

# 美和學校財團法人美和科技大學

## 102 年度教師產學合作計畫 結案報告書

計畫名稱：探討南台灣地區榮民醫院老年榮民住  
民憂鬱因素之研究

計畫編號：102-FI-GHC-IAC-R-001

計畫期間：102 年 1 月 1 日至 102 年 2 月 1 日

計畫主持人：鍾蝶起 副教授

共同主持人：李瑞香、李元彬、葛光中、鍾蝶起

研究助理：劉欣旻

經費總額：133,000 元

經費來源：高雄榮民總醫院屏東分院

行政院退除役官兵輔導委員會  
高雄榮民總醫院屏東分院  
102年度產學合作研究計劃

(期末報告)

(自 102 年 1 月至 103 年 2 月止)

計劃名稱：探討南台灣地區榮民醫院老年榮民住民憂鬱因素  
之研究

計劃編號：102-FI-GHC-IAC-R-001

研究起訖：102 年 1 月 1 日至 102 年 2 月 1 日

申請單位：健康照護研究所

主持人：鍾蝶起

職 稱：副教授兼所長

聯絡電話：(08)7799821#8300

電子郵件：x00002149@meiho.edu.tw

聯絡人：鍾蝶起

傳 真：08-7789662

填表日期：2014.1.25

## 目 錄

	頁碼
第一章 緒論	7
第一節 研究背景與重要性	7
第二節 研究目的	9
第二章 文獻回顧	10
第一節 台灣長期照護現況	10
第二節 長期照護機構功能評估量表	12
第三節 機構式長期照護住民健康狀況相關研究	16
第四節 機構式長期照護住民憂鬱狀況相關研究	18
第三章 研究方法	20
第一節 研究架構與研究假設	20
第二節 研究工具與操作型定義	22
第三節 研究設計、研究樣本與倫理考量	26
第四節 資料處理與統計分析	27
第四章 研究結果	28
第一節 住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用之描述性統計	28
第二節 住民個人特質對健康功能狀態的影響	32
第三節 探討養護機構住民個人特質對醫療服務使用的影響	35
第四節 探討養護機構老年住民健康功能狀態對醫療服務使用影響情形	36
第五節 探討養護機構老年住民個人特質會影響健康功能狀態	40
第六節 探討養護機構老年住民健康功能狀態、個人特質會影響醫療服務使用	43
第五章 研究結論、限制與建議	45
第一節 研究結論	45
第二節 研究限制與建議	45
參考文獻	47
附錄一：受試者問卷	53

## 表目錄

	頁碼
表 3-2 本研究所使用之統計分析方法一欄表	27
表 4-1 研究樣本之人口學特質	28
表 4-2 研究樣本認知功能程度分佈情形	28
表 4-3 研究樣本身體活動功能程度分佈情形	29
表 4-4 研究樣本藥物使用狀況分佈情形	29
表 4-5 研究樣本語言溝通障礙分佈情形	30
表 4-6 研究樣本視力障礙分佈情形	30
表 4-7 研究樣本聽力障礙分佈情形	30
表 4-8 研究樣本皮膚完整性分佈情形	30
表 4-9 住民排尿分佈情形	30
表 4-10 住民藥物使用分佈情形	31
表 4-11 住民管路使用	31
表 4-12 住民特殊照護使用分佈情形	31
表 4-13 住民個人特質對認知功能的影響	32
表 4-14 住民個人特質對身體活動功能程度的影響	32
表 4-15 住民個人特質對疾病數的影響	33
表 4-16 住民個人特質與聽力功能	33
表 4-17 住民個人特質對排尿情形的影響	34
表 4-18 住民個人特質與排便情形	34
表 4-19 住民個人特質與藥物使用	35
表 4-20 住民個人特質與特殊照護使用	35
表 4-21 住民認知功能對藥物使用之相關	36
表 4-22 住民身體活動功能對藥物使用之相關	36
表 4-23 住民疾病數對藥物使用之相關	37
表 4-24 住民聽力對藥物使用之相關	37
表 4-25 住民排尿情形對藥物使用之相關	37
表 4-26 住民排便障礙對藥物使用之相關	37
表 4-27 住民認知功能和特殊照護使用之相關	38
表 4-28 住民身體活動功能和特殊照護使用之相關	38
表 4-29 住民疾病數對特殊照護使用之相關	38
表 4-30 住民聽力對特殊照護使用之相關	39
表 4-31 排尿障礙情形對特殊照護使用之相關	39
表 4-32 排便障礙情形對特殊照護使用之相關	39
表 4-33 住民個人特質對認知功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	40
表 4-34 住民個人特質對身體活動功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	40
表 4-35 住民個人特質對疾病數之 Logistic 迴歸分析摘要表	41
表 4-36 住民個人特質對聽力功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	41
表 4-37 住民個人特質對排尿功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	42
表 4-38 住民個人特質對排便功能之 Logistic 迴歸分析摘要表	42

## 圖目錄

頁碼

圖 3-1 研究架構圖

圖 4-1 路徑分析結果圖

## 摘要

本研究依據「實證研究」之理念，以南台灣某榮民醫院附設護理之家老年榮民住民「健康功能」狀況為主軸，擬定下列研究目的：(1)瞭解老年榮民住民個人特質、健康狀況、醫療服務使用之情形；(2)瞭解老年榮民住民個人特質對醫療服務使用的影響因子；(3)瞭解老年榮民住民健康狀況對醫療服務使用的影響因子；(4)瞭解老年榮民住民個人特質、健康狀況與醫療服務使用是否會影響憂鬱程度。

本研究採橫斷性研究設計，與南台灣地區某榮民醫院附設護理之家合作。採用「住民健康狀況評估」、「簡易心智狀態問卷(SPMSQ)」、「老人憂鬱量表(GDS)」與「身體功能障礙量表(Barthel Index)」為研究工具來探討影響老年榮民住民「憂鬱程度」的影響因子。本研究將 65 歲以上(含 65 歲)能同時完成「認知」及「憂鬱」量表之老年住民作為研究樣本，採用描述性與推論性統計分析方法(卡方檢定、logistic 迴歸分析)進行研究假說與檢定工作。

本研究相關研究成果不僅將可以提出影響接受榮民醫院附設護理之家長期照護服務老年住民憂慮程度的實證依據，相關實證結果同時亦可提供長期照護相關議題與後續相關研究參考。

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與重要性

2009 年臺灣地區人口老化指數為 65.05%，雖較全世界之 29.63% 及開發中國家之 20.00% 為高，但遠低於已開發國家之 94.12% 低，此一人口老化情形將影響長期照護的需求，對於老人長期照顧及安養機構之需求亦隨之增加（內政部統計處，2010a）。我國 2008 年失能及失智的人口為 40 萬，推估 117 年將成為 81 萬人口（王雲東、鄧志松，2009）。

人口老化並非需要規劃長期照護的唯一理由，失能者的長期照護是另一需求來源。政府目前積極推動「在地老化」政策，但身心功能障礙之失能等級較嚴重者還是必需入住機構接受照護。社區化照護模式與機構照護兩者並非處於相互排斥關係，而可能交互或重複使用其中任何一項資源（黃子庭，2005），故長期照護機構還是有其存在之必要性。

2009 年我國老人長期照顧及安養機構計有 1,080 所，可供進住人數 5 萬 5,757 人，實際進住人數 4 萬 617 人（占老年人口之 1.65%），使用率為 72.8%。以長期照顧養護型機構 969 所占 89.72% 最多，可供進住人數 4 萬 2,359 人，使用率為 75.54%；依機構類別分：長期照顧長期照顧型機構 53 所次之，可供進住人數 2,838 人，使用率 62.76%；安養機構 44 所居第三，可供進住人數 9,370 人，使用率 68.37%。

基於長期照護需求的成長，政府已規劃將於 2011 年正式開辦長期照護保險。將長照護機構納入保險對象，2009 年護理之家改為醫院評鑑模式，可見對長期照護機構照護品質之重視。顯見我國老年人在機構安養照顧需求逐年增加，老年人照顧問題因而受到眾多的關注。

國內目前長期照護機構使用之評估量表非常多元，多是屬於機構自行挑選，政府機關沒有規定一致性之評估工具，故住民資料無法比較。其次，有關榮民醫院附設老年榮民住民住民特質及客觀評值之身體功能是否影響心理狀況相關研究甚少，因此本研究希望從「實證管理(evidence-based management)」的角度，

期望提供一個有關影響『機構式照護』住民心理健康的實證探討。本研究擬由客觀評估榮民健康狀況資料，試圖找出影響榮民醫療服務使用的主要影響因子，讓臨床照顧者在老年榮民照護上有確切依循方向，相關結果能瞭解老年榮民住民生理、心理照護問題，以作為後續研究及健康促進照護評估與計畫之依據，提供榮民退輔體系政策制訂與機構照顧管理之參考，最終目的能提升榮民醫院附設醫院老年榮民住民的生活品質。



## 第二節 研究目的

依據研究動機及重要性本研究擬定四個目的：

- 一、瞭解住民個人特質、健康狀況、醫療服務使用與憂鬱程度之情形。
- 二、瞭解住民個人特質對醫療服務使用的影響因子。
- 三、瞭解住民健康狀況對醫療服務使用的影響因子。
- 四、瞭解住民個人特質、健康狀況與醫療服務使用是否會影響憂鬱程度。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 台灣長期照護現況

行政院衛生署曾針對長期照顧提出下列定義：「長期照顧係針對需要長期照顧者提供綜合性與連續性之服務；其服務內容包括預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以致社會性之服務，其服務對象不僅包含病患本身，更應考慮到照顧者的需要。」

Weissert(1991)曾廣義地定義長期照護服務對象，包含：所有年齡組之人口、罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象。行政院 2007 年長期照顧十年計畫內容亦定義長期照護服務可在機構、非機構及家庭中提供。因此，綜合上述說法，吾人可得知長期照護係指持續性、跨專業領域的照護概念，其服務對象主要是以身心功能障礙之失能人口為主。

依據未來長照保險開辦內容與方向，歸納台灣機構照護類型及對象，如表2-2所示。若以主管機關作為分類依據，則台灣長期照護服務體系可分為三大系統：衛生署、內政部社會司與退輔會，除退輔體系未提供居家式照護與社區式照護外；衛生署與內政部社會司皆提供Brody及Masciocchi於1980年所提及之三種服務模式。在衛生署與內政部社會司所提供之所有服務型中，以社區式照護(70%)為主要服務模式，機構式照護則為輔助模式(30%)。

