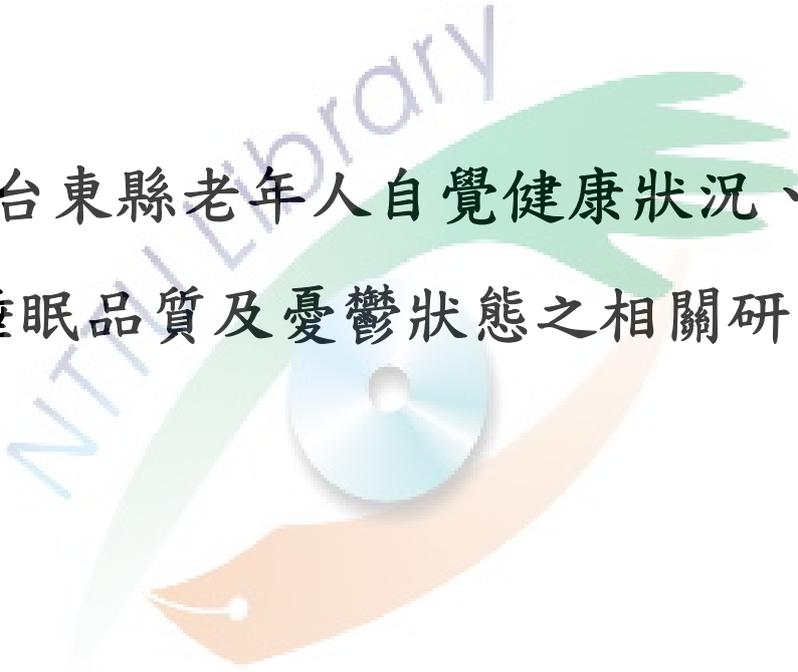


國立台東大學
社會科教育學系碩士班碩士論文

指導教授：侯松茂 先生

台東縣老年人自覺健康狀況、
睡眠品質及憂鬱狀態之相關研究



研究生：陳怡伶

中華民國九十八年元月

國立台東大學
學位論文考試委員審定書

系所別：社會科教育學系碩士班

本班 陳怡伶 君

所提之論文

台東縣老人自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀態之相關研究

業經本委員會通過合於 © 碩士學位論文 條件

論文學位考試委員會：

張勝成

(學位考試委員會主席)

魏伶華

侯松茂

(指導教授)

論文學位考試日期：98年01月16日

國立台東大學

- 附註：1. 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。

謝誌

在大學畢業多年後決定重拾書本讀書，著實不容易，現在這四年的學習過程，隨著論文的付梓，即將劃上句點，這段歷程的點滴，將成為未來提昇人生成就與克服困難的重要回憶。

本論文能順利完成，幸蒙侯松茂教授的指導與教誨，對於研究的方向、觀念的啟迪、架構的匡正、資料的提供與求學的態度逐一斧正與細細關懷，於此獻上最深的敬意與謝意。論文口試期間，承蒙口試委員魏俊華教授與僑光技術學院張勝成教授的鼓勵與疏漏之處指正，使得本論文更臻完備，在此謹深致謝忱。

在研究所修業期間，感謝耶佳、煜凱、柏鈞、怡婷、瀨文、舜文、菱雲、中岑、育萱等星球幫眾給予的鼓勵及協助，讓我感受溫暖，能在繁忙工作之餘有信心可以撐過修業之路。

最後，特將本文獻給我最敬愛的雙親與弟弟們，感謝父母無怨無悔的付出與無時無刻的關懷，另外小弟冠宏，在完成自己論文的同時尚幫忙我排版並補充論文資料之不足。

最後，謹以本論文，獻給我最摯愛的人及所有愛我的人！

怡伶 謹誌

2009.01.23

台東縣老年人自覺健康狀況、睡眠品質 及憂鬱狀態之研究

中文摘要

本研究目的是探討台東縣卑南鄉老人自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀況的情況，分析不同背景因素在自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀況的差異性，以卑南鄉 65 歲以上老年人為研究對象，採用方便取樣及結構式問卷訪談方法，收集有效問卷 210 份，以 t 檢定、單因子變異數分析資料，研究結果歸納如下：

- 一、自覺健康狀況大部分是普通。不同性別、年齡、居住情況、婚姻狀況無顯著差異。教育程度初中、高中職及大專以上之自覺健康狀況優於小學以下；自己有收入者自覺健康狀況優於靠家人、社會補助及退休金者。
- 二、卑南鄉老年人睡眠品質普遍不佳，佔 96.19%，約有 7.149% 曾經借助安眠藥幫助睡眠，平均每晚睡眠時數為 6.42 小時。不同年齡、性別、教育程度、子女數、居住狀況、經濟來源對於睡眠品質的影響上無顯著性差異 ($p>.05$)。已婚者的睡眠品質比喪偶者的睡眠品質差，罹患慢性病 3 種以上老年人，睡眠品質不好的情況明顯高於沒有罹病的老人 ($p<.05$)。
- 三、卑南鄉老年人 21% 有憂鬱傾向。有 47.67% 感覺自己的日子過得不比別人好，50.37% 認為自己沒能享受人生樂趣；有 54.14% 認為他們的未來不是充滿希望。不同年齡、性別、婚姻狀況、居住狀況，經濟來源之憂鬱狀況無顯著差異。無學歷者其憂鬱程度比國小程度的老年人高，無子女者之憂鬱程度比有 2 位或 3 位子女的老年人高 ($p<.05$)。

關鍵詞：臺東縣老年人、自覺健康狀況、睡眠品質、憂鬱狀態

A Study in Self-Awareness of Health Condition, Sleep Quality and Depression of Elders in Taitung County

Abstract

This research was to discuss self-awareness of health condition, sleep quality and depression of elders in Beinan Township, Taitung County, and to analyze the differences in self-awareness of health condition, sleep quality and depression due to different background factors. The research subject was elders who were more than 65 years old in Beinan Township. The study was conducted with convenient sampling and structural questionnaire interview method. 210 valid questionnaires were collected, and the data was analyzed by T-test and one-way ANOVA, the result was as follow:

1. Elders in Beinan Township had moderate self-awareness of health condition. There was no significant difference among different sex, age, residence condition, and marital status. Subjects with higher education backgrounds, such as high school and college degrees, exhibited higher self-awareness of health condition than those with education below elementary school level; subjects with self-earned incomes exhibited higher self-awareness of health condition than those whom were financially supported by family, society, and pension.
2. 96.19% of the elders in Beinan Township possessed poor sleep quality. About 7.149% of the elders needed sleeping pills for sleep aids, and the average sleep time each night was 6.42 hours. For sleep quality, there was no significant difference ($p>.05$) among different age, sex, level of education, number of descendants, condition of residence and sources of financial support. Married ones exhibited poorer sleep quality than widows or widowers. Elders suffered from more than 3 chronic diseases definitely exhibited poorer sleep quality than whom were health ($p<.05$).
3. 21% of the elders in Beinan Township exhibited depression symptoms. 47.67% of them thought they lived in a bad life, and 50.37% of them thought they could not enjoy their lives. For the level of depression, there was no significant difference among different age, sex, marital status, condition of residence, and sources of financial support. Elders without education background exhibited worse depression symptoms than those with elementary education, and elders with no descendant exhibited worse depression symptoms than those with 2 or 3 children ($p<.05$).

Keywords: elder health, self-awareness of health condition, sleep quality, depression symptoms

目次

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目次.....	III
表次.....	V
圖次.....	IX
第一章 緒論	
第一節 研究問題背景與研究動機	1
第二節 研究目的及待答問題.....	4
第三節 研究範圍與限制.....	5
第四節 名詞定義.....	6
第二章 文獻探討	
第一節 老年人自覺健康狀況之研究.....	8
第二節 影響老年人睡眠品質的影響因素.....	14
第三節 老年人憂鬱狀態與影響因素.....	19
第四節 老年人睡眠品質與憂鬱相關研究.....	22
第三章 研究設計	
第一節 研究架構.....	25
第二節 研究對象.....	26
第三節 研究工具.....	27
第四節 實施程序.....	29
第五節 資料處理與分析.....	31

第四章 結果與討論

第一節	台東縣卑南鄉老年人之現況分析.....	31
第二節	台東縣卑南鄉老年人自覺健康狀況分析.....	39
第三節	台東縣卑南鄉老年人睡眠品質之調查分析.....	41
第四節	不同背景老年人睡眠品質差異之分析.....	48
第五節	老年人憂鬱狀態之現況調查分析.....	57
第六節	不同背景老年人之憂鬱狀態差異分析.....	60

第五章 結論與建議

第一節	結論.....	66
第二節	建議.....	68

參考文獻

中文部份.....	69
英文部份.....	73

附錄

附錄一	人口學基本屬性.....	75
附錄二	自覺健康狀況量表.....	76
附錄三	睡眠品質量表.....	76
附錄四	憂鬱狀態量表.....	77

表 次

表 1-1-1	老年人自覺健康狀況相關研究摘要表	10
表 4-1-1	台東縣卑南鄉老年人性別、年齡之描述統計表	32
表 4-1-2	台東縣卑南鄉老年人子女數、婚姻狀況之描述統計表	33
表 4-1-3	台東縣卑南鄉老年人居住狀況之描述統計表	34
表 4-1-4	台東縣卑南鄉老年人經濟來源之描述統計表	34
表 4-1-5	台東縣卑南鄉老年人罹患慢性病數之統計表	35
表 4-2-1	自覺健康狀況得分平均表	37
表 4-2-2	自覺健康狀況單項統計表	37
表 4-3-1	台東縣卑南鄉老年人影響睡眠品質之統計表	39
表 4-3-2	匹茲堡睡眠品質百分統計表	40
表 4-3-3	台東縣卑南鄉老年人睡眠品質之百分統計表	40
表 4-3-4	台東縣卑南鄉老年人睡眠時數描述統計表	41
表 4-3-5	台東縣卑南鄉老年人睡眠狀況描述統計表	42
表 4-3-6	台東縣卑南鄉老年人睡眠困擾之描述統計表	43
表 4-3-7	台東縣卑南鄉老年人睡眠潛伏期之描述統計表	45
表 4-3-8	台東縣卑南鄉老年人睡眠效率之描述統計表	46
表 4-3-9	台東縣卑南鄉老年人白天功能障礙之描述統計表	46
表 4-3-10	台東縣卑南鄉老年人安眠藥使用之描述統計表	47
表 4-4-1	不同性別睡眠品質指數之描述統計表	48
表 4-4-2	不同年齡睡眠品質指數之描述統計表	49
表 4-4-3	不同年齡睡眠品質指數之變異數分析摘要表	49
表 4-4-4	不同教育程度睡眠品質指數之描述統計表	50
表 4-4-5	不同教育程度睡眠品質指數之變異數分析摘要表	50

表 4-4-6 不同婚姻狀況睡眠品質指數之描述統計表·····	51
表 4-4-7 不同婚姻狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表·····	51
表 4-4-8 不同子女數睡眠品質指數之描述統計表·····	52
表 4-4-9 不同子女數睡眠品質指數之變異數分析摘要表·····	52
表 4-4-10 不同居住狀況睡眠品質指數之描述統計表·····	53
表 4-4-11 不同居住狀況睡眠品質指數之變異數分析摘要表·····	53
表 4-4-12 不同經濟來源睡眠品質指數之描述統計表·····	53
表 4-4-13 不同經濟來源睡眠品質指數之變異數分析摘要表·····	54
表 4-4-14 慢性病罹患數睡眠品質指數之描述統計表·····	55
表 4-4-15 慢性病罹患數睡眠品質指數之變異數分析摘要表·····	55
表 4-5-1 台東縣卑南鄉老人憂鬱狀態統計表·····	57
表 4-5-2 台東縣卑南鄉老年人憂鬱指數之統計表·····	57
表 4-5-3 台東縣卑南鄉老年人憂鬱狀態之百分比統計表·····	58
表 4-6-1 不同性別憂鬱狀態指數之描述統計表·····	60
表 4-6-2 不同年齡憂鬱狀態指數之描述統計表·····	60
表 4-6-3 不同年齡憂鬱狀態指數之變異數分析摘要表·····	61
表 4-6-4 台東縣卑南鄉老年人教育程度的憂鬱狀態變異數分析表·····	62
表 4-6-5 卑南鄉老年人之婚姻狀況、子女數量及憂鬱狀況變異數分析表·····	63
表 4-6-6 卑南鄉老年人居住狀況、經濟來源之憂鬱狀態的變異數分析表·····	64
表 4-6-7 卑南鄉老年人之罹患慢性病數憂鬱狀態的變異數分析表·····	65

圖次

圖 3-1 研究架構圖..... 25



第一章 緒論

生活環境的改善與醫療衛生的發達，國民平均壽命普遍延長，加上少子化的現象，已使我國的人口結構趨於老化，人口老化已是全世界共同趨勢（吳明烈，1999）。台灣人口老化結構有明顯的地區差異性，在偏遠或農業的縣份，由於就學與就業的機會差，青壯年人口外流情形嚴重，老年人口的比例較高。台東縣老年人口的比例位居台灣第二名高達12.39%（內政部，2007）。台東縣空氣好、自然環境優美及生活步調較慢有適合老年人居住的優勢，但是，交通不便及醫療資源不足，卻也是事實。維護老年人的健康並減緩老年人面臨的問題，使老年人不變成社會負擔，應是台東縣重要的課題。要協助維護老年人的健康，必先了解老年人面臨的健康問題。因此，本研究以台東縣卑南鄉老年人為研究對象探討其自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀況的情形，做為老人健康維護與照護的基礎。

第一節 研究背景與動機

一、研究動機

老化是無可避免的過程，隨著身體功能的老化，加上社會環境的變遷，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，2006），情緒上的憂鬱是老年人最常見的心理問題（林嘉玲，2003；Anderson, 2001）。憂鬱症已成為重要的臨床及公共衛生的議題，也被認為是二十一世紀危害人類健康的重大疾病之一（郭志通，2001）。65歲以上的老年人，憂鬱症的盛行率女性約為20.4%，男性為9.6%（Steffens et al., 2000），平均每五人中就有一位患有憂鬱症，憂鬱會導致社交隔離，孤獨寂寞、日常活動減弱，認知障礙，常有復發及慢性化的情況，並造成很高的自殺率（呂淑好等，2000）。憂鬱症是自

殺的主要危險因子，老年族群較其他年齡層的自殺率高，根據衛生署（2002）在 2001 年自殺者之年齡分析，65 歲以上老年人佔第一位。

情緒上產生的憂鬱狀況及各種生理、心理的改變，深深影響老年人的睡眠狀況。約 35-50% 的老年人有睡眠方面的困擾 (Danial, 1995; Miles & Dement, 1980)，鄒秀菊（1994）指出老人院老人自覺睡不好之比率達 36.4%，且以睡眠潛伏期增長難以入睡的問題最為嚴重。而睡眠情況被視為預測老年人健康與生命長短之重要指標 (Danial, 1995)，所以對老年人睡眠品質的探討有其研究上的必要性。

