

## 第二章 文獻探討

針對研究目的，本章進行相關文獻探討，共分為五節，包括公共衛生護理之困境、充能意涵、員工充能、員工充能相關因素、充能教育介入與評價。

### 第一節 公共衛生護理之困境

長久以來，護理人員一直被視為是受壓迫(oppressed)的角色。公共衛生護理亦然，當社區組織力量成為公共衛生推展途徑成為新的觀念之後，許多專業滲入社區健康服務，公共衛生護理人員逐漸發覺自身的專業愈來愈不受社區其他專業與組織的重視，感覺自己在社區專業中是受到壓擠的一群(Falk-Rafael, 1999)。面對服務群體時，受制於傳統父權主義思維限制下，健康專業者及政策制定者視社區民眾在健康政策中為被動角色，使得政府及專業團體不斷感受到民眾健康問題的沉重負擔(Courtney, Ballard, Fauver, Gariota & Halland, 1996)，公共衛生護理工作負擔更形沉重，如此內外交逼的壓力，讓公共衛生護理工作的推展受到威脅。

世界衛生組織在1986年提出渥太華(Ottawa)憲章，強調「控制」與「社會行動」在健康上扮演的角色，超越個人化風險行為的問題意識，強調健康問題的多面向，包含社經風險等，在結果之外強調充能的過程，確認無力感是影響生活品質與健康的重要危險因子，突顯充能對於健康促進過程的重要性，倡導充能無力的個體、社區參與、批判性思考以做為健康促進策略之核心。健康照護意識形態轉移之際，基層醫療保健工作也轉為以社區為導向，社區心理學所發展之社區充能理論也在此時被引進健康促進計畫，欲從專業主窄轉移至社區充能，強調一般民眾(lay person)知識體系，此波社區充能運動對日後健康促進變革具有舉足輕重之影響(Kar,

Pascual, & Chickering, 1999)。藉由獲取資源公平分配及建立個人有能感來獲取對於生活控制感成為新的健康促進思維。

新健康促進典範的眼界擴展超越傳統強調健康服務的提供、傳播與教育病人遵從、增加可及健康服務的利用，強調的是社區的充能與能力培養。因此，今日的公共衛生護理已不僅是著重於基層保健的實務，更需要強調增進社區的參與、與社區一起共事(Kemp, 2004)。國內衛生機關亦受到新健康促進思維之影響，行政院衛生署於1999年提出的「社區健康營造」計畫即是期望透過社區充能來改善民眾被動壓迫的健康角色，期盼由下而上達到整體健康。基層醫療在社區健康營造中扮演極為重要的角色，對於非都市型的社區而言，衛生所更是責無旁貸。目前衛生署規劃之社區健康營造中心有關的衛生行政單位共有三個層級，在基層鄉鎮市區層級中規定，衛生所參與各營造中心的計畫執行，業務對口單位大部分為護理或衛教人員，而由於社區健康營造包含範圍已超過傳統衛生醫療保健工作，基於衛生人員的立場，對於健康社區的發展，衛生人員應可扮演之角色包括倡導者、促成者、協調溝通者、諮詢者、執行者、評價者、經驗傳播及推廣者(行政院衛生署，2001)。在此轉變過程中，公共衛生護理人員是否有能力應用充能概念是亟需被關注的問題。

在執行社區健康營造計畫上，公共衛生護理人員扮演著重要的角色(吳永鐘，2000)。然而，過去公共衛生護理人員多由資深護理人員轉任，教育程度也多以職校或專科居多，在其教育裝備中並未著重於公共衛生的訓練(藍忠孚等，1991)，故在其工作領域中較常扮演「健康保健諮詢者」、「衛生教育宣傳者」、「提供健康照護者」、「門診醫療協助者」、「個案問題發現者」、「轉介者」等角色，甚少扮演「協調者」、「代言者」與「研究者」

的角色（金蓓莉、于湫，1996）。傳統公共衛生護理人員的角色功能仍多採單向策略，缺乏由下而上引導民眾參與的協調溝通能力。林上青(2001)的文章提到，社區健康營造計畫對基層衛生所而言是所有公共衛生業務的「新瓶」，由基層衛生所擔負起協助推動的角色，自然不免與舊業務、舊制度起了一些衝突，使得衛生所在協助上有力不足殆的地方。這些問題有：1.醫療、保健分與合的討論；2.龐大官僚體系運作的問題；3.業務與行政協助部門的分工合作不足；4.工作模式的省思及現有觀念的重新調整與建立；5.相關領域人才的協助；6.業務人才的養成與留任；7.民間團體與工務部門的相互定位與說明。身為衛生所第一線工作人員而言，公共衛生護理人員在此新舊衝突與矛盾中面臨轉型的壓力。

儘管公共衛生護理工作上呈現舊衝突與角色功能困境等諸多問題，社區導向與充能的應用已是不可抵擋的趨勢。台灣護理學會於2005年邀請專家學者與實務工作者共同訂定之「社區衛生護理專業範疇與專業人員職責規範手冊」便提出，社區充能是社區衛生護理人員必備的護理技能。其工作特徵是促使社區能做到健康促進充能(empowerment for health promotion)，進而營造(建構)健康的社區(healthy communities)。這即是因應健康促進潮流，社區衛生護理專業隨之的轉型。公共衛生護理工作的觸角由直接提供照護延伸至積極創造、整合資源，以擴大服務的影響層面，強調民眾自主、充能(empowerment)及永續經營的精神，更能彰顯護理的價值（李怡娟、武茂玲，2001）。但在不斷強調充能重要性的同時，公共衛生護理人員是否具有運用充能概念的能力仍是有待釐清的問題。

從1990年代起，從相關研究不難發現公共衛生護理在社區轉型、其他專業滲入、新健康促進思維之政策的因素交錯影響下已經出現角色功能

的困境。邱啟潤(1994)提到，公共衛生護理人員的困境是角色不清楚、缺乏有效策略、因應消費者能力不夠、沒有團隊合作關係、缺乏領導行政人才。國外研究也不斷提到，為了因應社會變遷與政策改變，公共衛生護理服務領域由家庭轉為社區導向，但缺乏相關訓練的配合，「看不見」(invisible)的危機開始對公共衛生護理工作產生相當程度的影響，從管理階層、政策制定者到社區護理專業工作者都對自己所做提供的服務以及所扮演的角色感到混淆，這些正是公共衛生護理轉型危機下極需重視的議題(Chalmer et al., 1998; Grumbach, Miller, Mertz, & Finocchio, 2004; MacDonald, & Schoenfeld, 2003)。綜合上述文獻所提出的公共衛生護理困境，必須從學校教育及與在職教育著手，增強社區以及巨觀層級的教育訓練，讓公共衛生護理具有社區導向實務能力，以能面對未來挑戰(Gebbie & Hwang, 2000)。特別是當充能已經成為公共衛生護理工作不可或缺的要素時，充能的應用與實際操作經驗受到是否曾經經歷充能的影響(Falk-Rafael, 2001)，提供有關充能的教育課程讓公共衛生護理人員有效的面臨轉型困境，並使充能成為工作技能的迫切性已是不言可喻。這樣的教育課程不僅能讓其在經驗充能中採取行動改變困境之外，亦能從實做的過程中習得此技能成為推動社區導向工作的利器。

總結此節，公共衛生護理在健康促進典範的思維下推展社區相關業務，面臨轉型的困境，充能已被視為是推展社區工作的重要工具，也是改善工作困境的強心劑，但公共衛生護理人員是否具有充能的特質與裝備，是亟待釐清的問題。

## 第二節 充能意涵

充能一詞的理論基礎是源於六、七〇年代的公民運動、婦女運動與自助觀點，是從一個權力壓迫的觀點所發展出來的，此觀點牽涉增加權力以去改變或是個人、群體共同激化權力與能力產生自由解放的過程，涉及增加能力，並在能力增長下改變社會現實，不單只是提升個人控制感使有能力抉擇(Gibson, 1991; Gutierrez et al., 1995)。此意涵顯示充能與權力是分不開的。

充能除了與權力有關，亦蘊含能力展現。Fahlberg 等人(1991)與Barner(1994)認為充能應依賴兩個相關且同等重要的要素：授與權力和使有能力；其中授與權力係指一種權力與權威的移轉過程，而使有能力則是在幫助人們發展他們與管理以外的權力和行使自主權時所必須具備的能力，而此種能力的發展，必須給予人員實際演練，因此，充能應是同時進行授權與增進員工能力的兩步驟。廖本富(2000)的文章闡述充能包含權力與能力的發展，指稱原本已孕含的權力與能力，但因不明其存在或受限而不得展現，只要將這些障礙去除，從新的角度揭露、催化使當事人的權力與力量得以重新生成，該文章分析權力為社會體制、階層上的權力，以及與社會結構有關的知識與敘說權力，而力量則是指當事人的能力、復原力、優勢、自我強度、毅力、抗壓性、容忍力與資源。

依據牛津英文字典(Oxford English Dictionary, 1989)對充能的定義為「合法地授權或正式擁有權力或權柄，以某種目的或責任給予或贈與權力，使能夠(enable)、允許、獲得或具有權力」。此正符合充能具有權力與能力兩個意涵。然而在現今針對充能研究，對於 empowerment 的譯名反映出其對 empowerment 的詮釋及研究採取的立場，綜觀各家譯名，大致可區分

為「權」派、「能」派與「權能」並重派，權派強調個人權力擁有感，以及個體處於人際、組織、社區與社會中之權力流動關係；能派強調個人能力增長的意涵；權能並重則是兼顧權力與能力意涵(張菊惠，2002)。此外，充能是過程也是結果，因隸屬於批判典範因而增加其測量上的困難。本節即針對充能之權力與能力意涵、充能是過程與結果以及充能測量等內容進行文獻論述：

### 一、充能之權力與能力的意涵

Lashley(1995)提到，感受充能必須從兩個層面來分析：一個是客觀層面，即授權，另一個是主觀層面，即感覺能力與能量。故本段分為兩部分，分別為充能與權力，以及充能與能力。

#### (一)、充能與權力

對權力的了解是充能的基礎，權力的議題根植於充能概念，要了解充能概念，必了解權力的意涵(Kuokkanen, & Leino-Kilpi, 2000; Lashley, 1995)。傅柯(Michel Foucault, 1978)提出後現代主義下對權力的定義，他強調世界的本身是複雜的，是具有多樣性與叢散性，權力無所不在，因其根源於各處，很難將權力擬人化，因為他涵蓋在所有人類互動之中。權力與知識緊密結合，因為權力在哪裡、知識就在哪裡。權力帶來知識，相同的，權力也藉由知識而增加。

在行政管理者的觀點，所謂的權力是個人所擁有權力或控制，持有正式的權威 (formal authority) 或組織資源，而在授權中比較強調的是權威的分享。權力的結構或是權力的資源根源於三個層級，包含訊息 (information)、支持(support)與資源(resources)(Kanter, 1983)。在此觀點下，授權是權力移轉的過程，亦即領導者或經理人分享其權威給部署，這樣的

觀點影響護理管理的相關研究甚為深遠(Laschinger, 1996)。

從強調權力面向下對充能所下的注解，充能是權力的分享，逐步改善無力感，因而產生活力的過程，是無充能者之行動以及致力於充能的行為表現(McLean, 1995)。對於實務工作者而言，充能是一個理論與實務的結合，用來處理權力的議題、無力感與壓迫以及此概念如何與個人、家庭或社區問題有關並影響助人關係，最終的目標是用來增強個人、人際間與政策權力，使個人、家庭或社區能採取行動以提升個別狀態(Gutierrez et al., 1995)。因此，Gutierrez 等人(1998)便提出四種充能觀點的權力(power)包含(1)影響個人生活的能力；(2)自尊的表現；(3)與他人工作以掌控公共生活的能力；(4)獲取公共決定機制的機會。此定義隱含將權力的觀點從權威與控制的層面擴展至增進能力的範疇。

儘管恢復或授與權力是充能之權力面向的重要議題。但是學者權力可否移轉或是個人擁有有不同看法，Rodwell(1996)從權力轉移的觀點，意即權力共享與權力轉移的過程，轉移權力的過程包含正向自尊的發展和認知自我與他人價值。而 Freire(1970)則是從權力壓迫的觀點闡述出充能理念，認為要從權力壓迫之下覺醒，釋放個人經驗，並從獲取權力的過程中同時獲得能力。充能的過程雖然是增加權力去改變什麼，並非由某人將權力與能力授與另一人，也非一方獲得權力，另一方即放棄權力，更不是增加權力去支配什麼(power over, power on)而製造新的壓迫，是個人或群體共同激發權能(power with)產生自由解放的過程(Fahlberg et al., 1991)。從這些定義來看，權力的行使與轉移的過程仍脫離不了個人能力。

## (二)、充能與能力

在社會心理學的領域，充能被視為是個人成長與發展的過程(Conger, & Kanungo, 1988)，主要著重於個人能力的強化，是充能概念的核心。充能是增強個人相信他自己所能產生能力的信念，更是信念後轉化為行動的能力。充能不單只是一系列外在的活動，它是一個人們內在信念改變的過程(Conger, 1989)。Kanungo(1992)再進一步從能力(enabling)的觀點來闡述充能發生的過程，強調透過發展強烈個人效能感受以完成任務來創造增進動機的條件。他認為從道德正義的觀點來看充能，增進能力的重要性大過於授權。在此觀點下的充能，意謂著對個人能力的信念與掌控能力 (Bandura, 1997)。因此在設計充能策略上，移除導致無力感需兼顧內在與外在因素，單獨移除外在因素並不能增加充能感受，因為個人效能感的增強是重要因素(Kanungo, 1992)。Bernstein (2003)的文章則做了更清楚的說明，他提出充能是自我(self)的任務之一，而非根源於組織，他提出組織或雇主並不能提供員工的內在動機(intrinsic motivation)，目前沒有社會性技巧能創造受充能的員工(empowered employees)，必須要使個人先對其內在動機有所覺察，並且使其開始成為自己的上司。

