

活躍老化的理念與本質

李世代

摘要

自古以來即有老化的事實，是為亙古不變之定律法則，在此無可免之必然趨勢下，老化亦一直以偏負面之印象存在。自二十世紀九〇年代起，隨著世界性健康生活照護思潮與闡述轉向之餘，相關理念、思維及價值取向亦逐漸調整、改造、推動或建制。老化在負向之外，尚同時擁獲正面之價值。九〇年代的 Baltes & Baltes 所提出之『**選擇、最適化與代償之成功老化**』，以及 Rowe & Kahn 所提出之『**活躍或成功老化三要素**』兩個模型較具正向老化代表性，此系統化觀點、框架及模式常被廣泛地引述、延伸、應用及研究著，而許多學者對活躍或成功老化之論述率皆涵蓋有此兩種模型之精髓。國內與此相關之涉獵稍晚，自 2003 年起方有學者開始涉入活躍或成功老化之蒐羅、整理、分析及研究探索相關主題之實證研究或論述，且國內在此相關主題之界定模型與國外容或不小出入，值得推敲其成因。因此，須含括健康面、生活面、功能面、靈性面、以及活動參與面，營造支持性周邊因子等，方能符合前述**健康強健、活躍積極、成功滿足與生產創造**等正向老化之過程與結果。國內當進一步廣續發展或修正類似之概念架構、組成面向、決定因子，並以國內之實證研究經驗嘗試建立自己活躍或成功老化的模式、模型或模組。

關鍵辭：老化、活躍老化、成功老化、正向老化

壹、前言

天底下之萬物均有隨著時間遞變之事實與傾向，千百年之人類生活史自古皆然，早成天地之間亙古不變之定律，天地之間物種隨著時間的『退行性變化(或慣稱之老化)』即屬其中之一。

自有人類或其他各生物種系的存在以來，即非永續不變，而是隨時間推進而有所變動而存在者，其無時無刻發生變化與遞移(change & transition)，其間變動之過程與結果，充滿著大自然界的之奧密與機序，普遍廣存於自然界有生與無生世界之萬物種系中，此即包括人在內之天下萬物「老化」的源頭(李世代等，2003)。

就人之本位而言，相信沒有人喜歡、歡迎、或正面迎向「老化」，但是又勢必得面對或因應「老化」之宿命。在不喜歡、排拒老化之餘，總希望能透過介入之努力來延緩衰退老化之變化趨勢，或導向所嗜喜、偏好或祈望之方向、速度與結果。

人既排拒老化，自有人類生活史以來，便不乏思如何因應，且不少付諸努力或行動者，也因此而創造了部分之史蹟。歷史上不乏沿河上溯或追尋特定場域探索「青春之泉」或「抗老防衰之源」的軼聞故事傳頌千年不斷(如戰國時代燕王著人煉丹、秦始皇遣徐福東渡扶桑、唐周之武則天晚年追逐春永駐之舉.....等，不勝枚舉)。只是過去一直以來對『**衰退老化**』之本質、意涵、範疇、界限及延伸所知不多，卻對地球上會存在有免於老化之時空堅信不疑，而啟動了十七世紀以來追尋探求天崖海角之冒險系列，也傳出諸多口耳相傳、刻劃鑿鑿之傳聞軼事，但在科技昌明之今天今世，此些實證性不足，也缺乏說服力，僅止於茶餘飯後閒談之層次。

真正具說服力之發展約可云始自上個世紀之九〇年代，搭配著世界衛生組織(WHO)在疾病與相關健康問題闡述調整轉向、宣導、推動及建制之餘，在安適(wellbeing)、罹病(morbidity)、疾患(disorder)、病況(condition)、損傷不全(impairment)、失能(disability)、活動(activity)、參與(participation)，以及醫療、保健、照顧、支持及保護等健康照護成份(health/care component)或健康照護單元體(health/care entity)等之界定與闡述，還

有多方位涉及之環境、個人因素配合之潛在影響衝擊等彙總而成之新健康模型(WHO, 1990s；李世代等，2007)。

貳、高齡化趨勢之必然性

自古而今，自中而外，「生、老、病、障(殘)、死」屬一種亙古不變的自然律，其中『老化』素為人所關注千百年之久，思讓其能有所延緩、被節制、受對抗，乃至於受遏止者，從未止息。文化精進的結果雖對此雖小有了解進展，卻從未有完全令人滿意重大突破性之結果。在此有限之結果中，已有許多足供重新省思老化型態與其所代表伴隨之意涵、定位、介入思維與價值。

無論節制或延緩老化有多大之可能性與可行性猶待爭議，但是人的身心從小而大而老，隨時在遞移(transition/change)，先經生長發育成熟，至人生中心理的巔峰期之後，身心之構造功能及整體健康狀態便趨往下坡，以各種不同的風貌呈日漸衰退老化之勢，其周邊亦必然備置或伴隨著相關人、事、務之串聯，此亦似永難改變。

