

主題論文

# 社區照顧關懷據點實施成效評估

## -以南部某縣市為例

柯涵儀<sup>1</sup>

### 一、研究緣起

隨著醫療技術進步以及公共衛生改善，人口平均壽命的延長，在 2003 年 9 月底，台灣地區 65 歲以上的老年人口約為 148 萬人，占總人口數的 7.09%，達到聯合國世界衛生組織訂定的高齡化社會指標；到 2013 年 10 月底，老年人口快速增加到 267 萬 1,274 人，占總人口 11.43%(內政部戶政司，2013)。另外，根據民國 98 年老人狀況調查統計結果顯示，我國 65 歲以上老人有 87.23%的居住方式為與家人同住，且有超過 84%的老人也認為理想養老居住方式是與配偶或子女同住(內政部統計處，2011)，可見臺灣老人偏好的居住安排仍是留在社區與家人共同生活。然而，現今家庭結構的變遷和家庭提供老人照顧的功能式微，加上社區健康老人的社會角色隨著自職場退休而喪失，原本的人際關係網絡萎縮，也需要由其他的社會參與管道，來維持與社會的連結和互動，避免身心社會健康退化的風險。

內政部自 2005 年起推動「社區照顧關懷據點」以提倡社區照顧服務，發展社區互助的精神，希望藉由社區中志願組織來提供社區照顧初級預防的工作(黃松林，2006)。根據行政院 2005 年「建立社區照顧關懷據點實施計畫」內容，摘要出此計畫目標主要是落實台灣健康社區六星計畫，由在地人提供在地服務，建立社區自主運作模式，以貼近居民生活需求，營造永續成長、健康的社區環境；並結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，建立連續性之照顧體系。

---

<sup>1</sup>國立成功大學醫學院老年學研究所碩士生。

## 二、文獻探討

關於使用者對據點服務的需求，林育瑩(2010)調查新竹縣據點接受服務老人的實際需求，發現老人希望據點可以滿足心理支持、教育和休閒的需求，楊君宜(2009)研究中顯示老人參與社區照顧關懷據點的服務，除了對據點有高的滿意度外，其憂鬱情況也獲得了改善，林育瑩(2010)的研究也看出當參加者身體健康狀況較佳者，對據點的滿意和成效也較高。陳筠蓁、吳明儒(2012)研究顯示有參加社區型據點之老年人其自覺身體健康情形比較好。在社會功能上，吳嫩瑩(2009)研究指出據點健康促進活動的辦理，可提高老人人際互動的機會；另外，在社區中獨居或僅與配偶同住的老人，較有機會與社區關懷據點的志工形成熟識者的網絡關係，因此據點具有彌補家庭照顧不足，並提供老人新的社會支持之功能(陳世明、陳柏宗，2009)。卓春英、鄭淑琪(2010)發現在老人的年齡、健康狀況、教育程度、婚姻狀態、使用據點服務的頻率與老人的社會品質達顯著相關。李嘉文(2013)訪問了 60 位台中市據點的執行者認為接受服務後的民眾改變最多的是開朗樂觀，但是多數受訪者仍贊成服務對象的身體健康較過去稍好且穩定；黃源協等(2012)調查全國據點服務使用者，發現老人參加社區照顧關懷據點後，在身體自覺功能、家庭和人際網絡關係及就醫次數和頻率，皆有明顯的改善。

在討論擔任志工對長者的影響，國外的研究指出參與志願服務的老人有較好的身體功能(Lum et al,2005) 和可以延緩死亡 (Luoh,M.,& Herzog,A.R,2002)，並間接促成較佳的心理健康(Tang et al,2010)。呂寶靜(2010)針對 11 位 58 歲~74 歲的台南縣社區照顧關懷據點志工進行深度訪談，發現拓展人際網絡、提昇主觀福祉、生活有意義以及自我成長，是他們認為擔任志工對生活主要的影響，因此歸納出社區老人擔任據點志工的參與過程和整體經驗就是一種社會整合的動力與展現。朱美珍(2012)在參與據點評鑑時，發現志工已從「受助者」轉換為「協助者」，從服務過程中增加了對自我認同、也更快樂，據點志工也反應參與服務能獲得成就感和工作滿足(朱思美，2006)。

### 三、研究設計

本研究主要是參考黃源協等(2012)接受內政部補助之「邁向整合性之老人照顧服務社區化的永續經營」計畫所設計之問卷，並且根據國內相關社區照顧關懷據點研究之文獻回顧，發展出「社區照顧關懷據點實施成效評估：服務使用者問卷」。

