


東 海 大 學

工業工程與經營資訊學系

高階醫務工程與管理碩士在職專班

碩士論文

銀髮族與新銀髮族在活動參與及健康程度  
之關係分析

The seal of East China University of Technology is a circular emblem with a scalloped border. It features the university's name in Chinese characters '東海大學' at the top and 'UNIVERSITY OF TECHNOLOGY' at the bottom. The year '1959' is inscribed at the very bottom. In the center, there is a stylized cross-like symbol.

研 究 生：張雅玲

指 導 教 授：翁紹仁 博士

曾宗瑤 博士

中 華 民 國 一 〇 三 年 六 月

# **To Analyze the Relationship of Activity Participation and Health Level between Senior and Pre-seniors**

By  
Ya-Ling Chang

Advisor : Shao-Jen Weng, PhD.

Tsueng-Yao Tseng, PhD.

A Thesis  
Submitted to Tunghai University  
in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Health Administration

June 2014  
Taichung, Taiwan, Republic of China

東海大學

工業工程與經營資訊學系高階醫務工程與管理碩士專班

碩士學位論文口試委員會審定書

本系 張雅玲 君

所提論文 銀髮族與新銀髮族在活動參與及健康程度  
之關係分析

合於碩士資格水準，業經本委員會評審通過，特此證明。

口試委員： 王煥生

翁紹仁

陳淑月

吳信宏

曹宗璠

指導教授： 翁紹仁 曹宗璠

系主任： 洪堯勳

中華民國 一〇三年 六月 三日

東海大學

工業工程與經營資訊學系高階醫務工程與管理碩士專班

碩士學位論文指導教授推薦書

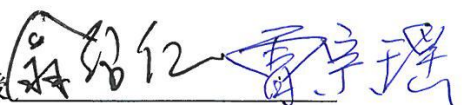
本系 張雅玲 君

所提論文 銀髮族與新銀髮族在活動參與及健康程  
度之關係分析

係由本人指導撰述，同意提付審查。

此致

工業工程與經營資訊學系

指導教授 

日期 年 月 日

# 銀髮族與新銀髮族在活動參與及健康程度之關係分析

學生：張雅玲

指導教授：翁紹仁 博士

曾宗瑤 博士

東海大學工業工程與經營資訊學系高階醫務工程與管理碩士在職專班

## 摘 要

世界各國均面臨到人口老化問題，這也是各國家急需建立良好的社會福利措施與醫療照護機制，本研究將運用討論銀髮族與新銀髮族邁向老年生活的到來對於休閒活動參與、社團或活動之參與、健康情形進行分析。以衛生福利部國民健康署於民國 96 年之「中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第六次)調查」為資料，採用對應分析的方式討論兩變數間的相對關係，結果顯示新銀髮族男性參與靜態休閒活動種類較多，而新銀髮族女性參與動態休閒活動種類較多，從休閒活動分類中可以知道女性對於動態活動的接受度較男性高，女性罹患慢性病種類較男性多，罹患慢性病種類多者，活動參與度明顯較低，新銀髮族罹患慢性疾病的人較少，參與活動的態度較為活躍，且參與的種類較為多樣化。新銀髮族罹患慢性病的人較少，所以其對於生活滿意程度也較高。新銀髮族因各項活動高參與積極度，將可成功邁入老化，但是銀髮族人口會因健康狀態不佳與老化而有撤退行為產生。

**關鍵字詞：**銀髮族、新銀髮族、對應分析、成功老化、老化

# **To Analyze the Relationship of Activity Participation and Health Level between Senior and Pre-seniors**

Student : Ya-Ling Chang

Advisors : Shao-Jen Weng, PhD.

Tsueng-Yao Tseng, PhD.

Master Program for Health Administration  
Department of Industrial Engineering and Enterprise Information  
Tunghai University

## **ABSTRACT**

Today, aging population is the key problem and an important livelihood issues for many countries, that are need to establish a good social welfare measures and medical care system. This study will discuss the use of silver-haired seniors towards the arrival of new life for the elderly to participate in recreational activities, participation in associations or activities, analyze the health situation. We use the sixth wave of Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan results in 2007, that data from the Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare in Taiwan. In this study, used the correspondence analysis approach discussed the relative relationship between the two variables. The results show the men of the pre-seniors more types of passive recreation, and the women of the pre-seniors more types of leisure activities, from leisure activities category acceptance for women to know the dynamic activity than men. Women have more than men suffer from chronic types. Many kinds of persons suffering from chronic diseases, active participation is significantly lower. The pre-seniors suffering have chronic diseases low, more active attitude to participate in activities, and participate more diversified species. The pre-seniors who suffer from chronic lower, so it is also higher for life satisfaction. The pre-seniors to actively participate due to the high degree of activity, will be successfully into aging, but the seniors population is aging due to poor health and had to retreat behavior.

**Keywords: Seniors, Pre-Senior, Correspondence Analysis, Successful Aging, Aging**

## 致謝詞

兩年的求學生涯，看似很長卻也很短，以為時間兩年很充裕，沒想到一下子就一眨眼而過。還記得 2000 年才從二技畢業，之後就投入職場十多年，雖然中間一年離開台灣到澳洲去度假打工一年，當是給自己的充電，也是給自己的一個喘息時光，享受自由的旅外時光。從二技畢業後就一直希望能夠再返回校園，很開心在兩年前考上東海大學醫管在職專班重新開始當學生。

從嘉南藥理科技大學畢業後，至台北市立萬芳醫院工作六年多，一直擔任骨科秘書的工作，科內僅只有我一位行政人員，因此科內與對外單位聯繫的工作都是我需要負責，當時的我曾試著就近報考台北醫學大學醫務管理研究所，可惜未能如願。當時的我有困惑過，我所學了七年的醫務管理課程是否就僅僅只有如此。2009 年 6 月起至臺中榮民總醫院醫學研究部擔任契約人員，工作內容轉換成院內研究計畫承辦人，業務內容多為與研究相關之計畫申請，與後續計畫相關事宜，與醫管更是有著些許差距，拉近距離的就是醫院評鑑時，醫院研究能量內容必定有一塊是關於研究計畫數量這一部分，讓我自己覺得離醫管沒有很遠。

求學兩年很幸運找了翁紹仁老師擔任我的指導老師，很有緣的是與老師同月同日生，而更幸運的是老師態度很積極，讓我這一個怠惰的學生可以快快的跟上老師的腳步，讓我不至於落後太多。研究論文可以如期完成撰寫、口試、參與論文發表，這些都是老師努力鞭策我的結果。真的謝謝翁老師讓我在這求學生涯找遇到一個亦師亦友的好友、好老師。

最後，我要感謝我的家人，我的父母讓我再次固執一次，上一次我很固執的決定要道澳洲去度假打工，這一次很固執的再次當學生。第一學期因修課較多，往往回到家都過了晚上十點半，媽媽總是關心我說會不會太累，雖然身體累，但是心理得到很大的滿足，並不累。最後的最後，我要感謝我自己，因為我熬過了這兩年，到研究所念書是我很久之前的願望就是能夠念研究所，我慢慢一步步的朝著我的夢想前進，而我也做到了，我知道我很棒！

雅玲 于東海高階醫務工程與管理碩士在職專班

2014 年 6 月

# 目錄

摘要.....	i
ABSTRACT.....	ii
致謝詞.....	iii
目錄.....	iii
表目錄.....	v
圖目錄.....	vii
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究目的.....	5
1.3 研究假設.....	5
第二章 文獻回顧.....	6
2.1 銀髮族定義.....	6
2.2 成功老化.....	6
2.3 老化理論.....	7
2.4 活躍理論、延續理論、撤退理論.....	7
2.5 健康老化.....	8
2.6 各國針對銀髮族之社會福利措施.....	9
2.7 十大死因與老人十大死因.....	12
第三章 研究方法.....	15
3.1 研究對象.....	15
3.2 研究方法與執行步驟.....	16
3.3 研究變項.....	17
第四章 研究結果.....	19
4.1 研究對象分布.....	19
4.2 研究結果分析.....	25
4.3 研究討論.....	44
第五章 結論與建議.....	46
5.1 結論.....	46
5.2 建議.....	47
參考文獻.....	49



## 表目錄

表 1.1	2002 至 2011 年各國家 65 歲以上人口占總人口比率(%).....	2
表 1.2	2002 至 2013 年年台灣人口數與老化指數.....	3
表 2.1	民國 96 年與 101 年十大死因.....	13
表 2.2	101 年老年人十大死因.....	14
表 4.1	問卷人數基本資料.....	20
表 4.2	性別年齡類別與靜態活動對應分析統計表.....	25
表 4.3	性別年齡類別與動態活動對應分析統計表.....	27
表 4.4	性別年齡類別與社團或活動對應分析統計表.....	30
表 4.5	性別年齡類別與慢性病對應分析統計表.....	33
表 4.6	慢性病與靜態活動對應分析統計表.....	34
表 4.7	慢性病與動態活動對應分析統計表.....	36
表 4.8	慢性病與社團或活動對應分析統計表.....	39
表 4.9	生活滿意度統計表.....	40
表 4.10	生活滿意度與性別年齡類別對應分析統計表.....	41
表 4.11	生活滿意度與慢性病對應分析統計表.....	43

## 圖目錄

圖 1.1 世界主要國家老年人口占總人口數比率(%).....	4
圖 2.1 成功老化模式.....	7
圖 2.2 老人健康促進服務體系 .....	12
圖 4.1 性別年齡類別休閒活動統計圖 .....	22
圖 4.2 性別年齡類別社團或活動統計圖 .....	23
圖 4.3 性別年齡類別慢性病統計圖.....	24
圖 4.4 性別年齡類別與靜態活動對應分析圖 .....	25
圖 4.5 性別年齡類別與動態活動對應分析圖 .....	28
圖 4.6 性別年齡類別與社團或活動對應分析圖.....	29
圖 4.7 性別年齡類別與慢性病對應分析圖 .....	32
圖 4.8 慢性病與靜態活動對應分析圖 .....	35
圖 4.9 慢性病與動態活動對應分析圖 .....	37
圖 4.10 慢性病與社團或活動對應分析圖 .....	38
圖 4.11 生活滿意度與性別年齡類別對應分析圖 .....	42
圖 4.12 生活滿意度與慢性病對應分析圖 .....	44

# 第一章 緒論

## 1.1 研究背景與動機

人口老化問題自十七世紀工業革命之後已逐漸在各國產生，而至二十一世紀的今日，人口老化問題已是各個國家所面臨到的重要民生課題之一，且各國也努力建立各項社會福利措施，能讓各國老人可以得到良好的照顧與醫療照護。

聯合國報告所稱老年人口是指 60 歲<sup>1</sup>以上人口，與常用以 65 歲以上作為老年人口之定義有所不同。2000 年至 2050 年，全球 60 歲及以上的人口將增長三倍多，從 6 億人增加到 20 億。其中開發中國家增長相對快速，老年人口將從 2000 年的 4 億增加到 2050 年的 17 億，此變化對公共衛生具有多重影響(World Health Organization; WHO, 2011)。由於身體健康是老年人保持獨立生活能力並且在家庭和社區生活中發揮重要作用的關鍵所在，促進健康長壽和疾病預防活動可使非傳染性疾病和慢性病之發生(如心臟病、中風和癌症等)有預防或延遲效應。因此，老人的健康促進為當前公共衛生的重要議題之一。

依據世界衛生組織(WHO)定義，65 歲以上人口總數超過 7%總人口數時，即稱為高齡化社會(Aging Society)，超過總人口數 14%時，稱為高齡社會(Aged Society)，達到 20%時，則可稱為超高齡社會(Hyper-Aged Society)。從表 1.1 中臺灣於 2011 年 65 歲以上老年人口占總人口比率為 10.9%，已可稱為高齡化社會。從其他國家 65 歲以上人口占總人口比率，可以看到日本的高齡人口在 2005 年時已有 20.2%比率的高齡人口，即可稱為超高齡社會，至 2011 年已占總人口數 23.3%。次之的德國也於 2007 年老年人口以占 20.1%，而至 2011 年已 20.6%，幾乎是每五人之中就有一個老年人口。

而臺灣預計 2050 年上升至 43.6%，其中 80 歲以上的老年人口所占比率在 2013 年為 16.8%，2050 年推估將上升至 30.7%，且受過去十多年來生育率持續且大幅下降所致，我國 60 歲以上老年人口早於 2011 年即超過 0~14 歲幼年人口，顯示我國高齡化速度來得既急又快(國家發展委員會，2014)。另表 1.2 說明臺灣近 10 年的老化指數，老化指數是指以 65 歲以上老年人口數除以 14 歲以下幼年人口數，表現人口老化程度。從 2002 年 44.17%增

---

<sup>1</sup>聯合國報告所稱老年人口係指 60 歲以上人口，與一般以 65 歲以上作為老年人口之定義不同，為利於進行國際比較，文中我國相關人口統計指標，已配合此定義重新計算。

至 2013 年 80.51%，已增加三成以上，表示臺灣的社會福利措施與全民健康保險的推行，使得新銀髮族邁向銀髮族得到更健康的醫療照護。

表 1.1 2002 至 2011 年各國家 65 歲以上人口占總人口比率(%)

(內政部統計處，2014)

國 別	年 度									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
臺 灣	9.0	9.2	9.5	9.7	10.0	10.2	10.4	10.6	10.7	10.9
新 加 坡	7.4	7.7	8.0	8.2	8.5	8.5	8.7	8.8	9.0	9.9
日 本	18.5	19.0	19.5	20.2	20.8	21.5	22.1	22.7	23.0	23.3
南 韓	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	10.7	11.0	11.4
美 國	12.4	12.4	12.4	12.4	12.5	12.6	12.8	12.9	13.0	13.3
加 拿 大	12.9	13.0	13.1	13.2	13.3	13.4	13.7	13.9	14.1	14.4
英 國	16.1	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.2	16.4	16.6	16.4
德 國	17.3	18.0	18.6	19.3	19.8	20.1	20.4	20.7	20.6	20.6
瑞 士	15.2	15.3	15.3	15.4	15.6	15.8	16.0	16.3	16.9	17.2
法 國	16.1	16.2	16.3	16.4	16.3	16.4	16.5	16.6	16.7	17.1
澳大利亞	12.6	12.7	12.8	13.1	13.0	13.2	13.2	13.3	13.5	13.8
紐 西 蘭	11.8	11.8	11.9	12.1	12.3	12.5	12.7	12.9	13.2	13.5

表 1.2 2002 至 2013 年年台灣人口數與老化指數

(內政部統計處，2014)

年 度	總人口數 (人)	總人口數按三段年齡組分人數 (人)			老化指數 (%)
		0~14 歲	15~64 歲	65 歲以上	
2002	22,520,776	4,598,892	15,890,584	2,031,300	44.17
2003	22,604,550	4,481,620	16,035,196	2,087,734	46.58
2004	22,689,122	4,387,082	16,151,565	2,150,475	49.02
2005	22,770,383	4,259,049	16,294,530	2,216,804	52.05
2006	22,876,527	4,145,631	16,443,867	2,287,029	55.17
2007	22,958,360	4,030,645	16,584,623	2,343,092	58.13
2008	23,037,031	3,905,203	16,729,608	2,402,220	61.51
2009	23,119,772	3,778,018	16,884,106	2,457,648	65.05
2010	23,162,123	3,624,311	17,049,919	2,487,893	68.64
2011	23,224,912	3,501,790	17,194,873	2,528,249	72.20
2012	23,315,822	3,411,677	17,303,993	2,600,152	76.21
2013	23,373,517	3,346,601	17,332,510	2,694,406	80.51

行政院經濟建設委員會推估，臺灣預計 2050 年老年人口將達約 766 萬人，占總人口之 36.5%。另聯合國推估圖 1.1，至 2050 年全世界老年人口比重達 16.2%，各國分別為韓國 32.8%，新加坡 31.8%，日本 35.6%，美國 21.2%，加拿大 24.9%，法國 24.9%，德國 30.9%，義大利 32.7%，中國大陸 25.6%；表示 2050 年後，世界主要國家平均每 3 至 5 人就有 1 位是老年人口。人口高齡化主要原因是生育率降低與死亡率下降，使得 14 歲以下幼年人口比率降低，老年人口比率升高，各個國家都面臨到相同的人口老化問題，且又以開發中國家尤其顯著。

