

南部社區老人憂鬱症狀盛行率及相關因素研究

呂淑妤^{1,*} 林宗義²

SHU-YU LYU^{1,*}, TSUNG-YI LIN²

¹ 臺北醫學院公共衛生學研究所，台北市吳興街250號

Graduate Institute of Public Health, Taipei Medical College, No. 250, Wu-Hsing Street, Taipei, Taiwan. R.O.C.

² 加拿大英屬哥倫比亞大學

University of British Columbia, Vancouver B.C., Canada.

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: sylu@tmc.edu.tw

目標：憂鬱為老人常見之心理衛生問題。本研究之目的在於調查南部社區老人之憂鬱症狀盛行率及相關因素。**方法：**研究對象係從1994年高雄市某一社區長期照護研究[1]之樣本群(N=1,221)中，依樣本之心理衛生狀況良好與否，分層隨機抽樣210位老人($n_1=n_2=105$)進行面對面之問卷訪視；研究期間為1995年1月至3月。憂鬱症狀之測量主要依據美國流行病學研究中心之憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)。**結果：**研究結果顯示，如以CES-D量表得分大於或等於16做為具有憂鬱症狀之標準，則樣本之憂鬱症狀盛行率為31.3%，CES-D量表平均得分為13.21，標準差10.74。在男性和女性方面的盛行率分別為22.0%與39.6%；而在心理衛生狀況較佳及較差的兩組樣本，其盛行率分別為23.0%與65.3%。另依據邏輯迴歸分析的結果，憂鬱症狀之相關因素包括：年齡、性別、受訪前一年心理衛生狀況、身體健康狀況，以及家庭支持。**結論：**本研究確認人口學因素、社會因素與身體健康狀況都是影響憂鬱症狀的相關因素。(中華衛誌 2000；19(1)：50-60)

關鍵詞：老人、憂鬱症狀、家庭支持。

Prevalence and correlates of depressive symptoms among community-dwelling elderly in southern Taiwan

Objectives: Depression is recognized as one of the major mental health problems among the elderly. The purpose of this study was to investigate the prevalence and correlates of depressive symptoms among community-dwelling elderly in southern Taiwan. **Methods:** This study involved selecting subjects from a group of elderly who participated in a long-term care survey (N=1,221) in 1994[1]. In total, 210 subjects ($n_1=n_2=105$) were recruited according to their mental health status. Data for this study were collected by face-to-face interviews between January and March 1995. The symptoms of depression were measured by the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). **Results:** The mean score of the CES-D was 13.21 with a standard deviation 10.74. Using a cut-off point of greater than or equal to 16 on the CES-D score yielded a depression rate of 39.6% for women and 22.0% for men, with an overall depression rate in this study population of 31.3%. The prevalence of depressive symptoms was 23.0% from the group with "good" mental health status, and 65.3% from those with "poor" mental health status. Results of the logistic regression analysis showed that age, gender, prior mental health status, physical health status, and family support were significant correlates for depressive symptoms. **Conclusions:** This study confirmed that demographic factors, social factors, and physical health were correlated with depression. (*Chin J Public Health. (Taipei): 2000;19(1):50-60*)

Key words: the elderly, depressive symptoms, family support.

前言

台灣地區由於經濟發展及醫療科技發達，國民平均餘命增加，自八十二年九月起，已正式邁入高齡化社會[2]。根據八十七年底之統計資料顯示，六十五歲以上老人約佔總人口數之8.2%[3]；老人福利預算由七十九年的兩億餘元增至八十四年的二十億五百萬餘元，增加十倍以上[4]。根據調查，在老人健康情形方面，有56%的老人罹患慢性疾病，而有15%的老人自認為患有身心障礙[5]。同時，隨著社會型態變遷，家庭互動與文化價值觀的改變，更使得老人心理衛生問題日趨重要。

憂鬱，是老年人常見的心理問題之一[6]。林信男等人對於老人院居民之兩年追蹤研究[7]，發現精神官能症是老年人最容易罹患的精神疾病，且以憂鬱性精神官能症(盛行率7.5%)最為常見。根據Yeh等人對於社區居民精神疾病盛行率的調查[8]，台灣地區65歲以上老年居民重鬱症(major depression)的六個月盛行率為0.3%至2.4%，而64歲以下者則為0.6%至1%。另外，在社區老人憂鬱症狀的盛行率方面，則遠較重鬱症為高。邱裕峰等人[9]以Zung's Depression Scale及Geriatric Depression Scale為測量工具，發現台南縣北門鄉老人的憂鬱症狀盛行率為16-19.4%；而吳淑瓊等人[10]研究發現台灣社區老人依美國流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)所測得的憂鬱症狀盛行率為25.5%。其他類似的老年人口社區研究所發現的盛行率包括黃繼慶[11]的30.6%、林正介等人[12]的15-20%以及謝瀛華等人[13]的32.3%。

