東吳社會工作學報／民國 108 年 12 月／第三十七期 43-80 頁

airiti

從社會參與之能力表現探討老人活動參與*

謝美娥**
國立政治大學社會工作研究所教授

摘　要

本研究以量化方式探討老人社會參與能力與活動參與之間的關係因素，由訪員面訪協助老人填答問卷。以臺北市各區最大及次大之「社區照顧關懷據點」之老人，以及各區接受「失能老人營養餐飲服務」或「居家照顧服務」之老人為對象，有效問卷計 307 份。研究發現：生產性活動、共同性活動、獨自性活動以及社交性活動，其預測因子各不相同。其中，最大影響因素均為社會參與能力，又以社會角色履行能力為最有影響力者。具體而言，生產性活動以具備勞動能力為重，因此特別要求具備日常活動的能力，亦與性別有特別關聯；共同性活動會受社團成員身份所影響，另，疾病會影響老人參與所有類型的活動，尤其對生產性活動和共同性活動最有影響；經濟能力在獨自性活動面向上有其影響力；社交性活動多侷限於家庭活動。最後針對上述結果，提出實務、政策和研究上建議。

關鍵詞：老人活動參與、活動類型、社會角色履行能力、社會參與能力

---

*　本篇論文所用之資料採自國科會補助的研究計畫：「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」（計畫編號：NSC100-2410-H-004-145）。本研究兼任助理李宜樺、蘇玲巧、葉芳伶、陳亭樺與陳亭涵，時為國立政治大學社會工作研究所研究生。

**　本文通訊作者：meio@nccu.edu.tw

收稿日期：2019/09/20
接受刊登日期：2019/12/09

airiti

壹、前言

老人的研究趨勢已從負面視角轉向積極正面的視角，老人不再被認為是負荷或充滿慢性疾病的失能個體；反之，有許多居住於社區的老人，仍舊保持活動力，鼓勵成功老化對其有所助益。成功老化乃基於三個要素，包含避免失能（avoidance of disability）、維持身體的功能（maintenance of physical function）以及積極投入生活（active engagement with life）（Rowe & Kahn, 1997; 楊培珊、梅陳玉嬋，2010）。成功老化和活躍老化，均需強調保持健康、維持獨立性和參與社會（Hsu, 2007）。McKenna, Broome, & Liddle（2007）研究指出，雖然許多老人會從事具生產性的活動，如擔任照顧者、志工，或者是有酬工作。但研究結果發現老人從事的活動中，一天中花最多時間的活動為睡覺（8.4 小時/天），次之為單獨性休閒娛樂（4.5 小時／天），且年齡愈長，獨處的時間愈多。其實觀看老人的一天，時間大部分投入在個人的自我照顧、家務工作和休閒活動，且休閒活動多是被動式的，如看電視、閱讀書本或聽收音機（Gauthier & Smeeding, 2003; 陳肇男，2003）。國內資料也顯示類似結果，臺北市政府社會局（2014）調查「臺北市老人生活狀況」發現，65 歲以上老人日常生活最主要的活動以看電視 66.2%為最多、其次為從事養生保健活動 20.5%，皆屬 Horgas, Wilms, & Baltes（1998）與衛生福利部（2013）歸納之靜態、可獨自（alone）在家裡（home）從事的活動。

雖然老人從事的活動多屬靜態並可獨自在家進行，但若能增加參與人際或社交性活動，提升與人接觸和互動的機會，則更能增進其生活品質、健康和生活滿意度（Holmes & Joseph, 2011; Menec, 2003; Newall et al.,2009; 謝美娥，2010）。由上可知，活動參與的類型多元。一般老人會選擇從事不同類型的活動，而參與不同類型的活動常源於不同的因素考量。本研究的問題意識在於從社會參與的能力，包括日常活動能力和社會角色履行能力來檢視老人參與不同活動的原因。進而從不同日常活動能力和社會角色履行能力的提升或介入以提昇老人的活動參與。終極目標是藉由促進活動參與以有效的延緩失能並成功老化。據此，本研究提出研究目的如下：

（1）探討老人社會參與能力的相關因素；

（2）了解老人活動參與的情況與相關因素；

（3）探討老人社會參與能力與老人活動參與間的關係。

airiti

貳、文獻回顧

一、社會參與

（一）社會參與的定義

「社會參與」是指個人參與社會、社區中，和他人互動的活動（Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond,2010）。廣義而言，不論是實質的社會互動或者僅僅出現在他人面前，因為能肯定一個人的價值，或增加個人的主觀意義感，皆可視為社會參與（Maier & Klumb, 2005）；狹義而言，則指有組織地投入社會上各種類型的活動（張怡，2003）。

亦有學者主張，社會參與是發生於個人與他人分享資源的時刻，如將資源貢獻於社會環境，或從環境中獲取對自身有益的資源（Bukov, Maas, & Lampert, 2002）。

由前述可知，針對社會參與的定義略有不同，Mars, Kempen, Mesters, Proot, & van Eijk（2008）將之歸納出三個解釋：第一，社會參與可以是與親戚、朋友或熟人的互動，也可以指家庭以外的社會互動；第二，社會參與是透過有組織的結構對社會貢獻，如志願服務；第三，社會參與一詞也包含參與組織的運作，如參與民間組織的決策。換言之，社會參與是在社會環境下活動的結果，透過資源的配置，個人和社會環境產生互動，在這之中可能是貢獻自己的資源給社會環境，也可能因為他人貢獻資源而獲利。

另，老人社會參與可分為正式與非正式面向：前者包含出席預先規畫的團體集會或義務團體，如宗教服務、俱樂部、以及志願性工作；後者則包括許多簡單形式的社會接觸，如拜訪朋友或電話聯繫朋友，以及自行外出參與社會等（Zettel-Watson & Britton, 2008）。又從參與種類看，社會參與包括教育參與、志願服務參與、政治參與、組織參與、宗教參與，以及其他各種社會活動的參與（教育部，2006；張怡，2003），如培訓課程、體育／社會俱樂部（Sirven & Debr&, 2008）。其中，不同種類的參與有其不同的功能：如參與志願服務可藉由各種活動，提升自我成長與豐富家庭生活（周海娟，2005）；參與教育類活動，可學習新知與智慧，提升老人的自信心、價值感，以及心理滿足感，讓心靈保持活躍狀態，且在社會上扮演更積極有意義的角色（教育部，2006）；參與休閒娛樂，可體驗不同的活動，促進身心健康（范鈺楨，2002），對老人的生活品質有助益（林冠穎，2008）；參與宗教活動，除心靈寄託外，亦可促進與他人互動，且相較於

airiti

其他類型的社會參與，宗教活動更容易增進老人的心理健康（Croezen, Avendano, Burdorf, & van Lenthe, 2015）；最後，在政治參與方面，當愈熱心參與政治活動，老化的速度也相對變慢，生活也較愉快（江亮演，1988）。

由此觀之，對於老人而言，社會參與具四種主要功能，（1）滿足適應的需求、（2）滿足表現的需求、（3）滿足貢獻的需求、（4）滿足發揮影響力的需求（周海娟，2005）。老人，透過參與不同類型的社會性活動，可以有一個展現能力的舞台，滿足需求並將能力貢獻社會，從中獲得成就感，使老年生活更加豐富而健康。

（二）社會參與的模式（social participation model）與測量

社會參與是維持人際交往的重要支持體系，「參與」既指一個人對生活情境的涉入（involvement），亦可視為一個人的整體功能，因此參與社會活動，須視其能力與意願。Fougeyrollas et al., （1998）以「失能創造過程」（Disability Creation Process, DCP）來看社會參與，DCP 模式是從 WHO 損傷失能與障礙的國際分類修改而成，指出社會參與（能力）是經由生活習慣（life habits）產生，即「經由生活中的日常活動（daily activities）、與社會角色（social roles）的互動，來確保一個人在社會裡的生存和發展」。

在 DCP 模式中，「參與」為個人特質（年齡、性別和障礙或失能情形等）和生活環境間的互動。「日常活動的參與」，指為了生存而產生的基本活動，如營養、體適能力、個人（自我）照顧、溝通、住宅（環境的維持）、移動力等；「社會角色的參與」，並非為母親、工作者、或學生等形式的角色界定，而是指財務責任、公民責任、人際關係、社區生活、就業、教育和休閒情形等實質能力的履行（Demers, Robichaud, Noreau, & Desrosiers, 2009）。具體而言，DCP 模式的測量假設是「一個人若能維持日常活動並有能力扮演好社會角色，自然會降低或避免失能」，因此，生活習性評量（LIFE-H）又區分為完成度或履行能力（accomplishment or performance）和滿意度（satisfaction）兩個部分，測量社會參與的可完成能力。

由於本研究並非要測量社會參與的滿意度，因此，將採用 DCP 模式前部分關於社會參與能力的測量，即透過日常活動能力和社會角色履行能力作為老人社會參與的測量指標之一。

airiti

（三）影響社會參與（能力）的重要理論

在眾多老人學的理論當中，與老人社會參與的能力有較大關聯的有社會支持理論，人力資本理論和社會網絡理論。

1.社會支持理論

以社會支持理論而言，Kahn（1979）指出社會支持是在人與人的互動過程中，互相傳達及肯定對彼此行為、情感、知覺的看法， 社會支持通常被定義為我們可以依靠、能給予我們照顧和愛的人的可近性或是否存（Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983），社會支持被定義為個人資源以及個人與之相關的個人，團體，社區和系統的實際或潛在的支持和貢獻（Şahin, Özer & Yanardağ, 2019）。

Chappell（1991）認為老人的社會支持最主要來自於配偶，其次才是子女、朋友和兄弟姊妹，如同中國人所強調的差序格局，老年人的社會支持是由近而遠、由親而疏依序來提供。（石決，2009），老人所獲得社會支持的多寡，就會影響其社會參與的能力和意願。社會支持越多，社會參與也就越高、生活品質、健康程度也就越好（Levasseur et al., 2015; Li, Jiang, Li& Zhang, 2017; Payne, Kelly & Pawlik, 2019）。高齡長者會因家庭之社會支持程度不同，而造成高齡長者有不同程度的社會參與活動投入（Lian et al., 1999）。較高的社會支持能增進老人的幸福感，社會支持的品質和頻率都是老人幸福感的預測因子 （Moeini, Barati, Farhadian & Heydari Ara, 2018）。

2.人力資本理論

人力資本理論最早可以追溯到亞當・斯密在《國富論》一書中所闡揚的經濟思想，提出國民是國家重要的財富，透過教育可提高勞動生產力之觀點（周新富，2006）。後來有些學者突破了傳統理論，將資本劃分為物質資本和人力資本，前者為物質產品上的資本，包括廠房、機器、設備、原材料、土地、貨幣和其他有價證券等；後者則是體現在人身上的資本，即個人所擁有的生產知識、勞動與管理技能和健康素質等存量總和（Liming & Shunguo, 2015；邱惠玲等，2006；梁小民譯，1987）。

