

# 老年人之健康促進

余幸宜 于漱\* 李蘭\*\*

仁德醫護專科學校 國立陽明大學護理學系\* 國立台灣大學衛生政策與管理研究所\*\*

### 前言

全球老年人口於西元 2000 年時有 6 億人(老年人口比例 10%)，預估至 2050 年將增至 20 億人(老年人口比例 21%)，而未來 50 年老年人口增加更將達四倍。尤其老老年人(80 及 80 歲以上者)增加的速度更快，可能高達五倍[1]。而台灣老年人口比率，民國 91 年時為 9.02%[2]，依行政院經建會預測，至民國 100 年時，我國老年人口數將佔總人口比率 10.4%，至民國 140 年時，老年人口數更將高達 651 萬餘人，比率則高達 29.8% [3]，因此在未來的 50 年內，老年人與年輕人將平等分享社會，老人議題也將愈被重視。

過去，健康照護體系在市場主義的思維以及保險給付制度下，使得我們的社會以疾病照護為主體，健康促進被長期忽略。由流行病學資料顯示，台灣地區老年人慢性疾病盛行率逐年升高，由民國 92 年老年人十大死因中，前四名均為慢性疾病(惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟病、糖尿病)可見一般[2]，而此將造成社會、經濟的莫大負擔。聯合國曾在 2002 年提出全球化的老化行動國際策略(the International Strategy for Action on Ageing 2002)，呼籲不論何地區國家，都應以老年政策為政策行動的優先考量，並應針對全球人口老化過程加以整合；期由更廣泛生命過程的發展觀點及更寬廣社會觀的視野來看老年人的

問題；此外尚應再仔細審視老年政策，以確保各地人們能安全及有尊嚴的變老；而老年人亦能持續的參與社會，享有所有公民應有的權利[1]。聯合國並建議三項行動的優先方向：老化世界的發展(development for an aging world)、增進老年期的健康與幸福安寧 (advancing health and well-being into old age)、權能與支持的環境(ensuring enabling and supportive environments)，可做為達到成功適應老年世界政策的指引[1]，而此三優先方向即為老年之健康促進之內涵及目標。可見老年健康促進已是一個國際間的推行目標。

### 老年人健康促進的困難

健康促進的目的是在鼓勵人們去控制和改善他們自己的健康；老年人健康促進可藉著老年人知能的提升及健康自我照顧的策略而達成降低老人罹病率及促進其生活安適的功效[4]。然而過去健康促進的對象多著重在青少年或成年人，老年人很難與健康促進劃上等號，其實老年人亦是需要健康促進的群體，且他們從健康促進上獲得的利益亦與年輕人相當[5]。Chi & Leung[6]更提出老年族群隨著年紀的增加，罹患慢性病及失能的危險性越高，如果無法使一個社會國家的老人健康狀態改善，則其所需花費的社

Title: Health Promotion of the Elderly

Authors: Hsing-Yi Yu, Shu Yu\*, Lee-Lan Yen\*\*; Department of Nursing, Jen-Teh Junior College of Medicine, School of Nursing, National Yang-Ming University\*, Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University\*\*

Key Words: aged, health promotion

會及醫療成本均將相對提高。再者就健康是人權以及健康平等的觀念上，我們更認為老年人有權獲得與年輕人相當的健康資源與權力，以獲得更高的健康品質。所以老年人的健康促進是有其必要性、正當性與有效性的。

綜觀目前老人健康促進上可能存在著某些迷思並進而影響了健康促進活動的執行，這些迷思包括[5]：

一. 人們對老年人的健康存有許多錯誤的概念，包括：

1. 老年人生病是正常且無可避免的。
2. 健康促進活動對老年人而言是看不到未來的。
3. 因不活動或營養不良所造成的健康損害是無法回復的。

二. 難以區分老化過程的正常改變與疾病病理過程

很多正常的老化過程被視為不能避免或不可回復的。事實上，身體上的改變存在於每一個年齡層，但有更多環境傷害、壓力、疾病、基因與其他因素亦持續影響著生命過程，並造成疾病。所以應將“如何避免或減少老化之外的影響健康因素”視為老年人健康促進的一大目標。此外在老年健康促進上，我們所著重的應是老年人健康生活形態的增進，而非將問題重心放在個人健康限制上[7]。

