

探討獨居長者社會參與之相關因素研究： 以臺北市南港區為例

林莉玲* 施淑芳**

摘要

目標：探討與獨居長者社會參與程度相關之因素。方法：本研究為橫斷性調查，於2018年2~4月期間，以面對面訪談方式由公共衛生護理人員完成131位南港區獨居長者調查。問卷內容包括基本資料、健康狀態，以及社會參與情況。本研究運用SPSS 22.0版進行資料處理及多元迴歸分析。結果：自評健康狀況愈好、認知功能愈高、日常生活活動功能愈好、憂鬱程度愈低、失能情形愈少、衰弱情況愈輕，則其社會參與程度愈高。結論：身體及心理健康較差之獨居長者，其社會參與程度相對較差。本研究為需求評估之第一步，未來政策及社區單位（包括公共衛生及社會福利）於規劃社區健康促進工作時，可特別關注於該族群，並且針對該族群進一步了解影響其社會參與

* 臺北市南港區健康服務中心主任

** 美國密西根大學公共衛生學院健康管理與政策研究所助研究教授（通訊作者），

E-mail: sfshih@umich.edu

通訊地址：1415 Washington Heights, Ann Arbor, MI 48109-2029, USA，

聯絡電話：734-936-5547

投稿日期：2019年8月20日；修改日期：2019年9月12日；接受日期：2019年11月3日

DOI: 10.3966/2070106320200600510003

之促進及障礙因子，以作為未來規劃提升該族群社會參與策略之重要參考依據。

關鍵詞：社會參與、健康狀態、獨居長者

壹、前言

我國1993年65歲以上長者比率為7%，2018年達14.05%，推估至2025年將達20%，從「高齡化社會」到「高齡社會」歷經25年，由「高齡社會」進入「超高齡社會」僅需7年（國家發展委員會，2014），相對於先進國家，老化快速。隨著高齡化，獨居長者比率亦增加，根據衛生福利部（2014）長者狀況調查，65歲以上獨居長者由2009年的9.23%上升至2013年的11.1%，65歲以上僅與配偶同住者亦由2009年的18.8%上升至2013年的20.6%。高齡人口的增長導致慢性病及失能人口大幅增加，2013年的老人狀況調查指出，65歲以上長者自述經醫師診斷的慢性疾病至少有一種占81%、有三種（含）以上者占38%（衛生福利部國民健康署，2014）。獨居長者的身、心健康狀況與一般長者差異不大，但獨居又生病或獨居與社會無互動者，在緊急狀況下，無法及時獲得適切的照顧及協助，可能面臨生命危機（劉家勇，2015）。

世界衛生組織 (World Health Organization [WHO], 2002) 提出「活躍老化」(active ageing)，意指「積極增進健康、參與和安全的過程，以提升老年生活品質」；而「社會參與」是維持社會接觸和參與社會活動 (Bassuk, Glass, & Berkman, 1999)，長者透過社會參與體現「活躍老化」（呂寶靜，2012）。活動理論 (activity theory) 又稱為「社會投入理論」(engagement theory)，係指在人際關係中能有效溝通，與社會互動且積極參與社會活動（藍苔菁，2011），持續中年時的活動，不因年齡增長而減少社會角色，以維持身心健康，即使是獨居狀態，亦要與人及環境互動，維持社交活動、現實感及社會關係（張麗芳，2008）。

社會參與可維持心智與身體功能、減緩老化速度、降低疾病或失能，是延緩身心功能衰退的有效策略 (Chiu et al., 2016; Jerliu et al., 2013; Moore, Depp, Wetherell, & Lenze, 2016)。芬蘭一項研究發現，社會參與能有效降低長者死亡率，而認知功能及憂鬱情況為影響社會參與的重要因素 (Katja, Timo, Taina, & Tiina-Mari, 2014)；然而，過去研究指出，因老年期生理變化大，衰

退快速，身體病痛頻率增加，活動及生活型態受到限制，長者也因擔心跌倒，而導致社交退縮，日常生活及社會參與也因此受限（黃明碧、林金定、陳麗美，2011；Scheffer, Schuurmans, Dijk, Hooft, & Rooij, 2008）。此外，自評健康狀況、日常生活能力方面，其與社會參與呈正向關係（謝美娥，2012；Jerliu et al., 2013）。由此可知，了解長者社會參與之相關因素有助於未來針對可改變之因素擬訂介入方案，提升長者之社會參與狀況，幫助長者維持身體及心智功能。

根據臺北市政府社會局（2014）調查發現，65歲以上長者多以「看電視」等靜態活動為主，團體活動參與度低，而獨居長者多從事個人、居家之靜態活動，與外界互動少，社區參與度更是偏低，有些甚至與外界隔離（吳秀汝、林金定、張必正、陳麗美，2012）。由於國內、外研究多著重於探討獨居長者之健康問題、照顧模式、社會支持，或幸福感等議題，過去較少有研究探討影響獨居長者社會參與之相關因素，少數研究曾探討獨居長者健康狀況與跌倒之狀況，抑或於探討其利用社會資源時提及其社會參與情形（黃明碧等，2011；熊曉芳，1999）。有鑑於此，本研究目的乃探討與獨居長者社會參與之相關因素，以期相關研究結果可提供政府及照護單位規劃提升獨居長者社會參與策略之參考依據。