Liu等人[14]針對台灣某一鄉村社區1,313位65歲以上老年居民之調查發現，根據美國精神科診斷手冊第三版修訂版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised 3rd edition, DSM-III-R)之診斷標準，有13%之樣本患有憂鬱症(其中6.1%為重鬱症)；但依據老人憂鬱症狀量表簡表(Geriatric Depression

Scale-Short Form)之篩檢，則發現高達26%之樣本具有憂鬱症狀。

這種以臨床診斷標準來評估的「重鬱症」與社區老年居民調查的「憂鬱症狀」之差異與美國的情形相似。或許傳統的精神科診斷標準對憂鬱症的診斷並不適用於大部份憂鬱的社區老年居民[15]；換言之，老人可能有許多憂鬱症狀，但不夠嚴重或症狀種類數量不足以達到精神科診斷標準中的憂鬱症[16]，而容易被忽略。

「憂鬱」(depression)一詞通常有多種涵意，它可以代表一種情緒(mood)、症狀(symptom)、症候群(syndrome)，或是疾病(disorder)[17]。憂鬱的結果可能導致社交隔離(social deprivation)、孤獨寂寞、不良生活品質、增加衛生服務及居家照護之利用、認知衰退(cognitive decline)、日常活動功能減弱(impairments in activities of daily living)，甚而導致自殺[18]。因此，從公共衛生的立場來探討憂鬱之預防時，更應有明確的目標做為努力方向；換言之，需清楚究竟要預防那一種層次類型的憂鬱。如果將「憂鬱症狀」視為發展成臨床診斷之憂鬱症之前期癥兆，則早期加以預防及處理，將可預防憂鬱症之發生[19]。有鑑於此，本研究擬針對「憂鬱症狀」的相關因素加以探討。

老人憂鬱症狀的相關因素，在國內的調查發現包括社會人口學因素[10,13,20,21,]、身體疾病[12,21,22]、社會功能或日常生活功能[12,22]、社會支持[11,20-24]。在國外的研究亦有類似的發現；社區老人憂鬱症狀之危險因子包括(1)社會人口學因素：女性[25-30]、教育程度較差者[25,30,31]、單身或鰥寡者[25,28,30,31]、經濟狀況較差者[25,31,32]，以及較少參與宗教活動者[33]；(2)健康狀況：身體狀況較差者[27-29,31,34,35]、自我照顧能力較差者[35-37]、有認知功能障礙者[38]、曾有憂鬱或精神疾病的病史者[39,40]，以及曾經歷負面生活事件者[39,41]；(3)社會支持網絡：社會支持或社會網絡較差者[25,35,42-46]。由此可知，國內外有關的研究中，在社會人口學因素(如：性別、教育程度等)、社會支持、身體疾病以

投稿日期：87年2月9日

接受日期：89年3月7日

及自我照顧能力等方面有較一致的結果；但是國外的研究中所探討的變項較多，例如：社會網絡、憂鬱病史等，極值得在國內研究加以探討。

台灣地區有關老人憂鬱症狀之研究，較少以南部都會型社區老人為研究對象。而對於社區老人之大型研究[47]以及北部地區之有關研究[11,12,21]，多以CES-D量表為測量憂鬱症狀之工具。因此，本研究之主要目的在於調查南部都會型社區老人之憂鬱症狀盛行率及相關因素，以做為心理衛生服務規劃之參考。而且，本研究採用CES-D量表來測量憂鬱症狀，俾能與北部地區之相關調查加以比較。

