

研究論文

社區健康促進：
以老人正確用藥知能培力方案為例

謝聖哲*

嘉南藥理大學社會工作系副教授

陳憲煜

奇美醫療財團法人柳營奇美醫院藥劑部主任

毛惠瑩

成功大學教育研究所碩士生

蔡文曼

靜宜大學社會工作與兒童青少年福利學系碩士生

中文摘要

我國60歲以上老人醫療費用占健保支出近四成，且有逐年攀升趨勢。我國藥費支出占整體醫療費用的比重偏高，部分原因來自民眾的正確用藥知能不足與錯誤，導致珍貴的健保資源浪費。若能改善民眾正確用藥知能，除了將有效節約健保資源，更對個人健康有正面助益。本研究方案以台南市歸仁社區65歲以上（含）的長者為研究對象，使用美國健康國民2020指南的MAP-IT為實施架構，包括動員（Mobilize）、評估（Assess）、計畫（Plan）、實施（Implement）和追蹤（Track）等五個步驟，進行前測的需求評定、擬定與執行處遇策略，並進行後測的成效評估。研究成果發現，藉由引介藥師到宅用藥指導的處遇策略，確實明顯的改善與提升社區長者的正確用藥與健康知能。本方案研究結果發現，藉由引介藥師到宅用藥指導的處遇策略，確實明顯的改善與提升社區長者的正確用藥與健康知能。在媒合社區需求與專業資源的歷程中，若欲使藥師與長者建立有效溝通的長期關係，社會工作者在社區健康促進的可能角色與定位將能作為潤滑劑，扮演資源連結者、需求評估者、方案規劃者、中介協調者和權益倡導者等的角色，與社區共構健康促進的目標與成效。

關鍵字：正確用藥、MAP-IT、社區健康促進、社會工作

Evaluation of community health promotion empowerment for the competence of correct medication among elderly

Sheng-Che Hsieh

Associate Professor, Department of Social Work, Chia Nan University of Pharmacy
and Science

Hsien-Yu Chen

Director, Department of Pharmacy, Chi Mei Medical Center, Liouying

Hui-Ying Mao

Graduate Student, Institute of Education, National Cheng Kung University

Wen-Man Tsai

Graduate Student, Department of Social Work and Child Welfare, Providence
University

Abstract

The national medical expenditure of the elderly is 40% over than the national health insurance spending and has been gradually increasing in recent year. The percentage of medication expense in overall medical expenditure is high. Partly because the lack and errors of correct medication of the public lead the waste of national health insurance resource. To improve the medication knowledge of the public not only increase the effectiveness of national health insurance resource but also benefits the individual with good health outcome. The research studied the elderly in Gui-Ren District, Tainan City. The study design was referred to the MAP-IT framework that included mobilize, assess, plan, implement and track of Healthy People 2020 guideline. We assessed the needs and resources in the community, created and carried out the action plan, and evaluated the outcome. The result shows the in-home correct medication education does significantly improve

4 社區正確用藥知能培力

the elderly's competence of correct medication. Social workers may play an important role to facilitate the effective communication between the elderly and the pharmacists. Moreover, the social workers could be the bridge of participants to reach out for the applicable resources to receive its benefits, need assessment, coordinator, empowerment and help to achieve the goal of community health promotion.

Keywords: Correct medication, MAP-IT, Community health promotion, Social work

壹、研究背景

眾所皆知，世界衛生組織已定義一個國家 65 歲以上老人人口占全體人口比例超過 7% 者稱為「高齡化社會」，比例超過 14% 時稱為「高齡社會」，當比例超過 20% 以上則稱為「超高齡社會」。由於醫療設施健全及公共衛生及環境品質改善，促使國人平均壽命延長，老年人口數快速增加。我國老年人口比例於 1993 年達 7.1%，正式邁入高齡化社會，預計於 2018 年達 14.6%，進入高齡社會，至 2025 年將攀升至 20.1%，達到所謂超高齡社會（衛生福利部，2014a）。再者，根據衛生福利部統計（2013）顯示，60 歲以上人口的醫療保健費用已佔全部人口使用的 45%，平均每人每年醫療保健費用高達 96,809 元。可以想見，未來 10 年我國高齡人口健保醫療費用勢將繼續攀升。甚且，老人平均每人患有 1.4 種慢性病，而 60-89 歲的老人中，有四成每日固定使用 2 種以上藥物（其中更有 2 成每日使用 5 種以上藥物），也曾有老翁每天服用 42 顆藥的新聞事件。老人用藥風險是一般人的 2-7 倍，用在老人身上的健保藥費更高達 38%（台灣醫療改革基金會，2009）。

隨著台灣人口分佈逐漸老化，老年者的相關用藥安全漸受重視，因老化現象使其生理狀況有別於年輕族群，在藥物治療的考量更應多加留意。甚且，隨著年齡的增加所使用的藥物會愈來愈多，使得老年病患成為藥物依賴者，如何提升用藥安全的迫切性愈來愈高。行政院衛生署於 2009 年開始推動正確用藥五大核心能力，將正確用藥五大核心能力納為門診及病友會衛教常規，提升民眾用藥知能，五大核心能力分別為：一、清楚表達自己的身體狀況；二、看清楚藥品標示；三、清楚用藥方法、時間；四、做身體的主人；五、與醫師、藥師作朋友（衛生福利部，2014b）。本研究方案為深化正確用藥知能教育使扎根

6 社區正確用藥知能培力

於社區，與台南市歸仁區歸仁里歸仁社區照顧關懷據點合作，組織並結合社區志願工作人力，評估社區需求，媒合醫藥專業，針對 65 歲以上（含）的長者進行入宅訪視調查用藥狀況，辦理社區正確用藥衛教講座，結合藥師到宅個別用藥諮詢指導等策略，評估提升社區長者正確用藥知能之成效。並且，透過由具備社會工作專業知能者主責訪視和執行方案，初步探索在社區健康促進場域的社會工作角色與定位。綜上，本研究之目的如下：

- 一、評估社區健康需求：調查社區長者的用藥知能及鎮靜安眠藥使用狀況。
- 二、規劃並執行處遇策略：引介藥師入宅關懷諮詢以提升正確用藥知能。
- 三、評估處遇成效：追蹤用藥知能改善以評估方案成效。
- 四、初步探索社會工作者在社區健康促進的角色與定位。

貳、文獻探討

一、社區健康促進

樂活是英文 Lifestyles of Health and Sustainability (LOHAS) 的縮寫，從字面上來看，樂活 (LOHAS) 強調健康生活型態要健康，而且持續的維持著。WHO 渥太華健康促進憲章 (1986) 揭示：「健康促進是一個過程，經由這個過程使人們能夠控制其健康決定因子，並因而改善他們的健康。」主張健康促進的目的是在於達到人人健康與促進群體健康，據以提出五大行動綱領：建立健康的公共政策、營造支持性環境、強化社區行動、發展個人技能及調整健康服務等。

