臺灣地區老年婦女憂鬱長期追蹤研究

臺北榮總　曾淑君、陳美碧、林玄昇

摘　要

一、研究緣起與目的

人口老化是全球的趨勢，台灣自 1983 年邁入高齡化社會(Aging Society)以來 65 歲以上老年人口持續攀升，到 2014 年底已達 281 萬人占 12.0%，老化指數高達 85.70%(內政部統計處，2015 年，1 月 17 日)。而老年人口攀爬數據已進入行政院經建會推估 2025 年當老年人口達 235.7 萬時即邁入「超高齡社會」(行政院經建會，2011 年)。在人口結構呈現高齡化的趨勢下，老年人口將面臨健康衰退、退休、經濟困窘、角色改變及配偶的死亡等生理、心理、社會等層面的變化(張、楊，1999)。

對於老年女性而言，因為平均餘命的增加，晚年階段成為婦女一生當中最長的時期，因經歷人生不同階段與傳統社會文化的種種變遷，往往此時亦會經歷喪偶及獨居，造成女性人生歷程發展上的可能重大挑戰及危機，因而影響其身心健康狀態。

憂鬱是老年婦女常見的身心問題，老年婦女生命歷程常有許多因素糾結，並影響其身心健康狀態，包括：個人因素、身心健康狀況、生活模式與社會環境因素等。所以，若以橫斷式層面來看其憂鬱相關因素，較無法全面性探究老年婦女憂鬱相關因素及各因素改變對老年婦女憂鬱變遷上的影響，必須以較長時間觀察及追蹤來探究其多面向之危險因子。因此，本研究將採用『台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查』探討 1989 年到 2007 年台灣地區年滿 65 歲老年婦女之個人因素、身心健康狀況、社會環境因素與生活模式等憂鬱多面向危險因子及憂鬱變遷狀況。

二、研究方法與過程

本研究旨在探討台灣地區老年婦女憂鬱相關因素，並追蹤各相關因素改變對老年婦女憂鬱的影響。本研究使用衛生福利部健康資料加值應用中心「台灣地區中老年身心社會狀況長期追蹤調查」資料庫，依全台分層抽樣資料中選取 1989 全國代表性樣本中年齡大於 65 歲的 1,737 位老年婦女，先以卡方檢定作為各項因子對於自覺健康狀況的單變項分析，顯著意義之變項再以羅輯斯迴歸分析來檢定各因子與憂鬱的相關性與預測能力。同時，本研究也以 1989 年(第一波)樣本為基準，追蹤研究樣本 1993 年(第二波)、1996 年(第三波)、1999 年(第四波)、2003 年(第五波)、2007 年(第六波)其憂鬱的資料，並以廣義估計方程式(GEE)探討老年婦女各因素的改變對老年婦女憂鬱可能變化上之影響。

三、研究發現與建議

(一)研究發現：(1)老年婦女在 1989 年憂鬱盛行率為 28.6%。(2)在各變項當中，婚姻狀況、工作狀況、自覺健康狀況、社團活動、自我照顧能力、吸菸、使用安眠藥、使用止痛藥及經濟滿意度等變項皆與老年婦女憂鬱症狀呈現顯著差異。(3)邏輯斯迴歸分析顯示，婚姻、自覺健康狀況、使用安眠藥、都市化程度及經濟滿意度是預測老年婦女憂鬱的重要因子，本預測模式解釋力達 23.5%。(4)廣義估計方程式(GEE)分析結果則顯示：自覺很不健康、低都市化程度、有使用安眠藥、對經濟很不滿意等變項，會隨著時間的變動，罹患憂鬱風險會增加；有配偶者，會隨著時間的變動，罹患憂鬱風險會降低。

（二）研究建議

根據本研究結果，建議在老年婦女健康照護政策上，以居住地區城鄉類別提供老年婦女身心健康的整合性服務設計為導向，將老年婦女生活經驗與社區資源做結合，發展老年婦女社區組織，推動老年婦女健康促進服務，提升其健康行為，藉以提昇人際互動、生活品質及降低憂鬱症狀的發生，進而達到老年婦女身心健康狀態。

第一章　緒論

第一節　研究緣起

人口老化是全球的趨勢，台灣自 1983 年邁入高齡化社會(Aging Society)以來 65 歲以上老年人口持續攀升，到 2014 年底已達 281 萬人占 12.0%，老化指數高達 85.70%（內政部統計處，2015 年）。而老年人口攀爬數據已進入行政院經建會推估 2025 年當老年人口達 235.7 萬時即邁入「超高齡社會」（行政院經建會，2011 年）。在人口結構呈現高齡化的趨勢下，老年人口將面臨健康衰退、退休、經濟困窘、角色改變及配偶的死亡等生理、心理、社會等層面的變化（張、楊，1999）。

對於老年女性而言，因為平均餘命的增加，晚年階段成為婦女一生當中最長的時期（王、黃，2001)，由於在傳統文化角色中的經濟狀態相對弱勢，導致個人資源薄弱。當失去配偶後極易陷入經濟困境，並且危及老年時的經濟安全保障，而造成貧窮女性化的問題（王，2003)，造成女性人生歷程發展上的可能重大挑戰及危機，因此，「女性」的性別議題，在老化過程中，更需關切及重視。

根據內政部(2005)調查研究指出老年女性罹患慢性或重大疾病的比例高占達七成；其中又以精神疾病、骨骼肌肉系統疾病、內分泌及代謝疾病、眼與耳等器官疾病等居多。由於老年女性合併多重慢性疾病的風險較男性為高，相對對老年婦女而言，其罹患憂鬱症的潛在風險不容忽視（張、高、黃，2006；黃，2008)。

世界衛生組織(WHO)已於 2004 年全球疾病負擔報告(The global burden of disease: 2004 update)推估在 2030 年時，重度憂鬱症將成為嚴重失能排行之首位(WHO，2004)，而其中又以老年婦女是憂鬱症的高風險族群，尤其憂鬱症風險與其生命歷程中經濟壓力(Shuich, 2001)、慢性疾病史、自覺健康狀況差（林，2008；李，2009)等相關因素有關。

國內以老年婦女憂鬱的研究並不多見。憂鬱是老年婦女常見的身心

問題，由於老年婦女生命歷程常有許多因素糾結，並影響其身心健康狀態，包括：個人因素、身心健康狀況、社會環境因素與生活模式等。所以，若以橫斷式層面來看其憂鬱相關因素，較無法全面性探究老年婦女憂鬱相關因素及各因素改變對老年婦女憂鬱變遷上的影響，因此必須以較長時間觀察及追蹤來探究其多面向之危險因子。因此，本研究擬探討 1989 年到 2007 年台灣地區年滿 65 歲老年婦女憂鬱變遷狀態上的影響。

第二節　研究目的

基於上述研究背景與動機，本研究目的有四項如下：

（一）探討 1989 年老年婦女憂鬱與個人因素、身心健康狀況、社會環境因素、生活模式之現況。

（二）探討 1989 年老年婦女憂鬱與個人因素、身心健康狀況、社會環境因素及生活模式之的多面向相關因素。

（三）找出預測老年婦女憂鬱的相關因素。

（四）探討老年老年婦女憂鬱與個人因素、身心健康狀況、社會環境因素、生活模式的變遷狀況。

第二章　文獻查證

本研究之文獻探討將分別探討：第一節、老年憂鬱概述；第二節、老年婦女憂鬱國內外研究。

第一節　老年憂鬱概述

一、老化對老年婦女生理上的影響

老化有各種不同定義，生物學家認為正常老化或衰老為個體的代償或儲備能力削弱，導致失去再生能力或對壓力調適能力變差，並危及身體與心理功能（黃，2008）。老化與遺傳、生活型態及慢性疾病等因素有密切關聯性，並影響老化過程的健康狀況。在生理方面，老人器官老化的速度不一，除了會影響外觀形貌的改變外，也會造成器官功能的退化，導致老年人反應變慢、記憶力減退、視力和聽力減弱、判斷力和反應力下降等問題（王，2007）。在心理方面，因面臨親友過世、人際網絡減少及社會角色功能等心理狀態的改變，往往比成年人更需要被支持（李，2007）。

