

國立臺東大學
健康促進與休閒管理碩士論文

指導教授：林大豐 博士

臺東縣公教退休老年人
睡眠品質及憂鬱狀態之探討

研 究 生：陳慶琦

中華民國 九十八 年 六 月

國立台東大學
學位論文考試委員審定書

系所別：健康促進與休閒管理碩士班

本班 陳慶琦 君

所提之論文 台東縣公教退休老年人睡眠品質及憂鬱狀態之探討

業經本委員會通過合於 ☒ 碩士學位論文 條件
☐ 博士學位論文

論文學位考試委員會：

陳慶華

(學位考試委員會主席)

劉美峰

林大榮

(指導教授)

論文學位考試日期： 年 月 日

國立台東大學

附註：1.本表一式二份經學位考試委員會簽後，送交系所辦公室及註冊組或進修部存查。

2.本表為日夜學制通用，請依個人學制分送教務處或進修部辦理。

博碩士論文授權書

本授權書所授權之論文為本人在 國立臺東大學 健康促進與休閒管理 系(所)
組 九十七 學年度第 二 學期取得 碩 士學位之論文。

論文名稱：台東縣公教退休老年人睡眠品質及憂鬱狀態之探討

本人具有著作財產權之論文全文資料，授權予下列單位：

同意	不同意	單 位
☒	☐	國家圖書館
☒	☐	本人畢業學校圖書館
☒	☐	與本人畢業學校圖書館簽訂合作協議之資料庫業者

得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或其他各種數位化方式重製後散布發行或
上載網站，藉由網路傳輸，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱覽、下
載或列印。

☐同意 ☒不同意 本人畢業學校圖書館基於學術傳播之目的，在上述範圍內得再授
權第三人進行資料重製。

本論文為本人向經濟部智慧財產局申請專利(未申請者本條款請不予理會)的附件之一，申請

文號為：_____，請將全文資料延後半年再公開。

公開時程

立即公開	一年後公開	二年後公開	三年後公開
			☒

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權為非專屬性發行
權利。依本授權所為之收錄、重製、發行及學術研發利用均為無償。上述同意與
不同意之欄位若未勾選，本人同意視同授權。

指導教授姓名：林大慶 (親筆簽名)

研究生簽名：陳慶琦 (親筆正楷)

學 號：36950519 (務必填寫)

日 期：中華民國 98 年 7 月 1 日

1.本授權書(得自 <http://www.lib.nttu.edu.tw/theses/> 下載)請以黑筆撰寫並影印裝訂於書名頁之次頁。

2.依據 91 學年度第一學期一次教務會議決議:研究生畢業論文「至少需授權學校圖書館數位化，並至遲
於三年後上載網路供各界使用及校內瀏覽。」

授權書版本:2008/05/29

謝 誌

首先要感謝的是一群純樸可愛的老年人、長輩們，願意接受此一研究問卷的填答，過程中長輩們需克服種種肢體功能因退化而造成的困擾與不便，提供長輩們的經驗及寶貴的意見，遂能讓本研究順利地整理出完整的結果，因此更是可讓往後學者體驗出更完整的研究結果及身心養生相關策略研發。

誠懇感謝指導教授林大豐老師的耐心指引，對於整個研究的理念、設計、統計方法、資料整理、文獻查證及結果的探討等等皆能傾囊相授、不吝賜教，並且能適時的指導迷津，使學生能夠順利進入研究領域且揮灑自如。

感謝劉美珠教授、陳瓊華老師，在論文撰寫內容中提供許多寶貴的建議，使本研究更臻完美。同時，在此機會要感激班代偉智、同學英枝、昇忠、肅燾…我更要感謝支持我的事業伙伴們，昔日毫無怨悔的鼎力相挺，讓我能任意的飛翔，始能擁有今日之所獲、所得，在此我絕不忘恩，銘記在心。

當我面對人生另一個艱辛的挑戰時，心裡最想感謝的就是我的家人，我的母親、我的內人、我的小孩、我的兄長、我的姊姊及姊夫們，有了他們的支持、關心及鼓勵，使我能達成心中的目標，在此更盡心表達出對他們的謝意，難以言表，在此謹以這份榮耀成就獻給我摯愛的父母親、內人以及我的孩子們。

陳慶琦 謹誌

2009 年 6 月

臺東縣公教退休老年人睡眠品質及憂鬱狀態之探討

研究生：陳慶琦

指導教授：林大豐

日期：2009.07

摘要

本研究目的在了解臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之情形，及探討不同背景之公教退休老年人在睡眠品質與憂鬱狀態之差異。以臺東縣公教退休老人協會 65 歲以上會員 266 人為研究對象，男性 233 位，女性 33 位。使用結構性問卷調查，問卷包括基本資料、憂鬱狀態量表及睡眠品質量表。研究結果：

- 一、退休公教人員，以閩南人居多，身體指數一般介於正常範圍，婚姻狀況以已婚者居多，生活上多有子女與配偶陪伴，僅有少數的退休老年人獨自居住，生活習慣上以不吸煙、不喝酒、不吃檳榔居多，罹患慢性病者約有 70%。
- 二、約 74.1% 對睡眠情況不滿意，九成以上認為睡眠品質不佳，平均每晚睡眠時數為 6.42 小時。睡眠困擾的前三項為「必須起床上廁所而睡不好」、「半夜醒來後不易繼續安睡」、「上床後無法在 30 分鐘內入眠」。多數人需超過 15 分才入睡。96.6% 老年人於一週中出現過白天功能障礙。
- 三、睡眠品質在不同性別、年齡、族別、教育程度、子女數、居住地區、居住狀況、經濟來源、有無吸菸、喝酒與吃檳榔、退休前職業、身體指數未達顯著水準。在不同婚姻狀況、慢性病罹患數達顯著水準 ($p < .05$)；憂鬱狀態在不同性別、年齡、族別、教育程度、婚姻狀況、居住地區、居住狀況與經濟來源、有無吸菸、喝酒與吃檳榔、身體組成 ($p > .05$) 均未達顯著水準。在不同子女數、慢性病罹患數 ($p < .05$) 達顯著水準。
- 四、有憂鬱傾向者睡眠品質差，憂鬱狀態愈高，其睡眠品質相對愈差。

關鍵詞：臺東縣公教退休老年人、睡眠品質、憂鬱狀態

The Study of Sleep Quality and Melancholy Condition for Retired Elderly in Taitung County

Graduate: Ching-Chi Chen
Advisor: Dah-Feng Lin, Ph. D.
M. Ed. Thesis, 2009

ABSTRACT

The aim of this research was to understand the sleep quality and melancholy condition for retired elderly in Taitung County. There were 266 subjects in total, including 233 men and 33 women, who were aged 65 or over 65 retired government employees and teachers, and willing to accept questionnaire survey for this study. The constitutive questionnaire surveys, which included basic demographic information, the depression scale and the sleep quality scale, were applied for this research in order to realize the difference between backgrounds, the sleep quality and melancholy condition for those retired elderly. The results were as follows:

1. Those retired elderly were mostly Taiwanese people, and their body composition was in the normal range. Most of them were married, and lived with their children and spouse accompanies, and there were only a few elderly people living alone. The majority of them were no smoking, no drinking, and no betel nut eating, but there were 70 percent of them suffering from the high rates of chronic diseases.
2. There were 74.1% retired elderly dissatisfied with their sleep, and nearly 90 percent with poor sleep quality. The average hours of sleep every night was only 6.42 hours. Three most bothering issues for not sleeping well were: 1. midnight toilet, 2. waking up midnight, 3. not easy to fall asleep within 30 mins. There were as many as 96.6% of the elderly showed daytime dysfunction in a week.
3. There was no significance for the sleep quality in different genders, age, nationality, educational level, number of children, living areas, living conditions, economic sources, and whether or not smoking, drinking and eating betel nuts, and also pre-retirement career. Numbers of retired elderly suffered from chronic diseases with a significant level ($p < .05$) in different marital status. No significance was presented for depression index in different gender, age, nationality, educational level, number of children, living areas, living conditions, economic sources, whether or not smoking, drinking and eating betel nuts, and also the body composition ($p > .05$). However, a significant level ($p < .05$) was presented for the number of chronic diseases in different marital status.
4. Retired elderly with melancholy condition tended to have bad sleep quality. The more serious melancholy condition they was, the worse sleep quality they had.

Key words: Taitung County retired elderly, sleep quality, melancholy condition.

目次

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目次.....	III
表次.....	V
圖次.....	VIII
第壹章 緒論	
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的與研究問題.....	4
第三節 研究範圍與限制.....	5
第四節 名詞解釋.....	6
第五節 研究重要性.....	8
第貳章 文獻探討	
第一節 老年人睡眠品質相關之探討.....	9
第二節 老年人憂鬱狀態之探討.....	18
第三節 老年人睡眠品質與憂鬱狀態相關之研究.....	25
第參章 研究方法	
第一節 研究架構.....	29
第二節 研究對象.....	30
第三節 研究工具.....	30
第四節 研究流程.....	33
第五節 資料分析與處理.....	35

第肆章 結果與討論

第一節 臺東縣公教退休老年人不同背景之調查分析.....	36
第二節 臺東縣公教退休老年人睡眠品質之調查分析.....	43
第四節 臺東縣公教退休老年人憂鬱狀態之分析.....	65
第五節 不同背景公教退休老年人憂鬱狀態之分析.....	69
第六節 睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析.....	82

第伍章 結論與建議

第一節 結論.....	85
第二節 建議.....	87

參考文獻

中文部分.....	88
英文部分.....	92

附錄

附錄一 個人基本資料調查表.....	97
附錄二 睡眠品質量表.....	98
附錄三 憂鬱狀態量表.....	99
附錄四 匹茲堡睡眠品質計分標準.....	100

表 次

表 4-1-1	臺東縣公教退休老年人性別、年齡、族別之描述統計表	37
表 4-1-2	臺東縣公教退休老年人身體組成之百分比統計表	37
表 4-1-3	臺東縣公教退休老年人子女數、婚姻狀況之描述統計表	38
表 4-1-4	臺東縣公教退休老年人居住鄉鎮及居住狀況之描述統計表	39
表 4-1-5	臺東縣公教退休老年人經濟來源之描述統計表	39
表 4-1-6	臺東縣公教退休老年人退休前職業之描述統計表	40
表 4-1-7	臺東縣公教退休老年人吸菸、喝酒、吃檳榔習慣之描述統計表	41
表 4-1-8	臺東縣公教退休老年人罹患慢性病數之描述統計表	41
表 4-2-1	臺東縣公教退休老年人影響睡眠品質之描述統計表	44
表 4-2-2	臺東縣公教退休老年人睡眠品質之百分統計表	44
表 4-2-3	臺東縣公教退休老年人睡眠狀況之描述統計表	45
表 4-2-4	公教退休老年人睡眠困擾之描述統計表	46
表 4-2-5	公教退休老年人睡眠潛伏期與效率之描述統計表	47
表 4-2-6	公教退休老年人白天功能障礙與安眠藥使用之描述統計表	48
表 4-3-1	不同性別睡眠品質指數之描述統計表	51
表 4-3-2	不同年齡睡眠品質指數之描述統計表	51
表 4-3-3	不同年齡睡眠品質指數之變異數分析摘要表	52
表 4-3-4	不同族別睡眠品質指數之描述統計表	52
表 4-3-5	不同族別睡眠品質指數之變異數分析摘要表	52
表 4-3-6	不同教育程度睡眠品質指數之描述統計表	53
表 4-3-7	不同教育程度睡眠品質指數之變異數分析摘要表	54
表 4-3-8	不同婚姻狀況睡眠品質指數之描述統計表	55
表 4-3-9	不同婚姻狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表	55
表 4-3-10	不同婚姻狀況睡眠品質指數之事後比較表	55
表 4-3-11	不同子女數睡眠品質指數之描述統計表	56
表 4-3-12	不同子女數睡眠品質指數之變異數分析摘要表	56
表 4-3-13	不同居住地區睡眠品質指數之描述統計表	57

表 4-3-14	不同居住地區睡眠品質指數之變異數分析摘要表	57
表 4-3-15	不同居住狀況睡眠品質指數之描述統計表	58
表 4-3-16	不同居住狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表	58
表 4-3-17	不同經濟來源睡眠品質指數之描述統計表	58
表 4-3-18	不同經濟來源睡眠品質指數之變異數分析摘要表	58
表 4-3-19	吸菸睡眠指數之描述統計表	60
表 4-3-20	喝酒睡眠品質指數之描述統計表	60
表 4-3-21	喝酒睡眠指數之變異數分析摘要表	61
表 4-3-22	吃檳榔睡眠指數之描述統計表	61
表 4-3-23	不同退休前職業睡眠品質指數之描述統計表	62
表 4-3-24	不同退休職業睡眠品質指數之變異數分析摘要表	62
表 4-3-25	不同身體組成睡眠品質指數之描述統計表	63
表 4-3-26	不同身體組成睡眠品質指數之變異數分析摘要表	63
表 4-3-27	慢性病罹患數睡眠品質指數之描述統計表	64
表 4-3-28	慢性病罹患數睡眠品質指數之變異數分析摘要表	64
表 4-3-29	慢性病罹患數睡眠品質指數之事後比較表	64
表 4-4-1	臺東縣公教退休老年人憂鬱狀態百分統計表	65
表 4-4-2	臺東縣公教退休老年人憂鬱指數之描述統計表	66
表 4-4-3	臺東縣公教退休老年人主觀憂鬱狀態之百分比統計表	68
表 4-5-1	不同性別憂鬱狀態指數之描述統計表	69
表 4-5-2	不同年齡憂鬱狀態指數之描述統計表	70
表 4-5-3	不同年齡憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	70
表 4-5-4	不同族別憂鬱狀態指數之描述統計表	70
表 4-5-5	不同族別憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	71
表 4-5-6	不同教育程度憂鬱狀態指數之描述統計表	72
表 4-5-7	不同教育程度憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	72
表 4-5-8	不同教育程度憂鬱狀態指數之事後比較表	72
表 4-5-9	不同婚姻狀況憂鬱狀態指數之描述統計表	73
表 4-5-10	不同婚姻狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表	73
表 4-5-11	不同子女數憂鬱狀態之描述統計表	73

表 4-5-12	不同子女數憂鬱狀態之變異數分析摘要表	74
表 4-5-13	不同子女數憂鬱狀態之憂鬱狀態指數事後比較表	74
表 4-5-14	不同居住地區憂鬱狀態指數之描述統計表	75
表 4-5-15	不同居住地區憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	75
表 4-5-16	不同居住狀況憂鬱狀態指數之描述統計表	75
表 4-5-17	不同居住狀況憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	76
表 4-5-18	不同經濟來源憂鬱狀態指數之描述統計表	76
表 4-5-19	不同經濟來源憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	76
表 4-5-20	吸菸習慣憂鬱狀態指數之描述統計表	77
表 4-5-21	喝酒習慣憂鬱狀態指數之描述統計表	78
表 4-5-22	喝酒習慣憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	78
表 4-5-23	吃檳榔習慣憂鬱狀態指數之描述統計表	78
表 4-5-24	不同退休前職業憂鬱狀態指數之描述統計表	79
表 4-5-25	不同退休職業憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	79
表 4-5-26	不同身體組成憂鬱狀態指數之描述統計表	80
表 4-5-27	不同身體組成憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	80
表 4-5-28	慢性病罹患數憂鬱狀態指數之描述統計表	80
表 4-5-29	慢性病罹患數憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表	81
表 4-5-30	慢性病罹患數憂鬱狀態指數之事後比較表	81
表 4-6-1	睡眠指數與憂鬱狀態描述統計表	82
表 4-6-2	公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析摘要表	82
表 4-6-3	公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之描述統計表	83
表 4-6-4	公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析摘要表	84

圖次

圖 3-1-1 研究架構圖	29
圖 3-2-1 研究流程圖	34



第壹章 緒論

隨著醫療科技的進步與發展，國民的平均壽命日益延長，人口老化已是全世界共同趨勢，臺灣地區自 1993 年起老年人口超過 7% 已進入老人化國家，截至 2006 年 10 月底，65 歲以上老年人口數約 227 萬人佔總人口數 9.99%。在 2007 年臺灣人口平均餘命為男 74.75 歲、女 81.17 歲（內政部，2007），老年人口已經急速增加，老年人的身心健康照護問題也越趨重要；老年人因為隨著身體功能的老化，社會環境的變遷，家庭互動與文化價值的改變，造成老人出現壓抑情緒及適應障礙的情形（呂淑好、林宗義，2000）。老化是無可避免的過程，其產生的各種生理、心理的改變，深深影響老年人的睡眠狀況而產生睡眠障礙，因此，本研究將針對臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態指數進行調查，透過調查的方式了解睡眠品質與憂鬱狀態的情況，進一步歸納出其原因與提出改善之方式與建議。

本章共分成五節，第一節敘述本研究之背景，第二節說明本研究之目的與問題，第三節說明本研究之研究範圍與限制，第四節說明本研究之名詞解釋，第五節為研究之重要性。

第一節 研究背景

睡眠障礙在老年人是個常見的健康問題之一，睡眠變化被視為預測健康與生命長短之重要指標，平均約有 35-50% 的老人有睡眠方面的困擾（Miles & Dement, 1980）。睡眠時數大於 9 小時與小於 6 小時，其死亡率是睡足 7-8 小時者 1.7 倍（Wingard & Berkman, 1983）。美國的長期照護機構約有三分之二的老人有睡眠障礙（Becker & Jamieson, 1992）。睡眠障礙可能的導因包括：罹患疾病、藥物治療、缺少活動、心理疾患（如憂鬱、焦慮）與睡眠衛生不良（王世俊，2000；Bliwise, 1993；Rajput & Bromley, 1999）。睡眠障礙的產生會導致老年人睡眠時數減少，

失眠比率增加，根據美國國家睡眠基金會調查指出，老人失眠盛行率比其他年齡群來得高，常見於早上醒來嗜睡或感到疲倦，其次在半夜，醒來後再次入睡困難，或剛開始入睡不易（Ancoli, Isreal, & Roth, 1999）。當睡眠時間被剝削時，容易產生頭痛，視力障礙、情緒激躁，注意力下降，個案成為意外事件的高危險群；且睡眠不良或服用安眠藥者，其死亡率有顯著上升（Rumble & Morgam, 1992）。林嘉玲（2003）指出機構老人的憂鬱與睡眠品質之間，憂鬱得分愈高，睡眠品質愈差，有憂鬱傾向的老年人，其睡眠品質比無憂鬱傾向的相差 10 倍以上，當老年人心理層面愈趨於負向時，影響睡眠品質的各個層面愈嚴重，包括睡眠潛伏期的增加，睡眠效率的下降、睡眠時數減短、睡眠不足，容易形成睡眠障礙，整體睡眠品質降低，同時也增加安眠藥物使用機率。

此外，心理與身體健康不良也是引發失眠的高危險群，其中憂鬱的形成是長期失眠的一個重要預測因子（Soldatos, Kales, & Buxles, 1984）。而且持續失眠與精神疾病的增加呈現顯著的關聯性（吳佳儀，2002；Dashevsky & kiames, 1998）。睡眠狀況差，不只會使個案產生疲憊感，甚至影響生活品質、情緒問題及造成憂鬱情形產生，而且因為憂鬱問題所衍生出的社交隔離、孤獨寂寞、日常活動減弱、認知障礙，且易復發及慢性化，影響之深遠，不僅影響生活品質與生命，給家庭、社會帶來更多的衝擊（呂淑妤，2000；李麗花，2003），且據歐美等國的統計，花費在憂鬱症治療的醫療預算上每年高達 43 億美金（張豫立，2002），造成社會與醫療成本龐大的負擔。

憂鬱症已成為重要的臨床及公共衛生的議題，也被公認是二十一世紀危害人類健康的三大疾病之一（郭志通，2001）。Steffens（2000）指出 65 歲以上的老年人口中，憂鬱症的盛行率，女性約為 20.4%，男性為 9.6%，衛生署（2002）調查顯示，憂鬱症在平均每五人中就有一位是自殺的主要因子，而老年族群較其他年齡層的自殺率高。

有鑑於此，本研究著手臺東公教退休老年人的睡眠品質與憂鬱狀況的關係，可以了解影響老年人睡眠品質與造成憂鬱狀況的因素，進一步提供從事臺東老年

人照護的相關單位了解具備何種特質的公教退休老年人，易成睡眠品質不良及罹患憂鬱症的高危險群，並給予適當的預防措施及處置，增進公教退休老年人的生活品質及健康，並作為將來社區老年人服務的實務參考。



第二節 研究目的與研究問題

一、研究目的

- (一) 了解臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之現況。
- (二) 探討臺東縣不同背景之公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之差異。
- (三) 探討臺東縣不同背景之公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關。

二、研究問題

- 1-1：臺東縣公教退休老年人睡眠品質之現況為何？
- 1-2：臺東縣公教退休老年人憂鬱狀態之現況為何？
- 2-1：臺東縣不同背景之公教退休老年人睡眠品質差異為何？
- 2-2：臺東縣不同背景之公教退休老年人憂鬱狀態差異為何？
- 3-1：臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關為何？

第三節 研究範圍與限制

一、研究範圍

- (一) 本研究為橫斷式設計，採立意取樣，以結構式問卷為工具。
- (二) 以臺東縣公教退休人員協會 65 歲以上可活動、可溝通之會員 931 人為調查對象。問卷回收共 403 份，剔除填答不全及未依規定填答之問卷共 137 份，取得有效問卷 266 份。
- (三) 研究期間自 96 年 7 月 1 日至 97 年 6 月 30 日止，配合臺東縣公教退休人員協會辦理慶生活動時，實施問卷調查。

二、研究限制

- (一) 本研究限於臺東縣公教退休人員協會所屬之老年人、欠缺外推代表性。
- (二) 本研究之老年人因年齡較高、健康狀況、氣候不佳等因素，造成老年人出席率不高，參與者屬於健康狀況較佳者。
- (三) 本研究採用問卷調查，屬事後回憶，可能因受試者的回憶誤差或填寫的認真程度影響調查結果。