貳、材料與方法

一、研究樣本

本研究立意選取臺北市南港區為研究地點，並以臺北市南港區健康服務中心2017年列冊管理之190位獨居長者為母群體，將意識不清、無法溝通、死亡、遷出、入住機構及問卷預試人數排除後，共計172位獨居長者為研究樣本。本研究由取得人體試驗倫理委員會 (Institutional Review Board, IRB) 合格時數之9位公共衛生護理人員擔任訪員執行訪問調查。為求資料蒐集的一致性及準確性，研究者於正式施測前對訪員進行訪員訓練，使其清楚了解研

究目的、問卷內容、施測方式、訪談用語一致，以及研究倫理等。本研究於2018年2~4月期間，由公共衛生護理人員進行面對面家訪，問卷調查前先請長者簽署同意書後再進行訪談，共計131位獨居長者完成問卷調查，完訪率為76.2%。

二、研究變項

本研究之自變項及依變項操作型定義（詳如表1），茲分述如下。

表1
研究變項定義

變項名稱		操作型定義
自變項—— 社會人口學	性別	以男性、女性兩類進行測量研究對象的性別分類
	年齡	以研究對象受訪時的實際歲數計算
	婚姻狀況	以已婚、喪偶、離婚或分居、未婚等四類測量研究對象婚姻狀況
	教育程度	以不識字、國小、國中、高中職、大專以上等五類測量研究對象的教育程度
	居住型態	依臺北市政府社會局獨居長者收案資格測量研究對象居住型態，分獨居、有同住，但無照顧關係者、夫與妻同住無直系血親住臺北市等三類
自變項—— 健康狀態	經濟情況	以相當充裕有餘、大致夠用、略有困難、相當困難等四類測量研究對象的經濟情況
	慢性病疾病數	以衛生福利部國民健康署中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查問卷疾病之題項，測量研究對象的慢性病種類及數量，統計分析時分無疾病、一種、兩種、三種、四種以上
	自評健康狀況	以衛生福利部國民健康署中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查問卷之題項，測量研究對象自評的健康狀況，總分0~100分；46~59分為不好、60~79分為普通、80~89分為好、90~100分為很好
	跌倒次數	測量研究對象1年內跌倒次數，分為零次、一次、兩次（含）以上

（續下頁）

表1 (續)

變項名稱	操作型定義
憂鬱程度	以簡易長者憂鬱量表 (GDS-15) 測量本研究對象之憂鬱程度，總分0~15分， ≤ 5 分為正常、6~9分為疑似、 ≥ 10 分為極可能
認知功能	以簡易心智量表 (MMSE) 測量本研究對象之認知功能，總分0~30分， ≥ 24 分為正常、17~23分為輕度、 ≤ 16 分為重度
日常生活活動功能	採用巴氏量表(ADL)測量本研究對象之日常生活活動功能，總分0~100分，21~60分為嚴重依賴、61~90分為中度依賴、91~100分為獨立
工具性日常生活活動功能	以工具性日常生活活動量表 (IADL) 評估本研究對象獨居、複雜功能的執行能力，總分0~8分，分數愈高，獨立功能愈高，依賴程度愈低
衰弱情況	採國民健康署長者衰弱篩檢工具——SOF量表，評估本研究對象的衰弱情況，總分0~3分，0分為正常、1分為衰弱前期、 ≥ 2 分為衰弱
依變項—— 社會參與	社交活動 使用社交活動量表 (Index of Social Engagement) 評估本研究對象1個月內的社交活動參與程度，共6題，總分6~30分，分數愈高，參與程度愈高 人際互動 以與家人、朋友、鄰居的聯繫等3項，評估本研究對象1個月內的人際互動情形，總分3~15分，分數愈高，參與程度愈高 活動參與 以休閒活動、宗教活動、志願服務、進修學習等4項，評估本研究對象1個月內的活動參與情形，總分4~20分，分數愈高，參與程度愈高

註：簡易長者憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-15, GDS-15)、簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE)、日常生活活動功能 (Activities of Daily Living, ADL, 即巴氏量表)、工具性日常生活活動量表 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)、衰弱篩檢 (Study of Osteoporotic Fractures, SOF)；參與程度分總是 (≥ 4 次/週)、經常 (2~3次/週)、偶爾 (1次/週)、很少 (<1次/週)、幾乎沒有 (0~1次/月) 等五個等級，依次為5分、4分、3分、2分、1分計分。

（一）自變項

包括社會人口學及健康狀態變項：

1. 社會人口學

包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、居住型態及經濟情况等，共計6項，除年齡為連續變項外，其他皆為類別變項。

2. 健康狀態

本研究依據過去文獻及採用政府部門統計資料使用之具信、效度的量表，包括憂鬱程度 (GDS-15) Cronbach's α 為 .83、認知功能 (MMSE) Cronbach's α 介於 .77~.98 (曾淑芬、張志娟、曾薔霓、劉立凡、陳惠芳，2011)、日常生活活動功能 (ADL) Cronbach's α 為 .89、工具性日常生活活動功能 (IADL) Cronbach's α 為 .92 (莊艷妃、宋惠娟、林麗萍，2005)，以及衰弱情況 (SOF量表) 鑑別力為0.657 (胡倍瑜，2019)。其他相關健康狀態包括慢性病疾病數、自評健康狀況，以及過去1年內跌倒次數等，所有變項皆為連續變項。

