

都市與鄉村社會型態獨居高齡者之現況與困境 —以台北市及嘉義縣為例

黃子格*

摘要

台灣隨著高齡化及少子化的趨勢，形成了獨居高齡者照顧的問題。大眾們普遍給獨居高齡者冠上了被迫獨居、憂鬱的刻板印象，但隨著時代進步，許多獨居高齡者們開始尋找人生的第二目標，讓生活變得樂觀有意義。經濟獨立加上醫療的進步，對高齡疾病產生遞變，越來越多高齡者自願獨居。本研究目的有三：一、探討都市及鄉村高齡者獨居之原因及理想家庭結構；二、探討都市及鄉村高齡獨居者的憂鬱情緒及生活型態之差異；三、探討都市和鄉村高齡獨居者對社會福利資源的資訊理解及運用。本研究以立意抽樣方式選取台北市及嘉義縣各兩位經濟水平差不多的且65歲以上的高齡獨居者，採半結構式訪談法及觀察法進行資料蒐集，去探討高齡獨居者的心理感受。

關鍵詞：獨居老人、高齡、獨居、城鄉差距

* 國立臺灣師範大學 社會教育學系碩士班

The Factors of Living Alone, Depression, and The Reception and Use of Digital Social Resource Information for Elderly People Living Alone in Urban and Rural Social Patterns—Taking Taipei City and Chiayi County as Examples

Zi-Ge Huang*

Abstract

With global trends in population aging and in sub-replacement fertility, which changed Taiwan into an aged society, and also leads to the problem regarding the caring of the aged people who live alone. The public generally stereotypes aged people who live alone as the ones who are forced to live alone and depressed. But thanks to the trend of the times and advances in technology, many of them start to search the second goal in life. Owing to financial independence and advances in medical care, which gradually affects the issues regarding common diseases in elderly, thus, more and more aged people are willing to live alone.

Therefore, this study aims to discuss the issues as below:1.The reason and ideal family structure for the aged people who live alone in the city and in the country.2.The depression for the elderly who live alone and the differences in the life styles between those who live in the city and those who live in the country.3.Comparison between elderly who live alone in the city and those who live in the country regarding their comprehension and application on the resources of welfare. Using purposive sampling to choose two aged people in each Taipei cities

* National Taiwan Normal University Address: No. 162, Sec. 1, Heping E. Rd., Da-an Dist, Taipei City, Taiwan, R.O.C.

and Chiayi county who are both above 65 years old, live alone and have about the same economic ability, then adopting semi-structure interviews and observation to collect the information, and further to discuss inner feelings of the aged people who live alone.

Keywords: elderly, aged, living alone, rural-urban disparity

壹、緒論

隨著全球高齡化及少子化的趨勢，台灣也不例外。老年人口逐年提升，國際上將65歲以上人口稱為高齡者，台灣已於1993年高齡人口超過7%，進入高齡化社會，2018年達14%，轉為高齡社會，推估2025高齡人口會超過20%，邁入超高齡社會（國家發展委員會，2020）。

加上社會結構的改變，由傳統的農業時代轉為數位時代，以往的鄉村年經人多會繼承家業繼續務農，但現在大多都會離鄉背井到都市化的縣市就業，造成鄉村年輕人口外移及城鄉差距落差越來越大。高齡者因習慣於家鄉的生活，害怕去適應新環境，或是希望晚年能在家鄉過完最後一程；另一方面，家庭結構的改變，傳統三代同堂的家庭逐漸減少，被核心家庭與單身的生活型代取代，由於上面兩個原因，形成了高齡獨居者照顧的問題（陳淑英、張淑雅、張碧如，2013）。

新聞媒體的播報中，不乏有關獨居高齡者自殺的相關議題，也許原本一同居住的親戚是獨居高齡者唯一的社交對象，高齡者們非自願獨居，少了可以聊天的對象，獨居高齡者不得不面孤獨，日復一日的枯燥生活以及脫離社會的孤寂感（花琳鈞、周宗翰、宮平百百子、陳品秀、黃琬婷，2020）。大眾們普遍給高齡獨居者冠上了被迫獨居、封閉、憂鬱的刻板印象（高冬玲，2013），但隨著時代的趨勢與科技的進步，許多高齡獨居者們開始自己尋找人生的第二目標，報名自己想參與的課程或自己規劃旅遊行程，讓自己的生活變得樂觀有意義。經濟獨立加上醫療科技的進步對高齡疾病所產生遞變，發現越來越多高齡者並非被迫獨居，而是自願選擇獨自生活（衛生福利部統計處，2020）。

過去的研究中多在統一探討獨居高齡者的原因是出於非自願，且多是鄉村社會型態（陳淑英、張淑雅、張碧如，2013），或是高齡獨居者的負面影響（花琳鈞、周宗翰、宮平百百子、陳品秀、黃琬婷，2020），但由於生活型態的改變以及經濟水準提高，許多高齡獨居者自願獨居，本研究想探討再經濟水準相同的情況下，鄉村的高齡者是否會比都市的高齡者更保有傳統的家庭觀念，仍以三代同堂的大家庭為理想的家庭結構，以及社會福利資源資訊的理解和運用是否真的存在都市與鄉村的差異。

因此，綜上所述，本研究主要探討下列問題：

- 一、 都市及鄉村高齡者獨居之原因及理想家庭結構
- 二、 都市及鄉村高齡獨居者的憂鬱情緒及生活型態之差異
- 三、 比較都市和鄉村高齡獨居者對社會福利資源的資訊理解及運用

貳、文獻探討

本研究探討高齡獨居者的定義、都市及鄉村高齡獨居者的成因及理想家庭結構、都市及鄉村高齡獨居的生活型態的差異以及都市及鄉村高齡獨居者對於社會資源資訊接收與運用的落差。