為因應健康促進的全球化發展趨勢，2005 年在泰國曼谷召開第六屆全球健康促進大會並通過「曼谷健康促進憲章」，強調健康促進的落實在於政策與夥伴

關係的建立，共同開創一個永續性的目標、策略與行動，透過健康促進方式，處理健康決定因子所需之策略與承諾，肯定全球與國家發展之重心在於社區賦權、改善健康與健康平等之政策與夥伴關係。曼谷憲章全球化之健康促進策略中，將「與公共、私人、非政府組織、公民社會等結盟建立夥伴關係，提出永續行動」列為一項重點策略。憲章中強調的「永續發展」觀念，更符合社區健康營造的精神，茲簡要說明如下（國民健康局，2006）：（1）訂定社區健康生活規範。社區健康營造推動委員會針對社區健康需求，凝聚共識，訂定健康議題；依據社區居民生活特性，訂定與健康議題相關之生活規範；討論推動健康議題之執行策略及分工；（2）營造健康環境。依據社區推動之健康議題，營造相關健康環境；健康環境與健康行為結合，以提高健康環境之使用情形或作為行銷健康生活方式的據點，進而促成社區民眾主動養成健康生活習；（3）提供簡易可自行實踐健康行為的方法。依社區推動之健康議題，設計多元簡單、易懂、可自行操作的健康生活方法，提供社區民眾於日常生活中實際應用及操作；培養社區種子志工能身體力行健康生活的方法，並在社區中分享與推廣，以改變社區個人健康行為，並落實健康的生活；（4）強化社區行動。透過激勵機制，強化社區居民實行及維持健康行為；結合社區內組織團體、親朋好友、家庭等，形成互助網絡，並強化社區居民行動力，進而改變個人的健康行為；種子志工與組織團體結合或透過行銷策略強化社區民眾落實健康行為；（5）調整健康服務方向。依據社區民眾健康需求，反應給社區醫療單位，促使社區醫療單位調整其健康服務方向；（6）永續發展。社區健康營造是個永續經營的志業，藉由社區的認同及參與，將此健康營造理念持續傳遞下去；具體的永續機制。例如：健康議題產業化，健康產業在地化－利用社區地方特色發展健康產業，不僅建構社區健康生活的環境，亦可藉由健康產業獲取財源，達到健康社區永續發展

之願景。社區健康營造可參照以上六大行動綱領，評估符合社區需求的健康議題，並以社區民眾重視的健康議題，安排推動的優先順序。

二、社區健康培力

由於時代變遷，對於健康的定義也隨有更迭。依據 WHO「曼谷健康促進憲章」(2005)所揭示的，現在影響健康的一些關鍵因素包括國家內部和國家之間不斷增多的不平等現象、消費和通訊新模式、商業化、全球環境變遷以及都市化等。影響健康的其它因素則包括迅速並常常不利的社會、經濟和人口變化，這些變化影響工作條件、學習環境、家庭模式以及社區的文化和社會結構(WHO, 2005)。也就是說，人們已經無法藉由個人的積極或消極作為來維護或促進健康。個人都有維護及促進健康的想法、欲求及動機，然而其所表現出來的生活方式及行為卻常未必是合乎「健康」的。影響健康行為的表現深受其所處之大環境之中的文化、價值觀及社會風俗習慣所影響，然而也受到醫療保健資源的充足性、便利性、合適性、接受性及可近性所影響。個人的經濟能力、教育程度及認知、態度等的形成，除了與大環境之中的政治、經濟及各種體制健全情形有關之外，也常受到個人的社會網絡，包括：家人、親朋好友、左鄰右舍及各種專業人員的關心、支持與鼓勵所左右。於是一個正向且積極的健康促進乃是運用充能的概念及策略，儘量去除或降低環境中不利個人採行健康行為的阻力，另一方面則積極地增強會影響及促進個人健康行為的助力(李怡娟, 2007)。

Pender (1996) 近來的健康促進模式提出宜增強個人所處的環境因素來促進其健康行為。有效地運用及擴張人際網絡之社區資源可以強化個人的支持力量及個人能力，並進一步的影響其家庭、組織及社區，彼此的關係是互為影響且互動循環的。因此運用充能策略來增強個人的健康促進行為可視為個人轉化

(transformation)的一個循環性過程，其最終目標在使得個人真正地達到生理、心理、社會及心靈均衡、安適的狀態。對於社區而言，亦是一個不斷地正向性變化社區的過程，使其成為一個健康、有活力且富生機的社區；其具備有積極主動尋求資源、解決問題的能力及動力、並充滿著互相支持及正向積極的能量。任何政策的決定、規範、經費撥注及各項資源之分佈，皆以民眾的需求為中心，民眾具備決定的能力及權力，而不是為了計劃而計劃，為了核銷經費而舉辦活動，為了呈現績效而過於強調數字的呈現，使得民眾成了被動的「參加者」、「消費者」及「使用者」，而非「決定者」(王瑞霞、陳彰惠，2003)。

如同將健康促進知能之融入日常生活，民眾健康促進知能的提升及意識的覺醒，皆非屬易事且曠日廢時，必須持續不懈並堅定目標，尋求更多同儕支持，任何成效及挫折都是在轉化社區的一些助力及阻力，其目的在於不斷地累積向目標前進的能量，社區的能耐將因而與日俱增。因此，光僅憑藉專業人員的單獨努力，不可能獨立達成與紮根持續，必須與社區成為夥伴關係，建立共識及遠見，也必須與其他專業共同合作，以集結更多的資源及能量(李怡娟，2007)。協同合作所代表的是一種具有倫理性的實踐方法，尊重彼此之間的差異，並且有創意地利用這些差異，為錯綜複雜的難題尋找解決之道。要將這些概念轉譯成具體有效的實踐，顯然是一種挑戰。Yoo, S., Weed, N. E., Lempa, M. L., Mbondo, M., Shada, R. E. & Goodman, R. M. (2004) 在有關協同合作的社區培力著述中，利用社會生態模式 (social- ecological model) 將其描述成一種健康促進過程的六個步驟，每個階段都需要不同專業的判斷與創造性來解決如何讓計畫付諸行動，並且調整以適合社區的個別需要(Stepney, P & Popple, K, 2008；鄧湘漪、陳秋山譯，2011:頁 150-151)。Yoo S, Butler, J., Elias, T., Goodman, R. M. (2009) 將該模式應用在公共住宅社區中的低收入老人的健康促進上亦顯現出相當成效。

三、社區健康促進模式

國民健康局於 2006 年出版《社區健康營造工作手冊》中，則是將社區健康營造的策略大致區分以下幾項(國民健康局,2006):分析與訂定社區健康問題、健康議題操作手法、整合社區資源、引發社區動力及永續經營。再者，社區老人健康促進工作模式指引(中臺科技大學,2009)以活動範例與參考問卷和表格，基於簡單、易用、有用、好用和可評量的原則，應用健康口號以行銷健康促進活動，為了協助如鄰里長、社區發展協會人員、志工等不具專業背景社區老人健康促進工作者，以 SMART 模式設計出「LOHAS123」，訂定評量指標，協助實務工作評量。希望透過簡單的步驟，逐步達到促進社區老人健康的目的。

Beattie (1991) 所提出健康促進模型包含兩個向度。縱向的健康干預模式由權威取向到協商取向，橫向的健康干預焦點則是由集體層面到個人層面。據此所構成的四個面向分別為(洪德仁,2006):(1) 健康說服。以學習者為中心的健康知識提供，也是以消費者為導向的醫療照顧；(2) 個人諮詢。經由個別化的主動參與而增強技能和自我效能，服膺的理念是詮釋系統，並提供相關的健康諮詢及輔導；(3) 健康政策與支持性的健康環境。幫助個人瞭解環境，形成議題，研擬制度與法令，並經由同質性的專業或組織，與不同領域，溝通協調，營造健康環境；(4) 社區組織發展。經由親身參與，小組合作學習，創造參與社區學習機會，提昇自我的健康價值觀和行動力，也經由面對共同問題，從開放、批判、溝通協調中凝聚共識，尋求共同終極關懷的價值或目標來共事，這是迎戰急遽變遷與不確定性未來的重要基礎，也是社會改革必要的動力源泉。Beattie 的健康促進模式提供一個新思維：健康促進由個人健康走向社區生活環境的健康，也由威權的健康教育、指導，走向參與者自我學習、組織培力學習機制。

