

鄉村中老年人自我導向學習衛生教育策略研究

鄭嘉美* 陳昭郎** 呂 榮***

台灣地區人口迅速完成轉型，目前已邁入「高齡社會」的行列，老年人口的比率將迅速增加；老年人口面臨的最大問題就是健康問題。隨著疾病型態的改變，目前影響人類健康最重要的因素就是「生活型態」。衛生教育在協助人們執行健康生活型態上有極其重要的地位；衛生教育對於成年人，尤其是渴望獲得健康知能又缺乏接受正式教育管道的中老年人更是有相當大的發展空間。成人與兒童的學習特性是不相同的，本研究即藉由理論之推演，參酌成人教育哲學與實務而發展出「自我導向學習」的中老年人衛生教育策略，並以準實驗設計評估該策略與傳統策略的差異。

結果發現(1)自我導向學習策略的效果優於教師導向教學之效果，且此差異短期效果比立即效果更清晰。(2)學習小團體異質性對學習效果之影響不明顯。(3)不論高自我導向學習傾向者或低自我導向學習傾向者在自我導向策略中的學習效果均優於在教師導向策略中的學習效果。最後並根據研究結果提出「台灣鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略的實施方案」及本研究所引發的建議，以供實務及相關研究之參考。

關鍵字：自我導向學習 成人教育 衛生教育 鄉村 中老年人 高血壓

壹、緒 論

一、研究背景與研究重要性

台灣地區在七十年(1920-1989)內完成了歐美國家費時二百多年才完成的人口與疾病轉型 (Coale, 1973; Ryder, 1983; Omran, 1971; Olshansky, 1986; 黃建忠·韓文瑞, 1993)，人口迅速老化已是必然的趨勢。民國82年時台灣地區六十五歲以上人口佔總人口的7%以上，已邁入聯合國所稱「老人國」之列。據推估 (經建會, 1993)，民國99年時台灣地區六十五歲以上的人口將佔總人口10%以上，而到民國 120年時，六十五歲以上的人口將超過20%；老年人口由10%上升到20%，只需二十一年的時間，而相對於芬蘭、瑞士、西德等國家，他們則經歷了五、六十年 (Ogawa, 1989; 黃建忠·韓文瑞, 1993)。人口老化對台灣地區社會、經濟環境所造成的衝擊，將比歐美國家嚴重。而老年人口或人口老化社會所面臨的最大問題，莫過於健康問題。

老年人的健康問題，並非肇始於老年期。尤其在平均壽命延長的情況下，邁入老年

* 國立台灣師範大學衛生教育系副教授

** 國立台灣大學農業推廣學研究所教授兼系、所主任、所長

*** 國立台灣師範大學衛生教育研究所兼任教授

期之前的不良健康行為所種下的因，隨著年齡的增長顯現的機會日漸增加。研究（Lalonde, 1974）指出影響近代人類健康的四大因素(1)生活型態(2)環境因素(3)醫療服務體系(4)遺傳、生物因素中，又以生活型態的影響力(43%)最大。執行健康生活型態是增進健康最廉價、最根本的方法；惟此方法需要極大的決心，長期整體的執行，方能有良好效果。傳統以傳染病防治為主，疾病防治之成效，短期內即有明確、具體成果可見之衛生教育策略已不敷應用；因此需要發展更能深入人心、啟發學習、長期執行、維持健康生活潛能的衛生教育策略。

在台灣地區兒童可在正式教育管道中學得健康知能，而成年人則較缺乏此途徑；尤其中年人在生活、事業忙碌中走過了人生的精華期後，身心上的一些不良症狀逐漸出現，他們開始為自己的健康著急，渴望獲得保健之道，但是他們常苦於不知從何著手。特別是鄉村地區的中老年人，由於其保守的個性及偏低的教育程度，識字能力有限，致使其可資利用的資源與管道少了許多；更因為鄉村地區交通不若都市發達，許多衛生教育的教學研究都只在都市地區進行，其發展出來的成果不見得適合鄉村地區的中老年人使用。此外，鄉村醫療資源的可近性先天上就比不上都市；而且鄉村中年輕一代不克陪伴於年長父母身側者多，鄉村中老年人自我照顧、自我保健的需求甚於都市中老年人，實在需要發展適合鄉村中老年人的衛教策略，以協助他們有效率的執行健康生活，促進健康。然而，如何設計合適的策略呢？

在目前這世界裏，一般知能的半衰期大約只有三十年，也就是說一個人年輕時所學的知能，在他步入中年時已不敷使用，必須隨時對已學會的知能加以補充、擴充、修正。這代中老年人年輕時並未學會AIDS之預防，未被強調環境污染之後果，注意的營養問題是營養不足，不是營養過剩...。過去所標榜的「讓受教者先經歷某些模擬情境，或學會某些技能，以備其將來面臨相同狀況時，可以從容應付」的教育哲學，顯然已受到挑戰。

以行為主義為哲學基礎的「行為目標」教學策略講究外在刺激、個體反應，著重教學成果之具體客觀一致性評價；在講求效率、科學化的工商社會中，廣泛的被接受了。「行為目標」自引進國內後風靡了台灣地區的學校教育、社會教育界。崇尚行為改變的衛生教育界更奉此為圭臬。但由於「行為目標」注重一致可測量的外顯行為，以致常為求可見之行為效標，而將「全人」支解為許多零碎可見性行為，而忽略「全人」的內在心理機轉與整體性及其他重要但不易由外顯性行為測量的因素...等。故有許多學者對「行為目標」提出質疑，而波范(楊龍立, 1984)也對這些質疑加以辯証。到目前為止，「行為目標」教學策略之效果，從眾多的研究報告中，仍無法歸納出一個一致的結論。

近代國外許多衛生教育策略已超越純粹行為主義的觀點，而融合應用了不同門派的學理，近幾年來，國內的衛生教育也有此趨勢，只是在融合的過程中，時常只關心「如何」做，而少注意「為何」如此做，所以並未能真正闡釋這些哲理的精神，發揮其功能，甚而在執行時出現了矛盾的措施或是理想與實際難以配合的情況（呂榮和鄭惠美，1993）。根據調查結果可發現儘管進步主義衛生教育措施、或人文主義衛生教育措施是部

份衛生工作人員認為是理想方案，但不論是衛生局的護理督導或鄉村地區的衛生教育工作人員，實際採行的衛生教育措施，仍以「行為主義」為主，尤其是不少護理督導人員期望其所督導的基層工作人員遵循上級的指示，優先於地方民眾的實際需求。

不同的教育哲學信念將導致不同的教育理論，不同的教育理論對教育實務會產生不同的影響；民眾衛生教育者的基本信念與他對中老年人衛生教育的觀點—民眾的特性、教育者的角色、教育的內容、有效的教學方法、中老年人衛生教育的功能...等都有直接、密切的關係。注意成人教育哲學可以幫助民眾衛生教育者深刻思考整體的教育與生活歷程，使他們能夠站在更適當的立場去發展出前後一致、兼容並蓄的綱領，協助其對象達到可欲的目標。因此從成人教育哲學的觀點，探討中老年人衛生教育策略，有其必要性。

成人是個較成熟的個體，有豐富的經驗，身心發展與兒童不同，因此學習方式是不相同的，其衛生教育策略自應有其特色。在迅速變遷、資訊充斥、科技躍進的時代裡，批判性思考更顯得重要，學習如何學習，遠比學什麼更重要(Fellene and Conti,1989)。成人教育專家們指出成人教育的課程：(1)應以學習者為中心(2)新學習應建立於學習者的舊經驗上(3)成人是自我導向學習的個體(4)成人學習者應參與學習需求的評量、目標的決定、結果評鑑(5)成人學習應以問題為中心(6)成人教師應扮演促進者的角色，不是訊息的儲存所(Conti, 1985)。自我導向學習自古就是人類學習的一種方式，近代它再度興起，尤其近二、三十年有關自我導向學習的研究大量出現，幾乎成為成人教育的主流，它尊重成人的學習特性，適宜應用於成人衛生教育上；它更尊重每個人的特性，所以也應可用於處於教育不利地位的鄉村中老年人身上。