（二）依變項

本研究綜合過去文獻，將獨居長者的社會參與情形分為「社交活動」、「人際互動」及「活動參與」，測量訪談前1個月內的社會參與情形。本研究使用中文版基本資料庫 (Minimum Data Set, MDS) 居家照護評估量表 (藍忠孚，2002) 中的「社交活動指數」，並參考Liang (1982) 研究中社會參與「人際互動」之分類，以及張梅玲 (2006) 所設計的社會參與量表中有關「活動參與」之內容，經研究團隊編修題項後，透過內部一致性信度分析，刪除不具鑑別度之「工作情形」題項，驗證量表之內部一致性後，確認量表具高之信度 (Cronbach's $\alpha = .918$)。三個社會參與的不同面向乃是分別將各面向下之題目分數加總，故皆為連續變項。

三、統計分析

本研究以SPSS 22.0進行描述性及推論性統計分析，以描述性統計了解社會人口學資料、健康狀態與社會參與情形。以 t 檢定來比較不同性別的獨居長者在健康狀態與社會參與方面之差異。以單因子變異數分析來檢驗社會人口學變項及健康狀態對社會參與之影響。以皮爾森積差相關係數了解健康狀態與社會參與的相關性。本研究乃以多元迴歸分析，分析與獨居長者社會參與相關之因素。本研究已於2018年1月12日經國立臺灣師範大學研究倫理審查委員會審查核可（案件編號：201709HM007）。

參、結果

一、研究樣本背景特性

本研究樣本之社會人口學特性及健康狀態如表2所示。女性（55%）多於男性，年齡介於67~101歲，平均80.18歲（標準差 = 8.07），將近半數「喪偶」（48.1%），教育程度以「國小」（36.6%）最多，61.8%為「獨居」，經濟情況「大致夠用」（67.9%）為多數。健康狀態方面，平均每人有2.54種（標準差 = 1.72）慢性病，一種疾病以上者有94.7%、近半數有三種以上的疾病（47.3%），自評健康狀況為普通者居多（平均70.31分；標準差 = 14.99），22.9%過去1年中有跌倒經驗，其中近一成跌倒兩次（含）以上，16.8%可能有憂鬱問題，14.5%有認知功能障礙，28.2%有「衰弱」情形，日常生活活動功能有依賴需求者占29%；工具性日常生活活動功能需協助者占34.4%，需協助的前3項為「做飯（食物製備）」、「做家事」，以及「購物」。

表2

研究樣本背景基本特性

變項名稱	樣本數	百分比 (%)	平均值±標準差
社會人口學	131		
性別			
男性	59	45.0	
女性	72	55.0	
年齡			80.18±8.07
67~74歲	32	24.4	
75~84歲	59	45.1	
85歲以上	40	30.5	
婚姻狀況			
未婚	25	19.1	
已婚	30	22.9	
離婚或分居	13	9.9	
喪偶	63	48.1	
教育程度			
不識字	24	18.3	
國小	48	36.6	
國中	14	10.7	
高中職	21	16.0	
大專以上	24	18.3	
居住型態			
獨居	81	61.8	
有同住，但無照顧關係	28	21.4	
夫與妻同住，無直系血親住臺北市	22	16.8	
經濟情況			
相當充裕有餘	7	5.3	
大致夠用	89	67.9	
略有困難	28	21.4	
相當困難	7	5.3	

(續下頁)

表2 (續)

變項名稱	樣本數	百分比 (%)	平均值±標準差
健康狀態			
慢性病疾病數			2.54±1.72
無疾病	7	5.3	
一種	36	27.5	
兩種	26	19.8	
三種	29	22.1	
四種以上	33	25.2	
自評健康狀況			70.31±14.99
不好 (46~59分)	37	28.2	
普通 (60~79分)	42	32.1	
好 (80~89分)	40	30.5	
很好 (90~100分)	12	9.2	
跌倒次數			0.38±0.84
零次	101	77.1	
一次	17	13.0	
兩次 (含) 以上	13	9.9	
憂鬱程度			2.89±2.82
正常 (≤5分)	109	83.2	
疑似 (6~9分)	18	13.7	
極可能 (≥10分)	4	3.1	
認知功能			26.56±4.65
正常 (≥24分)	112	85.5	
輕度 (17~23分)	10	7.6	
重度 (≤16分)	9	6.9	
日常生活活動功能			93.51±12.01
獨立 (91~100分)	93	71.0	
中度依賴 (61~90分)	35	26.7	
嚴重依賴 (21~60分)	3	2.3	

(續下頁)

表2 (續)