材料與方法

一、研究對象、抽樣與資料收集

本研究之對象係取自1994年高雄市某一社區65歲以上老人長期照護研究[1]之樣本群。該研究係以立意取樣方式，選取高雄市三民區之社區老人為訪視對象。由於三民區為高雄市老年人口最多之行政區，且其社區之綜合特性可視為高雄市之縮影，故自三民區88個行政里中，選出21個行政里，然後訪視其所有65歲以上之老人，共訪得有效樣本1,221人。該研究之主要測量工具為美國杜克大學所發展之老人多功能評估問卷(Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, OMFAQ)[48]之中文版，其主要目的包括發展適合本土老人之綜合性健康評估工具，以及探討都會型社區老人之健康和各項功能的分佈情況[1]。

本研究依樣本母群體(N=1,221)之心理狀況良好與否，分成兩組，每組依SAS程式給予每一樣本一個亂數號碼，再依序排列，然後各組依序訪視個案。如果遇到前一位個案未能完成訪視(如：遷徙或拒訪)，再依序訪問下一位個案，如此直到每組人數各達105人($n_1=n_2=105$)。簡言之，即自樣本母群體分層隨機抽樣210位老人做為本研究樣本。而心理狀況之標準，係根據樣本於1994年之研究[1]

中，依OMFAQ之心理衛生量表得分而定。該心理衛生量表共有15題，依症狀之有無以1分或0分來評分；得分愈高表示症狀愈多，總分最高分為15分。同時，依照1994年樣本母群體之心理衛生量表總分之分佈，將總分最高的前百分之二十之個案視為心理衛生狀況較差者；亦即總分大於4者。此種以80/20之比例來訂定個案狀況之優劣，係參考國外其他心理衛生量表之調查[49]。本研究資料收集係於1995年1月至3月期間，以家庭訪問方式到樣本老人家中進行面對面之問卷訪視。

二、測量變項

本研究有關憂鬱症狀之測量工具係譯自美國流行病學研究中心之憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) [50]。該量表共有20項題目，依症狀發生的頻度，由0至3給分，分數越高表示憂鬱程度越嚴重，總分為60分。一般以16分為分界[49]，大於或等於16分者，則被視為具有憂鬱症狀。而由於以單一項目詢問過去「憂鬱」[51]或「憂鬱或悲傷」[52]的經驗，已被認為是有效篩檢憂鬱的簡易工具，因此，本研究亦嘗試以兩題簡易題目，並以過去六個月為參考時間，詢問樣本過去憂鬱及悲傷的經驗，以做為測量憂鬱之參考。

此外，本研究其他變項包括下列幾項：

- (一) 社會人口學特徵：包括樣本之年齡、性別、教育程度、籍貫、婚姻狀況及宗教信仰等。
- (二) 身體健康狀況：包括生病天數以及自評身體健康狀況。
- (三) 社會資源：係採用杜克大學所發展之老人多功能評估問卷(OMFAQ)1988年版[48]之社會資源(Social Resources，簡稱SR)量表中文版[1]，內容包括社會支持的三大向度：(1)互動(Interaction)：與朋友接觸之可及性與頻度；(2)依賴度(Dependability)：親近者支持之可及性；與(3)情感(Affect)：接觸的足夠度等，共七個項目。
- (四) 社會網絡：測量工具係譯自魯賓社會網

絡量表(Lubben Social Network Scale, 簡稱LSNS)[53]。該量表共有十個項目,並可分為三大次量表(subscale);包括(1)家庭網絡(Family Networks):每月見面人次、社會接觸頻度、覺得親近的人數;(2)朋友網絡(Friends Networks):覺得親近的人數、每月見面人次、社會接觸頻度;(3)相互依賴與支持關係(Interdependent Mutual Support Relationship):有親信者、是個親信者、互相依賴及幫忙、居住安排。

- (五) 家庭支持:包括詢問樣本其家人是否瞭解其需求、是否關心樣本以及樣本對家人關心的滿意程度等。

三、資料分析

由於本研究之樣本係分別從心理狀況良好(約佔樣本母群體80%)與心理狀況不良(約佔樣本母群體20%)兩組中隨機抽取,故於所有資料分析中,皆依此比例於以加權(weight)調回,並應用SPSS統計套裝軟體進行資料之分析。包括敘述性統計、卡方檢定以及邏輯迴歸分析等。