本研究擬藉由文獻探討、理論推演、實地實驗提供如何將自我導向學習的理論應用於衛生教育上的經驗與結果，期望不論在實務上或是學術上皆有其價值。

二、研究目的

本研究的重要研究目的有下列三項：

- (一) 比較自我導向學習衛生教育策略與教師導向衛生教育策略的立即效果、短期效果差異。
- (二) 探討自我導向學習小組成員的同質性或異質性對學習效果的影響。
- (三) 比較不同「自我導向學習傾向」的對象在自我導向學習衛生教育策略及教師導向策略中的學習效果。
- (四) 研擬鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略實施方案。

貳、研究方法

本研究首先以文獻探討分析的方式，研擬初步策略；然後以準實驗設計（Quasi

-Experimentation)方式進行實地驗證，設實驗組、對照組分別給予自我導向衛生教育及教師導向衛生教育，以前測、後測、後後測評估兩種不同衛生教育策略的教學效果，並對參與實驗組的部份民眾、工作人員進行深度訪談，進行質的分析。

一、研究設計

由文獻分析得知學習者未能實行參與學習後的預期行為，可能是他沒學會該事項；也可能是學習者學了該事項，但是，這些事項對學習者沒有深刻的意義，於是因為遺忘、焦慮、或其它更有吸引力事物的誘惑，而使其注意力移轉，或缺乏動機而沒有實行預期行為。因此一個有效的衛生教育策略，必須對學習者產生深刻意義，且其效果評估，除了教學後的立即效果評估外，更應在一段時間後，進行追蹤，以瞭解學習後的預期行為是否持續，或已被其他事項取代、遺忘。

自我導向學習衛生教育策略，經由協助民眾發現其需求，再由民眾根據需求，擬定學習目標、學習途徑、學習成果評估，呈現的方法，再依其計畫進行學習，與民眾之經驗、需求密切結合，在此過程中不僅可增進民眾的相關知識，對於其行為傾向及行為也有所助益，因此，本研究以此為實驗組的教學策略，預期其學習效果，優於教師導向教學策略組的學習效果（教師導向策略是教師決定教學目標、內容、方法）。

Pratt(1984)指出學習者的獨立性和自我導向學習有密切的關連，他認為依賴性的學習者，較少進行自我導向學習，他們希望從教師處獲得更多，更具結構性的指導。Mezirow(1985)也認為只有具某種程度以上自我導向學習努力者，才可真正進行自我導向學習，惟有學習者知道全部的學習目標才可能從中抉擇其需求。但是Pratt並未對依賴性學習者在自我導向學習策略與教師導向教學策略中的學習效果做探討；Mezirow的考慮可藉教學上的技術給予克服。Knowles就持不同的看法，他從人類自然發展的過程來說明自我導向學習符合人類心理之發展，可獲致較好的學習效果。

此外，成年學習者有豐富的經驗，獨立的思考能力，能感覺需要，都是在自我導向學習中可充份發揮的學習資源，而這些資源在許多制式化的教學策略中被埋沒了。使其效果未能發揮。自我導向學習是由學習者根據自己的學習需要、學習速度、學習方式而擬定的，不但學習過程中能顧及學習者的個別差異，更能滿足學習者不同的學習需求，因此學習者本身的自我導向學習傾向，對學習效果的影響，亦是本研究所希望探討的。

由團體異質性與學習效果的文獻探討中發現由於團體異質性的定義及教學過程中其它相關因素的控制不易，而無法對團體異質性對學習者學習效果歸納出一致的結果，但基於小團體學習式自我導向學習過程中學習者彼此間知識的交流，經驗的傳遞都是重要的學習資源與學習方法，研究者認為如果小組成員彼此間異質性高，則其知識、經驗交流的機會多，有助彼此之學習，所以學習小團體的異質性對學習效果的影響亦是本研究所關心的。為確實掌握學習效果，本研究除了在教學前對研究對象做教學前的狀況評估，六週教學後立即做學習後調查訪問外，並於教學完成後二個月，再進行追蹤調查。

二、教學策略

本研究對「自我導向學習衛生教育策略」「教師導向衛生教育策略」分別做如下的操作型定義：

「自我導向學習衛生教育策略」是指個體不論在有沒有他人協助下，以個人責任為出發點，主動診斷自己的健康需求，形成學習目標，應用人、物資源以助健康知能之探究、選擇、安排、執行學習成果，以達成自我實現健康生活目標的一種學習方式。

「教師導向衛生教育策略」是指學習者被動的接受教師對全體學習者所安排的一種循序漸進的健康單元教學，以獲得健康知能，改善健康行為的教學方式。

本研究的「自我導向學習衛生教育策略」進程序與方式略述如下：

- 第一次 氣氛建立，課程進行方式介紹，初步需求診斷
- 第二次 確立需求、成立學習小團體、擬定學習計畫
- 第三次 學習小團體小組工作
- 第四次 學習小團體呈現結果
- 第五次 學習小團體呈現結果
- 第六次 成果評估、課程評估、計畫未來

三、研究對象

研究對象：

本研究實驗研究部份，必須應用地方資源，極需地方衛生局、所之支持，因此立意選取南投縣為研究地區，南投縣是個農林業縣，也是台灣省政府的所在地，為符合「鄉村地區」的要求，特選擇國姓鄉、中寮鄉等兩個農林業人口佔百分之五十以上的鄉來進行本研究。並以其老人大學學員為主要研究樣本，每鄉各選一組為實驗組，另一組為對照組；利用老人大學上課以外的時間，由學員自由出席，並於第一次上課時，向學員說明本研究進行的方式，請學員思考，並期望有興趣學習者儘可能每次出席，有始有終。兩鄉共有實驗組學員75人，對照組學員76人。

四、研究工具

本研究之主要研究工具包括高血壓防治自我導向學習計畫、效果評估調查結構問卷，深度訪談記錄表。

五、資料處理分析

訪查資料回收後，隨即進行問卷整理，除去廢卷，補足少數缺失之資料，並抽查訪問的正確性，然後將結構性問卷之資料過錄、建檔，將敘述性、非結構性之資料重點摘要。結構性資料在建檔完畢後，即刻進行分析，本實驗研究所使用的套裝軟體除了社會科學常用的SAS、SPSS軟體外，並使用Limdep軟體做Logistic迴歸分析，使用 MLLSA軟體做Latent Class分析。

參、研究結果與討論

一、學習者的學習效果

(一) 理論、哲學思維推演

自我導向學習是一種以人文主義教育思想為內涵，以新行為主義精神為輔助工具的學習方式。人文主義教育把學習者看成是富有獨特性格的個體，他的各方面能力都必須在教育過程中得到充份的發展；感情、觀念以及生理上的成長與智力培養具有同樣的重要性。這和行為主義者以可測量的外顯行為改變為目標是不相同。人文主義教育思想還提出一個非常重要的概念，即行為是選擇性知覺的結果，學習者學習他認為需要的、重要的或有意義的東西。所以，傳統以教師為中心，向學生傳遞教師認為重要的知識、訊息的教育方法，對學生來說不一定有意義。人文主義者認為人性本善，任何人都具有實現美好生活、解決自身問題、充分發展自我的權利與能力，適當的協助將有利於學習者潛能的發揮。

