

## 從我國老年生活狀況調查探討高齡心理健康促進策略

### —成功老化的觀點

南華大學通識教育中心 姚卿騰  
講師兼學生輔導中心主任

#### 壹、前言

隨著生活條件與醫療品質改善，促使老年人口劇烈增加，高齡社會已成為全球趨勢。臺灣高齡人口亦逐漸增加，根據內政部2014年人口結構分析我國65歲以上老年人口已達275萬2,917人，占總人口11.77%，依行政院經濟建設委員會對人口推估資料顯示，我國65歲以上的人口在2017年將成長至14%，正式進入高齡社會之列，2025年將至21%，邁入超高齡社會（行政院經濟建設委員會，2011），估計臺灣由高齡化社會轉變為高齡社會歷時24年，而由高齡社會轉變為超高齡社會所需時間縮短為8年，顯示臺灣地區在人口結構上老化的速度非常快。

依據世界衛生組織對健康的定義：「健康是生理、心理及社會皆達到完全安適狀態，而不僅是沒有疾病或身體虛弱而已」。更說明了，老年人的健康應從透過身體健康促進、心理適應及社會參與等三方面一同並進。隨著臺灣高齡人口數的增加及平均壽命的延長，使得高齡者有更多的機會面對生命重大事件的衝擊，包含社會外在環境的動盪、家庭與親職角色的轉變、生活的孤單與寂寞、重要親友的逝世與離別等心理因素的衝擊，對於高齡者的心理健康有很大的影響，檢視我國當前高齡政策和服務體系是對於健康醫療和社會福利服務的資源投入，對於高齡者的社會心理需求滿足的回應則最為缺乏，面對高齡心理健康議題，世界各國紛紛提出有效的因應策略，積極提供高齡者更為完善之心理健康促進服務，以協助其適應老化的過程並安享晚年。在老化的相關研究中，有學者提出成功老化（successful aging）的觀點，本文即試圖從成功老化觀點對我國第三年齡之生活狀況進行探討，進而對我國高齡心理健康促進提出可能之作為，以回應臺灣高齡者人口的需要，創造高齡者躍動的晚年生活。

## 貳、成功老化理論模式

成功老化的觀念被引入社會科學領域始自美國老年學學者們於1940年代針對生活滿意度的研究（Bowling, 1993），於1960年代變成學術名詞（Paul B. Baltes & Baltes, 1990；Phelan & Larson, 2002）後，1980年代起因Rowe與Kahn及其團隊的努力下，「成功老化」成為普遍流行的名詞。目前與成功老化定義相關之理論有四，首先，Rowe及Kahn（1987, 1997, 1998）二位學者指出成功老化必須包含三項要素：（1）降低罹患疾病與因疾病而發生失能的危險、（2）維持高認知與身體功能、（3）主動參與社會，包括社會關係的建立與生產力的提供，透過跨學科研究網絡的多項實證研究結果，提出基因不是決定人類如何老化的絕對性因子，並主張人人可藉生活形態的調整以中和老化的負向影響。之後，Crowther等學者（2002）提出在此理論內加入第四個因子：正向靈性（positive spirituality），以納入宗教與靈性對高齡健康的正向影響，亦即藉由宗教的寄託、靈性的力量與人生意義的定位，可以幫助高齡者產生正向的觀點，以促進成功老化。洪櫻純、李明芬與秦秀蘭（2010）認為身、心、靈互為一體的概念，靈性可以協助高齡者重新思考自我生命的意義和價值感，尤其是高齡者透過宗教活動參與、寫作與反思過程、有助於思考生命的意義，進而建立有意義的退休生活目標（Sloane-Seale & Kobs, 2008）。

第三為Baltes & Baltes（1990）以心理學的觀點，運用變異與彈性的概念，提出選擇、補償、與最適化理論（The model of selective optimization with compensation，簡稱SOC模式），將成功老化視為一種心理適應良好的過程，強調透過三種策略促使成功老化，包括（1）選擇（selection）—即預防或因應退化而對生活目標所做出的選擇；（2）最佳化（optimization）—調整或精鍊本身仍保有的能力與資源而使目標達成；（3）代償（compensation）—利用環境及工具的調整或改變而使目標達成。例如透過促進高齡者健康生活型態，以降低病態老化的發生，並且藉由教育、激發動機、以及健康相關的活動去加強個人的潛能，同時考量個人的目標進行調整，幫助高齡者達到成功老化的目標。除上述三個理論外，第四個極重要的成功老化理論，則是Torres（1999）所提出的文化相關之成功老化理論架構（culturally-relevant theoretical framework），該理論主張每個文化中皆包含對人性、人與自然的關係、人與人間的關係、時間、活動共五個價值傾向，而這些價值態度所形成的文化對人們如何看待成功老化這件事有重要的影響，是以，在探討成功老化的定義時，不可不先瞭解老人所身處的文化環境。