老年人睡眠品質與憂鬱狀況息息相關，林嘉玲（2003）發現睡眠品質與憂鬱狀況有關，無憂鬱傾向者比有憂鬱傾向者的睡眠品質良好。Becker and Jamieson（1992）研究長期照護機構的老人發現約有 2/3 有睡眠障礙。睡眠障礙可能導因於疾病、藥物治療、缺少活動、憂鬱、焦慮等因素 (王世俊, 2000; Bliwise, 1993; Rajput & Bromley, 1999)，老人失眠率比其他年齡群來得高，常會入睡不易，早上醒來嗜睡或感到疲倦，或在半夜醒來，醒來後有不易再入睡的困難 (Ancoli, Isreal, & Roth, 1999)。Barder, Slimmer, and Sage（1994）發現睡眠不足時，容易產生頭痛、視力障礙、情緒激躁及注意力下降，而成為意外事件的高危險群；因睡眠不良或服用安眠藥者，其死亡率有顯著上升的情形 (Rumble & Morgam, 1992)。

Soldatos, Kales, and Buxles（1984）指出心理與健康不良皆為失眠的重要原因，其中憂鬱的形成是長期失眠的一個重要預測因子。而且持續失眠與精神疾病的增加呈現顯著相關 (吳佳儀, 2002; Dashevsky & kiames, 1998)。睡眠狀況差，會產生疲憊感，影響生活品質、情緒問題及造成憂鬱情形的產生 (Ancile, 2001)。

二、研究背景

清朝初年，對東部地區知之甚少，至乾隆以後才有零星漢人至東部開墾，同治 13 年牡丹社事件後，清朝官方勢力始正式進入台東，由於設治較晚，至日治前夕台東縣漢人移民數量仍然不多，居民以原住民為主體。至日治時期，因日人積極開墾，移民造成人口倍增。光復後大量人口自大陸移居，使台東縣於光復後

人口速快速成長，民國 54 年（1965）以後，人口成長速度開始減緩，民國 60 年以後迄今，隨台灣經濟起飛，農業部門人口開始向工商業與服務業流動，東部地區由於欠缺發展工商有利的條件，在就業和就學的需求下，人口開始回流西部的趨勢，呈現負成長或成長停滯現象，人口開始外移。而台東縣人口的出生率、死亡率和自然增加率在近 10 餘年均以降低至穩定的狀態。經由民國 64 年以後的人口金字塔形狀比較，更發現 65 歲以上人口增加、壯年人口外流、因育齡人口流失而出生率降低等現象。

雖然台東縣自然環境優美及生活步調較慢適合老年人居住，但是交通不便及醫療資源不足，對老年人健康的維護與照料較缺乏，如何了解老年人的問題並協助其面對健康的問題，使老年人不變成社會負擔，應是研究上重要的課題。要協助維護老年人的健康，必先了解老年人面臨的健康問題。因此，本研究以卑南鄉的老年人為研究對象，探討老年人自覺健康的狀況、睡眠品質及憂鬱狀況的情形，以做為了解老年人的問題並協助其維護健康的基礎。

第二節 研究目的與待答問題

一、研究目的

基於上述之研究背景，本研究目的為：

- (一) 了解台東縣卑南鄉老年人的自覺健康狀況、睡眠品質與憂鬱狀態之現況
- (二) 探討不同背景變項在自覺健康狀況、睡眠品質與憂鬱狀態之差異情形

二、研究問題

依上述之研究目的，本研究之待答問題：

- 研究問題 1-1：台東縣卑南鄉老年人睡眠品質之現況如何？
- 研究問題 1-2：台東縣卑南鄉老年人憂鬱狀態之現況如何？
- 研究問題 1-3：台東縣卑南鄉老年人的自覺健康狀況之現況如何？
- 研究問題 2-1：不同背景變項之卑南鄉老人於自覺健康狀況差異性為何？
- 研究問題 2-2：不同背景變項之卑南鄉老人於睡眠品質差異性為何？
- 研究問題 2-3：不同背景變項之卑南鄉老人於憂鬱狀態差異性為何？

第三節 研究範圍與限制

一、研究範圍

本研究為橫斷式設計，採立意取樣，結構式問卷為工具，以台東縣卑南鄉 65 歲以上之老年人為母群體，研究對象為願意回答、可溝通的老年人。

二、研究限制

- (一) 本研究取樣僅限於居住在台東縣卑南鄉的老年人，因此研究結果的概括性較小，僅可作為該地區行政機關與社福機構之參考，能否推論至其他縣市，仍需視各地狀況進行考量與研究。
- (二) 本研究係以問卷調查法進行資料蒐集，研究對象在填寫問卷時，其心理歷程的變化是否受主客觀因素（如語文能力理解）之影響、是否據實、認真填答，非本研究所能控制，致使問卷之分析與解釋上，可能會有偏差結果產生。
- (三) 本研究以自我報告式回憶法進行老年人睡眠品質、憂鬱狀態及自覺健康狀況的調查，無法完全避免回憶誤差及不實之自覺健康狀況自我評估。

第四節 名詞定義

一、老年人

聯合國衛生組織定義 65 歲以上為老年人。本研究之老年人為台東縣卑南鄉 65 歲以上的人。

二、自覺健康狀況

自覺健康狀況 (health perceptions) 是個人對於自己的健康作一個整體性的評估 (Svedberg, Lichtenstein, & Pedersen, 2001)。Stewart et al. (1988) 定義自覺健康狀態為個人整體性的評量自我的一般健康狀況。健康狀態是一種在生理、心理與社會上的安適狀態 (well-being)，不只是沒有疾病和殘障而已 (World Health Organization, 1948)。自覺健康狀況意指個人對自己的健康採取主觀性的評估，乃主觀性的個人感受。本研究使用黃璉華 (1992) 發展的自覺健康狀況量表，讓老年人自評目前健康狀況、比較現在與五年前健康狀況的改變、比較自己目前與其他相同年齡之人之健康狀況，得分越高者表示其自覺健康狀況越好。

三、睡眠品質

睡眠品質是指個人評量其睡眠相關特性是否能滿足個人需求的程度，包括 1. 質的方面：主觀陳述對睡眠的評價、睡眠困擾、睡眠充足感，2. 量的方面：睡眠時數的長短、睡眠潛伏期的長短、睡眠效率，3. 與睡眠有間接相關者：如使用安眠藥物 (林嘉玲，2000)。本研究的睡眠品質量表，使用匹茲堡睡眠品質量表為工具，總分大於 5 分者，為睡眠品質不良，小於 5 分或等於 5 分者，為睡眠品質良好 (Buysse, 1989)。

四、憂鬱狀態

憂鬱是一種情緒、症狀、症候群或疾病。呂淑好等（2000）指出憂鬱是個人對負向的生活事件，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、人際障礙、自殺意念等症狀。

本研究的憂鬱量表，使用鄭泰安譯自 Radloff（1977）美國流行病學研究中心之憂鬱量表（Center of Epidemiologic Depression）（附錄三），包括沮喪情感、身心症、正向情感、人際問題四個因素，分數越高表示憂鬱程度越嚴重。



第二章 文獻探討

本章將探討老年人自覺健康狀況、睡眠品質與憂鬱狀態之相關研究，分成四小節來進行文獻探討；第一節老年人自覺健康狀況；第二節影響老年人睡眠品質的因素，第三節老年人憂鬱狀態的影響因素，第四節老年人睡眠品質與憂鬱狀態的相關研究。

第一節 老年人自覺健康狀況之研究

世界衛生組織（WHO）對健康之定義：是指生理、心理、社會三方面都安康的狀態下，而不只是身體沒有疾病或免於虛弱（Bergner, 1985; Ware, Brook, Davies, & Lohr, 1981）。外界對於健康的評估不應只單純在於身體的健康，而是需兼顧到心理健康及社會健康。因此，對於個體做健康的評估時，應同時包括：生理、心理與社會三方面的功能狀況。

自覺健康狀況（health perceptions）是個人對於自己的健康作一個整體性的評估（Svedberg, Lichtenstein, & Pedersen, 2001）。Stewart et al.（1988）定義自覺健康狀態為個人整體性的評量自我的一般健康狀況。Stewart et al.（1988）定義自覺健康狀態為個人整體性的評量自我的一般健康狀況。健康狀態是一種在生理、心理與社會上的安適狀態（well-being），不只是沒有疾病和殘障而已（World Health Organization, 1948）。本研究使用黃璉華（1992）發展的自覺健康狀況量表，讓老年人自評目前健康狀況、比較現在與五年前健康狀況的改變、比較自己目前與其他相同年齡的人之健康狀況，得分越高者表示其自覺健康狀況越好。

以下將說明自覺健康狀況定義及老年人自覺健康狀況相關之研究。

一、自覺健康狀況

自覺健康是一個整合的概念，是指個人對於自己的健康作一個整體性的評估 (Svedberg et al., 2001)。Pender (1996) 指出一個人的自覺健康狀況將影響其從事健康促進的行為，自覺健康狀況主要是指個人對自己健康情形的評價，此評價綜合個人的主觀、客觀之健康經驗所做的一種健康描述。有學者認為評估生理健康，其主觀的自覺健康最為重要 (黃國彥、鍾思嘉，1987；黃惠滿、蘇貞瑛，2000)。也可作為預測死亡率的指標之一 (唐憶淨等，1999)。因此，自覺健康狀況在評量個人的健康狀態上，具有相當重要的價值。自覺健康狀況是一種健康狀況的測量方法，被廣泛使用於老人的健康評估 (Jylha, Guralnik, Balfour, & Fried, 2001)。老人的自覺健康可以正確反應出其客觀的健康狀況，亦可作為長期追蹤老人健康狀態的變化，對老人而言，自覺健康是屬於高穩定性的健康評量指標之一 (江信男、林旻沛、柯慧貞，2005；Leinonen, Hekkinen, & Jylha, 2002)。自覺健康狀況越好者，越有動機去維持健康的狀況，因此會從事維持較多的促進健康行為 (王秀紅，2000)，甚至比客觀的健康評估更會影響個人的生活品質 (Spiro & Bosse, 2000)。

二、老年人自覺健康狀況相關研究

唐憶淨等 (1999) 針對 472 位 65 歲以上社區老人之研究、顏菁 (2001) 對 152 位台北市士林區社區老人之研究、賴永和 (2001) 抽取 887 位高雄縣、市退休教師之研究、梁金麗 (2001) 對 151 位台北市士林區老人之研究及游伯村 (2002) 針對 330 位西湖鄉的老人之研究，發現老人整體自覺健康狀況認為「非常好」和「好」的居多。

黃璉華 (1993) 針對 203 位 65 歲以上老年人之研究、張素紅和楊美賞 (1999) 120 位高雄市老人、黃麗玲 (2000) 對 162 位居住在高雄市 65 歲以上社區獨居老人之研究、徐淑貞 (2001) 79 位台北市士林區獨居老人之研究、吳佳儀 (2002) 100 位台北市大安區 65 歲以上的老年人之研究、沈明輝 (2002) 715 位 65 歲以

上老年人之研究調查、趙珮璇(2003)100位台中市老榮民之研究、馬懿慈(2003)以嘉義民雄鄉170位65歲以上老人、湯慧娟(2003)335位高雄65歲以上老人、賴昆宏(2006)424位台中地區長青學苑老年人之研究及楊惠如(2006)190位屏東縣社區獨居老人之研究，發現老人整體自覺健康狀況「普通」的居多。

趙安娜、高美玲、林壽惠(2004)以分層隨機抽取台南縣將軍鄉鄉村社區老人115名老人之研究、范涵惠(2002)台中市十家長期照護機構的101位老人之研究、許志成等(2007)2071位台灣地區年滿65歲老年人之研究、劉劍華(2002)225位台北市非機構社區老人及李春香(2007)87位南台灣某縣市某村里社區老人，發現老人整體自覺健康狀況「不好」和「非常不好」的居多。如表1-1所示，為研究者整理老年人自覺健康狀況相關研究結果。

表 1-1 老年人自覺健康狀況相關研究

研究者	研究對象	自覺健康狀況研究結果								
		整體健康狀況			與一年前比較			與同年齡比較		
		好	普通	不好	好	普通	不好	好	普通	不好
黃璉華 (1993)	203位台北縣金山鄉65歲以上老人	34.9	43.3	21.7	—	—	—	—	56.2	—
唐憶淨等 (1999)	472位台中市65歲以上老年人	78.3	—	21.7	—	—	—	—	—	—
張素紅、 楊美賞 (1999)	120位高雄市老人	—	47.5	—	—	—	—	—	—	—
黃麗玲 (2000)	162位高雄市65歲以上老年人	23	49	28	7	38	55	33	49	18
顏菁 (2001)	152位台北市士林區社區老人	50.0	36.8	13.2	—	—	—	—	—	—
賴永和 (2001)	887位高雄縣、市退休教師	48.5	45.5	6	—	—	—	—	—	—
徐淑貞 (2001)	79位台北市士林區獨居老人	—	44.6	—	—	—	5年前 48.1	—	43	—
梁金麗 (2001)	151位台北市士林區老人	49	37.7	13.3	5年前 9.3	5年前 26.5	5年前 64.2	9.9	40.4	49.6

續表 1-1 老年人自覺健康狀況相關研究

吳佳儀 (2002)	100 位台北市大安區 65 歲以上老年人	17	46	37	8	43	49	46	37	17
沈明輝 (2002)	715 位台灣地區 65 歲以上老年人	38.4	52	9.4	—	—	—	41.6	46.9	8.7
范涵惠 (2002)	101 位台中市長照機構老人	—	—	49.6	25.8	—	40.6	—	—	—
游伯村 (2002)	330 位西湖鄉老人	48.8	38.8	8.8	—	—	—	—	—	—
劉劍華 (2002)	225 位台北市非機構社區老人	43.1	41.3	15.1	—	—	—	—	—	—
湯慧娟 (2003)	335 位高雄市老年人	27.8	46.3	26	5 年前 17.9	5 年前 36.1	5 年前 46	23.3	43.3	33.4
馬懿慈 (2003)	170 位嘉義民雄鄉老人	25.3	28.8	45.9	半年前 18.3	半年前 35.9	半年前 45.8	30.2	29.4	40.6
許志成 (2007)	2071 位台灣地區年滿 65 歲老人	35	—	65	—	—	—	—	—	—
李春香 (2007)	87 位南台灣某縣市某社區老人	20.7	32.2	47.1	—	—	—	—	—	—
趙珮旋 (2003)	100 位台中市老榮民	21	50	29	8	37	55	20	56	24
趙安娜等 (2004)	115 位台南縣將軍鄉社區老人	31.3	18.3	50.4	5 年前 78.2	5 年前 16.5	5 年前 5.2	35.7	23.5	40.9
賴昆宏 (2006)	424 位台中地區長青學苑老年人	25.7	65.8	4.5	—	—	—	—	—	—
楊惠如 (2006)	190 位屏東縣社區獨居老人	—	最多	—	—	—	最多	—	最多	—

