台灣社區衛生護理學會會訊

Taiwan Community Health Nurses Association

2021 會訊專題

未來社區護理教育增能與人才培養

理事長的話 / 本會消息 / 主編的話 / 專題 / 最新消息

http://www.tchna.org

https://www.facebook.com/tchna/

http://line.me/ti/g/tzM7fK5Dm7

理 事 長 的 話

■ **王琪珍｜第六屆理事長 / 國立成功大學護理學系副教授**

未來社區照護模式將是台灣健康照護網絡的主流之一，培育社區照護人才將是國家重要的政策之一。因此，如何進行社區護理教育與人才培育前瞻規劃是目前重要的任務與挑戰。台灣衛生福利部亦呼應 2020 全球性護理運動：「投資有效護理，透過教育提升護理量能」所做的三大投資之一，未來健康照護體系與模式將由醫院護理轉為社區化的趨勢，如何透過社區護理教育與實務扣合，讓護理不只是疾病照護，更重要的是健康促進與疾病預防。期藉未來本學會將扮演與擔任台灣社區護理界之責，辦理有關社區照護教育相關的講座與研習會，課程吸引更多護理人員投入社區護理行列，並預見未來社區護理的前景與價值。

學會自創立以來，一直致力於持續推動社區衛生護理專業的發揚光大與價值永續。其中台灣社會人口結構已進入高齡化，政府不遺餘力推動長期照護 2.0 的政策與方案，極力落實社區化醫療與照護，在地活躍老化之精神，與本學會創始之初成立與營運的方向不謀而合。同此時，學會亦極力倡議社區照護新模式的議題討論，呼應未來健康照護體系與模式將轉為社區化。

衷心感謝各位對台灣社區衛生護理學會的繼續支持與鼓勵，也非常謝謝歷任理監事以及秘書處同仁過去對於學會的奉獻，使學會得以持續進步。承蒙各位抬愛，本人很榮幸從第五屆陳靜敏理事長手中交棒，接任第六屆理事長，接續這三年將善盡理事長之責，全力以赴為各位會員服務。

本人非常感謝榮譽理事長陳靜敏在背後極力支持本學會，加上有陣容堅強的團隊共同推動會務；常務監事陳麗娟女士監督扶持本學會各項營運績效；四位常務理事-孫鳳卿會員主委、謝佳容學術主委、謝佩倫公共議題與公共關係主委、林岳良文書編輯主委等帶領各委員會的運作，更感謝行政秘書處蕭麗君秘書長、趙硯柔幹事戮力協助行政事務的處理，得使學會持續進展。本學會除承接以往既有的經營軌跡與成果持續前進外，冀望能灌注更多新活力，造福更多的社區衛生護理專業人員及能量。

截至 110 年 1 月 31 日止，本會會員總數共 586 位（指曾為本會會員者），其中永久會員 23 人、活動會員 54 位（108 年-110 年有繳費）。基於促使活動會員人數增加及開拓本學會在社會的角色功能，本人在這三年營運的方向如下：1.提升舊會員回娘家人數、2.擴大招募新會員、3.舉

辦相關創新的研習、競賽等活動，提升社區護理專業的能量。基於以上的營運方向，將以主動出擊策略為理念，提出以下規劃：

1. 吸引舊會員回娘家的優惠方案。
2. 結合其他學會共同舉辦各項有國家認證效益之社區護理專業研習，吸引舊會員及新會員加入。
3. 舉辦社區優良護理人員競選活動，除提升本學會在社會的能見度，亦吸引及招募各護理專業領域新血加入本學會。
4. 舉辦智慧化社區照護競賽，開拓社區護理思維的新局面。
5. 舉辦線上國際會議，開創與國際社區相關護理學會交流的窗口，促進國際交流。

期盼各位會員能共襄盛舉，共同努力使台灣社區衛生護理學會能更加茁壯。最後，再次感謝各位會員的支持與厚愛，也請不吝提供任何建議，讓本屆服務團隊服務品質更加精進。

在此，祝福各位身體健康，萬事如意！

理事長王琪珍

中華民國 110 年 1 月 31 日

本 會 消 息

※109 年會務報告

【會員委員會】

1. 截至 110 年 1 月 31 日止，本會會員總數共 586 位（指曾為本會會員者），其中永久會員 23 人、活動會員 54 位（108 年-110 年有繳費）。
2. 第六屆新入會人數 30 人（108 年 8 月 1 日至 110 年 1 月 31 日）。
3. 即日起受理『台灣社區衛生護理學會（優良、資深）護理人員表揚徵選』，報名截止 110 年 3 月 21 日。

【公共議題與公共關係委員會】

1. 完成辦理衛生福利部 108 年度建構優質護理職場計畫「前瞻護理 2030 行動講座」：社區護理與長照護理之現況與前瞻】北部場（108.12.6）及南部場（108.12.10）兩場公聽會。
2. 109 年度參與專業團體會議如下表：

日期	議題	召集單位	學會出席代表
2 月 25 日	第一次長期照護議題及策略推動	全聯會	陳智菁理事 林燕玲候補理事
3 月 19 日	公衛師法草案公聽會	全聯會	謝佳容理事
6 月 07 日	公共衛生師法討論會	全聯會	劉筱茜理事
6 月 12 日	照顧服務員可執行業務範疇研商會議	衛福部	蔡娟秀理事 陳智菁理事
6 月 16 日	第二次長期照護議題及策略推動	全聯會	蔡娟秀理事 陳智菁理事
10 月 30 日	第三次長期照護議題及策略推動	全聯會	蔡娟秀理事

【文書編輯委員會】

1. 於 2021 年出版首刊會訊，會訊主題：未來社區護理教育增能與人才培養。

【學術委員會】

1. 108 年-109 年本會辦理研討會主題與參與人數，如下表：

日期/時間	地點	主題	辦理單位
108 年 11 月 13 日	台中科技大學民生校區仁愛樓 3 樓哈佛教室	「108 年輔導衛生局所發展高齡友善健康多元評估」與服務成果研討會	台灣社區衛生護理學會主辦；國立臺中科技大學中護健康學院暨護理系協辦
108 年 12 月 28 日	蓮潭國際會館 203 會議室	長照政策講座	財團法人高雄市居家長期照顧發展協會主辦；台灣社區會生護理學會、社團法人台中市居家護理聯盟協會協辦
109 年 4 月 23 日	國立成功大學護理學系/遠距課程 （ZOOM 會議室）	長照發展契機研習會－基層社區護理發展與未來發展	台灣社區衛生護理學會、國立成功大學醫學院護理學系主辦；台南市護理師護士公會協辦
109 年 7 月 25 日 7 月 26 日 8 月 1 日	高雄市立聯合醫院 4 樓階梯教室	『L50-「音樂律動-（活化身體機能）開心動一動」』指導員培訓課程	台灣社區衛生護理學會主辦；高雄市立聯合醫院合辦
109 年 11 月 7 日	國立成功大學醫學院第一講堂	尿失禁照護研習會-照護放輕鬆-不「溢」尿好安心	台灣社區衛生護理學會、中化銀髮事業有限公司、成大護理部、成大護理系合辦
109 年 11 月 26 日	國立成功大學 國際會議廳 第一講堂	「情愛糾葛的性慾出口--愛滋止步與安全性防護講座」	國立成功大學環安衛中心衛保組主辦、台灣社區衛生護理學會協辦

