

高齡化議題探討—兼論高齡諮商特性

Explore the Aging Issues and Counseling for Older Adults

黃姝文¹

Shu-Wen Huang¹

摘 要

長照體系多著重高齡者身體健康醫療照顧，心理健康照顧易因照顧人力短缺、缺乏專業敏感度而忽略潛在心理風險，加重醫療成本的照顧負擔，提高死亡機率，增加社會成本。但高齡者即使面臨生理老化，人格與智慧發展仍具發展性與超越性，因此維護心理健康有助提升生活品質。本文整理相關研究並佐以實務經驗探討高齡化相關議題，包含社會性議題（退休適應）、生理性議題（失能臨終）、心理性議題（憂鬱症狀）、生命性議題（喪偶死亡）、安全性議題（老人虐待），最後從高齡諮商專業性、文化性、個人性及倫理性來說明其獨特性，希望能提供有志從事高齡諮商夥伴實務上參考。

關鍵詞：老人心理健康、高齡化、高齡諮商、高齡諮商特性、高齡諮商議題

¹嘉南藥理大學社會工作系 助理教授

通訊作者：黃姝文，（717）臺南市仁德區二仁路一段60號 嘉南藥理大學社會工作系，E-mail：
hsw0019@mail.cnu.edu.tw

壹、前言

臺灣已於2018年3月底65歲以上老年人占總人口14.1%，正式邁入「高齡社會」，國家發展委員會更推估2024年老年人口將超過20%，與日本、南韓、新加坡及歐洲部分國家同列為「超高齡社會」（內政部，2018）。老化階段是一連串不同失落帶來的衝擊，若無法自我調適將進一步形成心理議題，引發照護成本增加，衝擊社會國家經濟。但高齡者即使面臨生理老化，人格與智慧發展仍具有持續性與超越性，因此維護心理健康有助提升生活品質（楊繡華等人，2019）。目前照顧體系多著重身體醫療照顧，對於心理健康照顧因人力短缺、缺乏專業敏感度，而忽略高齡者潛在心理風險，導致死亡率提高，加重醫療成本與照顧負擔，因此確保高齡心理健康有助降低照顧成本（翁菁甫等人，2014）。65歲以上高齡者從年輕老人到老老人，從健康、亞健康到失能，差異性極大也導致個案問題多元，如何提供不同服務給不同需求高齡者是高齡諮商一大挑戰，因此高齡諮商為處理高齡者和家人因老化過程帶來的各項議題也具備協助高齡者發展潛能的功用。本文以老年期各項議題回顧文獻，分別以「社會性議題—退休適應」、「生理性議題—失能臨終」、「心理性議題—憂鬱症狀」、「生命性議題—喪偶死亡」、「安全性議題—老人虐待」來加以探討，並論及「高齡諮商獨特性」，以提供未來有志從事高齡諮商的夥伴實務參考。

貳、高齡化議題

一、社會性議題—退休適應

65歲以上成人在Erikson社會心理發展階段是「統整」對「絕望」（integrity vs. despair），在此階段會回顧過去經驗與做過的選擇，再次體驗過往心理社會主題進行統合（Erikson, 1968）。許多高齡者「愛講古」的習慣，其實是透過敘說來統整其生命經驗，統整回顧生命的同時，也在幫自己尋找人生意義感。若統整成功則產生智慧，若統整失敗則產生絕望。高齡者在退休後因從職場角色退下，社會活動減少，是老化過程中不可避免的正常現象。對多數人來說工作是重要的，它提供經濟來源、社會地位和每日行程。當失去擔任讓家人衣食無缺的角色時（尤指男性），可能會導致嚴重性別角色緊張並影響家庭關係（陳肇男等人，2013）。研究指出男性社經地位越低、強制退休和工作不快樂而退休，退休整體影響越負面，調適也更困難（Glicken, 2009/2011）。職場退休後有更多時間與家人相處，夫妻關係或代間關係有時更融洽，有時反而更緊張。研究顯示高齡者不分性別，在厭惡的婚姻關係中，皆自陳有較低的幸福感（男女受試者皆是）及較差的身體健康（男性受試者較高）（Liu & Upenieks, 2020）。因此高齡者自我統整、退休適應及家庭關係調整是諮商人員可協助的議題。

