

社會支持對老人靈性健康影響之 研究：中介效果的驗證*

李孟芬

實踐大學

家庭研究與兒童發展學系

石泱

實踐大學

社會工作學系

社會支持是老年生活中的重要資源之一，過去研究證實社會支持對老年生活品質有正向的直接影響。靈性健康為健康的一部分，在超高齡社會中，被視為全人關懷的重要觀點之一。本研究主要針對不同特質老人，藉由各類社會支持內涵（包括資訊支持、尊重支持、實質支持、情感支持），瞭解其對靈性健康的影響，並探討社會支持是否在個人特質及靈性健康間存在中介效果。研究對象為居住臺北市 65 歲以上社區老人，研究工具包括社會支持量表，修改自 Iwasaki 與 Mannell（2000）量表，及臺灣老人靈性健康量表（石泱、李孟芬，2021）。資料收集期間為 2019 年 9 月至 11 月，共收回 325 份有效問卷，回收率為 76.5%。採用結構方程模型及中介效果進行資料分析。研究結果顯示，本研究社會支持量表及老人靈性健康量表具有良好的信、效度，結構模型配適度符合標準。路徑分析結果顯示影響老人靈性健康的主要因素為社會支持、宗教信仰。整體社會支持介於自評經濟狀況、健康狀況與老人靈性健康間具有中介效果，社會支持各子構面以尊重支持具完全中介效果，但對宗教信仰具部分中介效果。最後，研究者針對老人、家人親友、專業服務提供者及未來研究，提出具體建議。

關鍵詞：老人、社會支持、靈性健康、中介效果

* 1. 本文通訊作者：石泱，通訊方式：stone@g2.usc.edu.tw。

2. 本研究感謝實踐大學高齡家庭服務事業碩士在職專班沈勝川、葉詠加、陳文中、曾慧玲等同學協助資料收集。

隨著社會環境變遷及醫療科技進步，人類平均壽命不斷延長，生命的品質更甚於生命的長度。先進國家進入超高齡社會，靈性健康被視為全人關懷的重要觀點之一（Gilbert, 2000）。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）原定義健康涵蓋生理、心理和社會三個面向，在 20 世紀末專家學者建議應加列第四面向——「靈性健康」（spiritual health）（Koenig et al., 1996; Marmot et al., 2008）。美國醫療照護及社會工作服務更將個案的靈性狀況與靈性健康列為重要的評估和評鑑項目（Canda & Furman, 1999）。

靈性健康是健康的一部分，為整合其他健康層面之根本，與人類的健康及幸福感息息相關（石泐、李孟芬，2021；Dhar et al., 2011），對晚年的生活更是如此。當人們面臨無法避免的生理老化及長壽議題時，有些老人因疾病導致身體功能無法自理或認知功能退化，卻仍能正面向對自己、他人、社會，甚至在精神與心靈層次上有所寄託，雖老殘也能活得快樂且有尊嚴，因此心靈層次的健康議題成為成功老化的另一個研究重心（Depp et al., 2010; Kunzmann et al., 2000）。

靈性健康研究取向不斷轉變，從 1980 年代定義何謂靈性健康，到靈性健康量表的研發，應用在護校學生、專業人員（如教師）及臨終病人……等。1990 年代開始應用在老人族群，Hodge 等人（2012）以後設分析法發現靈性健康在老人照顧上具有重要意義。臺灣將靈性健康應用於老人照顧仍在啟蒙階段，過去多以質性研究探討靈性健康的定義和類型；量性研究中，石泐與李孟芬（2021）針對都會社區老人調查指出，老人靈性健康受到個人特質、社會參與、社會支持影響。

伴隨人類長壽、家庭結構及社會經濟型態變遷，當今老人面對更多的角色轉變、壓力及挑戰（Vidovićová, 2018），如身體衰老及慢性病、退休、社會地位失落、親友離去……等；但也增加許多新的角色，如照顧孫子女、陪伴或照顧老年伴侶或年長父母親；或增加學習機會，如終身學習者、志工服務或再就業……等。House 等人（1988）回顧歐美國家老人長期追蹤研究發現，社會支持可降低死亡率及罹病率；而且良好社會關係及支持可以讓老人在面對壓力、疾病、健康狀況改變或死亡時，成為重要的緩衝及調節因子。實證研究指出社會支持無論在量或質上，對老化的主觀態度（Schwartz et al., 2021）及心理健康（如憂鬱傾向）（溫綵涵、阮祺文，2019；Fiori et al., 2006）都有一定的正向影響。Azam 等人（2013）的研究發現社會支持是老人的心理疾病及失能狀況的中介因子，可預防疾病及提升身體功能。謝美智等人（2013）以全國性資料分析結果也證明社會支持對老人生活品質具有一定的中介效果。

職是之故，本研究希望探討社會支持功能是否會對國內社區老人的靈性健康產生正向的影響，及其是否存在中介效果？而在社會支持各子構面中，對老人靈性健康的影響是否存在不同的作用路徑？研究結果將有助於學術領域及實務工作者瞭解社會支持對臺灣社區老人靈性健康的影響，更可作為老人服務及老人家庭教育靈性照顧活動規劃之參考。

（一）社會支持的意涵

社會支持是老年生活中的重要資源之一，是人類社會關係中的一種類型，讓個體深信自己受照顧、被愛及被尊重，歸屬於社會網絡的一員，且具有相互的責任感（Cobb, 1976）。個人在支持網絡中感受、察覺或接受來自他人的關心或協助的狀態（Reber, 1995）。社會支持被視為減緩壓力及提升健康的重要因子，當個體的社會支持功能健全時，其對壓力的承受度較高，而且身心的健康狀態也較佳（Cobb, 1976; House, 1987; House et al., 1988）。

社會支持分析架構可以分為兩類，一為針對壓力的社會支持緩衝模式（buffering model），其認為社會支持與壓力兩者交互作用，進而影響到生活品質。另一為主要影響模式（main effect model），其認為無論壓力大小為何，社會支持對於健康和身心的安適都有一定的助益（Cohen & Wills, 1985; Gardner & Cutrona, 2004）。本研究希望探討社會支持對靈性健康的作用情形及其他影響因素，故採用主要影響模式作為分析基礎。

社會支持的分類方式十分多元，有根據來源結構（謝美智等人，2013）或功能劃分，或以個人整體感受來量測社會支持（Cohen & Wills, 1985），也有以社會關係的整合情形或社會關係網絡的結構來測量社會支持（House et al., 1988）。功能劃分類型最早為 Cobb（1976）將社會支持區分為情感支持（emotional support）、尊重支持（esteem support）和網絡支持（network support）三類，情感支持使個人相信自己是被在意、被關愛的；亦有學者表示情感支持是指個人遭遇問題或困難時，

藉由他人的傾聽獲得心靈上的慰藉，並適時給予關懷與支持（Iwasaki & Mannell, 2000）。尊重支持是經由他人對個人的尊重及認同，促使個人認定自我能力，並肯定自我價值（Argyle, 1992）。網絡支持則是個人在生活上與他人的社交和互動，並從中獲得支持與協助。

Cutrona 與 Russell（1990）將社會支持分為五種型態，除了前述三種類型外，還增加實質支持（tangible support）及訊息支持（informational support）兩種，實質支持包括提供直接且實質的幫助，訊息支持則是指提供被支持者建議、忠告、接收訊息、意見溝通、訊息分享，以及有效解決問題的知識，並給予資源及服務上有用的資訊或建議等指導方針。House（1987）除了將社會支持區分為情感、工具、訊息三類外，更加上評價性支持（appraisal support），主要是指提供對個體自我評價有效的資訊。

本研究採用 Iwasaki 與 Mannell（2000）的分類方式，其綜合了前述學者們的分類，將社會支持分為情感、實質、資訊及尊重四種支持類型，主要考量除了情感、工具及訊息的支持為各年齡層共通的社會支持類型外，晚年生命階段注重自我統整，因此被尊重、覺得有價值對晚年生活尤為重要。此外，Cohen 與 Wills（1985）強調社會支持的感受更勝於社會支持的數目，本研究著重老人自我評估對各類型社會支持的主觀感受，而非測量其社會支持的來源、數目或強度。

（二）靈性健康之意涵與老年生活

靈性（spirituality）是人類生命的重要組成，源自拉丁字 *spirits*，意義是「感覺存在，並且能夠呼吸（breath, make alive）」。靈性涵蓋於生活經驗中，常被放在道德規範或宗教基礎上討論。過去談及靈性時，常與宗教信仰劃上等號，或認為靈性健康是指從宗教信仰中獲得心靈性上的安定感。但靈性並非全是宗教，Larson（1996）認為健康其實應該包括靈性層面，雖然靈性不是經驗的實體，但在健康定義中，其與心理、身體和精神有關，而且會隨文化的不同而有所差異。尤其是在諮商輔導的歷程中，若能融入靈性的介入，更能夠幫助案主改善心理的困擾（張淑芬，2017）。

靈性是個體最內在的部分，整合一個人的生理、心理、社會、情緒等其他構面的能量。而靈性健康（spiritual health）屬健康的一種狀態，會影響個人的整體生活感受與福祉，它是一個動態過程（洪櫻純，2012；Banks et al., 1984），是個人透過生活不斷實踐，以達至和諧狀態（Fisher et al., 2000; Golberg, 1998）。當個體擁有較佳的靈性健康時，可以發覺並培養個人的生命意義，能學習活在當下，感受愛、喜悅、平靜與成就感，可以成就他人與自己（Ellison, 1983）。靈性健康可以被視為是一個人的信仰系統或世界觀，能無私、無我、對他人的締結，實現承諾及較高的信念和希望，是一種自我超越與自己的賦能（Como, 2007）。同時也是一種與自我、與他人、與大自然環境、與超自然互動後的和諧狀態。要達到靈性健康的狀態，對內須對自我探索及生命意義的統整，對外則包括與他人、環境、超越力量的聯結關係，此種動態、整合成長的過程有助於讓個人迎向終極目標和實現有意義的生活（Fisher et al., 2000; Hungelmann et al., 1996）。本研究採石泐與李孟芬（2021）對靈性健康的定義，指整合個人內、外在平衡的動態過程，內在指個人統整過去、現在、未來，並在身、心、靈性上取得平衡，外在則與人、事、物，甚至與超自然和諧共處的關係。