三. 老年人因罹患慢性病的比率高，因此多缺乏學習新健康促進行為的能力與動機

根據 Caserta[8]的研究指出，老年人對於健康促進活動的興趣更高於其他族群，例如老年人在健康訊息的取得、尋求健康生活方式以及行為的改變。Walk 等人[9]在比較了老年人與中年人的健康行為後更指出，老年人執行健康行為的頻率較中年人高。可見老年人健康促進的能力或動機並不低於其他族群。再者，老年人有時間及健康立即需求上的優勢；尤其老年人罹患慢性疾病的比率高於其他族群，因此對於老年族群而言，如何增強老年人執行健康促進活動的動機與能力更為重要。

以上這些迷思往往導致老年人不主動尋求健康生活，甚至連很多健康照護提供者亦忽略了老年

健康促進的重要性，而未能提供老年人最佳的照護。

## 老年健康促進的內涵

過去的健康照護體系重治療而輕預防的結果，使得民眾將醫療與健康劃上等號。然隨著社會與健康觀念的改變，對現今社會的老年人而言，健康(health)應視為一個起點，健康促進則是主體，至於健康照護(health care)只是一個輔助。但需注意的是完整的健康促進不僅靠個人健康行為的改變，而應包括建立支持性的環境、強化社區行動、重整健康服務以及制訂國家與公共政策。本文先依 Gordon 十一健康功能型態分類整理出老年人計畫與執行健康促進計畫時應包括的內容(表一)[5]。再依美國提出之 2010 年“健康的人們”(Healthy People)中所列出之 28 項努力重點(focus)中去除與老人健康促進無關的母嬰與兒童健康及家庭計畫兩項外之其餘 26 項重點做為老人健康促進計畫的方向；其內容包括健康服務的可近性、關節炎及老年骨質疏鬆、癌症、慢性腎臟病、糖尿病、失能者的照護、教育及以社區為基礎的計畫、環境衛生、食物安全、健康的溝通、心臟疾病、免疫系統疾病、感染疾病、性病的防治、預防意外事故與暴力、醫療產品的安全性、心理健康與疾病、營養與體重控制、職業衛生與安全、口腔衛生、身體活動與體適能、公共衛生基礎建設(Public health infrastructure)、呼吸系統疾病、藥物濫用、降低菸草使用、重視視力與聽力的問題；由上可知未來十年內各國為達到“健康的人們”目標之努力重點實則涵蓋健康促進與疾病預防兩大範圍[5]。最後本文則依 Mandle 所提出之七項老人健康促進的內涵作為闡述老人健康促進重點的架構，其分別為[5]：

一. 意外事故的預防

老人由於肌肉強度降低、反應時間(reaction time)延長、感覺障礙、步態不穩、疾病影響(如神經系統功能疾病與障礙、骨質疏鬆症等因素)，以及生活環境的改變(如獨居、公寓式建築)均使得老年人較易出現跌倒的問題[10]，且上述現象尚會影響到老年人的日常生活活動，如身體活動情

