

# 南部某榮民安養之家住家榮民健康狀況調查

杜明勳

為瞭解本院支援醫療作業之榮民安養之家住民之健康狀況，是以從事本調查，本探討之目的有：1. 明白該社區內活動住民之健康習慣如何；2. 其身體健康情況如何；3. 其智能心理健康狀況如何。

自83年3月至9月間，對南部某榮家內登記之所有住家榮民942人施行調查，去除日常生活無法自行活動及配合調查之對象如癱瘓、聾啞及大陸定居等，共收集713個有效個案，調查其基本資料、健康習慣、身體狀況、及智能心理健康評估等。

結果顯示本調查之人口特徵為：平均年齡 $72.9 \pm 4.3$  (60.0-93.0)歲，單身男性為主，平均受教育年限 $3.9 \pm 3.8$  (0-16.0)，只有2%的人有子女照顧，48%的人在榮家裡沒有要好的朋友。61%的人抽煙且大部份人煙量在一天一包左右，其煙齡大多超過30年以上，半數以上人每天運動時間不到一個小時。73%人最佳視力不超過0.1 (閱讀書報有困難)，72.7%人有聽力障礙，54%人無法咬食硬食，73%人現在因為生病正在接受藥物治療中，18.4%人關節疼痛而影響其日常起居活動，18%人三個月內曾經頭暈，3%的人三個月內曾經跌倒；26.5%人身體平衡有若干困難，70%人步態有或多或少的問題，10.8%的人日常活動量表顯示若干程度的依賴，18.6%的人工具性活動量表有部份依賴；60.9%人口血壓大於140/90毫米汞柱，15.1%人口懷疑有糖尿病；44.3%人懷疑有失智症；35%人有憂鬱傾向。(中華衛誌 1996；15(1)：97-107)

關鍵詞：健康習慣，健康狀況，榮民安養之家

## 前言

國內老人人口由民國四十一年之2.5%，七十六年上升為5.4%，八十年6.52%，至民國八十九年更將達8.4%，八十二年底我國老人人口已達7% [1]，已臻至高齡化社會；又自本年起我國開始施行全民健康保險，如同其他先進國家面對的問題，此時老人醫療保健及老人安養福利問題亦必逐漸成為社會福

利及醫療政策重要內容。

老人之體能及器官功能隨年紀之增長逐年衰退，而慢性病則逐年增加，依據1981年美國老人慢性疾病盛行率調查[2]，其前十名依序分別為關節炎、高血壓、聽力障礙、心臟問題、慢性鼻炎、視力不良、骨關節功能不全(orthopedic impairments)、血管硬化症、糖尿病及靜脈曲張，其中前四項即占老人慢性病之60%；而85歲以上老人慢性殘障最主要的原因為失智(dementia)、關節炎、周邊血管疾病、中風、骨折、心肌缺氧、高血壓、糖尿病、癌病及肺氣腫等，種種疾病均會造成老人往後生活之依賴，依據調查[2]在社區中85歲以上老人有35%、75-84歲老人中有12%人是日常活動功能(activity of daily living)

高雄榮民總醫院家庭醫學科

聯絡人：杜明勳

聯絡地址：高雄市左營區大中一路386號

高雄榮民總醫院家庭醫學科

收稿日期：83年10月

接受日期：84年10月

之必須依賴者，另外40% 85歲以上老人及14% 75-84歲老人為工具性活動功能(instrumental activities of daily living)依賴者，這也造成社會成本負荷之增加。

依國內主計處調查82年10-12月份65歲以上老人疾病狀況[1]，發現148萬老人中55.5%於當時患有疾病，其中高血壓占21.0%、風濕症關節炎19.95%、心臟病8.84%、白內障視力障礙等占7.99%，糖尿病6.44%，慢性肺病3.23%，肝膽疾病或結石等2.9%，腦中風2.28%，老人癡呆2.56%，意外傷害1.73%，腎臟病1.54%，而惡性腫瘤為0.40%；另其就醫比率為65.8%，三個月平均診療5.1次，自付醫療費用為5254元；其傷病無自願能力者占4.3%，以上疾病情形為受訪老人於調查期間主觀報告之統計。目前國內對於有關老人之調查研究多集中於療養機構、護理之家[3.4]或開放社區中門診老人之健康狀況調查[5]，對於榮民安養之家或類似老人博愛院等就養機構活動老人健康情形之周全性探討則較少。八十一年七月退除役官兵輔導委員會曾要求該屬榮民總醫院應定期派員支援所轄各榮民之家之醫療保健業務，增進榮民福祉；然自支援以來，常感於全國十三所榮家中相關社區住民較完整之健康資料可供服務參考者有限，是以即冀以所支援醫療作業之南部某榮民安養之家為調查對象，明白此以95%為老人之社區中，其日常活動居民之身體及智能心理健康概況，借以明瞭其健康需要並加強服務。即本探討之目的有：1. 明白該社區內活動住民之健康習慣如何；2. 其身體健康情況如何，其中包括日常之飲食、視聽能力與部份如上所提常見老人之疾病如高血壓、糖尿病及骨關節行動能力等等；3. 其智能心理健康狀況如何。