第四節 名詞解釋

一、臺東縣公教退休老年人

本研究之對象為 2007 年以前所登記之臺東縣所屬公教退休人員協會的會員，且年齡 65 歲以上，可活動、可溝通並能配合研究者。

二、睡眠品質

睡眠品質的定義是指個體存於某特定標準下，經由主、客觀的方法評量後，而得知個體對其全天 24 小時之睡眠情形之正負向看法或感受（陳美麗，1997）；陳美妃（1994）認為睡眠品質涵蓋睡眠形態和主觀睡眠的滿足感，而主觀睡眠的滿足感包括白天的精神狀況、自覺睡眠的滿意度等；所謂的睡眠型態係指個人感覺在夜間有關的睡眠行為，包括就寢、起床時間是否固定、半夜醒後是否能立即入睡等。

本研究指稱的睡眠品質是指個人評值其睡眠相關特性是否能滿足個人睡眠需求的程度。包括（一）主觀陳述對睡眠的評價、睡眠困擾、睡眠充足感；（二）睡眠時數的長短、睡眠潛伏期的長短、睡眠效率；（三）與睡眠有間接相關者：如使用安眠藥物等。本研究評量的依據是採用匹茲堡睡眠品質量表作為指標（Buysse et al., 1989），總分大於 5 分者，為睡眠品質不良，總分小於 5 分或等於 5 分者，為睡眠品質良好。

三、憂鬱狀態

憂鬱是一種情緒、症狀、症候群或疾病。呂淑好、林宗義（2000）指出憂鬱是個人對負向生活事件，產生不當的詮釋而引起認知上的症狀，其特徵為心情低落、沮喪、消沉、失眠、食慾降低或厭食、無助感、失去往日的活力和興趣、人際關係障礙、自殺意念等症狀。

本研究所指的憂鬱狀態是老年人因外在生活環境改變、內在身體機能下降，導致不當的認知與詮釋，引發負面的心理與生理情緒的狀態。本研究採用美國流行病研究中心之憂鬱量表，得分以 16 分為基準，小於 16 分表示無憂鬱狀態，大於 16 分為有憂鬱傾向。



第五節 研究重要性

我國人口平均餘命的增加，影響整體人口結構上的分布狀況，老年人口因老化產生的生理、心理、社會層面的問題一一浮上檯面，讓人不得不正視。目前，有相關的老年人研究有居家生活照護、生活品質、行動能力與行為安全、運動型態與體適能、戶外遊憩、醫療需求、睡眠品質、憂鬱問題等研究，對於公教退休之老年人在睡眠品質與憂鬱問題的相關研究較少，更顯示本研究的重要性。

一、了解公教退休老年人睡眠品質之情況

不同背景之公教退休老年人因其居住環境、退休前職業、婚姻狀況、經濟來源、身體組成、生活習慣與家庭子女數的不同，影響睡眠品質的成因也不同，因此，透過本研究之調查，可以了解影響公教退休老年人之睡眠品質之主要因素，進而提供改善與預防之策略。

二、了解公教退休老年人憂鬱狀態之情況

不同背景之公教退休老年人因其居住環境、退休前職業、婚姻狀況、經濟來源、身體組成、生活習慣與家庭子女數的不同，引發憂鬱狀態的成因也不同，因此，透過本研究之調查，可以了解公教退休老年人患有憂鬱狀態之問題所在，進而提供改善與預防之策略。

三、本研究結果可以提供老人醫療相關服務人員的實務參考

本研究之調查，可以了解公教退休老年人在退休之後所面臨之相關問題，提供相關醫療機構與團體及早評估老年人的問題型態，提出改善與預防之策略。

第貳章 文獻探討

本研究目的在於探討臺東地區退休公教老年人睡眠品質與憂鬱狀態之情形，本章分成三小節進行文獻探討，第一節探討老年人睡眠品質相關之研究，第二節說明老年人憂鬱狀態之研究，第三節探討老年人的睡眠品質與憂鬱狀態的關係之研究。

第一節 老年人睡眠品質相關之探討

一、睡眠品質之定義

睡眠是人的基本生理需求，雖然睡不好並非大病，但得不到充足睡眠的人將導致身心的困擾，因此，睡眠品質是身心舒適的指標，是提升生活品質的重要因素，在個人的健康及生活的滿意上扮演一個重要的角色。Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) 指出睡眠品質是主觀的感受，可由個人評值其睡眠相關特性是否能滿足個人需求的程度，通常所評值的睡眠特性包括三方面：(一) 質的方面：如主觀陳述對睡眠品質的評價 (subjective sleep quality)、睡眠中曾發生的困擾 (sleep disturbance)、睡眠充足感等；(二) 量的方面：如睡眠時數 (sleep duration) 的長短、入睡期 (sleep latency) 的長短、睡眠效率 (sleep efficiency) 等；(三) 與睡眠有間接相關者：如使用安眠藥 (use of sleeping medication)、白天的疲倦程度等。

Mahon (1995) 認為睡眠品質包括睡眠障礙、睡眠效率與睡眠補充。陳美麗 (1997) 指出睡眠品質是個體存於某特定標準下，經由主客觀的方法評量後，得知個體對其全天之睡眠情形之正負向看法或感受；陳美妃 (1994) 認為睡眠品質涵蓋睡眠形態和主觀睡眠的滿足感，而主觀睡眠的滿足感包括白天的精神狀況、自覺睡眠的滿意度等。綜而言之，睡眠品質係指個人自覺睡眠的被滿足感受程度，而這樣的滿足感是由主觀的感受與客觀的計算睡眠的量所獲得的結果。

二、睡眠相關之研究

(一) 睡眠品質之研究

睡眠是人類生理功能的一部分，它和飲食、身體活動同為最基本的生命活動要件。睡眠品質在個人的健康生理及生活的滿意上扮演一個重要的角色 (Mahon, 1995)。睡眠品質的良好與否可能作為預防或掌握疾病之指標，睡眠品質的好壞可能是造成生理或功能障礙的原因之一 (鄒秀莉, 1994; 朱嘉華、方進隆, 1999)。Morgan, Dallosso, Ebrahim, Arie, and Featen (1988) 認為，睡眠品質為生理和心理安好狀態的指標。良好的睡眠指標包含睡眠潛伏期短、夜裡醒來少、總睡眠時數長、睡眠身體動作少、且醒來有充分休息感 (Kim, Liu, & Ogihawa, 2000)。由於睡眠問題的普遍性，加以睡眠與許多疾病、睡眠障礙甚至死亡率的高相關性，因此有必要將睡眠品質作為臨床評估的一項重要項目 (Buysse et al., 1989)。

根據臨床醫師看診的非正式統計，臺灣至少有十分之一的人口失眠 (徐長庚、曾國華, 1999)。美國醫療協會的統計大約三分之一的成年人有睡眠障礙 (周翌、何立民, 1996; 蘭奕, 1998)。一般正常成年人每晚約有 7-8 小時的睡眠，在 20 分鐘以內可入睡者大約有 90% 的睡眠效率，若將晚上睡眠少於 6 小時者與每天睡足 7-8 小時者相比，不僅身體狀況差而且死亡率也高出 70% (周翌、何立民, 1996)。睡眠的好壞，不在時間的長短，而是能在短時間內獲得百分之百的良好睡眠才是最重要的 (莊淑芹, 1997)。

(二) 睡眠週期之研究

何瑞麟、何邦立 (1988) 認為睡眠是一種生理行為狀態，其特徵是身體只有極少活動，而且幾乎意識不到外面的世界。李麗花 (2002) 指出正常一般人睡眠週期分成：清醒休息期、非快速動眼期 (non-rapid movement, N.R.E.M.)、快速動眼期 (rapid movement, R.E.M.)。

1. 清醒休息期：腦波則為一慢波 (Delta 波)，睡眠時腦波變慢，肌肉放鬆，

脈搏、呼吸、血壓及體溫降最低，且其新陳代謝持續平穩下降，而生長激素分泌，於此期則佔全睡眠的 10%-15%（曾明晰，2003；Burke & Laramie, 2004）。

2.快速動眼期：出現快速低振幅性腦波圖與醒覺非常類似，但此期卻最難被叫醒，而其生理變化包括呼吸肌功能氧飽和度減弱，體溫、脈搏、呼吸血壓、胃液分泌、腦血流量及腦代謝率均略增加，生動逼真的夢境也被稱作超現實的夢醒後常難回想此夢境，其佔全睡眠約 20%~25%（曾明晰，2003；Burke & Larmie, 2004）。

3.非快速動眼期：此期又分為第一期入睡期（stage I）、第二期淺睡成四期（stage II）、第三期熟睡期（stage III）、第四期深睡期（stage IV），整個睡眠週期交互更迭，第四期深睡期迴至第三期熟睡期，第三期迴至第二期淺睡期，第二期迴至快速動其眼期，每次睡眠週期的間隔約 90 分鐘，此睡眠週期循環一般約有 4-6 次的週期（曾明晰，2003）。

（1）入睡期（lightest sleep stage）

介於清醒約 1~7 分鐘的轉換期（Siegel & Sapru, 2006），一般躺下來時會有意識地朝右側、雙腿微曲、像弓一樣、其全身自然放鬆，之後，會翻身而有不同的臥姿，順其自然，瞋上雙眼，頭沉重地貼著床上，此時能被外界環境打擾干擾睡眠進行（Eliopoulos, 2005；Vander, Therman, & Luciano, 1998），此佔全睡眠週期 5%。

（2）淺睡期（light sleep stage）

逐漸進入深層的睡眠，此期仍是易受警醒，此部份腦波常稱為「sleep spinde」（Siegel & Sapru, 2006）。觀察眼球之移動可以發現會由一邊慢慢地移動到另一邊，佔全睡眠的 50%-55%，其脈搏、呼吸平穩的下降（曾明晰，2003；Burke & Laramine, 2004）。

（3）熟睡期（deep sleep stage）

此期是人處於極度放鬆不易叫醒的階段，約在入睡 20 分鐘後開

始，醒覺的閾值（threshold）非常高而不易被叫醒（Culebras, 2002）。

（4）深睡期（deepest sleep stage）

此期會出現夢遊、尿床、夜間驚醒（李文森，1995），而此期夢境似乎在回復現實的生活，通常不易回想起（曾明晰，2003）。此期生長激素的分泌亦有顯著上升且會促進蛋白質合成，其組織產生了同化作用（廖士程，2000；Buysse, 2005；Culebras, 2002）。慢性病者及老年人的深睡期會降低或甚至不存在，此期佔全睡眠的 5%-10%。

綜合上述可知，睡眠品質的好壞可能是造成生理或功能障礙的原因之一，而睡眠品質的改善可預防疾病及降低死亡率。一般正常成年人每晚約有 7-8 小時的睡眠，歷經清醒休息期、非快速動眼期、快速動眼期，大約在 20 分鐘以內可入睡，及大約有 90% 的睡眠效率。

三、睡眠品質檢測方式

睡眠結合了生理與心理的複雜過程，睡眠品質的好壞，不是直接可以用病理檢查可清楚看出來的，目前評量睡眠品質，大約有以下幾種睡眠品質的檢測法：

（一）Cohen-Mansfield, Waldhorn, Werner, and Billing（1990）提出有關睡眠品質客觀評量方法

1. 身體檢查及實驗室測量法

某些器質性睡眠困擾患者可由身體及神經學檢查找出部分的問題所在，但是大部分的睡眠困擾患者單從身體檢查找不出原因，需借助實驗室測量，1929 年瑞士的心理學家 Hans Berger 發現腦波，他將電極放在頭皮上，測量到兩個電極間的變化情形。在實驗室檢查睡眠腦電圖（polysomnography）是目前最客觀、最有效能得知開始睡眠時間、睡眠週期的進展和睡眠深度的方法。

（1）第一種腦波圖（electroencephalogram, EEG）：是利用睡眠腦電圖

(polysomnography) 再參酌一些生理學上的參數值，配合所紀錄快速動眼與非快速動眼睡眠週期來分析睡眠狀態。

(2) 第二種動眼電圖 (electroculogram, EOG)：將電極放在眼睛的周圍，測量眼球的運動，睡眠週期中的快速動眼期，以此為指標。

(3) 第三種肌電圖 (electromyogram, EMG)：測量肌肉張力的變化，將測量電極放在下巴，因為在不同的睡眠狀態，下巴肌肉的張力會有很大的變化。

2. 睡眠觀察法 (observation of sleeper)

許多研究使用觀察法來量化睡眠，但其可信度常被質疑。因為觀察的程度只能分成睡著或醒著兩個類別，無法嚴謹精確的判斷，也可能因觀察員之間的不一致性使資料不正確。此方法的優點是沒有侵入性，可配合著錄影機來改善其正確性。

3. 覺醒閾值試驗法 (arousal thresholds)

本法是最早用來測量睡眠深度的方法。藉著逐漸增加聲音的刺激，來區別其深睡的程度，愈不易喚醒表示愈進入深睡期。但是此方法只適用對正常人研究，並不合適有睡眠障礙的患者。

4. 身體動作 (body movements)

在睡眠期間身體動作會減少，特別在快速動眼期，因為肌肉鬆弛特別明顯。可利用敏感度高的麥克風放在彈簧床下錄音，一般正常人每晚平均移動約 20-60 次，但此法不能以睡眠期間身體移動的次數來判斷睡眠品質的好壞或睡眠何時開始，且無法提供夜間醒來的狀況或其他睡眠的細節。

5. 警覺和睡眠試驗 (vigilance and sleepiness)

對於失眠所產生的結果可由功能的執行及是否白天嗜睡兩個部份來測量。例如：多重睡眠潛伏期檢查 (multiple sleep latency test, MSLT)，主要目的是在測試個案白日嗜睡症狀的嚴重度，也常用來做診斷發作型嗜睡症警覺與睡眠試驗，不合適用來評估住院的病人睡眠情況。

6.肌皮電氣活動紀錄 (electrodermal activity, EDA)

手臂貼上電極片來測量深睡期在睡眠期間所佔的比例。利用肌皮電氣活動紀錄的研究並不多，因為在手上貼電極片不方便且無法進一步提供睡眠其他的資訊。

(二) Cohen-Mansfield (1990) 提出有關睡眠品質主觀評量方法

1.視覺類比量表 (visual analogue scales)

視覺類比量表可能是最簡單的主觀測量方法。以 10 公分的水平線，一端回答“曾有最佳的睡眠狀態”則給予計 10 分，另一端回答“曾有最差的睡眠狀態”則給予 0 分，但如果個案無法掌握測量的原則則無法獲得有意義的資料。視覺類比量表適合用在安眠藥的使用對睡眠的效果比較。

2.主觀評分量表 (subjective rating scales)

主觀評分量表在使用上既便宜又簡單，並且在評估個案睡眠滿足感、情緒知覺與感受可獲得有意義的資訊。

3.睡眠問卷法 (questionnaires)

自填問卷表是評估睡眠品質的一項簡便工具，可應用於希望獲得個案個別性問題的資料，可以得到個案前一晚主觀睡眠資料。

4.訪談法 (interviews)

利用結構式的訪談法來收集資料，較適合用在機構或醫院中聽或讀有困難的個案，這個方法的優點可以清楚的澄清問題及避免資料的漏失，但其缺點為比較耗時。

5.睡眠日誌 (daily sleep charting)

由受試者每天早上填寫前一晚上床時間。夜間醒來的情形和早上醒來的狀況，由於既簡單又便宜，故被廣泛的應用於臨床及研究情境。

(三) 常見量表檢測方式

1.睡眠指標量表 (sleep quality index)

Urponen, Partinen, and Vuori (1991) 發展的睡眠品質指標量表 (sleep

quality index) 以睡眠潛伏期的長短、難以維持睡眠、難以入睡、睡眠困擾程度、夜醒次數、白天疲倦程度、早醒及使用安眠藥等八項問題得分來判定過去三個月睡眠品質的好壞，得分全距為 0-16 分，0 至 1 分表示睡眠非常好，9 分以上表示睡眠品質不好，其內在一致性為 0.73-0.75。

2. Epworth 睡眠量表 (Epworth sleep scale, ESS)

此睡眠量表用以評估病人的白天嗜睡的情形。從日常生活中的八個情境去評估個案打瞌睡的機會，採 0-3 分計分。0 分代表「從未打瞌睡」、1 分是「有一點想打瞌睡」、2 分是「很想打瞌睡」、3 分是「極度想打瞌睡」，總分為 0-24 分，分數愈高代表打瞌睡的機會愈大 (Johns, 1991)。

綜合上述，睡眠品質的檢測方式眾多，主要可分為客觀評量法、主觀評量法以及量表檢測法，各有其優缺點，其中主觀的檢測法鑑別的效果與可信度較不佳，因此，綜合相關因素與分析結果，採用量表的檢測方式，具有較高的實用性與鑑別度。

四、老年人睡眠品質之研究

根據 Maggis, Langlois, and Minicuci (1998) 發現年齡超過 65 歲的老年人中有 22.6% 覺得難以維持睡眠的持續性；有 13.3% 過早覺醒而難以再入睡。當老人睡眠品質不良時，容易產生白天想睡、精神不濟、慢性疲勞、注意力不集中、認知功能下降，成為意外事件或跌倒的高危險群，雖然常常因此投與鎮靜安眠藥來引導睡眠，反使睡眠障礙更加的惡化，形成惡性循環，且有其他副作用。藥物治療並沒有解決老年人所面臨之睡眠困擾，反而增加許多潛在的危險因子 (Chiu, Leung, Lang, & Lam, 1999; Zammit, Weiner, & Damatow, 1999)。再者，就老年人睡眠週期與年輕人相較下發現，老年人在清醒期佔總睡眠時間比年輕人增加，而在快速動眼期佔總睡眠時間是和年輕人相同或減少，第一期佔總睡眠時間的結果比年輕人時間增加；第二期佔總時間結果比年輕人時間增加；第三期佔總睡眠時

間的結果比年輕人時間減少，老年人總睡眠時數為少於 6-8 小時(曾銀貞 2007)。

邱銘章(2005)發現成人的睡眠週期一次為 90-110 分鐘，快速動眼期睡眠佔總睡眠 25%，而老年人非快速動眼期睡眠之第三、第四期的深睡階段時間減少，甚至消失，因此老年人之睡眠效率低於 80%以下。Becker and Jamieson(1992)指出睡眠總時數及快速動眼期與非快速動眼期比率在 20~60 歲維持恆定，然而年齡超過 50 歲以後，其睡眠第四期，也就是修復期快速的下降，減少為原來的 50%，而第一期的淺睡期卻延長增加，快速動眼期在整個睡眠週期的比例也下降，所以老人需要更多的睡眠才能達到身體的修護。若睡眠無法提供老人生理、心理完全的休息，則老年人容易出現疲憊、頭痛、視覺障礙、注意力不集中、冷漠、憂鬱、骨骼肌肉協調性。Hoch(1996)進行為期三年的長期研究，追蹤 75~87 歲的 27 位老年人及 61~74 歲 23 位較年輕的老年人，研究隨著年齡的改變，在睡眠品質與持續性睡眠開始到覺醒及大腦慢波佔整個睡眠週期的比例，其結果發現老年人如果有嚴重健康問題及大量的使用藥物，則會使睡眠品質快速惡化。

歸納上述，睡眠品質是健康的根本，成人一天連續的睡眠時數需 6-8 小時，睡眠潛伏期低於 30 分鐘，中斷時數小於 30 分鐘，睡眠效率介於 85% - 95%之間，且自覺睡眠足夠，醒來有充分的休息感(Sateia, Doghramji, Hauri, & Morin, 2000)。在老年人方面，伴隨著年紀增加，睡眠週期發生改變，老年人睡眠的時數少於 6-8 小時，導致身體健康產生危機，影響日常生活作息。

五、影響老年人睡眠品質之研究

影響睡眠品質的因素包羅萬象，根據現有研究及調查發現，大致上可分成內在與外在兩大因素。內在因素包括性別、年齡、教育程度，婚姻狀況，罹患慢性病數目，生活習慣等因素；外在因素包括居住的鄉鎮、居住的狀況等。

（一）性別

有關性別對睡眠品質的影響，一些研究指出女性主觀睡眠品質較男性差（陳美妃，1994；鄒秀菊，1994；顏哲傑、林瑞雄，1990）。可能導因於女性入睡及睡眠維持較為困難（Kates, Kales, & Bixerler, 1984；Middelkoop, 1996）。一項針對社區 485 位 65 歲以上老年人的橫斷式調查，發現女性發生睡眠障礙的比例較男性高，女性較容易發生入睡困難及夜醒之現象（Schechtman, Kutner, Wallace, Buchner, & Ory, 1997）。張書森，李明濱（2003）指出男性在更年期也會有失眠的問題。

（二）婚姻狀況

分居或寡居、離婚或喪偶者有顯著較高的失眠比率（Ford & Kameerow, 1989）。Schechtman, Kutner, and kallance（1997）將婚姻狀況分為已婚與未婚時，從性別與婚姻狀況去分析睡眠障礙，而已婚男性的睡眠障礙則較已婚女性為輕，但鄒秀菊（1994）發現婚姻狀況對睡眠品質並無顯著特別的影響，可知婚姻與睡眠障礙之論述仍無一致性。

（三）罹患慢性病種類和數目

陳美妃（1994）調查社區老年婦女睡眠品質之相關因素，發現自覺身體疾病的種類多，則其睡眠品質有愈不好的傾向，同樣國外學者 Maggis, Langloois, and Minicuci（1998）對居家老人的隨機抽樣調查發現關節炎、心肌梗塞、靜脈腫（Varicose Veins）肺氣腫，都是影響睡眠品質的因子。黃文玲（2003）指出疾病總數與睡眠品質各次構面之睡眠效率（ $r=0.19$ ）、睡眠困擾（ $r=0.21$ ）、安眠藥物使用（ $r=0.16$ ）、日間功能障礙（ $r=2.1$ ）達顯著相關，表示疾病總數愈多，睡眠效率差、睡眠困擾多、安眠藥物使用率高、日間功能障礙多。

歸納上述研究發現，伴隨著年紀增加，睡眠週期發生改變，老年人睡眠的時數減少，改變日常生活作息，其主要影響老年人睡眠品質的因素，可分成內在與外在兩大因素。內在因素包括性別、年齡、教育程度，婚姻狀況，罹患慢性病數目，生活習慣等因素；外在因素包括居住的鄉鎮、居住的狀況等。

第二節 老年人憂鬱狀態之探討

進入老年期，不論在生理層面、心理層面或是社會層面，皆出現顯著的轉變，周圍的人常常將其活動力下降或生活作息改變等情形視為理所當然，往往延緩接受治療的時機。老年人的憂鬱情形就如同其他年齡層出現的憂鬱症狀一樣，透過多種的方式呈現。以下探討老年人憂鬱狀態的相關研究。