表一：Gordon 健康功能型態之老年人健康促進內容

功能型態	評估內容與健康促進方法
1. 健康知覺與健康處置型態	<p>健康知覺是在老人健康促進時最重要的因素，健康知覺的目的為提升老人自我健康的動機，故當老年人對自我健康有自覺時才有行為動機。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 評估健康知覺的內涵：提高老人自我健康動機可朝改變老人健康知覺的因素著手；包括維持人際關係、致力於健康行為、保持活力等社會整合面向。</li> <li>➢ 如何促成老人健康處置：可製作個人健康處置計畫表(如營養、運動、安全、睡眠型態、牙齒健康、疫苗注射)，以提供老人遵從指引。</li> </ul>
2. 營養-代謝型態	<p>不適當的飲食行為，在老人身上很常見，有很多原因是由生理及環境、社會因素造成。如老年人器官的衰竭會導致其消化代謝及營養吸收，又或者家庭生活形態，如獨居、收入少更會影響其營養攝取，所以評估時，應注意下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 評估內涵：造成老年人營養不良的原因：吸收養分的功能退化；嗅覺、視覺、味覺敏感度降低；牙齒問題；先前飲食習慣不良；收入較少；社會接觸少等。</li> <li>➢ 處置：教育老年人健康飲食的知識非常重要；應建立其正向的態度及培養適當的飲食行為；此外，營造一個有益健康飲食的環境(包括家庭/社區)也有幫助。</li> </ul>
3. 排泄型態	<p>便秘對老年人說是一個重要且嚴重的問題，影響他們老年生活深遠。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 便秘評估內涵：老年人便秘相關因素包含飲食、活動多寡、藥物使用等。</li> <li>➢ 處置：可鼓勵運動、增加纖維飲食、增加水分補充失禁亦是一個嚴重的老年健康問題，它會造成皮膚的浸潤同時影響社交功能以及自尊。但通常此問題少被提及，可能原因為怕尷尬，或者大家都認為失禁是一個正常老年的變化，事實上，失禁是一個可處理的問題，在適當的治療下，更可幫忙老人尋回自尊。</li> <li>➢ 失禁評估內涵：先診斷失禁的類型(如壓力性、急尿性、溢出性)與原因(如疾病、感染、藥物作用、多尿)，以便進行適合的介入。</li> <li>➢ 處置：Kegel's exercise、培養固定排泄習慣及排尿訓練。</li> </ul>
4. 活動-運動型態	<p>規律運動對於健康促進及疾病預防的觀念已被接受，對大多數老年人而言，運動的益處在於協助其功能獨立及維護一般健康、安適。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 老人活動-運動前評估：需包含老年人正常病理及生理變化、環境的安全與否以及個人興趣。</li> <li>➢ 活動-運動前處置：使其了解運動所能帶來的好處(如減輕體重、膽固醇、睡眠、血壓及增進社交)。並可提供個人諮詢，協助老年人選擇感興趣及方便進行的運動，但運動強度應循序漸進。</li> <li>➢ 注意事項：走路、負重及水中運動都相當受歡迎，且對於目前健康者或已患有疾病者皆有助益。對一般老人而言，中度緩和運動及較長時間的運動較適合。</li> </ul>
5. 睡眠-休息型態	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 評估：影響睡眠品質與睡眠的因素包含身體疼痛或不舒服、心情不佳、不適合的睡眠環境等。</li> <li>➢ 處置：告知老人使其瞭解，隨著年紀的增長，睡眠型態會有改變，以減輕其憂慮，此外，亦可藉由增加體能活動、使用疼痛減輕方法、睡眠環境的改善、情緒抒解治療及適度的藥物服用等方法協助其解決睡眠問題。</li> <li>➢ 注意事項：對於失智老人常出現的 sundown syndrome(指患者在傍晚來臨或夜晚時，出現行為及意識上的混亂，包括躁動、踱步、攻擊、不安、焦慮、沮喪、遊走、注意力不集中、尖叫、幻覺的行為；常發生在阿爾茲海默症的失智患者以及慢性患者身上[18])，應注意其避免傷害自己與他人。</li> </ul>
6. 認知-知覺型態	<p>過去數十年，老人認知的變化被大量且深入的研究。老年期由於大腦重量減輕、大腦灰質改變、遺傳、環境暴露等許多因素可能造成老人失智，但此仍無定論。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 定義：目前認為失智症不是老化過程的正常部份，它是一種隨著年紀老化而有的認知系統疾病。當患者有失智症時，會產生如健忘、注意力不集中、無組織性思考、情緒躁動定向感變差等認知、判斷理解、語言及操作功能上的退化。</li> <li>➢ 失智評估：目前 MMSE(Mini-Mental Status Examination)是較常被使用來初步測量老人心智狀態的工具。當老人失智時，需注意其視覺、聽覺、味覺、嗅覺與皮膚的退化(包括褥瘡)、行為改變以及營養狀況。</li> <li>➢ 在處置老人失智時：需發展及保持生活作息一致、鼓勵自我照顧、減少環境刺激、安全環境設置、補充營養等調適。</li> </ul>