變項名稱	樣本數	百分比 (%)	平均值±標準差
工具性日常生活活動功能			1.28±2.25
無須協助	86	65.6	
一種需協助	7	5.3	
兩種需協助	13	9.9	
三種以上需協助	25	19.1	
衰弱情況			0.95±0.93
正常(0分)	52	39.7	
衰弱前期(1分)	42	32.1	
衰弱(≥2分)	37	28.2	
需協助項目(複選)			
做飯(食物製備)	33	19.6	
做家事	28	16.7	
購物	24	14.3	
外出活動	22	13.1	
用藥	18	10.7	
洗衣	16	9.5	
處理財務	14	8.3	
打電話	13	7.7	

二、依變項分布情形

本研究依變項為社會參與，分為「社交活動」、「人際互動」及「活動參與」三個面向，每題項的平均值、標準差，以及加總分數，如表3所示。「社交活動」部分，總分6~30分，平均值為20.27（標準差 = 6.35），約近八成總是、經常及偶爾與他人互動（81.0%）；使用期限內設施，如敬老卡（80.9%）及安排自己的活動（77.8%）來維持適當的社交活動，但近五成很少及幾乎沒有「接受團體活動邀請」（48.1%）。「人際互動」部分，總分3~15分，平均值為10.21（標準差 = 3.10），七成以上總是、經常及偶爾與家人

(77.1%)、朋友 (72.6%) 及鄰居 (69.5%) 保持聯繫。「活動參與」部分，總分 4~20 分，平均值為 7.98 (標準差 = 3.70)，五成以上很少及幾乎沒有「活動參與」，其中有八成五幾乎不參加「進修學習」及「志願服務」，總是、經常及偶爾參與之種類依序為「休閒活動」(49.6%)、「宗教活動」(37.4%)、「志願服務」(14.5%)，以及「進修學習」(13.7%)。

表 3

社會參與各面向之描述性統計

變項名稱	樣本數/(%)					平均值±標準差
	幾乎沒有	很少	偶爾	經常	總是	
社交活動						20.27±6.35
與他人互動	4 (3.1)	21 (16.0)	25 (19.1)	47 (35.9)	34 (26.0)	3.66±1.12
使用期限內設施，如敬老卡	14 (10.7)	11 (8.4)	27 (20.6)	37 (28.2)	42 (32.1)	3.63±1.30
安排自己的活動	8 (6.1)	21 (16.0)	21 (16.0)	48 (36.6)	33 (25.2)	3.59±1.20
自發性活動	11 (8.4)	22 (16.8)	21 (16.0)	44 (33.6)	33 (25.2)	3.50±1.27
設定生活目標	10 (7.6)	29 (22.1)	32 (24.4)	33 (25.2)	27 (20.6)	3.29±1.24
接受團體活動邀請	39 (29.8)	24 (18.3)	28 (21.4)	29 (22.1)	11 (8.4)	2.61±1.34
人際互動						10.21±3.10
與家人保持聯繫	16 (12.2)	14 (10.7)	16 (12.2)	47 (35.9)	38 (29.0)	3.59±1.34
與朋友保持聯繫	13 (9.9)	23 (17.6)	25 (19.1)	45 (34.4)	25 (19.1)	3.35±1.25
與鄰居來往	14 (10.7)	26 (19.8)	25 (19.1)	43 (32.8)	23 (17.6)	3.27±1.26
活動參與						7.98±3.70
休閒活動	41 (31.3)	25 (19.1)	28 (21.4)	24 (18.3)	13 (9.9)	2.56±1.36
宗教活動	50 (38.2)	32 (24.4)	19 (14.5)	9 (6.9)	21 (16.0)	2.38±1.45
志願服務	108 (82.4)	4 (3.1)	2 (1.5)	4 (3.1)	13 (9.9)	1.55±1.29
進修學習	103 (78.6)	10 (7.6)	5 (3.8)	8 (6.1)	5 (3.8)	1.49±1.08

三、健康狀態與社會參與之相關性

自評健康狀況、認知功能、日常生活活動功能與社會參與三個面向間呈顯著正相關 ($r = .259 \sim .481$)，憂鬱程度、工具性日常生活活動功能、衰弱情況與社會參與三個面向間呈顯著負相關 ($r = -.300 \sim -.594$)，跌倒次數僅與「人際互動」有顯著負相關 ($r = -.256$) (詳如表4)；社會參與的三個面向，經相關分析後，兩兩皆為顯著正相關 ($r = .602 \sim .707$) (未呈現於表中)。

表4

健康狀態與社會參與之相關分析

變項	社交活動	人際互動	活動參與
	<i>r</i> 值		
慢性病疾病數	-.071	-.105	-.066
自評健康狀況	.305***	.273**	.259**
跌倒次數	-.134	-.256**	-.006
憂鬱程度	-.355***	-.315***	-.318***
認知功能	.438***	.401***	.349***
日常生活活動功能	.481***	.452***	.358***
工具性日常生活活動功能	-.594***	-.464***	-.456***
衰弱情況	-.427***	-.300***	-.371***

** $p < .01$ *** $p < .001$

四、多元迴歸模型分析結果

本研究診斷模型之共線性及變異數膨脹因素 (variance inflation factor, VIF) 皆低於10，條件指標 (condition index, CI) 亦低於100，因此，模型無嚴重線性重合問題。根據多元迴歸分析發現，不同「社會參與」之面向，包括「社交活動」、「人際互動」與「活動參與」之相關顯著因素並不完全相同。根據表5所示，「工具性日常生活活動功能」($p < .001$)、經濟狀況「略有困難」($p = .030$) 及「年齡」($\beta = -.157, p = .021$) 皆為「社交活動」的顯著相關

