

臺中市政府 104 年度規劃研究設計報告獎助計畫
報告節錄重點

台中市南區崇倫里 65 歲以上老人憂鬱的危
險因子探討

Discussion the risk factors of depressed elders over
65 in Chonglun Village, South District, Taichung City

研究人員：陳逸蓁

指導教授：楊浩然

學 校：中山醫學大學

系 所：公共衛生學系

中華民國 104 年 5 月

摘要

研究背景：

老年人口比率逐年升高，在醫療資源耗費和福利安養之方面將呈現大量的需求。因此，本研究欲探討台中市南區崇倫里 65 歲以上老人憂鬱的危險因子。

研究方法：

本研究採用面對面的問卷作答方式，研究對象取自 2014 年 7 月戶口登記於台中市南區崇倫里 65 歲以上之老年人，總數為 431 人。受試者在研究人員協助下完成臺中市心理健康評估量表之問卷，共訪得有效樣本 72 人。最後利用變異數分析和複迴歸分析崇倫里 65 歲以上老人憂鬱症狀。

研究結果：

在控制了干擾因子後，複迴歸分析的結果顯示，有二個變項憂鬱症分數達顯著上的差異，分別為受訪者之罹患疾病總數量($\beta = 0.342$, $p = 0.003$)，表示每多一種病，CES-D 分數平均多了 0.342 分。以及每週家庭，社交或宗教活動($\beta = -0.269$, $p = 0.024$)之變項，表示每週家庭，社交或宗教活動每增加一次，CES-D 分數平均下降 0.269 分。

結論：

本研究顯示罹患疾病總數量越高，憂鬱症分數越高；每週家庭，社交或宗教活動頻率越高，憂鬱症分數越低。建議台中市政府在社會福利政策方面，應致力於照顧老年人的心理需求，並降低生理疾病的狀況。

目錄

封面	1
摘要	2
目錄	3
前言	4
規劃理念及目標	4
現況分析	5
研究設計	6
規劃工作程序、方法與說明	6
可行性分析	8
結論及建議	12
參考文獻	16

一、前言：

台灣地區於 1993 年老年人口達 7.10%，朝向高齡化國家(aging nation)前進，緊接著在 2017 年，我國老年人口將爬升至 13.50%，進入高齡社會(aged society)。說明了老人照護在現今社會的重要性是越來越高的。在台中市南區，65 歲以上老年人口組成中，由民國 91 年底 6,418 人占總人口的 6.22%，遞增至民國 101 年底 9,661 人占總人口的 8.27%。在 101 年，南區老化指數〔(65 歲以上人口數/0~14 歲人口數)*100〕至民國 101 年底升至 53.12%。因此，老年人在醫療資源耗費和福利安養等方面呈現較高且大量增加的需求。(台中市南區統計年報)

十年前統計資料顯示，在亞洲地區的日本和韓國等已開發的國家，老年人的憂鬱症盛行率範圍已達六分之一到三分之一 (Lee et al., 2000)。2001 年台灣本土的研究裡，老年人憂鬱症盛行率約為 21.7%，其中重度憂鬱症佔 5.9% (Chong et al., 2001)。

可得知十年前這幾個亞洲國家的研究中，老年人憂鬱症盛行率已達六分之一到三分之一，我們可推測十年後的現在，老年人的憂鬱症盛行率會越來越嚴重，所以本研究希望補足台中市南區老人憂鬱的狀況以及其相關危險因子。

二、規劃理念及目標：

- (一)調查台中市南區崇倫里 65 歲以上老人憂鬱的危險因子，分析與找出顯著危險因子的影響。
- (二)探討台中市南區崇倫里老年人的生理因子和社交因子與憂鬱傾向之間的關係。
- (三)將結果作為規劃介入措施的基礎，制定以照顧老年人心理需求為主的社會福利政策。

三、現況分析：

憂鬱症是老年人的重要健康問題(Kim & Park, 2012)，對於老年人有嚴重和明顯的威脅。無論是經歷了獨自一人，或伴隨慢性疾病，憂鬱症狀將大幅縮短預期活動壽命。即時診斷和治療老年人之憂鬱症狀可能延遲殘疾的發生，提高生活質量。(Reynolds, Haley, & Kozlenko, 2008)。臺灣大型的前瞻性社區研究顯示，憂鬱症是老年人自殺最主要的危險因子，因此對於老年憂鬱症加以早期發現、早期治療，得以減少許多老年人死於自殺的風險(Chong et al., 2001)。

