

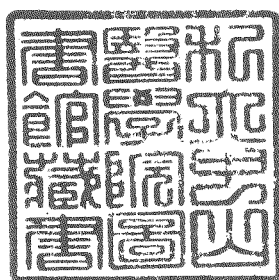
R  
008.8  
4414-2  
88

中山醫學院醫學研究所碩士論文  
Master Thesis, Institute of Medicine,  
Chung Snan Medical and Dental College

指導教授：謝惠玲 博士

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

The Relationship Between Social Support  
and Physical Health、Depression  
in Self-paid Care Homes



研究生：葉瓊蘭(Chung-Lan Yeh)

參考書不外借  
中華民國八十八年六月

中山醫學院圖書館



C055206

# 授權書

(博碩士論文)

本授權書所授權之論文為本人在 中山醫學院 大學(學院)醫學研究所系所  
乙組 87 學年度第 2 學期取得 碩 士學位之論文。

論文名稱：自費安養機構老人社會支持與身體健康、憂鬱之相關性研究

同意 不同意

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予行政院國家科學委員會科學技術資料中心、國家圖書館及本人畢業學校圖書館，得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或數位化等各種方式重製後散布發行或上載網路。

本論文為本人向經濟部智慧財產局申請專利的附件之一，請將全文資料延後兩年後再公開。(請註明文號： )

同意 不同意

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予教育部指定送繳之圖書館及本人畢業學校圖書館，為學術研究之目的以各種方法重製，或為上述目的再授權他人以各種方法重製，不限地域與時間，惟每人以一份為限。

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鈎選，本人同意視同授權。

指導教授姓名：謝惠玲

研究生簽名：葉瑋蘭  
(親筆正楷)

學號：R86115  
(務必填寫)

日期：民國 88 年 7 月 26 日

1. 本授權書請以黑筆撰寫並影印裝訂於書名頁之次頁。
2. 授權第一項者，請再交論文一本予畢業學校承辦人員或逕寄 106-36 台北市和平東路二段 106 號 1702 室 國科會科學技術資料中心 王淑貞。(本授權書諮詢電話：02-27377746)
3. 本授權書於民國 85 年 4 月 10 日送請內政部著作權委員會(現為經濟部智慧財產局)修正定稿。
4. 本案依據教育部國家圖書館 85.4.19 台(85)圖編字第 712 號函辦理。

## 簽署人須知

1. 依著作權法的規定，任何單位以網路、光碟與微縮等方式整合國內學術資料，均須先得到著作財產權人授權，請分別在兩種利用方式的同意欄內鈎選並填妥各項資料。我國博碩士論文八十二學年度以前摘要資料庫及八十四學年度以後全文資料微片目錄資料庫已上載於行政院國家科學委員會科學技術資料中心網站 [www.stic.gov.tw](http://www.stic.gov.tw)，八十一學年度以後摘要資料庫已上載於教育部國家圖書館網站 [www.ncl.edu.tw](http://www.ncl.edu.tw)。

2. 所謂非專屬授權是指被授權人所取得的權利並非獨占性的使用權，授權人尚可將相同的權利重複授權給他人使用；反之即為專屬授權，如果您已簽署專屬授權書予其他法人或自然人，請勿簽署本授權書，著作人日後不可以主張終止本授權書，但您仍可授權其他法人或自然人上述的行為。

3. 全國博碩士論文全文資料整合計畫的宏觀效益：

在個人方面，您的論文將可永久保存(微縮技術在理論上可保存八百年，實證已逾百年)，也因為您的授權，使得後進得以透過電腦網路與光碟多管道檢索，您的論文將因而被充分利用。在國家總體利益方面，紙本容易因影印而造成裝訂上的傷害，圖書館中孤本的公開陳列與外借也有破損之虞，唯有賴政府全面性的整合，借助科技設備才能一舉完成保存與利用的全方位效益，回憶您過去尋找資料之不便經驗，學弟與學妹確實須要您的論文與授權書。

本論文為中山醫學院授與理學碩士學位之必備條件之一，經中山醫學院醫學研究所碩士論文考試委員會審查合格及口試通過。

口試委員

私立輔仁大學應用統計研究所副教授

陳瑞照 博士

陳瑞照

私立中山醫學院護理系副教授

袁素娟 碩士

袁素娟

私立中山醫學院護理系副教授

謝惠玲 博士

(論文指導教授)

謝惠玲

中華民國八十八年六月

學生葉瓊蘭論文題目為自費安養機構老人社會支持與  
身體健康、憂鬱之相關性研究，其論文已經中山醫學院  
醫學研究所碩士論文考試委員會審查合格及口試通過，  
並由其指導教授核閱後無誤。

指導教授：謝惠玲

簽名：謝惠玲

中華民國 88 年 7 月 27 日

## 誌 謝

此論文完成，為個人開啟研究之門，更因許多因緣際會，得到許多支持與鼓勵，使我能在這段艱辛的路程中平順的走過來，同時也讓我獲得許多的成長與經驗。在此處聊表本人心中無盡的感激之情。

首先，感謝指導教授謝惠玲啟蒙，帶領我進入研究的領域，且在整個研究過程提供寶貴的經驗與意見相投，更提供我最大的學習空間，使得論文得以完成。

感謝研究工具內容檢定的專家，葉淑惠老師及吳麗芬督導，在百忙之中給予問卷內容效度的指導。另外感謝輔仁大學應用統計研究所所長陳瑞照、本校護理系袁素娟老師，在口試時精闢的評論與寶貴的意見，並感謝陳瑞照所長在統計學上熱心的指導，也以學術研究的經驗，提供我在論文應思考的觀點與方向；及謝謝許鑫、俊洲電腦統計的協助，使得統計分析得以順利完成。

同時感謝臺灣省立台北仁愛之家及翠柏新村工作人員在收案過程中的協助與配合，表示由衷的謝意。當然更要感謝參與本研究的伯伯與阿姨們，您們的合作與幫忙，不僅使我獲得寶貴資料，更讓我有機會瞭解您們，並體會到

人生的意義與價值。

研究所 2 年的日子裏，感謝同學素青、業英、加珍、玉梅、貴滿及淑玲，陪我走過這段學習的過程，以及偶爾聽我發牢騷，不斷地為我加油打氣。

更要感謝的是我的家人及好朋友世杰，你們是我最大的精神支柱，這 2 年來不斷地給予關懷、鼓勵，讓我得以完成碩士學位。要感謝的人還有很多，最後僅以此論文獻給所有關心我、愛我的每一個人。

葉瓊蘭 於台北

1999 年 仲夏夜

## 摘 要

本研究旨在瞭解自費安養機構老人的社會支持與身體健康、憂鬱間的關係。

本研究為描述性相關研究，以某兩家自費安養機構為研究對象，採立意取樣，共取樣 120 名。以結構式問卷量表為研究工具，其包括基本資料、社會支持量表、身體健康量表、憂鬱量表。資料分析以皮爾森積差相關、薩默斯關聯分析、及逐步迴歸等分析。

研究結果顯示：

- 一.自費安養機構老人的社會支持網絡，子女支持平均值為 14.87 分、親戚支持平均值為 11.14 分、朋友支持平均值為 13.08 分、院友支持平均值為 14.09 分、社工支持平均值為 11.45 分及醫護支持平均值為 11.29 分，皆偏向低支持來源，其中以子女支持最高，親戚支持最低。在社會支持型態方面，情緒支持平均值為 7.49 分，社會整合平均值為 8.66 分，資訊支持平均值為 8.83 分，實質支持平均值為 4.84 分，皆低支持型態，其中以資訊支持最高，實質支持最低。在社會支持滿意度方面，其平均值為 22.78 分，有 2/3 的老人對其所獲得的支持多數表示「滿意」。



- 二.自費安養機構老人目前健康狀況以「普通」及「很好」者佔 81.3%；平均每人罹患 2.1 種不同的慢性病，以高血壓、白內障、關節炎或風濕、心臟疾病等為主。
- 三.自費安養機構老人的憂鬱平均值為 14.37，有 94.2%老人屬低程度的憂鬱。
- 四.由相關分析中發現，子女、親戚及社工支持與目前健康狀態呈正相關外，其中以社工支持相關強度最高；子女、朋友支持、情緒支持、社會整合與憂鬱達統計上顯著負相關。
- 五.由逐步複迴歸分析顯示，社會支持滿意度是唯一可以預測憂鬱之變項，可解釋 14.8%的變異數。

本研究針對研究設計、護理實務、護理教育與醫療行政各方面提出建議，作為護理人員及相關單位照護之參考。

關鍵詞：自費安養機構、老人、社會支持、身體健康、憂鬱

## Abstract

The purpose of this study were to investigate the relationship between social support and physical health 、 depression in self-paid care homes.

This was a descriptive and correlational research by a purposive sampling of one hundred twenty elderly from two self-paid care homes. The research method was the structural survey scales including the demographic information, and the scales of the social support, physical health,and the depression. The results were analyzed by the methods of Pearson's correlation coefficient , Somers'd coefficient, and stepwise regression.

The major findings of the study were the follows:

- 1.Social support networks of the self-paid care home,son-daughter support means 14.87, relative support means 11.29, social worker support means 11.45 and doctor-nurse means 11.29,all social support networks were in a lower level,among of the son-daughter support was highest, relative support was lowest; In social support patterns,emotional support means 7.49,social integration means 8.66, information support means 8.83 and tangile support means

4.84, all social support patterns were in a lower level, among of the information support was highest, tangible support was lowest; In social support satisfaction means 22.78, two thirds elderly thank "satisfaction" .

2.81.3% of the self-paid care homes elderly thank that their condition of health were "good" ; everybody average has 2.1 chronic diseases, most were hypertension, cataract, arthritis, and heart disease .

3. Self-paid care homes elderly depression means 14.37, most of the 94.2% elderly were in a lower level depression.

4. From correlation found: son-daughter, relative , and social worker support were positively correlated to current health status ; son-daughter , friend support and emotional support , social integration were negatively correlated to depression.

5. From stepwise regression analysis found, social support satisfaction was only the factor predicting the depression and explained 14.8% of the variance.

Based on the study findings, recommendation to the nursing practice, nursing education and medicine administration were

made.

Key words: self-paid care homes 、 elderly 、 social support 、  
physical health 、 depression

# 目 錄

	頁數
中文摘要-----	I
英文摘要-----	III
目錄-----	VI
圖表目錄-----	IX
第壹章 研究問題的發展-----	1
第一節 研究背景-----	1
第二節 問題陳述-----	4
第三節 研究目的-----	7
第四節 研究重要性-----	7
第五節 概念架構-----	8
第六節 研究假設-----	14
第七節 名詞界定-----	14
第貳章 文獻查證-----	16
第參章 研究方法-----	31
第一節 研究設計-----	31
第二節 研究工具-----	31
第三節 研究實施步驟-----	36

	頁數
一、研究對象-----	37
二、資料收集-----	37
三、促進回收率-----	38
四、資料分析-----	38
第四節 研究對象之保護措施-----	41
第五節 研究假定-----	42
第四章 研究結果-----	43
第一節 研究對象基本資料-----	43
第二節 社會支持、身體健康、憂鬱各量表得分情形---	48
第三節 個人基本資料與身體健康、憂鬱之相關性-----	58
第四節 社會支持與身體健康之相關性-----	62
第五節 社會支持與憂鬱之相關性及其對憂鬱之預測因素-	63
第五章 討論-----	66
第一節 自費安養機構老人的社會支持情形-----	66
第二節 自費安養機構老人的身體健康情形-----	68
第三節 自費安養機構老人的憂鬱情形-----	70
第四節 個人基本資料與身體健康、憂鬱之相關性-----	72
第五節 自費安養機構老人的社會支持與身體健康之關係-	73

	頁數
第六節 自費安養機構老人的社會支持與憂鬱之關係---	74
第七節 結論-----	76
第八節 應用與建議-----	78
第九節 研究限制及未來研究建議-----	80
參考文獻-----	81
一、中文部份-----	81
二、英文部份-----	85
附錄一 專家效度名單-----	96
附錄二 受訪者說明及同意書-----	97
附錄三 個人基本資料-----	98
附錄四 社會支持量表-----	100
附錄五 身體健康量表-----	101
附錄六 憂鬱量表-----	104

## 圖表目錄

	頁數
圖 1-1 研究架構-----	12
表 3-1 各量表信度 Cronbach's 值-----	36
表 3-2 人口學特性、社會支持、身體健康、憂鬱之描述性、 推論性統計方法-----	39
表 4-1 自費安養機構老人之人口學特性-----	46
表 4-2 社會支持來源之平均值、標準差、最大值、最小值、 排序-----	49
表 4-3 社會支持型態之平均值、標準差、最大值、最小值----	49
表 4-4 社會支持滿意度之平均值、標準差、最大值、最小值-	50
表 4-5 自費安養機構老人之社會支持來源、型態得分情形----	51
表 4-6 自費安養機構老人之身體健康情形-----	54
表 4-7 自費安養機構老人罹患疾病情形-----	56
表 4-8 自費安養機構老人之憂鬱情形-----	57
表 4-9 自費安養機構老人之憂鬱各題得分情形-----	57
表 4-10 個人基本資料與身體健康、憂鬱之相關性-----	59
表 4-11 自費安養機構老人社會支持與身體健康之相關性-----	61
表 4-12 自費安養機構老人社會支持與身體健康之相關性-----	63



表 4-13 自費安養機構老人社會支持與憂鬱之相關性-----	64
表 4-14 自費安養機構老人社會支持與憂鬱之預測性-----	65

## 第壹章 研究問題的發展

### 第一節 研究背景

人口老化是今日全世界的共同現象，是已開發中國家的重要人口問題，目前全世界的老人約一半分布在開發中國家，預估四十年後開發中國家的老人將佔七成，可見今後開發中國家將面臨十分快速的人口在老化過程(Myers, 1990)。

台灣地區歷經快速社會變遷，使得人口結構有相當顯著的改變。目前 65 歲以上老人約計一百六十多萬人，佔總人口 7.63%(內政部，民 85)。據估計老年人口將快速成長，20 年後將佔台灣全人口之 10%，40 年後將更增加為 20%(行政院經建會，民 82)。更甚者，其中 80 歲以上之老人的增加，將更為快速，從目前 0.8%增為 2036 年 4.4%(行政院經建會，民 82)。

許多人在步入老年的同時，卻為慢性病、身體功能減退及日常生活逐漸失去獨立能力所困擾。行政院(民 77)指出，25.44%老人自認健康欠佳，日常生活需要他人監督或協助。民國 83 年行政院主計處與內政部調查指出，臺灣地區 65 歲以上的老人，55%患有慢性病，65.8%過去 3 個月曾就醫而且平均每人就醫 5.1 次，患病 1.4 種。

由於國民平均餘命延長，加上國民所得提高、醫藥進步、社會型態改變，家庭則由過去的大家庭逐漸被小家庭所取代，致使老人安養需求產生。從近幾年老人生活狀況調查報告顯示，獨居的老人數量愈來愈多，為因應日漸增多的老年人口在社會上、經濟上所可能造成的影響，各級政府已針對老人之迫切需要，積極推展各項福利措施。依據民國 69 年老人福利法第七條規定，老人福利機構包括：扶養機構、療養機構、休養機構及服務機構四種，若未涉及醫療復健，純為長期居住需求，則由扶養機構提供安置服務。而扶養機構可分為公費安養及自費安養兩種，公費安養的對象是針對社會上無依無靠或是無法自行謀生的老人，由公立仁愛之家收容並提供生活所需；自費安養的對象則是居住在社區老年人，可自理生活所需，因乏人照顧希望至機構安享晚年，則可提出申請，須自行負擔一切費用。

根據(王，74；翁，77；楊，84)指出在國內住進安養機構的老人有以下原因：(1)子女遠在他鄉，無法照顧。(2) 無子女、配偶死亡或離婚。(3)圖清靜。(4)交同年齡朋友。(5)與家人意見不合。(6)由兒女輪流奉養或借住親友家，生活不便，感到痛苦。Tobin 及 Lieberman(1976)、Liu 等(1995)指出，美國老人住進安養機構原因是：(1)身體日益衰退。(2)渴望友誼。(3)家人無法或不願照顧。(4)住在家中，無法獲得社會機構所提供必須的服務。由以上因素分析，可以知道基於生活品質的要求，