一、獨居高齡者的定義

「老」是一個形容詞，我們每一天都比昨天更老，生命的週期並非一瞬間改變，而是一個漸變的過程，壯年期到老年期的界線其實非常模糊，有些人認為退休是一個進入老年期入口的標誌，有些人則認為當了祖父母就是進入老年期，不同的文化對於老年人更是有著不同的定義。聯合國世界衛生組織（WHO）和一些已開發的西方國家將實際年齡等於或大於65歲的人，定義為老人。而台灣，則依照《老人福利法》第2條，將實際年齡滿65歲之人，稱為老人。另依我國《就業服務法》第2條第4款定義，年滿45歲至65歲之國民，稱為所謂「中高齡者」；我們又將超過65歲者，稱為「高齡者」，由上述可知，老人的定義與高齡者基本上相同。

在「獨居」的定義上，台灣目前中央與地方政府的定義尚未統一。目前大致分為狹義及廣義兩種解釋，狹義的獨居高齡者是指年滿65歲以上之高齡者，獨自居住於單一戶內；廣義則是指雖有同住者，但同住者無生活自理能力或無照顧能力，例如配偶（花琳鈞、周宗翰、宮平百百子、陳品秀、黃琬婷，2020）。因本研究主要探討台北市和嘉義縣，以下舉出台北市和嘉義縣政府對於獨居高齡者的定義。

(一) 台北市政府社會局對獨居高齡者的定義為：

凡年滿65歲以上，居住本市且非居住於機構並符合下列資格條件之一者，列入獨居：

- 單獨居住且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。但若長者與親屬關係疏離者，不在此限。
- 雖有同住者，但其同住者符合下列任一狀況，且無直系血親卑親屬居住臺北市，列入獨居：
 1. 同住家屬無照顧能力。
 2. 同住家屬1週內有連續3天（含3天）以上不在者，列入獨居，但間歇性不在者，不予列入。
 3. 同住者無民法上照顧義務、無照顧契約關係者。

- 夫與妻同住且均年滿65歲且無直系血親卑親屬居住臺北市者，列入獨居。

(二) 嘉義縣政府社會局對於獨居高齡者的定義為：

- 所稱「獨居」係指具下列情形之一者：
 1. 實際居住本縣且年滿65歲以上有單獨居住之事實。
 2. 戶內2人以上同住者，其中1人年滿65歲，與其同住者均無照顧能力。

由上面兩個縣市對於高齡者獨居的定義，我們可以得知雖然台北市與嘉義縣對於獨居高齡者的定義略有不同，但大致上是以廣義的定義為主，主要注重是目前的居住狀況、有同住者但同住者無自理能力或無照顧能力。目前各縣市政府對於獨居高齡者的定義多以廣義的為主，不只重視高齡者獨居的情況，也將與配偶同住之高齡夫婦，列入服務對象，一同考量高齡者的照顧需求（曾誰我、馬永川、王彥儒，2016）。

二、 獨居高齡者的困境

人口老化加上少子化，造成扶養比不斷上升，家庭結構的改變，導致很多家庭無法負起照顧高齡者的責任，而高齡者又不願意入住安養機構，寧願獨自生活，形成獨居高齡者的問題。

表1：各縣市獨居老人統計

2018年台灣各縣市獨居老人人數(含具原住民、榮民身分)

新北市	3,498	雲林縣	1,745
台北市	5,133	嘉義縣	2,854
桃園市	2,504	屏東縣	2,822
台中市	2,852	台東縣	2,526
台南市	2,449	花蓮縣	1,401
高雄市	4,638	澎湖縣	1,385
宜蘭縣	678	基隆市	3,206
新竹縣	804	新竹市	257
苗栗縣	866	嘉義市	117
彰化縣	1,842	金門縣	252
南投縣	2,743	連江縣	37

(資料來源：衛福部列冊需關懷獨居老人人數及服務概況)

根據以上衛福部的統計資料，台灣2018年政府已「列冊」的獨居老人人數為44,609人，除了已列冊的獨居老人之外，還有很多非列冊的獨居老人，無法使用有政府的福利資源，當這些高齡者們慢慢喪失生活自理能力時，不論是生理

還是心理都會產生嚴重的疑慮（衛生福利部統計處，2020）。

在生理方面，大約有一半的獨居高齡者患有心臟病、糖尿病、高血壓等慢性病，雖然仍能維持日常生活，保有自我照顧的能力，但隨著生理功能日漸衰退或是病情加重，依然會發生無法自理的問題（熊曉芳，1999）。

在心理方面，漸漸老化的過程中，高齡者心理容易情緒高漲，產生焦慮、恐慌（沙依仁，2000），對生活的無能為力，加上未與子女同住，較缺乏家庭支持，更容易有落寞孤寂的感受、自怨自艾的想法。熊曉芳（1999）的研究指出獨居高齡者的認知狀況皆為正常，但有10%的高齡者有輕度至中度的憂鬱情形，當中以女性、外省籍、無職業、經濟狀況較差及非自願獨居的老人憂鬱程度較高。過去也有研究特別針對台北市的獨居高齡者生活狀況及需求，指出有一半的獨居高齡者精神狀況良好，另一半則處於普通至不良，包含覺得生活沒有意義、對目前生活滿意度抱持負面感受等，他們所獲得的社會支持，不論是質或是量的部分，都比精神狀況良好的人獨居高齡者更少（陳玉敏，2001）。其中更是有三分之一的獨居高齡者從未與他人分享經驗與經歷，處在一個疏離、封閉的階段（楊培珊，1999）。

綜上所述，不管是生理還是心理，老化或疾病的影響，都會造成獨居高齡者日常活動和自理能力下降或喪失，使獨立生活的風險增加（鄭青青，2004）。

三、 獨居高齡者的獨居原因及理想家庭狀況

影響高齡者獨居的因素涵蓋的範圍非常廣，例如個人健康、經濟、家庭狀況、同住者等因素，非單一因素所致，通常會同時包含多種因素（陳淑英、張淑雅、張碧如，2013）。許多高齡者一開始是因為不想麻煩子女、不想離開家鄉而「非自願獨居」，獨居之後卻發現獨居的好處，自在且無拘無束（陳燕禎、林小圓，2008）。

