

高齡者參與賦能取向式園藝治療團體之 治療因素探究*

林俊德**

國立臺中科技大學通識教育中心

參與園藝治療團體對高齡者具有正面效益，對其治療因素的理解，有助於園藝治療團體相關策略的擬定或概念的修正，亦有助於相關實務能力的提升。本研究之目的在於探討高齡者參與賦能取向式園藝治療團體之治療因素內涵。採用以賦能觀點為基礎的園藝團體方案設計，由園藝治療師及諮商心理師協同領導，針對10名65歲以上之高齡者施以8次園藝治療團體活動。研究方法採用量化與質化混和設計，資料蒐集以問卷及訪談方式進行。於團體結束後施以「團體治療性因素問卷」測量及深度訪談，以理解高齡者參與園藝治療團體的治療因素內涵。問卷統計結果發現參與者普遍認同之治療因素為「對團體正向感覺」、「行動力的引發」、及「認知性的獲得」，透過小樣本無母數統計法進行資料分析，發現治療因素具有階段間顯著差異性，團體後期之得分高於前、中期。透過訪談資料分析，發現「共享性、成就感、技巧學習、期望感、紓壓性、健康關注」等六項助益性主題與量化資料相呼應。整體而言，賦能取向式園藝治療團體對高齡者具有正面助益，理解園藝治療脈絡下之團體治療因素內涵，對高齡者園藝治療之建構與進行具啟發之參考價值。

關鍵詞：老人諮商、治療因素、園藝治療、園藝團體治療、賦能。

*本研究獲科技部專題研究計畫（MOST 103-2410-H-025-027）之經費補助，為其研究之部分結果發表。

**通訊作者：林俊德，email: jdlin@nutc.edu.tw。

DOI: 10.3966/172851862020090059004

壹、緒論

一、園藝治療對高齡者產生心理治療的可能性

健康老化應該是每位步入高齡階段的人們所期待與渴望的，也是個體身心發展歷程中的一大關注議題，活出健康、活得快樂也可說是個人生命歷程中的一大樂事，誠如村上春樹小說裡的「小確幸」（張致斌譯，2002/1986），人在年老時平日能有一點快樂事，亦是個人一大幸福；而從事園藝活動正可為老人帶來一些心理滿足、幸福與成就感（Rappe, 2005）。園藝治療活動也確實具有許多正面特點，高齡者亦可藉由主動參與園藝治療活動過程中，接觸其他同伴及園藝相關技巧的學習，得以減少孤獨、獲得持久快樂的可能，至少在參與活動當下也可有一些小小的幸福。

園藝治療（horticultural therapy）自1812年美國精神科醫師Benjamin Rush將其應用於心理患者見到效果開始，近年來已被廣泛應用於身體復健、健康照護、職能治療及社區醫療等領域，亦被證實具有改善記憶效果、認知能力、語言技巧、社交功能等（American Horticultural Therapy Association, AHTA, 2017; Nicholas, Giang, & Yap, 2019）。自1982年國內首度出現該主題之相關研究（謝瑞瑁，1982）及2000年於大專校院開設課程開始（李翠玲，2010），其主要概念及操作模式被引入國內至今已超過19年歷史。近10年間更被大量運用於不同領域及各類對象的生活適應或身心療癒等，包括老人族群、特殊兒童或青少年、精神科病人、慢性病人、大學生、受戒治人、護理人員、家庭照顧者等，其中以老人族群受到最多關注，其實施場域包括社區、安養機構、護理之家、長照中心等機構，探討及改善老人之身心狀態等（林俊德，2015；Chu, Chen, Tsai, Chan, & Wu, 2019）。

從相關研究歸納得知，園藝治療對高齡者具有多項共識性的「效益」（benefits），最常被論及者常為認知、心理、社會、生理等效益；認知方面如提升認知功能、改善專注度及刺激記憶等；心理層面如改善生活品質、幸福感、減壓、降低焦慮、減緩憂鬱及提升個人價值感等；社會層面如增加社交互動、提升社會功能及團體凝聚力等；生理效益如改善免疫反應及改善手眼協調力等（Clatworthy, Hinds, & Camic, 2013; Verra et al., 2012）。「效益」字面上的含意，似有「效果」與「益處」之關連，從多數研究結果的呈現，也見到受輔者產生多項身心狀態的改善效果或益處等；其論述與治療效果（therapeutic effect）有諸多重疊，而差別之處可能僅在於測量工具上的差異或關注焦點的不同（Arashida et al., 2007）。然而國內近年來的研究多

數仍以園藝治療「效益」的觀點論述，少有明確宣稱治療效果者；再細觀研究主題及內涵，園藝「治療」帶給受輔者確有實質效果，如改善人際互動、知識性的獲得或記憶力的改善等，也確實呈現出受輔者參與前後的某種身心狀態的差異。換言之，國內相關研究探討的園藝治療效益內容其實與治療效果類似，但在研究結果的呈現上，卻仍常以「效益」來闡述。

推測如此論述的理由，有可能受限於「治療」需有特定的條件，如治療者需具備相關專業學習背景或執照、認證等，但諸多研究除由研究者自身擔任外，並未對園藝治療帶領者的專業背景做詳盡交代，暫且不論所有的治療操作是否符合治療倫理的要求，研究者在探討園藝治療「效益」之餘，卻也可能忽略治療上的價值或嚴肅的倫理考量。進行園藝治療的過程既然提及「治療」，對於方案的執行涉及哪些使參與者獲益或產生療效的要素理解應有其重要性，否則易被誤解為一些活動的堆砌過程（Wang & Macmillan, 2013）。即當受輔者在帶領下參與經過設計的園藝活動後，輔以測量工具評估其參與活動前後的身心狀態，闡述其獲益與否，或許能夠見到參與前後的改變，然而改變的細節或內涵，則未必能夠清楚；唯有透過對其參與「歷程」的理解，方才容易判定。誠如AHTA（2017）強調受輔者的改變，有時候參與的「過程」比結果還重要，不過在測量上卻不易被觀察到。

園藝治療常是透過園藝活動課程的設計，在其內容注入園藝或庭園景觀等相關因素，如室內外植物栽種或參觀、園藝或藝術活動之操作、工藝活動、表達性媒材的結合使用等一系列活動性質的課程，透過小團體的運作形式（受輔者或研究對象多數介於6~12人之間），由一至幾位教導者或領導者，引導受輔者進行活動，過程亦包含所有成員間的交流互動與學習等，而活動期程之規劃常見為四週至十二週左右，少數是長期團體類型（Barley, Robinson, & Sikorski, 2012; Nicholas et al., 2019）。此種活動設計及帶領過程，類似於輔導或諮商團體的進行方式，同樣會有團體動力的影響，或者是團體凝聚力、成員間的學習、溝通技巧的提升等與團體治療因素（therapeutic factors）相關的內涵（Barnicle & Midden, 2003; Martin et al., 2012），也就有治療因素的探討價值。換句話說，欲探討採用團體形式進行的園藝治療活動，對參與者產生的效果或影響，顯然不能忽略「團體」本身有關因素的影響，如團體的構成、團體凝聚力、成員的性質、團體氣氛等，對受輔者皆具某程度的影響（Lindsay, Roy, Montminy, Turcotte, & Genest-Dufault, 2008）。

相關文獻對園藝治療效益的論述，強調的也是一種人們與植物互動的主動參與過程，不僅僅是園藝相關成品的產出；意即園藝活動的參與過程，即是一種涵蓋「植

物、當事人、處遇目標及治療催化者」彼此間的互動結果（Dorn & Relf, 1995; Haller, 2006; Jarrott, Kwack, & Relf, 2002）。儼然園藝治療也可以說是「一種以園藝或植物為媒材的治療性團體活動，其過程的操作包括具備園藝與人類心理等相關專業背景的治療者（領導者），引導受輔者透過設計之園藝活動操作，在團體動力流動下，使其從中獲益」的一種助人活動。再回到園藝治療效益的內涵來分析，其與團體治療因素極為類似，包括認知、行為、情感及社會等各層面皆有類似的陳述，如知識能力的提升、人際互動與模仿學習、情緒的宣洩或改善、團體的認同或凝聚等（陳惠美，2008；Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen, & Kirkevold, 2011）。研究之著眼點可能不同，但結果似為類似；一般園藝治療研究可能著眼於治療前後的差異，而治療因素則可能顯現於團體改變歷程中。因此，針對園藝治療團體治療因素的探究，除有助於以受輔者觀點理解參與園藝治療歷程中的療效外，亦可供過去效益研究之對照與澄清，更有益於團體設計或介入策略與概念的修正或提升，對往後帶領相關團體的實務能力的增進亦具有參考價值。

二、高齡者參與園藝治療的團體治療因素探究

園藝治療對高齡者產生的正面效果，近年來已受肯定。Nicholas等人（2019）曾對關於高齡者的園藝治療研究，進行系統性的文獻回顧與分析，其所選擇的20篇研究中，園藝治療多數採取團體課程或方案之設計形式，以植物種植、施肥、修剪、欣賞與採收等過程，或採取療癒性園藝情境，如療癒花園中漫步、園藝欣賞等方式，在園藝治療師帶領下進行，其文獻分析結果顯示園藝治療能有效改善高齡者的生活品質、幸福感、焦慮、憂鬱、社會關係、生理和認知影響等。

其中部分研究探討有關失智症患者的身心適應，亦肯定園藝治療可以有效緩和躁動情緒，同時可提升其參與度、降低跌倒、藥物使用之情形，並改善生活品質與憂鬱症狀等（Masuya, Ota, & Mashida, 2014; Luk et al., 2011）。在其他的研究裡，亦有類似發現。如Lo等人（2019）針對某護理之家22位高齡者進行園藝治療，同時以質性研究方式，深入訪談高齡者，發現研究對象皆表示參與園藝治療，得以使其以全新的角度去看待護理之家，同時對此地留下美好回憶，亦增加了與其他住民互動的機會，變得比以前更為快樂。

從上述研究中，發現園藝治療確實能為高齡者帶來諸多身心適應方面的優勢，對於某些心理疾病或症狀似乎也有正面療效，如緩解焦慮緊張、降低憂鬱等，如Khan等人（2016）將園藝治療運用於醫療院所住院患者之身心狀態評估，針對270位手術