無論是國內外老人住進安養機構的老人比例，有增加的趨勢。

研究普遍發現社會支持在老年人健康狀態及減少罹病率的問題上扮演非常重要角色(Minkler, 1985)。Auslander 及 Liwin (1991)、Bazargan 及 Humm-Baugh(1995)、Forster 及 Stoller(1992)亦提出：社會支持可以預測生、心理健康生活滿意度及減少老人機構化的危險。它亦被視為能調適個體壓力、適應壓力及因應危機之重要緩衝系統(Cobb, 1976)。

社會支持為多層面之概念，其概念建構與相關理論有關外，並與社會結構、文化特色有關。Cobb(1976)認為社會支持是訊息提供，使個體覺得自己是被關心的、受尊重的，且是彼此需盡義務的網絡。

Thoits(1982)認為社會支持為個人基本需求，藉由與他人互動獲得滿足，而個人基本需求包括情感、認同、尊重、安全感及獎賞等，這些需求須透過資訊、實質及情緒支持的提供。O'rrely(1988)則認為社會支持是一種互動過程，有特定的行為、行動，進而對個人在生理、心理與社會健康上產生正向的影響。

許多學者對社會支持功能，有著不同的看法。Weiss(1974) 認為社會支持包含六項：依附、社會整合、滋養、價值再肯定、信賴與指導。House(1981)認為社會支持為一種人際的交流，包括情緒上的關懷、工具性的協助、訊息及評價。Gottlieb(1983) 認為社會支持有五種功能，包括實質支持、服務、情緒支持、認知指導與友誼。Wills(1985) 認為

社會支持功能包括尊重、地位、訊息、工具性支持及陪伴。

綜合以上所提到社會支持的一些觀點，可以瞭解社會支持對機構中的老人確實是有必要的，有良好的社交關係、足夠的社會支持，可以促進老人身體、心理及社會的整體健康，使他們晚年生活能過得健康、有意義。

## 第二節 問題陳述

雖然住進安養機構比例有增加的趨勢，然而一般人對於安養機構評價是負面大於正面。以下就生理、心理及社會層面來做探討：

### 一、生理層面

謝(民 81)指出，根據臺灣省公私立仁愛之家自費安養院民意調查結果顯示，院民中有 79.8% 患有老年慢性病，其中以高血壓、心臟病、風濕痛、關節炎最多。有 68.9% 院民覺得目前身體情形很好或還好，31.1% 院民覺得身體情形不好或不太好，且自費安養院民認為機構內無專任人員，醫療設備簡陋，在這樣不利的狀況下，無法提供整體性的照護給老人。

### 二、心理層面

Foley 等(1992)提到機構中的居民有嚴重的身體、認知方面的缺

損，其中憂鬱是較常見的比起社區中的老人。

胡(民 71)研究指出，一般老人住在社區中，家庭較能提供社會支持，而住在機構老人其親戚來探望的比例有減少趨勢，較感覺寂寞。

### 三、社會層面

Tobin 及 Liberman(1976)曾表示機構生活負面的心理社會影響可能歸因於不同的因素，從遷居的壓力到活動減少、藥物濫用、過度的人員輪換及人員缺乏人性化照顧。

Carstensen 及 Erickson(1986)提出長期照護機構中的老人，居民間互動的比例減少、缺乏增強社交的獨立行為及參與團體活動是普遍的，這些活動的降低有礙於老年人幸福，而極度的互動比例降低被認為會限制了社交的增強及罹病率的下降。

Commerford 及 Reznikoff(1996)、Parmelee 等(1989)指出，機構生活常被認為資源顯著喪失及耗盡，包括身體功能喪失、因應生活事件能力變差、社會支持減少、經濟消耗及環境壓力。

楊(民 84)發現有少部分老人自覺情緒較差或無法獨立讀寫、家事處理及外出購物等活動，顯示需依個別性給予一些支持行為，才能提供適切的照顧，滿足個人所需。

吳(民 86)提到安養機構本身就與社會隔離，在加上收容不少中下階層老年人，此現象更強化機構中次文化環境，減少與外界互動的機

會，使得居民快速呈現退化。

鄭(民 87)研究顯示，多數老人社會功能偏低，約五成老人在過去一個月未有人來訪，雖然機構有舉辦活動，但並未考慮到老人彼此間感情建立，又少有親友能提供心理支持，導致許多老人情緒低落。在實際訪問時，老人表示有地方安養就不錯了，平常很少人來關心他們，有人表示想自殺，有人覺得只能認命，可見機構老人社會問題並未被重視。

住在機構中出現這些潛在性危機，使得老年人心生畏懼，避之唯恐不及，在如此封閉環境，社會支持的確是重要的，藉由機構內、外人員提供社會支持，以解決機構老人生理、心理、人際、與生活等問題，藉以扭轉安養機構給人不良的刻板印象。

政府在推廣安養業務，除了機構安養外，更應重視心靈層面，朝向多元化及全面性的安養服務，所以安養機構等相關單位除了增強居住品質同時，亦需將醫療保健、休閒活動等納入。國內有關安養機構老人之社會支持研究的探討甚少，所以引發筆者研究之動機，因此本研究探討自費安養機構老人社會支持情形對身體健康、憂鬱的影響。

### 第三節 研究目的

本研究的目的包括下列各項：

1. 探討自費安養機構老人的的社會支持、身體健康及憂鬱情形。
2. 探討自費安養機構老人的社會支持與身體健康、憂鬱之相關性。
3. 探討自費安養機構老人的社會支持對憂鬱之預測性。

### 第四節 研究重要性

1. 藉由此次調查自費安養機構老人社會支持情形，以提供給有關單位瞭解社會支持對老人的重要性、必要性，並能依個別需要給予不同的支持，而在無法配合的情況下，是否有其他的支持來源能夠取代，以充分發揮社會支持的功能，以建立豐富、多元的社會支持環境。
2. 瞭解自費安養機構老人社會支持與身體健康的關係，作為機構任用、培育相關人員參考，以增加照顧老人和慢性病人的專業知識與技能，期望安養機構在專業人員的照顧下，建構完善的照護體系網絡。
3. 瞭解自費安養機構老人社會支持與憂鬱的關係，作為解決老人心理問題參考的依據，藉此提供訊息使民眾了解他們給予老年人的支持，可以降低許多心理層面的問題，呼籲大家能更重視所給予老人支持行



為的質與量，期望老年照護走向高品質的護理。

4. 此次調查結果可提供自費安養機構業者，在人力、物力、照護品質上的參考。
5. 此研究具前瞻性、時代性，由於社會支持對生、心層面可能扮演正面影響是可以肯定的，因此本研究探討自費安養機構老人社會支持情形對身體健康(Physical health)、憂鬱(Depression)的影響。

## 第五節 概念架構

依據研究目的及文獻查證而擬定概念架構，如圖 1-1。預定探討的自變項為社會支持，依變項為身體健康、憂鬱。以單箭頭指向標明影響的方向，“+”代表兩變項有正向的相關性，“-”代表兩變項有負向的相關性。

自費安養機構老人之個人基本特性會影響社會支持，主要影響因素包括性別、年齡、籍貫、子女個數、婚姻狀況、教育程度及經濟狀況。楊(民 81)研究發現不同的個人背景在老人支持系統上有顯著差異。支持系統較差者包括：男性、年齡較高、教育程度愈低、鰥寡或配偶在大陸、無子女、經濟狀況差者。至於男性老人的支持系統較差，由於樣本大多數是外省籍，來台灣之後有的未再成家，導致有較差的

支持系統。

有關社會支持與健康的機轉，多位學者(Cohen & Wills, 1985; Heller, 1986; Barrera & Slander, 1984)提出社會支持的模式有直接效應與緩衝效應，簡述如下：

### 1. 直接效應(direct effect)

指社會支持能夠直接提升個人的身心健康及幸福感，因為它滿足個人的重要需求，諸如安全感、自尊、歸屬感、認可和情愛等，因此社會支持能直接增進身心健康及減輕壓力對個人所造成的負面影響。不論個人是否處於壓力情境下，社會支持均能對個人產生正面影響。

### 2. 緩衝效應(buffer effect)

社會支持的功能是緩衝壓力，使處於壓力情境中的個人藉著社會支持的提供以緩衝壓力對個人造成的衝擊，而間接對身心健康及生活適應產生正面效果。

社會支持為多層面的概念，Barrera(1986)將社會支持歸納成三類，本研究以此架構作為探討社會支持的依據，以下將此三方面分別說明。

#### 一、社會支持網絡

由一群人或團體所組成，與個人社會互動，形成社會關係，一般個

人的社會支持網絡是由家人、鄰居、親戚、朋友、同事或其他相似的人所組成(Pender, 1987)。社會支持網絡是一種社會關係，它提供個人社會支持來源。Mor-Barak 及 Miller(1996)以 3559 位老人進行研究，結果顯示社會網絡對健康有正向影響，無論是主觀或客觀的健康測量皆有顯著的結果。Nelson(1989)研究亦顯示社會支持的功能、社會支持網絡的人數與憂鬱呈顯著負相關；社會支持網絡接觸頻率與憂鬱呈更顯著負相關。

## 二、社會支持型態

有許多學者提出不同的社會支持型態，Cohen 及 Wills (1985)將社會支持型態分為四方面：

- (1). 情緒支持：提供關懷、信任、喜愛等與宣洩管道，常用的方法有  
    安慰、傾聽或給予鼓勵等。
- (2). 訊息支持：提供忠告、建議，幫助對方面對問題。
- (3). 實質支持：提供實質行動或物質幫助，包括金錢、物質資源或服務。
- (4). 社會整合：提供社會性友誼交往，如共同參與活動，使人有所屬感，  
    並且引起正向情緒因而轉移個人注意力，使人減少擔心。

Choi 及 Wodarski(1996)探討非正式支持系統(配偶、孩子及親戚)對

老人健康的影響，顯示社會支持減少會進一步使健康惡化，提供高度的社會支持導致有較好的健康狀況。Oxman 等(1992)對鄉村老人進行研究，三年後追蹤，發現擁有高度足夠的社會支持，其憂鬱程度較輕。

### 三、感受的社會支持：

指個人主觀地對支持關係、支持型態的評價。Vaux(1988)綜合一些學者的研究，認為支持評價方式包括滿意度、親密感、感覺受尊重等。本研究以滿意度來評量老人感受的社會支持。

Krause(1987)探討社會支持的滿意度與自我報告健康情形，發現老年人在實質支持、訊息支持、情緒支持及社會整合四項內容的滿意度與憂鬱達顯著相關，即支持的滿意度愈高，其憂鬱程度愈低。許(民 82)研究發現支持滿意度與自覺健康狀態呈顯著正相關；支持滿意度與憂鬱呈顯著負相關。

近幾年來針對慢性病與憂鬱的相關研究一再顯示，慢性病與憂鬱症狀有高度的相關性(Steiner & Marcopulos, 1991)，Eliopoulos(1993)研究調查發現 80%的老年人都有一個以上的慢性病，這些慢性病有的易直接導致憂鬱症狀，也可因慢性病的不易恢復而形成心理壓力以致造成憂鬱症狀的產生，因此有慢性病的老年人被認為是憂鬱症狀的高危險群。

經綜合整理文獻瞭解，從社會支持網絡獲得的社會支持愈多，對

身體健康有正向的影響，即社會支持與身體健康呈正相關；從社會支持網絡獲得的社會支持愈少，對憂鬱有負向的影響，即社會支持與憂鬱呈負相關。

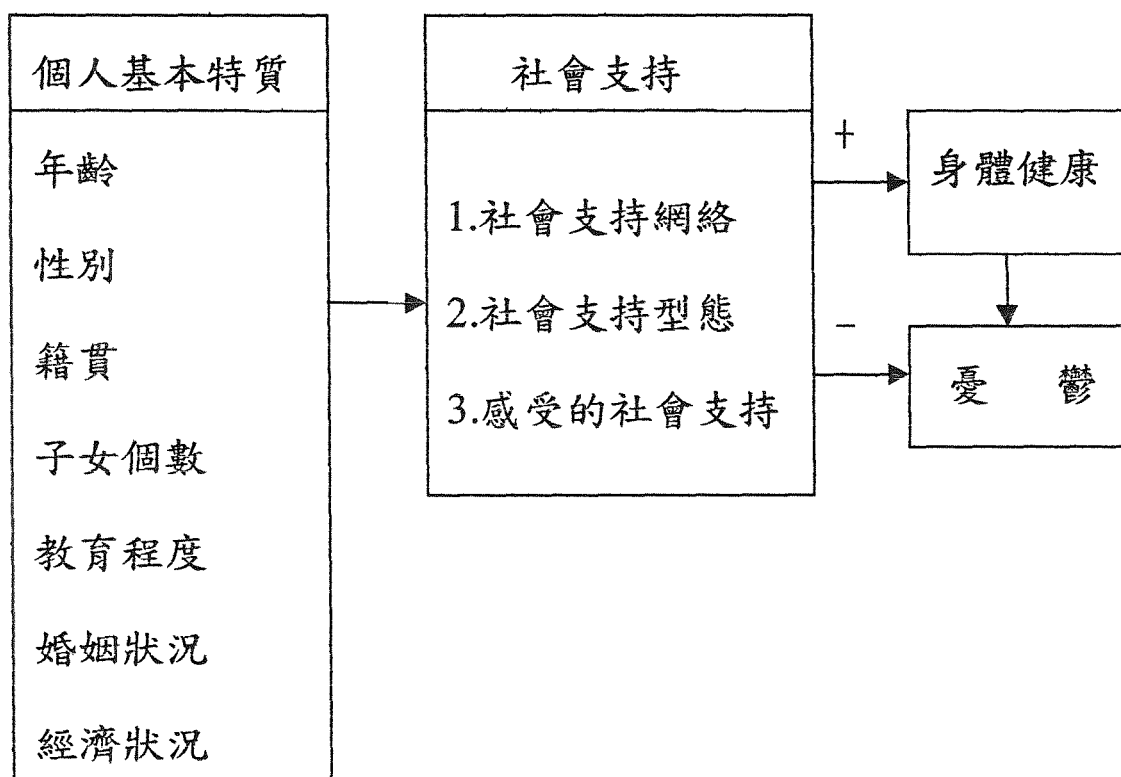


圖 1-1 自費安養機構老人的社會支持與身體健康、憂鬱之研究概念架構圖

## 第六節 研究假設

依據研究架構所擬定的研究假設如下：

1. 自費安養機構老人的社會支持與身體健康呈正相關。
2. 自費安養機構老人的社會支持與憂鬱呈負相關。
3. 自費安養機構老人的社會支持可預測憂鬱。

## 第七節 名詞界定

### 1. 老人自費安養機構

概念性定義：由政府或財團法人出資設立之機構，供 65 歲以上身心健康，行動正常，能獨立執行日常生活活動的老人居住，須由個案自行付費。機構提供日常生活照顧，如三餐飲食、住宿及休閒活動等照顧服務(楊等，84)。

### 2. 社會支持

概念性定義：指自費安養機構老人能從社會支持網絡獲得社會支持型態(情緒支持、訊息支持、實質支持及社會整合)，且對這些支持型態的感受(Pender，1987;Cohen & Wills，1985)。

操作性定義：Barrera、Sandler & Ramsay(1981)所編之社會支持行為量表(Inventory of Socially Supportive Behavior;ISSB)，包括三方面：社會支持網絡、社會支持型態及所感受的社會支持。

### 3. 身體健康

概念性定義：指個體主觀的健康認知。即老年人對自己健康的看法，不管是患有慢性病或其他疾病，對日常生活能力的影響以及整體健康情況等(吳，86)。

操作性定義：邱(民82)所授權編譯中文版老人多功能量表(The Chinese-version Multidimensional Functional Assessment Questionnaire;CMFAQ)之身體健康次量表，依機構中老年人實際狀況而加以修改而成為本研究量表。

### 4. 憂鬱

概念性定義：指一種症狀，主要呈現憂鬱心情，常伴隨其他負向情緒及出現身心、人際等問題(Radloff，1977)。

操作性定義：Radloff(1975)發展之流行病學研究中心量表(Center for Epidemiologic Depression Scale;CED-S)，Radloff(1977)做過因素分析，提出此量表包含四個向

