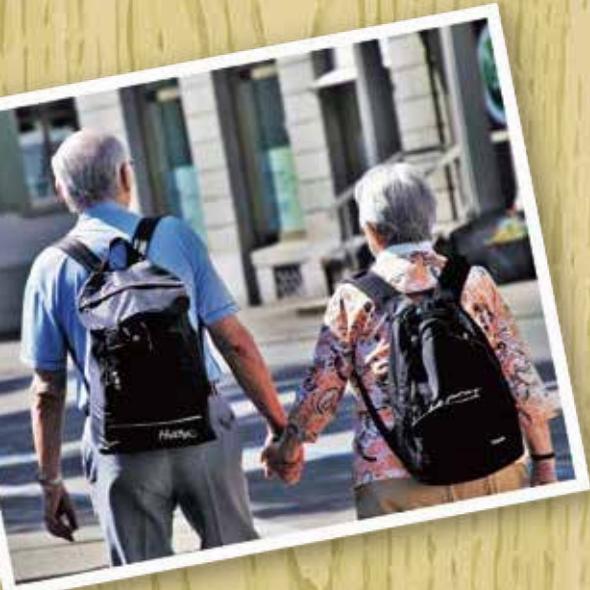
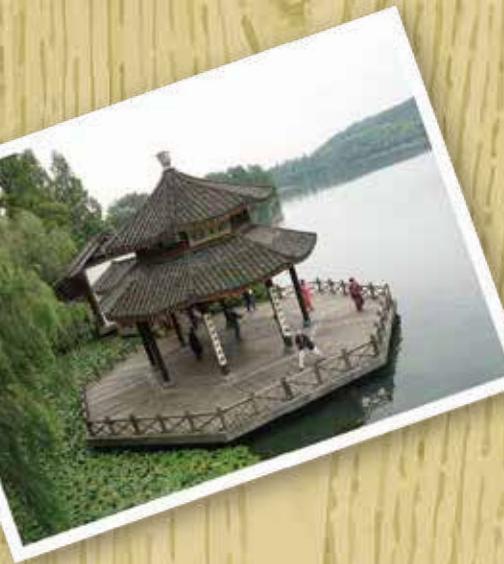


活出安康樂耆年

長者精神健康手冊



衛生署



長者健康服務

活出安康樂耆年

長者精神健康手冊

書名 活出安康樂耆年 - 長者精神健康手冊

出版 衛生署長者健康服務

長者健康資訊專線 2121 8080

網址 www.elderly.gov.hk

日期 2020 年 5 月 第三版

版權 © 香港特別行政區衛生署 2020

衛生署擁有本書的所有版權，如要在任何地區，以任何方式，任何文字翻印仿製或轉載本書文字或圖像，必須先獲衛生署批准。

聲明 在編撰本書時，衛生署已儘量將最新及準確之資料包括在內。然而醫學知識日新月異，本書內的資料未必能夠反映最新情況。對於任何資料遺漏或錯誤而引致的損失，本署均不會負上任何醫療或法律責任。

若讀者對本書有任何意見，歡迎電郵至 ehsenq@dh.gov.hk



引言

衛生署長者健康服務一向致力為長者提供以客為本、素質為先的基層健康服務。我們除了透過社區服務推廣長者健康，亦以綜合專業隊伍的模式，合力照顧長者的整體健康需要。為了進一步推廣長者健康及增加社會各階層人士對長者社交心理健康的認識，我們特此編寫了這本「活出安康樂耆年 - 長者精神健康手冊」。本書是由長者健康服務臨床心理學家編撰，內容集合了各成員的經驗和心得，並應用了相關的學術研究理論和基礎，合力編寫而成。本書的內容適合長者及其家人、護老者和社工界同工閱讀和參考。

全書共分為三個主要部分：第一部分是介紹本港長者的一些常見生理及社交心理上的轉變和適應問題。我們將過往診治和輔導過程中所獲得的經驗和心得，逐一與讀者分享，希望讀者能從中認識及掌握各種積極的處理方法，做個「開心快樂人」。第二部分是專題分享，內容主要探討長者於晚年期間一些常遇到的精神及社交心理問題，並以真實個案闡述該問題和處理的方法。第三部分是介紹一些社區資源，讓讀者能認識及懂得怎樣尋求社區上合適的服務。最後，每篇專題文章均附有一些附錄資料，以供讀者對該專題作進一步了解。

目錄

	頁數
第一部分：做個「開心快樂人」	
(一) 認識老年期的身心轉變.....	5-22
(a) 生理轉變及其影響	
(b) 社交心理的轉變及其影響	
(二) 如何促進良好的社交心理健康	23-29
(a) 保持心理健康的重要性	
(b) 促進心理社交健康的要訣	
(c) 認識有關老年的謬誤及真相	
第二部分：專題分享	
(一) 適應退休及收入減少的生活	31-39
(二) 處理長期疾病的壓力	40-50
(三) 哀親者的哀傷路程	51-67
(四) 抑鬱症	68-79
(五) 認知障礙症	80-101
第三部分：社區資源	103-121
附錄	
(一) 參考資料	123-136

第一部分

做個 「開心快樂人」



第一部分：做個「開心快樂人」

(一) 認識老年期的身心轉變

我們從嬰孩，到步入兒童、青少年、成年、中年，甚至踏進老年期，各個階段均須要經歷不同的生理和心理轉變。在每個階段中，我們都須要因應各項轉變而作出調適。對於晚年時的種種轉變，有些長者因為積極面對和處理，所以能快樂和滿足地渡過晚年；可是，有些長者卻未能有效處理這些轉變，以致造成焦慮、不忿、抑鬱或厭世等。

若家人及護老者對長者的身心轉變有所認識，並給予長者鼓勵和支持，將有助促進長者在晚年期的適應和建立良好的心理健康。

下列各項，是老年期常見的身心轉變，長者、家人和護老者宜多加關注或留意。

(a) 生理轉變及其影響

| . 容顏外貌

到了老年期，長者的頭髮變白和稀疏，皮膚會出現皺紋，亦會變乾和容易出現痕癢。面部的輪廓亦會改變，例如：耳朵及鼻子變得較長和闊。身高亦會較年青時為矮，此改變在女性方面尤為明顯。此外，體重及脂肪的分佈亦會改變，一般來說，體重會減輕，四肢的脂肪會減少，而在腹部的脂肪卻會積聚起來¹。面對這些改變，長者會有不同的反應，怎樣才是正面的態度呢？

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✗ 經常與年青時作比較	常常緬懷昔日青春的容顏，對於現在年華老去，傷心難過。
✓ 延緩老化	接受外貌上的轉變乃必然過程，宜積極應對，例如：避免在猛烈陽光下直接照射，多塗防曬用品和潤膚膏，保護肌膚免受傷害，延緩皮膚老化。
✗ 不良生活習慣	知而不行，不願改善不良生活習慣，例如：吸煙、飲酒、缺乏運動和休息等等。
✓ 保持健康及朝氣	經常參與社交活動、對事物抱好奇心、保持謙虛的學習態度、維持適當的體重，及注意自我形象，例如：衣著整齊、注意儀容，均有助保持心境開朗、提升自信及朝氣。

II . 睡眠狀況

一般來說，長者的睡眠情況跟年青時有所不同，其中最為明顯的就是睡眠模式的改變 — 淺睡時間增多和易醒等^{2,3}。有些長者對睡眠健康抱有一些誤解和採納了不恰當的處理方法，例如：認為早睡早起對身體好，故此就算晚間未有睡意，很早便上床休息，希望多睡一點；又或不斷與別人比較睡眠時間的長短，當別人比自己睡得多，便擔心自己「睡眠不足」。有些長者亦會不斷與年青時的睡眠情況比較，就算自己日間已覺精力充沛，但仍對睡眠情況的改變感到不安。有些長者會以午睡或提早上床，來彌補自以為夜間的「睡眠不足」。其實，上述所提及的處理方法只會影響晚間的睡眠質素，甚至造成真正的失眠問題。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✓ 有規律的睡眠習慣	定時起床和就寢，避免日間小睡或打瞌睡，假如未有睡意，應避免上床休息或躺在床上等待入睡 ⁴ 。
✓ 舒適的睡眠環境	選用適合自己的寢具，睡眠環境要儘量保持寧靜、光暗和溫度要適中、空氣要流通。
✓ 毋須強迫自己多睡	明白睡眠時間的長短，因人而異，不必與他人比較，亦毋須強迫自己必須有 8 小時或以上的睡眠時間，只要醒來覺得精力充沛便可 ^{5,6} 。
✗ 不良飲食和行為習慣	進食或飲用刺激性成份的食品，如煙、酒、咖啡及濃茶，又或者睡前飽吃一頓。
✓ 適當的運動和活動	保持日間有一定的活動及運動量。睡前宜從事靜態活動，例如聽輕音樂，應避免劇烈運動 ^{6,7} 。
✓ 鬆弛以助入睡	若上床 20 分鐘後亦未能入睡，可透過鬆弛練習，幫助入睡 ⁴ 。
✗ 自行服用安眠藥	切勿自行購買及服用安眠藥。不當使用藥物可以產生依賴及引致不良後果，包括跌倒之危險。此外，切忌將安眠藥分給別人使用。
✓ 尋求醫生的協助	持續出現失眠、日間覺得精神不振及疲倦、感到難以集中精神、情緒不穩（如變得暴躁或容易發脾氣），應主動向醫生尋求協助 ^{5,6,8} 。

III . 神經系統

隨著年齡增長，視覺（由於老花、白內障等）、聽覺及觸覺等均隨之而衰弱，令長者自覺身體大不如前，心裡不是味兒。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✓ 使用輔助用品	矯正器材如助聽器或經由視光師檢查而配備的眼鏡，對長者的聽覺及視覺都有莫大幫助，適當使用既可增強長者獨立生活的能力，亦可減少意外的發生。
✗ 拒絕使用輔助用品	認為只有身體非常孱弱的人才須要使用輔助器具（例如：拐杖），又或者認為使用輔助器具並不美觀，故此即使醫護人員建議使用，也堅決拒絕。
✗ 減少活動	有些長者為了避免跌倒，或擔心要家人協助外出，而對家人構成不便，於是減少外出或參與社交活動，形成自我孤立的情況。
✗ 未適應輔助用品，便放棄使用	嘗試採用輔助器具（例如：助聽器）數次後，便認定自己不能適應，放棄使用，亦不再尋求醫護人員的建議。
✓ 尋求診治	由退化引致衰退應是漸進式的，如有突變或感到痛楚，又或家族中有某類疾病（如青光眼或黃斑點等），便應及早尋求診治。

IV . 心肺功能

隨著年紀的增長，肺部彈性減少，吸收氧氣功能可能因此而略為衰退，以致運動時較以往容易出現氣喘。若有心臟及肺部疾病，心肺功能之衰退更為明顯。對於大部分的長者而言，這些衰退現象並不影響一般的日常活動。可是，部分長者可能會因心肺功能大不如前而感到沮喪，甚至避免體力活動，造成惡性循環，令心肺功能日漸衰弱。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✗ 忽視身體需要	毫不理會身體所發出的警告，在身體不適的情況下，仍堅持體力勞動。
✓ 戒煙	戒掉吸煙習慣能令心肺功能逐步好轉。
✓ 體能活動的選擇，因應個人需要	保持適量體能活動，應先由醫護人員作出評估，然後建議合適的體能活動種類及體能活動量，不宜以現時體能活動量與年青時比較，更不要勉強自己達至當年的體能活動量或標準。

V. 小便失禁

不少長者均有夜尿的問題：如男士因前列腺腫大，出現小便不暢順、滴尿狀態或小便後有尿液剩餘在膀胱的感覺等。而女性失禁的原因則可能跟多次生育有關，或由於其他病症如尿道炎引起^{9,10}。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✗ 不尋求診治，認為有苦自己知	覺得失禁問題難於啟齒，不敢尋求診治，又或認為別人幫不到自己，唯有「有苦自己知」。
✗ 停止日常活動	擔心失禁引致尷尬，或害怕因失禁而引致難聞的氣味，別人不接受自己，故此減少外出和社交生活。
✗ 經常擔心失禁	經常想着失禁的可能，頻頻小便和不斷檢查是否有遺尿徵兆，以減低出現失禁的機會，令長者變得精神緊張。
✗ 減少性生活，以應付失禁	誤以為性行為會引致失禁，故此減少性行為，或不直接告知伴侶有失禁問題，而以各種方法去逃避與伴侶有親密的接觸，引致感情隔膜。
✓ 學習處理技巧	採納醫護人員的建議，例如：進行盆腔肌肉訓練，以減輕病情，或使用相關的輔助用品（如成人尿片或尿墊等），保持個人衛生。
✓ 求醫診治	當排尿感到困難、疼痛或出現夜尿頻時，應儘早求醫。

VI. 記憶或學習能力

一般長者在老年期可能出現一些記憶或學習能力減退的現象，這並非等同患上認知障礙症。（詳見第二部分，第五章「認知障礙症」）。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✓ 採用輔助工具	將重要的約會寫在記事簿或日曆上（或畫上記號），或以紙條貼在當眼地方。
✗ 社交孤立	欠缺社交活動，引致負面情緒，影響記憶。
✓ 保持體能活動和學習	經常參與體能活動、對周圍的新事物保持好奇及以學習態度面對，有助維持記憶和學習能力 ^{11,12} 。
✓ 協助長者，尋求診治	假若護老者發現長者經常出現以下的情況，便須要儘快協助患者尋求專業人士的協助，例如：煮食後忘記關上火爐、忘記服藥和覆診、弄錯日期及時間、在熟悉的地方迷途、日夜顛倒等 ^{8,13} 。

VII . 筋骨關節

由於經年累月造成的勞損，筋骨關節容易感到痛楚。長者曾有關節疾病、受傷、身體肥胖或因姿勢欠佳，脊柱弧度增加，均有可能加速筋骨關節退化的程度。另外，有部分長者由於骨質疏鬆而引致輕微骨折，亦會感到痛楚。而長期關節痛楚可能令患者情緒抑鬱，以及減少社交或戶外活動。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✓ 採取預防	保持適量體能活動，維持適當的體重，保持正確姿勢，亦要避免攜帶過重物件。
✓ 均衡飲食	多進食鈣質豐富食物(如牛奶、深綠色蔬果等)，避免吸煙及飲酒。減少飲用含咖啡因的飲品，可減低骨質疏鬆的機會。
✓ 尋求診治	遇上長期關節痛楚，應尋求醫生診治。
✗ 消極處理	自怨自艾，減少活動，令自己逐漸孤立。

VIII . 性需要的改變

很多社會人士包括長者自己，對長者的性需要有不少誤解，例如：認為長者對性應不再感興趣甚或沒有性需要，或認為長者是不應該有性生活的，否則，便是不道德、不正常、「鹹濕」或淫蕩的表現。長者往往亦會接受或認同這些誤解，因而對自己或伴侶的性需要感到內疚、焦慮和羞恥，這樣不但阻礙了長者享受正常性生活，甚至影響了與伴侶之間的關係^{14,15}。

事實上，調查發現大部分的長者對性仍感興趣^{16,17}，亦渴望享受性生活，希望能得到情感上的滿足和親密關係¹⁸⁻²⁴。這些都是人的基本需要，絕不是心理不正常。「性」在廣義而言，除了性交外，亦包括對性的興趣和與性有關的行為，例如撫摸、擁抱、接吻、自慰和談及有關性的話題；與伴侶在心靈上的溝通及彼此間親密的關係亦包括在內^{16,17,20}。

長者和其他成年人一樣，需要親密的關係，以及伴侶間的愛與關懷，使他們得到情感上的滿足和安全感。而維持適度的性生活，亦可改善情緒、對抗焦慮和壓力、消除孤獨感覺，有助維持正面的自我形象^{16,17,24,25}。

性能力的改變是受到很多不同因素所影響，例如身體機能轉變、疾病(如糖尿病，可引致不舉)、藥物(如服用某幾類降血壓藥或精神科藥物)、生活習慣(如吸煙及飲酒)、心理(如自覺吸引力下降及過大精神壓力)、對晚年性健康缺乏正確的認識(如認為長者是不應有性行為)，與伴侶的關係和溝通等，

都會影響到長者的性能力^{17,24,25}。長者在性方面有疑難，宜尋求醫護人員協助；如須要使用藥物改善性能力，亦必須經醫生評估及處方可服用，以避免產生不良反應或致命風險。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✗ 自行服用「補藥」	購買多種「補藥」，以自行處理性方面的問題，既未能對症下藥，亦可能危害身體健康。
✓ 多認識生理和心理的轉變	多參與健康講座，了解生理和心理改變對性的影響，減少不必要的疑慮和誤解。
✗ 不敢求醫	覺得不應將自己的「醜事」告知醫護人員，故不肯或不願尋求醫護人員的幫忙。
✓ 健康生活模式	避免吸煙、喝酒，維持一定程度的活動和有效處理精神壓力，均有助預防性功能障礙的出現 ^{15,24} 。
✓ 和諧關係，坦誠溝通	長者與伴侶宜多作溝通、坦誠表達需要，彼此可談及性方面的問題、困難、喜好，讓對方明白自己的感受，有助促進性生活的滿足感。
✓ 安全性行為	維持單一性伴侶，是最有效預防性病的方法。

IX . 長期疾病（詳見第二部分，第二章：「處理長期疾病的壓力」）

「長期疾病」又稱為「慢性疾病」或「非傳染病」，在各種長期疾病當中，以高血壓、膽固醇過高、糖尿病、心臟病等在長者年齡層中最為普遍。傳統觀念會認為人邁向老年，身體的病痛自然較多，亦是無可避免的。可是，根據不少研究指出，很多長期疾病，除了受基因遺傳影響外，生活習慣因素（如飲食、運動等）都會直接影響長者患上這些疾病或其他併發症的機會率^{26,27}。例如：低鹽食物可減少患上高血壓的機會；適當體重及經常參與體能活動可預防糖尿病；又如吸煙人士若能戒煙，患上心臟病及各種癌症的機會率亦可減低。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

✓ 維持健康生活習慣	均衡及健康飲食（少油、低鹽、低糖、高纖）、適量的體能活動、充足的休息和睡眠，有助預防疾病。
✓ 定期身體檢查	及早發現疾病和接受治療，減低因疾病帶來的併發症。
✓ 積極思想及行為	採取積極思想及行為，如多參加健康講座／活動，認識不同疾病的預防和治理方法。
✗ 謳疾忌醫	將「年老」等同「有病」，認為年長便不會健康，消極應對老化過程，或採取放棄態度去處理年長所出現的問題。

X . 個案分享：「健康掌握在我手」

72 歲的鄺伯伯在香港出生，他雖然只得中三程度的學歷，但仍不斷進修，充實自己。他從事酒店飲食業達 40 多年，曾在五星級酒店工作多年。由於一直得到多位主管及客人讚賞，鄺伯伯常以此為榮。鄺伯伯在退休後，與妻子及幼子一起居住。儘管他沒當義工，街坊若有什麼困難或問題，他必鼎力相助。

年青時，鄺伯伯曾有吸煙習慣。在 30 多歲時，得到工作主管的忠告，他便慢慢戒掉惡習，從此不沾煙酒，至今他仍感激主管當日的勸告。向來鄺伯伯十分注重身體健康，閒時喜歡閱讀有關健康知識的書本及報章。他認為保持健康並不是單單倚靠醫生或藥物，應從日常生活習慣入手。故此，退休後他便開始每天進行體能活動，約晨運一小時。平常如有身體不適，便會找醫生診治，不會胡亂自行購藥治理。

由於家族中曾有多位成員中風去世，鄺伯伯對此病的成因亦頗為留心。去年，鄺伯伯發現有輕微高血壓，但不須用藥物治療。可是今年的某一個晚上，鄺伯伯如廁時突然暈倒地上，被送往醫院救治。清醒後他發覺自己口齒不清，右半邊身輕微乏力。經臨床診斷及腦部電腦掃描後，醫生診斷為輕微中風。出院後，除了定時覆診及服藥外，鄺伯伯更按照醫生的建議，增加體能活動，以踏健身單車來加強心肺功能，並在家中添置電子血壓計來自我監察。經過一番的努力，現時鄺伯伯已完全康復，說話清晰，行動自如。

回首以往，鄺伯伯十分慶幸自己一直注重健康的生活。高血壓可能使他未能逃過中風的命運，但多年健康生活模式奠定的基礎和積極面對的態度，協助他徹底康復。今天的他更加注重飲食和參與體能活動，亦常主動提醒身邊的人注意健康。

鄺伯伯的心得

避免不良生活習慣，學習健康知識以預防疾病，定期檢查身體，主動尋求診治，鼓勵親友實行健康生活模式，積極處理健康問題，永不言棄。

(b) 社交心理的轉變及其影響

| . 退休（詳見第二部分，第一章「適應退休及收入減少的生活」）

- 1. 失去：**退休是人生中一個很重要的生活改變^{1,2}。這個改變，代表了僱員、僱主或自僱人士角色的終止，也代表了一連串的「失去」，如工作上的賓主和同事關係、以往的社交關係、日常習慣（如每天7時起床上班或煮早餐）、工作責任、收入、或社會地位的改變等²。長者可能會因為這一連串的「失去」，而感到不快、失落、空虛或抑鬱，有些長者更視退休為自己「無用」的開始。
- 2. 增加：**另一方面，長者亦要適應一些「增加」的事物，最明顯的莫過於多了空閒時間。若長者未能作出相應的改變，便會覺得自己「終日無所事事」或「百無聊賴」。對於有伴侶的長者，他們要多適應另一項「增加」—夫妻間相處的時間。有些長者會覺得夫妻相處時間增多，正好「彌補」以往因工作而造成的相處上的不足，彼此可有更多時間互相陪伴，共渡晚年。但有些長者卻因為夫妻間多了相處的時間，而覺得失去私人空間。若夫妻倆未能協調退休後的轉變，對彼此的關係會帶來不良的影響^{2,3,4}。
- 3. 期望改變：**退休後夫妻倆的期望亦可能有所改變，例如：妻子期望丈夫在家務上作出幫忙，但丈夫卻認為以往家務一直由妻子處理，認為妻子有能力應付，故此毋須提供任何協助。其實，不少妻子對已退休的丈夫均存着不同的期望，希望他會主動作出幫忙。若丈夫未能達到自己的期望時，妻子便可能出現負面情緒，例如：憤怒，造成相處上的壓力。
- 4. 擔心失去伴侶的陪伴和支持：**有些長者會要求伴侶發展共同嗜好，但當伴侶對該嗜好不感興趣時，便強迫伴侶追隨，令伴侶感到不快。相反，有些長者自己不願意發展任何嗜好或興趣，卻阻止其伴侶參與社交活動或發展個人嗜好，又批評伴侶只顧玩樂而忽略了家庭。其實，長者有以上的行徑，很大可能是源自長者擔心失去伴侶的陪伴和情感上的支持。有些長者並不熱衷於社交活動，而朋友亦不多，其主要的情感支持都是來自伴侶；故此當伴侶有自己的活動或結識新朋友時，長者自然會感到若有所失—失去或減少了伴侶陪伴的時間和情感上的支持。有些長者甚至可能會覺得伴侶寧願選擇陪伴別人也不陪伴自己，懷疑自己在伴侶心目中的地位下降，亦覺得伴侶的新朋友或嗜好，奪去了自己老來的「唯一擁有」，心裏很不是味兒。故此以挑剔伴侶或控制對方財政等手段，以圖減少伴侶參與社交活動，宣洩不滿。可是，這些做法只會適得其反，令二人關係變差。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

長者	親友或護老者
<p>✗ 不接受退休：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對強制性退休心心不忿，堅持認為只有能再獲得工作，自己才會開心，或繼續锲而不捨找尋工作，但處處碰壁，造成失望和影響自信心。 	<p>✗ 忽略退休適應問題：</p> <ul style="list-style-type: none"> 認為毋須適應退休，對於所出現的負面情緒，如情緒低落、焦慮、不忿、變得自卑、脾氣暴躁及人際關係變差等，都認為是退休後無可避免的現象。 認為長者性格和脾氣變差，是因為年紀大了，忽略了可能是退休適應的問題。
<p>✓ 保持積極思想：</p> <ul style="list-style-type: none"> 退休象徵著一種成就和貢獻，及標誌著個人在社會及家庭中所扮演的角色轉變的開始，亦代表了長者辛勞一生，是休息和享樂的時候。 可繼續對家庭作出貢獻：在自己能力範圍內，協助家人和親友，並提供情緒或實質支援。 可繼續對社會作出貢獻：從事義務工作，以幫助有需要的人士。 	<p>✓ 認同貢獻和能力：</p> <ul style="list-style-type: none"> 認同長者工作及工作以外的其他貢獻和能力，多作讚賞，有助增強長者的自信心，預防抑鬱⁵。
<p>✗ 消極應付：</p> <ul style="list-style-type: none"> 空閒時間增多，但又不從事任何社交活動或培養良好嗜好，卻以不良習慣和行為，如吸煙、日間睡眠等去消磨時間或解悶。 為了減少支出，謝絕任何社交活動，造成與社會脫節。 	<p>✗ 批評長者：</p> <ul style="list-style-type: none"> 當長者參與社交或興趣活動時，批評長者浪費時間或終日不在家。
<p>✓ 有計劃的退休：</p> <ul style="list-style-type: none"> 有計劃的退休，例如：預先計劃日後的生活安排，保持健康的身心等，有助促進日後的適應²。 	<p>✓ 鼓勵及早展開活動：</p> <ul style="list-style-type: none"> 家人多鼓勵及支持長者及早計劃退休後的活動（例如社交活動），有助長者適應退休生活。
<p>✓ 主動尋求協助：</p> <ul style="list-style-type: none"> 發現自己在退休適應上出現困難，主動尋求社工、臨床心理學家或醫護人員等的協助。 	<p>✓ 安排家庭活動：</p> <ul style="list-style-type: none"> 家人宜多安排和參與家庭活動（例如：旅遊）或聚會，以促進長者退休後的適應和家庭的凝聚力。
<p>✓ 協調轉變：</p> <ul style="list-style-type: none"> 退休後，夫妻倆的生活上可能須要作出適應，以協調彼此在期望上的改變及重整生活習慣^{4,5}。 夫妻間宜多溝通，坦誠表達個人需要，互相遷就和支持，共渡晚年。 	<p>✓ 幫助調停：</p> <ul style="list-style-type: none"> 當長者夫妻發生爭拗時，家人或護老者宜協助調停，但要避免偏袒任何一方。

II . 家庭方面的改變

1. 子女相處及關係上

- 卸下照顧子女的責任：**當子女長大，長者便不再須要照顧子女的起居生活，父母照顧子女的角色亦漸漸退減。但有一些長者卻未能因應子女的成長而作出相應的改變，仍沿用以往照顧模式和溝通方法，事事提點，諸如：提醒子女穿衣、鼓勵晚上早點回家、多飲湯水、避免過度消費等。另外一些長者卻可能出於溺愛，好心做壞事，例如幫助子女清還賭債或提供金錢予子女娛樂消遣等等。長者的過份照顧，一般都不會獲得子女的欣賞和感激，反而容易引起子女反感，覺得長者嘮嘮叨叨或過份干涉自己的生活，因而逃避與長者接觸；同時，亦可能使子女會覺得自己「無用」，事事需要別人提點，又或子女會覺得自己常常被批評，造成不快和影響自信。至於屢次借錢予子女償還賭債的姑息行為，只會令問題持續和惡化。
- 處理餽贈和邀約：**子女為表孝心，有時會餽贈禮物予長者或邀約他們外出用膳。可是，有些長者雖然對子女的心意十分欣賞，但為免對子女造成經濟壓力，很多時會叮囑子女不要浪費金錢購買禮物，甚至拒絕子女的邀約，以圖減少他們的支出。不過，並非所有子女會明白長者的用心，有些子女對於長者的叮囑或拒絕，感到十分沮喪，同時亦覺得長者的心態難以捉摸和矛盾非常 — 不送禮物或邀約又不開心，送禮物或邀約又遭拒絕。子女會因而對長者產生負面印象，以致減少邀約和接觸父母。

2. 新關係的建立 —— 與媳婿的相處

- 協調與包容：**子女成家立室後，長者便須與媳婿建立關係。由於媳婿來自不同背景，其生活習慣、處事方法、價值觀和期望可能與長者大相逕庭。假若長者未能與媳婿協調彼此的分歧，日常生活的瑣碎事亦可引起磨擦和不快。舉個常見的例子，不少長者喜歡飯後立即清洗碗筷，但媳婿比較喜歡看一會電視或稍作休息後才清洗碗筷。長者會認為媳婿懶惰，而媳婿卻覺得長者過份急趕。又例如：在管教孫兒方面，長者與媳婿亦可能有不同的標準、見解和管教方法。若未能協調彼此的分歧，很可能會引起雙方的不滿和積怨，嚴重的甚至引起家庭暴力或虐待的情況。

3. 照顧的角色

- 獨力承擔照顧責任：**不少長者均自願協助子女照顧孫兒，當中不乏是基於種種的「擔心」。他們擔心，若不幫忙照顧孫兒，子女會感到勞累，又或擔心不代為照顧孫兒，子女會覺得長者「無用」，並遺棄自己，故此承擔起照顧孫兒的責任。另外，長者亦可能要肩付另一照顧者的角色 — 如照料長期病患的配偶或子女。這些照顧責任，會對長者構成一定程度的身心壓力^{6,7}。

4. 空巢問題

- 孤獨：**隨著子女長大、獨立和搬離，長者逐漸感受到「空巢」問題⁷（猶如幼鳥長大了，離巢而去，只剩下雀爸爸和媽媽倆在巢中）。若子女甚少主動聯絡或探望父母，長者倆會容易感到孤單，甚至會有被遺棄的感覺。有些子女不探望或聯絡長者，即使自己享有穩定的收入，也從不會向父母提供任何經濟支援，長者可能會覺得子女不孝，或懷疑以往對子女的付出和犧牲，是否白費。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

長者	親友或護老者
<p>✓ 讓子女承擔自己的責任：</p> <ul style="list-style-type: none">培養子女的責任感、獨立能力和自信心。	<p>✓ 主動問候：</p> <ul style="list-style-type: none">為人子女或媳婿，要主動關心長者，多致電回家作出問候，縱使短短的問候，長者還是甜在心頭。主動邀約和探望長者，有助減低長者的孤獨感。
<p>✓ 接受子女的選擇：</p> <ul style="list-style-type: none">明白子女搬離居所或移民外地，並不等同失去兒女，亦不等於被子女遺棄，只是子女選擇生活在不同的地方而已。接受子女有自己的生活方式，不作強求。	<p>✓ 主動給予經濟支援：</p> <ul style="list-style-type: none">即使子女未能定期提供經濟支援，子女亦宜主動提供「飲茶錢」予年長父母以表孝心，令他們感到子女的關心。
<p>✗ 自暴自棄：</p> <ul style="list-style-type: none">覺得子女不關心或遺棄自己，因此認為失去了生存意義，自暴自棄，例如：有病拒絕就醫；有糖尿病不戒口，又或以不健康的生活習慣，如吸煙或酗酒等，以求解脫。	<p>✓ 純予實際及情緒支援：</p> <ul style="list-style-type: none">在照顧病患家人上，避免長者獨力承擔。家人宜主動分擔照顧上的責任，提供實質的支援，以減低長者的身心壓力。若家人未能提供實質的支援，情緒支援亦不可缺少⁸。

長者	親友或護老者
<p>✓ 接受子女的好意：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對於子女所餽贈的禮物或邀約，長者宜表達明白子女對自己的關心和好意，並作出讚賞和接受。 明白到子女在經濟上負擔得來，才會作出邀約或送禮物，長者毋須擔心。 <p>✗ 逃避處理相處上的問題：</p> <ul style="list-style-type: none"> 不坦誠與媳婦討論相處上的問題，只會造成彼此間的積怨，導致關係決裂。 不肯尋求專業人士協助，令相處上的問題導致抑鬱、自殺傾向、甚至演變成家庭暴力問題。 	<p>✗ 公開批評長者的管教方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> 既不與長者商討管教孫兒方法，又在孫兒面前公開奚落或批評長者。 <p>✓ 考慮長者的需要：</p> <ul style="list-style-type: none"> 接受長者的不同價值觀。 穩定的經濟支持，有助增強長者的安全感。 主動詢問長者照顧孫兒的意願，不宜視長者照顧孫兒為理所當然和必然的責任。 先考慮長者的健康和體力問題，同時不要忽略長者的社交和休息需要。
<p>✗ 過份承擔照顧責任：</p> <ul style="list-style-type: none"> 擔心子女辛苦，獨力負起照顧孫兒或患病家人的責任。 雖然感到照顧壓力過大，但仍不願意與家人商量，以啞忍、放棄娛樂消遣、社交生活和休息時間來應付，造成抑鬱、焦慮等情緒困擾。 <p>✓ 尊重子女的決定：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對於管教孫兒方面，可提出個人的想法，但若長者與子女的想法配合不來時，宜尊重子女的決定，以避免產生怨懟。 明白照顧和管教孫兒，是子女份內責任，長者不宜過份投入和承擔過多的責任，以避免吃力不討好。 	<p>✓ 多溝通，積極處理相處上的問題：</p> <ul style="list-style-type: none"> 坦誠溝通，增進彼此了解，有助維持良好的關係。 如有不同意見或觀點，宜心平氣和地討論，避免採用「冷戰」或逃避處理，以致積怨日深。 遇有爭拗時，切忌人身攻擊。 <p>✓ 多肯定，令長者保持自信：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對於長者的才能或貢獻，多給予讚賞和肯定，幫助他們保持自信。
<p>✓ 積極建立社交生活，發展個人興趣：</p> <ul style="list-style-type: none"> 長者宜多參與社交活動，例如：與友儕一起欣賞粵曲、戲劇或藝術創作，以減低空巢期出現適應困難。 <p>✓ 主動求助：</p> <ul style="list-style-type: none"> 若長者覺得自己應付不來時，主動告訴家人，共同尋求解決問題的方法。 	<p>✓ 紿予鼓勵：</p> <ul style="list-style-type: none"> 鼓勵長者培養興趣或嗜好。 <p>✓ 保持警覺，尋求協助：</p> <ul style="list-style-type: none"> 多關心和留意長者，認識長者常見的身心和社交健康問題。如有懷疑，儘早求助。