根據衛生福利統計處「106老人狀況調查」可以發現65歲以上高齡者，106年獨居的比例為8.97%，102年為11.14%，獨居高齡有逐漸下降的趨勢；兩代家庭從102年的25.79%到106年增加為32.75%，可以看出子女逐漸有關心到父母老後獨居生活的問題。

表2：65以上之家庭組成狀況

項目別	總計		獨居	僅與配偶(含同居人)同住	兩代家庭	三代家庭	四代家庭	與其他親戚朋友同住	僅與外籍看護工同住	住在機構及其他
	人數	百分比								
65歲以上										
102年調查	2,640,739	100.00	11.14	20.58	25.79	37.45	0.98	0.62	0.54	2.90
106年調查	3,218,881	100.00	8.97	20.38	32.75	33.36	0.26	1.01	1.38	1.90

資料來源：衛生福利部統計處

在高齡者理想家庭狀況方面，調查資料（表3）也表示，106年有54.34%的高齡者希望能夠與子女同居，102年是65.72%，降低了11.38個百分點；106年有26.16%的高齡者希望只跟配偶（含同居人）兩人住一起就好，與102的調查15.95%相比，增加了10.21個百分點。由此可知，高齡者們越來越沒有意願與子女同住，而是希望與配偶或同居人一起住就好。以現有子女情形觀察來分析，有子女之高齡者有55.8%希望與子女同居，26.37%希望只和配偶（含同居人）同住就好，僅有8.64%希望可以獨居；無子女之高齡者則有42.97%希望獨居，18.66%希望只和配偶（含同居人）同住，希望住機構比率占6.56%，比有子女者高。再以目前家庭組成觀察，除住機構之高齡者希望與子女住在一起的比率高於居住現況外，多數理想的居住方式與目前家庭組成相同。

表3：65歲以上理想居住方式

項目別	單位：人；%						
	獨居	僅與配偶(含同居人)同住	與子女住在一起	與親戚朋友同住	與其他老人一起住機構	其他	代答者不回答
102年調查	9.19	15.95	65.72	1.28	1.37	3.23	...
106年調查	9.59	26.16	54.34	0.75	0.88	0.18	8.09
現有子女情形							
有子女	8.64	26.37	55.80	0.29	0.72	0.15	8.03
無子女	42.97	18.66	3.39	17.08	6.56	1.25	10.10
目前家庭組成							
獨居	76.20	2.58	17.60	0.00	1.15	0.00	2.46
僅與配偶(同居人)同住	1.60	73.36	18.59	0.18	0.44	0.00	5.83
兩代家庭	2.96	18.86	67.88	0.61	0.33	0.40	8.95
三代家庭	1.37	13.33	76.66	0.09	0.17	0.08	8.29
四代家庭*	0.00	17.57	71.12	0.00	0.00	0.00	11.30
與其他親戚或朋友同住	15.59	8.19	13.37	44.84	1.72	2.23	14.05
僅與外勞看護工同住	40.83	8.44	23.85	0.00	0.00	0.00	26.88
住機構	14.72	5.64	27.82	1.61	26.84	-	23.37

附註：1.和子女住在一起包含與配偶、與子女配偶及孫子女同住之情況。

2.102年調查資料未排除代答者，「很難說或拒答」比率為3.25%。

3.*代表樣本不足30，代表性恐有不足，引用時請審慎。

資料來源：衛生福利部統計處

四、 獨居高齡者的憂鬱情緒及生活狀況

影響高齡者憂鬱的因素有很多，例如性別、居住狀況、社會地位、經濟收入及社交活動等等（王靜枝，2001）。根據衛生局委託市立療養院執行「社區獨居老人憂鬱症與自殺防治方案」，調查發現有1.4%的獨居高齡者有中度以上的自殺傾向，46.2%有憂鬱傾向。衛生局表示調查中也顯示有81%的獨居老人有身體的疾病，更有五成以上的高齡者同時有兩種疾病，身受病痛折磨加上缺乏親人的照顧與陪伴，這可能是獨居高齡者憂鬱情緒較高，甚至是有自殺傾向的原因（洪瑤，2003）。獨居高齡者的憂鬱程度雖未達憂鬱症，但容易導致社交障礙、生活品質下降、日常自理功能衰退以及醫療資源的浪費（徐淑貞、張蓓貞、戎瑾如，2008）。

在日常生活中，獨居高齡者多能自行吃飯、洗澡、穿衣、上下床、上廁所等日常自理行為，即使略有困難，也可以靠輔具完成。七成五的獨居高齡者會自行搭交通工具、自行步行或是自行騎車、開車等方式，定期前往醫院看診拿藥。無法自行前往的獨居高齡者中，以子女提供接送最多。

獨居高齡者們幾乎都會有自己的休閒活動，例如看電視、散步、找人聊天、運動、閱讀書籍和報紙、聽收音機等。約有四成的獨居高齡者，會不定期外出參加社會福利機構舉辦的活動，此外，約兩成的獨居高齡者和鄰居沒有往來，而在與鄰居保有互動的獨居高齡者中，以幾乎每天和鄰居見面者最多。在孤獨感的部份，大部分的獨居高齡者們其實不會覺得孤單，甚至有一半的獨居高齡者不希望有人作伴；大部分的獨居高齡者，其實覺得自己度過老年生活是輕鬆自在的（郭玫怡，2005）。

綜上所述，我們可以得知，從以往高齡者期待能和子女居住，到現在他們自願且樂意獨居，這樣時代的改變，也許是因為現在的高齡者不管是知識水平或是經濟水準都比以往高出許多，產生了和過去不同的價值觀，顛覆以往對於獨居高齡者既有的刻板印象。