一、憂鬱狀態之定義

Brage (1995) 指出憂鬱是一種複雜的情緒，包括情緒低落，不正常的心情，一直持續的呈現，憂鬱的特質是一種哀傷的感覺、缺乏價值感、空虛沮喪、沒有希望既解釋憂鬱屬於悲傷、憂愁與消沉等多種不愉快情緒綜合而成的心理狀態。美國精神醫學診斷準則第四版 (DSM-IV) 指出憂鬱的行為表現包括感到悲傷、憂愁、無價值感、不快樂、無法享受生活、活動力下降、失眠、注意力不集中、體重下降、反覆想死、心情低弱與食慾減少。憂鬱的症狀常伴隨其他心理、生理疾病出現，可分為思考、情緒、行為、生理四個面向的症狀。(一) 在情緒面向會有鬱悶、心情低落、悲哀、愁苦、缺乏興趣、不快樂、缺乏滿足感、有些人會出現煩躁不安、易怒、敵意；(二) 在認知方面出現悲觀、無望感、無助感、低自尊、罪惡感、自責、自殺意念；(三) 在行為面向有動作少且慢、生氣或敵對的行為、不安、易怒；(四) 在生理面向有食慾降低、體力降低、睡眠障礙、模糊不清等抱怨 (梁繼權，1998)。

根據美國精神醫學診斷準則第四版指出憂鬱症必需於兩週期間內持續出現於下列症狀中至少五項 (一) 幾乎整天都有憂鬱心情且幾乎每天都有可由主觀報告或他人觀察而顯示；(二) 幾乎所有活動興趣或喜樂都明顯減少；(三) 明顯的體重與食慾下降或增加 (如：一個月內變化量超過 5%)；(四) 幾乎每天失眠或嗜睡；(五) 幾乎每天精神運動性激動或遲滯；(六) 幾乎每日疲累或失去活力；(七) 幾乎每天無價值感；(八) 過分或不合宜的罪惡感反覆想到死亡，重覆出

現無特別計劃自殺意念、有過嘗試自殺，或已有過自殺的特別計劃等。且其中失去興趣或失去喜樂兩項應至少有一項症狀出現。

上述文獻歸納出憂鬱是一種複雜的、不正常的、持續性的心理狀態，伴隨著在內在情緒方面會有鬱悶、心情低落、悲哀、愁苦、缺乏興趣、不快樂、缺乏滿足感、煩躁不安；在認知方面會有悲觀、無助感、低自尊、罪惡感、自責、自殺意念；在生理方面會有食慾降低、體力降低、睡眠障礙、模糊不清等；在外在行為方面則會出現動作變少且變慢、容易生氣、產生敵對的行為、不安、易怒。

二、老年人憂鬱狀態之研究

憂鬱症是老年期常見的疾病，造成老年人憂鬱的原因很多，身體功能的退化，親友逝去、角色的改變、慢性疾病等因素，因此老年人常出現體重減輕、食慾不振、對外漠不關心、對家人、朋友以及日常生活失去興趣、反應遲鈍、活動下降、社交隔離、認知功能受損、依賴度增加、無價值感、疲倦不堪、絕望 (Steffens, 2000)。據估計美國將近有 10%-40% 的社區老人，曾有過憂鬱症狀的經驗 (Martin & Haynes, 2000)。在安養機構或護理之家的老人，罹患憂鬱症狀的比例則為 20%-50% (Bell & Goss, 2001; Burrows, 1995)。

呂淑好、林宗義 (2000) 調查發現，臺灣社區老人憂鬱的盛行率，有 31.3% 之多，在 Wang and Jing (2001) 指出老人憂鬱有 57% 的盛行率。上述研究結果顯示，憂鬱症狀在老人族群是屬於高盛行率的心理問題。老人與其他年齡層的人在憂鬱症狀的表現有所不同，較少以典型的情緒性憂鬱症狀呈現，大多以非典型的身體化及行為性憂鬱症狀出現，例如慢性症狀及懼病症狀 (Bell & Goss, 2001)。老年人憂鬱症狀通常與身體疾病有很高的共罹患率，其臨床的症狀表現，也呈現出多樣化與不典型特徵，這些情況常常導致老年人的憂鬱症狀被嚴重忽略 (趙珮璇, 2003)。目前，國內外對於憂鬱症的治療多偏重於藥物，如經診斷罹患憂鬱症則必須終生服藥治療 (劉弘仁、黃正平, 2002)。老年人的憂鬱症狀如

果沒有獲得正確的評估及妥善的治療，將會導致社交隔離、孤獨寂寞、日常活動功能減弱、認知障礙、增加身體能及罹病的機會、甚至造成自殺率及死亡率增加的情況發生，此一問題是一個不容忽視的心理問題（呂淑好、林宗義，2000）。

三、影響老年人憂鬱狀態之研究

老年人憂鬱狀態相關研究顯示，憂鬱是老年人的常見的心理問題，是導致老年人自殺的危險因素（黃麗玲，2000）。老年人因年齡越大，且個人經歷失去伴侶、親人、朋友、信心、健康衰退等，失落的情境越多，罹患的機率越高（曾憲洋、張明永，1995；Barder, Slimmer, & Lesage, 1994；Weiss, 1994）。研究發現影響憂鬱狀態的因子，一般以性別、年齡、婚姻、居住狀況、教育程度、生活費來源及社會參與等為相關危險因子（李麗花，2003）。

（一）性別

依據美國心理衛生研究指出憂鬱症之終身盛行率男性為 8-12%、女性為 20-26%；依據歐美等國的統計，終生罹患率，男性與女性比率約為 5%：12%（張豫立、周美惠、林明芳，2002）。臺灣地區，據調查研究有憂鬱之女性為男性 2.7 倍（呂淑好、林宗義，2000），其他研究調查也顯示憂鬱症狀女性多於男性（邱裕峰、張志仁、葉宗烈，1991；游秀珍，1994；李燕鳴、林政介、劉樹泉，1995；史麗珠、鄭惠信、盧盛皆、謝瀛華，1995；李明濱、呂碧鴻、湯麗玉、梁繼權，1998）。然而也有相異之情形，許毅貞（1993）社區老人憂鬱程度調查研究與李志成、曾良達、傅振宗（1988）在桃園新屋社區老人研究，兩項研究結果反而發現男性老年人憂鬱患者多於女性老年人患者。顯示，不管男性或女性的老年人都是憂鬱症的高危險群，其中女性的老年人相對於男性的老年人有較高的罹患機率。

（二）年齡

國內傅振宗、曾良達、李志成（1988）於南臺灣鄉間以檢視老年醫學的消

沉標度簡易格式 (Geriatric Depression Scale-Short Form, GDS-SF) 為測量工具，探討老人憂鬱盛行率，在訪談目標對象中發現年齡 65-90 歲的老年人及 60 歲以上老年人憂鬱狀態有增加趨勢，其中憂鬱程度以 80 歲最高。

(三) 健康狀況

陳碧玉 (2001) 利用日常生活活動量表 (Activities Of Daily Living Scale, ADL) 與工具性日常生活活動量表 (Instrumental Activities Of Daily Living Scale, IADL) 測量老年人失能程度之研究，研究結果指出老年人在認知功能表現上呈現較差的結果，在身體功能表現上也出現不佳的結果，且身體罹患疾病數目也呈現較多的情形。老年人本身身體功能上的退化，社會角色的改變，缺少自我獨立，經濟自主等壓力加上罹患疾病數增加，很容易產生情緒上的調適不良 (王怡馨，2000)；而且趙珮璇 (2003) 研究老人憂鬱狀態，結果發現慢性病數目可解釋 73.7% 的憂鬱狀態變異量。因老年人為了迴避社會心理壓力，常抱怨身體不舒服為主，例如疲倦、全身無力、病痛等等，所以身體相關性對老年人相常重要，據估計社區的老年人有三成的憂鬱病狀，又加上老年人常帶有慢性病及老年人重度日常生活上有障礙者，因而憂鬱比例有明顯增加的情形 (王怡馨，2000；劉弘仁、黃正平，2002；Sinclair, Lyness, king, Cox, & Caine, 2001)。

(四) 教育

張立中、鄭惠信、謝瀛華 (1992) 以簡式老年人憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-Short Form) 測量 65 歲以上老年人憂鬱指數，有效樣本數為 108 人而其所得結果顯示教育程度高，有收入及有工作之老年人，其憂鬱程度較低；葉瓊藍 (1998) 與李志成、曾良達、傅振宗 (1988) 在未受教育老年人與受教育的老年人比較憂鬱程度之差異，其結果顯示未受教育的老年人比受教育的老年人有較高的憂鬱程度。而邱裕峰、張智仁、葉宗烈 (1991) 之研究卻發現教育程度與憂鬱程度無顯著差異。綜合上述研究結果顯示，老年人伴隨年齡增加患有有較高之憂鬱指數，而其中未受教育的老年人憂鬱指數更高於受教育的老年人憂鬱指數。

（五）婚姻

在婚姻方面鰥寡孤獨者、無伴或共同居住者憂鬱程度較高，結婚的老年人比未婚的老年人較少發生憂鬱（李志成、曾良達、傅振宗，1988；葉瓊藍，1998；游秀珍，1994；許毅貞，1993）。

（六）居住狀況

黃麗玲（2000）以流行病學研究中心憂鬱量表為憂鬱測量工具，於高雄市 100 名獨居老人研究中，發現 47% 獨居老人有憂鬱傾向；黃正平、劉弘仁（2002）老年憂鬱症之研究調查指出老年憂鬱症的盛行率可達 5.9%；熊曉芳（2000）獨居老人之社會支持及相關探討的結果發現，鰥、寡、獨居之老年人社會參與程度較少，缺乏社交互動機會與情緒支持，有較高之憂鬱程度。

（七）經濟收入狀況

傅振宗、曾良達、李志成（1988）的調查中發現經濟不足之老人家比經濟來源足夠的老人家，有較高憂鬱程度，自己有收入或不依賴子女供養的老人家，憂鬱程度較低；張立中、鄭惠信、謝瀛華（1992）研究發現有收入的老人比無收入的老人有較低的憂鬱程度，亦即收入足夠與否影響老年人的憂鬱情緒程度。

（八）健康行為

Barder, Slimmer, and Lesage（1994）發現，有抽菸行為者，憂鬱量表分數為 10.02 分，沒有抽菸者為 8.76 分；且有抽菸行為者憂鬱狀況的機會是不曾抽菸或曾抽菸者的 1.1 至 3.7 倍。另外，在飲食習慣方，營養不良者比營養均衡者較容易有憂鬱傾向（謝瀛華，1998）；在身體活動方面，有憂鬱狀況者比沒有憂鬱狀況者容易發生跌倒（Weiss, 1994）。

綜合上述文獻，影響老年憂鬱狀態的因子，隨著年紀增長憂鬱狀態亦隨之增加，不管男性或女性的老年人都是憂鬱症的高危險群，其中有結婚並能與家人同住，且接受過教育者及有足夠收入者發生憂鬱的比例較低。

四、常見的憂鬱狀態檢測量表

有關憂鬱測量工具應用於老年人的研究，常用的有鄭氏憂鬱量表（ZDS）、貝氏憂鬱量表（BDI）、老年憂鬱量表（GDS）及流行病學研究中心憂鬱量表（CED-S）（李麗花，2003）。各檢測量表敘述如下：

（一）鄭氏憂鬱量表（Zung's Depression Scale, ZDS）

鄭氏於 1965 年所發表，其信度（split-half reliability）係數為.73（ $p<.01$ ）顯示能有效區分憂鬱與非憂鬱者。量表內容共有 20 題，量表由十個憂鬱症狀陳述所組成，內在一致性檢定 Cronbach's α 為.81，因素分析含情感、生理及心理三方面。此量表適用於測量慢性病的病人。依其疾病發生頻率分為 1.沒有或偶爾、2.有時、3.常常、4.經常或一直等四個等級，而受測者依所陳述之正、負向性質根據自己的情況選取適當的選項給予 1 到 4 分（李名濱、呂碧鴻、湯麗玉、梁繼權，1998）。

（二）貝氏憂鬱量表（Beck Depression Inventory, B.D.I.）

此量表由二十一個憂鬱症狀所組成，包括心情、悲觀、失敗感、哭泣衝動、人際退縮、睡眠障礙、食慾不佳等。量表為自填式、依症狀嚴重程度分為四個等級 1.沒有症狀、2.輕微、3.中度、4.嚴重等四個選項。受測者依自己的情況選取適合反映出自己現況的憂鬱程度。10 分以下為正常、10-18 輕度憂鬱、19-29 中度憂鬱、30-69 分重度憂鬱（李麗花，2003）。

（三）老年憂鬱量表

量表題目包括憂鬱症的情緒、認知及行為，而不包含身體疾病。量表用「是」及「否」之二分法答題。其 Cronbach's α 為.94，信度為.94。相關係數值為.35，具區別認知障礙病人之功能，相對的亦干擾憂鬱檢測之信、效度檢定。此量表適用於門診篩選及區分老年人憂鬱程度的輕重（Montorio & Izal, 1996）。

（四）流行病學研究中心憂鬱量表（Center of Epidemiologic Depression, CED-S）

國內學者鄭泰安修訂自 Radloff（1977）美國流行病學研究中心之憂鬱量

表，內容共計 20 題，四個因素分析，其內在一致性 cronbach's α 分數為.85；而其敏感度和特異性分別為 92.0%、91.0%，折半信度為.91，以六個月後的再測信度為.80（李志成、曾良達、傅振宗，1988）包含沮喪情感 7 題、身心症 9 題、正向情感 2 題、人際問題 2 題（Radloff, 1977）。量表採四點計分法，0 分為「沒有或極少」（每星期 1 天以下），1 分為「有時候」（每星期 1-2 天），2 分為「時常」（每星期 3-4 天），3 分為「經常」（每星期 5-7 天），其得分範圍在 0 分至 60 分之間，受試者依過去一星期的感覺或行為選取適當的選項分數愈高則表示憂鬱程度越嚴重。

綜合上述，不同的量表各有其優缺點，其中鄭安泰的量表之題目較清晰，受測者易了解而接受，工具簡潔，有良好的信效度考驗，以六個月後的再測信度為.80（李志成、曾良達、傅振宗，1988）。此量表已被廣泛的應用於社區老人之研究（呂淑好、林宗義，2006；吳淑瓊、張明正，1997；許毅貞，1993；葉瓊蘭，1998；Radger, 1993；Heidriclx, 1993；Weiss, 1994）。因此，本研究亦採用鄭安泰之量表作為檢測老年人憂鬱狀態之工具。

第三節 老年人睡眠品質與憂鬱狀態相關之研究

一、老年人憂鬱狀態與睡眠品質的相關性

老年人睡眠的問題，經常與憂鬱有關（吳淑瓊、張明正，1997）。臺灣老人健康照護之現況分析發現老人憂鬱在心理健康扮演相當重要的角色（吳大偉，1997）。憂鬱患者經常在個人生活起居有入睡困難、睡眠中斷或是清晨易早醒、情緒上有失落感、對過去感到興趣的事物變得冷淡、常常覺得疲憊缺乏精力、嚴重的會有厭世的情形。正常老年人之老化現象常與憂鬱情境很類似，其差別在於程度與心情感受認知上之不同，一般人常把睡眠品質的問題和憂鬱症狀視為正常的老化現象，因而忽略其所造成的問題（徐立仁、黃正平，2002）。老年人的憂鬱症狀常合併有睡眠障礙，而且憂鬱症狀與睡眠障礙呈現正相關（Morawetz, 2000；Woodward, 1999）；另外，蔡崇程（2000）針對老年人精神疾病研究也發現憂鬱與睡眠障礙呈現顯著的正相關。

吳佳儀（2002）針對社區老人睡眠品質、身體活動與憂鬱之相關因素探討，發現憂鬱與睡眠品質呈現顯著負相關，即老年人憂鬱程度愈高者，睡眠品質愈差；林嘉玲（2003）針對機構老人睡眠品質及其影響因素之研究，亦顯示憂鬱與睡眠品質呈現負相關得知憂鬱得分愈高，睡眠品質愈差；黃文玲（2003）的研究顯示，睡眠品質與憂鬱狀態成正相關，即老人的憂鬱分數愈高，睡眠品質愈差，呈現憂鬱傾向愈高，憂鬱狀態與睡眠品質各次構面以個人主觀睡眠（ $r=0.31$ ）、睡眠潛伏期（ $r=0.35$ ）、睡眠困擾（ $r=0.19$ ）、日間功能障礙（ $r=0.37$ ），呈顯著相關（ $p<.01$ ），表示老人的憂鬱分數愈高，其睡眠品質分數愈高，即是有憂鬱傾向者其個人主觀睡眠愈不好，睡眠潛伏期增長，睡眠困擾增加，日間功能障礙多，表示其睡眠品質差（黃文玲，2003）。

憂鬱對睡眠品質是一個非常重要的影響因子。（林嘉玲，2000）將「睡眠品質」與達顯著相關的「憂鬱」進行複迴歸分析（multiple regression），其結果顯示以「憂鬱」的預測力最高。

吳佳儀(2002)發現睡眠之潛伏期長者發生憂鬱情況是睡眠潛伏期短的 1.65 倍。睡眠障礙是預測未來憂鬱症發生與否最佳的預測因素，甚至可以作為抗憂鬱藥物開立與否的預測因子(Mallon, Broman, & Hetta, 2002; Rieman & Voderholzer, 2003)。睡眠品質愈差，憂鬱傾向愈高。睡眠品質差，不只會使人產生疲憊感，甚至影響生活品質，及對治療的耐受度、情緒問題發展及造成憂鬱情形產生(吳佳儀，2002)。

Ancoli-Israel and Roth (1999) 指出，癌症病人的疲憊及產生之憂鬱與睡眠週期節律被干擾程度成明顯相關，亦即當癌症病人整天的節律被破壞時，將可能會經歷到疲憊及憂鬱之經驗。Tchekmedyion (2003) 針對 250 位肺癌病人其中以簡明症狀量表(Brief Symptom Inventory)進行相關性之研究結果亦指出，肺癌病人憂鬱與疲憊症狀有顯著相關性($r=0.45$, $p<.01$) 當疲憊症狀改善時，憂鬱情形相對減輕。Sarmg (1993) 針對罹患肺癌女性的研究中則提到有疲憊憂鬱症狀者，同時經驗到睡眠品質失眠之問題。

綜合上述研究結果可知，有憂鬱傾向的睡眠品質顯著比無憂鬱傾向者差，影響睡眠品質的各個次構面愈嚴重，包括睡眠潛伏期的增加、睡眠效率的下降、睡眠時數的減短、容易感到睡眠障礙或睡眠不足感，同時也增加安眠藥的使用頻率，相對的使得整個睡眠品質降低，呈現睡眠品質與憂鬱傾向兩者之間有高度的相關性。

二、影響老年人睡眠品質與憂鬱狀態的因素

由多位學者的研究可知，老年人的睡眠品質與憂鬱狀態有高度相關性，以下將針對影響老年人睡眠品質與憂鬱狀態的因素分別探討。

(一) 年齡

國外研究指出，年齡愈大者，其出現憂鬱的機率越高(Bekarogin, Uluutku, Tamriover, & Kirpinar, 1991)，且老年人明顯的比年輕人的睡眠品質差(Ancoli,

Israel, & Roth, 1999)，而臨床上經常可見年紀大的病人，常出現的徵狀有失眠、多夢、淺夢、白天易打瞌睡、疲倦、異常的抱怨（夏一新、何瑞麟，1993），可知年齡是影響睡眠的一個重要因素，年齡愈大者，睡眠障礙問題也越嚴重。

（二）性別

Wilcox and King (1999) 指出女性憂鬱比男性高，而國內的研究也有相似的情形，劉弘仁、黃正平（2002）的調查指出 65 歲以上老年人患有憂鬱狀態的盛行率女性 1.4%、男性 0.4%，林章賢、林英欽、洪清霖、鄭惠信、謝瀛華（1995）也發現女性有較高的憂鬱程度。老年人睡眠品質也存在性別的差異，男性之慢波睡眠減少較多且通常伴有呼吸困難障礙（sleep disordered breathing），年紀大的男性比女性在維持完整睡眠上較更困難，女性在主觀上對睡眠型態更加敏感，所以女性在睡眠上發生障礙後容易產生較多的情緒困擾（何瑞麟、夏一新，1993）；在 45 歲以上，女性失眠率 11.4%、男性 9.2%，其失眠率約為男性的 1.5 倍（蘇東平，2000）。

（三）教育程度

教育程度低者愈容易產生憂鬱（謝瀛華、鄭惠信、林章賢、林英欽、洪清霖，1995）。而且低社會上的經歷或低教育程度為失眠之危險因子（蘇東平，2000）。

（四）婚姻狀況

單身比已婚者有較高的憂鬱指數（Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996）；根據針對 570 位老人的研究，發現未婚者罹患睡眠障礙比率比已婚者高（蔡崇程，2000），老年人喪偶者的憂鬱指數也較高（曾譯令，1995）。

（五）經濟狀況與生活習慣

陳宇嘉（2000）針對經濟因素與睡眠障礙的探討發現，老人領有退休金者較少罹患睡眠障礙，而失業及社經地位低者則較易罹患睡眠障礙；老年人需要工作時、有經濟困難與家庭功能失調者憂鬱指數也較高（曾譯領，1995）。在生活習慣方面，環境中的噪音會使非快速動眼期第三、第四階段減少，因此會

影響睡眠品質，且一般人在熟悉的環境較能入睡，而在更換新環境後容易引起入睡困難（鄭泰安，1992）。

（六）慢性疾病

老年人身體功能上的退化、社會角色的改變、缺乏自我獨立、經濟自主、壓力與罹患疾病數增加等，很容易產生情緒上的調適不良（王怡馨，2000）。Nathaniel and Kleitman（1939）發現老年人憂鬱與身體的疾病有關慢性疾病影響老年人的憂鬱及睡眠品質，其中關節炎，心肌梗塞、靜脈腫、肺氣腫四項為導致睡眠品質變差的危險因子（Maggis, Langlois, & Minicuci, 1998）。趙珮璇（2003）研究老年人憂鬱狀態與自覺健康狀況及其生活品質相關性發現，憂鬱狀態與慢性病數目顯著相關。老年人常以抱怨身體不舒服為由迴避社會性的心理壓力，所以身體健康程度對老年人相當重要。據估計社區的老年人有三成的憂鬱病狀，又加上老年人常帶有慢性病及老年人重度日常生活上有障礙者憂鬱比例有明顯增加的情形（王怡馨，2000；劉弘仁、黃正平，2002；Sinclair et al., 2001）。

