

## 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

曾淑芬<sup>1\*</sup> 張志娟<sup>2</sup> 曾薈霓<sup>3</sup> 劉立凡<sup>4</sup> 陳惠芳<sup>5</sup>

<sup>1</sup>嘉南藥理科技大學老人服務事業管理系

<sup>2</sup>國立陽明醫學院附設醫院醫務行政室

<sup>3</sup>嘉南藥理科技大學社會工作學系

<sup>4</sup>國立成功大學老年學研究所

<sup>5</sup>嘉南藥理科技大學醫務管理系

### 摘 要

憂鬱及認知功能障礙是老人常見心理健康問題，本研究旨在探討南部地區社區高齡者的憂鬱傾向與認知功能的狀況並分析其相關因素。本研究樣本為居住在南部地區，並以隨機取樣方式從台南及高雄地區抽出 65 歲以上的健康老年人為樣本(計 1,100 位)，採面訪方式收集資料，實際回收有效樣本為 865 份。結果顯示受訪者有潛在憂鬱傾向者佔 7.4%，有輕度以上認知功能障礙比例佔 16.2%。年齡、婚姻狀況、體能困難度、環境型態、旅遊活動、居家靜態活動、社團活動等為相關因子。建議對社區老人心理健康做定期評估與調查，以適度提供照護介入與關懷輔導。

**關鍵詞：高齡者、憂鬱傾向、認知功能、心理健康**

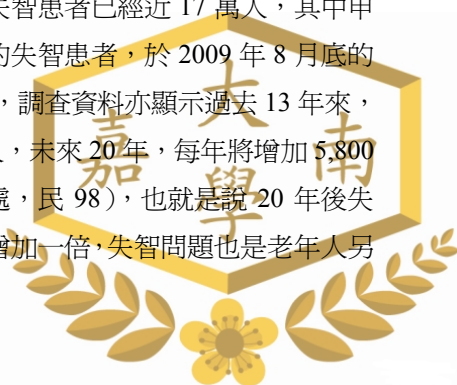
\*通訊作者:嘉南藥理科技大學老人服務事業管理系  
Tel: +886-6-2664911 轉 3708  
Fax: +886-6-2667511  
E-mail: tsfshiny@gmail.com

### 壹、前言

由於社會環境的變遷、家庭互動及文化價值的改變等因素，造成老年人容易出現憂鬱和適應障礙的情形，老人心理健康問題不容忽視。老人心理健康上的問題往往會對身體健康產生負面的影響，其中以憂鬱狀況在心理健康上尤其扮演著相當重要的角色，世界衛生組織在 2001 年將年度主題定為「心理健康」，並確認心理健康是生理健康的基礎，而心理健康維護至今也已成爲各先進國家衛生政策的重點工作。憂鬱症、癌症與愛滋病被世界衛生組織列爲二十一世紀的三大疾病，其中憂鬱症是唯一的心理疾病。根據估計，憂鬱症將成爲本世紀以來導致全球人類失能疾病的第二位，同時也是已開發

國家中，造成社會負擔最嚴重的疾病之一（WHO, 2001）。

而老人失智症則是目前面臨人口老化壓力的社會下另一個隱憂。全世界每七秒就會有多一個失智症患者，根據國際失智症協會統計推估 2050 年患有失智症的人口將達到 1 億 1540 萬人，而根據統計推估，目前我國失智患者已經近 17 萬人，其中申請身心障礙手冊的失智患者，於 2009 年 8 月底的統計爲 28,639 人，調查資料亦顯示過去 13 年來，每年增加 3,700 人，未來 20 年，每年將增加 5,800 人（內政部統計處，民 98），也就是說 20 年後失智老年人口數將增加一倍，失智問題也是老年人另



一項值得探討的心理健康重要課題。

老年人面臨身體功能的改變、退休後的心理變化以及社會生活的重新適應等經歷與衝擊，將有較高的機會會發生憂鬱傾向及認知功能障礙等狀況，基於台灣人口快速老化，老人心智問題亟需儘早面對，因此，本研究目的乃在關注老人發生憂鬱及失智傾向的問題，並考量地區性的差別，探討社區環境對老人心理健康的影響效果。

## 貳、文獻探討

### 一、老人憂鬱現況分析

老年人邁入老化的過程中，會經歷生理上（包含疾病、失能與功能退化）、心理上（認知功能下降與自我認同的調適）和社會生活方面（退休、失去伴侶或親友）等改變（Lang & Carstensen, 1994），這些改變造成老年人的壓力，增加了老年憂鬱症的可能性。根據台灣憂鬱症防治協會研究（民 98），重鬱症盛行率 1-4%，輕度憂鬱症盛行率約為 4-13%。但老人憂鬱盛行率約為 12.9%至 21.7%，其中重度憂鬱症為 6.2%，輕度憂鬱症為 6.8%至 15.5%；而紹靖翰（民 93）在玉里地區針對 1159 位 65 歲以上社區老年人所做的調查結果，有憂鬱傾向的盛行率為 20.3%。

至於國外相關研究方面，Osborn et al. (2002) 以英國 75 歲以上的社區老年人為對象的研究顯示老年憂鬱盛行率為 8%。而 Lai et al. (2008) 針對加拿大 65 歲以上華裔老年人調查顯示有憂鬱傾向者約為 20%。綜而言之，國內外老年憂鬱及憂鬱傾向的盛行率約在 7%~20%，且有隨年齡增加而增加的趨勢。

### 二、老人認知障礙現況分析

國內相關研究顯示老人認知障礙狀況有逐年增加趨勢。根據 Yen et al. (2010) 利用台灣老人生活和健康狀況的次級調查資料，所進行的縱向研究結果顯示，台灣於 1999 年時老人認知障礙的盛行率是 7.59%，到了 2003 年盛行率升至 9.89%。而我國行政院衛生署委託台灣失智症協會所進行的調查結果，台灣的失智症人口達十四萬人，六十五歲

老年人的失智症盛行率大約是 5%，根據歷年資料推估老人每增加五歲，其盛行率有倍增現象，分別為 65~69 歲 1.2%、70~74 歲 2.2%、75~79 歲 4.3%、80~84 歲 8.4%、85~89 歲 16.3%、90 歲以上 30.9%，年紀愈大盛行率愈高（台灣臨床失智症協會，民 98）。由於老人因認知功能障礙導致的失智症問題，目前尚無積極有效的治療方式，且伴隨著病程進展所衍生的問題日益增多（高潔純、林麗輝，民 91），因此，失智問題亦將成為長期照顧體系中主要的老人照顧議題。

### 三、憂鬱症和認知障礙對老人生活之影響

#### （一）憂鬱症對老人生活的影響

憂鬱的感覺除了沮喪、絕望外，有許多憂鬱症的患者可能會對工作和休閒活動失去興趣，甚至會對先前喜歡的事物感到厭惡、沒有食慾而導致體重下滑，性慾減低在憂鬱症患者中也很常見（李昭慶，民 89）。此外，憂鬱症患者的思考和情緒會圍繞著無價值感、無望感與自殺意念，及易將負面事件與生活中真實或想像的事件作連結，對未來感到無望感，而個人思考會影響其感覺，因此憂鬱症患者會對許多情境有不正確的詮釋（Solomon, Haaga, Brody, Kirk, & Friedman, 1998）。

