

國立臺灣大學社會科學院社會工作學系



碩士論文

Department of Social Work  
College of Social Science  
National Taiwan University  
Master Thesis

高齡者的健康狀態與社會資本相關性

Correlation between Health Status of Geriatric Population  
and Social Capital

陳詠榆

Chen, Yong Yu

指導教授：楊培珊 博士

Advisor: Yang, Pei Shan, Ph.D.

中華民國 102 年 7 月

July, 2013

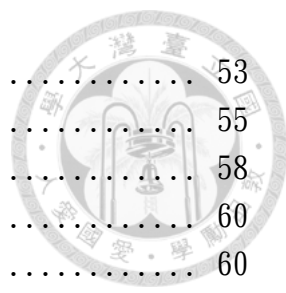
# 目錄



|                           |          |
|---------------------------|----------|
| 口試委員審定書.....              | I        |
| 誌謝.....                   | II       |
| 中文摘要.....                 | III      |
| 英文摘要.....                 | IV       |
| <b>第一章 緒論.....</b>        | <b>1</b> |
| 第一節 源起及研究背景.....          | 1        |
| 一、 源起：一位老年女性的生活圖像.....    | 1        |
| 二、 研究背景.....              | 2        |
| (一) 臺灣的高齡化社會.....         | 2        |
| (二) 老人健康之於社會影響.....       | 2        |
| 三、 小結.....                | 4        |
| 第二節 研究動機及研究目的.....        | 5        |
| 一、 研究動機.....              | 5        |
| 二、 研究目的.....              | 7        |
| <b>第二章 文獻探討.....</b>      | <b>8</b> |
| 第一節 社會資本理論.....           | 8        |
| 一、 社會資本定義.....            | 8        |
| (一) Bourdieu 的社會資本.....   | 8        |
| (二) Coleman 的社會資本.....    | 9        |
| (三) Putnam 的社會資本.....     | 11       |
| (四) 林南的社會資本.....          | 11       |
| 二、 社會資本概念討論.....          | 12       |
| 三、 小結.....                | 13       |
| 第二節 社會資本要素與測量.....        | 14       |
| 一、 社會資本的形式與要素.....        | 14       |
| (一) 認知性與結構性社會資本.....      | 14       |
| (二) 黏著型、橋接型、連結型社會資本.....  | 16       |
| 二、 社會資本的測量.....           | 17       |
| (一) 無法迴避的分析層次問題與測量原則..... | 17       |
| (二) 研究中所使用的測量構面與指標.....   | 18       |
| 三、 小結.....                | 19       |
| 第三節 老人與健康.....            | 20       |
| 一、 健康定義.....              | 20       |
| 二、 健康評估指標.....            | 21       |

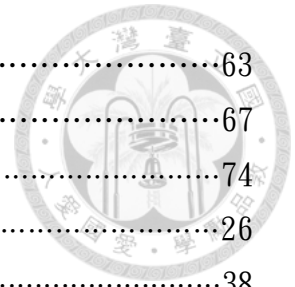


|                        |           |
|------------------------|-----------|
| (一) 生理、身體活動評估 .....    | 21        |
| (二) 心理及認知層面評估 .....    | 22        |
| (三) 社會健康評估 .....       | 22        |
| (四) 整體評估 .....         | 22        |
| 三、 影響老人健康之因素 .....     | 23        |
| (一) 個人特質與行為 .....      | 23        |
| (二) 社會經濟環境 .....       | 23        |
| (三) 物理環境 .....         | 24        |
| 四、 小結 .....            | 24        |
| 第四節 老人社會資本和健康之關係 ..... | 25        |
| 一、 社會資本與健康狀態的連結 .....  | 25        |
| 二、 社會資本與健康相關研究 .....   | 27        |
| 三、 小結 .....            | 28        |
| 第五節 文獻總結 .....         | 30        |
| <b>第三章 研究方法 .....</b>  | <b>31</b> |
| 第一節 研究方法與分析資料來源 .....  | 31        |
| 一、 研究方法—次級資料分析 .....   | 31        |
| 二、 研究資料來源 .....        | 32        |
| (一) 計畫緣起與簡介 .....      | 32        |
| (二) 問卷設計 .....         | 33        |
| (三) 抽樣方法 .....         | 35        |
| (四) 問卷調查過程 .....       | 36        |
| 第二節 研究架構及研究假設 .....    | 37        |
| 一、 研究架構 .....          | 37        |
| 二、 研究問題與假設 .....       | 39        |
| (一) 研究問題 .....         | 39        |
| (二) 研究假設 .....         | 39        |
| 第三節 變項操作化定義與測量 .....   | 41        |
| 一、 依變項 .....           | 41        |
| 二、 自變項 .....           | 43        |
| 三、 控制變項 .....          | 46        |
| 第四節 資料分析與方法 .....      | 49        |
| 一、 描述性統計 .....         | 49        |
| 二、 推論統計 .....          | 49        |
| <b>第四章 研究結果 .....</b>  | <b>50</b> |
| 第一節 描述性統計 .....        | 50        |
| 第二節 雙變項分析 .....        | 53        |



|                   |                                  |           |
|-------------------|----------------------------------|-----------|
| 一、                | 社會人口變項與自評健康及心理健康之雙變項分析 .....     | 53        |
| 二、                | 社會資本與自評健康及心理健康之雙變項分析 .....       | 55        |
| 三、                | 社會人口學變項與社會資本之雙變項分析 .....         | 58        |
| 第三節               | 多變項分析 .....                      | 60        |
| 一、                | 社會資本與自評健康的多元邏輯迴歸 .....           | 60        |
| 二、                | 社會資本與心理健康之複迴歸分析 .....            | 63        |
| <b>第五章</b>        | <b>討論與研究結果 .....</b>             | <b>65</b> |
| 第一節               | 分析結果 .....                       | 65        |
| 一、                | 假設(一)：高齡者的社會人口特質能有效預測老人的健康狀態 ... | 65        |
| 二、                | 假設(二)：高齡者的社會資本能有效預測其健康狀態 .....   | 66        |
| 第二節               | 結果討論 .....                       | 68        |
| 一、                | 人口特質與健康狀態間的關係：老人婚姻狀況、教育與工作狀況 .   | 68        |
| 二、                | 社會資本與老人健康關係：信任與網絡 .....          | 70        |
| 第三節               | 實務工作意涵：社會資本的創建與維持 .....          | 73        |
| 一、                | 穩定老人社會網絡 .....                   | 73        |
| 二、                | 建立友善老人意識 .....                   | 76        |
| 第四節               | 結論與研究限制 .....                    | 78        |
| 一、                | 總結 .....                         | 78        |
| 二、                | 研究限制與未來研究建議 .....                | 78        |
| <b>參考文獻</b> ..... |                                  | <b>80</b> |
| 表 1-1             | 100 年國民醫療保健支出統計 .....            | 5         |
| 表 2-1             | 學者對社會資本定義 .....                  | 15        |
| 表 2-2             | 個人及群體層面社會資本 .....                | 19        |
| 表 3-1             | 「臺灣社會變遷基本調查計畫」歷期研究基本資訊 .....     | 34        |
| 表 3-2             | 健康狀態操作型定義及編碼 .....               | 41        |
| 表 3-3             | 社會資本操作型定義及編碼 .....               | 44        |
| 表 3-4             | 社會人口變項操作型定義及編碼 .....             | 47        |
| 表 4-1-1           | 描述性統計 .....                      | 50        |
| 表 4-1-2           | 社會資本描述性統計 .....                  | 51        |
| 表 4-2             | 社會人口變項與健康狀態的雙變項分析 .....          | 53        |
| 表 4-3-1           | 社會資本與健康狀態的雙變項分析 .....            | 54        |
| 表 4-3-2           | 社會資本與健康狀態的雙變項分析 .....            | 56        |
| 表 4-4             | 社會人口學變項與社會資本雙變項分析 .....          | 58        |
| 表 4-5             | 社會資本與自評健康迴歸分析 .....              | 61        |

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 表 4-6 社會資本與心理健康階層迴歸分析..... | 63 |
| 表 5-1 「無配偶同居」與性別樣本數分布..... | 67 |
| 表 5-2 老人社區型福利服務內容.....     | 74 |
| 圖 2-1 連結社會網絡與健康之關係結構.....  | 26 |
| 圖 3-1 研究架構圖.....           | 38 |



口試委員審定書



國立臺灣大學（碩）博士學位論文  
口試委員會審定書

高齡者的健康狀態與社會資本相關性

本論文係 陳詠榆 君（學號 R96330006）在國立臺灣大學  
社會工作學系完成之碩士學位論文，於民國 102 年 07 月 10 日  
承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

（簽名）

（指導教授）

系主任、所長

（簽名）

## 誌謝



真的沒想到會有捱到寫謝誌的這一刻。

感謝我的指導老師—培珊老師，沒有您的鼓勵與指導，這篇論文是萬萬寫不出來的，「良師、益友」是您之於我的最佳寫照，不吝是給我許多學習上的建議，在我人生的旅途上更是一路引領，「老師，謝謝您」！此外，感謝拔刀相助的口委老師們—張宏哲老師、王雲東老師、吳慧菁老師，謝謝您們願意撥出時間，對於全然陌生的我給予論文撰寫的寶貴意見。

謝謝我最愛的家人，奶奶、外公、外婆、爸爸、媽媽、兩個懂事的妹妹、老公、公婆，以及已經在天國的爺爺，在一路求學的旅途中，大家給我的鼓勵、支持與包容，容忍我把碩士班的修業年限拖拉得像博士班，不時忍受我陰晴不定的脾氣，再多的感謝都不及你們對我的愛，但我還是要說「我愛你們，謝謝大家」！

另外，要特別感謝曾經參與「台灣社會變遷基本調查」的所有研究者、訪員們，因為有你們的努力，才有豐富的資料可供學術上的研究，向你們致敬。

最後，因為有祢—最愛我的主，有祢的慰撫，在我失喪信心、精神困頓時得以恢復。感謝祢！

## 中文摘要



本研究主要目的在探討高齡者的社會資本與健康狀態之間的關係，以次級資料分析為研究方法，2010 年中央研究院「台灣社會變遷基本調查計畫」第六期第一次：綜合問卷調查為分析資料。

研究中以社會信任與社會網絡為社會資本的測量變項，老人的健康狀態則以自評健康以及心理健康為不同層面之評估，社會人口變項則加入年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、工作狀態以及家戶收入。研究結果證實，社會信任與社會網絡對於老人的自評健康與心理健康有顯著的正面效果，社會信任越佳、社會網絡連結越多，則老人的健康狀態越好，其心理憂鬱的程度越低。而社會人口變項部分，老人的教育程度與工作狀況，在控制其他變項後，亦能影響老人的健康狀態。

因此，在維護與建立老人社會資本的脈絡下，以落實在地老化的概念，在社區中提供老人生活必需的支持性資源來穩定老人的社會網絡發展，並致力消除一般大眾對老人負面的刻板印象，建立友善老人意識形態，有助於老人增進社會參與及培養人際中信任與互惠之關係。更進一步增進老人的健康，以達健康老化的目的。

關鍵詞：高齡者、社會資本、自評健康、心理健康

本論文使用資料全部係採自行政院國家科學委員會支助之「台灣社會變遷基本調查」第六期第一次計畫，該計畫係由中央研究院社會學研究所執行（第三期第一次及以前之執行單位為中央研究院民族學研究所）。

中央研究院社會學研究所 台灣社會變遷基本調查計畫

聯絡地址：115 台北市南港區研究院路二段 128 號

聯絡電話：(02)27891630

電子郵件：scst@gate.sinica.edu.tw

網址：<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc1/>

**\* 若在資料使用上有任何疑問，歡迎向原資料取得單位洽詢！**



## 英文摘要



The objective of this study is to investigate the relationship between social capital and health status of the geriatric population. The material and method utilized is cross-sectional secondary data analysis of the “Taiwan Social Change Survey”, performed by the Academia Sinica.

Social trust and social network were defined as the measured variables of social capital. The health status of the geriatric population was assessed via self-rated health and mental health. Society population variables incorporated included age, gender, marriage status, education, employment and household income. The results suggested that social trust and social network had a positive effect on the self-rated health and mental health status of the geriatric population. After controlling for other variables, the education and employment status of the geriatric population also affected their health status.

It can be concluded that to establish and maintain the context of social capital of the geriatric population, adapting the concept of aging in place, providing necessary supportive resources in the community and replacing the negative image of the senile in the general population with that of a benevolent elder will not only increase social participation, but also lay grounds for trust and reciprocity in relationships of the elderly; it can be anticipated that such measurements will further promote health forward the goal of healthy aging of the elderly.

**Key Words :** Geriatric Population, Social Capital, Self-Rated Health, Mental Health

Data analyzed in this paper were collected in the sixth phase's first year survey of the research project “Taiwan Social Change Survey”. The project was conducted by the Institute of Sociology, Academia Sinica (surveys before the first year of the third cycle were conducted by the Institute of Ethnology, Academia Sinica), and sponsored by the National Science Council, Republic of China.



## 第一章 緒論

### 第一節 源起及研究背景

#### 一、源起：一位老年女性的生活圖像

奶奶今年 86 歲，十年前因老伴過世才搬與兒媳同住。那時的她，心情鬱悶、時常哭泣，患有心臟病、高血壓等疾病，不時要跑急診、吊點滴，常躺在床上休息；然而現在的她精神奕奕，雖然有重聽、一雙膝蓋不時會疼痛，爬樓梯、走走路來頗為吃力，但至少已不若五、六年前每餐要吞 10 來顆花花綠綠的藥丸。自她學習如何使用電子血壓計以來，每日必定時測量，然後將血壓數字「畫」下來待回診時秀給醫師看，紀錄好得醫生都不開藥了。

每日清晨她拄著一支雨傘拐到距離家中 40 公尺不到的土地公廟去燒香、整理香燭及擦拭供桌、香爐；因有五十肩，手沒力氣拿鍋鏟翻炒、偶會忘了關火，奶奶已經不太能做飯，但她總會把餐食的備料準備好，其中包含早餐的綜合蔬果燕麥汁，當然這是她近十年跟著同住兒、媳學習到的健康飲食其中一項，中餐則有社區媽媽們來送餐，「每日才 30 元，菜色每日不同」，奶奶吃完餐後會把便當盒洗得乾乾淨淨，等待媽媽們來取回。

奶奶的孫輩皆已離家就業，白日裡兒媳上班後家中只有她一人，這幾年逐漸與鄰居熟稔，隨之參加慈濟功德會，每月會從所領老人津貼中撥出部分金額捐獻，同時也加入社區資源回收的行列，她會把附近居民送來的回收物品清洗乾淨、分門別類。從前她是標準的電視老人，但這幾年已不一天到晚守在電視前，她會去鄰居家串門子，或是坐免費鎮民巴士到鄰近地區去探望親戚，照顧她心愛的花草草。這半年來，最新的活動參與是每個星期一次，步行到離家 50 公尺左右的社區活動中心跟其他的老人家隨著音樂一起練習節奏活動，孫女回家後奶奶得意的獻寶一兩只用寶特瓶做的手搖沙鈴，奶奶說這是老師教的，他們還要受邀去表演。最近兒媳在臨鎮買了新居，邀奶奶一同搬過去住，奶奶想了一陣說：她來來去去就好，住在這裏與親友、鄰居相熟、距離也近，參與多種活動的她可忙得很。

這是筆者最親愛的奶奶，在 20 年的老年生活中，看著她在身體、心理健康以及生活安排的轉變，筆者不禁想，即便年紀增長所帶來的老化現象及疾病對於老年人的健康具有一定的影響力，但似乎老人所建立起的生活網絡以及生活的安排，對其健康有更多正向的幫助，進而影響她的生活品質。因此，本研究以探討老人的社會網絡建立與健康之間的關係為切入點，進一步探討高齡者的健康狀態與社會資本之間的相關性研究。



## 二、研究背景

### (一) 臺灣的高齡化社會

自二次世界大戰結束後迄今已有 68 年，此正意味著戰後出生的嬰兒潮世代的火車頭已開始步入老年期，加上社會的變遷，醫療與照顧的技術演進，死亡、出生率下降，老人人口數越來越多。台灣地區自 1993 年起 65 歲以上老年人口佔全國總人口數的比例已突破 7%，並正式邁入高齡化社會(aging society)之列，截至 2012 年底我國 65 歲以上的老年人口數已達 260 萬餘人，佔全國總人數比例為 11.15%(內政部統計處，2012)；又據經建會《中華民國 2012 年至 2060 年人口推計》報告，推估 2016 至 2020 年間將為我國老年人口快速增加時期，在此期間，老年人口每年成長率均將超過百分之 5，2060 年老年人口將增加為 746.1 萬人，約為目前的 2.9 倍，我國將於 2018 年迎入「高齡社會(aged society)」的到來，至 2025 年老年人口比例將超過 20%，進入「超高齡社會 (super-aged society)」(經建會，2012)。

然因經濟發展、社會進步及營養、醫療科技的進步與發達等因素，我們面臨的不僅是老齡人口增加的社會，更存在著無論男、女性別平均餘命均向後延伸—「老」還要「更老」的景況。根據我國內政部統計處(2011)自零歲推估的兩性平均餘命已達 79.12 歲；65 歲以上的人口結構也正在改變，如 2002 至 2012 年間 65 至 74 歲、75 至 84 歲及 85 歲以上三組老年人口數佔 65 歲以人總人口數的比例消長<sup>1</sup>，65-74 歲組減少了 6.98%、75-84 歲增加 2.49%、85 歲以上組增加 4.49%<sup>2</sup>，顯見越高齡的人口數成長越明顯。也因此對於老人相關研究議題的關注，也因此可更進一步針對不同年齡層的老人去做細部的探索。

### (二) 老人健康之於社會影響

參照先進國家的經驗，隨著老人人口的增加，罹患慢性疾病及功能障礙的人口也急遽上升(吳淑瓊&江東亮，1995)，陳惠真、王香蘋(2004)從 1989 至 1999 年老人保健調查資料中探索台灣老人的健康狀況，研究結果指出，年齡越大，中重度的失能情形越普遍，獨立自主的比率亦隨著年齡的增加而減少，疾病與失能的關係則隨著年齡增加而越發強烈，繼而對醫療服務與長期照護產生大量需求。內政部(2009)老人狀況調查報告亦指出，65 歲以上老人患有慢性或重大疾病、在過去一年中曾經住院的比例以及平均住院的天數，皆較 55 至 64 歲的國民來得高，且對於老年生活的期望或對老年生活擔心的問題，以「身體健康的生活」及「自己的健康問題」為首要問題。這顯示在老化的過程中，老人的健康狀況是他們最在乎的事情，因這可決定其老年生活的品質。

<sup>1</sup> 2002 年 65-74 歲人口數佔 65 歲以上總人口數 61.99%，75-84 歲為 36.68%，85 歲以上佔 6.33%；2012 年 65-74 歲佔 55.01%，75-84 歲佔 34.17%，85 歲以上則為 10.82%。

<sup>2</sup> 此節人口相關數據均參自內政部統計處(2012)，由作者自行計算而得。



而因著老人人數的擴張以及老化對於健康狀況的影響，臺灣社會正面臨經濟以及老人照顧負擔的困境：

### 1. 經濟層面的需求：醫療及照顧成本

老人健康照顧上的經濟資源流向，主要可分為醫療成本支出及照顧成本支出兩方面。依據行政院衛生署「100年國民醫療保健支出統計」資料顯示(表 1-1)，平均每人每年個人醫療費用自 50-59 歲起急遽攀升，另 0-49 歲民眾合計個人醫療費用為 306,762(百萬)元；50 歲以上民眾個人醫療費用合計為 488,551(百萬)元，以此計算，50 歲以上每人平均醫療支出為 69,893 元，較 0-49 歲民眾之 18,936 元高 3.69 倍；而 60 歲以上每人平均醫療支出為 96,961 元，較 0-59 歲民眾之 23,236 元高 4.17 倍，差距至為明顯，顯示中高齡人口之醫療支出較高。

表 1-1：100 年國民醫療保健支出統計

|                         | 性別 | 總計      | 0~9歲   | 10~19歲 | 20~29歲 | 30~39歲 | 40~49歲 | 50~59歲  | 60~69歲  | 70~79歲  | 80歲以上   |
|-------------------------|----|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|
| 個人醫療費用<br>(百萬元)         | 總計 | 795,313 | 43,808 | 39,121 | 50,300 | 74,527 | 99,006 | 148,215 | 135,538 | 121,307 | 83,491  |
|                         | 男  | 394,513 | 23,550 | 21,020 | 23,049 | 34,604 | 49,921 | 71,384  | 68,296  | 58,129  | 44,559  |
|                         | 女  | 400,800 | 20,258 | 18,101 | 27,251 | 39,922 | 49,085 | 76,831  | 67,242  | 63,177  | 38,932  |
| 一〇〇年<br>年中人口數<br>(萬人)   | 總計 | 2,319   | 209    | 308    | 343    | 384    | 376    | 338     | 183     | 116     | 62      |
|                         | 男  | 1,164   | 109    | 160    | 175    | 191    | 188    | 167     | 88      | 54      | 31      |
|                         | 女  | 1,155   | 100    | 148    | 167    | 193    | 188    | 171     | 95      | 62      | 31      |
| 平均每人每年<br>個人醫療費用<br>(元) | 總計 | 34,290  | 20,922 | 12,704 | 14,673 | 19,387 | 26,348 | 43,838  | 73,984  | 104,799 | 134,693 |
|                         | 男  | 33,892  | 21,535 | 13,114 | 13,144 | 18,099 | 26,587 | 42,723  | 77,181  | 108,525 | 144,028 |
|                         | 女  | 34,692  | 20,251 | 12,260 | 16,274 | 20,661 | 26,110 | 44,927  | 70,997  | 101,591 | 125,391 |

附註：平均每人每年個人醫療費用 = 個人醫療費用/年中人口數

資料來源：衛生署《民國 100 年國民醫療保健支出提要分析》

而在老人照顧成本支出上，雖無直接數據顯示究竟照顧一個老人到終老需要多少費用，亦無法去仔細計算每一個家庭要付出多少錢來照顧老人，但仍可從政府就老人照顧服務上所推動的方案窺見一斑。自 1998 年起，政府為加強老人照顧推動在地老化、社區照顧以維護其身心健康，不斷推陳出新地執行許多政策與計畫，如：「加強老人安養服務方案」、「老人長期照護三年計畫」、「新世紀健康照護計畫」、「長期照護示範先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展方案」等(梅陳玉蟬 & 楊培珊，2005)，行政院於 2006 年 9 月 20 日核定公告「大溫暖社會福利套案」，計畫中亦提及建構全人照顧體系。上述方案多由中央相關部會及地方政府共同投入，且所投入經費高達數十億元至上百億元<sup>3</sup>。

由此可知，若積極維護老人健康生活，延長其健康餘命及延緩其落入失能的

<sup>3</sup> 「老人長期照護三年計畫」預算共編列約 10.1 億元整；「新世紀健康照護計畫」編列約 171.44 億元；「長期照護示範先導計畫」投入約 1.26 億元；「大溫暖社會福利套案」經費總金額推估為 817.36 億元。

時間、縮短期需要照顧的時間，對於遏止國家的醫療、照顧支出上漲的趨勢，應有一定的成效。

## 2. 老人照顧負擔：

陳燕楨(2009)從兩個面向說明老人照顧壓力的增加，其一為家庭結構改變，再者為子女奉養父母態度改變。行政院主計處(2002)社會發展趨勢調查結果來看，我國家庭的組織型態以核心家庭為主流，佔 63.34%，其次則為三代主幹家庭佔 18.47%，家戶人口數亦逐漸下降，自 1990 年的 4.1 人到 2007 年下降至 3.06 人。而家庭規模的趨小，致年老夫婦二人居住或高齡者一人獨居之現象日益普遍，台灣地區老人居住的方式，雖然仍有超過半數的比例是與子女同住，但獨居與兩老同居的比例亦逐年提升，至 2005 年老人獨居比例已佔 13.66%，而僅與配偶同住的比例也已有 22.2%，顯示老年夫婦越來越傾向相互依存的模式。

此外，國內學者針對大台北地區和臺灣地區的社區老人調查發現，家庭照顧者的比率高達九成（謝美娥，2001；吳淑瓊&張明正，1997）；又據內政部(2009)調查報告顯示，65 歲以上國民住院時期的照顧者以及起居活動有困難主要幫忙料理者，皆是以兒子為主，配偶、同居人次之，顯示當老人的健康出現問題，主要的照顧者仍是由家人為主；而在家庭中多數家事，舉凡打掃、買菜、清理、照顧孩童、老人及病人等，八成以上仍由女性成員負責(行政院主計處，2002)。

然而隨著家庭結構改變，當可為照顧人力的家人人口數減少，家庭中時常扮演照顧者角色的婦女外出就業比例提高<sup>4</sup>，這種以主要親屬為主的照顧模式已對家庭造成負擔。成年子女在工作與家庭照顧需求下，渴望卸下照顧責任，但基於中國孝道文化而產生衝突心態，寧願藉由經濟的支援僱用外勞在宅看護老人，也不以傳統同住的方式來盡孝。女性隨著教育程度的提高其外出就業的比率也增加，過去養兒防老以及傳統家庭中賦予婦女的照顧責任，亦讓他們在工作與照顧中形成蠟燭兩頭燒的重擔。

## 三、小結

從上述的研究背景可知，當老人的健康狀態越佳，則無論在經濟支出或照顧上都能夠相當程度的減輕負擔。然而從各項統計數據看來，老化的過程中，必然會有疾病的侵襲以及身體機能衰退，以至於失去個體對身體、生活的掌控權力。因此，當臺灣高齡化社會已是當下存在的環境，且老齡人口數不斷的向上攀升，如何在面對因老齡人口成長所衍生出的各種老人健康、生活品質、照顧服務議題，如何找出與影響老人健康的有利因素，並建構出對老年人口的友善環境，變成政府、社會最首要急迫的研究議題。

---

<sup>4</sup>女性的勞動參與率從 1978 年的 39.13% 一路爬升至 2008 年的 49.7%，儘管上升的比率緩慢，但成長的趨勢不變。

## 第二節 研究動機及研究目的

### 一、研究動機

隨著老年人口不斷的成長，伴隨著老化現象所出現的各方議題亦受到重視，其中老人在生理、心理及社會層面維持健康狀況，更是讓高齡者成功適應「老化」的首要條件。聯合國第二屆老化問題世界大會於2002年在西班牙馬德里召開，會議中為回應各國人口老齡化的挑戰，通過《政治宣言》以及《馬德里國際老年行動計畫2002》，在《政治宣言》第六條中提到，為使人們更健康地進入老年並享有充分的福祉，力求使老年人充分融入與參與社會、對社區及社會發展做出貢獻，需採取必要行動以確保老人支持系統得以持續，並改善其生活品質；在《馬德里國際老年行動計畫2002》中並進一步確立三大工作方向，其中一項即為促進老年人的健康與福祉(聯合國，2002)。由此可知，老年期的健康維持為老年助人者工作中的重點項目之一，且高齡者的健康福祉與他們之於社會連結有著重要的關係。