III . 喪親與失去

- **喪親**：喪親是老年期一大精神壓力來源。親友或伴侶身故，長者往往感到傷心、悲痛和無奈，同時會因覺得生命無常，而出現焦慮，例如：長者會擔心其他親友身故、擔心死亡會在何時降臨在自己身上等。假若身故的是長者的伴侶，長者更可能擔心自己如何渡過往後的日子、應付喪親後的寂寞、孤獨、空虛、失去了支援及生命支柱的感覺，長者亦會憂慮自己未能獨力處理將來的日常生活，如不懂煮飯或修理家具等。長者的種種不安和憂慮，如未能釋懷或及時疏導，便很易造成抑鬱^{9,10,11}。
- **失去**：除了親友離世，長者須要面對其他的「失去」，常見的有：因退休而失去經濟收入、工作伙伴關係（再沒有上司和同事）和社會地位；因病患而引致喪失身體功能或獨立生活的能力；朋友關係 — 因行動不便或體弱而減少與朋友往來；朋友搬遷，再沒有接觸或聯絡。若長者未能接受和面對這些「失去」，便有可能會造成沮喪和抑鬱¹¹。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

長者	親友或護老者
✗ 抑壓負面情緒： <ul style="list-style-type: none">面對喪親或失去後，將負面情緒抑壓，裝成若無其事，以避免親人擔心。	✗ 抑壓長者的宣洩： <ul style="list-style-type: none">當長者主動提及已故親友時，家人或護老者採取避而不談的態度，以為可以藉此幫助長者儘快「忘記」喪親的事^{9,10}。
✗ 逃避與人接觸： <ul style="list-style-type: none">喪親後躲藏起來，不與人接觸，避免別人提及已故親友，觸發傷感。	✗ 拒絕接納長者的情緒： <ul style="list-style-type: none">當長者在喪親後表示驚怕時，非但不安慰長者，還指責他/她大驚小怪。
✓ 愛惜自己： <ul style="list-style-type: none">喪親難免有傷痛的感覺，但仍要好好愛惜和照顧自己，以免親友在傷痛之餘，仍要擔憂長者的安好。	✓ 陪伴長者： <ul style="list-style-type: none">明白各人面對喪親的反應有所不同。假如長者感到驚怕，家人或護老者宜多陪伴長者，作出安慰。在哀傷初期，家人可留在長者家中度宿，以作陪伴，並提供實質及情緒上的支持。隨後可慢慢減少陪伴的時間，但仍要保持電話聯絡。
✓ 建立新社交網絡： <ul style="list-style-type: none">明白人到年老時，舊友會逐一離世，社交圈子亦會變得狹窄。長者宜主動結交新朋友，以維持社交網絡，例如到長者中心參加活動，跟舊雨新知聯繫。	✓ 鼓勵參與，給予支持： <ul style="list-style-type: none">鼓勵長者多參加社交活動，避免長者因孤獨而引致抑鬱。鼓勵長者慢慢適應和學習處理日常家務，以提高長者自信心以應付日常生活。

長者	親友或護老者
<p>✓ 接受失去：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 將自己剩餘的能力，加以鍛煉。 • 學習面對因疾病所帶來的種種身體問題。 	<p>✓ 鼓勵尋求協助：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 假如長者出現以下表現，家人或護老者宜鼓勵或陪伴長者尋求專業人士幫助：例如：長者持續出現否認喪親的事實、情緒低落、不忿或減少日常和社交活動等^{9,10}。
<p>✓ 嘗試欣賞年長的樂趣和得着：</p> <p>例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 與孫兒玩樂 • 不用再為教育兒女而操心 • 閒時可代兒女照顧孫兒，作出額外的貢獻 • 可重拾昔日因工作關係而不能投入的興趣、嗜好和心願 • 可參與義務工作，貢獻社會 	<p>✓ 接受長者有感情需要：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 明白到感情需要，不會因年長而退減或喪失。長者在感情上得到滿足，亦有助促進心理健康。 • 接受長者的感情需要，支持長者續弦甚或再婚。

IV . 面對死亡

- 1. 積極面對：**隨著身體機能日漸衰退，長者開始擔心身體出現的種種問題，亦隨之而來，甚至想到離世的問題。有些長者對於死亡抱着接納的態度，積極計劃未來的日子 — 善用時間以達成一些未完成的心願（如：離港旅遊或探訪一些甚少相見的好友和親友）；妥善安排個人生活（如：實行健康生活模式和保持身心健康，以預防疾病和疾病所帶來的殘障和痛楚）；與親人商討自己死後的安排（如：遺產和殯葬安排、器官及遺體捐贈、預設照顧計劃等）。
- 2. 失去控制感：**大部分長者對死亡的來臨均有着不同程度的憂慮：有些長者會擔心自己會在何時離世，對這個未能預知的時間，長者會覺得失去控制感，因而造成不安^{9,10,12}；亦有些會擔心死後會如何，例如：離世後會到了何處。有些獨居長者，亦會擔心自己在家中突然離世（例如：因跌倒失救致死），或因無人知悉自己已身故，沒有人處理後事，因而未能入土為安。
- 3. 矛盾想法：**一般來說，長者會較擔心（或驚怕）死亡的過程（如痛不痛，辛苦與否等），多於死亡本身。另外，對於死亡這個問題，長者存在「既想討論，又想迴避」的矛盾思想¹²。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

長者	親友或護老者
<p>✗ 消極應付：</p> <ul style="list-style-type: none"> 認為對死亡完全無力控制，以消極方法及放棄態度去應付。 	<p>✗ 取笑長者：</p> <ul style="list-style-type: none"> 當長者表達對死亡的擔憂時，不但不作鼓勵和安慰，還認為長者「怕死」或「無膽」，影響長者的自我形象。
<p>✓ 能控制的儘量控制：</p> <ul style="list-style-type: none"> 明白生命的長短並非完全由我們所控制。 對於那些能控制的因素，便儘量控制，例如： <ul style="list-style-type: none"> ■ 實行健康生活模式 ■ 多學習對各種疾病的預防及處理方法 ■ 保持穩定的情緒和開朗的心情 以上方法均有助增強對生命的控制感，減低出現患病機會或因病患而可能帶來的身心痛楚^{12,13}。 對於那些我們不能控制的因素，不作強求，欣然接受。 	<p>✓ 讓長者宣洩情緒：</p> <ul style="list-style-type: none"> 當長者主動提出有關死亡的問題時，宜與長者討論，讓他們表達擔憂^{11,13,14}。 若長者表達有關死後的安排，家人或護老者宜表示明白及支持，使長者安心。 若長者有情緒不穩、厭世、抑鬱或有自毀傾向時，或當長者突然間提出有關死後安排問題時，這可能是自殺的徵兆¹⁰。家人或護老者須立即帶長者求診，接受適當的治療。
<p>✓ 好好運用在世的日子：</p> <ul style="list-style-type: none"> 仔細計劃並好好運用在世的時日，多從事一些自己喜歡的事情。 	<p>✓ 鼓勵學習和實行：</p> <ul style="list-style-type: none"> 宜鼓勵長者多學習健康知識，支持長者實行健康生活模式，以增強長者對生命的控制感¹⁵。
<p>✓ 運用社區資源：</p> <ul style="list-style-type: none"> 獨居長者宜在家中安裝「平安鐘」，當有需要時便可即時獲得協助，增加長者的安全感。 平日宜與鄰居多溝通、聯絡或互相慰問，彼此關懷和照應。 	<p>✓ 適時提供協助：</p> <ul style="list-style-type: none"> 即使未能時刻見面，家人或護老者也應多聯絡長者，主動給予問候和關心，尋找和介紹社區資源給長者知道，有需要時提供協助，如幫助長者填寫和提交表格等。
<p>✓ 有情緒困擾，主動求助：</p> <ul style="list-style-type: none"> 遇到有關對死亡的擔心或困擾時，可主動尋求專業人士的幫忙，或與親友傾訴，以減輕精神困擾。 	<p>✓ 留意情緒改變：</p> <ul style="list-style-type: none"> 若長者出現持續的情緒低落，家人或護老者，不宜掉以輕心，應儘早陪同長者求診。

V . 懷緬過去

回望成就：到了老年期，長者會懷緬以往艱辛與快樂的日子和重大的事件（如：結婚、子女出世等）^{1,12}。最常見的便是懷緬自己的成就。很多長者到了退休後，常會想及自己一生的成就和意義。兩性對於自己的成就，很多時亦有不同的詮釋。

在男性方面，很多人會以自己所賺取到金錢的多少或事業是否有成，去衡量個人成就。當長者認為自己能達到上述目標時，便會評定自己為成功、「有用」或生命有意義，亦會因而感到滿足和快樂。對於那些認為自己未能賺取足夠金錢的長者，就很可能會認為自己「無用」或失敗，終日鬱鬱寡歡、沮喪和失落。有些男士，更會因為老年期經濟狀況欠佳，每當回望自己的成就時，就會認為自己命不如人、或歸因於別人拖累才會淪落至此，深深不忿。

在女性方面，很多人會認為自己只是家庭主婦，並無任何成就可言。有些女長者則會以子女的成就來釐定自己的貢獻和價值。有些長者可能因為子女失業，就認定自己「無用」，又或認為自己過往對子女未能提供良好教育，導致子女失業，而感到歉疚。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

長者	親友或護老者
<p>✗ 抱狹窄和負面思想：</p> <ul style="list-style-type: none"> 只以賺取金錢的多寡或子女的成就去衡量自己一生的成就。 因個人或家人領取經濟援助，便認為自己一事無成。 未出外工作（如家庭主婦），便認為自己沒有成就。 <p>✓ 抱較全面的思想^{1,12,13}：</p> <ul style="list-style-type: none"> 不單從金錢方面去衡量自己的成就，要對自己作出一個全面的衡量，例如： <ul style="list-style-type: none"> ■ 盡責養育及教導子女 ■ 貢獻家庭 ■ 積極從事義務工作，貢獻社會 ■ 擁有良好的人際關係，給親友帶來歡樂 ■ 肯幫助別人、教導或提攜後輩 ■ 做事認真和盡責，能好好完成不同的（工作）責任 ■ 積極學習新知識和新技能等 	<p>✗ 責備長者的懷緬：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每當長者提及以往的生活片段時，親友或護老者便表現不耐煩、責備長者的重複訴說，或諷刺長者患上「認知障礙症」等，以圖打擊或制止長者的訴說行為。 <p>✓ 認同長者各方面的能力和貢獻：</p> <ul style="list-style-type: none"> 明白到我們到了老年期，是會有懷緬過去的情況。 懷緬是讓長者在思想上作總結，用以建立晚年階段的自我形象。 正面鼓勵有助長者建立一個正面自我形象，例如： <ul style="list-style-type: none"> ■ 主動與長者分享以往經歷 ■ 陪伴一起回味舊照片 ■ 認同及肯定長者對家庭或各方面的貢獻和付出 若長者經常懷緬以往的種種不幸和困難的時刻，家人或護老者可主動提及長者一些正面經歷，令長者取得平衡的思想，以免沉溺於不愉快的抑鬱情緒。

VI . 自信

- **掌握新經驗與技能，以增強自信：**隨着角色、生活習慣、外貌或身體機能等的轉變，長者的自信亦會因此而改變。有些長者在退休或子女長大後，便開始發掘自己的才能和興趣，例如：開始嘗試參與粵曲班、義務工作、文學或藝術創作等。當長者能掌握這些新經驗，便會得到滿足和有成就感，長者亦變得積極和有自信^{16,17,18,19}。
- **負面思想，影響自信：**有不少長者在老年期的自信心卻下降，這些長者會因為失去了經濟上的收入，便自覺「一家之主」的地位不再，子女亦不再遵從或尊重自己的意見。有些長者會認為親友因自己欠缺賺錢能力，而看不起自己。長者抱有這些負面的想法，會容易變得抑鬱、自卑和失去自信心^{5,7,12}。有些長者會因為自己現在的經濟能力不及從前，而擔心主動聯絡親友時會被親友誤會自己要求親友作出經濟上的援助，故此避免與親友接觸或聯絡，因而造成社交孤立。

有些長者亦會因為長期病患或老化帶來的身體殘障，變得自卑或失去自信心。長者很多時會擔心別人不接納自己，或懼怕別人的奇異目光，故此避免外出或參與社交生活，從而達到減少與人接觸的目的^{12,13,20}。

另外，有些長者會礙於過往從未接受教育、「唔識字」、認為自己學習能力不如別人、貧窮、無子女、與子女不和、子女失業或子女沒有太大的成就等，而擔心別人覺得自己愚蠢、「無用」或被人看不起，故此就算覺得非常苦悶，也不參與任何的活動。有些長者儘管嘗試參與社交活動，但當長者參與數次後，仍沒有同輩主動接觸，長者便覺得別人不接納自己，於是停止參與活動。

實用貼士對對碰：“✓”要實行；“✗”要避免

長者	親友或護老者
<p>✓ 維持穩定情緒：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對於不喜歡社交活動或參與長者中心的長者，可培養個人興趣，例如：繪畫、創作文章或詩詞和攝影等，以維持穩定的情緒。 	<p>✗ 取笑長者自卑：</p> <ul style="list-style-type: none"> 發覺長者自信心下降，以為取笑長者自卑，便可激發長者的自信。但這樣做實際上可能進一步打擊長者的自信。
<p>✗ 對主動與人接觸抱有負面想法：</p> <ul style="list-style-type: none"> 不主動與人接觸，認為此舉有欠矜持、過度開放或無面子。 	<p>✓ 多讚賞：</p> <ul style="list-style-type: none"> 平日多讚賞長者的長處、優點，以增強長者的自信心。
<p>✗ 過份敏感：</p> <ul style="list-style-type: none"> 被親友要求容後再致電時，覺得被人拒絕，以後不再與該親友聯絡。 	<p>✓ 鼓勵嘗試：</p> <ul style="list-style-type: none"> 鼓勵長者對各種活動和興趣多作嘗試。 家人的支持，有助長者邁進改變的第一步。
<p>✓ 終身學習，發掘潛能：</p> <ul style="list-style-type: none"> 多學習新知識和技巧、培養新興趣、多做義工、保持與社會接觸或多與人交往，從中豐富自己的經驗和閱歷，發掘自己的潛能、長處和優點，以建立自信^{21,22,23}。 	<p>✗ 不支持長者保持學習：</p> <ul style="list-style-type: none"> 批評長者學習速度緩慢、沒有能力學習，或從事沒有意義的事情。
<p>✓ 不與別人比較：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為免產生不必要的負面情緒和精神壓力，儘量不與別人比較，亦要接受各人能力和際遇的不同。 	<p>✗ 與別人比較：</p> <ul style="list-style-type: none"> 把長者的能力與他人比較，批評其不足之處，打擊其自信心。
<p>✓ 得一知己，已是得着：</p> <ul style="list-style-type: none"> 明白各人性格或觀點不同，未必所有人會與自己相處得來。 可選擇與自己相處得來的人交往，若能找到一兩位知己，已是一個很大的得著。 	<p>✓ 保持聯絡：</p> <ul style="list-style-type: none"> 即使未能相見，也主動與長者保持聯絡，閒話家常，給予關懷。
<p>✓ 主動接觸別人：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對剛相識的新朋友，一般均會彼此觀察，不作深入的交談，長者不宜就此認定別人不接受自己。 宜主動接觸別人，但記着要保持笑容和眼神接觸。 	<p>✓ 促進社交健康：</p> <ul style="list-style-type: none"> 帶領長者認識社區資源和設施，陪同長者出席交際活動，推動長者投入社交生活。

(二) 如何促進良好的社交心理健康

(a) 保持心理健康的重要性

1. 心理健康與身體健康

不少科學研究及日常生活經驗，都充份證明了心理及生理健康的相互關係。不同的情緒及心理狀態均會影響身體的健康。積極樂觀的信念或精神，會令我們更有效地發揮身體的機能及保持良好的習慣，從而有效地防止疾病。愉快的情緒亦會促進身體分泌出有益的激素，刺激神經細胞，調節內分泌，提高人體免疫功能；反之，負面的情緒（如抑鬱、焦慮、憤怒等），或承受著過大的心理壓力時，會引致腎上腺素、甲狀腺素等激素不適當地刺激身體而減低免疫力。

即使沒有身體上的疾病，過多負面的情緒亦會令長者自覺身心不適（如頭暈、頭痛、腸胃不適、心跳加快、呼吸急促等）。而部分長者更會因這些不適，懷疑自己染上重病，以致到處尋求醫療檢查。其實他們需要的很可能就是心理情緒方面的紓緩。這就再次證明樂觀積極的心理狀態對預防疾病和促進長者身體健康的重要性^{5,6,7}。

然而，身體健康問題亦會直接或間接影響心理狀況。身體健康的長者會有較高的自我形象，自主及控制環境的能力也較強⁸。反之，長期病症、身體毛病亦可能會令人社交圈子漸漸縮窄，增加孤立的機會，妨礙心理健康的發展⁹。

2. 心理健康與人際關係

人際關係本身就是人與人之間的互動交流。一個情緒穩定、樂觀、性格隨和的人往往可以令人留下好印象，容易與人建立友誼。相反，自我形象低落、對人猜疑、容易飄忽及過份固執的心理特徵，會造成長者與人交往的障礙⁵。若長期結合其他因素，如健康問題、缺乏與社會接觸的機會、長期受生活壓力所困擾等，會引致無法保持正常社交¹⁰。不少喪偶者會感到伴侶給予的，是他人所不能替代的，以至會長期哀悼逝去的配偶，或不斷緬懷過去，疏忽自己，加上缺乏與人交往，而形成孤立¹¹。雖然有部分孤立的長者，感到自得其樂而自願孤立，有些則是受到家人的摒棄，社會的歧視而遭排斥的。因此，我們要留意不論自願或非自願的孤立，除影響孤立者本身外，還會增加社會的負擔。研究顯示，長期孤立者的心理健康較差，社交技巧亦較弱¹²。孤立的生活狀況是容易導致有自殺傾向的因素之一¹³，孤立者的壽命也會較短¹⁴。

因孤立者的健康狀況較差，所以他們會較多入住醫院治療。換言之，醫療開支亦會形成一定程度的經濟負擔¹⁵。有研究顯示孤立長者，較早須要入住安老院，社會要承擔的院舍服務開支也相應地增加¹⁶。因此家人及社會應多關心長者，幫助長者中那孤立的一群。長者亦宜積極預防可導致孤立的因素，學習積極面對生命中的喪失及哀傷。

在中國人的社會裏，家人的支持、長者在家庭中的角色及作用，往往對長者的心理狀況有著重要的關係。若長者自感在家庭中發揮作用，亦會促進長者的自信及自我形象，使其更能面對生活中的轉變，如退休後的生活。當長者獲得較大的家庭支援時，其在社會的活動量亦相對地提高¹⁷，而且較容易從社會中獲得滿足，對生命更感意義。

對於家庭而言，長者的角色及功能更顯出其重要性，有些長者願意分擔家務，照顧小孩，使子女能安心工作，這亦是對社會的貢獻。家庭及長者都應保持「付出與接受」的平衡，彼此坦誠溝通，協調雙方的期望及需要。家人及社會亦可在長者能力可及的範圍內，鼓勵長者不斷參與，同時認同其貢獻及付出。

3. 心理健康與認知及藝術活動的關係

我們腦部的認知系統與情緒管理系統是相互關連的，任何比較負面或強烈的情緒狀態均會干擾腦部認知（如接收、儲存、分析及處理訊息）的操作。研究顯示情緒低落的人的記憶力會較情緒穩定的人弱¹⁸，當中的原因是情緒低落的人的專注力較差，較難接收訊息，對剛收到的訊息亦會較快忘記。亦有一些長者因情緒抑鬱引致假性的認知障礙症症狀¹⁸，當一個人不能有效地控制情緒，其分析及處事的能力會降低，並阻礙其日常生活，對參與活動的興趣亦減退。

從社會學角度看，長者亦有需要發揮其才能，以提高對生活的滿意程度；「活躍論」(Activity Theory)¹⁹強調：「一個人愈活躍，對生活就愈滿意。老年人雖然面臨生理、健康狀況的改變，但是他們的需要應該和以前大致相同，祇是活動的方式不同而已。」因此鼓勵長者發揮才能，可以幫助促進自我實現，從而提高他們的自信及生活滿足感。長者如能預早訂立退休後的生活計劃，可有助他們維持活躍的生活。

特別值得一提的是藝術活動，它有助促進長者心理、認知及社交健康。事實上，唱歌、欣賞粵曲、繪畫、書法等在長者群體中相當普遍，如果長者早年已培養了對某種藝術的興趣和鑑賞力，到老年時造詣祇會愈深。藝術活動的類型包羅萬有，即使是行動不便，長者總可以找出適合自己的活動去參加。

參加藝術活動的長者，情緒會表現得更穩定，精神上亦能得到更多的安慰¹⁸。人遇見美好的作品時，情感上的讚嘆和共鳴，會使人感動及達致一種賞心悅目的心理狀態。

不同的藝術活動亦可刺激不同的感官，而各種感官接收訊息後的分析亦在大腦彼此交錯相聯，增加長者的認知活動並令人頓時進入特殊的注意狀態。這可令人頓時忘卻煩憂，精神上體會到陶醉的快樂。藝術亦能促使人對美的追求，有效啟發創造力⁵。

藝術亦可以擴闊長者的社交圈子，從鑑賞藝術水平、互相分享及切磋造詣的過程中，長者亦會獲得成功的喜悅，增添晚年生活的興趣和享受。

(b) 促進心理社交健康的要訣

擁有健康的身體、心理和社交關係，我們自然會感到一種舒泰的感覺，對生活感到滿足，積極面對人生，並維持良好的自我形象^{6,7}。下列 6 個要訣的掌握和實行，有助長者建立一個身心健康的晚年。

1. 保持樂觀和積極

積極思想	積極思想有助促進正面情緒和心理健康 ^{20,21} 。長者宜多數算自己的優點、長處、正面經歷、得着，多從正面考慮問題和嘗試欣賞自己付出過的努力 ^{20,21} 。
保持穩定情緒	保持穩定情緒有助身心健康 ^{6,8,22} 。遇到不如意、挫敗或刺激時，可先離開該環境一會，容後再作處理 ^{20,21} 。
控制可受控制的因素	雖然沒有人能完全控制身邊所發生的事物或人生的際遇，但我們可以控制和選擇自己的生活方式和思想方法。
積極從事自己喜歡的事	樂觀不是天生的，令自己開心的事亦不會從天而降，反而要自己積極尋找和發掘。
留意及珍惜自己所擁有的	儘量多留意及珍惜自己現在所擁有的事物和關係，而非著眼於失落之事或失去的關係上。

2. 多參與活動

活動有助身心健康	參與活動可促進人體新陳代謝，增強體質，提高個人對環境變化的適應能力。此外，適當的社交活動，亦可穩定情緒 ^{23,24,25} 。
避免社交孤立	不同的活動，能讓長者有更多的機會去接觸別人，擴闊社交圈子，避免社交孤立 ^{20,21} 。透過與友儕間的互相幫助，長者亦可從中得到自我肯定 ^{6,21} 。

參與義務工作	參與義務工作，有助增強自我價值和對生活的滿足感 ^{6,26} 。但長者要量力而為，不宜過份承擔，以免引致不必要的精神壓力。
計劃活動	護老者每年可與長者共同訂下活動大計，例如旅遊計劃、參與義工工作等。長者亦可在每天起來時，為自己釐訂或計劃當天要做的事，如相約朋友品茗、探望家人等。這樣能使長者善用時間，做更多有意義的事情。
發展個人嗜好	若長者不喜歡參與社交活動，亦宜多發展個人興趣或嗜好，以維持正面情緒。

3. 積極發展社交支援和維持良好的人際關係

主動發展社交支援	家人或親友與長者互相關心、鼓勵和扶持，可促進彼此的愉悦；研究亦顯示，良好的社交支援，有助減低患上抑鬱症的機會，抵抗精神壓力 ^{7,25,27} 。
維持良好的人際關係	良好的人際關係，有助促進精神健康 ^{6,22} 。坦誠的溝通和多從別人的角度去考慮問題等，均有助建立良好的人際關係。

4. 紓緩精神壓力

過大壓力影響健康	過大和長期的精神壓力，會影響身心健康 ^{6,22,27} 。適當地處理壓力，有助預防心理及精神問題，減低對身體所帶來的不良影響 ^{6,22} 。
儘早處理問題	精神壓力是可以累積的，長者宜及早處理，以免出現過大的精神壓力或引致精神問題 ^{6,22} 。
紓緩壓力方法	紓緩壓力有多種方法，可進行鬆弛練習，或做一些自己感興趣的活動，例如：唱粵曲、造手工、打麻雀、逛街、旅行及與朋友傾訴等 ^{6,21,22} 。
處理壓力，適時求助	認識自己的壓力來源，作出相應的處理、調較期望、適當的委託、將工作安排優先次序、學習護理或自理的知識和技巧，均有助處理壓力；若自覺未能有效處理壓力，宜儘早向社工、臨床心理學家或醫生求助 ^{28,29} 。
良好生活習慣	養成良好的生活習慣，如定時的作息及注意均衡飲食，亦有助對抗壓力 ^{28,29} 。
避免濫用藥物	切忌以飲酒、吸煙或濫用藥物來減壓，因為這樣非但不能解決問題，還會帶來更多的煩惱和困擾，削弱處理壓力的能力並影響身體健康 ^{28,29} 。

5. 適量的運動

體能活動有助身心健康	體能活動有助身心健康、減低患病機會、減輕痛楚感覺、維持記憶並減慢老化速度 ^{30,31} 。
穩定情緒	進行體能活動時腦部會釋放一些化學物質—內啡呔(Endorphine)，它能使人產生紓緩和放鬆的感覺，繼而減少焦慮，穩定情緒 ³⁰ 。
選擇適當的體能活動，結伴同行	選擇自己喜歡和適合的體能活動，結伴與友儕一起進行，有助促進運動的愉悅和做體能活動的恆心。
先易後難，先短後長	世界衛生組織建議成年人每星期做至少 150 分鐘中等強度的帶氧體能活動(如每星期 5 天，每次 30 分鐘；或以每節 10 分鐘，累積幾節)。 沒有體能活動習慣的長者，在剛開始參與體能活動時，宜循序漸進，應先學習和進行較淺易及低體能活動量的體能活動，並進行較短的時間，當掌握後，可慢慢加深難度和延長進行的時間。如參與體能活動期間出現不適，應立即停止體能活動，並儘快向教練或醫護人員查詢。

6. 持續學習或進修

充實自己，生活滿足	持續學習有助提高長者應付困難的能力、增加對生活的滿足感和令晚年變得更豐盛 ^{32,33,34} 。
毋懼晚年學習	不要以為自己沒有受過正規教育，便沒有學習能力，亦不要害怕自己記性差而不敢學習，長者不會因年長而失去學習的能力 ^{21,27} 。
樂趣是最重要的	不宜與人比較學習速度和能力，這樣容易造成精神壓力。長者若能從學習中得到樂趣，便能有效促進身心健康。
從生活中學習	學習或進修，並不只規限於書本或一些課程中的知識，長者也可在日常生活中找到學習的機會和途徑，例如：從互聯網、電視、收音機或報章中獲取時事、資訊和知識；可參加健康講座，認識預防疾病的知識和技巧；又可參與社區或長者中心的活動，認識更多的事物和技能。

(c) 認識有關老年的謬誤及真相

以下是一些有關於長者精神健康的常見謬誤及真相。

謬誤

年老便必然會抑鬱。

真相

- 世界衛生組織指出，在長者中，抑鬱症的病發率約為 7%，即大部分的長者都沒有抑鬱的³⁵。
- 年紀大了並不是必然會抑鬱³⁶，抑鬱亦不只等同情緒低落，抑鬱是一種情緒病，若患上抑鬱症，亦可以透過治療而改善狀況。
(有關情緒困擾及抑鬱的徵兆，詳情可參考第二部分第四章「抑鬱症」)。

謬誤

若長者在言語之間提及自殺的念頭，應避免追問他/她有關的想法，因為這樣做會使長者的自殺念頭變得更牢固，說不定會令他真的行動起來³⁷。

真相

- 自殺念頭多是因長期生活壓力累積而逐漸形成的，當中不少是長期因素，如長期的健康和經濟問題、支援不足等。偶然討論自殺的想法，不足以引致長者有更強的自殺傾向。
- 應多關心長者，聆聽他們的心聲，並且在適當時候對長者的自殺念頭多作了解。
- 無論如何，應做足預防措施減低長者自殺的機會，例如減少有自殺傾向的長者獨處的時間。
- 若懷疑長者有自殺的危機，應該立刻將長者送往就近的醫院接受診治，亦可致電防止自殺求助熱線（詳情可參考第三部分：社區資源）

謬誤

當人步入老年期，便會對性失去興趣，性行為也會損害長者健康，況且年紀大了便會失去性能力。

真相

- 大部分長者仍有性需要，對性感興趣。有外國的調查發現，年齡由 60 至 90 歲的長者當中，大約有一半人仍然維持性生活，亦有部分長者表示其性活動較以往頻密³⁸。
- 一項本地調查指出，在 500 多名受訪的男長者當中，有 66.7% 介乎 65 至 95 歲的受訪者表示在過去一年曾經有性衝動，而 53.2% 表示於過去一年曾經與女性發生性行為³⁹。
- 事實上，除了生理因素導致性功能障礙，心理因素對性能力亦有着重要的影響。認為沒有性需要或對晚年的性生活存有負面態度的長者，會引致性機能提早衰退，出現自我預言實現的情況⁴⁰。
- 其實，維持性生活亦可減慢因年長而引致身體機能的退化⁴¹ 及促進身心健康。
- 長者宜學習多些晚年性方面的技巧，與伴侶坦誠表達需要及喜好，更要多注重彼此在情感交流上所獲得的滿足。



第二部分

專題分享

第二部分：專題分享

(一) 適應退休及收入減少的生活

I . 引言

正當各國社會面對人口老化的同時，愈來愈多人踏入退休這人生階段。退休生活可能佔去不少人約四分之一的人生，只要充份準備，積極適應，便能促進晚年的身心健康和家庭及人際關係的質素，亦令退休生活變得更愉快。

II . 常見未能適應退休生活的例子

- 在未退休前祇顧憂慮，被負面情緒佔據心靈；
- 退休前或後，缺乏積極行動安排退休的生活；
- 退休後既缺乏生活費，又不敢向子女或任何人求助；
- 退休後常常臥床，缺乏運動和社交生活，不結識新朋友；
- 將大部分時間來做家務或照顧親人，但同時與家人或護老者的衝突與日俱增，弄致自己過份辛勞和情緒不穩。
- 祇顧緬懷往昔的種種，對目前生活不感興趣，生活顯得沉悶，失去目標，感到自己無用甚至抑鬱等。

這些不適應退休的情形若然持續下去，身心容易受損，與人相處也會出現困難，對自己、家人及護老者都會有不良的影響。

III . 對於退休常見的謬誤及其真相

以下的種種謬誤，對於計劃和適應退休生活，容易造成阻礙，應予以糾正：

謬誤一：以為退休無須計劃

研究顯示，對於那些缺乏穩定目標和計劃便退休的人，其適應退休生活會較差¹。宜鼓勵未退休的人士及其家屬，及早計劃或安排好退休生活的各方面目標和所需的資源等。

謬誤二：認為退休會百無聊賴

研究顯示那些期望退休後要有充實生活才感滿足的人，跟進其退休後 5、6 年的生活情況，發現其生活質素相對於那些缺乏期望的人較佳²。換言之，宜推廣退休生活可以是充實和滿足的，以確立長者的正面期望。

謬誤三：認為退休代表無用、無價值

研究發現，那些在退休後仍保持積極參與社區活動的人，他們對生活的滿意程度會較高³。其實，退休不代表長者無用、無價值，它只是代表著生活模式的轉變。退休人士絕對可以給生活訂下新的目標、尋找新的意義、賦予新的價值。

謬誤四：誤信退休後身體會衰退

由於身體機能的衰退往往正值退休年齡，容易使人產生混淆以為退休會導致身體會衰退⁴。退休後如不採取健康的生活習慣，這才是加速身體衰退的真正原因。所以，宜鼓勵退休人士關注自己的健康，實踐健康的生活模式。

IV. 計算退休的得與失

以下列舉因退休而「失去」和「獲得」的一些事實。宜儘量學習接受「失去」，但多善用「獲得」，以促進退休生活的良好適應：

因退休所「失去」的：	因退休而「獲得」的：
<ul style="list-style-type: none"> • 固定的收入 • 消費的自由 • 工作的身份及滿足感 • 隸屬於某行業或單位的歸屬感 • 與同事交誼的機會 • 因工作而有的作息規律 • 個人的工作空間 • 直接參與社會的變遷與認識種種新知識和技術 • 因貢獻社會而被肯定的價值和重要性 	<ul style="list-style-type: none"> • 衣食住行的選擇不必遷就上班而有更大的自由 • 因不用上班而省下的經常性開支及稅款 • 省下為謀生而勞損的體力與心力 • 時間運用的靈活性 • 與家人相聚的時間及滿足感 • 與新舊朋友相聚的機會 • 可隸屬於某個長者或義務組織並擁有退休人士團體的新身份 • 可享受更多的閒暇生活 • 比上班一族更大的自由活動空間 • 參與終生持續學習時有更多的選擇 • 更多空閒照顧自己的健康，培養健康生活模式 • 更大的自由做自己喜歡做的事，如發展個人興趣

V . 退休生活的種種轉變與調適

在適應退休後的多種轉變時，宜留意以下各方面：

- 1. 善用餘暇時間：**退休是第二人生的開始，增加了的空餘時間，若好好利用，參與有益身心的嗜好、娛樂交誼或康體活動、文化藝術的創作、甚至義務性質的工作等，定可使生活多姿采並具有新的意義。
- 2. 注重健康生活：**心理及身體健康對長者同樣重要，長者宜以積極開朗的心態，正面地迎接人生的另一階段。亦應實行健康的生活方式，例如適量的體能活動、均衡營養飲食、不吸煙、不飲酒、並定期做身體檢查，及早防治病痛。
- 3. 家庭生活：**退休後空閒時間增多了，長者宜珍惜並享受家庭樂，但別額外要求子女多回家陪伴以免增加對方的壓力，也切勿過度照顧家人的起居生活，而令其過份倚賴或使自己太勞累。
- 4. 婚姻生活：**夫婦宜善用增加了的相處機會，致力增強彼此間良性溝通與親密的關係，互相體諒和遷就對方退休前後的變化和需要，彼此尊重和欣賞，共享充實而健康的生活。
- 5. 社交生活：**千萬別孤立自己，要儘力維持與好朋友的情誼，更要擴闊自己的生活圈子，多結識新朋友，例如可參與長者中心的活動，致力建立良好的人際關係。