成功老化（successful aging）包含心理方面維持認知能力、生理方面維持身體功能、社會方面促進社會參與，以及後加上的正向靈性發展（Crowther et al., 2002）。高齡者處於人生智慧之精華階段，以人力資源、生涯規劃觀點來看，

從事志願服務的高齡者能獲得社會參與、自我成長、靈性提升等優點（林麗惠，2006）。諮商師可協助促進健康之生活型態、檢視個人信念促進心理適應、鼓勵社會參與、回顧生命鼓勵自我與他人和超自然的連結（楊繡華等人，2019），增進高齡者幸福感與自我滿足。

二、生理性議題—失能臨終

失能定義為個人需求與個人可滿足需求行為間的差距。失能包含日常生活功能（activity of daily living, ADL）及工具性日常功能（instrumental activity of daily living, IADL）降低，依賴性變高。其他包含視聽力不佳、認知功能損害、跌倒、失禁等。在65-69歲中，幾乎50%的人會出現上述一項或超過一項的老年常見問題（Glicken, 2009/2011）。失能程度增加，需要他人照顧程度也增加，自主性降低，形成高齡者另一項適應議題。由照顧者成為被照顧者，由施者成為受者，此等轉變容易衝擊自我價值，導致自尊低落。另外失智症也會導致認知功能下降、迷失方向或挑戰性行為增加。諮商師可協助個案檢視個人信念，釐清失能對自我概念帶來的衝擊為何？選擇性優化補償理論認為老人因應衰退的方式，是選擇重要的活動和任務，將剩餘技巧和能力做最大發揮，並試圖找尋可補償失去能力的替代方法（Zastrow & Kirst-Ashman, 2010/2017）。運用在高齡諮商上，聚焦在高齡者擁有的技巧與能力，選擇重要任務，幫助作最大發揮，對於已失去能力，討論可替代方法，幫助高齡者重拾信心與能力。

當失能失智越趨嚴重，死亡已無法避免時，臨終時的相關討論，當事人意

願與決策就有討論的必要性。Tucker（2020）指出末期病人在諮商協助時，常需討論到法律議題，如：疼痛控制的安寧緩和醫療、預立醫療遺囑、放棄急救同意（do not resuscitate, DNR）或醫療照護委任代理人等，都需在病人意識清楚時好好討論。臺灣於2019年通過施行「病人自主權益法」（衛生福利部，2020）保障所有病人知情選擇決定的權利，透過病人、家屬及醫療團隊事先溝通（稱之預立醫療照護諮商advance care planning, ACP），商討當病人無法清楚表達意願時的醫療處置，立下預立醫療決定，則可在病人特定臨床條件下施行醫療處置。諮商師可與案主討論臨終時的醫療安排，進一步討論關於延續生命的考量？不想再承受任何疼痛？不想為了存活被機器纏住？有和家人討論嗎？諮商師也需熟悉相關醫療法規，提供資源供案主參考。諮商心理師專業訓練過程中死亡課程培訓、生死觀的檢視覺察、ACP法律知識增進、家庭生死議題溝通及處理，都是進入此領域心理師所需預備能力（吳昶興等人，2019）。華人文化對於死亡議題視為禁忌，常是等到臨終死亡才碰觸此議題，許多未竟事宜或擔心體貼對方而不說，形成溝通阻礙，減少真心互動與交流機會，容易形成遺憾；諮商師可在高齡者有意願時，和其討論臨終死亡事宜，鼓勵和家人討論醫療決策及安葬事宜，促進更多溝通與交流讓生死兩安、遺憾減少。