儘管成功老化相關研究眾多，四個理論亦各有其優點與不足，但目前最常被引用的成功老化理論仍以Rowe & Kahn提出的三個元素為主要定義，而由於該理論最早被提出，是以，亦成為學術界引以為思考與研究的基礎，產生許多支持該理論的研究成果之餘，也有不少批判與修正的觀點被提出，其中，除了採用「成功」一詞帶來極可能隨人而易的不同定義外，集中強調身體生理的功能與健康、忽略老人自評定義的標準等，亦已被實證研究證明有修正的必要。而該理論以必須同時達到生理、心智、社會三面向的標準方稱成功老化，亦窄化了真實生活中成功老化的發生。另外，「成功老化」的感知乃是社會建構的產物（Bowling, 1993；Torres, 1999, 2006），不管是同一個人在不同階段、或是在不同地域的人們，其對於達成其成功老化所需具備元素的看法，其實會隨其年齡、性別、文化等變動而不同（Andrews, et al., 2002; Chen, 2007; Hsu, 2005）。

## 叁、我國老年生活狀況調查分析

### 一、高齡者自覺健康狀況分析

由前述成功老化的觀點可以發現，高齡者要享有良好的晚年生活，與其生活適應有密切的關係，為提供政府相關機關制訂高齡者政策及措施參考，我國內政部定期辦理老人狀況調查，以瞭解高齡者身心健康、生活滿意度、經濟狀況及各項福利需求，本文藉衛生福利部近年（2005、2009、2013年）所進行的老人狀況調查和國民健康署2011年臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查結果，以瞭解並研析我國高齡者在不同面向的生活狀況。

在高齡者健康情形方面，高齡者自覺健康良好的（包括很好及還算好）2009年最高（52.21%）、2005最低（33.44%），而自覺健康情形不良者（包括不太好和很不好）則高達近3成的高齡者自覺健康狀況不佳。在慢性重大疾病方面，患有慢性重大疾病的高齡者的比例一直維持在7成左右的高峰，比例上10年來並無逐年下降的趨勢（65.20%→75.92%→71.00%），根據研究顯示慢性病是威脅高齡者生命的主要健康問題，這些慢性病已被證實導因於不良的行為習慣或生活方式（高淑芬、蔡冰如、蔡秀敏、邱佩怡，2000），近年亦有研究發現，女性、教育程度低、罹患一種以上慢性疾病、沒有參與休閒活動或參與次數較低者，有較高的憂鬱傾向（林俞均 2008）。最近一個月有看病的比例逐年攀升（63.38%→68.91%），顯示老人主觀地認為自己不健康，故求醫行為也增加，另外在住院情形方面有住院的比例逐年下降，平均住院的次數則略為下降，平均住院的天數則逐年上升（詳如表1）。顯示高

齡者在醫療照顧上的需求乃是值得關注的議題，但如何事前的預防保健與及降低疾病失能風險則應雙管齊下進行。

表1 近年高齡者健康狀況分析

項目別/年度	2005年	2009年	2013年
<b>1. 自覺健康情形</b>			
很好	11.58	13.90	9.40
還算好	21.86	38.31	27.20
普通	36.62	19.02	40.50
不太好	22.83	21.82	19.40
很不好	6.69	5.33	3.40
很難說	0.43	1.46	—
<b>2. 罹患慢性重大疾病</b>			
無	34.42	23.56	29.00
有	65.20	75.92	71.00
<b>3. 最近一個月有看病情形</b>			
無	34.62	31.09	—
有	63.38	68.91	—
<b>4. 平均看病次數</b>	2.25	2.18	—
<b>5. 過去一年住院情形</b>			
無	80.02	78.55	82.80
有	19.98	21.13	17.20
平均住院次數	1.80	1.68	—
平均住院天數	13.44	14.42	15.93

