

# 長者參與社區巷弄長照站活動 與身心功能評估之相關探討

林佩靜<sup>1</sup>、陳冠佐<sup>2</sup>、黃俊哲<sup>3</sup>

義大大昌醫院 社區健康促進課<sup>1</sup>、義大癌治療醫院 中醫科<sup>2</sup>、義守大學 醫務管理學系<sup>3</sup>

## 摘要

### 目的

本研究探討長者參與社區巷弄長照站活動與身心功能評估之相關性。

### 方法

採類實驗研究設計，以便利取樣於北高雄某地區醫院中醫科醫師轉介個案至社區健康促進組，收案共 74 位 65 歲或以上長者，定義有參與社區巷弄長照站健康促進活動者為實驗組 (n=29)，無參與者為對照組 (n=45)。使用長者功能評估量表測量社區長者身心功能是否異常，而統計方法包括獨立樣本 T、卡方、Fisher's 精確檢定，以及廣義線性模式。

### 結果

實驗組為女性比例顯著較高於對照者 (93.1% vs. 66.7%, p=0.01)。實驗組有時間定向力異常比例顯著較高於對照組 (17.2% vs. 2.2%, p=0.031)。然而，實驗組雙手抱胸連續起立坐下 5 次所需平均時間顯著較短於對照組 (10.2 秒 vs. 12.7 秒, p=0.042)。經校正性別、年齡、身體質量指數、慢性疾病等變項後，結果顯示實驗組發生時間定向力異常機率顯著較高於對照組 (OR=12.46, 95% CI: 3.12-49.73, p<0.001)。

### 結論

有參與社區巷弄長照站活動長者會有明顯時間定向力異常，後續需對其進行腦適能測驗做認知功能篩檢。建議醫院社區醫護團隊持續推廣社區巷弄長照站健康促進相關活動，並與社區鄰里攜手合作，吸引更多

多長者外出參與及互動，以維持或提升長者身心功能。(澄清醫護管理雜誌 2026; 22 (1): 8-15)

關鍵詞：社區巷弄長照站、長者、長者功能評估量表

## 前言

聯合國 (United Nations) 估計全球 65 歲以上人口數已從 1980 年的約 2.6 億人增加至 2021 年的 7.61 億人 (佔總人口的 10%)，而預估 2050 年將達到 16 億人 (17%) [1]。此外，根據經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 統計資料顯示 35 個會員國 2022 年 65 歲以上人口數約 2.5 億人 (18%)，而預估 2050 年將達到 3.72 億人 (25%) [2]。台灣統計資料顯示 2024 年 65 歲以上人口數約 448.9 萬人 (佔總人口的 19.2%)，預估 2050 年將達到 756.8 萬人 (佔 38.4%) [3]。長者罹患慢性疾病及老年病症候群 (Geriatric Syndromes) 風險增加，可能延長不健康餘命，進而對醫療和長期照護資源需求會大幅增加，更對家庭和社會經濟構成較大負擔 [4,5]。

隨著高齡人口比例持續攀升，長者面臨身體功能退化和疾病進程，伴隨可能導致失能及生活品質變差 [6]。社會各界持續重視如何讓長者能有尊嚴、健康的老化，同時響應世界衛生組織 (WHO) 的行動倡議 [1]。國民健康署 (以下簡稱國健署) 參考世界衛生組織 (WHO) 提出長者整合性照

通訊作者：黃俊哲

通訊地址：高雄市燕巢區角宿里義大路 8 號 6 樓

E-mail: ajerhuang@go.isu.edu.tw

受理日期：2025 年 7 月；接受刊載：2025 年 10 月

護 (Integrated Care for Older People, ICOPE) 指引，於 2020 年推動醫療院所整合照護服務模式，施行長者健康整合式功能評估，依需求轉介社區資源和服務進行個人健康管理，及早發現身心功能異常，預防衰弱或延緩衰退及失能 [4,7,8]。長者參與社區健康促進活動對其身心功能狀態之影響將是重要的議題。

## 文獻探討

### 一、長者身心健康狀況

長者健康會隨著年齡增長而身體活動功能逐漸衰退，伴隨著認知、視力、聽力、營養及情緒等健康問題，因飲食、生活習慣不良或缺乏運動可能衍生慢性疾病，增加失能風險 [7,9]。根據國民健康署 (2024) 調查顯示 65 歲以上者有 38.8% 自覺與前一年健康情形相比較差，其中女性 (40.6%) 較多於男性 (36.7%)，而有 13.3% 自述目前有憂鬱狀況 (即憂鬱量表 10 分以上)，其中女性 (16.9%) 亦較多於男性 (9.2%) [10]。