## 材料與方法

### 一、調查對象及時間

以南部某榮家登記有案之住家全體榮民942人為對象，去除癱瘓病房中之重癱病人8人，輕癱36人，另聾啞個案17人及外住工作、大陸探親、大陸定居等無法配合調查者168人，共713人為調查對象。時間：83年3月

至9月。

### 二、調查內容

本調查內容分為四部份：(一)基本資料；(二)健康習慣；(三)身體健康狀況，本項目又包含三部份：1. 自行報告病史，2. 檢查檢驗部份，及3. 檢查員評量部份；(四)智能心理健康狀況。

(一)基本資料包括姓名、年齡、性別、教育年限、退伍官階、婚姻等。

(二)健康習慣含報告抽煙量、煙齡、喝酒、及運動量等。

(三)身體健康狀況：

1. 自行報告病史部份包含：咀嚼能力、關節疼痛、暈眩跌倒、與目前疾病及用藥等，其分別說明如下：

(1)由報告之咀嚼功能明白其攝食能力。

(2)報告是否罹患關節疼痛並影響到日常活動如：吃喝、走路、坐站、盥洗等等，其受影響之部位為何。

(3)最近三個月曾經暈眩及跌倒次數。

(4)目前是否用藥及因何疾病而服藥。

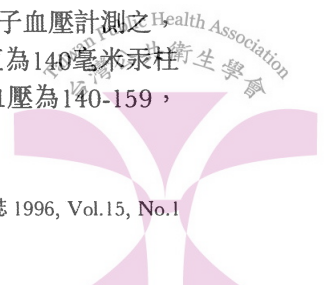
2. 檢查檢驗部份包含：視力、聽力、身高體重、臥姿及立姿之心跳與血壓、測量立姿血壓起立時是否感覺頭暈、空腹血糖及心電圖。其中：

(1)以近距視力測驗表測量其平時最佳之閱讀視力，小於0.1為嚴重視障，0.1-0.3為中度視障，0.3以上為接近正常尚可接受[6]。

(2)以Audioscope 3簡便聽力儀測量兩耳聽力(500, 1000, 2000及4000Hz, 25db及40db)，其聽力在25分貝以下者為正常，25-39為輕度障礙，40分貝以上為中度及以上障礙[7]。

(3)身高體重中理想體重之計算，因為本調查之對象均為男性，故以適合國人男性之公式(身高-80)×0.7計之，體重大於理想體重之20%以上者為肥胖，小於20%以下者為瘦弱。

(4)血壓以日製國際牌電子血壓計測之，血壓之心縮壓正常值為140毫米汞柱以下，輕度心縮高血壓為140-159，



中度160-179，重度為180-209，極重度為210及以上；心舒壓正常值為90以下，輕度心舒高血壓為90-99，中度100-109，重度為110-119，極重度為120及以上[8]。另，由臥姿改立姿時其血壓下降大於等於20毫米汞柱者為具姿態性低血壓。

(5)血糖機為西德百靈佳製瑪翰牌全血測定血糖機，其正常範圍為每百西西50-120毫克。

3.檢查員評量部份包含日常活動量表、工具性活動量表與平衡及步態量表測定：

(1)基本活動量表為Katz's Basic Activities of Daily Living [9]，其中包括洗澡、穿衣、如廁過程、移位、大小便控制及餵食等六項，能完全獨立作業者得一分，須要依賴協助者為零分，總分六分。

(2)工具性活動量表為Lawton's Instrumental Activities of Daily Living [10]：包括使用電話、逛街購物、餐點準備、整理家庭、清洗衣物、交通、使用藥物及金錢處理等八項，能完全獨立者各得一分，須要協助者為零分，總分八分。