※110 年工作計畫

類別	工作項目	執行期間	負責委員（人）
會務	年度預算表及工作計劃編列 理監事聯席會召開 會員大會召開 友會大會及活動參與 會籍管理 經費收支帳務處理	二月、三月 五月、十月 五月（暫定） 常年性 常年性 常年性	理事長、秘書處、全體理監事
業務	填寫並發出扣繳憑單 學會網站維護、辦理網頁內容更新及相關訊息等事項	一月 常年性	秘書處及相關計畫人員
學術研究	研究計畫申請及執行 辦理公共衛生護理人員繼續教育（預定北、中、南）	三月~十二月 九月~十一月 常年性	學術委員會、秘書處及相關計劃人員
會員擴展	全國巡迴推廣學會理念 社區優良/資深護理人員遴選及表揚	常年性	理事長、秘書處、全體理監事
政策法規	參與相關會議，研商有關社區衛生護理學會人員職場環境問題 探討社區護理人員現行制度及現存問題	常年性	理事長、秘書處、全體理監事
會訊編輯	策劃本會會訊編輯、出刊事宜、定期出版會訊、提供寫作籍出版之相關諮詢服務。	常年性	理事長、秘書處、文書編輯委員會

主 編 的 話

■ **林岳良｜第六屆編輯委員會主委 / 臺北市信義區健康服務中心護理長**

感謝各位社區護理的前輩先進與各領域的專家學者對本會的熱烈支持，編輯團隊會將以更好的服務及邀集更優良的稿件感謝大家的支持，2020 年在新冠病毒籠罩下，我們挺過來了！新冠病毒造成人們的恐慌，也使大家生活型態產生許多重大的轉變，公共衛生的議題似乎較容易引起大家的共鳴，因而我們在 2020 年與相關企業合作辦理與社區護理、長照有關之議題逾 20 場研習會，今年協會也特別針對衛生福利部呼應 2020 全球性護理運動未來的投資重點，健康照護體系與模式，將由醫院護理轉為社區化的趨勢，將此次專題訂為：「未來社區護理教育增能與人才培養」，邀請了產、官、學界的專家，來告訴大家如何透過社區護理教育與實務契作，讓護理不只是疾病照護，也是政策推動的菁英，更重要的是健康促進與疾病預防的社區領導者，期待此議題能吸引更多護理人員，投入社區護理行列，加入台灣社區衛生護理學會，一起創建未來社區護理的前景與價值。

台灣社區衛生護理學會
TAIWAN COMMUNITY HEALTH NURSES ASSOCIATION

2021 會訊專題

未來社區護理教育增能與人才培養

長照 2.0 政策的新思維

■ 李素華 / 高雄市政府衛生局長期照顧中心 主任

前言

台灣於2018年3月進入高齡社會，老年人口比率 14.1%（343 萬），依據行政院國家發展委員會推估，台灣在 2026 年將邁入超高齡社會，老年人口比率達 20%（488 萬）。從 1993 年老年人口比率 7.1%（約 149 萬），經 25 年至 2018 年進入高齡社會，從高齡社會邁入超高齡社會僅 8 年時間，台灣老年人口成長速度世界之最。高齡社會的來臨，除失能老人或失智的照護外，如何讓長輩獲得最好的照顧，在他熟悉的地方健康、安心、安全的生活，以及老老照顧、獨居老人照顧與外籍看護等問題，亦是政府規劃長期照顧政策極為重要的議題。

長照政策歷程

政府因應人口快速老化及長期照顧需求，從 2007 年行政院核定「我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，建置我國長期照顧體系，主要目的是保障身心功能障礙者獲得適切的服務，增進獨立生活能力，維持尊嚴與自主。地方政府在衛生局或社會局成立虛擬「長期照顧管理中心」，以單一窗口提供長期照顧服務，其角色功能為到宅評估、擬訂照顧計畫，連結長照服務資源之個案管理。長照十年計畫服務對象為日常生活（經 ADLs、IADLs 評估）需要他人協助之 65 歲以上長輩、55 歲以上山地原住民及 50 歲以上身心障礙者；服務內容以居家照護（照顧、護理及復健）為主、喘息服務、交通接送、餐飲服務、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善等 8 項。民眾使用長照服務採實物給付，以服務次數計價，依據 ADLs 評估失能程度（分為輕、中、重度）給予服務次數，及家庭經濟狀況補助（一般戶自付 30%、中低收入戶自付 10%、低收入戶全免費）。長期照顧十年計畫奠定了我國長期照顧制度根基。

長照服務政策另一重要旅程碑，「長期照顧服務法」於 2015 年 5 月 15 日經立法院三讀通過，並於 2015 年 6 月 3 日總統公布，2017 年 6 月 3 日實施，長照服務有了法源依據。「長期照顧服務法」內涵包含相關名詞定義、中央及地方政府權責、長照服務及長照體系、長照人員管理等。在第 15 條明定中央主管機關為提供長照服務、擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費，應設置特種基金，讓長照服務有了穩定的財源。

蔡英文總統於 2017 年核定長期照顧十年計畫 2.0，開啟了長照服務重要的核心價值，其核心理念是以”人“為中心，社區為基礎的服務目標，從健康、亞健康、失智、失能到出院準備服務、居家醫療、臨終居家安寧服務，建構連

續性長照與醫療整體照顧服務模式，不僅擴大服務對象，服務項目亦擴增至 17 項之多。另，2018 年實施「長期照顧給付及支付基準」，民眾使用長照服務採給付額度，透過評估工具（CMS 評估量表）評估之長照需要等級（分為 2~8 級）給付不同額度，並依家庭經濟狀況補助（一般戶自付 16~30%、中低收入戶自付 5~10%、低收入戶全免費）。長照服務額度分為[照顧與專業服務]、[交通接送服務]、[輔具服務及居家無障礙環境改善服務]，及家庭照顧者支持性服務--[喘息服務]，各項額度彼此不互相流用，以保障各項服務的安排。

長照 2.0 的新思維：

1. 建構社區整體照顧服務體系：長照服務遞服務權責，開放民間單位參與，設置 A 單位（民間團體或長照機構等單位）為失能個案連結服務窗口，經照顧管理專員評估符合長期照顧給付及支付基準補助者，由 A 個案管理員依失能等級 2~8 級之給付額度，連結服務單位（B 單位）提供服務。在長照服務體系，由非政府部門 A 單位扮演民眾需求及長照資源分配重要的角色，政府部門與民間需共同合作，給予民眾最合適及公平的照顧服務。
2. 民眾使用長照採給付額度，依據評估工具（CMS 評估量表）評估之長照需要等級（分為 2~8 級）給付不同額度，服務費用採項目支付非以次計價，訂有夜間或困難照顧個案加碼，民眾可以依額度選擇多元服務內容，也穩定了照顧服務員薪資結構。長照採給付及支付方式，在民眾的需要及額度的使用上，要有相關配套措施，以使長照服務符合民眾需求與期待。
3. 普及 C 級巷弄長照站（每里一站），提供亞健康民眾可及性的預防及延緩失能活動、共餐及社區參與等服務。預防及延緩失能是活力老化、健康老化，提升老人生活品質最有利的服務。
4. 擴充社區式服務，以一國中學區設一日間照顧中心為目標，布建綿密社區照顧資源，提供長輩最合適的照顧模式。
5. 將失智長輩納入服務對象，建構失智共照服務體系，支持每縣市建置失智共照中心及失智據點，以提升公民識能率、建置失智友善環境、健全失智症診斷、治療、照護網絡、失智個案照顧及家庭照顧者服務為目標，長照 2.0 對開啟了對失智照護的旅程。
6. 建構出院準備無縫銜接長照服務，成功縮短失能者出院獲得長照服務時效，而復能服務及早介入，除讓個案及家屬安心返家外，也降低家屬照顧壓力及改善個案自我照顧能力。
7. 最後銜接健保的在宅醫療及臨終安寧照護，給予無法出門及臨終長輩，可以在家接受完善的醫療照護