人口高齡化已呈必然之趨勢，在「人口結構高齡化」中，連結而來之「疾病型態慢性化」、「健康問題障礙化」、「照護內容複雜化」及「照護時間長期化」之外，另還需加上社會上之家庭、勞力、居住、經濟及期望發生結構性之安排或變遷，即核心家庭、雙薪家庭、以及單親家庭比例大增，影響家庭照顧者角色之扮演，居傳統主要照顧角色之婦女投入職場，增加了

勞動參與率，也減少了家庭照顧者的比例；不同世代(generation)間居住安排型態之轉變，獨居老人比例之增加，無法延續主要傳統照顧型態之執行。對於老化問題的探索，除了著眼在負向之疾病罹患、損傷不全或功能障礙方面，更應著眼在正面之健康生活、成功活躍、積極滿足與生產創造等。具獨特性之「正向老化」因此成為新興之研究顯要議題，希望能夠超越生物體之生物醫學年齡，從遺傳基因、心智行為、功能活動、社會參與等方面來促進人們在老年生活的活動功能與參與(李世代等，2003；李世代，2010)。

參、老化之本質與意涵

自人之出生以降，至老死為止，身心即持續不斷面臨變化遞移，只是前一、二十年，此身心之變化概屬往上累加或增進者，此種變化即以生長發育來描述毋寧更為適切。一旦身心變化增加或累進至一定之最高峰點，即開始停滯維持不至過久之一陣子再逐步趨往衰老退化之途，或亦有逕趨往退化流失之途。如此一來，此『老化』之變化自可包括終其一生之所有身心廣義之變化，或僅鎖定身心之巔峰開始向下衰退之身心狹義之變化。

『老化(aging/ageing)』理念及本質上即屬一種變化，一種隨著時間而生之退行性變化。『老化』即是指一個生物體「自然發生、無可避免、隨著時間流逝所發生構造與功能等，在排除歸因於病況外之所有實質性必然改變的彙總」；也因這些改變

使得生物體的健康功能變差，最後導致死亡之終點。因此，可進一步描述成「**所有隨著時間發生之構造功能性(morpho-functional)變化及交互調適(interaction, adaptation & modulation)，面臨壓力存活(surviving)能力減低，甚至死亡等多發性成因之所有複雜(complicated)、奧妙(sophisticated)、不一致性(heterogeneous, diversified)變化的總合體**」(李世代等，2003)。此似言斷老化之既定、命定與不易變更之無奈宿命與趨勢之必然性。

『老化』的結果可導致生物體衰弱、退化，必然衝擊生物體構造與功能，影響生命、生活、生計之活動及參與，最後走向生命之終點—死亡。在此過程中，良好的『老化』過程與結果必可減少其負面之衝擊，有效節制因應此負面衝擊所須投入之資源，且若能介入或切入改變一些因子或變項，一直予人負面印象之老化卻是否能同時擁獲**健康強健、活躍積極、成功滿足與生產創造**等正面價值，便重要無比，這也是數百年來，在無法排拒老化的大前提之下，對於老化之因應退而求其次之理念策略，也慢慢發展成型。

「老化」有各種型態，若以隨著時間推進之必然性，可稱**時齡的老化(chronological aging)**，若以生理來論斷者謂之**生理的老化(physiological aging)**；若以其多見或少見之尋常性，則有稱之**常模或尋常的老化(normative, usual/ordinary aging)**及**不尋常的老化(unusual/extra-ordinary aging)**；若以人之本位所喜所迎與否，則便有**活躍或成功的老化(active**

／successful aging)。

具體言之，在面對老化過程之餘，為人所喜所迎所盼之正向老化(positive aging)方面之描述用辭包括有「**健康老化**(healthy aging)」、「**強健老化**(robust aging)」、「**活躍／積極老化**(active aging)」、「**成功／滿足老化**(successful aging)」及「**生產創造的老化**(productive aging)」等，應為探索追尋之目標或標的對象。『**老化**』的傾向、趨勢及結果，或可儘量變慢、延緩而有所不同，此即『**活躍／積極老化**(active aging)』之濫觴。又似言出老化既定、命定、不易變更且無奈之餘，或仍尚有改變介入緩和之保健空間。其中，「成功老化」與「活躍老化」之概念思維始自上個世紀六○年代起即逐漸萌發，被部份社會學家採用，到八○年代，心理學者及行為學派則更確立了成功老化的定位(蔡詠琪，2006)。到了九○年代終形塑為特定或專屬專用之學術領域辭彙，進入 21 世紀之後，則更達陣進入如宣導、推動、倡議及落實之層次與境地(Baltes, P.B. & Baltes, M.M., 1990 ; Roos, N.P., 1991 ; Berkman, L.F., 1993 ; Garfein, A.J., 1995 ; Glass T.A., 1995 ; Khaw, K.T., 1997 ; WHO, 2002 ; 李世代等，2003 ; Yates, I, 2007)。