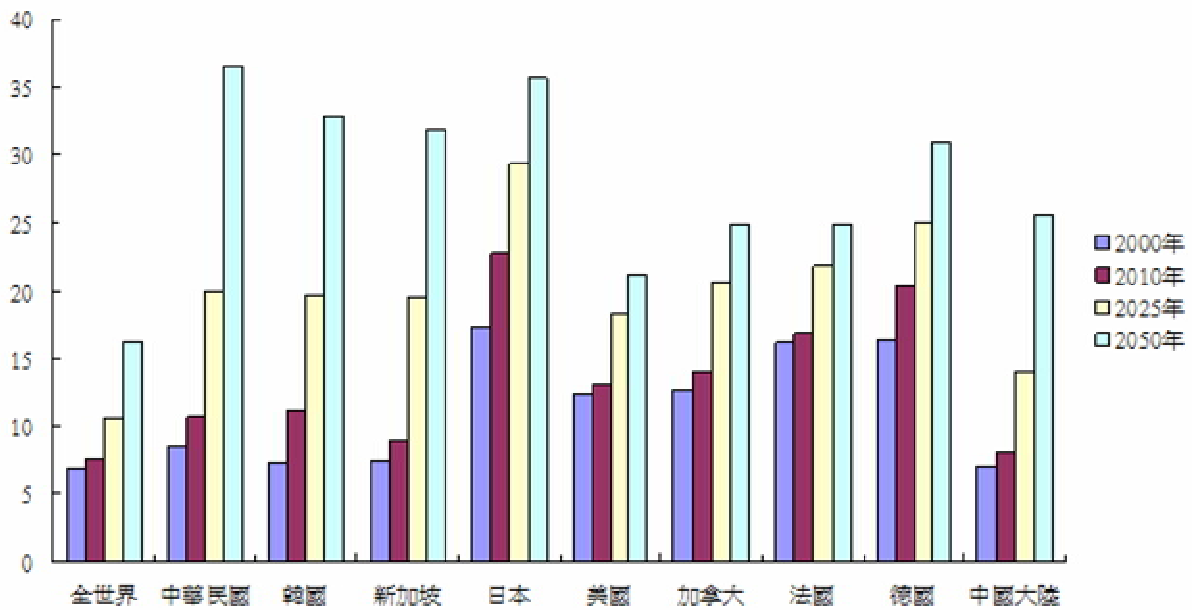


圖 1.1 世界主要國家老年人口占總人口數比率(%)

(勞動部 101 年人口與勞動力統計資料)

而全世界各個國家近來都需要面對的重要課題即是從中年人口邁入新銀髮族，而更多新銀髮族進入銀髮族。自 2000 年至 2050 年，全球 60 歲以上人口將增長三倍以上，預計從 6 億人口增加到 20 億人以上(WHO, 2011)。人口高齡化的原因是公共衛生的改善、疾病的預防、平均壽命延長、出生率的下降。

Ouwehand et al. (2007)提出回顧成功老化模式，應該以積極態度面對老化的到來，儘管造成老化的原因有許多，但仍是無法避免發生。銀髮族應該維持一個主觀的幸福感，不應該有衰退的感覺，且應更積極的發展自己其它的可能。防止潛在威脅，阻止資源減少，訂定有價值的策略讓銀髮族有個人目標創造主觀幸福感。

Nummela et al. (2008)從自評健康高齡人口中調查休閒活動的形式，其結論是休閒活動和自評健康情況會因性別有所不同，政府應該創造更多可能的休閒活動讓銀髮族與新銀髮族參加，以提高健康活動，最重要的是休閒活動參與被視為健康的重要因素。Lian et al. (1999)新加坡高齡人口休閒時間身體活動的相關討論，老年人參與運動項目的活動可克服障礙，獲得鍛鍊，且能提高健康。家庭成員鼓勵老年人參與運動，其參與率為正相關，

且參與運動的另一個好處是訊息的流通。

銀髮族成為社會的一個很大的資產，銀髮族與新銀髮族人口參與各項社會的活動積極且用心，社團活動或是休閒活動參與可以使得邁向老年生活有了不少重心。本研究將從成功老化、老化理論、與活躍理論、延續理論、撤退理論來討論銀髮族與新銀髮族邁向老年生活的到來是否有顯著差異。

## 1.2 研究目的

本研究想要探討銀髮族與新銀髮族之間休閒活動、社團活動、與生活滿意度與慢性病之間的關係。本研究銀髮族的定義為 65 歲以上之老年人口，而新銀髮族年齡定義為 50 至 64 歲之中老年人口。

依據行政院衛生福利部國民健康署民國 96 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第六次)調查問卷結果，來討論兩個族群中老年人數據資料分成性別年齡變項分析參與活動程度的高低，及健康情形以是否罹患慢性病討論是否有關聯。也將討論銀髮族與新銀髮族於問卷中生活滿意度量表中所呈現滿意度，並將滿意度分類後與性別年齡變項、罹患慢性病之間的關係來做討論。

## 1.3 研究假設

本研究探討銀髮族與新銀髮族之性別年齡變項對於參與各項休閒活動、社區活動、生活意度及健康狀況之間的關係，是否對未來邁向老年生活之活躍程度有顯著之差異，因此，將討論：

1. 銀髮族與新銀髮族之性別年齡變項對於休閒活動之參與？
2. 銀髮族與新銀髮族對之性別年齡變項於社團或活動之參與？
3. 銀髮族與新銀髮族之性別年齡變項與健康情形分析？
4. 銀髮族與新銀髮族健康情形與休閒活動之間關係為何？
5. 銀髮族與新銀髮族健康情形與社團或活動之間關係為何？
6. 銀髮族與新銀髮族之生活滿意度與性別年齡變項及健康情形之間關係為何？

## 第二章 文獻回顧

文獻回顧將就銀髮族定義、成功老化、老化理論、活躍理論、延續理論、撤退理論、健康老化、各國銀髮族社會福利措施、及國內十大死因與老年人口十大死因探討。

### 2.1 銀髮族定義

在幾乎每一個國家中，60歲以上人口比例的增長速度比任何其它年齡組都要快，這是由於期望壽命更長，以及生育率下降。人口老齡化可視作為公共衛生政策和社會經濟發展的成就，但也對社會提出挑戰，必須適應以便最大程度地加強老年人的健康和行動能力以及他們的社會參與和安全(WHO, 2014)。

銀髮族的定義是指以滿65歲以上之老年人口。而現在台灣有許多未滿65歲之中年人口，多數為五年級生，這些50至64歲之中年人口稱之為「新銀髮族」(吳劍秋, 2005)。這些人經歷了社會經濟的變遷與國際經濟的發展，靠著自己的努力與社會經濟的蓬勃發展，累積了足夠的財富後，再尚未邁入老年生活時選擇退休，擁有健康與財富，在生活上不需承擔太多的經濟壓力，有了空閒時間多數參與社區活動或是對於健康取向有新的認識，就是減緩自己老年時疾病的發生。

### 2.2 成功老化

由Rowe & Kahn (1987, 1997)所提出的成功老化模式，有三個主要要素是構成成功老化行為：生理上減少疾病的產生；心理上維持認知功能與身體功能；積極參與各項社會活動。避免因為疾病的產生而降低減少參與各項活動，維持心智功能與身體機能良好，能使得與社會良好的互動，進而更加愛惜生命且能珍惜生命的價值，此三項要素是能成功老化的重要關鍵因素。



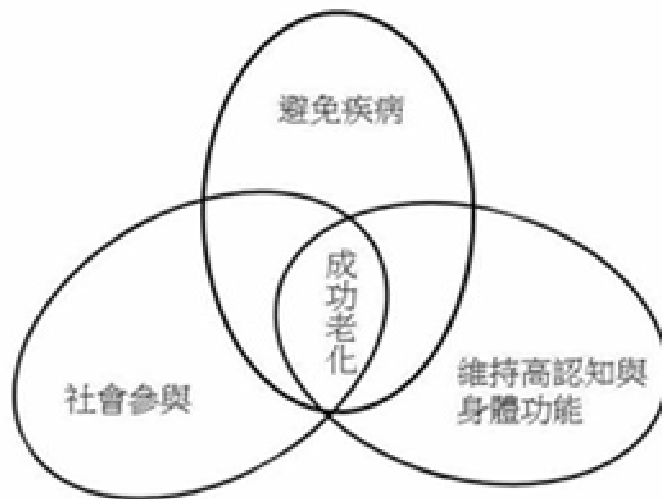


圖 2.1 成功老化模式(Rowe & Kahn, 1997)

## 2.3 老化理論

老化理論可依據不同的角度來討論，可分為下列4點來討論：

1. 生物學老化：從結構性的損傷與器官的退化理論。(Lyle MacWilliam, 2003)結構性的損傷包括細胞分子損傷，經年累月的堆積在細胞內。器官退化理論是一種概念，認為老化與死亡是不可避免的結果。當細胞不再產生足夠的新細胞來維持各體之健康活動時，就會使得器官老化並且死亡(李宗派，2004)。
2. 社會學老化：老化之社會理論討論社會結構與社會變遷，對於老人之身心健康與日常生活之彼此影響。從社會的活躍理論、延續理論、撤退理論、角色理論來討論(李宗派，2004；李薇，2009)。
3. 心理學老化：自我概念(Self-Concept)，包括自我認知、人格特色、以及兩者對個人行為之影響。社會關係(Social Relationship)，包括人際關係、以及別人對自己之知覺與看法。思考過程(Thinking Process)，包括個人記憶、解決問題之能力，以及其他認知功能(李宗派，2004)。
4. 環境影響老化：因物理化學刺激之老化理論，包含(1)物理物質：溫度、輻射線等；(2)化學物質：殺蟲劑、鉛、磷、汞等；(3)微生物：細菌、黴菌、病毒等(蔡文輝，2003；Hooyman & Kiyak, 2003; 李薇，2009)。

## 2.4 活躍理論、延續理論、撤退理論

活躍理論(Activity theory)：銀髮族人口會持續中年或是新銀髮族時的

生活型態，且會否認已成為老年人，仍會積極參與許多活動、社團，並且會尋求更多替代活動，使得可以保持參與各項社會活動的基會，已達到自己的最佳狀態，得以帶來滿足 (苗迺芳，2000)。銀髮族人口除了生理及健康有些許的轉變外，其心態仍是與中年或是新銀髮族人口一樣，需要心理以及社會的支持，仍是希望可以積極的參與。如Burgess 所指的老年人並不是沒有角色，而是由新角色來取代失去的角色 (林麗惠，2002; 李薇，2009)。

延續理論(Continuity theory)：由Atchley (1971)提出延續理論可包含兩個層面，一為內在的延續(Internal continuity)，指心智狀態，包含：價值觀、人生觀、各項喜好、信念等特質的延續，會直接表現在自我認同與自信心上。二為外在的延續(External continuity)，是指社會的人際行為表現，會傾向選擇熟悉的人、事、物來展現自己的各項經驗，如傳承自身能力與技能 (陳清惠，2004；陳肇男，2003；李薇，2009)。

撤退理論(Disengagement Theory)：Cumming (1963, 2008)提到因老年人會因自己逐漸老化後降低與其他人互動，使其與社會脫節或是有撤退的行為產生，其行為產生發自自身，或者是由他人。因外在環境因素會使老年人開始撤退行為，如退休、喪偶或喪親、子女疏遠等都是造成的原因。隨著撤退的行為產生，而會有一個新的社會均衡狀態的產生。撤退的原因可能是因為生理的老化，進而影響其社會功能持續，因而會產生退縮的行為，從社會與人際關係角色中退出 (Osgood, 1989；周家華，1995；林麗惠，2002；徐立忠，1997；周家華，1991引自林麗惠，2002; 李薇，2009)。

## 2.5 健康老化

WHO對「健康」的定義是指：不僅是疾病或羸弱之消除，而是指身體、精神與社會之完全健康狀態。George & Clipp (1991)提出當身體有疾病或是功能損傷時，會引起憂鬱症發生，因而使得降低生活滿意度，更會因為如此而有自殺的傾向。許多的研究對於健康老化議題仍是以生理健康為主，仍是需要討論心理與社會兩個層面。

自21世紀以來，世界衛生組織與世界各國所面臨高齡化社會的到來，制訂健康促進計畫，將健康當成一項風險來評估、監測、管控及預防，讓銀髮族或是新銀髮族們可以得到良好的照護。

## 2.6 各國針對銀髮族之社會福利措施

下面將說明各國家對於以邁入高齡化人口所提供之各項福利措施，從日本、美國、英國談起，並說明臺灣現行福利措施。

### 2.6.1 日本

日本老年人口占總人口數從1970年7%至1994年已躍升到14%，且在2005年時有20.2%比率的高齡人口，至2011年已占總人口數23.3%。儼然已是一個超高齡國家，所面對的是社會照護成本以及健康延續之長期照護需求。日本針對高齡化社會的到來，於1963年制訂「老人福利法」，而後更是為了因應人口高齡化政策及長期照護機制，陸續推動多項長期規劃的高齡化政策與因應照護需求而有更深與廣的修正(呂寶靜，2005)。

1989~1999年「黃金計畫」，鼓勵民間機構設立老人保健及居家照護福利機構，提供醫療照護設備與人力，推動銀髮族生活教育與長壽科學研究，並推動社區發展綜合性照護機構。1994~1999年「新黃金計畫」，為加強黃金計畫所不足部分，提升各項高齡照護項目基礎架構，能尊重銀髮族個人之意見與想法，有選擇權達到使用人為本位的服務品質，以普遍性與在地性照護體制建構。2000年「公共介護保險」施行，介護法於1997年制訂通過，於2000年4月1日正式開辦，主要是減輕家屬照護的經濟負擔，由社會共同分擔支持照護責任，降低生活不安風險，讓老者得已有所終。2000~2004年「黃金計畫21」，隨著介護法實施後，厚生勞動省補充修訂充實照護服務基礎計畫，加強照護服務基礎、推動失智老人支持方案、推動健康老人對策、充實社區生活支持體制、建立保護使用者與使用者可信賴之照護服務、確立支援高齡者保健福利社會基礎，是為確保高齡者尊嚴與自立性，建構互助的地域性社會與使用者信賴照護服務。

### 2.6.2 美國

在1960年時美國老年人口以占總人口數9%以上，自此之後人口增長速度快速，2002年之後老年人口比率已超過12%以上，2011年也已經到達13.3%。面臨高齡化社會轉變，美國政府於1965年通過聯邦醫療保險(Medicare)與醫療補助(Medicaid)，規定各州政府配合推動聯邦政府提供老人服務，及經費來源有醫療保險、醫療補助、美國老人法、社會服務(呂寶靜，2005)。

1965年美國制訂「老人法」，立法目的包含下列十項福利：退休後有適當的收入，以維持基本的生活標準；不分經濟地位，皆享有心理及生理醫療設施；在可以負擔得起的條件下，保有一個設計符合其特殊需要的合適的住宅；特殊照顧者能提供完善的服務；給予相同的工作機會，不能有因年齡而有歧視；給予高齡者健康、榮耀與尊嚴的退休；有機會參與公民、文化、教育、訓練、休閒等活動；社區服務與社會協助，包括使用收費低廉的交通工具；提供各項保健知識與增進幸福的新知；有權利過自由、獨立、自主的生活，且享有各項保護。

聯邦醫療保險(Medicare)是一個全國性與強制性社會醫療保險，納保對象包含65歲以上老人與65歲以下功能障礙者與腎臟病患者(洗腎、腎臟移植病患)。財源來自聯邦薪資稅與自願投保之保費，給付項目可依照每個人所支付費用來購買需要的保險額度。

