

臺南市北區獨居老人整體性健康之探討

洪彩慈
葉莉莉
黃埤芬
田開璋

壹、研究緣起

民國八十六年行政院主計處資料顯示（行政院主計處，民八十六），老年人口佔全國人口的八·一%，而臺灣地區獨居老人約佔老年人口之一二%，且有逐年增加趨勢。國內學者之研究發現性別、教育程度、經濟狀況、婚姻狀況、都市化程度、子女數、男女死亡率的差別、家庭居住型態變遷及人口高齡化等交互因素，都可能是獨居老人形成的原因（陳菊，民八十七）。

獨居老人孤死家中事件至今仍不斷發生，社會悲劇意味著此群體因缺乏支持系統需要外來的援助而為社區之高危險群體，需求更多之關注。

老人的健康狀況隨著年齡的增加日漸衰退；此外，老年人的健康問題常非屬單一，多合併複雜的慢性病。老化加上疾病，常使老人有不同程度的功能及感官剝奪而影響其日常生活活動之能力（李世代，民八十七）。柯等人（柯德鑫、黃明和、粘秋桂、許秀夫，民八十七）調查彰化地區的老人，發現約五分之一的個案（總數共七六〇位）具有一種以上的慢性疾病，這些疾病包含腰／

背痛、高血壓、視力障礙、關節病變等，對於老人的功能狀況及自我照顧能力有極大影響。而臺灣地區老人對於健康的觀念，劉氏之研究（劉淑娟，民八十七）指出老人自述「整個人感到調和，身體、心理與心靈健康，能夠自己掌控生活是老年人最有意義的健康觀念」。所以老人的健康與其生理健康狀況、身體功能的自主感、心理幸福感以及從社會互動中感受的尊嚴感有極大相關。

目前國內雖已開始規劃社區老人的照顧方案（陳菊，民八十七；劉慧俐，民八十七），但關於老人的照顧政策仍以社會福利為主，針對老人醫療健康的整體規劃及政策

照顧上的參與較少（李怡娟，民八十七），而這些正有賴健康醫療團隊為其進行規劃。

因此本研究對臺南市北區獨居老人進行整體性健康之初探，涵蓋其身體功能狀況、生理健康與罹病情形、心理健康與社交狀況，研究結果希望對於社區獨居老人整體性健康照顧計畫的發展有所助益。

貳、研究材料與方法

一、研究對象

臺南市共有六個地理行政區，此區為一都市型社區，主要家庭型態為小家庭、主要職業以製造業為主，佔就業人口數之三二·三%。由八十四年該區的人口統計發現六十五歲以上人口佔本區七·五三%，約有九二〇〇人。本研究進行初由衛生局去函社會局，取得八十五年該區普查之獨居老人名冊，計得二七二位獨居老人資料。在眷村改建制度下，此社區於近兩年已拆遷數眷村，清查後共取得居住於三十五個鄰里之一七七

位獨居老人個案。首先進行地毯式搜查瞭解此人是否存歿、遷徙、以及接受訪視之意願，進一步確認可訪之個案。一七七人中無法訪視者計一〇四人（原因有與人同住二十九人、二次探訪皆不在三十一人、拒訪十三人、遷出二十八人、死亡一人、安養院二人），扣除未訪者二十三人，共計訪得獨居老人個案五〇人，訪視率六八·五%。

二、研究工具

研究者參閱四份現有問卷評估表：中華民國長期照護專業協會居家照護標準化記錄系統、高雄市長期照護管理示範中心之個案管理初評記錄表、成大長青會會員健康評估表、大臺中地區照護諮詢服務中心之個案諮詢服務初評記錄表，在徵得各機構同意後，依研究目的、實務經驗、文獻查證及小組討論後，擷取所需之項目加以整合設計結構式問卷。問卷內容包括五大項：

(一)基本資料：包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、主要語言、身分別及主要照顧者。

(二)身體功能評估：測量其日常生活活動能力(ADL)及複雜性日常生活活動能力(IADL)兩項（戴玉慈、羅美芳，民八十五），以了解其日常生活是否可以自理及獨立。日常生活活動能力以巴氏量表分數代表，此量表評估以下十種日常活動執行情況：個人衛生（刷牙、洗臉、洗手及梳頭）、洗澡、進食、如廁、上下樓梯、穿脫衣褲鞋襪、大便控制、小便控制、移位、平地上行走，分數範圍從〇分至一〇〇分，分數越高表示日常生活活動能力越佳。複雜性日常生活功能測量以下七個項目：使用電話、購物、做飯、做家事、戶外交通、用藥、理財，評估程度分為不需幫忙、需部分幫忙、完全需要協助，以了解個案是否有足夠的智慧和技巧來應付環境中較複雜之日常生活活動。