在社會連結與老年人健康的相關探討，國內過去研究多著墨於個人的社會網絡及社會支持方面。Ell (1984: 134-38) 以一個社會工作者的觀點來看，認為社會網絡包含個人的社會接觸，其來源有家庭、朋友、鄰居、同事以及正式的專業人員，社會工作者在協助案主處理生命中重要事件或問題時，須判斷可尋求哪一類的社會網絡資源來因應；社會支持係指個人從他們的社會關係中所獲得的情緒支持、建議、引導、鼓勵或其它有形的協助及服務，而這些支持則可用於當個體面臨生命中的壓力事件時維持個人自尊以及因應的劇本(repertoire)，而社會支持系統就是個體所有的社會網絡中，可以仰賴進而獲得支持的子集合，然而社會網絡或社會支持也都在實證研究中証實可影響個體的健康狀態，而通常帶來正面的影響。

有學者指出在老年期的過程中，老人對於生活環境的不適應會導致失落感並產生焦慮情緒，冷淡的人際關係會帶給老人嚴重的身心壓力，容易產生社會適應不良的情況，因此透過朋友或同儕的情誼慰藉，進而紓解心理層面的焦慮與壓力是很重要的，而老人的友伴關係影響，遠超與家人及親屬之間的互動(黃國彥&詹火生，1994)。而周雅容(1996)以生活壓力—心理適應理論架構來探討老人生活壓力、社會支持來源與心理健康之間的關係，研究結果發現，在日常生活中，當老人的健康問題越多、生活依賴程度等持續性壓力越高，則其適應狀態越差，然而無論是來自配偶、兒子、女兒或朋友的社會支持都與老人的心理健康有顯著的正相關。

但在台灣高齡化的背景下，子女與老人同住的比例及意願下降，家庭照顧者的角色漸有轉移替代性照顧資源的傾向，高齡者除了家庭支持的連結外，與親戚、朋友、鄰居的關係建立亦日漸重要。

周玉慧、楊文山與莊義利(1998)探討面臨晚年持續性生活壓力的老人，其人際網絡—配偶、子女、親友三個層面中所存在的社會支持對其心理健康、自評健康與生活滿意度的影響，其針對不同人際層次與老人之間「授與受」的社會支持與老人身心健康進行研究檢定，結果發現與配偶有關的社會支持全都與健康無關緊要，子女部分只有老人提供給子女的情感性支持越多，其憂鬱程度相對越低、生活滿意度越高，而在親友與老人之間相互供給的工具性或情感性支持，都會促進老人的身心健康。由此上述研究可知，擁有親戚或朋友人際網絡對於老人的健康狀態，有著正面的促進效果。

而近年來亦有一些研究進一步指出社會資本(Social Capital)對於生理及心理的健康有正向的影響，因為社會資本包含了社會參與與社會支持的概念，能夠讓老人投入社會，活絡老年生活，且協助老人滿足生理與心靈層面的需求，存在信任與互惠能夠增加安全與歸屬感。

社會資本簡單的說，即表示個體透過社會關係網絡交流，並在此網絡中進行各種資訊的流通或可取得的資源，這些資源包含：財務資本、權力、資訊、觀念、機會、社會支持、信任、社會參與等(蔡必焜，2004)，這是經由人與人互動過程中所凝結累積而成的資本，個體無法獨自生產與擁有的，並且亦擴大範圍，以個人所存在的社會整體結構特徵來看，Lochner等人(1999)的敘述來區別社會資本、社會支持與社會網絡：「社會資本是社會整體結構而非其中個體成員的生態性特徵；故此社會資本可以和社會網絡與社會支持做為區分，因為後述兩種乃源自個體成員<sup>5</sup>」。

因此，社會資本與個體健康之間的連結在於，人所在的環境結構中是否存在有利於支持其健康的特性，以及個體對於社會結構中所存的認知感覺是否為正面的，對於老人來說，如對於所存的社會環境存在著信任感，即可影響其人際網絡之發展質量，換言之，即對老人友善的環境是足以產生對老人健康有促進效果的資本。故以社會資本的概念探索對老人健康的影響，以協助老人增進其社會資本存量來因應老人健康的變化，亦為值得探討的主題。

---

<sup>5</sup> 原文：Social capital is a feature of the social structure, not of the individual actors within the social structure; it is an ecologic characteristic. In this way, social capital can be distinguished from the concepts of social networks and support, which are attributes of individuals.

## 二、研究目的

然而影響老人健康的因素眾多，個人的內在因素如性別、年齡是無法更改的，個人的外在條件，如社經地位，亦受限於個人的家庭環境。因此，本研究著重於老人社會資本對老人健康的影響性，若社會資本的存在能夠有效增進老人健康狀態，或者影響老人的健康情況，那麼，努力去增進老人社會資本的擁有，即為改善或維持老人健康狀態的重要著力點。

故本研究的主旨在透過文獻檢閱社會資本概念的意義、型式後，討論社會資本對健康的影響，以及個人的內、外在因素與社會資本、健康之間的關係，研究目的如下：

(一) 了解高齡者社會資本的分布情形。

(二) 檢視不同類型社會資本與高齡者健康狀態的關係。

在檢閱國內有關老人健康與社會資本的研究後發現，台灣較具代表性的研究有鄭惠玲與江東亮(2002)透過實證分析成人的社會資本與自評健康具有正向關係，蔡必焜(2004)以次級資料分析個人家庭社會資本與社群社會資本皆與個人健康狀況呈正相關等。但由於社會資本的測量不易，相關研究仍為數不多，且各研究中對於社會資本的內涵仍未有固定的項目，此外針對 65 歲以上老人社會資本與健康之間的研究，付之闕如。故我國高齡者的健康與社會資本的關係，仍有反覆探索的必要性。希望透過研究結果，能進一步針對高齡者面對老化的準備過程提出建議，協助他們達到健康的老化。





## 第二章 文獻探討

在開始進入研究主題前，先針對社會資本理論及健康概念相關論述予以探討，並釐清此兩者之間的相關性。本章分為五節，第一節為社會資本理論探討，敘述各學者對於社會資本的定義、要素及型態內容，再加以界定本研究的社會資本內涵；第二節則針對社會資本的型態、要素及測量進行歸納與討論；第三節則簡述老年健康的定義，評估指標以及影響老年健康之因素；第四節則進一步將社會資本與健康之間的關係加以連結，並檢視過去相關的研究；第五節為文獻總結。

### 第一節 社會資本理論

Halpern在簡述社會資本(social capital)概念發展的歷史時提到最早使用「社會資本」此特定名詞者為Hanifan(黃克先&黃惠茹譯，2008)。Hanifan(1916：130)，在探討如何讓鄉村學校成為社區中心的文章內，描述自己使用「社會資本」一詞，並非指得是房地產、個人的財產或是冷冰冰的現金，而是『…那些能夠讓這些有形資產發揮最大價值的，即存在於組成社會單位、鄉村社區的個人與家庭中的善意、友誼、同情心與社會接觸…<sup>6</sup>』。然而在此之後，社會資本一詞並未被廣為使用，直至1980年代末期主流學術圈才對此概念產生研究興趣。當代並未有被普遍接受的社會資本定義，不同學門在此概念上具有不同的定義取向(蔡必焜，2004)。本研究對社會資本理論的概念及內涵討論以社會取向為主，以下遂以1980年代末期至1990年初期的四位學者—Pierre Bourdieu、James Coleman、Robert Putnam及林南所提出的社會資本定義、內涵，及進一步提出的細部概念，勾勒出本研究社會資本的定義與要素。

#### 一、社會資本定義

##### (一) Bourdieu 的社會資本

Bourdieu 提出社會資本概念的初衷並非是單純探討社會資本的內涵，其研究主軸置於社會再製(social reproduction)的理論上，以「社會空間(social space)」及社會場域(social field)作為分析社會團體間不平等的工具。他以多面向「社會空間」來描述社會，而場域(field)即意味—在此空間中，行動者存在的位置之客觀關係所交織而成的網絡(network)，它可被想像成擁有物資生產者與消費者的競爭市場，行動者的目標即在累積自身「資本」以維護或提升在場域中的權力地位(孫智綺譯，2002)。Bourdieu 從階級(class)與網絡關係(networks of relationships)的角度來定義資本(capital)的概念，他認為資本具有經濟、文化、社會及象徵四種型態，其中社會資本指：真實或潛在資源的總和，這樣的資本與相互認識、認同的關係所形成制

<sup>6</sup>原文：「…that in life which tends to make these tangible substances count for most in the daily lives of a people, namely, goodwill, fellowship, mutual sympathy and social intercourse among a group of individuals and families who make up a social unit, the rural community…」。

度化程度不一的持續性網絡有關(Bourdieu, 1986: 243)，在概念中，社會資本可以與其它類型資本做為連結。

簡單來說，社會資本是由社會關係所構成、逐漸累積而形成的資源總和，社會關係則指稱個人或群體因有相對穩定，且一定程度上的制度化互動關係網絡所構成。對於網絡中的行動者來講，被其它網絡成員認可為網絡中的一員，就可以享有網絡中所存在或衍生的利益，然行動者的受益程度會因個體實踐能力的大小而有所區別；Bourdieu 指出社會資本的存量端視其有效動員網絡連結的幅度，及其能夠連結其它形式資本的多寡而定，社會資本亦非與生俱來或社會所賦予的，需要經過「投資」過程才能產生(Bourdieu, 1986: 249)。因社會資本為某種團體成員的產出，透過成員間不斷重複的交換相互認知與界定，以確認與再確認集體的資本以及每個成員對此資本的擁有權(即賦予成員信任)，當成員持續投資此一社會關係，將能維持與加強此一資本的效用(林祐聖&葉欣怡譯，2005)。在某種條件下社會資本可以轉換成經濟資本，或制度化為崇高的頭銜，亦可視為一種憑據(credential)以便提供所屬成員去使用，從中受益(Bourdieu, 1986: 243-49)。

而從 Bourdieu 的定義中，可看出社會資本具有幾個特點(劉少杰，2002: 222)：

- (1) 社會資本是一種可從中吸取資源的、持續性的社會網絡關係。
- (2) 社會資本是在特定的工作關係、群體關係和組織關係中存在的，需要透過組織中的制度來加強。
- (3) 當社會資本未被利用時，僅呈現靜態的網絡關係，只有被行動者加以啟動或利用時，才具有某種能量或資源。

總結 Bourdieu 的社會資本為一種存在一定制度化社群網絡關係中的資源，個人必須持續性地參與社群網絡，累積其他成員的信任程度才能加以使用，而資本的使用效果，會隨著個體驅動能力的大小而有所不同，社會資本亦可轉換成經濟資本或與其它形式資本連結。

## (二) Coleman 的社會資本

美國學者 Coleman 企圖將社會學和經濟學原理融入其理論框架中，他認為現代社會背景存在的假設是：所有的社會行為都導因於個人對於自我利益的追求，社會互動因此可以視為某種程度的交換，而整個社會就是各種尋利行為所組成的系統；在此假設下，要讓行動者相互合作是與利益相牴觸的，而「社會資本」可說是解決此困境的要法。因為社會資本並不是自利行動者基於理性計算、積極主動去創造的，而可能是其它行動的副產品 (by-product)，是一種不限於有權力者使用，而讓窮困與邊緣社群也一起受惠的資源(Coleman, 1988)。

Coleman 對於社會資本概念的陳述雖然較有系統性，但在定義上仍然非常廣泛。

他認為社會資本的界定「由其功能而來，它不是某種單獨的實體(single entity)，而是具有各種形式的不同實體(entities)。其共同的特徵有兩個：由構成社會結構的某些面向所組成；且能夠促進結構內行動者的特定行動。和其它形式的資本一樣，社會資本是生產性的，是否擁有社會資本，決定了人們是否可能實現某些既定目標。……為某種行動提供便利條件的特定社會資本，對其它行動可能無用，甚至有害。與其他形式的資本不同，社會資本存在於人際關係(relations)的結構中，它既不依附於獨立的個人，也不存在於物質生產的過程之中」(鄧方譯，1992)。從Coleman對社會資本的描述中可知，他認為社會資本是存在人際關係中各種不同的實體，不同樣態的社會資本針對不同的行動，可以與以行動者協助，並達成目標。

由於上述的定義涵蓋層面仍過於廣泛，他進一步去闡述六類會產生對個體有用的社會資本的社會關係 (Coleman, 1988；鄧方譯，1992)：

1. 義務、期望與信任(obligations, expectations, trustworthiness)：在相互協助的行為中，付出與接受的雙方間產生了義務與期望，然而這樣互惠性高的行為會考量到社會環境的可信任程度及義務承擔的範圍。重複這種社會關係即可累積出「信任」資本。
2. 訊息管道(information channels)：利用已經存在的社會關係可掌握必要的訊息，以作為行動的基礎。
3. 規範(norms)與有效的制裁(effective sanctions)：這一類社會資本常有外在社會支持予以強化，例如對犯罪人口的懲罰、獎賞大公無私的行為等。亦有部分內化於行動者心中，所衍生出的可預期行為就變成一種成員所共有的資源。
4. 權威關係(authority relations)<sup>7</sup>：行動者在某些社會構面上擁有某些控制權，當人們意識到解決共同性的問題需要相對應的社會資本，他們會在某些條件下將權威授予領導者。
5. 多功能社會組織(appropriable social organization)：由行動者自發建立的組織，組織目標多種且多變。
6. 有目的創建的組織(intentional organization)：行動者依特定目標創建的組織。

在Coleman的論點中，具有封閉性(closure)及穩定性的社會關係較容易製造且維持社會資本存續，意指團體成員間具有充分且密切的連結關係，以發揮團體規範的監督力量，且具有社會資本的社會應該有可靠的社會信任環境。

<sup>7</sup> Coleman(1992)《社會理論的基礎》一書中，社會資本的形式新增三種類型：權威關係(authority relations)、多功能社會組織(appropriable social organization)、有目的的組織(intentional organization)，但在論述中他亦認為此三種類型的特性可被歸類於前三種。



### (三) Putnam 的社會資本

Bourdieu與Coleman對於社會資本的概念研究立下基礎，而學者Putnam進一步將社會資本的概念運用到地區與國家層次的實證研究。Putnam在《Making Democracy Work》一書中針對義大利地方政府的治理效能進行研究，發現擁有較多社會資本的義大利中北部的地方政府表現比南方地方政府為佳<sup>8</sup>。接著，他將社會資本研究焦點轉到美國，他認為美國社會發展得欣欣向榮，其中社團生活是社會秩序穩定的重要關鍵，高度的市民參與使人們得以透過市民生活學會合作，形成民主社會的苗圃(黃克先&黃惠茹譯，2008)。

從上述研究可知，Putnam(1993：167)認為社會資本是人際間的水平連結，包含社會網絡、信任及相關規範，並且對社會的生產力具有貢獻，其定義為：「可促進合作行動，增進社會效率的社會組織內的特徵—信任(trust)、規範(norms)和網絡(networks)」，信任所指的是人際信任或社會信任，規範指的是互惠觀念(norms of reciprocity)，而網絡則是關注在自願性的民間團體，這些特性能夠促進彼此間相互利益的協調與合作，且對社會生產力具有貢獻。

稍後，Putnam(1996)對社會資本概念做了一些修正：「社會資本是社會生活的特徵—網絡(networks)、規範(norms)和信任(trust)—這使得參與者得以更有效率地一起行動，以追求共同的目標」，將重心從「社會」放到「參與者」，強調個體間的聯繫與網絡的重要性(引自曾鈺琦，2005)。Putnam認為公民所參與的網絡，例如：人民組織或合作社等，是社會資本的重要元素，人民在參與公民活動的過程中培養互惠規範，並懲罰違背者(蔡必焜，2004)。

綜上所述，Putnam清楚的指出社會資本係存在社會組織內，且可促進合作行動及增進社會效率，其特徵包含信任、規範與網絡聯繫。

### (四) 林南的社會資本

華人學者林南的研究從社會學及社會網絡的分析中出發，強調網絡地位與潛在資源的不同，以及聯繫強弱與網絡同、異質性、緊密程度不同等因素，將會影響團體中每個人接近與運作社會資本的情形(康瀚文，2005)。他給社會資本概念下了個簡單的註解：「**鑲嵌於社會結構裡，可被行動者透過有目的的行動加以接近與/或動員的資源**」，在此定義中包含了三個分析要素(林祐聖&葉欣怡譯，2005)：

1. 資源：潛藏於社會結構中的資源，如何變得珍貴以及如何分布在社會結構

<sup>8</sup>在研究中 Putnam 的社會資本測量的指標包含「參與合唱社團」這類「水平式」的結社組織、對於陌生人間持有較高的社會信任等，發現參與自願性社團的密集網絡，可透過彼此的信任與社會關係，而產生社會資本。義大利北部城市因市民熱衷參與社團活動，所以社會充滿合作互信的風氣；南方地區人們對於陌生人的不信任感較高，會轉向家人尋求支持，相對其社會組織本質上為「垂直式」，所以地方政府無論是在財政預算的協調，或者社會福利、工農改革等議題的推動，北部皆較南部地區來得順暢與穩定(Putnam, 1993)。



中，及資源的結構鑲嵌性。

2. 機會：行動者接近社會資源的可接近性。
3. 行動：行動者如何透過有目的性的互動與社會網絡，加以使用或運作社會資源。

而在這概念後所存在的前提即：「對於社會關係的投資，並期望藉此在經濟、政治、勞動或社群市場中獲得回報」，亦即個人或團體參與互動或者社會網絡是為了製造利益。

他認為社會資本是嵌於人際關係與社會網絡之中，經過社會關係所得來，但並非社會關係本身(林南，2007)。舉例來說：每個人都有社會關係或者都有朋友，先有社會網絡存續，這是社會資本定義中的前置條件，但更重要的是這樣的網絡關係中存在什麼樣的資源？林南在研究中發現，無論是上層社會或勞工階級的人，每星期接觸過的人數幾乎是沒有差別的，上層與勞工階級社會的社會資本是否就可視為相同，答案應很清楚為否定的，也因此社會關係和社會資本並非是對等。

在社會資本的投資中，建立社會關係以及選擇建立什麼樣的關係是重要的，然而社會關係的選擇乃是在一定的機會與結構的限制中進行，在結構的限制中，選擇的資源越豐富、越多元(diversity)則越佳，即謂社會關係的異質性(林南，2007)。林南進一步說明為什麼這種鑲嵌在社會網絡中的資本能增強工具性或是情感性行動的結果：(1)讓資訊(information)流動變得容易；讓網絡中所存的社會連帶能(2)影響(influence)重要決定者，扮演關鍵性決策推力；亦可能被視為(3)社會文憑(social credential)；最後這樣的關係則(4)被期待能強化(inforcement)認同與認知(林祐聖&葉欣怡譯，2005)。

## 二、社會資本概念討論

在了解上述四位學者對於社會資本的定義，在為本研究的社會資本下註解前，須整理概念性的問題。

首先，根據 Bourdieu 與 Coleman 的定義中提到社會網絡為社會資本的形式之一，Putnam 則認為社會網絡是社會資本的特徵之一，而林南則認為社會資本是經由社會網絡得來，但卻非社會關係本身。然究竟社會網絡可否等同社會資本，我們可以其所存在的層次來界定，社會資本是存在社會結構面的資源，甚至可說是一種社會結構的特色，而網絡則是連至個體自身；換句話說，我們沒有辦法去精準的陳述個人的社會資本有多少，因為社會資本不同於物質資本或人力資本，它並不存在於個人身上。但我們可從理論上推論，個人如果擁有比別人多或較好的網絡連結，則經驗到較多元的生活型態，也許進而擁有對其生活較有助益的外在資源。因此這可導出本研究對於社會資本的定義之一：**社會資本非指社會網絡本體，而是一種人際關係互動交流所累積的資源。**

其次，學者間對於社會關係或社會網絡必須具有封閉或密集的特質有不同的看法。Bourdieu 對於社會資本的討論由階級觀點出發，認為社會資本是統治階級維持、再製網絡（或者做團體來理解）統治地位的工具，故網絡內部的成員資格就必須依賴明確的界線來排除外來者，所以網絡的封閉性及內部關係的密集性就格外重要。Coleman 雖未有階級觀點假設，但亦認為具有封閉性的社會關係具有維持與增強社會資本的優勢。林南則認為這是不需要的，他基於 Granovetter 所提出的強、弱連帶(strong/weak ties)分析，將「橋(bridges)」及資源「鑲嵌」的概念，主張個體之間透過橋梁的連結相互獲得資訊，但其各自鑲嵌的資源卻是不對等的(林南，2007)，這裡頭加入了開放的觀念。原則上討論社會資本生產是否必須具備封閉抑或開放的網絡，在追求公平社會下的意義並不大，值得進一步去驗證的主題反倒為網絡的密集度對於社會資本的積累的效果，或是行動者如何藉由網絡的開放性而去取得額外資源。故此在本研究將是否封閉的定義去除，僅假定：**社會資本係存在社會結構中。**

### 三、小結

以上在檢視四位學者對社會資本的定義與概念闡述，將渠等對於社會資本的定義整理如表 2-1。參考學者對於社會資本概念的詮釋，本研究認為社會資本係：存在人際網絡中的資源，該資源透過人際網絡中的個體互動、交流而累積，且社會資本具有質與量的特質，網絡中存有信任、互惠的規範，行動者可透過交流從中獲取或提供他人各種資源，以完成某些行為或增進福祉。

表 2-1 社會資本定義

| 學者       | 社會資本定義  |
|----------|---|
| Bourdieu | 社會資本為一種存在一定制度化社群網絡關係中的資源，個人必須持續性地參與社群網絡，累積其他成員的信任程度才能加以使用 |
| Coleman  | 社會資本是存在人際關係中各種不同的實體，不同樣態的社會資本針對不同的行動，可予以行動者協助，並達成目標。      |
| Putnam   | 社會資本係存在社會組織內，且可促進合作行動及增進社會效率，其特徵包含信任、規範與網絡聯繫。             |
| 林南       | 社會資本嵌於人際關係與社會網絡之中，行動者透過與社會網絡互動，獲取網絡內的社會資源                 |

資料來源：作者自行整理



## 第二節 社會資本要素與測量

延續上一節對於社會資本定義及內涵的討論，本節進一步具體的探究社會資本的形式與要素，希冀能具體將此概念特質展現，且討論其測量方法及實際可測量的指標。

### 一、社會資本的形式與要素

社會資本的形式在研究中不同的學者著重於不同的出發點，其分類的方式亦不同。常被引用的分類形式主要有二：依社會資本的型態區分為認知與結構性，另外一種則依個體社會網絡的緊密程度、關係與功能性的不同，再細分為：黏著型(bonding)、橋接型(bridging)、連結型(linking)三種類型的社會資本。以下依序介紹。

#### (一) 認知性與結構性社會資本

有許多研究者在探討社會資本概念時，將其依社會資本的型態分為兩種形式(Eriksson et al., 2010；Harpham et.al., 2002)：

- (1) 認知性(cognitive)——屬較主觀且無形的概念，指成員間共享的規範、價值、信任、團結與互惠等相對較低具體性的因素；
- (2) 結構性(structural)——相對客觀且外表可觀察的，著重在連結與參與不同的網絡活動包括既定的角色、社會網絡和制度、規章等。

從上一節學者論述社會資本的概念時，雖然各家說法略有出入，但仍可找出共同的三要素：信任(trust)、互惠規範(norms of reciprocity)、社會網絡(social networks)，前兩者可歸類於認知性社會資本，網絡則歸類為結構性社會資本

#### 1. 認知性社會資本：

##### (1) 信任(trust)

信任是社會資本中最重要基礎之一。Coleman 談論信任概念時曾以醫病關係為例，傳統上病人將信任交與醫師，醫師則以醫療技術為其服務，但現今因病人對醫師的信任程度大幅下降，醫師放棄風險較高、但較無效率的治療行為，反而使得病人的醫療保險支出增加，讓整體醫療行為的效益下降(鄧方譯，1992：300)，且使得醫師免於受病患控訴的社會資本及使得患者能快速準確得到醫療服務的社會資本雙雙降低。

Putnam(1993：171)亦以存在於許多跨文化社會中的互助會機制作為例子，說明彼此的信任對於合作的貢獻，他並下了一個結論：「信任對於合作行為有潤滑的效果，社區信任程度越高，合作的可能性亦越大」。由此看來，

他視信任為合作行動中不可或缺的基础。與其有相近看法的 Fukuyama 亦強調信任此一美德對支撐現代社會運作的重要性，正可視為一種社會資本，他認為「所謂信任，是指一個社團之中，成員對彼此常態、誠實、合作行為的期待，基礎是社團成員共同擁有的規範，以及個體隸屬於該社團的角色」(李宛蓉譯，2004)。

綜合上述所表，作者以為「信任」之所以為社會資本的要素，它的功能在於催生社會資本的累積，也因此由信任的要素越厚實，可衍生出的社會資本也應更豐富與強韌，因此在提到社會資本的測量時，評估個體與個體、社區、社會間的信任程度，可為評估社會資本存量的依據。

## (2) 互惠規範(norms of reciprocity)

存在於生活中的人際關係，常伴隨著許多特定的規則或「社會規範」，社會規範包含社群(或網絡)成員所擁有的規則、價值觀及預期行為，多半這些規範都是不成文的且具備行為與情感面向，例如：我們應該幫助鄰居、為他人著想、在鄰里間必要守望相助等(黃克先&黃惠茹譯，2008：10-11)。

Putnam 認為即便行動者擁有高度的信任，但這並不代表會有較高的社交活動(Schuller et al., 2000)。因此他將關注的焦點從信任轉向互惠規範，他將互惠規範分為兩種，一種是平衡型(balanced)互惠，指得是同時發生的等價物品或等價行為交換；另一種是一般型(generalized)互惠，指當關係持續中，當下的付出可預期日後也會獲得同等的回報，這並不是「因為你比我有權利，我才為你做事」，而是「我知道我現在為你做某些事情，並了解未來在某地你將為我做其他事情」以為回報 (Putnam, 1993：172-183)。Putnam 認為後者更具意義價值，當立即性的回饋要求降低，即可使得社會的運作更具效率，將社區緊密連結並解決集體行動的問題。