VI . 退休前後之活動建議

- 1. 積極計劃和實行：**有些長者在退休後，開始感到不知如何打發時間，對於有太多的空閒，感到困擾。《老年與閒暇研究報告》⁵中指出，大部分退休後的長者打發時間的方式，多集中在室內靜態的活動；例如看電視、聽收音機、看報紙、做家務等等，並時常感覺空閒時間太多，不懂如何打發。這顯示，有不少本港的長者並沒有善用閒暇。沒有預先計劃退休生活的人士，有可能在過渡期內感覺到生活無聊和苦悶，引致情緒低落^{6,7}。故此，大家宜及早計劃和安排退休生活，以增強退休後的生活樂趣和滿足感。

適合退休後參與的活動有很多，其範圍可分類成下面幾大項：

學習型	各種知識型的進修活動，尤指是參加一些由學校或學院，譬如長者學苑，為推廣終身學習所開辦的課程，課程涵蓋不同的範疇，如語言、歷史、文化、藝術、電腦科技應用等等，包羅萬有。
趣味型	各種悠閒型的學習活動，種類繁多，舉例說舞蹈、歌唱、旅遊、戲劇和電影欣賞、書法、棋類、手工藝、繪畫、插花、園藝、保健醫療、閱讀及各種藝術創作等。
健康型	各類長者體能活動，如太極、六通拳、八段錦、登山、急步行、社交舞等等。
服務型	探訪病人或獨居老人、訪問慈善機構，以及各種義工服務或聚會等。
信仰型	如各宗教聚會之活動，包括祈禱、唸經、拜佛等等。
其他類型	探訪親友、處理家事、美化家居、與海外親友通訊、弄孫為樂等。

2. 退休前先展開活動：退休前，可先選擇並展開上述的一些活動，以促進退休後的適應。退休後，可繼續參與和退休前相似的活動和興趣，並逐漸增加多些不同種類活動，亦有助適應退休，增強對生活的滿意程度⁸。

3. 選擇適合自己的活動：可因應本身的身體情況、個人興趣、生活習慣、人際網絡、經濟和交通等的因素，選擇適合自己的活動。此外，參與義務工作和持續學習，亦有助提升自我價值和生活滿意程度⁸。

VII . 退休人士理財的心理調適

如在退休前有長期及充份的準備，便對退休生活較為有保障。一旦退了休，理財時須注意以下各項：

長者篇 – 面對收入減少的現實，宜積極地採取以下措施：

- 1. 明智節流：**要量入為出，以維持有健康的生活為優先的開支，減少以往因工作、禮尚往來等非必要的開支。
- 2. 善用優惠：**市面上有許多娛樂節目及交通服務皆有長者優惠，長者宜加以善用，以節省開支。
- 3. 謹慎投資：**要避免高風險的投資組合、高息貸款或經常賭博等投機的做法。
- 4. 量力助人：**別將養老的住所或積蓄作財務擔保或饋贈親友，避免自己陷入困境之中。

- 5. 勇於求助：**有困難時宜坦然接受親友、社會人士或政府所提供的援助。不宜因面子關係而令自己陷入貧病困苦，否則，帶來的額外醫療支出或會超過原來的基本生活開支。
- 6. 避免比較：**別常常將退休後收入減少了與昔日有收入時的收支作比較，這樣容易令人沮喪和自憐。宜接受經濟上的改變，調節支出。

護老者篇

1. 誰正待援手？

須多留意以下的人士和情況，例如：

- 退休後缺乏積蓄、退休金或穩定收入來源的長者；
- 子女沒有提供生活費的長者或從不提及子女者；
- 沒有親屬或從不提及任何親屬者；
- 免費活動便有興趣參加，但要繳費的則甚少或從不參加的長者；
- 有病痛也不願及時看醫生的長者；
- 很少提及親人在平時或節慶時來訪的事的長者；
- 孤立地生活的長者，如沒有接觸親友或參與社交活動等

2. 認識受援助者的心態：

- **退縮孤立：**部分有需要援助的長者，不但不會主動向人求助，反而會變得退縮和對於缺錢的事守密，形成要與人保持距離而生活變得頗孤立。
- **恐怕被人歧視排斥：**即使被人幫助或接受金錢資助時，有些長者會感到成為別人的負累、認為自己無用而羞愧，甚至拒絕接受援助；亦有將接受援助的事視為秘密，恐防被人歧視和排斥。

3. 協助長者理財時須注意事宜：

- 宜主動關懷並詢問家中退休的長者，了解其需要，儘力提供協助，包括有關優惠和援助的資料或申請方法，經常慰問或贈以生活必需品，或定期的金錢支持。儘量與有能力的家人商討，如何合力分擔長期支持長者的生活；
- 如有經濟困難，不要因面子關係而阻撓長者向其他人或政府求助；
- 如須代長者處理收支或投資帳目時，宜由沒有利益衝突的第三者監督或見證，較能保障代理人及被代理人雙方的權益；

- 對於服務於長者機構的護老者，可直接詢問了解，以及平日留心觀察，更要主動接觸那些減少、停止前來機構，或在機構中顯得很退縮的長者，從而找出有需要援助人士；
- 遇有因尊嚴、面子等拒絕援助的長者，可與其保持聯絡並表達關懷，或以糧食、實用禮品、免費服務等代替金錢援助，甚至以獎勵義工或學習積極等名義，實報實銷交通津貼或贈送免費膳食等，以減少對方的尷尬。再待適當的機會，如對方因急病入院、申請支援服務時，才協助有需要的長者尋求經濟援助。

4. 供養長者父母 - 孝義與面子的抉擇：

- 子女如有能力並樂意供養父母的話，這樣當然是父母及社會所樂見的。假若子女缺乏經濟能力供養父母，但仍想盡孝義的話，很多人會以「有粥食粥，有飯食飯」的方法處理。再不行，就要放下自己的面子，即使暫時由其他人代為奉養，也應設法使父母生活有保障，例如申請綜援或社會上各種慈善基金等，這亦可算是權宜之計。

VIII. 個案分享：「積極改變，退休生活樂無窮」

1. 背景資料

王伯是一位成功適應退休生活的長者。

2. 個案實錄

王伯今年 80 歲，與太太居住於一個公屋單位內。王伯共有 5 名子女，都已成家立室，擁有自己的家庭及孩子。

退休前，王伯在一間涼茶舖任職店員。約於 20 年前，當時王伯 60 歲，他的子女便提議他退休，但王伯卻捨不得他的工作，一方面僱主待他很好，另一方面他亦希望自給自足，不願意成為子女經濟上的負累。因此，王伯並沒有詳細計劃退休的生活。

王伯任職的涼茶舖結業時他已經 75 歲，他不可能再找到新的工作，只好退休。在剛退休的日子，王伯感到很不習慣：由原先天天努力工作，變成終日游手好閒。由於太太不需要王伯協助料理家務，王伯每天只得吃飯和睡覺，王伯頓然感到手腳也開始疼痛起來。王伯在家的時間多了，與太太的磨擦亦相對增加。此外，由於退休前工作時間長，王伯與朋友甚少來往，退休後倍感孤單。王伯曾經嘗試認識新朋友，卻擔心別人不接納自己，以致心情欠佳。

3. 王伯如何渡過難關？

- **開展社交生活**：過了約半年的日子，王伯實在不願意情況持續下去，他除參加長者中心的活動之外，王伯亦開始參與教會聚會，在那裡看書、與人閒談。此外，他又跟隨太太當房屋署的義工，協助派發月曆、月餅、探訪獨居老人等。漸漸地，王伯的朋友亦增加了。
- **保持健康生活模式**：身體方面，王伯戒煙、戒酒、注意飲食、環境及個人衛生：如多做運動，到空曠的地方曬太陽等。至於身體的毛病，他也積極面對，定期覆診，不懼在高齡接受膝部手術。事實上，經過右膝關節置換手術後，王伯改善了行動的能力。由於聽覺逐漸模糊，王伯於需要時便會使用助聽器。他又配戴眼鏡，並排期進行白內障手術。
- **互諒互讓**：至於與太太的磨擦，王伯嘗試容忍。由於子女生活繁忙，未能經常探訪他們，王伯主動致電與他們保持聯絡。
- **節省開支**：面對沒有收入的現實，王伯亦從容面對。雖然子女會將一些金錢存入他的銀行戶口，以津貼他及太太的日常開支，但王伯坦言這些補貼並不足夠。然而，他沒有打算向子女索取生活費，他情願使用積蓄補貼不敷之數，並努力節省不必要的開支，故此他選擇戒賭。他並不擔心經濟問題，他相信必要時子女一定會供養他們。
- **發展興趣，穩定情緒**：王伯有時也會心情欠佳，他嘗試看書、唱歌，讓自己的情緒平伏下來。他自覺過往性情暴躁，現已逐步改善。

4. 個案分析

- **退休生活，百無聊賴**：退休前，工作是王伯主要的活動，它除帶來收入外，更幫助王伯善用時間，保持身體、智能、及社交的活動。因此在沒有計劃下退休，初期著實令他各個生活層面都突然出現真空，變得百無聊賴。
- **樂觀積極，重組生活**：幸而王伯擁有積極的性格，勇於面對退休後的各種轉變。他以教會及長者中心的活動來填補生活上的真空，重建社會支持網絡，消除孤單感。義工服務亦延續他對社會的貢獻，建立自信。
- **健康飲食，開展社交**：王伯接受自己身體上的變化，接受治療，定期覆診，保持健康，均有助他維持正常的社交生活。最令人欣賞的是王伯能正面地處理他的問題，放棄吸煙、飲酒和賭博。

5. 個案學習重點

- **工作的重要性**：工作對每一個人都非常重要，它影響經濟、時間運用、身體、智能、社交、情緒及自信等，因此退休是一個重要的發展歷程，需要各方面的適應。根據傳統規範，工作對男性的意義較大，因此一般而言，男性長者在退休時要面對的問題較女性長者為多。

- **尋根究底：**在協助長者面對退休生活時，必須先了解退休對該長者生活最受影響的部分。以王伯為例，金錢不是他最大的顧慮，有意義的活動及社交生活似乎對他更為重要。
- **作好準備，迎接挑戰：**長者宜在退休前作好各種準備，包括：養成良好的生活習慣，保持身體健康；儲蓄生活費，減少退休後的徬徨不安；培養興趣，建立平衡的生活方式；鞏固與家人及朋友的關係，確立支持網絡。退休後，學習減少非必要的開支，正如王伯一樣，會發現健康的飲食以及康樂和體能活動的花費遠比煙酒賭博的為少。

6. 社區支援的重要性

王伯是一個成功的例子，顯示退休生活可充滿快樂及意義。其中家人的協助及社區的支援是不可缺少的。王伯的太太帶同王伯一起做義工，建立他與社區的聯繫；子女也令王伯相信他會得到供養，這給予王伯莫大的安全感，免除其後顧之憂。社會團體、長者中心及公營機構為王伯提供有益身心的活動，並給予他繼續貢獻社會的機會，給王伯一種自我肯定。

7. 個案進展

現在，王伯生活愉快，甚至認為退休的生活更勝從前，這是他退休前從沒想過的。他保持身體健康，維持正常飲食、睡眠及運動；閒時也到街市買餸及協助太太打理家務；除日常參加講座、旅行及義工服務外，間中也會到內地遊覽。

至於將來，王伯以平常心面對，他接受長者會老化，身體會出現毛病，因此無須執着，一切但求順其自然。由於有子女的支持，因此可以安安靜靜、平平安安地歡渡晚年。

IX . 如何協助長者適應退休生活

1. 紿家人的建議

- **主動商討安排：**主動與即將或剛退休的長輩商討生活支出、居住等事宜，使其感到生活有保障和安心；
- **協助重投新生活：**鼓勵並協助安排長者維持健康和積極的生活方式，協助投入家庭和退休社群的新生活，包括協助長者安排身體檢查、鼓勵其學習健康常識、支持其維持適當的體能活動等；

- **協助重新定位**：協助長者重新在家庭和社群中定位，例如安排適量的家務或照料有需要的親人，同時也鼓勵其結識其他退休人士成為朋友等；
- **善用社區資源**：包括協助長者參加長者中心的各類活動，藉以發展個人興趣，並鼓勵終生學習來發展潛能，或投身義工行列等。

2. 給機構的建議

- **關注退休員工**：關注退休前後的各方面計劃和適應的需要，向退休者及其家屬提供適切的諮詢，教育和輔導等服務；
- **互助扶持**：消除因經濟條件而產生的偏見或歧視，鼓勵社會人士及長者社群發揮互助互愛的精神，接納和扶助在退休適應或經濟等有困難的人士；
- **推廣支援網絡**：積極培訓有心的社會人士主動接觸和關懷有需要的退休人士。經常籌辦各類持續性的愛心支援長者的活動，例如推廣同儕互愛、緊急危難救助的愛心行動，或向社會人士推廣定期資助以「無依長者」為特定對象的慈善活動等等。

X . 總結

1. 退休是生活的一大轉變，積極計劃退休後生活，有助適應。
2. 退休是人生的新階段，過得充實和有意義與否，視乎自己的抉擇、態度和做法而定；同時也需要家人和社會的支持與鼓勵；
3. 退休後生活要有所保障，是退休前和後經年累月努力和明智理財的成果，也要集合家人、親友、護老者和社會大眾的主動關懷和協助才成。

(二) 處理長期疾病的壓力

I. 引言

長者在患上長期疾病（包括痛症）後，不但健康及日常生活起了變化，人際社交方面亦受到影響^{1,2,3}，很自然地便會產生一些心理壓力。至於家中護老者（即家屬），因為要兼顧工作、家庭和護老各方面的職責，也同樣面對著不少壓力。相信在護理機構工作的專業護老者，也會感受到病人和家屬因長期疾病所帶來的精神壓力。要減少長期疾病對身、心及人際關係的不良影響，要繼續活出愉悅的人生，懂得怎樣適當地去處理精神壓力，是十分重要的課題。

II. 常見處理不當的例子及可能的後果

- 1. 健康惡化：**病人一些不當的應付壓力方法，不但會引致病情惡化、健康受損，甚至威脅到生命。例如：
 - 忽視自己的病情，又不肯戒煙酒，不遵從健康飲食和體能活動的建議
 - 不理會醫生的勸喻，沒有依時覆診和依指示服藥
- 2. 抑鬱與自殺：**上述的不當處理方法，往往與抑鬱情緒互為影響，以致病人對控制長期疾病變得灰心和喪失鬥志，對病情及治療的態度變得消極和逃避，嚴重者甚至以死為求即時解脫。

III. 消極的思想和做法

以下是一些常見的消極思想和做法，令長期疾病者（甚至護老者本身）未能主動積極處理病痛帶來的長期壓力；不論是長者或護老者，首先都需要自我檢視，並明白下列思想如何影響病人的行為及健康，努力糾正這些消極思想，才能有效地幫助病人管理長期疾病：

- 1. 完美主義：**有些人是完美主義者，不能接受任何瑕疵、出錯或誤差，若能修復原狀或許還勉強接受，不然的話寧願完全放棄，並堅信自己的想法。所以，他們難以接受有些疾病或痛楚是無法根治的事實，也不能忍受有些機能已喪失或退化是無法復原的；他們甚至認為若然病痛或殘障不見康復或好轉的話，就是不公平、不能接受的事情，甚至應放棄生命。歸根究底，這是出於「既然不能完全美好，就要完全放棄」的非理性想法所致。

- 2. 藥物是唯一的救星**：有些人以為只要靠服藥^{4,5,6}和打針，就足夠了，他們不接受或輕視改善生活和思想習慣的重要性，例如控制飲食、參與體能活動及保持正面思維等。這類單一論的思想^{7,8}，經常限制了人們解決問題的能力。
- 3. 不聞不問⁹**：有些人很消極、不理會與病情有關的資料或建議，採納所謂「駝鳥政策」，或將嚴重的病情淡化，拒絕接受有關自己健康情況的壞消息，以致未能採取積極應對措施去控制病情。
- 4. 情緒化**：有些人只顧擔心、難過、自責、埋怨不公平或氣憤，被這些負面情緒盤據絕大部分情緒，但缺乏積極行動調理身心和控制長期疾病³。
- 5. 相信宿命論**：有些人認命^{4,5,6}，認為疾病是冥冥中註定的，自己做什麼也是挽救不了的，於是抱著放棄、放任的態度，坐以待斃。存有這類思想的人往往缺乏自信，認為自己無能力改善病情^{9,10,11}。
- 6. 退縮與孤立**：有些人常自憐、自卑、認為命不如人，怕有病被人嫌棄，認為向人求助亦無補於事，並認為「有苦自己知」，拒絕與人交往，造成長期缺乏別人的支援和安慰，情緒變得鬱結、無助，對身心健康更為不利^{1,12}。

IV . 積極思想和做法

以下是一些積極處理長期疾病的方法，護老者可採納這些建議，作為輔導患者的方向，幫助病患者妥善面對患病的現實^{7,11}：

- 1. 積極接受事實**：勇於接受病患的事實，不逃避、不否認、不淡化問題，不要光是情緒化，更別以過激反應將不能根治的長期疾病當作絕症般看待。
- 2. 學習多方面調理方法**：學習以不同方法去面對問題^{7,8}。除了要服藥外，不少長期疾病同時需要飲食控制、復康運動、生活調整、或手術治療等配合。此外，病人更要學習處理負面思想和情緒，保持社交和有益身心的活動，才能有效地全面應付長期的疾病和壓力。
- 3. 有病也可以生活健康**：不少病人在未患病前吸煙飲酒，生活得不健康，得病之後反而激發了對健康和生命的關注和珍惜，從此選擇過著健康的生活。
- 4. 尋求協助，病得不孤寂**：即使有病也不要孤立自己，要向醫療人員學習治病的方法，要多與病友交換療養心得，彼此激勵士氣，並坦然接受親友關懷慰問及扶助等。不少研究顯示愈得到身邊的親友支持，對於所應付的長期疾病愈有幫助^{1,12}。

V. 護老者常犯的弊病

1. 欠缺護理知識，無知地愛：

- 不少護老者因自己沒有長期疾病，也從未接觸過有關的知識，護理病患者時只憑一片好心，卻是不得其法，結果可能會弄巧反拙，變成「好心做壞事」。

常見的護老者「好心做壞事」例子

- 以為有病就要臥床休息，不宜活動和出外，結果反導致機能衰退
- 凡事代勞，如吃得慢就餵食，影響病者的自信和自我形象
- 時常遷就病者任性的要求而妄顧健康的惡果，如患糖尿病又不肯戒口
- 幫病人向醫生隱瞞病情和不合作的行為等

2. 捨我其誰 - 耗盡症候群（Burnout Syndrome）¹³（詳見第二部分，第五章：「認知障礙症」IV. 護老者的精神壓力）：

- 有一些家屬，須長期照料中風或有慢性疾病的長者，如柏金遜病、認知障礙症等，由於全情投入，又不假外求，容易忽略自己的正常生活，弄致筋疲力盡，減少睡眠、體能活動，甚至影響在職或在家的職能、休閒和社交生活及與家人（或病者）的關係等。
- 若長期如此，又不懂減壓的話，不但令自己身心俱疲，亦會損害護理質素。若家屬本身也患有長期疾病而又年長的話，過度消耗的情況往往更甚。
- 不論是家中護老者，抑或是專業護老者（如社工、護士、家務助理員、保健員及護理員等），面對照顧長期病患者所帶來的壓力，同樣是沒有「免疫力」的，是故亦應對「耗盡」狀況提高警惕。

3. 久病床前無孝子：耐力賽的輸家

- 長期病患者要應付的是長期壓力，家人（或護老者）同樣要承受長期護理的壓力。他們所付出的不論對其財政、工作、家庭、身心健康，毅力與愛心等各層面，都是極大的挑戰。單憑一己之力，往往難以持久應付。
- 有云「久病床前無孝子」，其實當中不乏是上述「耗盡」的結果。假如家人（或護老者）出現「耗盡」的反應，對於所照顧的人及護理責任易生怨懟、反感、逃避、甚至放棄；更甚者，對其他人、社會以及自己也感不滿，嚴重者或會患上抑鬱症，甚或會將情緒發洩在病人身上，造成虐老悲劇。

「護老者的耗盡過程」¹³

過度投入護老工作



形成生理或心理上的困擾



降低護理及生活質素



對病人、護老工作的負面態度



對別人、社會、自我產生負面態度

以下所列出的是較為有效處理上述長期壓力的做法，也能有效預防「耗盡」的良方。護老者宜靈活善用，令護理工作事半功倍。在護理機構工作的正規護老者宜透過講座、小組或個別輔導方式，向病人、其家屬和相關人員進行推廣，輔助他們應用這些方法去減壓，防止過度消耗發生在自己及同儕的身上。

VI . 做個健康愉快的護老者

1. 學習及使用正確的護老知識和技巧

- 要虛心學習正確的護理常識，糾正錯誤的做法，如病情和能力許可，宜鼓勵病者儘量自行處理病痛，如依時吃藥覆診、健康飲食、自我檢驗和監察病情變化，但別過份倚賴單一項目檢驗數據來斷定病情輕重或健康與否，要經常有足夠及合適的體能活動，不要令病者放棄仍有能力應付的自理和有益身心的活動等等。護老者自己也要學習有關病痛的預防和控制方法，以便配合病人的需要，隨時提供適切的協助等。

2. 紓緩壓力有妙法

- 處理長期壓力與處理短暫壓力不同之處，在於不可全力衝刺待壓力過後才休息。面對長期疾病或護理的壓力時，切記要經常尋找放鬆身心的機會，才不致被壓力壓垮。
- 必須善用時間，爭取充份的休息、保持有規律的飲食習慣、適當的體能活動、社交和休閒生活，亦可透過鬆弛練習來進行自我放鬆。

家中護老者減壓妙法

- 自己和病者可一起進行適當的體能活動和培養健康的生活習慣，例如均衡飲食、充足睡眠等
- 陪診等候時可用電話與親友閒聊，以抒發情緒、減輕壓力和維持聯繫
- 若病者正在休息時，自己也可小休、陪伴親人和做家務等
- 在病人安全情況下，大家可以一起外出散步和購物，與友好茶聚等
- 與病者一起參加長者中心活動，令自己也可投入康樂社交活動
- 與病者在家中聽輕鬆音樂
- 學習並恆常做鬆弛練習

3. 妥善安排財務

- 宜為長者和家中護老者及早安排醫療儲蓄或保險。
- 計算生活和醫療所需的開支，善用合適而在經濟上負擔得來的醫療服務，儘量開源節流。
- 必要時要坦然向親友求助，或向社會福利署或慈善團體申請有關的援助。切忌以高息貸款支付經常性開支，避免負債和利息長期累積，遠超還款能力，導致財務危機。

4. 善用社區資源

- 避免長期獨自承擔留在家中的護理工作，以免變成長期孤立和積勞成疾。如有需要，宜儘量使用各項社區服務，例如長者中心、鄰舍中心或活動中心、改善家居及社區照顧服務、家務助理服務、日間護理中心、長者日間或住宿暫託服務、平安鐘服務、護理安老院等，以協助長期護理的工作（詳情可參考第三部分：「社區資源」）。

5. 平衡工作與家庭生活

- 家中護老者要顧及自己的正常生活及各項需要，不宜長久放棄工作及家庭原有的角色和職能，須調整各項的重要性、比重、緩急等優先次序。
- 促使其他親友一同參與分擔護老工作，可減輕負擔，以確保自己的身心健康，以免導致喪失原有滿意的生活、目標、自我價值和親友關係，而變成長期感到孤立無助、沮喪或悲憤等。

VII. 安排入住安老院舍的抉擇

假如無法在家中長時間護理長期疾病的長者，可考慮安排長者入住安老院舍，使病人獲得適當的照顧，也是一個可行的辦法：

1. 自主或依賴的抉擇

- 長者如沒有親友或能力留在家中養病或安老，入住安老院的決定往往令長者面臨要靠自己、還是靠別人的抉擇。部分長者一向崇尚獨立自主不假外求的生活方式，假如未能接受晚年需要別人照顧這個現實，便會抗拒入住安老院，而令自己的病情及生活質素都會受到損害，甚至影響壽命。此時，適當的輔導是需要的。

輔導的重點

- 協助其重組價值優先次序，肯定生命和生活質素的重要性優於自主性
- 所謂「倚靠人」，其實在人生各階段都是以不同的方式體現：
 - 兒時必須依靠父母才能成長
 - 青年至中年也要和社會各行各業互相依賴才能共存
 - 晚年須要倚靠別人照料，而專職護老者同時也要靠這工作來謀生養家
- 誰也不必為這種彼此幫忙、互相倚賴之現實而感羞愧

2. 孝義、面子或生計的抉擇

- 部分家屬實在無法放棄現時工作、穩定收入和養家的責任而留在家中長期護理病人，也無力長期兼顧兩者；可是，基於害怕遭到長者、親友甚至社會人士的指責而堅拒不將長者送進安老院舍，反而讓病人獨自留在家中，使其飲食、行動、服藥甚至安全都成問題，更遑論孤立和情緒困擾等問題了。
- 假如勉強下去，其實病人很容易因為被疏忽或不當的照顧而引致病情惡化，發生意外失救，甚至危及生命。恐怕到那時，即使自責及被親友譴責也無法改變病人所承受的傷害或死亡的事實。
- 要避免上述後果，宜安排須要長期護理的長者入住安老院舍，使他們獲得適當的照料，而自己亦可專心工作，這才是雙贏的局面。宜協助家屬及長者衡量後果，作出明智的選擇。

3. 遠或近的抉擇

- 假如長者能入住較近原居處或親友之安老院，當然較為容易適應新環境，而親友也會有較多的機會探望長者，對長者及其親友都有好處。
- 可是，若單為輪候較近的宿位，而忽視當前護理的迫切需要，甚至忽視長者的體弱情況等，結果只會得不償失。這須要協助長者和家屬權衡輕重再作抉擇。

- 至於本身獨居又無親無故的長者，有病又無法自我照顧的話，鼓勵其接受最快安排入住不論遠近的宿位最為適合。提醒他們入住安老院後，那裡便會變成他們的家。假以時日，長者便會逐漸熟習四周環境，而院友便成了他們的朋友。

4. 資助或私營院舍的抉擇

- 假如經濟條件許可，尋找合適的私營安老院，可減少輪候時間，而且豐儉由人；不然，也可申請政府資助或買位的護理院舍服務。
- 至於擔心私營安老院質素的問題，消費者可利用各院所提供的資料、社會福利署的有關資料，實地參觀及多作比較，以便作出明智的抉擇。

5. 以質素為先的選擇

除經濟因素外，選擇安老院舍應以其質素為首要考慮條件。護老者協助長者及其家屬，提供有關資料搜集、入院前參觀介紹、入院後輔導適應等都很重要。即使選定院舍後，消費者亦宜持續觀察，看其質素是否能夠保持。

選擇優質安老院舍要考慮

- 有健康的膳食供應和特別餐的安排
- 職員的護理質素、受訓機會和工作態度良好
- 起居及護理的設備和使用，達到一定的標準
- 院舍內外環境的衛生與安全情況良好
- 作息、個人清潔、陪診的安排妥善
- 有足夠的活動空間並安排有益身心的活動
- 營運的理念、機構文化、院內氣氛及管理質素符合期望

VIII. 關注精神健康

長期壓力若處理不當，容易導致身心受損，使人變得孤立或增加人際衝突，實在須要及早防治。

1. 預防久病厭世

- 對長期病者的自殺行為而言，有時是因為不想負累家人、康復無望、或持續劇痛難熬以求解脫。部分是因為情緒抑鬱，而放棄求生意志。應及早察覺抑鬱的徵狀並及時診治，以有效預防自殺行為（詳情可參考第二部分第四章：「抑鬱症」的內容）。

- 此外，部分自殺人士因長期對健康失去控制，以自殺行為作為反擊。換言之，視結束生命為對生命、病痛、長期無奈的一種「反控制」^{14,15}。故此，如能力所及，在日常自理、各類控制病痛的過程中加強病者負責部分（見下表）可減少其無力感，增加其「自我控制」的把握^{9,10}，對於預防他們自殺是有莫大裨益的。
- 必要時，須尋求預防自殺的服務，或轉介精神專科及專業的心理輔導（詳見第三部分：社區資源）。

鼓勵病者：我可以控制！

- 我能夠做得到的事，我自己做
- 我可以依時服藥和覆診，幫助控制病情
- 我可以做運動紓減痛楚，並可藉此預防再次中風或心臟病發
- 我可以控制飲食，防止血壓、血糖和膽固醇過高
- 我可以向人傾訴、唱歌、寫日記，以抒發情感，減少長期苦悶
- 我可以看書、看電視、種花、養寵物、欣賞音樂藝術等，令我有精神寄托
- 我雖然有病，但我仍可活得健康
- 我可以做義工，回饋社會
- 我可以關懷親友，成為生命鬥士的好榜樣

2. 預防遺棄與虐待長者（詳情可參考第二部分，第五章：「認知障礙症」IX. 預防虐待長者）

- 假如護老者長期身心受壓而沒有適當處理，或與病者關係惡劣，而同時缺乏社區資源協助的話，可能令病弱的長者被疏忽照顧，使其健康惡化。有些長者甚至被護老者施以精神及身體上的虐待，如無故打罵、不恰當地限制活動，以致長者肉體受傷及精神受創。亦有護老者因貪婪而「趁火打劫」，騙取長者的財物資產，然後不顧而去。
- 有效的預防方法自然是要加強護老敬老的社會和家庭教育，亦要提高長者及身邊親友、醫護人員、社工、義工等的警覺性，並要細心觀察，及時發現、舉報和轉介社會福利署作適當處理。
- 對於長期忍受又不懂紓緩壓力的家屬，特別是本身也患病的，宜提供合適的服務，以減輕其護老工作的重擔、孤立和無助感，保持其身心健康，這樣有助減少疏忽照顧或虐老等悲劇的發生。

3. 長期病患長者對生命和家庭教育的啟示

- 在面對長期疾病的長者之中，有些人能夠積極面對生命與病痛，對於他們克服困難的毅力，實在值得尊敬並發揚光大，使他們成為子孫及其他人的典範。假如病患者感到灰心失望，可互相激勵一起效法生命鬥士那堅毅不屈的精神：珍惜和重視生命與健康生活、勇於接受那不能改變的病痛事實及積極控制那些能改變的部分。

IX. 長期疾病宜從事有益的活動

很多長者都誤以為患有長期疾病後便不適合活動，做成生活上一種不必要的限制。事實上，若病情受到控制，長者亦可以參加各式各樣有意義的活動。

1. 從事有益活動好處多

- 只要適當選擇，患上長期疾病的長者仍可享受消閒活動所帶來的樂趣。事實上，活動對每個人都非常重要，透過活動，我們可以發展技能和興趣，使生活變得更豐富和多姿多采。活動對人的生理、心理和社交都有益處³：
 - » **生理方面**：適當的運動可令血壓降低、減慢骨質疏鬆、改善便秘、控制體重、提升睡眠質素等；
 - » **心理方面**：提高自我形象及自尊、減少抑鬱及憂慮；
 - » **社交方面**：活動是一種人際交往的機會，從中可學習如何相處和互相接納。
- 合適的活動不但能夠讓患者維持現有的能力、減慢功能衰退，並且能夠增強患者的體能、認知及社交能力。
- 活動的種類可參考第二部分第一章：「適應退休及收入減少的生活」之介紹。

2. 選擇活動的原則

患有長期疾病的長者在選擇活動時必須注意以下原則：

- **要因人制宜**：進行活動必須根據各人的身體情況，選擇適合自己的活動項目，量力而行。一般以一些動作緩和、費力不大的活動為佳。例如患有膝關節痛的長者則不適宜長期站立的活動等。
- **要循序漸進**：每次活動量要適中，開始時以不感到疲乏為佳，待身體完全適應以後，可逐步增加活動量，使身體對活動的承受能力不斷提高，體質也就逐漸增強。長者應監察活動後的自我感覺，以沒有增加身體不適為準。

• 要注意安全

- » 慢性病患者，如高血壓、糖尿病、心臟病、關節炎、骨質疏鬆症等，在開始新的體能活動前，請先向醫生或物理治療師查詢。
- » **切忌進行要求速度的活動**：由於部分長期疾病的長者呼吸系統的功能減弱，若活動劇烈，肺活量減少，供氧不足，很容易發生缺氧暈倒現象。
- » **切忌進行劇烈比賽、爭勝的活動**：這種過度的神經興奮，容易引起心跳、血壓驟增而發生嚴重後果。特別是患有高血壓、心臟病的長者，更應避免參加此類型的比賽活動。

X . 個案分享：「久病纏身，堅毅不屈」

1. 背景資料

- **求助原因：**周婆婆因長期患病的壓力，以致其情緒日漸低落。

2. 個案實錄

周婆婆今年**69**歲，由於丈夫在港工作，以前她獨自在內地照顧**4**名孩子，直至孩子長大成人才來港。現在丈夫已去世，所有子女亦已成家立室，居於內地；而周婆婆則住在長者屋。

約於**7**年前，周婆婆不慎弄傷腰骨，後來證實患上坐骨神經痛及骨刺，以致行動不便，甚至上床也感到困難，對日常起居生活遇到不少障礙。自此，周婆婆的身體狀況起伏不定，她曾經再次弄傷腳部，以致不能步行；此外，胃炎、牙痛及白內障等問題亦令她感到困擾；加上與同住的婆婆相處不來，時有爭執，周婆婆情緒更低落，甚至想過仰藥自殺。