並陪伴到最後。

結論

長照 2.0 以人為中心，以社區服務為架構，從健康、亞健康、失能失智、醫療到臨終照護，規劃普及社區化長期照顧服務資源，民眾獲得可近性（Accessible）~方便到達、可用性（Available）~有品質的服務、可接受性（Acceptable）~可負擔的長照服務，是在地老化的實踐。

參考資料

行政院（2007）• 我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）。台北市：行政院。

國家發展委員會（2016）• 中華民國人口推計（105 至 150 年）。取自 https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。

~未來社區護理教育增能與人才培養~

部落的社區關懷據點教學經驗與應用之舉隅

■ 謝佳容 / 臺北護理健康大學護理系副教授

■ 李佳蓉 / 衛生福利部雙和醫院護理部教學護理長

前言

在所有專業的發展中，人力培育、規劃與發展是重要的基礎，且護理教育的實踐也要以回應社會民眾與專業服務的需要，來提供安全、有品質的健康照護角色，特別是國內人口結構改變，民眾的照護需求也隨之改變，社區護理教育對於護理人才的培育也就成為重要的課題發展之一，然而，「社區衛生護理」與其他護理領域不同的是，所服務的對象含括較廣，包含個人、家庭、團體及社區，主要任務為促進及保護群體的健康，而社區群體的議題的複雜性及挑戰性更高，且不同社區存在著各自的獨特性與文化價值，引導學子關注民眾健康照顧議題時，也需配合國家的醫療健康照護政策的方向，方能落實對於社區中提供基層保健醫療服務，並推動社區衛生的三段預防策略。

本文目的將自教師觀點，提出社區護理教育增能與人才培養的重要概念，特別是提供以社區為導向的服務時，培育學生具備跨專業合作與團隊照護能力為必要的基礎，而在發展跨專業間合作夥伴關係時，也需重視個案所在社區的文化獨特性與多元價值觀，故本文以指導學生深入偏鄉的社區關懷據點，分享對該社區群體的健康服務之團隊照護經驗，透過實際的社區教學場域之互動，落實對護理專業的人才培育，同時，也表述師生於社區服務歷程的反思觀點，進而藉此展現出教育增能與學習成長之淬鍊。

一、培育跨專業間發展合作夥伴關係，亦重視在地社區的文化價值觀

在大學人才培訓中，教師宜為同學們創造一個能參與社區公民活動，並培養批判性思維能力的機會，方能有助於跨專業間發展合作夥伴關係的建立，在巴西的社區護理學課程計畫，教師於社區護理的教學過程，引導於學生進行社區健康促進議題的瞭解，透過對社區當地居民的服務學習經驗，連結其健康議題，進而展開對社區居民的健康需求評估，並促使當地居民的進行健康行為改變，在此過程需掌握學生們對社區參與時自我反省的機會，其有助於成功地進行展開合作學習，進而增加其成功實現社區照護的能力（Brown, 2017）。

社區照護重要的基礎之一為社區護理評估，教師們要能協助學生們對於健康保健和醫療服務體系有正確的認識，且當社區居民的健康決定因素往往是多元因素導致的結果，故需體認社區群體的多樣化事實，因而對基層群眾推

動健康促進與保護活動時，引導學生和社區夥伴一起發展合作學習的夥伴關係，有有助於護理領導能力之培育（Evans-Agnewet al., 2017），對於社區群體的護理評估之全面化，可藉由和社區民眾的多次面對面接觸，像是會談、焦點團體、問卷調查或意見領袖的對話，都有助於對群體健康需求的深入剖析，以及得知健康威脅或疾病衝擊對其個人身心層面的作用，進而對其家庭、社區社交生活的影響 （Erwin,et al., 2018）。

再者，不容忽視的是於社區護理教學過程，需提升學生的文化敏感度，尊重在地社區的文化價值觀與獨特性，當與社區居民互動時，文化的衝擊經驗，也是最佳深度覺察對群體健康需求的之契機，若擁有較高的文化敏感性時，也才能真實的體認群體健康需求的差異性，也方能規劃出適切的照護活動，進而產生彼此互惠、社區共生的價值（de Mello,et al., 2018）。但是，文獻也指出，往往在健康照護的課室教學情境，我們通常缺乏文化上適當的教材，因此，藉由實際照護場域的體現，教師更要關注學生能體認文化差異性對群體健康維護的重要性，因而，教學策略的應用，要促使學生的反思學習也成為重要的基礎，透過自我反思的歷程，可增加自我對話、反省、產生新的行動可能性，也會促發與社區他人的交流，啟動再對話和重新修正照護服務之循環歷程，更可促使社區民眾對健康活動的持續參與（Brown, 2017 ），此健康活動的行動，也是個體對自我充權增能的體現，不但可提升學習者的自我控制感，使其有能力進行抉擇，也是教學者，透過支持與引導，促發為社區護理照護的最佳行動化之落實（de Mello,et al., 2018）。

二、社區護理教學經驗之實證應用舉隅

筆者（第一作者）曾經於老人健康照護指導實習的教學經驗，協助學生（第二作者）提供個案從「急性期」延續至「居家照護」的持續照護經驗，運用周全性老人評估分析身、心社會及靈性等健康問題，並經實證之生命回顧重整個案生命歷程，以及復原力理論方案介入，改善照護個案的憂鬱傾向，完成連續性老人健康實務照護之實習目標。之後於社區護理實習的經驗中，應用對老人健康照護政策及社區發展理論，引導學生強化於社區老人相關研究與議題的批判思考能力，以及學習老人照護相關之管理、領導、教育、諮商及決策判斷，促使其於社區實務情境中，發揮「個案管理」及「團體照護」功能，並獨立針對特定議題運用批判思考，連結並統合社會資源，建立社區網絡，進而展現其學習者的專業照顧角色與功能，下列為引導學習者其照護能力增能之教學歷程:

（一）社區評估與診斷

由於實習指導學生（第二作者）自身為原住民阿美族，其本著關懷原鄉精神，希冀提供及發展社區部落群體健康照護的實務方案，故透過公部門（新北市原住民族行政局）協助據點連繫及轉介，實習場所最後安排於烏來區忠治部落的社區關懷據點。於照護活動展開時，首先進行社區評估的內容與步驟，確立部落長者的群體健康需求，經觀察、身體評估及問卷訪談忠治關懷據點 10 名長者，運用社區八大系統評估，分析到部落長者的重要健康問題分別有：血壓控制不佳、無規律運動習慣、低自覺健

康、低復原力與幸福感等五項。並透過歷史訪談，得知部落泰雅文化傳承意識薄弱與青少年人口嚴重流失衝擊長者過往生活經驗，且據點長者多為輕至中度失能及中低收入戶；健康狀況、功能性能力及社經地位皆較差，而文獻指出此健康結果會影響老人幸福感，使個人的認知及感受趨於負向，降低生活滿意度、生命目標的期待與復原力（連、鄭，2015；Song, & Song, 2014），因此於確立部落長者需求後，筆者們再使用 SWOT 分析工具進行據點資源優勢、劣勢分析，並對外部環境可能的潛在威脅作方案可行性探討，透過師生們的討論、問題剖析及方案研擬，我們提出社區照護方案的目標為改善忠治部落長者自覺健康狀態及提升幸福感，核心內涵為提升社區居民的團體復原力之心理社會介入方案（圖一）。

