RRPC91080080（42.P）

行政院國家科學委員會補助專題研究計

□期中進度報告

賦權及評價獨居老人之自助團體

（第二年）

計畫類別：■ 個別型計畫　□ 整合型計畫
計畫編號：NSC 91－2314－B－038－056－
執行期間：91 年 08 月 01 日至 92 年 07 月 31 日

計畫主持人：劉淑娟　私立台北醫學大學護理研究所教授

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)：□精簡報告　■完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：
□赴國外出差或研習心得報告一份
□赴大陸地區出差或研習心得報告一份
□出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
□國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、
列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢
□涉及專利或其他智慧財產權，□一年□二年後可公開查詢

執行單位：台北醫學大學護理研究所
中華民國 92 年 6 月 30 日

摘要

主動參與健康保健團體對老人是重要而有意義的。此為第二年的研究，目的在以單組前後測之準實驗研究設計，評價老人自助團體的成效。以台南市某老人育樂中心 2000-5000 老人為社區，完成第一年之行動研究後，鼓勵老人自動報名組成自助團體，透過專業人員協助，逐漸由老人自我籌畫，進行半結構式健康保健活動。用結構式量表分別於團體開始及團體進行半年後測量一次，以配對 t 檢定，比較及評價老人參與自助團體在自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度的成效。結果顯示：老人參與自助團體後，自我概念、社會功能、社會支持、生命態度均顯著進步，憂鬱顯著減輕。在參與自助團體前，老人教育程度越高，則社會支持越好；過去有外出工作經驗的老人，其社會功能較好。自助團體的成效雖高，然過程中的困難及日後的延續性是仍待克服與努力的。

關鍵詞： 自助團體，老人，賦權

ABSTRACT

It is meaningful and valued to join health promotion group voluntarily for elderly. The purpose of this second year study was to evaluate the effect of the self-help group for elderly by a quasi-experimental research design. 2000-5000 elderly at Aging Recreational Center in Tainan who were 65 years old and above as a community were selected to be the research subjects. Through helping by professionals, the elderly to organize a health promotion group by themselves. Activities to promote health were taken apart in by this group elderly one time in each week over a period of 6 months. The outcome measurements were the scales of self concept, social function, depression, social support, and life attitude. Data were analyzed for change over time between pre and post groups using paired t-test. The results revealed：Through the health promotion group, the self concept, social function, social support, and life attitude of elderly were significantly more positive, and the depression of elderly was significantly less. Even self-help group serve as an important resource for elderly adaptation, professionals still need work on it.

Keywords： self-help group, elderly, empower

目錄

中文摘要……………………………………………………………………… I

英文摘要……………………………………………………………………… II

第一章 緒論……………………………………………………………………… 1

研究背景及重要性…………………………………………………………… 1

研究目的……………………………………………………………………… 1

第二章 文獻查證……………………………………………………………… 2

老人自助團體…………………………………………………………………2

各個理論對老人參與團體的看法……………………………………………2

自助團體對老人的助益與價值………………………………………………3

自助團體對老人助益與價值之實徵性研究…………………………………3

以行動研究推動老人自助團體………………………………………………5

以焦點團體研究法進行老人互助團體評價之質性研究……………………6

總結……………………………………………………………………………7

第三章 研究方法……………………………………………………………… 8

第一年研究之總結報告………………………………………………………8

中英文摘要……………………………………………………………………8

緣由與目的……………………………………………………………………9

研究方法………………………………………………………………………9

結果與討論…………………………………………………………………… 10

計劃成果自評………………………………………………………………… 11

第二年（本年度）之研究方法……………………………………………… 11

研究設計……………………………………………………………………… 11

研究對象……………………………………………………………………… 12

研究工具……………………………………………………………………… 12

研究程序……………………………………………………………………… 14
資料整理與分析………………………………………………………………… 14
第四章 結果與討論………………………………………………………………14
老人的基本資料………………………………………………………………… 14
老人各研究變項得分之分布情形……………………………………………… 15
比較參與自助團體前後，老人在自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度的改變……………………………………………………………………… 16
瞭解參與自助團體前，老人自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度在基本資料上之差異分析……………………………………………………… 16
檢討老人自助團體推行的困難與可行性……………………………………… 17
第五章 結論與建議………………………………………………………………18
參考資料………………………………………………………………………… 19
計劃成果自評…………………………………………………………………… 23

表目錄

表 1 老人之資本資料……………………………………………………………15
表 2 老人各研究變項於自助團體前後之得分分布情形與差異…………………16
表 3 各變項在過去工作情形（無和有）之變異數分析…………………………17
表 4 各變項在教育程度（小學以下和中學以上）之變異數分析………………17

附件一　研究問卷

研究背景及重要性

根據行政院主計處(1998)的調查老人自認為其生活無法自理，需要他人照顧的只有 14%，絕大部份老人身體狀況是不錯的。老人的需求包括：健康醫療、經濟安全、教育與休閒、居住安養、心理與社會適應、及家庭關係支持等六方面(謝，1994)。而對絕大部份身體狀況不錯的老人，休閒教育與心理社會方面的需求是比較殷切的(蔡，1994)。配合老人這部份需求，近年來政府大力設置各型的老人休閒文康中心，目前台灣地區已設置有 577 所老人文康活動中心(唐，1998)。但許多研究調查及個人經驗發現老人參與這些文康活動的仍是極少數，這些機構的服務使用率僅有 16.2%(許，1997)，且老人參與的活動型態也偏向文藝康樂性而已(李，1996)。這種情形在特定的老人群體(例如：獨居老人)更為明顯，老人間互動與主動的參與性都不是很理想(施，1997；Gee, 1991)。老人參與團體活動成效不佳的主要原因除經費不足，軟硬體設施的限制外，最重要的原因是因為老人團體的組織結構鬆散，團體成員凝聚力弱之故(許，1997；Chenoweth & Kilstoff, 1998)。

老人是極需要參與團體的組織(Neville & Alpass, 1999)。老人在團體中受到尊重，有權力與能力自行做決定，與同年齡間相處較無代溝，情感上較易獲支持，彼此具有相類似的問題或困難，較易產生團體凝聚力。因此，一群有相同處境的老人組成自助團體，分享經驗、情感交流、彼此支持及相互合作來滿足共同需要，達成自助互助目的，對老年人是非常重要的(王，1999； Simmons, 1998)。事實上，老人團體的關懷與服務應該是一種互惠雙向多元的互助關係(施，1997；Ingersoll-Dayton, Morgan & Antonucci, 1997)。

雖然老人自助團體的組成很重要，但國內外相關的研究並不多(王，1999；Caserta & Lund, 1993)。而且老人自助團體的推動或研究多是以傳統的精英模式為主導，將研究者視為專家，負責計畫、收集資料、解釋研究發現及推展實施方案。而研究對象則被動的在整個計畫中被視為個案，是接受研究結果的角色(Hart and Bond, 1995; Emerick, 1995)。這些傳統的實施或研究方案忽略了老人的自主性，未賦予老人充分的權利，自行決定及主動參與，因此，本研究即在賦權並評價老人自助團體成效。

研究目的

研究分二年完成，主要目的是以「賦權」「主動參與」的理念，推動老人自助團體，並兼併以質性及量性研究設計來評價老人自助團體的實施成效。第一年是以行動研究設計賦權老人自助團體，再以焦點團體研究法探討老人自助團體的功效。本年度則是以單組前後測之準實驗研究設計，確認老人自助團體的成效。具體而言，本年之研究目的包括：

一、比較參與自助團體前後，老人在自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度的改變

二、參與自助團體前，老人自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度在基本資料上之差異分析

三、檢討老人自助團體推行的困難與可行性

文獻查證

一、老人自助團體

（一）、自助團體

自助團體等同於互助團體，指一群有相同處境的人組成，以分享經驗、情感交流、彼此支持及相互合法方式來滿足共同需要，達成自助互助目的(王，1999)。老人在團體中受到尊重，有權力與能力，能自行做決定，同年齡間較無代溝，情感上較易獲支持，具有相類似的問題或困難，較易產生團體凝聚力。老人自助團體有幾種特性，包括：成員有相近的背景或經驗、相互支持或協助、集體意識或信念、提供重要資訊、把握助人原則(許，1989)。

老人團體，依據團體形成原因與組成動機，可分為：自願性團體、治療性團體、自助團體、教育團體、非自願團體及自然團體六種類型(LeBrayde，1984)。依照團體功能特性可分為：支援性、治療性、社交康樂教育性、服務性及護老性團體(關，1994)。老人自助團體是屬於自願性團體，也是互助性的團體。依其功能，老人自助團體的功能則是多元性的(王，1999)。

（二）、自助團體模式

老人自助團體是採志願聯結模式(voluntary association model)在社區中做為連結與樞紐的角色功能，用以持續一般老人對老人團體所舉辦各種活動參與的興趣與程度。為了落實民主紮根的理念，老人自助團體主張以正式志願組織的架構與運作功能，使老人可由會員制、組織章程、議事規則等民主參與及自主自治的方式與做法，來推動老人各項活動與服務。希望團員均能有自我表達的機會，借由團體活動與行動達成個人特定目標、滿足個人需求與趣。此外，老人團體成為一個可連結社區團體，從事社區參與，為社區提供服務(張，1994；施，1994；王，1999)。

許多理論都証實老人是極需要參與團體的。參與團體對老人各方面需求的滿足有全面性影響。各個理論對老人團體的看法及自助團體與老人各方面適應的關係分述於後。

二、各個理論對老人參與團體的看法

（一）、活動理論與老人參與團體的關係

活動理論(activity theory or social engagement)認為老年人晚年的生活適應仍像中年人一樣，具有正常心理及社會需求，會企圖維持自己在社會中的角色活動。然而，由於老人逐漸由原有的社會關係中撤離，社會互動減少，社會角色喪失，社會關係網絡關係減弱，使事實與老人的期望相違背(李，1995)。此理論認