就老人的社會參與而言，人力資本與老人晚年生活的參與有相當的關連性，由於人力資本論及個人知識、經驗、健康、技能的存量，這些資本的累積也代表著老人所能運用的資源，影響老人決定如何活躍於社會當中。相關研究指出，老人志願服務的參與即

airiti

受到老人所擁有的經濟資源（收入）、教育程度、健康狀況（含自覺健康、身體功能）、時間、心理社會適應、和社會資源的影響，資源較為足夠的老人參與志願服務的可能性相對較高，也相對擁有比較多的資源來選擇活動的參與（Carr, 2009；Liu & Besser, 2003；Yang, 1992）；亦有研究發現，人力資本中之自覺健康狀況、經濟狀況、和職業地位較佳的老人，其對於自我形象的正向肯定相對較高，反過來社會資本和人力資本也會隨著老人在社會上的參與而提升（Seomun & Lee, 2009）。

3.社會網絡理論

社會網絡理論認為個人的決策還有行為受到自身的社會背景以及關係網絡的影響，人跟人和組織之間的關係形成一個網絡（Adler & Kwon, 2002），一個社會網絡須包含行動者本身（節點）、行動者之間的關係、行動者之間的聯繫途徑（方世杰、楊舒閔，2007）。此理論注重的是「關係」而非個體，社會行動者包括個人、家庭、學校、企業、政府、非營利組織及公民組織等，網絡內的成員會彼此互換資源及分享資訊，社會行動者各有各的網絡關係，透過關鍵的連結者，再與其他行動者產生聯繫與持久關係，網絡關係就會擴散出去（張櫪允，2017）。Wenger（1990）將老人社會網絡類型分為五類：（1）配偶為主、（2）以家戶為中心、（3）地方社區的支持網絡、（4）鄰近的親屬關係、（5）週邊朋友鄰居關係。此分類與社會支持的分類近似，主要網絡都是由配偶、子女親屬等組成。

就老人的社會參與來說，社會網絡的連結關係和強度確實會影響其參與社區的程度（徐家楓，2016），老人與身邊的人維持一定的關係，保持聯繫途徑的暢通都能穩定其社會網絡，社會網絡越充足，也更願意參與社會（Payne, Kelly & Pawlik, 2019）。有研究也發現高齡長者投入社會參與的意願和活動內容， 與其個人背景特質、社經情況有關（Dorfman, 1995）。大部分的老人的社交滿意度和孤獨感有高度的相關，因此，若有能聯絡、談話的朋友、配偶、家人老人的社交滿意度也會比較高，更是老人活動參與的動力之一（McNamara & Gonzales, 2011；Holme & Furukawa, 2002；蔡秋敏，2012）。

二、活動參與的類型

活動的分類多元，國內方面，衛生福利部（2013）老人狀況調查將社會活動區分為宗教活動、志願活動、進修活動、養生保健團體活動、休閒娛樂團體活動以及政治性團

airiti

體活動；國民健康局（2011）在臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查中，將老人從事的休閒與活動，分為消遣娛樂（如看電視、聽音樂等）和社團活動（與鄰居見面聊天、園藝和散步等）二類別；亦有學者以薪酬區分之，如張怡（2003）將老人社會參與的活動分為兩類，其一為有酬勞性質的人力資源，包含老人商討成立就業機會以確認和促進適合老人的工作機會及環境、支持老人銀髮企業及合作企業之創立；其二為無酬勞性質的社區參與，包括志願服務、文康休閒、宗教活動、政治參與。

國外研究方面，以瑞典的老人生活狀況調查（The Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old, SWEOLD）為例，Agahi & Parker（2005）根據理論、過去相關研究以及因素分析，將休閒活動分為四類，包含「社會文化活動」（α=0.64）;「身體活動」（α=0.42）;「知識性活動」（α=0.45）以及「表達性與宗教活動」（α=0.32）; 為了達到問項的合理分配，Lennartsson & Silverstein（2001）選擇參與活動達 10%以上和 90%以下之活動，篩選出 10 種活動類別，再以因素分析分為四類，分別為「社會－友誼的活動」（Social-friendship activities），如拜訪朋友;「社會－文化的活動」（Social-cultural activities），如聽音樂會或參觀博物館；「獨自－久坐的活動」（Solitary-sedentary activities），如閱讀書籍；「獨自－活潑的活動」（Solitary-active activities），如園藝。

另，Maier & Klumb（2005）則使用柏林的老化研究，試圖檢視活動的內容和脈絡是否影響老人社會參與和存活率。活動的脈絡中，主要區分為獨自從事、與配偶一起進行、與家庭成員一起進行、以及與朋友一起進行活動。活動內容方面，則區分為兩大類，一為「再生性活動」（regenerative activities），指為維持一個人的生理生存而必須進行的活動，如飲食；另一為「自行決定的活動」（discretionary activities），係指一個人可以依照自己的能力和興趣去選擇的活動，其下又可區分為「生產性活動」（productive activities），如園藝，以及「消費性／休閒活動」（consumptive／leisure activities），如參加教育課程、運動等。

本研究根據上述理論歸納老人從事活動的內容和脈絡，將老人從事的活動類型區分為生產性活動（productive）—具有產值特徵的活動，但不包含有酬工作、共同與群眾性活動（mass）—多數與他人一起進行的活動、獨自性活動（solitaty）—可獨自一人進行的活動、和社交性活動（social）—與配偶或其他家人或朋友互動，以做後續分析。

airiti

三、「社會參與能力」與「活動參與」

（一）「日常生活能力」與「活動參與」

老人身心功能狀態與活動參與的傾向有部分關聯，相關研究顯示，有生理疾病的老人，較難參與定期性的生產性活動（如烹飪、做家事、照顧他人），反之，休閒性活動對認知、生理的挑戰較低，較能夠吸引有生理疾病者的參與（Pailard-Borg, Wang, Winblad, & Fratiglioni, 2009）；探究其原因，可能是因為老人自身功能的衰退，生活許多面向皆需要花費較多的精力和時間，其參與的活動類型與時間亦受限制（Horgas et al., 1998）；至於認知能力的限制，只會減少在心理性活動的參與，對於活動力高的老人影響不大（Paillard-Borg et al., 2009）。

另，日常活動的能力對獨居老人休閒活動參與的總數量與類型也會有影響，日常活動能力沒有困難的獨居老人，比日常活動能力較差且需他人協助的獨居老人，在休閒活動的參與數量上是比較高的，且參與一般、戶外型及社團型的休閒活動類別也較高（鄭喜文，2005）。

（二）「社會角色履行能力」與「活動參與」

相關研究顯示，社會網絡如婚姻狀況（Minhat & Amin, 2012）、居住安排、親子關係、社會連結關係越豐富（Paillard-Borg et al., 2009），參與的活動數目就越多。從居住的安排來看，與老伴同住、與老伴、子孫同住及與子孫同住等三者，在嗜好型、健身型、學習型及社交型之休閒活動上，參與程度顯著高於獨居或其他居住狀況者（何麗芳，1992），如此與配偶或兒孫同住的老人，所從事的休閒活動較多較廣，此乃因與家人同住的老人，其家庭關係可能較緊密、家庭支持高，而家人也常常成為與老人共同從事休閒活動的夥伴（林冠穎，2008）。

老人擁有朋友的多寡亦影響從事休閒活動總數，朋友越多的老人傾向參與越多活動；反之，朋友數越少，老人參與的活動數目也相對較少（Menec, 2003）；亦有學者發現，有伴侶的老人，不論此伴侶為配偶、子女、親戚或朋友，傾向從事較多、主動型的休閒活動，而獨居或被社會孤立的老人則較常從事被動型的休閒活動（Cutler & Hendrick, 1990）。

airiti

由此觀之，不論是日常生活能力或社會角色履行能力，皆與老人活動參與的傾向與樣貌有部分的關聯性。然而，國內研究多片面提及老人身體功能、社會互動與活動參與間的相關，缺乏較為整體性探究。本研究即利用社會參與能力中日常生活能力和社會角色履行能力兩個面向，探索不同社會參與能力的老人，於活動參與程度的差異。

四、社會人口特質、社會參與能力與活動的參與

多數學者提及社會人口特質，如年齡、性別、教育、身體狀況、社經地位、社群成員關係（association membership）、行動力等皆會影響老人的社會參與能力和活動（Agahi & Parker, 2005; Bukov et al., 2002; Cloos et al., 2010）。

在性別方面，女性活動參與的頻率明顯較男性多，且男女性分別參與的活動類型也有所不同（Menec, 2003）。以性別角色論之，男性和女性的生命經驗不相同，造就其對於休閒的喜好和選擇也有所差異（Horna, 1994, 引自林冠穎，2008）。男性較偏好從事體育類、具競爭性的活動；反之，女性較可能參與教會活動或靜態（電影、觀看體育活動、音樂會、戲劇）的活動；又，男性參與休閒活動和戶外活動的程度也比較高，可能的解釋是男性不必做家事而有較多空閒時間或有較多可運用的收入，也可能是他們覺得出外參加活動很有面子（Chou, Chow, & Chi, 2004；Minhat & Amin, 2012；Strain, Grabusic, Searle, & Dunn, 2002；Van Der Pas & Koopman-Boyden, 2010）。

年齡方面，通常老人年齡越高，社會參與的程度會越低，此與年齡增長伴隨而來的體力衰退、身體功能及自我照顧能力的喪失有關，讓老人漸而選擇靜態的活動類型；有時候年齡所引發的失能更會完全剝奪老人活動的可能性，社會性接觸的機會越少，老人健康功能的衰退將越為迅速（Agahi & Parker, 2005；Dong, Chen, Li, & Simon, 2014；Mendes de Leon, Glass, & Berkman 2003；Menec, 2003；陳肇男，2003）。

年輕老人比較有可能持續參與較多類型的活動，如購物、散步、旅遊、戶外園藝、教會、靜態（電影、觀看體育活動）等活動（Strain et al., 2002）；而看電視、禮佛、下棋與看報等靜態活動則隨著年齡提升而增加（陳肇男，2003）。換言之，老人的社會參與會隨著生命發展進程有所轉變，參與的多元性減少，休閒性活動和生產性活動減少，並聚焦於日常生活的工具性活動（Anaby et al.,2009；Van Der Pas & Koopman-Boyden, 2010；Verbrugge, Gruber-Baldini, & Fozard, 1996）。

airiti

健康狀況亦可能有所影響，身體健康的老人較能妥善安排生活，生活態度也較積極，參與社團活動或助人團體之活動比例較高（Levasseur et al., 2015；李瑞金，1995）。一般而言，行動力和活動參與成正相關，功能依賴、認知損傷、生理困難、自評健康和活動參與成負相關（Menec, 2003）；另，自評健康較好、沒有 ADLs／IADLs 限制者，更有可能持續參與多元活動（Strain et al., 2002；Van Der Pas & Koopman-Boyden, 2010）。由此觀之，健康狀況會影響老人活動的參與，因此許多老人傾向於參加對生理、心理能力要求較低的活動（Minhat & Amin, 2012；Verbrugge et al., 1996）。