#### (一)問卷內容

- 1.基本資料：包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住情形、宗教信仰、慢性疾病、就業狀況、主要經濟來源、是否領取政府補助或福利津貼、經濟狀況滿意程度、ADL、IADL。
- 2.據點服務使用情形：包括使用的服務項目、時間和頻率，以及使用服務數量和是否擔任據點志工。
- 3.使用據點服務後的健康成效：由使用者自評使用據點服務後，身體、心理和社會健康的成效，採 Likert 五分量尺計分，分數越高表示使用據點服務後，身體、心理和社會健康成效越好。

#### (二)效度及信度：

邀請對社區照顧關懷據點領域熟悉之學者和專家針對其題目之適用性、內容用詞之合適性提供建議，以協助完成問卷初稿，每題题目的 CVI 值 $\geq 0.8$ 。在信度上，身體健康成效 Cronbach's  $\alpha=0.821$ 、心理健康成效 Cronbach's  $\alpha=0.748$ 、社會健康成效 Cronbach's  $\alpha=0.860$ 。

#### (三)資料收集與研究倫理

本研究採用實地訪查，以問卷面對面訪問的施測方式，於2012年10月16日至2012年12月27日止進行據點服務使用者的資料收集。分別從該市40處據點提供65歲以上的服務使用者名冊，依據年齡和性別的比例分層抽樣選取長者接受訪問。當據點無法提供完整的使用者名冊時，則選擇據點辦理活動的場合，或配合志工關懷訪視居家長者的機會隨機抽取65歲以上的服務使用者接受訪問，每據點訪問12位長者，總計訪問480位據點服務使用者。

為保障對受試者之生理、心理及社會三方面無傷害之虞，並兼顧研究倫理，且符合臨床醫學人體試驗研究規程需要，將研究計畫書送「國立成功大學醫學院附設醫院—人體試驗委員會」審核於2012年9月14日通過，並於執行研究期間遵守「自願參與及告知後同意」、「不傷害參與者」、「匿名性與保密性」等研究倫理原則。

## 四、研究結果

為呈現本研究中480位服務使用者的樣本特性，以下分別說明服務使用者的特質，包括人口學資料、健康狀況和服務使用情形，以及使用服務後對自我身體、心理和社會健康成效評估。

### (一)服務使用者特質

本問卷收集到的 480 位服務使用者中，如表 1 所呈現：以女性為多，年齡主要集中在 75 歲至 84 歲之間，平均是 77.58 歲，近九成已退休；教育程度多為識字；婚姻狀態以喪偶的比例較高，有 45.8%與家人同住，宗教信仰主要為道教、48%的老年人主要經濟來源依靠政府津貼，其中以領取老農津貼的人數最多，對經濟狀況感到普通居多(46.9%)；健康情形經醫師診斷的慢性病數目則以 1 項者佔 47.5%最高，在日常功能方面之 ADL 和 IADL 項目以完全可以自理為多，分別是 85.4%和 63.8%。另外，使用據點的服務數目以 246 位使用單項服務(51.3%)和 210 位使用 2 項(43.8%)為多數，有 100 位(20.8%)同時擔任據點志工。

表 1：服務使用者資料(n=480)

變項	樣本數(百分比)
性別	
男	201(41.9%)
女	279(58.1%)
年齡	
65 歲-74 歲	166(34.6%)
75 歲-84 歲	239(49.8%)
85 歲以上	75(15.6%)
教育程度	
不識字	220(45.8%)

識字/小學	216(45.0%)
初中	27 (5.60%)
高中(職)以上	17(3.5%)
<hr/>	
婚姻狀況	
已婚	221(46%)
未婚	15(3.1%)
分居	3(0.6%)
離婚	4(0.8%)
喪偶	237(49.4%)
<hr/>	
居住情形	
獨居	139(29%)
僅與配偶同住	121(25.2%)
與家人同住	220(45.8%)
<hr/>	
宗教信仰	
佛教	51(10.6%)
道教	394(82.1%)
基督教	13(2.7%)
天主教	2(0.4%)
無	20(4.2%)
<hr/>	
就業狀況	
退休	429(89.4%)
未退休	51(10.6%)
<hr/>	
主要經濟來源	
自己工作或營業收入	33(6.9%)
自己退休金、撫恤金或保險給付	54(11.3%)
利息、租金或投資所得	2(0.4%)
子女奉養(含媳婦、女婿)	157(32.7%)
配偶或同居人提供	3(0.6%)
政府救助或津貼	231(48.1%)
<hr/>	
領取政府津貼或補助	
無	11(2.3%)
公教人員退休俸	26(5.4%)
中低收入生活戶津貼	6(1.3%)
低收入戶補助	14(2.9%)
老農津貼	261(54.4%)
老漁津貼	11(2.3%)
身心障礙補助	7(1.5%)
國民年金	134(27.9%)
榮民院外就養金	8(1.7%)
其他	2(0.4%)
<hr/>	
經濟滿意度	
非常不滿意	1(0.2%)

