

新冠肺炎三級疫情警戒前後獨居老人的社會參與 及心理健康初探

李新民¹、許震宇²、陳美伶³、鄭博真^{4*}

¹ 樹德科技大學兒童與家庭服務系教授

² 樹德科技大學社會工作學士學位學程助理教授

³ 崗山仔中區老人活動中心社會工作督導

⁴ 中華醫事科技大學幼兒保育系副教授

摘要

本研究旨在探討新冠肺炎三級疫情警戒前後獨居老人的社會參與及心理健康變化。研究者立意抽樣高雄市 138 名來自社區關懷據點的 65 歲以上獨居老人。透過基本資料調查表、社會參與量表、老人憂鬱量表、簡式健康量表及老人生活滿意度，評估新冠肺炎三級疫情警戒實施前後，獨居老人的社會參與及心理健康。統計分析結果顯示，在實施新冠肺炎三級疫情警戒之後，獨居老人的社會參與、生活滿意度下降，憂鬱及心理困擾則是增加。教育程度不識字，年齡老老(85 歲以上)的獨居老人，其社會參與及心理健康惡化情形較嚴重。而不論是新冠肺炎三級疫情警戒實施前，還是實施後，獨居老人的社會參與及心理健康都有顯著正向關聯。根據研究發現，本研究對未來研究提出相關建議。

關鍵詞：新冠肺炎、獨居老人、社會參與、心理健康

*通訊作者：鄭博真 Email: tnjpj0215@gmail.com

中華醫事科技大學幼兒保育系副教授

Social Participation and Mental Health of Elderly People Living Alone before and after the COVID-19 Level 3 Alert

Hsing-Ming Lee¹ ; Chen-Yu Hsu² ; Mai-Lin Chen³ ; Bor-Jen Jeng^{4*}

¹Professor, Department of Child Care and Family Studies, Shu-Te University

²Assistant Professor, Department of Social Work, Shu-Te University

³ Social Work Supervisor, Gangshanzai Senior Citizens Activity Center

⁴ Associate Professor, Department of Early Childhood Caring and Education, Chung Haw University of Medical Technology

Abstract

The main purposes of this study are to explore the social participation and mental health of elderly people living alone before and after the COVID-19 level 3 alert. We recruited the registered 138 elderly people who are older than sixty-five years old and live alone in Kaohsiung as the subject. Five parts are included in the inventory, those are, demographic characteristics, Social Participation Scale, Geriatric Depression Scale, Brief Symptom Inventory, and Elder Satisfaction with Life Scale. We collective data “during” and “before” the COVID-19 level 3 alert. Statistical analysis yields the following results. COVID-19 level 3 alert has a negative effect on social participation and mental health of elderly people living alone. Total score in the Social Participation Scale and Elder Satisfaction with Life Scale is decreased, comparing data “during” and “before” the COVID-19 level 3 alert Total score in the Geriatric Depression Scale, Brief Symptom Inventory is increased, comparing data “before” and “after” the COVID-19 level 3 alert. Social participation and mental health of elderly people living alone who are illiterates and over 85 years old have more severely decrease. There is significant positive correlation between social participation and mental health of elderly people living alone “during” and “before” the COVID-19 level 3 alert. According to those results, suggestions for future studies are provided.

Key Words: social participation, mental health, elderly people living alone, COVID-19.

壹、緒論

台灣人民的平均壽命逐年提升，目前平均壽命為 74.02 歲，其中男性平均壽命為 77.12 歲、女性平均壽命為 77.84 歲，都高於全球平均水準（內政部，2020）。而在社會變遷與家庭型態改變下，老人隨著年齡成長，成為所謂的獨居老人者越來越多（李新民，2015）。獨居老人照顧問題受到越來越多的重視。

針對獨居老人照顧問題，政府特別設置社區照顧據點(或稱社區關懷據點)，邀請獨居老人參與據點活動，期能提升心理健康。國外研究發現指出，缺乏社會參與的獨居老人(social participation)，對身心健康造成負面影響(Chiao, Weng, & Botticello, 2011; Evans, Llewellyn, Matthews, Woods, Brayne, Clare, & CFAS-Wales Research Team, 2019; Rashedi, Gharib, & Yazdani, 2014; Won & Kim, 2020)。可見，鼓勵獨居老人社會參與的確有其必要性。但是，除了政策理念的論述之外，國內仍極度缺乏相關實證研究，來提供所謂的證據基礎，以便強化政府照顧獨居老人政策理念論述的證據基礎。因此，有必要評估社區照顧據點所服務的獨居老人，其社會參與、心理健康，以及社會參與對心理健康的影響。

在社區照顧據點照顧服務老人的工作上，2021 年台灣遇到新冠肺炎（COVID-19）疫情影響，宣布三級警戒，第一次出現因為疫情而服務暫停和縮減的現象。原本提供獨居老人社會參與機會的社區照顧據點，為了配合政府的人群隔離措施，停止獨居老人到據點參與各種活動機會，只剩電話問安服務。這樣的隔離管制是否造成原本接受社區照顧據點照顧服務的獨居老人社會參與下降、心理健康不佳，乃至成為一種干擾因素(外加變項)，改變獨居老人社會參與對心理健康的影響。這是一個值得探探討的議題。畢竟，在原本政策理念論述與國外實證研究中，並未考慮到此種外加變項的干擾。

根據上述，本研究以接受社區照顧據點服務的獨居老人為對象，分別在新冠肺炎三級疫情警戒實施前(2021 年 1 月 1 日前，二級警戒亦未發布)與實施後(2021 年 5 月 19 日後)進行同組研究(panel study)的問卷調查，來釐清新冠肺炎三級疫情警戒前後獨居老人的社會參與、心理健康、社會參與對心理健康的影響是否有變化。

貳、文獻探討

一、獨居老人

獨居老人主要是指身旁無子女或其他親屬陪伴，因喪偶、分居等多種原因導致只能單獨生活的 65 歲以上老人。而在獨居老人的操作性定義上，由於牽涉到各地方政府的社政預算，各縣市的操作型定義不盡相同。以本研究所欲研究的地區高雄市為例，獨居老人是指實際居住在高雄市年滿 65 歲（原住民 55 歲以上）且符合下列要件並經評估須關懷訪視者：一人獨居，配偶二老同住，有同住惟其同住者無照顧能力，未有子女同住高雄市，經評估需列冊關懷之老人。但是需要關懷的獨居老人名冊並未隨時更新，不是很精準，本研究以名冊中有實際接受社區照顧據點服務的獨居老人為獨居老人之操作性定義。