結 果

一、樣本特性

本研究共接洽282位社區老人,最後訪得有效樣本210人,問卷回應率為74.5%。心理衛生狀況較佳與較差的兩組樣本回應率分別為77.8%及71.4%。以t-test及chi-square test來比較完成問卷者與未完成者,發現其社會人口學特徵(年齡、性別、籍貫及婚姻狀況)並無顯著差異。本研究之210位有效樣本的年齡分佈為66至93歲,平均年齡為73歲;65歲至69歲佔35.2%,70歲至74歲佔33.3%,75歲至84歲者佔26.7%,85歲以上共4.8%。女性樣本佔59%,男性樣本佔41%。大約有61%之樣本為已婚或同居者,36%為鰥寡者,而僅有3%為離婚、分居或未婚。樣本不識字之比率高達43.3%,有4.8%的樣本接受過非正規的教育,28.6%的樣本為小學程度,23.3%有中

學或以上之教育程度。有81.9%的樣本為閩南人,12.4%的樣本之籍貫為大陸省市,而僅有6.7%為客家人或原住民。無宗教信仰之個案約佔15%,其餘個案多信仰民間宗教、佛教或其他宗教。

二、憂鬱症狀程度之分析

本研究於所有資料分析中,皆依加權(weight)比例調回後進行分析。在樣本過去六個月之憂鬱經驗方面,從未覺得憂鬱者佔52.7%,偶爾或有時憂鬱者佔39.4%,而經常憂鬱者佔7.9%。在樣本過去六個月之悲傷經驗方面,從未覺得悲傷者佔64.9%,偶爾或有時悲傷者佔30.8%,而經常悲傷者佔4.3%。本研究採用20項目之CES-D量表,探討樣本過去七天之憂鬱經驗,量表總分為60分,得分愈高表示症狀愈嚴重。如果以大於或等於16分為標準[49]來區分憂鬱與否,則樣本之憂鬱症狀總盛行率為31.3%,CES-D量表平均得分為13.21,標準差10.74。如果分析樣本次群組之憂鬱症狀盛行率,則憂鬱症狀在女性樣本的盛行率為39.6%,在男性樣本則為22.0%。對於受訪前一年心理衛生狀況較差與較佳的兩組樣本,其憂鬱症狀盛行率分別為65.3%與23.0%。

依據憂鬱症狀與心理衛生狀況及人口學特徵之雙變項分析的結果發現:前一年心理衛生狀況、性別、年齡、教育程度、籍貫、宗教信仰,以及過去六個月內憂鬱與悲傷經驗等變項與憂鬱之傾向有關,且具統計顯著意義,詳如表一。其中,雖然有宗教信仰樣本之憂鬱症狀盛行率較無宗教信仰樣本為高(32.8%比23.7%),惟限於本研究之憂鬱症狀為橫斷性研究,無法瞭解樣本之宗教信仰與憂鬱症狀之因果關係,是否因為有憂鬱症狀而信仰宗教以做為心理調適之機轉,有待未來相關研究之深入探討。而以卡方檢定(chi-square test)探討憂鬱症狀與身體因素以及家庭支持之關係時,發現身體健康狀況愈差者與家庭支持愈不理想者,其憂鬱症狀盛行率愈高,且具統計顯著意義;尤其是沒有家人關心以及不滿意家人關心的樣本次群組之憂鬱

表一 憂鬱症狀與心理衛生狀況及人口學特徵之雙變項分析

變項名稱	憂鬱量表總分 ≥ 16 百分比 ^a	Pearson Chi-square
心理衛生狀況 ^b		150.874**
佳	23.0	
差	65.3	
性別		41.380**
男	22.0	
女	39.6	
年齡組別		21.265**
65 - 69	27.2	
70 - 74	36.4	
75 - 79	22.5	
80+	41.6	
教育		28.843**
識字	26.1	
不識字	41.6	
籍貫		21.522**
大陸省市	15.8	
其他 ^c	33.8	
婚姻狀況		0.340
已婚或同居	30.7	
其他	32.4	
宗教信仰		6.181*
有	32.8	
無	23.7	
六個月內憂鬱經驗		444.094**
沒有	5.1	
偶爾或有時	54.3	
經常	88.0	
六個月內悲傷經驗		342.458**
沒有	13.4	
偶爾或有時	59.6	
經常	96.0	

a: 次群組之盛行率； b: 受訪前一年心理衛生狀況； c: 包括閩南、客家及原住民

*: $p < 0.05$ ； **: $p < 0.001$

症狀盛行率皆高達100%，詳如表二。此外，以魯賓社會網絡量表(LSNS)測得之社會網絡與社會資源(SR)量表測得之社會支持亦與憂鬱症狀有相關，其皮爾森相關係數分別為-0.319與-0.287，且皆達顯著水準