Gronich et al. (2024) 使用以色列醫療保健組織 (Clalit Health Services) 慢性疾病登記 2018-2020 年 1 月 1 日期間資料檔，結果顯示 65 歲以上者罹患主要慢性疾病依序為缺血性心臟病 (73.0%)、高血壓 (67.0%)、糖尿病 (59.0%)、憂鬱症 (47.0%)、肥胖症 (27.0%)、氣喘 (20.0%) [11]。國民健康署辦理 2023 年中老年身心社會生活狀況追蹤調查，結果顯示 65 歲以上者經醫師診斷罹患慢性疾病包括高血壓 (52.5%)、糖尿病 (25.8%)、高血脂 (24.5%)、白內障 (20.6%)、心臟病 (19.4%) 等 [10]。長者罹患慢性疾病包括癌症、呼吸系統疾病、第 2 型糖尿病、心臟病和中風等，會受到吸菸、不健康營養、過量飲酒及缺乏運動等行為風險因素，以及血壓升高、肥胖、高血糖及血脂異常等代謝風險因素的影響 [9,12]。然而，過去研究發現長者有多重共病 (Multimorbidity)、居家和戶外行動較差、日常活動功能能力較差，以及心理韌性 (Psychological Resilience) 較差可顯著預測其自覺健康狀況不佳 [13]。

### 二、長者身心功能評估

長者會隨著慢性疾病的積累可能造成身心功能

表現受限或有障礙，需及時評估和介入。國健署於 2022 年推出長者功能評估量表，依循世界衛生組織 (WHO) 提出延緩失能的六個面向 (含認知功能、行動能力、營養、視力、聽力及憂鬱)，由醫療院所或家屬協助針對社區長者進行初步評估，再設計個人化衛教和健康管理建議，而結果有任一項異常時，再進一步評估用藥、生活目標、社會性照護和支持需求，以預防及延緩長者發生失能情況 [8]。再者，過去研究指出透過長者功能評估可及早發現長者身心功能異常狀況，提供長者所需介入措施，並促進參與社會活動和連結社區資源，有助於預防衰弱或延緩失能 [14-16]。

過去研究指出長者若沒有及時評估和發現問題，並提供適當的衛教指導、就醫協助及資源轉介，其身體功能可能迅速衰退，增加依賴他人協助及照顧程度，進而加重家庭及社會的負擔 [6]，因此預防及延緩長者失能照護的評估將扮演關鍵角色。

### 三、長者參與社區巷弄長照站活動

社區巷弄長照站設置是要整合長期照顧相關服務能量、資源連結、人力等，促使社區長者及其家屬能認同並支持，讓長者接受健康促進活動課程、關懷訪視、共餐或送餐等服務 [17]。然而，社區關懷據點或轉型設置巷弄長照站服務，透過衛政、醫療和社政資源整合，辦理多元健康促進活動，包括健康體能、健康飲食、預防跌倒、口腔保健、心理健康、社會參與、健康篩檢等，可增進家庭照顧者取得資源和提升長者身心健康和生活品質 [17]，也有助於降低非傳染性疾病風險、延緩照護依賴程度。

國民健康署 (2024) 調查顯示 65 歲以上者有 9.3% 過去一年內有參加社會團體活動 (含老人會、同鄉會、宗教團體、聯誼性團體或社區鄰里團體等)，其中女性 (9.4%) 稍多於男性 (9.2%) [10]。此外，長者有 10.9% 過去一個月內有參加學習活動 (含上課、樂齡學習、老人大學、研討會或網路線上課程等)，其中女性 (13.1%) 較多於男性 (8.3%) [10]。另外，Naud et al. (2019) 調查顯示加拿大 65 歲以上長者參加社會參與活動 (含親友聚會、宗教團體、體能活動、俱樂部、社區鄰里協會、志願服務或慈善工作、愛好娛樂活動等) 平