Yoo et al. (2004) 利用 Goodman (2000) 的社會生態評估模型提出關於健康促進的協同合作社區培力六步驟：(1) 進入社區。與社區各領導人及社區組織成員開會，辦理訓練，說明社區行動程序，討論任務與目標；(2) 設定議題。集思廣益既存與新進的社區議題，列出相關議題，確認社區領導人；(3) 決定議題的優先次序。投票決定議題的優先次序，對於投票結果尋求集體同意；(4) 發展行動策略。進一步討論最優先議題，詳述對社區的影響及曾經的對策，引進社會生態模型，集體討論，建構社區自己的模型，包括網絡、資訊共享及協同合作，審視所建構的模型；(5) 執行。針對每個行動設定計畫，指派任務給社區成員，掌控行動計畫的時程，妥善利用社區組織的資源，按部就班執行行動計畫，每個行動步驟完成後均對所有成員進行簡報；(6) 轉化。討論行動成果與/或進展，決定下個行動步驟，將後續行動主導權轉渡給社區領導人；(7) 研究與評鑑 (Stepeny & Popple, 2008)。

事實上，同樣是致力於公眾健康行為改善，RE-AIM 模式常用以評價健康處遇計畫成效。五向度分別是涵蓋率 (Reach)，指的是參與處遇計畫的人數、涵蓋率及特性；成效 (Effectiveness) 包含處遇方案的成果與影響；參與 (Adoption) 係指參與或採用處遇計畫的機構或人員數量及代表性；執行 (Implementation) 指涉處遇計畫執行與輸送過程中是否維持一致性及相關成本的掌控；維持 (Maintenance) 是指接受處遇的個人層次與提供處遇的機構層面能否長期永續 (Glasgow, R. E., Vogt, T. M., Boles, S. M., 1999)。整體來說，RE-AIM 模式與本研究方案採用之 MAP-IT 模式均可呈現處遇計畫或政策執行過程及成果的步驟或流程。然而，前者十分強調處遇對象人口所在的地理環境建置 (built environments)，因將影響處遇目標族群的涵蓋率、參與率以及可能導致的正負效果等 (King, D. K., Glasgow, R. E., Leeman-Castillo, B., 2010)。

「美國健康國民 2020(Healthy People 2020)」(U.S. Department of Health and Human Services, 2010) 則對於在社區中實現 2020 年健康國民的目標提供一個易於社區實踐的指引，其利用一個簡單但功能強大的模型，可以建立全國性的健康目標並提供數據和工具，使全國各地的鄉、鎮、縣、市、社區和個人，得以結合彼此的努力來實現這些目標。該指南更具體地提供一個名為 MAP-IT 的實施架構以協助社區工作者動員社區夥伴、評估社區需求、創建並執行一項可以達成「健康國民 2020」目標的計劃以及追蹤社區進步。這個架構可以用來規劃和評估公共衛生干預措施，以實現健康國民 2020 年的目標。以下簡述 MAP-IT 架構：(1) 動員 (Mobilize) 社區夥伴。從動員社區中的關鍵人士與組織成為夥伴開始。尋找社區中熱心於健康促進且具有廣泛代表性的夥伴。其次，確定合作夥伴的角色並指派任務。這將有助於讓夥伴們繼續結盟。例如，合作夥伴可以：透過會議、活動或諮詢小組，投入社區活動；開發和提供教育和培訓計劃；帶領籌款並規劃政策；在規劃或評估時提供技術援助；(2) 評估 (Assess) 社區需求。評估社區中的需要與資源，將有助於弄清楚哪些是能夠做的，哪些是想要做的。為了要能夠持續與社區成員與關鍵人士結盟，就必須將他們各自認為最重要的議題妥善規劃設定目標的優先次序。開始蒐集資料以確認社區需要的真實圖像，該資料可提供在進行方案或干預之前的基線資訊，有助於後續的追蹤進度；(3) 規劃 (Plan) 計畫。一項好的計畫必須針對所欲議題或社區需要設定清楚的目標及具體的執行步驟。清楚的目標即是指預期改變的數量與所需時間，達到即表完成目標。具體的執行步驟包括思考該在何時或何地開始干預，並且隨時記錄進度；(4) 執行 (Implement) 計畫。首先，建立一個詳細的工作計劃，詳列具體的行動步驟，確定個別的負責人並設置時間表和完成期限。其次，確立單一窗口負責管控流程，並確保事情按部就班完成。確定社區結盟的眾成員之間均共擔責任，並且制定溝通計劃，以揭幕、活動和社區會議

等形式，向社區民眾展示成果和合作夥伴；(5) 追蹤 (Track) 計畫的進程與成效。規劃定期評估以衡量和追蹤方案進程。考慮與當地大學或國家衛生統計中心合作，協助數據追蹤。數據的評估包括：數據品質、自我填答數據的侷限、數據的信度與效度以及數據可用性。最後，分享及擴散方案的進步和成果。

參、研究設計及方案架構

一、研究對象

為深化正確用藥知能教育使之扎根於社區，本研究方案與 2013 年剛成立的台南市歸仁區歸仁里歸仁社區關懷據點合作，結合社區在地健康資源，利用既有的社區組織(社區照顧關懷據點)之志願服務人力，針對社區內 65 歲以上(含)長者進行正確用藥知能的健康培力方案。

二、方案架構

本研究方案運用 Beattie (1991) 所提出健康促進模型形成社區老人健康培力的處遇策略架構，如圖 1 所示。縱向的健康干預模式由權威取向到協商取向，橫向的健康干預焦點則是由集體層面到個人層面。據此所構成的四個面向分別為：(1) 健康勸服：以社區和醫院的集體衛教、社區健檢服務及照顧關懷據點等作為培力策略；(2) 個人健康諮詢：以藥師到宅進行用藥諮詢與藥品清查作為培力策略；(3) 健康社區發展：以培訓社區用藥安全守門員、成立社區健康促進組織、與社區藥局結盟等作為培力策略；(4) 健康政策與立法（鉅觀層面

