

✱ ✱

Effectiveness of Health Promotion Model for Elderly Person Living Alone

✱ ✱

計畫編號: NSC 89-2314-B-002-552

計畫主持人：黃璉華 教授 台大醫學院護理系

共同主持人： 林艷君 講師 台大醫學院護理系

陳淑雯 講師 中台醫護技術學院

余育蘋 老師 台灣大學體育室

計劃參與人員：宋台英 營養師 台大醫院營養室

莊美娟 研究助理 台大醫學院護理系

- ☐赴國外出差或研習心得報告一份
- ☐赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- ☐出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- ☐國際合作研究計畫國外研究報告書一份

執行單位：台大醫學院護理系

中華民國 90 年 9 月 13 日

一、中文摘要

本研究評估健康促進模式對增進獨居老人健康促進行為與知識之成效。研究採單組前後測，以健康促進教育模式，從健康生活型態、疾病預防、正確飲食、適當運動與用藥教育等方面，比較教育介入之前後其健康促進知識與行為的差異，並評估健康促進教育模式之成效。

研究對象共有 42 位獨居老人，全程參與者共 33 位，資料收集採結構式問卷。健康促進行為問卷次數為兩次，第一次收集資料在第一次衛生教育講座之前，第二次收集資料在第五次講座時，而健康促進知識的前後測分別於第二、三、四次講座時進行，比較獨居老人在教育介入前後其健康促進知識與行為的差異。

研究結果顯示健康促進講座後，獨居老人之健康促進行為與知識明顯高於健康促進講座前。本研究以數個不同的變項檢驗其健康促進行為與知識的差異，發現在教育程度、性別、年齡與獨居時間長短，其健康促進行為與知識，並無特別差異。

關鍵詞：社區獨居老人、健康促進、衛生教育

Abstract

The purpose of this study was to provide health promotion education for the community living alone elderly and to examine the effectiveness of the health promotion education. The study was conducted in a community and two community senior centers. One group pre- and post-test design was used in this study. Based on the "health promotion model", the nurses, dietitians, and physical education teachers were working collaboratively, providing a series of integrated and comprehensive education programs. The course contents include the healthy life style and health promotion, disease prevention, nutrition, exercise and medication education.

A total of 42 elderly participated in this study. There were 33 elderly attending the whole health promotion education programs. The data were collected by a structured questionnaire.

Information about the demographic data, health status, health promotion knowledge and behaviors were included. The health promotion behaviors data were collected twice - before the first course and the fifth course. The health promotion knowledge pre- and post-test were administered in the second, third and fourth course.

The research findings revealed that the education programs were effective in improving living alone elderly's health promotion knowledge and behaviors.

Keywords: living alone elderly, health promotion, health education

二、緣由與目的

計劃緣由

依民國 89 年戶籍資料顯示，臺灣地區獨居老人約有 53,444 人，佔老年人口 2.8%，台北市獨居老人約有 6,263 人，佔 11.72%，為獨居比率最高的地區。由於獨居老人所面臨的問題與需求具複雜性及個別性，諸如：受忽視的情形、自我危害行為、所處環境的危機、智力的受損、日常生活管理、處理財物能力及受人利用或差遣等，而欲舒緩此現象所帶來的衝擊與傷害，社會正義與經濟利益均衡發展的老人福利政策之推動與落實，實屬當務之急。雖然社區中獨居老人的健康狀況並非是最差的，但獨居將增加老人健康問題的危險性 (Magaziner, Cadigan, Hebel, & Parry, 1988)。所以，如何補強獨居老人立即性的福利需求與生活照顧是政府須迫切加強的主要課題，也是全體社會必需正視的問題。

研究目的

1. 瞭解健康促進講座前獨居老人的健康狀況、健康促進知識與行為
2. 瞭解健康促進講座後獨居老人的健康狀況、健康促進知識與行為
3. 瞭解獨居老人健康促進衛教模式之成效