為老人應延續過去的活動，或尋求一些替代性活動。老人參與團體，透過社會活動將能延續或增強老人的社會支持、社會角色與社會互動(王，1999)。

活動理論強調老人參與團體與其自我概念關係密切。在老化過程中，通常老人的自我概念會減弱，社會活動能使老人有正向積極的自我形象，修正及肯定其自我概念與價值感(李，1995)。

(二)、連續理論與老人參與團體的關係

連續理論(continuity theory)認為生命週期的每一個階段是延續的，過去生活的價值觀、態度、規範及習慣會融入個人人格與社會適應中。連續理論指出社會參與及被需要的感受是老年人維持生命必備的要素。老人參與團體，透過活動可使老人持續活躍的生活方式，減少孤獨與情緒反應，進而享受充實愉快的晚年生活(許，1997；王，1999)。

(三)、社會崩潰與重建理論(social breakdown and reconstruction theory)與老人參與團體的關係

此理論認為老年人由於年齡增長，能力漸退，易被冠上能力不足或易受創傷，因此需要社會重建。老人參與團體，透過活動可使老人重獲自信心與成就感，才能解除社會崩潰的危機(林，1996)。

(四)、老年次文化理論(ageing subculture theory)與老人參與團體的關係

此理論指出同一類屬的成員彼此間互動機會較多，形成一個次文化(王，1997)。老年次文化團體與同輩團體密切認同，而失去與社會或社區相互整合的機會。團體的參與，使老人團體逐漸產生相互依賴，排遣時間，學習新知，增加相互支持與認同，進而可與社區形成新的支持與互助網絡(王，1999)。

(五)、角色替代理論(substitutive theory)與老人參與團體的關係

此理論指出老年人社會地位的失落是一種社會角色的轉變，因此老年人應以新的角色來取代原來的角色型態。老年人退休及結束子女養育後，逐漸退出主流社會，成為”沒有角色的角色(roleless role)”。參與團體，規劃積極的活動可使老人重獲社會角色(王，1997)。從此理論分析，老人除參與休閒娛樂活動外，透過團體，老人應扮演更重要有意義的角色(王，1999)。

三、自助團體對老人的助益與價值

學者(Lowy, 1995)指出服務方式中，團體的活動方式特別符合老人的需要，其功能包括：使老人呈現成功老化的社會角色，使老人獲得同儕間的鼓勵、分享與支持，形成正向的同伴效果(cohort effect)，增進社會的互動的效益。透過團體中社會互動，在心理上，可提供老人開放溝通的機會，減少老人寂寞感與孤獨感，提供其分享資源與增加自尊的機會，促進其情感的淨化(Waters, 1994)。簡言之，自助團體可減少或防範老人的各方面問題，已有的問題可獲得改善或維持，更可以使沒有問題的老人更增進與發展(王，1999；Aday & Shahan, 1995)。

四、自助團體對老人助益與價值之實徵性研究

有關老人參與團體對其影響之相關研究數量相當少(Coates, 1995; Webber, 1994)，林嫚惠(1988)曾針對台北市廣慈博愛院女性老人探討自助團體對於老人生活適應的影響。針對廣慈博愛院女性老人採取不等組準實驗設計方式，實驗組接受老人自助團體方案，而比較組則無，生活適應的測量工具包括了健康自評、生命意義、生活滿意及死亡焦慮等四份量表，研究結果發現，接受老人自助團體方案的實驗組受試者無論在健康自評、生命意義、生活滿意以及死亡焦慮四方面的狀況，均優於未接受團體方案的比較組受試者。另外，蔡世茲(1989)、林文香和夏萍洄(1993)以紅斑性狼瘡病友所組成的自助團體進行研究，發現團體方案可減少病人孤立感、去除負面自我意象的態度，有助於病患健康地表露情感與情緒等功能。

國外研究多從治療方面來探討老人參與團體對其影響(Hitch, Fielding & Liewelyn, 1994; Fichtenbaum, 1994; Lewis, Frain & Donnelly, 1993; Lund & Caserta, 1992; Hildingh & Fridlund, 1992)。Elaine(1998)針對視力受損老人進行心理重建，他以團體的方式對這群老人進行輔導，採取開放式的團體，每次５至８名老人，年齡在６５歲左右。討論的主題包括：老年生活適應、沮喪無助感的適應、生理與情緒的改變、人格改變、低自我概念、無能與無用的情緒等等 。討論主題約每十週循環一次。結果發現，成員在自我概念、瞭解自我的思想與沮喪感、以及活動量上均有改善及增加。Cohen & Amdur(1997)對社區 88 名老人進行整合性老人水上運動團體方案，用以協助老人驅散負向壓力與恐懼。評估工具為研究者自行設計的開放式問卷，結果發現團體經驗有助於提昇老年人的社會自尊以及自我概念。

Sherman(1997)以社區機構中的老人為對象，進行回憶團體，研究其是否能增進老人的社會支持與生命意義。受試者共有 104 名，平均年齡為 73.8 歲，團體共進行 10 次活動。實驗組與控制組均接受前、後測，並在團體結束三個月後進行追蹤測量，測量工具為生活滿意度及自我概念量表，所有分數均進行前後測，及前測--追蹤測量之共變數分析，結果顯示實驗組老人在自我概念以及生活滿意度方面均達顯著水準，顯示團體不但可以增進新友誼，亦可以獲得同儕支持以及其他社會支持。

Parsons(1994)採回憶治療團體的方式以老年照護之家 113 位志願老人進行研究，其分為實驗組與控制組，每組共進行 12 個團體，每一團體約 4 至 5 名老人。每週進行一次團體，共計 5 週，研究者以正向回憶以及情感回憶的聯絡做為團體主題，依變項為過去的生活滿意度、自我概念、士氣以及人際功能。採用共變數分析檢驗四組虛無假設，研究結果指出團體的進行對於發展老人自我概念和團體間的互動與支持有高度相關。

Delpape(1997)研究短期的運動治療團體對於老年生理、情緒狀況以及日常生活的影響效果。它以密西西比 Hattiesburg 地區的 39 名一般老人為受試者，測量工具為肢體功能、情緒狀況以及行為檢查量表等等，兩組前、後測分數進行共變數分析，結果發現老人的情緒狀況與生理適應部份均達顯著進步。

雖然目前有關老人團體的實驗研究並不多見，但綜合各項研究發現，老人自助團體對老人的健康自評、自我概念、情緒狀況、社會支持、生命意義、社會互動及生活滿意度等方面，透過團體過程均可獲得增進或改善。以量性研究探討老人自助團體的

成效評價時健康自評、自我概念、情緒狀況、社會支持、生命意義、社會互動及生活滿意度成為重要指標變項(王，1999；Hildingh, Segesten, Bengtsson & Fridlund, 1994; Garro, 1994)。

五、以行動研究推動老人自助團體

學者（李，1996）指出老人參與團體活動成效不佳的主要原因除經費不足，軟硬體設施的限制外，最重要的原因是因為老人團體的組織結構鬆散，團體成員凝聚力弱之故。事實上，老人團體的關懷與服務應該是一種互惠雙向多元的互助關係(施，1997; Walker, Pomeroy, McNeil & Franklin, 1994; Brewer, Gadsden & Scrimshaw, 1994; Ballinger, Pomeroy & Melville, 1994; Wilson, 1993)。

(一)、「賦權」及「民眾參與」是行動研究的特色

行動研究是一種以增進的方式(Enhancement approach)，透過研究者深入情境，瞭解及反應研究對象的需求與問題，進而促使民眾自覺、主動參與、付諸行動，共同改善健康品質的策略(李，1997；Meyer, 1993; Holter & Schwartz-Barcott, 1993, Webber, 1994；武，2000)。

Hart and Bond(1995)指出傳統的研究以精英模式為主導，將研究者視為專家，負責計畫、收集資料、解釋研究發現及推展實施方案。而研究對象則被動的在整個計畫中被視為個案，是接受研究結果的角色，而行動研究卻主張研究者與被研究者在沒有層級、控制的情況下共同參與、產生改變、縮短理論與實務間的差距，此極為「賦權」及「民眾參與」的過程。所以，行動研究有四個特性：1. 研究者與參與者是合作的，研究者是扮演觸媒的角色協助參與者確立問題或對現存問題重新有不同的思考；2. 增進民眾自覺與賦權，激發民眾參與共同研擬解決問題的對策；3. 實際採取行動，以改變現狀；4. 透過反覆過程，進而發展理論（李，1997；王，2000)。

「賦權」是一個協助的、夥伴關係的過程，使民眾能自己做決定，選擇、執行他們自己的健康生活。「賦權」蘊含了「助人的過程」「夥伴關係」「民眾自主、自決」並有能力去選擇與掌控(Stewart & Shandasani, 1996)。運用行動研究時，應激發民眾共識來解決問題。研究與行動需緊密結合，針對研究目的，提供民眾充分資訊，運用組織管理和方案規劃，使資源有效運用，以解決問題，最終解決問題的方法與行動目的是相關的(Wolf, 1997; Ruffing-Rahal, 1993)。因此，「民眾參與」及「賦權」是行動研究的兩大重要觀念(王，2000; Tullmann & Dracup, 2000; Becker & Vicaris, 1998)。

(二)、以行動研究推動老人自助團體應把握「賦權」及「民眾參與」的理念與方向

Hart 與 Bond(1995)指出，運用「賦權」及「民眾參與」理念推動行動方案時，須把握七個方向或指標。

1. 以教育為基礎(educative base)

   研究者須透過詢息提供喚起民眾自覺意識。

2. 重視團體中的每個成員

研究者接近或參與團體時，應留意強勢團體的贊助與介入可能破壞弱勢團體的關係合作與建立。研究者需關心整個研究過程，不是僅以工作或學術研究為導向。

3. 以問題為核心(problem-focused)

行動研究中，有問題(problem)表示有改變的需要，通常在某些議題上會顯現出來。研究者要以立即、直接的方式參與問題情境，吸引參與者發現問題，努力使現實狀況更理想。

4. 介入改變

研究中，採多元化的介入，改變所關注的問題，並啟發其他改變的效果，如：建立夥伴關係、開放溝通、議題重組等。

5. 行動研究目的在改進(improvement)與參與(involvement)