均每個月 15.2 次，其中女性（15.4 次）較多於男性（15.1 次）[18]。

適當運動、健康飲食及社交活動等能維持或提升長者身心功能，增進肌肉力量及耐力，預防跌倒風險和延緩失能或失智的發生率 [9]。然而，缺乏活動會影響長者心理健康，增加焦慮和憂鬱風險，降低生活品質。

綜言之，長者有無參加社區巷弄長照站活動對其身心功能健康結果可能存在差異，因此本研究目的為探討長者參與社區巷弄長照站活動與身體功能評估異常之相關性。

## 方法

### 一、研究設計和對象

採用類實驗研究設計，為符合研究對象取樣適當的嚴謹性要求，研究過程採用便利取樣方式進行資料蒐集，於北高雄地區醫院中醫科醫師轉介個案至社區健康促進組。收案條件為 65 歲或以上，意識狀態清楚，能以國、台語溝通且可自由對談；能站立、步行（可使用輔助器）及維持自我照顧，同意加入研究的對象，排除條件為溝通困難、醫師不建議運動、有缺漏之無效問卷，最終有效樣本 74 位個案，其中有參與社區巷弄長照站健康促進活動者定義為實驗組，無參與者為對照組。

### 二、研究工具

問卷包括基本資料和長者功能評估量表（ICOPE），而此工具是依據國健署於 2022 年訂定之進行測量，協助長者自我檢視及家屬初步評估 [19]。

#### （一）基本資料

包括性別、年齡、身體質量指數（Body Mass Index, BMI）、慢性疾病（包含高血壓、糖尿病、高血脂症、心臟病、腦中風，以及癌症等）[19]。

#### （二）長者功能評估量表（ICOPE）

包括認知功能的記憶力、定向力如今天日期、現在所在地點；行動能力如雙手抱胸連續起立坐下 5 次所需時間；營養狀況如過去三個月體重是否突然減輕 3 公斤以上；視力狀況如眼睛是否有看遠或看近困難、聽力狀況如兩耳是否聽得到、憂鬱情形如過去兩週是否常感到厭煩或沒有希望、減少很多

的活動和興趣的事等項目 [19]。再者，如果長者經評估結果有任一項異常時，可至醫院進一步做複評及診療。

本研究定義身心功能評估異常包括記憶力異常（無、有）、時間及空間定向力異常（無、有）、雙手抱胸連續起立坐下 5 次大於 12 秒（無、有）、過去三個月減輕 3 公斤以上（無、有）、曾經食慾不振（無、有）、視力及聽力異常（無、有）、過去兩週感到厭煩（無、有）、減少很多活動和興趣的事（無、有），以及接受複評（無、有）及其項目數（包含無、1、2 及  $\geq 3$  項）。

### 三、資料分析

本研究使用 SPSS 18.0 版套裝軟體進行資料處理和分析，而所有統計採雙尾檢定，設定顯著水準為  $p$  值小於  $\alpha = 0.05$ 。以平均數、標準差、人數（ $n$ ）及百分比（%）呈現長者有無參與社區巷弄長照站健康促進活動之人口學、身體質量指數（BMI）、慢性疾病和身心功能評估項目異常結果，針對類別變項使用卡方（Chi-square）或費雪精確檢定（Fisher's Exact Test），而連續變項使用獨立樣本  $T$  檢定。本研究使用廣義線性模式（Generalized Linear Model）分析長者有無參與社區巷弄長照站健康促進活動分別與身心功能評估項目異常之相關性，而參數估計採用最大概似估計法（Maximum Likelihood Estimate），並以勝算比（Odds Ratio）或迴歸係數（Coefficient [B]），搭配 95% 信賴區間（Confidence Interval, CI）表示之。

### 四、倫理考量

本研究經義大醫院財團法人義大醫院人體試驗委員會審查通過（編號：EMRP-113-072），以保護研究對象權益。所有對象是自願參與計畫，先經由研究者告知說明後並簽署同意書後加入研究，身心功能評估資料僅用於學術研究，而過程中研究對象可隨時要求中止參與，且不會有權益損失。資料以匿名編碼方式進行處理及分析。