因子，亦即，需協助之項目愈多，「社交活動」愈少；與經濟狀況「相當困難」者相較，「略有困難」者的「社交活動」較少；年紀愈大者，「社交活動」愈少。再者，婚姻狀況為「離婚或分居」($p = .006$)及「年齡」($p = .003$)與「人際互動」亦有顯著相關，亦即相對於「喪偶」之獨居長者，「離婚或分居」之獨居長者有較多的人際互動；年紀愈大者，人際互動愈少。最後，教育程度為「國小」者($p = .034$)亦與「活動參與」有顯著相關，相較於教育程度為「大專以上」者，教育程度為「國小」之獨居長者，其活動參與較少（詳如表5）。

肆、討論

本研究樣本平均年齡為80.18歲，近九成五之長者有一種以上的慢性病，近五成有三種以上的多重慢性病，根據衛生福利部2013年調查臺灣65歲以上長者之慢性病狀況，自述經醫師診斷慢性疾病至少有一種之長者有81%、三種以上則占38%（衛生福利部，2014）。本研究之獨居長者罹患慢性病的百分比較高，顯示本研究區域之獨居長者年紀較長、身體健康狀況較差。然而，疾病類別則相似，皆以三高慢性病及眼睛疾病為主。在跌倒方面，本研究之獨居長者發生跌倒之百分比較臺北市獨居長者高（16.92%）（余正麗，2011），衰弱情況（含衰弱前期）亦較衛生福利部2017年以SOF量表調查一般長者之結果（17.5%）高。不過，日常生活活動功能與工具性日常生活活動功能與一般長者差異不大，皆以「上下樓梯」、「平地上走動」及「移位」等行動有困難居多，「做飯（食物製備）」、「做家事」及「購物」等為其最需協助項目（臺北市政府社會局，2014；衛生福利部，2014）。憂鬱程度方面，本研究之獨居長者有憂鬱狀況之百分比較衛生福利部（2014）調查之一般長者低（28.29%），而重度認知功能障礙之百分比則與臺北市一般長者（6.4%）相似（臺北市政府社會局，2014）。

表5

多元迴歸模型分析結果

變項	結果變項（迴歸係數， <i>p</i> ）		
	社交活動	人際互動	活動參與
社會人口學			
年齡	-0.157, .021	-0.105, .003	-0.053, .223
性別（參考組：男性）			
女性	-0.768, .525	0.020, .975	0.655, .403
婚姻狀況（參考組：喪偶）			
未婚	-0.486, .835	0.878, .466	-1.565, .302
已婚	-2.744, .156	-0.063, .949	-0.920, .461
離婚或分居	0.557, .693	2.017, .006	0.594, .516
教育程度（參考組：大專以上）			
不識字	-1.439, .427	0.077, .934	-2.228, .059
國小	-0.351, .809	0.062, .934	-2.021, .034
國中	-0.023, .990	0.274, .780	-2.051, .099
高中職	-1.295, .439	0.836, .333	-1.491, .171
居住型態（參考組：有同住，但無照顧關係）			
獨居	0.164, .897	-0.461, .479	0.602, .462
夫與妻同住，無直系血親住臺北市	-0.479, .844	-0.276, .826	1.405, .375
經濟情況（參考組：相當困難）			
相當充裕有餘	-3.808, .235	-0.939, .569	-0.441, .831
大致夠用	-4.202, .056	-1.573, .164	-1.996, .160
略有困難	-4.962, .030	-2.195, .062	-2.128, .149
健康狀態			
慢性疾病病數	0.454, .138	0.084, .595	0.200, .313
自評健康狀況	0.061, .142	0.017, .419	0.014, .606
跌倒次數	0.077, .897	-0.201, .510	0.588, .127
憂鬱程度	0.054, .804	-0.077, .493	-0.101, .477
認知功能	0.145, .249	0.109, .092	0.075, .360
日常生活活動功能	0.008, .894	0.031, .314	0.011, .780
工具性日常生活活動功能	-1.243, .001	-0.298, .103	-0.405, .078
衰弱情況	-0.991, .119	0.004, .991	-0.618, .134

根據本研究結果發現，約七成的獨居長者有進行「社交活動」及「人際互動」，與張梅玲（2006）之研究結果中發現，獨居長者的社會參與偏向人際互動之結果相似。有八成以上的獨居長者很少及幾乎沒有「活動參與」，更有八成五以上的獨居長者幾乎不參加「進修學習」及「志願服務」，可能原因是研究對象之年紀偏長，身體健康狀況較差，可能影響其參與耗費體力或需長時間專注的活動之意願。本研究之發現與衛生福利部及臺北市調查長者參加團體活動之結果相似（臺北市政府社會局，2014；衛生福利部，2014）。

根據本研究發現，性別、年齡及居住型態與不同面向的「社會參與」之相關性並不完全相同。相對於男性獨居長者，女性獨居長者之「人際互動」及「活動參與」較高，過去研究亦指出，一般女性社會參與比率較男性高（張怡，2003）。本研究發現獨居者可能因生活起居皆要靠自己，因此，「認知功能」與日常生活活動功能較佳，「活動參與」較熟絡。過去Pollack與von dem Knesebeck (2004) 之研究亦發現，長者身體功能障礙程度愈低，社會參與程度愈高。

