

我國高齡婦女活躍老化的政策探討

林淑萱

壹、前言

世界衛生組織(WHO)於 2002 年在西班牙馬德里召開的第二次世界衛生大會中提出「活躍老化」(active aging)的概念，認為老年生活品質的提升，有待生命歷程為活躍老化做好周全的準備。當老人的健康、參與和安全(security)達到最適化(optimize)的狀態，累積充份的社會資本，汲取豐富的、積極的人生智慧與經驗，將內化為一股強勁的力量，貢獻社會造福人群，不但提升個人的生活品質，甚至營造個人的生命價值。由於活躍老化意涵的積極性，加上 WHO 的大力倡導，目前已成為全球老化政策發展的核心價值與目標。

我國政府考量當前社會變遷與國際發展趨勢，配合社會福利政策綱領、老人福利法的宗旨與辦理原則，研擬「友善關懷老人服務方案」，也以「活躍老化」等為方案主軸，期積極維護老人尊嚴與自主，形塑友善老人的生活環境，強化老人身體、心理、社會參與的整體照顧，使老人得以享有活力、尊嚴與獨立自主的老年生活，實現「公益社會，永續福利」的社會福利政策願景。

婦女為少數團體(minority group)，她們的生理結構與生活經驗等和男性是有區別的，因此，在探討活躍老化時應該將婦女視為另一個類屬。本文將由生物心理社會模式(bio-psychosocial model)的觀點，探討變遷社會中我國高齡婦女(五十歲以上者)在活躍老化將面對的課題與需求，提供政策規劃的參考。

貳、老人與社會的互動

一、老人的社會地位與角色

中世紀歐洲歷史對老人的描述，老人較年輕人更能在黑死病和其他疫病的侵襲下殘存；尤其是貴族具較佳的生活水準，通常比中下階層民眾活得更久；但是戲劇中老人常被描繪成醜陋的、衰老的、愛詐欺的，與歌頌年輕人的活力、魅力成強烈對比。17-18 世紀美國人因受到猶太教與基督教倫理的影響，對於社會中人口比例相當少的長者相當敬畏與尊崇，但是獨立戰爭之後社會對老人的態度有所轉變，年輕人開始受到重視，這些改變如下：教堂為老人安排特別座的情景已漸稀有；國會議員屆齡退休法律已獲通過；開始出現嘲弄老人的俚語，例如：老頑固(Old Fossil)、

怪老頭(Geezer)、老女人(Biddy)、老廢物(Old duffer)等(Robnett, 2010:23); 家庭成員的地位逐漸趨於平等。

老人與權威劃上等號，主要是他們擁有如下的資源：傳統的知識與技能、掌控財產權、擁有公民權與政治權、管控訊息與提供服務，如照顧兒童。但是根據現代化理論，當社會越來越現代化的結果，老人在社會擁有的資源將較稀薄，社會地位逐漸式微(Hooyman, et al., 2002)。當現代科技的昌明，創造出屬於年輕人的就業機會較多，老人難免被邊緣化，而有「時不我與」的失落感與落寞感。

綜觀現代社會婦女的角色與地位有別於傳統婦女，由於家電用品的自動化，外食增加，家事大幅減少，托兒所與老人安養護機構的普及化，家庭勞動的價值已日趨式微。婦女參與勞動市場的比率增加，經由社會福利政策與社會福利計畫得以保障經濟安全。但是婦女在職場受到不平等的對待仍時有所聞，高齡婦女在家庭受到虐待的比率也較男老人為高(林淑萱，2006:132-3)，加上高齡婦女更年期的健康議題較男性為多，因此，高齡婦女的社會權如何受到保障，健康指標應該如何建構，也值得關注。

二、社會對老人的刻板印象

社會建構理論(social construction theory)提出社會對老人的歧視、迷思(myth)與偏見等，老人若無法自我肯定，將社會對他們的負面評價加以內化，則老人的行為與表現將逐漸應驗如下的說法：老人是有病的，老化的過程是緩慢但持續有疾病

的狀態。事實上，雖然老年人的視覺聽覺的敏銳度呈現退化，皮膚缺乏彈性，關節退化與血管病變會影響血液輸送到心臟與腦部，但是老年不等於有病。

此外，有人認為老年會變得較愛批評、抱怨與多疑，但是研究發現，排除疾病因素，老年期的人格特質仍趨向穩定(Shea et al., 2006:44-55)。老人無法學習新事物的說法主要來自老人體力較年輕時衰退，反應的時間(reaction time)要長些，雖然流暢智力(fluid intelligence)呈現退化，但是晶體智力(crystallized intelligence)並不會隨著年齡的增加而退化，這也是日本人瑞主播森詩乃被稱為「超級銀髮族」(super elderly)的原因。