靈性健康對老年生活的統整尤其重要，其與人類的健康及幸福感息息相關。Zibad 等人（2016）以概念分析法收集 1980—2014 年間老人靈性健康的論文，在 166 篇中深度分析 29 篇論文（包含 15 篇英文及 14 篇波斯文），將老人的靈性健康定義為是一種認知、情感、神聖、動態、連貫且連續的過程，其過程為與個人、他人、社會及超自然進行互動，從而為個人和社區帶來多面向的好處。

靈性健康包含多個構面，Perrin 與 McDermott（1997）以個人成長為中心，將靈性健康分為自我發展、自我實現和自我超越。Howden（1992）認為靈性健康應包含生命的意義和目的、內心的應變力、天地萬物的一體感、超越性四個構面。近年來最常被使用的靈性健康分類方式是個人與自己、他人、環境及超自然的關係四種類型（Gomez & Fisher, 2003）。Fisher 等人（2000）將靈性健康區分為個人（personal domain）、社群（communal domain）、環境（environmental domain）、超然（transcendental domain）四個面向。個人面向包括個人對生命的意義、目的、價值和自我認同；社群面向為人際間的關係，即人在群體中的關係品質和深度；環境面向指對大自然、天地萬物的敬畏和讚歎，是一種與環境和諧共存的概念；超然面向為個人與未知力量（如，終極關懷、宇宙力量或上帝）的關係，本研究對靈性健康亦採用此種分類方式。

(三) 社會支持與老人健康、生活滿意的關聯性

社會支持是人們面對壓力及增進健康的正向緩衝機制 (House et al., 1988)，過去研究發現缺乏家人或朋友的支持，老人的身體健康及生活滿意度都會下降 (Aquino et al., 1996)，而且容易有憂鬱症狀 (Newsom & Schulz, 1996)。另一方面，社會支持可以提升老人的幸福感受 (李勉禎等人，2015；李新民，2015；Cohen & Wills, 1985)，也有助於提升其生活滿意度 (江信男等人，2005；周玉慧、莊義利，2000；Muramatsu et al., 2010)。

然而，不同的社會支持類型對老人的影響也不相同，情緒或情感支持對於老人晚年幸福感受具有正向的影響，尤其是非正式的情緒支持，可以提升老人生活滿意度 (李新民，2015)、促進老人的身心健康 (周玉慧、莊義利，2000)、達到正向的老化態度 (吳舜堂、陳欽雨，2017)。而缺乏工具性支持與情緒性支持的老人容易發生憂鬱傾向或精神疾病 (溫綵涵、阮祺文，2019；Berry et al., 2006)。不過也有研究認為工具性支持對老人可能有負向的影響 (林志鈞、葉嘉文，2018)，它顯示老人的生活依賴性較高。此外，尊重支持被發現是預測老人憂鬱程度的重要因子 (曹維媛等人，2014)。

綜論之，社會支持對老人的健康及生活滿意度具有正向的影響，Fiori 等人 (2006) 發現獲得較多正向社會支持的老人，在心理上較健康。Newsom 與 Schulz (1996) 指出，社會支持對老人的身體健康與生活滿意具有中介效果，其會取代其他因素來促進老人身體健康，有助於提升老人生活滿意度，但社會支持是否會對老人靈性健康具有同樣的中介效果，則是本研究所欲探討的主題。

(四) 社會支持與靈性健康的影響因素

老人的社會支持與靈性健康會受到諸多因素影響，其中以宗教信仰最具影響力。過去研究顯示宗教信仰有助於提升老人的社會支持 (陳琇惠、林子宇，2012；Bowles et al., 2000)，也會對老人的靈性健康產生正向影響 (施勉如、林麗蓉，2015；Koenig, 2009；Koenig et al., 1996)。因為宗教的教義或儀式活動，具有緩解心理壓力的作用，可以幫助人們面對晚年生活的各種突發狀況或壓力 (Courtenay et al., 1992；Stolley & Koenig, 1997)。但也有研究認為宗教信仰繁雜的儀式和教規，反而會讓老人的靈性健康受到限制，甚至形成生活壓力的來源 (Jarvis & Northcott, 1987)。

經濟狀況亦會對老人的社會支持及靈性健康產生影響，經濟狀況愈好的老人，其社會支持系統也愈好，所獲得的社會支持程度也較高 (周玉慧、莊義利，2000；林麗味等人，2018；鄭政宗、賴昆宏，2007)，經濟狀況會直接正向影響老人的幸福感和生活品質 (石泐，2017；謝美智等人，2013)；但也有研究發現經濟狀況對都會區老人的幸福感並無顯著影響 (石泐、李孟芬，2021；Kobayashi & Marui, 2017)。

老人的自評健康狀況愈好，所得到的社會支持也愈多 (鄭政宗、賴昆宏，2007；McCamish-Svensson et al., 1999)。至於身體健康狀況與靈性健康之間的方向性則不一致，有些研究顯示身體健康狀況與靈性健康無關 (Adib-Hajbaghery & Faraji, 2015；Velasco-Gonzalez & Rioux, 2014)；但也有研究認為兩者相互影響，例如生病恐慌是造成老人靈性健康的阻礙 (洪櫻純，2012)；或有研究發現靈性健康不會直接影響到身體健康，但對精神或心理健康的影響較為顯著 (Moeini et al., 2016)。

社會支持可以提升老人的幸福感受 (李仁豪、余民寧，2014；李勉禎等人，2015；李新民，2015；Cohen & Will, 1985)，過去研究主要著重於對身體或心理健康的影響，部分研究指出社會支持網絡是影響老人生活滿意的中介變項 (謝美智等人，2013)，也是降低憂鬱的中介變項，尤其是在情感支持方面 (Li et al., 2019)。由於社會支持對靈性健康的影響國內尚無相關文獻，故本研究將以社會支持為中介變項，考量過去實證研究較具影響的個人基本特質，包括宗教信仰、自評經濟狀況及健康狀況作為自變項，探討其對社區老人靈性健康所產生的影響。

方法

(一) 研究目的、架構與假設

本研究以 65 歲以上老人為對象，探討人口變項（宗教信仰、經濟狀況及健康狀況）對其靈性健康的影響，並以社會支持為中介變項，分析其是否存在中介作用效果。本研究架構如圖 1 所示，並有以下四個研究假設：

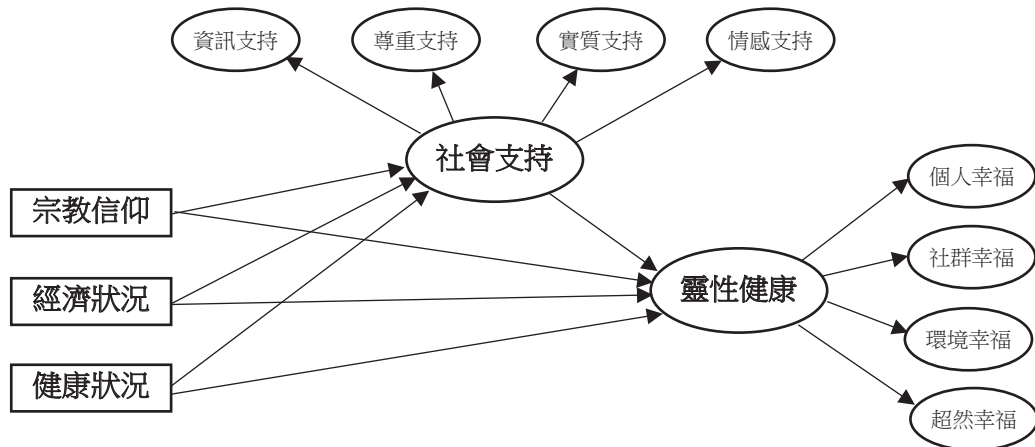
H₁：人口變項對老人靈性健康產生影響。

H₂：人口變項對老人社會支持產生影響。

H₃：控制社會支持變項後，人口變項對老人靈性健康的影響力會降低或變為不顯著。

H₄：社會支持及各子構面（資訊、尊重、實質、情感）介於人口變項（宗教信仰、經濟狀況、健康狀況）與靈性健康間，存在中介效果。

圖 1
研究架構架構



(二) 測量工具

本研究採用結構式問卷進行資料收集，人口變項中宗教信仰區分為有信仰及無信仰兩類；自評經濟狀況以 1 ~ 10 分評量，分數愈高表自覺經濟狀況愈佳；自評健康狀況以 1 ~ 5 分評量，得分愈高顯示自覺健康狀況愈良好。

社會支持量表根據 Argyle (1992)、Iwasaki 與 Mannell (2000) 的分類方式，區分為資訊、尊重、實質、情感四個構面，再參考 Barrera 等人 (1981)、Caplan (1974)、Oh (2005) 的社會支持量表修訂而成；其中包括資訊支持 3 題、尊重支持 4 題、實質支持 3 題、情感支持 4 題，共計 14 題，回答方式從非常不同意、很不同意、不同意、普通、同意、很同意、非常同意分別給予 1 ~ 7 分，最後累計各面向得分，分數愈高代表自覺社會支持情形愈好。