老年人由於年齡因素，對於死亡的恐懼漸漸地接近，加上社會接觸面的縮小，容易產生消極的人生態度。若罹患老年常見的疾病，生理的痛苦伴隨心理的壓力，恐懼感和消沉心理益形嚴重(顧艷秋& 劉文健, 2005)。

身體狀況方面，生病對老年人是一大威脅，可能使老年人無法自由活動，無法在退休後從事想學或想做的嗜好，焦慮與憂鬱因而產生(Blazer, 2003)。有研究結果顯示老年人的疾病數越多，較容易出現憂鬱傾向(李婉蕩 et al., 2010)。當病人感到的疼痛指數越高時，進而衍生憂鬱的情形也會相對降低病人的自尊，影響病人的社會關係(何郁宣, 2008)。

在社交活動方面，臨床上常見具憂鬱傾向的老年人平時常待在家中，但少與家人有所互動，因此其每日生活欠缺社交性，經常躺在床上或是漫無目的地呆坐於電視機前(長庚醫訊網)。有研究發現，沒有參與休閒活動或參與次數較低者，有較高的憂鬱傾向(林俞均 et al., 2008)。

性別變項中，有文獻指出女性罹患憂鬱症的盛行率約為男性的 1 到 2 倍 (Gater, Tansella & Korten, 1998)，更有文獻發現，女性憂鬱症的終身盛行率約為二到三成，男性則在七到十成(Solomon, 2000)。

在居住狀況部分，有研究結果顯示，配偶若不幸死亡，在第一年的罹患憂鬱症之可能性相當高 (Bruce et al. 1990)；在控制了年齡、性別及過去的憂鬱病史，配偶死亡後第二年的憂鬱狀況也比一般人高(Turvey et al. 1999; Oxman et al. 1992)。

而教育程度部分，教育程度及憂鬱指數呈反比的關係，因為教育程度高的老人，對於身體的改變以及社會的改變，都可能具有較好的適應力 (林正祥，人口學刊第 41 期，2010)。

四、研究設計：

研究對象取自 2014 年 7 月戶口登記於台中市南區崇倫里 65 歲以上之老年人，總數為 431 人。

本研究採用面對面的問卷作答方式，基於老年人教育程度考量，由三名研究人員共同協助一名老年人進行問卷填寫，依每個老年人的身體健康狀況或是當下認知能力決定是否由平日負責照顧老人的家人協助溝通或是代答，所以本研究的樣本取得於相對健康且意識清晰的老人。受試者在研究人員協助下完成臺中市心理健康評估量表之問卷，共訪得有效樣本 72 人。

問卷填寫完畢後，均當場檢查是否有完整填答，並於當天回收，並註明填寫問卷的時間與地點，收案期間為 2014 年 7 月份。由於本研究係針對居住在台中市南區崇倫里社區，65 歲以上之獨居老人，故最後僅訪的有效樣本 72 人，問卷回應率為 16.7%。

五、規劃工作程序、方法與說明：

(一)測量變項之依變項

使用臺中市心理健康評估量表之問卷。此表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)而發展。在老年人憂鬱症之測量，CES-D 問卷對於老年人具有 0.86 Cronbach's alpha 的篩檢信度，故被選為本研究之篩選工具。(Flynn Longmire & Knight, 2015)

本研究採用封閉式問卷，每個題目皆包含所有可能的答案，且每個答案皆有一個指定的編碼。該量表共有 11 項題目，依症狀發生的頻率，由 0 至 2 分給分。0 分之頻率是指從未(<1 天)；1 分為有時(1~2 天)；2 分為常常(3~7 天)。總分數越高表示憂鬱程度越嚴重。