人口老化問題是全世界共同趨勢，也是本世紀所需共同面對的難題。台灣人口結構也逐步高齡化、疾病型態慢性化、健康功能障礙化、照護時間長期化，老年慢性病成為主要的健康問題。加上社會的變遷，家庭結構改變，婦女就業人口增多，核心家庭漸代大家庭，家庭人口數減少，傳統家庭的照護功能式微，功能遞減與社會價值觀變遷等因素影響下，轉而對社會的需求與依賴增加，促使「長期照護」需求日更殷切，機構式照護因應而生，提供住民日以繼夜的照護。民國八十四年三月實施全民健康保險、政治的民主化、人權觀念的推展等等，更促使長期照護的需求漸漸成為社會重要的議題。

隨著疾病型態慢性化、導致某些人生活無法自理，再加上社會改變、生育率

下降、價值觀改變、小家庭型態增多、婦女就業率上升，家中能提供照顧的人手變少，愈來愈多老年人被送往長期照護機構居住。有 32.4% 的老人表示對長期照護機構的需求是迫切的(李怡娟等人，2006)。

綜合以上文獻參考，機構式照護服務長期以來在失能者照顧上扮演重要角色，在政府鼓勵及民間力量的投入與參與，不僅發展時間較社區/居家式服務早，服務資源量也較有規模，服務及品質也較具雛形。未來若開辦長期照護保險，初期的資源整備需要能夠立即銜接民眾(被保險人)需求，品質也要能夠符合民眾的期待。未來長照機構發展方向應朝機構社區化努力，強化失能者保護網絡體系，以更多元的服務項目，提供被保險人可近性更高、更充足以及更有品質的全面性照護服務。

## 第二節 長期照護機構功能評估量表

提升長期照護品質，其關鍵之一在於是否有良好的評估工具以制定優質的照護計劃，住民評估工具(RAI)可幫助機構人員收集在照護計劃中有關住民功能與需求的正確訊息，美國從 1991 年開始幾乎所有護理之家於法源規定下都有義務必需使用 MDS(邱亨嘉等人，2002)。一個理想的功能評估工具應具備下列條件：簡潔、容易計分、可靠且能確時量度所欲測量的功能(Gromak & Waskel., 1989)，即可反應個案真正照護需求，也能適時反映各類專業人員介入時機。

完整的照護計劃應該以科學方法評值並分析被照護者需求，選擇最合適內容、提供完善之照護服務。住民評估工具 (RAI) 可幫助機構人員收集在照護計劃中有關住民功能與需求的正確訊息，同時也協助機構人員去評估照護目標達成的程度，並藉由追蹤住民的狀況變化而修正照護計劃。其步驟為：評估(基本資料庫 Minimum Data Set, MDS /其他)→決策(住民評估準則 Resident Assessment Protocols, RAPs/其他)→發展照護計劃→實行照護計劃→評價(邱亨嘉等人，2002)。

經查文獻整理出有關長期照護需要之評估工具，依身體功能 /日常生活活動能力、認知功能及問題行為評估等方面已經發展的工具報告如下：

一、常用身體功能 /日常生活活動評估工具描述如下：

### (一) 巴氏量表(Barthel Index)

巴氏量表，由Mahoney and Barthel在1965年所發展，目的在評估個案的日常活動功能狀態，已廣泛運用於評估個案功能狀態及其預後。評估項目十題，包括：進食、修飾/個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、大便控制、小便控制、室內行走能力(行走於平地上)、移位(椅子或輪椅與床位間，或是輪椅、椅子和馬桶之間的轉位移動)、上下樓梯能力等。Barthel index使用相當廣泛，0-20 分表示完全依賴；21-60 分表示重度依賴；61-90分表示中度依賴；91-99輕度依賴；100分為完全獨立。分數越高越獨立。目前國內在外籍監護工的引進方面以Barthel index 得分30分以下為準。國內的學者亦建議使用於長期照護病人之篩檢(陳月枝、戴

玉慈、楊清姿，1995)。目前全民健保即是採用巴氏指數為決定是否給付居家護理的主要依據。信效度高，適合用於篩檢或普查(Mc Dowell, 2006)。

## (二) 日常生活活動功能指標(Index of Independence of ADLs)

這個量表是美國醫師Katz及研究同仁(1963)發展的，代表個人為維持基本生活所需的自我照顧能力，有六項日常生活活動：吃飯、大小便控制、轉位、如廁、穿脫衣服、洗澡。訂定了三等級的評分：獨立、半獨立(需部份協助)以及完全依賴，不需要特製表格以供填寫，較為簡便。此量表信效度高，適合用於篩檢或普查。

## (三) 功能獨立量表(Functional Independence Measure, FIM)

FIM量表(Hamilton et al., 1987)被發展的目的是為評估有多項失能病人的復健進展及結果，FIM 量表共包含 18 個項目，主要內容為自我照顧。FIM 量表評估的範圍較巴氏量表廣泛，多出溝通及社會認知方面的項目，計分也更精細。FIM 功能獨立量表因對細微的功能變化較為敏感，較常應用於評估照護過程中個案的進步情況。

## (四) 工具性日常生活活動量表(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)

由Lawton and Brody (1969)發表，此量表主要在評估較複雜、需要比執行前述ADL更高能力的生活料理事項，共六題，能力程度評估分成三個等級、四個等級或五個等級，根據個案能力給分，無法獨力完成0分，可獨立完成分別為2分、3分或4分，總分0至19分。此量表已廣泛使用於多項研究，且具有足夠的信效度，6個月再測信度為0.80~0.99，與臨床醫師對個案的功能評估相關性達0.61 (McDowell, 2006)。

二、常用認知功能評估工具描述如下：

### (一) 簡短智能問卷(Short Portable mental state questionnaire,SPMSQ)

此問卷是Pfeiffer (1975)所發展，由十個問題組成，內容包含六個向度：意

識、記憶力、定向力、注意力、思考、及一般知識。若答錯兩題以上即視為異常。SPMSQ 較MMSE 簡短、易記、易使用、且不需任何輔助器具。其敏感度約在50%至82%之間，特異性約在90%，有些專家建議若再加上書寫能力的評估(如簽名、寫句子、或是畫時鐘)可提高其檢測力。同樣地，若SPMSQ 檢測出認知問題時需再做進一步的評估。其再測信度為0.82-0.83 (Pfeiffer, 1975)，國內也有一些長期照護機構應用其篩檢申請入住者之心智狀態。本量表之內在一致性Cronbach's  $\alpha$  係數為0.92 (侯菊鸚、蘇東平、辜志宏、周桂如，2004)。

### (二) 簡易智能量表(Mini-mental state examination,MMSE)

Folstein 等人(1975)發表，內容包括定向感、注意力、記憶、語言、口語理解及行動能力、建構力等七大項，共11 項題目，總分30 分，得分愈低認知功能愈差。有明確的評估指引且評估所需要的時間不長，是臨床上經常被採用的量表，國內也已有中文版的量表。，共台灣學者使用此量表針對社區或機構老人施測，Cronbach's  $\alpha$ 值介於0.83~0.99 (鍾佩容，2007)。

### (三) 認知能力篩檢表(Cognitive capacity screening examination,CCSE)

Jacobs 等人(1977)發表，包含定向感、語言、記憶、抽象能力、及判斷力等 30 個項目，是對認知缺失的一種簡短、量化、客觀的篩檢測驗，最初用於評估住院中的內科及精神科病人。

三、常用憂鬱評估量表描述如下：

#### (一) 老年憂鬱量表簡明版(Geriatric Depression Scale Short Form, GDS-SF)

Sheikh and Yesavage (1986) 所發展的GDS-SF憂鬱量表，原問卷內在一致性Cronbach's  $\alpha$  係數為0.72。能更快更簡單的篩檢老年憂鬱症，該量表採是非計分，因此老年病患在作答時較無困難。共15題是非題，答「是」為1分「否」為0分，總分為15分。一般是以7分為臨界點，等於和大於7分表示有憂鬱症狀，分數愈高表示憂鬱程度愈高。此量表在信度方面，施測於社區老人，八週的再測

信度為.67(Sheikh & Yesavage., 1986)，施測於鄉村老人內在一致性信度 Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) 為.82(Wang , Snyder, & Kaas, 2001)。Chan (1996) 將老年憂鬱量表翻譯成中文，量表內在一致性Cronbach's  $\alpha$  係數為 0.89，再測信度為0.85。問題簡單、易答，但部分題目具有文化差異。其切點0-4 分為正常、5-9 分為輕度憂鬱、10-15 分為中重度憂鬱。

(二) 流行病學中心憂鬱量表(Center of Epidemiological Studies Depression Scale,CES-D)

該量表亦採是非計分，以 15/16 分為切截分數(Radloff,1977)。

(三) 曾氏憂鬱量表(Zung Depression Scale,ZDS)

多點式的答題方法可能造成老人作答困難 (Zung ,1965)。

(四) 貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory,BDI)

多點式的答題方法可能造成老人作答困難 (Beck,1961)。

(五) 漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression,HRSD)

可用來診斷憂鬱症狀，但需使用訪談方式進行評估，故較費時，且該量表的身體症狀題目比例相對較重，若使用不當可能會造成「假顯性」提高 (Hamilton,1960)。

### 第三節、機構式長期照護住民健康狀況相關研究

由於長期健康危害因子的累積，老年人口可以說是所有年齡組中，健康狀況最複雜者。依據吳淑瓊研究，我國老人約 80%以上具有慢性病問題，約 50%具有兩種以上慢性病問題，約 13%具有日常生活活動障礙，約 5-10%罹患失智症，約 25-30%具有憂鬱傾向（吳淑瓊、張明正 1997；Wu & Chuang 2003）。尤其，入住長期照護機構住民的特性為高齡(65 歲以上老人最多)、多項慢性疾病、身體功能差、長期臥床、失能或心智障礙，需要接受在認知能力、溝通能力、情緒行為能力、日常生活自理能力的協助(黃靜君，2005)。

病理上的變化將造成生理上的缺損 (Impairments)，而這樣的生理上的變化可能會進一步限制了我們身體執行某些動作 (Performance Limitations)。最後這些動作限制將影響個人的工作，無法完全獨立的生活，並進一步影響了個人的社會角色與社會參與而構成身心障礙 (Disability) (董和銳，2003)。世界衛生組織 (WHO) 在 1980 年出版了國際損傷、障礙、及殘廢分類手冊 (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, ICDH) 將身心障礙可以分成三個不同層次：損傷 (Impairments)、障礙 (Disabilities)、和殘廢 (Handicaps)。所謂的缺損 (Impairments) 是指「任何心理的、生理的、及解剖結構或功能的喪失或不正常」。如果這樣的缺損進一步妨礙或限制了一個正常人日常活動的進行就可以算是進入了障礙 (Disabilities) 的層次。

