

長青研究發展通訊 第二十一期

發行單位：高雄市政府社會局長青綜合服務中心 發行人：蕭誠佑

委辦單位：高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系 總編輯：陳武宗

網址：<http://w4.kcg.gov.tw/~seniorww/oldresearch/index1.htm> 主編：林東龍

研究中心地址：高雄市四維二路 51 號 7F 電話：(07)7250834、7710055 轉 3321

電子郵件信箱：dr911@yam.com



厚植社會資本防治老人自殺

劉慧俐 高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授

臺灣地區 65 歲以上人口佔總人口比例由民國 60 年 2.9%，民國 70 年 4.3%，至民國 82 年底已達 7%，步入世界公共衛生組織所謂的「高齡化社會」。在短短的 20 年間，在數量上成長 2.35 倍，其成長速度之快，僅次於日本，而成為先進國家中，老化速度第二快之國家（劉慧俐，1994）。截至民國 92 年底，我國老人人口已有 2,087,718 人，佔總人口的 9.24%。而根據行政院經建會的推估至民國 120 年，臺灣地區老人人口將達 550 多萬人，佔總人口的 22.6%。

上述人口變遷主要的成因為生育率於戰後迅速下降，使得老年父母所擁有的成年子女人數大幅減少；次主要原因為戰後短時間內自大陸移入大量青壯而無配偶或家庭同行的軍人，而這些軍人目前正通過老年退休以後至於死亡的歷程；除此之外，老人平均餘命之增長，也使得老人人口佔總人口的比例上漲。人口學者推估，以上三個人口變遷的歷程合起來構成台灣人口平均年齡的上漲，也就是一般人所說的人口老化，同時也造成家庭結構之改變。也就是說未來二十年內，由於生育水準低於一對夫妻一對子女替換水準，預期大量老年夫妻無成年子女可就養，也無

所謂的家庭資源可為老年退休生活的依恃時代將來臨，若沒有政府措施的干預與協助，可以預期家庭將無法承擔養老的責任，老年問題勢將發展為一大規模的社會問題。

人是社會的動物，沒有人能獨立於社會之外而生存，我們除了每天與他人互動直接獲得生存所需的種種資源，社會環境本身就限制了個人所能接觸到的生存資源。社會環境包括個人所屬團體、居住的鄰里、工作組織、以及整個大環境所創造出來用以安排生活的政策。

近年來，健康不平等相關研究開始強調物質生活環境對健康的影響，其背後乃基於剝奪（deprivation）這個概念，並假設物質生活環境會廣泛的影響與健康相關的生活面向，包括生活型態、健康行為、基本需求的滿足。也就是說地區的社經狀況影響居民能否得到適當或高品質的服務，以及居民所處的環境品質，例如社經狀況較低的社區，公共設施較少，食物較貴品質較差，醫療及社會服務的可近性較低，環境污染的狀況較嚴重，住家、工作場所、娛樂休憩的選擇較少，以及其他有毒物質的暴露（如含鉛油漆、石棉的使用）。地區剝奪意指該地區缺乏資源以

致居民無法獲得舒適方便的生活環境無法享受一般社交生活 (Townsend 1987)。

Macintyre 等人 (1993) 指出，專注於探討個人與健康的關係而不考慮個人生存的環境，將忽略那些可能影響個人生活機會以及引導個人從事健康生活的社會與物理環境。Curtis 與 Jones (1998) 更認為，個人的健康經驗可能部份仰賴其所居住地區之社會與物理環境，而呼籲在瞭解個人的健康經驗或社會/地區的健康經驗時，應將地理的特性納入討論，也就是在從事個人層次的健康不平等研究時，必須同時考慮來自地區層次的影響。

台灣的健康不平等研究起步較晚，早期有從地區層次切入的探討，以及近幾年從個人層次切入的研究，結果發現台灣如同歐美國家一樣，存有健康不平等的現象。亦有研究是針對台灣老人的四年追蹤樣本進行死亡率分析，發現健康不平等現象亦存在老人族群，但相關研究仍嫌缺乏。

2003 年台灣地區總共有 3195 人死於自殺，老人是高危險群 (行政院衛生署 2004)。而李燕鳴等的研究 (2002) 指出近年來老人人口快速增加的同時，老年人在 1993 年至 2000 年期間的自殺死亡率亦有增加的趨勢。八年間每十萬人口平均自殺率，男女性分別是 37.9 和 21.1 (表一)；在 2000 年時每十萬人口的自殺死亡率達 35.5 (男性 44.6、女性 25.2)，除較日本 (十萬分之 37.2) 及韓國 (十萬分之 35.6) 低外，皆高於歐美國家，如英國 (十萬分之 7.8) 及美國 (十萬分之 15.9)。研究中還指出台灣地區老年人的自殺死亡率在年齡方面以 85 歲及以上老年人的增加為最多；性別方面男性老年人與其他國家差異不大，但女性則高出許多。老年人的自殺死亡率在區域方面以基隆市、嘉義市、高雄市、苗栗縣及台東縣為排行前五名之縣市；而自殺方式以高處跳下的比例在台北市和高雄市最多，服毒自殺的比例在中部

