



研究論文

偏鄉社區高齡者心理健康促進：調查與介入的實踐經驗

*李鈺華 陳佑楷

國立嘉義大學 輔導與諮商學系

摘要

本研究旨在探討偏鄉高齡者的心理健康現況及介入成效。研究場域為台灣嘉義縣一受少子化與人口外移影響、人口高齡化嚴峻的偏鄉社區。本研究首先進行心理健康調查，結果顯示多數居民(90.9%)整體心理健康程度達一般水準以上，惟在正向樂觀、積極生活態度與能力感方面仍有待提升。基於此，本研究設計並實施為期八週的團體諮商方案，以「自我認識」與「情緒調節」為核心，旨在促進長者的自我關照與心理健康。後測結果顯示，1位具中度困擾者心理健康顯著改善，其餘成員則維持良好狀態。另透過5位成員之質性訪談，歸納出三大主題：(1)參與契機與情緒因應慣性；(2)團體歷程中的轉化經驗；(3)團體後的覺察與情感反應。整體而言，結果顯示以人際互動與自我關照為核心的團體介入模式，對偏鄉高齡者具可行性與益處。然而，未來介入方案仍需強化文化敏感性與在地生活經驗的回應，以提升長者的接受度與方案的持續性。

關鍵詞：高齡者、心理健康、團體介入、社區實踐經驗

1. 緒論

台灣於 2025 邁入超高齡化社會，意即 65 歲以上老年人口將超過總人口的 20% (經建會人力規劃處，2013)。邁向高齡化社會已是不可擋的趨勢，人口結構的改變，直接並全方位的衝擊整個社會，經濟層面如勞動人力、退休金給付、消費行為與金流動向，醫療照顧層面如醫療需求、照護人力、保險經費，社會政策層面如房屋需求與房價政策、福利預算等 (廖珮如，2020)。隨著時代變遷，思維的調整，老化不再只承載了負面的意涵，而有了更中立持平的眼光、甚至被賦予了許多正面意義，如何優雅、從容、以「樂活」的方式度過老年生活，是現今許多人關注的焦點。因此，老年的生活品質，除了取決生理健康的維持，心理健康的因素也逐漸為人所重視，兩者關係相輔相成。

根據統計資料，自 2017 年以來，嘉義縣蟬聯全台人口老化最嚴重的縣市 (嘉義縣政府全球資訊網，2025)。在少子化與人口外移的雙重影響下，此臨海偏鄉社區人口僅餘千人左右，老化問題嚴峻。高齡長者的心理健康議題，遂成為社區再生的重要面向。基於此脈絡，所屬的社會實踐計畫

推動一系列長者心理健康促進方案，透過與長者的互動，逐步建立信任關係，並初步瞭解其心理健康狀態與潛在需求。故此，探討偏鄉高齡者的心理健康現況及介入成效為本研究的目的，其執行內容如下：

- (1) 瞭解當地居民的心理健康現況。
- (2) 瞭解團體諮商活動的方案介入後，對參與居民心理健康的影響。

2. 文獻探討

本章探究當地居民參與心理健康團體的經驗。

2.1 高齡者心理健康

高齡者心理健康的內涵

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)，在 1948 年正式將「健康」定義為身體、心理和社會處於完全安適的狀態，而非僅限於消極疾病與虛弱的層面(WHO Interim Commission, 1948)。Ewles 和 Simnett (1985)提出「健康的整體概念(A holistic concept of health)」，主張健康應涵蓋身體健康、心理健康、情緒健康、社會健康、靈性健康、以及群體健康等六個面向。除身體、心理與社會面向外，學者也逐漸意識到靈性的重要，主張應將靈性健康納入全人健康的觀點中(Fisher et al., 2000; Neera et al, 2013)。總體來說，全人健康包括了生理、心理、社會文化、與靈性間的互動，且個體「身」、「心」、「靈」發展，是不可切割的整體（洪櫻純，2012；Swinton，2001）。

「心理健康」作為全人或整體健康的重要一環，概念上的演變，原則上和「健康」一致，從早期單一心理問題和精神病症的醫學疾病角度，逐漸轉變成含有積極性的意涵。自正向心理學問世以來(Seligman, 2002)，就將重心聚焦在促進心理健康，探索心理健康的正面意涵，致力瞭解如何達到所謂的成功、以及更高層次的幸福感(well-being)（劉淑慧等人，2017）。Keyes (2014)更進一步提出「整體狀態模式(The Complete State Model)」，主張個體完整的心理健康，一方面要檢視有無心理疾患如憂鬱、焦慮、行為失控等困擾，另一方面也須評估生活中正向感受和正向功能的程度，即幸福狀態的高低（如圖 1）。是以，高齡者的心理健康，也應重視預防治療和正向老化兩個面向，對於心理疾患需辨識、介入、宣導，但同時也追尋個人生命意義感、幸福感、安適感、以及老化自我知覺（陸洛、高旭繁，2016）。

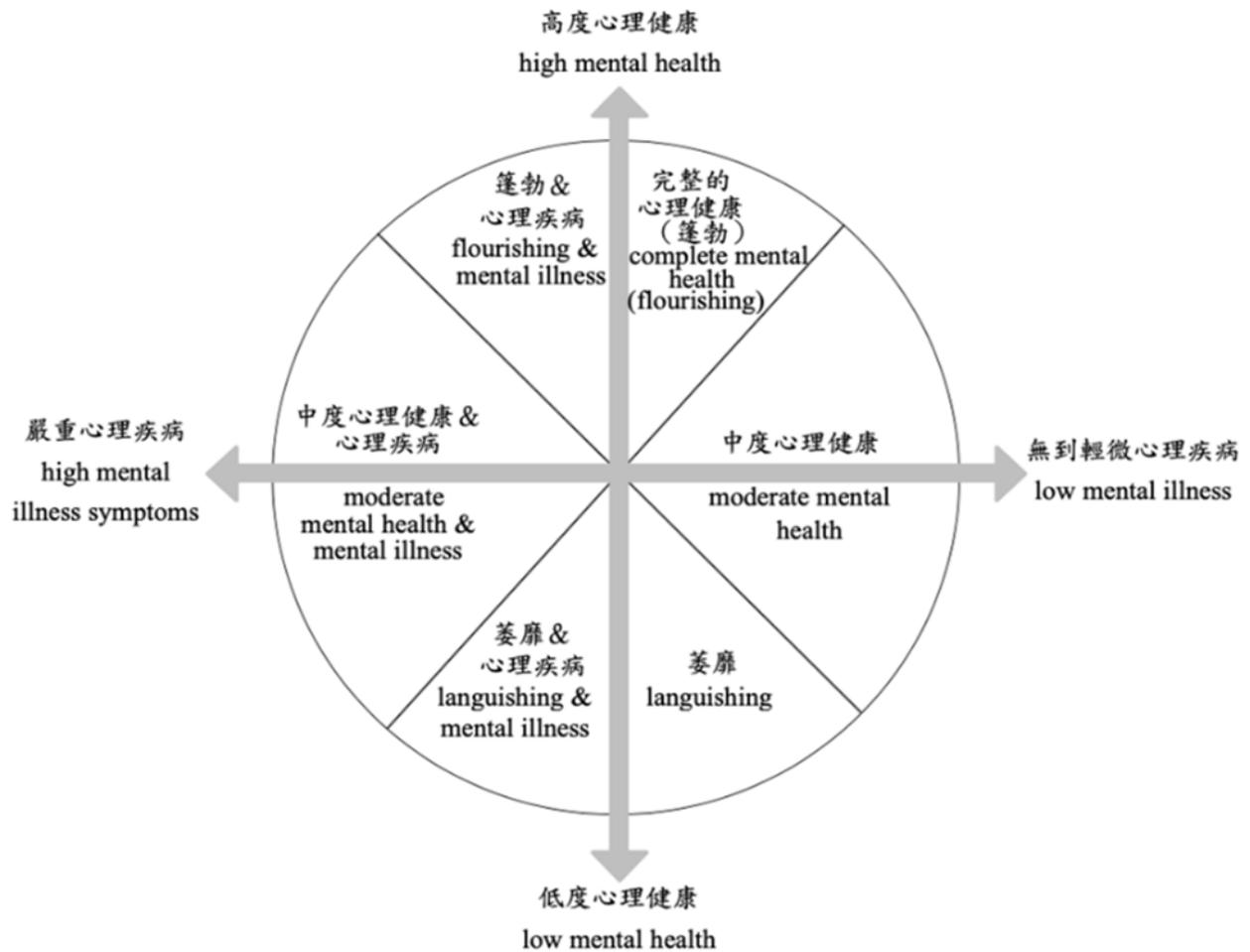


圖 1. 心理健康與精神疾患雙軸模式

註：轉載自張珏、謝佳容(2014)，〈心理健康主流化—促進與復元〉，《護理雜誌》61 (1)，頁 19。原圖改編自 Keyes (2014)之雙軸模式

社區高齡者常見心理議題

社區高齡者的心理議題多與老化歷程中的身心變化與生活脈絡相關，其表現未必符合臨床診斷的典型樣態，卻可能影響心理適應與生活功能。既有研究顯示，除憂鬱、焦慮與自殺風險外，老年階段的失落經驗、角色轉換，以及家庭與社會互動脈絡下的心理調適與生活適應，亦為研究與實務中重要的關注議題。以下將就上述心理議題加以說明。

a. 憂鬱症

美國國家衛生院(National Institutes of Health, NIH)統計顯示，該國 50 歲以上患有心理疾患的比例佔 15% (NIH, 2021)。根據一項 1994 至 2020 相關文獻進行的大數據研究，老年憂鬱症的預期盛行率為 31.74%。台灣最新的研究也發現，我國 50 歲以上的人口，憂鬱症的盛行率達 16.3%，但高達 7 成的比例未曾尋求醫療協助(Chang et al., 2022)。憂鬱症在老年常見有諸多因子可循，生理健康方面，慢性疾病、身體和認知功能退化所造成的日常生活功能限制、不健康的生活模式如睡眠。

