

# 美和學校財團法人美和科技大學

## 100 年度教師產學合作計畫

### 結案報告書

計畫名稱：肢體障礙長者的健康需求與生活滿意關係之  
探討

計畫編號：100-FI-DSW-IAC-R-003

計畫期間：100.2.1~100.12.31

計畫主持人：王明鳳

共同主持人：黃誌坤

研究助理：鄭合君、方湘瑋、卓彩雲

經費總額：50,000 元

經費來源：社團法人台灣仕馨服務協會

# 目 錄

- 一、 中文摘要
  - 二、 前言
  - 三、 研發理念 (研究目的)
  - 四、 學理基礎 (文獻探討)
  - 五、 研究方法
  - 六、 研究結果
- 中英文參考文獻

## 一、中文摘要

我國老人福利法已於民國九十八年七月八日修正公佈，以維護老人尊嚴與健康，安定老人生活，保障老人權益，增進老人福利為立法宗旨，可見老人的醫療保健及社會福利已受到極大的重視。只是如何讓高齡長者活得久又活得健康，是相關專業人員欲努力達成的工作目標。

近年來之福利政策都走向在地化、社區化之趨勢，有感於老人特別是肢體障礙長者可能因身體功能缺損而導致其全面生活品質的下降。故本研究希望從老人生理、心理、社會等三個層面去探討其對老人健康生活之影響，期待能透過本研究提出有利於老人健康、安全與生活之友善社會環境，讓老人享有活力、尊嚴、快樂與自主的生活。故本研究主要目的如下：一、探討社區肢體障礙長者基本人口特性對其生活滿意度之關係。二、探討社區肢體障礙長者的生理、心理、社會健康因素對生活滿意度的影響。三、提供未來發展健康促進活動及維護老人健康及福利權益之探討與建議。

## 二、前言

根據內政部統計資料，我國65歲以上的人口在民國六十九年占總人口比率的4.41%，民國八十二年年底占總人口比率的7.1%，正式達到聯合國「高齡化社會」的標準，亦即六十五歲以上的老人達到聯合國教育科學文化組織所訂定的7%指標，台灣地區已正式邁入高齡化社會。民國九十一年底，65歲以上的老年人口占總人口比率的9.02%，且受出生率下降的影響，人口老化速度甚快，老化指數由民國八十一年之26.4%，急速增至九十一年之244.2%（行政院主計處，2007）。這種快速人口結構的改變，衝擊著世界各國，可見人口老化是當代全球共同面臨的現象。

由於家庭結構的改變，高齡者退出職場後，社會角色失落，人際互動減少，老人常常擔任顧家的角色；甚至有些老人獨自生活，自己照料自己生活起居，再加上老年人年紀愈大，將可能面臨老伴離去的傷痛，或身邊重要的他人去世。為了因應家庭結構的改變和適應老伴老友의 凋零，老人的生活與人際關係不容忽視。老年期有更長的時間去面對人生，如何讓這些高齡者老當益壯，不成為社會的負擔，如何讓高齡者生活中有伴相扶持，並能提升高齡者人際關係及生活滿意度，是當前值得去深思和探討的。在相關研究顯示：家人或親屬一直被認為是直接支持老人生活的核心，但不容忽視的是同儕間之友誼在老年階段中是有力的社會支柱，所以人際關係的互動與高齡者的生活息息相關，也是高齡者能否成功老化的重要關鍵因素，由此可見生活滿意度及人際關係是了解高齡者生活最關鍵的因素。

近年來，受到資訊科技進步的衝擊，帶動經濟的繁榮，以及醫療科技的進步發展，使得人類平均壽命逐年延長，老年人口增多。為因應高齡化社會的來臨，我國老人福利法已於民國八十六年六月十八日修正公佈，以宏揚敬老美德、維護老人健康、安定老人生活、保障老人權益、增進老人福利為立法宗旨，可見老人的醫療保健及社會福利已受到重視。如何讓高齡者活得久又活得健康快樂不寂寞，是成功老化的目標。

94年起至今，透過金齡社區照顧關懷據點，從週一至週五提供健康檢測，以及安排各類型之健康促進活動，用以了解其服務對象身體健康情形；98年經舉辦20場慢性病團體後，發現定檢與監測，是銀髮族維持健康及生活品質的重要關鍵。若控制不佳，會引起因慢性病所伴隨之嚴重併發症，對其日常生活會有很大的影響。民國88年自98年，透過「民族老人活動中心」提供資源，並於94年設置金齡社區照顧關懷據點，服務在地的居民。同時，98年增聘1位社區照顧服務員，專職於民族社區在地老化工作，現已服務426位社區民眾。社區中多數長輩因年齡增加、社群及家庭關係薄弱且缺乏主要照顧者，若在健康狀況不佳的情況下，其生命安危可慮。為有效協助其問題需求有可用的資源與協助介入，透過專職社區照顧服務員，轉化定點關懷為主動將資源及服務帶入家中，建立便利性高的健康與安全服務資源，減少輸送障礙，使民族社區居民、長輩能接受專業且人性化的服務。透過社工員積極資源銜接、建立與社區良好互助關係，使資源能連續性提供服務使用者，實現成功的在地老化。

台灣的老年人目前對安養院的接受度不高，除非生活無法自理，才會由親人安排入住，但對於可以自由行動的長輩，都會是選擇在地老化。世界主要的福利發展國家，其老人照顧政策均以在地老化為最高指導原則，認為老人應在其生活熟悉而習慣的社區中自然老化，以維持老人自主、自尊、隱私的生活品質。但是部份會因家庭因素而成為獨居老人，更大部份則因經濟能力不好成為弱勢的一環。老人的確是一方面接近死亡，另一方面自立更生越來越困難，需要依賴的程度越來越大。若生病的話，其心理上的不安是會無限的擴大，其問題不是有無力感，就是以自己為中心，任性的生活使其人際關係更加惡劣。因此，必須具有人類的愛之照顧技術。我們不但要瞭解老人的不安與心情，而且要與老人建立互相賴的關係。親切與專心聽取老人的意見是照顧老人的重要條件，儘量幫助使老人精神愉快地生活著（江亮演，2009；吳淑瓊、莊坤洋，2001）。

據內政部社會司統計，台灣地區高齡人口於82年9月底為1,485,200人，占總人口之7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標；97年底，老年人口增加到2,402,220人，占總人口的10.43%。南台灣的老人人口成長尤其值得注意，根據內政部統計資料，雲嘉南與高高屏10個縣市人口數僅佔台灣總人口近3成，但其老人、身心障礙者以及老榮民人口數卻佔台灣的近4成，其中獨居老人約為全國的51%，可知南台灣老年人口成長趨勢遠居全台之冠，同時亦可知，南台灣老人服務需求殷切的程度，是相當值得珍視的。（內政部社會司，2009）。目前高雄市三民市11行政區55歲以上人口數為1,528,430人（如表1），高雄市三民區55歲以上人口數101,953人（如表2），民族社區（安發、安寧、安吉、安康）55歲老人人口數1,749人（如表3），社區老化情形明顯。民族社區55歲以上領有肢體障礙手冊476人（如表4），行動、生活上需要他人照顧、扶持者，同時罹患高血壓、糖尿病等慢性疾病，及社會資源不足者，平日鮮少出門，人際及功能上有較多的限制，但卻需要有人關心傾聽、情緒支持，以及加強衛教認知、福利服務、健康促進等觀念。

表 1：高雄市 11 行政區 55 歲以上人口數統計表

區域		鹽埕	鼓山	左營	楠梓	三民	新興	前金	苓雅	前鎮	旗津	小港	總計
性別	男	13933	63998	93917	85647	173875	27158	14191	90132	99304	15593	77419	755167
	女	13762	66297	96629	86699	180956	28524	14808	94615	100158	14369	76446	773263
小計		27695	130295	190546	172346	354831	55682	28999	184747	199462	29962	153865	1528430

資料來源：高雄市政府社會局三科（2010）

表 2：高雄市三民區人口分佈概況（五歲年齡組統計）

性別	50-54 歲	55-59 歲	60-64 歲	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90-94 歲	95-99 歲	100 歲 以上	總計
男	13829	12220	7412	5867	4066	2721	1726	687	145	35	13	48721
女	15173	13432	7774	6049	4742	3025	1862	872	245	46	12	53232
小計	29002	25652	15186	11916	8808	5746	3588	1559	390	81	25	101953

資料來源：高雄市政府民政局（2010）

表 3：高雄市三民區民族社區老人分佈概況（55 歲以上老人統計）

里別	安發	安寧	安吉	安康	總計
人數	395	382	463	509	1749

資料來源：高雄市三民區公所社會課（2010）

表 4：高雄市三民區民族社區肢體障礙老人分佈概況（55 歲以上老人統計）

里別	安發	安寧	安吉	安康	總計
人數	96	86	139	155	476

資料來源：高雄市三民區公所社會課（2010）

學者江亮演(2009)研究，凡是生物都有老化的一天，人類也因為受生理、心理或社會文化的影響，其老化的速度有所差異。由於老人的「老化」所帶來的各種疾病及生理功能喪失的程度比一般人多而嚴重，所以老人使用醫療資源比一般人多出很多。因此，老人最需要也就是老人需求最迫切者，就是營養與醫療保障。通常生理健康與否與心理健康有互為因果的關係。而老人生理健康與心理健康的因素相當複雜，遺傳因素、環境問題、人格與社會環境、教育程度與知識，以及國家的醫療保健政策，尤其科技的發展等都有密切關聯。隨著社會整體經濟環境繁榮及發展迅速，以及醫療品質的進步成熟，讓國人平均壽命逐年增加，導致整個社會人口結構逐年邁向高齡化社會，緊接而產生的是老年人醫療健康照護也逐年增加需求，而老年人所患疾病大部分為慢性疾病或失去行動能力等重大疾病，除了佔用大部分醫療資源外，也增加人力照顧和社會成本，促使人們要正視對老人健康照顧環境對策的迫切性及重要性。

綜上所述，研究者有感於老人生理〈健康狀況〉、心理〈憂鬱〉、社交／社會〈人際關係〉，對其老年生活滿意度之影響，希望從老人生理、心理、社會等三個層面去探討其對老人健康生活之影響，期待能透過本研究提出有利於老人健康、安全與生活之友善社會環境，讓老人享有活力、尊嚴、快樂與自主的生活。