老年憂鬱症相關的負面影響包含自殺、住院、死亡率、預後、失能等。老年人罹患憂鬱症將會提高其自殺、住院率、罹病率、死亡率、預後與失能等之機率；由於憂鬱會降低老年人的身體活動及社交互動，因此降低老年憂鬱症的發生，可預期老年人在住院率、罹病率、死亡率、自殺和失能情況等皆能夠有所改善，並且享有較佳的生活品質。憂鬱可能在任何年齡層導致成年認知功能退化，若是老年期罹患憂鬱症時，其認知功能退化通常會被歸類為「憂鬱之痴呆症後群」（王仁傑等，民 90）。國人對憂鬱症普遍缺乏正確的認知，仍把憂鬱症當作是可怕的精神疾病，而害怕至精神科求助，因此老人潛在的憂鬱傾向更值得關注。

（二）認知功能障礙對老人生活的影響  
相關文獻指出認知功能障礙者，大約 80%以上具有一種以上行為的障礙，且隨著病程愈嚴重，出現



的問題行爲也愈多 (Swearer, Drachman, O'Donnell, & Mitchell, 1988 ; Teri, Larson, & Feifler, 1988)。其中常出現且爲家屬主要送醫的行爲障礙爲重覆行爲、睡眠障礙、攻擊他人、漫遊、迷路、貪食和不恰當的性行爲等 (黃正平, 民 85)。而認知障礙者也易患有精神症狀, 憂鬱症狀、對事物提不起興趣、社會退縮、以及運動反應遲鈍等。一般而言, 失智症併憂鬱症的發生率約在 40~50% 左右 (Burns, 1992)。而被偷妄想也是患者最常出現的症狀之一。家中如有認知功能障礙者, 往往整個家庭的生活連帶受到嚴重影響, 因此, 認知功能障礙不僅是患者個人的事, 往往是整個家庭甚至於所居住的社區都可能面臨的社會問題。

#### 四、影響高齡者憂鬱與認知功能狀況的相關因素

國內外研究顯示影響老人憂鬱症的相關因素有年齡、性別、配偶情況 (離婚、分居或死亡)、社經狀況、健康狀態、以及身體活動功能等 (Osborn et al., 2002; Biderman, Cwikel, Fried, & Galinsky, 2002; Kivela & Pakkala, 2003)。Woo (1994) 等學者, 在香港對社區老人進行的橫斷面研究, 結果顯示老人社會支持較差、不常與親朋好友來往、有身體失能、自覺健康較差、及記憶力退化等項者, 有明顯的憂鬱狀況。而老人有日常生活活動狀況失能者, 其發生憂鬱狀況的危險性比無失能之老年人高出 1.67-2.25 倍 (林正祥、林惠生, 民 95; Penninx, Leveille, Ferrucci, Eijk, & Guralnik, 1999; Jongenelis & Eisses, 2004; Moussavi et al., 2007)。國內外研究均顯示, 年齡是預測憂鬱症狀的重要因素, 老年人的憂鬱症比較高, 且老年女性憂鬱症的比例又比年老男性爲高; 且從未結婚或不再婚者的憂鬱比率也較已婚者爲高 (葉雅馨、林家馨, 民 95)。而以國民健康局的老人長期追蹤調查資料進行分析的結果, 女性獨居者有憂鬱症狀比例比非獨居者高 (林小鳳、葉純志、劉怡姣, 民 90); 其中獨居的老人得憂鬱症狀的可能性爲非獨居者的 1.92 倍 (邵靖翰, 民 93)。

至於影響老人認知功能狀況的相關因素, 則包括年

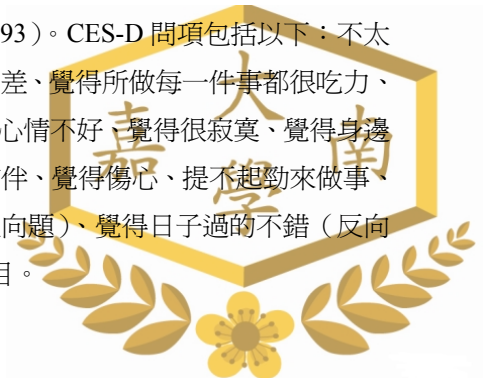
齡、性別、和健康狀況等。失智症的盛行率隨著年齡增加而遞增, 而且女性高於男性 (Rin, Huang, & Tseng, 1987; Yip, Shyu, & Lee, 1992; Liu, Lin, & Chen, 1996; Liu et al, 1998)。而台灣學者於 1989 年至 2003 年對老人認知功能障礙進行縱貫研究之研究結果發現, 年齡較大、女性, 低教育程度, 日常生活功能障礙, 並有糖尿病或中風史等, 是影響認知功能障礙的重要相關因素 (Yen et al., 2010)。

#### 五、憂鬱症及認知功能評估方法

##### (一) 憂鬱狀況評估

國內外針對憂鬱程度篩檢的工具甚多, 常見老年憂鬱症評估量表包括: 美國流行病學研究中心憂鬱量表 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; 簡稱 CESD)、老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-30 items, 簡稱 GDS)、及簡易老人憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-Short Form 15, 簡稱 GDS-SF15)。

1. 美國流行病學研究中心憂鬱量表 (CES-D): 爲 Radloff 於 1977 年所發展, 完整版本內含 20 個評估項目 (分數範圍爲 0 至 60 分), 由憂鬱症狀的陳述所組成的自我評估指標, 被設計用於社區樣本中測量憂鬱徵狀, 因素分析可包含憂鬱情緒、正向情緒、身體及遲滯活動與人際互動四部份。受試者依過去一星期內自身的情形選擇適當之選項, 症狀的發生頻率分爲「沒有或極少」(每週一天以下); 「有時候」(每週一天至二天); 「時常」(每週三天至四天); 「經常」(每週五至七天)。量表採四點計分, 共爲 0 至 60 分, 依症狀發生的頻率, 由 0 分至 3 分給分, 分數愈高表示憂鬱程度愈嚴重。一般以 16 分爲分界, 大於 16 分者則被視爲具有憂鬱症狀 (江信男, 民 93)。CES-D 問項包括以下: 不太想吃東西胃口很差、覺得所做每一件事都很吃力、睡不好覺、覺得心情不好、覺得很寂寞、覺得身邊的人不要和你作伴、覺得傷心、提不起勁來做事、覺得很快樂 (反向題)、覺得日子過的不錯 (反向題) 等 10 個項目。





