

獨居老人社會融入（排除）之階層化迴歸分析

**Hierarchical Regression Analysis of Social Inclusion Among the
Elderly Living Alone: An Example of Taipei City**

謝美娥

國立政治大學社會工作學研究所教授

Email : meio@nccu.edu.tw

獨居老人社會融入（排除）之階層化迴歸分析

中文摘要

研究目的：本研究嘗試以社會融合觀點瞭解社會對獨居老人不同面向的預測程度，並且從下面四個面向：(一)老人的個人特質、(二)老人的健康狀況、(三)老人的社區資源以及(四)獨居環境情形去預測社會融入。**研究方法：**本研究以台北市社會局列冊之獨居老人為母體，依行政區以及性別比例分層隨機抽樣，以面對面訪談方法完成結構化之自陳問卷，總計 328 人。社會融入面向係參考英國社會排除單位所做貫時性研究的七個面向為架構。與該研究為次級資料、焦點團體和諮詢專業人士等資料分析不同，本研究以個人主訴為資料來源，故依照七大面向和國情自行設計全部訪談項目，並採因素分析重構量表涵蓋七個面向：文化及社交活動參與、公共事務參與、物質資源使用、社區空間與鄰里情誼、基本生活服務、財務生活與社會關係，量表整體信度高達 0.911。最後本研究採階層化多元迴歸模式分析前述四大類變項預測整體社會融入之效果。**研究結果：**老人的個人特質可以解釋 29.6%的變異量；加上老人的健康狀況，則可以解釋 44%的變異量；若再加上老人的社區資源變項則有 45.9%的變異量，四類變項共可解釋高達 49.2%的變異量。**結論：**本研究確認四類變項對於獨居老人社會融入的預測力，最後提出實務與政策上的建議。

關鍵字：社會融入、社會排除、獨居老人、階層化迴歸分析

一、前言

台灣在1993年65歲以上老年人口佔總人口比率正式超過7%，成為聯合國所定義的「高齡化社會」(ageing)國家。在2007年65歲以上人口比例也已達到10.1%；再根據經建會所進行「中華民國台灣97年至145年人口推計」(經建會，2008)的推估，依據中推計結果，預計在2017至2018年間突破14%，正式邁入高齡國家。並在2025至2026年間突破20%；到了2050年，65歲以上人口比例已達到35.9%。預計台灣從高齡化國家到高齡國家，所經歷的時間僅有24年(目前也只剩下10年左右)，與日本相同(1970-1994)(Usui and Palley, 1997)，但卻高於法國所經歷的115年(1865-1980)(Horie and Tsutsui 2003)，顯示台灣人口老化的速度相對比較快速，相關的因應對策規劃，是非常迫切與需要。

社會融入(Social Inclusion)可簡單定義為每個人屬於主流社會，並有權納入社會獲得支持，不因弱勢團體或少數民族之身分標籤化遭到社會排除(葉肅科，2006)。社會排除的消滅就代表是社會融合的被獲得(Silver, 2010)，社會融入被認為是社會排除的對照，兩者的本質上是要達成所有人皆有機會與權利。社會排除觀點的提出，與現代社會安全制度的特性有關，也與社會經濟結構的變動有關(古允文、詹宜璋，1998)，因此以社會融入(排除)的觀點檢視老年福利政策已成為重要的國際趨勢之一。社會排除議題有其結構面及政治面的壓力，我們反省台灣社會的特點，可以發現台灣已相當具有這些結構特性，也的確存在若干排除現象(李易駿，2005)。藉由社會融入(排除)概念來詮釋台灣的諸多社會現象及問題，不僅對於個人在關懷社會上可帶來新的視野，對於社會政策制定者而言，社會融入(排除)概念更可為其在規劃政策時，提供更寬廣的思考方向。

基於社會排除是多面向取向(multidimensional approach)的概念，Kronauer(1997)提出社會排除的六大面向，包含(1)勞動市場的排除：即失業或處於勞動市場的邊陲地帶；(2)經濟的排除：特別指與社會及文化價值有關之生活水平關聯；(3)文化的排除：主流文化價值和行為排除對於其他文化類型的接納；(4)疏離所導致的排除：社會接觸社會關係受限而且團體被邊緣化及標籤化；(5)空間的排除：指的是鄰里及所居住區位受到排除；(6)制度性的排除：由公私部門的福利方案中撤退(引自張菁芬，2005)。Pierson(2002)亦指出：社會排除過程是基於以下的五個要素而發生的：(1)貧窮與低所得；(2)缺乏進入勞動市場；(3)很少或沒有社會支持系統及網絡；(4)區域或鄰里間的影響；(5)服務的排除，且這五個要素是相互連結、會產生交互作用、且彼此會相互影響、增強的。

英國的社會排除單位(Social Exclusion Unit)藉由分析英國老人貫時性資料的模型進而較完整地涵蓋老人實際生活的狀況，並且亦利於作實證式研究的參考。其為反映一般老人生活的環境與狀況，將社會排除分作社會關係、文化活動、

公民活動、基本服務使用、社區鄰里情誼、財務產品、物質商品等七個面向；該調查亦是使用次級資料分析（Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, 2006）。由於該研究進行實際調查時，所設計的問題全以社會融入方式詢問，本研究選擇以該調查為主要參考對象，因此所設計之社會融入量表乃以此七個面向作為設計的基礎，項目表述方式以正面陳述為主。

回顧社會融合的相關文獻，多數以社會排除作為討論社會融合的起點，但社會融合強調不只表面上消除優勢團體與弱勢團體的界線而已，也實際把弱勢團體真正遠離核心的心理、社會與經濟各層面縮短也帶進來。有鑑於台灣本土高齡化的情況，本研究嘗試以社會融合觀點瞭解台灣社會對獨居老人不同面向的影響程度，並且從下面四個面向：(一)老人的個人特質、(二)老人的健康狀況、(三)老人的社區資源以及(四)獨自居住去分析其造成的社會排除影響，希望將台灣老人的研究與國際的趨勢接軌，也提出實務與政策面的建議，提供社區與政府相關單位作為未來改善獨居長者福利之參考。

二、相關文獻探討

(一) 老人的社會人口特性與社會融入（排除）

老年長期調查（English Longitudinal Study of Aging ,ELSA）是英國首次針對高齡社會所進行的關於高齡社會各個層面的調查，調查包含經濟、社會、心理與健康層面，對象是超過 50 歲的高齡者。在 2002 至 2003 年調查期間，共取得 12,100 份問卷，其中包含女性 6,764 人及男性 5,336 人。其後英國 Social Exclusion Unit（2006）針對 ELSA 所蒐集到的資料進行分析，發現老人的社會人口屬性會影響老人的社會融入程度，例如性別、婚姻狀況、年齡、教育和種族等不同的人口屬性都可能造成老人不同程度的社會融入。

兩性由於收入、工作經歷以及家庭生活角色的不同而有很大的差異，女性只有在社會關係這個面向上融入程度較高（Social Exclusion Unit，2006），其他部份皆為男性融入狀況較佳。Page 及 Cole（1992）針對成人探討獨居與士氣低落（demoralization）的相關研究，亦指出就性別而言，男性獨居較非獨居者士氣低落，女性則是非獨居較獨居者士氣低落；就年齡而言，年齡愈大的獨居老人較非獨居老人士氣低落。