從心理學角度來看，個人或心理層面的充能意謂著個人做決定以及控制個人生活的能力，此與其他概念例如自我效能與自尊類似，強調正向自我概念或個人能力的發展 (Bandura, 1982)。Bandura 在 1998 年提出充能掌控的機轉，其中自我效能扮演重要角色，成為充能概念的核心。

由上述可知，充能包含權力與能力兩大面向，前者是組織管理領域的授權、權威轉移的過程，後者是心理領域所強調的自我效能、信念、動機與掌控的能力。儘管不同學派有不同切入點，但從定義闡述的過程中不難



發現權力與能力具有某種程度的關連性。

## 二、充能是過程與結果

充能是動詞亦是名詞，動詞(to empower)意謂充能的過程，代表個人獲取掌控生活能力的過程；名詞(empowerment)意謂一個被充能的持續狀態，是過程的一個結果(Zimmerman, 1988)。Gibson(1991)進一步解釋，充能著重過程甚於結果，係為協助個體覺察問題根源且付諸行動的過程。從巨觀面來看，充能是一個社會行動過程，提昇個人、組織、以及社區的參與，以獲得對其生活、社區或是更大社會的控制能力 (Wallerstein, 1992)。

### (一)、充能過程

在社會心理學的領域，充能被視為是一個個人成長與發展的過程 (Conger, & Kanungo, 1988)。Freire (1970) 強調充能是「傾聽-對話-反思-行動」的連續過程，首先是傾聽，其次是參與性對話，透過傾聽與對話引發主體性意識，覺察環境壓迫因素，最後是採取行動，去除障礙因素。依據概念分析結果可知，充能的過程包含先決條件與重要要素，茲介紹如下：

#### 1. 充能的先決條件

先決條件(antecedents)係指充能過程發生的必要條件，茲敘述如下：

##### (1). 受壓制下的無力感

受壓制下的無力感是充能所關注的重點。Freire (1973) 提到充能教育的前題係為個體處於覺察相對權力下受壓制的情境。Kanungo(1992)進一步說明疏離感與充能的關係，疏離感是一種無力感，引發去能(disempowerment)過程而擊退員工，因此在設計介入措施前必須考量移除導致無力感的因素。同樣地，Solomon(1976)也提出充能過程中必須了解無力感來源，其充能黑人社區的文章中辨識無力感的三個來源：(A)受壓迫者他們自己負面自

我評估的態度；(B)受壓迫的犧牲者與侵犯他們外在系統之間互動的負面經驗；(C)阻礙和否認無力團體(powerless groups)所採取有效行動的大環境系統。這三個來源的任何一個或是彼此之間的結合都會使人感到無力感，最後產生自我責備(self-blame)的態度。趙善如(1999)與 Gibson(1991)提出無力感的來源亦與 Solomon(1976)類似，他們認為個人方面，如個人情緒、經濟的匱乏、資訊不足、批判思考不夠、負面自我評價。其次是社會環境方面，如資源分配不公平、階級歧視等。最後是個人與社會環境互動過程的不良經驗，如受到羞辱、不公平對待等。對資源與社會影響力感到疏離、無望、自我責備以及不信任。

## (2).尊重與信任

Rodwell (1996) 從照護者觀點提出充能過程的先決條件，包括互信與互重、教育與支持、動機、參與及相互允諾。透過支持與信任感的建立，營造出有力的對等關係，打破權力不平等下的無力感，才能恢復能力。

Ryles(1999)與 Gibson(1991)也提到，支持性環境有助於充能過程之發展，尤其是尊重與信任的建立是首要的第一步。

## (3).個人意願

適應不良的行為、解決問題的動機、個人覺得重要以及自主性選擇亦是充能發生的先決條件 (Eill-Stoll & Popkess Vawter, 1998)。Kieffer(1984)的研究發現，個人有意願改變和主動參與社會的態度是充能發生的首要先決條件。相似於 Freire(1973)所提，充能必須先從喚醒個人意識開始，意即讓個人覺察自己意願，了解自己所處情境，才能有所決定。

## (4).知識與能力

Kieffer(1984)的研究發現，充能先決條件除了個人有意願改變和主動參

與社會的態度之外，尚需要下列三項要素：(A)有知識和能力對社會和政治體系做批判的分析；(B)有能力去發展行動策略和培養資源來達到他們的目標；(C)有能力和別人一起行動，來界定和達到集體目標。Barner (1994)也提到能力裝備對於充能的重要性，充能是幫助人們去發展其工作時所必須具備的能力，當增強人員的能力不是充能的一部份時，則充能的結果將會是失敗的。

## 2. 充能過程的要素

Gutierrez 等人(1998)提出充能過程的要素，敘述如下：

### (1).態度(attitudes)、價值觀(values)與信念(belief)

自我效能的信念，自我感受，促使基於信念的行動，是自我價值的信念、是自我控制的信念，影響充能過程。心理學者認為這樣的態度是充能唯一的要素，並且是充能首要的目標。

### (2).藉由集體經驗的確認

藉由集體經驗，個人與其他團體參與者能了解並分享經驗，例如個人關於自我與環繞在世界的某些經驗是確實的，並且能合法的提出意見。集體經驗能減低自我責備感，能誘發個人尋找問題背後更高層次的問題，例如家庭或社區，能夠帶來彼此分享的信念，提升意識。

### (3).批判性思考的知識與技巧

藉由相互分享與支持，個人能審慎的評估問題的內在與外在因素。他們能確認巨觀體系以及其產生的衝擊，並且能探索他們如何擁有價值觀、信念以及態度以及這些態度如何影響問題。增加他們學習批判性思考問題，學習獲取知識、採取行動及評估成果。讓他們能將問題放置於社會政治系統以減低自我責備，並協助他們能從社會層次思考問題背後因素。藉

由這樣的意識提升過程，人們能看到自己與他人面對著同樣的問題。他們會開始注意到這些共同經驗，並且協助他們集體性的去了解並採取行動。

#### (4).行動

藉由反思行動(實踐)，個人能發展出行動策略，並累積所需資源、知識、與技巧去影響內在與外在結構。在心理層次上，他們學會承擔行動的責任，在行為上，他們有意願並且能去與他人合作以獲得共同目標，產生社會改變，同時也在這些行動中反思與學習。

Gutierrez 等人(1998)提到，儘管這些要素對於充能過程相當重要，但這四個過程並非線性關係，應從個人層次去確認需求與目標，然後在擴及其他層次。

相同的過程亦出現在其他學者所提之充能過程模式。Conger 與 Kanungo(1988)提出充能的過程包含 5 個階段，Kanungo(1992)研究將這五階段定義為管理者診斷的檢核表，包含(1)移除無力感的狀態；(2)運用管理方法與策略；(3)提供自我效能的資訊；(4)充能結果，以及(5)產生行為的效果。Parsons(1991)提出充能過程的元素包含(1)個人自我效能信念的發展；(2)對環境批判性思考的發展；(3)重要知識和技巧的獲得；(4)同儕相互支持和協助；(5)處理具有侵害性問題的行動。這些學者所提出充能過程具有相似性，都是強調自我效能與批判性思考覺察個人情境以移除無力感。

由上述可知，充能的過程雖從社會情境體察出發，但是須從個人層面做起，藉由確認個人需求移除無力感，並增強信念與能力，同時在過程中獲得權力與能力，並能不斷在反省與學習中實踐。

## (二)、充能結果

經過促使能力(empowering)的行動之後則產生受充能 (empowered) 之狀態，此狀態亦為充能概念的結果(consequences)(Gibson, 1991; Zimmerman, 1990)，從文獻中發現充能的結果包括個人感到有自信、希望、及受鼓勵、有方向感(Rodwell, 1996)；主動尋求資源、可做選擇及決定，能夠與他人自助且互助(Rappaport, 1984)；正向自我概念、個人的滿足感、自我效能、有希望以及社會公義 (Gibson, 1991；Wallerstein, 1992)。Gutierrez (1990)將充能的結果依照三種不同層次歸類(表 2-2.1)，個人層次著重於個人能發展個人權力與自我效能之感受。人際間強調特殊技巧的發展，以使個人能影響他人。政策層面強調社會行動與社會改變。

綜合以上所述，受壓制下的困境、自我覺察與意願為充能發生之先決條件，並在互信與尊重等正向支持態度中開始接受教育和訓練，學習批判思考、發展自我效能，提升意識覺察能力，結合相關資源建立網路，進而採取集體行動來改變體系中結構。

表 2-2.1 充能觀點為基礎的方案結果

個人內在	人際關係	政治/社區
自我效能	知識/技巧	政治活動/參與
自我覺知	態度堅持	回饋
自我接受	在給予上設定限制	貢獻
自我概念	尋求協助	採取控制/ 行動
自我尊重	問題解決	
感受到自己是有權力	實踐新技巧	
批判性思考	接近資源	

摘自 Gutierrez, L. M. (1990). Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work*, 149-153.

### 三、充能的測量

社區心理學家以及社會科學家提出充能的生態模式(ecological model)，指出充能概念包含個人或心理性充能、組織和社區三個層級(level)，並分別針對不同層級來下定義 (Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994; Rappaport, 1984; Zimmerman, 1990)，其中個人與心理性充能包含(1)個人內在(intrapersonal component)-一種個人思考他們自己的方式(manner)，包含知覺控制感、自我效能、控制動機、知覺能力；(2)相互作用(interactional component)-如何了解他們的社會環境以及與社會環境的關係。相互作用的特質是呈現個人能力，用來發展批判性覺察會改變他們的環境以及影響他們獲取資源的知識和方法的壓迫力量，藉以產生社會改變；(3)行為(behavior component)-意即在特殊情境中的行動。張麗春與李怡娟(2004)依照相關文獻分析，架構出充能生態圖(見圖 2-2.1)，分析出此三要素為心理充能之核心並延伸向外，同時成為組織及社區層次的共同要素。測量充能概念時必須考量充能上述之三項要素。

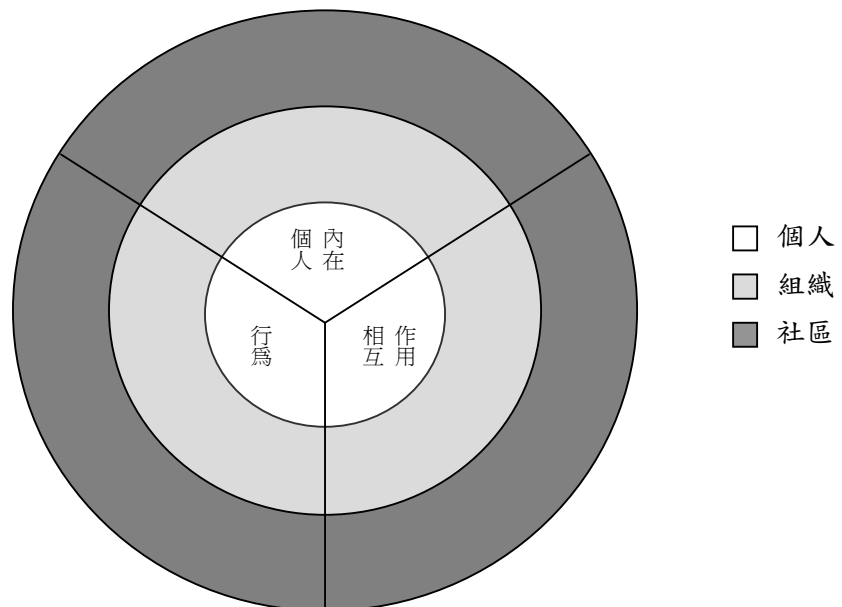


圖 2-2.1 充能生態圖

## (一) 量表的發展

充能概念被提出後，1990 年中後期國外開始迅速發展相關量表，用來操作並測試此概念。從充能實徵性工具發展過程仍可看出量表發展與應用漸趨特殊性，並逐漸著重於特定的對象與層級(見表 2-2.2)，此演變有助於評價衛生教育計劃與護理介入措施之成效。然國內則尚未見本土性充能量表發展，仍以翻譯國外量表為多，王秀珍與盧美秀(1998)謝明珠(2003)以及魏千金(2000)以翻譯 Klakovich(1995)相對應性灌能量表來了解臨床護理人員與護理長工作灌能之感受。郭寶蓮(2002)翻譯 Anderson, Funnell, Fitzgerald 和 Marrero(2000)之糖尿病病人充能量表(Diabetes Empowerment Scales, DES)，洪麗娥(2001)則將此量表進行修正，應用於末期腎臟病患之研究。楊燦濱、陳瑞芬(2004)、嚴秀茹、林育理與戴淑賢(2004)翻譯心理充能量表用在企業管理領域等。教育領域則有鍾任琴、黃增榮(2000)參考 Short 和 Rinehart(1992)發展教師權能量表。國外量表仍是國內研究在測量充能上的主要工具。

## (二) 測量之議題

然而，充能概念發源於 1970 年代，卻在 1995 年左右才出現量表，其原因可能是充能概念在理論發展假說上強調對象的主體性(Wallerstein, 1992)，若考量充能包含的個人內在(intrapersonal)、相互作用(interaction)與行為(behavior)等三層次，可能無法僅由量性方法完成。從文獻整理過程中發現，現有的充能量表多著重於自我效能，可能是充能文獻大量在社區心理學領域發展，概念的測量也以心理指標較多。但充能不僅僅只是看法，實際結果也是重要關鍵，除了意識、信念和態度的轉變，充能要求實際知識、訊息、真實能力、具體技巧、資源、實在機會與結果(Zimmerman, 1995)。

