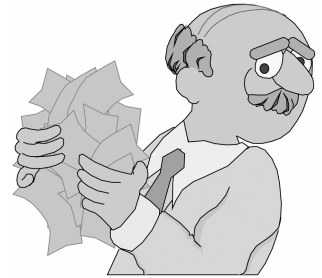


社區老人憂鬱狀況、生活士氣及自我掌控信念之相關性探討

徐菁珖、藍育慧



壹、前言

「人口高齡化」是已開發國家普遍面臨的現象，臺灣的人口也同樣面對這樣的問題。依據內政部人口統計處資料發現，國內老人計有 255 萬 8,567 人，占總人口比率的 10.9%（內政部統計處，2012）。流行病研究顯示，國內社區老人罹患憂鬱症盛行率為 15-29 %（林正祥、陳佩含、林惠生，2010）。憂鬱症不僅影響老年人的生理、心理以及社會功能，降低生活品質，同時影響老年人本身共存的疾病，導致病情加重，造成住院天數的延長及醫療費用的增加（Beekman, De Beurs, Van Balkom, Deeg, & Van Dyck, et al., 2000；Cole & Dendukuri, 2003）。此外，相關研究亦指出，老人憂鬱狀況與生活士氣有極大的相關性，且生活士氣為預測心理健康的指標，倘若老年人對生活與老化抱持正向的想法，罹患憂鬱症的機會比較低，睡眠障礙的發生率亦會降低（Loke, Abdullah, Chai, Hamid, & Yahaya, 2011；von Heideken et al., 2005；Woo, Ho, & Wong,

2005）。高齡者在面對老化的過程中，不僅需承受心理社會之影響，還得遭受生理疾病所導致的生活秩序的變化以及生活習慣與疾病經驗介入，往往衍生更多艱難的困境。因此，老年人可以透過自我掌控信念，使其更能因應壓力，採取正向信念及策略迎向所遭遇的困難，維持心理健康並促進適應（Krokavcova et al., 2008；Thoits, 2006）。

近年來，政府為因應高齡化社會，促進社區老人身心健康，設置社區照顧關懷據點，老年人可藉由參與政府結合社區資源所辦理關懷據點之活動，提供在地老化及社會參與，延緩老化，減輕家庭及社會後續照顧之經濟財政負擔，使老人們更有能力感，採取有效的因應策略，提升生活士氣，減少憂鬱傾向（葉濬彰，2011；薛曼娜、葉明理，2006）。本研究目的為探討社區老人有無參與關懷據點活動在憂鬱程度、生活士氣與自我掌控信念的現況及其相關性，欲早期發覺老人之憂鬱症狀，作為早期介入處理問題的指引，使其接受適當之治療，減少醫療與照護者之負荷，以提供未來照護的參考。

貳、文獻探討

一、老人憂鬱

(一) 老人憂鬱症狀

老人憂鬱的症狀表現包含身體症狀、心理層面及記憶力差，老人憂鬱症狀通常是被低估的，且診斷遠比成年人困難。因為，老人憂鬱往往隱藏在身體不適症狀之中，大多以身體抱怨為主軸，如未能適時診斷，對於老人慢性病的治療與預後都有不良的影響（蔡崇煌、劉永昌、汪美鳳、王雪鳳、林正介，2003；Colasanti et al., 2010）。

(二) 影響老人憂鬱的相關因素

導致老人憂鬱的原因是多重的，包括身體疾病、心理社會因素及社會人口學因素等有關（Beekman et al., 2000；Cole & Dendukuri, 2003）。分別敘述如下：

1. 身體疾病：生病對老年人是一大威脅，可能使老人無法自由活動，無法從事退休後想學或想做的嗜好，焦慮與憂鬱因而產生。老年人較年輕人易發生慢性疾病，如腦中風、關節骨節退化性疾病、慢性阻塞性肺氣腫病、巴金森氏症、阿茲海默症、癌症等嚴重或慢性疾病，皆已被證實與老年憂鬱有關（Blazer, 2003; Sharon & Valente, 1994）。
2. 心理社會因素：對老人而言，比較可能遭遇到的「失落」（loss）為配偶的去世、生病及退休等。男性老年人之影響會比女性老年人明顯，如老年人

在年輕時的個性較傾向要求完美，對事期望過高、易自責，或除了工作外沒有任何嗜好及休閒活動者，在年紀大時也易產生憂鬱症狀（吳方瑜、黃翠媛，2009）。

3. 社會人口學特性：年齡越長、女性、離婚者或喪偶者、教育程度低、寡居以及無宗教信仰者皆與老人憂鬱具顯著相關。於說明如下：

(1) 年齡：蔡崇煌、劉永昌、汪美鳳、王雪鳳和林正介（2003）調查 70 歲以上健檢的老人，探討常見身體症狀數目與老人憂鬱症狀數目的相關情形，顯示年齡與罹患憂鬱症狀數目有相關性，可能與健康問題及慢性疾病有關（Mirowsky & Ross, 1993; Vink et al., 2009）。然而，亦有很多研究指出，年齡與憂鬱並不相關（Kiljunen et al., 1997; Kirby, Bruce, Radic, Coakley, & Lawlor, 1997）。