病患隨機分派於某醫院之兩種病房，其中實驗組病患住院之病房，採用治療性園藝情境，即於其內設置有觀葉及開花植栽等，而控制組之病房則無此設施，於其接受手術後評估所有病患之身心狀態，結果顯示實驗組病患對疼痛之知覺、焦慮與疲憊的感受等降為中等程度，而控制組之病患則並無緩解情形。而 Gonzalez等人（2011）則將46位被診斷為憂鬱症及雙極症疾患之成人，以每組五至七人分成五組，以小團體的方式進行了12週每次三小時之園藝治療，結果發現團體凝聚力是團體有效的治療因子，即成員透過園藝治療的小團體獲得歸屬感，並於其中學習相互合作，建立友誼等現象，其憂鬱指數明顯下降，而人際效能隨之提升。

顯然園藝治療對受輔者具有提升心理健康的功能，然而園藝治療的發展歷程與心理治療迥異，常是透過身體活動的參與及體驗，較少提及內在的心理歷程變化，因此除了聚焦於效果的呈現或差異的比較外，對於效果如何產生，即治療機轉的發生則相對著墨較少，尤其治療因素的探討甚少觸及。

Relf（2005）曾提出交互作用（interaction）、行動（action）及反應（reaction）等觀點以解釋園藝治療機轉，而Haller（2006）則認為良好處遇的園藝治療歷程，應包含「評估、目標確認、行動計畫、介入方式、記錄文件、修正、結束」的過程，其涵蓋的範圍亦包含目標的設定、治療者的介入、植物的媒介及當事人（Dorn & Relf, 1995; Haller, 2006），意即當事人是在整個治療計畫的核心，而目標、治療者、植物媒材則是圍繞在當事人周圍的要素；欲使治療發揮效果，即需評估與當事人有關的訊息或資訊分析，確認協助當事人的目的、需求或需改善之問題目標，建立如何介入之行動計畫，並採取何種園藝活動，而過程中則記錄與不斷修正，直至當事人受到協助改變為止。將此觀點融入團體的設計，可以理解園藝治療機轉的運作，仍須透過人為操作，尤其對團體動力的掌握，更可促成當事人改變的可能。上述Gonzalez等人（2011）的研究，提及團體凝聚力對參與者的影響，即已見到以團體形式進行的園藝治療，除了園藝活動過程的影響外，亦肯定團體的療效因素，對參與者產生正面的影響。然而對多數以團體形式進行園藝治療的過程，在治療因素探究上，仍有探討與成長空間。

對應於前述Relf、Haller及Gonzalez等人的觀點，心理治療領域對治療因素的研究則有更長的歷史，所著重之處也在於何項因素造成改變（García-Cabeza & de Chávez, 2009; Lemmens, Eisler, Dierick, Lietaer, & Demyttenaere, 2009）。近年來團體諮商領域有諸多有關治療因素的研究，也獲致諸多有意義的結論；許多研究者透過團體中關鍵事件的問卷或質性研究（觀察或訪談）等資料分析，理解團體涵蓋哪些對參與

者有幫助之治療因素，如在精神醫療或一般情境，針對對象如精神病患及其家屬、高齡者等。與精神疾患有關的研究，如Lemmens等人（2009）針對住院憂鬱症患者及其家屬進行團體家族治療，發現成員們在團體裡可以分享正向情緒及獲得同理，並能於彼此分享的過程中了解到家人的困難，正如Yalom所述「團體凝聚力」之療效因子，該研究透過成員間彼此的凝聚而形成了療癒作用，使患者憂鬱傾向得以緩減，亦促成其家屬間更加同理彼此之處境。Rowaert、Vandavelde、Audenaert 與 Lemmens（2018）研究精神病犯罪者家屬之家庭支持團體，共計17位家庭成員分為兩個團體，成員在治療過程可以在團體中經營關係氣氛、進行交互確認、表達和體驗彼此的正向感覺、忘記自己的問題、從他人的進步中得到希望、在治療師的引導下學會新的人際模式，研究者發現透過成員的彼此「觀察學習、團體支持和問題普同感」，可以為團體帶來療效，使其能減少自責行為、改善情緒和找回生活的控制感。

針對高齡者的相關研究部分，McWhirter、Nelson 與 Waldo（2014）以60名平均年齡為62歲之婦女為對象，每組平均12位成員，從每週一次到每月一次，在一個共享空間中共同參與棉被製作活動，在這個活動過程中，團體成員藉由彼此間的同心協力完成工作任務，結果發現「團體凝聚力、利他主義和社交技巧」是在婦女團體中最普遍的療效因子，尤其團體凝聚力為其他治療因素發揮作用的先決條件，具有較高團結意識之成員對團體的重視程度更高，參與和互助的比例也更高。

綜上可知，不同團體之性質與組成，其團體治療因素即有差異，但仍可依約見到治療因素依循著團體性質或成員的需求，而有某程度的對應，如普同感、團體支持相對於病患家屬，指導相對於教育性團體，而團體凝聚相對於具共享性質之團體等，或許受限於研究視框（Yalom對治療因素之觀點），也未必能有其他團體助益因素的發現。

而國內學術領域對治療因素的探究，林美珠與王麗斐曾於1998年進行有關團體治療因素與反治療性因素的重要事件分析的研究中，發現被團體成員知覺到的重要事件約有十五種團體治療性因素，分別為「從他人處學習、人際學習、訊息與經驗的交流、做改變的準備、普遍性、希望感、凝聚力與投入、宣洩、認知性的自我發現、早年家庭經驗的新體驗、體驗性自我覺察、有幫助的負面感受、領導者的介入、信任感、利他」等。之後兩人再以此研究作為基礎，更進一步編製團體治療性因素量表，因素分析結果取得八個治療性因素，分別命名為：「認知性的獲得、對團體的正向感覺、行動力的引發、自我坦露與分享、共通性、利他性、家庭關係的體驗與瞭解、以及建議的提供」等（王麗斐、林美珠，2000）。而卓紋君與黃創華（2003）依據薩提

爾的理念，針對年齡介於20-54歲女性帶領的短期家庭探源團體，結合Yalom（1995）的團體治療因素量表，事後分析發現，此團體有效的治療因素依序為「存在的因素、自我的了解、團體凝聚力及家庭經驗的矯正性重現、普遍性、注入希望、情緒宣洩、認同仿效、人際學習、利他性、資訊傳遞」。另外涉及使用輔導媒材進行助人工作者，葉貞屏與葉貞雯（2008）在針對參與親子遊戲輔導團體成員的研究中指出，療效會隨著回合數的變化、治療因素的不同、以及參與成員的個性迥異而產生顯著性的改變，但並非隨輔導次數增加而愈來愈好，而是呈現出浮動的不穩定現象，結果發現「存在因素」是成員體會到最深刻的療效，而「指導」以及「原生家庭的矯正性重現」則是成員鮮少經歷到的療效，亦發現團體療效會受個人特質影響，即個性積極進取且樂意主動分享者療效顯著最佳，而療效顯著最差者，其個性被動安靜且親職能力薄弱。

針對上述團體治療因素的研究，具共識的團體療效因素分別是「人際互動的學習、凝聚力與投入、灌輸希望、學習領悟、教導與行為仿效」等，而研究者們普遍認為瞭解團體療效因素，將有助於團體實務能力的增進，更有助於團體介入理念及策略的修正等。對照園藝治療過程的療效因素，其「交互作用、行動與反應」等要素，皆可涵蓋於團體治療因素的研究內涵，惟治療因素的發生與團體目標、領導者（治療者）、當事人主觀知覺、媒介物（植物）皆有關連；而需判斷與分辨之處，則應探討團體的進展階段及何項因素造成治療效果，亦即不同階段可能會有不同的治療因素，而同樣的治療因素，對不同成員也可能會產生不同的影響；對園藝治療團體進行歷程性的理解，將有助於釐清其治療因素內涵。

三、賦能為理論基礎之高齡者園藝團體治療因素探討

關注當今高齡世代的身心適應特徵，據相關調查發現二成七的65歲以上高齡者，抱怨自己健康與身心功能不佳（內政部，2009），衛生福利部（2013）在接續的調查中，亦有類似情形，而感覺良好者之比例卻下降。其中，與其心理感受較為密切的調查向度中，其負面感受亦佔相當之比例，包括「覺得心情不好」、「覺得很孤單、寂寞」、「提不起勁做任何事」等。若能建構高齡者心理健康促進的活動、平台或媒介，以提振其負面情緒、賦能、提升價值與幸福感、加強社會互動等，推測對高齡者應有正面貢獻（Lee, Woo, & Mackenzie, 2002）；即使身體上有所病痛，在心理層面確有正面的關注暖流，對其後續生活適應必有正面影響。

Bruce 與 Folk (2010) 認為在園藝治療過程中，透過引導當事人「做決定、經歷成功經驗、滋養其他生物(植物)、責任感與義務性(照顧植物)、分享園藝經驗、專注傾聽」等作為即可賦能當事人。連結Cattaneo 與 Chapman (2010) 的賦能歷程三層次模式，其核心層次為賦能之主要概念，包含有「自我效能感、知識的獲取、能力或勝任感」，圍繞於其外的第二層次概念則是「個人的意義性、以力量為取向之目標訂定、指向目標成就之行動實踐、觀察及反思目標的影響」，最外一層則是「社會脈絡」。她們以為賦能是一項改變或成長的歷程，個體需要對所處社會脈絡有一清楚認知，賦能即發生在此脈絡下，當個體認清個人所處脈絡後，為自己訂定值得努力，且對個人具有意義性與富含力量感的目標，接下來則努力實踐該目標，為目標付出行動，而後需對此目標進行反思理解其對個人的影響，而後再持續進入下階段對個人具有意義的目標建構；有如一行動實踐的循環，隨時行動、隨時反思，以達到改變個人不利之社會脈絡目的，為個人獲取賦能。而串連其中之核心意涵，則為自我效能感、知識與勝任能力 (Cattaneo & Chapman, 2010)。