(三)生理的健康狀況：除詢問個案生理功能狀況，包括視力、聽力、牙齒功能、睡眠狀況、罹患慢性病等情況外，尚包含訪談時給予之健康檢查；包括身高、體重、血

壓、血糖的測量。利用理想體重公式，男性為（身高減八〇）×〇·七，女性為（身高減七〇）×〇·六，計算其理想體重。血壓則以衛生署八十七年公布之高血壓定義中，正常但偏高之血壓：收縮壓大於一三五mmHg或是舒張壓大於八五mmHg為篩檢異常標準。血糖的測量徵詢個案的意願，願意接受測量者才進行測量，以飯前血糖八〇至一二〇mg/dl，飯後血糖一四〇mg/dl以下為正常。

(四)心理健康狀況：五個題目包括(1)您的記憶好嗎？能自行離家自行走回來而不會走失，以及認人清楚嗎？(2)您覺得對事情提不起勁，胃口很差，或覺得日子過得很沒意義？(3)您有沒有夜間淺眠不易入睡的情形？(4)您因為緊張睡不著而需要服用藥物的情形如何？(5)您的精神症狀如何？其中第五題可由訪視者與其交談中發現有無語無倫次、極端退縮、冷漠及動作反常加以綜合判斷，以此五題概括了解老人的精神狀況及日常情緒狀況。

表一、獨居老人基本資料

項 目	人數 (人)	(%)
性別		
男	20	40
女	30	60
年齡		
60-69 歲	6	12
70-79 歲	28	56
80歲以上	16	32
婚姻狀況		
喪偶	32	64
未婚	13	26
已婚	1	2
分居	1	2
同居	1	2
無法辨識	2	4
教育程度		
不識字	29	58
國小	8	16
國中	3	6
高中以上	7	14
大學以上	2	4
私塾	1	2
主要語言		
國語	17	34
台語	33	66
身份別		
一般	18	36
低收入戶	17	34
榮民	13	26
無法辨識	2	4
經濟來源		
救助金	22	44
退休金	11	22
子女提供	9	18
其他	8	16
主要照顧者		
無	11	22
有	39	78

(五)社交狀況：最近一個月與鄰居、朋友、親戚交往次數，以了解老人與他人互動情形。

三、資料收集與分析

本研究自八十八年三月三十日起至四月二十一日，進行結構式問券之資料收集，由護理系學生，兩人一組參與資料收集，訪談採二對一方式，平均每位個案訪談時間約為二小時，訪談地點為獨居老人家中。另外並使用皮尺、校正過之體重計、血糖機、血壓計進行健康數據測量。所收資料經該組二人

取得共識並確認無誤後，鍵入電腦以SPSS/PC套裝軟體進行統計分析。

參、研究結果

一、獨居老人基本資料

五〇位獨居老人基本資料如表一，男女比為二：三，平均年齡七六·二歲，並且以七〇至七十九歲佔五十六%為最多。婚姻狀況以喪偶者居多佔六十四%，其次為未婚二一十六%。教育程度以不識字五十八%為多，

表二、獨居老人巴氏量表得分情形

巴氏量表得分	人數	%
0-20分(完全依賴)	0	0
21-60分(嚴重依賴)	2	4
61-90分(中度依賴)	3	6
91-99分(輕度依賴)	6	12
100分(完全獨立)	39	78

知，獨居老人日常生活活動大部分可獨立完成。惟有兩位得分在六〇分以內，一位因身體機能老化衰退加上先天殘障，僅得三十五分；另一位因車禍脊髓損傷致下半身肢體行動障礙，得分六〇分，其獨居的安全性堪憂。

六六%以使用臺語為主。身分別以低收入戶最多，佔了三十四%，榮民次之，達二十六%。經濟來源有四十四%仰賴政府固定發放救助金，依靠退休金及子女提供者分別占二十二%及十八%。計二十二%的個案沒有鄰居或親人等主要照顧者。