量：

- a. 沮喪情感(depressed affect):指憂愁、悲傷、害怕、寂寞、哭。
- b. 人際問題(interpersonal problems):覺得別人對自己  
不友善、不喜歡她。
- c. 身心疲乏(somatic and retarded activity):憂鬱心情  
產生胃口差、睡不著、無法專注。
- d. 正面情感(positive affect):指感覺快樂、是好的、人  
生是有希望的並能享受人生。



## 第二章 文獻查證

本章節依研究主題、目的、理論架構，作文獻查證。包括

第一節 安養機構老人的社會支持情形。

第二節 安養機構老人的身體健康情形。

第三節 安養機構老人的憂鬱情形。

第四節 社會支持與身體健康之關係。

第五節 社會支持與憂鬱之關係。

### 第一節 安養機構老人的社會支持情形

有關機構老人的社會支持，如 Campbell 及 Linc(1996)以自擬的開放式問卷，調查 220 位機構住民的社會支持情形，測得每月家人或重要他人的探訪次數，平均每個月六次，且到機構訪視的女性多於男性；在女性住民的訪視者中，以女兒的訪視比例最高，男性住民的訪視者中，以妻子的訪視比例最高。此外，機構住民希望由來訪的家人或朋友，得到情緒支持；希望能從專業照顧者中，得到有關老化和疾病知識的訊息。在 Patterson(1995)以觀察、自擬的半結構式問卷進行訪談，測得護理人員是主要提供情緒支持及實質協助的人，然而護理人員在

提供知識、資訊上是不足的，護理人員所給予的情緒支持，住民常感受到無益，由於常一併執行身體護理，並未真正發揮情緒支持的功能，家庭成員給予的支持亦有減少的趨勢。由此可知，家人及朋友為主要支持來源，然而住在安養機構的老人，大部分是鰥寡、無子女者居多，家人及朋友所能提供的支持有限，一旦家人及朋友無法給予支持時，則由機構中的人員取代，但顯然機構並未發揮功能。

在國內，林(民 87)使用社會支持行為量表(Inventory of Socially Supportive Behaviors; ISSB)及趙(民 85)所擬定之社會支持問卷，選取兩家養老院老人，結果顯示評價支持和訊息支持最高，實質支持最低。由於機構本身有醫療所的設置，因此老人可以得到與疾病或生活相關的意見和建議；在實質方面，近半數老人認為機構所提供的活動或運動未針對身體狀況作妥善的安排，使活動的可利用性大打折扣；在社會支持來源方面，以專業人員所提供為最多，其次為親友、家人、配偶、同事，但部分老人認為自己沒有感受到任何支持來源。許(民 82)亦以相同量表，探討鹿港地區老人的社會支持情形，測得支持行為及來源均屬中等偏低，以訊息支持最多，其次為社會整合、情緒支持，實質支持最少；在支持來源，以子女、配偶居多，鄰居、朋友甚少。陳(民 81)以 CMFAQ 之社會資源次量表探討高屏地區社區老人的支持情形，在情感支持方面，有 43.8%的老人或多或少有孤單的感覺，31.8%的老

人「有時候」會感到孤單，而「時常」感到孤單者達 12% ，且 34%的受訪者表示想見親戚朋友有時候會見不到，可見受訪者所得到情感支持是不夠的。由以上這些情形似乎反應現代工商業社會現況，子女皆在外工作，無時間去關心、照顧年已老邁的雙親，使得社會支持普遍有減少的趨勢。

郭(民 81)以自擬問卷，探討機構老人的生活滿意度與社會支持研究，提到子女為提供金錢、物品主要來源；工作人員與院友提供生活協助的物質支持；院友為提供資訊、情緒支持最大來源，因與院友每天朝夕相處，接觸機會頻繁，無形中院友在機構中也是提供支持的重要資源。

## 第二節 安養機構老人的身體健康情形

Lough & Schank(1996)以 Massachusetts Health Care Panel survey 為研究工具，探討社區老人健康情形，測得在自覺健康狀態方面，43%老人對所感受的健康狀態良好、49%表示較差、9%表示非常差；和同年齡的人比較，幾乎所有的人表示相同或較好、4位覺得較糟；55%老認為健康狀態比5年前好或相同；只有九位在過去一年有住院過；大部分的人罹患關節炎、白內障、高血壓、心臟病；可完成日常生活照

顧，少數人需協助。

Johnson(1996)使用所感受健康狀態(perceived health status)量表，評估鄉村老人的健康，測得只有 16%健康狀態“相當好”，45%“非常差”。Gallo(1982)使用自我評估健康的量表，結果大部分的社區老人評估自我健康以“相當好”者居多，由於居住社區較鄉村有豐富的社會網絡，能提供較多支持。

在臺灣有關機構老人身體健康之研究，如鄭(民 87)利用身體健康量表探討扶養機構老人健康狀況，結果顯示大部分老人罹患兩種以上的慢性病達 71%，以高血壓、風濕症、關節炎、胃病為主；在身體各系統異常方面，以四肢佔最多，大部分有接受治療；在日常生活功能方面，89.6%可完全獨立，10.4%須他人協助；自覺健康狀況“不錯”佔 72.7%，“不好”佔 27.3%。雖然 90.2%老人都患有慢性病，但僅 27.3%的老人自覺健康狀況“不好”，由於日常生活功能可完全獨立，故對健康狀況有較好的自評。楊(民 84)、黃(民 81)皆有相同的研究結果。另外，鄒(民 83)研究結果提到老人健康狀況以“尚可”居多，沒有老人健康狀況為相當良好。

有關社區老人身體健康情形，一些研究者使用 CMFAQ 之身體健康次量表，如邱(民 83)測得老人較常罹患關節炎、風濕症、白內障、高血壓等，自評身體健康以“普通”居多佔 45.8%，自評“好”或“很好”

者佔 37.7%，“不好者佔 16.5%，與 5 年前相比有 65.6 的老人認為比以前差。陳(民 81)提到在醫療服務使用頻率方面，半年內看病次數 5 次以下者佔 52.2%，超過 12 次者佔 25.5%；最常服用藥物為感冒藥與胃藥；大部分老人皆罹患慢性病；自認身體健康“好”或“很好”佔 39.5%，“普通”佔 44.7%，“不佳”佔 16.8%；有 65.8%的老人認為身體健康較 5 年前差；51%認為目前的健康狀況，對於自己想做的事沒有影響。

普遍看來，老年人或多或少有健康方面的問題，以慢性病居多，大部分老人對健康自評以“普通”居多，且認為身體健康不如從前。

### 第三節 安養機構老人的憂鬱情形

Blazer 等(1988)綜合各種研究工具，測得社區中老人憂鬱症狀的盛行率為 13-20%。Blazer(1989) 統計發現社區老人憂鬱盛行率為 15%，機構老人其憂鬱盛行率為 50%。另外 Wholite (1994)以面對面訪談方式，各選取 50 位機構與社區老人探討憂鬱情形，發現老人普遍都有憂鬱傾向，尤其機構老人。在國內，吳(民 86)統計社區居家老人，具憂鬱傾向者佔 25.5%，住在安養中心的老人，則有 35.6%具憂鬱傾向。

一些研究者使用老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale;GDS)，如 Nelson(1989)探討護理之家老人的憂鬱情形，測得所有參與者中，19%

屬輕度憂鬱，9.9%屬中或重度憂鬱，71%無憂鬱。Parmelee 等(1989)選取 708 位護理之家及住在公寓的老人，結果有 216 位(30.5%)輕度憂鬱，88 位(12.4%)重度憂鬱，其中輕度憂鬱較常見於住在公寓老人。另外，游(民 83)探討內科住院老人的憂鬱情形，在 121 位老年病人有輕度憂鬱者佔 51.2%，中至重度佔 10.7%，而 38%的老人無憂鬱症狀。鄭等(民 84)亦以相同研究工具探討桃園地區老人憂鬱情形，顯示有憂鬱傾向的比例為 36.4%，且老年人愈憂鬱其認知功能愈差。

有關憂鬱的測量工具，尚有 Byers(1993)以鄭氏憂鬱量表(Zung Depression scale;ZDS)，測量護理機構 90 位老人，顯示部分老人有輕度憂鬱傾向。Commerford 及 Reznikoff(1996)以貝氏憂鬱量表(Beck Depression Scale;BDS)，測得住在機構超過五年者、嚴重健康問題者、參與宗教活動一個月少於一次者，有較高的憂鬱情形。邱(民 80)以 ZDS、GDS 量表對台南縣北門鄉 65 歲以上老人進行憂鬱症狀的盛行率，發現其盛行率為 16-19.4%。許(民 82)則以 CED-S 量表探討鹿港地區老人的憂鬱情形，大部分老人屬低程度憂鬱。

近幾年來針對慢性病與憂鬱的相關研究一再顯示，慢性病與憂鬱症狀有高度的相關性(Steiner & Marcopulos, 1991)，Eliopoulos(1993)研究調查發現 80%的老年人都有一個以上的慢性病，這些慢性病有的易直接導致憂鬱症狀，也可因慢性病的不易恢復而形成心理壓力以致造成

憂鬱症狀的產生，因此有慢性病的老年人被認為是憂鬱症狀的高危險群。Badger(1993)曾以 80 位、60-75 歲的獨居社區老人，將老人身體健康狀況分成輕度缺損及中至重度缺損兩組，探討身體健康缺損與憂鬱之相關性研究，結果發現身體健康缺損狀況與憂鬱呈顯著正相關，且身體健康缺損也是老年人發生憂鬱的重要危險因子，而依身體健康缺損狀況之輕度、中至重度，其憂鬱情形分別為 26%及 63%。Oxman(1992)與傅(民 77)也有同樣發現老年人身體健康狀況與憂鬱的發生有顯著相關。

綜合以上文獻發現，憂鬱是老年人常見的心理問題，它經常發生在身體健康缺失、社交隔離的老年人，尤其是有內科疾病或需長期照顧的老年人，更是憂鬱的高危險群。

#### 第四節 社會支持與身體健康之關係

##### (一) 社會支持網絡和身體健康

Lough 及 Schank (1996)以生態區位架構探討共住公寓的老人之健康狀態與社會支持關係，以 ISEL 量表、Massachusetts Health Care Panel survey 為研究工具，所謂「生態區位」的架構是強調人-環境模式的二個要素，即“健康狀態”及“社會支持”，健康狀態被看做是人的要素，

人有能力去影響環境，進而影響健康；社會支持被看做是環境的要素，環境有能力去影響人，進而影響社會支持。結果測得有良好的健康狀態者，傾向有正向的社會網絡，大部分的老人都有小孩，和他們距離約 1/2 小時，且 92%老人提到有親戚並且感覺親密，在過去一個月中至少有一次親戚朋友來訪，有一半的人參與社交活動，此結果應證了社會支持和健康狀態反應人和環境互動的本質。

Johnson(1996)以人際資源量表(personal resource questionnaire:PRQ)、健康感受的量表，對鄉村老人進行研究，顯示鄉村老人有較少的社會網絡，呈現有較差的身體狀況，由於老人居住在隔離的鄉村地區，缺乏公共運輸，造成了家人、朋友訪視的困難，使社會網絡減少。(Badger,1993；Johnson,1998)的研究結果皆提到老年人的社會網絡少者，身體狀況較差。

良好的健康照顧與治療，尚須結合醫療人員所提供的支持。

Breckenridge(1983)指出：如果臨床護理人員友善溫和且富同感心地關懷病人，建立良好的醫病關係，會使不遵從服藥行為減少。蔡(民 83)針對 138 位自費安養機構老人以結構式問卷訪談法進行研究指出：醫病關係與老人服藥遵從性並未達顯著相關，但服藥遵從性較佳者對醫療服務較為滿意。



## (二) 社會支持型態和身體健康

有關社會支持型態，對身體健康產生正向的影響。如 Liu 等(1995)探討中國老人社會支持和健康之關係，結果顯示情緒、工具支持的增強和健康狀態的改善是相關的，且情緒支持在這層關係扮演重要的角色，情緒支持與自我主訴的健康狀態呈正相關，與慢性病、功能受限的情形呈強烈負相關。陸(民 83)結果提到適當的參與社會活動、情緒支持、訊息支持及實質支持與精神健康有相關，尤其是情緒支持。針對情緒支持對健康的促進，能提供一種歸屬感及親密感，及協助人類有能力克服一切。由於中國是一個以集體為導向的國家，在組織及機構強調情感依賴及有優越族群的信仰超過個人決策，不像美國及其他開發國家個人主義色彩濃厚，因此在中國老人家族間的情緒支持是有依據的。

身心健康問題常和負向的生活事件聯想在一起，而社會支持的介入可緩衝負向的生活事件對健康造成的影響。Cutrona 等(1986)使用社會供應量表(social provisions scale;SPS)、四種測量評估身體健康，包括症狀列表、功能的執行、主觀的健康狀況、疾病數量，測得在開始時獲得較多的社會支持在六個月後呈現有較好的身體健康；負向生活事件和社會支持的交互作用，可以預測有較好的身體健康，此研究結果與直接假說、緩衝假說是一致的。Mor-Barak 及 Miller(1996)運用此假

說亦有相同的研究結果。

由於提供社會支持，可以增強動機去從事適應行為；或是從他人的支持會鼓勵個體執行醫療上的勸告，維持促進健康的行為，進而促進健康。在 Weinberger 等(1990)對骨性關節炎患者，以關節炎障礙量表及人際間支持評值量表(Interpersonal Support Evaluation List;ISEL)，探討患者的功能障礙與社會支持之相關研究，發現在身體功能障礙方面，患者需要更多的實質、自尊支持；心理障礙及疼痛方面，患者需要更多的自尊、情緒支持。明勇(民 79)亦以相同量表測得慢性阻塞性肺疾病患者之自我照顧與社會支持有相關，尤其是健康專業人員提供的情緒、訊息、自尊支持，以及家人、朋友提供的情緒影響力較大，與陳(民 83)、黃(民 80)結果相同。因此，若能評估慢性病患者所需的社會支持種類，則可以確實了解其需要，如此也可提供更適切有效的幫助。

Grant 等(1988)使用社會支持量表(social support questionnaires) 、健康方面評估的測量，結果顯示社會支持與身體健康是不相關的，作者推論由於每個研究者對社會支持與身體健康定義不同、使用研究工具亦不同，因此會有不同的結果。

### (三)感受的社會支持和身體健康

對所感受的社會支持，Grant 等(1988)使用社會支持量表(social

support questionnaires) 、健康方面評估由臨床醫師執行一些測量，包括內科病史、藥物使用、看病次數及住院次數，將其健康情形歸為健康、普通、不健康，結果測得大部分獨居社區老人健康情形屬中上，只有少數不健康，雖然從朋友給予較多情緒、資訊支持，但親戚所給予情緒、資訊支持的滿意度卻較高。由此可見，老人的幸福常是依賴親情的連結。

綜合以上學者的觀點，可以知道社會支持會直接、間接地影響健康，若無法由社會支持網絡獲得支持、肯定、信賴及關懷，會易於傾向不安，對其疾病的適應上有很大的影響。因此，結合社會網絡及從網絡處所得的資源可以維持健康、疾病事件及促進身體復原。

## 第五節 社會支持與憂鬱之關係

### (一) 社會支持網絡與憂鬱

(Dimond 等 1987；Nelson,1989)研究皆顯示社會支持網絡的人數與憂鬱呈顯著負相關；社會支持網絡接觸頻率與憂鬱呈更顯著負相關。Goldberg 等(1985)以社會網絡(網絡多寡、同質性及品質)、CES-D 量表，探討社區老人的社會網絡和憂鬱情形，結果網絡較少者與網絡成員屬異質性者的參與者有較高的憂鬱，在網絡品質方面，參與者與其丈夫

不是知己者，有較高的憂鬱，參與者與網絡成員缺乏親密感，有較高的憂鬱。Levitt 等(1983)研究亦發現缺乏親密支持關係的老人會有較高的憂鬱因子，對老人的心理安適而言，依附關係是重要的影響因子。

Faber 等(1991)以關係品質量表(quality-of-relationship scale)及 CED-S 量表，探討護理之家住民憂鬱之研究，於追蹤一年後，發現和家人接觸品質與憂鬱呈負相關，且和家人接觸品質可以預測憂鬱。謝等(民 81)進行家庭支持與憂鬱之相關性研究，結果顯示家人關懷與憂鬱呈顯著負相關。由以上結果得知，家庭的人際互動，對老年人是有意義的，無論是順境或逆境，家人能提供老人歡樂與支持，它是一個有貢獻的團體。