自我導向學習策略應用新行為主義者系統化教學過程的概念，以「學習契約」幫助學習者釐清自己的需要，設定自己的學習計畫，並以之做為自我評估學習目標是否達成的依據，使崇高的人文主義教育思想得以落實在學習過程中。Caffarella (1982, 1986)，Kasworm(1982, 1983)分別於研究中証實「學習契約」可以有效的幫助學習者學習。理論上自我導向學習策略比教師導向教學策略更容易達到增強個體各種生活能力，使其在抉擇、執行健康行為時，有較強的抵抗壓力、持續理想、面對挑戰的信心，進而逐漸邁向自我實現健康生活的目標。

(二) 實際教學活動的討論

本實驗課程，共計六週六次課程。當第一次課程（介紹課程進行方式及需求初步診斷）結束時，研究者隨機和研究對象聊天，兩鄉實驗組的民眾不約而同的告訴我：「老師！阮莊下人，什麼攏不識，還是老師你來說，院來聽，卡好！」「以前攏嘛是衛生所的小姐想要告訴阮啥，著告訴阮啥。你要阮想阮需要學什麼，實在阮根本就不知道有什麼阮要學，好佳在！你有設計那十本資料，阮可以從那兒選，不過，正經說，你寫那十本資料，攏是阮需要！那十本書說的，阮攏無啥識，你看大家亂嘈嘈實在難決定要那一個先選，最好是免選，老師你攏準備好了，你就攏教阮！」。無怪乎，第一次上課前半節大家靜悄悄，聽老師說，後半節請他們動手做、動腦思考時，他們覺得很新鮮，又覺得自己沒能力做，所以只好和同伴商量！事實上，這也是本教學實驗的第一步棋——培養與同伴商量、討論的習慣。課堂秩序安不安靜並非重點。

Mezirow (1985)曾指出除非學習者知道全部的學習目標，才可能從中去抉擇其需求。對於個性淳樸保守、程育程度低、缺乏自信、依賴專家的鄉村中老年人，希望他們自行想出自己需要學什麼，其困難是可想像的。為提高策略的可行性，研究者在教學實驗之前即對該二鄉之中老年人進行深度訪談，從談話中歸納整理出十大民眾最需要的主題，編寫成初步的學習契約書，以供學習者做抉擇之依據，並將未列入十大學習主題的

學習需求，列為參考，在學習者做需求選擇之前建議他們，如果他們有.... 的需求，而那十本資料中沒有，就可以把它寫在十份資料的後面，做為自己的需求。

參與本研究的南投縣國姓鄉、中寮鄉中老年人有三分之一以上不識字，教育程度在小學畢業以上者僅聊聊幾人；教學活動開始前認為可以有效率的學習高血壓防治方法者不到五分之一，認為沒有老師一步一步教，自己仍然可以想辦法學習到防治高血壓方法者更是只有3.3%，而知道那兒可獲得防治高血壓方法者也只有8.6%。對於執行量血壓、薄鹽飲食、低油脂飲食、瞭解高血壓等四種行為，分別為51.3%，39.1%，42.1%，35.8%的中老年人認為有困難，而肯定這四種行為對自己有好處的分別只有60.3%，66.9%，58.3%，62.3%。對於如此弱勢，又有許多空間可改進的鄉村中老年人，著實需要一個參考的學習契約，以做為學習的起步，並且修改學習契約，畢竟比書寫學習契約容易。這樣的做法不失民眾自己抉擇學習需求的精神，又可降低難度，避免一開始嚐試新學習方法就遭受挫折而打擊學習興趣，相反的，可以增進其信心讓他們覺得他們可以做到，並且對學習漸感興趣。這情形在第二次上課時，就可發現。第二次課程是學習需求的再診斷與確定，並進行學習小團體的分組及第一次小團體會議。課程開始時由促進者說明如何扮演諮商者、訴說者、觀察者的角色，隨即自行尋找三位同伴輪流扮演各角色對自己的學習需求，進行再診斷與確定。在學習者經過討論活動後，促進者補充說明這種諮商方法，也可用在日常生活中，如婆媳問題，或其它問題上。在確定需求後即進行學習小團體的成立活動，由學習者根據自己的第一、二需求順位自行組成學習小團體，除了特別注意每組中至少有一位識字者，及同一學習主題不要有太多組外，研究者不對學習小團體之組成做干預。根據研究者的觀察，學習者對此次課程相當投入。此次課程結束時，研究者仍然隨機訪談數位學習者，由其中歸納出以下三點(1)這次課程比較知道自己在做什麼，做這些事有什麼好處、目的。(2)學習小團體成立後的第一次會議，老師沒有長駐各小團體，給予適時指導在遇到疑問時，必須等待老師來，使會議進行的較慢且零散，覺得很遺憾。(3)自認是鄉下人，知識水準不夠，要自行討論學問，不容易。

由於鄉村地區交通較不便利，許多學習者是騎摩托車、腳踏車、搭班次稀少的客運巴士、或幾人合開一部箱型小汽車來上課，為顧及學習者的方便、提高學習興趣，中寮鄉在第二次課程時，將衛生所中有關的錄影帶、掛圖、單張....都載到教室（離衛生所約2分鐘車程），學習者在小團體會議後，即可借用。國姓鄉由於教室離衛生所非常遠，所以只在小團體會議時，告之有許多視聽媒體、資料可參考，有需要者，可寫條子借用，衛生所將托人送達指定地點。但後來，由於傳遞之間出現誤差，國姓鄉學習者並未如期借到資料，以致有學習者很認真的打電話到台北向研究者洽問所要借的錄影帶，尚未收到，是否缺少，有無其他相關的錄影帶，何時可借給他們，他們要約定時間一起看。由此事件，研究者深深感受到鄉村中老年人並不全然沒有學習健康保健的興趣，只要適當的引導，他們會很認真，很在意的學習。對於傳遞間產生的誤差，造成學習者的不便，研究者在此再次致歉。

第三次課程是學習小團體作業時間，爲了顧及學習者的實況及課程的進度，研究者特別商請衛生所的護士擔任各組的促進者，促進者在各組中的角色是解答民眾提出的問題，促進討論的氣氛，並間接輔正觀念避免錯誤訊息之傳導，儘量不主動表示意見。學習者自我學習的精神、互相幫助、傳導訊息、訴說經驗，在這次課程展現出來了，有的用客語將討論的重點再向同伴歸納，有的將單張資料之內容說給同伴聽、有的將自己的親身經驗與親友的實例說給大家聽，更有以實物做比擬...，看著他們聚精會神，專注討論的神情，真不下於大學生的分組討論，不禁讓人懷疑傳統對鄉村中老年人學習態度的印象的正確性。

人文主義學者對於人類個性與潛力的看法，在此得到印証：人的行爲並不像人們想像的那樣容易預見，教育的關鍵在於促進人們個性的展現，發展人的天資，培養人的能力；每個人身上所蘊藏的發展潛力是無限的。自我導向學習促進鄉村中老人此方面潛能的發揮，更重要的，研究者盼望這樣的機會，能增進其自信，引起其學習興趣，應用到其它方面的學習上而主動學習。當然，這短短乙次的機會，必竟其強度有限，能發揮多少功用，實在不可太樂觀，但總是希望這是一個開始，地方衛生所的護士，對此教育方式也有點瞭解，將來在舉辦衛教活動時，也可斟酌採用。課程結束時，有幾個小團體反應小團體作業時間不夠，他們要利用其它時間，到同伴家裡繼續討論，（這不正是真正的自我導向學習嗎？）以便在下週小團體學習成果呈現交流中好好表現。

第四次課程、第五次課程是各學習小團體及每位學習者呈現學習成果、交流學習經驗的時間。學習者莫不使出渾身解數刻意的裝扮自己，甚至略施薄粉，設計了精彩的呈現方式，有角色扮演，有錄音特寫，有輪番上陣做心得報告，有實地示範表演解說，有又說又唱，看著學習者努力喝采享受著自我實現的滿足，研究者心中的欣慰真是難以形容，數星期來披星戴月，台北南投奔波的辛勞一掃而空。課後學習者告訴我，雖然在表演前他很緊張，表演後覺得如果有下次，她那些地方要改進，但她沒想到大家有那麼好的表現，從來也不敢想過自己可以做個這麼好的老師，她們要呼朋引伴到衛生所看他們表演的錄影帶。