14 社區正確用藥知能培力

非本研究方案實施範疇)。在架構中健康勸服、個人健康諮詢及健康社區發展係連結並構成處遇策略並據以執行。

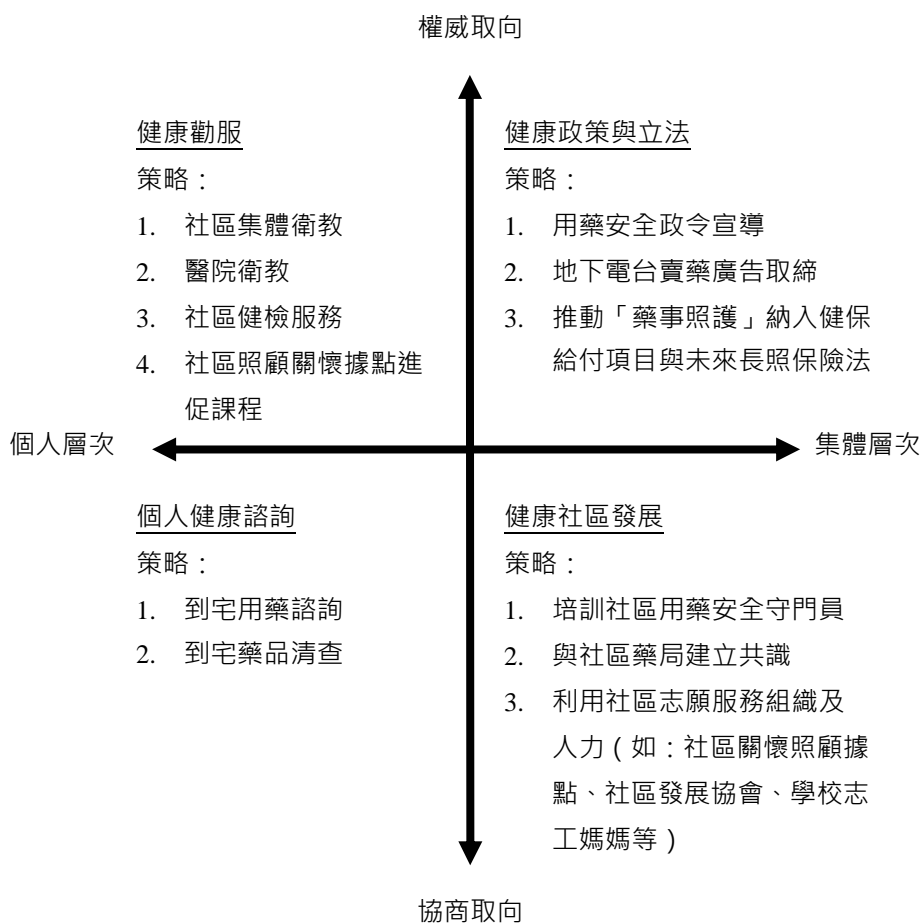


圖 1：處遇策略架構

三、研究方法

本方案之評估採用單案研究設計 (single-case designs)，運用時間序列設計的邏輯，評估方案處遇策略對老人健康行為和用藥知能的影響，並以特定指標進行重複測量，方案處遇之前 (前測) 作為控制階段的基線期，與方案處遇結

果(後測)進行比較以觀察改變趨勢。先以便利選取 399 位社區中高齡民眾進行需求評估,再根據評估以立意抽樣選取 106 位有用藥知能需求的長者進行研究,使用結構式問卷做前後測調查,以評定方案處遇效能。本研究問卷係取自行政院衛生福利部食品及藥物管理署建置的正確用藥互動數位資訊學習網站所公布的正確用藥五大核心能力問卷¹及防制藥物濫用調查問卷²,該二問卷均經過嚴謹之信度及效度檢測,問卷設計目的係針對不同年齡對象的大眾進行衛教宣導之前與後評估成效。本研究問卷前後測數據係利用 IBM SPSS V20 軟體進行統計分析。

肆、研究方案進程

本研究方案以台南市歸仁社區 65 歲以上(含)的長者為研究對象,使用「健康國民 2020」的 MAP-IT 為實施架構,進行前測的健康需求評定、擬定與執行處遇策略,並予以後測的成效評估,方案流程如圖 2 所示。

一、動員 (Mobilize) 社區夥伴

- (一) 進入社區接觸社區中的關鍵人士與組織,並建立夥伴結盟。研究者和社工系實習生與歸仁社區初步接觸,獲得正面合作回應,以社區照顧關懷據點團隊作為熱心於健康促進且具有廣泛代表性的夥伴。

¹ 衛生福利部 (2014c)。《正確用藥教育手冊》。衛生福利部食品暨藥物管理署。資料檢索日期:2015.04.10。網址:http://mohw.gov.whatis.com.tw/doc/20141204_1.pdf。

² 衛生福利部 (2014d)。《反毒教育資源中心手冊》。衛生福利部食品暨藥物管理署。資料檢索日期:2015.04.10。網址:http://mohw.gov.whatis.com.tw/doc/20130819_2.pdf。

16 社區正確用藥知能培力

- (二) 培訓社區用藥安全守門員與專業藥師合作，確定合作夥伴的角色並指派任務。歸仁社區照顧關懷據點志工團隊組織完整，由固定志工每週到老人家宅量血壓及訪視的制度，是以培訓據點志工於入宅訪視關懷時一併關心老人用藥狀況，有效建構守門機制，當遇濫用藥物能適時勸導並通知合作藥師進行專業用藥指導。
- (三) 與鄰近健康資源建立共識與夥伴關係：本方案媒合柳營奇美醫院藥劑部合作建立伙伴關係，並且洽詢社區鄰近藥局及診所合作意向，共同提供社區用藥宣導與教育諮詢等支援。

二、評估 (Access) 社區需求

- (一) 社區健康資源盤點：迄2014年底為止，設籍於歸仁里共820戶及2,859人，65歲以上老年人口數399人佔13.98%。社區庄內有區衛生所、一全國性連鎖藥局，並有數間家醫、內兒及皮膚科等小型診所。民眾多前往社區內藥局購買一般家庭常備用藥，小病痛也優先選擇社區診所就診，惟診所醫護並未進入社區主動提供衛教宣導。
- (二) 調查社區老人健康行為與正確用藥知能 (問卷前測)：藉由便利取樣進行調查以理解社區老人健康行為和正確用藥知能之前測調查，提供在進行方案處遇介入之前的基線資訊，有助於後續的追蹤進度，以評定健康促進效能。前測調查結果 (統計數據詳見附錄) 發現，社區老人的正確用藥知能方面，就醫時主動告知醫師事項與核對及詢問藥袋上事項的知能偏低，不過瞭解藥品取得來源正確與否和服藥知識的知能較高；在鎮靜安眠藥知能方面，自行購買成藥的機率偏高且多不清楚藥品副作用，雖有就醫知識卻在自行就醫部分能力較低，確認藥袋包裝上的能力亦偏低。

三、規劃（Plan）及執行（Implement）處遇策略

- (一)「健康勸服」之具體策略與實施：除了由據點志工及社工系實習生固定每週巡迴各老人家戶關懷訪視時針對用藥狀況進行瞭解及初步勸導之外，並由柳營奇美醫院正確用藥教育資源中心以正確用藥為題進行集體衛教，作為健康勸服策略。
- (二)「個人健康諮詢」之具體策略與實施：為深化正確用藥知能而影響健康促進行為，是以本研究方案針對參與前測的社區民眾進行個別式到宅用藥諮詢及指導，具備社會工作專業知能者（社工實習生）與社區民眾建立信任關係後，作為藥師及據點志工之溝通橋梁，引領藥師入宅進行用藥諮詢，直接接受藥物使用疑難的諮詢，以達落實正確用藥知能，進而改變個人的健康行為。表1係處遇策略規劃暨執行成果。