Staples(1990)認為個人權力感以及自我決策是測量個人充能最有效的方  
法。然而要整體性測量到充能概念並不容易，並須符合其典範，涵括其所  
包含的層次、以及過程、結果與實踐的意涵，無法僅由量性研究方法完成，  
採用質性方法勾勒社區充能是可行的方式，例如個案研究、民族誌與社區  
口述歷史，以驗證量化結果（Wallerstein, 1992），敘說故事(Rappaport,  
1995)。此外，合併量性與質性研究法是呈現充能的理想設計(Gutierrez et al.,  
1998)。亦可透過參與式研究或行動研究，合併質量兩種研究法來能測量此  
概念（李怡娟，1997；Israel et al., 1994）。

總結此節，充能是個人或團體獲得掌控其影響生活與環境的行動過程  
與結果。充能的過程發生在個人、人際間、與機構的層次，是個人發展個  
人力量的感受，一個可以影響他人以及一個可以與他人一同努力改變社會  
機構的能力，並已有不同層面的測量工具開始被應用在健康照護專業。為  
要使研究符合充能之研究典範，合併質性與量性研究設計是可行方式。



表 2-2.2 充能相關量表

年代	量表名稱	作者	層級	題數	次量表	應用對象
1992	學校參與充能量表(School Participant Empowerment Scale)	Short, & Rinehart,	個人	38	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 做決定</li> <li>• 專業成長</li> <li>• 狀態</li> <li>• 自我效能</li> <li>• 自主</li> <li>• 影響</li> </ul>	學校教職員
1995	心理性充能量表 (Psychological Empowerment Scale)	Spreitzer	組織	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 工作意義</li> <li>• 能力</li> <li>• 自主</li> <li>• 衝擊</li> </ul>	組織內之工作人員
1995	相對應性充能量表 ( Reciprocal Empowerment Scale, RES)	Klakovich	組織 領導關係	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 相對應性</li> <li>• 共同參與</li> <li>• 所有權</li> </ul>	組織內之工作人員 與上司
1997	充能量表(Empowerment Scale)	Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean.	個人 人際 社區	28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自我效能-自尊</li> <li>• 權力與無力感</li> <li>• 社區主動性</li> <li>• 生氣正當性</li> <li>• 樂觀掌控未來</li> </ul>	心智問題者
1998	工作充能量表(Work Empowerment Scale, WES)	Leslie, Holzhalb, & Holland	組織	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 個人定位</li> <li>• 工作環境</li> <li>• 工作關係</li> </ul>	組織成員
1998	家庭充能量表 Family Empowerment Scale	Florian, & Elad	家庭 服務系統 社區	34	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 呈現方式-認 知、態度、行為</li> <li>• 包含層面-家 庭、服務系統、 社區</li> </ul>	罹患慢性疾病家庭
1999	充能量表(Empowerment Scale)	Irvine, Leatt, Evans, & Baker	個人	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 言語充能</li> <li>• 結果充能</li> <li>• 行為充能</li> </ul>	健康服務業
2000	糖尿病充能量表(Diabetes Empowerment Scale, DES)	Anderson, Funnell, Fitzgerald, & Marrero	個人	28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 評估改變的滿意 與準備</li> <li>• 管理糖尿病的心 理社會層面</li> <li>• 設立與達成糖尿 病目標</li> </ul>	糖尿病病人
2000	組織充能量表(Condition for Work Effectiveness Questionnaire II, CWEQII)	Lanschinger	組織	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 機會</li> <li>• 訊息</li> <li>• 支持</li> <li>• 資源</li> </ul>	組織內員工
2001	病人充能量表(Patient Empowerment Scale, PES)	Faulkner	個人	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 賦予掌控力</li> <li>• 除去掌控力</li> </ul>	老人
2001	治療相關之充能 (Treatment-related Empowerment Scale, TES)	Webb, Horne, & Pinching	個人	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 溝通</li> <li>• 治療選擇</li> <li>• 決策</li> <li>• 滿意度</li> </ul>	性接觸疾病 愛滋病患

### 第三節 員工充能(employee empowerment)

管理領域在 1960 年提出員工充能一詞，並進行相關研究與探討，本節依據文獻查證結果將員工充能分為個人或心理充能與組織充能兩部分來介紹。

#### (一) 個人或心理性充能(psychological empowerment)

在社會心理學的領域，心理充能被視為個人成長與發展的過程，著重於個人發展、個人權力與自我效能的感受(Gutierrez, & Ortega, 1991)。社區心理學家以及社會科學家提出充能的生態模式(ecological model)，包含個人或心理性充能、組織和社區三個層級(level) (Gutierrez, & Ortega, 1991; Israel et al., 1994; Rappaport, 1984; Zimmerman, 1995)，其中心理充能是個人層面，亦是組織與社區層面的核心，包含三個要素：(1)個人內在(intrapersonal component)；(2)相互作用(interactional component)；(3)行為(behavior component)。此與其他概念例如自我效能與自尊類似，皆強調正向自我概念或個人能力的發展(Zimmerman, 1995)。個人心理內在的層面(intrapersonal component)可算是充能概念的核心，也是社會結構因素與行為成果的中介變項(Spreitzer, 1995b)。

管理心理學學者所提出心理充能，是以員工本身早已具備的能力為思考的出發點，認為他們的能力來自專業知識、經驗、以及自我激勵；因此，充能並非僅授予員工權力，而是將其能力引發出來(陳育美譯, 1996)。Conger 與 Kanungo(1988)是最早開始從心理層面來闡述充能的學者，強調員工的信念與知覺在充能上扮演最後決定角色，他們分析充能有兩個層面，一個是關係上(relational level)的層面，係指權力和權威的去中心化以促使員工承擔決策的責任；另一個是動機(motivational level)層面，意指在開放性溝通與

目標設定上的自我決定、自我效能。他們堅信充能是增強努力-表現的期待 (effort-performance expectancies)，認為動機結構較能反映出充能的意涵，強調充能是組織成員藉由確認無力感的情境以及移除正式組織的工作障礙與非正式組織訊息的提供中增進自我效能的過程，提出環境事件因素之外，員工個人心理認知及對事件詮釋亦扮演重要角色。Conger (1989) 認為充能是一種加強個人對其自我能力意念的行動；因此，在本質上，充能並非僅是一外部行動的設定，它是一種改變個人內在的信仰的過程，是一種個人對自身運作與選擇能力的信念，這信念是由個人的認知風格、環境要素、以及行為等三者相互影響而產生的 (Velthouse, 1990)。

在 Conger 與 Kanungo(1988)之後，Thomas 與 Velthouse(1990)也延續其論述的理論基礎，提出充能的認知模式(cognitive model of empowerment)(圖 2-3.1)，其模式的依據主要是建立在 Bandura(1977 1986)的自我效能的論述。將充能定義為認知的變項(任務評估)，決定個人內在動機(intrinsic motivation)。他們把充能視為心理狀態來加以研究，認為充能主要是存於個人的心裡，強調受充能的心理狀態在於一個人如何知覺他個人受充能的感覺。此模式包含 6 個要素，分別為 1)環境事件(environmental event)；2)任務評估(task assessments)；3)行為(behavior)；4)整體評估(global assessments)；5)詮釋型態(interpretive styles)；6)介入措施(interventions)。這些要素的進行過程是個人在環境事件下進行任務評估，此時在整體評估與詮釋型態同時影響下，個人產生行為，並回應環境事件，而介入措施亦可影響環境事件與詮釋型態，以改變個人任務評估的結果。茲將六要素詳述如下：

#### 1.環境事件(environmental event)

環境事件是個人持續與未來行為結果的來源依據。雖然對於某些行為

而言，其行為結果與行為導因的關係並不十分清楚。依據個人行為結果的實際經驗，其他多元的外在事件是依據個人對於任務評估的詮釋。這些事件包含從上司、員工、同儕、及部屬，例如表現評價、特殊所好、訓練課程、教育建議、持續計畫的討論。這些輸入因子必須被詮釋並發生於實際個人經驗。

## 2.任務評估(task assessments)

對於關係不清的事件，個人會以特殊任務的觀點對其做出一連串的評估或判斷。四個向度的評估包含著內在動機認知的成分：影響(impact)、能力(competence)、意義(meaningfulness)與選擇(choice)。這四個評估含有附加的動機性效果。這四個任務評估整合不同認知性動機理論形成架構，包含 Deci(1975)、Hackman 與 Oldham(1980)所提之工作動機與能力以及 Bandura(1977, 1986)所提之自我效能的概念。

## 3.行為(behavior)

活動與向上能量的集中，是外在動機的特質，著重在努力工作點。彈性(flexibility)與創新(initiation)則歸屬於內在掌控系統，不是基於上司監控或獎賞系統而產生改變或影響，可以在掌控工作完成上具有彈性，並且在創新的任務或能提出問題，仍活力十足地面對困難、在面對問題或模糊地帶時仍有持續性的動機。

## 4.整體評估(global assessments)

整體性評估是四項任務的整體性信念，統合起來橫跨任務與時間進行一般性評估。代表著從過去任務評估所累積的經驗並在評估新的工作時以過去經驗填補空缺，也就是假使個人以信心的信念去掌控缺乏擁有確據的事件時，他會帶著動機投入在需要伴隨信心的新事物上。整體評估提供信

心儲存的基礎，以承接並維持新的活動。假使個人在整體評估上相當好，意謂著他(她)會比那些任務評估模稜兩可的人更樂觀的面對任務。相反的，若在任務評估是很差的，他會顯得較悲觀。因此可知，任務評估是依據個人而有所不同的。然而，整體評估也會隨著時間因著新事物有不同結果而有所改變。

## 5. 詮釋型態(interpretive styles)

詮釋型態是關於個人詮釋過程的傾向。這個過程包含評價性 (evaluation)、歸因性 (attribution) 與未來構想性 (envisioning)。增加詮釋訊息可以產生對任務評估附加的訊息。由於從任務評估推展而來，整體評估反映出詮釋型態對整體評估的影響。研究者可運用詮釋型態去了解個人被充能與去充能的個人差異。Simoni, Larrabee, Birkbimer, Mott 與 Gladden (2004) 研究調查發現，護理人員詮釋型態與充能有顯著關係，關注於缺點的詮釋型態充能感較差。他們依據所建構自我增強與自我解放的循環來產生充能或去充能。

### (1). 歸屬性(Attributing)

因果歸因會影響個人對於事件的解釋。憂鬱傾向的個人會將失敗的原因歸咎個人內在、穩定無法改變與一般性的原因，而非憂鬱的人則較傾向將失敗歸咎於是困難的任務、缺乏努力與特殊事件造成等。因此，憂鬱的人就不容易將成功視為能力的結果。這樣的詮釋型態無法產生真正努力與獲得成功表現結果的連結，對於期待成功呈現負向影響。將結果視為個人內在、穩定無法改變與沒有特殊原因者的因果歸因詮釋型態，是產生對任務動機的阻礙。

## (2).評價性(evaluating)

缺乏功能的標準的評價著重於 Ellis 的理情治療(Rational Emotive Therapy, RET)。認為是個人期待的困難與阻礙。這些困難的影響受到信念系統所調節，使其更精確的成為評價的標準。這樣缺乏功能的標準成為阻礙，產生缺乏功能的情緒與行為的結果。個人並未意識到這些標準的反應，反而相信阻礙直接造成反應。因此，理情治療是協助個人確認缺乏功能的標準並修正它。Ellis 認為缺乏功能的標準來自於沒有品質與抽象的「必要」，例如，我必須達到任務所有層面的標準，缺一不可。這樣的標準是很難滿足的，並且沒有辦法完全達成者就會被標示不合格。這樣的標準會讓人對於成果心生畏懼並且對於現在生活極度不滿。抽象的標準亦使影響評估減低，因為任何短暫持續性的成功都是失敗的。抽象的標準用亦會使個人對於意義的評估降低。

## (3).未來構想性(Envisioning)

此牽涉對於未來事件認知上的想像。想像或期待會發生什麼事。高度表現的個人通常都是對於成功有正向期待，對於負向結果期待較少。未來構想藉由對意義、影響與能力的評估的結果產生動機，對於未來成果的想像，個人意義與能力的評價會提昇，也會將個人目的與意義做連結。

## 6.介入措施(interventions)。

充能介入措施提供增強任務評估變項的途徑，可透過兩個一般性介入策略：(1)改變個人所依據的任務評估，與(2)改變個人詮釋這些事件的詮釋型態。意即藉由改變環境事件或是個人內在的詮釋型態，促使個人產生充能的感受。增加對於環境事件的評估，詮釋型態也必須加以考量。任務評估是會受到個人客觀的環境所影響。介入措施必須考量此因素。領導型態

(leadership)、授權(delegation)、工作設計(job design)以及獎賞制度(reward system)都是會改變任務評估的客觀環境。詮釋型態的介入措施亦很重要，個人對於環境事件的詮釋結果會影響其任務評估。詮釋型態被視為是養成的習慣而非天生的能力。這樣的習慣已經被隔離在每天的學習活動之外。就 Ellis 的觀察，個人不會覺察這樣的型態在改變他詮釋事情的方式，以至於並不會被改變直到令人不悅的結果發生。要教導個人透過意識去分析與覺察這些詮釋方式對其結果的影響。