綜合上述睡眠品質與憂鬱狀態之文獻，老年人明顯的睡眠品質變差，較易罹患慢性疾病，常出現的徵狀有失眠、多夢、淺夢、白天易打瞌睡、疲倦、異樣的抱怨，年齡愈大者，睡眠障礙問題也越嚴重，女性則因為對睡眠型態較為敏感，容易發生睡眠困擾，其失眠比率為男性的 1.5 倍，而較低的社經地位、教育程度或經濟支持，容易失眠導致憂鬱感產生。此外，單身者或喪偶者比已婚者有更高的憂鬱指數。顯示年齡、性別、經濟支持、婚姻狀況、教育程度與慢性疾病數是影響睡眠的一個重要因素。

第參章 研究方法

本章節分為第一節研究架構、第二節研究對象、第三節研究工具、第四節研究步驟、第五節資料處理與統計分析。

第一節 研究架構

根據文獻查證及研究目的，形成本研究之研究架構。架構內容包含基本屬性、憂鬱狀態及睡眠品質。本研究之概念架構列於圖 3-1-1。



圖 3-1-1 研究架構圖

第二節 研究對象

本研究以臺東縣市公教退休老人協會 65 歲以上所屬會員可自由活動，願意接受問卷調查者共 266 人為研究對象，男性 233 位，佔總人數 87.59%；女性 33 位，佔總人數 12.41%，最大年齡為 90 歲，最小年齡為 65 歲。

第三節 研究工具

本研究使用結構性問卷調查，問卷內容包括人口學基本資料、憂鬱狀態量表及睡眠品質量表，由研究者親自與老年人採面對面的訪談方式收集資料。各量表說明如下：

一、流行病學研究中心憂鬱量表（CED-S）

採用鄭泰安（1992）譯自Radloff（1977）美國流行病學研究中心之憂鬱量表，內容共計20題，四個因素分析包括（一）沮喪情感7題（第9、10、12、14、16、17、18題）；（二）身心症9題（第1、2、3、5、6、7、11、13、20題）；（三）正向情感2題（第4和8題）；人際問題2題（第15和19題）（Radloff, 1977）。量表採四點計分法，0分為「沒有或極少」（每星期1天以下），1分為「有時候」（每星期1-2天），2分為「時常」（每星期3-4天），3分為「經常」（每星期5-7天），其得分範圍在0分至60分之間，內在一致性Cronbach's α 分數為.85；而其敏感度和特異性分別為92.0%、91.0%，折半信度為.91，以六個月後的再測信度為.80（李志成、曾良達、傅振宗，1988）。

受試者依過去一星期的感覺或行為選取適當的選項，分數愈高則表示憂鬱程度越嚴重。此量表之研究係有關憂鬱症狀之測量，其檢測分界標點被16分之標準化，廣泛的用於社區老人之研究（呂淑好、林宗義，2006；吳淑瓊、張明正，1997；許毅貞，1993；葉瓊蘭，1998；Heidriclx, 1993；Weiss, 1994）。

二、睡眠品質量表

睡眠品質量表採用Buysse, Renolds III, Monk, Berman, and Kupfer於1989年根據臨床經驗參考以往睡眠品質問卷的內容及使用此工具進行18個月之臨床測試，設計了匹茲堡睡眠品質指標量表（Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI）。受試者需回溯前一個月的睡眠情況進行評估，評估的項目包括七項。

- （一）個人主觀睡眠品質：是指個人自覺過去一個月的睡眠品質如何，意即自覺睡眠的好不好。
- （二）睡眠潛伏期：是指個體從欲睡至睡眠發生所需的時間。
- （三）睡眠時數：是指過去一個月平均每晚的實際睡眠時數。
- （四）睡眠效率：指真正入睡時間除以就寢至醒來時耗在床上的時間所得到的數值。
- （五）睡眠困擾：是指會干擾個人睡眠的生理因素，例如：打鼾、覺得身體太冷或是太熱、疼痛等。
- （六）使用安眠藥物：是指個人使用處方或非處方藥物來幫助睡眠。
- （七）白天功能運作：是指睡眠困難會影響到個人日常生活之程度。

每一項因素之得分以0~3分計算、總得分範圍介於0~21分，以總分5分為評估睡眠良好與否的界定點，同時具有鑑別睡眠品質好壞的效度，當個體的總得分高於5分以上表示睡眠狀況不佳，睡眠品質愈差；當個體的總得分低於5分以下表示睡眠狀況良好，睡眠品質愈佳。

效度方面，Buysse等人針對52位睡眠良好且經身體檢查健康者，及116位睡眠品質差者（包括憂鬱患者54位，睡眠障礙的患者62位），利用鑑別分析與多項睡眠試驗測量兩種方式來測量效度。研究結果發現在PSQI以總分5分為界斷點時，可區分出52位健康且無睡眠問題、34位重度憂鬱者、45位難以入睡及無法維持睡眠者及17位白天嗜睡者之正確性達到88.5%，敏感度89.6%，特異性86.5%。

信度方面，原問卷內在一致性達Cronbach's $\alpha=0.83$ ，問卷穩定性採再測信度

(test-retest reliability) 加以測試，結果二週後其再測的相關係數 $r=.85$ ， $p<.05$ 。

(Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1988)。鄒琇菊(1994)曾使用PSQI研究敬老院中96位老人睡眠品質與健康狀況的關係，其睡眠品質訪談表Cronbach's $\alpha=.84$ 。林嘉玲(2000)在自費安養機構老人睡眠品質及其相關因素的研究中，使用匹茲堡睡眠品質量表調查老年人過去一個月睡眠品質以瞭解匹茲堡睡眠品質量表問卷的穩定性，經二週後再重測一次，結果其再測的相關係數 $r=.80$ ， $p<.01$ 。



第四節 研究流程

本研究之研究流程如圖 3-2-1，各階段實施敘述如下：

一、蒐集相關資料及文獻

- (一) 收集與閱讀相關領域之文獻。
- (二) 確立研究主題與研究對象。
- (三) 蒐集分析相關文獻，選定問卷。

二、量表施測

- (一) 收集問卷資料，檢測前利用協會召開幹部會議時，向全體幹部說明本研究之目的及施測之過程等，獲得幹部的支持而開始進行。
- (二) 實施預測，了解老年人填答問卷的反應，評估研究設計的適當性與研究工具的信度。
- (三) 修正預試問卷，完成正式問卷。

三、正式施測

- (一) 徵得台東縣退休公教人員協會幹部同意取得會員名冊，配合慶生會活動進行正式施測。
- (二) 回收問卷。

四、統計分析

- (一) 回收問卷並經篩檢後有效問卷266份。
- (二) 進行資料建檔和統計分析。

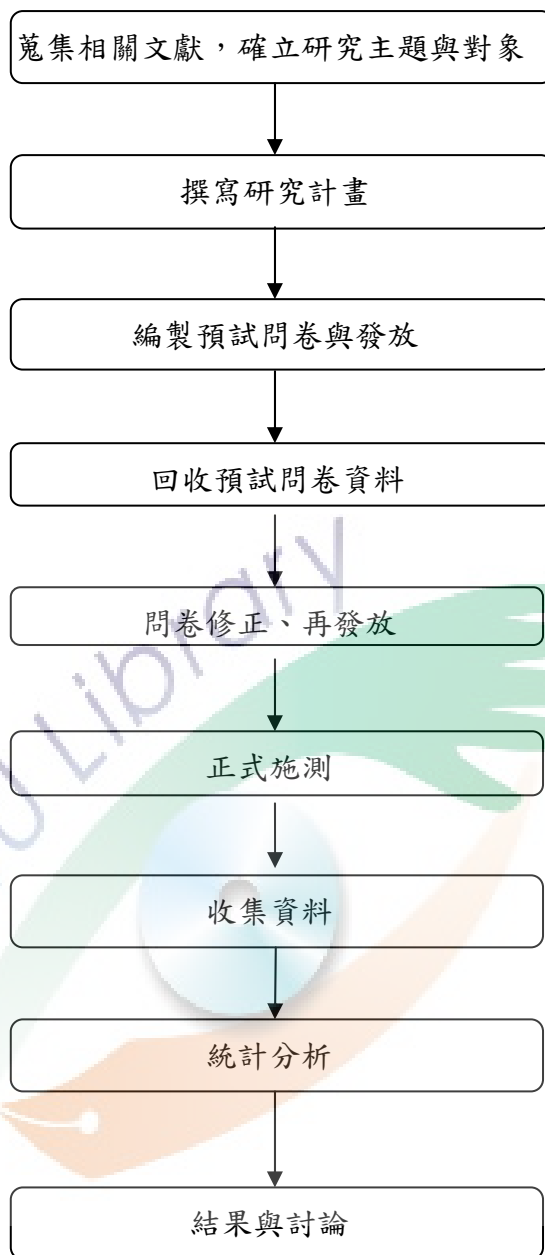


圖 3-2-1 研究流程圖

第五節 資料分析與處理

正式問卷回收後，將受試者所填寫的問卷逐一檢視，剔除未依規定填答或答題不完整的問卷，將有效問卷的數據資料輸入電腦套裝統計軟體 SPSS for 10.0 for Windows 進行統計分析，顯著水準 α 定為.05。本研究之統計處理方式詳如表 3-5-1。

一、描述性統計 (descriptive statistics)

(一) 次數分配表與百分比

描述個人基本資料中的類別變項。

(二) 平均數與標準差

描述個人基本資料中的連續變項。

二、推論性統計 (inferential statistics)

(一) 獨立樣本 t 檢定 (t-test, independent)

考驗不同基本變項的老年人在憂鬱狀態和睡眠品質的差異情形。

(二) 單因子變異數分析 (one-way ANOVA)

考驗不同背景變項的老年人在憂鬱狀態和睡眠品質的差異情形。

(三) 皮爾遜積差相關 (Pearson's product-moment correlation)

分析老年人憂鬱狀態和睡眠品質的相關情形。

第肆章 結果與討論

本章旨在探討臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之情形，透過問卷調查了解不同背景之公教退休老年人在憂鬱狀態和睡眠品質的差異情況，進一步分析公教退休老年人睡眠指數與憂鬱狀態之相關情形。

本章分成六節敘述，第一節臺東縣公教退休老年人不同背景之調查分析；第二節臺東縣公教退休老年人睡眠品質的現況分析；第三節臺東縣公教退休老年人不同背景變項之睡眠品質的差異性；第四節臺東縣公教退休老年人憂鬱狀態的現況分析；第五節臺東縣公教退休老年人不同背景之憂鬱狀態的差異性；第六節臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關。

第一節 臺東縣公教退休老年人不同背景之調查分析

臺東縣公教退休老年人不同背景之調查包括性別、年齡、族別、身體組成、子女數、居住情況、居住鄉鎮、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、生活習慣、退休前職業、罹患慢性病數，其調查分析情形如下：

一、在性別、年齡、族別方面

研究對象之性別，男性 233 位佔 87.59%；女性 33 位佔 12.41%，最大年齡為 90 歲，最小年齡為 65 歲，年齡介於 65-69 歲有 75 人，佔 27.8%居多；80-84 歲有 63 人，佔 23.7%次之；75-79 歲有 59 人，佔 22.2%；70-74 歲有 54 人，佔 20.3%；85 歲以上有 16 人，佔 6%。族別方面，閩南人有 139 人，佔 52.26%居多；次之為客家人有 64 人，佔 24.06%；其他省份有 52 人，佔 19.55%；原住民有 11 人，佔 4.14%；受訪者大多數為閩南人，原住民僅佔少數。臺東地區是原住民分布較多的縣市，但是位居公職並以公教人員退休的，還是以閩南人居多。

表 4-1-1 臺東縣公教退休老年人性別、年齡、族別之統計表

變項	人數	百分比 (%)
性別		
男	233	87.59
女	33	12.41
年齡		
65~69 歲	75	27.80
70~74 歲	54	20.30
75~79 歲	59	22.20
80~84 歲	63	23.70
85 歲以上	16	6.00
種族別		
閩南	139	52.26
客家	64	24.06
原住民	11	4.14
其他省份	52	19.55

二、在身體組成方面

臺東縣公教退休老年人身體組成平均值 23.68，其中 BMI 值介於 18.5~24 之間體重屬於正常範圍的人數最多，有 128 人，佔 48.12%；BMI 值介於 24-27 之間體重屬於過重者有 90 人，佔 33.8%，BMI 值小於 18.5 屬於過輕者有 11 人，佔 4.14%，BMI 值介於 27~30 之間屬於輕度肥胖有 29 位，佔 10.9%；BMI 值介於 30~35 之間屬於中度肥胖者有 8 人，佔 3%。由上述統計分析可知，本研究之公教退休老人，其身體質量指數普遍介於正常範圍，沒有過重的問題。

表 4-1-2 臺東縣公教退休老年人身體組成之百分比統計表

身體組成	人數	百分比 (%)
過輕	11	4.14
正常	128	48.12
過重	90	33.83
輕度肥胖	29	10.90
中度肥胖	8	3.00

三、子女數、婚姻狀況方面

子女數方面，由表 4-1-3 可知，無子女者 4 人，佔 1.5%；有一位子女者 9 人，佔 3.4%；有兩位子女者 38 人，佔 14.3%；有三位以上子女者 215 人，佔 80.8%，在婚姻狀況方面，未婚者有 2 人，佔 0.75%；離婚者 3 人，佔 1.13%；分居者有 25 人，佔 9.4%；已婚者有 236 人，佔 88.72%。顯示臺東縣公教退休老年人的婚姻狀況以已婚者居多，且多數老年人的子女數在 3 人以上。

表 4-1-3 臺東縣公教退休老年人子女數、婚姻狀況之統計表

變項	人數	百分比 (%)
子女數		
無	4	1.5
1	9	3.4
2	38	14.3
3	215	80.8
婚姻狀況		
未婚	2	0.75
已婚	236	88.72
分居	25	9.40
離婚	3	1.13

四、居住鄉鎮及居住狀況方面

居住鄉鎮方面，由表 4-1-4 可知，臺東縣公教退休老年人以居住臺東市最多 243 人，佔 91.35%；居住在安養機構者 1 人，佔 0.38%；獨居者 20 人，佔 7.52%；輪流與子女同住者 5 人，佔 1.88%；固定與一名子女同住者 54 人，佔 20.3%；與配偶同住者 186 人，佔 69.92%，數量最多。由上述統計顯示臺東縣公教退休老年人居住的地區以臺東市區最多，且多數退休老年人至少與一名子與或配偶居住在一起，可見臺東縣退休老年人的生活多有子女與配偶陪伴，僅有少數比例的退休老年人獨自居住或住於安養機構。

表 4-1-4 臺東縣公教退休老年人居住鄉鎮及居住狀況之統計表

變項	人數	百分比 (%)
居住鄉鎮		
平地鄉	22	8.27
臺東市	243	91.35
其他	1	0.38
居住狀況		
固定和一名子女住	54	20.30
輪流和子女同住	5	1.88
獨居	20	7.52
與配偶同住	186	69.92
住安養機構	1	0.38

五、經濟來源方面

經濟來源方面由表 4-1-5 可知，自己有經濟來源收入者 33 人，佔 12.41%；靠退休金者 209 人，佔 78.75%；靠子女供養者 18 人，佔 6.77%；靠社會補助者 6 人，佔 2.26%。由上述統計結果顯示，臺東縣公教退休老年人主要的經濟來源以依靠退休金的人數最多，因本研究之研究對象多為公教退休人員，因此以退休金為主要經濟來源，其次是自己有經濟收入與依靠子女供養，而依靠社會補助者最少，由此可知，臺東縣的老年人在退休後仍有著良好的經濟支持，減少生活上與家庭的負擔。

表 4-1-5 臺東縣公教退休老年人經濟來源之統計表

變項	人數	百分比 (%)
經濟來源		
自己有收入	33	12.41
靠子女供養	18	6.77
退休金	209	78.57
社會救助	6	2.26

六、退休前職業方面

退休前的職業方面，由表 4-1-6 可知，退休前的職業公務人員為 148 人，佔 55.64%；教職人員為 82 人，佔 30.83%，警消人員為 12 人，佔 4.51%；其他類別 18 人，佔 6.77%；軍人 6 人，佔 2.26%。由上述統計顯示，臺東縣退休前老

年人的職業以公務人員最多，其次為教職人員、警消人員。以公教類別者最多，其他類職業別僅佔少數。

表 4-1-6 臺東縣公教退休老年人退休前職業之統計表

變項	人數	百分比 (%)
退休前職業		
軍	6	2.26
公	148	55.64
教	82	30.83
警消	12	4.51
其他	18	6.77

七、吸菸、喝酒、吃檳榔方面

生活習慣方面，由表 4-1-7 可知，無吸菸者有 234 人，佔 87.97%；有吸菸習慣為 32 人，佔 11.65%；在喝酒習慣方面，無習慣者有 227 人，佔 85.34%，有喝酒習慣者有 11 人，佔 4.14%，喝酒習慣為每週一次的人數有 19 人，佔 7.14%，喝酒習慣為每週二次的人數有 3 人，佔 1.13%，喝酒習慣為每週三次以上的人數有 6 人，佔 2.26%；在吃檳榔習慣方面，無習慣者有 262 人，佔 98.50%，有吃檳榔習慣者有 4 人，佔 1.5%。由上述資料顯示，本研究之退休公教人員以不吸煙、不喝酒、不吃檳榔的人數居多。

表 4-1-7 臺東縣公教退休老年人吸菸、喝酒、吃檳榔習慣之描述統計表

變項	人數	百分比 (%)
有無吸煙		
無	234	87.97
有	32	11.65
吃檳榔習慣		
無	262	89.10
有	4	5.26
喝酒習慣		
無	227	85.34
有	11	4.14
每週一次	19	7.14
每週二次	3	1.13
三次以上	6	2.26

八、罹患慢性病數方面

罹患慢性病數方面，由表 4-1-8 可知，罹患慢性病數有一種者人數最多，有 95 人，佔 35.71%，其次為無罹患慢性病者有 80 人，佔 30.08%、罹患二種慢性病者有 59 人，佔 22.2%、罹患三種以上慢性病者有 9 人，佔 3.38%。由上述資料可知，本研究中有罹患慢性病的退休老年人佔 70%以上。

表 4-1-8 臺東縣公教退休老年人罹患慢性病數之統計表

變項	人數	百分比 (%)
認為自己目前罹病數		
無	80	30.08
1 種	95	35.71
2 種	59	22.18
3 種	23	8.65
3 種以上	9	3.38

九、小結

綜合上述資料發現，在性別、年齡、族別方面，退休公教人員以閩南人居多，

原住民僅佔少數，其中男性 233 位、女性 33 位，年齡層分佈於 65-85 歲以上，最大年齡為 90 歲，最小年齡為 65 歲；在身體組成方面，體重屬於正常範圍的人數最多，沒有過重的問題；在子女數方面，大部分老年人有二至三位以上子女數，在婚姻狀況方面，已婚者居多。且居住的地區以臺東市區最多，且多數退休老年人至少與一名子女與或配偶居住在一起；生活習慣方面，以不吸煙、不喝酒、不吃檳榔的人數居多；有罹患慢性病的老年人佔 70%以上。

臺東縣退休老年人的職業以公教人員居多，退休後又有一定的退休金可以維持經濟來源，在生活習慣上多能不吸煙、不喝酒、不吃檳榔維持良好的生活習慣，整體而言，臺東縣公教退休人員有著良好的生活品質與生活型態，有利於退休老年人的生活發展，然而，在慢性疾病方面卻有著較高的罹患率，顯示多數退休的老年人在身體健康方面需要多加關心。



第二節 臺東縣公教退休老年人睡眠品質之調查分析

本節主要在探討研究對象睡眠情況的好壞以及影響睡眠品質的因素，藉由研究對象主觀對睡眠的感覺的評估，在匹茲堡睡眠品質量表上劃記，透過量化資料的分析來了解公教退休老年人主觀睡眠品質的優劣以及影響睡眠品質的原因。本節之分析包含：一、個人主觀睡眠品質；二、睡眠時數；三、睡眠困擾；四、睡眠潛伏期；五、睡眠效率；六、白天功能障礙之分析；七、安眠藥之使用。分別敘述如下：

一、個人主觀睡眠品質之分析

由表 4-2-2 可知，影響睡眠品質的七個組成因素之得分依序為主觀睡眠品質、安眠藥之使用、睡眠時數、睡眠困擾、睡眠潛伏期、白天功能障礙、睡眠效率，其中表現最差的前三項是主觀睡眠品質、安眠藥之使用、睡眠時數。由表 4-2-2 可知，經測量結果顯示睡眠品質良好者僅有 7 位，佔 2.60%，睡眠品質不佳者多達 259 位，佔 97.4%，所佔的比率相當的高。由上表 4-2-3 統計可知，在主觀睡眠品質的滿意度上，睡得非常好的老年人有 7 人，佔 2.6%；睡得好的老年人 62 人，佔 23.3%；表示睡眠不好的老年人有 154 人，佔 57.9%，佔的人數最多；睡眠非常差的老年人有 43 人，佔 16.2%，換言之，有 74.1%以上的公教退休老年人主觀感覺其睡眠品質不好。綜合上述結果可知，臺東縣公教退休老年人的睡眠品質明顯不佳，且影響的原因包含主觀睡眠品質、安眠藥物之使用、睡眠時數等的問題居多。

表 4-2-1 臺東縣公教退休老年人影響睡眠品質之描述統計表

因素名稱	排序	平均值	標準差
睡眠品質總分		11.14	5.15
1.主觀睡眠品質	1	2.88	0.70
2.睡眠潛伏期	5	1.22	1.21
3.睡眠時數	3	1.53	1.07
4.睡眠效率	7	0.87	0.21
5.睡眠困擾	4	1.37	0.83
6.安眠藥之使用	2	2.08	0.57
7.白天功能障礙	6	1.19	0.58

表 4-2-2 臺東縣公教退休老年人睡眠品質之百分比統計表

睡眠品質量表	人數	百分比 (%)
睡眠品質良好（五分以上）	7	2.60
睡眠品質不佳（五分以上）	259	97.4
過去一個月，整體而言，你覺得自己晚上睡得好不好？		
1.非常好	7	2.6
2.好	62	23.3
3.不好	154	57.9
4.非常差	43	16.2