五、 獨居高齡者對社會福利資源資訊的接收及應用

以性別來說，女性的獨居高齡者比起男性有更多的社會福利服務需求，實際上也使用的比男性多（Mutchler & Bullers, 1994），可能是由於女性平均餘命較長的原因（凌千惠 et al., 2007）。過去研究也發現，教育程度的高低會影響社會資源的需求和類型，教育程度較低者，對社會福利資源的需求和使用頻率都比起教育程度高者來的更高（黃素珍、高迪理、林金卿、陳淑美，1994）。

但也有研究顯示，台北市的獨居高齡者對社會福利的使用率不高，可能是因為申請資格的限制，加上政府宣導不彰。以人數來分析，使用率最高的服務為優待搭乘交通工具，依序為不必繳納健保自付額、免費健康檢查等，多以被

動服務為主，較少主動去關注需要的社會福利資源（曾煥裕、石泐，2010）。

曾煥裕和石泐（2010）的研究也發現，獨居高齡者中，健康情形良好、活躍程度較高或是社會支持較佳的高齡者中，對於社會福利資源的使用率比較高，但多數的獨居高齡者對於社會活動的參與意願低，缺乏主動使用社會福利資源的意願。會使用到社會資源福利，通常是親人協助，或是不得以的情況下由里長介入，可見獨居高齡者主動尋求服務資源並加以利用的能力十分薄弱。

有關鄉村獨居高齡者的研究中，結果也顯示居住在鄉村的獨居高齡者，對於社會福利資源是偏向無奈、被動接收的狀態，他們對於社會福利資源的了解很少，只知道非常基本的福利，例如看診減免的優惠或是搭乘交通工具的減免，且不會主動去了解（陳淑英、張淑雅、張碧如，2013）。

綜上所述，其實不論是都市還是鄉村的獨居高齡者，其實都對他們能利用的社會福利資源資訊了解的很少，加上他們需要補助時，常因為不懂辦理的繁瑣程序而放棄申請，導致長期以來對社會資源福利處於被動的態度，在高齡者們都不太積極去了解的情況下，政府更應該積極、主動加強關懷獨居高齡者，宣導他們能夠申請的社會福利資源，讓台灣社會的獨居高齡者福利落實更加完善。

參、研究方法

一、 研究設計

本研究之主題為高齡者獨居之原因及理想家庭結構；高齡獨居者的憂鬱情緒及生活型態及高齡獨居者對社會福利資源的資訊理解及運用，再對上述三個重點做都市與鄉村的比較。

採質化研究的訪談法，以半結構問卷進行訪談和觀察法進行資料蒐集，研究者透過和研究對象的互動和觀察，隨時視當下情境調整訪談大綱的順序及延伸。憂鬱情緒採用簡短式老年人憂鬱量表（Geriatric depression scale-short form, 簡稱GDS-15）來檢測。以現象學的方法，讓研究者親自進入研究對象生命經驗與歷練累積後，所建構出的生活世界，因此，研究者必須先拋開自己原有的主觀觀念，以學習者的角度進入研究對象的生命世界，探索研究對象的生命歷練和價值觀（汪文聖，2001）。再利用詮釋學去解釋研究對象內再真實想表達之意思和感受，類似社會文化中所指的直覺，是一種整體而非分解式的掌握，透過主體與對象由外而內的交感相融，形成對本體的直覺體驗（李正源，2010）。

二、 研究對象

本研究以立意抽樣，選取台北市和嘉義縣65歲以上，且獨居滿三年之高齡

者各2位為主要研究對象，訪談地點訂為各研究對象的家中，或是其它能讓受訪者輕鬆自在、不緊張的環境，期待能透過觀察法探索獨居高齡者最放鬆的一面，其基本資料如下表。經徵詢受訪者同意，並將資料進行保密處理，將4位個案給予代號，以利研究分析。

表4：研究對象之基本資料表

個案代號	性別	年齡	學歷	居住地區	婚姻狀況	子女情形	經濟情況
A	男	66	五專	台北市	分居	4名子女	收入/月:17000
B	女	74	國小	台北市	喪偶	3名子女	收入/月:15000
C	男	73	無	嘉義縣	離婚	2名子女	收入/月:15000
D	女	70	無	嘉義縣	喪偶	3名子女	收入/月:22000

三、 訪談大綱

本研究以研究者自編的半結構式訪談大綱為蒐集資料的主要依據，主要的訪談問題包含以下八點：

- (一) 請問您一個人住的原因？你喜歡這樣嗎？
- (二) 請問您理想的家庭結構是如何呢？（孩子／配偶／自己）
- (三) 請問您對目前的生活滿意嗎？（滿意／不滿意）
- (四) 請問您有甚麼休閒活動或興趣愛好嗎？
- (五) 請問您會去醫院看診嗎？（定期／不定期）如何前往？
- (六) 請問您會健康檢查嗎？（定期／不定期）
- (七) 請問您的生活日常有什麼時候需要協助嗎？（三餐、洗澡、上廁所…等）
- (八) 請問您知道自己可以享有甚麼社會福利資源嗎？（符合自身當前狀況可申請的）從哪知道？知道如何申辦嗎？

四、 憂鬱量表

憂鬱情緒的測量使用簡短式老年人憂鬱量表（Geriatric depression scale-short form, 簡稱GDS-15）。GDS-15題目總共有15題（如表5），採二分法採（是／否）作答，作答分數依題目計算，題號：2、3、4、6、8、9、10、12、14、15為正向題，回答「是」得一分；題號：1、5、7、11、13為反向題，回答「否」得一分，設計反向題目的為測驗受測者是否認真作答，總分是15分（李嘉玲, 2014）。