在健康狀態方面，獨居長者之健康狀態與社會參與程度呈正相關。健康狀態佳者，其社會參與程度亦愈高。本研究發現社會參與之三個面向，包括「社交活動」、「人際互動」及「活動參與」與自評健康狀況、認知功能，以及日常生活活動功能，達顯著正相關；與慢性病疾病數、跌倒次數、憂鬱程度、工具性日常生活活動功能，以及衰弱情況，達顯著負相關，此研究發現與過去之研究結果相似 (Chiu et al., 2016; Jerliu et al., 2013; Pollack & von dem Knesebeck, 2004)。此外，本研究發現身體功能與「社交活動」呈顯著正相關；失能程度與「社交活動」呈顯著負相關；經濟狀況與「社交活動」呈顯著正相關；年紀與「社交活動」呈顯著負相關等，和Mendes de Leon、Glass與Berkman (2003) 研究相似，亦即年齡愈大、身體功能及自我照顧能力愈差，社交參與亦較差；「人際互動」方面，本研究發現，離婚或分居之獨居長者，其「人際互動」較多；年紀愈大者，其「人際互動」愈少；「活動參與」方面，教育程度為「國小」者，其「活動參與」較少，此結果與張

梅玲（2006）的研究結果及衛生福利部（2014）對於2013年長者狀況調查相似，教育程度與掌握資源訊息的能力有關，因此，也影響長者對社會活動的參與。

本研究發現，社會人口學、健康狀態與獨居長者的社會參與有關，所以如能在環境上或活動規劃時考量其年齡、失能情形，分眾規劃符合其身心狀況的活動，並注意安全防護、強化預防跌倒能力、增加資訊傳遞及適當的誘因，將有助於提高獨居長者的社會參與意願。

本研究所探討之獨居長者僅限於南港區，樣本數小，且臺北市各區獨居長者之樣貌可能亦有差異，因此，本研究之結果無法推論到所有臺北市的獨居長者。雖然如此，但對於該區域之政策制定，了解與獨居長者社會參與程度之相關因素，乃是需求評估之第一步，因此，仍可提供公共衛生實務工作者及政策制定者之重要參考依據，包括檢視目前現有資源以及如何整合，設計並規劃如何提升獨居長者社會參與之相關策略，對於未來提升獨居長者社會參與率仍有相當之助益。此外，本研究為橫斷性研究，雖無法真正釐清部分變項與社會參與之因果關係，如健康狀況，但研究發現仍可提供未來設計介入計畫時，針對哪些特性之獨居長者設計客製化之方案，以更符合獨居長者之特殊需求。

目前在國內，獨居長者經相關單位提報或社會局通報，並在其同意下可進行列管，接受列管者多有照護需求，因此，本研究樣本年齡偏高，罹患慢性病及多重疾病的比率較高，不過，社會參與和一般長者無異，多以個別性的「社交活動」及與特定對象進行「人際互動」，相反地，對於團體較有約束性的「活動參與」偏低。根據本研究之發現，約有六成的獨居長者，一旦發生失能、跌倒或日常生活活動困難，可能會面臨無人照料的窘境。目前公部門雖對列冊獨居長者已有綿密的關懷網絡，提供關懷訪視及生活照護服務，但列冊的獨居長者逐年減少，因此，真正的獨居長者數目可能被低估，不願被列冊的獨居長者，恐更需要在其危急時給予即時援助，未來研究應思考如何納入這些長者，且政府亦需考慮此項因素，以確保未來可幫助更多的獨居長者。

伍、結論與建議

本研究發現，獨居長者健康狀態愈佳，其社會參與程度愈高，因此，提升獨居長者之健康狀態，包括自覺健康、認知功能、日常生活活動功能，減少其憂鬱程度、工具性日常生活活動功能失能及衰弱情況，將有助於提升其社會參與。因老化、社會經濟地位、身心健康狀態皆會影響獨居長者的社會參與，隨著年齡增長，身心功能退化無法避免，面對失能及跌倒風險，加上資訊接收及運用障礙（衛生福利部，2014）或環境不友善（無障礙設施、硬體使用不便利等），或活動不符需求（時間太長、沒興趣等）等因素，使獨居長者多選擇在宅從事靜態活動。建議政府及相關照護單位持續推動高齡友善的軟硬體設備，整合現有資源，依獨居長者屬性及健康狀態規劃符合其需求之健康促進活動並輔以適當誘因，以提升獨居長者的社會參與。此外，亦可加強形塑提供長者社會參與機會之社會氛圍，增加獨居長者的社會參與之可近性。未來照護範圍宜擴及未列冊之獨居長者，並對獨居長者進行長期追蹤，探討社會參與對獨居長者身心健康之影響。

誌謝

感謝臺北市南港區健康服務中心公衛護理師協助蒐集資料、國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系胡益進主任及國立陽明大學高齡與健康研究中心陳亮恭主任對本研究提供寶貴的意見，在此致上深摯的謝忱。

參考文獻

一、中文部分

余正麗（2011）。社區獨居老人健康狀況與社會資源利用之探討（未出版之碩士論文）。國立陽明大學，臺北市。

[Yu, C.-L. (2011). *Health status and social resources utilization among* (Unpublished master's thesis). National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan.]