註：好=非常好+好；普通=尚可；不好=不好+非常不好。

綜合以上文獻得知，台灣老年人的自覺健康狀況存在有地域上的差別，可能原因是因為身處於不同地理環境及提供需求資源不同。同時也發現長期照護機構的老人自覺健康狀況較為不好。

三、老人自覺健康狀況之人口學變項因素

影響自覺健康狀況的因素包括：性別、年齡、職業、經濟狀況、婚姻狀況、罹患慢性病數、宗教信仰、可自由支配金錢總數、家庭功能、教育程度、居住狀況等基本社經變項。

(一) 性別、年齡及婚姻狀況

有關性別因素，黃璉華（1993）針對 203 位台北縣金山鄉 65 歲以上老年人之研究、梁金麗（2001）對 151 位台北市士林區老人之研究、黃郁婷（2008）針對財團法人愚人之友基金會 185 位各鄉鎮老人，及楊惠如等（2006）190 位屏東縣社區獨居老人之研究，指出人口學特質中的性別，在自覺健康狀況有顯著差異；但是趙安娜等（2004）以分層隨機抽樣抽取台南縣將軍鄉鄉村社區老人 115 名老人之研究及顏菁（2001）對 152 位台北市士林區社區老人之研究結果，顯示男、女性別與自覺健康之間無顯著差異。結果不一致。

有關年齡因素，趙安娜等（2004）鄉村社區老人之研究、梁金麗（2001）台北市士林區老人之研究及顏菁（2001）對台北市社區老人之研究結果，皆顯示老人年齡與自覺健康之間無顯著差異。

有關婚姻狀況因素，趙安娜等（2004）鄉村社區老人、梁金麗（2001）士林區老人、顏菁（2001）對台北市社區老人及楊惠如（2006）屏東縣獨居老人之研究結果，皆顯示老人婚姻狀況與自覺健康之間無顯著差異。

(二) 教育程度及居住狀況

黃璉華（1993）台北縣金山鄉老人研究、黃麗玲（2000）對 162 位居住在高雄市 65 歲以上社區獨居老人之研究及楊惠如（2006）屏東縣社區獨居老人之研究，指出教育程度與其自覺健康狀況有顯著性差異。趙安娜等（2004）鄉村社區老人之研究、梁金麗（2001）台北市士林區老人之研究及顏菁（2001）對台北市社區老人之研究結果，皆顯示老人的教育程度與自覺健康之間無顯著差異。教育程度於黃璉華（1993）、黃麗玲（2000）及楊惠如（2006）的研究中影響個體對自覺健康狀況的評估，在趙安娜（2004）、梁金麗（2001）及顏菁（2001）的研

究中，教育程度不影響個體之自覺健康狀況。

有關居住狀況因素，黃璉華（1993）台北縣金山鄉老人之研究，顯示其居住狀況與自覺健康狀況有顯著差異，即老人健康自評隨著老人居住狀況的不同而有異。但是，趙安娜等（2004）鄉村社區老人及顏菁（2001）台北市社區老人之研究結果，顯示老人居住狀況與自覺健康之間無顯著差異。

（三）慢性病罹病數

黃麗玲（2000）對 162 位居住在高雄市 65 歲以上社區獨居老人之研究指出，「自述慢性症狀數」與自覺健康狀況有顯著性差異。

綜合以上文獻得知，台灣老年人的背景變項，包括：性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住狀況及自覺慢性病罹患數，都是可能影響自覺健康狀況的因素。其中研究顯示皆無差異的是年齡及婚姻狀況。也可得知慢性病罹患數越多，自覺健康狀況也越差。

第二節 老年人睡眠品質的影響因素

一、睡眠之相關概念

(一) 睡眠週期

睡眠週期一般分成清醒休息期、非快速動眼期 (non-rapid movement)、快速動眼期 (rapid movement)，其中非快速動眼期又可分成四期 (李麗花, 2002)，入睡期 (stage I)，淺睡期 (stage II)，熟睡期 (stage III)，(stage IV)。入睡後進入深睡期之後，再由深睡期回至熟睡期，再回至淺睡期，再由淺睡期至快速動眼期，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)。

入睡期 (lightest sleep stage) 介於清醒約有 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，其全身就自然放鬆。之後，會翻身而有不同的臥姿，則順其自然不必強求。瞋上雙眼，頭仍沉重地貼著床上，此時能被外界環境打擾干擾睡眠進行 (Eliopoulos, 2005；Vander, therman, & Lueiano, 1998) 此佔全睡眠週期 5%。淺睡期 (light sleep stage) 逐漸進入深層的睡眠，此期仍是易受警醒，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)。

熟睡期 (deep sleepstage) 是人極度放鬆不易叫醒的時期，約在入睡 20 分鐘後開始，醒覺的閾值非常高而不易被叫醒 (Culebras, 2002)。其腦波圖為一種慢波 (delta 波)，其體溫、脈搏、呼吸，新陳代謝持續平穩下降，而生長激素 (G.S.H) 分泌，而此期則佔全睡眠的 10%-15% (曾明晰, 2003；Burke & Laranie, 2004)。

深睡期 (deepest sleepstage)，其腦波為 delta 波，夢遊、尿床、夜驚醒皆於此期 (李文森, 1995)。此期夢境近似現實通常不易回想起 (曾明晰, 2003)。而且生長激素的分泌亦有顯著上升且促進蛋白質合成且其組織產生了同化作用 (廖士程等, 2000；Buysse, 2005；Culebras, 2002)。腦波變慢，肌肉放鬆，脈搏、呼吸、

血壓及體溫降最低。此期佔全睡眠的 5%—10 %。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，生動逼直的夢境也被稱作超現實，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）。

（二）睡眠品質指標與評估

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。Kim（2000）指出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。陳美麗（1997）認為睡眠品質是指個體在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之睡眠情形之正負向看法或感受。Buysse et al.（1980）、林嘉玲等（2006）及方楸淑（2006）指出因睡眠品質評估是屬於主觀性的，因此對於睡眠品質好或不好的程度界定沒有明確的定義，需包括主、客觀評價值

（三）測量睡眠品質的量表

比較常見的睡眠品質量表是匹茲堡睡眠指標量表（The Pittsburg Sleep Quality Index, PSQI）。此量表由 Buysse（1989）所發展，廣被老人健康照護系統運用評估於老年人的持續性睡眠。量表包括睡眠效率、睡眠時數睡眠困擾，睡眠潛伏期，使用安眠藥物、日間功能障礙，主觀陳述、睡眠品質等七項概念測量。其內容總共包含 19 個項目。

計分方式為每個要素有其特殊計分標準，其中可知整個睡品質分數，總分則介於 0~21 分，而總分大於 5 則判定為睡眠品質不良，小於或 5 分時則代表為睡眠品質良好，即分數愈高時其睡眠的品質愈差（Buysse, 1989）。

二、老年人的睡眠品質

Maggi et al.（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，及 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，使其成為意外事件或跌倒的高危險群，常因此使用藥物來幫助睡眠，使得睡眠障礙更加的惡化，且有其他副作用，反而增加許多潛在的危險因子 (Chiuh et al., 1999; Zammit et al., 1999; Criccom et al., 2001)。另者就老年人睡眠週期與年青人相較下發現，老年人在清醒佔總睡眠時間比年青人增加，而在快速動眼期佔總睡眠時間結果是和年青人相同或減少，第一期佔總睡眠時間的結果比青年人時間增加，第二期佔總時間結果比年青人時間增加，第三期佔總睡眠時間的結果比年青人時間減少，第四期佔總睡眠時間結果與年青人之時間 (邱銘章，2005；鄭知銘，2002) 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 REU 與 NREM 的比率在 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，REM 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、視野障礙，注意力不集中、淡漠、憂鬱、骨骼肌肉協調性。另外 Hoch et al. (1996) 曾用以日記實驗方式為測量之基礎，進行為期三年的長期且縱向性的研究，追蹤 75~87 歲的 27 位老年人及 61~74 歲 23 位較年輕的老年人，假設隨著年齡的改變，在睡眠品質、持續性睡眠開始到覺醒，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及早的惡化 (Hoch et al., 1996)。

一般認為好睡眠品質是健康成人一天連續的時數需 6-8 小時，睡眠潛伏期位於 30 分鐘，中斷時數小於 30 分鐘，睡眠效率介於 85%~95% 之間，且自覺睡眠足夠來有充分的休息感。

三、影響老年人睡眠品質因素

睡眠是人類與精神活動密切相關的一種生物行為，而影響睡眠品質的因素包羅萬象，根據現有研究及調查發現，大致上可將因素分成內在與外在兩大類因素。內在因素中的個人屬性有包括性別，年齡、教育程度，婚姻狀況，罹患慢性病數目等因素，以及外在因素中的居住狀況等。

(一) 性別

性別可能是影響睡眠品質的因子，研究顯示有兩種不同的結果，有些研究指出女性主觀睡眠品質較差（陳美妃，1994；鄒秀菊，1994；顏哲傑、林瑞雄，1990）可能是由於女性入睡及睡眠維持較為困難（kates, kales, Bixerler, 1984; Middelkoop, 1996），國外 Schechtman, kutner, wallace, Buchner, and Ory（1997）針對社區 485 位 65 歲以上老年人的調查，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間醒來之現象。張書森、李明濱（2003）指出男性在更年期時，也會有失眠的情形。林信男、林憲（1987）指出受文化環境傳統社會所謂的「男尊女卑」的影響，所以男性老人比女性老人的人生滿足感程度要來得高許多，而且配偶健在的機會，男性老人比女性老人的滿足感高很多，因此顯示性別與心靈安寧的滿足有相關，因此在此歸納以上有關性別之文獻，其與睡眠關係上並無一致的結果。

(二) 婚姻狀況

研究指出分居或寡居、離婚或喪偶者有顯著較高的失眠比率（Ford & Kameerow, 1989；Dhayon, 1996）。Schechtman, Kutner, and kallance（1997）將婚姻狀況分為已婚與未婚，從性別與婚姻狀況去分析睡眠障礙，發現已婚男性的睡眠障礙較已婚女性為輕，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，因此由以上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 ($p < .01$)，同樣國外 Maggi, Langlois, and

Minicuci (1998) 於居家老人隨機抽樣結果中發現關節炎、心肌梗塞靜脈腫、肺氣腫皆為危險因子。

綜合國內外學者研究結果發現，睡眠困擾容易導致罹患癌的機率提高，憂鬱症狀往往因為睡眠品質的低落而變得更嚴重。女性較男性更具睡眠障礙，已婚男性較已婚女性更容易入眠。



第三節 老年人憂鬱狀態與影響因素

一、憂鬱的概念

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、覺得沒有希望等多種不愉快情緒綜合而成的心理狀態(Brage, 1995)，美國精神醫學診斷準則(DSM-IV)指出憂鬱的行為表現，不僅感到悲傷或憂愁、無價值感、不快樂、活動力下降、失眠、注意力不集中、體重下降、想死、心情低落及食慾減少(孔家瑜，2000)。

憂鬱的症狀常伴隨其他心理、生理疾病出現，為多面向的症狀，可分為思考、情緒、行為、生理四個面向，在情緒上會有鬱悶、心情低落、愁苦、缺乏興趣、不快樂、缺乏滿足感、常會出現煩躁不安、易怒、敵意；在認知上出現悲觀、無助感、低自尊、自責、自殺意念；在行為上有動作少且慢、生氣或敵對行為、不安易怒；在生理上會食慾降低與體力降低、睡眠障礙等(楊承翰，1995)。

根據 Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, (IV) (APA, 1994) 憂鬱症診斷為於兩週內持續出現下列症狀至少五項，(1)幾乎整天都有憂鬱心情且幾乎每天都可由主觀觀察顯示。(2)幾乎所有活動興趣或喜樂都明顯減少。(3)明顯的體重下降或增加，或明顯食慾減少或增加。(4)每天失眠或嗜睡。(5)每天精神運動性激動或遲滯。(6)每日疲累或失去活力(7)每天無價值感，(8)過度的罪惡感並反覆想到死亡，重覆出現自殺意念；其中憂鬱心情，失去興趣或喜樂此兩項症狀至少應有其中之一。

二、老人憂鬱狀態與影響因素

憂鬱症是老年期常見的疾病，造成老年人憂鬱的原因很多，身體功能的退化包括：喪失自尊、無價值感、疲倦不堪、失去重要的人、失去有意義的角色功能、減少與社會互動的機會、經濟來源縮減、家庭結構改變、居住環境的遷移及個人因應調適的選擇範圍減少(陳宏等，1993；Steffens et al., 2000)。老化導致身體功能逐漸減退，容易罹患各種慢性疾病，再加上失能、單身或守寡、家庭及社會

角色改變、缺少社會支持網絡更容易罹患許多心理疾病如憂鬱症等 (Singh & Singh, 2000)。據估計美國將近10~40%的社區老人，曾有過憂鬱症狀的經驗(Martin & Haynes, 2000；Valence, 1994)。在安養機構的老人，罹患憂鬱症狀的比例為20~50% (Bell & Goss, 2001; Burrows et al., 1995)。據世界衛生組織 (W.H.O.) 調查報告，全世界約有3%的人口罹患憂鬱症，是二十一世紀危害人類健康的三大疾病之一 (郭志通, 2001)。憂鬱導致社交隔離，孤獨寂寞、日常活動功能減弱、認知障礙 (呂淑妤、林宗義, 2000)、憂鬱症在國內外的治療偏重於藥物，如一旦診斷在憂鬱症必須終生服藥 (劉弘仁、黃正平, 2002; Eisook & Downs, 1998)。

影響憂鬱狀態的因子有很多，大致因子包括：(1) 人口學特性：女性、教育程度低、低收入、年紀 (熊曉芳, 2000; Blager, Burchett, Service, & Ancl, 1991; Hughes, DeMallie, & Blager, 1993; Wallsten, Tweed, Blager, & George, 1999)。(2) 健康狀況：老年人之認知功能較差，身體功能表現上較差，日常生活失能，罹病數目較多 (陳碧黃, 2001)。(3) 健康行為：抽菸者有憂鬱狀況的機會是不曾抽菸或曾抽菸者的1.1至3.7倍，有抽菸的憂鬱量表分數為10.02分，而沒有抽菸者為8.76分，達統計上顯著差異 (Blager et al., 1991)。營養不良者比較容易有憂鬱傾向 (謝瀛華, 1998)，有憂鬱狀況者比較容易跌倒 (wikel et al, 1998)。林藍萍 (2007) 指出，導致老人罹患憂鬱症因子涉及各層面，包括生物 (如家族病史、中樞神經等)、生理 (如惡性疾病、內分泌失調等)、心理 (如失落、哀傷等)、社會 (如失婚、人際關係退縮) 等。

老人憂鬱現象產生往往是失去所愛對象之感受，由於失去對象產生失落感，往往產生於老人晚期時。憂鬱的產生往往因為自尊、動機、認知及情感上有某種程度缺陷，引發內在無法控制的持續性及一般性無助感，這種負面而不適應的歸因型態是憂鬱與無助的重要指標 (Schwartz & Schwartz, 1993)。晚年的憂鬱強調是由許多複雜因素交互影響，整理相關研究資料，可分為社會人口因素、社會支持及日常活動功能三方面來做解釋。