三、心理性議題—憂鬱症狀

生理退化和心理變化常是一體兩面，隨著老年人口比例增加，老年憂鬱症盛行率愈來愈高，憂鬱症往往在短時間內造成老年人功能退化，自我照顧能

力下降，增加照顧負擔及困難。老年憂鬱症是一種常見心理疾病，與一般成人憂鬱症診斷準則相同。根據DSM-5，持續時間兩週以上，出現下列九項指標，至少符合五項（含）以上，並排除生理因素，則診斷為憂鬱症（APA, 2013/2014）：情緒低落、明顯對事物失去興趣、體重（食慾）下降或上升、嗜睡或失眠、動作遲緩或急躁、容易疲倦或失去活力、無價值感或強烈罪惡感、注意力不集中或猶豫不決、經常出現負面想法。老年憂鬱症狀常以身體症狀為主訴，在上述九項指標裡食慾下降，誤以為是老化或腸胃問題；動作遲緩、容易疲倦，也常被誤認是老化體力衰退；睡眠品質不好、注意力不集中、記性衰退及判斷力變差等症狀，常被輕忽為老化或失智；且老年人有憂鬱傾向時，往往動作較為遲滯表達能力較差，使得憂鬱症診斷更困難，若失智併發憂鬱，功能退化更嚴重，疾病預後也較差，不僅影響自我照護，更帶來更大照顧壓力，未來使用長照機構機會也會增加，卻只有不到35%病人被診斷憂鬱症並使用藥物治療（翁菁甫等人，2014）。因此，臨床判斷若能敏銳區辨是憂鬱症，而非失智症或老化現象，將可大幅降低照護成本，且預後較佳。姚卿騰（2017）調查發現，近十年來高達四成高齡者因睡不安穩，導致憂鬱，三成因憂鬱情緒覺得心情不好，二點三成表示從未在生活方面感到非常快樂；女性、教育程度越低的老人，對於生活較易有負面感受憂鬱情緒。諮商師需留意高齡個案描述的身體症狀，是否可能為憂鬱症徵兆？老人憂鬱症狀，常以身體症狀反應，與成年人沮喪情緒、兒童青少年易怒情緒有所不同，有失眠狀況、女性族群也需注意是否有憂鬱情況。

需要專業協助的憂鬱症狀，容易因刻板印象，導致就診身心科或心理諮商比例較低。一般大眾常會有憂鬱症只是心情問題的迷思，認為不需就醫或是排斥吃藥，擔憂依賴。其實憂鬱症有其生理因素，穩定服藥搭配心理諮商，加上社會支持是能痊癒的。憂鬱症已成全球前三大死因之一，高齡憂鬱症具有獨特性，及早辨識能及早預防。憂鬱症狀與生理健康、失能、自殺有高度相關，諮商評估個案時需加以留意。社會支持對憂鬱症者很重要，研究指出當家人越願意提供工具性支持（如：提供家務協助等），越能讓憂鬱症老人提高出門走路意願及頻率，但情緒性和資訊性支持對改善症狀效果較低（Perrino et al., 2011）。此結果表示要讓憂鬱症高齡者多出門運動，增加身體健康社會參與，不要只有口頭鼓勵或安慰情緒，更要實質協助減輕家務，如：烹飪、打掃等。而鄭秀慧（2020）研究指出中年子女較常提供喪偶父親工具性支持，喪偶母親則是情感性支持。綜合文獻，高齡女性是憂鬱症高危險群，社會支持以工具性支持較情緒性支持為佳，因此在提供憂鬱高齡者家屬諮詢時，除了建議傾聽陪伴外，更可具體化討論工具性社會支持的內涵，對憂鬱的長輩更能產生助益，尤其是女性高齡憂鬱症者。

四、生命性議題—喪偶死亡

喪偶是人類生活經驗中壓力最大的事件（周玉婷，2016）。高齡喪偶可能合併生理、角色多重失落，這些再再影響高齡喪偶的悲傷歷程。喪偶會影響到個人靈性、情緒、心理、生理等面向的調適。社會支持的來源對喪偶者有不同影響。喪偶者比較能從同樣有喪偶經驗

的人或是喪偶支持團體，感覺到社會支持與連結。有相似經驗者或團體更能幫助喪偶者找到重新投入社會的路徑，也能讓個人沉澱，重組社會網絡並適應危機（Morrigan et al., 2020）。根據統計，民國107年3月底，男性老年人口死亡數約為女性人口數的85%（內政部，2018），表示年老女性喪偶比例較男性高，而性別年齡在喪偶調適上是具有差異的。陳采薰（2012）研究指出，男性喪偶者會對外另覓伴侶，重建夫妻關係所失落的自我，女性喪偶者則由內自我省思，增進自我強度。鄭秀慧（2020）指出老年喪偶的女性與子女互動頻率及得到代間支持，通常比老年喪偶的男性來得高。但高齡女性在喪偶後的孤獨感遠勝於其他生命階段，親密關係和性的意義重大（Hutchison, 2012/2007），因此諮商議題中可以討論喪偶後回顧親密關係的意義及性需求議題。不管過往與配偶的愛恨情仇，若能在回顧時有所和解，對於未來選擇單身或是開啟另一段親密關係，皆可以有更多可能性。