靈性健康測量採用李孟芬與石泱 (2021) 的「臺灣老人靈性健康量表」，該量表主要參考 Gomez 與 Fisher (2003)、Howden (1992)、Hungelmann 等人 (1996) 對於靈性健康的分類架構，將靈性健康區分為個人幸福、社群幸福、環境幸福、超然幸福四個構面，每個構面各有 3 個題目共計 12 題，回答選項從完全不同意、很不同意、不同意、普通、同意、很同意、非常同意，分別給予 1 ~ 7 分，最後累計各面向得分，分數愈高代表該構面靈性健康狀況愈好。此量表經統計後各構面 Cronbach's α 值介於 .832 ~ .921 之間，量表總信度為 .926；效度檢測上本研究將於後面以結構方程模型 (structural equation modeling, SEM) 再進行相關的檢測。

(三) 資料收集與樣本特性

本研究以臺北市社區照顧關懷據點為發放單位，以面訪方式於 12 個行政區進行分層隨機抽樣。依各行政區比例隨機抽出 24 個據點，每個據點再以 65 歲（含）以上老人為受訪對象，依參與人數比例配置樣本數。於 2019 年 9 月至 11 月共發出 425 份問卷，回收有效問卷 325 份，回收率為 76.5%。其中，女性佔 76.3%、男性佔 23.7%，平均年齡為 74.7 歲，多數受訪者有宗教信仰（佔 85.8%）。自評健康狀況 1 至 5 分中平均得分為 2.76 分，介於不健康及普通之間。經濟狀況 1 至 10 分中平均得分為 6.08 分。社會支持 1 至 7 分中平均得分為 5.54 分，其中情感支持平均得分最高（5.65 分）、實質支持平均得分最低（5.33 分）。靈性健康 1 至 7 分中平均得分為 5.84 分，其中以環境幸福平均得分最高（5.93 分）、超然幸福平均得分最低（5.68 分）（詳如附錄）。

結果

(一) 驗證性因素分析

本研究採用結構方程模型（structural equation modeling, SEM）進行資料分析，Henseler 等人（2009）建議在進行結構方程模型分析前應先做測量模式（measurement model）評估，通過後再進行結構模式（structural model）檢驗，也就是要先進行驗證性因素分析（confirmatory factor analysis, CFA）。驗證性因素分析可用於處理觀察變項與潛在變數間的共變關係，以檢驗各構面的因素結構、收斂效度（convergent validity）與區別效度（discrimination validity），在因素分析評鑑指標上，Hair 等人（2019）建議標準化因素分析負荷量（standardized factor loading, SFL）在 .7 以上。本研究各面向 SFL 介於 .74 ~ .92 之間，高於 .7 之判定標準。收斂效度以平均變異數萃取量（average variance extracted, AVE）為鑑別標準，AVE 是計算潛在變數對該構面所屬測量變項的平均變異數解釋能力，可做為收斂效度代表，Bagozzi 與 Yi（1988）認為 AVE 必須大於 .5。另外，Hair 等人建議組成信度（composite reliability, CR）要大於 .7，研究模型構面才具有一定的收斂效度及組成信度。本研究中社會支持分量表的 AVE 介於 .63 ~ .80 間、整體為 .78，CR 值介於 .84 ~ .94 間、整體為 .93。而靈性健康分量表的 AVE 介於 .61 ~ .79 間、整體為 .77，CR 值介於 .82 ~ .92 間、整體為 .93，由此顯示本研究所建構的模型中，社會支持量表和靈性健康量表都具有良好的收斂效度及組成信度（詳如表 1）。

表 1
驗證性因素分析結果（ $N = 325$ ）

構面	測量變數	SFL	t 值	SE	EV	SMC	CR	AVE
整體社會支持	1. 資訊支持	.87	15.15***	.21	.17	.75	.93	.78
	2. 尊重支持	.85	15.78***	.20	.18	.73		
	3. 實質支持	.89	14.27***	.25	.16	.80		
	4. 情感支持	.90	15.12***	.20	.11	.82		
1. 資訊支持	SS_1	.85	18.52***	.20	.27	.72	.89	.73
	SS_2	.89	20.01***	.21	.22	.80		
	SS_3	.82	17.49***	.21	.32	.67		
2. 尊重支持	SS_4	.88	19.87***	.18	.19	.77	.94	.80
	SS_5	.89	20.47***	.18	.18	.80		
	SS_6	.92	21.32***	.19	.15	.84		
	SS_7	.89	20.35***	.18	.18	.79		
3. 實質支持	SS_8	.78	16.13***	.25	.50	.61	.84	.63
	SS_9	.86	18.56***	.21	.26	.74		
	SS_10	.74	14.92***	.25	.55	.55		

（續下頁）

表 1
 驗證性因素分析結果 (N = 325) (續)

構面	測量變數	SFL	t 值	SE	EV	SMC	CR	AVE
4. 情感支持	SS_11	.81	17.22***	.20	.31	.65	.90	.69
	SS_12	.83	17.91***	.21	.31	.69		
	SS_13	.86	18.95***	.21	.27	.74		
	SS_14	.82	17.73***	.20	.30	.68		
整體靈性健康	1. 個人幸福	.93	13.28***	.22	.07	.86	.93	.77
	2. 社群幸福	.87	13.99***	.20	.12	.76		
	3. 環境幸福	.87	16.29***	.20	.16	.76		
	4. 超然幸福	.83	13.63***	.23	.21	.70		
1. 個人幸福	SH_1	.73	14.42***	.22	.46	.53	.82	.61
	SH_2	.80	16.28***	.19	.28	.63		
	SH_3	.82	17.19***	.20	.28	.67		
2. 社群幸福	SH_4	.79	16.31***	.19	.29	.63	.85	.65
	SH_5	.85	18.15***	.18	.20	.73		
	SH_6	.77	15.66***	.20	.34	.59		
3. 環境幸福	SH_7	.90	20.55***	.18	.16	.81	.92	.79
	SH_8	.90	20.40***	.18	.16	.81		
	SH_9	.87	19.21***	.18	.21	.75		
4. 超然幸福	SH_10	.83	17.75***	.21	.31	.69	.90	.75
	SH_11	.90	20.27***	.20	.19	.81		
	SH_12	.86	19.00***	.21	.28	.75		

*** $p < .001$.

區別效度是指對兩個不同的構面進行測量，若此兩個構面經相關分析後，其相關程度很低，則表示此兩個構面具有區別效度 (Anderson & Gerbing, 1988; Churchill, 1979)。在區別效度檢定方面，Hair 等人 (2019) 建議每個構面的 AVE 平方根大於各構面的相關係數之個數至少須佔整體個數的 75% 以上，從表 2 各構面相關係數矩陣數值中可以發現，社會支持各構面之 AVE 平方根介於 .80 ~ .89 間，靈性健康各構面之 AVE 平方根介於 .78 ~ .89 間，兩個分量表 AVE 的平方根大於構面間相關係數的比例為 87.78%，符合 75% 以上的要求，顯示本研究之測量模式具有良好的區別效度。

表 2
 區別效度分析 (N = 325)

構面	AVE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 整體社會支持	.78	.88									
2. 資訊支持	.73	.87	.85								
3. 尊重支持	.80	.85	.74	.89							
4. 實質支持	.64	.89	.77	.76	.80						
5. 情感支持	.69	.90	.79	.77	.81	.83					
6. 整體靈性健康	.77	.81	.70	.69	.72	.73	.88				
7. 個人幸福	.61	.75	.65	.64	.67	.68	.93	.78			
8. 社群幸福	.65	.71	.61	.60	.63	.64	.87	.81	.81		
9. 環境幸福	.79	.71	.62	.60	.63	.64	.87	.81	.76	.89	

(續下頁)

表 2
區別效度分析 (N = 325) (續)

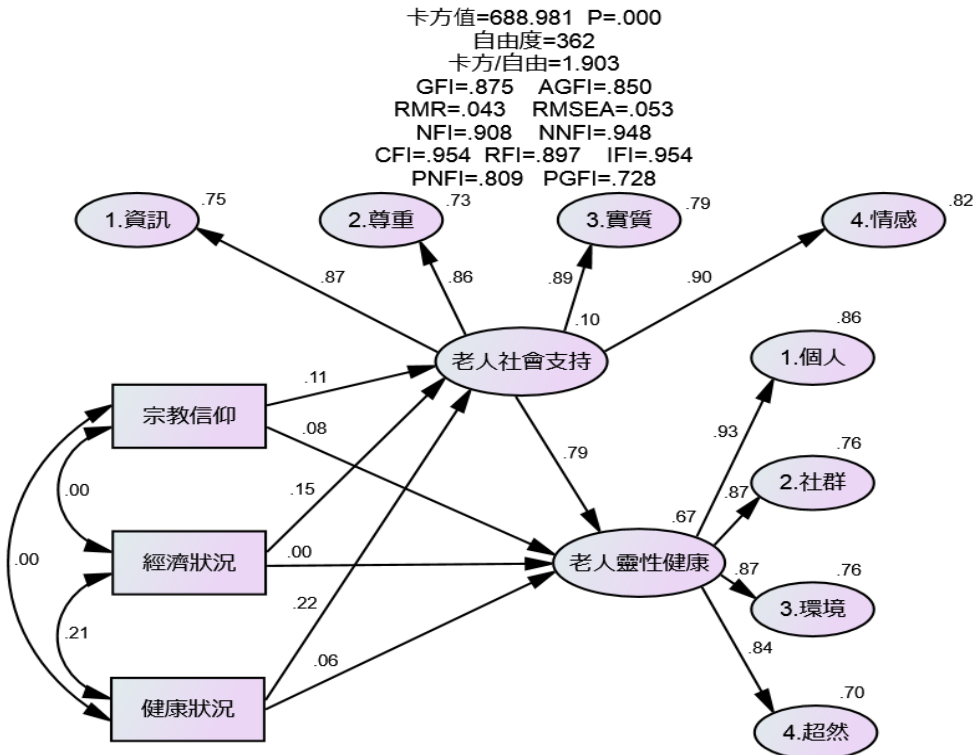
構面	AVE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. 超然幸福	.75	.68	.59	.58	.60	.61	.83	.77	.73	.73	.87
平均數		5.54	5.57	5.64	5.33	5.65	5.84	5.86	5.91	5.93	5.68
標準差		.78	.91	.87	.94	.86	.73	.80	.77	.85	.93
偏度		-.03	-.55	-.14	-.24	-.20	-.14	-.24	-.17	-.37	-.22
峰態		-.35	1.33	-.49	.33	-.49	-.90	-.61	-.62	-.72	-.74