有關獨居老人的議題，近來受到長照政策的影響，往往把焦點置放在生理健康照顧議題，強調所謂的失能、疾病及身體受傷。但是回到最早的政策理念，政府當初開辦社區照顧據點提供獨居老人服務，在生理健康照顧之外，其實是強調由社區提供社會參與及促進心理健康的社會照顧(social care)(劉家勇，2015)。相關研究發現也指出，在生理健康之外，獨居老人更容易出現社會參與及心理健康方面的問題（Iliffe, Tai, Haines, Gallivan, Goldenberg, Booroff, & Morgan, 1992; Kharicha, Iliffe, Harari, Swift, Gillmann, & Stuck, 2007; Mouodi, Bijani, Hosseini, & Hajian-Tilaki, 2016）。

因此，本研究將獨居老人視為接受社區照顧據點的照顧服務對象，並特別關注獨居老人的社會參與及心理健康問題。

二、社會參與

社會參與指涉動態的概念與行動，強調在個人自發主動參與社會活動，製造個人與群體透過互動交流機會（吳舜堂、陳欽雨，2017）。為了具體明確指稱所謂的「參與社會活動製造互動交流」，在學術研究上，往往會以不同社會活動，諸如政治、社團、志工、休閒或宗教等等不同類型活動的參與程度，來指稱社會參與（Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010）。在各種不同社會活動的參與程度較高，即被視為是社會參與較佳的個體。

在國內的調查研究中，也經常採取這種不同活動類型參與程度的界定。例如，衛生福利部（2013）老人狀況調查，將社會參與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，以及政治性團體活動的參與。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，將社會參與活動，分為消遣娛樂、社團活動兩個類別的參與。

但是這些不同社會活動的分類，有些是研究者依據其實務操作需要進行的

分類，不一定有效度的證據。謝美娥（2019）提出一個經過因素分析確立建構效度的老人社會參與測量工具，本研究採取其分類架構，將獨居老人社會參與分成生產性活動、休閒性活動，以及社會性活動的參與。生產性活動（不包含有酬工作）強調對家庭社會有貢獻的人群交流活動，休閒性活動強調休閒、學習及健身之類的人群交流活動。在此架構下，發展測量題目，實際以因素分析建立構念效度。

三、心理健康

早期有關心理健康的定義，大多數是以心理疾病症狀等消極指標作為診斷標準，把心理健康單純地看成沒有心理疾病。近年來，隨著正向心理學興起，強調所謂的幸福感（Keyes, 2002; Snyder & Lopez, 2007）。從而出現心理健康雙因素模式（Dual-Factor Mental Health Model，簡稱 DFM），強調心理健康包含積極的因素與消極的因素(Lyons, Huebner, & Hills, 2013)。

這種心理健康雙因素模式，引發學術研究或是實務工作者使用多重心理健康指標來評估個體心理健康的消極面與積極面。在實務工作上，社區關懷據點對獨居老人的心理健康評估，就經常使用老人憂鬱量表（Geriatric Depression Scale）、簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale，實務界稱作心情溫度計）、簡易心智量表（Mini-Mental State Examination）等工具做為測量工具。

在學術研究上，洪健皓、吳聰慧、詹乃嘉、黃政昌（2020）彙整國內相關研究，提出的獨居老人心理健康評估模式，包含人格特質、憂鬱、焦慮、幸福感、支持系統、生命意義、生活滿意度等指標。洪健皓等人（2020）的多重評估指標模式，在獨居老人心理健康的消極因素評估上，特別強調獨居老人常常出現的心理疾病，而在心理健康的積極因素評估上，則是重視正向老化的促進因素。

本研究採用洪健皓等人（2020）的多重評估指標模式，而為了貼近實務，在心理健康評估指標的選擇上，以老人憂鬱量表得分表徵憂鬱指標，簡式健康量表得分表徵情緒困擾，以及李新民（2015）的老人生活滿意度量表得分來具體表徵生活滿意度。畢竟，老人憂鬱量表、簡式健康量表已經在實務上應用廣泛，容易操作。而李新民（2015）的老人生活滿意度量表也是只有五個題目的簡短量表，在取得最新的信效度證據之後，是可以實際運用的。

四、社會參與和心理健康之關聯

有關老人社會參與和心理健康之關聯，分別從相關理論論述與實證研究發現來加以說明。從老年人理論角度出發，根據活動理論（activity theory）的說法，老人社會參與所取得的社會網路，有助於老人在社會生活的角色認同（role-identity）的提升，而角色認同的提升，對於老人各項心理健康發展都有助益（Nakahara, 2013）。

根據成功老化理論的說法，社會參與有助於老人維繫社會互動，避免社會隔離，是老人晚年生活適應的關鍵因素（Rowe & Kahn, 1997）。因為，社會參與可以維持或者強化自己與他人的社會關係，以獲得社會資源，並持續進行生產力活動，從而提升心理健康（徐慧娟，2003；郭哲君、鄭志富，2012）。

在理論論述之外，實證研究發現也證實社會參與的確有助於老人心理健康的提升（謝茉莉、方文輝、吳柄緯，2013；Rashedi et al., 2014）。就此而言，可以提出研究假定，假設社區照顧據點所服務的獨居老人，其社會參與程度對心理健康有正面的影響。

在新冠肺炎三級疫情警戒管制與隔離期間，社區照顧據點所服務的獨居老人社會參與影響心理健康的假定關係，是否受到干擾，尚未有實證研究釐清。因此，本研究聚焦在新冠肺炎三級疫情警戒前後獨居老人的社會參與及心理健康變化，進行初步探索。

參、研究設計與實施

一、研究設計與研究對象

本研究以新冠肺炎三級疫情警戒前後獨居老人的社會參與及心理健康為研究議題，採用所謂的同組研究。研究者首先依照高雄市列冊關懷的獨居老人，拜訪實際接受社區關懷據點服務的獨居老人。在簡介研究計畫構想之後，說明參與研究者的權益及適當的酬謝之後，徵求志願參與研究的獨居老人。在獲得 150 名獨居老人與其主要照顧者的同意之後，研究者 4 人組成面訪小組，針對調查工具面對面訪談溝通用語的一致性達成共識，決定統一以台語或國語發問。且為了避免面訪的偏誤，選擇有家人或者熟悉老人的志工陪同的獨居老人進行面訪。並以社區關懷據點為面訪地點，保護獨居老人居家生活的隱私。