改進專業人員服務的提供，並讓接受服務者參與改變的過程。參與決策者將思考「要提供哪些人？哪些服務？為什麼決定這些服務？」

6. 研究、行動與評估是相互連結的循環過程

行動計畫的評估可衡量研究的進展或重新定義問題作出正確的結論。整個過程是動態的，非線性的。研究、行動、評估三者如繩索緊密連結交纏在一起，如同一螺旋的週期。

7. 研究關係的建立是一種改變的過程

研究者與參與者(研究對象)間互動，參與研究、形成改變。

這七個方向或指標雖是分開來介紹，但在行動研究過程中，彼此是互相連結的(李，1997；Kocken & Voorham, 1998; Chenoweth & Kilstoff, 1998; Beck, et.al., 1997)。

六、以焦點團體研究法進行老人互助團體評價之質性研究

(一)、焦點團體的意涵

焦點團體(focus group)，又稱團體深度訪談(group depth interview)，是運用團體訪問，蒐集成員對研究主題認知、態度和行為等探索性資料，來進行的一種質性研究。選擇具有相似背景及代表性的5-10人，由催化者的引導，蒐集到成員共同討論的一個特定主題資料，互動時間約1.5-2.5小時，討論過程由觀察員或錄影(音)的方式紀錄下來以利分析(李，2000；Benjamin, 1997)。

(二)、焦點團體目的：

焦點團體研究法讓研究者得到受訪者態度及反應的第一手資料，其目的有：1. 對已經存在的問題提供創新的解決辦法；2. 鼓勵一種深度、廣度的溝通互動過程，使參與者提出自己的點子與團體互動激盪；3. 允許所有受到刺激的人可以公開的討論、檢討；4. 讓研究者提供很好的機會去聽，及在一種中立，不帶感情的環境下澄清參與者批評；5. 提供一個能夠洞察、界定及感受問題和解決問題的環境(李，2000；Elaine, 1998)。

(三)、焦點團體的功能與老人自助團體的功效評價

焦點團體研究法的功能在使研究回到真實情境，蒐集民眾的主觀定義與解釋，提供「超乎學者預期」的反應、發展新假說與進一步深入嚴謹探討的機會(胡，1996)。

研究是以引導團體討論方式來整理並瞭解成員的經驗與想法。研究者依其目的、研究興趣找出特定主題具體瞭解成員對該主題的看法(李，2000；Morgan, 1998)。焦點團體討論法的功能有：1. 引導研究人員進入一個新的研究領域；2. 藉由所蒐集的資料進行假設性的概念化；3. 可以依研究的特性而區分不同族群來評估或比較；4. 作為日後發展研究訪問問券的內容建構及訪問流程；5. 可以對以前研究出現過的現象得到參與者的解釋(Morgan, 1998)。如何應用焦點團體是視研究目的而定（李，2000)。

有關老人自助團體功效的評價過去的研究有限，以行動研究推動老人自助團體的研究尚在起步(王，1999)，焦點團體研究法能使研究回到真實情境，蒐集老人群體中相關民眾的主觀定義與解釋，對老人自助團體的功效評價可以做深入嚴謹的探討，進而發展真實而創新的研究假說(李，2000；Morgan, 1998；王，1999; Silverstone, 1996; Coates, 1995)。

(四)、焦點團體進行的步驟

焦點團體研究之基本進行原則有四：1. 界定問題；形成研究問題，即界定討論目標，尤其有利於研究者對主題所知有限的初探，可以非結構性的開放討論方式，自成員身上學習而形成假設。2. 計劃；擬定研究設計，以完成目標的最佳方法為核心焦點，可用更具結構化的方式傾聽成員發言。3. 執行；資料收集，以深度的內容，協助研究者領會到執行的議題，落實期望而使計畫奏效。4. 評估；資料分析，瞭解計畫中發生些什麼、如何發生的，以利後續研究計畫的設計與推展(李，2000；Morgan, 1998)。

焦點團體研究法在第一階段選取樣本時，應注意質性研究的特性，須能提供「深度」和「廣泛多元社會實況」資料為準(胡， 1996)。依據 Morgan(1998)篩選受訪者包括七個程序：1. 界定標的母群體；2. 界定標的母群的子群體；3. 界定適當的團體組成份子；4. 發展參與個體的資料與排除的條件；5. 發展篩選邀請表；6. 做初步篩選接觸；7. 決定後續參與者之程序（李，2000)。

(五)、焦點團體研究法的特色

焦點團體研究法有幾項特色：1. 不用次序抽樣，而是主觀判斷來決定目標下的樣本，以符合研究需要；2. 並沒有固定問題及精確問答方式，而是直接探詢每個團體，讓參與者以原本方式回答；3. 不用表格量化分析，而是用傾聽的主觀歷程去探索與發現(Morgan, 1998)。焦點團體法與其他質性研究有所不同，主要特色在於：1. 焦點在研究目的上，在所創造的對話情境中，進行瞭解。2. 是短時間收取大量具體資料的有效率方法。3. 可學到一群人而非一個人的經驗與意見(李，2000)。

七、總結

老人是極需要參與團體的，但老人參與團體的人數卻很有限，即使參與，老人間互動與主動的參與性都不是很理想。自助團體是指一群有相同處境的人組成，以分享經驗、情感交流、彼此支持及相互合法方式來滿足共同需要，達成自助互助目的的團體。從活動理論、連續理論、社會崩潰與重建理論、老年次文化理論、角色替代理論均可說明老人參與自助團體的理由。綜合各項文獻與研究發現，以量性研究探討老人自助團體的成效時，老人的健康自評、自我概念、情緒狀況、社會支持、生命意義、

社會互動及生活滿意度等為重要依變項，透過此團體過程這些指標均可獲得增進或改善。老人自助團體鼓勵老人主動自發的參與，以行動研究來推動老人自助團體，「賦權」及「民眾參與」是重要的把握原則。焦點團體研究法有其特色，可以焦點團體研究法進行老人自助團體功效評價之質性研究。

研究方法

本研究採多元研究法(triangulation)設計，其目的在賦權與評價老人自助團體之成效。研究分兩年進行，第一年重點以行動研究賦權老人自助團體，並以焦點團體研究法探究老人自助團體的功效，第二年以單組前後測之量性研究評價老人自助團體的成效。

第一年研究之總結報告

一、中文摘要

本研究為二年計劃的第一年，目的在以行動研究，賦權老人的自助團體；並以焦點團體研究法，探究老人自助團體的功效。以台南市南區每日有2000-5000位老人進出之某育樂中心及活動中心為界定社區，透過研究、行動與評估相互連結的循環過程，完成行動研究，以歸納出老人自助團體的問題與相關知識概念。並以半結構式問題，針對:醫護社工專業人員、行政管理人員、志工服務人員及老人，進行焦點團體討論，瞭解老人自助團體的主觀功效。結果顯示:焦點團體成員對賦權、自助、主動的概念均極認同。自助團體可進行包括以健康為主軸的多項議題。自助團體的功效包括:老人能自發自主、心理快樂、情緒平衡、結交朋友、增進自尊及價值感。困難包括:時間、空間、資源、個別老人問題、及持續性等。

關鍵詞： 自助團體，老人，賦權，行動研究，焦點團體

Abstract

The purpose of this first year study was to empower and evaluate the self-help group for elderly. 2000-5000 elderly of Recreational Center for Aging in Tainan who were 65 years old and above as a community were selected to be the research subjects. The focus in this study was to empower the self-help group for elderly by action research. Through the complex ongoing process of evaluation, action and research, it will find the problems, related models or theories of self-help group for elderly. Then, through the discussion from focus groups (for professions, officers, volunteers, and elderly), the function of self-help group subjectively for elderly will be emerged. The results revealed: All the members in focus groups accepted the concepts of empower, self-help, and autonomy. Multiple issues in health were available to proceed by self-help group. The functions of self-help group were to make elderly: spontaneous & autonomy, happy, harmony, increasing self-esteem, making friend, and worthiness. The barriers were: time, space, resources, individualized problems, and keeping consistency.

Keywords： self-help group, elderly, empower, action research, focus group

二、緣由與目的

根據行政院主計處(1998)的調查絕大部份身體狀況不錯的老人，休閒教育與心理社會方面的需求是比較殷切的。配合老人這部份需求，目前台灣地區已設置有 577 所老人文康活動中心。但許多研究調查及個人經驗發現老人參與這些文康活動的仍是極少數，且活動型態偏向文藝康樂性。老人間互動與主動的參與性都不是很理想。老人參與團體活動成效不佳的最重要的原因是因為老人團體的組織結構鬆散，團體成員凝聚力弱之故(許，1997；Chenoweth & Kilstoff, 1998)。

自助團體即互助團體，是一群有相同處境的人組成，以分享經驗、情感交流、彼此支持及相互合法方式來滿足共同需要，達成自助互助目的(王，1999)。老人極需要參與團體組織(Neville & Alpass, 1999)。老人在團體中受到尊重，有權力與能力自行做決定，與同年齡間相處較無代溝，情感上較易獲支持，彼此具有相類似的問題或困難，較易產生團體凝聚力。因此，一群有相同處境的老人組成自助團體，分享經驗、情感交流、彼此支持及相互合作來滿足共同需要，達成自助互助目的，對老年人是非常重要的(Simmons, 1998)。老人團體的關懷與服務是一種互惠雙向多元的互助關係(施，1997)。

雖然老人自助團體的組成很重要，但國內外相關的研究並不多。而且老人自助團體的推動或研究多是以傳統的精英模式為主導，老人在整個計畫中被視為個案，是被動接受研究結果的角色，忽略了老人的自主性，未賦予老人充分的權利，自行決定及主動參與。