第六次課程是總檢討，計畫未來，學習者表示（1）感激老師帶領她們進行一種新的學習方式，大部分學習者，喜歡這種學習方式；（2）這課程的時間太短了，可否繼續延長；（3）可否接下來爲他們辦理糖尿病保健或其他保健課程；（4）當初有十大學習需要，他們並沒有全部學習到，可否再另找時間，將那些主題也學一學；（5）雖然大家都努力學習、實現，但因學習者的知能有限，不知是否都學到了應該學的，是否都學對了，可否請老師再將整個課程做重點摘要解說。

由學習者(2)(3)(4)項的反應，研究者感受到自我導向學習發揮了功用，學習者已能主動的提出自己的學習需求，要求衛生所給予協助，和過去衛生所辦活動，要拜託民眾參與的情形不同。若能因勢利導，南投縣或許可開創衛生教育活動的新紀元。學習者第(5)項的建議，仍然反應了中老年人依賴專家，對自己有關衛生的知識信心不足，以及傳統學習觀念的影響，由於這是學習者的要求，表示他們有此需要，因此在總檢討課程的

最後，促進者也將六週學習焦點做了綱要性的整理。

六週的衛生教育課程在學習者又送柳丁，又送橘子，充滿友誼、潛能發揮的愉悅氣氛下暫時畫上休止符，研究者內心也盪漾著新衛生教育策略實驗圓滿成功自我實現的喜悅。課程結束時自我導向學習者認為可以有效率的學習高血壓防治方法者有38.67%，認為沒有老師一步一步教，自己仍然可以想辦法學習到防治高血壓方法者有18.67%，知道那兒可獲得防治高血壓方法者有38.67 %。

由此次實驗課程的實地操作，研究者認為自我導向學習策略實質上可以促進學習者潛能的發揮，增強其自信，開拓學習方法與領域，鄉村中老年人在自我導向學習過程中所展現的能力，是衛生教育者可善加開發的。學習者在獲得學習內容呈現的自我實現滿足後，將自動成為同儕團體的初級衛生教育者。

（三）數量分析結果討論

為了能清楚瞭解兩種教學策略效果之差異，特依據分析結果整理出表3-1，由表中可知「自我導向學習衛生教育策略」的整體效果優於「教師導向教學策略」的效果；其中對於學習者「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行為傾向的立即效果、短期效果的優勢影響是很穩定的；對於學習者「薄鹽飲食」傾向的短期效果也呈現穩定的優勢影響；對於學習者「高血壓防治知識」、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行為傾向短期效果的優勢影響，只發生在控制實驗前狀況的情形下；對於學習者「開放學習」自我導向學習傾向的優勢影響，只出現在立即效果上。

但是對於「飲食行為」上「健康飲食類型」「高鹽高脂型」的改變，兩組學習者不論是立即效果或短期效果在預期類別改變上均呈現沒有差異的現象。

在眾多衛生教育的實驗研究中，時常得到學習者在經過教學後知識、態度有顯著的改變，但行為則沒改變的結論，各研究者也都對其結論提出討論、建議，其中最常被提及的就是(1)樣本太小，不易做深入分析(2)教育介入的時間太短，無法呈現效果。

相對於本研究，研究者認為這是因為自我導向學習組學習者各方面的能力成長還未達到「頓悟」改變其飲食行為的階段，所以其飲食行為改變未呈現優於教師導向教學組的學員。根據人文主義者的看法行為是選擇性知覺的結果，惟有人類在「知覺」該行為對他個人的意義後，才會選擇執行該行為。但是「知覺」無法由外在強迫迅速加諸在個人身上，而必須藉由個人多方體驗、感知而逐漸形成。Keith(1990)指出必須先「強化個體的能力」，藉由個體各種生活能力的增強，而直接、間接改變個體對自己的看法，提昇自尊、增進自信、提高自我效能，以利健康行為的抉擇，也是這個道理。兩個未呈現某一健康行為的學習者，其對該行為的「知覺」程度不一定相同，所以本研究數量統計分析呈現兩組學習者在「健康飲食類型」與「高鹽高脂飲食類型」飲食行為的改變上沒有差異，研究者並不認為兩組教學策略的效果相同，而必須再輔以其它「知覺」上的指標才能下結論。

許多衛生教育的研究都以可見的行為改變為其主要的目標，認為學習者沒有執行預期的健康行為，教育的目標就沒達成，這是行為主義者的觀念，國內衛生教育受行為目

表3-1 自我導向學習衛生教育策略的效果一
(自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行為傾向)

	立即效果	短期效果		
		模式一	模式二	模式三
自我導向學習傾向				
開放學習	*			
學習自覺	***	***	*	*
高血壓防治知識		*		
高血壓防治行為傾向				
量血壓	**	***	**	**
薄鹽飲食		*	*	*
低油脂飲食		**		
瞭解高血壓		**		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

空白表示自我導向學習衛生教育策略的效果與教師導向學習衛生教育策略的效果沒有差異

模式一

模式二

模式三

表3-2 自我導向學習衛生教育策略的效果二
(飲食類型改變之綜合分析)

	低蛋白質型/高鹽高脂型				健康飲食型/高鹽高脂型			
	立即效果			短期效果	立即效果			短期效果
	模	模	模		模	模	模	
	式	式	式	模	式	式	式	模
	一	二	三	一	一	二	三	一
				二				二
				三				三
				四				四

自變項

教學策略 (以教師導向為對照) ** * **

自我導向

控制變項

*p<.05 **p<.01

標教學法影響甚鉅，其後雖有學者致力於價值澄清、角色扮演、行為改變技術的探討，但不可否認的，其評估的標準，仍以「可見的行為改變」為依歸。固然健康生活的實踐需賴健康行為的執行，沒有執行健康行為哪來健康生活。但是人生的價值是多元的，每個人都是獨特的，拿一個固定的標準來衡量每個人，並不見得合適。例如：假設上下階梯運動有利健康，每上下一個階梯可延長0.01秒的生命，那麼一位老者上下一個階梯，需時0.2秒，則他是否要執行上下階梯來促進健康延長生命呢？又一位癌症晚期患者，他是要執行健康行為規範，接受百般的約束，還是放棄部分約束，做些自己渴望做的事，愉快渡過僅存的有限生命？人文主義教育者的觀點有許多不同於行為主義者（高志敏，1990），它注重行為改變的目的，而不是專心於行為改變的手段；它研究人內在情感，不是專注於外顯行為的研究；它希望在解決問題的過程中獲得內心的「頓悟」，而不是把學習當醫病情境，追求表面行為的變化；它不像行為主義者為獲得某一結果而強調操縱人與環境，而是試圖使人特別注意自己獨特的特徵與能力（表3-3），它贊成人本著每個人的特性為自己做抉擇，為自己負責。這樣的精神相當適合當今這多元化社會的衛生教育策略。

從分析中，可發現自我導向學習組學習者之「學習自覺」自我導向學習傾向，「量血壓」行為傾向不論是立即效果、短期效果均穩定的優於教師導向教學組；其「高血壓防治知識」「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向，「瞭解高血壓」之行為傾向的短期效果均優於教師導向教學組的學習者。這可用『學習者經過「頓悟」之後的知能，才能深存於其心，隨時一貫呈現，而單純「刺激、反應」沒有經過學習者「知覺」程序的知能，容易遺忘且刺激消失了，反應也可能跟著消失，不能持久』來加以解釋。