對於老年婦女而言，因為經歷生產、哺乳及更年期等多重轉換之生理過程，在更年期之後的老年期的生命歷程往往面臨心理社會因素與生活環境的變遷，常將女性生命週期串連在一起，並影響自我概念、人際互動及壓力因應的互動關係（宋，2007）。老年婦女的角色往往又在她人生發展的不同階段與傳統文化及社會期待形成多重的糾葛，造成女性人生歷程發展上的可能重大挑戰及危機（胡，1995）。

二、老年憂鬱症

憂鬱症的盛行率常因憂鬱症狀的量表不同、採用的樣本不同，年齡層切割的不同造成比較上的困難與出現不同的結果（張等人，2006；黃，2008；莊、蔡，2008；朱、葉，2010）。

老年憂鬱症的診斷準則與年輕人並無差別(Thomas & O'Brien, 2009)，皆是依照美國精神醫學學會的 DSM-V 診斷準則進行鑑別診斷。目前老年輕度憂鬱症候群沒有明確的診斷標準準則，當出現憂鬱症狀且形成臨床困擾，卻不符合憂鬱症診斷準則，則稱之為輕度憂鬱症候群（莊、蔡，2008）。

憂鬱症狀（depression symptoms）可為一種情緒狀態(emotional state)、症狀(symptom)，而常合併失眠、飲食障礙及注意力無法集中等精神與身體症狀的症候群，並導致社交功能缺損（王，2008）。

老年人的憂鬱症狀常被誤解為正常老化的過程，有憂鬱傾向的老年婦女尋求醫師診治時，常以鬱悶心情、煩躁不安、焦慮、身體疲憊、食慾變差等身體症狀呈現(Depression Health Center, 2010)，因此影響老年憂鬱診斷而造成有關憂鬱現況上的低估情形。

三、憂鬱的測量

流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scales, CES-D)常作為篩檢老人憂鬱症狀的工具（李、區倫、陳、翁，2009；林、呂，2009）。國內外許多社區型研究都以流行病學研究中心憂鬱量表(CES-D)為測量工具，其為 1975 年由 Radloff 依文獻與臨床實證，將陳述的憂鬱症狀組成自我評估指標，並

經由因素分析將憂鬱情感、正向情感、身體感覺與人際互動等分為四大層面。將此表運用於社區測量憂鬱症狀，選擇過去一星期內符合的項目，內容包含：「沒有或極少發生」（每週少於一天）、「有時候」（每週一到二天）、「時常」（每週三到四天）、「經常」（每週五到七天），共有 20 項，分數範圍為 0-60 分，得分越高則憂鬱狀態越嚴重（張，2007）。張曉菁（2009）檢測 1999 年到 2003 年國健局中老年人身心社會生活狀況長期追蹤調查中的（CES-D）量表，其量表具有良好的信效度，可被運用於社區老年人族群憂鬱症狀之篩檢。

第二節　老年婦女憂鬱國內外研究

一、老年婦女憂鬱的流行病學

國內外有許多研究針對老年婦女憂鬱盛行率進行探討，在國內研究調查發現，呂淑妤與林宗義（2000）研究以 CES-D 量表為測量工具調查南台灣高雄市 105 位 65 歲社區老年人憂鬱症狀之相關影響因素，老年女性的盛行率 39.6%，且老年女性憂鬱盛行率在各年齡皆比男性高（王，2008）；陳夢蝶（2009）探討大台北、桃園及林口地區 191 位 65 歲以上社區老人的憂鬱傾向與其身體功能的相關性，進行為期一年的追蹤，發現老年女性有憂鬱傾向 25.2%。國外研究調查發現，老年婦女於不同時間憂鬱的盛行率及憂鬱症狀都較男性高（Barry, Allore, Guo, Bruce, & Gill, 2008）。此外，美國研究發現以 CES-D 量表調查 1,979 位社區老年婦女之輕度憂鬱對老化的影響，結果發現 20.2% 達到 CES-D 量表 8-15 分輕度憂鬱的標準，7% 達到 16 分或 16 分以上達到憂鬱（Vahia et al.,2010）。由上述文獻得知，國內外社區憂鬱症盛行率皆為老年女性較男性高（王，2008；呂、林，2000；Barry, et al., 2008）。老年婦女每年有 8-10% 次症候群憂鬱症（Subthreshold Depression）發展成重鬱症（Lyness et al., 2007; Vahia et al., 2010）。顯見，老年婦女將會是老年群體中憂鬱症的高風險族群。

二、老年婦女憂鬱國內外研究

台灣的老年婦女往往因為子女的工作與經濟因素，及面臨經濟社會資源的重新分配，出現身分及生活方式的轉換（胡、周,1996），由於此時期首先所要面對的問題為身體器官與生理機能的衰退及功能日漸退化，當身體功能受限，會出現自我效能變差、負向的自尊感及自我評價感及失去自我掌控感，影響身心狀態，繼而出現憂鬱症狀（Yang,2006）。老年婦女憂鬱症的風險又與其人生轉換歷程中的諸多因素有關，65 歲以上老年女性若其工作從有到無，其演變成憂鬱的風險會提高（張，2007）。若經濟決策權由配偶或子女媳婿決策，則其憂鬱程度也會提高，身體功能會變差（吳，2007）。當其經歷財務困難、喪偶、自己或家庭成員罹患身體疾病及失能所造成的壓力等，則會嚴重影響其社會支持及身心健康狀態，增加罹患憂鬱的危險性（Nolen-Hoeksema, & Ahrens, 2002）。

Chiu 等人（2005）針對南台灣鄉村與都市 968 位老人以 GDS 評估其憂鬱症狀，結果發現喪偶老人罹患憂鬱的風險相較有配偶者高出 1.64 倍。國外研究指出喪偶的老年女性罹患憂鬱的風險較有配偶者高出 1.35 倍（S. D. Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, Preville, & Dube, 2010）。

Dalle Carbonare 等人指出 65 歲到 84 歲老年女性出現身體功能障礙時，罹患憂鬱的危險性會增加（Dalle Carbonare et al., 2009），罹患憂鬱風險增加為 2.97 倍（Chiu

et al., 2005)。楊景閩(2004)研究結果指出老年喪偶、經濟狀況不好、自評健康、失能及體能不好等其憂鬱程度也會提高。

自覺健康狀況是個人對自己健康經驗所做的一種概括性的健康描述(李，1985)，也是老人健康狀況評估指標之一(梁、張、吳1993)，許多研究指出自覺健康狀況與憂鬱有顯著相關性(李，2009；林，2008；楊，2004)。若自覺健康狀況差，整體生活品質因此受影響(謝，2004)，所以，當自覺健康狀況與生活品質有密切相關性。

在生活模式方面，張曉菁(2009)針對台灣地區老人健康狀況變遷、存活狀況及其影響因素之探討，發現性別、年齡、有無工作、罹患慢性病數、社團性的活動、對經濟狀況滿意度、都市化程度、自評健康狀況、參加社團性的活動、有無抽菸、有無喝酒、有無吃檳榔等皆與老年人身心健康狀況有密切相關性。當其心理健康狀況都比較好參與社團活動意願相對會提高，當老年女性願意參與活動中心及參加宗教服務，則其憂鬱症狀發生較低(Mechakra-Tahiri et al., 2010)。參與社會活動及社會網絡，可凝聚社區居民彼此之間的信任程度及互助力，而較多的團體參與度可促進居民有較好的心理健康狀態(Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999)，顯示參加有價值性的活動及提升精神心靈的活動可為憂鬱保護因子。

由上述文獻可得知，婚姻狀況、健康狀態、罹患慢性疾病史、失能、藥物服用、身心健康狀況、經濟壓力、活動參與、個人衛生行為與生活模式與老年婦女身心健康有密切關連性(莊、蔡，2008；張，2009；林、陳、林，2010；詹、喬，2012)。