運動、菸酒等，都有影響(Vink et al., 2008)；而社會心理方面，喪偶、獨居、家庭衝突、孤獨、退休、經濟情況、人際網絡連結、醫療照顧品質等(古永利、林明燈，2022；林正祥等人，2010)，亦有高度相關。而罹患憂鬱症的隱憂，不但會增加老年人的老化症狀如體重減輕、肌力減少、活動下降，動作遲緩、疲憊等，提高死亡率，也連帶影響其他生理疾病的預後(Chang et al., 2022)；其中最嚴重的是導致自殺的風險(黃正平等人，2011；李俊德，2016)。

b. 焦慮症

焦慮症一向和憂慮症有高度共病(Bryant et al., 2008)，不但會增加自殺風險，且可能患有更多慢性和復發性疾病，需要長期治療(Hirschfeld, 2001)，尤其在老年照護機構有極高的發生率(曾熾婷等人，2023)。依據美國老年協會(The National Council of Aging, 2015)的資料顯示，老年族群在焦慮症的盛行率約為14%，但不同機構、族群、地區的調查結果差異性極大(Bryant et al., 2008)。

c. 自殺

根據財團法人自殺防治學會(無日期)的資料，自1994至2022的統計資料，65歲以上的長者，自殺率一直都遠高於其他的年齡族群。而此現象，也幾乎是全球皆然(Conejero, et al., 2018)。自殺的研究眾多，綜合檢視自殺的風險因子，精神疾病、神經認知障礙、社會疏離、喪親、認知障礙、決策和認知抑制、生理疾病、以及身體和心理困擾，皆有關聯。針對降低自殺的風險，如何在一般醫療的病人中辨識可能的憂鬱症狀，關注長輩的社會心理議題，提供長者足夠的社會支持如長照系統、人際連結等，以及加強心理衛教，都是重要的舉措(Conejero et al., 2018; Hsieh & Lai, 2005)。

d. 其他研究與實務中的常見心理議題

依據文獻分析，回顧1992至2017期間老人心理治療研究主題，發現多數研究主題集中在四個領域：(1)家庭(14.4%)；(2)職業健康(13.3%)；(3)介入處遇(13.3%)；(4)死亡和生命逝去／哀悼(8.0%)(Fullen et al., 2019)。而Atiq(2006)分析老人心理治療的常見議題，歸納出：(1)重建老年個案的自我概念和自尊；(2)處理失落；(3)面對老化、疾病和可能的依賴；(4)面對死亡與生命逝去；(5)移情與反移情。國內許玉霜等人(2016)的研究，也指出身體健康狀況引發的相關議題、死亡的焦慮與失落是老人普遍的生活適應困境。可見，年長者即使在這個年齡，仍面對個人內在與系統互動的衝突，親友離世與自己的死亡，也是不可迴避的重中之重。職業議題也反映了無論是高齡化社會的趨勢所趨，或是呼應生產老化的觀點，許多老年人並非就此退休，而是持續從事經濟生產(Pak et al., 2023)。

此外，許多學者開始關注正向積極觀點的老年心理調適、生活滿意、自我價值、幸福感等議題(連廷嘉、鄭曉楓，2015)。王智永等人(2017)以文獻分析方式，針對國內主觀幸福感的研究，整理出外部影響因素如性別、年齡、教育水準、婚姻、收入、健康、社會支持、深度休閒、體育鍛鍊、生活事件及文化因素；而內部影響因素部份包括人格特質、應對方式及自尊。另老年人生活滿意度的探討也十分蓬勃，常見的相關主題有醫療服務、休閒運動、家庭情感、自主性、經濟狀況、社區

參與等。其中發現最重要的影響因素是自覺健康狀況，其次是經濟狀況（石決，2017）。而在控制身體功能狀況後，社會支持系統的中情感性社會支持對老人生活滿意度比工具性社會支持有更大的影響力（葉淑娟等人，2004）。此外，老人自主性越高，與子女的代間情感也會提升生活滿意度（黃筱君等人，2012），而靈性健康狀況也與生活滿意度和希望感有顯著相關（Özdemir et al., 2022）。

2.2 高齡者團體諮商

團體諮商是一種既有的治療形式，具有不同於個別諮商的獨特功能，在老年族群，也是一種廣泛被應用的工作模式。Agronin (2009)表示，在老年族群採用此治療方式時，需特別關注年齡的因素造成對認知障礙、身體殘疾和獨立性的影響。根據陳俐伶(2016)對過去 10 年文獻進行分析，整理出台灣當前在高齡者的團體治療種類，主要有談話治療、懷舊治療、園藝治療、休閒療法等形式。除此之外，藝術治療、繪本也有零星研究探討（王月玲、謝玉玲，2021；許玉容等人，2017；黃傳永、郭淑惠，2018），以下分別就團體諮商在高齡者應用中最常見的三種形式說明：

- (1) 談話形式：雖為最典型的心理治療形式，但台灣現有文獻中針對其療效或實務歷程之實徵研究仍屬有限，實屬可惜。或許這與長者的認知退化、不習慣完全用語言表達有關。
- (2) 懷舊治療：是經由當事者聯結過去的特殊經驗，透過感知的探索，產生對現實生活的適應能力。懷舊能增加覺察，促進自我表達及自我瞭解的機會，強化適應能力，並啟發生命的意義及延續性(Sellers & Stork, 1997)。其對憂鬱症、身心健康、生活滿意度（陳淑梅等人，2016；馮瓊儀等人，2010）等都被證實具有療效。且隨著高齡化社會來臨，也引起對此治療形式的注意和興趣（陳采熏、蕭文，2021）。
- (3) 園藝治療：是一種透過「植物、園藝活動以及人與植物的互動關係」作為介入媒介的專業方法。在此過程中，參與者透過投入、期待、盼望、收穫與享受等多重心理歷程，不僅能獲得身心的療癒與復健效果，也能在持續參與園藝活動中增進對自我與外在世界的理解，進而促進整體適應與心理健康（林俊德，2012）。關於園藝治療的療效機轉，原則上可歸納為三項基本要素：活動中與他人交流的互動作用；照顧植物時的身體力行、情感、認知、和承諾感的行動要素；對植物的生存的做出相應反應和觀察之回應要素(Relf, 2005)，而台灣的研究陸續也印證相似的結果（林俊德，2015；2016；2020）。

綜上所述，人口老化已成為不可逆轉的全球趨勢，本研究所聚焦的實踐場域，其老化指數更位居全台前端，顯示偏鄉社區長者正面臨更嚴峻的挑戰，涵蓋社區結構與個人層面等多重議題。為回應此情境並提升心理健康意識，方案團隊首先致力於瞭解當地長者的現況與需求，並以此為基礎進行系統性評估，作為後續設計與推展介入策略的重要依據。

3. 研究方法與實施

3.1 研究設計與流程

本研究採社區實踐取向之研究設計，並蒐集量化與質性資料。研究初期以心理健康量表進行社區心理健康篩檢，瞭解當地高齡者之心理健康狀態，作為後續介入規劃之依據；依篩檢結果，規劃團體諮商介入方向，並以正向心理健康促進與心理調適支持與為主要介入重心。

研究流程依序包含心理健康篩檢、介入方向判讀、團體諮商介入實施，以及介入前後之心理健康評估；團體結束後，另進行經驗訪談，以蒐集參與者之參與經驗與感受。整體研究設計與流程如圖 2 所示。