- 7.自我知覺-自我概念型態 自我概念包含個態度、能力知覺、身體心像、情緒型態等等。影響自我概念的因素包含環境、家庭、健康和生活形態以及遺傳等因子。雖然老年人身體狀態隨著年紀衰退，但目前並無法證明其情緒狀態亦會跟著改變。
- ▶自我知覺及自我概念評估：依 Erikson 理論，老年人於此發展過程(統合與絕望)中，需做三種適應：1.定義「自我」與「工作角色」；2.適應正常年紀與身體上的改變；3.接受死亡。所以在評估上，需注意老年人是否能適應此三項任務。
  - ▶處置：協助回憶或生命回顧能使老年人整理及統合過去經驗及對人生意義的再定義，有助於發展自我統合感。此外，利用錄音帶或紙筆協助老年人記錄過去、鼓勵其寫信給老朋友均是不錯的方法。
- 8.角色關係型態 ▶評估：家庭與社會角色的轉變，包括小孩離家、喪偶、退休等會對老人造成衝擊。
- ▶處置：成功的調適來自於各種活動的參與及人際關係的維持。應協助老人認同其角色轉變的意義。支持團體、與重要他人的協助也很重要。
- 9.性-生殖型態 社會上對於老年人人性方面仍有許多迷思；如：1.老人不再對“性”有興趣。2.疾病常使老年人阻礙了性。3.“無能”是正常老化現象。實際上老年人仍然有“接觸與被接觸”(touch and to be touch)之人類需求。一般來說，老化對於老年人的影響在於老年人可能會因為缺少荷爾蒙而影響了其在性器官上的改變與活動的耐力。但老年人對性的興趣仍存在且仍可能令他們感到興趣。
- ▶評估：健康專業人員應協助老年人進行性方面的評估(性功能變化是生理變化或藥物引起)；目的在於早期發現問題，並協助其預防與處理性方面的問題。
  - ▶處置：強調性需求是正常現象，並鼓勵其表達性需求；此外，仍需強調安全的性行為，(如 AIDS, HIV, STD 等疾病的預防)。
- 10.因應-壓力-忍受力型態 老年人憂鬱是一個普遍的問題，過去研究顯示老年人憂鬱盛行率高；如住院老人憂鬱盛行率為 12%；護理之家老年人之憂鬱盛行率為 15-25%。至於社區方面，依 Lu 等人[19]的研究顯示我國都市老人(台北市北投區)之憂鬱傾向比率為 34.76%，顯示對我國老人而言，憂鬱是一個普遍的問題。
- ▶老年人憂鬱評估內涵：與老人憂鬱症有關的原因主要有失落感、身體改變、健康疾病、心理壓力等因素。評估老年人之憂鬱傾向時則尚需注意一般憂鬱症狀與老年人憂鬱症症狀之異同；至於評估的工具則如 GDS (Geriatric Depression Scale) 是其中一種廣被使用的評估工具。
  - ▶處置：壓力因應的方法包括[20]：
    - 1.以評價為重點(appraisal-focused)的因應方式：幫助個人評價此壓力對個人之價值、影響。
    - 2.以問題為重點(problem-focused) 的因應方式：強調個人應專注於此問題主動或直接的採取行動去分析、探討和解決壓力。
    - 3.以情緒為重點的因應方式(emotion-focused coping)：致力於降低或剔除因壓力情境造成的情緒反應。
 老年人之自殺盛行率高；如男性自殺者中有 83%是老年人；尤其是 80-84 歲者的自殺率最高。
  - ▶自殺評估：應評估與老年人自殺有關的原因，包括憂鬱、生病(尤其是罹患癌症、久病不癒)、社會隔離、酒精使用、精神病、哀傷...等。
  - ▶處置：健康專業人員需認識並警覺老年人自殺的高危險因子，達到早期預防與處置目的；以及在健康促進的議題上需增進心理健康與協助壓力的處置。
- 11.價值-信念型態 ▶評估：價值、信念會影響老年人之執行健康生活型態的動機與能力。性別、過去經驗、宗教、經濟狀況、種族則均可能影響個人價值-信念。
- ▶處置方法：健康專業人員應尊重每個人的價值觀。可進行“靈性的評估”(a spiritual assessment)，以協助老年人嚐試與增進其靈性的健康(spiritual health)。