醫療補助(Medicaid) 一個聯邦與州政府所推動的醫療照護，以提供全面及廣泛的醫療服務，給低收入和資源有限的人士。財源是由各州政府財政支出補助，適用對象是符合聯邦與州政府法律規定下之低收入個人和家庭。

### 2.6.3 英國

英國於1929年起老年人口比率已占總人口7%，2002年時老年人口已占16%以上。英國是世界衛生組織公認社會福利措施最佳的國家之一，老人照護體系的發展與現有的英國全民健康服務體系相關。於1908年開始推展年金制度，共分為三種年金架構：第一種是國民年金，採取強制性且單一費率；第二種是職業年也是強制性費率，但有選擇空間；第三種是儲蓄型年金，以自願性且是以個別基金型態在運作。2001年推出「國家老人服務架構」整合老人照護十年計畫，結合社會福利支持系統與強調老人自主平等與健康獨立，透過照顧標竿建立，縮小落差，以確保老年人可以獲得有品質的服務、整合性的健康照護與社會福利，滿足需求。

### 2.6.4 臺灣

臺灣人口邁入高齡化社會時間點，是自1993年起老年人口比率已達到7%，2002年老年人口比率已到9%，2011年老年人口則以到達10.9%，推估之後將以快速的比率成長，預計2050年上升至43.6%。為了因應高齡化社會的健康照護需求，於1980年公告施行「老人福利法」，之後於1994年「社會

福利政策綱領」、1998~2001年「加強老人安養服務方案」、2004年「照顧服務產業發展方案」等政策(呂寶靜, 2005)。

行政院於2007年推動我國長期照顧十年計畫，主要是人口老化，長期照護需求增加，建置多元化、社區化、普及化、優質化與可負擔的長照制度。內政部訂有「人口政策白皮書—高齡化社會對策」，以老人為服務對象，保障每位老人之基礎生活，以達到「建構有利於高齡者健康、安全的友善環境，以維持活力、尊嚴與自主」目標，政策有：老人家庭照顧、老人健康與社會照顧、老人經濟安全、老人人力資源運用、高齡者住宅、交通運輸、老人休閒參與等共七項。教育部「邁向高齡社會—老人教育政策白皮書」，其目的是「重視必須以教育方式，促進國人準備好面對社會高齡化的挑戰」，四大願景是「終身學習、健康快樂、自主尊嚴、社會參與」，建構老人教育終身學習體系與整合教育資源、創新以及多元化的老人教育內容，營造親善社會，在健康促進方面加強養生保健、健康常識，結合衛生醫療政策及社福體系。經濟部之「銀髮族健康照護產業發展計畫」，為提高老人健康、安全、舒適與便利生活品質，於2006年起推動「銀髮族U-Care旗艦計畫」，2007年推廣健康照護創新服務，發展有關健康、預防疾病及慢性病照護等。衛生福利部等推動政策與「2020健康國民衛生政策白皮書—高齡化族群」，針對現有老人健康問題檢討，並提供老人周全性照護服務，以「積極老化、預防失能」為目標。衛生福利部國民健康署之老人健康促進計畫，以深度、廣度、多元化的推動健康促進工作，經由社區健康營造計畫推動老人健康促進、選擇重要健康議題由衛生局(所)推動健康促進、試辦社區老人健康促進工作模式。老人健康促進之調查與監測，如臺灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查、國民健康訪查調查(衛生福利部國民健康署, 2011)。

為避免資源分布不均，提高成效，及考量將有限的資源與人力配置，以老人之健康促進與疾病預防為主，整合健康服務體系如圖2.2：

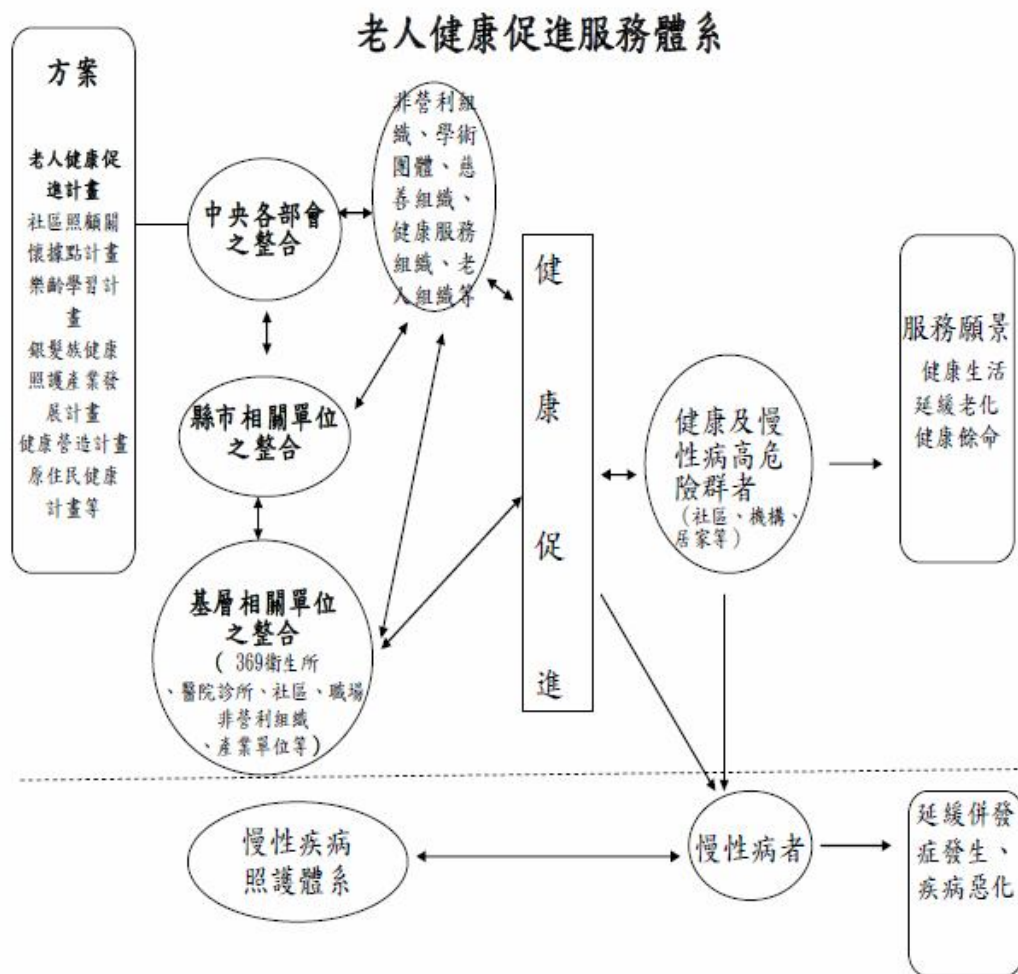


圖 2.2 老人健康促進服務體系

(衛生福利部國民健康署—老人健康促進計畫，2011)

## 2.7 十大死因與老人十大死因

臺灣十大主要死因以慢性疾病死因為主。而從表2.1中可以看到本研究問卷調查年度民國96年與民國101年度兩個年度比較，多數死因仍是慢性病為主。惡性腫瘤死因自民國71年起已連續31年高居國人死因首位，其占率遠高於第2之心臟疾病(高血壓性疾病除外)(內政部，2013)。內政部估計，101年國人零歲平均餘命為79.5歲，男性為76.2歲，女性為83.0歲。因全民健保的實施使得國人就醫可近性提高，因此發現健保實施後死亡率降低幅度明顯高於健保實施前，由此可知健保實施後對國人零歲平均餘命之延長是有其貢獻，並延續生命年限。

表 2.1 民國 96 年與 101 年十大死因(衛生福利部統計處，2013)

項次	96		101	
	死因	比率(%)	死因	比率(%)
1	惡性腫瘤	28.9	惡性腫瘤	28.4
2	心臟疾病	9.3	心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	11.1
3	腦血管疾病	9.2	腦血管疾病	7.2
4	糖尿病	7.3	肺炎	6.1
5	事故傷害	5.1	糖尿病	6.0
6	肺炎	4.2	事故傷害	5.4
7	慢性肝病及肝硬化	3.7	慢性下呼吸道疾病	4.1
8	腎炎、腎徵候群及腎 性病變	3.7	高血壓性疾病	3.2
9	自殺	2.8	慢性肝病及肝硬化	3.2
10	高血壓性疾病	1.4	腎炎、腎病症候群及腎 病變	2.8

101年我國65歲以上老年人口占總人口比達10.9%，隨著人口老化，死亡人數老年人口占率逐年增加，70年死亡人口中65歲以上者占46.8%，85年占率更增加至61.0%，至101年時為68.8%(內政部，2013)。表2.2是101年老年人十大死因，與全國101年十大死因前五項是一樣，分別是：惡性腫瘤、

心臟疾病(高血壓性疾病除外)、腦血管疾病、肺炎、糖尿病，後面五位也是僅是名次不同，死因都是相同的，除了敗血症與事故傷害非慢性病，其他八項都是慢性病，而慢性病預防與治療是銀髮族人口所需注意與加強保健。

表 2.2 101 年老年人十大死因(衛生福利部統計處，2013)

項次	死因名	百分比(%)
1	惡性腫瘤	24.5
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	12.4
3	腦血管疾病	8.3
4	肺炎	7.9
5	糖尿病	6.9
6	慢性下呼吸道疾病	5.6
7	高血壓性疾病	4.0
8	腎炎、腎病症候群及腎病變	3.3
9	敗血症	2.9
10	事故傷害	2.5



### 第三章 研究方法

本研究是以次級資料分析(Second Data Analysis)描述性統計資料(Descriptive statistics)進行分析討論，採用衛生福利部國民健康署民國96年中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第六次)調查結果進行分析，此調查抽樣主要收集台灣地區中老年身心社會健康狀況，可從中探討中老年身心社會健康狀況的現況變化與了解未來中老年相關健康政策或服務需求演變。該問卷資料據台灣地區代表性，已固定樣本群長期追蹤研究訪查，且完訪率達8成以上具有抽樣意義。

#### 3.1 研究對象

此份問卷第一次訪查資料以民國77年底設籍於台灣地區331個平均鄉鎮市區之年滿60歲以上之男女人口為調查母體，以分層三段系統隨機抽樣法，按同等被選機率抽取4,412個60歲以上之男女人口為調查對象，抽選之方法為先抽選56個鄉鎮市區，再由這些被選之鄉鎮市區中抽選樣本以「鄰」為單位，最後再由樣本鄰中每鄰抽選二位60歲以上之老人為受查個案。

第三次訪查是民國85年追蹤調查時，其樣本包括「67歲以上追蹤調查世代樣本」與「50至66歲以上追蹤調查世代樣本」兩個子群體。67歲以上追蹤世代為民國78年「台灣地區老人保健與生活問題」調查樣本，經過82年第二次追蹤調查時仍然存之樣本老人。50至66歲新世代樣本則為85年新抽選之樣本個案，兩者之抽樣原則相同，均為三階段分層隨機抽樣方法抽出之等機率隨機樣本。

第五次訪查為民國92年追蹤調查時，除了針對前幾波調查現滿57歲以上長期追蹤存活樣本進行第五次追蹤面訪調查外，亦同樣運用補充樣本之雙重世代研究法，另行抽出「50至56歲新世代樣本」。

第六次訪查則是民國96年追蹤訪查，針對前面五次訪查資料，為了更加瞭解台灣地區54歲以上中老年人健康狀況，包括身體功能及失能情形、罹病狀況、心理健康、衛生行為及醫療保健服務利用情形。與54歲以上中老年人之家戶狀況、居住安排、社會支持、休閒活動、工作及經濟狀況、生活態度、退休前後之生涯規劃、以及對政府所提供之高齡人口福利措施之認知與利用情形。並且比較不同背景特徵之54歲以上中老年人在上述健康與生活狀況之差異。依據分析結果，推估未來高齡人口在醫療保健與生

活支持的需求，提供政府及有關單位規劃介入措施之參考。此次訪查總計完成4,534案，完成率達90.66%。

### 3.2 研究方法與執行步驟

對應分析(Correspondence Analysis) 又稱相對分析，將一個表格中之行與列兩個變數資料以比例方式以點的方式呈現在低維度的空間，最大特點是能把眾多的樣品和眾多的變數同時製作到同一張知覺圖上，將樣品的大類及其屬性在圖上直觀而又明瞭地表示出來，具有直觀性。對應分析在銀髮族與新銀髮族之年齡類別與休閒活動類別比較分析中，以年齡類別為自變項，休閒活動類別為應變項，運用對應分析以圖解方式交叉描繪出列聯表(年齡類別與休閒活動類別)。知覺圖可直接看出年齡類別與休閒活動參與程度的高低，點與點間越靠近表示相關性越高。

近幾年來在進行社會科學研究逐漸廣泛使用的方法，不論是市場行銷、文化研究甚至是政治環保議題，都可藉由對應分析來討論。溫傑華(1999)運用多重對應分析探討航空公司市場定位，分析航空公司品牌定位。從多重對應分析來探討航空公司的服務屬性與旅客的社經地位與旅客特性，可精確的讓國際航空公司了解其定位為何，並可讓航空公司經營者有效行銷與營運策略以為持其競爭力以達永續經營目標。

用此方法簡化資料，不會被雙維表格所侷限，以圖像表示資料分群，並從中獲得重要訊息，是處理順序尺度及名義尺度的資料的最佳方法。採用對應分析可以將項次多的變數與其他想討論的變數繪製在同一張圖表中，進而可以將以直觀的角度明確的看出其屬性，並且將各項變數以直觀方式進行分類討論，是一個多面相的統計方法。其優點為：變數劃分的類別越多，此種方法的優點性越明顯、行變數與列變數間的聯繫明顯程度、類別的聯繫直觀地表現在圖形中。

運用對應分析來討論兩個變數之間是否有相對的關係，分別探討性別年齡類別與休閒活動、社團或活動類別、慢性病之間的關係；慢性病與休閒活動、社團或活動類別之間關係，進行分析討論。將資料彙整與分類完畢後，以統計軟體SPSS 19.0進行分析。

### 3.3 研究變項

1. 性別年齡變項：將男女性別及年齡類別分組，分為：男性小於54歲、男性55~64歲、男性65~74歲、男性75~84歲、男性85~94歲、男性大於95歲與女性小於54歲、女性55~64歲、女性65~74歲、女性75~84歲、女性85~94歲、女性大於95歲，共分為12項。
2. 休閒活動：「看電視」、「聽收/錄音機」、「看報紙、雜誌、讀書或小說」、「下棋或打牌(含麻將、四色牌)」、「與親戚、朋友或鄰居聊天、泡老人茶」、「種花、整理花園、園藝、盆栽(專指無收入的園藝或盆栽)」、「散步」、「慢跑、爬山、打球等個人戶外健身活動」、「參加團體運(活)動：如歌唱會、跳舞、太極拳、外丹功等早覺會或唱卡拉ok等團體活動」、「其他」等，本研究扣除「其他」，以9項進行分析。
  - (1) 靜態休閒活動：「看電視」、「聽收/錄音機」、「看報紙、雜誌、讀書或小說」、「下棋或打牌(含麻將、四色牌)」、「與親戚、朋友或鄰居聊天、泡老人茶」等5項進行分析。
  - (2) 動態休閒活動：「種花、整理花園、園藝、盆栽(專指無收入的園藝或盆栽)」、「散步」、「慢跑、爬山、打球等個人戶外健身活動」、「參加團體運(活)動：如歌唱會、跳舞、太極拳、外丹功等早覺會或唱卡拉ok等團體活動」等4項進行分析。
3. 社團或活動類別：「社區交誼團體，如婦女會、才藝班等」、「宗教團體，如教會、團契、寺廟會團等」、「農會、漁會或其他工商行業團體的公會、獅子會等」、「政治性團體(如政黨等)」、「社會服務性社團，如生命線、救濟會、功德會、義工等」、「同鄉會、宗親會等」、「老人團體，如老人會、長青俱樂部等」、「老人學習活動(如老人補習班、老人大學或學苑)」等，共8項進行分析。
4. 慢性病：由疾病紀錄表中找出衛生福利部中央健康保險署公告慢性病範圍，共找出15項，包括：「高血壓」、「糖尿病」、「心臟病(心悸不算)」、「中風(腦溢血)」、「癌症或惡性腫瘤」、「支氣管炎、肺氣腫、肺炎、肺病、氣喘等病」、「關節炎或風濕症」、「胃潰瘍或胃病」、「肝、膽疾病」、「腎臟疾病(包括結石)」、「痛風」、「骨質疏鬆」、「高血脂」、「貧血」、「攝護腺問題」。

