

2015 第三屆台灣老人學學會年會暨國際學術研討會

台灣地區高齡人口逆境及復原力之初探

Adversity and resilience of elderly people in Taiwan

曾慧嘉¹

國立中正大學社會福利研究所博士生

高雄市立民生醫院 預防醫學科主任

李妙純

國立中正大學社會福利研究所副教授

¹ 通訊作者(E-mail: tzenghueijia@yahoo.com.tw)
本論文為初稿，未經作者同意，請勿引用。

摘 要

研究目的：為瞭解高齡人口生命後期之福祉情形，本研究對台灣地區中老年人之逆境和復原力狀況及其相關影響因素進行初探。

研究方法：本研究使用國民健康署之 1989 年與 1993 年「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」兩波資料。逆境指標包括慢性病項數、日常活動功能、自評健康、憂鬱、生活滿意度、社會參與及宗教活動；復原力定義為相較於 1989 年，1993 年之逆境指標變好或不變。本研究以邏輯斯迴歸模型分析影響中老年人復原力的社會人口學變項，並以 Cox 比例風險模型分析具復原力與否與 2003 年存活情形之相關性。

研究結果：逆境指標：自評健康不佳及無憂鬱之中老年人比例較高；平均而言，研究對象有 1.2 項慢性病、2 項日常活動功能受限、1.1 項社會參與、中高之生活滿意度、並有 50% 以上曾參與宗教活動。就影響復原力之因素來看，年齡較長、無偶、低教育者之復原力較差。此外，具復原力之中老年人存活率較高，即使同時校正各面向復原力，結果仍達統計顯著性。

結論：本研究所採用之逆境指標足以反映研究對象之生命後期福祉。復原力與存活率具正向相關，提升任一面向復原力可增加存活率，此與提升中老年人生活品質之研究結果一致。因此，積極發展健康老化，不僅可提升高齡人口生活品質(質)，亦有助壽命延長(量)，是未來社會經濟發展之另一契機。

關鍵詞：復原力、逆境、Cox 比例風險模型、成功老化

Key words: resilience, adversity, Cox proportional hazard model, successful aging

壹、前言

根據行政院最新人口中推計結果，台灣於民國 107 年邁入高齡社會，民國 114 年邁入超高齡社會，民國 150 年老年人口比率將高達 41%(國家發展委員會，2014)。可預期人口快速老化將衝擊台灣未來社會和經濟成長，更凸顯出成功老化之重要性。中老年人經常面臨許多逆境，例如：身體功能與健康惡化、因退休導致收入減少、失去家庭和社會角色等，可能造成憂鬱與孤立，並使生命後期生活品質下降。過去老年醫學和老年學重點為伴隨老化之疾病和失能，後來逐漸注意到高齡者福祉狀態(well-being)的維持，而維持福祉狀態的重要因素即為復原力(Hardy, Concato, & Gill, 2004)。許多學者亦指出復原力可能是成功老化的重要因素(Hardy, Concato, & Gill, 2002; Lamond et al., 2009; de Paula Couto, Koller, & Novo, 2011)且與生活品質相關(Netuveli & Blane, 2008; Hildon, Montgomery, MSc, Wiggins, & Netuveli, 2010)，值得進一步探討。

復原力此一名詞源自拉丁語 *resilire*，牛津英文字典將復原力定義為「能夠忍受或從困難情況中快速恢復」(Soanes & Stevenson, 2006)，美國心理學會將復原力定義為「在面臨逆境、傷害、悲劇、威脅或明顯威脅來源時適應良好之過程」(American Psychological Association, 2010)。過去文獻已闡述許多復原力定義，有些學者認為復原力是一種人格特質或能力(Rutter, 1985; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Wagnild & Young, 1993; Corner & Davison, 2003; Lee & Cranford, 2008)，亦有學者認為復原力是一個動態過程(Masten et al., 1990; Luther, Cicchetti, & Becker, 2000; Windle, 2011)或一種結果(Masten et al., 1990; Masten, 2001)。雖然有學者認為，復原力是正向因應危險、壓力和逆境之個人或社會性能力，但復原力究竟是個人特質或動態過程仍有爭論(Luther et al., 2000)，本研究採用後者作為復原力之定義。

過去亦有許多復原力理論/模型被提出，但其中以 the Metatheory of resilience and resiliency(Richardson, 2002; Richardson, Neiger, Jensen, & Kumpfer, 1990) 最常被文獻引用。Richardson 等人之復原力模型(resiliency model)指出，對干擾(壓力源、逆境和生活事件)的反應是一個再整合的過程，並產生下列四種結果之一：(1)干擾是成長和增加復