第三章　研究方法

第一節　研究設計

本研究以老人保健調查的長期追蹤(panel)抽樣調查，由早期的台灣省家庭計畫研究所與密西根大學人口研究中心合作，家庭計畫研究所自1987年起即開始規劃相關之老人調查研究，稱為「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」(Taiwan Longitudinal Study on Aging，簡稱 TLSA)。

1989年調查之受訪對象係根據全國戶籍資料，於1989年針對全台灣331個平地鄉鎮市區，以60歲以上人口為母群體，依三段分層系統隨機抽樣共取得4,049個老人樣本，其後分別於1993年、1996年、1999年、2003年、2007年追蹤該世代共六次(表一，表二)，另於1996及2003年分別補充3,041及2,026個較年輕的50-66歲的中老年樣本，進行雙重世代追蹤，調查內容主要包含老人的健康及生活資料，各階段調查之完訪率均在八成以上(表二)。

研究特色為固定樣本群之長期追蹤研究設計，為亞洲地區少見之長期追蹤研究世代，歷次調查完成率均在八成以上。

表一　樣本世代組成

世代別	代號	出生日期	原抽出年
一	B	民國 1928 年 12 月 31 日以前出生	民國 1989 年
二	A	民國 1929 年 1 月 1 日起至民國 1946 年 3 月 31 日	民國 1996 年
三	C	民國 1946 年 4 月 1 日起至民國 1953 年 3 月 31 日	民國 2003 年

表二　歷次調查追蹤世代之樣本數變化一覽表

年代	世代別	代號	各調查年樣本年齡	完訪個案數	累計死亡案數	無法完成數	完訪率
1989	1	B	60 歲以上	4049		363	91.8%
1993	2	B	64 歲以上	3155	582	312	91.0%
1996	3	B	67 歲以上	2669	1047	333	88.9%
		A	50-66 歲	2462	9	570	81.2%
1999	4	B	70 歲以上	2310	1486	253	90.1%
		A	53-69 歲	2130	110	222	90.6%
2003	5	B	74 歲以上	1743	2133	173	91.0%
		A	57-73 歲	2035	253	174	92.1%
		C	50-56 歲	1599	4	423	79.1%
2007	6	B	78 歲以上	1268	2661	120	91.4%
		A	61-77 歲	1864	410	188	90.8%
		C	54-60 歲	1402	38	159	89.8%

備註：

1. 本表所列完訪率，已將死亡案數字分母中扣除。
2. 世代別與代號說明：世代別一代號 B，抽樣對象出生日期為民國 17 年 12 月 31 日以前出生；世代別二代號 A，抽樣對象出生日期為民國 18 年 1 月 1 日起至民國 35 年 3 月 31 日；世代別三代號 C，抽樣對象出生日期為民國 35 年 4 月 1 日起至民國 42 年 3 月 31 日以前出生。
3. 資料來源： 國健局，2007。

第二節　研究對象

本研究設計採固定樣本之縱貫性研究設計(Panel Study of Longitudinal Design)。研究對象為衛生福利部『健康資料加值應用協作中心』之「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」(Taiwan Longitudinal Study on Aging，簡稱 TLSA) 1989 年 65 歲以上之老年婦女。

第三節　研究工具

本研究採用衛生福利部『健康資料加值應用協作中心』之台灣地區『中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查』所提供問卷調查統計做分析，其調查項目包含 65 歲以上老人問卷。

一、調查問卷項目

（一）個人因素：包括婚姻狀況、教育程度、省籍、工作狀況、自覺健康狀況、居住地區及都市化程度因素等。

婚姻狀況分為無配偶、有配偶。「教育程度」分為不識字、國小、國中、高中（職）以上。省籍分為閩南人、客家人、外省人。工作狀況分為沒有工作、有工作。自覺健康狀分為好、普通、不好。居住地區歸類成北、中、南、

東四組。都市化程度將居住地類型市、鎮、鄉，並區分為高度都市化、中度都市化、低度都市化。

本研究地理區域依據經建會（1997）所區分北、中、南及東，將北包含台北市、基隆市、新竹市、桃園縣、新竹縣、宜蘭縣；中包含台中市、苗栗縣、台中縣、彰化縣、南投縣、雲林縣；南包含高雄市、嘉義市、台南市、嘉義縣、台南縣、高雄縣、屏東縣、澎湖縣；東包含花蓮縣、臺東縣。在教育程度方面，分為不識字、國小、國中及高中（職）以上四組。

（二）身心健康狀態：包括罹患慢性疾病數、自我照顧能力、使用安眠藥、使用止痛藥、戴助聽器、戴眼鏡。

在罹患慢性病數方面，則將疾病紀錄表中之有無罹患此慢性病挑選出，主要為觀察國人常見罹患慢性疾病種類，如關節炎與風濕症、高血壓、心臟疾病、中風、糖尿病、胃腸潰瘍、呼吸道疾病、白內障等10種常見慢性疾病。各分為有、無二組。若無罹患上述描述等疾病則為「無」，若出現一項以上則歸為「有」。再計算疾病總數，將疾病總數分四類為：無罹患任何疾病、罹患一慢性疾病、罹患兩種慢性疾病、罹患三種慢性疾病以上。

在自我照顧能力方面，則以 Nagi 高階身體功能量表（Nagi’s scale）測量五項高階活動功能：「能走到2樓或3樓」、「彎腰蹲下」、「用手指拿或扭轉東西」、「拿起或攜帶20台斤的東西」、「雙手舉高至頭上」。另再以複雜的日常生活功能之選項：「買個人日常用品」、「處理金錢」、「打電話」全部共八題。若上述選項回答是以「沒困難」為0分、有些困難為1分、很困難為2分及完全做不到為3分，總分24分，分數越高則功能越差。再將總分分為獨立自主（0分）、輕度障礙（1-8分）、中度障礙（9-16分）及重度障礙（≧17分）四組。

在使用安眠藥方面，分為沒有使用安眠藥及有使用安眠藥兩組。在使用止痛藥方面，分為沒有使用止痛藥及有使用止痛藥兩組。在戴助聽器方面，分為沒有戴助聽器及有戴助聽器兩組。在戴眼鏡分方面，分為沒有戴眼鏡及有戴眼鏡兩組。

（三）生活模式：包括吸菸、喝酒、吃檳榔、社團活動。

在吸菸方面，分為沒有吸菸及有吸菸。在喝酒方面，分為沒有喝酒及有喝酒。在吃檳榔方面，分為沒有吃檳榔及有吃檳榔。在社團活動方面，將宗教、工商農、政治性、宗親會、老人團體與老人學習學習活動等團體共五項；若無參加上述描述等活動則為無參加，若出現一項以上則歸為有參加。

（四）社會環境因素：將經濟滿意度選項，分為滿意、普通、不滿意。

（五）憂鬱狀態：流行病學研究中心憂鬱量表（CES-D）為依變項測量工具。

流行病學研究中心憂鬱量表（CES-D）原量表為Radloff（1975）所發展，將憂鬱症狀分為憂鬱情感、正向情感、身體感覺與人際互動四大層面，內容包含：過去一星期內「沒有或極少發生」（每週少於一天）、「有時候」（每週一到二天）、「時常」（每週三到四天）、「經常」（每週五到七天），共有20題，分數範圍為0-60分，得分16分及以上為有無憂鬱症狀的切割點。

1989年『中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查』流行病學研究中

心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scales, CES-D)有20題，本研究為長期性追蹤研究，故1989年僅選與其他年度相符合之十題短式CES-D量表計分，依據Kohout (1993)十題短式CES-D量表計分，內容為「不想吃東西胃口差」、「做事情很吃力」、「覺得很寂寞」、「睡不好覺」、「心情很不好」、「身邊的人不友善」、「覺得很傷心」、「沒精神做事」、「覺得很快樂」、「日子過得很不錯」等十題。此量表採Likert 4分點計分法，0分代表沒有憂鬱狀況，1分代表極少有憂鬱狀況，2分代表有時候有憂鬱狀況，3分代表經常有憂鬱狀況，其中第9、10 題為反向陳述，故予以轉向計分，再將10題分數累計，共為0-30分，以10分為切點(cut-off point)，定義是否具有憂鬱症狀，0-9分為無憂鬱症狀，10分以上者歸類為有憂鬱症狀，分數越高代表罹患憂鬱程度越嚴重(Kohout et al.,1993)。