三、參考文獻

健康促進是一全方位的自主行動和知覺型

態，能夠維持或增進個人健康品質狀態。Whetstone 等(1991)指出健康促進對老年人的重要性有三個理由：(1) 老年人是所有年群人口中成長最快速的一群；(2)高慢性疾病的罹患率與老化有相當的關係；以及(3)老年人是有限醫療資源及高成本長期照護的最主要消費者。老人的健康促進行為並不強調疾病和殘障，而是著重老人所擁有的體力和能力，透過健康促進模式增進老人最大潛力和縮減老化的影響，使老人有能力維護自己的健康，增進個人的獨立性功能(functional independence)而不是被動的接受照護。

健康是一多元性概念，涵蓋了人和環境及其間之互動，健康的次概念有生理、心理、社會和靈性四個密不可分的層面。Davis 等(1991)探討老人對健康的信念，發現老人認為健康就是：想做什麼就能做什麼、感覺很好、沒有不舒服、每天能工作、睡得好、有活力、沒有疲倦感、不需要依賴別人、能自主性的活動。

Stanley 等(1995)把老人健康定義為「有能力在社會上生活、發揮功能、有高度的自主和自賴，但不一定是沒有疾病」。

Richmond 等(1996)調查 500 名 60 歲以上老人，發現有相當高比率的老年人在健康促進方面有錯誤的知識。Muriden(1995)指出衛生教育是影響知識、態度、行為的最有效策略，從事此類行為可減低慢性病罹患率。Ruffing-Rahal(1991)指出老年人採行健康促進行為，不僅可減少老人的醫療花費，更可提高老年人的生活品質。Quantock(1994)的研究發現，在門診等待的時間內給予老人衛生教育，對老人的健康促進有很大的幫助，大多數老人也肯定此項做法。Hornbrook 等(1993)給予老人運動方面的指導，發現運動與體適能對降低跌倒之效果相當顯著；而 Leaf 等(1996)針對 20 位老人提供 16 週的「家中步行計劃」，老人們每天在家中步行 30 分鐘，16 週之後發現老人由原先一週僅能做消耗 300 卡熱量的運動，提升至一週可耐受消耗 1200 卡熱量的運動，對老人的健康與體能促進有正面的幫助，因此有必要提供老人適當的運動知識及休閒。在 Walker 等(1988)對老年人與中年人的健康行為研究指

出老年人執行健康行為的頻率較高，尤其在整體健康促進生活方式、健康責任、營養和壓力處理得分高於中年人及年輕人；且老年人在整體健康促進生活型態的各項得分中以自我實現、人際支持得分最高。而 Muhlenkmap 等(1985)的研究顯示，老年人會比年輕人尋找更多的健康促進與維持照護，特別在物質使用或濫用、安全的活動範圍方面，健康生活型態對老年人而言比年輕人更為重要。

綜合以上文獻，可知國內外文獻對獨居老人的健康狀況及獨居因素有一些研究，但多半侷限於調查報告，少有實際介入獨居老人健康狀況及需求之研究。因此，研究者欲藉此研究建立國內獨居老人的健康促進教育模式，藉由衛生教育的方式，讓學習的成效靠獨居老人彼此的互動更加提昇，不僅讓獨居老年人活得健康，更能提高獨居老年人的生活品質，進而提供政府制定獨居老人相關政策之依據。

四、結果

(一) 獨居老人之基本資料

研究對象為 33 位 65 歲以上之獨居老人，包括 27 位男性及 6 位女性，男性及女性的性別比約為 4.5：1。獨居老人的年齡分佈以 74—85 歲者居多 20 人(60.6%)，平均年齡為 77.97 歲。教育程度以國小以下程度者最多 17 人(51.5%)，初高中程度者次之 10 人(30.3%)。在獨居情形方面，研究對象獨居的時間範圍在 6 個月-70 年之間，平均值約為 25.7 年，標準差為 21.8 年。獨居的原因以未婚無子女、單身一人居多有 15 人(35.7%)。工作狀況方面大多數已退休有 30 人(90.9%)。經濟來源則以政府補助者居多 24 人(72.7%)。