### 三、研發理念（研究目的）

依據上述的研究背景與動機，本研究的目的是在於探討健康因素對老人生活滿意度之調查。對現代人來說，生活環境的改善與醫療的發達，國民愈來愈長壽，因此在身體與老化的過程中，相對的心理層面和社會層面也會對生活的滿意度產生影響。

故本研究主要目的如下：

- 一、探討社區肢體障礙長者基本人口特性對其生活滿意度之關係。
- 二、探討社區肢體障礙長者的生理健康因素對生活滿意度的影響。
- 三、分析社區肢體障礙長者的心理健康因素對生活滿意度的影響。
- 四、分析社區肢體障礙長者的社會健康因素對生活滿意度的影響。
- 五、分析社區肢體障礙長者肢體障礙程度對生活滿意度的影響。
- 六、提供未來發展健康促進活動及維護老人健康及福利權益之探討與建議。

### 四、學理基礎（文獻探討）

#### 第一節 高齡化社會相關研究

##### 一、高齡化社會的意涵

依據國際標準，當一個地區 65 歲以上人口超過百分之七時，我們便可以判定這個區域已經達到人口高齡化的水準。「人口高齡化」是近來已開發國家普遍所面臨的現象，而臺灣在邁進已開發國家之林，隨著醫療及思想潮流的進步，逐漸步入高齡化社會，人口高齡化衍生的問題也逐漸浮現。而根據內政部統計，臺灣在 1993 年 65 歲以上人口已達到總人口的百分之七，故臺灣社會結構呈現老年化，根據 2007 年底止統計資料，臺灣地區 65 歲以上人口已有 2,343,092 人，佔總人口比例為 10.21%，老化指數高達 58.13%，人口老化的現象會越來越明顯，若再加上家庭結構隨著社會變遷改變其形態，傳統家庭成員相互扶持的功能減弱，被現今小家庭形態所取代，使得各界開始重視老年生活問題之重要性，讓老人不再是羸弱的形象，而是活力的表現，政策制訂也以「成功老化」為目標，使老年人除了能夠擁有身體上的健康外，還能夠具備高認知功能，主動地參與社會。

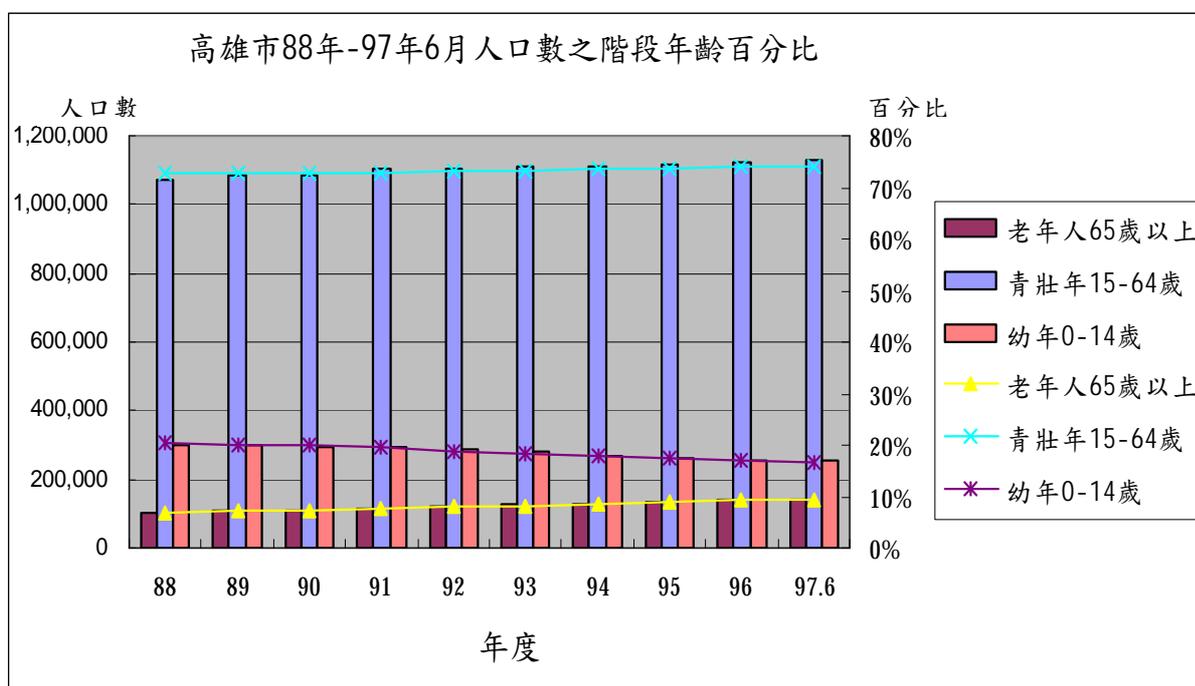
隨著全民健康保險推動，醫療及衛生水準提升，許多慢性疾病因而得到良好的控制，平均壽命延長，以 95 年為例，台灣地區男性零歲平均餘命 74.85 歲，較 85 年 72.37 歲增加 2.48 歲；女性零歲平均餘命 81.40 歲，較 85 年 78.04 歲增加 3.36 歲。我國因人口結構因素未來幾年將有更多人口達到老年階段，以 92 年至 96 年底老年人口比例各為 9.24%、9.48%、9.74%、10.00%、10.21%（表 1）增加幅度呈現逐年遞增趨勢（圖 1），截至 97 年 6 月，老年人口比例已高達 10.30%，6 個月內已增加 0.10 個百分點，預計 97 年底前可望突破 10.5%。本市人口結構老化亦不例外，以 92 年至 96 年底老年人口比例各為 7.93%、8.24%、8.59%、8.94%、9.23%（表 2）增加幅度呈現逐年遞增趨勢（圖 2），截至 97 年 6 月，老人口比例已高達 9.37%，6 個月內已增加 0.14 百分點，預計 97 年底前可望突破 9.5%。

表 1：高雄市 88 年至 97 年 6 月人口數及階段年齡百分比與扶養比

年 月	人口數			百分比			扶養比%	
	幼年 0-14 歲	青壯年 15-64 歲	老年人 65 歲以上	0-14 歲	15-64 歲	65 歲 以上	幼年	老年
88	302098	1071291	102116	20.47	72.61	6.92	28.2	9.53
89	299793	1084070	106697	20.11	72.73	7.16	27.65	9.84
90	296050	1087648	110759	19.81	72.78	7.41	27.22	10.18
91	293035	1101229	115246	19.41	72.95	7.64	26.61	10.47
92	284605	1105040	119705	18.86	73.21	7.93	25.76	10.83
93	278435	1109556	124686	18.41	73.35	8.24	25.09	11.23
94	269778	1111038	129833	17.86	73.55	8.59	24.28	11.69
95	261885	1117355	135466	17.29	73.77	8.94	23.44	12.12
96	255757	1124397	140401	16.82	73.95	9.23	22.75	12.49
97.6	252374	1128132	142811	16.57	74.06	9.37	22.37	12.66

資料來源：高雄市政府民政局

圖 1



我國 88 年底 65 歲以上老年人口為 1,865,472 人佔總人口數 8.44%扶養比 12.04 (65 歲以上人口/15-64 歲人口)，92、96 年底老年人口分別為 2,087,734 及 2,343,092 人，佔總人口數 9.24%、10.21%，扶養比 13.02 及 14.13，老年人口比例快速成長 (表 1) 而新生兒却相對的減少。根據行政院經濟建設委員會推估約在 2016 年時，我國的老人與 15 歲以下幼年人口同為 314 萬人，此後，老年人口數將超過幼年人口數，扶老比也跟著上升，從

2008 年的 14.40%，上升到 2021 年的 24.20%。亦即，如果情況不變，到了 2056 年時已經是每 1.4 個青壯人口要養一個老人（表 3、4）。由此可知，國民扶養老人的負擔將更加沉重。

表 2：我國未來人口結構（中推計）

年別	年底人口數（千人）			年底人口結構（%）			扶養比	
	0-14 歲 •	15-64 歲 ,	65 歲以上 <i>f</i>	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上	扶幼比 • /, *10 0	扶老比 <i>f</i> /, *100
97	3,906	16,657	2,397	17.0	72.60	10.14	23.50	14.40
98	3,789	16,797	2,456	16.5	72.90	10.70	22.60	14.60
99	3,672	16,962	2,489	15.9	73.40	10.80	21.70	14.70
100	3,556	17,109	2,535	15.3	73.80	10.90	20.80	14.80
105	3,143	17,254	3,142	13.4	73.30	13.40	18.20	18.20
110	3,023	16,697	4,037	12.7	70.30	17.00	18.10	24.20
115	2,945	15,910	4,891	12.4	66.80	20.90	18.50	31.30
120	2,816	15,050	5,874	11.9	63.40	24.70	18.70	39.00
125	2,638	14,233	6,542	11.3	60.80	27.90	18.50	46.00
135	2,230	12,351	7,510	10.1	55.90	34.00	18.10	60.80
145	2,060	10,610	7,616	10.2	52.30	37.50	19.40	71.80