(3)Tinetti平衡及步態量表[11]：其中平衡項目包含坐姿、起身、起身意圖次數、起身後平衡感、站立平衡、輕推平衡、直立閉眼、轉身一圈及坐下九項，共16分，滿分者表示正常；另步態量表包括啟動、步伐、腳步對稱性、腳步連續性、行徑、軀幹搖晃及直線行走八項，共12分，分數愈高表示愈正常。

(四)智能心理健康狀況：包括簡易智能量表及老人憂鬱量表測量：

(1)簡易智能量表(Folstein's Mini-Mental State Examination) [12]，其內容業經郭氏翻譯成中文[13]並給予施測設立常模，其內容包括定向力10分、訊息登錄3分、注意力及簡單計算7分、短期回憶3分、語言10分，共33分，分數愈高表示智能愈好。

(2)老人憂鬱量表[14]：為1983年Yesavage氏設計，其有別於一般常用之Zung's SDS及Hamilton's RSD量表，其可避免有些老年人比較不易鑑別之身體化症狀而產生之困擾，如：失眠、性功能減低、便秘及疼痛等等，另外此問卷亦修改部份不合適老人之問題，如：自殺傾向、生活是否有意義、對將來是否充滿希望等，其總共有30道題每題一分，分數愈高則愈有憂鬱傾向；本量表經證實有很好的內在信度(alpha係數為0.94)，當其界斷值為10/11分時其敏感度為84%，特異性為95%，此結果比以上另二量表於老人憂鬱傾向之評估更為優異。

本量表作答方式以是否二選一，對於老人之使用更為便利實用。

### 三、資料收集

各量表之調查均由固定之會談員及檢查者實施，題目均由會談員問述及評估，智能量表中有關寫名字及畫圖部份由受測者自行完成。

本調查之會談員及檢查者均為該家之保健員及護士，於本調查前先行教育及測試、矯正若干次，若調查中仍發生問題則由本院之主治醫師判定之。心電圖結果除由電腦報告之結果外，另由主治醫師複檢肯定。

### 四、資料統計

以SAS套裝軟體處理基本統計。

## 結 果

### 一、基本資料

表1人口學基本資料中可見榮家之榮民年齡分佈以60-79居多占95% (平均年齡 $72.9 \pm 4.3$ ，範圍60.0-93.0)，65歲以上者676人(95%)，沒有女性，教育程度六年及以下者占78.2%，(平均教育 $3.9 \pm 3.8$ ，範圍0-16.0)單身者95.5%，退役官階以士官、尉級及兵居多，無子女者占88.6%，有子女者81人，大多只有一人，但可以就近照顧者只有15人，是以有子女但無法照顧占71.5%。

表1 人口學基本資料

項 目	人數 (%)	項 目	人數 (%)
年齡(歲)		官階	
60-69	155 (21.7)	兵	120 (16.8)
70-79	523 (73.4)	士官	338 (47.4)
80-89	33 ( 4.6)	尉	222 (31.1)
>=90	2 ( 0.3)	校	32 ( 4.5)
教育年限		將	1 ( 0.1)
< 2	295 (41.5)	子女人數	
3- 6	261 (36.7)	無	632 (88.6)
7- 9	77 (10.8)	1	42 ( 5.9)
10-12	60 ( 8.4)	2	21 ( 2.9)
>12	18 ( 2.5)	3	12 ( 1.7)
婚姻狀況		4	3 ( 0.4)
單身	684 (95.9)	5	3 ( 0.4)
喪偶	20 ( 2.8)	可就近照顧子女人數	
分居	9 ( 1.3)	無	698 (97.9)
		1	11 ( 1.5)
		2	2 ( 0.3)
		3	2 ( 0.3)

## 二、健康習慣

表2健康習慣中關於抽煙方面，榮民中62.8%的人抽煙，另有16人為曾經抽煙而現在戒煙者，抽煙者中大部份人煙齡都在30年以上，就煙量而言以每天半包至一包半居多占44.9% (範圍0-60，平均 $9.8 \pm 10.3$ )；飲酒方

面，有喝酒習慣者只占19.6%，而且每天少量只有50西西者居多；運動習慣大多為一小時不到(54.6%)，兩小時以上者只占13%。

## 三、身體健康狀況

表3所示各類健康狀況調查結果：

表2 健康習慣

項 目	人數 (%)	項 目	人數 (%)
煙齡(年)		喝酒(cc/天)	
不抽煙	265 (37.2)	不喝酒	401 (56.2)
<10	17 ( 2.4)	偶而	172 (24.1)
10-19	19 ( 2.7)	< 50	93 (13.0)
20-29	37 ( 5.2)	50-100	28 ( 3.9)
>=30	375 (52.6)	>100	19 ( 2.7)
現在煙量(支/天)		運動(時/天)	
0	281 (39.4)	<1	389 (54.6)
1-10	73 (10.2)	1-2	231 (32.4)
11-20	158 (22.2)	>2	93 (13.0)
21-30	162 (22.7)		
31-40	20 ( 2.8)		
>40	19 ( 2.7)		