(二) 獨居老人之健康狀況

此部份為獨居老人自覺健康狀況及目前有的疾病與症狀。大多數的獨居老人 15 人(45.5%)認為自己的健康狀況普通，有 12 位(36.4%)獨居老人認為自己的健康狀況良好。多數的獨居老人認為健康情形很少會影響自己每天的日常活動。而認為健康情形有時仍會影響自己每天的日常活動佔 10 位(30.3%)。多數獨居老人認為自己日常活動完全需要他人

協助有23人 (69.7%)。多數獨居老人皆有一種或一種以上的疾病，有9位 (21.5%) 獨居老人有4種以上疾病，獨居老人最常見的三項疾病分別為高血壓、眼睛疾病及生殖泌尿系統疾病等。

本研究於每次講座進行前及休息時間，安排獨居老人接受身高、體重、血壓及體脂肪的測量，並計算出其理想體重。獨居老人平均身高為157.66公分、平均體重為58.60公斤、收縮壓平均值為134.36mm/Hg、舒張壓平均值為75.21mm/Hg、體脂肪含量百分比平均為20.44%。顯示獨居老人的實際體重普遍超過理想體重者佔44.4%，且體脂肪含量百分比略高於標準，而血壓尚屬正常範圍內。

(三) 健康促進知識成效

健康促進知識講座分三個主題，每個主題共有十題是非題，答對一題為一分，答錯為零分。

參與慢性疾病防治講座的獨居老人共有33位，獨居老人慢性疾病防治知識前測平均得分為4.69，後測平均得分為6.18，十題題項皆為後測得分高於前測得分，統計上呈現顯著差異。

參與正確飲食講座的獨居老人共有42位，獨居老人正確的飲食知識前測平均得分為7.047，後測平均得分為8.214，統計上呈現顯著差異，整體而言，多數題項皆為後測得分高於前測得分。由此可知，健康促進講座確實可增進營養知識。

參與適當運動講座的獨居老人共有37位，獨居老人運動知識前測平均得分為4.540，後測平均得分為5.648，十題題項皆為後測得分高於前測得分，並統計上呈現顯著差異。顯示健康促進講座，對於運動知識、慢性疾病防治及正確飲食知識的增加有良好之成效。

(四) 健康促進行為成效

完成健康促進行為前後測的獨居老人共有33位，獨居老人健康促進行為執行程度前後測之比較呈現於表一。此量表可分為四部分，分別為健康的生活型態、慢性疾病預防、正確飲食的概念、適當的運動等，每部分包含五個題目，依執行的程度以四點記分，分數越高表示執行程度越好。

由表中可得知前測以「正確的飲食」執行

程度最好，「健康的生活型態」執行程度次之；後測則以「正確的飲食」執行程度最好，「慢性疾病預防」執行程度次之。以配對t檢定分析獨居老人在健康促進講座，健康促進行為執行程度前後測之差異，結果顯示總分呈現顯著差異；20題項均為後測得分高於前測，但只有7題題項呈現統計上顯著差異。由此可知獨居老人在參與健康促進講座後，其健康促進行為執行較好。

本研究以數個不同的變項檢驗其健康促進行為與知識的差異，發現在教育程度、性別、年齡與獨居時間長短，其健康促進行為與知識，並無特別差異。

五、討論

許多醫師都認同提供一般病人有關運動、營養、壓力處理等健康促進行為是很重要的，但實務中卻很少提供給民眾(Lewis, 1991)。由研究結果得知，健康促進講座前執行最好的依序是正確的飲食、健康的生活型態、慢性疾病預防及適當的運動，而健康促進講座後執行最好的依序是正確的飲食、慢性疾病預防、健康的生活型態及適當的運動。進一步分析發現，雖然大部分行為皆以後測大於前測，但在適當的運動方面進步最少；Loojkinland等(1996)與Walker (1988)的健康促進生活方式研究皆顯示，老年人以運動行為得分最低。