註：2013年部分數據採自2011年臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查。  
資料來源：衛生福利部2000、2005、2013年老人狀況調查，作者整理。

## 二、高齡者生活感受分析

在高齡者生活感受方面，從老人生活狀況調查資料分析顯示，7成左右的老人自己的生活感到滿意，影響老人生活滿意度的因素大致可歸納為：個人層次因素中之社經資源、身心健康狀況及社會支持等，以及社會情境的因素，整體來說，2005年至2009年5年期間，65歲以上的老人對整體生活滿意度略微下降，某種程度反映不論在老人個人層次的身心健康、經濟狀況及社會結構提供給老人的機會和資源並無太大的改變。在調查中可知有近2成左右的高齡者覺得生活上孤單寂寞空虛，寂寞與孤單感是個人主觀感受，是因為社會關係的缺乏而產生的負面情緒，經驗與他人分離的挫折，顯示高齡者隨著年歲漸高與體能老化需面對複雜的生命議題，包含生理退化而造成的體力下降、動作速度變慢、記憶與認知功能退化，退出職場所需因應的經濟緊縮，自我生活安排能力的提升，子女離家的空巢期，或是因遷居導致的人際關係改變，更重要的是，大部份的長者都會逐漸感受到親友死亡所帶給自己的心理衝擊，高齡者在面對這些複雜生命議題時，內心常浮現的是對生存的空虛感與不確定感，且若高齡者再對自我能力與存在價值有所懷疑的話，高齡者就更感到孤軍奮鬥、難關無解而出現老年憂鬱，甚至放棄自助而走上尋短一途，因此對高齡者的心理健康與關懷則可再加強。

除了上述二個層面之外，針對生活是否過得良好也是生活感受的另一個層面，也就是高齡者能過好的生活（the good life），也就是後來所稱的「生活品質」（Brody, 2000）。Fry（2000）認為生活品質是個人主觀的感受，代表的是對社會心理健康及生活上醫療及非醫療層面的生活滿意度。生活品質是一種現實與心中希望的差距，所以也可說生活品質是認知的評價過程，反應目前的生活滿意及正面效果。因此，生活品質是一種主觀的知覺。高齡者覺得生活過得很好的比例10年來並無逐年提升的趨勢（77.44%→68.84%→74.20），且有2成5比例的高齡者覺得生活情形不佳（詳如表2），顯示高齡者在老人的生活品質值得予以關注。