形。因此在意外事故的預防上，評估的內容應涵蓋老人健康狀況、居住及社區環境，甚至公共衛生政策都是需考量的重點。

## 二. 預防注射

以往多將預防接種的重點放在嬰幼兒身上，但不可否認的是，老人的確可在預防接種下

降低致死率及罹病率。美國慢性病管理局建議老人應接受預防接種以預防流行性感冒、肺炎、肺結核等對老人產生的威脅[5]。國內實施成效方面，台北市衛生局針對老人接種實施成效報告中指出，機構內老人接種疫苗後可減少 74.5%的「總死亡率」，減低因肺炎或其他心肺疾病 54%之「住



院率」，同時曾住院老人的「再住院率」更可降低 54%；且預估如果全國機構內老人疫苗接種率能提高至 80%，則全台灣一年可減少五億七千五百萬醫療費用[11]。至於機構外老人流感效益研究方面則顯示，流感可減少 36%罹患一般感冒的機率，2%罹患流感機率，以及減少 45%因肺炎或心臟疾病住院的機率。同時預估如老人流感接種完成率可達 80%的情況下，則醫療費用支出可減少 19.35 億[12]。可見預防接種對於老人健康促進與疾病預防確有其效用。

### 三. 藥物使用問題

老年人由於藥物動力學改變(包括藥物的吸收、分佈、排泄與代謝)，使得老年人的用藥安全成爲重要議題 [10]。Burke & Walsh [13]認爲老年人可能因下列因素而影響其服用藥物的安全性與正確性：1.疾病因素：慢性疾病罹病率高；2.社經地位較差；3.教育程度偏低；4.對藥物正確服用方法缺乏認識；5.醫療資訊不足；6.視力減退；7.身體活動受限或行動不便；8.記憶力減退；9.缺乏足夠的醫療資源(如醫療保險)；10.不信任醫師；11.較易受大眾傳播媒體影響；而以上因素使老年人於服藥上出現許多問題，如自己決定服用藥物、與親朋好友交換用藥、藥物誤用(misuse)、藥物濫用或用藥過量(abuse or overuse)以及用藥不足(underuse)等問題。其中就藥物濫用而言，老年人更可能因服用多種藥物(poly-pharmacy)而出現所謂藥物之不良作用或交互作用，進而影響老年人用藥的安全[14]。因此，健康專業人員應仔細評估老年人之用藥史、用藥反應、是否爲藥物濫用的高危險群(如罹患慢性病、個人衛生差、發生意外事故、營養不良、記憶力喪失等) [10]，以減少老人藥物使用不當而產生的問題。

### 四. 酗酒

過度酒精的引用會使得老人產生意外事故、營養不良、疾病、功能減退等健康問題，但由於老年人因飲酒而出現的問題或徵象很容易與老化現象相混淆，而可能低估老年人因飲酒過量所造成問題的嚴重性。對此，健康專業人員除

需做審慎的評估外，需要時尚需進行適當的轉介與處理[15]。常用的評估工具如 MAST(Michigan Alcoholism Screening Test), MAST-G,( Michigan Alcohol Screening Test- Geriatric Version) 和 BMAST (Brief MAST Test)，均可用於評估老人飲用酒精量及頻率[15]。至於國內則應儘速開始有關老年人酒精使用的研究，以建立更多的流行病學資料與增進問題的解決能力。

### 五. 戒菸

老年人由於呼吸系統功能降低，而易出現氣體交換功能障礙、纖毛運動及排痰功能變差、而較年輕人易罹患如氣喘、肺氣腫、慢性阻塞性肺部疾病等呼吸道疾病[10]；加上老年人因心臟血管與循環功能變差，亦成爲高血壓、心臟血管疾病與肺癌之高危險群。因此，針對吸菸的老年人而言，如何使其能夠也願意戒菸，對於老年人之健康促進與疾病預防而言均屬重要的課題。一般相信，由於老年人可能較其他族群更容易見到因吸菸造成的身體傷害，而有較強的戒菸動機。雖然此在實務上常常遭遇到困難，但促進老年人之戒菸動機與行爲仍必列爲重要課題。