## 2.老年憂鬱量表 (GDS)

老年憂鬱量表為 Brink 與 Yesavage 等學者在 1982 年所發展 (Yesavage et al., 1982)。此量表包含 30 項題目, 採用「是/否」的作答形式, 其中有 10 題為反向題, 答「是」記 1 分, 其餘 20 題答「否」記 1 分。總分為 0~30 分, 0~9 分為正常, 10~19 分表輕度憂鬱傾向, 20~30 分表嚴重憂鬱傾向, 其敏感度為 92%, 特異性為 89%。Brink (Brink, 1989) 在 1989 年的研究中, 進一步認為輕度憂鬱傾向與嚴重憂鬱傾向的分數切割點分別為 9 分與 14 分, 若是做為一般篩檢用, 建議分數切割點前所述, 若是需要較高的敏感度或特異性, 可依各研究目標來訂定。

## 3.簡易老年憂鬱量表 (GDS-SF15)

為 Sheikh 與 Yesavage 於 1986 年, 依據 1982 年發展的原始老人憂鬱量表簡化而來 (Sheikh & Yesavage, 1986), 為一份包含 15 項題目的自我填寫 (Self-short) 評估量表, 主要適用於老年族群憂鬱傾向的篩檢, 並非診斷或描述憂鬱。此問卷內容主要以與精神症狀相關的項目為主, 例如悲傷的感覺、沒興趣、無聊等問題。為了減少老人在填答問卷時的疲憊以及彌補老年人因退化引發的記憶力減退狀況, 此問卷答案為「是/否」的型式作答, 整份問卷僅需花 5-8 分鐘即可填答完成。其總份由 0 分至 15 分, 得分為 0-4 表示沒有憂鬱傾向, 5-10 分表示有輕微憂鬱傾向, 10-15 分表示有較嚴重之憂鬱傾向, 分數愈高表示憂鬱傾向愈高。

綜觀國內外研究均顯示 CES-D 對老人憂鬱狀況的篩檢具有良好的建構效度、專家效度、內在一致性 (Cronbach's alpha 值 = 0.8~0.90)、再測信度 (r=0.51~0.67) 與折半信度, 為適用於社區老人群體調查的良好憂鬱症狀篩檢工具。國民健康局與美國密西根大學老人研究所及該校人口中心合作之「台灣地區老人保健與生活問題長期追蹤調查系列研究」, 在 1993 年後的調查均僅採用密西根大學老人研究所因素分析法選出之 10 個項目作為測量台灣老人抑鬱量表 (楊景閔, 2005), 擷取的 10

項題目組成的量表與總量表達 20 題的相關高達 0.96, 且 10 題量表的內在一致性亦達 0.86, 顯示 10 題量表亦具相當高的信度 (蔡秀美、周雅容, 民 84), 其得分範圍為 0 至 30 分, 即分數越高代表罹患憂鬱症狀愈嚴重, 並以得分為 0 至 9 分為「無憂鬱」、10-30 分為「有憂鬱」(Kohout, Berkman, & Evans, 1993)。

## (二) 認知功能評估

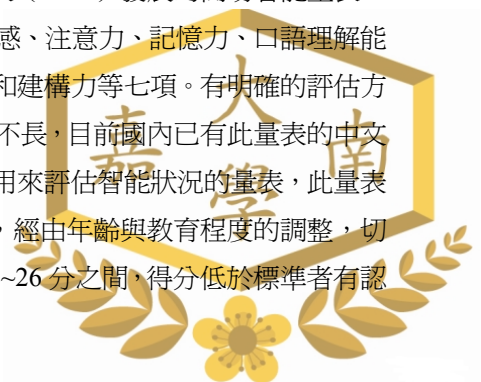
常用於針對老人認知功能狀況進行篩檢調查的評估量表為簡易心智狀態問卷調查表 (Short Portable Mental Status Questionnaire; 簡稱 SPMSQ), 及簡易智能量表 (Mini-mental state examination; 簡稱 MMSE), 以下說明之。

### 1.簡易心智狀態問卷調查表 (SPMSQ)

此量表是從 Mental Status Questionnaire (MSQ) 修改而來, 由受訪者自行回答, 總共有 10 題屬於記憶性的問題, 答對得分為 0 分, 答錯得為 1 分, 總分範圍為 0-10 分, 分數愈高表示認知功能愈差, 10 題中答錯 3 題 (含) 以上者即判定為功能障礙 (Pfeiffer, 1975)。相關研究考量受訪者的教育程度狀況而調整認知功能的判定分數; 對於小學以下含不識字者, 其分數調整為 0~3 為正常, 4~5 分為輕度障礙, 6~10 分為中度以上障礙; 對於國中程度者, 其分數調整為 0~2 分為正常, 3~4 分為輕度障礙, 5~10 為中度以上障礙; 而具有高中以上程度者, 都其分數調整為 0~1 為正常, 2~3 分為輕度障礙, 4~10 為中度以上障礙。

### 2.簡易智能量表 (MMSE)

由 Folstein 等人 (1975) 發展的簡易智能量表, 內容包含定向感、注意力、記憶力、口語理解能力、行動能力和建構力等七項。有明確的評估方式且評估時間不長, 目前國內已有此量表的中文版, 為臨床常用來評估智能狀況的量表, 此量表總分為 30 分, 經由年齡與教育程度的調整, 切割點範圍在 14~26 分之間, 得分低於標準者有認



知功能障者 (Wiley & Sons, 1998)。

總括而言,國內目前常用於社區老人調查之憂鬱量表以美國流行病學研究中心所發展之憂鬱量表(簡稱 CES-D)居多(Kohout et al.,1993; Radloff et al.,1977; 楊景閔,民 94),認知功能則常用簡易心智狀態問卷 (SPMSQ) 調查表 (Pfeiffer,1975;Yen et al., 2010),故本研究乃分別以美國流行病學研究中心憂鬱量表和簡易心智狀態問卷調查量表進行社區老人憂鬱和認知功能之測量工具。

## 參、研究方法

本研究以橫斷式研究設計,進行社區高齡者憂鬱傾向和認知功能狀況的探討,並根據前述文獻回顧,分析「基本人口特性」、「健康狀況」、「社會支持網絡」、「社會參與」與「環境因素」等五個層面,與老人憂鬱狀況和認知功能的相關性。本研究以台灣南部地區 65 歲以上之健康老人為對象,並從台南縣市和高雄縣市各選出三個鄉鎮區為調查地區,所選出之鄉鎮區乃代表都市、鄉村、及漁村等三種不同的環境型態,分別為代表都市的高雄市三民區及台南市南區;代表漁村的高雄縣茄萣鄉及台南縣將軍鄉;代表農村的高雄縣旗山鎮及台南縣仁德鄉,總計抽取六個鄉鎮區。