(二)測量變項之自變項

研究者將一些較少數的回答歸類成其他。此外，加入了測謊題，以協助研究者了解此問卷的偽陽性，當作問卷效度的測試。

自變項分為四個面向評估，內容如下：

1. 社會人口學特徵：

包括受訪者之年齡；性別與教育程度〈無(不識字或識字)、小學、國

(初中)、高中(職)以上〉以及婚姻狀況〈未婚、已婚；其他〉。

在教育程度的變項中，將不識字(n=15)或識字(n=7)歸類成「無」(n=22)之選項；高中(職)以上的學歷併為其他(n=10)。在婚姻的變項中，將個案數為 1 的未婚選項(n=1)及喪偶的選項(n=5)合併，重新歸類成其(n=9)。

2. 身體健康狀況：

為受訪者之罹患疾病總數量。

3. 休閒活動：

分別為每週運動習慣〈無；1-2 次；3-4 次；5 次以上〉，以及每週家庭，社交或宗教活動〈無；1-2 次；3 次以上〉。

在每週家庭，社交或宗教活動的變項中，合併 3 次以上為一個選項(n=11)。

4. 家庭支持狀況：

內容為詢問受訪者的居住狀況〈獨居、親友或孫子女、其他；只與配偶同住；只與子女同住；與配偶、子女同住〉。

在居住狀況的變項中，將獨居(n=3)、和親友或孫子女住(n=1)與其他(n=1)的選項合併成一個選項(n=5)。

(三)統計方法

利用描述性統計，分別以變項個數(n)與百分比(%)呈現。

接著以變異數分析(One-way ANOVA)檢定比較 8 個危險因子與 CES-D 量表分數之總分間的差異。

最後使用複迴歸分析，探討 CES-D 量表之危險因子。

六、可行性分析：

本研究有效樣本的年齡平均為 77.10 歲。女性樣本占 43.8%，男性樣本占 54.8%。大約有 87.7% 之樣本為喪偶者，其中 12.3% 為已婚。無教育程度(不識字、識字)之比率高達 31.5%，有 49.3% 的樣本為小學程度，4.1% 的樣本為國(初中)，其餘 4.1% 的樣本為高中(職)或以上之教育程度。13.7% 的樣本只與子女同住，27.4% 的樣本只與配偶同住，49.3% 的樣本與配偶同住，僅有 8.2% 的樣本為獨居、親友或孫子女同居或其他。身體狀況無疾病者個案占 27.4%，其餘個案皆有罹病之狀況。每週無運動習慣者占 28.8%，5 次以上者為 37.0%。無家庭，社交或宗教活動者約占 57.5%，每週 3 次以上者約占 15.1%。

表一、問卷變項之描述性統計

	樣本數	%	CES-D 分數平 均值	標準值	F 值	P 值
性別						
女	32	43.8	3.38	4.054	0.037	0.849
男	40	54.8	3.55	3.700		
婚姻狀況					1.208	0.275
喪偶	64	87.7	3.29	3.576		
已婚	8	12.3	4.78	5.403		
教育程度					0.370	0.775
無(不識字或 識字)	23	31.5	2.86	3.106		
小學	36	49.3	3.86	4.568		
國(初中)	3	4.1	4.33	4.041		
高中(職)以上	10	13.7	3.20	2.616		

	樣本數	%	CES-D 分數平 均值	標準值	F 值	P 值
居住狀況					2.011	0.121
獨居、親友或 孫子女、其他	6	8.2	4.00	3.937		
只與配偶同住	20	27.4	4.45	4.957		
只與子女同住	10	13.7	5.20	4.780		
與配偶子女同 住	36	49.3	2.47	2.455		
身體狀況(罹 患疾病總數)					5.286	0.001
無	20	27.4	1.60	1.789		
1	32	43.8	3.56	3.627		
2	14	19.2	3.79	4.318		
3	4	5.5	7.00	2.708		
4	2	2.7	11.50	7.778		
每週運動習慣					5.210	0.003
無	21	28.8	6.00	5.431		
1-2 次	12	16.4	2.67	2.015		
3-4 次	12	16.4	1.83	1.899		
5 次以上	27	37.0	2.59	2.591		
每週家庭，社 交或宗教活動					5.923	0.004
無	42	57.5	4.89	3.917		
1-2 次	19	26.0	2.37	3.789		
3 次以上	11	15.1	0.91	1.578		
年齡(平均 數，標準差)	77.10	5.901	3.47	3.835	1.334	0.200
CES-D 總分	3.47	3.835				

