

晚年生活壓力、社會支持 與老人身心健康

周玉慧

中央研究院
中山人文社會科學研究所
助研究員

楊文山

中央研究院
中山人文社會科學研究所
研究員

莊義利

台灣省家庭計畫研究所
副研究員

本研究從社會支持授受問題、以及社會支持「種類」及「來源」兩方面的特殊性 (specialization) 問題，來探討面臨晚年生活壓力的老人們人際關係網絡裡的各種社會支持對他們身心健康產生的影響。使用之資料為 1989 年臺灣省家庭計畫研究所在全臺灣地區實施完成之「臺灣地區老人保健與生活問題」調查，60 歲以上老人之有效樣本共 4,049 份。主要變項包括：性別、年齡、婚姻狀態、子女數、教育程度及收入六種人口變項，罹病程度及日常生活依賴度兩種持續性生活壓力變項，與配偶、子女及親友間授受的工具性及情感性社會支持變項，憂鬱度、生活滿意度及自覺不健康情形三種身心健康變項。綜合分析結果，我們發現：(1)所有分析結果均顯示，持續性生活壓力對老人身心健康的不良影響相當強；(2)階層複迴歸分析結果顯示，在控制了生活壓力後，社會支持，尤其是情感性社會支持的提供或接受對老人身心健康仍有良好的促進作用，特別是老人提供給子女或親友的情感性社會支持，相形之下更為重要；(3)多變項共變數分析結果顯示：比起緩衝模式，直接模式似乎較適於用來解釋「生活壓力—社會支持授受—身心健康」之間的關係；而且，這三大類變項間的關係，因社會支持的種類及來源而不同；(4)以聯立方程式驗證我們設定的因果模型後，不但更進一步清楚顯示老人與子女的情感性社會支持授受處於愈不平衡的狀態、或老人與親友的情感性支持授受處於愈平衡的狀態時，老人的身心健康情形愈良好；同時亦再次凸顯「支持種類與來源之交互作用」之重要性。

關鍵詞：社會支持授受、生活壓力、社會支持特殊性、身心健康、老人

壹、文獻研究及研究目的

一、社會支持授受

社會關係裡，人與人之間的社會支持是雙向的，別人會提供某些幫助或支持給某人，某人也會提供某些幫助或支持給別人；換言之，一個人既是社會支持提供者，同時也是社會支持接受者（Acitelli & Antonucci, 1994; Antonucci & Akiyama, 1987; Antonucci & Jackson, 1990; Buunk, Doosje, Jans & Hopstaken, 1993; Jung, 1990; Rook, 1987; 福岡欣治, 1994 等等）。當一個人身兼提供者及接受者兩種角色時，其所提供的以及接受到的社會支持之相對度量無庸置疑地是決定個人身心健康的重要因素。如果只是接受別人的支持與幫助，長期下來可能造成自己的無能與依賴；相反地，一味提供給別人支持與幫助亦可能造成自己資源之流失（例如：Albrecht, Burleson, & Goldsmith, 1994），這意味，社會支持單方面的授或受容易對個人身心健康造成不良影響。

從社會交換論（social exchange theory）的立場來說，社會支持乃是人與人之間相互交換的資源，因此，焦點放在社會支持的互惠性（reciprocity）問題上（Antonucci & Jackson, 1990; Buunk et al., 1993; Ingersoll-Dayton & Antonucci, 1988; Jung, 1990; Rook, 1987）。所謂「社會支持的互惠性」，意指個人會回報相同的社會支持予提供給自己社會支持的人。依據社會交換論中的平衡理論（equity theory）（Adams, 1963, 1965; Walster, Walster & Berscheid, 1978），兩個個體間的互動作用中，其中一方的付出（input）與收益（outcome）之比率和另一方的付出與收益之比率相等的話，則兩個個體間的關係是平衡的，會產生公平感，但如果比率不相等的話，則兩個個體間的關係是不平衡的，會產生不公平感，並造成不滿及緊張。

Buunk et al. (1993)、Ingersoll-Dayton & Antonucci (1988)、Jung (1990) 等人，沿用平衡理論的觀點來探討社會支持提供度與接受度一致與否的問題：提供度與接受度若相等一致，為平衡、良好狀態，如果不相等不一

致，則為不平衡、不良狀態。而不平衡的狀態又可分為兩類，一為接受度較多，另一為提供度較多；前者會使個人產生虧欠、負債感，後者則會增加個人負擔而造成個人困擾；這兩種不平衡狀態所產生的不愉快感會對個人的身心健康產生不良影響，而且前者比後者更為不好（Antonucci & Jackson, 1990）。La Gaipa (1990) 認為提供度較多時的「過少利益 (underbenefited) 知覺」會引起負擔感及不滿感，而接受度較多的「過多利益 (overbenefited) 知覺」則會引起罪惡感及依賴感。Buunk et al. (1993) 也認為過小利益知覺會引起不公平感及憤慨感、過多利益知覺會引起罪惡感及羞愧感；他們並論及，只有當社會支持的提供度與接受度平衡時，社會支持才能促進個人的身心健康，如果個人覺得自己無力償還社會支持時，可能變得根本不願去求助於他人。Nadler, Mayseless, Peri & Chemerinski (1985) 也認為，除非個人自己覺得有機會回報，否則他們不會去主動求援。陸洛 (1995)、Buunk et al. (1993)、Ingersoll-Dayton & Antonucci (1988)、Rook (1987)、Stevens (1992)、周玉慧、深田博己 (1996) 等人的研究證實了社會支持提供度與接受度的不平衡確實引起負向情緒、或是對身心健康產生不良影響。

二、生活壓力與社會支持授受

在探討社會支持或社會支持授受對個人身心健康產生的影響時，生活壓力可能帶來的衝擊，不容忽視。這是因為社會支持概念之所以被提出，原在於解釋何以暴露在相同的生活壓力下，有些人較易生病，有些人卻不易生病；也就是把社會支持當作一中介變項，來探討「社會支持」在生活壓力與身心健康之間所提供的調節機制。

在討論生活壓力—社會支持—身心健康之間的關係時，直接模式 (direct model) 與緩衝模式 (buffering model) 常被援用。直接模式假設：不論壓力事件是否存在，社會支持都會對個人的身心健康產生正面的促進效應；緩衝模式假設：當壓力事件不存在時，社會支持雖不會對個人的身心健康有明顯效應，但當壓力事件存在時，社會支持會使壓力對個人身心健康的損害程度降至最低。我們可以推測，社會支持授受平衡與否對個人身心健康產生的影響，也極可能因生活壓力是高是低而有所不同。

有少數研究者探討了生活壓力、社會支持互惠性與身心健康之間的關係。例如 Jung (1990) 發現，對大學生來說，與家人之間的社會支持處於互惠狀態時，身心健康狀態較佳，但與朋友之間的社會支持互惠與否並沒有造成不同影響；而且這些現象並沒有因為生活壓力是否存在而不同。在 Buunk et al. (1993) 的以生活壓力為控制變項的共變數分析的兩個子研究結果裡，子研究一發現，即使控制了生活壓力，社會支持互惠性仍對負向情緒有顯著效應，但子研究二卻發現，控制了生活壓力後，社會支持互惠性與負向情緒之間的關係也隨之消失。由此可知，以往的一些研究，雖然檢驗了生活壓力與社會支持的互惠性對身心健康的影響，然而明確定論尚未出現。

如果依照直接模式的假設，我們可以推論：不論壓力事件是否存在，社會支持授受不平衡的個人較授受平衡的個人之身心健康情形為差；若是按照緩衝模式的假設，則可以推論：當壓力事件不存在時，社會支持授受平衡與否並不會對個人身心健康造成不同影響，但當壓力事件存在時，授受不平衡的個人較授受平衡的個人之身心健康狀態為差。接下來考慮過多利益及過少利益這兩種不平衡狀態可能產生的不同。Antonucci & Jackson (1990) 認為過多利益較過少利益產生的不良影響為大，根據他們的觀點、再加上直接模式的想法，我們可以推論：不論壓力事件是否存在，過多利益的個人較過少利益的個人之身心健康情形為差。而順著緩衝模式的想法，可以推論：當壓力事件不存在時，過多利益或過少利益並不會對個人身心健康造成不同影響，然當面臨壓力事件時，獲得較多社會支持（過多利益）或許一方面意味自己解決問題的能力及資源不足，但另一方面也因接受到別人的社會支持，促使個人得以因應壓力、防止壓力對個人造成傷害；至於提供較多社會支持給別人（過少利益），一方面可能損耗個人的資源，間接使壓力造成更大傷害，另一方面也可顯示個人是能者、提高個人的自尊心。不過，當面臨的生活壓力極端嚴重時，如何去因應壓力成為第一要務，此時，過少利益的個人可能較過多利益的個人之身心健康情形為差。

三、社會支持的特殊性

影響社會支持與身心健康間的關係之另一類重要因素為社會支持的特殊

性 (specialization) 問題。社會支持是一個多元概念 (Dean & Lin, 1977; Hammer, 1981; Henderson, 1977; House, 1981; Kaplan et al., 1977; Walker et al., 1977)，Thoits 在 1982 年就明確指出，不只社會支持的「度量」重要，支持之「種類 (types)」及「來源 (sources)」也不容忽視。個人所需的社會支持之種類會隨其面臨的生活壓力而不同、也會對關係不同的別人有不同的期望。在提供社會支持給面臨特定生活問題或生活壓力的人們時，若不對應他們的需求提供適切種類的社會支持，則再多的支持都無益，甚至可能造成反效果。給因親人入院急需用錢而籌不到的人再多的安慰或鼓勵，都不如給他實質上的金錢幫助來的有效；給寂寞孤單需要關懷的人再多的物質或金錢也比不上親切溫暖的情誼。已有學者針對特定種類的生活壓力與特定種類的社會支持的一致性 (matching) 對個人健康產生的影響做理論上及實際上的探討 (例如：Cohen & McKay, 1984；周玉慧, 1995；Tetzloff & Barrera, 1987)，然而明確定論似乎尚未出現。另一方面，有些學者探討不同來源的社會支持與健康間的關係，例如嶋信宏 (1992) 發現：對日本男大學生來說，只有同性朋友提供的社會支持與他們的健康有正相關，但對日本女大學生來說，則不論是家人、同性朋友或異性朋友提供的社會支持都與她們的健康有正相關。Dean, Kolody & Wood (1984) 發現：對老人來說，配偶或朋友提供的支持能減低他們的憂鬱度，成年子女提供的支持不太有影響，其他親人提供的支持則沒有影響。Clark & Mills (1979)、Clark, Ouellette, Powell & Milberg (1987)、Clark & Reis (1988) 等人，把個人與別人的關係分成共有關係 (communal relationships) 及交換關係 (exchange relationships) 兩大類；黃光國 (1988) 更把中國社會裡個人可能擁有的人際關係，分成情感的關係 (expressive ties)、工具性關係 (instrumental ties) 及混和性關係 (mixed ties)。我們有必要區分不同的來源與個人的關係，來更清楚釐清社會支持對健康的影響。

