

社區諮商模式在老人服務上的應用

林怡光（國立暨南大學輔導與諮商研究所博士班）

陳佩雯（國立暨南大學輔導與諮商研究所博士班）

一、前言

隨著社會急遽發展，醫療科技的進步，人的平均壽命延長，使得全球人口結構面臨老化的趨勢。台灣早在十多年前便已邁入高齡化社會，2006年的台灣總人口數為2277萬，65歲以上人口佔9.94%，行政院預估到2016年老年人口將成長到13%，到2051年上升到36.97%，約有686萬人。台灣人口結構老化之快僅次於日本，為先進國家中老化速度第二快的國家。隨著人口結構的改變，新生代遞補率的降低，使國內的撫養比減少，目前年輕工作者與老年人的扶養比為7.1：1，但到了2051年平均每1.5個工作者便得要撫養1位高齡者（遠見雜誌，2007年2月）。

除了老化會導致社會經濟的衰退，形成年輕一輩的沉重負擔外，隨之而來衍生的老人的健康、經濟、安養、保護、心理調適…等相關議題將是未來需要因應。從國內相關的研究文獻中顯示對於老人的議題大都偏向醫療或是社會福利的探討，對於心理諮商方面的研究與實務上並不多見，而目前我國的老人福利政策規範雖涵蓋老人的生活與健康、心理社會層面需求，但著重在於老

人立即性的需求上，且資源分散欠缺系統整合，因此本文擬從社區諮商預防重於治療的觀點，整合相關資源，意圖建構一套完善的老人諮商服務模式。

二、老人問題之探討

老人的問題通常不是單一呈現，而是多元的面向且互為影響。以下綜合諸位研究者的文獻，將老人的問題影響其心理層面做一分類與概述(Tice Carolyn J., 1996；陳伶珠，民88；陳聰興，民92；蔡坤良，民93)

(一)老人的健康問題

國內外許多研究老人議題的文獻中發現，健康問題仍是老人最關注的。生理上衰老在老化的過程中是無可避免的現象，許多進入老年期的人，當其外貌出現改變時，自尊上便受到嚴重的打擊，如果在面對老化的過程中，無法適應接受自己在生理上是日漸衰老的事實則容易造成適應上的困難。而內在生理系統的改變所造成日常生活的不便，也會使個人失去對生活控制感與獨立感，有些老人常會產生消極悲觀的情緒。例如聽力不好導致溝通上的障礙，從而導致人際關係的問題(Ganikos, 1979)，視力的障礙造成行動不便，更是與老人憂鬱

習習相關(Horowitz, Reinhardt & Boerner, 2004)。

(二)老人的經濟問題

許多研究都指出經濟因素與生活滿意度的相關性，當老人在經濟上足給自足時，讓老人有安定感不必擔憂生活費的負擔，另外對自己也是種自我肯定，因為不需仰賴子女或社會救濟。而經濟層面也主導了人際關係的互動模式，會因此有較高頻率的社會參與。

反之，貧窮的老人較無安定、肯定與尊嚴、健康普遍不佳對生活的幸福感也較差。

(三)老人的人際與社會支持問題

老人在退休前的主要人際關係在於職場上的朋友以及家人，隨著退休離開職場由於社會角色的喪失或者轉換會面臨人際關係的逐漸疏離，這樣的變化通常會對老人產生影響。尤其現代家庭子女數減少與經濟型態的改變，使得老人與子女之間的互動減少，當老年人身體衰弱或行動不便時，社會接觸的機會會變少，孤立的程度便會增加，也就是人際關係會變得比較不佳，這也是老人容易導致憂鬱症發生的主要原因。