檢視此兩項要素，雖然互惠規範不比信任來得讓人注目，但就如同Coleman研究社會資本的經典案例—紐約鑽石批發市場<sup>9</sup>來看，信任的產生源自於市場內的互惠規範基礎，彼此環環相扣。

## 2. 結構性社會資本：

社會網絡是一種由社會關係連接起來的社會結構模式，也可以解釋為人

---

<sup>9</sup>鑽石商人是由相互通婚比例較大、居住在布魯克林的相同社區中且去相同教堂的猶太人所組成，為一個非常緊密的社群。在他們交易過程中，幾十萬甚至數百萬美元的昂貴鑽石可以不經辦任何手續互相信任地交付，以便對方清點數目、檢查品質。透過家族、社區和宗教淵源所構成的緊密聯繫，提供了市場交易所必需的保證，如果該團體的任何成員以次等品冒充上等品或者把鑽石佔為己有，他將失去家族、宗教和社區的連帶(ties)。而這些紐帶中所蘊含的力量與保證，使得交易能夠在簡便的條件下完成。在缺乏這些紐帶的情況下，就需要鎮密且昂貴的保障機制來確保交易進行(Coleman, 1992：110)。



與人在不同類型的社會關係中，直接或間接地所連結成蜘蛛網狀的關係結構模式(瞿海源等，2009)。在某些情形下社區或組成其中一部分的網絡可以採用地域，或明確的形式來界定，但有時社會網絡的界線很難被界定，其組成的線條—人際關係—性質變異很大，網絡的特性則可經由他的密度及封閉性(closure)得到確定(黃克先&黃惠茹譯，2008：9)。前述討論社會資本內涵時已提到 Bourdieu、Coleman 強調社會網絡的封閉性對社會資本存續的影響，以及林南社會網絡間橋樑的概念。在此進一步將林南社會網絡的概念講得更完整。

林南認為在建構網絡的同時，會導因於多重的利益而將行動者連至不同的網絡位置，在網絡中的行動者是可以直接、間接地提供其它網絡內成員獲得資源的途徑(林祐聖&葉欣怡譯，2005)。而社會網絡同時存在著異質與同質性的概念，同質指得是特質接近，如同交朋友，依照慣性個體間的同質性較強，彼此間的認同感、整合度較高，同時也意味著彼此的資源相仿。相對的異質性高的網絡關係，在建立時所需的成本較高，但相對的因建構出的結構內涵資源較為豐富、多元(林南，2007)，故所得的資本額度亦較高。但無論是哪一類型的網絡，都與社會資本的累積有著密切關聯。

## (二) 黏著型、橋接型、連結型社會資本

前述提到網絡(networks)是社會資本所存在的場域，它可視為社會資本產出的平台，亦相當程度地被賦予工具性的角色。Gittel 與 Vidal(1998)進一步將社會資本區分為黏著性(Bonding)社會資本以及橋接性(Bridging)社會資本，而由網絡的角度看來，此兩類區分方式，亦呼應 Granovetter(1973)強、弱連帶(strong/weak ties)的分類(引自黃克先&黃惠茹譯，2008：18-20)。

### 1. 黏著型社會資本：

此類型資本具有內聚性(inward looking)，帶有排他性且屬於同質性團體，相對的關係結構的封閉性也較高(蔡必焜，2004)。它的特點是網絡成員之間存在著強連帶，且通常是屬於小型的網絡，這樣的連帶能夠強化共同的身分以及作為成員間互相協助、支持的功能來源，如家庭、好友或近鄰。

### 2. 橋接型社會資本：

具有外展性(outward looking)，網絡由分屬不同社會群體組成，聯繫不相似的個體，且彼此間異質性高，關係結構相對開放度高(蔡必焜，2004)。此型資本網絡中存在著弱連帶，將個人從不同的網絡連接在一起，從而成為訊息和資源的重要來源，如同事或社區社團等。

除了上述兩類水平式的分類外，垂直式—即不同層級的網絡關係亦受到關注，Woolcock 與 Narayan (2000)主張社會資本乃鑲嵌於網絡關係上，不僅可用以說明人際間之關係(水平連結)，亦可用以解釋如：個體、社群與政府組織之間，三者分屬

不同層面的連結(垂直連結)；他們運用連結性(Linking)社會資本的概念來描述個人或社群的網絡，如何與擁有非常不平等的權利或資源者(如政府組織)形成連結(引自黃克先&黃惠茹譯，2008)。

3. 連結性社會資本：其強調不同權力層次或社會地位的縱向聯繫，一座垂直嫁接的橋梁，連結不對稱的權力與資源，並能夠超越社區的層次，從正式制度中獲取資源、理念及資訊。例如：個人或社群如何與國家或政府組織建立連結以獲取所需資源(黃克先&黃惠茹譯，2008)。

有學者認為不同的社會資本型態會以不同的方式來影響個人的健康，由上述的討論，可以對社會資本有更具體的了解，也能夠協助我們去測量存於無形的社會資本概念。

## 二、社會資本的測量

比起其它的資本型態，如經濟或人力資本，社會資本在測量上較為抽象，由於社會資本理論的觀點本身仍存有分歧的看法，加上不同學門的研究者採相異的方式去測量社會資本，更加深了原本測量的困境(Schuller et al, 2000)。

### (一) 無法迴避的分析層次問題與測量原則

在上一節對於社會資本的內涵的探討，各家學者間的社會資本定義多有出入，且由於關注的研究面向不同，亦進一步影響社會資本測量上的不同。大致來說可分為兩派，其中一派為社會學家組成，將社會資本定義為廣義蘊含於個人社會關係中的資源；另一方派則由政治學家及發展理論家所組成，主張社會資本為一種解決集體行動或發展問題的資源，關注社會資本對整體社會所帶來的助益，而非達成個人利益的助益(王中天，2003)。因此社會資本也出現個人與社會兩種不同的分析層次。

王中天(2003)認為可以 Coleman 的功能取向社會定義來為這樣的不同提出解釋，由於 Coleman 的定義社會資本是一個變動的實體，為了要辨識出社會資本或證明它的存在，必須從結果面來觀察，以符合它「協助達成該社會結構中的某些行動」特徵，故換言之，只要能夠在人際互動中協助行動者達成某種目的，社會資本可能是任何實體的形式。所以不同的領域的研究者就會在此變動的實體上找尋與自己興趣相符合的主題，進一步選擇測量的構面來構成社會資本概念。

即便社會資本的測量所應涵括的面向迄今尚未有絕對的定論，但 OECD (2001：43)為社會資本的測量提供兩項原則參考：

- (1) 測量社會資本概念必須盡可能完整地測量所包含的關鍵要素，例如：信任是社會資本的重要元素之一，就必須完整的測量出這個要素；
- (2) 測量的內容應同時包含態度或主觀認知以及具體行為的層次，例如：自覺

信任他人的程度視為主觀上的認知，而參與社團活動即為具體行為。

由於社會資本的概念尚在不斷發展中，因此必須準確的抓住社會資本的主要元素，並盡可能的將本質抽出以利分析，而其在態度與行為上的測量，亦可助連結無形與具體指標，呈獻較清晰的社會資本現況。除此之外，Harpham 等(2002)則強調除了測量的內涵外，須注意相同的測量題目在不同的文化、社經環境脈絡(contexts)下，可能具有不同的意涵。

## (二) 研究中所使用的測量構面與指標

世界銀行(world bank)將信任與社會資本的理論應用於協助第三世界國家解決貧窮問題與經濟發展，研究人員整合各種社會資本研究發展出社會資本評估工具(Social Capital Assessment Tools, SCAT)—一套包含質化及量化的測量方法，超過 60 個問題，非常清楚的將認知性與結構性社會資本的內容加以區分。Harpham 等人(2002)進一步修訂此評估工具為 A-SCAT(The Adapted Social Capital Assessment Tool)測量問卷，在結構性社會資本有 7 道題目，而在認知性社會資本中則有 11 個題目，主要的問題內涵包括有：

- (1) 結構性社會資本—連結(connectedness)
  - (1) 組織參與(Participation in organizations)
  - (2) 機構聯繫(Institutional linkages)
  - (3) 參與一般集體活動的頻率(frequency of general collective action)
  - (4) 特殊的集體活動(specific collective action)
  - (5) 行使公民權的程度(degree of citizenship)
  - (6) 與有資源的團體聯繫，如地方政府或提供協助的團體(links to groups with resources, such as local government or aid agencies)
  - (7) 平行團體間的聯繫，如其他社區(links to parallel groups)
- (2) 認知性測量—互惠、分享、信任(reciprocity, sharing, trust)
  - (1) 一般社會支持(general social support)
  - (2) 情感支持(emotional support)
  - (3) 物質幫助(instrumental support)
  - (4) 資訊支援(informational support)
  - (5) 信任(trust)



- (6) 認同感(fellow feeling)
- (7) 互惠與合作(reciprocity and co-operation)
- (8) 社會和諧(social harmony)
- (9) 歸屬感(sense of belonging)
- (10) 主觀感受到的公平性 (perceived fairness)
- (11) 社會責任感，如在社區中是否會歸還失物(perceived social responsibility)

可看出此份問卷涵蓋的層面既廣也相對地將社會資本的概念清楚的呈現。

### 三、小結

綜合上述的文獻探討可知，有學者依抽象、具體性的不同，將社會資本區分為認知性與結構性社會資本，而亦有從網絡親疏的角度將社會資本分為黏著型、橋接型及連接型社會資本。本研究採用前者的分類法，將社會資本區分為認知性與結構性兩類，並參閱其它研究者在探討社會資本與健康關係的研究內容，將其測量社會資本的變項整理如表 2-2，發現仍可對應此兩大類來區分，並以三要素：信任、互惠規範及網絡為各測量變項的統合指標。本研究亦將以此分類架構作為研究中社會資本的歸類依據。

表 2-2 個人及群體層面社會資本

| 類別  | 測量指標 | 測量變項         | 研究學者   |
|-----|------|--------------|--|
| 認知型 | 信任   | 鄰里(地區)信任     | Veenstra(2000)、鄭惠玲、江東亮(2002)   |
|     |      | 社會信任         | Kawachi et. al (1997)、Pollack et. al (2004)  |
|     |      | 人際信任         | Hyypä & Mäki (2001)、鄭惠玲、江東亮(2002)  |
|     | 互惠規範 | 認知公平         | Kawachi et. al (1997)  |
|     |      | 認同感          | Veenstra(2000)   |
|     |      | 人際互惠         | 鄭惠玲、江東亮(2002)  |
|     |      | 幫助他人         | Pollack et. al (2004)、   |
| 結構型 | 社會網絡 | 公民參與<br>社會參與 | Veenstra(2000)、Hyypä & Mäki (2001)、鄭惠玲&江東亮(2002)   |
|     |      | 社團參與         | Veenstra(2000)、Kawachi et. al (1997)、Pollack et. al、(2004)、鄭惠玲、江東亮(2002)、王雅鈴(2009)、吳佳芸(2010) |

資料來源：作者自行整理

### 第三節 老人與健康

良好的健康是每個人所追求與重視的，對於老年人來說，健康狀況更是影響生活品質與生活滿意度的主要因素之一，維持健康也是在面臨老化過程以及老年生活中，他們所關心的重點。然究竟什麼才叫做「健康」？對於老人來說，健康的定義有什麼不同？如何去評估老人的健康狀態？又有那些因素會影響老人的健康？此皆為本節探討的內容。

#### 一、健康定義

對許多人來說，健康就等於沒有疾病、沒有失能、沒有受傷。不過根據世界衛生組織(WHO)的定義，**健康是：「一種在生理、心理及社會適應三方面全部維持良好的狀態，而非僅僅是指無疾病或者沒有身體虛弱而已」<sup>10</sup>**。學者Ewles與Simnett(1985)亦曾從不同層面的概念來探討健康定義，提出六個不同構面的健康，以為健康的整體概念(A holistic concept of health)：

- (1)身體的健康(Physical health)：指稱身體方面的功能健康；
- (2)心理的健康(Mental health)：意指有能力做清楚且有條理的思考；
- (3)情緒的健康(Emotional health)：指得是個體有能力認知情緒，並能表達自己的情緒，且能處理壓力、沮喪及焦慮等；
- (4)社會的健康(Social health)：意指有能力創造與維持與他人之間的關係；
- (5)精神的健康(Spiritual health)：指個人的行為信條或原則，及獲得內心的平靜；
- (6)社團或團體的健康(Societal health)：意指健康的生活圈，生活在健康的環境中；

這六個構面包含了個體不同層面的健康指標，也可以視為 WHO 所述健康定義的具體呈現。

然隨著全球人口高齡化，世界衛生組織在 1999 年探討一般大眾對老人迷思的文章中提到，健康是在生命過程中的累積狀態，其主要目標是在年老時可以充分享有其益處，而「為了維持老年時期的福祉與生活品質，對於老年人而言，持續活躍的貢獻於社會是重要元素<sup>11</sup>」。探究其文意，WHO這項說明點出老化(ageing)與健康(health)間的關係，認為老年的健康狀況須及早準備，因為它是一生的累積，

<sup>10</sup> 原文如下：As a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.

<sup>11</sup> 原文如下：Health is vital to maintain well-being and quality of life in older age, and is essential if older citizens are to continue making active contributions to society.

尤其強調健康對於老化及其與社會發展之相關性影響，強調良好的健康狀態是影響生活品質之重要因素，並隱含視老年有生產力的概念，認為老人仍可將過去累積的能力貢獻於社會。這也為老人健康的意涵注入積極的觀點。

那麼老年人又是如何看待自身的健康。劉淑娟(1995a、1995b)藉由一系列質化與量化的研究探討健康意義與觀念，找出對於台灣老年婦女來說，健康的意涵為何。研究發現，老年婦女的健康生活經驗，含有強烈的中國文化色彩，老年婦女常因文化中所賦予的使命或價值觀使其心理層面有所牽掛，進一步影響其健康狀態，例如：擔心兒女尚未婚配，心中抑鬱致病。在形容對於健康意義的認定時，受訪者常使用「陰陽調和」、「精氣神調和」、「圓滿」等關係來解釋，健康等於透過陰陽調和增進精氣神以達圓滿；包含身體活動功能良好、充滿力量、能量，沒有疾病不需就醫，對於生活充滿希望、信心，有能力掌控生活的變化、做好自己想做的事情，心情平和、沒有煩惱感到自由自在等內容。從研究結果可知，疾病雖然可能影響健康，但老人婦女對健康的意義的描述卻遠超過身體的疾病；如訪談對象中有一老人曾罹患癌症並接受手術與化學治療，但她自覺健康狀況良好，因為平時以調節生活、做運動、維持親友和諧關係等方式，讓自己的身體感覺很好。

另有研究者以質性方法探討移民美國的中國籍老人對健康的看法，結果發現受訪者認為身體沒有病痛、心情愉快、自立不依賴他人就是健康。在沒有病痛的觀念中強調，人老了必定有些慢性疾病，但受訪者認為，如果疾病控制得宜，不妨礙自主能力及生活，這就是健康(Chen, 1996)。

從上述的定義中可知，對於老人而言，健康並不代表排除疾病的可能性，相反的，由於許多疾病經由醫藥的進步獲得控制演變成慢性疾病，這些慢性疾病也已獲得老年者接受，成為老化過程中自己身體上轉變的一部分。健康更重要的是在各層面取得一種安適感，老人能夠在身體、心理上、社會與他人相處的層面上取得良好的安排與控制，以維持在年老生活中的生活水平。有了上述對於健康定義的了解，以下進一步討論有關健康的評估方式。

## 二、健康評估指標

從上述的討論可知，「健康」為一種統合式的概念，不僅在生理上非與疾病呈現相對的狀態，是一個同時具有多重面向與意涵概念的名詞，強調生理、心理、社會各層面的健康與和諧，且須與環境相互對應(Netuveli et.al, 2006)。故在評估個人的健康狀況時，針對不同層面亦有不同的評估方法。

### (一) 生理、身體活動評估

即便在健康系多層面的評估，但在一般針對老人健康狀態進行研究時，最直接且必定先了解的還是生理層面的健康狀態。許多調查研究中，評估老人生

理及身體活動健康狀況所使用的方法，會使用罹病率、日常生活活動能力(ADL)與工具性日常生活活動能力(IADL)量表。罹病率旨在了解老年者的罹病情況，包含是否罹患某些疾病、以及患病的嚴重程度，是否因疾病妨礙老人活動程度等，且通常輔以生活活動功能評估作為參考依據(陳惠真&王香蘋，2004)。

日常生活活動力量表則指個體為維持基本日常生活所需的自我照顧能力，一般以凱茲量表(Katz Index)與巴氏量表(Barthel Index)為常用評估工具。在臺灣老年人的相關研究上，巴氏量表被廣泛運用，其評估項目包含進食、個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣物、大小便控制功能等7項自我照顧能力，另外有移位、行走、上下樓梯等3項行動能力評估。而工具性日常生活活動能力則為評估比日常生活活動能力更高層次的生活獨立功能，以Lawton IADL 量表較常被使用，內容包含購物、煮飯、戶外交通、打電話、服藥、處理財務、做家事等項目(黃雅文&許維中，2013)。

## (二) 心理及認知層面評估

在心理及認知層面則針對老人常見心理問題及認知功能發展出各式評估量表。憂鬱是老人常見的心理疾病，同時對健康具有潛在破壞性，而測量憂鬱的量表種類很多，對於老人的憂鬱評估一般使用老人憂鬱量表(geriatric depression scale, GDS)以及流行病學研究中心憂鬱症量表(center for epidemiologic studies depression scale, CES-D)，而這兩種量表也分別發展出包含不同題數的短表可供使用(黃雅文&許維中，2013)。

而在認知功能的評估上，為了要了解老人對人、時、地的定向感、記憶力、注意力、語言能力、抽象建構能力、計算書寫能力等，簡易心智狀態測驗量表(MMSE)以及簡易心智狀態問卷(SPMSQ)都是常用的評估工具，配合受測者的教育程度訂立出標準分數，以表示受測者可能存在的認知功能障礙(黃雅文&許維中，2013)。

## (三) 社會健康評估

在社會健康方面，由於其屬於「多面向建構(multidimensional construct)」，無法以一份量表來完全評估，通常在評估時會因研究目的的不同，著重於社會支持、社會功能、社交焦慮等不同的標的(黃雅文&許維中，2013)。

## (四) 整體評估

而在整體評估上，由 Dr. John Ware, Jr.所發展出的健康狀態調查表(Short form 36, SF-36)常作為個人整體健康與功能的測量工具，由於其設計非針對特定年齡、疾病或治療結果比較，因此可用於老人健康的評估上，主要測量8個面向 (concept)，分別為身體生理功能 (physical functioning)、因生理功能角色受限 (role limitation due to physical problems)、身體疼痛 (bodily pain)、一般

健康 (general health)、活力 (vitality)、社會功能 (social functioning)、因情緒角色受限 (role limitation due to emotional problems)、心理健康 (mental health) 以及自評健康變化 (reported health transition) (曾旭民等, 2003), 台灣版的翻譯及信效度檢測亦已完成檢測。

除上述各項評估方法外, 另外尚有一個簡單且主觀評量的方式, 即老人自行評估自己的健康狀態。自評健康通常是以一項問題陳述來做評估, 問題的陈述方式如: 請問您覺得您的健康(身體)情形好不好? 或者是與同年齡的人比較起來如何? 又如自己的身體狀況比起一年前要好或不好等問項。自評健康來自於老人評斷其本身日常生活的行動能力、疾病症狀有無、多寡及嚴重與否等綜合評量, 雖然是主觀的評價, 卻經常比客觀的健康檢查或醫師診斷更能預測老人的死亡風險, 楊靜利(2002)使用我國老人追蹤調查資料, 也發現老人自評健康和死亡率有關, 可以預測老人的存活狀況。

而有學者認為, 這樣簡單的評估似乎包含許多客觀評估無法探及的健康內涵, 老人對於自己的健康狀況了解與綜合判斷, 反映個人健康狀態變化的軌跡(董和銳, 2005)。前述 WHO 對健康定義中的「良好狀態(well-being)」即為一種主觀上的覺察, 自我覺得平衡、和諧、有活力, 個人覺得滿足、美好的狀態(戴玉慈, 1999), 因此, 以自評健康來評估老人的健康狀態, 應也為一具代表性的指標。

### 三、影響老人健康之因素

世界衛生組織(WHO)指出健康狀況會受到許多個人與社會因素的共同影響, 其進一步將健康的決定因素歸類為個人特質與行為(the person's individual characteristics and behaviors)、社會經濟環境(the social and economic environment)、物理環境(physical environment)三種<sup>12</sup>。以下將實證研究中與老人健康差異有關的因素, 以上述三類型的區分加以歸納, 分述如下。

#### (一) 個人特質與行為

在個人特質中, 包含基因遺傳、年齡、性別、婚姻狀況等因素。遺傳基因在人的一生當中, 會影響個體罹患某些疾病的機率。而個體則會隨著年齡增長, 生理狀態逐漸衰老而影響健康狀況, 在老人自覺健康狀況的實證研究中也發現, 75 歲或以上的老人, 其健康狀況明顯較差; 在性別方面, 男性在自評健康為良好的比例也高於女性, 即便在控制年齡後, 結果仍然相同; 而婚姻狀況則已婚者的老人對於自覺健康狀況較佳的比例明顯偏高(陳肇男, 1999)。

#### (二) 社會經濟環境

<sup>12</sup>引自 WHO(2013), <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html>。



在此一分類中，個人的教育程度、收入及社會地位、工作狀態都會影響老人的健康狀態。教育程度較高、收入與社會地位較高的老人，健康狀態較好，落入健康狀態不佳的風險相對較低(WHO,2013)，在實證研究中同樣獲得證實(陳肇男，1999)。

### (三) 物理環境

物理環境所指稱的包含安全的飲水、乾淨的空氣、健全的工作場所、安全的居住環境(包含住家與社區環境)，另外在社會環境中所提供的健康服務，亦包含在內(WHO,2013)。研究發現，居住在城市的老人自覺健康狀況較佳的比例較高(陳肇男，1999；王雅鈴，2009)。

### 四、小結

在高齡化社會裡，健康與福祉被聯合國認定為老人的兩大迫切與普及的社會議題，而就實務面來說，老人的健康狀況越好，亦被認為能有效增進其生活品質與滿意度。從上述的文獻檢閱，我們已經知道對於老人來說，好的健康狀態在生理上的疾病排除已非絕對必要，反而是在心理與社會層面的健康達到安適感較為重要，其主觀上對自我健康的評價，則可凸顯高齡者即時的綜合評量，對於表現個人的健康狀況具有代表性。而影響健康的因素則非單一一種，則與老人個體的特質、社經環境、物理環境有著不可分的關係。

#### 第四節 老人社會資本和健康之關係



本節旨在說明社會資本與健康兩個概念中間的連結，及檢視過去相關的研究結果，以導出本研究的主要目的。

##### 一、社會資本與健康狀態的連結

Berkman等人(2000)曾建構一個從宏觀的總體社會環境結構到影響個人生、心理因子的階層式動態過程模型，用來詮釋社會網絡(social network)可能影響個人健康的概念。此架構中宏觀層面的結構包含文化、社經、政治與社會變遷等環境因素，這些因素的內涵型塑了社會網絡結構的大小、範圍、形式，以及網絡連結(ties)的特性，包含接觸的頻率、持續性、複雜性等。透過個體在這些社會網絡中的互動過程，社會網絡提供機會給予個人，以得到社會支持、發揮或接受社會影響、增進或限縮社會參與、與人接觸機會以及取得資源管道等各種社會心理機制。這些具相關性的機制則促使個人的健康行為、心理反應及生理作用改變，以影響個人的健康狀態(圖2-1)。

在這個架構之中，社會網絡係透過心理社會機制以及途徑去影響個人的健康，而從前述社會資本的概念探討，可知社會資本係存於人與人交流的社會網絡之中，甚而在進行社會資本的測量時，社會網絡亦為社會資本的構面之一。因此，由這個模型當中，可以較為清楚社會資本與個體健康確實存在某種關聯，也能夠去推斷，社會資本可能透過那些階段來影響個體的健康情況。



圖 2-1 連結社會網絡與健康之關係結構



|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p><b>文化：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-規範與價值</li> <li>-社會凝聚力</li> <li>-種族</li> <li>-性別主義</li> <li>-競爭/合作</li> </ul>            | <p><b>社會網絡結構：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-大小</li> <li>-範圍</li> <li>-緊密度</li> <li>-有界限性</li> <li>-鄰近</li> <li>-同質性</li> <li>-可及性</li> </ul>                  | <p><b>社會支持：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-工具性與財務性</li> <li>-資訊性</li> <li>-回饋與評價性</li> <li>-情緒性</li> </ul>                                    | <p><b>健康行為途徑：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-抽菸</li> <li>-喝酒</li> <li>-節食</li> <li>-運動</li> <li>-依賴藥物治療</li> <li>-尋求協助</li> </ul>  |
| <p><b>社經因素：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-生產關係</li> <li>-不平等</li> <li>-歧視</li> <li>-衝突</li> <li>-勞動市場結構</li> <li>-貧窮</li> </ul> | <p><b>網絡連結特性：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-面對面接觸頻率</li> <li>-非視覺接觸頻率</li> <li>-組織參與的頻率</li> <li>-連結的互惠性</li> <li>-多樣性</li> <li>-持續性</li> <li>-親密性</li> </ul> | <p><b>社會影響力：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-限制/促進健康為之影響力</li> <li>-尋求幫助/依附規範</li> <li>-同情壓力</li> <li>-社會比較歷程</li> </ul>                       | <p><b>心理途徑：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-自我效能感</li> <li>-自尊</li> <li>-調適作用</li> <li>-壓力/憂鬱</li> <li>-幸福感</li> </ul>              |
| <p><b>政治：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-法律</li> <li>-公共政策</li> <li>-政治自治/參與</li> <li>-政治文化</li> </ul>                           |   | <p><b>社會參與：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-體能/認知活動</li> <li>-增強社會角色意義</li> <li>-黏結/人際的依附</li> <li>-對孩子“管理”效果</li> <li>-對成人“準備老年”效果</li> </ul> | <p><b>生理途徑：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-HPA 軸反應</li> <li>-免疫系統功能</li> <li>-心臟血管反應</li> <li>-循環系統功能</li> <li>-傳染性疾病散播</li> </ul> |
| <p><b>社會變遷：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-都市化</li> <li>-戰爭/國內動亂</li> <li>-經濟蕭條</li> </ul>                                       |   | <p><b>人與人接觸：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-密切的人際接觸</li> <li>-親密接觸</li> </ul>   |   |
|   |   | <p><b>獲取資源/財貨途徑：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-工作/經濟機會</li> <li>-取得健康照顧</li> <li>-取得住屋</li> <li>-人力資本</li> <li>-引薦/制度接觸</li> </ul>           |   |