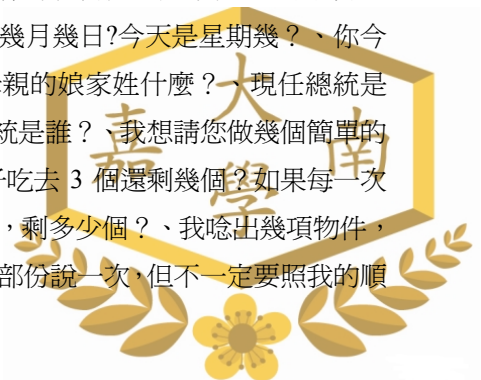
本研究以上述六個地區 65 歲以上之居家老人為對象,以調查研究法進行,並採面訪方式蒐集資料。研究對象將排除完全臥床、意識不清、無法自答、失智或精神疾病、及重聽之老人。為考量研究經費及人力有限,且本計畫著重於現象探查,故採用樣本數機率隨機抽樣方式 (probability proportional to size,簡稱 PPS) 來選取實際受訪的對象,本研究以平均數±2 個標準差推估,誤差值在 3%的容許範圍下,預估需 1,100 個樣本數。本研究發放出總份數為 1,100 份,實際回收 990 份,扣除漏答、無效問卷等,實際回收有效樣本為 865 份,佔實際回收樣本數 87.37%。

本研究工具則為自擬之問卷,問卷內容以結構性問題來設計,其中封閉性題項包含樣本基本特性、罹

病狀況、自理生活狀況、認知功能狀況、身體動作活動狀況、憂鬱狀況、社會支持等。「個人基本資料」包含性別、年齡和工作型態等三項。「社會支持」題項則以婚姻狀況為代表。「自理生活狀況」則包括 ADL 及 IADL 之困難程度;「體能活動困難度」是以「連續站立 15 分鐘」、「連續站立 2 小時」、「屈蹲」、「雙手舉高至頭上」、「用手拿或扭轉東西」、「拿起或攜帶 20 台斤的東西」、「短距離跑步」、「走完 200 至 300 公尺」及「能走到 2 樓或 3 樓」等 9 項困難度的加總為主。本研究依據六個社區環境型態分為都市、農村、漁村等三類。而在「社會參與」的部份,則依據相關文獻歸納為鄰里活動(如與鄰居互動或鄰近社區走動)、居家靜態(包括在家做手工藝、靜坐禮佛、閱讀書報等)、居家動態(如飼養寵物、帶小孩、栽植花草園藝等)、旅遊活動和社團活動(如工商團體、社會服務團體、及宗教團體活動等)等五大類 (Ekstrom et al, 2008)。

「憂鬱狀況」題項係採用 CES-D 量表,此一變項,共十題,有三題為反向題,問項包括以下:不太想吃東西胃口很差、覺得所做每一件事都很吃力、睡不好覺、覺得心情不好、覺得很寂寞、覺得身邊的人不要和你作伴、覺得傷心、提不起勁來做事、覺得很快樂(反向題)、覺得日子過的不錯(反向題)等 10 個項目。經轉向加總後則為社區高齡者之憂鬱程度,信度檢定之 Cronbachs'α 為 0.80。本研究使用 CES-D 量表,並以 16 分為分界,大於 16 分者則被視為具有疑似憂鬱症狀,而 0-15 分為潛在憂鬱 (Kohout et al.,1993)。

「認知功能狀況」採用 SPMSQ 量表評估,由受訪者自行回答,總共有 10 題屬於記憶性的問題,題項包括:請你告訴我你的地址、請你告訴我這裡是哪裡?(你身在何處?如家裡、公園等)、今天是民國幾年幾月幾日?今天是星期幾?、你今年幾歲?、你母親的娘家姓什麼?、現任總統是誰?、上一任總統是誰?、我想請您做幾個簡單的計算。20 個橘子吃去 3 個還剩幾個?如果每一次再連續吃去 3 個,剩多少個?、我唸出幾項物件,請您把您記得的部份說一次,但不一定要照我的順



序來說、我要唸出幾個數字(4、2、9、8、1)，請您倒著唸。以上每一題項答對得分為0分，答錯得分為1分，總分範圍為0-10分，分數愈高表示認知功能愈差，並經教育程度校正，判定答錯0-2題者為認知功能正常；3-4題答錯者為輕度認知功能障礙；5-10題錯誤為認知功能中度以上障礙，本量表經樣本信度檢定其Cronbachs'α為0.83。

Jenkins, Brugha, & Meltzer, 2000)，發現鄉村地區的精神疾病比例是較高的，是否由於鄉村地區的服務資源較都市地區稀少所致，值得未來進一步探討。

## 肆、結果與討論

### 一、基本人口特性

本研究之受訪者性別分佈以女性居多(佔工作狀況53.18%)，年齡大多介於65-69歲(佔27.40%)，其次為70-74歲(佔25.43%)。在工作狀況上，約六成左右受訪過去曾工作過(佔63.24%)，約有一成左右的受訪者一直都無工作(佔12.95%)。半數以上受訪者的婚姻狀況為已婚有配偶(佔61.27%)，近三成為無配偶(佔35.26%)。

### 二、憂鬱傾向的分布狀況

表一顯示高齡者疑似憂鬱的傾向，女性(佔8.9%)明顯高於男性(約5.7%)，相關研究中也顯示女性比男性的憂鬱傾向來得高(施春華、侯淑英、楊明仁，民94)，而且因性別不同造成的心理差異，對於憂鬱成因、症狀與因應的方式也會有所不同(張智嵐、袁聖琇、黃美芳，民96)。

結果顯示健康狀況較差者也有較高的憂鬱傾向，其中自覺健康不好以及多項體能活動困難者傾向疑似憂鬱狀況的比例分別為22.4%和25.5%。相關研究均指出自覺健康狀況是最能預測憂鬱傾向的重要因子之一(江弘基等人，民95；Moussavi et al., 2007)

而有社會支持者則較不會有憂鬱傾向，婚姻狀況涉及老人生活的伴侶關係，對其心理慰藉的影響不可輕忽，本研究顯示有配偶者(4.5%)明顯低於分居無偶者(16.7%)，此與Osborn et al. (2002)研究結果相同。此外，住在都市地區的樣本老人明顯較少發生憂鬱傾向(分別為5.5%)，根據英國的全國調查結果(Paykel, Abbott,

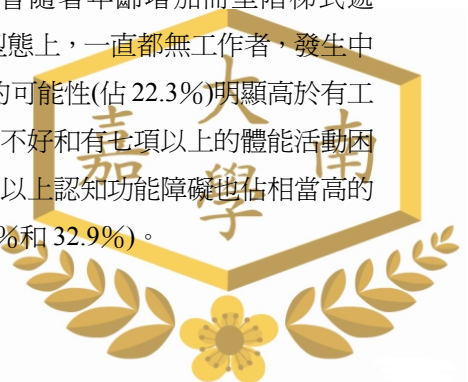
表一、受訪者憂鬱傾向分佈表(N=865)

變項名稱/類別		總計	有憂鬱傾向 人數(百分比)		卡方值
性別	男	405	23	(5.7)	3.3*
	女	460	41	(8.9)	
年齡	65-69歲	237	11	(4.6)	4.2
	70-74歲	220	18	(8.2)	
	75-79歲	210	16	(7.6)	
	80歲以上	198	19	(9.6)	
	目前無工作	206	13	(6.3)	
工作狀況	過去有現在無工作	547	42	(7.7)	0.5
	一直都無工作	112	8	(8.0)	
	好	284	5	(1.8)	
自覺健康	普通	380	14	(3.7)	86.7***
	不好	201	45	(22.4)	
	0項	149	1	(0.7)	
體能活動 困難度	1-3項	291	9	(3.1)	90.0***
	4-6項	276	16	(5.8)	
	7項以上	149	38	(25.5)	
	有偶	530	24	(4.5)	
婚姻分組	分居	30	5	(16.7)	17.5***
	無偶	305	35	(11.5)	
	農村	258	12	(4.7)	
環境型態	漁村	335	37	(11.0)	10.8**
	都市	272	15	(5.5)	