二、睡眠狀況之分析

由上表 4-2-3 公教退休老年人睡眠時數大於 7 小時的老年人有 62 人，佔 23.3%；睡眠時數介於 6-7 小時有 62 人，佔 23.3%；睡眠時數介於 5-6 小時有 82 人，佔 30.8%；睡眠時數小於 5 小時有 60 人，佔 22.6%；平均每晚睡眠時數為 6.42 小時。

表 4-2-3 臺東縣公教退休老年人睡眠狀況之描述統計表

真正睡眠時數	人數	百分比
>7 小時	62	23.3
6~7 小時	62	23.3
5~6 小時	82	30.8
<5 小時	60	22.6
睡眠狀況	平均數	標準差
1.過去一個月，通常上床睡覺的時間	22.28（點鐘）	1.28
2.過去一個月，上床後通常要多久才能入睡	0.36（小時）	0.26
3.過去一個月，通常起床的時間	5.80（點鐘）	1.18
4.過去一個月，平均每晚真正睡覺時間	6.42（小時）	1.43

三、睡眠困擾之分析

由表 4-2-5 公教退休老年人睡眠困擾可知，排序前三項為「必須起床上廁所而睡不好」「半夜或清晨醒來後不易繼續安睡」「上床後無法在 30 分鐘內入眠」，其中最大的睡眠困擾是「必須起床上廁所」。在半夜或清晨醒來後不易繼續安睡之發生次數方面，每週一次的老年人有 67 人，佔 25.2%；每週二次的老年人有 46 人，佔 17.3%；每週三次的老年人有 27 人，佔 10.2%，顯示每週一次以上的老年人有 140 人，佔 52.63%。此外，上床後無法在 30 分鐘內入眠之發生次數，每週一次有 67 人，佔 25.2%；每週二次有 29 人，佔 10.9%；每週三次有 35 人，佔 13.2%，顯示每週一次以上的老年人有 131 人，佔 49.24%。

表 4-2-4 公教退休老年人睡眠困擾之描述統計表

變項	人數	百分比 (%)	平均數	標準差
a.上床後,無法在 30 分鐘內入眠			1.86	1.06
從來沒有 (0)	135	50.8		
一週 1 次 (1)	67	25.2		
一週 2 次 (2)	29	10.9		
一週 3 次以上 (3)	35	13.2		
b.半夜或清晨醒來後,不易繼續安睡			1.90	1.06
從來沒有 (0)	126	47.4		
一週 1 次 (1)	67	25.2		
一週 3 次以上 (3)	27	10.2		
一週 2 次 (2)	46	17.3		
c.必須起床去廁所而睡不好			2.04	1.14
從來沒有 (0)	22	45.9		
一週 1 次 (1)	55	20.7		
一週 2 次 (2)	45	16.9		
一週 3 次以上 (3)	44	16.5		
d.呼吸無法順暢而睡不好			1.29	0.70
從來沒有 (0)	218	82.0		
一週 1 次 (1)	30	11.3		
一週 2 次 (2)	8	3.0		
一週 3 次以上 (3)	10	3.8		
e.咳嗽或打鼾太厲害而睡不好			1.36	0.71
從來沒有 (0)	197	74.1		
一週 1 次 (1)	51	19.2		
一週 2 次 (2)	9	3.4		
一週 3 次以上 (3)	9	3.4		
f.感覺太冷而睡不好			1.30	0.68
從來沒有 (0)	216	79.7		
一週 1 次 (1)	36	13.5		
一週 2 次 (2)	10	3.8		
一週 3 次以上 (3)	8	3.0		
g.感覺太熱,發汗而睡不好			1.38	0.70
從來沒有 (0)	192	72.2		
一週 1 次 (1)	54	20.3		
一週 2 次 (2)	13	4.9		
一週 3 次以上 (3)	7	2.6		
h.作惡夢而醒來			1.55	0.81
從來沒有 (0)	165	62.0		
一週 1 次 (1)	67	25.2		
一週 2 次 (2)	24	9.0		
一週 3 次以上 (3)	10	3.8		
i.身體感覺「疼痛」而睡不好			1.50	0.82
從來沒有 (0)	177	66.5		
一週 1 次 (1)	59	20.2		
一週 2 次 (2)	17	6.4		
一週 3 次以上 (3)	13	4.9		

四、睡眠潛伏期與效率之分析

由表 4-2-5 可知，公教退休老年人上床睡覺時，需花費 ≤ 15 分鐘能入睡的老

年人有 130 人，佔 48.9%；需 16-30 分鐘可入睡的有 98 人，佔 36.8%；需 16-30 分鐘才能入睡的有 37 人，佔 13.9%；需 ≥ 60 分鐘才能入睡的有 1 人，佔 0.4%，顯示多數的老年人需要超過 15 分才可入睡。公教退休老年人睡眠效率 $\geq 85\%$ 者有 163 人，佔 61.3%；睡眠效率在 75-84% 者有 56 人，佔 21.1%；睡眠效率在 65-74% 者有 27 人，佔 10.2%；睡眠效率 $\leq 64\%$ 者有 20 人，佔 7.5%。公教退休老年人睡眠效率未超過 85% 以上的人數是 103 人，約四成左右，亦即睡眠不佳老年人有四成之多。

表 4-2-5 公教退休老年人睡眠潛伏期與效率之統計表

睡眠潛伏期	人數	百分比 (%)
≤ 15	130	48.9
16-30	98	36.8
31-60	37	13.9
≥ 60	1	0.4
睡眠效率		
$\geq 85\%$	163	61.3
75-84%	56	21.1
65-74%	27	10.2
$\leq 64\%$	20	7.5

五、白天功能障礙與安眠藥使用

由表 4-2-6 可知，公教退休老年人白天發生功能障礙每週發生 1 次的有 213 人，佔 80.1%；每週發生 2 次的有 29 人，佔 10.9%；每週發生 3 次的有 15 人，佔 5.6%；從來沒有發生的有 9 人，佔 3.4%，亦即約有 257 人，佔 96.6% 的老年人每週至少一次以上發生白天功能障礙會有想睡而很難保持清醒。公教退休老年人使用安眠藥、鎮定劑來輔助入睡的比例，大約 34.6% 的老年人在過去一個月曾經借助安眠藥來幫助睡眠，其中一週 1 次的老年人有 48 人，佔 18.05%；一週二次的有 30 人，佔 11.28%；一週三次的老年人有 14 人，佔 5.26%。

表 4-2-6 公教退休老年人白天功能障礙與安眠藥使用之描述統計表

變項	人數	百分比 (%)	平均數	標準差
過去一個月來，你在用餐、開車或參加社交活動時，常覺得很想睡而很難保持清醒			2.19	0.58
從來沒有	9	3.4		
一週 1 次	213	80.1		
一週 2 次	29	10.9		
一週 3 次以上	15	5.6		
過去一個月，你曾服用過鎮定劑或安眠藥入睡嗎（處方或成藥均算）？			2.08	0.57
1. 從來沒有	174	65.41		
2. 一週1次	48	18.05		
3. 一週2次	30	11.28		
4. 一週3次以上	14	5.26		

六、討論

在主觀睡眠品質方面，個人的主觀感受是為評估睡眠品質好壞之重要參考依據（雷啟文，2003），因為睡眠品質是個人自覺睡眠被滿足感的程度，而滿足感是由主觀的感受與客觀的計算睡眠量所獲得的結果（Buysse et al., 1988），在本研究中的老年人有 74.1% 的人數對自己睡眠情況普遍不滿意，有近九成以上的人認為睡眠品質不佳，此結果高於雷啟文（2003）中年婦女的睡眠品質有 46.7% 不滿意、黃文玲（003）機構老人的主觀睡眠品質有 44.5% 不滿意，但與曾銀貞（2007）及林嘉玲（2003）的研究結果相近。

影響睡眠品質的因素以主觀睡眠品質、安眠藥之使用、睡眠時數的影響較多，此結果與雷啟文（2003），中年婦女身體活動與睡眠品質之相關研究，排序最差前三項是「白天功能障礙」「睡眠困擾」「主觀睡眠品質」；與林嘉玲（2000）自費安養機構老人睡眠品質最差者前三項是「睡眠潛伏期」「睡眠效率」的結果相似，共通的原因在於「主觀睡眠品質」上。顯示台東縣公教退休老年人的睡眠品質明顯不佳，其主要的影響因素在於老年人主觀睡眠品質的認定的優劣。

在睡眠時數方面，在本研究中公教退休老年人平均每晚真正睡眠時數為 6.42 小時，高於雷啟文（2003）的中年婦女睡眠品質相關因素探討研究之平均睡眠時數 5.61 小時，但仍低於一般正常成年人每晚約有 7-8 小時。綜合上述可以發現，本研究中老年人睡眠時數僅 6.42 小時，不足以滿足老年人的睡眠時數，且無法在短時間內達到有效的睡眠，因而導致睡眠品質普遍不佳的情形產生。

在睡眠困擾方面，本研究在必須起床上廁所而睡不好之發生次數方面，每週一次的老年人有 55 人佔 20.67%；每週二次的老年人有 45 人佔 16.91%，每週三次的老年人有 44 人佔 16.54%，換言之每週發生一次以上的老年人有 144 人，佔 54.14%，此結果同於黃文玲（2003）公費安養機構老人憂鬱與睡眠品質探討，也以「必須起床上廁所而睡不好」為最大睡眠困擾。顯示老年人的膀胱因年齡增加、老化而普遍呈現容量減少，逼尿肌收縮力下降及自發性膀胱不穩定收縮，而造成老年人有頻尿、急尿或尿失禁現象（楊怡君，2003），導致老年人於睡眠過程中，必須起床上廁所，而成為睡眠最普遍的困擾之一。

在睡眠潛伏期方面，本研究中老年人有 136 人，佔 51.12%，睡眠潛伏期超過 15 分鐘，此外，在「30 分鐘無法入睡的頻率」方面，一週至少發生 1 次之頻率有 67 人，佔 25.2%；一週至少發生 2 次之頻率有 29 人，佔 10.9%；一週至少發生 3 次以上之頻率 35 人，佔 13.2%，亦即每週發生一次以上的老年人有 131 人，佔 49.24%，此結果與林嘉玲（2000）機構老人睡眠品質研究之睡眠潛伏期 30 分鐘內無法入睡的老年人有 48.8%的結果相近，可見每週發生 30 分鐘內無法入睡的老年人相當普遍。

在睡眠效率方面，依據 Buysse, Reynold, Besman, and Kupfer（1988）界定，睡眠效率低於 85%皆屬於睡眠不佳狀態。林嘉玲（2003）機構老人睡眠不佳有 61.5%、黃文玲（2003）機構老人有 58.5%的睡眠效率低於 85%與本研究的結果相同，顯示老年人睡眠效率低落的比率偏高，睡眠品質多為不佳的狀況。

在白天功能障礙方面，林嘉玲（2000）調查機構老人打瞌睡的比例是 86.9%、曾銀貞（2007）社區老人日間功能障礙有打瞌睡的比例 64.9%的結果相同，都有

很高的白天發生功能障礙發生比率，顯示本研究中之公教退休老年人白天發生功能障礙之比率偏高。

在在安眠藥物使用方面，本研究之老年人使用安眠藥的比例約為 34.6%，比雷啟文（2003）的中年婦女睡眠品質相關因素探討中之安眠藥物使用人數 52.9% 低，也比林嘉玲（2003）調查機構老人有 41%服用安眠藥物的情況為低。



第三節 不同背景公教退休老年人睡眠品質分析

本研究以獨立樣本單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 來分析不同背景之睡眠品質指數，檢測結果分別敘述如下：

一、在性別、年齡與族別方面

(一) 性別方面

由表 4-3-1 得知，男性平均數 12.11，標準差 6.05；女性平均數 11.76，標準差 5.88， $t=.31$ 、 $p=.75>.05$ 未達顯著水準。顯示睡眠品質在不同性別之間沒有差異。

表 4-3-1 不同性別睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差	t	sig
男性	233	12.11	6.05	.319	.755
女性	33	11.76	5.88		

* $p<.05$

(二) 年齡方面

由表 4-3-2 得知，不同年齡睡眠品質指數平均數與標準差為：65-69 歲平均數 12.85，標準差 6.63；70-74 歲平均數 11.10，標準差 5.29；75-79 歲平均數 11.93，標準差 6.11；80-84 歲之平均數 11.90，標準差為 5.49；85 歲以上之平均數 12.85，標準差為 7.19。從表 4-3-3 可知，不同年齡睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=.741$ ， $p>.05$)。顯示睡眠品質在不同年齡之間沒有明顯的差異。

表 4-3-2 不同年齡睡眠品質指數之描述統計表

項 目	年齡	個數	平均數	標準差
睡眠品質	65-69 歲	74	12.85	6.63
	70-74 歲	54	11.10	5.29
	75-79 歲	59	11.93	6.11
	80-84 歲	63	11.90	5.49
	85 歲以上	16	12.85	7.19
	總和	266	12.07	6.02

表 4-3-3 不同年齡睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	108.02	4	27.00	0.74	.56
組內 (誤差)	9513.38	261	36.45		
總和 Total	9621.39	265			

F (.95) (4, 261) =0.74

(三) 族別方面

由表 4-3-4 得知，不同族別睡眠品質指數平均數與標準差為：閩南人之平均數 11.97 標準差 6.40；客家人之平均數 12.99 標準差 6.10；其他族別之平均數 11.18 標準差 4.44；原住民之平均數 12.12 標準差為 7.18。從表 4-3-5 可知，不同族別睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=0.887$, $p>.05$)。顯示睡眠品質在不同族別之間沒有明顯的差異。

表 4-3-4 不同族別睡眠品質指數之描述統計表

項 目	族別	個數	平均數	標準差
睡眠指數	閩南	139	11.97	6.40
	客家	64	12.99	6.10
	其他	52	11.18	4.44
	原住民	11	12.12	7.18
	總和	266	12.07	6.02

表 4-3-5 不同族別睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	96.75	3	32.25	0.88	.44
組內 (誤差)	9524.64	262	36.35		
總和	9621.39	265			

F (.95) (3, 262) =0.887

(四) 分析與討論

由不同性別、年齡與族別睡眠品質之統計分析得知，性別部分，男性 233 人的平均數為 12.11，標準差 6.05、女性 33 人平均數為 11.76，標準差 5.88；年齡部分：65-69 歲 74 人，平均數 12.85 標準差 6.63；70-74 歲 54 人，平均數

11.10 標準差 5.29；75-79 歲 59 人，平均數 11.93 標準差 6.11；80-84 歲 63 人，平均數 11.90 標準差為 5.49；85 歲以上 16 人，平均數 12.85 標準差為 7.19；族別部分：閩南人 139 人，平均數 11.97 標準差 6.40；客家人 64 人，平均數 12.99 標準差 6.10；其他族別 52 人，平均數 11.18 標準差 4.44；原住民 11 人，平均數 12.12 標準差為 7.18，由數據之呈現可知，不同性別、年齡與族別之老年人，在睡眠品質上沒有差異。

Buysse et al. (1991) 及陳美妃 (1994) 指出老年人的睡眠模式隨著年紀的增加逐漸產生負面的變化，睡眠品質趨向不佳的比率增高，本研究中也發現老年人睡眠品質明顯不佳，此研究結果與鄒秀菊 (1994)、林嘉玲 (2000) 之研究結果相符。本研究進一步發現不同性別、年齡與族別之間在睡眠品質上沒有差別。

二、在教育程度方面

由表 4-3-6 得知，不同教育程度睡眠品質指數的平均數與標準差為：不識字者平均數 11.02，標準差 5.94；國小程度之平均數 11.78，標準差 8.11；國中程度之平均數 11.40，標準差 5.33；高中、職程度之平均數 12.17，標準差為 5.68；大學以上（包含專科）程度之平均數 12.27，標準差為 6.03；其他教育程度之平均數 12.65，標準差為 7.55。從表 4-3-7 可知，不同教育程度睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=.161$, $p>.05$)。顯示睡眠品質在不同教育程度之間沒有明顯的差異。

表 4-3-6 不同教育程度睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	4	11.02	5.94
國小	20	11.78	8.11
國中	32	11.40	5.33
高中、職	121	12.17	5.68
大學以上	72	12.27	6.03
其他	16	12.65	7.55
總和	265	12.09	6.02

表 4-3-7 不同教育程度睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	29.71	5	5.94	0.16	.97
組內 (誤差)	9554.78	259	36.89		
總和 Total	9584.50	264			

F (.95) (5, 259) = 0.16

由不同教育程度睡眠品質之統計分析得知，無識字者 4 人，平均數 11.02，標準差 5.94；國小程度 20 人，平均數 11.78，標準差 8.11；國中程度 32 人，平均數 11.40，標準差 5.33；高中、職程度 121 人，平均數 12.17，標準差 5.68；大學以上（包含專科）程度 72 人，平均數 12.27，標準差為 6.03；其他教育程度 16 人，平均數 12.65，標準差為 7.55。由數據之呈現可知，不同教育程度之老年人，在睡眠品質上沒有差異，亦即，不同教育程度之老年人都有睡眠品質不佳的情形產生。

曾齡慧(2002)的調查發現，教育程度低者較易發生入睡困難；陳美妃(1994)研究指出高教育程度者有顯著較高的失眠比率，顯示教育程度的高低都有發生睡眠品質不佳的可能，此結果與本研究結果相符。本研究結果發現不同教育程度在睡眠品質上沒有差別，換言之不同教育程度之公教退休老年人都有睡眠品質不良的情形產生。

三、在婚姻狀況與子女數方面

(一) 婚姻狀況方面

由表 4-3-8 得知，不同婚姻狀況睡眠品質指數的平均數與標準差為：未婚者平均數 7.19，標準差 1.20；已婚者平均數 12.47，標準差 6.14；喪偶者之平均數 9.02，標準差 3.81；其他婚姻狀況之平均數 9.09，標準差為 4.57。從表 4-3-9 可知，不同婚姻狀況睡眠品質指數達顯著水準 ($F=3.240$, $p<.05$)。從事後比較表 4-3-10 可以看出，四組平均數兩兩的比較，在已婚與喪偶達顯著水準，且已婚的平均數高於喪偶的平均數，指數越高代表睡眠品質越差，顯示喪

偶者之睡眠品質優於已婚者。

表 4-3-8 不同婚姻狀況睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
未婚	2	7.19	1.20
已婚	236	12.47	6.14
喪偶	25	9.02	3.81
其他	3	9.09	4.57
總和	266	12.07	6.02

表 4-3-9 不同婚姻狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	344.13	3	114.71	3.24	.023*
組內 (誤差)	9277.26	262	35.40		
總和 Total	9621.39	265			

F (.95) (3, 262) = 3.24

表 4-3-10 不同婚姻狀況睡眠品質指數之事後比較表

項 目	未婚	已婚	喪偶	其他
未婚				
已婚				
喪偶				
其他		.030*		

* $p < .05$

(二) 子女數方面

由表 4-3-11 得知，不同子女數睡眠品質指數的平均數與標準差為：無子女者平均數 11.77，標準差 3.58；1 位子女者平均數 11.98，標準差 2.64；2 位子女者之平均數 12.26，標準差 5.90；3 位子女及以上者之平均數 12.04，標準差為 6.20。從表 4-3-12 可知，不同子女數睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=0.18$ ， $p>.05$)，顯示老年人的睡眠品質不因子女數的不同而有差異。

表 4-3-11 不同子女數睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	4	11.77	3.58
1 位	9	11.98	2.64
2 位	38	12.26	5.90
3 位及以上	215	12.04	6.20
總和	266	12.07	6.02

表 4-3-12 不同子女數睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	1.96	3	.65	0.01	.99*
組內（誤差）	9619.43	262	36.71		
總和	9621.39	265			

F (.95) (3, 262) = 0.18

（三）分析與討論

由不同婚姻狀況與子女數的睡眠品質之統計分析得知，未婚者 2 人，平均數 7.19，標準差 1.20、已婚者 236 人，平均數 12.47，標準差 6.14、喪偶者 25 人，平均數 9.02，標準差 3.81、其他婚姻狀況 3 人，平均數 9.09，標準差為 4.57；無子女者 4 人，平均數 11.77，標準差 3.58、1 位子女者 9 人，平均數 11.98，標準差 2.64、2 位子女者 38 人，平均數 12.26，標準差 5.90、3 位子女及以上者 215 人，平均數 12.04，標準差為 6.20。喪偶者之睡眠品質優於已婚者，在不同的子女數之間則沒有差異。

Ford and Kamerow (1980) 研究指出分居、離婚與喪偶有顯著較高的失眠比率；Schechtman et al. (1997) 提出已婚者較未婚者易產生睡眠障礙，此結果與本研究相似，顯示已婚者相較於喪偶者有較多的睡眠困擾，而導致睡眠品質不佳。雷啟文 (2003) 中年婦女睡眠品質的研究指出，不同的子女數在睡眠品質上有顯著差異，此結果與本研究不同，可能在於雷啟文 (2003) 以中年婦女為研究對象，在本研究以男性居多，女性佔少數，因此會有研究結果上的差異。綜合分析可知，不同子女數對老年人的睡眠品質影響沒有差異，而不同婚姻狀況影響老年人的睡眠品質，其中以喪偶者的睡眠品質優於已婚者。

四、在居住地區、居住狀況與經濟來源方面

(一) 居住地區方面

由表 4-3-13 得知，不同居住地區其睡眠品質指數的平均數與標準差為：平地者平均數 10.50，標準差 4.74；台東市者平均數 12.21，標準差 6.12。從表 4-3-14 可知，不同居住地區睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=1.70$, $p>.05$)，顯示睡眠品質在不同居住地區之間沒有差異。

表 4-3-13 不同居住地區睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
平地	23	10.50	4.74
臺東市	243	12.21	6.12
總和	266	12.07	6.02

表 4-3-14 不同居住地區睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	61.76	1	61.76	1.70	.19
組內 (誤差)	9559.63	264	36.21		
總和 Total	9621.39	265			

$F(.95)(1, 264) = 1.70$

(二) 居住狀況方面

由表 4-3-15 得知，不同居住狀況睡眠品質指數的平均數與標準差，固定和一名子女居住者平均數 11.63，標準差 5.79；輪流和子女住者平均數 10.06，標準差 4.86。獨居者平均數 9.75，標準差 3.99；和配偶同住者平均數 12.51，標準差 6.26；住安養機構者平均數 8.47。從表 4-3-16 可知，不同居住狀況睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=1.29$, $p>.05$)，顯示睡眠品質在不同居住狀況之間沒有差異。