又，教育程度會影響個人休閒活動的選擇及休閒的價值觀，「教育」不僅利用各式各樣的休閒活動引發人們的興趣，同時也能透過特殊技巧和鑑賞力之建立，使人們能夠參與某種形式的休閒（葉宜矜等，2005）。具體而言，老人教育程度越高，越能妥善安排生活，生活態度也較為積極，老人的公民和社會參與越多（Bukov et al., 2002；Dong et al., 2014；Strain et al., 2002）。且教育程度較高者，較喜歡參與戶外遊憩、運動、高文化、旅遊、持續教育、閱讀和志工等多元性活動，且能持續的進行（Minhat & Amin, 2012；Strain et al., 2002；李瑞金，1995；邱惠玲等，2007）。

另，社經地位低的老人常因為收入與資源少，而出現參與活動的障礙（Arber, 1989; Bukov et al., 2002）。過去，老人退休後選擇休閒參與多所限制，大部分原因包括經濟拮据、教育程度低並且缺少必須學習的休閒技巧，然而時至今日，大部分老人隨著教育程度提升、經濟狀況改善，加上在社會化的過程中學習到許多休閒技巧，使他們在退休後，可以擁有更多時間盡情享受人生，而休閒、娛樂的活動上收入較高的老人其參與率也較高（Van Der Pas & Koopman-Boyden, 2010；葉宜矜等，2005）。然而，也有研究顯示收入在老人整體社會參與上無顯著相關（Dong et al., 2014；Minhat & Amin, 2012）。

再從社群成員關係來看，參與社會活動與組織是需要人與人之間的連結（bonds），依靠的是社會網絡和互惠互信的規範（Bukov et al., 2002）。焦點團體研究指出，有社群身份的老人，社會參與相對較多（Cloos et al., 2010）。

社會參與能力方面，在 Demers et al.（2009）與 Therrien & Desrosiers（2010）的研究中，將社會參與能力分為日常生活能力和社會角色履行能力兩部份。研究發現，教育程度會影響社會參與能力中的社會角色部分，教育程度越高，社會角色參與越高；年齡和健康方面，年齡對日常生活及社會角色履行能力均有影響，且年齡越高、有失能情況的老人，社會參與的能力皆呈現越低之情況；至於性別方面，則會影響日常生活的能力，

airiti

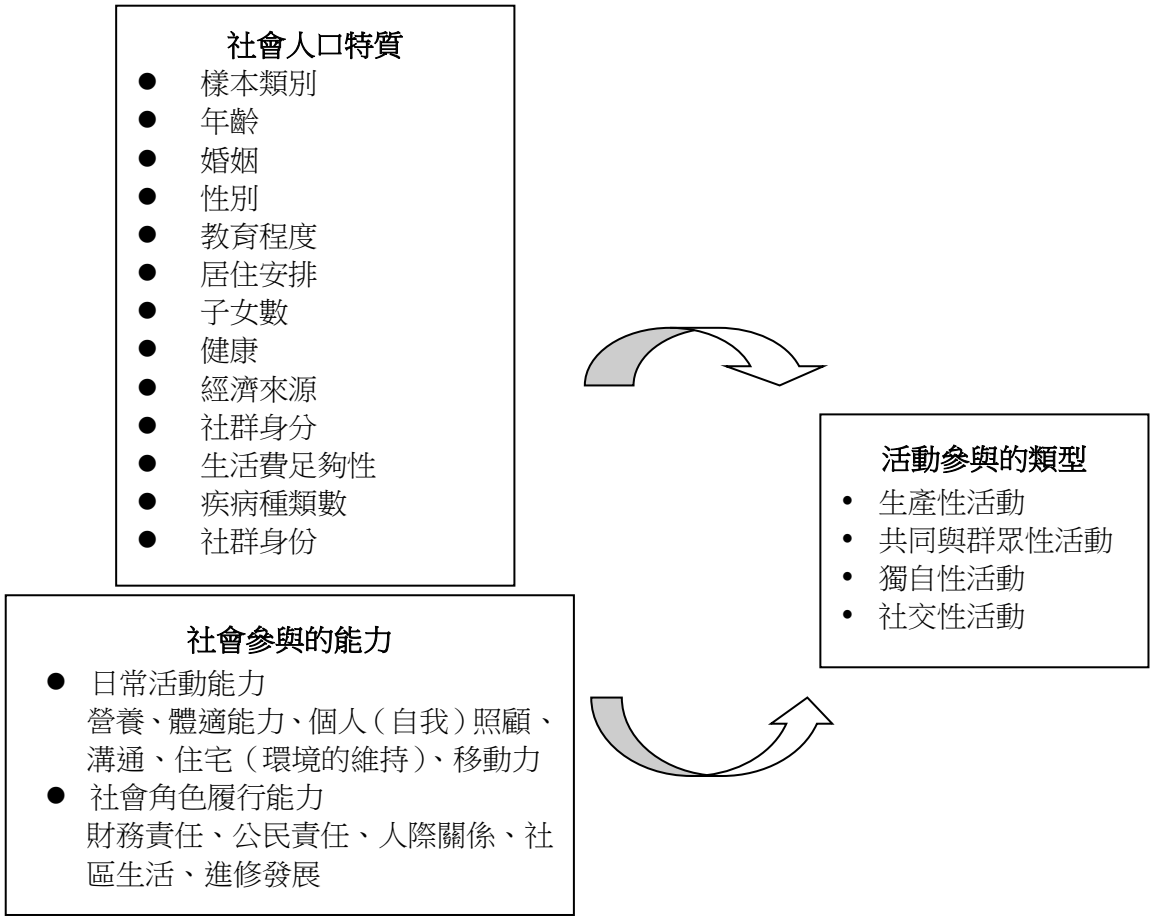
卻不會影響社會角色履行能力，換言之，女性在日常生活能力上比男性來得好，但於社會角色履行方面兩性並無特別差異（Anaby et al., 2009）。

總體而言，老人年齡、性別、教育程度、健康狀況等因素，均與活動類型參與、社會參與能力相關。多數研究將社會人口特質對一般性社會參與進行連結。而社會參與也經常被視為是各類活動的參與。本研究則將社會參與和活動參與予以區分，社會參與在本研究中視為完成度（accomplishment），也就是可以完成社會參與的能力。本文著重探討社會參與能力對活動參與形成的影響，以及其間的關係，與過去研究直接視社會參與為活動參與不一樣，希望可以試著擺脫自變項影響活動，卻對老人是否參與活動仍感到無能為力的結果。

參、研究方法

一、研究架構

本研究之研究架構如下：



airiti

二、樣本類別與樣本來源

本研究樣本來源有二，其一為「社區照顧關懷據點」（以下簡稱關懷據點）之老人，由臺北市政府社會局所提供臺北市各區最大（參與人數最多）、次大之關懷據點長者名冊為主；其二為接受臺北市各區「失能老人營養餐飲服務」的送餐服務及「居家照顧服務」（以下簡稱送餐居服）之老人（原先將送餐及居服的老人分組編碼，後已合併為一組），由各區服務單位提供之長者名冊為主，包括自費與政府補助的長輩。受訪對象（表1），含括健康的老人以及健康欠佳的在宅老人，均可言語溝通且無認知功能障礙。另外，南港區、中正區及大安區的社區照顧關懷據點，因服務者多為失智長輩、與送餐服務對象高度重疊，且行政時間上無法配合，以至無關懷據點之受訪者。

本研究係以訪員親自面訪協助填答，少部分由老人自填完成；其中，針對關懷據點老人之訪問，乃於活動進行前後由訪員進行訪問；針對接受送餐或居家服務老人之訪問，係由訪員到宅訪談或少部分由社工員陪同訪談完成。資料蒐集於民國 100 年 10 月展開，歷時五個月全部完成。每位受訪老人均簽有同意書。最後，共訪問 167 位關懷據點老人、111 位送餐老人以及 29 位居家服務老人。資料涵蓋臺北市 12 區之老人，總計訪問有效問卷 307 份。

表 1 樣本類別與樣本來源

	萬華	南港	士林	大同	北投	信義
關懷據點	36	0	11	20	19	22
送餐與居服	22	11	12	13	1	11
總數	**58**	**11**	**23**	**33**	**20**	**33**
	中山	中正	松山	文山	內湖	大安
關懷據點	11	0	18	21	9	0
送餐與居服	14	10	2	12	14	18
總數	**25**	**10**	**20**	**33**	**23**	**18**

三、研究工具與資料分析

問卷分為三大部分，分述如下：

（一）社會人口特質

包括樣本類別、年齡、婚姻狀況、性別、教育程度、居住安排、子女數、經濟來源、

airiti

生活費用足夠性、重大疾病數以及社群身份。

（二）社會參與能力量表

老人的社會參與能力係以 INDCP（Fougeyrollas & Noreau, 2004）出版之生活習慣評量表（Assessment of Life Habits 3.1，簡稱 LIFE-H）為架構，並參考 Demers et al.（2009）老人社會參與之研究，將社會參與能力分為日常生活能力以及社會角色履行能力兩項。日常生活能力包括：營養、體適能、自我照顧、溝通、居住及行動力六項；社會角色履行能力則包括：可負責任、人際關係、社區生活、教育、就業及休閒六項。

為使問卷更符合臺灣人的生活情況，以及適於老人接受問卷訪問的長度，參照題意刪除與合併部分題項，由原問卷 12 個面向 75 題簡化為 11 個面向（合併教育與就業為進修發展）共 48 題，信度分析結果，日常生活能力 α=.905，社會角色履行能力 α=.849（原問卷兩部分的 α 值≧.60）；問卷回收並進行資料分析後，再刪除 8 題不適用題項，簡化為 40 題，修改後社會參與能力整體問卷信度 α=.954，更具內部一致性。本問卷僅採用社會參與能力之測量工具，以達成度和需要協助程度加權得之。達成度區分為五個量表層次：「可輕鬆進行」、「進行稍有困難」、「由他人代為進行」、「無力進行」，以及「不適用」；需要協助程度分為「不需協助」、「使用輔助器具」、「他人協助」三項，其中「使用輔助器具」則合併原量表「設備協助」、「使適應之設備」兩項。分數計算則參考原量表的給分方式，因此達成度為「可輕鬆進行」需要協助程度為「不需協助」者 7 分；「可輕鬆進行」且「使用輔助器具」者為 6 分；「可輕鬆進行」且「他人協助」者為 5 分；「進行稍有困難」且「不需協助」者為 4 分；「進行稍有困難」且「使用輔助器具」者為 3 分；「進行稍有困難」且「他人協助」者為 2 分；「由他人進行」為 1 分；無力進行為 0 分。該部分測量依照原量表計算公式，扣除「不適用」之題項，加權[1]成為社會參與能力之分數，分數越高，表示社會參與能力越好。

