

# 城鄉地區老人的社會支持體系及健康狀況之比較研究

黃春太\* 姜逸群\*\*

## 摘 要

本研究在比較城鄉地區老人的社會支持體系與健康狀況之差異，並探討社會支持體系對城鄉地區老人健康狀況的影響。以台北市萬華區及台北縣平溪鄉、石碇鄉為城鄉地區之對象母群，共抽出 1,634 人（城區 736 人，鄉區 898 人），以結構式問卷進行面對面訪談收集資料，完成有效樣本 1,448 人（城區 640 人，鄉區 808 人），訪視完成率 88.6%。研究結果發現：城區老人在疾病程度、身體功能、心理健康顯著優於鄉區老人。城區老人在與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、社團活動參與顯著高於鄉區老人。城區老人在自覺獲得支持、負向互動顯著高於鄉區老人；但支持滿意度，城鄉地區則無顯著差異。社會支持體系與健康狀況的關係：城區方面，社會支持、社會網絡對疾病程度沒有預測力；社團活動參與愈多者，其身體功能狀況愈好；社團活動參與愈多、負向互動愈低者，其心理健康愈好。鄉區方面，社團活動參與愈多、支持滿意度愈高者，其疾病程度愈低；與配偶同住、與子女接觸愈多、與親友聯絡愈多、支持滿意度愈高者，其身體功能狀況愈好；與配偶同住、與子女接觸愈多、支持滿意度愈高者，其心理健康愈好。

關鍵字：老人、社會支持體系、健康狀況

---

\* 台南縣立將軍國中教師

\*\* 國立臺灣師範大學衛生教育系教授

## 壹、前言

### 一、研究動機與重要性

自古以來人類一直有著長生不老的夢想，但老化卻是生物自然也是必然的現象。每個人老化的過程與速度有很大的差異，且隨著年齡的增長，每個人遲早都要面對衰老所帶來的問題。臺灣地區自光復後經過現代化發展，生活水準提高，公共衛生普及，醫療科技進步，使人口結構產生明顯的變化，65 歲以上人口占總人口的比率由民國三十六年 2.5%，至民國八十九年底的 8.62%，已超過聯合國世界衛生組織老化國家的標準。隨著老人愈來愈多、愈活愈長的趨勢，社會人口老化的情形將愈來愈嚴重，如何維護老人的生活與生命品質，是當前不容稍緩的重要課題。

Ware, Brook, Davis & Lohr (1981) 認為健康狀況 (health status) 至少應包括身體健康 (physical health) 和心理健康 (mental health) 兩個主要內容。健康狀況的評估可從客觀與主觀兩方面來測定，客觀評估係以慢性和急性疾病的診斷、身體功能的衰退與限制為準，主觀評估是以自己身心狀況的感覺和態度為依據 (曾譯令, 1995; 梁浙西、張明正、吳淑瓊, 1993; 黃國彥、鍾思嘉, 1987)。城鄉地區老人由於飲食、作息、活動等生活方式的差異，在健康狀況方面會有差異。依柯德鑫，粘秋桂，黃明和，許秀夫 (1998) 及曾譯令 (1995) 的研究發現城區老人的疾病率高於鄉區老人，但 Gillanders, Buss & Hofstetter (1996) 則指出鄉區老人疾病率高於城區老人。另外，曾譯令 (1995) 的研究發現城鄉地區老人的日常生活活動 (Activity of Daily Living, 簡稱 ADL)、工具性日常生活活動 (Instrumental Activity of Daily Living, 簡稱 IADL) 沒有差異；而亦有研究 (梁浙西等, 1993; Gillanders et al., 1996) 發現城區老人比鄉區老人有較少的 ADL、IADL 障礙。心理健康方面，Chapleski & Lamphere (1997) 指出城區老人的憂鬱症狀高於鄉區老人，而 Gillanders et al. (1996) 發現城鄉地區沒有差異。從上述發現，對城鄉地區老人健康狀況的差異並無定論。

由於台灣地區的社會變遷，工商業社會取代傳統農業社會。鄉村地區人口向都市地區集中，婦女亦投入人力市場，使鄉村地區之家庭規模變小、結構簡單化，家庭功能也日漸式微；同時都市地區地狹人稠，住宅結構以公寓為主，生活步調快速、忙碌，使得鄰里、親友的互動也相對減少。同時也導致城鄉地區在文化面的差異。但對老人而言，家庭生活是其晚年生活的主要依賴，且可獲得子女、親友、鄰居的照顧與協助，

但老人因身體的老化、工作的退休、子女的離家、喪偶、親友的死亡或遷移，使得老人的社會支持體系較人生其他各時期的變化都大（黃繼慶，1994）。因而使老人在健康問題與社會支持的來源方面，呈現高危險的狀態，這對老人的身心健康是不利的。從文獻（王麗容，1998；Choi & Wodarski, 1996；Ganguli, Fox, Gilby, & Belle, 1996；Oxman, & Hull, 1997）中發現社會支持體系會影響身體健康，另有研究（王麗容，1998；Dean, Kolody, & Wood, 1990；Palinkas, Wingard, & Connor, 1990）指出社會支持體系影響老人心理健康，顯示社會支持體系確能影響老人身心健康，可見社會支持體系對老人的重要性。

Caplan 於 1974 年指出社會支持體系是「個人與個人或個人與團體間的一種依賴之情，使個人在面對挑戰、壓力和困難時，可增進其適應能力」（引自 House, 1981），而 Gallo（1990）將社會支持體系分為社會關係的量與社會關係的質，就是由社會網絡（social network）和社會支持（social support）所組成（Berkman, 1985；Cohen & Wills, 1985）。高迪理（1991）認為「社會支持」與「社會網絡」是兩個不同又相關的概念，有社會網絡存在不見得代表有社會支持，但社會支持的提供與感受，則必須在社會網絡存在時才能順利運用。所以「社會支持」是屬於主觀上感受的概念，即當事者必須能夠感受到其所需之支持或感受到因某些支持性行為能夠滿足其需求、解決其問題之功能，而「社會網絡」較屬於客觀上結構的概念，即與當事者相關之各成員在網絡中是如何組成與分佈。在研究者的經驗中，社會網絡、社會支持在城鄉之間有差異，從文獻中發現，國內對於老人的研究在社會支持體系與健康狀況之關係（周玉慧、莊義利，1998；周玉慧、楊文山、莊義利，1998；周雅容，1996；許毅貞，1993；黃繼慶，1994），但未有對城鄉地區的差異進行研究，因此，本研究試圖比較城鄉地區老人的社會支持、社會網絡與健康狀況之差異，並探討社會支持、社會網絡對健康狀況的影響。