參、活躍老化

一、社會生產功能理論

近年來老年學的研究者相當重視如何成功老化的議題研究。Steverink(1998)提出社會生產功能理論(Social Production Function Theory)來解釋成功老化，其中包含生理健康與社會幸福兩個重要的概念，可以細分為五個重要的工具性目標(林淑萱，2006：42-3)：

- (一)生理健康：1.安適：除了基本的需求滿足外，也免於恐懼、疼痛、匱乏或憂慮。
- 2.有刺激：有趣的活動與挑戰性的方案等可以避免生活的單調與乏味。
- (二)社會幸福：1.行為能力受到肯定：在日常生活中仍舊可以履行簡單的行為。
- 2.關愛：獲得自己和別人的愛，而且也感

受到別人的關懷。3.地位：和別人相較之下，有一個屬於自己而且有意義的位置。

上述這兩大面向彼此之間沒有替代性，也就是說，生理層面即使完全無慮，而社會層面不足，再多再好的生理照顧也無法提升其生活品質，反之亦然。但是這兩大面向彼此的細項之間則有替代性，例如：王先生的社會地位消失了，如果他能由社會關係中(尤其是家人)感受到別人的關懷與愛，或是行為能力受到肯定，則生活品質的影響不會有太大的變化。總而言之，生理健康與社會幸福這兩大面向能兼顧者，比起只有生理健康或只有社會幸福的滿足者(即使是高度滿足)，前者的成功老化也比較受到肯定。

上述的理論中指出老人的社會參與影響生理健康與社會幸福，生活有變化與調劑，再創社會有意義的地位，由社會互動與關係中建構個人的社會支持網絡，也維繫老人建構成功老化的重要基石。

二、活躍老化的理念

有些學者將「活躍老化」與「成功老化」交互使用，但也有學者認為相較於相較於「成功老化」(successful aging)，活躍老化意涵積極性，不帶貶抑的價值中立(Morrow-Howell et al.,2001:57)，加上 WHO 的大力倡導，目前已成爲全球老化政策發展的核心價值與目標。

活躍老化術語的出現最早可追溯至 1990 年代歐美先進國家，例如美國衛生暨人羣服務部(DHHS)1997 年在 Denver 召開的八大工業國家高峰會議中提出「活躍老

化：一個典範移轉(Active aging: a shift in the paradigm)，就明確指出老年與失能、依賴、疾病不能畫上等號，即使因老化或是疾病而失能，但是在照顧協助下仍能獨立自主生活，也能持續參與社會與人群互動連結，因此，社會應該提供更友善的環境支持老人活躍老化的實踐。

國際組織對於如何活躍老化的觀點雷同，聯合國於 1991 年提出「老齡宣言」，強調「獨立、參與、尊嚴、照顧、自我實現」五大原則。世界衛生組織於 2002 年在西班牙馬德里召開的第二次世界衛生大會中闡釋「活躍老化」(active aging)的概念，提供「活躍老化的政策架構」(Active aging: a policy framework)，明確指出老年生活品質的提升，有待生命歷程爲活躍老化做好周全的準備。當老人的健康、參與和安全保障(security)達到最適化(optimize)的狀態，進而能提升生活品質，實現社會權；活躍不只是身體的活動力強盛，或是參與勞動(就業)，更重要的是可持續參與各面向的活動，涵蓋了社會、經濟、文化、靈性與公民事務。

社會生產功能理論指出社會參與會影響個人生理健康與幸福；由實證資料顯示，個人健康與經濟狀況也會影響高齡婦女的教育與休閒參與(洪得惠，2003)，由此可見，健康、安全保障與社會參與三者彼此交互影響。爲達成活躍老化的目標，應該由健康、安全保障與參與三個面向制定完備的政策與計畫 (WHO,2002)。

三、高齡婦女活躍老化

雖然老年學(gerontology)的興起是近

半世紀的事，但是隨著世界人口高齡化所帶來的問題，以及全球化的變遷與影響，家庭結構與功能的劇變，單由老年醫學(geriatrics)的觀點來探討老化問題已經落伍。老年學是一門科際整合的學科，由生物心理社會面向來切入老化的議題；有些學者(Crowther, et al., 2002)認為應加上正向靈性(positive spirituality)比較完整。以下我國婦女活躍老化的議題將依循此模式加以說明。

肆、我國高齡婦女活躍老化的議題

一、健康

「老來最怕病來磨」，年輕時和他人比學歷、比活力，但是老年時比的是病歷。目前五十多歲就無法工作的主要原因為心臟病、關節炎等毛病，也就是罹患潛在性失能的疾病，而一旦失能，日常生活活動能力喪失，就業機會幾乎歸於零，根據美國研究嬰兒潮世代(baby boomers, 1946-64年出生者)由於健康問題被迫離開勞動市場者為數不少(Shultz, 2007:16-7)。我國衛生統計資料顯示，高齡婦女與高齡男性比較之下有其特有的健康問題：