\*p<0.05 \*\*<0.01 \*\*\*p<0.001

### 三、認知功能狀況的分布情形

表二顯示不同的認知功能在年齡、工作狀況、健康狀況、婚姻狀況及地區環境等均有顯著差異性。認知功能障礙程度會隨著年齡增加而呈階梯式遞增；至於在工作型態上，一直都無工作者，發生中度以上功能障礙的可能性(佔22.3%)明顯高於有工作者。而自覺健康不好和有七項以上的體能活動困難度者，發生中度以上認知功能障礙也佔相當高的比例(分別是23.9%和32.9%)。





社會支持不佳者的認知功能障礙的可能性也較高，分居和無偶的受訪者，其中度以上功能障礙是有偶的 2 倍，惟相關文獻指出婚姻狀況對於高齡者認知的影響並不一致，其中婚姻關係不佳者，可能會造成認知功能障礙的症狀(Yen et al., 2010)。本研究結果是否由於婚姻關係造成的，因受限於資料並無法進一步了解老人的婚姻關係，未來此部份仍有待深入檢証。

而住在都市的高齡者認知功能大多都正常(佔 82.0%)，僅有約 18%左右是有認知功能障礙的可能，至於住在漁村的樣本老人則有較高的比例會有中度以上功能障礙(佔 21.2%)。

#### 四、老人憂鬱傾向及認知功能狀況與社會活動參與的相關分析

##### (一)憂鬱傾向與社會參與之關係

表三分析結果發現，無論在鄰里活動、旅遊活動、居家動態、居家靜態和社團參與均與老人的憂鬱傾向有統計上的顯著關係。較少參與或從不參與社會活動的老人，發生憂鬱傾向的比例均比有參與者明顯高出許多。其中以居家動態活動的差異最高，無規律性的活動者比有多項活動者高出 6.4 倍的憂鬱傾

向(分別為 21.8%與 3.4%)，其次則為有參加旅遊活動者比無參加者相差為 4 倍。

老人參與活動能使人際互動愈多，心理就愈健康。許多不同的社交接觸與支持對於老人都有幫助，包括拜訪朋友、參加宗教團、社會聚會等等，在鍾國文(1998)的研究曾指出老人的休閒需求是源自退休後自由時間的增加，退休後導致社會接觸的減少、角色的喪失等，更需要參與一些活動，來獲得生活上的滿足感和幸福感，若缺少社團相關活動的參與，將使憂鬱症狀更早出現(施春華等，民 95)。

##### (二)認知功能與社會參與的關係

認知功能與社會活動的參與也都有顯著相關性，表四結果顯示參與社會活動越多項者，期可能發生中度以上功能障礙者的比例都低於一成，反之，其發生認知功能障礙的比例將增加至少四倍，其中以旅遊活動的影響性最高，從未參與過旅遊活動的老人發生中度以上認知障礙的比例為 24.7%，比多次參與者高出約 4.8 倍可能性。

表二、受訪者認知功能狀況分佈表(N=865)

		總計	輕度功能障礙	中度以上功能障礙	卡方值
			人數 (百分比)	人數 (百分比)	
性別	男	405	73 (18.0)	46 (11.4)	2.9
	女	460	100 (21.7)	60 (13.0)	
年齡	65-69 歲	237	46 (19.4)	6 (2.5)	59.2***
	70-74 歲	220	43 (19.5)	19 (8.6)	
	75-79 歲	210	43 (20.5)	31 (14.8)	
	80 歲以上	198	41 (20.7)	50 (25.3)	
工作狀況	目前有工作	206	36 (17.5)	24 (11.7)	15.9**
	過去有現在無工作	547	122 (22.3)	57 (10.4)	
	一直都無工作	112	15 (13.4)	25 (22.3)	
自覺健康	好	284	49 (17.3)	16 (5.6)	447***
	普通	380	78 (20.5)	42 (11.1)	
	不好	201	46 (22.9)	48 (23.9)	
體能活動困難度	0 項	149	21 (14.1)	4 (2.7)	99.5***
	1-3 項	291	62 (21.3)	17 (5.8)	
	4-6 項	276	52 (18.8)	36 (13.0)	
婚姻狀況	7 項以上	149	38 (25.5)	49 (32.9)	36.1***
	有偶	530	90 (17.0)	45 (8.5)	
	分居	30	12 (40.0)	5 (16.7)	



環境型態	無偶	305	71 (23.3)	56 (18.4)	72.6***
	農村	258	80 (31.0)	19 (7.4)	
	漁村	335	60 (17.9)	71 (21.2)	
	都市	272	33 (12.1)	16 (5.9)	

\*p<0.05 \*\*<0.01 \*\*\*p<0.001

表三、憂鬱傾向與樣本老人社會參與之相關分析

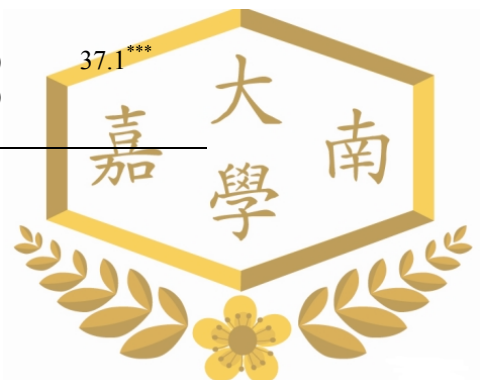
社會參與項目	疑似憂鬱		卡方值
	人數 (百分比)		
鄰里活動	沒有	16 (18.4)	17.1***
	有	48 (6.2)	
旅遊活動	0 項	39 (15.1)	31.94***
	1 項	8 (5.1)	
	2 項以上	17 (3.8)	
居家動態活動	0 項	26 (21.8)	49.86***
	1 項	20 (9.3)	
	2 項以上	18 (3.4)	
居家靜態活動	0 項	5 (16.7)	13.57**
	1~2 項	30 (11.2)	
	3 項以上	29 (5.1)	
社團活動	0 項	30 (14.9)	26.01***
	1-2 項	25 (7.2)	
	3 項以上	9 (2.8)	

