

臺灣的社會資本與自評健康

鄭惠玲 江東亮*

HUI-LING CHENG, TUNG-LIANG CHIANG*

國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所，台北市仁愛路一段一號1519室
Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University.
Room1519, No.1, Jen-Ai Rd, 1st Section, Taipei, Taiwan.

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: tlchiang@ha.mc.ntu.edu.tw

目標：本研究旨在探討臺灣社會資本與成人自評健康的關係。**方法：**橫斷性次級資料分析，分析單位為個人。研究資料來自1996年的「臺灣社會變遷調查」，為全國性代表樣本，共2,385名成人。社會資本指標由社會信任及社會參與兩個面向組成，共有五道測量題目。本研究利用對數迴歸分析檢視社會資本是否與自評健康有關。**結果：**整體而言，84.2%的受訪者自述身體狀況為好或很好，87.6%的受訪者自述目前生活快樂或很快樂。社會資本越高，越容易自述身體健康和生活快樂。在控制性別、年齡、教育程度和個人收入等級後，自述身體健康的勝算比為1.2 (95%信賴區間1.1-1.3)，自述生活快樂的勝算比為1.3 (95%信賴區間1.2-1.5)。**結論：**社會資本是台灣成人自評健康的重要影響因素。(台灣衛誌 2002；21(4)：289-295)

關鍵詞：社會資本、自評健康。

Social capital and self-rated health in Taiwan

Objectives: To examine the relationship between social capital and self-rated health among adults in Taiwan. **Methods:** Cross-sectional and individual-level secondary data analysis. Data for the analysis came from the 1996 Taiwan Social Chang Survey with a nationally representative sample of 2,385 adults. Social capital was measured using a 5-item scale covering social trust and social involvement. Logistic regression was applied to explore whether social capital was associated with self-rated health. **Results:** Overall, 84.2% reported their physical health as being good or excellent, and 87.6% living happily or very happily. High social capital was significantly associated with self-rated good physical health and happy life. The odds ratio for good physical health and happy life were 1.2 (95%CI 1.1-1.3) and 1.3 (95%CI 1.2-1.5) after controlling for sex, age, education and individual income class. **Conclusions:** Social capital was very significant in determining self-rated health among adults in Taiwan. (*Taiwan J Public Health*. 2002;21(4):289-295)

Key words: Social Capital, Self-Rated Health.

前言

1992年, Wilkinson指出:對工業化國家而言,社會的貧富差距越大,族群的健康狀況越差[1],隨後許多實證研究陸續支持此一相對所得假說。例如, Kennedy等以羅賓漢指數(Rood Hood Index)估計美國各州所得不平等的程度[2],以及Kaplan等以收入低於50%的家戶總所得佔率作為所得不平等指標[3],皆發現美國各州的相對所得與死亡率之間有顯著正相關。Chiang的研究亦顯示,臺灣由開發中國家邁入已開發國家之後,各縣市的所得高低對死亡率的影響逐漸減少,而貧富差距與死亡率的相關則越來越強[4]。

為何社會的所得分配越不均等,族群的健康狀況就越差?以物質主義的觀點而言, Lynch等認為在所得不平等的社會中,個人無法獲得充足的社會資源,例如:教育、健康服務、居住環境等,以致族群的健康狀況較差[5]。就心理社會環境的觀點而言, Wilkinson則強調因為所得不平等破壞了社會凝聚程度,所以影響族群健康[6]。Kawachi等進一步指出社會資本(social capital)為所得不平等和族群健康關係之中介變項,認為貧富差距加大,降低社會凝聚和人際信任程度,亦即減少社會資本,因而造成族群健康狀況的惡化[7,8]。

社會資本係指社會信任、人際互惠關係,以及守望相助等社會結構特質,不僅是個人行動的資源,也會促進社會成員的集體行動[9,10]。社會資本可以由心理和行動兩個面向加以測量[11],心理面關心的是信任程度,包括對一般人的信任程度、對組織的信任程度、對人際互惠關係的信任程度等;行動面關心的是個人參與社團活動的情形,以及個人參與公共事務的情形兩部分。