（三）活動參與類型

本研究資料蒐集主要以詢問受訪老人前一周參與之活動頻率，總題數共 20 題，乃參照上述文獻的項目而定。其中，刪除缺乏充分變異的變項，包括 90%受訪者皆有參與

[1] 參考 Demers et al.(2009)於 Coping Strategies & Social Participation in Older Adults 一文使用之公式:[(∑總分 X10)/適用的生活習慣個數 X9]，本研究適用的生活習慣個數以該面向之題數計算之。

airiti

（看電視、DVD 或錄影帶、聽廣播、音樂、看電影；與他人面對面談話），以及 90%受訪者皆未參與之項目（釣魚、有給職工作）。剩餘 16 題，依理論歸納老人從事活動的內容和脈絡，將上階段活動予以類型化，分別為生產性活動、共同性活動、獨自性活動以及社交性活動，活動的項目與信度分述如下：

（1）生產性活動（不包含有酬工作）：包含園藝、照顧親屬、志工服務、居家打掃、購物（α=.62）。

（2）共同與群眾性活動：包含參加教育課程、戶外健身活動、下棋或打牌、唱歌或彈奏樂器、參加藝文活動（α=.65）。

（3）獨自性活動：包含手工藝、移動性活動（如：散步、騎機車、開車、搭車）、健康相關活動（做保健體操、上健身房等）、閱讀（α=.48）。

（4）社交性活動：包含外出拜訪他人、和他人以電話對談（α=.49）。

值得注意的是，上述活動分類的信度介於.65 至.48 間，雖略偏低，但以吳統雄（1984）可信度高低與 Cronbach α 係數之對照，將 0.5≦信度值<0.7 列為可信；0.4≦信度值<0.5 列為尚可信，本研究活動類別分類之信度屬尚可信以上範圍，且對照 Agahi & Parker（2005）研究中活動類型的分類信度，其落於.64 至.32 間，尚低於本研究的信度 α 值。綜觀上述，本研究之活動分類方式尚於可信範圍。

四、遺漏值之處理

本研究遺漏值處理，於雙變項間的檢視，採成對排除法（Exclude cases pairwisely），於迴歸分析，則採完全排除法（Exclude cases listwisely）。由於研究中許多變項係加權而產生，因此若有一題項為遺漏值，則整體皆以遺漏值處理，最後社會參與能力與四類活動參與的迴歸分析樣本數最低為 277 份。

肆、研究發現

一、老人的社會人口特質與樣本類別之關係

本研究訪問了 307 位老人（見表 2）。在性別方面，受訪老人的性別比為 90.7：100（男性比女性）；其中，關懷據點的女性（103 位）多於男性（64 位），送餐居服男性（82 位）多於女性（58 位）。另，總平均年齡為 79.46 歲；其中，關懷據點老人平均年齡 77.43

airiti

歲，送餐、居服老人平均年齡 81.88 歲，送餐、居服老人年紀稍長（t=-5.348, p<.001）。若與衛生福利部（2013）老人狀況調查報告中之老人性別比、人口統計相較，在性別比方面（男性比女性為 92：100）相去不遠，但本研究老人的年齡較母體稍長。此外，在婚姻狀況方面，本研究受訪老人係以「有配偶或同居」最多（48.7%），其次是「喪偶」（35%）；其中，比較關懷據點和送餐居服老人的婚姻狀況，關懷據點以「有配偶或同居」居多，送餐或居服的老人「離婚或分居」以及「從未結婚」之比例較高，以卡方檢定（$\chi 2$ =36.66, p<.001）已達.05 的顯著水準，可知關懷據點和送餐居服老人的婚姻狀況有顯著差異。

在教育程度方面，受訪老人以國小 33.7%最多；中學 31.4%次之；其中，關懷據點老人的教育程度（中學最多 21.9%、國小次之 19%，不識字者佔 4.6%）較送餐、居服老人的教育程度（國小最多 14.7%、專科以上次之 12.4%、不識字者佔 8.8%）更高（t =-.146, p<.001）。

在家庭方面，則分為居住安排、子女數。整體而言受訪老人在居住安排上，以「與子女同住者」最多（佔 35.9%）、獨居次之（33.7%）；其中，關懷據點的老人居住安排多為「與子女同住」（28.1%）或「僅與配偶同住」（13.9%）；送餐居服老人則以「獨居」（22.4%）或「僅與配偶同住」（12.5%）為主（此兩類居住方式統稱為廣義獨居），惟此差異即與接受送餐居服老人的特質相關。另，在子女數方面，受訪老人平均有 2.82 個子女；值得注意的是，關懷據點無子女的老人僅佔 2.3%，送餐居服卻高達 11.7%。關懷據點的老人養育的子女數多於送餐、居服的老人（t=6.81, p<.001），由此可見子女數確實是老人的一個人力資本。

在經濟方面，以經濟來源、生活費足夠性探究之。在經濟來源方面，老人的經濟來源以自己的儲蓄、退休金或投資所得佔最多數 47.7%；他人提供次之 26.6%；其中，關懷據點老人以「自己的儲蓄、退休金或投資所得」佔多數（31.2%）。送餐、居服的老人則以「政府救助或津貼」為最多（20.1%）。關懷據點和送餐、居服兩組老人於經濟來源有統計上的差異（t=-5.98, p<.05）。在生活費足夠性上，以「大致夠用」佔最多數（64.3%）、「有點困難，需要補助」次之（20%）；其中，關懷據點的老人以「大致夠用」（40.3%）最多、「相當充足有餘」次之（9.2%），送餐居服亦以「大致夠用」佔最多（23.9%）、「有點困難，需要補助」次之（15.1%）。關懷據點和送餐居服兩組的老人於生活費用足夠性上有顯著差異（t=5.94, p<.001）。

airiti

在健康方面，分為自評健康及疾病種類數。自評健康，以「好」為 3 分，「普通」2 分、「不好」1 分，即分數越高老人自評健康狀況越佳，整體而言，受訪老人平均為 2.36 分；其中關懷據點老人的自評健康狀況（2.57 分）優於送餐居服的老人（2.12 分），且兩者於統計上達顯著差異，如表 4（t=7.37, p<.001）。另，在患有疾病種類部分（複選題），兩組老人皆以「循環系統」佔多數（54.7%）、「骨骼肌肉系統」次之（49.2%）、「眼、耳等器官」居第三（40.1%）；且一位老人平均帶有 2.42 種疾病種類，但就統計結果來看，關懷據點老人的疾病種類數（1.97 種）顯著小於送餐居服之老人（2.96 種）（t=-5.62, p < .001）。

最後，在社群方面，以老人是否參與任何團體而言（複選題），參與宗教性團體之老人最多（42.2%），無參與任何社團次之（34.3%），參與老人團體居第三（31.4%）。關懷據點之老人以參與宗教性團體最多 59.9%，老人團體次之 44.3%；送餐居服則以無參與任何社團佔多數 59.7%，宗教團體次之 20.9%。若以有無參與社團而言，65.7%老人有參與社團；其中，關懷據點與送餐居服的老人是否參與社團達統計上顯著差異（t=-9.436, p <.001）。

表 2 社會人口特質與樣本類別

組類別 / 項目	全部受訪者		關懷據點		送餐或居服	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
性別（N=307，χ^2=12.519）						
男	146	47.6	64	20.8	82	26.7
女	161	52.4	103	33.6	58	18.9
總和	**307**	**100**	**167**	**54.4**	**140**	**45.6**
年齡（N=305， t= -5.348*）**						
65-74 歲	85	27.9	63	20.7	22	7.2
75-84 歲	138	45.2	75	24.6	63	20.7
85 歲以上	82	26.9	28	9.2	54	17.7
總和	**305**	**100**	**166**	**54.4**	**139**	**45.6**
目前婚姻狀況（N=306，χ^2=36.66）						
有配偶或同居	149	48.7	96	31.4	53	17.3
喪偶	107	35.0	63	20.6	44	14.4
離婚或分居	26	8.5	4	1.3	22	7.2
從未結婚	24	7.8	4	1.3	20	6.5
總和	**306**	**100**	**167**	**54.6**	**139**	**45.4**

airiti

表 2 社會人口特質與樣本類別（續）

組類別 / 項目	全部受訪者		關懷據點		送餐或居服	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
居住安排（N=303，t= -7.02*）**						
與子女同住	109	35.9	85	28.1	24	7.9
僅與配偶	80	26.4	42	13.9	38	12.5
獨居	102	33.7	34	11.2	68	22.4
其他	12	4.0	4	1.3	8	2.6
總和	**303**	**100**	**165**	**54.5**	**138**	**45.5**
經濟來源（N=304，t= -5.98*）**						
自己的儲蓄、退休金或投資所得	145	47.7	95	31.2	50	16.4
他人提供（子女、配偶、等）	81	26.6	53	17.4	28	9.2
政府救助或津貼	78	25.7	17	5.6	61	20.1
總和	**304**	**100.0**	**165**	**54.3**	**139**	**45.7**
生活費足夠性（N=305，t= -5.94*）**						
相當充足有餘	39	12.8	28	9.2	11	3.6
大致夠用	196	64.3	123	40.3	73	23.9
有點困難，需要補助	61	20	15	4.9	46	15.1
非常困難	9	2.9	1	0.3	8	2.6
總和	**305**	**100**	**167**	**54.8**	**138**	**45.2**
有無社群身分（N=306，t= -9.44*）**						
有	201	65.7	145	47.4	56	18.3
無	105	34.3	22	7.2	83	27.1
總和	**306**	**100**	**167**	**54.6**	**139**	**45.4**
教育程度（N=306，t= -.146*）**						
專科以上	66	21.6	28	9.2	38	12.4
中學（國高中職）	96	31.4	67	21.9	29	9.5
國小（含自修識字）	103	33.7	58	19	45	14.7
不識字	41	13.4	14	4.6	27	8.8
總和	**306**	**100**	**167**	**54.6**	**139**	**45.4**

airiti

表 2 社會人口特質與樣本類別（續）

項目＼組類別	全部受訪者		關懷據點		送餐或居服	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
子女數（N=307，t=6.81*）**						
7 位以上	7	2.3	6	2	1	0.3
4-6 位	102	33.2	71	23.1	31	10.1
1-3 位	155	50.5	83	27	72	23.5
無子女	43	14	7	2.3	36	11.7
總和	**307**	**100**	**167**	**54.4**	**140**	**45.6**
自評健康狀況（N=305，t=7.37*）**						
好	134	43.9	100	32.8	34	11.1
普通	147	48.2	60	19.7	87	28.5
不好	24	7.9	6	2	18	5.9
總和	**305**	**100**	**166**	**54.4**	**139**	**45.6**
重大疾病數（N=307，t= -5.62*）**						
無重大疾病	25	8.1	21	6.8	4	1.3
有 1-2 種	156	50.8	94	30.6	62	20.2
有 3-4 種	91	29.6	41	13.4	50	16.3
有 5 種以上	35	11.4	11	3.6	24	7.8
總和	**307**	**100**	**167**	**54.4**	**140**	**45.6**