表5：GDS-15題目

序號	題目	是	否
1	基本上，您對您的生活滿意嗎？	0分	1分
2	您是否減少很多的活動和嗜好？	1分	0分
3	您是否覺得您的生活很空虛？	1分	0分
4	您是否常常感到厭煩？	1分	0分
5	您是否大部份時間感到精神都很好？	0分	1分
6	您是否害怕將有不幸、不好的事情發生在您身上嗎？	1分	0分
7	您是否大部份的時間都感到快樂？	0分	1分
8	您是否常常感到無論做什麼，都沒有用？	1分	0分
9	您是否比較喜歡待在家裡，而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？	1分	0分
10	您是否覺得您比大多數人有記憶不好的困擾？	1分	0分
11	您是否覺得「現在還能活著」是很好的事？	0分	1分
12	您是否覺得您現在活得很沒有價值、意義？	1分	0分
13	您是否覺得精力很充沛？	0分	1分
14	您是否感覺您現在的情況是沒有希望的？	1分	0分
15	您是否覺得大部份的人都比您幸福？	1分	0分

若測驗結果是0~5分，是屬於健康狀況，6~9分屬於有輕微憂鬱傾向，建議高齡者找家人或朋友聊聊，測驗結果超過或等於10分，表示此高齡者需要積極的關懷及轉介專業醫療或接受心理諮商，分數越高表示憂鬱傾向越嚴重，需要及早接受身心醫師或進一步的心理諮商治療（南投縣政府衛生局，2020）。

GDS-15源於Brink於1983所研發出來的老年憂鬱量表（Geriatric Depression Scale，簡稱GDS），此量表是專門為老人設計的，比起曾氏憂鬱量表（Zung's self-rating depression scale）的四點分答題法，二分法可以有效降低模稜兩可的答題狀況，更適合高齡者作答。GDS原本有49道題目，刪除、修改了一些文化差異上相關的題目，例如西方很常舉辦派對、聚會等活動，但台灣較不普遍，最終留下內部一致性較高的30題(廖以誠 et al., 2004)。為了便於大量社區篩檢或繁忙臨床篩檢的實用性與便利性，各種簡短式量表GDS-15、GDS-10、GDS-4、GDS-1因而誕生，其中「短式GDS-15」共15題，更是被學者用於國內老年憂鬱症的篩檢，及各縣市測量高齡者憂鬱程度的標準（金韋志、劉嘉逸、李晉邦、朱俊霖，2014）。

肆、研究結果分析

完成訪談資料分析後，將分析結果整理成高齡者獨居之原因及理想家庭結構、憂鬱情緒及生活型態及對社會福利資源的資訊理解及運用等三個部分，再對上述三個重點做都市與鄉村的比較。

一、 獨居高齡者之獨居原因及理想家庭狀況

(一) 覺得孩子長大了，使用家裡的資源還不聽話

本研究有4個個案，獨居原因各自不同，個案A年輕時與配偶分居，獨自撫養4名子女「我希望不聽話的小孩都出去，聽話的在家就好。」個案A認為孩子們在長大之後，若是習慣、想法上與自己不符，就應該搬出去住「這是我花了畢生積蓄才買下來的房子，他們有甚麼資格在這邊跟我吵！」認為這是自己努力累積出的家，孩子們沒有付出，就沒資格有要求。個案A希望孩子們可以多多去外面闖盪，體驗一下社會及人生，去哪都沒關係，就是要出去試一試「希望他們（孩子）多出去闖啊，不然一直在家甚麼都不會，阿要是最後沒地方住，還是可以回來啦！可是要聽話餒！」個案A表示，若孩子闖蕩失敗，無家可歸，還是可以回來跟個案A住，流露出嚴父擔憂著孩子的心情。

(二) 兒女成立家庭、在國外打拼，不願離開習慣的地方

個案B原先與配偶同住，配偶過世後開始獨居，兒女有來詢問個案B是否要搬過去與子女一同居住，「一個住新北，（孩子的）家裡就那麼大，啊怎麼塞得下我？一個在國外，我又不會說英文，也不敢搭飛機，我怎麼去？一個是女兒，不可能一起住啦，大家生活都很吃緊了。」經過房屋大小、生活語言以及傳統觀念等的現實考量，個案B決定留在原本的住所獨居，最初以為獨居是件辛苦的事情，親身體驗後卻發現了獨居的優點「我後來…里長幫我介紹去樂齡中心，有好多的同學餒！我發現他們很多跟子女住的，要幫忙顧孫子，還要幫忙打掃、做飯…常常上課遲到，不然就缺課，像我這樣多好，我想去哪就去哪，我都很準時上課，沒有遲到也沒有缺課！」個案B認為獨居的好處，就是可以我行我素，不用受到同居者的拘束，真真實實的做自己。「我一開始啊，也是希望可以跟子女一起居住，但是沒辦法啊，現實有很多的事情要考慮…我現在覺得餒，可以住附近啦！但是不要同一戶，還是要保持一點點的距離。」個案B獨居後，對獨居完全改觀，且理想家庭結構也從「希望大家都住在一起」變成「住附近就好，不要同一戶」，自己獨居過，更懂得獨居的好，明白了有距離最美的道理。

個案C年輕時就與配偶離婚，獨自撫養兩名孩子長大，往後也無再娶，孩子長大後離開嘉義到台北、台中工作，待孩子們工作穩定、成家立業後，皆有詢問個案C要不要搬來同住，但個案C深思熟慮後，還是選擇留在這個他熟悉的家鄉，「我…我在這邊住了那麼多年，從來沒有離開過，那些地方（台北、台中）我又不熟，我是不知道他們（孩子們）為甚麼要他跑那麼遠工作啦，我從來沒有離開過這裡（嘉義）也把他們養大啦…但是他們想去就去吧，我還是喜歡這邊（嘉義）。」從與個案C的訪談中，感受到他其實有點不情願孩子離開，但因習慣目前的生活環境，拒絕隨兒女們遷到都市。個案C認為獨居雖然沒有不好，