原力的機會，適應干擾之後會產生一種新的、較高程度之恆定；(2)努力克服干擾之後回到恆定基礎點；(3)從失落中恢復，但達成較低之恆定；(4)以適應不良方式因應壓力而導致失功能狀態。此外，Szanton、Gill 和 Thorpe(2010)也提出 the Society-to-Cells resilience theory，認為面臨挑戰之復原力包括：(1)對抗挑戰、(2)自挑戰中回復、(3)從挑戰中回彈，此模式亦視復原力為個人生命進展之過程。可見復原力是一種有關壓力和逆境的反應之間的動態關係，復原過程主要包含面臨壓力或挑戰(逆境)、以及對於逆境之因應與調適結果。

有關逆境此一名詞，Luther 和 Cicchetti (2000)陳述逆境為「典型地包含統計上已知與適應困難相關之負面生活環境」，亦有學者將逆境定義為「任何艱苦(hardship)以及與困難、不幸或傷害相連之苦難」(Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007)。Hildon、Smith、Netuveli 和 Blane (2008)認為逆境肇因於身體、心理與社會性失落，也指出欲瞭解逆境須能掌握多年後這些面向的改變。雖然中老年期之逆境包括社會經濟損害和老人虐待、喪親、健康問題像失智、憂鬱和衰弱、以及社會角色改變等，但已有越來越多研究者使用復原力概念探討人們如何因應負面生活事件(Hildon, et al., 2010)，以及由於正常生涯轉銜產生的改變(Bauman, Adams, & Waldo, 2001)。另外，許多老年學家亦使用復原力概念探討中老年人如何成功渡過與生命晚期相關之逆境(Wild, Wiles, & Allen, 2013)。

復原力能影響中老年人健康和幸福感，而且是年老過程中生理與心理調適之重要面向(Windle, 2011; Harris, 2008)。許多研究皆發現自評健康良好之中老年人復原力較佳(Adams, Sanders, & Auth, 2004; Felten, 2000; Hardy, et al., 2004; Hinck, 2004; Montross, et al., 2006; Wagnild, 2003; Wells, 2009)，自述少有或無憂鬱症狀以及心理健康良好之中老年人復原力亦較佳(Hardy, et al., 2004; Wagnild, 2003; Wells, 2009; Lamond, et al., 2009; Wagnild, & Young, 1990)。Hogan(2005)研究亦證實，身體活動程度與認知復原力相關，包含心理安適改善、減少認知下降風險和失智症。另外，身體活動也會透過心理社會路徑影響復原力，且能減少可感受壓力程度並降低憂鬱和焦慮風險(American College of Sports Medicine, 2009; Starkweather, 2007; Taylor-Piliae, Haskell, Waters, & Froelicher,

2006)。

社會支持是復原力的重要成分，而且，中老年人之活動參與亦與對逆境之復原力反應相關(Clark, Burbank, Greene, Owen, & Riebe, 2011)。過去研究指出較多的日常活動(像閱讀、聽收音機、拜訪朋友等)與自述成功老化程度成正相關(Montross, et al., 2006)，且會增加幸福感、功能較佳以及降低死亡率(Menec, 2003)。Hildon 等人(2008)亦發現具復原力者比不具復原力者具有兩倍的休閒或家庭活動。宗教和靈性對生活品質和復原力具有正向影響(Faigin & Pargament, 2011)。過去研究已證實，當面對創傷、失落、和生活之改變時，宗教和靈性能扮演使人強化之特殊角色(Park & Folkman 1997; Pargament & Cummings 2010)。在復原力對死亡率之影響方面，Water-Ginzburg、Shmotkin、Blumstein 和 Shorek(2005)研究指出，較多的身體活動、出席教堂聚會和日常活動功能提升與以色列老年人死亡風險降低有關。近年 Shen 和 Zen(2010)研究亦發現，大陸地區老年人之復原力和死亡風險之減少有明顯相關。

中老年人之身體、社會和心理層面常有惡化情形出現，故此時期為探討復原力的重要生命歷程階段。復原力涵蓋許多面向，探討中老年人復原力除能提供達成較佳心理和生理健康途徑之重要訊息(Schure, Odden, & Goins, 2013)，亦具有重要的政策制定意涵(Luther & Cicchetti, 2000; Hildon et al., 2010)，但台灣尚未有關於此議題之大規模高齡人口調查研究。因此，本研究擬使用「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」資料(國民健康署，2014)探討中老年人之逆境和復原力狀況及其相關影響因素，以瞭解高齡人口生命後期之福祉情形，以及復原力對高齡者存活情形之助益。