(一)骨質疏鬆症(osteoporosis)

根據國內老人營養健康狀況調查結果顯示，約有 50% 的老人有骨質疏鬆症，而 41-45% 老人有骨質不足的現象。進一步探討老人的營養態度與飲食攝取的關係，發現老人在疾病和飲食營養相關性方面的知識不足，雖然營養態度相當正向，但普遍

存在飲食禁忌的行為，且傳統飲食禁忌行為愈多者，其飲食品質愈差。經由此調查結果可知國內老人有營養知識不足、飲食行為偏差、營養素攝取不均、肥胖、貧血、營養素缺乏、以及骨質疏鬆等情形(國家衛生研究院電子報, 2005)。相對於男性，女性先天的骨質總量比較少，流失速度又比較快，尤其是在停經後的幾年骨質流失的速度相當快，所以產生骨質疏鬆的機會自然就大了許多。骨質疏鬆對健康有什麼影響呢？一般而言，骨質疏鬆的人容易骨折，尤其是跌倒後骨折機率又大了許多。

跌倒是台灣老人第二大事故傷害的死因，更是傷害門診就醫最主要的原因。而非致命的跌倒也造成醫療後果極重大的經濟損失。根據民國 98 年內政部資料顯示，全國 65 歲以上之老年人口佔總人口數 10.63%。65 歲以上老人有 11.5% 在過去一年曾因事故傷害而就醫，其中有 45.4% 最近一次受傷就醫是因跌墜所致，換言之，全國每年約有 5.2% 老人曾經因為跌傷而就醫。但是造成老人跌倒的因素並非單一，因此，介入的策略包括有老人跌倒預防教育、運動訓練以及環境改善等，可以透過醫師、物理治療師、職能治療師、營養師、社工師、臨床心理師、護理師等專業團隊來提供整合性的全面評估與服務。社區公共設施的設置，應考慮到老人的特殊需求；結合社區居民的力量，共同推動社區防跌計畫。老人的主要照護者應對老人的身心健康狀況有所瞭解，並主動學習預防跌倒的相關知識。裝置緊急求救系統，以便事故發生時，能及早發現送醫。

(二)肥胖症(obesity)

根據國內老人營養健康狀況調查結果顯示，國內 27% 老人有過重 ($24 < \text{BMI} = 27$)，16% 老人有肥胖 ($\text{BMI} \geq 27$)，43% 老人有中央肥胖 (男性腰圍 ≥ 90 公分，女性腰圍 ≥ 80 公分)。同時，國內老人在營養素的攝取上顯現不均衡的現象，飲食中蛋白質攝取比例稍嫌偏高，而鈣質、維生素 B6 及維生素 E 的攝取均未達建議攝取量。由血液生化分析的結果可知國內老人維生素 B1、B2 缺乏或臨界缺乏率在 20-30% 之間；維生素 B6 缺乏率約在 12-19% 之間，缺鐵性貧血比率約在 19% (國家衛生研究院電子報, 2005)。林俞佳等人的研究也指出：高齡婦女比起同年齡男性老人肥胖比例高。依據衛生署訂定標準，男老人肥胖比例約為 13%，女性肥胖比例則約 21%。女性停經後體重較易增加，此時又常因骨關節炎造成活動力下降，更容易使體脂肪堆積，造成惡性循環 (林俞佳 & 黃國晉, 2007:52-55)。

(三)憂鬱症(depression)

根據林惠文等人「台灣地區老年憂鬱症之因素探討：國家長期追蹤研究之結果分析」指出：台灣地區老年憂鬱症的發生相當普遍，平均每三人當中就有一人有憂鬱症狀；而日常生活功能狀態(ADL)與性別更是影響日後老年憂鬱症發生的重要因素 (林惠文等, 2010:26-7)。有關婦女罹患憂鬱症的比率高於男性的實證研究為數不少，世界衛生組織將憂鬱症與心血管疾病、惡性腫瘤並列為二十一世紀三大疾病，主要的原因便是憂鬱症可造成明顯而