林俊德 (2015) 採用賦能理論為基礎所設計的園藝治療團體，從參與園藝治療的高齡者的訪談及觀察過程中，發現高齡者產生八項賦能要素，包括「個人意義感、自我掌控感、選擇決定感、知識獲取感、技能習得感、相互合作感、效能體驗感、及採取行動」等；而其賦能後對高齡者亦產生人際互動增加、知識提升、習慣改變、參與興趣增加、未來期待、生命意義感等諸多正面影響，而這些改變皆來自於融合賦能概念設計之園藝治療團體方案，顯見在園藝治療過程中，除前述團體操作關鍵領導者、當事人外，園藝方案的設計亦為重點，誠如Cattaneo 與 Chapman (2010) 的觀點，建構一賦能脈絡的團體情境，在含有效能、知識、能力的有意義賦能目標架構下，透過園藝活動以行動實踐與反思，便有機會提升高齡者的能量狀態，而使其有機會藉由團體治療，進而達成自我療癒或追尋生命意義之可能。

又觀察近年來高齡養生村及優質養老機構的興起，受歡迎之處未必具有最佳的硬體設施，而是一種能夠提供令高齡者覺得被尊重、活得有意義，感覺到自己「有用」的一種軟體概念而已 (賴寧寧, 2013)，如於其平時居住期間提供某些休閒活動，諸如山水畫練習、卡拉OK歌唱、第二外語學習、園藝活動等，一種令高齡者可以獲得小小的成就與感受到有用的感覺。這種藉由個人從事簡易活動或作為中體驗到個體「有用」(效用) 的感覺，即是一種賦能感 (林俊德, 2013)。其中園藝治療可透過操作活動的設計，如組合盆栽的構成與成品展示，而令高齡者從中獲得小小成就，為高齡者帶來賦能效益，包括自信的提升、能量感、相互學習、知識提升等皆屬之，也

與團體治療因素相為呼應。尤其以賦能為導向的園藝治療，除一般可能之治療因素外，也可能使高齡者從中獲得團體賦能的效果（Sharry, 2007）。或許以賦能為理論背景的園藝治療團體過程，有可能包含原有之治療因素，亦可能產生另類的治療因素，此可能是本研究可努力貢獻之價值，為高齡者帶來具有療效的轉變。因此本研究即採此觀點為理論背景，進行高齡者園藝治療團體方案設計，深入探討其參與團體過程中的治療因素內涵，以理解高齡者參與園藝治療的確切療效內涵，提供媒材式的老人諮商實務參考。

綜上述，將園藝治療與賦能理論觀點連結團體治療因素乃為本研究之主軸，透過過去相關研究之驗證與理解，對高齡者施予賦能取向式園藝治療團體是為可行。故基於上述研究動機，本研究之主要目的在於理解一般高齡者參與園藝治療團體過程中的治療因素相關內涵，透過賦能取向式園藝治療團體方案之實施，於符合研究倫理架構下，透過「團體治療性因素量表」之調查，理解高齡者參與園藝治療團體的治療因素內涵，同時採用質化研究之個別訪談與資料分析，進一步澄清量化測量以外的相關治療因素，以供研究討論對照或結論之補充。

貳、研究方法

一、研究設計

本研究為理解高齡者參與賦能取向式園藝團體治療之治療因素，採行量化及質化研究並行方式，針對一般社區高齡者進行八次園藝團體治療，由園藝治療師及諮商師協同帶領，於團體進行過程中及結束後，進行研究資料蒐集，包括過程中的量表施測，及方案結束後的深度訪談，以蒐集研究資料，回答研究問題。為維護研究參與者之權益與福祉，所有過程皆在符合研究倫理要求下所進行。

二、研究對象

本研究之研究對象為選定一般社區年齡65以上之老人10名，在社區老人據點招募邀請下，共計男性三位，女性七位，（研究當時）平均年齡74.7歲（年齡介於72~78歲之間），接受邀請自願參與園藝治療活動，其身心狀態及理解能力足堪負荷團體之進行，其語言使用及閱讀能力足以應付研究量表之施測，全體10位高齡者全程參與園藝治療團體活動。

本研究於進行之初，即以身心狀況及生活自理能力良好之高齡者為研究對象考量，其招募依循研究倫理，由研究者親至社區老人據點進行招募與說明，包括研究目的、參與之權利與義務、問卷之施測、研究進行過程及參與活動後之酬賞等，皆進行詳實之說明，同時對高齡者進行研究前疑慮澄清，在其排除疑問下，自主決定研究之參與。透過基本資料填寫及活動內容說明之澄清對答，藉此評估其書寫及口語表達力，其能以清楚應對研究者提問與表示願意全程參與活動者，遂邀請為研究對象。參與者皆具國小以上之學歷，無不識字情形，書寫能力俱佳、口語表達能力良好；研究過程亦在研究倫理限制下進行，同時並無溝通及問卷書寫困擾之現象。

三、研究工具

(一) 園藝治療團體方案之設計

本研究基於賦能為理論觀點設計園藝治療團體方案，其優勢為方案設計內容可明確融合相關概念，帶領過程亦可融入賦能之操作，可令高齡者投入園藝團體過程；循此，本研究之方案乃參酌此相關研究之設計形式，每次活動仍以三部分構成，一為暖身活動、二為主題活動、三為回饋與結論（林俊德，2015）；方案設計完成後，乃邀請三位相關領域專家協助針對方案內容、流程、賦能觀點、園藝活動設計等內涵進行檢視，符合專家效度之要求。

暖身活動之設計融入園藝治療的五感刺激（如嗅、視、觸、味、聽等），藉以引發高齡者參與活動之動機或興趣；而主題活動為園藝活動之主軸，回饋活動則引導其彼此回饋。每次活動時間依高齡者反應速度及耐性，介於150~180分鐘之間（總方案共計進行20~24小時），在倫理考量下彈性調整。而依團體發展歷程，劃分其可能階段為「開始與定向、轉換、工作、及結束階段」等（Corey, Corey, & Corey, 2008），詳如表一。

表一 賦能取向式園藝治療團體方案內容

| 主題及 團體階段 | 單元目標 | 單元內容 |
|-----------------------------|--|--|
| 1. 心心相印 (開始與定向 /團體形成) | 1. 團體定向：認識 團體性質、目 標，進行方式、 內容等。 2. 引發成員參與興 趣。 3. 協助成員彼此認 識。 | 1. 暖身(活動)：熟悉花草之照片及配對認 識。 2. 主題(活動)： (1)花草卡片製作—你我好伙伴(好花瓣—好 花對好瓣活動)。 (2)「花」名片認識活動。 3. 回饋(活動)：彼此認識，小盆栽管理解說 及照顧。 |
| 2. 夢田尋幽 (定向階段) | 1. 引發參與動機及 提升團體凝聚 力。 2. 引發認知學習活 動(各種蔬菜類 播種與種植)。 3. 五感刺激：視、 嗅、味、觸、 聽。 | 1. 暖身：阿婆的廚房—兒時回憶懷舊菜。 2. 主題： (1)小菜圃種菜(名家菜圃)。 (2)種子花森林。 3. 回饋：引導成員(觀察彼此的作品)彼此分 享與鼓勵。 |
| 3. 芳香滿屋 (轉換階段) | 1. 引發認知學習活 動(香草植物認 識)。 2. 引導互動及互相 學習。 3. 五感刺激：視、 嗅、味、觸、 聽。 | 1. 暖身：自製香草茶品嚐(邊喝香草茶邊話從 頭)(播放懷舊歌曲)。 2. 主題： (1)製作香草包(可用及可喝)。 (2)香草水果蠟製作。 3. 回饋：引導成員(觀察彼此的作品)彼此分 享與鼓勵。 |
| 4. 摩登神農 (工作階段) | 1. 引發認知學習活 動(中藥草認 識)。 2. 引導互助學習及 懷舊故事連結。 3. 五感刺激：視、 嗅、味、觸、 聽。 | 1. 暖身：準備民俗及香草植物，如蘆艾、薺 草、艾草等，引導成員「矇眼」嗅聞觸摸猜 測。 2. 主題： (1)神農嘗百草—中藥草—摸、看、猜猜樂。 引導長者思考及分享個人與民俗(文 化)、中藥香草植物的(懷舊)故事分享 及進行栽種。(註：謹慎使用安全之中藥 草) (2)藥草包製作與使用(民俗應用)。 3. 回饋：引導成員(觀察彼此的作品)彼此分 享與鼓勵。 |

續表一 賦能取向式園藝治療團體方案內容

| | | |
|---------------------|---|---|
| 5. 掌上明珠 (工作階段) | 1. 引發觸覺、嗅覺、味覺學習，享受樂趣。 2. 連結個人經驗回憶，引發認知學習。 3. 五感刺激：視、嗅、味、觸。 | 1. 暖身：水果（月曆）拼拼樂。 2. 主題： (1)歡樂水果bar猜摸水果。 (2)戀戀繽紛果汁樂（品嚐與猜測）。 3. 回饋：引導成員（觀察彼此的作品）彼此分享與鼓勵。 |
| 6. 松柏長青 (工作階段) | 1. 引發認知學習活動（懷舊回憶）。 2. 認識植物扦插繁殖方法與相互合作學習。 3. 五感刺激：視、嗅、味、觸、聽。 | 1. 暖身：兒時記憶—傑克與魔豆。 2. 主題： (1)重生與韌性—扦插與小盆栽「整枝」。 (2)我的寶貝生命樹。 3. 回饋：引導成員（觀察彼此的作品）彼此分享與鼓勵。 |
| 7. 風情萬「種」 (工作階段) | 1. 引發統整學習與分享。 2. 種子藝術媒材創作及分組合作。 3. 五感刺激：視、嗅、味、觸。 | 1. 暖身：種子的誕生與神聖。 2. 主題： (1)種子的秘密貼畫。 3. 回饋：分享個人掌控及生命中無法掌控之討論及分享。 |
| 8. 神仙派對 (結束階段) | 1. 統整團體經驗。 2. 學習彼此回饋與分享。 3. 五感刺激：視、嗅、味、觸。 | 1. 暖身：過去所有作品展示、分享及回顧（聽歌曲—永遠的畫面）。 2. 主題： (1)仙人掌創意組合盆栽樂。 (2)享用種植的成果。 3. 回饋： (1)分享與祝福，交換或贈送自己種的盆栽及為自己許下期待與希望；進行心得分享與意義衍伸及總整理。 |

(二) 團體帶領者

由園藝治療專業人員搭配諮商心理專業人員協同帶領，一則顧及園藝治療專業，二則為團體動力的流暢經營；園藝治療專業部分為具備國際園藝治療師認證之資深園藝治療師，而心理專業部分則為諮商心理師擔任，二者皆具八年以上之相關專業工作資歷，同時對彼此專業皆有涉獵與熟悉，亦曾於研究者過去之研究裡，參與園藝治療