(一) 社會人口學

探討社會人口學對憂鬱症狀影響的關係上，從研究顯示性別、年齡、婚姻狀態、教育程度、宗教信仰、居住方式、以及罹患身體疾病情形的不同，皆會造成憂鬱程度的差異。

(二) 社會支持的影響

社會支持系統可分為正式系統與非正式支持系統，正式的社會支持系統通常是由政府機關、醫療機構所提供的社會福利或醫療照護等服務，非正式的支持系統則是由家人或親友提供的照顧或協助。由於老年期往往面臨許多工作、喪偶、經濟能力不佳…等問題，需要外界給相當程度的支持，此時，社會支持系統就扮演相當重要的角色。

(三) 日常生活功能的影響

老年人的身體機能處於不斷衰弱的狀態，但身體對於個人扮演執行日常生活功能的重要角色，老年時期的慢性病、身體機能的退化、身體障礙皆會影響老年人身心狀態，造成相當程度的壓力，進而導致罹患憂鬱症。

三、憂鬱量表

對於憂鬱的測量工具大致可區分為兩類 (Gallo, Fulmer, Paveza, & Reichel, 2000)，一類為診斷性工具，另一類為篩選性工具。常見診斷性工具包括貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, 1961)、漢氏憂鬱量表 (HDRS) (Hamilton, 1960)。常見的篩選性工具包括例如流行病學研究中心憂鬱量表 (CES-D) (Radloff, 1977)、老人憂鬱量表 (GDS) (Yesavag et al., 1983) 等。

國內對於老年人憂鬱狀況的檢測，常使用鄭泰安譯自 Radloff (1977) 美國流行病學研究中心之憂鬱量表 (Center of Epidemiologic Depression)，依受試者過去一星期感覺或行為選取適當的選項，其得分範圍自 0 分至 60 分之間，分數愈高則表示憂鬱程度越嚴重。此量表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；Radger, 1993；Weiss, 1994)。

第四節 老年人睡眠品質與憂鬱之相關研究

一、憂鬱狀態與睡眠品質之相關

睡眠品質差，不只會使人產生疲憊感，甚至產生影響生活品質，甚至對治療的耐受度、情緒問題發展及造成憂鬱情形產生 (Ancoli-Istrael, et al, 2001)。吳佳儀 (2002) 針對社區老人睡眠品質及憂鬱狀況之相關探討，發現憂鬱與睡眠品質間呈顯著負相關，即憂鬱程度愈高者，睡眠品質愈差。同樣的，林嘉玲等 (2003) 針對老人睡眠品質及其影響因素進行研究，發現憂鬱狀況與睡眠品質呈負相關 ($p < .01$)，憂鬱得分愈高，睡眠品質愈差，而且影響睡眠品質的各個次構面愈嚴重，包括睡眠潛眼期的增加，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。

有憂鬱傾向者的睡眠品質比無憂鬱傾向者差，而且憂鬱狀況是預測睡眠品質最重要的因子 (吳佳儀, 2002; 林嘉玲, 2000)。吳佳儀 (2002) 發現睡眠入睡所需時間之潛伏期長者其發生憂鬱情況的比例是睡眠潛伏期入睡時間短者的 1.65 倍。睡眠障礙是未來憂鬱症發生與否最佳預測重要因素 (Breslau et al., 1996; Livingston et al., 2003; Mallon et al., 2002; Rieman & Voder, 2003)。

老人睡眠的問題，經常與憂鬱有關 (吳淑瓊、張明正, 1997)。台灣老人健康照護之現況分析上，老人憂鬱在心理健康扮演相當重的角色 (吳大偉, 1997)。而且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，並且常常呈現情緒上有失落感，對過去常感到興趣的事物變得冷淡而沒有興趣。每天常常覺得疲憊而缺乏精力，甚至更嚴重的有厭世的情形，因認自己活著沒有價值因此徒增加別人的負擔。正常老年人之老化現象常與憂鬱情境上很類似，其差別在於程度與心情感受認知上之不同，因此一般人甚至老年人常常把睡眠品質之失眠徵象和憂鬱是視為正常現象，因而忽略其間所造成的問題與治療，有憂鬱的患者在短期內很難恢復正常的 (徐立仁、黃正平, 2002)。但是憂鬱症狀合併睡眠障礙在老年人口則呈正相關 (Morawetz, 2000; Woodward, 1999); 國內針對精神

疾病研究發現憂鬱與睡眠障礙國現顯著正相關水準（蔡崇程，2000）。

影響老年人憂鬱狀態與睡眠品質之相關因素，以人口學特性分別探討之。

（一）年齡

年齡愈大者，其出現憂鬱的機會會高（Bekarogin, Uluutku, Tamriover, & Kirpinar, 1991）。又年齡是影響睡眠的一個重要因素，臨床上經常可見年紀大的病人，在睡眠上常有失眠，多夢、淺夢，以及白天易打瞌睡、疲倦等異常的抱怨（夏一新、何瑞麟，1993）。文獻指出年齡愈大者睡眠障礙問題也嚴重（Buyee et al., 1991; Roberts et al, 2000），國外學者 Ancoli and Roth, (1999) 指出年齡與睡眠品質明顯差異，老年人明顯的比年輕人的睡眠品質差。

（二）性別：

研究指出女性憂鬱比男性高（Dxman, Berkman, Kasi, & Barrent, 1992；Wilcox & King, 1999），而國內在流行病學方面調查顯示 65 歲以上老人憂鬱盛行率，女性 1.4%，男性 0.4%（劉弘仁、黃正平，2002）。性別會影響老人的憂鬱程度，謝瀛華等人（1995）指出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，一般年紀大的男性比女性在睡完整的維持上更困難。因界性慢波睡眠減少較多，並且年紀大之男性其睡眠呼吸困難障礙（sleep disordered breathing），女性則對睡眠型態主觀更加敏感，所以女性易睡眠上被剝奪後而產生較多情緒困擾（夏一新、何瑞麟，1993b）；女性老年人失眠失眠之危險因子，女性在 45 歲以後，其失眠危險率為男性的二倍。根據研究女性失眠率 11.4%，男性 9.2%（蘇東平，2000）。

（三）教育程度

教育程度低者愈容易產生憂鬱（梁繼權等，1998；謝瀛華等，1992）；蘇東平（2000）發現低層社會上的經歷或低教育程度為失眠之危險因子。

（四）婚姻狀況

曾譯令等人（1995）發現老人喪偶者其憂鬱得分較高。婚姻狀況中單

身比已婚者有更多憂鬱 (stroebe, stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996)。蔡崇程等人 (2000) 針對 570 位老人進行區域醫院研究，發現有 3.4% 之未婚者罹患睡眠障礙，比率比已婚者為高。

(五) 經濟狀況

經濟因素與睡眠障礙探討，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也較易罹患睡眠障礙 (陳宇嘉, 2000; Holbrook et al., 2000; Roberts et al., 2000)。老人需要工作，且有經濟困難及家庭功能失調者，其在憂鬱得分則高出許多 (曾譯領等人, 1995)。

(六) 生活習慣

環境中的噪音會使非速動期第三、第四階段減少，因此會其個人之睡眠品質，而且一般人在熟悉的臥室時較易能入睡，但對更換新的環境容易引起入睡困難 (鄭泰安, 1992)。

(七) 慢性疾病

老年人本身身體功能上的退化，社會角色的改變，在尚未轉適應期達成時，又缺自我獨立，經濟自主等壓力加上個罹患疾病數增加，很容易產生情緒上的調適不良 (王怡馨, 2000)；趙珮璇 (2003) 對憂鬱狀態、自覺健康狀況及其生活品質相關性之探討，發現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，據估計社區的老年人有三成有憂鬱病狀，又加上老年人常帶有慢性病及有日常生活上重度障礙者，憂鬱比例有明顯增加的情形 (王怡馨 2000；劉弘仁、黃正平, 2002；sinclair, Lyness, king, & caine, 2001; Strawbridge, Deleger, & Kaglan, 2002；Wilson et al., 2002)。關節炎、心肌梗塞、靜脈腫、肺氣腫為影響老年人的憂鬱及睡眠品質的危險因子 (Maggieta, 1998)。

第三章 研究設計

本章依據研究目的、研究問題、研究範圍與相關文獻為基礎，逐一安排研究架構、研究對象、研究工具並依其步驟將其所得結果資料進行科學性統計分析。

第一節 研究架構

本研究之目的為了解台東縣老年人自覺健康狀況及其健康促進生活型態之現況，並進一步分析台東縣老年人不同背景變項與其自覺健康狀況和健康促進生活型態的差異及相關性。研究探討的背景變項包括有年齡、性別、婚姻狀況、居住狀況、教育程度、經濟狀況、自覺慢性病罹患數及其身體質量指數。符合健康促進生活型態因素包括有六個因素，有壓力處理、人際支持、健康責任、運動營養及自我實現，詳如圖 3-1。

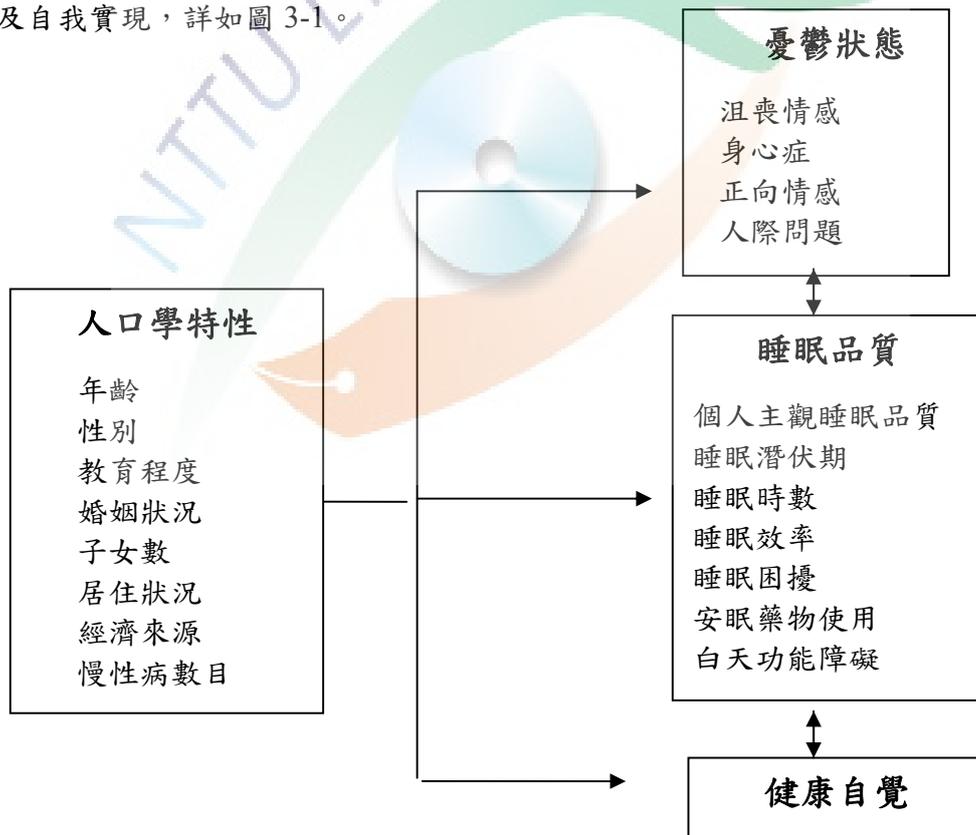


圖 3-1 研究架構

第二節 研究對象

本研究個案來源為台東縣卑南鄉之社區老人，凡符合下列收案條件且願意參與本研究則予列為取樣對象，本研究個案選取條件為：年滿 65 歲以上的老年人，可自由活動，願意接受訪談者、能使用國台語溝通者、意識清醒者、無精神病者。排除收案之條件為：明顯的認知缺損者及嚴重聽力障礙者。

本研究參酌盧成皆（1997）之意見，以每一個自變項約需五名（或十名）個案數計算，以一個自變項抽取五個個案計算，包含年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、子女數、居住狀況、經濟來源、慢性病數目等八個自變項，共計需收取樣本數為40人（ $8 \times 5 = 40$ ），再斟酌統計專家意見之建議以推估數放大4倍，故推估為160人，最後考量樣本流失及研究者之能力，實際訪查之樣本數為240人。

本研究經收案後，共訪視240位老人，其中21位老人不願意接受問卷訪談，拒訪率為8.33%；不符收案條件者共9位（3.75%），其中重聽者有6位（2.50%）、明顯認知缺損者3位（1.25%），最後共收集樣本數210位（88.33%）。

第三節 研究工具

本研究採用問卷調查法來收集資料。問卷調查工具採用過去研究所發展的量表為基礎，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，由研究者親自與研究對象採面對面的訪談方式收集資料。各量表之說明如下：

一、基本資料調查表

基本資料調查表係由研究者自行設計，如附錄一，內容包括年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、居住狀況、子女數、職業狀況、經濟狀況以及疾病罹患狀況。

二、自覺健康狀況量表

採用黃璉華（1992）所發展的自覺健康狀況量表；內容共三題，包括：整體來說，您認為您自己的健康狀況如何？您目前的健康狀況和五年前相比？和同年齡的人比，最近這一年的健康狀況。本量表測試65至100歲老年人455位，信度內在一致性（Cronbach's α 值）為.76（黃璉華，1992）。本研究每題採三點計分法，記分方式由1到3分（不好、普通及很好，三個選項），加總分數愈高，表示自覺健康程度愈佳。

三、憂鬱量表

採用鄭泰安譯自Radloff(1977)美國流行病學研究中心之憂鬱量表(Center of Epidemiologic Depression)(附錄三)，共計20題，包括四個因素：沮喪情感7題(第9、10、12、14、16、17和18題)，身心症有9題(第1、2、3、5、6、7、11、13和20題)，正向情感(第4題、第8題)，人際問題(第15和第19題)(Radloff 1977)，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)，得分範圍自0分至60分之間，量表中第4、8、12、16題為反向計分，分數越高表示

憂鬱程度越嚴重，此測量工具由鄭泰安在高雄地區進行研究調查，以16分為分界，大於或等於16分者，則被視為具有憂鬱症狀，廣泛的用於社區老人之研究（呂淑好等，2000），有良好的信效度考驗，其內在一致性Cronbach's α 為0.85，敏感度92%、特異性91%、六個月後的再測信度為0.8（傅振宗等人，1988）。

四、睡眠品質量表

本研究採用Buysse等人於1989年所發展之匹茲堡睡眠品質量表（Pittsburgh Sleep Quality Index，簡稱PSQI）為評估工具，受試者需回溯前一個月的睡眠情況，包括個人自評睡眠品質、睡眠潛伏期、睡眠時數、睡眠效率、睡眠困擾、安眠藥之使用及白天功能運作等七項因素，每一因素之得分以0~3分計算、總得分範圍介於0~21分。當個體的總得分愈高時表示其睡眠品質愈差，反之得分愈低則表示其睡眠品質愈佳。此量表以總分5分為評估睡眠良好與否的界定點，睡眠品質總分>5以上則表示睡眠狀況不佳，若 ≤ 5 分則表示睡眠品質良好。