在婚姻關係方面，Ogg（2005）指出喪偶或離婚的老人會比有偶的感受到較多的不安全感。終身未婚的人相較於有婚姻經驗的人容易遭受到社會關係的排除，因為社會關係即建立在與家人和朋友連繫的概念上，鰥寡的老人和離婚的老人在分數上比較相近（Social Exclusion Unit，2006）。此外，教育程度也是影響老人社會排除的重要因素，Bowling & Stafford（2006）分析影響英國老人社會功能的因素，發現教育程度較低及社經地位較低的老人社會功能的分數較低，教育

程度在大專以上的老人，比小學、國中、高中職學歷的老人，有較高之幸福感（黃郁婷、楊雅筠，2006）。國內研究亦指出，老人的教育程度高擁有較正面的思維，生活調適的狀況比較理想（郭麗安，1982；曾惠美，1996；曾美玲，1992）。

在經濟差異方面，古允文與詹宜璋（1998）以社會排除觀點探討了台灣地區老人經濟安全與年金政策。此研究指出不同世代的人，會經歷不一樣的社會經濟狀況，產生不一樣的晚年處境，所以階級、種族、性別與年齡接會影響到老年時的貧窮風險，形成社會排除現象。此研究並建議我國未來政策規劃及制定上，應對上述排除問題妥為因應，以免造成社會排除效果。尤其當家庭結構中老年人口俱增、子女人口數減少，退出勞動市場之老年人口將面臨無勞動能力、家庭經濟不安全之雙重弱勢，造成其遭受經濟威脅亦或經濟面向遭受社會排除情形（張瑟芬，2005）。

（二）老人的健康狀態與社會融入（排除）

老人的身心健康都有可能影響社會融入程度（Bowling & Stafford, 2007），雖然身心健康隨著年齡增長會逐漸衰退的理論曾受到社會科學家的質疑，認為高齡並不直接意謂著健康日趨衰弱；但不可諱言的是，老人的年紀愈大，自覺健康不佳的比例就愈高，而且自行活動和處理日常生活事務的能力也會降低，因此老人所面臨的風險也提高。由於老人感受獨立性的來源有很大部份來自於行動上與選擇上的自主，因此老人的健康程度與其是否活躍是有所關聯的

（Hsu, 2007; Social Exclusion Unit, 2006; Perez, Fernandez & Rivera, 2001; Young et al., 2004）。

「老化」是每個個體必然的過程，包含身體、心理、社會及環境等層面的相互影響，老人生理功能的改變，是因老化過程身體器官及機能慢慢衰退的結果，導致多重的健康問題，例如常見的身體健康問題有心血管疾病、關節及視力等問題。國外文獻指出65歲以上的老人將近80%至少有一項慢性健康問題，同時半數的老人有日常活動能力受限的問題（Stanhope & Lancaster, 1992）。

國內不少研究亦指出健康與生活適應具有密切的關係，通常健康狀況較好的人，其適應較好（陳肇男，2001；許皆清，2000；曾美玲，1992；郭麗安，1982）。老年人因身體功能退化，除了在生理上造成罹病數增加、功能退化外，憂鬱狀況更是老人常見的問題之一。有憂鬱狀況的中老年人常常衍生出罹病率增加、身體功能變衰弱、住進醫院的機會增加、自殺率提高及死亡率提高等問題。由文獻可知不論是老人的生理或心理健康，都會對老人參與社會的活躍度產生影響。

（三）社區資源與社會融入（排除）

Potts（1997）的研究指出獨居老人獲得來自各地朋友一致性社會支持的程度

愈高，可預測其憂鬱程度較低。國內研究亦指出老人的社區參與動機與生活適應有相當密切的關係，老人的社區參與程度愈高，其生活適應愈好（江亮演，1988；吳坤良，1999；許玢妃，1997；曾美玲，1992）。

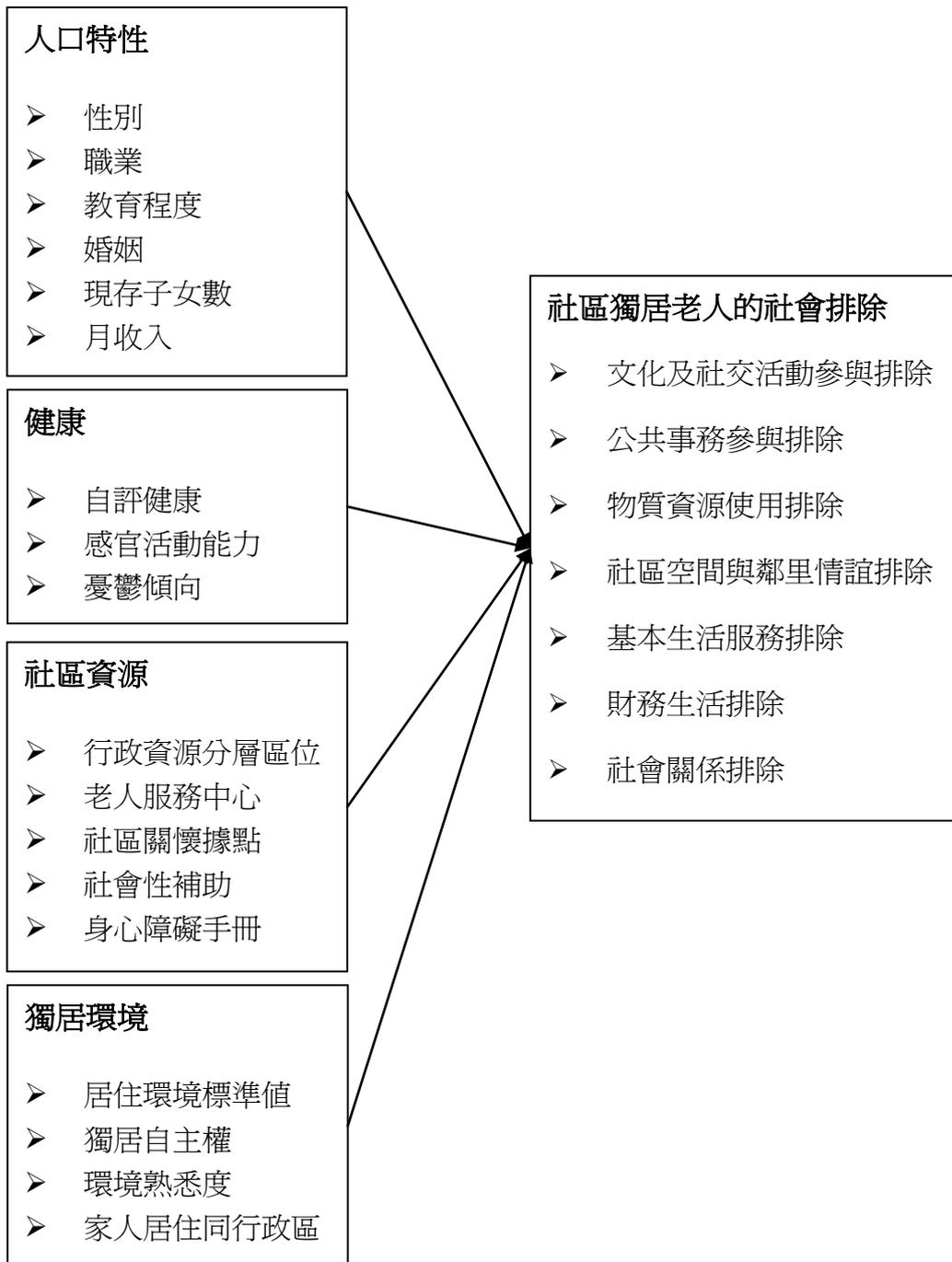
在社會救助方面，在小家庭制度下，傳統家族互助的倫理觀念趨於淡薄，使得老年人的經濟問題愈來愈嚴重，如果不能從社會安全的觀點，建立一套保障老年人的經濟安全制度，未來無依無靠的老年人勢必大幅增加，不但社會救助成本快速膨脹，國家也將付出極高的社會成本（陳嫻羚，1991）。不論老人是主動或被動選擇獨居的生活方式，比較重要的介入措施是協助他們保持與社會接觸的機會，在社區中建立完善的社交網絡，促使獨居老人對社會資源的可近性及可用性提高，如此當需要緊急救助時能即時獲得協助，或許可減少因獨居無助而產生致命的後果（黃麗玲，2000）。

