

中國醫藥學院護理學研究所

碩士論文

中文題目：老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活
品質相關性之探討

英文題目：The relationships among Perceived
Health Status, Depression, and Quality
of Life in the Older Veterans

研究生：趙珮璇

指導教授：陳玉敏 副教授

中華民國 92 年 7 月 16 日

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

由於醫療科技的進步、公共衛生的普及、平均壽命的延長及生育比例的下降，使得台灣人口的結構正逐年高齡化。根據世界衛生組織（WHO）的定義，65 歲以上人口佔總人口的 7% 以上，即屬於高齡化國家。台灣於民國 82 年 9 月老年人口比例已達到 7.02 %，至民國 90 年 4 月，老年人口已達 8.67 %（內政部，2002）。此外，根據內政部人口政策委員會（1999）推估，至民國 120 年時老年人口比例更高達 19.7%，所以人口老化將是我國二十一世紀必須面對的重要議題。為了因應人口結構快速老化所衍生的社會現象，關懷老人、重視老人已明顯的成為我國當前社會發展的重要目標之一（林，2000）。因此如何讓我國的老人活得久也要活得好，獲得良好的生活品質，將是我們共同努力的方向與目標。

民國三十四年，隨著當時國民政府由大陸遷徙來台的外省籍人口共有 100 多萬人，其中有 60 多萬人是屬於軍人的身份，60 多萬大軍退伍成為榮民後，至民國 88 年，存活的榮民近 37 萬人，佔全台灣 65 歲以上老年人口比例約 22%（陳，1999）。根據行政院退輔會（1998）調查顯示，老榮民人數佔台閩地區男性老年人口高達 40.1%，由此可知，老榮民是屬高數量的男

性老年人口族群。老榮民的世代歷史，經過了許多的大小戰役，度過了無數的生死交關，見證了權威到民主的政治改革，之前的文獻多以時代環境為背景的史事記錄，卻很少有人注意到這群老榮民在畢生軍旅生活之後，他們現在老年生活品質為何呢？老榮民經歷不同的歷史事件及生活經驗，所以在認知價值觀念上與社會文化行為上，與其他的社會群體相比較，是有相當大的差異及區隔的（胡，1990），加上大多數老榮民的特性是低社會階層、年老體衰（范、萬，1995）及 35 % 具有憂鬱傾向（杜，1996），這些情況都會直接或間接影響老榮民的生活品質（萬、張、張，1997）。

陳（1995）之研究結果顯示，有 31.8 % 老榮民自覺健康狀況良好，8.2 % 老榮民自覺健康狀況較差，80 % 的老榮民患有一種以上的慢性病。杜（1996）研究中指出，老榮民平均每人罹患有 1.94 種疾病，罹患疾病之種類主要分別為高血壓（32.4%）、腸胃道疾病（24%）及關節痛（23.3%），其中關節痛的人有 18.4% 會影響個人日常活動，並且有 1.1% 起床後關節僵硬超過一小時以上，這些對其生活品質的影響甚大。

隨著身體功能的老化、社會環境的變遷、家庭互動及文化價值的改變，造成老人出現壓抑情緒及適應障礙的情形，所以老人心理衛生的問題日趨重要（呂、林，2000），憂鬱症是老年人口中常見的心理問題（Anderson, 2001; Martin & Haynes, 2000）。而大多數的老榮民是低官階退伍，在一般人的印象中屬於「弱勢少數」的一群，因為他們不同的文字語言、不同的文化背

景及矛盾的圖騰情感，所以在和其他社會族群的互動關係上，呈現出區隔性大於接觸性的情形，也同時產生不圓滿的家庭生活、婚姻關係及社會互動（胡，1990），其中更高達 35% 的老榮民有憂鬱的傾向（杜，1996）。罹患憂鬱症老人通常會因心態的不平衡，開始對自己生活的意義及樂趣產生否定或是懷疑（周，2000），進而影響老人生活滿意度及生活品質，甚至出現自傷、自殺等社會問題。這些情況都會造成老人生活品質的下降及醫療成本的增加。

國內醫療健康團隊人員多半重視老人身體疾病的防治，但如何促進老人生理及心理健康，老年生活才會過的好，更有品質——那將是從事老人族群的醫療相關專業人員，共同要努力的方向與目標。因此本研究擬探討老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之相關性，期藉此有助於從事老人族群的醫療及社福相關專業人員，提供最適切的照護及輔導服務，以使老榮民能擁有良好的生活品質並安享晚年。

第二節 研究的重要性

目前國內與老榮民相關的研究仍不多見，到民國 91 年底，在全國博碩士論文摘要檢索系統中，有關老榮民的研究僅有 3 篇（王，2001；林，1999；張，1996），其研究內容包括老榮民的生活經驗、家庭關係及生活品質，研究方法都是採用質性研究的方式。在中華民國期刊論文索引影像系統中，