早在近數十年來「**成功老化**」的概念已成為老年學(gerontology)探討之重要主題，眾多的定義闡述中，仍以 Baltes, P.B. & Baltes, M.M. 於 1990 年所提出之模型，以及 Rowe, J.W. & Kahn, R.L. 於 1997、1998 年所提出之模型，較具代表性，其具系統化觀點且較被廣泛運用著，而許多學者的成功老化定義都是根據此兩種模式之一所

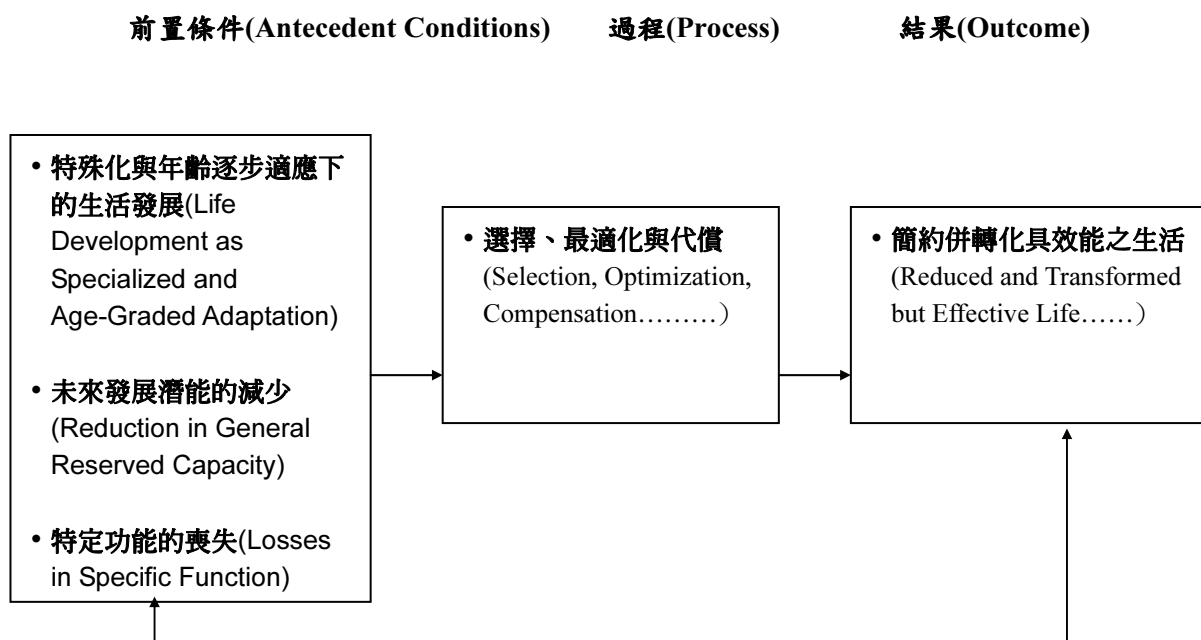
延伸出來者。

肆、活躍或成功老化概念架構之建構形塑(forming conceptual framework of active ／successful aging construct)

在此正向老化概念思維之演進下，歷經六○、七○年代點到為止關於部份之人口學、罹病、健康及照護理論為發展基礎以來，Rowe, J.W. 與 Kahn, R.L. 接續於 1987 年提出人類尋常老化與成功老化(human aging : usual and successful)之模型，只不過雖屬率先之初探，理論架構並未成熟具體，延伸或接續下去之討論、引述或研究不多。旋即有 Baltes, P.B., Baltes, M.M. 於 1990 年從行為心理觀點探討系統化之成功老化(見圖一)，其**前置條件**(antecedent conditions)為**特殊化與年齡逐步適應下的生活發展**(life development as specialized and age-graded adaptation)、**未來發展潛能的減少**(reduction in general reserved capacity)及**特定功能的喪失**(losses in specific function)，其過程(process)為**選擇、最適化、代償**(selection, optimization, compensation, SOC)，而其結果(outcome)為**簡約併轉化具效能之生活**(reduced and transformed but effective life)；其即以設定之**特殊化與年齡逐步適應下生活發展、未來發展潛能減少及特定功能的喪失**等前置條件，經過「選擇、最適化、代償」之過程而達成**簡約併轉化具效能之生活**之概念模式，作為成功老化的策略基礎。因為，在

老化過程中免不了會有些健康障礙不全甚至失能，老年生活所以要適當選擇適合自己的生活安排，可透過自我心理調整適應和個人行為改變的過程，考量生活體系、體制與外在自然及人文生態環境，經由教育、動機、健康相關活動、外援及介助等策略，利用一些代償方式（如行動不便者，可以選擇參加不需經常出門社交活動，並

多利用電話、電子郵件聯絡朋友，對日常活動的知識要更深入研究，購買適當用具或善用適當的交通工具，以便儘量少依賴別人；必要時援引善用生活介助相關之人、事、物等），以使自己生活及功能最適化，而非盲目從眾來達到成功老化的目標 (Baltes, P.B., Baltes, M.M., 1990)。