Blazer 等(1991)研究發現不同於配偶與子女之親戚，老人擁有較多親密親戚者，其憂鬱程度愈低。Grant 等(1989)使用社會支持問卷(social support questionnaire)及兩種測量心理健康的問卷，顯示從親戚給予的支持可以預測憂鬱，朋友支持則無法預測憂鬱。Oxman(1992)則以自編的社會網絡量表、CED-S 量表，探討 65 歲以上社區老人，進行三年的追蹤，發現親戚朋友來電、寫信頻率和憂鬱呈顯著相關。而 Dean 等(1990)研究卻發現朋友的支持愈多者，其憂鬱程度愈低，親戚支持對老年憂鬱影響則不大，由於朋友給予的支持是自由甚於義務、期望，且孩子、親戚支持暗示會有壓力及有關依賴、自主性爭議。Chwalisz 等

(1988)研究亦顯示親戚數量愈多其憂鬱程度愈高，概由於親戚會透由時間、精力及其他情緒、生理資源的需要而為個人生活帶來壓力。

## (二) 社會支持型態與憂鬱

Chwalisz 等(1988)、Cutrona 等(1986)均以社會供應量表(Social Provision Scale;SPS)，探討老年人的支持型態與憂鬱之關係，發現其六項支持內容(依附、社會整合、滋育、價值再肯定、信賴及指導)與憂鬱呈顯著相關，得到支持愈多者其憂鬱程度愈低。此外，Gary(1997)使用OMFAQ(OARS Multidimensional functional Assessment Questionnaire) 的社會資源次量表、ZDS 量表，測得社會支持可以預測機構老人憂鬱。又如 Charles 及 Philippe(1998)探討 90 位居住於長期照護中心的老人，亦得到相同的結果。

Dimond 等(1982)對喪偶老人進行研究時，發現老人在喪偶第一年，情緒支持可使老人有較低的憂鬱程度表現。Krause(1986)以社會支持行為量表(ISSB)進行研究，發現老年人得到的訊息及情緒支持愈多者，其憂鬱程度愈低；而實質支持及社會整合與憂鬱無顯著相關。Dean 等(1990)研究亦發現老年人所接受的情感支持、實質支持愈多，憂鬱程度愈低。尚有 Nelson(1989)使用 NSSQ(norbeck social support questionnaires)、GDS 量表，探討機構老人無憂鬱病史者，顯示協助、

感動、肯定支持的功能與憂鬱呈顯著負相關。對老年人而言，除普遍受重視的情緒支持外，實質支持及肯定支持亦較其他年齡群更具重要性，在實質支持方面，老年人常需要交通協助、一些日常生活協助等；在肯定支持方面，尤其護理之家老人，由於生活已被架構、計劃，少有做決定能力，而出現低自尊，因此出現更高的憂鬱，所以需鼓勵老人做決策，適時給予肯定，以增強自信。

### (三)感受的社會支持與憂鬱

Commerford 及 Reznikoff(1996)曾以所感受的社會支持量表(Perceived Social support-From Friend;PSS-FR、Perceived Social support-From Family;PSS-FA)及 BDS 量表，探討護理之家老人的社會支持及憂鬱之相關性研究，結果顯示從家人所感受的社會支持與憂鬱呈負相關；從朋友所感受的社會支持與憂鬱呈不相關，因有 58 位居民沒有朋友，可以解釋的理由是隨著年齡增加，朋友更缺乏，因大部分的老人對一些情境、事件是容易受傷害的。

Krause(1987)使用 ISSB 量表進行研究，發現老年人在實質支持、訊息支持、情緒支持及社會整合的滿意度上均與憂鬱呈顯著相關，即所得支持滿意度愈高，憂鬱程度愈低。

綜合以上的研究結果可以知道，社會支持對憂鬱有正面的影響，可

減輕心理不適的程度。

## 第參章 研究方法

本章節中將描述包括：研究設計、研究工具及工具內容與信效度、實施步驟、研究對象、資料收集、促進回收率、資料分析方法、研究對象之保護措施及研究假設。

### 第一節 研究設計

本研究以訪談式問卷調查機構老人的社會支持情形與憂鬱、身體健康之相關性，故所採研究設計為描述性相關研究。

### 第二節 研究工具

本研究所使用的工具將採結構式問卷量表進行訪談，以收集個案資料，問卷內容包括 1. 個人基本資料(附錄三)。2. 社會支持量表(附錄四)3. 身體健康量表(附錄五) 4. 憂鬱量表(附錄六)。

#### 一、研究工具內容

##### 1. 基本資料：

本量表共 11 題，內容包括研究對象的個人屬性(年齡、性別、省籍、婚姻狀況、子女個數、教育程度、經濟來源、住進機構原因、入機構前居住情形及居住機構時間)，為研究者自行設計之量表。

##### 2. 社會支持：



係參考 Barrera、Slander & Ramsay(1981)所編之社會支持行為量表(Inventory of socially supportive Behavior;ISSB)，此量表共 40 題。許(民 82)探討「鹿港地區 65-74 歲社區老人之老人態度、社會支持、健康狀態與憂鬱程度之相關研究」曾引用此量表，許氏經過 3 次修改，2 次預試，最後保留 10 題，此量表包括社會支持型態(情緒支持、社會整合、訊息支持及實質支持)、社會支持網絡(配偶、子女、親戚、朋友、鄰居及其他)、社會支持可及性和社會支持滿意度。測於鹿港地區 120 位老人的整體問卷內在一致性 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.8909，社會支持網絡來源的內在一致性 Cronloch's  $\alpha$  值介於 0.8280-0.8894，支持可及性及滿意度的內在一致性 Cronbach's  $\alpha$  值分別為 0.7618 與 0.7154。本研究引用此量表只探討社會支持網絡、社會支持型態及社會支持滿意度。經由研究者依研究目的、參考相關文獻及依專家意見修訂、經預測、再修正完成。本量表共 10 題，包括 4 個次概念，1-3 題情緒支持，4-6 題為社會整合，7-8 題為訊息支持，9-10 題為實質支持。每題社會支持型態皆有 6 項社會支持網絡(子女、親戚、朋友、院友、社工及醫護人員)，每一項來源皆是 1-3 分，1 分：「從不」給予支持，2 分：「偶而」給予支持，3 分：「經常」給予支持。若無此來源則以 missing data 計分，無此問題者以 0 分計分，總分為 30 分；支持滿意度則採 Likert Scale 3 點計分，回答「不滿意」給 1 分，「無所謂」給 2 分，「滿意」給 3 分，分數愈高表示社會支持網絡給予的社會支持型態愈滿意。

### 3. 身體健康：

係參考邱氏(民 82)所授權編譯適合臺灣人使用之中文版老人多功能量表(The Chinese-version Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; CMFAQ)之身體健康次量表，其量表共 15 題，吳氏引用此量表時，做過量表的因素分析，此量表包含三部分：健康對活動的影響、常需醫療照顧及過去健康狀況，其正式施測 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.8105。經由研究者依研究目的、參考相關文獻及依專家意見修訂、經預測、再修正完成本量表共 15 題。

### 4. 憂鬱：

係參考 Radloff(1975)發展之流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scales, 簡稱 CED-S)，此量表共 20 題受測者依過去一星期內憂鬱的情形選取適當的選項，症狀的發生頻率分為「沒有或極少」(每週一天以下)、「有時候」(每週 1-2 天)、「時常」(每週 3-4 天)、「經常」(每週 5-7 天)。鄭氏(1984)曾將此量表譯成中文，並在高雄地區進行研究調查，且做過量表的因素分析，此量表包含 4 部分：憂鬱、焦慮和沮喪、及正向影響。其敏感度：92.0%；特異性：91.0%；陽性預測值：67.7%，顯示此量表適合於施測高雄地區的居民。傅振宗(1988)亦將此量表施測於桃園縣新屋鄉 65 歲以上之老年人，其折半信度：0.91，六個月後的再測信度  $r=.80$ ，頗適用於新屋鄉 65 歲以上之老年人。經由研究者依研究目的、參考相關文獻及依專家意見修訂、經預測、再修

正完成。本量表共 20 題，其中第 4、8、12、16 題為反向題外(採反向計分)，其餘為正向題。回答「經常」(每週 5-7 天)給 3 分，「時常」(每週 3-4 天)給 2 分，「有時候」(每週 1-2 天)給 1 分，「沒有或極少」(每週 1 天以下)給 0 分，總分共 60 分，分數愈高，表示憂鬱情形愈嚴重，反之，則較無憂鬱情形。

## 二、研究工具的效度及信度之再評定

### (一)量性部份

1. 效度檢定：問卷之效度採內容效度，針對社會支持問卷、身體健康問卷及憂鬱問卷，聘請對老年護理學有專長之博士專家 2 名，就問卷題目之適用性、文字表達清晰性作內容效度的評定，採 5 種計分，「極不恰當」給 1 分、「不恰當」給 2 分、「尚可」給 3 分、「適當」給 4 分、「極適當」給 5 分，評分在 3 分以下之題目，依專家意見修正完成。

專家評定結果為 3 至 5 分之間，在社會支持問卷部份，經專家建議將第 1 題「傾聽您訴說自己的心事」改成「傾聽您訴說您的心事」，第 2 題「心情不好時，可以安慰您」改成「當您心情不好時，可以安慰您」，第 6 題「陪您從事喜歡的活動」改成「陪您從事您喜歡的活動」，第 10 題「借或給您，除錢以外您所需的物質」改成「借出或給您，除金錢以外，您所需的物質」。身體健康量表部份，第 1 題「在過去六個月中，有多少天您感到不舒服以致於無法繼續平常性活動」改成「在過去六個月中，有多少天您感到不舒服，以致於無法繼續日常活動」，第 4 題「除了現在所接受的醫療外，您是否還需要其他的

醫療照顧」改成「除了目前所接受的醫療外，您是否還需要其他的醫療照顧」，第 4 題「您的身體是否有癱瘓、殘障、骨折或沒有功能情形」改成「您的身體是否患有癱瘓、殘障、骨折或喪失功能情形」，第 12 題「您是否每天都有做一些運動」改成「您是否規律性的做一些運動」，第 14 題「您認為目前的健康狀況與五年前相比如何」改成「您認為目前的健康狀況與您五年前的健康狀況有何差異」。在憂鬱問卷部份，第 1 題「原本不介意的事，最近竟然會困擾我」改成「以前不會介意的事，最近竟然會困擾我」，第 5 題「我做事無法專心」改成「我無法專心做事」，第 11 題「我睡得不安寧」改成「我睡不安寧」，第 12 題「我是快樂的」改成「我覺得快樂」，第 15 題「人們是不友善的」改成「周遭的人是不友善的」，第 15 題「我享受了生活樂趣」改成「我能享受生活樂趣」。

2. 信度檢定：預測研究以台北市某自費安養機構之老人 20 名為研究對象。正式研究以兩家自費安養機構 120 位 住民為研究對象，針對問卷其內在一致性檢定之，以 Cronbach's  $\alpha$  值呈現如下(見表 3-1)：

表 3-1 研究量表之信度

項目		題數	人數	Cronbach's $\alpha$
子女支持	: 預測研究	10	20	0.8957
	正式研究	10	120	0.8219
親戚支持	: 預測研究	10	20	0.9257
	正式研究	10	120	0.8568
朋友支持	: 預測研究	10	20	0.9257
	正式研究	10	120	0.9030
院友支持	: 預測研究	10	20	0.8268
	正式研究	10	120	0.7733
社工人員支持	: 預測研究	10	20	0.7231
	正式研究	10	120	0.7025
醫護人員支持	: 預測研究	10	20	0.7014
	正式研究	10	120	0.7039
社會支持滿意度	: 預測研究	1	20	0.9583
	正式研究	1	120	0.9315
憂鬱	: 預測研究	20	20	0.8988
	正式研究	20	120	0.8193

### 第三節 研究實施步驟

#### 一、研究對象

本研究以北部某兩家自費安養機構，六十五歲以上的老人為研究

對象，採立意取樣(purposive sampling)，共收 120 位老人為研究對象，進行結構式問卷訪談，收案標準為：

1. 年齡六十五歲以上者(民國二十二年以前出生者)。
2. 可用國、台語清楚溝通者。
3. 對人、時、地定向感清楚者。
4. 願意接受訪談者。
5. 住在機構在六個月以上者。

## 二、資料收集

本研究資料收集分成前驅及正式測試兩階段進行。研究者先與老人機構做行政上的聯繫，研究場所評審過研究者之研究計劃案，經單位行政主管同意後，方開始進行資料收集。在資料收集前先向研究對象說明及解釋研究目的，及訪談過程中研究對象若欲停止訪談，可隨時要求終止，且向研究對象保證此訪談問卷資料僅供學術研究，不會對外公開個人資料。在徵得研究對象口頭同意後，研究者以預先擬定之問卷進行結構式訪談。

### 1. 前驅測試

前驅測試目的為(1)檢視研究工具之信度。(2)預估完成此份問卷量表的時間及可能遭遇的問題。(3)修正正式測試時間問卷的內容及措辭。研究者自 88 年 2 月 24 日至 88 年 3 月 2 日止，共取 20 名機構老人為前驅測試之研究個案。

### 2. 正式測試

在前驅測試修訂部分問卷內容後，研究者自 88 年 3 月 8 日至 88 年 4 月 10 日止，為正式測試收案時間，共訪談 120 名機構老人。

### 三、促進回收率

1. 研究者親自做訪談並解釋研究目的、用途、重要性及對受訪者之保護措施，如採 1 對 1 進行訪談。
2. 在做訪談時，首先和參與者建立良好人際關係，以取得參與者的信任，藉此提高答案的真實性。
3. 所完成之問卷，由研究者親自保管，不假手他人，以保障受訪者之隱私權。
4. 因研究對象是老年人，所以時間上不宜過長，以免導致身體不適，使問卷無法如期完成。
5. 以訪談方式進行，研究者念題目，研究對象只需口頭回答，避免研究對象在閱讀問卷時誤解題意。
6. 在完成訪談後，給予一份精美紀念品，以感謝受訪者提供寶貴的意見及時間。

### 四、資料分析方法

將所得的資料編碼輸入電腦，重複核對後以 SPSS for Windows 7.0 作統計分析。

#### 1. 描述性統計

以次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值及最小值，

分析機構老人之基本資料、社會支持、教育程度、及身體健康情形之各單項的統計資料(見表 3-2)。

## 2. 推論性統計

以 Pearson correlation、Somers'd 及 Stepwise Multiple Regression 方式來分析機構老人社會支持與憂鬱、身體健康之間的相關性及預測性(見表 3-2)。

表 3-2 資料分析方法

分析步驟	統計方法	說明
1. 社會支持身體健康、憂鬱之分佈情形	次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值及最小值	<p>1. 自變項</p> <p>社會支持： 瞭解機構老人社會支持形態、社會支持網絡，且對支持滿意度的情形。以次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值及最小值來瞭解特性。</p> <p>2. 依變項：</p> <p>a. 身體健康以次數</p>



		<p>分配、百分比瞭解特性。</p> <p>b. 憂鬱以平均值、標準差、最大值及最小值來瞭解特性。</p>
2. 相關程度	Pearson 積差相關	<p>1. 社會支持來源與憂鬱之相關性。</p> <p>2. 社會支持型態與憂鬱之相關性。</p> <p>3. 社會支持滿意度與憂鬱之相關性。</p>
3. 關聯程度	<p>Somers' d 相關分析</p> <p>(用於分析兩變項皆是序位變項，除了表示兩變項相關程度外，尚有消滅誤差的比率。兩變項關係愈強，所能減少的誤差愈多，換</p>	<p>社會支持來源與身體健康之相關性。</p>

	言之，能減少的誤差有多少，可反映兩變項相關程度。	
4. 依變項的預測變項	Stepwise & Multiple Regression	1. 社會支持來源對憂鬱之預測性。 2. 社會支持型態對憂鬱之預測性。 3. 社會支持滿意度對憂鬱之預測性。