二、身體功能狀況

獨居老人身體之功能狀況，發現ADL得一百分者有七十八%，未達一百分者亦多集中於八〇~九十五分(表二)。由此可知，獨居老人日常生活

表三、獨居老人複雜性日常生活活動功能(IADL)需協助情況

項目	不需幫忙人數(%)	部份幫忙人數(%)	完全需要協助人數(%)
使用電話	46(92)	2(4)	2(4)
交通	38(76)	8(16)	4(8)
上街購物	45(90)	3(6)	2(4)
準備三餐	46(92)	2(4)	2(4)
整理家務	45(90)	2(4)	3(6)
服藥	48(98)	1(2)	0(0)
處理金錢	48(98)	1(2)	0(0)

交通方面所需的協助較高，計二十四%需部分或完全協助；服藥及處理金錢所需的協助最低，僅二%表需部分協助(表三)。

三、生理狀況

生理狀況如表四。五十六%獨居老人視力為輕度以上異常，三〇%的個案聽力為輕度以上異常，牙齒咀嚼顯示有三十二%

大部分獨居老人在複雜性日常生活功能量表中，各項結果多為不需幫忙，可看出本研究獨居老人大多尚可處理生活中的複雜性活動，僅有少部分需要幫忙或完全需要協助，而其中以

表四、獨居老人的生理功能狀況

項目	人數	%	
視力功能	適當	22	44
	輕微異常	25	50
	中度異常	1	2
	嚴重異常	2	4
聽力功能	適當	35	70
	輕度重聽	9	18
	中度重聽	5	10
	嚴重重聽	1	2
咀嚼一般食物	沒有困難	34	68
	有困難	16	32
睡眠型態	困難入睡	11	22
	常中斷	6	12
	常作夢	7	14
	正常入睡	26	52

本研究獨居老人自述罹患之確診慢性病如表五所示。本題為複選，個案有此慢性病即勾選，結果顯示老人以高血壓(十八%)、心臟病(十八%)和關節炎(十二%)佔較多數。

在此次調查中，利用皮尺及體重計幫個案測量身高及體重，並計算個案的理想體重。結果顯示獨居老人平均身高範圍由一三一至一七八公分；平均體重範圍介於三十七至八〇公斤，體重介於上一〇%的理想體

個案進食一般的食物有困難，但可接受軟質食物；睡眠方面顯示二十二%的個案有入睡困難的情形。

重者佔五十六%，超出與低於理想體重一〇%分別佔三十四%與十四%。

當天家訪時測量發現，血壓正常者佔五

表五 獨居老人罹患慢性病情況

慢性病項目	人數	%
高雪壓	9	18
心臟病	9	18
關節炎	6	12
糖尿病	5	10
肺部疾病	4	8
胃腸疾病	3	6
腦中風	1	2
腎臟病	1	2
精神病	1	2
其他	13	26

十六%，異常者有四十四%。血糖方面，我們先詢問老人測血糖的意願，有七十四%的老人表示不需要測量血糖；接受血糖檢測的十三位老人中，有三十八·五%測出之結果為異常。

四、心理狀況

心理健康狀況結果如表六所示。大多數的老人認為自己沒有什麼心理症狀，但在問題二：「您覺得對事情提不起勁，胃口很

表六 獨居老人的心理健康狀況

項 目	沒有 人數(%)	輕微 人數(%)	中等 人數(%)	嚴重 人數(%)	很嚴重 人數(%)
您的記憶好嗎？能自行離家走回來而不會走失，以及認人清楚嗎？	44(88)	4(8)	2(4)	0(0)	0(0)
您覺得對事情提不起勁，胃口很差？或覺得日子過的很沒意義？	37(74)	5(10)	2(4)	3(6)	3(6)
您有沒有夜間淺眠不易入睡的情形？	33(66)	8(16)	5(10)	2(4)	2(4)
您因緊張或睡不著而需要服用藥物的情形如何？	4(9)	3(6)	0(0)	0(0)	1(2)
您的精神狀況如何？	47(94)	2(4)	0(0)	0(0)	1(2)

表七 獨居老人最近一個月與鄰居、朋友、親戚交往的情形

項目	人數	%
常常(10次以上)	26	52
有時(6-9次)	6	12
偶爾(3-5次)	5	10
很少(1-2次)	10	20
從不(0次)	3	6

差，或覺得日子過得很沒意義？」中卻有十二%老人選擇嚴重及很嚴重，若再深入探討，發現這十二%個案認為生活沒有意義的原因有：經濟困頓、少有社交活動與支持系統、基本需求得不到滿足、遭家人遺棄及疾病纏身等。