3. 周婆婆如何過度難關？

- **家人與社區的支援：**當周婆婆面對長期疾病所帶來的壓力時，她的女兒不斷表示關心及支持，雖然她身處內地，卻時常以長途電話問候周婆婆，鼓勵她克服困難，照顧自己的身體健康，並建議她回鄉團聚。周婆婆亦獲得長者中心的職員及義工協助，代她買餸、煮飯及接送她到醫院覆診，從而解決不少實際的生活困難。
- **尋求專業人士協助：**在家人及社會的支援下，周婆婆能積極面對人生。她按時覆診，亦遵照醫生的吩咐定時服藥。同時，透過轉介臨床心理學家的個別輔導後，她漸漸接受自己有多種長期疾病的事實，她亦明白到遇到困難，亦無須自尋短見。
- **保持健康生活模式：**周婆婆儘量維持健康的生活模式，減少疾病帶來的負面影響。她雖然因病痛而不能像以往般經常參加長者中心的活動，但在身體情況許可下，她仍然會參與一些社交活動及興趣小組，如：電腦班及寫字班等。此外，她又積極參與義工服務，如：電話慰問和聯絡會員等，在能力範圍內回饋社會。
- **體諒與遷就：**與同住者的關係問題，周婆婆嘗試體諒及遷就對方，同時亦學習放開心懷，飯後到街外散步或做些簡單運動，一方面分散自己的注意力，另一方面亦避免與同住的婆婆爭執。

4. 個案分析

- **長期受壓，無望無助：**周婆婆在港獨居，一向以來都是自我照顧。可惜隨着年紀增長，身體逐漸衰弱，身體病痛削弱了她的自理能力，連她基本的生活起居也出現困難。加上與同住婆婆相處上的問題，令她長期受壓，感到無助之餘，對將來亦失去希望，結果形成抑鬱。

- 堅毅不屈，勇敢面對：**幸而周婆婆擁有堅毅的性格，家人的鼓勵及社區的支援，減輕了她無助及無望的感覺。周婆婆亦勇於接受事實，採用適當的處理方法，善用社區各類資源和服務，面對身體病患帶來的挑戰，建立積極的人生。

5. 個案學習重點

- 疾病困擾，意志消沉：**疾病對每一個人都會帶來或多或少的困擾，若處理不當，影響尤為深遠 – 它不單削弱長者的身體健康，令他們無法自我照顧，更減少他們的社交活動，令他們孤立起來，變得生活枯燥、意志消沉。
- 預防勝於治療：**病者須注意身心健康，包括注意飲食及進行適量體能活動，以預防疾病；培養個人興趣及參與群體活動，可使心情愉快。
- 互諒互讓、減少磨擦：**不少長者都難以適應群體生活。長者宜體諒及遷就對方，將精力投放在感興趣的事物上，避免再添磨擦而影響彼此關係。
- 勇於面對，尋求協助：**一旦發現自己患上長期疾病，長者亦不宜過分憂慮。就像周婆婆一樣，不自怨自艾，勇於接受事實，尋求治療及協助，利用餘下的力量，繼續建立自己的興趣，並維持社交生活，可減少病痛帶來的負面影響。

6. 社區支援的重要性

周婆婆的個案是一個典型的例子，顯示出家人支持及社區支援對長期病患者的重要性。家人或護老者須持續地支持及鼓勵病者，並注意其情緒變化，提防久病厭世的不幸事件；有需要時，尋求專業的服務（詳情可參考第三部分：社區資源）。

7. 個案進展

現在，周婆婆的身體狀況仍然起伏不定，然而她的抑鬱情緒已大為好轉，亦再沒有尋死的念頭。她明白有緣與同住婆婆同一屋簷下，應該互諒互讓、和諧共處，漸漸地她們的關係大有改善。周婆婆坦言她的困難並沒有完全消除，但她已經沒有從前那麼煩惱。她延續年輕時的毅力，積極克服各種困難，儘力照顧自己的身體，愉快地生活下去。

對於和她一樣要面對長期病患的長者，周婆婆給予以下的鼓勵：「算吧！病痛人人都有，自己看開一點，多些與人接觸，飲茶、傾談、晨運等，不用擔心太多。」

XI. 總結

長期疾病和痛症對長者而言，是集合了對個人的勇氣、毅力、自信、價值觀及處理壓力技巧等的一場持久戰，也是對護老者的耐力、護理知識技能的長期考驗。透過這些持久的鍛練，可使人體會並學習注重健康，預防勝於治療，珍惜尚存的機能，感受親友及社區的關愛與互助，愛己愛人，並且享受生命。

(三) 哀傷者的哀傷路程

I. 引言

假如比喻春天為嬰孩的誕生，那麼，冬天便可比喻為人的晚年。四季循環不息，冬天過後，春天便會再次降臨。無奈，生有盡時，無人能逃避死亡。隨着年紀漸長，面對親人及朋友的離世，心中的酸痛與傷感，比起寒冬的那份孤寂、冷酷來得痛苦。對於長者而言，假若將要離世的是那位共相廝守數十載的伴侶，看着對方病入膏肓的愁容，實在感到難過。當對方離開塵世，那份刺痛的無奈，亦成了日後每晚的斷腸思憶。面對這重大的打擊，護老者在心理上如何作出相應的準備和適應？而輔導者又怎樣協助面對喪親的長者重投生活呢？

II. 中國傳統的死亡及哀傷觀念

1. 傳統文化與死亡禁忌

中國傳統社會文化對於「死亡」一直視為禁忌。當我們談及「死亡」，我們寧願採用其他較隱晦的字眼取替，諸如：「去了」、「走咗」、「唔喺度」、「升天」、「長眠」、「上路」和「過身」等。「死亡」常常給人的印象就是痛苦。我們對死亡的恐懼，可能是來自民間故事或傳說¹。即使我們遇到喪親者，多以「節哀順變」作慰問，好像不知用什麼說話安撫他們。這些對「死亡」的忌諱往往妨礙喪親者順利度過哀傷期，家人宜多加留意。以下列舉一些流傳至今的傳統禁忌，以作參考：

- **「白頭人送黑頭人」**：假若離世者是成年子女，對於不少長者來說，會視為「白頭人送黑頭人」，違反了自然定律。如果死者是家中唯一男丁，長者認為「無後為大」，失卻了作為父母的角色，對此更加悲痛不已²。長者可能會出現強烈的罪疚感，歸咎子女的死為自己今生做錯事，受上天的懲罰，以致「無仔送終」。假若長者出現上述情況，而又未能得到適當處理，強烈的罪疚感可能令其情緒更為波動及抑鬱。
- **不宜參加社交或裝扮**：中國傳統認為，喪親者在短期內不宜出席任何社交場合及喜事活動（例如：婚宴和壽宴），甚至不應到訪別人的家，以免帶給人家噩運。如此做法，只會令喪親者斷絕一切社交聯絡及失去情感上的支持¹。此外，喪親者不可在守孝期間穿着鮮艷的衣服、不應笑逐顏開、剪髮或剃鬚子亦不宜，這只會增加喪親者的抑鬱情緒。
- **死後全屍，風光大葬**：中國傳統的「五福」（長壽、富貴、康寧、好德和善終）中的「善終之福」，即指「臨命終時，心裡沒有牽掛，安祥地離開」，可見中國人對臨終安排的重視。以往，一些抱有傳統思想的人對死後保存全屍這觀念較著重，所以他們選取土葬多於火葬¹。有些中國人亦因上述緣故拒絕死後作器官捐贈。另外，有些人在醫院中逝世，家人也不願

死者屍體被解剖作詳細檢驗等，好等死者全屍得以保留，不用在死後再受苦。中國文化中另一信念就是人死後應該「風光大葬」，以財寶作陪葬品，希望死者「入土為安」及對已亡人的一種祝福。葬禮本身也有這個意義，希望死者能夠順利踏上「黃泉路上」，前往陰間。假如喪親者因經濟因素，無法為死者安排土葬或「風光大葬」，可能令喪親者感到內疚，覺得未能為離世親人盡力。

III . 病者瀕死前的心理反應

當人要面對自己將要離開世上的事實，除了面對生命的終結外，還要面對種種的失落，例如：未完的心願、對控制週遭事物的感覺、自我形象、家庭及社交圈子及角色等⁵。對於臨近死亡的人而言，他們可能害怕被親友遺棄，會感到極度憂傷、無助沮喪、焦慮不安，有時甚至以怒氣來掩飾失落，以致情緒不穩。其中一種強烈的情緒，莫過於恐懼感。一般臨近死亡的人主要經歷以下四種恐懼⁶：

- 1. 害怕痛苦的恐懼：**害怕身心受折磨，例如：怕病情越惡化，痛楚越加劇，需要止痛藥物（如：嗎啡）的份量可能越高；
- 2. 分離及被遺棄的恐懼：**害怕被親人及朋友遺棄；
- 3. 死後的恐懼：**
 - 未知死後會如何，例如：「我死後的軀體如何？」、「我死後，家人會怎樣生活呢？」、「身邊的人會怎樣哀悼我呢？」、「我將會孤獨地死去嗎？」；
 - 另一些害怕是：「怕死咗無人知」、「害怕死得不明不白」、「怕自己成為別人的麻煩」、「怕身體會在墳墓中腐壞」等；
 - 與個人信仰 / 觀念有關的恐懼：害怕死後下地獄、受審判、懲罰

IV . 哀親前的反應

1. 配偶的適應：一些研究顯示配偶的死亡是帶來人生中最大壓力的事件⁷。哀親的長者從此要適應一個沒有配偶的新環境、新生活。例如：過往二人共住的居所，感覺上好像寬大了許多；昔日要預備兩人的飯餸，現在只孤獨一人，苦不堪言。此外，個人的身份角色、自我價值及生命觀亦會隨配偶的離世而改變^{8,9}。適應喪偶的日子絕非易事，勇於面對生活上的轉變才是良方。

2. 家人的矛盾反應：

- **強忍淚水、抑壓愁緒：**有些家人可能會覺得在垂死病人前流淚痛哭會令死者不能安詳離世或令垂死病人更留戀塵世。於是家人會堅持要強忍淚水，不容許任何人哭泣，抑壓情緒，並對垂死病人展露笑容。
 - » **流淚的重要性：**既然家人與病者已知大家相處的時間有限，家人的眼淚正好表達了對病者離愁別緒的傷感。共同承擔憂傷不但具有治療作用，亦會拉近彼此間的關係。
- **為免傷痛、避談死亡：**有些家人可能出於好意，為免病人再受傷害，避免與其談及死亡事宜或喪禮準備事宜。他們以為不談論死亡，病人便可安心休養，心情便會有所改善。而部分家人到了親人臨終前可能會儘量滿足病人的需求，例如：購買很多病人喜歡的食物，讓他們在離世前也能盡享美食，對病人盡最後的心意。
 - » **談論死亡的重要性：**縱使讓病者臨終前享用美食也是一件好事，但是給病人情感上的支持比起口福更為重要。如家人不能滿足患者情感上的需要，在他病逝之後，家人也較容易產生內疚感。另外，假如雙方繼續逃避討論死亡的話題，亦會減少病人處理未完心願的機會¹。

V . 病人臨終前的準備（一）：護老者篇

1. 與病人談論死亡、遺願和臨終安排：家人不妨主動與病人坦誠地談論面對死亡的感受，這有助病人渲洩情緒及作出適當的心理調適，以免親人離世後令自己或其他家人產生內疚或虧欠感^{3,6}。此外，家人可為病人完成未完心願（例如：化解過往的誤解，冰釋前嫌），或表彰他一生對家人和社會的貢獻，對病人可算是一種安慰，亦減輕家人日後在哀傷期間的傷痛及內疚。一些臨終的安排亦可與病者商討，例如：喪禮儀式、陪葬物品及墓地安排等。因此，如果家人對臨終前的過程及所產生的心理情緒反應多作了解，可有助減少病人及家人不必要的恐懼及憂慮。

2. 與病人分享離世後家人生活上的安排：雖然病人知道自己命不久矣，但仍會擔心配偶及家人日後的生活安排。故此，配偶可嘗試與垂死的病人分享他或她的想法及計劃（例如：日後生活上的安排及準備），有助紓緩彼此壓力，及讓家人及健在的配偶可適應將來的生活。研究指出，妻子如能在丈夫逝世前作好準備，繼續保持開放及坦誠的溝通，她們在喪偶後會較容易重新建立新生活，適應轉變¹⁰。

3. 表達情緒的不同方法：如果病人身體已十分虛弱，又或者難以用說話表達所思所想，家人可嘗試用其他方法協助表達。例如：文字 – 讓病人寫下對自己一生的回顧，在喪禮或追悼會中朗讀出來，以給後人安慰；圖畫 – 以不同的顏色及顏料表達出對死亡的恐懼；泥膠 – 塑造不同的模型，可給家人留念。

VI . 病者臨終前的準備（二）：輔導員篇

1. 輔導員的角色：幫助垂死長者與其家人一起面對死亡的降臨，並為那份將至的失落感作出最好的準備⁸。

2. 輔導重點⁸：（以下各點只作參考之用，輔導員可因應個別情況而作出變動。）

- **建立信任關係：**輔導員與病人及其家人必須先建立融和及互信的關係，了解他們所面對的困擾及轉變，例如：壓抑的情緒、未完的心願等。
- **提供支援：**協助病人及其家人了解一些可能發生的生理及心理反應（尤其當病人臨終前及家人喪親後的反應），透過傾談令他們得到情緒支援，並藉此機會疏導負面情緒。此外，提醒家人不要因病人退縮的態度或負面的情緒，而與對方疏離。
- **訂立目標，完成心願：**鼓勵病人自行訂立一些短期目標，以日或星期為單位，以增加生活的滿足感和完成未完的心願，例如：探望孫兒、種植花卉、編寫自傳或回憶錄供後人憑弔等。
- **回顧成就及貢獻：**幫助病人認識自己過去的成就及貢獻，從而建立其自信，亦避免病人覺得自己無用或成為家人的負累。
- **鼓勵維持個人喜好：**經醫生許可下，輔導員可鼓勵病人做一些他 / 她感興趣的事，例如：種花、下棋、聽粵曲。這做法除了可以令病人減少憂慮，得到精神寄託外，並可藉此培養其對周遭環境和事物的興趣。
- **預設照顧計劃：**預設照顧計劃的目的就是為了維持病人在臨終時的生活質素，也為確保病人有尊嚴地離世。預設照顧計劃強調病人、醫護人員及家人之間的溝通過程，它能協助醫護人員和家屬明白病人對晚期照顧的意願，例如訂立預設醫療指示、在哪裡頤養、受何人照顧及所選擇的醫療護理等。病人亦可指明身邊信任的人，以便此人在其無法表達意願時，可以代為與醫護人員討論醫療照顧事宜。

- **協調雙方期望**：幫助病人及其家人協調意願與期望（如在遺囑、殯葬、器官及遺體捐贈等事宜上），避免雙方引起不必要的誤會或爭拗（舉例：病者期望死後以土葬儀式進行，但家人可能認為火化較為理想）。
- **提醒家人處理與病人有關的事務**：輔導員可協助家人與病人商討和確定有關的個人事務（例如：保險單、遺囑、遺物的處理、契約事宜、私人債務）是否經已處理或仍在進行當中。
- **鼓勵為喪禮安排作準備，以切合期望**：以下的一些安排均有助減輕臨終前的恐懼和焦慮：
 - » 如果時間充裕而病人的精神許可的話，輔導員可鼓勵病人列出參與喪禮的嘉賓名單，並與家人商議喪禮的規模、儀式及埋葬地點；
 - » 對於有宗教信仰的病人，須尊重其意願作有關喪禮儀式的安排，輔導員可協助家人邀請相關的牧師或僧侶；
 - » 假如病人獲得醫生批准，家人可陪同病人親自前往視察墓地；假如健康狀況不許可的話，不妨以相片資料讓他 / 她參考。
- **不作不切實際的保證**：輔導員切勿向病人或家人作出不切實的保證，以免造成傷害，例如明知病人命不久矣，但仍答應病人的要求能與遠方的親人會面。

VII. 面對喪親的反應及過程

面對親人離世時，喪親者會經歷不同的哀傷反應：

■ 悲哀 ■ 孤單 ■ 憤怒 ■ 內疚 ■ 焦慮	■ 無助 ■ 震驚 ■ 懷念 ■ 解脫 ■ 麻木	■ 哭泣 ■ 失眠 ■ 嘆氣 ■ 食慾不振 ■ 坐立不安 ■ 心不在焉	■ 夢見逝者 ■ 呼喚逝者名字 ■ 逃避人際社交 ■ 保存或攜帶逝者遺物 ■ 避開回憶逝者或與其有關的人和事
■ 不相信 ■ 困惑 ■ 不斷思念著逝者 ■ 感到逝者仍然存在 ■ 幻覺	■ 胃部不適 ■ 胸部壓迫 ■ 喉嚨繃緊 ■ 聲音敏感	■ 呼吸急促 ■ 肌肉乏力 ■ 精神不振 ■ 口乾	

哀傷反應是正常的過程，是身體和心理失去平衡狀態的表現，需要一段時間才可以慢慢回復。哀傷反應的嚴重程度及時間長短因人而異，並不是每一個人都會出現所有的反應。哀傷的過程並沒有「應該」、「不應該」、「好」、「壞」、「對」及「錯」之分，因此不須要跟別人比較。對於部分喪親者，喪禮過後才是哀傷旅程的開始，因為之前要應付各種實際事務而壓抑的情緒，於喪禮後才有機會抒發出來。另外，由於親友逐漸回復日常生活而減少聯絡，亦會令喪親者的孤單感或其他哀傷反應加劇。其後心情難免會像過山車般，「時好時壞」，尤其於特別日子如生忌、死忌、紀念日或節日等，情緒也會比較波動。

哀傷並沒有一個確實的時間表，那麼，怎樣才知道已經過渡了哀悼呢？其中一個指標是當想到逝者時，情感上的痛苦和身體反應開始沒有那麼強烈，儘管哀傷感覺可能仍然是你的一部分，但它已不再籠罩著整個人。平時能談笑自若，可與其他人一樣感受愉悦情緒，也能夠重新投入生活，計劃將來，與人建立親密關係，這樣就代表哀傷已告一段落。

學者對哀傷過程有不同的詮釋，以下介紹其中兩個較常見的理論：

1. 任務模式¹¹

根據任務模式，哀悼者於哀傷過程中並不是被動的，他們可以採取不同的方法去適應親人的離世，從而減輕傷痛的感覺，而當中有四個主要任務須要去處理。

- i. 接受失去的事實：接受喪親的事實，承認逝者已經去世，明白「人死不能復生」。在喪禮中跟逝者道別、說出未有機會表達的話語、或是送上最後祝福等，都有助接受死亡的事實。
- ii. 處理悲傷情緒：容許自己真實地體驗並處理哀傷的情緒，不要壓抑或逃避。只有坦誠地面對及體會傷痛，才能真正接受和轉化它。喪親者可以跟信任的親友或專業人士談論喪親經驗，或是選擇適合自己的方式去抒發情緒，例如透過哭泣、跟親友傾訴、寫信給逝者、書法、繪畫、跳舞、唱歌等。
- iii. 適應沒有逝者的生活：適應在沒有死者參與的情況下，重新安排並繼續自己的日常生活。規律的生活可以幫助適應至親離世後的轉變，例如定時的作息時間、均衡飲食、適當的運動及社交活動等。學習新的技能或發掘興趣來適應新的角色，調整自我形象及人生觀。
- iv. 尋找和逝者連結的方法：彼此的關係並不會因為逝者的離世而終結，它可以其他的形式延續下去，例如透過翻閱相片、到墳前拜祭、或以逝者的人生觀或價值觀去行事，繼續人生旅程。與逝者保持心靈上的聯繫的同時，亦可以將感情投放到其他親友身上，且嘗試開放心扉，認識新的朋友，擴大社交圈子。

2. 並行過程模式¹²

並行過程模式指出哀傷過程好像鐘擺一樣 (oscillation phenomenon)，喪親者會在失落及復原間來回。失落主導 (loss-oriented focus) 的意思是將焦點放在逝者及死亡，包括哀傷情緒、對死者的懷念及渴求。復原主導 (restoration-oriented focus) 的意思則是將焦點放在重整生活，包括適應新角色、學習新事物、建立新的人際關係。

喪親者會在這兩方面擺盪，有時候會悲傷哭泣、逃避面對生活；另一些時候則會學習適應新生活、專注日常工作、避開哀傷情緒等。喪親的初期會以失落為主導，例如反覆回想逝者臨終前的情況。隨著時間流逝，則會轉移以復原為主導，例如花較多時間去適應新生活。這來來回回的過程可以幫助喪親者保持身心平衡。

VIII . 喪親者的內心掙扎：

1. 出席喪禮與否的矛盾心情：有些喪親者因難以接受親友逝世的事實（例如：怕自己不能接受離世親友躺在棺木的樣子，或擔心自己情緒失控，影響別人的心情），於是決定不出席其喪禮。部分家人亦恐防長者不能面對喪親的事實（尤當逝者是其伴侶），會過度傷心，不讓長者出席喪禮。其實，出席喪禮及殯葬儀式是有其重要性的，喪禮及殯葬儀式和過程是可以幫助喪親者面對哀傷，亦是一個讓親友共同哀悼逝者的機會。例如：摯友在喪禮中分享死者一生的貢獻和對死者的思念和追憶，會幫助出席喪禮的親友勇於面對這份強烈的失落感，接受事實。家人亦可藉著籌備喪禮的過程團結起來，互相給予情感上的支持⁸。

2. 逃避任何聯想起死者或與其有關的人、事和物：有些喪親者會刻意以不同方法來避免憶起已逝世的親友，例如：

- » 藉着不停工作或出席大小約會令自己忙得不可開交
- » 以藥物、酒精麻醉自己
- » 收起所有照片及遺物
- » 經常留在家中，避免聯絡親友，以免再度悲痛

可是，不少有關哀傷的研究均指出，逃避只會令日後產生更多負面的心理及情緒反應^{6, 11, 12}，故此喪親者應積極地面對哀傷。

3. 渡過節日喜慶的矛盾：喪親者每逢渡過喜慶節日，例如：冬至、農曆新年、中秋、死者的生忌等，都較容易感到「每逢佳節倍思親」的無奈。遇上街上途人歡渡節日，而自己的親人卻不能再陪伴自己時，那份既心酸和失落的心情更容易產生自憐及孤立情況。事實上，喪親者如能藉着參與一些悼念活動或儀式（如：前往墓地拜祭）來表達對死者的心意，是有助順利過渡哀傷期，並較容易展開新生活的¹。

IX . 未能處理哀傷的因素及反應

要確定喪親者是否已從哀傷中復原，我們可觀察他們的情緒是否得到紓緩、有能力繼續日常生活，並能將自己的角色重新定位，再次享受現在的生活⁹。如果喪親者在哀傷的過程裡出現停滯不前的情況，輔導員須詳細探討箇中因由，幫助他們向前邁進。其實，整個哀傷過程主要由三個因素決定喪親者能否回復正常的社交及日常生活：**1.** 喪親者與逝世者的關係；**2.** 喪親者的性格特徵和背景；及 **3.** 逝世者的死亡原因^{9, 12, 13}。

1. 喪親者與逝世者的關係

假如喪親者與逝世者的關係越長久、彼此情感越深及互相十分依賴的話，親人的離世對喪親者的影響越大，所需要的哀悼時間會越長。另一方面，如果雙方有未解決的衝突或生前處於矛盾（如：又愛又恨）的關係中，喪親者會出現較多複雜的哀傷反應⁹。

2. 喪親者的性格特徵和背景

這包括以往面對喪親的經驗、性格、健康狀況、以往的精神狀況、社交支援及其他壓力事件。

- **經濟狀況**

當親人離世前，假如長者擁有獨立而穩定的經濟能力，可減少他們因喪親而引起的生活危機^{2, 9, 14}。

- **接連的喪親經驗**

如果長者在不久以前已經有家人逝世，如今再次面對親友離世，其哀傷經歷便會複雜一些⁹。

- **性格**

有些人個性較為理性，容易把自己過於抽離於喪親的事實；相反地，另一些人又太過感性，令自己常常在哀傷中不能自拔⁹。再者，性格較易傾向抑鬱、沮喪、否認、依賴及自我形象低落的人士容易有複雜的哀傷過程，因為他們較難運用資源應付及適應轉變^{2, 14}。

- **健康狀況**

如果喪親者自己的健康狀況不佳的話，哀傷的過程可能會更長，因為他沒有太多體力兼顧日常生活，更可況要處理哀傷的情緒⁹。

- **以往的精神狀況**

過去曾經患上精神病也會令哀傷過程複雜化，更令喪親者難於適應新生活^{2, 12, 14}。

- **社交支援**

缺乏社交支援的喪親者的哀傷反應往往都較為複雜^{2, 9, 12, 14}。尤其喪親反應較為平靜或不懂表達哀傷的男性，倘若加上他們缺乏親友的支持和聯繫，可能較難適應新生活^{2, 14}。

- **其他壓力事件**

如果喪親者同時面對其他壓力事件（例如：搬屋、子女遷出等），其哀傷過程會較長^{2, 14}。

3. 逝世者的死亡原因

逝世者不同的死亡原因會令喪親者出現某些較為強烈的心理反應。例如：

- **暴力引致的死亡 / 謀殺**：這帶給喪親者強烈的恐慌、焦慮、悲傷及憤怒。由於事前通常沒有警號，他們會覺得恐懼及岌岌可危⁹。而且事後警方的偵查及法律行動亦會令喪親者在腦海中三番四次地重複面對喪親的哀痛。他們可能對其他人（包括：警方及法律人員）的信任減少，容易拒絕接受社會資源及社交網絡。輔導員宜從建立信任的步驟着手，然後循序漸進地與喪親者逐一解決問題及處理感受¹²。

- **長期痛苦的死亡**：例如：癌症。在病人長期患病期間，護老者的生活多以病人為中心。當病人離世後，照顧者多數有適應上的困難¹²。喪親者可能視病人終於不用再受病魔折磨為一種解脫，但之後又可能會產生內疚感。

- **突然死亡 / 意外**：例如：車禍。一些學者發現當喪親者剛知道家人突然死亡的消息時，他們很難立即理解所發生的事。之後，他們會進入強烈的哀傷階段，大部分也會拒絕接受這噩耗臨到自己身上。相反，在預期性的哀傷中，例如：在長期患病的情況下，喪親者縱使感到焦慮及緊張，甚至逃避這事實，相對死於突然的情況，否認的程度沒有那麼嚴重及長久¹⁶。家人突然死亡的噩耗會令喪親者對生活環境產生恐懼。以往的思想及行為也可能會因此而改變 – 「安全感被焦慮代替；有把握的生活被混亂感取代；信心被無助感佔據；秩序被無力感摧毀」⁹。如果喪親者目擊意外的發生，事後逝世者死時的影像可能經常佔據他的思想，輔導員要留意他會否患上創傷後壓力症候群（Post-Traumatic Stress Disorder）¹²。

- **自殺：**自殺者通常會對四周的人、物和事感到絕望，認為只有死才能解決問題，可惜人們通常對於身邊的人所表達的自殺傾向避而不談，這樣做有可能造成不可挽救的結局。親人自殺身亡後，家人可能會情緒波動和感到自責，覺得羞恥、憤怒、極度悲傷、內疚及失敗，因為自己不能制止逝世者踏上自殺的道路；而且，喪親者或會覺得被遺棄，甚至被懲罰⁹。這些複雜的情感都是需要輔導員小心處理的。

總括來說，死亡對喪親者的震撼可以是很巨大的，我們要因應以上因素使用適當的輔導重點來加以協助。

如果喪親者擁有以上因素越多，便越大機會出現未能處理哀傷的反應 (complicated grief reactions)^{6, 9}：

- **過度否認：**拒絕接受任何關於死亡的事實，強烈感到逝世者仍然生存，而不合理地長期保存遺體或遺物。如果有人提及死者永不復生時，便會頓然大怒起來⁶。
- **持續哀傷：**喪親者持續有焦慮、不安、失眠、自責及憤怒，常常把逝世者完美化及渴求與他「重聚」，拒絕重新展開新生活^{9, 12}。
- **延遲的哀傷反應：**親人逝世後，未能即時及適當地出現悲傷反應，及後才出現誇大及過度的情緒反應^{6, 9, 12}。
- **偽裝或抑壓哀傷行為：**行為問題（如：酗酒、憤怒及暴力行為），或者出現與逝世者死前相似的病徵^{6, 9}。
- **莫名恐懼：**喪親者可能對一些日常事務變得十分恐懼，例如：突然害怕外出，又或者害怕獨自留在家中⁶。
- **極度絕望：**當喪親者和死者之間有非常親密及互相依賴的關係時，喪親的事實可能會帶來強烈的絕望和孤單感，人生變得空虛和失去意義，對生活失去興趣和動力，甚或想追隨逝者一同死去。如果喪親者的負面情緒未能即時處理，有可能會產生自殺的念頭，所以應儘快尋求專業人士幫助⁶。

假如喪親長者持續有以上的反應，身心都會受到負面的影響，例如：身體免疫能力減低，或增加患上情緒病的機會（如：抑鬱症等）^{1, 14}。所謂「預防勝於治療」，如有需要，家人宜儘快陪同長者向醫生及專業人士求助。

X. 兩性情緒反應

當痛失摯親時，兩性反應明顯有所不同，家人和輔導員須因應兩性不同的特性而處理不同的情緒反應。有云：「男兒流血不流淚」，而女性涕淚縱橫也只是表現其感性的一面。根據學者指出，男性在喪親後多以否認或逃避的方法面對，藉以分散注意力，儘快投入生活。而女性則多容許自己流露心中的悲傷（如：哭泣）和談及逝世者，比男性需要一段較長的時間經歷喪親的感受¹⁵。亦有學者指出女性喪夫比起男性喪妻衍生出更多心理障礙，基於女性的角色、日常生活和計劃多數與家庭有關，而經濟及地位上多依賴丈夫。失去丈夫就像失去了一個非常重要的依靠¹²。所以喪親後，妻子比起丈夫需要較長的時間作心理適應。此外，哀傷的女性通常會有被遺棄的感覺，而男性卻會覺得被人遺忘。其他不同之處如下¹¹

男性	女性
<ul style="list-style-type: none">• 壓抑情感，比較沈默• 只在私底下表達強烈的悲傷，不喜歡與別人傾談• 公開表達憤怒• 思想先於感受• 難得到同性朋友情感上的支持• 因不擅於料理家務而感到氣餒和自尊受損• 視失去親人為一個挑戰• 獨立、自主，較少表達自己軟弱的一面	<ul style="list-style-type: none">• 公開表達感受及流淚• 容易得到親友在情感上的支持和了解• 難於表達憤怒• 感受先於思想• 容易與別人說出心底裡的感受• 因不擅於家居維修保養和處理財務而容易感到受挫• 視失去親人為一個威脅，好像失去生命中很重要的部分• 依賴，容易向外尋求幫助及安慰
留意： <ul style="list-style-type: none">➢ 鼓勵逐步表達情感及內心鬱結➢ 加強親友支援➢ 協助適應喪親後的生活，尤其過往經常倚靠離世配偶處理事務（如：家務）➢ 假如喪親者未能疏導情緒，儘快尋求專業人士協助	留意： <ul style="list-style-type: none">➢ 協助以理性分析喪親對個人的影響➢ 當情緒經常不穩，宜多傾聽及陪伴身旁➢ 協助適應喪親後的生活，尤其過往經常倚靠離世配偶處理事務（如：家居維修）➢ 假如喪親者未能疏導情緒，儘快尋求專業人士協助

XI. 再婚事宜

1. 長者的顧慮

傳統中國文化當中，「從一而終」乃是中國女性應有的品德，以致大部分人均會認為寡婦不可再婚。研究顯示，中國的寡婦再婚率比西方國家為低；相反地，鰥夫如果再婚，找一個填房卻是理所當然的²。當今社會，一些喪偶的長者仍然擔心認識了親密的異性朋友，可能會受到子女、鄰居及朋友歧視的眼光，更遑論談及再婚的事宜。部分社會人士可能對喪偶者再婚存有負面的想法，覺得是對已亡人不忠、不道德或為老不尊的行為，令子孫失去面子。至於長者可能會想：「自己年紀都不少，多一事不如少一事，自己平平淡淡渡過晚年便算了，不要再涉及甚麼男女關係。」

基於上述種種因素，縱使長者喪偶後再遇到另一位可以給予自己關懷及情感支持的人，往往因此而卻步。其實，無論男女長者在喪偶後，都有權活得開心和有意義，讓自己的心靈得到滿足。

2. 成年子女的顧慮

喪失了一位摯親後，子女也希望在世的父母活得健康和愉快。如果他 / 她再婚的話，子女可能擔心健在的父母已經年長，照顧新的伴侶會令父或母更加操勞，增加他 / 她的心理壓力。亦有些子女可能怕父母的再婚會引來旁人的閒言閒語，對一家人及子孫更是尷尬非常。

3. 如何促進雙方溝通

大家可嘗試易地而處，從對方的角度了解其需要。其實，彼此都是關心大家，雙方宜坦誠分享自己的憂慮，從而找出一個大家都生活得愉快的方式，並作出合適的選擇。

XII. 個案分享：「哀傷過後展歡顏」

1. 背景資料

現年 75 歲的何先生，於數年前太太逝世後便開始情緒低落，對身邊事物興趣大減。他經常孤立自己，寧願呆坐家中也不願接觸他人。經醫生診症後，發現其情緒甚為低落，於是轉介予臨床心理學家跟進。

2. 個案實錄

「如果今日唔係你約咗我，我就去咗做義工啦！」何先生喜逐顏開地道。眼前的何先生穿着整齊的恤衫西褲。當提及義工的事宜時，那股滿足感便從他的眼神中流露出來，但誰也不會猜到何先生 3 年前才失去深愛的妻子。

何先生以前曾從事不同行業。最後一份工作是航海員。經過十幾年飄洋過海的生活後，何先生決定安安定定「上岸」，把過往辛苦賺來的血汗錢與妻子安享晚年。

可是好景不常，當 65 歲的何先生退休不久，妻子便被診斷患上了腎病及肺積水。為了醫治妻子的病，何先生走遍多間公立和私家醫院，拜訪過不少專科醫生，希望妻子得到醫治。經過多番診治後，認為只有換腎才可把疾病醫治，可是妻子對此提議十分抗拒，於是唯有依賴洗腎來延續她的生命。為了令妻子得到最好的照顧，何先生每星期多次陪伴妻子到私家診所洗腎。不久，何先生的積蓄愈來愈緊絀，最後逼不得已把手上的私人物業賣掉，申請到公屋居住。

