

# 初探健身運動專業知識與技能 應用在基層醫療保健的可行性

劉淑燕、賴允荃／國立中正大學

## 摘要

藉由瞭解國內外基層醫療保健服務的發展與沿革，國內健身運動專業領域的發展，分析健康體適能在醫療復健與健身運動專業領域的共通性，繼以探討國內健身運動領域運動與醫療結合的可能性。以文獻探討的方式為主，藉由文獻資料的蒐集、分析、歸納，瞭解國內外基層醫療保健與健身運動專業領域將運動用於醫療之情形，以及探討國內健身運動領域與基礎醫療保健機構之間合作的可行性。1.目前臺灣對於基層醫療保健的發展，正在加強社區基層醫療與家庭醫師制度的建立。2.因受限於人力、經費來源與實際運動技能，國內基層健康照護對處理不活動性的健康問題與推動促進健康的預防保健措施未見落實。3.健身運動指導員雖然對健康促進有益，但畢竟不是醫師，不能對患者進行全面性的運動復健治療程序、計畫與評估。4.健身運動指導員的專業知識與技能若能結合臨床的運動復健治療醫學，嚴格的按醫師指示的運動復健計畫進行，可彌補醫師在醫療時無法花費較長的時間在監督患者的院外運動計畫。5.全民健保對醫師轉介患者到健身房運動若有實質給付，可減少患者的經濟負擔，又可達到運動行為的養成，是落實基層醫療的服務網絡的有效途徑。

關鍵詞：基層醫療保健、健康體適能、家庭醫師、健身運動專業

---

主要聯絡人：劉淑燕 621 嘉義縣民雄鄉三興村大學路一段 168 號

Tel : 05-27210411 e-mail : grcsyl@ccu.edu.tw

## 壹、前言

拜賜於科技的進步與便利，坐式生活型態與高齡化成為現代社會的特徵，也造就成需要花費更多的醫療資源與費用支付慢性疾病醫療。慢性疾病需要基礎醫療保健，而基礎醫療的第一線就是家庭醫師診所。據統計國人每人平均門診就醫次數高達 15 次，比歐美國家平均的 4 到 7 次高出非常多（中央健康保險局，2004），許多民眾即使患小病也捨家庭醫師診所而跑到大醫院就醫，對於醫療上造成許多的浪費。為了減少醫療上的負擔，各國大力的推廣健身運動所帶



來的好處，也希望減少國民小病到大醫院就醫的行爲。在英、美等先進國家的醫院經常與各大學的體育運動學系學校結合，針對不同病患的需求開設運動復健或健身運動課程，確實做到運動治療的過程與評估實際效益 (Best-Martini & Botenhagen-DiGenova, 2003)。然而國內的基層健康照護對處理不活動性的健康問題似乎很單調的只是在某些較大型的醫院開設減肥班，但很少針對病患的特殊病狀而開設運動治療課程。

再者，國內目前有不少大專院校培育健身運動、體育專業人才，這些人才個個擁有健身運動的專業知能與指導技術，若這些知能與技術能與第一線的基礎醫療保健（即家庭醫師診所）相結合，不但可以落實健康促進與預防醫學的實質手段與精神，更可減少許多政府在醫療上支出與民眾個人龐大的醫護經濟的負擔。因此本文希望藉由文獻探討的方式，瞭解國內外基層醫療保健服務的發展與沿革，國內健身運動專業領域的發展，分析醫療復健與健身運動專業領域的共通性，繼以探討國內健身運動領域運動與醫療的結合的可能性。

## 貳、國內外基層醫療保健的發展

### 一、國外的基層醫療保健的發展

英國早在 1920 年代創立國家健康保健制度之後，將醫療服務區分為：一級基層醫療中心（primary care：一般科醫師）、二級醫療中心（secondary care：專科醫師）、和三級醫療或稱為教學醫院與醫學中心（tertiary care）三個部分（李龍騰，2003；許文燦，2001）。而基層醫療中心的主要責任是：1. 提昇醫療服務品質；2. 加強行為與人文科學訓練；3. 注重衛生教育及預防保健工作；4. 鼓勵社區群體參與的健康照護模式（賴鈺嘉、蔡世滋，1987）。