因此，本研究分二年完成，主要目的是以「賦權」「主動參與」的理念，推動老人自助團體，並兼併以質性及量性研究設計來評價老人自助團體的實施成效。

具體而言，本年度(第一年)的研究目的為: 以行動研究設計賦權老人自助團體並以焦點團體研究法探討老人自助團體的功效。

三、研究方法

第一部份: 以行動研究，活化團體的互動參與。著重在研究歷程中提供機會及位置給參與的老人，以協助其投入歷程，協助行動及共同解決問題。

研究對象: 以台南市南區某老人育樂中心及活動中心為界定之社區，全區每

日平均有2000-5000老人進出，此外包括有中心服務人員，地段里、鄰長、醫護社工人員、行政人員、志工等。

研究步驟:

1. 確立老人自助團體的需求與問題，促使有關人員、單位及老人投入

a. 召集相關人員討論，說明及宣導相關理念，共四次。

b.每週以會談、參與式觀察、關鍵人士討論、團體衛教、走訪進行評估

c.每週隨時記錄、拍照、錄音活動進行狀況，並與相關人員溝通，建立人際關係。

d. 每週召集有心參與的老人開小組會議，使其能暢所欲言，不受批評，廣納意見。

e.建立相關服務人員共識傾聽及釐清服務人員對老人自助團體的確立、定位、範圍、對象及想法。

2. 賦權老人成為自助團體的領導者

利用每週五上午，設計海報、活動等，透過引薦、邀請、協助、催化、諮詢、指導、訓練等多元策略活化老人在團體中的角色功能及領導意願與能力，增進成員中互動。

3. 協助規劃老人自助團體的組織結構與互動模式

協助、輔導、監督、管理、及整合老人、相關服務人員及組織，建構管理及服務流程辦法。利用團體互動原理，催化團體正式與非正式的影響力，使團體逐漸形成穩固有效的互動模式。

4. 每週動員老人辦理各項自助性活動

協助老人主動連繫及協調團體之內、外在資源協助老人會同相關服務人員自行規劃、試辦、宣導與推動各項互助性互動活動。

第二部份: 以焦點團體研究法探究老人自助團體的功效

研究對象: 邀請相關醫護社工專業人員、行政管理人員、志工服務人員、及老人，共11人，組成焦點團體。在中心某會議室，討論時間2 小時。由研究者本身擔任催化員。

研究過程及步驟:

以半結構式問題進行題綱討論，討論時採開放式對話。開始前，心理準備、練習引言、注意時間、檢核備忘錄。過程中，登錄相關資料、介紹目的、說明討論規則(包括錄音、方式解說)、發問討論、總結、致謝。結束後，與觀察員及同儕討論、整理分析資料。

資料整理與分析: 將錄音內容轉述成文字，經反覆傾聽思索，以內容分析整理之。

四、結果與討論

1.焦點團體人員對賦權、自助、主動的概念均極認同。

"老人應主動發揮功能…""自助很重要…""組織老人是極必要的…"等。

2.自助團體可進行包括以健康為主軸的多項議題。"高血壓、糖尿病…"等，歸整為三十個議題。建議方式也是多元的，例如：由社區開始，配合里鄰長，加強人脈廣闊的老人，健康講座，宣導活動，區公所，里活動中心等

3.自助團體的功效包括：老人能自發自主、心理快樂、情緒平衡、結交朋友、增進自尊及價值感。

4.困難包括：時間、空間、資源、個別老人問題、及長遠持續性等。

五、計劃成果自評

計劃由台北轉南部，時間上慢了一個月，收案地點改變，研究對象非獨居老人，其餘均能按照原計劃進行。由於助理能力強，單位配合度高，研究進行嚴謹，同時，藉此研究，學校對社區服務佳，獲得好評。

六、參考文獻

王秀珍(1999)．老人互助團體方案評估—以埔里鎮福利社區化為例．國立暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

行政院主計處(1998)．中華民國統計月報，393，10。

施教裕(1997)．當前社會福利服務的重要課題之探討．台灣省政府經濟建設及研究考核委員會報導季刊，39。

許玢妃(1997)．高齡者參與動機、參與行為及參與滿意度之研究—以高雄市老人活動場所為例．東海大學社會研究所碩士論文。

Chenoweth, A. & Kilstoff, B. (1998). Facilitating positive changes in community dementia management through participatory action research. International Journal of Nursing Practice, 4(3), 175-188.

Neville, S. & Alpass, F. (1999). Factors influencing health and well-being in the older adult. Nursing Praxis in New Zealand, 14(3), 36-45.

Simmons, H. C. (1998). Spirituality and community in the last stage of life. Journal of Gerontological Social Work, 29(2), 73-91.

第二年（本年度）之研究方法

研究設計

本年度研究採單組前後測之準實驗研究設計，以參與自助團體的老人為樣本，用結構式量表分別於團體開始、團體進行半年各進行一次測量，以比較及評價獨居老人參與自助團體的成效。

實驗處理：自助團體

自助團體指在研究人員協助下，老人定期聚會，主動分享健康保健經驗及知

能的過程。自 91 年 3 月起，每週五上午或週四下午於育樂中心會議室舉辦健康保健活動，歷經半年，正式活動有 14 場。活動內容包括：每週提供 1 種養生茶（共 10 種輪流）、測量血壓及尿糖、做健康十巧功、穴位按摩（每週 2-3 個穴位，共 10 個穴位輪流）、保健經驗分享及講座。經驗分享及講座議題以糖尿病、高血脂、高血壓之飲食、運動、求診、用藥等為主，此外，痛風、感冒等也偶而帶入。講座部份研究群參與較多，其他部份多由老人分派負責。

依變項：自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度

研究假設：

1. 老人參與自助團體後，自我概念得分增加
2. 老人參與自助團體後，社會功能得分增加
3. 老人參與自助團體後，社會支持得分增加
4. 老人參與自助團體後，憂鬱得分減少
5. 老人參與自助團體後，生命態度得分增加

研究對象

以台南市南區某老人育樂中心及活動中心為界定之社區為母群體，全區每日平均有 2000-5000 老人進出，經張貼海報，公開招募自願參與自助團體的老人為研究對象。團體招募的條件為：可自我照顧(巴氏指數>90 分)、意識清楚(SPMSQ 認知功能量表得分＜3 分)、可以溝通表達的老人。樣本數維持 30 人以上。

研究工具

基本資料

包括：年齡、教育程度、婚姻狀況、居住型態、主要經濟來源、宗教信仰、罹患疾病、過去及現在之工作經驗、自覺經濟狀況、自覺健康狀況、使用醫療狀況等。

巴氏量表

巴氏指數(Barthel Index)包括 10 項自我照顧(餵食、洗澡、如廁、穿脫衣服，大小便的控制)以及行動能力(mobility)(移位，行走與上、下樓梯)。每一項分成完全獨立、需要協助和完全依賴之 2 到 3 級。總分為 0-100 分，0-20 分為完全依賴，21-60 為嚴重依賴，61-90 中度依賴，91-99 輕度依賴，100 分完全獨立。原量表經衛生署多次測試，其再測信度是 0.89，評估者堅信度是 0.95，內在一致性 Cronbach Alpha 為 0.87，有相當的信度(陳，2000)。

認知功能量表

認知功能採 Pferiffer(熊，1999)所發展的認知功能量表(SPMSQ)來測量。有關測量認知功能的量表相當多，國內研究者常用簡易智能量表(MMSE)；MMSE 老人有聽寫上的困難或不識字，則會很難填答。SPMSQ 為各種認知功能評估量表中較為簡單易行者，包括六個向度，及意識、記憶力、定向感、注意力、思考和一般知識來

評估老人的認知功能。SPMSQ共有十題，每一題答錯及沒回答者算一分，其分數的判定為：教育程度為高中或以上時，0-2分為功能完整，3-4分為輕度功能缺損，5-7分為中度智能缺損，8-10分為嚴重缺損，而得分在4分以上者(錯5題)即是有意義的缺損，原量表指出，高中以上的教育程度者錯4題以上則為認知功能缺損。其量表之再測信度為0.83、失智者研究之再測信度為0.79；Lesher和Whelihan(熊，1999)用36位護理之家，平均年齡超過85歲以上之住民檢測，其量表之信度α值為0.83。

工具性日常生活量表

工具性日常生活量表(Intrumental Activities of Daily Living Scale)，測量個案對環境的適應。此量表有8個評估項目：使用電話、購物、做飯、做家事、洗衣、戶外交通、用藥、理財。每一項分為3-5個等級，但計分方式採二分法，即1分或0分。對男性受評者，把三項與性別有關的活動：做飯、洗衣、做家事，詢問若無女性時是否能執行而予以評估。所得評分者信度是0.85，與其他三種功能或行為量表示的相關是0.40-0.61，具有聚合效度，顯示這些量表都是在測量能力(competence)，他們各測量能力的某一方面，並非測量完全相同的一種能力，所以只顯示相關度。衛生署的多項研究其內在一致性是0.70，陳(2000)之研究問券之內在一致性為0.86。

自我概念量表

自我概念量表係劉(1997)根據Rosenberg之自尊量表編修而來，目的在瞭解老人對自己的看法，即老人的自我價值與自我接受情形。原量表共十題，每題分為四個量尺：極同意、同意、不同意、極不同意，分別以1-4分，總分10-40分，其中3,5,8,9,10為反向題，問卷之內在一致性Cronbach's alpha為0.77，以28個樣本求隔二週之再測信度為0.85。得分越高，表示個人越能自我接受，越有價值感。劉(1997)經專家鑑定與討論後，以153位老年婦女測得內在一致性之Cronbach's alpha為0.82；以57位老年婦女測得隔周再測信度為0.87。

流行病學研究中心憂鬱量表(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)

流行病學研究中心憂鬱量表之檢點問券(Iowa short form)主要用來測老人的憂鬱程度，量表共11題，分別詢問受訪者在過去一個星期中的感受頻率，例如，上星期中會不會不快樂，會不會不想吃東西或覺得寂寞、孤單等，依據頻率不同分別給予0-2分，反向題則反向計分，總分由0-22分，分數愈高代表憂鬱程度愈高。得分16分以上表示有憂鬱症，以判斷老人是否有憂鬱症(林，2000)。