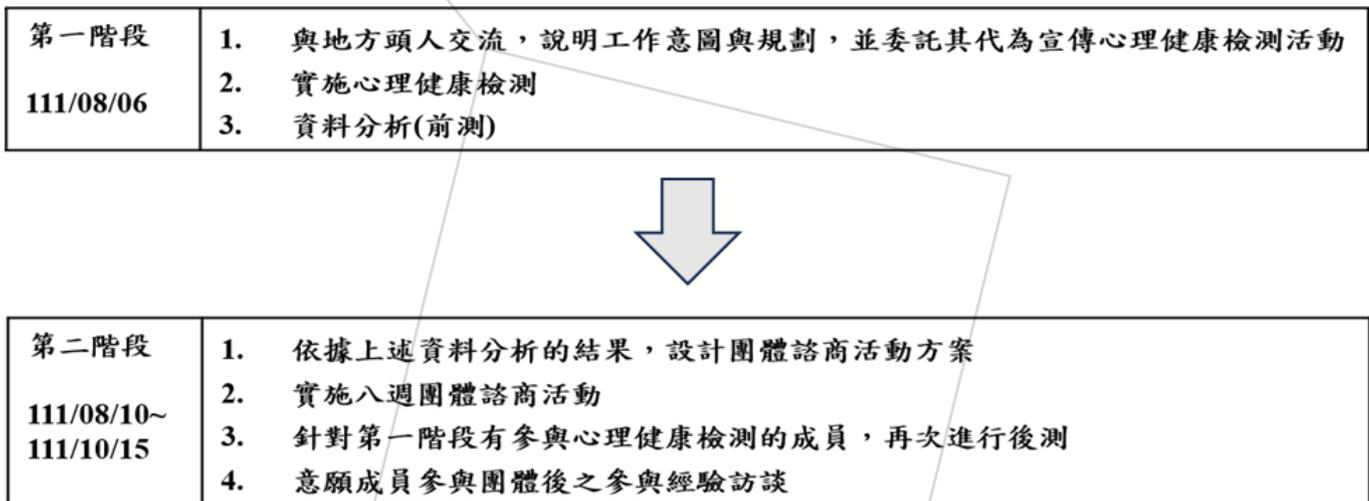


圖 2. 研究流程圖

3.2 研究樣本

研究對象

本研究以方便取樣方式進行，包含兩階段的行動方案，基於對實踐場域初期探索與認識之必要，兩階段皆以嘉義縣某臨海鄉漁村居民為研究群體。然在當地進行初步訪查的觀察和回饋意見顯示，有許多人是基於漁民身分所以設籍於此，但卻未實際居住，且年輕人幾乎都在外工作，鮮少回鄉，因此社區日常所見，幾乎清一色都是長者居多。故此，本研究查詢了更符合社區常態出現的人口與年齡統計資料，截至 111 年 7 月為止，當地社區共計 1,235 人，其中 50 歲以上有 512 人，約佔社區總人口之 41.5%；60 歲以上有 304 人，約佔社區總人口之 24.6%；65 歲以上有 275 人，約佔社區總人口之 16.8%（嘉義縣朴子戶政事所，2022 年 7 月 31 日）。

以下分別就兩階段的調查問卷的發放、回收情況、以及研究參與者特性進行說明。

a. 第一階段

於 111 年 8 月 6 日，本研究於實踐場域舉辦心理健康檢測活動，作為社區心理衛生活動之一，邀請社區居民依個人興趣與意願參與。由於活動時點正值團隊初入社區階段，地方意見領袖之宣傳與支持態度，對本研究能觸及的居民範圍具有關鍵影響。本次為期半日的活動，共有 33 人次參與。考量需當場完成施測、計分與回饋，故全程由碩士層級的專業志工以一對一方式施測，以確保測驗品質，並使所有回收問卷均為有效樣本。

在回收的 33 份問卷中，參與者之基本資料如表 1 所示。年齡分布顯示，以 50 歲以上居民為主(90.9%)，其中 60 歲以上佔 78.8%。此比例明顯高於戶政統計資料中 50 歲以上(41.5%)及 60 歲以上(24.6%)的比率，或更真實地反映了該偏鄉漁村人口結構以高齡長者居多的現況。50 歲以下僅有 3 位，皆為居住於外縣市的晚輩，於活動當日陪同家中長輩一同參與，且年齡均在 30 歲以下。職業方面，因社區位處沿海，漁業從業人數最多（11 人），另有少數從事畜牧業。其他職業分布則多元，包括家庭主婦、退休者、工業與營造業、自由業、電子資訊業、宗教相關工作、民意代表及金融會計等。

表 1. 參與者背景資料

性別	男	16 人
	女	17 人
年齡	60 歲以下	7 人
	60-69 歲	11 人
	70 歲以上	15 人
婚姻狀態	已婚	23 人
	單身（含未婚、喪偶、離婚）	6 人
	遺漏值	4 人
教育程度	無	2 人
	國小	11 人
	國中	4 人
	五專、高中/職	6 人
	大學	2 人
	碩博士	3 人
	遺漏值	5 人
職業	漁畜業	12 人
	其他（含家管、自由業等）	20 人
	遺漏值	1 人

背景資料

b. 第二階段

在第二階段（111年8月10日至10月15日），研究團隊進行為期八週的團體諮商活動，並於結束後再次施測調查問卷。相較於第一階段之心理健康篩檢活動屬於開放性之心理衛生活動，第二階段團體諮商屬於連續性之介入方案，基於團體運作與互動品質之考量，本身即有人數限制。此外，部分社區長者對於團體諮商形式仍感陌生，亦影響其參與意願。經招募與說明後，最終共有6人曾參與第一階段的心理健康檢測活動（前測），因此第二階段的後測資料即以此6人為樣本來源。此外，其中5位參與者更進一步接受了團體結束後的經驗訪談，作為質性分析之資料；其中一名團體成員因個人因素未能完成訪談，故未納入質性資料分析。

本研究主要服務對象為社區中的高齡人口（65歲以上），惟其中1位參與者年齡略低於一般高齡界定（50歲）。然而，該參與者長期活躍於社區活動，並以祖母身分承擔家庭與社區互動角色，其日常往來對象亦多為更高齡的長者，因此所面對的生活議題與心理挑戰與其他高齡成員高度相似。在整體團體歷程中，其心理歷程與互動特質亦與其他參與者相近，故納入分析範圍。此做法不僅反映實務場域中「社區服務推廣不設限」的特性，亦有助於呈現更多樣化且具參考價值的參與經驗。參與者的詳細背景資料列於表2。

表 2. 團體成員背景資料

成員	年齡	性別	婚姻狀況	常用語言	教育程度	職業
A	50歲	女性	已婚	國台語	五專、高中/職	家管
B	72歲	男性	已婚	台語	國小	漁業
C	76歲	男性	已婚	台語	國小	畜牧業
D	69歲	男性	已婚	台語	國中	自由業
E	67歲	女性	喪偶	國台語	五專、高中/職	漁業
F	71歲	女性	已婚	國台語	國小	家管

3.3 研究工具與資料分析方法

研究工具

本研究使用問卷調查法及半結構式訪談進行資料收集，目的為瞭解嘉義縣某臨海鄉漁村居民的心理健康現狀，以及透過團體諮商活動介入後，對於心理健康程度的影響。研究工具包含「成人心理健康量表」、「團體諮商方案」、「團體諮商活動領導者、與偕同領導者」、「團體質性訪談大綱」。說明如下。

a. 成人心理健康量表(Adult Mental Health Scale)

本研究採用黃財尉等人(2011)編製之《心理健康量表》以評估成人之心理健康狀態。該量表適用於 20 歲以上族群，共 28 題，涵蓋生理、心理與社會三大層面，兼具心理困擾與正向情緒等指標，能較為全面地反映心理健康內涵。量表包含五個分量表，分別為生理慮病、焦慮煩躁、憂鬱低落、社交困擾與正向樂觀，採五點 Likert 式量表計分，分數愈高代表愈符合題目所述狀況。在本研究中，生理慮病、焦慮煩躁、憂鬱低落與社交困擾分量表主要用於心理健康風險之篩檢；正向樂觀分量表則作為正向心理健康促進介入之評估指標。

根據原始研究，該量表具有良好的信效度。總量表之 Cronbach's α 為.92，各分量表介於.79 至.87；重測信度介於.47 至.71；建構信度介於.78 至.88。效度檢驗方面，內容效度、效標關聯效度、聚斂效度與區辨效度皆達統計標準，顯示此量表為具良好心理計量特性的工具，適合用於成人心理健康之測量。

b. 團體諮商方案

本研究之團體諮商方案由計畫團隊成員依據第一階段成人心理健康量表之檢測結果自行擬定。考量社區參與人口結構以長者為主，方案設計以初入社區時的關係建立為起點，並以長者的心理需求與生命發展特質為核心考量。整體設計脈絡由自我認識逐步過渡至壓力與情緒的調適，形成一套具發展性的八週團體方案，方案內容摘要如表 3。