## 結果

### 一、長者有無參與社區巷弄長照站健康促進活動之基本特性

本研究共收案 74 位，其中實驗組（有參與者）

29位，對照組（無參與者）45位。表一顯示實驗組女性比例顯著較高於對照組（93.1% vs. 66.7%， $p=0.01$ ）。實驗組年齡（平均72.5歲 vs. 72歲， $p=0.683$ ）和身體質量指數（BMI）（平均24.8公斤/公尺<sup>2</sup> vs. 24.1公斤/公尺<sup>2</sup>， $p=0.349$ ）稍較高於對照組，但未達統計顯著。實驗組 $\geq 75$ 歲（37.9% vs. 26.7%， $p=0.118$ ）、 $\geq 27$ 公斤/公尺<sup>2</sup>比例（31% vs. 22.2%， $p=0.64$ ）較高於對照組，但亦未達統計顯著。然而，實驗組有慢性疾病比例（69% vs. 80%， $p=0.406$ ）較低於對照組。除了心臟病外，實驗組有高血壓、糖尿病、高血脂症、腦中風及癌症比例皆較低於對照組，但亦未達統計顯著（表一）。

## 二、長者有無參與社區巷弄長照站活動之身心功能評估異常

表二顯示實驗組有時間定向力異常比例顯著較高於對照組（17.2% vs. 2.2%， $p=0.031$ ）。然而，實驗組雙手抱胸連續起立坐下5次所需時間顯著較短於對照組（平均10.2秒 vs. 12.7秒， $p=0.042$ ）。另外，

實驗組有記憶力（37.9% vs. 31.1%， $p=0.618$ ）、視力異常比例（58.6% vs. 51.1%， $p=0.634$ ）較高於對照組，而實驗組有雙手抱胸連續起立坐下5次大於12秒、過去三個月減輕3公斤以上或曾經食慾不振、聽力異常、過去兩周有感到厭煩或是減少很多活動和興趣的事，以及接受複評比例較低，但皆未達統計顯著（表二）。

## 三、長者有無參與社區巷弄長照站活動和身心功能評估異常之相關性

本研究以廣義線性模式進行分析，經校正性別、年齡、身體質量指數（BMI）、慢性疾病等變項後，結果顯示實驗組出現時間定向力異常機率顯著較高於對照組（OR=12.46, 95% CI: 3.12-49.73）（表三）。另外，實驗組有記憶力及視力異常機率較高於對照組，而實驗組有雙手抱胸連續起立坐下5次大於12秒、過去三個月有減輕3公斤以上或曾經食慾不振、過去兩周有感到厭煩或有減少很多活動和興趣的事，以及接受複評機率較低，但

表一 長者參與社區巷弄長照站健康促進活動的基本特性（n=74）

項目	實驗組 (n=29)		對照組 (n=45)		p
	n	%	n	%	
<b>性別</b>					
女性	27	93.1	30	66.7	0.010 <sup>c</sup>
男性	2	6.9	15	33.3	
<b>年齡（歲）；平均數/標準差</b>	72.5	5.5	72.0	4.3	0.683 <sup>a</sup>
65-69.9	13	44.9	15	33.3	0.118 <sup>b</sup>
70-74.9	5	17.2	18	40.0	
$\geq 75$	11	37.9	12	26.7	
<b>身體質量指數（公斤/公尺<sup>2</sup>）（BMI）；平均數/標準差</b>	24.8	3.4	24.1	2.8	0.349 <sup>a</sup>
<22	5	17.2	7	15.6	0.640 <sup>b</sup>
22-26.7	15	51.8	28	62.2	
$\geq 27$	9	31.0	10	22.2	
<b>慢性疾病<sup>d</sup></b>	20	69.0	36	80.0	0.406 <sup>c</sup>
高血壓	13	44.8	22	48.9	0.814 <sup>c</sup>
糖尿病	4	13.8	11	24.4	0.377 <sup>c</sup>
高血脂症	8	27.6	15	33.3	0.797 <sup>c</sup>
心臟病	4	13.8	5	11.1	0.731 <sup>c</sup>
腦中風	1	3.4	3	6.7	1.000 <sup>c</sup>
癌症	3	10.3	7	15.6	0.731 <sup>c</sup>

BMI：Body Mass Index；<sup>a</sup>Student's t檢定；<sup>b</sup>卡方檢定；<sup>c</sup>Fisher's精確檢定；<sup>d</sup>調查長者有無曾罹患高血壓、糖尿病、高血脂症、心臟病、腦中風及癌症等其中任一慢性疾病，並採計有罹患患者