而 Wood (1984)、Bogat, Caldwell, Rogosch & Kriegler (1985)、Dakof & Taylor (1990) 等人，進一步強調支持種類與來源之交互作用 (type-by-source interaction)，亦即不同的來源會提供不同種類的社會支持，且不同來源提供的不同社會支持會對個人身心健康造成不同影響。例如

Dakof & Taylor (1990) 以癌症患者為對象，將他們的支持種類分為情緒性、資訊性、實質性三大類，支持來源分為配偶、配偶以外的家人、朋友、認識的人、其他癌症患者、醫師、護士七大類，發現配偶、家人、朋友提供的情緒性支持、其他癌症患者、醫師提供的資訊性支持最有助益，但其他癌症患者、醫師提供的情緒性支持卻並沒有益處。因此，我們在檢驗生活壓力與社會支持授受對個人身心健康的影響時，也應考慮因支持種類及支持來源這兩層面的特殊性可能出現的不同；換言之，有必要瞭解在某些種生活壓力下，個人與不同來源之間授受的各種社會支持是否及如何對個人的身心健康造成不同影響。

四、老人社會支持研究之重要性

台灣地區因人口出生率急遽下降以及平均餘命不斷拉長，使得人口快速老化；根據行政院經濟建設委員會（1993）的資料，民國 82 年底為止，台灣地區 65 歲以上人口佔總人口比例已超過 7%（147 萬），同資料推計，公元 2000 年，65 歲以上人口將達總人口的 8.37%，公元 2010 年將達 10.08%；也有學者認為公元 2020 年 65 歲以上人口之比例將增加為 18%（張明正，1996）。為因應人口老化現象對經濟、醫療、家庭、社會乃至於個人身心健康等層面可能產生的衝擊，各種相關議題成為政府、社會大眾以及專家學者們注目的焦點之一。

本研究亦將研究對象設定在老人上面，來探討老人所面臨的生活壓力、社會支持與其身心健康間的關係。國內探討老人社會支持或社會支持與健康間之關係的理論建構解釋性研究並不多見。其中，Hermalin、Ofstedal、張明正（1993）從台灣老人的居住情形以及人口社經指標來探討老人社會支持及社會支持者的特質，Hermalin、張明正、林惠生、李美玲、Ofstedal（1993）則探討生育水準劇減（子女數降低）對老人社會支持所產生的影響；林松齡（1993）探討老人社會支持來源與老人社會需求，發現：不同的社會支持來源提供不同種類的社會支持給老人；老人支持來源主要是侷限於配偶、兒子、媳婦等家庭成員；配偶提供的支持主要是病痛的照顧與陪伴、旅遊伴遊、閒聊與情緒慰藉及日常家事，子女提供的支持主要是金錢、交通問題的解決及

日常家事，至於家庭以外的成員對老人各項需求實質上的幫助非常有限。這些研究的重點都在討論老人社會支持的特質。

論及社會支持與健康間之關係的研究則有林松齡、周雅容、李孟芬等人。林松齡（1996）探討已婚有偶老人社會支持來源與老人心理適應之關係，發現：不同的社會支持來源導致老人心理適應程度有所差異；如果老人社會支持來源為自己或配偶，其實際支持來源與期待支持來源相同者，有較少的心理困擾；若老人社會支持來源為兒子、媳婦或女兒，其實際支持來源與期待支持來源相同者，有較多的心理困擾。周雅容（1996）則以生活壓力—心理適應的理論架構來探討老人生活壓力、社會支持來源與心理健康之間的關係，發現：日常生活中，健康問題及日常生活依賴程度等持續性壓力愈高的老人，適應狀態愈差，而不論是來自配偶、兒子、女兒或朋友的社會支持都和老人的心理健康有顯著正相關。李孟芬（1993）探討了社會支持授或受的種類、來源與老人生活滿意度之關係，發現：配偶提供給老人的日常生活照顧或老人提供給配偶的身體照顧及金錢支持愈多，老人的生活滿意度愈高，但親戚提供給老人的日常生活照顧、金錢支持及物質支持或其他人提供給老人的物質支持愈多，老人的生活滿意度愈低；另一方面，配偶、子女、其他人提供給老人或老人提供給子女、其他人的傾聽、關心等情感性支持愈多，老人的生活滿意度愈高。由這些研究的結果可知，台灣老人的身心健康確因社會支持授或受的種類、來源而不同。然而，這些研究雖然檢討了不同來源或不同種類的社會支持、乃至於社會支持的授或受對老人健康可能造成的不同影響，卻沒有考慮本研究提及的社會支持授受互惠平衡與否的問題、生活壓力與社會支持授受間可能出現交互作用的問題，亦沒有嘗試在這些變項間建構一較完整的模型。我們經由這些問題的探討，相信可以更精密且更多層面地把握生活壓力、社會支持與老人健康之關係。

總言之，本研究的主要目的在於探討面對晚年生活壓力的台灣老人們，與不同來源之間授受的各種社會支持對其身心健康產生的影響。

貳、研究方法

一、資料來源

本研究使用之資料為台灣省家庭計畫研究所於 1989 年 4 月至 6 月間，在全台灣地區實施完成之「台灣地區老人保健與生活問題」資料。該調查以居住（設籍）於台灣地區，民國 17 年以前出生、在民國 77 年 12 月底年滿 60 歲以上的全體老人作為調查研究之母體，以三段式抽樣方法抽出約四千名樣本。第一階段按都市化程度、教育水準等條件先將台灣地區 331 個非山地之鄉鎮市區分成 27 層組，以分層隨機法抽出 56 個鄉鎮市區作為基本抽樣單位（PSU）。第二階段則在每個樣本鄉鎮市區（PSU）按鄰戶數以等距系統隨機法抽出樣本鄰。第三階段再於每一樣本鄰以隨機法抽出合乎年齡條件之 4 名老人，共計得 4,212 名樣本老人。資料收集以面訪方式執行，除 181 名樣本老人因身心虛弱由他人代答外，其他樣本全部由受訪老人自行答述資料；實際完成查訪之有效樣本為 4,049 名，完訪率達 91.8%。該調查之詳情與原始問卷可參閱該所出版之調查專書（Taiwan Provincial Institute of Family Planning, 1989）。4,049 名完訪老人的背景資料列於表一，這些老人的平均年齡為 69.26 歲（SD=6.83），平均子女人數為 4.75 人（SD=2.24）。

二、主要變項之測量

1. 生活壓力

測量醫療的（有無病症、罹病程度）及功能的（日常活動）兩方面之健康問題，作為生活壓力之指標。根據周雅容（1996）整理以往研究的結論，壓力事件較不適合做為老人生活壓力的量表，這是因為對老人而言，生活中壓力事件發生的頻率比其他人生階段來得少，反而是日常生活中經濟方面的壓力、身體病痛、機能上的退化造成日常生活活動受到限制等等持續性的生活問題，成為老人的生活壓力。本研究也採取此一觀點。

關於罹病程度，由受訪老人評估自己是否患有高血壓、關節炎、眼疾、

表 1 研究樣本之人口變項次數分配資料

人口變項	類別	人數	百分比(%)
性別	男性	2,314	57.10
	女性	1,735	42.90
年齡	60—未滿 65 歲	1,328	32.80
	65—未滿 70 歲	1,169	28.87
	70—未滿 75 歲	740	18.28
	75—未滿 80 歲	411	10.15
	80—未滿 85 歲	230	5.86
	85—未滿 90 歲	102	2.52
	90 歲以上	31	0.77
	未答	38	0.94
婚姻狀態	有偶	2,601	64.24
	無偶	1,446	35.71
	未答	2	0.05
子女數	無子女	82	2.03
	1—3 人	1,067	26.35
	4—6 人	1,913	47.25
	7—9 人	783	19.34
	10 人以上	61	1.51
	未答	143	3.53
教育程度	不識字	1,676	41.39
	小學肄業及畢業	1,240	30.62
	初中肄業及畢業	327	8.08
	高中肄業及畢業	228	5.63
	大學肄業及畢業	200	4.94
	研究所以上	5	0.12
	未答	373	9.21
每月平均收入	3 千元以下	650	16.05
	3 千—未滿 5 千	420	10.37
	5 千—未滿 1 萬	767	18.94
	1 萬—未滿 1.5 萬	636	15.71
	1.5 萬—未滿 2 萬	418	10.32
	2 萬—未滿 5 萬	517	12.77
	5 萬以上	93	2.30
	未答	548	13.53

糖尿病、心臟病、腸胃疾病、皮膚病等 27 種老人常見慢性疾病及影響日常生活之程度。其中甲狀腺疾病、血濁、腦神經衰弱、暈眩、有時昏倒 5 個項目之採點方式為：「無此病症」為 0 分、「有此病症」為 1 分；其他項目之採點方式為：「無此病症」為 0 分、「有此病症但「毫無不便」為 1 分、「有點不便」為 2 分、「很不方便」為 3 分。代表得分從 0 至 71 分，內在效度 α 係數為 .70；得分愈高意味老人的罹病程度愈嚴重。

其次參考、修訂美國 Duke 大學老人研究中心所發展出的多向度功能評估量表 (OARS multidimensional Functional Assessment, 1978) 來測量老人在自理各項日常生活基本活動上，需要依賴別人幫忙的程度 (Activities of Daily Living, ADL)。項目包括購買個人日常用品、處理金錢、自己洗澡、上樓梯、獨自坐汽車或火車等 13 種日常生活基本活動。採點方式為：「沒困難」為 0 分、「有些困難」為 1 分、「很困難」為 2 分、「完全做不到」為 3 分。代表得分從 0 至 39 分，內在效度 α 係數為 .94；得分愈高意味老人的日常生活依賴度愈大。