#### 第四節 研究對象之保護措施

本研究經由受訪機構主管及經當事人同意後，由研究者親自以書面方式向受訪者詳細說明對研究對象之保護措施項目。包括如下：

1. 研究計畫、目的及用途、過程及取樣來源。
2. 不管有否參與本研究，皆不會對您目前的生活與照顧有任何影響。
3. 本研究為志願參加，也可於進行中退出，隨時尊重您的權益。
4. 本研究採不記名方式，並對您的內容絕對保密，不假手他人，所收集的資料僅供學術研究之用，不作其他用途。
5. 在研究過程中可向研究者詢問有關本研究之任何問題，在研究完成後

可提供給受訪者有關本研究之結果報告。

### 第五節 研究假定

1. 研究對象皆能清楚了解研究目的、用途及參加本研究時之人權保護措施等，且是出於主動、樂意、安心的參與本研究。
2. 研究對象能充分了解研究者所問的問題，並在充分時間下應答。
3. 研究對象能提供真實的情況與感受。

## 第 肆 章 結 果

資料經統計分析將研究所得的結果，分成以下五節來說明：

第一節：研究對象基本資料。

第二節：社會支持、身體健康、憂鬱各量表得分情形。

第三節：研究對象基本資料與身體健康、憂鬱之相關性。

第四節：社會支持與身體健康之相關性。

第五節：社會支持與憂鬱之相關性及對憂鬱之預測性。

### 第 一 節 研究對象基本資料

在 120 位研究對象的自費安養機構老人基本資料，內容包括性別、年齡、籍貫、婚姻狀況、子女個數、教育程度、入機構前職業、住進機構原因、入機構前居住情形及居住在機構的時間，以描述性統計中之次數及百分比分析，(見表 4-1)。

#### (一)性別

研究對象以男性 63 人居多，佔人數比例的 52.5%；而女性有 57 人，佔 47.5%。

#### (二)年齡

研究對象的年齡分佈介於 67-93 歲之間，平均年齡為 83.12 歲(標準差為 7.05)。將年齡分成三組：其中以中層老人 75~84 歲者佔最多，共有 74 人(61.7%)；年輕老人 65~74 歲者，共有 27 人(22.5%)；而老老人 85 歲以上者佔少數，則共有 19 人(15.8%)。

### (三)籍貫

研究對象的籍貫以外省籍居多，共有 117 人(97.5%)；而本省籍有 3 人(2.5%)。

### (四)婚姻狀況

婚姻狀況方面，以喪偶者佔多數，有 60 人(50%)；其次為已婚／配偶在大陸者，有 29 人(24.2%)；未婚者有 18 人(15%)；離婚／分居者有 13 人(10.8%)。

### (五)子女個數

子女個數方面，以 3 個或以上者佔多數，有 42 人(35%)；其次為無子女者，有 27 人(22.5%)；一個子女者，有 25 人(20.8%)；2 個子女者，有 26 人(21.7%)。

### (六)教育程度

教育程度方面，以大專以上者佔多數，有 38 人(31.7%)；其次為高中者 27 人(22.5%)；國小者 19 人(15.8%)；國中者 21 人(17.5%)；最少為無受過教育者 15 人(12.5%)。

### (七)經濟來源

經濟來源方面，以領退休金者佔多數，有 72 人(60%)；來自子女者，有 24 人(20%)；政府補助者 13 人(10.8%)；平常積蓄者，有 11 人(9.2%)。

### (八)入機構前職業

在職業方面，以軍人佔多數，有 48 人(40%)；其次為家管(無)，有 33 人(27.5%)；公務人員，有 17 人(14.2%)；教職人員，有 12 人(10.0%)；商，有 9 人(7.5%)；工，有 1 人(0.8%)。

### (九)住進機構原因

在住進機構原因，以其它原因佔多數，有 43 人(35.8%)；其次為子女無法照顧者，有 31 人(25.8%)；不想打擾子女者 26 人(21.7%)；無子女者，有 20 人(16.7%)。

### (十)入機構前居住情形

入機構前居住情形，以夫妻同住佔多數，有 53 人(44.2%)；獨居者，有 39 人(32.5%)；與子女同住者，有 18 人(15%)；與他人同住者，有 10 人(8.3%)。

### (十一)居住機構的時間

居住機構的時間，以 10 年以上佔多數，有 44 人(36.7%)；其次為 5~10 年，有 34 人(28.3%)；1 年以上~3 年，有 22 人(18.3%)；半年

~1年及3年以上~5年，各有10人(8.3%)。

表4—1 自費安養機構老人的人口學特性分佈情形(N=120)

變項	頻率	百分比
人口學特性		
性別		
男	63	52.5
女	57	47.5
年齡		
65~74歲	27	22.5
75~84歲	74	61.5
85歲以上	19	15.0
籍貫		
本省籍	3	2.5
外省籍	117	97.5
婚姻狀況		
未婚	18	15
已婚/配偶在大陸	29	24.2
喪偶	60	50
離婚/分居	13	10.8
子女個數		
無	27	22.5
一個	25	20.8
二個	26	21.7
三個或以上	42	35
教育程度		
無	15	12.5
小學肄、畢業	19	15.8
國中肄、畢業	21	17.5
高中肄、畢業	27	22.5
大專以上	38	31.7

變項	頻率	百分比
經濟來源		
退休金	72	60
平常積蓄	11	9.2
子女	24	20
政府補助	13	10.8
入機構前職業		
軍	48	40
公	17	14.2
教	12	10.0
工	1	0.8
商	9	7.5
家管(無)	33	27.5
住進機構的原因		
無子女	20	16.7
子女無法照顧	31	25.8
不想打擾子女	26	21.7
其他原因	43	35.8
入機構前居住情形		
夫妻同住	53	44.2
與子女同住	18	15
與他人同住	10	8.3
獨居	39	32.5
居住在機構的時間		
半年~一年	10	8.3
一年以上~三年	22	18.3
三年以上~五年	10	8.3
五年以上~十年	34	28.3
十年以上	44	36.7



## 第二節 社會支持、身體健康、憂鬱各量表得分情形

### 一、社會支持量表得分情形

#### (一)社會支持來源

在社會支持來源中：包括子女、親戚、朋友、院友、社工及醫護支持，此部份量表共計 10 題，以三點計分方式加以計分。無此支持來源者，在計分時予以刪除；無此問題者，以 0 分計分。各題目相加的總分愈高，表示社會支持來源愈多。子女支持平均為 14.87 分(標準差為 3.82)、親戚支持平均為 11.14(標準差為 4.07)、朋友支持平均為 13.08(標準差為 3.60)、院友支持平均為 14.09(標準差為 3.12)、社工支持平均為 11.45(標準差為 1.83)及醫護支持平均為 11.29(標準差為 1.83)。其中以子女支持最高，親戚支持最低，若以中間值 20 分判定，則研究對象所得的各項支持來源均偏向低支持(見表 4- 2)。

表 4-2 自費安養機構老人在社會支持量表中社會支持來源之平均值、標準差、最大值、最小值、排序

變項名稱	平均值	標準差	最大值	最小值	排序
子女(N=93)	14.87	3.82	26.0	9	1
親戚(N=102)	11.14	4.07	24.0	9	6
朋友(N=116)	13.08	3.60	26.0	9	3
院友(N=120)	14.09	3.12	22.0	9	2
社工(N=120)	11.45	1.83	20.0	9	4
醫護(N=120)	11.29	1.83	21.0	9	5

## (二)社會支持型態

社會支持型態中，情緒支持平均值為 7.49(標準差=2.73)、社會整合平均值為 8.66(標準差=5.07)、資訊支持平均值為 8.83(標準差=2.73)、實質支持平均值為 4.84(標準差=2.86)，其中以資訊支持得分最高、實質支持得分最低。各項支持每題得分介於 6-18 分之間，中間值為 12 分，若以此分數比較，則研究對象所得的各項支持型態均偏向低支持(見表 4-3)。

表 4-3 自費安養機構老人在社會支持量表中社會支持型態之平均值、標準差、最大值、最小值、排序

變項名稱	平均值	每題平均值	標準差	最大值	最小值	排序
情緒支持	22.47	7.49	3.52	37.00	18.00	3
社會整合	25.97	8.66	5.07	49.00	18.00	2
資訊支持	17.65	8.83	2.73	24.00	12.00	1
實質支持	9.68	4.84	2.86	17.00	6.00	4

### (三)社會支持滿意度

在社會支持滿意度方面，以三點計分方式加以計分，總分最低為 10 分，最高為 30 分，若題目之滿意度分數相加，得分愈高，表示愈滿意。其平均值為 22.78，標準差為 4.25，最大值為 27.00，最小值為 11.00。有 66.7 % 的老人其滿意度得分大於中間值 20，表示有 2/3 的老人對其所獲得的支持多數表示「滿意」，1/3 的老人表示「不滿意」者(見表 4-4)。

表 4-4 自費安養機構老人在社會支持量表中社會支持滿意度之平均值、標準差、最大值、最小值

變項名稱	平均值	標準差	最大值	最小值
社會支持滿意度	22.78	4.25	27.00	11.00

### (4). 整體社會支持

在情緒支持方面，以子女提供居多；在社會整合方面，以院友提供較多；在資訊支持方面，以醫護人員提供居多；在實質支持方面，以子女提供居多(見表 4-5)。

表 4-5 自費安養機構老人之社會支持來源與型態得分情形

題 目	子 女 (N=93)		親 戚 (N=103)		朋 友 (N=116)		院 友 (N=120)		社 工 (N=120)		醫 護 (N=120)	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
情緒支持	4.52	1.56	3.60	1.09	3.94	1.34	3.82	1.12	3.44	0.84	3.20	0.62
社會整合	4.61	1.43	3.73	1.28	4.63	1.64	5.66	1.58	3.96	1.18	3.33	0.85
資訊支持	3.34	1.11	2.38	0.69	2.79	0.87	2.92	0.86	2.96	0.64	3.58	0.86
實質支持	2.37	0.87	1.44	0.67	1.72	0.68	1.70	0.68	1.27	0.60	1.25	0.49

## 二、身體健康量表得分情形

- (1)在過去 6 個月中，有 100 人(83.3%)未曾感覺到不舒服；其次有 7 人(5.8%)在過去六個月中，有 1 星期~1 個月的不舒服；5 人(4.2%)有大於 1 個月，小於 3 個月的不舒服；而 3~6 個月及少於一星期感到不舒服者，各有 4 人(3.3%)，以致於無法繼續日常活動。
- (2)在過去 6 個月中，有 63 人(52.5%)看過 4~6 次醫師；27 人(22.5%)，看過 0~3 次醫師；14 人(11.7%)看過 10~12 次醫師；10 人(8.3%)看過 7~9 次醫師；6 人(5%)看過 12 次以上醫師。
- (3)在過去 6 個月中，有 105 人(87.5%)不曾因身體健康問題住院；8 人(6.7%)曾因身體健康問題住院少於一個星期；5 人(4.2%)曾因身體健康問題住院 1 星期~1 個月；2 人(1.7%)曾因身體健康問題住院大於 1 個月，小於 3 個月；未曾有人住院超過 3~6 個月。
- (4)除了目前所接受的醫療外，有 8 人(6.7%)尚需其他的醫療照顧；而

有 112 人(93.3%)不需其他醫療照顧。

(5)在過去 1 個月中，服用藥物者有 103 人(85.8%)；未服用藥物者有 17 人(14.2%)。

(6)在 26 種疾病中，以罹患高血壓者佔最多，有 51 人(42.5%)；其次為白內障，有 40 人(33.3%)；心臟疾病，有 38 人(31.7%)；關節炎或風濕，有 27 人(22.5%)；糖尿病，有 23 人(19.2%)；泌尿道疾病，有 13 人(10.8%)；胃腸疾病，有 12 人(10.0%)；青光眼、氣喘及中風，各有 8 人(6.7%)；腎病，有 7 人(5.8%)；四肢循環障礙，有 6 人(5.0%)；肺氣腫及消化系統潰瘍，各有 5 人(4.2%)；癌症，有 4 人(3.3%)；皮膚疾病，有 2 人(1.7%)；貧血，有 1 人(0.8%)；結核病、白血病、巴金森氏症、癲癇、腦性麻痺、肌肉萎縮及小兒麻痺，未有人罹患(見表 4-7)。

(7)針對所罹患的疾病，有 59 人(49.2%)認為對活動沒有有響；37 人(30.8%)認為有一些影響；24 人(20.0%)認為影響很大。

(8)未有癱瘓、殘障、骨折或是喪失功能者有 109 人(90.8%)；骨折、痛風者有 9 人(7.5%)有；有肢體殘障或無功能者有 1 人(0.8%)；部份癱瘓者有 1 人(0.8%)；未有人全身癱瘓。

(9)認為眼睛“不好”有 51 人(42.5%)；“普通”有 40 人(33.3%)；“好”有 19 人(15.8%)；“很好”有 10 人(8.3%)。

- (10)沒有抽煙的習慣者 97 人(80.8%)；有抽煙的習慣者 23 人(19.2%)。
- (11)沒有喝酒的習慣者 106 人(88.3%)；有喝酒的習慣者 14 人(11.7%)。
- 。
- (12)有規律性的做運動者 94 人(78.3%)；沒規律性的做運動者 26 人(21.7%)。
- (13)認為目前的健康狀況“普通”者 66 人(55.0%)；“很好”者 32 人(26.7%)；“不好”者 22 人(18.3%)。
- (14)認為目前的健康狀況與五年前的健康狀況相比“較差”95 人(79.2%)；“一樣” 21 人(17.5%)；“較好” 4 人(3.3%)。
- (15)自身健康狀況，對於自己想去做的事情影響認為“沒有影響”有 54 人(45%)；認為“有一些影響”有 43 人(35.8%)；“認為影響很大”有 23 人(19.2%)(見表 4-6)。

表 4—6 自費安養機構老人的身體健康情形(N=120)

變項	頻率	百分比
在過去六個月中，有多少天您感覺到不舒服，以致無法繼續日常活動		
3~6 個月	4	3.3
大於 1 個月，小於 3 個月	5	4.2
1 星期~1 個月	7	5.8
少於 1 星期	4	3.3
沒有	100	83.3
除住院外，在過去六個月中，您共看過幾次醫師		
12 次以上	6	5.0
10~12 次	14	11.7
7~9 次	10	8.3
4~6 次	63	52.5
0~3 次	27	22.5
在過去六個月中，有多少天您曾因身體健康問題住院		
大於 1 個月，小於 3 個月	2	1.7
1 星期~1 個月	5	4.2
少於 1 星期	8	6.7
沒有	105	87.5
除了目前所接受的醫療照顧外您是否還需要其他的醫療照顧		
是	8	6.7
否	112	93.3
在過去一個月中，您是否服用藥物		
是	103	85.8
否	17	14.2
這些疾病對您的活動影響有多大		
影響很大	24	20
一些影響	37	30.8
沒有影響	59	49.2

變項	頻率	百分比
您的身體是否患有癱瘓、殘障、骨折 或是無功能情形		0.8
部份癱瘓	1	0.8
肢體殘障或無功能	1	7.5
骨折、痛風	9	90.9
沒有	109	42.5
您的眼睛如何		33.3
不好	51	15.8
普通	40	8.3
好	19	19.2
很好	10	80.8
您是否有抽煙的習慣		80.8
是	23	97
否	74	11.7
您是否有喝酒的習慣		88.3
是	14	106
否	106	88.3
您是否規律性的作一些運動		78.3
是	94	21.7
否	26	78.3
您認為目前的健康狀況如何		18.3
不好	22	55.0
普通	66	26.7
很好	32	
您認為目前的健康狀況與您五年前的健康狀況相比有何差異		79.2
較差	95	17.5
一樣	21	3.3
較好	4	
您的健康狀況，對於您自己想去做的事情影響多大		19.2
影響很大	23	35.8
有一些影響	43	



變項	頻率	百分比
沒有影響	54	45.0

表 4—7 自費安養機構老人所罹患之疾病(N=120)

罹患疾病	頻 率	百分比	排 序
關節炎或風濕	27	22.5	4
青光眼	7	6.7	8
白內障	40	33.3	2
氣喘	8	6.7	8
肺氣腫	5	4.2	11
高血壓	51	42.5	1
心臟疾病	38	31.7	3
四肢循環障礙	6	5.0	10
糖尿病	23	19.2	5
消化系統潰瘍	5	4.2	11
胃腸疾病	12	10.0	7
肝病	2	1.7	13
腎病	7	5.8	9
泌尿道疾病	13	10.8	6
癌症	4	3.3	12
貧血	1	0.8	14
中風	8	6.7	8
甲狀腺疾病	1	0.8	14
皮膚疾病	2	1.7	13