當代新近悲傷理論已修正傳統悲傷輔導與逝者解除連結的策略，認為讓喪親者和逝者持續性連結，可以緩解失落巨大衝擊，有助於喪親悲傷適應（黃姝文，2017；蔡佩真，2009；Klass, 2006）。但在應用此概念時需注意下面三點，才能確保有助於悲傷適應：1.喪親者認知的「連結」是正向或負向；2.瀕死（predeath）前喪親者與逝者關係品質；3.喪親者的來世（afterlife）觀點（Root & Exline, 2014）。對於與逝去配偶關係良好的高齡女性，可透過儀式（如：每日祭拜或禱告等）持續性連結，和逝者「獨處對話」將逝者安置在心中永恆位置；與逝者關係矛盾衝突時，也可在對話後重啟新生活或減少關係背叛的不忠感。華人社會的祖先祭拜、慎終追遠是

很好運用的持續連結儀式。祖先庇佑在世親人或透過入夢表達所需，也是諮商師能善用的議題討論（黃姝文，2017）。逝者虛擬存在，可緩解失落巨大衝擊，死亡不是結束，關係不必切斷依附，關係與愛仍可留存並與喪親者永遠並存。

五、安全性議題—老人虐待

相較於婦女家暴與兒童虐待的高關注度，老人虐待很容易被忽略。老人虐待不僅發生在家中、社區甚至發生在醫療機構或安養中心。研究發現60%施虐者即為家庭成員，受虐對高齡者有高達30%風險導致死亡。老人虐待類型包含肢體虐待、性虐待、情緒心理虐待、財務濫用、忽略、自我忽視及遺棄等七類（NCEA, 2020; NCOA, 2020）。而導致老人受虐發生的因素包含：1.照護者壓力與過量要求：近五成女性照顧者因照顧而辭去工作，42.86%表示照顧期間有肌肉筋骨痠痛、失眠、高血壓或憂鬱等情況（衛生福利部統計處，2018），顯現照顧壓力多集中於女性且易過量，但此觀點忽略保護受害者及討論資源面向；2.易成為受虐者特質：容易責怪他人、具操控性、低社交技巧，但沒有一個特質具統計顯著差異；3.施虐者行為或人格特質：包含物質濫用、精神疾患和憂鬱狀況、心理上依賴被照護者、財務上依賴及社交孤立者；4.家族或隔代暴力；5.社會交換理論：施虐者認為獎勵或報酬遠低於付出，因此以暴力形式虐待高齡者（陳威澄，2019；NCOA, 2020）。

老年虐待本質和長照問題有關，若能充分利用長照資源，家屬可申請喘息服務，不必犧牲工作，可參加支持團體紓解照顧壓力，可轉介醫療體系接受失

眠焦慮憂鬱治療（沈政男，2016）。老人虐待不單只是家庭照顧者的壓力問題，若以家庭系統觀點來看，壓力產生和所有家庭成員有關，不以責備角度看待成員，了解所有人皆不願見虐待事件發生。諮商師的處遇除了緊急通報，後續可能也需和家庭成員一起工作；如何以家庭系統生態觀點看待虐待事件，權力結構為何？溝通型態、家庭動力如何發生？高齡者如何變成壓力下的代罪羔羊？看待家庭照顧者是施虐者或另一個案主？角度的不同將大大影響後續處遇與諮商介入，以更全面的視野評估並介入處理，更能跳脫單一面向思維。

參、高齡諮商獨特性

國內外諮商領域對高齡族群皆較不重視，常以對成人諮商的方法面對老人（陳聰興、蕭雅云，2007）。老年醫學諮商（geriatric counselors）工作在美國2020年成長37%，專門處理高齡者和家人因老化過程帶來的各項議題，包含死亡、失落、失能、入住機構等議題，也需學習和醫師護理師等專業團隊合作，更要有老化相關知識，懂得區辨憂鬱症的認知衰退和失智症的差異（Counselor-License.com, 2020）。因此高齡諮商有其獨特性也相當多元，牛格正與王智弘（2008）認為老年人心理狀況有別其他年齡群，進行諮商前需對老人學、老人心理與社工課程有所著墨和了解。以下從專業性、文化性、個人性及倫理性探討高齡諮商獨特性。