圖一 選擇、最適化與代償模式(Baltes, P.B., Baltes, M.M., 1990)

近數十年來成功老化的概念已成為老年學探討重要主題，然而由於成功老化研究採用的定義不一致，因此不容易建立可供臨床或實務上應用之共識。除了常被提及或討論延伸者之外，其他相關之發展事例，包括加拿大的 Roos 等自 1971 年起在 Manitoba 省從事 12 年追蹤研究，始針對

3,573 位 65 到 84 歲的老人進行第一次調查，在 1983 年又追蹤調查一次，然後試圖從包括各個面向的 100 個以上變項，尋找可以預測 12 年間之成功老化之質、量性變化因子。結果發現幾個預測成功老化的因子，包括起始之自我評估健康狀態（自評愈好者則 12 年後成功老化的機會愈高）、

研究觀測期間未發生癌症或糖尿病等、以及期間未發生配偶死亡或入住長期照護機構(long-term care facility, LTCF)。Roos等之報告恰於 1991 年出版，對 1990 年所出爐之 Baltes, P.B., Baltes, M.M.理論架構做了一番呼應與強化(Baltes, P.B. & Baltes, M.M., 1990；Roos, N.P., 1991；Yates, I, 2007)。

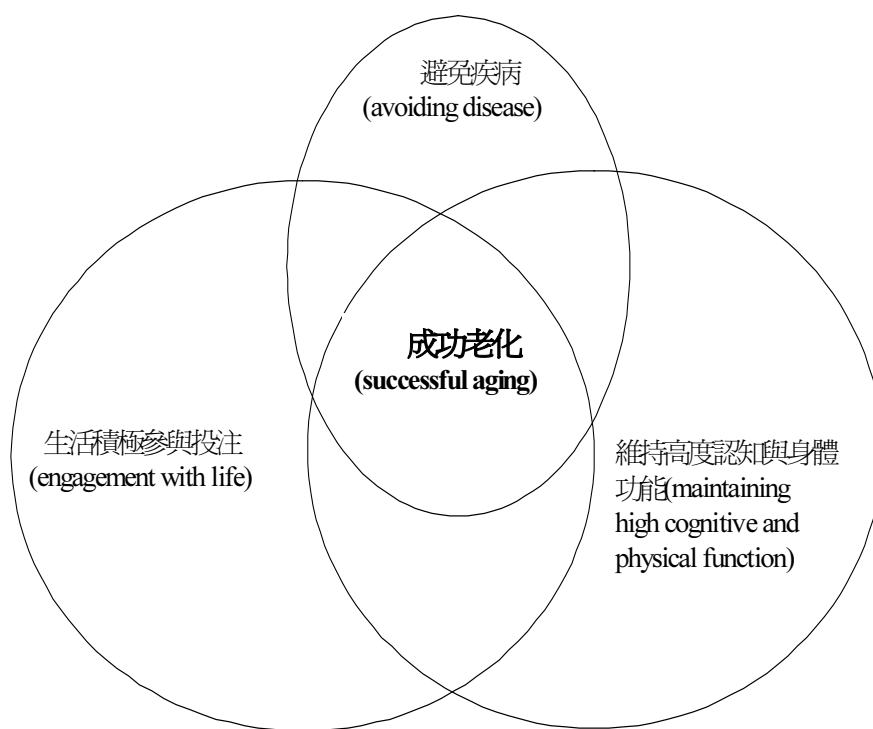
美國麥克阿瑟基金會(John D. & Catherine T. MacArthur Foundation)於上個世紀末曾對成功老化進行一系列研究，希望能藉由長期、跨領域的研究方式，蒐集資訊並發展成功老化的概念性基礎架構，提升高齡者生理、心理功能與社會心理層面的健康保健。Berkman 等於 1993 年即以麥克阿瑟成功老化研究(MacArthur Successful Aging Study)的樣本，斷面研究尋出與成功老化相關的六個因素，包括生理健康狀態、教育程度、收入、志工活動、自主有效率的人格特質及沒有精神症狀等(Baltes, P.B. & Baltes, M.M., 1990；Berkman, L.F., 1993；Yates, I, 2007)。

Garfein 等於 1995 年進行另一個斷面研究，發現成功老化者比非成功老化者有較多的社交活動，較佳的健康及視力，以及過去三年有較少的重大生活事件。當然，此兩個斷面研究結論不若先前長期追蹤研究結果的說服力。自此際始，延伸或接續下去之討論、引述或研究漸多，初探日深，架構亦日漸具體化，然不一定成熟

(Baltes, P.B. & Baltes, M.M., 1990；Garfein, A.J., 1995；Yates, I, 2007)。

Steverink, N.等(1998)針對成功老化研究之所以欠缺良好的標準，是因為沒有適當的多面向架構可以符合三項基本理論要求，該理論在身體社會文化心理環境變化下能解釋個人行為，該理論的目標能連結到個人行為，以及以理論為導向的標準來定義成功與否。Steverink, N.等評估 Baltes, P.B. & Baltes, M.M.的 SOC 模式有益於了解生命過程中的個人行為，但卻未考量到個人行為如何整合到理論目標，也就是以適應性或彈性來定義成功，但卻無法明確指出什麼目標是重要的，以及誰是有適應能力者(Baltes, P.B. & Baltes, M.M., 1990；Steverink, N., et al., 1998)。