教師導向教學策略，教師直接將整理好的知識、觀念有系統的傳輸給學習者，學習者在接受到這樣的刺激後，對於不太困難的東西，可以很快的接受，例如：上課所傳授的知識，短暫的「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行為傾向等，在立即效果的比較上兩組學習者此方面的學習效果沒有差異，但是對於較麻煩的「量血壓」行為傾向，需要親身體驗等難度較高的自我導向學習傾向等，則教師導向教學策略就不易發揮功能了，因為沒有經過學習者親身的體驗、領悟，單由老師口述很難體會其意義，自然就不會有強的動機及預期的改變。所以此等變項在立即效果上教師導向教學策略的效果顯然不如自我導向學習策略。

對於「高血壓防治知識增進」的短期效果，明顯的表現出，年紀大的人，記憶力不好，若未經內化，則很快的忘記了；自我導向學習組學習者，此方面的知識並非由老師包裹好，直接傳遞給學習者，而是由學習者根據其需要去查閱資料、觀看錄影帶、請教老師，然後經過自己的思考，講給同組同伴聽，再討論，而後成一整體概念呈現出來，在這過程中學習者經歷了「知覺」的過程，是故，在課程結束後兩個月的調查中，自我導向學習者的短期學習效果，優於教師導向教學組的學習者。

根據 Keith的看法：當個體各方面生活能力增強後，可直接、間接改變個體對自己的看法，提昇自尊、增進自信，使個體在面對抉擇、執行健康行為時，有較大抵抗壓力

表3-3 人文主義與行為主義的比較

特點說明	人文主義	行為主義
科學與直覺	偏重個人的直覺、理解與主觀經驗	在實驗活動中強調使用嚴格的科學方法與精確的語言
手段與目的	專心於改變行為的目的	專心於改變行為的手段
外顯行為與內在感情	觀察不一定能分清的人的內在感情	致力於研究人的外顯行為
行為與頓悟	在解決問題過程中獲得內心的頓悟	追求表面行為變化
控制與人性化	試圖使人特別注意自己獨特的特徵與能力	為獲得某一結果而強調操縱人與環境
簡化與整體	注重全人	簡化人的行為成可測量之片段
全貌摘要		
對人的假設	人性本善 人是主體	人是客體
教育目標	自我實現	有效的行為改變
教師角色	促進者	教育目標的指引者
教育方法	自我導向學習	效標參照
考評方法	自我評估	特定標準之比較
代表之學者	Maslow Rogers Knolwes	Tayler Skinner

、持續理想、面對挑戰的勇氣與信心，及學習者經過「頓悟」後，知道自己所為為何，較可持續困難的事項。本研究教師導向組並沒有如同自我導向學習組學習者一樣受到其它能力的啓迪，以致其抵抗困難（持續某一行為傾向的理念）的能力就較弱，再加上教師導向教學組學習者，並未深入感受前述行為傾向的意義，所以自然而然產生自我導向學習者「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行為傾向的短期學習效果優於教師導向教學組學習者的現象。

綜合本部分之討論，我們可得到對於鄉村中老年人而言自我導向學習策略的效果優於教師導向教學策略的效果。

二、學習特性

（一）學習小團體異質性與鄉村中老年人自我導向學習的特性

1.理論推演

自我導向學習可以以自我導向學習過程中「學習者間互動的高低」及「學習內容彈性的低高」為二個面相，將自我導向學習分為四個類型，第一、二類型是學習者個人單獨學習，和別人互動較少的學習；對學習內容有較高選擇權限者是「獨立學習」，對學習內容較無選擇自由者為「個人學習」。

第三、四類型是和別人一起學習的自我導向學習，和別人互動的學習；其學習內容，個體有較大的抉擇空間的是「小團體學習」，對學習內容較無選擇空間的是集體學習。

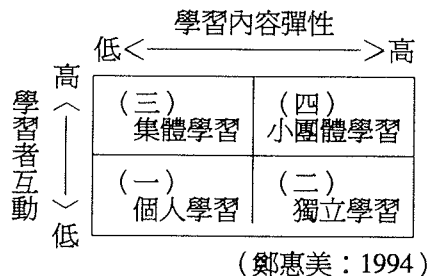


圖 3-1 自我導向學習的類型

人文主義者認為自我發展、自我實現，絕不是與世隔絕，惟有在互相鼓勵、互相合作的環境中，才能促進人的發展，所以「小團體學習」式的自我導向學習是促進學習者自我發展，自我實現的重要途徑，也是本研究實驗組所採行的方法。

學習小團體有許多型式，例如60年代的 Encounter groups, Training Groups, Sensitivity Groups, 以及....等都是。

Encounter group可產生的學習效果有(1)能夠傾聽他人的意見；(2)能夠接受、尊重他人，(3)能夠理解他人；(4)能夠識別、意識感情；(5)能夠表露自己的感情；(6)能夠意識他人的感情；(7)能使他人聽取自己的意見；(8) 能夠得到受他人接受與尊重的體驗；(9)能夠得到他人的理解；(10)能夠認識人類經驗的基本共通點；(11)能夠探索自我；(12)能夠發展強烈的自我意識；(13)能夠實地表現自我；(14)能夠朝更加接近於希望成功的方向去改變自己。

若針對上述這些學習效果而言，則小團體內互動的情形是最重要影響學習效果的因素，而小團體內異質性的高低對其影響則不見得重要。但是如果小團體的學習效果，不只於此，如：Knowles在自我導向學習活動中倡導的探究小組，在此小團體中其學習目標尚包括知識的交流、經驗的傳遞，則小團體的異質性對其學習效果可能具有相當程度的影響力。

2.實証研究結果討論

由分析中發現在 252次學習小團體特質的異質性對學習效果影響的分析裏，只有11次有顯著的影響。亦即顯示學習小團體的異質性對學習者學習效果的影響並不大。此外，究竟學習小團體何種異質性指標及其異質性高或低較有利於學習者學習效果的增進並沒有一定的規則，必須視擬探討的「特質」而定。

這其中可發現學習小團體各種特質的異質性，（包括高血壓防治知識）對學習者高血壓防治知識立即、短期學習效果都沒有顯著的影響，這和從理論推演所得到的結果不符，是否因為學習前全部學習者的高血壓防治知識都非常低，而未能發揮其功能，有待更進一步的研究。

研究中也發現學習小團體的學習自覺、飲食類型、高血壓防治知識、教育程度等特質的品質對學習者立即自我導向學習傾向學習效果沒影響，但對學習者短期自我導向學習傾向學習效果有顯著影響。這應是人文主義教育主張的特色之一——的行為不全然是刺激反應的立即產物，而必須經過人們選擇性知覺後的抉擇。上述特質品質高的人較多的學習小團體比上述特質品質高的人較少的學習小團體，在團體互動時，對學習者有利的影響較深；這些影響，在一般平順的情境下，並不特別顯現出和沒有受到此影響者有何不同，但是因為這些影響會經由人類選擇性知覺的程序，所以在面臨壓力或較困難的情境下，就會顯現出來。個體要偶而呈現某種狀況，並不會太困難，但是要持續該狀況的難度就增加了。惟有個體對該狀況有深刻知覺，才會願意為該知覺而堅持自己的理想，努力去實踐，以持續該狀況；如果沒有這些深刻的知覺，則在遇到困難時，就較容易放棄。

在實踐健康生活的過程，時常會面臨許多壓力與挑戰，魚與熊掌不可得兼的情形，只有個體深深知覺自己所為為何，才能克服這些困難；鄉村中老年人以小團體學習式的自我導向學習來學習高血壓防治可獲得良好的學習效果，由實証研究之結果得知學習小團體的異質性對其學習效果影響不大，但是學習小團體中高品質特質的人數較多時，較有利於學習者短期的學習效果。