18 社區正確用藥知能培力

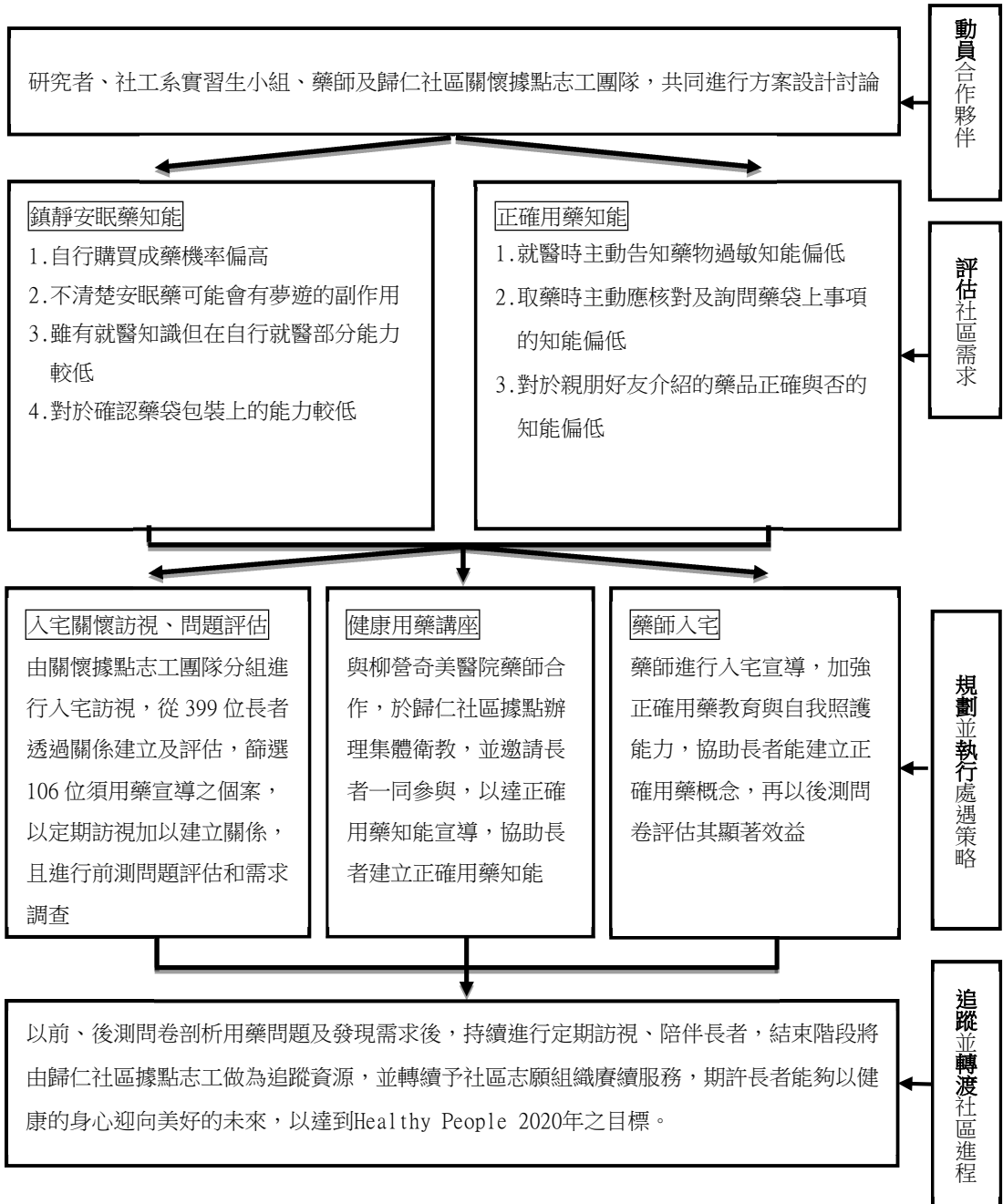


圖 2：方案流程圖

表 1：處遇策略之規劃與執行成果

處遇策略	目的	目標	成果	評估方式	評估工具
入宅訪視	透過社區據點志工引介社工系實習團隊與社區長者互動以利建立關係，利用前後測問卷瞭解長者實際用藥狀況及用藥知能	藉由入宅訪視瞭解及勸服家中藥物濫用之問題產生及不良用藥狀況。	106 位長者有意願接受後續訪視關懷，每週訪視 2 次，每月訪視 8 次，每位長者平均訪視 48 次，共達 5,088 人次	以前測問卷先行評估，集體衛教後在以後測問卷作差異比較，並於入宅訪視時撰寫訪視紀錄表	正確用藥五大核心能力前測問卷及防制藥物濫用調查前測問卷 社區照顧關懷據點到宅關懷訪視紀錄表。
健康用藥講座	使社區長者及居民透過健康用藥講座，對於用藥安全之舊觀念能重新建構正確觀念及基本認知	提升社區長者及居民正確用藥觀念及知能，以達到用藥安全宣導之效果。	實際達成邀請 106 位長者前來參與健康用藥講座 實際達成 107 位長者及社區居民參與講座	以社區長者及居民的簽到表作為統計參與人數	集體衛教及據點健康促進活動簽到表
藥師入宅	透過藥師入宅瞭解社區長者的實際用藥狀況，且建議長者的用藥方式以及做衛教宣導打破長者的用藥迷思	利用前後測的問卷，比較長者的用藥觀念及知能是否有提升。	91 位提升正確用藥教育與自我照顧能力； 94 位提升用藥知能	利用後測問卷瞭解社區長者對於藥師入宅進行衛教是否有持成效	正確用藥五大核心能力前測問卷及防制藥物濫用調查前測問卷

四、追蹤（Track）方案及轉渡（Transition）

- (一) 調查社區老人的健康行為與正確用藥知能（問卷後測）：在接受到宅用藥諮詢結束數週之後，再次調查研究對象的健康行為與正確用藥知能，以瞭解其健康知能及行為之改變。
- (二) 檢討並轉渡方案：檢討並研擬研究者撤出後將方案轉化由社區組織結合在地健康資源共同維續運作可行性之永續對策，協助社區與縣市藥師公會連結並藉簽訂合作協議等方式，未來定期提供用藥諮詢及正確用藥知能教育。

(三) 成果評估與擴散：檢討方案執行的優勢與劣勢，評估方案成本效益，並撰寫研討會及期刊論文以擴散成果。

伍、處遇策略成效評估

本研究方案依據歸仁里65歲以上(含)設籍名冊共訪視399位長者，再針對有用藥知能需求的其中106位進行做每週乙次的到宅關懷訪視，同時瞭解其平時用藥認知、態度與行為進行前測調查，其後安排集體衛教之健康用藥講座和藥師到宅個別用藥指導的處遇策略，最後再追蹤後測調查後發現，處遇前後對於提升社區長者用藥知能確有顯著成效。前後測成對差異t檢定結果如表2所示，各構面題項計分方式為得分越高表示受訪者的用藥知識或效能越好，以下簡要說明。

首先，鎮靜安眠藥知識構面題組前測平均數為15.47，長者會自行購買藥品機率高，且較多長者不清楚安眠藥可能有夢遊的副作用，再者對於使用鎮靜、

表 2、正確用藥知能前後測差異顯著性 t 檢定

構面	前測 平均數	後測 平均數	前後測 差異標準差	標準誤	t 值
鎮靜安眠藥知識構面(9題)	15.47	16.48	2.88163	0.27989	-5.090***
鎮靜安眠藥效能構面(9題)	9.56	14.74	7.45756	0.72434	-7.150***
就醫應主動告知醫師事項(4題)	7.15	7.61	1.25911	0.1223	-3.934***
應核對藥袋上事項(5題)	8.52	9.49	2.31098	0.22446	-4.245***
藥品取得來源(9題)	17.08	17.76	2.68033	0.26034	-2.682**
正確服藥知能(6題)	11.54	11.52	1.7591	0.17086	0.166
總前後測差異性 t 檢定	69.32	77.6	18.34871	1.78219	-22.935***

註：各構面題項結果請參閱文末附錄。每題答對以 2 分計，不知道以 1 分計，答錯以 0 分計。***表 $p < .001$ ，**表 $p < .01$ ，* $P < .05$

安眠藥時，應避免同時飲酒已有用藥知能；經過健康用藥講座及藥師入宅之處遇策略後，後測平均數為16.48並與前測達顯著差異，長者自行購買藥品機率變低，並於用藥方面知能已有明顯提升。在鎮靜安眠藥效能構面前測平均數為9.56，長者雖有就醫知識但在自行就醫部分能力較低，且對於確認藥袋包裝上的能力較低；處遇後之後測平均數為14.74並與前測達顯著差異，可知自行就醫意願度明顯提高，且習得用口述的方式確認藥袋相關事項。

其次，就醫應主動告知醫師事項題組前測平均數為 7.15，長者主動告知藥師自己藥物過敏的知能較低，處遇後之後測平均數為 7.61 並與前測達顯著進步，長者已知就醫應主動告知自己曾生過的病、目前正在使用的藥品、對什麼藥物過敏及最近有無騎車或開車皆有其提升就醫應主動告知醫師相關事項之概念。就醫應核對藥袋上事項題組前測平均數為 8.52，長者就醫時主動應核對及詢問藥袋上事項的知能較低，處遇後之後測平均數為於 9.49 且與前測有顯著差異，顯示以健康講座及藥師入宅指導方式，對於長者在核對及詢問藥袋上的藥袋上藥品療效內容、藥品名稱和外觀、藥品數量、副作用或警語及藥品保存期限與保存方法有所提升。