國內李庚霖等(2009)檢測1989年到2003年「台灣地區中老年人身心社會生活狀況長期追蹤調查」CES-D量表之信度、校標效度以及建構效度，研究結果顯示，10題短式CES-D量表，分數範圍為0-30分，得分10分及以上為有無憂鬱症狀的切割點，具有良好內在一致性信度，可做為測量台灣老人憂鬱症狀嚴重程度之工具。

表三　採用時間、資料來源與用途

資料名稱	採用時間	資料來源	用途
問卷調查統計	1989-2007	衛生福利部健康資料加值應用協作中心	1989年年滿65歲老年婦女其憂鬱狀態18年間變動軌跡多面向危險因子之探討。
個人背景長期追蹤調查	1989-2007	衛生福利部健康資料加值應用協作中心	1989年老年婦女其憂鬱狀態18年間變動軌跡多面向危險因子之探討。

第四節　研究步驟

本研究先向衛生福利部『健康資料加值應用協作中心』申請台灣地區『中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查』計劃，於人體試驗委員會審查通過後，由受過訓練的研究者前往『健康資料加值應用協作中心』進行資料分析。

第五節　統計分析

本研究資料經重新定義與編碼後，自變項包括：一、個人因素：包括年齡、婚姻狀況、教育程度、省籍、工作狀況、自覺健康狀況、居住地區及都市化程度；二、身心健康狀態：包括罹患慢性疾病數、自我照顧能力、使用安眠藥、使用止痛藥、戴助聽器、戴眼鏡。三、生活模式：包括吸菸、喝酒、吃檳榔、社團活動。四、社會環境因素：經濟滿意度。

本研究分為兩階段選樣，第一部份為針對1989年所進行的橫斷面分析，以SPSS 22.0版套裝統計軟體進行分析，描述性統計方法以頻率、百分率，呈現老年婦女個人因素、身心健康狀況、生活模式與社會環境因素之分布情形，雙變項之推論統計以卡方檢定來推論各自變項與有無憂鬱之差異，將雙變項分析中有顯著差異之自變項，以羅輯斯迴歸分析進行影響

因素之分析。

第二部份再以廣義估計方程式（Generalized Estimating Equation,GEE）進行1989年的65歲以上的老年婦女為主，追蹤1993年、1996年、1999年、2003及2007之其憂鬱及各因素的資料。

第六節　倫理考量

本研究已向行政院衛生福利部健康資料加值應用協作中心申請『台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查』資料檔案作為老年婦女憂鬱多面向危險因子之探討，並同意恪遵：『電腦處理個人資料保護法』、『健康資料加值應用協作中心資料提供及使用作業要點』。

第四章　研究結果

第一節　臺灣地區老年婦女基本屬性與各因子的結果

一、研究對象之基本資料

本研究主要探討1989年台灣地區65歲以上老年婦女的基本屬性，包括年齡、教育程度、省籍、婚姻狀況、工作狀態、自覺健康狀況、居住地區和都市化程度等變項（表四）。

（一）年齡

年齡分佈中，以70-74歲居多，有537位(30.9%);65-69歲有286位(16.5%)，75-79歲有415位(23.9%)，80歲以上有499位(28.7%)。

（二）省籍

省籍分佈中，閩南人有1252位(72.1%)，客家人有289位(16.6%)，外省人有147位(8.5%)。

（三）教育程度

在教育程度方面，不識字有1172位(67.5 %)，小學有449位(25.8%)，初中有60位(3.5%)，高中以上有52位(3.0%)。

（四）婚姻狀況

在婚姻狀況方面，無配偶有841位(48.4%)，有配偶有896位(51.6%)。

（五）工作狀況

在工作狀況方面，無工作有1,634位(94.1 %)，有工作有103位(5.9 %)。

（六）自覺健康狀況

在自覺健康狀況方面，以自覺健康狀況普通居多有676位(38.9 %)；其次為自覺健康狀況很不好有553位(31.8%)；自覺健康狀況很好最少，有508位(29.2%)。

（七）都市化程度

在都市化程度方面，以低度都市化程度居多有889位(51.2%)，中度都市化程度有622位(35.8 %)，高度都市化程度有226位(13%)。

（八）居住區域

在居住區域方面，以中部居多有621位(35.8%)；其次為居住南部有542位(31.2%)；再者為居住北部有492位(28.3 %)；居住東部最少，有82位(4.7%)。

二、身心健康狀態

身心健康狀態：包括罹患慢性疾病數、自我照顧能力、使用安眠藥、使用止痛藥、

戴眼鏡、戴助聽器等變項。

（一）罹患慢性疾病數

在罹患慢性疾病數方面，以無罹患慢性病居多，有 1187 位（68.3 %），罹患一種慢性病有 336 位（19.3%），罹患二種慢性病有 128 位（7.4%），罹患三種以上慢性病有 86 位（5.0%）。

（二）自我照顧能力

在自我照顧能力方面，以「輕度」障礙居多，有 874 位（50.3%）；其次為『獨立自主』有 557 位（32.1%），再者「中度障礙』有 202 位（11.6%），重度障礙有 104 位（6%）。

（三）使用安眠藥

在使用安眠藥方面，以無使用安眠藥居多，有 1,643 位（94.6 %）；有使用安眠用藥有 26 位（1.5%）。

（四）使用止痛藥

在使用止痛藥方面，以無使用止痛藥居多，有 1,392 位（80.1 %），有使用止痛藥有 345 位（19.9%）。

（五）戴眼鏡

在戴眼鏡方面，以無戴眼鏡居多有 1,170 位（67.4%），有戴眼鏡有 567 位（32.6%）。

（六）戴助聽器

在戴助聽器方面，以無戴助聽器居多有 1,706 位（98.2%），有戴助聽器有 31 位（1.8%）。

三、生活模式

生活模式包括：吸菸、喝酒、吃檳榔及社團活動等變項。

（一）吸菸

在吸菸方面，以無吸菸居多有 1,614 位（92.9 %），有吸菸者有 123 位（7.1%）。

（二）喝酒

在喝酒方面，以無喝酒者居多有 1,649 位（94.9 %）；有喝酒者有 88 位（5.1%）。

（三）吃檳榔

在吃檳榔方面，以無吃檳榔者居多，有 1,662 位（95.7%）；有吃檳榔者有 75 位（4.3%）。

（四）社團活動

在社團活動方面，以無參加社團活動居多，有 1313 位（75.6%）；有參加社團活動有 424 位（24.4%）。

四、社會環境因素

在經濟滿意度方面，以經濟感到滿意者居多，共 676 位（38.9%）；其次為感到普通滿意者共 674 位（38.8%）；感到不滿意者最少；共 387 位（22.3%）。

表四　台灣地區老年婦女樣本特性　(N=1737)

項　目	變項	人 數(n)	百分比(%)	備註
年齡				
	65-69	286	16.5	
	70-74	537	30.9	
	75-79	415	23.9	
	80 以上	499	28.7	
教育程度				
	不識字	1172	67.5	
	國小	449	25.8	
	國中	60	3.5	
	高中以上	52	3.0	
省籍				
	本省	1252	72.1	
	客家	289	16.6	
	外省	147	8.5	
婚姻狀況				
	沒有	841	48.4	
	有	896	51.6	
工作狀態				
	沒有	1634	94.1	
	有	103	5.9	
自覺健康狀況				
	很好	553	31.8	
	普通	676	38.9	
	很不好	508	29.2	
居住地區				
	北	492	28.3	
	中	621	35.8	
	南	542	31.2	
	東	82	4.7	
都市化程度				
	高	226	13.0	
	中	622	35.8	
	低	889	51.2	
罹患慢性疾病數				
	無	1187	68.3	
	1 種	336	19.3	
	2 種	128	7.4	
	3 種以上	86	5.0	
自我照顧能力				
	獨立自主	557	32.1	
	輕度障礙	874	50.3	
	中度障礙	202	11.6	
	重度障礙	104	6.0	
使用安眠藥				
	沒有	1643	94.6	