（四）獨居環境與社會融入（排除）

研究指出居住決定權是影響老人日常生活和社會融入重要的因素（Bowling, A. & Stafford, M, 2007），老人是否能決定自我的居住方式，明顯影響老人主動融入社會的意願。而老人參與社交活動的次數，與社區中缺乏專為老人設計的公共設施是相關的（Bowling, A. & Stafford, M, 2007），意指獨居老人的居住環境會影響整體社會融入程度。

其次，對環境的熟悉度亦是影響老人日常生活和社會融入重要的因素，研究指出老人參與社交活動的次數，與老人對鄰居及環境的熟悉度是相關的（Bowling, A. & Stafford, M, 2007）。而Thompson及Krause（1998）的研究發現獨居者與近鄰的關係愈差，預期性的社會支持程度愈低。可能的原因是獨居的人比非獨居者更害怕犯罪行為發生在自家（Kennedy & Silverman, 1985），導致與他人的互動惡化。

圖1：研究架構



三、研究方法

(一) 樣本來源 (描統)

本文所界定之獨居老人標準，係指設籍在台北市，且符合台北市社會局定義之「台北市獨居老人」；即年滿 65 歲以上的長輩，單獨居住於台北市，且無直系血親居住在台北市；或是雖然有直系血親居住在台北市，但是長輩與親屬關係疏遠者。另外，若長輩雖有同住者，但是同住者沒有照顧長輩的能力，如：身心障礙；或是與長輩同住的同住家屬在一週當中有連續三天不在家者；又若同住者無民法上之照顧義務或契約關係，長輩也算是獨居。另一個特殊狀況是夫妻住在一起而且皆年滿 65 歲的長輩，其家中子女不在台灣者，也算獨居。

本研究係以台北市政府社會局於民國 97 年 8 月列冊之獨居老人為母體，以台北市十二個行政區為單位，採分層比例抽樣方式進行樣本選取，依各個行政區的獨居老人人口數以及性別比例進行分層抽樣。民國 97 年 8 月台北市社會局的獨居老人統計個案數為 4508 人，本研究抽取之樣本共 801 份，而有效樣本數總數為 328 份。

研究者參酌文獻及研究，並結合實務經驗自行設計結構式問卷；於民國 97 年 12 月至民國 98 年 1 月間以該問卷進行實地訪問，為提高研究之效度，避免受訪者受限於失能與認知之問題而無法融入一般活動的狀況，特增加簡易心智量表 (SPMSQ) 至少需答對 8 題以上之條件限制。

本研究訪問了 328 位居住在台北市年滿 65 歲的獨居老人，平均年齡為 80.52 歲，平均受教育年數為 7.17 年 (SD=5.61)，男性受訪者 200 位 (61%)，女性受訪者 128 位 (39%)。受訪老人罹患的慢性病平均為 2.24 種，GDS-SF 平均分數為 5.66 分 (SD=4.27)，值得注意的是 GDS-SF 量表分數達 8 分以上，即表示受訪者有罹患憂鬱症的傾向，在本研究中有 31.1% 的受訪者 GDS-SF 分數超過此標準，顯示獨居老人的憂鬱傾向是應該受到注意的。受訪老人自評健康的平均分數為 1.73 分 (SD=0.55)，而受訪者感官活動力的平均分數為 1.95 分 (SD=0.63)；另外，研究中樣本平均的輔具協助分數是 0.77 分 (SD=0.51)，顯示受訪者行動力受限於輔具限制的情況並不嚴重。

表 1、受訪者樣本特性

項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
性別 (N=328)			婚姻 (N=328)		
男	200	61	未婚	98	29.9
女	128	39	已婚	72	22.0
			失婚(離婚、喪偶、其他)	158	48.2

項目	次數	百分比	項目	次數	百分比
年齡 (N=328)			信仰 (N=328)		
65-70歲	24	7.32	無	110	33.5
71-75歲	53	16.16	佛教	115	35.1
76-80歲	78	23.78	傳統道教	39	11.9
81-85歲	94	28.66	基督教	42	12.8
86-90歲	64	19.51	天主教	17	5.2
91-95歲	14	4.27	一貫道	1	0.3
96歲以上	1	0.30	其他	4	1.2
教育程度 (N=328)			財務主要處理者 (N=328)		
未受教育	70	21.3	自己	312	95.1
小學及以下	107	32.6	配偶	7	2.1
國中	45	13.7	子女	8	2.4
高中職	58	17.7	其他家人	1	0.3
大專及以上	48	14.6			
*平均受教育年數 7.17 年。					
獨居類型 (6類)					
獨自居住-	無直系血親居住本市			197	60.1
獨自居住-	有直系血親居住本市 (長者與親屬較少往來)			79	24.1
有同住者-	同住者無照顧能力			16	4.9
有同住者-	同住者一週內有連續三天 (含三天) 以上不在			11	3.4
有同住者-	同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者			9	2.7
有同住者-	夫與妻同住, 均年滿65歲且無子女在臺灣者			16	4.9

(二) 研究工具與資料分析方法 (因素分析、檢定)

研究者參酌文獻及研究，並結合實務經驗自行設計結構式問卷，問卷內容包括：老人社會人口特質、健康狀況、簡易老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-Short Form, GDS-SF)、財務狀況、居住決定的掌控能力及對附近環境的熟悉度等；居住環境資料，包括住所類型與居住環境標準、空間大小等，以及對於社區內老人服務中心及社區關懷據點的使用與需求調查；以及社會排除 (融入) 量表。另有檢測老人的認知與憂鬱狀況。認知檢測係採用簡易心智狀態 (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)，問卷題目包含詢問老人日期、居住地址、電話號碼、個人姓名、年齡及生日，以及時事 (現任與上屆總統姓名) 等測試受訪者認知功能的題目，量表共有11題，答對8題以下的老人則有罹患失智症的傾向。

除了上述客觀量表外，研究者也請老人自評健康狀況、與前一年健康比較之自評、與認識他人健康比較之自評，以上三項加權形成自評健康分數；並請老人

自行評估個人的視力、聽力及活動力，將上述三項加權，形成感官及活動力分數，是為連續性變項。另外，以老人使用輔具（眼鏡、助聽器、助行器與輪椅）的情況評估其健康，完全不使用輔具=0，目前生活需要，也會使用輔具=1，目前生活需要卻沒有適當輔具=2，將問項加權形成輔具使用的分數。自評健康與活動力的分數愈高，表示老人自覺身體愈健康，活動力愈好；輔具使用的分數愈高則表示老人倚賴輔具的程度愈高。

社會排除（融入）量表係參考 English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) 研究 (Social Exclusion Unit, 2006) 的七個面向：文化與社交排除（融入）、公共事務排除（融入）、物質資源排除（融入）、社區空間與鄰里情誼排除（融入）、財務管理與理財資訊排除（融入）、服務使用的排除（融入），以及社會關係排除（融入）為架構，並且參酌相關研究與我國國情，自行設計問卷量表 (Ogg, 2005, Walker & Hiller, 2007, Lubben et al., 2006, 張素紅、楊美賞, 1999)。每個題項分為4個等級，「完全同意」為4分，「有點同意」3分，「有點不同意」2分，「完全不同意」1分。