## 二、憂鬱量表得分情形

流行病學研究中心憂鬱量表依前述記分方式，得分範圍在 0~60 分之間。研究對象在老人憂鬱量表上的得分情形；平均分數為 14.37；

標準差為 8.07；最大值為 41.00；最小值為 1.00(見表 4—8)。若以中間值 30 分來界定其憂鬱高低情形，則有 94.2 %老人是屬低憂鬱程度者，整體而言，研究對象的憂鬱程度屬低程度。各題之分佈情形，得分較高前五名為第四題「我覺得我和別人一樣過得很好」、第八題「我對未來充滿希望」、第十二題「我覺得快樂」、第十六題「我享受了生活的樂趣」及第二十題「我缺乏幹勁」(見表 4—9)。

表 4-8 自費安養機構老人之憂鬱得分情形(N=120)

變項	平均值	標準差	範圍
憂鬱	14.37	8.07	1-41

表 4—9 自費安養機構老人之憂鬱各題得分情形(N=120)

題目	平均值	標準差
1. 原來不介意的事，最近竟然會困擾我	0.09	0.44
2. 我的胃口不好，不想吃東西	0.23	0.59
3. 就算有親友幫忙，我還是拋不開煩惱	0.63	0.82
4. 我覺得我和別人一樣過得很好*	2.08	1.11
5. 我無法專心做事	0.47	0.79
6. 我覺得悶悶不樂	0.45	0.84
7. 我做任何事都覺得費力	0.76	1.00
8. 我對未來充滿希望*	2.54	0.96
9. 我認為我的人生是失敗的	0.36	0.76
10. 我覺得恐懼	0.17	0.60

題目	平均值	標準差
11. 我睡不安寧	0.55	0.99
12. 我覺得快樂	1.53	1.22
13. 我比平常不愛說話	0.06	0.35
14. 我覺得寂寞	0.62	0.91
15. 周遭的人是不友善的	0.10	0.32
16. 我能享受生活樂趣*	1.86	1.25
17. 我曾經痛哭	0.04	0.23
18. 我覺得悲傷	0.35	0.81
19. 我覺得別人不喜歡你	0.07	0.28
20. 我缺乏幹勁	1.44	1.31

註：1.\*：此題為反向題，其平均值、標準差均為反向計分後所求之數值。

2. 此量表各題之得分愈多者，其憂鬱程度愈高。

### 第三節 研究對象之基本資料與身體健康、憂鬱之相關性

#### 1. 研究對象之基本資料與身體健康之相關性

基本資料包括性別、年齡、子女數、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況、入家前職業，以卡方檢定來分析與身體健康的差異，結果婚姻狀況與身體健康達統計上顯著差異( $P < 0.01$ )，性別、年齡、子女數、教育程度、經濟狀況、入家前職業與身體健康，結果未達統計上顯著差異( $P > 0.05$ )(見表 4-10)。

表 4-10 研究對象基本資料與身體健康的關係(N=120)

項目		身體健康第 13 題
		(Pearson chi-square)P 值
性別	男	0.182
	女	
年齡	65-74 歲	0.531
	75-84 歲	
	85 歲以上	
子女數	無	0.072
	1 個	
	2 個	
	3 個或以上	
教育程度	無	0.356
	小學肄，畢業	
	國中肄，畢業	
	高中肄，畢業	
	大專以上	
婚姻狀況	未婚	0.009**
	已婚/同居；配偶在大陸	
	喪偶	
	離婚/分居	
經濟狀況	退休金	0.716
	平常積蓄	
	子女	
	政府補助	
入家前職業	軍	0.692
	公	
	教	
	工	
	商	
	家管(無)	

## 2. 研究對象之基本資料與憂鬱之相關性

基本資料中的性別，以 t 檢定來分析與憂鬱的差異，結果未達統計上顯著差異( $P>0.05$ )；基本資料中的年齡、子女數、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況、入家前職業，使用單因子變異數分析來檢定與憂鬱的差異，結果教育程度與憂鬱達統計上顯著差異( $P<0.05$ )，表示無接受教育程度的老年人其憂鬱得分，顯著高於小學、國中、高中、大專以上的老年人，年齡、子女數、婚姻狀況、經濟狀況、入家前職業與憂鬱，均未達統計上顯著差異( $P>0.05$ )(見表 4-11)。

表 4-11 研究對象基本資料與憂鬱的關係(N=120)

項目		憂鬱總分	
		Mean(SD)t 或 F 值	
性別	男	12.91(7.02)	2.51
	女	16.04(8.89)	
年齡	65-74 歲	10.19(6.42)	1.38
	75-84 歲	15.51(7.95)	
	85 歲以上	14.37(8.07)	
子女數	無	13.89(3.93)	0.76
	1 個	14.36(8.01)	
	2 個	16.38(8.72)	
	3 個或以上	13.43(9.57)	
教育程度	無	17.73(8.39)	2.86*
	小學肄，畢業	15.95(7.16)	
	國中肄，畢業	12.33(7.83)	
	高中肄，畢業	16.63(8.62)	
	大專以上	11.76(7.31)	
婚姻狀況	未婚	14.06(4.88)	1.47
	已婚/同居；配偶在大陸	12.14(8.87)	
	喪偶	15.78(7.96)	
	離婚/分居	13.23(9.65)	
經濟狀況	退休金	13.16(6.71)	2.36
	平常積蓄	11.82(6.78)	
	子女	20.04(11.22)	
入家前職業	政府補助	12.69(4.17)	2.06
	軍	13.29(6.77)	
	公	10.35(5.52)	
	教	17.92(11.56)	
	工	18.00	
	商	17.44(11.72)	
	家管(無)	15.76(7.69)	

#### 第四節 社會支持與身體健康之相關性

##### 1. 社會支持與身體健康之相關性

本研究以薩默斯(Somers' d)檢定社會支持來源與身體健康第 13、14 題。薩默斯(Somers' d)用於分析兩變項皆是序位變項，除了表示相關強弱的程度外，尚有消滅誤差比例的意義。在分析前將連續性變項的社會支持來源轉換成序位變項，社會支持來源總分為 30 分，1-15 分轉換成“1”當作低支持；16-30 分轉換成“2”當作高支持。社會支持來源包括子女、親戚、朋友、院友、社工及醫護人員六項，分別與身體健康第 13 題“整體來說，您認為您目前的健康狀況如何？”，身體健康第 14 題“您認為您目前的健康狀況與您五年前的健康狀況相比有何差異？”進行相關分析，結果顯示子女、親戚及社工支持與目前的健康呈正相關外，可以減少誤差的比例分別為 20.0%、27.0%、75.2%，其中以社工支持相關強度最高；子女、親戚、朋友、社工及醫護支持與目前的健康狀況較五年前佳呈正相關外，可以減少誤差的比例分別為 13.1%、33.0%、9%、51.9%、28.4%，其中以親戚、社工支持相關強度較高(見表 4-12)。

表 4-12 自費安養機構老人社會支持來源與身體健康之

相關程度

身體健康	身體健康第 13 題 Somers' d value	身體健康第 14 題 Somers' d value
子女	0.200	0.131
親戚	0.270	0.330
朋友	-0.008	0.090
院友	-0.072	-0.058
社工	0.752	0.519
醫護	-0.043	0.284

第五節 社會支持與憂鬱之相關性及對憂鬱之預測性

1. 社會支持與憂鬱之相關性

本研究以皮爾森(Pearson's correlation)積差相關分析檢定社會支持來源、社會支持型態及社會支持滿意度與憂鬱之相關性。

(一)社會支持來源與憂鬱

社會支持來源包括子女、親戚、朋友、院友、社工及醫護人員六項，結果顯示子女、朋友支持與憂鬱達統計上顯著負相關( $r=-0.249$ 、 $r=-0.169$ ， $P<0.05$ )，表示子女、朋友支持愈少，其憂鬱程度愈高。

(二)社會支持型態與憂鬱



社會支持型態包括情緒支持、社會整合、資訊支持及實質支持，結果顯示情緒支持、社會整合愈與憂鬱達統計上顯著負相關( $r=-0.220$ 、 $r=-0.378$ ， $p<0.05$ )，表示情緒支持、社會整合愈少，其憂鬱程度較高。

### (三)社會支持滿意度與憂鬱

結果顯示社會支持滿意度與憂鬱達統計上顯著負相關，( $r=-0.387$ ， $P<0.001$ )，表示社會支持滿意度愈高，憂鬱較低(見表 4-13)。

表 4-13 自費安養機構老人社會支持與憂鬱之相關分析

社會支持	憂鬱 人數	得 分 r 值
社會支持來源		
子女支持	93	-0.249*
親戚支持	102	-0.130
朋友支持	116	-0.169*
院友支持	120	-0.044
社工支持	120	-0.111
社會支持型態		
醫護支持	120	-0.060
情緒支持	120	-0.220*
社會整合	120	-0.378***
社會支持滿意度	120	-0.387***

註：\*  $P<0.05$  \*\*  $P<0.01$  \*\*\* $P<0.001$

## 2. 社會支持對憂鬱得分之預測性

以逐步複迴歸(Stepwise Multiple Regression)分析檢定之，將社會支持網絡、社會支持型態及社會支持滿意度檢定之，社會支持滿意度是唯一可預測憂鬱得分的負向因素( $Beta = -0.384$ )，可解釋憂鬱得分14.8% ( $R^2 = 0.148$ 、 $F = 13.335$ 、 $P < 0.05$ )的變異數，也就是說，社會支持滿意度愈高可減少憂鬱程度(見表 4-14)。

表 4- 14 社會支持對憂鬱之逐步複迴歸分析

變 項	R	$R^2$	Beta	F
社會支持滿意度	0.384	0.148	-0.384	13.335*

註：\*  $P < 0.05$

## 第五章 討論

本研究目的為探討自費安養機構老人的社會支持、身體健康、憂鬱的情形；社會支持與身體健康、憂鬱之間的關係及其預測因素。研究結果依參考文獻及概念架構，討論說明如下：

### 第一節 自費安養機構老人的社會支持情形

由表 4-2 的結果得知，自費安養機構老人的社會支持來源方面，以子女支持最多，其次為院友、朋友、社工、醫護、親戚。和 Campbell 及 Linc(1996)探討機構住民有相似結果，顯示機構老人以得到子女、朋友支持較多，但與林(民 87)的結果不相同，其在社會支持來源方面，以專業人員提供的支持較多。由表 4-3 的結果得知，在社會支持型態方面，以資訊支持最多，實質支持最少，此結果與林(民 87)、許(民 82)的研究結果相同。

自費安養機構老人的社會支持來源、社會支持型態均屬偏低的情形，然而在表 4-4 社會支持的滿意度卻是偏高的，在訪談過程中發現老人對支持的滿意度皆表示，別人肯幫忙，則要心存感激之心，怎能不滿意呢？無論別人給予的質與量如何，尤當現況是無法改變時，則需

調整自己面對現實，許多老人都有這種認知，並時時提醒自己、鼓勵他人“一切看開一點，則海闊天空”、“知足常樂”。此結果與許(民 82)、張(民 85)有相同的研究結果。

養老院內同是許多老人其社會支持為何仍缺乏呢？可能是親朋好友已死亡及疾病所帶來的活動能力受限所致(Tilden & Weinert,1987)。此外亦可能因 1.養老院老人缺乏像社區老人的家庭資源及支持。2.單身慣了，不習慣團體生活。3.老人的社會歷練長久，體會人情溫暖反覆無常，且覺得人多是非多。4.覺得老了、聽力差了，講話須大聲，因此不容易交到好朋友。5.覺得年紀大了，反而喜歡安靜，不愛受別人打擾。由以上情形安養機構老人較偏向於社會撤退(disengagement)的論點，但此現象並非限於安養機構的老人，同樣今日在大都市中的老人也遭受人際關係淡薄的問題(徐麗君、蔡文輝，民 80)。不過很矛盾的是老人想要解決的問題，又以「沒有足夠的情感交流」為首(Guyatt 等,1993)。Linn & Linn(1984)及鄒(民 83 )研究結果均顯示老人在社會功能比其他生理、心理功能還待加強。因此，「社交關係」的突破對工作人員是一大考驗，可鼓勵老人配戴合適的助聽器以降低溝通之不便，了解老人獨處的感受，安排小團體活動，以及為老人妥善安排興趣相近的院友以增進社交關係之拓展與和諧。

從表 4-5 得知，在情緒支持中，雖以子女給予的支持較多，仍屬偏

低，可能因工商業社會繁忙，子女會較忽略或無暇照顧老年人的情緒需求。在社會整合方面，以院友的支持最多，由於大家皆居住於安養機構，有許多共處的時間一起從事休閒活動，並且年齡相近，所從事的活動也較類似，此結果與郭(民 81)是相符的。在資訊支持中，醫護人員扮演重要的角色，由於機構本身有醫療所設立，並定期舉辦健康講座，但根據機構住民表示針對疾病給予衛教的機會並不多，且認為醫護人員不夠專業，與 Patterson(1995)有相似結果。在實質方面，以子女給予的支持較多，而社工人員及醫護人員最少提供此項支持，為避免有「受賄賂」之嫌，在專業關係上儘量不涉及物質支持來往；有關交通方面的協助，由於大部分老人尚能執行自我照顧，所以導致此項支持有偏低傾向。

## 第二節 自費安養機構老人的身體健康情形

由表 4-6 結果可知，本研究中的老人覺得自己身體健康狀況，以「普通」及「很好」佔 81.3%。與楊、黃、胡、白(民 84)對自費安養機構老人之自覺健康狀況及鄒(民 83 )對敬老院、鄭(民 87)對扶養機構有相同的研究結果。Cockerham, Sharp 及 Wilcox(1983)的研究均發現，較長的年齡加上較高的教育會使大部分的老人自覺比其他同年齡的老人更

健康，認為可能是競爭結果較健康者才能存活下來；本研究中老人對健康正向的評值，除了從以上的觀點做解釋外，是否也可能是老人必須能執行自我照顧，才能住進自費安養機構，老人為保障居住機會免於遭受剝奪，而產生的一種防衛性反應，這與 George(1978)所提出的健康狀態和身體功能是老人維護自尊及尊嚴的兩個重要條件；以及 Managan 和 Wood(1974)發現老人常不願承認健康有問題，而出現一種「不接受症候群」，有相似之處。因此，影響老人自評健康的真正原因仍有待探討。

本研究亦指出自費安養機構老人平均每位罹患 2.1 種不同的慢性病，如高血壓，白內障、關節炎或風濕、心臟疾病、泌尿道疾病及胃腸疾病。此結果可與 Huang(1988)、江(民 71)、黃(民 81)、楊(民 84)、鄭(民 87)的資料發現，幾乎老人主要罹患疾病是相互一致的。再將自費安養機構老人與台灣地區老人(行政院主計處，民 83)作如下比較，則發現罹患疾病者 85.4：55.5(%)、平均每人罹患疾病數 2.1：1.4(種)；疾病罹患率—高血壓：42.5：21(%)、關節炎或風濕：22.5：20(%)、心臟病：31.7：8.8(%)、糖尿病：19.2：6.5(%)。此外，85.8%的機構老人皆有在服藥，由上述資料可說明，自費安養機構老人的健康狀況未優於一般社區老人。

關於老人自覺健康狀況與五年前相比，有 79.2%的機構老人覺得較

五年前差。而在 Lough 及 Schank(1996)、黃(民 81)針對社區老人的研究，顯示約有 45.0%的社區老人覺得較五年前差。由此可知，社區老人自覺健康狀況與五年前相比，認為現在較好者優於機構老人。