地區最多。自殺方式於性別間與區域間有顯著差異。

另研究亦發現，自殺死亡者中 98% 生前患有任一精神疾病診斷，87% 死亡個案生前患有憂鬱症，有 15% 的憂鬱症患者死於自殺；Durkheim 的論述“迷亂失序的社會是導致自殺率增加的主要原因”，這不僅說明了社會結構與自殺行為間的關係，更點出個人與社會互動是影響心理健康問題的關鍵。過去對於心理衛生的防治較注重個體因素的考量，過分強調個人與疾病間的關係而將疾病發生的責任歸罪於個人，卻忽略社區環境與社區社會脈絡在社會致病的過程中所扮演的角色。

在中國的傳統觀念中，照顧老人是家庭的責任，然隨著產業結構的改變，多數家庭已無法擔負起所有老人照顧的責任。因此在傳統的家庭照顧已然不足，機構照顧的服務品質不一、費用高昂，且大多數老人仍舊排斥機構式照顧的安養方式之情況下，「社區照顧 (community care)」的觀念乃因應而生。而老人照顧的單位已由家庭移至機構的趨勢，轉為回歸到家庭、社區中照顧的傾向 (劉慧俐 1998)。

目前政府對於老人照顧的對象以中低收入戶或失能的老人為主，然而這群老人僅佔所有老年人口的一小部分。老人問題的發生在於社會結構不利於老人社會，因此需要改變的是社區對待老人的方式。依此思考角度，為減少老人社會適應的危機，進而增進其身心的健康，值得努力的方向有，開發老人自我照顧的潛能，鼓勵社會參與的動機，另一方面增強社區與老人之間的互動管道，老人藉由主動參與社區事務或活動中，可以得到情感的支持，與社區之間建立休戚與共的感覺。

楊明仁於 1998 年在高雄縣市進行社會生態與心理健康調查研究，結果也顯示了社區間居民心理健康差異的情形。一般而言，高雄縣居民之心理健康狀態較高雄市為差，尤其以偏僻的三民鄉為最差，有高達 40% 的受訪者是為心理健康不佳者。

因此，將分析的對象置於整體社會生

態環境下來討論後，可以發現個人之心理健康將受到不同層次之各種因素的影響，個人的社會經濟狀況、社區之社會支持、以及居住社區之社會經濟狀況等等，都將對個人心理健康造成效應。雖然其間的機轉以及交互作用等還須進一步的深入探討，但不容置疑的是，社區對於個人心理健康的影響實在令人不可忽視。

政府在老人問題解決策略上，較偏重於經濟與生活照顧的層面，而這些服務的提供，老人是居於被動的角色，無法讓老人主動參與社區的活動，因此老人生活在社區中沒有歸屬感。此種現象的肇因乃目前所提供的服務內容如日間託老、養護機構、居家服務等，這些內容無法與老人日常生活經驗結合，再加上服務輸送不夠普及和就近所致，並且照顧的對象也以失能老人為主。由此可知，在老人福利服務的提供上，單靠政府的力量是不夠的，而且也有不周延之處。

為了落實老人福利社區化，達到就地老化的目標，老人服務的提供則需要以社區為基礎，充實社區內的服務網絡。但是，目前國內福利社區化的作法雖然已逐漸朝向充實社區的服務資源與資源整合的工作，但是大部分的服務設計仍以個人的、殘補式、單方向的服務提供方式，忽略營建社區整體性的服務內涵，以使社區有足夠的能力與資源解決或預防問題，並且也忽略社區居民與社區因互動交流後共同創造累積社區社會資本（social capital）的能力。

社區居民之社會參與是社區社會凝聚力的根本，不僅創造了社會資本並給予賦能（empowerment），進而促進居民之身心健康與經濟發展；因此，社區社會資本愈充分的地區一居民間感受彼此信任程度愈高、可以互相幫忙、有較多地團體參與等，則其居民亦有較佳健康情況。當社區居民感受彼此信任、互相幫忙、團體參與等愈高地區，其居民健康情況也較佳；統計分析顯示，當社區之人際信任程度每增加 10%，每年每千人死亡率降低 0.6（Kawachi, Kennedy, et al. 1997）。