除了經濟上的支援外，照顧妻子的責任也落在何先生一人身上，他因而感到壓力十分沉重。以前的他，主要外出工作，甚少處理家務。到此時此境，也要捲起衣袖，「落手落腳」學習烹飪，細心地照顧妻子。

何太太休養期間，身體虛弱，基於活動要以輪椅代步，很多日常的事情也不能自理；由於肺積水的關係，無論多疲倦也好，她都不能夠仰臥休息，加上疾病帶來的痛楚，她的情緒更不穩定，有時會向何先生發脾氣。何先生深深明白她的心情，只有忍受、體諒和遷就。

雖然明知何太太在有生之年，都要接受洗腎才能活命。何先生仍然多次陪同何太太返回內地求醫，並且讓妻子與家人及好友相聚。縱使勞師動眾，何先生亦毫無怨言，希望妻子在痛苦中能感受到親情的溫暖。

經過 7 年來與病魔的搏鬥，何太太終於與世長辭。何先生順着何太太臨終前的意願，用佛教儀式舉行喪禮。為了讓何太太「走得風光一點」，何先生在喪禮中把一切何太太「所需要的」，包括她生前很多心愛的衣服及鞋，都一一燒了給她。對何先生來說，總算盡了最後的努力，完成她的遺願。至於墓地方面，何先生在何太太臨終前也和子女商討過。縱使何太太比較喜歡土葬，但何先生分析到墓地的價錢實在價值不菲，而自己的經濟能力又不能負擔。與子女商討後，他們最後決定將妻子火化。

在妻子逝世後，何先生過去 7 年的照顧者的角色，頓然劃上句號。縱使子女不斷鼓勵何先生多些外出散心，但他卻有好一段時間做任何事也提

不起勁，只是呆在家中看電視，心情總是悶悶不樂。很多時候，他也想起與妻子過往的片段。何先生曾經有好幾次夢見妻子，知道她的「生活」很好，總算鬆一口氣。

何先生失去了摯愛，慶幸的是子女都很孝順，十分關心他。年幼的兒子仍與他共住，希望讓何先生不會覺得太孤單或失落。他憶述有一次與其中一位女兒回鄉，邂逅了一位比何先生年輕得多的女子，二人十分談得來。而女兒也很開通，主動向父親表示如果爸爸找到一個合適的伴侶，共渡餘生也是一件好事。女兒這樣的反應，反而令何先生對再婚或找尋新伴侶一事更加審慎。一來，怕自己承擔不到照顧的責任；二來，又擔心其他人可能會鄙視自己，結果沒有再與那位女子繼續來往。不過，他就深深感受到女兒對自己的那份細心和關懷。

3. 何先生如何過度難關？

- **虛心聆聽：**何先生樂於接受臨床心理學家和子女的意見，明白哀傷對個人的影響，了解到長期孤立自己對渡過哀傷期並無幫助。
- **坐言起行：**他接受第一次輔導後，便決定放棄固步自封的生活，開展新生活，多參與義工活動。從此以後，他的生活便不再一樣。
- **坦誠溝通：**何先生與子女的關係十分親密，經常把內心感受和矛盾與他們分享，這令子女更容易幫助何先生共同渡過哀傷日子。至於再婚事宜，子女都能從何先生的需要考慮，並能透過開放的溝通，令雙方的疑慮一一盡消。
- **積極擴闊生活圈子：**他熱心參與義工服務，四出幫助有需要的長者，例如：陪他們覆診、幫助患病臥床的長者購買日常用品等。有時候，他亦會相約朋友一起聚舊。
- **正面的生活態度：**他學會欣賞過往自己對妻子的付出，並珍惜子女及朋友給予的關心和支持。今時今日的他，常常忙碌於煲「愛心湯」給兒女，與兒孫聚首，約朋友聊天。

4. 個案分析

- **身份轉變，照顧壓力遞增：**何先生一直是家庭中的經濟支柱。自從太太患病後，他的角色便有所轉變，成為照顧者的身份。而且，以往何先生所憧憬的悠閒退休生活也要告吹。內心的盼望及喜悅因此變成失望及痛苦。在種種因素下，沒有其他人可與何先生分擔照顧的責任，以致增加其精神壓力及負擔。此外，為了照顧太太，何先生的生活全以她的需要為先，而忽略了自己的身心健康。同時，他的社交生活及個人興趣亦受限制，因而削弱了他的情緒支援。

- **喪親傷痛，沮喪孤立：**自太太逝世後，何先生從此失去照顧者的角色，令其本以照顧太太為中心的生活，驟然變為空虛失落。他過往的社交網絡因照顧太太而斷絕，令他的情緒未能得到適當的疏導和支持，以致變得沮喪孤立。

5. 個案進展

何先生在接受數次心理輔導後，不再只談及心中的「悶悶不樂」，而較多談及做義工所得到的滿足感，以及兒孫對他的敬佩及關懷。在家人及親友的支持及鼓勵下，何先生不再孤獨經歷哀傷，曙光在他的生命再次照耀，感受到人間的溫暖。

6. 個案學習重點

- **紓緩護老者的精神壓力：**除了四出陪同病者進出醫院及診所外，照顧者要 24 小時處理及安排日常生活並不容易，例如：照顧者往往擔心病者的病情有所反覆而經常徹夜不眠，看顧患者。何先生作為主要的照顧者，長年累月，不單加速體力的消耗，加上缺乏正常的作息時間，對身心都造成很大的壓力和負擔。在這些情況下，家人（或護老者）宜向社會福利署查詢有關協助護老者的服務，以紓緩壓力，這樣，他們才可有足夠的精神和體力照顧病者。（詳情可參考第三部分：社區資源）
- **對死者的尊重與喪事安排：**中國傳統思想認為「風光大葬」才是對死者的尊重。其實，對死者的尊重並非單從喪禮規模的大小而衡量。反而是自己在死者生前怎樣對待他或她才是最重要。正如何先生事前與家人商討購買墓地一事，因應其經濟能力而作相應的安排，因而避免產生不必要的精神困擾。
- **家人的互相支持：**在經歷哀傷期間，家人互相的支持和關心，均有助渡過哀傷階段，增進彼此關係。此外，家人以開放及坦誠的態度分享，表達對離世的家人的思念，有助疏導喪親的情緒。
- **訂下目標，重拾嗜好：**重整生活目標，不論是長期或短期的，有助喪親者較容易及具體地展開新生活。此外，可重拾一些個人嗜好，發掘新的興趣，增添生活的樂趣。
- **擴展社交圈子：**社交網絡是我們一個重要的情緒支援。當何先生開始再次接觸鄰里朋友後，其低落的情緒亦逐漸好轉。

XIII. 喪親輔導

輔導員必須以同理心、洞察力，親切的慰問以協助喪親者。輔導的重點⁸如下：

- 1. 引導喪親者表達對死者的思念和感受：**鼓勵和協助喪親者表達感受，讓他「消化」所發生的事情，這有助接受喪親的事實。喪親者在哀傷初期可能會因為矛盾及無助感而帶有憤怒。如果未能適當處理，便可能把情緒發洩在他人身上，如：醫護人員、家人、宗教人士等。有些喪親者可能覺得在別人面前哭泣是一件羞恥的事，免得引起尷尬，無論如何也要強忍着眼淚。其實，輔導員要讓喪親者知道哭泣是我們表達哀傷的外在表現，是一個有效的「自」療方法，但如果喪親者整天哭過不停，輔導員則須多加留意。另一方面，表達負面情緒之餘，也要幫助喪親者表達正面的情緒，例如：因為死者生前對自己很細心而覺得安慰和開心。
- 2. 讓喪親者了解常見的哀傷表現：**與此同時，也容許因人而異的哀傷表現（如：沒有哭泣）。如果合適的話，可轉介喪親者到有關機構參與哀傷支援小組，使他獲得持續的支持（詳情可參考第三部分：社區資源）。
- 3. 協助喪親者重建新生活：**輔導員可因應情況，在適當的時間與喪親者保持聯絡，以了解其情緒反應、生活及社交上的適應。輔導員可能要向喪親者提供應付日常生活的技巧，尤其當他／她以往經常依賴逝世者作決定，有助減低喪親者的焦慮、徬徨及不安。建議喪親者保持健康生活模式，如均衡飲食、定時睡眠習慣及恆常參與體能活動。同時，鼓勵喪親者考慮多參與活動，例如：前往旅行或到公園散步，舒展身心。
- 4. 探討處理問題方式：**假如喪親之痛仍然非常強烈，不宜作出任何重大的決定（如：搬遷等），因為此時的判斷力較為薄弱。如果喪親者拒絕看到逝世者的照片或遺物，這種處理方法反映喪親者對親友的離世仍感困擾，輔導員宜繼續協助喪親者疏導情緒，逐步面對喪親的事實。此外，亦要勸導喪親者避免使用不良的方法（如：煙、酒）來應付喪親傷痛。輔導期間，也要了解喪親者是否出現自殺傾向（詳情可參考第二部分，第四章：「抑鬱症」之 XII 及 XIII 部分）。例如：喪親者可能會：
 - 懷疑自己是否能面對喪親之痛，並且對將來覺得很迷茫；
 - 認為一死便能與逝世者團聚；
 - 覺得摯愛已不在人世，實在生無可戀；
 - 可能把自己的死視作懲罰的方法，以減少心中的內疚及憤怒；
 - 覺得根本沒有人會明白喪親所帶來的切膚之痛，認為不必繼續獨自承受這種傷痛⁹。

有需要時，可轉介予專業人士（如：醫生、臨床心理學家）作輔導及處理。

XIV. 總結

哀傷期的長短會因人而異。雖然家人及朋友的支持很是重要，但喪親者也要學習用積極的態度去面對哀傷，減少日後可能出現的心理障礙，並較容易適應新生活。

(四) 抑鬱症

I. 引言

在日常生活中，任何人都曾經歷過情緒低落的時候。可是，假如低落的情緒持續過久、過於劇烈，或是影響著日常生活，這就可能是患上抑鬱症了。抑鬱症是可以治療的，增加對抑鬱症的認識及了解如何應對，將有助減少對抑鬱症的負面標籤，促使有需要的人敢於尋求協助。

II. 何謂抑鬱症？

當遇上不如意的事情時，例如患上疾病、和家人吵架等，大部分人的情緒都會顯得較平常低落和沮喪。一般來說，低落的情緒都是較為短暫和會自行好轉，毋須過份憂慮。但如果低落的情緒持續兩星期或以上，繼而影響健康和日常生活的話，便可能是患上抑鬱症了¹。抑鬱症並非罕見，不少人在其人生的某些階段也曾患上此病，患者會出現情緒憂鬱，引致生理及心理失調，不過，抑鬱症是絕對可以醫治的^{1,2}。

III. 抑鬱症的病徵

抑鬱症患者所表現出來的症狀有很多，但一般來說會包括下列 5 項或以上的病徵¹：

• 情緒方面（必須包括以下兩項的其中一項）

- » 情緒持續低落、沮喪或感到絕望，也會出現暴躁、緊張或焦慮的情況
- » 對日常生活、嗜好、工作或社交失去興趣

• 行為及身體方面

- » 覺得疲倦及缺乏活力：提不起勁或不願做事
- » 睡眠失調：睡眠時間過長或失眠
- » 食慾及體重改變：食慾不振或暴飲暴食、體重在一個月內下降或上升 5% 或以上 -
- » 坐立不安或舉動、說話緩慢下來 -

• 思想方面

- » 善忘、難以集中精神或作出決定 -
- » 覺得自己沒有用或過份內疚 -
- » 有自殺傾向 -

在不同的社會中，抑鬱症的表徵可能存著差異^{3,4,5,6}。研究指出⁷ 患抑鬱症的外國人，通常會訴說自己無用、對事物失去興趣、不能展開或完成任務，以及有自殺的想法；但是，中國病患者則甚少提出這些描述。本地亦有研究發現⁸，香港的抑鬱症病人往往不以情緒問題作為求診原因，相反，他們初見醫生時只會表達身體不適，即使在直接的詢問下，也只有八成的人承認感到情緒低落和對事物失去興趣，餘下的兩成患者卻從不感到自己有情緒困擾。另一本地研究⁹ 亦有相同發現，就是那些最終被診斷為患上抑鬱症的病人，他們當初往普通科醫務所求診時，亦只是投訴身體不適，儘管他們有著其他抑鬱症的病徵；有 16% 的病人始終仍否定他們有悲哀或憂愁的感受。

最常出現的身體不適及其所牽涉的身體系統^{8,9}：

身體系統	身體不適
• 中樞神經系統	• 頭痛、頭暈（尤見於長者中）
• 消化系統	• 無胃口、肚痛、胃部不適
• 一般身體不適	• 身體微恙、虛弱、發熱徵狀、咳嗽、睡眠失調

抑鬱症患者的身體不適，在表面上與那些患有身體機能性問題的病者很相似，所以，他們的抑鬱情緒很容易被身體不適所掩飾，不為當事人和前線醫護人員所察覺；不過，在細心觀察下，便會發覺他們所投訴的身體不適較為空泛，這點與 Pichot 和 Hassan¹⁰ 所指的「隱藏性抑鬱症」十分吻合。上述的研究結果顯示，中國人較多以身體不適來表達情緒上的不安，這傾向則可能與中國人（尤其是那些從勞工階層出身的長者）不習慣用抽象的言詞來表達複雜的內心感受有關⁸。

IV . 老年抑鬱症在香港的情況

無論任何年齡的人士均有可能患上抑鬱症。根據外國的研究¹¹ 顯示，抑鬱症在整體人口中的患病率為 4.4-5.0%。有調查指¹⁴，大約每 20 個年齡介乎 66 至 75 歲的香港人當中便有一個 (4.7%) 有機會出現抑鬱的情緒問題。另一個本地研究¹⁵ 發現，60 歲或以上的長者中，抑鬱症的患病率為 11-15%，即大約每 8 名長者中便有一位患抑鬱症。可見長者患上抑鬱症的風險較其他年齡組別高，情況值得關注。

V. 抑鬱症的成因

失去摯愛或與摯親分離、婚姻破裂、父母離異、家庭生活不協調、工作不順利、退休、欠債、長期患病等，都會形成壓力。有些人能夠適應過來，有些人卻誘發抑鬱，患者可能基於下列一個或多個因素而患上抑鬱症：

1. 遺傳因素

患嚴重抑鬱症的人，其至親（如父母、兄弟、姊妹）患抑鬱症的機會較整體人口高兩至三倍^{16,17}。

2. 生理因素

腦部與體內一些化學物質例如血清素^{17,18}，對控制情緒有很大的作用，這些化學物質在抑鬱症病患者腦內出現失調，影響著情緒，而抗抑鬱藥的原理，就是恢復這些物質的平衡來控制病徵。其他生理因素如疾病、感染、酒精和藥物等亦會影響情緒。

3. 心理因素

當面對重大壓力事件，例如親人逝世、婚姻破裂、退休、欠債、長期患病等，有大概 20% 至 50% 的人最終會演變成抑鬱症¹⁷。為甚麼有些人會因為這些壓力事件而誘發出抑鬱症，有些人卻能避免此情況出現呢？有研究指出，抑鬱症可能源於個人對事物的負面想法^{19,20} 和消極歸因^{21,22}。有學者亦推測²³，重大的童年逆境可能會導致個人形成消極歸因模式，所以當日後遇上壓力事件時，這些人傾向於認為自己沒有能力控制其生命中壓力事件的發生，同時又感到無力應付，因而形成無助和無望的感覺，最終演變成抑鬱。研究結果顯示，擁有較多負面或消極思想的人容易出現抑鬱症²⁴，所以改變消極或負面思想，亦能有效預防及減低抑鬱的情況^{25,26}。

VI. 誘發長者抑鬱症的常見原因

1. 退休後的生活轉變

- 退休後由忙碌的生活變為閒逸，如果沒有生活上的寄託，過多的空閒時間會使長者覺得生活百無聊賴、甚至空虛和無價值，加上經濟能力減弱，心理上便覺得難以適應²⁷。

2. 身體機能老化

- 長者對於老化過程中身體功能退化（如眼矇、耳聾等）容易感到困擾，加深他們心理上的擔憂及無助感²⁸⁻³²。

3. 長期疾病

- 長期疾病較多在中、晚年時候病發，例如糖尿病、高血壓、中風、肺氣腫及關節的痛症等。由於這些長期疾病大多數不能根治，往往會令病患者對不能痊癒而感灰心沮喪^{28,29,30}。
- 有些長期病患會令患者在某程度上喪失自我照顧能力，例如中風者可能因為行動不便，起居生活甚至於處理個人衛生方面均需要別人照顧。有些長者會因為怕負累親人而感到內疚，又或者覺得個人尊嚴受損而顯得抑鬱^{28,29,30}。

4. 喪偶或喪親

- 步入晚年生活，長者難免要面對親友的生離死別。對於喪失摯愛親友，有些長者（特別是那些依賴性強和欠缺個人社交圈子的長者）會覺得難於適應，容易陷入情緒低落³³。

5. 家庭或居住環境的改變

- 由於子女長大，逐漸離開原來家庭，有些長者可能會感到孤單和寂寞，這情況在獨居的長者當中更為明顯。部分需要居住院舍的長者或會有被親人遺棄的感覺。如果長期覺得孤單、寂寞和被人遺棄，抑鬱的情緒亦會較容易出現³⁴。

6. 社會上的改變

- 社會日益變化，周圍的新事物發展迅速，長者容易與社會脫節。部分社會人士及家庭成員未能了解長者的需要，令長者覺得自己不再受到重視，進而對自己失去信心³⁵。

VII . 及早察覺和治療抑鬱症

所謂「病向淺中醫」，若發現有抑鬱症狀，並影響生活各方面的正常運作，便應及早往醫生處接受詳細檢查。約有 47% 抑鬱症患者接受治療後，一年內完全康復及在一年內沒有復發³⁶，所以如果能夠及早察覺到抑鬱症徵狀，並接受適當的處理，對紓緩情緒困擾及改善病況是有一定幫助的。治療抑鬱症可以有不同的方法，以下是幾個較為普遍的方法：

1. 心理治療

- 心理治療的形式可分為個別輔導和小組治療。
- 在作出評估後，臨床心理學家運用有科學根據的實證治療方法（例如：認知行為治療、靜觀認知治療）替患者進行心理治療。形式主要是透

過談話去了解病患者的感受和想法，與病患者一起尋找發病的前因後果，再以實際的行動去嘗試解決問題和改善情緒，過程中同時提供情感上的支持和鼓勵³⁷。

- 治療的目的除了針對即時的抑鬱情緒外，同時也著重建立一些有效的方法幫助患者處理日後可能會遇上的情緒困難及壓力。
- 由於治療過程十分重視患者的自發性，所以其本身的積極參與對治療成效尤為重要。

2. 社交活動治療

- 治療重點在於透過一些簡單的活動來紓緩和安定情緒，鼓勵患者保持自我照顧的基本功能；小組的活動形式亦能協助患者建立平衡的社交生活方式及良好的人際關係。活動是根據患者能力所及的程度循序漸進地進行，使患者在參與過程中感受到成功，重拾信心和樂趣。活動的種類繁多，例如：音樂具備紓緩不安情緒和減低痛楚的作用，而手工藝術，包括繪畫或雕塑等，能協助患者表達心中思想和感受。

3. 藥物治療

- 抑鬱症主要是使用抗抑鬱藥來治療，對於中度至嚴重的病患者，藥物治療一般能改善他們的症狀，但需時 4 至 6 星期才可看到它的效用，藥物療程長短則視乎病情的嚴重性來訂定^{12,13}。
- 要注意的是，抗抑鬱藥或會產生副作用，但情況因人而異，所以必須由醫生處方，並依指示服用，如發現任何副作用，應尋求醫生的協助，切勿妄自停藥，以免病情惡化。
- 另外，如果病人同時服用其他藥物或有喝酒習慣，必須告知醫生，以免藥物之間或與酒精在身體內產生不良副作用。
- 有些病人因為擔心上癮而不依照醫生的指示服藥，其實抗抑鬱藥是不會引起上癮問題的，所以病人毋須過分擔心。

4. 腦電盪治療

- 這個方法需經麻醉後進行，通常用於嚴重抑鬱且生命受到威脅的病患者，例如有自殺傾向或不肯進食的病人。這是一個快捷、安全、無痛和有效的方法^{2,13}。
- 治療前的主要考慮，包括評估病人能否承受全身麻醉和肌肉痙攣反應，是否患有氣管病和心臟病等，在治療前必須先經醫生詳細檢查²。

VIII. 家人（或護老者）可以提供的幫助

1. 鼓勵患者接受治療

- 如懷疑長者患上抑鬱症，應鼓勵他 / 她及早求醫。
- 如患者因病情需要住院治療，家人或朋友則不應拒絕，或以為只有「癇線」才需要住院，因為愈早治療，效果愈佳。
- 提醒患者依時服藥和覆診。

2. 情感上的支持

- 接受病患者，多關心、多聆聽、細心觀察。
- 體諒、忍耐、愛和鼓勵。

3. 行動上的支持

- 多陪伴患者。
- 鼓勵並陪同患者參加一些曾經令他 / 她感到愉快的活動。

4. 留意自殺訊號

- 切勿忽視有關自殺的話語或徵兆（請參考本章第 XII 部分的內容），如有懷疑，應立即尋求醫生協助。

IX. 處理抑鬱有妙法

- 1. 培養良好的睡眠習慣**（可參考第一部分：做個「開心快樂人」部分（一）「認識老年期的身心轉變」之（a）II「睡眠狀況」）；
- 2. 注意飲食**：要定時定量、均衡飲食、並多與親友一起進餐。
- 3. 保持適量體能活動**：散步、晨運、太極或戶外活動等可增強體魄、舒展身心，並有助預防抑鬱^{2,12}，令身心鬆弛和紓緩壓力。
- 4. 維持社交生活**：多參與團體活動，擴大社交圈子；此外，多主動聯絡親人、接觸朋友和建立睦鄰關係。
- 5. 培養良好嗜好**：透過閱讀書報刊物、玩牌、下棋、問答遊戲等鍛鍊腦筋；參加識字班、語言學習班、電腦班、健康講座等增進學習能力；培養各種消閒興趣如書法、盆栽種植或寵物飼養、烹飪或手工藝等。

6. 參與文化藝術活動：文化藝術活動可幫助穩定情緒、怡情養性和提升自信。

利用空閒時間，聆聽音樂和閱讀文學作品，可使人暫時忘卻煩憂，鬆弛神經；又或將內心感受透過文章、詩詞歌賦、甚至繪畫的方式表達出來，可渲洩和釋放情感，一方面可作為與別人溝通的途徑，另一方面可令情緒得到昇華，提升個人自信和形象。參與社區各項藝術活動，如戲曲欣賞和舞蹈表演等，既可培養藝術興趣，又可增加社交機會。

7. 保持積極態度：懂得欣賞周圍的事物和自己的優點，降低對己對事過高的要求，建立合理的期望；回想以往自己如何走過艱難的日子，勉勵自己如今應振作起來戰勝抑鬱。

8. 表達情感：若然正受某一問題困擾，應儘量與當事人坦誠討論；情緒低落時，將內心的感受表達出來，甚至哭泣，對紓緩情緒都有幫助。

9. 尋求協助：可主動與朋友、親人、專業人士（如社工、臨床心理學家、醫生等）傾訴內心困擾，亦可致電一些輔導熱線。（詳情可參考第三部分：社區資源）

X. 長者自殺在香港的情況

在世界各地，長者的自殺率均比其他年齡組別的人士為高³⁸，而香港是其中一個有最高長者自殺率的城市³⁹。根據 2016 年的統計⁴⁰，香港 70 歲以上的長者的自殺率為 26.1（即每 10 萬人中有 26.1 人死於自殺），是所有年齡組別最高的一群。根據香港大學賽馬會防止自殺研究中心的統計⁴¹，在 2017 年，香港有 104 名 65 歲或以上長者因自殺死亡，佔全年總自殺死亡人口約 24%，由此可見，老人自殺問題實在值得關注。另外，香港正面對整體人口老化，在 2016 年⁴²，65 歲或以上的長者佔全港人口的 17%，這數字估計將會在 2036 年增長至百分之 31%。而隨著人口老化，相信長者自殺仍會是社會上一項重要的議題。

據研究所得，在抑鬱症病患者中，有 10 - 15% 其後會死於自殺¹³，如果能夠及早察覺長者抑鬱的情況，給予輔導或轉介接受專業治療，可以避免不幸的事件發生。

XI. 自殺前可能出現的徵兆

以下只列出一些自殺前常見的徵兆⁴³，其表達方式可以是甚為間接或不明顯的：

1. 直接或間接表達希望死去或重複表達自己不久於人世
2. 突然地叮囑身後事、寫下遺書、立遺囑、將個人戶口轉為聯名戶口等
3. 言語中時常表達厭世的意思（如「唔死都無用」、「唔好累人累物」等）
4. 與親友話別，表示自己會「一去不返」

5. 性格或行為一反常態並表現得不再顧及將來 (如突然將多年積蓄闊綽地花去)
6. 突然將個人貴重物件或心愛物品交給他人
7. 完成未了心願 (如突然探訪多年不見的親友)
8. 預備自殺工具 (如繩索、安眠藥、炭及炭爐等)
9. 預備或穿上陪葬衣物

當留意到長者出現上述的自殺徵兆時，請勿掉以輕心，誤以為只是一種要脅或者引人注意的戲言，亦不要被一些關於自殺的謬誤所影響，例如：以為跟他 / 她講及自殺反而會提醒他 / 她去自殺。事實上，自殺念頭多是因長期無法疏導生活壓力而逐漸形成的，並非因為別人偶爾提起而引致的⁴⁴。

XII. 如何處理自殺危機

假若長者顯示自殺的傾向，家人 (或護老者) 可以先小心觀察長者的行為舉止，再考慮以下的處理步驟²：

1. 評估長者的自殺念頭

- 用溫和的態度，誠懇而直接地詢問他 / 她是否有自殺念頭
- 若長者透露自殺念頭，宜不表示批評或指責
- 詢問有關的詳細資料，用以評估自殺風險程度，包括：
 - » 自殺方式 -
 - » 計劃日期、時間和地點 -
 - » 何時開始產生此念頭 -
 - » 以往曾否嘗試自殺 -
 - » 有什麼原因令他 / 她至今而仍未執行計畫 -
 - » 有何未完心願 -

2. 處理方法

- 無論評估的結果如何，也須對長者多加關懷及開解
- 做好預防措施，包括鎖好窗花、收藏剪刀、繩索及有毒的藥物等
- 如察覺長者有堅決的自殺意念或已經有自殺計劃，先要小心看顧他們，不可讓其獨處，以防他們有機會執行自殺計劃，並立刻將長者送往就近醫院接受治療

XIII. 個案分享：「重展生活減憂鬱」

1. 背景資料

夏婆婆患上焦慮症已有 20 年，她最近情緒抑鬱，加上不久前曾中風入院，對此一切，她歸因於租務糾紛一事上。由於她情緒抑鬱，獲醫生轉介接受心理輔導。

2. 個案實錄

夏婆婆今年 74 歲，已婚，有 2 子 2 女，丈夫自早年往外國工作後一直在彼邦生活，只有渡假時才回港與妻兒團聚。

夏婆婆擁有一個私人物業，這些年來，她都依靠租金收入維生。不久之前，她曾輕微中風入院，她認為租務糾紛是使其中風的原因；出院後，她雖然身體虛弱，但還要如常獨自負責料理家務；那時候，她感到沒有精神、疲憊不堪，認為自己的處境很無助，情緒低落。就在此時，她剛巧來到長者健康中心進行身體檢查，在醫護人員的慰問下，她傾訴了很多不如意的往事，包括婚姻和子女問題；此外，母女爭執和罹患長期疾病都令她感到困擾。

夏婆婆直言她的家庭有很多問題，首先是婚姻問題，其次是與子女感情淡薄和不和。早在十多年前，夏婆婆已發現丈夫在泰國有婚外情，雖然她十分痛恨丈夫，但因為在經濟上須要依賴他，夏婆婆唯有啞忍，勉強維繫這段婚姻。

至於兒女方面，自他們年幼開始，夏婆婆便對他們的學業懷有很高的期望，不惜省下各方面的開支來讓子女就讀私立名校。緊迫的課程促使母親和子女一刻都不能鬆懈，因為經常要督促子女溫習，親子關係也受到了影響。夏婆婆對自己的要求也很高，要督導子女之餘，又要外出賺錢，使自己的壓力很大。而在母親的督促下，幼子幼女最終能赴笈海外升學，這本是一件值得欣慰的事；可是，他們與母親長期分隔，使母子關係疏離。現在，他們都在外國生活，彼此只保持間中的電話聯繫，感情淡薄。對於跟她在香港一起生活的一對長子長女，夏婆婆對他們有著很大的罪疚感，認為自己因強迫他們讀書而令他們遇上挫折。長子今年 46 歲，他本來是一個聰明伶俐的孩子，曾就讀本港著名中學；可惜，他在 15 歲那年患上了精神病，使他不能完成學業。長女今年 49 歲，曾在外國讀過大學，但因審批簽證的問題而被迫中途輟學，這個打擊令她的情緒開始變得不穩和暴躁，從此與夏婆婆鬧出很多不快。

子女未能達致理想成就，同樣對夏婆婆造成一大打擊，她感到極度痛苦，在未能接受這些不如意的事情的同時，她亦認為子女的自我照顧能力因情緒或精神問題而受到影響，所以她要肩負起照顧他們的起居生活和所有家庭的責

任。在種種的生活壓力下，她也開始有失眠的情況，精神科醫生後來診斷她患上了焦慮症。

夏婆婆既要應付自己失眠和焦慮症的問題，亦要處理長女由於精神不穩而帶來的相處問題。大女兒在家常引發衝突，除了是因為她脾氣暴躁外，她亦認為母親偏幫弟弟，致令母女關係越趨緊張，雙方常因家中小事而爭吵起來。平日，母女二人在家中碰面也不會交談，形同陌路人。不久之前，女兒與母親發生大爭執，夏婆婆覺得十分無奈，抑鬱情緒因而加劇了許多。

夏婆婆的身體也不好，她曾輕微中風，亦患有糖尿病、高膽固醇、子宮下垂和退化性關節炎。她覺得自己的生活因長期病患而受到很大的限制，覺得很灰心和沮喪。由於病患無法完全根治，故此她覺得失去了對身體及健康的控制能力，亦害怕會失去自理能力，情緒變得更抑鬱。

3. 夏婆婆如何渡過難關？

在心理輔導和藥物的幫助下，夏婆婆的情緒開始平伏，對租務和家庭等問題作出了積極的應對：

- **理性地尋求解決方法：**夏婆婆能夠待情緒冷靜下來後，理性地去尋找問題的解決方法。她到了政府部門查詢，找來租務主任協助她辦理有關的法律程序，最終租客在收到法庭傳票不久後便搬走了，租務事件亦隨之而結束。
- **主動尋找社會資源協助：**以前，夏婆婆礙於「面子」的關係一直隱瞞自己的問題，直至醫護人員發現她抑鬱後，才慢慢引導她說出自己的問題、看法和感受，帶領她整理她的思想和情緒。由於獲得照顧和鼓勵，夏婆婆漸漸能放下「面子」的枷鎖，主動地向其他社會機構尋求合適的服務，幫助她解決問題和紓緩情緒。夏婆婆現時定期到醫院覆診和定時服藥，使其抑鬱和焦慮的情緒得到控制。此外，她亦加入了病人互助組織，從中獲得會員的勉勵。有鑑於自己身體日漸衰退，夏婆婆未雨綢繆，已申請安老院舍服務，為自己的長遠住宿早作安排。
- **爭取獨立生活，擴大社交圈子：**夏婆婆一直只顧埋首於家務，使自己的身心疲累，她忽略了自己的生活，亦減少了與外間的接觸；經輔導後，夏婆婆作出了裡裡外外的改變。對外方面，她積極地開拓自我生活，除了維持每天晨運的習慣外，她每日也會到長者中心走一趟，後來更報讀了普通話和電腦課程來充實自己。有了精神寄託後，她反而覺得比以前更精神，疲倦感也減少了。此外，她亦重新投入教會活動，藉跟教友傾訴心事和誦經來減低精神壓力和紓緩情緒。她亦參與義務工作，從中感

受到滿足和快樂，亦發覺自己原來還很「有用」，自信心也提高了。對內方面，在參與講座，了解睡眠衛生的重要性後，夏婆婆減少午睡時間；她還趁屋未租出的期間搬出暫住，讓自己「放放假」，亦讓兒女嘗試獨立生活。由於不用料理家務，她自覺壓力減少了許多，心情亦變得愉快。

- **面對現實，建立合理的期望：**夏婆婆以往對所有事情都懷有過高的期望，輔導過程其中一個重點是調整她的期望，使她更能接受現實。在輔導過程中，她嘗試去接受婚姻失敗，亦嘗試去諒解女兒的不理性行為，減少不滿和怨忿情緒。另外，由於她對身體衰退和長期病患顯得憂慮，臨床心理學家讓她明白到壓力與身體反應和健康的關係，又建議和教導她利用鬆弛練習來紓緩壓力，並解釋了一般長者常遇到的身體毛病和適應方法。夏婆婆漸漸接受了身體機能衰退的問題，減少了擔心自己的長期病患及其所帶來的限制，開始欣賞並發揮現有的能力。

4. 個案分析

- **環境壓力，抑鬱加劇：**夏婆婆的抑鬱焦慮情緒多受長遠因素(如婚姻破裂、子女問題和長期病患)所導致和維持，而租務糾紛和母女爭執只是新近的環境壓力，促使她的抑鬱加劇。
- **缺乏支援，孤立無助：**當夏婆婆遇到困難時，家人未能給予她支持；她本人亦因重視「面子」而慣性地不向別人傾訴或求助，使自己處於孤立無援的境況。
- **照顧能力下降，動搖自信：**中風出院後，夏婆婆料理家務時倍感吃力，開始對照顧自己和子女的能力產生疑慮，並對應付日常事務逐漸失去信心。
- **社區支援，加快康復：**夏婆婆能夠康復過來，她個人的努力固然重要，而社會上各服務團體所給予她的支援亦同樣有著重要的影響。