(2) 性別：多篇研究顯示，女性老人罹患憂鬱症狀之比例較男性高（施春華、侯淑英、楊明仁、張麗珍、張自強、黃俊仁，2005，Chong et al., 2001）。呂淑好和林宗義於 2000 年探討南部社區老人憂鬱之相關因素，顯示男性和女性方面的盛行率分別為 22.0%與 39.6%。國外文獻之研究調查，亦發現女性老年人易有憂鬱傾向。可能與文化因素有關，以男性主導的社會而言，老一輩的女性在傳統價值上較依賴先

生做決定，且根深蒂固地被認為較無權力及主導力（Jeon et al., 2007）。而 Wong、Mercer、Woo 和 Leung（2008）研究顯示性別與憂鬱無關。

- (3) 婚姻狀況：Wang（2001）調查 195 位南臺灣社區老人憂鬱程度及其相關因素，發現離婚者或喪偶者相較於已婚者易產生憂鬱。國外文獻亦顯示，未婚、離婚或喪偶者較已婚者易產生憂鬱（Chong et al., 2001）。喪偶是一個哀傷的過程，其在心理或精神上所造成很大的影響，亦牽涉到經濟及社會資源的重新分配。對老人而言，更意含了對其照護提供者以及整個家庭的影響，還有喪偶後的心理社會適應過程（邱亨嘉、謝穎慧、陳正宗，1998）。男性從婚姻生活得到的好處大於女性，在喪失配偶的情況下，雖然，對男性與女性皆有不利益之影響，但是男性的負向影響仍多於女性，顯示男性對於妻子有較多情緒方面的依賴（Gostynski et al., 2002; Jones et al., 2003; Minicuci et al., 2002）。

- (4) 教育程度：Wang（2001）調查 195 位南臺灣社區老人憂鬱程度及其相關因素，以簡短老人憂鬱量表（GDS-SF）評估，發現未受教育者較易產生憂鬱。國外文獻之調查顯示，教育程度低的老年人容易有憂鬱症狀（Minicuci et al., 2002）。

教育程度高的老人，可能對於環境的變遷、身體狀況及社會狀況的改變，會有較好的適應能力（林正祥、陳佩含、林惠生，2010）。

- (5) 居住狀況方面：研究顯示獨居是憂鬱的危險因子，社區獨居老人有憂鬱傾向占 47.6%（Chou, Ho, & Chi, 2006）。而喪偶造成寡居及無與子女同住的老人也較容易產生憂鬱情形（林正祥、陳佩含、林惠生，2010; Wang, 2001）。國外文獻之研究，亦有相似結果（Gostynski et al., 2002; Grootheest et al., 1999; Jones et al., 2003）。老人與家人同住可能較有人陪伴，孤獨感較低，不易導致憂鬱情形（林正祥、陳佩含、林惠生，2010）。
- (6) 宗教信仰：據葉濬彰（2011）探討 156 位 65 歲社區內老年人的主觀社會地位、自尊、自我掌控信念對於老年憂鬱的影響關係，顯示宗教信仰與憂鬱有顯著相關。然而，亦有研究發現，宗教信仰與憂鬱並無關（Gostynski et al., 2002; Jones et al., 2003）。Nelson、Rosenfeld、Breitbart 和 Galiotta（2002）以 162 位預期生命只剩六個月的癌症或愛滋病患者為研究對象，發現靈性健康與憂鬱程度兩者呈現顯著負相關。由於靈性使個體發現內在的能力與意義，引發其更能接受疾病，即使在身體功能喪失之際，仍能維持自我的完整性與自尊，因而

減少憂鬱症狀。因此，高齡者靈性的學習歷程中，可藉由宗教的正向思想而滋長，參與宗教與靈性活動，例如：靜坐、冥想、禱告等，帶來正向的情緒反應，提升心靈安適(李佳純、于博芮、黃秀梨，2006；Nelson et al., 2002)。

由上述文獻得知，影響老人憂鬱因素包括身體疾病、心理社會及社會人口學因素，造成身體功能下降及心理上之無助，產生無價值感，缺乏驅力及因應之策略，進而影響生活士氣。因此，老人憂鬱之議題即為關注的焦點。

二、生活士氣

士氣常被認為是壓力調適的結果，且具有心理健康指標 (Loke et al., 2011)。一位士氣高昂的人，外在行為顯得神采奕奕、有活力，社交活動強，對生活持正向的態度，覺得有目標及希望，肯定自我；反之，一位士氣低落的人，則無精打采、無朝氣，孤獨感，容易煩惱及掛心，產生負向想法 (Lawton, 1975; von Heideken et al., 2005)。當老年人面對老化的態度，存在負向之觀點者，較易造成身體功能下降及憂鬱傾向，甚至使得發病率及死亡率提高，而具正向觀點者，則能成功老化，即對於生理、心理和社會三者均能保持均衡和諧的狀態 (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Uotinen, Rantanen, & Suutama, 2005)。所以，重視老人生活士氣，可提供醫療服務人員相當有效地促進心理健康 (Woo et al., 2005)。