表3 身體健康狀況

項 目	人數 (%)	項 目	人數 (%)
一、報告病史		目前所患疾病	
使用假牙		高血壓	231 (32.4)
無	216 (30.3)	糖尿病	61 ( 8.6)
局部	365 (51.2)	關節痛	166 (23.3)
全口	132 (18.5)	心臟病	134 (18.8)
吃咬功能，可吃		氣喘	109 (15.3)
炸烤花生	329 (46.1)	中風	37 ( 5.2)
肉塊	194 (27.2)	胃腸不適	171 (24.0)
軟菜碎肉	190 (26.6)	其他	105 (14.7)
關節痛且影響日常生活		近三個月頭暈次數	
是	131 (18.4)	0	587 (82.4)
否	581 (81.5)	1- 3	71 (10.0)
目前是否生病用藥		4-10	39 ( 5.3)
是	522 (73.2)	>10	16 ( 2.2)
否	191 (26.8)	近三個月跌倒次數	
起立時會頭暈		0	691 (96.9)
是	180 (25.2)	1- 3	19 ( 2.6)
否	533 (74.8)	4-10	3 ( 0.4)
二、檢驗檢查部份		臥姿心縮壓(毫米汞柱)	
帶眼鏡		< 90	3 ( 0.4)
有	447 (62.7)	90-139	361 (51.9)
無	265 (37.2)	140-159	195 (28.1)
最佳視力		>=160	136 (19.6)
0.00	8 ( 1.1)	臥姿心舒壓	
0.01-0.04	200 (28.2)	< 60	26 ( 3.7)
0.05-0.10	305 (43.0)	60- 89	569 (81.9)
0.20-0.25	153 (21.5)	90- 99	66 ( 9.5)
0.30-0.40	44 ( 6.2)	100-109	20 ( 2.9)
>0.40	0	>110	14 ( 2.0)
最佳聽力(分貝)		血糖(毫克/dl)	
>40	439 (61.6)	<=50	76 (10.7)
40	79 (11.1)	50-120	541 (75.9)
<=25	195 (27.3)	121-140	17 ( 3.6)
符合理想體重		141-200	37 ( 5.2)
>20% (肥胖)	17 ( 2.4)	201-300	26 ( 3.6)
正常	514 (72.3)	301-400	12 ( 1.7)
<20% (瘦弱)	180 (25.3)	>400	4 ( 0.6)
三、檢查員評量部份		IADL得分	
ADL得分		0	6 ( 0.8)
0	3 ( 0.4)	1	4 ( 0.6)
1	5 ( 0.7)	2	6 ( 0.8)
2	4 ( 0.6)	3	11 ( 1.5)
3	4 ( 0.6)	4	13 ( 1.8)
4	17 ( 2.4)	5	11 ( 1.5)
5	44 ( 6.2)	6	10 ( 1.4)
6	633 (89.2)	7	71 (10.0)
步態得分		8	578 (81.4)
0- 3	55 ( 7.7)	平衡得分	
4- 6	41 ( 5.9)	<9	75 (10.6)
7-10	85 ( 1.21)	9-12	52 ( 7.3)
11	314 (44.3)	13-15	61 ( 8.6)
12	214 (30.2)	16	521 (73.5)

(一)自行報告病史部份：

咀嚼功能方面，69.7%的人使用假牙，46.1%的人仍然可以咬炸烤的花生，27.2%的人還可以咬肉塊，26.6%的人只能吃軟菜或碎肉。

榮民中有18.4%的人其關節疼痛會影響個人日常活動如：飲食、行走、站坐、盥洗等，其中73%的人使用止痛藥中，但用藥個案裡只有55.2%的人感覺其止痛藥效尚可；就關節侵犯部位而言，19.1%的人其膝部受到影響，其次足部占15.8%，手部6.6%，髖部6.9%，下背部4.9%，其他部位關節受影響者有1.5%；除以上18.4%人其關節疼痛且影響生活功能外，另有3.8%的人亦自述有關節不適，而所有關節有問題的22.2%人口裡，其每年關節疼痛時間在一個月內者占10.5%，1-3個月者占4.6%，3-6個月者3.1%，6個月以上者3.2%；又關節疼痛者中有8人(1.1%)其起床後關節僵硬超過一個小時，對生活品質影響甚大。