註：對角線數值為 AVE 的平方根，下方內數字為構面相關係數。

(二) 結構模式分析

確定本研究符合測量模式的信、效度標準後，接下來進行整體模式的配適度檢驗。本研究依據絕對配適指標、相對配適指標、精簡配適指標進行檢驗，絕對配適指標中 $\chi^2/df = 1.903 < 3$ (Bagozzi & Yi, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1989) ; GFI = .875 > .8 (Doll et al., 1994) ; AGFI = .850 > .8 (MacCallum & Hong, 1997) ; RMR = .043 < .08 (Hu & Bentler, 1999) ; RMSEA = .053 < .08 (McDonald & Ho, 2002) 。相對配適指標 NFI、NNFI、CFI、RFI、IFI 的檢驗標準依 Lomax 與 Schumacker (2004) 、Hu 與 Bentler (1999) 建議應大於 .9，本研究分別為 .908、.948、.954、.897、.954。精簡配適指標中 PNFI、PGFI 數值依 Mulaik (2009) 建議須大於 .5，本研究為 .809 和 .728 (詳如圖 2)。整體而言，本研究模型配適度均符合檢驗標準，是為良好的配適模型，可以進一步做模型之假設檢定。

圖 2
結構模型圖



據此，本研究模型成立，可進行假設討論，表 3 為研究模型各潛在構面間路徑係數之顯著性及作用效果。首先在研究假設 H₁ 人口變項對靈性健康的影響上，達到顯著的路徑包括宗教信仰 ($t = 2.96, p < .01$)、經濟狀況 ($t = 2.14, p < .05$)、健康狀況 ($t = 3.92, p < .001$)，其中又以健康狀況 ($\beta = .23$) 影響力最大，其次為宗教信仰 ($\beta = .17$) 及經濟狀況 ($\beta = .12$)，研究假設 H₁ 成立。

其次分析人口變項對社會支持的影響效果，達統計顯著的路徑包括經濟狀況 ($t = 2.65, p < .01$)、健康狀況 ($t = 3.73, p < .001$)，若以標準化係數來看，健康狀況對社會支持的作用效果 ($\beta = .22$) 大於經濟狀況對社會支持 ($\beta = .15$)，而宗教信仰不會對社會支持產生影響，研究假設 H₂ 部分成立。

最後控制社會支持變項後，觀察人口變項對靈性健康影響的變化情形，由表 3 可以發現經濟狀況和健康狀況路徑變為不顯著，而宗教信仰的影響力則是降低 (β 值由 .17 降為 .08)，顯示社會支持可能存在中介效果，研究假設 H₃ 成立。

表 3
結構模型路徑係數 ($N = 325$)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i> 值	β
靈性健康	宗教信仰	.32	.11	2.96**	.17
	經濟狀況	.05	.02	2.14*	.12
	健康狀況	.16	.04	3.92***	.23
社會支持	宗教信仰	.23	.12	1.94	.11
	經濟狀況	.06	.02	2.65**	.15
	健康狀況	.17	.05	3.73***	.22
靈性健康	社會支持	.72	.07	10.22***	.79
	宗教信仰	.16	.08	2.00*	.08
	經濟狀況	.00	.02	0.11	.00
	健康狀況	.04	.03	1.48	.06

(三) 中介效果之驗證

接下來進行中介效果的檢驗，根據 James 與 Brett (1984)、Baron 與 Kenny (1986) 之建議，檢驗中介效果是否存在可以分為三階段來做判定：1. 自變項顯著預測依變項；2. 自變項顯著預測中介變項；3. 在控制中介變項後，自變項對依變項之預測效果降低或變為不顯著。

據此，本研究採用三步驟的分析方法來驗證中介效果是否存在：

步驟一：先以人口變項（宗教信仰、經濟狀況、健康狀況）為自變項來預測靈性健康。

步驟二：以人口變項（宗教信仰、經濟狀況、健康狀況）來預測中介變項（社會支持及其子構面）。

步驟三：控制中介變項（社會支持及各子構面）後，由人口變項（宗教信仰、經濟狀況、健康狀況）來預測靈性健康並觀察其變化情形。

若步驟一和步驟二存在顯著效果，但步驟三人口變項的預測效果低於步驟一的效果（或變得不顯著），則代表中介效果存在；但若步驟一或步驟二當中有一不顯著，則代表中介效果不存在。

1. 各子模型配適度的檢驗

首先進行各子模型的配適度檢驗，依據人口變項→靈性健康、社會支持四個子構面→靈性健康分別成立五個子模型，各模型的配適情形如表 4，表中數據顯示人口變項、資訊、尊重、實質及情感五個子構面的配適水準除 AGFI 數值逼近配適水準外，其餘統計檢定值皆符合標準以上，可以進一步進行中介效果分析。

表 4
中介效果之模式配適指標

統計檢定量	配適水準	人口變項模型	中介變項模型			
			資訊支持	尊重支持	實質支持	情感支持
χ^2	越小越好 ($p \geq \alpha$ 值)	218.186 ($p = .000$)	295.238 ($p = .000$)	299.017 ($p = .000$)	268.448 ($p = .000$)	289.579 ($p = .000$)
df		83	124	141	124	141
χ^2/df	1 ~ 3 之間	2.629*	2.381*	2.121*	2.165*	2.054*
GFI	> 0.9	.917*	.908*	.912*	.917*	.914*
AGFI	> 0.9	.879	.873	.881	.885	.884
RMR	< 0.08	.039*	.038*	.036*	.038*	.037*
RMSEA	< 0.08	.071*	.065*	.059*	.060*	.057*
NFI	> 0.9	.929*	.924*	.934*	.926*	.929*
NNFI	> 0.9	.942*	.943*	.956*	.949*	.954*
CFI	> 0.95	.954*	.954*	.964*	.959*	.962*
RFI	> 0.9	.910*	.906*	.921*	.909*	.914*
IFI	> 0.9	.955*	.954*	.964*	.959*	.962*
PNFI	> 0.5	.734*	.749*	.771*	.751*	.766*
PGFI	> 0.5	.634*	.658*	.677*	.665*	.678*

註：* 表符合配適水準。

2. 社會支持各子構面中介路徑分析

其次進行中介效果路徑分析，結果如表 5 所示。

步驟一：人口變項（宗教信仰、經濟狀況、健康狀況）都會對靈性健康產生直接影響，而且路徑均達到顯著，步驟一假設成立。

步驟二：以人口變項預測社會支持（及各子構面），可以發現宗教信仰僅對尊重支持具有顯著預測效果；經濟狀況則是在整體社會支持、尊重支持和情感支持達到顯著預測效果；而健康狀況對整體社會支持及各子構面均達到顯著的預測效果，步驟二中部分變項成立。

步驟三：控制中介變項（整體社會支持及各子構面）後，觀察人口變項對靈性健康的變化情形，其結果：宗教信仰在整體社會支持、資訊支持、實質支持和情感支持模型中達到顯著效果，但在尊重支持中未達顯著效果；經濟狀況在整體社會支持及靈性健康各子構面均未達顯著；健康狀況僅在資訊支持、實質支持和情感支持模型中達到顯著。再者，控制變項（社會支持及各子構面）對靈性健康均達到顯著，顯示本研究模型中存在中介效果。

由此觀之，社會支持（含各子構面）在人口變項及靈性健康的中介效果分析如下：

- (1) 宗教信仰對靈性健康可能存在中介效果的變項為尊重支持。
- (2) 經濟狀況對靈性健康可能存在中介效果的變項為整體社會支持、尊重支持、情感支持。
- (3) 健康狀況對靈性健康可能存在中介效果的變項為整體社會支持、資訊支持、尊重支持、實質支持和情感支持。

表 5
不同模型路徑結果分析 (N = 325)

步驟	依變項	自變項								
		宗教信仰		經濟狀況		健康狀況		社會支持		
		β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	
步驟一	靈性健康	.17	2.96**	.12	2.14*	.23	3.92***			
	社會支持	.11	1.94	.15	2.65**	.22	3.73***			
	資訊支持	.05	.84	.12	1.96	.18	3.11**			
步驟二	尊重支持	.14	2.58*	.20	3.60***	.21	3.86***			
	實質支持	.09	1.60	.08	1.34	.15	2.49*			
	情感支持	.10	1.74	.14	2.35*	.20	3.51***			
步驟三	靈性健康	宗教信仰	.08	2.00*	.01	.11	.06	1.48	.79	10.22***
		經濟狀況	.14	3.00**	.05	.99	.11	2.30*	.67	9.95***
		健康狀況	.06	1.48	-.03	-.59	.07	1.65	.75	11.07***
		社會支持	.11	2.31*	.08	1.56	.14	2.84**	.62	8.83***
		資訊支持	.10	2.25*	.03	.72	.10	2.03*	.67	9.54***
		尊重支持								
		實質支持								
		情感支持								