Conger 與 Kanungo(1988)和 Thomas 與 Velthous(1990)的差異在於將充能視為動機，是個人內在動機，但是動機受到個人對於任務的評估，並在個人對於任務評估解釋後所產生的狀態。Thomas 與 Velthous(1990)認為內在動機是正向價值經驗，是個人直接由任務中衍生而來的。內在任務動機包含一般性的條件，直接關乎任務並產生動機與滿意感。管理領域認為充能在於個人參與決策與管理層級而獲得充能感受，Conger 與 Kanungo(1988)的文章中對於這樣的論述提出批判，他認為單靠透過組織層面的充能措施並不能完全提升個人在組織中的充能。Lashley(1996)提出充能研究應考量個人知覺經驗與充能個人特質。Freire(1973)也強調，意識覺醒是恢復個人能力的第一步。Spreitzer(1992)的博士論文將重點著重於心理充能層面，強調社會結構因素與充能有相關性，但是個人心理認知與評估尤其不可忽視。在 Quinn 與 Spreitzer(1997)年文章中，他們回顧過去針對組織所做之研究，分析出員工所感受的心理充能具有兩種截然不同的經驗，其中一個是由上而下的方式，主要是藉由管理者建立一個清楚的未來及溝通清楚的計畫及對組織有合宜的規劃。另外一個是由下而上的「生命(Organic)」方式，即是藉由個人信念著手，透過從基層面了解員工需求、展現示範受充能的

行為、建立合作分享的團隊、鼓勵承擔危險與責任並且信任員工能受充能以獲得良好表現。由此可知，就管理心理學的觀點來看，心理充能扮演了社會結構因素或事件因素與行為結果的中介變項，一個人是否會充能而達到組織管理者期望的行為果效，除了外在社會結構(包含組織或工作環境條件)或是環境事件的刺激外，個人心理充能的感受是關鍵的影響因素(見圖 2-3.1)。

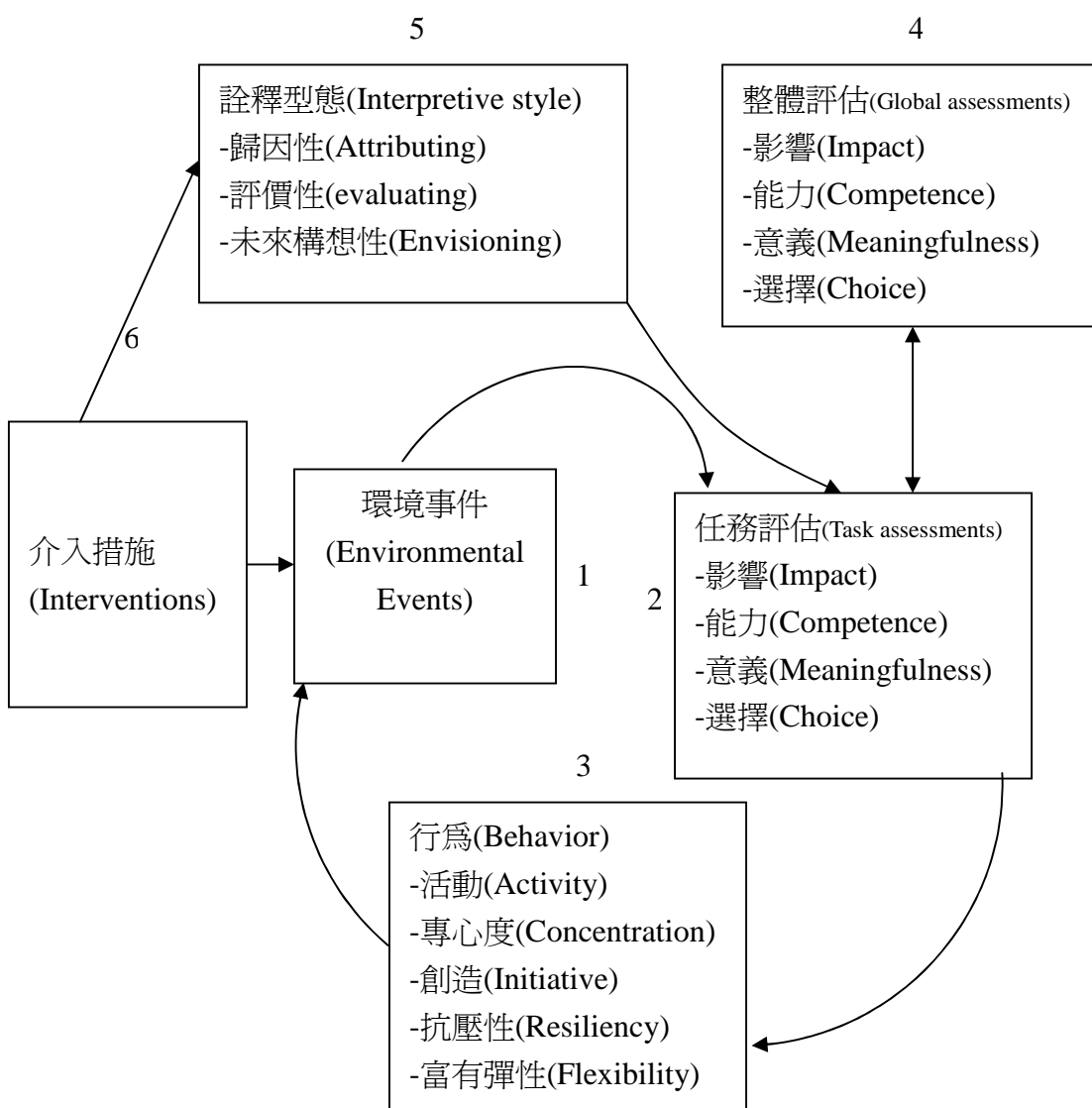


圖 2-3.1 Thomas 與 Velthouse 充能的認知模式(摘自 Thomas & Velhouse (1990). Cognitive elements of empowerment: An “interpretive” model of intrinsic task motivation. Academy of management Review, 15(4), p670.)



從 1992 年開始，Spreitzer 開始進行員工充能(employee empowerment) 相關的研究，將 Thomas 與 Velthouse (1990) 所提的 4 種任務評估(task assessment)概念化，並對其加以定義以測量心理充能。他調查並驗證出介入措施的前置因素，並測試在充能在特殊行為表現上的成效。其 1992 年的研究結果與 Thomas 與 Velthouse(1990)的論述相符，確認出意義、能力、自我決策與影響等四項任務評估代表心理的充能。茲將此四個構面詳細敘述如下：

### 1. 意義 (Meaning)

是工作目標的價值所在，會與個人的觀點或標準相互進行評價意義，包含工作角色的要求與個人信念、價值觀行為之間的搭配性(Brief & Nord, 1990; Thomas & Velthous, 1990)。意義的信念在個人相信並關心他們所作的事情中所感受(Corsun & Enz, 1999)。 Kirkamn 與 Rosen(2000)分析出意義具有強烈對於任務的承諾、目的感受以及對於任務內在的動機感，視目標為重要且值得的。

### 2. 能力 (Competence)

能力或稱自我效能，是個人對其所具備執行技術活動之能力的一種信念。與個人的信念、掌控感(mastery)或努力-表現期望(effort-performance expectancy) 的含意相近(Bandura, 1986)，Corsun 與 Enz(1999)也提到，能力與自我效能相近，是個人經驗他們能夠(able)去成功推展工作。在這裡所指的能力不同於自尊，因為其針對特定工作角色的效能而非全面性的效能(Gist & Mitchell, 1992)。透過強調個人能成功推展工作的認知以及想像成功的重要性，能有效建立個人能力的信念(Thomas & Velthouse, 1990)。

### 3.自我決策 (Self-Determination)

能力是行為的熟練性，而自我決策則是個人能擁有創新與控制行為的選擇權。自我決策反應在工作行為及過程上創新與持續的自主性，如完成工作的方式、速度、努力等相關的決策(Bell & Staw, 1989)。在作決策時有選擇權對於心理充能是很重要的，要讓員工自主、要讓個人感受其是自由並賦有決策力(Corsun & Enz, 1999)。

### 4.影響 (Impact)

所謂影響是指個人可能影響工作上策略、管理或營運結果的程度，與無力感(helplessness)剛好相反，且影響會因工作背景而有所不同。Thomas與Velthouse(1990)提到，影響是認為自己的行為能對環境造成影響，他從控制重心與無力感的理論提出認為自己有能力控制情境，對工作造成影響的感受也別於無力感，因此將其命名為「影響」。此亦與Hackman與Oldham(1980)所提之工作設計模式的成果的知識(knowledge of result)意涵相同。Kirkman與Rosen(2000)指出，影響是指在其他共事者中看見自己努力的成果。是一種個人影響，當員工相信其能影響組織的結果(Corsun & Enz, 1999)。Spreitzer(1995a)提到，自我決策與影響反映了工作上不同層面的控制感--對於其工作本身與工作環境的控制感。

整體而言，此四個構面反映了主動性，而非被動性的角度，是個人在工作上自我導向的動力。Spreitzer(1995)文章中並進一步交代其概念化過程的理論基礎，這四個構面概念化過程是受到Zimmerman(1995)、Zimmerman與Rappaport(1988)提出充能認知性與動機性要素的概念。此理論亦根源於Kieffer(1984)所提出心理充能要素，包括控制動機與自我效能，以及Bandura(1989)所提出之知覺能力(perceived competence)與特殊層面的知覺

控制(Paulhus, 1983)。意義構面是在控制動機的理论基礎下衍生，自我決策是受到自我效能與知覺能力的影響。自我決策與影響則是根源於特殊層面的知覺控制(Spreitzer, 1995a)。

歸納上述得知，心理層面的充能有兩個向度，一個是增強個人效能(是動機性構念)(Conger & Kanungo, 1988)。另一個是增強關於個人動機構念的意義與控制(Thomas & Velthouse, 1990; Spreitzer, 1992)。充能是一個心理過程，整體過程的核心概念在於使組織成員更具能力與活力，且是要建構一個動機，一個能讓員工有動力去發揮能力、提昇能力...等之動機，所以充能是激發工作內在動機的一套必要條件。

## (二) 組織充能(organizational empowerment)

組織充能早期是由民主式管理理論延伸出來的，組織成員能分享訊息與權力，運用合作性決策過程，包含設計、執行、控制以達成雙方設定的目標(Wallerstein, 1992)。Conger 與 Kanungo(1989)將充能視為關係上的構念(relational construct)，定義為領導者或管理者分享其權力給部屬的過程。在此情境下，權力則被解釋為擁有組織資源的正式權力與控制。概念化操作的過程包括：員工參與(employee participation)、員工投入(employee involvement)、參與作決定(joint decision-making)、自我導向團隊(self-directed team)等。

護理行政相關研究多依照管理學者的角度所探討組織充能對護理工作的影響。最著名的學者就是 Laschinger，從 1992 年即開始針對護理人員組織充能進行相關研究，其理論依據是源於 Kanter(1977, 1993)「Men and Women of the Corporation」的所提出之組織內權力結構理論，並衍生出組織

充能結構的概念(見圖 2-2.2)，他們認為工作職場的行為與態度是由職場中的社會結構所決定，而非個人傾向，充能成功的施展必須要有工作環境，以提升充能，並且責任依賴不同階層的管理者降低傳統控制的角色。他強調當員工知覺其工作環境提供成長的機會，並獲取權力以滿足工作需求下，員工才會受到充能。當這些情境缺乏，員工就會感受無力感。個人相信他的工作情境能提供他機會去學習與成長，且能獲取所需訊息、支持與資源已完成他的工作，讓其感受受充能，以達到組織的目標。受充能的個人能充能其他人，包含在組織中創造更充能的環境。相反地，在侷限的權力、機會，並讓個人感受到無力與依賴，將使個人變的僵硬、制式以及對於組織目標較無承諾。

Kanter (1977, 1993)定義權力是動員資源完成任務的能力，並且確認在組織中的結構特質，這些特質會影響個人能力以獲取並動員與工作有關的充能資源，稱之為組織充能結構，包含兩大部分，一個是機會，一個是權力，其中權力包含三大部分，訊息、資源與支持。Kanter 在 1977 年從工作環境的角度提升組織權力結構理論，認為個人在工作中獲得充能的程度，有賴於是否可以得到機會與權力；機會是指在組織中個人有機會成長、晉升或變動，包括有機會增加個人知識、技能，參與組織中之委員會，部門間的工作團隊，與專案改善小組等；而組織中的權力來源包括資源、訊息與支持等管道 (Kanter, 1993)。資源管道是指在組織中有能力運用與完成工作有關的物質、人員、金錢獲得其他供應，以增進工作效能；訊息管道是指能知道組織的決定，政策的改變，未來的發展方向；支持管道是指不需透過層層報告就可以參與具風險的行為以及非常規的活動，能獲得解決問題的忠告，在工作危急時能獲得協助，做好工作時可獲得獎勵 (Kanter,

1993)。Laschinger 與 Wong (1999)組織充能強調管理者的授權針對工作效率創造出工作條件，藉由確保員工獲取訊息、支持與所需資源以完成工作，並持續提供機會讓員工在工作情境中得以成長。

此外，Klakovich (1995) 亦從組織環境與管理階層的角度來分析員工充能，提出權力與組織工作環境、激勵層面以及領導者與部屬的互動關係，包含三個充能構面：相對應性 (reciprocity)，共同參與 (synergy) 及所有權 (ownership)。相對應是指領導者分享權力，提供訊息、資源與支持、肯定，使部屬朝向組織目標努力。共同參與是指領導者建立對未來構想的過程中，部屬的參與及其對組織長程目標的影響。所有權是指部屬感到自我肯定、內化主管對未來的構想以及對組織產生承諾。

在 Spreitzer(1996)的論述中提到，社會結構因素亦是影響充能的因素，所謂社會結構是源於 Lawler(1992)所提出的高參與制度(high-involvement system)。也是屬於管理層面所掌控的權力因素，包含角色模糊(role ambiguity)、社會政策支持(sociopolitical support)、訊息(information)、資源(resources)、工作單位文化(work unit culture)等社會結構特質。這些因素與 Laschinger 所提出的組織充能結構相近，都反映了關係層面的充能向度。

總結此節，員工充能的核心在於心理過程的轉變，以動機的觀點強化內在信念，是由下而上的運作，而非僅是授與權責予員工。在心理充能之下，提供資訊、支持，並激發、提升其知識，再搭配各種機制（如報酬機制），使各階層的員工在其責任範圍內之各方面具有實質的影響力，因而提昇員工之能力感。