73.2%的個案於調查當時有病並使用藥物中，就疾病用藥種類來分32.4%的人自述因為高血壓而服藥，24%為胃腸不適服藥，23.3%為關節痛，其他依序為心臟病、氣喘、糖尿病及中風，另外其他疾病亦占有14.7%；而就此522位患者共有1014個疾病加以平均，每人患有1.94種病。

其他，有18%的人自述於最近三個月內曾發生頭暈現象，3%的人甚至跌倒；25.2%的人於躺下起立時會有頭暈的情形，這些情況都可能導致意外或骨折的發生。

(二)檢查檢驗部份：

於視力方面，62.7%的榮民有帶眼鏡，而其閱讀之最佳視力不論是否戴眼鏡都在0.4以下，也就是說仍可閱讀一般書報者(視力0.3-0.4)只有44人(6.2%)，而可閱讀粗體小標者(視力0.1-0.25)共360人(50.5%)，然只能閱讀中標或更大字體(0.1以下)者則有277人(41.8%)，另有8人失明，可見其一般視力並不理想。

聽力方面，榮民中有61.6%的個案必須在40分貝以上才聽得到，為中度或以上的聽障；輕度障礙者(25-40分貝) 11.1%；而正常聽力者(25分貝及以下)只占27.3%。

身高體重檢查可見72.3%的人其體重仍符合正常範圍，不正常者中以瘦弱過輕者為多數占總人數之25.3%，其平均身高為162.2±6.7 (123.0-182.0)公分，平均體重為63.1±10.8 (38.0-110.0)公斤。

另，血壓、血糖及心電圖檢查分述如下：

1. 血壓：

有關血壓，其平均臥姿心縮壓為139.8±23.7 (83.0-239.0)毫米汞柱，心舒壓為77.5±12.6 (50.0-172.0)，心率為每分鐘75.5±12.7 (48.0-124.0)跳；平均立姿心縮壓為137.7±23.7 (80.0-240.0)，心舒壓為77.2±13.5 (45.0-146.0)，心率為每分77.1±13.0 (42.0-132.0)跳。

調查中臥姿心縮壓小於90毫米汞柱偏低者有3人(0.4%)，90至139正常者361人(51.9%)，140至159稍高者195人(28.1%)，大於等於160而可考慮藥物治療者136人(19.6%)；臥姿心舒壓小於60毫米汞柱偏低者有26人(3.7%)，60至89正常者569人(81.9%)，90至99稍高者66人(9.5%)，100至109者20人(2.9%)，110以上者14人(2.0%)；心率則每分鐘50跳以下太慢者4人(0.6%)，50-59跳心跳稍慢者45人(6.5%)，60-99跳正常者604人(86.9%)，大於等於100跳頻脈者42人(6.0%)。

其臥立姿之姿態性血壓變化大於等於20毫米汞柱達到姿態性低血壓標準者有85人占12.2%，而主訴有姿態性頭暈者有180人占25.2%，即姿態性頭暈者中有一半的人其血壓下降具臨床意義。

就高血壓之盛行率而言，若將臥姿心縮壓大於等於140、或心舒壓大於等於90或具高血壓史且目前有用藥治療但血壓正常者合併計之，則共有424人懷疑有高血壓占60.9%；其中231人現正接受藥物治療中占高血壓患者之54.4%，為醫療上應接受藥物治療之高血壓患者(心縮壓160以上或心舒壓96以上或現有藥物治療等)人數之75.7%；即另有24.3%懷疑應治療之高血壓個案尚未接受治療。

而目前接受治療之高血壓患者中，心

縮壓於正常139-90之間者有81人(35.7%)，在140以上者有146人(64.3%)；而心舒壓控制在正常90以下者有183人(80.6%)，90以上者仍有44人(19.4%)。

## 2. 血糖：

其總平均全血血糖範圍為 $89.3 \pm 60.9$  (17.0-500.0)毫克／每百西西，其中血糖小於等於50低血糖者76人(10.7%)，50-120正常者541人(75.9%)，121-140懷疑糖尿病者17人(2.4%) [15]，140-200稍高應飲食控制者37人(5.2%)，201-300應接受藥物治療者26人(3.6%)，301-400太高者12人(1.7%)，大於400超高者4人(0.6%)，即血糖超出正常範圍(120 mg%)者有13.4%。若以血糖大於140或目前有用藥治療且血糖正常者計算其糖尿病之盛行率，則有108人(15.1%)符合條件，另有藥物治療且血糖在50以下者2人(3.3%)，50-120者22人(36.1%)，121-140者37人(60.7%)，大於140則無，可見血糖控制尚可，惟有二人可能發生低血糖狀況。

