

【目錄】	1
壹、本文	
【前言】	2
【心理老化現象基本認知】	2~6
【心理老化重要詞彙】	7~18
【影響老年人心理變化的因素】	18~20
【老化心理反應的類型】	20~21
【老化心理反應的特徵】	21~24
【老年期常見的心理調適問題】	25~26
【老年期常見的心理精神疾病】	26~31
【健全老年人的心理衛生】	32~33
【老人心理照顧之道】	33~37
【老人面臨死亡議題應有之概念】	37~38
【結論】	38~39
【參考資料】	41
貳、附錄	42~50

【前言】

老化是人類生命中必經的歷程，在老人護理學課程中，宜清楚明確地讓學習者瞭解長者不同的老化現象，本課程前一年度的教材是以高齡者生理老化及其照護需求為撰寫主題，本年度則以「高齡者心理老化及其照護需求」為撰寫主題。

目的主為透過資料整理，以使學習本課程的學生能有條理地探究個體在高齡生涯中，其心理的老化現象及帶來的一些負面影響，再透過對問題的瞭解協助改善高齡人口的生活品質，使其可以暨長壽又健康的在社會中不受歧視，能在尊嚴、獨立、自主、參與的前提下度過晚年的生活，使其生活能隨社會的發展而不斷的提高。

此外，本課程學習者皆為專四學生，若能對高齡者的心理有正確的瞭解，相信可有效避免代間的衝突，畢竟社會上高齡人口大量增加之後，由於社會資源的限制，難免會有代間緊張的現象出現。如何讓不同代間得以相互瞭解、相互學習。老年人發揮潛力，讓優秀的文化得以傳承，也能讓年輕的文化思維融入高齡者的生活中，而使不同代間相互融合，實現「不分年齡，人人共享的社會」，這也是本課程學習的主要任務之一。

【心理老化現象基本認知】

隨著個體年齡的增長，從心理的層面而言，在人格、智力、記憶及自我概念等，也會有某種程度的改變。在人格方面，年齡增加，人格的類型較少變化，但對特定事件的看法，則會有所不同；就智力而言，隨著年齡的增長，流動智力呈現減退現象，而結晶智力則顯現增長的現象，相對地，智慧也會隨生活歷練、經驗的累積而提升；就記憶力而言，則普遍呈現衰退的現象。在自我概念方面，隨著年齡的增長，老年人對自我形象及自我能力感，均會隨著內外生理現象的改變，及社會與其互動的觀念而有所調整。‘

眾所周知老化並非一定產生疾病，但老化會導致身體功能逐漸減退，容易罹患各種慢性疾病，再加上失能、單身或守寡、家庭及

社會角色改變、缺少社會支持網絡更容易罹患許多心理疾病如憂鬱症等，因為身心衰老及缺乏支持系統，使得多數老人因為老化而產生的問題不斷的延伸，老人需要更多的關懷、協助與支持。

而隨著年齡增長，老年人心理發生老化，時常被失落、孤獨、焦慮、猜疑籠罩，使心靈蒙上一層陰影，他們渴望情感關愛，企盼心靈慰藉，希望人們走進他們的內心世界，給他們帶來幸福、快樂、充實的生活。首先應分辨心智與心理之老化明顯現象，心智：由於功能的退化，易產生知覺混亂、方位喪失、情緒不穩定和思維障礙等。在心理層面的發展以 Erikson 的發展理論為主，主題是自我統整對失望(ego integrity vs. despair)；心理：容易產生寂寞孤獨憂傷憤怒依賴自尊心降低及害怕死亡等問題。

簡言之，心理老化(psychological aging)指個人感官、知覺過程、心理功能(如：記憶、學習、智能、適應能力)和人格類型等各方面之變化，反映個性成熟度以及適應緊張壓力的程度。老年人面臨心理上的變化常包括家人親友的死亡失落感、退休、經濟困難、失去自尊心，失去自主性，甚至與社會隔離等。

學理上證實老人從嬰幼時期至今度過許多的人生階段與危機，有過種種成功與失敗的豐富經驗，過去的經歷成為現今老人規劃與完成未來生活目標的基礎，強烈地影響老人對自己的信心與期望。因此以下先從需求理論觀點、心理分析觀點、社會文化觀點來分析老人生命發展任務的特質：

一、需求理論觀點

馬斯諾需求理論

生理需求	維持生存的需求，如：食、飲、睡眠、性慾等。
安全需求	保護與免於威脅從而獲得安全感的需求。

愛與隸屬需求	接納、愛護、關注、欣賞、鼓勵等需求。
尊重需求	受人尊重、受人重視與自我尊重、個人有價值。
自我實現需求	精神層面的真善美至高人生境界獲得之需求。

學者認為老人自己是生活的主宰者，老人經由選擇、創造、價值判斷和自我實現等健康正向的方式來完成自己的發展任務，代表人物心理學家馬斯諾（1968）認為充分發展的自我實現者具有以下特徵：認清現實，接受自我、他人與外界，主動自發，具備解決問題的能力，自我導向，超然並需要隱私，能欣賞別人，具有豐富的情感反應，頻繁的高峰經驗，能認同他人，與他人建立多樣、滿足的關係，民主的性格結構，富有創造性與高度價值感...等。

按馬斯洛需求層次理論看，人在所有生命階段都要遵循其規律。如果老人因經濟問題想不開，則問題關鍵不在心理，空談心理也無用。在實際調查中，老年人中有 70% 以上被人際問題困擾，比例最高；其次是死亡帶來的悲傷，雖然並不能說老年人普遍存在何種心理問題，但老年人大都有相似的心理特點和情緒特點。與其他年齡階段的人相比，老年人情緒的持續性較差，情緒變化多、波動大，情感的依賴性增強，故老年人需要陪伴和傾聽。

從需求理論角度來討論生涯規劃，雖每個人的需要不同，但並不意味著有所謂的「層次高低」之別，因為這些需求可能不會依照順序出現，也可能同時存在。此外，有些人會一直維持某些特定需求層次，有些人則有明顯的變化。

其實，在社會環境也普遍的存在某些共同的需求，例如在五十年代的台灣對「生理和安全」需求較為殷切。而現代的台灣社會則更重視「安全、自尊、自我實現」的需求，甚至逐步強化社會福利制度，就是對於更高的「靈性需求」越來越看重。

每個人在不同的人生階段，所以需求自然會有變異。以邁向老年的孫越叔叔為例，他一方面生活已無後顧之憂，一方面想要為社會多做一些公益工作，所以離開頗有成就的演藝工作，而投入沒有

固定收入的公益事業，這種人生的生涯抉擇就是因個人的「需求」而轉變。這是一個理智的生涯選擇的最佳範例。

二、心理分析觀點

艾瑞克遜之心理社會發展時期

階段	心理社會危機	重要社會環境	有利之影響
0 - 1	對人基本信念 vs 不信任他人	母親	驅力和希望
1 - 3	活潑自動 vs 羞愧懷疑	父母	自制和意志力
3 - 6	自動自發 vs 退縮內疚	家庭	方向和目的
6 - 青春	勤奮努力 vs 自貶自卑	鄰居、學校	方法和能力
青春	自我統整 vs 角色錯亂	同儕團體	奉獻和忠貞
成年早期	友愛親密 vs 孤獨疏離	夥伴	親合和愛
成年中期	精力充沛 vs 頹廢遲滯	分工和享受家的溫暖	生產和照顧
成年後期	自我統整無憾 vs 悲觀絕望	「人類」氣味相投者	自制和智慧

艾瑞克遜（1963）提出心理社會發展期八個階段的觀點，認為老人處於第八個人生檢討的階段，必須反省即將瀕臨生命的終結，思考其意義與重要性，達到生命意義的統整，若是對自己過去所做的選擇與結果感到滿足，則將擁有超越感，若是對自己的一生不滿意，會對失去的機會感到深沈的惋惜，而對即將來臨的生理生命結束感到無奈與失望。

Peck（1955）擴充艾瑞克遜理論老年期發展任務的內容為三項，強調老人為了心理發展順利，必須解決三大危機：

- (1) 自我價值感統整與工作角色偏差
- (2) 身體超越與身體偏見
- (3) 自我超越與自我偏見

尤其是第三項，自我超越是指接受死亡，對人生最終的旅程不害怕，視為生命不可避免的結局，主動地打算未來，超越死亡的界

線；自我偏見是表示老人拒絕承認即將到來的死亡，沈溺於目前的自我滿足。健全心理發展的老人必須坦然地面對死亡的事實，超越現時自我，肯定死亡的必然性，成功地適應對死亡的預期與準備。

三、社會文化觀

社會成員的角色定位依年齡來劃分，強調個人在生命全期中扮演的角色，並非階梯式的遞升而是線型的結構安排，社會文化的發展階段區分由「標記事件」形成，海威赫斯特（Havighurst, 1972）認為這種社會文化的發展事實上是個體需求與社會要求的交會，指明個人一生中「可教的契機」，並將人生發展分為六個時期，第六個老人期涉及許多防衛策略，維繫老人幸福健康的生活感受，此時期的學習目標有五點：

- (1) 適應退休與收入的短少；
- (2) 適應配偶的死亡；
- (3) 與自己的年齡群建立親近關係；
- (4) 負起社會與公民的責任；
- (5) 建立滿意生活安排，考慮自己的經濟與家庭狀況重新安排居住環境。

Schein（1978）則認為老人面對退休後所帶來的衝擊，如果有良好的心理建設與周全準備，將能坦然的面對自己的一生。Schein 提出老人共同與個別面對的許多課題與任務，老人面對的共同生命課題包括：調適身心功能與社會角色轉變的轉換與不確定感；處理衰退的身體與能力；面對配偶的死亡；面對依賴他人的需求情境；對於生活中面臨孤寂的感覺及死亡的威脅都必須加以克服。

而老人必須個別面對的特定任務包括：學習改變生活形態；適應減少與外界接觸的情境；適應生活水準下降，處理新的經濟問題；學習以經驗、判斷、圓通的方法來彌補體力衰退的困擾；做好自己死亡的準備，立遺囑與安排葬禮細節；完全接納自己與他人，沒有失望，達到統整的境界；平靜地離開人世間。

依據以上三個主要心理老化理論的理論觀點，則本教材針對下述重要詞彙進行探討。

【心理老化重要詞彙】

知覺過程 Perception process

知覺，是人對客觀環境和主體狀態的感覺和解釋過程。這個過程不僅同某一種感覺相聯繫，而且往往是視覺、聽覺、膚覺、動覺等協同活動的結果。在知覺過程中，人腦將感官刺激轉化為整體經驗。因而知覺是人對客觀事物和身體狀態整體形象的反映。心理學家常常把感覺和知覺看作是兩種不同的心理過程，認為感覺是人對客觀事物基本屬性的反映，知覺是人對事物整體的反映。看到一個物體的紅顏色是感覺，而看到一個紅色的蘋果則是知覺。知覺是人對物體的許多感覺（顏色、形狀、氣味等）的綜合。因此，感覺和知覺在認識過程中也是兩個不可分割的環節。

生活品質 Quality of life

生活品質是指個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，是人們對於生活好壞程度的一種衡量，它包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境等六大方面的主觀感受，且除了保持基本的物質生活水準及身心健康外，在精神方面，取決於人是否能獲得快樂、幸福、舒適、安全的主觀感受，這種感受與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關。簡言之，生活品質不外是從個人主觀認知的層面、正負向的情緒、和身心健康的角度來評估整體的生活情形。

心理功能 Psychology function

涉及知覺、認知、情緒、人格、行為和人際關係等眾多領域，也與日常生活的家庭、教育、健康有相關聯。嘗試用大腦運作來解釋個體基本的行為與心理機能，同時，也嘗試解釋個體心理機能在社會行為與社會動力中的角色；同時它也與神經科學、醫學、生物學等科學有關，因為這些科學所探討的生理作用會影響個體的心智。臨床心理學的研究與應用包括理解、預防、緩解心理痛苦與紊亂，促進心理健康和個人成長。