植基於先前之經驗，Rowe, J.W.與 Kahn, R.L 復於 1997 及 1998 年再度嘗試提出成功老化之三要素模型(組)，即以避免疾病(avoiding disease)、積極生活參與投注(engagement with life)及維持高度認知與身體功能(maintaining high cognitive and physical function)三者來架構起「**成功老化**」，並具體提出可透過決定因子而操作介入改造者，其操作面可透過疾病預防(如飲食與運動)、外在環境改善、生物醫療途徑、教育社會支持、增進自我效能等策略，可以幫助減低未來生病與失能的危險因子，以臻成功老化之境(Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1997, 1998)(見圖二)。



圖二 活躍或成功老化三要素 (Rowe & Kahn, 1997, 1998)

依此要素架構圖，**避免疾病**方面之另外一積極面即**維持或增進健康**。『健康』為人體自然機序之正常運作與展現，當出現『健康』問題時，**照顧**(care)、**支持**(support)及**保護**(protection)〔即『**照護**』〕乃為落實、達成，或接近、補救『健康』之偏離或喪失而不得不採行的因應消極做法。避免疾病之另一積極面當屬增進健康之『活躍或成功老化』。此中遺傳固然重要，但是並非唯一影響因素，外在環境因素包括生活習慣也是重要的，且隨著年齡的增加，遺傳

因素影響力減小，環境因素增加，自可稍緩合一般之老化特徵。然而健康須在一定先天性生物醫學的遺傳條件及環境基礎之外，必得對其能了解，且必要時須能有所掌握、介入與經營『健康』，必要時須有**照護**之安排，方能造就『健康』之結果，「**照護**」一般又以長時間為主，也因而在 20 世紀中葉以後在先進或主流之西方社會出現「**長期照護**(long-term care)」一辭，並於 21 世紀已逐漸擴展至全世界，其為人類文化文明發展之最後一哩，故廣賦有政

治、經濟、社會、傳統、文化、習尚、經濟、產業、社區營造、政策、策略、體制、計畫運行、以及當代特殊之意涵等(Baltes, P.B. & Baltes, M.M., 1990 ; Strawbridge, W. et al., 1996 ; Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1997, 1998 ; WHO, 2002 ; Yates, I, 2007 ; 李世代, 2010)。

維持高度認知與身體功能方面，影響身體功能的因素包含有經濟所得、中度以上運動、社會支持等，而影響認知能力的因素則有高教育程度、在家中從事費力的活動、肺活量、自我效能等，影響中年後的心理健康的最重要因素亦為教育程度，心智健康知識的傳播需要跨越不同之教育程度；然而，影響中老年後之身心健康的最重要因素為年齡、教育程度及家戶收入。換言之，對中老年人而言，需要更多關切社經地位較低者；對於高齡者，雖然因年齡而帶來的老化無可避免，但是投注更多協助教育程度較低之老年人口次群是必要的。對於經濟弱勢人口、中年女性、居住鄉村之中老年人口的心理健康需更要被關注(Strawbridge, W. et al., 1996 ; Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1997, 1998 ; WHO, 2002 ; 李世代等, 2003 ; Yates, I, 2007 ; 王永慈等, 2008)。

積極生活參與投注方面，可包括(1)人際關係的維持包括情感性的社會支持(情感、尊重等)、工具性的社會支持(各類的協助)，人際孤立對於健康是一個危險因子，社會支持(情感性的、工具性的)皆有助於健康、社會支持的效果要視人與情境來判斷；(2)生產性活動的維持，包括有薪或無薪(志工、非正式的幫助親

友)；能維持生產性活動之影響因素包含良好的認知與身體功能、高教育程度(一部分是因為教育影響職業與所得、或因為遺傳或父母社經地位影響教育中的選擇過程、或因為教育養成一些價值觀與行為)、以及自我效能或自我掌控等(Strawbridge, W. et al., 1996 ; Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1997, 1998 ; WHO, 2002 ; Yates, I, 2007 ; 王永慈等, 2008)。

Crowther 等在 2002 年提出對此模型尚有不足，須再修正，其所提出之再修正模型，最主要是增加了正向的靈性(positive spirituality)，也就是宗教和靈性之特性，包括宗教的寄託、自我人生意義等正向力量。如此一來，成功老化模型至少須包括生理健康、心理健康、社會參與、靈性歸屬、經濟自足等要素。Phelan & Larson (2002) 曾歸納比較了多篇成功老化研究，其內涵十分廣泛，包括生活滿意度(life satisfaction)、長壽(longevity)、免於失能(freedom from disability)、擅長或成長(mastery/growth)、生活的積極承諾(active engagement with life)、維持高／獨立功能(high/independent functioning)、正向適應(positive adaptation)等(Rowe, J.W. & Kahn, R.L., 1997, 1998 ; WHO, 2001 ; Crowther, et al, 2002 ; 徐慧娟, 2003 ; 徐慧娟、張明正, 2004 ; Depp, C. & Jeste, D., 2006 ; 林麗惠, 2006 ; 王永慈等, 2008 ; WHO, 2010)。