蔡宜容、陳健智、張志仲 (2000) 研究發現進住機構中的老年人，其罹病情形、身體功能依賴程度隨年齡增長有日趨嚴重的情形。Fries 等人於 2000 年時發表其對老人年齡與健康情形間關係的研究，表示年齡與老人的功能衰退盛行率有極大相關。研究發現性別、教育程度與年齡是影響老人健康狀況的重要變項(楊靜利、王香蘋、董麗美，2002)。林正介、李燕鳴、劉樹泉(1995)也發現影響老人基本生活失能程度的最重要因素是疾病數。據賴冠郎(2004)研究指出教育、宗教信仰、財務資源、慢性病、活動與自我照護能力、運動、休閒活動、與家人關係等，是影響老人健康相關生活品質及健康效用的重要因素。

研究指出住民罹患神經系統或心臟血管系統疾病佔半數，有 86.4% 服用藥物。認知功能輕至重度障礙者佔 34.2%。意識呈嗜睡、呆滯或昏迷者佔 25.8%，



16%生理健康差，又以咀嚼功能最差；35.2%心理社會健康差，憂鬱者佔35.6%；70%住民日常生活功能為完全、大部份依賴，以洗澡需要協助最高。識字、住進機構原因、主要疾病診斷、服藥數量等因素是健康狀況顯著預測因子。住民的健康狀況是長期照護服務需求最有影響力的預測因子；生理與心理社會健康、日常生活功能越差，所需各項長期照護服務需求越高（黃靜君，2000）。

#### 第四節 機構式長期照護住民憂鬱狀況相關研究

憂鬱症是一種嚴重的疾病，對於老年人以及家人親友，和照顧老年人的臨床醫護人員而言，更是一項特殊而重大的挑戰。憂鬱症是一種疾病，而不是老化過程中正常的一部份（李淑琿，2007）。臺灣老人憂鬱症的盛行率約為15.3%，其中守寡、低教育程度和有疾病者更是憂鬱症的高風險族群（Chong 等，2001）。在一些機構中的老人，憂鬱症的盛行率甚至高達約20% -30% (Gall & Lebowitz, 1999)。會有上述的現象，主要是部分機構提供了生理的照護，卻相對常失去了心理層面的呵護。林宜君、余豎文、張宏哲（2004）的研究顯示，機構老人憂鬱症的盛行率是39.2%。老年人的情緒障礙，不僅影響其生活品質及威脅生命，亦給家庭、社會帶來醫療上的負擔和衝擊，故如何因應日趨嚴重的老人心理問題極為重要。

國外研究報告中也提出，憂鬱為長期照護機構老人最常見的心理問題，不少照護機構的環境封閉、人際疏離，再加上老人多方面的失落，機構老人就較容易產生憂鬱感、焦慮感，以及無聊、落寞、絕望等現象（Lee, Woo, & Mackenzie, 2002），12-14%有重鬱症（Blazer, 2003）。其他研究也指出26.9%的護理之家老人有憂鬱症狀(Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006)。

導致憂鬱症的原因是多重的，在心理方面，憂鬱和重大生活事件、多重失落以及對壓力的調適機轉失調有關(Fessman & Lester, 2000)。在生理因素方面，愈來愈多證據顯示血管性因素造成腦部結構改變，以及化學傳導物質之改變，是造成老年憂鬱之原因(謝明鴻、賴德仁，2005)；憂鬱和重大心理及社會因素方面，面臨問題婚姻、手足間的競爭、人際關係的不完滿、孤獨等都是極大的壓力來源。

王鈺淵(2006)針對206位機構老人，進行「老男性重鬱症與身體疾病關係」研究，低教育程度、認知功能缺損（尤其在注意力與計算能力）為老男性重鬱症之危險因子，不論其是否共病身體疾病。糖尿病、惡性疾病可能會增加罹患重鬱症的危險，研究中發現某安養機構中的重鬱症盛行率為49.4%。需採取多元思考及多向度整合模式來瞭解老年病患的情緒狀態，方能完整呈現老年病患所面臨的困境及系統動力。慎選適宜的評估工具外，還需加入更多背景因素考量，同時掌

握「年齡」與「時代」兩變項與生理疾病之間的關係，方能做出適切的專業推論和服務（何曉婷等人，2009）。

綜上所述，台灣機構老年族群的心理健康問題中，憂鬱症隱藏存在於機構住民當中，且有時不容易發現，需要有經驗之醫護人員細心評估，而憂鬱症發生之原因有多項，如在社會因素、心理因素，身體疾病等因素，故使老年住民曝露在眾多的危險因子中而不自覺，若醫護人員於臨床中能提早觀察憂鬱症，並訂定對應的藥物治療與心理復健計畫，將對高齡族群的生活品質提升有所助益。綜觀文獻，故將收集的文獻先做一整理，以供研究參考（表2-7）。

# 第三章 研究方法

## 第一節 研究架構與研究假設

### 一、研究架構

依據研究目的，同時參考相關文獻回顧的結果，本研究為探討研究對象的個人特質、健康狀況、醫療服務使用對憂鬱程度相關及影響之因素，所以提出研究架構(如圖 3-1 所示)。

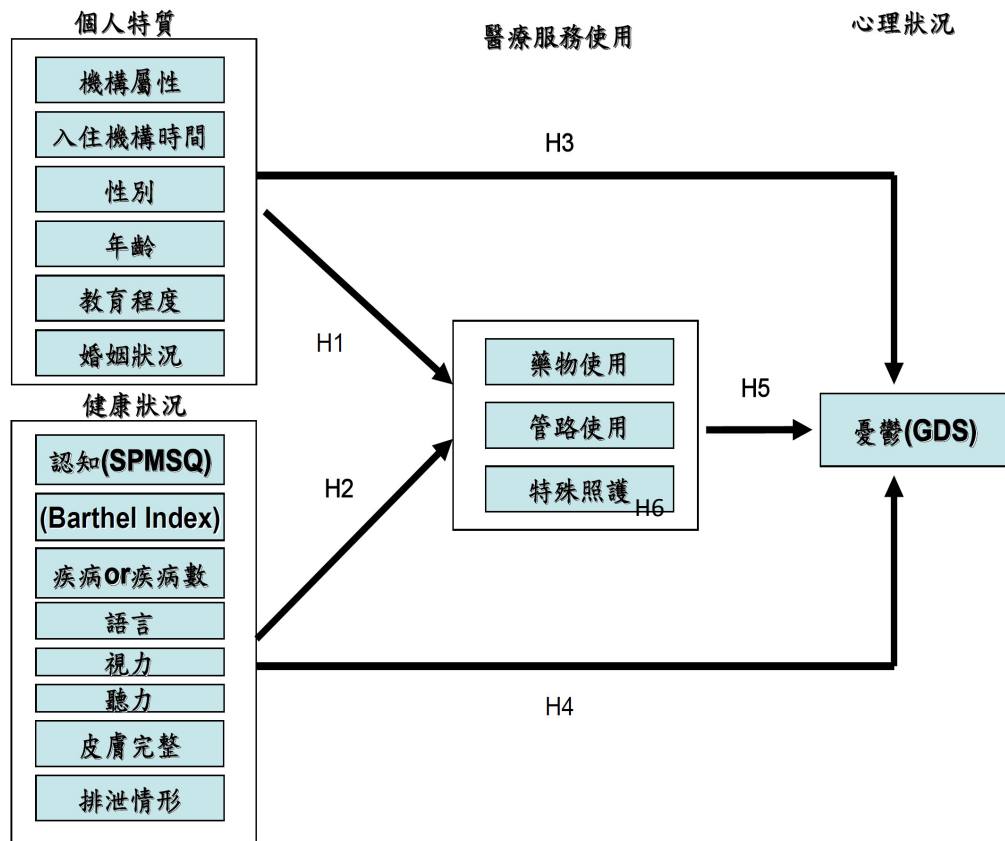


圖3-1 研究架構圖

## 二、研究問題與研究假設

依據上述的研究目的及問題，本研究提出六大假設：

H1：住民個人特質會影響住民的醫療服務使用情形

H2：住民健康狀況會影響住民的醫療服務使用情形

H3：住民個人特質會影響住民的憂鬱程度

H4：住民健康狀況會影響住民的憂鬱程度

H5：醫療服務使用會影響住民的憂鬱程度

H6：住民個人特質、健康狀況與醫療服務使用會影響住民的憂鬱程度

## 第二節 研究工具與操作型定義

### 一、研究工具

本研究應用 2009 年本人執行衛生署委託科技研究計畫：『長期護照醫事人力與照護需求評估』所使用之評估量表。該評估量表內容共分為三大部分(附錄一)：第一部分機構特色，第二部分為住民基本資料，第三部分為住民健康狀況評估，茲將主要評估內容簡述如下：

- 1.機構特色：機構型態、床位數、最近一年平均佔床率、評鑑等級。
- 2.住民基本資料：性別、年齡、住入機構時間、教育程度、婚姻狀況、疾病數。
- 3.居民健康狀況評估
  - (1)排泄情形：a、膀胱失禁 b、排便失禁 c、使用排尿輔助裝置。
  - (2)藥物試用情形：服用藥物種類。
  - (3)管路使用情形：導尿管，氣切管、鼻胃管。
  - (4)皮膚完整情形：壓瘡皮膚分 4 級
  - (5)特殊照護：特殊照護有分 9 項 (化學治療、血液透析、靜脈內給藥、紀錄液體輸出入量、造口護理、氧氣治療、抽痰、氣切管照護、傷口護理等)
  - (6)視力、聽力、語言障礙情形。
  - (7)認知能力：使用簡易心智狀態問卷(SPMSQ)共 10 題
  - (8)心理層面(憂鬱情形)：使用老人憂鬱量表(GDS)共 15 題
  - (9)身體活動功能情形：使用巴氏量表(Barthel Index)評估老人之生理功能狀況共 10 題。

### 三、研究變項之操作型定義

本研究之選定變項包括住民個人特質、健康功能狀況、醫療服務使用、居住區域，以下分別就個變項之操作型定義加闡述：

#### (一)住民個人特質

- 1.性別：類別變項、分男性、女性等兩種
- 2.年齡：類別變項分為 65-74 歲、74-84 歲 85 以上等三種
- 3.教育程度：類別變項分為不識字、國小、國中、高中、大學(含)以上、其他等六種。
- 4.婚姻狀況：類別變項、分為未婚、已婚、喪偶、離婚等四種。

#### (二)榮住民居住區域

- 1.屏東區域：居住於屏東地區榮民醫院附設護理之家 65 歲以上老年人榮民。
- 2.台南區域：居住於台南地區榮民醫院附設護理之家 65 歲以上老年人榮民。

#### (三)榮住民健康狀況

- 1.認知能力(簡短智能問卷 Short Portable Mental Status Questionnaire SPMSQ)

SPMSQ 量表(總分介於 0-10 分。分為認知功能(8~10 分)輕度認知功能損傷(6~7 分)、中度認知功能損傷(0~2 分)等四種。本研究依 SPMSQ 量表問卷測量結果，將認知障礙以類別變項呈共十個子題，正確德 1 分，錯誤 0 分。