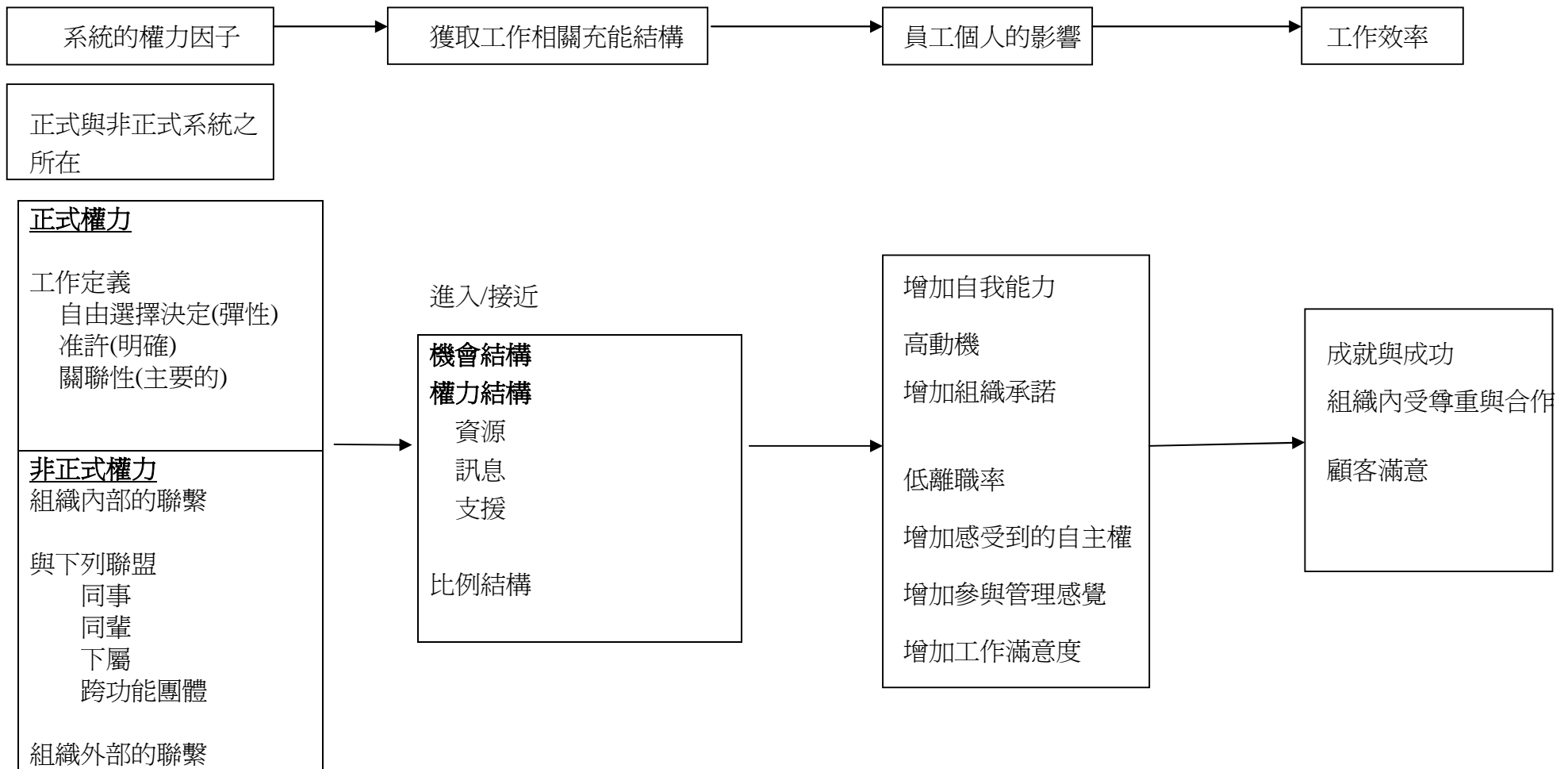


圖 2-3.2 Kanter(1979)的組織內權力結構理論之概念關係圖

資料來源：Kanter, R. M. (1993). *Men and women of corporation* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Basic Books.

#### 第四節 員工充能的影響因素

從 1990 年開始，已有多位國外學者針對護理人員之心理充能與組織充能進行相關性研究，除了分析出影響心理充能或組織充能相關因素之外，亦以顯著之變項進行心理充能模式之驗證(Laschinger, 2001; Laschinger, & Hshamian, 2001; Manojlovich & Laschinger, 2002; Spreitzer, Kizilos, & Nason, 1997)，包含工作滿意度、創新行為以及工作效率，並進一步驗證組織充能與心理充能之關係，藉以釐清充能模式中所蘊含之權力與能力之間的關係。茲將影響員工充能之相關因素敘述如下：

##### 一、個人特質

Klakovich(1996)以相互對應充能量表(Reciprocal Empowerment Instrument)以急性照護醫院護理人員為研究對象來了解充能的影響因素，研究結果顯示，年齡、教育程度、工作經驗、工作年資和職稱與充能無關。王秀珍、盧美秀(1998)以及黃珊、林麗滿、許玲女、陳美杏與黃瑞珍(2003)也以此量表針對醫院護理人員實際感受與期望之灌能進行研究，結果皆發現研究發現，年齡、職稱的不同、服務年資、單位年資與實際工作灌能有關，而在職進修、工作科別等屬性與實際感受工作灌能無顯著差異。Kukkanen, Leino-Klipi, 與 Katajisto(2002)研究發現，工作年資不同充能感受也有所不同，1 至 5 年的工作經驗較 6 至 15 工作經驗的護理人員感受較高的充能。不同研究針對婚姻狀況、教育程度、專業職等與充能間的關係有著不同的結果。在王秀珍、盧美秀(1998)的研究發現，婚姻、參與小組、教育程度、職稱、專業職等等不同屬性間，護理人員實際感受工作相關灌能有顯著性差異。Spreitzer(1995b)針對 324 位中階主管的充能研究也發現，教育程度與其充能感受有關，教育程度越高

者，其充能感受越高。在進行相介入研究時，這些變項必須加以小心控制。

## 二、工作滿意度

工作滿意或是工作滿足(job satisfaction)，最早是在 Hoppock(1935)的「工作滿足」一書中被提及。是指員工在心理與生理兩方面對環境因素滿足的感受，意即員工對工作情境的主觀反應。工作滿意受到許多因素影響，形成一種整體的工作滿足感受。隨著不同理論依據，工作滿意的定義與構成向度亦有所不同。本研究整理不同學者對工作滿意的定義，將工作滿意的定義分為綜合性定義(overall satisfaction)、期望差距定義(expectation satisfaction)與參考架構定義(frame of reference)。茲敘述如下

### 1. 綜合性定義(overall satisfaction)

是最傳統的工作滿意的定義，將工作滿意視為一般性解釋，是一個單純性概念，強調員工對於整體工作的情感感受，沒有牽涉工作滿意度的層面和形成過程、原因、關注於工作本身及有關環境所保持的一種態度與看法。

### 2. 期望差距定義(expectation satisfaction)

認為員工對於工作滿意的程度取決於他們實際所得到與他們所希望得到的差距比較，差距越小滿意程度越大，反之，差距越大者，滿意度越低。這種感覺主要是來自個人主觀的需求，在一個工作情境之中，一個人的實得報酬與他認為所應該得到的報酬的差距程度而影響滿意高低的感受(Porter, Lawler, & Hackman, 1975)。



### 3. 參考架構定義(frame of reference)

工作滿意主要是依據員工對於工作特徵的解釋結果。Morse(1953)將工作滿足定義為工作之客觀特徵與個人動機相互作用的函數。工作本身、升遷、薪水、上司、工作夥伴等是工作特徵共同性構面(Kendakk, 1966)。

Herzberg 等人(1959)認為，工作滿意不是一個單一向度，而是兩個，一個和工作滿意有關，另一個和工作不滿意有關。和工作滿意有關的因素是內容因素(content factor)，又叫動機因素(motivator factor)，包括成就(achievement)、賞識(recognition)、工作本身(work itself)。另一個因素是保健因素(hygiene factor)，包含監督、領導方式、工作環境、人際關係、公司政策與管理方法、薪資福利及工作保障。

許多組織研究都以工作滿意度為成果指標(outcome measurement)。Laschinger(2003)與 Kanter(1983)提出的員工充能的論述亦強調充能對員工工作滿意度的影響。早期組織管理學者僅以組織充能來與工作滿意度進行研究，研究結果發現，假使護理人員知覺其工作環境讓他感受充能，則較容易展現其主動性，並能與其他工作夥伴相連結，更滿意其工作、對工作更具承諾並展現高度工作動機(Laschinger, & Donna, 1997; Laschinger & Havens, 1996)。

近年來，國外針對組織層面之充能研究，發現組織充能有助於提升個人心理性充能，降低工作壓力並可提升工作滿意度 (Laschinger, 2001; Laschinger, & Shamian, 2001; Manojlovich, & Laschinger, 2002)。其中，組織充能對於工作滿意度有直接與間接影響，意即組織充能影響心理充能進而影響工作滿意，心理充能對工作滿意則僅有直接影響(Laschinger, &

Shamian, 2001)。心理充能對於工作滿意的影響從 Manojlovich 與 Laschinger(2002)的研究更能明確證實，其針對 347 位護理人員進行組織充能、心理充能與工作滿意度的調查，研究結果顯示，組織充能與心理充能與工作滿意度呈顯著正相關，並能有效預測工作滿意度。Larrabee 等人(2003)研究發現，心理充能是護理人員工作滿意度重要預測變項，有效預測值達 54%。此與 Fulford 與 Enz (1995)的研究有相同發現，心理充能能有效預測員工滿意度。由此可知，員工充能涵蓋組織充能與心理充能，組織充能藉由心理充能影響工作滿意度，亦能直接影響工作滿意度，心理充能扮演著中介角色(intervening role)，意即員工感受較高的心理充能伴隨著組織充能，其工作滿意度顯著較高(Laschinger, 2001; Laschinger, & Hshamian, 2001; Manojlovich & Laschinger, 2002)。在心理充能向度中，研究發現工作意義與選擇能顯著預測工作滿意(Fulford & Enz, 1995; Osbome, 2002)，除了工作意義與自主，Manojlovich, 與 Laschinger(2002)研究發現，影響也與工作滿意度相關。Liden 等人(2000)發現，充能各向度與工作滿意度有關，其中工作意義是最能影響工作滿意度的充能向度。Herzberg Mausner 與 Synyderman(1950)和 Hackman 與 Oldham(1975)針對工作滿意理論的研究進一步提出解釋，因為從工作而來不同的滿意感受在於他們(員工)感受自己投入在具挑戰性的工作與機會當中，相較於其他知覺工作毫無意義者，知覺工作是重要的員工有較高工作滿意度。國內王秀珍與盧美秀(1998)以及魏千金(2001)進行醫院護理人員的充能相關因素之研究，結果顯示，護理人員整體充能感受為中高程度，充能與工作滿意度之間呈現顯著正相關。劉潔心、張麗春、李怡娟、廖靜宜與林欣怡(2006)針對北部基層醫療保健人員之充能研究發現，組織充

能中的支持向度與心理充能中的工作意義、自主與影響是工作滿意度之重要預測變項。因此未來設計教育介入時，這些重要變項需要特別設計在教育內容中。

### 三、創新行為

創新與創造力時常交互使用，兩者差異在於創造力有獨創、有用的以及概念產生的意涵，而創新則與概念生產或採用及執行有關(Kanter, 1988)，在此定義之下，創新行為算是一連串嶄新並富創造力的行為表現，這樣的行為通常是包含創造新的產品、服務、想法、程序或是過程等，是以具創造性與改變導向為基礎的行為(Woodman et al., 1993)。學者提到，創造力是企業競爭力的重要指標(Spreitzer, 1995b)。而組織創造力受到個人創造力的影響，個人創造力包含著前置條件、創造行為、認知型態/能力以及個性(Woodman et al., 1993)。當前組織管理者想突破創新，改善員工工作成效，充能策略有助於對於創新行為的產生 (Velthouse, 1990)。

Kanter(1988)提到，創新活動具有下列特性：(1)高度不確定性，因為創新會不會成功，有無成果，很難預測。因為創新不能在時間之內完成，無法保證一定成功。所以無法謀定而後動，事先計畫，如期完成。(2)是以知識為基礎的，因為創新需要靠知識投入，它不但要應用新理論、新方法，更需要將知識消化與應用。(3)涉及高度爭議性，因為什麼是創新在事先很難判斷，未做之前無保證所做的一定是對的。尤其於社會、技術、競爭、本身各種複雜因素的影響。(4)跨越不同領域和不同功能，創新涉及組織、心理、財務、資訊、消費者、服務對象心理等客方面因素，所以必須是跨領域的。從上述觀點，學者強調，充能具有讓員工創新的

潛能，因為充能後的員工具有承擔不確定性、能不斷尋求資源與知識，並具有開創性(Kukkanen & Leino-Klipi, 2001)。由此可知，充能對個人創新有顯著重要性。

研究顯示，受充能護理人員 (qualities of an empowered nurse)與創新行為有顯著相關，是經過充能後 (empowered employee)所產生的成效 (Spreitzer, 1995b; 1999)。Kukkanen 與 Leino-Klipi (2001)的研究也發現，未來導向(future-orientatedness)是受充能護理人員的特質，例如具有改革創新(innovative creative)、熱心促使者(enthusisatic promotor)與前瞻性思考(forward thinking)。經過充能的員工能感受較多的自主與掌控感，所以能運用所受的教育裝備以更具創造性的方式提供服務(Amabile, 1988)，他會感受較不被壓制，能靈活的做決定(Zimmerman, 1995)。Thomas 與 Velthous(1990)提到，員工受充能後能發揮創新想法克服組織與工作上之困難。Redmond、Mumford 與 Teach(1993)發現，高內在任務動機者較易產生創新行為。當員工感受充能向度中的意義較高時，其創新行為亦較多，因他們有較高的自我效能與內在動機期待成功(Bass, 1985; Spreitzer, 1999)。而對於充能向度中的影響感受較高，也會促發個人產生創新行為(Howell, & Avolio, 1993)。