表 4-3-15 不同居住狀況睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
固定和一名子女住	54	11.63	5.79
輪流和子女住	5	10.06	4.86
獨居	20	9.75	3.99
和配偶同住	186	12.51	6.26
住安養機構	1	8.47	
總和	266	12.07	6.02

表 4-3-16 不同居住狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	187.78	4	46.94	1.29	.27
組內（誤差）	9433.61	261	36.14		
總和 Total	9621.39	265			

F (.95) (4, 261) = 1.29

（三）經濟來源方面

由表 4-3-17 得知，不同經濟來源睡眠品質指數的平均數與標準差為：自己有收入者平均數 10.61，標準差 5.19；靠子女供養者平均數 11.33，標準差 6.64。退休金者平均數 12.41，標準差 6.09；社會救助者平均數 10.82，標準差 2.51。從表 4-3-18 可知，不同經濟來源睡眠品質指數未達顯著水準（ $F=0.98$ ， $p>.05$ ），顯示睡眠品質在不同經濟來源之間沒有差異。

表 4-3-17 不同經濟來源睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
自己有收入	33	10.61	5.19
靠子女供養	18	11.33	6.64
退休金	209	12.41	6.09
社會救助	2	10.82	2.51
總和	262	12.10	6.02

表 4-3-18 不同經濟來源睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	107.43	3	35.81	0.98	.39
組內（誤差）	9433.61	258	36.24		
總和 Total	9459.79	261			

F (.95) (3, 258) = 0.98

（四）分析與討論

由不同居住地區、居住狀況與經濟來源的睡眠品質之統計分析得知，住在平地者 23 人，平均數 10.50，標準差 4.74、居住在台東市者 243 人，平均數 12.21，標準差 6.12；固定和一名子女居住者 54 人，平均數 11.63，標準差 5.79、輪流和子女住者 5 人，平均數 10.06，標準差 4.86、獨居者者 20 人，平均數 9.75，標準差 3.99、和配偶同住者 186 人，平均數 12.51，標準差 6.26、住安養機構者者 1 人，平均數 8.47；自己有收入者 33 人，平均數 10.61，標準差 5.19、靠子女供養者 18 人，平均數 11.33，標準差 6.64、退休金者 209 人，平均數 12.41，標準差 6.09；社會救助者 2 人，平均數 10.82，標準差 2.51。由數據之呈現可知，睡眠品質在不同居住地區、居住狀況與經濟來源間沒有差異。

黃麗玲（2000）於高雄市 100 名獨居老人研究中，發現 47%獨居老人有憂鬱傾向；熊曉芳（2000）發現，鰥、寡、獨居之老年人社會參與程度較少，缺乏社交互動機會與情緒支持，有較高之憂鬱程度。李志成等人（1988）的調查中發現經濟不足之老人家比經濟來源足夠的老人家，有較高憂鬱程度、自己有收入或不依賴子女供養的老人家，憂鬱程度較低；張立中、鄭惠信、謝瀛華（1992）研究發現有收入的老人比無收入的老人有較低的憂鬱程度；陳宇嘉（2000）研究經濟因素與睡眠障礙的探討發現，老人本身領有退休金者較少罹患睡眠障礙，而失業及社經地位低者則較易罹患睡眠障礙；老年人有工作時、有經濟困難與家庭功能失調者憂鬱指數也較高（曾譯令，1995）。亦即收入足夠與否影響老年人的憂鬱情緒程度。綜合上述之研究結果可知，不同居住地區、居住狀況與經濟來源的差別在睡眠品質上沒有明顯的差異。

五、在吸菸、喝酒與吃檳榔方面

(一) 吸菸方面

由表 4-3-19 得知，有吸菸習慣者 234 人，睡眠品質指數的平均數 12.135，標準差 5.85；無吸菸習慣者 31 人，睡眠品質指數的平均數 11.69，標準差 5.85。自己有收入者平均數 10.61，標準差 5.19；靠子女供養者平均數 11.33，標準差 7.31。在吸菸方面的睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=1.05$, $p>.05$)，顯示睡眠品質在有無吸菸習慣方面並沒有差異。

表 4-3-19 吸菸睡眠指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	234	12.13	5.85
有	31	11.69	7.31

(二) 喝酒方面

由表 4-3-20 得知，喝酒睡眠品質指數的平均數與標準差為：無喝酒者平均數 11.85，標準差 5.72；有喝酒者平均數 11.67，標準差 7.36；每週一次者平均數 12.85，標準差 5.47；每周二次者平均數 15.57，標準差 10.86；每周三次者平均數 16.86，標準差 11.82。從表 4-3-21 可知，睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=1.37$, $p>.05$)。

表 4-3-20 喝酒睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	227	11.85	5.72
有	11	11.67	7.36
每週一次	19	12.85	5.47
每週二次	3	15.57	10.86
每週三次	6	16.86	11.82
總合	266	12.07	6.02

表 4-3-21 喝酒睡眠指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	199.03	4	49.76	1.37	.24
組內 (誤差)	9422.35	261	36.10		
總和 Total	9621.39	265			

$F(.95)(4, 261) = 1.37$

(三) 吃檳榔方面

由表 4-3-22 得知，無吃檳榔習慣者 262 人，睡眠品質指數的平均數 12.07，標準差 6.03；有吃檳榔習慣者 3 人，睡眠品質指數的平均數 11.79，標準差 7.48。在吃檳榔習慣方面的睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=.23$, $p>.05$)，顯示睡眠品質在有無吃檳榔習慣方面沒有差異。

表 4-3-22 吃檳榔睡眠指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	262	12.07	6.03
有	3	11.79	7.48

(四) 分析與討論

吸菸、喝酒與吃檳榔方面的睡眠品質統計分析得知，有吸菸習慣者 234 人，睡眠品質指數的平均數 12.13，無吸菸習慣者 31 人，睡眠品質指數的平均數 11.69；無喝酒者 227 人，平均數 11.85，有喝酒者 11 人，平均數 11.67。無吃檳榔習慣者 262 人，睡眠品質指數的平均數 12.07，有吃檳榔習慣者 3 人，睡眠品質指數的平均數 11.79。由數據之呈現可知，睡眠品質在吸菸、喝酒與吃檳榔方面沒有差異。陳美妃 (1994)、鄒秀菊 (1994) 等人的研究結果發現有無「抽菸習慣」「喝酒習慣」在睡眠品質得分上均無顯著差異，此結果與本研究結果相符，顯示有無抽菸、喝酒、吃檳榔習慣對睡眠品質的影響是相同。

六、在退休前職業方面

由表 4-3-23 得知，退休前職業是公家機關者 148 人，睡眠品質指數的平均數 12.54，標準差 .51；擔任教職者 82 人，睡眠品質指數的平均數 11.97，標準差 .65；擔任警消者 12 人，睡眠品質指數的平均數 13.49，標準差 1.87；擔任其他職務者 15 人，睡眠品質指數的平均數 8.45，標準差 .72。睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=2.31$, $p>.05$)，顯示退休前職業對睡眠品質得影響沒有顯著差異，不會因為退休前職業的不同在睡眠品質上產生差異。

表 4-3-23 不同退休前職業睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
公	148	12.54	.51
教	82	11.97	.65
警消	12	13.49	1.87
其他	15	8.45	.72
總和	257	12.16	.38

表 4-3-24 不同退休職業睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	253.06	3	84.35	2.31	.07
組內 (誤差)	9221.92	253	36.45		
總和 Total	9474.98	256			

$F(.95)(3, 253) = 2.31$

七、身體組成方面

由表 4-3-25 得知，公教退休老年人身體組成屬於過輕者 10 人，睡眠品質指數的平均數 11.12，標準差 6.48；屬於正常者 128 人，睡眠品質指數的平均數 12.13，標準差 6.29；屬於過重者 91 人，睡眠品質指數的平均數 12.43，標準差 5.83；屬於輕度肥胖者 29 人，睡眠品質指數的平均數 11.47，標準差 5.87；屬於中度肥胖者 8 人，睡眠品質指數的平均數 10.16，標準差 4.05。從表 4-3-26 可知，睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=.41$, $p>.05$)，顯示不同身體組成對睡眠品質的

影響沒有差異。

表 4-3-25 不同身體組成睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
過輕	10	11.12	6.48
正常	128	12.13	6.29
過重	91	12.43	5.83
輕度肥胖	29	11.47	5.87
中度肥胖	8	10.16	4.05
總和	266	12.07	6.02

表 4-3-26 不同身體組成睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	60.77	4	15.19	0.41	.79
組內 (誤差)	9560.62	261	1.25		
總和 Total	9621.39	265			

F (.95) (4, 261) = 0.41

八、在慢性病罹患數方面

表 4-3-27 顯示，公教退休老年人沒有罹患慢性疾病者 80 人，睡眠品質指數的平均數 10.07，標準差 4.61；罹患 1 種慢性疾病者 95 人，睡眠品質指數的平均數 11.55，標準差 5.93；罹患 2 種慢性疾病者 59 人，睡眠品質指數的平均數 13.77，標準差 5.98；罹患 3 種慢性疾病者 23 人，睡眠品質指數的平均數 14.79，標準差 6.48；罹患 3 種以上慢性疾病者 9 人，睡眠品質指數的平均數 17.16，標準差 9.42。

表 4-3-28 顯示，睡眠品質指數達顯著水準 ($F=6.89$, $p<.05$)。

表 4-3-29 分析比較可知，沒有罹患慢性疾病者的睡眠指數優於罹患 1 種慢性疾病者、罹患 1 種慢性疾病者優於罹患 2 種慢性疾病者、罹患 2 種慢性疾病者優於罹患 3 種慢性疾病者、罹患 3 種慢性疾病者優於罹患 3 種以上慢性疾病者。慢性疾病罹患數的多寡影響公教退休老年人的睡眠品質，其中以沒有罹患慢性疾病者最佳，其次是罹患 1 種慢性疾病者，罹患 3 種以上慢性疾病者最差。林嘉玲 (2000)、雷啟文 (2003) 的指出，老年人得慢性疾病總數與睡眠品質呈現正相

關，即慢性病總數愈多，睡眠品質愈差本研究之公教退休老年人慢性疾病罹患的種類越多，相對的會影響其睡眠品質，導致睡眠品質變差。

表 4-3-27 慢性病罹患數睡眠品質指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	80	10.07	4.61
1 種	95	11.55	5.93
2 種	59	13.77	5.98
3 種	23	14.79	6.48
3 種以上	9	17.16	9.42
總和	266	12.07	6.02

表 4-3-28 慢性病罹患數睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	919.93	4	229.98	6.89	.00*
組內 (誤差)	8701.46	261	33.33		
總和 Total	9621.39	265			

$F(.95)(4, 261) = 6.89$

表 4-3-29 慢性病罹患數睡眠品質指數之事後比較表

項 目	無	1 種	2 種	3 種	3 種以上
無					
1 種					
2 種	.002*				
3 種	.005*				
3 種以上	.004*	.042*			

* $p < .05$

第四節 臺東縣公教退休老年人憂鬱狀態之分析

以流行病學研究中心憂鬱量表調查老年人的憂鬱狀態，依過去一星期的感覺或行為選取適當的選項，分數愈高則表示憂鬱程度越嚴重。結果如下：

一、憂鬱狀態之調查

表 4-4-1 顯示，公教退休老年人有憂鬱狀態者 56 人，佔 21.05%、無憂鬱狀態者 210 人，佔 78.95%。

表 4-4-1 臺東縣公教退休老年人憂鬱狀態百分比統計表

憂鬱指數	人數	百分比 (%)
無憂鬱狀態 (16 分以下)	210	78.95
有憂鬱狀態 (16 分以上)	56	21.05

表 4-4-2 顯示，公教退休老年人憂鬱狀態得分排序前三項為「我覺得我和別人一樣過得很好」、「我能享受人生樂趣」、「對我未來充滿希望」；得分最後三項為「我曾經痛哭」、「我覺得別人不喜歡我」、「我覺得悲傷」。

表 4-4-2 臺東縣公教退休老年人憂鬱指數之描述統計表

因素名稱	排序	平均值	標準差
憂鬱總量表		12.88	7.76
1.以前不會介意的事，最近竟然會困擾我	8	0.55	0.71
2.我的胃口不好，不想吃東西	15	0.35	0.61
3.就算有親友幫忙，我還是拋不開	11	0.47	0.75
4.我覺得我和別人一樣過的很好	1	1.56	1.23
5.我無法專心做事	9	0.53	0.78
6.我覺得悶悶不樂	10	0.49	0.72
7.我做任何事都覺得費力	6	0.62	0.76
8.我對未來充滿希望	3	1.44	1.15
9.我認為我的人生是失敗的	14	0.38	0.70
10.我覺得恐懼	16	0.34	0.63
11.我睡不安寧	12	0.47	0.76
12.我是快樂的	4	1.44	1.13
13.我比平常不愛說話	5	0.86	0.87
14.我覺得寂寞	13	0.41	0.69
15.周遭的人是不友善的	17	0.30	0.63
16.我能享受人生樂趣	2	1.45	1.18
17.我曾經痛哭	20	0.19	0.53
18.我覺得悲傷	18	0.24	0.51
19.我覺得別人不喜歡我	19	0.23	0.54
20.我缺乏幹勁	7	0.58	0.75

二、主觀憂鬱狀態之分析

由表 4-4-3 可知，公教退休老年人選擇「經常」、「時常」、「有時候」、「沒有

或極少」中，得分排序第一的「我覺得我和別人一樣過得很好」屬於正向分量表，平均值 1.56，標準差 1.23，有 29.70%的老年人選擇「沒有或極少」、有 17.67%的老年人選擇「有時候」、有 32.71%的老年人選擇「經常」、有 19.92%的老年人選擇「時常」，顯示公教退休老年人中有 47.67 %的老年人感覺自己的日子過得不比別人好。排序第二「我能享受人生樂趣」屬於沮喪情感分量表，平均值 1.45，標準差 1.18，其中有 30.45%的老年人選擇「沒有或極少」、19.92%的老年人選擇「有時候」、有 22.93%的老年人選擇「時常」、有 25.94%的老年人選擇「經常」，顯示公教退休老年人有 50.37%認為自己沒辦法享受人生樂趣。

排序第三為「對我未來充滿希望」屬於正向分量表，平均值 1.44，標準差 1.15，其中有 27.82%的老年人選擇「沒有極少」、26.32%的老年人選擇「有時候」、19.92%的老年人選擇「時常」、25.64%的老年人選擇「經常」，顯示公教退休老年人有 54.14%認為他們的未來不是充滿希望。呂淑妤、林宗義（2000）指出個人對生活事件，產生負向的詮釋會引起認知上的症狀，包括心情低落、沮喪、消沉、失眠、食慾降低或厭食、無助感、失去往日的活力和興趣、人際間障礙、自殺意念等。

此外，公教退休人員憂鬱指數主要的影響依序為正向問題、身心症狀問題、情感沮喪問題以及人際問題等，公教退休老年人本身的認知、身體健康狀況、身心情緒以及與他人的溝通與互動上為主要的關鍵因素。公教退休老年人在正向評量方面明顯低落，意即對於生活認知與主觀上消極，且沮喪的意識偏高，顯示臺東縣公教退休老年人在退休之後，有呈現心情低落、負面情緒、消極、消沉等多種負面型態的情況。

表 4-4-3 臺東縣公教退休老年人主觀憂鬱狀態之百分比統計表

變項名稱	沒有或極少%	有時候%	時常%	經常%
沮喪情感				
9.我認為我的人生是失敗的	71.43	20.30	20.30	5.64
10.我覺得恐懼	72.56	21.80	3.76	1.50
12.我是快樂的	28.57	28.06	26.69	22.93
14.我覺得寂寞	68.05	68.05	4.51	2.26
16.我能享受人生樂趣	30.45	19.92	22.93	25.94
17.我曾經痛哭	85.34	11.65	1.50	1.50
18.我覺得悲傷	78.95	18.42	0.75	1.13
身心症分量表				
1.以前不會介意的事，最近竟然會困擾我	54.51	38.35	4.51	2.63
2.我的胃口不好，不想吃東西	70.68	24.81	2.63	1.50
3.就算有親友幫忙，我還是拋不開	65.41	25.19	6.39	2.63
5.我無法專心做事	60.53	30.83	4.14	4.51
6.我覺得悶悶不樂	61.28	31.20	4.14	3.01
7.我做任何事都覺得費力	51.50	37.59	7.14	3.38
11.我睡不安寧	66.17	24.81	5.26	3.76
13.我比平常不愛說話	39.10	42.86	10.53	7.14
20.我缺乏幹勁	55.26	34.59	7.52	2.63
人際問題分量表				
15.周遭的人是不友善的	77.07	17.67	3.38	1.88
19.我覺得別人不喜歡我	81.95	13.91	3.38	0.75
正向分量表				
4.我覺得我和別人一樣過的很好	29.70	17.67	19.92	32.71
8.我對未來充滿希望	27.82	26.32	19.92	25.94

第五節 不同背景公教退休老年人憂鬱狀態之分析

本節依不同背景之公教退休老年人，如年齡、性別、族別、身體組成、婚姻狀況，居住地區、居住狀況、經濟來源，有無吸煙、喝酒習慣、吃檳榔習慣，退休前職業、教育程度、子女數，目前慢性病罹患數等項目進行憂鬱狀態的差異性探討。

一、在性別、年齡與族別方面

(一) 性別方面

表 4-5-1 顯示，男性平均數 12.96，標準差 6.06；女性平均數 12.33，標準差 5.88， t 值=.43， $p>.05$ ，未達顯著水準。顯示憂鬱狀態在不同性別之間沒有差異。

表 4-5-1 不同性別憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差	t 值	sig
男	233	12.96	6.06	.43	.66
女	33	12.33	5.88		

* $p<.05$

(二) 年齡方面

表 4-5-2 顯示，不同年齡憂鬱狀態指數平均數與標準差為：65-69 歲平均數 13.58 標準差 7.48；70-74 歲平均數 11.55 標準差 8.46；75-79 歲平均數 12.49 標準差 7.96；80-84 歲之平均數 13.15 標準差為 7.78；85 歲以上之平均數 14.50 標準差為 5.57。從表 4-5-3 可知，不同年齡憂鬱狀態指數未達顯著水準($F=.77$ ， $p>.05$)。顯示憂鬱狀態在不同年齡之間沒有顯著的差異。

表 4-5-2 不同年齡憂鬱狀態指數之描述統計表

憂鬱狀態指數	年齡	個數	平均數	標準差
	65-69 歲	74	13.58	7.48
	70-74 歲	54	11.55	8.46
	75-79 歲	59	12.49	7.96
	80-84 歲	63	13.15	7.78
	85 歲以上	16	14.50	5.57
	總和	266	12.884	7.76

表 4-5-3 不同年齡憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	186.88	4	46.72	0.77	.54
組內 (誤差)	15784.50	261	60.47		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (4, 261) = 0.77

(三) 族別方面

由表 4-5-4 得知，不同族別憂鬱狀態指數平均數與標準差為：閩南人之平均數 12.28 標準差 6.93；客家人之平均數 13.00 標準差 9.10；其他族別之平均數 13.71 標準差 8.34；原住民之平均數 15.90 標準差為 6.17。從表 4-5-5 可知，不同族別憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($F=1.03$, $p>.05$)。顯示憂鬱狀態在不同族別之間沒有顯著的差異。

表 4-5-4 不同族別憂鬱狀態指數之描述統計表

族別	個數	平均數	標準差
閩南	139	12.28	6.93
客家	64	13.00	9.10
其他	52	13.71	8.34
原住民	11	15.90	6.17
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-5 不同族別憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	187.74	3	62.58	1.03	.37
組內 (誤差)	15783.64	262	60.24		
總和 Total	15971.38	265			

$F(.95)(3, 262) = 1.03$

(四) 結果分析

由不同性別、年齡與族別憂鬱狀態之統計分析，不同性別、年齡與族別在統計考驗上皆未達顯著水準，顯示不同性別、年齡與族別之老年人，在憂鬱狀態上沒有差異。

二、在教育程度方面

由表 4-5-6 得知，不同教育程度憂鬱狀態的指數，不識字者平均數 23.50，標準差 9.39；國小程度之平均數 8.70，標準差 8.11；國中程度之平均數 12.18，標準差 6.24；高中、職程度之平均數 13.74，標準差為 8.52；大學以上程度之平均數 12.48，標準差為 7.13；其他教育程度之平均數 12.25，標準差為 7.79。從表 4-5-7 可知，不同教育程度憂鬱狀態指數達顯著水準 ($F=3.18, p<.05$)。顯示憂鬱狀態在不同教育程度之間有顯著的差異。事後比較表 4-5-8 顯示憂鬱狀態在不同教育程度之間有差異，且無識字老年人的憂鬱狀態高於國小教育程度的老年人。

趙佩璇 (2003) 指出憂鬱狀態會因教育程度之不同而有所差異；梁繼權、呂碧鴻、李名濱、湯麗玉 (1998) 對成年人慢性病壓力與憂鬱相關之探討與蘇東平 (2000) 之睡眠障礙之診斷分類中指出，教育程度低與憂鬱成顯著相關。換言之，本研究顯示無識字者的憂鬱狀態顯著偏高，需要進一步關切。

表 4-5-6 不同教育程度憂鬱狀態指數之描述統計表

教育程度	個數	平均數	標準差
無	4	23.50	9.39
國小	20	8.70	8.11
國中	32	12.18	6.24
高中、職	121	13.74	8.52
大學以上	72	12.48	7.13
其他	16	12.25	7.79
總和	265	12.89	7.77

表 4-5-7 不同教育程度憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	923.70	5	184.74	3.18	.00*
組內 (誤差)	15044.11	259	58.08		
總和 Total	15967.82	264			

F (.95) (5, 264) = 3.18

表 4-5-8 不同教育程度憂鬱狀態指數之事後比較表

項 目	無	國小	國中	高中、職	大學以上	其他
無						
國小	.005*					
國中						
高中、職						
大學以上						
其他						

* $p < .05$

三、在姻狀況、子女數方面

(一) 婚姻狀況方面

由表 4-5-9 得知，不同婚姻狀況憂鬱狀態指數，未婚者平均數 14.50，標準差 2.12；已婚者平均數 13.05，標準差 8.05；喪偶者之平均數 11.52，標準差 4.99；其他婚姻狀況之平均數 9.66，標準差為 4.16。從表 4-5-10 可知，不同婚姻狀況憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($F=4.93$, $p>.05$)，顯示憂鬱狀態在不同婚姻狀況之間沒有顯著差異。