## 二、研究目的

本研究主要目的在探討城鄉地區老人的社會支持體系及健康狀況之比較，分述如下：

- （一）城鄉地區老人健康狀況之差異。
- （二）比較城鄉地區老人社會支持體系之差異。
- （三）探討城鄉地區老人社會支持體系與健康狀況之關係。

## 貳、研究方法

### 一、研究對象

本研究所引用的資料來自台灣大學衛生政策與管理研究所吳淑瓊教授主持之「老人健康與長期照護調查研究」民國 85 年的資料，該研究係以社區老人為對象進行抽樣調查，詳細的研究設計見「老人長期照護調查研究」（吳淑瓊、梁浙西、林惠生，1993）及「老人健康及長期照護調查研究」（吳淑瓊，1997）。本研究係以台北市萬華區靠近龍山寺的福音、富福與仁德等三里及台北縣平溪鄉（但不包括阿柔村）、石碇鄉（但不包括碧山、光明與永安村）等地區，在民國 82 年 7 月 1 日滿 65 歲以上老人為母群體，調查對象為「老人健康及長期照護調查研究」於民國 82~84 年的調查樣本，並新增調查於民國 82 年 7 月 1 日未滿 65 歲，但於民國 85 年 7 月 1 日滿 65 歲以上之老人樣本，共得樣本 1,634 人（城區 736 人，鄉區 898 人）。

### 二、抽樣方法

抽樣方法係以系統隨機抽樣，先由戶政事務所抄錄之老人名單上取一隨機起點，每四人剔除一人，共取 3/4 老人為調查樣本，而於民國 82 年 7 月 1 日未滿 65 歲，但於 85 年 7 月 1 日滿 65 歲的新增樣本的抽樣方法，與原抽樣方法相同。

### 三、研究工具

本研究工具係來自「老人健康與長期照護調查研究」之問卷，內容包括：疾病程度，訪視當時由老人自述有無 21 項疾病及其對自己的影響程度，分數愈高表示老人的疾病程度愈高。身體功能狀況，採用 SF-36 健康評估量表（MOS 36-Item Short-Form Health Survey，簡稱 SF-36 量表，Ware & Sherbourne, 1992）中的身體功能量表，共 10 題，分數愈高表示老人目前身體功能狀況會限制其日常活動的程度愈高，Cronbach's  $\alpha$  值為.91。心理健康量表採用流行病學研究中心量表（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale，簡稱 CES-D，Radloff, 1977）簡短問卷，共 11 題，分數愈高表示老人心理健康愈差，Cronbach's  $\alpha$  值為.85。社會網絡分為與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、社團活動參與，其中與配偶同住分為與配偶同住及未與配偶同住；與子女接觸分為與子女見面的次數及與子女通電話的次數，分數愈高表示與子女接觸愈多；與親友聯絡，分數愈高表示與親友聯絡愈多；社團活動參與分為從未、很少、有時、

常常，分數愈高表示社團活動參與愈多。社會支持分為自覺獲得支持、支持滿意度、負向互動，其中自覺獲得支持分為了解個性、傾聽心事、有人關心、實際生病照顧，分數愈高表示老人自覺獲得支持愈高，Cronbach's  $\alpha$  值為.76；支持滿意度分為滿意別人關心、滿意別人幫助，分數愈高表示老人愈滿意他人的支持；負向互動分為要求太多、別人抱怨、經濟負擔，分數愈高表示老人與身邊的人負向互動愈高，Cronbach's  $\alpha$  值為.63。

#### 四、資料蒐集

本研究於民國 85 年 7 月~8 月底，以結構式問卷進行面對面訪談蒐集資料。進行訪視前，所有訪員須經過密集的訪員訓練，訪視過程中另有輔導員全程參與，以維持研究資料品質，另為提高受訪率，若遇受訪者因健康或其他原因而無法自行作答之樣本，則尋求親友代答。而在 1,634 位老人中，有 13 人無人應門或五訪未遇，61 人遷居他處，21 人拒訪，38 人無此人或正好住院，51 人訪視前已死亡，2 人因抽樣誤差未達 65 歲，共得有效樣本 1,448 人（城區 640 人，鄉區 808 人），訪視完成率為 88.6%。

#### 五、統計方法

所得資料以 SPSS 電腦程式進行編碼建檔及統計分析，並依各變項之種類及相關關係進行描述性統計、t 檢定、卡方檢定、賀德臨  $T^2$  考驗 (Hotelling's  $T^2$ )、多元迴歸等統計分析。

## 參、結果與討論

### 一、研究對象的基本資料

城區平均年齡為 72.1 歲，鄉區平均年齡為 72.2 歲，城鄉地區老人年齡以 65-74 歲為多。性別方面，城區男性佔 49.4%，女性佔 50.6%；鄉區男性佔 48.5%，女性佔 51.5%。婚姻狀況，城區及鄉區均以與配偶同住最多，佔 63.4%及 60.5%，其次為喪偶，佔 32.0%及 37.4%。籍貫方面，城區台灣省籍佔 80.3%，鄉區則佔 92.5%。教育程度方面，城區以小學肄業最多，佔 48.4%，初中以上次之，佔 33.8%；鄉區則以不識字最多，佔 58.9%，小學肄業次之，佔 35.5%。宗教信仰方面，城區以民間信仰最多，佔 76.1%，佛教次之，佔 10.9%；鄉區亦以民間信仰最多，佔 84.9%，無宗教信仰次之，佔 7.7%。以卡方檢定城區與鄉區樣本在婚姻狀況、籍貫、教育程度、宗教信仰等項目上有顯著差異（見表一）。一般而言，在老化過程中，年齡、性別是影響老人健康的很大因素，但在本研究中，城鄉地區在此二方面無顯著差異，顯示對本研究而言，影響健康狀況