本研究透過三級疫情警戒實施之前(二級警戒亦未發布)的問卷調查，以及三級疫情警戒實施之後的問卷調查資料比較，來進行比較分析。所謂三級疫情

警戒實施前是指 2021 年 1 月 1 日前，連二級警戒都未發布，而三級疫情警戒實施後則是指 2021 年 5 月 19 日後。在本研究中將第一次施測簡稱為前測，第二次施測簡稱為後測。每位獨居老人的前後測都由同一名研究者進行面訪。實際進行面訪時並無疫情警戒措施，但訪談者與受訪者都做好防護措施，確定無發燒症狀。第二次的面訪更選擇打完第一劑疫苗後才進行。

在前測部分獲得 150 名獨居老人的調查資料，經過三級疫情警戒之後，有 12 名獨居老人不願意接受後測。所以，真正完前後測的獨居老人有 138 名。138 名獨居老人的性別分布，男性有 46 位，女性有 92 位。在教育程度部分，不識字者 27 位，國小畢業者 56 位，國中畢業者 42 位，高中畢業者 13 位。在年齡部分，初老(65-74 歲)有 69 位，中老(75-84 歲)有 42 位，老老(85 歲以上)有 27 位。

二、研究工具

本研究評估新冠肺炎三級疫情警戒前後獨居老人的社會參與以及心理健康的測量工具，包含社會參與量表、老人憂鬱量表、簡式健康量表以及老人生活滿意度量表。老人憂鬱量表包含 15 個題項，以 0、1 二元計分，加總之後得分越高表示憂鬱情緒困擾越嚴重，本研究將其視為連續變項。簡式健康量表又名「心情溫度計」，包含 6 個題目，每個題目有完全沒有、輕微、中等程度、厲害、非常厲害五個選項，分別給予 0、1、2、3、4 分，加總之後得分越高表示心理困擾程度越高，本研究將其視為連續變項。李新民（2015）發展的老人生活滿意度量表包含 5 個題目，採四等地 Likert 量表計分，依據「非常不同意」、「不同意」、「同意」、「非常同意」分別給予 1 至 4 分。量表分數加總之後，得分越高表示生活滿意度越高，本研究將其視為連續變項。為了提供最新信效度證據，針對老人生活滿意度量表心理計量品質，立意抽樣 100 名 65 歲以上老人，施測收集資料，並參考 Noar(2003)的建議，進行信效度分析，分析結果如表 1 所示。

表 1 老人生活滿意度量表信效度考驗

題目	因素負荷量	Cronbach'α	解釋變異量
1.我的日子過得很有意義。	.791	.891	65.439%
2.我在過去的生活中找到很多樂趣。	.851		
3.我的生活中處處有驚喜。	.845		
4.我感到可以自己掌握自己的生活。	.718		
5.我每天都在享受人生。	.780		

根據表 1，使用主軸法進行因素分析的結果，各題的因素負荷量都在.7 以上，一個因素可以解釋全量表 5 個題目總變異量的 65.439%。而 Cronbach'α 的內部一致性分析結果顯示數值為.891，已經大於 0.7。整體而言，老人生活滿意度量表的信效度已在可接受範圍。

至於，社會參與量表則參考謝美娥(2019)的分類架構，分成生產性活動、群眾性活動、社交性活動三個向度，採四等地 Likert 量表計分，依據「非常不同意」、「不同意」、「同意」、「非常同意」分別給予 1 至 4 分。量表分數加總之後，得分越高表示社會參與程度越高，本研究將其視為連續變項。社會參與量表的心理計量品質檢測，一如上述立意抽樣 100 名 65 歲以上老人施測收集資料，然後參考 Noar(2003)的建議，進行信效度分析，分析結果如表 2 所示。

表 2 社會參與量表信效度考驗

向度	題目	因素負荷量	Cronbach' α	解釋變異量
生產性活動	1.我願意主動幫助別人。	.718	.898	78.827%
	2.我願意參加志願服務工作。	.791		
	3.我願意幫助親朋好友。	.862		
休閒性活動	4.我喜歡參加藝文活動。	.868		
	5.我喜歡參加團康娛樂活動。	.706		
	6.我喜歡參加休閒旅遊活動。	.865		
社會性活動	7.我會參加政治活動。	.818		
	8.我會參加政府宣導活動。	.722		
	9.我會參加社區問題討論會議。	.862		

根據表 2，使用主軸法搭配斜交轉軸進行因素分析的結果，各題的因素負荷量都在.7 以上，三個因素可以解釋全量表 9 個題目總變異量的 78.827%。而 Cronbach'α 的內部一致性分析結果顯示數值為.898，已經大於 0.7。整體而言，社會參與量表的信效度已在可接受範圍。

而在問卷調查的基本資料調查表設計部分，包含性別、教育程度、年齡。性別劃分為男女二分變項，教育程度分成不識字、國小、國中、高中、大專以上，年齡分成初老(65-74 歲)、中老(75-84 歲)、老老(85 歲以上)。

三、資料分析

進行統計考驗之前，首先運用哈門氏單因素測試法(Harman' s one-factor test)，將問卷所有題目分數輸入，配合未轉軸的因素分析，探討第一個一般因

素(*general factor*)的解釋變異量，來事後偵查共同方法變異問題。接著以成對樣本 *t* 檢定，來比較新冠肺炎三級疫情警戒前後，獨居老人的社會參與以及心理健康的差異。分析的同時估計效果量以及統計考驗力。此外，計算所謂的進步分數(*Pre-test Post-test: Gain scores*)，以不同人口統計學變項為解釋變項，透過獨立樣本 *t* 檢定或單因子變異數分析，來探討影響疫情警戒前後獨居老人的社會參與、心理健康的差異的可能影響因素。最後，採取 SmartPLS 的 PLS-SEM 取向路徑分析，比較三級疫情警戒前後，社會參與對心理健康的影響力是否有所不同。

四、緊接著設計

在量化分析之外，本研究同時採取緊接著設計 (*emergent design*)，選取 5 名在新冠肺炎三級疫情警戒前後，社會參與量表、老人憂鬱量表、簡式健康量表以及老人生活滿意度量表分數沒有改變的獨居老人，訪談其在其因應疫情所做的調整與努力。藉此，討論非營利組織辦理社區關懷據點，面對疫情影響時，服務獨居老人可能的因應方式，進行研究省思。