大體而言,社區層次的研究結果,均顯示社會資本與健康確有顯著相關[8,12-15],但是個人層次的研究則尚未有一致結論。例如: Veenstra以個人層次分析社會資本和自評健康的關係,發現兩者並無顯著相關[16];

但是, Rose[17]、Hyypä和Mäki[18]分別以個人層次進行研究,結果卻顯示在控制人口學特性與個人社經地位後,社會資本仍然對自評健康有顯著的影響。本研究擬利用中央研究院所舉辦的「臺灣社會變遷調查」,分析臺灣成人的社會資本是否與自述身體健康和自述生活快樂有關。

材料與方法

一、資料來源

本研究係採橫斷性次級資料分析,分析單位為個人,研究資料來自中央研究院於1996年舉辦的「臺灣社會變遷調查」[19]。本調查為結構性問卷面訪,調查對象為台灣25至60歲的成人,採分層三階段等機率抽樣,1996年7月至8月中旬完成調查,完訪率為57.8%。經問卷篩選與除錯後,共得有效樣本2,831名。根據本研究需要,我們選取基本變項與社會資本指標皆回答完整之樣本為分析對象,共計2,385名。

二、健康與社會資本的測量

本研究的依變項為自述身體健康和自述生活快樂。測量身體健康的題目為:「整個來說,您身體的健康狀況好不好?」,答案分為「很好」、「好」和「不太好」,我們將前兩項合併為「自述身體健康」,最後一項則為「自述身體不健康」。測量生活快樂的題目為:「整個來說,您覺得目前生活過得快樂嗎?」,選項有「很快樂」、「快樂」以及「不太快樂」,本研究將前兩項合併為「自述生活快樂」,最後一項為「自述生活不快樂」。

我們以社會信任及社會參與兩個面向,來測量個人的社會資本,一共有五道題目。個人社會資本分數的計算方法,係合計此五道題目的得分。社會資本分數越高,表示社會資本越多;反之,則代表社會資本越少。在社會信任方面,有三道題目,第一道測量人際信任,題目為:「有些人認為社會上大多數人都可以信任,有些人認為對人還是小心一點比較好,請問您自己的感覺比較接近哪一種說法?」,分為「多數人都可以信任」、

投稿日期:91年6月26日

接受日期:91年12月5日

「一半一半」、「還是小心一點比較好」三個答案，在計算社會資本分數時，本研究定義回答「多數人都可以信任」與回答「一半一半」各得1分，回答「還是小心一點比較好」為0分；第二道測量對鄰居的信任：「您會不會覺得現在社會很亂，連鄰居都不能信任？」，共有四個答案：「很不覺得」、「不太覺得」、「還算覺得」、「很覺得」，我們定義回答前兩項各得1分，後兩項各得0分；第三道測量對人際互惠程度的看法：「您認為社會上一般人通常都願意幫助別人，還是多半只管自己的事情？」，分為「通常願意幫助別人」、「一半一半」、「多半只管自己的事」三個答案，本研究定義回答「通常願意幫助別人」或「一半一半」各得1分，回答「多半只管自己的事」為0分。社會參與包括社團參與和社區參與兩道題目，第一道題目為：「請問您在過去一年當中，有沒有捐錢給什麼團體，花時間參加團體活動，是不是某些團體的會員？」，團體類別包括宗教性、政治性、社會運動性、社會服務性、聯誼性、專業性團體、工會以及其他類，每一個項目均分別調查受訪者曾否捐款、曾否參與、是不是該團體會員，以及是否擔任該團體義工等項目。本研究將受訪者參與各類團體的項目加總後，重新為兩組：參加一項以上(1分)，和未參加(0分)；另一道題目為：「您在過去一年中，常不常參加社區活動？」，選項有「經常」、「有時候」、「很少」、「從不」，我們定義回答前三項得1分，回答最後一項得0分。