#### (四)身體活動功能能力(巴氏量表 Barthel Index)

本研究依巴氏量表 Barthel Index 量表問卷測量結果，以類別變項呈現，共十個子題，包括進食(0.5.10)、修飾/個人衛生(0.5)、如廁(0.5.10)、洗澡(0.5)、穿脫衣服(0.5.10)、大便控制(0.5.10)、小便控制(0.5.10)、室內行走能力(行走平地上)(0.5.10.15)、位移(椅子或輪椅與床位間，或是輪椅、椅子和馬桶之間的轉為移

動)(0.5.10.15)、上下樓梯能力等(0.5.10)，得分越高，表示身體活動獨立性愈好，總分介於 0-100 分。分完全獨立(100 分)、輕度依賴(91~99 分)、中度依賴(61~90 分)、嚴重依賴(21~60 分)、完全依賴(0~20 分)等五種選項。

(五)疾病數：

類別變項，包括：高血壓、糖尿病、心臟病、中風、風濕症或關節炎、痛風、氣喘或慢性肺病、慢性肝炎火肝硬化、腎臟病、失智症、巴金森氏症、惡性腫瘤、精神疾病、腦部、ENT、腸胃、眼科、血液、泌尿其他等，每題選項均為「是、否」兩項。將住民患有上述之疾病項目加總，描述性統計時，以等距變項呈現。

(六)語言溝通障礙：

序位變項，分為「是、否」兩項；輕度障礙、中度障礙、重度障礙三種語言溝通障礙。

(七)視力障礙：

序位變項，分為「是、否」兩項；輕度障礙、中度障礙、重度障礙、極重度障礙四種視力障礙。

(八)聽力障礙：

序位變項，分為「是、否」兩項；輕度障礙、中度障礙、重度障礙三種聽力障礙。

(九)皮膚完整情形：

序位變項，目前是否有潰瘍存在一分為「是、否」兩項。分級；等級 1 級(皮膚發紅，經過 30 分鐘仍然一樣)、等級 2 級(皮膚有水泡或紅疹，已經傷到真皮層)、等級 3 級(皮膚層全部受傷已經傷道皮下組織或脂肪)、等 4 級(較第三級更深，已達肌膜、肌肉、甚至深及骨頭)。

(十)排泄情形：



序位變項，分為膀胱失禁、排便失禁、使用排尿輔助裝置等三個子題。目前是否有存在一分為「是、否」兩項。每個子題的選項如下：

- (1) 膀胱失禁—平常無失禁、偶爾失禁、經常失禁、完全失禁。
- (2) 排便失禁—無失禁、有失禁、完全失禁。
- (3) 使用排尿輔助裝置情形—尿管、紙尿片、尿套、膀胱造口、其他。

(十一)藥物使用情形：

類別變項，分為「是、否」兩項；子題選項如下：藥物 5 種以下多種藥物 5 種以上(含 5 種)、服用藥物種類(可複選)：高血壓藥、糖尿病藥、心臟病藥、中風藥、風濕症或關節炎藥、痛風藥、氣喘或慢性肺病藥、慢性肝炎或肝硬化藥、腎臟病藥、失智症藥、巴金森氏症藥、惡性腫瘤藥、軟便藥、胃藥、抗生素、精神用藥、安眠藥、抗癲癇藥、BPH、解熱鎮痛、營養輔助食品、其他等。

(十二)管路使用情形

類別變項，分為「是、否」兩項；鼻胃管、導尿管、氣切管(可複選)。

(十三)特殊照護情形

類別變項，「是、否」兩項：化學治療、血液透析、靜脈內給藥、紀錄液體輸出量、造口護理、氧氣治療、抽痰、氣切管照護、其他傷口護理、其他等(可複選)。

### 第三節 研究設計、研究樣本與倫理考量

本研究採橫斷式研究設計，研究對象為居住於國軍退除役官兵輔導委員會屬體系屏東縣內榮民醫院附設護理之家內的老年榮民住民，自民國102年12月中至民國102年1月中，共計一個月的時間，收集年齡研究所需之樣本。

本研究考量現階段台灣地區以「心理健康狀況」為主題，探討接受機構式長期照護服務老年住民身體健康狀況是否會影響「心理健康狀況」的相關研究仍屬少數。因此，依據「實證研究」的理念，以「心理健康狀況」為主軸，探討榮民醫院附設護理之家內的老年榮民住民其身體健康狀況是否會影響「憂鬱狀況」的影響。

本研究將研究樣本設定65歲以上(含65歲)之老年榮民住民，收案時若住民符合下列兩項條件者，將排除為本研究樣本之外。研究樣本之排除篩選條件設定為；1.經醫師診斷確診為「失智」之65歲以上住民；2.無法聽說及正常表達之65歲以上住民。在受試者同意的情況下並由本人親自簽署受試者同意書後，才能成為研究個案、以進行後續之問卷填答工作；若受訪無法簽署同意書，將無法參與此研究。

為確保研究對象之權利與研究倫理之考量，本研究執行前已獲得「高雄榮民總醫院人體實驗倫理委員會」之許可，並同時取得參與本研究機構之同意書後才進行資料收集。經研究成員解釋研究過程及配合事項、解釋研究整個內容並完成研究者知情同意後進行訪視的工作。

為保障個案隱私權及權利，對相關資料妥善保管及研究者在鍵入資料時將不登錄病患名字及使用可辨別之代號，資料鎖在一個隱密的地方保留5年，所獲得的個案資料僅做學術使用，不對外公佈。

#### 第四節 資料處理與統計分析

本研究將所收集資料編碼後，以 PASW 19.0 版統計套裝軟體進行建檔及執行資料預檢與除錯的工作。依據研究目的進行資料分析，採用描述性統計、推論性統計，包括 Independent T 檢定、one-way ANOVA、卡方檢定、相關分析、logistic 和 linear 迴歸分析等統計方法。茲將本研究所使用之統計分析方法詳細說明如下：

表 3-2 本研究所使用之統計分析方法一欄表

	分析項目	統計方法	目的
描述性統計	住民個人特質	百分比、平均值 標準差	分析住民個人特性分佈情形
	住民健康狀況分佈	人數、百分比 平均值、標準差	分析研究對象基本屬性特徵 分佈情形
	醫療服務使用	人數、百分比、平均值 標準差、高低分	分析研究對象服務使用情形
推論性統計	住民憂鬱比例分佈	人數、百分比	分析研究對象憂鬱分佈情形
	住民特質對服務使用的影響	卡方檢定 logistic 迴歸分析	分析住民特質對服務使用有 無統計學上顯著相關。
	住民健康狀況對服務使用的影響	卡方檢定 logistic 迴歸分析	分析住民健康狀況對服務使用 有無統計學上顯著相關。
	住民個人特質、健康狀況與醫療服務使用對憂鬱程度的影響	t test 或 F test linear 迴歸分析	分析住民個人特質、健康狀況 與服務使用對憂鬱程度的 影響
	認知得分、巴氏量表與憂鬱得分之相關	相關分析	分析各量表間相關程度

註：以上資料為本研究整理

## 第四章 研究結果

### 第一節 住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用之描述性統計

本節將說明研究樣本住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用之分佈情形。(1)人口學特質，分為：地區、年齡、教育程度及婚姻狀況。(2)健康功能狀態，分為：認知功能、身體活動功能、疾病狀況、語言溝通功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性及排泄功能(排尿功能、排便功能)。茲依各區域住民個人特質、區域因素、健康狀況與醫療服務使用人數說明如下。

#### 一、 研究樣本所處區域人口學特質分佈

茲將研究樣本之人口學特質應用描述性統計，呈現於表 4-1 所示。

表 4-1 研究樣本之人口學特質

個人特質	個數	百分比(%)
年齡		
66-80 歲	8	23.5
81 歲以上	26	76.5
學歷		
不識字	15	44.1
國小	14	41.2
國中	3	8.8
高中職	1	2.9
專科	1	2.9
大學(含二技)	1	2.9
婚姻狀況		
未婚	30	88.2
已婚	4	11.8

#### 二、研究樣本健康功能狀況分佈情形

茲將住民的認知功能分佈情形，呈現於表 4-2。

表 4-2 研究樣本認知功能程度分佈情形

SPMQ	個數	百分比
功能正常	15	44.1
輕度損傷	9	26.5
中度損傷	8	23.5
重度損傷	2	5.9

茲將住民的身體活動功能分佈情形，呈現於表 4-3。

表 4-3 研究樣本身體活動功能程度分佈情形

ADL	個數	百分比
完全獨立	1	2.9
輕度依賴	1	2.9
中度依賴	20	58.8
嚴重依賴	12	35.3
完全依賴	12	35.3

茲將住民的疾病狀況分佈情形，呈現於表 4-4。

表 4-4 研究樣本藥物使用狀況分佈情形

藥物使用情況	個數	百分比
否	14	28.6
高血壓藥	8	16.3
糖尿病藥	5	10.2
心臟病藥	1	2.04
中風藥	2	4.08
氣管或慢性肺病藥	1	2.04
慢性肝炎或肝硬化藥	1	2.04
腎臟病藥	1	2.04
失智症藥	1	2.04
惡性腫瘤(癌症)藥	1	2.04
軟便藥	1	2.04
胃藥	5	10.2
安眠藥	2	4.08
抗顛顯	1	2.04
BPH	2	4.08
解熱鎮痛	2	4.08
其他	1	2.04

茲將樣本之語言障礙分佈情形，呈現於表 4-5。

表 4-5 研究樣本語言溝通障礙分佈情形

語言溝通障礙	個數	百分比
否	34	100

茲將樣本之視力障礙分佈情形，呈現於表表 4-6。

表 4-6 研究樣本視力障礙分佈情形

視力障礙	個數	百分比
否	34	100

茲將樣本之聽力障礙分佈情形，呈現於表表 4-7。

表 4-7 研究樣本聽力障礙分佈情形

聽力障礙	個數	百分比
否	33	97.1
輕度障礙	1	2.9

茲將樣本之皮膚完整情形，呈現於表 4-8。

表 4-8 研究樣本皮膚完整性分佈情形

皮膚完整性	個數	百分比
否	34	100

茲將樣本之排尿情形，呈現於表依據表 4-9 描述性統計所示。

表 4-9 住民排尿分佈情形

排尿障礙	個數	百分比
否	32	94.1
偶爾失禁	2	5.9

### 三、研究樣本所處區域醫療服務使用分佈情形

茲將樣本藥物使用情形，呈現於表依據表 4-10。

表 4-10 住民藥物使用分佈情形

藥物使用情形	個數	百分比
無	14	28.6
高血壓	8	16.3
糖尿病	5	10.2
心臟病	1	2.04
中風	2	4.08
氣喘或慢性肝炎	1	2.04
慢性肝炎或肝硬化	1	2.04
腎臟病	1	2.04
失智症	1	2.04
惡性腫瘤	1	2.04
軟便藥	1	2.04
胃藥	5	10.2
安眠藥	2	4.08
抗癲癇	1	2.04
BPH	2	4.08
解熱鎮痛	2	4.08
其他	1	2.04