\*p<0.05 \*\*<0.01 \*\*\*p<0.001

表四、認知功能狀況與受訪者社會參與之相關分佈

		輕度功能障礙	中度以上功能障礙	卡方值
		人數 (百分比)	人數 (百分比)	
鄰里活動	沒有	24 (27.6)	19 (21.8)	14.2**
	有	149 (19.2)	87 (11.2)	
旅遊活動	0 項	55 (21.2)	64 (24.7)	66.4***
	1 項	37 (23.6)	19 (12.1)	
	2 項以上	81 (18.0)	23 (5.1)	
居家動態活動	0 項	29 (24.4)	38 (31.9)	75.3***
	1 項	45 (20.9)	36 (16.7)	
	2 項以上	99 (18.6)	32 (6.0)	
居家靜態活動	0 項	10 (33.3)	12 (40.0)	48.0***
	1~2 項	56 (20.8)	48 (17.8)	
	3 項以上	107 (18.9)	46 (8.1)	
社團活動	0 項	38 (18.8)	47 (23.3)	37.1***
	1-2 項	76 (22.0)	40 (11.6)	
	3 項以上	59 (18.6)	19 (6.0)	

\*p<0.05 ; \*\*p<0.01 ; \*\*\*p<0.001





## 五、 影響社區老人憂鬱傾向之相關因素

以邏吉斯迴歸分析高齡者憂鬱狀況之相關因素結果，在控制其他變項之後，老人憂鬱傾向與工作狀況、婚姻狀況、自覺健康、體能活動困難度、社團活動等變項達統計上的顯著相關(見表五所示)。目前有工作者比沒有工作的老人有較高的比例發生憂鬱傾向，由於在一般常態的生活中，工作佔據了人們每日生活的三分之一，當吾人步入老年而退休之後，調整這三分之一的時間便非常重要，若退休之後，沒有調適得當，將造成失落的危險，包括社經地位、失去自尊、友誼、金錢等，進而危及個人的心理健康(李世代，民 92)。

而在婚姻狀況中，分居和無偶者也較容易患有憂鬱症(勝算比分別為 4.2 及 2.3)。而自覺健康較不好的老人則比較健康自我感覺良好者，有六倍的可能會陷入憂鬱傾向的危險性(勝算比為 6.3)；而體能活動困難度達 7 項以上者的危險性更高達 14.8 倍。

本研究也顯示從未參加社團活動者也比參加多項(三項以上)者有較高的憂鬱傾向(危險對比值 2.3)。在林富紳(民 92)探討台灣城市與鄉村地區居民心理健康的差異結果也顯示，台灣城鄉居民的心理健康有差異、社會支持對個人的心理健康有正面的影響、活動參與對城鄉居民的心理健康也有影響。

## 六、 影響高齡者認知功能狀況之相關因素

表六顯示在控制其他變項之後，高齡者的認知功能障礙情形，與年齡、體能活動困難度、環境型態以及參與旅遊活動、居家動態活動、社團活動等變項有顯著相關。其中，年齡越高者認知功能障礙的可能危險性也相對的增加，75-79 歲和 80 歲上的勝算比分別為 3.9 和 5.8；相關研究指出年齡是老人認知功能障礙的一個危險因子，認知功能障礙隨著年齡的增長造成的影響也相對提升(Rin et al., 1987; Liu et al., 1998; Yip et al., 1992; Liu et al., 1996; Dotson, Resnick, & Zonderman, 2008; Yen et al., 2010)。

而有體能活動困難者比無困難度者有較高比率發生認知功能障礙(勝算比為 3.6)；住在農村和漁村的高齡者有較高的可能性(危險對比值分別為 2.5 和 4.1)；居住環境對老人認知功能狀況的影響來自於環境刺激程度的不同，都會地區的休閒環境，以社團為主要活動的提供者，高齡者在這樣的環境中，能自主選擇活動，所以是扮演主動者的角色，且活動提供者對於高齡者的需求也是相對非常重視(蔡必焜，民 95)；而鄉村地區的休閒環境，則是以村里關懷中心為主要活動的提供者，高齡者在這環境中，多半是被動者的角色，他們對於活動的反應，通常是需要相當的誘因，才會使參與活動的意願提升(蔡必焜，民 95)。

研究結果也發現，有參加二項以上旅遊活動者比無參加或只參加一項者有中度以上認知障礙的可能性來得低；完全沒有任何居家靜態活動者，其發生認知功能障礙的危險性也較高(勝算比為 2.6)；在社團活動上，與居家靜態相似，都沒有參加者比有參加者的可能性來得高；由多數文獻可知，休閒活動參與可促進個人身心健康，發揮個人潛能、促進人際關係及家庭和諧、獲得社會支持、提升自我價值、紓解工作壓力、增進工作效率(林可欣，民 95；林沄萱，民 97)。



表五、影響高齡者憂鬱傾向之相關因素—邏輯迴歸分析

變項(對照組/控制組)	迴歸係數	標準差	勝算比	95% 信賴區間	
				下界	上界
常數	-2.5	0.1	0.1		
性別					
女/男	0.5	0.4	1.6	0.8	3.2
年齡					
70-74 歲/65-69 歲	0.2	0.5	1.3	0.5	3.1
75-79 歲/65-69 歲	-0.5	0.5	0.6	0.2	1.6
80 歲以上/65-69 歲	-0.6	0.5	0.5	0.2	1.5
工作狀況					
過去有而現在無工作/目前有工作	-0.4	0.4	0.7	0.3	1.5
一直都無工作/目前有工作	-1.0 *	0.6	0.4	0.1	1.1
婚姻狀況					
分居/有偶	1.4 **	0.7	4.2	1.2	15.4
無偶/有偶	0.8 **	0.3	2.3	1.2	4.4
自覺健康					
普通/好	0.3	0.6	1.3	0.4	4.1
不好/好	1.8 ***	0.6	6.3	2.1	19.1
體能活動困難度					
1-3 項/0 項	1.4	1.1	4.0	0.5	33.7
4-6 項/0 項	1.3	1.1	3.5	0.4	29.7
7 項以上/0 項	2.7 **	1.1	14.8	1.8	123.7
環境型態					
農村/都市	0.1	0.5	1.1	0.4	2.9
漁村/都市	0.5	0.4	1.7	0.8	3.8
鄰里活動					
沒有/有	0.3	0.4	1.4	0.6	3.4
旅遊活動					
0 項/2 項以上	0.3	0.4	1.4	0.6	3.1
1 項/2 項以上	-0.4	0.5	0.7	0.3	1.9
居家動態活動					
0 項/2 項以上	0.7	0.5	2.1	0.8	5.3
1 項/2 項以上	0.3	0.4	1.3	0.6	2.9
居家靜態活動					
0 項/3 項以上	-0.1	0.6	0.9	0.3	3.2
1~2 項/3 項以上	0.1	0.3	1.1	0.6	2.3
社團活動					
0 項/3 項以上	0.8 *	0.5	2.3	0.9	5.9
1~2 項/3 項以上	0.7	0.5	2.0	0.8	4.9
-2 對數概似值		315.0			

\*p&lt;0.05；\*\*p&lt;0.01；\*\*\*p&lt;0.001

由於本研究資料為橫斷性調查，僅能提供「點」的觀察分析，不可避免地，在歷史性資料的收集上可能會有回憶偏差，且資料收集是就特定時間內同時收集，無法做長期追蹤及因果關係推論，因此在結果呈顯也解釋上仍待驗證，而本研究結果