的生物學因素中的年齡、性別已被控制，然城鄉地區在婚姻狀況、教育程度、籍貫、宗教信仰等方面達顯著差異，因此，進行城鄉比較時應控制之。

表一 城鄉地區社會人口變項分佈及檢定

變 項	城區 (N=640)		鄉區 (N=808)		P 值
	N	%	N	%	
年齡					
65-74	444	69.4	564	69.8	n.s.
75-84	174	27.2	198	24.5	
85+	22	3.4	46	5.7	
性別					
男	316	49.4	392	48.5	n.s.
女	324	50.6	416	51.5	
婚姻狀況					
有偶	406	63.4	489	60.5	P<.05
喪偶	205	32.0	302	37.4	
離婚	8	1.3	3	0.4	
未婚	21	3.3	14	1.7	
籍貫					
台灣省	514	80.3	747	92.5	P<.001
大陸省市	126	19.7	61	7.5	
教育程度					
不識字	114	17.8	476	58.9	P<.001
小學肄業	310	48.4	287	35.5	
初中以上	216	33.8	43	5.3	
不詳	0	0.0	2	0.2	
宗教信仰					
無宗教信仰	50	7.8	62	7.7	P<.001
民間信仰	487	76.1	686	84.9	
佛教	70	10.9	37	4.6	
道教	11	1.7	16	2.0	
其他	21	3.3	7	0.9	
不詳	1	0.1	0	0.0	

註：1.性別、婚姻狀況、籍貫、教育程度、宗教信仰以卡方檢定；而年齡以卡方及 t-test 檢定。

2.表中所列之不詳資料，已排除於統計分析之中。

## 二、城鄉地區健康狀況之比較

(一) 身體健康：包括疾病程度及身體功能兩方面。

### 1. 疾病程度

城區老人疾病程度平均得分為 4.46 分，鄉區老人為 5.44 分，經 t 檢定後，發現城鄉地區達顯著差異 ( $t=3.88$ ,  $p<.001$ )，顯示城區老人疾病程度較鄉區老人為輕。結果與 Gillanders et al. (1996) 相同，但與曾譯令 (1995) 不同。可能是所採用的疾病種類不

同，若所採用的疾病種類愈多，能代表的受試者的身體健康程度愈高，愈能顯現受試者健康狀況的差異，柯德鑫等（1998）亦謂「其研究中未包含腸胃疾病，否則疾病盛行率會更高」。再者，本研究對疾病程度所採用的計分方式不同於先前研究以有無罹患疾病數來探討，本研究係以老人自覺罹患疾病對其自身影響的程度來區分。另外吳嘉瑞（1994）對老人自述慢性病資料與臨床評估所作之比對，發現鄉村老人有較多的正確報告疾病數，但居住城區的老人，則有較多的低報疾病數，所以老人對於罹患疾病的嚴重程度，單純以有無罹患疾病數作為判斷罹病嚴重程度，不足以真正反應身體健康狀況。

再以 Hotelling's  $T^2$  檢定城鄉地區老人罹患疾病與症狀程度的差異，整體達顯著差異（見表二），並發現城區老人在呼吸疾病、關節炎/風溼症/痛風、腰/背痛等項目的程度較鄉區老人為輕；但在高血壓、糖尿病、巴金森氏症等項目的程度較鄉區老人為高。

表二 城鄉地區老人疾病與症狀程度的 Hotelling's  $T^2$  分析表

項 目	城 N=571		鄉 N=637		95%同時信賴區間
	Mean	S.D	Mean	S.D	
高血壓	0.51	0.83	0.41	0.86	0.003~0.10*
糖尿病	0.29	0.71	0.15	0.55	0.03~0.10**
心臟病	0.41	0.83	0.39	0.89	-0.04~0.06
中風	0.08	0.46	0.05	0.37	-0.01~0.04
癌症	0.02	0.18	0.03	0.27	-0.02~0.01
呼吸疾病	0.18	0.61	0.48	1.00	-0.19~-0.10***
骨折脫臼或骨斷	0.05	0.36	0.04	0.32	-0.01~0.03
關節炎風溼症痛風	0.52	0.97	0.89	1.24	-0.25~-0.12***
肝膽疾病	0.09	0.41	0.07	0.35	-0.01~0.03
腰/背痛	0.65	1.05	1.25	1.27	-0.37~-0.23***
骨刺	0.27	0.74	0.33	0.88	-0.08~0.02
癲癇	0.00	0.04	0.01	0.13	-0.01~0.00
巴金森氏症	0.04	0.31	0.00	0.00	0.01~0.03**
青光眼	0.04	0.27	0.06	0.41	-0.03~0.01
白內障	0.43	0.80	0.40	0.88	-0.03~0.06
動脈硬化/血濁	0.15	0.49	0.18	0.60	-0.05~0.01
泌尿系統疾病	0.18	0.60	0.22	0.69	-0.06~0.02
甲狀腺疾病	0.03	0.25	0.01	0.18	-0.00~0.02
皮膚病	0.22	0.68	0.20	0.66	-0.03~0.05
胃潰瘍	0.27	0.72	0.24	0.75	-0.03~0.05
肺結核	0.03	0.20	0.03	0.28	-0.02~0.01

註：1.各項疾病程度的計分範圍為 0~3 分。

2. Wilks multivariate test of significance:

Wilks' Lambda=.88 ; Exact F=8.03 ; d.f=21/1186 ; p<.001

3. \*p<.05 ; \*\*p<.01 ; \*\*\*p<.001 。

## 2. 身體功能

城區老人整體身體功能平均得分為 4.10 分，鄉區老人為 4.87 分，經由 t 檢定後，發現城鄉地區達顯著差異 ( $t=3.01$ ,  $p<.01$ )，顯示城區老人的整體身體功能失能程度較鄉區老人為輕。結果與梁浙西等 (1993)、Gillanders (1996) 相同，但與曾譯令 (1995) 不同。本研究嘗試以較適合社區健康老人的 SF-36 高階身體功能量表來測量，並以老人自覺身體功能失能程度來計分，此一計分方式與 Gillanders et al. 以 ADL 失能程度的計分方式相同，且所得研究結果也相同。雖然上述研究皆採用 ADL、IADL 來評量老人身體功能狀況，且國內許多研究 (邱怡玫等, 1999; 王麗容, 1998; 柯德鑫等, 1998; 行政院內政部, 1997; 曾譯令, 1995; 謝瀛華、鄭惠信、林章賢、林英欽、洪清霖, 1995; 梁浙西等, 1993; 黃子庭、廖秀珠, 1993; 蔡秀美, 1992; 洪百薰等, 1991) 均以 ADL 或 IADL 項目盛行率來表示身體功能失能的嚴重性，但結果仍與本研究相同。