貳、研究方法

一、研究樣本

本研究採用衛生福利部國民健康署「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查(Taiwan Longitudinal Study on Aging, 簡稱 TLSA)」1989 年和 1993 年之樣本資料。本研究樣本具全國老人樣本之代表性，1989 年調查之受訪對象係根據台灣地區戶籍資料，自 331 個平地鄉鎮市區且年滿 60 歲以上之高齡人口，依三段分層系統隨機抽樣法，

共抽出 56 鄉鎮合計 4412 位進行面訪調查，共完訪 4049 位，完訪率達 91.8%；同一批受訪者於 1993 年進行第二次追蹤調查，共 3155 人(78%)順利完成追蹤訪問、589 人(15%) 在 1989-1993 年之間死亡、312 人(7%)樣本流失。本研究同時合併 2003 年之存活檔，以測量研究樣本之存活情形。

二、研究變項

參考相關文獻並自本研究資料既有變項中選擇多面向逆境指標，包括：慢性病項數、日常活動功能、自評健康、憂鬱、生活滿意度、社會參與及宗教活動。本研究以動態概念測量具復原力與否，因此，具復原力(resilient)定義為相較於 1989 年，1993 年之逆境指標變好或不變；反之，不具復原力(non-resilient)為逆境指標變差。詳述如下：

(一) 生理面向

1. 慢性病項數：指受訪者自述是否罹患關節炎、慢性支氣管炎、高血壓、心臟疾病、中風、糖尿病、腎臟疾病等七種中老年人常見慢性病項數。具復原力定義為與 1989 年相比，1993 年之慢性病項數減少或不變。

2. 日常活動功能：共十二個問項，包括：購買個人日常用品（如肥皂、牙膏、藥品）；處理金錢（例如算錢、找錢、付帳單）；打電話；自己洗澡；能走到 2 樓或 3 樓；能走完約 200 至 300 公尺；在住家或附近做粗重的工作（例如清洗地板、清理水溝或農場的工作）；獨自坐汽車或火車；抬舉或攜帶 20 台斤的東西（如 20 台斤的米）；屈蹲；手高舉至頭上；用手指拿或扭轉東西。答項分為沒困難、有些困難、很困難、完全做不到，本研究將有些困難、很困難、完全做不到歸類為有困難(1 分)，並將此十二個問項相加，故數字越大日常活動功能限制越多，最少 0 分、最多 12 分。具復原力定義為與 1989 年相比，1993 年之日常活動功能限制變少或不變。

(二) 心理面向

憂鬱：採 10 題 Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) 量表，此 10 題 CES-D 量表之信效度與原始 20 題 CES-D 量表一致(Cheng & Chan, 2005)。十個問項包括：不太想吃東西，胃口很差；覺得心情很不好；覺得你所做每一件事都很不順利；睡

覺睡得很不安穩；覺得很快樂；覺得很寂寞（孤單、沒伴）；覺得人人都很不友善；覺得你很享受人生（活得很爽快）；覺得很悲哀；提不起勁來做事（沒精神做事），其中有兩題反向題。答項分為無憂鬱(0分)、很少憂鬱(1分)、有時候會憂鬱(2分)、經常或一直憂鬱(3分)。本測量依過去研究(Irie, et al, 2008)以 8 分為切點，8 分(含)以上為憂鬱，8 分以下為無憂鬱。具復原力定義為與 1989 年相比，1993 年之憂鬱情形變無憂鬱或持續無憂鬱。

（三）社會面向

1.社會參與：採用研究資料之六個問項，包括：與鄰居聊天、或到社區公共場所與人聚談；參加團體運（活）動，如早覺會、土風舞、歌唱會、爬山等；參加工商農等行業團體公會、獅子會、農會等；參加政治性團體（如政黨等）；參加宗親會、同鄉會等；參加老人團體（如長春俱樂部）。本研究計分方式分為有參與(1分)和無參與(0分)，最少 0 分、最多 6 分。具復原力定義為與 1989 年相比，1993 年之社會參與項目增加或不變。

2.宗教活動：詢問受訪者是否參加宗教團體活動，如教會、寺廟會團等，計分方式分為有參與(1分)和無參與(0分)，最少 0 分、最多 1 分。具復原力定義為與 1989 年相比，1993 年有參加或持續參加宗教團體活動。