資料來源：Berkman et al.(2000)



## 二、社會資本與健康相關研究

在確立社會資本與老人健康之間的關係後，以下則進一步檢閱過去社會資本對健康影響的實證研究。

在過去的研究中指出，社會資本對於提升健康是具有顯著影響的。Kawachi 與 Kennedy (1997)提出由於社會所得不均程度上升，使得整體社會之社會資本減少，進而造成社會整體死亡率上升的說法。作者採用國家意見研究中心(National Opinion Research Center)的「社會一般調查(Social General Survey)」資料，調查資料橫跨五年(1986-1990年)，調查樣本來自39州，每州抽取196個樣本，共計7,654人。並藉由調查資料中平均每人參與自願性團體的數量及人際互信程度衡量社會資本。其中，除1986年研究結果顯示每人參與自願性團體的數量與死亡率間具有顯著的負相關外，其它年度中，與具有較多社會人際網絡、情感支持及來自他人協助的人相比之下，離群索居者的死亡率明顯高出二到三倍。

Kawachi 等人 (1997)進一步使用社會信任、是否缺乏幫忙以及公民參與作為社會資本指標，指出社會資本為所得不平等與族群健康關係之中介變項，認為貧富差距加大、降低社會凝聚與人際信任程度，亦即減少社會資本，造成族群健康惡化。研究者認為居住在社會資本較低地區之民眾，其自評健康狀況較差的機率較高，他們解釋這樣的現象發生，是由於社會資本的減少，會促使人和人之間的關係變得疏離，不僅造成健康相關訊息散播的障礙增加，亦使提升國民健康政策推行之困難度提升，或是有益於健康之活動學習更加不易(Kawachi et al., 1999)。

換句話說，當人際關係的凝聚力增加，社區居民的社會參與意願越高，間接促使社區中公共設施建設更趨健全，進而促使社區居民健康狀況提升，由此，更可確認社會資本對於健康確實存在顯著影響。然而，社會資本間存在著不平等，並非所有人都可以公平獲得，由於種族、性別、收入的不同，因此所獲得的社會資本存量也不同(Kawachi, 2000)。

Rose(2000)分析社會資本及人力資本對於個人自評健康狀況和心裡狀況影響，發現社會資本與人力資本二者都對健康存有顯著影響。Rose以「新俄羅斯變遷調查」(New Russia Barometer Survey)為研究資料。主要針對18歲以上成人採用面對面晤談法進行調查。研究範圍包括整個俄羅斯聯邦，研究主題則是人力資本和社會資本對自評身體健康及心理健康的影響。研究中的社會資本指標為參加自願性團體個數、上教堂與否、是否接受政府補助和家中共產黨員人數；人力資本指標則為性別、家戶所得、教育和年齡等。研究結果發現，社會資本和人力資本對受訪者心理和生理健康都有顯著影響。且社會資本對於健康影響力則大於人力資本。

Glaeser 等(2000)則將社會資本視為個人特徵變數，並利用計量模型驗證個人經濟行為，得到下列結論：個人人力資本投資和社會資本投資之間有正相關，意

即社會資本有助於人力資本的累積；個人一生的社會資本和年齡之關係呈拋物線，老年人的個人社會資本會隨年齡增加而減少。Pollack 等人(2004)則分析研究美國與德國 60 歲以上老人的社會資本與自評健康的關係，其研究以社會資本以人際互惠、公民信任、社會參與為測量標準。研究結果指出，不論是在美國或德國，人際互惠、公民信任、團體參與老人的自評健康皆有顯著相關，個人缺乏信任及互惠者情緒明顯較為憂鬱。

根據這些文獻的個體研究基礎，我國近幾年關於健康與社會資本之間的相關性研究也逐漸增加。鄭惠玲和江東亮(2002)針對台灣25歲至60歲成人進行社會資本與自述健康及生活快樂相關性研究，結果不但證實社會資本與自評健康的正向關係外，也進一步取得社會資本對自評快樂同樣具有正相關性。由此可知，社會資本增加不僅能提高健康存量，同時亦具有較高社會資本能過著較好生活品質的快樂生活。而蔡必焜(2004)探討20歲以上國民之個人社會資本與健康的關係，並以休閒參與為社會資本與健康相關性之中介因素，將個人社會資本分為家庭與社群兩種類型<sup>13</sup>。結果顯示，休閒活動的參與確實與社會資本有正相關性。且教育程度、家庭收入和年齡也和社會資本一樣能夠影響健康。

王雅鈴(2009)探討家庭結構、社會資本對於健康狀況與醫療資源使用之影響，吳佳芸(2010)研究社經地位、社會資本對健康及生活滿意度影響，這兩篇研究皆以社會信任<sup>14</sup>及社會參與作為社會資本測量指標，針對50歲以上中老年人為分析對象，結果皆指出，社會參與程度越高則社會信任和自評健康以及生活滿意度越增加；余青珊(2011)則進一步分析老人社會資本與自評健康的關係，並加入工具性及情感性社會支持來建構社會資本，結果亦顯示社會資本和自評健康有顯著的正相關。


### 三、小結

根據上述文獻探討，我們可確信社會資本與個人健康之間確實存在關係，且多半的研究結果皆顯示社會資本對個人的健康有著正向作用。但還是有部分的研究結論與之不同，Veenstra(2000)亦以個人層次分析社會資本、社經地位與自評健康的關係，並以鄰里信任、公民參與、認同、社團參與做為社會資本測量，研究結果顯示社會資本在不同年齡層未必皆與健康有關，僅在老年族群中發現，建構社會資本的部分變項，如與同事社交、參加宗教服務和參與俱樂部與老年健康有相關。

Kennelly等(2003)以社會參與和信任作為社會資本指標，針對OECD中19個國家三個不同時期的調查資料進行分析，結果顯示社會資本對人口健康的影響並不

<sup>13</sup> 在此家庭社會資本係指個人與其他家庭成員間的社會網絡與信任、互惠規範，包含「麻煩幫忙」、「情緒關懷」、「問題分擔」；社群資本則為個別家庭成員跨越家庭界限與他人形成的社會網絡與互信、互惠規範，包含「親戚關係」、「朋友關係」、「社團參與」。

<sup>14</sup> 這裡的社會信任使用憂鬱量表中「覺得寂寞」、「覺得身邊的人不要和你好」、「覺得很傷心」三項建構而成。



顯著，反倒是個人收入與政府健康支出比例與人口健康呈正相關。另外Snelgrove等(2009)於英國進行社會資本與自評健康的縱貫式研究，社會資本測量以信任與公民參與為主，結果顯示居住地區的社會信任與自評健康有顯著相關，社會信任越高則自評健康越良好；而公民參與部分卻無顯著相關(引自余青珊，2011)。

由此可知，即便社會資本對個人的健康可能有著正面的影響，但在研究中卻可能因為所擷取的社會資本內涵差異，或者因為不同國家文化背景下的影響，又或者對於不同年齡人口群在健康情況下的作用不同，而導致不同的研究結果。

## 第五節 文獻總結

從文獻回顧中可發現，社會資本的概念與內涵，是持續在發展中的，同時也意味著當概念要實際應用於實證研究上，需要更小心的去建構合適的測量指標。而國內目前在研究上對於社會資本的測量依據較為薄弱，且未有共通的研究問題，因此導致各研究在社會資本的測量指標略有出入，這可能也會影響研究結果的推論與闡釋。二則每個人所擁有的社會資本存量並不相同，且從文獻中可知每個人所擁有的社會網絡型態與大小，會影響其實際獲得社會資本的可近性，進而影響個人健康狀況，就如同年輕族群與老年人的健康狀態與其社會資本之間所存在的關係，亦可能不同。

由於研究者的關懷的對象為高齡者的健康狀態，在渠等健康狀態上的測量，採主觀性強烈的整體評估—自評健康，以及心理層面的健康程度為檢視目標，研究內容則關注在：

1. 不同社會人口變項的高齡者，在社會資本的擁有以及自評健康、心理健康的分布情形為何？
2. 社會資本、社會人口特質與高齡者健康狀態的關係為何。在控制會影響老人健康狀態之社會人口變項後，社會資本能否對老人的健康狀態造成影響？

前述文獻探討中，本研究將社會資本定義為「一種人際關係互動交流所累積的資源，存在具有互信、互惠規範的社會網絡中，網絡中行動者可透過交流關係，從中獲取或提供他人各種資源，以完成某些行為或增進福祉」，且以多種型態的實體存在於人際關係間。從概念探討以及其它實證研究中，選擇將社會資本以其存在的型態區分為認知性及結構性社會資本，認知性社會資本中的重要元素為信任及互惠概念；結構性社會資本則為社會網絡。在進入實證研究中，將對應至分析的資料中所有的題項，藉以建構社會資本概念，並由此評估高齡者的社會資本分布情況。而同樣影響老人健康的決定因素，如人口變項或社經變項等，則為研究中的控制變項。



### 第三章 研究方法

研究取向可分為量化與質化兩方面，決定採用何種研究方法非由研究者主觀決定，而需考量研究目的及問題的性質。本研究欲探討社會資本與老人健康狀態兩變項之間的相關性，有關此兩者的概念探究，前述已有相關的文獻資料及相關實證研究，故以研究時間上的限制及研究資料取得兩方面為考量，以量化取向為研究架構，並以次級資料分析為研究方法。本章依序介紹研究方法與資料來源，第二節則為研究架構及研究假設，第三節為研究中各變項操作化定義與測量，最後則為研究中所使用的統計分析方法。

#### 第一節 研究方法與分析資料來源

##### 一、研究方法—次級資料分析

次級資料分析(Secondary Data Analysis)指得是研究者運用現存、因其它目的所蒐集的資料，進行新的分析。主要應用在兩種研究目的：其一係將別人研究中所蒐集的資料，抽取使用在不同問題的分析和研究中；其二則為使用不同的分析方法處理同一資料，檢定是否能得出同樣的結論(袁方&林萬億，2002)。在實務上，次級分析所用的資料常是政府各統計部門所編制的統計資料或研究機構透過實地調查所建立的大型學術資料庫，例如：人口普查統計資料、行政院衛生署國民健康局國民健康訪問調查 (NHIS)等，透過資料數據的取得，針對研究主題進行實證探究。

當然在選擇使用數據資料前，必須對資料的來源有所了解，其中必須包含研究者所感興趣的研究主題訊息。在得到所需要的數據資料後，往往需要對資料進行整理以確實針對自己的研究主體進行分析，因此，首要處理的即為重新定義所要研究的變量，重新創造資料(re-creation of data)，在此同時亦可增加研究者對於資料的熟悉度；其次則以研究變量的描述統計來增加對資料的瞭解；再者，如只取資料中某一部分的樣本做為分析對象，則需考量樣本的代表性是否合適(袁方&林萬億，2002)。而為避免在使用資料時落入抄襲或利用他人作品等，觸犯研究倫理的準線，必須確認在使用資料時，自己的研究主題是否有與其它研究者重疊(簡春安&鄒平儀，2004)。

次級分析的主要優勢為「省時」、「省錢」、「省力」，研究者無須花費大量金錢與時間去進行資料蒐集、數據輸入等過程，可集中更多的時間、精力來分析資料；其次，資料庫的蒐集通常是奠基於隨機抽樣原則，因此具有將研究成果推論至整體社會的功能；而最重要的是，這些由政府機關或大型學術機構所建立的資料庫，通常包含多期調查（不論橫斷性或縱貫性），這使得次級資料分析亦合適進行比較



研究或趨勢研究。

然而其缺點則是在資料使用上的準確性及適用性問題(袁方、林萬億, 2002), 由於原始資料的題項設計以及發問方式, 可能與研究者所希望的方式不符, 或者針對所需測量的概念構面, 還需要更多問題以準確進行測量, 如此及容易產生研究資料的信度及效度問題。此外, 部分的資料可能會有取得困難或需要額外付費才可使用的問題, 或者當蒐集的資料遺漏值過多, 導致研究者在進行再次分析時無法有所解釋。

綜合上述, 即便次級資料分析方法在使用上有其所需注意的風險, 如研究者能夠基於自己的研究內容, 適當選取研究資料, 次級資料分析法能夠進行較大範圍與深度的研究, 仍為一種相當重要的研究方法。

## 二、研究資料來源

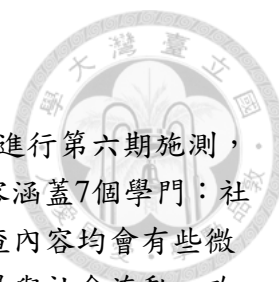
本研究透過文獻的檢閱, 按照研究所需包含的變項尋找合適的分析資料, 並在考量資料蒐集過程的嚴謹度、時間點的合適性, 選擇「臺灣社會變遷基本調查計畫」2010年第六期第一次: 綜合議題問卷為分析資料。本節根據《臺灣社會變遷基本調查計畫第六期第一次調查計畫執行報告》及其它文件, 以下依序說明該計畫的源起、問卷設計、抽樣方法及問卷調查過程。

### (一) 計畫緣起與簡介<sup>15</sup>

「臺灣社會變遷基本調查計畫」源起於1982年, 時任行政院國家科學委員會人文社會處華故處長嚴與當時該會研究員葉啟政教授主動邀請社會科學界規劃進行全臺地區社會變遷問卷調查, 由楊國樞、李亦園、文崇一諸教授和華故處長及葉啟政教授參與, 決定全力推動這項調查。於1983年, 由楊國樞教授擔任主持人, 李亦園、林憲、胡佛、徐佳士、袁頌西、張春興、黃光國、陳寬政和瞿海源等九位教授參與正式計劃的推動和執行, 研究經費由行政院國家科學委員會人文社會處所長期支助。而在規劃此項調查時, 即確定要將所蒐集的資料向外界, 尤其是學術界公開, 而每隔5年進行相同的調查, 為社會變遷的探討依據。該調查計畫的主要目標有五項(中研院, 1991):

1. 增進對社會、文化、政治現況之全盤性的客觀了解。
2. 定期持續進行, 積極掌握社會變遷方向。
3. 學術界可藉此項資料, 對各類重要的社會、文化及政治現象等從事深入分析, 進而建立理論。
4. 協助政府探悉民眾的實際狀況及所面臨的問題。

<sup>15</sup> 本節部分資料引自《台灣社會變遷調查資料庫》網頁內容。  
<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc/index.htm>。



## 5. 提供政府擬訂及修改政策的參考。

自1984年以來，該計畫已進行五期全台灣的抽樣調查，現正進行第六期施測，除第一期調查為2年外，每一期的調查計畫皆為期5年，調查內容涵蓋7個學門：社會、政治、心理、文化、教育、傳播與精神醫學。每一期的調查內容均會有些微變動，大抵包含台灣民眾對家庭、宗教、教育、休閒、社會階層與社會流動、政治文化、傳播、文化價值等各方面的認知調查，其中有4個固定的研究主題：綜合議題、家庭、社會階層、宗教，會於每間隔5年即重複同樣的調查(如表3-1)。

### (二) 問卷設計

臺灣社會變遷基本調查計畫的問卷題項設計，除廣邀相關領域的學者組成調查小組進行問題擬定外，自第二期調查起，即運用認知訪問(cognitive interview)<sup>16</sup>的方法，針對問卷初稿進行探討與修訂，其目的主要是讓研究人員可以透過受訪者對每一個題目的認知狀況，包括受訪者是否了解題目的意思，所了解的意思是否和研究者所設計的相符，有無誤解，對那一部分有誤解，何以會誤解，受訪者回答是否切合原設計的需要等等，做為修訂問卷題目的重要參考(瞿海源，2001)。

本研究所採「綜合議題」的問卷，其歷次問卷的內容，原則上維持一樣的題組，進行小幅度的修改與增補，惟於第五期規劃調查時，為能呈現台灣社會長期發展的重要指標，以及配合「國際社會調查計畫(International Social Survey Programme, ISSP)」調查的問卷題組<sup>17</sup>，將過去已經進行過四次訪問的兩份綜合問卷濃縮為一份(中研院，2006)，保留與前三次或前四次調查問卷中完全相同的題目，另外汰除及修訂信、效度過低的題目，且保留曾在第一期、第二期調查中曾採用且有意義的題目，並針對新的社會現象加入具體反映的社會指標。

而第六期第一次的綜合組問卷，原則上以五期一次的問卷為依據，進行小幅度修訂，經過四次的問卷討論會議以及預試結果，刪除金錢行為部分題目以及社團參與問題，在傳播行為題組則增加了網路使用及日常與熟識之人聯繫的媒介方式問題；在教育方面，則增加子女教養方式；宗教方面增加現代宗教活動行為及經驗的問題。研究面向包含：受訪者基本資料、教育狀況、宗教信仰、全球化工作成就與期望、經濟態度與金錢行為、宗教行為與態度、人際關係與溝通、教育價值與態度、家庭功能、道德觀念、生活感受、心理需求、心理健康、求醫行為、民主價值、政治行為、家庭結構及就業狀況等。

<sup>16</sup>認知訪問的方法引自芝加哥大學國家民意研究中心，該中心聘請認知心理學家，針對問卷題目的認知心理狀況進行研究，以有效改進問卷題目。在社會變遷基本調查計畫中，調查小組並未特別聘請認知心理學者參與，而是參照該方法的精神，由研究人員約請受訪者進行盡可能的追問與觀察，然後根據詳實的錄音記錄，加以分析研判，做成修改問卷的依據(引自瞿海源，2001)。

<sup>17</sup>台灣社會變遷基本調查於2001年加入國際社會調查計畫(International Social Survey Program, ISSP)，在第5期第1次的調查規劃中，為了將ISSP題組中的工作取向加入工作與生活問卷中，大幅修訂綜合議題問卷。

表3-1 「臺灣社會變遷基本調查計畫」歷期研究基本資訊

| 年度/期別            | 計畫主持人              | 歷次/年調查問卷別  |
|------------------|--------------------|--|
| 1984-1985<br>第一期 | 中研院民族學研究所<br>楊國樞教授 | 1. <b>綜合問卷、宗教、休閒、家庭</b>  |
| 1990-1994<br>第二期 | 中研院社會學研究所<br>瞿海源教授 | 1. <b>綜合問卷、宗教、休閒、家庭、</b><br>2. <b>心理衛生、家庭、教育</b><br>3. <b>政治文化、社會階層</b><br>4. <b>政治文化、大眾傳播</b><br>5. <b>宗教、文化價值</b>                                |
| 1995-1999<br>第三期 | 中研院社會學研究所<br>瞿海源教授 | 1. <b>綜合問卷、家庭、人際關係</b><br>2. <b>家庭、東亞比較調查</b><br>3. <b>社會網絡與社區、社會階層</b><br>4. <b>政治文化、社會階層</b><br>5. <b>宗教、文化價值</b>                                |
| 2000-2004<br>第四期 | 中研院社會學研究所<br>章英華教授 | 1. <b>綜合問卷、人際、休閒</b><br>2. <b>失業、社會問題、家庭</b><br>3. <b>性別、社會階層</b><br>4. <b>國家認同、大眾傳播</b><br>5. <b>宗教文化、公民權</b>                                     |
| 2005-2009<br>第五期 | 中研院社會學研究所<br>章英華教授 | 1. <b>綜合問卷、工作與生活、</b><br>附加專題： <b>東亞社會階層與社會流動研究</b><br>2. <b>公民與國家、家庭</b><br>3. <b>休閒生活、社會階層</b><br>4. <b>全球化與文化、大眾傳播</b><br>5. <b>宗教與文化、社會不平等</b> |
| 2010-2014<br>第六期 | 中研院社會學研究所<br>章英華教授 | 1. <b>綜合問卷、環境</b><br>2. <b>健康與醫療照顧、家庭</b><br>3. <b>性別、社會階層</b><br>4. <b>國家認同、風險社會</b><br>5. <b>宗教與文化、公民權</b>                                       |

整理自《台灣社會變遷調查資料庫》網頁



### (三) 抽樣方法

「綜合議題」問卷的正式調查，是以台灣地區具有國籍、年滿 18 歲以上的民眾為研究母體，並以台灣地區戶籍資料檔為抽樣名冊 (sampling frame)，利用分層等機率三階段抽樣法 (Stratified Three-Stage Probability Proportional to Size, PPS) 抽出受訪對象。

本計畫將台灣 358 個鄉鎮市<sup>18</sup>依據侯佩君等人(2008)《台灣鄉鎮市區類型之研究》的研究結果，將台灣地區各鄉鎮市依其發展特性—人口密度、教育程度、65 歲以上人口百分比、15-64 歲人口百分比、工業人口百分比、商業人口百分比，歸類為都會核心、工商市區、新興市鎮、傳統產業市鎮、低度發展鄉鎮、高齡化鄉鎮、偏遠鄉鎮等 7 個集群。因第 7 層級之人口數較少，基於調查行政便利性的考量，故合併至第 6 層級再將高齡化鄉鎮與偏遠鄉鎮合併為一類，共計 6 個層級(中研院，2011)。

再依內政部戶政司 2010 年 2 月底人口統計檔計算每一層級 18(含)歲以上的人口比例，依此人口比例計算出在各層級內所需抽取的鄉鎮市區數，依各層級人口數的多寡以等距抽樣方式抽出鄉鎮，此為第一階段；第二階段在中選的鄉鎮市區中依人口數多寡等距抽樣，系統性的抽取兩個村里；最後，第三階段自樣本村里中抽出受訪者。這種作法除了符合機率抽樣原則，使每一個人均有一個「不為零」的被抽中機會之外，也同時保障每一個人的中選機率相同。

全台共抽樣 168 個村里進行訪問，期望完成的訪問案量為 2,000 人，考量到拒訪率日益升高及其他訪問失敗的因素，在各分層抽樣時，乃先依據過往執行類似大型計劃各地區的完訪率，來計算每一分層的應膨脹樣本數的倍數，最後再依各層膨脹倍數抽出所需的樣本數。依照各鄉鎮膨脹係數介於 1.3 至 2.5 倍之間，共抽出 4,018 人為受訪者。而在正式調查前，進行面訪預試，依照上述的抽樣原則，期望完成的預試樣本為 150 人，參照臺灣社會變遷基本調查計畫第五期第三、四、五次調查計畫中每一分層之完訪率來估算膨脹係數(介於 1.5 至 3 倍之間)，共抽出 7 個村里 338 人。

而在抽出所有的受訪個案後，同樣以內政部戶政司 2010 年 2 月底人口統計資料進行樣本代表性檢定(goodness of fit)，分別以性別分組(卡方值=0.002，P=0.962)、年齡分組(卡方值=0.214，P=0.999)、性別與年齡分組(卡方值=6.172，P=0.862)加以檢定，結果顯示 P 值皆大於 0.05，受訪樣本與母體的分布是一致。樣本名單上每一位受訪者皆為必訪對象，除非第一次訪問即可確定無法訪問到受訪者(如死亡、遷移等)，否則每位受訪者必需經過至少三次的拜訪失敗才放棄(中研院，2011)。

<sup>18</sup> 在此研究中，未包含金門縣(3 鎮 3 鄉)及連江縣(4 鄉)，故全臺共計有 368 個鄉鎮市，扣除後為 358 個。



#### (四) 問卷調查過程

在問卷調查的過程中，如受訪者對於研究的目的認知與施測者一致，且可減低受訪者按社會性期待給予答案可提高外在效度；而問卷的問題明確、字句簡單、精簡等則可提高內在效度（簡春安&鄒平儀，2004）。「綜合議題」問卷在施測時，為增進問卷的效度，於進行實際訪查前，完成了 125 人的有效預試面訪，並據訪員面訪時所遇到的問題進行問卷修訂，再於訪查人員督導進行訓練時，在讓督導了解問卷設計的宗旨與問法後，再針對問卷字句進行修訂。

此外，在訪問前針對訪員及督導進行訓練，包含問卷設計的宗旨與面訪方式、訪問技巧，讓訪員皆可為問卷設計者的觸手，確實傳達研究問的目的，使得受訪者能夠回答有效的答案。而在蒐集資料期間，調查研究中心亦設立聯絡中心，以及時解決面訪過程中所遇到的問題，確保資料品質。

問卷回收後，使用電腦輔助面訪調查 (Computer Assisted Personal Interviewing, CAPI) 系統鍵入資料，並進行事實與邏輯勘誤，針對不應出現的數字代碼進行補正，也就題目及答案間的邏輯關係加以檢驗、訂正答案以及追問缺漏項目。而針對成功受訪樣本亦進行複查，若受訪者留有電話號碼，則抽取有電話成功份數的百分之三十，計畫助理以電話複查；若受訪者未留電話號碼，則無電話成功份數採百分之百督導進行實地複查。

最後的訪問結果，在樣本群 4,018 人中有 175 人因為居住家中、死亡、服刑、不知去向等因素歸為非合格受訪者，另有 1,948 人因為拒訪、不知所蹤等因素無法完成訪查，最後計有效樣本有 1,895 位 19 歲以上之中華民國國民，男性有 975 位，女性則有 920 位，完訪率為 49%<sup>19</sup>。由於本文的研究對象設定為 65 歲以上的老年人，故實際研究樣本數為 258 人，男性有 126 人，女性有 132 人。