五、社交狀況

在社交情況方面，詢問老人最近一個月與鄰居、朋友、親戚交往的情形。結果顯示本次研究個案最近一個月與鄰居交往一〇次以上佔大多數(五十二%)，但也有六%的獨居老人從不與鄰居交往(表七)。

六、綜合性評估

調查獨居老人整體性健康之後，訪談同學根據以上之綜合性評估，填寫此人獨居的危險程度。結果有十二%的獨居老人被列為有獨居的危險性，需立即轉介；有三十二%至少每三個月需定期監測；五十六%的老人被認為目前可適應獨居生活。十二%的個案需立即轉介的原因，或因身體功能狀態無法自理日常生活，或由於身體疾病急需他人協助，或因經濟困難而嚴重影響到生活品質及健康狀況，但這些個案大多表示自己仍想居住在社區之中，不願遷移到安療養機構居住。為免上述個案發生獨居之危險，研究者已於研究結束後，將這十二%的個案轉介至社會局接受在宅服務。

肆、討論

一、獨居老人的特性

本研究結果顯示臺南市北區獨居老人之男女比為二：三，性別與獨居並無統計上的

差異。而身分別中的低收入戶佔了三十四

%，文獻中指出：年老為造成貧窮最重要因素，但針對老年貧窮而言，貧窮是過去生活累積所造成，可能到了年老無經濟能力時更加重貧窮的情況而已，而致貧的原因與個人家庭背景、就業環境、突發意外事件及個人自身條件的限制等原因有關（沈秀卿，民八十三；萬育維、李孟修，民八十七）。本研究獨居老人之經濟來源多仰賴市政府每個月固定發放的救濟金，在經濟能力上受到很大的限制，非低收入戶個案的經濟來源大多為子女提供、或者是有以前的積蓄及退休金。在沈氏的調查中指出本省低收入戶家庭消費以飲食消費占最大部分，再來是居住消費，再其次才是保健及醫療消費（沈秀卿，民八十三），經濟問題不但影響其生活品質及個人尊嚴，更對個人之整體性健康狀況造成威脅。因此對於獨居老人貧窮現象的緩解，除了針對福利制度的規劃，也應從保障國民就業及維護家庭功能做起（沈秀卿，民八十三；萬育維、李孟修，民八十七）。

二、獨居老人身體功能狀況

根據內政部八十八年度的調查（內政部統計處，民八十七），六十五歲以上老人健康狀況有三九·四八%屬健康硬朗；健康不太好，但可自行料理生活者佔五八·二八%；無自理能力臥病在床者有二·二〇%，對於多數老人而言雖然健康情況不見得良好，但功能狀況皆尚足以應付日常生活。本研究也呈現類似結果，在日常生活活動方面僅有兩位（四%）個案的功能狀況屬嚴重依賴（嚴重依賴：巴氏量表二一至六〇分（戴玉慈、羅美芳，民八十五）。但值得討論的是，本次調查中根據個案描述，除了市政府的救助金及鄰居幫忙以外未有其他社區資源介入，這是因為目前臺南市針對這些高危險群老人並未有連續及整體性的照顧方案，而民間零星的資源服務有限。大部分獨居老人雖然功能狀況良好，但老化使得感覺及知覺狀況減低，在缺乏照顧者的情況下實為社區中的高危險群，建議未來之政策能整合社政與衛政之人力與資源，在獨居老人照護上建

立一套健全的個案管理模式，以深入評估獨居老人族群之需求、擬定適切之照護計畫並加強追蹤評估。

複雜性日常生活功能 (IADL scale) 結果中以交通方面所需要的協助性較高 (二〇% 需部分或完全協助)，而在政府所提供之老人福利方面，可看出推行免費公車或是其他交通運輸服務的重要性。由內政部調查 (內政部統計處，民八十二) 政府服務項目之認知率及使用率中也發現，敬老優待的認知率高達九三·一%，而使用率卻僅六二·九%。在本研究中有部分訪談個案表示，由於本身生理功能退化，反應力較慢且平衡能力較差，若無人協助乘坐公車，則使用時會有困難甚至發生潛在危險。在交通方面需協助的個案若無人協助，大多會選擇乘坐計程車或是以走路的方式到達目的地，此現象值得政府在推行交通福利措施做進一步的考量及規劃。