因此，老人如能繼續參與社會活動或是繼續第二生涯的學習，以此機會多與人群互動，可以提供角色支持，肯定與維持老人正向的自我概念，進而有更生活滿意度。

(四)老人面對生與死的問題

老年人的死亡態度存在著個別差

異，雖然多數老人較不恐懼死亡，但對於瀕死過程的恐懼乃大於死亡本身，害怕生命本身無意義遠甚於對死亡本身，害怕且對生命品質的需求，遠高於長壽的需求。蔡明昌(1995)研究發現老人死亡焦慮的對象有自己與親友二者，而焦慮的內容有「對瀕死過程的焦慮」、「對死後世界的焦慮」、「對喪失的焦慮」三種層面。蔡明昌(1995)表示當老人瞭解自己所剩的時間有限，會開始檢視自己的生命歷程，探求自己這輩子是否有價值，過得是否充實有意義，如果老人覺得自己的人生很滿意，就能較輕鬆地面對自己即將來臨的死亡；若是無法接受自己的人生而且充滿懊悔與無奈，面對即將來臨的死亡就會覺得焦慮難安與無法忍受（引自蔡坤良，民93年，頁37）。

(五)老人的照護與照護者的問題

傳統社會中的三代同堂，老人可以照顧幼小的孫子，孩子亦可以照顧老人的生活起居，但是隨著社會形態的改變，老人與子女居住在一起，不再是唯一的選擇方式，獨居或是居住在安養照護機構也是老人安養天年的居住方式。

老人的照護方式可以分為居家內的「非正式體系」以及機構內的「正式體系」，但不管老人以何種方式生活，生理上與生活上的照顧仍需要有人可以協助，照顧者（人及設備）能力的限制與被照顧者的問題也在兩者互動後產生（見表一）。

表1 老人照護型式及所產生的限制與問題（陳伶珠，民88；呂寶靜，民93）

老人 照顧 現況 分析	非正式 體系	支持要素	基礎	限制與問題
		配偶	婚姻的誓約	1. 配偶本身也年老體衰，甚難擔任照顧的重任。 2. 寡婦比鰥夫多，故女性較少配偶可提供支持。 3. 照顧者承擔過重的負荷與壓力。
		子女	回饋責任依附	有相互競爭的角色衝突： 1. 照顧老年父母，又要養育子女。 2. 照顧者和就業者角色衝突。
		兄弟姐妹	血親	1. 兄弟姐妹本身也是老人，較難提供工具性的協助。 2. 若不住在鄰近，不便就近提供實質上的協助。
		朋友	共同的生活經驗共同的興趣	1. 老人的行動力受限，會阻斷友誼的發展，也會侵蝕朋友間的相互支持。 2. 老人的朋友年齡相仿，故隨著年齡增長，朋友紛紛過世，朋友就自然減少。
	鄰居	居住的鄰近性	1. 兄弟姐妹本身也是老人，較難提供工具性的協助。 2. 若不住在鄰近，不便就近提供實質上的協助。	
	正式 體系	居家照顧服務	以到宅服務的方式，延遲對養護機構的使用或提前出院，減少醫療資源的使用，使病患能早日返回熟悉的社會。包含：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善。	居家服務員以陌生人身份進入家庭中，協助或取代部份原先照顧者的工作與角色，其人際關係及主觀性的認定，常會影響居家服務的成效與實行。
		日間照顧服務	讓老人可以生活在社區裡面，得以與家人繼續住在一起，或獨立生活。包括：日間醫院、成人日托中心、臨托照顧。	1. 收容人數不多成本偏高 2. 設施設備及專業人力不足 3. 家人常需自行接送服務受限

續表1

老人 照顧 現況 分析	正式 體系	支持要素	基礎	限制與問題
		長期照護 機構	以照顧罹患長期慢性疾病，且需要醫護服務之老人為目的。	1. 住進機構代表失去自我控制的權力 2. 需重新適應一個新的居住環境 3. 設施設備不足 4. 傳統觀念認為住在機構就是等死，家人必需背負不孝或拋棄老人的指責。 5. 國內尚無法建立兼具綜合性與連續性的長期照護體系，服務體制間之轉介機制尚未健全，照護當事人無所適從，延誤照護時機。 6. 安養機構人力的欠缺（護理人員編制不足、及病患服務員人力欠缺和醫療專業照護知識不足）。
		養護機構	以照顧生活自理能力缺損，且無技術性護理服務需求之老人為目的。	
		安養機構	以安養自費老人，或留養無扶養義務之親屬，或扶養義務之親屬無扶養人。	