肆、結果與討論

一、共同方法變異偵測

在新冠肺炎三級疫情警戒前的數據部分，將所有測量題目分數輸入，進行不轉軸的探索性因素分析，取得 5 個因素，第一個因素的解釋變異量為 29.506%，未大於 50%。40 個題目在第一因素的因素負荷量未有大於 .5 者。接著使用單因素驗證性因素分析，將所有題目做為觀察指標，分析結果顯示，模式無法聚斂，單因素模式無法契合觀察資料。在新冠肺炎三級疫情警戒後的數據部分，將所有測量題目分數輸入，進行不轉軸的探索性因素分析，取得 6 個因素，第一個因素的解釋變異量為 28.944%，未大於 50%。40 個題目在第一因素的因素負荷量未有大於 .5 者。接著使用單因素驗證性因素分析，將所有題目做為觀察指標，分析結果顯示，模式無法聚斂，單因素模式無法契合觀察資料。因此，本研究採用不同量表來蒐集單一受試者的認知資訊，並無嚴重的共同方法變異問題，在後續分析時也不至於產生虛假相關的問題。

二、三級疫情警戒前後的獨居老人社會參與差異

三級疫情警戒前後的獨居老人社會參與差異分析結果如表 3 所示， $t=12.545$ ，已達顯著水準。解釋量 η^2 為 .535，大於 0.14 的高度關聯強度門檻，統計考驗力($1-\beta$)為 1.000，大於 0.8 理想數值門檻。檢視平均數，後測分數低於前測分數，

三級疫情警戒實施之後，獨居老人的社會參與程度有顯著下降。

表 3 三級疫情警戒前後的獨居老人社會參與差異

	平均數	標準差	t	p	η^2	$1-\beta$
前測	23.022	1.417	12.545	.000	.535	1.000
後測	22.217	1.254				

三、三級疫情警戒前後的獨居老人憂鬱差異

三級疫情警戒前後的獨居老人憂鬱差異分析結果如表 4 所示， $t=14.919$ ，已達顯著水準。解釋量 η^2 為 .619，大於 0.14 的高度關聯強度門檻，統計考驗力($1-\beta$)為 1.000，大於 0.8 理想數值門檻。檢視平均數，後測分數高於前測分數，三級疫情警戒實施之後，獨居老人的憂鬱程度有顯著上升。

表 4 三級疫情警戒前後的獨居老人憂鬱差異

	平均數	標準差	t	p	η^2	$1-\beta$
前測	11.971	1.409	14.919	.000	.619	1.000
後測	12.870	1.207				

四、三級疫情警戒前後的獨居老人心理困擾差異

三級疫情警戒前後的獨居老人心理困擾差異分析結果如表 5 所示， $t=9.099$ ，已達顯著水準。解釋量 η^2 為 .337，大於 0.14 的高度關聯強度門檻，統計考驗力($1-\beta$)為 1.000，大於 0.8 理想數值門檻。檢視平均數，後測分數高於前測分數，三級疫情警戒實施之後，獨居老人的心理困擾程度有顯著上升。

表 5 三級疫情警戒前後的獨居老人心理困擾差異

	平均數	標準差	T	p	η^2	$1-\beta$
前測	7.486	1.210	9.099	.000	.337	1.000
後測	8.188	.599				

五、三級疫情警戒前後的獨居老人生活滿意差異

三級疫情警戒前後的獨居老人生活滿意差異分析結果如表 6 所示， $t=10.582$ ，已達顯著水準。解釋量 η^2 為 .405，大於 0.14 的高度關聯強度門檻，統計考驗力($1-\beta$)為 1.000，大於 0.8 理想數值門檻。檢視平均數，後測分數低於前測分數，三級疫情警戒實施之後，獨居老人的生活滿意度有顯著下降。

表 6 三級疫情警戒前後的獨居老人生活滿意差異

	平均數	標準差	<i>t</i>	<i>p</i>	η^2	1- β
前測	14.022	1.417	10.582	.000	.450	1.000
後測	13.420	1.201				

總結上述，三級疫情警戒實施之前與之後的獨居老人的社會參與以及心理健康情形可以圖 1 來具體表徵，三級疫情警戒已經對獨居老人社會參與、心理健康產生負面的影響。

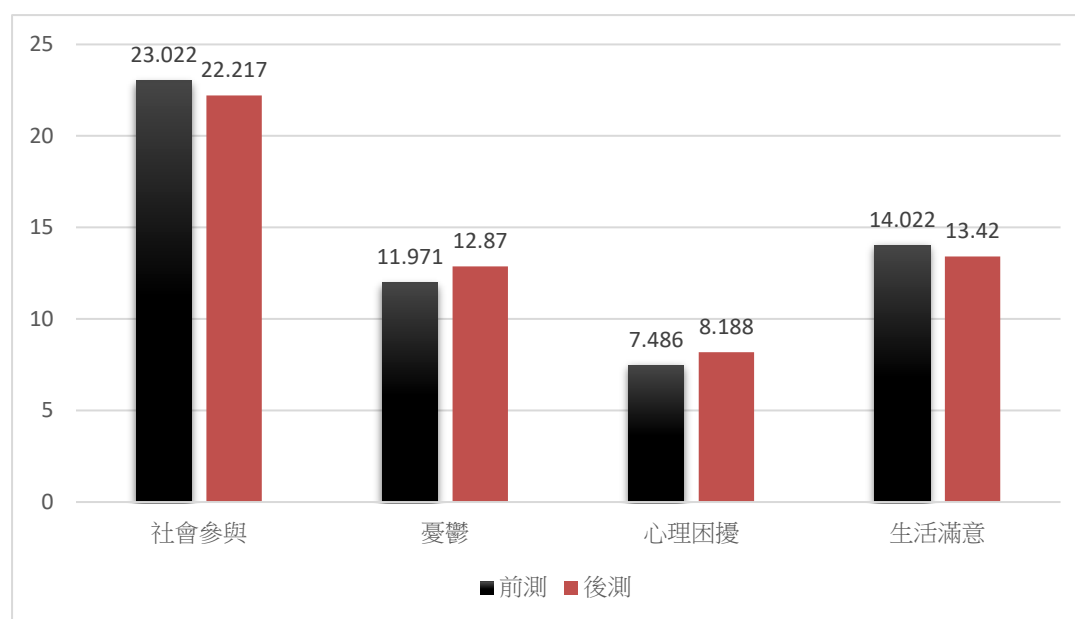


圖 1 三級疫情警戒前後的獨居老人的社會參與以及心理健康

六、影響三級疫情警戒前後的獨居老人社會參與差異的背景變項分析

影響三級疫情警戒前後的獨居老人社會參與差異的背景變項分析結果如表 7 所示，檢視 *p* 值，可知影響社會參與差異的背景變項為教育程度及年齡。檢視進步分數平均數可知，教育程度為不識字，年齡為老老的獨居老人其社會參與下降程度較嚴重。