2. 社會支持

為了探討不同來源、不同種類的社會支持以及社會支持的授受，與老人身心健康之間的關係，將支持來源分成配偶、子女及親戚三大類，從「接受到的」及「提供的」兩種角度來測量工具性及情感性兩種社會支持。

工具性的社會支持包括日常生活活動的支持、生活照顧、金錢支持及物質支持 4 項目；受訪老人評量自己是否從各個家戶成員、非家戶成員或親戚朋友中得到工具性的社會支持、以及是否提供了這些社會支持給各個家戶成員、非家戶成員或親戚朋友；採點方式為：「沒有接受/提供」為 0 分、「有接受/提供」為 1 分、「主要接受/提供者」為 2 分。與老人授受工具性社會支持的子女數（包括兒子、女兒、媳婦、女婿及孫子）從 0 到 12 人（平均 3.45 人，SD=2.32），親友數（包括朋友、鄰居及親戚）從 0 到 8 人（平均 0.15 人，SD=0.57）；因此，配偶、子女、親友三類不同來源的社會支持之代表得分分別從 0 至 8 分、0 至 96 分、0 至 64 分；得分愈高意味老人的工具性社會支持接受度或提供度愈多。

關於以「有接受／提供」為 2 分之採點方式，容易受到過度簡化其實質內涵之批評，且不同內容的工具性社會支持所意味的度量不太相同，例如金錢支持與物質支持就很難以同等的「度量」來衡量。這些問題是本研究所用資料及調查研究本身之限制，不過，目前並沒有更完整的資料，也沒有更適切的處理方法，因此本研究仍遵循當初建構該資料的方式來進行採點。

情感性社會支持則包含傾聽心事、關心和愛 2 項目。受訪老人評量從配偶、子女（兒子、女兒、媳婦、女婿及孫子）、親友（朋友、鄰居及親戚）接受到的，以及提供給子女、親友的情感性社會支持的程度（註：該調查資料中，並未測量老人提供給配偶的情感性社會支持）；接受度的採點方式為：「非常不願意傾聽/非常不關心」為 1 分、「不太願意傾聽/不太關心」為 2 分、「願意傾聽/關心」為 3 分、「很願意傾聽/很關心」為 4 分、「非常願意傾聽/非常關心」為 5 分；提供度的採點方式為：「從未」為 1 分、「很少」為 2 分、「有時候會」為 3 分、「大部份會」為 4 分、「總是會」為 5 分。三類不同來源的社會支持之代表得分均從 2 至 10 分；得分愈高意味老人的情感性社會支持接受度或提供度愈多。

必須特別注意的地方是，問卷裡詢問情感性社會支持之方式偏向於老人的「知覺 (perceive)」層面，例如傾聽心事之問句為：「當你需要和人談談你的問題或你的心事時，你覺得他們願不願意聽你講？」嚴格說起來，這應該稱之為自覺情感性社會支持之可獲取度或提供度，而在此，本研究為對應工具性社會支持，故簡略地稱為情感性社會支持接受度或提供度。

又及，單身老人因無配偶，故有關其配偶之各類社會支持得分均為 0。

3. 身心健康

使用測量憂鬱傾向、生活滿意度及自覺不健康情形三種量表。憂鬱傾向是引用美國流行病研究中心發展出的憂鬱量表 (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D) 來測量，包含為一些平常的小事擔心、覺得心情很不好、覺得很寂寞、覺得很悲哀等 17 個項目；採點方式為：「沒有這種感覺」為 0 分、「很少（一星期少於一天）有這種感覺」為 1 分、「有時候會（一星期一至四天）有這種感覺」為 2 分、「經常或一直有這種感覺」

為 3 分。代表得分從 0 至 51 分，內在效度 α 係數分別為 .88；得分愈高意味老人的憂鬱程度愈強烈。

生活滿意度則引用 Neugarten 等人在 1961 年設計的 10 個二分類 (0,1) 項目所構成的量表，包括你對你的一生感到滿意、你對你做的事感覺有意思等項目；採點方式為：「不同意」為 0 分、「同意」為 1 分。此量表之信度與效度已被支持 (Liang, 1986)。經內在效度 α 係數檢視，刪除 2 個相關極低的項目後， $\alpha = .77$ ；代表得分從 0 至 8 分；得分愈高意味老人的生活滿意度愈高。

自覺不健康情形是讓受訪老人回答 4 項目：自覺健康情形、對身體健康滿意程度、與同年齡的人做比較、以及與一年前的自己做比較。採點方式為：前兩個項目，「很好」為 1 分、「好」為 2 分、「普通」為 3 分、「不太好」為 4 分、「很不好」為 5 分；後兩個項目，「較好」為 1 分、「差不多」為 2 分、「較差」為 3 分。代表得分從 4 至 16 分，內在效度 α 係數為 .82；得分愈高意味老人的自覺健康情形愈差。自覺不健康與前述實際罹病程度、日常生活依賴度這兩種生活壓力可能有相當部份的重疊，不過，自覺不健康測量的是較偏向老人自身的態度及其心理感受，而這種感受常可能因實際健康、社會支持授受情形而有所改變，也就是說，老人的罹病程度、日常生活依賴度及社會支持均可能影響老人的自覺健康或不健康，因此本研究亦使用這個量表，以更多面相地瞭解生活壓力、社會支持與不同種類老人健康之關係。

所有測量的變項之次數分配、平均值及標準差列於表 2 (注)。

表 2 測量變項之次數分配資料

變項名稱及 代表得分範圍	得分範圍	人數	平均值(標準差) 及合計人數
罹病程度 (0-71)	0	431	5.79 (5.35)
	1-10	2,736	n=3,751
	11-20	494	
	21-30	81	
	31-40	5	
	41-	1	

日常生活依賴度 (0-39)	0	1,299	6.35 (9.03) n=4,022
	1-13	2,091	
	14-26	412	
	27-39	220	
配偶・工具・受 (0-8)	0	2,689	0.60 (0.99) n=4,049
	1-2	1,219	
	3-4	119	
	5-6	21	
	7-8	1	
子女・工具・受 (0-96)	0	668	5.45 (4.90) n=4,049
	1-12	3,017	
	13-24	347	
	25-36	17	
親友・工具・受 (0-64)	0	3,871	0.14 (0.81) n=4,049
	1-8	171	
	9-18	7	
配偶・工具・授 (0-8)	0	3,653	0.19 (0.67) n=4,049
	1-2	336	
	3-4	48	
	5-6	12	
子女・工具・授 (0-96)	0	1,368	3.56 (4.26) n=4,049
	1-12	2,510	
	13-24	161	
	25-36	9	
	37-	1	
親友・工具・授 (0-64)	0	3,923	0.09 (0.62) n=4,049
	1-8	124	
	9-16	2	
配偶・情感・受 (2-10)	2-4	133	8.02 (1.92) n=2,530
	5-7	750	
	8-10	1,647	
子女・情感・受 (2-10)	2-4	173	7.62 (4.80) n=3,599
	5-7	1,445	
	8-10	1,981	
親友・情感・受 (2-10)	2-4	739	5.91 (1.80) n=3,851
	5-7	2,491	
	8-10	621	

子女・情感・授 (2-10)	2-4	216	8.50 (1.95) n=3,637
	5-7	624	
	8-10	2,797	
親友・情感・授 (2-10)	2-4	751	7.17 (2.57) n=3,885
	5-7	1,117	
	8-10	2,017	
憂鬱度 (0-51)	0	357	9.33 (8.59) n=3,851
	1-17	2,929	
	18-34	470	
	35-51	95	
生活滿意度 (0-8)	0	142	5.05 (2.35) n=3,811
	1-2	564	
	3-4	680	
	5-6	1,040	
	7-8	1,385	
自覺不健康 (4-16)	4-7	1,002	9.64 (2.91) n=3,899
	8-11	1,879	
	12-15	921	
	16	97	

參、研究結果

一、各變項間的相關

爲了初步瞭解老人們的人口變項、生活壓力、社會支持及身心健康之間的關係，進行相關分析，其結果列於表 3。

關於社會支持變項之間的關係，當授受對象是子女或親友時，工具性或情感性社會支持的提供度與接受度之間均有相當高的顯著正相關 ($r=.37- .73$)；對象是配偶時，工具性社會支持的提供度與接受度之間亦呈顯著正相關；意味老人與配偶、子女、親友之間的社會支持授受關係處在互惠狀態。社會支持與身心健康之間的關係，不論是配偶、子女或親友，工具性社會支持的提供度或接受度與老人身心健康之間的相關，即使達顯著水準，其係數

表 3 人口變項、生活壓力、社會支持、身心健康等變項間之相關

變項	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
1.性別																					
2.年齡	.10***																				
3.婚姻狀態	.24***	.28***																			
4.子女數	.10***	.05**	-.10***																		
5.教育程度	-.45***	-.24***	-.21***	-.17***																	
6.收入	-.24***	-.33***	-.32***	-.08***	.50***																
7.罹病程度	.18***	.11***	.08***	-.02	-.17***	-.17***															
8.日常生活依賴度	.23***	.41***	.19***	.03	-.26***	-.30***	.40***														
9.配偶、工具、受	-.29***	-.13***	-.45***	.01	.21***	.21***	-.02	-.01													
10.子女、工具、受	.17***	.20***	.02	.40***	-.23***	-.21***	.08***	.22***	.06***												
11.親友、工具、受	.01	-.01	.08***	-.07***	.01	-.03	.04**	.07***	-.05**	.02											
12.配偶、工具、受	-.02	-.08***	-.20***	-.02	.08***	.11***	-.02	-.10***	.21***	.01	-.03*										
13.子女、工具、受	.16***	.06***	-.03	.35***	-.12***	-.09***	.05**	.03	.02	.73***	.00	.19***									
14.親友、工具、受	.02	-.01	.03*	-.05***	-.01	-.02	.02	.04*	-.04**	.01	.59***	.02	.07***								
15.配偶、情感、受	-.15***	.00	-.14***	.04	.14***	.16***	-.13***	-.09***	.13***	.04	-.07***	.03	.03	.03	-.08***						
16.子女、情感、受	-.05**	-.02	-.07***	.09***	.13***	.12***	-.14***	-.10***	.03	.11***	-.05**	.02	.07***	-.07***	.64***						
17.親友、情感、受	-.07***	-.01	-.00	-.02	.12***	.11***	-.08***	-.09***	.00	-.07***	.01	.02	-.04*	.00	.25***	.32***					
18.子女、情感、受	-.04*	-.16***	-.15***	.02	.16***	.18***	-.08***	-.20***	.08***	.02	-.07***	.04*	.05**	-.07***	.33***	.37***	.17***				
19.親友、情感、受	-.03	-.10***	-.10***	-.00	.10***	.13***	-.02	-.14***	.02	-.02	-.04**	.03	.02	-.01	.11***	.17***	.46***	.61***			
20.憂鬱度	.17***	.09***	.14***	-.07***	-.19***	-.18***	.44***	.35***	-.07***	-.00	.06***	-.03	-.02	.06***	-.24***	-.27***	-.15***	-.18***	-.14***		
21.生活滿意度	-.10***	-.06***	-.18***	.13***	.19***	.24***	-.29***	-.23***	.08***	.04**	-.08***	.04*	.06***	-.07***	.28***	.34***	.20***	.24***	.19***	-.55***	
22.自覺不健康情形	.22***	.10***	.09***	.01	-.27***	-.27***	.55***	.47***	-.04*	.09***	.05**	-.03*	.04**	.06***	-.15***	-.17***	-.11***	-.17***	-.14***	.49***	-.39***