本研究的控制變項，包括性別、年齡、教育程度及收入等級。我們將教育程度分為國中以下、高中或高職、專科以上(含大學及研究所)三組；收入等級為自評的個人收入等級，題目為：「如果將社會由下到上分為十層(第一層代表最低，第十層代表最高)，您認為您的收入屬於第幾層？」，本研究根據人數分佈，將收入等級重新分為四組：等級為第一至第二層者歸於低收入、第三層到第四層者歸於中低收入、第五層者為中高收入、第六層到第十層者則為高收入。

三、統計分析

本研究首先呈現人口學特性與自述身體健康和自述生活快樂百分比的分布情形，並說明人口學特性與自評健康的雙變項分析結果；其次，說明社會資本的分布情形，接著比較不同人口學特性的社會資本分數平均值，並進一步分析人口學特性與社會資本分數的關係；最後，我們以對數迴歸分析社會資本分數對自述身體健康與自述生活快樂的影響，並分別求出未控制任何變項的粗勝算比(odds ratio)和控制性別、年齡、教育程度，及個人收入等級之後的勝算比。

結 果

本研究有效樣本共 2,385 名，其人口學特性的分布情形，詳見表一。受訪樣本在性別方面，男性(55.1%)略多於女性(44.9%)；在年齡方面，以35~44歲最多(39.2%)，其次為25~34歲(31.5%)，和45~60歲(29.3%)；在教育程度方面，以國中以下最多(48.1%)，其次為高中或高職(27.6%)和專科以上(24.3%)；在收入等級方面，以中低收入(32.9%)和中高收入(31.7%)最多，其次為低收入(23.6%)，高收入(11.9%)最少。根據表一，說明人口學特性與健康狀況的關係。就健康狀況而言，大多數樣本都自述身體健康(84.2%)和生活快樂(87.6%)；進一步分析指出：年齡、教育程度，以及收入等級都與自述身體健康和自述生活快樂具顯著統計相關，但性別祇與自述身體健康有相關。

表二說明受訪樣本的社會資本分布情形。就社會信任而言，高達76.8%認為「對人還是小心一點比較好」，41.4%表示「現在社會很亂，連鄰居都不能信任」，46.4%認為「一般人多半只管自己的事情」。就社會參與而言，過去一年來，76.6%參加一項以上的社團，然而僅有36.1%曾參與社區活動。表三說明人口學特性與社會資本分數的關係。我們合計上述五道社會資本題目的得分，最高值為5分，求得全體樣本的社會資本分數平均值為2.5±

表一 人口學特性與健康狀況的分布情形

變項	人數(%)	自評健康百分比	
		自述身體健康	自述生活快樂
總計	2385 (100.0)	84.2	87.6
性別		($\chi^2=25.3$; $P<0.001$)	($\chi^2=1.2$; $P=0.283$)
男性	1313 (55.1)	87.6	87.0
女性	1072 (44.9)	80.0	88.4
年齡		($\chi^2=49.2$; $P<0.001$)	($\chi^2=7.2$; $P=0.027$)
25~34歲	751 (31.5)	90.8	90.3
35~44歲	936 (39.2)	84.0	86.6
45~60歲	698 (29.3)	77.4	86.1
教育程度		($\chi^2=104.4$; $P<0.001$)	($\chi^2=30.4$; $P<0.001$)
國中以下	1147 (48.1)	76.3	83.8
高中／高職	659 (27.6)	90.7	90.7
專科以上	579 (24.3)	92.4	91.7
個人收入等級		($\chi^2=105.3$; $P<0.001$)	($\chi^2=134.8$; $P<0.001$)
低收入	562 (23.6)	71.2	74.2
中低收入	785 (32.9)	85.1	88.8
中高收入	755 (31.7)	89.7	93.4
高收入	283 (11.9)	92.9	95.8