### 六. 癌症的預防

由於老年人暴露於致癌危險因子的時間較長，累積的致癌劑量較多、細胞老化後的不正常變化以及免疫力的降低等原因均使得老年人是許多癌症的高危險群[15]。過去，在健保未開辦前，由於老人疾病預防保健知識的不足，且缺乏醫療保險，再加上經濟無法獨立的因素下，老年人的慢性疾病無法早期篩檢出[16]。而現今，健保制度已施行，同時老人的預防知識亦有進步。站在健康促進的觀點而言，細胞的不正常演化是較難控制的，但避免致癌危險因子的暴露以及增強免疫力卻是可行的。所以，評估老年人的不良生活型態與增進其健康生活型態以減少致癌危險因子及增強免疫力是必須的。此外，針對特定癌症之定期檢查、追蹤亦是需做到的。而這些均需健康專業人員的努力及國家健康政策的制訂。

### 七. 社會過程(social process)方面

由於老年人的居住環境與場所是多元化

的，如大部份的老年人是居住在家中，但仍有少部份的老年人是居住在老人公寓、醫院與護理之家等慢性療養機構中。因此，在擬定老年人之健康促進計畫與活動時，必須要考慮是每一位老年人所共同擁有的需求，即每一位老年人，不論其健康疾病狀況如何，不論其居住場所為何，均需要有健康促進相關的活動內容與計畫。對此，健康專業人員與健康服務機構須具備有針對不同對象、場所提供健康促進活動與計畫之能力；且在內容與方法上亦需考慮對象的需求以及顧及多樣性，如此方能依各老年人之需求與準備度，提供其真正需要的健康促進計畫[5]。在完成以上健康評估後，則應針對健康評估問題做出適合之老人健康促進計畫。

綜合以上可知，老年健康促進的內涵已隨疾病型態及社會健康觀念的改變而不同於以往。今日之老人健康促進活動及內涵應涵蓋健康促進與疾病預防兩大範圍。

## 老年人、健康專業人員及政府在老人健康促進的功能

在老人健康促進上，老人本身才是主體，健康專業人員則是協助計畫者，兩者為伙伴關係。至於社區或政府部門亦有其應負的責任。以下則是由老人本身、健康專業人員、社區及政府政策三方面說明在老人健康促進議題上應擔負的責任：

- 一. 老人：老人本身應提升健康知覺及促進健康生活形態，培養為自己健康負責任的態度，同時增加社區健康促進活動的參與，藉由充能(empowerment)的過程以爭取生活的權力與生命的意義，同時促進個人成長。
- 二. 健康專業人員：應跳脫自己的觀點，以更寬廣、完整的觀點評估與推展老年人之健康促進政策與計畫，此種透過跨領域的合作方式，可以拓寬思考架構，並於整合後的健康促進範疇中發展與扮演創新的角色。同時須參與健康促進政策的發展、培養健康促進政策的執行與領導能力，以提供公平的健康促進服務與健康資源：尤其是針對未受政府足

夠關注的老年族群，如虛弱、失能、未受教育的老人，更應提供較多的預防性措施，做法上則可結合公私與第三部門資源，以整合及提升老年族群的服務內容與範疇。

- 三. 社區及政府政策：政府應促成健康促進活動對於老年人的影響、產生公共的期待。此可藉由和其他公共改革的對話與再教育，喚起社會大眾及老年人對於健康促進的覺醒；同時社區中尚應發展出「以社區為基礎」(community-based)的照顧模式，鼓勵及落實社區的參與及行動，以減少健康促進活動和真實環境的差距。此外，亦需加強對老年人健康促進活動及預防性健康照護需求的重視，正視健康促進對於老年人的影響與實施效果，而此可由與健康保險給付相關的預防性服務開始，如老人健康檢查、免費疫苗注射。由於目前政府衛生單位已將老年人健康促進重心放在高血壓、高血脂、糖尿病、腎臟病、氣喘、更年期等較屬於中年人疾病防制的議題上處理[17]；反而在，老年人健康促進活動或是造成慢性病之飲酒、藥物濫用、老年人戒菸等議題相對上受到忽略。作者認為就目前社會環境與疾病型態而言，建議應增加心理健康(如自殺防治)、慢性病防治(如避免酒精、香菸使用)以及用藥的指導等議題之關注，以提升個人心理與社會的健康適應與接觸。