註：(1)性別代碼，男性為1、女性為2。

(2)婚姻狀態，有偶為1、單身為2。

(3)收入代碼，每月在3千元以下者為1，3千至未滿5千元者為2，5千至未滿1萬元者為3，1萬至未滿1.5萬元者為4，1.5萬至未滿2萬元者為5，2萬至未滿5萬元者為6，5萬元以上者為7。

(4)* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

亦相當低；意味不論與哪一對象授受的工具性社會支持是多寡，都不太影響老人的身心健康。相較於此，三類不同來源的情感性社會支持的提供度或接受度則與老人的身心健康之間有中等程度以上的顯著相關（ $r = -.14$ — $-.24$, $.19$ — $.34$ ），顯示不論是哪一類來源，情感性社會支持的提供度或接受度愈多，老人的憂鬱度愈低、生活滿意度愈高、自覺健康情形也愈好。

至於生活壓力與社會支持之間的關係，除了日常生活依賴度與子女提供的工具性社會支持之間呈中等顯著正相關（ $r = .22$ ）或與提供給子女的情感性社會支持之間呈中等顯著負相關（ $r = -.20$ ）（意味日常生活依賴度愈高的老人，子女提供給他的工具性社會支持愈多、他提供子女的情感性社會支持愈少）之外，其餘的相關係數都不高，因此可說生活壓力與社會支持這兩大類變項相互獨立不相依。生活壓力與身心健康之間均呈中高程度以上的顯著相關（ $r = -.23$ — $-.29$, $.35$ — $.55$ ），意味罹病程度愈高、日常生活依賴度愈大的老人，憂鬱度愈高、生活滿意度愈低、自覺健康情形也愈差。

三種身心健康之間雖有相當程度的顯著相關，然而決定係數為 $.15$ — $.30$ ，顯示三者間的概念雖有重疊，但仍應各個加以分析。

二、社會支持對身心健康之影響

接下來探討單一來源、單一種類的社會支持對身心健康之影響。由於人口變項與三種身心健康變項間幾乎均有顯著相關，因此預先以身心健康變項為依變項、六個人口變項為說明變項，進行複迴歸分析；結果發現，年齡變項並未對任一身心理健康變項產生顯著影響，所以接下來的迴歸分析就去除年齡此一變項。而生活壓力與身心健康間亦均有顯著相關，故以五個人口變項及兩生活壓力作為控制變項，進行階層複迴歸分析（hierarchical regression analyses）。第一步驟放入五個人口變項、第二步驟放入兩種生活壓力變項、第三步驟放入單一來源且單一種類的社會支持提供度或接受度，以三種身心健康分別作為依變項，來瞭解單一社會支持對身心健康之影響及解釋量。

從表 4 所列的結果可以得知，五個人口變項對身心健康的解釋變異量在 6% — 10% 之間，女性老人的憂鬱度較高、自覺健康情形較差；單身老人的憂鬱度較高；子女愈多的老人，憂鬱度愈低、生活滿意度愈高；而教育程度愈

表 4 單一來源、單一種類的社會支持對身心健康之影響
——階層複回歸分析

依變項	憂鬱度 (n=1871)			生活滿意度 (n=1862)			自覺不健康 (n=1884)		
說明變項	β	R ²	ΔR^2	β	R ²	ΔR^2	β	R ²	ΔR^2
第一步驟：人口變項									
性別	.11***			-.04			.15***		
婚姻狀態	.05*			.00			-.00		
子女數	-.09***			.11***			-.02		
教育程度	-.12***			.11***			-.14***		
收入	-.08**	.06	.06***	.17***	.06	.06***	-.14***	.10	.10***
第二步驟：生活壓力									
罹病程度									
日常生活依賴度		.27	.21***		.14	.07***		.40	.30***
第三步驟：社會支持									
配偶・工具・受		.27	.00		.14	.00		.40	.00
配偶・工具・授		.27	.00		.14	.00		.40	.00
配偶・情感・受		.30	.03***		.19	.05***		.41	.01***
子女・工具・受		.27	.00		.14	.00		.40	.00
子女・工具・授		.27	.00		.14	.00		.40	.00
子女・情感・受		.29	.02***		.21	.07***		.41	.01***
子女・情感・授		.28	.01***		.17	.03***		.41	.01***
親友・工具・受		.27	.00		.14	.00		.40	.00
親友・工具・授		.27	.00		.14	.00		.40	.00
親友・情感・受		.28	.01***		.17	.03***		.40	.00
親友・情感・授		.29	.02***		.17	.03***		.41	.01***

註：(1)性別代碼，男性為 1、女性為 2。

(2)婚姻狀態，有偶為 1、單身為 2。

(3)收入代碼，每月在 3 千元以下者為 1，3 千至未滿 5 千元者為 2，5 千至未滿 1 萬元者為 3，1 萬至未滿 1.5 萬元者為 4，1.5 萬至未滿 2 萬元者為 5，2 萬至未滿 5 萬元者為 6，5 萬元以上者為 7。

(4)* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$

高或收入愈多的老人，憂鬱度愈低、生活滿意度愈高、自覺健康情形愈好。兩種生活壓力對身心健康所增加的解釋變異量在 7%—30% 之間。配偶、子女提供的情感性社會支持，不論對老人的憂鬱度、生活滿意度或自覺健康情形所增加的解釋變異量均達顯著水準，親友提供的情感性社會支持亦對老人的憂鬱度或生活滿意度有顯著影響；老人提供給子女、親友的情感性社會支持對老人的憂鬱度或生活滿意度所增加的解釋變異量也達顯著水準；此外，老人提供給親友的情感性社會支持對老人的自覺不健康亦有顯著影響。至於工具性社會支持之提供度或接受度則對老人的身心健康沒有顯著影響。

再來探討各個來源、各個種類的社會支持在身心健康上的相對重要性。同樣以五個人口變項及兩種生活壓力作為控制變項，以身心健康作為依變項，進行階層複迴歸分析。第一步驟放入五個人口變項、第二步驟放入兩種生活壓力變項、第三步驟放入所有來源、所有種類的社會支持提供度及接受度。在控制了人口變項及生活壓力後，11 種社會支持對憂鬱度、生活滿意度、自覺不健康情形的解釋變異量分別增加了 4%、10%、2%，均達 0.1% 顯著水準。

由表 5 可知，老人提供給子女或親友的情感性社會支持以及親友提供給老人的工具性社會支持愈多，老人的憂鬱度愈低；老人提供給子女的情感性社會支持以及老人與親友授受的工具性及情感性社會支持愈多，老人的生活滿意度愈高；而老人提供給親友的情感性社會支持愈多，老人的自覺健康情形愈佳。

三、生活壓力及社會支持對身心健康之影響

為檢討生活壓力及社會支持授受狀態對老人身心健康之影響，先依據生活壓力得點將老人分為高壓力—低壓力兩組，再分別求出各來源、各種類的社會支持提供度與接受度的授受差距得點（接受度減提供度），依據授受差距得點將老人分為提供多於接受（過少利益）、相等（平衡）、接受多於提供（過多利益）的三組，以五個人口變項作為共變量、三種身心健康作為依變項，進行 2×3 的多變項共變數分析（multivariate analyses of covariance）（註：因三種身心健康變項之間有中等程度以上的相關，不適合一開始就分離

表5 不同來源、不同種類的社會支持對身心健康之影響
——階層複回歸分析第三步驟之結果

說明變項	依變項 憂鬱度 (n=1871)	生活滿意度 (n=1862)	自覺不健康 (n=1884)
人口變項			
性別	.02	.00	.05*
婚姻狀態	.04	.02	-.01
子女數	-.06**	.09***	-.01
教育程度	-.06*	.05	-.09***
收入	.00	.09***	-.05*
生活壓力			
罹病程度	.33***	-.18***	.44***
日常生活依賴度	.21***	-.08***	.21***
社會支持			
配偶・工具・受	-.00	-.03	.01
配偶・工具・授	-.00	-.03	-.02
配偶・情感・受	-.02	-.00	-.02
子女・工具・受	.01	.02	-.01
子女・工具・授	-.02	.01	.04
子女・情感・受	.04	-.00	.04
子女・情感・授	-.11***	.10***	-.03
親友・工具・受	-.07*	.16***	-.02
親友・工具・授	-.02	.06*	.01
親友・情感・受	-.00	.06*	-.04
親友・情感・授	-.10***	.09**	-.09***
決定係數 (R ²)	.31	.24	.42
F 值	47.30***	32.15***	74.98***
自由度	18,1852	18,1843	18,1865

註：(1)性別代碼，男性為1、女性為2。

(2)婚姻狀態，有偶為1、單身為2。

(3)收入代碼，每月在3千元以下者為1，3千元至未滿5千元者為2，5千元至未滿1萬元者為3，1萬元至未滿1.5萬元者為4，1.5萬元至未滿2萬元者為5，2萬元至未滿5萬元者為6，5萬元以上者為7。