(二) 學習者自我導向學習傾向高低與不同學習策略的學習效果

雖然Pratt(1984)指出學習者的獨立特性和自我導向學習有密切的關連，他認為依賴性的學習者，較少進行自我導向學習，他們希望從教師處獲得更多，更具結構性的指導。Mezirow(1985)也認為只有具某種度以上自我導向學習能力者，才可真正進行自我導向學習，惟有學習者知道全部的學習目標才可能從中抉擇其需求。但是Pratt並未對依賴性學習者在自我導向學習策略與教師導向教學策略中的學習效果做探討；Mezirow的考慮可藉教學上的技術給予克服。Knowles就持不同的看法，認為自我導向學習係由個體自己引發的學習，是一種主動的學習，其動機較強，效果較能持久，且較能應用所學，而教師教導式教學，學生只在教師跟前等待被教，是被動的，動機較弱，效果較差。Knowles也從人類自然發展的過程來說明自我導向學習符合人類心理之發展，可獲致較好的學習效果。

此外，成年學習者有豐富的經驗，獨立的思考能力，能感覺需要，都是在自我導向學習中可充份發揮的學習資源，而這些資源在許多制式化的教學策略中被埋沒了。使其效果未能發揮。自我導向學習是由學習者根據自己的學習需要、學習速度、學習方式而擬定的，不但學習過程中能顧及學習者的個別差異，更能滿足學習者不同的學習需求，因此不論學習者自我導向學習傾向的高低，在自我導向學習策略中，應可得到較好的學習效果。黃富順曾引用Penland（1978）對自我導向學習者進行廣泛研究發現社會階級指標與自我導向學習時數相關甚低的結論，而認為自我導向學習是參與繼續教育活動處於不利者，如：年紀較大、居住鄉村者....的重要學習策略。

由本實驗研究分析的結果證明不論學習者自我導向學習傾向高或低，其在自我導向學習策略中的學習效果均比在教師導向教學策略中的效果好。

綜合上述討論，對本研究所關心的學習者自我導向學習傾向特性，與學習小團體異質性對鄉村中老年人高血壓防治衛生教育學習效果的影響，可得到下列的結論：鄉村中老年人自我導向學習的特性是(1)學習小團體的異質性對其學習效果的影響不大。(2)學習小團體中高品質特質的人較多時，有利於學習者短期學習效果之增進。(3)學習者不論其自我導向學習傾向的高低，在自我導向學習策略中都可獲得比教師導向策略好的學習效果。

肆、鄉村中老年人的自我導向學習策略

「早期農村生活純樸寂靜、團體衛生教育活動均能吸引多數人的眼光，而今工商業社會，每個年齡層的人口都為生計奔忙，連老人家也都架著老花眼鏡在挑茶葉梗，每年50~60場次的衛生教育活動都是護理人員靠著人際關係拉人、禮品誘人、才能勉強湊齊人數，而衛教成果，有的更要求人數要百人或數十人，實在難矣！如何能使衛教的種子傳播在鄉村每一家戶，實在是我們衛生教育人員該努力突破與研擬的！」（張淑貞，1

993)。是的！隨著時代潮流的發展，社會結構的改變，即使是鄉村的老人家，他們的生活也不再是那麼閒適。況且，隨著知識的爆增、疾病型態的改變，人們所需的健康知能與日俱增。衛生所護理工作人員在B型肝炎流行時，被要求辦理B型肝炎衛生教育；登革熱流行了，又要加辦預防登革熱衛教活動；AIDS成為世紀大敵，自然又要加辦AIDS衛教....。面對這與日俱增的衛教活動項目、衛教效果的要求，及平日已分身乏術的保健服務工作、群醫中心業務，基層護理人員其所負擔的壓力，求新求變的期望，及害怕新工作方式又造成新的負擔的矛盾心態可想而知。

鄉村中老年人自我導向學習衛生教育策略實驗自始至終承蒙南投縣衛生局的全力支持，獲得寶貴實務經驗，以下將根據學理、研究結果，參酌研究進行過程中所有參與的工作人員的意見、經驗、研究計畫完成時由局長主持的檢討會與會人員的建議，擬出如何在鄉村地區以自我導向學習策略進行中老年人衛生教育活動的方案，以供參考。

鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略實施方案

(壹)推行目標

- 1.以「人」為中心，統合衛生教育活動，提高衛生教育效果。
- 2.充實基層護理工作人員自我導向學習衛生教育策略施行知能，使得以擔任自我導向學習活動的促進者，以提昇衛生教育品質。
- 3.化鄉村中老年人被動接受健康知能的型態為主動追求健康知能。
- 4.提昇鄉村中老年人生活能力，增進其信心，提高自我效能，以利健康生活之實踐。

(貳)實施方式

一、人員培訓

- 1.分階層舉辦自我導向學習衛生教育策略研討會。
各階層研討會的課程重點及所需時間，舉辦單位如下表：
- 2.定期舉辦自我導向學習衛生教育活動觀摩會
 - (1)第一階段由各縣遴選之2~3個衛生所，各自負責臨近幾個衛生所的示範觀摩推廣。
 - (2)第二階段由各衛生所間互相觀摩。
 - (3)第三階段由各縣衛生局每年推舉績優自我導向衛生教育策略執行單位，給予獎勵，並錄製其下一期之自我導向衛生教育活動，角逐全省鄉村地區中老年人自我導向學習衛教活動「金馬獎」。衛生署則將優選之錄影帶拷貝送各衛生所參考。

表4-1 自我導向學習衛生教育人員培訓計畫表

對象	課程重點	時 間	主辦單位	備 註
<u>推廣初期</u>				
I、各縣市衛生局局長 衛生教育課、護理課課長 其它委辦衛生局舉辦衛教 活動單位之直接負責人	A. Self-empowerment 衛生教育觀與自我 導向學習衛生教育 策略	4小時	衛生署	
II、各縣衛生局護理課督導 各縣衛生局衛生教育指導員 各縣衛生局衛生所主任	A. B. 成人學習特性與自 我導向學習 C. 自我導向學習衛生 教育實施方式簡介	8小時	衛生處	
III、各衛生所護士長 各縣遴選 2-3個衛生所之資 優或執行衛教之護理工作 人員各2名	A、B、C D. 自我導向學習衛生 教育技術 E. 自我導向學習衛生 教育實習	30小時	衛生處	被遴選者有 示範推廣之 責任
IV、各衛生所分批遴選執行衛生 教育工作之人員 (未參加III者)	A、B、D、E F. 自我導向學習衛生 教育觀摩	28小時 (觀摩另 計時間)	衛生局	可分段實施 A+B→F→D→E
<u>新進人員</u>				
V、新進之執行衛生教育工作 人員	A、B、D、E、F			若人數少 A、B、D以錄 影帶觀賞代替 由督導員輔導 並個別進行E、F
<u>在職訓練</u>				
執行衛生教育之工作人員 定期分批參加	觀摩教學與研討	4小時		可配合衛教人員 在職訓練舉行， 或由各衛生局自 行舉辦

二、教材教具

- 1.製作以鄉村中老年人為主角群的「自我導向學習衛生教育活動」進行方式及精華集錦，以供說明課程進行方式時使用。
※相同背景的人物→增進認同感進行方式之示範錄影→具體可見，降低不確定性
精華集錦→經驗交流
- 2.製作地方語言（客語、台語、原住民語言）之中老年人各種保健錄影帶、錄音帶，每段約10分鐘左右，內容深淺可分級表示。※鄉村中老年不識字、不懂國語的不少。
- 3.出版適合識字不多之中老年人翻閱之大字本小冊健康保健資料。
- 4.成立專責小組或委託學術單位搜集鄉村中老年人的保健需求及各地方可供利用的資源編寫學習契約書草案題庫，由各衛生所視其需要選擇修訂後做成教育活動時的契約草案。契約書草案格式要簡明扼要文字宜簡潔，並輔以圖案。
- 5.隨時徵集基層衛生教育實際執行者所發展出來的契約書草案、教材教具、自我導向學習衛生教育策略執行經驗，並印行供其他工作者參考。
※自我導向學習衛生教育策略在國內是剛開始，需要累積經驗。