七、影響三級疫情警戒前後的獨居老人憂鬱差異的背景變項分析

影響三級疫情警戒前後的獨居老人憂鬱差異的背景變項分析結果如表 8 所示，檢視 *p* 值，可知影響社會參與差異的背景變項為教育程度以及年齡。檢視進步分數平均數可知，教育程度為不識字，年齡為老老的獨居老人其憂鬱上升程度較嚴重。

表 7 影響三級疫情警戒前後的獨居老人社會參與差異的背景變項分析

		前測-後測		t/F	p	η^2	$1-\beta$
		平均數	標準差				
性別	男	-.826	.884	.238	.812	.000	.052
	女	-.793	.338				
教育程度	不識字	-1.037	1.018	5.670	.001	.113	.942
	國小	-.991	.505				
	國中	-.990	.826				
	高中	-.830	.508				
年齡	初老	-.627	.089	4.076	.019	.057	.716
	中老	-.812	.114				
	老老	-1.001	.142				

表 8 影響三級疫情警戒前後的獨居老人憂鬱差異的背景變項分析

		前測-後測		t/F	p	η^2	$1-\beta$
		平均數	標準差				
性別	男	.957	.811	1.362	.174	.014	.173
	女	.783	.417				
教育程度	不識字	1.519	.123	11.463	.000	.204	.999
	國小	.750	.085				
	國中	.667	.098				
	高中	.489	.177				
年齡	初老	.467	.077	16.310	.000	.195	1.000
	中老	.681	.099				
	老老	1.203	.122				

八、影響三級疫情警戒前後的獨居老人心理困擾差異的背景變項分析

影響三級疫情警戒前後的獨居老人心理困擾差異的背景變項分析結果如表 9 所示，檢視 p 值，可知影響社會參與差異的背景變項為教育程度以及年齡。檢視進步分數平均數可知，教育程度為不識字，年齡為老老的獨居老人其心理困擾上升程度較嚴重。

表 9 影響三級疫情警戒前後的獨居老人心理困擾差異的背景變項分析

		前測-後測		t/F	p	η^2	$1-\beta$
		平均數	標準差				
性別	男	.750	.095	.742	.390	.005	.137
	女	.609	.134				
教育程度	不識字	1.002	.161	9.325	.000	.173	.996
	國小	.667	.112				
	國中	.668	.129				
	高中	.689	.231				
年齡	初老	.203	.071	19.971	.000	.479	1.000
	中老	.667	.091				
	老老	2.037	.114				

九、影響三級疫情警戒前後的獨居老人生活滿意差異的背景變項分析

影響三級疫情警戒前後的獨居老人生活滿意度差異的背景變項分析結果如表 10 所示，檢視 p 值，可知影響社會參與差異的背景變項為性別、教育程度以及年齡。檢視進步分數平均數可知，女性獨居老人，教育程度為不識字，年齡為老老的獨居老人其生活滿意度下降較嚴重。

表 10 影響三級疫情警戒前後的獨居老人生活滿意差異的背景變項分析

		前測-後測		t/F	p	η^2	$1-\beta$
		平均數	標準差				
性別	男	-.489	.068	2.867	.000	.057	.897
	女	-.826	.096				
教育程度	不識字	-1.048	.118	9.576	.000	.177	.997
	國小	-.500	.082				
	國中	-.333	.095				
	高中	-.516	.170				
年齡	初老	-.412	.077	7.976	.001	.106	.956
	中老	-.333	.098				
	老老	-.881	.122				