註：*p< .05, **p< .01, ***p < .001 所有檢定與相關之顯著度均以此類推

二、關懷據點和送餐居服老人「社會參與能力」與「活動參與」概況

（一）社會參與能力

「社會參與能力」包含「日常生活能力」和「社會角色履行能力」兩個面向，經加權平均（見 P.13 註釋 1）後得平均數及標準差如表 3，經獨立樣本 T 檢定，顯示兩者於日常生活能力（t=12.31, p<.001）、社會角色履行能力（t=14.06, p<.001），以及總能力（t=13.82, p<.001）均達顯著差異，顯示關懷據點和送餐、居服老人的社會參與能力有顯著差異，且關懷據點老人的社會參與能力優於送餐居服的老人。

airiti

表 3 社會參與能力與樣本類別

社會能力 \ 樣本類別	平均數（標準差）			T 檢定
	全部受訪者	關懷據點	送餐居服	t 值
日常生活能力 （n=303）	6.17（1.48）	7.15（.89）	5.37（1.49）	12.31***
社會角色履行能力 （n=304）	5.68（1.89）	6.85（1.12）	4.31（1.87）	14.06***
總能力平均 （n=298）	5.95（1.61）	7.00（.92）	4.89（1.57）	13.82***

（二）活動參與類型

四種活動類型分別加權平均後，得出平均分數與標準差如表 4，平均分數越高，代表老人參與該類活動的頻率越高。其中，共同與群眾性活動與生產性活動的標準差 S 大於平均值 $\bar{x}$，表示為一偏峰型態的分佈，換言之，送餐居服的老人參與共同與群眾性活動與生產性活動之頻率明顯較低。

另，經由獨立樣本 T 檢定（T-test）檢視四種活動參與類型的差異。結果顯示，關懷據點的老人不論於生產性、共同與群眾性、獨自性、和社交性活動的參與頻率皆高於送餐、居服的老人（表 4）。

表 4 活動參與類型與樣本類別

活動類別 \ 樣本類別	平均數（標準差）			T 檢定
	關懷據點	送餐、居服	全部樣本	t 值
生產性活動（n=300）	.84（.48）	.40（.38）	.63（.49）	9.004***
共同與群眾性活動（n=303）	.55（.46）	.09（.18）	.33（.42）	11.978***
獨自性活動（n=305）	1.13（.46）	.71（.43）	.93（.49）	8.131***
社交性活動（n=305）	1.26（.61）	.71（.47）	.72（.39）	8.965***
活動總平均（n=303）	.94（.36）	.47（.26）	.73（.40）	12.832***

三、老人的「社會人口特質」、與「社會參與能力」的關係

（一）「社會人口特質」與「社會參與能力」的關係

如表 5，經相關分析（Pearson’s R），老人年齡大小與「日常生活能力」、「社會角色履行能力」、及「總能力平均」具顯著負相關。「日常生活能力」有相關的面向包括營養、體適能、自我照顧、溝通、居住行動力；「社會角色履行能力」部分，有相關的面向包括可負責任、社區生活、進修與發展、休閒。

airiti

另，婚姻狀況僅與「社會角色履行能力」（F=4.085, p<.01）和「總能力平均（F=2.460, p<.05）有關。經 Tukey HSD 的事後比較（後述之事後比較皆以 Tukey HSD 檢定），「有配偶或同居」之老人於社會角色履行能力高於「離婚或分居」及「從未結婚」之老人；「離婚或分居」之老人高於「從未結婚」之老人。

性別方面，女性在「日常生活能力」以及「社會角色履行能力」上皆較好（表 5）。但「日常生活能力」的各個次面向於性別上均無達顯著差異；「社會角色履行能力」方面，則在人際關係（F=21.98, p<.001）、和發展（F=6.21, p<.05）的能力上有顯著差異。

教育程度越高的老人其社會參與能力越高。其也在「日常生活能力」的許多面向上較好，包括體適能、自我照顧、溝通，以及行動力；在「社會角色履行能力」方面，可負責任、人際關係、社區生活、進修發展以及休閒均較好。

家庭結構方面，以居住狀況、子女數來探討。首先，居住型態，僅在「社會角色履行能力」與整體的「社會參與能力」達顯著差異。經事後比較，「與子女同住」和「僅與配偶同住」之老人於「社會角色履行能力」上皆高於「獨居」的老人。另，不同的居住型態於「日常生活能力」部分，僅體適能達顯著差異。而在「社會角色履行能力」的面向上，有顯著差異者包括人際關係、進修與發展以及休閒。而事後比較結果發現這些面向皆以家中有親人同住者，其社會參與能力較佳。在子女數方面，經相關分析（Pearson’s R）可知，老人的子女數多寡與「日常生活能力」、「社會角色履行能力」以及整體的「社會參與能力」皆有顯著相關 （見表 5）。其中，在「日常生活能力」中與營養、體適能、自我照顧、和行動力有相關；「社會角色履行能力」部分，則包括人際關係、進修發展、和休閒。顯示子女數多寡應有助於老人在社會生活中與他人的互動。

健康狀況方面，老人自評健康與「日常生活能力」及「社會角色履行能力」以及整體「社會參與能力」具顯著正相關；其中，老人自評健康狀況於日常生活能力與社會角色履行能力各面向均有顯著相關。

從經濟來源、日常生活費足夠性兩方面探究，首先，不同經濟來源，在「日常生活能力」、「社會角色履行能力」，以及整體「社會參與能力」均有顯著差異。經事後比較，經濟來源來自於自己儲蓄、退休金或保險投資給付，或由他人提供的老人於日常生活與社會角色履行能力皆高於經濟來源倚賴政府救助的老人。而老人不同的經濟來源，在各次面向方面，都比較好，均達顯著差異。此外，老人對生活費足夠與否的感受，以連續

airiti

變項測量，收入覺得夠用者，與日常生活能力和社會角色履行能力，以及總社會參與能力有顯著關係，各次面向也均相關。

疾病種類數方面，老人患有疾病種類數越多，其日常生活能力和社會角色履行能力、以及總社會參與能力均越低，各次面向也越不好。。

以社群身分來看，發現社群身份的有無和日常生活能力與社會角色履行能力，以及總社會參與能力達顯著差異，且在各次面向上，有群身分的長者均優於無社團身份之老人。

表 5 社會人口特質與社會參與能力分析

社會人口特質 ＼ 社會參與能力		日常生活能力（n=303）	社會角色履行能力（n=304）	總能力平均（n=298）
相關分析	年齡	-.315**	-.291**	-3.11**
	教育程度	.188**	.280**	.244**
	子女數	.151**	.152**	.158**
	生活費足夠性	.289**	.371**	.352**
	自評健康狀況	.478**	.531**	.523**
	重大疾病數	-.340**	-.385**	-.373**
F 檢定	目前婚姻狀況	1.034	4.085**	2.460*
	經濟來源	11.94***	20.25***	16.80***
	居住安排	2.33	4.43**	3.82*
T 檢定	性別	-1.85*	-2.39**	-2.04*
	有無社群身分	8.90***	13.76***	11.88***

四、老人的「社會人口特質」與「活動參與類型」的關係

老人年齡大小與參與生產性活動、共同性活動、獨自性活動及社交性活動均有顯著負相關。顯示老人年齡越長，其參與活動的頻率越低，尤以生產性活動的關聯性較高，獨自性活動的關聯性較低。婚姻面向來看，老人的婚姻狀況對於其參與生產性活動、獨自性活動以及社交性活動的頻率有顯著差異。經事後比較，有配偶或同居的老人比起離婚或分居的老人於生產性活動之參與頻率較高；此現象可能與有配偶或同居老人的家庭生活較活躍有關，因此參與園藝、照顧親屬、居家打掃、購物等活動頻率較高。性別上，不同性別老人於參與生產性活動、獨自性活動、社交性活動均有顯著差異；僅共同性活動參與頻率無顯著差異。女性老人於生產性、獨自性以及社交性活動的參與頻率均高於

airiti

男性老人（見表 6）。換言之，女性老人比起男性老人，比較會參與對他人有貢獻的活動類型。將性別與生產性活動之細項包含園藝活動、照顧親屬、居家打掃、志工服務、購物五個項目作卡方分析，結果發現除購物外，其他四個項目女性顯著的比男性投入的頻率更高。

以下詳述卡方分析性別與生產性活動各分項之關係：性別與從事園藝活動的頻率有顯著關聯（X^2=10.095,p<.05），男性有 24.7%從事園藝活動，女性有 41.6%從事園藝活動；照顧親屬方面：男性有 12.3%從事照顧親屬活動，女性有 26.6%從事照顧親屬活動，結果顯示性別與從事照顧親屬的頻率有顯著關聯（X^2=9.950,p<.05）；志工服務方面，結果顯示男性有 15.2%從事照顧志工服務，女性有 31.4%從事志工服務，也呈現出性別與從事志工服務的頻率有顯著關聯（X^2=15.132, p<.005）；最後，居家打掃方面，男性有 44.5%會從事居家打掃，女性則有 66.9%會從事居家打掃，結果顯示性別與從事居家打掃的頻率有顯著關聯（X^2=16.515,p<.001）。

其他變項上，教育程度越高，在共同性活動、獨自性活動以及社交性活動上參與較多，但在生產性活動方面則無顯著關係。其中以參與教育課程、藝文活動等共同性活動，以及閱讀等獨自性活動的相關程度最高，而參與生產性活動的頻率則較不受教育程度之影響。

家庭狀況方面，居住狀況與四種活動類型皆具顯著相關。經事後比較，與子女同住的老人，其參與生產性活動的頻率顯著大於獨居和其他者；共同性活動方面與子女同住的老人，參與共同性活動的頻率大於僅與配偶同住和獨居的老人。另，有較多子女數的老人，其參與各方面的活動頻率均較高。