但大家住在一起，熱熱鬧鬧更好。

(三) 與子女一同居住後，決定獨居

個案D原本與配偶居住，子女皆在台北成家立業，配偶過世後，子女不放心個案D一人獨居，邀請個案D一起上台北居住。個案D與育有兩女一子，與大兒子、媳婦及四名孫子一同居住一年半之後，決定回到家嘉義獨居。「四個孫子真的太多了，偶爾過年過節熱鬧一下可以，每天相處真的太吵了！」個案D覺得與孫子們的相處太頻繁，加上自己的體力不如當年豐沛，希望能以平靜一點的方式生活。個案D認為最初被兒子接到台北住是一件光榮的事情，但實際體驗後，覺得都市是陌生的環境，兒子、媳婦平常都要上班，孫子要上課，基本上白天都是自己在家，又沒有認識的鄰居，無法像在鄉下一樣到處找朋友聊天、話家常，因此想回到家鄉獨居。對於理想家庭結構，個案D認為居住在自己熟悉的環境，子女在外打拚也無妨，只要每個月回來幾次就好，不用天天回來。

綜上所述，我們可以發現原因大致分成四種：

1. 擔心孩子無法獨立：希望孩子經歷社會的洗禮，成為能夠獨立的人。
2. 對新環境恐懼，選擇已熟悉的地方：心中希望能與孩子待在一起，但堅持不願離開家鄉。
3. 聽聞與子女同住的困擾，或是親自體驗過，發現「有距離更美」：住在一起時難免會有摩擦，覺得彼此還是要保留一些自我的空間。
4. 傳統價值觀束縛：覺得女兒是潑出去的水，就算要與子女同居，優先排除與女兒同居，認為不該造成女兒及婆家的負擔。

理想家庭型態則分為以下三種：

1. 希望可以與子女住在一起（住同一戶），有一種大家庭、子孫滿堂的感覺。
2. 希望住子女附近，但非同戶，保持一點距離，避免摩擦，也好相互照應。
3. 希望子女在外闖蕩，偶爾回家就可以了。

二、 獨居高齡者憂鬱情緒及生活狀況

給4個個案做了簡短式老年人憂鬱量表15題，其分數差距不大，量表得分皆低於5分，屬於健康狀態，個案也都很滿意目前的獨居現況。

表6：個案簡短式老年人憂鬱量表得分

個案代碼	簡短式憂鬱量表得分	得分題目
A	0	
B	1	第13題
C	3	第5、6、13題
D	1	第10題

個案B、C對於第13題，皆認為自己現在的精神好，但精力已不如年輕時充沛。詢問個案C為何在第6題選擇“是”，「啊…我心臟有開過刀，覺得這條命是撿回來的，說不定哪天我就走了。其實這樣也好，不拖拖拉拉，走得很輕鬆，這樣可能夠…不是不幸啦…」個案C認為沒有不舒服與病痛的過世，也許並非不幸的事情，但希望能做好準備，好好跟兒女及鄰居道別後再離開。個案D年輕時從事理髮行業，從年輕做到退休都未轉行，累積了不少住在附近的忠實顧客，退休後，因地緣關係，日常生活中還是常與忠實顧客碰面，發現自己越來越叫不出忠實顧客的名字，只是覺得挺面熟的，就算對方主動上前打招呼，依舊不太確定對方的名字，但是又不好意思說出口，所以還是會閒聊一下。

生活狀況來說，個案C雖然不會主動去醫院做身體健康檢查，但由於有裝心律調節器，領有重大傷病卡，雖然心律調節器的電池可以使用五至十年，但需要每三個月回診一次，定期測量電量是否穩定，每到要回診的那週，兒子就會先幫個案C預約回診時間，親自陪個案C回診，若是兒子時間無法配合，女兒也會特別下來嘉義陪伴回診，不會讓個案C單獨回診。「雖然有時候他們來陪我回診…還是一直在接手機，但工作忙啦沒辦法，他們回來陪我聊聊天、看個病，這樣很棒了啦！」個案C表示，看到其他高齡者獨自回診時，都會覺得兒女在旁邊陪伴很驕傲、不孤單。平日三餐都是自己煮，有時多煮還會分給街坊鄰居，「啊我們這邊都這樣啊～你分我、我分你，你看看你們會這樣嗎？你們連鄰居叫什麼都不知道！」鄉下濃濃的人情味，不僅是個案C不想離開的原因，也是最重要的社會支持，這是都市無法相比的。個案C、D的休閒類似，平常都會與鄰居一起去公園散步，或到鄰居家看鄉土劇、電影，一起討論劇情等。在健康檢查上，個案D表示，「有不舒服再去（身體健康檢查）就好了，原本身體沒毛病，檢查才會嚇出病。」認為身體出現異樣再去檢查即可，不必自己嚇自己。

個案A會去健身房跑步、肌力訓練，每周五次，以保持身體健康，「保持健康夠…是應該的啦！你想想看，要是你真的不健康…你的兒女照顧你，兒女不快樂，你也不快樂啊！你試試別人幫你挖鼻孔你舒服嗎？」個案A很重視自己的身體，每兩年會做一次全身健康檢查，認為能夠維持健康、保持自我照顧能力是件很重要的事情，平常就是看看書、電視等，約一個月會跟朋友見一次面。

個案B會到樂齡中心報名有興趣的課程，例如：英文班、手機班……等，幫

自己排課表，安排時間，「我們…有時候去上課其實不是為了什麼，就是想多認識志同道合的人聊天。」，個案B表示配偶過世後，人生感覺失去了重心，很感謝里長介紹了樂齡中心，讓她再次找到精神寄託。對於健康檢查，個案B表示，「我…我都不確定我多久檢查一次餒，有同學約我就去啦！」，有人邀約就會一起去做檢查，基本上一年會一次。