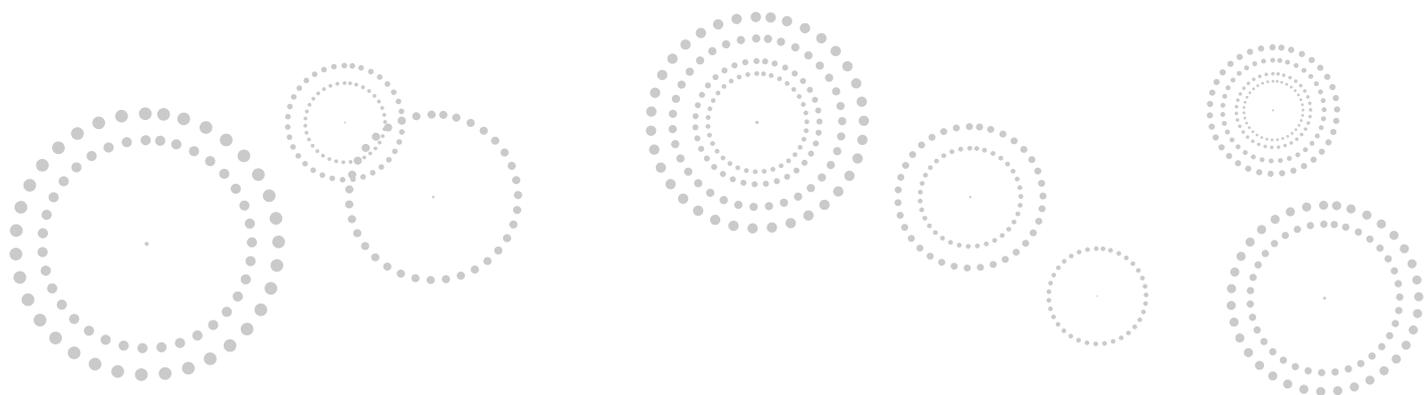
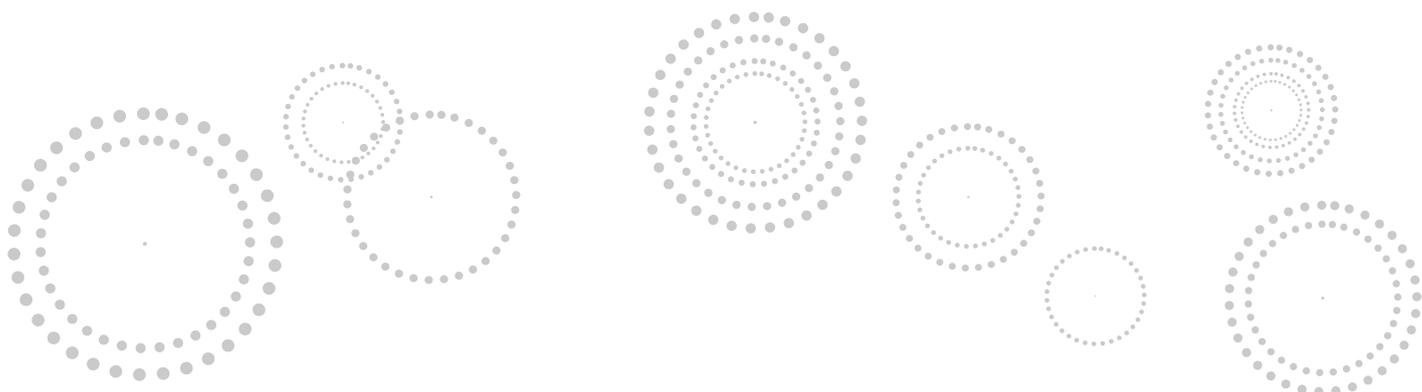


表2 近年高齡者生活感受分析

項目別/年度	2005年	2009年	2013年
1. 整體生活滿意度			
滿意	79.14	78.00	—
不滿意	13.91	11.70	—
不知道/拒答	6.95	10.30	—
2. 感覺孤單寂寞空虛			
會	21.76	19.90	19.20
不會	78.24	79.90	80.80
不知道/拒答	—	0.20	—
3. 覺得生活過得很好			
會	77.44	69.84	74.20
不會	22.56	29.71	25.80
不知道/拒答	—	0.45	—

資料來源：衛生福利部2005、2009、2013年老人狀況調查，作者整理。



### 三、高齡者憂鬱情形分析

憂鬱是一種情緒失調的疾病症候群，不僅使人情緒沮喪、悲傷、消沉及憂愁，嚴重者更可能心裡陷入悲傷、絕望、自責及思想錯亂的地步（張春興 2002）。在高齡者憂鬱情形方面，調查以憂鬱情形（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D）量表測量，就65歲以上老人在過去一週裡，對於表列8個生活指標項目，是不是 1.不太想吃東西，胃口很差；2.覺得心情很不好；3.覺得做事情很不順利；4.睡不好覺；5.覺得很快樂；6.覺得人人都不友善（對你不好）；7.覺得很悲哀（傷心）；8.提不起勁來做事（沒精神做事），含7個負向指標，1個正向指標之感受情形進行調查，從老人生活狀況調查資料分析顯示近年來65歲以上老人生活中憂鬱情形主要以「睡不好覺」居多，近10年來的調查資料顯示高達4成比例的高齡者因睡不安穩導致憂鬱的情況，其次高齡者憂鬱情緒方面歷年來覺得心情很不好比例皆維持在3成左右，並無明顯的下降趨勢，在快樂指數方面歷年平均顯示有2成3比例的高齡者表示從未在生活方面感受到非常快樂的情緒。在覺得很悲哀（傷心）方面，比例上呈現不穩定的趨勢（26.22%→18.22%→27.30%），近一次的調查顯示有2成7比例的高齡者感受到老年生活的情緒是一種悲哀、傷心的情況，且似乎有逐年上升的情況，另外在精神活力的部分，近10年平均近2成4高齡者表達提不起勁（精神）來做事情，顯示部分高齡者因精神狀態影響到持續社會參與的情況，進而呈現出逐漸撤退參與事務的情形，而在「不想吃東西、胃口不好」、「覺得做事情很不順利」等項目高齡者表達負向感受比例並不高，約佔2成左右。另外從歷年老人生活狀況調查報告中顯示在性別方面女性、教育程度越低的老人，對於生活較容易有負面的感受，亦造成有憂鬱情緒的情形。