效度方面，Buysse等人針對52位睡眠良好且經身體檢查健康者，以及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分為分界斷點時，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Cronbach's α 為0.83，問卷穩定性採再測信度，二週後其再測的相關係數 $r=0.85$ ， $p<.05$ （Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1988）。鄒琇菊（1994）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Cronbach's α 為0.84。林嘉玲（2000）使用PSQI 調查安養機構老人睡眠品質及其相關因素的研究，其再測相關係數 $r=0.80$ ， $p<.01$ 的水準。

第四節 實施程序

本研究的問卷訪談過程共分兩個階段，包括預備階段及訪談階段，分述如下：

一、預備階段

研究者先行選取卑南鄉某村里為收案場所，再由研究者前往該社區拜訪老人會負責人及熱心的長者，經說明研究目的、方法及預定收案的流程後，再透過該社區熟識的長者陪同至社區中進行訪談的資料收集。本研究自 2008 年 02 月至 2008 年 8 月 30 日止，採方便取樣 (convenience sampling) 方式，依據該社區老人會及長者的建議訪視名單及路線，在熟識長者的陪同下至老人家中進行訪談。

二、訪談階段

訪談階段中，其流程為由研究者先依訪談路線單，進行居家訪視，再進行收案。收案之方式為到老人家中拜訪，先與老人閒話家常，自我介紹，以取得老人之信任，並於閒聊時即評估是否符合收案條件，若經評估符合收案條件，即進一步說明本研究目的，並取得老人之同意後，予填寫『訪談同意書』(如附錄一)。其後即進行研究問卷之問答。因考量文化因素及地方民情，恐某些老人不願意填寫訪談同意書，因此，若老人不願意簽署同意書，則以口頭取得老人同意後，再進行問卷。

本研究問卷內容包括三部份：第一部份為基本資料調查表、第二部份為憂鬱狀態量表、第三部份為自覺健康量表、第四部份為睡眠品質量表，當完成問卷填答以後，研究者即致贈小紀念品予研究對象，以示謝意。

第五節 資料處理與分析

正式問卷回收後，將受試者所填寫的問卷逐一檢視，剔除未依規定答題或明顯答題不完整的問卷，再將有效問卷資料，以電腦套裝軟體 SPSS 12 for Windows 進行資料建檔和統計分析。依據本研究目的、研究問題及各變項的性質，檢測各變項之間的關係及其差異，採用下列統計方法。

一、描述性統計 (descriptive statistics)

本研究將所收集之樣本資料作描述性統計，針對台東縣卑南鄉老人之個人基本資料、睡眠品質情形、憂鬱狀態及自我健康狀態評估資料，進行次數分配及百分比之分析。此外，針對個人基本屬性、睡眠品質情形、憂鬱狀態及健康狀況等量化資料，計算平均值與標準差，以瞭解台東縣卑南鄉老人在睡眠品質、憂鬱狀態及自覺健康狀況之間的關係。

二、推論性統計

(一) 獨立樣本 t 檢定 (t-test, independent)

採獨立樣本 t 檢定來考驗不同基本屬性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)

三個以上之樣本的平均數考驗，比較憂鬱狀態和睡眠品質的差異情形，如有顯著水準時，進一步用薛費氏事後比較考驗各組之差異情形。

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

分析老年人的憂鬱狀態、睡眠品質及自覺健康狀況間的相關情形。

第四章 結果與討論

本研究乃採方便取樣的方式，以年滿 65 歲的台東縣卑南鄉老年人為問卷訪談對象。研究者在取得社區發展協會及老人會的長者們的認同後，經該社區老人關懷據點取得老人名單，再由該社區熱心熟識的長者陪同進行老人訪視，透過訪視中選擇符合收案條件且願意接受訪談的老人，以結構式問卷進行資料收集，共拜訪了共 240 位老人，經與老人含暄說明研究問卷的目的後，有 21 位老人不願意接受問卷訪談，拒訪率為 8.33%；不符收案條件者有 9 位佔 3.75%，其中有 6 位重聽佔 2.5%、3 位明顯認知缺損者佔 1.25%，最後共收集樣本數為 210 位（88.33%）。

本章依據研究目的分為下列數節加以說明：第一節台東縣卑南鄉老年人之基本資料調查；第二節台東縣卑南鄉老年人睡眠品質的現況分析；第三節台東縣卑南鄉老年人不同背景變項之睡眠品質的差異性；第四節台東縣卑南鄉老年人憂鬱狀態的現況分析；第五節台東縣卑南鄉老年人不同背景之憂鬱狀態的差異性；第六節卑南鄉老年人之睡眠品質與憂鬱狀態的相關性。

第一節 台東縣卑南鄉老年人之現況分析

台東縣卑南鄉老年人不同背景之調查包括性別、年齡、子女數、居住情況、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、罹患慢性病數，其調查分析情形如下：

一、性別、年齡方面

針對 210 位受測卑南鄉老年人之性別分析，由表 4-1-1 得知，男性老年人 98 位，佔總人數 46.66%；女性老年人 112 位，佔總人數 53.33%，受測對象女性高於男性。

最大年齡為 95 歲，最小年齡為 65 歲，本老年人之年齡介於 65-69 歲有 59

人，佔 28.09%居多；70-74 歲有 46 人，佔 21.29%次之；75-79 歲有 42 人，佔 20%；80-84 歲有 37 人，佔 17.62%；85 歲以上有 26 人，佔 12.38%，所佔比例最少。

表 4-1-1 台東縣卑南鄉老年人性別、年齡之百分比統計表

變項	人數	百分比%
性別		
男	98	46.66
女	112	53.33
年齡		
65~69 歲	59	28.09
70~74 歲	46	21.90
75~79 歲	42	20.00
80~84 歲	37	17.62
85 歲以上	26	12.38

二、子女數、婚姻狀況方面

在台東縣卑南鄉老年人之子女數方面，由表 4-1-2 可知，無子女者 5 人，佔 2.38%；有一位子女者有 9 人，佔 7.14%；有兩位子女者 40 人，佔 19.04%；有三位以上子女者 150 人，佔 71.42%，顯示大部分卑南鄉老年人有二至三位以上子女數，此結果與李春香（2007）南台灣某縣市某村里社區老人有 4 位以上子女數居多之結果相近。

在婚姻狀況方面，未婚者有 16 人，佔 7.61%；離婚者 10 人，佔 4.76%；分居者有 8 人，佔 3.80%；已婚者有 112 人，佔 53.33%。顯示台東縣卑南鄉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 2~3 人以上。無子女的老年人比例最少，有 2.38%；有 3 位子女數老年人比例最多，有 71.42%。

表 4-1-2 卑南鄉老年人子女數、婚姻狀況之百分比統計表

變項	人數	百分比 (%)
子女數		
無	5	2.38
1	15	7.14
2	40	19.04
3	150	71.42
婚姻狀況		
未婚	16	7.61
已婚	112	53.33
分居	8	3.80
離婚	10	4.76
喪偶	64	30.47

三、居住狀況方面

居住狀況主要可分為四種，分別為固定和一名子女居住、輪流和子女居住、獨居及與配偶居住。由表 4-1-3 可知，在台東縣卑南鄉老年人之居住的情況，獨居者 30 人，佔 7.14%；輪流與子女同住者 15 人，佔 7.14%；固定與一名子女同住者 55 人，佔 26.19%；與配偶同住者 110 人，佔 52.38%，數量最多。由上述統計顯示台東縣卑南鄉多數老年人至少與一名子女或配偶居住在一起，可見台東縣卑南鄉老年人的生活多有子女與配偶陪伴，但仍有 14.28% 比例的卑南鄉老年人獨自居住。調查發現以輪流和子女居住者比例最少，為 7.14%；與配偶共同居住所佔比例最多，為 52.38%。

表 4-1-3 台東縣卑南鄉老年人居住狀況之百分比統計表

變項	人數	百分比 (%)
居住狀況		
固定和一名子女同住	55	26.19
輪流和子女同住	15	7.14
獨居	30	14.28
與配偶同住	110	52.38

四、經濟來源方面

在台東縣卑南鄉老年人的經濟來源方面由表 4-1-4 可知，自己有經濟來源收入者 26 人，佔 12.38%；靠退休金者 22 人，佔 10.47%；靠子女供養者 128 人，佔 60.09%；靠社會補助者 34 人，佔 16.19%。由上述統計結果顯示，台東縣卑南鄉老年人主要的經濟來源已依靠子女供養人數最多，其次是依靠社會補助者及自己有經濟收入。

表 4-1-4 台東縣卑南鄉老年人經濟來源之百分比統計表

變項	人數	百分比 (%)
經濟來源		
自己有收入	26	12.38
靠子女供養	128	60.09
退休金	22	10.47
社會救助	34	16.19

五、罹患慢性病數方面

台東縣卑南鄉老年人在罹患慢性病數方面由表 4-1-5 可知，罹患慢性病數有一種的人數最多，有 82 人，佔 39.04%，其次為無罹患慢性病者有 54 人，佔 25.71%、罹患二種慢性病者有 50 人，佔 23.80%、罹患三種以上慢性病者有 7 人，佔 3.33%。由上述資料可知，在本研究中有罹患慢性病的老年人佔總人數的 74.28% 以上，顯示卑南鄉老年人罹患疾病的比率偏高，此結果與邱宛瑜（2002）之研究，有 73.3% 罹患一種以上慢性病之人數與行政院衛生署（2001）所作老年人口中有 56% 罹患慢性疾病及馬懿慈（2003）之研究發現 62.4% 罹患一種以上慢性疾病之結果相近，顯示老年人隨著年齡增加，身體功能逐漸退化，而發生病理徵狀或身體徵狀的疾病。

表 4-1-5 台東縣卑南鄉老年人罹患慢性病數之百分比統計表

變項	人數	百分比 (%)
認為自己目前罹病數		
無	54	25.71
1 種	82	39.04
2 種	50	23.80
3 種	17	8.09
3 種以上	7	3.33

六、小結

綜合上述資料所示，本研究對象共 210 人，其中男性 98 人、女性 112 人，年齡層分佈於 65-85 歲以上，最大年齡為 95 歲，最小年齡為 65 歲；子女數方面，大部分卑南鄉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，且多數老年人的子女數在 2~3 人以上；居住方面，多數老年人與一名子女或配偶居住在一起；在經濟來源方面，主要依靠子女供養；在罹患慢性病數方面，有罹患慢性病的老年人佔總人數的 74% 以上。整體而言，台東縣卑南鄉有良好的生活品質與生活型態，有利於老年人的生活發展，然而，在慢性疾病方面卻有著較高的罹患率，顯示多數老年人在身體健康方面需要多加注意。



第二節 台東縣卑南鄉老年人自覺健康狀況分析

老年人自覺健康狀況，如表 4-2-1。自覺健康狀況總分越高，自覺健康狀況越佳。總分最低分是 3 分（3-6 分-不好；6-9 分-普通；9 分-很好），最高分 9 分。研究結果顯示總分平均為 6.38，顯示為普通程度較佳的表現（6.38 > 6.0）。與張彩秀、黃乾全（2002）台中縣中老年人自覺健康-主觀感受結果類似，有 78.1% 主觀覺得自己的健康好或差不多，本研究計有 77.3% 覺得普通或很好。

表 4-2-1 自覺健康狀況得分平均表（N=210）

變 項	平均總分	標準差	最小值	最大值
自覺健康狀況	6.38	1.53	3	9
整體健康狀況	2.20	0.55	1	3
比五年前健康狀況	2.01	0.64	1	3
近一年與同年齡比	2.17	0.59	1	3

老年人自覺健康狀況分成三種程度，不好、普通及很好，不好為 3-6 分；普通為 6-9 分；很好為 9 分。台東縣卑南鄉老年人的自覺健康狀況程度普遍良好，有 88 人自覺健康狀況量表得分達很好的程度，佔 52.7%；有 41 人得分達普通程度，佔 24.6%；有 38 人得分為不好，佔 22.8%。

表 4-2-2 自覺健康狀況單項統計表

自覺健康狀況	次數	百分比	累積百分比
不好	38	22.8	22.8
普通	41	24.6	47.3
很好	88	52.7	100.0

不同性別、年齡、不同居住情況及不同婚姻情況之自覺健康狀況，經獨立樣本單因子變異數分析考驗結果，無達到顯著差異 ($p > .05$)。不同教育程度之自覺健康狀況，達到顯著差異 ($p < .05$)，經薛費氏法事後比較，教育程度初中、高中職及大專以上之自覺健康狀況優於小學以下。不同經濟來源之自覺健康狀況，經單因子變異數分析結果，達到顯著差異 ($p < .05$)，經薛費氏法事後比較，自己有收入者自覺健康狀況優於靠家人、社會補助及退休金者。經單因子變異數分析結果，不同職業類別之自覺健康狀況，達到顯著差異 ($p < .05$)，經薛費氏法事後比較，有職業者之自覺健康狀況皆優於無業者。



第三節 台東縣卑南鄉老年人睡眠品質之調查分析

本節主要在探討研究對象個人主觀評估其睡眠情況的好壞以及影響睡眠品質的因素，主要是藉由研究對象以個人主觀對睡眠的感覺，在匹茲堡睡眠品質量表上劃記下來，透過量化資料的分析來了解卑南鄉老年人主觀睡眠品質的情況及影響睡眠品質的成因。結果包含個人主觀睡眠品質、睡眠時數、睡眠困擾、睡眠潛伏期、睡眠效率、白天功能障礙、安眠藥使用等之分析。結果分別敘述如下。

一、個人主觀睡眠品質之情形

由表 4-3-1 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、睡眠時數、睡眠困擾、安眠藥之使用、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，平均值為 2.88 分；其次為睡眠時數，平均 1.53 分；最後為睡眠困擾，平均值為 1.37 分。

表 4-3-1 台東縣卑南鄉老年人影響睡眠品質之統計表

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	2	1.53	1.07
4.睡眠效率	7	0.87	0.21
5.睡眠困擾	3	1.37	0.83
6.安眠藥之使用	4	2.08	0.57
7.白天功能障礙	6	1.19	0.58

由表4-3-2可知，經測量結果顯示睡眠品質良好者有8位，佔3.81%，睡眠品質不佳者202位，佔96.19%，所佔的比率相當的高。

表4-3-2 匹茲堡睡眠品質百分比統計表

PQSI 睡眠品質量表	人數	百分比(%)
睡眠品質良好 (五分以下)	8	3.81
睡眠品質不佳 (五分以上)	202	96.19

由表 4-3-3 可知，在主觀睡眠品質的滿意度上，睡得非常好的老年人有 8 人，佔 3.81%；睡得好的 49 人，佔 23.33%；表示睡眠不好的老年人有 122 人，佔 58.09%，人數最多；睡眠非常差的有 31 人，佔 14.76%。綜合上述結果，台東縣卑南鄉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、睡眠時數、睡眠困擾等問題居多。