($p < 0.01$)。這表示社會網絡與社會支持愈佳者，其CES-D得分愈低，亦即較不憂鬱。而LSNS與SR之相關係數為0.593($p < 0.01$)，表示社會網絡較佳者其社會支持亦較好，反之亦然。

而在檢測憂鬱症狀之相關因素方面，則依據前述之文獻探討，選擇社會人口學變項、身體健康狀況、社會資源、社會網絡、家庭支持等自變項(independent variable)組合進行逐步邏輯迴歸(Logistic Regression)分析，結果顯示年齡、性別、前一年心理衛生狀況、身體健康狀況(生病天數、自評健康)，以及家庭支持(家人瞭解需求、家人關心)等變項為憂鬱的顯著相關因素，有關邏輯迴歸分析之結果詳如表三。一般而言，前一年心理衛生狀況較佳者、男性、身體健康狀況較佳者、家庭支持較理想者比較不憂鬱，此結果與前述有關社區老人的憂鬱相關因素相類似。

依據邏輯迴歸分析之結果，具有憂鬱傾向之勝算比介於0.9至19.5之間。其中，前一年心理衛生狀況較差者具有憂鬱傾向為前一年心理衛生狀況較佳者的3.6倍，女性為男性的2.7倍。在身體健康狀況方面，生病天數介於「一個月至六個月」樣本之憂鬱傾向是生病天數為「零天」樣本之5.5倍，自評健康為「普通」及「差或極差」樣本之憂鬱傾向分別為「佳或極佳」樣本之5.4倍及19.5倍。在家庭支持方面，「沒有家人瞭解需求」與「部份家人瞭解需求」樣本之憂鬱傾向分別為「大部份或全部家人瞭解需求」樣本之4.6倍及1.8倍。而「部份家人關心」樣本之憂鬱傾向約為「大部份或全部家人關心」樣本之4.5倍。

表二 憂鬱症狀與身體因素及家庭支持之雙變項分析

變項名稱	憂鬱量表總分≥16 百分比 ^a	Pearson Chi-square
身體因素		
生病天數		181.771*
從未	20.6	
小於一個月	27.4	
一個月至半年	70.4	
自評健康		252.180*
佳或極佳	9.1	
普通	29.7	
差或極差	69.1	
家庭支持		
家人瞭解需求		141.777*
大部份或全部家人瞭解	19.4	
部份家人瞭解	53.4	
沒有家人瞭解	57.7	
家人關心		105.406*
大部份或全部家人關心	24.9	
部份家人關心	55.9	
沒有家人關心	100.0	
滿意家人關心		148.011*
滿意或極滿意	23.1	
普通	41.6	
不滿意或極不滿意	100.0	

a: 次群組之盛行率

*: $p < 0.001$

表三 憂鬱症狀(憂鬱量表總分 ≥ 16)之逐步邏輯迴歸分析

變項名稱	B值	標準誤	Wald值	勝算比
心理衛生狀況 ^a	1.293**	0.215	36.085	3.643
年齡	-0.060*	0.019	10.138	0.942
性別	0.991**	0.188	27.904	2.695
生病天數				
沒有 ^b	---	---	---	1
一個月至六個月	1.707**	0.242	49.934	5.513
自評健康				
佳或極佳 ^b	---	---	---	1
普通	1.689**	0.239	49.935	5.414
差或極差	2.973**	0.311	91.514	19.549
家人瞭解需求				
大部份或全部家人瞭解 ^b	---	---	---	1
部份家人瞭解	0.580*	0.218	7.118	1.787
沒有家人瞭解	1.530**	0.300	26.084	4.616
家人關心				
大部份或全部家人關心 ^b	---	---	---	1
部份家人關心	1.501**	0.255	34.626	4.485
CONSTANT	0.160	1.355	0.014	---
-2 Log Likelihood	845.731			