(4)* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$

單獨做單變項共變數分析)。依據 2×3 的六組所算出的三種身心健康變項得點的平均值列於表 6—表 15。當多變項共變數分析結果有顯著差異存在時，將分別對各個依變項作單變項共變數分析，再以 Scheffe's method 進行事後多重比較及單純主效果考驗；至於多重比較或單純主效果考驗的顯著水準則設定在 5%。

表 6 依罹病程度高低二組×與配偶之工具性社會支持授受差距三組所得之各變項之平均值及標準差

罹病程度	配偶・工具	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	75	6.95	6.75	5.85	2.04	8.05	2.43
	平衡組	849	7.01	6.49	5.55	2.21	8.31	2.45
	過多利益組	521	5.93	5.71	5.77	2.14	7.96	2.44
高組	過少利益組	74	10.47	9.07	5.27	2.39	10.66	2.49
	平衡組	890	12.37	9.43	4.60	2.31	11.04	2.54
	過多利益組	344	10.53	8.96	4.88	2.25	10.63	2.80

表 7 依罹病程度高低二組×與子女之工具性社會支持授受差距三組所得之各變項之平均值及標準差

罹病程度	子女・工具	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	607	6.63	6.55	5.74	2.18	8.09	2.44
	平衡組	339	6.63	5.65	5.62	2.18	8.08	2.35
	過多利益組	499	6.60	6.28	5.55	2.17	8.33	2.53
高組	過少利益組	561	11.82	9.45	4.67	2.37	10.92	2.63
	平衡組	256	12.20	9.70	4.66	2.30	10.66	2.55
	過多利益組	491	11.52	8.98	4.78	2.24	11.03	2.62

表 8 依罹病程度高低二組×與子女之情感性社會支持授受差距三組
所得之各變項之平均值及標準差

罹病程度	子女・情感	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	532	6.95	6.43	5.51	2.16	8.03	2.30
	平衡組	190	6.27	5.80	5.66	2.06	8.02	2.38
	過多利益組	668	6.41	6.22	5.83	2.18	8.33	2.57
高組	過少利益組	539	11.84	9.02	4.74	2.27	10.86	2.54
	平衡組	156	11.42	8.79	4.78	2.16	10.96	2.63
	過多利益組	557	11.61	9.61	4.79	2.36	10.92	2.66

表 9 依罹病程度高低二組×與親友之工具性社會支持授受差距三組
所得之各變項之平均值及標準差

罹病程度	親友・工具	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	7	7.71	5.62	7.14	0.90	8.86	2.73
	平衡組	1418	6.60	6.26	5.64	2.18	8.17	2.45
	過多利益組	20	7.75	5.89	5.55	2.11	8.35	2.43
高組	過少利益組	8	13.50	8.37	5.38	1.69	12.88	1.96
	平衡組	1277	11.76	9.33	4.71	2.32	10.90	2.61
	過多利益組	23	12.09	9.45	4.52	2.06	10.70	2.55

表 10 依罹病程度高低二組×與親友之情感性社會支持授受差距三組
所得之各變項之平均值及標準差

罹病程度	親友・情感	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	401	6.21	5.98	5.66	2.11	7.84	2.33
	平衡組	442	6.12	5.82	5.90	1.96	8.09	2.35
	過多利益組	586	7.29	6.73	5.45	2.37	8.48	2.57
高組	過少利益組	443	11.29	8.94	5.00	2.25	10.63	2.70
	平衡組	346	11.40	8.98	4.67	2.28	11.01	2.43
	過多利益組	512	12.49	9.86	4.47	2.35	11.09	2.64

表 11 依日常生活依賴度高低二組×與配偶之工具性社會支持授受差距
三組所得之各變項之平均值及標準差

日常生活 依賴度	配偶・工具	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	108	7.13	6.25	5.84	2.03	8.95	2.54
	平衡組	900	7.49	6.78	5.49	2.14	8.65	2.53
	過多利益組	562	5.53	4.78	5.77	2.02	8.16	2.48
高組	過少利益組	59	13.86	11.33	4.54	2.67	10.85	3.04
	平衡組	974	11.92	9.62	4.68	2.38	10.77	2.71
	過多利益組	343	11.75	9.60	4.78	2.40	10.68	2.89

表 12 依日常生活依賴度高低二組×與子女之工具性社會支持授受差距
三組所得之各變項之平均值及標準差

日常生活 依賴度	子女・工具	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	744	6.96	6.65	5.63	2.16	8.59	2.59
	平衡組	354	6.41	5.43	5.57	2.09	8.32	2.44
	過多利益組	472	6.72	5.90	5.64	2.00	8.47	2.50
高組	過少利益組	505	12.87	10.20	4.61	2.47	10.90	2.78
	平衡組	290	12.13	9.48	4.78	2.35	10.36	2.66
	過多利益組	581	11.08	9.29	4.74	2.36	10.83	2.80

表 13 依日常生活依賴度高低二組×與子女之情感性社會支持授受差距
三組所得之各變項之平均值及標準差

日常生活 依賴度	子女・情感	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	607	7.13	6.33	5.48	2.15	8.55	2.47
	平衡組	213	6.65	5.84	5.43	1.93	8.53	2.54
	過多利益組	694	6.42	6.04	5.87	2.06	8.47	2.59
高組	過少利益組	531	12.54	9.62	4.65	2.32	10.69	2.74
	平衡組	163	11.28	9.30	5.04	2.33	10.64	2.91
	過多利益組	620	11.50	9.80	4.80	2.44	10.81	2.74

表 14 依日常生活依賴度高低二組×與親友之工具性社會支持授受差距三組所得之各變項之平均值及標準差

日常生活 依賴度	親友・工具	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	10	10.20	7.02	5.60	2.72	9.70	3.53
	平衡組	1535	6.74	6.17	5.62	2.10	8.49	2.52
	過多利益組	25	6.92	5.35	5.32	1.70	8.60	2.22
高組	過少利益組	9	12.78	9.26	5.67	1.80	12.11	2.52
	平衡組	1343	11.94	9.71	4.69	2.40	10.74	2.77
	過多利益組	24	12.46	9.49	4.67	2.43	10.71	2.58

表 15 依日常生活依賴度高低二組×與親友之情感性社會支持授受差距三組所得之各變項之平均值及標準差

日常生活 依賴度	親友・情感	人數	憂鬱度		生活滿意度		自覺不健康	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
低組	過少利益組	458	6.79	6.24	5.68	2.03	8.36	2.50
	平衡組	493	6.43	6.12	5.72	1.99	8.57	2.50
	過多利益組	603	6.99	6.16	5.50	2.23	8.56	2.57
高組	過少利益組	450	11.45	9.38	4.92	2.33	10.46	2.86
	平衡組	343	11.41	9.15	4.77	2.34	10.66	2.71
	過多利益組	573	12.79	10.26	4.47	2.48	11.06	2.70

多變項共變數分析的結果，在控制了五個人口變項的影響後，兩類生活壓力得點高低組之主效果均達顯著水準（ $\Lambda = .80 - .99, p < .001$ ）；單變項共變數分析的結果發現，比起低壓力組，高壓力組的老人憂鬱度較高、生活滿意度較低、自覺健康情形較差（ $F = 4.28 - 667.76, p < .05$ ；註：僅在日常生活依賴度×親友間的工具性社會支持授受差距中，生活滿意度不因壓力是低是高而不同， $F < 1$ ）。

其次，控制了五個人口變項的影響後，在罹病程度高低兩組×授受差距三組中，與配偶間的工具性社會支持授受差距、與子女間的情感性社會支持

授受差距、與親友間的工具性或情感性社會支持授受差距之主效果達顯著水準 ($\Delta = .99 - 1.00, p < .10$)。單變項共變數分析及事後多重比較的結果發現：與配偶間的工具性社會支持授受差距三組中，比起過少利益組或過多利益組，平衡組的老人生活滿意度較差 ($F = 5.15, p < .01$)；與子女間的情感性社會支持授受差距三組中，比起過多利益組，過少利益組的老人生活滿意度較差 ($F = 3.30, p < .05$)；與親友間的工具性社會支持授受差距三組中，自覺健康情形雖在單變項共變數分析中達顯著水準 ($F = 3.18, p < .05$)，但事後多重比較並未發現顯著差異；與親友間的情感性社會支持授受差距三組中，比起平衡組，過多利益組的老人憂鬱度較高 ($F = 4.04, p < .05$)，比起過少利益組或平衡組，過多利益組的老人生活滿意度較低 ($F = 3.81, p < .05$)、自覺健康情形較差 ($F = 8.73, p < .001$)。在日常生活依賴程度高低兩組 $\times$ 授受差距三組中，與配偶間的工具性社會支持授受差距、子女間的工具性或情感性社會支持授受差距、與親友間的情感性社會支持授受差距之主效果達顯著水準 (Δ 均為 $.99, p < .05$)。單變項共變數分析及事後多重比較的結果發現：與配偶間的工具性社會支持差距三組中，比起過多利益組，過少利益組或平衡組的老人憂鬱度較高 ($F = 3.11, p < .05$)、比起過多利益組，平衡組的老人生活滿意度較低 ($F = 5.55, p < .01$)；與子女間的工具性社會支持授受差距三組中，比起平衡組，過多利益組的老人自覺健康情形較差 ($F = 7.10, p < .001$)，憂鬱度雖在單變項共變數分析中達顯著水準 ($F = 6.09, p < .01$)，但事後多重比較並未發現顯著差異；與子女間的情感性社會支持授受差距三組中，比起過多利益組，過少利益組的老人憂鬱度較高 ($F = 4.38, p < .05$)、生活滿意度較低 ($F = 6.09, p < .01$)；與親友間的情感性社會支持授受差距三組中，比起過少利益組或平衡組，過多利益組的老人自覺健康情形較差 ($F = 4.99, p < .01$)。

至於生活壓力高低兩組 $\times$ 社會支持授受差距三組之交互作用效果達顯著水準者，包括日常生活依賴度高低兩組 $\times$ 與配偶之間的工具性社會支持授受差距三組 ($\Delta = .99, p < .01$) 以及日常生活依賴度高低兩組 $\times$ 與子女之間的工具性社會支持授受差距三組 ($\Delta = .99, p < .05$)，單純主效果考驗的結果，憂鬱度皆達顯著水準 ($F = 6.48$ 和 $4.19, p < .05$)，但事後多重比較中，卻都未出現顯著差異。