有關老榮民的研究僅有 1 篇（萬、張、張，1997），其研究主題是軍旅生活對居住安養機構老榮民生活品質之影響，研究方法亦是採用質性研究的方式。綜合上述文獻，在國內老榮民的研究中，較少以量性的方法來進行調查研究，也因此無法針對老榮民的相關議題，作較廣泛的評估及探究。或許再過 10-20 年以後，一生貢獻戰場、服務國家的「老榮民」，即將日漸凋零及消逝，並且走入歷史成為歷史名詞之一，但是不論就人口的數量、歷史的意義及社會的責任而言，身為從事老人族群的醫療相關專業人員，更應加以關懷與重視老榮民的相關議題。

本研究擬以老榮民為研究對象，探討他們的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之相關性。本研究貢獻在於建立老榮民的本土性研究資料，對於走過權威服從的軍旅生活之榮民族群，留下相關學術研究資料。研究結果可以提供從事老人族群的醫療相關專業人員，瞭解老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之現況及其相關性，可作為相關研究及健康促進照護評估與計畫之依據，並可以提供行政院退輔會對於擬定老榮民的健康衛生福利政策之參考依據。如此才能滿足老榮民的生理、心理及社會需求，並透過個別化及人性化的照護模式，達到整體性的照護目標。

第三節 研究目的

本研究之目的如下：

1. 探討老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的概況。
2. 探討老榮民的基本屬性與自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之關係。
3. 探討老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的相關性。
4. 探討老榮民生活品質之預測因子。

第四節 研究問題及研究假設

根據研究目的，本研究的研究問題如下：

1. 老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質為何？
2. 老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質是否因基本屬性的不同而有所差異？
3. 老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的關係為何？
4. 老榮民生活品質之預測因子為何？

根據以上的研究問題，本研究的研究假設如下：

1. 老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質會因個人基本屬性的不同

而有所差異。

2. 老榮民的憂鬱狀態與自覺健康狀況呈負相關。
3. 老榮民的生活品質與自覺健康狀況呈正相關。
4. 老榮民的生活品質與憂鬱狀態呈負相關。

第五節 名詞界定

本研究各主要名詞之定義如下：

- 1.老榮民：指年滿 65 歲以上，民國 34 年以後隨政府由大陸遷台，已經退役之外省籍軍人，並且領有由行政院國軍退除役官兵輔導委員會所發製的榮譽國民証(簡稱榮民証)者。
- 2.自覺健康狀況：指個人對於自己的健康作一個整體性的評估 (Svedberg, Lichtenstein, & Pedersen, 2001)。本研究對於老榮民的自覺健康狀況是以自擬量表測之，由受試者自評目前健康狀況、比較現在與一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。
- 3.憂鬱狀態：本研究中對於老榮民的「憂鬱狀態」是指主觀描述的負向症狀，使用鄭泰安博士(1985)所翻譯的 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) 中文量表來評量，得分越高者表示其憂鬱

症狀越強。

5. 生活品質：採 World Health Organization(WHO)對生活品質的定義為「個人在所生活的文化價值體系中，對於自己生活的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，生活品質包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念及環境等六大範疇」(引自姚，2000)。本研究對於老榮民生活品質的測量乃以台灣簡明版 World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) 的問卷來評量個人最近二星期內，在生理健康、心理、社會關係、環境四大範疇的主觀感受，得分越高者表示其生活品質越好。

第二章 文獻探討

本章針對研究目的，就老榮民的時代背景及人口特性、老人的自覺健康狀況、老人的憂鬱狀態、老人的生活品質，及老人自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的相關性等五個部份，來進行文獻查證，最後並呈現本研究之研究架構。

第一節 老榮民的時代背景及人口特性

1949年12月7日中國國民黨主政的中華民國政府棄守中國大陸，撤退來到台灣。從1949年到1952年的3年間，隨國民黨政權流亡進入台灣的軍民約有200萬人，在1949年到1950年期間的大逃亡，台灣就擁入了約100多萬軍民，其中約有60多萬是軍人（李，2001）。老榮民是一群特殊的族群，在國家歷史動盪的時代，長期為國奉獻犧牲，到了老年還活在戰爭的陰影下，歷史的慘烈戰爭，使得他們不僅歷經戰爭的悲劇及離鄉的痛苦，還要面對無處著根的苦境，背負著外省人的刻板印象及對國家認同的圖騰情感（黃，1997），心中是充滿無奈、憤怒、無助的情緒，並且在台灣落地生根至今已50幾年。