根據內政部民國89年針對國人進行有關老人福利機構居住意願及長期照護方式的調查發現，國人還是比較希望選擇與子女共同居住的養老方式。這與在地老化及中國「文化」的孝道規範有關，也使得老人在居家社區式照顧需求更甚於機構式的照護服務，因此家庭照顧者的角色便顯得重要。

家庭照顧者在照護老人的過程中，需要面對體能消耗及情緒的影響，體能消耗包括照顧過程引起的疾病或傷害，如果是老年夫妻則可能加速惡化原先存在的健康問題；情緒影響方面主要是由於家庭照顧者未曾受過專業訓練，以致於在照顧過程中經常出現無助感，另外照顧者也可能產生就業剝奪的問題，間接也影響到家庭收入減低。種種的壓力與情緒困擾，使得不少照顧者成為下一個需照顧的病人(Teresi, Lawton, Holmes and Ory, 1997)。

上述所列之老人之問題雖可歸類為數項，但彼此間卻是環環相扣並相互影響，例如老人會因貧窮缺乏醫療照顧，因此健康便亮起了紅燈；健康的不佳、行動的不便相對的影響了其人際的互動與面對死亡的焦慮，間接的照顧者的問題便因而產生了。所以當我們在提供老人的服務方式時，是不能以老人單一的問題需求去看待，而需以更周詳的面向去思考服務內容。

三、老人福利服務現況之省思

老人服務需求的產生與老化所引發的種種問題之間有很重要的關係，陳伶珠(民88)綜合國內學者研究歸類出老人問題最大的部份是醫療與經濟問題，其次是老年人的退休再就業、社會參與、家庭關係、人際關係、心理調適、長期照顧、居住安排、年金保險、交通、教育學習、休閒娛樂以及老人虐待，這與

內政部統計處(民89)「中華民國八十九年老人狀況調查報告」結果，65歲的老人對於個別老人福利的需求程度依序為「醫療保健」、「經濟補助」、「休閒活動」、「老人安療養機構」、「心理諮詢輔導」是相互吻合。依此需求評估，內政部在八十九年老人福利服務措施，也以此來做規劃設計（見表二）。

只是較令人可惜的是，內政部在同年針對老人福利服務措施的使用狀況所做的調查中發現，老人對於各項福利措施的使用率並不如預期中的高，這反映出了措施的設計並無法符合老人的真正

需求。Stephens(1993)指出照顧者不使用正式服務的原因有：(一)缺乏服務的知識(二)不知道如何安排正式服務(三)服務的費用：因未來可能需要更多的醫療費用故不願將費用花在購買正式服務上(四)不需要服務：照顧者不覺得有需要或不認為受照顧所罹患之癡呆症是疾病(五)尋求外來的協助可能招致批評和指責(六)讓外人(正式照顧體系的服務提供者)知道家人的疾病會覺得困窘(七)擔心受照顧的親人接受外來協助會感到不自在(呂寶靜，民93，頁212)。