社會支持量表

此量表係劉(1997)參考數位學者之文獻資料自行編修之工具，旨在了解老人自覺受到他人支持的程度，包括物質、身體上獲得的實質幫助，情緒上分享，被接納尊重情形。全量表12題，採4點Likert量尺，分別計1-4分，其中2題反向題採反向計分，得分越高，表示社會支持度越好。以153位老人求得內在一致性之Cronbach's alpha為0.73；以57位老人測得隔周再測信度為0.86。

社會功能量表

本量表根據楊(陳，2000)身心社會功能量表，取其社會功能量表部份經修訂而成，量表內容包括孤單、互動、朋友關係，對周遭人、事、物，團體活動的興趣，使用5點計分，總是(4分)經常(3分)差不多(2分)偶而(1分)無(0分)分數愈高，表社會功能愈好。原量表社會功能方面，內在一致性為0.77，陳(2000)之研究，其內在一致性為0.90。

生命態度量表

生命態度是指老人對生活、生、死、生命的綜合性價值與看法(劉，1996)，本研究徵得黃氏同意，採用黃(劉，1996)編修的生命意義量表(Putpose in life test)，用以衡量生命態度。黃(劉，1996)參考文獻，以Frankl(劉，1996)編製的生命意義量表為藍本，逐題翻譯後並增加「子孫孝順」等方面適合中國民情的題目，黃氏經因素分析後刪修10題，Cronbach's alpha係數為0.75。本研究採用此量表，採4點Likert量尺，分別計1-4分，其中2題反向題採反向計分，得分越高，表示生命態度越正向。

研究程序

由於第一年已經合作半年，育樂中心的工作人員及老人對研究群及所屬學校很熟悉，研究開始前仍再召開相關說明會取得相關人員了解及配合協助，最重要先協調出聚會時間及地點。經張貼海報及口耳傳告，招募徵求自願老人加入。在第1-2次老人參加前或後由研究助理施以問卷。研究群經討論分析出每位老人的特性、專長，於研究進行期間，分別給個別老人催化及指導。每次與會老人維持40-50人以上，以利評值對象之篩選，人數較少時，則動員助理、老人、工讀生電話提醒催促。經過約4-5次聚會，參與老人較固定，但大部份老人並非全部或全程參與。自91年3月起，歷經半年。於14次活動結束，由助理協助老人再填答一次問卷。

資料整理與分析

1. 以次數分配、百分比呈現基本資料
2. 以平均值、標準差、得分範圍呈現自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度之得分分佈狀況
3. 以Paired t-test比較參與自助團體前後，老人在自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度的改變
4. 以ANOVA瞭解參與自助團體前，老人自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度在基本資料上之差異分析
5. 以觀察及老人的陳述，檢討老人自助團體推行的困難與可行性

結果與討論

一、老人的基本資料

33位老人的年齡在65至84歲間，平均為72.8歲；女性略多，有20位；57.6%(19位)信奉佛教；小學以下程度佔69.6%；已婚佔63.6%，喪偶的佔33.4%；81.8%與家人或朋友同居；經濟狀況沒有不夠用的；51.5%過去有工作經驗；目前

只有15.2%的老人仍有工作；罹患疾病數平均為1.1個；有54.5%的老人有接受定期門診或用藥處理（見表1）。

表1　老人之基本資料(N=33)

項　目	次數分配	百分比%	項　目	次數分配	百分比%
年齡			性別		
65-69歲	14	42.5	男性	13	39.4
70-74歲	7	21.1	女性	20	60.6
75-79歲	4	12.1	籍貫		
80-84歲	8	24.3	本省籍	22	66.7
最小65歲、最大84歲、平均72.8歲			客家籍	7	21.1
			大陸籍	2	6.1
			原住民	2	6.1
宗教信仰			教育程度		
無	9	27.3	不識字	6	18.2
基督教	4	12.1	小學程度	17	51.4
天主教	1	3.0	中學程度	5	15.2
佛教	19	57.6	大專以上	5	15.2
婚姻狀況			居住狀態		
已婚	21	63.6	獨居	6	18.2
從未結婚	1	3.0	與人共居	27	81.8
喪偶	11	33.4			
主要經濟來源			自覺經濟狀況		
有	33	100	充裕	9	27.3
			剛好夠用	24	72.7
過去工作經驗			目前工作情形		
無	16	48.5	無	28	84.8
家庭副業	5	15.2	有	5	15.2
外出工作	12	36.3			
目前保險狀況			罹患疾病數目		
有	33	100	無	9	27.3
接受醫療情形			1	15	45.5
無	15	45.5	2	6	18.2
有	18	54.5	3	3	9.0
			平均為1.1個		

二、老人各研究變項得分之分佈情形

老人在自我照顧、工具性日常生活上均得滿分，認知狀況均為0分，顯示其身體及心智功能完好，沒有問題。有關老人自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度在自助團體前後之得分分佈狀況如表2。表2中，可了解各變項的平均值、標準差及得分範圍。

表 2　老人各研究變項於自助團體前後之得分分布情形與差異

項目	前測			後測			Paired-t	P值
	M	SD	得分範圍	M	SD	得分範圍		
自我概念量表	20.33	1.45	17-23	21.94	2.52	18-26	5.28	.000***
社會功能量表	10.55	1.56	8-15	11.52	1.70	8-16	4.81	.000***
社會支持量表	23.85	2.26	20-28	26.03	2.81	20-34	5.93	.000***
憂鬱量表	16.45	2.95	12-22	14.48	2.24	11-20	-5.73	.000***
生命態度量表	16.91	3.15	11-25	20.27	5.08	12-32	8.33	.000***

***p<.000

三、比較參與自助團體前後，老人在自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度的改變

老人參與自助團體後，自我概念、社會功能、社會支持、生命態度得分均顯著增加（t=5.28, p<.000；t=4.81, p<.000；t=5.93, p<.000；t=8.33, p<.000）；憂鬱得分顯著減少（t=-5.73, p<.000）（見表 2）；研究假設 1~5 全部被接受；顯示老人參與自助團體，其自我概念、社會功能、社會支持、生命態度均顯著進步，憂鬱顯著減輕。

此結果與所預期的相同，顯示鼓勵老人能主動發揮其潛力對老人的生活適應及生活滿意度是極有助益的。這樣的結果與許多研究(林，1988；蔡，1989；林及夏，1993；Delpape, 1997; Sherman, 1997; Parsons, 1994; Cohen & Amdur, 1997; Elaine, 1998)之看法是一致的。Mok & Martinson (2000)以 12 位罹患癌症的中國人探討自助團體功能指出中國人強調因緣，當能互相連接在一起，就能產生信心及希望。她們並指出，賦權勢一個角色模仿(role modeling)的過程，在中國文化中是很重要的。

四、瞭解參與自助團體前，老人自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度在基本資料上之差異分析

參與自助團體前，老人除社會功能、社會支持在部份基本資料上有顯著差異外，其餘自我概念、憂鬱、生命態度在老人基本資料上都沒有顯著差異性。有關社會功能方面，過去有外出工作經驗的老人比沒有工作經驗的老人，其社會功能較好（F=6.07, p<.05）（見表 3）。有關社會支持方面，學歷初中以上的老人比學歷小學以下者，其社會支持較好（F=6.70, p<.05）（見表 4）。

本研究中，在參與團體前老人的自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度在基本資料上沒有太大差異，顯示參與此育樂中心的老人有極高的同質性。這個結果可能是因為到這個中心的老人都是來參加相關課程的，在喜好、興趣、能力、甚至個性上都是比較正向活潑，在老人群體中也是比較主動的一群。過去有工作經驗的老人，在職場中學習到社會互動的技巧，因此社會功能較佳，教育程度較高者比較懂得運用資源，因此社會支持較好（劉，1996，1997）。

表 3　各變項在過去工作情形（無和有）之變異數分析

項　目	變異來源	自由度	離均差平方和	均方	F值	P值
自我概念量表	組間	1	1.971	1.971	.30	.586
	組內	31	201.908	6.513		
	全體	32	203.879			
社會功能量表	組間	1	12.803	12.803	6.07	.019*
	組內	31	65.379	2.109		
	全體	32	78.182			
社會支持量表	組間	1	.749	.749	.092	.764
	組內	31	252.221	8.136		
	全體	32	252.970			
憂鬱量表	組間	1	4.774	4.774	.541	.467
	組內	31	273.408	8.820		
	全體	32	278.182			
生命態度量表	組間	1	50.310	50.310	2.009	.166
	組內	31	776.235	25.040		
	全體	32	826.545			

$^{*}p<0.05$

表 4　各變項在教育程度(小學以下和中學以上)之變異數分析

項　目	變異來源	自由度	離均差平方和	均方	F值	P值
自我概念量表	組間	1	.974	0.974	.15	.702
	組內	31	202.904	6.545		
	全體	32	203.879			
社會功能量表	組間	1	.930	0.930	.37	.546
	組內	31	77.252	2.492		
	全體	32	78.182			
社會支持量表	組間	1	44.935	44.935	6.70	.015*
	組內	31	208.035	6.711		
	全體	32	252.970			
憂鬱量表	組間	1	22.256	22.256	2.70	.111
	組內	31	255.926	8.256		
	全體	32	278.182			
生命態度量表	組間	1	77.711	77.711	3.22	.083
	組內	31	748.835	24.156		
	全體	32	826.545			

$^{*}p<0.05$

五、檢討老人自助團體推行的困難與可行性

從觀察與老人、各類人員的會談中，可以確切了解自助團體的功能是絕對肯定的。但推展的過程卻是非常困難的。

1.所有的醫護社工專業人員、行政管理人員、志工服務人員、老人等均極稱

許此研究的價值，但在參與上卻仍是稍顯被動的，尤其當涉及至相關人員或單位時，必須反覆說明及遵守某些約定或遷就舊有模式。至研究結束，碰到相關研討活動，各單位部份的人會主動參與，機構也開始利用學校資源，增加健康保健方面研討議題。

可能因為此機構設置多年，又隸屬公務體系，層級官僚固著所致。如何使這樣一個社區活化，賦權與主動的過程則需要更長的時間。然而這些人是社區活化的關鍵人物之一，他們的觀念做法正確才能繼續有效促動老人，尤其是有影響力的人或負責人。