表 4-3-3 台東縣卑南鄉老年人睡眠品質之百分比統計表

變項	人數	百分比 (%)
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	8	3.81
2.好	49	23.33
3.不好	122	58.09
4.非常差	31	14.76

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)，本研究中的老年人有 72.85%認為睡眠品質不佳，此結果高於黃文玲 (2003) 機構老人的主觀睡眠品質有 44.5%不滿意，與曾銀貞 (2007) 及林嘉玲 (2003) 的研究結果相近。進一步分析影響睡

眠品質的因素以主觀睡眠品質、睡眠時數、睡眠困擾的影響較多，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、睡眠效率及主觀睡眠品質的結果相似，主觀睡眠品質排列在前三項。

二、睡眠時數之分析

表 4-3-4 顯示，卑南鄉老年人睡眠時數少於 7 小時的老人有 49 人，佔 23.33%；睡眠時數介於 6-7 小時有 52 人，佔 24.76%；睡眠時數介於 5-6 小時有 65 人，佔 30.95%；睡眠時數大於 5 小時者有 44 人，佔 20.95%；平均每晚睡眠時數為 6.42 小時。研究結果顯示，卑南鄉老人睡眠時數主要為 5~6 小時為主，比例最多為 30.95%；睡眠時數少於 5 小時者比例最少，為 20.95%。

表 4-3-4 台東縣卑南鄉老年人睡眠時數百分比統計表

真正睡眠時數	人數	百分比(%)
<7 小時	49	23.33
6~7 小時	52	24.76
5~6 小時	65	30.95
>5 小時	44	20.95

曾銀貞（2007）研究社區老人睡眠品質，其中平均每晚睡眠時數為 6.3 小時，其結果與本研究之發現相近。雷啟文（2003）研究發現中年婦女睡眠品質相關因素中，平均睡眠時數為 5.61 小時。綜合上述可以發現，老年人睡眠時數僅 6.42 小時，低於一般正常成年人的每晚約 7-8 小時，不足以滿足老年人的睡眠時數，且在短時間內無法達到有效的睡眠，常導致睡眠品質不佳的情形。

表 4-3-5 台東縣卑南鄉老年人睡眠狀況描述統計表

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 4-3-6 之睡眠困擾百分比統計可知，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 58 人，佔 27.62%；每週二次的老年人有 32 人，佔 15.23%；每週三次的老年人有 21 人，佔 10%，顯示在半夜或清晨醒來後不易繼續安睡的老年人，每週一次以上的老人有 111 人，佔 52.85%。

上床後無法在 30 分鐘內入眠之發生次數方面，每週一次的老年人有 57 人，佔 27.14%；每週二次的老年人有 28 人，佔 13.33%；每週三次的老年人有 22 人，佔 10.47%，顯示每週一次以上無法在 30 分鐘內入眠之的老年人有 107 人，佔 50.90%，此結果與黃文玲（2003）、曾銀貞（2007）的研究結果相同。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 44 人佔 20.95%；每週二次的老年人有 36 人佔 17.14%，每週三次的老年人有 12 人佔 5.71%。

表 4-3-6 台東縣卑南鄉老年人睡眠困擾之百分比統計表

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			0.85	0.98
從來沒有 (0)	103	49.04		
一週 1 次 (1)	57	27.14		
一週 2 次 (2)	28	13.33		
一週 3 次以上 (3)	22	10.47		
b.半夜或清晨醒來後,不易繼續安睡			0.96	0.78
從來沒有 (0)	99	47.14		
一週 1 次 (1)	58	27.62		
一週 2 次 (2)	32	15.23		
一週 3 次以上 (3)	21	10.00		
c.必須起床上廁所而睡不好			0.76	0.96
從來沒有 (0)	118	56.19		
一週 1 次 (1)	44	20.95		
一週 2 次 (2)	36	17.14		
一週 3 次以上 (3)	12	5.71		
d.呼吸無法順暢而睡不好			0.30	0.42
從來沒有 (0)	172	81.90		
一週 1 次 (1)	24	11.42		
一週 2 次 (2)	8	3.80		
一週 3 次以上 (3)	6	2.85		
e.咳嗽或打鼾太厲害而睡不好			0.43	0.51
從來沒有 (0)	148	70.47		
一週 1 次 (1)	46	21.90		
一週 2 次 (2)	9	4.28		
一週 3 次以上 (3)	7	3.33		
f.感覺太冷而睡不好			0.29	0.34
從來沒有 (0)	170	80.95		
一週 1 次 (1)	28	13.33		
一週 2 次 (2)	8	3.80		
一週 3 次以上 (3)	4	1.90		
g.感覺太熱,發汗而睡不好			0.41	0.70
從來沒有 (0)	151	71.90		
一週 1 次 (1)	43	20.47		
一週 2 次 (2)	11	5.23		
一週 3 次以上 (3)	5	2.38		

續表 4-3-6 台東縣卑南鄉老年人睡眠困擾之百分比統計表

h.作惡夢而醒來			0.40	0.31
從來沒有 (0)	130	61.90		
一週 1 次 (1)	53	25.23		
一週 2 次 (2)	19	9.04		
一週 3 次以上 (3)	8	3.80		
i.身體感覺「疼痛」而睡不好			0.51	0.62
從來沒有 (0)	138	65.71		
一週 1 次 (1)	50	23.81		
一週 2 次 (2)	13	6.19		
一週 3 次以上 (3)	9	4.28		

由此可知每週發生一次以上起床上廁所而睡不好的老年人有 92 人，佔 43.80%，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。楊怡君（2003）指出老年人的膀胱因年齡增加而老化，使容量普遍呈現減少，逼尿肌收縮力下降及自發性膀胱不穩定收縮，因而造成老年人有頻尿、急尿或尿失禁現象，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。

四、睡眠潛伏期之分析

由表 4-3-7 可知，卑南鄉老年人上床睡覺時，在 15 分鐘內即可入睡的老年人有 103 人，佔 49.04%；需 16~30 分鐘才能入睡的有 77 人，佔 36.66%；需 31~60 分鐘才能入睡的有 29 人，佔 13.81%；需超過 60 分鐘才能入睡的有 1 人，佔 0.48%，顯示半數的老年人需要超過 15 分才可入睡。依據 Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer (1989) 的界定，睡眠潛伏期超過 15 分鐘無法入睡者為入睡困難，本研究中老年人有 107 人，佔 50.95%，睡眠潛伏期超過 15 分鐘，

在 30 分鐘無法入睡的老年人，一週至少一次以上的老年人有 107 人，佔 50.90%，此結果與林嘉玲（2000）對安養機構老人睡眠品質研究之結果，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的。

睡眠潛伏期過長乃睡眠品質不佳的現象之一，睡眠品質不佳容易造成個體身體不適感，無論是生理或是心理上都有某種程度的影響，睡眠品質不佳亦容易影響個體健康狀態。

表 4-3-7 台東縣卑南鄉老年人睡眠潛伏期之描述統計表

因素名稱	人數	百分比 (%)
睡眠潛伏期		
≤15	103	49.04
16-30	77	36.66
31-60	29	13.81
≥60	1	0.48

五、睡眠效率之分析

由表 4-2-7 可知，卑南鄉老年人睡眠效率高於 85% 的有 128 人，佔 60.95%；睡眠效率在 75-84% 的老年人有 44 人，佔 20.95%；睡眠效率在 65-74% 的老年人有 21 人，佔 10%；睡眠效率低於 64% 有 17 人，佔 8.09%。卑南鄉老年人睡眠效率未超過 85% 以上的人數是 82 人，約四成左右，亦即睡眠不佳老年人有四成之多，與林嘉玲（2003）調查安養機構老人睡眠不佳者有 61.5%、黃文玲（2003）之調查有 58.5% 的睡眠效率低於 85% 都高於本研究之 40% 的結果，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。

表 4-3-8 台東縣卑南鄉老年人睡眠效率之百分比統計表

因素名稱	人數	百分比 (%)
睡眠效率		
$\geq 85\%$	128	60.95
75-84%	44	20.95
65-74%	21	10.00
$\leq 64\%$	17	8.09

六、白天功能障礙之調查

由表 4-2-9 可知，卑南鄉老年人白天發生功能障礙每週發生 1 次的有 153 人，佔 72.85.1%；每週發生 2 次的有 23 人，佔 10.95%；每週發生 3 次的有 12 人，佔 5.71%；從來沒有發生的有 23 人，佔 10.95%。本研究中約有 89.52% 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的情形，林嘉玲（2000）發現安養機構老人打瞌睡的比例有 86.9%、曾銀貞（2007）調查社區老人日間功能障礙有打瞌睡情況的比例是 64.9%。

表 4-3-9 台東縣卑南鄉老年人白天功能障礙之百分比統計表

因素名稱	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			1.12	0.58
從來沒有	23	10.95		
一週 1 次	153	72.85		
一週 2 次	23	10.95		
一週 3 次以上	12	5.71		

七、安眠藥使用之情形

林嘉玲（2003）發現安養機構老人有 41%服用安眠藥物，劉惠瑚、陳玉敏、李月萍（2005）探討老年人的睡眠品質發現服用安眠藥物對睡眠有幫助，但可能會使睡眠品質變差，表 4-3-10 為卑南鄉老年人安眠藥使用之百分比統計表。

卑南鄉老年人使用安眠藥、鎮定劑來輔助入眠的比例 7.14%，其中一週 1 次的老年人有 9 人，佔 4.28%；一週二次的老年人有 4 人，佔 1.90%；一週三次的老年人有 2 人，佔 0.95%，此結果低於雷啟文（2003）對中年婦女睡眠品質相關因素探討之安眠藥物使用的人數為 52.9%，林嘉玲（2003）對安養機構老人有 41%服用安眠藥物。鄒秀菊（1994）對於私立老人院老人的調查顯示服用安眠藥物之人數 15.6%；曾銀貞（2007）發現社區老人 13.1%的服用安眠藥物比例。劉惠瑚、陳玉敏、李月萍（2005）探討老人睡眠品質指出服用安眠藥物對睡眠有幫助，但可能會使睡眠品質變差，但在本研究中老年人使用藥物的比率不高，卻仍有睡眠品質不良的情形，由此可見安眠藥物可能並非造成睡眠品質降低惡的單一因素。

表 4-3-10 台東縣卑南鄉老年人安眠藥使用之百分比統計表

因素名稱	人數	百分比 (%)	平均數	標準差
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）？			0.46	0.37
1. 從來沒有	195	92.85		
2. 一週1次	9	4.28		
3. 一週2次	4	1.90		
4. 一週3次以上	2	0.95		

第四節 不同背景老年人睡眠品質差異之分析

本研究以獨立樣本單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 來分析不同背景睡眠品質之差異，不同背景包括：年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、子女數、居住狀況、經濟來源、慢性疾病。檢測結果分別敘述如下：

一、性別、年齡方面

(一) 性別方面

由表 4-4-1 得知，男性平均數 12.05，標準差 6.01；女性平均數 11.74，標準差 5.75， t 值=0.301、 $p>.05$ ，未達顯著水準。顯示睡眠品質在不同性別之間沒有差異，表示性別在睡眠品質上的影響是相同的，不同性別並不會影響睡眠的品質。

表4-4-1 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 值
男性	98	12.05	6.01	0.301
女性	112	11.74	5.75	

* $p<.05$

(二) 年齡方面

由表 4-4-2 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 12.58，標準差 6.64；70-74 歲平均數 11.10，標準差 5.27，75-79 歲平均數 11.89 標準差 6.12；80-84 歲之平均數 11.98 標準差為 5.48；85 歲以上之平均數 12.86 標準差為 7.18。從表 4-4-3 可知，不同年齡睡眠品質指數 ($F=0.741$, $p>.05$)，未達顯著水準。顯示睡眠品質在不同年齡之間沒有明顯的差異，表示不同年齡在睡眠品質上的影響是相同的，不同年齡層並不會影響老人的睡眠品質。

表 4-4-2 不同年齡睡眠品質指數之描述統計表

年齡	個數	平均數	標準差
65-69 歲	59	12.58	6.64
70-74 歲	46	11.10	5.27
75-79 歲	42	11.89	6.12
80-84 歲	37	11.98	5.48
85 歲以上	26	12.86	7.18
總和	210	12.06	6.03

由表 4-4-3 可知，不同年齡之睡眠品質之分析結果表示，不同年齡之老年人，在睡眠品質上沒有差異；表示不同年齡在睡眠品質上的影響是相同的。

表 4-4-3 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	均方和	F 值
組間	108.02	4	27.01	0.74
組內	9513.38	205	36.45	
總和	9621.397	209		

* $p < .05$

二、教育程度

由表 4-4-4 得知，不同教育程度睡眠品質指數的平均數與標準差，不識字者平均數 11.32，標準差 5.43；國小程度之平均數 11.67，標準差 8.11；國中程度之平均數 11.34，標準差 5.37；高中、職程度之平均數 12.16，標準差為 5.63；大學以上（包含專科）程度之平均數 12.26，標準差為 6.03。

表 4-4-4 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	18	11.32	5.43
國小	131	11.67	8.11
國中	34	11.34	5.37
高中	22	12.16	5.63
大學以上	5	12.26	6.03
總和	210	12.03	6.02

從表 4-4-5 可知，不同教育程度睡眠品質指數 ($F=1.161, p>.05$)，未達顯著水準，顯示睡眠品質在不同教育程度之間沒有明顯的差異。曾齡慧（2002）發現教育程度低者較易發生入睡困難；陳美妃（1994）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。本研究發現睡眠品質在不同教育程度之間沒有明顯的差異。

表 4-4-5 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	均方和	F 值
組間	29.73	5	5.83	0.16
組內	9444.68	20	36.68	
總和	9584.50	208		

* $p<.05$

三、婚姻狀況與子女數方面

(一) 婚姻狀況方面

由表 4-4-6 得知，不同婚姻狀況睡眠品質指數的平均數與標準差，未婚者平均數 7.12 ± 1.22 ；已婚者 12.22 ± 6.13 ；喪偶者 11.40 ± 3.83 ；其他婚姻狀況之平均數 9.06 ± 4.52 。

表 4-4-6 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	16	8.12	1.22
已婚	112	12.22	6.13
喪偶	64	8.03	3.83
其他	18	9.06	4.52
總合	210	11.32	6.02

從表 4-4-7 可知，比較不同婚姻狀況之睡眠品質指數達顯著水準 ($p < .05$)，經事後比較，四組平均數兩兩相比，已婚者顯著高於喪偶與未婚者 ($p < .05$)，Ford and Kamerow (1980) 指出分居、離婚與喪偶有顯著較高的失眠比率。本研究顯示不同年齡在睡眠品質上的影響沒有差異。

表 4-4-7 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	均方和	F 值
組間	344.12	3	114.70	3.24*
組內	9277.23	206	35.41	
總和	9621.39	209		