文獻指出，性別、婚姻、社會支持、社

交活動、家庭支持系統、運動功能、日常生活功能、寂寞及憂鬱程度等，皆是影響老人生活士氣的因素 (黃慧莉、林惠賢、李碧玉、李美靜，2001; Loke et al., 2011; von Heideken et al., 2005; Woo et al., 2005)。von Heideken 等人於 2005 年以瑞典 319 位 85 歲以上社區老人為研究對象，由費城老人士氣量表及老人憂鬱量表評估，探討老人士氣之相關因素，研究結果顯示，老人士氣越高其憂鬱程度越低，且年紀愈高、與家人同住及孤寂感愈低的老人，其老人士氣分數亦愈高。Woo 等人 (2005) 探討 759 位 70 歲以上香港華僑老人士氣與憂鬱之相關性，研究發現老人生活士氣與憂鬱狀況有顯著相關，且女性、缺乏社會支持度及身體活動的限制與老人士氣低有顯著相關。

綜合上述文獻得知，憂鬱狀況與老人生活士氣確實有相互影響，當老人面臨壓力情境時，正向的士氣可以有效緩衝情緒上和身體功能上的不利影響，促進身心健康。因此，重視社區老人的憂鬱狀況及生活士氣，提升良好的生活品質及環境，使其更能勇於面對生活中的變動和挑戰，以促進心靈之安適。

三、自我掌控信念

自我掌控信念 (Mastery) 是指控制自己的能力，使其可影響生活上重要的事件及實際可展現的力量。個體除了對於環境的掌控外，也會在資源的因應上扮演重要的角色 (Pearlin & Schooler, 1978)。低自我掌控信念者易覺得無能力面對及解決問題，產生無望感及無助感，因而影響生活品質；反之，高自我掌控信念者，相信自己之力量會改變

週遭環境，在健康及功能上大大提升，更在經濟自主及賦能，甚至在疾病復原的過程是有所助益。同時，可降低疾病症狀的干擾，緩解患者的苦痛，提升生活品質，促進身心健康 (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel, & Tsemberis, 2005; Pearlin & Schooler, 1978)。

Krokavcova 等人於 2008 年針對多發性硬化症的病患探討自我掌控信念、失能與自覺健康的相關性，以 Pearlin-Schooler 自我掌控信念量表進行資料收集，研究結果顯示，多發性硬化症是很難預防及因應的慢性病，但是，自我掌控信念可以使多發性硬化症病患具正向掌控能力，進而影響其生活品質，同時，在自我覺察及促進健康狀況方面扮演重要的角色。Gadalla 亦於 2010 年針對加拿大 1377 位 65 歲老人的心理及生活壓力探討，研究發現，老人心理及生活壓力愈少，則其自我掌控信念和社會支持皆高。Jang、Haley、Small 和 Mortimer (2002) 針對 406 位平均 73 歲社區老人其憂鬱症狀與失能及其自我掌控信念、社會支持的探討，發現老人憂鬱症狀具自我掌控信念高，則其社會支持的滿意度亦較高，也可緩衝對失能所帶來的負向影響。另外，丁于倩 (2011) 藉由園藝治療活動介入探討社區老人生活安適之成果，顯示社區老人透過園藝治療活動，可從團體中得到信心，對自我的認同、對生命的期待與驚喜，更可強化老人責任感及作決定，負責及控制感的機會。由上得知，自我掌控信念可使老年人面對壓力情境時，採取有效益的因應策略，以緩衝壓力所帶來的不良影響，因而減緩沮喪、無力感等不愉快的負

向感覺。

綜合以上文獻得知，老年人除了需面臨身體功能逐漸衰退，還得面對心理層面之考驗，如退休、喪親、失落及生活重大事件等，因此，提供促進自我掌控信念之措施，提升生活士氣，有助於減輕憂鬱狀況，進而提升生活品質。

參、研究方法

一、研究設計與對象

本研究為橫斷性之相關性研究設計，以臺中市社區關懷據點及居家之 65 歲以上者為研究對象，依照有無參與社區關懷據點活動分成兩組，且通過簡易智能量表 (MMSE) 鑑定者，並完成參與研究同意書者。

二、研究工具

本研究採結構式問卷，內容包括社會人口學特性、簡短老人憂鬱量表、生活士氣量表及自我掌控信念量表等四部分，簡短老人憂鬱量表、生活士氣量表及自我掌控信念量表之 Cronbach's α 值分別為 .89、.85、.81。