世界衛生組織 (World Health Organization, 1978) 提出醫療體系應該是要朝向推動促進健康的預防保健措施。基層醫療是健康服務系統的基礎，需要醫師、護理師、社工、復健師、營養師、健身運動指導員及管理等各專業人員偕同團體執行（許文燦，2001；劉燦宏，2002）。

2004 年起，「醫師運動處方」這個方案也已經在英國、挪威、德國等歐洲先進國家開始推動了。醫師可以依病人需求開立運動處方，交由民眾前往指定健身房運動做定期的規律運動，費用則由健康醫療保險全額或部分給付，顯示運動處方納入正式醫療服務的時代已經來臨，而且已經有擴大至預防醫學服務的趨勢（陳俊忠，2004）。



從 1920 到 2004 年來各國的基層醫療基礎的沿革來看，基層醫療保健需要的是持續性的、便利性的、動態性的身體活躍生活型態，而這健康服務系統的確需要結合醫療領域、健身運動領域、社福領域以及管理領域等各專業人員共同攜手打造社區民眾的健康生活。

## 二、臺灣的基層醫療保健的發展

臺灣地區基層保健醫療服務的體系運作，是以衛生所為主軸，發展時期可分成三個階段，民國三十四年至四十九年是服務體系推展的階段。民國五十年至七十一年是推展結核病、家庭計畫等特定服務內容階段。民國七十二年以後於偏遠地區之衛生所設群體醫療執業中心，加強醫療與綜合保健服務，是服務過程整合的轉型階段。從民國八十二年起實施的全民健保，主要目的在於均衡醫療資源之分佈，加強基層醫療保健服務，全面提昇醫療服務品質，充實特殊醫療服務等。民國八十六年度起辦理社區健康評估之訓練，使各衛生所主管及人員具備收集及建立社區健康資料的能力，掌握社區中各年齡層民眾的健康狀況與需求，並確認社區健康問題的優先次序，據以研訂適於社區需要的工作計畫，以提升衛生所服務的效率與品質。可見臺灣醫療衛生政策在過去五十年間有重大的改革，從群醫中心試辦、家庭醫師培訓、全國醫療網籌建到全民健保的實施，可以看出政府對實現以基層醫療為重心的健康照顧體系曾付出努力。

基層醫療（即家庭醫師診所）是個人醫療照顧的入門，需對病患持續負責，建立長期的關係，也是最能解釋病患的病史和社會環境之間的關係。然而，國內基層醫療對處理不活動性的健康問題與推動促進健康的預防保健措施皆未見落實與執行。醫師或醫護人員僅盡告知「運動有益健康」的義務，卻因受限於人力、經費來源與實際運動技能，使得維持社區民眾健康的第一線-基層醫療的服務網絡，可惜至今未竟成功。

## 參、國內近年來健身運動專業領域的發展

近年來人們對於健康與休閒的重視，使得健身運動休閒產業的迅速發展，從 1986 年中興健身俱樂部的成立，到相繼成立的亞力山大、金牌、加州健身俱樂部、統一城市俱樂部等等，可見現代人已意識到運動對健康生活的重要（姜慧嵐，2005）。因此國內各大專院校也相繼成立了許多運動與休閒相關科系，培育健身運動專業人才，以因應這廣大的健身運動休閒領域的市場需求。根據調查顯示在臺灣的大專院校中，有關運動休閒及體育之科系共計 65 個系所（謝立



文, 2005), 修習的課程大部分包含了體適能教育、運動保健、運動傷害與急救、運動心理、生理、老化與休閒活動、運動指導法、運動訓練、運動健康管理等等, 以充實學生能具備有健身運動專業領域技能與知能。

在健身運動專業領域中的體適能教練或指導員佔有一席重要的位置, 就一般正常人而言從事運動是一件容易的事情, 但是對於剛開始接觸運動者與學習新項目運動者, 或想從事運動的特殊患者就必須要有專業教練的指導, 才能夠有效的學習、提升技能與避免運動傷害。體適能教練不但可針對個人需求而設定各種不同的體能訓練課程與運動處方來提升身體素質、增進健康, 並且藉由體適能教練的陪同下養成與維持運動的習慣。體適能教練通常會記錄每一位參與者運動情形, 以利因人而異而做各種課程的設計與規劃, 且讓運動者知道自己體能與身體素質的變化情形。尤其當有特殊患者在健身課程中上課, 體適能教練就顯得格外重要, 特殊病患運動者在體適能教練的陪同下、指導下、督察下、鼓勵下, 有效的、安全的達到復健與健康促進目的與持續運動行為。