最後，藥品取得來源題組前測平均數為 17.08，可探究出長者已具備瞭解藥品取得來源正確與否的知能較高，但對於親朋好友介紹的藥品正確與否的知能較低；處遇後之後測平均數為 17.76 且與前測有顯著差異，可知長者對於瞭解藥品取得來源正確與否的知能仍有進一步的提升。用藥知能題組前測平均數為 11.54（總分 12 分），可知長者已然多數具備瞭解用藥知識的知能，方致使處遇後之無明顯提升，

綜合觀察，106 名樣本對象的鎮靜安眠藥知識及效能構面在進行處遇後均有顯著改善，顯示在具備社會工作專業知能者連結健康資源、評估社區健康需

求的評估，規劃並執行健康勸服、個人健康諮詢及健康社區發展等對應處遇策略後，長者認識遵從醫囑服藥、成藥外包與藥袋標示、避免不適當用藥行為及觀念、確認成藥外包及藥袋標示、主動求醫及避免不適當用藥行為之態度上等皆有良好效果。並且，經過健康用藥講座及藥師入宅後，知識及效能構面皆有良好的效果，給予長者用藥教育能有效增進長者用藥知能，且教導長者就醫及就醫時用藥相關事項能有效增進長者在實際就醫時的相關態度。

陸、討論與結語

一、討論：社會工作者於社區健康促進的角色與定位

在學理上，健康促進議題歸類於醫護衛生領域當無疑義。然而，我國卻是先由社政部門進行實務推動，即由原內政部推動的社區照顧關懷據點，欲以社區工作方法達致老人健康促進目標。廣義來說，該兩者的連結當屬公共衛生社會工作一環，美國公共衛生協會甚至編撰「公共衛生社會工作手冊」(*Handbook for Public Health Social Work, 2012*)。在我國，連結兩者的學術文獻仍屈指可數。陳武宗(2010)曾以文獻探討蒐集與該兩者相關的期刊與官方文書，並運用其國內外參訪心得與實務經驗相互驗證進行論述，欲引發不同的思考並創建具有在地特色的創新方案。然而，深究上述一書一文，吾人卻仍未能獲致健康促進場域中的社會工作專業理論或相關技巧。林淑萱(2011)以肥胖兒童健康促進實務為例指出，社會工作者在跨專業團隊中可扮演並充分發揮的角色功能係藉提供直接服務而為使能者、教育者、資訊提供者或諮商輔導者，並倡導制訂健康政策，甚至作為方案設計與評估者、研究者及從事社會行銷成為公眾代言人等。不過，她也坦承我國公共衛生社會工作在各健促議題及領域的角色功能仍

有待開發與強化。綜上所述，不論國內與國際間，健康促進社會工作內涵仍有待持續的實務實踐與研究的磨合與摸索，並且透過跨學門科際合作漸次發展出創新方案，累積實務技能與足夠經驗方能轉化進而歸納通則化理論概念，建構社會工作專業化與綜融的發展取向。

在本研究方案的服務歷程中，初期引介藥師入宅用藥指導發生意外阻礙，穿著代表專業形象的白袍藥師反遭社區長者抗拒，最後是在與長者相熟的社工系實習生或據點志工陪同下方才接受穿著便服的藥師共同入宅。因此，若藥師逕行進行入宅服務或辦理健康用藥講座，將無法先行評估該社區是否有需求以及願意接受入宅用藥諮詢之服務，亦無法長期與社區建立良好信任關係，達到提升社區凝聚力及個案管理之功能，亦無法實踐長者健康用藥之目的。因此，除了處遇策略在整體量化績效評估上有顯著外，本方案服務及研究過程中發現，若要促進長者不抗拒與藥師互動或入宅藥物諮詢，需要社會工作者作為兩者之間的仲介者才可達到健康促進提升用藥知能之目標。初步探究出社會工作於社區健康促進中的可能角色與定位如下：

- (一) 資源連結者：由社工系實習團隊動員社區照顧關懷據點、社區發展協會、社區志工團隊、里辦公處及里長等多方共同建立合作網絡，在欲投入服務前，主動召集進行多次討論，連結並協力多方資源。
- (二) 需求評估者：由具備社工專業者（研究者與社工系實習生）評估社區長者對於用藥知能之需求及社區資源，利用前測問卷依不同面向，評估得知長者缺乏正確用藥的知能，且對於藥師或附近藥局等皆不熟識，藉由社區志工團隊評估其需求後投入服務，再利用後測問卷評估目標達成及滿足長者用藥知能需求。

24 社區正確用藥知能培力

- (三) 方案規劃及執行者：將社區據點業務以社會工作個案管理方法將老人訪視個案分類，電腦化建置個案紀錄表和志工簽到表等，以利隨時瞭解社區個案需求及近況。方能進一步清楚設定目標及具體的執行步驟。依據各策略清楚訂定甘特圖，針對每個策略以方案架構規劃出執行流程。
- (四) 中介協調者：與社區長期建立關係後，連結藥師資源投入入宅服務，引入柳營奇美藥師與里長接洽，使藥師資源願意與社區建立長期合作關係，提供健康講座之服務。
- (五) 權益倡導者：利用在社區據點辦理健康講座，倡導健康用藥知能的重要性，定期進行訪視關懷隨時注意長者用藥狀況，灌輸正確觀念，並且以在地社區志工資源，倡導正確用藥之重要性，例如：社區會議時會提出正確用藥之觀念。

此外，社會工作在社區照顧關懷據點的個案管理也發揮功能。運用社會工作的專業知能，整合非專業的社區志願人力建構完善個案管理資料之目標，結合社區據點目前現有資源，以具體明確且詳細架構長者個案資料之檔案管理，提供有效率與效能的方式建全長者個案資料，以解決社區據點內個案檔案混亂所造成的時間浪費、資料分散、資料老舊等問題。另一方面，增強社區據點志工個案資料管理之技能，以利於未來社區志工人能獨立管理個案檔案資料，讓社區之個案行政管理建置完善作業，強化其個案管理及資源網絡的發展。

二、結語：社區健康促進與社會工作

傳統上，來自健康照護團隊的衛教之定位與訴求在於，民眾之所以有不正確或錯誤的健康認知與行為，主要來自於不解或誤解健康觀念，只要在衛教宣導後即能習得正確的健康觀念，自然可降低錯誤行為。然而，本方案調查結果

及深入家戶訪視後發現，即便前後測成效評估仍存在顯著改善，然而在未處遇的前測調查中，部分構面的老人健康知識並無想像中不足，即使不識字者所佔過半，或許在大眾傳媒對於重大食品安全衛生事件的反覆報導之下，致使偏鄉社區老人亦有相當程度的健康認知。因此，真正的關鍵問題便落在具備尚可的健康知識為何卻未體現於正確健康行為，致使醫護專業的衛教宣導未能發揮預期效果，其原因何在？或許在人性與貪小便宜心態的背後，所存在更深沈且根本妨礙社區老人健康促進的原因，並非源自健康知能不足，而是社區老人缺乏關照及適足的人際支持網絡，致使其由非正常管道尋求或交換人際關係的同時，也接收了錯誤的健康資訊。因此，單僅由健康照護專業與面向所推動的健康促進作為，勢將難以有效解決困境，必須有協調統整社區老人的多重且複雜需要的媒介。