綜上所述，發現到居住在鄉村社會型態的個案C、D之休閒活動都是屬於步調較慢，且悠閒的活動，對於身體健康檢查採取較消極的的處理，認為有不舒服再檢查就好；居住在都市社會型態的個案A、B之休閒活動則較有目的性，有明確的目標，例如：維持身體健康、培養興趣等，對於身體健康檢查採取較積極的方式，主動或是有人邀約就會去。

三、 獨居高齡者對社會福利資源資訊的接收及運用

個案A知道一些地方的運動中心，價格較連鎖健身房便宜，但考量到器材的新舊程度、質量與數量，以及離家的距離，最後選擇到連鎖健身房運動。個案B藉由樂齡中心學習技能與人際互動，找到人生的第二重心。詢問個案A、B是否了解自己有沒有什麼資格可以領取社會福利資源時，「可是我還有房子啊…那些資源都是給低收、中低收啦…哪輪的到我們，我要是沒有房子我也是低收…也不想房子只是一個住的地方，又不能吃…」個案A表示知道一些獨居高齡者可以申請的津貼，但因為還需要一些身分上的資格，自己無法申請，所以深感無奈，認為政府只照顧到沒有房子的獨居高齡者。

個案B認為日子還過得下去，就不需要申請補助津貼，「資源夠…留給真正需要的人啦！我覺得（自己現在）不差，不用去跟人家搶那些啦！我有去（樂齡中心）上課…那也是社會資源，以前上學要很多錢，那邊（樂齡中心）很便宜。」，認為樂齡中心也是社會福利資源，能夠在樂齡中心學習是非常開心的事情。

個案D也因為名下財產還有房產，所以無法申請補助津貼，「我也不懂為甚麼有房子就不能申請…房子會生錢給我嗎！」個案D對補助津貼申請深感無奈。個案C表示知道可以申請，但是手續很繁瑣，也不太確定要去詢問誰，就沒有積極的處理，因領有重大傷病卡，所以看診在價格上比較優惠。詢問知不知道可以去樂齡中心學習時，個案D表示完全不知道有這樣的機構；個案C則表示過去有聽鄰居講過，但當我說了樂齡中心的實際位置後，個案C、D皆認為太遠了，無法頻繁的到樂齡中心上課。

綜上所述，發現到居住在都市社會型態的個案A、B對於社會福利資源資訊的理解較多，知道地方的運動中心、樂齡中心等，且願意去使用，雖然個案A後來選擇至連鎖健身房運動，但最初也是從地方運動中心開始養成運動的習慣；居住在鄉村社會型態的個案C、D對於社會福利資源的理解較少，且採取被動的

接收方式，導致無法得知更多資訊。在訪問時，個案A、C、D表示自己並無使用手機、平板等數位產品，個案B雖有自己的手機，但也只會使用通訊軟體聯繫親友，並不會使用手機查詢資料，個案們對於每日資訊的接收，主要都還是來自報紙及電視新聞。雖然現在不斷的強調數位化可以打破地理位置的束縛，拉近人與人之間的聯繫，各國也開始架設數位化政府，把相關資料都上傳到網路上，方便人民使用、查詢，但忽略了較少使用數位網路的高齡者們，尤其是鄉村的高齡者，對於資訊的接收，仍被周圍環境所影響。

伍、結論與建議

一、 結論

根據上述訪談資料，本研究結果與郭玫怡（2005）的論述相互呼應，亦即獨居高齡者們開始破除以往的刻板印象，從「被迫」獨居到「自願」獨居，從享受三代同堂的天倫之樂到喜歡無拘無束的獨居生活，最大的因素在於：自己也能健康生活。訪談到的4位個案都尚處於能自理生活的情況，除了個案C需要固定回診外，其餘個案皆無須頻繁看診，個案C除了回診時的生活，日常生活所需，包含上廁所、準備三餐等仍能自行處理。對於居住在鄉村社會型態的獨居高齡者來說，最大的社會支持就是鄰居以及熟悉的環境，這是他們不願離開鄉村的重要因素。

研究結果也回應了曾煥裕和石泐（2010）的發現，多數的獨居高齡者社會活動參與意願低，缺乏主動使用社會福利資源的意願。尤其是居住在鄉村型態的獨居高齡者，較無身體健康檢查的習慣，採取較消極的心態，認為身體有不適再檢查即可，但許多疾病往往是默默開始，待到身體出現不適症狀時，早已錯過黃金治療期。

二、 建議

針對都市與鄉村社會型態獨居高齡者之現況與困境，給予相關機構、單位以下三點建議：

（一）破除地理距離的限制：

建議樂齡中心、老人大學可以提供校車，設立離鄉村較近的站牌提供接送，提升鄉村獨居高齡者對於上課學習的熱情與意願。政府機構或相關醫院可以多派行動醫療巡迴車到鄉村替獨居高齡者們進行健康檢查。

（二）主動詢問與協助：

獨居高齡者常因為社會補助的繁瑣程序，而止住申請的腳步，對於社會福利資源的資訊，大多採取消極接收，像是醫院會幫忙核發的重大傷病卡、交通

卡的折扣及看診的優惠等這些無需個人主動申請的項目，中央或地方政府可以推派人力主動詢問，介紹補助申請的程序及給予積極協助。

(三) 與鄰近機構合作：

當代講求環保及迅速，許多資訊的傳遞從紙本變成線上，對於較少接觸數位網路的獨居高齡者來說，無疑是一道難以跨越的門檻，政府及相關單位應特別針對此群眾給予更確切、積極的協助。政府機構缺乏人力協助，建議可以與鄰近大專院校、樂齡中心、社區大學、老人大學合作，讓年輕人利用服務學習的相關課程與獨居高齡者接觸，打破彼此對彼此的成見、歧視，也利用代間人際交流，讓年輕人體驗高齡者經歷的智慧，也讓高齡者重拾年輕人身上的青春活力，產生互惠；也可以讓樂齡中心、老人大學的高齡者與獨居高齡者互動，讓「老人幫助老人」用更多的同理心去鼓勵、關懷獨居高齡者，提升獨居高齡者主動學習的意願，才能更實質的照顧到獨居高齡者。