三、獨居老人之生理健康狀況

本研究結果顯示獨居老人罹患之慢性病

的前三順位分別為高血壓 (十八%)、心臟病 (十八%) 和關節炎 (十二%)，與內政部一九九七年調查 (內政部統計處，民八十七) 臺閩地區六十五歲以上人口罹患慢性病以心臟血管疾病 (三三·六三%)、骨骼系統疾病 (一五·四七%) 為最多，有相似結果。慢性病對於獨居老人而言不但增加其獨居的潛在危險，因病就醫所耗費之金錢，更對原本經濟能力不佳的獨居老人帶來負擔。

本次訪談中另發現有個案由於經濟狀況不佳、就醫觀念不正確，或是不好意思麻煩他人協助就醫，所以延誤治療，甚至導致長期營養狀況不佳、疾病控制及復原狀況不理想。本次調查中有十四% 個案體重低於理想體重；四十四% 血壓值異常；驗血糖之十三位個案中，三十八% 血糖值異常。而這些個案無一被社區護理人員收為個案進行健康管理。葉氏等 (葉淑惠、吳淑如，民八十七) 提出以三段預防觀點來看社區老人的照護，初段預防應包括加強衛生教育、注重營養之攝取、避免意外事件發生、增加心理層面的

支持；二段預防為疾病篩檢、疾病的控制及復健；三段預防則要著重增進自我照顧能力的復健訓練。本研究之獨居老人在執行三段預防上，除了本身健康觀念不佳，在執行上也有太多限制。未來在建立社區老人的長期照護模式上，護理人員除了提供健康照護及協助提昇健康概念以外，對於健康環境的提供也佔極重要的角色。

四、獨居老人之心理健康狀況

在老人心理狀況方面，本次的調查中有六位個案認為自己有嚴重或很嚴重程度的「覺得對事情提不起勁，胃口很差，或覺得日子過得很沒意義」，深入探討其原因發現可能是因為經濟困頓、少有社交活動與支持系統、基本需求得不到滿足、遭家人遺棄以及疾病纏身等。根據內政部八十五年老人生活狀況調查報告 (內政部統計處，民八十七) 顯示老人對生活滿意度的評價而言，平均每八個老人中即有一人對生活不滿意，而令其感到不滿意的原因有：身體不好、經濟因素、日子無聊及感到孤獨，與本次問卷調查

呈現類似的結果。

本次心理狀況調查中，大多數訪談的獨居老人並不覺得自己有如問卷所列的心理問題，這表示整體而言老人大多可以接受獨居，陳氏的研究（陳燕禎，民八十四）顯示越來越多人選擇獨居或僅跟老伴同住，其原因可能為老人認為生活習慣及教育方式與其晚輩有差距；或由於許多個案沒有結婚、無子女、子女在外定居或其他種種因素造成自己非獨居不可，因而在必須獨居時就開始了一連串的調適過程，以接受及適應獨居的生活。Porter的研究（Porter, 1994），訪談了七位獨居的老寡婦，從她們的生活經驗歸納出以下幾個獨居者讓自己接受必須獨居事實的方式：獨自學習依自己的方式照顧自己（going my own way），利用一些小技巧，減少自己發生危險的機率（reducing my risks），並會做讓自己健康的事，以維持自己有能力獨居（sustaining myself）。當老人適應獨居後，便有一套生活模式而不會有意願去改變。此外，國內一般之長期照護機構給大眾的感覺普遍是制度不完善，照護

品質差。訪談中許多獨居老人認為被送進養老院或接受社會救助會覺得沒面子，或是會聽說到安療養機構中生活品質不好、活動受限制、缺乏尊嚴等，所以許多老人表示寧願死守自己家中也不願去養老院。

五、獨居老人之社交狀況

老人獨居最大的問題是需要有支持者提供主要照顧以及緊急事情的支援，但本研究在社交狀況上，顯示高達三十六%的獨居老人最近一個月內與鄰居、朋友、親戚交往的次數在三至五次以下。訪談中有些老人表示因為以前在與人交往上曾經受到欺騙，因此現在與人接觸上較會採保留的態度；有些老人獨居的因素也可能是由於在個性上較孤僻，不喜歡與人親近；甚至也有人表示因為認為自己沒有錢、又沒有子女可以依靠，常會受外人的輕視或欺負，因而減少其主動與外界接觸的動力。除了上述原因外，研究者也發現，由於此次訪視向個案解釋研究目的是為想評估其生活狀況，以了解是否有需要幫忙的地方，所以有些個案會刻意將自己的社交狀況形容成未有鄰居、親戚、朋友提供