（二）運用護理實證解決部落群體健康照護之議題

實證問題為「心理社會」（psychosocial intervention）介入是否能提升原住民老人健康與幸福感，限定標題與摘要，用布林邏輯搜尋 Cochrane、CINAHL、PubMed 及中文 CEPS 資料庫，收案條件為：臨床隨機對照試驗或系統性回顧文獻、人類試驗、限制年代 2008-2017 年、中英文的全文期刊及年齡 65 歲以上，排除無全文的文章，搜尋到 59 篇文獻。由標題排除重複文獻 1 篇後，透過主題及閱讀摘要扣除與主題不符（癌症、流行病、檢驗成效）36 篇，依據文獻選取條件排除不符文章（非身心健康改善成效）11 篇，最後經全文檢視，排除未清楚說明研究介入流程等 1 篇，可納入評讀的文獻為 2 篇。搜尋過程中並沒有找到符合 PICO 針對原住民文獻資料；但符合老人及心理社會介入條件共 2 篇文獻，氣功運動介入，可提升肌力平衡、減緩壓力與憂鬱 1 篇，以及運用承諾療法併正向意念介入，可改善復原力 1 篇。

（三）評析文獻與規劃社區方案偏好的考量

過去文獻指出氣功、接納與承諾療法併正向意念皆對心理層面具正向影響力（Fledderus, Bohlmeijer, Smit, & Westerhof, 2010；Putiri, & Gillham, 2012），其中「太極拳」在華人世界盛行已久，已有多篇研究顯示太極拳對老人身心健康具有效力，不但可提升肌耐力及平衡，降低跌倒意外風險，亦可有效減緩壓力及憂鬱情緒，且運動過程將產生正向意念，激發個體內在動機，提升自我效能，進而增強自信心與心理健康（洪、張、賴、簡，2013；梁、陳、黃，2014；Caldwell, Emery, Harrison, & Greeson, 2011）。

由於考量忠治關懷據點長者的身體狀態，評估太極拳運動介入在部落實施的重要性極高，因為烏來區居住地勢多斜坡易有跌倒風險，會降低長者出門意願，因此，加強部落輕度失能長者的下肢肌力與平衡力勢在必行，且太極拳無須任何器材，既使雨天不便外出時，

仍可於居家環境維持運動習慣；以及，該據點並無常規運動課程，身體活動量降低，除影響老人獨立自主能力，缺乏運動的生活型態更與心血管慢性疾病罹患率有強烈關係。

文獻指出慢性疾病、日常生活功能障礙與自覺健康有顯著相關，中低教育程度、低社經地位與居住鄉村者，易有負向自我認知評價，並影響老人生活效能（林等，2013；柳、徐，2016），且老人健康促進活動設計缺乏社會文化脈絡的關照時，也會影響其主觀幸福感（Song, & Song, 2014），於怡等人（2016）指研究出原住民老人在健康需求面向與類別不同於漢族老人，原健康需求首重在視聽溝通能力、心理健康和安適等面向，且部落族群文化與自主性各不相同，像是陳等人（2008）透過訪談泰雅族，瞭解原住民族有著詮釋身體與大自然關係的特殊生命價值觀，強調人與自然的和諧，以及「快樂的人就是健康的人」的概念。因此，如何協助忠治長者展現原民特有樂天知命正向精神，改善負向自覺健康認知與提升幸福感，並結合文化精髓達到社區永續發展是重要思考方向，另方面於訪談過程發現，原住民老人重視其文化的傳承，掛慮部落的泰雅文化正快速流失中，此也導致情緒感受趨於負向，影響其心理安適感。據此，發展具原民特色的老人活動課程，且能於忠治部落的社區關懷據點永續發展，便成為重要課題之一。

（四）太極正念複合式活動方案設計與內容

本階段的實習指導，著重於老人團體方案發展，秉持實證護理精神，應用「太極正念複合式活動方案」作介入，課程內容將太極運動與泰雅傳統音樂結合，另透過正向團體凝聚營造泰雅族人重視之共享文化，改善原民長者自覺健康及幸福感。考量忠治關懷據點長者長期缺乏運動及失能長者佔 60%，故修正 Hsu, Moyle, Cooke, & Jones（2016）楊氏太極拳方案，規畫出緩慢的大動作搭配規律呼吸為主要運動模式，方案介入共有 12 週、每週 2 次及每次至少 30 分鐘的複合式活動內容。

第一部份太極運動介入規畫為前八週，每週三由太極教練進行招式教學共 90 分鐘，每週五由太極助教利用「太極教學影片」協助團體複習共 45 分鐘，而後四週則由太極助教協助維持規律太極運動習慣，每週 2 次，每次 35 分鐘。

第二部份正向意念團體課程，則由師生們依據 Seligman（2002）正向心理學理論及吳相儀等人（2017）感恩課程設計原則，與據點人員討論長者可接受的活動內容，並考量泰雅原民文化後，自編課程；太極拳運動課程開始前 25 分鐘，利用團體遊戲引導長者以正向態度面對困境，並結合泰雅族樂曲引導太極拳冥想練習 5 分鐘，使於過程獲致良好正向意念，提升心理適應程度，作為心靈受挫時的激勵，提高個體復原力及幸福感。

基於文化敏感度的照護，社區照顧過程，筆者們嘗試將泰雅傳統音樂導入於太極拳運動，選擇泰雅族傳統音樂中曲調較慢，以利太極運動過程呼吸調節，

太極運動曲目為泰雅「加油歌」，歌詞內容為引導長者每一天都要認真地度過，此也對應於介入前，長者質性訪談提出「沒辦法做自己想做的事，每天都這樣過，會一直想以前的事」、「每天就這樣過啊，很累」之需求，另外於太極冥想時，則選擇泰雅族古調「好好活著」的音樂鈴聽，此歌詞內容為忠治長者重視之文化血親凝聚意涵，提醒族人一定要好好活著及互相幫忙，透過此讓長著於冥想階段，傳達出珍惜自身現在所擁用，以及感恩陪伴在身邊的人之感受。

（五）活動方案結果評值

本社區據點參與活動的長者持續性極佳，流失率為 0%，因透過太極助教協助，雨天無法至據點參與課程的失能長者，仍能維持每週 2 次運動習慣；當運用統計 Wilcoxon Signed Rank Test，檢測服務對象在活動介入後，此太極正念複合式活動方案可改善老人身心健康之成效，長者們運動持續意願（Likert 5 分法）結果平均為 4.3 分，10 名長者皆願意持續維持太極運動，其中 2 名高齡太極助教持續意願更高達 5 分；而銀髮族自覺身心健康狀況量表，統計結果顯示在生理功能總分（Z=-2.555，P<.05）與心理功能（Z=-2.825，P<.05），前、後測分數之差異達統計上意義；另方面於幸福感量表中，分析結果顯示參與長者的幸福感受顯著提升（Z= -2.588，P <.05）。