活躍或成功老化模型依過去所長年累積之經驗來看，在避免疾病方面可發揮之空間不甚大，而生活積極參與投注及維持高度認知與身體功能則有極大的揮灑空

間。其次，當此些要素同時達成時，即可臻成功老化的狀態；至於孰先孰後，雖然有實證研究不斷地累積，活躍或成功老化之概念亦相近，但其操作面定義不易完全一致，因此不易推進到政策、策略及實務層面來設定健康目標的優先順序。

2001 年，另有學者從理念與挑戰嘗試建構與活躍或成功老化相近或部份重疊之『**生產創造的老化**』模型，但似亦面臨類似之瓶頸，針對此未再逢見持續不斷地發展(Moody, H., 2001)，另亦有可能**生產創造的老化**或比**成功或活躍的老化**更不易建構及具體操作，或許更久的未來尚有可能進一步之析論而開花結果。

由於活躍或成功老化模型甫成型未久，尚存在有著不穩定性，故仍有待時間來沉澱穩定之。故爾後，仍可能進一步賡續發展或修正類似之概念架構、組成面向、決定因子、甚至特定之對象或時空之模式、模型或模組。

伍、活躍或成功老化之全球性或廣域性發展建制(Regional Scheme & Framework for Active/Successful Ageing)

活躍或成功的老化之獨特性既已自上個世紀九〇年代以來逐漸成型，在正式、專業、前瞻、可操作等基礎上，須能有一易讀、易懂(或易解)、以及易於進行實務操作之概念架構。此架構自須涵括健康面、生活面、功能面及靈性面，方能符合前述健康、活躍、積極、滿足與生產創造

等理想老化之過程與結果。健康方面，千百年來人類對健康之了解乃從死亡、罹病及其他健康相關之問題、健康問題因應照護之策、健康問題相關周邊因素(contextual factors)之涉及等。

數百年來，人類在健康保健推進之歷史軌跡為，16~19 世紀發展對健康問題之界定、闡述與歸類，20 世紀前 2/3 起著眼在健康問題之擴大界定、深入解構其成份，加上所可能涉及之其他健康相關問題、健康問題因應照護之策、健康問題相關周邊因素闡述更周延之餘，發展出常用健康問題歸類計數與疾病負擔概念攸關之資源分配投入之優先性決策。20 世紀後 1/3 則著眼在健康問題所致之影響衝擊幅度(impact & intensity)上著力，醫療面臨瓶頸，須轉向**長期照護**（**長期性之照顧、支持及保護**）。此期間之標竿包括有世界衛生組織(WHO)於 1980 年提出之**國際身心功能損傷不全、失能及殘障（廢）分類系統**(International Classification of Impairment, Disability and Handicap, **ICIDH**)系統，再進一步衍伸發展成 1999 年定稿，2001 年經世界衛生大會(WHA)批准、2002 年公佈、還有 2006 年全球性全面推廣之**國際健康功能與身心障礙分類系統**(International Classification of Functioning, Disability and Health, **ICF**)，對健康問題及所導致之結果及所需之因應照護方面有相當綿密之設計、規劃、推動與進展。WHO 在老人及身心障礙之規劃建置之餘，2007 年起又陸續投入青少年及幼童身心障礙問題及需求之建置規劃(**ICF-CY**)，主要釐清

過渡及動態性質之心智障礙闡述及照護，而進入另一更高難度、高複雜度、高耗費之**長期性之照顧、支持及保護**之事體、標的、對象與相關事項。

在其間，從二十世紀九〇年代起，聯合國(UN)及 WHO 已將健康概念模型作一大幅度的修正，先於 1990 年起強調生命結束前必然遭逢長短期之失能概念，並將此年數(mortality with disability)視為從疾病之罹患到疾病的負擔(disease burden)。1991 年 聯 合 國 更 宣 示 了 以 自 立 (independence)、參與(participation)、照護(care)、自我實現(self-fulfillment)及尊嚴(dignity)等作為聯合國之高齡者原則(United Nations Principles for Older People)。ICF 將健康模型定位為一定的周邊環境及個人條件下，先功能後構造，能否執行活動及參與作為『**健康**』之基礎；將人類所免不了面臨之一些慢性疾病及健康問題，不再以醫療之解決或處置為標的，而重新以生活功能面及社會參與面為訴求，即使罹患疾病狀況，若能具良好之功能及參與，則無礙於『**健康**』(WHO, 1999-2002；李世代等，2007；李世代，2010)。