### 第三節 自費安養機構老人的憂鬱情形

由表 4-8 結果可知，自費安養機構老人的憂鬱量表平均得分為 14.37 分，標準差為 8.07。以中間值 30 分來界定其憂鬱高低情形，則有 94.2% 的老人屬低程度憂鬱。得分較高的是「我覺得和別人一樣過得很好」、「我對未來充滿希望」、「我覺得快樂」、「我享受了生活樂趣」等。沒有憂鬱問題的老人，其態度多表示「來到這裡要認命」、「知足常樂，何必跟自己過不去」，情緒起伏不定的老人則擔心哪一天自己死了，沒有人知道？此外，認為自己是「吃飽等死，生活哪還有什麼意義或希望？」的老人也不少，他們認為這不是悲觀的想法，人生就是如此。套一句老人說的話：「外省人住進養老院是無奈痛苦、本省人住進來則是可憐傷心，來到這裡快樂已經談不上了，能夠不快樂就已經不錯了」。其中有幾位身體狀況較差，無人探訪者，希望自己早點死，死了一切就能解脫了。為什麼會造成這種現象呢？誠如洪(民 87)提到工業社會演變，老人被關心、被照顧的程度減弱，於是在孤立的生活下，便開

始懷疑生活的樂趣及生命的意義，甚至認為痛苦活著不如痛快死去。因此，針對老人憂鬱問題而言，應建立諮商之管道，以協助老人表達或宣洩其感受，並預防自殺。此與許(民 82)、傅(民 76)、Badger(1993)、Heidrtch(1993)使用相同量表施測於社區老人，亦有相似的研究結果，大部份老人皆有低憂鬱傾向。

一些研究者使用 GDS 量表，Koenig 等(1988a)測量內科住院男性老年病人的憂鬱情形，發現有 23%的老年病人有輕度憂鬱症狀，11.5%的老年病人有重度憂鬱；Nelson(1989)探討護理之家老人之憂鬱，發現 19%屬輕度憂鬱，9.9%屬中至重度憂鬱；Parmelee 等(1989)測量護理之家老人之憂鬱，30.5%屬輕度憂鬱，12.4%屬重度憂鬱。而游(民 83)測量內科住院老年病人，發現有 51.2%的老年病人有輕度憂鬱症狀，10.7%的老年病人有中度至重度憂鬱症狀，只有 38%的老年病人沒有憂鬱，此研究憂鬱罹患率高於以往研究。

由於不同的樣本族群及研究工具，會造成不同的研究結果，Blazer(1990)提出選樣的不同會影響對憂鬱的研究，如急性病房或長期照護單位，有嚴重內科疾病的老年人或與社會隔離的老年人都會對研究造成影響。

劉(民 80)及 Valente(1994)皆提到在評估老年人的憂鬱情況，不要期望老人會主動說出他的憂鬱，很多時候老人可能不太清楚自己的感受



，或者因為困窘、隱私的關係，會否認、會折扣，甚至隱瞞其憂鬱，故老人的實際憂鬱情形應比研究統計結果來得高。而研究者以結構式訪談方式進行問卷調查，在蒐集資料前，先與個案建立治療性的人際關係，此即在克服個案的否認、或隱瞞其憂鬱。

#### 第四節 自費安養機構老人基本資料與身體健康、憂鬱關係

由表 4-10 結果可知，在個人基本資料中，除「婚姻狀況」與身體健康有相關外，其餘如性別、年齡、子女數、教育程度、經濟狀況、入家前職業與身體健康，均未達統計上顯著差異，此結果與許(民 82)有相似研究結果。本研究中老人健康狀態乃以其所感受的健康狀態測之，為研究對象對其生理健康狀態的感覺，對老年人而言，最主要的生理健康問題為慢性病，而影響慢性病的因素很多，非本研究所探討的個人基本資料所能解釋。

由表 4-11 結果可知，在個人基本資料中，除「教育程度」與憂鬱程度有顯著相關外，其餘如性別、年齡、子女數、婚姻狀況、經濟狀況、入家前職業與身體健康，均未達統計上顯著差異，此結果與 Nelson(1989)、許(民 82)、游(民 83)及謝(民 81)的研究結果相似。惟獨「性別」、「教育程度」略有不同，「性別」與憂鬱程度的關係一直是受

到爭議的一個問題，Nelson(1989)、許(民 82)、傅(民 77)研究皆發現「性別」與憂鬱程度並無差異，而謝(民 81) 研究發現，男性老人的憂鬱程度高於女性。造成不同的結果可能原因為樣本族群的不同，如安養機構老人、住院老人與社區老人；患有慢性疾病老人與一般社區老人等。傅(民 77)研究發現「教育程度」與憂鬱並無關係存在，這是與本研究不同之處，研究者認為係因研究方法不同所造成，本研究教育程度的測量是以類別變項分為 5 類，而傅(民 77)其教育程度的測量是以連續變項施測，而導致不同的研究結果。

#### 第五節 自費安養機構老人社會支持與身體健康關係

由表 4-12 結果可知，子女、親戚及社工支持與您認為您目前的健康狀態呈正相關。與 Johnson(1996)有相同的研究結果。也應證 Schank 及 Lough(1989)的研究指出健康自評較高的老人有較好的社會支持。相反地，支持系統缺乏者普遍表現身體欠佳，而提出支持系統可預防生理老化的看法，因此社會支持和身體健康的關係是非常密切的。

本研究由於研究對象大部份皆已喪偶，故未探討配偶支持。Minkler(1985)認為老年人會因配偶死亡，造成傳統支持的瓦解，影響其社會支持。根據以上的結果，老人與各支持來源仍有關係存在，能從

他處獲得社會支持，對身體健康有正向之看法。

#### 第六節 自費安養機構老人的社會支持與憂鬱的關係

由表 4-13 結果可知：

- (1)在社會支持來源方面，子女、朋友支持與憂鬱達統計上顯著負相關，即自費安養機構老人得到子女、朋友支持愈多者其憂鬱程度愈低。此結果與 Dean 等(1990)、Nelson(1989)、許(民 82)、傅(民 77)及謝(民 81)的研究結果相似。由此可知，不論中西，有關老人社會支持的研究，家人都是老人的主要支持來源，而家人以外，以朋友的支持最高。對台灣的老人而言，養兒防老的觀念依然深植人心，將父母養兒育女視為天職，老了由子女奉養更是天經地義，子女對老人的意義除了是生活的依靠、亦是情感的附依。
- (2)在社會支持型態方面，情緒支持、社會整合與憂鬱達統計上顯著負相關，此結果與許(民 82)使用相同量表測於社區老人有相似的結果。但與 Krause(1987)的研究結果有部分不同之處，研究者認為台灣老人較美國老人重視情感或陪伴的依賴，使得情緒支持與社會整合對憂鬱產生影響。其他造成研究結果不同的原因可能是 1.研究對象感受到的社會支持與憂鬱程度不同，是一種內在心理評估的過程，所

以宜將人格特質列入考慮。2.若在某一特定時間內測量研究對象社會支持的概念，可能無法反應實際的社會支持狀況(Sherbourne & Stewart,1991)。

(3)在社會支持滿意度方面，滿意度與憂鬱達統計上顯著負相關，與Krause(1987)、游(民 83 )及張(民 85 )的結果是相同的。

由表 4-14 結果可知，將社會支持來源、社會支持型態、社會支持滿意度為自變項，憂鬱為依變項，其社會支持滿意度為預測憂鬱程度的負向因素，可解釋 14.8%，此結果與游(民 83) 之結果相同，其老人對社會支持滿意度對寂寞達顯著的預測性，表示對社會支持主觀的評價比支持的量對寂寞更具預測力(Foxall,Barron,Vondollen,Jones & Shull,1992)。但與許(民 82)之研究結果不同，由於許氏將社會支持可及性、滿意度與總支持行為量為自變項，結果為社會支持總行為量可以預測憂鬱。Vaux(1988)認為社會支持滿意度、社會支持可及性會受所得支持行為影響，由於兩者有多元線性重合傾向之故，是故社會支持可及性與滿意度被排除於逐步複迴歸，所以其社會支持總行為量的老人憂鬱是最具解釋的變項，因此與本研究有不同的結果。

## 第七節 結論

### 1. 自費安養機構老人的社會支持情形

自費安養機構老人的社會支持來源方面，子女支持平均值為 14.87 分、親戚支持平均值為 11.14 分、朋友支持平均值為 13.08 分、院友支持平均值為 14.09 分、社工支持平均值為 11.45 分及醫護支持平均值為 11.29 分。以中間值 20 分判定，顯示出本研究個案得到低等程度的社會支持來源。在社會支持型態方面，情緒支持平均值為 7.49 分，社會整合平均值為 8.66 分，資訊支持平均值為 8.83 分，實質支持平均值為 4.84 分。以中間值 12 分判定，研究對象所得的各項支持型態均屬偏低程度。在社會支持滿意度方面，其平均值為 22.78 分，有 2/3 的老人對其所獲得的支持多數表示「滿意」。

### 2. 自費安養機構老人的身體健康情形

自費安養機構老人認為目前的健康狀況以「普通」及「很好」者佔 81.3%；認為目前的健康狀況與五年前的健康狀況相比，有 79.2% 認為「較差」；有 45% 的老人認為目前的健康狀況，對於自己想去做的事情沒有影響。在所罹患的疾病，以高血壓、白內障、關節炎或風濕、心臟疾病等為主，平均每人罹患 2.1 種不同的慢性病。

### 3. 自費安養機構老人的憂鬱情形

憂鬱量表得分情形，其平均值為 14.37，以中間值 30 分來界定其憂鬱高低的情形，有 94.2%老人屬低程度的憂鬱。

#### 4. 自費安養機構老人的社會支持與身體健康之相關性

由相關分析中發現，子女、親戚及社工支持與目前的健康狀態呈正相關外，可以減少誤差的比例分別為 20.0%、27.0%、75.2%，其中以社工支持相關強度最高。

#### 5. 自費安養機構老人的社會支持與憂鬱之相關性及預測性

由相關分析中發現，子女、朋友支持與憂鬱達統計上顯著負相關，此表示子女、朋友支持愈少，其憂鬱程度較高；情緒支持、社會整合與憂鬱達統計上顯著負相關，表示情緒支持、社會整合愈少，其憂鬱程度較高；社會支持滿意度與憂鬱亦呈負向，表示滿意度愈高，憂鬱程度較低。以逐步複迴歸分析顯示，社會支持滿意度是唯一可預測憂鬱得分的負向因素，也就是說，社會支持滿意度愈高可減少憂鬱程度。

## 第八節 應用及建議

### 一、護理實務方面

- 1.由研究發現支持來源是健康的重要指標，而醫護人員在給予安養機構老人的支持及適應上扮演重要角色，是故與老人建立關懷性人際關係和提供照護一樣重要。
- 2.鼓勵更多的專業護理人員加入老人機構行列，使老年人健康獲得最佳照顧，並加強民眾對自費安養機構正確的認知，使機構的功能及服務對象更為明確，更有助於民眾對安養機構的接納程度。

### 二、護理教育方面

- 1.學校課程及臨床在職教育應加入社會支持及其相關課程，以培養學生運用社會支持過程與方法於臨床護理照護，增加其解決問題的能力。
- 2.發展一套適合國內安養機構老人的社會支持評估量表，以利工作人員整體評估時有所依據。

### 三、醫療行政方面

- 1.由研究發現本研究對象社會支持來源、型態偏低。其所感受的社會支持愈多，對老年人的生、心皆有提昇作用，並可緩衝生活壓力與增加對疾病的適應。因此，家屬、親友應定期與老人保持聯繫，以減少被遺棄的感覺；機構內的工作同仁，應每天安排探訪時間，以瞭解老人

的生活狀況與心理想法。若出現生、心或社會問題時，應轉介給心理師、社工人員或其他醫療小組，避免老人因缺乏關心而導致憂鬱或自殺行為。

- 2.機構內應於每樓層依人數配置專業護理人員，以便就近解決老人之健康問題，避免緊急突發狀況，而延誤老人存活。
- 3.由研究顯示本研究對象大部份有低憂鬱情形，應重視安養機構老人與院友之相處，一般而言，老人因死亡、遷居，同年齡層的友伴不多，較為孤單，若與院友相處談笑之間已忘記銀髮白首的孤單，反而增加晚年生活的歡樂，工作人員應需重視安養老人之間的相處，多舉辦適合老人的活動，使安養老人找到談得來的朋友，以減少孤單與寂寞。



## 第九節 研究的限制及未來研究建議

- 一、本研究限於時間、人力、物力、財力的關係，僅以北市兩所自費安養機構為研究對象。未來若能擴大以北、中、南的自費安養機構做為研究對象，並採用隨機取樣，將更能蒐集到更完整性的資料，以提供相關業務主管推動辦理安養業務之參考。
- 二、本研究採橫斷式描述相關性研究，本研究結果只能代表某特定時間內自費安養機構社會支持情形。若能採用質性方式，再配合縱貫式研究，應能增加我們對自費安養機構社會支持情形的瞭解。或將自費安養機構的社會支持與社區老人的社會支持做比較，以瞭解其社會支持是否低於社區老人。此種研究方式將有助於評估自費安養機構的社會支持狀態及發展合宜的護理措施。
- 三、本研究在測量社會支持高低採用主觀的評定方式，此方式可能受到個人主觀知覺偏差的影響，憂鬱程度愈高者，可能傾向於誇張社會支持的缺乏，因此未來研究宜主、客觀同時一起測量。
- 四、未來研究方向可就介入護理措施或配合支持團體，來觀察其社會支持成效。

## 參考文獻

### 中文部份

- 王阿保(民 79)·老人安養方式之研究·國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 內政部(民 85)·中華民國臺閩地區人口統計·內政部編印。
- 王麗芳(民 74)·我國老年生活型態之發展趨勢—頤苑自費安養方式個案研究·國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 行政院主計處、內政部(民 77)·中華民國臺灣地區：老人狀況調查報告。台北：行政院主計處、內政部編印。
- 行政院經建會(民 82)·中華民國臺灣地區民國 81 至 125 年人口推計·台北：行政院經濟建設委員會人力規劃處編印。
- 行政院主計處、內政部(民 83)·中華民國臺灣地區老人狀況調查報告。台北：行政院主計處、內政部編印。
- 江昭興(民 71)·某養老院內老人疾病型態之先驅研究·公共衛生，9(3)，364-370。
- 吳大偉(民 86)·養護機構老年人士氣的研究·高雄醫學院行學科學研究所碩士論文。
- 吳淑瓊、張明正(民 86)·台灣老人健康照護之現況分析·台灣省家庭計劃研究所台灣老人研究叢刊系列(六)。

邱亨嘉(民 82)·我國老年長期照護機構之規劃研究·行政院衛生署委託研究計劃。

邱亨嘉、蕭世槐、毛莉雯、劉宏文(民 83)·排灣族老人之健康狀況研究—與閩南籍老人比較·高醫醫誌，10，412-421。

林英(民 87)·安養機構老人的希望和社會支持探討·國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文。

邱裕峰、張智仁、葉宗烈(民 80)·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(3)，123-131。

明勇(民 79)·慢性阻塞性肺疾病患者之自我照顧與社會支持之相關性探討·國立國防醫學院護理研究所碩士論文。

洪國雄(民 77)·老年人安養與社會問題·衛生月刊，3(5)，15-18。

徐麗君、蔡文輝(民 80)·老年社會學：理論與應用·台北：巨流。

翁毓秀(民 77)·老人安養與醫務社會工作·台北：中華民國社區發展研訓中心印行。

郭玉燕(民 81)·機構老人生活滿意度與社會支持之研究—以台灣省仁愛之家自費安養老人為例·國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

陳秀女(民 83)·老年糖尿病之自我照顧行為與糖尿病知識、社會支持之相關性研究·國立國防醫學院護理研究所碩士論文。

陳怡君(民 81)·老人多元功能評估模式初探—以高屏地區為例·高雄醫學院

公共衛生學研究所碩士論文。

陸洛(民 83)·功能性社會支持與老人整體健康之相關性研究·行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告。

黃 蓁(民 80)·急性心肌梗塞患者出院後之心理社會調適及其相關因素的初步探討·國立台灣大學護理研究所碩士論文。

許毅貞(民 82)·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·台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。

黃璉華(民 81)·老人生活滿意度相關因素之因徑分析研究·護理雜誌,39(4), 37-47。

游秀珍(民 83)·內科住院老年病人之憂鬱及其相關因素探討·國立國防醫學院護理研究所碩士論文。

張素紅(民 85)·老人寂寞與自覺健康狀況、社會支持之相關性研究·高雄醫學院護理研究所碩士論文。

傅振宗、曾良達、李志成(民 77)農村社區老人的 CES-D 憂鬱分數之相關因素探討·台灣醫學會雜誌, 87(3), 365-368。

鄒琇菊(民 83)·敬老院老人睡眠品質與健康狀況之探討·國防醫學院護理研究所碩士論文。

楊瑞珍(民 81)·自費安養機構老人的健康照顧需要及其相關因素之探討·國立臺灣大學護理研究所碩士論文。

楊瑞珍、黃璉華、胡幼慧、白璐(民 84)·自費安養機構老人的自覺健康狀況·護理研究，3(4)，353-363。

劉淑娟(民 80)·老人一定是憂鬱的嗎？台北護專學報，8，65-72。

鄭雪英(民 87)·基隆地區扶養機構老人健康狀況與生活照顧之探討·公共衛生，24(4)，235-249。

鄭惠信、史麗珠、謝瀛華、盧成皆(民 84)·老年人憂鬱因子之相關研究·內科學誌，6，125-134。

蔡蕙如(民 83)·自費安養機構老人遵醫囑服藥行為及其相關因素的探討·台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。

謝瀛華、鄭惠信、張利中(民 81)·六十五歲以上健診老人之家庭支持及其憂鬱及痴呆傾向之相關研究·公共衛生，19(1)，86-92。

## 英文部份

Auslander, G. K., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-ratings of health among the elderly. Journal of Aging and Health, 3, 493-510.