資料來源：行政院經濟建設委員會

圖 2 扶養比

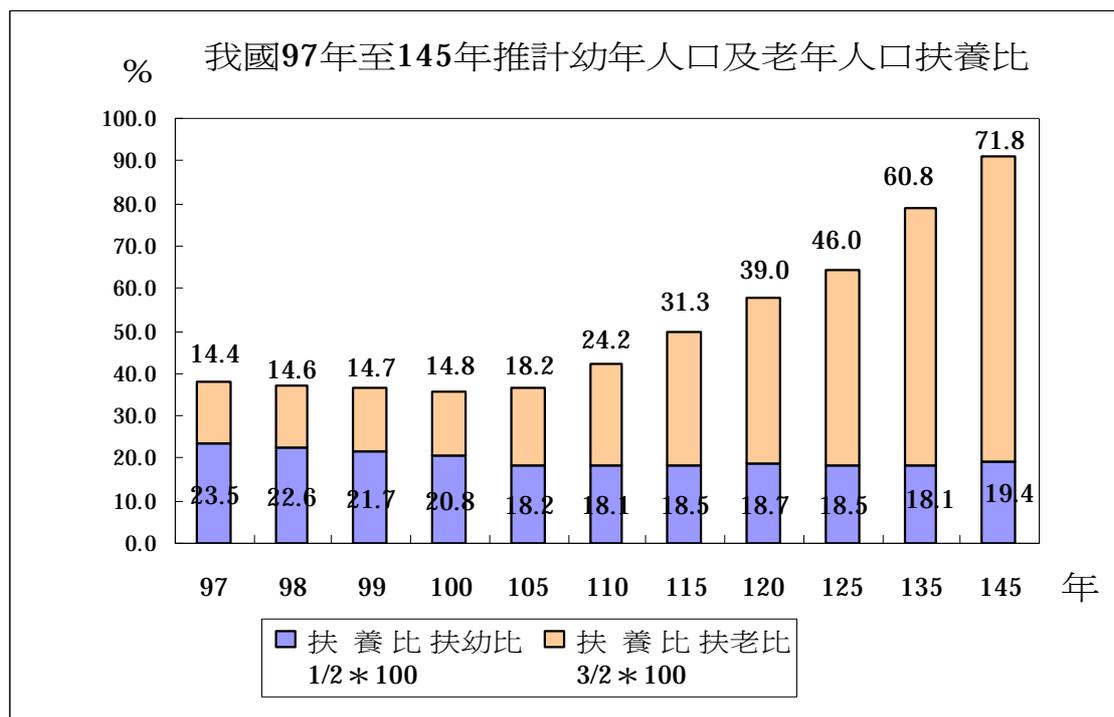


表 3：人口結構變化趨勢

項目	97年	106年	114年	130年	145年
65歲以上比率	10.4%	14.0%	20.1%	30.8%	37.6%
15-64歲比率	72.6%	72.8%	67.5%	58.6%	52.3%
0-14歲比率	17.0%	13.1%	12.4%	10.6%	10.2%
青壯者與退休者之比例	7 : 1	5.2 : 1	3.4 : 1	1.9 : 1	1.4 : 1

資料來源：行政院經濟建設委員會「中華民國臺灣 97 年至 145 年人口推計」，97 年 9 月。

隨著老人人口的快速成長，慢性病與功能障礙的發生率呈現急遽上升趨勢；而這些功能障礙者或缺乏自我照顧能力者，特別需要健康與醫療服務，以期延緩老化或降低失能發生率；而對於失能者，也需要密集的長期照顧服務。

65 歲以上高齡者期望的老年生活以身體健康居首，全民健保部分低收入戶之健保費已由政府全額補助，目前高雄市更擴大對象全面普及 65 歲以上高齡者，另外編列預算補助裝置假牙及提供高齡者完善之健康檢查。

依據內政部 2005 年老人狀況調查報告顯示：老人針對自己目前健康狀況之自評結果，表示「好」者(包括很好及還算好)佔 33.44%，普通者佔 36.62%，不好者(包括不太好及很不好)佔 29.52% (表 8)。而臺灣地區老年人口 10 大死因，以惡性腫瘤者最多，其次為腦血管疾病和心臟病分別佔第 2 和第 3 大死因，臺灣每年死亡的老人中，約有一半死於前

述 3 大死因。此外，依據行政院衛生署中央健康保險局統計資料顯示，2005 年全民健康保險對象當中，老年人口佔全體被保險人數為 9.8%，惟其醫療利用件數佔全部的 18.73%，所消耗的醫療費用支出佔全部的 32.12%，可見，高齡化社會對於全民健康保險的醫療利用與醫療支出有非常大的影響。

另外，依內政部老人狀況調查發現，目前我國 65 歲以上高齡者認為最理想的居住方式為「與子女同住」者佔 61.7% 居多，其次為「僅與配偶同住」佔 19.5% 及獨居佔 8.5%，住安療養機構佔 7.5%（表 9），換言之，高齡者認為居家仍是最理想居住方式。為增強家庭照顧能力，使其能在自己熟悉的環境獲得妥善照顧，各縣市對中低收入戶亦提供特別照顧津貼，另為減輕家庭照顧失能高齡者負擔，亦開辦老人居家服務，社區照顧-老人日間照顧、託老服務及老人餐飲服務等，對獨居子女因上班無法照顧之高齡者，白天由家人送至照顧中心，由中心提供護理、生活照顧…等，晚上將高齡者接回來家，享受親情關懷，對無親屬或親屬無力扶養者由各縣市設立老人安養機構，提供免費安置。

表 4 我國 65 歲以上高齡者居住安排比例 單位：%

年	獨居	夫妻 2 人	與子女同住	祖孫 2 代 與非直系親屬同住		安療養機構	其他
75	11.5	14.0	70.2	2.5		0.8	0.9
85	12.3	20.6	64.3	1.4		0.9	0.5
91	8.5	19.5	61.7	2.0	0.6	7.5	0.2
女	8.8	14.4	67.9	2.4	0.6	5.7	0.3
男	8.3	24.1	55.9	1.7	0.7	9.2	0.1

資料來源：內政部統計處老人調查報告

在複雜的身體健康問題背景下，老人對健康照護服務的需求隨之多元化，除了對老人提供長期照顧和醫療服務外，絕大多數老人所需的健康促進與疾病預防需求更應加以重視，因此，建構一個安全、舒適、溫馨、便利適合高齡者居住的社區環境，以確保高齡者能夠在最少的外在協助下自由行動，避免生活中意外的發生，也是本研研究所欲關心的焦點，故以下探討生理、心理、社會因素可能對長者可能產生的影響，期待建立社區長老健康的老化觀念，消除年齡歧視，進而迎接邁入高齡社會的各種挑戰。

## 第二節 老年期生理、心理與社會發展之相關理論

Birren & Renner 將老化界定為：「個體成熟後，機體的一種改變」。Turner & Helms 認為老化應從生理、心理、社會等三方面來加以瞭解（引自黃富順，1992），以下分別說明之。

### 壹、老年期的生理變化

在生理方面，老年期所面臨的是身體各種功能的老化。以下就生理功能老化的特性、種類與現象分別如下：

#### 一、老化的特性：

生理老化（Biological aging）是老人發展中最顯著的特徵，老化是因年齡的增長，而使生理功能開始產生結構組織、感官能力、心肺功能、和細胞組織等方面的改變，導致功能的減退。Hall（1976）曾經提出老化判斷標準，任何生理上的變化必須符合下列四種特性方能稱為老化現象：

- （一）普遍性（universality）：因為生理機能的改變有個別差異，因此必須是同種生物內的每一成員都會發生的生理機能改變，才能稱之為老化現象。
- （二）內質性（intrinsicity）：老化現象的生理改變並非由外在因素所造成，而是源自於內在本質性的生理改變。
- （三）漸進性（progressiveness）：老化的因子須隨著年齡的增加而持續的發展，並且在某一年齡後的發生率會增高。
- （四）有害性（deleteriousness）：此種改變屬於一種退化（senescence）的現象，妨礙生理機能的正常運作。

#### 二、老化的種類

老化的現象，一般分為兩類：

##### （一）基本老化

基本老化的現象乃是普遍且不可避免的，是每個人都會發生的身體變化，且往往能由個體自身或他人所能觀察或覺察得到，通常自生命的初期便開始，亦稱為正常老化。

##### （二）次級老化

次級老化的現象雖發生在多數人身上，但並非普遍而不可避免的。次級老化通常是因疾病所引起，例如因患慢性病而導致人體的組織與功能漸衰，可藉運動與改變飲食習慣加以控制，使次級老化現象延緩或暫停。

#### 三、老化的現象

老化的起始點、速率與程度乃因人而異，但老化現象卻大同小異，一般而言，老人大致上會經歷下列的老化現象：（Hooyman, N. R. and Ki yak, H. A. 1992 馮韻文、屠敏珠譯）

- （一）心血管系統方面：心肌收縮較慢，心力較弱，動脈粥樣硬化的發並率升高。血管彈性降低，血壓升高。
- （二）消化系統方面：胃酸及各種消化液的分泌減少。

- (三) 神經系統方面：反應時間增長。感官能力衰退，視敏度降低，晶狀體硬化，調節力減退，瞳孔漸漸縮小，對照明度要求漸高，青光眼和白內障的發病率升高；高頻聽力下降；味覺、嗅覺、觸覺器官逐漸遲鈍。
- (四) 皮膚系統方面：彈性減退，產生皺紋，色素增多。
- (五) 內分泌系統方面：內分泌腺衰退歷來被認為是老化的決定因素。甲狀腺分泌並未減少，但組織利用甲狀腺素的能力降低；腎臟腺皮質激素水平下降；胰島素對高血糖的反應較不靈敏；性腺分泌均逐漸減少。
- (六) 骨骼系統方面：骨中鈣質的流失而亦骨折、骨質疏鬆、關節活動度減少，易患關節炎。
- (七) 呼吸系統方面：胸廓漸變僵硬，呼吸肌力減弱，肺活量降低而殘氣量增加，肺彈性降低。
- (八) 腎臟系統方面：腎臟功能減退，腎濃縮能力減退，故排出廢物需更多水量。
- (九) 調節機制方面：對血酸鹼度、血糖水平等的調節機制皆減退，對溫度變化的適應力減弱。

由上述可知，個體的生理組織及功能是慢慢發生變化，而這種生理功能的衰退現象在老年時進行得最快。大致上老人在經歷老化的過程是相同，只有速率的不同，故生理老化是一種複雜、多樣化且是連續的過程，幾乎是每一個老人所共同面臨的，有時候長者會直到某種功能受到嚴重的影響，才驚覺引起注意，開始承認老化現象。殊不知其實老化的現象通常很早就開始，且是在不知不覺降臨在每一個人的身上（黃富順，1989）。

由於老化的過程與個人的生理、心理以及其所處的環境有著密切關係。而生理老化的過程會直接或間接造成老人心理上的衝擊，會因而脆弱、焦慮、緊張不安等心理上的困擾。故在本研究中將以生理老化的現象來探討老年期的生理健康因素。

## 貳、老年期的心理發展

老年人在經歷了一些心理狀況上的改變，如形成自我中心與自我滿足的現象，對環境中的人事物的關情感的投入減少等等。這些改變並非退化或病態，只是從某個發展階段，邁向另一個發展，而階段之轉變對老人而言是須重新適應，做適當的社會、行為及情感及反應的再學習（黃國彥，1994）。為了解長者之心理發展狀況，茲有下列：Levinson 的成人發展理論、Erikson 的心理社會發展理論、Peck 的人格發展論（theory of personality development）、Maslow 的需求層次論、Buhler 的人類發展階段論等，進行探討如下：