表 3. 八週團體方案

單元順序及名稱	單元目標	主題活動內容	團體焦點或預期效果
1. 認識您真好	(1) 認識彼此 (2) 了解團體與進行方式	(1) 自我介紹 (2) 團體命名 (3) 團體規範制定	協助成員了解團體的性質、目標與規範及彼此認識
2. 薑是老的辣	看見自己的價值	(1) 職業介紹 (2) 對自己重要的一件物品介紹	增加成員之間對彼此的瞭解及協助成員看見自己的美好與價值
3. 愛的影子	回顧原生家庭	家庭圖製作	透過原生家庭圖的製作讓成員回想自己的原生家庭及重要他人
4. 我的生命線	回顧自己的生命重要事件	生命線製作	(1) 協助成員回顧統整自己的生命重要事件 (2) 看見自己的改變和生命重要轉折點
5. 心情青紅燈	認識情緒	以歌曲和生活事件促進情緒覺察	(1) 認識情緒 (2) 了解自己是如何回應別人的情緒
6. 壓力山好大	認識壓力	(1) 情緒療癒卡 (2) 壓力量表 (3) 壓力情境卡	(1) 強化對自我情緒的辨識 (2) 協助成員覺察自己的壓力源
7. 舒壓禪繞畫	學習紓壓技巧	(1) 手部運動 (2) 禪繞畫學習與創作	(1) 透過手作訓練長者手部動作之靈活度 (2) 以禪繞畫為媒材，讓長者習得紓壓之方式
8. 放鬆與冥想	學習紓壓技巧	(1) 身體掃描、呼吸練習、正念瓶介紹與體驗 (2) 團體回顧與結束	(1) 透過放鬆與冥想之紓壓方法，持續強化成員對於情緒、壓力的感知與因應 (2) 成員參與團體回饋

c. 團體活動領導者、偕同領導者

本研究之團體活動領導者與偕同領導者皆為具碩士層級以上相關專業背景的志工，成員包含諮商心理碩士專班研究生與畢業生，以及家庭教育碩士班畢業生，共計 11 人。所有成員均接受過相關知能與技術訓練，並具備一定程度的實務經驗。各領導者依其專長與勝任主題分工，擔任當次活動之主要領導或偕同領導角色。在計畫團隊初步規劃的團體方案架構下，領導者得以注入個人經驗與創意，並依據團體成員特性調整帶領方式。活動結束後，領導者皆進行檢視與反思，留下完整紀錄，以利後續團體歷程的滾動式調整，確保團體帶領風格的一致性與專業性。

d. 團體質性訪談大綱

為獲取參與成員對本次團體活動的動機、經驗與反思，本研究以「參與前—參與中—參與後及未來展望」作為三大訪談方向，並擬定以下訪談大綱：(1)參與前的背景與動機，包含心理調適方

式、自我認知、過往相關經驗與參與動機，作為了解成員起點的重要依據；(2)參與歷程中的經驗與感受，涵蓋團體進行過程前、中、後各階段的主觀經驗與互動感受，以呈現參與者在團體歷程中的變化與轉折；(3)團體後的反思、改變與未來展望，聚焦於團體結束後的整體影響與自我省思，並進一步探討對未來的期待，以連結團體效益與後設認知的提升。

資料分析方法

a. 量化資料分析

本研究於問卷調查回收後，先進行資料整理與編碼，並使用 SPSS 17.0 統計軟體進行量化分析。首先，採用描述性統計（次數分配、平均數、標準差與百分比）描繪各研究變項的分布情形，以掌握參與者基本背景特徵及其心理健康狀況的整體樣貌。其次，針對不同背景變項在心理健康上的差異，運用單因子變異數分析進行檢定，以探討群組間是否存在統計上顯著差異。最後，為比較參與者於團體介入前後的心理健康變化，採用 Wilcoxo 符號等級檢定(Wilcoxon Signed-Rank Test)作為非母數檢定方法，以評估團體參與對心理健康指標的影響。透過上述多元統計分析，期能更全面呈現參與者在介入歷程中的心理變化，並檢視其與背景變項之間的關聯。

b. 質性資料分析

在八週心理健康團體結束後，本研究以立意取樣方式，邀請有意願的成員參與團體經驗之個別訪談，共計 5 人，年齡介於 50 至 70 餘歲之間。由研究者擔任訪談人員，依受訪者實際回應情況，每人進行 1 次約 30 至 90 分鐘不等之訪談。在參與者同意下，全程錄音並逐字轉錄。

質性資料分析採內容分析法，進行系統化的資料整理與詮釋。本研究以逐句編碼方式處理逐字稿，例如「A082」代表受訪者 A 第 82 句，「B031-1」則表示受訪者 B 第 31 句之第一段。為確保編碼一致性與研究信效度，分析過程中由研究者進行交叉檢閱與討論，以提升結果的可信度與嚴謹性。

4. 研究結果與討論

4.1 整體心理健康程度

總體來說，參與第一階段的當地居民 33 人中有 19 人是屬於心理健康程度優質等級，有 8 人是普通等級，3 人是良好等級，共 30 人(90.9%)。在心理困擾的輕度、中度、嚴重等級則分別各有 1 人，共 3 人(19.1%)，上述結果呈現如表 4。

表 4. 百分等級分配表

心理健康程度	次數	百分比	累計百分比
嚴重(PR<4)	1	3.0	3.0
中度(3<PR<19)	1	3.0	6.1
輕度(18<PR<38)	1	3.0	9.1
普通(37<PR<66)	8	24.3	33.3
良好(65<PR<85)	3	9.1	42.4
優質(84<PR<100)	19	57.6	100
總和	33	100	

至於總分與各分量表的表現，由以下表 5 的分數摘要，發現憂鬱低落量表是表現最佳的，表示多數人都處於開朗喜悅狀態中：表現相對不佳的是正向樂觀，代表積極快樂、感覺有能力和獨立性的程度稍低，這個結果也可由圖 3，參與者分量表的分佈可見一二。但整體而言，結果顯示參與者的心理健康程度是不錯的。人數多分布在心理健康等級的範圍內（普通、良好、優質），唯在正向樂觀分量表落在心理困擾等級（輕度、中度、嚴重）的人數偏多有 13 人，如下圖 3 所示。

表 5. 成人心理健康現況統計摘要表(N=33)

成人心理健康	題數	平均數	標準差	單題平均數
生理慮病	6	24.45	4.24	4.08
焦慮煩躁	5	21.45	4.10	4.29
社交困擾	6	25.70	4.81	4.28
憂鬱低落	5	23.15	3.72	4.63
正向樂觀	6	23.91	4.49	3.99
總量表	28	118.67	16.40	4.24