三、資料收集過程

本研究計畫執行前經人體試驗委員會審查通過 (編號 100B014)，透過行政聯繫，向里長、社區照顧關懷據點之負責人及研究對象說明研究目的及方法並徵得同意。收案期間為 2012 年 3 月 16 日至 2012 年 5 月 31 日，有效問卷兩組回收各 110 份，回收率 94.4%。

四、資料分析

研究資料以 SPSS 12.0 版電腦統計套裝軟體進行資料分析，在描述性研究部分以百分比、平均值、標準差來分析，在推論性統計上，以卡方檢定、獨立樣本 t 檢定及皮爾森積差相關等進行統計分析。

肆、研究結果

一、社區老人在憂鬱程度、生活士氣及自我掌控信念的現況

(一) 研究對象基本屬性

在兩組對基本變數同質性檢定中，兩組對婚姻狀況與居家狀況為顯著相關。兩組老人在年齡、性別、教育程度與宗教信仰上沒有差異，皆以 75 歲以上、女性、小學以下教育程度及有宗教信仰居多，唯在未參與關懷據點活動組之婚姻及居住狀況，以已婚/同居及非獨居較參與關懷據點活動組高。

(二) 社區老人憂鬱程度的現況

由兩組憂鬱量表研究結果發現，兩組呈顯著差異 ($F=13.294, p < 0.001$)，顯示未參與關懷據點活動組老人之憂鬱傾向較參與關懷據點活動組為高。以婚姻狀況和居家狀況為干擾變數的一般線性模式單變量檢定中，得知除了第 2、3、4、5、7、8 及 10 題無顯著差異外，其餘未參與關懷據點活動組老人憂鬱程度皆顯著比參與關懷據點活動組為高。透過憂鬱程度單題檢定，發現未參與關懷據點活動組老人在比較喜歡呆在家裡而

較不喜歡外出及不喜歡做新的事，覺得大部分的人都比自己幸福，會害怕將有不幸的事情發生，覺得無望感及無價值感方面，皆高於參與關懷據點活動組。對生活滿意度，覺得「現在還能活著」是很好的事及覺得精力很充沛方面，則低於參與關懷據點活動組。

(三) 社區老人生活士氣之現況

研究結果發現，兩組呈顯著差異 ($F=27.247, p < 0.001$)，顯示參與關懷據點活動組老人之生活士氣顯著優於未參與關懷據點活動組。由兩組老人對生活士氣以婚姻狀況和居家狀況為干擾變數的一般線性模式單變量檢定中，得知除了第 8 及 17 題無顯著差異外，其餘未參與關懷據點活動組生活士氣程度皆顯著比參與關懷據點活動組為低。透過生活士氣單題檢定，發現未參與關懷據點活動組老人在寂寞感，容易掛心，害怕更多事情發生，面對一些瑣瑣碎碎的事情比往年更困擾，隨著年紀增長，覺得一切變得越來越糟，好多事覺得傷心，大部分的時候，對生活覺得太艱難，比以往更容易生氣，會煩惱到不能入睡，覺得人生不值得活及覺得越老越沒用方面，皆高於參與關懷據點活動組。但對今天過得滿意，與親戚朋友常碰面，和去年相比較一樣有精力及還像年輕時一樣快樂，則低於參與關懷據點活動組。

(四) 社區老人自我掌控信念之現況

研究結果發現，兩組呈顯著差異 ($F=32.648, p < 0.001$)，顯示參與關懷據點活動組老人之自我掌控信念較未參與關懷據點活動組高。由兩組老人對自我掌控信念

以婚姻狀況和居家狀況為干擾變數的一般線性模式單變量檢定中，除了第 6 題沒有顯著差異外，其餘未參與關懷據點活動組自我掌控信念程度皆顯著比參與關懷據點活動組為低。透過自我掌控信念單題檢定，發現未參與關懷據點活動組老人在有時候會覺得生活中被牽著鼻子走，認為發生在自身的事完全無能為力，且已經沒有方法可以解決一些現有的問題及在處理生活的問題時常有無力感方面，皆高於參與關懷據點活動組，但對自己可以做任何定意要做的事，則低於參與關懷據點活動組。

二、社區老人之基本屬性與憂鬱狀況的相關性

研究結果顯示，無論在參與關懷據點活動組或未參與關懷據點活動組，有無憂鬱與宗教信仰是有顯著相關，且知具宗教信仰者，有憂鬱傾向顯著較無宗教信仰者為低。

三、社區老人在憂鬱狀況、生活士氣及自我掌控信念的相關性

研究結果發現，在參與關懷據點活動組中，憂鬱狀況與生活士氣呈現正相關 ($r = 0.661, p = 0.000$)，與自我掌控信念呈現負相關 ($r = -0.585, p = 0.000$)。在未參與關懷據點活動組中，憂鬱狀況與生活士氣呈現正相關 ($r = 0.820, p = 0.000$)，與自我掌控信念呈現負相關 ($r = -0.728, p = 0.000$)，顯示兩組在憂鬱狀況與生活士氣、自我掌控信念皆有顯著的線性相關。