流動智力 Fluid intelligence

個體天生的能力，受先天遺傳因素較大的智力，反映在偶然學習的項目和歸納性推理能力之上，包括知覺抽象關係、短期記憶、對環

境的立即認識與了解、形成觀念、從事抽象推理的能力，在混亂狀態中發現新知識、解決問題的能力。即「流體智力」來自於神經系統和感官結構的功能整合，幾乎與後天的社會影響與文化經驗無關，不能被訓練和教導，是個人處理訊息的基本能力。流質智力自兒童期開始成長，經青少年期達到高峰，至成年期後逐漸地下降。大多數人在二十歲以後，流動智力開始減退，因此有關**流動智力與老化的關係，其是會隨老化而下降**。智力而其減退的原因，目前尚未完全了解，可能與神經生理結構的改變有關，如神經細胞的減少即為可能的原因之一。流質智力的衰退與個體訊息組織的能力、排除無關訊息的能力、集中或分散注意的能力、保留訊息在短期記憶中的能力有關。

結晶智力 Crystallized intelligence

後天的經驗和教育所獲得的知能，以學得的經驗為基礎的認知能力，凡是運用既有的知識與學得的技能去吸收新知識或解決問題的能力。包括一般常識、語文理解、數學能力和應付社會情況的能力等。反應在有意義的學習測驗上，如字彙、訊息和理解等。及其代表文化知識方面的智力，主要由經驗和教育獲得的知識，包括一般常識、語文瞭解、數學能力、推論關係、問題解決、技能應用、和應付社會情況的能力。晶體智力的發展從兒童期開始，逐漸增長不隨年齡的增長而下降，甚至有隨著經驗的增加和終身學習活動的進行前持續增長。因此，老年人在字彙測驗、發散性思考測驗、類推測驗及對一般物品作多重用途的測驗，都比年輕人表現好。主要的原因在於老年人比年輕人有較多可用的知識，並對所儲有的知識加以組織，因而使其要具凝結力、更正確並更便於運用。因此有關**結晶智力與老化的關係，並不隨年齡的增長而下降**，甚至會隨著經驗與終身學習而持續增長。

生活事件 Life events

是指人們在日常生活中遇到的各種各樣的社會生活的變動，如結婚、升學、親人亡故等。即指在人生過程中，所遭遇的明顯且可能改變日後生活方式的事件。有些事件可能出現於多數年齡近似的人身上，可能屬於生物性的、社會的或者是心理的，對身處其中者往往成為傷害或打擊。遭遇同樣事件的人，可能有不同的感受，對事件的看法，可以生出不同的適應方式。若遭遇不幸而能坦然面對的，受到打

擊時，至少可以減輕心理負擔；若不能忍受不合心意的事件，自會陷入痛苦煩惱之中。如在生活中常常能見到一些患有某種慢性疾病的人，或者有創傷經歷的人，他們不僅談論他們所遭遇的負面的、消極的、痛苦的事情，同時也談論由於疾病或創傷經歷而帶來的正面的、積極的事情。

社會隔離 Social isolation

社會隔離最簡單的說法是指一個人感覺到寂寞，與外界隔離。或是指個體在人際關係上處於孤立或被隔離的狀態，感覺到寂寞與人疏離或與外界隔離。許多事實和研究結果表明，動物或人類個體在成長過程中，如果長期處於被隔離或孤立狀態被隔離，其未來的行為產生像膽怯、反抗、脫離群體交往等極異常的表現，這樣個人會無法與外界溝通，甚而從社會中退縮，不與人接觸、往來，於種種原因而形成孤僻個性，往往會導致心理發展的遲緩和社會適應不良，社會隔離常見於老人。

在照護老年人時，護理人員宜評估下述幾點：1.了解老人居住狀況，是否獨居、有無友人往來，是否密切。2.觀察老人與家人、親人、友人之互動關係。3.詢問老人參與社會、社區活動之頻率及投入程度。4.詢問老人每日有多少時間一人獨處，一天有多少時間與人交談。5.觀察老人是否出現退縮、害怕、憂鬱等情緒反應。

在照護老年人時，護理人員則可提供如下之護理措施：1.積極尋找老人可用之外在資源，如社區義工、活動等。2.鼓勵老人每週至少參與一項戶外團體活動、團康活動。3.安排家人、友人造訪及交談。4.解決根本問題，如身體功能喪失、低收入、低自尊。5.鼓勵家人主動為老人安排休閒活動。6.主動介紹老人認識新朋友。

壓力適應 Stress adaptation

壓力(stress)是指個人在與環境互動時感受到穩定狀態受到破壞出現心理、生理或情緒上緊張的經驗以及引起不舒服感覺的情境或反應，而個案會試著運用可用資源去解決這不穩定狀態。造成壓力的外界因素即為壓力源，壓力源(心理壓力源如：失望、危險感、挫敗感、生活缺乏樂趣等)所產生之壓力程度則依個案的感受而有所差異。老年期所面臨的壓力來自生理機能的衰退、社會功能之改變、生離死別的頻率增加等。在影響老年心理層面最大的生理機能衰退是神經精神功能包括記憶力、對外之反應時間、及精神體力

等均逐漸下降，對以往能輕易處理的事務，會有力不從心之感。如此在心理上常會造成老年人自我貶抑、自尊心喪失的情形。照理說，老年期因生理狀態的退化、社會資源的減少，對壓力挫折之容忍度及適應力較年輕時差，故其反應較年輕時強烈才對，但因老年人反應慢及較謹慎的特性，使其表現出對壓力之反應，較少行為障礙出現，反而多以身體症狀為主，且較慢性化，這些身體症狀之類別，和壓力產生之情緒反應有關。壓力的心理反應則是透過學習來的，由於個體的經驗及背景的不同，面對壓力的心理反應也是南轅北轍，壓力的心理反應可謂是調節壓力最為重要的策略之一。

健康老化 Healthy Aging

隨著時間流逝所發生構造與功能有所改變，且須排除歸於病況外之彙總，這些導源多發性成因改變使得生物的健康功能變差，造成身體各部分組織器官機能衰退或功能減弱、心理調適困難、家庭社會角色改變的過程中，延伸出種種身體及認知功能退化和各種生活與社會資源的失落的負面結果的衝擊，但沒有常見的老年疾病及日常生活上的困難。或謂個人隨著年齡增加，能接受身體逐漸衰老等事實，並可以在疾病或衰老中轉換心境，接受與應用相關的資源來面對身體的現況，並保持心理的正向觀點，因應社會網絡中不同關係的變化，且保持與自己對話。

成功老化 Successful aging

是一種身心覺知改變的過程。要先覺察自己對老的態度，試圖去了解自己對老的態度會影響自己的行為和健康，並對老有「較正向」的態度，且不要否定老對自己的負向影響是有幫助的，在過程中時刻修正自己對老的態度，以培養及充實步入老年期應具備的功能，達成個人的最適老化目標。達到生理、心理和社會的健康平衡。即具有能面對老年生活轉變的能力。在生活中能維持好的認知功能、社會互動能力與技巧、能自我管理、保有適應的彈性、且持續有生產力和成就。

成功的老化不僅是對年齡增長所導致的各種失落加以適應，而是要發展新能力，適應新挑戰。有學者以三個主要方向定義成功的老化：(1)沒有疾病與失能；(2)維持認知與身體功能；(3)維持認知與身體功能則能夠去從事生活中的活動。並強調避免疾病與失能不僅是沒有病，還包含沒有疾病與失能的危險因子。且指明成功老化包含活

動及參與生活的部分。這成功老化的活動主要指與他人關係以及生產性兩種活動。

高齡者生活品質 QOL of edlderly

隨著生活水準與醫療衛生長足的進步，國人平均壽命逐漸的延長，老年人口比例持續增加。面對高齡化的社會，各種社會福利、醫療醫藥技術與社會安全制度與的問題隨著顯現，越來越多的高齡者無法藉由家人與家庭獲得妥善充分的照顧。被照顧品質低落，由於家庭結構之改變使老年人照顧人力減少，造成老年人之生活品質大不如前；生活空間縮小及都市化生活所引起之不安全感，對於習慣生活於傳統廣大空間的老年人而言，住在都市兒女家之公寓，就有如坐牢一般。從科技面來看，如何應用各種科技輔助，使得生理機能漸趨衰退的高齡者，仍然能夠健康、舒適、安全地享受生活。

心理反應 psychological refractory

是指生物對客觀物質世界的主觀反映，人的心理活動在面對事物、或情境，都有一個發生、發展、消失的過程。人們在活動的時候，通過各種感官認識外部世界事物，通過頭腦的活動思考著事物的因果關係，並伴隨著喜、怒、哀、懼等情感體驗。以壓力造成的心理反應而言，就有焦慮、恐懼、憤怒、挫折、冷漠、抑鬱、注意力降低、記憶減退、悲傷、厭惡…等負面情緒。甚至會出現否定、壓抑、扭曲、幻想、轉移作用…等心理防衛機轉。

自我心象 self image

是個人自我知覺的一部分，無論意識到與否，我們每個人大腦中都有一幅關於自己的藍圖或畫象，是個人對目前自己的能力、身分、角色等的主觀知覺。每個人的自我形象都是在自我與社會的交互影響歷程之中，逐漸調整修正而日趨穩定明確的。教育社會學中對自我形象的探討，偏重社會化的影響、同儕團體(peer group)的規範、次級文化的作用，以及與角色、地位、聲望的關係等。例如他自己是否聰明或者可愛，或在別人眼中形像如何，每個人對自己的看法都有所不同，有些人把自己看得過高，有些人卻又太謙虛，低估了自己的能力。而正是人們對自己的各種評價，對其所從事的事業的成敗起著不容忽視的作用。它是建立在我們自己的信念上，但這大部分在無意識中透

過我們過去的經驗、成功和失敗、遭受的屈辱以及別人對我們作出的反應而互相影響。

日常生活活動功能 Activities of daily living ; ADL

是指在日常生活普遍會進行的活動，包含表現自我照顧（例如自己進食、沐浴、更衣、整理儀容）、工作、家庭雜務及休閒娛樂的任何日常活動。用此標準來測量個人的功能狀態，是否能表現日常生活活動，常用於年長者的評估、精神病患、慢性病患者及其他，居家評量常用來評估老人自我照護的能力及評估何種健康照顧可以符合個人所需。日常活動能力與所需的幫助成正比；而意識清醒程度（是否有老年失智症），與所需的幫助成正比，疾病類別：疾病越多越複雜，越要受幫助，因此成正比，相同疾病之嚴重程度：與所需幫助亦成正比。評估 ADL 的重要性，因為它是病人獨立程度的指標，預測老人存活的指標，長期照護需求的指標，長期照護療效的指標，甚至是健保給付的參考標準

心理老化 Psychological aging

指個人感官、知覺過程、心理功能(如：記憶、學習、智能、適應能力)和人格類型等各方面之變化，反映個性成熟度以及適應緊張壓力的程度。老年人面臨心理上的變化常包括家人親友的死亡失落感、退休、經濟困難、失去自尊心，失去自主性，甚至與社會隔離等。隨著年齡增長，老年人心理發生老化，時常被失落、孤獨、焦慮、猜疑籠罩，使心靈蒙上一層陰影，他們渴望情感關愛，企盼心靈慰藉，希望人們走進他們的內心世界，給他們帶來幸福、快樂、充實的生活。有些人身體健康尚可，亦無重大疾病和體衰蒼老徵象，但是他們自感老態龍鍾，體弱氣微，精力不支，思維遲鈍，老眼昏花，暮氣沉沉，自認為成為社會上的"廢物"和家庭的累贅。遇到困難和生活上不遂心的事，就感到無法克服，無能為力，思想負擔沉重，沉緬於失敗和挫折的情境。生活缺乏興趣，對人對事淡漠，近乎麻木，空虛無聊。人際關係疏遠，離群索居，自感自己已經風燭殘年。這類人常常是與世無爭，消極對待人生和世界，處事優柔寡斷，自甘沉淪，無所事事，喪失社會責任感。

老人憂鬱 Elderly depression

據學者的見解人生進入了老年之後，隨著體力的衰退，子女的長

大成人離家、退休及各種角色的退出，若沒有其他活動來延緩體力的衰退，也沒有親人陪伴在身邊，則孤寂的感情將隨之產生，造成憂鬱。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。

老人憂鬱症是一種不易被發覺的症狀，老人通常不願在外人面前表達內心感受，故常延遲治療而釀致老人自虐或自殺等事件以及耗費更多的健康照護資源。其常常和適應晚年生活的失落、壓力、生理疾病、藥物使用有關。常會造成加速老化的生理衰退、降低生活滿意度、抑制老年發展任務的完成，以及最嚴重的後果是造成老年人的自殺率上升等影響。老人以憂鬱症狀為主之情緒則以腸胃消化系統及骨骼肌肉系統來表現，包括食慾差、胃部不適、腹脹、便秘或大便次數過多、腰酸背痛、全身酸痛及手腳無力等。