再以 Hotelling's  $T^2$  檢定城鄉地區老人身體功能失能程度的差異，顯示整體達顯著差異 (見表三)，並發現城區老人在費力活動、所爬樓梯層數、爬一層樓樓梯、彎腰/跪下/蹲下、走路超過一公里、走過街口數、走過一個街口、自己洗澡或穿衣等方面的失能程度低於鄉區老人，但在中等程度活動、提起或攜帶食品雜貨方面的失能程度則高於鄉區老人。

表三 城鄉地區老人身體功能的 Hotelling's  $T^2$  分析表

項 目	城 N=559		鄉 N=705		95%同時信賴區間
	Mean	S.D	Mean	S.D	
費力活動	1.26	0.74	1.38	0.77	-0.10~ -0.02**
中等程度活動	0.89	0.79	0.65	0.80	0.07~ 0.16***
提起攜帶食品雜貨	0.46	0.69	0.21	0.53	0.09~ 0.16***
所爬樓梯層數	0.40	0.64	0.63	0.75	-0.15~ -0.08***
爬一層樓樓梯	0.15	0.42	0.32	0.61	-0.12~ -0.06***
彎腰跪下或蹲下	0.40	0.70	0.46	0.74	-0.07~ 0.01
走路超過一公里	0.26	0.57	0.62	0.82	-0.22~ -0.14***
走過街口數	0.15	0.45	0.32	0.65	-0.12~ -0.06***
走過一個街口	0.09	0.35	0.18	0.47	-0.07~ -0.02***
自己洗澡或穿衣	0.06	0.28	0.09	0.33	-0.03~ 0.00

註：1.各項身體功能的計分範圍為 0~2 分。

2. Wilks multivariate test of significance:

Wilks' Lambda=.75; Exact F=41.45; d.f.=10/1053;  $p<.001$

3. \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$ 。

身體健康整體看來，城區老人無論在疾病程度或身體功能，皆較鄉區老人健康，值得注意的是城鄉地區老人的身體健康問題並不相同，地域性差異甚大。

## (二) 心理健康

城區老人心理健康平均得分為 6.14 分，鄉區老人為 7.91 分，經由 t 檢定後，發現城鄉地區達顯著差異 ( $t=5.13, p<.001$ )。可知，城區老人的心理健康較鄉區老人為佳。結果與曾譯令 (1995)、梁浙西等 (1993)、Chapleski et al. (1997)、Gillanders et al. (1996) 不同。可能是所採用的量表、量表題數、題目、計分方式不同所導致的差異。而身體健康的衰退會使個人在健康照顧上的需求增加，而這些疾病亦會使個人在一般日常生活作息、社交活動受到相當的限制，因而造成個人憂鬱症狀的增加有關，而本研究發現城區老人在疾病程度、身體功能失能程度皆較鄉區老人為輕，亦可以解釋鄉區老人心理健康較城區老人差的部分原因。

再以 Hotelling's  $T^2$  檢定城鄉地區老人心理健康的差異，顯示整體達顯著差異 (見表四)，並發現城區老人在不想吃東西/胃口不好、覺得心情不好、覺得事情不順利、覺得很孤單/寂寞、覺得很悲哀、提不起勁做事等項目低於鄉區老人。

表四 城鄉地區老人心理健康的 Hotelling's  $T^2$  分析表

項 目	城 N=551		鄉 N=698		95%同時信賴區間
	Mean	S.D	Mean	S.D	
胃口不好	0.46	0.81	0.73	1.05	-0.19~-0.08***
心情不好	0.63	0.86	0.85	1.07	-0.17~-0.06***
事情不順利	0.42	0.68	0.53	0.86	-0.10~-0.01*
睡不安穩	0.94	1.06	0.97	1.12	-0.08~ 0.05
快樂	1.99	1.03	1.91	1.08	-0.02~ 0.10
孤單寂寞	0.43	0.80	0.62	1.00	-0.15~-0.04***
別人對你不好	0.19	0.53	0.21	0.57	-0.04~ 0.02
很享受人生	1.90	1.04	1.85	1.07	-0.03~ 0.08
悲哀	0.31	0.68	0.44	0.85	-0.11~-0.02**
別人不喜歡你	0.14	0.47	0.17	0.48	-0.04~ 0.01
提不起勁做事	0.52	0.81	1.16	1.12	-0.38~-0.26***

註：1.各項心理健康的計分範圍為 0~3 分。

2. Wilks' multivariate test of significance:

Wilks' Lambda=.88 ; Exact F=14.66 ; d.f=11/1237 ;  $p<.001$

3. \* $p<.05$  ; \*\* $p<.01$  ; \*\*\* $p<.001$ 。

## 三、城鄉地區社會支持體系之比較

### (一) 社會網絡

包括與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、社團活動參與，分述如後。

### 1.與配偶同住

婚姻狀況經由虛擬化後，分成與配偶同住及未與配偶同住，其中未與配偶同住者，包括喪偶、離婚、未婚。城區老人與配偶同住者有 61.4%；鄉區老人與配偶同住者有 56.1%。經由卡方檢定後，顯示城鄉地區達顯著差異（ $\chi^2=4.20, p<.05$ ）。

### 2.與子女接觸

城區老人與子女接觸平均得分為 7.64 分，鄉區老人為 7.00 分，經 t 檢定後，顯示城區老人顯著高於鄉區老人（ $t=6.24, p<.001$ ），且在與子女見面及與子女通電話項目上達顯著差異。黃富順（1995）指出與父母接觸的頻率和子女的性別、社會地位及距離遠近有關，而劉秀娟（1997）子女居住地區是老人與子女接觸頻率的一個很重要因素；對於城區老人而言，子女大多住在同一城市或附近，加上城區交通便利，通訊快速，而鄉區青壯人口外流都會區工作、定居，受到工時與請假規定等限制，往往只能利用週末假期返鄉探望父母，不像城區子女與父母同住或居住於附近，所以與子女接觸的頻率，城區老人高於鄉區老人。

### 3.與親友聯絡

本研究則將親戚與鄰居朋友合併為親友，結果城區老人與親友聯絡平均得分為 2.91 分；鄉區老人為 2.53 分。經由 t 檢定後，顯示城區老人顯著高於鄉區老人（ $t=4.08, p<.001$ ）。結果與曾譯令（1995）的研究相反，其發現城區老人的人際往來較為疏離；而蔡勇美、郭文雄（1984）研究鄉區友誼關係的結果，發現鄉區之友誼不一定比城區來得好。而本研究則將親戚與鄰居朋友合併為親友，結果是城區與親友聯絡之頻率高於鄉區，因此親戚或鄰居朋友的影響效果為何，有待進一步探討。