伍、討論

一、社區老人在憂鬱程度、生活士氣及自我掌控信念的現況

(一) 社區老人憂鬱程度的現況

本研究結果發現兩組憂鬱程度呈顯著差異，顯示未參與關懷據點活動組老人憂鬱傾向較參與關懷據點活動組高。推論可能的原因為本研究老人婚姻狀況以已婚、同居占最多，具宗教信仰以及非獨居之比例均較高，顯示支持系統較佳，且其中參與關懷據點活動組老人之人際互動及參加活動之頻率皆高，因而減輕負向情緒。

本研究透過憂鬱程度單題檢定，兩組老人比較，發現未參與關懷據點活動組老人較喜歡呆在家裡，不喜歡外出及不喜歡做新的事，對現況不滿意，會害怕將有不幸的事情發生，覺得大部分的人都比自己幸福，甚至覺得無望感及無價值感。可能因素為未參與關懷據點活動組老人傾向較依賴家人，缺乏勇氣嘗試新事務，人際網絡貧乏，因而提升憂鬱情緒。施春華、侯淑英、楊明仁、張麗珍、張自強和黃俊仁（2005）認為老年人如社區參與之頻率較低者，罹患憂鬱症狀之風險較高。Shin 等人（2012）文獻發現，身體活動下降與憂鬱症狀有顯著相關。Tiikkainen 和 Heikkinen（2005）進一步指出憂鬱造成身體功能下降，主要是因社會互動缺乏所致。而參與關懷據點活動組老人之憂鬱傾向較未參與關懷據點活動組低，此研究結果與 Shin 等人（2012）雷同，指出經常參加社區活動者，其憂鬱症狀程度明顯低於較少參與活動

者。參與社區關懷據點之活動，如關懷訪視，定期打電話或至老人家瞭解其身體狀況及生活情形，健康促進活動提供健康管理如量血壓及測血糖等，動、靜態活動如健康講座、手工藝品製作、體操及跳舞，老人於活動過程中，彼此分享生活經歷及感受，使情緒得以抒發，接受同儕間的建議、陪伴及關心，皆可幫助其渡過生活壓力事件，因而減輕憂鬱情緒。綜合上述得知，老年人在社區參與頻率較低及缺乏社會互動之因素，確是影響兩組憂鬱傾向之差異，為提升老人之心理健康，可鼓勵老人固定參與社區活動，對於緩解老年人面臨重大生活壓力事件帶來之衝擊，則相對重要。

(二) 社區老人生活士氣的現況

本研究結果顯示參與關懷據點活動組之生活士氣優於未參與關懷據點活動組。推論原因為參與關懷據點活動組老人從事社交活動之時間較長，其可藉由參與社區活動，如關懷問安、老人健康講座及育樂休閒等，增加人際網絡及社會支持度，使其具正向的目標，培養正向及快樂之性格，以增進尋找社會資源之能力及因應壓力之策略。而本研究未參與關懷據點活動組老人之生活士氣較參與關懷據點活動組低，可能原因為未參與關懷據點活動組老人非獨居及已婚、同居之比例均較參與關懷據點活動組老人高，且依憂鬱程度及生活士氣單題檢定得知，未參與關懷據點活動組相較於參與關懷據點活動組老人喜歡呆在家裡，不喜歡外出及做新的事，覺得和去年相比較無精力，顯得寂寞，面對一些瑣瑣碎碎的事情比往年更困擾，隨著年

紀增長，想法愈來愈負向。而活動範圍又大多侷限在家裡，社交活動力低，缺乏人際互動，所得到之資源相對較低，終日煩惱而無力突破困境，易產生孤單感。由此得知，老人參與活動能力增加，生活士氣愈高，而感受社會支持越高，則生活士氣亦愈高。

(三) 社區老人自我掌控信念的現況

本研究結果顯示參與關懷據點活動組之自我掌控信念優於未參與關懷據點活動組。依憂鬱程度及自我掌控信念單題檢定發現，未參與關懷據點活動組老人較喜歡呆在家裡，不喜歡做新的事，有時候會覺得在生活中被牽著鼻子走，發生在自身的事完全無能為力，但不認為自己可以做任何一定要做的事，也不認為可改變生命中許多重要的事情，覺得無能力。所以，老年人在此處境更顯得無力感，使得面對健康問題時，不但需依賴家人的意見，同時因其自我掌控信念低，而降低解決能力，影響自我照顧之策略。而參與關懷據點活動組老人之自我掌控信念較未參與關懷據點活動組高，依自我掌控信念單題檢定發現，參與關懷據點活動組老人認為自己是有方法可以解決現有之問題，且發生於自身的事是有能力改變。Krokavcova等人（2008）指出，高自我掌控信念可促使老年人從事預防和有效的健康之相關行為。因此，為提升老人之自我掌控能力，可促使老人增加參與社區活動之頻率，藉由嘗試新事物及接觸人群，以期達到心理健康之目標。