茲將樣本之管路使用情形，呈現於表 4-11。

表 4-11 住民管路使用

管路使用情形	個數	百分比
無	34	100

茲將樣本之特殊照護使用分佈情形，呈現於表依據表 4-12。

表 4-12 住民特殊照護使用分佈情形

特殊照護	個數	百分比
否	1	50
血液透析	1	50

## 第二節 住民個人特質對健康功能狀態的影響

本節將針對住民個人特質(年齡、學歷、婚姻狀況)對健康狀況(認知功能SPMSQ、身體活動功能ADL、疾病或疾病數、語言功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性、排泄功能)進行卡方檢定。

### 一、 住民個人特質對認知功能的影響

表 4-13 為分析研究樣本個人特質對健康功能狀態-認知功能之卡方檢定結果，結果發現：年齡、學歷、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-13 住民個人特質對認知功能的影響

個人特質		正常		輕度損傷		中度損傷		重度損傷		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
年齡	65 歲以下	2	11.8	0	0	0	0	0	0	13.503	.036
	66-80 歲	5	29.4	0	0	1	12.5	2	100		
	81 歲以上	10	58.8	9	100	7	87.5	0	0		
學歷	不識字	7	41.2	2	22.2	5	62.5	2	100	9.575	.653
	國小	8	47.1	5	55.6	2	25.0	0	0		
	國中	1	5.9	1	11.1	1	12.5	0	0		
	專科	1	5.9	0	0	0	0	0	0		
	大學以上	0	0	1	11.1	0	0	0	0		
婚姻狀況	未婚	13	76.5	8	88.9	8	100	2	100	2.992	.393
	已婚	4	23.5	1	11.1	0	0	0	0		

註：1.\* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$  2.認知量表僅有具意識之住民填答 3.認知得分愈高，認知功能愈正常

### 二、 住民個人特質對身體活動功能程度的影響

表 4-14 為分析研究樣本之個人特質對健康功能狀態-身體活動功能之卡方檢定結果，結果發現：年齡、學歷、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-14 住民個人特質對身體活動功能程度的影響

個人特質		完全獨立(100分)		輕度依賴(91~99分)		中度依賴(61~90分)		嚴重依賴(21~60分)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	0	0	0	0	6	30	2	16.7	1.395	.707
	81 歲以上	1	100	1	100	14	70	10	83.3		
學歷	不識字	0	0	0	0	10	50	5	41.7	8.581	.738
	國小	1	100	1	100	9	45	3	25		
	國中	0	0	0	0	1	5.0	2	16.7		
	專科	0	0	0	0	1	8.3	1	2.9		
	大學以上	0	0	0	0	1	8.3	1	2.9		
婚姻狀況	未婚	1	100	1	100	18	90	10	83.3	.604	.895
	已婚	0	0	0	0	2	10	2	16.7		

註：\* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$ ；\*\*\* $p < .001$



### 三、 住民個人特質對疾病數的影響

表 4-15 為分析研究樣本之個人特質對健康功能狀態-疾病數之卡方結果，發現：年齡、學歷、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-15 住民個人特質對疾病數的影響

個人特質		無		有		$\chi^2$	<i>p</i>
		n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	2	33.3	6	21.4	.389	.438
	81 歲以上	4	66.7	22	78.6		
學歷	不識字	4	66.7	11	39.3	7.426	.115
	國小	1	16.7	13	46.4		
	國中	0	0	3	10.7		
	專科	1	16.7	0	0		
	大學以上	0	0	1	3.6		
婚姻	未婚	5	83.3	25	89.3	.169	.559
	已婚	1	16.7	3	10.7		

註：\* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$

### 四、 住民個人特質對聽力功能的影響

表 4-16 為分析研究樣本個人特質對聽力功能之卡方檢定結果，結果發現：年齡、學歷、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-16 住民個人特質與聽力功能

個人特質		無		有		$\chi^2$	<i>p</i>
		n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	8	24.2	0	0	.317	.765
	81 歲以上	25	75.8	1	100		
學歷	不識字	15	45.5	0	0	1.472	.832
	國小	13	39.4	1	100		
	國中	3	9.1	0	0		
	專科	1	3.0	0	0		
	大學以上	1	3.0	0	0		
婚姻	未婚	23	87.9	1	100	.137	.882
	已婚	4	12.1	0	0		

註：\* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$

### 五、 住民個人特質對排泄情形的影響

表 4-17 為分析研究樣本個人特質對排尿情形之卡方檢定結果，結果發現：年齡、學歷、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-17 住民個人特質對排尿情形的影響

個人特質		無		有		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	8	25.0	0	0	.654	.579
	81 歲以上	24	75.0	2	100		
學歷	不識字	15	46.9	0	0	3.036	.552
	國小	12	37.5	2	100		
	國中	3	9.4	0	0		
	專科	1	3.1	0	0		
	大學以上	1	3.1	0	0		
婚姻	未婚	28	87.5	2	100	.283	.775
	已婚	4	12.5	0	0		
註：* $p < .05$ ；** $p < .01$							

表 4-18 為分析研究樣本個人特質對排便情形之卡方檢定結果，結果發現：年齡、學歷、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-18 住民個人特質與排便情形

個人特質		無		有		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	8	25.0	0	0	.654	.579
	81 歲以上	24	75.0	2	100		
學歷	不識字	15	46.9	0	0	3.036	.552
	國小	12	37.5	2	100		
	國中	3	9.4	0	0		
	專科	1	3.1	0	0		
	大學以上	1	3.1	0	0		
婚姻	未婚	28	87.5	2	100	.283	.775
	已婚	4	12.5	0	0		
註：* $p < .05$ ；** $p < .01$							

### 第三節 探討養護機構住民個人特質對醫療服務使用的影響

#### 一、 住民個人特質對藥物使用的影響

表 4-19 分析研究樣本個人特質對藥物使用之卡方檢定結果，結果發現：學歷對藥物使用情形呈現顯著相關，其餘年齡、婚姻狀況並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。

表 4-19 住民個人特質與藥物使用

個人特質		無		有		$\chi^2$	<i>p</i>
		n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	4	28.6	4	20.0	.336	.428
	81 歲以上	10	71.4	16	80.0		
學歷	不識字	10	71.4	5	25	13.652	.008
	國小	1	7.1	13	65		
	國中	2	14.3	1	5.0		
	專科	1	7.1	0	0		
	大學以上	0	0	1	5.0		
婚姻	未婚	13	92.9	17	85.0	.490	.449
	已婚	1	7.1	3	15.0		

註：\* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$

#### 二、 住民個人特質對特殊照護使用的影響

依據表 4-20 住民個人特質對特殊照護使用的影響，結果並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。換言之，個人特質並不會影響養護機構老年住民的特殊照護使用。

表 4-20 住民個人特質與特殊照護使用

個人特質		無		有		$\chi^2$	<i>p</i>
		n	%	n	%		
年齡	66-80 歲	8	24.2	0	0	.317	.765
	81 歲以上	25	75.8	1	100		
學歷	不識字	15	45.5	0	0	1.472	.832
	國小	13	39.4	0	0		
	國中	1	3.0	0	0		
	專科	1	3.0	0	0		
	大學以上	1	3.0	0	0		
婚姻	未婚	29	87.9	1	100	.137	.882
	已婚	4	12.1	0	0		

註：\* $p < .05$ ；\*\* $p < .01$

#### 第四節 探討養護機構老年住民健康功能狀態對醫療服務使用影響情形

本節以卡方檢定分析住民健康功能狀態 (認知功能、身體活動功能、疾病狀況、語言溝通功能、視力功能、聽力功能、皮膚完整性及排泄功能)對醫療服務使用(藥物使用、管路使用、特殊照護使用)影響之卡方檢定分析結果說明。

##### 一、 分析住民認知與身體活動功能對藥物使用的影響

表 4-21 為分析研究樣本認知功能對藥物使用之卡方檢定結果。發現住民認知與身體活動功能對藥物使用的影響並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。換言之，認知與身體活動功能並不會影響養護機構老年住民的藥物使用。

表 4-21 住民認知功能對藥物使用之相關

認知功能	無		有		$\chi^2$	<i>p</i>
	n	%	n	%		
功能正常	5	35.7	10	50.0	2.176	.537
輕度損傷	3	21.4	6	30.0		
中度損傷	5	35.7	3	15.0		
重度損傷	1	7.1	1	5.0		

表 4-22 為分析研究樣本身體活動功能對藥物使用情形之卡方檢定結果。結果發現住民身體活動功能對藥物使用的影響並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。換言之，身體活動功能並不會影響養護機構老年住民的藥物使用。

表 4-22 住民身體活動功能對藥物使用之相關

身體活動功能	無		有		$\chi^2$	<i>p</i>
	n	%	n	%		
完全獨立	0	0	1	5.0	1.797	.616
輕度依賴	0	0	1	5.0		
中度依賴	8	57.1	12	60.0		
嚴重依賴	6	42.9	6	30.0		

##### 二、 分析住民疾病數、聽力對藥物使用的影響

表 4-23 為分析研究樣本疾病數對藥物使用情形之卡方檢定結果，究結果發現，疾病數對藥物使用情形呈現顯著相關。

表 4-23 住民疾病數對藥物使用之相關

		無		有		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
疾病	無	5	35.7	1	5.0	5.346	.032
	有	9	64.3	19	95.0		

表 4-24 為分析研究樣本聽力對藥物使用情形之卡方檢定結果，研究結果發現，疾病數對藥物使用情形呈現顯著相關。

表 4-24 住民聽力對藥物使用之相關

		無		有		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
聽力障礙	無	14	100	19	95.0	.721	.588
	有	0	0	1	5.0		

### 三、分析住民排泄情形對藥物使用的影響

表 4-25 為分析研究樣本排尿情形對藥物使用情形之卡方檢定結果，研究結果發現，養護機構老年住民排尿情形對藥物使用情形無呈現統計學上顯著相關 ( $P > .05$ )，可以得知，養護機構老年住民排尿情形並無明顯影響。

表 4-25 住民排尿情形對藥物使用之相關

		無		有		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
排尿障礙	無	14	100	18	90.0	1.488	.339
	有	0	0	2	10.0		

表 4-26 為分析研究樣本排便情形對藥物使用情形之卡方檢定結果，結果發現，養護機構老年住民排便對藥物使用情形無呈現統計學上顯著相關 ( $P > .05$ )，可以得知，養護機構老年住民排便情形並無明顯影響。

表 4-26 住民排便障礙對藥物使用之相關

		無		有		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
排便障礙	無	14	100	18	90.0	1.488	.339
	有	0	0	2	10.0		