表二 內政部八十九年老人福利服務措施

問題	健康問題	經濟問題	人際及社會支持問題			照護問題	
			休閒方面	心理諮詢	進修機會	安養方面	居家服務
內政部統計處八十九年老人狀況調查報告個別老人福利需求調查	72.00%	69.75%	52.12%	28.96%	25.04%	32.42%	23.51%
內政部八十九年老人福利服務措施	1.老人預防保健服務 2.中低收入老人醫療費用補助 3.中低收入老人重病住院看護費補助	1.低收入戶老人生活補助 2.中低收入戶老人的生活津貼 3.中低收入老人特別照顧津貼 4.各類優待措施	1.興設老人福利服務(文康活動) 2.其它休閒育樂活動	1.設置老人諮詢服務中心 2.籌組長青志願服務隊	1.長青學苑/老人大學 2.屆齡退休研習活動	1.社區安養設施 2.興建老人公寓 3.提升安養設施服務品質 4.增建或改善老人安養機構 5.增設老人養護機構或老人養護設施設備	1.設置居家服務支援中心 2.中低收入老人住宅設施補助改善 3.老人照護 4.日間照顧 5.營養餐飲服務 6.短期或臨時照顧
內政部統計處(民89)「中華民國八十九年老人狀況調查報告」	1.免費健康檢查(45.03%) 2.醫療保健補助(15.22%)	1.優待搭乘交通工具(52.97%) 2.出入公共場所之敬老優待(21.7%) 3.中低收入老人生活津貼(15.43%)	1.老人文康休閒設施(10.16%)		長青學苑及老人大學(2.77%)	老人公寓(0.61%)	1.居家照顧服務(2.10%) 2.日間託老服務(1.22%)

除了上述原因外，筆者綜合相關文獻（沈慶盈，民89；陳聰興，民92；呂寶靜，民93；曾蓮紅，民94），歸納出了以下幾個原因：

1.預防性不足

內政部的福利服務政策多為殘補式設計，部份服務具有門檻資格限定，真正符合資格者不到老年人口的一半，大多數的老人並未接受服務。這些未踏入門檻的老人不見得在未來就不會發生問題，但是卻無法受到適時的照顧，或是等到出現問題，才得以使用這些服務。

再則，身體狀況不佳的老人，或是缺乏人際互動的老人難以走出家門，便無從去接受服務的新資訊，這也顯示個別倡導的部份需要再加強。

2.多元性不足

老人使用的服務偏低與需求評估不相符，福利措施除了研究評估的主要因素外，尚需考量因社區不同型式，或是老人的個別性所形成差異的其它因素。據陳聰興（民92）綜合相關研究表示老人的需求除了上述調查報告中所列，尚會因「性別」、「年齡」、「宗教信仰」、「婚姻狀況」、「教育程度」有關，另外老人的「日常生活活動能力」、「自評健康狀況」、「罹病狀況」「社區環境」等因素也是得考量進去。例如居住在鄉下的老人因為經濟因素或是觀念的偏差不喜歡到醫院去看診，寧可尋求民俗療法，所以對於醫療保健的補助使用上偏少。

3.資源整合不足

目前老人福利機構所提供的服務常有高度的重疊，導致民眾常為尋求適當資源奔波於各機構間，這也顯示服務的

需求者與提供者之間的連接介面不盡完整，致使資源不易妥善利用。雖然許多專家學者都再三呼籲機構之間應該協調合作，以分享匱乏的資源和寶貴的工作經驗，減少服務資源的重疊和浪費以提升服務的可行性和品質，然而對於如何促進機構間協調合作，以整合服務資源則沒有一致的看法。

4.心理與諮商工作普遍不足

值得一提的，心理諮詢輔導在老人的需求調查上是佔第五位，在所列福利項目中，對於老人心理上的協助與照顧則略顯不足，在調查報告中該項服務未有明顯的使用情形。陳聰興（民92）的老人諮商調查研究中顯示老人的確有其諮商的需求，其中尤以85歲以上的老老人和65~74的年輕老人、經濟能力不虞匱乏、教育程度高者需求最高。顯示一方面老人因受教育程度對於「諮商輔導」可能不甚瞭解，一方面老人雖有其心理的問題與接受個別諮商輔導的需求，但是卻不若自身面臨的切身「健康」、「經濟」的需求來得迫切，但是事實上這些老人的問題直接間接影響其心理上的問題。