總結上述，不同性別、教育程度、年齡獨居老人在三級疫情警戒實施前後的社會參與以及心理健康變化(前測-後測之進步分數)，可以圖 2、3、4 來具體表徵。

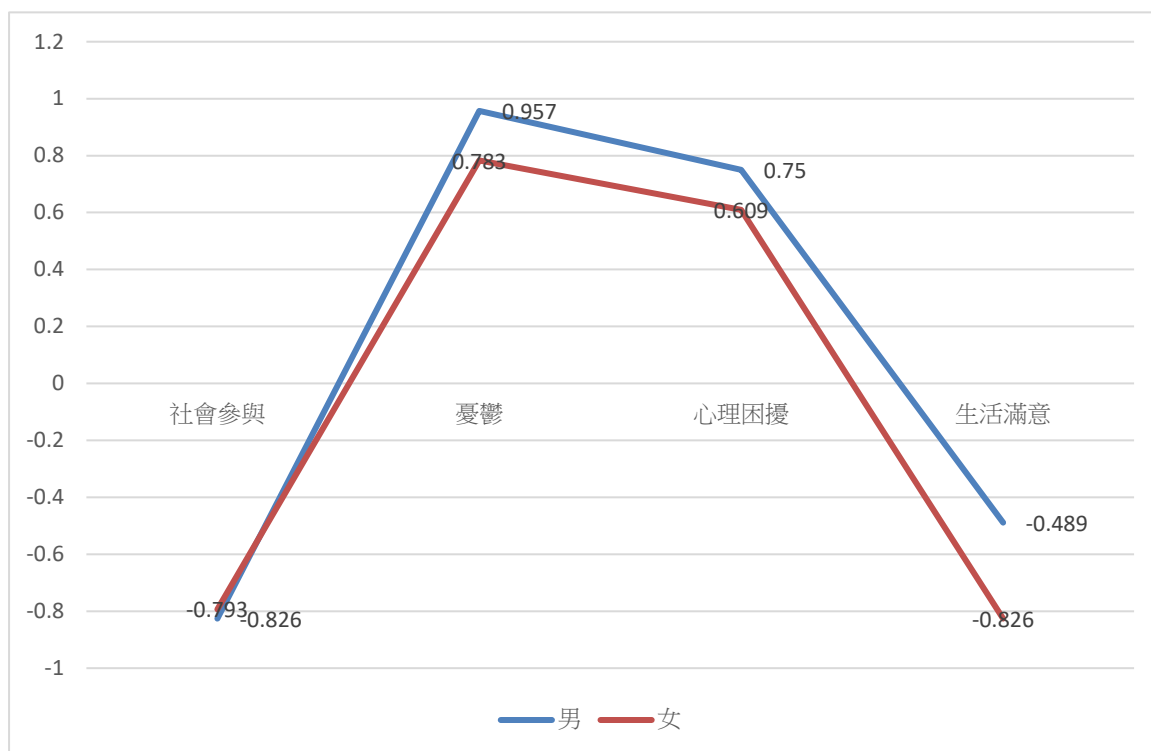


圖 2 三級疫情警戒前後不同性別獨居老人社會參與心理健康變化之比較

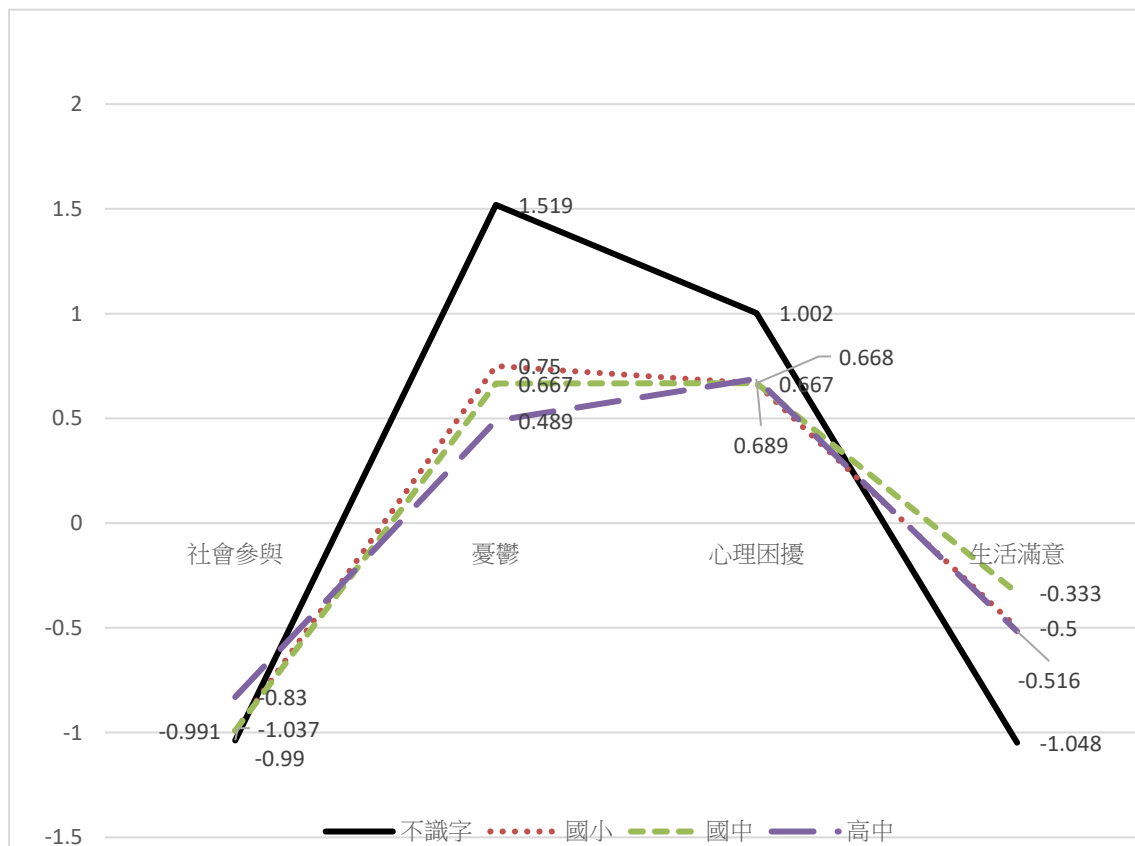


圖 3 三級疫情警戒前後不同教育程度獨居老人社會參與心理健康變化之比較

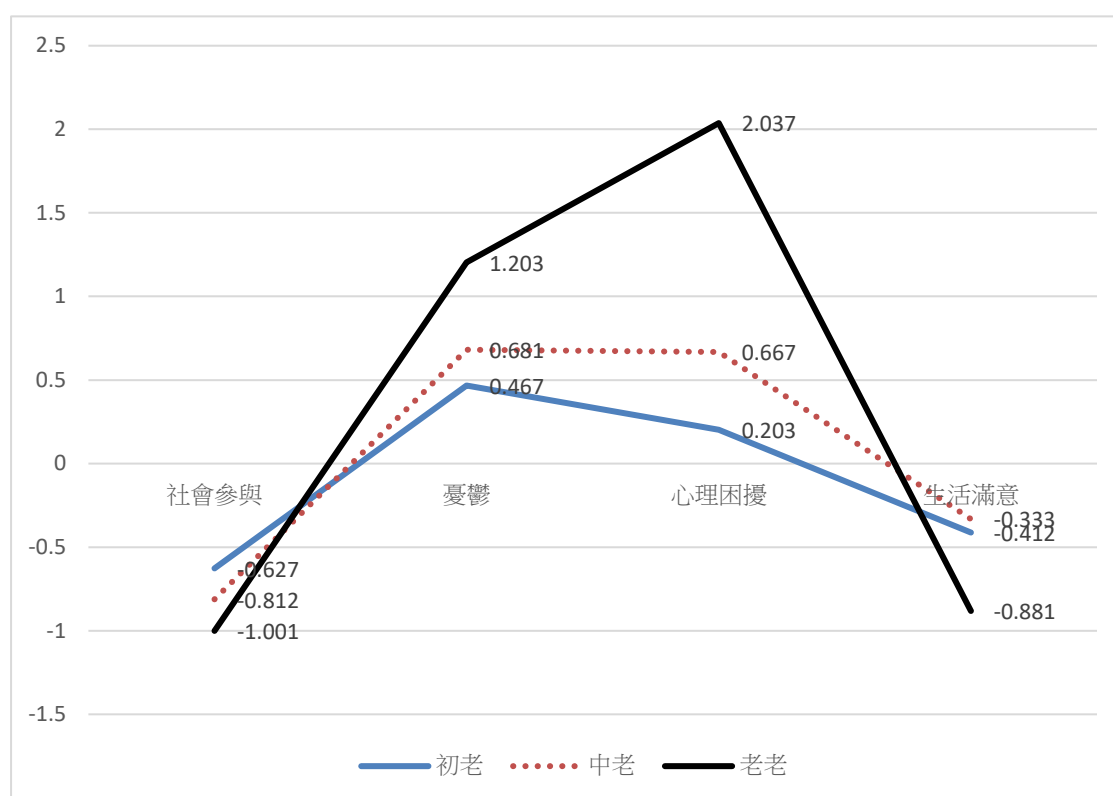
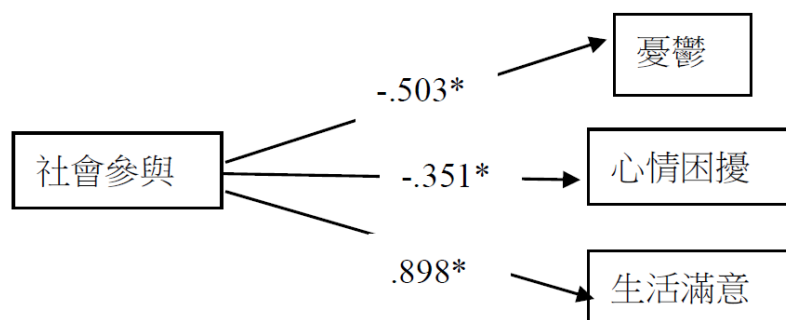