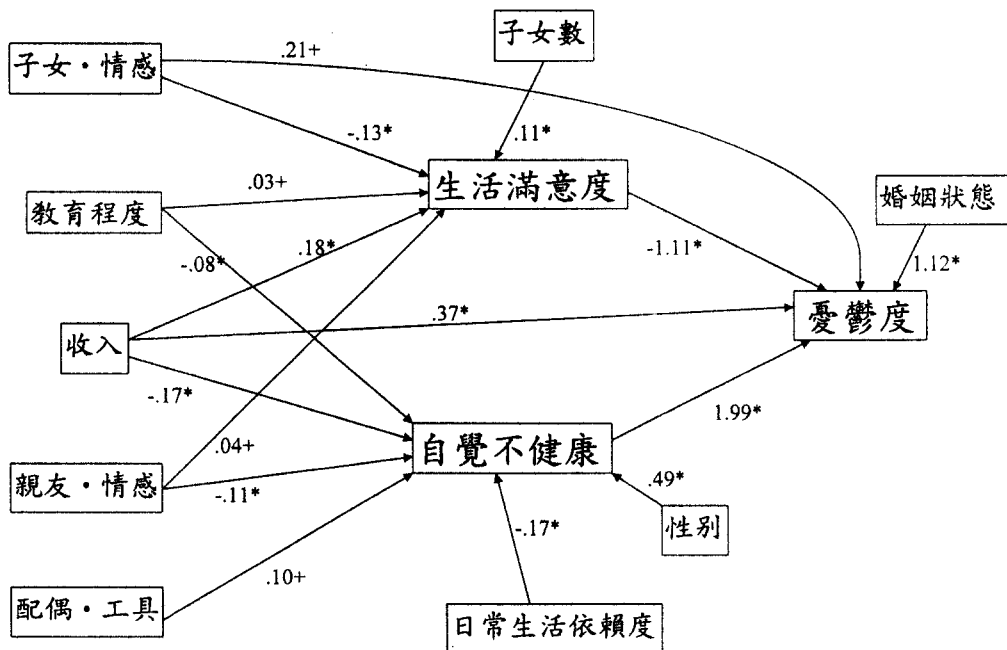
四、因果關係模型

上述分析中，我們以迴歸模型及多變項共變數分析方法，作為測試人口變項以及各種社會指標與老人憂鬱度、生活滿意度、自覺不健康之間的單向遞迴模型（recursive model）。接下來，我們將嘗試作更進一步的模型建構，以瞭解老人憂鬱度、生活滿意度及自覺不健康情形與人口變項、生活壓力、社會支持授受平衡的因果關係。

首先，我們嘗試建立老人憂鬱度、生活滿意度與自覺不健康間彼此交互相關的因果模型，這一因果關係即為經濟學文獻與統計科學文獻中所謂的非遞迴模型（nonrecursive model）。過去許多有關老人身心健康的研究均指出，老人罹患的慢性疾病與日常生活上的不便，成為生活壓力之來源，造成老人憂鬱症狀的增加（Aneshensel et al., 1984；Krause, 1987）；其他相關研究也顯示，健全的社會網絡關係與社會支持會提昇老人生活滿意度、減少生活壓力的副作用，進而影響老人自覺健康；而自覺不健康這一變數又是影響老人死亡的一個最佳預測變項（Idler & Kasl, 1991）；此外，社會支持有助於身心適應，在個人面對日常生活壓力時，能發揮保護以及中介調節的機制，影響身心健康進而產生較高的生活滿意度。

過去的研究均將老人身心健康狀況作為非遞迴模型中的內生變項（endogenous variable）或依變項（dependent variable），鮮少測試這些身心健康變項間的交互因果關係，所以我們將老人身心健康的三個指標以及彼此間交互作用的因果關係作為內生變項，置於模型中，呈一非遞迴模型，作為估計人口變項、生活壓力、社會支持授受平衡度與老人身心健康內生變項的依據。也就是說，當生活壓力、社會支持等相關因素不變時，老人憂鬱度會直接影響生活滿意度與自覺不健康，而老人的生活滿意度也會直接影響憂鬱度與自覺不健康，此外，老人自覺不健康亦直接影響憂鬱度與生活滿意度。人口變項包括性別、婚姻狀態、子女數、教育程度、收入；生活壓力以日常生活依賴度（ADL）為指標；社會支持授受平衡度則是分別求出各來源、各種類的社會支持提供度與接受度的授受差距得點後，取其絕對值（絕對值愈趨於0意味愈平衡，絕對值愈大則愈不平衡），一共有五種社會支持授受平衡

度：配偶的工具性社會支持平衡度、子女的工具性社會支持平衡度、子女的情感性社會支持平衡度、親友的工具性社會支持平衡度及親友的情感性社會支持平衡度。由於日常生活依賴度與罹病程度之間有較高的相關 ($r=.40$)，且分別估計後得到的結果極為相似，因此我們在估計此一聯立方程式時，僅以日常生活依賴度作為生活壓力的指標。而這一非遞迴模型所構成的聯立方程式 (Simultaneous Equation) 求解條件，則首先需要滿足此聯立方程式的可認定性 (identifiability)。估計方法中的工具性變項 (instrumental variable) 常用來作為認定這一聯立方程式並求解的一項方法 (Fox, 1984; Johnston, 1984)。依據理論模型及經驗研究結果，三組方程式中憂鬱度之方程式將以婚姻狀態，生活滿意度之方程式將以子女數，而自覺不健康之方程式將以性別作為估計這一聯立方程式參數的工具性變項。統計方法中的最大近似法 (Maximum Likelihood Method) 將作為估計這個聯立方程式中各項不同參數的方法。表 16 及圖 1 列出這個聯立方程式中估算所得的迴歸係數



注： + $p < .10$, * $p < .05$

圖 1 聯立方程式模型結果圖 (達顯著水準者)

以及標準化迴歸係數及其顯著水準 ($p < .10$) 的結果。

憂鬱度作為內生變項的方程式中，婚姻狀態、收入、子女的情感性支持授受平衡度、生活滿意度及自覺不健康均達顯著水準。其次，生活滿意度作為內生變項的方程式中，子女數、教育程度、收入、子女及親友的情感性支持授受平衡度達顯著水準。最後，在影響自覺不健康為內生變項的方程式中，性別、教育程度、收入、日常生活依賴度、配偶的工具性社會支持授受平衡度、親友的情感性支持授受平衡度及憂鬱度達顯著水準。

這一非遞迴聯立方程式模型所呈現的結果，說明老人身心健康的三個內生變數間，並沒有顯示交互影響的因果關係，有異於我們原先的設想。老人的自覺不健康與生活滿意度會個別地影響憂鬱度；但在控制其他變項後，自覺不健康與生活滿意度之間並不相互影響、也無因果關係。人口變項中，老人的收入會直接或間接地影響老人的三種身心健康；而婚姻狀態僅影響老人憂鬱度；子女數可能影響生活滿意度，並間接影響老人憂鬱度；性別、教育程度及日常生活依賴度會影響自覺不健康，並間接影響老人憂鬱度。社會支持授受平衡度在這一模型中，僅子女之情感性支持授受平衡度會直接影響憂鬱度，且亦會影響生活滿意度，再進而間接影響憂鬱度；親友的情感性支持授受平衡度會直接影響生活滿意度或自覺不健康，從而間接影響憂鬱度。這一聯立方程式估計所的結果，進一步釐清了老人身心健康內生變項間與人口變項、生活壓力及社會支持授受平衡度間的因果關係。

肆、結論與討論

本研究探討台灣老人的生活壓力、社會支持與身心健康之間的關係；將老人的持續性生活壓力分為罹病程度及日常生活依賴度兩大類，身心健康分為憂鬱度、生活滿意度及自覺不健康三大類，從提供與接受社會支持之授受觀點以及種類與來源兩層面之社會支持特殊性觀點，來更詳細、深入地掌握老人社會支持的狀態及其影響。

首先，相關分析的結果顯示，不論是哪一種類或是哪一來源，台灣老人接受到的社會支持與提供的社會支持之間有顯著相關，意味台灣老人會回報

相同種類的社會支持予提供給自己社會支持的人們，也就是說，老人和配偶、子女或親友之間的社會支持處在相當互惠的狀態中。這和 Acitelli & Antonucci (1994)、周玉慧、深田博己 (1996)、周玉慧 (1997) 等人的研究結果相一致。至於罹病程度、日常生活依賴度兩大類持續性生活壓力愈大的老人，其憂鬱度愈高、生活滿意度或自覺健康情形愈差，和周雅容 (1996)、Arling (1987)、Krause (1987) 等人的研究結果相符。人口變項和老人身心健康間的關係也和以往多數研究的結果相符：女性老人，年齡較高的老人、單身老人、子女數較少的老人、教育程度較低的老人、或收入較少的老人，其身心健康情形較差。

社會支持與老人身心健康間的相關分析結果顯示，因不同支持種類而對老人身心健康有不同影響。不論是對哪一來源，接受或提供愈多情感性社會支持的老人，其身心健康愈佳，但工具性社會支持卻並沒有與老人的身心健康有明顯關連。這樣的結果和 Antonucci (1985) 相符；不僅如此，從檢討單一來源、單一類型的社會支持對身心健康之影響的階層複迴歸分析之結果更可清楚看出相同傾向。同樣以台灣老人為研究對象的周雅容 (1996) 發現，來自配偶、兒子、女兒或朋友的社會支持都和老人的身心健康有顯著正相關，這和本研究的結果部份相符；但本研究更進一步指出因社會支持種類可能出現的不同。林松齡 (1993) 以老人對不同社會需求所期待的支持程度來界定各種社會需求的相對重要性，發現對老人來說，最重要的需求是衣物換洗，接下來依次為：住屋清潔打掃、採買日常用品、金錢支持、閒聊慰藉、短暫病痛的照料、長期疾病的陪伴照顧、金錢處理、致送美食點心、提供交通等。其中絕大多數是屬實質上、工具性的支持，僅有一項閒聊慰藉為情感性支持，且重要性僅列第五。因此，我們要問：何以重要性較高的工具性支持之授或受對老人身心健康的影響甚微，反倒是較不重要的情感性支持之授或受能促進其身心健康？我們推測，至少有兩種可能。第一種可能是：或許因為閒聊慰藉等情感性支持較不容易得到，使得老人降低自己的要求水準，又或許因為中國社會強調情感內斂，使得老人不太願意承認自己情感方面的需要；然而一旦老人真能與人分享（包括授與受）情感方面的支持時，情感性支持的正面影響就很容易顯現出來。第二種可能則是：本研究的資料本身之限制；