四、社區諮商模式的內涵

社區諮商模式是一種轉變的模式，一個新的諮商典範，提供諮商員一個實務的準則，結合傳統的諮商觀念與策略針對不同個案在複雜的環境中，增進個人發展和促進個人和社區的福祉。他不是個完全新的架構，但不同以往的傳統諮商模式，而是能深入現場、走入群眾、整合資源為民眾尋找出解決問題的立基(Karen G. D. & Frank Y. W.,2003)。

社區諮商模式的基本假定，Lewis等人(2003)認為如下述：(一)人所處的環境，可能促進或限制他的發展。(二)諮商的目標在於強化個人與社區使其更容易達到賦權。(三)多元助人取向比單一服務取向更有效。(四)關心多元文化的案主特質，是計劃和提供諮商服務體系的核心。(五)預防比治療有效。(六)社區諮商模式可以適用在不同地方：人的服務、教育、企業…等。

社區諮商模式包含四個面向的服務方式：直接個案服務、間接個案服務、直接社區服務、間接社區服務，這四種服務方式是互補性的與相互依存的，構成一個綜合性的諮商架構。不同於傳統諮商師以個人的心理處遇為主，待在個諮室等著個案上門，社區諮商師重視環境間的人、事、物對人的相互影響，社區居民能藉由接受諮商員的服務模式，防範未然預防問題的產生。

由此可知，整個社區諮商方案具有主動積極性、預防性、整合有利資源、提升案主賦能、多元面向、系統觀點、健康模式、由下而上來促動政策改變等異於一般傳統福利方案之特性。

五、老人的社區諮商服務方式

老人社區諮商服務模式的主要理念在於初級的預防處置以及次級的介入處理，經由對老人需求的討論，結合社區諮商的觀點，可以將老人社區諮商的服務模式做以下介紹：

(一)直接個案服務(外展服務和對弱勢族群進行諮商)

直接個案服務的老人外展服務是一方面將老人諮詢服務的訊息傳送到社區，另一方面是運用諮詢服務提供者特有的專長技術，對社區人士提供服務(陳伶珠，民88)。

此方案服務的對象主要以處於危機的獨居老人及受虐老人為主。徐名筠(民93)的研究中表示獨居老人的協助者大都是其直系晚輩，平時跟鄰居互動密切，但對於接受福利服務的使用率其實不高，僅有四分之一的人使用「正式安全與住宅服務資源」。對於服務的資訊所知有限，大都透過社會福利機構得知，其次是鄰居本身，獨居老人要出來接受宣導資訊是有困難，所以能對獨居老人做面對面的居家服務，對老人來說是能切合時際的需要。

表三 社區諮商服務的四個面向

方 式	對 象	個案服務 (主動協助特定個人)	社區服務 (對象是尚未產生功能障礙的多數民眾)
直接服務 (焦點在特定目標的一群人)		外展服務和對弱勢族群 進行諮商	預防教育
間接服務 (介入則著重在環境)		倡導與諮詢	促進系統改變及影響公共政策

關於受虐老人的服務，我國目前以社政單位推行的老人保護專線、緊急庇護所、緊急呼叫系統裝置、居家服務、托老服務較多，但是醫療及精神疾病配套較少，而法律服務、財產管理信託、監護人設置更為欠缺，更遑論心理諮商的服務（蔡秀鳳，民93）。因此社區諮商員對於受虐老人除了在於整合各類有利資源外，需再給予危機個案心理輔導與家庭關係的調適。

此方案的介入策略如下所列：

1. 個別介入：提供個別諮商與心理支持，針對個人、家庭、人際、死亡焦慮議題協談，幫助個案了解會干擾他們成長及幸福的情境，討論因應問題的方法，增強其賦能。
2. 團體介入：成立老人互助團體，藉由團體成員的彼此分享與互動，提供良好情緒支持管道，如懷舊治療團體、藝術治療團體。
3. 家庭介入：與老人的家庭成員進行會談，針對老人的心理狀況所產生的問題討論因應方式。老人的家庭諮商可以採用下列型式，老人婚姻諮商、老人罹患慢性疾病後成人小孩/老人父母的處遇，或者老人覺得家庭內成人小孩影響其生活(Florsheim, Margaret, Herr and John, 1990)。
4. 危機介入：
 - (1) 潛在容易發生危險的老人如獨居老人，能適時安排問安、友誼查詢、定期追蹤與評估等活動。
 - (2) 透過服務網路將處於危機老人做緊急處理，或轉介至適當的服務機構。