5. 生活滿意度量表類別：針對人生感受有「您的人生，和大多數的人比，您的命是不是比他們都要好」、「您是不是對您的人生感到(有)滿意」、「您是不是對您做的事感覺有意思」、「這些年是不是您人生中最好的日子」、「即使可能(再來一次、重新來過)，您是不是願意改變您過去的人生」、「您是不是期待將來會有一些令人高興的(歡喜的)事情發生」、「您的日子是不是應該可以過得比現在好」、「您是不是感覺所作的事大多數都是單調枯燥的(沒趣味的)」、「您是不是感覺老了，而且有一些厭倦」、「您這一生是不是可以說大部分都符合您的希望」、「您是不是覺得自己生活在一個安全及有保障的環境中」、「您是不是對自己的生活環境感到滿意(如污染、氣候、噪音、景色)」等共12項。

## 第四章 研究結果

本研究結果以敘述性統計與對應分析資料呈現，分別依照研究對象分布、與各變數對應分析結果進行討論。

### 4.1 研究對象分布

本研究共有 4534 個有效問卷個案如表 4.1 內容，男性 50.1% (N=2271) 與女性 49.9%(N=2263)。其中以年齡 55~64 歲為最多佔 34.67%，而年齡 95 歲以上為 0.31%。居住型態以一般住戶為多共佔 97.31%，安養機構者為 2.69%。居住地區以住在都市、城市者為 45.13%為最高，次之鄉村、農村者為 33.11%，鎮、鄉街上者 21.72%，其它者為 0.04%。

2009 年內政部統計資料老人狀況調查發現，65 歲以上老人未來生活可自理時，進住老人安養機構、老人公寓、老人住宅本人意願，以 65~69 歲組高齡人口願意比例 23.91%最高。未來生活無法自理時，55~64 歲國民願意住進老人長期照顧機構或護理之家占 60.48%。由基本資料表中可知道國人居住型態還是以住在自家裡為多，住在安養機構者為少數，除非自己生活無法自理或是缺少家人陪伴時才會考慮居住在安養機構。

表 4.1 問卷人數基本資料

N=4534	問卷人數	居住型態 (%)			居住地區 (%)			其它
		一般住戶	安養機構	都市城市	鎮鄉街上	鄉村農村		
男性	< 54 歲	131	2.87	0.02	1.61	0.64	0.64	0.00
	55~64 歲	778	16.96	0.20	7.79	4.04	5.32	0.02
	65~74 歲	569	12.37	0.18	5.16	2.80	4.59	0.00
	75~84 歲	629	13.34	0.53	6.77	2.54	4.57	0.00
	85~94 歲	156	3.09	0.35	1.68	0.66	1.10	0.00
	>95 歲	8	0.15	0.02	0.09	0.02	0.07	0.00
女性	< 54 歲	131	2.89	0.00	1.50	0.62	0.77	0.00
	55~64 歲	794	17.49	0.02	8.36	4.17	4.98	0.00
	65~74 歲	586	12.77	0.15	4.96	2.76	5.21	0.00
	75~84 歲	549	11.47	0.64	5.07	2.54	4.48	0.02
	85~94 歲	197	3.82	0.53	2.05	0.95	1.35	0.00
	>95 歲	6	0.09	0.04	0.09	0.00	0.04	0.00

由圖 4.1 性別年齡類別休閒活動統計圖、圖 4.2 性別年齡類別社團或活動統計圖、圖 4.3 性別年齡類別慢性病統計圖，可了解男性與女性在各個年齡類別分布情形，與統計量。

從圖 4.1 中可以看到在性別年齡層中發現所從事的休閒活動以看電視這一項皆為第一選項，第二個選項則是與與親戚、朋友或鄰居聊天、泡老人茶，這兩個選項都是偏向靜態休閒類別。第三個選項才是動態休閒活動散步。

圖 4.2 性別年齡類別社團或活動統計圖中，不分男女性 65 歲以上之類別都是參與社會服務性社團，如生命線、救濟會、功德會、義工等為參與比率最多，而 65 歲以下則是不分男女性都是宗教團體，如教會、團契、寺廟會團等為最多。2009 年內政部統計資料老人狀況調查，65 歲以上老人在「養生保健團體活動」及「宗教活動」方面，定期參加者比例為 13.19% 及 11.33%。

圖 4.3 性別年齡類別慢性病統計圖發現，罹患慢性疾病中不分男女性與年齡最多的為高血壓；第二名男性為攝護腺問題，女性為骨質疏鬆；第三名男性為胃潰瘍或胃病，女性為關節炎或風濕症。2009 年內政部統計資料老人狀況調查，55~64 歲國民患有慢性或重大疾病占 51.58%；65 歲以上老人患有慢性或重大疾病占 75.92%，所患疾病以循環系統疾病相對較高。65 歲以上女性患有慢性或重大疾病比例相對較高。