## 3. 心電圖：

心電圖檢查中，正常者457人，具一種診斷異常者256人(36%)，二種者63人，三

種者4人；其異常分佈人數如表4，其中定義多發性心房或心室早期收縮者為十秒鐘之第二雙極肢體導程中具早期收縮二跳或以上者，心率緩脈為心率每分鐘55跳以內者；心率頻脈為每分鐘心率100跳以上者；心軸左轉為心軸於負三十度以上者；心軸右轉為心軸105度以上者；左心肥大為RV5或RV6 + SV1大於35毫米以上者。又心房纖維顫動患者中其每分鐘心率大於100跳者有5人，小於60者有3人，陣發性心房纖維顫動之個案其心率可達每分鐘150跳。

## (三) 檢查員評量部份：

### 1. 日常活動功能：

日常活動量表中六分可自行照顧者633人占89.2%，五分者44人，四分者17人，三分兩分者各4人，一分者5人，零分者3人；其中洗澡、穿衣、如廁過程、移位、大小便控制及餵食有問題各為22, 21, 30, 40, 30及6人(3.1、3.0、4.2、5.6、4.2、及0.8%)，即移位、如廁及大小便控制有問題者居多。

### 2. 工具性活動功能：

工具性活動功能量表中八分可自由

表4 心電圖異常發現及分佈

項 目	人數	項 目	人數
心率不整		缺氧相關變化	
陣發性心房纖維顫動	1	心肌缺氧	23
心房纖維顫動	15	陳舊性心肌梗塞	3
心房早期收縮	18	前胸導程R波增高不良	11
多發性心房早期收縮	11	非特異性STT變化	29
心室早期收縮	15	心軸及心臟肥大	
多發性心室早期收縮	10	心軸左轉	66
心率緩脈	18	心軸右轉	2
心率頻脈	12	左心肥大	26
WPW症候群	1	右心肥大	1
傳導阻滯			
第一度房室阻滯	13		
完全右支束傳導阻滯	33		
不完全右支束傳導阻滯	1		
完全左支束傳導阻滯	2		
不完全左支束傳導阻滯	11		
竇房結傳導阻滯	1		

活動者578人占81.4%，七分者71人，其餘六分10人，五分11人，四分13人，三分11人，兩分6人，一分4人，零分6人；其中使用電話、逛街購物、餐點準備、整理家庭、清洗衣物、使用交通工具、使用藥物及金錢處理有阻礙者各為70, 53, 46, 37, 43, 68, 15及11人，以電話使用及使用交通工具障礙最為常見。

### 3. 平衡：

平衡功能完全正常者(16分)有521人占73.5%，輕度失衡者(13-15分) 61人占8.6%，中度失衡者(9-12分)有52人占7.3%，其餘較嚴重者75人占10.6%；這些動作中坐姿、起身、起身意圖次數、起身後平衡感、站立平衡、輕推平衡、直立閉眼、轉身一圈及坐下有問題(含需要協助)之人數各為61、121、96、121、90、133、100、139及96人，即這些動作中以起身動作、起身後平衡感、輕推平衡及轉身一圈之問題較常見。

### 4. 步態：

其步態正常者(12分) 214人占30.2%，11分者314人(44.3%)，餘7-10分者85人(12.1%)，4-6分者41人(5.9%)，0-3分者55人(7.7%)；動作項目中之啟動、步伐、腳步對稱性、腳步連續性、行徑、軀幹搖晃及直線行走有問題者各為105、89、118、107、115、125、及459人，即以兩腳腳跟不能直線行走之問題居多，其餘各項有困難之人數亦不少。

## 四、智能心理健康狀況

### 1. 簡易智能：

簡易智能量表得分情形如下：2-5分者5人(占0.7%)，6-10分者9人(1.2%)，11-15分者40人(5.6%)，16-20分者145人(20.3%)，21-25分者266人(37.5%)，26-30分者227人(31.9%)，31-33分者19人(2.7%)，其中仍以16-30分者居多。若依郭氏等研究[13]結果，將教育程度兩年及以下且其得分不及16者(37/295人)與教育年限兩年以上其得分不及27者(278/416人)，即可懷疑為老人失智