### 一、Levinson 的成人發展理論

Levinson 的成人發展理論，主要時期為十七至四十五歲的早成年期，四十至六十五歲的中年期及六十歲以上的晚成年期，每一時期均有五年轉換期的重疊，個體進入每一個時期的差異不過二或三年（Levinson, et al, 1978; Perlmutter & Hall, 1985）。

- (一) 早兒童期的轉換期：0 至三歲，為進入青少年的轉換期。
- (二) 兒童青少年期：三至十七歲。此時期主要任務在於學習與生活有關的知識和技能。
- (三) 早成年轉換期：十七至二十二歲，為進入早成年期的轉換期。
- (四) 早成年期：二十二至四十歲。此時期的發展任務為進入成年的世界，此時期要了解自己、了解他人、工作上發展自我、選擇自己的生活模式、選擇伴侶發展親密關係……等。

- (五) 中年轉換期：四十至四十五歲，個體由此時期邁入中年期。個體開始對自己的生活做評估、重新選擇，中年轉換期是一個重要危機，也是達到生產創造 (generativity)，負起對下一代的責任。
- (六) 中年期：四十五歲至六十五歲。開始走入中年世界，繼續生產創造，人生中最有成就的生命階段。
- (七) 晚成年期的轉換期：六十至六十五歲。
- (八) 晚成年期：六十五歲以上。此時期是智慧時期，個體較不注重工作和家庭生活，但可能仍然擔任有影響力的工作。(黃富順，1989)

## 二、Erikson 的心理社會發展理論

Erikson (1963) 提出心理社會發展理論，將人生分為八個階段，每一個階段都有其特定的發展以及必須完成的任務，這些任務可視為一種挑戰或危機，危機解決的成功與否，對個體將來及其生活的適應有著極大的影響 (蔡明昌，1995)。人生的第八個階段也就是最後一個階段為老年期，在此時期所面臨的危機為統合與絕望。統合乃指情緒上的統合、超越個人的限制、完全接納自己以及接受死亡為人生不可避免的終點。絕望是指一種感嘆時間太短促，不再有機會可以尋得另一條可行的人生路徑。

此時期老人常思及過去回顧一生，檢視思索生命的意義與其重要性，若檢驗的結果是成功的，對自己的一生感到滿足，統合便是成功的將會有超越感並接受死亡為人生不可避免的終點，然而，若是絕望對自己過去所做的選擇與結果不滿，則會感到生命的有限性，已經沒有改變的機會而感到絕望、無法超越自己、全然接受自己、接納生活與重新發現生活的意義，更無法發展出一種老年人的睿智。當老人能自我接納，對自己過去一生也能接受且認為適當有意義，並且覺得此時已把生命中重要的事情完成並做了妥當的安排，對生命中所遭遇過的失敗與成功均視為人生無法避免的結果而處之泰然，那麼他就達到了「統合」的境界，對「生活滿意度」與「死亡的態度」有較高的正相關。(黃國彥，1986)

## 三、Peck 的人格發展論 (Theory of Personality Development)

Peck (1964) 根據 Erikson 的理論加以拓展，認為老年人要去面對三個發展中的危機，這三個危機分別如下：(引自蔡明昌，1995)

### (一) 自我分化與工作角色偏見 (ego differentiation versus work role preoccupation)

一般成年人的價值感來自工作角色或職業，然而一但隨著年齡的增長由職場中退休下來，退出了工作崗位、權力的釋放，原本來自工作中的成就感、價值觀驟急下降瞬間失去了工作與權力而感到不安，容易覺得生活變得毫無意義，此即為「工作角色偏見」的結果。假如老人能夠有良好的「自我分化」，則他可由其他的角色中取代已失去的工作角色，超越工作外的個人價值感，擁有些嗜好或興趣來界定自我存在的價值，則對老年期的心理發展是有所助益。

### (二) 身體超越與身體偏見 (body transcendence versus body preoccupation)

因身體的功能日漸減退，例如力氣不如前、美貌已逝、慢性病纏身... 老人會面臨到因生理功能的減退伴隨而來情緒上沮喪或失落感，因而會價低生活的滿意度和快樂的情緒，當這樣的情形無法排除時，就會有所謂的「身體偏見」，也就是將注意力完全集中於身體功能。老年人若能將價值觀由身體層面，轉移到人際關係或心智活動的層面，老年人更可以經驗到生活的滿足與實踐。

### (三) 自我超越與自我偏見 (ego transcendence versus ego preoccupation)

第三個危機即是老年人必須面對不可避免的死亡問題，所謂「自我超越」即是視死亡為人生無法避免的命運，而能夠從容接受這個最後階段，主動思索死亡的意義接受死亡，並認清自我的意義以及個人的成就並不因死亡而消失，個人對社會的貢獻，可以經由子女或所愛的人薪火相傳，而超越死亡的限制，坦然面對死亡。「自我偏見」則是個體拒絕接受即將面臨的死亡，雖然人人知道死亡的必然性，但內心理仍然拒絕死亡而造成內心衝突、恐懼與焦慮。

### 四、Buhler 的人類發展階段論

Buhler (1968) 提出建立人類發展的五個階段理論：需求滿足、自我限制的適應、創造的擴展、內在秩序的建立與自我完成。其中自我完成乃是健全發展的關鍵所在 (邱天助, 1991)。此外，他曾在老人自傳的研究中發現，老人的知識性心理能力不會如同生理能力一般迅速衰退，而晚年的成就實現包括四大原因：(一) 幸運的看法：滿足者常自覺幸運，不滿足者則反之；(二) 潛能的知識：滿足者會注意到自己已然完成自覺正確之事；(三) 成就感：若對自己過去的生活有成就感，便能感到滿足；(四) 道德的評價：滿足者以某宗教、道德的信念衡量過去的生活，自覺活的正確 (江亮演, 1988)。

### 五、Maslow 的需求層次

Maslow (1968, 1970) 界定人類需求的發展階層，有助於了解人們行為的動機結構，他認為人類的需求層次由下而上：生理需求、安全的需求、歸屬與愛的需求、尊重的需求和自我實現的需求等五種主要需求，此外再加上不在同一階層系統內之認知與理解的需求，以及美學的需求。由於個人的發展動機結構不同以致每個人的發展情況也不同，這些需求在個體內所形成的優勢亦各不相同。

高層次需求的發展乃基於低層次需求的滿足，但任何一種需求並不因高一層次需求的發展而消失，而只是對行為的影響程度降低而已，且各層次的需求間乃是相互依賴與重疊的關係。但各需求層次間仍有動態發展性，例如因為受到生長的社會環境不同之影響，或個體觀念與經驗的發展、理想抱負的層次不同，亦或個體可能長期滿足於某一需求遭受長期破壞等等，這些因素皆可能造成需求層次順序顛倒的現象。

Maslow (1969) 發表了一篇重要的論文「Z 理論」，文中重新反省了其發展多年的需求層次論。他認為自我實現者可區分為兩種不同的程度：健康型的自我實現者，與超越型的自我實現者，亦即將超越性的需求與一般自我實現的需求做了區分，於是人的主要需求層次可說有六個層次，由下而上依次為：生理的需求、安全的需求、歸屬與愛的需求、尊重的需求、自我實現的需求、超越性 (或靈性) 的需求 (彭運石, 2001)。

### 參、老年人之社會發展

由於社會對個人的角色期待往往會依其年齡而設定一套適當的行為模式，無形中便影響著個人的行為表現，故以社會文化的觀點而言，個人在生命全其中所扮演的各種角色極為重要，而社會發展的階段通常以「標記事件」來區分，如結婚、就業、配偶去世、退休、喪失頭銜等等。(邱天助, 1991) 以下舉出 Havi ghust、Schei n、Al pauph、McCoy 等，來探討資

深榮民的社會發展任務：

### 一、Havighurst 的發展任務

Havighurst 的發展任務來自三方面：(1) 生理的成熟、成長；(2) 文化和社會的要求和期望；(3) 個的價值觀和期望。所以在 Havighurst 的各階段的發展任務中都有特定的生理、心理以及社會期望意義存在，每個階段都有該完成的任務，如果在該階段中未將完成其特定的發展任務，不僅造成此階段的適應困難，亦會影響下階段的發展。Havighurst 將人生分為六個階段：(1) 嬰兒其與幼兒期；(2) 兒童期；(3) 青春期；(4) 成人期；(5) 中年期；(6) 老年期。其中老年期的老年生活主要發展任務是在維繫而非奪取，其主要發展任務如下：適應健康和體力的衰退、適應退休、加強與同年齡團體的聯繫、建立滿意的生活安排、適應配偶的死亡、維持統整等 (Havighurst, 1972; 黃富順 1989)。

### 二、Schein 的觀點

Schein (1978) 認為個體在六十歲到死亡這段時期內有一些重大的改變，如果個體有良好的心理建設與周全準備，將能坦然地面對自己的一生。他並提出老人所面臨的共同課題與發展任務，老人面對的共同課題包括：從工作行列退休下來、調適因身心功能與社會角色改變的轉換與步確定感、處理衰退的身體與能力、面對配偶的死亡、依賴他人、準備自己的死亡等；而老人的特定發展任務包括：適應地位及工作角色的下降、接受退休的事實、學習改變生活型態、適應減少與外界接觸的情境、適應生活水準下降及處理新的經濟問題、學習以經驗判斷與圓通的方法來彌補體力的衰退、做死亡的準備事宜、完全接納自己與他人、達到統整的境界、平靜地離開人世間等 (蔡培村, 1995)。

### 三、Alpaugh 的觀點

Alpaugh (1979) 將成年後期分為兩個階段，56 歲至 64 歲為準備退休期，在 65 歲以後為退休期。他並指出此二時期個別的任務，其中，退休期的發展任務為：從有酬庸工作職場撤退、重新評估自己的資產、關心個人健康、安排休閒時間、調適更恆久的婚姻伴侶、尋求生命意義、調適單身生活、順從死亡、問題解決、處理變遷的壓力等 (邱天助, 1991)。

### 四、McCoy 的觀點

McCoy (1977) 認為成人的每一時期都有主要的發展任務，而 65 歲退休老人之發展任務為：離開有薪資工作、重新評評估財務、個人健康的關心、找尋新的成就來源、休閒時間的管理、對更為永恆的婚姻伴侶的適應、探索意義、適應單身狀態、對死亡能安然、問題解決、處理因改變而產生的壓力等 (蔡培村, 1995)