2. 老人參加的主要目的為：打發時間、照顧自己及別人、喜歡有人聚聚等，未持續參加或偶缺席的原因：身體不是很舒服、忘記了、有其他事、不在家（住到他處）等。顯示：大部份老年人希望在沒有壓力、責任下投入社會，因此，在持續規劃、掌握、組織方面有些困難。橫向關係的發展對延續團體是有意義的。老人在團體中結識到好友，偕伴參加投入極影響老人參與意願。

3. 老年人對自己有興趣、經驗或有信心的事會反覆表現，甚或堅持，其他的事則時常退縮或欠缺耐心。互動過程中，易有冷場或爭執，團體進行的方式及過程需要專業人員適時給予協助。少數有經驗閱歷的老人有時可以扮演仲裁或協調者。這些關鍵老人需要有耐性的從旁培訓。

4. 一般老人健康保健及問題都行之有年，因此，生活上小智慧非常多，可以分享及討論的相當多，但專業的知能較深澳，老人能做的較少。本研究有一位退休高中男老師，因為母親照顧問題返老家，由於學識能力夠，加上健康保健的需求，在這部份扮演極重要角色。他本人也極珍惜可以為他人服務機會，是團體延續的一股重要力量。團體中也有幾位老人在氣功、手語、書法等有特殊才藝，在進行過程中，也跨足其他社區參與一些推動活動。

5. 老人的能力、興趣、個性等差異性大，若能有效掌握差異性，其可貢獻的空間非常大。需要更多有心人士費心。

結論與建議

本研究為研究計畫的第二年，目的在以單組前後測之準實驗研究設計，評價老人自助團體的成效。以台南市某老人育樂中心為社區，透過第一年之行動研究，鼓勵老人以自動報名方式組成自助團體，透過專業人員協助，逐漸由老人自我籌畫，進行半結構式健康保健活動。用結構式量表分別於團體開始及團體進行半年後各進行一次測量，以配對 t 檢定，比較及評價老人參與自助團體在自我概念、憂鬱、社會支持、社會功能、生命態度的成效。

結果顯示：老人參與自助團體後，自我概念、社會功能、社會支持、生命態度均顯著進步，憂鬱顯著減輕。在參與自助團體前，老人教育程度越高，則社會功能越好；過去有外出工作經驗的老人，其社會功能較好。自助團體的成效雖高，然過程中的困難及日後的延續性是仍待克服與努力的。

礙於時間、人力及資源的限制，本研究採方便取樣，研究樣本具有特定性，影響研究結果之推論。此外，日後若能做縱貫性研究，增加對照組設計，研究結果將更有說服力。類似之行動研究雖龐雜不易進行，但卻有其價值與貢獻，尤其研究的過程就是推動的原動力，對政策或行動之推動及研究的落實性均極有助益，期許日後能有更多更嚴謹之相關探討。

參考資料

王秀珍(1999)． 老人互助團體方案評估—以埔里鎮福利社區化為例．國立暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

王素敏(1997)．老人的休閒滿意及其休閒教育取向之研究．國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。

行政院主計處(1998)． 中華民國統計月報，393，10。

李玉嬋(2000)．內科護理實習學生的健康諮商技巧訓練之成效研究．國立師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。

李宜娟(1997)． 行動研究在護理上的應用．護理研究，5(5)，463-467。

李瑞金(1995)．台北市銀髮族社會參與需求研究．財團法人台北市行天宮委託。

李臨鳳(1996)．我國老人文康休閒場所現況及未來規劃方向．社會服務，38，1-4。

林文香、夏萍洄(1993)． 由無助理論談全身紅斑性狼瘡患者的心理社會功能失調．榮總護理，11(4)，455-460。

林振春(1996)．社區老人自助團體行動策略之研究—以台北市新龍社區為例．社區發展季刊，74，226-241。

林嘉玲(2000)． 自費安養機構老人睡眠品質及其相關因素之探討．國立台灣大學護理研究所碩士論文。

林嫚惠(1988)． 社會團體工作對老人生活適應的影響實驗研究—以台北市廣慈博物館院女性老人為例．私立東吳大學社會工作研究所。

武茂玲(2000)．以行動研究法來探討影響台北市北投區泉源里老年人健康檢查行為之相關因素．國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。

胡幼慧(1996)． 質性研究：理論、方法及本土女性研究實例．台北市：巨流圖書公司。

張淑英(1994)．多功能老人中心。老人福利服務。台北市：心理出版社。

陳曉容(2000)．老人因跌倒而就醫的預後情形和出院健康照護需要及其相關因素之探討：前趨研究．私立長庚大學護理研究所碩士論文。

施教裕(1994)．老人福利服務使用之相關因素之探討．社會工作學刊，3，61-92。

施教裕(1997)．當前社會福利服務的重要課題之探討．台灣省政府經濟建設及研究考核委員會報導季刊，39。

劉淑娟(1996)． 老年人生命態度之探討．國科會補助專案計畫。

劉淑娟(1997)．罹患慢性病老人生命態度、生活依賴度、社會支持、健康信念與其生活滿意度及服藥遵從行為之關係．國科會補助專案計畫。

唐啟明(1998)．關心銀髮族的福祉—台灣省推行老人福利概況．社區發展季刊，83，34-43。

許玢妃(1997)．高齡者參與動機、參與行為及參與滿意度之研究—以高雄市老人活動場所為例．東海大學社會研究所碩士論文。

許敘娟(1989)． 自助團體—介紹幫助自己也幫助別人的組織．中華民國社區發展研究訓練中心。

蔡世滋(1989)． 全身紅斑性狼瘡之社會心理觀．臨床醫學，23(2)，116-220。

蔡美華(1994)．台灣地區老年人社會福利需求之綜合研究．東海大學社會研究所碩士論文。

謝高橋(1994)．老人需求與老人福利措施．社區發展季刊，67，180-189。

熊曉芳(1999)．社區獨居老人健康狀況、社會支持及相關因素探討．國立台灣大學護理研究所碩士論文。

關瑞瑄(1994)．促進老人小組動力的手法，老人小組、社區、行政工作．香港: 集賢社。

Aday, R. H. & Shahan, D. R. (1995). Elderly reactions to a death education program in a nursing home setting. Gerontology & Geriatrics Education, 15(3), 3-18.

Ballinger, C., Pomeroy, V. & Melville, H. (1994). Networking between therapists interested in research: How to set up a support group. British Journal of Occupational Therapy, 57(5), 185-187.

Beck, A., Scott, J., Williams, P., Robertson, B., Jackson, D., Gade, G., & Cowan, P. (1997). A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic. Journal of the American Geriatrics Society, 45(5), 543-549.

Becker, R. E. & Vicari, S. (1998). Alzheimer's disease: Community-based care for patients and families. Home Healthcare Consultant, 5(5), 11-17.

Benjamin, B. J. (1997). Normal aging and the multicultural population. Seminars in Speech & Language, 18(2), 127-134.

Brewer,P., Gadsden, V. & Scrimshaw, K. (1994). The community group network in mental health : A model for social support and community integration. British Journal of Occupational Therapy, 57(12), 467-470.

Caserta, M. S. & Lund, D. A. (1993). Intrapersonal resources and the

effectiveness of self-help groups for bereaved older adults. Gerontologist, 33(5), 619-629.

Chenoweth & Kilstoff (1998). Facilitating positive changes in community dementia management through participatory action research. International Journal of Nursing Practice, 4(3), 175-188.

Coates, D. (1995). The process of learning in dementia-carer support programmes: Some preliminary observations. Journal of Advanced Nursing, 21(1), 41-46.

Cohen, M. & Amdur, M. A. (1997). Self-help group for elderly patients. Advanced Nursing Sciences,
6(4), 10-21.

Delpape, B. L. (1997). The effects of a shorten exercise program on three levels of function in an elderly population. Dissertation Abstracts International, 47(11), 189-207.

Elaine, C. L. (1998). Group intervention. New York: Jason Aronson INC.

Emerick, R. E. (1995). Clients as claims makers in the self-help movement: Individual and social change ideologies in former mental patient self-help newsletters. Psychosocial Rehabilitation Journal, 18(3), 17-35.

Fichtenbaum, J. (1994). Death lives in the nursing home. Clinical Gerontologist, 14(2), 42-44.

Garro, L. C. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: Cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint(TMJ). Social Science & Medicine, 38(6), 775-788.

Gee, H. (1991). Effects of group treatment on interpersonal behavior of elderly clients with dementia. Australian Occupational Therapy Journal, 38(2), 63-67.

Hart, E. & Bond, M. (1995). Action research for health and social care: A guide to practice. Buckingham: Open University Press.

Hildingh, C. & Fridlund, B. (1992). Supporting elderly coronary patients in self-help groups with a guidebook; A nurse intervention for public health. Journal of Clinical Nursing, 1(5), 259-264.

Hildingh, C., Segesten, K., Bengtsson, C. & Fridlund, B. (1994). Experiences of social support among participants in self-help groups related to coronary heart disease. Journal of Clinical Nursing, 3(4), 219-226.

Hitch, P. J., Fielding, R. G. & Liewelyn, S. P. (1994). Effectiveness of self-help and support groups for cancer patients: A review. Psychology & Health, 9(6), 437-448.

Holter, I. M. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and can it be used in nursing? Journal of Advanced Nursing, 18, 298-304.

Ingersoll-Dayton, B., Morgan, D. & Antonucci, T. (1997). The effects of positive and negative social exchanges on aging adults. Journal of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences, 52B(4), S190-199.

Kocken, P. L. & Voorham, A. J. J. (1998). Interest in participation in a peer-led senior health education program. Patient Education & Counseling, 34(1), 5-14.

LeBrayde, P. R. (1984). A psychologist's perspective. in Burnside, I. (ed.). Working with the elderly: Group process and techniques. (2nd ed.). Monterey, CA.: Wadsworth Health Science Division.

Lewis, D. J., Frain, K. A. & Donnelly, M. H. (1993). Chronic pain management support group: A program designed to facilitate coping. Rehabilitation Nursing, 18(5), 18-20.