一、專業性

高齡諮商不只是個別晤談而已，政府政策、社會環境及家庭互動都會影響

高齡身心健康，所以高齡諮商服務可從生態系統著手（許玉霜等人，2016）。長照2.0的服務範圍擴大，將不同健康狀態的高齡者依需要提供居家、社區、機構等多元且連續性的服務，家庭照顧者、衰弱老人也同時納入以預防壓力及失能的增加（黃姝文，2020；衛生福利部，2019）。因應政府長照政策，沒有足夠長照人力來提供服務是不爭事實，相較於醫師、護理師、職能（物理）治療師等醫療專業人力，已在長照系統扎根，心理師尚未能在長照體系全面開展。長照心理師專業復能服務，是針對失能者心理狀態及復能動機，導入維持或提升自我照顧能力不退化的專業照護服務，協助長者做情緒調適、提升復能動機、扮演案主與家屬間及和外界溝通的橋樑（陳劭旻等人，2020）。心理師需具備與不同專業工作的能力與理解不同專業在長照的運用，如何與不同醫療專業合作？如何與家屬工作？家庭系統觀的培養，都非常考驗心理師的能力。

助人者面對高齡個案要有生態系統觀，運用長照資源了解國家政策，尋求協助或參與社會活動，因此高齡諮商也具有預防性和發展性目標，非只是問題解決的心理治療。Werth等人（2003）回顧1991年到2000年相關文獻，高齡族群議題涵蓋整個生命歷程，諮商師專業度需再加以訓練才能提供更適切服務。Hill與Brettle（2006）回顧47篇以諮商方式改善高齡焦慮憂鬱及個人幸福感等文獻發現，以主動方式（pro-active approach）對護理之家住民進行團體諮商和對居家高齡者進行到宅諮商，可能是更可行的一種服務方式，並能確保心理問題有被確實辨識並處理。之後的Bhar與Silver（2014）更進一步以外展（outreach）諮商方式，以受過高齡心理專業訓練研究生主動來到社區或護理之家提供服務，

以解決專業諮商人力不足問題。顯現高齡諮商不受限於諮商室更可主動出擊進入社區發掘更多潛在個案，以解決龐大高齡心理需求。

失智症的晤談技巧也會有所不同，驗證療法和阿茲海默症或其他失智長者溝通模式之一，將挑戰性行為視為高齡者情緒表達方式，驗證其內在需求感受（Heerema, 2021; Zastrow & Kirst-Ashman, 2010/2017）。驗證療法能協助高齡者增加現實感及定向感，如：失智長輩大聲呼喊已逝的母親，與其爭辯母親已不在世，不如驗證其需求感受：「你是不是想念媽媽？感到孤單嗎？對媽媽的回憶是什麼？」表達同理、支持穩定情緒增加長輩定向感，再順著需求陪伴高齡者從事和媽媽的回憶（如：煮菜、唱歌…），加強內在心理穩定性。

二、文化性

陳俐伶（2016）研究發現不同心理照護策略，老人諮商、懷舊療法、園藝療法和休閒療法等，均能對高齡者產生療效且為老人增權賦能（empower），並提醒心理工作者需留意成人與老人心理需求不同。但為高齡者增權賦能必須留意長輩自主權、家庭系統及社會資源是否已連帶建構，否則當高齡者自主意識抬頭，子女尚認為長輩需被照顧或協助決定，衝突可能因而產生。吳馥濃（2016）研究指出臺灣社會文化高齡族群有其特性，進行高齡諮商須考量案主發展成熟度、世代差異、社會情境與老年階段特定挑戰，並注意倫理議題來進行諮商。筆者運用現實治療進行高齡諮商實務發現，現實治療中「自我選擇」與「自我負責」核心概念在進行諮商時若過度強化，有時會忽略高齡者外在生

態系統因素（如：疾病醫療、家庭關係），高齡者在自我負責能力有時仍不足，需倚賴照顧者協助才能完成。高齡者雖為成人但某些自我決定範圍有限，然而又不若未成年人，高齡者仍具獨立心智及行為能力，因此高齡諮商在運用時需注意此獨特性。

華人文化中含飴弄孫、三代同堂為圓滿晚年的象徵，照顧孫兒為理所當然責任，卻也容易忽略女性高齡者的自主性（黃姝文，2017）。傳統文化女性在家從夫、夫死從子，常讓高齡女性如何在關係我及個人我間取得平衡，是諮商中的文化議題。當高齡者失智失能後和成年子女角色對調，成為被照顧者，當子女必須承擔華人文化中奉養父母責任，否則將承受不孝罪名時，對親子雙方都是一種雙重束縛。文化性議題是心理師進入高齡諮商需具備的敏感度。