	有	26	1.5
使用止痛藥			
	沒有	1392	80.1
	有	95	5.5
戴眼鏡			
	沒有	1170	67.4
	有	567	32.6
戴助聽器			
	沒有	1706	98.2
	有	31	1.8
吸煙			
	沒有	1614	92.9
	有	123	7.1
喝酒			
	沒有	1649	94.9
	有	88	5.1
社團活動			
	沒有	1313	75.6
	有	424	24.4
經濟滿意度			
	很滿意	676	38.9
	普通	674	38.8
	很不滿意	387	22.3

五、台灣地區老年婦女憂鬱之分布

1989 年台灣地區 65 歲以上老年婦女全部樣本共 1,737 人。老年婦女憂鬱狀態整體得分介於 0-30 分之間，進一步以 10 分為憂鬱症狀有無之切點，10 分及以上為有憂鬱症狀，可發現有憂鬱症狀者為 496 人，占了 28.6%；而 10 分以下則有 1241 人，占了 71.4%，顯示半數以上的老年婦女無憂鬱症狀（表五）。

表五　台灣地區老年婦女憂鬱分布　(N=1737)

變項	N	百分比
沒有憂鬱症狀(0-9 分)	1241	71.4
有憂鬱症狀(10-30)	496	28.6
總和	1737	100

小結：

台灣地區老年婦女憂鬱的盛行率為 28.6%，基本屬性以 70-74 歲以上、不識字、閩南省籍、有配偶、無工作、無吸煙、無喝酒、無吃檳榔、無使用安眠藥、無使用止痛藥、無戴眼鏡、無戴助聽器、自覺健康普通、居住中部、無罹患慢性病數、自我照顧能力為輕度障礙、無參加社團活動、經濟感到滿意居多。

第二節　台灣地區老年婦女憂鬱與各變項間的相關情形

以台灣地區老年婦女憂鬱在各相關變項的相關情形，以有無憂鬱症狀為依變項，以卡方檢定檢視 1989 年臺灣老年婦女有無憂鬱症狀在各相關變項間是否有差異。本研究發現臺灣

老年婦女的年齡、省籍、教育程度、婚姻狀況、工作狀況、自覺健康狀況、都市化程度、罹患慢性病數、社團活動、吸煙、使用安眠藥、使用止痛藥、自我照顧能力及經濟滿意度等與其憂鬱症狀呈現顯著差異（表六）。

表六　台灣地區老年婦女憂鬱症狀與各變項間的雙變項分析　(N=1737)

項目	有憂鬱症狀		無憂鬱症狀		χ2	P 值
人數	n	(%)	n	(%)		
省籍					6.062	0.048 ＊
閩南	373	76.9	879	73.1		
客家	66	13.6	223	18.5		
外省	46	9.5	101	8.4		
教育程度					20.437	0.000 ＊＊
不識字	372	75.2	800	64.6		
國小	104	21.0	345	27.9		
國中	8	1.6	52	4.2		
高中（職）以上	11	2.2	41	3.3		
婚姻狀況					11.464	0.001 ＊＊
無配偶	272	54.8	569	45.9		
有配偶	224	45.2	672	54.1		
工作狀況					8.090	0.000 ＊＊＊
無	489	98.59	1217	98.07		
有	7	1.41	24	1.93		
自覺健康狀況					287.224	0.000 ＊＊＊
很好	50	10.0	503	40.5		
普通	165	33.3	511	41.2		
不好	281	56.7	227	18.3		
居住地區					0.858	0.835
北	148	29.8	344	27.7		
中	173	34.9	448	36.1		
南	151	30.4	391	31.5		
東	24	4.8	58	4.7		
都市化程度					6.925	0.031 ＊
高	75	15.1	151	12.2		
中	191	38.5	431	34.7		
低	230	46.4	659	53.1		
罹患慢性疾病數					8.238	0.041 ＊
0	363	73.2	824	66.4		
1	79	15.9	257	20.7		
2	30	6.0	98	7.9		
≧3	24	4.8	62	5.0		
自我照顧能能力					57.390	0.000 ＊＊＊
獨立自主	56	13.4	363	86.6		

輕度障礙	181	28.7	450	71.3		
中度障礙	48	43.6	62	56.4		
重度障礙	4	44.4	5	55.6		
使用安眠藥						
無	442	96.5	1201	99.2	15.421	0.000＊＊＊
有	16	3.5	10	0.8		
使用止痛藥						
無	351	88.2	1041	95.6	26.698	0.000＊＊＊
有	47	11.8	48	4.4		
戴眼鏡						
無	332	66.9	838	67.5	0.056	0.813
有	164	33.1	403	32.5		
戴助聽器						
無	489	98.6	1217	98.1	0.552	0.457
有	7	1.4	24	1.9		
吸煙						
無	449	90.5	1165	93.9	6.050	0.014＊
有	47	9.5	76	6.1		
喝酒						
無	473	95.4	1176	94.8	0.266	0.606
有	23	4.6	65	5.2		
社團活動					14.767	0.000＊＊＊
無	406	81.9	907	73.1		
有	90	18.1	334	26.9		
經濟滿意度					142.594	0.000＊＊＊
很滿意	101	20.4	575	46.3		
普通	205	41.3	469	37.8		
很不滿意	190	38.3	197	15.9		

註：1. 採用 chi-square test; p <.05, ** 表示 p <.01,*** 表示 p <.001。

第三節　台灣地區老年婦女憂鬱之預測模式

本節主要探討台灣地區老年婦女憂鬱的相關因子，以老年婦女憂鬱症狀為依變項，其他相關因素為自變項，將卡方檢定呈現顯著相關之因素投入進行邏輯斯迴歸分析(logistic regression analysis)，結果顯示老年婦女有配偶、自覺健康「不好」、自覺健康「普通」、自覺經濟「普通滿意」、自覺經濟「不滿意」者均達統計上顯著意義。由此可得知，自覺健康狀況、婚姻、使用安眠藥、經濟滿意度及都市化程度等變項，在統計上達顯著意義，為顯著影響老年婦女憂鬱的重要因素（表七）。

表七　老年婦女憂鬱邏輯斯迴歸分析結果

預測變項	勝算比(OR)	95%信賴區間 CI(95%CI)
年齡		
65-69歲(參考組)		
70-74歲	0.81	(0.50-1.31)
75-79歲	1.14	(0.71-1.82)
80歲以上	0.95	(0.60-1.50)
教育程度		
高中職以上(參考組)		
中學	0.96	(0.36-2.60)
小學	1.26	(0.46-3.42)
不識字	1.91	(0.48-7.58)
省籍		
外省(參考組)		
本省	1.36	(0.73-2.53)
客家	1.80	(0.89-3.64)
婚姻狀況		
無配偶(參考組)		
有配偶	1.56	(1.17-2.09) **
使用安眠藥		
無(參考組)		
有	0.32	(0.68-2.18) **
使用止痛藥		
無(參考組)		
有	0.70	(0.41-1.20)
工作狀況		
無(參考組)		
有	2.00	(0.94-4.25)
自覺健康狀況		
很好(參考組)		
普通	0.29	(0.19-0.43) ***
不好	0.82	(0.06-0.13) ***
都市化程度		
高(參考組)		
中	0.45	(0.26-0.78) ***
低	0.62	(0.44-0.87) ***
罹患慢性疾病數		
0(參考組)		
1	1.23	(0.85-1.80)
2	1.22	(0.68-2.20)
3	1.43	(0.71-2.86)
自我照顧能力		
獨立自主(參考組)		
輕度障礙	0.79	(0.52-1.21)
中度障礙	1.43	(0.80-2.57)
重度障礙	1.46	(0.47-2.82)
社團活動		