（四）整合性面向

1.自評健康：指受訪者被詢問：你對你現在的健康情形，認為是很好、好、普通、不太好還是很不好？本研究將很好、好視為自評健康佳(0分)，將普通、不太好、很不好視為自評健康不佳(1分)。具復原力定義為與 1989 年相比，1993 年之自評健康變佳或持續為佳。

2.生活滿意度：生活滿意度包含人如何評量自己的生命價值，為福祉狀態的有效測量(Diener, Inglehart, & Tay, 2013)。本研究之生活滿意度測量為詢問受訪者同不同意下列四個問項之描述，包括：你的一生，比多數你認得的人更順利（比你鄰居親朋中的老人更順利）；你對你的一生感到（有）滿意；這些年是你一生中最好的日子；你期待未來

會發生一些有趣愉快的事（你對未來還有希望一些事）。本研究計分方式為同意(1 分)和不同意(0 分),相加總最多 4 分,指生活滿意度最高。具復原力定義為與 1989 年相比, 1993 年生活滿意度增加或不變。

以上這些逆境指標,在先前復原力研究文獻(Hildon, et al., 2008; Hildon et al., 2010; Walter-Ginzburg, Shmotkin, Blumstein, & Shorek, 2005)中曾經被使用過,這些逆境指標可良好預測後續的復原力。此外,本研究之社會人口學變項包含性別、年齡、教育程度、族群和婚姻狀態。

三、資料分析

本研究以邏輯斯迴歸模型分析影響復原力的社會人口學變項,並以 Cox 比例風險模型(Cox proportional hazard model)分析具復原力與否其 1993 年至 2003 年之存活年數。研究樣本若於 1989-1993 年之間死亡,則視其為不具復原力。各逆境指標之遺漏值除了日常生活功能(17.6%)較高外,其它指標之遺漏值皆小於 3%,故後續分析不包含這些具遺漏值之樣本。本研究資料處理與模型分析採用 STATA 12.0 統計分析軟體。

叁、研究結果

一、描述性結果

表 1 呈現研究樣本特性。在社會人口學變項方面:1989 年樣本男性較女性多,年齡以 60-64 歲和 65-69 歲最多、80 歲以上最少,教育程度以未接受教育和小學程度最多,族群別以閩南族群最多、大陸省份族群次之,婚姻狀態以有偶較多。1993 年樣本除年齡(以 65-69 歲和 70-74 歲最多、60-64 歲最少)外,其他社會人口學變項特性與 1989 年樣本相同。在逆境指標方面:1989 年及 1993 年樣本之平均慢性病項數分別為 1.15 項和 1.17 項,平均日常活動有困難項目分別為 2.00 項和 2.39 項,自評健康不佳比例分別為 60.9% 和 57.8%,憂鬱比例分別為 33.0% 和 35.2%,生活滿意度平均分數分別為 2.68 和 2.29,平均社會參與項目分別為 1.12 項和 1.11 項,參加宗教活動比例分別為 49% 和 65%。

表 1 研究樣本的社會人口學變項與逆境指標之描述性統計

	1989 年 (總樣本數=4049)		1993 年 (總樣本數=3154)	
	樣本數(百分比)	平均數(標準差)	樣本數(百分比)	平均數(標準差)
性別				
男	2312(57.1)		1780(56.4)	
女	1737(42.9)		1374(43.6)	
年齡				
60-64 歲	1369(33.8)		61(1.9)	
65-69 歲	1207(29.8)		1320(41.9)	
70-74 歲	761(18.8)		917(29.1)	
75-79 歲	449(11.1)		493(15.6)	
80 歲以上	263(6.5)		363(11.5)	
教育程度				
無	1685(41.6)		1276(40.5)	
小學	1596(39.4)		1292(41.0)	
小學以上	768(19.0)		586(18.6)	
族群				
閩南	2451(60.9)		1918(61.1)	
客家	603(15.0)		491(15.6)	
大陸省份	900(22.4)		681(21.7)	
其他	69(1.7)		50(1.6)	
婚姻狀態				
有偶	2610(64.3)		1938(61.4)	
無偶	1446(35.7)		1217(38.6)	
逆境指標				
自評健康				
不佳	2378(60.9)		1717(57.8)	
佳	1528(39.1)		1252(42.2)	
憂鬱與否				
憂鬱	1276(33.0)		1038(35.2)	
無憂鬱	2589(67.0)		1911(64.8)	
慢性病項數(0-7)		1.15(1.16)		1.17(1.19)
日常活動功能限制(0-12)		2.00(3.05)		2.39(3.21)
生活滿意度(0-4)		2.68(1.34)		2.29(1.42)
社會參與(0-6)		1.12(0.95)		1.11(0.99)
宗教活動(0-1)		0.49(0.64)		0.65(0.63)