---

<sup>19</sup> 此數值係有效樣本數/(總樣本數-非合格受訪者)求得之數值。

## 第二節 研究架構及研究假設

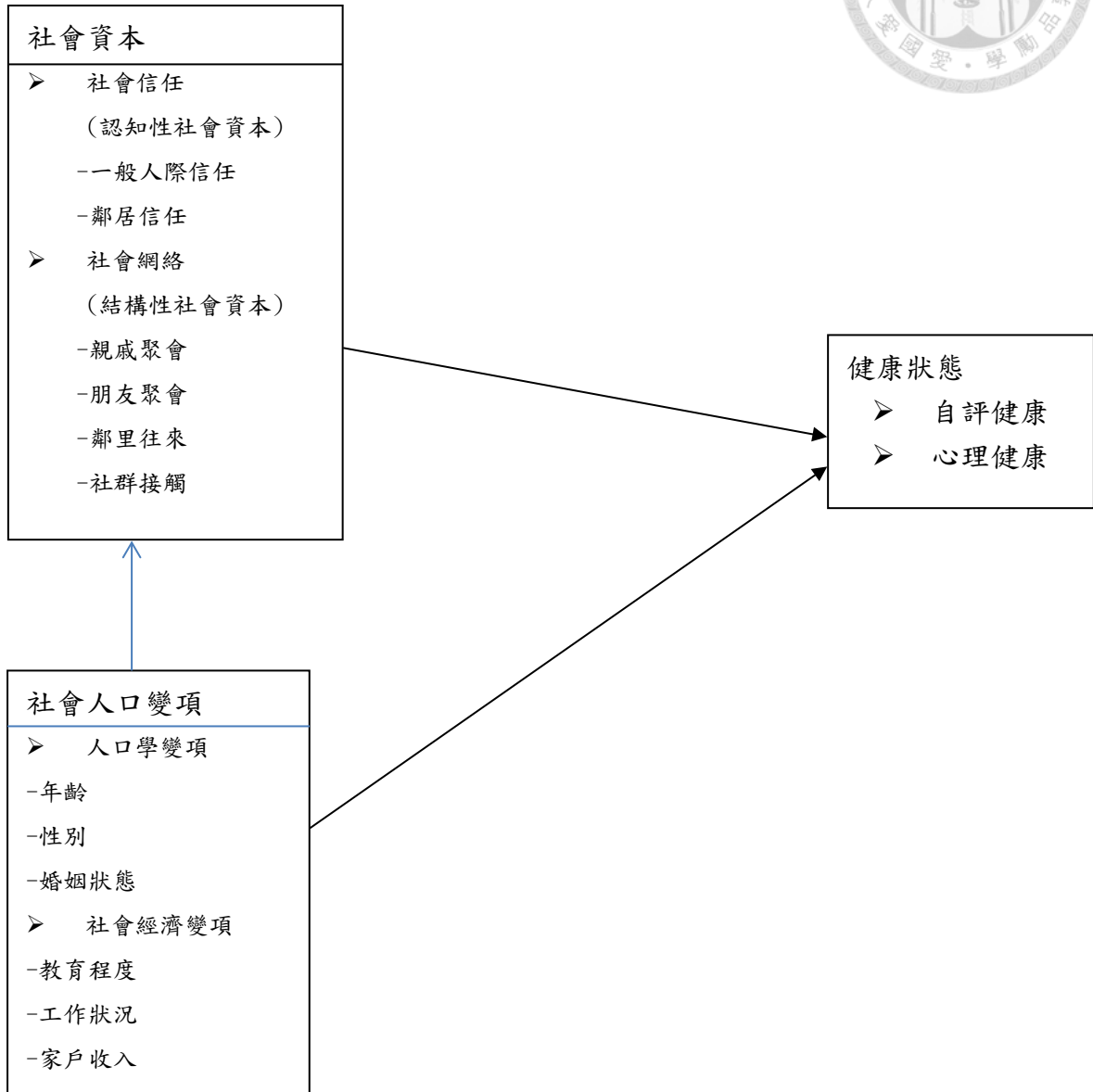
自我國邁入老化國家之列後，由於老人照顧壓力的升高，引起對於老人健康問題的重視。除了失能者的照顧外，在積極層面促進與改善老人健康則為老人照顧中重要的一環。由影響老人健康的因子中著手，藉以增進老人健康是研究者亟欲探求的問題，在本文第二章探討影響老人的健康因素中，提到許多個人特質、社會經濟狀態或者是所居住的環境都可能影響健康的變化，但這些因素相對於社會資本，身為一個助人者無法著力太多，例如：老人的性別是固定的，社經地位多為過去一生的累積。而社會資本存於個人的社會網絡之中，是可以投資的角度去加以創造積累的，因此，如能夠確認社會資本對老人健康狀態的影響，那麼即可進一步增進老人健康福祉。以下基此提出研究架構及相關研究問題與假設。

### 一、研究架構

本研究主要目的為分析社會資本對高齡者健康狀態的影響。依據相關研究文獻探討與檢閱，提出研究的架構圖(圖 3-1)。在健康狀態部分，以主觀性強且足以代表老人整體健康狀況的自評健康，以及心理認知層面的心理健康作為依變項。自變項為社會資本，以社會信任及社會網絡為其建構內涵。而由於社會人口學變項為影響個人健康的重要因子，所以在研究社會資本與健康狀態之間的關係時，應加以考量。本研究社會人口學變項以資料庫中可獲取之資料為主，並為研究中的控制變項。



圖 3-1 研究架構圖





## 二、研究問題與假設

### (一) 研究問題

本研究的主要目的是希望了解高齡者所擁有社會資本的分布狀況，且分析社會資本對老人自評健康與心理健康的影響，並探討不同型態社會資本與老人健康狀態之間是否有不同的關係。因此本研究主要的研究問題如下：

1. 不同社會人口變項的高齡者，在社會資本與健康狀態的分布情形如何？
2. 社會資本、社會人口特質與高齡者健康狀態的關係為何。在控制會影響老人健康狀態之社會人口變項後，社會資本能否對老人的健康狀態造成影響？

### (二) 研究假設

本研究假設高齡者的社會人口特質及社會資本均會影響老人的自評健康與心理健康。將社會資本分為認知性及結構性兩類，認知性社會資本以社會信任為測量標的，包含一般人際信任的程度、對鄰居信任的程度，結構性社會資本以社會網絡為測量標的，以親戚聚會、朋友聚會、鄰里往來及一般社群接觸的程度為評估內容。在社會人口變項部分，分為個人內在條件的人口學變項，包含年齡、性別及婚姻狀況，外在條件則有教育程度、工作狀況、家戶收入等社經條件。相關假設如下：

假設一：高齡者的社會人口特質能有效預測老人的健康狀態

- 1-1：在控制其他條件下，年齡越輕的老人自評健康好的傾向較高，心理健康好的傾向較高。
- 1-2：在控制其他條件下，男性老人自評健康好的傾向較高，心理健康好的傾向較高。
- 1-3：在控制其他條件下，有配偶的老人自評健康好的傾向較高，心理健康好的傾向較高。
- 1-4：在控制其他條件下，教育程度越高的老人自評健康好的傾向較高，心理健康好的傾向較高。
- 1-5：在控制其他條件下，有工作的老人自評健康好的傾向較高，心理健康好的傾向較高。
- 1-6：在控制其他條件下，家戶收入越高的老人自評健康好的傾向較高，心理健康好的傾向較高。



假設二：高齡者的社會資本能有效預測其健康狀態

2-1：在控制其他條件下，老人的社會信任程度越高，其自評健康好的傾向較高

2-2：在控制其他條件下，老人的社會網絡連結越多，其自評健康好的傾向較高。

2-3：在控制其他條件下，老人的社會信任程度越高，其心理健康好的傾向較高。

2-4：在控制其他條件下，老人的社會網絡連結越多，其心理健康較好的傾向較高。



### 第三節 變項操作化定義與測量



本研究之依變項為自評健康與心理健康，自變項為性別與社會資本，其它相關之社會人口變項包含年齡、性別、婚姻狀態、教育程度、工作狀況及家戶收入，並為控制變項，各項定義與測量如下：

#### 一、依變項

##### (一) 自評健康

前述討論健康定義及測量方法時，認為健康的評估不只是免於疾病與衰弱的狀態，而更應該由個體有意識的認知自我健康狀況，故以自評健康為指標項目，以「請問您最近兩個星期以來，身體好不好？」一題為測量題項。在原始問卷設計中，此題依受訪者編號單、雙號不同，回答的選項分別設計為「五點平衡量尺」及「四點量尺」，共同的回答選項有「很好」、「還算好」、「不太好」、「很不好」，五點平衡量尺則增加中間選項「沒什麼好不好」。由於選擇中間選項者少且為求統計上的使用，將五點量表及四點量表改錄為二點量表，將回答「很好」、「還算好」、「沒什麼好不好」者重新編碼為自評健康「好」為1，回答「不太好」、「很不好」者合併為自評健康「不好」為0。

##### (二) 心理健康

在本研究問卷中有一包括12子題測量心理健康的題組，其內容係參考The Symptom Checklist-90-Resvised (SCL-90-R)量表後選取有關身體困擾及情緒困擾的題目各5題(周玉慧&朱瑞玲，2008)。身體上的症狀表現包含：是否(1)覺得頭痛或頭部緊緊的、(2)會心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病、(3)感到胸部緊緊的，很不舒服、(4)覺得手腳發抖或發麻、(5)覺得睡不好等問項；情緒上的症狀表現包括：是否(6)覺得許多事情是個負擔、(7)覺得對自己失去信心、(8)覺得生活毫無希望、(9)覺得緊張不安，無法放鬆、以及(10)覺得和家人或親友會令我擔憂等問項；以四點量表測量受訪者最近兩星期以來，其個人所知覺到的、自己在身心症狀上的狀況表現，作為一組測量憂鬱症狀的量表(吳齊殷，2007)。

除上述的10個問項外，另外在最後增加2題反向題：是否(11)覺得和家人、親友相處得來？以及(12)感到未來充滿希望？以測試答題者是否有固定的回答模式。分別將10題及12題分數加總後發現，心理健康的分數分佈未有太大差異，且第11及12子題的遺漏值較多，故本研究針對高齡者心理健康評估變項，採問卷中前10項子題，組成的心理健康量表，將10題分數加總為心理健康分數，分數介於0至30分，分數越高表示在心理層面的壓力越大，憂鬱傾向越高，在心理層面也越不健康。



表 3-2 健康狀態操作型定義及編碼

| 變項<br>名稱 | 操作型定義   | 編碼  |
|----------|---|---|
| 自評<br>健康 | <u>請問您最近兩個星期以來，身體好不好？</u>   | 分為兩類：<br>0.不好；1.好。  |
| 心理<br>健康 | <p>題目：「請問您最近兩星期以來會不會有下列情形」</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.覺得頭痛或是頭部緊緊的？</li> <li>2.覺得心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病？</li> <li>3.覺得胸部緊緊的，很不舒服？</li> <li>4.覺得手腳發抖或發麻？</li> <li>5.覺得睡不好？</li> <li>6.覺得許多事情對您來說是個負擔？</li> <li>7.覺得對自己失去信心？</li> <li>8.覺得生活毫無希望？</li> <li>9.覺得緊張不安，無法放輕鬆？</li> <li>10.覺得家人或親友會令您擔憂？</li> </ol> | <p>將每一題的回答計分為：</p> <p>0.一點也不；</p> <p>1.和平時差不多；</p> <p>2.比平時還覺得；</p> <p>3.比平時更覺得；</p> <p>將 10 題分數合計，分數越高表示憂鬱分數越高，心理健康越差。</p> |



## 二、自變項

本研究依文獻探討的結果將社會資本分為認知性與結構性社會資本，另參酌分析資料中的題項，在認知性社會資本中以社會信任為測量指標，結構性之測量指標則為社會網絡，相關測量問題與指標整理如表 3-3。

### (一) 認知性社會資本：社會信任

學者張苙雲(1997)使用臺灣社會變遷調查資料庫來探討台灣社會的信任與不信任變遷趨勢時，認為個體的信任圈應從親人、鄰居擴展到一般人，因此，人際信任的分析的資料來自三個題目：「在現代社會裡，最值得信賴的還是親人」、「為了避免麻煩，鄰居之間還是少來往為妙」、「人與人之間再也沒有可靠而值得信任的關係了」。

而鄭惠玲、江東亮(2002)在以社會信任作為社會資本構面之一，以「有些人認為社會上大多數人都可以信任，有些人認為對人來是小心一點比較好」一題來測量人際信任，「您會不會覺得現在社會很亂，連鄰居都不太能信任」一題作為鄰居信任，「您認為社會上一般人通常都願意幫助別人，還是多半只管自己的事情」則作為人際互惠程度的依據，三題合計為社會信任的分數。

在參照前述研究及本次研究問卷題項後，在社會信任上以老人的人際信認為測量標準，自「以下是關於平時生活的想法或感受，請問您贊不贊成下列的說法？」一大題中擇 2 題：「人與人之間已經沒有可靠而值得信任的關係了」為一般人際關係，另一題「為了避免麻煩，鄰居間還是少來往為妙」為鄰居信任關係，由於在問卷題項中，未含與親人信任相關的題目，故由人際關係與鄰居信任關係代表老人的社會信任程度。

將原卷 9 個回答選項重新過錄為「不信任」及「信任」，回答「非常贊成」、「贊成」、「還算贊成」、「無意見」、「不瞭解題意」以及「不願意回答」者為「不信任」得 0 分，回答「有點不贊成」、「不贊成」、「非常不贊成」者為「信任」得 1 分。將 2 題得分加總，社會信任指標為 0 至 2 分，當分數越高表示樣本的社會信任程度越佳。

### (二) 結構性社會資本：社會網絡

在社會資本預測自覺健康的研究中，社會網絡是較有影響力的變項 (Sirven, 2006)，本研究為探索老人在家人以外的社會關係，在此，社會網絡僅以親戚、朋友、鄰里關係以及一般社群接觸構成。

#### 1. 親戚聚會

測量老人與親戚互動的頻率，將六個回答選項重新分為兩組，回答「沒



有」者編碼為 0 分為「沒有互動」，「很少」、「兩三個月一次」、「一個月一至三次」、「一個禮拜一次」、「一個禮拜兩次以上」者為 1 分，定義為「有互動」。

## 2. 朋友聚會

測量老人與朋友聚會的頻率，將六個回答選項重新分為兩組，回答「沒有」者編碼為 0 分為「沒有互動」，「很少」、「兩三個月一次」、「一個月一至三次」、「一個禮拜一次」、「一個禮拜兩次以上」者為 1 分，定義為「有互動」。

## 3. 鄰里往來

為老人與鄰里互動關係，將 5 個回答選項重新分為兩組，回答「沒有」者為 0 分定義為「沒有互動」，回答「很多」、「多」、「有一些」或「很少」者可得 1 分為「有互動」。

## 4. 社群接觸

主要測量老人與社會接觸的網絡大小以及質量，以「您平常一天裡面，從早到晚總共大概跟多少人接觸？(包括點頭、打招呼、講話、打電話、寫信、透過電腦網路，對方是認識或不認識的都算)」以及(承上一題)「這些人裡面大概有多少是您認識的？」這兩題來重新計算樣本的社會接觸程度。

「您平常一天裡面，從早到晚總共大概跟多少人接觸？」顯示出高齡者與社群接觸的「量」的概念。將回答的選項以每 10 人為一區間，輔以問卷訪查的結果，回答「0-4 人」、「5-9 人」者得 1 分，「10-19 人」者得 2 分，「20-49 人」、「50-99 人」、「100 人以上」者得 3 分，而回答「不知道」者視為遺漏值為 0。而「這些人裡面大概有多少是您認識的？」一題則將上一題與人的接觸結果，再進一步給予「質」的概念。將五個回答選項分為「幾乎都認識」、「大部分認識」者得 3 分，「大概一半一半」者得 2 分、「大部分不認識」者為 1 分，「幾乎都不認識」者為 0 分。

將兩題之得分相乘，即可得樣本實際社會接觸質量。本指標得分區間落在 0 至 9 分。

將上述 4 題分數相加，即得老人社會網絡連結程度，此變項之分數區間落在 0-12 分之間，分數越高表示樣本的社會網絡關係越佳。



表 3-3 社會資本操作型定義及編碼

| 變項<br>名稱 | 操作型定義  |  | 編碼              |
|----------|--------|--|-----------------|
| 認知性      | 一般人際信任 | 人與人之間已經沒有可靠而值得信任的關係了。  | 0.不信任<br>1.信任   |
|          | 鄰居信任   | 為了避免麻煩，鄰居間還是少來往為妙。   | 0.不信任<br>1.信任   |
|          | 社會信任   | 上述兩項分數加計。分數越高信任程度越高。   | 0 至 2 分         |
| 結構性      | 親戚聚會   | 過去一年內，您和您的親戚有沒有機會聚在一起？大約多久一次？  | 0.沒有互動<br>1.有互動 |
|          | 朋友聚會   | 過去一年內，您和朋友有沒有常常聚會？   | 0.沒有互動<br>1.有互動 |
|          | 鄰里來往   | 您有多少熟識鄰居，彼此會到對方家裡坐坐聊聊  | 0.沒有互動<br>1.有互動 |
|          | 社群接觸   | 1.您平常一天裡面，從早到晚總共大概跟多少人接觸？(包括點頭、打招呼、講話、打電話、寫信、透過電腦網路，對方是認識或不認識的都算)<br>2.(承上題)這些人裡面大概有多少是您認識的？ | 0 至 9 分         |
|          | 社會網絡   | 將黏著型與橋接型社會資本分數加計。<br>分數越高代表社會網絡連結越好。   | 0-12 分          |



### 三、控制變項

依前述的文獻回顧將影響健康及社會資本的因素，對照本研究樣本可獲取的資料，將個人內在因素年齡、性別、婚姻狀態以及外在因素教育程度、收入及工作有無作為本研究中的控制變項。

#### (一) 年齡

本研究依老人福利法定義以年滿 65 歲以上為老人，進一步再分為三組：青老年 65 至 74 歲為 1、中老年 75 至 84 歲為 2，及老老年 85 歲以上為 3。

#### (二) 性別

在研究中將女性編碼為 1，男性編碼為 2，在進行推論統計時以女性為對照組。

#### (三) 婚姻狀態

在問卷中有兩題與婚姻狀態相關的題目，一題為「您結婚了嗎？」選擇未婚者有 2 位，其他 256 位均為已婚，已婚者繼續回答「您目前是否與配偶同住」，回答「與配偶同住者」有 176 位，其他則有 80 位分別因「離婚」、「分居」、「喪偶」、「因工作關係分住兩地，不常同住」未有配偶與之同住。由於婚姻對老人的影響效力來自配偶的支持，故本研究將婚姻狀態定義為老人有無配偶同居，將樣本中「未婚」、「離婚」、「分居」、「喪偶」、「因工作關係分住兩地，不常同住」或「因其他緣故，夫妻兩地住」者均歸為「無伴侶」為 1，已婚且與配偶同住者歸為「有伴侶」為 2。

#### (四) 教育程度

將問卷中的教育程度一題依我國學制分為 4 個層級：「不識字」為 1；合併自修及小學選項為「國小(含)以下」<sup>20</sup>，為 2；合併國(初)中、初職為「國中程度」為 3；「高中(職)程度」<sup>21</sup>及「大學(專)程度(含)以上」<sup>22</sup>為 4。

#### (五) 工作狀況

由於我國 65 歲以上老人仍繼續工作的比例不高，故將此項分為「現在仍有工作」、「現在沒有工作或退休」、「從未有工作」三類。以「請問您現在在哪裡工作？為誰工作？」一題為分析資料，回答選項有：「為自己工作」、「為機構或別人工作」、「為家裡工作」、「目前沒有工作」、「退休」、「家庭主婦」、及

<sup>20</sup> 本題項有一回答者為其他：日本教育三年，併計入國小以下程度。

<sup>21</sup> 合併高中、綜合高中、高職、士官學校、二、三、五專、軍警專修班、軍警專科班、空中行(商)專。

<sup>22</sup> 合併空中大學、軍警官學校/大學、技術學院、科大、大學、碩、博士。

「學生」。

回答中無人選擇「學生」一項，而選擇「目前沒有工作」及「家庭主婦」兩項者，續答「您以前有沒有工作？」一題，將回答「沒有」者歸類為「從未有工作」為1，回答以前「有」工作者，與現在已「退休」者合併歸類為「現在沒有工作或退休」為2，最後「為自己工作」、「為機構或別人工作」、「為家裡工作」者定義為「現在仍有工作」為3，

#### (六) 家戶收入

以「包括各種收入來源,您全家人的所有收入,每個月大約多少元?」為計算基礎,按原始資料次數分配的結果,以月收入4萬元為切點,分為0-4萬以下、4-8萬以下、8-12萬以下、12-16萬以下、16萬以上等5級。而拒答、不方便回答及忘記了則歸為遺漏值。





表 3-4 社會人口變項操作型定義及編碼

| 變項名稱 | 操作型定義   | 編碼  |
|------|---|---|
| 年齡   | 以受訪對象於 2010 年調查時回答的年齡。  | 1.65-74 歲青老年<br>2.75-84 歲中老年<br>3.85 歲以上老老年                     |
| 性別   | 受訪者性別。  | 1.女性<br>2.男性  |
| 婚姻狀態 | 婚姻狀態定義為老人有無伴侶同居：<br>「未婚」、「離婚」、「分居」、「喪偶」、「因工作關係分住兩地，不常同住」或「因其他緣故，夫妻兩地住」者均歸為「無伴侶」；「已婚且與配偶同住者」歸為「有伴侶」。 | 1.無伴侶<br>2.有伴侶  |
| 教育程度 | 依我國學制分為 4 個層級。  | 1.不識字<br>2.國小(含)以下<br>3.國中程度<br>4.高中(職)程度以上                     |
| 工作狀況 | 合併「請問您現在在哪裡工作？為誰工作？」以及「您以前有沒有工作？」兩題的回答，重新分為三類。  | 1. 從未有工作<br>2. 已退休、現在沒有工作<br>3. 現在仍有工作                          |
| 家戶收入 | 包括各種收入來源,您全家人的所有收入,每個月大約多少元?  | 1.0-4 萬以下<br>2.4-8 萬以下<br>3.8-12 萬以下<br>4.12-16 萬以下<br>5.16 萬以上 |

#### 第四節 資料分析與方法

本研究資料經轉換後，以 IBM SPSS 20.0 中文視窗版的社會統計套裝軟體為資料分析工具，根據研究主題、問題性質以及變項的測量尺度，選用合適的統計方法進行分析。主要分析方法說明如下：



##### 一、描述性統計

以次數分配、百分比、平均數及標準差等統計值，針單一變項分析，描述樣本的社會人口變項、社會資本與健康狀態等變項的分佈狀況。

##### 二、推論統計

###### (一) 雙變項分析(bivariate analysis)

在本研究的假設中，很重要的部分是在了解自評健康、心理健康、社會人口變項、社會信任及社會網絡變項彼此之間的關係。而上述變項分別屬於類別及連續變項，故利用卡方檢定、獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析，檢視社會人口變項、社會資本及健康狀態等變項之間的關係是否達到統計上的顯著差異。

###### (二) 多變項分析(multivariate analysis)

依據研究假設，本研究的依變項分別為自評健康與心理健康，自評健康係為二分類別變項，心理健康則視為連續變項，因此在經過雙變項分析後，將與自評健康、心理健康有顯著關聯的社會人口變項與社會資本變項，分別以邏輯迴歸(Logistic Regression)及複迴歸(Multiple Regression)統計方法，檢視各個自變項對於老人健康狀態的解釋或預測力，藉由統計上的控制效果，了解在人口特質相同的情形下，社會資本與老人健康狀態的關係。



## 第四章 研究結果

本章分為三節說明資料分析結果，第一節描述樣本群的人口基本特性、健康狀態及社會資本的分佈狀況；第二節則為社會人口變項、社會資本分別與健康狀態的雙變項分析，以及社會人口變項與社會資本的雙變項分析；第三節則為了瞭解自變項在控制彼此的情況下對於老人健康狀況的影響程度，進一步採層級式邏輯迴歸及複迴歸為分析方法。

### 第一節 描述性統計

本研究有效樣本計 258 人(表 4-1-1)，其中男女比例約各佔一半，女性佔總樣本的 51.2%，男性為 48.8%。樣本之年齡分佈則為 65 歲至 93 歲，平均年齡為 73.53 歲，標準差為 6.293，若將其分為輕老年、中老年、老老年三組來看，則輕老年所佔總樣本數的比例最高為 62.4%，中老年為 31%，老老年則有 6.6%。婚姻狀況則以已婚且與配偶同居者較多，佔 68.2%，未婚、分居、離婚、喪偶或其他原因不與配偶同住者則為 31.8%。教育程度以國小程度最多，佔 44.2%，其次為不識字，佔 24%，再者為高中(職)程度以上佔 22.5%，國中程度最少僅有 9.3%。而目前仍有工作的老人僅佔 17.4%，其餘皆已無工作。在收入部分回答不知道、忘記、拒答者較多，有 60 人，家戶平均月收入在 4 萬元以下族群為多數，佔 67.2%，其次為 4 到 8 萬元，有 20.2%。

在自評健康上本研究將其分為二元變項，認為自評健康為「不好」者有 74 人，佔總樣本的 28.7%，認為「好」的則有 184 人，佔 71.3%。而在心理健康上為尺度變項，本樣本分佈分數為 0 分至 23 分，平均數為 5.67 分，標準差為 4.458，分數越高則表示心理憂鬱傾向越高、越不健康，在本研究中，心理健康分數低於平均數的比例超過一半，為 54.5%，顯示樣本群為趨向心理較健康的偏態。

有關受訪樣本在社會資本的分佈狀況(表 4-1-2)，社會信任的平均分數為 0.82，標準差為 0.755；一般人際信任方面，有 48.1%的高齡者認為「人與人之間已經沒有可靠而值得信任的關係了」，另外表示信任則有 51.9%；在鄰居信任部分有 68.9%的高齡者認為「為了避免麻煩，鄰居之間還是少來往為妙」，另外表示信任的有 31.1%。

而在社會網絡方面的平均數為 7.53，標準差為 2.481。多數的老人在過去一年內都有與親戚聚會，佔 91.9%，而朋友聚會也有 82.6%；平時的鄰里來往則有 81.4%的受訪者有熟識的鄰居，且會到對方家裡坐坐聊聊。在社群接觸的平均數則為 4.97，標準差為 2.292，老人每日接觸人數最多落在 0-9 人組，佔 40.6%，其次為 10-19 人，有 36.3%，超過 20 人以上亦有 23%；而在接觸的人裡頭，回答多數都是認識的人有 84%，其次為一半一半佔 10.1%，幾乎不認識的僅有 0.8%。