老年人邁入老化的過程中，會經歷生理上（包含疾病、失能與功能退化）、心理上（認知功能下降與自我認同的調適）和社會生活方面（退休、失去伴侶或親友）等改變，這些改變造成老年人的壓力，增加了老年憂鬱症的可能性。憂鬱是晚年最常見的心理疾病，它不只引起痛苦及患病，亦導致生理、心理及社會功能的損傷，更會增加自殺的風險，以及耗費更多的健康照護資源（Judd et al., 1996），老年憂鬱症主要是以持續的情緒低落、沮喪、及失去自我價值感為特徵。它還可能伴隨有活力降低、注意力難以集中、睡眠障礙、食慾改變、或身體疼痛等問題。也因為憂鬱症狀之表現在老人家十分常見，所以常被用以當作心理健康狀態的指標。由於社會環境的變遷、家庭互動及文化價值的改變等因素，造成老年人容易出現憂鬱和適應障礙的情形，因此，老人心理健康問題不容忽視。

表3 近年高齡者憂鬱情形分析

項目別/年度	2005年	2009年	2013年
1. 不想吃東西、胃口不好			
從未	78.95	79.69	81.30
會	21.05	20.27	18.70
不知道/拒答	—	0.04	—
2. 覺得心情很不好			
從未	66.67	66.85	70.90
會	33.33	31.26	30.10
不知道/拒答	—	0.09	—
3. 覺得做事情很不順利			
從未	81.56	79.14	81.10
會	18.44	20.70	18.90
不知道/拒答	—	0.16	—
4. 睡不好覺			
從未	57.46	59.84	59.30
會	42.54	40.07	40.70
不知道/拒答	—	0.09	—
5. 覺得很快樂			
從未	23.98	25.88	21.60
會	76.02	73.77	78.40
不知道/拒答	—	0.35	—
6. 覺得人人都不友善（對您不好）			
從未	93.00	91.94	93.90
會	7.00	7.86	6.10
不知道/拒答	—	0.20	—
7. 覺得很悲哀（傷心）			
從未	73.78	81.61	82.70
會	26.22	18.22	27.30
不知道/拒答	—	0.17	—
8. 提不起勁（精神）來做事			
從未	73.39	77.09	76.20
會	26.61	22.82	23.80
不知道/拒答	—	0.09	—

資料來源：衛生福利部2005、2009、2013年老人狀況調查，作者整理。

## 肆、成功老化觀點對我國高齡者心理健康狀況之反思

世界各國皆面臨人口快速高齡化的挑戰，故延緩長者失能，提高長者生活品質，減低醫療與福利支出，已成為高齡社會政府部門、學術單位、民間組織，共同理想與具體實踐的方向。就老化的觀點而言，成功老化是指高齡者能減少疾病及因疾病而帶來的身體障礙，擁有高度的身心功能，能積極的投入生活，並擁有正向的精神生活；同時，能夠透過積極參與高齡學習活動，拓展其社會支持網路和促進身心健康，從中學習技能和發展興趣，使生活過得更加充實快樂，經由人際互動以抒發情緒，並擁有獨立、參與、尊嚴、適當的照顧與自我實現（WHO,2005）。

每位高齡者老化的程度和狀況常有所不同，學者Rowe & Kahn（1997）把老化定義成三種不同模式：（1）正常老化（normal aging）；（2）成功老化（successful aging）；（3）病理性老化（pathological aging）。我們希望從正常老化朝向成功老化，而避免病理性老化的發生。前述針對成功老化之理論模式探討，雖然學者們對於如何成功老化的看法不同，但是他們都認為要讓高齡者維持心理的健康，應該朝向成功老化的目標前進，而不只是正常老化而已，同時要盡量避免病理性老化的發生。反觀我國長期以來重視高齡者健康醫療照顧、社會福利面向，較忽略高齡預防保健、心理健康、學習、社會參與等議題，由近年來3次的老人生活狀況調查資料中顯示我國高齡者自覺健康情形者有逐年下降趨勢，平均看病次數和住院天數逐年上升，在高齡者生活感受方面，調查中有近2成左右的高齡者覺得生活上孤單寂寞空虛，且有2成5比例的高齡者覺得生活情形不佳；在高齡者憂鬱情形方面，高達4成比例的高齡者因睡不安穩導致憂鬱的情況，高齡者覺得心情很不好比例皆維持在3成左右，並無明顯的下降趨勢，更有2成比例的高齡者表示從未在生活方面感受到非常快樂的情緒、感受到老年生活是一種悲哀、傷心的情況，提不起勁（精神）來做事情的状态，顯示部分高齡者心理的健康議題更值得我們注意和照顧。因此，面對我國高齡人口快速增加和平均壽命增長，本文試圖從成功老化觀點對我國高齡者心理健康狀況進行反思，進而提出一些初淺的看法。