「榮民」是榮譽國民的簡稱，對於退役的外省籍軍人而言，是蔣中正老

總統賜予他們的尊稱，感念他們在抗日、剿匪等戰役中流血流汗的事績。榮民的法定名稱為「退除役官兵」，其所指的對象是退除役官兵輔導條例第二條所規定者：(一)依法退役之軍官，(二)依兵役法第 49 條志願在營服役之士官士兵，依法退伍除役者，(三)服士兵士官役，因作戰受傷以致成為殘廢，於除役後生計艱難需長期醫療或就養者。國軍退除役官兵輔導條例施行細則第二條更明確的規定，上述條例第一款中所謂依法除役，是指服役滿 10 年者，第二款則是指民國 38 年隨軍來台之大陸省籍老榮民，並不包含義務役人員(行政院退輔會，1998)。目前台灣榮民約有 55 萬餘人，其中 65 歲以上者約有近 36 萬人，老榮民共佔榮民總人口數的 64.8%，其退伍階級以士官兵佔最多，共佔 61.2% (行政院退輔會，2002)。這些低官階退伍的老榮民，一方面認同權力核心的意識型態而受到某些優惠的保障，另一方面卻處於社會中低社經地位的階層(呂，1997；胡，1990)，他們是一群即將從台灣社會消逝的老人，也可以算是台灣社會中具歷史意義的族群之一。

在老榮民的思想教育及價值觀念中，不斷地被灌輸對中國山河的感情及對國家領袖的效忠，強調「反共復國」及「勿忘在莒」的觀念(李，2001)，所以老榮民在思想上，仍主觀否認自己由「大陸人」轉變為「台灣人」，或是認為自己是「大陸人」也是「台灣人」的想法，因為轉變自己成為「台灣人」將意指自己與中國大陸分離，這些大陸來台的老榮民拒絕這種思想

上的轉變，形成老榮民在台灣與其他族群關係的區隔性大於接觸性（胡，1990）。老榮民的生命歷程中充滿了戰事的波折及離鄉的痛苦，許多人的命運受到當時政權變動的影響，心中是充滿許多無奈及失落的情緒（陳，1999）。

陳（1995）針對中部某榮民之家的老榮民進行研究調查，其研究結果顯示，8.2% 覺得健康情況不佳，其中有 80% 以上患有慢性病，最主要的慢性病分別是高血壓、慢性支氣管炎、關節炎、腸胃病及心臟病等。杜（1996）研究結果顯示，南部某榮家住民特性以單身男性為主、教育程度低、98% 無子女照顧、35% 有憂鬱傾向、44.3% 懷疑有失智症、73% 視力不良、72% 聽力障礙、73.2% 目前正使用藥物治療、平均每人有 1.94 種慢性病、48% 表示在榮家之內沒有好朋友。65 歲以上的老榮民其住院率、住院費用、住院天數、全年醫療費用、全年住院天數、住院次數都高於 65 歲以下的榮民（朱，2000）。老榮民的人口特性是低社會階層、語言隔閡、缺乏支持網絡、年老體衰（范、萬，1995）。由上述文獻可以了解，大部分老榮民是具有一種以上的慢性病、老化造成感知功能障礙、社會支持網絡不足、具有憂鬱傾向及醫療使用的成本較高的老人族群。

老榮民與其他族群是具有區隔性，並且社會階層較低、有語言隔閡、缺乏支持網絡及年老體衰。在特殊的時代環境下，他們經歷許多的戰役事績及不同的生活經驗，離開家鄉之後又在台灣生活了 50 多年，心中大多充滿

無奈及失落的情緒。加上他們因為老化或是疾病所帶來的較差的健康狀況及情緒狀態，這些對老榮民晚年生活品質的影響又是什麼呢？以上情形是本研究要探究的重點。

第二節 老人的自覺健康狀況

「自覺健康狀況」是指個人對於自己的健康作一個整體性的評估（Svedberg, Lichtenstein, & Pedersen, 2001），自覺健康狀況結合個人獨特的價值體系，對自己的健康狀況作一番總結（Bjorner et al., 1996）。Camacho 表示自覺健康狀況經常被視為測量健康狀態的工具，其回答方式大多是詢問受試者，依其對自己整體性的健康狀況，以非常好、好、尚可、不好、非常不好的方式來勾選（引自 Bosworth et al., 1999）。自覺健康狀況比客觀的健康評估更會影響個人的生活品質（Spiro & Bosse, 2000），甚至可以作為預測健康照護的使用率（Bath, 1999）、住院率（Mutran & Ferraro, 1988）及死亡率的指標之一（唐等，1999；Idler & Benyamini, 1997）。近年來有越來越多探討健康照護服務的研究，都以自覺健康狀況作為服務對象之健康成果評量的工具（Bosworth et al., 1999），所以自覺健康狀況在評量個人的健康狀態上，具有相當重要的地位。