僅針對南部的社區老人進行調查，因此在外推性上也受限，未來有需要更完整的資料已深入社區間的差異性。此外，也建議地方衛生單位，未來能將老人心理健康評估調查納入社區衛生服務工作項目，以便能提早發現具有心理負面情緒



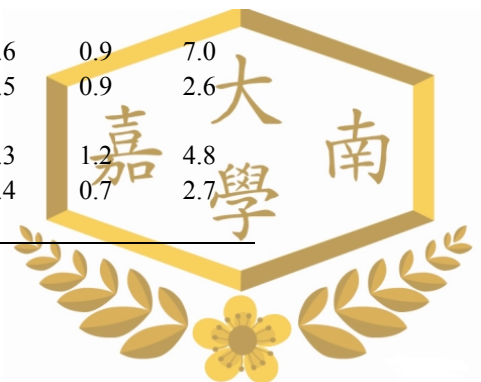
與認知功能障礙的高齡危險群，並能多注重老人社區支持性網絡的建構，例如舉辦老人支持團體，提供成員間情感的交流，減少老人孤寂感。本研究結果顯示社會參與及週邊環境對高齡者的心理健康影響很大，但現今政府單位多重於提供金錢方面補助高齡者，但真正提供社會環境的民間團體則是資金缺乏；建議政府單位可將部份

預算著重於補助民間團體，或是經由政府規劃後，提供公辦的組織團體，讓高齡者除了參與旅遊、聚餐活動之外，還能舉辦更多元且符合長者需求的相關社區活動。同時也應考量各類活動的可近性，以豐富多元的方式提供適合老人的團活動，期能提高老人生活的多樣性安排，並增進其心智狀況的健康。

表六、影響高齡者輕度認知功能狀況之相關因素—邏輯迴歸分析

		迴歸係數	標準差	勝算比	95% 信賴區間	
					下界	上界
常數		-2.0	0.1	0.1		
性別						
	女/男	-0.1	0.3	0.9	0.5	1.5
年齡						
	70-74 歲/65-69 歲	1.0 *	0.5	2.7	1.0	7.4
	75-79 歲/65-69 歲	1.4 **	0.5	3.9	1.5	10.5
	80 歲以上/65-69 歲	1.8 ***	0.5	5.8	2.2	15.4
工作狀況						
	過去有而現在無工作/目前有工作	-0.3	0.3	0.8	0.4	1.4
	一直都無工作/目前有工作	0.3	0.4	1.4	0.6	3.0
婚姻						
	分居/有偶	0.5	0.6	1.7	0.6	5.4
	無偶/有偶	0.3	0.3	1.4	0.8	2.3
自覺健康						
	普通/好	0.1	0.4	1.1	0.5	2.1
	不好/好	0.5	0.4	1.7	0.8	3.7
體能活動困難度						
	1-3 項/0 項	0.4	0.6	1.5	0.5	4.9
	4-6 項/0 項	0.6	0.6	1.8	0.6	5.9
	7 項以上/0 項	1.3 *	0.6	3.6	1.1	11.8
環境型態						
	農村/都市	0.9 **	0.4	2.5	1.1	5.7
	漁村/都市	1.4 ***	0.3	4.1	2.1	8.1
鄰里活動						
	沒有/有	-0.3	0.4	0.7	0.3	1.5
旅遊活動						
	0 項/2 項以上	0.8 **	0.3	2.2	1.1	4.1
	1 項/2 項以上	0.6 *	0.4	1.9	0.9	3.9
居家動態活動						
	0 項/2 項以上	0.5	0.4	1.7	0.8	3.5
	1 項/2 項以上	0.5	0.3	1.6	0.9	2.9
居家靜態活動						
	0 項/3 項以上	0.9 *	0.5	2.6	0.9	7.0
	1~2 項/3 項以上	0.4	0.3	1.5	0.9	2.6
社團活動						
	0 項/3 項以上	0.9 **	0.4	2.3	1.2	4.8
	1~2 項/3 項以上	0.3	0.3	1.4	0.7	2.7
-2 對數概似值		467.4				

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001





## 七、謝辭

感謝國科會經費補助執行之「社區老人成功老化之社會參與模式與成功歷程研究」(計畫編號 NSC 97-2410-H-041-006-SS2)提供本文部分研究資料，並對本文提供審查意見之兩位匿名審查委員致謝。

## 參考文獻

王仁傑、李湘雄(民 90)。老化與心理健康。弘智出版社。

內政部統計處(民 98)。身心障礙者人數—障礙、縣市及年齡別。取自內政部網站：  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/m3-05.xls>。

台灣憂鬱症防治協會(民 98)。正視老人憂鬱問題。取自：  
[http://www.depression.org.tw/news/news\\_list.asp](http://www.depression.org.tw/news/news_list.asp)。

台灣臨床失智症協會(民 98)。失智症盛行率調查報告。取自：  
<http://www.tds.org.tw/html/front/bin/ptdetail.phtml?Part=022&Category=121256>。

江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺(民 95)。老人自殺問題。**台灣醫學**，**10(3)**，353-361。

江信男(民 93)。罹病嚴重度、自覺健康社會支持與台灣地區老人憂鬱之關係。國立成功大學醫學院行為醫學研究所碩士論文，未出版，台南市。

李世代(民 92)。老年醫學(一)老年照護與老化之一般原理。台灣老年醫學會。

李昭慶(民 89)。憂鬱症與運動。**大專體育**，**50**，82-88。

林小鳳、葉純志、劉怡姣(民 90)。台灣地區五十歲以上女性國人憂鬱狀態之相關因素分析。國民健康局人口與健康調查研究中心。

林可欣(民 95)。高齡學習者自我概念與成功老化之間的關係。國立中正大學高齡者教育研究碩士論文，未出版，嘉義縣。

林正祥、林惠生(民 95)。台灣地區高齡人口存活之相關因素探討。**台灣公共衛生雜誌**，**25(5)**，351-362。

林沅萱(民 97)。超越老化支持團體對機構老人超越老化觀感、憂鬱與生活滿意度之成效探討。國立成功大學醫學院護理學系碩士論文，未出版，台南市。

林富紳(民 92)。城鄉居民心理健康之影響機制。國立台灣大學農業推廣學研究所碩士論文，未出版，台北市。

邵靖翰(民 93)。玉里地區老人憂鬱盛行率及危險因子之探討。國立陽明大學公共衛生研究所流行病學組碩士論文，未出版，台北市。

施春華、侯淑英、楊明仁(民 94)。社區老人憂鬱症狀的流行病學及活動參與介入之成效。**實證護理期刊**，**1(1)**，29-30。

高潔純、林麗嬋(民 91)。運用懷舊治療於失智老人照護。**護理雜誌**，**49(3)**，83-87。

張智嵐、袁聖琇、黃美芳(民 96)。探討憂鬱症成因與症狀之性別差異。**輔導季刊**，**44(1)**，33-42。

黃正平(民 85)。失智症之精神醫療觀。**中華精醫**，**10**，3-14。

楊景閔(民 94)。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。中山醫學大學營養科學研究所碩士論文，未出版，台中市。

葉雅馨、林家馨(民 95)。台灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究。**中華心理衛生學刊**，**19**，125-148。

蔡秀美、周雅容(民 84)。台灣地區老年失偶婦女的居處狀況、支持網絡與心理健康。**國立中正大學學報--社會科學分冊**，**6(1)**，37-56。

蔡必焜(民 95)。淺淡休閒與鄉村休閒。**台灣休閒農業會訊**，**10**，16-19。

鍾國文(民 87)。老人退休調適之研究。**中央期刊**，**26(4)**，109-115。

Biderman, A., Cwikel, J., Fried, A.V., & Galinsky, D. (2002). Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *56*, 631-636.