綜觀上述學者之觀點，大體可歸結得知在老年期有下列幾方面的社會發展任務 (引自顏蒨榕、2002)：

- (一) 個人健康方面：適應健康和體力的衰退、關心個人健康。
- (二) 社會角色方面：適應退休、適應地位及工作角色的下降。
- (三) 人際關係方面：加強與同年齡團體的聯繫、完全接納自己與他人。
- (四) 婚姻家庭方面：適應配偶的死亡，或適應更為永恆的婚姻伴侶。

- (五) 經濟財務方面：重新評估財務、處理新的經濟問題。
- (六) 社會調適方面：問題解決、處理因改變而產生的壓力、找尋新的成就來源。
- (七) 生活型態方面：學習改變生活型態、建立滿意的生活安排。
- (八) 生命型態方面：維持統整、尋求生命意義。
- (九) 死亡型態方面：安然面對死亡、死亡的準備事宜。

### 第三節 生活滿意度之相關理論與研究

#### 一、生活滿意的意涵

高齡化社會的來臨，受到出生率下降的影響，老化指數急速增加，扶老負擔漸增，要讓老人過怎樣的生活才不會成為別人的負擔，是高齡社會關注的焦點，也是老年學研究領域的中心議題。高齡者的生活滿意度代表其生活的品質指標，為了深入瞭解高齡者生活滿意度的意義內涵及相關因素，本節分別從生活滿意度的意義與內涵、影響生活滿意度的相關因素及高齡者學習參與與生活滿意度相關研究等探討之。

Chou & Chi (2002)的研究指出：「生活滿意度」是成功老化的因素之一。國內學者黃國彥與鍾思嘉（民76）也指出：許多研究皆以生活滿意度做為老年階段能否成功適應的主要指標。所以對高齡者而言，生活滿意度代表個人是否成功老化的重要指標，要讓老人對生活感到滿意才能因應成功老化。有關生活滿意度的相關名詞很多，有「士氣」、「快樂」、「生活適應」、「生活品質」、「主觀幸福感」、「生活滿意」等名詞，本研究以「生活適應」、「生活品質」、「幸福感」這些概念，涵蓋於高齡者整體「生活滿意」的評估。

#### 二、生活滿意度的意義

有關「生活滿意度」的意義為何？簡而言之，就是高齡者對目前整體生活滿意的程度，不同的學者有不同的觀點，國內外有許多學者都曾為「生活滿意度」作界定。

##### （一）國外學者方面

國外學者研究大都強調：生活滿意度是對期望目標和實際目標是否一致的認知和評價，以及個人對整體生活主觀的評估過程。

D. D. Brandmeyer 認為生活滿意度是個人邁向期望目標過程中的一種判斷性或認知評估，藉以了解內在感受和真實情況之間的差距程度，以界定個人是否適應良好。

N. J. Henry 認為生活滿意度是指個人對目前生活的所有狀況，及其追求的期望目標，是否達成一致的整體評估過程，其所評估的是一種長期生活之下的結果（林麗惠，民90）。

可見生活滿意度是個人對自己的生活做整體的評估及判斷，並將個人的期望及外在標準做比較，以決定自己對生活情況的滿意程度，所以當個人目標和現實成就間的差距越小，代表其生活滿意度越高。

##### （二）國內學者方面

國內學者均強調生活滿意度是主觀評估的過程（黃心珍，民84；蔡長清，民87；

賴爾柔，民 87；林麗惠，民 90 等）、對生活感到滿足及快樂的程度（王政彥，民 93；黃心珍，民 84；劉淑娟，民 88；林佳蓉，民 90；林麗惠，民 90 等）及期望目標和實際目標是否一致的認知和評價（賴爾柔民 87；林麗惠，民 90 等）。

王政彥（民 93）認為生活滿意乃是一個綜合的概念，包括對生活在食、衣、住、行、育、樂等方面的滿意情況。黃心珍（民 84）認為生活滿意度是指個人對其整體生活感到滿足快樂程度，及所追求的目標是否達成之主觀評估結果。蔡長清（民 87）認為生活滿意度是個人對自己整體生活體驗的主觀評估。

劉淑娟（民 88）認為生活滿意度是個人對生活主觀的適應、快樂、滿足、安寧狀態，並能夠反映出對生活的感受。林佳蓉（民 90）認為生活滿意是指個人的生活能夠過得好，有愉快的生活及較好的生活品質。

賴爾柔（民 87）認為生活滿意指的是一個人對其生活品質的總體主觀評價，或者是反應其「對自我期望」與「實際成就」之間不一致的自我認知。林麗惠（民 90）認為生活滿意度係指：高齡者對目前生活主觀評估過程，包括高齡者對整體生活適應感到滿足快樂的程度，及其生命過程中期望目標和實際成就之間一致程度，以瞭解老年階段的生活品質，進而協助高齡者成功地因應老化。

綜上所述，國內外學者對於生活滿意度的意義界定，大都強調個人對生活主觀的評估及內在感受及對期望目標和實際目標是否一致的認知和評價。本研究綜合各家說法認為：生活滿意度是一個綜合的概念，包括對目前生活感到滿足及快樂的程度，透過內在的感受及主觀的評估，藉以了解個人期望目標和真實情況之間的差距程度。

何麗芳（民 80）指出影響老年生活滿意的因素有：機構類別、居住狀況、退休前工作滿意度、自評健康狀況、經濟狀況滿意度。Hsieh（1996）研究發現台灣地區老人的生活滿意受到個人能力、精神狀況、家庭關係及心智狀況的影響。張光達（民 88）也指出老年人的經濟狀況、身體健康狀況等皆會影響老人的休閒生活滿意。

## 五、研究方法

### 第一節 研究架構

本研究以高雄市三民區民族社區長者為主要對象，針對提供社區長者「健康因素對社區長者」的生活滿意度進行探討，使用介入實際情境，對當前環境中獨特問題的探究；藉由機構中工作人員與志工介入健康促進活動，並針對此一介入的效果作嚴謹的探討，旨在促成某種獨特情境的改變。由工作者共同參與，謀求工作情境中當前問題之解決，評價並導正決定和行動過程的研究方法。行動研究就是由實務工作者，針對社區長者的特定問題進行研究，並結合學者專家的力量，採取有計畫的行動，來解決實際所遭遇的問題。

本研究依據研究目的及相關文獻的探討，並參考學者專家所作研究的結論，建構社區長者生活滿意度模式。研究架構如下圖 3-1。

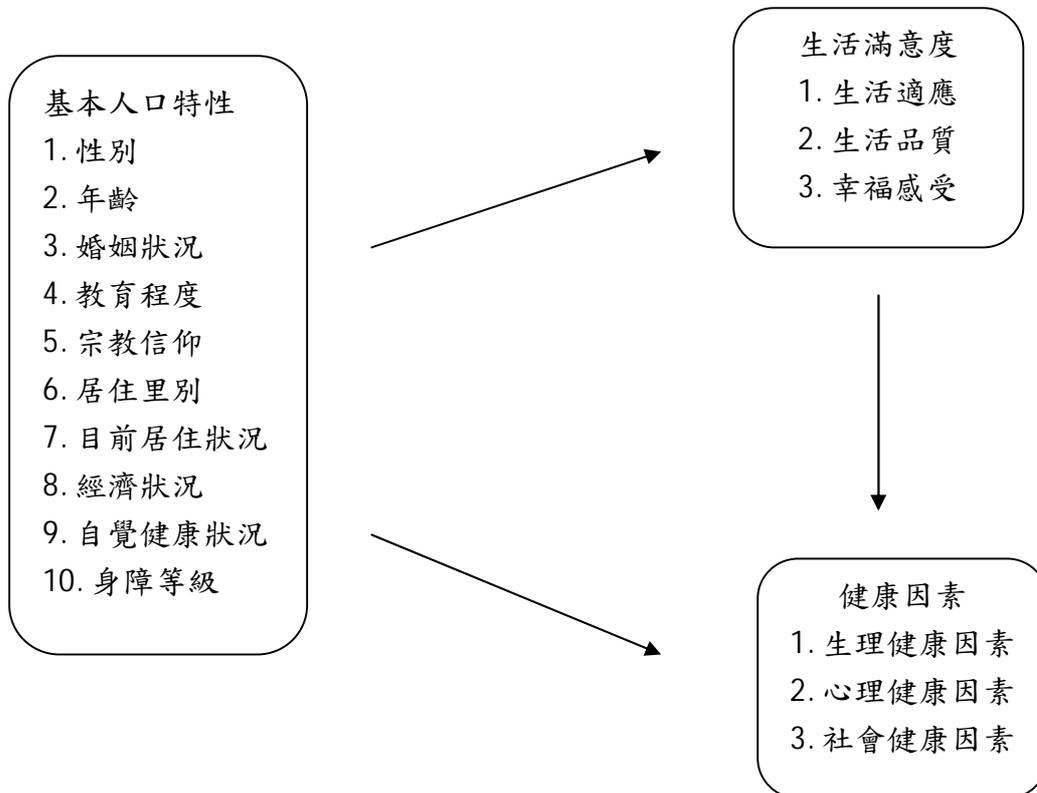


圖 3-1 研究架構圖

本研究架構說明如下：

- 一、描述社區肢體障礙長者基本人口特性。
- 二、描述社區肢體障礙長者健康因素與生活滿意度的概況。
- 三、探討不同肢體障礙程度社區長者的背景資料對生活滿意度之差異影響。
- 四、探討健康因素對社區長者的生活滿意度的影響。
- 五、分析健康因素對社區長者生活滿意度關連性。
- 六、分析健康因素對社區長者生理健康狀況方面的影響。
- 七、分析健康因素對社區長者心理健康狀況方面的影響。
- 八、分析健康因素對社區長者社會健康狀況方面的影響。