老人的自覺健康狀況可以正確反映出其客觀的健康狀態，亦可以作為長

期追蹤老人健康狀態的變化，對老人而言，自覺健康狀況是屬於高穩定性的健康評量指標之一（Fillenbaum, 1979; Leinonen, Heikkinen, & Jylha, 2002）。自覺健康狀況是推估老人健康狀態最好的方式，但是卻會受到環境及記憶的影響，所以老人自覺健康狀況的評量最好是以一年來作為時間切割點（Manderbacka & Lundberg, 1996），如此，才可以獲得較可信的老人自覺健康狀況評量結果。

不同的族群對健康的定義及期待會有所不同，也會影響他們自覺健康狀況的評量（Hoeymans, Feskens, Kromhout, & Geertrudis, 1999）。大部分的臨床醫師通常會以老人的身體功能，來作為分類老人健康狀態的依據，但是老人較喜歡以自己對於健康的想法和期待，及自己的年齡變化，用自覺健康狀況的方式，來表達自己目前的健康狀態（Manderbacka & Lundberg, 1996）。在老人族群中，自覺健康狀況的評量仍存在有個別的差異性（Roberts, 1999）。在評量老人的自覺健康狀況，應考量其對於健康的主觀感受及滿意程度，如此一來，才能了解老人族群的異質性。

健康狀況的評量可以分成主觀及客觀層面，綜合上述文獻，老人健康狀況的評量會受到其對健康想法及期待的影響，並且老人的自覺健康狀況可以正確反映出其客觀的健康狀態，老人的自覺健康狀況比客觀的健康評估更會影響個人的生活品質，所以本研究以自覺健康狀況來測量老人的健康狀態。

第三節 老人的憂鬱狀態

憂鬱是老年人口中常見的心理問題之一（Anderson, 2001; Martin & Haynes, 2000）。憂鬱在老人族群的盛行率調查，會因不同的研究方法、研究工具及受試者特性而產生不同的結果。根據估計，美國將近有 10-40% 的社區老人，曾有過憂鬱症狀的經驗（Martin & Haynes, 2000; Valente, 1994），在安養機構或護理之家的老人，罹患憂鬱症狀的比例則為 12-50%（Bell & Goss, 2001; Burrows et al., 1995）。台灣社區老人憂鬱的盛行率，根據不同的調查發現，分別是 31.3%（呂、林，2000）及 57%（Wang, 2001）。就性別方面，老年婦女憂鬱症狀的盛行率比男性更高出 1-1.5 倍（呂、林，2000; Doris, 2002; Silverstein, 2002; Wang, 2001）。所以，憂鬱在老人族群中，是屬於一個高盛行率的心理問題。

Clayton 指出「憂鬱」可以代表一種情緒、症狀、症候群或是疾病（引自呂、林，2000）。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，其症狀包括：無法專注、悲觀、無助及經常想到死亡，憂鬱的心情也常會造成負向的自我評價（楊，1999）。許多文獻指出，如果老人憂鬱沒有獲得正確評估及適當的治療，就會導致社交隔離、孤獨寂寞、生活品質不良、增加身體失能及罹病的機會、甚至造成自殺率及死亡率增

加的情況(呂 林, 2000; Bell & Goss, 2001; Goodnick, 1997; Lee, Choi, & Lee, 2001; Robison, Gruman, Gaztambide, & Blank, 2002; Simon, Vonkorff, & Barlow, 1995)。因此，老人憂鬱是一個不容忽視的心理問題。

造成老人憂鬱的原因有很多，包括喪失自尊、失去重要他人、失去有意義的角色功能、減少與社會互動的機會、身體功能下降、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等 (王，1998；黃，2000；Reker, 1997)。一般而言，老人與其他年齡層的人在憂鬱症狀的表現上是有所不同的，最明顯的差異是老人憂鬱較會出現身體化的症狀，例如慢性疼痛及慮病症狀(廖、葉、柯、駱、盧，1995；Bell & Goss, 2001; Doris, 2002; Smith & Maurer, 1995)。老人憂鬱常被視為人生晚年變化的自然反應，也常被解釋為一個正常及不可避免的過程，因此，醫療人員對老人憂鬱產生不正確的認知及不適當的診斷，使得社區老人的憂鬱，易處於沒有獲得正確的評估及適當的治療的情況(Anderson, 2001)。老人憂鬱較少以典型的情緒性憂鬱症狀呈現，大多以非典型的身體化及行為性憂鬱症狀呈現，這些情況使得老人憂鬱在鑑別診斷上更顯困難(張、張，1997; Blake, 1995; Doris, 2002)。張(2000)指出，老人憂鬱通常與身體疾病有較高的共罹患率，其臨床的症狀表現，也呈現出多樣化、不典型，這些情況常常致使老人憂鬱被嚴重忽略。