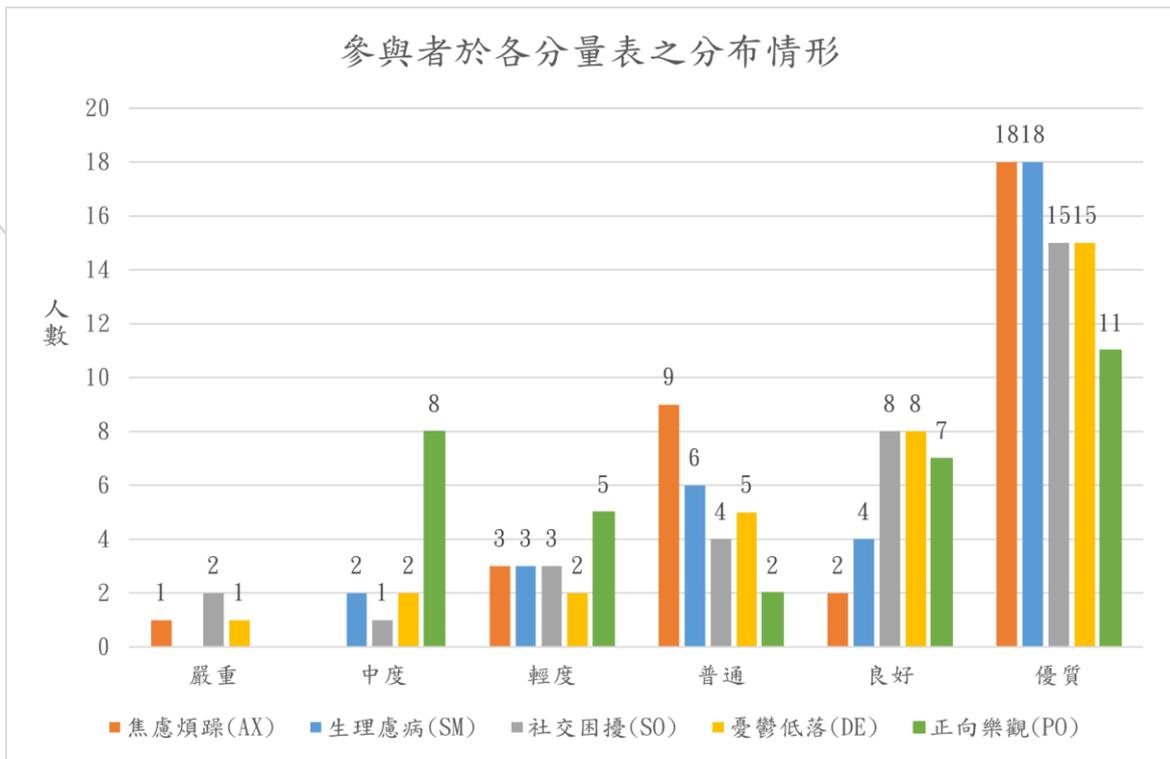


圖 3. 參與者分量表分佈

4.2 不同背景變項在心理健康程度上的差異

探討不同背景變項，包含性別、婚姻狀態（已婚、單身）、職業（漁畜類、其他）、年齡（60 歲以下，60~70，70 歲以上），在心理健康程度的差異情形，經由獨立樣本 t 檢定和單因子變異數分析，皆未發現有任何的顯著差異，表示參與者樣本中，心理健康的程度在不同背景變項的分組上，未有顯著差別，分析結果如表 6。

表 6. 不同背景變項在心理健康之獨立樣本 t 檢定和單因子變異數分析摘要表(N=33, p<.05)

分量表 項目	性別		婚姻		職業		年齡	
	t 值	顯著性 (雙尾)p	t 值	顯著性 (雙尾)p	t 值	顯著性 (雙尾)p	F 值	顯著性 p
生理慮病	-1.18	.247	-.61	.548	-1.31	.200	3.05	.062
焦慮煩躁	-.87	.391	-.99	.333	.655	.517	2.41	.107
社交困擾	-.44	.663	.08	.934	.925	.362	3.81	.033
憂鬱低落	-1.27	.214	-.639	.528	.238	.813	.575	.569
正向樂觀	4.18	.679	-.495	.625	1.64	.111	.133	.126
總量表	-.82	.420	-.656	.517	.585	.563	.071	.162

4.3 整體心理健康程度的前、後測差異

本研究經由 Wilcoxon 符號等級檢定，分析成員參與團體前後之成人心理健康量表分數是否有所差異。結果如下表 7 顯示，心理健康的 z 值為-.841 (p 值=.400)，未達顯著差異。

表 7. 團體成員成人心理健康量表前後測結果(N=6, p<.05)

分量表項目	平均數		標準差		Wilcoxon 符號等級檢定 z 值	顯著性 p 值
	前測	後測	前測	後測		
生理慮病	23.00	23.5	4.82	5.72	-4.22	.673
焦慮煩躁	22.50	23	3.51	2.10	-.552	.581
社交困擾	25.00	26.33	6.23	3.72	-.542	.588
憂鬱低落	22.67	23.83	2.58	1.60	-1.60	.109
正向樂觀	22.50	23.5	5.17	5.54	-1.30	.194
總量表	115.67	120.17	18.55	8.98	-.841	.400

4.4 參與者各項心理特質的前、後測差異

進一步檢視各個參與者的前、後測之表現差異 (如表 8)，可發現多數成員之前後測分數變化幅度有限；其中，參與者 A 於總量表及多個分量表呈現前後測分級上升之情形。該成員為前測中唯一呈現中度心理困擾之參與者，其前後測表現與其他成員有所不同。

表 8. 成員各項心理特質的前後測差異

成員	生理慮病		焦慮煩躁		社交困擾		憂鬱低落		正向樂觀		總量表	
	前測	後測	前測	後測								
A	輕度	良好	輕度	普通	嚴重	普通	輕度	良好	中度	中度	中度	普通
B	普通	優質	良好	良好	良好	普通	中度	輕度	輕度	輕度	普通	普通
C	輕度	中度	良好	優質	優質	優質	良好	優質	優質	優質	優質	優質
D	優質	優質	優質	優質	良好	優質	普通	普通	中度	中度	優質	優質
E	良好	普通	優質	優質	優質	普通	優質	優質	優質	優質	優質	優質
F	優質	優質	優質	優質	優質	優質	優質	優質	良好	普通	優質	優質

4.5 參與契機與情緒因應慣性

依 5 位成員對於參加團體經驗之訪談資料，整理出以下結果：

參與動機的多樣性

由於本次為社區首次舉辦心理健康團體，多數成員在一知半解的情況下報名參與，但仍各自抱持不同動機。有的希望藉此學習新知，有的因社區獲得外來資源支持而選擇參與；亦有人期盼藉團體增加與外界的接觸，不再長時間待在家中；同時，也有成員抱持「反正閒來無事、參加無妨」的心態而投入其中。

「社區這麼落沒，都沒有什麼，是我們自己都想盡辦法要學東西(D037-1)。」

「因為我閒閒沒事做啊(C076)；我都當作你們像是來陪我，陪我心情就好，聊天泡茶不會想到別的地方去啊(C080~081)。」

自我情緒調適策略

在參與團體之前，部分成員主要依靠自身力量來調適情緒，例如透過自我對話、閱讀宗教經典（如聖經或心經）、以及從事運動以達到放鬆效果。另一些成員則傾向依賴社會性支持，包括朋友的陪伴或撥打輔導專線，以協助自己度過情緒上的關卡。

「有時候就看一些聖經或是禱告(B002)；如果有時間就來這裡運動或是來這裡聊天、泡茶(B010)。」

「那段時間，其實我這一群朋友，他們都很好，他們那段時間，有一點要放棄二胡的時候，他們說你不能放棄，你放棄你一定會更孤單；這一群朋友偶爾還是會聚在一起，聊一下，大家都要走出去，大概有將近二十位左右；這群朋友感情都很好，大家都彼此了解，互相包容，大家一路走來都是，不管好壞都在一起；都是他們陪伴(E055~058)。」

4.6 團體歷程中的轉化經驗

從不安到共鳴

由於多數成員過去從未參與過心理團體，在初期對於自我揭露與分享皆感到相當不安與不適。然而，隨著團體互動的推進，成員逐漸在過程中體驗到被自己與他人故事觸動的感受，並從同儕的鼓勵與肯定中獲得力量。對於能夠傾聽並見證他人的生命歷程，成員亦逐漸產生理解與感謝之情，展現出由不安轉化為共鳴的歷程。

「很好的幫助(B044)；有學到一些屬於理想的事情，像是讓我們有一些學習的課程(B045)，因為比較沒有像這樣，大家一起坐下來說話的團體，比較少(B046)；一開始來參加時會有一點緊張(B048)；有時候想到要說的話說不出口(B049)；在一起久了，比較不會緊張了(B055)。」

「當初有一點不太適應(E089)；還好，因為後面，就慢慢就會覺得說，大家互相聊一下，彼此的在家裡的一些狀況(E091)；這個團體，唯一的好處就可以認識一個人，可以讓他更了解對方(E125)。」

分享與保留的矛盾

在團體歷程中，成員不時面臨需要自我分享的情境，這對他們而言是一種甜蜜的負擔。分享的當下，雖能獲得支持與理解，但仍有部分成員不習慣談及個人經歷，甚至擔心相關內容可能被外傳。此種在分享與保留之間的拉鋸，凸顯了成員對自我揭露的複雜感受與雙重意涵。

「不要一直再，好像在挖人家的心理的話是怎樣怎樣，因為不說又覺得來參加，好像這個團體就不像一個團體啊，要說，真的有時候有一點為難(E130)；可以紓壓一下啦，還是有一點擔心，你們會不會把這些話講出去，我們也不太想讓人家知道，我們有一個這樣的女兒(E192)。」

「大部分我比較不會說出來；比較開心的事情會說，悲傷、委屈的事情就比較不會說；現在比較會說了(B092~094)；交際方面，我比較內向(B127~128)。」

體驗式媒材的促進作用

相較於單純的口語分享，參與者在涉及動態活動（如正念練習）或使用媒材（如禪繞畫、生命線製作、牌卡）時，普遍感到更加自在，並對這些活動留下深刻印象。此類體驗式媒材不僅降低了直接自我揭露的壓力，也透過具象化與創作過程，促進了情感表達與團體互動，進而增進參與者間的情感連結。

「禪繞畫或是冥想，快要發脾氣就自己冥想，有這麼嚴重嗎？真的就一定要發脾氣嗎？然後心就會沉下來(D091)。」

「我覺得這種感覺就是回到以前的那種很小的時候大家住在一起的時候(A055)；隨便畫我最會了，我就很隨便一筆一筆畫，就很自然的畫。我就大喇喇一條條畫下去(A098)。」