三、進行方式

- 1.採小團體學習方式進行，初期每一班次人數以不超過15人為原則，每班次約分成3個小團體。
- 2.學習小團體之成立以學習需求及學員意見為主，並輔以每個小團體最好至少有一個人識字之原則。
- 3.初期採用自我導向學習衛生教育策略時，每一班次配備二名促進者。若有需要在小團體作業課程可聘資源人物。
- 4.初期執行此策略時，每期課程以4次課為原則，每次約90~100分鐘。
第1次建立融洽氣氛，介紹課程，需求診斷
第2次確定需求分組，修訂契約書，第1次小團體會議
第3次學習小團體作業時間
第4次學習成果呈現，檢討
（※詳細實施參考步驟另文敘述）
- 5.試驗期以後，可視實際需要調整人數、組別、時間。

四、協調與連繫

- 1.自我導向學習衛生教育策略在執行之初期，必須耗費相當多的人力，一則工作人員不熟悉此法，課程準備費時，再則民眾未曾接受過此方式之教育，尚不習慣；開始時必然渾渾沌沌，事倍功半，不論是促進者或學習者皆可能感受挫折，但到課程接近尾聲時自我呈現的滿足滿將取而代之。

工作人員必須先有此共識。

- 2.本策略特色之一是培養中老年人的生活能力—包括學習如何學習保健之道，自信心之建立....；所以不可營營汲汲以健康行為之改進為惟一目標。
- 3.各有關單位擬委衛生所辦理之衛生教育活動，宜事先連繫統整，並以「人」為中心，勿以各單位之業務為衛教活動分類之依據。
- 4.以本策略進行之各衛生教育活動，可協調相關團體，如：農會、社區健康促進委員會、或寺廟、教會、企業團體、學校、鄉公所、長青學苑、社會課……等共同辦理。不僅可節省人力、財力，又可獲得充分資源，更可提高民眾主動參與之意願。
- 5.如有需要，可由縣衛生局代訓自我導向學習衛生教育策略執行人員，或由有關單位共同委請專門單位代訓各單位之人才，或直接將此課程納入省訓團的訓練計畫中。
- 6.基層護理、衛教工作人員的工作負擔，隨著疾病型態轉變、醫療服務方式的變更，有增無減；宜做整體規劃，並善用資訊時代的產物，簡化報表填寫製做方式，合併統整相關之業務，刪減不必要之工作，使基層護理、衛教人員有時間與精力從事民眾衛生教育品質的提昇，而不再只是對「衛教場次與人數」之要求，做反應。

五、結 論

一、重要研究發現

(一) 學習效果

- 1.整體而言，自我導向學習策略的效果，優於教師導向教學策略的效果，且這種優勢在短期效果上比立即效果更明顯。
- 2.自我導向學習衛生教育策略與教師導向教學衛生教育策略對學習者立即的、短期的健康飲食類型與高鹽高脂飲食類型改變效果沒有不同。
- 3.自我導向學習組學習者從學習過程中領受到自我實現的滿足。

(二) 鄉村中老年人自我導向學習的特性與其學習效果

- 1.不論是高自我導向學習傾向的鄉村中老年人或低自我導向學習傾向的鄉村中老人在自我導向學習衛生教育策略組中的學習效果均優於教師導向教學策略組。
- 2.學習小團體的異質性對學習者自我導向學習效果的影響不是很大，但是學習小團體某些特質高品質的人數較多時有利於學習者短期學習效果的增進。

二、研究之總結

人類的行為是個複雜的過程，有關人類行為的知識與理論是相當浩瀚，不同的思想家，有不同的看法，其結論也不相同，沒有絕對的對、錯、好、壞。不論從源於生理的人格發展理論，到環境制約的看法，到團體動力的影響與衛生教育都有密切的關係；衛生教育者在擬定衛生教育策略時，必須將這些知識綜合統整起來，視對象、環境....等情

境而抉擇出較合適的策略。

本研究基於鄉村中老年人已走過人生二分之一以上的路程有豐富的人生經驗，思想臻於成熟，但是生活上的某些能力卻處於弱勢，極需培養其能力、信心、助其自我改變對事、物、自我之看法，提高自我效能，進而有信心與能力抉擇持續健康行為的觀點，進行「以人文主義思想為根基引用系統化教學概念，應用團體動力學原理」的小團體學習式自我導向學習衛生教育策略效果研究，研究結果証實。整體而言以自我導向學習衛生教育策略進行鄉村中老年人高血壓防治衛生教育的效果比教師導向教學策略的效果好，而且這種現象在短期效果上表現的比立即效果更清楚。

這說明了以「全人」為目標，尊重鄉村中老年人的需求，肯定其潛能，借重其本身可貴的經驗，鄉村中老人在適當的協助之下，靠著同儕團體互相合作、鼓勵，可以有效率的自我導向學習，發展各方面的能力—與人合作討論解決問題的能力、尋求健康知能的能力、說明呈現健康知能的能力....，並享受自我實現的滿足感，進而更能持續，甚至擴展其學習成果。鄉村中老年人藉著這樣的學習過程可達成下列各情境，使衛生教育的效果更加寬廣。

- (1)對其所欲知曉的健康知能融會貫通，並內化成自己的東西，隨時可應用，所以其效果可持久。而不若傳統教師授課，聽時覺得吸收良多，但因不會做筆記，而記憶力有限，很快的淡忘了。即使後來有需要，想透著僅存的一點記憶，回憶相關事務而加以應用時；也因為在聽課後，沒有立即思考討論，隔一段時間後，已無法再想出。
- (2)由於享受到這種自我實現的滿足感，所以更願意，更有興趣去追求相類似的知能，以再享受這種成就感。更由於透過這樣的學習方式，學習者自我學習的能力加強了，可以在較少的協助下不太困難的完成他想做的「相類似」事情，學習者自然又享受到自我實現的滿足，如此，週而復始，學習者自我學習的能力逐漸增強，所探求的知能範圍也擴大了。
- (3)學習者在自我導向學習過程中，所內化的知能，在日常生活中可以很容易、很自然、很有效率的呈現出來，間接影響其週圍的人；這樣的自然影響過程，對學習者而言，又是另一次自我實現。此外，也無形增添了社區衛生教育的人力，而且這種影響效果比由衛教人員，若口婆心，開班授課，拜託民眾來聽效果高。例如：
①學習者在課程結束時，自己邀請親朋好友，觀賞其學習成果的錄影帶，使親朋好友間接瞭解相關知能。
②學習者透過自我導向學習過程，使其表達，說明該相關知能的能力增進；當其週圍的人有其需要，或學習者欲將其理念付諸實行，或遊說家人共同執行時的表達能力與表達內容將更充實，其影響力將更大。
③學習者也可本著「好東西與好朋友分享」的心境，邀集三、五親朋好友共同自我導向學習。如此，良性循環，自我導向學習策略，所形成滾雪球似的影響，其在衛生教育上的效果，是無可限量的。

不論任何程度自我導向學習傾向的鄉村中老人都可在自我導向學習策略衛

生教育活動中，獲得較好的學習成果，即使低自我導向學習傾向者在自我導向策略中，也可獲得比在教師導向策略中更好的學習效果。在進行自我導向學習時，學習小團體的異質性對學習效果的影響不大，但是如果學習小團體中某些特質品質高的人數較多時，對學習者短期學習效果有正向的影響：因此鄉村中老年人適合以「自我導向學習」策略，進行衛生教育，學習時各學習小團體可以依其需要相同順其自然組成，不必刻意安排。但若某些組內，其高品質成員較多，則短期學習效果較好。