另外，分析參與長者的正向語言與非語言之復原力表現得知於（1）自我效能：楊爺爺在第 1 至第 2 次團體活動時，經引導可積極參與活動，在第 3 次活動時更是積極主動參與活動。（2）懷抱希望或期待：長者臉部表情經活動介入後開懷大笑者從平均 83.6%，增加至 93.0%。楊爺爺：「參與活動完成作品，很有成就感，因為現在的我還可以自己來」。（3）幽默感：長者主動表達分享情形亦從平均 85.1%，提高至 95.0%；如：失能的林奶奶在第 1–2 次團體活動時情緒平穩，第 3 次以後則轉為愉悅、快樂，並主動說：「唱歌真的很好，有時心情不好，哼著哼著心情就好點了!」。（4）正向關係：第 3 次團體活動後，長者增加許多正向自我評價及情感表達，如：王奶奶：「做照片的回憶錄想起很多開心的事情」。李奶奶：「快樂!平安!感恩!我覺得我每天都好快樂」。（5）社會支持：長者社會參與意願提高，如：王奶奶：「要感謝的人很多!到據點來很高興，很多人一起上課聊天」。陳爺爺：「會一直想著要來據點，跟大家吃飯，聊天，互相加油打氣」。雖然，太極拳對大多數部落長者而言為全新經驗，儘管他們謙稱自己不會、沒有經驗，但在運動過程及培育高齡助教時，獲得團體成員的正向回饋，更能肯定自身能力，而提升正向感受。當運動曲目為泰雅耳熟能詳的歌曲時，長者們會一邊唱歌一邊運動，顯得有朝氣，他們提及運動課程中可感受到活力，而於正向心理學角度的正向意念團體課程，也看到長者對情緒管理、正向意念的認知，課程介入前長者多數面無表情或無奈語氣，但之後臉上轉為有笑容，對話時口吻也顯得肯定、有自信的狀態。

（六）教學者與學習者的自我反思與覺察

原住民健康與醫療體系的在地化，受到許多社會因素如缺少教育、醫療服務及設施等影響，然而醫療體系問題，往往造成原住民家庭生活問題，進而影響個體身心健康狀況，師生們均認同可

藉由傾聽原住民的口述歷史，比統計數據更能有效瞭解社區群體的健康生活之需求。特別是過訪談忠治部落長者，可深刻瞭解長者心中無奈：「以前部落很多人，有年輕人、小孩，大家都很開心地聚在一起…現在都老人，很寂寞」，面對文化流失的沉痛：「我們的勇士早不再是勇士，是白浪眼中的廉價工人」、「雖然好像有很多泰雅表演，但那精神早就不在了，只是為了要賺錢吃飯」，此等話語中，長者們表達出重視團體凝聚、共勞共食共享的泰雅祖訓，與現今資本主義相互衝擊。

學習者的學習反思，覺得自己最大收穫是改變自身認知與解讀不同的生命經驗，像是第一階段藉由提供持續性照護的實習方法，走出醫院、深入到個案生活的社區，全面性的實際瞭解老人出院後於日常照護的需求與困境，透過身體評估、家庭評估、社區評估及老人周全性評估之方法收集及統整老人相關資料，運用生命回顧進行敘事治療，並結合復原力理論分析個案憂鬱原因，使確認能強化個案內心力量保護因子，提供個別性護理措施，有效降低個案負向情緒並感知家庭支持力量（李、王、林，2019 ），接續於第二階段社區群體的學習經驗，學生因自身為台東阿美族部落長大小孩，見著烏來泰雅長者哀傷文化遺失之衝擊時，感同身受悲痛萬分，回想部落長老初次見到學生時，有著不樂見的表情訴說：「你們這些做研究的人沒有感情，只有數據，我們不一樣」，對此原住民族團體凝聚意識強，重視族人親近接觸意義的尊重，學生藉由陪伴、傾聽，實際瞭解生活中應用的文化差異，過程中學習簡單泰雅族問候語，如「lohka su ka？」、「lohkata！」（你今天精神好嗎），展現肯定特殊族群文化的正面態度，讓長者漸漸接納並認同學生於此實習的活動，學生也學習到文化尊重的體認，因為當自身文化或價值觀受到他人的肯定，則能形成一股強化自身認同的力量，長者是否能肯定自我價值，更常常受到重要他人肯定的影響，透過覺察重新檢視與思考，影響原住民族長者活躍老化的關鍵，也於此研擬出此次介入的方案。

教師的教學反思為當我們引導學生從個人到群體的健康議題的探索時，除強調並引導學生要能關注被照顧者之權利，利用社區發展的理論，促使學生能運用批判性思考，來研議老人健康照護相關議題，透別是護理在職學生的特質，常常因為學習動機強、實務經驗豐富可以擁有較佳的自主學習的能力，但也因為多元化的生活角色，會有壓力過度負荷的生活型態，所以護理在職學生的健康狀況普遍不佳。因此，自己的感觸為對學生的關懷與充權，關注在職學生的身心健康之需求，就如同我們對社區民眾的關注，猶記得每次開車過去烏來區忠治部落的社區關懷據點時，途經山區的鄉鎮道路，遠眺青山與親臨綠澗（圖二），更能感受到鄉鎮部落、社區鄰里的獨特性，深覺我們提供的服務要能接地氣，也要對學生依據其個人特質，適度放手方有機會使其韌性發揮，進而

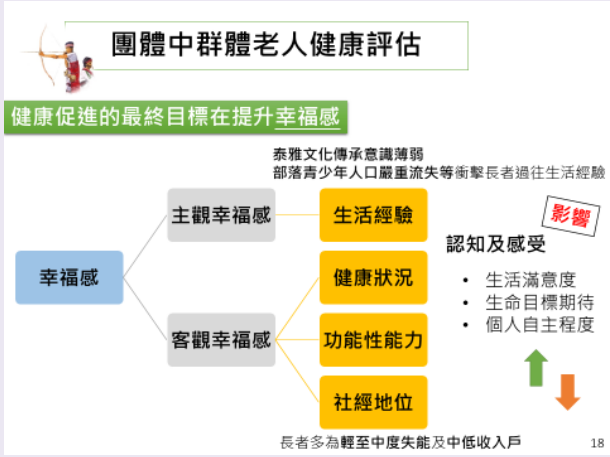
與社區中的服務群體建立夥伴關係，進而滋長其生命的能量，而有更多創意照護元素的展現(圖三)。後續，筆者們也協助將此社區服務學習經驗，參加台灣護理學會於 108 年「護理碩士班學生臨床實習成果競賽」的遴選，也很榮幸獲得評審委員的肯定，獲得金獎；而評審的綜合意見為「*此二階段學習的成果，深入了解原鄉部落長者的問題，並依其需求尋求實證，設計融入部落文化的方案，提升長者幸福感，也提升個人專業成長*」。

身為護理教師，自詡就像是為舞台中的聚光師，每個學生有不同的舞台，我們在彼此生命共同腳本中交會、相聚，教學相長過程，也各自將角色扮演好、做最佳的呈現，同時，也與台下互動的他人(個案、家屬、家庭或社區)，傳遞出所要表達的訊息或關懷服務，這就仿如共同導播一齣戲，豐富了彼此的生活故事，也帶來對生命熱情的感動。

結論

護理教師於社區護理教育增能與人才培養的過程中，扮演著促成學習者與社區群體合作互動的重要橋樑，特別是以社區為導向的服務過程中，需重視多元化與複雜化的社區健康議題對群體健康的影響，就如同現今全球社區皆受到新冠肺炎疫情影響，讓社區護理服務增添許多不確定因素，護理教師不但可參與社區防疫的任務(陳,謝,2020)，也可與學生們一起藉由社區護理服務的學習經驗，帶給社區居民正確防疫觀念和心理支持的作用，在國外有篇社區護理服務的文獻提到，教學者因應疫情的變化，迅速調整社區護理服務的合作實習形式，教師經由與社區意見領袖組成網絡，並與社區地段護理人員協同合作，於疫情期間帶著學生們，透過電話關懷的方式，對社區居家隔離者、或不便出門的長者們，形成服務網絡，讓社區民眾仍可透過此關懷網絡，持續與他人生活接軌，獲得心理健康的支持，並宣洩其焦慮不安的情緒，更達到健康管理與社區防疫的責任，學生們也於此社區夥伴關係的建立過程，增加社區照護的實務經驗，演練出社區群眾對話的溝通技巧和人際關係建立之能力，也因自我反思與成長，達到互利互惠，也培育其護理的使命感(Ashley,et al.,2020)。