根據以上文獻，我們可以清楚了解憂鬱症狀在社區老人的發生率及盛行

率，經常出現被基層醫療人員低估的現象，但是對於專業醫療人員而言，憂鬱所帶來的嚴重後果將不容忽視，所以老人憂鬱是一個刻不容緩、急需探究的老人健康相關議題。

第四節 老人的生活品質

McKeon 指出生活品質的概念要追溯到上古西方的哲學家 Aristotle，他認為生活品質是一種幸福快樂的感受；是上帝的慈悲，賜與一個人善良的靈魂並且使他健康快樂地生活與工作（引自 Zhan, 1992）。於 1976 年，Campbell Converse 和 Rodgers 以 WHO 所解釋的「健康」定義來作為依據，首度正式提出「生活品質」就是個人的生活經驗，並且需要個人本身做評量（引自 Corless, Nicholas, & Nokes, 2001）。從此之後，生活品質的概念才漸漸受到學者的注意及討論。

生活品質是一個相當複雜的概念，文獻中對於生活品質的研究報告相當多，但是至今對於生活品質的定義分歧，並未有統一的解釋（Haas, 1999）。Meeberg（1993）表示生活品質應有主觀、客觀的指標，這樣才能同時了解個人所處的情境，及其對目前情境的主觀感受。Arnold（1991）和 Haas（1999）亦指出，生活品質應廣泛地包括個人主觀的感受及客觀的部分。Ferrans 和 Powers（1985）卻認為生活品質是個人對幸福的感受，與個人對生活中自覺

重要的各個部份滿意度有關，這不僅強調個人所體驗的滿意程度，亦考量這些範疇對個人本身的重要性。於 1991 年，WHO 展開了研究生活品質的計劃，並將生活品質定義為個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受與個人生活的目標、期望、標準、關心等方面有關，包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念及環境等六大範疇（引自姚，2000）。綜合上述文獻，生活品質包括個人主觀的感受及客觀的部分，但是，也有一些學者卻認為生活品質是個人在自己的生活環境中對於各層面的主觀感受。

隨著年齡增長，正常的老化過程常會伴隨著各種不同程度的功能退化，身體的病痛也會造成日常生活的功能障礙，這些日常生活的功能退化及障礙，會造成老人生活品質惡化（Asakawa, Koyano, Ando, & Shibata, 2000）。對老人而言，生活品質是指個人主觀在所生活的經歷中，感受生理、心理及靈性上良好的狀態，所以，保持自尊、維持生活的愉悅及安適是很重要的（Hunter, 1992）。老人隨著老化過程會出現身體功能的退化與障礙及日常社會功能的喪失，進而產生許多心理上的失落感受，加上老人的人生經驗與生活感受是充滿複雜性的，故對老人生活品質的評量應以整體性的角度，來了解老人對其生活範圍中自覺重要部分的感受。

第五節 老人自覺健康狀況、

憂鬱狀態及生活品質的相關性

自覺健康狀況是一種健康狀態的測量方式，常被廣泛的使用於老人的健康評估中（Jylha, Guralnik, Balfour, & Fried, 2001）。有學者們針對設籍台中市 65 歲以上的老人，依年齡和性別作為分層系統取樣的方法，完成有效樣本為 446 人，進行老人自覺健康狀態及其影響因素的研究，研究結果發現預測老人自覺健康狀態不佳最強的因子為憂鬱症(唐等, 1999) 黃(1999) 採用調查研究法，以高雄市列管之獨居老人名冊為對象，透過家庭訪視訪談 100 名獨居老人，進行社區獨居老人身體、心理及社會功能之探討，研究結果發現社區獨居老人憂鬱傾向與自覺健康狀況呈現負相關，即表示自覺健康狀況越好者之憂鬱傾向越低；憂鬱傾向之最顯著預測因子為自覺健康狀況。

生活品質對於老人的意義是保持自尊、維持生活的愉悅及安適狀態（Hunter, 1992）維持良好的健康狀況是老人保持自尊及促進安適狀態的方式之一（Kaplan, Newsom, McFarland, & Lu, 2001; Koltyn, 2001）。健康的主觀感受及滿意程度，對於老人之生活品質具有高度的預測力及影響力（Corral & Abaira, 1995; Oleson, 1992）。梁（2001）以立意取樣方式針對居住台北士林區 65-84 歲老人，進行社區老人生活品質及其相關因素之探討，共收得有效樣本 151 人，研究結果發現社區老人自覺健康狀況與生活品質呈現正相關，即表示社區老人自覺健康狀況越好，則其生活品質越佳。林