嚴重的失能(disability)。有關更年期與婦女憂鬱症的關連性研究大多認為：更年期症狀並不是停經後才開始，而是起於「停經前期」(perimenopause)，也就是經期開始紊亂，直到月經終止後一年，平均時間長達四年，少數人則長達十年。這時卵巢對促進性賀爾蒙的激素逐漸失去反應，而這些激素血液濃度的變化，在某些人身上會造成情緒不穩定、抗壓性變差或是失眠，有些婦女等到停經後又漸趨穩定。美國老化研究所(National Institute on Aging)的研究顯示：憂鬱症明顯增加老年人身體的失能指數，主要原因為減少了身體活動以及缺乏社交上的接觸。憂鬱症對於個體的身心健康有很大的影響，可是往往被忽略，即使在美國這麼重視憂鬱症的國家，一項大型的社區研究顯示，也只有大約三分之一的老年憂鬱症患者獲得抗憂鬱藥物治療 (莊凱迪、蔡佳芬, 2008:240)。的確，婦女的憂鬱症會帶給個人家庭與社會負面的影響，以及勞動力的折損，醫療等社會資源的耗損，因此，與其事後補破網不如事前防範憂鬱症的來襲。但是遺憾的是國內精神與心理諮商專業人力明顯不足，掌管心理衛生的行政部門在中央為衛生署醫事處第四科，受限於層級太低經費少；雖然 1990 年通過「精神衛生法」，但是有關心理健康促進的發展較遲，直到 2006 年國民健康局才提出「心理健康促進社區推廣試辦方案」。因此，我們呼籲政府能關注「重生理，輕心理」的後果。

(四)家庭與社會支持

許多研究指出家庭與社會支持對於個

人成功老化的影響與重要性(Pruchno, et al., 2010)。不幸福的婚姻對婦女身體造成的傷害要超過男性，在夫妻關係緊張的婚姻生活中，儘管男性會和女性一樣感到心情抑鬱，但女性會比男方更容易因心情抑鬱而罹患以腹部脂肪堆積、高血壓、高血糖和高膽固醇等為臨床特徵的新陳代謝綜合症。幸好女性在社會支持網絡方面較男性來的縱深橫廣，主要是女性的社會化過程較允許與鼓勵情緒表露，因此，女性較會尋求社會福利機構等正式部門的協助，也會尋求家人、朋友與鄰里等非正式網絡的支持。

(五)健康促進

近年來公共衛生的理念與作法有重大的變革，尤其 1986 年世界衛生組織於渥太華發表的渥太華憲章(Ottawa Charter)開啓公共衛生運動的新紀元，其提出健康促進(health promotion)的五大行動綱領：建立健康的公共政策、創造支持性環境、強化社區行動、發展個人技能、調整健康服務方向(Baum,2008:36)；雖然該憲章提出的年代已久遠，但是對於個人乃至社區的活躍老化所強調的維持身心健康仍有明確的指引，尤其個人健康自我管理有待發展個人技能與培養健康的生活習慣。

二、安全保障

(一)經濟安全保障

老年經濟安全保障攸關老人的生活幸福感與生活品質，其經濟來源部份來自工作所得。根據民國九十一年「老人狀況調查報告」(內政部，2005:62-63)，五十歲以

上婦女對於老年生活的期望(複選題)，以「身體健康的生活」占第一位(37.90%)，能與家人團圓和樂的生活居第二位(26.73%)，經濟來源無慮的生活居第三位(17.26%)，高齡婦女未來再度投入職場較男性為低(內政部，2005:65-66)，可見經濟安全保障的需求對於高齡婦女的重要性是僅次於健康與家人關係，也顯示兩性退休後的生涯規劃有所不同。

根據勞委會統計處資料顯示，我國女性勞動力參與率在四十五至六十四歲各年齡組都較先進國家明顯偏低，且未曾出現如日本、韓國等亞洲諸國「二度就業」的情形。陳玉芳(2006:104)的文章也指出：1999-2004 年間台灣女性實際退休年齡為 59.0 歲，較日本 66.1 歲，韓國 66.9 歲，美國 63.1 歲為早。政府支持婦女就業(育嬰留職津貼與補貼托育)，提高婦女勞動力參與率等為施政重點，可見高齡化社會極度缺乏勞動力，老人參與生產性活動的議題也再度受到重視。

高齡婦女參與生產性勞動可以為自己的經濟安全謀得更大保障，也有助於國內經濟發展。但是社會快速變遷，人口結構趨向高齡化，家庭對高齡者的支持將逐漸式微；加上全球化的影響，知識經濟時代的來臨，彈性勞動市場的興起，高齡婦女平均教育程度不高(民國 57 年才有九年國教)，就業面臨性別歧視(sexism)與年齡歧視(ageism)的雙重束縛；即使有工作，由於所得不高以及就業的不穩定等因素，都將影響高齡婦女的經濟安全。更重要的是目前國民年金受限於保費低給付微薄，對於