Velthouse(1990)提到，充能方式運用於組織員工能讓員工產生創新行為，這些方法是針對會影響充能與創新行為的三個因素，包括個人認知因素(cognitive style)、環境因素(environment factor)與行為因素(behavior factor)。茲將增強這些因素的方式敘述如下

(一)、個人認知因素(cognitive style)

1.教育替代方案(educate to alternative possibilities)

教導員工什麼是可能的，描述這些可能方式的內容，鼓勵批判性思考。當這些方式失敗時，應該鼓勵思考原因，著重於下次的改善方案，避免責備。

## 2. 教導掌控感(teach mastery)

提供深入的教育與訓練，讓員工成為專家。提供員工可以在家增進能力與發展技巧的方法，鼓勵員工接受社區教育與自我增強的課程，維持個人成長意圖並視之為組織與個人責任。

## 3. 意識擴展(broaden awareness)

教導員工對於組織整體的貢獻，鼓勵跨領域的訓練與拓展工作豐富性。擴展員工對於組織的意識包含組織的獨特性、目標、階層、部門以及成效。

## 4. 放眼結果(focus on ends)

教導員工在成果會有什麼要求。讓員工在創新的策略上展現其獨特性，要告訴他們應該如何做，鼓勵員工多提出創新的想法與意見。

## 5. 強調效能(stress efficacy)

告訴員工他可以做得好，強調能力的優點，而非缺點，以成功經驗加強個人能力的知覺。

## 6. 可用訊息(make information available)

鼓勵員工接近訊息，促使相關訊息容易取得性。

## 7. 鼓勵獨立思考(reward independent thinking)

鼓勵個人表達意見，並鼓勵員工對於過程提出批評，將其所提意見納入考量，並鼓勵員工投入在工作創新的思考中。

## 8.彈性規則(relax rule)

鼓勵設立具有彈性的工作規範，切勿建立逐步詳細的工作規則要求員工採行，這樣會遏止員工的創造力。

## 9.協助員工達成目標(attune employees to organizational goals)

了解員工的個人目標，在組織目標與個人生涯目標中尋求平衡點。在過程中增強組織的目標與個人目標相切合之處，讓個人可以受到支持使能決定在組織中提供服務的新方法。

### (二)、環境因素(environment factor)

環境因素能促使創造性行為與充能，包含訊息分享並建立溝通管道，鼓勵員工在各種機會中演練溝通與作決定的技巧，並且可設立獎賞制度，以形塑創造行為的環境。

### (三)、行為因素(behavior factor)

#### 1.設立富挑戰性的目標(assign challenging goals)

給予員工刺激的工作分配，並引導思考工作的刺激原因與觀點。鼓勵員工分析並嘗試在舊工作上有了新的突破，鼓勵思考使工作加速並富有效率的方式。

#### 2.授權(delegate authority)

在給予權力時同時授與其擔負責任的勇氣，承擔任務的責任是為工作、同時也是為自己。讓他/她們知道他/她們有能力展現其成熟、掌控與能力。

#### 3.設立魔鬼代言人的角色(assign the role of devil's advocate)

讓員工也能扮演分析與批判成果的角色，讓他們能知道在工作上所有的可能性，將主管承擔風險的責任分享給員工，刺激員工思考正向與負向結果。

#### 四、工作生產力

工作生產力是工作效率的指標之一，專家認為生產力與工作效率是多面向不容易測量 (McNeeseSmith, 1996; Moody, 2004)。McNeeseSmith (1996) 從文獻中歸納出醫療體系的工作生產力指標，例如不缺勤、達到部門目標，控制投入資源。其它學者則提出讓員工自評工作的表現以及成效是可參酌的工作生產力評價指標(Bass & Avolio, 1990)。

員工感受組織充能對於工作成效有重要影響力。知覺工作充能與工作掌控感有效預測與工作效率接近一半的變異量(Laschinger & Havens, 1996)，組織充能(機會、資源、支持、訊息)與工作效率與生產力有顯著正相關(Laschinger & Wong, 1999)，理由即是當員工覺得自己能夠獲取支持、資源、與訊息以完成她們的工作，她們就更容易感受自己有責任扮演一個專業者，更有能力有效率的完成工作(Laschinger & Wong, 1999)。獲得越多工作充能，知覺工作效率越高。尤其是支持與資源，合併高組織充能與低工作心智健康因素共可解釋 43%工作效率的變異量 (Laschinger, & Donna, 1997)。Spreitzer(1995b)研究發現，心理充能與員工自評工作效率有關，但與上司所評價的工作效率無關。

總結此節，經過充能之後，員工不只會覺得應該把本身的工作做好，也會在個人能力的基礎上創造更多新的想法與產品，讓整個組織更好。再者，被充能之員工是個主動解決問題的人，不斷改進工作績效，提昇

生產層次，進而達成組織之目標，並有較高之工作滿意度。上述成效即為本研究欲探討之成效指標。



## 第五節 充能教育之介入

### 一、 充能介入的理論基礎

依據充能源起的理論基礎可知，無力感是充能首要要解決的問題 (Conger & Kanungo, 1988; Gibson, 1991)。從 Zimmerman(1990)所提充能三個層次、Conger 與 Kanungo(1988)、Thomas & Velthouse(1990)所提員工充能的理論來看，員工充能具有的兩個向度：第一個向度是必須透過組織成員增進自我效能感受的過程，藉由確認產生無助感的因素與透過正式組織工作與非正式提供效能的訊息以移除無力感的方式來增強。基於此定義，充能員工(empowering employee)與增能員工(enable employee)屬同義辭，意指藉由發展強烈個人效能感，以創造增強動機任務的條件。第二個向度是在個人效能感受之外，必須加入個人的意義與控制感受。儘管心理充能的學者都將充能定義建立在增強員工內在任務動機，而任務被定義為一連串朝向目的，任務包括活動與目的，必須形成活動與目的的意義，此有助增進心理充能(Thomas & Velthouse, 1990)。

充能被視為是一種哲理、心理過程、實務的目標與方法。充能的過程是達到充能結果的步驟。實務工作者一般都視充能為改變的心理過程，透過各種技巧，如技能建立、意識提升，方法(approach)(著重優點)等來達到充能。Miley, O'Melia 和 DuBois (1995)書中則以社工師的觀點提出清楚的充能過程與步驟(表 2-5.1)，他從生態學的觀點，提出個案與環境系統間交互轉換改變的觀點，以問題解決模式的詢問、創造、增加個案與環境優勢的資源能力做為介入的焦點，將社會工作的充能過程區分為對話(dialogue)、發現(discovery)、及發展(development)三階段，此三階段是交互運用且重疊的彈性循環過程。由此可知，以個人層面來看，

充能介入理論是以動機與能力為出發點，從移除無力感的過程來獲取所需資源。此理論也成為本研究發展教育內容時之重要參考來源。

表 2-5.1 充能過程

階段	行動	策略	任務
對話階段	分享	確定有哪些個案已經知道他們所擁有的資源和能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.準備一起工作</li> <li>2.形成伙伴關係</li> <li>3.使用個案語言進行挑戰</li> <li>4.界定優先次序</li> <li>5.定義解決的方向 <ul style="list-style-type: none"> <li>•澄清個案與專業人員現存的知識為關係和同意評估訂契約</li> </ul> </li> </ol>
發現階段	尋找	探索個案所擁有他們自己所不知的資源	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.探查資源系統 <ul style="list-style-type: none"> <li>•探查哪些隱而不顯但已經擁有的資源</li> <li>•連結想法與過去附加的資源和事實</li> <li>•評估/確定/表達感受</li> </ul> </li> <li>2.分析獲得資源的能力 <ul style="list-style-type: none"> <li>•彙集人際的資訊</li> </ul> </li> <li>3.解決策略的架構 <ul style="list-style-type: none"> <li>•決定個案系統還需要些什麼</li> <li>•發展解決的步驟計畫</li> <li>•為改變訂定契約</li> </ul> </li> </ol>
發展階段	增強	接近或建立一些個體尚未利用的額外能力與資源	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.流通資源</li> <li>2.擴大機會</li> <li>3.認知成功的結果</li> <li>4.統整獲得 <ul style="list-style-type: none"> <li>•得到個案所需要的</li> <li>•評估個案沒有使用但已存的資源（個人的、人際的、機構的、社區/社會的）</li> <li>•建立新的資源和機會</li> <li>•為結束訂契約</li> </ul> </li> </ol>

摘自：Miley, K., O'Melia, M., & DuBois, B. (1995). *Generalist social work practice: An empowering approach*. Boston: Allyn & Bacon.

## 二、充能策略的原則

Ellis-Stoll 和 Popkess-Vawter(1998)之健康充能過程模式(Model of the empowerment process)，亦經常被健康介入計畫引用，闡述的是發生於個人層級的充能前題、過程與結果。該模式指出充能的前題係因個體出現適應不良行為，進而引發改變適應不良行為的動機，充分了解行為改變之個別化需求，最後個人自發性的選擇是否繼續不良行為或願意做改變。充能過程必須建構在互助參與、主動傾聽(注意說什麼，檢查了解狀況)以及發展個別化知識獲得。以教育、資源運用、並在過程中相互支持與信任，最後個體能自決並獨立執行健康促進行為。以此模式統整文獻介紹充能策略必須考慮之原則如下：

### (一)、引發批判意識

充能的心理目標是增加價值感，自我效能和控制(Staples, 1990)。意識提升和批判意識的培養過程是很重要的，以便理解過去加劇無力感的因素(Fahlberg et al., 1991)。通過理解他們的現實和採取行動可能出現的結果，無力感有可能發生改變。

管理心理學者認為，充能必須改良個人內在動機，強調個人信念、態度、自尊與自我效能的意義。充能心理過程包含改變個人在社會中的自我覺知。包含發展團體感、減少對問題的自我責備、增加未來事件之責任感以及自我效能的增強。這些是屬於批判意識感的部分(Freire, 1973; Gutierrez, 1988)。批判意識包含意識覺醒的提升(consciousness raising)。意識提升的方法包含結構性對話(constructive dialogue)與實踐(praxis)，行動與反思的過程。此與 Miley 等人 (1995) 依照生態學觀點，提出社會工作介入的充能過程相似，此三階段包含(1)對話(dialogue) 確定有哪些個

案已經知道他們所擁有的資源與能力；(2)發現(discovery) 探索個案擁有他們不自知的資源；(3)發展(development) 接近或建立一些個案體系尚未利用的額外能力與資源。這些技巧主要協助個人了解他們所處情境的本質、他們的團體在社會中的狀態以及他們投身於社會改變的能力。充能理論是假定假使個人能了解人類經驗的連結，他們更可能與他人一同工作已改變社會情境(Kieffer, 1984)。

## (二)、集體運作

### 1.互助團體

充能藉由介入方法的產生，包含以助人關係為基礎的合作、信任以及權力的分享、運用小團體、接受個案對問題的定義、確認並建立個案的優點長處、提升對階級與權力議題的意識、主動參與個案改變過程、教導特殊技巧、相互協助、自我幫助與支持團體的運用、在助人關係上經驗個人能力的提升、動員資源或為個案倡導(Gutierrez et al., 1995)。團體內(Intra-group)的互動被視為是提升充能過程中的重要方法(Freire, 1970; Kieffer, 1984)。

Kieffer(1984)提出充能過程的必要條件包含：1.個人態度(a person attitude)或是自我感受(a sense of self)，能促使主動社會運動；2.發展行動策略的能力(an ability to develop action strategies)並且累積資源以達成個人目標；3.行動的能力(an ability to act)與他人共同確認並達成集體性目標。基於此條件，下列三個要素對於設計團體介入活動達成充能過程是很重要的

#### (1).集體性(collectivity)

集體性是個人成為一個完整個體產生能量的重要因素。自助團體

(self help group)、集體性提供一個支持、相互協助以及集體行動以代表以整體的機會。

## (2).教育(Education)

係指批判性思考(critical thinking)、知識(knowledge)與技巧(skills)。Freire(1973)所提出之批判意識(critical consciousness)，他提出為了讓人們了解他們所處的情境是名義化與社會政治性的關係，他們必須學習如何批判性的檢視他們自己所處的環境與大環境的關係。批判性意識提升要透過對話(dialogue)與教育(education)。

## (3).能力評估(competency assessment)

能力評估不是依賴專業人員本身而已，個案也必須考量，個案有能力選擇他們所要的問題解決方法。能力(strengths)與因應技巧(coping skills)評估甚於缺點(deficits)的評估。

## 2.工作坊

「工作坊 (Workshop)」一詞，最早出現在教育學與心理學的研究領域之中。在教育學的領域之中，以「工作坊」來作問題解決型學習之活用。另外，在心理學的領域之中，則是利用「工作坊」的方式來進行團體心理療法。

「工作坊」可以讓每個參與者在公平的起點上，以互相發表、討論的方式來交流、交換意見，以遊戲的形式呈現在參與者的面前，實際上則是以較為輕鬆的氣氛來帶動所有參與者的參與感，如此一來，除了可以改善現場的氣氛之外，亦可以多方面獲得大家的意見與想法，以利於議題之討論及整體活動的推動；以上兩種不同的開會或是活動的各種角