團體帶領工作，對高齡者有實際協同帶領經驗。

（三）團體治療因素量表

本研究採用王麗斐與林美珠（2000）編製之「團體治療性因素量表」，該量表根據二位研究者過去對團體系列基礎性、探索性的研究結果所發展而成（本研究獲作者同意使用）。量表共計八項治療因素，包括「認知性的獲得、對團體的正向感覺、行動力的引發、自我坦露與分享、共通性、利他性、家庭關係的體驗與瞭解、及建議的提供」等，因素可解釋變異量為36.71%，正式量表共計57題，採Likert六點計分方式，0表示沒有發生、1表示有發生沒幫助、2表示有發生一點點幫助、3表示有發生中等幫助、4表示有發生很有幫助、5表示有發生非常有幫助。在信度考驗方面，各因素之內部一致性介於.79至.94之間，具可接受至良好之內部一致性。該量表後續經原編製者（王麗斐、林美珠，2006）修訂為29題的簡版量表（又稱團體有益性評量表），其以157位研究樣本資料進行信、效度考驗，內部一致性係數介於.72至.92間，並在建構效度與區辨效度方面亦與原版量表雷同，顯示簡版量表具良好之結構與穩定性，本研究即採用本量表進行研究。

量表採一對一方式施測，於團體初、中、後三個階段進行，以理解成員參與園藝治療團體初、中、後三期的治療因素變化情形；其階段之區分，乃參酌團體發展歷程（如前述，Corey et al., 2008），分別於第二次、第五次及第八次團體結束後為施測時間點。

（四）訪談大綱

本研究於團體結束後邀請高齡者接受深度訪談，採用半結構深度訪談形式，其訪談內容依據治療因素之相關向度，深入訪談參與團體之高齡者；並於團體結束後48小時內完成所有高齡者訪談。其內容如下：

（1）請就您對園藝治療團體的參與經驗，覺得對您有幫助的地方是（如學習到什麼、瞭解到什麼、對團體的感受、個人有關的成長、與他人的關連…等）？為什麼？

（2）請描述一下這有幫助的內容跟什麼有關係（人或園藝植物或操作過程）？

（3）請回憶一下這有幫助的內容或要素跟團體那個階段（時間點）有關係？為什麼？

（4）是否有其他補充？

四、資料分析

本研究分兩部分進行資料處理，一為量化資料，二為質性資料。量化資料根據「團體治療因素量表」之計分方式，並依統計套裝軟體SPSS for Windows 21.0版，進行資料分析及結果呈現。而質性資料則以主題分析法（高淑清，2008）進行資料分析，最後綜合質化與量化資料，以回答研究問題。其中資料之編碼，以S表受訪者，a～j表其代號，數字分別表示受訪次數及段落，如Sb0112表受訪者b於第一次受訪（段落）中的第12句話，其他依此例編碼。資料之分析由研究者及具此研究經驗之協同分析者為之，過程依循三階段七步驟之資料整理與分析，包括初階段的文本整體閱讀與反思，以獲得初步理解；第二階段的則進行資料的分析與歸納，包括發現事件與視框之相關脈絡，理解研究對象的經驗，以決定意義單元，發展出主題代碼；最後階段則對資料進行整體理解與詮釋，透過文本的再次完整閱讀、藉由詮釋循環過程確認主題意義的建構與再建構、確認共同主題及邀請研究對象及學術同儕進行分析資料之檢證，以使分析結果能貼近研究對象之經驗與客觀性。

意即資料之分析及整理過程依循前述步驟，透過開放性編碼至逐漸聚集、由下往上之過程，而前述文獻探討提供先前之參照視框，增加資料判讀之參考性。換言之，藉由文本資料自身浮現述說其團體有益性相關因素之內涵，而賦能取向式園藝治療方案設計及帶領方式，恰提供參與者接受訪談述說當下的相關思考脈絡參酌；換言之，資料之整理與分析過程，從文本脈絡前後關係裡，發現了對高齡參與者有益性因素之內涵。

五、研究倫理考量

本研究通過彰化師大「研究倫理審查委員會」之研究倫理審查（核可字號為NCU-REC-103-014），即本研究過程涉及高齡者參與園藝治療操作、量表施測及訪談過程，其問卷之施測、訪談（包括錄音過程）及園藝團體之參與，皆已徵得高齡者之同意；對於本研究計畫名稱、內容簡介（如研究目的、程序、參與者招募條件、研究過程、資料蒐集運用等）、參與者權益、預期效益、保密性等內容，皆透過研究說明及同意書，充分告知參與研究之當事人，在研究參與者完全知悉、無所疑慮之情形下，請其簽署同意書方開始進行研究，後續之研究發表亦等同視之，已盡力於保護研究參與者之福祉。

參、研究結果

本研究之目的在於探究高齡者參與賦能取向式園藝團體治療之治療因素內涵，研究結果如下。

一、園藝治療團體不同階段之治療因素分析

為理解高齡者參與園藝治療之治療因素內涵，乃於團體進行過程之初、中及後期，針對10位高齡參與者施以團體治療因素量表。施測結果其各階段得分平均呈現如表二。

表二 團體治療因素描述統計摘要表

| | | 認知性 的獲得 | 對團體 正向感 覺 | 行動力 的引發 | 自我坦 露與分 享 | 共通性 | 利他性 | 家庭關係 的體驗與 瞭解 | 建議的 提供 |
|----|-----|------------|-----------------|------------|-----------------|------|------|--------------------|-----------|
| 初期 | 平均數 | 3.45 | 3.75 | 3.75 | 2.93 | 2.70 | 2.75 | 2.70 | 2.87 |
| | 標準差 | 1.55 | .94 | 1.20 | 1.69 | 1.65 | 1.76 | 1.83 | 1.74 |
| 中期 | 平均數 | 1.80 | 2.35 | 2.03 | 1.43 | 1.13 | 1.55 | 1.50 | 1.10 |
| | 標準差 | 1.27 | 1.36 | 1.37 | 1.30 | 1.27 | 1.54 | .96 | 1.11 |
| 後期 | 平均數 | 3.50 | 4.57 | 4.10 | 3.08 | 3.43 | 3.93 | 3.40 | 3.60 |
| | 標準差 | .80 | .39 | .65 | .97 | .79 | .53 | 1.17 | .91 |

團體初、中及後期之劃分，乃參考Corey等人（2008）對團體發展的階段劃分，即初期對應於團體開始與定向階段，而中期則相當於團體的轉換期，後期則為工作與結束階段。蔣世光、林美珠與陳以儒（1999）及陳均姝（2008）亦以此方式探討團體階段與治療因素間的關係。本研究參酌其觀點，亦將團體劃分為三階段，以探討高齡者參與園藝治療團體的治療因素變化情形。

團體初期治療因素得分之平均數介於2.70~3.75分之間，高於各題目得分之平均2.5分（量表的答題分數介於0~5分之間），成員普遍感受到團體具有中等幫助。成員對八項因素的有益性感受排序為：對團體的正向感覺、行動力的引發（前兩項得分相同，但以第一項分布較平均）、認知性的獲得、自我坦露與分享、建議的提供、利他性、共通性、家庭關係的體驗與瞭解（最後兩項得分相同，但以前一項分布較平均）。

團體中期得分情形，則較初期普遍降低，得分之平均數介於1.10~2.35分之間，成員感受到的團體幫助，介於一點點幫助左右。其平均得分高低排序依次為：對團體的正向感覺、行動力的引發、認知性的獲得、利他性、家庭關係的體驗與瞭解、自我坦露與分享、共通性、建議的提供；得分的分布普遍較為分散，顯然成員的感受具明顯之個別差異性。

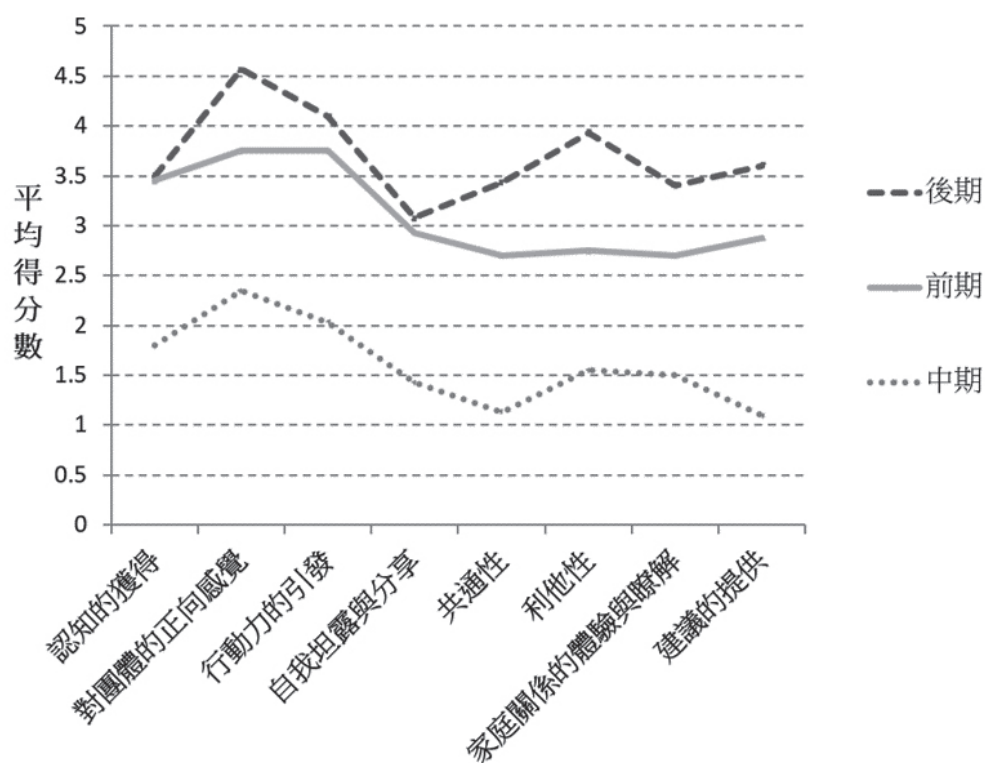
團體後期的得分情形，又恢復（或超越）到初期得分類似的情形，有些項目甚至有趨近於滿分的情形，而分布亦較集中，顯示高齡者普遍感受到團體的幫助，得分之平均數介於3.08~4.57分之間，成員感受到團體很有幫助，顯示具有中高程度以上的助益性，其對八項因素的有益性感受排序為：對團體的正向感覺、行動力的引發、利他性、建議的提供、認知性的獲得、共通性、家庭關係的體驗與瞭解、自我坦露與分享。