#### 四、分析住民認知、身體活動功能對特殊照護使用的影響

表 4-27 為分析研究樣本所位處「區域」之認知功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。發現高雄、屏東及高屏全體地區養護機構老年住民，認知功能對特殊照護使用情形並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。換言之，特殊照護使用並不會受住民認知功能的影響。

表 4-27 住民認知功能和特殊照護使用之相關

認知功能	無		有		$\chi^2$	$p$
	n	%	n	%		
功能正常	14	42.4	1	100	1.305	.728
輕度損傷	9	27.3	0	0		
中度損傷	8	24.2	0	0		
重度損傷	2	6.1	0	0		

表 4-28 為分析研究樣本身體活動功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，身體活動功能對特殊照護使用情形沒有呈現顯著相關。

表 4-28 住民身體活動功能和特殊照護使用之相關

身體活動功能	無		有		$\chi^2$	$p$
	n	%	n	%		
完全獨立	1	3.0	0	01	.221	.824
輕度依賴	1	3.0	0	01		
中度依賴	19	57.6	1	100		
嚴重依賴	12	36.4	0	0		

#### 五、分析住民疾病數、語言、視力、聽力對特殊照護使用的影響

表 4-29 為分析研究樣本疾病數對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。發現疾病數對特殊照護使用情形並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。換言之，特殊照護使用並不會受住民疾病數的影響。

表 4-29 住民疾病數對特殊照護使用之相關

		無		有		$\chi^2$	$p$
		n	%	n	%		
疾病	無	6	18.2	0	0	.221	.824
	有	27	81.8	1	100		

表 4-30 為分析研究樣本聽力功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。研究結果發現，聽力功能對特殊照護使用情形呈現顯著相關。

表 4-30 住民聽力對特殊照護使用之相關

		<u>無</u>		<u>有</u>		$\chi^2$	<i>P</i>
		n	%	n	%		
聽力障礙	無	33	100	0	0	34.000	.029
	有	0	0	1	100		

表 4-31 為分析研究樣本排尿功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。結果發現，排尿障礙對特殊照護使用情形並無統計學上顯著相關 ( $p > .05$ )。換言之，特殊照護使用並不會受到住民排尿障礙的影響。

表 4-31 排尿障礙情形對特殊照護使用之相關

		<u>無</u>		<u>有</u>		$\chi^2$	<i>P</i>
		n	%	n	%		
排尿障礙	無	31	93.9	1	100	.064	.941
	有	2	6.1	0	0		

表 4-32 為分析研究樣本排便功能對特殊照護使用情形之卡方檢定結果。結果發現，排便功能對特殊照護使用情形沒有呈現顯著相關。

表 4-32 排便障礙情形對特殊照護使用之相關

		<u>無</u>		<u>有</u>		$\chi^2$	<i>P</i>
		n	%	n	%		
排便障礙	無	31	93.9	1	100	.064	.941
	有	2	6.1	0	0		

## 第五節 探討養護機構老年住民個人特質會影響健康功能狀態

本節以邏輯斯迴歸分析探索住民健康功能狀態是否會受到個人特質(年齡、教育程度、婚姻狀況)之影響。

### 一、 養護機構老年住民個人特質會影響認知功能狀態

依據表 4-33 所示，在經由反向淘汰法後，個人特質與區域因素變項，在顯著水準設為.05 下，沒有變項對認知功能狀態有顯著影響。

表 4-33 住民個人特質對認知功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(B)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲					
81 歲以上	-1.386	1.118	1.537	.250	.022.237
不識字			.581		
國小	-41.091	48573.153	.000	.000	.000
國中	-41.853	48573.153	.000	.000	.000
專科	-41	48573.153	.000	.000	.000
大學以上	497	56841.437	.000	.000	.000
未婚					
已婚	20.987	27274.104	.000	1.302	.000

### 二、 養護機構老年住民個人特質會影響身體活動功能狀態

依據表 4-34 所示，在顯著水準設為.05 下，經由反向淘汰法後，個人特質對身體活動功能狀態無達到統計學上顯著影響。

表 4-34 住民個人特質對身體活動功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(B)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲					
81 歲以上	.000	19534.795	.000	1.000	.000
不識字			.000		
國小	18.805	53735.465	.000	1.469	.000
國中	.000	50185.778	.000	1.000	.000
專科	18.805	55291.084	.000	1.469	.000
大學以上	.000	56841.436	.000	1.000	.000
未婚					
已婚	-18.805	30052.275	.000	1.615	

### 三、 養護機構老年住民個人特質會影響疾病數

依據表 4-35 所示，在顯著水準設為.05 下，在經由反向淘汰法後，疾病數不



會收到個人特質的影響。

表 4-35 住民個人特質對疾病數之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲					
81 歲以上	-.182	1.169	.024	.833	.084-8.240
不識字			.960		
國小	-1.205	49214.838	.000	.300	.000
國中	.094	49214.838	.000	1.098	.000
專科	18.899	54411.321	.000	1.613	.000
大學以上	-42.406	56841.481	.000	.000	.000
未婚					
已婚	-18.899	248401.033	.000	.000	.000

#### 四、 養護機構老年住民個人特質會影響聽力功能

依據表 4-36 所示，在顯著水準設為.05 下，經由反向淘汰法後，聽力功能不會受到個人特質的影響。

表 4-36 住民個人特質對聽力功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲					
81 歲以上	.000	19534.765	.000	1.000	.000
不識字			.000		
國小	-18.805	53735.460	.000	.000	.000
國中	.000	50185.774	.000	1.000	.000
專科	-18.805	55291.080	.000	.000	.000
大學以上	18.805	30052.274	.000	1.000	.000
未婚					
已婚	18.805	3000052.274	.000	1.469	.000

依據表 4-37 所示，在顯著水準設為.05 下，經由反向淘汰法後，排能功能不會受到個人特質的影響。

表 4-37 住民個人特質對排尿功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數( $\beta$ )	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲					
81 歲以上	.000	19534.795	.000	1.000	.000
不識字			.000		
國小	19.593	53735.465	.000	.000	.000
國中	.000	5.085.779	.000	1.000	.000
專科	-19.593	55291.085	.000	.000	.000
大學以上	.000	56841.440	.000	1.000	.000
未婚					
已婚	19.593	30052.271	.000	3.231	.000

依據表 4-38 所示，在顯著水準設為.05 下，經由反向淘汰法後，排便不會受到人口學特質的影響。

表 4-38 住民個人特質對排便功能之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數( $\beta$ )	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲					
81 歲以上	.000	19534.795	.000	1.000	.000
不識字			.000		
國小	-19.593	53735.465	.000	.000	.000
國中	.000	50185.779	.000	1.000	.000
專科	-19.593	55291.085	.000	.000	.000
大學以上	.000	56841.440	.000	1.000	.000
未婚					
已婚	19.593	30052.271	.000	3.231	.000

## 第六節 探討養護機構老年住民健康功能狀態、個人特質會影響醫療服務使用

本節以邏輯斯迴歸分析(logistic regression)探討住民醫療服務使用會受到健康功能狀態、個人特質之影響結果。

### 一、住民健康功能狀態、個人特質會影響藥物使用

依據表 4-39 所示，在顯著水準設為.05 下，在經由反向淘汰法後，健康功能狀態、個人特質不會顯著影響藥物使用。

表 4-39 住民健康功能狀態、個人特質與區域因素對藥物使用之 Logistic 迴歸分析摘要表

個人特質	迴歸係數(β)	標準誤(SE)	Wald	OR	95%CI
66-80 歲	.				
81 歲以上	636	1.305	.238	1.889	.146-24.381
不識字			5.299		
國小	-4.050	49.71.311	.000	.017	
國中	-.981	49.71.311	.000	.375	
專科	-4.064	49.71.311	.000	.017	
大學以上	-41.042	56841.454	.000	.000	
未婚					
已婚	-18.079	28151.699	.000	.000	.000
認知能力	-.693	1.083	.410	.500	.060-4.175
身體活動功能	-18.367	40192.988	.000	.000	.000
疾病	2.057	1.564	1.731	7.825	.365-1697.651
聽力	18.367	40192.970	.000	9.474	.000
排尿	18.752	28136.774	.000	1.393	.000
註：1. *p<.05；**p<.01；***p<.001					
2.以反向淘汰法(backwise)挑選之結果					

## 第五章 研究結論、限制與建議

### 第一節 研究結論

國內許多研究指出老人憂鬱與身體健康狀況有顯著性相關(徐慧娟、吳淑瓊、江東亮 1996)。林正介、李燕鳴、劉樹泉(1995)研究顯示憂鬱情緒與年齡、慢性疾病數、基本生活失能程度、社會性生活失能程度間有顯著相關。鄒琇菊、馬鳳岐、林麗嬋(1995)研究發現年齡及疾病數目與憂鬱有顯著正相關，疾病數目與憂鬱有顯著性差異，即疾病數目大於三項者之憂鬱較高。而且老人憂鬱通常與身體疾病有較高的共罹患率，其臨床的症狀表現，也呈現出多樣化、不典型，這些情況常常致使老人憂鬱被嚴重忽略。因此，憂鬱是慢性病患者常見嚴重的問題（趙建剛，2003）。

導致憂鬱症的原因是多重的，在心理方面，憂鬱和重大生活事件、多重失落以及對壓力的調適機轉失調有關(Fessman & Lester, 2000)。在生理因素方面，愈來愈多證據顯示血管性因素造成腦部結構改變，以及化學傳導物質之改變，是造成老年憂鬱之原因(謝明鴻、賴德仁，2005)；憂鬱和重大心理及社會因素方面，面臨問題婚姻、手足間的競爭、人際關係的不完滿、孤獨等都是極大的壓力來源。

本研究的研究結果顯示，老年榮民住民的憂鬱並不會受到個人特質、健康狀況與醫療服務使用情形的影響。可能的原因為：本研究僅使用 34 位樣本進行假說驗證，在樣本數過小的情況之下，導致本研究的研究假設皆不成立。亦即：住民個人特質不會影響住民的醫療服務使用情形；住民健康狀況不會影響住民的醫療服務使用情形；住民個人特質不會影響住民的憂鬱程度；住民健康狀況不會影響住民的憂鬱程度；醫療服務使用不會影響住民的憂鬱程度；住民個人特質、健康狀況與醫療服務使用不會影響住民的憂鬱程度。

### 第二節 研究限制與建議

## 一、研究限制

- 1.本研究為橫斷式研究，僅在某榮民醫院附設護理之家進行收案且所使用之樣本數過少，所以導致研究假說皆不成立。
- 2.取樣方面受限於住民不願意回答或拒絕配合等因素，因此未能將所獲得之資料全數納入分析，因此研究樣本數量受到限制。
- 3.本研究是以住民客觀臨床評估之生理健康狀況為主，以實證之角度，探討生理情況對住民心理狀況是否會造成影響，但未探討其他造成憂鬱之因素，本研究結果讓醫護同仁當做臨床評估住民第一道步驟，提早發現住民是否有符合憂鬱之高危險現象，然後再進一步探討造成憂鬱之其他原因，如此才能真正幫助住民得到全人之照護。