未達統計顯著。此外，實驗組雙手抱胸連續起立坐下5次所需時間較少於對照組，但亦未達統計顯著。

## 討論

本研究結果顯示參與社區巷弄長照站活動之長者在基本人口學特性中以女性為主，且雖然年齡、

身體質量指數（BMI）及慢性病盛行率與未參與者略有差異，但多數變項未達統計顯著，顯示兩組在基本特性上具有可比較性。

在身心功能評估方面，實驗組長者出現時間定向力異常比例顯著高於對照組，可能與參與者為活躍社區長者，尚處於認知功能輕度改變的過渡階段

表二 長者參與社區巷弄長照站健康促進活動的身心功能評估項目 (n=74)

項目	實驗組 (n=29)		對照組 (n=45)		p
	n	%	n	%	
記憶力異常	11	37.9	14	31.1	0.618
時間定向力異常	5	17.2	1	2.2	0.031
空間定向力異常	0	0.0	0	0.0	-
雙手抱胸連續起立坐下5次所需時間 (秒) ; 平均數 (標準差)	10.2	3.6	12.7	5.7	0.042
雙手抱胸連續起立坐下5次大於12秒	6	20.7	16	35.6	0.202
過去三個月有減輕3公斤以上	0	0.0	2	4.4	0.517
過去三個月有曾經食慾不振	2	6.9	6	13.3	0.469
視力異常	17	58.6	23	51.1	0.634
聽力異常	5	17.2	9	20.0	1.000
過去兩周有感到厭煩	2	6.9	10	22.2	0.110
過去兩周有減少很多活動和興趣的事	1	3.4	6	13.3	0.235
接受複評	24	82.8	41	91.1	0.301
無	5	17.2	4	8.9	0.362
1項	16	55.2	21	46.7	
2項	6	20.7	12	26.7	
≥3項	2	6.9	8	17.7	

表三 長者參與社區巷弄長照站活動與身心功能評估項目之廣義線性模式<sup>a</sup>

項目	實驗組 vs. 對照組		
	OR	95% CI	p
記憶力異常	1.76	0.58-5.37	0.317
時間定向力異常	12.46	3.12-49.73	<0.001
雙手抱胸連續起立坐下5次大於12秒	0.52	0.14-1.87	0.315
過去三個月有減輕3公斤以上	0.96	0.91-1.02	0.147
過去三個月有曾經食慾不振	0.91	0.17-4.84	0.907
視力異常	1.59	0.54-4.68	0.398
聽力異常	1.06	0.28-4.06	0.935
過去兩周有感到厭煩	0.39	0.07-2.17	0.283
過去兩周有減少很多活動和興趣的事	0.25	0.02-3.79	0.319
接受複評	0.71	0.12-4.07	0.698
	<b>B</b>	<b>95% CI</b>	<b>p</b>
雙手抱胸連續起立坐下5次所需時間 (秒)	-1.84	-3.85-0.17	0.073

CI : Confidence Interval ; OR : Odds Ratio ; <sup>a</sup>所有模式皆已納入性別、年齡、身體質量指數 (BMI)、慢性疾等變項進行校正

有關，亦可能反映部分認知功能衰退尚未被明確診斷的現象。依據長者整合性照護（ICOPE）指引，時間定向力異常為早期認知障礙的警訊，後續應安排更精細之認知功能評估與追蹤，並結合健康促進活動中的認知訓練設計，以延緩其認知衰退 [8]。基於此，本研究進一步推論可能與有時間定向力問題的長者被其家庭或醫療團隊轉介，或是本身較有意願參與社區活動，以期延緩身體衰退。根據柯燦堂等人（2025）研究指出台南市淺山 3 個綠照社區 184 位長者有 39% 認知功能異常，顯示需加強社區長者相關介入措施，以減少認知功能障礙情形 [20]。然而，另一可能原因是社區長者就醫過程中存在初步認知功能問題，轉介至社區健康促進組的長者，使得實驗組與對照組經評估後時間定向力異常比例有明顯的不同。

另一方面，體能表現方面，實驗組長者進行雙手抱胸連續起立坐下 5 次測驗中所需時間顯著短於對照組，顯示其下肢肌力與身體活動能力較佳。社區巷弄長照站所提供的多樣化健康促進活動，例如中醫八段錦、打擊、音樂律動、芳香療法或團康課程等，包含伸展、肌力和平衡訓練元素，藉由持續性活動累積，有助於維持或提升長者的下肢肌力與身體平衡能力。此結果顯示參與社區健康促進活動對長者維持肌力具有潛在正向影響，與過去研究指出社會參與和規律活動可延緩身體衰退的結論相符 [8,9,16]。