(平均數，標準
差)

表二、台中市 65 歲以上老人 CES-D 分數複迴歸模式

	標準化 β 值	P
性別	-0.013	0.989
年齡	0.064	0.379
婚姻狀況	0.927	0.612
教育程度		
小學(以無教育程度者含不識字或識字為參考值)	1.655	0.122
國(初中)	-0.412	0.856
高中(職)以上	0.764	0.602
居住狀況		
只與配偶同住(以獨居、親友或孫子女、其他為參考值)	-0.119	0.944
只與子女同住	1.388	0.442
與配偶、子女同住	-0.513	0.749
罹病種類	1.404	0.003
每週運動習慣	-0.429	0.249
每週家庭，社交或宗教活動	-1.548	0.013

註：

性別 (0：男；1：女)

婚姻狀況(0：已婚；1：其他)

教育程度(0：無(不識字或識字)；1：小學；2：國(初中)；3：高中(職)以上)

居住狀況(0：獨居、親友或孫子女、其他；1：只與配偶同住；2：只與子女同住；3：與配偶、子女同住)

罹病種類(0~4 種)

每週運動習慣(無~5 次以上)

每週家庭，社交或宗教活動(無~3 次以上)

在控制了干擾因子後，將教育程度的序位變項設 dummy variable，以無教育程度者(含不識字或識字)為參考值，再來將居住狀況的類別變項設 dummy variable，以獨居、親友或孫子女、其他為參考值，進行複迴歸分析。

由表二可知，有二個變項之憂鬱症分數達顯著上的差異，分別為受訪者之罹患疾病總數量($\beta = 0.342$, $p = 0.003$)，表示每多一種病，CES-D 分數平均多了 0.342 分。以及每週家庭，社交或宗教活動($\beta = -0.269$, $p = 0.024$)之變項，表示每週家庭，社交或宗教活動每增加一次，CES-D 分數平均下降 0.269 分。

變異數分析結果發現，三個變項與 CES-D 分數達顯著上的差異，分別為受訪者之罹患疾病總數量；每週運動習慣；每週家庭，社交或宗教活動。但控制了干擾因子後，複迴歸分析結果發現，僅有受訪者之罹患疾病總數量以及每週家庭，社交或宗教活動對於 CES-D 分數達顯著上之意義。

本研究無法說明因果關係及其中的機制，未來建議進行社區的縱貫型研究，以利探討憂鬱的危險因子。

七、結論及建議：

身體狀況會干擾運動習慣，身體較佳者可能有較好的活動力，因此能夠從事戶外等較劇烈的活動，但是相對地，身體狀況不佳者，由於疾病的緣故，會使得身體活動的頻率減少。因此，複迴歸分析結果發現，僅有受訪者之罹患疾病總數量以及每週家庭，社交或宗教活動對於 CES-D 分數達顯著上之意義。

在罹患疾病總數量之顯著變項中，其中有兩個層面來探討。第一個是有憂鬱傾向的老年人，較不想從事運動，因此無法維持正常的生理功能，導致疾病的產生。接著，罹患疾病的老年人，可能因為生理功能的喪失，而產生憂鬱的傾向。

在每週家庭，社交或宗教活動從幾個因素來分析。沒有家庭，社交或宗教活動的老年人較無社會支持，因此會有憂鬱的可能性。有憂鬱傾向的老年人，因為較不會嘗試與他人互動，缺乏與人群接觸的機會，更增加了罹患憂鬱症的可能性。

本研究發現罹患疾病總數越多的人，憂鬱症量表總分會上升，這說明了罹患疾病越多的人，有較高的憂鬱症狀相關。社交活動頻率越高的人，有較不嚴重的憂鬱症狀。

面臨的挑戰之一：

老年憂鬱與失智容易產生相關嚴重併發症，危害患者生活品質，未來預期在老年人口不斷攀升的情況下，勢必增加耗費照護與醫療成本的問題。對於照顧者或被照顧者，長時間更累積照護上的壓力。患者、家屬或照護者以及臨床醫師須提高警覺，即早將個案適當轉介至精神科，避免錯失治療的時機。(翁菁甫, 林坤霈, & 詹鼎正, 2014)