	不滿意	97(20.2%)
	普通	225(46.9%)
	滿意	152(31.7%)
	非常滿意	5(1%)
<hr/>		
慢性病數目		
	無	89(18.5%)
	1 種	228(47.5%)
	2 種	113(23.5%)
	≥3 種	50(10.4%)
<hr/>		
ADL		
	0 項有困難	410(85.4%)
	1 項有困難	61(12.7%)
	≥2 項有困難	9(1.8%)
<hr/>		
IADL		
	0 項有困難	306(63.8%)
	1 項有困難	141(29.4%)
	≥2 項有困難	33(6.8%)
<hr/>		
使用據點服務數量		
	1 種	246(51.3%)
	2 種	210(43.8%)
	≥3 種	24(5.0%)
<hr/>		
擔任據點志工		
	否	380(81.2%)
	是	100(20.8%)

(二)據點服務使用頻次：

如表 2，受訪者在各項據點服務的使用情形上，分別是館室服務 282 人次、健康促進活動 176 人次、關懷訪視 200 人次、電話問安 32 人次、餐飲服務中的中午共餐 25 人次、送餐 24 人次。在服務的使用頻率上，有 118 人次是每週 1-2 次使用館室服務佔了 41.8%，健康促進活動以每半年至少使用 1 次有 88 人佔了 50%，關懷訪視、電話問安、中午共餐的使用頻率則集中在每月至少 1 次，接受送餐者則以每週 3 次以上居多。

表 2：據點服務使用頻次

服務項目	館室服務 n=282 人次	健康促進活動 n=176 人次	關懷訪視 n=200 人次	電話問安 n=32 人次	餐飲服務 n=49 人次	
					共餐 n=25 人次	送餐 n=24 人次
每半年 1-5 次	3(1.1%)	88(50%)	14(7%)	5(15.6%)	1(4%)	0(0%)
每月 1-3 次	34(12.1%)	67(38.1%)	116(58%)	24(75%)	15(60%)	7(29.2%)
每週 1-2 次	118(41.8%)	21(11.9%)	70(35%)	3(9.4%)	9(36%)	3(12.5%)
每週 ≥3 次	127(45.1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	14(68.3%)

註：本表各項據點服務使用情形，以使用人次呈現。

### (三)服務使用者自評成效

在服務使用者的自評成效方面，表3分別呈現服務使用者對使用據點服務後，身體、心理健康和社會功能的成效，其中以「使用據點服務後，我看病的次數減少了」只有2.75分最低。心理健康平均得分較高的是「使用據點服務後，我感覺心情較好」4.34分，在社會功能方面，以「使用據點服務後，有人會關心我的健康」4.33分最高。

表 3：使用者自評使用據點之身心健康和社會功能成效(n=480)

題項	身體健康成效	平均數	標準差
1	使用據點服務後，我覺得自己的健康狀況較好。	3.53	1.00
2	使用據點服務後，與同年齡層的人相比，我覺得自己的健康狀況較好。	3.00	0.89
3	使用據點服務後，我看病的次數減少了。	2.75	0.82
題項	心理健康成效	平均數	標準差
1	使用據點服務後，我感覺精神較好。	4.29	0.68
2	使用據點服務後，我感覺心情較好。	4.34	0.60
3	使用據點服務後，我覺得生活很空虛。	3.84	0.51
4	7.使用據點服務後，我覺得我比大部分的人幸福。	3.46	0.86
題項	社會健康成效	平均數	標準差
1	使用據點服務後，當我遇到困難，有人會幫忙我。	4.04	0.80

2	使用據點服務後，有人會關心我的健康。	4.33	0.62
3	使用據點服務後，我與家人的關係較好。	3.66	0.85
4	使用據點服務後，我在社區內的人際互動較好。	3.93	0.90
5	使用據點服務後，我能接納別人的建議。	3.43	0.89
6	使用據點服務後，當身邊的人需要幫忙時，我會幫助他。	3.69	1.07
7	使用據點服務後，我較主動關心社區的事情。	3.84	0.93