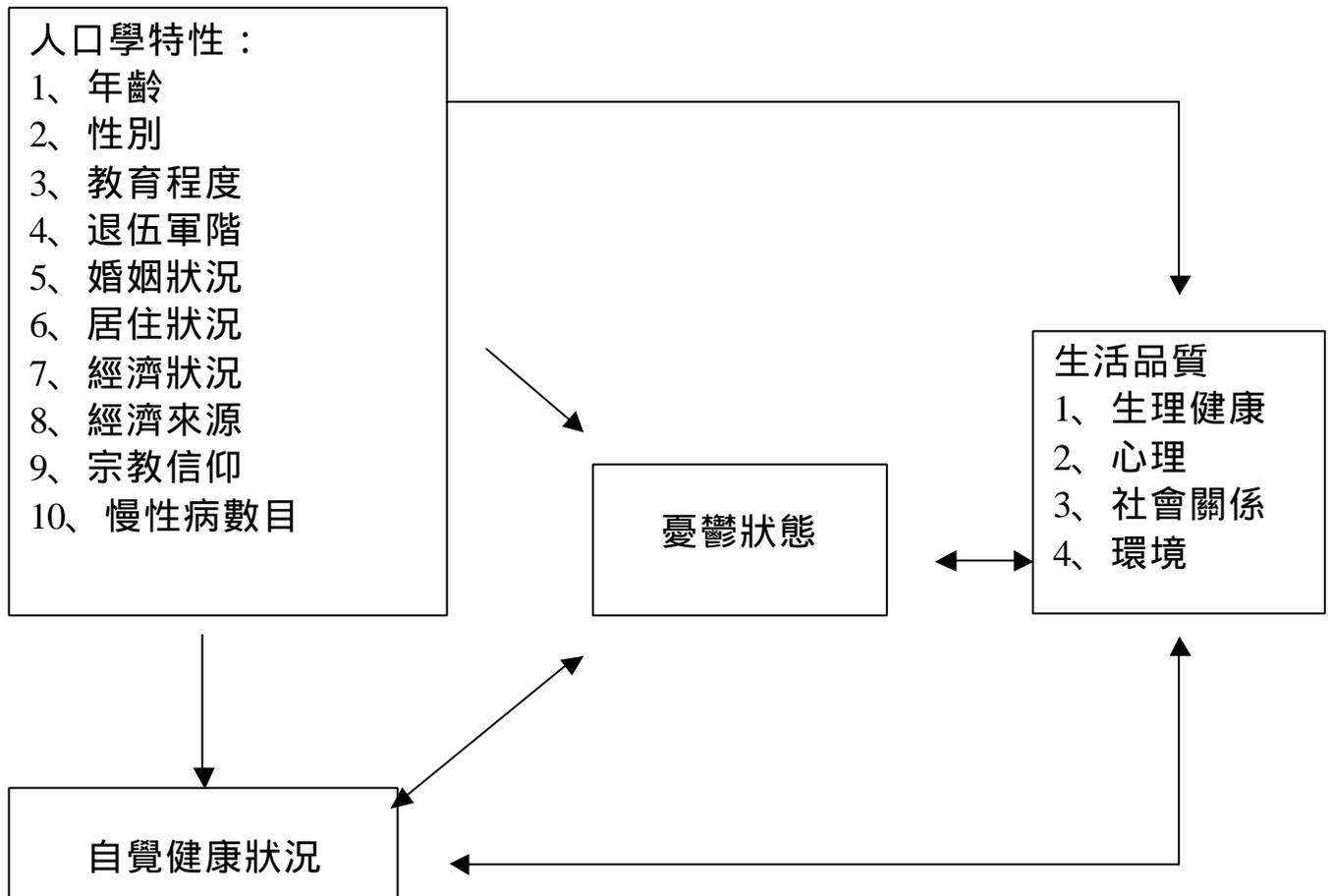
(2002) 以立意取樣方式針對 308 位社區老人生活品質及其相關因素做探討，研究結果發現社區老人自覺健康狀況可以作為生活品質的預測因子。

憂鬱是老人族群中最常見的心理問題 (Anderson, 2001)。學者們透過探討社區老人憂鬱及其相關因素，並建議發展適當的介入措施，以期提升老人生活品質 (王, 2000; 呂、林, 2000)。徐 (2001) 針對設籍並實際居住台北士林區 65 歲以上的獨居老人，以立意取樣方式，進行社區獨居老人生活品質及其相關因素之探討，共收集有效樣本 79 人，研究結果發現社區獨居老人自覺健康狀況越差，則其生活品質越差；憂鬱程度越高者，則其生活品質越差。劉 (2001) 採立意取樣方式針對士林區 65 歲以上的老人，進行社區老人生活品質及其相關因素之探討，研究結果發現社區老人憂鬱狀態可以作為生活品質的預測因子。