協助，這也是本研究限制之一。然而此情況的發生，也顯示或許個案以這樣的訊息來表示需要他人的支援及幫忙，促使我們更加正視獨居老人的需要。

五、結論與建議

本研究限制為資料收集之時間有限，故只針對臺南市北區獨居老人進行整體性健康評估，其結果無法推論至其他地區之獨居老人。惟由此初步探討，使我們對社區獨居老人有較多認識。研究結果發現此群體之身體功能狀況尚佳，但生理與心理健康、社交狀況則應多予關注。未來建議長期追蹤此群體，了解其整體性健康變化趨勢，以做為政策修定與個案管理之參考。

社區老人的照顧是一種長期綜合性及連續性的問題，內容應包含老人的經濟、心理、社會支持、保健、醫療、復健等等，因此對於獨居老人的照顧應集合政府及非政府的力量，才能發揮最大的功能（黃源協，民八十七）。獨居老人由於老化、缺乏資源應

屬社區中的高危險照護群體，然而社區護理人員對於獨居老人的整體性健康照護至今仍未介入，更遑論已規劃適切的照顧模式。經由此研究，建議未來若欲健全社區獨居老人的照顧，應強化轄區衛生所對獨居老人之健康照護，並善加利用內政部社會福利體系之長期照護相關資源如在宅服務、日間托老等。結合衛政、社政及其他社區照顧團體、開發民間相關資源、並進行福利措施的完善規劃，皆是亟待努力的方向。

〔本研究之完成感謝成大護理系八十八年畢業生張靜琪、張玉鈴、張蕙美、楊憶欣、廖燕琴、林宜昀協助資料之蒐集，並感謝臺南市衛生局以及社會局之協助提供獨居老人普查資料。最後，要特別感謝所有受訪之獨居老人提供其寶貴經驗，使本研究能夠順利完成，在此致上最深謝意。〕

（本文作者：葉莉莉為美國明尼蘇達大學護理碩士，現任成功大學護理學系講師；洪彩慈、黃淨芬、田開璋均畢業於成功大學護理學系）

參考資料：

- 內政部統計處 民國八十七年 臺灣地區老年生活狀況調查報告
- 內政部統計處 民國八十二年 臺灣地區老年生活狀況調查報告
- 行政院主計處 民國八十六年 中華民國臺灣地區老人狀況調查報告
- 沈秀卿 民國八十三年 臺灣省低收入戶家庭經濟概況調查分析 社會福利 第一一四期 頁五十三—五十八
- 李怡娟 民國八十七年 護理於老人健康政策的重要性 護理雜誌 第四十五卷第六期 頁十六—二十
- 李世代 民國八十七年 老年人的健康與醫療照顧 長期照護 第二卷第一期 頁十六
- 柯德鑫、黃明和、粘秋桂、許秀夫 民國八十七年 彰化地區老人的慢性病罹患狀況與醫療服務需求 公共衛生 第二十五卷第一期 頁二十三—三十一
- 陳菊 民國八十七年 談臺北市獨居老人照顧方案 社區發展季刊 第三十八期 頁二〇—二十五
- 陳燕禎 民國八十四年 老人問題與安老計畫之理論與實證——臺灣省之經驗 社會福利 第一二〇期 頁二十二—二十六
- 黃源協 民國八十七年 社區照顧的分工與報酬 社會福利 第一三一期 頁十六—二十六
- 葉淑惠、吳淑如 民國八十七年 社區殘病老人照護的挑戰 護理雜誌 第四十五卷第六期 頁三十九—四十一
- 萬育維、李孟修 民國八十七年 老年貧窮與社會支持網路運用之回朔分析 質化研究之初探 社區發展季刊 第六十三期 頁三十一—四十三
- 劉淑娟 民國八十七年 臺灣社區老人的健康觀念與健康行為 護理雜誌 第四十五卷 第六期 頁二十二—二十八
- 劉慧俐 民國八十七年 高雄市獨居老人居家服務現況與展望 社區發展季刊 第三十八期 頁二十六—三十三
- 戴玉慈、羅美芳 民國八十五年 身體功能評估的概念與量表 護理雜誌 第四十三卷第二期 頁六十三—六十八
- Porter, E. J. (1994) Older Widows. Experience of Living Alone at Home. IMAGE. Journal of Nursing Scholarship, 26 (1), 19-24.