無（參考組）		
有	1.37	(0.96-1.95)
經濟滿意度		
滿意（參考組）		
普通	0.41	(0.29-0.59)***
不滿意	0.18	(0.12-0.27)***

註： ＊表示 p <.05, ** 表示 p <.01,*** 表示 p <.001。

第四節　各因素變化與老年婦女憂鬱的影響

進一步追蹤老年婦女於 1993 年到 2007 年之各項資料，考量樣本有重複測量的相依性，以廣義估計方程式(GEE)分別進行自變項與憂鬱症狀為變化的相關性，篩選出與憂鬱症狀變化有顯著相關之變項（p ＜ .05），再進行多變項分析，以此檢驗出對六階段憂鬱症狀變化有顯著影響之重要解釋因素（表八）。

以 GEE 模式分析老年婦女憂鬱變化，結果發現各因素會隨著時間點的變動，憂鬱症狀也跟著變動，老年婦女憂鬱症狀 1993 年比 1989 年憂鬱症狀多 0.12 倍(p>.05)，1996 年比 1989 年罹患憂鬱風險高出 0.12 倍(p>.05)，老年婦女憂鬱症狀 1999 年比 1989 年罹患憂鬱風險少 0.54 倍(p ＜ .001)，2003 年比 1989 年罹患憂鬱風險少 0.33 倍(p ＜ .001)，2007 年比 1989 年罹患憂鬱風險少 0.82 倍(p ＜ .001)。

在婚姻狀況方面，研究結果顯示，婚姻狀況會隨著時間的變動，有配偶者會隨著時間的變動，其罹患憂鬱可能性變低。在自覺健康狀態方面，研究結果顯示，自覺健康狀況會隨著時間的變動，罹患憂鬱可能性變高。其中，自覺健康狀況變不好時，會隨著時間的變動，其罹患憂鬱風險會高於「自覺健康很好」1.95 倍。自覺健康狀況變普通，會隨著時間的變動，其罹患憂鬱風險會高於「自覺健康很好」0.90 倍。

在都市化程度方面，研究結果顯示，都市化程度會隨著時間的變動，憂鬱症狀會跟著變高。其中，低都市化程度罹患憂鬱風險會高於「高都市化程度」0.47 倍(p ＜ .001)，達統計上顯著意義。中都市化程度罹患憂鬱風險會高於「高都市化程度」0.12 倍(p>.05)，未達統計上顯著意義。

在使用安眠藥方面，會隨著時間的變動，憂鬱症狀會跟著變化。其中，有使用安眠藥相較無使用安眠藥，其罹患憂鬱風險會高出 0.78 倍(p ＜ .001)。

在經濟滿意度方面，研究結果顯示，經濟滿意會隨著時間的變動，憂鬱症狀會跟著變化。其中，對經濟「普通滿意」罹患憂鬱風險會高於「滿意」0.87 倍(p ＜ .001)，達統計上顯著意義。經濟滿意度「不滿意」罹患憂鬱風險會高於「滿意」1.76 倍(p ＜ .001)，達統計上顯著意義。

第五節　小 結

綜上述透過 GEE 分析老年婦女憂鬱與各因子變化分析，發現自覺健康狀況不好、低都市化程度、使用安眠藥、經濟滿意度「不好」及經濟滿意度『普通』等變項，會隨著時間的變動，憂鬱症狀也會增加；有配偶者會隨著時間的變動，憂鬱分數也會降低。

表八　老年婦女憂鬱與各變項變遷分析－以 GEE 分析　(N=1737)

參數	β 值	標準誤差 (SE)	95% 信賴區間 下限	上限	假設檢定 顯著性
Wave 6（2007 年）	-0.819	0.131	-1.076	-0.562	0.000***
Wave 5（2003 年）	-0.330	0.122	-0.569	-0.091	0.007**
Wave 4（1999 年）	-0.538	0.101	-0.736	-0.340	0.000***
Wave 3（1996 年）	0.119	0.094	-0.066	0.304	0.208
Wave 2（1993 年）	0.121	0.082	-0.069	0.310	0.212
Wave 1（1989 年）（參考組）					
自覺健康狀態					
好（參考組）					
普通	0.900	0.124	0.657	1.143	0.000***
不好	1.952	0.123	1.711	2.193	0.000***
婚姻狀況					
無配偶（參考組）					
有配偶	-0.356	0.078	-0.508	-0.204	0.000***
都市化程度					
高都市化程度（參考組）					
中都市化程度	0.118	0.083	-0.045	0.281	0.155
低都市化程度	0.473	0.127	0.225	0.721	0.000***
使用安眠藥					
有					
無（參考組）	0.78	0.154	0.477	1.080	0.000***
經濟滿意度					
滿意（參考組）					
普通	0.874	0.087	0.702	1.045	0.000***
不滿意	1.757	0.099	1.565	1.949	0.000***

註：

1. 採 Robust SE。
2. 工作相關矩陣結構採 AR(1)。$p < .05$*，$p < .01$**， $p < .001$***

第五章　討論

第一節　臺灣地區老年婦女基本屬性與各因子討論

本研究結果發現老年婦女憂鬱盛行率為28.6%；與陳夢蝶(2009)針對社區老人憂鬱傾向與生理功能下降的相關性，其老年女性憂鬱盛行率為25%，本研究有關老年婦女憂鬱盛行率的結果與國內外其他研究相近。另與林正祥、陳佩含及林惠生(2010)探討1989年到2003年台灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子，結果發現憂鬱盛行率21.38%-27.04%，結果與本研究相近。

但與呂淑妤、林宗義(2000)探討南部社區老人憂鬱症狀盛行率及相關因素研究，其中老年女性盛行率為39.6%，較本研究高出許多，可能原因為不同樣本族群特色出現不同的研究結果。

在「基本屬性」方面，本研究發現台灣地區老年婦女憂鬱的盛行率為28.6%，以70-74歲以上、不識字、閩南省籍、無配偶、無工作、自覺健康狀況普通、居住中部、無罹患慢性病、自我照顧能力輕度障礙、無參加社團活動、無使用安眠藥、無使用止痛藥、無吸菸、無喝酒、無戴眼鏡、無戴助聽器、經濟狀況滿意居多。與張筱菁(2009)針對台灣地區老人健康狀況變遷、存活狀況及其影響因素之探討，該研究結果以年齡75-79歲居多、教育程度以不識字居多、以閩南省籍居多、無配偶居多、沒有獨居居多、無工作居多、自評健康狀況不好及低都市化程度居多等部分與本研究結果相似。

第二節　台灣地區老年婦女憂鬱與各變項間的相關情形

本研究發現婚姻狀況對憂鬱情形有顯著差異，楊景閔(2004)進行台灣老人精神抑鬱的狀況、改變及影響因子:10年長期追蹤研究，結果指出喪偶者較容易出現憂鬱傾向，與本研究結果相似。由此可推論，婚姻狀況對老年婦女憂鬱狀態有密切重要性。

本研究發現都市化程度對憂鬱情形有顯著差異，張筱菁(2009)研究指出都市化程度對憂鬱情形有顯著差異，與本研究結果相似。陳正生(2001)針對南臺灣老年人身心健康的研究發現，都會區老年女性較容易有憂鬱症，然，其研究僅針對南部低都會區老人。分析研究不同結果可能的解釋為不同研究選取樣本相關因素及文化背景不同所致，而本研究樣本為全國性之老年婦女，所以會有不同結果發生。

本研究自我照顧能力與於老年婦女憂鬱的影響有差異，黃秀蘭(2004)、王秀文(2008)、Chiu等人(2005)，結果發現自我照顧能力佳，其自覺健康狀況也就越佳，憂鬱情況也越少結果相似。