三、個人性

吳馥濃（2016）指出諮商師個人生命歷程中與年長者互動經驗、失落生死相關議題等自我覺察與反思，對於從事高齡諮商具有重要性。Worden（2018/2020）表示助人者面對老年失落要有悲傷可能永遠無法解決的心理準備，「與悲傷共存」是高齡諮商需具備的心態。死亡或臨終個案悲傷輔導時易被引發三個個人議題：「替代性創傷」感受到個案悲傷情緒、「害怕失落」產生反移情阻礙有效處遇、「死亡覺察與存在焦慮」產生不可迴避的不安焦慮。助人者先探究個人失落史及悲傷哀悼調適歷程，可幫助覺察了解高齡者及家屬哀悼過程（黃姝文，2020），加上高齡諮商會引發諮商師與老年父母互動之省思、代間關係轉變、親子角色重新定位

等都會引發個人議題。適時尋求督導協助、向專家諮詢、尋求諮商治療或轉介，可避免影響諮商品質而傷害個案權益（王智弘，2005）。能夠自我療癒或尋求專業協助的助人者，不但不會減損諮商效能，更能擴大加深諮商經驗與能力，提升諮商品質。

四、倫理性

Schiebert等人（2000）指出面對高齡個案特殊狀況如：老人虐待、失智、臨終末期時，需特別留意法律倫理議題。童伊迪（2019）指出社會安全網倫理議題包含專業界線、保密與生命安全、案主自決與專業父權主義。隱私及保密權、受益及免受傷害權和知情同意與自主權，是高齡諮商所需注意的（楊繡華等人，2019）。當老人虐待個案為保護子女或擔心，不願舉報，助人者該如何在保密與生命安全取得平衡？專業父權主義強制介入以保護案主，是否可能忽略案主自決？或忽略家庭系統的影響，兩者間該如何取得平衡？都是倫理兩難議題（黃姝文，2020）。諮商師面臨機構諮商的隱私保護；通報老人虐待個案的人身安全考量或拒絕通報的矛盾心理；長輩不願入住機構的抗拒；失智個案的自主權考量，種種議題皆與倫理相關，也挑戰著諮商師的因應能力。面對此類議題已不只是個別諮商可處理，個案生態系統需納入討論，相關倫理法律、長照資源等能力皆需同時預備。倫理選擇從未有標準答案，與案主或家屬不斷來回確認與溝通，督導或專家意見的討論與探詢，在眾多選項中尋找最適做法，是面對倫理考量的唯一解方。

肆、結語

高齡諮商不只是成人諮商的延伸，更需強化長照老化等專業知識，也需具備生態系統、倫理法律及跨專業合作等專業訓練，才能更切合高齡者需求。本文從高齡化議題點出高齡諮商的獨特性，雖從「失落」著手，但也提醒「優勢」的可能性。高齡者也許生理功能衰退，但心理彈性、人生智慧及默會知識並不隨著年齡老化而減退，甚至擁有相對穩定性。諮商師可以更具發展性角度看待高齡諮商。長照2.0已將心理師納入專業服務範圍，近幾年各心理專業機構也戮力培訓長期照護心理師專業人力（中華民國臨床心理師公會全國聯合會，2021；臺灣諮商心理學會，2021；臺灣輔導與諮商學會，2021），顯見政府重視心理專業人員的訓練與認證。但高齡者及長照家庭似乎不知與不懂運用心理專業資源。實務上，相較生理疾病、醫療復健等會立即處理的議題，高齡者的心理健康「好像」不危急、耗時又不易評估而易遭到忽視，更遑論家庭照顧者的情緒與壓力調適，但這卻是長照問題最根本與最深層的原因（嚴翰威，2021）。機構照顧如護理之家或日照中心的專業人力配置，也無心理師的設置，以社工師來處理高齡身心適應問題，但實際上社工師在因應龐大的行政事務及資源連結後，有時已無力深層處理長輩的心理議題，因此，心理師似乎在長照領域缺席了。如何讓心理專業更能被看見，可能不只是等著機會來臨，更可以主動出擊進入社區或日照，讓心理專業資源更能使高齡者及長照家庭受惠，也讓心理師在長照領域未來可以有更大的發展空間並深耕。