表 2 呈現在 1993 年存活樣本中具復原力與不具復原力之樣本分配。由表 2 可看出，除了生活滿意度外，各面向具復原力者之百分比皆比不具復原力者高。也就是說，大多數的 1993 年存活樣本這些指標之狀況是不變或變好。

表 2 具復原力與不具復原力之樣本分配

逆境指標	總樣本數	狀態	樣本數(百分比)
慢性病項數	3719	具復原力	2186(58.8)
		不具復原力	944(25.4)
		死亡	589(15.8)
日常活動功能	3503	具復原力	1656(47.3)
		不具復原力	1258(35.9)
		死亡	589(16.8)
自評健康	3698	具復原力	2271(61.4)
		不具復原力	838(22.7)
		死亡	589(15.9)
憂鬱	3678	具復原力	1888(51.3)
		不具復原力	1201(32.7)
		死亡	589(16.0)
生活滿意度	3618	具復原力	1507(41.7)
		不具復原力	1522(42.1)
		死亡	589(16.3)
社會參與	3734	具復原力	2168(58.1)
		不具復原力	977(26.2)
		死亡	589(15.8)
宗教活動	3743	具復原力	2923(78.1)
		不具復原力	231(6.2)
		死亡	589(15.7)

二、社會人口學變項與復原力之邏輯斯迴歸分析

表 3 呈現社會人口學變項與研究樣本復原力的關係。結果顯示：年齡較長、無偶(含喪偶、離婚)、低教育者之復原力皆較差。就性別而言，女性在慢性病項數、自評健康、生活滿意度、社會參與、和宗教活動面向之復原力比男性好，但男性在日常活動功能和

憂鬱面向之復原力較女性佳。就族群而言，與大陸族群相比，閩南及客家族群之復原力在慢性病項數、憂鬱和社會參與面向之復原力較佳；其他族群(例如原住民)除社會參與面向外，每一面向之復原力是所有族群中最差的。

表 3 影響樣本復原力的社會人口學變項之邏輯斯迴歸分析結果

	慢性病項數	日常活動功能	自評健康	憂鬱	生活滿意度	社會參與	宗教活動
	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)
男性	0.82(0.70-0.95)*	1.21(1.02-1.42)*	0.89(0.76-1.04)	1.09(0.94-1.28)	0.62(0.53-0.73)***	0.62(0.53-0.73)***	0.63(0.53-0.76)***
年齡							
65-69 歲	0.92(0.78-1.09)	0.80(0.67-0.95)*	0.94(0.79-1.12)	0.89(0.75-1.05)	0.96(0.81-1.13)	0.89(0.75-1.05)	0.85(0.69-1.04)
70-74 歲	0.82(0.68-1.00)*	0.45(0.37-0.81)***	0.61(0.50-0.75)***	0.65(0.54-0.79)***	0.75(0.62-0.91)**	0.73(0.61-0.89)**	0.57(0.46-0.72)***
75-79 歲	0.65(0.52-0.81)***	0.25(0.37-0.81)***	0.45(0.35-0.56)***	0.51(0.40-0.64)***	0.55(0.43-0.70)***	0.51(0.41-0.65)***	0.40(0.31-0.51)***
80 歲以上	0.40(0.30-0.54)***	0.17(0.12-0.25)***	0.30(0.22-0.41)***	0.24(0.17-0.34)***	0.34(0.24-0.48)***	0.33(0.24-0.44)***	0.24(0.18-0.33)***
教育程度							
無	0.79(0.68-1.00)*	0.61(0.48-0.76)***	0.50(0.40-0.63)***	0.67(0.54-0.83)***	0.67(0.54-0.84)**	0.95(0.76-1.18)	0.80(0.61-1.03)†
小學	0.85(0.70-1.04)	0.92(0.75-1.13)	0.76(0.61-0.94)**	1.00(0.82-0.21)	0.90(0.74-1.10)	1.02(0.84-1.24)	0.92(0.73-1.17)
族群							
閩南	1.09(0.91-1.31)	0.90(0.75-1.09)	0.88(0.73-1.67)	1.09(0.91-1.32)	0.98(0.81-1.18)	1.44(1.20-1.72)***	0.80(0.64-0.99)*
客家	1.17(0.92-1.47)	0.78(0.61-0.99)*	0.92(0.72-1.18)	1.23(0.97-1.56)†	0.80(0.63-1.02)†	1.67(1.32-2.10)***	1.02(0.77-1.35)
其他	0.57(0.34-0.96)*	0.58(0.33-1.01)†	0.28(0.16-0.49)***	0.25(0.13-0.48)***	0.53(0.30-0.94)*	1.37(0.82-2.31)	0.37(0.21-0.63)***
無偶	0.83(0.34-0.96)*	0.69(0.59-0.80)***	0.68(0.59-0.79)*	0.71(0.61-0.82)***	0.73(0.63-0.85)***	0.71(0.61-0.83)***	0.71(0.60-0.84)***
常數項	2.09(1.64-2.67)***	1.93(1.49-2.49)***	4.09(3.14-5.32)***	1.55(1.22-1.90)***	1.57(1.23-2.01)***	1.84(1.44-2.34)***	9.32(6.87-12.6)***
Log likelihood	-2561.47	-2260.99	-2405.18	-2477.43	-2428.96	-2529.71	-2015.29
LR χ^2	85.98	444.01	306.60	273.19	156.52	186.47	214.75
pseudo R^2	0.0165	0.0894	0.0599	0.0522	0.0312	0.0355	0.0506