註：β 為標準化迴歸係數。

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

3. 社會支持各子構面中介作用效果分析

為瞭解中介變項所存在的作用效果，本研究依據 Shrout 與 Bolger (2002) 的建議，以間接效果佔總效果的比值來做判別，陳順宇與陳譽仁 (2015) 認為間接效果佔總效果比例若超過 80% 即為完全中介，若低於 80% 則為部分中介，故本研究將依據此一標準來進行判別，分析結果如表 6 所示。

在整體社會支持模型中，經濟狀況對靈性健康的總效果為 .125、間接效果為 .120，經計算中介效果為 96.0% (> 80%)，為完全中介效果；健康狀況對靈性健康的中介效果為 73.4% (< 80%)，具部分中介效果。

在社會支持各子構面中，唯一達完全中介效果為尊重支持中介模型，經濟狀況的中介效果為 120%，顯示尊重支持可以完全取代經濟狀況對靈性健康發生影響，而宗教信仰 (62.9%)、健康狀況 (69.1%) 也會透過尊重支持對靈性健康產生部分中介效果。

從表 6 得知，整體社會支持對經濟狀況和健康狀況確實存在中介效果，其對經濟狀況具完全中介效果、對健康狀況為部分中介效果；而社會支持各子構面則有不同的中介作用，大多數存在部分中介效果，唯尊重支持介於經濟狀況與靈性健康間為完全中介效果，由上結果可知研究假設 H₄ 部分成立。

表 6
不同模型中介效果分析

模型	路徑	總效果	間接效果	中介效果 (%)
整體社會支持模型	經濟狀況→社會支持→靈性健康	.125	.120	96.0%*
	健康狀況→社會支持→靈性健康	.233	.171	73.4%

(續下頁)

表 6
不同模型中介效果分析（續）

模型	路徑	總效果	間接效果	中介效果 (%)
資訊支持模型	健康狀況→資訊支持→靈性健康	.231	.123	53.2%
	宗教信仰→尊重支持→靈性健康	.167	.105	62.9%
尊重支持模型	經濟狀況→尊重支持→靈性健康	.125	.150	120.0%*
	健康狀況→尊重支持→靈性健康	.233	.161	69.1%
實質支持模型	健康狀況→實質支持→靈性健康	.233	.094	40.3%
情感支持模型	經濟狀況→情感支持→靈性健康	.124	.091	73.4%
	健康狀況→情感支持→靈性健康	.233	.136	58.4%

註：中介效果 = (間接效果 / 總效果) X 100%，* 為完全中介效果 (> 80%)。

討論與建議

(一) 討論

本研究分析宗教信仰、經濟狀況、健康狀況三項人口特質，對社會支持及老人靈性健康的影響，同時以社會支持為中介變項，探討各變項對靈性健康的直接及間接影響效果。研究結果顯示，人口變項中的宗教信仰、經濟狀況、健康狀況會對老人的靈性健康產生正向影響，但若加入社會支持中介變項，健康狀況與經濟狀況對靈性健康的直接路徑變為不顯著，僅剩宗教信仰對靈性健康仍具顯著影響。此結果顯示，經濟狀況和健康狀況會透過社會支持中介變項間接影響靈性健康。再透過結構模型分析發現，社會支持介於經濟狀況與靈性健康間存在完全中介效果，介於健康狀況與靈性健康間存在部分中介效果，但社會支持在宗教信仰與靈性健康間則不存在中介效果。

進一步針對社會支持不同子構面的中介效果進行分析，在宗教信仰上，尊重支持介於宗教信仰→靈性健康間存在中介效果；在健康狀況上，資訊、尊重、實質及情感支持介於健康狀況→靈性健康間存在中介效果；在經濟狀況上，尊重及情感支持介於經濟狀況→靈性健康間存在中介效果，而且尊重支持為完全中介。據此，本研究針對以下幾點重要發現進行討論。

1. 社會支持對老人靈性健康具有正向作用

本研究結果顯示社會支持對老人靈性健康具有直接正向作用，社會支持愈多、老人的靈性健康愈佳，符合社會支持理論的主要效果模式 (Cohen & Wills, 1985)。其中又以尊重支持對老人靈性健康影響最大，可以完全取代自評經濟狀況對老人靈性健康的影響，也可以部分取代自評健康狀況對老人靈性健康的影響。李勉禎等人 (2015) 研究發現社會陪伴及工具支持對老人幸福感有正向影響，李新民 (2015)、Cohen 與 Wills (1985) 研究發現社會支持對心理健康或幸福感有正向關連，上述文獻雖不是以靈性健康為主要依變項，但皆證實社會支持對晚年的幸福感、心理健康或生活滿意度具有正向的影響力，而本研究則更進一步證實社會支持對老人的靈性健康具有一定的正向影響。

2. 社會支持介於經濟狀況與靈性健康間存在完全中介效果

在老人的經濟狀況上，本研究發現老人的經濟狀況愈好，則其社會支持也愈佳，此與國內過去相關的研究結果相一致 (周玉慧、莊義利, 2000; 林麗味等人, 2018)。本研究進一步分析發現，經濟狀況並不會直接影響老人的靈性健康，而是透過社會支持進而提升老人的靈性健康。過去曾有研究發現經濟狀況並無法預測晚年的幸福感 (石泱、李孟芬, 2021)，推測可能是被社會支持或其他因素取代所致。由此觀之，未來針對老人靈性健康或生活品質的研究，社會支持的中介影響力宜考量，尤其是對經濟狀況所造成中介影響，若未能列入考慮，則容易誤解經濟狀況對老人的影響效果。

3. 社會支持介於老人健康狀況與靈性健康間存在部分中介效果

本研究發現自評健康狀況確實會正向影響老人的社會支持，此和鄭政宗與賴昆宏（2007）、McCamish-Svensson 等人（1999）的研究結果一致，本研究結果進一步顯示社會支持介於健康狀況與靈性健康間存在部分中介效果，當老人的健康狀況愈佳，再透過不同層面的社會支持作用，則對其靈性健康的提升更有幫助。

深入探討社會支持各子構面的中介效果，無論是資訊、尊重、實質或是情感等支持，其對自評健康狀況都存在部分中介效果，其中尊重支持的中介效果最大，其次為情感和資訊支持，而實質支持對健康狀況的中介效果最低。

4. 尊重支持對老人靈性健康影響力最大

在本研究中，尊重支持為社會支持的子構面之一，對經濟狀況與靈性健康之間呈現完全中介效果。再者，對健康狀況、宗教信仰對靈性健康間則呈現部分中介效果，且在路徑係數上顯著影響老人靈性健康。本研究中尊重支持的內涵包括：肯定老人能力、相信老人有解決問題的能力、讓老人相信自己是個有價值的人、給予老人自信心，過往社會支持相關研究主要以生活滿意或身體健康為主，因此情感支持、工具支持都是重要的社會支持（Li et al., 2019）。然對靈性健康而言，本研究發現尊重支持影響力大過其他三類的社會支持。本研究對象（平均年齡為 74.7 歲，其中又以 65—74 歲佔 54.2% 最多）為嬰兒潮世代（1946—1964 年出生者）族群，在經歷臺灣社會經濟起飛年代後，多數在經濟上有一定的基礎，其在晚年時在意他人給予的尊重支持，同時也有助於促進其靈性健康。故未來在提供老人社會支持時，尊重支持的內涵宜被重視及討論。

5. 宗教信仰直接影響老人靈性健康

本研究發現宗教信仰並不會對老人的整體社會支持產生直接影響，但會對老人靈性健康發揮直接的作用；而宗教信仰僅在尊重支持模型中具有部分中介效果，顯示宗教信仰不須透過社會支持就能對老人的靈性健康產生正向影響。此一結果與施勉如與林儷蓉（2015）研究發現宗教涉入程度對家庭滿意度無影響相類似，因靈性健康為中介因子，二者存在中度相關。Courtenay 等人（1992）與 Koenig（2009）回顧文獻發現宗教信仰的確對靈性健康有正向影響，但需注意宗教信仰對個人而言可能是一項資源，但也可能是一個負擔。

本研究中靈性健康量表的「超然幸福」構面皆與宗教信仰及超自然內涵有關，使得有無宗教信仰與靈性健康產生直接影響，宗教與靈性健康早期亦被視為是相同的概念，到 1980 年後開始分流，宗教信仰被認為是靈性健康的一部分，宗教信仰始終對老人的靈性健康存在一定的影響效果。

至於宗教信仰對社會支持的作用效果，本研究結果顯示宗教信仰對整體社會支持並無顯著的影響效果，但對尊重支持構面具有顯著的影響效果，而尊重支持又直接影響靈性健康。由此可知，只有尊重支持可以部分取代宗教信仰對老人靈性健康產生影響，其餘的社會支持子構面都無法取代宗教信仰對靈性健康產生影響。

（二）建議

1. 加強尊重、情感及訊息支持，有助提升老人實性健康

提高老人的社會支持，將有助於提升老人的靈性健康，且社會支持可以取代自評經濟狀況和健康狀況對靈性健康產生影響。而在社會支持的各子構面中，尊重支持尤為重要，其不但可以取代自評經濟狀況和健康狀況的影響力，更可以部分取代宗教信仰的影響效果。除此之外，情感支持和資訊支持對老人的靈性健康也十分重要，可以部分取代自評經濟狀況和健康狀況的影響力。而實質支持對老人的靈性健康影響效果較低，主要因為靈性健康是一種心靈或精神上的感受，而非實質上（生理或心理）的健康狀態。因此，建議社會支持網絡若能提供尊重、情感或訊息的支持，將有助於提升老人靈性健康。老人教育及家庭教育可針對成年子女、專業服務者及志工伙伴強調社會支持的重要性，增進社會支持內涵瞭解及服務提供的技巧，提供老人需要的陪伴和關懷。尤其是尊重支持最為重要，透過瞭解老人生命經驗，給予尊重及肯定其價值，對提升其靈性健康有一定的助益。