九、提供未來針對維護社區長者健康及福利權益之探討與建議。

## 第二節 研究假設

依前述之架構說明與相關的文獻探討，本研究提出的假設有下列各點：

假設 1：不同社區肢體障礙長者的基本特性，其生活滿意度有顯著的影響。

1-1：不同性別的社區肢體障礙長者在生活滿意度上有顯著的影響。

1-2：不同年齡的社區肢體障礙長者在生活滿意度上有顯著的影響。

1-3：不同教育程度的社區肢體障礙長者在生活滿意度上有顯著的影響。

1-4：不同居住里別的社區肢體障礙長者在生活滿意度上有顯著的影響。

假設 2：不同身障等級的社區肢體障礙長者，其生活滿意度有顯著的影響。

2-1：不同身障等級的社區肢體障礙長者在生活滿意度上有顯著的影響。

2-2：不同身障者自覺健康狀況在生活滿意度上有顯著的影響。

假設 3：不同社區肢體障礙長者的基本特性，其健康因素上有顯著的影響。

3-1：不同性別的社區肢體障礙長者在健康因素上有顯著的影響。

3-2：不同年齡的社區肢體障礙長者在健康因素上有顯著的影響。

3-3：不同教育程度的社區肢體障礙長者在健康因素有顯著的影響。

3-4：不同居住里別的社區肢體障礙長者在健康因素上有顯著的影響。

假設 4：不同身障等級的社區肢體障礙長者，其健康因素有顯著的影響。

4-1：不同身障等級的社區肢體障礙長者在健康因素上有顯著的影響。

4-2：不同身障者自覺健康狀況在健康因素上有顯著的影響。

假設 5：生活滿意度與健康因素具有相關性。

假設 6：不同生活滿意度，其健康因素上有顯著影響。

6-1：生活適應對健康因素有顯著的影響。

6-2：生活品質對健康因素有顯著的影響。

6-3：幸福感受對健康因素有顯著的影響。

## 第三節 研究對象

### 一、母群體

本研究是以高雄市三民區民族社區，本社區為高雄市政府都市發展局表示，本社區為高雄市第一處國宅（興建於民國 68 年），研究對象為本社區 55 歲以上領有肢體障礙手冊，行動、生活上需要他人照顧、扶持者，同時罹患高血壓、糖尿病慢性疾病，及社會資源運用不足者。民族社區（安發、安寧、安吉、安康）55 歲老人人口數 1,749 人，55 歲以上領有肢體障礙手冊 476 人（安發 96 人、安寧 86 人、安吉 139 人、安康 155 人）。

### 二、樣本選取

本研究所選取之樣本，乃以研究母群體之名單中，以簡單隨機抽樣，因為這是隨機方法中最單純的一個方式，選取 120 人作為施測對象，研究對象為社區中 55 歲以上領

有肢體障礙手冊，行動、生活上需要他人照顧、扶持者，同時罹患高血壓、糖尿病慢性疾病，及社會資源運用不足者，作為施測對象，訪視中若未遇受訪者 2 次即再抽出備取名單中人員，補足施測對象。

#### 第四節 研究工具

本研究依據研究目的與需要，採用問卷調查法中的訪問調查法。訪問調查法，對受訪者面對面的，以口語的方式，去蒐集問卷上所欲蒐集的資料，比較起其它的調查方法，訪問調查法的優點 1. 訪問調查的回答率高、訪問的品質也較好 2. 調查者可以較深入的探索受訪者的意見和行為 3. 藉著較好的訪談技巧可以蒐集較深入的資料 4. 以訪員當面訪，可克服長輩不識字的狀況及降低錯誤率。然而訪問調查必須按著樣本的名單挨家挨戶的訪問，這些名單都依標準的隨機抽樣過程所列出的受訪者，不能隨意取代，所以調查訪問最大的缺點是 1. 成本太高，所費不貲 2. 訪員主觀意見影響。

故本研究訪問調查法在訪問調查前的準備包括：1. 事先的說明與訓練 2. 訪員表達態度與文詞內容的標準化 3. 避免太多的開放性問題 4. 注意社會禁忌 5. 文字表達要合適 6. 題目的安排不妨加以設計，設計使受訪者覺得有趣，比較容易進行。本研究問卷的內容依據相關文獻，主要分成四部份，以下說明各部份的內容和設計方式：

##### 一、社區長者基本屬性調查表

總共十題。包括受訪者之性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰居住里別、居住狀況、經濟狀況、自覺健康狀況、身障等級。

##### 二、生理狀況因素

本研究「生理狀況」量表係參考亞洲大學 健康產業管理學系 碩士論文 我國老人憂鬱程度、健康狀況與醫療服務利用之相關性探討—「2005 年國民健康訪問調查」資料分析，經試測後修改問卷題目。本問卷總共十題。由「有」、「無」；依題目中之情形給予勾選。

##### 三、心理狀況因素

問卷題項乃是參考張其鈺（2009）「社會資本與家庭結構對健康及醫療資源利用之影響—台灣地區老人之實證研究」所發展的問題修改而成，本問卷總共 10 題。衡量方式採四點量表作答；由「沒有」「很少」「有時後會」「經常或一直」分別依次給予 1、2、3、4 的分數，所得分數越高者，則偏向該類型之心理狀況。

##### 四、社會健康因素

本問卷乃是參考國立中正大學成人及繼續教育學系博碩士論文「高齡學習參與與非參與者在人際關係、生活滿意度之比較研究」。衡量方式採四點量表作答；「非常不同意」「不同意」「同意」「非常同意」作答；分別依次給予 1、2、3、4 的分數，所得分數越高者，則代表社區長者在該社會健康因素有不錯的表現。

## 六、研究結果

### 第一節 描述統計分析結果

本節之描述統計共分五部份，包括第一部份社區肢體障礙長者之基本資料、第二部份社區肢體障礙長者之生理健康因素、第三部份社區肢體障礙長者之心理健康因素、第四部份社區肢體障礙長者之社會健康因素和第四部份社區肢體障礙長者之整體生活滿意度，並將此五部分資料說明描述統計分析結果。

#### 一、社區肢體障礙長者之基本資料

本研究受測者為 120 人，共計有效回收問卷 120 份，回收率達 100%，其中對於社區肢體障礙長者之基本資料，說明如表一所示。由受測者基本資料可知，在性別部份，女性人數有 54 人(45%)，男性人數為 66 人(55%)。年齡部份，80 歲以上的人數 39 人(32.5%)佔比例最高，其次 55~64 歲和 65~74 歲人數各有 28 人(23.3%)。婚姻狀況部份，喪偶人數佔比例最高有 57 人(47.5%)，其次已婚人數 49 人(40.8%)。目前子女數部份，1~2 位和 3~4 位佔比例最高各有 42 人(35%)，比例最低是 7 位以上有 2 人(1.7%)。教育程度部份，不識字佔比例最高為 42 人(35%)，其次國小有 40 人(33.3%)，比例最低是專科以上 2 人(1.7%)。宗教信仰部份，以道教佔比例最高有 52 人(43.3%)，其次佛教有 44 人(36.7%)，其他居第三，16 人 13.3%(無神論、多神論)。居住里別部份，以安寧里佔比例最高有 45 人(37.5%)，其次安康里有 32 人(26.7%)，比例最低是安發里有 13 人(10.8%)。居住狀況部份，以與固定家人同住佔比例最高有 61 人(50.8%)，其次為獨居 28 人(23.3%)。經濟來源部份，以子女提供佔比例最高有 58 人(48.3%)，其次政府補助津貼有 34 人(28.3%)，第三項為政府補助津貼佔 34 人(28.3%)。身障等級部份，以輕度肢障者所佔比例最高有 79 人(65.8%)，其次為中度肢障者所佔比例有 23 人(19.2%)，比例最低是重度肢障者有 18 人(15%)。

表 1 社區肢體障礙長者基本人口特性

變項名稱	人數 (百分比)	變項名稱	人數 (百分比)
1. 性別 (n=120)		6. 宗教信仰 (n=120)	
男	66 (55.0%)	佛教	44 (36.7%)
女	54 (45.0%)	道教	52 (43.3%)
		基督教	8 (6.7%)
		其他	16 (13.3%)
2. 年齡 (n=120)		7. 居住里別 (n=120)	
55~64 歲	28 (23.3%)	安發里	13 (10.8%)
65~74 歲	28 (23.3%)	安寧里	45 (37.5%)
75~80 歲	25 (20.8%)	安吉里	30 (25.0%)
80 歲以上	39 (32.5%)	安康里	32 (26.7%)
3. 婚姻狀況 (n=120)		8. 居住狀況 (n=120)	
未婚	5 (4.2%)	獨居	28 (23.3%)
已婚	49 (40.8%)	只與配偶同住	23 (19.2%)
離婚	5 (4.2%)	與固定家人同住	61 (50.8%)
喪偶	57 (47.5%)	與家人輪住	6 (5.0%)
同居	1 (0.8%)	其他	2 (1.7%)
分居	3 (2.5%)		
4. 目前子女人數 (n=120)		9. 經濟來源 (n=120)	
無	9 (7.5%)	退休金	21 (17.5%)
1-2 位	42 (35.0%)	子女提供	58 (48.3%)
3-4 位	42 (35.0%)	配偶提供	2 (1.7%)
5-6 位	25 (20.8%)	政府補助津貼	34 (28.3%)
7 位以上	2 (1.7%)	個人儲蓄、投資收入	3 (2.5%)
		其他	2 (1.7%)
5. 教育程度 (n=120)		10. 身障等級 (n=120)	
不識字	42 (35.0%)	重度肢障	18 (15.0%)
國小	40 (33.3%)	中度肢障	23 (19.2%)
國中	18 (15.0%)	輕度肢障	79 (65.8%)
高中、職	12 (10.0%)		
專科以上	2 (1.7%)		
其他	6 (5.0%)		

## 二、社區肢體障礙長者生理健康因素的描述性分析

社區肢障長者生理健康因素分為內科、外科、婦產科、眼科、身心科、泌尿科、骨科、牙科、放射腫瘤科、復健科、中醫科及其他，說明如表 2 所示。其中在半年內曾就診的以「內科」最多 84 人 (70.0%)，以高血壓、糖尿病為就診原因，其次「骨科」為 49 人 (40.8%)，以退化性關節炎為就診原因，第三為「眼科」39 人 (32.5%)，以老化、白內障為主要就診原因，由問卷中發現社區肢體障礙長者的生理健康因素以內科就診原因居多。