執行策略之建議：

(一)提升服務單位失智症相關服務知能及加強照顧服務員有關心理衛生之教育訓練：結合台中市政計畫—失能老人長期照顧居家服務，提供服務對象有關心理健康的照護，提升長者生活品質。

(二)於社區中增設日間照顧服務中心：讓失能和失智老人能於社區內接受照顧服務，並同時創造社區老人社會參與、人際互動的平台，減輕家庭照顧者照顧及經濟之負擔，並延緩長者提早進入 24 小時機構照顧。

(三)整合心理衛生之照顧管理機制：確保服務提供的效率與效益，整合心理衛生的服務與資源，加強心理衛生之照顧服務的發展與普及。

具體措施：

1. 尊敬與社會融入

(1)促進長期照顧服務體系之完善：提供具有需求量卻沒被包含的服務，包括全人照顧、在地老化、多元連續服務等，得以保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，增進民眾選擇服務的權利。

(2)定期調查需要的服務，以便即時調整、規畫並監督實行的效率。

(四)社區定期舉辦以心理健康倡導為主題的活動及服務：

透過社區里民與里長，鼓勵長者並將其帶到社區活動的地點，以培養居民之間的感情。透過對社區的瞭解後，產生對社區良好的意識以及自我肯定之存在感，來達到減少憂鬱傾向的效果。

與心理衛生服務、政府相關部門、社區組織等形成夥伴關係，提供心理健康的照護服務，以創造支持心理健康與幸福感的有利環境。

領導長者投入於社區參與(community engagement)的活動，以提昇正向心理健康與幸福感的瞭解，及增加心理疾病症狀的覺察。

具體措施：

1. 社會參與

(1)舉辦社區活動地點的可近性，大眾運輸可達。

(2)活動時機適合長者。

(3)可負擔活動費用。

(4)可選擇與朋友或照顧者同行。

2. 大眾運輸

(1)方便可達。

(2)設置行動不便者的專用運輸工具。

3. 無障礙與安全的公共空間

(1)足夠的戶外座椅(公園、火車站)。

(2)無障礙步道。

3. 活動內容

(1)大眾傳播和多媒體傳播長者之正面形象，消除老人之污名化，提

高民眾對精神疾病認知。

- (2)公眾教育(學校教育、與其他世代分享經驗)，提倡家庭支持功能，增加主要照顧者對精神疾病認知。

4. 衛教傳播之通訊與資訊

- (1)資訊可及住家或其經常活動的場所。
- (2)簡明口語、優先的資訊傳遞。
- (3)清晰可見、易閱讀的文字訊息。
- (4)大按鈕及大字體的電子產品。

面臨挑戰之二：

台灣地區於 1993 年老年人口占總人口的比率達 7.10%，朝向高齡化社會(aging society)緊接著在 2017 年，我國老年人口將爬升至 13.50%，進入高齡社會 (aged society)。南區老化指數至民國 101 年底升至 53.12%。以 65 歲以上人口數，除以 14 歲以下人口數，所得出的高比率，表示南區高齡化的嚴重程度。

執行策略之建議：

(一)提供在地的初級預防照護服務：提倡社區營造及社區自主參與之精神，減少整體社區的危險因子與增加其保護因子。

具體措施：

1.於社區活動提供心理衛生之服務

- (1) 方便可達。
- (2) 經濟障礙極小化。
- (3) 將社區居民分組，定期關心長者之心理健康、日常起居以及居家服務。
- (4) 鼓勵各年齡層志工參與服務。
- (5) 政府進行電話訪問及到宅關懷，結合推展出院準備服務計畫，提高民眾對精神疾病認知，及早就醫治療。
- (6) 政府對長者生活滿意度提升之情形調查，以提供未來社會福利施政之參考。

(二)老人送餐服務：針對台中市 65 歲以上之長者，利用團膳工廠代替長者料理三餐。

具體措施：

- 1.設置便當發送點，於便當發送點規劃用餐區，增進老人社交的空間。
- 2.結合社區內的學校機構與大學的服務性社團，鼓勵學生走進社區，為社區內行動不便之長者，提供到府送餐服務。