吳秀汝、林金定、張必正、陳麗美（2012）。臺北縣三重市獨居老人參與休閒活動之調查研究。臺灣老人保健學刊，8，29-50。doi:10.29797/TJGHR

[Wu, S.-J., Lin, J.-D., Chang, B.-J., & Chen, L.-M. (2012). A study on participating leisure activities among elderly people living alone at sanchong city in Taiwan. *Taiwan Journal of Gerontological Health Research*, 8, 29-50. doi:10.29797/TJGHR]

呂寶靜（2012）。臺灣長者社會整合之研究：以社區生活參與為例。人文與社會科學簡訊，13，90-96。

[Lu, P.-C. (2012). Study on the social integration of Taiwan's elderly: A case study of the community life participation. *Humanities and Social Science Newsletter*, 13, 90-96.]

胡倍瑜（2019）。Study of Osteoporotic Fractures (SOF) 衰弱量表的信效度驗證——以臺灣社區長者及獨居長者分別探討（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北市。doi:10.6342/NTU201901058

[Hu, B.-Y. (2019). *The validity and reliability of osteoporotic fractures (SOF) scale: Cases of the elderly living in community and elderly persons living alone in Taiwan* (Unpublished master's thesis). National Taiwan University, Taipei, Taiwan. doi:10.6342/NTU201901058]

張怡（2003）。影響老人社會參與之相關因素探討。社區發展季刊，103，225-233。

[Chang, E. (2003). Investigation of factors affecting social participation by the elderly. *Community Development Journal*, 103, 225-233.]

張梅玲（2006）。老人自我概念，社會參與與自殺意念之探討（未出版之碩士論文）。亞洲大學，臺中市。

[Chang, M.-L. (2006). *A study of self-concept, social engagement, and suicide ideation among the elderly* (Unpublished master's thesis). Asia University, Taichung, Taiwan.]

張麗芳（2008）。社交活動對老人的影響。《護福季刊》，178，9-14。

[Chang, L.-F. (2008). The impact of social activities among the elderly. *The Journal of Hu Fu*, 178, 9-14.]

國家發展委員會（2014）。《中華民國人口推計（103至150年）》。取自<https://goo.gl/Fgnxq2>

[National Development Council. (2014). *Population projection for the Republic of China (Taiwan) (Year 2014-2061)*. Retrieved from <https://goo.gl/Fgnxq2>]

莊艷妃、宋惠娟、林麗萍（2005）。偏遠礦區老人健康狀況及健康醫療資源使用之調查研究。《慈濟護理雜誌》，4，34-41。doi:10.6974/TCNJb.200503.0034

[Chuang, Y.-F., Sung, H.-C., & Lin, L.-P. (2005). Health status and health resource utilization among older people in rural mining area. *Tzu Chi Nursing Journal*, 4, 34-41. doi:10.6974/TCNJb.200503.0034]

黃明碧、林金定、陳麗美（2011）。三重地區獨居老人健康狀況及害怕跌倒相關因素調查研究。《臺灣老人保健學刊》，7，135-156。doi:10.29797/TJGHR

[Huang, M.-B., Lin, J.-D., & Chen, L.-M. (2011). A study on health status, fear of falling of elderly people living alone at Sanchong District, New Taipei City. *Taiwan Journal of Gerontological Health Research*, 7, 135-156. doi:10.29797/TJGHR]

曾淑芬、張志娟、曾薔霓、劉立凡、陳惠芳（2011）。社區高齡者憂鬱傾向及認知功能狀況之探討——以臺灣南部地區社區高齡者為例。《嘉南學報》，37，351-364。doi:10.29539/CNABH.201112.0007

[Tseng, S.-F., Chang, C.-C., Tseng, C.-N., Liu, L.-F., & Chen, H.-F. (2011). The study of suspected depression status and cognition function of elders in the community of southern area. *Chia-Nan Annual Bulletin*, 37, 351-364. doi:10.29539/CNABH.201112.0007]

臺北市府社會局（2014）。103年臺北市老人生活狀況調查報告。取自<https://www-ws.gov.taipei/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvcHVibGljL0F0dGFjaG1lbnQvNTE2MTIzMTQzMjAucGRm&n=NTE2MTIzMTQzMjAucGRm&icon=..pdf>

[Department of Social Welfare, Taipei City Government. (2014). *2014 Survey report of the living conditions of the elderly in Taipei City*. Retrieved from <https://www-ws.gov.taipei/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvcHVibGljL0F0dGFjaG1lbnQvNTE2MTIzMTQzMjAucGRm&n=NTE2MTIzMTQzMjAucGRm&icon=..pdf>]

熊曉芳（1999）。社區獨居老人健康狀況，社會支持及相關因素探討（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北市。

[Hsiung, H.-F. (1999). *Health status, social support and related factors among community elderly live alone* (Unpublished master's thesis). National Taiwan University, Taipei, Taiwan.]