綜上可知，高齡者能從園藝治療團體參與過程中獲得幫助，但其中存有階段上的差異性，即團體後期之獲益甚於初期及中期。

二、治療因素在團體不同階段的分布情形及其差異比較

將各因素在團體不同階段的平均得分情形，以折線圖呈現如圖一，顯示高齡者於團體初期及後期感受到團體具有中等以上的幫助，在中期則是介於一點點幫助上下。前三項因素，即「認知性的獲得」、「對團體的正向感覺」及「行動力的引發」，普遍的得分較高，成員對此三項有益性因素相較於其他因素，感覺到的幫助較為明顯；而「自我坦露與分享」在三個階段的得分普遍較低，「利他性」則變化明顯，於後期分數增高許多，成員認為很有幫助。

在三個階段各項因素各自得分比較裡，高齡者「對團體的正向感覺」助益性因素得分最高，對其有益性感受最明顯；其次為「行動力的引發」，得分第三高的因素雖稍有變化，但「認知性的獲得」在初、中兩期的得分為第三高之因素，後續其他因素在初期、中期變化趨勢類似，但後期在「利他性」與「建議的提供」因素的感受則明顯提高。此外，透過標準差的呈現，亦可理解在團體中期，除普遍性得分不高外，在團體成員間的得分情形較為分散，對有益性的感受差異較大。



圖一 治療因素於團體初、中、後期得分之差異情形

高齡者在團體初期對治療因素的感受得分平均介於2.7~3.75之間，顯示成員感受園藝治療團體具有幫助，在中等幫助到很有幫助之間，其中以前三項因素，「認知性的獲得」、「對團體的正向感覺」及「行動力的引發」的得分較高，平均3.45以上的得分，顯示成員在園藝治療團體初期，於「認知性的獲得」、「對團體的正向感覺」及「行動力的引發」層面較其他治療因素感受到的幫助較為明顯。在團體中期，成員對團體治療因素的知覺，相較於初期得分普遍降低，但前述「認知性的獲得」、「對團體的正向感覺」及「行動力的引發」等三項因素，仍是成員感覺到團體有助益的前三項因素，其中尤以「對團體的正向感覺」在普遍得分低落下，仍使成員對團體有介於一點點幫助到中等幫助之間的感覺。

在團體後期，所有治療因素得分皆普遍提高，平均得分皆在3分以上，成員普遍感受園藝治療中等幫助到很有幫助之間，不管在認知上、行動上、分享或利他等向度，皆可令成員有正面的感受，其中「對團體正向感覺」的得分接近5分，表示參與

團體在該向度感受非常有幫助。顯見，園藝治療團體能為高齡者帶來實質助益。此外，「共通性」、「利他性」、「家庭關係的體驗與瞭解」及「建議的提供」相較於初、中期兩個階段的評分皆有提升，可知團體後期相較於團體前期階段，對團體助益性的體驗有所增加。

整體而言，以團體發展的三個階段的評分相對照，後期的得分最高，初期次之，中期為最後，且後者平均得分較前兩者有一明顯差距，可能與團體的發展歷程或活動內容有所關連。觀察圖一顯示之三個階段的平均得分分布情形，約略可見到高齡者對於治療因素的知覺，初期與後期的評分情形相似，但在中期則存有明顯的低分情形。將各分量表分數加總後平均，初期為3.15，中期則為1.65，後期則高過前兩期，為3.72；由此理解團體成員於團體參與之初期已感受到團體的助益性程度介於中等幫助到很有幫助之間，中期的感受則介於沒幫助到一點點幫助之間，後期則又回到中等幫助到很有幫助間，相較於前期更趨近於很有幫助（詳見表三）。

為理解高齡者在團體三個階段期間對治療因素的感受差異情形，乃以各階段平均得分進行差異比較。由於成員人數僅10人，採用小樣本無母數統計方法進行差異比較。針對三組相關樣本，以K Related Samples test—Friedman檢定以理解團體初期、中期與後期三者間之治療因素評分（團體有益性）是否存有差異，及使用魏克森等級檢定（Wilcoxon signed-rank test）其彼此間的差異情形。

表三 團體各階段治療因素平均得分成對比較之樣本統計量

| | | 平均得分 | 個數 | 標準差 | 平均數的標準誤 |
|-----|---------------|------|----|------|---------|
| 成對1 | 團體有益性 (初期) | 3.15 | 10 | 1.39 | .44 |
| | 團體有益性 (中期) | 1.65 | 10 | 1.08 | .34 |
| 成對2 | 團體有益性 (初期) | 3.15 | 10 | 1.39 | .44 |
| | 團體有益性 (後期) | 3.72 | 10 | .49 | .15 |
| 成對3 | 團體有益性 (中期) | 1.65 | 10 | 1.08 | .34 |
| | 團體有益性 (後期) | 3.72 | 10 | .49 | .15 |

透過K Related Samples test - Friedman檢定結果（詳見表四），發現團體有益性在初、中及後期三者間的差異達到顯著性（卡方值為12.6**， $p < .01$ ），但無法確定三者間彼此差異情形為何，因此進行魏克森等級檢定。

表四 團體有益性各期之差異分析—K Related Samples test—Friedman 檢定 ($N = 10$)

| | 人數 | 卡方值 | 自由度 | 顯著性 |
|------------------|----|------|-----|--------|
| 團體有益性初期、中期與後期之差異 | 10 | 12.6 | 2 | .002** |

註：** $p < .01$

透過魏克森等級檢定結果（詳見表五），比較初期、中期及後期彼此間的得分平均，亦發現團體成員參與團體對其有益性感受，在初期與中期，中期與後期皆達顯著性差異（初期與中期之差異比較 $W = 3^*$ ， $p < .05$ ；中期與後期之差異比較 $W = 0.000^{**}$ ， $p < .01$ ），但初期與後期間則無顯著差異（ $W = 36$ ， $p > .05$ ）。

表五 團體有益性各期之差異分析—Wilcoxon signed-rank檢定 檢定 ($N = 10$)

| | 人數 | Wilcoxon W統計量 | Z檢定 | 漸進顯著性 (雙尾) |
|-------------------------|----|------------------|---------|---------------|
| 團體有益性（初期）— 團體有益性（中期） | 10 | 3 | - 2.497 | .013* |
| 團體有益性（初期）— 團體有益性（後期） | 10 | 36 | .866 | .386 |
| 團體有益性（中期）— 團體有益性（後期） | 10 | .000 | - 2.803 | .005** |

註：* $p < .05$ ，** $p < .01$

從量表得分之差異比較可以理解高齡者對團體的有益性感受於團體初期與後期相較於中期呈現顯著差異，初及後期則無，然而成員實質的心理感受卻無法由量表得分理解，僅能藉助訪談資料的分析，來進行推敲。

三、參與者的訪談資料分析

本研究於團體結束後，隨即針對參與之成員進行深入的半結構式訪談，以蒐集高齡者參與園藝治療團體的有益性因素（治療因素）內容之補充。透過資料整理與分析過程，先前賦能相關文獻提供一項參酌視框，即其在文本的重複閱讀、反思、分析與歸納過程裡，提供一項資料分類的參考脈絡。其結果整理出10位參與者共同知覺到團體對其有幫助的內容，計六項有益性因素，包括「共享性、成就感、技巧學習、期望感、紓壓性、健康關注」等，如下說明。

（一）共享性

指完成園藝成品後衍生之心理分享，即園藝治療過程讓高齡者有機會共享於過程裡完成的作品，透過分享而能有正面獲益。

「拔了三次的蔬菜，第一次自己吃，第二次分享給女兒，感覺吃起來特別甜，也覺得格外健康，現在還是會期望還有成果（Sc0107）。」

（二）成就感

指園藝參與的成就感，高齡者藉由園藝治療團體的參與過程，感受到收穫及成就。

「對於團體結束時能夠介紹自己的花園感覺很有成就感，尤其有成員會誇讚（我的栽種）成果，心裡更加感覺很滿足（Sj0103）。」

（三）技巧學習

指園藝相關技巧之學習，即高齡者透過園藝治療團體的參與，體驗到相關技巧的合作、交流與學習。

「來團體矇學（台語）種植物，家裡沒種這麼多種類，所以可以學到不同的種法啊（Sj0104）。」

（四）期望感

指對園藝治療活動的期待，即高齡者由參與園藝治療團體過程中，表達期待與希望未來團體的延續與參與。

「…還蠻喜歡參加園藝團體的，如果還有下次會想要再參加（Sd0107）。」

（五）紓壓性

從事園藝活動過程帶來紓壓效果，即高齡者普遍藉由園藝治療團體的參與，體驗到正面的紓壓效果，對壓抑的情緒亦有宣洩的正面效果。

「看到植物長大心情真好，每天都會觀察，甚至會想要和女兒競賽，經常會像女兒炫耀自己種得很好（Sg0106）。」

（六）健康關注

高齡者由園藝治療團體的參與，普遍地討論成員間的健康問題，同時透過團體過程體驗到身體健康議題的重要性。

「覺得老人家就是這樣弄東弄西，手指動動，感覺很有活力，老人家就是要手指動動，身體動動（Sa0105）。」

由上述訪談資料的分析結果，成員口語表達出的團體有益性因素，對照量表施測的結果，呈現出諸多不同面向且對成員有實質幫助的內容。換句話說，除了透過量表可以見到團體對成員的助益性內容外，藉由訪談過程，亦能深入理解成員間對團體的切身有益性感受，擴充了園藝治療過程裡更多的治療因素內涵；或許亦可推測，攸關園藝治療形式之團體歷程，有其特色性之治療因素內容，值得未來持續探究。

肆、討論與建議

一、討論

（一）高齡者參與園藝治療團體之治療因素探究

本研究透過王麗斐與林美珠（2000）編製之「團體治療性因素量表」測量高齡者參與園藝治療團體之治療因素，綜合團體初、中及後期三階段之團體獲益因素，發現「對團體的正向感覺」、「行動力的引發」、及「認知性的獲得」為三階段排序前三項之治療因素，可推測高齡者參與園藝治療團體，感受到最有幫助的部分，即此三項因素，對照王麗斐與林美珠（2000）對此三項因素的內容解釋，「對團體的正向感覺」與信任、投入、團體的、接納、支持等有關之正向感覺或類似「團體凝聚力」概念，而「行動力的引發」與改變及行動力激發有關，改變的準備、激起希望、自我發現與覺察等現象，「認知性的獲得」與認知層面的人際關係學習、自我瞭解、解決問題等有關連。