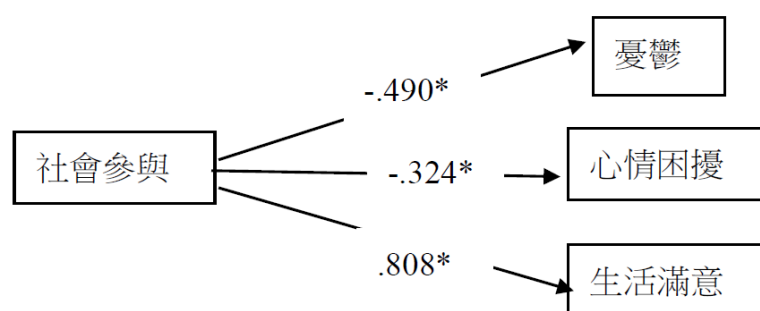
圖 4 三級疫情警戒前後不同年齡獨居老人社會參與心理健康變化之比較

十、三級疫情警戒實施前後獨居老人社會參與影響心理健康之比較

三級疫情警戒實施前後獨居老人社會參與影響心理健康之比較如圖 5 的路徑分析結果顯示，檢視路徑係數，可發現三級疫情警戒實施後，社會參與對憂鬱的舒緩、心理困擾的舒緩，以及生活滿意度的提升能力有些微下降。但不論是新冠肺炎三級疫情警戒實施前，還是實施後，獨居老人的社會參與及心理健康都有顯著的正向關聯。



三級疫情警戒前



三級疫情警戒後

圖 5 三級疫情警戒前後獨居老人社會參與影響心理健康之比較

* $p < .05$

總結上述統計分析，發現新冠肺炎三級疫情警戒期間獨居老人的社會參與及心理健康變差，在背景變項中的主要影響變項是教育程度與年齡，教育程度不識字，年齡為老老的獨居老人受到三級疫情警戒的影響較大。而三級疫情警戒實施後，社會參與依然有影響心理健康的能力。這些研究發現，符合之前有關 SARS 疫情的研究發現，以及最新的國際新冠肺炎研究結果(Ammar, Chtourou, Boukhris, Trabelsi, Masmoudi, Brach, & Hoekelmann, 2020)。面對疫情進行管制，的確製造更多的社會疏離，降低獨居老人的社會參與機會，並影響其心理健康。

本研究路徑分析結果顯示，不論是新冠肺炎三級疫情警戒前，還是三級疫情警戒後，獨居老人的社會參與都顯著影響其心理健康狀態。亦即，不論新冠肺炎三級疫情警戒是否實施，獨居老人的社會參與都有助於降低憂鬱、心理困擾，提升生活滿意度，以促進心理健康。此一發現呼應文獻探討所提到的活動理論論述，以及相關實證研究發現。表明提升獨居老人社會參與程度，是幫助其維護心理健康的重要工作。社會參與是重要的解釋變項，社會參與提升是努力的重要方向。

十一、研究省思

量化研究分析顯示新冠肺炎三級疫情的確讓社區關懷據點獨居老人的社會參與、心理健康下降，但是，社會參與對獨居老人心理健康的正面影響並沒有改變。此一發現對辦理社區關懷據點的非營利組織而言，最重要的啟示，在於如何避免新冠肺炎三級疫情的外在干擾，持續加強獨居老人的社會參與。

因此，本研究在量化分析之後，立意抽樣在新冠肺炎三級疫情警戒前後，社會參與量表、老人憂鬱量表、簡式健康量表以及老人生活滿意度量表分數沒有改變的獨居老人，訪談其在其因應疫情所做的調整與努力。訪談結果可以發現，未受影響的獨居老人，其社會參與方式比較靈活，除了接受社區關懷據點提供的固定服務項目之外，會利用自己的社會網絡，進行各種形式的社會參與。甚至，主動詢問社區關懷據點服務人員，提供相關訊息，進行可行的社會參與來提升其心理健康。

就原本社會參與方式比較靈活的獨居老人而言，其在面臨新冠肺炎三級疫情的社會隔離限制之際，把原本生活作息中的所進行的社交活動，更加創意的發揮運用。例如，定期接受復健治療的獨居老人，其在接受物理治療師的身體復健之餘，和一起參加復健治療的其他病人閒話家常，順便心理復健。定期回診拿慢性病藥物的獨居老人，和醫院志工閒聊，抒發疫情封鎖期間的無聊、孤單情緒。平常就喜歡串門子的獨居老人，找社區大樓管理員閒聊，甚至在大樓開放空間尋找其他人一起進行簡單的健身活動。和其他老人保持聯繫的獨居老人，透過電話互相問安打氣，紓解心中苦悶。甚至，做好防疫措施，相約到公園散步、快走。