1.2分；其中，教育程度和個人收入等級越高，社會資本得分均越高，至於年齡及性別則與社會資本分數無顯著統計相關。

表四為社會資本與健康狀況的對數迴歸分析的結果。整體而言，社會資本對自述生活快樂的影響大於對自述身體健康的影響。就粗勝算比而言，自述身體健康為1.2 (95%信賴區間1.1-1.4, $P<0.001$)，自述生活快樂為1.4 (95%信賴區間1.3-1.6, $P<0.001$)，在控制年齡、性別、教育程度以及個人收入等級等變項以後，自述身體健康與自述生活快樂的勝算比分別為1.2 (95%信賴區間1.1-1.3, $P<0.01$)及1.3 (95%信賴區間1.2-1.5, $P<0.001$)。

討 論

與Rose[17]、Hyypä和Mäki[18]等的研究結果一致，本研究發現：在控制人口學特性與個人社經地位後，社會資本越高，則越容易自述身體健康和自述生活快樂。本研究曾經嘗試以不同的記分方式進行相關分析，包括：(1)將每道題目的選項都分成0分和1分兩組，以及(2)將三個選項的題目分別給予0、1、2分，四個選項的題目分別給予0、1、2、3分。但是，無論任何一種分類方法，社會資本與自評健康的分析皆達到統計顯著水準，而且P值皆小於0.01。為何個人的社會資本會影響健康呢？就健康行為的觀點而言，在社

表二 社會資本分佈

變 項	人數	百分比
總計	2385	100.0
社會上大多數人都可以信任，或是對人還是小心一點比較好？		
一半一半／多數人都可以信任	553	23.2
還是小心一點比較好	1832	76.8
現在社會很亂，連鄰居都不能信任？		
不太覺得／很不覺得	1397	58.6
還算覺得／很覺得	988	41.4
社會上一般人通常都願意幫助別人，還是多半只管自己的事情？		
一半一半／通常願意幫助別人	1279	53.6
多半只管自己的事	1106	46.4
社團參與		
參加一項以上	1828	76.6
未參加	557	23.4
社區參與		
參與	862	36.1
未參與	1523	63.9

表三 人口學特性與社會資本分數

變項	平均值	標準差	F值	P值
總計	2.5	1.2		
性別			0.0	0.934
男性	2.5	1.2		
女性	2.5	1.2		
年齡			1.3	0.264
25～34歲	2.4	1.2		
35～44歲	2.5	1.2		
45～60歲	2.5	1.2		
教育程度			5.6	0.004
國中以下	2.4	1.2		
高中／高職	2.5	1.2		
專科以上	2.6	1.2		
個人收入等級			15.9	<0.001
低收入	2.2	1.2		
中低收入	2.5	1.2		
中高收入	2.6	1.2		
高收入	2.7	1.2		

表四 社會資本影響自述身體健康與自述生活快樂之對數迴歸分析結果(n=2385)

依變項	模式一	模式二
	勝算比(95%信賴區間)	勝算比(95%信賴區間)
自述身體健康	1.2 (1.1-1.4) ***	1.2 (1.1-1.3) **
自述生活快樂	1.4 (1.3-1.6) ***	1.3 (1.2-1.5) ***

註：模式一：未控制任何變項；模式二：控制性別、年齡、教育程度以及個人收入等級等變項。

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$ 。

會資本充裕的社會中，大家互相信任，健康訊息比較容易被採納，大多數成員都有健康的行為；同時，抽菸、酗酒等有害健康的行為會受到節制，因此健康狀況普遍較好[12, 20]。就心理層面的觀點而言，在社會資本高的社會中，經由互信互惠的人際網絡互動，可以提高個人的自尊、自我效能和歸屬感，從而增進個人心理和生理的整體健康[12, 15]。儘管如此，有關社會資本影響健康的機轉，仍有待後續深入研究。