參考文獻

- 中華民國臨床心理師公會全國聯合會（2021）。**110年度長期照護臨床心理專業人員培訓（Level II）課程簡章**。中華民國臨床心理師公會全國聯合會。<http://www.atcp.org.tw/modules/news/article.php?storyid=409>
- 內政部統計處（2018）。**你知道國人平均壽命有多長嗎？**內政部全球資訊網。https://www.moi.gov.tw/stat/topic_stat.aspx
- 內政部統計處（2018）。**我國老年人口比率以嘉義縣18.6%最高，連江縣、桃園市均少於11.0%較低**。內政部統計處統計通報107年第15週。https://www.moi.gov.tw/files/site_node_file/7635/week10715.pdf
- 牛格正、王智弘（2008）。**助人專業倫理**。心靈工坊。
- 王智弘（2005）。**助人者的心理健康是當事人福祉的保障**。臺灣心理諮商通訊電子報，**179**，1。
- 林麗惠（2006）。**高齡者參與志願服務與成功老化之研究**。生死學研究，**4**，1-36。
- 吳昶興、宋政鴻、陳臻、吳芝儀（2019）。**病人自主權利法通過後的諮商倫理再思**。輔導季刊，**55**（3），52-60。
- 吳馥濃（2016）。**臺灣老人諮商歷程之相關因素研究：諮商心理師觀點**〔未出版之碩士論文〕。國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系。
- 沈政男（2016）。**老年虐待典型圖像：失智失能的老人家，與心力交瘁的子女**。The News Lens關鍵評論網。<https://www.thenewslens.com/article/41600>
- 周玉婷（2016）。**社會工作者協助中老年喪偶婦女適應途徑之探討**。社區發展季刊，**153**，343-355。
- 姚卿騰（2017）。**從我國老年生活狀況調查探討高齡心理健康促進策略—成功老化的觀點**。新北市終身學習期刊，**10**，18-32。
- 翁菁甫、林坤霈、詹鼎正（2014）。**老人憂鬱與認知功能障礙**。內科學誌，**25**，158-164。
- 許玉霜、林家興、許鶯珠（2016）。**老人常見的心理問題及其諮商意涵：生態系統取向觀點**。輔導季刊，**52**（4），28-38。
- 陳劭旻、林其薇、李汶軒（2020）。**長照心理師：人生步入終點，身體功能退化，老年人心裡的苦向誰訴說？**The News Lens關鍵評論網。<https://www.thenewslens.com/article/141920>
- 陳采薰（2012）。**逝者真的已矣？青壯年喪偶者與逝者持續性連結經驗之研究**〔未出版之碩士論文〕。國立交通大學教育研究所。
- 陳俐伶（2016）。**當高齡化鐘聲響起：談高齡者的心理照護—多元療法的介入策略**。臺灣老人保健學刊，**12**（1），58-69。
- 陳威澄（2019）。**哪些因素導致了老人受虐事件發生？**The News Lens關鍵