未就業的高齡婦女而言，如何能確保其晚年的經濟生活呢？

(二)老人保護

民國 86 年老人福利修法時，已經訂定老人保護專章針對受虐事件加以規範。老人受虐包括有身體、心理、性虐待與疏忽等，廣義來說，消費保護與預防財物被侵佔、詐騙、竊盜等也涵蓋在內。國內高齡婦女購買保健食品上當的新聞時有所聞，家庭型受虐受害者高齡婦女也高於男性老人，加上女性平均壽命大於男性五歲，獨居寡婦多於鰥夫，因此，建構一個免於恐懼，且能讓老人有尊嚴獨立自主的安全環境與人際網絡，有待大家共同努力達成。

三、社會參與

活躍老化除了達到健康與安全保障的目標外，持續的社會參與包括：勞動參與(經濟活動)、志願服務(社會服務)、靈性(宗教性活動)、教育或是休閒(文化活動)，公民事務(政治活動)等，國內婦女的社會參與圖像說明如下。

(一)勞動參與的困境

如前所述，高齡婦女受限於家務勞動的角色以及國內彈性勞動未普遍符合其能力與需求，因此，高齡婦女二度就業仍有努力的空間。由婦女參與的行業以服務業居多來看，「情緒勞動」(emotional labor)要求受雇婦女要隱藏自己的不快樂、悲傷等負面情緒，迎合顧客的喜好而表現出快樂、愉悅等正面情緒，工作壓力大，引發失眠或其他精神官能性疾病。此外，台灣性別平等的情況持續惡化比亞太地區平均

指數 72.4，整整低了 12 點。台灣女性進步指數大幅下降，主要原因是台灣女性自我認知收入指標與認為自己位於管理階層的女性指數降幅約 50%。在「是否位於管理階層的認知」的指標部分，2009 年指數只剩 30.14，與亞太 14 個地區平均值 57.12 相比相去甚遠。更令人驚訝的是，在「女性自覺收入高於平均值的認知」指標部分，從 2008 年的 68.18，大幅滑落到 2009 年的 31.43，指數還不到大前年的一半。換句話說，雖然台灣女性接受高等教育比率與勞動參與率沒有什麼變化，但職場歧視卻變得更加嚴重，無論在收入或是升遷的機會，都較男性受更多的束縛，而這樣的改變將影響到婦女自我概念進而影響自我效能以及經濟所得。

(二)志願服務

薛承泰等學者的研究(2002:33-67)，國內高齡婦女退休後生活規劃當志工的比例較男性為高。由社會老年學持續理論(continuing theory)的觀點，強調老人人格特質與生活方式等具有的持續性並不會有太大轉變。所以，老人在退休前就有參與志願服務經驗者，即使退休後仍會持續參與而成為終身志工(lifelong volunteer)。因此，鼓勵青壯年期加入志願服務是不會嫌太早的，漸進式退休也提供即將退休者有機會在退休前參與志願服務。個人的偏好與選擇(individual choice)在老人投入生產活動時對老人幸福感的影響扮演關鍵的角色，配合個人的偏好與準備，以及政府制定完備的公共政策，將是未來努力的方向與極欲達成的目標。

老人如何獲得招募志工的資訊？他們為什麼會加入志願服務的行列？據筆者實地訪問銀髮志工獲得的資料，他們獲得招募志工的訊息主要來自家人、親友、鄰居等人的推薦，其他如報紙(新聞稿)、宣傳海報、傳單等是次要管道；至於自網路獲得訊息的，只是鳳毛麟角，因為受限於老人會使用電腦的比率低。至於他們參與志願服務的動機包括：服務他人、貢獻社會，結交朋友，預防腦力退化，充實自己，鍛鍊體力等。某些機構不錄用銀髮志工，尤其是醫療相關機構，理由是擔心他們免疫力較弱，容易傳染到疾病；有些醫療機構錄用老人志工，主要因為他們是資深志工不好意思澆熄其服務的熱忱，但是會考慮安排適當的職務如整理醫療資材，讓他們適得其所，對組織的認同仍舊不減。

以往運用老人人力資源的機構對於他們的服務與表現有何評價？正面評價如：勤勉、努力，重視工作倫理，知識與經驗豐富，很少遲到或缺席；負面評價如：體力衰退、工作效率低，對於新技術與新技能的適應力不高，沉醉於過去的經驗與知識無法迎合時代的需求。因此，如何有效整合老人人力資源，使他們願意投入志願服務，並發揮其優勢而減少負面表現，老人志工訓練與督導的議題近年來已逐漸受到重視。

(三)教育與休閒等參與

李薇(2009)「從老化理論的整合觀點看老年生活歷程的轉變：以休閒活動為例」指出：國內六十五歲退休老人無論男女從事休閒活動的模式傾向延續(continuity)→

