

~形塑健康終老文化~ 推動「預防及延緩失能照護計畫」之經驗分享

一、前言

台灣地區人口統計資料顯示，65歲以上老年人口在1993年9月已達總人口數的7.0%，超過聯合國對「老人國」百分之七的定義標準，正式邁入高齡化社會，2018年將邁入高齡社會（老年人口比率超過14%），預計2026年老年人口將超過20%，邁入超高齡社會。2017年2月台灣老化指數（每百位幼年人口所當老年人口數）為100.18，較已開發國家之112.50低，但較全世界之30.77及開發中國家之25.00為高（內政部統計處，2017）。台灣地區人口老化速率僅次於日本，成為全球第二（謝、劉、張，2003）。

「老化」可視為生物體成熟發展後因喪失某些生理機能進而邁向死亡的一種過程，隨著年歲的增長，生理與心理大多會有所變化，個體因老化常會帶來許多病痛和不適，導致生活上的不便，雖然有時候身體不適與生活的不便，不一定因生理機能退化所引起，但是老化確實是影響心理變化的重要因素之一（林、劉，2013）。老化是一種複雜的過程，對於人體各種系統的結構和生理都會產生變化，例如：肌肉質量、局部肥胖、肌肉力量及運動控制，會造成整體健康的惡化，除了會增加跌倒及關節骨折的危險性，也會造成骨質密度的下降及葡萄糖的耐受性增加，造成高齡者失能的機會大增（Chodzko-Zajko et al., 2009; Rantanen et al., 1999）。肌肉力量降低是老化的重要生理變化，會造成衰弱及失能而影響了高齡者的工具性日常生活活動，增加跌倒，發病率和死亡率的風險（Burton, & Sumukadas, 2010; Delmonico et al., 2007; Hartholt et al., 2011）。研究指出，執行中高程度體能活動的高齡者，其基本日常生活活動失能的發生率僅為低體能活動者的49%（Tak, Kuiper, Chorus, & Hopman-Rock, 2013）。

世界衛生組織所提出的活躍老化核心理念含括：健康促進、社會參與和安全維護，三者是互相影響的。其中健康促進為透過多元角度介入，促進長者具備積極、有效的能力以維護及自主管理健康；社會參與則有提供教育及學習機會、鼓勵長者依能力、偏好及需求，投入經濟發展相關的活動或志願服務工作，以及透過各項服務，鼓勵長者充分參與社區及家庭生活等教育學習、社區生活、開發人力資源等；安全維

護則包含長者保護、經濟安全等，以便促進民衆老年時的生活品質(World Health Organization, 2002)。

余紅柑(2010)指出實踐成功老化的路徑為(1)透過保健與養生，減緩機能老化；(2)強化自我照顧，培養獨處能力；(3)透過認知學習，型塑「健康終老」運動；(4)活化社會參與，建構社區照顧的網路；(5)形塑「要活就要動」的行動文化。施等人（2005）設計為期四個月的社會參與介入措施發現，經常有社會參與的高齡者會明顯改善其憂鬱症狀。高齡者透過休閒活動參與，更能夠擴展個人生活圈，提供新的社會角色定位，得到充份的社會支持，使其更能產生正向情緒，增加其幸福感，藉由活動的參與不僅具有社會整合的功效，使人感受到對於生活環境之掌握，而且個人亦可透過活動的參與建立人際關係，紓解個人之生活壓力，對主觀幸福評價具有正面的影響（李、施、邱，2007）。

隨著我國人口結構鉅變，減少高齡者失能乃為成功老化的主要目標之一，因此本院將預防長者衰弱為2017年健康促進計畫推動重點之一，期運用充足的照護能量，鼓勵長者運動及社會參與，讓成功老化落實於高齡長者生活中，維護其妥當的生活品質。

二、執行策略

基於活躍老化、健康終老的理念，故於汐止社區執行預防及延緩失能照護計畫，期強化長者活動力，達到健康、安全及社會參與的生活。本計畫於2017年8月01日至12月31日進行，以規畫期、執行期及評估期分述如下：

（一）規畫期-招兵買馬

1. 連結社區夥伴

依據衛生福利部計畫開班規範，參加對象為65歲以上衰弱長者、每期20-25人、每期12週、每週最多2次，每次2小時；活動場地必須在社區辦理，不得在住宿型機構或醫院內、需具有無障礙空間、地下樓層或2樓以上者需備有電梯、投保公共意外責任險、訂定緊急事件處理流程等，故與新北市汐止健康促進協會理監事共同討論執行地點，選定復興里、茄荳里、忠孝里及長安里等四里的活動中心辦理。

2. 安排客製化課程

課程及師資皆依照衛福部或新北市衛生局公告方案及對應師資，安排衰弱長者所需之課程，其中規劃了包含肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養及認知促進等六大預防照護主題，期望透過多元有趣的課程設計，讓長者願意到社區參與活動，增進人際互動，進而達到預防及延緩失能、失智。

3. 舉辦社區長者衰弱症檢測(圖一)

為發現社區長者衰弱症盛行率，於8月03日至21日於社區及醫院舉辦6場次，計有261位長者參與，結果76.6%為亞健康/健康者、23.4%為衰弱長者。

圖一、社區長者衰弱症檢測



(二) 執行期-動健康健康動(圖二~圖五)