無力感 Powerlessness

無力感常見於臨床許多急性、慢性病或末期疾病之個案，文獻指出長久的無力感會引起焦慮、無望，如此惡性循環而加速身體衰退及死亡，可見此問題對病人之傷害比疾病本身更是嚴重。老人無力感的症狀包括失望、對事件消極、低自尊、社會隔離、哭泣、無情感表露、表達出失去控制字眼、甚至有憂鬱的一些情緒反應。老人無力感的主要導因與失落(身體功能退化、身體心像改變、人際關係疏離、自主性減少、地位式微...)有相當大的關係。

針對無力感的問題，在照護老年人時，護理人員宜評估下述幾點:1.會談中注意個案表達「失控」之次數。2.個案近來是否經歷失落。3.個案是否漠不關心自己的情況。4.個案是否不與外界來往。5.觀察憂鬱症狀，與之分別，並注意是否有自殺意念。

在照護老年人時，護理人員則可提供如下之護理措施:1.找出造成無力感之因素。2.允許個案在任何可行情況下作決定。3.鼓勵個案執行自我照顧。4.環境設計利於個案自我照顧。5.解釋照顧計劃之修改及鼓勵個案提供自己的意見。6.勿過度保護個案。7.利用懷舊治療鼓勵個案回憶過往。

寂寞 Loneliness

寂寞是一種主觀感覺到沒有人關心發生了什麼事的感覺。寂寞是老年人常見的問題，因老人常面對失去重要人、事、物。尤其失去配偶或愛人所產生之孤單，不被愛的感覺更是嚴重。獨居、喪偶、低

社會地位、低教育程度老人易有寂寞感。此外，身體功能障礙，如中風、重聽、視力障礙、行動不便的老人，其寂寞感高，缺乏社會家庭支持系統及資源的老人也是寂寞的對象。

針對寂寞的問題，在照護老年人時，護理人員宜評估下述幾點：
1.老人之基本屬性評估。2.老人之社會隔離狀況。3.老人平日作何活動。4.個案是否有知覺感官障礙。5.使用寂寞量表。6.密切觀察個案進展情況及預防自殺行為。

在照護老年人時，護理人員則可提供如下之護理措施：
1.發掘個案寂寞之因素。2.提供老人表達寂寞之內心感受。3.鼓勵獨居老人與外界聯絡。4.鼓勵參與社區活動。5.協助老人取得感官輔助器材。6.鼓勵家人探訪。7.注意預防老人自殺。8.鼓勵兒女提供物品供老年父母在家打發時間。

無望感 Hopelessness

無望感是一種個體主觀感覺，當一個人感到無法解決問題或設定未來目標時即有此感覺。有學者認為無望感的形成是個體認為生活上有太多的事物需要處理，但主觀的情緒卻認為無法處理好，而導致個體冷漠的狀態。老人無望感與無助及無力有相當關連，多數老人在經歷配偶死亡後失去了生活的重心和共生之關係，而自覺生活無目標。造成老人無望感之因素有：罹患長期慢性病或功能障礙、不能解除之疼痛、無親無故(如無子女或已死亡)、及移居。無望老人因心理痛苦而影響其生活品質，加上身受慢性疾患之苦，可說是導致老人自殺的一個重要因素。

針對無望感的問題，在照護老年人時，護理人員宜評估下述幾點：
1.個案之自我感受。2.個案情緒反應。3.個案身上之生理症狀。4.個案移居後之生活適應。在照護老年人時，護理人員則可提供如下之護理措施：
1.提供個案表達機會。2.鼓勵共同思考解決方案。3.接受個案之想法。4.安排個案參與活動以增強其自信心。5.鼓勵家人提供協助。6.預防自殺及危險。

焦慮症 Anxiety

是一種緊張、心神不安寧的感覺，其原因常是模糊不清且不特定。焦慮也常被視為是一種潛在的威脅。焦慮依程度可分為輕度(mild)、中度(moderate)、重度(severe)及嚴重恐慌(panic)；焦慮症又稱焦慮性神經症，是以廣泛性焦慮症(慢性焦慮症)和發作性驚恐狀態(急性

焦慮症，其焦慮並非由實際威脅所引起，或其緊張驚恐程度與現實情況很不相稱）。以焦慮為主之情緒(臨床表現)則多半出現心臟、呼吸系統方面之症狀，包括頭暈、胸悶心悸、呼吸急促、胸悶、口乾、尿頻、尿急、出汗、震顫、手腳發冷和運動性不安等症等。

害怕 Fear

是對某一情況感到恐懼和擔心，在老年人而言或許是一種對即將發生的事及無知的未來感到擔心而形成的心理反應。正處於害怕之老人由於交感神經之作用也會有臨床生理症狀，包括瞳孔放大、口乾、顫抖、高血壓和脈搏及呼吸率升高、心悸、出汗、腹瀉、和頻尿情形。害怕通常來自許多未知的擔心，如擔心失去功能、失去記憶力、疾病纏身、家人事故、移居、失去親友等。

針對害怕的問題，在照護老年人時，護理人員宜評估下述幾點：
1.個案口頭表達的各種擔心事件。2.身體評估。3.個案焦慮情況。4.個案所處環境之安全性。5.評估個案的其他生理疾患以為防範。照護老年人時，護理人員則可提供如下之護理措施：1.提供個案表達自己感受害怕的機會。2.完全接受個案所提之害怕情況。3.移除可能導致害怕之原因。4.執行各種活動前先解釋清楚。5.與個案一同計劃未來安全照護。6.個案生理症狀之照護。7.鼓勵家屬參與照護。

慮病症 Hypochondriasis

據醫師指出，慮病症是精神官能症中的一種，主要因精神壓力引起對健康的悲觀詮釋，過度焦慮還會引起失眠症狀。慮病症患者容易與關係意念(idea of reference)連結，意即將某事件當作有特殊意義，並解釋為和自己有關，例如看見未經查證的健康訊息，就第一時間認為自己深受其害，隨著焦慮未緩解會逐漸擴大(reference spreading)，到最後只要發現有任何一點有關健康的疑慮，過度主觀的詮釋與偏見，就易讓自己陷入混亂(chaos)。即其可說是一種心理問題，一個人過度關心及擔心自己身體之健康情形，懷疑自己某處有異樣及有臨床主訴，但檢查無實質病變。最常聽到的主訴為消化及排泄方面的問題。寂寞老人及被置機構之老人因渴望兒女的關懷和探視，更常有慮病症發生。

對於慮病症的老人，臨床醫師認為此症狀要用對藥物，加上認知心理治療；以及適當的醫療介入，勿過度或輕忽。另，家人的關心

要適當節制，不要當成表達孝心而到處求醫，也不要誤認為裝病，斥責病人，才能在病人、家人、醫師的合作下改善患者的病情。

失落與哀傷 Loss & grief

失落感是多數老人所必須經歷的，失去親人、朋友、身體健康逐漸亮起紅燈、經濟能力、獨立功能、名聲、地位等，都是老人失落感之主因。而失落所伴隨而來的便是哀傷，哀傷是一個正常且自然的情緒，通常會讓人經驗到痛苦以及失落的反應。一般我們想到哀傷可能會連想到所愛的人或親人過世，但許多我們在生活中的失落經驗也會引發哀傷的情緒，也會造成生活明顯的改變。每個人在生命的某些時刻，都可能經驗到失落與哀傷。比較明顯的失落，相對的，也更可能引發較強烈的哀傷反應，而最嚴重的哀傷來自喪偶的痛苦。非功能哀傷(dysfunctional grief)之老人，將完全從社會退縮，關閉在自己的世界中，對周遭事件不感興趣，嚴重則可能連照顧自己的生活起居亦全面發生困難。

每個個體經驗到的哀傷與表達哀傷的方式是有個別差異性的。但不管是什麼反應，正在經歷哀傷的人，需要他人的支持。在旁幫助的照顧者需要了解他們可能展現之情緒、行為等各向度的程度範圍，接納哀傷者的行為反應，接著，了解哀傷的歷程也是很有用的。

死亡議題 Death issue

生死觀點其實是一種生命教育，透過思考後事與醫療處置，提醒自身要用心的活，並不只是制式的「交代」而已。許多人的生命路障是由疾病建構起來，從「病情告知」的選擇上，可以看出許多人面對死亡議題，態度與行為常常相互矛盾。對老人而言，透過其個人內在的生死經驗與主體性自覺，深入地作哲理性的思考與禪觀式的內省，直接與生命本身展開對話，則有可能對生死會有更上一層樓的領悟。

在探討死亡議題時，往往涵蓋死亡、瀕死、臨終(慎終)、殯葬(送死)、祭祀(追遠)、死後生命、前世來生...等。其中，醫護人員大多會根據 Elizabeth Kübler Ross 的臨終五階段論 (i)否認及孤離 denial and isolation、(ii)憤怒 anger、(iii)討價還價 bargain、(iv)消沉抑鬱 depression (v)接受 acceptance)思考與省察年長者面對死亡的想法與感覺。事實上，死亡的課題值得關切的部分有:1.死亡的原因(老朽、疾病或災禍?)。2.死亡的意義(休息之後再出發 Life without death is

unbearable.)。3.死亡的難題(能否善終而有尊嚴-得享五福：富貴、長壽、康寧、修好德、善終)。4.死亡的準備(預立遺囑、預知時至、發願往生、乘願再來...)。

安葬期待 Burial expectation

安葬是人類由來已久、緬懷紀念故人的一種方式，其中以土葬和火葬方式最為流行(在傳統觀念裡，多數人喜歡入土為安的土葬，不過台灣地狹人稠，近年在政府的大力提倡之下，很多人選擇處理較為方便的火葬，而海葬的觀念也開始被大家接受，另外土葬之後，台灣民間有撿骨的習俗，撿骨之後也有不同的安葬方式。火葬：是在出殯後，將靈柩移至火化場，舉行火化禮，家屬祭拜燒銀紙後，由子孫點火予以燒化，也就是「火化」。火化儀式完成後，家屬奉遺像或靈位回去，並連絡時間取骨灰，裝入金斗甕後，擇日安置於納骨塔內)。然而，隨著人類文明的進步，現代社會開始探索殯葬改革，安葬也出現多種方式，“生態葬”(是以「自然葬」處理身後事的方式之一。若把骨灰拋灑於大海，是為「海葬」。若將骨灰拋灑或植存於土地上，則稱之為「樹葬」或「樹灑葬」。由於自然葬與今人對「綠色地球」的環保意識相符合，所以很快地這一新式葬法獲得許多人的認同和履行)就是其中的一例。

對年長者而言，葬禮規劃不是大多數人會去想的事情，但面臨重要的時刻，雖然可能會感到不舒服，但人們應要著手規劃過程，葬禮涉及很多選擇，從棺材的類型、儀式服務及埋葬的方法，規劃過程使自已有機會清除自己的願望，並在透過做選擇的時間，提前將家庭成員的悲傷減輕。預先做妥善的選擇，可在最困難的時刻緩解情緒和財政對家庭成員的負擔，並與葬禮負責人員協調，以確保服務可達到年長者預期的成效。

角色混淆 Role confusion

是指個人無法獲得明確清晰的角色期望，或因無法形成完整統一的角色知覺而產生的混亂。與“角色衝突”(是指個人經常要求扮演與他們的價值體系不一致的角色，或同時扮演兩種以上相互衝突的角色)一樣，這兩者常是人們產生心理困擾的根源之一。老人必須適應許多可預期及不可預期的角色改變，如：退休、與兒女之關係、喪失功能成為依賴者，失去朋友親人等。老人常因處於多種角色改變而產

生角色混淆，此類老人會出現生氣、退縮、沮喪、否認、好管他人之事等症狀，甚至仍活在自己以往之世界中。

針對角色混淆的問題，在照護老年人時，護理人員宜評估下述幾點：1.個案是否仍活在過去角色中？2.個案與他人之人際互動為何？3.個案是否已退休，退休多久？4.個案子女是否離家？5.個案親人朋友是否剛過世？6.個案是否喪失其獨立自主之功能？照護老年人時，護理人員則可提供如下之護理措施：1.與老人建立良好互動關係，鼓勵兒女接受其角色改變之行為。2.幫助老人重建其生活目標。3.幫助老人培養興趣及嗜好。4.鼓勵老人多參與社交活動。