本研究使用SPSS 12.0 之統計分析系統，針對七個面向分別進行最大變異數轉軸的因素分析，原始問卷裡Social Inclusion Scale有70題，經因素分析後刪去18題，餘下52題，並且將七個面向根據統計分析劃分為12個因素，另將全部52題加權形成平均分數，延伸為「整體社會融入」之因素指標。此量表的內部一致性係數Cronbach α 值為0.911 (吳明隆、涂金堂, 2005)。各因素之名稱與內涵如下所示：

1. 文化及社交活動參與面向

因素分析後可分為兩個因素，累積解釋變異量共達64.82%。

1A、文化活動參與：包括欣賞表演、展覽、電影，以及盛裝出席正式場合等。

1B、社交活動參與：外出逛街購物及到餐廳用餐。

2. 公共事務參與面向

公共事務參與面向：老人實際參與的宗教活動、社團和課程等團體活動以及擔任志工。

3. 物質資源使用面向

物質資源使用面向：老人能否自行使用電話、電視及冰箱等電器。

4. 社區空間與鄰里情誼面向

經因素分析後可分為三個因素，累積解釋變異量共達66.71%。

4A、無障礙空間：老人使用拐杖、輪椅等輔具在家中或附近進出時的活動方便程度。

4B、休閒空間與室外活動：老人在社區內或附近有無充足而適當的休閒空間。

4C、鄰里關係：附近的鄰居是否友善、會不會主動打招呼，或在老人需要時伸出援手提供協助。

5. 基本生活服務面向

就醫與金融郵政服務：老人在附近鄰里社區能夠就醫、看牙醫、前往大醫院、郵局或銀行辦事的方便性。

6. 財務生活面向

財務生活：包括老人的現金存款、退休金等是否足夠維持目前的生活開銷，以及自覺經濟狀況的滿意程度。

7. 社會關係面向

經因素分析後刪題後可分為三個因素，累積解釋變異量共達73.72%。

7A、與家人的聯繫：包括老人最近一個月內與家人見面或通電話的頻率、家人陪伴時間是否充足、家庭關係親密程度、是否能與家人分享困擾、覺得家人了解自己、是否能向家人尋求協助或相信家人能夠依靠的程度等。

7B、與社區鄰里外朋友的連繫：包括老人擁有的朋友的數量、最近一個月內與朋友見面或通電話的頻率、朋友陪伴時間是否充足、自覺能夠與朋友分享嗜好或在有困難時互相支持、覺得朋友了解自己等。

7C、社區鄰里的互動：老人在社區鄰里間認識新朋友的情況、孤單時是否可以找得到人陪伴、是否能與社區鄰里裡的街坊分享嗜好想法及互相陪伴，以及自覺是否受到社區鄰里成員重視等。

本研究希望了解社區老人整體社會融入的情況，因此另將社會融入量表的所有問項分數加總之後進行平均，形成社會融入(排除)總分，為求統計數據一致，

乃將量表中的其他因素同樣加權計分，並計算其標準差，而未使用因素分數，研究的數據也相對地具有直觀的意義。

表 2：社會融入（排除）因素分析各面向平均分數列表 ($\alpha=0.911$)

一、文化及社交活動參與面向 ($\alpha=0.727$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
1-1 文化參與 ($\alpha=0.760$)	2.35	39.12	1.42	0.68	4
1-2 社交活動參與 ($\alpha=0.619$)	1.54	64.82	2.81	1.14	2
二、公共事務參與面向 ($\alpha=0.671$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
2 公共事務的參與 ($\alpha=0.671$)	2.04	51.07	1.61	0.72	4
三、物質資源使用面向 ($\alpha=0.701$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
3 物質資源的使用 ($\alpha=0.701$)	1.89	62.85	3.48	0.75	3
四、社區空間與鄰里情誼面向 ($\alpha=0.798$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
4-1 無障礙空間 ($\alpha=0.860$)	3.51	29.23	2.50	0.83	6
4-2 休閒空間與室外活動 ($\alpha=0.802$)	2.30	48.36	3.27	0.78	3
4-3 鄰里關係 ($\alpha=0.801$)	2.20	66.71	3.17	0.80	3
五、基本生活服務面向 ($\alpha=0.786$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
5 就醫與金融郵政服務 ($\alpha=0.786$)	2.46	61.48	3.37	0.68	4
六、財務生活面向 ($\alpha=0.887$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
6 財務生活 ($\alpha=0.887$)	3.02	75.53	2.37	0.88	4
七、社會關係面向 ($\alpha=0.918$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
7-1 與家人的聯繫 ($\alpha=0.945$)	5.80	30.53	2.30	1.00	8
7-2 與社區鄰里外朋友的聯繫 ($\alpha=0.936$)	5.05	57.12	2.46	0.92	7
7-3 社區鄰里的互動 ($\alpha=0.895$)	3.15	73.72	2.35	0.90	4
八、整體社會融入量表 ($\alpha=0.911$)	Eigen value	Cumulative Variance (%)	Mean	S.D.	Items
			2.51	0.44	52

為了解不同變項對於社會融入各因素之影響力，研究採用強迫進入變數法進行階層式的迴歸分析，根據研究架構，按照（一）個人特質、（二）健康狀況、（三）社區資源，以及（四）獨自居住四種分類挑選自變項，考量前述社會融入的變異

數分析，選擇雙變項分析達顯著關係者進入階層迴歸。類別變項則挑選適當的參照組建構成虛擬變項，最後設定變項進入的標準為PIN=.05及POUT=.10（Wu, & Tu, 2005）。

變項符合前述假設及條件包括性別、職業、教育程度、婚姻狀況、現存子女數、上月探訪家屬數、月收入、自評健康、感官及活動力、憂鬱傾向分數（GDS-SF）、行政分層區位、老人服務中心、社區關懷據點、社會性補助、身心障礙手冊、居住環境標準值、獨居自主權、環境熟悉度以及家人是否居住同行政區等（見表3）。研究針對整體社會融入的分數進一步做階層分析的處理，以釐清影響獨居老人社會融入的重要變項，以及各變項對於社會融入影響的效果。迴歸分析後發現，變項與整體社會融入之間的統計相關達顯著水準（ $F=16.471$, $p < .001$ ），預測變項對於整體社會融入的解釋變異量達到49.2%。

表3、各項目及整體社會融入檢定表

Dependent Variables		TEST	Total Social Inclusion		
個人特質	性別	T-test	男	女	T值
			2.42	2.65	-4.836***
	職業	ANOVA	F=6.929***		
	教育程度	ANOVA	F=8.964***		
	婚姻狀況	ANOVA	F=13.809***		
	現存子女數	Correlation	r=.284(**)		
	上月探視家屬數	Correlation	r=.367(**)		
健康狀況	月收入	ANOVA	F=6.707***		
	自評健康	Correlation	r=.247(**)		
	感官活動能力	Correlation	r=.244(**)		
社區資源	憂鬱傾向	Correlation	r=-.447(**)		
	行政分層區位	ANOVA	F=7.153***		
	老人服務中心	Correlation	r=.190(**)		
	社區關懷據點	Correlation	r=.187(**)		
	社會性補助	T-test	否	是	T值
		2.65	2.43	4.556***	
獨自居住	身心障礙手冊	T-test	否	是	T值
			2.53	2.38	2.296*
	居住環境標準值	ANOVA	F=3.776**		
獨自居住	獨居自主權	ANOVA	F=11.226***		
	環境熟悉度	T-test	否	是	T值
			2.11	2.55	-5.763***