(3)對於有可能遭受虐待的老人能予以保護，並尋找安置與庇護的地方。

(4)針對遭遇生活轉變及其他高危險情形老人提供外展服務計劃。

(二)間接個案服務（倡導與諮詢）：

此服務方案為諮商員必須為老人主動介入其環境，以滿足其特殊的需求，為其創造賦權的機會，協助其發展出可提供協助的網絡，鼓勵他們自助。在受到環境忽視而影響弱勢團體的權利時，諮商員須採取積極行動來支持並為其代言。

1. 滿足自我成長的需求

老人雖然退休但仍需要休閒娛樂活動或是藉由參加成人教育班來充實其生活，當老年人有固定且長久的嗜好，不僅可以消磨時間，更有益身心健康。所以此方案可以規劃，如：辦理老人健康講座、文康休閒、教育學習等相關服務，以滿足其成長需求，如果能將老人的休閒娛樂教育與志願服務結合，以社區為單位，讓服務變成一種快樂喜悅的與他人交流的機會，可增進其人際關係，亦可提升老人的自尊感。

2. 加強系統性、全面性的服務宣導

諮商員可以透過社區倡導，例如社區相關機構針對老人福利、老人權益、維護協助老人、保護個案的通報等議題做宣導。

但宣導不能只是重於片面或是零碎的方式來做宣導，有些獨居老人所能擷取的資訊並不完整，無法對服務建立一致性的共識，使得接受相關資訊的管道也有限。所以如能運用居家服務的志工，深入老人家庭中瞭解個案的需要，才是維護老人最佳的權益。

3.提供問題諮詢

辦理老人諮詢服務是因應社會老年人與其家屬的特殊需求，這與老化所引發的種種問題有很重要的關係，這些問題也顯出其複雜且多元性。「老人的諮詢服務」可定義為：「運用服務提供者的知識與技術、相關社會福利服務或社會資源等來提供求助者有關老人方面的問題解答、協談服務、心理調適、機構轉介、以及保護或預防性的連續性服務過程，目的在於提供案主與社會資源間的連結，增加案主的能力、並協助老人問題與老年生活適應」（陳伶珠，民88）。

4.建構資源服務網絡

社區諮商員需要與其他社區醫療、社政、警政單位，照護機構及教育單位保持聯繫，整合跨專業相關資源的不同觀點，對老人個案做出適切診斷與安置。以受虐老人為例，醫療單位對於社區可能受虐的老人進行評估、發現、轉介、通報；緊急處置則需由警察人員來協助；社政單位對於受虐老人後續的進行處遇安置；受虐者與施虐者所需的心理輔導則需諮商人力資源。

(三)直接社區服務（預防教育）

老人的直接社區服務方案可由諮商員透過方案讓老人體驗到自己的能力及了解有效的生活技能、對主要照顧家屬的喘息服務、以及一般社會大眾對於即將老化的準備等預防各類問題發生之策略。

1.辦理老人促進身心健康相關生活技能的預防性教育計劃，以提升生活技巧與能力。

計劃內容可包含以下向度：促進社會功能、促進心理功能、提升生活標

準、增進個人自主權、促進生活品質等(Norman and Redfern, 1997)。

Eklund, Nystedt, and Dahlin-Ivanoff, (2005)的研究指出以「活動為基礎(activity-based)」的「健康教育方案(Health Education Programme)」若和老人花費醫藥上的成本來比較，是更符合經濟效益的。