再從健康狀況與重大疾病數觀之，顯示老人健康狀況越好，其參與活動的頻率也越高。老人罹患重大疾病的數目越多，其四種類型的活動參與頻率越低。此外，檢視老人罹患疾病種類與活動類型之間的關係：心臟病、高血壓等循環系統疾病的有無，會影響四種活動的參與頻率，t 值依序為（t=3.701,p<.001、t=2.127,p<.05、t=3.34,p<.01、t=3.025,p<.01）；骨骼肌肉系統疾病的有無則與生產性、共同性活動具顯著關係（t=2.29,p<.05、t=2.249,p<.05）；眼、耳等器官疾病則和與人互動較多的共同性、社交性活動具顯著差異（t=2.206,p<.05、t=2.43,p<.05）；有無內分泌系統疾病則會影響老人參與生產性與共同性活動的意願（t=2.705,p<.01、t=2.044,p<.01）。

airiti

收入方面，經濟來源為政府補助者，在各項活動參與之頻率均較低：不同經濟來源之老人經事後比較，來源為自己的儲蓄、退休金、保險或投資給付以及由他人提供的老人，其參與生產性活動之頻率高於經濟來源為政府救助或津貼者；其次，經濟來源為他人提供者，其參與共同性、獨自性活動的頻率皆高於經濟來源為政府救助或津貼的老人；最後，非領取政府救助的老人參與社交性活動頻率高於領取政府救助者。另，感受生活費越充足的老人對於其參與四類活動的頻率皆較高。

最後，有社群身份的老人於生產性、共同性、獨自性以及社交性活動的參與頻率均高於無社群身份的老人（見表 6）。

表 6 社會人口特質與活動參與類型分析

活動類別 / 個人特質		生產性活動（n=300）	共同與群眾性活動（n=303）	獨自性活動（n=305）	社交性活動（n=303）
相關分析	年齡	-.397**	-.255**	-.167**	-.254**
	教育程度	.057	.128*	.243**	.138*
	子女數	.206**	.171**	.152**	.236**
	生活費足夠性	.245**	.286**	.357**	.347**
	自評健康狀況	.447**	.389**	.386**	.407**
	重大疾病數	-.330**	-.281**	-.245**	-.270**
F 檢定	目前婚姻狀況	4.04**	1.43	3.81**	2.83*
	居住安排	3.49**	3.84**	2.13	2.53*
	經濟來源	10.42***	16.76***	23.66***	14.37***
T 檢定	性別	-4.33***	-1.82	-2.41*	-3.09**
	有無社群身分	9.376***	10.149***	8.758***	9.029***

五、老人的「社會參與能力」與「活動參與類型」的關係

將社會參與能力與活動參與類型作相關分析（Pearson’s R），結果顯示日常生活能力、社會角色履行能力、和四種活動類型間具顯著正相關，即當老人的日常生活能力、社會角色履行能力平均越高時，其參與各方面的活動頻率也相對較高。

airiti

表 7 社會參與能力與活動參與類型相關分析

因素（*）	生產性活動	共同性活動	獨自性活動	社交性活動
日常生活能力（n=303）	.581（**）	.478（**）	.550（**）	.529（**）
社會角色履行能力（n=298）	.583（**）	.544（**）	.609（**）	.551（**）

註：** 在顯著性<.01 時（雙尾），相關顯著

六、「活動參與類型」的複迴歸分析

本研究最後採逐步複迴歸方法，以預測各重要變項對參與不同類型活動的影響力。選擇變項進入迴歸分析乃依據迴歸分析各項假設，並考量前述各自變項與活動參與類型間的雙變項分析，以有呈現顯著關係者始選擇進入，最後刪除社會人口特質中「樣本類別」變項，係因其與「健康」變項具高度相關（t=7.37, p<.001），且與其他諸多變項也有相關，考量共變性之議題進而刪除之。有關基本資料的類別變項，選擇適當的參照組後建構成虛擬變項（dummy variable），最後設定變項進入的標準為 PIN=.05 及 POUT=.10（王保進，2000）。符合上述假設及條件之預測變項共計 12 個，包括：社會人口特質 11 個變項，年齡、婚姻、性別、教育、居住狀況、子女數、健康狀況、經濟來源、生活費足夠性、疾病種類數、社群身份；以及社會參與能力。以下依序討論各活動類型參與頻率的預測模型及解釋力（參見表 8）：

（一）生產性活動

以逐步迴歸預測生產性的活動，共有四個變項進入迴歸方程式，分別為：社會參與總能力平均、年齡、健康狀況、性別。多元相關係數為.873，四個變項能聯合預測參與生產性活動 46.3%的變異量。從標準化迴歸係數的 β 值正負方向檢視，可發現社會參與總能力平均較高的老人，年齡越低、不良健康狀況較少、性別為女性的老人，其參與生產性活動之頻率較高。

（二）共同與群眾性活動

共同性活動部分，進入迴歸方程式的顯著變項共有五個，分別為：社會參與總能力平均、有無社群身份（有=0、無=1）、經濟來源（自己的儲蓄或退休金=1 與政府津貼、補助=2 的對比）、年齡、疾病種類數。多元相關係數為.519，修正後的聯合解釋變異量為 34.1%。結果發現社會參與總能力平均較高的老人，以及有社群身份、經濟來源為自

airiti

已儲蓄或退休金、年齡越低、疾病種類數越少的老人，其參與共同性活動之頻率較高。

（三）獨自性活動

在獨自性活動方面，進入迴歸方程式的顯著變項有三個，分別為：社會參與總能力平均、經濟來源、有無社群身分。多元相關係數為.319，修正後的聯合解釋變異量為39.9%。結果發現社會參與總能力平均較高的老人，和經濟來源為自己儲蓄或退休金、有社群身份的老人，其參與獨自性活動之頻率較高。

（四）社交性活動

社交性活動部分，進入迴歸方程式的顯著變項共有六個，分別為：社會參與總能力平均、生活費足夠性、子女數、年齡、婚姻（已婚、喪偶與從未結婚的對比）、健康狀況。多元相關係數為.312，聯合解釋變異量為 37.5%。研究發現社會參與總能力平均較高、生活費用越足夠、子女數越多、婚姻狀況為已婚的老人，以及年齡越低者、不良健康狀況較少的老人，其參與社交性活動之頻率較高。

表 8 活動參與類型複迴歸分析

Dependent Variable	Independent Variable	a（α）	b	St&ard b（β）	Multiple R	R^2	Adjusted R^2	F
生產性活動（N=277）	（常數）	.873						
	社會參與能力		.016	.442***	.613	.376	.374	60.397***（df：4/272）
	年齡		-.003	-.195***	.654	.428	.424	
	健康狀況		.041	-.188***	.672	.451	.445	
	性別		-.045	.144**	.686	.470	.463	
共同與群眾性活動（N=288）	（常數）	.519						
	社會參與能力		.073	.276***	.529	.279	.277	30.661***（df：5/282）
	有無社群身份		.199	223***	.560	.314	.309	
	經濟來源（自己儲蓄、退休金／政府津貼、補助）		-.071	-.138*	.574	.330	.323	
	年齡		-.007	-.128*	.587	.345	.336	
	疾病種類數		-.024	-.091	.593	.352	.341	

airiti

表 8 活動參與類型複迴歸分析（續）

Dependent Variable	Independent Variable	a（α）	b	St&ard b（β）	Multiple R	R2	Adjusted R2	F
獨自性活動	（常數）	.319						
（N=283）	社會參與能力		.143	.465***	.603	.364	.362	65.677***（df：3/279）
	經濟來源（自己儲蓄、退休金／政府津貼、補助）		-.095	-.160**	.626	.392	.388	
	有無社群身份		.151	.145**	.6405	.405	.399	
社交性活動	（常數）	.312						
（N=280）	社會參與能力		.151	.398***	.555	.308	.305	28.865***（df：6/273）
	生活費足夠性		.144	.153**	.580	.337	.332	
	子女數		.156	.185**	.595	.354	.347	
	年齡		-.010	-.123*	.606	.367	.358	
	婚姻		.080	.121*	.616	.379	.368	
	健康狀況		-.112	-.113*	.623	.388	.375	

伍、討論與結論

一、討論

（一）社會參與能力是老人活動參與的重要影響因素

根據研究結果，社會參與能力在四種活動類型中均產生影響力，顯見老人的活動參與和其是否能實踐社會參與有關。研究中可以發現影響老人活動頻率的社會參與能力偏屬社會角色履行能力：老人若能擔負其自身生活的責任，如經濟來源為自己儲蓄或退休金，或生活費用適足者，其較有經濟自主性；能維持家庭成員、朋友、鄰居等社會關係，如有社群身分或婚姻狀況為已婚者；這些相較起老人維繫生活的日常生活能力包括營養、體適能、自我照顧等等的因素，更能夠展現老人是否參與活動的因素，因此，身體的障礙不必然是阻礙老人參與各類活動的原因，老人是否願意踐行其社會角色，負擔起責任，維持與他人的社會互動，才是老人參與活動的關鍵。此結果與 Paillard-Borg 等人

airiti

（2009）以及 Menec（2003）的研究結果相同，朋友越多、社會連結關係越豐富參與的活動的頻率也就越高，亦能回應社會網絡理論及人力資本論，在社經地位較高、環境資源充足的狀況下，老人和社會的關係也較緊密，也更願意參與活動。（Arber,1989; Bukov et al., 2002），降低其在身體和心理上衰退的速度，也更能延緩失能及成功老化。

（二）老人從事生產性活動的勞動與性別議題

影響老人參與生產性活動的重要因素包括會參與總能力平均、年齡、健康狀況、性別。其中性別僅出現於生產性活動的逐步迴歸分析中，係值得探討的影響因素。從事園藝、照顧親屬、志工服務、居家打掃及購物的生產性活動的老人以女性較多，此現象可能與家庭的照顧工作多由女性擔任，女性老人在身體尚能負荷時，會延續年輕時代的家庭照顧工作，或是將照顧轉向社區，過去研究亦有女性參與志願服務高於男性的發現（Menec, 2003；臺北市政府社會局，2011）。因此，即使男性老年退休，其參與生產性活動的頻率仍與女性有差別，顯示生產性活動參與上的性別差異。又學者指出老人從事生產性活動，係受到個人能力與社會制度的作用；個人能力與前述要有足夠的體力與活動力相似，能夠從事生產性活動也必須有社會制度所創造出的角色機會（Morrow-Howell et al., 2001），性別的影響其實也正是社會制度所創造和建構的。退休男性較少參與生產性活動，顯然和其被形塑的性別角色有關。

（三）老人參與活動與其疾病類型間的關係

老人參與不同活動需要不同的身體機能，換言之，身體疾病會影響老人選擇參與不同活動的意願。研究發現有骨骼肌肉系統疾病的老人較不會參與生產性與共同性活動，眼、耳等器官疾病則影響共同性與社交性活動。循環系統疾病則對四種活動皆有影響，此結果與國內外多數學者及的研究結果相同，日常活動能力、身體健康狀況、行動力等確實會影響老人的社會參與能力，同時也影響了活動參與的類型（Agahi &Parker,2005；Bukov et al., 2002；Cloos et al., 2010；鄭喜文，2005）。