	家人居住同行政區	T-test	否	是	T值
			2.49	2.62	-2.277*

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

四、研究結果

(一) 階層迴歸分析

爲了進一步了解受訪老人的個人特質、健康狀況、社區資源以及獨自居住其四個面向對於獨居老人整體社會融入的預測能力，本研究採用階層式多元迴歸分析法進行探討，並且將四種類型的變項對於獨居老人社會融入（排除）的影響力解釋於下（見表 4）：

1、模式一：個人特質

個人特質包含獨居老人的性別、職業、教育程度、婚姻狀況、現存子女數、上個月探訪家屬數以及月收入等變項，其中性別與婚姻狀況兩者屬於類別變項，作爲迴歸分析的自變項需要轉化爲虛擬變項；由於婚姻狀況有三個水準，因而必須另外建構兩個虛擬變項：mardummy1（未婚與已婚對比）、mardummy2（失婚與已婚對比），因此，共有 8 個自變項進入迴歸分析。

迴歸分析後發現模式一的預測變項與效標變項達到統計的顯著水準（ $F=17.75, p<.001$ ），整體的解釋變異量達 0.296，代表此 8 個自變項能聯合預測老人整體社會融入 29.6% 的變異量。當中又以「上月探視家屬數」的預測力最爲良好（ $\beta=.24, p<.001$ ），性別（ $\beta=-.22, p<.001$ ）、職業（ $\beta=.14, p<.05$ ）、教育程度（ $\beta=.21, p<.001$ ）及月收入（ $\beta=.14, p<.01$ ）對於獨居老人社會融入的影響力也達到顯著水準，顯示上月探視老人的家屬愈多，社會融入程度越高；相較於男性，女性社會融入程度較高；職業社經地位及教育程度越高，社會融入程度較高；月收入越低，社會融入狀況較差；而現存子女數對於老人的社會融入則沒有顯著影響。

2、模式二：個人特質與健康狀況

健康狀況包含獨居老人自評健康、感官及活動力以及憂鬱傾向等 3 個項目分數，其中，自評健康、感官及活動力兩個項目爲詢問老人對個人健康的看法並自行針對個人的視力、聽力及活動力進行評估，而後將問項加權計分之分數用以評估其健康狀況。

將模式一加上這些自變項之後，模型二同樣達到統計的顯著水準（ $F=23.788, p<.001$ ），11 個自變項能夠解釋老人整體社會融入狀況達 44% 的變異量，其中以憂鬱傾向分數的預測力爲最高（ $\beta=-.415, p<.001$ ）。其他自變項對社會融入（排除）的影響力則未達到顯著，亦即代表憂鬱分數越高的獨居老人，社會融入的程度愈差。

3、模式三：個人特質、健康狀況與社區資源

社區資源包含老人的行政資源分層區位、老人服務中心服務、社區關懷據點服務、是否接受社會性補助以及是否領有身心障礙手冊。爲了瞭解居住在台北市不同行政區域是否會影響獨居老人的社會融入程度，本研究針對台北市各行政區以內政部之統計資料依排序將之加權計分（台北市衛生統計年報，2008），將次序變項轉化爲分數，依最不利老人居住到最利老人居住的程度分爲 1 至 12 分，依據的五個面向包含：各行政區 65 歲以上死亡率、每人可支配所得、醫護人力資源、道路交通安全及每十萬人刑事案件發生率，分別爲每個行政區加權計分，即可知各地區利於老人居住的行政區程度差異，並且將統計結果區分爲四個層別是爲「行政資源分層區位」。

其中，針對台北市所設立之 14 處老人服務中心及社區中關懷據點作調查，爲了評估受訪獨居老人的使用狀況，本研究請受訪老人針對「目前居住社區附近是否有老人服務中心/社區關懷據點」、「是否了解老人服務中心/社區關懷據點的服務內容」、「是否想了解有關老人服務中心/社區關懷據點的服務內容」及「是否曾至老人服務中心/社區關懷據點」四個題項，將之加權轉化爲分數評量，分別形成「老人服務中心分析」及「社區關懷據點分析」兩個變項；並且，由於「是否接受社會性補助」和「是否領有身心障礙手冊」爲類別變項，作爲迴歸分析的自變項須將之轉爲虛擬變項。

在社區資源的部份，經過迴歸分析，模式三達到顯著的統計效果（ $F=17.883$, $p<.001$ ），整體的解釋變異量爲.459，意指此 16 個自變項能聯合預測受訪老人整體社會融入大約 46%的變異量。其中，社區關懷據點分析（ $\beta=.104$, $p<.05$ ）以及是否接受社會性補助（ $\beta=-.094$, $p<.05$ ）對獨居老人的社會融入達到顯著效果量，行政區分層區位、老人服務中心分析及是否領取身心障礙手冊對其的社會融入卻未達顯著；顯示相較於老人服務中心，對社區關懷據點的認識與使用更能對社會融入產生影響；而居住的行政資源區位不同，對社會融入程度無顯著影響；其中，有接受社會性補助的受訪者，社會融入的程度與未領取者相較之下較差。

4、模式四：個人特質、健康狀況、社區資源與獨自居住

獨自居住包含老人居住環境的標準值、是否有獨居自主權、對附近環境熟悉度以及是否有家人居住同行政區。其中，爲了評估受訪者的居住環境，本研究根據適合老人獨自居住的環境設計了題項以做評量，就受訪老人居住環境中有無電梯的設備、進出方便性、電源插座高度適合度、出入口寬度、扶手高度、浴室牆邊扶手以及走廊充足燈光六個題項做調查，將次序變項的答案轉化爲分數，形成居住環境標準累積值之變項。

而獨居自主權分別由「決定獨自居住時是否受到尊重？」及「自覺在居住安排上有決定的能力嗎？」兩個題項加權而得；並且，由於「對附近環境熟悉度」和「是否有家人居住同行政區」為類別變項，作為迴歸分析的自變項須轉為虛擬變項。

在獨自居住的部份，經過迴歸分析，模式四達到顯著的統計效果（ $F=16.471$, $p<.001$ ），整體的解釋變異量為.492，意指此 20 個自變項能聯合預測老人整體社會融入大約 50%的變異量。其中，對附近環境的熟悉度（ $\beta=.167$, $p<.001$ ）及獨居自主權（ $\beta=.096$, $p<.05$ ）對老人的社會融入皆達到顯著，居住環境標準值及是否有家人居住同一行政區對其的社會融入卻未達顯著；顯示相較於適合的居住環境，感到越有獨居自主權以及對附近環境越熟悉更能正面影響老人的社會融入程度。

整體而言，模式四的變項的解釋量高達 49.2%，以個人特質而言，女性老人的社會融入程度比男性高（ $\beta=-.207$, $p<.001$ ）；相較於已婚的老人，未婚的老人（ $\beta=-.118$, $p<.05$ ）比較容易受到社會排除；上個月探視家屬數（ $\beta=.160$, $p<.01$ ）越低的老人社會融入的程度越低。老人的健康狀況當中，只有憂鬱分數在模型中是具有顯著預測力的變項，顯示老人愈覺得憂鬱，社會融入的程度越低（ $\beta=-.363$, $p<.001$ ）。在獨居老人的社區資源中，社區關懷據點分析（ $\beta=.111$, $p<.05$ ）對獨居老人的社會融入達到顯著預測力，顯示相較於其他社區資源，對社區關懷據點的認識與使用更能對社會融入產生正向影響。在獨自居住方面，獨居自主權對社會融入有顯著的影響力，亦即感到越沒有獨居自主權（ $\beta=.096$, $p<.05$ ）者明顯地的比較無法融入社會；另外，獨居老人對於附近環境的熟悉程度對於社會融入也有顯著的效果，對附近環境越熟悉（ $\beta=.167$, $p<.001$ ），社會融入的程度愈高。（見表 4）