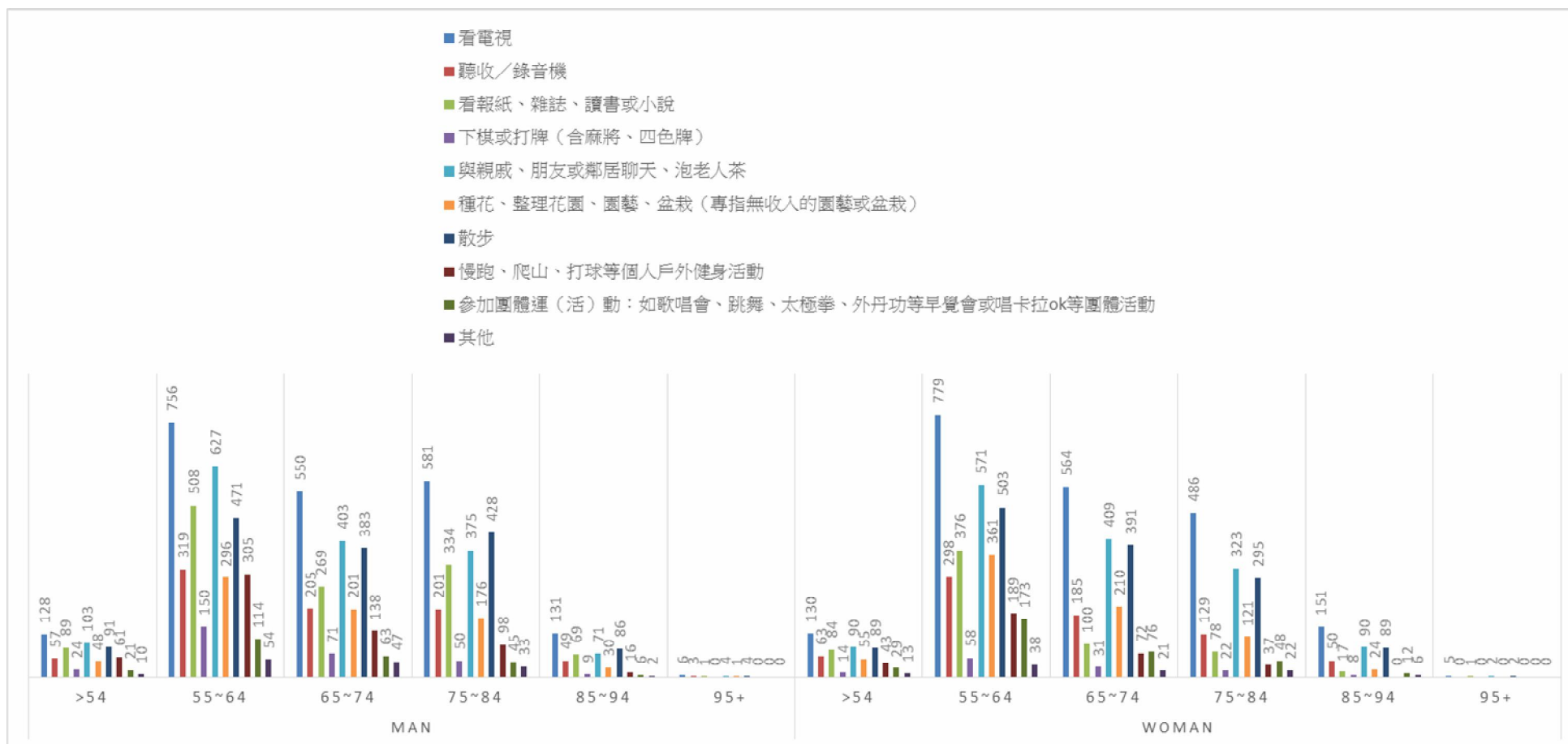


圖 4.1 性別年齡類別休閒活動統計圖



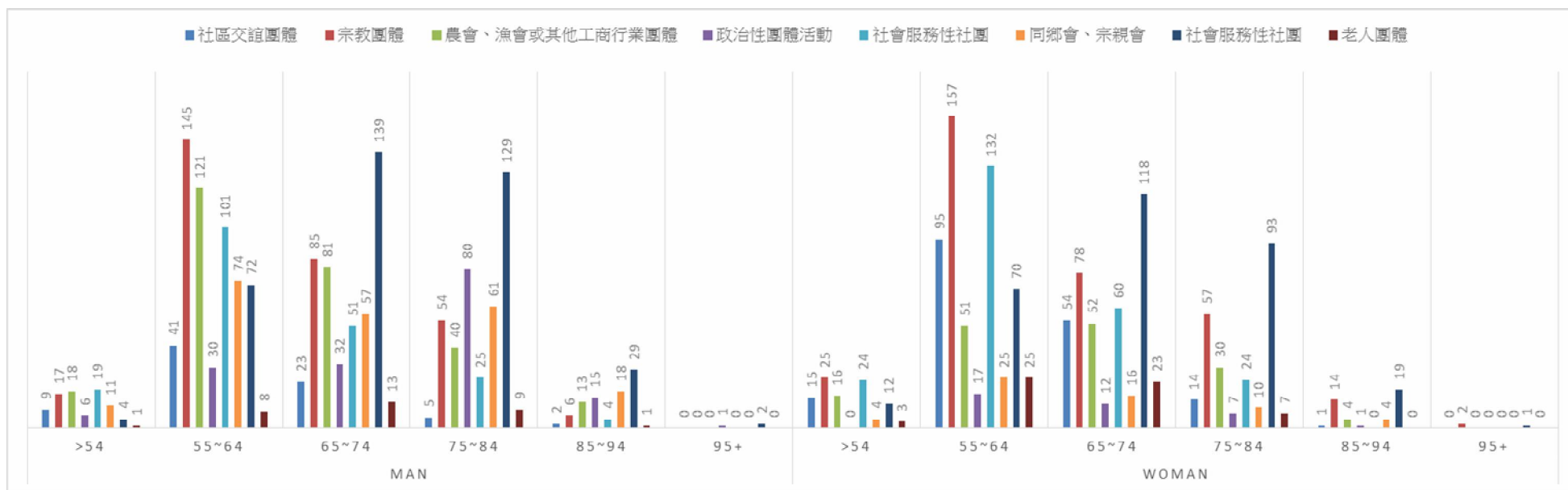


圖 4.2 性別年齡類別社團或活動統計圖

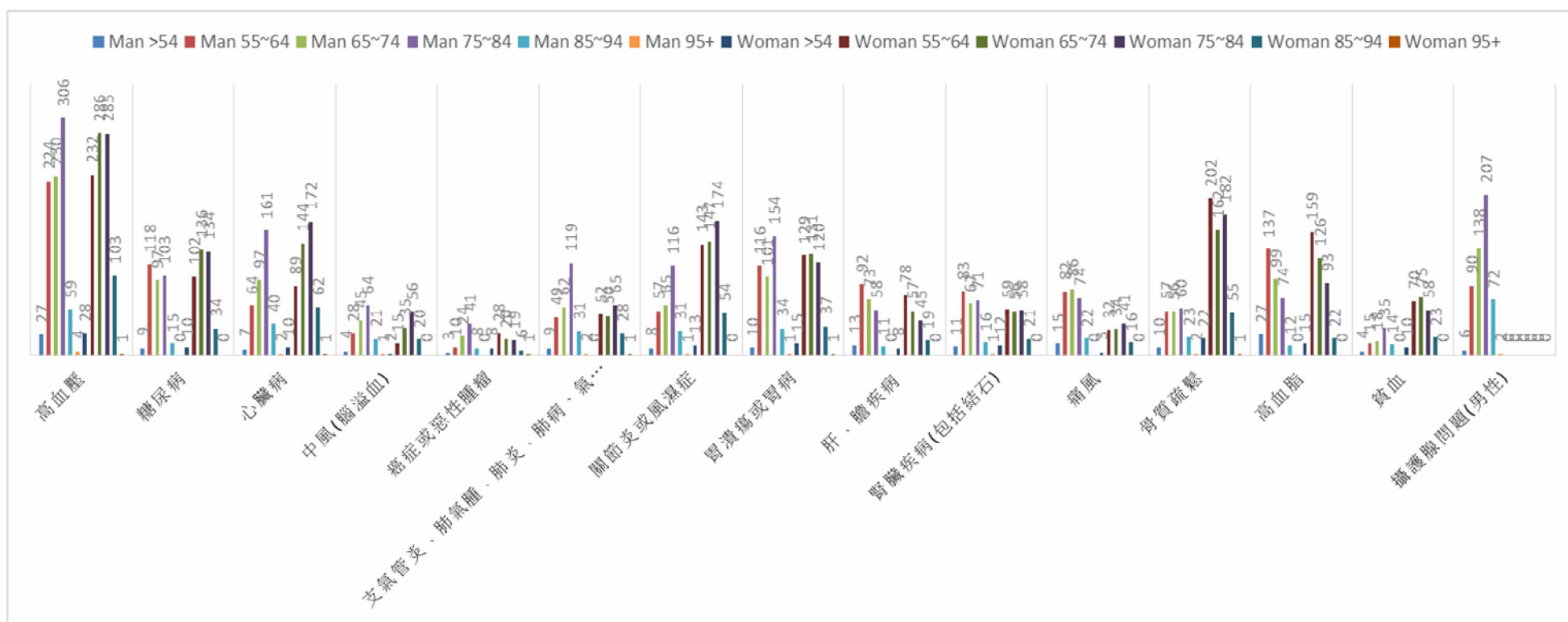


圖 4.3 性別年齡類別慢性病統計圖

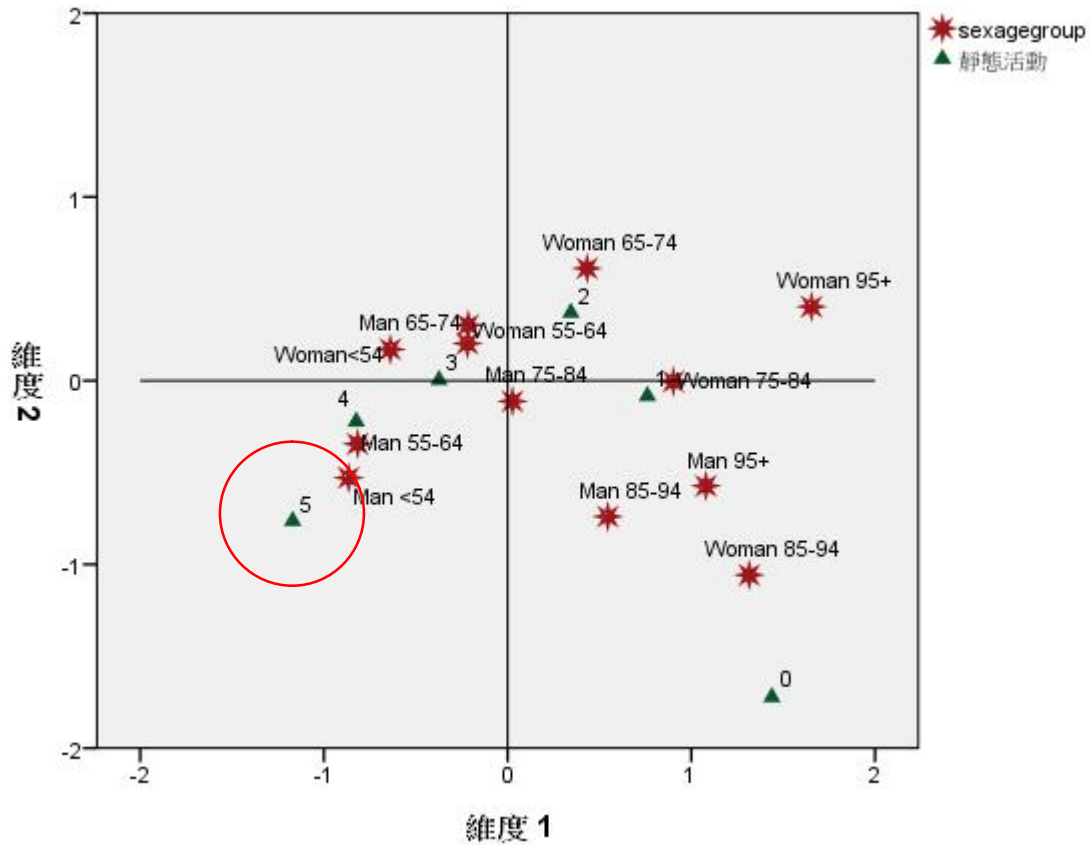
## 4.2 研究結果分析

### 4.2.1 性別年齡類別與休閒活動的關係

靜態活動包含：「看電視」、「聽收/錄音機」、「看報紙、雜誌、讀書或小說」、「下棋或打牌(含麻將、四色牌)」、「與親戚、朋友或鄰居聊天、泡老人茶」5項。以圖 4.4 性別年齡類別與靜態休閒活動的對應分析圖中說明，圖上同心圓以參與靜態活動項次 5 次為基準，繪出圓的範圍內以新銀髮族男性小於 54 歲參與靜態休閒活動種類多樣，次之是男性 55~64 歲族群。主要可能原因此性別年齡族群人口尚未從職場上退休，有許多時間與機會可以參與各項靜態活動，且靜態活動前 3 項都可以單人即可得到不需多人參與，所以會有較高比率的族群人口參與靜態休閒活動。Chou et al (2004)研究發現香港高齡男性靜態休閒偏愛聽收音機與閱讀，可能原因有二，其一是高齡女性需照顧孫子輩，男性較不需要，且多了空閒時間。另一是高齡男性有喝早茶的習慣，一邊飲茶享用早餐一邊閱讀書報。

表 4.2 性別年齡類別與靜態休閒活動對應分析統計表

N=4534	靜態活動項次						合計	
	0	1	2	3	4	5		
男性	< 54 歲	2	11	21	48	41	8	131
	55~64 歲	10	47	161	297	215	48	778
	65~74 歲	10	54	198	194	99	14	569
	75~84 歲	25	100	184	220	87	13	629
	85~94 歲	16	34	45	42	16	3	156
	>95 歲	1	2	3	2	0	0	8
	女性	< 54 歲	0	7	38	49	34	3
55~64 歲		4	96	266	277	132	19	794
65~74 歲		10	112	269	144	48	3	586
75~84 歲		43	132	248	95	30	1	549
85~94 歲		32	57	71	32	4	1	197
>95 歲		0	4	2	0	0	0	6



★ sexagegroup

Man < 54, Man 55-64, Man 65-74, Man 75-84, Man 85-94, Man 95+

Woman < 54, Woman 55-64, Woman 65-74, Woman 75-84, Woman 85-94, Woman 95+

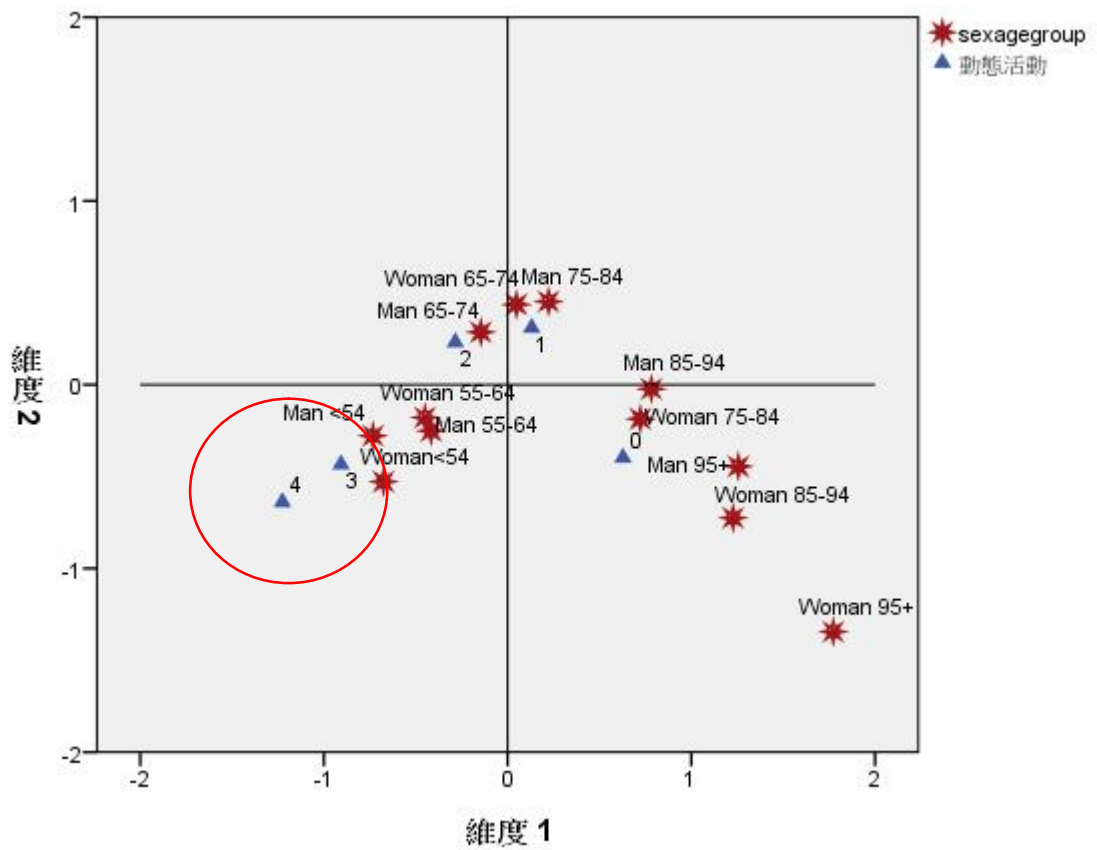
▲ 靜態活動次數

圖 4.4 性別年齡類別與靜態休閒活動對應分析圖

動態休閒活動：「種花、整理花園、園藝、盆栽(專指無收入的園藝或盆栽)」、「散步」、「慢跑、爬山、打球等個人戶外健身活動」、「參加團體運(活)動：如歌唱會、跳舞、太極拳、外丹功等早覺會或唱卡拉 ok 等團體活動」等 4 項。從圖 4.5 性別年齡類別與動態休閒活動對應分析圖，新銀髮族女性小於 54 歲參與動態休閒活動種類為最多，男性小於 54 歲這一族群人口次之。女性參與動態休閒活動種類較多，主因可能是女性對於參與外部的活動較為積極，且團體活動中的唱歌、跳舞這些類別活動較常看到女性參與，男性參與人數則較少。張靜惠(2008)新銀髮族與銀髮族的休閒活動多以個人運動為主，較不適合從事與他人肢體接觸的競爭型或激烈的運動，而參與較多的動態休閒為散步，其次是慢跑和爬山。

表 4.3 性別年齡類別與動態休閒活動對應分析統計表

N=4534		動態活動項次					合計
		0	1	2	3	4	
男性	< 54 歲	22	36	39	29	5	131
	55~64 歲	167	239	208	125	39	778
	65~74 歲	113	228	145	65	18	569
	75~84 歲	156	253	172	42	6	629
	85~94 歲	60	60	31	4	1	156
	>95 歲	4	3	1	0	0	8
女性	< 54 歲	26	35	34	31	5	131
	55~64 歲	161	246	221	126	40	794
	65~74 歲	128	238	158	53	9	586
	75~84 歲	215	198	107	27	2	549
	85~94 歲	103	68	21	5	0	197
	>95 歲	4	2	0	0	0	6



★ sexagegroup

Man < 54, Man 55-64, Man 65-74, Man 75-84, Man 85-94, Man 95+

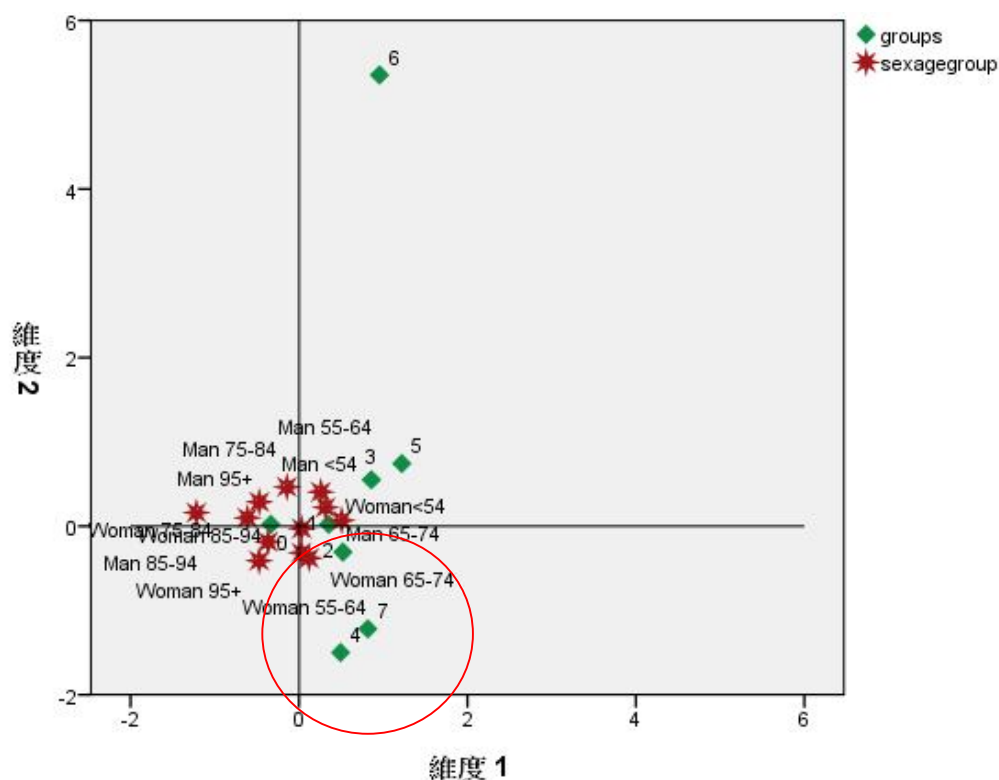
Woman < 54, Woman 55-64, Woman 65-74, Woman 75-84, Woman 85-94, Woman 95+

▲ 動態活動次數

圖 4.5 性別年齡類別與動態休閒活動對應分析圖

## 4.2.2 性別年齡類別與社團或活動的關係

社團或活動有：「社區交誼團體，如婦女會、才藝班等」、「宗教團體，如教會、團契、寺廟會團等」、「農會、漁會或其他工商行業團體的公會、獅子會等」、「政治性團體(如政黨等)」、「社會服務性社團，如生命線、救濟會、功德會、義工等」、「同鄉會、宗親會等」、「老人團體，如老人會、長青俱樂部等」、「老人學習活動(如老人補習班、老人大學或學苑)」等 8 項。以圖 4.6 性別年齡類別與社團或活動對應分析圖，新銀髮族女性 55~64 歲這一族群參與社團或活動最高，另外銀髮族女性 65~74 歲次高。女性參與互動型活動參與意願較高，婦女會、宗教團體、社會服務性社團常常可以看到銀髮族與新銀髮族女性參與此類活動，老人會、長青社團或是老人學習活動參與率也較高。李月萍(2010)參與社交型的社團活動讓銀髮族有增加幸福感，參與越多樣化的活動會呈現正向的生活滿意度。



◆ groups = 社團或活動參與種類次數

★ sexagegroup

Man < 54, Man 55-64, Man 65-74, Man 75-84, Man 85-94, Man 95+

Woman < 54, Woman 55-64, Woman 65-74, Woman 75-84, Woman 85-94, Woman 95+

圖 4.6 性別年齡類別與社團或活動對應分析圖

表 4.4 性別年齡類別與社團或活動對應分析統計表

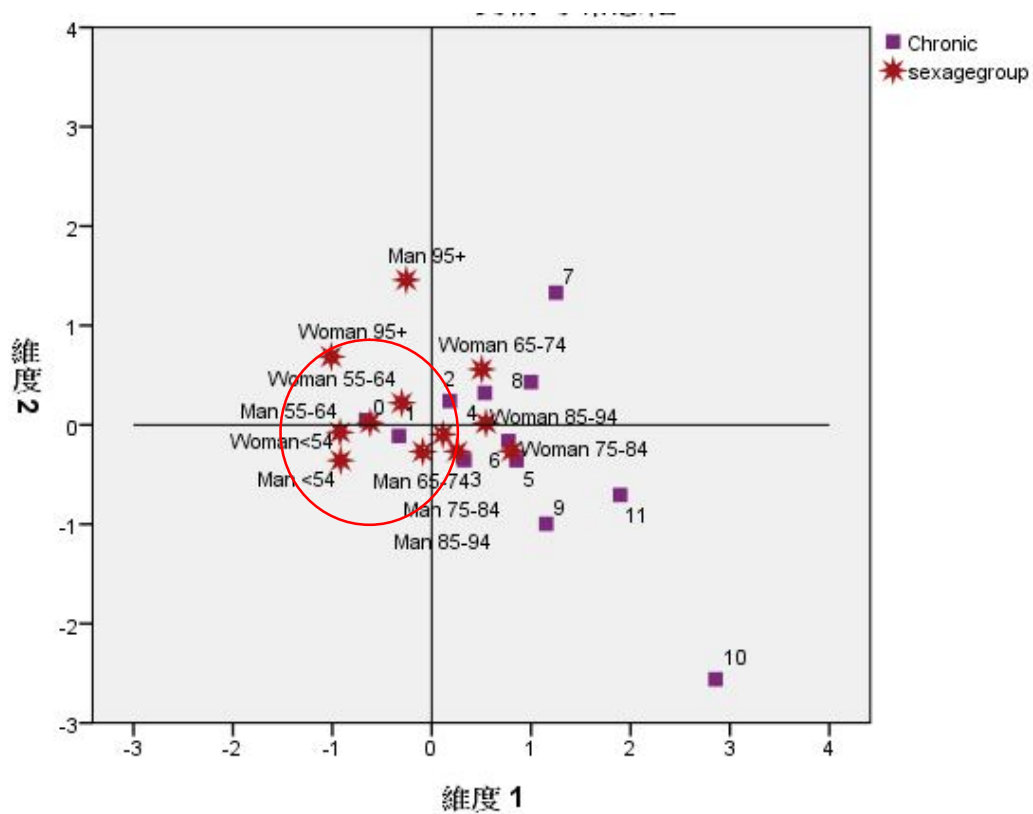
N=4534		社團或活動項次									合計
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	
男性	< 54 歲	80	31	11	6	2	0	1	0	0	131
	55~64 歲	413	227	78	45	6	5	3	1	0	778
	65~74 歲	274	181	64	35	8	7	0	0	0	569
	75~84 歲	351	188	62	22	5	1	0	0	0	629
	85~94 歲	102	32	16	2	2	2	0	0	0	156
	>95 歲	5	3	0	0	0	0	0	0	0	8
女性	< 54 歲	68	39	16	6	0	2	0	0	0	131
	55~64 歲	433	222	92	27	17	2	0	1	0	794
	65~74 歲	334	151	62	23	13	2	0	1	0	586
	75~84 歲	382	117	31	14	4	1	0	0	0	549
	85~94 歲	160	31	6	0	0	0	0	0	0	197
	>95 歲	4	1	1	0	0	0	0	0	0	6