5. 社區資源的協助（詳情可參考第三部分：社區資源）：

假如抑鬱和焦慮情緒同時出現¹⁹，對患者可造成極大困擾，加上退縮的社交行為、負面的情緒和消極的思想互相影響，形成惡性循環，使患者的情緒陷入谷底，難以自行好轉。社區的支援服務機構有助識別出這一類有問題而又被動的長者，幫助他們走出情緒困局和尋求其他社會資源的協助。就夏婆婆的個案而言：

- 政府醫院提供專科診治，包括藥物和心理治療以穩定她的情緒。

- 政府部門提供實質協助解決問題，如民政事務署協助一般查詢、社會福利署提供長者住宿安排和其他社會保障服務等。
- 志願團體協助她積極融入社會，安排社工上門探訪、個別會見、小組活動，提供情緒支持。
- 個人社交支援系統：包括親友所給予她的有形及無形幫助，例如在她有問題時協助她，又在她情緒不穩時安慰她，耐心傾聽她的心事，親友的支持使她能順利渡過困難。

6. 個案進展

- **思想積極，穩定情緒：**現在，夏婆婆的抑鬱焦慮情緒已減輕了許多，她正在適應她的新生活，她開始多採用正面的想法去看待事情，在不開心時她懂得利用鬆弛練習去紓緩情緒、多做一些自己喜歡的事情或主動尋找朋友傾訴。
- **重投社交生活：**夏婆婆現已積極參與長者中心和教會活動，又結識了一些新朋友，在義務工作中她亦獲得無限樂趣。在最近一次為她進行的健康檢查，顯示出她的抑鬱情緒已明顯減輕。

7. 個案學習重點

- **冷靜面對困難：**遇到問題時要保持冷靜，然後積極地去思索解決方法，找人詢問或協助。
- **實踐健康生活：**長者常因照顧兒女和家庭而忽略了自己的需要，要好好享受頤康之年，長者應實踐健康生活，多出外參與群體活動，培養個人興趣，建立良好社交生活，使生活更添意義。
- **認識老化過程：**長者參加健康講座和定期接受身體檢查，有助預防疾病和及早治療。此外，對老化過程多認識，亦可使長者更易適應身心的轉變。

(五) 認知障礙症

I. 引言

隨著香港人口老化，患有認知障礙症的病人也隨之而增加。認知障礙症不但影響患者的認知能力、身心健康及自我照顧能力，同時也影響患者的家人（或護老者），造成精神壓力。另一方面，部分長者因偶然忘記生活瑣事，對此症又缺乏清楚的認識，往往因擔心自己患上認知障礙症而造成精神困擾。因此，若對認知障礙症有正確的認識，便可減少不必要的擔心和壓力。

II. 一般長者的記憶能力

一般人相信年紀大，便會「無記性」，但研究顯示，對老年記憶存有誤解往往對記憶力造成不良影響³。因此認識及糾正這些誤解，均有助提高長者運用記憶力的自信心，及以正面的思想及積極的態度面對轉變。

不少研究亦顯示，長者的記憶力，在老化過程中會經歷「正常老化的記憶力減退」的狀況^{1,2}。

1. 「正常老化的記憶力減退」的狀況

受影響的記憶力⁴	大致保持不變的記憶力
<ul style="list-style-type: none"> 處理資料的速度和容量變慢和減少，如俗語所說「頭腦轉得比較慢」 較難集中精神，專注力較低 記新資料和學習新事物的能力減弱 對於延遲記憶（即：隔一段時間後憶起資料）及回想（即：在沒有任何提示下須要憶起舊有的資料）的能力較差 	<ul style="list-style-type: none"> 即時記憶（即：即時重覆剛聽到的資料） 已熟習的技能，如踏單車或耍太極⁵ 年代久遠的記憶，例如故居的人和事

2. 其他影響長者日常記憶的因素

- 健康狀況欠佳，例如身體不適、疲倦、精神不足。
- 分散了注意力，或受到外界環境干擾以致不能專心。
- 缺乏運用及練習的機會。

- 壓力與情緒問題 (如:抑鬱, 焦慮): 過大的壓力會令情緒變得焦慮和緊張, 影響記憶³。而情緒長期低落、有抑鬱傾向或情緒極度沮喪時, 對外界刺激的反應會較遲緩, 記憶力亦會減低, 這種情況在醫學上稱為「假性認知障礙症」^{9, 10}。當情緒回復穩定後, 記憶力大致可回復正常。
- 缺乏自信心, 因而對學習新事物有所恐懼。

3. 協助保持或改善記憶力的技巧

- **避免一心多用**¹¹: 在同一時間內, 儘量只集中記憶或處理一件事。
- **簡化及分開學習步驟**: 如每次只學習太極拳的其中一招, 將資料分開多次來學習, 以利記憶。
- **分門別類**: 把要記住的事物分類, 將相似或相同的東西歸納在同一組, 令資料有系統地編排, 例如把想購買的食物作分類記憶。
- **重複練習**¹²: 把所學的內容重複溫習, 尤以初學時, 複習的次數需要頻密一些。
- **善用輔助工具**¹²: 例如工作清單、時間表、錄音機、電子記事簿、大日曆、或不同顏色的標籤、圖畫代替文字等。除此之外, 將常用的重要物件, 如銀包、鑰匙等, 放在固定的地方, 養成習慣後就不會那麼容易遺忘或找不着要用的東西。

III . 認識認知障礙症

1. 何謂認知障礙症?

- 認知障礙症是一種後天性的腦部疾病, 並非正常的老化過程。年紀越大, 患病的機會亦相應提高, 但並不代表是衰老過程中必須的經歷。
- 患者的腦細胞會因病變而逐漸退化, 令其記憶、理解能力、語言、學習、計算和判斷能力受影響, 部分更出現情緒、行為及感官等變化。

2. 患病率

- 年齡愈大, 患上認知障礙症的機會也愈高: 根據衛生署長者健康服務聯同香港中文大學醫學院精神科學系的一項本地研究顯示¹³, 每年長 5 歲, 患上認知障礙症的比率就增加約一倍, 由 60 至 65 歲年齡組別的約 1% 增至 85 歲以上年齡組別的約 32%。

- 根據一項香港人口統計和預測的報告顯示，在 2016 年，香港大概有 120 萬年齡於 65 歲或以上的長者，約佔全港人口 17%¹⁴。由於長者人口比率增大，患上認知障礙症的長者數目亦相對提升。而香港女性的平均壽命一般為男性較長，所以患上認知障礙症亦以女性為多¹³。

3. 認知障礙症的種類和成因

當大腦細胞受到不同原因的損害，都可能導致認知障礙症。認知障礙症的成因主要分為以下三大種類¹⁰：

- **阿茲海默病（Alzheimer's Disease）**

它是最普遍的類別，在香港的一項研究顯示，認知障礙症患者中有六成半屬於此類別^{16, 17}，患者的認知能力會漸進衰退。醫學上至今仍未能完全掌握其病發原因及研發出有效的治療方法。研究亦顯示，這病可能與遺傳因素有關¹⁵，帶有相關遺傳基因（如 APOE4）者的發病機會較其他人高 5 倍或以上³¹。

- **血管性認知障礙症（Vascular Dementia）**

研究顯示認知障礙症患者中有三成屬於這類別¹⁷，發病的主要原因是由於腦中風（如血管出血或血管栓塞）或其他腦血管疾病所引致的¹⁷。

- **其他致病的成因**

- » 營養不良，缺乏維生素 B1 或 B12
- » 腦創傷
- » 藥物中毒
- » 腦積水、腦部感染
- » 愛滋病、柏金遜症、亨丁頓舞蹈症等

4. 認知障礙症的徵狀

徵狀	情緒及行為表現
1. 記憶力衰退	<ul style="list-style-type: none"> • 短期記憶受影響較為明顯，例如經常忘記將物件放在哪裏，忘記吃藥、覆診、約會，又忘記關煮食爐和水掣等 • 不能掌握及學習新事物 • 精神難以集中 • 不能說出自己正確的年歲
2. 對人物、時間、地點觀念混亂	<ul style="list-style-type: none"> • 不能辨認家人或護老者的面貌或名字 • 弄錯日子及時間 • 在熟悉的地方也會迷路
3. 執行能力倒退	<ul style="list-style-type: none"> • 判斷力倒退，不懂因應天氣轉變而穿著合適的衣服，例如寒冷天氣下穿短衫褲 • 理解環境有困難，對週遭環境缺乏觀察力，影響解決問題或應付突發情況的能力 • 不能計劃將來發生的事情 • 不能理解抽象的概念，包括常用的成語 • 不能做簡單運算，以致付款和找續時有困難 • 不能抑制衝動，在公眾場所作出不適當的舉動 • 將物件放在不適當的位置，例如把肥皂放入鞋裡
4. 語言困難	<ul style="list-style-type: none"> • 不斷重複問題或說話 • 忘記簡單而常用物件的名稱 • 失語症：不能用適當字句表達意思，喪失應用複雜語句的能力，未能說出連貫及邏輯性的字句，也不能理解別人的說話，造成溝通問題
5. 其他	<ul style="list-style-type: none"> • 性格轉變，例如部分患者會變得缺乏安全感、變得多疑 • 情緒和行為問題，例如較容易焦慮及發脾氣、遊走、大吵大鬧、出現幻覺等 • 失去過往的喜好，做事變得被動 • 失用症：漸漸喪失自我照顧能力，以致於日常起居生活事項，如刷牙、洗澡、大小便、穿衣、打電話等都需要別人的協助

一般而言，認知障礙症的演變速度不論是快或慢，都會在日常生活中逐漸顯露出來，病徵大致可分為三期，包括早期、中期及晚期。患者隨着病情的發展，會在認知能力、情緒及行為上出現不同程度的特徵¹⁵。

認知障礙症的發展階段		
早期	中期	晚期
<ul style="list-style-type: none"> 變得健忘，近期記憶逐漸衰退，如忘記剛發生的事情 容易情緒低落或焦慮，可能變得被動或缺乏動力，對活動和社交失去興趣 思考及判斷能力減弱，如運算出現困難、未能判斷食物的生熟程度 可能在熟悉環境中迷路 學習新事物及跟從複雜指令時感困難，如處理銀行戶口 基本自理活動仍能應付，但需旁人提醒 	<ul style="list-style-type: none"> 情緒不穩，容易動怒 行為改變，日夜顛倒，四處遊走、叫喊、多疑、甚至出現幻覺或妄想 失去時間觀念，不知道日期、時間和地點 注意力散漫 語言表達及理解困難，詞不達義，重複話題 日常自理活動（例如洗澡、穿衣等）需別人協助 	<ul style="list-style-type: none"> 認知能力嚴重缺損，無法認出家人或護老者，對他人冷漠 大小便失禁 不知飽餓，需要他人協助餵食 語言表達和理解能力進一步下降，無法與人溝通 活動能力進一步下降，可能要用輪椅或長時間臥床 完全喪失自我照顧能力

5. 認知障礙症的治療及預防方法

- 一般來說，以上所提及的一些認知衰退症狀可粗略分為「可逆轉」及「不可逆轉」的。「可逆轉」的症狀可透過適當的治療而痊癒，如因情緒抑鬱而出現「假性認知障礙症」及缺乏維生素 B 等；而「不可逆轉」的症狀即是指患者的認知衰退不能透過藥物或手術治療而痊癒，如酒精中毒、腦創傷等。
- 目前醫學界暫無藥物可使患者腦部退化過程停止或令腦部回復正常。但現時香港已有註冊藥物，用以改善阿茲海默病的記憶退化和功能表現，以減輕患者的症狀。對於部分患者出現幻覺、焦慮、抑鬱或其他情緒及精神困擾，醫生可利用其他藥物幫助患者。
- 阿茲海默病並無有效的預防方法。而市面上的「補腦丸」在目前還沒有可靠的醫學研究和報告指出有助預防認知障礙症。

- 血管性認知障礙症因腦血管疾病而起，故可透過健康的生活模式，如保持均衡飲食，適量體能活動，避免吸煙及飲酒，控制高血壓、糖尿病和心臟病等，將病發率降低。亦應多參與社交活動、與人溝通，學習一些壓力或情緒處理的良好方法，保持積極的思想及人生觀，並作定期的身體檢查，以預防疾病和及早作出治療。
- 因大多數認知障礙症都不能完全治癒，故此除了藥物治療外，社會及家人（或護老者）對患者的照顧及接受尤為重要^{16, 18, 19}。家人（或護老者）可鼓勵和協助患者參與不同的活動，增加患者接觸外界的機會，亦可享受活動所帶來的樂趣，增添他們的成功感及自信心，亦讓護老者與患者維持正面溝通的生活經驗。另一方面，亦可幫助維持患者的基本能力及減慢功能衰退的現象，而保持規律的生活，使生活更充實，也可減少行為或情緒問題的產生，例如運用輕音樂可協助患者安靜情緒。有需要可透過醫生轉介，諮詢職業治療師或有關的專業人士。

6. 治療及活動參考

類別	目的
職業治療	<ul style="list-style-type: none"> • 透過評估認知障礙症患者的自理能力及生活環境，為患者設計活動及訓練其學習自理的方法，如保持患者在日常生活上的獨立性，包括自理活動、個人衛生等 • 家務活動 • 消閒活動，例如集體遊戲、興趣活動等
現實導向	<ul style="list-style-type: none"> • 透過系統性的環境改變，如掛牆的大日曆、大時鐘、環境指示等，使患者藉接收訊息以彌補衰退的記憶力和判斷力及減低其精神混亂的情況 • 協助患者重新學習及掌握資訊，以改善對周圍環境及事物的認知和處理方法
行為治療	<ul style="list-style-type: none"> • 協助處理認知障礙症患者常見的情緒及行為問題，如遊走、攻擊性行為、焦慮等
懷緬活動	<ul style="list-style-type: none"> • 通過一些舊相片、雜誌、家具及日常用品等引發患者回想及講述以往的經歷，增加對環境的熟悉感、對生活的滿足感及與人溝通的能力
家居改善	<ul style="list-style-type: none"> • 透過改善家居設計來減低因環境擺設而導致患者產生混亂及意外，讓患者在安全環境下進行自理或家務活動，同時協助患者建立穩定的作息生活習慣

IV. 適應認知障礙症

認知障礙症患者的心理轉變

部分認知障礙症患者否認自己患上認知障礙症，在處理這種情況時，家人（或護老者）先要瞭解患者的心理反應和轉變，可能的原因有²⁰：

- 患者未能接受患上認知障礙症的事實，或礙於面子及不想在別人面前展露不足之處，因而否認自己有病，甚至堅持自己沒有病
- 在認知障礙症的中、後期，患者的認知能力受損，理解事物和溝通的能力減弱，令患者無法分辨何謂正常、不正常

遇到上述情況，家人（或護老者）應避免直接與患者爭辯。須知道患者是出於自我保護的心態，與其爭拗只會令患者更堅持己見。故此，應採取一個明理、包容和平和的態度，尊重但不必完全認同患者的意見，讓患者解除戒備，開放自己。再者，要接受患上認知障礙症並不是一個短暫的過程，當中患者和護老者可能經歷不同的情緒及心理反應，每每需要一段時間處理及適應。

V. 護老者的精神壓力

（可參考第二部分：專題分享第二章：「處理長期疾病的壓力」）

認知障礙症患者由病發初期至離世，往往要經歷一段很長的時間（患者生存年期由3年至20年不等，平均約有8年¹⁵）。在這個漫長的照顧過程中，護老者容易感到疲憊、孤單、無助、內疚和失望等²¹。如果忽略了這些狀況的話，家人（或護老者）本身的身心健康可能會受到影響，而患者也就更難得到合適的照顧。

1. 護老者常見的精神壓力徵兆及來源

• 精神壓力的徵兆

護老者長期處於精神壓力下，對其身心健康造成負面的影響：

- » 一些不太明顯的身體不適（如頭痛、背痛、失眠、胃痛、腹瀉及便秘等）
- » 情緒不穩定（如莫明的煩躁不安、容易發脾氣和情緒低落、沮喪等）
- » 人際關係的衝突或疏離（如容易與人爭吵和不想與人接觸等）

如護老者發覺自己有以上的徵兆，便代表精神壓力已達到一個需要認真處理的程度，不可掉以輕心。

- **護老者常見的精神壓力來源**

- » **客觀照顧方面**

- i. 安排日常起居生活**

認知障礙症患者通常會因記憶及認知能力受損，而影響獨立的自我照顧能力（如忘記最近發生的事情、將物件放在不適當的位置、經常重複相同的話、不能分辨早晚時間等）。在日常起居生活裏，患者須要依靠護老者的安排，往往令他們感到壓力，甚至令其忽略自身的起居生活習慣²⁰。

- ii. 溝通困難和患者的情緒及精神困擾**

患者在語言的表達及理解上會出現困難，有時會令護老者覺得很難了解患者的需要。同時，部分患者會出現情緒及精神的困擾，如抑鬱、焦慮、被迫害的思想等，護老者往往不知如何處理，也容易感到不安、恐懼、無助及無奈。

- iii. 患者的行為問題**

認知障礙症患者通常會有不同程度的行為問題（如在家中遊走、不停在同一地方尋找物件、社交上的不適當行為、在人多地方大叫大嚷等），這些行為問題除了令護老者難於處理外，也會覺得十分尷尬，甚至感到羞恥。

- » **主觀感受方面**

- i. 負擔過重，覺得自責及內疚**

護老者雖然已盡心盡力，卻仍然自覺未能足以應付患者的需要，例如護老者經常擔心患者走失或失蹤；又或責備自己對患者的照顧不足，未能令其得到及早治理而感到內疚。這些感受可能由於護老者的責任心太重，將所有的錯失歸咎於自己所致。

- ii. 逼於無奈、困身感覺**

部分護老者的生活往往以患者為中心，以致作出很大程度的改變，例如要陪伴患者而減少自己的社交和娛樂生活；即使外出了也經常覺得要趕着回家陪同患者，以免患者發生意外。面對長期的負擔，有些護老者感到不甘心，卻又無可奈何。

- iii. 害怕失去病人**

隨着認知障礙症病情的發展，患者的個性及性格也可能逐漸改變，例如對外界事物變得不感興趣及沒有反應、多疑、不合作和不能辨認親友等，每每令護老者覺得患者不再是以往熟悉的親人，與其以往的關係亦慢慢失去。再者，護老者亦會擔心患者終有一天會病重，甚至死亡而感到哀傷。

» 人際及家庭關係方面

當照顧患者時，家人（或護老者）之間很多時候可能會持有不同意見，例如如何分工照顧患者、由誰人支付醫療費用等，往往不能達至一致的意見，甚至互相指責，造成衝突與紛爭。

2. 護老者如何紓緩壓力與自顧

一位成功的護老者，除了照顧認知障礙症患者外，也必先要好好照顧自己²⁰。

重點	內容
多方學習，減輕壓力	<ul style="list-style-type: none"> 多主動學習照顧及護理認知障礙症患者的技巧，從而減輕護理困難所帶來的壓力，例如學習怎樣處理患者的行为問題、學習有效的溝通技巧。
肯定付出，接納患者	<ul style="list-style-type: none"> 明白患者的一些情緒和問題行為是認知障礙症的病況，以減輕一些因對患者覺得虧欠和埋怨而形成的內疚心理，也可以欣賞自己所付出的； 了解到即使患者的病況轉差，也不一定是自己對患者照顧不周所引致； 照顧者可先了解患者的能力，只要患者仍然能做到，即使需要花上較多時間，也應該讓他們自己做； 儘量只從旁加以協助，以維持其功能及尊嚴，避免待他們如幼稚孩童般，事事替其完成。
量力而為，集中處理	<ul style="list-style-type: none"> 認識清楚自己的能力，一切要量力而為，確認哪些問題是能力範圍以內可以應付的，不要把所有的責任都放在自己身上； 集中或簡化護理及照顧的日常程序，切勿在別人面前假裝可以獨力承擔一切； 客觀衡量現實環境和經濟條件。
控制情緒，避免衝突	<ul style="list-style-type: none"> 明白及體諒在照顧過程中所產生的複雜感情或情緒波動，給自己多一點時間適應，不適宜過份抑壓自己的情緒而勉強自己凡事都要對患者呵護備至； 當產生衝突時，容許自己冷靜下來或離開現場，不宜與患者繼續爭拗下去； 同時，可適當地向親友解釋患者所患的疾病，增加他人瞭解患者的行为，亦可減少因患者出現不恰當行為而可能引致的尷尬場面。

重點	內容
善待自己，分享感受	<ul style="list-style-type: none"> 不妨善待自己，保持身心健康，爭取充足的休息時間，讓自己享有私人空間，做些自己喜歡的事情，鬆弛和調劑身心，例如培養一些興趣（如聽音樂、唱戲曲等），均有助紓緩情緒，增強自信心以面對生活壓力，避免讓生活圈子變得過份狹窄和缺乏趣味，亦可透過學習鬆弛練習以調節緊張的身心狀態²² 除此以外，可主動與自己信任的人（如親友、有關專業人士等）傾訴和分享，紓緩自己的不安和苦惱
尋求協助，紓緩壓力	<ul style="list-style-type: none"> 主動尋求社區資源（詳情可參考第三部分：社區資源），例如家務助理服務、日間護理中心服務、復康巴士服務等，亦可安排其他親友協助（如日間輪流看顧患者、將其他家務或工作分工），便可減輕「孤軍作戰」的苦況 可透過參與認知障礙症患者家屬的支持和互助小組，接觸其他認知障礙症患者的親屬，交流經驗和分享照顧心得，互相支持

VI . 護老者裝備 – 認知障礙症的情緒及行為問題知多少

由於認知障礙症患者的大腦功能出現的不正常退化，除影響日常生活，也會產生不同程度的情緒及行為問題，往往令護老者在照顧患者時感到難於處理，並感到十分尷尬。

1. 常見的情緒和行為問題²⁰

- 語言或非語言上的攻擊性行為 (如大吵大鬧、襲擊或掌摑他人、敲打踢撞)
- 四處遊走
- 容易激動、發怒
- 焦慮、不安
- 抑鬱或情緒低落
- 不斷重覆的說話和行為
- 妄想或被迫害思想
- 退縮、對任何事物都不感興趣
- 不恰當的性舉動 (如在不適當場合露體等)
- 「日落症候群」(患者的精神狀態在黃昏或晚間特別混亂、晚間的睡眠時間減少)

2. 引致情緒和行為問題的成因

- 大腦功能不正常衰退
- 認知能力退化 (如專注、記憶、理解、思考和判斷力等)
- 身體協調能力和靈活性降低
- 心理社交及環境因素：
 - » 性格 (如內向、收藏或抑壓感受等)
 - » 自我形象低落 (如覺得自己無用、不受尊重等)
 - » 失去對生活的控制 (如大小事務均由別人安排)
 - » 環境壓力反應 (如嘈雜、壓迫感等)
 - » 溝通和理解障礙 (如接受能力下降、誤解當時處境等)
- 藥物影響

3. 問題行為的處理

- 運用行為分析法 (ABC Model)²³



- 找出導致問題行為的**前因 (A)**：設法避免導致問題行為的前因出現（例如生理、心理因素、環境因素等），或以其他前因代替，令人產生適當的行為。
- 找出問題行為的**後果 (C)**：採取和現時不同的回應方法，以鼓勵適當的行為的出現。

例子（只作參考）

住在院舍的張婆婆，因中風以致行動不便。一日，坐輪椅的張婆婆以平靜的語氣要求職員協助她如廁，但因職員工作十分繁忙，並沒有回應張婆婆的要求。張婆婆再三要求，聲線由平和逐漸變為尖銳，最後甚至大吵大鬧和拍打牆壁。職員終於上前協助張婆婆，她的心情亦平復下來。這樣的情況發生了數次，現時張婆婆經常大吵大鬧以吸引職員的注意及協助，令職員和院友感到很煩燥。

前因 (A)	行為 (B)	後果 (C)
<ul style="list-style-type: none">張婆婆上洗手間的需要被忽略張婆婆以平靜的語氣要求協助，但得不到職員的理會和回應	<ul style="list-style-type: none">由平靜的語氣變成大吵大鬧，甚至拍打牆壁	<ul style="list-style-type: none">張婆婆大吵大鬧立即吸引職員的注意及協助
建議的處理方法		
	<ul style="list-style-type: none">一致及持續地執行以不同的回應方法鼓勵適當的行為出現	
改變引致問題行為的前因	改變引致問題行為的後果	建立適當的行為
<ul style="list-style-type: none">在許可的情況下，為張婆婆編排上洗手間的時間	<ul style="list-style-type: none">當張婆婆大吵大鬧時，不要給予太多的注意，令張婆婆不可再以這方法來得到協助	<ul style="list-style-type: none">當張婆婆平和地提出要求時，職員立刻提供協助職員如未能即時為張婆婆提供協助時，可給予回應和安撫，讓張婆婆知道

• 一般處理方法和基本原則

- » 儘量保持自己情緒冷靜
- » 明白患者的情緒和行為問題是疾病的結果，而非患者故意搗亂
- » 以安撫患者情緒及各人安全為目標
- » 轉移患者的注意
- » 分析及改變觸發行為問題的前因後果
- » 培養患者正面的情緒及行為
- » 與有關人士協議一致的處理方法及持續地執行
- » 如有嚴重問題或沒有改善跡象，須轉介專業人士

• 「日落症候群」

患者的情緒在黃昏或晚間特別混亂，在晚間的睡眠減少，有時出現大吵大鬧的情況，或呈現精神錯亂的狀態。

處理方法和建議

- » 安慰及引導患者，保持患者及自己的情緒穩定，切勿暴躁
- » 家居環境應儘量遷就患者的需要，提供足夠的照明，避免因光線不足而令患者產生錯覺或感到不安
- » 協助患者入睡，例如減少飲用刺激飲料（如茶、咖啡等），建立睡前的規律（如播放一段輕鬆的音樂）
- » 鼓勵患者在日間多做運動或散步，以消耗精力，減少夜間遊蕩的行為
- » 避免使用約束衣來限制患者的活動

• 猜疑 / 妄想的思想

一般來說，被迫害的思想在認知障礙症患者中較為常見，患者經常作出懷疑或指控，例如遭人跟縱、人生安全受威脅等。

處理方法和建議

- » 照顧者須衡量投訴或指控的可能性
- » 避免與患者直接爭拗、指責或否定
- » 以開放、關心及誠懇的態度聆聽患者的困擾
- » 安慰患者、容許患者有時間和空間安定情緒
- » 以輔助儀器（如加強燈光、配戴助聽器）改善患者的視覺、聽覺，減低對環境產生的混亂感

- » 患者有時會因被迫害的思想而誘發暴力行為，以發洩不安的情緒，家人（或護老者）應保持鎮定，可嘗試轉移其注意力及所處的環境，亦避免與患者直接爭拗
- » 假如自身的安全受到威脅，請即離開，並且求助支援。如有需要，可尋求專業人士（如醫生、臨床心理學家等）的協助和跟進

- **遊走 / 四處徘徊**

多數出現於早期及中期的認知障礙症患者。

處理方法和建議

- » 可與患者一同外出散步或安排適當的活動，消耗患者過剩的精力
- » 向患者提供簡單的環境提示（如大圖片），耐心重覆向其說明，協助認識新環境
- » 容許患者在安全的環境下遊走
- » 替患者戴上識別身份的物品（如名片、手鐲等），以便患者在外迷路時以供聯絡

4. 與認知障礙症患者的溝通技巧

由於患者的腦部受損，認知障礙症患者在溝通時會詞不達意或不能理解別人的說話，有時候會出現「問非所答」，患者或會感到不安，情緒變得混亂、沮喪，甚至動怒。有些患者為免「講多錯多」，會逐漸變得退縮，減少與別人傾談或交往。護老者可運用一些技巧改善與患者的溝通及關係：

- **接納及留意感受**

- » 明白和接納患者溝通的困難和所引起的情緒反應
- » 與患者溝通時，要多忍耐及給予鼓勵
- » 多留心患者言語背後的情緒及感受

- **運用身體語言和眼神接觸**

- » 宜與患者面對面坐，配合說話的內容，例如說話時點頭、輕拍患者的手
- » 避免身體過多的擺動

- **簡短直接的表達**

- » 多用短句，每句只說明一個要點
- » 說話詞彙以日常用語為主，句子切勿太過複雜，避免導致混淆
- » 在適當時間稍停，讓患者表示明白一句句子後，才繼續接下一句

• 說話平穩緩慢

- » 說話的語氣較內容重要（對晚期認知障礙症患者尤甚）
- » 表達時速度要緩慢，語調平和而冷靜
- » 假如患者記不起剛才的說話，家人（或護老者）可以重覆句子最後的說話，耐心地鼓勵患者繼續溝通

• 運用輔助工具

- » 可利用日常生活的物件及經驗，如時鐘、日曆、音樂、家庭生活照片等引發患者專注溝通內容，加強與生活的聯繫，令其感受和熟悉身處的環境及時間

VII. 個案分享：「護老壓力得紓緩，互勉包容保安康！」

「最緊要保持心情開朗，身體也會變得健康！」李太在訪問過程中給我最深刻的印象是以這種積極的態度面對生命的轉變。

身旁的李先生也呼應道：「凡事放鬆一點，自己好過一點！」

1. 背景資料

李太於 6 年前曾輕微中風，其後患上早期認知障礙症，一直情緒低落和感到焦慮，行動亦大不如前，而丈夫亦因照顧李太而感到壓力。其後獲轉介接受心理輔導，她和丈夫均與臨床心理學家作個別面談。

2. 個案實錄

李太今年 67 歲，已婚，有 5 名子女，一直擔當照顧家庭的角色。現時子女已成家立室，不再同住。她的身體一向不太理想，患有多種慢性疾病，例如高血壓、糖尿病、頭痛等。

李先生年青時擁有自己的生意，工作十分繁忙，照顧兒女和家庭的責任便落在李太身上。李太的性格頗為倔強，凡事要親力親為，自尊心也很強，為家庭付出了大半生。

在 7 年前，李太曾輕微中風。之後一直接受藥物治療，但她經常覺得頭痛、疲倦和雙腳乏力，睡眠也不理想。而在 2 年前，李太經醫生診斷為患上認知障礙症。

在中風初期，李太在日常生活上遇到很多轉變和須要適應的地方。最為明顯

的便是行動不及以往靈活，雙腳無力。初時以輪椅代步，其後使用助行器。以前喜歡做的事，例如「打麻雀」、旅行等亦不能應付，在處理日常起居飲食亦感困難，例如因手震的關係，連碗筷也拿不穩，李太為此感尷尬和煩躁。情緒也變得容易波動。加上性格倔強的她，什麼也要「一手包辦」，對於患病後的生活和身體變化感到無助和無奈，時常責備自己變得很「無用」，成為家人的負擔。

記憶方面，情況亦大不如前。李太謂以前可購買和預備一家十多人的菜式，而不用家人協助。可是在患病後，很多事物和剛說過的話很快便忘記，例如忘記常用的物件放在哪裏、在煮食時忘記已下了調味料、到較為遠的地方感到心怯，亦容易疲倦。於是，她寧願留在家中，避免與人接觸，李太對此感到頗為失落。加上在私立醫院作治療，醫療費用對家庭經濟也造成一定的壓力，李太為此非常憂心，時常表現得悶悶不樂。

在李太患病後和復康期間，由於兒女忙於工作和不同住的關係，照顧李太的責任便落在李先生身上。在這幾年裏，李先生偶爾也覺得壓力很大，甚至有困身的感覺。特別在李太患病初期，需要較多的協助和照顧，包括經常陪伴到醫院覆診，使李先生感到頗為疲累。此外，李先生亦患有高血壓，照顧李太的壓力對其身體及血壓也有影響。

李先生會儘量留在家中陪伴李太，減少自己的社交和娛樂時間，例如到公園散步、與舊同事聚會等。即使外出也經常趕着回家，以免李太發生意外，心情也頗為焦急。有時候，李太因不能像以往處理家中事務，變得煩躁不安，亦自然把情緒發洩在李先生身上，令他感到十分吃力和難以處理。

3. 李生和李太如何渡過難關？

在心理輔導和抗抑鬱藥的幫助下，李太的情緒漸漸平伏，面對轉變亦作出積極的應對：

• 尋求協助、積極面對轉變

- » 李先生和李太均能抱着開放和積極的態度與臨床心理學家傾談。藉着分享自己的感受和尋求情緒支援，共同找出面對和解決困難的方法，協助患者在生活上的適應。透過心理學家的引導和鼓勵，李太主動表達自己的感受和看法，令李先生更了解和明白李太的心理反應，對其情緒亦有較大的包容。
- » 李太由主診醫生轉介到公立醫院作進一步的診斷和治療，藉此減輕醫療費用的負擔。另外，在藥物的協助下，李太的情緒已較為平靜，不像以前般憂慮和緊張。

• 建立信心、相伴渡一生

- » 李太中風後，家人一直對她十分支持。當李太被診斷患有早期認知障礙症時，李先生對李太更是不離不棄，一直在旁鼓勵。初期，因李太行動不便，夫婦放棄很多個人的興趣和娛樂，李先生多是在家中陪伴李太，協助處理日常生活的需要。一向性格倔強的李太，有時因應付不到日常事務而責備自己，李先生都會耐心地安慰太太，着她不用太緊張，亦鼓勵李太處理一些能力範圍之內的事，使她重新建立信心。
- » 現在，李太已經可以處理和預備兩夫婦的飯菜。有時候，李先生也會協助太太，令夫婦二人的感情有所增進。李太現時的行動比以前靈活，平日，她可以獨自一人到附近的市場買菜，走得累了便找地方坐下，有時街坊也會拿椅子給她休息一會，令李太感受到支持。當李太獨自行逛迷失方向時，她會儘量保持鎮定或先找地方坐下，慢慢細想，思量正確的方向，她說：「儘量冷靜自己，欲速則不達呀！」。在旁的李先生亦會加以鼓勵：「慢慢來，俾啲信心！」令李太感覺很溫暖，亦開始慢慢接受身體機能衰退的轉變。