再者，本研究發現目前台灣的社會資本相當貧乏：高達七成的民眾不信任他人；四成以上覺得鄰居不可以信任，以及認為人們多半只管自己事情；在過去一年中，六成以上不曾參與社區活動(表二)。事實上，張莚雲[21]亦發現，臺灣民眾對人際關係的不信任感，有日益增加的趨勢。鑑於社會資本對健康的重要性，我們應該如何創造社會資本呢？Lomas強調社會資本之創造在於改變社會結構，包括改善社會所得和權力的分配、增加民眾的休閒時間、創造更多的公共空間、以及補助地方性社團和協會的經費等[22]。目前台灣積極推動的「社區總體營造」，其目標為改善社區人際關係，凝聚社區意識，進而建立生命共同體的觀念，可說是一種創造社會資本的運動[23]。然而，台灣推動社區總體營造至今面臨許多困境[24]。例如，雖然社區總體營造強調社區住民自主參與，但是除了地方文史工作者積極投入外，社區住民對周遭環境仍冷漠疏離，參與公共事務意願不高。因此，未來的社區總體營造工作應該增加社區住民參與的空間，更致力於凝聚利害與共的社區意識。

最後，本研究在研究設計和測量指標兩

方面有一些限制。就研究設計而言，由於採橫斷面研究，有關社會資本對自評健康情形的因果推論上必須特別小心。例如：可能因為信任別人、對人際互惠關係持正面評價，以及投入社團與社區活動，因而促進生理和心理的健康；但是也有可能是因為心理比較健康所以容易信任別人和肯定人際互惠關係，身體比較健康所以樂於參與社團和社區活動。就測量指標而言，由於「台灣社會變遷調查」並未收集抽菸、肥胖、獨居、健康檢查等資料，所以在進行社會資本與自評健康的多變量分析時，我們祇能加入人口學特性及個人社經地位等控制變項。此外，受限於利用既有的資料庫，我們祇選取國外文獻最常用的測量指標建構社會資本，未來應該可以加入反映臺灣本土文化的特殊指標。例如：台灣民眾參加民間互助會的組織數目與投資的金額，代表人際間相互信任的程度。

致 謝

本研究承蒙中央研究院調查研究工作室提供「臺灣社會變遷基本調查資料庫」，謹此致謝。

參考文獻

1. Wilkinson RG. Income Distribution and Life Expectancy. *BMJ* 1992;**304**:165-8.
2. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. *BMJ* 1996;**312**: 1004-7.
3. Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, Cohen

- RD, Balfour JL. Income inequality and mortality in the United States. *BMJ* 1996;**312**: 999-1003.
4. Chiang TL. Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: regression analysis. *BMJ* 1999;**319**:1162-65.
5. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000;**320**:1200-4.
6. Wilkinson RG. Income inequality and social cohesion. *Am J Public Health* 1997;**87**: 104-6.
7. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality. *BMJ* 1997;**314**:1037-40.
8. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997;**87**:1491-8.
9. Coleman JS. *The Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
10. Putnam RD. *Making Democracy Work*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
11. Lochner K, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital: a guide to its measurement. *Health & Place* 1999;**5**:259-70.
12. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;**89**:1187-93.
13. Kawachi I, Kennedy BP, Brainerd E. The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Dev* 1998;**26**:2029-43.
14. Skrabski A, Kopp MS. Mortality rate in relation to social capital in Hungary. *Psycho Med* 2000;**62**:119.
15. Ellaway A, Macintyre S. Social capital and self-rated health: support for a contextual mechanism. *Am J Public Health* 2000;**90**: 988.
16. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 2000;**50**:619-29.
17. Rose R. How much does social capital add to individual health? *Soc Sci Med* 2000;**51**: 1421-35.
18. Hyypä MT, Mäki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a Bilingual community. *Preventive Med* 2001;**32**:148-55.
19. 中央研究院：臺灣社會變遷基本調查計劃—第三期第二次調查執行報告，1997。
20. Morrow V. Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *Social Rev* 1999;**47**:744-65.
21. 張苙雲：當代台灣社會的信任與不信任。中央研究院民族學研究所，變遷中的臺灣社會：第二次台灣地區社會變遷基本調查國際研討會，1995。
22. Lomas J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Soc Sci Med* 1998;**47**:1181-8.
23. 蔡吉源：論臺灣地區社會資本、社區意識與社區社會之重建。臺灣經濟 1995；**228**：1-12。
24. 林志成：社區總體營造的省思。社教資料雜誌 1998；**241**：8-10。