* $p < .05$

(二) 子女數方面

由表 4-4-8 得知，不同子女數睡眠品質指數的平均數與標準差，無子女者 11.79 ± 3.58 ；1 位子女者 11.99 ± 2.62 ；2 位子女者 12.22 ± 5.01 ；3 位子女以上者 12.10 ± 6.20 。

表 4-4-8 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	5	11.79	3.58
1 位	15	11.99	2.62
2 位	40	12.22	5.01
3 位以上	150	12.10	6.20
總和	210	12.03	6.26

從表 4-4-9 可知，不同子女數之睡眠品質指數未達顯著水準 ($F=.018, p>.05$)，顯示睡眠品質在不同子女數之間沒有差異。研究結果顯示，表示不同子女數在睡眠品質上的影響是相同的。

表 4-4-9 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	均方和	F 值
組間	1.96	3	0.65	0.18
組內	9619.43	206	36.72	
總和	9621.43	209		

* $p<.05$

四、居住狀況與經濟來源方面

(一) 居住狀況方面

由表 4-4-10 得知，不同居住狀況之睡眠品質指數的平均數與標準差：固定和一名子女居住者 11.63 ± 5.70 ；輪流和子女住者 10.66 ± 4.80 。獨居者 9.72 ± 3.95 ；和配偶同住者 12.58 ± 6.26 。

表 4-4-10 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	55	11.63	5.70
輪流和子女住	15	10.66	4.80
獨居	30	9.72	3.95
和配偶同住	110	12.58	6.26
總和	210	12.07	6.02

從表 4-4-11 可知，不同居住狀況者之睡眠品質指數未達顯著差異水準 ($F=1.299, p>.05$)，顯示不同居住狀況對睡眠品質的影響沒有差異。研究結果顯示，不同居住情形對老人睡眠品質的影響是相同的。

表 4-4-11 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	均方和	F 值
組間	187.78	4	46.94	1.29
組內	9433.61	205	36.14	
總和	9621.39	209		

* $p<.05$

(二) 經濟來源方面

老人經濟來源分為四類，自己有收入、靠子女供養、退休金及社會救助。由表 4-4-12 得知，不同經濟來源睡眠品質指數的平均數與標準差，自己有收入者 10.617 ± 5.192 ；靠子女供養者 11.334 ± 6.649 。退休金者 12.417 ± 6.097 ；社會救助者 10.821 ± 2.516 。其中以靠子女供養比例最大，而以退休金為經濟來源比例最小。

表 4-4-12 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	26	10.61	5.19
靠子女供養	128	11.33	6.64
退休金	22	12.417	6.09
社會救助	34	10.82	2.51
總和	210	12.10	6.02

從表 4-4-13 可知，不同經濟來源者之睡眠品質指數未達顯著差異水準 ($F=0.988$, $p>.05$)，顯示睡眠品質在不同經濟來源者之間沒有差異，不同經濟來源對老人睡眠品質的影響是相同的。

表 4-4-13 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	均方和	F 值
組間	107.43	3	34.81	0.98
組內	9433.61	204	36.14	
總和	9459.04	207		

* $p<.05$

五、慢性病罹患數方面

慢性病罹患數為個人針對自己所罹患之慢性病做一普偏性調查，分為未罹患慢性病、罹患一種、罹患二種、罹患三種及罹患三種以上慢性病。

表 4-4-14 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	54	10.07	4.61
1 種	82	11.55	5.93
2 種	50	13.77	5.98
3 種	17	14.78	6.48
3 種以上	7	17.16	9.42
總和	210	12.07	6.02

由表 4-4-14 得知，卑南鄉老年人沒有罹患慢性疾病者 54 人，睡眠品質指數的平均數 10.072，標準差 4.618；罹患 1 種慢性疾病者 82 人，睡眠品質指數的平均數 11.553，標準差 5.930；罹患 2 種慢性疾病者 50 人，睡眠品質指數的平均數 13.772，標準差 5.982；罹患 3 種慢性疾病者 17 人，睡眠品質指數的平均數 14.794，標準差 6.481；罹患 3 種以上慢性疾病者 7 人，睡眠品質指數的平均數 17.165，標準差 9.429。

表 4-4-15 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	均方和	F 值
組間	919.93	4	229.98	6.898*
組內	8701.46	205	33.33	
總和	9621.39	209		

* $p < .05$

從表 4-4-15 可知，睡眠品質指數的差異達顯著水準 ($F=6.898, p<.05$)，進一步事後比較可知，沒有慢性疾病者的睡眠品質優於罹患 1 種疾病者、罹患 1 種疾病者優於罹患 2 種疾病者、罹患 2 種疾病者優於罹患 3 種疾病者、罹患 3 種疾病者優於罹患 3 種以上疾病者，由此可知，罹患慢性疾病越多者的睡眠品質越不良，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) 發現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。



第五節 老年人憂鬱狀態之現況調查分析

本節內容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，研究結果敘述如下。

表 4-5-1 卑南鄉老年人憂鬱狀態統計表

憂鬱指數	人數	百分比 (%)
無憂鬱狀態 (16 分以下)	166	79.05
有憂鬱狀態 (16 分以上)	44	20.95

表 4-5-2 台東縣卑南鄉老年人憂鬱指數之統計表

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

表 4-5-1 所示，卑南鄉老年人有憂鬱狀態者 44 人，佔 20.95%、無憂鬱狀態者 166 人，佔 79.05%。由表 4-5-2 顯示，卑南鄉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」；得分排序最後三項為「我曾經痛哭」、「我覺得別人不喜歡我」、「我覺得悲傷」。

表 4-5-3 卑南鄉老年人憂鬱狀態之百分比

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	28.00	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.以前不介意的事，最近會困擾我	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

由表 4-5-3 可知，卑南鄉老年人的選擇「經常」、「時常」、「有時候」、「沒有或極少」中，在得分排序第一的「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」，顯示卑南鄉老年人中有 47.67%的老年人感覺自己的日子過得不比別人好；得分排序第二「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」，顯示卑南鄉老年人有 50.37%認為自己沒辦法享受人生樂趣；得分排序第三為「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」，顯示卑南鄉老年人有 54.14%認為他們的未來不是充滿希望。

呂淑好、林宗義（2000）指出個人對負向的生活事件，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、人際間障礙、自殺意念等症狀。

此外，由表 4-5-2 中可歸納出，卑南鄉老年人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，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。綜合上述，卑南鄉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。

第六節 不同背景老年人之憂鬱狀態差異分析

本節比較不同背景卑南鄉老年人，因不同年齡、性別、婚姻狀況、居住狀況、經濟來源，教育程度、子女數，與慢性病罹患數等之憂鬱狀態的差異性比較。

一、不同性別與年齡

(一) 性別方面

由表 4-6-1 得知，男性平均數 12.961，標準差 6.06；女性平均數 12.333，標準差 5.88，t 值=.434、 $p=.664>.05$ ，未達顯著水準。顯示憂鬱狀態在不同性別之間沒有差異。

表4-6-1 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	p值
男	98	12.96	6.06	0.434	0.264
女	112	12.33	5.88		

* $p<.05$

(二) 年齡方面

表 4-6-2 不同年齡憂鬱狀態指數之描述統計表

項目	年齡	個數	平均數	標準差
憂鬱狀態指數	65-69 歲	59	13.58	7.48
	70-74 歲	46	11.55	8.46
	75-79 歲	42	12.49	7.96
	80-84 歲	37	13.15	7.78
	85 歲以上	26	14.50	5.57
	總和		26	12.88

由表 4-6-2 得知，不同年齡憂鬱狀態指數平均數與標準差為：65~69 歲平均數 13.581 標準差 7.480；70~74 歲平均數 11.556 標準差 8.465；75~79 歲平均數 12.492 標準差 7.964；80~84 歲之平均數 13.159 標準差為 7.786；85 歲以上之平均數 14.500 標準差為 5.574。從表 4-5-3 可知，不同年齡之憂鬱狀態指數的差異未達顯著水準 ($p>.05$)。顯示憂鬱狀態在不同年齡之間沒有顯著的差異。

表 4-6-3 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	均方和	F 值
組間	186.88	4	46.72	0.77
組內	15784.50	205	60.47	
總和	15971.38	209		

* $p<.05$

二、在教育程度方面

卑南鄉老年人無識字 18 人，其憂鬱狀態平均值為 23.50，標準差 9.40，國小程度 131 人，其憂鬱狀態平均值為 8.70，標準差 4.16，國中程度 34 人，其憂鬱狀態平均值為 12.18，標準差 6.24，高中、職程度 22 人，其憂鬱狀態為 12.18，標準差 6.24，大學以上程度 5 人，其憂鬱狀態平均值 12.49 分，標準差 7.13；經統計發現，不同教育程度之老年人的憂鬱狀態有顯著性差異 ($p<.05$)，其中以無識字的老年人比國小程度的老年人，較容易有憂鬱情形發生。

老年人的教育程度與憂鬱狀態之關係，趙佩璇 (2003) 發現憂鬱狀態因教育程度之不同統計上有顯著差異；梁繼權、呂碧鴻、李名濱、湯麗玉 (1998) 在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有顯著相關。但是黃文玲 (2003) 對機構老人的憂鬱狀態研究發現教育程度之不同在統計上沒有顯著差異的結果。

表 4-6-4 卑南鄉老年人教育程度的憂鬱狀態變異數分析 (N=210)

變項	平均值	標準差	F 值	事後檢定
教育程度			3.18*	無 > 國小
無	18.50	9.40		
國小	8.70	4.16		
國中	12.18	6.24		
高中、職	13.74	8.53		
大學以上(含專科)	12.49	7.13		

* $p < .05$

三、婚姻狀況與子女數

卑南鄉老年人之婚姻狀況，表 4-5-3 顯示，已婚 112 人，其憂鬱狀態之平均分數為 13.05 ± 8.05 ，其次是喪偶 64 人，其憂鬱狀態平均分數 11.52 ± 4.99 ，未婚 2 人，其憂鬱狀態平均分數 14.50 ± 2.12 ；不同婚姻狀況的老年人之憂鬱狀態無顯著差異，與黃文玲（2003），趙佩璇（2003）的研究結果相同。

卑南鄉老年人的子女數，詳如表 4-5-3，以有三位以上子女數的老年人為最多數，人數共計 215 人，其憂鬱狀態之平均值為 12.56 ± 7.32 ，有 2 位子女的老年人為 38 人，其憂鬱狀態平均值為 12.57 ± 7.88 ，有 1 位子女的老年人為 9 人，其憂鬱狀態平均值為 18.44 ± 13.42 ，無子女者為 4 人，其憂鬱狀態平均值為 20.50 ± 8.81 ，老年人不同子女數的憂鬱狀態得分有顯著差異 ($p < .05$)，其中以沒有子女的老年人比有 2 位子女的老年人、及有 3 位子女的老年人還要來得憂鬱，可能沒有子女承歡膝下，人生沒有活力，較顯得悲觀。

表 4-6-5 不同婚姻狀況、子女數的憂鬱狀態變異數分析 (N=210)

變項	平均值	標準差	F 值	事後檢定
婚姻狀況			0.493	
未婚	14.50	2.12		
已婚	13.05	8.05		
喪偶	11.52	4.99		
其他	9.67	4.16		
子女數			3.03*	
無	20.50	8.81		無>2 位、3 位以上
一位	18.44	13.42		
二位	12.57	7.88		
三位及以上	12.56	7.32		

* $p < .05$

四、居住狀況與經濟來源

居住狀況部份，老年人與配偶同住的 110 人，其憂鬱狀態的平均值 12.99 ± 7.75 ，固定和一名子女同住者的老年人 55，其憂鬱狀態的平均值 12.50 ± 8.46 ，輪流與子女同住者的老年人 15 人，其憂鬱狀態的平均值 17.80 ± 8.76 ，獨居者 30 人，其憂鬱狀態的平均值 11.30 ± 5.23 ，老年人之不同居住狀況的憂鬱狀態得分，無顯著差異。

經濟來源部份，詳如表 4-6-6，以領退休金居多數計 22 人，其憂鬱狀況平均得分 12.74 ± 7.90 ；自己有收入計 26 人，其憂鬱狀態平均得分 13.67 ± 7.37 ；靠子女供養者計 128 人，其憂鬱狀態平均得分 13.67 ± 7.93 ，社會救助的老年人 34 人，其憂鬱狀況態平均得分 11.50 ± 6.36 。以上不同經濟來源的老年人之憂鬱狀態，在統計學上無顯著性的差異。

表 4-6-6 不同居住狀況、經濟來源之憂鬱狀態變異數分析 (N=210)

變項	平均值	標準差	F 值
居住狀況			0.96
固定與一名子女同住	12.50	8.46	
輪流與子女同住	17.80	8.76	
獨居	11.30	5.23	
與配偶同住	12.99	7.75	
住安養機構	20.00	-	
經濟來源			0.22
自己有收入	13.70	7.37	
靠子女供養	13.67	7.93	
退休金	12.74	7.90	
社會救助	11.50	6.36	

四、在慢性病罹患數方面

表 4-5-7 所示，卑南鄉老年人之無罹患慢性病為 80 人，其憂鬱狀態的平均得分為 11.3 ± 6.78 ；罹患 1 種慢性病的老年人有 95 人，其憂鬱狀態之平均值為 12.31 ± 7.33 ，罹患 2 種慢性病的老年人有 59 人，其憂鬱狀態之平均值為 14.29 ± 6.97 ，罹患 3 種慢性病老年人有 23 人，其憂鬱狀態的平均值為 14.87 ± 9.76 ，罹患 3 種以上的老年人有 9 人，其憂鬱狀態的平均值為 18.78 ± 12.24 ，罹患慢性病不同數目的老年人，其憂鬱狀態在統計學上呈現顯著差異 ($p < .05$)，其中以罹患慢性病 3 種以上慢性病的老年人，憂鬱狀態得分顯著高於未罹患慢性病的老年人。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.; Norgan & Clarke, 1997)，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；表示罹患多種慢性病人，其健康情形不佳，較容易比沒有罹患慢性病的老年人顯得憂慮。

表 4-6-7 老年人罹患慢性病數之憂鬱狀態的變異數分析 (N=210)

變項	平均值	標準差	F 值	事後檢定
目前您有幾種慢性病？			3.23*	3 > 2 > 1
無	11.30	6.78		
1 種	12.31	7.33		
2 種	14.29	6.97		
3 種	14.87	9.76		
3 種以上	18.78	14.24		

* $p < .05$

研究結果顯示老年人有無憂鬱狀態不會因不同年齡、性別、婚姻狀況、居住狀況、經濟來源，而有統計學上的差異；但會因不同教育程度、子女數，目前慢性病罹患數，在憂鬱狀態上呈現顯著性差異 ($p < .05$)，因此接受不同的「子女數」、「教育狀況」，「罹患慢性病數」的老年人在憂鬱狀態上有差異的研究假設。