## 對未來老年人健康促進的建議

為了推動健康促進的觀念與活動，應整合個人、團體、組織和社區層級，針對民眾提供資訊和技術支持是相當必要的。目前在老年人健康促進上，可能面臨的挑戰有：如何提升老人本身對健康促進的努力，以及發展合作技術，促進專家、消費者(老年人)和社區的合作，讓老年人、社區與政府能參與老人健康促進議題與活動的制訂及執行。

在計畫老年人之健康促進內容時不可忽視的是，要使老年人有行為改變的先決條件，是重視健康促進和疾病預防的知識。此外，尚應注意



如何發展出適用於老年人之健康促進衛生教育之方法與策略，以提供其所需、所能瞭解以及所能接受之健康促進計畫內容，達到健康促進與疾病預防目的。「新公共衛生運動」強調健康是人權、是對社會的投資，亦是每天生活的資源。過去在舊公共衛生時代中所形成或出現的健康照護之不平等現象，在新公共衛生時代中需持續關注處理。因此，現今在推展老年人健康促進計畫時，除應致力於個人行為的改變外，尚應重視健康公共政策、健康環境、與社區參與行動及充權的觀念與做法，在多方協同推動下，老年健康促進方能符合老年人的需求，並達成改善老年人健康與生活品質的目標。

### 推薦讀物

1. 聯合國：2002 年國際人口老化行動策略。聯合國網站 2002，取自：<http://www.who.int/hpr/ageing/Active Ageing Policy frame pdf>。
2. 行政院衛生署：衛生統計(二)，生命統計-人口分析。行政院衛生署網站 2004.7.5，取自：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data>。
3. 行政院經建會：中華民國台灣地區民國 91 年至 140 年人口推估。行政院經建會網站 2003.02.20，取自：<http://www.cepd.gov.tw/people/population.htm>。
4. Wang HH: Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic groups of elderly rural women in Taiwan. *Public Health Nursing* 1999 ;16:321-8.
5. Mandle E: *Health Promotion: throughout the Lifespan*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby, 2002:8-10, 709-89.
6. Chi I, Leung E.MF: Health promotion for the elderly persons in Hong Kong. *Journal of Health & Social Policy* 1999;10:37-51.
7. 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏等：老年人的健康促進生活形態與衛生教育。 *護理雜誌* 2000;47:13-8。
8. Caserta MS: Health promotion and the older population: expanding our theoretical horizons. *Journal of Community Health* 1995 ;20:283-92.
9. Walker SM, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ: Health promoting lifestyle of elder adult: comparisons with young and middle age adults, correlated and patterns. *Advanced Nursing Science* 1988;1:76-90.
10. Stepbenenson CA: Major disease: an overview. In: Hogstel MO eds. *Gerontology nursing care of the older adult*. 1<sup>th</sup> ed. New York: Delmar, 2001:68-73,266-267,276-277,298-299, 523-9.
11. 林雪如：流行性感冒介紹及台北市疫苗接種實施成效評估。 *北市衛生月刊* 2000;51:32-4。
12. 李嘉偉：台灣地區機構外老人接種流感疫苗效果之評估。國立陽明大學公共衛生研究所未發表碩士論文 2001。
13. Burke MM, Walsh MB: *Gerontologic nursing. "wholistic care of older adult"*. 10<sup>th</sup>.ed. St. Louis: Mosby, 1997:1-50.
14. 徐亞瑛：老年人之藥物治療。黃璉華總校，實用老年護理，第三版，台北，華杏，1996:37-57。
15. Lueckenotte AG: Overview of the gerontologic nursing . In Lueckenotte AG eds. *Gerontologic nursing*. 2<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby, 2000:322-47,394-5.
16. 余玉眉：老人健康促進與預防保健服務之策略與措施。 *社區發展季刊* 1993； 64:66-70。
17. 國民健康局：成人及中老年保健。行政院衛生署國民健康局網站 2003，取自：<http://www.bhp.doh.gov.tw/ch/index.htm>。