值得注意的是，儘管實驗組部分認知功能異常比例較高，但其身體功能相對較佳，可能反映認知與體能功能非同步衰退的現象。此外，本研究在校正相關變項後，發現實驗組長者雙手抱胸連續起立坐下、有體重減輕或曾經食慾不振、感到憂鬱，以及接受複評機率雖較低於對照組長者，但未達統計顯著，而推測可能原因為活動介入措施影響的程度不盡相同，不足以在統計上有顯著差異，後續可調整介入措施的強度或方式，透過社區採取趣味益智活動，並結合營養、心理健康與社會參與的全方位支持，進而延緩長者認知功能退化、增進其生活品質及社區融入感 [20]。未來研究可納入更多功能向度和動態追蹤，以探討不同退化歷程之交互關係。

本研究樣本來自單一區域醫院，且實驗組參與活動頻率、內容、時長等無法細化分析，可能影響結果解釋。此外，採用便利取樣方式，雖較易於接觸到對象，但因缺乏隨機性而存在取樣偏差，可能影響本研究結果僅能推論至北高雄社區長者，故其外推性受限。未納入長者社會支持、生活習慣與健康意識等潛在干擾因子，亦為本研究限制。未來建議擴大樣本規模，並納入質性訪談與多變量長期分析，以深入瞭解社區活動對長者身心功能的實質影響。

## 結論

本研究發現有參與社區巷弄長照站活動長者會有明顯時間定向力異常，可透過社區醫療人員引導長者注視於牆、佈告欄或活動看板上公告當天時間資訊，並繪出指定時間的時針及分針位置，可提升長者手眼協調。此外，建議醫院社區醫護團隊持續推廣社區巷弄長照站健康促進相關活動，並與社區鄰里辦公室建立夥伴關係，吸引更多長者外出參與，不僅能維持或提升長者身心功能，還可增進社會參與及人際互動。

台灣已進入超高齡社會，醫院連結社區資源設置巷弄長照站，鼓勵並引導在地長者參與多樣化健康促進活動、互助聚會或是與生活相關課程，有助於長者在熟悉的社區中身心功能活化和晚年生活情趣。

## 致謝

本研究感謝義守大學與義大醫療財團法人經費補助使計畫得以順利進行（編號：ISU-114-IUC-02）。

## 參考文獻

1. World Health Organization: International day of older persons 2024: 'Ageing with dignity: the importance of strengthening care and support systems for older persons worldwide'. World Health Organization. 2024. Retrieved from <https://www.who.int/srilanka/news/detail/01-10-2024-ageing-with-dignity--the-importance-of-strengthening-care-and-support-systems-for-older-persons-worldwide>