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；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。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 (曾譯領, 1995)。亦即收入足夠與否影響老年人的憂鬱情緒程度。

第五章 結論與建議

第一節 結論

本研究目的是為了解台東縣卑南鄉老人自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀況的現況，分析不同的背景因素在自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀況的差異性，以方便取樣，結構式問卷訪談方式收集資料，共收集有效問卷 210 份，經 SPSS 12 電腦軟體，以描述性統計、t 檢定、單因子變異數分析資料，根據研究結果歸納如下：

- 一、老年人之自覺健康狀況大部分都認為普通。不同性別、年齡、居住情況、婚姻狀況無顯著差異。不同教育程度、經濟來源之自覺健康狀況，達到顯著差異。教育程度初中、高中職及大專以上之自覺健康狀況優於小學以下；自己有收入者自覺健康狀況優於靠家人、社會補助及退休金者。
- 二、台東縣卑南鄉老年人睡眠品質之現況，睡眠品質平均得分 11.14 ± 5.15 ；顯示睡眠狀況普遍不佳，睡眠品質良好者只有 8 人，佔總人數 3.81%，睡眠品質不佳者有 202 人，佔總人數 96.19%，顯示九成六以上的卑南鄉老年人皆有睡眠不良的情形發生。
 - (一) 睡眠品質中個人主觀睡眠品質，以過去一個月感覺自己晚上睡得不好，不滿意的老年人有 153 人，佔 72.85%之多；過去一個月，約有 7.149%的老年人，曾經借助安眠藥物、鎮靜藥幫助睡眠；老年人平均每晚睡眠時數為 6.42 小時。
 - (二) 不同年齡、性別、教育程度，子女數，居住狀況，經濟來源等對於睡眠品質的影響上無顯著性差異 ($p > .05$)。
 - (三) 不同婚姻狀況對睡眠品質的影響上有統計學上差異 ($p < .05$)，其中已婚者的睡眠品質比喪偶者的睡眠品質差。

(四) 不同罹患數種慢性病數目的老年人之睡眠品質，有統計學上的差異 ($p < .05$)，其中罹患慢性病 3 種以上的老年人，睡眠品質不好的情況明顯高於沒有罹患慢性病的老人。

三、卑南鄉老年人的憂鬱狀況，憂鬱狀況平均得分 12.88 ± 7.76 。憂鬱狀況得分大於 16 分以上有憂鬱傾向的人有 56 位，佔 21%，小於 16 分的有 210 人，佔 78.9%。

- (一) 憂鬱量表各因素，最高前三項，依序為「我覺得我和別人一樣過的很好」、「我能享受人生樂趣」、「我對未來充滿希望」，皆以沒有或極少的百分比佔最多。有 47.67% 感覺自己的日子過得不比別人好，50.37% 認為自己沒能享受人生樂趣；有 54.14% 認為他們的未來不是充滿希望。
- (二) 憂鬱量表各因素排序最低三項為「我曾經痛哭」、「我覺得別人不喜歡我」、「我覺得悲傷」。有八成老年人以上，很少痛哭、悲傷，或是覺得別人不喜歡他。
- (三) 不同年齡、性別、婚姻狀況、居住狀況，經濟來源等之憂鬱狀況無顯著差異。
- (四) 不同教育程度的老年人，其憂鬱狀況有統計學上差異 ($p < .05$)，其中無學歷的老年人，其憂鬱程度比國小程度的老年人較高。
- (五) 不同子女數的老年人，其憂鬱狀況有統計學上差異 ($p < .05$)，其中無子女的老年人之憂鬱程度比有 2 位或 3 位子女的老年人較高。

第二節 建議

根據上述的研究結果，提出本研究的建議。

一、本研究對象為台東縣卑南鄉老年人，屬於比較鄉間的生活型態，社經地位也較低，所以訪談的過程耗費較多的時間與人力，未來的研究可再簡化問卷內容與難度，有些長者的基本資料可先詢問家庭其他成員，可縮短訪談時間，避免長者疲憊拒絕回答。

二、本研究發現台東縣卑南鄉老年人之睡眠品質普遍狀況不佳，且自覺睡眠不滿意，睡眠時數不夠，老年人的睡眠問題與憂鬱狀況應受到重視，有關單位應定時評估老年人睡眠問題的困擾程度，定期舉辦睡眠衛生教育，提供適切的方法及正確睡眠的觀念或治療。

三、本研究是橫斷面的研究，對於老人的問題除了老化的因素外，還有各種複雜的生理心理的問題，如果能以縱向的追蹤觀察研究，探討相關的影響因素，做全面性的觀察，並可提早做預防與維護健康的工作。

四、本研究發現老年人普遍有睡眠品質狀況不佳、自覺睡眠不滿意、睡眠時數不夠等問題，雖然只有少部份人依賴安眠藥助眠，但文獻中有高達 40—50% 的老年人吃安眠藥，值得關切與探討，並應進一步研究安眠藥對老年人的健康是否有負面的影響。

參考文獻

一、中文部分

- 王秀紅（2000）。老年人的健康促進-護理的涵義。《護理雜誌》，47（1），19-25。
- 台東縣政統計（2007年10月22日）。老人結構與福利服務提要分析。台東縣：台東縣政府。取自：<http://www.taitung.gov.tw/department/p4/p4d1.htm>
- 江信男、林旻沛、柯慧貞（2005）。台灣地區老人的生理疾病多寡、自覺生理健康、社會支持度與憂鬱嚴重度。《臨床心理學刊》，2（1），11-22。
- 行政院內政部統計處（2000）。台閩地區老人狀況調查。台北市：行政院內政部。
- 行政院衛生署（2002）。衛生統計，<http://www.doh.gov.tw>，2008.2.14。
- 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。未出版碩士論文，國立臺灣大學護理學研究所：台北市。
- 呂淑妤、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。台北，華訊出版社。
- 李春香（2007）。社區老人日常生活功能、自覺健康狀態、憂鬱狀態與自殺意念之相關性探討。未出版碩士論文，輔英科技大學護理系研究所：高雄縣。
- 李麗花（2003）。音樂治療對老人憂鬱程度成效之探討。未出版碩士論文，慈濟大學護理研究所：花蓮縣。
- 沈明輝（2002）。影響社區老人身體功能退化的因素。未出版碩士論文，國立台灣大學衛生政策與管理研究所：台北市。
- 林信南、林憲（1987）。老人精神醫學。台北，聯經出版社。
- 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。未出版碩士論文，國立台灣大學醫學院護理學研究所：台北市。
- 林嘉玲、潘美玉、張媚（2006）。社區老人睡眠品質之探討。《台灣醫學》，10（4），438-446。
- 邱銘章（2005）。神經疾患之睡眠障礙，《台灣醫學》，9（3），354-360。

- 范涵惠 (2002)。長期照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討。未出版碩士論文，中國醫藥學院醫學研究所：台中市。
- 唐憶淨、李孟智、王玉潯、吳麗芬、黃孝鏘、卓良珍、周崇頌 (1999)。桃園縣龜山鄉老年人自覺健康狀態及其影響因素。中華家醫誌，9 (1)，31-42。
- 馬懿慈 (2003)。社區老人健康促進生活型態及其相關因素之探討-以嘉義縣民雄鄉為例。未出版碩士論文，國立臺灣大學護理學研究所：台北市。
- 張書森、李明濱 (2003)。老年人之睡眠障礙台灣醫學，7 (4)，602-607。
- 張素紅、楊美賞 (1999)。老人寂寞與其個人因素、自覺健康狀況、社會支持之相關研究，高雄醫學科學雜誌，15 (6)，337-347。
- 梁金麗 (2001)。社區老年人生活品質相關因素之探討。未出版碩士論文，國立台北護理學院護理研究所：台北市。
- 許志成、羅勻佐、徐瑱淳、許雅婷、羅慶徽 (2007)。台灣老人人口分佈與自覺健康之地區性差異。台灣家醫誌，17 (2)，59-72。
- 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。
- 陳宏、馮榕 (1993)。綜觀身體疾病患者之憂鬱現象。國防醫學，7 (2)，135-141。
- 陳肇男 (2001)。快意銀髮族—台灣老人的生活調查報告。台北市：張老師。
- 曾明晰 (2003)。活動與休息，概念護理學。台北，啟英出版社。
- 游伯村 (2002)。從參與衛生所活動之西湖鄉鄉民探討該鄉之社區健康促進方案。未出版碩士論文，台北醫學院公共衛生學研究所：台北市。
- 黃國彥、鍾思嘉 (1987)。老人健康自評、生活改變和生命意義與其生活滿意之關係，中華心理衛生學刊，3 (1)，169-181。
- 黃惠滿、蘇貞瑛 (2000)。屏東縣麟洛鄉老人自覺健康狀態、社會活動與精神狀況之初探。大仁學報，18 (3)，253-265。
- 黃毓華、邱啟潤 (1997)。高雄地區大學生健康促進生活型態之影響因子。中華公共衛生雜誌，16 (1)，24-36。
- 黃璉華 (1992)。老人生活滿意度相關之因素分析研究。護理雜誌，39 (4)，

37-47。

黃璉華 (1993)。鄉村社區老人健康自評、信念與行為—以金山社區為例。公共衛生, 20 (3), 221-232。

黃麗玲 (2000)。社區獨居老人身體、心理及社會功能之探討。未出版碩士論文, 高雄醫學大學護理學研究所: 高雄市。

楊惠如、呂桂雲、陳宇嘉、張永源 (2006)。社區獨居老人健康狀況與長期照護需求研究。實證護理, 2 (3), 229-240。

鄒秀菊 (1994)。敬老院老人睡眠品質與健康狀況之探討。未出版碩士論文, 國防醫學院研究所: 台北市。

廖世程、李明濱、李宇宙 (2000)。睡民的生物基礎及臨床意義, 台灣醫學, 4 (6), 652-664。

趙安娜、高美玲、林壽惠 (2004)。鄉村社區老年人健康狀況與生活品質相關性之探討, 長期照護雜誌, 8 (1), 41-55。

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。未出版碩士論文, 中國醫藥大學護理學研究所: 台中。

劉弘仁、黃正平 (2002)。老人憂鬱症, 臨床醫學, 49 (4), 227-233。

劉劍華 (2002)。社區健康營造之老年人社區參與程度及健康促進生活方式對生活品質之相關研究。未出版碩士論文, 國立台北護理學院護理研究所: 台北縣。

劉慧俐 (2003)。身體活動與老人生活品質/論壇健康促進與疾病預防委員會作。初版。台北市: 國家衛生研究院。

賴永和 (2001)。國民中小學退休教師生活適應及其影響因素之研究。未出版碩士論文, 國立高雄師範大學成人教育研究所: 高雄市。

賴昆宏 (2006)。社會支持、孤寂感與休閒活動參與對老人生命意義影響之研究—以台中地區長青學苑為例。未出版碩士論文, 朝陽科技大學休閒事業管理系研究所: 台中縣。

顏菁(2001)。社區老人的體重控制行為及其相關因素之探討。未出版碩士論文，
國立台北護理學院護理研究所：台北市。

盧成皆(1997)。線性迴歸分析所需樣本數目之討論。護理研究，5(4)，377-383。



二、英文部份

- Armdt, S., Carney, C., Herzog, R., & Wallace, R. B. (1999). Conjugal loss and syndrome depress in a sample of elders aged 70 years or older. *American journal of Psychiatry*. 156 (10) , 1596-1601.
- Ashida, D. (2000). The effect of reminiscence music therapy session on changes in depressive symptom in elderly persons with dementia. *Journal of music Therap.* 37(3). 170-182.
- Barder, L., Slimmer, L. L., & Sage, J. (1994). Depresssion and issues of control among elderly people in health care settings. *Journal of Advanced Nursing.* 20(4), 597-604.
- Badger, T. A. (1993). Physical health impairment and depression among older adults. *journal of Advanced Nursing.* 20(4), 597-604.
- Barfoot, J. C. & Schroll, M. (1996). Symtoms of depression, acute myocardial Inflation and total mortality sample. *Circulation.* 9(11), 1976-1980
- Burke, M. M. & Laramine, J. A. (2004). *Primary care of the older aldult: A Multidiciplinary approach*, St. Louis: Mosloy.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1988). The Pittsburg sleep quality index : A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Buysse, D. J. (2005). *Sleep disorders and psychiatry*. Wachington DC: American Psychiattic Pub.
- Chiu, H., Leung, T., Lang, T. , & Lam, L. (1999). Sleep problem in chinese elderly in Hong Kung. *Sleep*, 22, 717-26.
- Culebras. A. (2002). Normal sleep. In L.C. Teofilo, L. S. Michael, & M. A. Carskadon (Ed). *Sleep Medicine*, 118-120.
- Philadelphia, H. & Belfuns, E. (2005) Rest. in Eliopoulos and Charlotte (Ed). *Gerontological Musing*, 329-239.
- Philadelphia, L. W., Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epide miological study of sleep disturbances and psychiatric disoders. *JAMA.* 262(11), 1479-1484.

- Heidrich, S. M. (1993). The relationship between physical health and psychological well-being in elderly women: A developmental perspective. *Research in Nursing & Health*, 16(2), 123-130
- Huang, B. Y., Cornoni, J., Huntley, R. R., Galanos, A. N. & Blager, D. G. (2000). Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc*, 48(10), 1279-84.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
- Lai, H. L. (2005). Self-reported napping and nocturnal sleep in Taiwanese elderly insomniacs. *Health Nursing*, 22(3), 240-247.
- Langlois, J. A. & Minicuci, N. (1998). Sleep complaints in community-dwelling older persons: Prevalence, associated factors, and reported causes. *J Am Geriatr Soc.*, 46, 161-68.
- Siegel, A. & Sapru, H. N. (2006). *Essential neuroscience*, Baltimore M.D.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1988). Communication: The MOS short-form general health survey. *Medical Care*, 26(7), 724-732.
- Vander, A. J., Sherman, J. H., & Luciano, D. S. (1998). *Human physiology*. New York: McGraw-Hill.
- Walsh, J. (1999). Insomnia; assessment and management in primary care. *Sleep*, 22(2), 402-409.
- Zammit, G. K. & Weiner, J. D. (1999). Quality of life in people with insomnia. *Sleep*, 22, 379-85.

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

三、自覺健康狀況量表

- 1.整體來說，你認為自己的健康狀況如何？ 1. 不好 2. 普通 3. 很好
- 2.你目前的健康狀況與五年前相比如何？ 1. 不好 2. 普通 3. 很好
- 3.你認為和同年齡的人相比，最近這一年健康狀況？ 1. 不好 2. 普通 3. 很好

四、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



憂鬱量表使用同意書

本人 鄭嘉安 同意，台東大學研究生陳怡伶，使用本人
1984 年譯成中文之「美國流行病學研究中心之憂鬱量表 (Center of
Epidemiologic Studies Depression Scales, CES-D)」於研究計畫
「台東縣卑南鄉老年人自覺健康狀況、睡眠品質及憂鬱狀況之研究」
中憂鬱狀態的評估工具

中華民國 九十七 年 七 月 十 日