### 一、形塑高齡者正向心理特質，激發生命活力

心理健康和身體健康緊密連結，成功老化指出如果我們能夠透過心理調適的過程來面對老化的問題，就可以成功地迎向晚年的生活。Baltes與Baltes把成功老化定義為一個心理良好適應的過程，鼓勵高齡者心存樂觀，適當地選擇自己擁有的資源，補償日漸失去的身體功能與社會角色，以最佳化自己老年可能擁有的生活，故成功老化

強調變異和彈性的概念，是個體追求一個「連續適應的過程」。晚近正向心理學興起，相當強調正向心理特質的擁有，當我們擁有正向、積極的態度，在人格和個人發展方面往往擁有較佳的狀態，故人格成熟的高齡者應具備對於自我的經驗、情感和力量有適當的判斷，並形成正向的自我概念，同時透過適應環境的歷程，甚至積極改善環境，故高齡者如能透過心理調適過程來面對老化的議題，即有健康的身心，包括情緒正向、信念正向、自我接納等，就可以成功地迎向老年生活。

正向心理學有別於過去以負向或病理的角度來理解人的行為，而多以正向、積極的態度來看待人的行為，正向心理學認為有三個因素對人的心理造成影響（1）正向的經驗：快樂、幸福感等；（2）正向的特質：自我決定、創造力、智慧等；（3）正向的社區：家庭影響、社會關係、文化規範等（Seligman & Csikszentmihalyi, 2000）。由正向心理學的角度，我們可知正向的經驗扮演著重要的角色，雖然在老年生活裡可能遇到許多負面的生活事件，但因為每位高齡者過去生活所導致的性情、特質會決定其對於幸福感的知覺程度，但如果高齡者有較多的正向特質，擁有較多的正向經驗，並且社會可以提供足夠的資源，讓高齡者能依照其意願追求最大的福祉，生活在一個正向的社區裡，對其心理健康也就更好的幫助。

故高齡者如能擁有正向的特質與情緒，乃為心理健康的關鍵要素，宜加強其維持獨立與控制感、從事正向的活動、維持生命的活力與創造力、加強與社會的網絡連結等能力，鼓勵高齡者面對高齡期各種喪失，要採取積極的生活方式，並將負面影響轉為正向的態度，這是老年期面對各種喪失的重要適應手段，並且創造高齡者積極的生活型態，激發接受挑戰的勇氣，豐富其老年生活的內容。

## 二、促進高齡者持續社會參與，提升心理健康

進入了老年階段，易面臨到失落感、孤獨感、疏離感等負面情緒感受，如負面的心理困擾、精神疾病或適應困難等，因此心理健康對於老人而言影響深遠，高齡者若長期處於憂鬱的情緒中，將影響老年人的生活品質，隨著退休高齡者喪失了原本社會的角色，這種角色的喪失可能伴隨著嚴重的失落感，認為自己甚麼都沒有了，如果在這個階段，高齡者角色轉換不良，家人也沒有給予適當的心理支持，反而強化了老了就沒有用的想法，使老人產生適應與憂鬱情緒的問題，甚至導致憂鬱症、焦慮症或自殺等問題。從成功老化的觀點如果高齡者可以持續社會參與，開創新的人生舞台，找到新的角色定位，培養新的興趣或嗜好，產生新的自我定位，有新的人生規劃，成功面對這種失落。