### 4.社團活動參與

城區老人常常或有時參與社團活動者有 23.5%，沒有參與社團活動者有 58.9%，平均得分為 0.77 分；鄉區老人常常或有時參與社團活動者有 9.4%，沒有參與社團活動者有 77.7%，平均得分為 0.31 分，經由 t 檢定後，發現城區老人的社團活動參與顯著高於鄉區老人（ $t=7.84, p<.001$ ）。可能是台北市區公、民營機構所辦得社團活動較多，而平溪鄉、石碇鄉位於山區，各種社團活動較少，因此城區老人的社團活動參與較高。而沙依仁（1996）表示若當地缺乏社團組織，老人參與社團活動的意願薄弱。

社會支持：包括自覺獲得支持、支持滿意度、負向互動。

#### 1.自覺獲得支持

城區老人自覺獲得支持的平均得分為 8.90 分，鄉區老人為 8.13 分，經 t 檢定後，發現城鄉地區達顯著差異（ $t=5.98, p<.001$ ）。再以 Hotelling's  $T^2$  檢定顯示整體達顯著差

異，並發現城區老人在有沒有人了解個性、能不能找得到人傾聽等項目高於鄉區老人。城鄉地區在了解個性、有人傾聽心事項目上，皆是城區老人優於鄉區老人，顯示鄉區老人的內心較為孤寂，沒有信任的人可聽其傾訴；而有人關心、實際生病照顧不是城鄉差異項目，顯示城鄉地區在工具性支持沒有差異。

## 2. 支持滿意度

城區老人支持滿意度平均得分為 8.23 分，鄉區老人為 8.29 分；經由 t 檢定發現城鄉地區未達顯著差異，顯示城區、鄉區老人對所獲得支持的滿意度差異不多。

## 3. 負向互動

城區老人負向互動平均得分為 0.91 分，鄉區老人為 0.59 分，經 t 檢定後，發現城鄉地區達顯著差異 ( $t=3.60, p<.001$ )。再以 Hotelling's  $T^2$  檢定顯示整體達顯著差異，並發現城區老人在常常抱怨項目高於鄉區老人。葉至誠 (1997) 表示年輕一輩在思想作風可能與上一輩有差距，而引發衝突，彼此分住偶爾相聚，或許更和氣、親切些。而本研究結果亦發現城區老人與配偶同住、與子女接觸皆較鄉區老人為高，顯示其與配偶、子女的互動較多，此可能是城鄉地區老人負向互動差異的原因。另外，雖然 Krause & Linag (1993) 指出經濟支持較多，有較少的負向互動，而本研究發現經濟負擔不是分辨城鄉地區負向互動差異的項目。

# 四、城鄉地區社會支持體系與健康狀況之關係

為了解城鄉地區老人的社會支持體系對健康狀況的影響，以社會支持、社會網絡為自變項，控制社會人口學變項，分別以疾病程度、身體功能、心理健康為依變項，進行多元迴歸分析 (見表五、六)，所有自變項在進行多元迴歸分析之前，同時藉由容忍度、膨脹係數、條件指標輔助，進行多元共線性診斷，以了解自變項彼此之間是否有高度直線相關存在，結果未發現多元共線性之情形。

## (一) 城區

### 1. 社會支持、社會網絡與疾病程度之關係

以社會支持、社會網絡來預測城區老人的疾病程度，發現社會支持、社會網絡都不是影響疾病程度的顯著重要因素。而年齡、性別是症狀程度的重要影響因素。

### 2. 社會支持、社會網絡與身體功能之關係

以社會支持、社會網絡來預測城區老人的身體功能狀況，發現僅有社團活動參與是顯著預測因素，顯示社團活動參與愈多者，身體功能狀況愈好。所有社會支持、社會網絡變項中，與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、自覺獲得支持、支持滿意度、

負向互動被排除於外。

表五 城區老人的社會支持體系與健康狀況之迴歸分析結果表

自變項	依變項	疾病程度 (β)	身體功能 (β)	心理健康 (β)
社會網絡				
與配偶同住		-.04	-.02	-.06
與子女接觸		.02	.05	-.08
與親友聯絡		-.03	-.05	-.08
社團活動參與		-.01	-.18***	-.10*
社會支持				
自覺獲得支持		-.08	-.08	-.06
支持滿意度		.07	-.03	-.10
負向互動		.03	-.07	.31***
疾病程度		--	.37***	.16***
社會人口學變項				
年齡		.14**	.16***	.05
性別		-.18***	-.10*	-.11*
教育程度				
小學肄業		.02	-.09	.01
初中以上		.02	-.12	-.01
籍貫		-.02	-.02	.03
宗教信仰		-.02	-.08	.04
R		.26	.56	.53
R <sup>2</sup>		.07	.32	.28
Adjusted R <sup>2</sup>		.04	.29	.26
F		2.35**	14.12***	11.91***

註：\*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

本研究社團活動參與之結果與 Oman & Reed (1998)、Yasuda, Zimmerman, Hawkes, Fredman, Hebel, & Magaziner (1997) 相同，顯示社團活動參與愈多者，身體功能愈好。與配偶同住、自覺獲得支持對身體功能不具影響力，則與 Berkman, Seeman, Albert, Blazer, Kahn, Mohs, Finch, Schneider, Cotman, McClearn, & Nesselroade (1993) 相同。

### 3. 社會支持、社會網絡與心理健康之關係

以社會支持、社會網絡來預測城區老人的心理健康，發現社團活動參與、負向互動是重要影響因素，顯示社團活動參與愈多、與身邊的人負向互動愈少者，則其心理健康愈好。所有社會支持、社會網絡變項中，與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、自覺獲得支持、支持滿意度被排除於外。

表六 鄉區老人的社會支持體系與健康狀況之迴歸分析結果表

自變項 \ 依變項	疾病程度 (β)	身體功能 (β)	心理健康 (β)
社會網絡			
與配偶同住	-.03	-.12**	-.10**
與子女接觸	-.05	-.08*	-.15***
與親友聯絡	-.03	-.14***	-.07
社團活動參與	-.10*	-.05	-.05
社會支持			
自覺獲得支持	-.02	.01	-.07
支持滿意度	-.15**	-.10*	-.16***
負向互動	-.00	-.07	.05
疾病程度	--	.30***	.36***
社會人口學變項			
年齡	.03	.23***	.04
性別	-.02	-.06	.03
教育程度			
小學肄業	-.01	.02	-.02
初中以上	-.03	-.06	-.09*
籍貫	-.01	-.01	-.03
宗教信仰	.00	.02	-.02
R	.22	.53	.59
R <sup>2</sup>	.05	.28	.35
Adjusted R <sup>2</sup>	.02	.26	.33
F	1.98*	14.73***	19.83***