(三)創造生活和照顧服務結合的環境：建置人性化、機能化的空間，不同於機構式的使用目的。

具體措施：

1.長者就醫服務之網絡

(1) 醫院之社工師與社會福利團體提供免費就醫諮詢，並與衛生主管機關形成一個長者就醫服務之網絡，定期整理社區長者之就醫紀錄，適時提醒社區長者重複就醫、重複用藥等情形。

(2) 建議將社區舉辦之活動資訊、社區篩檢諮詢服務、心理諮詢等業務服務，整合至社區醫院的窗口。

2.足夠活動空間及適當設備的設計

(1) 長者參與的社區活動以安全、近醫療服務設施的空間為主。

(2) 依行動不便之長者的需求修改社區活動空間：以補助等方式指定建設公司，以價格優惠與基金補助等經濟扶助方式，協助完成社區活動空間修改。

(3) 建置無障礙空間標誌，提升社區活動空間的品質，保障行動不便之長者的社區生活。

參考文獻

- 臺中市南區區公所-會計室 (102, 6) 台中市南區統計年報。
- 李婉菱(2010) 台灣中老年人自覺壓力、社會支持和憂鬱傾向之相關性探討
長榮大學醫務管理學所碩士論文，台南市。
- 顧艷秋 & 劉文健 (2005) 安養機構老人生活品質及其影響因素 [A Study
of Life Quality for Residents in Long-Term Care Facility] *榮總護理*, 22(4),
389-398. doi: 10.6142/vghn.22.4.389
- 林俞均 (2008) 老人憂鬱狀態與休閒活動之相關性研究。亞洲大學長期照
護研究所碩士論文。
- 翁菁甫, 林坤霈, & 詹鼎正. (2014). 老人憂鬱與認知功能障礙. [Geriatric
Depression and Cognitive Impairment]. *內科學誌*, 25(3), 158-164.
- Blazer, D. G.(2003). Depression in late life: review and commentary. *The
Journals of Gerontology A: Biol. Sci. Med. Sci*, 58A, M249–M265.
- Bruce, M. L., K. Kim, P. J. Leaf, and S. Jacobs. 1990. "Depressive Episodes and
Dysphoria Resulting from Conjugal Bereavement in a Prospective Community
Sample." *The American Journal of Psychiatry* 147(5): 608-611.
- Chong, M. Y., Tsang, H. Y., Chen, C. S., Tang, T. C., Chen, C. C., Yeh, T. L., et
al (2001). Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life
events and socio-demographic correlations. *The British Journal of Psychiatry*,
178(1), 29-35.
- Flynn Longmire, C. V., & Knight, B. G. Confirmatory factor analysis of the
Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale in black and white dementia
caregivers. *Aging & Mental Health*, 14(8), 962-970.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A.(1998). Sex difference in the prevalence and
detection of depression and anxiety disorder in general health care settings.
Archives General Psychiatry,55,405-413.
- Kim, C. G., & Park, S. (2012). [Gender difference in risk factors for depression
in community-dwelling elders]. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(1),
136-147.
- Lee, M. S., Choi, Y. K., Jung, I. K., & Kwak, D. I. (2000). Epidemiological

study of geriatric depression in a Korean urban area. *Korean Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(2), 154-163.

Reynolds, S. L., Haley, W. E., & Kozlenko, N. (2008). The impact of depressive symptoms and chronic diseases on active life expectancy in older Americans. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 425-432.

Solomon, A., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R, and Zeiss, A. "Clinical implications of subthreshold depressive symptoms," *Journal of Abnormal Psychology*(109:2), May 2000,pp.345-51.

Tsai ,Yeh & Tsai,2005:Luger,Cotter, & Sherman,2009 退化性膝關節炎中老年人的疾病認知與因應 健康促進與衛生教育學報

何郁宣(2008) The Relationships between Depression Level and Self-Care Ability among Osteoarthritis Patients 長期照護雜誌

Turvey, C. L., C. Carney, S. Arndt, R. B. Wallace, and R. Herzog. 1999.

"Conjugal Loss and Syndromal Depression in a Sample of Elders Aged 70 Years or Older." *The American Journal of Psychiatry* 156(10): 1596-1601.