- 評論網。https://www.thenewslens.com/article/112330
- 陳肇男、徐慧娟、葉玲伶、朱僑麗、謝媽娉（2013）。活躍老化：法規、政策與實務變革之臺灣經驗。雙葉書廊。
- 陳聰興、蕭雅云（2007）。老人諮商的議題。諮商與輔導，258，2-5。
- 童伊迪（2019）。強化社會安全網計畫—社會工作倫理與價值。社區發展季刊，165，243-257。
- 黃姝文（2017）。本土喪親家庭母女悲傷諮商研究。本土諮商心理學學刊，9（4），23-51。
- 黃姝文（2020）。老人社會工作者之專業挑戰。社區發展季刊，172，355-367。
- 楊繡華、林毓蓉、林曉韓、吳芝儀（2019）。銀髮族諮商與成功老化—心理諮商工作的機會與挑戰。輔導季刊，55（3），42-51。
- 臺灣輔導與諮商學會（2021）。107年度長期照護諮商心理師Level II專業人力培訓。臺灣輔導與諮商學會。http://www.guidance.org.tw/ann_0042018.html
- 臺灣諮商心理學會（2017）。您想成為衛生福利部登錄下的「長期照護專業人力」嗎？！。臺灣諮商心理學會Facebook。https://www.facebook.com/CPAinTaiwan/posts/624557661066767/
- 蔡佩真（2009）。永活我心：逝者的虛擬存在與影響力之探討以父母死亡之成年喪親者為例。中華心理衛生學刊，22（4），411-434。
- 衛生福利部（2020）。病人自主權利法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189
- 衛生福利部統計處（2018）。老人長期照顧、安養機構概況。衛生福利部統計處。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3550-113-xCat-T01.html
- 衛生福利部長照專區（2019）。我想申請長照！衛生福利部長照專區。https://1966.gov.tw/LTC/cp-4495-48857-201.html
- 鄭秀慧（2020）。中年子女對父母的代間關係與代間支持〔未出版之碩士論文〕。中國文化大學生活應用科學系。
- 嚴翰威（2021）。一位心理師的心聲：長照2.0忘了臨床心理師？蘋果新聞網。https://reurl.cc/bnNMIv
- American Psychiatric Association.（2014）。DSM-5 精神疾病診斷準則手冊（臺灣精神醫學會，譯）。合記圖書。（原著出版於2013年）
- Counselor-License.com. (2020). *What are geriatric counselors? Best counseling degrees.* https://counselor-license.com/careers/geriatric-counselor
- Glickin, M. D.（2011）。老人心理諮商與輔導（周鈺翔、李昆樺、陳佑昇、叢均如、邱思華，譯）。華騰文化。（原著出版於2009年）
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum,

- W. A., Larimore, W. L., Harold, G. & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality- The forgotten factor. *Gerontologist*, 42(5), 613-620. <https://doi.org/10.1093/geront/42.5.613>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton and Company.
- Heerema, E. (2021)。對癡呆患者使用驗證療法。APPROBY. <https://zhtw.approby.com/%E5%B0%8D%E7%99%A1%E5%91%86%E6%82%A3%E8%80%85%E4%BD%BF%E7%94%A8%E9%A9%97%E8%AD%89%E7%99%82%E6%B3%95>
- Hutchison, E. D. (2012)。人類行為與社會環境：心理暨社會取向（洪貴真、劉嘉雯、任凱，譯）。洪葉。（原著第三版出版於2007年）
- Hill, A., & Brettle, A. (2006). Counselling older people: What can we learn from research evidence? *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 281-297. <https://doi.org/10.1080/02650530600931807>
- Klass, D. (2006). Continuing conversation about continuing bonds. *Death Studies*, 30, 1-16. <https://doi.org/10.1080/07481180600886959>
- Liu, Y., & Upenieks, L. (2020). *Marital quality and well-being among older adults: A typology of supportive, aversive, indifferent, and ambivalent marriages*. Research on Aging. <https://doi.org/10.1177/0164027520969149>
- Morrigan, B., Keesing, S., & Breen, L. J. (2020). Exploring the social networks of bereaved spouses: Phenomenological case studies. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/0030222820944062>
- NCEA. (2020). *Types of abuse*. National Center on Elder Abuse. <https://ncea.acl.gov/Suspect-Abuse/Abuse-Types.aspx>
- NCOA. (2020). *What is elder abuse?* National Council on Aging. <https://www.ncoa.org/public-policy-action/elder-justice/elder-abuse-facts/>
- Perrino, T., Brown, S. C., Huang, S., Brown, C. H., Gomez, G. P., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2011). Depression symptoms, social support, and walking among Hispanic older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(6), 974-993.
- Root, B. L. & Exline, J. J. (2014). The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Studies*, 38(1), 1-8.
- Schwiebert, V. L., Myers, J. E., & Dicec, C. (2000). Ethical guidelines for counselors working with older adult. *Journal of Counseling and Development*, 78, 123-129.
- Tucker, K. (2010). Elder law: Counseling clients who are terminally ill. *William Mitchell Law Review*, 37(1), 117-131.
- Werth, J. L., Jr, Kopera-Frye, K., Blevins, D., & Bossick, B. (2003). Older adult representation in the counseling

psychology literature. *The Counseling Psychologist*, 31(6), 789-814.

Worden, J. W. (2020)。悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊（李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫，譯）。心理。（原著第五版出版

於2018年）。

Zastrow, C. H., & Kirst-Ashman, K. K. (2017)。人類行為與社會環境（溫如慧、李易蓁、黃琇櫻、練家姍、溫淑貞、吳兆鈺，譯）。麗文。（原著出版於2010年）。