† P < 0.1 ; * P < 0.05 ; ** P < 0.01 ; *** P < 0.001

註：社會人口學變項對照組為女性、60-64 歲、小學以上、大陸省份族群、有偶。

三、存活情形與具復原力與否之 COX 迴歸分析

表 4 為樣本具復原力與否及 2003 年存活情形之 COX 迴歸分析結果。模型一只校正社會人口學變項，模型二同時校正各面向復原力指標，模型三同時校正各面向復原力指標、1989 年逆境指標及社會人口學變項。模型一結果顯示，各面向具復原力之高齡者存活率較高且達統計顯著性。模型二結果亦指出，即使同時校正各面向復原力，除慢性項數和宗教活動面向之外，具復原力者其存活機率較高。模型三分析進一步校正 1989 年各面向逆境指標的測量值，結果顯示，在同時校正各面向復原力指標、1989 年各面向逆境指標及社會人口學變項後，具復原力者之存活率仍較高，且大多數達統計顯著性，可見研究結果具穩健性。

表 4 樣本具復原力與否及 2003 年存活情形之 COX 迴歸分析結果

	模型一		模型二 (樣本數=2810)	模型三(樣本數=2810)
	樣本數	死亡風險比(95%信賴區間)	死亡風險比(95%信賴區間)	死亡風險比(95%信賴區間)
慢性病項數	3174	0.79(0.71-0.87)***	1.03(0.92-1.16)	1.00(0.87-1.15)
日常活動功能	2961	0.49(0.43-0.54)***	0.58(0.51-0.65)*	0.67(0.59-0.77)***
自評健康	3153	0.50(0.45-0.56)***	0.70(0.61-0.79)**	0.72(0.62-0.85)***
憂鬱	3133	0.59(0.53-0.66)***	0.87(0.77-0.98)*	0.94(0.81-1.09)
生活滿意度	3075	0.69(0.60-0.79)***	0.90(0.80-1.01)†	0.85(0.74-0.98)*
社會參與	3189	0.77(0.69-0.85)***	0.90(0.81-1.01)†	0.87(0.75-1.01)†
宗教活動	3198	0.68(0.60-0.79)***	0.97(0.83-1.13)	0.79(0.62-1.00)*
Log likelihood			-10961.04	-8021.31

† P<0.1；* P<0.05；** P<0.01；*** P<0.001

註：具復原力者之對照組為不具復原力者。

肆、討論

過去有關中老年人復原力之研究，大多以量表測量方式作橫斷面之研究(Hardy, et al., 2004; Lamond et al., 2009；de Paula Couto, et al., 2011; Wagnild, 2003; Shen & Zen, 2010; Wells, 2009)，但此種將復原力視為個人能力或特質之研究方式，無法呈現復原力正向適應之動態歷程。因此，本研究使用不同時間點之縱貫性資料測量高齡人口之復原

力，並分析社會人口學因素對復原力之影響、以及復原力與存活情形之相關性，藉以從中尋找提升高齡人口成功老化之契機。

與過去研究(Hildon, et al., 2010)一致，本研究發現，年齡越長者復原力越差。中老年人隨著年齡增加，身體功能會隨之下降，亦可能影響到心理狀況、社會參與以及整體的生活滿意度和健康之評價。與過去研究一致(Netuveli, Wiggins, Montgomery, Hildon, & Blane, 2008)，本研究發現，教育程度為較高者，其復原力機率較高。高教育程度者會使用多元觀點看待生活狀況，是復原力較佳之主要原因；另一個理由是教育程度較高者有較多的社會資源，因此增加復原力的機會較高，這部分有待後續進一步分析。與過去研究相似(Demakakos, Netuveli, Cable, & Blane, 2008; Pietrzak & Cook, 2013)，本研究發現，有偶者之復原力較無偶者為佳。多數有偶者之家庭支持與經濟資源均較無偶者佳，應是復原力較佳之主因。