註：計分方法為對該題項非常同意：5分；同意：4分；普通：3分；不同意：2分；非常不同意：1分。

#### (四)服務使用者特質、服務使用情形與使用自評成效之相關性與迴歸分析

本研究假設服務使用者特質以及據點服務使用情形，在自評成效存在顯著差異。因此，本節分別進行單變量和複迴歸的統計分析，以找出影響服務使用者自評成效的顯著因素。

##### 1. 相關性分析

為檢驗顯著影響480位服務使用者自評成效的變項，以下分別以卡方和T檢定呈現使用者特質、服務使用情形與使用者自評成效的相關性(表4)，P值欄位中加黑的數字即為 $P < 0.05$ ，表示有達到統計上顯著水準的部分。由表中可看出，教育程度在國中以上的長者在身體健康和社會功能成效較好；信仰道教的使用者在心理健康和社會功能的成效顯著高於信仰其他宗教或沒有宗教信仰的長者；主要經濟來源是自己，以及沒有慢性病的老人家有較好的身體健康成效；對自己的經濟狀況滿意的老人家在心理健康的成效較好。再者，ADL、IADL沒有失能，使用服務數量2種以上、有擔任志工和有使用據點館室服務、健康促進活動和關懷訪視的長者在身體、心理健康和社會功能三者都有顯著成效。



表 4：服務使用者特質、服務使用情形與身體健康、心理健康與社會功能自評成效之相關性分析(n=480)

分 項	變項	身體健康					心理健康					社會健康					
		<4 分		≥4 分		P 值	<4 分		≥4 分		P 值	<4 分		≥4 分		P 值	
個數	百分比	個數	百分比	個數	百分比		個數	百分比	個數	百分比		個數	百分比	個數	百分比		
服 務 使 用 者 特 質	性別	男	162	80.6	39	19.4	0.722	73	36.3	128	63.7	0.447	94	46.8	107	53.2	0.139
		女	229	82.1	50	17.9		112	40.1	167	59.9		150	53.8	129	46.2	
	年齡		77.6	6.57	77.46	7.03	0.858	77.36	6.63	77.71	6.67	0.579	78.12	6.62	77.01	6.65	0.068
	教育程度	不識字	189	85.9	31	14.1	<b>0.027</b>	90	40.9	130	59.1	0.068	125	56.8	95	43.2	<b>0.013</b>
		識字	171	79.2	45	20.8		85	39.4	131	60.6		104	48.1	112	51.9	
		國中以上	31	70.5	13	29.5		10	22.7	34	77.3		15	34.1	29	65.9	
	婚姻狀況	有偶	174	78.7	47	21.3	0.16	77	34.8	144	65.2	0.133	103	46.6	118	53.4	0.099
		無偶	217	83.8	42	16.2		108	41.7	151	58.3		141	54.4	118	45.6	
	居住情形	獨居	117	84.2	22	15.8	0.408	59	42.4	80	57.6	0.105	81	58.3	58	41.7	0.064
		僅與配偶同住	94	77.7	27	22.3		37	30.6	84	69.4		53	43.8	68	56.2	
		與家人同住	180	81.8	40	18.2		89	40.5	131	59.5		110	50	110	50	
	宗教信仰	無和其他	71	82.6	15	17.4	0.879	45	52.3	41	47.7	<b>0.005</b>	55	64	31	36	<b>0.009</b>
道教		320	81.2	74	18.8	140		35.5	254	64.5	189		48	205	52		
就業狀況	已退休	351	81.8	78	18.2	0.568	165	38.5	264	61.5	1	216	50.3	213	49.7	0.557	
	未退休	40	78.4	11	21.6		20	39.2	31	60.8		28	54.9	23	45.1		
主要經濟來源	自己	64	71.9	25	28.1	<b>0.03</b>	33	37.1	56	62.9	0.695	42	47.2	47	52.8	0.067	
	家人	136	85	24	15		66	41.3	94	58.8		72	45	88	55		