這份調查以不同方式來測量工具性社會支持及情感性社會支持，因使用度量不同，導致結果出現明顯差異；未來在測量同樣問題時，應更加慎重考慮這一部份。

至於老人的社會支持之相對重要性，則因支持種類、支持來源、授或受而大不相同。與配偶有關的社會支持全都無關緊要；與子女有關的社會支持，則只有老人提供給子女的情感性支持愈多者，其憂鬱度愈低、生活滿意度愈高；與親友有關的社會支持反而較有影響：親友提供給老人愈多工具性或情感性社會支持、老人提供給親友愈多工具性或情感性支持，都可能促進老人的身心健康。由這些結果可知，相較於配偶、或工具性社會支持、或社會支持接受度，老人提供給子女或親友的情感性社會支持方為老人身心健康的指標之一。林松齡（1993）、周雅容（1996）發現：在實際生活各層面，配偶提供了大部分的支持，顯示配偶仍是實際生活中的主要支持來源，但在控制其他來源的社會支持後，配偶提供的支持並不影響老人的心理適應。本研究的結果進一步發現，無論是配偶提供給老人的工具性或情感性支持，也無論是老人提供給配偶的工具性支持，在控制其他種的社會支持後，都不影響老人的身心健康。這除了周雅容提出的推測之外（註：周雅容的推測為——在中國文化影響下的家庭結構的主要二者關係(dyadic relation)是「父—子」，與西方文化以「夫—婦」為主要家庭關係不同；對目前在台灣的這一代老人而言，老年期生活中的「夫—婦」關係或許不如「父—子」或「母—子」關係來得重要），另一個可能的解釋是：對台灣老人而言，長年夫婦休戚與共的生活，彼此間的情分已充分到難分彼此，一切支持的授或受似乎都成為理所當然，比起子女或親友的社會支持，其作用就變得不那麼明顯。

另一個令人感興趣的現象是，對台灣老人來說，社會支持的提供度，尤其是情感性社會支持的提供度才能促進身心健康！陸洛（1995）發現，社會支持提供度或接受度愈多，高雄地區成人的憂鬱度或焦慮感愈低；Lu & Argyle（1992）發現社會支持提供度愈多負擔感愈強，接受度愈多負債感及不安程度愈強；福岡欣治（1994）發現，不論是社會支持的提供度或接受度都未與日本大學生的憂鬱度有明顯關係；周玉慧（1996）則發現，社會支持提供度或接受度愈多，日本大學生的身體健康有愈差的傾向。從這些研究結

果，我們幾乎找不出一致的結論；而且，這些研究也都沒有區分支持之種類或來源。我們推測，老人所能提供給別人的支持，在老年期以前，偏向生活上、實質上、金錢上的支持，進入老年期、退出工作養家的角色後，則轉為偏向心理上、情感上的支持；同時，對老人而言，能提供支持給別人，意味自己有能力、還「有用」，更意味自己受到別人的需要及重視，從而促進其身心健康。可惜的是，由於本研究用的資料中，並未測量老人提供給配偶的情感性社會支持，無法明瞭對配偶的情感性社會支持提供度是否亦能促進老人身心健康，只有留待未來再加驗證。

接下來，我們應用直接模式及緩衝模式，依生活壓力高低將老人分成兩組，再依社會支持提供度與接受度的差距將老人分成三組，進行多變項變異數分析，來檢驗生活壓力與社會支持授受對老人身心健康產生之影響。結果可歸納為以下三點：(1)類似於相關分析的結果，罹病程度及日常生活依賴度這兩種持續性生活壓力對老人身心健康確實造成相當大的不良影響；(2)社會支持授受是平衡、是過多利益、或是過少利益，對老人身心健康產生了某些影響——部份證實直接模式的假設——，且這些影響，因支持種類、來源而不同；(3)生活壓力與社會支持授受之交互作用並不明顯——緩衝模式的假設並未得到證實——，緩衝模式或許不適合應用於社會支持授受。(2)的結果大體上又可分為三大類。第一大類為：對配偶的工具性社會支持處於過多利益狀態下的老人比處於平衡狀態下的老人之身心健康來的好；對子女的情感性社會支持處於過多利益狀態下的老人比處於過少利益狀態下的老人之心理健康來得好。第二大類是：對親友的情感性社會支持處於過少利益或平衡狀態下的老人比處於過多利益狀態下的老人之身心健康來得好。第三大類則為：對子女或是對親友的工具性社會支持不太因平衡與否、過多或過少利益而產生不同影響。

關於這些差異甚大的結果，或許可以參考 Clark 以及黃光國等人的看法來作解釋。根據 Clark & Mills (1979)、Clark et al. (1987)、Clark & Reis (1988) 的論點，在親子、夫婦等共有關係中，人們以彼此的需求作為互動焦點，因此社會支持的提供與接受會增加親密度，若太強調社會支持的平衡反而會使彼此關係品質下降；但在同事、上司與部下等交換關係中，彼此關切

投資報酬率，所以平衡與否就是關係能否維持的重要因素。黃光國（1988）也指出，中國社會中個人可能擁有三大類人際關係，情感性關係適用需求法則、工具性關係適用公平法則、混和性關係適用人情法則。我們推測，持續性的生活壓力對老人身心健康明顯造成不良影響，使得老人需求較多社會支持，而依 Clark 及黃光國的觀點，老人與配偶、子女之間的關係屬於共有關係、情感性關係，不適用平衡理論，適用需求法則，因此，能夠獲得較多支持，處於過多利益下的老人之身心健康，會優於處於平衡狀態下的老人。相反的，老人與親友之間的關係偏向交換關係、混和性關係、甚至工具性關係，不適用需求原則，較適用平衡理論，因此處於平衡狀態下的老人之身心健康優於處於過多利益下的老人；本研究的結果可以說是證實了這些學者的論點。不僅如此，與親友間的支持關係處於過少利益下的老人之身心健康亦優於處於過多利益下的老人，這也和 Antonucci & Jackson (1990) 的假設相符。

再者，本研究嘗試在人口變項、生活壓力、社會支持授受平衡及老人身心健康之間建構一因果模型，並驗證此因果模型之聯立方程式；結果不僅更加清楚呈顯變項間的關係，也支持並整合了本研究的上述分析結果。從因果模型的結果可以得知，情感性社會支持授受平衡度會直接或間接影響老人的身心健康，且如多變項共變數分析的結果一般，與子女間的情感性社會支持愈平衡則老人身心健康愈差，與親友間的情感性社會支持愈平衡則老人身心健康愈良好，再一次證實了不同「關係（支持來源）」的不同影響；另一方面，不論是與配偶、子女或親友，工具性社會支持授受平衡度幾乎都不對老人的身心健康有直接或間接影響，亦復證實了不同「支持種類」的不同影響。此外，五個人口變項中，只有「收入」變項對三種身心健康變項均呈現顯著效應，意味收入的多寡對老人晚年生活影響甚巨，值得未來深入探討。

歸結本研究的分析結果，首先我們得知，持續性生活壓力對老人身心健康的不良影響相當強，而在控制了生活壓力後，社會支持，尤其是情感性社會支持的提供或接受對老人身心健康仍有良好的促進作用；特別是老人提供給子女或親友的情感性社會支持，相形之下更為重要。其次，比起緩衝模式，直接模式似乎較適於用來解釋生活壓力—社會支持授受—身心健康之間的關

係；而且，這三大類變項間的關係，因社會支持的種類及來源而不同。最後，以聯立方程式驗證我們設定的因果模型之結果，則更進一步清楚顯示老人與子女的情感性社會支持授受處於愈不平衡的狀態、或老人與親友的情感性社會支持授受處於愈平衡的狀態時，老人的身心健康情形愈良好；同時亦再次凸顯「支持種類與來源之交互作用」之重要性。

本研究發現，平衡理論雖能解釋一小部份我國老人社會支持授受的影響，但並不足以全面性地涵蓋，周玉慧（1997）也同樣發現，平衡理論無法完整解釋我國青年學生社會支持授受可能產生的影響，因此，未來應朝向發展一套適於解釋我國社會支持授受行為的理論而努力。另一方面，由於本研究的資料為同時性資料（cross-sectional data），雖設定並驗證了因果模型，仍待考慮時間的推移，作進一步考察。本研究也發現，收入的多寡是影響老人各種身心健康良否的重要指標，未來的研究亦應將老人依收入多寡分群，作更深入詳細的探討。

注：承蒙審查者之一指出，表2中所顯示的「配偶・工具・受」，「親友・工具・受」、「配偶・工具・授」、「親友・工具・授」四變項之變異量相當小（均在1.00以下），對多變項分析結果可能產生一些影響，故而將此四個變項從表5中除去，再次進行分析。結果發現，即使去除了這四個說明變項，其餘變項對三類身心健康變項之解釋量亦完全沒有增減，僅有部份說明變項之 β 值略有變動，可見這四變項對身心健康變項之影響並不大，所以仍維持原有表5之分析。

參考資料

行政院經濟建設委員會

- 1993 《中華民國臺灣地區民國 81 至 125 年人口推計》。

李孟芬

- 1993 〈臺灣老人的非正式社會支持與生活滿意度之關係研究〉，見李孟芬主編，《臺灣地區老人保健與生活研究論文集（第一輯）》，頁 5-1—5-25。臺中：臺灣省家庭計畫研究所。

林松齡

- 1993 〈老人社會支持來源與老人社會需求：兼論四個社會支持模式〉，見王國羽主編，《社會安全問題之探討》，頁 265—289。嘉義：國立中正大學社會福利學系。
- 1996 〈已婚有偶老人社會支持來源與老人心理適應〉，行政院國家科學委員會，《研究彙刊人文及社會科學》，頁 273—300。

周玉慧

- 1997 〈社會支持之平衡性與身心健康：臺灣青年學生之分析〉，中央研究院中山人文社會科學研究所《人文及社會科學集刊》9(1)：161—201。

周雅容

- 1996 〈不同來源的社會支持與老年人的心理健康〉，見楊文山、李美玲主編，《人口變遷、國民健康與社會安全》，頁 219—246。臺北：中央研究院中山人文社會科學研究所。

黃光國

- 1988 〈人情與面子：中國人的權力遊戲〉，見楊國樞（編），《中國人的心理》，頁 289—318。台北：桂冠圖書公司。

陸洛

- 1995 「社會支持之潛在負向作用」，行政院國家科學委員會專題研究成果報告。

張明正

- 1996 〈臺灣地區高齡人口結構之變遷與老人經濟之自立性〉，見楊文山、李美玲主編，《人口變遷、國民健康與社會安全》，頁 1—30。臺北：中央研究院中山人文社會科學研究所。

Hermalin, M. B., Ofstedal, A. I., & 張明正

- 1993 〈臺灣地區老人的社會支持型態與社會支持者之特質〉，見李孟芬主編，《臺灣地區老人保健與生活研究論文集（第一輯）》，頁 4-1—4-24。臺中：臺灣省家庭計畫研究所。

Hermalin, M. B., 張明正、林惠生、李美玲、Ofstedal, A. I.