本研究發現，女性在慢性病項數、自評健康、生活滿意度、社會參與、和宗教活動面向之復原力比男性好，但男性在日常活動功能和憂鬱面向之復原力較女性佳。雖然有多篇文獻指出，兩性之復原力並無差異(Wagnild, 2009)，但過去男性復原力比女性佳(Demakakos, et al., 2008; Hardy, et al., 2004)或女性復原力比男性佳(Hildon, et al., 2010; Netuveli, et. al., 2008)之研究結果亦皆有人報告。此可能涉及各國社會文化差異性或 gender paradox (Arber & Cooper, 1999; Ory & Warner, 1990)，致使復原力之性別因素呈現多樣化之結果，期待後續研究探討可能之原因。本研究發現，與大陸族群相比，閩南及客家族群之復原力在慢性病項數、憂鬱和社會參與面向之復原力較佳；其他族群(例如原住民)除社會參與面向外，每一面向之復原力是所有族群中最差的。台灣閩南及客家族群移居台灣時間較早，在社會網絡和經濟層面屬強勢者，可能是此兩個族群復原力較佳之主因。而原住民和其他少數族群於台灣社會階層中大多處於弱勢，故與另外三個族群相比，幾乎所有面向之復原力皆較差。

與過去研究(Water-Ginzburg, et al., 2005; Shen & Zen, 2010)一致，具復原力之高齡者存活率較高。Shen 和 Zen(2010)研究顯示，將健康變項放進模式後，復原力對於死亡率

之影響就明顯變小，所以老年人復原力與存活情形呈現正相關之可能原因為，具復原力者健康狀態較佳，而較佳之健康狀態會降低死亡風險。先前研究(Walgnild, 2003; Lamond, et al., 2009; Ong, et al., 2006)亦支持此說法。

相較於採用單一品質或自評健康指標之先前研究(Hildon, et al., 2008, 2010; Netuveli, et al., 2008)，本研究之優點是採用多面向的逆境指標以反映個人生命後期整體的福祉狀態，結果發現個別面向的復原力皆與存活率具正向相關，也就是說，提升任一面向復原力即可增加中老年人之存活率，此與提升中老年人生活品質之研究結果(Netuveli & Blane, 2008; Hildon, et al., 2010)一致。故本研究之政策意涵為，提倡積極及健康老化政策時，若資源有限，可將資源先聚焦於單一面向，例如社會參與；因為即使是身體功能稍微有障礙，但透過適度的社會參與亦可提升其復原力與存活率。此外，本研究不僅探討與復原力相關的因子，亦分析復原力與存活情形的關係。因此，本研究進一步發現，有效的活躍老化政策，不僅可提升高齡人口生活品質(質)，亦有助提升存活情形及壽命延長(量)，這些高齡人口質與量的提升，將可提供未來超高齡社會下社會經濟發展之另一契機。

本研究係以 60 歲以上高齡者為研究對象，無法避免研究樣本因死亡而減少所造成之研究偏差。另外，本研究樣本族群為民國 30 年以前出生者，當時社會文化背景與現在台灣的中老年人相比有相當差異，因此，本研究結果可能無法完全推論至目前甚至未來的台灣高齡人口。最後，本研究僅能測量復原力與社會人口學變項，以及復原力與存活情形之相關性，無法得知其間之因果關係。