本研究調查健康促進講座前後健康促進知識的差異，發現獨居老人參與健康促進講座後的健康促進知識得分，明顯高於健康促進講座前。黃(1996)針對於某醫學中心接受衛生教育課程的學員所做的研究，發現學員學後的知識普遍較學前增加，且有顯著的差異。研究者亦針對社區老人進行護理指導，以個別或團體方式提供老人一般性用藥教育，結果顯示個別護理指導或團體護理指導均能有效增進老人用藥常識，改善用藥行為(黃, 1996)。Richmond等(1996)調查亦指出有相當高比率的老人在健康促進方面有錯誤的知識。而Muriden(1995)指出衛生教育是影響知識、態度、行為的最有效策略，故指導老人正確的生活型態對疾病預防極為重要。

表一 獨居老人健康促進行為前後測之比較

(N=33)

項 目	前 測		後 測		配對t值
	平均分	標準差	平均分	標準差	
健康的生活型態	13.484	2.563	14.667	2.545	3.009**
我會注意有關健康的資訊	2.94	0.90	3.03	0.81	0.571
我會定期觀察自己身體有無改變或其他異狀	3.09	0.80	3.18	0.73	0.620
我會與親友互相聯繫互相協助	2.15	0.97	2.61	0.93	2.689*
我知道如何處理生活中的壓力	2.70	0.77	2.91	0.77	1.875*
我有計劃的安排作息	2.60	0.90	2.94	0.66	2.602*
慢性疾病預防	13.454	2.716	14.848	2.23	3.188**
我定期測量血壓，並記住血壓值	2.61	1.09	3.00	0.83	1.978
我保持心平氣和，避免生氣、悲傷、激動	2.55	0.71	2.76	0.56	1.560
我會注意自己的體重，避免過重或過輕	2.55	0.90	2.79	0.78	1.487
每日三餐定時定量	2.94	0.83	3.24	0.61	2.150*
我在日常活動時盡量走路及爬樓梯	2.82	0.92	3.06	0.79	1.966
正確的飲食	13.697	2.157	14.878	1.932	3.066**
#我吃醬瓜、醬菜或罐頭食品	3.63	0.70	3.15	0.83	1.314
#我吃肥肉、雞皮、豬皮或油炸的食物	3.33	0.85	3.63	0.48	1.896
我喝牛奶、優酪乳或吃優格等乳製品	2.30	0.92	2.64	0.86	2.602*
我午晚餐會吃半碗以上的蔬菜	2.58	0.87	2.88	0.70	1.769
我吃水果，每次食量約有拳頭大小	2.12	0.99	2.58	0.90	2.782*
適當的運動	12.212	3.731	13.515	3.373	2.684**
我每星期運動至少三次，每次至少20分鐘	2.76	1.06	2.94	0.93	1.184
我從事運動前會先作10-15分鐘的暖身運動	2.36	1.06	2.64	0.96	1.554
我運動前、中、後都會喝水	2.39	1.12	2.79	0.93	2.516*
我每次運動時覺得有點喘，但不會太激烈	2.18	1.07	2.48	1.00	1.538
我每次運動時選擇適合自己身體狀況的活動項目	2.52	0.91	2.67	0.85	1.044
總 分	52.848	7.706	57.909	7.666	4.489***

#為逆轉十分

* p<0.05

** p<0.01

*** p<0.001

但值得注意的是普遍來說，營養知識此大項前後測的得分狀況高於其他大項，而正確飲食的行為得分也是最高。由此可知，給予獨居老人家正確知識的同時，教導他們如何正確又簡易地實行，才可使健康促進行為的落實。

六、計劃成果自評

本研究內容大致與原計劃相符，但不排除為自主性較低、教育程度較低及健康狀況較差之獨居老人，自我選擇偏差(self-selection bias)為本研究一項限制。且本研究行為前測與後測僅相距三個星期，無法追蹤長期效

果，並只針對行為與知識測量，無法得知健康促進行為對健康狀況之長遠影響，為本研究另一項限制。因此較無法做廣泛的推論。