社區照顧關懷據點實施成效評估-以南部某縣市為例

	政府	191	82.7	40	17.3		86	37.2	145	62.8		130	56.3	101	43.7		
政府救助 津貼	無和其他	63	74.1	22	25.9		38	44.7	47	55.3		48	56.5	37	43.5		
	老農津貼	212	81.2	49	18.8	0.068	89	34.1	172	65.9	0.09	124	47.5	137	52.5	0.262	
	國民年金	116	86.6	18	13.4		58	43.3	76	56.7		72	53.7	62	46.3		
經濟狀況	不滿意和 普通	271	83.9	52	16.1	0.06	141	43.7	182	56.3	<b>0.001</b>	164	50.8	159	49.2	1	
	滿意	120	76.4	37	23.6		44	28	113	72		80	51	77	49		
慢性病數 目	無	61	68.5	28	31.5		30	33.7	59	66.3		37	41.6	52	58.4		
	1種	193	84.6	35	15.4	<b>0.002</b>	85	37.3	143	62.7	0.311	120	52.6	108	47.4	0.156	
	≥2種	137	84	26	16		70	42.9	93	57.1		87	53.4	76	46.6		
ADL	沒有困難	327	79.8	83	20.2		145	35.4	265	64.6		188	45.9	222	54.1		
	≥1項有 困難	64	91.4	6	8.6	<b>0.019</b>	40	57.1	30	42.9	<b>0.001</b>	56	80	14	20	<b>&lt;0.001</b>	
IADL	沒有困難	232	75.8	74	24.2		91	29.7	215	70.3		122	39.9	184	60.1		
	≥1項有 困難	159	91.4	15	8.6	<b>&lt;0.001</b>	94	54	80	46	<b>&lt;0.001</b>	122	70.1	52	29.9	<b>&lt;0.001</b>	
服務 使用 情形	使用服務 數量	1種	219	89	27	11	<b>&lt;0.001</b>	117	47.6	129	52.4	<b>&lt;0.001</b>	155	63	91	37	<b>&lt;0.001</b>
		≥2種	172	73.5	62	26.5		68	29.1	166	70.9		89	38	145	62	<b>&lt;0.001</b>
	加入志工	是	65	65	35	35	<b>&lt;0.001</b>	22	22	78	78	<b>&lt;0.001</b>	21	21	79	79	<b>&lt;0.001</b>
		否	326	85.8	54	14.2		163	42.9	217	57.1		223	58.7	157	41.3	<b>&lt;0.001</b>
館室服務	未使用	176	88.9	22	11.1	<b>&lt;0.001</b>	93	47	105	53	<b>0.002</b>	134	67.7	64	32.3	<b>&lt;0.001</b>	
	有使用	215	76.2	67	23.8		92	32.6	190	67.4		110	39	172	61		
健促活動	未使用	267	87.8	37	12.2	<b>&lt;0.001</b>	137	45.1	167	54.9	<b>&lt;0.001</b>	187	61.5	117	38.5	<b>&lt;0.001</b>	
	有使用	124	70.5	52	29.5		48	27.3	128	72.7		57	32.4	119	67.6		

關懷訪視	未使用	216	77.1	64	22.9	<b>0.004</b>	92	32.9	188	67.1	<b>0.003</b>	113	40.4	167	59.6	<b>&lt;0.001</b>
	有使用	175	87.5	25	12.5		93	46.5	107	53.5		131	65.5	69	34.5	
電話問安	未使用	361	80.6	87	19.4	0.095	169	37.7	279	62.3	0.19	223	49.8	225	50.2	0.1
	有使用	30	93.8	2	6.3		16	50	16	50		21	65.6	11	34.4	
共餐服務	未使用	374	82.2	81	17.8	0.107	179	39.3	276	60.7	0.143	235	51.6	220	48.4	0.152
	有使用	17	68	8	32		6	24	19	76		9	36	16	64	
送餐服務	未使用	372	81.6	84	18.4	0.788	177	38.8	279	61.2	0.671	232	50.9	224	49.1	1
	有使用	19	79.2	5	20.8		8	33.3	16	66.7		12	50	12	50	