依據 NASW 於 2013 年公布的社會工作個案管理標準(NASW Standards for Social Work Case Management) 對於個案管理的定義係指，一種規劃、尋求、倡導和監測針對案主所提供的各類社會服務或健康照護的程序(process)，該程序讓社會工作者得以統整各方專業團隊提供給案主的各式服務，繼而延展服務效能的範疇(NASW, 2013: 13)。因此，社會工作個案管理的主要目標就在於，如何以高效率和高效能提供和統整高品質服務以成就具有多重複雜需要的案主機能和適足性(NASW, 2013: 17)。Gotham 等人(2000)將個案管理界定為可為案主提供個別化的諮詢、諮商與治療，並且連結案主所需要服務的正式和非正式資源網絡。因此，針對社區健康促進議題的個案管理就必須利用社區資源以協助案主滿足其需求，並同時考量到案主所處的環境。社會工作在健康促進議題的角色定位及利基，即是藉由個案管理的統合和聯繫照顧服務的機制，進行需求評定，界定處遇目標，確認所需服務與資源，處遇計畫的擬定、執行、

監控、再評量，最後的結案、追蹤和轉化等一系列的流程，改善案主的健康認知及行為，並發展出社會網絡和尋求資源服務的能力，以增進案主的福祉，並提升社區健康促進服務的效率和效能。不過，個案管理的成功關鍵之一在於社會工作者在發展案主的服務計畫時，能否有效地分配與協調資源(王增勇, 2002)。因此，社會工作者更應跳脫健康照護取向的個案管理在活躍老化活動中結合社區照顧關懷據點、社區團體僅辦理長者健康促進活動及長青健康活力站等傳統單次性作法，進而積極協同其他專業輸送整合性的服務。若能進一步利用客觀的調查結果，分析老人之健康行為和用藥知能，即可建構出各別化關懷訪視重點予以追蹤並提供用藥諮詢等，將此社會工作理念論述與主張融入疾病預防與健康促進方案，達致公共衛生社會工作之主要目標。

三、限制與建議

雖然本研究方案由社工專業知能者主責規劃、執行和評估，惟主軸仍在社區老人健康促進，進程中遭遇問題或可做為未來社區服務方案規劃和評估之參考，亦提供若干建議：

- (一) 樣本選取：除了立意取樣社區所將影響概化受限之外，無法強制社區老人全數參與下亦將產生代表性疑慮。雖然在實務中無法避免，然而若能透過定時持續的關懷訪視結合觀察訪談等方法，發掘及選取非極端或特殊的樣本，或將能夠補充取樣偏誤；
- (二) 研究倫理：研究過程(方案)中的問卷調查及到宅諮詢等，均可能造成老人身心不適，且參與研究的誘因可能導致老人做出非出於自願之決策與回應，從而出現社會期望誤差(Guttmacher, S., Kelly, P. J., Ruiz-Janecko, T., 2010: 33)。解決途徑為，完全遵照Belmont Report所載之倫理原則，

在研究開始初期，即與社區領導人對於研究過程中的相關作為達成完整共識（**permission**），並獲得參與研究的老人的告知同意（**informed consent**），對於研究對象資料做充分的匿名與保密（**anonymity and confidentiality**），並完全尊重研究對象隨時可中途退出的自主性與志願參與權利（**Respect for Persons**）。

- （三）研究方法：雖然健康促進成效多數採取量化評估，然而在本方案進程中發現，老人自身的生理、心理及社會狀況常是影響受訪專注度與持續時間的重要因素，甚至更與其健康行為有所關連，若能運用融合研究法，除了量化的前後測的結構式問卷有利統計分析之外，配合日常入宅關懷訪視作多次性的質性深入訪談，相互補足將可兼具質性與量化研究優勢，深入瞭解其健康知能。

參考書目

中臺科技大學（2009）。《社區老人健康促進工作模式指引》。台中市：中臺科技大學。

王瑞霞與陳彰惠（2003）。〈由文獻回顧檢視潘得健康促進模式〉。《護理雜誌》，50（6），62-68。

王增勇（2002）。〈在專業主義下交出靈魂的社工專業—個案管理在社工場域的論述實踐〉。《人文社會學術的文化轉向研討會發表之論文》。論文發表於清大社會學研究所、文化研究學會（主辦），2002.1.11-12，清華大學人文社會學院，台灣，新竹。

行政院衛生署國民健康局（2006）。《社區健康營造工作手冊》。資料檢索日期：2015.04.10。網址：<https://health99.hpa.gov.tw/media/public/pdf/21466.pdf>。

李怡娟（2007）。社區健康促進之資源應用與實例。《北投健康城市電子報》，第四期。財團法人台北市北投文化基金會。資料檢索日期：2015.04.10。取自網址：<http://www.ptcf.org.tw/ptcf2/healthcity/epaper/hce4/401.pdf>。

林淑萱（2011）。〈社會工作在肥胖兒童健康促進的角色〉。《社區發展季刊》，136，344-356。

洪德仁（2006）。〈社區健康促進〉。《學校體育雙月刊》，16（3），73-80。

財團法人台灣醫療改革基金會（2009）。《醫改會推「老人用藥守護神」幫忙把關》。資料檢索日期：2015.04.10。網址：http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=956。

陳武宗（2010）。〈健康促進、社會工作與老人服務方案〉。《社區發展季刊》，132，181-98。

趙坤郁等（2006）。《社區健康營造工作手冊》。台北市：行政院衛生署國民健

康局。

衛生福利部(2013)。《民國 102 年國民醫療保健支出》。資料檢索日期:2015.04.10。

網址:

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5351。

衛生福利部(2014a)。《中華民國 102 年老人狀況調查報告》。衛生福利部。資料檢索日期:2015.04.10。網址:

http://search.mohw.gov.tw/TSSearch/SearchResult?DataSource=MOHW_CHT&SearchTemplate=4&Keyword=%E8%80%81%E4%BA%BA%E7%8B%80%E6%B3%81%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5。

衛生福利部(2014b)。《103 年度正確用藥五大核心能力》。資料檢索日期:2015.04.10。網址:http://mohw.gov.whatis.com.tw/01_about_1.asp。

衛生福利部(2014c)。《正確用藥教育手冊》。衛生福利部食品暨藥物管理署。資料檢索日期:2015.04.10。網址:

http://mohw.gov.whatis.com.tw/doc/20141204_1.pdf。

衛生福利部(2014d)。《反毒教育資源中心手冊》。衛生福利部食品暨藥物管理署。資料檢索日期:2015.04.10。網址:

http://mohw.gov.whatis.com.tw/doc/20130819_2.pdf。

中臺科技大學(2009)。《社區老人健康促進工作模式指引》。台中市:中臺科技大學。

Beattie, A. (1991). Knowledge and control in health promotion: A test case for social policy and social theory. In Gabe, J., Calnan, M. & Bury, M. (Eds). *The*

Sociology of the Health Service. London: Routledge.

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9): 1322–7.

Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 309-321.

Gotham, C., Bayliss, D. , Luzinski, C., Stockbridge, E. , Schmidt, M. (2000). A Cost Effective Model of Community Case Management. *The Case Manager*, 11(3) : 75-9.

Guttmacher, S., Kelly, P. J., Ruiz-Janecko, T. (2010). *Community-Based Health Interventions*, SF: John Wiley & Sons.

Jurkowski, E. T. Robert, L., The Social Work Section Of The American Public Health Association. (Eds). (2012). *Handbook for Public Health Social Work*. NY: Springer.

King, D. K., Glasgow, R. E., Leeman-Castillo, B. (2010). Reaiming RE-AIM: using the model to plan, implement, and evaluate the effects of environmental change approaches to enhancing population health. *American Journal of Public Health*, 100(11): 2076–84.