表 4-5-9 不同婚姻狀況憂鬱狀態指數之描述統計表

項目	個數	平均數	標準差
未婚	2	14.50	2.12
已婚	236	13.05	8.05
喪偶	25	11.52	4.99
其他	3	9.66	4.16
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-10 不同婚姻狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	89.69	3	29.89	0.49	.68
組內 (誤差)	15881.69	262	60.61		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (3, 262) = 0.49

(二) 子女數方面

由表 4-5-11 得知，不同子女數憂鬱狀態指數，無子女者平均數 20.50，標準差 8.81；1 位子女者平均數 18.44，標準差 13.41；2 位子女者之平均數 12.57，標準差 7.88；3 位子女及以上者之平均數 12.26，標準差為 7.31。從表 4-5-12 可知，不同子女數憂鬱狀態指數達顯著水準 ($F=3.03$, $p<.05$)，顯示睡眠品質在不同子女數之間有差異。進一步由表 4-5-13 得知，憂鬱狀態指數以無子女數分別高於 1 位子女數與 2 位子女數。

表 4-5-11 不同子女數憂鬱狀態之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	4	20.50	8.81
1 位	9	18.44	13.41
2 位	38	12.57	7.88
3 位及以上	215	12.26	7.31
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-12 不同子女數憂鬱狀態之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	536.00	3	178.66	3.03	.03*
組內 (誤差)	15435.38	262	58.91		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (3, 262) = 3.03

表 4-5-13 不同子女數憂鬱狀態之憂鬱狀態指數事後比較表

項 目	無	1 位	2 位	3 位及以上
無				
1 位				
2 位	.02*			
3 位及以上	.01*			

* $p < .05$

(三) 分析與討論

由不同婚姻狀況與子女數的睡眠品質之統計分析得知，未婚者 2 人，平均數 14.50、已婚者 236 人，平均數 13.05、喪偶者 25 人，平均數 11.52、其他婚姻狀況 3 人，平均數 9.66，無子女者 4 人，平均數 20.50，1 位子女者 9 人，平均數 18.44，2 位子女者 38 人，平均數 12.57，3 位子女及以上者 215 人，平均數 12.26。憂鬱狀態在婚姻狀況間沒有顯著差異，與黃文玲（2003），趙佩璇（2003）的研究結果一致，此外，在不同子女數間有顯著差異。顯示出婚姻狀況不影響老年人的憂鬱狀態指數，子女數的多寡則會影響老年的憂鬱狀態指數，子女數越多，憂鬱狀態指數越低，子女數越少，憂鬱狀態指數越高。

四、居住地區、居住狀況與經濟來源方面

(一) 居住地區方面

由表 4-5-14 得知，不同居住地區憂鬱狀態指數的平均數與標準差為：平地者平均數 12.04，標準差 7.80；臺東市者平均數 12.96，標準差 7.77。從表 4-5-15 可知，不同居住地區睡眠品質指數未達顯著水準 ($F = .29, p > .05$)，顯示

睡眠品質在不同居住地區之間沒有差異。

表 4-5-14 不同居住地區憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
平地	23	12.04	7.80
臺東市	243	12.96	7.77
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-15 不同居住地區憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	17.76	1	17.76	0.29	.58
組內 (誤差)	15953.62	264	60.43		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (1, 264) = 0.29

(二) 居住狀況方面

由表 4-5-16 得知，不同居住狀況憂鬱狀態指數的平均數與標準差為：固定和一名子女居住者平均數 12.51，標準差 8.45；輪流和子女住者平均數 17.80，標準差 8.75；獨居者平均數 11.30，標準差 5.23；和配偶同住者平均數 12.98，標準差 7.75；住安養機構者平均數 20.00。從表 4-5-17 可知，不同居住狀況憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($F=0.957$, $p>.05$)，顯示憂鬱狀態在不同居住狀況之間沒有差異。

表 4-5-16 不同居住狀況憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
固定和一名子女住	54	12.51	8.45
輪流和子女住	5	17.80	8.75
獨居	20	11.30	5.23
和配偶同住	186	12.98	7.75
住安養機構	1	20.00	
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-17 不同居住狀況憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	230.92	4	57.73	0.95	.43
組內 (誤差)	15740.46	261	60.30		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (4, 261) = 0.95

(三) 經濟來源方面

由表 4-5-18 得知，不同經濟來源憂鬱狀態指數的平均數與標準差為：自己有收入者平均數 13.69，標準差 7.36；靠子女供養者平均數 13.66，標準差 7.93；退休金者平均數 12.74，標準差 7.90；社會救助者平均數 11.50，標準差 6.36。從表 4-5-19 可知，不同經濟來源憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($F=0.22$, $p>.05$)，顯示憂鬱狀態在不同經濟來源之間沒有顯著差異。

表 4-5-18 不同經濟來源憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
自己有收入	33	13.69	7.36
靠子女供養	18	13.66	7.93
退休金	209	12.74	7.90
社會救助	2	11.50	6.36
總和	262	12.91	7.80

表 4-5-19 不同經濟來源憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	40.63	3	13.54	0.22	.88
組內 (誤差)	15843.51	258	61.40		
總和 Total	15884.15	261			

F (.95) (3, 258) = 0.22

(四) 分析與討論

由不同居住地區、居住狀況與經濟來源的憂鬱狀態之統計分析得知，住在平地者 23 人，平均數 12.04，居住在臺東市者 243 人，平均數 12.96；固定和一名子女居住者 54 人，平均數 12.51，輪流和子女住者 5 人，平均數 17.80，

獨居者者 20 人，平均數 11.30，和配偶同住者 186 人，平均數 12.98，住安養機構者者 1 人，平均數 20.00；自己有收入者 33 人，平均數 13.69，靠子女供養者 18 人，平均數 13.66，退休金者 209 人，平均數 12.74，；社會救助者 2 人，平均數 11.50。由此可知，憂鬱狀態在不同居住地區、居住狀況與經濟來源間沒有顯著差異。研究結果與趙佩璇（2003）和黃文玲（2003）的研究結果相同。換言之，老年人的憂鬱狀態沒有因為居住地區的不同、居住狀況的不同以及經濟收入來源的不同而有所差異。

五、在吸菸、喝酒與吃檳榔方面

（一）吸菸方面

由表 4-5-20 得知，有吸菸習慣者 234 人，憂鬱狀態指數的平均數 12.91，標準差 7.90；無吸菸習慣者 31 人，憂鬱狀態指數的平均數 12.51，標準差 6.86。在吸菸方面的憂鬱狀態指數未達顯著水準（ $F=.29$ ， $p>.05$ ），顯示憂鬱狀態在有無吸菸習慣方面沒有差異。

表 4-5-20 吸菸習慣憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	234	12.91	7.90
有	31	12.51	6.86

（二）喝酒方面

由表 4-5-21 得知，喝酒習慣憂鬱狀態指數的平均數與標準差為：無喝酒者平均數 12.70，標準差 7.93；有喝酒者平均數 13.81，標準差 8.40；每週一次者平均數 14.21，標準差 5.45；每周二次者平均數 14.33，標準差 4.16；每周三次者平均數 12.83，標準差 9.17。從表 4-5-22 可知，睡眠品質指數未達顯著水準（ $F=.23$ ， $p>.05$ ），顯示憂鬱狀態在有無喝酒習慣方面沒有顯著差異。

表 4-5-21 喝酒習慣憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	227	12.70	7.93
有	11	13.81	8.40
每週一次	19	14.21	5.45
每週二次	3	14.33	4.16
每週三次	6	12.83	9.17
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-22 喝酒習慣憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	56.28	4	14.07	0.23	.92
組內 (誤差)	15915.10	261	60.97		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (4, 261) = 0.23

(三) 吃檳榔方面

由表 4-5-23 得知，無吃檳榔習慣者 262 人，憂鬱狀態指數的平均數 12.86，標準差 7.78；有吃檳榔習慣者 3 人，憂鬱狀態指數的平均數 17.33，標準差 5.03。在吃檳榔習慣方面的憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($t=.55$, $p>.05$)，顯示有無吃檳榔習慣者在憂鬱狀態沒有差異。

表 4-5-23 吃檳榔習慣憂鬱狀態指數之 t 考驗表

項 目	個數	平均數	標準差	t 值
無	262	12.86	7.78	0.55
有	3	17.33	5.03	

$p=.45>.05$

(四) 分析

由吸菸、喝酒與吃檳榔者的統計分析，有吸菸習慣者 234 人，平均數 12.91；無吸菸習慣者 31 人，平均數 12.51；無喝酒者 227 人，平均數 12.70，有喝酒者 11 人，平均數 13.81，每週喝酒一次者 19 人，平均數 14.21，每週喝酒二次者 3 人，平均數 14.33，每週喝酒三次者平均數 12.83；無吃檳榔習慣者 262 人，

平均數 12.86，有吃檳榔習慣者 3 人，平均數 17.33。由統計分析可知，吸菸、喝酒與吃檳榔者之憂鬱狀態指數沒有差異。

六、退休前職業

由表 4-5-24 得知，退休前職業是公家機關者 148 人，憂鬱狀態指數的平均數 13.08；擔任教職者 82 人，平均數 12.42；擔任警消者 12 人，平均數 14.00；擔任其他職務者 15 人，平均數 13.60。從表 4-5-25 可知，憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($F=0.24$, $p>.05$)，顯示憂鬱狀態在退休前職業方面沒有顯著差異，不會因為退休前職業的不同在憂鬱狀態上有差異。

表 4-5-24 不同退休前職業憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
公	148	13.08	7.46
教	82	12.42	8.54
警消	12	14.00	7.26
其他	15	13.60	5.82
總和	257	12.94	7.70

表 4-5-25 不同退休職業憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	44.82	3	14.94	0.24	.86
組內 (誤差)	15153.51	253	59.89		
總和 Total	15198.34	256			

$F(.95)(3, 253) = 0.24$

七、身體組成

由表 4-5-26 得知，公教退休老年人身體組成屬於過輕者 10 人，憂鬱狀態指數的平均數 14.00；屬於正常者 128 人，憂鬱狀態指數的平均數 12.96；屬於過重者 91 人，憂鬱狀態指數的平均數 11.96；屬於輕度肥胖者 29 人，憂鬱狀態指數的平均數 15.03；屬於中度肥胖者 8 人，憂鬱狀態指數的平均數 12.75。從表 4-5-27

可知，憂鬱狀態指數未達顯著水準 ($F=0.92$, $p>.05$)。

表 4-5-26 不同身體組成憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
過輕	10	14.00	7.93
正常	128	12.96	8.92
過重	91	11.96	5.99
輕度肥胖	29	15.03	7.390
中度肥胖	8	12.75	6.62
總和	266	12.88	7.76

表 4-5-27 不同身體組成憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	224.14	4	56.03	0.92	.44
組內 (誤差)	15747.24	261	60.33		
總和 Total	15971.38	265			

$F(.95)(4, 261) = 0.92$

八、慢性病罹患數

公教退休老年人沒有罹患慢性疾病者 80 人，憂鬱狀態指數的平均數 11.30；罹患 1 種慢性疾病者 95 人，平均數 12.30；罹患 2 種慢性疾病者 59 人，平均數 14.28；罹患 3 種慢性疾病者 23 人，平均數 14.87；罹患 3 種以上慢性疾病者 9 人，平均數 18.77。慢性病罹患數憂鬱狀態指數達顯著水準 ($F=3.22$, $p<.05$)，表 4-5-30 進一步比較，沒有罹患慢性疾病者的憂鬱狀態指數低於罹患 3 種以上慢性疾病者。

表 4-5-28 慢性病罹患數憂鬱狀態指數之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
無	80	11.300	6.785
1 種	95	12.303	7.328
2 種	59	14.288	6.971
3 種	23	14.870	9.758
3 種以上	9	18.778	14.237
總和	266	12.884	7.763

表 4-5-29 慢性病罹患數憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表

項 目	平方和	自由度	均方	F	sig
組間	752.17	4	188.04	3.22	.01*
組內 (誤差)	15219.21	261	58.31		
總和 Total	15971.38	265			

F (.95) (4, 261) = 3.2

表 4-5-30 慢性病罹患數憂鬱狀態指數之事後比較表

項 目	無	1 種	2 種	3 種	3 種以上
無					
1 種					
2 種					
3 種					
3 種以上	.04*				

* $p < .05$

王怡馨 (2000) 指出罹患疾病數增加的老年人，很容易產生情緒上的調適不良，國外研究指出老人憂鬱與身體之疾病有關 (Huang, Cornomi-Huntley, Huntley, Galanos, & Blager, 2000)，趙珮璇 (2003) 研究老人憂鬱狀態相關性，發現慢性病數目可解釋 73.7% 的憂鬱狀態變異量，健康情形不佳，較容易比沒有慢性病的老年人顯得憂慮與擔心。由本研究顯示慢性病罹患數愈多，憂鬱狀態愈差。

第六節 睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析

本節針對臺東縣不同背景之公教退休老年人的睡眠品質與憂鬱狀態之相關，進行皮爾森積差相關的分析，分別討論如下：

一、睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析

表 4-6-1 睡眠品質與憂鬱狀態指數，睡眠品質的平均數 12.07，標準差 6.02、憂鬱狀態指數的平均數 12.83，標準差 7.76。表 4-6-2 相關分析可知，睡眠品質與憂鬱狀態呈現顯著正相關（ $r=0.40$ ， $p<.05$ ）。表示睡眠品質愈差，憂鬱狀態愈不好。

本研究之結果與黃文玲(2003)機構老人憂鬱與睡眠品質研究、鄒琇菊(1993)敬老院老人睡眠品質與健康狀況探討、林嘉玲(2003)機構老人的研究結果一致，睡眠不好者常伴隨著憂鬱的情緒，憂鬱傾向愈高，其睡眠品質愈差。

表 4-6-1 睡眠指數與憂鬱狀態描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
睡眠品質指數	266	12.07	6.02
憂鬱狀態指數	266	12.83	7.76

表 4-6-2 公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析摘要表

項 目	憂鬱狀態指數
睡眠品質指數	Pearson 相關 .40*
	顯著性（雙尾） .00
	個數 266

* $p<.05$

二、睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析

由表 4-6-3 公教退休老年人之睡眠品質與憂鬱狀態之描述統計分析可得，個人主觀睡眠品質的平均數 1.88，睡眠潛伏期的平均數 1.22，睡眠時數的平均數

1.53，睡眠效率的平均數.82，睡眠困擾的平均數 4.31，白天功能障礙的平均數 1.19，安眠藥物使用的平均數 1.08，沮喪情感的平均數 4.25，身心症的平均數 4.42，人際問題的平均數.41，正向情感的平均數 2.27。

從表 4-6-3 亦可知，個人主觀睡眠品質與身心症呈現正相關 ($r=.13, p<.05$)；睡眠潛伏期與沮喪情感 ($r=.17, p<.05$)、身心症 ($r=.26, p<.05$)、人際問題 ($r=.13, p<.05$)，皆具有明顯的正相關；睡眠時數與身心症 ($r=.18, p<.05$) 有顯著正相關；睡眠效率與沮喪情感呈現負相關 ($r=-.13, p<.05$)，與身心症呈現負相關 ($r=-.18, p<.05$)；睡眠困擾與沮喪情感 ($r=.26, p<.05$)、身心症 ($r=.46, p<.05$)、人際問題 ($r=.24, p<.05$)，皆有顯著正相關。結果顯示，憂鬱狀態分數愈高，其睡眠品質不佳也相對愈高，有憂鬱傾向的老年人，其睡眠品質比無憂鬱傾向的差。

表 4-6-3 公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之描述統計表

項 目	個數	平均數	標準差
個人主觀睡眠品質	266	1.88	.69
睡眠潛伏期	266	1.22	1.21
睡眠時數	266	1.53	1.08
睡眠效率	266	.86	.20
睡眠困擾	266	4.31	4.53
白天功能障礙	266	1.19	.57
安眠藥物使用	266	1.08	.57
沮喪情感	266	4.25	2.77
身 心 症	266	4.42	4.08
人際問題	266	.41	.80
正向情感	266	2.27	1.54

表 4-6-4 公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析摘要表(N=266)

項 目		沮喪情感	身心症	正向情感	人際問題
個人主觀					
睡眠品質	Pearson 相關	.09	.13*	-.02	.03
	顯著性 (雙尾)	.12	.03	.67	.53
睡眠潛伏期	Pearson 相關	.17*	.26*	.01	.13*
	顯著性 (雙尾)	.00	.00	.83	.02
睡眠時數	Pearson 相關	.10	.18*	.01	.06
	顯著性 (雙尾)	.08	.00	.78	.26
睡眠效率	Pearson 相關	-.13*	-.18*	-.02	-.11
	顯著性 (雙尾)	.03	.00	.68	.06
睡眠困擾	Pearson 相關	.26*	.46*	.00	.24*
	顯著性 (雙尾)	.00	.00	.89	.00
安眠藥物使用	Pearson 相關	-.04	.00	-.10	-.04
	顯著性 (雙尾)	.45	.92	.08	.43
白天功能障礙	Pearson 相關	.12	-.20*	.08	.10
	顯著性 (雙尾)	.05	.00	.14	.09

* $p < .05$

第伍章 結論與建議

第一節 結論

本研究目的是為了解臺東縣公教退休老人睡眠品質與憂鬱狀態的現況，以及睡眠品質與憂鬱狀態之相關，根據本研究結果之分析與討論，歸納出以下之結論，並提出幾點建議。

一、 臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之現況

- (一) 退休公教人員，以閩南人居多，原住民僅佔少數，其中男性人數多於女性，身體組成普遍介於正常範圍，沒有體重過重的問題，婚姻狀況以已婚者居多，生活上多有子女與配偶陪伴，僅有少數的退休老年人獨自居住，生活習慣方面以不吸煙、不喝酒、不吃檳榔的人數居多，罹患慢性病者約有 70%。
- (二) 約 74.1% 對自己睡眠情況不滿意，有九成以上的人認為睡眠品質不佳，平均每晚睡眠時數為 6.42 小時。睡眠困擾之前三項為「必須起床上廁所而睡不好」「半夜或清晨醒來後不易繼續安睡」「上床後無法在 30 分鐘內入眠」。多數人需超過 15 分才可入睡。高達 96.6% 老年人於一週中出現過白天功能障礙。
- (三) 公教退休人員憂鬱指數主要的影響依序為正向問題、身心症狀問題、情感沮喪問題及人際問題，意即對於生活認知與主觀偏向消極，且沮喪意識偏高。

二、不同背景公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之差異

- (一) 睡眠品質在不同性別、年齡、族別、教育程度、子女數、居住地區、居住狀況、經濟來源、有無吸菸、喝酒與吃檳榔、退休前職業、身體組成

($p>.05$) 未達顯著水準。在不同婚姻狀況、慢性病罹患數 ($p<.05$)，達顯著水準。

(二) 憂鬱狀態在不同性別、年齡、族別、教育程度、婚姻狀況、居住地區、居住狀況與經濟來源、有無吸菸、喝酒與吃檳榔、身體組成 ($p>.05$) 均未達顯著水準。在不同子女數、慢性病罹患數 ($p<.05$) 達顯著水準。

三、臺東縣公教退休老年人睡眠品質與憂鬱狀態之相關分析

有憂鬱傾向的老年人，其睡眠品質比無憂鬱傾向的差；主觀睡眠品質與身心症；睡眠潛伏期與沮喪情感、身心症、人際問題；睡眠困擾與沮喪情感、身心症、人際問題；睡眠時數與身心症皆呈現正相關 ($p<.05$)，憂鬱狀態愈高，其睡眠品質相對愈差。

第二節 建議

根據本研究所得到的發現與結論，提出建議及後續可行之研究，希望能提供未來從事老年人相關教學或研究之參考。

一、建議

（一）重視老年人的睡眠品質及憂鬱狀態所衍生的心理問題

本研究結果顯示台東縣退休公教老年人之睡眠品質狀況不佳有 97.4%自覺睡眠不滿意、睡眠時數不夠，因此，建議定時篩檢老年人睡眠品質不良的傾向與原因，從評估老年人睡眠問題的程度，及早發現睡眠不佳原因，給予適切觀念或治療，定期舉辦睡眠衛生教育，對老年人的睡眠品質有所助益。

（二）提供老年人心理諮詢與適當的抒發管道

本研究之結果呈現出睡眠品質不佳，伴隨出現憂鬱狀態的問題，此關係將對老年人的生活品質產生影響。因此，建議成立專責單位，研發設計相關的老年人心理課程，提供老年人心理諮詢及適當的團康活動，紓解老年人憂鬱狀態，期待對老年人的睡眠品質與憂鬱狀態有所幫助。

二、後續研究

（一）本研究之老年人僅為台東縣市，範圍僅限於退休老年人，未來之研究

可擴大至台灣地區其他縣市與不同屬性的老年人，進一步分析不同地區、不同屬性的老年人睡眠品質與憂鬱狀態的差異性與因應之策略。

（二）發展一套適合國內老人機構團體簡便而有效的評估工具，方便檢測老

年人睡眠品質及憂鬱狀態的情況，可即時因應並提出改進辦法以提升老年人的生活質。

參考文獻

中文部分

- 王世俊（2000）。*老年護理學*（第四版）。臺北市：匯華出版。
- 王怡儀（2000）。老年人自殺與憂鬱症。*基層醫學*，15（3），59-63。
- 朱嘉華（1999）。*國小教師身體活動與睡眠品質之相關研究*。國立臺灣師範大學體育研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 行政院衛生署（2002）。成功老化-銀髮族保健。2002 年 3 月 10 日，取自 <http://www.doh.gov.tw>
- 何瑞麟、何邦力（1988）。睡眠與醫學簡介。*中華民國航空醫學創刊*，2，67-72。
- 吳大偉（1997）。*養護機構老年人士氣的研究*。高雄醫學院行為科學研究所精神行為科學組碩士論文，未初版，高雄市。
- 吳佳儀（2002）。*社區老人睡眠品質與身體活動、憂鬱之相關性探討*。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 吳淑瓊、張明正（1997）。臺灣老人之健康照護之現況分析。*臺灣省家庭計畫研究所老人研究叢刊系列*，6，42-44。
- 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。*中華衛誌*，19（1），50-60。
- 李文森（1995）。解剖生理學。*華訊*，13（2），235-248。
- 李燕鳴、林政介、劉樹泉（1995）。新店市社區老人自我生活能力及照顧需求之調查。*中華民國家庭醫學雜誌*，4（3），135-146。
- 李麗花（2003）。*音樂治療對老人憂鬱程度成效之探討*。慈濟大學護理研究所碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 周翌、何立民（1996）。*神奇的褪黑激素*。臺北市：方智出版。
- 林信男、林憲（1987）。老人精神醫學。載於*醫學叢書*：2（初版）（頁 354-360）。臺北市：聯經出版。