色的關係圖，如圖 2-5.1 所示。(淺海義治，1993，引自王志豪，2003)。

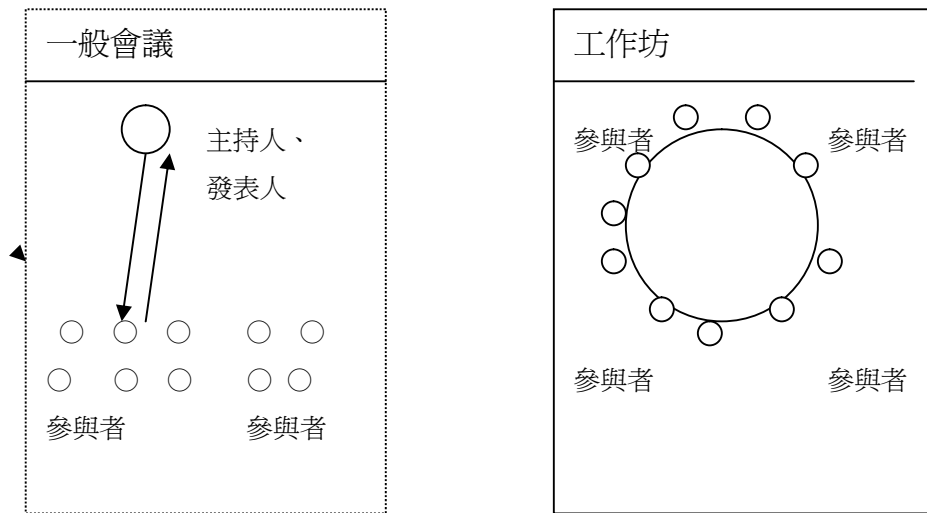


圖 2-5.1 會議與工作坊之活動與角色關係示意圖

### (1) 構成工作坊之要素

依據鄭晃二、陳亮全(1999)以及王志豪(2003)整理之工作坊要素可知，工作坊的操作與進行方式通常都是隨著不同的議題、目的而在操作內容上有所變化，但是基本的構成模式仍然是不變的，主要是資訊之分享、經由小組提案設計讓參與者可以繼續互相討論，透過小組討論的方式，讓參與者在活動過程當中可以相互交流意見、腦力激盪、共同創造。這個方式要比一個人獨自創造來得容易，並且透過凝聚共識的過程，可以拉近彼此的人際關係，形成不受拘束與自在的溝通場域，促使全體表達，希望能夠藉由此資訊分享的機會，共同思考出一個最適切的方向。

### (2) 「工作坊」之操作概念

參與機會的對等性是為解除參與者之間的緊張感與增加與對方之認識而舉行之小遊戲，可以把自己的意見利用寫「便利貼」的方式表達出

來，讓全體的參與者獲得對等的機會共同參與工作坊之各項活動進行與討論。並應將資訊的共有化，以多樣性的活動方式避免流於形式。

### (3) 「工作坊」的基本精神

「工作坊」的基本精神主要有四項：參與、溝通、動手做、學習。這四種精神也可以看成是工作的四個階段：首先，鼓勵大家參與，為有積極的參與才會產生雙向的溝通；經由溝通才會瞭解彼此的不同；瞭解之後還要進一步動手做，為有自己動手做才知道做事情的人的辛苦；而其結果，在訂定計畫時，不論任務分工或溝通協調都會比較容易些；而在整體的過程當中，其目的便是在學習，如果個人從中毫無所獲，徒然是少數人消耗精神與力氣罷了。

因此，參與者必須要了解工作坊的基本精神：參與、溝通、動手做、學習，並事先將個人的基本認知調整妥當，再依照「工作坊」的操作概念與進行方式來完成「工作坊」所賦予參與者各階段之任務與工作，整體的活動才能夠循序漸進，而參與式計畫也能夠充分發揮「工作坊」所具有的功能。這些在本研究設計教育活動時都必須納入考慮。

### (三) 支持環境

Kar 等人 (1999) 歸納出 7 個經常使用的充能方法，依次為充能訓練與領導發展、媒體使用、支持與倡導、大眾教育與參與、組織化的夥伴關係、工作訓練、使能服務與援助、權力保護與社會運動/改革。從護理組織發展與護理觀點，充能可藉由提供專業及組織相關訊息、支持、資源分享、參與決定的機會，以增加個人能力所有權，最後而能達成組織目標(Hawks, 1992)。Rodwell(1996)亦提到互信與互重、教育與支持、動機、參與和互相允諾是充能重要的因素。由此可知，透過教育與支持

有助於增強充能感受。

從文獻中彙整充能理論可知，對話、評估與釋放、再行動是喚醒批判意識的過程，亦是充能教育介入重要的步驟，透過團體發展充能經驗，並在支持性環境中透過工作坊的運作形式來實踐充能的技巧，是本研究設計充能教育之主要依據。

## 二、充能介入策略與評價研究

Wallerstein 與 Bernstein (1988) 所設計之青少年藥物濫用預防計畫 (ASAP, Alcohol Substance Abuse Prevention) 是最早以充能概念所進行的實徵性研究，結果發現從青少年個人(態度、覺知、行為與能力)改變，進而使得學校規範獲得轉變。其他研究包括糖尿病、癌症與精神障礙者亦相當多 (Anderson et al., 2000; Byrne et al., 1999; Mok & Martinson, 2000)，結果顯示，充能與疾病照護及個人自主有顯著相關性。由表 2-5.2 可知，國外研究從 1995 年開始以充能理念為操作依據進行介入研究，多數研究傾向單獨使用質性或量性評價方法，合併兩者不多。介入方式包含課程教學、團體活動、工作坊、自助團體、面對面會談、問題為中心教學、或是合併課程與團體活動兩者等方式，以下分別針對量性與質性兩種介入性評價研究進行介紹

### A. 量性介入研究

由表 2-5.2 可知，從 1995 年開始，國外已運用充能概念進行介入研究，介入對象廣泛，從健康促進到長期照護群體皆有，量性指標多著重於與疾病相關之指標，例如血糖控制、疾病照護能力、因應行為等。國內亦有不少學者針對充能進行實徵性研究，個人層面的研究，如洪麗娥



(2001) 與郭寶蓮 (2002) 分別針對腎臟末期患者與糖尿病患進行充能訓練，結果發現充能訓練對患者之賦權、自我照顧自我效能及生活品質的心理構面均有顯著的改善。

## B. 質化研究

行動研究是操作充能概念最合適的方法，國外學者以參與式行動研究進行充能的層面多著重於社區。鮮少單以個人來進行充能。Bennis 與 Davis(1992)以提供專業教育的方式來充能居家護理人員，結果顯示他們在接受教育訓練後感受自己在照護上更有掌控感。其它相關研究則以充能策略則以女性主義與批判主義思維所設計之敘事工作坊或成長團體的運作增長充能意識，改善工作能力，亦即透過對話與發現的過程喚起自我成長與行動力。Kaminski, Kaufman, Graubarth 與 Robins (2000)以敘事方式來了解並喚起員工之充能意識，結果顯示在釋放過去經驗中能帶來成長與繼續往前之力量。

國內幾位學者亦以行動研究進行充能。張菊惠 (2002) 以行動研究法進行職場賦權，建構的經痛團體係依據充權教育與月經意識覺醒設計，輔以月經日記，引導飽受經痛困擾職場員工自我檢視、共同探索、分享及對話，使其反思自身經痛與經期經驗所受到的箝制壓抑的部份，整合不同的經痛經驗，並於團體中察覺、認識、經驗分享及接納自己的身心變化，提高女性身體意識與主體性，在問題的探索過程中激發出動機、能力、與行動，來增長自我管理的能力。除了賦權經痛團體參加者，更藉由行動歷程賦權工廠護士，營造工廠護士與員工的對話空間，使工廠護士能主動發掘員工的健康需求，從由上到下提供單套服務的模式轉變為能覺察不同屬性員工間的異質性需求。研究結果顯示，經痛團體成

員透過敘說與分享彼此的經痛困擾與處置經驗，澄清對月經與經痛的迷思，並營造同事間互相支持的情誼與網絡；從瞭解自己的問題，進而激發出動機、能力或行動來增長經痛自我管理的能力，提昇女性身體意識與主體性。林雪貴(2000)以女性主義參與研究之意識覺醒的策略，讓婦女於團體中自由對話、分享與反省其中年更年期經驗，並從團體過程中產生啟蒙、充能與解放之意識覺醒，結果發現透過成長團體運作，有助於團體成員發展成就自我的決策。社區充能的層面，陳俞琪(2000)、呂秀蓉(1999)、武茂玲(1999)、葉若分(2004)則以行動研究法進行社區個案的充能，研究發現充能介入後，研究對象產生自主、團體組織動力以及破除阻力等不同層次之成效。陳秋芳(2001)以成長團體運作方式，透過批判反思研究法(critical reflective inquiry)方式，透過敘述(descriptive phase)，反思(reflective phase)，批判與解放(critical/emancipatory phase)三個階段來分析公共衛生護理人員敘述故事(narratives)之內涵，並檢視公衛護士實務工作中特殊事件臨床人員的個人信仰、假說及知識，最後以批判的角度矯正及改變不好的護理實務措施，更進一步由自我解放及團體解放的過程發展創新行為的策略。其研究過程結果歸納出8個主題：1.促進者的催化功力(Facilitator's Ability to Catalysis)；2.覺醒的啟示(Enlightenment)；3.震撼與掙扎(Shocking and Struggling)；4.萬能公共衛生護理人員的負擔(The Burden of Community Health Nurses)；5.進入反思的輪迴(Enter the Cycle of Reflection)；6.習得『釣魚』的本領(Empowerment)；7.頓悟的行動(Action)；8.揭開隱含的經驗性知識(Uncover Experiential Clinical Knowledge)。藉由敘事過程釐清不合理實務工作之慣性，重新思考工作經驗的意義，激發互相切磋，凝聚團體共

識，能夠啟發創造不同工作模式的可能性，改善其服務品質。也協助每一個成員共同參與團體的公開反思中，不但幫助公共衛生護理人員改進她們的實踐，同時產生她們的實務知識。

除此之外，自助團體也是充能介入常用策略之一(Parsons, 1991)。藉由自助團體分享，提升自我控制感、自尊與自覺能力，感受生命有價值，更可因著提升組織參與而達到組織充能的目的(Nelson et al., 1998)。Arneson 與 Ekberg(2005)運用問題導向之團體運作方式針對瑞典管理部門、牙科診所以及公立學校 97 位員工進行職場健康促進之充能過程，該研究亦採取由下而上的方式，由學員所主導，結果呈現出充能過程包含省思(reflection)、覺醒與洞見(awareness and insight)、自我導向與自我管理(self-direction and self-management)、團體凝聚(group coherence)、社會支持(social support)、行為與行動(action and activity)。Williams (1995)研究設計課程讓未來要運用健康促進概念的健康專業學生經歷充能，課程的核心是參與。參與者能討論上完此課的目標、並確立團體的學習目標及個人學習目標。教學方式包含正是討論以及課程講授、大團體與次團體之討論以及計畫書寫工作。經過為期 10 週課程，學生能經歷演練充能、了解去充能情境、分享學習責任、整體學習並能從衝突中學習。

總結此節，從個人層級來來進行充能導向策略介入，集體性方式有助於個人在團體產生充能經驗，透過敘事引發批判性思考，並藉由團體支持、理解來提昇公共衛生護理人員心理充能之感受，並藉由上級組織成員之參與，強化工作組織之參與機會，以增進組織充能，進而提昇工作能力，是一項值得嚐試的介入方式。考量研究者位隸屬於公共衛生護理職場之成員，以行動研究來操作充能概念可能產生限制，但又發覺充能

對於公共衛生護理實務之重要性，深知單獨以量性或質性研究設計可能無法完全剖析充能成效，故本研究嘗試將量性與質性研究做合併，以同步收集量性與質性資料之設計，除可了解充能教育介入成效外，亦能充能勾勒充能之歷程。

表 2-5.2 充能介入研究一欄表

作者/年代	介入對象	介入方式	成效指標
Williams, J. (1995)	13 位學生	<b>教育原則與實務</b> (education principles and practice)」模式，每週一天，為期十週。 課程目標是鼓勵學生針對教育進行批判性思考，以及教育其在社會中的角色，去省思教育在政策下的問題以及如何被運用來建立價值信念，去探索如何運用充能式的教育。	<b>質性評價</b> 1. 演練充能(practicing empowerment) 2. 了解去充能(understanding disempowerment) 3. 分享責任(sharing responsibility) 4. 整體學習(holistic learning) 5. 從衝突中學習(learning from conflict)
謝玉娟 李麗傳 (1997)	研究對象為對某一地區教學醫院基層護理人員，實驗組 20 人、對照組 24 人	教育、諮詢及團隊討論的運作	1. 成長機會、資訊共享、支持革新及整體增強感受的提升。 2. 護理評估與計劃、依醫囑協助及執行各種醫療活動、護理常規及技術、病人出院後繼續居家護理服務、護理指導及整體的照顧病人能力之增進
Jirapaet, V. (2000)	從位於泰國曼谷高危險或受 HIV 感染的兒童門診	PAR(參與式行動研究)的典範來設計教育介入活動(每週一次，為期 6 週)，藉以提升 HIV-infected 媽媽的生活品質與因應行為。以對象確認出的需求來設計活動。 1. 同儕助益 2. 照顧嬰兒以及母親自我照顧之專業協助 3. 壓力管理	<b>量性</b> 1.因應能力 實驗組>對照組有較好的因應能力 2.生活品質 實驗組>對照組 3.母育因應行為。 實驗組>對照組