就主動詢問社區關懷據點服務人員建議的獨居老人來說，除了要求進行更多的電話問安服務、志工到宅訪視之外，也會主動打電話到社區關懷據點詢問緩和孤獨情緒的資訊，希望獲得替代方案。有位獨居老人表示，社區關懷據點鼓勵老人透過臉書來觀賞非營利組織製作的影片，或是連結的搞笑影片，給隔離的生活帶來莫大樂趣。另外一位獨居老人則提到，辦理社區關懷據點的非營利組織，連結社區發展協會，讓獨居老人到社區發展協會當整理資料的志工，協助盤點社區資源，讓他有機會排遣無聊。

根據上述訪談結果，由非營利組織辦理社區關懷據點服務獨居老人，面對疫情此一危機，或許是另闢服務途徑的契機。啟動社群網站，透過視訊直接和獨居老人交談，進行「遠距訪視」。乃至應用免費軟體資源，建立 LINE 群組，或是利用 Google Meet 會議功能，進行線上互動。而在「防疫」與「社會福利」之間如何取得平衡，以及面對後疫情時代的福利服務輸送挑戰，都是未來值得繼續探討的重要課題。

伍、結論與建議

一、結論

根據實證資料分析結果，本研究提出以下幾點結論：其一，新冠肺炎三級疫情警戒期間獨居老人的社會參與、心理健康皆有衰退現象。其二，構成獨居老人的社會參與及心理健康皆有衰退的背景變項主要是教育程度及年齡，教育程度低，年紀比較大的獨居老人受到的傷害較大。其三，不論新冠肺炎三級疫情警戒是否實施，獨居老人的社會參與都有助於降低憂鬱、心理困擾，提升生活滿意度，以促進心理健康。

二、建議

從量化分析結果來看，新冠疫情的確產生了干擾，接受社區照顧據點服務的獨居老人，受到疫情影響，社會參與及心理健康都有下降現象。但是，獨居老人社會參與對其心理健康的影響作用卻未改變。因此，如何在後疫情時代，強化獨居老人的社會參與是有其必要的。

政府為了防疫，關閉社區照顧據點，這是否恰當，值得討論。有些地方政府標榜「據點暫停開放，但服務不打烊」，保留志工關懷訪視及電話問安服務，以縮減服務來取代暫停服務，還是多少影響了福利輸送的完整性。在後疫情時代，面對疫情控制的人際隔離措施，數位科技的視訊化，已是持續提供獨居老人社會參與的重要管道。所以，我們有必要省思既有的獨居老人社會工作模式，建立數位社群網絡，以突破空間的隔離。

而在未來研究上，可以從比較社會政策的角度來進行更寬廣視野的思索。當然，也可以考慮進行事後回溯研究(Ex Post Facto Study)，來嘗試釐清是否有可能被忽略的解釋變項。乃至進行事後的訪談研究，去釐清在疫情警戒期間，成功維持獨居老人心理健康的服務人員是採取哪些因應策略。

參考文獻

內政部 (2020)。統計專區。臺北市：內政部。

吳舜堂、陳欽雨 (2017)。高齡長者社會支持、社會參與與活躍老化關係之研究。

福祉科技與服務管理學刊，5 (4)，331-352。

李新民 (2015)。空巢老人的主觀幸福感及其與社會支持之關連。社會與區域發展學報，4 (2)，1-34。

洪健皓、吳聰慧、詹乃嘉、黃政昌 (2020)。獨居老人心理健康評估的內涵與方式之探討。諮商與輔導，418，48-53。

- 徐慧娟 (2003)。成功老化：老年健康的正向觀點。社區發展季刊，103，252-260。
- 國民健康局 (2011)。臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期調查。臺北市：國民健康局。
- 郭哲君、鄭志富 (2012)。生活積極承諾之成功老化與幸福感-中高齡者體育志願服務實證研究。體育學報，45 (3)，211-225。
- 劉家勇 (2015)。社區獨居老人社會照顧模式之研究：以台灣及日本在宅服務方案為例。台灣社區工作與社區研究學刊，5 (2)，49-99。
- 劉曉、黃希庭 (2010)。社會支持及其對心理健康的作用機制。心理研究，1，3-8。
- 衛生福利部 (2013)。中華民國 102 年老人狀況調查摘要分析。臺北市：衛生福利部。
- 謝美娥 (2019)。從社會參與之能力表現探討老人活動參與。東吳社會工作學報，37，43-80。
- 謝茉莉、方文輝、吳柄緯 (2013)。老人人際親密、社會參與及心理健康狀況之相關研究。臺灣老人保健學刊，9 (2)，109-125。
- Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., ... & Hoekelmann, A. (2020). *Social participation and life satisfaction of peoples during the COVID-19 home confinement: the ECLB-COVID19 multicenter study*. MedRxiv. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.05.20091066v1.full>
- Chiao, C., Weng, L. J., & Botticello, A. L. (2011). Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC public health*, 11 (1), 1-9.
- Evans, I. E., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L., & CFAS-Wales Research Team. (2019). Living alone and cognitive function in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 81, 222-233.
- explorations of human strengths. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Iliffe, S., Tai, S. S., Haines, A., Gallivan, S., Goldenberg, E., Booroff, A., & Morgan, P. (1992). Are elderly people living alone an at risk group?. *British Medical Journal*, 305 (6860), 1001-1004.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Kharicha, K., Iliffe, S., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. (2007). Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an 'at-risk' group?. *British Journal of General Practice*, 57 (537), 271-276.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., & Hills, K. J. (2013). The dual-factor model of mental

- health: A short-term longitudinal study of school-related outcomes. *Social Indicators Research*, 114(2), 549-565.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71 (12), 2141-2149.
- Mouodi, S., Bijani, A., Hosseini, S. R., & Hajian-Tilaki, K. (2016). Gender differences in the health status of elderly living alone compared to those who are not alone: Evidence of the AHAP study, North of Iran. *Caspian journal of internal medicine*, 7 (2), 126-132.
- Nakahara, J. (2013). Effects of social activities outside the home on life satisfaction among elderly people living alone. *International Journal of Psychological Studies*, 5 (1), 112.
- Noar, S. M. (2003). The role of structural equation modeling in scale development. *Structural Equation Modeling*, 10(4), 622-647.
- Rashedi, V., Gharib, M., & Yazdani, A. A. (2014). Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian rehabilitation journal*, 12 (1), 9-13.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical*
- Won, S., & Kim, H. (2020). Social participation, health-related behavior, and depression of older adults living alone in Korea. *Asian Social Work and Policy Review*, 14 (1), 61-71.