### 4.2.3 性別年齡類別與慢性病的關係

從圖 4.7 性別年齡類別與慢性病對應分析圖，可以看到圖右側以銀髮族女性罹患慢性病總類最多，相對的從圖左側可知道新銀髮族男性罹患慢性病最少。女性罹患慢性病種類較多，男性罹患慢性病種類則較少，可能原因是女性對於自身健康較為注意，當小病發生時會馬上到醫療院所找醫師診治，所以發現慢性病的機會較高。男性對於疾病發生時，較能夠忍耐，且傳統觀念下不輕易的就醫治療，容易等到疾病狀況嚴重時才選擇就醫，因此慢性病被診治出來確診的時間較晚。

2009 年內政部統計資料老人狀況調查結果，男性覺得目前健康與身心功能狀況「良好」者比例為 56.24%較女性的 48.45%高。55 歲以上國民，63.99%患有慢性或重大疾病情形，55~64 歲者約五成二患有慢性或重大疾病。65 歲以上女性患有慢性或重大疾病比例相對較高，女性患有慢性或重大疾病比例為 66.18%略高於男性 61.69%。隨著年紀的增加患有慢性或重大疾病比例呈現遞增的趨勢，55~59 歲者比例為 46.10%，60~64 歲者比例則增加為 60.69%。



■ Chronic =慢性病罹病種類

\* sexagegroup

Man < 54, Man 55-64, Man 65-74, Man 75-84, Man 85-94, Man 95+

Woman < 54, Woman 55-64, Woman 65-74, Woman 75-84, Woman 85-94, Woman 95+

圖 4.7 性別年齡類別與慢性病對應分析圖

表 4.5 性別年齡類別與慢性病對應分析統計表

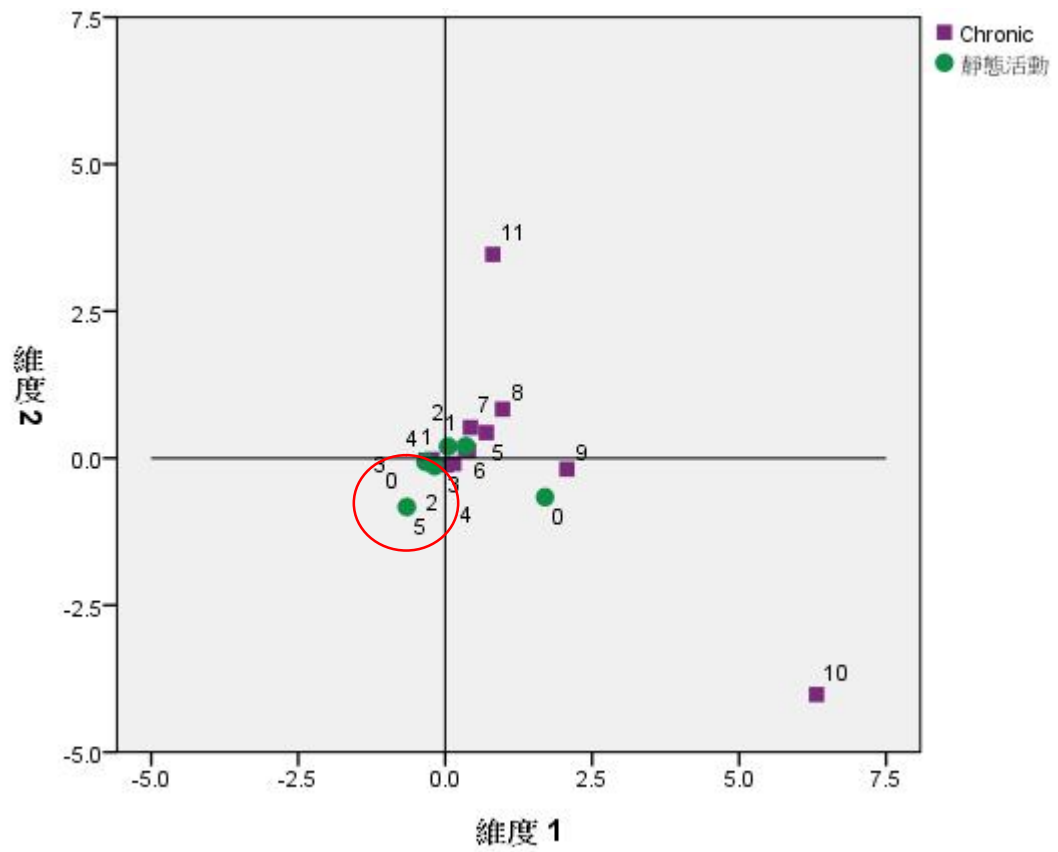
N=4534	慢性病項次												合計	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
男性	< 54 歲	46	44	19	16	3	3	0	0	0	0	0	0	131
	55~64 歲	248	219	145	89	46	19	8	3	1	0	0	0	778
	65~74 歲	121	155	111	87	43	24	19	1	5	2	0	1	569
	75~84 歲	110	149	117	111	56	48	21	9	5	3	0	0	629
	85~94 歲	33	38	27	23	14	14	2	2	3	0	0	0	156
	>95 歲	2	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8
女性	< 54 歲	44	47	21	11	6	2	0	0	0	0	0	0	131
	55~64 歲	215	201	170	89	63	26	17	8	3	2	0	0	794
	65~74 歲	85	117	143	85	70	38	19	19	8	1	0	1	586
	75~84 歲	61	96	130	102	65	49	20	12	4	3	5	2	549
	85~94 歲	29	38	48	28	23	15	7	3	3	2	1	0	197
	>95 歲	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6

#### 4.2.4 慢性病與休閒活動的關係

由圖 4.8 慢性病與靜態休閒活動對應分析圖，慢性病罹病最少者參與靜態休閒活動種類多，反之亦然，慢性病罹病多者則參與種類最少。銀髮族常因身體有慢性病產生，而降低各項活動的參與感，常因身體不適而減少活動參與，會由宅在家的念頭，較常參與的活動可能會偏向靜態單人可以完成的，如：看電視、聽收/錄音機，較為個人的這一部份。李月萍(2010) 休閒活動參與會隨著年齡增加和身體健康狀況而阻礙高齡者參與休閒活動的因素。

表 4.6 慢性病與靜態休閒活動對應分析統計表

靜態活動 慢性病	靜態活動							合計
	0	1	2	3	4	5		
0	16	124	324	327	175	30	996	
1	25	149	356	344	203	31	1108	
2	34	132	309	298	135	27	935	
3	27	99	212	199	86	18	641	
4	19	65	137	116	48	6	391	
5	16	45	87	56	34	0	238	
6	6	18	39	36	13	1	113	
7	3	9	22	14	9	0	57	
8	2	9	11	7	3	0	32	
9	2	3	5	3	0	0	13	
10	3	2	1	0	0	0	6	
11	0	1	3	0	0	0	4	



■ Chronic =慢性病罹病種類

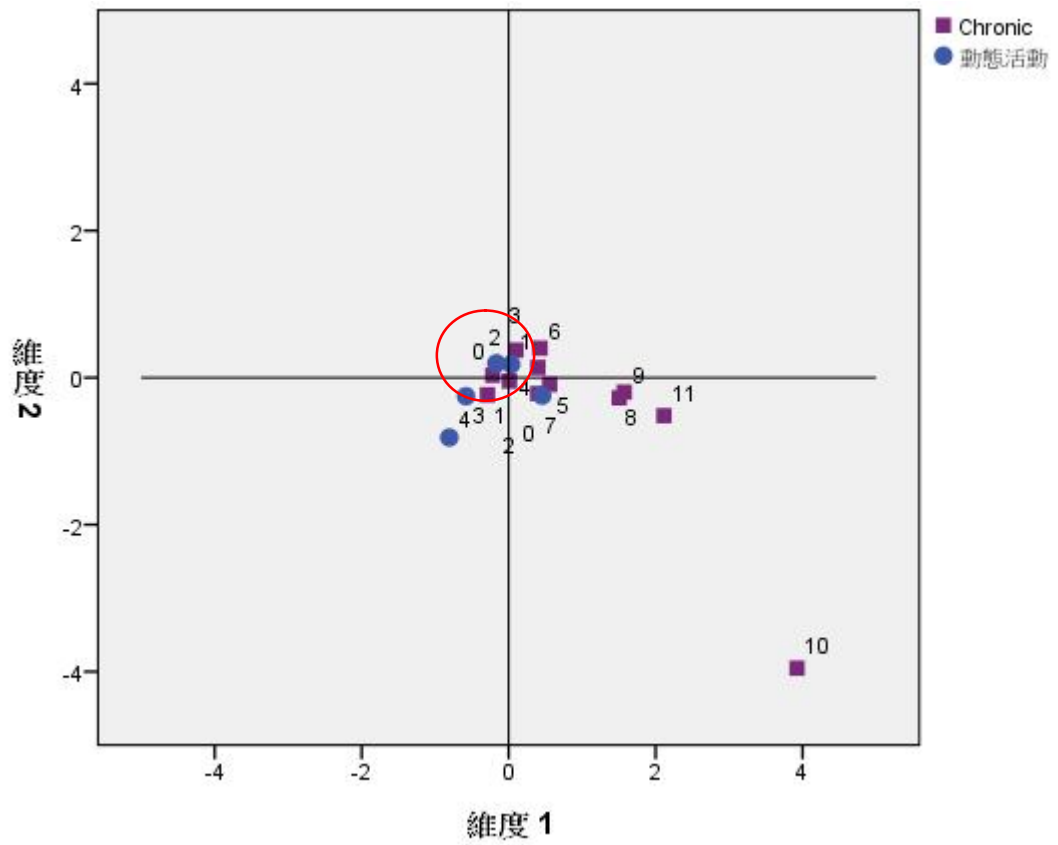
● 靜態活動次數

#### 4.8 慢性病與靜態休閒活動對應分析圖

圖 4.9 慢性病與動態休閒活動對應分析圖，慢性病罹病最少者參與動態休閒活動種類多，反之亦然，慢性病罹病多者則參與種類最少。銀髮族年齡越長，可能罹患慢性病者越多，且可能不僅有單一項疾病，對於較為動態的休閒活動參與較為不高，因需耗費較多的體力，可能無法負荷。

表 4.7 慢性病與動態休閒活動對應分析統計表

慢性 病	動態活動						合計
	0	1	2	3	4		
0	231	344	260	136	25	996	
1	261	373	282	145	47	1108	
2	240	339	225	102	29	935	
3	157	241	171	62	10	641	
4	114	142	101	24	10	391	
5	78	86	49	23	2	238	
6	32	42	30	8	1	113	
7	18	20	12	6	1	57	
8	14	13	4	1	0	32	
9	6	4	3	0	0	13	
10	6	0	0	0	0	6	
11	2	2	0	0	0	4	



■ Chronic =慢性病罹病種類

● 動態活動次數

圖 4.9 慢性病與動態休閒活動對應分析圖

#### 4.2.5 慢性病與社團或活動的關係

以圖 4.10 慢性病與社團或活動對應分析圖，慢性病罹病最少者參與社團或活動種類多，反之亦然，慢性病罹病多者則參與種類最少。由圖所示左側內容為各項社團或活動的參與度越高者越偏向左側；慢性疾病種類越多，則越偏向右側，明顯看的出來落差很大。可能原因是罹患慢性病患者體力或是心態較不想參與與人互動較多的活動，也因如此可能會有從社會上撤退的行為發生。新銀髮族因體力與健康狀態較佳，能夠選擇參與的社團活動比率增加，隨著年齡增長，身體健康情況有變化後，就會減少外出參與互動型的社團活動機會。

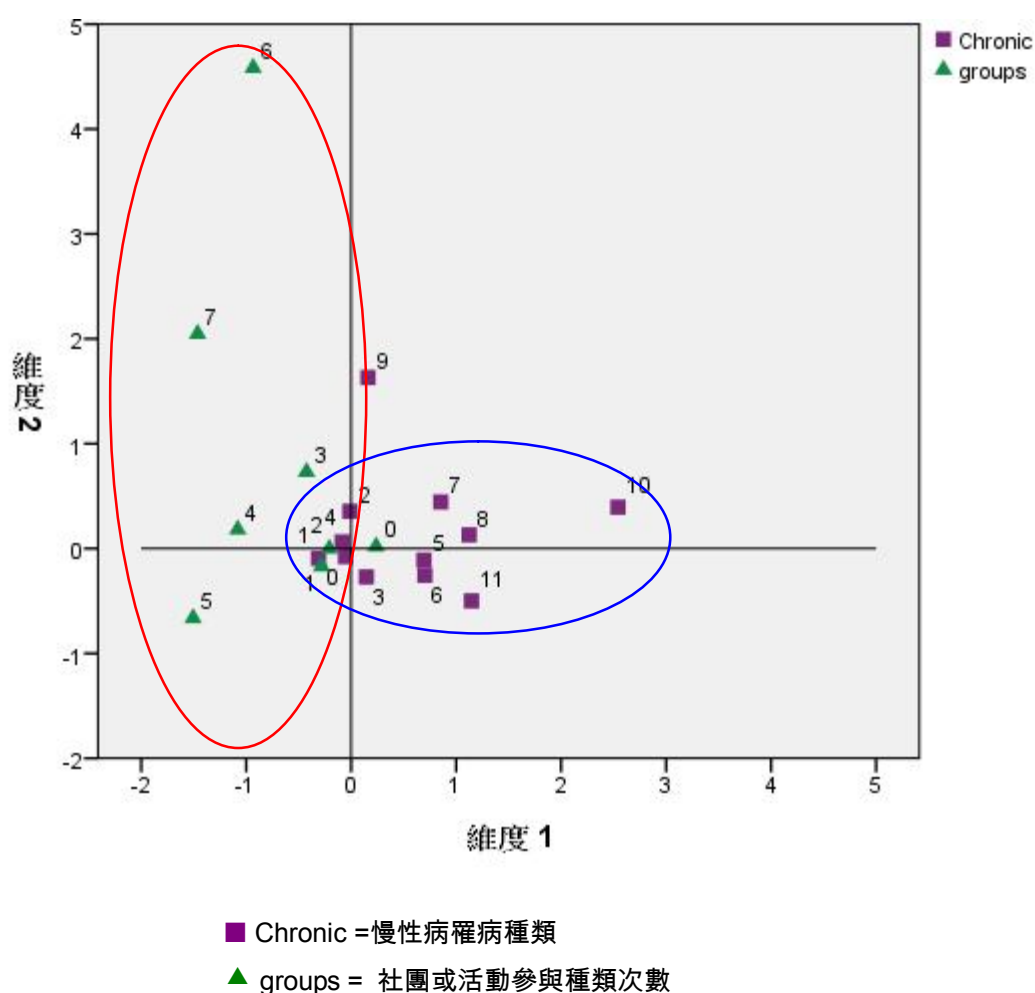


圖 4.10 慢性病與社團或活動對應分析圖



表 4.8 慢性病與社團或活動對應分析統計表

社團或活動 慢性病	社團或活動									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
0	549	289	102	45	9	2	0	0	0	996
1	601	325	102	46	21	11	1	1	0	1108
2	538	235	100	42	12	4	3	1	0	935
3	378	169	67	18	5	4	0	0	0	641
4	223	106	36	16	8	1	0	1	0	391
5	161	52	18	5	2	0	0	0	0	238
6	75	27	9	2	0	0	0	0	0	113
7	40	10	4	3	0	0	0	0	0	57
8	24	6	1	1	0	0	0	0	0	32
9	8	3	0	2	0	0	0	0	0	13
10	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
11	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4