以共同與群眾性活動為例，骨骼肌肉系統的疾病可能與老人是否能至特定地點一起參與活動有關；眼、耳等器官疾病可能造成老人無法與他人溝通互動，進而影響參與活動的意願；至於泌尿系統疾病，則可能與老人因頻尿、漏尿的生理限制，導致怕丟臉因而對人際互動之共同性活動卻步。共同性活動的參與係老人拓展其晚年生活社會網絡的重要因素，也是活躍老化的重要項目之一，因此老人若因生理的限制而無法參與，確實

airiti

是值得我們關注的議題。

（四）老人參與獨自性活動較不受其年齡、健康之限制

在本研究四種活動類型中，獨自性活動是較不受老人年齡和健康狀況影響的活動型態。影響參與獨自性活動的因素除了四種活動皆有的社會參與能力外，經濟狀況好、有社群身分的老人較容易從事獨自性活動。其可能與老人從事靜態的閱讀、手工藝需要較有充足的經濟來源以購置活動物品、有相關技藝歷練或社團經歷有關。

（五）老人的社交性活動尚侷限於家庭間的活動

老人的社交性活動除了社會參與能力、健康狀況外，子女數與婚姻狀況是其他活動種類未進入逐步迴歸的變項。從問項中老人的社交活動以「外出拜訪他人」、「和他人以電話對談」兩題為測量可知，子女數越多的老人，其外出拜訪他人以及講電話的頻率越高，由此可推斷拜訪、對談的對象大部份為子女和親戚，顯示老人的社交活動上以家庭為主，而已婚的老人有較多社交性活動可能與家庭成員關係較緊密，而有較多的電話問候，此結果與林冠穎（2008）與 Cutler & Hendrick（1990）的研究結果一致，有配偶及子女、親戚等家庭關係較緊密的老人從事的休息活動也較多、較廣，且為主動性的休閒活動，此結果可回應社會支持理論及人力資本論，老人的社會支持可近性及可及性及其和家人的關係也會影響自身的活動參與。

二、建議

（一）對實務工作的建議

1.因應不同老人的狀況，可舉辦多類型的活動

老人的個人特質與人力資本影響其參與活動的類型，為了因應不同老人的社會參與能力及其個別化需求，服務單位的活動設計不必然侷限於共同性的活動類型，可針對生產性、獨自性以及社交性活動發揮創意，以提供可近性、適切性的老人活動方案，促進老人參與意願，達到不同形式的成功老化。

2.鼓勵積極治療疾病，避免影響老人參與活動意願

有鑑於目前的醫療科技發展以及政府對於長者的醫療保健重視，老人就醫、就診均

airiti

有福利優惠，然而許多老人因為不習慣配戴醫療輔助器材、諱疾忌醫等原因，而未能讓醫療發揮原有的功能，進而囿限老人的活動參與。有鑑於此，老人服務單位應重視老人的保健知識倡導和衛生教育，鼓勵老人治療或使用輔助器具，以增進其活動參與的資本並延緩失能。

3.鼓勵老人將社交活動擴展至家庭外

老人的社交活動是其維持與他人基本的連結互動。然研究發現，老人的社交活動尚侷限於家庭成員間的電話聯繫與拜訪。因此，老人服務單位除了對獨居老人的電話關懷外，尚可依照社區的型態，發掘或提供其他老人休閒聊天之聚會場所，鼓勵老人與家庭成員外之他人接觸，促進老人的社交活動參與。

4.居家服務員能成為促進接受居服老人活動參與的資源

獨自性活動是較不受老人年齡及健康狀況影響的活動類型。因此，對於年齡較大或身體功能較差的接受居服老人而言，其居家服務員是很好的促進活動參與之資源。居家服務員除了促進老人健康而提供的活動服務外，其也可以是老人發展獨自性活動的夥伴，藉由服務老人的過程中，引發興趣和教導老人學習新的靜態活動，讓老人獨自在家時亦能有健康的活動參與，讓老人的生活不至於與社會脫節。

（二）對社會政策的建議

1.促進老人社會角色履行的能力

不論是何種活動類型，老人的活動參與和其社會角色履行能力皆具高度相關，因此若欲促進老人的活動參與，營造活躍老化，政府的政策應更加重視老人社會角色履行能力。積極的方式包括鼓勵老人參與社區運作；重視老人使用社區服務的特殊需求，如人工服務優於操作機器、以及服務有地方語言與較大字體的提供。消極的方式包括落實老人福利法中雇主對於老人員工不得予以就業歧視。

2.邁向老化的性別平等，促進男性老人參與生產性活動

研究結果發現，老年女性參與生產性活動的頻率高於男性，此現象可能來自過去生產性的相關工作多由女性擔任的模式有關。因此政府應鼓勵男性老人參與生產性的相關活動包含（家務與志工服務、購物、園藝…等），提高男性老人學習家務、照顧工作或

airiti

是擔任志工的意願。此外，若是從生命歷程的觀點來看，政府性別平等教育政策應貫徹於個人成長的不同時期，以改善未來老人於生產性活動參與的性別失衡。

3.打造社會參與無障礙，促進老人的活動參與

雖然目前公共設施與建築物無障礙的實施已多有成果，公共交通工具對老人也越見友善，惟社區巷道行車速度過快、行人走路空間不足，亦是造成老人在外出參與的空間限制。老人的衰弱程度與社會參與之間呈現顯著的負相關，衰弱程度越高者，其社會參與越差（張荷卿，2018），顯示社會參與與失能程度息息相關。

老人的參與障礙亦包含心理障礙，包括擔心遭受歧視，以及詐騙風氣盛行對人的不信任，社會參與也和憂鬱症狀有關，而症狀的類別還有強度與不同形式的社會活動參與有關，宗教類型的社會參與能提供更多心理健康上的支持（Simone, Avendano, Burdorf, van Lenthe, 2015）。因此，政府於打造一關懷與友善的社區生活環境，尚必須整合各部門系統，協同減低老人社會活動參與之障礙，也才能達到長照 2.0 中預防及延緩失能之目的。

（一）對研究的建議

性別對於生產性活動的影響除了女性既有的照顧角色外，與社會制度和性別角色之建構也有關，惟其細部脈絡或機轉仍可更進一步配合質性研究方法進行，再者本研究僅限於臺北市樣本，若經費許可，也可擴大研究範圍，以區別地域上所帶來的差異。

三、研究限制

本研究的抽樣範圍僅侷限於臺北市，於推論上顯有疑慮，然，本研究的樣本特性中關於性別、婚姻、和年齡的部分與內政部全國性資料做比對，其相對比例相差不大，因此本研究的研究結果仍適於作為全國性政策推行的參考。

airiti

參考書目

一、中文部份

王保進（2000）。《視窗版本 SPSS 與行為科學研究》。臺北：心理。

方世杰、楊舒閔（2007）。組織團隊之知識流通的探索性研究－社會網絡理論與社會交換理論之觀點。第八屆管理學域學術研討會論文集，47-63。

石泱（2009）。〈不同居住型態老人社會支持與生活適應影響因素之研究〉，《東吳社會工作學報》，第 21 期，頁 27-53。

江亮演（1988）。《臺灣老人生活意識之研究》。臺北：蘭亭。

何麗芳（1992）。《臺北市老人休閒活動與生活滿意度研究》。東吳大學社會工作研究所碩士論文。

李瑞金（1995）。《臺北市銀髮族社會參與需求研究》。財團法人臺北市行天宮委託研究報告。

周海娟（2005）。〈老人福利政策與社會資本建構〉，《社區發展季刊》，第 110 期，頁 205-216。

林冠穎（2008）。《臺灣老人休閒參與之轉變：成因及影響》。國立政治大學社會學研究所碩士論文。

邱惠玲、王玉珍、蔡惠華、馬辰明、鄭萬助（2007）。《建立人力資本統計之研究》。行政院主計處網頁（http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=17376&ctNode=2006&mp=1）。

范鈺楨（2002）。《老人生活滿意度之研究》。國立中央大學統計研究所碩士論文。

徐家楓（2016）。《從社會交換與社會網絡觀點探討農村社區產業居民參與行為模式》。中山大學公共事務管理研究所學位論文。

國民健康局（2003）。《92 年度臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期調查》。衛生署網頁。

airiti

（http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=200712270002&Class=2&No=200712270017）。

張怡（2003）。〈影響老人社會參與之相關因素探討〉，《社區發展季刊》，第 103 期，頁 225-235。

張荷卿（2018）。《獨居長者衰弱程度與社會參與關聯性之研究-以臺北市中山區為例》。國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士論文。

張櫪允（2017）。《偏遠地區老人需求與社會支持網絡之探討~以花蓮縣光復鄉(大富、大豐)兩村為例》。國立臺東大學公共與文化事務學系碩士在職專班碩士論文。

教育部（2006）。《邁向高齡社會老人教育政策白皮書》。臺北。

陳肇男（2003）。〈臺灣老人休閒生活與生活品質〉，《臺灣人口學刊》，第 26 期，頁 96-136。

楊培珊、梅陳玉嬋（2010）。《臺灣老人社會工作—理論與實務》。臺北：雙葉。

葉宜矜、吳崇旗、王偉琴、顏伽如、林禹良譯，G. Godbey 原著（2005）。《休閒遊憩概論：探索生命中的休閒》。臺北：品度。

臺北市政府社會局（2011）。《推展社會福利志願服務概況》。臺北。

臺北市政府社會局（2014）。《103 年臺北市老人生活狀況調查報告》。網頁（http://www.dosw.gov.taipei/ct.asp?xItem=94153505&ctNode=72382&mp=107001）。

衛生福利部（原內政部）（2013）。《中華民國 102 年老人狀況調查摘要分析》。衛生福利部網頁（http://www.moi.gov.tw/stat/survey.aspx）。

鄭喜文（2005）。《獨居老人休閒活動與社會關係對其心理狀況影響之研究—以宜蘭縣列冊之獨居老人為例》。慈濟大學社會工作學研究所碩士論文。

謝美娥（2010）。〈退休老人生活品質的再省思：從 Lawton 的生態觀、老化理論、老人自我知覺再探討〉，發表於「預見下一個臺灣社會？」2010 臺灣社會學年會暨國科會專題研究成果發表會。臺北：臺灣社會學學會、輔大社會學系。

airiti

二、英文部份

Adler, P. S. & S. W. Kwon (2002). 'Social capital: prospects for a new concept', Academy of Management Review, 27(1),pp. 17–40

Agahi, N. & M. G. Parker (2005). 'Are Today's Older People More Active than Their Predecessors? Participation in Leisure-Time Activities in Sweden in 1992 & 2002', *Ageing & Society*, 25(6): 925-941.