4.7 團體後的覺察與情感反應

自我評價優於自我瞭解的改變

多數成員表示參與團體的感受是正向的，但在自我概念的變化上，對自我瞭解的提升表達並不顯著。相較之下，更常被提及的，是自我評價層面的改善，例如對自我價值的肯定與正向感受的增加。此現象顯示，團體經驗雖未必立即深化成員的自我洞察，卻能有效促進自我評價的提升，反映出自我概念在不同向度上的位移。

「但是來到這個團體，我就覺得我變得比較有自信，你們有帶給我歡樂與自信，就是有給我鼓勵我，就是你們給的(A044)；我要學習來讚美我的小孩什麼的，我就覺得有必要(A082)；我怎麼都是老是批評我老公(A085)。」

「對自己的評價打 8 分；我多踏出去了兩步，不是一步而已，多踏出去兩步(D119~120)。」

結束與再續的拉鋸

隨著團體逐漸進入尾聲，部分成員意識到可參與的次數有限，對團體即將結束表現出不捨，甚至不斷詢問下次再見的可能性，顯示其對團體互動與志工的依附與期待。然而，也有成員感到如釋重負，認為最好不要再參加，因為公開談論個人經驗仍使其不自在。此種「留戀與解脫」並存的反應，亦反映了文化與世代背景的影響：一方面，部分長者逐漸體驗到抒發與互動的價值，因而產生依附；另一方面，仍有長者因成長脈絡強調克己與少談私事，而對自我揭露抱持陌生與抗拒。此顯示團體介入既能促進支持建構，也需回應文化慣習所帶來的限制。

「這次教得就很好，希望下次更好，這樣而已！越來越深入，讓我們的身心越來越覺得說，越來越開闊，認識越多，認識自己也越深(D139~140)。」

「結束不開心(C225)；時間性，如果團體時間比較長，有的也坐不住啊(C257-1)。」

5. 結論與建議

5.1 當地居民的整體心理健康現況

參與本研究心理健康檢測的居民組成以 50 歲以上為主，約佔 90.9%，60 歲以上更是佔 78.8%，與正式戶政資料 50 歲以上約佔 41.5%；60 歲以上約佔 24.6%，有顯著落差，反映了此偏鄉漁村實際生活中的人口組成樣態，符合當地日常生活中的印象。

整體而言，多數參與者之心理健康程度達一般水準以上，一般以上之心理健康程度者約佔 90.9%；其中，心理健康程度介於良好至優質區間者占多數(66.7%)，顯示本研究樣本整體心理健康狀態相對穩定。

參與者樣本惟一在正向樂觀的面向上，表現得稍不理想，代表其追求積極快樂的生活態度，或是感覺自己有能力、能獨立完成事情的自我效能感，仍有待提升。

本研究結果顯示，心理健康狀況不因性別、婚姻狀態、年齡與職業等背景變項而呈現顯著差異，此發現與部分既有文獻並不一致，值得進一步討論。就性別而言，相關研究指出，相較於老年男性，老年女性更易出現憂鬱與焦慮等常見精神疾病；然而，心理健康不佳對死亡風險的影響，於老年男性則更為嚴重(Kiely et al., 2019)。就年齡而言，有研究發現老年人的心理健康狀況普遍優於年輕族

群 (Grennan et al., 2022)。因此，在老年群體中，心理健康是否隨年齡增長而呈現改善趨勢，仍有待後續探究。

5.2 參與團體諮商活動後的心理健康程度比較

本研究未發現成員參與團體諮商活動後，其心理健康量化指標達統計顯著變化；僅能從個別層面觀察細微差異。具體而言，1位在前測中呈現中度困擾的相對年輕女性成員（50歲），於後測時在多數分量表及總量表上呈現一致性提升；其餘成員則在前測時已落在中性至優良區間，前後測變化幅度有限。此一結果可能與基準線偏高所產生之天花板效應有關，使量化指標不易呈現顯著差異。

此外，本研究屬社區情境下之心理健康促進介入，團體目標並非以症狀改善為唯一導向，而是著重於自我覺察、情緒調適與人際互動的支持。對多數心理健康程度達一般水準以上、且未呈現顯著心理困擾之成員而言，介入成效可能反映於狀態維持與主觀經驗層面，而非量化分數的顯著變動。另外，因研究樣本數有限，且團體療效可能受多重因素影響，相關結果仍須審慎解讀。既有文獻仍指出，團體形式的心理治療對高齡者具有顯著療效(Agronin, 2009; Payne & Marcus, 2008)，甚至在某些情境下，如憂鬱症或其他心理症狀，成效優於個別心理治療(Agronin, 2009)。

5.3 團體參與經驗與心理狀態變化

參與動機與心理健康意識

質性資料顯示，多數偏鄉長者參與心理健康團體的動機，主要來自嘗試、陪伴或鄰里邀約，而非基於明確的心理需求。此結果反映長者對心理健康與自我關照的概念理解有限。相關發現與廖韋淳等人(2012)指出鄉村長者的健康尋求行為主要依賴醫院就診與預防保健資訊相符，亦與 Malkin 等人(2019)提出老年人對精神障礙的正確識別率較低之結果一致。由此可見，偏鄉長者的初始參與動機帶有試探性，兼具學習新知的期待與自我保護的傾向，反映心理健康團體在此脈絡下仍具新奇性與不確定性。

心理狀態的轉化歷程

在介入歷程中，雖以傳統談話為主的團體形式為基礎，然而實際反應顯示，「動態媒材」較單純言語敘說更能觸發心理回應，並有效跨越表達障礙。此類創意媒材與活動的導入，不僅提升了參與動機與情感表達，也更貼近高齡者的生活經驗。此結果與既有研究一致，支持創意媒材能作為促進高齡情緒表達、參與感及心理工作的文化橋梁(林巧莉, 2024; 馬馨瑜等人, 2024; 劉宜君, 2023; Eaton, 2020; Galassi 等人, 2022)。

在情緒轉化方面，雖然成員於團體初期普遍呈現不適應與分享焦慮，隨著團體互動與關係發展，逐漸展現出自我評價提升與自我接納的正向覺察。「我很好／我不錯」的經驗逐步浮現，顯示

心理安全感的建立已開始萌芽，與吳馥濃(2016)關於高齡成員在信任建立與自我揭露上需較長適應期的觀點相符，亦呼應 Knight(2004)所強調心理安全感在高齡心理介入初期的重要性。

至於團體終結階段，成員普遍呈現情感依附與失落交織的反應，一方面期待團體延續，另一方面亦有部分成員表達心理負擔與釋然。此結果與 Yalom 與 Leszcz (2005)所述團體結束時常見的矛盾心理狀態一致，並突顯偏鄉長者在心理介入中對內在節奏與適應壓力的敏感性。

5.4 建議

依據本研究結論，針對社會實踐行動方案，提出以下實務建議：

老化社區心理健康的評估工具再簡化

本研究雖採用兼顧正向心理健康構念且相對簡短易用的量表，但在進入老化社區時，仍面臨施測上的挑戰。由於長者的發展特性與語言文化差異，在一對一情境下進行 28 題問卷，且需透過台語轉譯施測，對研究者與受試者皆造成相當負擔。未來在長者心理健康評估上，工具的合適性應再予以調整與簡化，例如可考慮採用為長者量身訂製或短式版本之量表，如簡式心理健康量表(Brief Symptom Rating Scale; Lee et al., 1990)或老年憂鬱量表 (GDS-15; 社團法人臺灣憂鬱症防治協會，無日期)。此外，亦可引入互動性較高的媒材，如牌卡或藝術治療活動，以更貼近長者的表達風格與生活脈絡，進而提升評估的可行性與文化適切性。

心理健康程度的測量聚焦於特定的正向心理指標

在評估介入方案成效時，本研究雖以廣泛性的心理健康概念為核心，然由於介入屬短期且主題單一，難以全面涵蓋多元面向。未來若欲檢驗介入成效，宜基於對場域與服務對象的深入理解，將活動目標與評估指標更精準地對應，聚焦於特定心理特質。根據初步調查，多數長者並未呈現顯著的心理健康困擾，反而在正向心理面向上相對不足。因此，若能以正向觀點作為切入，例如幸福感、生活滿意度、情緒調適、復原力、賦能、自我效能等，將有助於更有效地串聯介入設計與評估工具，亦能在現實操作上更可行，形成具體而聚焦的小範疇實務方案。