其中「對團體的正向感覺」是高齡者參與園藝治療最有感受的治療因素，不管在團體的哪個階段皆是如此。如此結果與同樣採用此量表進行之蔣世光等人（1999）及陳均姝（2008）的研究結果相仿，然與多數國外進行的研究結論稍有分歧，亦可說相似，即「團體凝聚力」因素；如幾項針對精神病議題相關的支持性團體相關研究裡，

Lemmens等人(2009)認為「團體凝聚力」為療效因子，Rowaert等人(2018)則以為「觀察學習、團體支持和問題普同感」是主要的治療因素。結果的差異可能來自於團體種類或性質的差異(Yalom, 1995)，亦有可能來自於團體內容的設計(葉貞屏、葉貞雯, 2008)，即當團體有明確的目標及活動的內容設計時，參與者能感受「團體凝聚力」帶來的治療效果。本團體的情形，與McWhirter等人(2014)的高齡者的棉被製作小團體之治療因素研究相同，其團體設計有明確的活動目標及共享過程，「團體凝聚力」即是能夠促成團體歸屬及達成活動目標之有利因素。

然而王麗斐與林美珠(2000)雖提及「對團體的正向感覺」涵蓋「信任感」及「團體凝聚力」之內涵，但卻又與Yalom提出的「團體凝聚力」稍有差異，其認為主要差異在於前者偏於「被動式」的經驗，即「被接納、被信任」的感覺，但後者則是主動經驗到「歸屬團體」的感覺；或者來自於測量工具建構差異，直接與間接的源自Yalom治療因素概念，仍存有文化適用上的差異。但至少可以肯定的是園藝治療為參與者帶來「團體凝聚力」，使其感受到被團體信任與接納，甚至對團體產生歸屬，此現象可透過成員接受訪談後的資料分析得知，即參與者透過團體歷程，於團體中的「共享」經驗、一起經歷學習與行動、共同關注健康狀態及體會作品完成的成就，回應了參與者對團體的正向感覺、也能夠吸收與學習諸多園藝方面的知識(認知性獲得)，而「行動力的引發」也說明了園藝治療具有行動引發的可能，如涉及園藝操作，易使高齡者透過園藝媒材，出現改變的行為等。

此外，就團體發展特徵，初期的陌生到中期的轉換，至後期的穩定與結束，對照治療因素的感受，本研究同樣與蔣世光等人(1999)及陳均姝(2008)的研究結果相仿，皆有初期中等感受，中期反而降低，後期則明顯產生中高等以上的助益感受性；此種結果除了反應團體發展的歷程特徵，也呼應了成員彼此間的熟悉、凝聚力及團體氣氛等團體動力的改變因素，治療因素與團體動力變化似乎關係密切。

(二) 高齡者參與園藝治療團體之實質獲益

本研究對高齡者實施園藝治療團體之效果，從量表的施測結果及訪談資料的分析，皆獲得正面之肯定，推測對高齡者的身心適應有正向貢獻。尤其在團體後期的治療因素調查中，所有項目得分皆超過3分以上(感受中等以上之幫助，有五項得分3.5分以上，其中最高達到4.57分接近很有幫助的程度)，除前述前三項得分較高的項目以外，「利他性」及「建議的提供」亦呈現較高之分數。對照質性訪談結果，成員對園藝作品的產出「成就感」體驗，願意分享植栽過程之「共享性」，過程中的園藝

「技巧學習」，對未來持有期待之「期望感」，享受園藝過程的「紓壓性」，回到自身觀照之「健康關注」，不僅在團體內有普同感的存在，亦回到自身的情緒宣洩與關注自我，即是一種心理健康概念與行動的提升，回應了高齡者從事園藝有關的活動，能改善其身心狀態，促進適應等現象（Masuya et al., 2014; Nicholas et al., 2019）。

雖然當今高齡世代約有三成左右抱怨個人的身心功能不佳，或存有負面情緒（衛生福利部，2013），但從上述的研究結果發現，高齡者能從園藝治療活動中獲得中等以上幫助或正面效益；也某程度的回應Lee等人（2002）的觀點，即透過心理健康促進的活動、平台或媒介之建構與帶領，提振了高齡者的情緒及價值感，忘卻身體上的病痛，於心理層面注入暖流，貢獻其後續生活適應或正面影響，如「共享性」及「健康關注」兩項助益因素，即補充說明了高齡者在團體結束後仍關注其健康狀態，也願意將每次團體結束後的園藝作品與他人（不限團體內之成員）分享，擴增了成員於團體中的獲益。

連結高齡者的賦能歷程，建構具賦能脈絡的情境，即是從方案的設計及帶領過程中體現，如明確的目標建立，三階段活動（暖身、主題、回饋）的進行，當事人參與「做決定、經歷成功經驗、滋養植物行動、承擔義務與責任、分享園藝經驗」等過程，如以前四次之方案為例（詳見表一），選擇之植物媒材，包括具特殊香味的香草植物，除吸引高齡者視覺及嗅覺上的關注外，透過直接接觸的觸覺與味覺，不僅能連結過去成長經驗的回憶，亦可能伴隨聽覺的聯想；即五感知覺的喚起，連結了個人的意義感，在互動過程中，加深對植物的認識，而園藝作品的操作過程或扦插繁殖及後續的之照顧行動，彼此間能相互協助及完成園藝作品的效能感，已回應了園藝治療過程中的賦能歷程與園藝治療機轉（Haller, 2006; Relf, 2005）。

換句話說，在訪談資料的結果整理與呈現中，除了見到原先量表的八項治療因素外，成員感受到有助益的因素，亦包含有「共享性、成就感、技巧學習、期望感、紓壓性、健康關注」等六項，應屬「賦能取向式園藝治療團體」所特有的特徵，呼應林俊德（2015）的研究結果，尤其藉由引發共同經驗的植物媒材，適合於個人故事的述說，如大家關照的健康因素，與園藝作品等。整個園藝治療過程似可進入高齡者的生活與生命世界，在談改變的諮商歷程中，應可肯定園藝治療對高齡者改變的價值，或許人與活生生的植物媒材互動，確實可從個人內在的對話中，獲得正面助益；換句話說，將諮商歷程結合園藝治療媒材，可以見到高齡者獲益或改變。

（三）賦能與園藝治療團體之治療因素

從描述性的統計資料得知，成員在團體的三個階段裡，普遍以「對團體正向感覺」、「行動力的引發」、「認知性獲得」居前三位；在初階段，此三項因素得分明顯高於其他項治療因素得分（0.5~1.0左右的差距），顯示園藝治療團體初期，即能令高齡者感受到中等以上的幫助，在後期的得分更高（平均達到4分以上），呈現成員感受到「很有幫助」的現象。對照過去性質類似且以此量表進行測量的相關研究，蔣世光等人（1999）針對藝術治療團體的治療因素探討，亦有類似結果，然其平均得分介於2.58-3.40之間，尤其後期得分有降低的趨勢，與本團體情形不同。此點差異可能與團體性質（林美珠、王麗斐，1998），也有能與團體設計或帶領過程相關（葉貞屏、葉貞雯，2008）。

以團體歷程的觀點來看，對照Yalom（1995）的治療因素觀點，團體初期以「教導、共通性及灌輸希望」為最重要之因素，其後逐漸增強的則為「情緒宣洩、人際學習、自我瞭解、凝聚力及資訊的傳遞」等因素。對照本研究所使用之量表內容，「對團體正向感覺」與團體凝聚力有關，「行動力的引發」與灌輸希望有關，「認知性獲得」則與人際關係之學習有關，然而與前述Yalom的歷程特徵有所差異。

綜上述兩項差異，也有可能與團體的理論觀點有關，本團體基於前述之賦能觀點，從方案的設計及帶領過程，包括對園藝媒材的挑選，考量五感刺激及涵蓋賦能要素，以建構賦能情境脈絡，使高齡者透過園藝治療的帶領，引導當事人透過五感刺激，選擇或做決定園藝媒材、同時經驗植物栽種的成功經驗、照顧或滋養植物，培養責任感與義務性、分享園藝經驗等過程體驗了賦能感（Bruce & Folk, 2010）。舉前述香草包之製作過程及香草植物之認識與扦插，能使高齡者透過嗅聞、品嚐、觀察、觸摸等知覺刺激過程，經歷園藝實作經驗、提升認識植物的知能及進一步促發種植香草植物的行動等過程，推測成員在治療因素量表的得分上，直接反應了個人在園藝治療團體中的實際經驗情形。意即推測其與植物的接觸過程，呈現正向的情緒經驗與對團體產生正向的感覺，其次透過操作過程，引發了行動力，而對植物的認識，亦提升了個人的知識內涵，不僅從中獲益，亦體驗了賦能感。

王麗斐與林美珠兩位學者在發展團體治療性因素量表的過程中提到，若干團體治療性重要事件具有文化上的特殊性，同時與認知取向的教育習性亦有關連（王麗斐、林美珠，2000），園藝治療團體性質趨近於表達性治療媒材，過程涉及園藝知能的傳遞，及實作的體驗，涵蓋有認知及情感成分。以量表對治療因素的探討可能有其侷限

性，透過成員訪談或可補充被忽略的訊息，細看各項主題之內容，發現其與園藝治療活動本身關係密切，如「共享性」是從園藝成品的分享而獲益，「成就感」則是完成園藝成品（如植物栽種）所獲益，「技巧學習」指的是從植物種植方法的習得而獲益，「期望感」來自於對園藝活動期待與渴望，「紓壓性」源自於園藝活動參與過程的紓壓效果，從非口語的實作歷程中體驗而獲益，「健康關注」則是因園藝「活動」的進行，使身心投入其中而獲益的過程。相較於治療因素的測量，高齡者從個人的參與經驗中，述說每一項獲益因素，其過程或結果皆導向「賦能」的歷程與結果。