對於未來社區護理教育的增能與人才培養，本文筆者們透於偏鄉社區關懷據點的護理服務經驗，提出社區健康照護的跨專業間發展合作夥伴關係與重視在地社區文化價值之重要觀點，期盼透過此經驗分享，可供做發展接地氣的社區實證護理方案與護理教育人才培育之參考。



圖一

圖二

圖三

參考文獻

李佳蓉、王佳慧、林秋芬（2019）．運用生命回顧及復原力於一位活動限制老人憂鬱之護理經驗．*護理雜誌*，*66*（1），5-11。

吳相儀、辛昱融、陳琬云、簡晉龍、鍾昆原（2017）．感恩課程對大學生感恩、幸福感與復原力影響之研究．*教育心理學報*，*49*（1），23-41。

怡懋、蘇米、許木柱（2016）．台灣原住民族長期照顧之跨文化政策議題與省思．*護理雜誌*，*63*（3），5-11。

林儷蓉、李冠逸（2013）．運用休閒生命回顧課程協助輕中度失智症患者自我統整之研究．*體育學報*，*46*（4），459-474。

梁德馨、陳儀蔓、黃虹瑜（2014）．大學生運動情形與憂鬱傾向之關聯研究-自覺健康及幸福感之中介效果探討．*輔仁醫學期刊*，*12*（4），215-225。

連廷嘉、鄭曉楓（2015）．老人幸福感量表編製之研究．*輔導季刊*，*51*（1），29-37。

陳芬苓、徐菁苹（2008）．心與靈的健康觀與疾病觀-以現代泰雅族原住民為例．*台灣公共衛生雜誌*，*27*（5），411-420。

陳美麗、謝佳容（2020）•護理系教師參與護理台灣隊的防疫任務與經驗分享•*台灣護理教育學會會訊*，（44），20-23。

Brown, C. L. （2017）. Linking public health nursing competencies and service-learning in a global setting. *Public Health Nursing, 34*（5）, 485-492. https://doi 10.1111/phn.12330

Caldwell, K., Emery, L., Harrison, M., & Greeson, J. （2011）. Changes in mindfulness, well-being, and sleep quality in college students through taijiquan courses: a cohort control study. *The Journal of alternative and complementary medicine, 17*（10）, 931-938.

de Mello, D. F., Caliri, M. H. L., Mamede, F. V., de Aguiar Tonetto, E. M. F., & Reilly, J. R. （2018）. An innovative exchange model for global and community health nursing education. *Nurse educator, 43*（3）, E1-E4.https://doi 10.1097/NNE.0000000000000454

Erwin, J., Edwards, K., Woolf, A., Whitcombe, S., &Kilty, S. （2018）. Better arthritis care: Patients' expectations and priorities, the competencies that community-based health professionals need to improve their care of people with arthritis? *Musculoskeletal care, 16*（1）, 60-66. https://doi 10.1002/msc.1203

Evans-Agnew, R., Reyes, D., Primomo, J., Meyer, K., & Matlock-Hightower, C. （2017）. Community health needs assessments: Expanding the boundaries of nursing education in population health. *Public Health Nursing, 34*（1）, 69-77. https://doi 10.1111/phn.12298 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/phn.12298?download=true

Hsu, C. Y., Moyle, W., Cooke, M., & Jones, C. （2016）. Seated Tai Chi versus usual activities in older people using wheelchairs: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine, 24*, 1-6.

Song, M. R., & Song, L. R. （2014）. Analysis of quality of life among middle aged and elderly women participating in health dance exercise. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology, 6*（3）, 163-168.

Seligman, M. E. （2002）. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology, 2*, 3-12.

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. （2010）. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing

psychological flexibility. *American journal of public health, 100*（12）, 2372-2372.

Putiri, A. L., & Gillham, S. （2012）. Psychological effects of Yi Ren Medical Qigong and progressive resistance training in adults with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled pilot study. *Alternative therapies in health and medicine, 18*（1）, 30.

『未來社區護理教育增能與人才培養』

當前公衛護理的核心專業能力提升之企盼

■ 劉筱茜 / 臺中市東勢區衛生所護理師

公衛護理實務的轉型

衛生所人員執行公共衛生工作，自過去急性傳染病的積極防治、人口轉型政策推動，到現在慢性病的控制，時至今日人口老化的長照需求及 SARS 等新興傳染病的挑戰，又隨著民眾教育水準提升、健康風險危害防護的意識抬頭。過去社區民眾欠缺的醫療需求遠大於保健，現今民眾亟需預防保健的觀念與落實，隨著健保醫療普及，衛生所更應回歸公共衛生「預防勝於治療」的本質、著力在預防保健和健康促進工作上，提升服務的專業度，才能順應民眾對健康迫切的需要，降低不必要的健保支出和家庭負擔。中央政府為了呼應民眾健康的重視，衛生署於 102 年結合社會福利機關升格為「衛生福利部」，各縣市政府衛生局之工作職掌範圍也隨之不斷調整，身為最直接在社區接觸民眾之公共衛生護理專業公職人員，如果僅從就學時期到臨床實務再轉換至社區公衛之所學，顯然已不足以因應。相較早年公衛護理人員進到家戶執行衛生指導、生育保健和衛生檢查，甚至接生服務都有相當充分的訓練和社區實務自主性，反觀現況多透過行政體系層層交辦工作為主，深入社區鄰里互動和護理專業自主性已不同以往。

社區衛生護理教育學會（ACHEN）認為大學護理畢業生必須能綜合護理和公共衛生的專業知識來提升社區和人群的健康結果、提供具成本效益的保健服務和考量社會及全球性健康議題，進而賦權社區、改善健康（陳，2013）。更具體來說，基層社區衛生護理人員核心專業價值，包含下列五項：一、以社區/人群為個案的服務，二、預防包含健康促進的實務，三、建構夥伴關係，四、支持健康的環境，五、包容多元的內涵。筆者乃曾於公衛學術進修的實務工作者，僅就所知的脈絡做一初步整理，供讀者共同討論和思考，公衛護理人員專業發展應如何提升與前進。

公衛護理能力

根據「社區衛生護理人員實務工作核心能力之初探」（董、李,2008）研究綜整社區實務工作專業能力包含九項：（1）個人/家庭照護能力、（2）社區照護能力、（3）溝通/協調能力 、（4）行政管理能力、（5）團隊合作能力、（6）學習教學能力、（7）研究能力、（8）專業發展及科技應用能力、（9）倫理 /法律素養。研究認為「溝通協調能力」是最重要執行社區護理之能力，其次為「法律能力」，顯現社區護理人員重視執業相關之法律意識，因職業時無醫師可下醫囑而執行預防注射之執業時兩難。更突顯現有法源僅就醫事機構做規範和保

障，欠缺社區明確法源保障執行公共衛生相關醫療業務。第三位則為個人/家庭的照護能力。但得分較低的三種能力依序是社區照護能力、行政管理能力及研究能力，對照實務普遍現象，確實如此，值得深入檢討是否因太多非專業性工作花費過多心力、亟待提升社區相關專業能力。