2.提供主要照顧者喘息服務，提升家人的正向力量。

方案內容包含：喘息照顧服務（有人可以分擔照顧的工作、獲得短暫的休息、有人替換看護）、心理暨教育支持方案（獲得照顧病人的技巧，有人提供照顧之技術性服務、提供諮詢服務）、經濟性支持方案（金錢方面的補助、發放家庭照顧者津貼）（呂寶靜，民93）。

3.辦理居家服務員、主要照顧者、服務志工的培訓。

徐名筠（民93）針對台中市的獨居老人的居家服務的調查研究顯示，老人對於使用居家服務近半數會感到不好意思，只有四成不會。從研究中得知老人最希望獲得的居家服務是協助沐浴，但服務對象不能自在的接受居家服務實與服務員的帶給的感受有相關，故建立居家服務員證照制度，提昇服務員的社會地位及職業自信，確保服務品質樹立服務員的專業形象，使獨居老人在接受服務，同時也能獲得更好的精神支持。

4.運用受過訓練的專業人力，在老年人家中提供居家服務，如送餐、家事服務、文書、陪同就醫，協助老年人或生活無法自理者能在熟悉的環境中獨立自主。

5.對於即將面對老化的中壯年民眾，能經由各方倡導鼓勵民眾做好退休準備，包括身體的保健、生涯理財的規劃。

(四)間接社區服務（促進系統改變及影響公共政策）

間接社區服務的目的在於針對整體人口的需求，努力去影響社會環境。對於老人群體在某些不利的環境下可能成為受害者，他們可能較其他群體來說更容易遭受到一些生理及心理上不利的影響。所以諮商員必須藉由增進民眾對老人問題的認識、獲得政策制定者的支持、鼓勵正向的社區行動等方式，促成教育、經濟、社會和政治面的改變。例如老人的經濟上的問題，從政策面來

說可以及早推動國民年金制度，以及較高的存款利率優惠老人，並推動「財產信託」制度來保障老人以免受騙，也可進一步避免老年陷入貧窮的困境。

- 1.針對社區老人的需求做出適切評估，結合社區資源，規劃符合在地的老人服務方案。
- 2.協助社區組成促成環境改變的組織，擬定策略以確保當地機構對老人問題的重視。
- 3.採取行動促使政府相關單位重視老人的福利措施，以滿足老人在健康醫療、經濟、居住、安養照護、心理諮商等立即性的需求。對於受虐及孤苦無依老人能有相關立法協助照護。

表4 老人的社區諮商服務方式

對象 方式	個案服務	社區服務
直接 服務	<ul style="list-style-type: none"> ● 個別諮商協談與心理支持 ● 老人互助團體提供情緒支持 ● 危機個案的緊急處理 ● 潛在輔導個案的問安、友誼查詢、定期追蹤與評估 ● 保護個案的安置與庇護 ● 針對遭遇生活轉變及其他高危險情形老人的外展服務計劃 	<ul style="list-style-type: none"> ● 辦理老人健康相關生活技能的預防性教育計劃 ● 提供主要照顧者喘息服務 ● 提供居家服務，如送餐家事服務 ● 辦理居家服務員、主要照顧者、服務志工的培訓。
間接 服務	<ul style="list-style-type: none"> ● 辦理老人講座、文康休閒、教育學習等相關外展服務。 ● 倡導老人福利議題 ● 宣導老人權益維護 ● 協助老人保護個案的通報 ● 一般諮詢個案的問題診斷、情緒支持、處理建議、轉介服務法律或經濟問題相關諮詢。 ● 其他社區資源連繫與運用 	<ul style="list-style-type: none"> ● 規劃符合在地需求的老人服務方案 ● 協助社區組成促成環境改變的組織 ● 採取能影響老人福利政策的行動