#### 4.2.6 生活滿意度

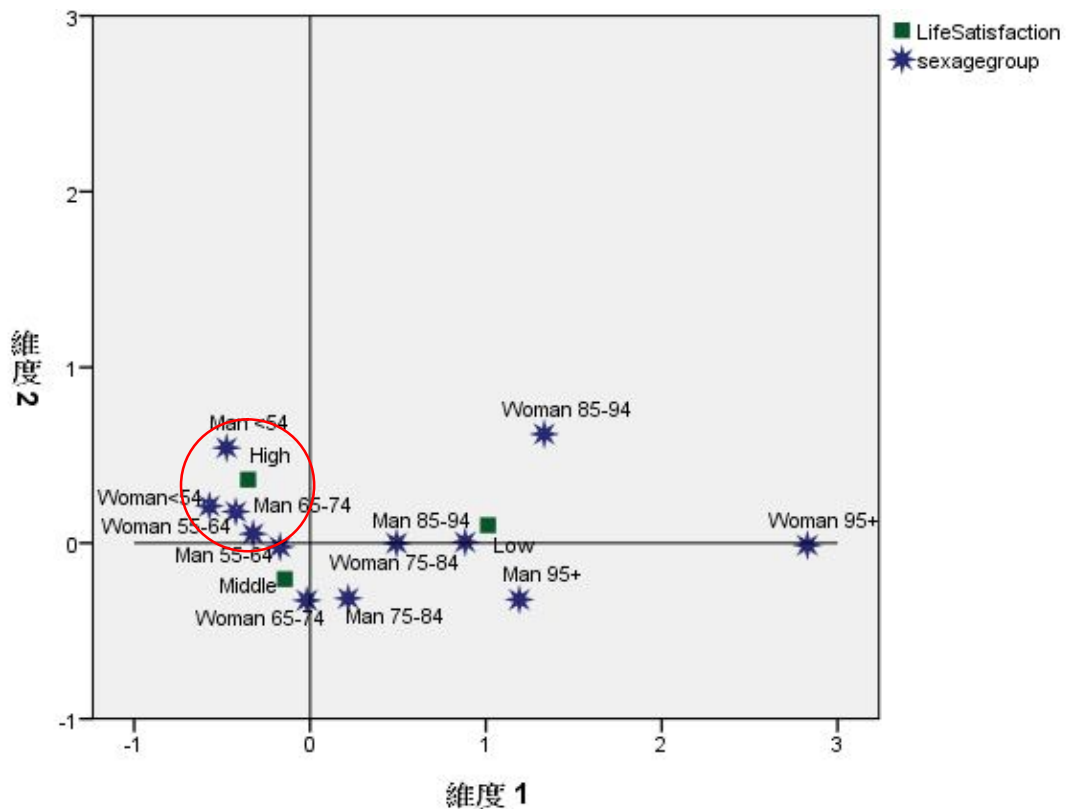
由此份問卷資料中呈現之生活滿意度比表所呈現統計結果如表 4.9。由統計表之平均數 6.68 來分類生活滿意度高低，以平均數  $6.68 \pm$  標準差 2.76，高滿意度為 9.44，低滿意度 3.92，採低中高三種分類。由圖 4.11 生活滿意度高低與性別年齡類別對應分析圖可知，女性小於 54 歲、男性小於 54 歲、女性 55-64 歲，此三個族群對於生活滿意度較高。生活滿意度是一個主觀認知的選項，但可能讓新銀髮族得到較高滿意度的原因是，其尚未從職場上退休或是剛從職場上退休，對於生活型態上改變不大，且較能夠從社會上取得較多的資源，且生活上可以獲得較多的支援。

表 4.9 生活滿意度統計表

統計量	
N=4534	
平均數	6.68
中位數	7.00
標準差	2.76
變異數	7.63

表 4.10 生活滿意度與性別年齡類別對應分析統計表

N=4534		生活滿意度			合計
		低	中	高	
男性	< 54 歲	13	70	48	131
	55~64 歲	91	450	237	778
	65~74 歲	81	327	161	569
	75~84 歲	129	363	137	629
	85~94 歲	51	76	29	156
	>95 歲	3	4	1	8
女性	< 54 歲	10	76	45	131
	55~64 歲	81	454	259	794
	65~74 歲	96	350	140	586
	75~84 歲	142	285	122	549
	85~94 歲	82	75	40	197
	>95 歲	4	2	0	6



■ LifeSatisfaction = 生活滿意度 (High, Middle, Low)

★ sexagegroup

Man < 54, Man 55-64, Man 65-74, Man 75-84, Man 85-94, Man 95+

Woman < 54, Woman 55-64, Woman 65-74, Woman 75-84, Woman 85-94, Woman 95+

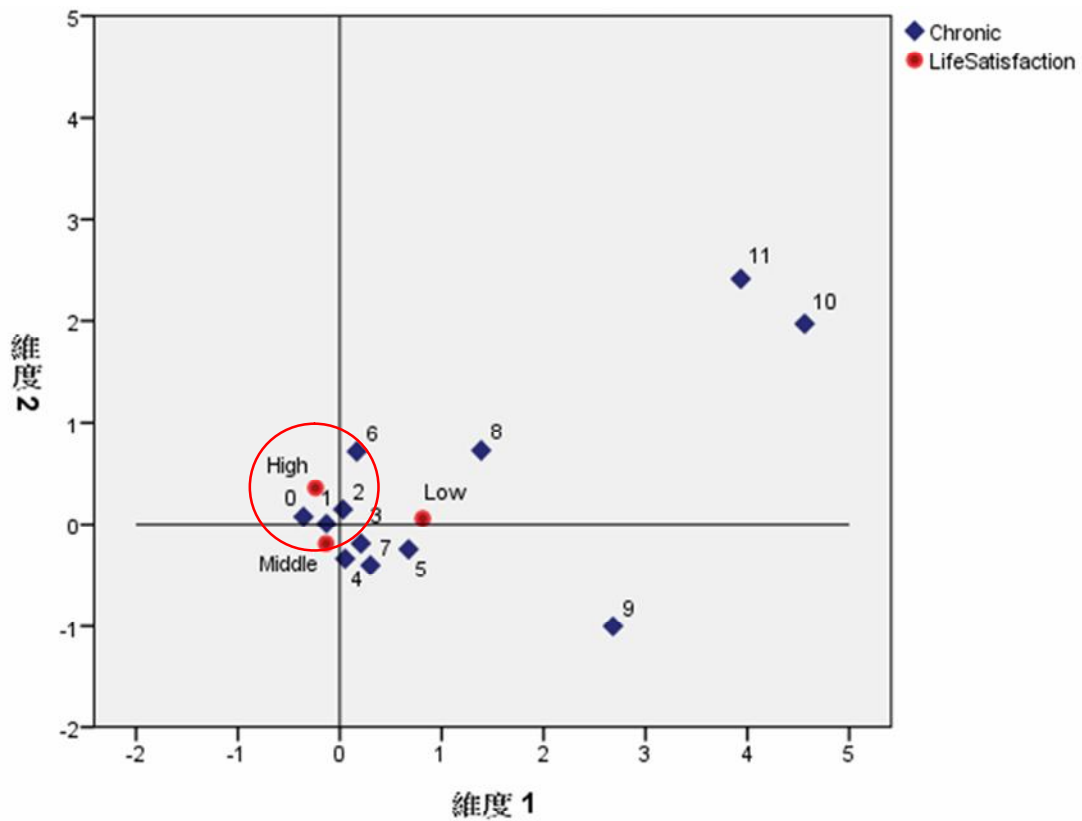
圖 4.11 生活滿意度與性別年齡類別對應分析圖

#### 4.2.6 生活滿意度與慢性病的關係

以圖 4.12 生活滿意度與慢性病對應分析圖，可以得知慢性病罹病最少者生活滿意度越高，反之亦然，慢性病罹病多者則生活滿意度相對降低。而新銀髮健康情形也較佳，罹患慢性病者較少，所以對生活滿意度也就較高。罹患慢性病越多者，較容易會有消極的態度，對於生活滿意度上則會呈現不滿意狀，對於生活也較沒有目標，也會有單調乏味等憂鬱傾向。

表 4.11 生活滿意度與慢性病對應分析統計表

生活滿意度 慢性病		生活滿意度			合計
		低	中	高	
0		123	575	298	996
1		171	629	308	1108
2		167	505	263	935
3		128	361	152	641
4		69	231	91	391
5		63	127	48	238
6		23	53	37	113
7		12	33	12	57
8		12	12	8	32
9		7	6	0	13
10		5	0	1	6
11		3	0	1	4



◆ Chronic = 慢性病罹病種類  
 ● LifeSatisfaction = 生活滿意度 (High, Middle, Low)

圖 4.12 生活滿意度與慢性病對應分析圖

### 4.3 研究討論

本研究討論各年齡類別與休閒活動、社團或活動的參與度高低，以上述對應分析結果可以了解，以新銀髮族對於各項活動的參與度最為高。從年齡類別與靜態活動對應分析圖可得知，新銀髮族男性對於靜態休閒活動的參與度較新銀髮族女性高；而從年齡類別與動態活動對應分析圖中發現新銀髮族女性對於動態休閒活動的參與度較高。因此，從休閒活動分類中可以知道女性對於動態活動的接受度較男性高。

從慢性病與休閒活動、社團或活動的參與度高低發現，慢性病罹病種類越多者，對於各項休閒活動及社團或活動參與度減少，而新銀髮族罹患慢性疾病的人較少，所以參與活動的態度較為活躍，且參與的種類較為多樣化。

生活滿意度量統計表與年齡類別對應表可知，年齡類別越是年輕族群者則是滿意度越高，越是年齡長者，其生活滿意度越低。年齡越長者其罹

患慢性病種類越多，其生活滿意度也就越低。因而可以知道新銀髮族罹患慢性病的人較少，所以其對於生活滿意程度也較高。

綜合本研究討論結果，發現新銀髮族要成功且健康邁入銀髮族除了，身體健康即是疾病預防，或是疾病得到醫療保健控制外，有心力參與各項休閒活動或是社團活動，生活滿意度的高低，也會是衡量是否可邁向成功老化的指標之一(林麗惠，2002)。且有積極正向的態度來接受老化，尋求更為圓滿的銀髮族生活。

## 第五章 結論與建議

本研究所要討論的是銀髮族與新銀髮族在活動參與及健康滿意度之關係分析，因此，針對研究分析結果進行結論與建議論述。

### 5.1 結論

依據內政部統計資料，民國 101 年國人從零歲平均餘命為 79.51 歲(男性為 76.43 歲，女性為 82.82 歲)；較 100 年增加 0.36 歲(男性增加 0.47 歲、女性增加 0.19 歲)。顯示平均壽命的延長主要因素是國內全民健保推動發展普及、醫療保健及衛生環境之改善，可有效降低國人死亡機率，使得國人平均壽命逐年提升，但是人口出生率卻一直處於無法提升的情況，人口結構已出現失衡狀況，迫使人口老化指數年年提高。因此衍生老人照顧問題，如長期居家服務或是日間照護、醫療照護機構、交通安全便利等議題。

從上面分析數據中可看出 65 歲以下之新銀髮族人口將會是成功老化的族群，對於休閒活動與社會參與有積極的方式來邁向老年生活的到來，且以較為活躍的方式來延續各項活動參與。銀髮族則因為老化的到來，罹患慢性病種類逐漸增加，使得從各項活動參與顯著減少，對於生活滿意度也會因為身體不適的情況而降低，而讓自己有撤退的行為或是想法產生。換言之，持續的參加各種型態的休閒活動可以使得銀髮族改善自己的生活品質，也可以減少醫療服務的需要。

從文獻探討中，可以知道高齡化人口因為退休之後面臨到生活模式的改變，生活方面會有多一些的時間可以規劃，所以在休閒活動或是社團或活動的參與時間變多了，參加的類別又有多樣化可以選擇，有靜態或是動態活動或社團。各項活動多是可以與人互動，進而可以讓新銀髮族與銀髮族可以有延續退休前社會活動的參與，以免有疏離感。且各項活動參與可以讓銀髮族認識其他年齡層或是同樣年齡層朋友，而會有新的社交圈，增進資訊交流，活動的參與表示彼此的興趣相同，而會有不同的交流火花產生。

從老化理論來討論，從研究中也可看得出來生物學老化、社會學老化、心理學老化、環境影響老化，都是造成各項老化的原因，雖然生物學老化是不可逆的，但是可以從心理學與社會學觀點，來讓銀髮族們可以有更健康與成功的方式老化，讓新銀髮族降低疾病產生，銀髮族患病者得到有效



的控制病情，身體功能能夠維持良好的狀態，除身心健康外，還可維持日常生活，讓其有餘力參與各項社會活動。

成功老化與健康老化，除了身體健康，及罹患疾病減少或是保持健康，心理健康也是很重要的一環，心理可以有一個正向態度，對於社會活動參與不要有退縮心態，應該要有活躍與延續理論的態度，以自身經歷來指導或教學方式，讓自己有滿足感與參與感又可傳承。

從 Maslow 理論來說，生理需求、安全需求、社會需求、尊重需求和自我實現需求，共五個層次。銀髮族早已滿足了生理與安全需求，退休後會對於自己在社會、尊重與自我實現這三個需求，就會有所退卻，需要有另一個友善的舞台，讓銀髮族得到自我實現的機會，而不是只提供基本需求條件。自我實現包含發揮個人的能力到最大才能，完成與自己的能力相當的一切事情需要，使其感到最大的快樂，努力實現自己的潛力，使自己越來越成為自己所期望的人物。

## 5.2 建議

運動型活動推廣，可以從社區或是鄰里活動中心推廣，符合新銀髮族或是銀髮族的運動型活動，如土風舞、牌舞、健身操之類，有固定的時段活動，讓健康觀念得以推展，從教導運動方面，進而推廣養生觀念，如健康飲食、少油少鹽飲食、營養攝取觀念，還有疾病的預防保健。

自主學習、自主管理，銀髮族可以有自我覺察的能力，每一個人都是一個獨立的個體，讓其可以有獨立思考與決策，不要讓大家認為老年人與小孩是一樣的，由其他家屬如子女來決定方向，雖然已無法有經濟收入，仍是可以有自我掌控與自我人格。

銀髮族關懷活動，有部分銀髮族是獨居或是喪偶，子女兒孫都不是同住在一起，僅只有假日或是不定期有家人探望，可讓推廣社區或是學校團體、社福團體，至少每周一次訪視活動，讓銀髮族多與人互動，除了生活環境關心與健康訪查之外，心靈也可得到關懷，內心壓力或是心靈得到撫慰。

世代交流讓銀髮族或是新銀髮族，可將年輕時所學或是經驗，從經驗傳承給新一世代。而新世代可將現在潮流的事務教導給銀髮族，如智慧型裝置、APP 運用等，都是現在潮流的電子設備。透過這樣的活動或是社團

讓銀髮族或是新銀髮族有共同參與新事物的機會，進而認識不同世代的朋友，而有新的知識吸收，擴展生活圈與人際關係。

未來國家老人政策推展相關高齡化活動或是課程可針對男女不同，應建議不一樣休閒活動類別課程，或是可以推廣因地制宜的社區型休閒活動，動態與靜態休閒活動也可增加互動型，能夠多一些人際關係互動。新銀髮族與銀髮族在生活態度上因慢性疾病罹病與否有相對關係，為了能使他們提高生活滿意度，應加強各項保健推廣，如衛教課程或是預防性社區健康檢查，慢性病已是臺灣中老年人健康危害之一，為了能夠降低罹病機率，應有健康、營養觀念宣導，使新銀髮族可以健康愉悅的進入銀髮族。