第三年齡是人生中一個既自由又獨立的黃金歲月，對於健康擁有行動能力的高齡者，其智慧、能力上都能夠持續對社會有所貢獻，在面對臺灣人口老化快速來臨階段，必須關注高齡者身、心、靈和社會參與等多層面的需求，如何才能讓高齡者有尊嚴、有樂趣、有意義和有生活品質的生活，積極引導高齡者做好準備，是高齡心理健康政策應有的新思維、新作為。但是，從我國近年老人狀況調查中卻顯示高齡者日常生活最主要的活動項目為從事養生保健活動、朋友聚會聊天和從事休閒育樂為主，歷年的老人生活狀況調查都顯示，沒有任何主要活動者所佔的比例偏高，顯示仍有不少比例高齡者沒有社會參與活動的安排。

活躍理論認為高齡者應持續保持與社會生活的聯繫，積極參與社交生活，以提高老年生活的滿意度，故聯合國國際老人年的宣言主張高齡教育是一項「基本人權」，應將老人的教育學習納入政策考量（黃富順，2004），而樂齡學習正可提供高齡者持續社會參與的機會，達成「成功老化」，進而「活躍老化」的目標。新一代高齡者雖具有參與教育活動的有利條件，但相關調查研究顯示，高齡者對教育學習的參與仍屬於教育人口之弱勢團體，就其問題分析，主要為整體高齡教育的對象涵蓋面不足，提供學習的場所和經費都相當有限，且未連結高齡社會的人口需求，也未進行高齡人力資源的規劃等，造成對高齡教育和資源開發的不夠重視。因此如何整合公、私部門的資源，提供高齡者便利性、易得性的學習機會和管道，進而促進高齡者持續社會參與，提升其心理健康。

## 伍、促進我國高齡者心理健康的策略

本文主要核心議題在於從成功老化的觀點，對於我國高齡者生活狀態進行探討，進而提出老年心理健康促進策略，研究者引用成功老化理論模式作為提出高齡者心理健康促進策略的切入點，其主要論點為提升高齡者個人的生理和心理健康，強調正向靈性的重要，鼓勵其藉由社會參與的方式與社會產生連結，並提供一個積極扶持的社會情境，以維護高齡者的身心靈全面的統整與調適，進而協助高齡者在老化過程中維持良好的生活品質。綜合上述，本文最後提出五項促進我國高齡者心理健康的策略，以供高齡者、政府單位及社會大眾進一步思索及探究：

### 一、致力發展正向情緒，完成老年期的發展任務

此一策略關切的焦點，包括：高齡者要高度發展正向的情緒，可從拓展社會網絡、社會活動、人際關係等著手，並盡早對老化有正確的心理認知及採取因應與調適的措施，以積極的態度面對老年生活，完成老年時期的心理發展任務。

## 二、關注精神健康狀態，提升靈性成長和超越

此一策略關切的焦點，包括：高齡者應定期關照自身的精神健康狀況，尤其是老年期常見之失智、憂鬱症等身心疾病，得以早期治療獲得較好的預後，同時鼓勵自我探索心靈層面，提升自己的靈性生活，探索生命的意義與價值，達到統整、圓滿和自我超越的境界。

## 三、強化社會變遷的適應，持續參與終身學習活動

此一策略關切的焦點，包括：高齡者應與時俱進，持續參與學習活動，追求新知識和積極成長，藉由終身學習活動的參與，有助於高齡者在老化過程中，維持獨立自主性，以利其適應晚年生活，因應社會變遷的不二法門。

## 四、建立明確的生活目標，延伸或尋找替代角色

此一策略關切的焦點，包括：高齡者宜發展新的角色，積極加入各種組織，參與社會各種活動或志願服務，來維持自我的連續使生活有重心，同時持續擴展社會人際網絡，增強個人的社會資本，以充實生活的內涵。

## 五、制定高齡心理衛生政策，加強老年心理健康促進

此一策略關切的焦點，包括：心理健康不只是高齡者個人問題，政府應扮演更積極的角色，除了提供良好的精神醫療照顧，更宜加強高齡者心理健康的預防和促進工作，並減少社會對精神疾病的歧視，唯有全面性的老人心理健康政策，才能促進高齡者的心理健康。