綜合上述文獻，老人自覺健康狀況與憂鬱狀態呈現負相關，老人自覺健康狀況與生活品質呈現正相關；老人憂鬱狀態與生活品質呈現負相關。在老人自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的相關性研究中，大多是以探討社區老人族群為主，鮮少專門針對社區榮民老人作探究重點，基於老人異質性的觀點，實有必要積極增加社區榮民老人自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之現況及其相關性研究，以建立相關研究及健康促進照護評估與計畫之依據，並可以提供行政院退輔會對於擬定老榮民的健康衛生福利政策之參考依據。

第六節 研究架構

根據文獻查證及研究目的，形成本研究之研究架構。架構探討內容是榮民基本屬性、自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的關係。基本屬性會影響自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質；自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間具有相關性。本研究之概念架構圖示如下：



第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究採相關性 (correlational) 研究設計，使用結構性問卷調查，由研究者親自與研究對象採面對面的訪談方式收集資料，目的為探討老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的相關性。

第二節 研究對象

一、收案對象及收案場所

本研究採方便取樣 (convenience sampling)，個案來源為台中市榮民服務處所登記有案的眷村。本研究之收案標準如下：

1. 年滿 65 歲以上者。
2. 領有由行政院國軍退除役官兵輔導委員會所發製的榮譽國民証者。
3. 意識清楚，沒有任何精神疾患。
4. 認知功能正常。
5. 能使用國語或台語與人溝通。
6. 可以自行活動。
7. 非居住於長期照護機構者。

二、倫理考量

凡符合收案條件之老榮民，研究者先詳細說明研究目的與研究方法，徵求老榮民本人同意後，進行問卷填答。對於不願參加研究的老榮民，研究者完全尊重其意願，不進行任何問卷填答。在問卷填答過程中，研究者隨時觀察老榮民的反應及詢問老榮民的意見，若老榮民感覺疲倦，可以隨時休息。當老榮民感到有任何身體不適的話，研究者則暫停問卷填答過程，並鼓勵老榮民說出自己的感受。此外，老榮民可以主動要求終止或是暫停問卷填答過程。研究者並對老榮民說明研究資料結果僅供學術研究之用途，絕不對外公布個人資料以作他用，以使老榮民能放心回答並真實表達其感受。

第三節 研究工具

本研究是採用結構式問卷調查，問卷內容包括基本資料、自覺健康狀況量表、憂鬱狀態量表及生活品質量表，各量表之說明如下：

一、基本資料：

共 10 題，包括年齡、性別、教育程度、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況、經濟來源、宗教信仰及慢性病罹患情形，最後慢性病罹患

情形再轉計成慢性病罹患數目，來做資料的統計分析（參見附錄三）。

二、自覺健康狀況量表：

以自擬量表測之，由受試者自評目前健康狀況、比較現在與一年前健康狀況的改變、比較自己目前與其他相同年齡者之健康狀況。以 Likert 式五分法來評定其自覺健康狀況之程度，1 分代表「非常不好」，2 分代表「不好」，3 分代表「普通」，4 分代表「好」，5 分代表「非常好」，總分範圍是 3-15 分，得分越高者表示其自覺健康狀況越好（參見附錄三）。

三、憂鬱狀態量表：

採用鄭泰安博士所翻譯之美國流行病學研究中心憂鬱量表 CES-D（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale）之中文版（Chien & Cheng, 1985），該量表內容共有 20 題關於憂鬱症狀的陳述。此量表之作答方式，是詢問受訪者於過去一星期內，是否具有憂鬱症狀，採用四點計分法，分別為 0 分：沒有或極少（每週一天以下）；1 分：有時候（每週一至二天）；2 分：時常（每週三至四天）；3 分：經常（每週 5 至 7 天）。量表中第 4、8、12、16 題為反向陳述，故予以反向計分，總分為 0-60 分。一般是以 16 分作為切割點（呂、林，2000），0-15 分表示沒有憂鬱，16-20 分表示有輕度憂鬱，21-30 分表示有中度憂鬱，大於 30 分表示有重度憂鬱（參見附錄三）。

CES-D 憂鬱量表應用於社區老人之內在一致性信度 Cronbach's 係數

為 0.79(蔡 陳 蔡, 2001) 0.86(林 李 劉, 1995)及 0.87-0.89(黃, 2000), 其折半信度為 0.91 (傅、曾、李, 1988), 間隔兩週的再測信度為 0.93 (黃, 2000)。Chien 及 Cheng (1985) 以 16 分作為篩檢憂鬱症的切割點, 應用此量表於區辨社區病人及非病人, 量表的敏感度 (區辨真正罹病病人的機率) 特異性 (區辨真正非罹病病人的機率) 及誤失率 (真正罹病的病人誤判為非罹病病人, 或是真正非罹病的病人誤判為罹病病人的機率) 分別為 92.0 %、91.0 %、8.2 %。有國外研究應用此量表針對 281 位社區民眾, 亦是以 16 分作為篩檢憂鬱症的切割點, 量表的敏感度、特異性分別為 87 % 及 92 % (Lyness et al., 1997)。