Pender, N. J.(1996). *Health promotion in nursing practice*(3rd ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Stepney, P & Popple, K. (2008). *Social Work and the Community: A Critical Framework for Practice* (鄧湘漪、陳秋山譯) (2011) , London: Palgrave Macmillan.

- The National Association of Social Workers[NASW]. (2013). *NASW Standards for Social Work Case Management*. Retrieved 4 10, 2015, from <https://www.socialworkers.org/practice/naswstandards/CaseManagementStandards2013.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Healthy People 2020*. Retrieved 4 10, 2015, from <http://www.healthypeople.gov/>
- World Health Organization[WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved 4 10, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization[WHO]. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Retrieved 4 10, 2015, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en
- Yoo S,Butler,J., Elias,T., Goodman, R. M. (2009). The 6-step model for community empowerment: revisited in public housing communities for low-income senior citizens. *Health Promotion Practice, 10*(2), 262-75.
- Yoo, S., Weed, N. E., Lempa, M. L., Mbondo, M., Shada, R. E. & Goodman, R. M. (2004). Collaborative Community Empowerment: An Illustration of a Six-Step Process. *Health Promotion Practice, 5*, 256-265.

附錄：問卷前後測成對樣本差異顯著性 t 檢定

構面	問卷題項	前測 平均數	後測 平均數	差異 標準差	平均數 標準誤	t 值
鎮靜 安眠 藥知 識	1.有失眠狀況時，應改變生活作息以減少睡眠障礙。	1.72	1.82	0.551	0.054	-1.94
	2.有失眠問題，應自行買藥服用。	1.62	1.42	0.713	0.069	-2.995**
	3.因失眠而看醫師時，應向醫師說明睡不好的情形。	1.75	1.94	0.506	0.049	-4.034***
	4.因失眠而看醫師時，應告知醫師影響其睡眠的原因。	1.76	1.92	0.439	0.043	-3.758***
	5.領藥時，應確認藥品名稱及外觀（如形狀、顏色）。	1.71	1.86	0.513	0.05	-3.032**
	6.領藥時，應確認藥袋上的標示是否符合自己的病症。	1.71	1.88	0.543	0.053	-3.221**
	7.使用鎮靜、安眠藥時，應避免同時飲酒。	1.83	1.91	0.529	0.051	-1.469**
	8.服用某些安眠藥可能會有夢遊的副作用，應告訴同住的家人避免發生危險。	1.64	1.84	0.592	0.058	-3.444***
	9.平時應注意生活圈附近的藥局、診所或醫院的諮詢電話或聯絡方式，以方便有用藥問題時諮詢。	1.73	1.89	0.649	0.063	-2.543**
	構面前後測差異	-1.4245	2.882	0.2800		-5.090***

說明：每題答對以 2 分計，不知道以 1 分計，答錯以 0 分計。***表 $p < .001$ ，**表 $p < .01$ ，* $P < .05$

附錄：問卷前後測成對樣本差異顯著性 t 檢定 (續 1)

構面	問卷題項	前測 平均數	後測 平均數	差異 標準差	平均數 標準誤	t 值
鎮靜 安眠 藥效 能	1.若有失眠狀況時，我自認為有能力改變生活作息以減少睡眠障礙。	1.09	1.65	0.986	0.096	-5.81***
	2.若有失眠問題，我能尋求專業醫師診治。	0.96	1.62	1.059	0.103	-6.42***
	3.因失眠而看醫師時，我能清楚向醫師說明自己睡不好的情形及時間。	1.09	1.67	1.042	0.101	-5.689***
	4.因失眠而看醫師時，我能清楚告知醫師影響自己睡眠的原因。	1.05	1.67	1.018	0.099	-6.294***
	5.領藥時，我能確認藥品名稱及外觀(如形狀、顏色)。	1.11	1.52	0.892	0.087	-4.682***
	6.領藥時，我能確認藥袋上標示藥品的治療症狀或疾病是否符合自己的病症。	0.99	1.53	1.006	0.098	-5.501***
	7.使用鎮靜、安眠藥時，我能避免同時飲酒和食用含酒精的食物以免發生不良的反應。	1.24	1.83	0.954	0.093	-6.414***
	8.服用某些安眠藥可能會有夢遊的副作用，我能坦然告訴同住的家人以避免發生危險。	0.99	1.61	1.009	0.098	-6.353***
	9.我能注意生活圈附近的藥局、診所或醫院的諮詢電話或聯絡方式，方便諮詢。	1.04	1.64	1.075	0.104	-5.782***
	構面前後測差異		-5.1793	7.458	0.7243	-7.150***
告知 醫師 事項 主動 就醫 應主 動	1.自己生過的病	1.88	1.95	0.357	0.035	-2.175*
	2.目前正在使用的藥品	1.86	1.94	0.341	0.033	-2.561*
	3.對什麼藥物過敏	1.75	1.94	0.446	0.043	-4.578***
	4.最近有沒有騎車或開車	1.66	1.78	0.529	0.051	-2.386*
	構面前後測差異		-1.4811	1.259	0.1223	-3.934***

說明：每題答對以 2 分計，不知道以 1 分計，答錯以 0 分計。***表 $p < .001$ ，**表 $p < .01$ ，* $P < .05$

附錄：問卷前後測成對樣本差異顯著性 t 檢定 (續 2)

構面	問卷題項	前測 平均數	後測 平均數	差異 標準差	平均數 標準誤	t 值
應 核 對 藥 袋 上 事 項	1.藥袋上藥品療效內容	1.71	1.91	0.486	0.047	-4.194***
	2.藥品名稱和外觀	1.73	1.92	0.48	0.047	-4.044***
	3.藥品數量	1.71	1.91	0.486	0.047	-4.194***
	4.副作用或警語	1.69	1.87	0.494	0.048	-3.738***
	5.藥品保存期限與保存方法	1.68	1.88	0.518	0.05	-3.747***
	構面前後測差異		-1.9528	2.311	0.2245	-4.245***
藥 品 取 得 來 源	1.親朋好友介紹的藥品	1.75	1.93	0.513	0.05	-3.6***
	2.看電視廣告買藥	1.91	1.98	0.329	0.032	-2.359*
	3.聽廣播宣傳買藥	1.9	1.98	0.341	0.033	-2.561*
	4.上網路買藥	1.95	1.98	0.257	0.025	-1.135
	5.在公園或廟口買藥	1.92	1.98	0.303	0.029	-1.921
	6.在市場買藥	1.91	1.98	0.329	0.032	-2.359*
	7.在遊覽車旅遊休息站買藥	1.92	1.98	0.303	0.029	-1.921
	8.國外攜帶回來的藥品	1.92	1.97	0.333	0.032	-1.749
	9.推拿按摩氣功師父介紹的藥品	1.9	1.98	0.341	0.033	-2.561*
	構面前後測差異		-1.6981	2.6803	0.2603	-2.682**
正 確 服 藥 知 能	1.同時使用多種安眠藥可避免耐藥性	1.94	1.92	0.338	0.033	0.576
	2.服用鎮靜安眠藥可以配酒喝增加藥效	1.94	1.96	0.275	0.027	-0.705
	3.抗生素治療期間可以自行停藥	1.90	1.93	0.363	0.035	-1.07
	4.抗生素會產生腎臟傷害所以拒絕服用	1.89	1.89	0.414	0.04	0.00
	5.為減少胃部傷害使用止痛藥可以與牛奶吞服	1.95	1.92	0.336	0.033	1.157
	6.止痛藥最好搭配胃藥一起服用才不會胃潰瘍	1.92	1.9	0.377	0.037	0.773
	構面前後測差異		1.0283	1.7591	0.1709	0.166

說明：每題答對以 2 分計，不知道以 1 分計，答錯以 0 分計。***表 $p < .001$ ，**表 $p < .01$ ，* $P < .05$