		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. 獲取社會資源</li> <li>5. 另類治療。</li> </ul>	<b>質性</b> 藉由參與在訊息分享以及同儕互動中產生充能感受
郭寶蓮 (2002)	<b>兩組前後測</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 第二型糖尿病門診病人</li> <li>2. 34 人為實驗組、33 人為對照組</li> </ul>	每週 2 小時，為期 8 週	<b>量性</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病充能提升</li> <li>2. 糖尿病自我效能提升</li> <li>3. 糖尿病自我照顧提升</li> <li>4. HbA1c 提升</li> </ul>
Townsend, M. S., Contento, I. R., Nitzke, S. McClelland, J. W., Keenan, D. P., & Brown, G.(2003)	<b>單組前後測</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 141 位教育工作者接受此工作坊訓練，其中</li> <li>2. 134 人完成前測，119 人完成後測。</li> </ul>	計畫行為理論(the Theory of Planed Behavior)來架構一個營養專業人員的工作坊(6 個小時)	<b>質性</b> 工作坊能增進參與者在計畫時能運用理論的意圖。
謝明珠 (2003)	南部某教學醫院總分院單位護理長（包括代理護理長）共 21 人，及工作滿半年以上的護理人員共 447 人。隨機分派為實驗組與對照組	課程教育共 20 小時。 <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 認識授權與賦能</li> <li>2. 授權賦能執行策略與評值</li> <li>3. 情境領導與演練</li> <li>4. 決策理論與實務應用</li> <li>5. 目標管理</li> <li>6. 建立高效能團隊</li> </ul>	<b>量性</b> 工作相關授權賦能及三個次量表皆無顯著性差異 ( $p > 0.05$ )

		7. 組織變革與管理 8. 激勵與授權賦能	
Preece, J., & Ntseane, G. (2004)	<b>單組前後比較</b> 1.29 位職場員工 2.14 個焦點團體(每個團體各有 10 位男女性)	以成人教育與女性主義思維作為充能教育之依據來設計 HIV 防治(IEC Information, Education and Communication)的課程。	<b>量性</b> 能提升對於 <b>HIV 的意識</b> ，但對於防治行為採行的成效很小
Tran, A. N. et al., (2004)	<b>單組前後測</b> 110 位社區民眾，將其分為 20-40 人一組。	由共有 11 位協同教育者(每個團體 2 位)以小團體進行 2 小時溝通訓練，讓社區民眾能學習如何跟醫師溝通。 1. 瞭解良好醫病溝通的障礙 2. 瞭解有益於良好醫病溝通的範例 3. 瞭解如何運用暗示與提醒來增進醫病溝通 4. 演練提升溝通的暗示與溝通技巧。	<b>量性</b> 病患 <b>自信與溝通能力</b> (Patient Confidence and Community Scale)後測顯著高於前測。
Pibernik-Okanovic, M., Prasek, M., Poljicanin-Filipovic, T., Pavlic-Renar, I., & Metelko, Z. (2004).	<b>兩組前後測</b> 1.73 位第二型糖尿病之病患，將其分於 8 個不同團體 2.從另外一個社區找 35 位相同條件之患者成為對照組	<b>心理充能課程(6 週)</b> 1. 目標設定 2. 問題解決 3. 適應糖尿病 4. 適應日常壓力 5. 尋求支持 6. 維持動機	<b>量性</b> <b>1.生活品質</b> 3 個月與 6 個月的後測顯著高於前測 <b>2.血糖</b> 3 個月與 6 個月的後測顯著低於前測
Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E.,	<b>長期追蹤比較</b> 185 位醫院護理人員經	<b>醫院組織改造</b> 人力重整	<b>量性</b> <b>1.心理充能與工作滿意度</b> 隨時間改變顯

Shamian, J., & Wilk, P. (2004)	過起始點與變革之改變	任務安排	著增加 2.組織充能未增加
Joan, P. R., Erin, L., & Timothy, T. (2004)	Baystats Health System(BHS)之護理人員	1.運用 Chandler 的充能模式，是以 Kanter 的理論。以此理論來創造一個工作環境提升工作滿意度、留任以及工作表現。 2.professors 與 NSD 提供訊息與支持 3.preceptor 藉由關係的建立提供資源與機會。	量性 6 個月新進人員留任率達 92.5%，整體留任率達 90%。
Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004)	單組前後測 22 位成癮與心理健康之臨床人員	2 天之動機式晤談(MI)之工作坊之成效	量性 1.Helpful responses Questionnaire(HRQ) 2.標準病人互動之錄音帶(SP)(MISC)。 後測結果顯示在 HRQ 與 MISC 顯著增加。2 個月後 HRQ 與 MISC 顯著較基礎點高，但較後測下降。
Adolfsson, e. T., Smid, B., Gregeby, E., Fernstrom, L., & Wikblad, K (2004)	質性評價 11 個護理人員，5 個醫生。	2 天的工作坊 運用充能策略在 typeII 的 DM 病人身上	質性評價 1. 感受到在傳統角色上存在著衝突。 「知道是一回事，將它付諸實行又是另一回事」。 2. 反應工作負荷量太大，儘管他們想做，仍無法真的去應用這些技巧。 3. 缺乏資源與時間是推動新的工作模



			式的障礙。
Tsay, & Hung (2004)	<b>兩組前後測</b> 50 位腎衰竭病患隨機 分為實驗與對照組	充能訓練活動(每週三次，每次約一小時，共進行 十二次為期一個月)	<b>量性</b> 充能提升 自我照顧能力提升 憂鬱提升 生活品質未提升
賴妙芬 (2004)	<b>兩組前後測</b> 49 位社區糖尿病病人 為實驗對象，另一社區 之 34 位糖尿病病人為 對照組	<b>課室教學+團體互動</b> (共 4 次，每次 90-100 分鐘) 1. 糖尿病新生活願景之旅 2. 大家有緣來做伙 3. 救命妙錦囊 4. 超級金頭腦	<b>量性</b> 「社會支持」和「充能效果」之後測得 分高於對照組且有顯著差異
吳淑芳 (2004)	<b>兩組前後測</b> 分 50 人為 <b>實驗</b> 組 (三 芝鄉)，另外的 37 人為 對照組 (北投區)。	<b>課室教學+團體互動</b>	<b>量性評價</b> 充能程度未能提升 <b>質性評價</b> 1. 主動尋求資源解決問題 2. 提昇保健知識及技術能力 3. 增強團體彼此相互支持的力量 4. 影響同儕和鄰居的參與 5. 增強健康促進行為

<p>Melnyk, B. M., Alpert-Gills, L., Feinstein, F., Grean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M., Corbo-Richert, B. (2004).</p>	<p><b>兩組前後測 隨機控制實驗對照組</b> 紐約 2 所醫學中心之新生兒加護病房中經歷孩童非預期住院之母親共計 163 位。(E=87, C=76)</p>	<p>Creating Opportunity for Patient Empowerment(COPE)計畫(三個階段) 主要是要提升</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 母親對於孩童經歷急症住院所呈現之行為的瞭解</li> <li>2. 孩童情緒與身體照護的參與行為</li> </ol> <p>包含</p> <p>Phase I-PICU 住院後 6-16 小時</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 錄影帶與書面資料</li> </ol> <p>Phase II-從 PICU 轉到普通病房 2-16 小時之內</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 錄影帶與書面資料</li> <li>2. 親子互動書-涵蓋 3 個活動，必須要在出院前完成 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 木偶遊戲：用以讓孩童表達在非威脅性情境下的情緒。</li> <li>b. 治療性遊戲：協助孩童在住院經驗中獲得掌控感</li> <li>c. 閱讀並討論「Jenny' Wish」是述說一位孩子如何因應壓力的住院經驗</li> </ol> </li> </ol> <p>Phase III-從醫院出院後 2-3 天</p> <p><b>電話提醒</b>：鼓勵家長繼續運用所學的方式來處理孩子創傷後的問題。</p>	<p>量性</p> <p>母親焦慮 負向情緒狀態 憂鬱 母親住院壓力 母親出院後壓力 參與孩童情緒照顧 參與孩童身體照顧 父母信念</p> <p>上述指標皆有顯著成效</p>
--	--	--	---

<p>Adolfsson, E. T., Smide, B., Gregeby, E., Fernstrom, L., &amp; Wikblad, K. (2004).</p>	<p>瑞典中部基層醫療中心之 5 位醫師，11 位護理人員。</p>	<p><b>2 天的工作坊</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 針對第二型糖尿病，在其家庭實務中運用充能技巧於團體衛生教育。 <ol style="list-style-type: none"> <li>a 充能技巧</li> <li>b 動機</li> <li>c 學習原則</li> </ol> </li> <li>2 教導他們運用個別諮商方法：錄影帶、問題解決、合理的改變、產生改變的障礙與能力、設定短期與長期目標，擬定計畫以達到目標。</li> <li>3. 結束之後每 6 個月舉行為期半天的追蹤性會議。</li> </ol>	<p><b>質性評價</b></p> <p><b>衝突的角色</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 傳統思維 vs 充能策略</li> <li>2. 專家 vs 激化者</li> </ol>
<p>Trolvik, A., &amp; Severinsson, E. (2005)</p>	<p>9 位照顧患有氣喘病童 (N=5 2-6 歲) 之家長</p>	<p><b>團體課程+面對面諮詢</b></p> <p>課程主題包括</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 疾病訊息</li> <li>2. 吸入性治療的使用</li> <li>3. 室內環境</li> <li>4. 氣喘危險</li> <li>5. 早期喘氣問題</li> <li>6. 運動</li> <li>7. 網絡連結與社會權益</li> </ol>	<p><b>質性評價</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 分享經驗</li> <li>2. 接受疾病</li> <li>3. 夥伴關係建立</li> </ol> <p>從與其他家長的互動中增加自我了解</p>
<p>Siu, H. M., Laschinger, H. K.</p>	<p><b>兩組前後測</b> 41 位參與充能導向之</p>	<p><b>以問題為中心之教學</b> 課程討論</p>	<p><b>量性</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 組織充能</li> </ol>

S., & Vingilis, E. (2005)	PBL 課程，另 67 位傳統教育模式為對照組	情境討論	實驗組>對照組 <b>2.心理充能</b> 實驗組>對照組
DeCoster, V. A., & Geroge, L. (2005)	<b>單組前後測</b> 11 位社區糖尿病患者	<b>自助團體 (DM Club) 每週一次 為期 6 個月</b> 1. 接受疾病 2. 改變動機 3. 工具性與情緒性協助 4. 一般問題解決技巧 5. 掌控生活	<b>量性</b> 下列指標後測顯示較前測佳 <b>1.糖尿病自我效能</b> <b>2.糖尿病自我照顧行為</b> <b>3.HbA1C</b>
Arneson, H., Ekberg, K. (2005).	<b>質性評價</b> 97 職場員工(管理部門、牙科診所、公立學校)，分為 13 個團體。	<b>團體討論(每週 2 小時，為期 4 個月)(PBL)</b> 討論、確認問題、計畫改變、行動與評價過程與結果	<b>質性結果</b> 1. 省思 2. 覺醒與洞察 3. 自我決定 4. 自我管理 5. 團隊擬聚 6. 社會支持及行動
Tiwari, A., Leung, W. C., Leung, T. W., Humphreys, J., Parker, B., & Ho, P. C. (2005)	<b>兩組前後測</b> 實驗組與控制組各 55 位懷孕之受暴婦女	<b>個別面對面會談</b> 30 分鐘面對面會談+廣告小冊子(Brochure)，目的是增加受暴婦女的獨立與控制。 <b>Empathic understanding</b> 是重要介入要素。	<b>量性</b> <b>1.衝突應用策略</b> 心理虐待與小動作身體虐待策略明顯降低。 <b>2.生活品質(SF-36)</b>

			身體活動與疼痛明顯降低
Wu, L. W., Yin T. C. C., & Li, I. C. (2005)	兩組前後測 以士林、北投 10 家安養機構，共計 35 人，分為實驗組(n=16)及控制組 (n=19)	課室教學+團體分享(10 次活動，為期三個月) 1. 急救及心肺復甦 2. 評估老人健康狀況與需求 3. 維護健康的方式 4. 傷口護理 5. 營養問題 6. 常見疾病認識與處理 7. 溝通技巧 8. 復健運動	量性 1. 未能降低外籍看護工的工作壓力 2. 「工作負荷與工作流程」壓力增加
Ruffolo, M. C., & Evans, K. M. (2005).	兩組前後測 94 位嚴重情緒困擾之青少年的家庭(Serious emotional disturbance, SED)隨機分為實驗組與對照組	1.特別個案管理(Intensive case management, ICM) 提供家訪、支持、危機處置與個案管理服務 2.多元家庭團體心理教育介入(Multiple family group psychoeducation intervention, MFGPI) 團體問題解決與互動性知識建構，著重在社會支持、病患教育、家屬充能，主要是讓家屬再團體中解決實際面的問題。每月 2 次，每次 2 小時。  介入 實驗組 ICM+SEE	量性 在介入後 9、18 個月進行評價 家庭危機導向個人評價量表(F-COPES) 社會支持、再建構、靈性支持、家庭動員尋求幫助、被動評價運用。 孩童行為檢核表(CBCL)  問題解決技巧兩組沒有差異 兩組的孩童外在情緒症狀都顯著降低

		<b>對照組</b> 一般性 ICM	
McQuigg M, et al. (2005)	<b>世代追蹤</b> 英國 80 個基層醫療單位	<b>計算體重計畫(counterweight program)</b> 1.查核並發展計畫 2.訓練與支持 3.護理人員主導之介入措施 4.評價 <b>充能基層醫療人員與病患執行計算體重計畫</b> <b>成人學習理論</b> ：運用小組互動式討論、問題為基礎之學習	<b>量性評價</b> 1.58 個介入措施完成，其中 47 個單位持續進行，共有 1549 位肥胖個案參與。 2. 在 12 個月的介入期間，僅有 49% 個案完全參加介入活動。 3.完全參加活動之肥胖個案能減輕至少 5% 體重。