2. Burgalassi D, Matsumoto T: Demographic change in cities: trends, challenges and insights from G7 economies. OECDilibrary 2024. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/f2aec988-en>.
3. 國家發展委員會：中華民國人口推估（2024年至2070年）。台北市：國家發展委員會2024。Retrieved from <https://ws.ndc.gov.tw/001/administrator/10/re1file/0/13729/a72eb7f6-1a1c-4ea8-b93a-ad7fd255f0db.pdf>
4. 許志成：台灣面臨超高齡社會的挑戰與因應。台灣公共衛生雜誌 2022；41（2）：109-111。
5. World Health Organization: Healthy ageing: a priority for delivering universal health coverage. Geneva: World Health Organization. 2023. Retrieved from [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-healthyageing.pdf?sfvrsn=fb9d455b\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-healthyageing.pdf?sfvrsn=fb9d455b_3&download=true)
6. 翁慧月：長者要健康，延緩失能不能少。奇美醫訊 2024；145：38-39。
7. 嚴可瀚：ICOPE長者整合性照護評估。臨床醫學月刊 2023；91（3）：141-143。
8. 羅玉岱、張湄青、范聖育等：以高齡者為中心的整合照護模式。長期照護雜誌 2023；26（1）：1-15。
9. World Health Organization: Noncommunicable diseases. World Health Organization. 2024. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Key%20facts,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries>
10. 國民健康署：民國112年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查。衛生福利部國民健康署。2024/11/27。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/GetFile.ashx?lang=c&type=1&sid=58d15c4fd89247caac9b29fe42da9293>
11. Gronich N, Saliba W, Schwartz JB: Prevalence and proportion by age and sex of chronic health conditions in a large healthcare system. Plos One 2024; 19(9): e0308031.
12. Hacker K: The burden of chronic disease. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes 2024; 9(1): 100588.
13. Whitmore C, Markle-Reid M, McAiney C, et al.: Self-reported health and the well-being paradox among community-dwelling older adults: a cross-sectional study using baseline data from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). BMC Geriatrics 2022; 22(1): 112.
14. 丁俊文、張哲嘉、葉嫻君：長者功能評估量表（ICOPE）篩檢及評估之數據分析-以臺灣北區某診所為例。物理治療 2022；47（2）：141-142。
15. 李亮穎：預防及延緩失能，守護長者健康的關鍵。高榮醫訊 2025；28（2）：17。
16. Singh S, Goodwin S, Zhong S, et al.: Inequalities in health-related quality of life and functional health of an aging population: a Canadian community perspective. Plos One 2024; 19(7): e0304457.
17. 張淑卿：社區照顧關懷據點轉型設置巷弄長期照顧站之探討。立法院法制局議題研析。2018。Retrieved from <https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=179383>。
18. Naud D, Génereux M, Bruneau JF, et al.: Social participation in older women and men: differences in community activities and barriers according to region and population size in Canada. BMC Public Health 2019; 19(1): 1124.
19. 國民健康署：長者功能自評量表-長者自評版。國民健康署。2022。Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4602&pid=15101#:~:text=長者功能自評量表-長者自評版.pdf>
20. 柯燦堂、蔡政修、郭哲昆等：長者整合性照護評估指引ICOPE深入農村：綠色照顧社區「社會處方」實踐高齡健康。豐年雜誌。2025。Retrieved from <https://www.agriharvest.tw/archives/124994>

# Association Between Community-based Long-term care Station Participation and Physical and Mental Function Among Older Adults

Pei-Ching Lin<sup>1</sup>, Kuan-Tso Chen<sup>2</sup>, Chun-Che Huang<sup>3</sup>

Community Promotion Office, E-Da Dachang Hospital<sup>1</sup>; Department of Chinese Medicine, E-Da Cancer Hospital<sup>2</sup>;  
Department of Healthcare Administration of I-Shou University<sup>3</sup>

## Abstract

### Purposes

In this study, we investigated the association between participation in community-based long-term care station activities and physical and mental functional status in older adults.

### Methods

A quasi-experimental design was adopted, involving 74 older adults aged 65 years and over referred by traditional Chinese medicine physicians from a regional hospital in northern Kaohsiung to a community health promotion team. Participants who took part in community-based long-term care station health promotion activities were assigned to the experimental group (n=29), while those who did not participate were assigned to the control group (n=45). The Integrated Care for Older People (ICOPE) questionnaire was employed to evaluate abnormalities in physical and mental function among community-dwelling older adults. Statistical analyses included the independent samples t-test, Chi-square test, Fisher's exact test, and generalized linear model (GLM).

### Results

The proportion of females was significantly higher in the experimental group than in the control group (93.1% vs. 66.7%, p=0.01). The experimental group also showed a significantly higher proportion of temporal disorientation than the control group (17.2% vs. 2.2%, p=0.031). However, participants in the experimental group completed five consecutive sit-to-stand movements with arms crossed in significantly less time than that in the control group (10.2 seconds vs. 12.7 seconds, p=0.042). After adjusting for variables, such as sex, age, body mass index, and chronic disease status, temporal disorientation was still significantly more likely in the experimental group than in the control group (OR=12.46, 95% CI: 3.12-49.73, p<0.001).

### Conclusions

Older adults who participated in community-based long-term care station activities exhibited a significantly higher incidence of temporal disorientation. Follow-up cognitive screening through brain fitness assessments is therefore recommended. Hospital-affiliated community healthcare teams are encouraged to continue promoting health promotion activities at community-based long-term care stations and to collaborate with local neighborhood organizations to encourage greater social participation among older adults, thereby supporting the maintenance and improvement of their physical and mental functions. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(1):8-15)

**Keywords :** *Community-based long-term care stations, Older adults, Integrated care for older people questionnaire*