正向建構長輩自我效能

本研究量化結果顯示，參與者樣本僅在正向樂觀向度之表現相對較低，顯示其在積極生活態度與自我效能感方面仍有提升空間。進一步檢視質性資料發現，多數長者雖未呈現顯著心理健康困擾，然普遍對自身能力與生命經驗的價值感較為不足。於團體互動過程中，部分參與者傾向低估自身日常角色與經驗的重要性，並於分享時表現出猶豫或退縮的態度，此一現象與量化結果中正向樂觀與自我效能感偏低之發現相互呼應。基於上述量化與質性結果，建議未來團體介入可納入正向心理學取向，透過引導長者回顧其生命歷程與日常實踐中的角色與貢獻，協助其重新理解自身能力與價值，以強化其行動信心與生活參與，作為社區心理健康促進工作中提升主觀掌控感與自我效能之重要方向。

以創意媒材為橋梁的文化敏感心理介入策略

本研究發現，偏鄉高齡者在團體初期對談話式介入多抱持矛盾與保留，致使情感與經驗難以流通；然而，隨著歷程推展，創意媒材的運用能有效降低防衛，並提供間接且具象的表達途徑，協助逐步建構心理安全感與參與意願。基於此，建議未來心理介入以文化敏感性為核心，善用繪畫、拼貼、生命線、正念等象徵性活動，透過非語言表達促進自我敘說與團體連結，作為貼近偏鄉長者需求的文化回應策略。

5.5 結語

本研究伴隨初期社區實踐計畫而展開，屬於微型實徵研究。受限彼時進入社區的管道有限，加之當地人口結構以長者為主，樣本數偏少，故所得結果未必能充分反映社區居民或長者的整體樣態。在研究設計方面，本研究之介入成效評估係基於單一研究樣本之前後變化，未設對照組，相關結果無法進行嚴格之因果推論，僅供初步理解介入可能影響之參考。此外，研究初期之心理健康篩檢結果顯示，多數參與者於前測階段即達一般水準以上，基準線偏高，可能影響介入前後差異之呈現。而在介入歷程中，漁村居民的參與常受生產作業影響，出現無法準時或中途離席等情況，導致團體歷程難以穩定推展，也是介入工作的重要限制。在測量層面，本研究使用之成人心理健康量表，同時涵蓋負向心理健康風險與正向心理狀態，惟正向心理健康之測量主要集中於「正向樂觀」分量表，對其他正向心理構念之評估仍有限。基於上述限制，本研究結果宜審慎解讀，並作為後續社區心理健康實務推動與相關研究之初步探索依據。

本研究顯示，偏鄉長者的心理健康整體仍屬良好，矯正了社會對其病態化與負面印象。同時，也揭示其在心理團體介入中，既展現與都市長者相似的心理變化軌跡，又受在地文化與生活脈絡深刻影響，特別是對外來專業者既期待又矛盾的參與偏好。此一發現不僅凸顯偏鄉長者獨特的文化敏感需求，更為未來設計在地化、具文化回應性的心理健康促進模式提供了重要依據。

參考文獻

1. Agronin, M. (2009). Group therapy in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 27–32. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0005-1>
2. Atiq, R. (2006). Common themes and issues in geriatric psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(6), 53–56.
3. Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
4. Chang, T. Y., Liao, S. C., Chang, C. M., Wu, C. S., Huang, W. L., Hwang, J. J., & Hsu, C. C. (2022). Barriers to depression care among middle-aged and older adults in Taiwan's universal healthcare system. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 26, 100501. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100501>

5. Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging, 13*, 691–699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
6. Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health, 2*(1), 3–5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329763>
7. Eaton, J. (2020). Arts, narrative, and creativity: Enhancing connection, communication, and health. *Innovation in Aging, 4*(Suppl 1), 675. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.2344>
8. Ewles, L., & Simnett, I. (1985). *Promoting health: A practical guide to health education*. Wiley.
9. Fisher, J. W., Francis, L. J., & Johnson, P. (2000). Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI. *Pastoral Psychology, 49*(2), 133–145. <https://doi.org/10.1023/A:1004609227002>
10. Fullen, M. C., Gorby, S., Chan, C. D., Dobmeier, R. A., & Jordan, J. (2019). The current state of gerontological counseling research: A 26-year content analysis. *Journal of Counseling & Development, 97*(4), 387–397. <https://doi.org/10.1002/jcad.12287>
11. Galassi, F., Merizzi, A., D'Amen, B., & Santini, S. (2022). Creativity and art therapies to promote healthy aging: A scoping review. *Frontiers in Psychology, 13*, 906191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.906191>
12. Grennan, G., Balasubramani, P. P., Vahidi, N., Ramanathan, D., Jeste, D. V., & Mishra, J. (2022). Dissociable neural mechanisms of cognition and well-being in youth versus healthy aging. *Psychology and Aging, 37*(7), 827–842. <https://doi.org/10.1037/pag0000710>
13. Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 3*(6), 244–254. <https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0609>
14. Hsieh, M. H., & Lai, T. J. (2005). Depression in late life: Current issues. *臺灣精神醫學, 19*(2), 85–99. <https://doi.org/10.29478/TJP.200506.0002>
15. Keyes, C. L. M. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 179–192). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11
16. Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas, 129*, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
17. Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Sage.
18. Lee, M. B., Lee, Y. J., Yen, L. L., Lin, M. H., & Lue, B. H. (1990). Reliability and validity of using a brief psychiatric symptom rating scale in clinical practice. *Journal of the Formosan Medical Association, 89*(12), 1081–1087.
19. Malkin, G., Hayat, T., Amichai-Hamburger, Y., Ben-David, B. M., Regev, T., & Nakash, O. (2019). How well do older adults recognise mental illness? A literature review. *Psychogeriatrics, 19*(5), 491–504. <https://doi.org/10.1111/psyg.12427>
20. National Council on Aging. (2015). *Anxiety in older adults*. Retrieved August 28, 2023, from <https://mhanational.org/sites/default/files/MHM%202015%20-%20MHA%20and%20NCOA%20Fact%20Sheet%20Anxiety%20in%20Older%20Adults.pdf>

21. Özdemir, A. A., Kavak Buda, F., Dural, G., & Gültekin, A. (2022). The relationship between spiritual well-being, life satisfaction and hope in elderly individuals in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 62, 3123–3136. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01517-5>
22. Pak, K., Kooij, T. A. M., De Lange, A. H., Van den Heuvel, S., & Van Veldhoven, M. J. P. M. (2023). Successful ageing at work: The role of job characteristics in growth trajectories of work ability and motivation to work amongst older workers. *Acta Psychologica*, 239, 104012. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104012>
23. Payne, K. T., & Marcus, D. K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12(4), 268–278. <https://doi.org/10.1037/a0013519>
24. Relf, P. D. (2005). The therapeutic values of plants. *Pediatric Rehabilitation*, 8(3), 235–237. <https://doi.org/10.1080/13638490400011140>
25. Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–12). Oxford University Press.
26. Sellers, S. C., & Stork, P. B. (1997). Reminiscence as an intervention: Rediscovering the essence of nursing. *Nursing Forum*, 32(1), 17–23. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1997.tb00510.x>
27. Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental health care: Rediscovering a forgotten dimension*. Jessica Kingsley.
28. Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1–2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
29. World Health Organization, Interim Commission. (1948). *Official records of the World Health Organization No. 2: Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. World Health Organization.
30. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
31. 王月玲, & 謝玉玲. (2021)。生命故事繪本方案在老人日間照護機構的行動研究與反思。 *社會發展研究學刊*, 27, 54–77。 [https://doi.org/10.6687/JSDS.202103_\(27\).0003](https://doi.org/10.6687/JSDS.202103_(27).0003)
32. 王智永, 顏士堯, & 曾寶葵. (2017)。老年人主觀幸福感初探。 *亞洲高齡健康休閒及教育學刊*, 5, 31–48。 [https://doi.org/10.6262/ASHLE.201706_\(4\).0003](https://doi.org/10.6262/ASHLE.201706_(4).0003)
33. 古永利, & 林明燈. (2022)。老人憂鬱症狀、生命意義及相關心理社會因素之探討：以榮家老年住民為例。 *台灣老年醫學暨老年學會雜誌*, 17(2), 112–126。 [https://doi.org/10.29461/TGGa.202205_17\(2\).0002](https://doi.org/10.29461/TGGa.202205_17(2).0002)
34. 石泐. (2017)。福利服務使用對高齡者健康狀況與生活滿意度影響之研究。 *家庭教育雙月刊*, 65, 6–30。 <https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=18169651-201701-201701260016-201701260016-6-30>
35. 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* (未出版碩士論文)。國立臺灣師範大學。
36. 李俊德. (2016)。老年憂鬱與自殺防治。 *自殺防治網通訊*, 11(3), 9–12。 [https://doi.org/10.30126/NSPN.201609_11\(3\).0005](https://doi.org/10.30126/NSPN.201609_11(3).0005)