【影響老年人心理變化的因素】

一. 腦神經傳導物質的降低：

人類老化的過程中，部分的腦神經傳導物質，由於其前驅物質之合成酶(如:多巴胺 Dopamine、新腎上腺素 Nor-epinephrine、血清激壓素 Serotonin、膽鹼激素 Acetylcholine、的活動量減少而逐漸喪失，主要引起腦神經功能及心情的改變。甚至亦會影響老年人的判斷力，感官知覺的接受度降低，而容易產生錯覺，誤會別人，甚至對於事情的解釋錯誤而懷疑別人，導致疑心妄想，人際關係不良等，嚴重者形成退化型的癡呆症(Primary Degenerative Dementia)。

二. 社會角色改變(退休、喪偶..)的心理壓力：

工作職場上的退休意味著經濟收入的減少、自我掌控能力的減弱，人際關係的隔斷，權力地位的喪失，孤單、無聊，自我認同的迷惘與茫然。退休似乎剝奪了老年人的快樂和幸福，因為已經沒有事情可以做、沒有目標可以盼望，沒有對象可以去關愛。退休亦似乎將老年人的價值感與成就感埋藏了，對老人在生活適應、心理調適與社會關係上均產生極大的影響。因此生活的重心需要重新調整，才不會有生活目標的喪失感。

三. 生理功能的退化：

隨著年齡增加外表逐漸地發生改變，生理功能的退化也逐漸表露，所以年老人對於強身保健特別關心，如何可以更健康或更長壽往往成為老人們閒談的主題。有些老年人對身體健康顯現過度的焦慮，表示老人對未來無能的恐慌。行動或思考上力不從心的感受，大大的損傷一個人的自尊，因而感到對自己的不滿。有時老人無法接受衰老的事實時，會自然的採取自我防衛的措施。如不願意人家說他老，不願承認年老而產生的容貌及體型的改變，有些人會變得比較幼稚，依賴，無理取鬧，自我中心，不能體恤別人，甚至成天這裡痛，那裡不舒服，似乎活得很不愜意。(相關老年生理功能及其退化情形，詳見上年度之教材彙編)

四. 身體心像 (Body Image) 的改變：

年老時在外觀上與年輕時會有很大之差別。老了頭髮會變得斑白稀疏，身材變為肥胖或短小，皮膚產生許多皺紋，自尊心隨著時間之變遷也會改變。通常個體在與他人的互動中，會猜想他人對自己的看法，以他人角度反觀自己的行為表現，而形成對自己的看法與評價。此外，他們可能會認為自己太老無法學習而影響對自己的評價與信心，表現出低落的自我概念，並可能因此減少參與社會活動而造成社交隔離。

五. 面對死亡越近的事實：

老年人眼見親朋好友一個個地消失在世界上，亦由不得地想到自己還剩餘有多少的年日能夠存活在這個世界上？倘若自己消失在這個原本存在的世界上，是不是一輩子的辛勞努力所塑造，建立好的「自我完成」Self-fulfill，「自我實現」Self-actualized的成果將要隨著生命的不存在而消失？因此，面對死亡的日子越來越逼近的壓力，老人會出現懷舊的心境與行為，這是潛意識使用「退化」的心理防衛機轉來解決內心對死亡的恐懼及壓力的表現。通常老年期對死亡的恐懼，其中之一是害怕親人離去後（尤其是配偶）的孤獨無依；另外就是對於死亡背後未可

知的害怕，對老年人而言，親人離去的影響不啻為“心靈地震”，情感失落與生命恐懼的雙重壓力，給老人帶來巨大打擊。當一個人瀕臨死亡時由於這種恐懼及矛盾往往陷於極大的痛苦，此時非常需要親人給予安慰與愛的表達。

有些人則會變得比較幼稚，依賴，無理取鬧，自我中心，不能體恤別人，或時常埋怨這個，不滿那個，批評這裡，怪罪那裡，甚至成天這裡痛，那裡不舒服，這樣不對勁，那樣也不好，似乎活得不很愜意，全身檢查也沒什麼大毛病，就是整天唉唉叫。這些都是面臨壓力的時候顯意識裡所運用的投射、內射、退化等新裡的防衛機轉來保護自我的強度〈ego strength〉，藉以逃避或解決壓力的威脅。

目前台灣已是老年化的社會，每天都無可避免的與年長者接觸，當我們談到老年人心理健康問題的時候，首先我們需要明白一點，我們需要瞭解自己，我們需要認識自己，在一個人步入老年這個人生階段的時候，那麼會發生哪些心理上的變化(反應)? 老年人的心理活動(反應)有些什麼特點? 茲將老化心理反應的類型及老化心理反應的特徵說明如下:

【老化心理反應的類型】

在談到這個問題之初，首先要對老年人的心理狀態，有一些認識。雖然，每個人的差異性是非常大的，但一般而言，老年人都有一些共同的心理特徵，其中有正面的，也有負面的。一般分類如下:

一、負面心理：

失落、哀傷、空虛、不滿足感、懷疑自己的價值、不喜歡自己、憤怒、憂鬱、常以成年期的價值觀來衡量老年、越頑固保守越難適應。

二、正面心理：

了解及接受生命的必然事實，面對及積極行動、找尋新的有意義、有價值的人生、學習豁達的、多面的觀點、體驗滿足和享受、學習改變、更新…。

上述正面的表現，老年人在經歷了大半生的生活之後，其閱歷豐富，智慧成熟，遇事較表現穩重、沈著，所謂「處變不驚」，

或是「老神在在」，因為大風大浪的遭遇，世態炎涼的心情世事，均可造就了所謂長者的看法，也許有人稱之為保守，這種特質若能適度發揮，則可制衡「輕率」與「衝動」，而發生「安定」之作用。

就另一方面而言，老年人的心理也有一些負面的表現，如：孤僻、不安、寂寞、憂鬱、多愁善感、憤世嫉俗等，這當然也是由於人生之經歷際遇，其不如意者常十之八九，歲月的風霜，往往是形成的原因，雖然每個人的身心、家庭、環境、遭遇各有不同，但當年華老去，空閒的日子多起來的時候，這些心情乃禁不住地油然而生。對於一些事業成功的人而言，或許表現的不明顯，因為他能保持不斷的努力，使其工作或事業不斷地發展，讓他(她)覺得自身的重要性，有被需要的價值感，那麼他的心理就會比較有成就感，也比較能獲得滿足。但是如果事業失敗或是家庭變故，將會使其面臨嚴重的打擊與挫折，那麼前述的負面心理特徵將會一一顯現出來了。

通常，負性想法包括有不是全有就是全無(即不是黑就是白的想法，沒有中間灰色地帶的想法)、以偏概全(即一件小事做錯則全盤皆輸的想法)、把正向性的事變質(即明明是好的事，經常用謙虛解釋轉變成負向不好的事)、早下結論(即常常臆測別人的心理，或把自己常當成算命先生預測將來不好的事)、加強負向而輕忽正向事(即常用放大鏡來渲染負向的事，反而用縮小鏡來看淡正向的事)、情緒化解釋(常用情緒化的字眼來解釋事情)、常用應該或一定的字句(常用我應該或我一定如何如何的想法就會給自己無形的壓力)、常冠不好的名詞在自己身上(當做錯事時常冠上一些錯誤的名稱如我很笨不適合做這工作或我是豬老是做不好等)、常歸疚自己(把不相干的事要自己負責以致常有自責的想法。有心理壓力的人都應檢視自己有那些負向性的想法，並要去除這些負向的想法而以較中性及正向性的想法來取代，才會減輕自己的壓力。

【老化心理反應的特徵】

一般說法，人們社會互動的頻率隨著年齡的增加而減少，加上生理機能的逐漸退縮，使老年人在日常生活上趨向於孤立。老

年人變得過分關心自己，使老年人易患「慮病症」。畢竟心理老化的表現千變萬化，心理學家歸納出如下變化較明顯的特徵：

- 1、感覺、知覺衰退。眼睛老化，聽力不如從前，味覺遲鈍，以前很好吃的東西現在感到淡而無味。
- 2、記憶力衰退，熟人的名字老是記不起來，讀書前看後忘，常記不起隨手放的東西。表現出來有某種選擇性的下降。對於早年的事情記憶比較清楚，對於近事，最近發生的事情記憶力比較差，尤其對於最近認識的人名有困難。
- 3、想像力衰退、理想逐漸喪失、幻想也越來越少。腦子晚上不如上午清醒。對新鮮事物缺乏好奇心。
- 4、言語能力衰退，講話變得緩慢而囉嗦。
- 5、思維能力衰退，不容易集中注意力思考問題。學習新事物感到吃力。
- 6、情感變得不穩定，較易動感情和在感情上被人同化，還常常流淚。遇到困難，不像以前那樣鎮定自如。經常會有莫名其妙的焦慮感。
- 7、意志衰退，做事缺乏毅力，喜歡憑老經驗辦事，喜歡談論過去的功勞，對任何事情缺乏強烈的探索精神。
- 8、反應能力下降，動作不如從前靈活，對事物不如以前敏感。
- 9、興趣愛好減少，不容易接受新事物。因為老年人意識到自己的衰老，意識到自己身體和心理各方面的功能進入老年化。他覺得當有新鮮的事物發生的時候，他接受起來，適應起來需要一個過程。
- 10、遇事願意自己處理，不願意麻煩別人。但是老年人又不願意孤獨，而且老年人比較擔憂，比較恐懼孤獨。這個反映了這樣一種又願意獨處，又害怕孤獨，又不希望別人照顧自己，不希望麻煩別人，又希望得到別人的關注，這樣一種心態。
- 11、性格比同齡人更容易受疾病、心理和社會因素的影響發生變化。性格易變得暴躁、易怒、情緒低落、憂鬱、孤僻、焦慮不安、不近人情。
- 12、自我中心加強。我們會看到很多老年人，在年輕的時候忽略了自己。而且很多以家庭和事業為重的一些老年朋友，到

了老年的人生階段以後，往往覺得別人對自己不夠關心，需要別人多關心。很多老年朋友，當他們比較孤獨，比較寂寞，或者情緒比較低落的時候，他們覺得自己到了人生的最後一個階段，他們經常要回顧自己過去的生活。老年人自我中心加強實際上他就是呼喚一些關愛，並不是說你非得要給他多少錢，非得要伺候他做多少事情，實際上他要的是一種關注和愛護，他並不需要很具體的東西。

- 13、情緒容易發生明顯的變化，一方面是對一般刺激趨向冷漠，喜怒哀樂不易表露，或反應強度降低。遭到重大刺激，情緒的反應卻特別特別強烈，難以抑制。遇事容易急躁。有的時候老年人想要一個什麼東西，那個心情急迫的衝動，不亞於小孩。我要那個，我要那個，你趕緊給我。
- 14、敏感多疑，常把聽錯、看錯的事當作對他的傷害而感到傷心不已。
- 15、對社會的變化疑慮不安。就是他特別擔心社會發生巨變，因為當一個社會發生巨變的時候，老年人已有的價值系統和經驗系統，就難以解釋當前的這些巨變。而他需要建立起一套新的經驗系統，這對老年人來說就要發生很大的困難。易產生孤獨感，性格由外向轉為內向，深居簡出，懶於交際。
- 16、產生衰老感和死亡感。容易自卑。主要是感到自己老了，不中用了，自卑情緒也就隨之而來。
- 17、習慣心理頑固，受長年累月的生活習慣與工作習慣所決定。好固執己見。因為老年朋友有比較長的人生經歷，有豐富的人生閱歷和經驗，所以他們特別希望用自己的人生經歷來實踐、證明有效的東西，去指導和教育自己的子女和年輕人。
- 18、個性心理特點明顯，人的個性心理特點是在社會實踐中形成的。老年人比起青年人與中年人更顯得個性化。例如，頑固地堅持自己觀點和習慣，不贊成別人的意見和看法。

「世界衛生組織」認為心理健康比身體健康的意義更為重要。宜多加關注及審視，並將測定「心理老化」的 15 個問題列表如下：

1.是否變得很健忘？	2.是否經常束手無策？
3.是否總把心思集中在以自己為中心的事情上？	
4.是否喜歡談起往事？	5.是否總是愛發牢騷？
6.是否對發生在眼前的事漠不關心？	7.是否對親人產生疏離感，甚至想獨自生活？
8.是否對接受新事物感到非常困難？	9.是否對與自己有關的事過於敏感？
10.是否不願與人交往？	11.是否覺得自己已經跟不上時代？
12.是否常常很衝動？	13.是否常會莫名其妙地傷感？
14.是否覺得生活枯燥無味，無意義？	15.是否漸漸喜好收集不實用的東西