2. 推動社區健康促進，營造正向社會支持

提升老人的身體健康亦是促進其靈性健康的重要因子，而社會支持為重要的中介因子。目前許多社區照顧關懷據點將健康促進活動視為重要的服務項目，即是希望透過開發適合老人的體適能活動促進其身體健康，協助其做好自我健康管理與保健，延緩失智及失能。更可以藉由活動過程中與他人交流，建立社會關係，強化多面向社會支持內涵。各據點宜在推動健康促進的同時，營造正向的社會支持氛圍，鼓勵老人肯定自我能力，並增加其自信心及價值感、互助互愛，讓其覺得自己是個有用的人，進而提升其靈性健康。

本研究發現老人的經濟狀況愈好，其擁有的社會支持也愈多，特別在尊重支持及情感支持上，進而對靈性健康產生助益。但經濟狀況並不會直接影響靈性健康，而是透過社會支持的中介效果間接影響靈性健康。過往研究發現經濟狀況對老人的晚年生活品質有正向影響力，但本研究則發現經濟狀況對靈性健康並無直接的影響，這說明此一世代的老人的老人，特別是本研究主要以都會區參與社區活動的老人為對象，其經濟狀況有一定的基礎，不強求太多物質或資訊上的支持，尊重及情感支持對老人而言更為重要。

3. 鼓勵老人參加宗教相關活動

晚年生活中宗教信仰是老人尋求心靈寄託的重要媒介之一，對其靈性健康的提升亦存在直接效果。宗教信仰中的宗教理念在統整個人的世界觀及與至高者的關係，藉由共同的信念及宗教活動，也強化個人與他人、社群及超然的關係。因此，家人可鼓勵老人多參加各類宗教活動、找尋適合自己的宗教信仰，透過參與宗教信仰中的儀式及活動，除了可以促進身體健康、提升對晚年生活的適應力外，對超自然及生死議題亦有較多探索，將有助於提高其靈性健康。

4. 未來研究建議

本研究主要是以居住在臺北市的老人為對象，相較於居住在非都會區的老人而言，臺北市能提供給老人的福利及資源較為豐沛，因此本研究結果可能無法推論到非都會地區的老人，此為本研究限制之一。另外，靈性健康乃是一個整合性的概念，不同學者各有不同的分類方式，本研究採用 Gomez 與 Fisher (2003)、Howden (1992)、Hungelmann 等人 (1996) 的分類方式，將靈性健康區分為個人、社群、環境和超然四構面，它們對老人影響面向及意義不同。本研究因限於篇幅並未特別針對靈性健康各子構面進行分析探討，建議未來能進一步分析，將可提供更具體的靈性健康服務建議。

最後，社會支持具有互惠性，包含了施與受的關係，老人是否能主動提供或有能力提供各類社會支持，展現其自主性及主控權 (溫綵涵、阮祺文, 2019; Tian, 2016)，即施受不同方向或雙向的社會支持對靈性健康的影響亦值得進一步探討。展望未來，靈性健康仍有諸多待研究的議題，期待未來國內能有更多此方面的研究，全面提升老人的靈性健康瞭解，並能應用在照顧服務工作上。

參考文獻

- 石泱 (2017)：〈福利服務使用對高齡者健康狀況與生活滿意度影響之研究〉。《家庭教育雙月刊》，65，6-30。[Shih, Y. (2017). The impact of using social welfare services toward the elders' perception of health conditions and life satisfaction. *Journal of Family Education Bimonthly*, 65, 6-30.]
- 石泱、李孟芬 (2021)：〈社會參與和靈性健康對臺北市社區高齡者幸福感影響之研究〉。《中華心理衛生學刊》，34，97-120。[Shih, Y., & Li, M.-F. (2021). The impact of social participation and spiritual health on the well-being of elders in Taipei City. *Formosa Journal of Mental Health*,

- 34, 97–120.] [https://doi.org/10.30074/FJMH.202106_34\(2\).0001](https://doi.org/10.30074/FJMH.202106_34(2).0001)
- 江信男、林旻沛、柯慧貞（2005）：〈台灣地區老人的生理疾病多寡、自覺生理健康、社會支持度與憂鬱嚴重度〉。《臨床心理學刊》，2（1），11–22。[Jiang, S.-N., Lin, M.-P., & Ko, H.-C. (2005). The relationship of severity of physical disease, perceived physical health and social support to depression among the elderly in Taiwan. *Archives of Clinical Psychology*, 2(1), 11–22.]
- 李仁豪、余民寧（2014）：〈臺灣中老年人外向性及神經質人格、社會支持與主觀幸福感關係之模型建構及其結構係數比較〉。《教育心理學報》，45，455–474。[Li, R.-H., & Yu, M.-N. (2014). Modeling extraversion and neurotic personality, social support, and subjective well-being of the middle-aged and older people in Taiwan: Comparison of structural models. *Bulletin of Educational Psychology*, 45, 455–474.] <https://doi.org/10.6251/BEP.20130725>
- 李孟芬、石泐（2021）：〈老人靈性健康量表之編製與驗證〉。《測驗學刊》，68，233–261。[Li, M.-F., & Shih, Y. (2021). The development and confirmatory factor analysis of the Spiritual Health Scale for the Elderly in Taiwan. *Psychological Testing*, 68, 233–261.]
- 李勉禎、陳志賢、丁原郁（2015）：〈老人自由需求符合程度、社會支持與幸福感知相關研究〉。《大仁學報》，46，75–100。[Lee, M.-C., Chen, C.-H., & Ting, Y.-Y. (2015). Relationships of matching degree of need for freedom, social support and well-being in the elderly. *Tajen Journal*, 46, 75–100.]
- 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。[Lee, H.-M. (2015). The subject well-being of empty nest elderly and its relationship with social support. *Journal of Social and Regional Development*, 4(2), 1–34.]
- 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》，5，331–352。[Wu, S.-T., & Chen, C.-Y. (2017). Relationships between social support, social participation, and active aging for and in aged people. *Journal of Gerontechnology and Service Management*, 5, 331–352.] [https://doi.org/10.6283/JOCSG.201712_5\(4\).331](https://doi.org/10.6283/JOCSG.201712_5(4).331)
- 周玉慧、莊義利（2000）：〈晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析〉。《人文及社會科學集刊》，12，281–317。[Jou, Y.-H., & Chuang, Y.-L. (2000). The transformation of stressors in late life, social supports, and the mental and physical health of the elderly: A longitudinal study. *Journal of Social Sciences and Philosophy*, 12, 281–317.]
- 林志鈞、葉嘉文（2018）：〈新北市退休教師休閒參與、老化態度、社會支持對生命意義之影響〉。《全球商業經營管理學報》，10，133–146。[Lin, C.-J., & Yeh, J.-W. (2018). The effects of leisure participation, attitude toward aging and social support to the meaning of life for retired teachers in New Taipei City. *Journal of Global Business Operation and Management*, 10, 133–146.]
- 林麗味、許瓊勻、蕭欣宜、黃國城、王香蘋、葉淑惠（2018）：〈社區高齡者參與志願服務動機、社會支持及生活滿意度〉。《長庚護理》，29，517–532。[Lin, L.-W., Shiu, L.-Y., Hsiao, H.-Y., Huang, K.-C., Wang, H.-P., & Yeh, S.-H. (2018). The motivation of participation, social support and life satisfaction of community elders in voluntary services. *Chang Gung Nursing*, 29, 517–532.] [https://doi.org/10.6386/CGN.201812_29\(4\).0002](https://doi.org/10.6386/CGN.201812_29(4).0002)
- 施勉如、林儷蓉（2015）：〈宗教活動涉入、靈性健康與家庭滿意度之研究：以臺北真理堂為例〉。《家