註：\*p<.05；\*\*p<.01；\*\*\*p<.001。

本研究社團活動參與之結果與 Oman & Reed (1998)、Yasuda et al. (1997) 相同，顯示社團活動參與有助於心理健康。負向互動之結果與 Krause & Liang (1993) 相同，顯示與身邊的人的負向互動愈少，心理健康愈好。由本研究結果發現，對城區老人而言，配偶、子女、親友的支持不是心理健康預測因素。黃富順 (1995) 認為老人與家人在一起較有負擔的活動，而與朋友在一起較有享受性的活動，可能此原因導致老人傾向參與社團活動。

對本研究城區老人健康狀況而言，性別、年齡、疾病程度的影響遠甚於社會支持體系。就社會支持體系來看，社會網絡的影響稍高於社會支持；在各項目上，社團活動參與對身心健康皆有影響，負向互動僅影響心理健康，與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、自覺獲得支持、支持滿意度則不具預測力。然值得注意的是，女性在城區老人的身心健康中，皆較男性老人為差，雖然其原因可從性別理論及刻板印象解釋，但從平均餘命的角度來看，女性存活的壽命較男性為長，因此如何使女性老人能更健

康、快樂的度過晚年生活，值得醫療衛生、社會福利單位的注意。

## (二) 鄉區

### 1. 社會支持、社會網絡與疾病程度之關係

以社會支持、社會網絡變項來預測鄉區老人的疾病程度，發現社團活動參與、支持滿意度是重要影響因素，顯示社團活動參與愈多、支持滿意度愈高者，疾病程度愈低，所受疾病程度的影響愈少。本研究社團活動參與之結果與 Oman & Reed (1998)、Yasuda et al. (1997) 相同，可能係參與社團活動的鄉區老人其本身身體較健康，亦可能是身體健康愈好，其活動參與力愈強，較常參與社會接觸、互動，而沙依仁 (1996)、黃富順 (1995) 亦提出超過 65 歲以上的老人參與社團活動會隨著年齡的增加而減弱，主要原因在於健康問題。支持滿意度之結果與許毅貞 (1993) 相同，愈容易獲得支持，且對所得支持愈滿意的老人，會有較佳的健康狀態。

### 2. 社會支持、社會網絡與身體功能之關係

以社會支持、社會網絡變項來預測鄉區老人的身體功能，發現與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、支持滿意度是身體功能的重要影響因素，顯示與配偶同住、與子女接觸愈多、與親友聯絡愈多、支持滿意度愈高者，身體功能狀況愈好。所有社會支持、社會網絡變項中，只有社團活動參與、自覺獲得支持、負向互動與被排除於外。本研究與配偶同住會影響身體功能之結果，與 Berkman et al. (1993) 不同，顯示對鄉區老人而言，老年夫婦彼此是年老時的支持、相互照顧的來源。在控制社會人口學、疾病程度下，與子女接觸、與親友聯絡會影響鄉區老人的身體功能，顯示子女、親友的支持是照護鄉區老人的重要來源。支持滿意度之結果與許毅貞 (1993) 相同，顯示對支持愈滿意的老人，會有較佳的健康狀況。

### 3. 社會支持、社會網絡與心理健康之關係

以社會支持、社會網絡變項來預測鄉區老人的心理健康，與配偶同住、與子女接觸、支持滿意度是預測心理健康的重要因素，顯示與配偶同住、與子女接觸愈多、支持滿意度愈高者，憂鬱症狀愈少，其心理健康愈好。所有社會支持、社會網絡變項中，只有與親友聯絡、社團活動參與、自覺獲得支持、負向互動等被排除於外。在與配偶同住變項上，本研究之結果與許毅貞 (1993)、Choi et al. (1996)、Dean et al. (1990) 相同，顯示對鄉區老人而言，配偶是相互支持的來源。在與子女接觸變項上，本研究之結果與 Oxman et al. (1997)、Yasuda et al. (1997) 相同，顯示愈常與子女接觸、見面，老人愈能感受子女對其之重視與尊重，其心理健康愈好。對台灣老人而言，子女支持除有其「義務」之意義外，台灣老人受「老來靠子」的觀念影響深鉅，且重視家

庭的親子關係，使得子女支持在老人生活中所扮演的角色較西方社會來得重要許多。在支持滿意度變項上，本研究之結果與許毅貞（1993）相同，顯示老人對所獲得支持愈滿意者，其憂鬱程度愈低，心理愈健康。與親友聯絡方面，本研究將親戚與鄰居朋友合併為親友，發現未能顯著地預測鄉區老人的心理健康，其結果如何有待進一步的探討。

對本研究鄉區老人健康狀況而言，就社會支持體系來看，社會網絡的影響甚於社會支持，顯示對鄉區老人而言，支持的量比質的支持更具影響力。在各項目上，支持滿意度對身心健康皆有影響，與配偶同住、與子女接觸則對身體功能、心理健康有影響，與親友聯絡則僅影響身體功能，但自覺獲得支持、負向互動則毫無預測力。

### （三）城鄉地區社會支持體系影響健康狀況之比較

從表七發現，負向互動是城區老人心理健康的重要影響因素，也發現社團活動參與對城區老人健康狀況影響較大，可能是城區社團活動較多，選擇、參與的機會較多。從影響鄉區老人身體功能、心理健康的社會網絡變項發現，鄉區老人的社會網絡來源以子女、配偶較多，雖然親友能幫忙提供實際照護，但老人的心理溝通仍以配偶、子女等親密的人為主。另外，亦顯示鄉區老人以室內接觸為多，可能鄉區社團活動缺乏，使得老人沒有機會參與或較少參與社團活動，亦可能是鄉區老人身體健康較差，而較少參與活動所導致的結果。

表七 城鄉地區社會支持體系影響健康狀況比較表

健康狀況	城 區	鄉 區
疾病程度	無	社團活動參與 支持滿意度 與配偶同住
身體功能	社團活動參與	與子女接觸 與親友聯絡 支持滿意度 與配偶同住
心理健康	社團活動參與 負向互動	與子女接觸 支持滿意度