既然活躍或成功老化有其一定之意涵，正式且計劃性的推動便有其必要性。WHO 即延襲順應著上個世紀之九〇年代起開始在健康保健、身心障礙、失能模型、照護需求、以及相關之周邊因素，漸次發展出身心靈社會之健康保健、活動參與、以及長期性之照顧、支持及保護健康、生活、參與等積極老化(healthy and active

ageing)理念之政策架構(policy framework)及行動計畫(action plan)，較知名者為搭配第二屆聯合國世界老化大會(2nd United Nations World Assembly on Ageing)之行動方案。WHO 先於 2001 年所提出之老化與生命課程計畫(WHO's Ageing and Life Course Programme)，旋即於隔年(2002)一月在日本神戶召開 21 國之專家會議，再於四月在西班牙首都馬德里以聯合國之名義召開世界老化大會。WHO 於 2002 年推廣新健康模型(ICF)之際，亦因此而倡議活躍或成功之老化，強調追求較一般自然老化衰退緩慢的活躍老化趨勢。

除了全球性之推動之外，WHO 各分區亦有類似**活躍或成功老化**之推動，如先進國家所列屬之歐洲區、泛美區當然宣示規劃、計畫方案不斷，與台灣較貼近之東南亞區(Regional Office for South-East Asia)亦有所動作，乃分健康提昇、健康體系反應及社會經濟決定因子等三個層面強調終生性(life course approach)之**活躍且健康老化**(active and healthy ageing)。即在衰退老化之餘，仍能維持高度認知與身體功能，自行或透過一協助之機制，生活積極參與投注，經營其生活活動及社會參與功能。

陸、國內活躍或成功老化之推進

國內一向引介、沿襲國外之先進思維與經驗，對於**活躍或成功老化**亦然，但遲至 21 世紀方開始涉獵。就活躍或成功老化基本面之界定而言，國內與國外，還有國內彼此間，仍存在有不少歧異，其中有的

是必然之時空差異，有的則是探討之對象、角度、分析、佐證及詮釋不同而各異，值得進一步深入了解釐清呈現之，方知下一階段該趨往何處。

國內自 2003 年起方開始有些學者涉足活躍或成功老化之蒐羅、整理、分析及研究探索活躍或成功老化相關主題之實證研究或論述，其中較代表性當首推徐慧娟、張明正（2004），以及 2006 年起加入此研究行列的林麗惠等，尤以徐慧娟在此領域之系列研究著述，質、量兼備，出版頗豐（徐慧娟，2003；徐慧娟、張明正，2004；Hsu, H.C., 2007）。

徐氏與張氏探討成功老化相關主題的實證研究將「成功老化」與「活躍老化」略加區隔，而具體指出「成功老化」須是老人同時符合日常生活功能正常、認知功能正常、無憂鬱症狀與良好社會支持等四項指標者；而「活躍老化」乃是老人同時符合日常生活功能正常、工具性日常生活活動正常、認知功能正常、無憂鬱症狀、良好社會支持與投入老年生產力活動等六項指標者；「成功老化」與「活躍老化」雖略有所區隔，然無可避免的仍有極高之重疊性（徐慧娟、張明正，2004；Hsu, H.C., 2007）。林麗惠（2006）則將成功老化分為六個層面，包括有健康自主、經濟保障、家庭層面、社會及親友層面、學習層面、生活適應層面等（林麗惠，2006）。

國內在活躍或成功老化相關主題之界定與模型國外容或不小出入，值得推敲其成因。因此，國內當進一步賡續發展或修正類似之概念架構、組成面向、決定因子，並以國內之實證研究經驗嘗試建立國內自

己的模式、模型或模組。

柒、結語

在過去，提及「老化」一詞，常與病痛、疾患、孤獨、失能及照護安排等刻板的負向印象聯想在一起；在現代，似應有**健康強健、活躍積極、成功滿足與生產創造**等比較不一樣非刻板之正面印象。當人口老化浪潮席捲或襲罩全球之際，各國都開始面對高齡化或高齡社會的現象與議題之同時，如何能減少負向印象，而突顯正向印象之老化，已為各國重視的焦點方向，亦屬新興、前瞻性的焦點議題。為了對老化的各個領域層面進行全盤的了解，其中活躍或成功之老化議題不會、也不應該缺席。

活躍或成功的老化之獨特性既已自上一個世紀九〇年代以來逐漸成型，如此一來，在正式、專業、前瞻、可操作等基礎上，須能有一易讀、易懂(或易解)、以及易於進行實務操作之概念架構。此架構自須含括健康面、生活面、功能面、靈性面、以及活動參與面，營造支持性周邊因子等，方能符合前述**健康強健、活躍積極、成功滿足與生產創造**等正向老化之過程與結果。國內也應嘗試界定台灣老人之活躍或成功老化指標，以實證追蹤資料描述台灣成功老化之情形，進而探討影響老人活躍或成功老化之危險或負向因子與保護或正向因子，以實質提供老年健康促進政策與實務之操作助益。（本文作者現為國立台北護理健康大學長期照護研究所教授兼所長）