## 陸、結語

老年心理健康包括了生理、心理與社會三個因素，這三個因素如果可以適當地整合協調，對於高齡者心理健康促進工作將有所助益，特別是成功老化的概念，如何使高齡者擁有活躍老化的老年，並維持生活的滿意度，是社會大眾們所衷心期望的。因此，如何促進高齡者的心理健康，透過成功老化概念促進其持續保持，使已有心理問題者持續改善，締造全體高齡者的心理健康，這是每個高齡者所企盼的，也是政府衛生福利部門應積極重視的，老年生活面對許多的失落與轉換，所遇到的問題與心理特徵與其他年齡層不同，我們應以同理心用正向與積極的態度來鼓勵高齡者勇於嘗試探索不同的生活方式，相信可以帶給高齡者更健康與自信的晚年生活面貌。

## ◆參考文獻

中文部分：

內政部統計處（2014）。人口結構分析。檢索日期：2015年1月10日，取自：[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=8057](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=8057)。

田秀蘭等（合著）（2011）。老人心理學。臺中：華格那企業。

行政院經濟建設委員會（2011）。我國人口統計推估。檢索日期：2015年1月11日，取自：<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0012631>。

余紅柑（2004）。嬰兒潮世代老人如何實踐成功老化的路徑芻議。社區發展季刊，132，325-339。

李世代（2010）。活躍老化的理念與本質。社區發展季刊，132，59-72。

李百麟（2009）。高齡者之生活滿意度與成功老化各因素關係之探討。危機管理學刊，6（2），25-38。

林俞均（2008）。老人憂鬱狀態與休閒活動之相關性研究（未出版碩士論文）。亞洲大學長期照護研究所，臺中市。

林麗惠（2006）。臺灣高齡學習者成功老化之研究。人口學刊，33，133-170。

林麗惠（2006）。高齡者參與志願服務與成功老化之研究。生死學研究，（4），1-36。

洪櫻純、李明芬與秦秀蘭（2010）。老人靈性健康的阻力與助力分析。生命教育與健康促進學術論文研討會論文集，59-72。

徐慧娟（2003）。成功老化：老年健康的正向觀點。社區發展季刊，103，252-260。

徐慧娟、張明正（2004）。臺灣老人成功老化與活躍老化現況：多層次分析。臺灣社會福利學刊，3（2），1-36。

陳燕禎（2007）。老人福利理論與實務：本土的觀點。臺北市：雙葉。

高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡（2000）。老年人的健康促進生活型態與衛生教育。護理雜誌，47（1），13-18。

黃松林、洪碧卿、蔡麗華（2010）。活躍老化：臺灣長青志工之探討。社區發展季刊，132，73-91。

黃富順（主編）（2004）。高齡學習。臺北：五南。

黃富順（2012）。高齡心理學。臺北：五南。

彭懷真、彭駕駢（2013）。老人心理學。新北市：揚智文化。

張春興（2002）。張氏心理學辭典。臺北：東華。

衛生福利部（2005）。中華民國94年老人狀況調查報告。臺北：衛生福利部。

衛生福利部（2009）。中華民國98年老人狀況調查報告。臺北：衛生福利部。

衛生福利部（2013）。中華民國102年老人狀況調查報告。台北：衛生福利部。

衛生福利部國民健康署（2011）。中華民國100年臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查。臺北：衛生福利部

英文部分：

Andrews, G., Clark, M., & Luszcz, M. (2002). Successful aging in the Australian longitudinal study of aging: Applying the MacArthur model cross-nationally. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 749-765.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral science* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family Practice*, 10, 449-453.

Brody, E. M. (2000). Foreword. In R. L. Rubinstein, M. Moss, & Morton H. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging* (xv-xvii). New York, NY: Springer Publishing Company.

Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality, the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613-620.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998a). The structure of successful aging. In J. W. Rowe & R. L. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 36-52). New York: Random House.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998b). Usual aging. *Successful aging*. In J. W.

Rowe & R. L. Kahn (Eds.) , Successful Aging (pp. 53-58) . New York : Random House.

Seeman, T. E., L. F. Berkman and P. A. Charpentier. (1995) . Behavioral and psychosocial predictors of physical performance, Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences & Medical Sciences, 50, 177-183.

Sloane-Seale, A., & Kops, B. (2008) . Older adults in lifelong learning : Participation and successful aging. Canadian Journal of University Continuing Education, 34 (1) , 37 - 62.

Torres, S. (2006) . Different ways of understanding the construct of successful aging : Iranian immigrants speak about what aging well means to them. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 21, 1-23.