本研究發現社團活動與老年婦女憂鬱有關，與林小鳳、葉純志、劉怡妏(2004)研究指出休閒及團體活動為憂鬱症狀顯著之相關因子，結果與本研究類似。

本研究發現經濟滿意度對於老年婦女憂鬱的影響有差異，與王瑞鈴(2008)、張筱菁(2009) 研究結果指出經濟狀態的滿意度與憂鬱有顯著相關性結果相似。

第三節　台灣地區老年婦女憂鬱的預測模式

本研究發現婚姻狀況可為老年婦女憂鬱預測因子，經控制人口學變項及其他因素後，以

邏輯斯回歸分析的結果顯示婚姻狀況、自覺健康狀況、使用安眠藥、都市化程度及經濟滿意度對於老年婦女憂鬱有顯著預測力。此與王秀文(2008)、林俞鈞(2008)指出自覺健康狀況越不好，則越容易憂鬱。吳昀(2007)由國健局中老身心社會生活狀況長期追蹤調查1996、1999、2003年老年婦女在經濟滿意度方面調查，發現經濟滿意度越高之老年婦女，其憂鬱程度愈低。

第四節　各因素變化與老年婦女憂鬱的影響分析及討論

透過GEE分析發現六波在不同時間點其憂鬱症狀有顯著差異，與林小鳳、葉純志、劉怡妏(2004)針對五十歲以上國人憂鬱症狀態之相關因素分析，經時間的變化之憂鬱狀態會降低結果一致。可能原因為老年婦女年紀越大，面對其人生經驗旅程所發生之重要事故時較能以調適心情面對，故較不容易有憂鬱狀態。

本研究以GEE以廣義估計方程式來呈現時序性變動與憂鬱相關性，在台灣地區老年婦女憂鬱與各因素變遷分析及討論，其中，自覺健康狀況會隨著時間點的變動，顯著影響老年婦女憂鬱的改變，與林等(2010)探討1989年到2003年台灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子，研究結果發現健康自評越好的老人，憂鬱指數會越低與本研究之結果相似。兩研究皆將時序變遷考量進來。推論隨著年歲增長，體能狀況也會隨著時間變化而變動(林等，2010)，因而影響身體心理健康狀態，若能及早提供身心安適整體性評估及整合性健康促進服務，將可降低憂鬱發生率。

本研究結果顯示對經濟狀況滿意度，會隨著時間的變動，顯著影響老年婦女憂鬱的改變。當18年間對經濟狀況滿意度變成不滿意時，其罹患憂鬱的可能性會增加。此與吳(2007)針對中老年女性經濟福祉與其健康之縱貫性研究，結果指出經濟滿意度越高之老年婦女，其憂鬱程度則越低，研究結果與本研究結果相似。推論老年婦女長期處於經濟依賴的角色，當其長期面臨金錢支配度不夠時，即容易因此產生經濟壓力，因而出現憂鬱情緒。由此可見，可見經濟安全與老年婦女身心健康有密切關連性。

第六章　結論與建議

第一節　結論

本研究探討台灣地區老年婦女憂鬱及其相關因素，並探討台灣地區老年婦女憂鬱改變的重要因素分析及討論。

綜合本研究結果顯示，得到以下結論：

一、台灣老年婦女憂鬱的群體基本屬性：

台灣地區老年婦女憂鬱的盛行率為28.6%，基本屬性以70-74歲以上、不識字、閩南省籍、無配偶、無工作、自覺健康狀況普通、居住中部、無罹患慢性病、自我照顧能力輕度障礙、無參加社團活動、無使用安眠藥、無使用止痛藥、無吸菸、無喝酒、無戴眼鏡、無戴助聽器、經濟狀況滿意居多。

二、以橫斷面來看，台灣地區老年婦女憂鬱與各變項間的相關情形，顯示年齡、婚姻、教育程度、省籍、工作狀況、自覺健康狀況、都市化程度、罹患慢性

疾病數、使用安眠藥、使用止痛藥、社團活動、吸菸、自我照顧能力及經濟狀況滿意度等變項對憂鬱症狀達顯著差異。

三、以橫斷面來看，就台灣老年婦女憂鬱的因素，羅輯斯迴歸分析顯示，婚姻、自覺健康狀況、都市化程度、使用安眠藥及經濟狀況滿意度顯著影響老年婦女憂鬱。表示自覺健康狀況不好，有憂鬱症狀的風險較高；『低都市化程度』有憂鬱症狀的風險較高。有配偶者相較無配偶者有憂鬱症狀的風險較低。『自覺經濟很不滿意者』相較『自覺經濟滿意者』有憂鬱症狀的風險為高。『自覺經濟普通滿意者』相較『自覺經濟滿意者』有憂鬱症狀的風險為高。有使用安眠藥者有憂鬱症狀的風險較高。

四、以GEE分析老年婦女憂鬱變遷的因素中結果顯示：發現自覺健康狀況、使用安眠藥、低都市化程度、經濟很不滿意、經濟普通滿意等變項，會隨著時間的變動，罹患憂鬱風險也會增加；有配偶者，會隨著時間的變動，罹患憂鬱風險也會降低。

第二節　研究限制

本研究礙於有限之人力、時間與財力，有以下之限制：

一、研究結果推論的限制

本研究為長期追蹤樣本，結果僅能代表1989年追蹤到2007年之台灣地區老年婦女樣本狀況，研究族群中部份老年婦女已經歷多次訪談，易造成訪談結果誤差發生。本研究使用「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」資料，資料收集來源多為自報或代為回答的資料，在罹患慢性疾病的正確性、滿意度部分、日常活動項目的困難度等項目的認知可能不同，皆為本研究之研究限制。基於上述之研究限制，故本研究結果外推結論時，應持較保守謹慎的態度。

二、研究設計的限制

本研究採以「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，僅能針對問卷內容的題項做整理及分析，無法再增加或修改題目。

儘管有上述限制，但本研究仍有以下優點：(1)本研究樣本為全國性，相較於其他社區的研究樣本，本研究之結論仍有相當程度之代表性與參考價值。(2)本研究為國內65歲以上老年婦女憂鬱相關因素長期追蹤，有助於老人憂鬱性別差異之探討，以及提供老年婦女健康照護政策擬定之參考。

第三節　建議

綜合本研究結果，分別在政策及實務之建議，提出以下應用與建議：

一、政策及實務之建議：

綜合本研究結果，婚姻狀況、自覺健康狀況、使用安眠藥、都市化程度及經濟滿意度等變項皆顯著影響老年婦女憂鬱。由此可知，老年婦女的身心健康狀況應特別關注與重視。

（一）建議衛生相關單位結合各專業團體，在老年婦女健康照護政策上，以居住地區城鄉類別提供老年婦女身心健康的整合性服務設計為導向，將老年婦女生

活經驗與社區資源做結合，發展老年婦女社區組織，推動老年婦女健康促進服務，提升其健康行為，並加強老年婦女日常生活功能評估及憂鬱症狀的篩檢，以有效降低憂鬱症發生。

（二）設置老年婦女心理諮詢機構，設立老年婦女心理諮詢平台，透過社區整合性服務，結合社區關懷據點，定期辦理老年婦女社區活動，提供個別性服務，如老年婦女健康旅遊套裝行程活動、老年婦女教育活動及老年婦女天使人力銀行系統等，培養個人興趣，提昇其人際互動網絡及增加自我價值感，進而邁向成功及活躍老化。

（三）經濟的規劃，老年婦女經濟與居住皆需依賴他人，當生活遭遇重大生活事件或者健康醫療需求、居住環境改變時，即造成生活面臨不安全的狀態發生，因而影響其生活的滿意度，所以，應及早做經濟及居住安排規劃。建議社會福利與衛生相關單位，於政策與實務規劃的同時，應將老年婦女的經濟與居住安排需求納入考量，以制定、規劃適切的老年婦女健康照護政策及計畫。