六、結論

由於政府長年來疏於建立完善的社會福利體系，致使我國開始邁向老人國之後，頻頻發生嚴重的老人問題。儘管近年政府強力推動發放「老人福利生活津貼案」，但老人需要的不僅是物質上的滿足，權益上的保障，更需要的是心理上的支持與慰藉。誠如聯合國國際老人年宣言提到的老人需求：尊嚴、自主、照護與社會參與的四項目標上，老人津貼的給付恐怕買不到老人的尊嚴與生存權。

Gibson(1998)歸納近年人口老化的工業國家老人服務的提供方式已產生了下列五項改變：1.老人服務去機構化；2.審慎規劃服務對象之標的和配置；3.重視規則和照顧品質；4.重視使用者和消費者的權利和自主；5.增加對家庭照顧的依賴（引自呂寶靜，民93，p20）。學者的觀點指出了服務內容應對老人需求確實評估，以及對照顧品質的提升強調環境的介入為首要之考量。

老人的社區諮商服務模式，跳脫了傳統諮商的思維，積極主動謀求案主的最佳福祉；擬定多元面向的發展和方針，兼顧不同的弱勢族群；強調平日的預防勝於問題發生後之治療；並顧及老人的社會環境背景脈絡，積極結合其他專業人員，整合有利資源，以此提供增進老人賦能的有效策略。此模式有改善現有福利措施不足之處，並兼具前瞻性之觀點，值得相關單位提倡。

參考文獻

- 王力行(民96年2月1日)。**不老革命**。遠見雜誌，248，195-198。
- 行政院內政部(民89)。**中華民國八十九年老人狀況調查報告**。
- 沈慶盈(民89)。從組織間關係談社會服務資源的整合。**社區發展季刊**，89：145-155。
- 呂寶靜(民93)。**老人照顧…老人、家庭、正式服務**。台北：五南出版社。
- 徐名筠(民93)。**台中市獨居老人對居家服務的認知狀況及其相關因素之探討**。私立東海大學社會工作研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 陳伶珠(民88)。**老人諮詢服務之功能研究**。私立東海大學社會工作研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 陳聰興(民92)。**老人諮商需求與諮商意願之研究**。國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 曾蓮紅(民94)。**老人福利服務使用之研究**。私立輔仁大學應用統計研究所在職專班碩士論文，未出版，台北市。
- 蔡坤良(民93)。**小琉球漁村老人生命意義感、死亡態度與幸福感之研究**。私立南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義縣。
- 蔡秀鳳(民93)。**臺灣地區公共衛生護理人員對老人受虐之知識、態度與處理能力之研究**。陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版，台北市。

- A. Horowitz, J. p. Reinhardt, & K. Boerner(2004). The effect of rehabilitation on depression among visually disabled older adults. *Aging & Mental Health, November 2005; 9(6)*: 563-570.
- Eklund, K., Sonn, U., Nystedt, P.& Dahlin-Ivanoff, S.(2005). A cost-effectiveness analysis of a health education programme for elderly person with age-related macular degeneration: Alongitudinal study. *Disability & Rehabilitation, Vol. 27* Issue 20, p1203-1212, 10p.
- Florsheim, Margaret J.; Herr, John J.(1990). Generations, *Winter90, Vol.14* Issue 1, p40, 3p.
- Ganikos, M. L.(1979). *A Handbook for Conducting Workshops on the Counseling Needs of the Elderly*. (ERIC Document Reproduction Service No. ED250597).
- Karen G. D. & Frank Y. Wong.(2003). *Community Psychology, 3rd ed.* Boston: Allyn and Bacon.
- Lewis, J. A., Lewis, M. D., Daniels J. A, & D'Andrea, M. J.(2003). *Community Counseling----Empowerment Strategies For A Diverse Society*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Norman Ian J. & Redfern Sally J. (1997). *Mental health care for elderly people*. Churchill Livingstone.
- Teresi Jeanne A., Lawton. M. Powell., Holmes Douglas., Ory Marcia. (1997). *Measurement in elderly chronic care populations*. Springer Publishing Company.
- Tice Carolyn J. (1996). *Mental health issues & aging*. Brooks/Cole Publishing Company.