二、社區老人之基本屬性與憂鬱狀況的相關性

研究結果發現，唯宗教信仰方面呈顯著差異。顯示兩組老人有宗教信仰者，其憂鬱傾向顯著較無宗教信仰者為低，老一輩的人傾向較依靠宗教活動，使其感受支持的力量。

文獻指出，宗教信念與儀式已被證實，對疾病預防、精神疾病與因應身體疾病上有正向影響。老年人可藉由參與宗教活動得到支持與慰藉，產生認同感，有助於減少憂鬱狀況（李佳純、于博芮、黃秀梨，2006）。由上得知，高齡者不僅需面對生理逐漸的老化，除此之外，心靈的乾涸更易陷入負向的情緒。因此，為有效預防老人憂鬱狀況，社區關懷據點可增加懷舊治療活動，以期提升安適感。

三、社區老人在憂鬱狀況、生活士氣及自我掌控信念的相關性

(一) 社區老人在憂鬱狀況與生活士氣的相關性

本研究結果顯示，兩組社區老人在憂鬱狀況與生活士氣皆呈現顯著正相關，則出現憂鬱狀況愈少，此研究結果與 von Heideken 等人（2005）雷同。依生活士氣單題檢定得知，未參與關懷據點活動組老人覺得和去年相比較無精力，隨著年紀增長，想法愈來愈負向，對許多事會感到掛心及傷心，且活動範圍侷限於家裡，亦較難適應生理老化及生活上之變化，憂鬱程度也較高。而參與關懷據點活動組老人則從社交活動上，可增強與人溝通及互動的機會，使其負面情緒得以獲得緩解與抒發，提升生活士氣。由此得知，當老人在面臨生理功能及環境改變時，可藉

由情緒宣洩、支持之力量及社交活動來改善，以提升生活士氣，使其更有自信地因應老化問題。

(二) 社區老人在憂鬱狀況與自我掌控信念的相關性

本研究結果發現，兩組社區老人在憂鬱狀況與自我掌控信念呈現顯著負相關，此研究結果與 Gadalla（2010）雷同。未參與關懷據點活動組老人之自我掌控信念低，認為發生在自身的事完全無能為力，欲改變生命中許多事情較無能力，常有無力感，且由於老年人需適應生理老化及其他心理方面的失落，使得生活備感壓力。而參與關懷據點活動組老人在面臨退休、喪親及社會支持度低等林林總總之問題，其自我掌控信念增加，越能促使自己去從事有效的健康行為。藉由活動之參與，使長者從中學習懂得與自己及他人相處及互動，提升賦能及掌控力，運用資源及因應之策略，以緩衝面臨生活重大事件之壓力反應，克服及調適生活中負向影響，以減輕憂鬱情緒。

綜合上述得知，由於提早退休是現代人的新趨勢，但突然面臨生活型態及秩序之變化，會讓很多老年人頓時失去生活重心，造成適應上的困難，容易陷入憂鬱的情緒。因此，參與各關懷據點所提供之服務，不但可提供心理慰藉及紓解潛藏的壓力，亦可增強人際網絡之運作，提升生活士氣及重新獲得自主性，增加自我掌控能力，並從互動中學習智慧，同時獲得歸屬感及認同感，對成功老化更具相當重要的意義。本研究結果可協助篩檢出老人憂鬱的高危險群，提供增強自

我掌控信念之策略，以改善生活士氣，為將來社區老人健康促進之參考。

陸、結論

本研究主要結論彙整如下：

- 一、參與關懷據點活動組老人之憂鬱傾向較未參與關懷據點活動組低，而生活士氣及自我掌控信念則較未參與關懷據點活動組老人高。
- 二、兩組社區老人有宗教信仰者，其憂鬱傾向顯著較無宗教信仰者為低。
- 三、兩組社區老人在憂鬱狀況與生活士氣得分皆呈顯著正相關，而憂鬱狀況與自我掌控信念則呈顯著負相關。

柒、建議與研究限制

本研究結果顯示，政府推行的社區關懷據點，對社區老人確實有發揮正面影響，有參與者無論在憂鬱狀況、生活士氣與自我掌控信念皆優於未參與者。以下針對護理實務的應用及護理研究方面提出建議：

一、護理實務的應用

(一) 提升社區護理人員預防照護之角色與功能

憂鬱問題顯示已成高齡化社會的隱憂，社區護理人員面對老人憂鬱問題，不僅提供醫療服務外，更須提升其在社區預防照護之角色與功能。關懷據點提供服務其中之健康促進活動可再加入心理健康促進方面，社區

護理人員可結合關懷據點深入社區，透過整體評估老年人之心理調適及內心感受，早期發覺老人之憂鬱症狀。另外，在社區關懷據點可增設心理健康關懷站，提供免費憂鬱篩檢。例如：舉辦宣導造勢活動，使老年人隨時注意自身與他人的憂鬱情緒，並提供憂鬱情緒自我檢視表的篩檢工具及相關資料，並進行後續訪視及關懷。