## 二、研究建議

1. 建議後續研究者應增加樣本數並採用縱貫性研究設計，進行長期追蹤，以確切瞭解榮家附設護理之家老年榮民住民之憂鬱相關因素。
- 2.建議後續研究應提前完成 IRB 審核，以避免研究期程延宕導致研究期程過短而造成樣本過少之情況發生。

## 參考文獻

- 行政院退除役官兵輔導委員會網站(2007)94 年「榮民狀況分析」，  
<http://www.vac.gov.tw/content/index.asp?pno=509>。
- 榮民資料統計分析，<http://www.vac.gov.tw>。第二處業務，  
<http://www.vac.gov.tw/dept2/law/law930211001.htm>。
- 中華民國台閩地區榮民重要統計指標 95 年第 1 季(2006)，行政院國軍退除役官兵輔導委員會編印。
- 內政部統計處(2007)行政院內政部統計月報表，<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 全國法規資料庫(2007)，<http://law.moj.gov.tw>。
- 行政院經濟建設委員會（2009）。長期照護保險規劃報告。台北：作者。
- 羅意琪.(2010). 年長者輕度認知功能損傷評量工具之回顧. [Current Assessments in Mild Cognitive Impairment]. *台灣聽力語言學會雜誌*(25), 65-78.
- 高碧弘(2003)榮民之家老年榮民營養與健康狀況調查—以岡山榮家為例，屏東：屏東科技大學食品科學系碩士論文。
- 陳之政、楊靜利(2005)人口變遷與老年長期照護費用-以無依榮民照護費用為估算基礎，台灣人口學會學術研討會「二十一世紀的台灣人口發展：趨勢與挑戰」。
- 陳怡吟(2004)機構內持續性醫療對榮民醫療利用、健康狀況與滿意度之探討—以退輔會南部安養機構為例，高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文。
- 行政院國軍退除役官兵輔導委員會，2013.09。榮民統計年鑑，台北市。
- 王駿濠, & 蔡佳良.(2011). 運動對改善大腦認知功能之效益評析. [The Benefits

- of Exercise on Brain Function: A Review]. *應用心理研究*(50), 191-216。
- 林俊宏、王光正、徐慶(2010)。我國人口老化現象與勞動供給預測之分析及其對資產需求變化之影響。 *長庚人文社會學報*，3(1),171-219。
- 杜明勳.(1996). 南部某榮民安養之家住家榮民健康狀況調查. [A Survey of the Residents' Health Status at a Veteran's Home in South Taiwan]. *中華公共衛生雜誌*, 15(1), 97-107。
- 胡愈寧, 鄺欽菁, 李佳, 林榮輝, & 胡國琦.(2009). 老年人各項日常生活活動功能與自評健康狀態之調查及相關性探討. [Assessment of Individual Activities of Daily Living and Its Association with Self-rated Health Status in Elderly People]. *臺灣復健醫學雜誌*, 37(2), 107-114。
- 張桂津.(2007). 台灣失能榮民眷醫療與長期照護服務使用研究. 臺灣大學. Available from Airiti AiritiLibrary database。
- 曾淑芬, 張志娟, 曾蕃霓, 劉立凡, & 陳惠芳.(2011). 社區高齡者憂鬱傾向及認知功能狀況之探討—以台灣南部地區社區高齡者為例. [The Study of Suspected Depression Status and Cognition Function of Elders in the Community of Southern Area]. *嘉南學報 (人文類)* (37), 351-364。
- 魯英屏, 周明岳, 梁志光, 周上琳, 薛光傑, 林育德, ... 杜明勳.(2011). 南部長期照護機構老年住民之認知功能障礙探討. [Cognitive Impairment among Elderly Residents in the Long Term Care Facilities in Southern Taiwan]. *台灣老年醫學暨老年學雜誌*, 6(1), 43-51。
- 鄧文漢(2004)就養榮民現況，主計月刊，585:69-78。
- 韓敬富(2003)我國榮民福利之剖析，社區發展季刊，101:487-502。
- 鄧勇誌 (2009) .老人安養機構經營效率之探討—退輔會榮民之家與公（民）營安養機構之比較。未出版碩士論文，國防大學財務管理學系碩士班。

- 羅意琪 (2010). 年長者輕度認知功能損傷評量工具之回顧. [Current Assessments in Mild Cognitive Impairment]. 台灣聽力語言學會雜誌(25), 65-78。
- 鄭秀津 (2013). 高屏地區養護機構老年住民健康功能狀態與醫療服務使用之相關性探討. [An Investigation to Explore the Association With Health Functional Status and Medical Service Utilization Among Elderly Residents in the Kaohsiung and Pingtung area].. (未出版碩士論文).屏東:美和科技大學健康照護學系碩士班。
- 吳淑瓊(2005).人口老化與長期照護政策.國家政策季刊，4(4)，5-24
- 梁繼權、許詩點、陳晶瑩、陳慶餘(2002).都市與鄉村社區老人健康狀態。臺灣醫學，6(4)，523-534
- 王雲東(2008),台灣地區社區老人醫療服務使用率影響因素之研究-一個健康資本模型應用的初探,社區發展季刊,110,216-230
- 內政部統計處(2011年3月17日),101年第十一週內政部統計通報(100年底我國老人長期照顧及安養機構概況).2012年06月13日取自  
[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=6042](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=6042)
- 李月萍、陳玉敏、劉惠瑚(2007).長期照護機構老人之整體性護理。長庚護理，18(4)，511-517
- 李庚霖、區雅倫、陳淑惠、翁儷偵(2009).”台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)，383-410
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍(2007).長期照護機構老人的生活適應想因素.實證護理，3(2)，119-128
- 林四海、楊慧真、陳墩仁、邱慧慈(2000).中部地區醫療服務高低利用者之相關因素研究.醫務管理期刊，1(1)，57-70



- 胡愈寧、欽菁、李佳、林榮輝、胡國琦(2009).老年人各項日常生活活動功能與自評健康狀態之調查及相關性探討.台灣復健醫學雜誌, 37(2), 107-114
- 凌千惠、傅光翊、黃荷瑄、姚慧萍、林宜慧、葉志嶸(2007).老年族群之憂鬱程度、社會支持度與醫療服務使用之相關性, 中山醫學雜誌, 18(2), 201-215
- 陳正芬(2009).從居住安排與社會支持體系檢視失能老人之 adl 与 iadl 的位滿足需求.中華心理衛生學刊, 22(1), 67-100
- 陳淑芬、鄧素文(2010).台灣長期照護服務體系之發展.護理雜誌, 57(4), 5-10
- 宋文娟、洪錦墩、陳文意(2008)。台灣老年人口醫療利用與多重慢性疾病之分析研究。台灣老人保健學刊, 4(2), 75-87。
- 陳雪姝、葉淑玲、黃欽印(2009).長期照護機構住民醫療利用分析-以中部四縣市為例.台灣公共衛生雜誌, 28(3), 175-183
- 謝於真、王素琴、陳恆順(2011).長期照護:社區的遠距健康照護。臺灣醫學, 15(2), 164-167。
- 劉淑娟(2010).長期照護.台北:華杏
- 魯英屏、周明岳、梁志光、周上琳、薛光傑、林育德(2011).南部長期照護機構老年住民之認知功能障礙探討.台灣老年醫學暨老年學雜誌, 6(1), 43-51
- 葉間間(2007).台灣長期照護制度的發展與國際比較-兼論社區物理治療定位.物理治療, 32(2), 54-50
- 謝佳蓉(2010).探討影響高雄市接受機構是長期照護服務老年住民優遇相關因素.未發表之碩是論文, 屏東:美和術學院
- 謝佩珊(2008).社區老年人日常活動功能與醫療服務利用之探討(未發表之碩士論文).高雄醫學大學

- 顏敏玲(2007).安養機構老人身體活動及其相關因素之探討.中國醫藥大學
- 顏艷秋、劉文健(2005).安養機構老人生活品質及其影響因素，榮總護理，22(4)，389-398。
- Andersen,R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?  
Journal of Health and Social Behavior,36(1), 1-10.
- Council for Economic Planning and Development, Executive Yuan, Taiwan, ROC. (2008). Population projections for the Taiwan area: 2008Y2056. Taipei: Council for Economic.
- Determinants of cognitive impairment over time among the elderly in Taiwan : results of the national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 53-57.
- Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout D, et al. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med* 1997;45:1527-36
- Harris T, Kovar MG, Suzman R, et al. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *Am J Public Health* 1989;79:698-702.
- Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol* 1991;46:S55-65.
- Planning and Development, Executive Yuan. (Original work published in Chinese).
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing Research*. 56(6), 425Y433.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing*

Forum, 35(1), 49Y56.

Shyu, Y. I. (2002). A conceptual framework for understanding family caregiving process to frail elders in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 25(2), 111Y121.

Yen, C.H., Wang, C.C., Liao, W.C., Chen, S.C., Chen, C.C., Liang, J., et al. (2010).

Haffer, S.C, Bowen, S.E, Shannon, E.D, Fowler, B.M. (2003). Assessing beneficiary health outcomes and disease management initiatives in Medicare. *Disease Management & health outcomes*, 11(2), 111-124.

Huang, H, Liu, S, & Pai, Y. (2010). Taiwan long-term care insurance and the evolution of long-term care in japan {Chinese}. *Journal of Nursing*, 57(4), 77-82.

Boggatz, T, Farid, T, Monhammedin, A, Dijkstra, A, Lohrmann, C, & Dassen, T. (2010). Socio-demographic factors related to functional limitations and care dependency among older Egyptians. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1047-1058.