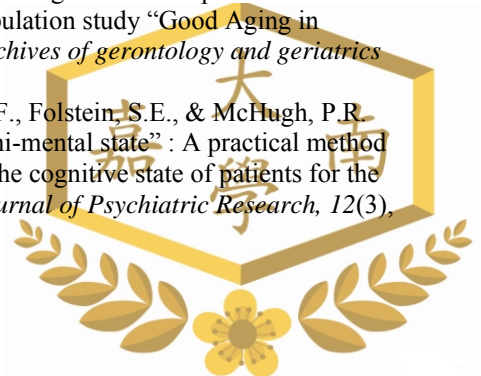
Brink TL. Proper scoring of the geriatric depression scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, *37(1)*:29-34

Burns, A. (1992). Psychiatric phenomenon in dementia of the Alzheimer's type. *International Journal of Psychogeriatrics*, *4*, 43-54.

Dotson, V.M., Resnick, S.M., & Zonderman, A.B. (2008). Differential Association of Concurrent, Baseline, and Average Depressive Symptoms with Cognitive Decline in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16(4)*, 318-330.

Ekstrom, H., Dahlin Ivanoff, S., Elmstahl, S. Restriction in social participation and lower life satisfaction among fractured in pain Results from the population study "Good Aging in Skane" *Archives of gerontology and geriatrics* *46*:409-424.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12(3)*, 189-198.



- Jongenelis, K., & Eisses, A.M.H. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients : the aged study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.
- Kivela, S.L., & Pakkala, K. (2003). Depressive Disorder as a Predictor of Physical Disability in Old Age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(3), 290-296.
- Kohout, F.J., Berkman, L.F., & Evans, D.A. (1993). Two shorter forms of the CESD-D(Center for Epidemiological Studies Depression) depression Symptoms index. *Journal of Aging and Health*, 5(2), 179-193.
- Lai, W.L., & Surood, S. (2008). Predictors of Depression in Aging South Asian Canadians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23, 57-75.
- Lang, F.R., & Carstensen, L.L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9(2), 315-324.
- Liu, C.K., Lin, R.T., & Chen, Y.F. (1996). Prevalence of dementia in an urban area in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 95, 762-768.
- Liu, H.C., Fuh, J.L., Wang, S.J., Liu, C.Y., Larson, E.B., Lin, K.N., et al. (1998). Prevalence and Subtypes of Dementia in a Rural Chinese Population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 12, 127-34.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Osborn, P.J., Fletcher, A.E., Smeeth, L., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., et al. (2002). Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), 375-382.
- Paykel, E.S., Abbott, R., Jenkins, R., Brugha, T.S., & Meltzer, H. (2000). Urban-rural mental health differences in great Britain : Finding from the national morbidity survey. *Psychological medicine*, 30, 269-280.
- Penninx, W.J.H., Leveille, S., Ferrucci, L., Eijk, M., & Guralnik, M. (1999). Exploring the Effect of Depression on Physical Disability: Longitudinal Evidence From the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1346-1352.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale : a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rin, H., Huang, M. G., & Tseng, M.C. (1987). Prevalence of elderly dementias in Taipei area. Proceeding of Annual Meeting Soc Neurological Psychiatry, Taipei Taiwn, 24.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale(GDS) Recent Evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2), 165-173.
- Solomon, A., Haaga, D. A., Brody, C., Kirk, L., & Friedman, D. G. (1998). Priming irrational beliefs in recovered-depressed people. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 440-449.
- Swearer, J., Drachman, D., O'Donnell, B., & Mitchell, A. (1988). Troublesome and destructive behaviors in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 784-790.
- Teri, L., Larson, E. B., & Feifler, B. V. (1988). Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1-6.
- Wiley, J., & Sons, L. (1998). Interpretation of mini-mental state examination scores in community-dwelling elderly and geriatric neuropsychiatry patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 661-666.
- Woo, J., Ho, S.C., Lau, J., Yuen, Y.K., Chiu, H., Lee, H.C., et al. (1994). The prevalence of depressive symptoms and predisposing factors in an elderly Chinese population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 8-13.
- World Health Organization (2001). The World Health Report 2001-Mental Health : New Understanding , New Hope. Geneva: WHO.
- Yen, C.H., Wang, C.C., Liao, W.C., Chen, S.C., Chen, C.C., Liang, J., et al. (2010). 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.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yip, P.K., Shyu, T.I., & Lee, J.Y. (1992). Prevalence of dementia in the elderly in an urban district of Taipei. *Acta Neurological Sing*, 1, 347-354.



## The study of suspected depression status and cognition function of elders in the community of southern area

Su Feng Tseng<sup>1\*</sup> Chih Chuan Chang<sup>2</sup> Chiang Ni Tseng<sup>3</sup>  
LI Fang Liu<sup>4</sup> Hui Fang Chen<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Senior Citizen Service and management,  
Chia-nan University of Pharmacy and Science,  
Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

<sup>2</sup>Department of Hospital Administration, National Yang Ming University Hospital

<sup>3</sup>Department of Social Work, Chia-nan University of Pharmacy and Science,  
Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

<sup>4</sup>Institute of Gerontology, National Chang Kung University

<sup>5</sup>Department of Hospital and Health Care Administration,  
Chia-nan University of Pharmacy and Science,  
Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

### Abstracts

Many research have had indicated that the both of depression and cognitive disorder are common problem for the elderly. This study was to probe the geriatric depression status and cognitive function among community elders of the southern Taiwan, and to explore the influence factors. The subjects were the over 65 years old's healthy elders of live in Tainan and Kaohsiung area. This study samples was recruited 1,028 persons by random sampling from these community, and the data was collected with face to face visits by the training interviewers. There were 990 subjects had receive interview and the valid samples were 865 that had exclude the interview data incomplete. Study results show the study subjects' potential depression were accounted for, 7.4%, and the proportion of slightly above cognitive dysfunction were 16.2%. All of the variables of age, marital status, physical difficulty, environmental patterns, tourism, home static activities, activities participation had statistic significant effects with the depression and cognitive status after controlling the other variables. The regular assessment of elders' mental health in community is necessary , so that it could provide appropriate care and care counseling intervention .

**Keywords: elders, suspected depression status, cognition function, mental health**

\*Correspondence: Department of Senior Citizen Service and Management, Chia-nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan 71710, R.O.C.

Tel: +886-6-2664911ext 3708

Fax: +886-6-2667511

E-mail: tsfshiny@gmail.com