衛生福利部（2014）。102年老人狀況調查報告。臺北市：作者。

[Ministry of Health and Welfare. (2014). *Report of the senior citizen condition survey, 2013*. Taipei, Taiwan: Author.]

衛生福利部（2018）。106年老人狀況調查報告。臺北市：作者。

[Ministry of Health and Welfare. (2018). *Report of the senior citizen condition survey 2017*. Taipei, Taiwan: Author.]

衛生福利部國民健康署（2014）。民國100年臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤（第七次）調查成果報告。取自https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1282/File_583.pdf

[Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (2014). *2011*

- Taiwan longitudinal study on aging (7th) survey report*. Retrieved from https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1282/File_583.pdf
- 劉家勇（2015）。社區獨居老人社會照顧模式之研究：以臺灣及日本在宅服務方案為例。《台灣社區工作與社區研究學刊》，5（2），49-99。
- [Liu, H. (2015). Social care programs in communities for the elderly living alone: A comparative study between Taiwan and Japan. *Journal of Community Work and Community Studies*, 5(2), 49-99.]
- 謝美娥（2012）。老人的社會參與——以活動參與為例：從人力資本和社會參與能力探討研究紀要。《人文與社會科學簡訊》，13，14-21。
- [Hsieh, M.-O. (2012). Social participation in the elderly—A case in activity participation: Research summary from human capital and social participation ability. *Humanities and Social Sciences Newsletter Quarterly*, 13, 14-21.]
- 藍忠孚（主編）（2002）。《臺灣版MDS-HC 2.0居家照護評估工具使用手冊》。臺北市：國家衛生研究院論壇。
- [Lan, C.-F. (Ed.). (2002). *Resident Assessment Instrument—Taiwan version MDS-HC 2.0*. Taipei, Taiwan: NHRI Forum.]
- 藍苔菁（2011）。從社會參與角度談退休後的生涯規劃。《臺北市終身學習網通訊》，52，57-63。
- [Lan, T.-J. (2011). Talking about career planning after retirement from the perspective of social participation. *Taipei Lifelong Learning Network Newsletter*, 52, 57-63.]

二、英文部分

- Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med*, 131, 165-173. doi:10.7326/0003-4819-131-3-199908030-00002
- Chiu, C.-J., Hu, Y.-H., Lin, D.-C., Chang, F.-Y., Chang, C.-S., & Lai, C.-F. (2016). The attitudes, impact, and learning needs of older adults using apps on touchscreen mobile devices: Results from a pilot study. *Comput Hum Behav*, 63, 189-197.

doi:10.1016/j.chb.2016.05.020

- Jerliu, N., Burazeri, G., Toçi, E., Kempen, G. I. J. M., Jongen, W., Ramadani, N., & Brand, H. (2013). Social networks, social participation and self-perceived health among older people in transitional Kosovo. *The European Journal of Public Health*, 24, 333-337. doi:10.1093/eurpub/ckt064
- Katja, P., Timo, T., Taina, R., & Tiina-Mari, L. (2014). Do mobility, cognitive functioning, and depressive symptoms mediate the association between social activity and mortality risk among older men and women? *European Journal of Ageing*, 11, 121-130. doi:10.1007/s10433-013-0295-3
- Liang, J. (1982). Sex differences in life satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology*, 37, 100-108. doi:10.1093/geronj/37.1.100
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: The New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology*, 157, 633-42. doi:10.1093/aje/kwg028
- Moore, R. C., Depp, C. A., Wetherell, J. L., & Lenze, E. J. (2016). Ecological momentary assessment versus standard assessment instruments for measuring mindfulness, depressed mood, and anxiety among older adults. *Journal of Psychiatric Research*, 75, 116-23. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.01.011
- 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. doi:10.1016/j.healthplace.2004.08.008
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N. V., Hooft, T. V. D., & Rooij, S. E. D. (2008). Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*, 37, 19-24. doi:10.1093/ageing/afm169
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Factors Associated with Social Participation Among Older Adults Living Alone at Nangang District in Taipei

Li-Ling Lin* Shu-Fang Shih**

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate factors associated with social participation among older adults living alone. **Methods:** This was a cross-sectional study involving face-to-face interviews with 131 older adults living alone. The interviews were conducted from February to April 2018 by public health nurses at the Health Service Center of Nangang District, Taipei City. The questionnaire included questions regarding socio-demographic attributes, health status, and social participation. **Results:** Results indicated that those who had better self-rated health status, higher cognitive function, better ADL and IADL activities, less depression, and lower degree of frailty were more likely to have a higher degree of social participation. **Conclusions:** Older adults with poor physical and mental health tend to have low social participation. Our study represented the initial step of a needs assessment and our results suggested that government agencies and community organizations (public health and social welfare), when planning community health promotion programs, should pay specific attention to older adults living alone. Furthermore, investigations of factors that facilitate and inhibit their

* Director, Department of Nangang District Health Center Taipei City

** Research Assistant Professor, Department of Health Management and Policy, School of Public Health, University of Michigan, Ann Arbor, USA (Corresponding author), E-mail: sfshih@umich.edu

social participation would be informative to planning efforts aimed to improve their social participation.

Key words: social participation, health status, older adults living alone