症，則本榮家懷疑失智人口共315人占44.3%。

### 2. 老人憂鬱：

老人憂鬱量表之平均分數為 $9.48 \pm 4.46$  (0-28.0)，其中少於等於十分(無憂鬱症)者473人占65%，大於十分懷疑有憂鬱者255人占35%；無憂鬱組之平均分數為 $6.80 \pm 2.15$  (0-10.0)，而懷疑憂鬱組平均分數為 $14.25 \pm 3.39$  (11.0-28.0)。

## 討 論

為了照顧老邁榮民，退除役官兵輔導委員會有一連串的就養及就醫體系，全省除有三家榮民總醫院外，另有榮民醫院12家，榮民之家13所，共可收治15,947床，收住安養128,089人[16]；其安養之家對榮民照顧有其特別之規劃，但對其內住民之健康狀況周全性之調查結果則仍缺乏，而本探討則試圖窺其一二，本調查結果或可做為其他榮家之參考。由於榮家設置地點多於偏遠悠靜之處，少與外界交通，其內生活衣食住行娛樂及醫療種種自成一格，且生活起居及部份康樂活動均由榮家代為安排，大不同於一般社區之人口組成與活動自主性，因此於結果推論時仍有其限制；另外，為了方便調查本調查對象多為尚可從事日常活動(如往保健組接受檢查)之住民，因而摒除了少數癱瘓病房病患及聾啞個案，如此可能低估了其疾病之盛行率，讀者於引用時應加注意。本調查中發現高血壓、糖尿病、老人失智症、視力障礙等比率均比82年主計處報告或其他報告為高[17-20]，此與彼此之調查方式及人口特質不同有關。

本調查中較特殊結果為篩檢出認知功能障礙者44.3%，高於國內之1.7-2.7%及國外研究之2-20%甚多[20,21]，本結果可能是由於工具本身的效度有問題而造成高估傾向。例如榮家內榮民之省籍各有不同而鄉音太重產生語言上溝通困難會影響到本調查結果，此點可由Escobar調查[22]「不同種族社區之簡易功能量表之使用」之結論：除年齡、教育外，種



族及言語障礙也會影響簡易智能量表的得分得到部份佐證；然，本榮家榮民多人具有輕度以上之聽障及視障亦可能會有影響；另，本研究對象為住在機構內之老人，可能較社區或居家老人障礙為高。至於本調查篩檢出眾多的疑似失智症個案則有待精神科醫師進一步的確定診斷及處置。

本調查結果顯示本榮家之住民多為老邁之單身男性，教育程度低，多無子女照顧，多數人健康習慣不良(特別是抽煙及運動)。各有七成左右的人其閱讀書報或有困難(視力不超過0.1)，或有聽力障礙，或現正因生病接受藥物治療中，或步態有若干不順暢；五成的人無法咬食硬食；各有二成左右的人因關節疼痛影響其日常起居，或三個月內曾經頭暈，或其身體有若干平衡上問題；以上種種隱示本人口群於日常生活中可能遭遇到許多困難而須要他人協助。而此問題更突顯出榮家對醫療服務需求之迫切性，相對的其醫療及福利措施亦應受妥善處理。

另外，在本榮家其他滿意度調查中也意外發現本榮家各榮民間彼此互動關係非常不好，其自述在家中沒有要好朋友者竟有342人(48%)，而只有1-2人者亦只有15.3%，可見其雖然同在一個環境中相處多年，但彼此之友誼及信任並未建立起來，這點是須要再加強改善的。

綜合以上，個人建議除了繼續現有榮家對榮民細心的醫療照顧及輔導外，戒煙運動的推展、鼓勵安排適當的老人運動，高血壓、糖尿病控制之宣導及新個案的發現及追蹤，促進社區老人參與活動結交朋友，增進其自我肯定及價值感，均屬現前促進老人健康之重要工作。

## 致 謝

本調查之完成感謝財團法人鄒濟勳醫學研究發展基金會提供經費支援，程新勝主任的支持，蔡溪泉組長及保健組全體同仁協力資料之收集，陳尚英先生協助資料之處理，在此一併表達十二萬分謝意。