## 參考文獻

- [1] 于淑 (1994)。基隆市居家老人健康服務利用行爲及相關因素研究。《護理雜誌》，41(3)，27-40。
- [2] 內田治 (2009)。意見調查的對應分析 SPSS 使用手冊。鼎茂圖書出版股份有限公司。
- [3] 內政部統計資料：98 年老人狀況調查結果 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html>
- [4] 內政部統計資料：主要國家老化指數 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/national/list.htm>
- [5] 內政部統計資料：台灣人口數與老化指數 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>
- [6] 王冠今、苗迺芳、陳鳳音、張玉梅、陳靜敏(2009)。臺灣社區老人的健康行爲及其相關因素研究。《健康促進暨衛生教育雜誌》，29，73-94。
- [7] 向肇英、李介至、林碧珠 (2012)。影響老年人身心健康之相關因素探討。《新臺北護理期刊》，14(1)，7-16。
- [8] 行政院衛生福利部國民健康署 (2009)。老人健康促進計畫(2009-2012)。
- [9] 吳晉祥、黃盈翔、張智仁 (2007)。老年人的預防性健康照護 — 從指引到臨床實務。《台灣老年醫學雜誌》，2(3)，145-163。
- [10] 吳雅歌、蔡富棉、林秋菊 (2011)。自我調節方案對慢性病患之生理、心理社會功能成效—系統性文獻回顧。《護理暨健康照護研究》，7(1)，26-34。
- [11] 吳劍秋 (2005)。旅遊動機和阻礙因素對銀髮族海外旅遊參與意願影響之研究。南華大學旅遊事業管理研究碩士論文。
- [12] 呂寶靜 (2005)。高齡社會的來臨：為 2025 年的台灣社會規劃之整合研究—高齡社會之老人健康與社會照顧。國科會成果報告。
- [13] 李月萍、陳清惠 (2010)。社區老人休閒活動研究現況。《護理雜誌》，57(1)，82-88。
- [14] 李宗派 (2004)。老化理論與老人保健(一)。《身心障礙研究》，2(1)，14-29。
- [15] 李宗派 (2004)。老化理論與老人保健(二)。《身心障礙研究》，2(2)，77-94。
- [16] 李庚霖、區雅倫、陳淑惠、翁儷禎 (2009)。「臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」短版 CES-D 量表之心理計量特性。《中華心理衛生學刊》，22(4)，383-410。
- [17] 李素箱、楊欽城、吳桂桂、鄒碧鑾 (2010)。銀髮族自覺身心健康狀況量表編製之研究—以台中市南區社區照顧關懷據點銀髮族為例。2010 年綠色與運動休閒管理學術研討會。
- [18] 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。國立成功大學老年學研究所碩士論文。

- [19] 李蘭、黃美維、陸玟玲、潘伶燕、李隆安、鄧肖琳 (1995)。台灣地區成人的健康行為探討：分佈情形、因素結構和相關因素。**中華公共衛生雜誌**，**14(4)**，358-368。
- [20] 林正祥、劉士嘉(2013)。台灣老人成功與活躍老化之健康餘命探討。**臺灣公共衛生雜誌**，**32(6)**，562-575。
- [21] 林美玲、翁註重、李昫儒、邱文科 (2009)。以健康成功老化為願景—探討高齡者參與產出型志願服務活動之實證研究。**臺灣職能治療研究與實務雜誌**，**5(1)**，27-40。
- [22] 林傑斌、林川雄、馮兆康 (2011)。**SPSS 統計分析與實務**。博碩文化股份有限公司。
- [23] 林惠文、楊博仁、楊宜瑱、陳俊傑、陳宣志、顏啟華、...李孟智 (2010)。台灣地區老年人憂鬱之預測因子探討—十年追蹤結果分析。**台灣老年醫學暨老年學雜誌**，**5(4)**，257-265。
- [24] 林麗惠 (2002)。**高齡者參與學習活動與生活滿意度關係之研究**。國立中正大學成人及繼續教育研究所博士論文。
- [25] 林麗惠 (2006)。台灣高齡學習者成功老化之研究。**人口學刊**，**33**，133-170。
- [26] 林麗惠 (2012)。活躍老化指標建構及其對老人教育政策之啟示。**成人及終身教育學刊**，**19**，77-111。
- [27] 胡愈寧、鄺欽菁、李佳、林榮輝、胡國琦 (2009)。老年人各項日常生活活動功能與自評健康狀態之調查及相關性探討。**臺灣復健醫學雜誌**，**37(2)**，107-114。
- [28] 凌千惠、傅光翊、黃荷瑄、姚慧萍、林宜慧、葉志嶸 (2007)。老年族群之憂鬱程度、社會支持程度與醫療服務使用之相關性。**中山醫學雜誌**，**18**，201-215。
- [29] 徐立忠 (1997)。**高齡學導論**。三民書局股份有限公司。
- [30] 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。
- [31] 國家發展委員會 (2014)。**聯合國世界人口高齡化趨勢分析**。
- [32] 張桂霖、張金鵠 (2010)。老人居住安排與居住偏好之轉換：家庭價值與交換理論觀點的探討。**人口學刊**，**40**，41-90。
- [33] 張靜惠 (2008)。休閒運動對中老年人健康促進之效益。**臺中教育大學體育學系系刊**，**3**，89-93。
- [34] 張櫻淳、黃文鴻、蘇喜 (1998)。醫院形象定位之研究—以台北市六家醫學中心的家醫科就診民衆為例。**中華衛誌**，**17(2)**，111-124。
- [35] 梁繼權、許詩典、陳晶瑩、陳慶餘 (2002)。都市與鄉村社區老人健康狀態。**臺灣醫學**，**6(4)**，523-534。
- [36] 莊豔妃、宋惠娟、林麗萍 (2005)。偏遠礦區老人健康狀況及健康醫療資源使用之

- 調查研究。慈濟護理雜誌，4(1)，34-41。
- [37] 許志成、徐祥明、徐瑱淳、石曜堂、戴東原 (2003)。台灣地區老年人健康行為之影響因素分析。臺灣公共衛生雜誌，22(6)，441-452。
- [38] 許志成、羅勻佐、徐瑱淳、許雅婷、羅慶徽 (2007)。臺灣老人人口分佈與自覺健康之地區性差異。臺灣家庭醫學雜誌，17(2)，59-72。
- [39] 許福源 (2007)。台灣戰後嬰兒潮世代之銀髮商機探討。台灣銀髮族休閒運動與健康產業發展學術研討會，39-49。
- [40] 陳正芬、王彥雯 (2010)。從生命週期觀點檢視台灣老人居住安排的模式與轉變。台灣社會福利學刊，8(2)，67-116。
- [41] 陳志宏、陳光華 (2010)。安康 SPA 旅遊服務需求初探-以高雄市 50 歲以上市民為例。休閒與遊憩研究，4(2)，101-131。
- [42] 陳亭羽、林政賢 (2005)。高齡者進住長期照護機構意願之探討-人口統計變數、生活型態、行為變數與涉入程度之影響分析。經營管理論叢，1(1)，47-77。
- [43] 陳施妮、孫嘉玲 (2008)。獨居老人健康、生活功能與跌倒概況分析。長期照護雜誌，12(3)，249-265。
- [44] 陳清惠 (2004)。休閒活動對老年生活之意義。護理雜誌，51(3)，15-18。
- [45] 陳惠真、王香蘋 (2005)。台灣老人健康狀況初探：1989-1999 年。臺灣家庭醫學雜誌，15(1)，25-35。
- [46] 陳肇男 (2003)。台灣老人休閒生活與生活品質。人口學刊，26，96-136。
- [47] 陳麗光、鄭鈺靜、周昀臻、林沛瑾、陳麗幸、陳淑軒 (2011)。成功老化的多元樣貌。台灣老年學論壇，9，1-12。
- [48] 曾明月 (2011)。性別差異在健康行為與健康相關生活品質之影響因素分析：以台灣社區老人為例。美和學報，31(1)，73-87。
- [49] 曾淑芬、張志娟、曾薔霓、劉立凡、陳惠芳 (2011)。社區高齡者憂鬱傾向及認知功能狀況之探討-以台灣南部地區社區高齡者為例。嘉南學報，37，351-364。
- [50] 湯慧娟、宋一夫 (2002)。高雄市老年人健康促進生活型態、休閒知覺自由與心理幸福滿足感之相關研究。國立台灣師範大學體育學系碩士論文。
- [51] 會薰瑤 (2005)。複選式類別資料的對應分析之探討。調查研究-方法與應用，17，175-201。
- [52] 溫傑華、陳韋穎 (2009)。運用多重對應分析探討航空公司市場定位-以台北至東京航線為例。中華民國運輸學會 98 年學術論文研討會，1335-1356。
- [53] 董和銳 (2005)。台灣老年人口自評健康與功能障礙情形之轉變。身心障礙研究季刊，3(2)，72-87。
- [54] 趙安娜、高美玲、林壽惠 (2004)。鄉村社區老年人健康狀況與生活品質相關性之

- 探討。《長期照護雜誌》，8(1)，41-55。
- [55] 劉秋松、林正介 (2003)。老年人之健康促進與預防性服務。《臺灣醫學》，7(3)，375-384。
- [56] 劉淑娟 (1998)。台灣社區老人的健康觀念與健康行為。《護理雜誌》，45(6)，22-28。
- [57] 劉淑娟 (1999)。罹患慢性病老人生命態度及生活滿意度之探討。《護理研究》，7(4)，294-306。
- [58] 劉嘉年 (2009)。社會經濟狀況、一般健康狀態、健康行為與社區成年民眾憂鬱情緒的關係。《臺灣公共衛生雜誌》，28(4)，300-311。
- [59] 劉影梅、陳麗華、李媚媚、詹燕芳、陳俊忠 (1998)。活躍的銀髮族—社區老人健康體能促進方案的經驗與前瞻。《護理雜誌》，45(6)，29-35。
- [60] 蔡文輝 (2003、2008)。《老年社會學》。三民書局股份有限公司。
- [61] 蔡秋敏 (2012)。從社會資本觀點論促進家庭中老人參與健康促進活動。《家庭教育雙月刊》，6-23。
- [62] 蔡榮貴 (2012)。《高齡者健康促進與活躍老化關係模式建構與驗證》。嘉南藥理科技大學校內計畫成果報告。
- [63] 蕭文高 (2010)。活躍老化與照顧服務：理論、政策與實務。《社區發展季刊》，41-58。
- [64] 錢鴻全、楊登棋、黃基彰、吳美慧、蘇怡華、蔡明松、... 張家銘 (2012)。都市與鄉村社區老年人的健康狀態及老年病症候群之比較。《台灣老年醫學暨老年學雜誌》，7(4)，233-245。
- [65] 衛生福利部統計處：死因統計。  
[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=2747](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747)
- [66] Akbaraly, T. N., Portet, F., Fustinoni, S., Dartigues, J. -F., Artero, S., Rouaud, O., Touchon, J., Ritchie, K., and Berr, C. (2009). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: Results from the Three-City Study. *Neurology*, 73(11), 854-861.
- [67] Chen, C-Y, Wu, S-C, Chen, L-J, and Lue, B-H. (2010). The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), S43-S47.
- [68] Chou, K. L., Chow, N. W. S., and Chi, I. (2004). Leisure participation amongst Hong Kong Chinese older adults. *Aging and Society*, 24(4), 617—629.
- [69] Fitzpatrick, T. R. (2009). The Quality of Dyadic Relationships, Leisure Activities and Health Among Older Women. *Health Care for Women International*, 30, 1073-1092.
- [70] Hooyman, N. R. and Kiyak, H. A. (2003)。《社會老人學》。林歐桂英、郭鐘隆合譯。五南圖書出版股份有限公司。

- [71] Hsu, H-C. (2005). Gender Disparity of Successful Aging in Taiwan. *Women and Health*, 42(1), 1-21.
- [72] Hsu, H-C. (2009). Physical function trajectories, depressive symptoms, and life satisfaction among the elderly in Taiwan. *Aging and Mental Health*, 13(2), 202-212.
- [73] Hsu, H-C. (2010). Trajectory of Life Satisfaction and its Relationship with Subjective Economic Status and Successful Aging. *Social Indicators Research*, 99, 455-468.
- [74] Hsu, H-C. (2012). Trajectories and covariates of life satisfaction among older adults in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 210-216.
- [75] Iwasa, H., Yoshida, Y., Kai, I., Suzuki, T., Kim, H., Yoshida, H. (2012). Leisure activities and cognitive function in elderly community-dwelling individuals in Japan: A 5-year prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 159-164.
- [76] Ku, P-W, Fox, K. R., Chen, L-J, and Chou, P. (2012). Physical Activity and Depressive Symptoms in Older Adults 11-Year Follow-Up. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(4), 355-362.
- [77] Lee, C-T, Yeh, C-J, Lee, M-C, Lin, H-S, Chen, V. C-H, Hsieh, Hsieh, M-H, Yen, C-H, Lai, T-J. (2012). Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, e221-e229.
- [78] Lee, L-C, Tsai, A. C. (2012). Mini-Nutritional Assessment predicts functional decline of elderly Taiwanese: result of a population-representative sample. *British Journal of Nutrition*, 107, 1707-1713.
- [79] Leung, G. T. Y., Fung, A. W. T., Tam, C. W. C., Lui, V. W. C., Chiu, H. F. K., Chan W. M., and Lam, L. C. W. (2011). Examining the association between late-life leisure activity participation and global cognitive decline in community-dwelling elderly Chinese in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 39-47.
- [80] Leung, G. T. Y., Leung, K. F., and Lam, L. C. W. (2011). Classification of Late-life Leisure Activities among Elderly Chinese in Hong Kong. *East Asian Arch Psychiatry*, 21, 123-127.
- [81] Liang, J., Wang, C-N, Xu, X., Hsu, H-C, Lin, H-S, and Lin, Y-H. (2010). Trajectory of functional status among older Taiwanese: Gender and age variations. *Social Science and Medicine*, 71, 1208-1217.
- [82] Liao, W-C, Li, C-R, Lin, Y-C, Wang, C-C, Chen, Y-J, Yen, C-H, Lin, H-S and Lee, M-C. (2011). Healthy Behaviors and Onset of Functional Disability in Older Adults: Results of a National Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 200-206.
- [83] Lin, F., Friedman, E., Quinn, J., Chen, D-G (Din), and Mapstone, M. (2012). Effect of

- leisure activities on inflammation and cognitive function in an aging sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, e398-e404.
- [84] Lue, B-H, Chen, L-J, and Wu, S-C. (2010). Health, financial stresses, and life satisfaction affecting late-life depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), S34-S38.
- [85] Nit, M., Yap, K-B, Kua, E-H, Tan, C-H, and Ng, T-P. (2008). Physical, social and productive leisure activities, cognitive decline and interaction with APOE-ε4 genotype in Chinese older adults. *International Psychogeriatrics*, 20(2), 237-251.
- [86] Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., and Uutela, A. (2008). Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people. *International Journal of Public Health*, 53, 227–235.
- [87] Ouwehand, C, Ridder, DTD de, Bensing, JM. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873–884.
- [88] Pu, C., Tang, G-J, Huang, N., and Chou, Y-J. (2011). Predictive Power of Self-Rated Health for Subsequent Mortality Risk During Old Age: Analysis of Data From a Nationally Representative Survey of Elderly Adults in Taiwan. *Japan Epidemiological Association*, 21(4), 278-284.
- [89] Rowe, J. W. and Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149
- [90] Rowe, J. W. and Kahn, R. L. (1997) Successful Aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440
- [91] Tsai, A. C., Chang, T-L, and Chi, S-H. (2011). Frequent consumption of vegetables predicts lower risk of depression in older Taiwanese-results of a prospective population-based study. *Public Health Nutrition*, 15(6), 1087-1092.
- [92] Tsai, A. C-H, and Lai, T-M. (2011). Predicting the need of formal care in Taiwan: Analysis of a national random sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 298-302.
- [93] Tsai, A. C-H, Lin, Y-A, and Tsai, H-J. (2012). Predictors of smoking cessation in 50–66-year-old male Taiwanese smokers: A 7-year national cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 295-300.
- [94] World Health Organization (WHO): Health topics: Aging. <http://www.who.int/topics/ageing/en/>