註：年齡為連續變項(數值呈現其平均值與標準差)，其餘均為名目或類別變項。

## 2. 迴歸分析

經由使用者自評成效單變量的卡方檢定，得知變項間之兩兩相關性。本研究進一步執行羅吉斯迴歸分析，以了解控制其他相關變項後，哪些變項真正影響使用者自評成效。因本研究使用變項較多，為使能在迴歸分析中納入適當的變項，統計方法分為二個階段，第一階段將使用者的人口學特質：年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、就業狀況，加上健康情形的慢性病、ADL 失能、IADL 失能，以及使用服務種類、有無擔任志工，以向後逐步方式(backward stepwise)進行迴歸分析；第二階段再將第一階段在方程式中最後步驟所列出的顯著變項，加上年齡、性別、慢性病、ADL 失能、IADL 失能加入作為控制變項，使用強制輸入執行迴歸分析，表 4-15 至表 4-20 呈現為第二階段之結果，成效測量為該構面各題項總分之平均，並將之歸類分為有成效( $\geq 4$  分)及無成效( $< 4$  分)，並以 $< 4$  分為參考組，又年齡為連續變項，其餘均為名目或類別變項。P 值欄位中加黑的數字即為  $P < 0.05$ ，表示有達到統計上顯著水準的部分，而每一模型的解釋力以 R 平方來呈現。

從表 5 身體成效的影響因素方面，可看出年齡越大、沒有慢性病、IADL 沒有失能、有擔任志工、有使用健康促進活動的使用者身體成效顯著較好。表 6 則顯示出年齡越大、IADL 沒有失能、信仰道教、有擔任志工的使用者心理健康顯著較好。表 7 與社會功能顯著正相關的變項是年齡較大、ADL 和 IADL 沒有失能、信仰道教、有擔任志工，亦即具有這些特質的使用者的社會健康成效較佳。

表 5：使用者特質、服務使用情形與身體健康成效之羅吉斯迴歸分析(n=480)

		$\beta$	OR	P 值
年齡		0.05	1.05	<b>0.014</b>
性別	男 vs 女	0.01	1.01	0.977
慢性病	無 vs 有	0.61	1.85	<b>0.03</b>
ADL 失能	有 vs 無	0.032	1.03	0.955
IADL 失能	有 vs 無	-0.90	0.41	<b>0.026</b>
擔任志工	有 vs 無	0.75	2.11	<b>0.011</b>
健康促進活動	有使用 vs 未使用	0.69	1.99	<b>0.017</b>

註：模型解釋力 R 平方=0.09。

表 6：使用者特質、服務使用情形與心理健康成效之羅吉斯迴歸分析(n=480)

		$\beta$	OR	P 值
年齡		0.06	1.06	<b>&lt;0.001</b>
性別	男 vs 女	0.001	1.00	0.997
慢性病	無 vs 有	-0.07	0.93	0.82
ADL 失能	有 vs 無	-0.19	0.83	0.565
IADL 失能	有 vs 無	-0.93	0.40	<b>0.001</b>
宗教信仰	非道教 vs 道教	-0.70	0.50	<b>0.007</b>
擔任志工	有 vs 無	0.63	1.87	<b>0.033</b>
餐飲服務	有使用 vs 未使用	0.57	1.76	0.117

註：模型解釋力 R 平方=0.12。

表 7：使用者特質、服務使用情形與社會健康成效之羅吉斯迴歸分析(n=480)

		$\beta$	OR	P 值
年齡		0.04	1.04	<b>0.036</b>
性別	男 vs 女	0.06	1.06	0.791
慢性病	無 vs 有	0.10	1.11	0.707
ADL 失能	有 vs 無	-0.93	0.40	<b>0.015</b>
IADL 失能	有 vs 無	-0.59	0.56	<b>0.032</b>
居住情形	與家人同住	ref	ref	Ref
	獨居	-0.38	0.68	0.129
	僅與配偶同住	0.14	1.16	0.592
宗教信仰	非道教 vs 道教	-0.60	0.55	<b>0.03</b>
就業狀況	未退休 vs 退休	-0.67	0.51	0.051
擔任志工	有 vs 無	1.21	3.34	<b>&lt;0.001</b>

註：模型解釋力 R 平方=0.19。

## 五、研究建議

由以上的結果，可得知在使用者的自評成效上，年齡較大、身體狀況較佳、有擔任據點志工的服務使用者所獲得的健康成效顯著較高，符合據點提供健康老人初級預防之目的，特別是有擔任志工的長者，可見據點在鼓勵老人社會參與上的確有其必要性與功能，但據點的服務對於健康狀況較不佳的長者的確也較無法發揮功能。另外，據點目前辦理的主要服務內容中，以健康促進活動最有成效，相對之下，使用館室服務、電話問安和餐飲服務的使用者在健康成效不具有顯著相關性。針對本研研結果對政府或據點提出以下二點建議：

(一)研究建議辦理健康促進活動與發展具有實質成效的服務項目：

健康促進活動對本研究的服務使用者來說成效最為明顯，因此，建議據點開發適合長者身心狀況和能引起其興趣的活動，而活動辦理的持續性及場地安全性，也是據點和活動帶領者所需注意的地方，建立長者從事健康促進活動的意願與習