Badger, T. A. (1993). Physical health impairment and depression among older adult. Journal of Nursing Scholarship, 25(4), 325-330.

Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. American Journal of Community Psychology, 9, 435-447.

Barrera, M., & Sandler, I. N. (1984). Toward a multimenthod approach to assessing the effects of social support. American Journal of Community Psychology, 12(1), 37-52.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. A Community of American Journal of Psychology, 14(4), 413-445.

Bazargan, M., Hamm-Baugh, V. P. (1995). The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black persons. Journal of Gerontology, 50, S119-127.

Blazer, D. G. et al. (1988). Depressive symptoms and depressive diagnosis

in a community population. Archives of General psychiatry, 45, 1078-1084.

Blazer, D. G. (1989). Affective disorders in later life in geriatric psychiatry. Washington D.G. American psychiatric press.

Blazer, D. G., & Williams, C. D. (1990). Epidemiology dysphoria and depression in an elderly population. American of Journal Psychiatry, 134(4), 439-444.

Blazer, D. G., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. Journal of Gerontology, 46(6), 210-215.

Byers, P. H. (1993). Hardiness and depression in the institutionalized elderly. Applied Nursing Research, 6(2), 89-91.

Campbell, J. M., & Linc, L. G. (1996). Support groups for visitors of residents in nursing homes. Journal of Gerontological Nursing, 22 (2), 30-35.

Carstensen, L. L., & Erickson, R. J. (1986). Enhancing the social environment of elderly nursing home residents: Are high rates of interaction enough? Journal of Applied Behavior Analysis, 19, 349-355.

Charles, P., & Philippe, L. (1998). Adaptation strategies, depressive symptoms, anxiety and well-being among aged persons living in an institutional setting. Canadian Journal on Aging. 17(1), 40-58.

Cheng, T. A., & Chien, C. P. (1984). Epidemiology of depression: CES-D survey in Taiwan IIIrd Pacific Congress of Psychiatry, Seoul.

Choi, N. G., & Wodarski, T. S. (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? Social Work Research, 20(1), 52-63.

Chwalisz, K. D. et al. (1988). Qualitative versus Quantitative social support as a predictor of depression in the elderly. Journal of Epidemiology, 17(2), 114-119.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.

Cockerham, W. C., Sharp, K., & Wilcox, J. A. (1983). Aging and perceived health status. Journal of Gerontology, 38(3), 345-355.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(2):310-357.

Commerford, M. C., & Reznikoff, M. (1996). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home resident. The Journal of Psychology, 130(1), 35-50.

Cutrona, C., Russell, D & Rose, J. (1986). Social support and adoption to stress by the elderly. Journal of psychology and Aging, 1(1), 47-54.



Dean, A., Kolody, B., & Wood, P. (1990). Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. Journal of Health and Social Behavior, 31, 148-161.

Dimond, M., Lund, D. A., & Caserta, M. S. (1987). The role of social support. The Gerontological Society of America, 27(5), 599-604.

Dimond, M. et al. (1982). The role of social support in the first year of Bereavement in an elderly Sample. Journal of Epidemiology, 11(3), 35-42.

Eliopoulos, C. (1993). Mental-health problems. In C. Eliopoulos, Gerontological Nursing (3rd ed. , pp.301-319). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Faber, H. J., Brod, M., & Feinbloom, R. I. (1991). Primary family contacts and emotional health in the institutionalized elderly. Family Practice Research Journal, 11(3), 309-317.

Foley et al. (1992). Use of medications by persons 65 and over: Data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. Journal of Gerontology, 47(5), M137-144.

Forster, L. E. & Stoller, E. P. (1992). The impact of social support on mortality. A seven-year follow up of older men and women. Journal of Applied

Gerontology, 11, 173-186.

Foxall, M. J., Barron, C. R., Von Dollen, K., Jones, P. A. & Shull, K. A. (1992). Predictors of loneliness in low vision adults. Western Journal of Nursing Research, 14(1), 86-99.

Gallo, F. (1982). The effect of social support networks on the health of the elderly. Social Work in Health Care, 8(2), 65-74.

Gary, T. P. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. Gerontologist, 37(6), 709-716.

George, L. K. (1978). The impact of personality and social status factors upon levels of activity and psychological welling. Journal of Gerontology, 33(6), 840-847.

Gottlieb, B. H. (1983). Social support strategies: Guidelines for mental Health practice. Beverly Hills, CA: Sage.

Goldberg, E. L., Natta, P. V., & Comstock, G. W. (1985). Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. American Journal of Epidemiology, 121(3), 448-455.

Grant, I., Patterson, T. L., & Yager, J. (1988). Social support in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly.

American Journal Psychiatry, 145, 1254-1258.

Guyatt, G. H., Eagle, D. J., Sackett, B., Willian, A., Griffith, L., & McIlroy, W. (1993). Measuring quality of life in the frail elderly. Journal of Clinical Epidemiology, 46(12), 1433-1444.

Heidrtch, 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.

Heller, K., Swindle, R. W., & Duscunbury, L. (1986). Component of social support process: Comment and integration. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(4), 466-470.

House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.

Huang, L. H. (1988). Life satisfaction of chinese elderly in an urban community of Taiwan. Doctoral Disseration, University of Colorado Health Sciences Center. Denver, Colorado, U. S. A.

Johnson, J. E. (1996). Social support and physical health in the rural elderly. Applied Nursing Research, 9(2), 61-66.

Johnson, J. E. (1998). Stress, social support, and health in fronter elders. Journal of Gerontological Nursing, May, 29-35.

Koening, H. G., Meador, K. G., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1988a). Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. Arch International Medicine, 148(9), 1929-1936.

Krause, N. (1986). Social support, stress, and well-being among older adults. Journal of Gerontology, 41, 512-519.

Krause, N. (1987). Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. The Gerontological Society of America, 27(3), 301-308.

Levitt, M. J. et al. (1983) Social support and well-being in an at-risk elderly population. Journal of Epidemiology, 13(6), 113-119.

Linn, M. W., & Linn, B. S. (1984). Self-evaluation of life function scale: A short, comprehensive self-report of health for elderly adults. Journal of Gerontology, 39(5), 603-612.

Liu, X., Liang, J., & Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in China. Social Science Medicine, 41(8), 1175-1184.

Lough, M. A., & Schank, M. J. (1996). Health and social support among older women in congregate housing. Public Health Nursing, 13(6), 434-441.

Managan, P. T. & Wood, J. (1974). Older adult: A community survey of

health need. Nursing Research, 23(5), 426-432.

Minkler, M. (1985). Social support and health of the elderly. In S. Cohen, & S. L. Syme(Eds.), Social Support and Health(pp.199-215). New York, Academic Books.

Mor-Barak, M. E., Miller, L. S., & Syme, L. S. (1991). Social networks, life events, and health of the poor, frail elderly: A longitudinal study of the buffer versus the direct effect. Family Community Health, 14(2), 1-13.

Myers, G. C. (1990). Demography of aging. In R. H. Bindtcock, L. K. George (Eds.), Handbook of aging and the social science(3rd ed., pp.19-44). NY:Academic press.

Nelson, P. B. (1989). Social support, self-esteem, and depression in the institutionalized elderly. Issues in Mental Health Nursing, 10, 55-68.

O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. Social Science and Medicine, 26(8), 863-873.

Oxman, T. E., Berkman, L. F., Freeman, D. H., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. American Journal of Epidemiology , 135(4), 356-367.

Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. Journal of

Gerontology, 44(1), M22-29.

Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1992). Depression and mortality among institutionalized elderly. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 47(1), P3-10.

Patterson, B. J. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. Journal of Advanced Nursing, 21, 682-689.

Peker, G. T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: existential predictors of depression in community and institutional elderly. The Gerontologist, 37(6), 709-716.

Pender, N. J. (1987). Social support and health. In N. J. Pender (Eds), Health Promotion in Nursing Practice. (pp. 393-426). California: Appleton & Lange.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: Self-reported depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1(3), 385-401.

Schank, M. J. & Lough, M. A. (1989). Maintaining health and independence of elderly women. Journal of Gerontological Nursing, 15(6), 8-11.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. Social Science and Medicine, 32(6), 705-714.

Steiner, D., & Marcopulos, B. (1991). Depression in the elderly: Characteristics and clinical management. Nursing Clinics of North America, 26(3), 585-600.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23, 145-159.

Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social support and chronically ill individuals. Nursing Clinics of North America, 22(3), 613-620.

Tobin, S.S., & Liberman, M. A. (1976). Last home for the aged. San Francisco: Jossey-Bass.

Valente, S. M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. American Journal of Nursing, 94(12), 19-24.

Vaux, A. (1988). Social support: Theory, Research and Intervention. New York: Greenwood Press.

Weinberger, M., Tierney, W. M., Booner, P., & Hinder, S. L. (1990). Social support, stress and functional status in patients with osteoarthritis. Social Science Medicine, 30(4), 503-508.

Wholte, C. A. (1994). Depression and factors of psychological well-being in the elderly. University of Illinois at Chicago, Health Sciences

Center.

Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relations. In Z. Rubin, In doing unto others, (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen, & S. L. Syme, In Social Support and Health, (pp. 61-82). Orlando: Academic Press.



## 附錄一

### 專家效度名單(按姓氏筆劃順序排列)

---

姓名	職稱
吳麗芬 博士	臺中榮民總醫院護理部督導
葉淑惠 博士	私立高雄醫學院護理系副教授

---

## 附錄二

各位先生、女士您好：

為了瞭解您在安養機構居住期間內的社會支持、身體健康及憂鬱情形，研究者特擬定此研究進行調查。有了您資料的提供，可以做為我們日後照護機構內住民的參考依據，提供更確切的護理措施。

本研究不會對您目前的生活與照顧有任何影響，所收集的資料僅供學術研究之用，大約花費三十分鐘填寫，我們逐一念題目，您只需口頭回覆即可，竭誠希望您能參與，提供真實的情況與感受，我們將採不記名的方式，並對您的內容絕對保密。您可以拒絕參與本研究，也可於進行中退出，我們隨時尊重您的權益，如果您願意，口頭答應即可。最後再次謝謝您的合作，並祝您身體健康！

私立中山醫學院醫學研究所護理組

研究生 葉瓊蘭

## 附錄三

### 壹、基本資料

個案編號

受訪者姓名

1. 性別

女性

男性

2. 年齡

65-69 歲

70-79 歲

80 歲或以上

3. 籍貫

本省

外省

其他

4. 婚姻狀況

未婚

已婚/同居;配偶在大陸

喪偶

離婚/分居

5. 子女個數

無

一個

兩個

三個或以上

6. 教育程度

無

小學肆, 畢業

國中肆, 畢業

高中肆, 畢業

大專以上

7. 經濟來源

退休金

平常積蓄

子女

政府補助

8. 入家前職業

軍

- 公
- 教
- 農
- 工
- 商
- 家管(無)

9. 住進機構原因

- 無子女
- 子女無法照顧
- 不想打擾子女
- 其他原因

10. 入機構前居住情形

- 夫妻同住
- 與子女同住
- 與他人同住
- 獨居

11. 居住在機構的時間

- 半年~一年
- 一年以上~三年
- 三年以上~五年
- 五年以上~十年
- 十年以上

## 附錄四

### 社會支持

一.以下問題是想瞭解這半年中內，在日常生活中，誰能提供您支持、安慰及協助，請您就實際情形，圈選以下題目。

1. “從不”：表示從未有過。
2. “偶而”：表示偶而有過，但不是經常。
3. “經常”：表示常常如此。

※無支持來源者予以刪除計分，無此問題者以0分計分。

#### 二.支持的滿意度

1=不滿意，2=無所謂，3=滿意。

	<u>子女</u>	<u>親戚</u>	<u>朋友</u>	<u>院友</u>	<u>社工</u>	<u>醫護人員</u>	滿意度
	從偶經 不而常	從偶經 不而常	從偶經 不而常	從偶經 不而常	從偶經 不而常	從偶經 不而常	
1.傾聽您訴說您的心事。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.當您心情不好時，可以安慰您。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.在您遭遇緊急的狀況時，可以陪伴您。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.與您談一些有趣的事。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.與您共渡愉快的時光。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.陪您從事您喜歡的活動。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.讓您知道，若需要幫忙可找他尋求協助。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.提供您健康方面的建議或訊息。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.提供您交通上的協助。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.借出或給您，除金錢以外，您所需的物質。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 附錄五

### 身體健康

下列問題是有關於您對自己身體健康的看法，請勾選適當的答案。

1. 在過去六個月中，有多少天您感覺到不舒服，以致於無法繼續日常活動？
  - 3-6 個月
  - 大於 1 個月，小於 3 個月
  - 1 星期-1 個月
  - 少於 1 星期
  - 沒有
2. 除住院外，在過去六個月中，您共看過幾次醫師？
  - 12 次以上
  - 10-12 次
  - 7-9 次
  - 4-6 次
  - 0-3 次
3. 在過去六個月中，有多少天您曾因身體健康問題而住院？
  - 3-6 月
  - 大於 1 個月，小於 3 個月
  - 1 星期-1 個月
  - 少於 1 星期
  - 沒有
4. 除了目前所接受的醫療照顧外，您是否還需要其他的醫療照顧？
  - 是
  - 否
5. 在過去一個月中您是否服用藥物？
  - 是
  - 否
6. 您是否患有下列疾病？
  - 關節炎或風濕
  - 青光眼
  - 白內障
  - 氣喘
  - 肺氣腫
  - 結核病
  - 高血壓
  - 心臟疾病
  - 四肢循環障礙

- 糖尿病
- 消化系統潰瘍
- 胃腸疾病
- 肝病
- 腎病
- 泌尿道疾病
- 癌症
- 白血病
- 貧血
- 中風
- 巴金森氏症
- 癲癇
- 腦性麻痺
- 肌肉萎縮
- 小兒麻痺
- 甲狀腺疾病
- 皮膚疾病

7. 這些疾病對您的活動影響有多大？

- 影響很大
- 一些影響
- 沒有影響

8. 您的身體是否患有癱瘓、殘障、骨折或是喪失功能情形？

- 全身癱瘓
- 部份癱瘓
- 肢體殘障或無功能
- 骨折、痛風
- 沒有

9. 您的眼睛如何？

- 全盲
- 不好
- 普通
- 好
- 很好

10. 您是否有抽煙的習慣？

- 是(一天 \_\_\_ 包，一星期 \_\_\_ 包)
- 否

11. 您是否有喝酒的習慣？

是(一天 \_\_\_ 次，一星期 \_\_\_ 次)

否

12. 您是否規律的作一些運動？

是

否

13. 整體來說，您認為您目前的健康狀況如何？

不好

普通

很好

14. 您認為目前的健康狀況與您五年前的健康狀況相比有何差異？

較差

一樣

較好

15. 您的健康狀況，對於您自己想做事情影響多大？

影響很大

有一些影響

沒有影響



## 附錄六

### 憂鬱

請選擇一項最能代表您過去一星期內的生活感受或行為表現的答案。

0：沒有或極少〈每週一天以下〉

1：有時候〈每週1—2天〉

2：時常〈每週3—4天〉

3：經常〈每週5—7天〉

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