換句話說，從量表測量及成員的訪談分析結果，前述呈現「對團體正向感覺」、「行動力的引發」、「認知性獲得」等三項主要治療因素，恰可對應賦能歷程強調的正面轉變、效能感與行動、及知識性的獲得；而後六項有益性主題內容，亦為個人有能力或掌握的完成園藝實作、從中習得相關知識與能力、對未來期待的希望感受、願意持續的園藝相關行動、主動的自我關注等富含賦能精神的過程（林俊德，2015），尤其最末項「健康關注」主題，令高齡者從園藝活動中，回到自我身上，對個人產生正面的關注，可能是與園藝植物互動後，產生的特有助益因素。

依上述，再回應賦能與園藝治療團體治療因素之關連，以賦能為理論基礎的園藝治療方案嘗試，基於Cattaneo 與 Chapman（2010）的賦能模型概念，建構賦能的脈絡，如選擇引起成員經驗共鳴之園藝植物，具效能之實作與體驗之歷程，是一種從無到有的嘗試與知能提升的賦能過程；由高齡者參與園藝治療團體歷程中獲益的切身經歷，推測賦能與治療因素關係密切。

（四）結論

綜上述，本研究之目的在於探討高齡者參與賦能取向式園藝治療團體之治療因素內涵。採用以賦能為基礎之園藝治療團體方案設計，針對10名65歲以上之高齡者進行八次園藝治療團體活動。透過「團體治療性因素問卷」測量及深度訪談，理解高齡者參與園藝治療團體的治療因素內涵。研究結果發現高齡參與者普遍認同之治療因素為「對團體正向感覺」、「行動力的引發」、及「認知性的獲得」，另以小樣本無母數統計法進行資料分析，發現治療因素具有階段間顯著差異性，團體後期之得分高於前、中期。透過訪談資料分析，發現「共享性、成就感、技巧學習、期望感、紓壓性、健康關注」等六項助益性主題與量化資料相呼應。整體而言，賦能取向式園藝治療團體對高齡者具有正面助益。從上述研究結果及討論過程，理解園藝治療脈絡下之團體治療因素內涵，對高齡者園藝治療之建構與進行具啟發之參考價值。

二、建議

(一) 對園藝治療教育與學習的建議

從諸多研究類型的文獻閱讀中發現，園藝治療的操作主要仍以小團體形式進行，包括方案或課程的設計，卻少論及團體歷程或動力等團體相關因素對園藝治療效果的影響。本研究的完成，除補充回答園藝治療確實具有團體療效因素外，亦提供另一觀點，即對於園藝治療的學習，為使其流暢操作與掌握，團體的組成與動力等相關知能，仍需透過學習方能克竟全功；建議園藝治療訓練或教育的提供，可融入團體心理學等相關知能；而對學習者而言，則是需要團體輔導或實務的帶領訓練，方易掌握園藝團體「治療」的精髓。

(二) 對研究方法與工具的建議

1. 資料蒐集方法

在研究的資料蒐集部分，受限於參與研究的小團體成員數有限，即小樣本量化資料蒐集內容極易受限，此時可考量結合質性研究的資料蒐集方法。從本研究的經驗，得知其確有補充資料蒐集之效，也擴充了一般量化分析的內涵。故針對研究樣本數不多之研究，除使用量表工具外，亦可加入訪談蒐集資料過程，以豐富研究資料。

2. 方案媒材的選擇

園藝治療的進行，治療（植物）媒材的選取是關鍵，從本研究過程中發現園藝媒材的選擇，也可「簡單與常見、易於取得、容易認識與操作、與參與者成長經驗相關、具有五感刺激特徵」等的植物媒材，既能夠達成賦能及治療效果，又可有效掌握成本控制與節省的效用。

3. 方案設計的提醒

本研究針對高齡者園藝治療團體方案內容，採取「暖身、主題活動及回饋」的設計模式，每次團體內的三項步驟不僅彼此有關連，前後次團體的內容設計亦有連結性。從參與者的回饋及研究資料的分析上得知，「暖身」扮演參與興趣的引發，而「主題活動」則更為深化，「回饋」則是引導成員進行作品完成後的分享與彼此回饋，及享受成品產出的成就（具賦能與療效），同時前後團體間的連結，有助於得知成員於平時與植物的互動關係（如對植物如何照顧或對團體外之他人分享參與經驗等），不僅豐富了研究過程，亦有機會擴充參與者的園藝生活經驗，或有可能提升其幸福感。

4. 量表施測過程的建議

基於高齡者生理自然的限制（如視力不佳或專注度議題），量表長度（題數）不宜太長，而字體可斟酌放大，並在不影響題意下，適度協助（如口語解說）其完成問卷填答。

三、研究限制

（一）小樣本的類推性有限

本研究對象為10名都會區社區據點長者，屬小樣本研究，雖有量化與質化資料分析，然研究成果僅代表小群體及類似身心狀況之長者參與園藝治療之現象，無法類推至一般長者或安養機構長者。

（二）園藝治療團體的特殊性

本園藝治療團體與一般表達性治療團體最大之差異，在於採用具有生命特質之植物媒材為團體進行媒介，研究中可觀察到參與者從中獲得「植物」給予的回饋，然本研究探討之主題在於團體過程中的治療因素，主要是發生在「人際間」，而非「人與植物」間的互動效果，然從訪談資料中，得知參與者也能從植物獲取賦能與療效，但植物對人們的「治療」機轉為何，並非本研究之關注焦點，也未能回答此問題，至於能否釐清其對治療因素的影響，是為本研究之限制，亦為未來可以探討之議題。而酌因過去直接探討園藝治療之團體治療因素相關研究之不足，亦較無直接證據可供參照，惟透過本研究及後續可能之探究，持續累積相關實徵資料。

參考文獻

- 內政部（2009）：老人狀況調查報告。臺北：內政部。[Ministry of the Interior (2009). *The report of the elder*. Taipei: Ministry of the Interior.]
- 王麗斐、林美珠（2000）：團體治療性因素量表之發展與編製。中華輔導學報，9，1-24。[Wang, L. F., & Lin, M. J. (2000). Development and validation of the group therapeutic factor inventory. *Chinese Annual Report of Guidance and Counseling*, 9, 1-24.]
- 王麗斐、林美珠（2006）：團體治療性因素量表與團體反治療性因素量表之簡式量表的編製。未出版。[Wang, L. F., & Lin, M. J. (2006). *Development and validation of the Brief group therapeutic factor inventory*. Unpublished.]
- 李翠玲（2010）：園藝治療與療癒庭園對特殊學生課程設計與校園環境建置之意涵與

- 運用。國小特殊教育，**49**，33-40。[Lee, T. L. (2010). Gardening therapy and healing garden's implications and application of special student's course design and campus environment construction. *Special Education for the Elementary School*, *49*, 33-40. doi: 10.7034/SEES.201006.0033]
- 卓紋君、黃創華（2003）：薩提爾模式家庭探源團體療效研究－參與者觀點的分析。中華心理衛生學刊，**16**（3），31-59。[Cho, W. C., & Huang, C. H. (2003). Research on therapeutic effects of a family exploration group with Satir model - A participants' perspective. *Chinese Journal of Mental Health*, *16*(3), 31-59. doi: 10.30074/FJMH.200309_16(3).0002]
- 林俊德（2013）：當事人於焦點解決短期諮商中之賦能知覺分析。彰化師大教育學報，**24**，79-98。[Lin, J. D. (2013). The study of clients' empowerment in the Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Education National Changhua University of Education*, *24*, 79-98.]
- 林俊德（2015）：活力再現～高齡者參與園藝治療之賦能現象。中華輔導與諮商學報，**43**，95-126。[Lin, J. D. (2015). The Empowerment of the elderly in the horticultural therapy. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, *43*, 95-126.]
- 林美珠、王麗斐（1998）：團體治療性與反治療性重要事件之分析。中華輔導學報，**6**，35-59。[Lin, M. J., & Wang, L. F. (1998). Therapeutic and anti-therapeutic important events in groups. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, *6*, 35-59.]
- 高淑清（2008）：質性研究的18堂課。高雄：麗文。[Gao, S. C. (2008). *Lessons of qualitative research*. Kaohsiung, Taiwan: Liwen.]
- 張致斌譯（2002）：蘭格漢斯島的午后。臺北：時報出版。Murakami, H. (1986). *The afternoon at the islet of Langerhan*. Tokyo, Japan: Kobunsha.
- 陳均姝（2008）：團體層次與個人層次變項對於團體治療性因素的影響：多層次縱貫研究分析。台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文，未出版，臺北。[Chen, C. S. (2008). *Effectiveness of the group level and individual level variables on group therapeutic factors: A longitudinal study of multilevel analysis*. Unpublished doctoral thesis. National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan.]
- 陳惠美（2008）：園藝治療實施對象與適用評估方法。載於張俊彥（主編），園藝治療效益評估及活動設計（2-31頁）。臺北：中華民國人與植物學會。[Chen, H. M. (2008). The treatment subject and assessment method of horticultural therapy. In C. Y. Chang (Ed.), *The effects and plan of horticultural therapy* (pp. 2-31). Taipei, Taiwan: The Association of Taiwan Human and Plants.]
- 葉貞屏、葉貞雯（2008）：親子遊戲輔導團體療效研究。臺北市立教育大學學報，**39**