從表七亦發現影響城鄉地區健康狀況的社會支持體系不同，對城區老人而言，社會支持體系對心理健康較具影響力，而對疾病程度完全無預測力；對鄉區老人而言，社會支持體系對身體功能較具影響力，對疾病程度影響力較小；顯示社會支持體系對心理健康的預測力大於對身體健康的預測力。由表中亦發現社會支持體系對鄉區老人健康狀況的影響甚於城區老人；就社會支持、社會網絡來看，對城區老人而言，社會

網絡的影響力稍高於社會支持，但二者差異不明顯，對鄉區老人而言，社會網絡的影響力甚於社會支持，顯示支持的量比質的支持更具預測力，此與 Antonucci (1985)、Krause (1987) 不同。這可能是鄉區老人所獲得的社會關係的量的不足，以致於社會網絡對鄉區老人的影響，反而比社會支持的影響來得大。就各項目來看，城區以社團活動參與較具影響力，反應了城區老人對於社團活動參與的熱中，可能是城區社團活動較多，老人有選擇的空間，加以社團活動提供了社會接觸，相較之下，社團活動參與對城區老人的健康狀況較具影響力。而鄉區則以支持滿意度最具影響力，配偶、子女的支持次之，顯示對鄉區老人，其支持來源主要仍為配偶、子女，社團、親友的支持仍不夠。

## 肆、結論與建議

### 一、本研究之重要結論如下：

#### (一) 城鄉地區健康狀況的差異

城區老人在疾病程度、身體功能狀況、心理健康變項顯著優於鄉區老人。但在各變項上城鄉地區各有差異。

#### (二) 地區社會支持體系的差異

在社會網絡方面，城區老人在與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、社團活動參與變項顯著高於鄉區老人。在社會支持方面，城區老人在自覺獲得支持、負向互動變項顯著高於鄉區老人；但支持滿意度，城鄉地區則無顯著差異。

#### (三) 城鄉地區社會支持體系與健康狀況的關係

城區方面，社會支持、社會網絡對疾病程度沒有預測力。但社會網絡中的社團活動參與愈多者，其身體功能狀況愈好。社團活動參與愈多、負向互動愈低者，其心理健康愈好。鄉區方面，社團活動參與愈多、支持滿意度愈高者，其疾病程度愈少。與配偶同住、與子女接觸愈多、與親友聯絡愈多、支持滿意度愈高者，其身體功能狀況愈好。與配偶同住、與子女接觸愈多、支持滿意度愈高者，其心理健康愈好。

### 二、由本研究之結論，對城鄉地區提出有關之建議：

#### (一) 加強慢性病衛生教育

透過配偶、子女、親友提供及指導老人慢性病的衛生教育知識，並促使老人能主

動尋求維護健康狀況的醫療保健資訊。另外，城區加強有關高血壓、糖尿病、巴金森氏症等慢性疾病之衛生教育服務。鄉區則加強有關呼吸疾病、關節炎/風溼症/痛風、腰/背痛之衛生教育服務。

(二) 鼓勵老人參與社團活動

透過朋友、子女、配偶陪同或鼓勵老人參與有興趣的社團活動，如：早覺會、土風舞、爬山、太極拳.....等，開闊老人心胸，維護其健康狀況。

(三) 規劃老人互助團體

運用老年人力彼此提供協助，除實質的工具性支持外，亦是情緒性支持，以彌補子女支持之不足，以維護老人的健康。

(四) 加強子女支持

可透過各種管道使子女能妥適陪伴老人，與其談心、聊天，提供老人家庭生活功能，保持社會支持來源的穩定性；亦可透過政府政策鼓勵子女與父母居住於附近，以期能就近照顧父母。

### 三、未來研究建議

由於本研究係以現有資料進行二手分析，難免受限於原有資料，本研究在分析資料過程亦面臨此一困境，從研究過程及結果認為可以再從下列兩方向補強，則可使研究效果更好。

(一) 社會網絡可再探討社會網絡對城鄉地區老人的影響，如夫妻關係、親子關係、朋友關、鄰居關係，以及距離遠近對社會網絡選擇影響，則比較能解釋研究的某些結果。

(二) 社會支持可從訊息、工具、尊重、幫助、個人價值等方面補強，對城鄉地區老人的差異比較能解釋其原因。

## 誌 謝

本研究承蒙國立台灣大學衛生政策與管理研究所吳淑瓊教授提供研究資料，使研究得以進行，在此僅致最高謝意。

## 參考文獻

### 一、中文部份

王麗容（1998）：老年婦女的社會支持與身心調適。論文發表於第二屆「家庭與社會資源分配」學術研討會。台北市：中央研究院中山人文社會科學研究所。

行政院內政部（1997）：中華民國八十五年老人狀況調查報告。台北：行政院內政部編印。

吳淑瓊（1997）：老人健康及長期照護調查研究（三）。行政院衛生署專題研究計畫成果報告。

吳淑瓊、梁浙西、林惠生（1993）：老人長期照護研究報告。行政院衛生署專題研究計畫成果報告。

吳嘉瑞（1994）：老人自述慢性病資料與臨床評估之比較。國立台灣大學碩士論文（未出版）。

沙依仁（1996）：高齡學。台北市：五南出版公司。

周玉慧、莊義利（1998）：晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析。論文發表於第二屆「家庭與社會資源分配」學術研討會。台北市：中央研究院中山人文社會科學研究所。

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。

周雅容（1996）：不同來源的社會支持與老年人的心理健康。載於楊文山、李美玲主編：人口變遷、國民健康與社會安全（pp.219-246）。台北市：中央研究院中山人文社會科學研究所。

邱怡玟、黃秀梨、高淑芬（1999）：龜山鄉舊路村老人健康狀況之調查研究。公共衛生，25（4），213-223。

柯德鑫、粘秋桂、黃明和、許秀夫（1998）：彰化地區老人的慢性病罹患狀況與醫療服務需求。公共衛生，25（1），3-31。

洪百薰、林豐雄、洪美玟、黃明珠、吳聖良（1991）：社區老人健康狀況與需求評估。公共衛生，18（3），212-235。

袁紹輝、張鍾汝（1994）：社會老年學教程。台北市：水牛出版社。

高迪理（1991）：社會支持體系中之概念探討。社區發展，54，24-32。

梁浙西、張明正、吳淑瓊（1993）：台灣地區老人健康狀況與醫療服務之利用。載於李孟芬主編：台灣地區老人健康與生活研究論文集第一輯（第2-1~2-25頁）。台中市：台灣省家庭計畫研究所。