綜上述而言, 健身運動指導員雖然對健康促進有極大的重要性, 但是健身運動指導員畢竟不是醫師, 不能對患者進行全面性的運動復健治療程序、計畫與評估。然而健身運動指導員的專業若能結合臨床的運動復健治療醫學, 嚴格的按醫師指示的運動復健計畫進行, 可以彌補醫師在執行醫療時無法花費較長的時間在監督病人的院外的運動計畫, 也就是說健身運動指導員可以協助醫師提供長期課程規劃與活動監督, 達到患者運動行為的養成與安全, 以及減少個人在醫療就醫方面的開銷, 因此對於專業健身教練與運動指導員與臨床的運動復健治療醫學的結合、運動復健培訓與應用就顯的愈形重要。

## 肆、國內健身運動領域運動與醫療的結合的可能性

### 一、基層醫療保健對健康促進的訴求

近年來, 運動醫學已經把身體鍛鍊作為”運動處方”的重要內容, 身體鍛鍊不但對於疾病預防與復健醫學有幫助, 也可以減少醫療上的開銷。不少運動行為研究(李柏慧、劉淑燕, 2005; Pate, 等 1995)與運動醫學報告(Fraser & Spink, 2002)都提出簡單的身體鍛鍊手段, 如每日健走可以維持或提升基本的體能狀況避免疾病的復發。然而運動必須長期的執行, 而不是一天兩天可以看出成效的, 所以在健康促進的醫學研究中心, 劉燦宏(2002)指出, 醫師中有 52%的主管與 73%非主管認為在醫院中成立運動中心是需要的, 且收取的費用要低於 3000



元，以讓病人能夠負擔得起而能長期參與使用。目前國內的醫院大部分將運動處方著重在復健醫學上，也就是在醫院裡做復健，但對於病人運動習慣的養成並沒有很大的幫助，當病人復健完成後對於運動行為就相對的減少 (Fraser & Spink, 2002)，正因如此，假若醫院能漸漸在醫院中成立健身運動中心，針對不同症狀的病患從事適合症狀的運動行為，對於落實基層醫療保健與病患都會帶來極大的幫助。不久前國內台安醫院才宣佈與中興健身中心合作，安排醫師處方到健身中心從事運動，藉由課程的從事來維持運動行為與達到復健的效果，這是可喜的現象，表示國內醫療與健身運動領域結合的可行性已展露苗頭了。

然而，也由於每位醫師在執行醫療時無法花費較長的時間在監督病人的院外的運動行為，再加上醫生對於運動的概念與實際操作技能與指導技能上並沒有足夠的基礎，所以對於執行健身運動技巧的指導上仍有心有餘而力不足之憾。若能效仿英、美等先進國家的醫療界與各大學校院的體育運動學系學校結合，利用體育運動學系學校所培育出來的健身運動人才與其專業知識與技能，加上醫師的治療專業與回診系統監督，可以針對不同病患的需求開設適合運動復健或健身運動課程，確實做到運動治療的計畫、過程與評估實際效益的功能。

## 二、健身運動領域對健康促進的瓶頸

運動處方在健身運動領域中執行已經有一段時間了，在執行運動處方前，運動健身教練會依據個人的體能狀況所做全套運動處方建議。透過基本的體適能檢測，讓參與運動者更加瞭解自身的體能情況。但這些卻是以健康人為主要的對象，並沒有針對幫助病患進行復建與促進運動習慣的運動處方，因為健身運動指導員畢竟不是醫師，不能對患者進行全面性的運動復健治療程序、計畫與評估。在未有適當醫療專業與背景下指導患者從事運動行為有時是相當危險的。

由於在健身運動機構中的教練受過運動技術的專業訓練，擁有健身運動的專業知識與技能，因此對於從事運動處方的執行可以達到監督與保護的效果，若能再和醫療界的運動復健與物理治療相互結合，必能達到互補與互助的機制，使患者能有更好的醫療照顧以及養成運動復健的習慣，達到健康的目標。