37. 林巧莉. (2024)。於團體諮商中融入藝術媒材促進高齡者成功老化之可能性初探。 *輔導季刊*, 60(4), 1–13。 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19966822-N202501080009-00001>
38. 林正祥, 陳佩含, & 林惠生. (2010)。臺灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子。 *人口學刊*, 41, 67–109。 <https://doi.org/10.6191/jps.2010.7>
39. 林俊德. (2015)。活力再現：高齡者參與園藝治療之賦能現象。 *中華輔導與諮商學報*, 43, 95–126。 <https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=17285186-201508-201509020003-201509020003-95-126>
40. 林俊德. (2016)。以團體歷程觀點檢視高齡者參與園藝治療之改變因子。 *國立臺中科技大學通識教育學報*, 5, 85–106。 [https://doi.org/10.7052/JGE.201612_\(5\).0004](https://doi.org/10.7052/JGE.201612_(5).0004)
41. 林俊德. (2020)。高齡者參與賦能取向式園藝治療團體之治療因素探究。 *中華輔導與諮商學報*, 59, 103–136。 <https://doi.org/10.3966/172851862020090059004>
42. 林俊德, & 江璇. (2012)。融入團體操作之園藝治療活動對安養中心老人之成效觀察。 *國立臺中科技大學通識教育學報*, 1, 195–205。 <https://doi.org/10.7052/JGE.201212.0195>
43. 社團法人臺灣憂鬱症防治協會. (n.d.)。老人憂鬱症量表 (GDS-15)。 Retrieved August 28, 2023, from https://www.depression.org.tw/detection/index_06.asp
44. 洪櫻純. (2012)。老人靈性健康的阻力與助力分析：成功老化觀點。 *生命教育研究*, 4(1), 83–108。 <https://doi.org/10.6424/JLE.201206.0083>
45. 財團法人自殺防治學會. (n.d.)。自殺死亡統計資料。 Retrieved August 28, 2023, from <https://www.tsos.org.tw/web/page/suicidedata>
46. 馬馨瑜, 朱惠瓊, & 陳殷哲. (2024)。臺灣熟齡者參與正向藝術治療團體經驗之探究。 *教育心理學報*, 56(1), 159–190。 [https://doi.org/10.6251/BEP.202409_56\(1\).0007](https://doi.org/10.6251/BEP.202409_56(1).0007)
47. 張珏, 謝佳容. (2014)。心理健康主流化—促進與復元。 *護理雜誌*, 61(1), 18–25。 <https://doi.org.libproxy.ncyu.edu.tw:8443/10.6224/JN.61.1.18>
48. 許玉容, 陳宏義, & 林秀碧. (2017)。生命故事書在老人團體諮商之效益分析。 *台灣遊戲治療學報*, 6, 79–97。 [https://doi.org/10.6139/JTPT.201712_\(6\).0007](https://doi.org/10.6139/JTPT.201712_(6).0007)
49. 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。 <https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=19966822-201612-201701240015-201701240015-28-38>
50. 連廷嘉, & 鄭曉楓. (2015)。老人幸福感量表編製之研究。 *輔導季刊*, 51(1), 29–37。 <https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=19966822-201503-201503200015-201503200015-29-37>
51. 陳采熏, & 蕭文. (2021)。台灣懷舊處遇策略文獻回顧對高齡諮商實務的啟發。 *福祉科技與服務管理學刊*, 9(2), 170–198。 [https://doi.org/10.6283/JOCSG.202106_9\(2\).170](https://doi.org/10.6283/JOCSG.202106_9(2).170)
52. 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。 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=18186009-201606-201607140018-201607140018-58-69>
53. 陳淑梅, 郭倩琳, 陳美戎, 李來涼, 李碧月, 王淑芬. (2016)。結構式團體懷舊療法於養護機構老人生活滿意度之改善成效。 *護理雜誌*, 63(4), 70–79。 <https://doi.org/10.6224/JN.63.4.70>

54. 陸洛, & 高旭繁. (2016)。正向老化之概念內涵及預測因子：一項對台灣高齡者的縱貫研究。 *醫務管理期刊*, 17(4), 267–288。 [https://doi.org/10.6174/JHM2016.17\(4\).267](https://doi.org/10.6174/JHM2016.17(4).267)
55. 曾嫻婷, 張淑鈞, & 林碧珠. (2023)。長照機構老人憂鬱與焦慮程度調查。 *台灣健康照顧研究學刊*, 27, 1–24。 <https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=19946236-N202308080002-00001>
56. 馮瓊儀, 朱信, 張秀如, 梁嘉慧, 黃維仲, & 周桂如. (2010)。懷舊治療於改善老年人憂鬱、身心健康及孤寂感之成效探討：文獻回顧。 *精神衛生護理雜誌*, 5(1), 13–20。 [https://doi.org/10.6847/TJPMHN.201010_5\(1\).0002](https://doi.org/10.6847/TJPMHN.201010_5(1).0002)
57. 黃正平, 歐陽文貞, & 郭依雯. (2011)。老人自殺防治：從認識、篩檢與轉介老年憂鬱症做起。 *自殺防治網通訊*, 6(1), 3。 <https://doi.org/10.30126/NSPN.201103.0003>
58. 黃財尉, 李美遠, & 曾柔鳴. (2011)。 *成人心理健康量表*。心理出版社。
59. 黃傳永, & 郭淑惠. (2018)。藝術治療團體運用於失智長者之效果研究。 *教育科學研究期刊*, 63(2), 45–72。 [https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63\(2\).0003](https://doi.org/10.6209/JORIES.201806_63(2).0003)
60. 黃筱君, 鄧皓引, & 利翠珊. (2012)。老人自主性、代間情感與其生活滿意度之關聯。 *輔仁民生學誌*, 18(1), 45–65。 <https://doi.org/10.29440/FJJHE.201206.0003>
61. 經建會人力規劃處. (2013)。全球人口老化之現況與趨勢。 *台灣經濟論衡*, 11(10), 27–34。 <https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=P20191104001-201310-201911150016-201911150016-27-34>
62. 葉淑娟, 施智婷, 莊智薰, & 蔡淑鳳. (2004)。社會支持系統與老人生活滿意度之關係：以高雄市老人為例。 *中山管理評論*, 12(2), 399–427。 <https://doi.org/10.6160/2004.06.06>
63. 嘉義縣朴子戶政事務所. (2022, July 31)。嘉義縣布袋鎮性別年齡層人口數。 Retrieved August 27, 2023, from https://puzih-hro.cyhg.gov.tw/News_Content.aspx?n=3037&s=1133086
64. 嘉義縣政府全球資訊網. (2025)。高齡友善城市：背景說明。 <https://www.cyhg.gov.tw/cp.aspx?n=59>
65. 廖韋淳, 邱立安, & 岳修平. (2012)。鄉村地區老年人健康資訊需求與尋求行為之研究。 *圖書資訊學刊*, 10(1), 155–204。
66. 廖珮如. (2020)。人口老化：勞動力短缺之衝擊與挑戰。 *人文與社會科學簡訊*, 21(2), 74–83。
67. 劉宜君. (2023)。藝術處方應用於高齡者照顧之可行性研究。 *空大行政學報*, 37, 57–90。
68. 劉淑慧, 孫頌賢, 夏允中, & 王智弘. (2017)。後現代思維與第二波正向心理學在諮商的應用。 *中華輔導與諮商學報*, 49, 1–15。

Promoting Mental Health in Rural Older Adults: A Community Survey and Intervention Experience

*Lee, Y.-H., Chen, Y.-K.

Department of Counseling, National Chiayi University

Abstract

This study aimed to explore the mental health status of older adults in rural communities and to evaluate the effectiveness of a group-based intervention. The research was conducted in a rural community in Chiayi County, Taiwan, an area severely affected by low fertility rates, population outmigration, and rapid population aging. A mental health survey was first administered, revealing that the majority of residents (90.9%) demonstrated overall mental health levels at or above the normative range. However, participants showed comparatively lower levels of positive optimism, proactive life attitudes, and perceived competence, indicating room for further improvement in these domains. Based on these findings, an eight-week group counseling program focusing on self-awareness and emotion regulation was implemented to promote self-care and mental health among older adults. Posttest results indicated significant improvement for one participant with moderate distress, while others maintained good mental health. Additionally, qualitative interviews with five participants identified three key themes: (1) participation motives and habitual emotion-regulation strategies; (2) transformative experiences during the group process; and (3) post-group awareness and emotional responses. Overall, the findings demonstrate that a group intervention model emphasizing interpersonal interaction and self-care is both feasible and beneficial for older adults in rural contexts. Nevertheless, future interventions should incorporate greater cultural sensitivity and responsiveness to local life experiences to enhance program acceptance and sustainability.

Keywords: older adults, mental health, group intervention, community practice