換句話說，為能促進老人心理的健康，提昇老人生活滿意度，進而預防老人問題的發生，建立社區發展資源，累積社區的社會資本，是治標又治本的積極作為。至於如何培養出這股力量，並讓這份能力生生不息永續經營，又能因應時代變遷的需要，這需要調整現行的老人服務方式，將服務的目標人口擴及健康的老人，從老人是服務被動的角色轉變為主動的角色，鼓勵老人主動表達其需求並參與社區事務，增加個人與社區的互動機會，從中獲得情感的支持，建立社區內互助合作的意識，藉此達到老人因社區而使生活更有品質與保障，社區也因著老人的參與而更豐富。

社區社會資本重建的意義在強調由社區中所有人來共同提供服務與資源，建構一個多元的福利服務體系，使老人可再自己熟悉的社區中接受照顧，參與社區活動，以獲得最好的安養照顧。社會資本，是指制度化的社會結構下，人們透過社會參與所產生可以信任之生死與共、和衷共濟、遵守共同規範、和相互扶持的所謂「生命共同體」的正向情感（Coleman 1988）。基本上，社會資本的理論，強調的是人與人、人與社會結構間之動態的互動關係而非靜態的被動與無奈。個人可以在這正向的互動過程中，取得豐富的資源與回饋。因此，這也是一種投資與回報的觀念（Marx 1995）。

全球化之下，貧富懸殊的現象愈來愈明顯，人際間的互信也愈來愈為薄弱，對老人心理健康所造成的衝擊更是當前衛生福利的重要課題。因此，透過社區組織和社區營造五個重要概念，即議題選擇（issue selection）、參與和連結（participation and relevance）、重要意識（critical consciousness）、賦能（empowerment）和社區能力（community competence）（Minkler, Wallerstein 1997），來建立有效的社會支持體系，才是徹底解決之道。因此，藉由健康營造的推動，凝聚社區意識，創造互信的互動社區平台，開拓異質性社會關係網絡，強化

人際關係連結，進而厚植社會資本，才足以防治自殺事件發生，進而達到身心健康促進目的。

參考文獻

1. 劉慧俐、楊志良、陳寬政(1994) 人口年齡組成對全民健康保險財務影響之探討，中國人口學會八十二年度年會暨臺灣
2. 地區人口變遷與制度調適學術研討會論文集。
3. Townsend P (1987) Deprivation. *J Soc Policy*; 16:125-146.
4. Macintyre S, Maciver S, Sooman A. (1993)Area, class and health: should we be focusing on place or people? *Inl Soc. Pol.* 22: 213-234
5. Curtis S, Jones IR.(1998) Is there a place for geography in the analysis of health inequality? In: Bartley M, Blane D, Davey Smith G, eds. *The Sociology of Health Inequalities*. UK: Blackwell Publishers, 85-112.
6. 行政院衛生署 (2004). 中華民國九十二年衛生統計. 台北: 行政院衛生署.
7. 李燕鳴、傅振宗、張慈桂 (2002) 台灣地區老人自殺及自傷死亡率之變化趨勢 *台灣家醫誌*, 12(1),9-18.
8. 劉慧俐(1998) 高雄獨居老人居家服務現況與展望。*社區發展*, 83:26-33。
9. 劉慧俐(1998) 推展老人居家照顧服務之規劃—以高雄市為例。*社區發展*, 184:152-163。
10. 楊明仁(1998). 社區居民心理健康之影響因素的社會探討(I): 前驅研究. 八十八年度國科會專題研究計畫成果報告.
11. Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491-1498.
12. Coleman, J.S. (1988). Social capital in the Creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120.
13. Marx, K. (1995). *Capital: a new abridgement*. Oxford: Oxford University.

Minkler M, Wallerstein N.(1997) Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997: 241-69.

表一 台灣地區不同年齡層老年人之每十萬人口自殺及自傷死亡率(1991-2000)

年齡(歲)	全體			男性			女性		
	65-74	75-84	>=85	65-74	75-84	>=85	65-74	75-84	>=85
1991年	26.1	31.2	31.5						
1992年	21.7	34.2	48.8						
1993年	21	35.2	21.9	26.9	47.8	29.3	13.4	22.7	16.9
1994年	19.3	35.2	33.8	23.5	45.3	49.6	13.7	24.8	23.2
1995年	23	30.3	38	27	41.2	62.4	17.7	118.8	21.3
1996年	25.7	39.2	49.4	33.2	52.4	66.9	15.9	23.9	37.4
1997年	28.4	47.8	37.6	33.4	60.9	53.4	21.8	33.7	26.2
1998年	27.5	40.6	59.4	33.8	52.8	88.6	19.7	27.4	37.2
1999年	28.8	37.2	45	38	45.5	58.1	17.6	28.1	34.8
2000年	28.8	46.5	55.7	36	58.6	82.6	20.5	33.6	34.4
平均	25	37.7	42.1	31.7	51	64.3	17.7	27	30

資料來源:1.衛生署衛生統計, 1991年至2000年

2.李燕鳴等 2002