參考文獻

王靜枝 (2001)。Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms in the Elderly of Rural Communities in Southern Taiwan. (南台灣鄉間居家老人之精神憂鬱及其相關因素之探討), *護理研究雜誌*, 9 (3), 1-12。

李正源 (2010)。心理治療的直覺現象—詮釋學的觀點。博士論文, 國立高雄師範大學, 高雄市。Retrieved from <https://hdl.handle.net/11296/73q74u>

李嘉玲 (2014)。老人憂鬱症。臺大醫院健康電子報, 82 (9)。

汪文聖 (2001)。現象學方法與理論之反思：一個質性方法之介紹 (A Reflection on the Phenomenological Method and Theory: Introduction to a Qualitative Method)。 *應用心理研究*, 12, 49-76。

沙依仁 (2000)。獨居老人照顧及福利服務輸送體系。 *新臺灣社會發展學術叢書-老人篇*, 264-284, 允晨文化。

花琳鈞、周宗翰、宮平百百子、陳品秀、黃琬婷 (2020)。高齡者之獨居與其影響。 *台灣老年學論壇*。

金韋志、劉嘉逸、李晉邦、朱俊霖 (2014)。Validation of Five Short Versions of the Geriatric Depression Scale in the Elder Population in Taiwan (於台灣老年族群使用五種簡短型老年憂鬱量表之可行性)。 *台灣精神醫學*, 28 (3), 156-163。

南投縣政府衛生局 (2020)。社區心理衛生中心。
<https://www.ntshb.gov.tw/information/index.aspx?aid=20&inford=3145>

洪瑤 (2003)。台北獨居老人日漸增加近半數有憂鬱傾向。國內醫療新聞, 國際厚生健康園區。
http://www.24drs.com/daily/article.asp?x_no=413

凌千惠、傅光翊、黃荷瑄、姚慧萍、林宜慧、葉志嶸 (2007)。老年族群之憂鬱程度、社會支持程度與醫療服務使用之相關性 (Depression, Social Support, and Medical Services Utilization of the Elderly in Taiwan)。 *中山醫學雜誌*, 18 (2), 201-215. doi:10.30096/csmj.200712.0005

徐淑貞、張蓓貞、戎瑾如 (2008)。獨居老人習得智謀對憂鬱與生活品質影響之探討 (Effects of Learned Resourcefulness on Depression and Quality of Life among Solitary Elderly Residents of Communities)。 *醫護科技期刊*, 10 (2), 88-98。 doi:10.6563/tjhs.2008.10(2).2

高冬玲 (2013)。台北市社區獨居老人老化態度, 生命意義與幸福感之研究。

碩士論文，國立臺北護理健康大學護理研究所，台北市。

國家發展委員會（2020）。中華民國人口推估（2020 至 2070 年）。
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3<https://hdl.handle.net/11296/58j633>

郭玫怡（2005）。台中市獨居老人生活狀況之研究。碩士論文，東海大學，台中市。Retrieved from <https://hdl.handle.net/11296/cxs2cr>

陳玉敏（2001）。獨居老年人之自我照顧需求（Self-Care Needs of the Elderly Living Alone）。*榮總護理*，18（3），223-233。doi:10.6142/vghn.18.3.223

陳淑英、張淑雅、張碧如（2013）。獨居老人之獨居原因、生活特徵、及對社會福利感受。*網路社會學通訊*，111。

陳燕禎、林小圓（2008）。兩岸獨居老人照顧模式之初探：以臺北市和南京市為例。*兩岸發展史研究*，6，215-251。

曾家宏（2020）。2020 的銀色臺灣不可忽視的臺灣高齡化浪潮。2020 銀色臺灣，大國民，32-33。

曾煥裕、石泐（2010）。獨居老人使用社會福利服務因素之探討：以臺北市為例（Factors Associated with Welfare Services Used by Elderly Persons Living Alone in Taipei City）。*長期照護雜誌*，14（2）。177-197。doi:10.6317/ltc.201009_14(2).0006

曾誰我、馬永川、王彥儒（2016）。高齡獨居者生活社交需求之調查（Social App Design Considerations for Elderly Persons Living Alone Based on User Experience）。*福祉科技與服務管理學刊*，4（4），505-520。doi:10.6283/jocsg.2016.4.4.505

黃素珍、高迪理、林金卿、陳淑美, & 廖美玲（1994）。獨居老人在宅服務需求研究—以彰化縣鹿港鎮為例。*社會工作學刊*，3，93-116。

楊培珊（1999）。臺北市獨居老人生活暨需求概況調查—以文山區為例。*國立臺灣大學社會學刊*，27，143-188。

廖以誠、葉宗烈、楊延光、盧豐華、張智仁、柯慧貞、駱重鳴（2020），台灣老年憂鬱量表之編制與信效度研究。*台灣精神醫學*，18，30-41。

熊曉芳（1999）。社區獨居老人健康狀況、社會支持及相關因素探討，碩士論文，國立臺灣大學，台北市。Retrieved from <https://hdl.handle.net/11296/kk8fb9>

衛生福利部統計處（2020）。列冊需關懷獨居老人人數及服務概況。
<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-2977-13846-113.html>

鄭青青（2004）。探討都會型社區獨居老人接受社區服務對其自覺健康狀況與生活品質。碩士碩文，國立台北護理學院，台北市。

Mutchler, J. E., & Bullers, S. (1994). Gender differences in formal care use in later life. *Research on Aging*, 16 (3), 235-250.