慣，降低長者在活動的過程中受傷的風險。另外，也建議進行據點服務項目的成效分析，找出哪些方案和服务內容，才是真的有助於維持使用者身心社會健康和發揮據點功能，進而對於這些服務進行完善的規劃、發展和推廣到其他據點，至於那些不具成效的服務內容，則要考慮是否有停止或是轉換型態辦理的必要。

## (二)創造友善的據點志願服務平台：

社區照顧關懷據點的設置是主要為了提供社區民眾在地老化的機會和平台，亦可鼓勵使用服務的老人也擔任志工，據點所在的位置和當地的志工人力是社區老人原本就較熟悉的，據點的可近性和工作內容的簡單性，正提供了社區中健康老人擔任志工的機會。也建議據點思考如何設計符合老年志工的訓練、創新服務內容和建立獎勵機制，以及如何吸引社區中的年輕人或是具有較高教育程度的退休人員投入據點的服務工作，以確保據點服務的連續性和志願服務人力的多元性。

## 參考文獻

### 一、網站資料：

內政部社會司(2010)，老人福利與政策，2011年1月8日下載自

<http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>。

內政部統計處(2011)，民國98年老人狀況調查結果摘要分析，2011年12月10日下

載自<http://www.moi.gov.tw/stat/survey.aspx>。

內政部戶政司(2012)，民國100年12月戶口統計資料分析，2012年1月9日下載自

[http://www.moi.gov.tw/chi/chi\\_news/news\\_detail.aspx?type\\_code=01&sn=5871](http://www.moi.gov.tw/chi/chi_news/news_detail.aspx?type_code=01&sn=5871)。

行政院主計處(2003)，中華民國九十二年臺灣地區社會發展趨勢調查(社會參與)，

2013年12月29日下載自

[http://win.dgbas.gov.tw/dgbas03/ca/society/ebook/92/pdf-1/t3-7\(cd\).pdf](http://win.dgbas.gov.tw/dgbas03/ca/society/ebook/92/pdf-1/t3-7(cd).pdf)。

### 二、中文文獻：

王慧伶(2008)，社區照顧關懷據點服務與老人生活品質之相關性研究－以高雄市

<http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF22&CID=1>

為例。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

內政部(2006)，建立社區照顧關懷據點輔導計畫，內政部95年1月9日台內社字第0950008471號函頒；內政部97年4月7日台內社字第0970053704號函修正。

行政院(2005)，建立社區照顧關懷據點實施計畫，94年5月18日院臺內字第0940016301號核定。

朱思美(2006)，南投縣社區照顧關懷據點志工參與動機與工作滿足之研究，亞洲大學經營管理研究所碩士論文。

朱美珍(2012)，老吾老以及人之老：我國社區照顧關懷據點的執行成效與展望，「社區工作與高齡服務：傳承與創新」國際學術研討會，2012年4月26日，朝陽科技大學。

呂寶靜(2001)，老人照顧-老人、家庭、正式服務。台北：五南圖書出版社。

呂寶靜(2010)，社區關懷據點志工參與志願服務之經驗初探，高齡社會南區研究成果發表會，高齡社會的來臨：為2025台灣社會規劃之整合研究論文集，2010年9月11日，台南縣政府南區服務中心。

吳嫩瑩(2009)，宜蘭縣社區照顧關懷據點資源結合與經營模式之分析，實踐大學社會工作研究所碩士論文。

宋雯鈴(2009)，台灣社會福利社區化政策探討-以台中縣社區照顧關懷據點為例，逢甲大學公共政策研究所碩士學位論文。

何華欣、李庭志(2010)，宗教團體投入社區照顧關懷據點之研究，靜宜大學人文社會學報，4(2)，187-212。

李嘉文(2013)，社區照顧關懷據點之政策評估：以台中市為例，國立暨南國際大學公共行政與政策學系研究所碩士論文。

邱泯科(2010)，以竹苗照顧關懷據點為例探討我國老人社區式服務模式，社區發展季刊，129，392-409。

邱泯科(2010)，關懷據點老人健康促進活動推動現況與探討-以苗栗經驗為例，



社區發展季刊，130，209-225。

邱泯科、傅秀秀(2012)，我不會講...不喜歡的我就不參加--初探台北某關懷據點高齡者使用服務之經驗，社區工作與高齡服務：傳承與創新」國際學術研討會，2012年4月26日，朝陽科技大學。