a: 受訪前一年心理衛生狀況; b: 對照次群組

*: $p < 0.01$; **: $p < 0.001$

註: 籍貫、教育、婚姻狀況、宗教信仰、社會網絡、社會資源、對家人關心之滿意程度等變項在此模式中未達顯著標準,故不予列出。

討 論

本研究以邏輯迴歸方法來檢測憂鬱症狀之相關因素,並比較各變項次群組有關憂鬱之勝算比。而選擇以CES-D總分大於或等於16來區分憂鬱與否係參考國外之標準,因目前國內並無統一之臨界值可供使用。惟從本研究樣本過去六個月憂鬱或悲傷的經驗來看,經常憂鬱的樣本與經常悲傷的樣本中,分別有88.0%及96.0%為CES-D總分大於或等於16者,故認為以CES-D總分16為分界點來區隔憂鬱與否,仍有參考性。因CES-D量表所測量之憂鬱症狀係基於過去一週之經驗,包含在過去六個月之時段中。此外,在韓國一項針對3,711位成人所進行之全國性調查[54]中,亦以CES-D總分16作為可能具有憂鬱之分界點。

然而美國類似社區老人研究發現使用CES-D量表之憂鬱症狀盛行率為8%至16.4%[28,30,36],較我國相關研究[10,11]結果為低。本研究樣本依據CES-D量表之憂鬱症狀盛行率為31.3%。此結果與黃繼慶[11]之北部社區老人研究發現CES-D量表總分大於或等於16之盛行率為30.6%極為相似。而在過去心理衛生較差(亦即OMFAQ之心理衛生量表總分大於4者)的一組樣本之盛行率則高達65.3%。另外,如以單一項目來篩檢憂鬱經驗,樣本自述在過去六個月內有時覺得憂鬱與經常憂鬱之比例分別為39.4%與7.9%。顯示本研究之老人樣本可能比西方老人有較多之憂鬱症狀,或者文化因素在這種對比有些影響。

本研究之樣本雖無法代表台灣老人,在

此仍嘗試考慮幾項可能的解釋；第一，儘管本研究樣本所獲得的社會支持網絡可能比西方老人多，然而由於我國傳統文化中對於孝道之重視與期待較高，因此，樣本所獲得的社會支持網絡並不足以令其滿意；許多受訪老人私下表示目前他們所感受到的子女的奉養態度遠不及他們當初對待其父母的情形。然而，其與子女年幼時之互動關係亦有可能影響子女長大後之奉養態度。實際上，根據全國性的調查資料顯示老人生活經濟來源主要由子女供應者日減，由七十五年之65.8%減至八十五年之48.3%[2,5]。第二，隨著經濟發展，社會型態的變遷，核心家庭已逐漸取代過去農業時代的大家庭，同時也使親屬間之關係較易疏遠；因而增添了老人的孤獨與寂寞情懷。譬如：台灣地區老人與子女同住(含隔鄰)或輪住者在八十五年占64%，較八十二年減少2.9%[5]。第三，由於社會的變遷影響了社會規範與價值觀，家庭溝通不良或對角色之期待不同亦可能增添老人之憂鬱感。由職業婦女比例的增加以及年輕一代新人類的風潮可以預見可能的代溝問題或照顧老人的時間問題。第四，許多文化的特質會影響到老人表達情緒的方式。例如：傳統的「面子」問題或「家醜不可外揚」等觀念可能使老人壓抑其負面的情緒；久而久之可能會有憂鬱症狀產生，故而受訪時可能增加其憂鬱量表得分。然而，這些推測目前並無高雄地區之實証資料或研究，建議未來有關研究或許可以深入探討。

本研究發現「身體健康狀況」為憂鬱症狀極重要的相關因素，與其他研究結果[12,21,22]相似，尤其是自評健康為「差或極差」樣本之憂鬱傾向為「佳或極佳」樣本的19.5倍，相當引人注目。本研究樣本之憂鬱症狀盛行率有女性大於男性(39.6%比23.0%)之傾向，且女性具有憂鬱之傾向約為男性的2.7倍；而在西方之研究[25-30]以及國內之研究[9, 10, 20]亦發現女性較為憂鬱。年齡因素在邏輯迴歸模式中雖然達到顯著水準(B值=-0.060)，但是其勝算比為0.9，因此實際上對於是否憂鬱之影響並不大。另外，值得注意的是，本研究發現「家庭支持」(家人瞭解

需求、家人關心)為台灣老人憂鬱症狀的顯著預測因子，並較社會網絡或社會支持為顯著；而且沒有家人關心以及不滿意家人關心的樣本次群組之憂鬱症狀盛行率均高達100%。此結果與謝瀛華等人[23]之研究發現相似；其研究結果顯示門診老人之憂鬱與家人關心有關，但與家人的實質幫助無關。