- 林嘉玲(2000)。自費安養機構老人睡眠品質及其相關因素之探討。國立臺灣大學醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 林嘉玲、蘇東平、張媚(2003)。機構老人之睡眠品質及其相關因素。臺灣醫學，7(2)，174-184。
- 邱裕峰、張智仁、葉宗烈(1991)。北門鄉老人認知障礙和憂鬱症狀的盛行率問卷調查。中華精神醫學，5，123-131。
- 邱銘章(2005)。神經疾患之睡眠障礙。臺灣醫學，9(3)，354-360。
- 夏一新、何瑞麟(1993)。老年人的睡眠障礙-下-。醫學繼續教育，3(3)，402-406。
- 徐立仁、黃正平(2002)。老年常見睡眠障礙及治療。臨床醫學，49(5)，318-324。
- 徐長庚、曾國華(1999)。失眠藥物治療的探討。中化藥訊，41，1-3。
- 張書森、李明濱(2003)。老年人之睡眠障礙。臺灣醫學，7(4)，602-607。
- 張豫立、周美惠、林明芳(2002)。憂鬱症藥物發展新趨勢。臨床醫學，49(3)，169-176。
- 莊淑芹(1997)。怎樣睡健康。紅螞蟥，6(3)，119-123。
- 許毅貞(1993)。鹿港地區 65 至 74 歲社區老人之老人態度、社會支持、健康狀態與憂鬱程度之關係研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 郭志通(2001)。憂鬱症之診斷標準與協助治療策列。諮商輔導，181，4-180。
- 陳宇嘉(2000)。兒少篇。新台灣社會發展學術叢書：5。臺北市：允晨出版。
- 陳美妃(1994)。老年婦女睡眠品質相關因素探討。高雄醫學院護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 陳美麗(1997)。經穴指壓對增進機構老人睡眠品質之效果。國立陽明大學臨床護理研究所內外科護理組碩士論文，未出版，臺北市。
- 陳碧玉(2001)。身體功能、生活壓力和社會支持與老年憂鬱症之關係。中原大學心理學系碩士論文，未出版，桃園縣。
- 傅振宗、曾良達、李志成(1988)。農村社區老人的憂鬱分散之相關因素探討。

- 臺灣醫學會雜誌，87（3），365-368。
- 曾明晰（2003）。活動與休息。概念護理學，啟英。
- 曾銀貞（2005）。社區老人睡眠品質及其相關因素探討。中山醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，臺中市。
- 曾憲洋、張明水（1995）。老人憂鬱疾病。中華心理衛生學刊，8（3），15-19。
- 曾譯令、李淑杏、李孟智（1995）。偏遠地區與城市地區老人健康狀況之比較。中山醫學雜誌，6（1），65-87。
- 曾齡慧、姜逸群（2002）。社區老人睡眠品質、失眠類型與求助方式之研究--以臺北市基督長老教會松年大學為例。衛生教育學報，22，115-132。
- 游秀珍（1994）。內科住院老年病人之憂鬱及相關因素之探討。國防醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 黃文玲（2003）。公費安養機構老人憂鬱與睡眠品質之探討。長庚大學護理研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 黃麗玲、馮兆康、黃建財（2000）。環境管理系統於醫療界之應用。公共衛生，27（1），63-76。
- 楊怡君、許淑敏、莊宇慧、張萃民、王玉女、葉湘芬、蔡芸芳、林秀純、蔡秀欣、簡乃卉、劉怡、張靜芬、呂莉婷、張瓊滿（2003）。胃腸與肝臟疾病。老年護理學，臺北護理科，136，中文書庫區 0116602。
- 溫明晶（2005）。老年憂鬱的臨床面貌及心理處遇。醫療時論，26（5）。
- 梁繼權、呂碧鴻、李名濱、湯麗玉（1998）。成年人慢性病壓力與憂鬱相關之探討。中華醫學雜誌，8（3），124-133。
- 葉瓊藍（1998）。自費安養機構老人社會支持與身體健康、憂鬱之相關性探討。中山醫學院醫學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 鄒秀菊（1994）。敬老院老人睡眠品質與健康狀況之探討。國防醫學院研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 雷啟文（2003）。中年婦女身體活動與睡眠品質之相關研究。國立臺北護理學院

- 旅遊健康研究所碩士論文，未出版，臺北市。
- 廖世程、李明濱、李宇宙（2000）。大學學生檢測睡眠的生物基礎及臨床意義。
臺灣醫學，4（6），652-664。
- 熊曉芳（2000）。獨居老人之社會支持及相關探討。長庚護專學報，2，53-69。
- 趙佩璇（2003）。老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質相關性之探討。中國醫藥大學護理學研究所碩士論文，未出版，臺中市。
- 劉弘仁、黃正平（2002）。老人憂鬱症。臨床醫學，49（4），227-233。
- 蔡崇煌、陳宇嘉、王雪鳳、劉金明、吳萬慶、林高德（2000）。老人的睡眠障礙及其相關因子之探討--區域醫院之經驗。臺灣家庭醫學雜誌，10（3），119-128。
- 鄭泰安（1992）。失眠的原因與治療。心身醫學，3（1），7-12。
- 鄭惠信、史麗珠、謝瀛華、盧盛皆（1995）。老年人憂鬱因子之相關研究。內科學誌，6（2），125-134。
- 賴美淑、陸杓玲（1997）。健康社區。載於公共衛生學（下）（頁1177-1204）。臺北市：巨流。
- 謝瀛華（1998）。老年人醫療保健措施。臺北市醫師公會會刊，43（3），30-34。
- 謝瀛華、鄭惠信、林章賢、林英欽、洪清霖（1995）。臺北市某社區65歲以上老人日常生活依賴程度之研究，北醫學報，24，9-17。
- 謝瀛華、鄭惠信、張立中（1992）。六十五歲以上健診老人之家庭支持與其憂鬱及癡呆傾向之相關研究。公共衛生，19（1），86-93。
- 顏哲傑、林瑞雄（1990）。臺北市北投區中老年人健康危險因素之調查研究。公共衛生，17（2），159-170。
- 蘭奕（譯）（1998）。Frank, Bruno（著）。樂在好睡眠。臺北市：精美出版。
- 蘇東平（2000）。睡眠障礙之診斷分類及臨床評估。台灣醫學，4（6），665-672。

英文部分

- Ancoli-Israel, S. & Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States ; Result of the 1991 national sleep foundation Survey. *Sleep*, 22(2), S347-358.
- Becker, P. M. & Jamieson, A. O. (1992). Common sleep disorders in the elderly: Diagnosis and treatment. *Geriatrics*, 47(3), 41-2, 45-8, 51-2.
- Bliwise, D. L. (1993). Sleep in normal aging and dementia. *Sleep*, 16(1), 40-81.
- Barder, L., Slimmer, L., & LeSage, J. (1994). Depresssion and issues of control among elderly people in health care settings. *journal of Advanced Nursing*, 20(4), 597-604.
- Burke, M. M. & Laramine, J. A. (2004). Primary care of the older aldult. A *Multidiciplinary Approach*, St. Louis: Mosloy, 13(6), 364-372.
- Buyse, D. J. (2005). Sleep disorders and psychiatry. *Wachington DC: American Psychiattic Pub.* 16(5), 597-604.
- Buyse, D. J., ReynoldsIII, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Brage, D. G. (1995). Adolescent depression: A review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs.* 9(1), 45-55.
- Bell, M., & Goss, A. J. (2001). Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents. *Clin Excell Nurse Pract*, 5(1), 26-36.
- Burrows, N. P. (1995). Sweet's syndrome in association with Crohn's disease. *Clin Exp Dermatol*, 20(3), 279-280.
- Bekarogin, L. M., Kirpinar, I., Uluutku, N., & Tanriover, S. (1991). Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84(2), 174-178.
- Chiu, H., Leung, T., Lang, T., & Lam, L. (1999). Sleep problem in chiness elderly in

- Hong. *Sleep*, 22, 717-26.
- Cohersing, H., Mansfield, J., Waldhorn, R., Werner, P., & Billing, N. (1990). Validation of sleep in a natural. *Sleep*, 13(6), 512-525.
- Culebras, A. (2002). Normal sleep. in L. C. Teofilo, L., Sateia michael. Carskadon, mary, A.(ed.). *Sleep Medicine*, 34, 118-120.
- Dashevsky, B. A. & Kramer, M. (1998). Behavioral treatment of chronic insomnia in psychiatrically ill patients. *J Clin Psychiatry*, 59(12), 693-699, quiz700-1.
- Eliopoulos, C. (2005). New educational opportunities to improve competencies in geriatric care. *Beginnings*, 25(5), 18-19.
- Ford, D. E., & Kammerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances And psychian disorder. *JAMA*, 262(11), 1479-1484.
- Heidrich, S. M. (1993). The relationship between physical health and psych-ological well-being in elderly women. *Adevelopmental perspective Research in Nursing & Health*, 16(2), 123-130.
- Huang, B.Y., Cornomi-Huntley, J., Huntley, R. R., & Galanos, A. N. (2000). Impact of depressive symptoms on nospitalization risk incommunity-dwelling older persons S.J. *Am Geriatr SOC*, 48 (10), 1279-1284.
- Hyppp, A. (1991). Promoting good sleep. *Health Promot, Int*, 103.
- Hoch, A. (1996). Thermodynamics of metal-insulator systems: The two-fluid model in the presence of a magnetic field. *Phys Rev B Condens Matter*, 54(3), 1435-1438.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring day time sleepiness: The Epworth sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
- Kales, A., Cadieux, R. J., Soldatos, C. R., Bixler, E. O. Vela-Bueno, A., Kales, J. D. Kales. (1984) . Biopsychobehavioral correlates of insomnia, III: Polygraphic findings of sleep difficulty and their relationship to psychopathology. *Int J Neurosci*, 23(1), 43-55.

- Kim, Y. J., Liu, R. H., Russell, J. B., & Bond, D. (2000). Effect of linoleic acid concentration on conjugated linoleic acid production by *Butyrivibrio fibrisolvens* A38. *Appl Environ Microbiol*, 66(12), 5226-30.
- Mahon, S. M. (1995). Prevention and early detection of cancer in women. *Semin Oncol Nurs*, 11(2), 88-102.
- Montorio, I. (1996). The geriatric depression scale: A review of its development and Utility. *International Psychogeriatrics*, 8(10), 103-112.
- Morgan, K., Arie, T., Fentem, P. H., Dallosso, H., & Ebrahim, S. (1988). Characteristics of subjective insomnia in the elderly living at home. *Age Ageing*, 17(1), 1-7.
- Maggis, J. V., Langloois, J. A., & Minicuci, N. (1998). Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factor, and reported causes. *J. Am Geriatr Soc*, 46, 161-168.
- Mallon, L., Broman, J. H., & Hetta, J. (2002). Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in male ; A 12 year follow-up study of a middle-aged. *Swedish population Journal of Internal Medicine*, 251(3), 207-216.
- Miles, L. E. & Dement, W. C. (1980). Sleep and aging. *Sleep*, 3(2), 1-220.
- Martin, J. H., & Haynes, L. C. (2000). Depression, delirium, and dementia in the elderly patient. *AORN J*, 72(2), 209-217.
- Middelkoop, H., VanHilten, B., & Knuistingh, N. A. (1996). The value of nocturnal motor activity monitoring as a screening tool for obstructive sleep apnoea. *J Sleep Res*, 5(1), 66-67.
- Neven, A. K. (1984). Subjective sleep characteristics of 1,485 males and females aged 50-93: effects of sex and age, and factors related to self-evaluated quality of sleep. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 51(3), 108-115.
- Rumble, R., & Morgan, K. (1992). Hypnotics, sleep, and mortality in elderly people.

Journal American Geriatrics Society, 40, 787-791.

Rajput, V. & Bromley, S. M. (1999). Chronic insomnia: a practical review. *Am Fam Physician*, 60(5), 1431-8, discussion 1441-2.

Rieman, D. & Voderholzer, U. (2003). Primary insomnia: A risk factor to develop depression? *Journal of Affect Disorders*, 76(3), 255-259.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A new self-report depression scale for research in the general population. *Apply Psychological Meas*, (1), 385-401.

Sateia, M. J., Morin, C. M., Doghramji, K., & Hauri, P. J. (2000). Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 23(2), 243-308.

Schechtman, K. B., Kutner, N. G., Wallace, R. B., & Ory, M. G. (1997). Gender, self-reported depressive symptoms, and sleep disturbance among older community-dwelling persons, FICSIT group. *Frailty and Injuries of Psychosomatic Research*, 43(5), 513-27.

Siegel, A. & Sapru, H. N. (2006). Essential neuroscience, Baltimore M.D. *Lippincott Williams & Wilkins*, 41, 96-168.

Steffens, B. (2000). Cost-effective management of type 2 diabetes: Providing quality care in a cost-constrained environment. *Am J Manag Care*, 6(13), S697-703; discussion S704-9.

Steffens, J., Hiebl, R., Steffens, L., Langen, P. H., Haben, B., & Polsky, M. S. (2000). Politano-leadbetter ureteroneocystostomy. A 30-year experience. *Urol In*, 65(1), 9-14.

Sinclair, P. A., Cox, C., Caine, E. D., Lyness, J. M., & King, D. A. (2001). Depression and self-reported functional status in older primary care patients. *Am J Psychiatry*, 158(3), 416-419.

Vander, A. J., Sherman, J. H., & Luciano, D. S. (1998). Human physiology. *New York*.

McGraw-Hill, 58 (4), 156-162.

Weiss, K. J. (1994). Management of anxiety and depression syndromes in the elderly.

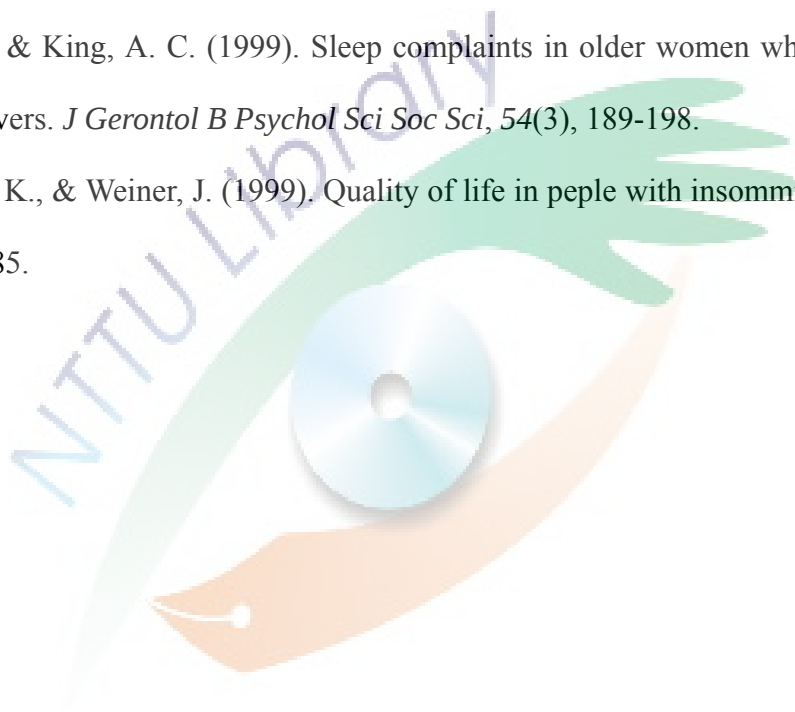
The Journal of Clinical Psychiatry, 55 (2), 5-12.

Wang, B. K., & Jing, J. Y. (2001). Prevalence and correlation of depressive symptoms in the elderly of rural communities in the southern Taiwan. *Journal of nursing research*, 19 (3), 1-12.

Wingard, D. L. & Berkman, L. F. (1983). Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. *Sleep*, 6(2), 102-107.

Wilcox, S., & King, A. C. (1999). Sleep complaints in older women who are family caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 54(3), 189-198.

Zammit, G. K., & Weiner, J. (1999). Quality of life in people with insomnia. *Sleep*, 22, 379-385.



附錄一

個人基本資料調查表

(請在☐內打✓，或在____中填寫正確資料)

1. 您的出生年、月為：民國____年____月
2. 性別：1. ☐男 2. ☐女
3. 您的族別：1. ☐閩南 2. ☐客家 3. ☐其他省份 4. ☐原住民：____族
4. 您最高的教育程度為：1. ☐無 2. ☐國小 3. ☐國中 4. ☐高中、職
5. ☐大學以上(包含) 6. ☐其他
5. 您的身高____公分，體重____公斤
6. 您目前的婚姻狀況：1. ☐未婚 2. ☐已婚 3. ☐喪偶 4. ☐其他
7. 您的子女數(包括領養)：1. ☐無 2. ☐一位 3. ☐二位 4. ☐三位及以上
8. 您居住鄉鎮為：1. ☐山地鄉 2. ☐離島 3. ☐平地鄉 4. ☐台東市 5. ☐其他
9. 您目前的居住狀況：☐固定與一名子女同住 ☐輪流與子女同住 ☐獨居
☐與配偶同住 ☐住安養機構
10. 主要經濟來源：☐自己有收入 ☐靠子女供養 ☐退休金 ☐社會救助
11. 請問您有吸菸？☐無 ☐有 每日約抽____支，菸齡____年
12. 請問您有喝酒的習慣？☐無 ☐有 ☐每周一次 ☐每周二次 ☐每周三次以上
13. 請問您有吃檳榔的習慣？☐無 ☐有 每天____顆
14. 退休前職業：☐軍 ☐公 ☐教 ☐警消 ☐其他
15. 請問您自己認為，目前您有幾種慢性病：
☐無 ☐1種 ☐2種 ☐3種 ☐3種以上

附錄二

睡眠品質量表

最近一個月內你的睡眠狀況：

1.過去一個月，你通常幾點上床睡覺？約晚上_____時_____分

2.過去一個月，上床之後通常要多久才能入睡？大約_____分鐘

3.過去一個月，你通常幾點起床？早上_____時_____分

4.過去一個月，你平均每晚真正睡覺時間是？_____小時

5.過去一個月，整體而言，你覺得自己晚上睡得好不好？

1. ☐ 非常好 2. ☐ 好 3. ☐ 不好 4. ☐ 非常差

6.過去一個月，你曾服用過鎮定劑或安眠藥入睡嗎(處方或成藥均算)？

1. ☐ 從來沒有 2. ☐ 一週 1次 3. ☐ 一週 2次 4. ☐ 一週3次以上

7.過去一個月，你的睡眠出現下列困擾情形每星期約有幾次？

	從來 沒有 (0)	一週 1次 (1)	一週 2次 (2)	一週3次 以上 (3)
(1) 上床後,無法在30 分鐘內入眠				
(2) 半夜或清晨醒來後，不易繼續安睡				
(3) 必須起床上廁所而睡不好				
(4) 呼吸無法順暢而睡不好				
(5) 咳嗽或打鼾太厲害而睡不好				
(6) 感覺太冷而睡不好(與天氣無關)				
(7) 感覺太熱，發汗而睡不好(與天氣無關)				
(8) 做惡夢而醒來				
(9) 身體感覺「疼痛」而睡不好				

8.過去一個月來,你在用餐、開車或參加社交活動時,常覺得很想睡而很難保持清

醒1. ☐ 從來沒有 2. ☐ 一週 1次 3. ☐ 一週2次 4. ☐ 一週3次以上

附錄三

憂鬱狀態量表

下列是您過去一星期中的生活感受或行為表現的情況，請您勾選 0，1，2 或 3。

0：沒有或極少（每星期 1 天以下） 1：有時候（每星期 1-2 天）

2：時常（每星期 3-4 天） 3：經常（每星期 5-7 天）

	沒有或極少	有時候	時常	經常
1.以前不會介意的事，最近竟然會困擾我	0	1	2	3
2.我的胃口不好，不想吃東西。.....	0	1	2	3
3.就算有親友幫忙，我還是拋不開。.....	0	1	2	3
4.我覺得我和別人一樣過的很好。.....	0	1	2	3
5.我無法專心做事。.....	0	1	2	3
6.我覺得悶悶不樂。.....	0	1	2	3
7.我做任何事都覺得費力。.....	0	1	2	3
8.我對未來充滿希望。.....	0	1	2	3
9.我認為我的人生是失敗的。.....	0	1	2	3
10.我覺得恐懼。.....	0	1	2	3
11.我睡不安寧。.....	0	1	2	3
12.我是快樂的。.....	0	1	2	3
13.我比平常不愛說話。.....	0	1	2	3
14.我覺得寂寞。.....	0	1	2	3
15.周遭的人是不友善的。.....	0	1	2	3
16.我能享受人生樂趣。.....	0	1	2	3
17.我曾經痛哭。.....	0	1	2	3
18.我覺得悲傷。.....	0	1	2	3
19.我覺得別人不喜歡我。.....	0	1	2	3
20.我缺乏幹勁。.....	0	1	2	3

附錄四

匹茲堡睡眠品質計分標準

因素名稱	採用之題項計分法
個人主觀睡眠品質	以題 5 之得分來測量
睡眠潛伏期	以題 2 與是 7(1) 之總分來測量，所得總分之評分如下： 0 以 0 分計 1-2 1 分 1-4 2 分 5-6 3 分
睡眠時數	以題 4 來測量，其評分如下： >7 小時 以 0 分計 6-7 小時 1 分 5-6 小時 2 分 <5 小時 3 分
睡眠效率	真正睡眠時數(以題 4 測量)/花在床上時間(以題 3 之時間減以題 1 測量之就寢時間)，其評分如下： >85% 以 0 分計 75-84% 1 分 65-74% 2 分 <64% 3 分
睡眠困擾	以題 7(2) 至(9) 之總分來測量，其評分如下： 0 以 0 分計 1-9 1 分 10-18 2 分 19-27 3 分
安眠藥之使用	以題 6 之得分來測量
白天功能障礙	以題 8 與題 9 之總得分來測量其評分如下： 0 以 0 分計 0-2 1 分 3-4 2 分 5-6 3 分