活躍(activity)→撤離(disengagement)，也就是65-70歲者大多延續退休前的休閒型態，71-75歲者會新增加休閒活動，76歲以上者則逐漸淡出。至於男女的差異顯示，女性以靜態的活動例如看電視、聽收音機、種花、整理花圃、散步等居多；男性則以個人戶外活動、團體活動(唱歌、跳舞、打拳等)居多。老人教育學習地點，多數以教育部推動的各縣市樂齡資源學習中心、內政部主管的長青學苑，民間團體承辦的仍略不足。年齡方面以台南市東區樂齡資源學習中心為例，平均年齡為73歲，呼應李薇的研究該年齡層是較活躍。

研究指出：老人參與休閒活動以小規模、多機能與密集度高的設置型態為宜(李薇，2009:94-5)，也就是免除舟車勞頓，在住家附近就近學習或參與活動。

影響老人教育與休閒等參與的因素，健康與經濟狀況是重要的決定因子(洪得惠 2003,103:244)，因此，政府政策規劃也不容忽視如何提高活動參與的可近性(accessibility)、可負擔性(affordability)等。

(四)靈性活動

何謂靈性(spirituality)？我借用一位護理人員林以諾(2003)的「靈性陪伴經驗」與大家分享：「從宗教而來的信仰，造成生命的『質變』。……接納生命的實象，意謂著在行動上每一個人都要為自己『預備』。我要預備的不只是我會生病，我身邊的人也會；不只是我會死，我身邊的愛人也會死，到時候我要如何面對？當一個人願意坦然接納生命的實象，明白每一個人，在每一天都朝向他生命的盡頭前進。這時候

我們才能夠誠懇地去思考：『在有限的人生中，對我重要的是什麼？我要活出什麼樣的生命？』……思考人生的下半場：如果人生是一場球賽，在上半場我希望自己很卓越，以獲得別人的肯定。表面上看起來很忙碌，但其實心裡其實是很空虛的。上半場我一直拼命忙碌，但我想中場休息，重新想想下半場要怎麼走。上半場雖然忙碌，但不一定是有意義的。但那意義是什麼？我覺得那是超越薪水、職位、用世俗眼光可以衡量的東西。」由於林女士有宗教信仰又從事護理，較一般人能參悟人生哲理，坦然面對與接納真實的人生，並做好準備。

孔子所謂：「五十而知天命」，意涵人到五十歲具有利他與超乎自然的胸懷，所以能完整認知到個人生命的意義與存在的價值。

許多調查顯示，宗教參與可以獲得高品質的社會支持(程芸譯, 2006:106)。心理學者 Lazarus(2006:66)認為有宗教信仰者的好處如下：低度風險行為與不良生活方式(抽菸、酗酒或吸毒)；良好的人際關係與社會支持；透過宗教儀式產生正面的情緒經驗，例如：輕鬆、希望、寬恕、增強權能(empowerment)與淨化(catharsis)；協助建立樂觀的人生態度，促進身心的幸福感(Lazarus, 2006:66)。因此，有些老年學家(Crowther et al., 2002)認為活躍老化應該要加入第四個元素正面靈性，生命才更完整圓融。

伍、建議

一、開發新產業，提供婦女更多長期性就業機會

近年來對新貧(new poor)的研究顯示，單親媽媽的家庭成為新貧的比率有增加的趨勢，如何避免因經濟壓力導致的社會問題，政府應強化婦女職業訓練與諮詢服務，提供更多長期性就業機會。

此外，從社會建構的觀點看老人角色被塑造成「非勞動力」、「無角色的角色」(roleless role)，但是老人仍然是具有工作動機，只是受到社會時鐘對其行為的規範，或是勞動市場的年齡歧視(agism)，或是內化社會制度與偏見而被迫或者自願退出勞動生產的行列。因此，對於高齡婦女有就業需求與意願者，政府應開發新產業引導她們加入勞動行列。

二、強化與培訓衛生與福利服務等專業人員

因應社會快速變遷，家庭解組與家庭功能逐漸式微等問題，補強衛生與福利專業人員，例如護理、社工與心理諮商等，並藉由社區為基礎形塑的社會支持網絡，以及社會參與的擴展，補充家庭功能的不足。

三、加強婦女健康知識與技能

預防保健與健康促進是維持健康的不二法門，規律運動、營養與健康的關聯在許多實證資料中被發現。以飲食為例，婦女長期食用大量的肉類易罹患腸道疾病；骨質疏鬆症與吸菸等有關；乳癌與飲食西