本研究的意義，不僅在發現自我導向學習衛生教育策略組整體的立即學習效果、短期學習效果均優於教師導向教學衛生教育策略組，適合在鄉村地區進行自我導向策略的中老年人衛生教育；更在於發現、探討自我導向學習衛生教育策略的這種優勢在短期效果上比立即效果上更明顯，自我導向學習策略對鄉村中老年人其他能力增進所產生的影響及這種影響在未來鄉村地區公共衛生教育上的意義。

三、建 議

(一) 對本研究及相關研究的建議

1. 本研究之改進建議

- (1) 自我導向學習，學習小團體所用學習契約書宜精簡，並儘量輔以圖示。
- (2) 每班人數太多，鄉村中老年人不識字者多，領悟力較低，尤其第一、二次課程需要促進者較多的關注。如果將每班拆成二班，即每班之數均在二十人以下，即不僅可照顧到每位學習者，也可節省上課等待老師協助的時間。
- (3) 學習小團體作業時間不夠，若減少班級人數，則可挪出一次成果呈現的時間，做為學習小團體作業的時間。
- (4) 同時在南投縣的另二鄉也一併進行本研究，一則可增加本研究推論之範圍（如此，南投縣符合本研究訂定 50 % 以上人口之行業為第一類行業者為「鄉村」定義之鄉，全部為研究對象）二則可增加研究對象人數，結果較客觀，且方便做精確統計。

2. 繼續進行本研究

- (1) 自我導向學習策略的特性之一，是經得起時間考驗其學習效果可持久，時間可使其與其它策略的效果差距更顯現，本研究限於時間因素，只做到學習後二個月時的效果追蹤。不妨在能力許可的範圍下對研究對象進行學習後一年的效果追蹤，驗證其長期效果。
- (2) 在學習後一年，可考慮課程結束時學習者的要求，對同一群學習者進行自我導向學習式的糖尿病防治衛生教育，一則服務民眾，協助其需求之達成，二則對同一學習團體，加強其自我導向學習，可收事半功倍的效果，也可繼續評估本教學策略的效果，使其更完善。

3. 進行更多「自我導向學習」衛生教育策略研究，累積研究成果經驗，發展國內「自我導向學習」策略

- (1)國內自我導向學習研究較少，在國外，則在數年前即已如雨後春筍，不論是自我導向學習的評量表，相關因素探討，質或量的教學實驗分析，理論哲理的研究等論著大量出爐，固然國外之研究可供我們參考，但其本土化畢竟不夠。我們必須發展適合本土性的自我導向學習研究。
 - (2)本研究限於人力、物力的限制，只以可提供充份支援的南投縣進行實驗，所獲寶貴經驗可提供研究，或實務之參考；但因只是立意取樣，其推論性有限；不妨再選擇其他縣市進行實驗，累積更豐富的資料、經驗為研究、推廣之用。
 - (3)由不同單位如由農會、教會、社區健康促進委員會、老人會、主辦「自我導向學習」策略衛生教育活動，而以衛生所為資源單位，或以其它合作、協調的方式進行此策略之衛生教育，探討其可行性、參與者背景分析比較及學習效果評估，以研擬出一個可行、有效率以「人」為中心的合作式或協調式自我導向學習衛生教育活動。
- (二) 將研究結果應用於實務工作上的建議
- 1.本實証研究顯示自我導向學習衛生教育策略之效果優於傳統策略，可繼續選擇某些鄉進行自我導向衛生教育策略的小規格推廣及實驗，一則尋找更合適的推廣方法，二則培養自我導向學習師資。
 - 2.鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略的實施必須包括人員培訓、教材教具的製作、各相關單位的協調與連繫……詳如「鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略實施方案」。
 - 3.自我導向學習策略在開始實施時，質重於量，因此不宜以人頭數來評估其成果，可做些質量方法的評估。
 - 4.自我導向學習策略在進行的過程中，尊重學習者的特性。學習者除了學習到自己期望學習的事物，更可學習到「如何學習」，在學習過程中及學習結束時，學習者可享受到自我實現的滿足感，對學習者各方面的能力皆具增強功能，也可直接、間接提昇學習者的自信。對處於弱勢地位的鄉村民眾而言，「自我導向學習」是個相當不錯的學習策略，是以農村地區的家政推廣、衛生教育可善用此策略。此外，對於農村領導人才的培訓也可應用此策略。

參考文獻

一、中文部份

行政院經濟建設委員會

1993 中華民國台灣地區民國81年至125年人口推計。

呂榮和鄭惠美

1992 台灣地區中老年人健康促進策略之研究（第一年報告），行政院衛生署。

黃建忠、韓文瑞

1993 台灣地區老人的生活狀況與福利需求，社區發展，62:16-26

高志敏

1990 成人教育的哲學基礎，北京，職工。

張淑貞

1993 中寮鄉自我導向學習衛生教育介入心得（未出版）。

楊龍立

民73 行為目標的研究，國立台灣師範大學碩士論文。

二、英文部份

Caffarella, R.S.

1982 Fostering Self-directed learning in post-secondary education: The use of learning contracts, Lifelong Learning: An Omnibus of Practice and Research, 7(3):7-10,25-26.

Coale, A.J.

1973 The demographic transition, In Proceedings of the International Population Conference, Bucharest, Liege: IUSSP: 53-72.

Fellene, R.A. and Conti, G.J.

1989 Learning and reality: Reflections on trends in Adult learning, ERIC clearinghouse on adult, Career and Vocational Education, Columbus, Ohio.

Kasworm, C.E.

1983 Self-directed learning and lifespan development. International Journal of Lifelong Education, 2(1):29-46.

Keith, T., T. Sylvia. and R. Yvonne.

1990 Health Education: Effectiveness and efficiency, New York, Chapman & Hall.

Knowles, M.S.

1975 Self-directed learning, New York: Association Press.

Lalonde, H.M.

1974 A New Perspective on the health of Canadians
—A working document. Ottawa: Government of Canada.

Mezirow, J.

1985 A critical theory of self-directed learning, In Brookfield, S., Self-directed learning: From theory to practice (New Directions for Continuing Education 25:17-30, San Francisco: Jossey-Bass.

Ogawa, Naohiro

1989 Population aging and its impact upon health resource requirement at government and familial levels in Japan Aging and Society 9:383-405.

Olshansky, S. J.

- 1986 The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases, The Milbank Quarterly 64(3): 355-391.

Omran, A.R.

- 1971 The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, The Milbank Quarterly 49 (4): 509-538.

Penland, P.R.

- 1978 Self-Planned learning in america, ERIC Document Reproduction Service No. ED 154987.
- 1979 Self-initiated learning, Adult Education Quarterly 29:170-179.
- 1981 Towards self-directed learning theory, ERIC Document Reproduction Service No. ED209457.

Pratt, D.D.

- 1984 Andragogical assumptions: some counter-Intuitive Logic. Proceedings of the Adult Education Research Conference, no. 25. Raleigh: North Carolina State University.

Ryder, N.B.

- 1983 The translation model population transition, Paper Presented to the Annual Meeting of the sociological Association.

A study of self-directed learning strategy in health education for the adult of middle and advanced age in rural area

Huey-Mei Jeng; Chao-Lang Chen; Laura P.Lu

Abstract

The purpose of the study was to develop an adult health education strateg and evaluate the effectiveness of the strateg.

Base on following reasons, self-directed learning health education strateg is an effective strateg was evidenced.

First reason is that self-directed learning is more in tune with our natural processes of psychological development.

Second reason is that we are entering into a strange new world in which rapid change, It become the only stable characteristic. Thus, the main purpose of education must now be to develop the skills of inquiry.

Third reason is that proactive learners learn more things and learn better than reactive learners.

Key Works: health; education; self-directed; learning; rural; adult