Lowy, L. (1995). Social work with aging: The challenge and promise of later years. New York: Haper & Row.

Lund, D. A. & Caserta, M. S. (1992). Older bereaved spouses' participation in self-help groups. Omega-Journal of Death & Dying, 25(1), 47-61.

Meyer, J. E. (1993). New paradigm research in practice: The trials and tribulations of action research.
Journal of Advanced Nursing, 18, 1066-1072.

Mok, E, & Martinson, I. (2000). Empowerment of Chinese patients with cancer through self-help groups in Hong Kong. Cancer Nursing, 23(3), 206-213.

Morgan, D. L. (1998). The focus group guidebook. Focus group kit 1. New Delhi: Sage Publications.

Neville, S. & Alpass, F. (1999). Factors influencing health and well-being in the older adult. Nursing Praxis in New Zealand, 14(3), 36-45.

Parsons, W. A. (1994). Reminiscence group therapy with older persons: A field experiment. Dissertation Abstracts International, 35(4), 98-114.

Ruffing-Rahal, M. A. (1993). An ecological model of group well-being: Implications for health promotion with older women. Health Care for Women International, 14(5), 447-456.

Sherman, E. (1997). Reminiscence groups for community elderly. Gerontologist, 27(5), 201-225.

Silverstone, B. (1996). Older people of tomorrow: A psychosocial profile. Gerontologist, 36(1), 27-32.

Simmons, H. C. (1998). Spirituality and community in the last stage of life. Journal of Gerontological Social Work, 29(2), 73-91.

Stewart, M. & Shamdasani, P. N. (1996). Focus groups: Theory and practice. New Delhi: Sage Publications.

Tullmann, D. F. & Dracup, K. (2000). Creating a healing environment for elders. Advanced Practice in Acute & Critical Care, 11(1), 34-50.

Walker, R. J., Pomeroy, E. C., McNeil, J. S. & Franklin, C. (1994). A psychoeducational model for caregivers of patients with Alzheimer's disease. Journal of Gerontological Social Work, 22(1), 75-91.

Waters, E. B. (1994). A problem-solving group workshop for older persons. New Jersey: Prentice-Hall.

Webber, K. S. (1994). The role of a health care professional in the evolution of a self-help group. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 5(2), 30-33.

Wilson, J. (1993). Vital yet problematic. Self-help groups and professionals—A review of the literature in the last decade. Health & Social Care in the Community, 1(4), 211-218.

Wolf, M. S. (1997). A review of literature on self-help group. Journal of Gerontological Nursing, 15(7), 26-32.

計畫成果自評

此計劃由於研究者工作改換，從台北轉到南部執行，研究對象已非原計畫所指獨居老人，其餘部份則均能按照原計劃進行。礙於時間、人力及資源的限制，經過密集參訪研商與討論始決定取樣地點。研究對象改變後，樣本仍是極具特定性，影響研究結果之推論，但就樣本的社區地域性，比原設計要更理想、更具有代表性。此外，原擬在團體進行中途（約2-3個月）進行一次施測，但發現團體要能進入狀況相當需要時間，這樣測量時間上太近。日後若能將團體拉長至少一年以上，做縱貫性研究，增加對照組設計，研究結果將更有說服力。類似之行動研究雖龐雜不易進行，但卻有其價值與貢獻，研究群在研究操弄上越來越得心應手，對研究能力的精進極有幫助。行動研究，研究的過程就是政策或行動推動的原動力，潛藏的影響力與價值非現成表象上可完全測量，期許日後能有更多更嚴謹之相關探討。

附件一

一、基本資料：

年齡：_____（民國（前）____年____月出生）
性別：□（1）男_____　□（2）女 _____
籍貫：□（1）本省（閩南）人　□（2）客家人
□（3）大陸各省____省　□（4）原住民
□（5）其他______

宗教信仰：
□（1）無　□（2）基督教
□（3　天主教　□（4）佛教
□（5）其他______

教育程度：
□（1）不識字　□（2）小學程度
□（3）中學程度　□（4）大專以上程度

婚姻狀況：
□（1）已婚　□（2）從未結婚（單身）
□（3）喪偶　□（4）離散婚姻（分居或離婚）

居住狀態：
□（1）獨居
□（2）與家人或朋友共同居住（可複選）
　□ 1.配偶　□ 2.未婚子女　□ 3.兒子媳婦　□ 4.女兒及女婿
　□ 5.孫子女　□ 6.其他親屬　□ 7.朋友

目前家庭同住人數共幾人______人（包括本人）

目前主要經濟來源：
□（1）沒有
□（2）有（可複選）
　□ 1.薪資　□ 2.退休金　□ 3.積蓄　□ 4.租金
　□ 5.子女供給　□ 6.親友資助　□ 7.社會救助　□ 8.其他

平均每月收入：_______元（你本人）

你覺得你的經濟狀況：
□（1）充裕　□（2）剛好夠用
□（3）不夠用

過去工作經驗：
□（1）無　□（2）家庭副業________
□（3）外出工作_________

目前工作情形：
□（1）無　□（2）有 ___________

目前保險狀況：
□（1）無　□（2）有
　□ 1.全民健保　□ 2.其他_________

目前罹患疾病情形：（可複選）

□（1）心臟病　□（2）胃腸方面疾病
□（3）中風　□（4）關節炎或骨骼肌肉方面疾病
□（5）癌症　□（6）泌尿系統方面疾病
□（7）糖尿病　□（8）老人癡呆或其他心理疾病
□（9）高血壓　□（10）眼睛方面疾病
□（11）胸肺疾病　□（12）耳朵方面疾病
□（13）血液方面疾病□（14）其他__________

接受醫療情形：

□（1）無
□（2）有（複選）
　□ 1.長期門診　□ 2. 放射治療
　□ 3.長期服藥　□ 4.手術治療
　□ 5.長期注射　□ 6.中醫治療
　□ 7.復健治療　□ 8.其他______

過去一年曾住院 _____次
　　　　手術 _____次
　　　　急診 _____次
過去 3 個月內門診 _____次
其他____________

二、 下列敘述您的社會支持狀況，請依您的實際狀況在下列口中打勾：

	極不符合	不符合	符合	極符合
有人訴苦及安慰--	□	□	□	□
有人聊天說笑--	□	□	□	□
有人鼓勵讚美--	□	□	□	□
有人關心身體狀況--------------------------------------	□	□	□	□
有人照顧生活起居--------------------------------------	□	□	□	□
有人陪伴--	□	□	□	□
有人提供財物支助--------------------------------------	□	□	□	□
有人協助看病領藥--------------------------------------	□	□	□	□
有人協助乘車--	□	□	□	□
意見被尊重--	□	□	□	□
想做任何事有人協助------------------------------------	□	□	□	□
做任何事，都不會有人阻攔不放心----------------	□	□	□	□
有人對我不耐煩--	□	□	□	□

三、 自覺健康情形，請依您的實際狀況在下列□中打勾：

	很差	稍差	良好	非常好
整體而言，我覺得我的健康情形	□	□	□	□
和過去相比，我現在的健康情形	□	□	□	□

四、 老年人生命態度之探討，請依您的實際狀況在下列□中打勾：

	極不符合	不符合	符合	極符合
我覺得有兒女子孫孝順很重要	□	□	□	□
我關心子女成家立業或有成就	□	□	□	□
兒女子孫應該照顧我	□	□	□	□
家庭和樂對我很重要	□	□	□	□
我覺得晚年有個老伴很重要	□	□	□	□
我覺得日子過的沒煩惱	□	□	□	□
我覺得這輩子沒有遺憾	□	□	□	□
我覺得這一生過得很好	□	□	□	□
我喜歡或接受現在的生活	□	□	□	□
我覺得生活很充實	□	□	□	□
我希望受人尊敬，不要看人臉色	□	□	□	□
我希望不要依賴他人，自己能照顧自己	□	□	□	□
我希望日子能過的平平安安	□	□	□	□
我希望有人能陪伴照顧我	□	□	□	□
生病使我痛苦想死	□	□	□	□
生重病使我什麼都不想要	□	□	□	□
我活著在等死	□	□	□	□
我無法接受生活的許多限制	□	□	□	□
我對生活很無奈	□	□	□	□
我害怕一個人在家	□	□	□	□
我常想太多心裡不舒服	□	□	□	□
有些原因讓我對生活不滿意	□	□	□	□
我覺得無依無靠	□	□	□	□
我活著爲了到處走走看看花花世界	□	□	□	□
我活著爲了關心國家未來	□	□	□	□
我活著爲了使生活過的快樂	□	□	□	□

我活著爲了追求健康----------------------------------□ □ □ □
我活著爲了追求健康----------------------------------□ □ □ □
我活著爲了謀生--□ □ □ □
生老病死或貧賤富貴由天注定，不能控制-------□ □ □ □
我活著是還前輩子的業障------------------------------□ □ □ □
我希望下輩子能如我所願的投胎---------------------□ □ □ □
我相信輪迴，人死後會投胎轉世---------------------□ □ □ □
得重病我盡量不去想它---------------------------------□ □ □ □
病痛透過一些方法能控制------------------------------□ □ □ □
我想過後事要怎麼安排---------------------------------□ □ □ □

五、 下列有關您個人的感受，請勾選符合您情況的答案：

從不 很少 有時後 經常

您覺得您與周遭的人和睦嗎？-------------------------□ □ □ □
您覺得您缺少友伴？--------------------------------------□ □ □ □
您覺得沒有一個人可以讓您求助依賴嗎？----------□ □ □ □
您覺得孤單嗎？---□ □ □ □
您覺得自己是屬於朋友中的一份子嗎？-------------□ □ □ □
您覺得您與周遭的人有許多相同之處？-------------□ □ □ □
您覺得您不再與任何人親近？-------------------------□ □ □ □
您覺得周遭的人無法共享您的興趣和想法嗎？----□ □ □ □
您覺得您是一個外向和友善的人嗎？----------------□ □ □ □
您覺得您和人們親近嗎？------------------------------□ □ □ □
您覺得您不被重視嗎？---------------------------------□ □ □ □
您覺得您與其他人的關係是毫無意義的嗎？-------□ □ □ □
您覺得沒有人真正認識你？----------------------------□ □ □ □
您覺得您處於人群中，仍覺得孤立嗎？-------------□ □ □ □
您覺得當您覺得需要時您都可以找到友伴？-------□ □ □ □
您覺得有人真正瞭解您嗎？----------------------------□ □ □ □
您覺得您害羞嗎？---□ □ □ □
您覺得身邊有一些人，但他們不是您的知己？----□ □ □ □
您覺得有人可以聽您傾訴嗎？-------------------------□ □ □ □
您覺得有人可以讓您求助依賴嗎？------------------□ □ □ □