## 伍、結語與建議

### 一、結論

由於國人對於就醫的情形較國外為嚴重，要改變國人就醫的行為與運動行為就必須透過健身運動領域與醫療領域相結合的方式來進行。透過家庭醫師的介入來解決醫療資源浪費與加強運動行為，應具有健康促進的實質效益。英國、挪威、德國等歐洲先進國家，都已於 2004 年開始「醫師運動處方」的推動。醫師可以依需要而為病人開立運動處方，交由民眾前往指定健身房運動，費用則由健康醫療保險全額或部分給付，顯示運動處方納入正式醫療服務的時代已經來臨，而且已經有擴大至預防醫學服務的趨勢（陳俊忠，2004）。但國內目前並沒有針對家庭醫師開立運動治療處方，而前往健身房運動休閒機構從事運動復健治療的健保給付，對於有效推廣運動治療上將是一大瓶頸。

### 二、建議

為了要解決醫療資源浪費的情形與加強運動行為的提升，可以透過以下幾種方式：

#### （一）醫師開立運動治療處方與醫院運動醫療中心的成立

由於患者對於醫師信任度較高，透過醫師開立的專業運動治療處方計畫，可治療疾病、促進身體機能的恢復。醫院本身成立運動醫療中心，可方便患者到合格的運動醫療中心做運動復健，患者的運動計畫與執行情況則可隨時做監控。

#### （二）運動醫療與健身運動專業的結合

如前所提，由於醫師在執行醫療時無法花費較長的時間在監督病人的院外的運動行為，再加上醫生對於運動的概念與實際操作技能與指導技能上並沒有足夠的基礎，對於執行完整的運動醫療有遺珠之憾。在診所資金與專業人力不足的情形下，可以結合健身運動指導專業，針對不同患者提供適合之運動復健課程。透過此合作方式，讓醫療與健身運動領域人才各自能發揮所長，造福人群。

#### （三）自我健康管理意識的提升

即使有足夠的醫療與運動資源，但最重要的還是個人要有自我健康管理的意識，養成動態的生活形態與運動習慣。民眾能做好有效的自我健康管裡，才能擁有健康、減少醫療資源上的損失。



#### （四）全民健保部分負擔運動處方

要有效的提升運動治療的行為與增進民眾或患者的運動行為，全民健保對醫師轉介患者到健身房做運動，若有實質的部分補助或給付會帶來許多的激勵，此舉不但可以減少病患在從事運動復健治療上的經濟負擔，又可達到運動行為的養成，是落實基層醫療的服務網絡的有效途徑。

### 引用文獻

- 中央健康保險局（2004）。健保速訊第524號。臺北市：作者。
- 李柏慧、劉淑燕（2005）。民眾從事健走之意圖研究。*大專體育學刊*, 7(1), 147-156。
- 李龍騰（2003）。家庭醫學與社區醫學程案。臺北縣，藝軒。
- 姜慧嵐（2005）。健身產業人力運用現況與管理趨勢。*國民體育季刊*, 145, 76-82。
- 許文燦（2001）。基層醫療 平衡健康需要，服務與科技。臺北市，和記。
- 陳俊忠（2004）。體能檢測納入健康檢查之可行性與成本效果初探。*國民體育季刊*, 142, 7-13。
- 賴鈺嘉、蔡世滋（1987）。家庭醫師的角色與責任。*臨床醫學*, 20, 507-514。
- 劉燦宏（2002）。國內醫院主管對運動中心設立。未出版碩士論文。國立陽明大學，臺北市。
- 謝立文（2005）。淺談臺灣運動休閒相關系所現況及師資學生數概況。*國民體育季刊*, 145, 52-56。
- Best-Martini, E., & Botenhagen-DiGenova, K. A. (2003). *Exercise for frail elders*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Fraser, S. N., & Spink, K. S. (2002). Examining the role of social support and group cohesion in exercise compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(3), 233-249.
- Pate, R., Pratt, R., Blair, M., Haskell, S., Macera, W., & Bouchard, C. (1995). Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- World Health Organization. (1978). *Primary Health Care*. Geneva: Author.