許毅貞（1993）：鹿港地區65至74歲社區老人之老人態度、社會支持、健康狀態與憂鬱程度之關係研究。台北市：國立台灣師範大學碩士論文（未出版）。

曾譯令（1995）：偏遠地區與城市地區老人健康狀況之比較。載於一九九五老人學學術研究年鑑，63-82，高雄醫學院。

黃子庭、廖秀珠（1993）：台北市北投區社區居家老人跌倒的情形及其相關因素之探討。公共衛生，20（3），234-246。

黃國彥、鍾思嘉（1987）：老人健康自評、生活改變及生命意義與其生活滿意和死亡焦慮之關係。中華心理衛生學刊，3（1），169-181。

黃富順（1995）：老化與健康。台北市：師大書苑。

黃繼慶（1994）：社會支持系統對社區老人心理健康的影響。國立台灣大學碩士論文（未出版）。

葉至誠（1997）：蛻變的社會--社會變遷的理論與現況。台北市：洪葉出版公司。

蔡秀美（1992）：老人的健康狀況與醫療需求。論文發表於「社會安全會議」。嘉義：國立中正大學社會福利研究所。

蔡勇美、郭文雄（1984）：都市社會學。台北市：巨流出版公司。

謝瀛華、鄭惠信、林章賢、洪清霖（1995）：台北市某社區六十五歲以上老人日常生活依賴程度之研究。北醫學報，24（1），9-17。

## 二、英文部份

Antonucci, T.C. (1985). Social support: theoretical advances, recent findings and pressing issues. In I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), Social support: theory, research and applications (pp.21-37). The Hague: Martinus Nijhoff.

Berkman, L.F. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In S. Cohen and S.L. Syme (Eds.), Social support and health. Orlando, FL: Academic Press.

Berkman, L.F., Seeman, T.E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., Finch, C., Schneider, E., Cotman, C., McClearn, G., Nesselroade, J. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the macarthur foundation research network on successful aging. Journal Clinical Epidemiology, 46, 1129-1140.

Chapleski, E.E., Lamphere, J.K. (1997). Structure of a depression measure among American Indian elders: confirmatory factor analysis of the CES-D scale. Research on Aging, 19 (4), 462-486.

Choi, N.G. & Wodarski, J.S. (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: does social support slow down physical and functional deterioration? Social Work Research, 20 (1), 52-64.

Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98 (2), 310-357.

Dean, A., Kolody, B., Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. Journal of Health and Social Behavior, 31, 148-161.

Gallo, J.J. (1990). The effect of social support on depression in caregivers of the elderly. The Journal of Family Practice, 30 (4), 430-440.

Ganguli, M., Fox, A., Gilby, H. & Belle, S. (1996). Characteristics of rural homebound older adults: a community based study. Journal American Geriatrics Society, 44 (4) 363-370.

Gillanders, W.R., Buss, T.F., Hofstetter, L.R. (1996). Urban/rural elderly health status differences: the dichotomy reexamined. Journal of Aging & Social Policy, 8 (4), 7-24.

House, J.S. (1981). Work stress and social support (Ed. by Reading M.H.) Addison-Wesley. Reading. Mass.

Krause, L. & Liang, J. (1993). Stress, social support, and psychological distress among the Chinese elderly. Gerontology: Psychological Science, 48 (6), 282-291.

Krause, N. (1987). Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. The Gerontological Society of America, 27 (3), 301-308.

Oman, D. & Reed, D. (1998) .Religion and mortality among the community-dwelling elderly. American Journal of Public Health, 88 ( 10 ) , 1469-1476.

Oxman, T.E. & Hull, J.G. ( 1997 ) .Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B, 1-14.

Palinkas, L.A., Wingard, D.L., Connor, E.B.( 1990 ).The biocultural context of social networks and depression among the elderly. Social Science and Medicine, 30 ( 4 ) , 441-447.

Radloff L. ( 1977 ) .The CES-D scale:a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.

Ware, J.E., Brook, R.H., Davis, A.R. & Lohr, K.N.( 1981 ). Choosing measures of health status for individuals in general populations. American Journal of Public Health, 71 ( 6 ) , 620-625.

Ware J.E. & Sherbourne C.D. ( 1992 ) .The MOS 36-Item Short Form Health Survey ( SF-36 ) :I. conceptual framework and item selection. Medical Care, 30, 473-483.

Yasuda, N., Zimmerman, S.I. , Hawkes, W., Fredman, L., Hebel, J.R. & Magaziner, J. ( 1997 ) .Relation of social network characteristics to 5-year mortality among young-old versus old-old white women in an urban community. American Journal of Epidemiology, 145 ( 6 ) , 516-523.

90/08/20 投稿

90/10/03 修正

90/11/13 接受

# Elderly social support system and health status in the urban and rural area

Chun-Tai Huang, I-Chyun Chiang

## ABSTRACT

The purposes of this research are to compare the elderly social support system and health status differences between the urban and rural areas and to explore the social support system impact on health status of the elderly in urban/rural areas. Selected Wan-Hua area of Taipei City and Shin-Ting Hsiang, Pin-His Hsiang of Taipei Hsien to represent the geographic characteristics, i.e. urban and rural areas. This study randomly selected 1, 634 cases (736 in the urban area, 898 in the rural area) . The data collected by face-to-face interview with the self-developed structure questionnaire. The valid sample was 1, 448 cases (640 in the urban area, 808 in the rural area) , with completing rate of 88.6%.

The results of the study found: the disease influence, physical function and mental health of elderly in the urban area were better than the rural area. The urban elderly had higher rate than the rural elderly in living with spouse, contacting with son and daughter, communicating with relatives and friends, and involving in social activities. Regarding perceived social support, the urban elderly had more support than the rural elderly. The frequency of negative interaction of the urban elderly was higher than frequency of the rural elderly. There was no significant difference in support satisfaction between the urban and rural elderly. The correlation of social support system and health status: in the urban area, the social support and social network could not predict the perceived disease influence. Those who were more involved in the social activities tended to have less physical functions disabled. Those who were more involved in the social activities, with less negative interaction had better mental health. In the rural area: those who were more involved in the

social activities, higher support satisfaction, had less perceived disease influence. Those who were living with spouse, more contact with son and daughter, more connection with relatives and friends, higher support satisfaction were likely to have less physical function disabled. Those who were living with spouse, more contact with son and daughter, higher support satisfaction had better mental health.

Key words: elderly, social support system, health status