表 2 社區肢體障礙長者生理健康狀況

N=120

題目	無	有	總計	平均值 (標準差)
	0 人數 (百分比)	1 人數 (百分比)		
1. 內科	36 (30.0%)	84 (70.0%)	120 (100.0%)	0.70 (0.460)
2. 外科	106 (88.3%)	14 (11.7%)	120 (100.0%)	0.12 (0.322)
3. 婦產科	116 (96.7%)	4 (3.3%)	120 (100.0%)	0.03 (0.180)
4. 眼科	81 (67.5%)	39 (32.5%)	120 (100.0%)	0.33 (0.470)
5. 身心科	114 (95.0%)	6 (5.0%)	120 (100.0%)	0.05 (0.219)
6. 泌尿科	104 (86.7%)	16 (13.3%)	120 (100.0%)	0.13 (0.341)
7. 骨科	71 (59.2%)	49 (40.8%)	120 (100.0%)	0.41 (0.494)
8. 牙科	92 (76.7%)	28 (23.3%)	120 (100.0%)	0.23 (0.425)
9. 放射腫瘤科	117 (97.5%)	3 (2.5%)	120 (100.0%)	0.03 (0.157)
10. 復健科	95 (79.2%)	25 (20.8%)	120 (100.0%)	0.21 (0.408)
11. 中醫科	102 (85.0%)	18 (15.0%)	120 (100.0%)	0.15 (0.359)
12. 其他	118 (98.3%)	2 (1.7%)	120 (100.0%)	0.02 (0.129)

題目	1分	2分	3分	4分	5分	總計	平均值 (標準差)
	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)		
13. 生理健康自評	6 (5.0%)	36 (30.0%)	52 (43.3%)	16 (13.3%)	10 (8.3%)	120 (100.0%)	2.90 (0.982)

### 三、社區肢體障礙長者心理健康因素的描述性分析

本項問卷就心理健康狀況因素分析，就心理狀況量表而言，平均分數愈低顯示對心理憂鬱指數愈高，如表 3 所示，在十個題目問項之總平均值=3.16、標準差=0.97，其中共有八題低於平均值。包含在過去一星期的心理狀況的第 1、2、3、4、5、8、9、10 題，其中以第三題「我覺得睡不好覺」的『很少』最低(平均值=2.29 標準差=1.1126)、回答人數 23 人。

反之，其餘二題的題目高於平均值，其中第七題「我覺得很傷心」的「沒有」最高(平均值=3.16、標準差=0.987)、回答人數有 60 人(50%)，此外，第六題「我覺得身邊的人不和你好(不友善)」的「沒有」(平均值=3.21、標準差=0.897)、回答人數有 58 人。

此外，在「經常」、「有時後會」、「很少」、「沒有」四個選項中，受試者的同意與認知度有所差異，人數的多寡在「經常」選項，以第三題「我覺得睡不好覺」所佔的比例最高，人數有 38 人(31.7%)，在「有時後會」選項，以第四題「我覺得心情很不好」所佔的比例最高，人數有 42 人(35%)，在「很少」選項，以第九題「我覺得很不快樂」所佔的比例最高，人數有 37 人(30.8%)，在「沒有」選項，以第七題「我覺得很傷心」所佔的比例最高，回答人數有 60 人(50%)。

以整體而言，社區長者心理健康自評以 1 至 5 分為標準，1 分為最差，5 分為最好，以 3 分人數為最高 53 人(44.2%)，所以社區長者自評以居中佔多數。

表 3 社區肢體障礙長者心理健康狀況

N=120

題目	經常	有時候	很少	沒有	總計	平均值 (標準差)	
	1 人數 (百分比)	2 人數 (百分比)	3 人數 (百分比)	4 人數 (百分比)			
1. 覺得不太想吃東西，胃口很差？	13 (10.8%)	34 (28.3%)	25 (20.8%)	48 (40.0%)	120 (100.0%)	2.90 (1.056)	
2. 覺得做每一件事 情都很吃力？	24 (20.0%)	36 (30.0%)	28 (23.3%)	32 (26.7%)	120 (100.0%)	2.57 (1.090)	
3. 覺得睡不好覺？	38 (31.7%)	34 (28.3%)	23 (19.2%)	25 (20.8%)	120 (100.0%)	2.29 (1.126)	
4. 覺得心情很不好？	12 (10.0%)	42 (35.0%)	31 (25.8%)	35 (29.2%)	120 (100.0%)	2.74 (0.992)	
5. 覺得很寂寞(孤 單、沒伴)？	12 (10.0%)	35 (29.2%)	24 (20.0%)	49 (40.8%)	120 (100.0%)	2.92 (1.050)	
6. 覺得身邊的人不 和你好(不友 善)？	5 (4.2%)	23 (19.2%)	34 (28.3%)	58 (48.3%)	120 (100.0%)	3.21 (0.897)	
7. 覺得很傷心？	9 (7.5%)	23 (19.2%)	28 (23.3%)	60 (50.0%)	120 (100.0%)	3.16 (0.987)	
8. 覺得提不起勁來 做事(沒精神)？	11 (9.2%)	41 (34.2%)	23 (19.2%)	45 (37.5%)	120 (100.0%)	2.85 (1.034)	
9. 覺得很不快樂？	11 (9.2%)	24 (20.0%)	37 (30.8%)	48 (40.0%)	120 (100.0%)	3.02 (0.987)	
10. 覺得日子過得 不好？	9 (7.5%)	24 (20.0%)	33 (27.5%)	54 (45.0%)	120 (100.0%)	3.10 (0.974)	
	1分	2分	3分	4分	5分	總計	
題目	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	平均值 (標準差)
11. 心理健康自評	5 (4.2%)	22 (18.3%)	53 (44.2%)	29 (24.2%)	11 (9.2%)	120 (100.0%)	3.16 (0.970)

#### 四、社區肢體障礙長者社會健康因素的描述性分析

就社會健康因素量表而言，平均分數愈高顯示社區肢體障礙長者的社會健康因素對生活滿意度的影響愈高，如表 4 所示。

十個題目問項之總平均值=2.77、標準差=0.618，十個題目皆高於平均值，其中以第 10 題「當我生病時，家人會協助我去看醫生」的非常同意度最高（平均值=3.08、標準差=0.676）回答人數有 29 人，此外第 9 題「和家人相處得很好（融洽）」（平均值=3.05、標準差=0.532）非常同意人數有 19 人。

此外，在「非常同意」、「同意」、「不同意」、「非常不同意」四個選項上受試者的同意度有所差異，人數的多寡、在非常同意選項，以第 9 題「和家人相處得很好（融洽）」，所占的比例最高，人數有 89 人(74.2%)，其次為「與朋友相處是一件愉快的事」85 人(70.8%)，第三有「和兒孫們一起玩樂，享受天倫之樂」、「當我遭遇困難或心情不好時，我的家人會鼓勵我、安慰我」分別皆為 81 人 (67.5%)。

表 4 社區肢體障礙長者社會健康狀況

N=120

題目	非常不同意	不同意	同意	非常同意	總計	平均值 (標準差)	
	1 人數 (百分比)	2 人數 (百分比)	3 人數 (百分比)	4 人數 (百分比)			
1. 希望結交更多的好朋友，以增進自己的人際關係？	6 (5.0%)	32 (26.7%)	76 (63.3%)	6 (5.0%)	120 (100.0%)	2.68 (0.648)	
2. 很容易和新朋友建立密切的關係？	6 (5.0%)	59 (49.2%)	51 (42.5%)	4 (3.3%)	120 (100.0%)	2.44 (0.646)	
3. 有很多無所不談的知心朋友？	8 (6.7%)	59 (49.2%)	52 (43.3%)	1 (0.8%)	120 (100.0%)	2.38 (0.624)	
4. 與朋友相處是一件愉快的事？	4 (3.3%)	18 (15.0%)	85 (70.8%)	13 (10.8%)	120 (100.0%)	2.89 (0.619)	
5. 在聚會的場合中，我會主動找人聊天？	5 (4.2%)	53 (44.2%)	57 (47.5%)	5 (4.2%)	120 (100.0%)	2.52 (0.648)	
6. 和兒孫們一起玩樂，享受天倫之樂？	0 (0%)	23 (19.2%)	81 (67.5%)	16 (13.3%)	120 (100.0%)	2.94 (0.569)	
7. 當我遭遇困難或心情不好時，我的家人會鼓勵我、安慰我？	3 (2.5%)	21 (17.5%)	81 (67.5%)	15 (12.5%)	120 (100.0%)	2.90 (0.627)	
8. 想做的事情，家人都會支持我？	2 (1.7%)	25 (20.8%)	82 (68.3%)	11 (9.2%)	120 (100.0%)	2.85 (0.589)	
9. 和家人相處得很好（融洽）？	1 (0.8%)	11 (9.2%)	89 (74.2%)	19 (15.8%)	120 (100.0%)	3.05 (0.532)	
10. 當我生病時，家人會協助我去看醫生？	3 (2.5%)	14 (11.7%)	74 (61.7%)	29 (24.2%)	120 (100.0%)	3.08 (0.676)	
題目	1分	2分	3分	4分	5分	總計	平均值 (標準差)
	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	人數 (百分比)	
11. 社會健康自評	3 (2.5%)	20 (16.7%)	50 (41.7%)	37 (30.8%)	10 (8.3%)	120 (100.0%)	3.26 (0.921)

## 五、社區肢體障礙長者的生活滿意度因素的描述性分析

本項針對社區長者的活滿意度問卷分析中，分為生理、心理、社會及整體滿意等 4 個面向，其中生理、心理、社會各包含 3 個項度。

在生理滿意度方面，以同意「雖然現在體力較差，但仍然過得很快樂」為最高 89 人(74.2%)，同意「和同年齡的人比較，我的健康情形還算不錯」居次有 75 人 (62.5%)，在這個項目中平均感到滿意有 82 人 (68.4%)。

在心理滿意度方面，以同意「我滿意自己的心理(心情/精神)狀況」72 人 (60.0%) 為最高，不同意「有時候我覺得自己是別人的負擔」66 人 (55.0%) 居次，「雖然年紀大了，但心情依然保持年輕」佔 61 人 (50.8%)。

在社會滿意度方面，以同意「我滿意自己的社會(人際互動)狀況」83 人 (69.2%) 為最高，同意「我自己能處理許多事，不需要依賴別人」70 人 (58.3%) 居次，不同意「我經常參與一些活動」佔 67 人 (55.8%)，在這個項目中顯示社區肢體障礙長者較少參加社會活動。

另在整體滿意度方面，同意人數有 83 人 (69.2%) 為最高，其次為不同意 23 人 (19.2%) 而同意、非常同意兩項合計達 82 人 (68.3)，顯示社區肢體障礙長者普遍對整體生活感到滿意。