• 接受照顧、放開懷抱

- » 兒女對李太一直十分支持，雖然他們因工作關係不能時常與父母見面，加上李太行動不便，亦減少了到兒女家探訪或消磨時間的機會，但雙方經常保持電話聯絡。每逢星期天，兒女們也會到李太的家，保持家庭聚會的時間，與孫兒玩樂，令李太十分開心。兒女們也很樂意親自下廚，長女和媳婦到市場買菜時，李太亦會協助她們，提出意見。但為免李太過份勞累，只要求她在街市內等候，變相成了幕後「指揮官」。初時李太也不習慣，覺得兒女不尊重自己，亦感到不能像以往般為家庭事務出力，但經過開解後，她明白到兒女也有能力處理生活上的大小事情。現在李太已亦放下了憂慮，安然接受兒女的款待，享受家人為她預備的晚飯。
- » 李先生也謂在夫婦相處時也有意見不合的時候，大家會冷靜一會和耐心地溝通，互相協調。而李先生在照顧李太的一段時間裏，漸漸懂得調適自己的生活，也懂紓緩護老所帶來的壓力。在處理照顧李太的壓力時，李先生以平常心面對，除了照顧李太的生活外，更要儘量照顧自己本身的生活需要，維持個人興趣，如早上保持晨運、飲早茶的習慣。現時因李太的活動能力有所進步，李先生亦多了個人的娛樂和空間，例如多了到朋友家探訪聚會，紓緩壓力。

4. 個案分析

- **自我孤立，情緒低落：**李太的焦慮和抑鬱情緒源自中風及患上早期認知障礙症的影響，在行動、記憶、自我照顧的能力也不及從前，一時未能接受身體和認知能力的轉變，加上減少與外界接觸，漸漸變成孤立，令她的情緒更為低落。
- **照顧角色轉換，喪失自信：**李太性格倔強，在家中一向扮演「照顧」家人的角色，處理家庭事務也「一手包辦」；患病後變成「被照顧」者，依靠家人的協助，失去從前重要的角色，覺得自己很無用，成為家庭的負擔，喪失自信心，對自己產生懷疑。
- **減少個人時間，困身無奈：**由於兒女忙於工作和照顧自己的家庭，因此照顧李太的責任便落在李先生身上，他為此亦減少外出和個人的娛樂，在家中照顧和協助李太，有時候亦感到很困身。
- **情緒波動，家人吃力：**李太因不能像以往般處理家中日常事務，加上在中風初期李太的溝通能力欠佳，使她變得煩躁不安，自然把情緒發洩在李先生身上，令其感到十分吃力和難以處理。

5. 個案進展

- 初次與李先生和李太見面時，李太走路需要李先生扶持，看來頗為吃力。她對外界的刺激較為遲鈍，情緒低落，亦不能集中精神，有時甚至閉起雙眼休息。在為期約一年半的定期見面和輔導，李太在行動、自我照顧能力、情緒等方面都有明顯的改善和進步。她可以獨自慢慢地走路，亦很願意表達自己的感受，情緒亦很平靜。

6. 個案學習重點

- **積極面對，尋求支援：**遇到生活轉變和問題時，以積極和正面的態度面對，主動尋求社會的支援和協助（例如臨床心理學家的輔導、轉介至公立醫院作治療以減輕經濟的負擔）。
- **體諒包容，建立自信：**體諒和包容患者在適應期時可能產生的負面情緒（例如自卑感、成為家人的負擔等），照顧者須以耐性安慰患者，並透過讓患者處理一些能力範圍之內做得到的事，建立自信。
- **紓緩壓力，穩定情緒：**保持一定的私人空間以紓緩照顧壓力，做一些自己喜歡做的事，欣賞自己所付出的，維持與朋友的社交聚會，有助穩定情緒。另外，當與他人產生衝突時，容許自己冷靜下來或離開現場，避免繼續爭辯下去。
- **親友協助，減輕負擔：**與其他家人（或護老者）共同相討照顧患者的事宜，或安排其他親友協助（如在日間輪流看顧患者、將其他家務工作分工），可減輕「孤軍作戰」的苦況。

VIII. 紿護老者的社會資源及轉介服務

照顧和護理認知障礙症患者是一件不容易的事，尤其是病情嚴重者，可能需要 24 小時的照顧，所以護老者除了自己擔當照顧患者的重任外，亦應懂得適當地運用社區服務資源²⁴。現時本港有多個政府資助機構提供不同服務及舉辦活動幫助護老者及患病人士。（詳情可參考第三部分：社區資源，並向有關機構查詢）

以下是一些社區資源的概況：

1. 「智友醫社同行」計劃

- 食物及衛生局聯同醫院管理局（醫管局）和社會福利署於 2019 年 2 月起常規化「智友醫社同行」(https://www.swd.gov.hk/dementiacampaign/tc/info_5.html)，以「醫社合作」模式，透過 41 間津助長者地區中心，及 7 個醫管局聯網的參與，在社區層面為患有輕度或中度認知障礙症的長者及其照顧者提供支援服務。長者地區中心按照護理方案及個別需要，為參與計劃的長者及其照顧者安排活動和提供服務，以提升 / 改善長者的認知能力、家居安全知識、自理能力、身體機能和社交技巧，以及減輕照顧者的壓力。

2. 家屬支援小組及護老者訓練課程

- 家人或親友可參加專為認知障礙症家屬而設的支援小組，透過負責的機構安排專業人士為護老者提供訓練，可增強他們的護理技巧。適當掌握照顧認知障礙症患者的技巧，可減輕因照顧患者而帶來的焦慮與壓力。另外，透過小組活動，組員可互相傾訴照顧患者的困難和經驗，互相支持，共同參與尋找解決問題的方法。

3. 輔導服務

- 社會福利署資助的各區長者地區中心、長者鄰舍中心及家庭服務中心，均有專業社工為認知障礙症患者的家屬提供輔導，減低照顧患者的壓力，其中部分中心亦提供護老小組及訓練課程。

4. 長者日間護理中心

- 社會福利署資助的長者日間護理中心為身體機能屬中度或嚴重缺損的體弱及認知障礙症，並且日間又缺乏家人（或護老者）照顧的長者（60 歲或以上）而設。對於行動不便者，中心可安排院車接送往返。中心主要提供的服務範圍包括：
 - » 個人起居護理：如膳食供應、洗澡、清洗衣物等
 - » 護理服務
 - » 復康運動、社交及康樂活動
 - » 輔導及轉介服務

5. 記憶診所

- 醫院管理局轄下的記憶診所是專門為一些患上較早期的認知障礙症病人而設。老人精神科醫生、臨床心理學家、護士、社工、職業治療師為患者進行全面評估，以便患者能得到及早診斷和適當的治療。

6. 社區資源

- 有關心理精神健康、為認知障礙症患者及其照顧者而設的支援服務及資訊，可參考第三部分：社區資源。

照顧認知障礙症患者是一項長期的挑戰和負擔。如果護老者只着眼於如何照顧認知障礙症患者而忽略了自身的需要時，他們自己的身心健康就沒有保障。因此，家人（或護老者）如何紓緩自己的精神壓力和建立自己的支援系統均十分重要。

IX . 預防虐待長者

「家有一老，如有一寶」是中國一個傳統的家庭觀念，亦反映長者在傳統家庭中所扮演的重要角色。可是，隨着近年香港老年人口不斷增加和社會風氣的變遷，這個敬老的概念似乎逐漸被人遺忘。根據社會福利署的統計顯示，近年來長者被虐的數目有上升的趨勢。在 2018 年，社會福利署共接獲 496 宗懷疑虐待長者個案，對比起 2012 年的 408 宗，這 6 年間升幅約 2 成。個案大部分涉及身體、精神虐待及侵吞財產，而施虐者以家人為主²⁵。究竟，怎樣才算是虐老呢？而虐老的問題又與認知障礙症有何關係呢？

根據社會福利署「處理虐待長者個案程序指引」²⁶，虐待長者是指「傷害長者福祉或安全的行為，或不作出某些行為以致長者的福祉或安全受到傷害，通常施虐者與受虐長者本身是互相認識，或施虐者是負責照顧受虐長者」。護老者未盡其對長者應盡的責任和義務，而令長者蒙受傷害或損傷的情況，也可以構成虐待長者。這些行動或行為一般可包括以下六方面^{26, 27}：

• 身體虐待

- » 身體虐待是指對長者造成身體傷害或痛苦，而可以肯定及合理地懷疑這些傷害乃非意外或由於沒有任何預防措施所引致的。
- » 例如：掌摑、推撞、拳打腳踢、以物件或武器襲擊令長者身體受傷害

• 精神虐待

- » 精神虐待是指危害或損害長者心理健康的行為及/ 或態度，包括羞辱、喝罵、孤立、令長者長期陷於恐懼中、侵犯長者私隱，及在不必要的情況下限制長者的活動範圍或活動自由等。

• 侵吞財產

» 侵吞財產是指任何涉及剝奪長者財富或妄顧長者利益的行為，包括在未經長者同意下，取用長者的財物、金錢或資產（例如房屋資產，或公屋戶籍等）

• 疏忽照顧

» 疏忽照顧是指嚴重或長期忽視長者生活上的基本需要（例如沒有為長者提供足夠飲食、衣服、住宿、醫療、護理等），以致危害長者的健康或生命安全。疏忽照顧亦包括沒有根據醫生的指示給予長者其所需的藥物或輔助器具，使長者身體受到損害。

» 如果正規服務提供者（例如安老院、綜合家居照顧服務隊、醫院等）因沒有遵行照顧長者的責任而引致長者受到傷害，亦可以被視作疏忽照顧。

• 遺棄長者

» 遺棄長者是指在欠缺合理原因下，長者被負責提供照顧或監護者離棄，而對長者身體或心理造成傷害，例如家人將長者送入醫院時虛報地址，以致醫院無法聯絡照顧或監護者，商討有關長者的醫療及福利事宜。

• 性侵犯

» 性侵犯是指性侵犯長者，包括向長者展示自己的性器官、非禮及強迫進行性行為等。

1. 為什麼會有虐待長者的問題呢？

長者被虐是一個很複雜的家庭及社會問題，很難用三言兩語解釋清楚^{28, 29}。根據不同的研究顯示，虐待長者的成因大致可歸納為社會及個人因素。社會因素方面，包括經濟低迷、失業、孤立無援等問題，以及長者長期處於社會上的弱勢社群等。至於個人因素方面，護老者的不良習慣（如酗酒、吸食毒品或患有精神病等），性格粗暴，都可引發虐待長者問題的發生。

除此以外，有研究調查反映較為容易受虐的長者多為虛弱的一群，在身體和認知上有缺陷的長者也較容易受到傷害。以認知障礙症患者為例，當患者的認知及自我照顧能力日漸衰退，日常生活逐漸需要別人照顧時，對其家人、親友和護老者也會造成一定的生活壓力，例如感到「困身」或因缺乏處理技巧而感到孤立無助。假如家人（或護老者）不適當地處理壓力或缺乏支援的話，便可能對其所照顧的長者宣洩不滿及抑壓的情緒，造成虐待長者的危機。長者、家人、護老者或正面對虐待長者危機的人士應盡快向專業人員或社會機構尋求協助和支援。（可參考第三部分：社區資源）

2. 法律問題

- 認知障礙症患者因認知能力出現缺損，很多時都無法表達自己的需要，亦因對身邊的環境感到陌生和難以理解，而對事物未能作出正確的選擇。尤其是部分晚期認知障礙症的患者，認知及自我照顧能力嚴重衰退，須要依賴他人的協助。當認知障礙症患者及其家人（或護老者）須要處理患者的財產或立遺囑時，往往較為困難。因此，不少長者會為未來的日子未雨綢繆，預先作出下面的計劃，為自己和家人做更好的準備：
 - » 持久授權書是一份法律文件，容許當事人在其精神上有能力行事時，委任一位或以上的授權人，可於當事人日後變得精神上無行為能力時，代為照顧其財務事項。訂立詳情請諮詢律師。
 - » 遺囑是一份法律文件，可確保立遺囑者的遺產能夠按其意願分配，以減少日後家人及繼承人之間可能出現的爭拗。訂立遺囑之前，建議先諮詢律師，以確保其法律效力。若死者在生前沒有立遺囑，有關遺產將根據相關法例去分配。
- 假如認知障礙症患者須要處理個人財產和金錢上的事項時，尤其是入住院舍或護老院的長者，由於其精神狀況未如理想或出現精神混亂的狀態，較為恰當的做法是由患者的家人負責，院舍職員應儘量避免牽涉當中。若患者沒有家人，社會福利署的社工或法律認可的監管人可代院友管理由政府發放的福利金，同時，個案社工亦可委託患者可信賴的親友代為處理。假若認知障礙症患者擁有物業、股票等資產需要處理，或欲查詢有關遺囑事宜，可向律師和法庭尋求指引。（可參考第三部分：社區資源）

第三部分

社區資源

(註：有關資料隨時更新，讀者請查閱相關機構網頁上發放的最新資料)

第三部分：社區資源

I. 精神健康資訊服務

1. 衛生署長者健康外展分隊

- 衛生署在全港設有 18 支長者健康外展分隊，與區內其他長者服務單位合作，透過不同形式的活動，使老年健康及護理知識普及化，提高長者自我照顧的能力及護老者的技巧。

長者健康外展分隊提供深入淺出的健康教育講座，題材非常廣泛（關於精神健康的題目包括：規劃圓滿人生系列、壓力處理系列、如何處理院友的行為問題系列、滋養幸福快樂人生、關注虐老、認識抑鬱症、如何處理緊張和憂慮、睡眠健康、長者的性健康等），歡迎有興趣為長者和護老者安排健康講座的人士，與所屬區內的長者健康外展分隊的負責人聯絡，查詢可致電衛生署長者健康資訊專線 2121 8080。

長者健康外展分隊地址、電話及傳真號碼一覽表

網址：www.elderly.gov.hk/tc_chi/contactus/visiting_health_team.html

香港及離島區	地址	電話	傳真
灣仔區	香港灣仔愛群道 32 號愛群商業大廈十四字樓 1401 室	2891 4443	2535 7047
東區	香港筲箕灣寶文街一號峻峰花園 D 座一樓	2569 6464	2569 6099
南區	香港皇后大道西 134 號西營盤賽馬會分科診療所 6 樓	2817 1584	2816 6599
中西區	香港皇后大道西 134 號西營盤賽馬會分科診療所 6 樓	2816 6555	2816 6599
離島區	香港皇后大道西 134 號西營盤賽馬會分科診療所 6 樓	2816 6555	2816 6599
九龍區	地址	電話	傳真
觀塘區	九龍藍田碧雲道 223 號藍田社區綜合大樓地下	2750 5665	2750 5011
油尖旺區	九龍牛頭角定安街 60 號低層一樓	2243 3635	2758 4047
深水埗區	九龍石硤尾南山邨南堯樓地下	2779 9389	2779 9266
黃大仙區	九龍城賈炳達道 99 號李基紀念醫局地下	2383 2109	2383 5297
九龍城區	九龍城賈炳達道 99 號李基紀念醫局地下	2383 2053	2383 5297
新界東	地址	電話	傳真
大埔區	新界上水石湖墟馬會道 108 號一樓	2671 6745	2671 4175
北區	新界上水石湖墟馬會道 108 號一樓	2671 6745	2671 4175
西貢區	新界沙田上禾輦路 1 號沙田政府合署三樓 326 室	2623 7980	2177 1545
沙田區	新界沙田上禾輦路 1 號沙田政府合署三樓 326 室	2145 8972	2145 7902
新界西	地址	電話	傳真
葵青區	新界葵涌葵葉街葵盛東邨盛和樓一樓	2439 5806	2407 3173
荃灣區	新界葵涌葵葉街葵盛東邨盛和樓一樓	2439 5806	2407 3173
屯門區	元朗西菁街 26 號容鳳書健康中心 1 字樓	2458 0417	2459 5890
元朗區	元朗西菁街 26 號容鳳書健康中心 1 字樓	2458 0417	2459 5890

2. 衛生署長者健康中心

- 衛生署長者健康服務共設立了 18 間長者健康中心，採用跨專業的模式，為 65 歲及以上的長者健康中心會員提供綜合健康護理服務，包括健康評估（身體檢查）、健康輔導、健康教育及治療。

長者健康中心地址及電話一覽表

網址：www.elderly.gov.hk/tc_chi/contactus/elderly_health_centres.html

香港及離島區	地址	電話
西營盤	香港皇后大道西 134 號西營盤賽馬會分科診療所 6 樓	2817 3418
香港仔	香港仔水塘道 10 號香港仔賽馬會診所 B 座地下低層	2580 3554
灣仔	香港灣仔軒尼詩道 130 號修頓中心二樓	2591 4847
筲箕灣	香港筲箕灣柴灣道 8 號筲箕灣賽馬會診所地下	2569 4333
東涌	大嶼山東涌富東街 6 號東涌健康中心一樓	2109 4711
九龍區	地址	電話
藍田	九龍藍田碧雲道 223 號藍田社區綜合大樓地下	2727 5616
新蒲崗	九龍新蒲崗太子道東 600 號柏立基健康院二樓	2382 3757
南山	九龍石硤尾南山村南堯樓地下	2779 5596
九龍城	九龍城侯王道 80 號獅子會健康院地下	2762 8911
油麻地	九龍油麻地炮台街 145 號油麻地賽馬會分科診所一樓	2782 5577
新界東	地址	電話
將軍澳	新界將軍澳寶琳北路 99 號將軍澳賽馬會診所地下	2623 7304
瀝源	新界沙田瀝源街 9 號瀝源健康院 3 字樓	2637 2005
大埔	新界大埔寶湖道 1 號王少清診所地下	2657 2329
石湖墟	新界上水石湖墟馬會道 108 號石湖墟賽馬會診所一樓	2672 5858
新界西	地址	電話
葵盛	新界葵涌葵葉街葵盛東邨盛和樓地下及一樓	2741 2069
荃灣	新界荃灣沙咀道 213 號戴麟趾夫人分科診療所 B 座地下	2408 2267
屯門湖康	新界屯門湖康街 2 號屯門湖康診所一樓	2430 7634
元朗	元朗西菁街 26 號元朗容鳳書健康中心地下	2470 5982

3. 衛生署健康促進處

- 衛生署健康促進處與社區組織及相關人士緊密合作，並提供健康教育資訊及資源（如展板及單張），推廣健康促進工作。市民可親臨健康促進處辦事處，以索取、訂購或借用健康教育教材。有關辦事處的地址及電話如下：

健康促進處 辦事處	地址	電話
灣仔辦事處	香港灣仔軒尼詩道 130 號修頓中心 7 樓	2572 1476
荃灣辦事處	新界荃灣西樓角路 38 號荃灣政府合署 13 樓	2417 6505

- 市民亦可從以下途徑獲取更多健康資訊：
 - » 衛生署網址：
<https://www.dh.gov.hk>
 - » 衛生署衛生防護中心網址：
<https://www.chp.gov.hk>
 - » 衛生署衛生防護中心 Facebook 專頁：
<https://www.facebook.com/CentreforHealthProtection>
 - » 衛生署衛生防護中心 YouTube 頻道：
<https://www.youtube.com/c/ChpGovHkChannel>
 - » 衛生署健康教育專線：2833 0111

4. 精神健康資訊熱線及有關網址

衛生署、醫管局、社會福利署、部分非政府機構及家庭服務機構均有提供資訊熱線，或心理評估及輔導服務，但一般都需要轉介及輪候，有需要人士可向有關部門或機構查詢。

機構 / 服務	電話	網址
衛生署 <ul style="list-style-type: none">• 衛生署健康教育專線• 長者健康服務資訊專線	2833 0111 2121 8080	https://www.chp.gov.hk/ http://www.elderly.gov.hk
社會福利署 <ul style="list-style-type: none">• 社會福利署熱線 (為有需要人士提供社會福利服務資訊、輔導、支援和轉介服務)	2343 2255	http://www.swd.gov.hk
醫院管理局 <ul style="list-style-type: none">• 精神健康熱線 (為精神病患者及其家人，解答精神科的問題及提供轉介服務)• 精神科社康護理熱線	2466 7350 2462 8735	http://www.ha.org.hk
香港心理衛生會 <ul style="list-style-type: none">• 心理健康輔導及資訊熱線	2772 0047	http://www.mhahk.org.hk

防止自殺及求助熱線

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
生命熱線 -「珍愛生命長者熱線」 http://www.sps.org.hk/	2382 0881	• 專為患有抑鬱症及有輕生念頭的長者提供熱線服務，該熱線會按長者的需要作出跟進和轉介服務。
生命熱線 http://www.sps.org.hk/	2382 0000	• 為有自殺傾向人士提供 24 小時的電話輔導，以紓緩情緒及防止自殺
香港撒瑪利亞防止自殺會 • 求助熱線 http://www.sbhk.org.hk/	2389 2222	
撒瑪利亞會多語言防止自殺服務 • 防止自殺熱線（多種語言） http://www.samaritans.org.hk/	2896 0000	
社會福利署 • 社會福利署熱線 http://www.swd.gov.hk	2343 2255	• 由專業社工輔導即時處理緊急的精神困擾及轉介合適服務
緊急救援	999	

醫院管理局的老人精神科速治服務

服務目的 / 網址	轉介方法
<ul style="list-style-type: none"> 協助前線工作的社會工作者及志願人士分辨懷疑有自殺傾向的個案。 讓醫護人員更能偵察長者自殺及抑鬱症的病徵，從而即時轉介。 即時提供老人精神科的專科服務。 <p>網址： http://www.ha.org.hk/espp/service.html</p>	<p>(A) 由社會福利署、志願機構、熱線服務同工 / 社工作轉介</p> <p>首先，由轉介者對懷疑有自殺傾向或抑鬱症之長者，進行簡單的評估被分辨為可能出現自殺傾向的長者，將被立即轉介予分區老人精神科速治服務，並得到專科服務的跟進。</p> <p>(B) 由醫生轉介</p> <p>任何醫生如果遇上有自殺傾向的長者，可轉介至各區老人精神科跟進。</p>

醫院管理局老人精神科速治診所

分區老人精神速治服務	電話	傳真
青山醫院老人精神科（屯門、元朗、天水圍）	2456 8080	2462 7480
葵涌醫院老齡精神科（葵涌、青衣、荃灣、深水埗）	2959 8473	2959 8370
新界東老人精神科（沙田、馬鞍山、大埔、上水、粉嶺）	2683 7618	2683 7676
九龍醫院老人精神科 (油麻地、尖沙咀、九龍城、黃大仙、西貢)	3129 6649	2714 3969
東區尤德夫人那打素醫院老人精神科 (港島東區、軍器廠街以東)	2595 4035	2505 6474
瑪麗醫院老人精神科（港島中、西、南區及離島）	2517 3590	2858 5186
基督教聯合醫院老人精神科 (九龍東、將軍澳、坪石、彩虹、彩雲、彩輝)	2727 8494	2717 1394

醫院管理局各區老人精神科名單

地區	醫院名稱	電話號碼	服務時間
香港區	東區尤德夫人那打素醫院	2595 4035	星期一至五 9:00am – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm
	瑪麗醫院	2255 3085	星期一至五 9:00am – 1:00pm 2:00pm – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm
九龍區	九龍醫院	3129 6825	星期一至五 9:00am – 1:00pm 2:00pm – 5:00pm
	基督教聯合醫院	3513 5070	星期一至五 9:00am – 1:00pm 2:00pm – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm
	容鳳書紀念中心	2727 8260	星期一至五 9:00am – 1:00pm 2:00pm – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm
新界區	青山醫院	2456 8080	星期一至五 9:00am – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm
	葵涌醫院	2959 8212 2741 7719 (24小時電話錄音)	星期一至五 9:00am – 5:00pm
	北區醫院	2683 7744	星期一至五 9:00am – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm
	沙田醫院	2636 7605	星期一至五 9:00am – 5:00pm 星期六 9:00am – 1:00pm

資料來源：https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10092&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=10089

II . 婚姻或性健康輔導及查詢

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質	
社會福利署 • 社會福利署熱線 http://www.swd.gov.hk	2343 2255	為長者提供： ➤ 婚姻或性輔導 ➤ 協助長者學習正確性知識 ➤ 部分機構為單身長者提供社交技巧的訓練	
香港明愛 • 婚姻培育熱線 http://family.caritas.org.hk/ser/hotline.html	2522 9766		
人際輔導中心 • 輔導服務 http://www.resourcecounselling.org/	2523 8979		
香港明愛家庭服務 • 婚外情問題專線 http://ema.caritas.org.hk/	2537 7247		
香港公教婚姻輔導會 • 婚姻輔導服務 性障礙治療 http://www.cmac.org.hk/	2810 1104 2810 1225		
香港家庭計劃指導會 • 家計會服務熱線 • 婚姻生活諮詢熱線 http://www.famplan.org.hk	2572 2222 2575 4477 內線 44		
紅絲帶中心 男同志測試愛滋熱線 http://www_rrc.gov.hk/	2117 1069		
衛生署 • 愛滋熱線 http://www.27802211.com	2780 2211		
基督教家庭服務中心 • 畜性資源輔導中心 http://www.cfsc.org.hk/unitweb/service/serv5/501.php?company_id=SRV5_11	2191 2244		

III . 處理家庭糾紛、暴力或懷疑受到身體、

心理或性虐待的求助服務

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
社會福利署 • 社會福利署熱線 https://www.swd.gov.hk/vs/index.html	2343 2255	• 為家庭暴力事件的受害人及其家庭，提供一站式的服務
香港明愛 • 向晴熱線 http://fcsc.caritas.org.hk/	18288	• 由專業社工直接提供 24 小時緊急熱線輔導及即時危機介入
香港明愛家庭服務 • 家事調解服務 http://www.familymediation.org.hk/	2669 2316	• 個人家庭輔導、婚姻問題、婚外情困擾等
香港家庭計劃指導會 • 家計會服務熱線 http://www.famplan.org.hk	2572 2222	• 為受性騷擾、性侵犯及性虐待的受害者及其親友提供法律諮詢及情緒輔導
東華三院 • 芷若園 24 小時危機熱線 http://ceasecrisis.tungwahcsd.org/	18281	• 主要為性暴力受害人、家庭暴力受害人、受虐長者或其他家庭危機的個人或家庭，不論年齡、性別認同、種族及性傾向，提供全面的援助，包括 24 小時熱線、外展服務和短期住宿服務
和諧之家 • Man (男士) 热線 http://www.harmonyhousehk.org	2295 1386	• 為受家庭暴力困擾的男士提供熱線輔導服務
和諧之家 • 庇護中心 24 小時婦女熱線 http://www.harmonyhousehk.org	2522 0434	• 協助受虐婦女及兒童提供安全的暫住服務、危機介入心理輔導和介紹社會資源 (24 小時熱線)
基督教家庭服務中心 • 恬寧居 (婦女庇護中心) 24 小時熱線電話 https://www.cfsc.org.hk/serenecourt/b5_aboutus1.php	2381 3311	
保良局 3 間婦女庇護中心 24 小時熱線 • 維安中心 • 睽妍居 • 曉妍居 http://womenrefuge.poleungkuk.org.hk/b5_about.php	8100 1155	

心理或性虐待的求助服務

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
關注婦女性暴力協會 • 風雨蘭熱線 https://www.rainlily.org.hk/	2375 5322	• 由受訓的女性輔導員為性暴力受害人及其親友提供情緒輔導、法律及醫療諮詢

IV . 提供懷疑或患有認知障礙症的評估及支援服務

1. 有關評估和診治認知障礙症的資料和服務

醫院管理局轄下的記憶診所專為有記憶問題的長者進行診斷、評估和治療。

註：必須先取得醫生轉介信，轉介信可透過政府普通科門診或家庭醫生取得

地區	醫院名稱	電話
香港區	東區尤德夫人那打素醫院	2595 7609
	瑪麗醫院	2855 3838
九龍區	九龍醫院	3129 6708
	葵涌醫院老齡精神科	2959 8212
	基督教聯合醫院 - 容鳳書紀念中心老人精神科	2727 8260
	廣華醫院	2332 2311
	靈實醫院	2703 8000
新界區	青山醫院	2456 8000
	屯門精神健康中心	2456 8000
	威爾斯親王醫院	3505 3415
	雅麗氏何妙齡那打素醫院	2689 3070
	北區醫院	2683 7653

V. 病患者及家屬互助組織

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
香港病人組織聯盟 http://www.hkapo.org.hk	2304 6371	<ul style="list-style-type: none"> • 發揮病友互助精神，彼此激勵 • 促進病友與家屬 / 朋友間的溝通 • 倡導政府及社會大眾對病人的認識及關懷，爭取病人福利及合理權益
香港復康會社區復康網絡 http://www.rehabsociety.org.hk/dccs/crn/zh-hant/	康山中心 2549 7744 橫頭磡中心 2794 3010 李鄭屋中心 2361 2838 大興中心 2775 4414 太平中心 2639 9969 威爾斯中心 2636 0666	<ul style="list-style-type: none"> • 主要為長期病患者、其家屬及照顧者提供服務。採取團隊合作模式，集合了社工、物理治療師、職業治療師、註冊護士、義務專業顧問和義工，致力： <ul style="list-style-type: none"> ➤ 提供及發展社區復康服務 ➤ 匡扶及推動現有病人自助組織邁向自助和自主 ➤ 倡導市民和長期病患者對病人權益、醫療和復康政策的關注

VI . 護老者輔導及支援服務

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
「智友醫社同行」計劃 • https://www.swd.gov.hk/dementiacampaign/tc/info_5.html	2892 5199	• 為患有輕度或中度認知障礙症的長者及其照顧者提供支援服務
聖雅各福群會 • 健智支援服務中心 http://dementia.sjs.org.hk/sjs/tc/index.php • 護老者資源中心 https://www.facebook.com/sjsicarer/	2816 9009 (西環) 2596 2506 (灣仔) 2831 3220 / 2805 1250	• 提供患者及家屬不同程度的地區化綜合支援服務，當中包括： ➤ 護老 / 護理知識 / 技巧訓練 ➤ 書籍外借 ➤ 義工支援 ➤ 互助小組 ➤ 長者暫託服務
基督教家庭服務中心 • 護老者支援計劃 http://www.cfsc.org.hk/tc/whatsNew/detail/1152	2727 5315	
香港認知障礙症協會 • http://www.hkada.org.hk/	2338 1120 智康中心 (九龍區) 3553 3650 芹慧中心 (港島區) 2778 9728 將軍澳綜合服務中心 2439 9095 李淇華中心 (荃灣區)	
賽馬會流金匯 http://www.jcch.org.hk/	3763 1000	
賽馬會耆智園 • 「記憶在線」熱線服務 http://www.jccpa.org.hk/	2636 6323	• 提供有關認知障礙症照顧之查詢及社區支援服務

VII . 日間護理、暫託、安老院服務

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
長者日間護理中心 http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/id_daycarecen/	可致電社會福利署熱線 2343 2255 (按不同號碼查詢各類的服務)	<ul style="list-style-type: none"> 為居住於區內的體弱及認知障礙症長者提供日間起居照顧及 / 或有限度護理照顧。 當中包括：膳食供應、洗澡、物理治療、職業治療、社交及康樂活動等。
長者日間暫託服務 http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/id_dayrespite/		
長者住宿暫託服務 http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_respireser/		<ul style="list-style-type: none"> 部分護理安老院為長者提供短暫的住宿照顧，目的旨在： <ul style="list-style-type: none"> ➤ 分擔護老者長期照顧之責任 ➤ 讓他們在有需要時（如看病或其他私人事務）能得到休息的機會，使他們能繼續擔任護老的工作 每年最多可入住六星期
護理安老院 http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_careandatt/		<ul style="list-style-type: none"> 為健康欠佳或有殘障的長者提供居所，提供一般的起居照顧及有限度的護理服務

VIII . 善終服務及善別輔導

機構 / 服務 / 網址	電話	服務性質
善寧會 http://www.hospicecare.org.hk/ • 『譚雅士杜佩珍安家舍』	2868 1211 2725 7693	<ul style="list-style-type: none"> 為末期病人、家屬或喪親者提供有關紓緩照顧服務（又稱寧養照顧服務或善終服務）的諮詢
鱷明會 http://www.cccg.org.hk/	2361 6606	<ul style="list-style-type: none"> 善別輔導

VIII . 持續進修

為增加長者學習的機會，一般長者社區活動中心都會安排興趣班，如識字班、電腦班等。若長者想再進一步接受更有系統的進修課程，可向下列機構查詢或報名。

機構 / 服務 / 網址	地址	電話	課程特色
香港電台第五台 • 長者空中進修學院播放時間請到 http://www.rthk.org.hk/channel/radio5/ 查看 " 節目時間表 "	香港電台第五台 AM783 / FM106.8 (屯門、元朗) / FM99.4 (將軍澳) / FM92.3 (天水圍) / FM95.2 (跑馬地、銅鑼灣)	2339 6396	• 可安坐家中收聽電台的廣播，遙距接收不同的資訊 • 費用全免
聖雅各福群會 • 長青學堂 https://cc.sjs.org.hk/?route=services-detail&sid=30	• 香港灣仔石水渠街 85 號一樓 • 香港皇后大道中 345 號上環市政大廈 11 樓 • 香港北角福蔭道 7 號銅鑼灣社區中心地下 • 香港大坑浣紗街 1-5 號浣紗閣 2A	2831 3212 2805 1253 2570 0287 2915 0093	• 每年舉辦四季課程，課程類別多元化。
耆康會 • 方樹泉發展中心 • 陳登匯駿天地 https://www.sage.org.hk/	香港柴灣杏花邨第 39 座地下 九龍油麻地東莞街 16 號駿發花園第二期地下 1 號地舖	2558 7608 2386 7066	• 舉辦多元化優質興趣及學習課程
香港工會聯合會 • 業餘進修中心 http://www.hkftustsc.org/	總部位於土瓜灣馬頭涌道 50 號	2712 9165	• 上課中心分佈在港九新界
長者學苑 http://www.elderacademy.org.hk/	香港添馬添美道 2 號政府總部西翼十樓	3655 5861	• 由學校及非政府機構合作開辦長者自助學習計劃，不設學歷規限，讓長者有機會參與學習及進行有益身心的活動。