整體而言，南部社區老人之憂鬱症狀盛行率為31.3%，與北部社區老人之憂鬱症狀盛行率相似；顯示憂鬱症狀為老人心理衛生極常見的問題。而依據邏輯迴歸分析結果，與憂鬱症狀有關的因素則包括：年齡、性別、前一年心理衛生狀況、身體健康狀況(生病天數、自評健康)，以及家庭支持(家人瞭解需求、家人關心)等變項。另外，根據呂淑好[55]之研究，社區老人自覺憂鬱之主要原因為身體不好與子女不孝；所以，家庭可能是提供支持的重要力量，亦可能是壓力的來源。由於社會因素導致之憂鬱症狀或許較易獲得改善，建議未來有關的研究應致力於如何增進老人之家庭溝通與加強老人之社會支持網絡，例如：探討老人自助團體與同輩諮商之可行性。

誌 謝

本研究承蒙行政院衛生署研究計畫(DOH84-HR-222)之部份經費補助、高雄醫學院老人醫療保健研究室以及高雄醫學院附設中和紀念醫院精神科之同仁協助，得以順利完成，特此申謝。

參考文獻

1. 蔡瑞雄、林宗義、文榮光等：高雄醫學院老人醫療保健研究室。行政院衛生署八十三年度委託研究計畫執行成果報告。1994。
2. 行政院主計處、內政部：中華民國台灣地區老人狀況調查報告。1994。
3. 內政部：內政部戶政手冊，表8台灣地區年齡結構及扶養比。1999。
4. 石曜堂、楊漢淥、蔡素玲、李孟芬：老年醫療照護與全民健康保險。社區發展

- 1996;**74**:2-67。
- 5.內政部統計處：中華民國八十五年老人狀況調查報告。1997。
6. Hooyman NR, Kiyak HA. Mental disorders and the use of mental health services. In: Hooyman NR, Kiyak HA eds. *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* 3rd. Boston: Allyn and Bacon, A Division of Simmon and Schuster, Inc., 1993;238-61.
7. 林信男、陳珠璋、李明濱、林憲：老人院居民精神疾病盛行率及兩年自然病程之研究。中華民國神經精神醫學會會刊，專刊，第一號 1984；**10**：47-64。
8. Yeh EK, Hwu HG, Chang LY, Yeh YL. Mental disorders and cognitive impairment among the elderly community population in Taiwan. In: Copeland JRM, Abou-saleh MT, Blazer DG eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons Ltd., 1994;865-71.
9. 邱裕峰、張智仁、葉宗烈：北門鄉老人認知障礙和憂鬱症狀的盛行率：問卷調查。中華精神醫學 1991；**5**：123-31。
10. 吳淑瓊、張明正編：台灣老人健康照護之現況分析。台灣省家庭計畫研究所台灣老人研究叢刊系列(六) 1997；42-4。
11. 黃繼慶：社會支持系統對社區老人心理健康的影響。台灣大學公共衛生研究所碩士論文。1994；107p。
12. 林正介、李燕鳴、劉樹泉：影響新店社區老人憂鬱情緒之因素。中華家醫誌 1995；**5**：1-11。
13. 謝瀛華、鄭惠信、林章賢、林英欽、洪清霖：台北市某社區六十五歲以上老人日常生活依賴程度之研究。北醫學報 1995；**24**：9-17。
14. Liu CY, Wang SJ, Teng EL et al. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychol Med* 1997;**27**:943-9.
15. Blazer D, Huges DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987;**27**:281-7.
16. Henderson AS. Psychiatric epidemiology and the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1989;**4**:249-53.
17. Clayton, PJ. Preventing depression: The symptoms, the syndrome, or the disorder? In R.F. Muñoz ed. *Depression prevention: research directions*. Washington, D.C.: Hemisphere, 1987;31-43.
18. Palsson, S, Skoog, I. The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int Clin Psychopharmacol*, 1997;**12**(Suppl 7):S3-13.
19. Muñoz, RF, Ying, YW. The Prevention of Depression. The Johns Hopkins University Press: Baltimore & London 1993; 43-51.
20. 曾譯令、李淑杏、李孟智：偏遠地區與城市地區老人健康狀況之比較。Chung Shan Med J 1995；**6**：65-87。
21. 傅振宗、曾良達、李志成：農村社區老人的CES-D憂鬱分數之相關因素探討。台灣醫誌 1988；**87**：365-8。
22. 鄭惠信、史麗珠、謝瀛華、盧成皆：老年人憂鬱因子之相關研究。內科學誌 1995；**6**：125-34。
23. 謝瀛華、鄭惠信、張利中：六十五歲以上健診老人之家庭支持與其憂鬱及痴呆傾向之相關研究。公共衛生 1992；**19**：86-93。
24. 許毅貞：鹿港地區65至74歲社區老人之老人態度、社會支持、健康狀態與憂鬱程度之關係研究。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。1993；124p。
25. O'Hara MW, Kohout FJ, Wallace RB. Depression among the rural elderly: a study of prevalence and correlates. *J of Nerv Ment Dis* 1985;**173**:582-9.
26. Krause N. Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults. *J Gerontol* 1986;**41**:727-31.
27. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Chronic illness and depressive symptoms