## 參考資料

1. 行政院主計處、內政部合編。中華民國、臺灣地區老人狀況調查報告。台北，1994：4-25。
2. Soldo BJ, Manton KG. Demography: Characteristics and implications of an aging population. In: Rowe JW et al eds. *Geriatric Medicine*, 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company, 1988; 12-22.
3. 劉文敏、王秀紅：高雄市接受療養機構長期照護居民身體功能及自我照顧能力之調查。公共衛生 1994；21(2)：118-27。
4. 吳淑瓊、賴惠玲、江東亮：影響社區老人對護理之家居住意願的因素。中華衛誌 1994；13(5)：388-94。
5. 黃璉華：鄉村社區老人健康自評、信念與行為。公共衛生 1993；20(3)：221-32。
6. Horowitz A. Vision impairment and functional disability among nursing home residents. *The Gerontologist* 1994；34(3)：316-23.
7. Rees TS, Duckert LG, Milczuk HA. Auditory and vestibular dysfunction. In: Hazzard WR, Edwin LB, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 3rd. New York: McGraw-Hill, 1994; 8457-72.
8. Anonymous. The fifth report of the joint national committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC v). *Arch of Int Med* 1993；153：154-83.
9. Katz S, Downs TD, Cash HR, et al: Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970；1：20-30.
10. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-monitoring and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969；9：179-86.
11. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986；34：119-26.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State': A practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. *J Psychiatr Res* 1975；12：189-98.
13. 郭乃文、劉秀枝、王璦芳：“簡短式智能評估”之中文施測與常模建立。中華復健醫學雜誌 1988；16：52-9。
14. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983；17(1)：37-49.
15. Goldberg AP, Coon PJ. Diabetes mellitus and glucose metabolism in the elderly. In: Hazzard WR, Edwin LB, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 3rd. New York: McGraw-Hill, 1994; 825-45.
16. 行政院國軍退除役官兵輔導委員會編。榮民輔導四十年。台北，1994：44-74。

17. 陳建仁、曾文賓、潘碧珍：台灣地區社區高血壓防治實驗計畫：I. 流行病學特徵與治療順從性。中華衛誌 1988；8：256-69。
18. 傅振宗、戴東原：台灣糖尿病之流行病學，家庭醫學醫學會會刊 1994；16：74-5。
19. 劉秀枝：世紀的悲哀—痴呆症(失智症)，臨床醫學 1989；23：1-6。
20. 鄒海光：就治療觀點談痴呆症，臨床醫學 1989；23：13-21。
21. Anthony JC, Le Resche L, Nia Z, et al. Limits of the Mini-Mental State as a screening test for the dementia and delirium among hospital patients. Psychol Med 1982; 12: 397-408.
22. Escobar JI, Burnam A, Karno M, et al. Use of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in a community population of mixed ethnicity. J Nervous & Mental Dis 1976; 174: 607-14.



## A SURVEY OF THE RESIDENTS' HEALTH STATUS AT A VETERAN'S HOME IN SOUTH TAIWAN

MING-SHIUM TU

The health habits and general needs for medical services of residents at a veterans' home in South Taiwan were investigated. The purposes of this study were to explore the health habits of the residents of the veteran's home, their general physical health, and their mental-psychological health status.

During the 6 month period from March 1994 to September 1994, we investigated all the 942 residents of the veterans' home. Those who were bed-ridden, deaf or mute, or traveling in Mainland China, were excluded from the study, due to poor adherence. The final study group consisted of 713 individuals.

The mean age of residents age was  $72.9 \pm 4.3$  years old (range, 60-93), all were male, and most of them living alone. Their mean educational level was  $3.9 \pm 3.8$  (0-16) years. Only 2% had descendants to take care of them. Forty-eight percent of them had no close friends in the community. Sixty-one percent smoked, with an average consumption of one pack per day, and most had a smoking history of more than 30 years. More than half of them exercised

less than one hour a day. Seventy-three percent had their best visual acuity not better than 0.1, making reading difficult. Most (72%) had somewhat impaired hearing. Fifty-four percent could not bite hard foods, Most (73%) were on drugs because of illness of the time the study was conducted. Some (18.4%) had joint troubles that disturbed their daily activities. Eighteen percent had experienced dizziness or vertigo during the past 3 months, and 3% had experienced falls during the same period; About one-quarter (26.5%) had some problems with balance, and 70% had gait problems. Ten point eight percent revealed some dependence in *ADL*, and eighteen point six percent needed help in *IADL*. Sixty point nine percent had blood pressure higher than 140/90 mmHg and 15.1% were suspected of having diabetes mellitus. Forty-four point three percent were suspected of having dementia according to the Chinese version of the MMSE, and 35% were suspected of having depressive tendency by the Yersavage Geriatric Depression Scale. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1996; 15(1): 97-107)

**Key words:** *Health habits, Health status, Veteran's home*

Division of Family Medicine, Veterans General Hospital-Kaohsiung