社區個案管理實務

公衛護理人員最基本的實務能力之一，就是個案管理角色。依據個案管理師的角色責任區分為連結模式、管理式照護模式及完整服務模式（劉，2017）。以現階段個案管理工作任務而言，多以連結模式為大宗，乃依據法規與規章執行特定疾病個案之收案訪視及治療照護規範管理，如結核病個案管理、愛滋病個案管理或精神個案管理，如依據傳染病防治法或精神衛生法之事項則有相當之強制執行力。少部分之個案管理是以疾病或行為照護進行提醒和追蹤，如糖尿病個案管理、戒菸衛教、戒檳班追蹤等，皆須獲得個案同意，依據醫療法提供照護指導，無行政強制力。由於不同疾病及社區照護的型態不同，公衛護理人員需要不斷充實照護對象之特性以及醫療端治療之社區可能影響評估，必要時需要協助與與醫院個管師溝通聯繫，以解決照護過程中可能面臨的問題，諸如：副作用評估處置和追蹤檢查項目的完成。

社區防疫防線

自從 SARS 以來，國際間的傳染病議題層出不窮，如登革熱、日本腦炎，還有新興傳染病，如 SARS、COVID-19，尤其病毒不斷突變後，更容易在社區傳播，以現階段社區防疫五道防線，包含(1)阻絕境外、（2）邊境管制、(3）醫療體系保全、(4）個人與家庭防護及（5）社區防疫中，個人與家庭防護和社區防疫，有賴社區護理人員來主導推動並落實，因為疫情一旦到社區擴散，防堵的工作將會非常艱鉅吃力。防疫工作應分為平時與戰時，如平時能建立民眾對傳染病原則的認識，養成對傳染病微生物基本的防護，就能決定了落實防護的配合度。再者，社區不論村里、學校、職場和家戶，不僅是公衛護理人員，社區護理人員皆是舉足輕重的防疫觀念倡導者及諮詢者，不論是結核病、腸病毒還是流感，尤其當今 COVID-19 疫情在即，當面臨疫情對社區、對家庭、對職場的威脅，醫療人員的敏感度及早採取相對應的衛生教育防護指導，對疫情在社區防線建構有實質重大之影響。

法律與政策

隨著時代變遷，公共衛生醫療相關法規不斷增加及完備，公共衛生護理人員除了因任職之衛生所屬醫事機構，當執行醫療業務時，需要依據醫療法、護理人員法及全民健康保險法。又具有公務人員身分，相關權利義務，須受公務人員服務法、公務人員保障法，以及依據行政法、行政罰法等規範、依法行政。尚須配合中央政策及法規，如：癌症防治法、菸害防制法、優生保健法、公共場所母乳哺育條例、緊急醫療救護法、安寧緩和醫療條例、病人自主權立法、傳染病防治法、精神衛生法、自殺防治法等，推動相關民眾衛教宣導及

依法行政之事項。公衛護理人員主要工作職責在國民健康署、疾病管制署、中央健康保險署和心理及口腔健康司，各項法規配套之衛生政策計畫需要更多敏感度去熟悉，並提供民眾對政策之正確認知。

社區統計與監測資料分析

透過公務統計、健康指標等資料可以呈現社區整體的健康狀態或是介入計劃的進展。公衛護理師應主動提供回饋前述的統計或指標，供基層院所、社區團體或意見領袖參考，並掌握溝通的契機，以提升對群體健康的關注和瞭解（葉，2014）。除了二手資料，可透過各種中央資訊管理系統下載或問卷調查建檔並分析，型塑在地健康狀況的輪廓，都是可以獲取資訊的來源，這也是當前公衛護理人員亟待提升之能力，尤其能對流行病學和生物統計有一定之敏感度，在解讀相關數據資料，更能提供民眾面對健康問題之信心。

社區健康議題的發現與改善，有賴正確的健康數值分析及喚起在地民眾對健康議題的認知，一起採取健康行動，才有機會提升群體的健康、降低並避免風險，形成穩定的社區健康網絡。與在地鄉鎮市區長及村里鄰長、議員或醫療機構溝通時用於倡議，逐步產生行動，才能落實為在地健康扎根。

綜上，從社區多元的情境來發展公衛護理人員之在地健康服務專業角色，有其舉足輕重之工作與角色，期盼能有更充實的學識及能力，提供民眾所需的健康服務，發揮應有的專業價值。

參考文獻

陳靜敏（2013）. 社區衛生護理之核心教育內涵．*護理雜誌，60*（3），17－23。

董靜如、李莉燕（2008）。社區衛生護理人員實務工作核心能力之初探。*耕莘學報，6*，9-17。

劉玟宜（2017）。通訊課程（3）【專業課程】：護理個案管理實務。*全聯護訊，116*，http://www.nurse-newsletter.org.tw/index.php/116e/11617。

葉彥伯（2014）。重整過去展望未來－談台灣公共衛生護理師的角色與功能。*護理雜誌，61*（3），5-13。

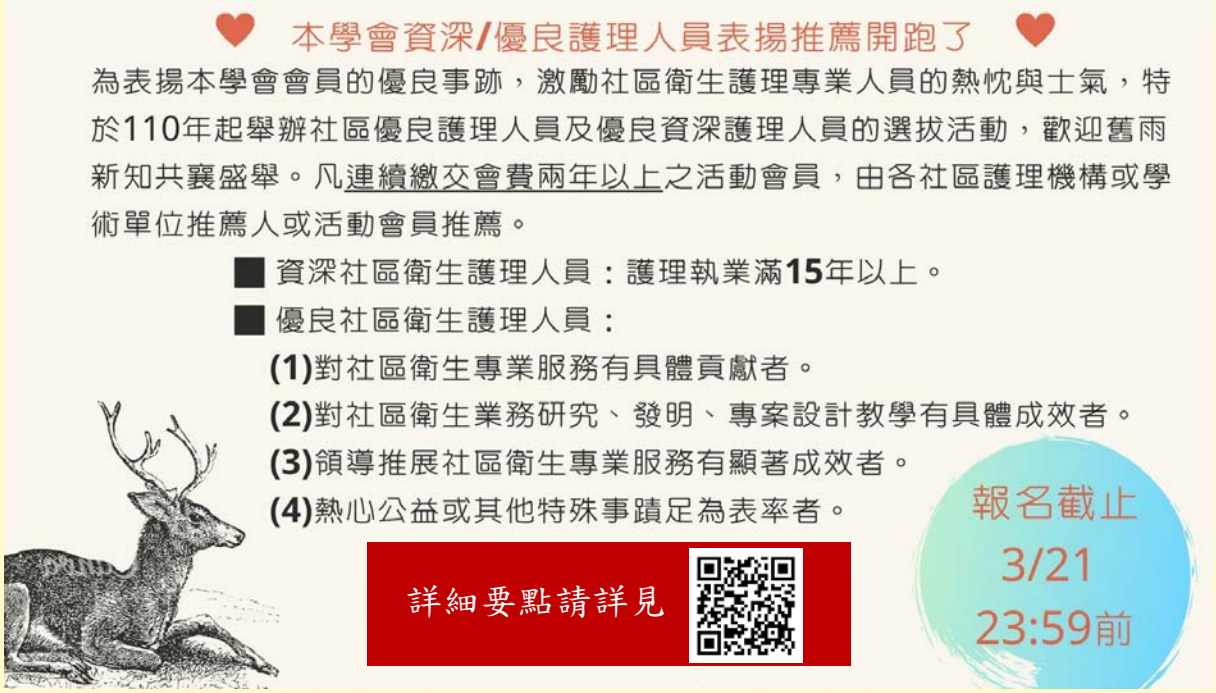
最 新 消 息

※台灣社區衛生護理學會（優良、資深）護理人員表揚

本學會從 2003 年設立至今已過 17 年 3 個月，以突顯及強化社區衛生護理專業而努力，如今本學會會員許多人皆為社會棟樑：例如考試院委員王秀紅教授、衛福部照護司蔡淑鳳司長、前立法委員暨台灣護理學會理事長陳靜敏教授…等，還有許多在衛生機構與單位任職或學校教師皆屬優秀之列不勝枚與，可謂社區衛生護理界典範。