表 4-1-1 描述性統計

| 變項名稱        |              | 樣本數 | 百分比(%) | 總計  | 平均數   | 標準差   | 遺漏值 |
|-------------|--------------|-----|--------|-----|-------|-------|-----|
| <b>年齡</b>   | 青老年 65-74 歲  | 161 | 62.4   | 258 | 73.53 | 6.293 |     |
|             | 中老年 75-84 歲  | 80  | 31.0   |     |       |       |     |
|             | 老老年 85 歲以上   | 17  | 6.6    |     |       |       |     |
| <b>性別</b>   | 女性           | 132 | 51.2   | 258 |       |       |     |
|             | 男性           | 126 | 48.8   |     |       |       |     |
| <b>婚姻狀況</b> | 無配偶同居        | 82  | 31.8   | 258 |       |       |     |
|             | 有配偶同居        | 176 | 68.2   |     |       |       |     |
| <b>教育程度</b> | 不識字          | 62  | 24     | 258 |       |       |     |
|             | 國小(含)以下      | 114 | 44.2   |     |       |       |     |
|             | 國中程度         | 24  | 9.3    |     |       |       |     |
|             | 高中(職)程度(含)以上 | 58  | 22.5   |     |       |       |     |
| <b>工作狀況</b> | 從未有工作        | 34  | 13.2   | 258 |       |       |     |
|             | 曾有工作、已退休     | 179 | 69.4   |     |       |       |     |
|             | 有工作          | 45  | 17.4   |     |       |       |     |
| <b>收入</b>   | 0-4 萬以下      | 133 | 67.2   | 198 |       |       | 60  |
|             | 4-8 萬以下      | 40  | 20.2   |     |       |       |     |
|             | 8-12 萬以下     | 11  | 5.6    |     |       |       |     |
|             | 12-16 萬以下    | 6   | 3.0    |     |       |       |     |
|             | 16 萬以上       | 8   | 4.0    |     |       |       |     |
| <b>自評健康</b> | 不好           | 74  | 28.7   | 258 |       |       |     |
|             | 好            | 184 | 71.3   |     |       |       |     |
| <b>心理健康</b> |              |     |        | 257 | 5.67  | 4.458 | 1   |



表 4-1-2 社會資本描述性統計

| 變項名稱        |        | 樣本數 | 百分比(%) | 總計  | 平均數  | 標準差   | 遺漏值 |
|-------------|--------|-----|--------|-----|------|-------|-----|
| <b>社會信任</b> | 低(0分)  | 90  | 38.8   | 232 | 0.82 | 0.755 | 26  |
|             | 中(1分)  | 93  | 40.1   |     |      |       |     |
|             | 高(2分)  | 49  | 21.1   |     |      |       |     |
| 一般人際信任      | 不信任    | 113 | 48.1   | 235 |      |       | 23  |
|             | 信任     | 122 | 51.9   |     |      |       |     |
| 鄰居信任        | 不信任    | 175 | 68.9   | 254 |      |       | 4   |
|             | 信任     | 79  | 31.1   |     |      |       |     |
| <b>社會網絡</b> |        |     |        | 256 | 7.53 | 2.481 | 2   |
| 鄰里來往        | 沒有     | 48  | 18.6   | 258 |      |       |     |
|             | 有      | 210 | 81.4   |     |      |       |     |
| 親戚聚會        | 沒有     | 21  | 8.1    | 258 |      |       |     |
|             | 有      | 237 | 91.9   |     |      |       |     |
| 朋友聚會        | 沒有     | 45  | 17.4   | 258 |      |       |     |
|             | 有      | 213 | 82.6   |     |      |       |     |
| 社群接觸        |        |     |        | 256 | 4.97 | 2.292 | 2   |
| 每日接觸人數      | 0-9人   | 104 | 40.6   | 256 |      |       | 2   |
|             | 10-19人 | 93  | 36.3   |     |      |       |     |
|             | 20人以上  | 59  | 23.0   |     |      |       |     |
| 認識多少人       | 不認識    | 2   | 0.8    | 257 |      |       | 1   |
|             | 大部分不認識 | 13  | 5.1    |     |      |       |     |
|             | 一半一半   | 26  | 10.1   |     |      |       |     |
|             | 幾乎都認識  | 216 | 84     |     |      |       |     |

## 第二節 雙變項分析

本節為檢視高齡者個人的內在特質及外在影響因素、自評健康及心理健康以及社會資本間的關係，依據變項測量尺度的不同，分別以卡方檢定、T檢定與單因子變異數分析進行適當的統計分析。

### 一、社會人口變項與自評健康及心理健康之雙變項分析

表 4-2 呈現社會人口變項與健康狀態之間的差異分析，以卡方為老人自評健康與社會人口變項進行分析，而以 T 檢定及單因子變異數分析法來檢定老人的心理健康與社會人口變項間的關係。分析結果顯示，性別、教育程度、工作狀況與自評健康有相關，且達統計顯著性；心理健康則與年齡、性別及教育程度有顯著差異，婚姻狀況及家戶收入的部分，在老人自評健康與心理健康上則均未有顯著相關。以下依序說明。

在本樣本中，年齡與自評健康之間未存在顯著相關，但不同的年齡組別與心理健康間存在著顯著差異。中老人(75-84 歲)在心理健康的平均分數最高(6.76 分)、其次為老老人(85 歲以上)，青老人(65-74 歲)則為最低，而心理健康分數越高表示其心理憂鬱程度越高。在事後比較中則發現，中老人組的心理憂鬱(平均分數 6.76)顯著高於青老人組(平均分數 5.16)。

在性別部分，女性自評健康不佳的比率(34.1%)高於男性(23%)，且達統計水準。而在心理健康方面，女性的心理壓力平均數亦顯著高於男性。顯示女性無論在自評健康或心理健康方面，都比男性要來得有負面傾向。

而教育程度與自評健康與心理健康之間，均有到達統計上的顯著水準。教育程度為高中程度(含)以上的老人，其自評健康為好的比例有 79.3%，比其它教育程度的比例來得高，其次為國小(含)以下程度、國中程度，不識字的比例最低佔 54.8%。而心理健康方面，不識字的老人心理壓力的平均分數達 7.32，不但超出本樣本的平均分數(5.67)，且為所有教育程度組別中最高，其次為國中程度、國小(含)以下程度，最後為高中以上程度。進一步進行事後比較，組別間存在顯著差異，不識字組的心理健康分數，顯著高於國小(含)以下及高中程度以上的老人。

工作狀況也與自評健康之間存有統計上的顯著差異。仍有工作的老人，其自評健康為好的比例最高，有 82.2%，其次為曾有工作、已退休的老人，比例有 71.5%，從未有工作者則最低，有 55.9%。而在心理健康部分，雖然從未有工作者的心理健康平均分數也比曾經有工作以及仍有工作者要來得高，但未達統計的顯著水準。

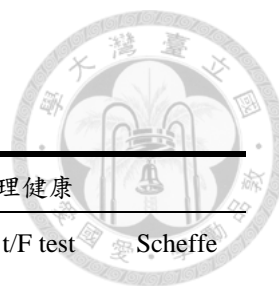


表 4-2 社會人口變項與健康狀態的雙變項分析

| 變項名稱        | 健康狀態        |            | 自評健康     |              | 心理健康     |         |
|-------------|-------------|------------|----------|--------------|----------|---------|
|             | 不好<br>人數(%) | 好<br>人數(%) | $\chi^2$ | 平均數<br>(標準差) | t/F test | Scheffe |
| <b>年齡</b>   |             |            |          |              |          |         |
| 1.65-74 歲   | 43(26.7)    | 118(73.3)  | 1.532    | 5.16(4.31)   | 3.597*   | 2>1     |
| 2.75-84 歲   | 27(33.8)    | 53(66.2)   |          | 6.76(4.755)  |          |         |
| 3.85 歲以上    | 4(23.5)     | 13(76.5)   |          | 5.29(3.601)  |          |         |
| <b>性別</b>   |             |            |          |              |          |         |
| 女性          | 45(34.1)    | 87(65.9)   | 3.865*   | 6.33(4.517)  | t=2.454* |         |
| 男性          | 29(23.0)    | 97(77.0)   |          | 4.98(4.305)  |          |         |
| <b>婚姻狀況</b> |             |            |          |              |          |         |
| 有配偶同居       | 50(28.4)    | 126(71.6)  | 0.02     | 5.58(4.601)  | t=0.463  |         |
| 無配偶同居       | 24(29.3)    | 58(70.7)   |          | 5.85(4.158)  |          |         |
| <b>教育程度</b> |             |            |          |              |          |         |
| 1.不識字       | 28(45.2)    | 34(54.8)   | 15.264** | 7.32(4.519)  | 4.729**  | 1>2,4   |
| 2.國小(含)以下   | 24(21.1)    | 90(78.9)   |          | 5.31(4.587)  |          |         |
| 3.國中程度      | 10(41.7)    | 14(58.3)   |          | 5.96(4.486)  |          |         |
| 4.高中程度(含)以上 | 12(20.7)    | 46(79.3)   |          | 4.47(3.633)  |          |         |
| <b>工作狀況</b> |             |            |          |              |          |         |
| 從未有工作       | 15(44.1)    | 19(55.9)   | 6.579*   | 6.44(3.305)  | 2.202    |         |
| 曾有工作、已退休    | 51(28.5)    | 128(71.5)  |          | 5.81(4.758)  |          |         |
| 有工作         | 8(17.8)     | 37(82.2)   |          | 4.49(3.794)  |          |         |
| <b>家戶收入</b> |             |            |          |              |          |         |
| 0-4 萬以下     | 43(32.3)    | 90(67.7)   | 3.118    | 6.04(4.533)  | 1.856    |         |
| 4-8 萬以下     | 14(35.0)    | 26(65.0)   |          | 4.92(3.737)  |          |         |
| 8-12 萬以下    | 2(18.2)     | 9(81.8)    |          | 3.36(3.748)  |          |         |
| 12-16 萬以下   | 1(16.7)     | 5(83.3)    |          | 5.33(7.033)  |          |         |
| 16 萬以上      | 1(12.5)     | 7(87.5)    |          | 3.25(2.492)  |          |         |

\*\*\*p<0.005 ; \*\*p<0.01 ; \*p<0.05



## 二、社會資本與自評健康及心理健康之雙變項分析

表 4-3-1 及 4-3-2 呈現社會資本在自評健康、心理健康上的差異，以下依社會資本的類別：認知性及結構性順序說明。

### (一) 認知性社會資本—社會信任

在自評健康與社會信任的檢定中，同樣使用卡方檢定，而在心理健康部分，則像分別使用 T 檢定及單因子變異數分析法。在分析結果中，贊成「人與人之間已經沒有可靠而值得信任的關係」此一說法的老人，其自評健康為不好的比例有 34.5%，相較於對一般人際存有信任態度的老人，自評健康不好的比例只有 23%；而在心理健康方面，不信任者的心理壓力分數也比信任者要高，且兩者均達統計上的顯著。

而贊成「為了避免麻煩，鄰居間還是少來往為妙」、對於鄰居關係採不信任看法者，其自評健康不好的比例(33.1%)也較信任者(19%)要高；在心理壓力分數上，不信任者的平均分數為 6.11，而信任者為 4.65，此兩項均有統計上的顯著差異。

而整體社會信任程度越高，則自評健康為好的比例較其他程度者要高，在心理健康方面，其平均分數則較低，且均有顯著的統計水準。顯示當社會信任程度越高，則健康狀態趨於正向。而進一步觀察心理健康與社會信任程度之間的事後檢定，則社會信任程度低的心理憂鬱分數，顯著高於信任程度高者。

表 4-3-1 社會資本與健康狀態的雙變項分析

| 變項名稱        | 健康狀態 | 自評健康        |            | $\chi^2$ | 心理健康         |           |         |
|-------------|------|-------------|------------|----------|--------------|-----------|---------|
|             |      | 不好<br>人數(%) | 好<br>人數(%) |          | 平均數<br>(標準差) | t/F test  | Scheffe |
| <b>社會信任</b> | 低(0) | 35(38.9)    | 55(61.1)   | 7.949*   | 6.6(4.887)   | 5.524***  | 0>2     |
|             | 中(1) | 21(22.6)    | 72(77.4)   |          | 5.15(4.073)  |           |         |
|             | 高(2) | 10(20.4)    | 39(79.6)   |          | 4.17(3.545)  |           |         |
| 一般人際信任      | 不信任  | 39(34.5)    | 74(65.5)   | 3.848*   | 6.34(4.733)  | t=2.82*** |         |
|             | 信任   | 28(23.0)    | 94(77.0)   |          | 4.74(3.889)  |           |         |
| 鄰居信任        | 不信任  | 58(33.1)    | 117(66.9)  | 5.325*   | 6.11(4.691)  | t=2.416*  |         |
|             | 信任   | 15(19.0)    | 64(81.0)   |          | 4.65(3.810)  |           |         |

\*\*\*p<0.005；\*\*p<0.01；\*p<0.05



## (二) 結構性社會資本—社會網絡

社會網絡與老人健康狀態之間的關係，使用 T 檢定及卡方來檢定社會網絡與自評健康之間的關係；T 檢定及單因子變異數分析則用來檢視心理健康與社會網絡之間是否存在差異。社會網絡以分數越高表示老人的社會網絡連結程度越好，而其與自評健康以及心理健康之間都存在顯著差異。當社會網路分數越高，則自評健康為好的比例呈現上升的趨勢，並達到統計上的顯著；而在心理健康上，社會網絡分數越低，則心理憂鬱的分數越高，在統計上亦有強烈的負相關。

進一步檢視社會網絡的構成面，在親戚聚會上，根據統計，在過去一年中有與親戚聚會者，其自評健康為好的比例(73%)高於沒有者(52.4%)；而與朋友聚會者，其自評健康為好的比例(74.6%)同樣高於沒有聚會者(55.6%)，此兩項均達統計上的顯著差異。而在鄰里關係中，有「熟識的鄰居彼此會到對方家裡坐坐聊聊」者自評健康為好的比例(72.4%)雖然同樣高於沒有者 (66.7%)，但卻未達統計上的顯著水準。

而透過不同溝通管道接觸的人，以及其認識程度所構成的社群接觸程度，其與自評健康之間存有顯著相關性，社群接觸分數越高，則自評健康為不好的比例逐漸下降。在心理健康方面，個別的網絡關係並未與其有顯著相關。如過去一年中未與親戚、朋友有聚會，或者未有熟識鄰居者，其心理憂鬱的平均分數雖然皆高於具有這些網絡關係者，但均未存在顯著差異。

不過有一點值得玩味的地方，在社群接觸分數 0 至 4 分的區間，其心理憂鬱分數隨著網絡分數增加而上升，這樣的情況似乎與 Kawachi 與 Berkman (2001) 的研究結果有些微的呼應，他們發現社會網絡對於婦女心理健康與壓力之間的關係，負面的影響大於正面支持的效果；社會連結在心理層面的安適感扮演有益的角色，然在不同的群體上社會連結在心理上的保護作用卻不均勻，特別是在性別方面。這樣的差異源自於男、女性在社會網絡上參與的不同，也可以部份解釋女性在心理壓力的發生率比男性要高，當資源稀少的婦女需要扮演提供他人支持或者執行義務的角色，這樣的社會連結(social connection)反而會增加婦女心理層面不適的現象。



表 4-3-2 社會資本與健康狀態的雙變項分析

| 變項名稱        | 自評健康  |          |           | 心理健康      |             | Scheffe   |
|-------------|-------|----------|-----------|-----------|-------------|-----------|
|             | 不好    | 好        | t/卡方      | 平均數       | t/F test    |           |
|             | 人數(%) | 人數(%)    |           | (標準差)     |             |           |
| <b>社會網絡</b> | 2     | 1(100.0) | 0(0)      | t=-3.44** | 9(0)        | 2.553**   |
|             | 3     | 1(16.7)  | 5(83.3)   |           | 3.67(2.944) |           |
|             | 4     | 4(33.3)  | 8(66.7)   |           | 5.58(4.295) |           |
|             | 5     | 18(41.9) | 25(58.1)  |           | 6.86(4.201) |           |
|             | 6     | 20(36.4) | 35(63.6)  |           | 6.45(4.35)  |           |
|             | 7     | 5(35.7)  | 9(64.3)   |           | 6.71(5.045) |           |
|             | 8     | 8(47.1)  | 9(52.9)   |           | 8(5.062)    |           |
|             | 9     | 9(13.2)  | 59(86.8)  |           | 4.6(4.275)  |           |
|             | 10    | 1(50.0)  | 1(50.0)   |           | 3.5(2.121)  |           |
|             | 11    | 1(12.5)  | 7(87.5)   |           | 6(6.347)    |           |
|             | 12    | 5(16.7)  | 25(83.3)  |           | 3.43(3.202) |           |
|             | 親戚聚會  | 沒有       | 10(47.6)  | 11(52.4)  | 4.008*      | 7.24(5.7) |
| 有           |       | 64(27.0) | 173(73.0) |           | 5.53(4.318) |           |
| 朋友聚會        | 沒有    | 20(44.4) | 25(55.6)  | 6.620**   | 6.51(4.93)  | t=1.404   |
|             | 有     | 54(25.4) | 159(74.6) |           | 5.49(4.343) |           |
| 鄰里往來        | 沒有    | 16(33.3) | 32(66.7)  | 0.624     | 5.92(3.803) | t=0.432   |
|             | 有     | 58(27.6) | 152(72.4) |           | 5.61(4.601) |           |
| 社群接觸        | 0     | 0(0)     | 2(100)    | 13.927*   | 3.5(2.121)  | 1.873     |
|             | 1     | 1(50.0)  | 1(50.0)   |           | 5.5(4.95)   |           |
|             | 2     | 7(63.6)  | 4(36.4)   |           | 7(3.578)    |           |
|             | 3     | 35(34.7) | 66(65.3)  |           | 6.4(4.357)  |           |
|             | 4     | 3(33.3)  | 6(66.7)   |           | 7.11(4.167) |           |
|             | 6     | 19(21.1) | 71(78.9)  |           | 5.3(4.711)  |           |
|             | 9     | 8(19.5)  | 33(80.5)  |           | 4.07(4.034) |           |

\*\*\*p<0.005 ; \*\*p<0.01 ; \*p<0.05



### 三、社會人口學變項與社會資本之雙變項分析

在先前的文獻回顧中，我們亦探討了社會人口變項對於社會資本的影響，表 4-4 整理了社會資本與社會人口變項間是否存在顯著差異，以下遂依社會資本的類別：認知性及結構性順序說明。

#### (一) 認知性社會資本—社會信任

根據統計結果，年齡、性別、教育程度、家戶收入與社會信任有所關連，並達統計上水準。在年齡上，發現老老人的社會信任的平均數最高，其次為青老年，社會信任程度最低者為中老年人，其平均分數為 0.69 低於樣本平均數的 0.82。

男性的社會信任程度亦比女性要來得好，此與鄭惠玲(2002)的研究結果一致。而教育程度與社會信任之間則存在強烈的相關性，隨著教育程度的增加，社會信任的分數也隨之增加。而在家戶收入方面，隨著收入的增加，社會信任的程度隱隱有著上升的趨勢，並達統計上的顯著。

#### (二) 結構性社會資本—社會網絡

而與社會網絡有顯著差異的變項則僅有年齡及工作狀況。在年齡方面，當年紀越大則社會網絡的平均分數從 8.09 分下降至 6 分，且進一步在組間也存有差異，事後檢定發現青老年組的社會網絡要比中老年及老老年組好。表示隨著老人的年齡增加，社會網絡可能隨之萎縮。

而在工作狀況上，有工作的老人，其社會網絡要比從未有工作、曾有工作已退休者的分數要高，且同樣具有強烈的相關性。進行事後分析，則發現有工作者的社會網絡顯著高於已退休者。這樣的趨向十分合乎常理推估，即在工作場域上所接觸的人際關係，會比已退休者來得廣泛。

而在這組檢定中，老人的婚姻狀況是唯一一個未與社會信任與社會網絡有顯著差異的變項。仔細查看其平均數的描述部分，可發現沒有配偶與之同居的老人，其無論在社會信任或社會網絡的分數，皆微高於有配偶同居者，這是否代表著沒有配偶或同居人的老人，其在面對社會網絡關係時獨立性較強，相對信任感較強，且向外擴張的網絡也較多，不得而考。但卻是個有趣的觀察。

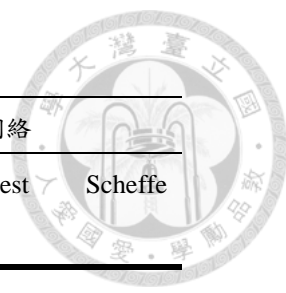


表 4-4 社會人口學變項與社會資本雙變項分析

| 變項名稱        | 社會資本         | 社會信任      |         | 社會網絡         |                   |
|-------------|--------------|-----------|---------|--------------|-------------------|
|             | 平均數<br>(標準差) | F test    | Scheffe | 平均數<br>(標準差) | F test<br>Scheffe |
| <b>年齡</b>   |              |           |         |              |                   |
| 1.65-74 歲   | 0.85(0.753)  | 3.131*    |         | 8.09(2.473)  | 12.499*** 1>2.3   |
| 2.75-84 歲   | 0.69(0.729)  |           |         | 6.72(2.275)  |                   |
| 3.85 歲以上    | 1.21(0.802)  |           |         | 6(1.803)     |                   |
| <b>性別</b>   |              |           |         |              |                   |
| 女性          | 0.71(0.706)  | 4.719*    |         | 7.38(2.463)  | 0.971             |
| 男性          | 0.93(0.787)  |           |         | 7.68(2.5)    |                   |
| <b>婚姻狀況</b> |              |           |         |              |                   |
| 有配偶同居       | 0.73(0.714)  | 1.494     |         | 7.4(2.684)   | 0.305             |
| 無配偶同居       | 0.86(0.770)  |           |         | 7.59(2.385)  |                   |
| <b>教育程度</b> |              |           |         |              |                   |
| 不識字         | 0.56(0.611)  | 16.319*** |         | 7.13(2.347)  | 0.767             |
| 國小(含)以下     | 0.66(0.708)  |           |         | 7.68(2.618)  |                   |
| 國中程度        | 0.78(0.671)  |           |         | 7.38(2.123)  |                   |
| 高中(職)以上     | 1.38(0.728)  |           |         | 7.69(2.487)  |                   |
| <b>工作狀況</b> |              |           |         |              |                   |
| 1.從未有工作     | 0.77(0.679)  | 0.793     |         | 7.65(2.592)  | 6.454*** 3>2      |
| 2.曾有工作、已退休  | 0.86(0.754)  |           |         | 7.21(2.383)  |                   |
| 3.有工作       | 0.71(0.814)  |           |         | 8.67(2.486)  |                   |
| <b>家戶收入</b> |              |           |         |              |                   |
| 0-4 萬以下     | 0.75(0.741)  | 3.435*    |         | 7.42(2.527)  | 1.705             |
| 4-8 萬以下     | 0.97(0.798)  |           |         | 7.78(2.527)  |                   |
| 8-12 萬以下    | 1.20(0.918)  |           |         | 7.91(2.023)  |                   |
| 12-16 萬以下   | 1.00(0.894)  |           |         | 7.50(3.674)  |                   |
| 16 萬以上      | 1.63(0.517)  |           |         | 9.75(2.121)  |                   |

\*\*\*p<0.005 ; \*\*p<0.01 ; \*p<0.05

### 第三節 多變項分析

#### 一、社會資本與自評健康的多元邏輯迴歸

進行社會資本與老人自評健康之多變項分析，主要的目的是要了解，在控制社會人口變項之後，社會資本是否仍為影響自評健康的重要因素。由於邏輯迴歸(Logistic regression)可用來進行對觀察值的預測與分類，以及在特定條件下事件的發生機率(王濟川&郭志剛，2004)，故採此分析法來預測社會資本與老人自評健康之間的關聯，並求出勝算比值。分析方法採階層式的邏輯迴歸分析(Sequential binary logistic regression)，將前述相關分析中會影響老人自評健康狀態的人口學變項—性別視為一個區組(block)，以強迫進入法進行迴歸分析，其次加入與自評健康有相關的社經變項—教育程度及工作狀況，第三再將社會資本變項以第三區組投入迴歸模型，計算社會信任、社會網絡各自的勝算比。即為模型(一)、(二)、(三)，所得分析結果詳見於表 4-5。

邏輯迴歸模型的顯著性檢定必須先通過整體模式檢定，然後可進一步進行個別參數檢定。為確保資料品質，分析僅保留具有完整資料的個案(N=231)，進一步檢視三個模型整體的適配性，模型係數的 Omnibus 檢定達顯著水準，擬合優度指標 Hosmer – Lemeshow 未達顯著，表示在各模型中至少有一個變項能夠有效地預測老人的自評健康狀況，且模型的預測值能夠與對應的測量值有較高的一致性(王濟川&郭志剛，2004)。以下進一步檢視個別參數檢定。

在人口學變項中，前述雙變項分析僅有性別與自評健康達顯著相關的變項，在模型(一)中性別的 Wals(Wld test)值(4.212)達統計上顯著(p=0.04)，表示男性自評健康為好的勝算為女性的 1.837(= $\exp^{0.608}$ )倍。

模型(二)在控制了人口學變項後，教育程度及工作狀況與自評健康均有統計上的相關。教育程度方面，國小(含)以下程度老人自評健康為好的勝算比(2.352， $\exp^{0.8558}$ )以及高中(職)以上程度老人的勝算比(2.608， $\exp^{0.958}$ )均高於不識字的老人，Wals 值(4.714、3.863)有統計上的顯著，而教育程度在國中程度的老人，其自評健康為好的勝算比(1.109)雖高於參考組(不識字)者，但未達統計上的顯著(P=0.839)。而在工作狀況上，目前仍有工作的老人其自評健康為好的勝算比為從來未有工作者的 3.469(= $\exp^{1.244}$ )倍，且有統計上的顯著差異；而曾經有工作現已退休的老人其勝算比(1.837)雖較從未有工作者高，但未達統計上的顯著(P=0.229)。

模型(三)在進一步控制社會人口變項後，結果發現社會資本變項與自評健康之相關達到統計水準，Wals 值均有統計上的顯著。社會信任程度中等組自評健康為好的勝算為信任程度低組的 2.665(= $\exp^{0.980}$ )倍，且有統計上的顯著；而信任程度高者之勝算比(2.165)雖同樣高於信任程度低者，但卻未達統計上的顯著差異(P=0.108)。而社會網絡每增加一個單位，其自評健康為好的勝算為 1.17(= $\exp^{0.157}$ )倍，且達統計上顯著水準。

在社會人口變項上，與模式(二)相同仍只有教育程度與工作狀態與自評健康有相關，但在影響上有所變化。教育程度為高中(職)以上程度老人，其自評健康為好的勝算比(1.893)雖仍高於參考組(不識字)者，但未達統計上的顯著( $P=0.231$ )；而在工作狀態上，有工作者自評健康為好的勝算為參考組的 4.142( $=\exp^{1.421}$ )倍，除達統計上的顯著差異外，其勝算比值大於模型(二)。

縱觀此三個模式的整體卡方值( $\chi^2$ )，發現從 4.271( $p=0.039$ )上升至 30.719( $p=0.000$ )，且模型二、模型三的區塊卡方值分別為 13.059( $p=0.023$ )及 13.389( $P=0.004$ )，檢定皆達統計上的顯著水準，因此可推論在增加社經變項及社會資本變項後，模型適配度因而提升。而在預測分類正確率部分，則是依序為 71.9%、73.6%、75.8%，表示模型(三)在邏輯迴歸模式中整體適配性最佳，且自變項對依變項的影響愈大。