六、 下列有關您睡眠習慣的調查，請勾選符合您情況的答案：

	從不	很少	有時後	經常
當您睡眠時，您無法在30分鐘內入睡嗎？	□	□	□	□
當您睡眠時，您經常在半夜或清晨醒來嗎？	□	□	□	□
當您睡眠時，您經常必須起來上廁所嗎？	□	□	□	□
當您睡眠時，您常感到無法順暢地呼吸？	□	□	□	□
當您睡眠時，您常咳嗽或大聲地打鼾？	□	□	□	□
當您睡眠時，您經常感到太冷？	□	□	□	□
當您睡眠時，您經常感到太熱？	□	□	□	□
當您睡眠時，您經常做惡夢嗎？	□	□	□	□
當您睡眠時，您經常感覺到頭痛？	□	□	□	□
過去一個月內，您經常會有睡眠的困擾？	□	□	□	□
過去一個月期間，您常會服用藥物來幫助您的睡眠？	□	□	□	□
過去一個月，您是否經常無法在開車，或社交活動時保持清醒呢？	□	□	□	□
過去一個月期間，對您來說提起精神把一件事情做完是否是個問題呢？	□	□	□	□

七、下列有關您個人憂鬱狀況的調查，請勾選符合您情況：

	從不	很少	有時後	經常
您是否常覺得沮喪、憂鬱和愁苦？	□	□	□	□
您是否覺得早上是我感到最暢快的時間？	□	□	□	□
您是否覺得您的胃口經常很好？	□	□	□	□
您是否覺得容易無緣無故感到疲倦？	□	□	□	□
您的頭腦是否和以前一樣清楚？	□	□	□	□
您是否很容易做您做慣的事？	□	□	□	□
您是否覺得容易煩躁和坐立不安？	□	□	□	□
您是否可以容易地對事情作決定？	□	□	□	□
您是否覺得自己仍有用且被需要？	□	□	□	□
您是否仍然喜歡做以前所做的事？	□	□	□	□

八、 下列有關您個人生活型態的調查，請勾選符合您情況：

（一）上星期內您有幾天午睡？

□（1）沒有午睡　□（2）一天　□（3）二天
□（4）三天　□（5）四天　□（6）五天以上

（二）請描述您平常一天有幾次打瞌睡的情形？

□（1）一次　□（2）二次　□（3）三次
□（4）四次　□（5）五次　□（6）六次以上

（三）請填以下表格，描述您過去一個星期內的某一天午睡的情形

午睡時間	午睡次數	一次午睡時間
早上 8 點前		
早上 8 點到 10 點		
早上 10 點到中午 12 點		
中午 12 點到下午 2 點		
下午 2 點到 4 點		
下午 4 點到 6 點		
下午 6 點以後		

1. 巴氏指數(Barthel Index)

分數	項目	得分
0分：需完全協助	進食	______
5分：需部份協助 10分：可自行完成	如廁	______
10分：可自行完成	上下樓梯	______
	穿脫衣服	______
	大便控制	______
	小便控制	______
0分：需完全協助	輪椅與床之間移動	______
5分：需部份協助		
10分：稍微協助可走50公尺以上	平地行走	______
15分：可自行完成，不需輔具		
0分：需別人協助	個人衛生/修飾	______
5分：可自行完成	洗澡	______
總分		

*依賴程度：□(1)正常 □(2)輕度 □(3)中度 □(4)重度

複雜性日常生活功能(IADL)

1. 使用電話的能力	□ 1.自動自發使用電話--查電話號碼，撥號等 □ 2.只會撥幾個熟知的電話 □ 3.會接電話，但不會撥號 □ 4.完全不會使用電話	□
2. 上街購物	□ 1.獨立處理所有的購物需求 □ 2.可以獨立執行小額購買 □ 3.每一次上街購物都需要有人陪伴 □ 4.完全不會上街購物	□
3.做飯	□ 1.獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜 □ 2.如果備好一切作料，會做一頓適當的飯菜 □ 3.會將已做好的飯菜加熱和擺設，或會做飯但做的不夠充分 □ 4.需別人把飯菜煮好、擺好	□
4.作家事	□ 1.能單獨理家或偶而需要協助(如幫忙較重的家事) □ 2.能做較經的家事，如洗碗、舖床疊被 □ 3.能做較經的家事，但不能達到可被接受的清潔程度 □ 4.所有的家事都需別人協助 □ 5.完全不會做家事	□
5.洗衣	□ 1.會洗所有個人的衣物 □ 2.會洗小件衣物，清洗襪子、褲襪等 □ 3.所有的衣物都要別人代洗	□
6.交通方式	□ 1.能自己搭乘交通工具或自己開車 □ 2.能自己搭計程車，但不會搭公共交通工具 □ 3.當有人協助或陪伴時，可以搭公共交通工具 □ 4.只能在別人協助下搭乘計程車或私用車 □ 5.完全不能出門	□
7.自己負責服藥	□ 1.能自己負責正確的時間服用正確的藥物 □ 2.如果能事先將藥物的份量備妥，可自行服用 □ 3.不能自己負責藥物	□
8. 財物的能力	□ 1.獨立處理財務(自己做預算，寫支票，付租金，付帳單，上銀行)自己匯集收入並清楚支用狀況 □ 2.可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行的往來或大宗購買 □ 3.不能處理錢財	□

總分：__________

認知功能-SPMSQ

	0	1	
	對	錯	
1)今天幾號？____年_____月____日_____時	□	□	□
2)今天星期幾？__________________	□	□	□
3)您現在身在何處？_____________	□	□	□
4)您家的電話或地址？_____________	□	□	□
5)您今年幾歲？_____________	□	□	□
6)您的出生年月日？_____年_____月____日 或生肖___________	□	□	□
7)現任總統是誰？	□	□	□
8)前任總統是誰？	□	□	□
9)您母親本姓爲何？	□	□	□
10)20-3＝____-3＝____-3＝____-3＝ ____-3＝__	□	□	□

答錯題數：__________

自我概念量表

你對自己的看法如何？請在適當□中勾選

	極不同意	不同意	同意	極同意
1.我是個有用的人	□	□	□	□
2.我有很多優點	□	□	□	□
3.我是個很有成就的人	□	□	□	□
4.我很有能力	□	□	□	□
5.我有許多地方值得誇耀	□	□	□	□
6.我覺得自己很不錯	□	□	□	□
7.我對自己很滿意	□	□	□	□
8.我覺得我很重要	□	□	□	□
9.有時我覺得自己很沒用	□	□	□	□
10.有時覺得自己一點也不好	□	□	□	□

總分：___________

社會功能量表

	總是	經常	差不多	偶而	無
	4	3	2	1	0
1.我最近常獨自一個人	□	□	□	□	□
2.我常和別人交談打電話或互動	□	□	□	□	□
3.我很容易和別人建立朋友關係	□	□	□	□	□
4.我一直對周圍的人或事物感到興趣	□	□	□	□	□
5.我常對團體活動感到應趣例如老人會、、	□	□	□	□	□

總分：_________

社會支持量表

下列敘述您的社會支持狀況，請依您的實際狀況在下列□中打勾：

	極不符合 4	不符合 3	符合 2	極符合 1
有人訴苦及安慰	□	□	□	□
有人聊天說笑	□	□	□	□
有人鼓勵讚美	□	□	□	□
有人關心身體狀況	□	□	□	□
有人照顧生活起居	□	□	□	□
有人陪伴	□	□	□	□
有人提供財物支助	□	□	□	□
有人協助看病領藥	□	□	□	□
有人協助乘車	□	□	□	□
意見被尊重	□	□	□	□
想做任何事有人協助	□	□	□	□
做任何事，都不會有人阻攔不放心	□	□	□	□
有人對我不耐煩	□	□	□	□

得分：____________

憂鬱量表

下列有關您個人憂鬱狀況的調查，請勾選符合您情況：

	從不	很少	有時後	經常
您是否常覺得沮喪、憂鬱和愁苦？	□	□	□	□
您是否覺得早上是我感到最暢快的時間？	□	□	□	□
您是否覺得您的胃口經常很好？	□	□	□	□
您是否覺得容易無緣無故感到疲倦？	□	□	□	□
您的頭腦是否和以前一樣清楚？	□	□	□	□
您是否很容易做您做慣的事？	□	□	□	□
您是否覺得容易煩躁和坐立不安？	□	□	□	□
您是否可以容易地對事情作決定？	□	□	□	□
您是否覺得自己仍有用且被需要？	□	□	□	□
您是否仍然喜歡做以前所做的事？	□	□	□	□

生命態度量表

老年人生命態度之探討，請依您的實際狀況在下列口中打勾：

	極不符合 4	不符合 3	符合 2	極符合 1
如有下半輩子，您希望過像這輩子一樣的生活	□	□	□	□
您覺得這輩子活的有價值	□	□	□	□
您覺得這輩子都有清楚的目標與方向	□	□	□	□
您覺得對鄰里或社會有貢獻	□	□	□	□
您覺得受到別人的尊敬	□	□	□	□
您覺得生命空虛（沒什麼意思）	□	□	□	□
您覺得未來沒有什麼希望，過一天算一天	□	□	□	□
您覺得很值得爲子女辛苦	□	□	□	□
您覺得子女的表現會讓父母很有面子	□	□	□	□
您覺得盡到了父母的責任，心願以了	□	□	□	□

得分：____________