另有心理學家把人未老先衰的心理行為表現，稱之為"心理老化症"，其表現有以下十種：

1. 競爭意識退化、沒有創新思路，常感到空虛乏味。
2. 面對現實生活，常唉聲歎氣、自覺落伍。
3. 對個人與他人的反應異常，容易產生疑慮。
4. 固執己見，自我中心，獨來獨往，我行我素。
5. 性格孤僻，易暴易怒，怨天尤人。
6. 思維遲鈍，處理事情常束手無策。
7. 欠缺理性，感情用事，容易曲解他人好意。
8. 情緒恍惚，感情脆弱，情緒"兒童化"。
9. 常感精力不足，常靠酒、茶來提神助勁。
10. 辦事效率低，記憶力退步，優柔寡斷，缺少朝氣。

整理歸納後，有關心理老化的表現特徵有所謂的「3L 說法」：

- 1.失去(Loss)—death of friend , relative ,job, health and control
- 2.孤獨(Lonely)—decrease social network
- 3.低度尊重(Low level of respect)

【老年期常見的心理調適問題】

大部份人在經過大半生的歲月後，當其面臨退休的階段，心理必會產生重大變化，有些人固能坦然交棒給下一代，而如果自己身體還好，可尋求另一階的成就，所謂第二春，首先，在日常生活的安排上，老年人應安排好退休生活，繼續學習或做些力所能及的工作，多參與老年社交活動；適當運動。當然更可以將成熟的智慧與經驗，傳承給年輕人，尋找適合於自己的社會公益活動，或慈善性，或宗教性，其目的在追求精神生活的價值與成就感，能如此，當然是最理想而健康的，但事實上並非所有的老年人都能如願的，因為有的人健康上不允許，或其他環境上有困難。無論如何，對於絕大多數的老年人，都要有心理上的調適，無論是教育他（她）使其自我調適，或輔導他（她）使他（她）逐漸適應現實。

在心理調適的問題中，**群族的認同**是一個很值得重視的問題。人類本來就是一種群體動物，社會之組成就是由許多族群聚居而成，對於老年人而言，且泛稱之為銀髮族，當其群集時必產生一些利害與共的感覺，使彼此更形親近，因而就有許多長青社團，老人大學之類的組織活動，當然大家又可依興趣、信仰、愛好之不同而參加若干次團體，如書法、繪畫、音樂、太極拳、外丹功...等不同社團活動，如此不僅可使其生活更多采多姿，更可對祥和社會有正面作用，這也是我們所樂意見到的健康的老年人精神生活。

整理歸納後，高齡者的特殊心理特徵及障礙現象可表列如下：

特徵類別	障礙現象
焦慮	1.擔心意外事故，沒有安全感
	2.煩惱被侵犯，迫切需要領域感與自尊
沮喪	1.常有被人忽視的感覺，希望被關懷
	2.自認沒有生命價值，希望再貢獻自己的力量
記憶衰退	1.空間感無法連續，容易迷失方向
	2.缺乏時間感，往往忘記未完成事物

念舊	1.眷戀熟悉事物，重視與過去之關連
	2.抗拒改變自己，去適應新的環境
孤僻	1.希望獨立自由，不受拘束
	2.空閒時間長，獨處狀況多
冷漠	1.興趣僅限於身邊事物
	2.不易擴大與近鄰之交往
嘮叨	1.和自己相關事物之滿意度
	2.不便之處，容易經常抱怨
自我表現	1.喜歡展示自己過去之得意事物
	2.喜歡自我陶醉，不在乎別人的看法

【老年期常見的心理精神疾病】

而在了解前述老化心理狀態外，更要進一步認識其所面對的生活適應不良現象，及影響其精神生活的如下問題：

(一)憂鬱症：

患者會出現明顯的情緒低落、悲傷絕望的感覺，對事物缺乏興趣，睡眠及食慾的改變、疲倦感、身體諸多不適但檢查無明顯障礙、動作遲緩、智力功能減退、坐立不安、自責或罪惡感、自殺想法及企圖。其中常見之高危險群包括有鰥寡廢疾者，例如喪偶、中風、殘障等重大疾病、憂鬱症及曾有自殺行為者，必須多加注意。

憂鬱症有這麼幾個方面的原因：

第一個就是非邏輯的思維。

當一個人採取一種非理性，非邏輯的思維方式看待自己的生活，看待周圍的事物和其他人的時候，就很容易產生憂鬱症。

第二個就是在潛意識中的一些過去壓抑的事件。

就是在我們以往的生活當中，有一些挫折，有一些創傷，有一些消極的生活事件，作用於我們，在我們內心裡產生了一些陰

影。由於我們年輕的時候，或者成年的時候，或者在早年青少年的時候，我們那時候還有很多其它的事情，而且經歷了多麼多年，這樣一些事情在我們腦子裡已經不清晰了，但實際上它還存在於我們的內心裡，存在於我們的潛意識裡，它會或多或少對我們的行為有影響。

第三個憂鬱症產生的主要來源，就是生活意義的失去。

我們大家都知道，人生活就是要獲得一些意義的。當一個人覺得他生活沒有意義的時候，這個人的心理狀態就會陷入很消極的狀態。我們知道，有一些人，他們患了憂鬱症，跟他談話你就會發現，在他眼睛裡任何東西都沒有意義。所以我們人生活裡邊一個重要的內容，就是我們要通過自己的努力，發現自己的生活還是有意義和有價值的。

第四個憂鬱症產生的原因就是環境和個人經歷的不良作用。

就是我們自己的周圍環境，比如家庭、鄰里親友，中間有一些人，他們跟我們有不可調和的衝突，對我們有一些不良的作用，或者有一些攻擊和傷害，在這樣的情況下，長輩們也容易產生憂鬱症，如常見的婆媳關係問題便是一個例子。

高齡者的憂鬱症增加與現代社會變遷、得不到適當尊重、及支持有關，尤其，一些高齡者在「吃飽等死」的悲觀論調下，促使個人的憂鬱更加嚴重，更容易自卑及沒有信心。

(二)老年失智症：

目前台灣六十五歲以上老人大約有 180 萬人，其中患有失智症者約有 2%，隨著年齡的增加，罹病的比例也愈高。是一種非正常的退化性腦部疾病，由於腦部功能逐漸衰退，患者的思考能力減弱，記憶、理解、語言、學習、計算和判斷能力都受影響，性格亦可能有所改變。

最常見的失智症類型是阿茲海默症，阿茲海默症患者佔所有失智症患者人數的 50% 到 70%，其他常見的種類還包括血管型失智症（佔 25%）、路易氏體型失智症（佔 15%）、以及額顳葉型失智症（frontotemporal dementia）。國人則以血管性失智症居多，其次是「阿茲海默氏症」。失智症成因很多，70% 原因不明；少數病例則是因中風和新陳代謝問題等引起，另有少部分

的失智症起因於家族遺傳。據了解，同一個人可以同時得到超過一種失智症。

在精神疾病診斷與統計手冊第五版（DSM-5）中失智症被視為一種認知障礙（neurocognitive disorders），並再依其嚴重程度分類。失智症的診斷通常根據患者的病史，以及經過一系列認知衡鑑（cognitive testing）與醫學影像檢查，並搭配抽血檢查，來找出可能的病因。簡短智能測驗是其中一種常用於初步評估的工具。預防失智症的方式，主要是減少常見的風險因子，比如說高血壓、吸菸、糖尿病、以及肥胖症等。目前並不建議全面進行一般民眾的失智症篩檢。

主要的症狀是近期記憶力減退，其他的認知功能也變差，有時會有情緒不穩定、易怒、疑心，認為配偶不貞、家人要圖謀其財產等精神病症狀。失智症之症狀也包括人格或行為改變。很多最後診斷為失智症的個案在住院初期時出現過激烈的混淆症狀。

※ 一般而言，照顧失智症老人之護理目標在於：

- (1)發揮潛能，維持健康功能與獨立生活功能
- (2)適當的運用社會支持資源
- (3)提升老年人之自尊與自我概念
- (4)提升老年人之自我控制感
- (5)預防老年人自傷或傷人
- (6)提供老年人及其照顧者健康照護之教育課程
- (7)鼓勵並增強家庭成員或其他照顧者參與照護措施
- (8)鼓勵老年人參與老年團體增進調適因應能力

※ 照顧失智症老人之護理措施則有：

- (1)情緒的調適與管理
- (2)健康生活與壓力調適
- (3)自我價值與自我統合
- (4)應用團體提升老年人精神健康功能

※ 照顧失智症老人之特殊護理措施如下：

- (1)生涯回顧治療
- (2)懷舊團體
- (3)放鬆治療

(4)支持及諮詢團體

(5)幽默感之應用

※ 以阿茲海默症為例，其治療與居家照顧重要原則及作法為：

(1)提供一個熟悉而穩定的環境

(2)給病患一個固定、有結構的日常生活作息表

(3)給病患日常生活功能方面的認知訓練(放日曆、時鐘、讀報等)

(4)注意安全

(5)矯正視力、聽力

(6)給予病人的訊息或要求應簡單化、單純化

(7)縮小其選擇(如：二選一)

(8)適度的刺激

(9)持續病人所熟悉的技巧(如家務)

(10)不正面對質與衝突，不直接批評或當面指正

(11)病人有挫折感、憤怒情緒時，可以分散其注意力

(12)預防及處理漫遊、迷路

(13)協助金錢處理

※ 對阿茲海默症照顧者的建議

(1)以友善、關懷、溫和的態度對待病患

(2)有耐心，不要因為患者動作慢而催促他

(3)照顧者要了解病人出現之精神行為問題並非故意針對照顧者，而是失智症疾病本身所致

(4)因為失智症病程是逐漸退化的，故照顧者要接受病情變壞是會發生的

(5)要嘗試了解患者未來會發生哪些問題

(6)讓患者參與每天的日常活動

(7)關心自己的需要，了解自己的極限，必要時尋求幫助來獲得喘息的機會

(8)讓病人有實質選擇的機會，感覺自己有控制權

(9)讓患者感覺到他是仍是有用及重要的

(10)接受家人或朋友的幫忙

(11)要適度紓發自己的情緒

(三)譫妄症：

此症多發生於身體、大腦有病變，開刀或住院時，患者以注意力無法集中，有時激躁，有時嗜睡，並出現短暫的精神病症狀。老人也可能因其他藥物、手術、感染、睡眠不足、飲食不正常、脫水、換住處或是個人危機而有智能改變之症狀，症狀類似精神病或失智症

譫妄在老年族群中是一常見卻容易被忽略的症候，其具有跟心肌梗塞或敗血症相同的高死亡率，在失智老人更是常見。常見症狀有注意力不集中、無結構性思考與急性波動性的意識改變。診斷譫妄需要醫護人員定期評估老年病患的意識狀態、注意力與認知功能，並對每位高風險老年病患提供個人化的預防措施，以降低譫妄發生率。而病人本身的狀況、使用的藥物與環境都會造成譫妄。目前已知的疾病機轉包含神經傳導物質調控異常、發炎、急性壓力與神經元損傷等四種。在疾病診斷方面，失智症、精神病或憂鬱症容易與譫妄產生混淆，尤其是低活動度型的譫妄，更不容易區分其差異。譫妄處理應以預防為主，入院後需立即評估認知功能與意識狀態，且定期追蹤認知功能，以利早期發現與處理，進而減少譫妄的發生及後續的後遺症。

譫妄的表現有好幾種，其症狀具多樣性(詳見下段之附表說明)，在臨床照顧方面，醫療照顧團隊常利用精神運動活動狀態(psychomotor activity)做為譫妄分型的依據，可分為如下四種:

- (1) 高活動度hyperactive(佔10.3 -22%)
- (2) 低活動度hypoactive(佔19 -46.4%)
- (3) 混合型mixed type(佔12 -52%)
- (4) 正常精神活動程度normal psychomotor activity(佔7 - 31.3%)

研究指出，低活動度譫妄死亡率是最高的，原因可能跟容易被醫護人員忽略，導致處理時效被延遲有關。

一般而言，治療譫妄症的方法包括:

- (1)環境改善：在周遭環境中放置熟悉物品，以燈光調節、時鐘及日曆等來強化感官的接收。
- (2)減少環境刺激（如收音機、電視），保持舒適安靜的環境。

治療引起譫妄之生理疾病

- (3)針對已出現譫妄的病患，建議以非藥物治療為主，除非患者有自傷或傷人行為，則給予短期、最低有效劑量的藥物治療，一旦症狀消失，也應評估停止使用藥物的可能性。

(4)給予抗精神病藥物，審視病患所服藥物之影響，如可能導致或惡化譫妄症者，應予於排除或降低劑量。

譫妄的臨床表現與特徵(附表)

急性發作且波動起伏的病程(Acute onset and fluctuating course)*
在幾個小時或是幾天內突然發生，症狀的嚴重度會隨時間改變，有時一天內就有明顯差異。
注意力不集中(Inattention)*
難以專注、維持或轉移焦點，有溝通與遵從口頭指示的困難。
無結構性的思考(Disorganized thinking)*
沒有組織、無相關性、漫談或無邏輯思考。
意識狀態改變(Altered level of consciousness)*
減少對環境的警覺程度或清醒程度受影響
精神運動障礙(Psychomotor disturbances)
譫妄的精神運動狀態可分為四類
高活動度(Hyperactive)：焦躁不安與容易驚醒
低活動度(Hypoactive)：嗜睡與大量減少活動
混合型(Mixed)
正常活動度
情緒障礙(Emotional disturbances)
可能出現間斷性恐懼、妄想多疑、焦慮焦躁、憂鬱冷漠、憤怒或狂喜。
認知功能缺損(Cognitive deficits)
多種認知功能缺損，包含失去定向感、記憶力缺損與語言功能損傷。
睡眠週期改變(Altered sleep-wake cycle)
白天嗜睡和夜晚失眠，常有分段睡眠或睡眠週期日夜顛倒的問題。
知覺障礙(Perceptual disturbances)
產生錯覺或幻覺

*為混亂評估方法 Confusion Assessment Method(CAM) 的內容

【健全老年人的心理衛生】

就老年醫學的觀點而言，有不少老年人罹患上述老年性之精神疾病，而這些人需要花費了龐大的人力財力去克服困難，解決問題。如果我們能事先加以預防，加強其心理衛生，自可減少精神疾病之發生，為整個社會節省下許多的人力財力資源，所以這實在是非常重要的重點工作。

老化既是無可避免的生命過程，我們就應正確地讓老年人認清真相，面對其身心的變化，使其有「自知之明」，健康其心理的衛生，鼓勵及早進行生活規劃，在年輕時即應培養個人之嗜好與興趣，在年歲日長之時則更鼓勵其參與社會活動，儘量減少依賴，克服其心理上之孤僻、憂鬱、不安、哀傷、怨恨等不平心理，而這些作為有賴個人、家庭成員、社區心理人員、家庭醫師等之通力合作，不斷地諮商、協談、教育、輔導、疏解...全力予以心理支持，重振其人際關係信心，使其回歸人群社會，關懷他人，發揮愛心，使其願意提供豐富的人生經驗，傳承給後人，使其深切感受生命的偉大，進而得以安享落日餘暉之黃昏美景。

聯合國在 1991 年通過『聯合國老人綱領』，提出了『獨立、參與、照顧、自我實現、尊嚴』五個要點。基本上這五個要點也正是銀髮期的心理調適的目標：（一）獨立（二）參與（三）照顧（四）自我實現（五）尊嚴。另聯合國在 1992 年又發表『老化宣言』，希望創造一個不分年齡，人人共享的社會。甚至將老人尊稱為資深公民，這不僅含有尊重各年齡層，間接也是尊重銀髮族，同時引發各年齡層間的相互同理心、相互尊重與關懷，在這種友善氣氛的環境下銀髮族更會感受到社會環境的友善與心理的舒適。

所以，銀髮族在心理上應如何調適呢？首先要了解老年期老所造成的生理衰退是一種自然現象，勇於接受它。此外，對於一些傳統的觀念也要做某種程度的修正（如養兒防老的觀念），而以老年人獨特的經驗、老成、謹慎、謙虛、彈性不惹人嫌之特性，及勇於和年輕人分工合作的精神積極參與外界活動，才能適應老年生活，提高生活品質。茲以條列的方式說明調適方法如下：

- 1.提高認識「心理老化」的危險性
- 2.建立積極的人生態度

- 3.樂於學習，積極用腦
- 4.隨時調節情緒至最佳狀態
- 5.永遠對人生和大自然充滿好奇心
- 6.豐富生活內容，培養多種興趣
- 7.經常動手，活動身體
- 8.懂得生命哲理

總之，重視老人心理衛生之目的，即在促進老年人健康的精神生活，減少精神疾患，而凡此種種之問題，則須經由全民之參與投入以及政府的重視與共同努力。不僅要教育每一個人，進而衡量其家庭之特殊狀況，研究如何減輕家庭與社會之負擔，配合適當的醫療設施與理想的福利措施，以務實的態度，面對困難，與當事人、家人、社工人員、醫護人員共同合作，尋求克服難題之道。在人類文明的社會發展中，將來的演變，有時頗難預測，而我們要在變遷的環境中，追求使老年人在有尊嚴而安祥地度過生命中最後的歲月，這實在是我們責無旁貸的職責。

【老人心理照顧之道】

正因為延緩心理和社會性衰老最重要的條件是熱愛生活，以積極的態度和人生信念安排自己的時間。可以參考的做法如下：

1.保持積極的精神狀態：

積極的精神狀態，比如進取心、希望、理想等，對老年人防止心理衰老、保持心理健康具有重大意義。一個人有了進取心、理想，並充滿希望和奮發向上，就能老而不衰，充滿活力。相反，如果沒有進取心和理想，並充滿失望，就會加速心理衰老。當然，老年人往往會遇到許多不稱心的事情，如自己多病、老伴去世、有些事力不從心等。如果老年人一味地把現在與過去年輕時相比，就會越比越悲觀，甚至會覺得人生無味。因此，老年人最好正視現實，嚮往未來，少回顧過去，並可以多看一些喜劇性的節目，多參加一些愉快的聚會，"笑口常開，笑臉常駐"保持沉靜樂觀，愉快知足，莫說人非，避免老氣橫秋。同時，不斷地培養自己的意志和自信心，不斷地與自我頹廢的心理狀態作鬥爭，應該做到人老心不老，應該積極地追求生活目標，爭

取為社會做一些力所能及的工作，這樣就有精神寄託，可以排除煩惱和孤獨，並在晚年激起為社會做一番事業的理想和希望，始終保持一種良好的積極的精神狀態。

2.多用腦，勤思考：

大腦是主宰人體各器官的司令部，大腦的衰老，必然導致各個臟器的衰老，並且大腦對人類的知識、智慧和思維具有重大影響。因此，老年人更要多用腦，勤思考，使腦細胞和組織器官不萎縮。其實，只要有強烈的求知慾，即使高齡老人，仍能掌握新知識。因為老年人的理解力與判斷力不容易降低，容易降低的是記憶、計算能力。當然，在提倡用腦的同時，必須強調要合理地、科學地用腦，而平時起居有常，生活作息有規律，對保護大腦的健康是十分重要的。

3.參加體能鍛煉：

體能鍛煉不僅可以改善和加強老年人的生理功能，增強體質，增加抵抗疾病的能力，而且還可豐富晚年生活，增添生活樂趣，使精神振奮，心情愉快，提高信心，增加主動積極地安排好晚年生活的勇氣和興趣，從而增強老年人的心理功能。但是，體育鍛煉選擇的項目一定要適合自己的體質狀況，否則害多益少。體育鍛煉要持之以恆，三天把漁，兩天晒網是無濟於事的。

4.處理好人際關係：

對老年人來說，最重要的人際關係乃是家庭關係。在家庭中，生活中家庭成員應和睦相處，感情融洽。老人對子孫既不能過嚴，也不能溺愛；既要重視他們的智育，又要重視他們德育和美育。老人要以自己良好的世界觀、道德情操、生活作風等影響自己的小輩；而小輩則要從老人身上學習優良的傳統及可貴的經驗，並要充分理解老人的心理狀態，尊重、體貼、愛護和照顧老人，這樣才能使老人更好地、興緻勃勃地為社會做些有益的工作，進而也推遲了老人的心理衰老。音樂茶座、電視新聞、眾多的書報及各種運動等，所有這些，都足以使自己充實，心理自然健康。

由上述作法可以了解，保持積極的生活信念，是延緩心理衰老的有力武器。做到用腦養生，如讀書、看報、書法、繪畫；勞動養生，

從事力所能及的家務勞動，養花種草，生活自理；運動養生，參加適合自己的體育活動；社會活動養生，不要封閉自己，要關心社會，結交朋友。

另亦可參酌以下之說法：

一、 加強老人的社會支持(Attachment promotion)

老化過程中，老人最普遍的經歷是多重失落，如失去健康、財力、朋友等，老人的社會網絡可能會縮小許多，由於老人在老化過程可能失去長期可以依附、可以信賴、和傾訴的對象，如何為老人找到這類依附的對象對於老人的生活適應更是不可或缺，強化家人的聯繫、建立志工長期的訪視，這些都是強化依附的良方。親人好友若是無法與老年人居住在一起，至少也要多來關心、探望他，是幫助老年人度過孤單寂寞晚年的最好社會支持，使他有足夠的信心與希望繼續存活下去。老年人亦應多參加社團活動、老年社、宗教活動等，可以接觸到更多的人際關係層面。社會支持可以滿足老年人「安全感」「愛、被愛與歸屬」「自尊心與價值感」的心理需求，使他渡過一個又喜樂又幸福的晚年。

二、 找尋往日因應壓力的方式(Coping skills review)

老人必須從生命的回顧之中，學習接納過去的遺憾，肯定過去的貢獻。從回顧中找到過去使用過、有效的因應壓力和解決問題的技巧。

家人可以提供老人回顧生命的機會，提示「你印象最深刻的事」、「你感到最傷心的事」、「你覺得最高興的事」等等。老人如果有重複述說的習慣，不論如何，聽的人需要容忍和接納，可以肯定她（他）的貢獻。如果說到遺憾之處，可以安慰說已經過去，而且已經盡力了。提到生命中的難題，可以探究過去他是怎麼應付的，如果他現在也面臨老年的壓力和問題，可以將過去應付的方式連結在一起。如：學習如何去放鬆自己及要有足夠的運動也是降低心理壓力的不二法門。

三、 紓解和抒發情緒(Emotional relief)

任何人經歷失落都必須將可能的情緒反應抒發出來，心理才會健康，親友可以提供老人抒發情緒的機會，聽老人抒發情緒的時候，必須要能夠表達同理心，可簡單歸納為幾個步驟：

- (一) 協助老人辨識老化的失落可能會產生的情緒反應：例如：因為健康狀況變差、失能、可能覺得失控和無力感，也可能覺得孤單孤立。
- (二) 將我們覺察到的感受說給對方知道：以「妳好像覺得...」、「妳似乎感到...」、「我聽的沒錯的話，妳感到...」的口語。
- (三) 接納，不輕易勸說和忠告：很多人聽到別人的感受，會很輕易的以自己的看法，想要勸告對方改變心意和感覺，例如：「不要傷心」、「你兒女不會拋棄你的」，這樣做只會讓對方覺得無法再溝通下去。
- (四) 注意情緒感受和行為常常會不一致：如果沒有機會幫助他說出來，他可能會以生氣、指責等方式讓周圍的人覺得很難忍受，所以周圍的人必須瞭解這種情形，就比較容易體諒，最好是能夠提供老人說出感受的機會。

事實上，促進情緒健康的策略相當多，如：運動、光治療、音樂、按摩、身心療法、家庭療法、營養、社會支持、自主能力、正面體驗等。

四、找尋和重拾往日的樂趣(Recreational provision)

家人可以盡量鼓勵老人重拾往日的樂趣。也可以鼓勵老人參加各種活動方案，除了協助或提供身體上的照顧之外，訪視、關懷和提供相關的活動，都會成為老人生活中很重要的「期待」和「盼望」。更應鼓勵老人多參與宗教活動，因其會比年輕人更能從聽道理的心靈層面轉化成外在表現的付出行動，不只是聽道理，也行出了道理。

五、重建自我概念(Self-Concept reconstruction)

老化引起多重的失落，不少失落會衝擊到老人的自我概念，「自我概念」指的是「我是誰」的一種認定或看法，這種看法可能會影響一個人的情緒和行為，例如：失去健康或活動能力可能使老人的自我概念從「我是一個健康的人」轉變成「我是一個中風癱瘓的人」，心情也可能從開朗轉為鬱卒，家人如果鼓勵