表 4-5 社會資本與自評健康迴歸分析

| 變項名稱               | 模型一                 | 模型二                  | 模型三                  |
|--------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
|                    | 勝算比(95%信賴區間)        | 勝算比(95%信賴區間)         | 勝算比(95%信賴區間)         |
| <b>性別【女性】</b>      |                     |                      |                      |
| 男性                 | 1.837(1.028-3.285)* | 1.186(0.589-2.388)   | 1.156(.564-2.372)    |
| <b>教育程度【不識字】</b>   |                     |                      |                      |
| 國小(含)以下            |                     | 2.352(1.087-5.090)*  | 2.269(1.017-5.062)*  |
| 國中程度               |                     | 0.883(0.307-2.537)   | 0.737(.246-2.212)    |
| 高中(職)以上            |                     | 2.608(1.003-6.781)*  | 1.893(.666-5.381)    |
| <b>工作狀況【從未有工作】</b> |                     |                      |                      |
| 曾有工作、已退休           |                     | 1.837(0.759-4.448)   | 2.381(.938-6.039)    |
| 有工作                |                     | 3.469(1.082-11.126)* | 4.142(1.224-14.019)* |
| <b>社會信任【低】</b>     |                     |                      |                      |
| 中                  |                     |                      | 2.665(1.309-5.426)*  |
| 高                  |                     |                      | 2.165(.843-5.557)    |
| <b>社會網絡</b>        |                     |                      |                      |
|                    |                     |                      | 1.170(1.024-1.337)*  |
| -2 對數概似值           | 270.276             | 257.217              | 243.827              |
| 模式 $\chi^2$        | 4.271*              | 17.330*              | 30.719*              |
| 區塊 $\chi^2$        | 4.271*              | 13.059*              | 13.389*              |
| 概要百分比              | 71.9%               | 73.6%                | 75.8%                |
| 樣本                 | 231                 | 231                  | 231                  |

1. 【】為參考組

2. \*\*\* $p < 0.005$  ; \*\* $p < 0.01$  ; \* $p < 0.05$



## 二、社會資本與心理健康之複迴歸分析

進行社會資本與心理健康之多變項分析主要的目的是要了解，在控制社會人口變項之後，社會資本是否仍對心理健康造成影響。分析方法採階層迴歸分析(hierarchical regression)的區組選擇程序(blockwise selection)，將前述相關分析中會影響老人心理健康狀態的人口學變項—年齡、性別視為一個區組(block)，以強迫進入法進行迴歸分析，其次加入與心理健康有相關的社經變項—教育程度，第三再將社會資本變項以第三個區組投入迴歸模型，計算社會信任、社會網絡各自的預測力。即為模型(一)、(二)、(三)，所得分析結果詳見於表 4-6。

為確保資料品質，分析僅保留具有完整資料的個案(N=230)，且在進行多元模式分析之前，作者針對各迴歸假設與多元共線性問題進行檢測，結果並未發現嚴重違反假設的情況。檢視此三個多元模式分析，其標準化殘差值(Standardized residual)均呈現常態分配，表示此模型是適合的，迴歸變異量符合常態性的假設。而每個模式中，自變項與依變項之變異數膨脹因素(VIF)值最大值者為 1.36，故無共線性問題。

由表 4-7 可以發現，三個多元模式均達統計上的顯著。模式(一)顯示，人口學變項投入模型後對於心理健康有顯著的解釋力( $F=3.556$ ,  $P<.05$ )，兩個自變項能夠解釋心理健康的解釋變異僅有 3%(在校正後只有 2.2%)，顯見尚有其他重要因素可解釋老人的心理健康。年齡的個別解釋力( $\beta$ )為 0.13，且達統計水準上的差異，表示年齡越大其心理健康分數越高，心理憂鬱傾向亦越高。而性別的個別解釋力( $\beta$ )為-0.111，表示男性的心理健康分數較女性低，可惜未達統計上的顯著。

看到模式(二)發現，加入教育程度後年齡與性別的影響力( $\beta$ )降低，且二者均未達顯著水準，整體解釋力只略上升至 3.9%(校正後為 2.6%)。在控制人口變項後，教育程度的影響力( $\beta$ )為-0.102，顯示教育程度越高則心理憂鬱傾向越低，但未達統計上的顯著。

在第三階段我們發現，將社會資本變項投入模型中，整體解釋力提升至 9.2%(校正後為 7.2%)， $F(2,224)$ 改變量為 6.571( $p<0.005$ )，顯示社會資本能夠有效提升模型的解釋力，其增量具有統計上的意義，即在控制社會人口變項後，社會資本變項能夠額外貢獻 5.3%的解釋力。而社會信任與社會網絡兩個變項均能解釋心理健康的變異，具有顯著的統計上差異，社會信任的個別解釋力( $\beta$ )為-0.187，表示當社會信任程度越高，則老人心理的憂鬱傾向越低；而社會網絡的個別解釋力( $\beta$ )為-0.158，亦表示社會網絡的連結越高時，老人的憂鬱傾向亦越低。

值得注意的是，從三個模型觀之，年齡、性別、教育程度的個別解釋力均呈現下降的趨勢，年齡自 0.13 降至 0.086，性別自-0.111 下降至-0.070，而教育程度



則自-0.102 下降至-0.024，此三者模型(三)中均不具有統計上的顯著，顯示社會人口變項不足以解釋心理健康。不過在模型中則有著控制的意義，可以說，在控制了社會人口變項的影響下，社會資本對於老人心理健康來說為重要的解釋因子。



表 4-6 社會資本與心理健康階層迴歸分析

| 變項名稱           | 模型一    |             | 模型二    |             | 模型三      |              |
|----------------|--------|-------------|--------|-------------|----------|--------------|
|                | 人口學    |             | 社會經濟   |             | 社會資本     |              |
|                | β 值    | 95%CI       | β 值    | 95%CI       | β 值      | 95%CI        |
| 年齡             | 0.130* | .008-1.872  | 0.123  | -.045-1.82  | 0.086    | -.330-1.581  |
| 性別             | -0.111 | -2.106-.153 | -0.074 | -1.860-.566 | -0.070   | -1.798-.572  |
| 教育程度           |        |             | -0.102 | -.983-.152  | -0.024   | -.697-.499   |
| 社會信任           |        |             |        |             | -0.187** | -1.890--.294 |
| 社會網絡           |        |             |        |             | -0.158*  | -.507--.047  |
| Total $R^2$    | 0.03*  |             | 0.039* |             | 0.092*** |              |
| Adjusted $R^2$ | 0.022  |             | 0.026  |             | 0.072    |              |
| $F$            | 3.556  |             | 3.077  |             | 4.566    |              |
| $\Delta R^2$   | 0.03*  |             | 0.09   |             | 0.053*** |              |
| $\Delta F$     | 3.556  |             | 2.085  |             | 6.571    |              |
| N              | 230    |             | 230    |             | 230      |              |

1. β 為標準化係數值。
2. \*\*\* $p < 0.005$  ; \*\* $p < 0.01$  ; \* $p < 0.05$



## 第五章 討論與研究結果

本章分為五節，第一節整理本研究統計分析的結果，並與研究假設進行比對；第二節為研究結果討論；第三節則以社會資本對老人健康的影響，延伸討論在地老化的重要性；第四節基於研究的結論給予建議；第五節為研究限制與未來研究方向。

### 第一節 分析結果

在上一章節中，研究者使用卡方、獨立樣本 T 檢定與單因子變異數分析來了解社會人口變項、社會資本與老人健康狀態之間的關係，同時也檢測了社會人口變項與社會資本之間是否具有相關，最後將與老人健康狀態有影響的社會人口變項與社會資本置於階層式迴歸分析中，視自變項之間在彼此控制之下，對健康狀態的影響情形，並檢測社會資本變項對於老人健康的解釋能力。下述將分析結果進行整理，對照研究假設進行分述。

#### 一、假設(一)：高齡者的社會人口特質能有效預測老人的健康狀態

在本研究中，由於進行次級資料分析，故以資料中所包含資料，剔除遺漏值過多的變項，列出可能影響高齡者健康狀況的人口學特性及個人社經條件作為社會人口變項——年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、工作狀況及家戶收入。

在**年齡**方面，老人在自評健康上看不出是否隨著年齡的增長而有所變化，使用卡方檢測亦未有相關；但在心理健康上，確實隨著年齡越長心理憂鬱的分數越高，符合本研究的假設。這樣的差異，特別在中老年與青老年的部分達到統計上的顯著，這是否代表著當老人到達一定年紀後，隨著適應老年期的變化，造成在心理產生的憂鬱情緒趨緩，仍待進一步探討。而進一步在控制其他變項後，則年齡對於老人心理健康的效果即不為顯著。

在**性別**區分上，男性不論在自評健康或心理健康傾向「好」的程度都較女性來得高，符合本研究的假設。然而在控制其他變項後，同樣對於老人健康狀態未有顯著性的影響。這表示，性別在健康狀態上的不均，可能是透過不同性別在教育程度、工作狀況、社會信任或社會網絡等其他的因素上的差異所造成。

**婚姻狀況**的部分由於研究樣本中未婚者僅有兩位，為突顯配偶對於老人健康的**支持性**，遂將樣本群的婚姻狀態分列為有、無配偶同居。研究結果顯示，此項在健康的評估上並未有顯著的差異，亦即在本樣本中婚姻的狀況對於老人健康情況並未造成影響。

在**教育層面**，老人的教育程度與自評健康、心理健康有顯著的差異，此與吳佳芸(2010)的研究結果相同，即教育程度越高的老人其健康狀態越佳，亦符合研究假設。而在控制其他變項後，老人的教育程度仍為自評健康的預測因子之一，但在心理健康上的影響即為不顯著，顯示受到其他因素干擾。

老人的**工作狀況**僅與自評健康達顯著相關，在心理健康上並無顯著影響。有工作者、曾經有工作經驗已經退休的老人與從未有工作的老人相比，其自評健康為好的傾向皆較高，而仍在工作的老人其自評健康好的比例是最高的。在進行迴歸分析控制其他變項後，有工作的老人相對於從未有工作的老人對於自身的自評健康仍有顯著的影響力，且其自評健康為好的勝算比反而增加了。

在**家戶收入**上則在本研究中未與老人的自評健康與心理健康達到顯著上的差異，可能的原因，該是此變項的遺漏值過多(約佔總樣本數的 24%)，導致在研究中無法正確推論。

## 二、假設(二)：高齡者的社會資本能有效預測其健康狀態

本研究主要探討的是社會資本與老人健康之間的關係，以老人對於一般人際信任與鄰居信任的認知，組成老人在社會結構中對社會信任的程度，代表認知性社會資本；以老人的親戚、朋友、鄰里來往關係以及老人自述每日與一般人際接觸的質量，構成評估老人社會網絡連結的程度，亦代表結構性社會資本。

研究結果發現，**社會信任**程度與老人健康狀況有顯著的關聯，社會信任程度越高則自評健康為好的比例越高、心理健康上憂鬱傾向亦越低。進一步在控制社會人口學特性後，社會信任仍為自評健康與心理健康的重要預測因子，此結果與研究假設相同。

在**社會網絡**與健康狀況的分析結果顯示，同樣達統計上的顯著水準，網絡連結程度越高，則自評健康好的傾向越高，心理健康上的憂鬱傾向也顯著較低。控制社會人口變項後，這樣的關係仍未改變。而這樣的研究結果也可以證實，社會資本的多寡確實會影響老人健康狀況。

而在研究中連帶所做的分析也發現，年齡越高社會信任程度亦越高，這是否反映當年齡越大其外在生活的人、事、物相對單純化，因此增加了他們的信任感，在此研究中不妄下定論，但值得進一步去探索。而年齡越高其社會網絡越小，此與實際狀態應有所呼應，由於個體的社會老化來自於生理、心理老化的結果，年齡越大、生理功能折損、喪失，因而出現社會老化的現象，使得人際關係疏離、互動減少(黃富順，2011)。而性別只與社會信任程度有顯著相關，其中男性對於社會信任程度高於女性，此與張苙雲(1997)對於台灣一般民眾在人際信任上的研究結

果是一致的，女性對人際間的關係存在較多的疑慮。而教育程度越高，對於人際上的信任感越強，這可能來自於當教育水平提高，其對於周遭事務的了解越廣泛，則相對提高信任度；家戶收入越多，社會信任隱然有上升的趨勢，此與吳佳芸(2010)的研究結果相同。目前尚有工作的老人社會網絡連結程度比沒有工作者來得高，也可推測因加入工作場域中的人際網絡，豐富老人的社會網絡連結。這部分有關老人社會人口學特性與社會資本之間的關係本篇不另贅述，此為另一範疇議題。

## 第二節 結果討論

本研究分析結果發現，在社會人口變項、社會資本與健康相關性中，社會人口變項主要以教育程度、工作狀況與老人健康存在正相關；而婚姻狀況原本假設亦可影響老人健康的因素卻未有顯著的差異。社會資本變項則以社會信任與社會網絡為影響老人健康的重要預測因子，社會信任程度越高、社會網絡連結越多則老人健康狀況越佳。以下順序討論。

### 一、人口特質與健康狀態間的關係：老人婚姻狀況、教育與工作狀況

#### (一) 婚姻與老人健康

本樣本中婚姻對於老人健康沒有顯著的影響，筆者以為這可能是婚姻狀態對於不同性別的老人，在健康狀態上的影響不同有關。有研究者指出，對於有配偶或有同居人的老人女性來說，在婚姻狀態轉變為無偶後，對健康的影響與一直維持有偶或同居的女性沒有顯著差異，而男性老人則是有偶或同居者轉變為無配偶後，健康狀態就會變差(孫傳凱，2009)。

表5-1 「無配偶同居」與性別樣本數分布

| 變項名稱 | 未婚 | 離婚 | 分居 | 配偶去世 | 兩地住 |
|------|----|----|----|------|-----|
| 男性   | 0  | 0  | 2  | 12   | 4   |
| 女性   | 2  | 3  | 1  | 58   | 0   |

進一步分析本研究樣本中老人「無配偶同居」的原因(表5-1)，多緣自喪偶，其中又以女性占8成以上。蔡秀美與周雅蓉(1995)針對台灣地區老年失偶婦女的健康狀態進行影響因素分析，在性別與婚姻的交互作用中發現失偶女性在自評健康為好的比例高於有偶婦女，源自於在傳統婚姻中女性經常扮演服從、無主見、照顧他人的角色，長期的壓抑與付出導致身體健康的耗損。而在老年婦女喪偶後的適應歷程研究中發現，有三分之二的女性可在經歷短暫至半年的悲傷後，進入恢復期，以重整自我社交網絡及認知來適應沒有配偶的生活(林娟芬，2002)。即便研究者的詮釋角度不同，都同樣說明了，在婚姻對於老人健康的影響中，性別的變化方向不同是值得進一步探討的。

#### (二) 教育與老人健康

本研究中證實，具有較高教育水準確實有助於老人的正向健康狀態。如更積極地將教育的概念與老人健康進行連結，發現教育亦是充實生活的一種管道，因此，在終身教育的概念下，不應再拘泥於過去的成年期的教育累積，持續引導老人學習新知亦可增加老人健康老化的機會。

透過教育，能夠給予老人在適應退休生活、因應老年期變化所帶來的壓力的方法。彭駕駢、彭懷真(2012)認為老人的終身教育具有三方面的特殊意義：

1. 協助老年人透過教育學習，了解社會變遷的脈絡，應付社會變遷。津不了解身心變化過程，扮演學習新的角色。
2. 協助老年人進一步透過教育學習，強化處理問題的能力，且運用智慧與經驗服務人群，回饋社會。
3. 終身教育之重點在於延續、補足老年人適應社會所需的知能，提升生活品質。

在我國 2006 年《邁向高齡社會老人教育政策白皮書》中亦提到，要因應老年期發展任務以及學習在老年期如何做好身心的保健，為老人教育必要性的原因之一。許瀨方(2007)也提到要增加老人的健康素養，以期為自身的健康狀況把關，教育作為一種手段，增強老人掌握自己的健康行為、健康狀況與疾病狀況，並且利用健康檢查及醫療服務，亦視為一種增加權能(empower)的方式。活到老、學到老已不再是一種口號，此意味著老人持續接受教育學習，累積自身的人力資本，對於個人的健康應有促進的功能。

### (三) 工作與老人健康

工作狀況對於老人自評健康的正向影響，應該是研究中的額外收穫。基於「老年—退休」觀念的連結，一般在提到老人生活適應的研究中，老人的就業行為對於個體在老化過程中的影響常被忽略。但隨著老齡社會的到來，老人的就業層面不該再被忽視，這從聯合國2002年《馬德里老齡問題國際行動計畫》中三大工作方向之一「老齡化世界發展」，其中一項的行動建議即為「為所有想要工作的老人提供就業機會」，並且致力於消除在老人進入職場中的各項不利障礙，的論述中，可見一斑。

蘇育民(2011)探討退休與台灣中老年人社會資本的相關性，研究指出中老老年人在退休前多以工作為重心，退休後回歸家庭但卻缺乏與家人的連繫，加上頓失同儕關係，整體的社會網絡驟減，社會參與及支持相對減少，因此導致其在心理上的憂鬱傾向增加。本研究的結果亦有類似的呈現，對於目前有工作的老人與從來沒有工作的老人以及退休老人相比，對於自我健康的評估傾向正面的機率提高，而社會網絡連結的程度亦顯著較高。這表示工作能夠給予老人更多機會建立自我社交生活，延緩在健康狀態上的減退。

周玟琪(2008)在探討台灣民眾對於退休後再就業意願、型態與影響因素時，整理相關文獻後指出退休後再就業的三大優點：第一為提供日常生活架構的延續，其二則為降低沒有工作所引發的壓力，第三則是提高個體自我價值與生活滿意。而在與在就業的高齡者進行質性訪談，了解其再就業的原因與意涵，高齡者認為

工作優點在心理上可帶給自己成長以及滿足感，在經濟上則有生活保障、維持生活安定、減輕家中負擔，而退休前後在人際網絡部分則確實有變化，在退休前人際關係良好且往來密切，而退休後則較少來往的情況發生(葉致延，1996)。因此，在老人工作上，應將就業層面列入，協助有意願即需求的老人能夠將過去的經驗與豐富的智慧，持續貢獻社會，使其能夠有更具「生產力」的老年生活。

## 二、社會資本與老人健康關係：信任與網絡

本研究以台灣65歲以上老人為分析對象，以自評健康與心理健康為老人的健康指標，結果發現老人的社會信任與社會網絡聯繫越佳則健康狀態也越好。此與過去部分研究結果一致(Pollack et al., 2004；余青珊，2011)。以下分項進行討論。

### (一) 社會信任

過去學者在論述社會資本概念時將其中的「信任」元素實體化為「社會信任」進行探討，認為社會信任是個人對於週遭共同相處的人、事、物的感受及信任程度，因此測量社會信任主要是由是否感到公平、對週遭人事物是否信任來測量；而良好的社會信任能夠凝聚眾人力量，促成團體行動以及人與人之間互助合作，以增加集體社會資本(Kawachi et al., 1997；Folland, 2007)。換句話說，對他人的信任程度越高，則社會資本所累積的程度越高。

社會信任所含的構面甚多，雖然不同研究上的分類不同，無一定準則，但對於個人來說，可更細分至個體-親友、個體-鄰居、個體-陌生人、個體-政府機關及專業角色等，不同構面的信任程度(江明修&陳欽春，2005)，本研究因受限於資料庫的問項，僅以一般人際信任與鄰居信任來測量老人對於社會的信任程度。本研究分析發現社會信任對於老人的健康在控制其他變項後，仍有顯著的預測效用，因此推論如增加老人的社會信任，對於老人在整體健康與心理健康層面應有提升的效用。

進一步查看研究中老人對於一般人際信任與鄰居信任與其他研究調查數據上的比較。本研究中65歲以上老人對於「一般人際信任」為「不信任」的比例有48.1%，對於「鄰居信任」為「不信任」的比例佔68.9%，對照鄭惠玲、江東亮(2002)針對25-60歲一般民眾的分析結果<sup>23</sup>，老人在「一般人際信任」上相較於一般民眾的信任比例較高，而在鄰居信任上反而較低。這樣的差異讓研究者想進一步探討，在「遠親不如近鄰」的口號下，是什麼造成老人在人際信任的「差序」。

一般我們熟知華人人際關係上的分類出自學者費孝通(1948)的『差序格局』概念，關係分際以「己」為中心，一圈一圈推展出去，越遠關係越淡薄，傳統上以血緣關係即家人、親戚最為靠近同心圓的中心，並以此為界，循地緣關係—鄰舍、

<sup>23</sup>對於「一般人際信任」為「不信任」者佔 76.8%，「鄰居信任」為「不信任」者佔 46.4%。

市集(街集上的陌生人)拓展出去。而楊宜音(2001)注意到在『差序格局』概念中常被忽略的邊界伸縮性與通透性，進一步闡釋「外人也可經過交往變成自己人」。不是家人關係，亦可透過人際往來中的親密度、責任交換與信任感，建立如同家人般的關係。換句話說，即便是朋友、鄰居，透過老人與彼等的交往過程中，亦可增強信任關係，讓他們進入同心圓的中心。從這樣的概念回頭來看研究結果，不難看出老人與鄰里之間的關係應可再加強。

而在建立與發展「信任」上主要有兩個機制，其一為關係上的建立、發展、維持與利用，其二則為個體存在社會中的規章制度、科層組織等法制面向(彭泗清，2001)。老人對於的社會信任程度也應該受到自我認知以及社會環境影響，自我認知來自平日與人際互動的經驗，而社會環境則為所處社區與社會的氛圍。當我們在談論到社會信任與老人健康情況有所關聯時，並不意謂只要老人在認知上多相信他人一點，他對於整體身體健康評價、或者心理健康程度就會較好一些，而是將社會信任置於社會資本的概念裡，如果在人際交往中，信任的成分提高了，那麼相對這個人際關係親密的成分增加，而進一步可從此關係網絡中擷取協助個人維持生、心理健康或社會健康的資源。鄰里為老人社交圈中最靠近的一部分，如何促進社區中營造對老人友善的態度及鋪設資源，加強老人與鄰里之間的互動以提高信任感，即為重要的老人工作項目之一。

## (二) 社會網絡

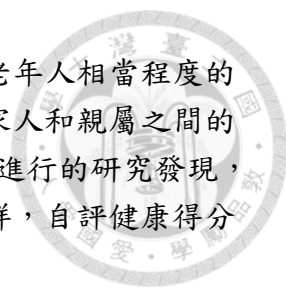
廣義的社會網絡是「人際關係中，透過人與人之間接觸，取得彼此社會支持、服務以及相互幫助，透過社會網絡的流動，彼此間存在一種獲得與給予的關係」(陳肇男，1999)，也因此老人的社會網絡及其功能在老人學的研究中，一直是令人關切的重要課題，主要的癥結就是在於社會網絡能提供老人所必需的社會支持，而社會支持對老人的照顧、健康的維護、獨立生活的維持都有很重要的功能。

而社會網絡的組成是個人透過生活週遭所接觸的人，如家人、鄰居、親戚、朋友、同儕等所組成的團體或環境之關係，交錯形成網狀體系，網絡的大小會因網絡內成員的變動而改變，有機會認識更多人，透過相互接觸、擴大網絡，這代表個人能取得社會支持的機會增加。而網絡關係與個人之親疏、遠近代表著網絡關係的強弱之分，一般老人社會網絡的主要成員為聯繫關係強的家人(陳肇男，1999)。

但筆者以為，當整體家庭結構變遷後，家人即便還是重要的關係人，但除此以外的朋友、鄰里也會變成老人的重要支持資本。因此在研究中遂以親戚、朋友、鄰里之間聚會關係，以及一般社群接觸的程度來評估老人的社會網絡，研究結果，亦證實在控制其他變項後，社會網絡仍是影響老人健康的重要因子。

在老年期的過程中生活環境的不適應，老人會產生失落感並且產生焦慮，而且冷淡的人際關係會帶給老人嚴重的身心壓力，容易產生社會適應不良的情況，





同年齡階層的朋友所提供安慰、建議、接納等正向情緒能給予老年人相當程度的希望與支持。甚至有研究者認為，老人朋友的關係影響遠超過家人和親屬之間的互動，在一項以親友關係、人際互惠等與健康行為及自評健康所進行的研究發現，朋友關係與自評健康良好有顯著正相關，與朋友關係越好的族群，自評健康得分越高(Hyyppa & Maki, 2001)。

辛榕芝(2005)針對老人鄰里關係進行探討的研究結果指出，鄰里之間彼此互相照顧的情誼早已存在，尤其對一些獨居的老人來說，鄰里比子女更是其平日的生活依靠，是工具性、情感性、訊息性支持的重要來源。因此，人際關係為影響老年人生活的重要因子之一，促使其人際網絡的聯絡網牢固，越能讓老人從遭遇重大壓力事件中恢復，有一良好、穩定存在的社會網絡對於老人的身心健康功能會帶來正向的影響。

### 第三節 實務工作意涵：社會資本的創建與維持

研究中的結論告訴我們社會資本能夠對老人健康有正面效用，而社會資本的價值隨時間的推移而逐漸降低，它與人力資本、物質資本一樣需要不斷更新、交流，否則將喪失資本所具有的能量。老人助人工作者所應關注的焦點即為高齡者與社會資本的連結，維持及增加老人社會資本，即為工作的重點。

導致社會資本的出現與消失的因素，包含社會結構的穩定性(stability)以及意識形態(ideology)。社會結構中的社會組織或社會關係的瓦解，會使社會資本消失殆盡，因為個人的流動，會使社會資本賴以存在的相對應結構消失，或減損；而意識形態形成社會資本的路徑，是將某些要求加附給意識形態的信仰者，故接受信仰的行動者會依循某種既定的利益或他人的利益有所作為，而不考慮其自身的利益(Coleman, 1992:317)。因此，在創建老人社會資本時，筆者以為政府或老人工作者亦可從此兩者脈絡下進行思考：穩定老人的社會網絡、建立友善老人意識形態。

#### 一、穩定老人社會網絡

隨著年齡增長，老人的生理、心理功能不能避免的產生老化，活動能力的喪失、認知功能的減低，或社會關係的喪失，如：居住的遷移、喪偶、老友逝去，會使其自行活動的範圍相對縮減，人際關係因而趨於消寂。而人際關係便是社會資本所存在的背景(setting)，當老人的人際關係來往減少，可預測的社會資本存量也會跟著減少。基此，落實「在地老化」的概念以及協助老人持續與人際關係進行互動的「支持性資源」的輸給，即是維持老人人際網絡，建立及維持社會資本的重要內涵。