化有關；採用地中海型飲食(Mediterranean diet)多食蔬果、堅果、五穀、魚類以及不飽和脂肪(橄欖油)等，有助於降低心血管疾病等。

此外，由於婦女大多承擔照顧家人的責任，若能獲得更多有關照護的知能，將能降低焦慮，增強自我效能(self efficacy)，有助於降低心理疾病的發生。

四、鼓勵婦女參與志願服務

目前政府對於勞工退休年齡的規定採用彈性作法，有提早退休或是延後退休的給付計算標準，由勞工自主選擇退休的生活規劃。活躍老化不一定要參與經濟勞動，獲取薪資報酬；參與志願服務有助於身心健康與維持認知功能，連結社會關係；但是國內志工參與程度與先進國家比較仍舊偏低，政府應研擬開發婦女志工的人力資源對策，讓企業志工(例如霖園集團)或是家務管理者等投入助人服務，既可讓婦女有成就感也有助於其彰顯生活的意義與價值(林麗惠，2006)。

五、尋求全球衛生合作的契機

健康議題與經濟、貿易與安全政策的交集，導致公共衛生社群必須與其他重要的部門進行互動，新的全球衛生計畫的成立，部分是出於對國家與市場之適當角色更廣闊的意識形態爭論，以及對傳統以國家為中心的世界衛生組織感到不滿(林世嘉等譯，2010:14)。換言之，包括私人公司、慈善基金會與公民社會組織等非國家行為者，認為應從國際衛生合作轉變尋求全球衛生合作的契機。以菸草控制框架公

約 (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC)為例，除了大家所熟悉推廣禁菸以外，在協商過程中也必須處理全球菸害防治對於菸農造成的經濟衝擊、菸草稅、吸菸與貧窮間的關聯、以及行為矯正法規等各種層面的議題。也正因為關照全球結構性觀點，使得菸草控制框架公約考量到更多的利害關係人與政策群體，而不再僅限於健康部門(林世嘉等譯，2010:129)。

六、採用更客觀且合乎潮流的指標作為制定政策的指引

我們發現早期台灣經濟的發展過程中，不少女工成為職場衛生安全受忽視的受害者、犧牲者。近年來學者提倡重新界定以人的健康、安全、環境和其他福利、經濟指標，發展成的真實發展指標 (Genuine Progress Indicator, GPI)，作為替代國內生產毛額 (GDP) 來評定國家的發展狀況，也就是重視環保，並能夠維持福利與經濟的均衡發展。再者，世界經濟論壇的性別平等指數 (Gender Equity Index, GEI)，是以婦女經濟參與、教育機會、增強權能和包括平均壽命在內的醫療健康等四項評比指標，來評估婦女在各國的處境與享有的社會地位。

有關高齡婦女的健康指標若能將更年期、生殖系統健康(乳癌、子宮頸癌等)、心理健康(憂鬱、偏頭痛、壓力、自殺、家暴、性侵害等)、職場健康等評估指標落實為整合性計畫方案據以執行，必能提供國內高齡婦女更完善的的健康服務，促進高齡婦女人身安全與社會參與，也就是為婦

女活躍老化注入活水。

七、發展本土老年學的研究

我國人口老化十分快速，去年底老年人口已高達10.63%，老化指數更高達65%。雖然醫學的進步日新月異，但是社會變遷帶來的生活壓力與適應問題層出不窮，不合乎健康的生活方式與行為等導致現代人罹患慢性病的年齡有逐漸低齡化的趨勢，婦女抽菸、喝酒、吸毒等風險行為也逐漸升高，加上婦女既要參與勞動又要兼顧家庭的重責，壓得婦女蠟燭兩頭燒。如何協助婦女活躍老化的研究因涉及文化多樣性與複雜性，外國的實證研究(evidence-based research)未必適用於國內，因此，投資本土老年學研究有其急迫性。例如日本於1972年成立東京都老年學研究院(Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology)，包括有分子生物、細胞學、生理老化、醫學、病理學、社會學、人類學及認知學等研究部門，另外擁有近千床的醫院可提供研究所需。由於日本政府及早體認到老年學本土研究的重要性，透過科技整合，基礎醫學與臨床醫學並重的方式加以研究，成果豐碩，所以國外學者前往日本取經的絡繹不絕。反觀國內國家衛生研究院下設有老年醫學研究組，但是層級太低位階不高，所能發揮的功能有限，因此，投資本土老年學的研究勢必要大力改革。

陸、結語

面臨國內社會環境巨觀面與微觀面的

改變，加上高齡婦女有其獨特的生理、心理與社會需求，因此，活躍老化的思維與作法就必須具有開創性，才能吸引大家的關注。既然身心靈的全人服務與照顧是理想目標，那麼運動、飲食與正向的、積極的認知之外，高齡婦女的人際網絡是否也應該開拓與善用，讓身邊的人來影響與引導她們走出家門，參與社會，遠離憂鬱，活力愉悅呢？

其次，借鏡外國汲取經驗與新知，是否應該考量文化與民族性的差異？歐美國家的生活方式與思維與我國差距較大，例如老人居家受虐不願張揚或是憂鬱自殺，同樣是東方國家的日本、南韓等較能理解背後的恥感文化取向；反之，歐美西方國家較重視個人主義，強調罪惡感、公平、正義與成就感等價值。由跨文化(cross culture)的研究更能理解如何參酌國外的菁華，並加以融入本土的文化，如此方能締造開創性的格局。