林淑惠(2003)，社區發展與地方政治－以台中縣為例，東海大學公共事務研究所碩士論文。

林育瑩(2010)，新竹縣社區照顧關懷據點服務的供需差異與滿意度之研究，實踐大學社會工作研究所碩士論文。

卓春英、鄭淑琪(2010)，高雄市社區照顧關懷據點老人參與服務現況－以社會品質觀點。社會發展研究學刊，7，29-58。

卓春英、鄭淑琪(2011)，大高雄社區照顧關懷據點服務模式與服務效能提升之探究，嘉南藥理科技大學社區照顧與社區工作學術與實務研討會。

許馨心(2010)，社區照顧關懷據點使用者付費之研究：200元的背後，臺北大學社會工作學系碩士論文。

陳怡仔(2008)，社區組織之社會資本與服務效能-以民國九十五年台中縣社區關懷據點為例。台灣社會福利學會2008年年會暨「新世紀社會保險制度的建構與創新：跨時變遷與跨國比較」國際學術研討會。

陳珮璇(2008)，高齡者社區照顧關懷據點參與態度與生活滿意度關係之研究－以高雄縣為例，國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。

陳世明、陳柏宗(2006)，社區組織參與老人照顧之研究：以台南市長榮社區為例，社會政策與社會工作學刊，10(1)，49-110。

陳世明、陳柏宗(2009)，都市高層集合住宅社區的老人社區照顧服務據點與老人社會關懷網絡、社會支持之研究：以台南市長榮社區為例，建築學報，69，99-122。

陳燕禎(2011)，社福照顧新系統：社區關懷照顧據點與老人社會參與之探討，內

政部社福100專業滿載研討會，2011年11月1日，國家圖書館。

陳筠蓁、吳明儒（2012），鄉村地區老年人健康促進模式之比較-以嘉義縣及原台南縣六個社區為例，「社區工作與高齡服務：傳承與創新」國際學術研討會，2012年4月26日，朝陽科技大學。

陳筠芳（2012），社區照顧關懷據點的協力關係與服務滿意度之研究-以臺南市為例，國立臺南大學行政管理學系碩士論文。

莊秀美、趙碧華、賴兩陽(2008)，台灣社區照顧關懷據點服務現況分析，以家庭、社區為基礎的福利社會建構與社區福利專業人才培育-台灣、日本的比較研究國際研討會，2008年12月8日，東吳大學。

莊俐昕、黃源協(2013)，社區照顧關懷據點成效評估：服務提供者觀點之分析，社區發展季刊，141，230-246。

黃源協、劉素珍、莊俐昕、陳怡雯、陳叡玄(2012)，邁向整合性之老人照顧服務社區化的永續經營，內政部補助研究案。

黃松林(2006)，社區照顧關懷據點模式之研究-以高雄市為例，高雄市政府社會局專題委託研究報告。

黃松林(2007)，如何建立社區照顧關懷據點-理念與實務。南投：內政部社會福利工作人員研習中心。

黃勝傑(2011)，影響台中市老年人參加社區照顧關懷據點狀況及生活滿意度之探討，亞洲大學健康管理研究所長期照護組碩士論文。

傅秀秀(2012)，高齡者使用社區照顧關懷據點服務經驗之分析-以台北市關渡關懷據點為例，玄奘大學社會福利學系碩士論文。

楊君宜(2009)，參加社區照顧關懷據點老人生活滿意度和憂鬱及相關因子之探討，國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文。

曾思宜(2010)，老人社區參與行為與生活滿意度之研究-以桃園縣社區照顧關懷據點為例，元智大學，社會暨政策科學學系碩士論文。

鄭夙芬、林雅琪、洪曉婷、葉雅玲、謝文中、鄭期緯(2009)，高雄市社區照顧關懷據點永續發展可能性之探討，社區發展季刊，126，254-27。

蘇麗瓊、黃雅玲（2005），老人福利政策再出發—推動在地老化政策，社區發展季刊，110，5-13。

三、英文文獻：

Lum ,T. Y., & Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on Aging*, 27, 31–55.

Luoh, M., & Herzog, A. R. (2002). Individual consequences of volunteer and paid work in old age: Health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 490–509.

Tang, F. ,EunHee,C., & Morrow-Howell, N.(2010). Organizational support and volunteering benefits for older adults. *The Gerontologist*,50(5):603-612.