- 庭教育雙月刊》，57，14–25。[Shih, M.-J., & Lin, L.-J. (2015). The study of religions activities involvement, spiritual health and family satisfaction: A case of Taipei Truth Lutheran Church. *Journal of Family Education Bimonthly*, 57, 14–25.]
- 洪櫻純 (2012)：〈老人靈性健康的阻力與助力分析：成功老化觀點〉。《生命教育研究》，4(1)，83–108。[Hung, Y.-T. (2012). Enhancing and inhibiting factors to the elders' spiritual health: A successful aging perspective. *Journal of Life Education*, 4(1), 83–108.] <https://doi.org/10.6424/JLE.201206.0083>
- 張淑芬 (2017)：〈融入基督宗教靈性觀之心理諮商歷程分析：以家庭關係諮商為例〉。《教育心理學報》，49，243–266。[Chang, S.-F. (2017). Integrating Christian spirituality into counseling: An analysis of family relationship counseling process. *Bulletin of Educational Psychology*, 49, 243–266.] [https://doi.org/10.6251/BEP.2017-49\(2\).0004](https://doi.org/10.6251/BEP.2017-49(2).0004)
- 陳琇惠、林子宇 (2012)：〈人社會支持與生活滿意之研究：以南投縣為例〉。《人文社會科學研究》，6(4)，100–127。[Chen, H.-H., & Lin, Z.-Y. (2012). The study on the social supports and life satisfaction for elderly in Nantou county. *NPUST Humanities and Social Science Research*, 6(4), 100–127.] [https://doi.org/10.6284/NPUSTHSSR.2012.6\(4\)6](https://doi.org/10.6284/NPUSTHSSR.2012.6(4)6)
- 陳順宇、陳譽仁 (2015)：《結構方程式：中介與干擾效果》。三民書局。[Chen, S.-Y., & Chen, Y.-J. (2015). *Structural equation: Intermediary and interference effects*. San Min Book.]
- 曹維媛、林建志、許秀月 (2014)：〈社區老人社會支持與憂鬱相關之研究〉。《臺灣老人保健學刊》，10，168–187。[Taso, W.-Y., Lin, C.-C., & Hsu, H.-Y. (2014). The relationship between social support and depression in community elderly. *Taiwan Journal of Gerontological Health Research*, 10, 168–187.]
- 溫綵涵、阮祺文 (2019)：〈工具性與情緒性社會支持對台灣地區中老年人憂鬱傾向關聯性探討〉。《弘光學報》，84，1–20。[Wen, T.-H., & Juan, C.-W. (2019). Instrumental and psychological social supports of depression tendency among the middle aged and elderly in Taiwan. *Hungkuang Academic Review*, 84, 1–20.] [https://doi.org/10.6615/HAR.201909_\(84\).0001](https://doi.org/10.6615/HAR.201909_(84).0001)
- 鄭政宗、賴昆宏 (2007)：〈台中地區長青學苑老人之社會支持、孤寂感、休閒活動參與及生命意義之研究〉。《朝陽學報》，12，217–254。[Cheng, C.-C., & Lia, K.-H. (2007). The Study of social support, loneliness, leisure participation and life meaning of the elder people in elderly colleges in Taichung area. *The Journal of Chaoyang University of Technology*, 12, 217–254.]
- 謝美智、陳肇男、朱僑麗 (2013)：〈戶基護航網絡影響台灣老年人生活滿意度之中介作用〉。《中華心理衛生學刊》，26，33–64。[Hsieh, M.-C., Chen, C.-N., & Chu, C.-L. (2013). The intermediate effect of household-based convoy on the life satisfaction of the elderly in Taiwan. *Formosa Journal of Mental Health*, 26, 33–64.] [https://doi.org/10.30074/FJMH.201303_26\(1\).0002](https://doi.org/10.30074/FJMH.201303_26(1).0002)
- Adib-Hajbaghery, M., & Faraji, M. (2015). Comparison of happiness and spiritual well-being among the community dwelling elderly and those who lived in sanitariums. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3, 216–226.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411–423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>

- [org/10.1037/0033-2909.103.3.411](https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411)
- Aquino, J. A., Russel, D. W., Cutrona, C. E., & Altmaier, E. M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 480–489. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.480>
- Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 13–32). Hemisphere Publishing Corp.
- Azam, W. W. M., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Ibrahim, N., Said, Z., Ghazali, A. R., Shahar, S., Razali, R., & Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*(S1), 134–139. <https://doi.org/10.1111/appy.12061>
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science, 16*, 74–94. <https://doi.org/10.1007/BF02723327>
- Banks, R. L., Poehler, D. L., & Russell, R. D. (1984). Spirit and human-spiritual interaction as a factor in health and in health education. *Health Education, 15*(5), 16–19. <https://doi.org/10.1080/00970050.1984.10615746>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barrera, M., Jr., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology, 9*, 435–447. <https://doi.org/10.1007/BF00918174>
- Berry, K., Barrowclough, C., Byrne, J., & Purandare, N. (2006). Coping strategies and social support in old age psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 280–284. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0023-1>
- Bowles, J., Brooks, T., Hayes-Reams, P., Butts, T., Myers, H., Allen, W., & Kington, R. S. (2000). Frailty, family, and church support among urban African American elderly. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 11*, 87–99. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0533>
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (1999). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. Free Press.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral Publications.
- Churchill, G. A., Jr. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research, 16*, 64–73. <https://doi.org/10.2307/3150876>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Como, J. M. (2007). Spiritual practice: A literature review related to spiritual health and health outcomes.

- Holistic Nursing Practice*, 21, 224–236. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000287986.17344.02>
- Courtenay, B. C., Poon, L. W., Martin, P., Clayton, G. M., & Johnson, M. A. (1992). Religiosity and adaptation in the oldest-old. *The International Journal of Aging and Human Development*, 34, 47–56. <https://doi.org/10.2190/N058-Y7X6-YLGJ-XBGE>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319–366). John Wiley & Sons.
- Depp, C., Vahia, I. V., & Jeste, D. (2010). Successful aging: Focus on cognitive and emotional health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 527–550. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131449>
- Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2011). Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36, 275–282. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.91329>
- Doll, W. J., Xia, W., & Torkzadeh, G. (1994). A confirmatory factor analysis of the end-user computing satisfaction instrument. *MIS Quarterly*, 18, 453–461. <https://doi.org/10.2307/249524>
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330–338. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61, 25–32. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P25>
- Fisher, J. W., Francis, L. J., & Johnson, P. (2000). Assessing spiritual health via four domains of spiritual well-being: The SH4DI. *Pastoral Psychology*, 49, 133–145. <https://doi.org/10.1023/A:1004609227002>
- Gardner, K. A., & Cutrona, C. E. (2004). Social support communication in families. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication* (pp. 495–512). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gilbert, M. C. (2000). Spirituality in social work groups: Practitioners speak out. *Social Work with Groups*, 22(4), 67–84. https://doi.org/10.1300/J009v22n04_06
- Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 836–842. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00596.x>
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975–1991. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. (2019). *Multivariate data analysis*. Cengage.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. In R. R. Sinkovics & P. N. Ghauri (Eds.), *New challenges to international marketing* (Vol. 20, pp. 277–319). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)

- Hodge, D. R., Horvath, V. E., Larkin, H., & Curl, A. L. (2012). Older adults' spiritual needs in health care settings: A qualitative meta-synthesis. *Research on Aging, 34*, 131–155. <https://doi.org/10.1177/0164027511411308>
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum, 2*, 135–146. <https://doi.org/10.1007/BF01107897>
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology, 14*, 293–318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Howden, J. (1992). *Development and psychometric characteristics of the spirituality assessment scale* [Unpublished doctoral dissertation]. Texas Women's University.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*, 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on spiritual well-being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit-use of the JAREL spiritual well-being scale: Assessment of spiritual well-being is essential to the health of individuals. *Geriatric Nursing, 17*, 262–266. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(96\)80238-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(96)80238-2)
- Iwasaki, Y., & Mannell, R. C. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences, 22*, 163–181. <https://doi.org/10.1080/01490409950121843>
- James, L. R., & Brett, J. M. (1984). Mediators, moderators, and tests for mediation. *Journal of Applied Psychology, 69*, 307–321. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.2.307>
- Jarvis, G. K., & Northcott, H. C. (1987). Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science & Medicine, 25*, 813–824. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90039-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90039-6)
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1989). *LISREL 7: A guide to the program and applications*. SPSS.
- Kobayashi, M., & Marui, E. (2017). Factors affecting the health-related quality of life of community-dwelling elderly in Japan: A focus on spirituality. *Health, 9*, 1095–1111. <https://doi.org/10.4236/health.2017.97080>
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 283–291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Matthews, D. A. (1996). Religion and psychotherapy with older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry, 29*, 155–184.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15*, 511–526. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.3.511>
- Larson, J. S. (1996). The world health organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research, 38*, 181–192. <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Li, C., Jiang, S., & Zhang, X. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of Affective Disorders, 248*, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>

- Lomax, R. G., & Schumacker, R. E. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781410610904>
- MacCallum, R. C., & Hong, S. (1997). Power analysis in covariance structure modeling using GFI and AGFI. *Multivariate Behavioral Research*, 32, 193–210. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3202_5
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372, 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., & Dehlin, O. (1999). Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: Results from a Swedish longitudinal study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 48, 301–324. <https://doi.org/10.2190/GX0K-565H-08FB-XF5G>
- McDonald, R. P., & Ho, M.-H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7, 64–82. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.64>
- Moeini, M., Sharifi, S., & Kajbaf, M. B. (2016). Effect of Islam-based religious program on spiritual wellbeing in elderly with hypertension. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21, 566–571. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.197683>
- Mulaik, S. A. (2009). *Linear causal modeling with structural equations*. Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781439800393>
- Muramatsu, N., Yin, H., & Hedeker, D. (2010). Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Social Science & Medicine*, 70, 1050–1058. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.005>
- Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology & Aging*, 11, 34–44. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.11.1.34>
- Oh, S. S. (2005). *Successful aging through leisure gardening: A study on constraints negotiation* [Unpublished doctoral dissertation.] The Pennsylvania State University.
- Perrin, K. M., & McDermott, R. J. (1997). The spiritual dimension of health: A review. *American Journal of Health Studies*, 13, 90–99.
- Reber, A. S. (1995). *The penguin dictionary of psychology*. Penguin Press.
- Schwartz, E., Ayalon, L., & Huxhold, O. (2021). Exploring the reciprocal associations of perceptions of aging and social involvement. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76, 563–573. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa008>
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422–445. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.422>
- Stolley, J. M., & Koenig, H. (1997). Religion/spirituality and health among elderly African Americans and Hispanics. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35(11), 32–38. <https://doi.org/10.1093/jpn/35.11.32>