表 4、獨居老人整體社會融入階層迴歸分析表

階層		Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
		b	β	b	β	b	β	b	β
基本個人特質	性別	-.198	-.218***	-.223	-.245***	-.214	-.235***	-.188	-.207***
	職業	.044	.141*	.026	.082	.022	.071	.021	.066
	教育程度	.016	.206***	.011	.138**	.009	.119*	.006	.081
	婚姻狀況								
	未婚-已婚	-.006	-.006	-.127	-.132*	-.132	-.137*	-.113	-.118*
	失婚-已婚	.071	.081	.025	.028	.006	.007	.011	.013
	現存子女數	.014	.056	.014	.054	.015	.058	.021	.083
	上月探視家屬數	.092	.235***	.072	.186***	.072	.185***	.062	.160**
月收入	.040	.144**	.032	.113*	.020	.070	.015	.053	
健康	自評健康			-.003	-.004	-.009	-.011	.008	.009
	感官活動能力			.009	.013	-.003	-.005	-.013	-.018
	憂鬱傾向			-.043	-.415***	-.042	-.404***	-.038	-.363***
社區	行政區分層區位					.009	.022	.014	.033
	老人服務中心					.018	.056	.014	.043
	社區關懷據點					.046	.104*	.049	.111*
	社會性補助					-.086	-.094*	-.078	-.085
	身心障礙手冊					-.058	-.048	-.057	-.048
獨自居住	居住環境標準值							.014	.043
	獨居自主權							.083	.096*
	環境熟悉度							.245	.167***
	家人居住同行政區							.029	.025
	常數	2.178***		2.601***		2.676***		2.215***	
	F	17.753***		23.788***		17.883***		16.471***	
	Adjusted R ²	.296		.440		.459		.492	
	N	319		319		319		319	
	df	8 / 311		11 / 308		16 / 303		20 / 299	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

五、結論與建議

(一) 結論

Grudy (2006) 曾提出最易受傷害的老年族群有幾個特徵：年紀較大、低收入、過去的生命歷程或目前缺乏社會連結，以及自主權低、鮮少實現自主權的老人，這些易受傷害的特徵與本研究發現的社會融入成因有許多的重疊。本研究旨在了解獨居老人本身的特質、獨居環境及社區提供的服務與老人社會融入程度之間的關係，茲將經迴歸分析後呈現顯著預測力的自變項及其效果詳列於下，迴歸分析的依變項為整體社會融入程度。

1、相對於男性而言，女性老人的整體社會融入狀況較佳。

研究顯示女性整體社會融入的狀況比男性老人良好，特別是在社會關係面向 (Social Exclusion Unit, 2006)，女性老人比男性老人有較廣大的社交網絡，同時較能接受較多來自他人的協助 (Shye, Mullooly, Freeborn, & Pope, 1995)。更有研究指出女性老人有著兩種不同的社會資本，一種是和家人朋友互相支持的緊密連結，另一種則泛指與一般社區來往的連繫；老年女性比男性花較多時間與朋友相處，也較能自我揭露，將自己的情感、感受及想法與朋友分享、溝通 (Walker & Hiller, 2007；黃郁婷、楊雅筠, 2006)。

2、已婚及失婚的老人整體社會融入程度優於未婚者。

家庭關係是老年人獨居數量攀升重要的影響關鍵，終身未婚的人相較於有婚姻經驗的人容易遭受到社會關係的排除，因為社會關係即建立在與家人和朋友聯繫的概念上 (Ogg, 2005；Social Exclusion Unit, 2006)。因此，「婚姻關係」對於老年人有極大的影響力，有無婚姻關係，除了決定長者於年老時，有無配偶能夠同住之外，亦連帶地影響其是否擁有子女能提供照顧，以及長者之居住選擇的多樣性 (王續儒, 2006)，因此在本研究裡，未婚者由於沒有「婚姻關係」的優勢，成為其社會融入程度較低的重要影響因素之一。

3、探視老人家屬數越多，老人整體社會融入狀況較佳。

當老人體力漸衰，朝向人生終點時，與社會的互動顯得益發重要，須靠網絡成員的扶助，此成員不在於量的多寡，要之能提供工具性、實質性、情緒性的支持，其中尤以家人的安定力量為最大。本研究發現定期有家屬探望的獨居長者，整體社會融入狀況較無家屬探視之老人為佳，顯示有無子女或親人是老人選擇居住型態的影響因素 (Spitze, Logan, & Robinson, 1992)，代表家人的必要性是影響老年社會融入的重要因素之一。本研究中亦發現有獨居老人是自願選擇獨居，

定期有家人探視，因此對外仍然擁有良好的人際溝通網絡者亦不在少數。

4、憂鬱傾向愈高的老人整體社會融入程度愈差。

老人的身心健康都有可能影響社會融入程度 (Bowling & Stafford, 2007)，自覺健康較差的獨居老人有較高的憂鬱程度 (Potts, 1997)，在本研究中，「憂鬱傾向」不論對個別或是整體社會融入 (排除) 的因素呈現極強的預測力，顯示憂鬱傾向愈低的獨居老人愈能融入社會。有鑑於此，本研究特別針對「憂鬱傾向」進行進一步的路徑分析，發現「自評健康」及「自評感官活動能力」(視力、聽力、活動力) 會透過憂鬱對社會融入程度造成顯著影響，即老人之自覺健康狀況愈好，憂鬱傾向愈低，且自覺社會支持的程度愈高，社會融入狀況越好，此結果與國內外許多研究結果一致 (徐慧娟、吳淑瓊、江東亮, 1996; Dean, Kolody, & Wood, 1990; Oxman, et al., 1992; Davis, et al., 1992; 黃麗玲, 2000)。然，針對本研究路徑分析的結果，值得進行更進一步的深入探討，以釐清「憂鬱傾向」此中界變項對社會融入更多層面的影響。

5、社區資源：老人對社區關懷據點的認識與使用越多則整體社會融入程度越好。

台灣老人的社會支持來源除了自己之外主要還是傾向配偶與子女 (林松齡, 1996)，因此對喪偶或無子女照顧的獨居老人而言，可能較一般老人更缺乏社會支持的來源。對獨居老人而言，社區參與動機與生活適應有相當密切的關係，有研究指出老人的社區參與程度愈高，對老人之沮喪情緒有顯著影響，其生活適應程度愈好 (Grant, et al., 1988; 許玢妃, 1997; 曾美玲, 1992)。而本研究亦指出獨居老人對社區關懷據點瞭解及使用愈多，則社會融入程度愈高。

6、獨居自主權：相較於感到無獨居自主權的老人，自覺有獨居自主權的老人整體社會融入程度較高。

自主權 (Autonomy) 常與獨立、尊嚴、掌控力 (mastery)、自決 (self-determination) 等名詞同時出現 (Chan & Pang, 2007; Boisubin et al., 2007; Hsu, 2007)。而且老人的經濟能力是影響自主權的重要因素之一，而且擁有自主權越高，服務使用狀況及適應狀況越佳 (劉雅文, 2005)。居住決定權是影響老人日常生活和社會融入重要的因素，研究指出老人參與社交活動的次數，與老人對鄰居的熟悉度以及社區缺乏專為老人設計的公共設施是相關的 (Bowling, A. & Stafford, M., 2006)。