# 探討南台灣地區榮民醫院附設護理之家 老年榮民住民憂鬱因素之研究

受訪者，您好：

這是一份學術用途的「探討南台灣地區榮民醫院附設護理之家老年榮民住民憂鬱因素之研究」評估量表，係為評估南台灣地區榮民醫院附設榮民之家老年榮民住民憂鬱因素。

本研究所採用之評估量表內容共分為兩大部份，分別為：第一部分住民基本資料，第二部分為住民健康狀況評估。敬請您接受由貴機構之護理人員利用「口述」的方式，進行問卷訪視工作。謹此衷心感謝您的協助與配合，讓本研究可以順利完成。敬祝：

身體健康 萬事如意

研究人員

美和科技大學

鍾蝶起、蘇永裕、林建志

高雄榮民總醫院屏東分院 李元彬、葛光中、李瑞香 敬上

## 一、住民基本資料

1. 受試者編號：\_\_\_\_\_
2. 機構所在地：1.台南市 2.屏東縣
3. 性別：1.女 2.男
4. 年齡：1.50歲以下 2. 51~55歲 3. 56~60歲 4. 61~65歲 5.66~70歲  
6. 71~75歲 7. 76~80歲 8. 81歲以上
5. 入住機構日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
6. 入住機構總時間：共\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
7. 教育程度：1.不識字 2.國小 3.國中 4.高中、高職 5.專科  
6.大學(含二技) 7.研究所(碩士、博士)
8. 婚姻狀況：1.未婚 2.已婚 3.鰥夫 4.寡婦 5.分居 6.離婚
9. 經過醫師診斷的罹患疾病數：  
1.都沒有 2.高血壓 3.糖尿病 4.心臟病 5.中風 6.痛風  
7.風濕症或關節炎 8.氣喘或慢性肺病 9.慢性肝炎或肝硬化 10.腎臟病  
11.失智症 12.巴金森氏症 13.惡性腫瘤(癌症) 14.精神症狀 15.腦部疾病  
16.ENT疾病 17.腸胃疾病 18.眼科疾病 19.血液疾病  
20.泌尿疾病  
21.其他：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 紀錄者：\_\_\_\_\_

## 二、住民健康狀況評估

### 排泄情形(請評估一個月內排泄情形)

1. 膀胱失禁：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打  
 1 平常無失禁(一週 1 次以下，含 1 次)  
 2 偶爾失禁(1 週 2 次以下，含 2 次，不是每天發生)  
 3 經常失禁(每天都會發生，但有時能控制)  
 4 完全失禁(無法控制，每天發生很多次)
2. 排便失禁：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打  
 1 平常無失禁(一週 1 次以下，含 1 次)  
 2 偶爾失禁(1 週 2 次以下，含 2 次，不是每天發生)  
 3 經常失禁(每天都會發生，但有時能控制)  
 4 完全失禁(無法控制，每天發生很多次)
3. 使用排尿輔助裝置：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打 (可複選)  
 1 尿管  2 紙尿片  3 尿套  4 膀胱造口  5 其他

### 藥物使用情形

4. 藥物使用情形：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打
  - (1)藥物使用情形  
 1 使用 5 種以下藥物  
 2 使用 5 種以上(含 5 種)藥物
  - (2)日常服用的藥物種類(可複選)：  
 1 高血壓藥  2 糖尿病藥  3 心臟病藥  4 中風藥  5 風濕症或關節炎藥  
 6 痛風藥  7 氣喘或慢性肺病藥  8 慢性肝炎或肝硬化藥  9 腎臟病藥  
 10 失智症藥  11 巴金森氏症藥  12 惡性腫瘤(癌症)藥  13 軟便藥  
 14 胃藥  15 抗生素  16 精神用藥  17 安眠藥  18 降血脂  19 抗癲癇  
 20 BPH  21 解熱鎮痛  22 營養輔助食品  
 23 其他：\_\_\_\_\_

### 管路使用情形

1. 管路使用：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打  
 1 鼻胃管  2 導尿管  3 氣切管

## 皮膚完整情形

2. 皮膚是否有傷口或潰瘍情形：否 是

若勾「是」，請在下列合適選項打，並記錄傷口情形

傷口位置\_\_\_\_\_處，部位\_\_\_\_\_，傷口大小\_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_公分

- 1 有褥瘡，等級 1 級(皮膚發紅，經過 30 分鐘仍然一樣)
- 2 有褥瘡，等級 2 級(皮膚有水泡或紅疹，已經傷到真皮層)
- 3 有褥瘡或皮膚潰瘍，等級 3 級(皮膚層全部受傷已經傷到皮下組織或脂肪)
- 4 有褥瘡或皮膚潰瘍，等級 4 級(較第三級更深，已達肌膜、肌肉、甚至深及骨頭)

## 特殊照護

3. 特殊照護：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打 (可複選)

- 1 化學治療  2 血液透析  3 靜脈內給藥  4 紀錄液體輸出入量
- 5 造口護理  6 氧氣治療  7 抽痰  8 氣切管照護  9
- 其他傷口護理 10 其他：\_\_\_\_\_

## 視力、聽力、語言障礙情形

4. 視力障礙：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打

- 1 輕度障礙(無法看清楚書報中圖案或字體)
- 2 中度障礙(無法看清楚書報紙標題、但能辨識物件)
- 3 重度障礙(無法辨識物件題、但眼睛能隨著物件移動)
- 4 極重度障礙(視力喪失或只能感覺有亮光或顏色形狀)

5. 聽力障礙：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打

- 1 輕度障礙(處於不安靜的環境時)
- 2 中度障礙(說話者須調整音量)
- 3 重度障礙(聽力喪失用)

6. 語言溝通障礙：否 是；若勾「是」，請在下列合適選項打

- 1 輕度障礙：語言理解、表達、說話清晰度及流暢性或發聲有明顯困難，且妨礙交談者。
- 2 中度障礙：語言理解、表達、說話清晰度及流暢性或發聲有明顯困難，導致與人溝通有顯著困難者。
- 3 重度障礙： (1) 無法用語言或聲音與人溝通者。  
 (2) 喉部經手術摘除，發生機能全廢者。

**認知能力(記憶力障礙情形)**：簡易心智狀態問卷(認知功能量表，SPMSQ) 無法回答

\* 請在每題得分欄位圈選；正確得1分，錯誤0分，第1、和第10題答對才算分。

\* 請在下列合適的選項打

問題	分數	
	1	0
1.今天是幾年幾月幾日？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.今天是星期幾？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.這裡是哪裡？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.您的電話號碼幾號？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.您今年幾歲？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.您是什麼時候出生的？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.現任總統是誰？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.前任總統是誰？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.您的母親姓氏為何？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.請從20開始減3，共減5次，每減一次請回答是多少？ □20-3=17 □17-3=14 □14-3=11 □11-3=8 □8-3=5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>總分</b>		

\* **滿分10分** 0 認知功能正常(8~10分) 1 輕度認知功能損傷(6~7分)  
2 中度認知功能損傷(3~5分) 3 重度認知功能損傷(0~2分)

**憂鬱情形：老人憂鬱量表(GDS)**：請在每題得分欄位圈選 無法回答：

項目	得分	
	1	0
1.你滿意目前的生活嗎？	否	是
2.你是否對許多活動已不感興趣？	是	否
3.你覺得生活空虛嗎？	是	否
4.你會經常感到無聊嗎？	是	否
5.大部分時間你會覺得精神很好嗎？	否	是
6.你會害怕不好的事情發生在你身上嗎？	是	否
7.大部分時間你覺得快樂嗎？	否	是
8.你經常覺得沒有希望嗎？	是	否
9.你是否比較喜歡待在家裡，而較不喜歡外出做一些新奇的事？	是	否
10.你覺得記憶力有問題嗎？	是	否
11.你認為現在活著是件很美好的事嗎？	否	是
12.你覺得現在的你是很沒有價值的嗎？	是	否
13.你覺得精力充沛嗎？	否	是
14.你覺得你現在的處境是沒有希望的嗎？	是	否
15.你覺得大部分的人都過的比你還好嗎？	是	否
<b>總分</b>		

0 正常(0~4分) 1 輕度憂鬱(5~9分) 2 重度憂鬱(10~15分)

## 身體活動功能情形

身體功能障礙(Barthel Index)：評估後分數填寫在得分欄上

項目	得分	分數	內容
1.進食	0	0	無法自行進食須由他人餵食。
	5	5	需要他人夾菜、切肉，或把食物弄碎，或取用穿脫進食輔具。
	10	10	不需要他人協助，自己在合理的時間內(約10秒吃一口)可自行用餐具取食、切割食物、取加調味料、進食，或自行取用穿脫進食輔具。
2.修飾/個人衛生	0	0	需要他人協助或完全協助
	5	5	可獨立完成洗臉、洗手、刷牙、梳頭髮、刮鬍子(能自行拿取與操作刮鬍刀)。
3.如廁	0	0	完全需要他人協助
	5	5	須幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙；使用便盆者，可自行取放便盆，但需仰賴他人協助維持姿勢和清理便盆。
	10	10	可自行獨立完成進出廁所及上下馬桶，自行穿脫衣褲且不會弄髒衣物，自行使用衛生紙，並能穿好衣服；使用便盆者，可自行清理便盆。
4.洗澡	0	0	需要他人協助(擦澡、盆浴或沐浴)。
	5	5	可獨立完成，不需要他人協助(擦澡、盆浴或沐浴)。
5.穿脫衣服	0	0	完全不會自己做，需要他人協助。
	5	5	在他人協助下，能在合理的時間內自行完成一半以上的動作。
	10	10	可自行獨立完成，包括穿脫衣褲、解開釦子或拉拉鍊、穿脫鞋襪、綁鞋帶及穿脫輔具。
6.大便控制	0	0	最近一週超過一次，或需要他人協助塞塞劑或挖大便。
	5	5	偶爾失禁(每星期不超過一次)，或使用塞劑時須他人協助。
	10	10	可完全自我控制，不會失禁，需要時可自行使用塞劑或灌腸。
7.小便控制	0	0	最近一週每天超過一次失禁，或需要別人協助處理，或用導尿管。
	5	5	偶爾會尿失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等放好便盆或無法及時趕到廁所)或須別人幫忙使用並清理尿片或尿套。
	10	10	可完全自我控制，日夜皆不會失禁，或自行使用並清理尿片或尿套。
8.室內行走能力(行走於平地上)	0	0	無法行走或推行輪椅50公尺以上，完全依賴他人，需要別人幫忙。
	5	5	雖無法行走，但可獨立操縱輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子床沿等)，並可推行輪椅50公尺以上。
	10	10	需要稍微扶持的輕微協助或口頭指導，可行走50公尺以上。
	15	15	可獨立或自行口、解、使用輔具(支架、義肢或無輪子的助行器)行走50公尺以上
9.移位(椅子或輪椅與床位間，或輪椅、椅子和馬桶間的轉位移動)	0	0	不會自行移位須別人幫忙方可坐起來或須別人幫忙方可移位。
	5	5	能自行坐起及獨立坐穩，但須他人協助方能移位。
	10	10	需要少許協助或給予提醒方能移位的過程，或有安全上的顧慮須與安全監督。
	15	15	可獨立完成整個移位過程，包括自行坐起及獨立坐穩、由床移至椅子或輪椅、使用輪椅的煞車和移動的腳踏板、由椅子或輪椅到躺上床，都不需要協助，且沒有安全上的顧慮。
10.上下樓梯能力	0	0	無法上下樓梯。
	5	5	需要從旁稍微協助幫忙扶持或口頭指導監督。
	10	10	可自行上下樓梯(允許抓扶手或使用拐杖)。
總分			

- 0 完全獨立(100分)    1 輕度依賴(91~99分)    2 中度依賴(61~90分)  
3 嚴重依賴(21~60分)    4 完全依賴(0~20分)