第三，國內傑出女性為數不少，最近媒體報導的中央研究院院士，或是五都選舉女性候選人大多屬於高齡者，但是她們仍能積極參與社會，開創個人生涯的一片天。目前「勞工保險條例」已將被保險人強制納保年齡延長到六十五歲，但是受限於無法落實「就業服務法」對於高齡婦女就業不得歧視的規定，因此，高齡婦女的工作權益受到年齡與性別的雙重壓縮，企求開創事業第二春的心理受挫，值得政府與社會關注。

最後，我考量到國內老人的休閒模式女性以靜態的活動例如看電視、聽收音

機、種花、整理花圃、散步等居多，但是高齡婦女退休後願意擔任志工的比例較男性高。政府若能善用女性溫和堅韌的特質，提供高齡退休婦女將職場管理階層的經驗與智慧有所發揮的空間，結合志願服

務與教育的服務學習也能帶給助人者更高層次的生命意義，這就是活躍老化的精髓。(本文作者現為嘉南藥理科技大學兼任講師)

參考文獻

中文部分

- 內政部 (2005)。中華民國 91 年老人狀況調查報告。
- 李薇 (2009)。從老化理論的整合觀點看老年生活歷程的轉變：以休閒活動為例。成功大學老年學研究所。
- 林淑萱 (2006)。老人福利。台南市：光華女中。
- 林以諾 (2003)。我的靈性陪伴經驗。緩和安寧教育研討會。
<http://www.life-respect.tcu.edu.tw/fruition/92qit.08.htm>
- 林惠文、顏啓華、楊宜瑱、李孟智 (2010)。「台灣地區老年憂鬱症之因素探討：國家長期追蹤研究之結果分析」。收錄於台灣老年學暨老年醫學會第十屆第二次會員大會及學術研討會論文摘要，頁 26-7。
- 林俞佳、黃國晉 (2007)。訂作自己—瘦身不嫌晚。台大校友雙月刊 51 期。
- 林麗惠 (2006)。高齡者參與志願服務與成功老化之研究。生死學研究第四期，1-36 頁。
- 林世嘉等譯，Kelley Lee 著(2010)世界衛生組織。財團法人台灣醫界聯盟基金會。
- 洪得惠 (2003)。高雄市中高齡婦女的文化活動參與阻礙及其身心健康之探究。社區發展季刊，103 期，頁 234-251。
- 莊凱迪、蔡佳芬 (2008)。老年人的憂鬱症。台灣老年醫學暨老年學雜誌，2008:3(4):239-47。
- 陳玉芳 (2006)。高齡化社會二度就業的國際潮流，台灣勞工雙月刊，2:102-108。
- 國家衛生研究院 (2005)。長期照護營養服務之探討國際研討會。電子報 103 期。
- 程芸譯，Koenig, H.G. et al., 原著 (2008)。老人當家：二十一世紀的老人、健康與信仰。台北縣：靈鷲山班若出版。
- 薛承泰、曾敏傑 (2002)。中高齡退休生涯規畫與影響因素之研究。勞資關係論叢，11:33-67

英文部分

- Baum, F.(2008) *The New Public Health*. New York: Oxford University.
- Crowther, M.R. et al.,(2002) Rowe and Kahn' s model of successful aging revisited : positive spirituality – the forgotten factor. *Gerontologist*.42(5) :613-620.
- Hooyman , N.R.& Kiyak, H.A.(2002) *Social Gerontology : A Multidisciplinary Perspective*(6th ed.). Boston : Allyn & Bacon.
- Lazarus, R.S. & Lazarus ,B.N.(2006) *Coping with Aging*. New York: Oxford University.
- Morrow-Howell, N. Hinterlong , J.& Sherraden ,M.(2001) *Productive aging : concepts and challenges* .MD : John Hopkins University.
- Pruchno , R.A. et al.,(2010) *Successful Aging : Influences and Contemporary Characteristics*. *The Gerontologist*.
<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early2010/05/30/geront.gnq041.full>
- Robnett, R. H. & Chop, W. C. (2010) *Gerontology for the Health Care Professional* . (2nd ed.) MA : Jones Bartlett.
- Shea ,G.F.& Haasen, A.(2006)*The Older Worker Advantage :Making the Most of our aging Workforce*. CT: Praeger.
- Shultz K. S. & Adams, G.A. (Eds)(2007) *Aging and Work in the 21st Century*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- WHO(2002)*Active Aging: a policy framework*.
<http://www.who.int/hpr/aging/publications/active/en/>