除了不同研究者對於自主權有不同的看法之外，不同國情也會影響老人如何看待個人的自主權，但主要關心的重點仍在於受訪者的自主性。為選擇適當的變項代表老人的自主權，研究者參考針對台灣老人進行的相關研究，發現愈是可以自行選擇居住地點、所得愈高、健康狀況愈好的老人愈覺得在居住安排上有決定

的能力，而居住掌控力較高的老人整體生活品質也較高（Hsieh, 2004）；此結論與本研究的結果相呼應，自覺有獨居自主權的老人在整體社會融入程度明顯較高，顯示能自我掌控居住方式的老人社會融入程度較高，亦代表若是獨居長者的居住決定權掌控在自身，則有助於老人主動融入社會的意願提升。換言之，雖然獨居，但只要目前的居住安排是老人本身自己所選擇的、喜歡的，那麼他們的心理健康或許比住在三代同堂家庭，但卻認為不理想的人來得好些（陳峰瑛，2003）。

7、環境熟悉度：相較於對居家附近環境不熟悉的老人，表示對附近環境熟悉度高的老人整體社會融入程度較高。

對環境的熟悉度都是影響老人日常生活和社會融入重要的因素，研究指出老人參與社交活動的次數，與老人對鄰居及環境的熟悉度是相關的（Bowling, A. & Stafford, M, 2006）。許多獨居老人與鄰居、子女、朋友、親戚等均保持聯繫，但實際遇到困難時，卻傾向自己解決問題（楊培珊，1999），因此對環境的熟悉程度就成為影響其社會融入程度的重要因素，檢視本研究發現受訪者對於居住附近環境越熟悉，則社會融入程度越高，代表對環境是否熟悉與獨居老人的社會融入程度是息息相關的。

（二）實務與政策上的建議

1、重視獨居老人心理健康，預防自傷行爲

研究者在實地訪視過程常發現，一般獨居老人都表示認同自己的獨居狀態，然而一旦身體狀況有問題卻常使他們陷入心理困境，由此可推估老人自覺健康狀況愈差時，其憂鬱傾向會愈高。在訪問時亦發現有家人良好支持的老人表示唯一憂心的是健康狀況，認為疾病纏身常使心情鬱悶；沒有家人支持的獨居老人則表示身體狀況差，擔心生病無處求助，甚至訪談中也有老人向研究者表達厭世的想法。由此可發現當老人獨居又疾病纏身時，容易引發沮喪情緒，此時若缺乏適當的支持，容易產生自殺傾向，這是個令人隱憂且需加以重視的問題。面對健康狀況較差又缺乏家人支持的獨居老人，應加強追蹤訪視，讓老人感受外界足夠的社會支持，減輕憂鬱情緒，避免自殘事件的發生。同時可以鼓勵老人積極參與社會活動，增加與他人互動的機會，建立家人以外的支持網絡。

2、給予獨居長者社會支持，鼓勵其走入社區增進人際互動

維持人際關係的網絡對於老人而言是很重要的社會資本，除了情感性的支持之外，也會帶來資訊交換等工具性支持（呂寶靜，2000）。對於社區中這些已經退休沒有工作且缺乏足夠社會支持的獨居老人，需要密切評估其身體健康狀況的變化，教導其自我保健的常識，並且讓老人獲知可以尋求協助的管道，結合社區

資源共同維護這些獨居老人的安全。除此之外，可定期舉辦社區獨居老人相關活動，鼓勵老人參與，增加同儕間的社會支持，以增進老人的人際互動狀況。在社區方面，除了應積極鼓勵獨居老人走出自家與人互動，同時也教育社區民眾給予更多主動的關懷與照顧，讓這些社區中的獨居老人感受溫馨。

3、落實老人福利政策，弭平區域間的服務資源落差

美國總統羅斯福在其就職典禮時致詞到：「一個國家的進步與繁榮，不在於讓富者愈富，而是讓原本資源就擁有多數的民眾，分配到多一點的資源」（引自萬育維、李孟修，1993）。本研究乃針對臺北市十二個行政區進行田野實地訪查，亦發現在老人福利有區域差異性的問題存在，若將研究範圍擴大至全省，研究者推估「分層區位」的問題會更加嚴重；然而，拉近城鄉的差距，雖然中央政府責無旁貸，但地方政府亦應主動積極，共同落實老人福利措施，因為老人問題，地方最清楚，地方政府應主動結合社區的力量，發揮地方自治的精神，提供多種服務，以落實老人福利政策。

4、結合政府與民間單位，建立獨居長者完整社區資源網絡

政府或民間可規劃與增設小型社區多元化的老人休閒活動中心，增加老人安全的休閒聚會場所。例如，老人活動中心及社區關懷據點的設置，老人一般評價頗佳，但本研究亦發現目前受惠的獨居老人仍有限。另外，建議政策單位可委託專責單位（如長青綜合服務中心），輔導各社區成立專屬獨居老人之休閒活動計畫方案，針對長、短期目標規劃符合獨居老人的各項活動，結合社區相關資源，定期舉辦各種活動，並加強宣導及鼓勵獨居老人參與，藉以擴大其生活圈，舒展身心。並可結合衛生局、所與社區建立一密切的獨居老人追蹤保護之管道，例如，建立個案管理（case management）制度，結合醫、護、社工、志工等相關人員及應用社區資源的力量，以提供獨居老人在社區生活中的各項諮詢及服務需求，發揮社區功能。

備註

本篇論文所用資料係採自國科會補助研究計畫：高齡化社會中弱勢老人的易受傷害性與社會排除探討：現象與策略（NSC-96-2412-H-004-007-SS2）。

六、參考文獻

Boisaubin E.V., Chu A., Catalano, J.M.(2007). Perceptions of Long-Term Care, Autonomy, and Dignity, by Residents, Family and Care-Givers:The Houston Experience. *Journal of Medicine and Philosophy*, 32,447-464.

Bowling, A. & Stafford, M. (2006). How do objective and subjective assessments of neighborhood influence social and physical functioning in older age—Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, 64(12), 2533-2549.

Chan, H.M. & Pang, S.(2007) Long-Term Care: Dignity, Autonomy, Family Integrity, and Social Sustainability: The Hong Kong Experience. *Journal of Medicine and Philosophy*, 32,401-424.

Davis, M. A., Moritz, D. J., Neuhaus, J. M., & Segal, M. R. (1992). Living arrangements and middle-aged and older adults in the NHANES I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Public Health*,82(3), 401-406.

Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan (2006) 。
家庭收支調查。行政院主計處第三局第八科。

Dean, A., Kolody, B., & Wood, P., (1990). Effect of support from various sources on depression in elderly person. *Journal of Health and Social Behavior*,31(June),148-161.

Grant, I., Patterson, T. L., & Yager, J. (1988). Social support in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry*,145,(10),1254-1258.

Grudy, E.(2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing & Society*, 26, 105-134.

Horie and Tsutsui (2003). Terminology of Aging Used in Legislation and Governmental Policy. Pp37-48 in *Aging and Work*, editor by Masaharu Kumashiro. London and New York: Taylor & Francis.