IX . 經濟及法律援助

政府機構 / 網址	電話	服務性質
社會福利署 • 綜合社會保障援助計劃資料 http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_socsecu/sub_comprehens/ • 公共福利金計劃 http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_socsecu/sub_ssallowance/ • 高齡津貼（生果金） • 長者生活津貼 • 廣東計劃 • 傷殘津貼	2343 2255	<ul style="list-style-type: none"> 以入息補助方法，為那些經濟上無法自給的人士提供安全網，使他們的入息達至一定水平，以應付生活上的基本需要 • 70 歲或以上的長者，是香港居民又符合申請的資格，便可領取高齡津貼 • 年齡在 65 歲或以上而收入及資產並沒有超過規定的限額，可領取長者生活津貼 • 年齡在 65 歲或以上，收入及資產並沒有超過規定的限額，並於領款期間繼續在廣東居留，可申請廣東計劃 • 經由衛生署或醫管局醫生證明，殘疾情況將持續不少於 6 個月，便可申請領取傷殘津貼
民政事務總署 http://www.had.gov.hk/ • 電話諮詢中心	2835 2500	<ul style="list-style-type: none"> 市民可透過各區的民政事務處，安排約見律師會及大律師會的義務律師
法律援助署 http://www.lad.gov.hk/ • 熱線 • 1823 電話中心	2537 7677 1823	<ul style="list-style-type: none"> 為有需要及合資格的市民提供法律援助服務

非政府服務機構 / 網址	電話	服務性質
明愛向晴軒 http://debt.caritas.org.hk/ • 「債務及理財服務輔導服務」熱線為欠債人士及其家人提供一站式債務評估及輔導服務	3524 4008 / 3161 2929	• 除提供專業輔導外，還由專業隊伍（律師、會計師 / 財務策劃師、社工等）親自約見債務人及其家人，提供分析及建議有關處理債務的方法等。
香港耆康老人福利會 http://www.sage.org.hk/Service/Fund.aspx • 耆康扶老基金	2511 2235	• 為貧困而有特別需要之長者，尤其是未有領取綜援或其他津貼人士，提供一次過直接現金援助。

X. 長者住屋計劃及家居安全諮詢服務

服務	電話	備註
房屋署 https://www.housingauthority.gov.hk/tc/flat-application/application-guide/elderly-persons/index.html • 高齡人士租住公屋查詢熱線	2794 5134	• 長者申請者可用單身人士身份申請高齡單身人士優先配屋計劃；兩位或以上長者，可聯名申請共享頤年優先配屋計劃。與家人同住的長者也可以選擇以一般家庭身份申請天倫樂優先配屋計劃。除了住屋計劃外，更設有特別配合長者起居的院舍式長者住屋。
香港房屋協會 https://www.hkhs.com/sen_20040903/index.htm 「長者安居樂住屋計劃」	2839 7111	• 「長者安居樂住屋計劃」的單位是以「長期租約」形式推出。長者繳付租住權費後，即可長期安居，日後無須繳付租金。長者如要終止租約，房協會按照長者入住單位的年期扣減租住權費，然後將淨餘金額退還長者。入住期間，長者只須支付管理費及基本服務費。而長者亦可以「用者自付」方式，享用營運機構提供的其他個人服務。
香港房屋協會 http://www.hkhselderly.com/erc/tc/ • 房協長者安居資源中心	2839 2882	• 透過教育、身體功能測試、專業諮詢服務及研究，在社區推廣「長者友善家居」，協助長者達致「居家安老」。 • 中心有經驗豐富的職業治療師及社工，隨時為有需要的長者提供適切的服務。
香港房屋協會 https://www.hkhs.com/tc/our-business/building-maintenance • 長者維修自住物業津貼計劃	3188 1188	• 為長者自住業主提供財政資助，維修保養物業及改善樓宇安全。每位合資格的長者自住業主最高可獲 4 萬元的津貼。有關津貼亦可用作償還申請人名下於屋宇署、市區重建局或房協的樓宇維修貸款。

XI. 遺囑和遺產方面

民政事務總署	網址： http://www.had.gov.hk/tc/public_services/estates/index.htm 電話：2835 1535
社區法網	遺產承辦： http://www.hkclic.org/tc/topics/probate/all.shtml 持久授權書： https://www.doj.gov.hk/chi/epa/index.html

XII. 殯葬方面

食物環境衛生署	網址： http://www.fehd.gov.hk/tc_chi/index.html 電話：2868 0000
聖雅各福群會	網址： http://www.sjs.org.hk/tc/project/charity-details.php?id=3 電話：2835 1535

XIII. 器官及遺體捐贈方面

衛生署中央器官捐贈登記名冊	網址： https://www.organdonation.gov.hk/tc/home.html 衛生署健康教育專線：2833 0111
香港大學 「無言老師」計劃	網址： http://www.med.hku.hk/bdp/ 電話：3917 6334
香港中文大學 「大體老師」計劃	網址： http://www.sbs.cuhk.edu.hk/bd/ 電話：3943 6050

XIV. 預設照顧計劃方面

醫院管理局	https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=200776&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=10138&Ver=HTML
善寧會	網址： https://www.hospicecare.org.hk/ 電話：2868 1211
賽馬會安寧頌	網址： http://foss.hku.hk/jcecc/zh/ 電話：3917 1221
美善生命計劃	網址： http://enable.hku.hk/enable/tch/main/main.aspx 電話：2831 5158

附錄



附錄

(一) 參考資料

第一部分：做個開心快樂人

(一) 認識老年期的身心轉變

(a) 生理轉變及其影響

1. Carstensen, L. L., Edelstein, B. A., & Dornbrand, L. (1996). *The practical handbook of clinical gerontology*. California : Sage.
2. Monk, T.H.(1991). *Sleep, sleepiness and performance*. New York : John Wiley & Sons.
3. Pressman, M. R., & Orr, W. C. (1997). *Understanding sleep : The evaluation and treatment of sleep disorders*. Washington : American Psychological Association.
4. Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York : Pergamon Press.
5. Ellman, S. J., & Antrobus, J. S. (1991). *The mind of sleep*. New York : John Wiley & Sons.
6. Mass, J. B., Wherry, M. L., Axelrod, D. J., Hogan, B. R., & Blumin, J. A. (1998). *Miracle sleep cure*. London : Thorsons.
7. Ernst, E. (1999). *Sleep : Practical ways to restore health using complementary medicine*. England : Godsfield Press.
8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.(5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
9. Nicholas, C., & Stephen, W. (1998). *Lecture notes on geriatrics* (5th ed.). USA: Blackwell Science.
10. McPherson, A., & Waller, D. (1998). *Women health* (4th ed.). Britain : Oxford General Practice Series 39.
11. Carstensen, L. L., Edelstein, B. A., & Dornbrand, L. (Eds.). (1996). *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks : SAGE.
12. Caprio-Prevette, M., & Fry, P. (1996). *Memory enhancement program for older adults : A guide for practitioner*. Aspen : Maryland.
13. Storandt, M., & VandenBos, G. R. (1997). *Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults : A clinician's guide*. Washington : American Psychological Association.

14. Fisher, J. E., Swingen, D. N., & O'Donohue, W. (1997). Behavioral interventions for sexual dysfunction in the elderly. *Behavior Therapy*, 28, 65-82.
15. Schlesinger, B. (1996). The sexless years or sex rediscovered. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(1/2), 117-129.
16. Tallmer, M. (1996). *Questions and answers about sex in later life*. Philadelphia : Charles.
17. Walz T. H., & Blum, N. S. (1987). *Sexual health in later life*. Canada : Lexington.
18. Walker, B. L., Osgood, N. J., & Richardson, J.P. (1998). Staff and elderly knowledge and attitudes toward elderly sexuality. *Educational Gerontology*, 24(5), 471-489.
19. Lewis, C.B. (1996). Aging : *The health care challenge*. Philadelphia : A Davis.
20. Hersen, M., & Hasselt, V. B. V. (1998). *Handbook of clinical geropsychology*. New York : Plenum Press.
21. Milsten, R., & Slowinski, J. (1999). *The sexual male problems and solutions : A complete medical and psychological guide of lifelong potency*. London : W.W. Norton & Company.
22. Brown, L. (1989). Is sexual freedom for our aging population in long-term care institutions? *Journal of Gerontological Social Work*, 13(3/4), 75-93.
23. Mulligan, T., & Palguta, R. F. (1999). Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents. *Archives of Sexual Behavior*, 20(2), 199-205.
24. Nussbaum, P.D. (1997). *Handbook of neuropsychology and aging*. USA: Plenum.
25. Lichtenberg, P.A. (1994). *A guide to psychological practice in geriatric long-term Care*. New York : Haworth.
26. Ebrahim, S., & Kalache, A. (1996). *Epidemiology in old age*. Britain : BMJ Publishing Group.
27. Rippes, J.M. (1999). *Lifestyle medicine*. USA : Blackwell Science.

(b) 社交心理的轉變及其影響

1. Carstensen, L. L., Edelstein, B. A., & Dornbrand, L. (1996). *The practical handbook of clinical gerontology*. New York : Sage.
2. Ross, C. E., & Drentea, P. (1998). Consequence of retirement activities for distress and the sense of personal control. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 317-334.
3. Lang, F.R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *The Journal of Gerontology*, 56B (6), 321-326.
4. Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York : Guilford Press.

5. Cavanaugh, J., & Whitbourne, S. K. (Eds.). (1999). *Gerontology : An interdisciplinary perspective*. New York : Oxford.
6. Glass, J. C., & Huneycutt, T. L. (2002). Grandparents parenting grandchildren : Extent of situation, issues involved, and educational implications. *Educational Gerontology*, 28, 139-161.
7. Lachman, M. E. (2001). *Handbook of midlife development*. New York : John Wiley & Sons.
8. Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers ? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.
9. Blazer, D. (1998). *Emotional problems in later life : Intervention strategies for professional caregivers*. New York : Springer.
10. Buss, E. W., & Blazer, D.G. (1996). *Textbook of geriatric psychiatry*. Washington : American Psychiatric Association.
11. Scrutton, S. (1995). *Bereavement and grief : Supporting older people through loss*. Britain : Arnold.
12. Woods, R.T. (1996). *Handbook of the clinical psychology of aging*. England : John Wiley & Sons.
13. Humphrey, J. H. (1992). *Stress among older adults : Understanding and coping*. USA : Charles C Thomas.
14. Carr, D., House, J. S., Nesse, R. M., Sonnega, J., & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults : A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 55B (4), 197-207.
15. Sherrard, C. (1998). Strategies for well-being in later life : *A qualitative analysis*. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 253-263.
16. Pernilla, H., Hedda, A., & Bengt, W. (2001). Factors influencing well-being in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(4), 361-365.
17. Yoon, G. (1996). Psychosocial factors for successful aging. *Australian Journal on Aging*, 15(2), 69-72.
18. Yeung, A., & Chow, E. (2000). Correlates of subjective well-being of Chinese elderly in Hong Kong. *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 1(2), 165-184.
19. Sandu, S. K., & Barlow, H.M. (2002). Strategies for successful aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 643-648.
20. Lam. C.L.K., & Lauder, I. J. (2000). The impact of chronic disease on health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Family Practice*, 17(2), 159- 165.

21. Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., & Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology*, 55B(4), 208-212.
22. Herzog, A. R., Ofstedal, M. B., & Wheeler, L.M. (2002). Social engagement and its relationship to health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 593-609.
23. Steverink, N., Westerhof, G.J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journal of Gerontology*, 56B (6), 364-373.

(二) 如何促進良好的心理社交健康

1. World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
2. Ripple, R. E., Biehler R. F., & Jaquish, G. A. (1982). *Human Development*. Boston: Houghton Mifflin.
3. Pervin, L. A. (1975) Personality: *Theory, Assessment and Research* (2nd ed). Wiley International Edition: John Wiley & Sons, Inc.
4. Ryff, C. D., & Essex, M. J. (1991). Psychological well-being in middle and later adulthood: Descriptive markers and explanatory processes. In Schaeie, K. W., & Lawton, M. P. (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, 11, pp. 144-171. New York: Springer.
5. 關銳煊、張鐘汝、范明林著 (2001)。《歡樂晚年—老人的社會心理》。香港：天地圖書有限公司。
6. Taylor, S. E. (1999). *Health psychology* (4th ed.). Boston : McGraw-Hill.
7. Lee, W., Goodwin J., & Lee, K. O. (1997). Impact of psychosocial factors on health outcomes in the elderly. *Journal of Aging and Health*, 9(3), 396-414.
8. Galvin, M. M., Gardner, M., & Fngle, M. M. (1999). *Handbook of health promotion and disease prevention*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
9. Stein, Lindsay M. & Bienenfeld, David. (1992). Hearing impairment and its impact on elderly patients with cognitive, behavioral, or psychiatric disorders: A literature review. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 145-156.
10. Stein, Lindsay M. & Bienenfeld, David (1992). Hearing impairment and its impact on elderly patients with cognitive, behavioral, or psychiatric disorders: A literature review. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 145-156.
11. Van del Velden, Therese & Spierings, Frans (1999). The door locked: self-neglect. Gedrag & Geezondheid: *Tijdschrift voor Psychologie & Gezondheid*, 27(4), 202-209.
12. Thompson, Marck G. & Heller, Kenneth (1990). Facets of support related to well-being quantitative social isolation and perceived family support in a sample of

- elderly women. *Psychology and Aging*, 5(4), 535-544.
13. Zhang, Jie; Jin, Shenghua (1998). Interpersonal relations and suicide ideation in China. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 124(1), 79-94.
14. LeVeist, Thomas A.; Sellers, Robert M.; Brown, Karin A. Elliott; Nickerson, Kim J. (1997). Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women. *American Journal of Community Psychology*, 25(5), 721-732.
15. Whitebird, Robin Ruth (1999). Seniors at risk: biopsychosocial factors and hospital utilization. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60(6), 2643.
16. Russell, Daniel W.; Cutrona, Carolyn E.; Mora, Arlene de la & Wallace, Robert B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12(4), 574-589.
17. 姜德珍著 (2000)。《當個快樂的老人：我就是這麼生活著》。台北：正中書局。
18. 關銳煊主編 (2000)。《21世紀耆年健樂集》。香港：香港仔街坊福利會服務中心。
19. 徐麗君、蔡文輝 (1985)。《老年社會學—理論與實務》。香港：巨流圖書公司印，1985，第二章，頁 32-40。
20. Hersen, M., & Hasselt, V. B.V. (1996). *Psychological treatment of older adults : An introductory text*. New York : Plenum Press.
21. Duffy, M. (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York : John Wiley & Sons.
22. Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health psychology : An introduction to behavior and health*. California : Brooks/Cole.
23. Fu, F. H., & Fung, L. (1997). Life satisfaction among elderly persons: Identifying the roles of physical and mental activity participation, fitness level, and level of cognitive function. *Hong Kong Journal of Gerontology*, 11(2), 3-8.
24. Deborah, L. R., Joanne, V.C., & Helene, P. (1997). Understanding the potential of occupation: A qualitative exploration of seniors' perspectives on activity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(8), 649-50.
25. Erickson, E. H., Erickson, J. M. & Kibnick, H. Q. (1987). *Vital involvement in old age*. New York: W. W. Norton.
26. Herzog, A. R., Ofstedal, M. B., & Wheeler, L. M. (2002). Social engagement and its relationship to health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 593-609.
27. Woods, R. T. (1999). Mental health problems in late life. In R. T. Woods (Ed.). *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*, (pp.73-110). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

28. Greenberg, J.S. (1996). *Comprehensive stress management* (5th ed.). Madison : Brown & Benchmark.
29. Auerbach, S.M., & Gramling, S.E. (1998). *Stress management : Psychological foundations*. New Jersey : Prentice Hall.
30. Brooks, G. A., Fahey, T. D., White, T. P., & Baldwin, K. M. (2000). *Exercise physiology: Human bioenergetics and its applications* (3rd ed.). California: Mayfield Publishing Company.
31. Stathi, A., & Fox, K. R. , & McKenna, J. (2002). Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10(1), 76-92.
32. Glendenning, F. (1995). Education for older adults: lifelong learning, empowerment, & social change. In J. F. Nussbaum, & J. Coupland, (Eds.), *Handbook of Communication & Aging Research* (pp. 467-490). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
33. Leung, A., Chit, I. & Lui, Y. H. (2002). Contribution of learning to life satisfaction: A cross-cultural study in older adult's learning experience. Paper presented in the 10th Annual Congress of Gerontology of the Hong Kong Association of Gerontology, 30th November, 2002, Hong Kong.
34. Williamson, A. (1997). You're never too old to learn!: Third-age perspectives on lifelong learning. *International Journal of Lifelong Education*, 16(3), 173-184.
35. World Health Organization (2016). Mental Health and Older Adults. Retrieved February 13, 2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
36. Feinson, M. C. (1985). Aging and mental health: Distinguishing myth from reality. *Research on Aging*, 7, 155-174.
37. M. Devons, C. A. J. (1997). *Elderly Suicides in Hong Kong*. Befrienders International.
38. 吳敏倫 (1997)。《性學紀實》。香港博益出版集團有限公司。
39. Chan, C.N., Ho, K.S., Heung, C.L., and Chan, W.M. (2004). Study on knowledge, attitude and sexual behavior among the Chinese elderly males in Hong Kong. *The Hong Kong Practitioner*, 26, 64-73.
40. O. Tallmer, M. (1996). *Questions and answers about sex in later life*. Philadelphia: Charles.
41. N. Fisher, J. E., Swingen, D. N., & O'Donohue, W. (1997). Behavioral interventions for sexual dysfunction in the elderly. *Behavior Therapy*, 28, 65-82.

第二部分：專題分享

(一) 適應退休及收入減少的生活

1. Swan, G.E., Dame, A., & Carmelli, D. (1991). Involuntary retirement, type A behavior, and current functioning in elderly men 27-year follow-up of the western collaborative group study. *Psychology and Aging*, 6(3), 384-391.
2. Gall, T.L., & Evans, D. R. (2000). Pre-retirement expectations and the quality of life of male retirees in latter retirement. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 32(3), 187-197.
3. Harlow, R. E., & Cantor, N. (1996). Still participating after all these years : a study of life task participation in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1235-1249.
4. Woods, R. (1996). *Handbook of clinical psychology of ageing*. New York: Wiley.
5. 關銳煊主編 (2000). 陳肇始 (1994)，(老人與閒暇研究報告)，《社區發展季刊》，第 68 期，頁 210-219。
6. Dallas, S. (1995). Successful retirees tell how and why. *New Choices for Retirement Living*, 35, 36-39.
7. Ross, C., & Drentea, P. (1998). Consequences of retirement activities for distress and the sense of personal control. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 317-334.
8. Richardson, V.E. (1993). *Retirement counseling : A handbook for gerontology practitioners*. New York : Springer.

(二) 處理長期疾病的壓力

1. Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152-163.
2. Rodrigue, J. R., Kanasky, W. F., Jackson, S. I., & Perri, M. G. (2000). The psychosocial adjustment to illness scale - self-report : Factor structure and item stability. *Psychological Assessment*, 12(4), 409-413.
3. Erdal, K. J., & Zautra, A.J. (1995). Psychological impact of illness downturns : a comparison of new and chronic conditions. *Psychology and Aging*, 10(4), 507-577.
4. Helgeson, V.S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. *Health Psychology*, 18(6), 561-569.
5. Christensen, A., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs : Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18(2), 169-176.

6. Johansson, B., Grant, J. D., Plomin, R., Pedersen, N. L., Ahern, F. B.S., & McClearn, G. E. (2001). *Health locus of control in late life : a study of genetic and environmental influences in twins aged 80 years and older*. *Health Psychology*, 20(1), 33-40.
7. Turk, D. C. & Salovey, P. (1995). Cognitive-behavioral treatment of illness behavior. In P. M. Nicassio, & T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective* (pp. 245-284). Washington, DC : American Psychological Association.
8. D'zurilla, T. J. & Nezu, A.M. (2009). Problem-solving therapy. In Dobson K. S. (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.) (pp. 197-225). New York : The Guilford Press.
9. Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656-666.
10. Parker, J. C. (1995). Stress management. In P. M. Nicassio, & T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness : Abiopsychosocial perspective* (pp.285-312). Washington, DC : American Psychological Association.
11. Rehm, L. P. & Rokke, P. (1988). Self-management therapies. In K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp.136-166). New York : The Guilford Press.
12. Kalichman, S. C. (1995). *Understanding AIDS : A guide for mental health professionals*. Washington, DC : American Psychological Association.
13. Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder : An overview. In R.C. Figley (Ed.) , *Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.1-20). New York : Brunner/Mazel, publishers.
14. Reinecke, M. A. (1994). Suicide and depression. In M. F. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (pp.67-103). New York : The Guilford Press.
15. White, M., & Callahan, D. (2000). Oregon's first year : The medicalization of control. *Psychology, Public Policy, and Law*, 6(2), 331-341.

(三) 哀親者的哀傷路程

1. Chan, C.L.W. & Mak, J.M.H. (2000). Benefits and drawbacks of Chinese rituals surrounding care for the dying. In R. Fielding, & C.L.W. Chan (Eds.), *Psychosocial oncology and palliative care in Hong Kong – The first decade* (pp. 255-270). Hong Kong: Hong Kong University Press.

2. Chow, A.Y.M., Koo, B.W.S., Koo, E.W.K. & Lam, A.Y.Y. (2000). Turning grief into good separation: Bereavement services in Hong Kong. In R. Fielding, & C.L.W. Chan (Eds.), *Psychosocial oncology and palliative care in Hong Kong – The first decade* (pp.233-254). Hong Kong: Hong Kong University Press.
3. Chan, C.L.W. (2000). Death awareness and palliative care. In R. Fielding, & C.L.W. Chan (Eds.), *Psychosocial oncology and palliative care in Hong Kong – The first decade* (pp. 213-232). Hong Kong: Hong Kong University Press.
4. 聖經 (1997)。香港：浸信會出版社國際有限公司。
5. Thompson, K. (2000). The wider philosophy of palliative care: How it is applicable in the general ward. In R. Fielding, & C.L.W. Chan (Eds.), *Psychosocial oncology and palliative care in Hong Kong – The first decade* (pp. 13-28). Hong Kong: Hong Kong University Press.
6. 吳靜吉 (1988) , 《生死大事》。台灣：遠流出版事業股份有限公司。
7. Hobson, C.J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C.M., Tiedmann, J.W. & Wojnarowicz. (1998). Stressful life events: A revision and update of the social readjustment rating scale. *International Journal of Stress Management*, 5(1), 1-23.
8. Worden, J.W. (1991). *Grief counseling and grief therapy* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Co.
9. Scrutton, S. (1995). *Bereavement and grief: Supporting older people through loss*. London: Arnold.
10. Kramer, D. (1997). How women relate to terminally ill husbands and their subsequent adjustment to bereavement. *Omega*, 34, 93-106.
11. Worden, J. W. (2008). *Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner*(4th ed.). New York: Springer Publishing Company.
12. Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA*, 61, 273-289.
13. Zonnebelt-Smeenge, S.J. & De Vries, R.C. (1998). *Getting to the other side of grief – Overcoming the loss of a spouse*. Grand Rapids, MI: Baker Books.
14. Breckenridge, J.A., Gallagher, D., Thompson, L.W., & Peterson, J. (1986). Characteristic depressive symptoms of bereaved elders. *Journal of Gerontology*, 41, 163-168.
15. Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (1998). Model of coping. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspective on loss: A sourcebook*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
16. Parkes, C.M. & Weiss, R. (1983). Recovery from bereavement. New York: Basic Books. Cited in Scrutton, S. (1995). *Bereavement and grief: Supporting older people through Loss*. London: Arnold.

(四) 抑鬱症

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
2. Blazer, D. G., & Koenig, H.G. (1992). Mood disorders and suicide. In J. E. Birren, R. B. Sloane, & G. D. Cohen.(Eds.). *Handbook of mental health and aging* (2nd ed.). (pp. 380-407). New York : Academic Press.
3. Marsella, A. J., Kinzie, D., & Gordon, P. (1973). Ethnic variations in the expression of depression. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 4, 435-458.
4. Singer, K. (1975). Depressive disorders from a transcultural perspective. *Social Science and Medicine*, 9, 289-301.
5. Tseng, W. (1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients : The Chinese case. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 237-245.
6. Kleinman, A. M. (1977). Somatization and the 'New cross-cultural psychiatry'. *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.
7. Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease : Depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven, CT : Yale University Press.
8. Cheung, F. M., Lau, B.W. K., & Waldmann, E. (1980-1981). Somatization among Chinese depressives in general practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 10(4), 361-374.
9. Lau, W. K. B., Jung, Y. T. N., & Chung, T. C. J. (1983). How depressive illness presents in Hong Kong. *The Practitioner*, 227, 112-114.
10. Pichot, P., & Hassan, J. (1973). Masked depression and depressive equivalents – Problems of definition and diagnosis. In Kielholz, P. (ed.). *Masked depression*. Bern : Hans Huber Publishers.
11. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 8(7), 1-14.
12. Blazer, D.G. (2002). *Depression in late life*. (3rd ed.). New York: Springer.
13. Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences and clinical psychiatry.*(10th ed.). Baltimore, Md.: Williams & Wilkins.
14. Lam, L.C., Wong, C.S., Wang, M.J., Chan, W.C., Chen E.Y., Ng, R.M.,.... Bebbington, P. (2015). Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(9):1379-1388.
15. Chi, I., Yip, P.S., Chiu, H.F., Chou, K.L., Chan, K.S., Kwan, C.W., Conwell, Y., & Caine, E. (2005). Prevalence of depression and its correlates in Hong Kong's Chinese older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(5), 409-416.

16. Levinson, D.F. (2006). The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*, 60, 84-92.
17. Barlow, D.H. & Durand, V. M. (1999). *Abnormal psychology : An integrative approach* (2nd ed.). Pacific Grove : Brooks/Cole.
18. Green, A. I., Mooney, J. J., Posener, J. A., & Schildkraut, J. J. (1995). Mood disorders : Biochemical aspects. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed). (pp1089-1101). Baltimore : Williams & Wilkins.
19. Beck, A.T. (1967). Depression : *Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York : Haper & Row.
20. Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
21. Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans : Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
22. Miller, I.W., & Norman, W.H. (1979). Learned helplessness in humans : A review and attribution theory model. *Psychological Bulletin*, 86(1), 93-118.
23. Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S., Seligman, M.E.P.(1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms : A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 405-422.
24. Gotlib, I. H., & Abramson, L.Y.(1999). Attributional theories of emotion. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.). *Handbook of cognition and emotion*. Chichester : Wiley.
25. Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1998). *Mental disorders in older adults : Fundamentals of assessment and treatment*. New York : Guilford.
26. Duffy, M. (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy and older adults*. New York : John Wiley & Sons.
27. Bosse, R., Spiro III, A., & Kressin, N. R. (1996). The psychology of retirement. In R.T. Woods (Ed.), *Handbook of clinical psychology of aging* (pp.141-158). Chichester : John Wiley & Sons.
28. Chi, I., & Lee, J. J. (1989). *A health survey of the elderly in Hong Kong*. Hong Kong : Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong.
29. Chan, A. C. M. (1996/97). An explanatory model for depression amongst the Chinese elderly in Hong Kong – A Cognitive-behavioral perspective. In Mental Health Association in Hong Kong, *Mental Health in Hong Kong* (pp.140-161). Hong Kong : Author.

30. Lindesay, J. (1990). The guy's or age concern survey : Physical health and psychiatric disorder in an urban elderly community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(3), 171-178.
31. Kennedy, G. J., Kelman, H.R., & Thomas, C. (1990). The emergence of depressive symptoms in late life : The importance of declining health and increasing disability. *Journal of Community Health*, 15(2), 93-104.
32. Boil, T. J., Johnson, S.B., Perry, N.W., & Rozensky, R. H. (2002). *Handbook of clinical health psychology*. Washington, DC : American Psychological Association.
33. McKiernan, F. (1996). Bereavement and attitudes to death. In R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of aging* (pp. 159-182). Chichester : John Wiley & Sons.
34. Ngan, M.H.R. (1990). *The informal caring networks among Chinese families in Hong Kong*. Hong Kong : Doctoral Thesis, University of Hong Kong.
35. Henderson, A. S. (1990). The social psychiatry of late life. *British Journal of Psychiatry*, 156, 645-653.
36. Burvill, P.W. (1993). Prognosis and depression in the elderly. *International Review of Psychiatry*, 5, 437-443.
37. Arean, P. A., Uncapher, H., & Satre, D. (1998). Depression. In M. Hersen, & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Handbook of clinical geropsychology* (pp. 195-216). New York : Plenum Press.
38. Gallagher-Thompson, D., & Osgood, N. J. (1997). Suicide later in life. *Behaviour Therapy*, 28, 23-41.
39. Chi, I., Yip, P. S. F. & Yu, G. K. K. (1997). *Elderly suicides in Hong Kong*. Hong Kong: Befrienders International.
40. The Samaritan Befrienders Hong Kong. (2016). *The Samaritan Befrienders Hong Kong annual report 2016*. Retrieved February 13, 2018, from <https://www.sbhk.org.hk/journal.php>
41. Center for Suicide Research and Prevention (2017). *Suicide Rate by Age Group in Hong Kong*. Retrieved February 13, 2018, from <http://csrp.hku.hk/statistics/>
42. Census and Statistics Department. (2017). *Hong Kong Population Projections 2017-2066*. HK: Hong Kong Special Administrative Region.
43. 生命熱線 (1999) · 《預防老人自殺手冊》。香港：生命熱線。
44. Kral, M. J., & Sakinofsky, I. (1994). A clinical model for suicide risk assessment. In A. A. Leenaars, & J. T. Maltsberger, & R.A. Neimeyer (Eds.), *Treatment of suicidal people* (pp. 19-31). Washington: Taylor & Francis.

(五) 認知障礙症

1. Searleman, A., & Herrmann, D. (1994). *Memory from a broader perspectives*. New York: McGraw-Hill.
2. Baddeley, A., Wilson, B., & Watts, F. (Eds.). (1995). *Handbook of memory disorders*. Chichester : John Wiley & Sons.
3. Caprio-Prevette, M., & Fry, P. (1996). *Memory enhancement program for older adults: A guide for practitioners*. Gaithersburg, Maryland : Aspen.
4. Wetherell, L. J., Reynolds, C. A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2002). Anxiety, cognitive performance, and cognitive decline in normal aging. *Journal of Gerontology*, 57B(3), 246-255.
5. Herson, M., & Van Hasselt, V. B. (1998). (Eds.). *Handbook of clinical geropsychology*. New York : Plenum Press.
6. Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reserved? *Developmental Psychology*, 2, 223-232.
7. Woods, R. T. (Ed.). (1996). *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester : John Wiley & Sons.
8. Hultsch, D. F., & Dixon, R. A. (1990). Learning and memory in aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (3rd ed., pp258-274). San Diego: Academic Press.
9. 孔繁鍾、孔繁錦譯，DSM-IV (1999)：《精神疾病診斷準則手冊》(Quick reference to the diagnostic criteria). 台灣：合記圖書出版社。
10. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
11. Lachman, M. E. (1991). Perceived control over memory aging: Developmental and intervention perspectives. *Journal of Social Issues*, 47, 159-175.
12. Kluger, J., Golden, F., & Johnson, G. (2000). *How to improve your memory*. Time, 156, 37-45.
13. Elderly Commission (2006). *PowerPoint Presentation: Study on Prevalence of dementia in Hong Kong*. Retrieved February 13, 2018, from <https://www.elderlycommission.gov.hk/en/meeting/47.html>
14. Census and Statistics Department. (2017). *Hong Kong Population Projections 2017-2066*. HK: Hong Kong Special Administrative Region.
15. World Health Organization. (2012) *Dementia - A Public Health Priority*. Geneva: World Health Organization.

16. Tai Po and North District Co-ordinating Committee on Elderly Services. Booklet from 2002 Seminar on “End of life: Preparation and handling” (5 July 2002)
17. Chiu, H. F. K., Lam, L. C. W., Chi, I., & et al. (1998). Prevalence of dementia in Chinese elderly in Hong Kong. *American Academy of Neurology*, 50, 1002-1009.
18. Gruetzner, H. (1992). *Alzheimer's updated and revised: A caregiver's guide and sourcebook*. New York: Wiley.
19. Hellen, C. R. (1998). *Alzheimer's disease: Activity-focused care* (2nd ed.). Boston, Mass.: Butterworth-Heinemann.
20. 青山醫院（香港老年精神科學會）(2001)：《老年痴呆症－完全護理手冊》。香港，明窗出版社有限公司。
21. Powers, D. V., Callagher-Thompson, D., & Kraemer, H. C. (2002). Coping and depression in Alzheimer's caregivers : Longitudinal evidence of stability. *Journal of Gerontology*, 57B(3), 205-211
22. 衛生署 (2002) , 《自我鬆弛法》單張。香港，衛生署中央健康教育組編。
23. Hartz, G. W., & Saplain, D. M. (1997). *Psychological intervention in long-term care : An advanced guide*. New York: Haworth Press.
24. 香港社會服務聯會 (2002) : 《人間互助社聯熱線資料冊：一站式社會服務熱線轉駁系統》。香港，香港社會服務聯會。
25. Social Welfare Department (2018). *Statistics on Elder Abuse Cases*. Retrieved June 12, 2018, from http://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_family/sub_listofserv/id_serabuseelder/
26. Social Welfare Department (2019). *Procedural Guidelines for Handling Elder Abuse Cases (Revised 2019)*. Retrieved November 18, 2019, from https://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/id_serabuseelder/
27. WHO/INPEA. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva, World Health Organization.
28. Yan, E., & Tang, C. S. K. (2001). Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(11), 222-228.
29. 陳沃聰、鍾劍華、秦炳傑 (2002) , 《對虐待老人問題之看法與回應》調查結果撮要。Policy Watch. (第十四期)。香港，香港理工大學社會政策研究中心。
30. The Guardianship Board (March 2001). *Abuse of mentally incapacitated elders: How the Guardianship Board can help*. Hong Kong: Author
31. Hauser, P. S., & Ryan, R. O. (2013). Impact of Apolipoprotein E on Alzheimer's Disease. *Current Alzheimer Research*, 10(8), 809-817.



衛生署長者健康服務
網頁 www.elderly.gov.hk