(二) 增加據點服務之利用性可及性

由本研究得知，未參與關懷據點活動組老人較喜歡呆在家裡，而不喜歡做新的事，較無精力，甚至覺得無望感及無價值感。因此，促使居家老人能增加參與活動機會，是重要改善因子。以下可透過幾項策略，增強老人參與活動之意願，例如：關懷據點之活動設計可採多元及豐富性。以接駁車接送失能及行動不便之老人，使銀髮長輩們走出戶外與人群接觸，與老朋友交流聯誼，以減緩身體功能下降及憂鬱症狀之發生率。亦可透過成功參與者老人之實例，於地方電臺或廣播節目大為宣傳，以強化及連結社區資源。

(三) 治療活動之介入

兩組社區老人有宗教信仰者，其憂鬱傾向顯著較無宗教信仰者為低。所以，關懷據點服務可增加宗教與靈性活動，例如：靜坐、冥想及禱告，透過靈性的追尋，得到支持與慰藉。為了使老年人瞭解其生命歷程的價值與意義，關懷站的志工可協助長者，製作一本屬於個人之「生活故事集」，內容包含過去生活之成長經歷及生命之歷程。另外，亦可增加園藝治療活動之介入，使老年人可藉

此治療活動，增強自我掌控能力，進而改善生活士氣。

(四) 樂齡學習

建議老年人可參與鄉鎮市區所設置的「樂齡學習資源中心」，期望老人藉此達到終身學習、自主尊嚴及社會參與，維持人際脈絡，提升掌控力。

二、未來研究

在國內，社區老人憂鬱狀況、生活士氣及自我掌控信念的相關研究較缺乏，因此，本研究可瞭解社區老人憂鬱狀況、生活士氣及自我掌控信念的相關性，提供促進相關的健康能力之策略，且未來可落實介入性研究，例如，園藝治療及懷舊治療介入性活動之研究設計，以發展並提升社區老人生活士氣及自我掌控信念，增進老年人心靈安適及降低憂鬱症狀。

本研究主要探討社區老人憂鬱狀況、生活士氣及自我掌控信念之相關，採取面對面訪談方式收集，完成問卷所需時間需 20 分鐘之久，造成部分研究對象拒訪或問卷內容未完整。另外，本研究對象侷限於臺中市社區老人，時間、人力的不足，以及關懷據點方面配合意願等因素，採非隨機取樣。所以，收案樣本數缺乏代表性，造成推論上受到限制。

（本文作者：徐菁珖為弘光科技大學護理系助教；藍育慧為新生醫護管理專科學校助理教授）

致謝

本研究得以完成，感謝所有參與本研究之社區老年長者，以及里長、社區關懷據點單位之配合，僅此謝忱。

關鍵詞：社區老人、憂鬱狀況、生活士氣、自我掌控信念

參考文獻

- 丁于倩（2011）。治療性園藝活動對社區老人生活安適之成果。未發表的碩士論文，臺中：弘光科技大學護理研究所。
- 內政部統計處（2012，4月6日）。人口數三段年齡組。2012年8月2日取自 <http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100>
- 吳方瑜、黃翠媛（2009）。老年人的心理社會層面的改變。老年護理學（五版三刷，47-113頁）。臺北：華杏。
- 李佳純、于博芮、黃秀梨（2006）。靈性安適照護。安寧療護雜誌，11(1)，59-74
- 呂淑好、林宗義（2000）。南部地區老人憂鬱症狀盛行率及相關因素研究。臺灣公共衛生雜誌，19(1)，50-60。
- 林正祥、陳佩含、林惠生（2010）。臺灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子人口學刊，41，67-109。
- 邱亨嘉、謝穎慧、陳正宗（1998）。喪偶對社區老人身體、精神及社會功能之影響。中華衛誌，