Hsieh, M. O.(2004). Related Factors of Living Arrangements and Quality of Life among Disabled Elderly: A Quantitative Exploration. *Social Policy & Social Work* ,8(1), 1-49.

Hsu, H.C. (2007). Exploring elderly people's perspectives on successful ageing in Taiwan. *Ageing & Society*, 27, 87–102.

Kennedy, L. W., & Silverman, R.A. (1985). Significant others and fear of crime among the elderly. *International Journal of Aging and Development*,20, 241-256.

Lubben et al. (2006). The Gerontologist. *Gerontologist*, 46(4): 503 - 513.

Ogg, J. (2005). Social exclusion and insecurity among older Europeans: the influence of welfare regimes. *Ageing and Society*, 25(1), 69-90.

Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Jr, DH. F., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*,135(4),356-367.

Page, R. M., & Cole, G. E. (1992). Demoralization and living alone : Outcomes from an urban community study. *Psychological Reports*,70, 275-280.

Perez, F. R., Fernandez, G. F., Rivera, E. P. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54, (2) 173-208.

Pierson J. (2002). *Tacking Social Exclusion*. London and New York: Routledge.

Potts, M. K. (1997). Social support and depression among older adults living alone : the importance of friends within and outside of a retirement community. *Social Work* ,42(3),348-362.

Shye, Mullooly, Freeborn, & Pope (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Social science & medicine* , 41(7):935-47.

Silver, H. (2010).Understanding social inclusion and its meaning for Australia, *Australian Journal of Social Issues*, 45(2), 183-211.

Social Exclusion Unit (2006). *A sure start to later life. Ending inequalities for older people. A social exclusion unit final report.* London: ODPM Publications.

Spitze, G., Logan, J. R., & Robinson, J. (1992). Family structure and changes in living arrangements among elderly nonmarried patients. *Journal of Gerontology*, 47, s289-296.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1992). *Community Health Nursing -Process and Practice for Promoting Health.* USA: W.B. Saunders Company.

Thompson, E. E., & Krause, N. (1998). Living alone and neighborhood characteristics as predictors of social support in late life. *Journal of Gerontology*, 53B (6), S354-S364.

Usui and Palley (1997). The Development for Social Policy for the Elderly in Japan. Pp 360-381 in *Social Service Review*.

Walker, R. B. & Hiller, J. E. (2007). Places and health: A qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighborhoods. *Discipline of Public Health*, 65, 1154-1165.

Young A. F., Russell A. & Powers, J.R. (2004). The sense of belonging to a neighbourhood: Can it be measured and is related to health and well being in older women? *Social Science & Medicine*, 59(12), 2627-2637.

王續儒（2006）。獨居老人照護政策之研究——以新竹縣為例。中華大學行政管理學系研究所碩士論文。新竹：中華大學。

台北市衛生統計年報（2008）。<http://www.health.gov.tw/Default.aspx?tabid=418>

古允文、詹宜璋（1998）。〈台灣地區老人經濟安全與年金政策：社會排除觀點初探〉。《人文及社會科學集刊》，第十卷第2期，頁191-225。

行政院經濟建設委員會（2008）。中華民國台灣地區民國97年至145年人口推估。

江亮演（1988）。《老人福利與服務》。台北：五南圖書出版公司。

呂寶靜（2000）。老人朋友網絡支持功能之初探。社會政策與社會工作學刊。4(2),43-88。

李易駿（2005）。〈社會排除：流行或挑戰〉，「社會暨健康政策的變動與創新趨勢：邁向多元、整合的福利體制」學術研討會。台灣社會福利學會、高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系、國立中正大學社會福利學系主辦，舉辦於高雄醫學大學，2005年5月6日、7日。

吳坤良（1999）。「老人的社區參與動機、參與程度與生活適應之相關研究」。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。

吳明隆、涂金堂（2005）。SPSS 與統計應用分析。五南圖書公司。

林松齡（1996）。已婚有偶老人社會支持來源與老人心理適應。國家科學委員會研究會刊：人文及社會科學，6(2)，278-300。

徐慧娟、吳淑瓊、江東亮（1996）。跌倒對社區老人健康生活品質的影響。中華公共衛生雜誌，15(6)，525-531。

許玢妃（1997）。「高齡者社會參與動機、參與行為及參與滿意度之研究—以高雄市老人活動場所為例」。東海大學社會工作研究所碩士論文。

許皆清（2000）。老人生活需求之研究—以台南市松柏育樂中心松柏學苑為例。中山學術研究所碩士論文。

陳佩鈴（1991）。勞工老年經濟安全保障之研究。

陳峰瑛（2003）。獨居老人的社會支持與生活適應之探究—以高雄都會區的獨居老人為例。

陳肇男（2001）。《快意銀髮族：台灣老人的生活調查報告》。臺北市：張老師。

張菁芬（2005）。《社會排除現象與對策：歐盟的經驗分析》。台北：松慧文化。

張瑟芬（2005）。《以社會排除觀點探討雲林縣弱勢老人之經濟安全》。台中：靜宜大學青少年兒童福利學系碩士班碩士論文。

張素紅、楊美賞（1999）。老人寂寞與其個人因素、自覺健康狀況、社會支持之相關研究。高雄醫誌，15，337-347。

郭麗安（1982）。老人心理適應之調適研究。台灣師範大學輔導研究碩士論文。

曾美玲（1992）。老年人終老覺知與生活適應之研究——以台中市老人為對象。私立東海大學社會工作研究論文，未出版，台中市。

曾惠美（1996）。接受社區照顧的老人社會適應之研究——以新竹縣為例。臺灣大學社會學系碩士論文。

黃麗玲（2000）。社區獨居老人身體、心理及社會功能之探討。高雄：高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。

黃郁婷、楊雅筠（2006）。老人友誼支持與幸福感之研究——以台北市老人服務為例。社區發展季刊，113，208-224。

楊培珊（1999）。〈台北市獨居老人生活暨需求概況調查——以文山區為例〉。《臺大社會學刊》27：143-188。

葉肅科（2006）。外籍與大陸配偶家庭問題與政策：社會資本／融合觀點。學富文化事業有限公司。

萬育維、李孟修（1993）。〈老年貧窮與社會支網絡運用之回溯分析——質化研究之初探〉。《社區發展季刊》63：31-43。

劉雅文（2005）。探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程——老人自主權之分析研究。碩士。東吳大學。

Hierarchical regression analysis of social inclusion among the elderly living alone: An example of Taipei City

Abstract

Purpose: The study intends to predict social inclusion among the elderly living alone from four dimensions: the individual characteristics of the elderly, the health status and condition, community resources, and environmental condition of living situation.

Method: The subjects were selected by gender and administrative district from enrolled list of elderly living alone in Taipei City. 328 data were collected by using face to face interviews with a structured questionnaire. The research is the first to use individual report as the data source. Items were configured and redesigned from seven dimensions of social exclusion/inclusion report of an English study. Seven restructured dimensions are created using factor analysis. These factors are cultural and social activities participation, civil affairs participation, material goods utilization, community space and neighborhood relationship, basic services, financial services and social relationships. The overall reliability is .911. The hierarchical regression analysis is used to predict social inclusion. Results: The individual characteristics of the elderly could predict 29.6% of the variance. Adding the health status and condition variables, the total variance explained is 44%. The third model by adding variables of community resources explains 45.9% of the total variance. Entering all variables of four levels, the total variance explained is 49.2%. **Conclusion:** This study provides an understanding of social inclusion and its prediction. The practice and policy implications are also provided.

Key words: social inclusion, social exclusion, elder living alone, hierarchical regression analysis