- (2), 105-134. [Yeh, C. P., & Yeh, C. W. (2008). Research on therapeutics effects of the filial play and counseling groups. *Journal of Taipei Municipal Teachers College*, 39(2), 105-134. doi: 10.6336/JUTe/2008.39(2)4]
- 蔣世光、林美珠、陳以儒 (1999)：不同治療取向慢性精神病患團體治療性和反治療性因素之探討研究。中華團體心理治療，5 (4)，1-18。[Chiang, S. K., Lin, M. J., & Chen, Y. J. (1999). Group therapeutic and anti-therapeutic factors from different group approaches for chronic schizophrenics: An exploratory study. *Chinese Group Psychotherapy*, 5(4), 1-18.]
- 衛生福利部 (2013)：老人狀況調查報告。臺北：衛生福利部。[Ministry of Health and Welfare (2013). *The report of the elder*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.]
- 賴寧寧 (2013)：三芝海邊的銀色傳奇。商業周刊，1356，106-115。[Lai, N. N. (2013). The silver legend of Sanzhi bay. *Business Weekly*, 1356, 106-115.]
- 謝瑞瑁 (1982)：園藝治療在休憩利用之研究。國立中興大學園藝學研究所碩士論文，未出版，臺中。[Xie, R. Q. (1982). *Studies on horticultural therapy as recreation in Taiwan*. Unpublished master's thesis. National Chung Hsing University, Taichung, Taiwan.]
- American Horticultural Therapy Association. (2017). *AHTA definitions and positions paper: June 2017*. Retrieved from <https://www.ahta.org/assets/docs/definitions%20and%20positions%20final%206.17.pdf>
- Arashida, E., Tsukagoshi, S., Noda, K., Kita, T., Ohgama, T., Komiyama, & Ikegami, F. (2007). Psychological and physiological verification of the therapeutic effects of horticultural activity mainly with herbs. *Hort. Res. (Japan)*, 6(3), 491-496. doi: 10.2503/hrj.6.491
- Barley, E. A., Robinson, S., & Sikorski, J. (2012). Primary-care based participatory rehabilitation: Users' views of a horticultural and arts project. *British Journal of General Practice*, 62(595), 127-34. doi: 10.3399/bjgp12X625193
- Barnicle, T., & Midden, K. S. (2003). The effects of a horticulture activity program on the psychological well-being of older people in a long-term care facility. *HortTechnology*, 13(1), 81-85. doi: 10.21273/HORTTECH.13.1.0081
- Bruce, H., & Folk, T. J. (2010). *Horticultural therapy as empowerment*. Retrieved from <http://laura-oergel.blogspot.tw/2010/04/horticultural-therapy-as-empowerment.html>
- Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist*, 65(7), 646-659. doi: 10.1037/a0018854
- Chu, H., Chen, M., Tsai, C., Chan, H., & Wu, T. (2019). Efficacy of a horticultural activity

- program for reducing depression and loneliness in older residents of nursing homes in Taiwan. *Geriatric nursing*, 40(4), 386-391. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.12.012
- Clatworthy, J., Hinds, J., & Camic, P. M. (2013). Gardening as a mental health intervention: a review. *Mental Health Review Journal*, 18(4), 214-225. doi: 10.1108/MHRJ-02-2013-0007
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2008). *Groups: Process and practice* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Dorn, S., & Relf, D. (1995). Horticulture: Meeting the needs of special populations. *HortTechnology*, 5(2), 94-103. doi: 10.17660/ActaHortic.1995.391.7
- García-Cabeza, I. I., & de Chávez, M. (2009). Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia. *Psychosis: Psychological, Social And Integrative Approaches*, 1(2), 134-144. doi: 10.1080/17522430902770058
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2011). A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *International journal of mental health nursing*, 20(2), 119-129. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00689.x
- Haller, R. L. (2006). The framework. In R. L. Haller & C. L. Kramer (Eds.), *Horticultural therapy methods*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jarrott, S. E., Kwack, H. R., & Relf, D. (2002). An observational assessment of a dementia-specific horticultural therapy program. *HortTechnology*, 12(3), 403-410. doi: 10.21273/HORTTECH.12.3.403
- Khan, M. A., Amin, N. U., Ahmad, I. S., Sajid, M., Jan, I., Khattak, A. M.,... Hayat, S. M. (2016). Therapeutic horticulture: Influencing psychological responses of surgical patients and their environmental assessment scale. *Pakistan Journal of Agricultural Sciences*, 53(2), 355-363. doi: 10.21162/PAKJAS/16.2431
- Lee, D. T. F., Woo, J., & Mackenzie, A. E. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 19-27. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02060.x
- Lemmens, G. M. D., Eisler, I., Dierick, P., Lietaer, G., & Demyttenaere, K. (2009). Therapeutic factors in a systemic multi family group treatment for major depression: Patients' and partners' perspectives. *Journal of Family Therapy*, 31(3), 250-269. doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00465.x
- Lindsay, J., Roy, V., Montminy, L., Turcotte, D., & Genest-Dufault, S. (2008). The emergence and the effects of therapeutic factors in groups. *Social Work with Groups: A Journal of*

- Community and Clinical Practice*, 31(3-4), 255-271. doi: 10.1080/01609510801981029
- Lo, S. K., Lam, W., Kwan, R. Y., Tse, M. M., Lau, J. K., & Lai, C. K. (2019). Effects of horticultural therapy: Perspectives of frail and pre frail older nursing home residents. *Nursing open*, 6(3), 1230-1236. doi: 10.1002/nop2.323
- Luk, K. Y., Lai, K. Y. C., Li, C. C., Cheung, W. H., Lam, S. M. R., Li, H. Y.,... Wan, S. F. (2011). The effect of horticultural activities on agitation in nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 435-436. doi: 10.1002/gps.2493
- Martin, L. V., Felix, A., Trudi, B., Susanne, L., Roberto, B., Renata, S., & André, A. (2012). Horticultural therapy for patients with chronic musculoskeletal pain: Results of a pilot study. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 18(2), 44-50.
- Masuya, J., Ota, K., & Mashida, Y. (2014). The effect of a horticultural activities program on the psychologic, physical, cognitive function and quality of life of elderly people living in nursing homes. *International Journal of Nursing & Clinical Practice*, 1, 1-4. doi: 10.15344/2394-4978/2014/109
- McWhirter, P., Nelson, J., & Waldo, M. (2014). Positive psychology and curative community groups: Life satisfaction, depression, and group therapeutic factors. *Journal for Specialists in Group Work*, 39(4), 366-380. doi: 10.1080/01933922.2014.955384
- Nicholas, S. O., Giang, A. T., & Yap, P. L. K. (2019). The effectiveness of horticultural therapy on older adults: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10), 1351.e1-1351.e11. doi: 10.1016/j.jamda.2019.06.021
- Rappe, E. (2005). *The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care*. Helsinki, Finland: University of Helsinki.
- Relf, P. D. (2005). The therapeutic values of plants. *Pediatric Rehabilitation*, 8(3), 235-237. doi: 10.1080/13638490400011140
- Rowaert, S., Vandeveld, S., Audenaert, K., & Lemmens, G. (2018). Family support groups for family members of mentally ill offenders: Therapeutic factors. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 39(2), 186-199. doi: 10.1002/anzf.1296
- Sharry, J. (2007). *Solution-Focused groupwork* (2nd ed.). London, England: SAGE publication. doi: 10.4135/9781446280379
- Verra, M., Angst, F., Beck, T., Lehmann, S., Brioschi, R., Schneider, R., & Aeschlimann, A. (2012). Horticultural therapy for patients with chronic musculoskeletal pain: Results of a pilot study. *Alternative Therapies*, 18(2), 44-50.

- Wang, D., & Macmillan, T. (2013). The benefits of gardening for older adults: A systematic review of the literature. *Activities, Adaptation & Aging, 37*(2), 153-181. doi: 10.1080/01924788.2013.784942
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York, NY: Basic Books. doi: 10.1192/S0007125000062723

收件日期：108年07月16日

一審日期：108年09月30日

二審日期：109年06月05日

通過日期：109年07月15日

The Exploration of Group Therapeutic Factors in the Empowerment-based Horticultural Group Therapy on the Elderly

Jiun-De Lin*

National Taichung University of Science and Technology

There are more positive effects of the horticultural therapy group on the elderly. To understand the group therapeutic factors is to contribute to decide and modify group strategies and concepts, and promote abilities of group practices. The purpose of this study was to explore the therapeutic factors of empowerment-based horticultural therapy group on the elderly. The horticultural therapy group was designed by the concepts of the empowerment in combination with horticultural activities. There were eight sessions in this group program, including understanding plants, planting plants, gardening and horticultural activities. The group was led by a horticultural therapist and a certified counselor. There're 10 over the age of 65 older people who lived in urban areas invited to participate this group. The research methods were used quantitative and qualitative mixed design. The data collection was conducted using quantitative questionnaires and qualitative interviews. "Group therapeutic factor inventory" were conducted after second, fifth, and last session of this group, and semi-structured in-depth interviews were conducted after the end of the group to understand the therapeutic factors for elderly people participated in this group. The statistical results of questionnaire surveys were found that was a high frequency of "positive feeling for group", "action elicitation" and "cognitive acquisition" in the early stage, "positive feeling for group" and "action elicitation" in the medium-term stage, while "positive feeling for group", "action elicitation" and "altruism" in the latter stage of the group. Overall, the highest frequency of "positive feeling for group" occurred. In order to understand the frequency differences of group therapeutic factors between stages, the Nonparametric statistics method were utilized. The significant differences between the stages were found. There were early and medium-term stage, medium-term and the latter stage of the group, but no difference between early and the latter stage of the group. It had been observed that each frequency of the eight group

* Corresponding author: Jiun-De Lin, e-mail: jdlin@nutc.edu.tw
doi: 10.3966/172851862020090059004

therapeutic factors has significantly promoted in the latter stage of this group. The results of the interview data analysis were that six beneficial factors such as "sharing works, accomplishments, horticultural skills learning, expectations, positive emotions, and health concerns" have positive contributions to the elderly. "Sharing works" were referred to the psychological sharing derived from the completion of horticultural products, that is, the horticultural therapy process allowed the elderly to have the opportunity to share the works completed in the process, and could benefit positively through sharing. "Accomplishments" were referred to the sense of accomplishment of participating in the horticultural activities. The elderly people felt the gains and achievements through the participation process of this group. "Horticultural skills learning" were referred to the learning of gardening related skills, that is, the elderly experienced the cooperation, exchange and learning of related skills through the participation of the group. "Expectations" were referred to expect to participate this horticultural therapy activities, that is, the elderly expressed their expectations and hope for the continuation and participation of future groups in the process of participating in horticultural therapy group. "Positive emotions" meant the process of horticultural activities brings positive emotions and relief effects, that is, the elderly generally experienced positive relief effects through the participation of horticultural activities, and also have a positive effect on the catharsis of emotions. "Health concerns" meant that the elderly participants discussed health issues between and after this group sessions, that is, who were involved in this horticultural therapy group to, and experienced the importance of physical health issues through the group process. Overall, there were positive benefits for the elderly participated in the empowerment-oriented horticultural therapy group. Understanding the connotation of group therapeutic factors under the context of horticultural therapy has reference value for the construction and implementation of horticultural therapy for the elderly. According to the research results, it was suggested that a therapeutic factor scale with horticultural therapy characteristics can be developed in the future, and relevant recommendations were provided for follow-up studies and practices.

Keywords: Elderly counseling, empowerment, horticultural group therapy, horticultural therapy, therapeutic factors.