- in the elderly: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 1990;**43**:1131-41.
28. Stallones L, Marx MB, Garrity TF. Prevalence and correlates of depressive symptoms among older U.S. adults. *Am J Prev Med* 1990;**6**:295-303.
 29. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991;**46**:M210-5.
 30. Stephenson-Cino P, Steiner M, Krames L, Ryan EB, Huxley G. Depression in elderly persons and its correlates in family practice: a Canadian study. *Psychol Rep* 1992;**70**:359-68.
 31. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol* 1983;**117**:173-85.
 32. Krause N. Chronic financial strain, social support, and depressive symptoms among older adults. *Psychol Aging* 1987;**2**:185-92.
 33. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C, Chen J. The relation of religious preference and practice to depressive symptoms among 1855 older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;**51**:301-8.
 34. Williamson GM, Schulz R. Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *J Gerontol* 1992;**47**:367-72.
 35. Woo J, Ho SC, Lau J et al. The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly Chinese population. *Acta Psychiatr Scand* 1994;**89**:8-13.
 36. Berkman LF, Berkman CS, Kasl S et al. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol* 1986;**124**:372-88.
 37. Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am J Public Health* 1994;**84**:1796-9.
 38. Zeiss AM, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Relationship of physical disease and functional impairment to depression in older people. *Psychol Aging* 1996;**11**:572-81.
 39. Murphy E. Social origins of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1982;**141**:135-42.
 40. van Ojen R, Hooijer C, Jonker C, Lindeboom J, van Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age. *J Affect Disord* 1995;**33**:159-66.
 41. Krause N. Life stress as a correlate of depression among older adults. *Psychiatry Res* 1986;**18**:227-37.
 42. Goldberg EL, Natta PV, Comstock GW. Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *Am J Epidemiol* 1985;**121**:448-56.
 43. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. The biocultural context of social networks and depression among the elderly. *Soc Sci Med* 1990;**30**:441-7.
 44. Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman Jr DH, Barrett J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992;**135**:356-68.
 45. Williamson GM, Schulz R. Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychol Aging* 1992;**7**:343-51.
 46. Krause N, Liang J. Stress, social support, and psychological distress among the Chinese elderly. *J Gerontol* 1993;**48**:282-291.
 47. 梁浙西、張明正、吳淑瓊：台灣地區老人健康狀況與醫療服務之利用。台灣地區老人保健與生活研究論文集(第一輯)，台灣老人研究叢刊系列(二)1993；2-1~2-25。
 48. Fillenbaum GG. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Hillsdale, New Jersey, Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1988;179p.
 49. Radloff LS, Locke BZ. The community

- mental health assessment survey and the CES-D scale. In: Weissman MM, Myers JK, Ross CE eds. *Community Surveys of Psychiatric Disorders*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1986;177-89.
50. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;**1**: 385-401.
51. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997;**154**:674-6.
52. Mahoney J, Drinka TJK, Abler R, Gunter-Hunt G, Matthews C, Gravenstein S, Carnes M. Screening for depression: single question versus GDS. *J Am Geriatr Soc* 1994;**42**:1006-8.
53. Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Journal of Family and Community Health* 1988;**11**:42-52.
54. Cho, MJ, Nam JJ, Suh GH. Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Res* 1998;**81**:341-52.
55. Lyu SY. Predictors and correlates of depressive symptoms and help-seeking behavior among elder individuals in Taiwan. [Dissertation]. Los Angeles. California; University of California, 1996;232p.