參考文獻

中文部分

- 李世代等(2003)。老年醫學(一)(老年照護與老化之一般原則。台北：台灣老年醫學會；台灣老年醫學叢書；p28, 54, 79；Sept, 2003。
- 徐慧娟(2003)。成功老化：老年健康的正向觀點。社區發展 103, 252-260。
- 徐慧娟、張明正(2004)。台灣老人成功老化與活躍老化現況：多層次分析。台灣社會福利學刊，3(2): 1-36。
- 蔡詠琪(2006)。成功老化：老年人之生活品質相關因子探討。台北市：國立陽明大學物理治療研究所碩士論文。
- 林麗惠(2006)。台灣高齡學習者成功老化之研究。人口學刊(Journal of Population Studies) 33，133-70。
- 李世代、劉美吟、高琇珠、曾淑琪、黃秀文、陳妤嘉 (2007)。社會福利服務體制先驅國家資料彙集：國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)推動之作法、經驗及走向成果報告。臺北：內政部社會司。
- 王永慈、林萬億、岳宜君、沈詩涵(2008)。成功老化之典範建構---一個實證的分析。國科會補助計畫(NSC 95-2420-H-003-002-KFS)。
- 何穎芬 (2008)。高齡者生活型態、老化態度與成功老化相關之研究－以雲林縣為例。嘉義縣：國立中正大學成人及繼續教育學系碩士論文。
- 李世代 (2010)。長期照護的發展與推動。台灣醫界雜誌；53(1)：44-50。

英文部分

- Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. Science, 237, 143-149.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB & Baltes MM, eds. Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge University Press, NY: 1-34.
- Roos, N.P., Havens, B. (1991). Predictors of successful aging— A 20 years study of Manitoba elderly. Am J Public Health, 81, 63-8.
- Berkman, L.F., Seeman, T.E., Albert, M., et. al.(1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women : Findings from the MacAr-

- thur Foundation Research Network on Successful Aging.
- Garfein, A.J., Herzog, R. (1995). Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *Journal of Gerontology*, 50B, S77-S87.
- Glass, T.A., Seeman, T.E., Herzog, A.R., Kahn, R., Berkman, L.F. (1995). Change in productive activity in late adulthood: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology* 50B, S65-S76.
- Strawbridge, W. et al. (1996) Successful Aging: Predictors and Associated Activities. *American Journal of Epidemiology*, 144(2):135-141.
- Khaw, K.T. (1997). Healthy aging. *British Medical Journal*, 315, 1090-1096.
- Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1998). The structure of successful aging. In: Rowe, J.W. & Kahn, R.L.,(eds) *Successful Aging*. NY: Dell Publishing: 36-52.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. *Ageing & Society*, 18, 441-467.
- Moody, H. (2001). Productive Aging and the ideology of old age. In Morrow-Howell et al., (eds.) *Productive Aging: Concepts and Challenges*, 179-241, The Johns Hopkins University press.
- World Health Organization(WHO).(2001). *Healthy and Aging : a Discussion Paper*. WHO.
- Chou. (2002). Successful Aging Among the Young-old, Old- old, and Oldest Chinese, *Aging and Human Development*, 54(1),1-14.
- World Health Organization(WHO).(1999-2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health. (ICIDH-2, ICF)* . Geneva : WHO ; 1999~2002.
- World Health Organization(WHO)(2002). *Ageing and Life Course. Active Ageing: a policy framework*. WHO.
- World Health Organization(WHO). (2002) *Active Ageing: a policy framework*. WHO.
- Crowther et al. (2002), Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality- The Forgotten Factor. *The Gerontologist*, 42(5) 613-620.
- Phelan, E.A., Larson, E.B. (2002). "Successful aging" - where next? *Journal of American Geriatric Society*, 50,1306-1308.
- Depp, C. & Jeste, D. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies, *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(1), 6-20.

- OECD (2007) Modernizing social policy for the new life course. OECD.
- Yates, I. (2007). Active Ageing. Impact, Autumn, pp.10-11.
- Hsu, H.C. (2007). Exploring Elderly People's Perspective on Successful Aging in Taiwan. *Ageing & Society* 27(1), 87-102.
- World Health Organization(WHO).(2007). Active and Healthy Ageing. Report of a Regional Consultation. Regional Office for South-East Asia. WHO/SEA-HE-195. Thiruvananthapuram, Kerala, India, 6-8 December 2007.
- Norbert Malanowski, Rukiye Özcivelek and Marcelino Cabrera ; World Health Organization(WHO).(2008). Active Ageing and Independent Living Services: The Role of Information and Communication Technology. JRC European Commission : JRC Scientific and Technical Report 2008.
- World Health Organization(WHO).(2010) Active Ageing: From Evidence to Action is being prepared in collaboration with the International Association of Gerontology & Geriatrics (IAGG). <http://www.who.int/hpr/ageing>.