本學會欲透過優秀人才與資深優秀人才卓拔之活動，以激勵社區衛生護理專業人員的熱忱與士氣，本會將於 110 年舉辦社區護理優良人員及資深社區護理人員的選拔活動，歡迎舊雨新知共同支持並參與本活動。

- 受理方式與報名期限：請於 3/21 23:59 前填寫 Google 報名表單並將備審資料電郵至本會信箱。Google 報名表單｜https://forms.gle/qsgWqdET7anhqpnL6
- 實施要點請詳見報名表單。
- 若有任何疑問請來信（ twchna@gmail.com ）本學會詢問，本會將盡快回覆並予以解答，謝謝您。



※【預告】110 年度社區健康照護系列研習會

⭐護理人員繼續教育積分申請中⭐

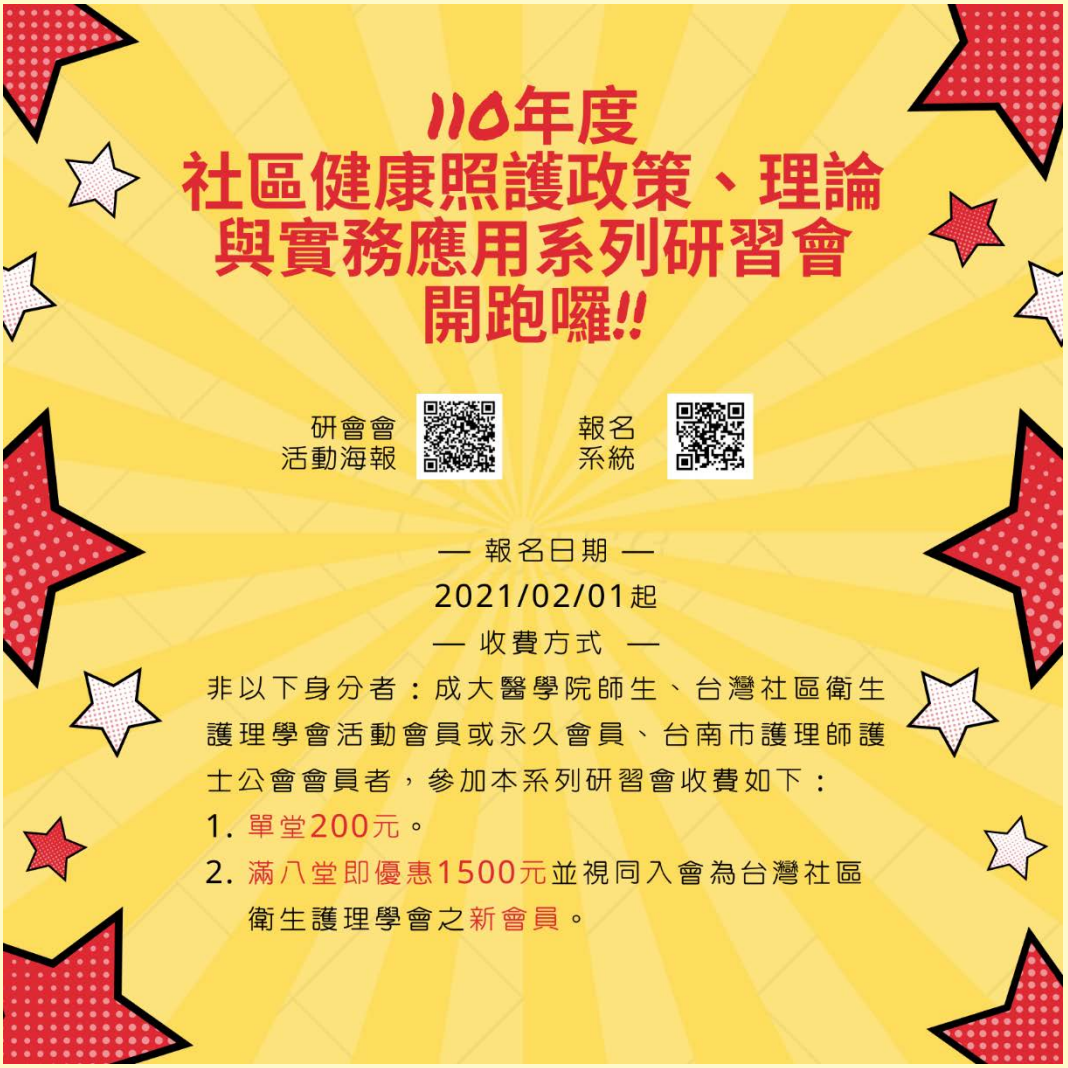
報名日期：110 年 2 月 1 日起開放報名系統

報名系統：http://www.tchna.org/activities.aspx

活動地點：台南市成功大學護理學系

主辦單位：台灣社區衛生護理學會、國立成功大學醫學院護理學系

協辦單位：台南市護理師護士公會



※110 年度社區健康照護系列研習會課程內容

110 年社區健康照護政策理論與實務應用
系列研習會

地點：成功大學醫學院護理學系
報名日期：02/01起
報名方式：請上學會報名系統

粉絲專頁　報名系統

主題一｜台灣失智照護資源探索
時間｜3/11(四) 08：00-10：00
講者｜成大護理系王靜枝教授/亞太護理教育聯盟理事

主題二｜台灣失智照護資源實務應用
時間｜3/11(四) 10：10-12：00
講者｜成大失智中心黃新絨 個管師

主題三｜台灣健康照護體系現況運作挑戰與未來展望
時間｜3/25(四) 08：00-10：00

主題四｜台灣健康照護政策與展望
時間｜3/25(四) 10：10-12：00
講者｜成大護理系陳靜敏教授/台灣護理學會理事長

主題五｜失能者口腔吞嚥訓練：理論與實務應用
時間｜4/12(一) 13：00-15：00

主題六｜長期臥床者淋巴按摩：理論與實務應用
時間｜4/12(一) 15：10-17：00
講者｜王惠珍 資深居家護理師/國際芳療師

主題七｜社區護理及角色與功能(含APN)
時間｜4/15(四) 08：00-10：00

主題八｜台灣長照政策2.0之推展現況與未來展望
時間｜4/15(四) 10：10-12：00
講者｜成大護理系陳靜敏教授/台灣護理學會理事長

主題九｜社會與經濟對社區健康影響
時間｜4/29(四) 10：10-12：00
講者｜衛生福利部國民健康署 王英偉署長

主題十｜老人認知執行功能的變化與照護策略
時間｜5/6(四) 10：10-12：00
講者｜國立陽明交通大學護理學院 周承珍助理教授

主題十一｜醫院附設居護所經營規劃與展望
時間｜5/13(四) 08：00-10：00
講者｜成大醫院護理部 邱智鈴督導

主題十二｜社區健康照護創業
時間｜5/13(四) 10：10-12：00
講者｜旭登護理之家負責人 李麗珠

主題十三｜環境健康與全球議題
時間｜5/21(五) 10：10-12：00
講者｜行政院環保署 張子敬署長

超強講師陣容

衛生福利部國民健康署
王英偉署長

台灣護理學會理事長
成大護理系陳靜敏教授

行政院環保署署
張子敬署長

亞太護理教育聯盟理事
成大護理系王靜枝教授

主辦單位：台灣社區衛生護理學會、國立成功大學醫學院護理學系　協辦單位：台南市護理師護士公會