##### (一) 在地老化(aging in place)

在地老化視老化為人生常態，因此老化個過程應該自然的在老人原來居住的地方中發生，老人不該因身體不好就必須離開老家或熟悉的社區，搬與子女同住，或到安養或養護機構裡接受照顧，不必為了養老資源遷居，讓老人維持習慣的生活方式，保有獨立自主、尊嚴隱私的生活(吳淑瓊&莊坤洋，2001；高淑貴等，2003)。

姜雅玲(2012)整理在地老化的優點後將其分為三項：

1. 獨立性：高齡者隱私的維持及對個人環境的掌控；
2. 家的歸屬感：高齡者對於長期居住的地方產生包含社會及心理層面的依附感，住在環境熟悉的地方能獲得安全感，相對能使高齡者建立社會信任；
3. 社會網絡：在地老化的過程中，鄰居與朋友扮演一個非常重要的角色，

他們不僅是精神支柱的來源，甚至可能成為問題處理或做決策的中間者，形成社會支持力量。

而從老人的社會網絡發展來看，其所擁有或依賴的社會資本紮根於過去長期累積且關係緊密的人際網絡之中，「在地老化」的概念有助於人際關係的持續發展，而不至於因老人個體在地域上的移動，影響其社會結構的穩定性，原本所累積的資源也會相對被拔除而消失。

其次，在前述文獻探討社會資本概念中，對於社會資本的存續都隱含著投資及持續互動的概念，在建立及穩固人際關係過程裡，網絡成員必須不斷相互交換認知、持續連繫以維持社會資本持續存在。由此看出，社會資本的產出不僅需要有人際關係的建立，還需要依賴時間的催化，加以厚實資本的能量。而在地老化的概念即供給老人持續維持社會資本的助力，希冀老人的社會資本不因此受到減損而影響其健康狀態的弱化。

## (二) 支持性資源

承襲上述在地老化的概念，要讓老人在社區內居住，且持續維持人際關係的交往，須因應不同的需求以提供必要的資源協助。檢視目前政府在社區中提供的老人服務，主要可分為三個不同面向（表 5-2）（內政部社會司，2012）：首先是基本針對失能老人提供的身體、飲食照顧服務，其次是老人健康維護，如：健康檢查、身體、飲食照顧，第三則為提供老人持續活動參與以及因應老化生活的訊息管道，如：長青學苑、諮詢服務中心、社區關懷據點及文康活動中心等。其中第三個面向與 Coleman 所提出社會資本建立的型態—訊息管道以及多功能社會組織有所迎合（鄧方譯，1992）。

### 1. 訊息提供：資源盤點、資訊平台

訊息為行動提供重要的基礎，然而要獲取有用且必要的訊息是必須付出相對的代價（鄧方譯，1992），特別是當個體無法與資訊來源管道接軌時。因此，在有限的人力、財力資源中，進行社區內資源盤點與整合，建立資訊平台，讓老人能夠容易地知道從何尋求協助，亦可成為老人的重要社會資本。

在我國的老人服務內容中確實有設置諮詢服務中心，以及藉由資訊到府的方式—行動式巡迴服務專車，嘗試整合訊息，將相關資訊傳遞給老人。然而必須檢討的是其廣宣是否足夠，是否所有的長者都知道此項資源管道，以及資源盤點的準確性。另外老人的知識教育程度亦會影響訊息取得的程度，鼓勵老人持續接受新知，培養資訊取得能力，在數位時代的來臨，亦為重要的支持性服務資源。

表 5-2 老人社區型福利服務內容

| 照顧面向 | 內容  |
|------|---|
| 照顧服務 | 依「我國長期照顧十年計畫」居家及社區式照顧：居家服務、日間照顧、輔具購買租借與居家無障礙環境改善、家庭托顧、交通接送(針對失能老人及使用長期照顧服務需求者)  |
| 健康維護 | 老人健康檢查保健服務  |
| 資訊提供 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 補助民間社團設置「老人諮詢服務中心」，對老人、一般民眾提供老人心理、醫療護理、衛生保健、環境適應、人際關係、福利與救助等諮詢服務。</li> <li>2. 行動式老人文康休閒巡迴服務；以服務專車深入社區推廣屆齡退休研習活動、參與社會服務活動、各類優待措施及辦理各項老人福利活動。</li> </ol>                                      |
| 社會參與 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 長青學苑：補助民間團體辦理相關課程，並因應數位科技發展，優先補助數位生活資訊訓練。</li> <li>2. 老人福利服務(文康活動)中心：鼓勵鄉鎮市區公所設立老人活動中心，以作為老人活動、福利供給場所，如辦理日間照顧、長青學苑、營養餐飲、居家服務支援中心。</li> <li>3. 社區照顧關懷據點：關懷訪視、電話問安、轉介服務、餐飲服務、健康促進活動</li> </ol> |

作者整理自內政部社會司老人福利與政策概述

## 2. 多功能組織：老人角色的轉換

要讓老人持續與人際間維持互動，社會參與的概念是多數都贊同的，讓老人持續參與社會活動，一方面維持體能狀態，另一方面在活動參與中發展新的角色，來替代原有角色的中斷(黃富順&楊國德，2011)。而設立長青學苑、老人福利中心、社區關懷據點這類型具有多功能性的組織，鼓勵老人前往，一方面可參與健康促進、教育型態的活動，另一方面可藉此增加人際互動，對於老人社會資本的累積亦有好處。

但值得注意的一點，在 Coleman 談到多功能社會組織成為個體重要社會資本的關係時，個體不但屬於組織的成員，另外還扮演主導組織成立與行動的角色(鄧方譯，1992)。反觀，當老人參與這類型的組織時，其角色定位多為參與者或學習者。因此，要如何進一步讓老人的角色轉變為主導的主體，思考他們在社區中所面臨的問題，互相支援協助，以幫助其他的同儕，亦是未來可發展的方向。

除上述兩類型的資源外，在實務上有個十分重要的基礎建設常被忽略，此即安全、便利的活動工具。因為在人際關係中，絕非單向的讓老人坐在家裡等人上門，所有的活動參與或學習資源，亦都需要「外出」行為。協助老人克服生理障礙，提供高齡者友善之交通運輸及社區居住環境，當老人因生理退化在行動上產生障礙後，仍可安全的自行外出購物、拜訪親友、就醫、

參與活動等日常活動。即便這樣的資源需要較多的成本投入，但是卻可為高齡者帶來長遠的邊際效應。

## 二、建立友善老人意識

在傳統的老人照顧關係中，似乎一直強調老人這個被照顧的角色，因此在老人的福利政策與計畫中亦多半認知老人是需求者，而非「被需求者」，這樣的觀念常營造出老人是社會「負擔」的負面印象。但事實上，多數的老人依然是獨立、自主的，且在社會仍是扮演著「貢獻者」的角色。

多數的老人對社會的貢獻，由於退休制度的關係，常被拘於志願服務、家庭照顧角色等無給職，這些「工作」往往不被計入勞動市場的統計中，以至於間接剝奪長者的存在價值，以及被低估所累積的生產力。但這些貢獻確實是一種積極性的經濟活動，曾有研究去計算這種潛在的經濟價值，指出澳洲 65 歲以上的老人，在這種無給的家庭照顧工作與志願性工作上，貢獻年產值達 39 億美元 (De Vaus et al., 2003)。而在家庭層面，多數的家庭中，即使在非常高齡的階段，資源的傳送仍然傾向由父母轉向子女，而非由子女至父母。

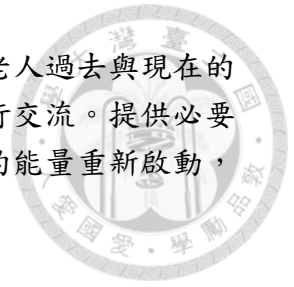
傳統上亦認為學習及工作與老人無關，但在新的典範中則挑戰此種看法，認為透過終身學習，以及職務重設計，同樣能使老人順利投入勞動市場，或對自己及他人的生活提供協助。當某人在社會結構中可承擔的義務較多，正意味著此人可擁有較多可利用的社會資本，因為他個人的價值被擴大，物質資源的擁有增加 (鄧方譯, 1992: 305)。因此，肯定老人對社會的貢獻及家庭世代間支持的重要性，可增進老人融入社會、與其他年齡層增進互惠的可能性。

Coleman 說明對個體產生有用的社會資本關係時提到規範的出現，他認為即便個體與擁有較佳資源的他人有所連結，但是如果彼此的關係無法反映規範性的互惠、信任或相互認可關係，那麼所連結的成員，不見得會回應中心個人取得資源的需要 (鄧方譯, 1992)。因此重新肯定老人的貢獻，一方面將老人的角色轉變為有用的貢獻者，除去大眾對老年負面的刻板印象，教育年輕世代認知到老人並非一個特別的族群，僅是生命階段的過程，認識老化、重視老年問題。當友善老人的意識建立後，助於降低老年歧視的產生，以人際信賴與互惠等規範，取代制式照顧體系約束，減少老人建立社會網絡的被排斥性。

## 三、小結

在老人人口數不斷膨脹的趨勢下，照顧老人的責任歸屬不該再被單純歸於家庭或政府的責任，而是應該更廣闊的將政府、非營利組織、私人企業部門，甚至全體國民納入，在老人政策、服務方案的制定與執行具有共同的責任，藉由各部門的參與，老人的健康生活方可維持 (Warburton & Bartlett, 2004)。身為政府或助人者的角色，在協助老人維護社會資本累積時，在積極層面需要考量的是，如

何增加並開啟社會資本的可能性，另外必須認知且重視如何讓老人過去與現在的豐富生活經驗，轉化為社會資本，投入社會結構中與其他人進行交流。提供必要資源，協助老人重新在社區中活化固有網絡關係，讓社會資本的能量重新啟動，以維持老人在生、心、社會層面都能夠健康的老化。



## 第四節 結論與研究限制



### 一、 總結

本研究使用 2010 年「台灣社會變遷基本調查計畫」第六期第一次：綜合問卷調查資料進行分析，探討高齡者社會資本與健康狀態的關係。研究結果證實，社會信任與社會網絡對於老人的自評健康與心理健康有顯著的正面效果，社會信任越佳、社會網絡連結越多，則老人的自評健康越好，其心理憂鬱的程度越低。

緊密的人際關係，特別是親密且值得信任的人際關係，對於個人的心理健康、快樂程度、生理健康都具有正面的影響，而在友善的環境或文化背景相似的社群中，要建立一個緊密且具支持性的社會網絡是較為容易的。個人鑲嵌於社群之內，擁有更多的朋友、鄰里的支持，透過社群掌握資源，並整合資源網絡相互連結，有利於個人獲得相關的知識與技術(林佑聖&葉欣怡譯，2005)，本研究結果證實社會資本能促進老人的健康，加強老人的社會信任與協助建立、拓展社會網絡亦是厚實老人社會資本的重要關鍵。

在實務工作上輔以在地老化的概念，在老人生理功能隨著年齡退化的同時，助人者應給予相對應的資源，使其能夠持續人際的交往。例如：當高齡者行動能力的下降，提供可及性的交通工具以協助其參與社區活動、探訪親友；協助社區建立友善老人的環境，去除對老人的歧視，增加高齡者對周遭人、事、物的信任，皆可提升老人之社會資本。

### 二、 研究限制與未來研究建議

本研究雖然獲得上述研究結果，但仍有不足之處，以下提出作為後續研究參考。

#### (一) 研究限制

1. 本研究採次級資料分析，受限於資料庫內容，未能完整測量從文獻中整理出社會資本各個層面，故無法分析老人整體社會資本與健康之間的關係。而研究中所包含社會信任的題項，僅測量人際信任，未含入與社會組織或社會政策等垂直面向的問項；社會網絡部分則無法展現老人實際網絡大小，朋友、親戚、鄰里來往的人數為何。
2. 在研究中兩個社經變項：教育程度與工作狀況都分別與社會資本、健康之間有所關連，本研究未進一步探討社會資本是否為社經變項與健康之間的中介關係。

#### (二) 未來研究建議

1. 社會資本概念雖然尚未有一致的定義，國外已有測量工具的發展。未來研

究應在我國文化脈絡下，發展出較為完整的測量工具。

2. 在老人社會資本的相關研究，應可進一步探尋在不同人口特質上，其社會資本的獲取有何不同。如加入性別的觀點，由於婦女的平均餘命高於男性，人口數亦因此多於男性，故可針對老年婦女的社會資本內涵進行質化或量化研究，以協助老年婦女在老年健康中的因應。






## 參考文獻



中文資料：

- 王中天(2003)。社會資本(Social Capital)：概念、源起、及現況。《問題與研究》，42(5)，139-163。
- 王雅鈴(2009)。台灣老人的社會資本與家庭結構對其健康及醫療資源使用的影響。南華大學應用社會學系社會學碩士論文。
- 王濟川、郭志剛(2004)。《Logistic 迴歸模型：方法及應用》。台北：五南。
- 江明修、陳欽春(2005)。充實社會資本之研究。《國家建設計畫研擬專題研究系列 III》，42(2)，177。
- 李宗派(2004)。老化理論與老人保健 (一)。《身心障礙研究季刊》，2(1)，14-29。
- 李宛蓉(譯)(2004)。信任：社會德性與繁榮的創造(*Trust: the social virtues and creation of prosperity.*) (原著者：Fukuyama, F.)。台北：立緒。(原著出版年：1995)
- 辛榕芝(2005)。老人社區照顧支持網絡之探討-以台南縣佳里鎮嘉福村里關懷中心為例。國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 余青珊(2011)。台灣老人社會資本與自評健康相關性分析。長榮大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 吳佳芸(2010)。社經地位、社會資本對老人健康及生活滿意度的影響。國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 吳淑瓊、江東亮(1995)。台灣地區長期照護的問題與對策。《中華公共衛生雜誌》，14(3)，246-255。
- 吳淑瓊、張明正(1997)。台灣老人健康照護之現況分析。《台灣省家庭計畫研究所台灣老人研究叢刊系列 (六)》，1-9。
- 林南(2007)。社會資本理論與研究簡介。《社會科學論叢》，1(1)，1-32。
- 林娟芬 (2002)。婦女晚年喪偶適應歷程與策略。《神學與教會》，27 (1)，150-175。
- 林祐聖、葉欣怡(譯)(2005)。《社會資本(Social Capital: A Theory of Social Structure and Action.)》(原著者：Lin, N.)。台北：弘智。(原著出版年：2001)
- 周玉慧、朱瑞玲(2008)。變遷中的台灣民衆心理需求、疏離感與身心困擾。《臺灣社會學刊》(41)，59-95。
- 周玉慧、楊文山、莊義利(1998)。晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康。《人文及社會科學集刊》，10(2)，227-265。
- 周玟琪(2008)。從新批判老年學觀點初探台灣民眾對未來退休年齡與退休後再就業意願、型態與影響因素。2008年行政院國科會高齡社會研究成果學術研討會。行政院國家科學委員會、高齡社會整合型研究團隊。台北：國立台灣大學。
- 周雅容 (1996)。不同來源的社會支持與老年人的心理健康。《人口變遷、國民健康與社會安全》，219-246。台北：中央研究院中山人文社會科學研究所。
- 侯佩君、杜素豪、廖培珊、洪永泰、章英華(2008)。台灣鄉鎮市區類型之研究：「台

- 
- 灣社會變遷基本調查」第五期計畫之抽樣分層效果分析。調查研究-方法與應用，(23)，7-32。
- 高淑貴、陳雅美、李育才(2003)。農村高齡者“在地老化”策略基層執行之研究。農業推廣學報，(20)，1-24。
- 陳惠真、王香蘋(2005)。台灣老人健康狀況初探：1989年至1999年。臺灣家庭醫學雜誌，15(1)，25-35。
- 陳燕楨(2009)。老人服務與社區照顧：多元服務的觀點。台北：威仕曼。
- 陳肇男(1999)。老年三寶：老本、老伴與老友—台灣老人生活狀況探討。台北：中央研究院經濟研究所。
- 袁方、林萬億(2002)。社會研究方法。台北：五南。
- 康瀚文(2005)。社會資本對學生教育成就影響成因之探究。2005華人教育學術研討會，台北：國立台灣師範大學教育系。
- 孫傳凱(2009)。婚姻與健康--台灣老人實證研究。國立中央大學產業經濟研究所碩士論文。
- 孫智綺(譯)(2002)。布赫迪厄社會學的第一課(*Premieres lecons sur La sociologie de Pierre Bourdieu.*) (原著者：Bonnewitz, P.)。台北：麥田。(原著出版年：1997)
- 許瀨方(2007)。增能觀點之老人健康素養教育與實踐。邁向高齡社會，落實老人教育政策白皮書：2007高齡教育整合與創新研討會會議論文集。
- 梅陳玉蟬、楊培珊(2005)。台灣老人社會工作：理論與實務。台北：雙葉。
- 張苙雲(1997)。當代台灣社會的信任與不信任。收錄於張苙雲、呂玉瑕、王甫昌主編，九零年代的台灣社會，中央研究院社會學研究所籌備處專書第一號，p295-332。
- 曾鈺琦(2005)。逃不開的人情關係網絡—從客家婦女的志願性服務工作探討社區參與和溝通中的社會資本與人情關係網絡。國立清華大學社會學研究所碩士論文。
- 曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅(2003)。國人生活品質評量(II): SF-36台灣版的發展及心理計量特質分析。臺灣公共衛生雜誌，22(6)，512-518。
- 彭泗清(1999)。信任的建立機制：關係運作與法制手段。收錄於楊中芳主編，中國人的人際關係、情感與信任。台北：遠流。
- 彭駕駢、彭懷真(2012)。老年學概論。台北：威士曼。
- 董和銳.(2005)。台灣老年人口自評健康與功能障礙情形之轉變。身心障礙研究，3(2)，72-87。
- 葉致延(1996)。高齡者再就業原因與意涵之研究。國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 黃克先、黃惠茹(譯)(2008)。社會資本(*Social Capital.*) (原著者：Halpern, D.)。台北：巨流、國立編譯館。(原著出版年：2005)
- 黃富順、楊國德(2011)。高齡學。台北：五南。
- 黃雅文、許維中(2013)。老年健康之因素與需求評估。收錄自陳雪芬等著，老人健



- 康促進，台北：華都。
- 黃國彥、詹火生(1994)。銀髮族之社會資源。國立嘉義師範學院編印。
- 費孝通、吳晗(1948)。鄉土重建：鄉土中國。上海：觀察社。
- 楊宜音(2000)。「自己人」：一項有關中國人關係分類的個案研究。收錄於楊中芳主編，中國人的人際關係、情感與信任，台北：遠流。
- 劉少杰(2001)。後現代西方社會學理論。北京：社會科學文獻出版社。
- 鄭惠玲(2001)。社會資本與自評健康。國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 鄭惠玲、江東亮(2002)。臺灣的社會資本與自評健康。臺灣公共衛生雜誌，21(4)，289-295。
- 鄧方(譯)(1992)。社會理論的基礎(Foundations of Social Theory.)(原著者：Coleman, J. S.)。台北：五南。
- 劉淑娟(1995a)。台灣地區老年婦女的健康、疾病與中國文化間之關係——一個辯證研究。國立台北護理學院學報，2，1-58。
- 劉淑娟(1995b)。老年婦女的健康觀念與健康行為。國立台北護理學院學報，3，1-52。
- 蔡必焜(2004)。社會資本、休閒參與與健康關係之研究。國立臺灣大學農業推廣學研究所碩士論文。
- 蔡秀美、周雅容(1995)。台灣地區老年失偶婦女的居處狀況，支持網絡和心理健康。中正大學學報：社會科學分冊，6(1)，37-56。
- 賴紅汝(2009)。台灣老年人非正式支持網絡與支持變動分析：1989-2003。國立中正大學社會福利所碩士論文。
- 戴玉慈(1999)。老年人身體發展與健康需求。收錄自戴玉慈等編著，老人護理學，pp.35-199，台北：空大。
- 謝美娥(2001)。成年子女與照顧失能老年父母之影響-一個量化的探討並以台北市為例。社會政策與社會工作學刊，5(2)，57-112。
- 瞿海源(2001)。臺灣社會變遷基本調查的進展與問題，收錄自邊燕杰等編著，《華人社會的調查研究》，頁43-61，香港：牛津大學出版社。
- 瞿海源、王振寰(2009)。社會學與台灣社會。台北：巨流。
- 簡春安、鄒平儀(2004)。社會工作研究法。台北：巨流。
- 蘇育民(2011)。退休與社會資本之相關性探討。長榮大學醫務管理學研究所碩士論文。

英文資料：

- Berkman, L. F., Glass T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). "From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium." *Social Science & Medicine*, 51: 843-857.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In Richardson, J. G.(Ed), *Handbook of Theory and Research for the Sociology and Education*, pp.241-258, Greenwood Press.
- Chen, Y. L. D. (1996). Conformity with nature: A theory of Chinese American elders' health promotion and illness prevention processes. *Advances in Nursing Science*, 19(2), 17-26.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American journal of sociology*, S95-S120.  
— (1990). *Foundations of Social Theory*. Massachusetts: Harvard University Press.
- De Vaus, D. A., Stanton, D. I., & Gray, M. (2003). *Measuring the value of unpaid household, caring and voluntary work of older Australians* (pp. 1-23). Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Ell, K. (1984). Social Networks, Social Support, and Health Status: A review. *The Social Service Review*, 133-149.
- Eriksson, M., Dahlgren, L., Janlert, U., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). Social Capital, Gender and Educational Level: Impact on Self-rated Health. *The Open Public Health Journal*, 3, 1-12.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1985). *Promoting Health: A Practical Guide to Health Education*. Chichester: Wiley.
- Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Social Capital: A Guide to Its Measurement. *Health & place*, 5(4), 259-270.
- Hanifan, L. J. (1916). The Rural School Community Center. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67, 130-138.
- Harpham, T., Grant, E., Thomas, E. (2002). Measuring Social Capital within Health Surveys: Key Issues. *Health Policy Plan*. 17(1): 106-111.
- Hyypä, M. & J. Mäki. (2001). "Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community." *Preventive Medicine*, 32: 148-155.
- Kawachi, I., & Kennedy, B.P. (1997), "Health and Social Cohesion: Why Care about Income Inequality?" *British Medicine Journal*, 314, 1037-1040.
- Kawachi, I., B. P. Kennedy, Lochner & Prothrow-Stith D. (1997) "Social Capital, Income Inequality, and Mortality." *American Journal of Public Health* 87 (9) : 1491-1498.

- 
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. & Glass, R. (1999) "Social Capital and Self-Related Health: A Contextual Analysis." *American Journal of Public Health*. 89 (8) ; 1187-1193.
- Kawachi, I., & Lisa Berkman.(2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. *Social Epidemiology*, edited by Lisa Berkman, Pp.174-190. New York: Oxford University Press.
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of Life at Older Ages: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363.
- OECD(2001). *The Well-being of Nations: The Role of Human and Social Capital*. Paris: Centre for Educational Research and Innovation, OECD
- Pollack, C. E. & von dem Knesebeck O.(2004). Social Capital and Health Among the Aged: Comparisons between the United States and Germany. *Health & Place*, 10:383-391.
- Putnam, Robert D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rose, R. (2000) . "How Much does Social Capital Add to Individual Health? A survey Study of Russians." *Social Science & Medicine*, 51: 1421-1435.
- Schuller, T., Baron, S., & Field, J. (2000). Social Capital: A review and Critique. *Social capital: Critical perspectives*, 1-38.
- Sirven, Nicolas. (2006). Endogenous social capital and self-rated health : Cross-sectional data from rural areas of Madagascar. *Social Science and Medicine*, 63:1489-1502.
- Sixsmith, J., & Boneham, M. (2003). Older Men's Participation in community life: Notions of social capital, Health, and Empowerment. *Ageing International*,28(4), 372-388.
- Veenstra, G. (2000) "Social Capital, SES and Health: An Individual-Level Analysis." *Social Science & Medicine*, 50: 619-629.
- Warburton, J., & Bartlett, H.(2004). Economic Implications of an Ageing Australia: The Productivity Commission. Brisbane: University of Queensland.
- WHO(1999). *Ageing: exploding the myths*. Geneva: WHO

網路資料：

中央研究院(1991)。《台灣地區社會變遷基本調查計劃：第二期第一、二次調查計劃執行報告》，<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc/cht/datafile/tscs90.pdf>。

中央研究院(1993)。《台灣地區社會變遷基本調查計劃：第一期調查計劃執行報告》，<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc/cht/datafile/tscs85.pdf>。

中央研究院(2006)。《台灣地區社會變遷基本調查計劃：第五期第一次調查計畫執行報告》，<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc/cht/datafile/tscs05.pdf>。

中央研究院(2011)。《台灣社會變遷基本調查計畫：第六期第一次調查計畫執行報告》，<http://www.ios.sinica.edu.tw/sc/cht/scDownload2.php#sixth>。

行政院主計處(2002)。《社會發展趨勢調查》。網址：

<http://win.dgbas.gov.tw/dgbas03/ca/society/life-91/91Trea1-1.html>。

行政院內政部統計處(2009)。《老人狀況調查摘要分析》。網址：

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html>。

行政院內政部統計處(2011)。《100年我國簡易生命表》。網址：

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/preface943.htm>。

行政院內政部統計處(2012)。《內政統計月報—現住人口按五歲年齡組分》。網址：

<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm>。

行政院衛生署(2011)。《民國100年國民醫療保健支出提要分析》。網址：

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=12486&class\\_no=440&level\\_no=2](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12486&class_no=440&level_no=2)。

行政院教育部(2006)。《邁向高齡社會老人教育政策白皮書》，

<http://www.edu.tw/userfiles/url/20120920154253/95.11邁向高齡社會老人教育政策白皮書.pdf>。

行政院經濟建設委員會(2012)。《中華民國2012年至2060年人口推計》。網址：

<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455>。

聯合國經濟及社會委員會(2002)。《第二次老齡問題世界大會報告》，

<http://www.un.org/chinese/events/ageing/>，

<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/50/PDF/N0239750.pdf?OpenElement>。

吳齊殷(2007)。台灣民眾整體心理健康趨勢變遷(1990~2005)。中研院社會所「台灣社會變遷全紀錄」。[http://www.ios.sinica.edu.tw/TSCpedia/index.php/台灣民眾整體心理健康趨勢變遷\(1990~2005\)](http://www.ios.sinica.edu.tw/TSCpedia/index.php/台灣民眾整體心理健康趨勢變遷(1990~2005))

WHO(2011)。The determinants of health。<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>。