表 5 社區肢體障礙長者生活滿意度

N=120

題目	非常不同意	不同意	同意	非常同意	總計	平均值 (標準差)
	1 人數 (百分比)	2 人數 (百分比)	3 人數 (百分比)	4 人數 (百分比)		
<b>1. 生理滿意</b>						
(1)雖然現在體力較差，但仍然過得很快樂	0 (0%)	26 (21.7%)	89 (74.2%)	5 (4.2%)	120 (100.0%)	2.83 (0.479)
(2)和同年齡的人比較，我的健康情形還算不錯	9 (7.5%)	32 (26.7%)	75 (62.5%)	4 (3.3%)	120 (100.0%)	2.62 (0.676)
(3)我滿意自己的生理(身體)狀況	6 (5.0%)	41 (34.2%)	65 (54.2%)	8 (6.7%)	120 (100.0%)	2.63 (0.687)
<b>2. 心理滿意</b>						
(4)雖然年紀大了，但心情依然保持年輕	2 (1.7%)	49 (40.8%)	61 (50.8%)	8 (6.7%)	120 (100.0%)	2.63 (0.636)
(5)有時候我覺得自己是別人的負擔	11 (9.2%)	66 (55.0%)	41 (34.2%)	2 (1.7%)	120 (100.0%)	2.28 (0.651)
(6)我滿意自己的心理(心情/精神)狀況	2 (1.7%)	37 (30.8%)	72 (60.0%)	9 (7.5%)	120 (100.0%)	2.73 (0.618)
<b>3. 社會滿意</b>						
(7)我經常參與一些活動	13 (10.8%)	67 (55.8%)	38 (31.7%)	2 (1.7%)	120 (100.0%)	2.24 (0.661)
(8)我自己能處理許多事，不需要依賴別人	6 (5.0%)	34 (28.3%)	70 (58.3%)	10 (8.3%)	120 (100.0%)	2.70 (0.693)
(9)我滿意自己的社會(人際互動)狀況	4 (3.3%)	29 (24.2%)	83 (69.2%)	4 (3.3%)	120 (100.0%)	2.73 (0.579)
<b>4. 整體滿意</b>						
(10)無論如何，我對目前的生活感到滿意	4 (3.3%)	23 (19.2%)	82 (68.3%)	11 (9.2%)	120 (100.0%)	2.83 (0.626)

## 第二節 結論與建議

1. 本研究結果發現社區肢體障礙受訪長者基本資料當中，以不同的身障等級比較，以輕度肢障佔比例最高有 79 人(65.8%)。以社區肢體障礙長者居住狀況比較，與固定家人同住比例佔最高 61 人(50.8%)。發現在民族社區中以肢體輕度者者較易在社區中生活，與固定家人的互動情況佳。
2. 調查中以社區肢體障礙長者經濟來源，以子女提供佔比例最高有 58 人(48.3%)，顯示社區中長者的經濟以子女提供較多。
3. 社區長者生理健康狀況調查狀況以內科看診人數最多（84 人、70%），其中以高血壓、糖尿病慢性疾病佔多數，顯示慢性疾病為社區長者所造成生理困擾原因為多。
4. 在生理健康自評部份，以 1-5 分為基本分，1 分最低 5 分最高分，調查中發現以 3 分佔最多人（52 人、43.3%），顯示社區中長輩對於自己的生理狀況滿意度處於中間階段。
5. 社區肢障受訪者在心理狀況方面，以第四題「我覺得心情很不好」所佔的比例最高，人數有 42 人（35%），在「很少（只有一天）」選項，以第九題「我覺得很不快樂」所佔的比例最高，人數有 37 人（30.8%），在「沒有」選項，以第七題「我覺得很傷心」所佔的比例最高，回答人數有 60 人（50%），足在顯現出肢障者可能因為健康因素身體無法行動自如、活動範圍受限，所接觸的生活領域及經驗也隨之受限，因而產生物理空間的孤立感。
6. 少數肢障者由於對自身的殘障具有高度的自卑，避免與人接觸，在心理空間上難免形成孤立，影響了自身與別人的情感交流，因而產生傷心、心情不好、不快樂之心理因素。身障者議題受到許多重視，如何建立客觀指標，是肢障者、醫療人員及政府共同努力的目標。本研究欲藉由探討肢障身心健康狀態狀況，提供未來研究的建議。
7. 分析中發現，大部份的社區肢體障礙長者同意希望結交更多的好朋友，以增進自己的人際關係（人數 76、百分比 63.3%），以及與朋友相處是一件愉快的事（人數 85、百分比 70.8%），顯示社區肢體障礙長者的自覺健康狀況對社交／社會〈人際關係〉有直接的影響，絕大部份的長者渴望交友及人際上的多元互動，但礙於身體上的障礙及活動力而鮮少有走出戶外，或走入人群的機會。
8. 在和家人相處的很好（融洽）（人數 89、74.2%）及想做的事情，家人都會支持我（人數 82、68.3%）的同意選項上顯示大部份的長者有來自家庭的正面支持力量，但在社群層面的人際交友上則需要藉由社區或社福團體提供多元的活動或場所，以促進交流互動的機會。
9. 本研究得知長者在步入高齡後，常面臨患得患失的狀態，尤其是肢體障礙長者而言更是明顯，在心理健康狀況的第十項中「覺得日子過得不好」以 120 位長者而言就有 54 人，佔有 45%，這代表著有的因為身體上功能的衰退及自我照顧的能力缺乏，導致常常覺得日子過得並不好，也顯示出自我調適能力也缺乏，藉由我們的研究應適當的紓解及調適

(家人的陪伴)，自我超越觀感來改善生活滿意度。

10. 本研究結果受試測在社區肢體障礙長者心理健康狀況部份，以「我覺得很傷心」的「沒有」比率佔最高有 60 人(50%)，以社區肢體障礙長者對於「我覺得很傷心」的「沒有」來說，因居住都與子女同住比較不會有。
11. 以「我覺得身邊的人不和你好（不友善）」的「沒有」比率佔最高有 58 人(48.3%)，以社區肢體障礙長者對於「我覺得身邊的人不和你好（不友善）」的「沒有」來說，因周遭都是自己親朋好友，相處日子也很久了也比較不會。
12. 在本研究社區長者社會健康狀況中的第 4 項「與朋友相處是一件愉快的事」，在 120 位長者所做的調查，就有 85 人同意，佔有 70.8%的比例，隨著年齡的增長及身體功能的退化，長者會失去對活動的興趣，故認為長者須維持社交活動及行為模式等有正向幫助，且透過活動的參與，可維持老人生活的滿意以及正向的自我概念。慢慢地轉換人生態度，揮別以往愛計較的心態，以更寬廣的心胸重新面對人生，因此與人相處就更為圓融，懂得進退之道，且能尊重、接納所有的人。
13. 在「我經常參與一些活動」一項中，非常不同意有 13 人（10.8%），不同意有 67 人（55.8%），依此顯示社區長者們較少參與社會活動，致減少與他人互動機會，或社區中較少辦理活動，讓社區長者參加活動的機會變的比較少。
14. 在「整體滿意度」方面，同意人數有 82 人（68.3%），而同意、非常同意兩項合計達 87 人（77.5），顯示社區肢體障礙長者普遍對整體生活感到滿意。
15. 在社區整體生理生活滿意度調查中發現，雖然現在體力較差，但仍然過得很快樂人數比例較高（人數 89 人、74.2%）顯示社區中的長者對於自身目前身體狀況並不會很明顯影響心理層面。
16. 社區肢體障礙長者的健康因素對生活滿意度之影響，整體滿意度上，無論如何，我對目前的生活感到滿意比例較高（人數 82 人、68.3%）顯示社區中的長輩對目前生活狀況整體適應度良好。

## 中英文參考文獻

### 一、中文

- 吳淑瓊、莊坤洋 (2001)。在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。臺北市：臺灣衛誌。
- 范涵惠 (2002)。長期照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討。中國醫藥學院碩士論文。台中：中國醫藥學院。
- 簡春安、鄒平儀 (2004) 社會工作研究法。台北：巨流。
- 簡素枝 (2004)。高齡學習參與者與非參與者在人際關係、生活滿意度之比較研究。國立中正大學成人及繼續教育學系碩士論文。嘉義：中正大學 (2010、5、11引用)
- 林沅萱 (2007)。超越老化支持團體對機構老人超越老化觀感、憂鬱與生活滿意度之成效探討。國立成功大學醫學院護理學系碩士論文。台南：成功大學 (2010、5、13引用)
- 江亮演 (2009)。老人社會福利。台北：五南。
- 簡春安、鄒平儀 (2004)。社會工作研究法。台北：巨流。
- 江亮演 (2007)。身心障礙者福利。台北市：松慧。
- 張蓓貞 (2004)。健康促進理論與實務。台北：新文京開發出版股份有限公司。
- 江亮演 (2009)。老人社會福利。台北：五南。
- 翁宜慧 (2008)。中區某醫院老年人健康行為與生活品質之探討。亞洲大學健康暨醫務管理學系碩士論文。台中：亞洲大學 (2010、7、22引用)
- 吳玟蕙 (2005)。我國老人憂鬱程度、健康狀況與醫療服務利用之相關性探討—「2005 年國民健康訪問調查」資料分析。健康產業管理學系碩士論文。台中：亞洲大學 (2010.9.9 引用)
- 張其鈺 (2009)。社會資本與家庭結構對健康及醫療資源利用之影響—台灣地區老人之實證研究。產業經濟研究所碩士論文。台北。國立中央大學 (2010.9.9 引用)

### 二、英文

Kar, S. B. (1989), Health promotion indicators and actions, New York: Springer.

### 三、網路

- 高雄市政府民政局 (2010)。(高雄市戶籍人口統計概況)。上網日期 99 年 4 月 29 日。取自高雄市政府民政局網頁 [cabu.kcg.gov.tw](http://cabu.kcg.gov.tw)。
- 高雄市三民區公所社會課 (2010)。(高雄市三民區里別老人分佈概況統計)。上網日期 99 年 5 月 1 日。取自高雄市三民區公所社會課網頁 [w4.kcg.gov.tw/~smd/about\\_US.php?type=4](http://w4.kcg.gov.tw/~smd/about_US.php?type=4)。
- 高雄市政府社會局三科 (2010)。(高雄市 11 行政區 55 歲以上人口數統計) 上網日期 99 年 5 月 1 日。取自高雄市政府社會局三科網頁。  
<http://w5.kcg.gov.tw/socbu/>。