CE (eds.) : Public Communication Campaigns (2nd. ed.) . Newbury Park, CA, Sage.

Webb, C. (1989) . Action research: philosophy, method and personal experiences. Journal of Advanced Nursing, 14 (5) , 403-410.

90/08/20 投稿

90/10/09 修正

90/11/20 接受

A pilot study on the mutual-help system of health-care about the elders in Shuang-shi Shiang, Taipei County

Ling-Wen Lin, Huey-Meei Jeng

ABSTRACT

The purposes of this research are to exam the effect of the establishment of the mutual-help system of health-care on the elders' willingness and the level of psychological need of community services participation, and to exam how the health life execution in rural community influences on rural community. Shuang-shi Shiang in Taipei County was selected as the research setting. Made the elders above the age of 55 as the whole research target, and the community volunteers did the health services lasted for 3 months. There were 242 subjects who completed pre-test and post-test questionnaires. Also, the qualitative research method was used because qualitative research could not reflect the deeper health-care problems.

The main results of this research were as follows:(1)After the intervention, the subjects had significant improvement in health life behaviors. Male subjects, especially, had more improvement in willingness of community services participation than female. The effect of psychological level in community participation was also elevated. (2) The effect of demographic factors on psychological level in community participation and opinions in mutual-help system were not consistent. Subjects who had higher psychological level in community participation were more likely to require & expect execution of the mutual-help system. (3) Host subjects and community volunteers welcomed the establishment of mutual-help system. Also, it got support from the administrative departments, local civil groups, the elders and members in the community. The mutual-help system of health-care in

Shuang-shi Shiang was highly praised It may also be a good model for other communities.

There are several important notions found from the research process. (1) It was necessary to enhance medical training for community volunteers. (2) The insufficiency of volunteers was the biggest barrier in this study. (3) The volunteers who provided services in the community could keep learning and being more mature. They not only received praise from the elders, but also became more confident in giving community services. The volunteers considered the mutual-help system as a good policy that could be continued. (4) The mutual-help system was proved a helpful system which can enhance the elders' health behaviors.

Key Words: mutual-help, community, action research, volunteer, elders