- 17(5), 423-431。
- 施春華、侯淑英、楊明仁、張麗珍、張自強、黃俊仁 (2005)。社區老人憂鬱症狀的流行病學及活動參與介入之成效。實證護理, 1(1), 29-34。
- 黃慧莉、林惠賢、李碧玉、李美靜 (2001)。眷村老人之生活士氣。臺灣醫學, 5(5), 507-516。
- 葉濬彰 (2011)。社區老人的主觀社會地位、自尊、自我掌控信念與憂鬱之關係。未發表的碩士論文, 桃園:中原大學心理學研究所。
- 薛曼娜、葉明理 (2006)。社區老人權能激發過程之概念分析。護理雜誌, 53(2), 5-10。
- 蔡崇煌、劉永昌、汪美鳳、王雪鳳、林正介 (2003)。老人健檢常見症狀與憂鬱症狀之相關探討。臺灣醫界, 46(8), 335-338。
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H.M., Hickey, A., & Conroy, R.M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7, 9.
- Beekman, A. T., De Beurs, E., Van Balkom, A. J., Deeg, D. J., & Van Dyck, R. (2000). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal Psychiatry*, 157, 89-95.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology A: Biol. Sci. Med. Sci.*, 58A, M249-M265.
- Chong, M. Y., Chen, C.C., Tsang, H. Y., Yeh, T.L., Chen, C. S., & Lee, Y.H. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan. *British Journal of psychiatry*, 178, 29-35.
- Chou, K. L., Ho, A. H., & Chi, I. (2006). Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging Ment Health*, 10, 583-591.
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, A. G., & Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 227-230.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal Psychiatry*, 160, 1147-1156.
- Gadalla, T.M.J. (2010). The role of mastery and social support in the Association between life stressors and psychological distress in older Canadians. *Journal Gerontology Socical Work*, 53(6), 512-30.
- Gostynski, M., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J.P., & Herrmann, F. (2002). Depression among the elderly in Switzerland. *Nervenarzt*, 73(9), 851-60.
- Greenwood, R.M., Schaefer-McDaniel, N.J., Winkel, G., & Tsemberis, S.J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness.

American Journal Community Psychology, 6 (3-4), 223-38.

- Groothoest, D. S., Beekman, A. F., Broese Groenou Van M. I., & Deeg, D. J. (1999). Sex difference in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry Epidemiology*, 34, 391-398.
- Jang, Y., Haley, W.E., Small, B.J., & Mortimer, J.A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *Gerontologist*, 42(6), 807-13.
- Jeon, G.S., Jang, S.N., Rhee, S.J., Kawachi, I., & Cho, S.I. (2007). Gender differences in correlates of mental health among elderly Koreans. *The Journal of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (5), S323-S329.
- Jones, R. N., Marcantonio, E. R., & Rabinowitz, T. (2003). Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *Journal American Geriatric Society*, 51, 1404-1409.
- Kiljunen, M., Sulkava, R., Niinisto, L., Polvikoski, T., Verkkoniemi, A., & Halonen, P. (1997). Depression measured by the Zung Depression Status Inventory is very rare in a Finnish population aged 85 years and over. *International Psychogeriatrics*, 9, 359-368.
- Kirby, M., Bruce, I., Radic, A., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (1997) Mental disorders among the community-dwelling elderly in Dublin. *British Journal Psychiatry*, 171, 369-372.
- Kroavcova, M., Nagyova, I., van Dijk, J.P., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., Gdovinova, Z., & Groothoff, J.W. (2008) Mastery, functional disability and perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Eur Journal Neurol*; 15(11), 1237-44.
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Loke, S.C., Abdullah, S.S., Chai, S.T., Hamid, T.A., & Yahaya, N. (2011). Assessment of factors influencing morale in the elderly. *PLoS ONE*, 6(1), e16490
- Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G., & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 57A, M155-M161.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1993). Age and depression. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 187-205.
- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galletta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 13-20.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21.
- Sharon, M., & Valente. (1994). Recognizing Depression in Elderly Patients. *The American Journal of*

Nursing, 94(12),18-25.

- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A.(1986).Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc
- Shin, J.H., Do, Y.K., Maselko, J., Brouwer, R.J., Song, S.W., & Østbye, T. (2012). Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans. *Social Sciences Medical*, 75(1),179-85.
- Thoits, P.A. (2006). Personal agency in the stress process. *Journal of Health & Social Behavior*, 47(4),309–323.
- Tiikkainen, P., &Heikkinen, R.L. (2005).Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people.*Aging Ment Health*, 9(6), 526-34.
- Uotinen, V., Rantanen, T., & Suutama, T. (2005). Perceived age as a predictor of old age mortality: a 13-year prospective study. *Age and Aging*, 34,368–372.
- Vink, D.M.J., Aartsen, H.C., Comijs, M.W.,Heymans,B.W.,Penninx, M.L., &Stek. (2009). Onset of Anxiety and Depression in the Aging Population: Comparision of Risk Factors in a 9-year Prospective Study. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*, 17(8), 642-652.
- von Heideken, Wågert, P., Rönmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J.M.,Nygren, B., Lundman, B., Norberg, A., &Gustafson, Y. (2005). Morale in the oldest old: the Umeå 85+ study.*Age Ageing*, 34 (3),249-55.
- Wang, J. J. (2001). Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural community in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 9(3), 1-12.
- Wong, S., Mercer, S., Woo, J., & Leung, J. (2008). The influence of multi-morbidity and self-reported socio-economic standing on the prevalence of depression in an elderly Hong Kong population. *BMC Public Health*, 8,119.
- Woo, J., Ho, S.C.,& Wong, E.M.(2005). Depression is the predominant factor contributing to morale as measured by the Philadelphia Geriatric Morale Scale in elderly Chinese aged 70 years and over. *International Journal Geriatrics Psychiatry*, 20(11), 1052-9.