Anaby, D., W. C. Miller, J. J. Eng, T. Jarus, L. Noreau & PACC Research Group. (2009). 'Can Personal & Environmental Factors Explain Participation of Older Adults?', *Disability & Rehabilitation*, 31(15): 1275-1282.

Arber, S. (1989). 'Class & the Elderly', *Social Studies Review*, 4(3): 90-5.

Bukov, A., I. Maas & T. Lampert (2002). 'Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional & Longitudinal Findings from BASE', *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 57B(6): P510-P517.

Chappell,N.L.(1991). "Living Arrangements & Sources of Caregiving", Journal of Gerontology , 46(1), p.S1-S8.

Chou, K. L., N. W. Chow & I. Chi (2004). 'Leisure Participation Amongst Hong Kong Chinese Older Adults', *Aging & Society*, 24(4): 617-629.

Cloos, P., C. F. Allen, B. E. Alvarado, M. V. Zunzunegui, D. T. Simeon & D. Eldemire-Shearer (2010), 'Active Ageing: A Qualitative Study in Six Caribbean Countries', *Ageing & Society*, 30(1): 79-101.

Croezen, S., M. Avendano, A. Burdorf & F. J. Van Lenthe (2015). 'Social Participation & Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries', *American Journal of Epidemiology*, 182(2): 168-176.

Cutler, S. J. & J. Hendricks (1990). 'Leisure & Time Use Across the Life Course', in Binstock R. H. & L. K. George (eds.), *H&book of Aging & the Social Sciences (3rd ed.)*, pp. 169-185. San Diego: Academic Press.

Demers, L., L. Robichaud, I. Gélinas, L. Noreau & J. Desrosiers (2009). 'Coping Strategies & Social Participation in Older Adults', Gerontology, 55(2): 233-239.

airiti

Dong, X., R. Chen, C. Li & M. A. Simon (2014). 'Underst&ing Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the Greater Chicago Area', *Journal of Aging & Health*, 26(7): 1155-1171.

Dorfman, L. T. (1995). Health, financial status, & social participation of retired rural men & women: Implications for educational intervention. Educational Gerontology, 21(7),653-669.

Fougeyrollas P. & L. Noreau (2004). *Assessment of Life Habits: General Short Form (LIFE-H 3.1)*. Ottawa: INDCP.

Fougeyrollas, P., L. Noreau, H. Bergeron, R. Cloutier, S. A. Dion & G. St-Michel (1998). 'Social Consequences of Long Term Impairments & Disabilities: Conceptual Approach & Assessment of H&icap', *International Journal of Rehabilitation Research*, 21(2): 127-141.

Gauthier, A. H. & T. M. Smeeding (2003). 'Time Use at Older Ages: Cross-National Differences'. *Research on Aging*, 25(3): 247-274.

Holmes, W. R. & J. Joseph (2011). 'Social Participation & Healthy Ageing: A Neglected, Significant Protective Factor for Chronic non Communicable Conditions', *Globalization & Health*, 7: 43.

Holmen, K. & Furukawa, H. 2002. Loneliness, health & social network among elderly people: a follow-up study. Archives of Gerontology & Geriatrics, 35, 3, 261–71.

Horgas, A. L., H. U. Wilms & M. M. Baltes (1998). 'Daily Life in Very Old Age: Everyday Activities as Expression of Successful Living', *The Gerontologist*, 38: 556-568.

Hsu, H. C. (2007). 'Does Social Participation by the Elderly Reduce Mortality & Cognitive Impairment?', *Aging & Mental Health*, 11(6): 699-707.

Kahn, R L (1979) Aging & social support In M W.Riley (Ed), Aging from birth to death Interdisciplinary perspectives (pp 77-91) Boulder, CO Westview Press.

Lennartsson, C. & M. Silverstein (2001). 'Does Engagement with Life Enhance Survival of Elderly People in Sweden? The Role of Social & Leisure Activities', *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56B(6): S335-S342.

airiti

Levasseur, M, L. Richard, L. Gauvin & É. Raymond (2010). 'Inventory & Analysis of Definitions of Social Participation Found in the Aging Literature: Proposed Taxonomy of Social Activities', *Social Science & Medicine*, 71(12): 2141-2149.

Levasseur, M, M. Généreux, J. F. Bruneau, A. Vanasse, É. Chabot, C. Beaulac, & M. M. Bédard (2015). 'Importance of Proximity to Resources, Social Support, Transportation & Neighborhood Security for Mobility & Social Participation in Older Adults: Results from a Scoping Study', *BMC Public Health*, 15(1): 503.

Li, C, Jiang, S, Li, N, Zhang, Q. (2017)Influence of social participation on life satisfaction & depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. J Community Psychol. 2018; 46: 345– 355. https://doi.org/10.1002/jcop.21944

Maier, H. & P. L. Klumb (2005). 'Social Participation & Survival at Older Ages: Is the Effect Driven by Activity Content or Context?', *European Journal of Ageing*, 2(1): 31-39.

Mars, G. M., G. I. Kempen, I. Mesters, I. M. Proot & J. T. M. Van Eijk (2008). 'Characteristics of Social Participation as Defined by Older Adults with a Chronic Physical Illness', *Disability & Rehabilitation*, 30(17): 1298-1308.

McKenna, K., K. Broome, & J. Liddle (2007). 'What Older People Do: Time Use & Exploring the Link Between Role Participation & Life Satisfaction in People Aged 65 Years & Over', *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4): 273-284.

Mendes de Leon, C. F., T. A. Glass & L. F. Berkman (2003). 'Social Engagement & disability in a Community Population of Older Adults: The New Haven EPESE'. *American Journal of Epidemiology*, 157(7): 633-642.

Menec, V. H. (2003). 'The Relation Between Everyday Activities & Successful Aging: A 6-Year Longitudinal Study', *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 58B(2): S74-S82.

Minhat, H. S. & R. M. Amin (2012). 'Sociodemographic Determinants of Leisure Participation Among Elderly in Malaysia', *Journal of Community Health*, 30(4): 840-847.

Moeini, B., Barati, M., Farhadian, M., & Ara, M. H. (2018). The Association between Social Support & Happiness among Elderly in Iran. Korean journal of family medicine, 39(4),

airiti

260–265. doi:10.4082/kjfm.17.0121

Morrow-Howell, N., J. Hinterlong & M. Sherraden (2001). *Productive aging: Concepts & Challenges*. Baltimore: JHU Press.

Newall, N. E., J. G. Chipperfield, R. A. Clifton, R. P. Perry, A. U. Swift & J. C. Ruthig (2009). 'Causal Beliefs, Social Participation, & Loneliness Among Older Adults: *A Longitudinal Study', Journal of Social & Personal Relationships*, 26(2-3): 273-290.

Pailard-Borg, S., H. X. Wang, B. Winblad & L. Fratiglioni (2009). 'Pattern of Participation in Leisure Activities Among Older People in Relation to Their Health Conditions & Contextual Factors: A Survey in a Swedish Urban Area', *Ageing & Society*, 29(5): 803-821.

Paillard-Borg S., H. X. Wang, B. Winblad & L. Fratiglioni (2009). 'Pattern of Participation in Leisure Activities Among Older People in Relation to Their Health Conditions & Contextual Factors: A Survey in a Swedish Urban Area', *Ageing & Society*, 29(5): 803-821.

Payne, N., Palmer Kelly, E. & Pawlik, T.M. Support Care Cancer (2019) 27: 3045. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4620-4

Rowe, J. W. & R. L. Kahn (1997). 'Successful Aging', *The Gerontologist*, 37(4): 433-440.

Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life & satisfaction with life in elderly people. Educational Gerontology, 0(0), 1–9.https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065

Sarason, I. G.. Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason,B. R. (1983). Assessing social support: The social supportquestionnaire. Journal of Personality & Social Psychology, 44, 127-139

Sirven, N. & T. Debr& (2008). 'Social Participation & Healthy Ageing: An International Comparison Using SHARE Date'. *Social Science & Medicine*, 67(12): 2017-2026.

Simone Croezen, Mauricio Avendano, Alex Burdorf, Frank J. van Lenthe,(2015) Social Participation & Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries, *American Journal of Epidemiology*, Volume 182, Issue 2, 15 July 2015, Pages 168–176

airiti

Strain, L. A., C. C. Grabusic, M. S. Searle & N. J. Dunn (2002). 'Continuing & Ceasing Leisure Activities in Later Life: A Longitudinal Study', *The Gerontologist*, 42(2): 217-223.

Therrien, F. H. & J. Desrosiers (2010). 'Participation of Metropolitan, Urban & Rural Community-Dwelling Older Adults', *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 51(3): 52-56.

Van Der Pas, S. & P. Koopman-Boyden (2010). 'Leisure & Recreation Activities & Wellbeing Among Midlife New Zeal&ers', in C. Waldegrave & P. Koopman-Boyden (eds.), *Midlife New Zeal&ers Aged 40-64 in 2008: Enhancing Wellbeing in an Ageing Society*, pp. 111-128. Lower Hutt: The Family Centre Social Policy Research Unit.

Verbrugge, L. M., A. L. Gruber-Baldini & J. L. Fozard (1996). 'Age Differences & Age Changes in Activities: Baltimore Longitudinal Study of Aging', *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 51(1): S30-S41.

Wenger, G.Clare (1990)Personal Care:Variation in Network Type, Style & Capacity, In. J .F. Gubrium. & A. Sanker (eds). The Home Care Experience-Ethnogrophy & Policy, 141-171, London:SAGE。

Zettel-Watson, L. & M. Britton (2008). 'The Impact of Obesity on the Social Participation of Older Adults', *The Journal of General Psychology*, 135(4): 409-424.

airiti

Exploring Activity Participation among Senior Adults from Social Participation Performance

Mei-O Hsieh
Professor, Graduate Institute of Social Work, National Chengchi University

Abstract

The quantitative method was applied to investigate the relationship between social participation performance & activity participation. The purpose of this study intented to explore how senior adults participated in different activities & how the related factors affected the participation using social participation performance or accomplishment model. Survey research with face to face interview was employed including 307 older people. The sample was selected from the largest & the second largest community care caring bases along with the elderly who were receiving home care services or meals on wheels services in each Taipei City Administrative District. The sample thus included both healthy elderly people & not so healthy elderly people. Stepwise multiple regressions were used to examine how important variables affected four types of activity participation. The findings revealed that every activity had its different predicting variables. Among the predicting variables, ability of social role performance was the most affecting one. For the productive activities, ability of daily activity & gender were significant. For the mass activities, the social group membership was important. For the Solitary activities, although age & health status were not so important, financial status was an important affecting one. For the social activities, the elderly limited their participation to the family activities still. Furthermore, the practice, policy & research implications were provided.

Keyword: activity types, senior adults, daily activities, social roles, social participation ability