參考文獻

- 國民健康署 (2014)。〈中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查系列〉。取自 <http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/Topic.aspx?id=200712270002>
- 國家發展委員會 (2014)。〈2012年至2060年人口推計結果表〉。取自 <http://www.ndc.gov.tw/ml.aspx?sNo=0018999#.VIRX1rdxID8>
- Adams, K.B., Sanders, S., & Auth, E.A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health, 8*(6), 475-485.
- American College of Sports Medicine (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 41*(7), 1510-1530.
- American Psychological Association (2010). *The road to resilience*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science & Medicine, 48*, 61-76.
- Bauman, S., Adams, J.H., & Waldo, M. (2001). Resilience in the oldest-old. *Counseling and Human Development, 34*(2), 1-19.
- Cheng, S-T., & Chan, A.C.M. (2005). The center for epidemiologic studies depression scale in older Chinese: Thresholds for long and short form. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(5), 465-470.
- Clark, P.H., Burbank, P.M., Greene, G., Owen, N., & Riebe, D. (2011). What do we know about resilience in older adults? An exploration of some facts, factors, and facets. In B. Resnick, L. Gwyther, & K.A. Roberto (Eds). *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes*. (pp. 51-66). New York: Springer.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- de Paula Couto, M.C.P., Koller, S.H., & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. *Ageing International, 36*, 492-505.
- Demakakos, P., Netuveli, G., Cable, N., & Blane, D. (2008). Resilience in older age: a depression-related approach. In: J. Banks, E. Breeze, C. Lessof, & J., Nazroo (Eds). *Living in the 21st century: older people in England. The 2006 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 3)*. (pp. 186-221). London: The Institute for Fiscal Studies.
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research, 112*(3), 497-527.
- Faigin, C.A., & Pargament, K.I. (2011). Strengthened by the spirit: Religion, spirituality, and resilience through adulthood and aging. In B. Resnick, L. Gwyther, & K.A. Roberto (Eds). *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes*. (pp. 163-180). New York: Springer.
- Felten, B.S. (2000). Resilience in a multicultural sample of community-dwelling women older than

- age 85. *Clinical Nursing Research*, 9(2), 102-123.
- Hardy, S.E., Concato, J., & Gill, T.M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 841–847.
- Hardy, S.E., Concato, J., & Gill, T.M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 257-262.
- Harris, P.B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61.
- Hildon, Z., Montgomery, S.M., MSc, D.B., Wiggins, R.D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: What is “right” about the way we age? *The Gerontologist*, 50(1), 36–47.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health and Illness*, 30(5), 726–740.
- Hinck, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative Health Research*, 14(6), 779-791.
- Hogan, M. (2005). Physical and cognitive activity and exercise for older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 60(2), 95–126.
- Irie, F., Masaki, H.K., Petrovitch, H., Abbott, R.D., Ross, G.W., Taaffe, D.R., ...White, L.R. (2008). Apolipoprotein E 4 allele 77 genotype and the effect of depressive symptoms on the risk of dementia in men: the Honolulu-Asia aging study. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 906-912.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9.
- Lamond, A.J., Depp, C.A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D.J., ...Jeste, D.V. (2009). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 148–154.
- Lee, H.H., & Cranford, J.A. (2008). Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents’ internalizing and externalizing behaviours? A study of Korean Adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 213–221.
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857–885
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, M. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.

- Menec, V.H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, *58B*(2), S74–S82.
- Montross, L.P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., ...Jeste, D.V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(1), 43-51.
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, *85*, 113–126.
- Netuveli, G., Wiggins, R.D., Montgomery, S.M., Hildon, Z., & Blane, D. (2008). Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and community health*, *62*, 987-991.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., & Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and stressful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*(4), 730-749.
- Ory, M.G., & Warner, H.R. (1990). *Gender, health, and longevity: multidisciplinary perspectives*. New York: Springer.
- Pargament, K.I., & Cummings, J. (2010). *Anchored by faith: Religion as a resilience factor*. In J. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds). *Handbook of adult resilience*. (pp. 193-210).New York: Guilford.
- Park, C.L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, *1*(2), 115–144.
- Pietrzak, R.H., & Cook, J.M. (2013). Psychological resilience in older U.S. veterans results from the national health and resilience in veterans study. *Depression and Anxiety*, *30*, 432-443.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307–321.
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S., & Kumpfer, K.L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, *21*, 33–39.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598–611.
- Schure, M.B., Odden, M., & Goins, R.T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, *20*(2), 27-41.
- Shen, K., & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, *23*(5), 105-116.
- Soanes, C., & Stevenson, A. (2006). *Oxford dictionary of English (2nd edn.)*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Starkweather, A.R. (2007). The effects of exercise on perceived stress and IL-6 levels among older adults. *Biological Research for Nursing*, *8*(3), 186–194.
- Szanton, S.L., Gill, J.M., & Thorpe, Jr.R.J. (2010). The society-to-cells model of resilience in

- older adults. *Annual review of Gerontology and Geriatrics*, 30, 5-34.
- Taylor-Piliae, R.E., Haskell, W.L., Waters, C.M., & Froelicher, E.S. (2006). Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 313–329.
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42-49.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T., & Shorek, A. (2005). A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Social Science & Medicine*, 60, 1705-1715.
- Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*, 25, 415-419.
- Wild, K., Wiles, J.L., & Allen, R.E.S. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Aging and Society*, 33, 137-158.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152–169.