二、 對未來研究之建議

本研究臺灣地區 1989 年老年婦女憂鬱的預測因子可解釋量達 23.5 %，仍有 76.5% 的空間尚未使用到，例如：大小便失禁、營養狀況、認知功能等變項，皆可為將來研究可進一部探討之部分。本研究以橫斷性及長期追蹤世代研究之量性研究為主，未來建議可採用不同的研究方法來進行相關研究，如前瞻性研究、焦點團體等深入的探究。總結來說，建議建立老年婦女健康資料庫，做為臨床實務、社區政策之參考依據，以提供老年婦女健康照護政策擬定之參考。

誌　謝

本研究之順利完成感謝臺北榮民總醫院研究 V103A-031 經費支持。感謝陳督導長的指導與支持，並感謝衛生福利部健康資料加值應用協作中心提供之「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」資料，在此一併致謝。

參考文獻

一、中文部分

1、內政部(2015 年，1 月 17 日)．內政統計通報．2015 年 1 月 24 日取自 http://www.moi.gov.tw/ news.aspx?type_code=01

2、王秀紅、邱啟潤、王瑞霞、李健廷(1992)．婦女健康促進行為及其相關因素的探討．公共衛生，19（3），251-265。

3、王秀紅、黃寶萱（2001）．老年婦女的疾病預防與健康促進．護理雜誌，48(5)，22-28。

4、王香蘋（2000）．死亡率與罹病類型差異：老年女性健康問題之探討．婦女與兩性學刊，11，129-150。

5、王秀文（2008）．老人自覺健康狀況、日常活動能力與憂鬱傾向之研究（未發表的碩士論文）．台中：私立亞洲大學健康暨醫務管理研究所。

6、王俊凱(2008)．老人憂鬱之性別差異：盛行率與相關因素探討—石牌社區調查（未發表的碩士論文）．台北市：陽明大學公共衛生研究所。
7、朱哲生、葉慶輝(2010)．老人憂鬱症．家庭醫學與基層醫療，25(6)，226-233。
8、行政院經濟建設委員會人力規劃處（2010）．2010 年至 2060 年臺灣人口推計 ． 台北市：經建會。
9、呂淑妤、林宗義（2000）．南部社區老人憂鬱症狀盛行率及相關因素研究，中華衛誌 ．19（1），50-58。
10、李庚霖、區雅倫、陳淑惠、翁儷禎（2009)． 臺灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」短版 CES-D 量表之心理計量特性 ． 中華心理衛生學刊，22(4)，384-410。
11、李婉蔆(2009)．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（未發表的碩士論文）．台南：長榮大學醫務管理學研究所。
12、李宗派（2007）．「老化概念(II)：行為科學之老化理論與老化理論研究趨勢」，台灣老人保健學刊，3（2），25-61。
13、宋佩芳(2007)．女性心理健康．於余玉眉總校閱，婦女健康（二版，318-327 頁）．台北：華杏。
14、林小鳳、葉純志、劉怡妏（2004，4 月）．台灣地區五十歲以上女性國人憂鬱狀態之相關因素分析．台灣人口學會舉辦之「人口、家庭與國民健康政策回顧與展望」研討會論文．臺北市：國民健康局。
15、林正祥、陳佩含、林惠生(2010)．台灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子．人口學刊，41，67-109。
16、林惠文(2010)．台灣地區老年憂鬱之危險因子探討 -- 十年追蹤結果分析．台中：中山醫學大學醫學研究所。
17、林俞均(2008)．老人憂鬱狀態與休閒活動之相關性研究（未發表的碩士論文）．台中：亞洲大學健康管理研究所。
18、吳淑瓊、張明正（1997）．台灣老人的健康照護現況分析 ． 國立台灣大學公共衛生研究所暨衛生政策研究中心暨台灣省家庭計畫研究所研究報告．台北：國立台灣大學公共衛生研究所暨衛生政策研究中心暨台灣省家庭計畫研究所。
19、吳昀(2007)．中老年女性經濟福祉與其健康之縱貫性研究（未發表的碩士論文）．台北國立陽明大學衛生福利研究所。
20、胡幼慧、周雅容（1996）．婦女與三代同堂：老年婦女的經濟依賴與居住困境探索．婦女與兩性學刊，7，27-57。
21、莊凱迪、蔡佳芬（2008）．老年人的憂鬱症．台灣老年醫學暨老年學雜誌．3（2），182-190。
22、陳夢蝶(2009)．社區老人憂鬱傾向與生理功能下降的相關性（未發表的碩士論文）．桃園：私立長庚大學復健科學研究所。
23、黃正平(2008)．老年憂鬱症．臨床老人精神醫學．台北：合記。
24、張素紅、楊美賞（1999）．老人寂寞與其個人因素、自覺健康狀況、社會支持之

相關研究．The Kaohsiung Journal of Medical Sciences，15（6），337-347。
25、張慧伶（2007）．台灣地區 65 歲以上老人憂鬱的危險因子探討（未發表之碩士論文）．台中：私立亞洲大學健康管理研究所。
26、張曉菁（2009）．台灣地區老人健康狀況變遷、存活狀況及其影響因素之探討（未發表之碩士論文）．國立台北護理學院醫務管理究所。
27、張耀文、高東煒、黃宗正(2006) ．老年憂鬱症 ．長期照護雜誌，10(3)，207-215。
28、詹帛勳、喬芷(2012)．喪偶、休閒活動與中老年婦女身體功能之長期分析．臺灣公共衛生雜誌.31(1)，72-83。

二、英文部分

1、Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. Arch Gen Psychiatry, 65(2), 172-178. doi: 65/2/172 [pii]10.1001/archgenpsychiatry.2007.17 [doi]
2、Berkman, L.F., Oxman, T. and Seeman, T. E.(1992), Social networks and social support among the elderly:assessment issues. The Epidemiologic Study of TheElderly.eds.Wallace RB and Woolson RF,196-212.New York:Oxford University Press.
3、Chiu, H., Chun-Min, C., Huang, C., & Lih-Wen Mau. (2005). Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: A comparison of urban and rural elders in taiwan. International Journal of Geriatric Psychiatry, 20(7), 635-644. http://search.proquest.com/docview/220549243?accountid=45174
4、Dalle Carbonare, L., Maggi, S., Noale, M., Giannini, S., Rozzini, R., Lo Cascio, V., & Crepaldi, G. (2009). Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: a complex relationship. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). Am J Geriatr Psychiatry, 17(2), 144-154.
5、Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. Am J Public Health, 89(8), 1187-1193.
6、Mechakra-Tahiri, S. D., Zunzunegui, M. V., Preville, M., & Dube, M. (2010). Gender, social relationships and depressive disorders in adults aged 65 and over in Quebec. Chronic Dis Can, 30(2), 56-65.
7、Nolen-Hoeksema,S.,& Ahrens,C.(2002).Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms.Psychol Aging,17(1), 116-124.
8、WHO(2004).http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004 update_full.pdf p51 fig.27

附錄一 衛生福利部 健康資料加值應用協作中心 同意書

檔　號：
保存年限：

護理部

衛生福利部　函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳　　真：(02)85906049
聯絡人及電話：陳澤中(02)85906824
電子郵件信箱：stcoollion@mohw.gov.tw

112
台北市北投石牌路二段201號

AHN電腦室

受文者：臺北榮民總醫院

臺北榮民總醫院 103/08/19
1030022121

發文日期：中華民國103年8月15日
發文字號：衛部統字第1032560471號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：本案「臺灣地區老年婦女憂鬱長期追蹤研究」收據貳張

據述本存
收據貳張存
主任.

護理部副主任 周辛生 代

主旨：檢送本案「臺灣地區老年婦女憂鬱長期追蹤研究」收據貳張，惠請　查收。

說明：

一、依據　貴院護理部D020病房曾淑君副護理長之使用資料申請單辦理。

二、曾淑君副護理長為執行「臺灣地區老年婦女憂鬱長期追蹤研究」計畫，申請至本部「健康資料加值應用協作中心」分析使用資料，已獲本部同意。

正本：臺北榮民總醫院
副本：

部長 邱文達 出國
次長 林　奏　延 代行

本案依分層負責規定授權業務主管決行

繕校人員：洪珮雅

第 1 頁　共 1 頁