- [org/10.3928/0279-3695-19971101-14](https://doi.org/10.3928/0279-3695-19971101-14)
- Tian, Q. (2016). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of Health Psychology, 21*, 1137–1144. <https://doi.org/10.1177/1359105314547245>
- Velasco-Gonzalez, L., & Rioux, L. (2014). The spiritual well-being of elderly people: A study of a French sample. *Journal of Religion and Health, 53*, 1123–1137. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9710-5>
- Vidovićová, L. (2018). New roles for older people. *Journal of Population Ageing, 11*, 1–6. <https://doi.org/10.1007/s12062-017-9217-z>
- Zibad, H. A., Shahboulaghi, F. M., Foroughan, M., Rafiey, H., & Rassouli, M. (2016). What is the meaning of spiritual health among older adults? A concept analysis. *Educational Gerontology, 42*, 795–808. <https://doi.org/10.1080/03601277.2016.1205349>

收稿日期：2021年07月15日

一稿修訂日期：2021年10月12日

二稿修訂日期：2021年11月12日

三稿修訂日期：2021年11月25日

接受刊登日期：2021年11月29日

附錄 老人社會支持與靈性健康各構面得分情形摘要表

面向／題目	最小值	最大值	平均數	標準差
社會支持	3	7	5.54	0.78
一、資訊支持	1	7	5.57	0.91
SS_1 她／他們會與我互相討論有關健康促進的話題。	1	7	5.55	0.99
SS_2 她／他們會教導我健康促進所需的知識或技巧。	1	7	5.52	1.04
SS_3 她／他們會提供健康促進的建議（健康飲食、養生、運動）。	1	7	5.62	0.99
二、尊重支持	3	7	5.64	0.87
SS_4 她／他們會肯定我的能力。	3	7	5.59	0.92
SS_5 她／他們相信我有解決問題的能力。	3	7	5.54	0.93
SS_6 他／她們讓我相信自己是個有價值的人。	3	7	5.68	0.96
SS_7 他／她們給予我自信心。	3	7	5.74	0.94
三、實質支持	2	7	5.33	0.93
SS_8 他／她們會提供參與健康促進活動時的用品或經費贊助（設備、器材……等）。	1	7	5.27	1.13
SS_9 在活動中遇到困難時，他／她們會給予實際的幫助。	1	7	5.52	1.00
SS_10 他／她們會空出時間，陪伴我參加健康促進活動。	2	7	5.19	1.10
四、情感支持	3	7	5.65	0.86
SS_11 他／她們支持並鼓勵我繼續參加社區活動。	3	7	5.71	0.94
SS_12 當我生活或學習遇到挫折（或困難）時，他／她們會給予我安慰和陪伴我。	2	7	5.69	1.00
SS_13 他／她們支持我主動關心或幫忙社區中的人、事、物。	2	7	5.54	1.02
SS_14 我可以將社區學習事情，與他／她們分享。	2	7	5.64	0.97
靈性健康	4.00	7.00	5.84	0.73
一、個人幸福	3.67	7.00	5.86	0.80
SH_1 心情不好的時候，我會想辦法排解（唱歌、找朋友聊、出去走走，或說出來）。	3	7	5.86	0.98
SH_2 人生起起落落，我能走到現在，我覺得我不簡單。	3	7	5.98	0.88
SH_3 我可以把吃苦當吃補。	3	7	5.74	0.93
二、社群幸福	3.33	7.00	5.91	0.77
SH_4 我還能幫助別人，表示我還有價值。	3	7	5.94	0.89
SH_5 我會關心別人，也接受別人的關心。	4	7	5.90	0.85
SH_6 我很樂意與人分享生活中的新事物。	3	7	5.87	0.91
三、環境幸福	3.33	7.00	5.93	0.85
SH_7 我們的心靈健康和大自然、天地都有關係。	4	7	5.88	0.91
SH_8 我覺得我是天地萬物的一份子。	3	7	5.93	0.92
SH_9 我認為珍惜大自然，大自然就會疼惜我。	3	7	5.97	0.92
四、超然幸福	3.33	7.00	5.68	0.93
SH_10 即使面對未來可能有疾病纏身，我的信仰／宗教，讓我坦然面對。	3	7	5.69	1.00
SH_11 我的信仰／宗教讓我更正向的面對人生，積極生活。	3	7	5.73	1.00
SH_12 我相信我的信仰／宗教可以幫助自己渡過難關。	3	7	5.63	1.05

Bulletin of Educational Psychology, 2022, 54(1), 107–130
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R. O. C.

Effect of Social Support on the Spiritual Health of Older Adults: Evaluation of the Mediation Effect

Meng-Fan Li

Department of Family Studies
and Child Development,
Shih Chien University

Yang Shih

Department of Social Work,
Shih Chien University

The average life expectancy of humans is on the rise; however, the quality of life is more important than the length of life. Spiritual health is a part of an individual's health and spiritual state; it refers to the dynamic process of balancing the internal and external states of an individual. The internal aspect of spiritual health refers to the integration of an individual's past, present, and future and the balancing of the body, mind, and spirit. The external aspect of spiritual health is related to harmonious coexistence with other people, objects, and nature. The present study focused on the spiritual health status of older adults, which refers to the harmonious coexistence of person, community, and environment as well as transcendence. Establishing a harmony spiritual status is particularly important, while older adults may face many life events, such retirement, disease, disability, widowhood, ...etc. during their old age life. In a near future super-aged society, spiritual health is regarded as a key aspect of holistic care.

Social support is a vital resource for older adults. It is the state in which individuals feel, perceive, accept care, or receive assistance from others in their support network. The main effects model suggests that regardless of the level of pressure, such as disease, retirement, widowhood, social support confers certain benefits in terms of improved physical and mental well-being. Relevant studies have validated that social support exerts a positive and direct effect on the quality of life of older adults. In this study, social support was categorized into four types: emotional, tangible, informational, and esteem support. Older adults were requested to self-assess their subjective feelings about each of the aforementioned types of social support.

Social support reportedly enhances well-being in older adults. Studies have been conducted focusing primarily on the effect of social support on physical or mental health. Some studies have highlighted that a social support network functions as a mediator that affects the life satisfaction of older adults; it also reduces depression among these people, particularly due to the emotional support entailed by social support. The study was conducted because of the lack of relevant studies on the effect of social support on the spiritual health of older adults in Taiwan. We further evaluated the possible mediation effect of social support on factors influencing the spiritual health of older adults.

This study included community-dwelling older adults aged ≥ 65 years who were living in Taipei City. Stratified random sampling was performed in 12 administrative districts. A total of 24 community senior care centers were randomly selected in consideration of the proportion of such centers in each district. For each of these centers, a particular number of samples was determined based on the total number of participants. The participants provided signed informed consent before the commencement of this study.

Basic personal variables—dependent variables—included the following influential parameters identified through a review of the empirical literature: religious beliefs, self-evaluated economic status, and perceived health status. Social support was used as a mediation variable to investigate its possible mediation effect. The survey was conducted between September and November

2019. A total of 425 questionnaires were distributed and 325 valid ones were returned (recovery rate, 76.5%). A structural equation model was used in this study to evaluate the possible mediation effect of social support on factors influencing the spiritual health of older adults.

The Social Support Scale, which is a modified version of the scale developed by Iwasaki and Mannel (2000), was used in the present study to assess the level of social support received by the study participants. This scale is divided into four dimensions—informational, esteem, tangible, and emotional support—and comprises a total of 14 questions. The responses are recorded on a 7-point scale, where a score of 1 indicates the strongest disagreement and that of 7 indicates the strongest agreement. Total mean scores were calculated for each dimension; a higher score indicated a higher level of social support. The results of confirmatory factor analysis revealed that the average variance extracted (AVE) value of each subscale was .63- .80, with an overall score of .78, and the composite reliability (CR) value was .84- .94, with an overall score of .93.

Spiritual Health Scale for the Taiwanese Elderly (Li & Shih, 2021), which has four dimensions (personal, communal, environmental, and transcendental domains), was used in this study to evaluate the spiritual health of the study participants. The results of confirmatory factor analysis revealed that the AVE value of each subscale was between .61 and .79, with an overall score of .77, and the CR value was between .82 and .92, with an overall score of .93. Both of the aforementioned scales exhibited good reliability and validity.

The results of the study demonstrated that the structural model fit appropriately and met the standard. The results of path analysis revealed that the primary factors influencing the spiritual health of perceived older adults were social support and religious belief. Overall social support exerted a positive effect on the spiritual health of older adults; it completely mediated the effect of self-evaluated economic status on spiritual health and partially mediated that of perceived health status. Future studies must give special consideration to economic status when investigating the spiritual health of older adults. Furthermore, esteem support, which is a sub-dimension of social support, exerted the highest level of effect on spiritual health. It completely mediated the effect of self-evaluated economic status on spiritual health and partially mediated those of perceived health status and religious belief. Finally, having or not having a religious belief directly affected the spiritual health of older adults. Only esteem support partially mediated the effect of religious belief on the spiritual health of older adults.

This study suggests that older adults, who receive esteem, emotional, and informational supports from their social network, can have better spiritual health. Gerontological and family education for family members, professional elder service providers, and volunteers, can emphasize on the importance, the meaning, and value of social supports for older adults. The community senior care centers can provide a friendly climate and environment through an understanding of older adults' life experience with multidimensional supports.

As noted, religious belief directly affects the spiritual health of older adults; however, it exerts no significant effect on the sub-dimensions of social support, except for esteem support. Therefore, older adults could be encouraged to cultivate a religious belief and participate spiritual activities that accord with their worldview. In addition, they could be motivated to explore the deeper meaning of life and death, which will help improve their spiritual health.

Future studies should include older adults from both urban and rural communities and compare these communities in terms of the effects of social support on the spiritual health of older adults. Furthermore, whether the reciprocity of social support affects the spiritual health of community-dwelling older adults must be investigated.

Keywords: older adults, social support, spiritual health, mediation effect