老人，強調「雖然失能，有大家的陪伴和鼓勵，一定可以克服失能的問題」，可以將這樣的話「我雖然失能，還可以善用還有的潛能」不斷的教導老人。雖然老人知道自己在世上的年日不多時，有多少的無奈與感傷，但是只要「盡人事、聽天命」心存感恩的心，好好注意保養身心的健康。當然，如果能夠讓老人有抒發情緒的機會，提供必要的陪伴和支持，自我概念的重建才會比較有效。

【老人面臨死亡議題應有之概念】

在遇到生命的消逝時，老年人應在家人配合之下積極宣泄感情、完成儀式，度過情緒消退期。但這個“生命”並不一定指親人朋友，有時候老人喜愛的花草、寵物的離去也會喚起老人內心對死亡的恐懼和對生命的留戀，引起強烈的反應。如何在老年期提供老人完整的生命教育，其內涵應包括提升生存的尊嚴與死亡的尊嚴，涉及生理、心理、靈性三個層面，以及快樂生活與愉悅死亡兩個方向，生死教育內容規劃重點應從瞭解宇宙生命真相、接納生命歷程記憶、規劃未來理想型態、圓滿如意結束一生等四方面著手：

一、明瞭宇宙生命的真相

人類生存在浩瀚的宇宙中，地球的生命歷程僅是宇宙生命修練旅程的一小段，應讓老人從天文學、物理學、航太科學等物質學科瞭解世界組成的具體現象，可以再進一步從靈魂玄學、宗教神學形塑他們內在的宇宙真相觀、天人份際觀、肉身靈魂觀、輪迴修練觀等內容，瞭解多元宇宙的觀念架構、上帝神靈與人類靈魂同源同性天人合一的流轉歷程、人體具備生理以及意識精神（心靈）運作系統達至心靈肉體雙元協調的奧秘、靈魂不滅的生命歷程，以及輪迴修練成為宇宙運作分子的生命真相。

二、悅納生命歷程的記憶

設計系列回顧生命歷程重要事件的問題，促發老人仔細思考評價過去人生已經完成的事件中，有哪些自己覺得滿意，值得讚賞的作法有哪些，有哪些並不滿意，有何種補救措施；有哪些想

做卻因某些因素未完成的重要事件，現今有那些方法可以完成未圓的夢想。鼓勵支持老人勇敢面對回顧生命歷程中所感受到的各種滋味與感受，肯定自己努力的成果，喜悅地接納許多歡喜成就與悲傷失落。

三、規劃理想型態的未來

提供老人規劃人生未來時所需的各種指導與協助，設計研習課程讓老人學習規劃確實可行的未來計畫，以及落實計畫時應考慮的重點，包括：現實限制與理想型態差距的縮小、所需資源的尋找與調配、障礙挫折的排除與調適等。逝者已矣、來者可追、精益求精、痛定思痛，趁著現今及往後還活著的時候，規劃有限的時間、精力與資源，集中在修正過去錯誤決定所遺留下來的後遺症，彌補完成過去未圓夢想的缺憾，貢獻時間心力於社會服務工作造福人群，散發自己剩餘生命光與熱積極關懷需要的人們。

四、圓滿結束如意的一生

協助與指導老人思考面臨死亡時應有的後事安排，包括瞭解並悅納人生畢竟無法事事完美仍有努力過後無法達成的事務，出發到想去的地方拜訪非常想念的親友，預留給親友的最後告別，臨終醫療照護的囑咐與決策，遺留財物的分配與捐贈，死後遺體喪葬事務的處置等。讓老人臨死之前無牽掛，在親友的陪伴與祝福中平心靜氣地等待死亡的降臨，圓滿如意地結束充實的一生。

【結論】

對老年期的早日準備，包括心理的調適、適當的生活活安排、規律的生活作息、接受體力和腦力的老化及培養新的嗜好、習慣，進而發揮所長。換言之，保有「退而不休」的心態，老年期仍可過得舒適及有尊嚴。而家人們亦應秉著「家有一老，如有一寶」及敬老尊賢的態度，多向老人家們請益，以減少人生經驗錯誤的發生。其實每個人都會面臨「耳順之年」的階段，若是早日加以準備，就可以從容不迫，安享天年。

如本教材內文所述，長者心理常常會有改變，像是記憶力衰退、反應力變慢、孤獨、寂寞和失落感，以及對身體健康的焦慮等都是常常會面臨的問題，子女以及陪伴者需要更體諒長者心境的變化，了解到老年人也需要旁人的關心和陪伴，而長者的心理也需要適當的調適，規劃自己的生活，維持良好的家庭及社會關係，積極發揮老年人的影響力，不管是分享自己的人生經驗，從事社會公益活動，像是幫忙社區失能老人，協助社區文物歷史的保存，讓年輕一代更了解生活環境的歷史和文化等，都可以讓退休後的生活更加多彩多姿。

此外，鑒於心理暗示對人類生理、心理的影響，無論晚輩還是老年人自身都應該淡化“老”字。還有雖老人與孩子情緒相似，但切不可把老人當小孩哄。應尊重老人，讓他們適度宣洩和求助，讓他們覺得自己有價值、有力量、很重要。這種方法能產生積極的心理暗示，使老人忘掉“老”字，發揮“銀髮力量”。

在心靈方面，增加與他人的互動，有虔誠的宗教信仰，以開放的心胸包容別人，都能讓自己心境平和。在此期望每位長者都能繼續提高自己的身心素質、尋求人生的意義、學習新知識，身心健康，享受生活，也能與下一代一起改善我們的老年照護環境，讓健康的長者維持健康，也讓體能衰退的長者能身心均安，安享天年，而能達到「人生七十不稀奇，活力滿滿迎古稀」的境界。

最後，在追求成功老化的目標上，可從從選擇最佳化補償模式的心理適應過程，或是社會提供活躍老化的機會，還是個人追求多面向的三元素去努力，這三種模式或概念都指出老年是生命歷程中的一部份，而非人生的終點。我們不僅不能歧視老年人，更要鼓勵老年人抱持正面的態度看待老年生活，持續參與家庭和社會活動。我們應鼓勵老年人利用過去生命中所累積的種種經驗、知識、能力與網絡，在老年生活中保持健康與獨立，保持愉快心情和維繫人際關係，參與社會事務，以及接受因老年帶來的生理功能上的減退，適應身體健康上的變化，著重心理上的適應與提升心理健康，並運用內在的適應與外在的資源，追求更好的老年生活品質。

【參考資料】

- 白名奇(2008)·記憶之癥:失智症的預防與治療·*健康世界*, 270, 18-26。
- 台灣精神學會(2014)·*DSM-5 精神疾病診斷準則手冊*·新台北市:合記。
- 台灣失智症協會(2015)·*103-150 年臺灣地區失智症人口推估報告*·取自
http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html。
- 朱哲生、葉慶輝(2010)·老人憂鬱症·*家庭醫學與基層醫療*, 25(6), 226-233。
- 吳正華(2009)·退休的意涵和本質·於詹火生總校閱, *老人退休規劃*(初版, 21-44 頁)·台北:五南。
- 李宗派(2012)·老人的情緒與心理保健·*台灣老人保健學刊*, 7(1), 1-32。
- 李香穎(2011)·從哀傷到復原-正向心理學的應用·*諮商與輔導*, 304, 28-32。
- 杜明勳(2004)·談靈性照顧·*護理雜誌*, 51(2), 78-83。
- 林藍萍(2007)·老人憂鬱情形:流行病學與防治策略初探·*台灣老人保健學刊*, 3(1), 53-64。
- 洪瑄墨、陳桂敏(2008)·關注高齡者之身心變化·*榮總護理*, 25(1), 1-10。
- 莊凱迪、游佳芬(2008)·老人憂鬱症·*台灣, 台灣老年醫學暨老人學雜誌*, 25(1), 1-10。
- 黃富順(2009)·高齡學習與健康促進·*成人及終身教育*, 23, 44-51。
- 黃惠琪、黃宗正(2012)·阿茲海默症精神行為症狀的藥物治療·*台灣醫學*, 16(4), 382-389。
- 劉 怡(2011)·自我概念與角色扮演·於徐亞瑛總校閱, *老年護理學*(三版, 20 頁)·台北:華騰。
- 劉川芳(2012)·學會和老人說話·*老人教育*, 2, 52。
- 簡玉坤(2004)·老年人心理壓力及因應之道:生物-心理-社會整合模式·*護理雜誌*, 51(3), 11-14。
- 蘇清菁、陳玉敏(2004)·無望感之概念分析·*長庚護理*, 201(4), 456-462。

- Ardelt, M., & Koenig, C. S. (2007). The importance of religious orientation and purpose in life for dying well: Evidence from three case studies. *Journal of Religion, spirituality & Aging*, 19(4), 61-79.
- César Leal-Costa, Sonia Tirado-González, Jesús Rodríguez-Marín, Carlos Javier vander-Hofstadt-Román(2015) . Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*.34:1-11.
- Crespo et al., (2013)Assessing quality of life of nursing home residents with dementia: Feasibility and limitations in patients with severe cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*. 25: 1687–1695.
- Eliopoilos,C. (2010). *Gerontological nursing*. China: Wolters Kluwer Health.
- Jonathan D. Darer et al.,(2015).Assessing the Quality of Death and Dying in an Integrated Health Care System in Rural Pennsylvania. *Journal of Pain Symptom Management*.50(3),343-349.
- Hall, S., Opio, D., Dodd, R. H., & Higginson, I. J. (2011). Assessing quality-of-life in Older people in care homes. *Age and Ageing*, 40:507–512.
- Merete Gregersen, Mette M Jordansen, Debby L Gerritsen(2015).Overall Quality of Life (OQoL) questionnaire in frail elderly: a study of reproducibility and responsiveness of the Depression List (DL). *Archives of Gerontology Geriatrics*. 60:22-27.
- Osborn, T.R., Curtis, J.R., Nielsen, E.L. et al, Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory: decision-making, control, and ICU atmosphere. *Chest*. 142:1185–1192.
- Taylor, B., Kermode, S. and Roberts, K. 2006. Research in nursing and health care: *Evidence for practice (3rd edn)*. Thompson: Melbourne.
- Young J, et al (2010), Delirium: diagnosis, prevention and management, *National Institute for health and Clinical Excellence(NICE)* .

<附錄一>

老人憂鬱量表 (GDS)

評量項目	是	否
1.你基本上對自己的生活感到滿意嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2.你是否已放棄了很多以往的活動和嗜好?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
3.你是否覺得生活空虛?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
4.你是否常常感到煩悶?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
5.你是否常常感到心情愉快呢?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6.你是否害怕將會有不好的事情發生在你身上呢?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
7.你是否大部份時間感到快樂呢?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8.你是否常常感到無助?(即是沒有人能幫自己)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
9.你是否寧願晚上留在家，而不愛出外做些有新意的 事情?(譬如:和家人到一間新開張餐館吃晚飯)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
10.你是否覺得你比大多數人有多些記憶的問題呢?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
11.你認為現在活著是一件好事嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
12.你是否覺得自己現在是一無是處呢?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
13.你是否感到精力充足?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14.你是否覺得自己的處境無望?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
15.你覺得大部份人的境況比自己好嗎?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

※備註：在圈圈處『○』勾選者予以1分。

※大於5分表示有憂鬱症狀；大於10分表示已達憂鬱之診斷。

<附錄二>

生活事件壓力量表

為生活事件與壓力程度的測驗。請仔細想想，以下列舉的生活事件在過去一年內是否曾經發生，請在「發生」欄打「O」並填上分數，將每一項發生事件的分數全部加起來即為總分。

總分：_____

表單的頂端

生活事件	事件壓力程度價值(分數)	發生次數 X 分數
配偶死亡	100	
離婚	73	
分居(婚姻)	65	
入獄	63	
近親或家庭成員死亡	63	
個人疾病或受傷	53	
結婚	50	
被解雇	47	
破鏡重圓	45	
退休	45	
家人的健康情形改變	44	
懷孕	40	
性困難	39	
家庭成員增加(新生兒降臨)	39	
事業再適應	39	
經濟狀況改變	38	
好友死亡	37	
換不同的工作	36	
與配偶爭執的次數改變	35	
房屋貸款超過美金一萬元 (註：數額依各地狀況改變)	31	
抵押品贖回權被取消	30	
工作職責的改變	29	