- 1993 〈臺灣地區老年支持類型及其政策意涵〉，見李孟芬主編，《臺灣地區老人保健與生活研究論文集（第一輯）》，頁 6-1—6-14。臺中：臺灣省家庭計畫研究所。

Acitelli, L. K., & Antonucci, T. C.

- 1994 "Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples," *Journal of Personality and Social Psychology* 67: 688-698.

Adams, J. S.

- 1963 "Toward an understanding of inequity," *Journal of Abnormal and Social*

- Psychology* 67: 422-436.
- 1965 "Inequity in social exchange," in L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Albrecht, T. L., Burleson, B. R., & Goldsmith, D.
- 1994 "Support communication," in M. L. Knapp, & G. R. Miller, (eds.), *Handbook of interpersonal communication*, second edition. London: Sage.
- Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Huba, G. J.
- 1984 "Depression and physical illness: A multiwave, nonrecursive causal model," *Journal of Health and Social Behavior* 25: 350-371.
- 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* 21-37. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H.
- 1987 "Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model," *Journal of Gerontology* 42: 519-527.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S.
- 1990 "The role of reciprocity in social support," in B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (eds.), *Social support: An interaction view*, 173-198. John Wiley & Sons.
- Arling, G.
- 1987 "Strain, social support, and distress in old age," *Journal of Gerontology* 42: 107-113.
- Bogat, G. A., Caldwell, R. A., Rogosch, F. A., & Kriegler, J. A.
- 1985 "Differentiating specialists and generalists within college students' social support networks," *Journal of Youth and Adolescence* 14: 23-35.
- Buunk, B. P., Doosje, B. J., Jans, L. G. J. M., & Hopstaken, L. E. M.
- 1993 "Perceived reciprocity, social support, and stress at work: The role of exchange and communal orientation," *Journal of Personality and Social Psychology* 65: 801-811.
- Clark, M. S., & Mills, J.
- 1979 "Interpersonal attraction in exchange and communal relationships," *Journal of Personality and Social Psychology* 37: 12-24.
- Clark, M. S., Ouellette, R., Powell, M. C., & Milberg, S.
- 1987 "Recipient's mood, relationship type, and helping," *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 94-103.
- Clark, M. S., & Reis, H. T.
- 1988 "Interpersonal processes in close relationships," *Annual Review of Psychology* 39: 609-672.
- Cohen, S, & McKay, G.
- 1984 "Social support, stress and the buffering hypothesis: An empirical review and theoretical analysis," in A. Baum, J. Singer, & S. Taylor (eds.), *Handbook of*

- psychology and health* (Vol. 4), 310-357. Erlbaum.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E.
 - 1990 "Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom?" *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 80-89.
- Dean, A., Kolody, B., & Wood, P.
 - 1984 "Effects of social support from various sources on depression in elderly persons," *Journal of Health and Social Behavior* 31: 148-161.
- Dean, A., & Lin, N.
 - 1977 "The stress-buffering role of social support: Problems and prospects for systematic investigation," *Journal of Nervous and Mental Disease* 165: 403-417.
- Fox, J.
 - 1981 *Linear Statistical Models and Related Methods: With Applications to Social Research*. New York: John Wiley.
- Hammer, M.
 - 1981 "Social support, social networks, and schizophrenia," *Schizophrenia Bulletin* 7: 45-57.
- Henderson, S.
 - 1977 "The social network, social support and neurosis: The function of attachment in adult life," *British Journal of Psychiatry* 131: 185-191.
- House, J. S.
 - 1981 *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Idler, E. L., & Kasl, S.
 - 1991 "Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality?" *Journal of Gerontology: Social Sciences* 46: S55-65.
- Ingersoll-Dayton, B., & Antonucci, T. C.
 - 1988 "Reciprocal and nonreciprocal social support: Contrasting sides of intimate relationships," *Journal of Gerontology* 43: S65-73.
- Johnston, J.
 - 1984 *Econometric Methods*. 3rd Ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Jung, J.
 - 1990 "The role of reciprocity in social support," *Basic & Applied Social Psychology* 11: 243-253.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S.
 - 1977 "Social support and health," *Medical Care* 15: 47-58.
- Krause, N.
 - 1987 "Chronic financial strain, social support, and depression symptoms among older adults," *Psychology and Aging* 2: 185-192.
- La Gaipa, J. J.
 - 1990 "The negative effects of informal support," in S. Duck with R. Silver (eds.), *Personal relationships and social support*, 122-139. Newbury Park, CA: Sage.
- Lepore, S. J., Evans, G. W., & Schneider, M. L.
 - 1991 "Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psycho-

- logical distress," *Journal of Personality and Social Psychology* 61: 899-909.
- Liang, J.
1986 "Self-reported physical health among aged adults," *Journal of Gerontology* 41: 248-260.
- Lu, L., & Argyle, M.
1992 "Receiving and giving support: Effects on relationships and well-being," *Counseling Psychology Quarterly* 5: 123-133.
- Nadler, A., Mayseless, O., Peri, N., & Chemerinski, A.
1985 "Effects of opportunity to reciprocate and self-esteem on help-seeking behavior," *Journal of Personality* 53: 23-35.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S.
1961 "The measurement of life satisfaction," *Journal of Gerontology* 16: 134-143.
- Rook, K. S.
1987 "Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women," *Journal of Personality and Social Psychology* 52: 145-154.
- Stevens, E. S.
1992 "Reciprocity in social support: An advantage for the aging family," *Families in Society* 73: 533-541.
- Taiwan Provincial Institute of Family Planning.
1989 *1989 Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan: Questionnaire and Survey Design*. Comparative Study of the Elderly in four Asian Countries, Research Report No.1.
- Tetzloff, C. E., & Barrera, M. Jr.
1987 "Divorcing mothers and social support: Testing the specificity of buffering effects," *American Journal of Community Psychology* 15: 419-434.
- Thoits, P. A.
1982 "Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress," *Journal of Health and Behavior* 23: 145-159.
- Walker, K. M., MacBride, A. & Vachon, M. L. S.
1977 "Social support networks and the crisis of bereavement," *Social Science and Medicine* 11: 35-41.
- Walster, E., Walster, G. W., & Berscheid, E.
1978 *Equity: Theory and Research*. Boston: Allyn Bacon.
- Wood, Y. R.
1984 "Social support and social networks: Nature and measurement," in P. McReynolds & G. J. Chelune (eds.), *Advances in Psychological Assessment*, Vol. 6, 312-353. San Francisco: Jossey-Bass.
- 福岡欣治
1994 "友人關係におけるソーシャル・サポートの効果——受け手かつ送り手としての個人," 日本社會心理學會第35回大會發表論文集, 頁440-411.
- 周玉慧

- 1995 “ソーシャル・サポートの效果に関する擴張マッチング假説による検討——在日中國系留學生を對象として——,” 社會心理學研究 10:頁 196-207.

周玉慧、深田博己

- 1996 “ソーシャル・サポートの互惠性が青年の心身の健康に及ぼす影響,” 心理學研究 67: 頁 33-41.

嶋信宏

- 1992 “大學生におけるソーシャル・サポートの日常生活ストレスに對する效果,” 社會心理學研究 7:頁 45-53.

Stressor in Late Life, Social Supports, and the Mental and Physical Health of the Elderly

Yuh-huey Jou

Sun Yat-Sen Institute for Social Sciences and Philosophy, Academia Sinica

Wen-shan Yang

Sun Yat-Sen Institute for Social Sciences and Philosophy, Academia Sinica

Yi-li Chuang

Taiwan Provincial Institute of Family Planning

ABSTRACT

This study examines the influences of various kinds of social support on mental and physical health of elderly persons who are confronted with stressor in late life from discussing the issues of providing-receiving support and support specialization—types and sources of support. Data were from 4,049 elderly persons in Taiwan 60 years of age and older in household register, which obtained from '1989 Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan' by the Taiwan Provincial Institute of Family Planning. The main variables included six demographic variables (gender, age, marital status, number of children, degree of education and income), two continuing life stressor variables (degree of disease and activities of daily living), instrumental and emotional support those which the elderly received from and provided to spouse, children and relatives and friends, and three health variables—depression, life satisfaction and perceived health. In summary, (1) the results of all analyses indicated that the life stressors had strong negatively influences on mental and physical health of the elderly; (2) the results of hierarchical regression analyses indicated that emotional support, particularly emotional supports those the elderly provided to children or relatives and friends, promoted their health when controlling the impact of life stressor; (3) the results of multivariate

analyses of covariance indicated that the Direct hypothesis was appropriate to explain the relationships among the life stressor, providing-receiving support and health rather than the Buffer hypothesis, and those relationships differed by various types and sources of support; (4) the results of simultaneous equation model indicated that the inequity of emotional support relationships with children or the equity of emotional support with relatives and friends was positively related to the health of the elderly, and also conspicuously showed that the importance of type-by-source interaction of social support once again.

Key Words: providing-receiving support, life stressor,
specialization of support, mental and physical health,
the elderly.