於8月29日至11月29日，每週二至五上午9:30-11:30，在四個里的活動中心進行課程。每次長者快樂出席，對於動態及靜態課程皆給予極佳的評價，每班出席率皆達90%。

圖二、復興里長者彈力帶訓練課程



圖三、忠孝里長者彈力帶訓練課程



圖四、茄苳里長者彈力帶訓練課程



圖五、長安里長者課程結業式



(三) 評值期-大功告成

統計共計100位長者參加本期活動，出席率平均為90%。課後進行衰弱檢測，結果見表一；同時進行課程滿意度調查，結果見表二。

表一、課後進行衰弱檢測結果(N=100)

里別	各里人數		衰弱		亞健康	
	衰弱	亞健康	前測平均	後測平均	前測平均	後測平均
復興里	15	10	14.6	12.8	9.3	7.9
茄苳里	15	10	15.1	13.7	7.7	7.3
忠孝里	16	9	12.1	11.4	8.4	7.1
長安里	14	11	14	12.2	11.2	10

註. 滿分為25分，越低越健康

表二、課程滿意度調查 (N=100)

題目	結果
1. 我充份了解參加活動之目的 (或參加活動對我的幫助)	100%
2. 帶領課程的老師具有足夠的專業知識。	100%
3. 當有需要時，都能得到 工作人員(協助員)的回應及幫助	99%
4. 活動中與帶領課程的老師互動良好、氣氛融洽	100%
5. 活動的空間與環境讓我覺得舒適	94%
6. 活動所需的器材或設備足夠使用	98%
7. 課程活動設計是我目前的體(能)力所能負荷	96%
8. 整體而言，這裡提供的活動課程 與服務讓我感到滿意	99%
9. 如果有符合我需要的活動課程，願意繼續來參加	98%
總滿意度	98.2%

三、結語

老化乃是人類生命正常軌跡的一環，眾人皆無法避免，因此正向面對才是王道。長者要能健康自主唯有遠離失智或失能才是解決之道，因此「預防及延緩失能照護計畫」乃是強調「前端」預防及延緩老人失能失智，從長者健康的階段便開始著手規劃，針對不同健康型態給予不同的服務模式，縮減失能的程度與時間，預防衰弱長者成為被照顧者，減少長期照顧支出，更重要的是提升長者的生活自理能力及生活品質。而醫療照護角色便需要調整服務方向，將治療延伸至預防，如此才能讓老化的社會也能活力十足。

四、參考資料

- 內政部統計處 (2017) · 內政統計通報 · 取自：https://www.moi.gov.tw/files/site_node_file/6476/week10610.pdf
- 余紅柑 (2010) · 嬰兒潮世代老人如何實踐成功老化的路徑芻議 · 社區發展季刊，132，325-339。
- 李維靈、施建彬、邱翔蘭 (2007) · 退休老人休閒活動參與及其幸福感之相關研究 · 人文暨社會科學期刊，3(2)，27-35。
- 林正祥、劉士嘉 (2013) · 台灣老人成功與活躍老化之健康餘命探討 · 台灣公共衛生雜誌，32(6)，562-575。
- 施春華、侯淑英、楊明仁、張麗珍、張自強、黃俊仁 (2005) · 社區老人憂鬱症狀的流行病學及活動參與介入之成效 · 實證護理，1(1)，29-34。
- 陳權豐、趙櫻花、唐喬語、張語娟、施懿芳、李欣蓉 & 陳苑婷 (2015) · 調查影響社區老年人憂鬱與活躍老化之研究 · 健康與建築雜誌，2(2)，56-64。
- 謝佳容、劉淑娟、張珏 (2003) · 從WHO心理衛生報告-探討台灣社區老人的心理衛生問題和政策 · 護理雜誌，50(3)，56-61。
- Burton, L. A., & Sumukadas, D. (2010). Optimal management of sarcopenia. *Clinical interventions in aging*, 5, 217-228.
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & science in sports & exercise*, 41(7), 1510-1530. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- Delmonico, M. J., Harris, T. B., Lee, J. S., Visser, M., Nevitt, M., Kritchevsky, S. B., ... & Newman, A. B. (2007). Alternative definitions of sarcopenia, lower extremity performance, and functional impairment with aging in older men and women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 769-774. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01140.x
- Hartholt, K. A., van Beeck, E. F., Polinder, S., van der Velde, N., van Lieshout, E. M., Panneman, M. J., & Patka, P. (2011). Societal consequences of falls in the older population: injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 71(3), 748-753. doi: 10.1097/TA.0b013e3181f6f5e5
- Rantanen, T., Guralnik, J. M., Sakari-Rantala, R., Leveille, S., Simonsick, E. M., Ling, S., & Fried, L. P. (1999). Disability, physical activity, and muscle strength in older women: the Women's Health and Aging Study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80(2), 130-135. doi: 10.1016/S0003-9993(99)90109-0
- Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A., & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 329-338. doi: 10.1016/j.arr.2012.10.001
- World Health Organization. (2002). Active Ageing A Policy Framework. Retrieved from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>