23.	子或女離家	29	
24.	與姻親發生衝突(或有問題)	29	
25.	個人非凡的成就	28	
26.	妻子開始或停止工作	26	
27.	學校開始或結束	26	
28.	生活起居、環境等的改變	25	
29.	改變個人習慣	24	
30.	與上司不合	23	
31.	工作時間或條件改變	20	
32.	搬家	20	
33.	轉學或重回學校	20	
34.	改變休閒習慣	19	
35.	改變宗教活動	19	
36.	改變社交活動	18	
37.	新增小額的貸款	17	
38.	睡眠習慣改變	16	
39.	家人團聚次數改變	15	
40.	飲食習慣改變	15	
41.	重要節日或假期	13	
42.	聖誕節(新年)	12	
43.	輕微違法(如交通罰單)	11	
總分			

分數解釋

低於 149 分	風險程度：一般 大約有 30%的機會罹患身心疾病。
150~299 分	風險程度：中等 大約有 50%的機會罹患身心疾病。
300 分以上	風險程度：較高 大約有 80%的機會罹患身心疾病。

*原出處為：Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

<附錄三>

認知功能評估量表

簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination ; MMSE)

於 1975 年 Folstein 及 Mc Huga 所制定，評估項目包括定向感、注意力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力等項目，評估過程無時間限制，滿分是 30 分，分數越高表示認知功能越好，答對一項給一分，總分若低於 24 分表示個案有輕度認知功能障礙，若低於 16 分則表示有重度認知功能障礙。目前被廣泛使用。

全民健康保險規定診斷為阿茲海默氏症病患藥品給付為 MMSE 10~26 分。

滿分 30 分	國中以上教育	國小	未受教育
	<24 分 輕度認知功能缺失	<21 分	<16 分
	<16 分 重度認知功能缺失	認知功能異常	認知功能異常

簡易心智/認知狀態量表(MMSE)

項目	最高分	分數	評分項目
一、定向感 (10)	5	()	1.時間(5)：幾年？幾月？幾日？星期幾？什麼季節？
	5	()	2.地方(5)：地方：縣市？醫院？病房？床號？樓層？
二、注意力 及計算能力(8)	3	()	1.訊息登錄(3)：說出三項名詞(例如：房子、汽車、蘋果)：一秒中說一項，說完之後，要求說出這三項名詞，說對一項給一分，請個案記住，等一下會再請他說出這三項名詞。
	5	()	2.系列減七(5)：由100持續減7，連續減五次答對，一個給一分。(93.86.79.72.65) 如果個案不會計算，則請其執行倒著唸「台南火車站」或「家和萬事興」或5個不連續的數字。
三、記憶力 (3)	3	()	請個案說出剛剛所提的三項名詞。
四、語言(5)	2	()	1.命名(2)：對筆及錶命名。例：(拿出手錶)這是什麼？
	1	()	2.複誦(1)：請個案覆誦：「白紙真正寫黑字」或「有錢能使鬼推磨」。
	1	()	3.理解(1)：給個案看一張上面用大字印著「閉上眼睛」的紙，請個案讀出來，然後照做。
	1	()	4.書寫造句(1)：請個案自己寫一句話。
五、口語理解及行為能力(3)	3	()	給個案一張空白無圖樣的紙，並且說「用你的右手拿紙(1)，對摺(1)，然後放在地板上(或再交給我)(1)」。一次說完這三個步驟之後再請個案執行。
六、建構力(1)	1	()	圖形抄繪(請個案將下列交疊的五角形描繪到一張白紙上) 

源自 Folstein, M., Folstein, S. E., & McHugh, P.(1975).Mini-mental state:a practical method for grading the cognitive state:a practical method for grading the cognitive state if patient for the clinical.Journal of Psychiatric Research,12(3),189-198.

備註：有 11 個題目，30 個答案，達對一題得一分，答錯則不計分，滿分為 30 分，分數位於 24 -30 分為認知功能完整；18-23 分為輕度認知功能障礙，0-17 分為重度認知功能障礙。

<附錄四>

簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)

姓 名: _____

日 期: _____

基本資料: 性 別 : 男 女

教育程度: 小學 國中 高中 高中以上

進行方式：依下表所列的問題，詢問長輩並將結果紀錄下來，(如果長輩家中沒有電話，可將 4-1 題改為 4-2 題)，答錯的問題請記錄下來。

錯誤請打 X	問 題	注 意 事 項
	1.今天是幾號?	年、月、日都對才算正確。
	2.今天是星期幾?	星期對才算正確。
	3.這是什麼地方?	對所在地有任何的描述都算正確；說“我的家”或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受。
	4-1.您的電話號碼是幾號?	經確認號碼後證實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重覆相同的號碼即算正確。
	4-2.您住在什麼地方?	如長輩沒有電話才問此問題。
	5.您幾歲了?	年齡與出生年月日符合才算正確。
	6.您的出生年月日?	年、月、日都對才算正確。
	7.現任的總統是誰?	姓氏正確即可。
	8.前任的總統是誰?	姓氏正確即可。
	9.您媽媽叫什麼名字?	不需要特別證實，只需長輩說出一個與他不同的女性姓名即可。
	10.從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。

失智症評估標準

- 心智功能完整：錯 0~2 題
- 輕度心智功能障礙：錯 3~4 題
- 中度心智功能障礙：錯 5~7 題
- 重度心智功能障礙：錯 8~10 題

如果長輩答錯三題以上(含)，請立即帶他(她)前往各大醫院神經科或精神科，做進一步的失智症檢查。以求及早發現，及早治療，減緩失智症繼續惡化！

<附錄五>

加州大學洛杉磯分校創用的孤獨量表 (UCLA Loneliness Scale)

內容、計分：

UCLA 孤獨量表（第 3 版），共有十題，讓受試者針對每個個別題目在“從來沒有”、“很少”、“有時”、或“常常”共四個答案中選一個。

以下是這十題的譯文和原文：

1. 你多常常會因為需要單獨做很多事情而感到不快樂？
How often do you feel unhappy doing so many things alone?
2. 你多常常會覺得沒有說話的對象？
How often do you feel you have nobody to talk to?
3. 你多常常會覺得目前處境如此孤獨而難以忍受？
How often do you feel you cannot tolerate being so alone?
4. 你多常常會覺得沒有人真正理解你？
How often do you feel as if nobody really understands you?
5. 你多常常發現在等待別人打電話或寫信來？
How often do you find yourself waiting for people to call or write?
6. 你多常常會覺得自己是完全地孤單？
How often do you feel completely alone?
7. 你多常常會覺得你無法與你周圍的人接觸和溝通？
How often do you feel you are unable to reach out and communicate with those around you?
8. 你多常常會覺得渴望能有伴侶？
How often do you feel starved for company?
9. 你多常常會覺得你很難交到朋友？
How often do you feel it is difficult for you to make friends?
10. 你多常常會覺得你被他人排擠或拒於門外？
How often do you feel shut out and excluded by others?

UCLA 孤獨量表分數的評估計算方法是：每題如果你回答“從來沒有”，得 1 分；回答“很少”，得 2 分；回答“有時”，得 3 分；回答“常常”，得 4 分。然後，把十題的得分加總即得。

總分在 15 和 20 之間，被認為是一般人正常的孤獨經驗。總分在 30 以上，則表明一個人正在經歷嚴重的孤獨感。

<附錄六>

家庭支持功能量表

計分	評估內容
	(一)家人身體健康之變化
1 =	家人的健康狀況與過去差不多，沒什麼變化
2 =	家人因照顧病患而感到疲累、身體不適，但不需看醫師
3 =	家人因照顧病患，感到疲累、身體不適，而需要看醫師或治療，但仍可繼續照顧病患
4 =	家人照顧病患，太過勞累而需住院，或無法繼續照顧，必須換人
	(二)對工作的影響
1 =	家人的工作、求學、理家方面，沒有受到限制，仍可以全時間投注於其重要活動；活動會受影響的時間，一個月不超過一天
2 =	家人的工作、求學、理家方面，會有些限制，包括： (1)若從事原來的活動，不能做的時間每月不超過 5 日 (2)修改原來的活動，例如：更改工作或上課時間（但維持工作量），或維持主要的工作，但減少兼職
3 =	家人的工作、求學、理家受到影響，每月受限制的時間在一週以上，或需請人幫忙家事，或改變或延後求學計畫少於一年；或全職改兼職，或另找輕鬆的工作
4 =	至少有一位家人辭職，或延後求學計畫在一年以上，或取消求學的計畫
	(三)家人互動關係之變化
1 =	家人的互動關係，由於發生此次變故，而更能互相關心，或沒什麼改變
2 =	家人之間會因病患生病所引發的一些事，偶有小衝突，但尚能解決問題，維持和諧關係
3 =	家人會因病患生病所引發的一些事而起衝突，有些衝突不易解決，但尚不致嚴重破壞家庭的和諧
4 =	家人因病患生病所引發的一些事，常發生嚴重衝突，無法解決，而嚴重破壞關係，或常處緊張狀態
	(四)家人心理狀況之變化
1 =	家人的心理狀況與過去一樣，沒什麼變化
2 =	家人的情緒偶會焦慮、擔心、憂鬱，但尚不致影響生活、作息
3 =	家人會因病患影響，而情緒欠佳，至需要藉助鎮靜劑、安眠藥或喝酒增加
4 =	家人因病患而心理狀況受嚴重影響，產生精神症狀，需常看醫師或需住院
	(五)社交活動的變化
1 =	藉著拜訪、電話、嗜好和興趣等活動，家人和病患仍能與親友和社會維持適量的接觸，不受限制
2 =	藉著拜訪、電話、嗜好、興趣等活動，家人仍能維持適量的社交活動，但病患沒有或幾乎沒有參與社交活動
3 =	家人和病患的社交活動均受限制，但比較重要的活動仍能參與
4 =	病患和家人的社交活動均受嚴重限制，幾乎所有活動均停止
	(六)經濟狀況的變化
1 =	家庭原先收支狀況良好，或因為有保險，不會因為病患生病而負債
2 =	家庭原先收支平衡，但因病患的醫療和照顧費用而負少量的債務，但在兩年內應可清償
3 =	家庭因病患的醫療費而負債，在兩年內無法清償，但尚在家庭的償還能力範圍
4 =	家庭因病患的醫療和照顧費用而負債，目前已很難再借到錢，生活也陷入困境，需要外援
	(七)解決問題及尋求資源能力
1 =	家裡有問題或困難時，會向社區、親友、家人尋求協助，甚或比過去好
2 =	家裡有問題或困難時，不易做決定，會向親友或其他家人尋求協助，或過去能順利解決的，現在偶會遭遇挫折，但尚能解決
3 =	家裡有問題或困難時，自己想辦法解決，但因遭遇的挫折和困難增加很多，有一些事需擱置，且對生活有一點妨礙
4 =	家裡有問題或困難時，總是覺得不知該怎麼辦，遭遇許多困難事情必須擱置，而且影響到家庭的生活

〈附錄七〉

柯漢氏躁動行為量表 (CMAI)

項目	日期			
(一)非攻擊性身體行為				
1. 煩躁不安				
2. 漫無目的的遊走				
3. 企圖到其他地方				
4. 不斷重複某種動作				
5. 不當的穿脫衣服				
6. 不當地處理事情				
7. 收集東西				
8. 藏匿東西				
9. 吃喝不當的東西				
(二)攻擊性身體行為				
10. 不當的吐痰或吐出食物				
11. 身體上的性騷擾或裸露性器官				
12. 抓握東西				
13. 敲打				
14. 踢東西				
15. 推擠				
16. 丟東西				
17. 咬人				
18. 抓傷				
19. 撕破東西				
20. 故意跌倒				
21. 傷害自己或他人				
(三)非攻擊性語言行為				
22. 重複句子或問題				
23. 抱怨				
24. 持續要求他人的關注				
25. 負向的言語 (唱反調)				
26. 攻擊性言語行為				
27. 尖叫				
(四)攻擊性語言行為				
28. 製造奇怪的聲音				
29. 言語性的性騷擾				

註：(1)從未出現計 1 分。

(3) 1~2 次／週計 3 分。

(5) 1~2 次／天計 5 分。

(7) 一小時數次計 7 分。

(2)<1 次／週計 2 分。

(4) 每週數次計 4 分。

(6) 一天數次計 6 分。