四、生活品質量表：

生活品質之測量係採用「世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版」(世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組, 2001), 此量表內容是由世界衛生組織生活品質問卷簡明版 (WHOQOL-BREF) 英文版之 26 個題目, 再加上 2 項本土性題目而成, 含蓋了生理健康、心理、社會關係及環境等四個範疇。量表共計有 28 題, 以最近二星期作為時間參考點 (time reference) (參見附錄三)。

問卷計分方面, WHOQOL-BREF 問卷中每一題皆是採用五分計量, 每題評定分數為 1-5 分, 在 28 個題目中, 第 3、4、26 題為反向陳述, 需要反向

轉換計分。WHOQOL-BREF 台灣版問卷的計分方式，除了各題有各自的得分外，還可將同範疇內的層面題分數相加平均後乘以四成為範疇得分(domain score)，用此方式，則每個範疇得分的範圍是 4-20 分，得分越高表示生活品質越好。

此量表曾被使用於台灣北部、中部、南部和東部進行調查，受試者共計 1017 人。問卷信度部份，整體問卷的內部一致性 Cronbach's 係數為 0.91；四個範疇的內部一致性 Cronbach's 係數，生理健康為 0.76、心理為 0.70、社會關係為 0.72 及環境為 0.77 (世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組，2001)。量表也曾被使用於台灣北部社區老人，受試者共計 151 人，問卷信度部份，整體問卷的內部一致性 Cronbach's 係數為 0.92，四個範疇的內部一致性 Cronbach's 係數，生理健康為 0.89、心理為 0.78、社會關係為 0.73 及環境為 0.78 (梁，2001)。於再測信度方面，發展小組從台灣北、中、南、東四家教學醫院收集了 142 位受訪者的資料，受訪者大多數來自醫院門診的病患，在經過二到四星期後，進行第二次問卷資料的收集，四個範疇的再測信度方面，生理健康為 0.80、心理為 0.76、社會關係為 0.78 及環境為 0.80(世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組，2001)。

在問卷效度部份，以皮爾森相關係數檢測各題目與所屬範疇間之相關 r 值介於 0.53-0.78 ($p < 0.01$)，各範疇間之相關 r 值介於 0.51-0.63 ($p <$

0.01), 表示其內容效度是相當好的(世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組, 2001)。在效標關連效度方面, 各題目與問卷的前兩題測綜合生活品質(G1)與一般健康狀態(G4)的題目間之相關性, 分別介於 0.19-0.52 及 0.18-0.47 之間, 這些相關值皆達統計上的顯著水準 ($p < 0.01$); 各範疇與問卷的前兩題測綜合生活品質(G1)與一般健康狀態(G4)的題目間之相關性, 分別介於 0.45-0.58 及 0.36-0.60 之間, 這些相關值亦皆達統計上的顯著水準 ($p < 0.01$)。在建構效度方面, 採用探索性因素分析, 將 26 個題目(不含測綜合生活品質與一般健康狀態的 G1 及 G4 兩題)分別以主成分分析法或主因子分析法來作因素分析, 進行斜交轉軸(promax rotation)後同原量表萃取出四個範疇, 分別是生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇及環境範疇, 皆可解釋約 73% 的變異量(世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組, 2001)。世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版, 為來自許多不同領域的專家學者參與研究而成, 發展過程相當嚴謹, 量表具有良好的信效度檢定, 由於上述特性, 本研究以世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版作為研究工具。

第四節 研究工具的信效度

本研究所採用之憂鬱狀態及生活品質二個量表, 在國內或國外都有應

用於社區老人的研究中，並且具有良好信效度的檢定結果，因此本研究未再進行專家內容效度之檢測，僅於正式施測前進行 10 名個案的問卷預測 (pilot study)，以檢定量表之表面效度及內在一致性信度。

在表面效度方面，包括檢測量表之文字描述的流暢性及清晰度。預測後，基本資料之問卷內容中，因為退除給與的題目與經濟來源的題目有相同之處，所以刪除退除給與的題目。此外，因為經濟來源中並未加上銀行利息及房屋租金所得的部分，所以將此增列入選項中。此部分之第三項修改為原慢性病類別選項中並未列上老人常見的老花眼疾病別，所以在慢性病類別選項中新增老花眼的疾病別。在自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之問卷內容部分，由於老榮民表示文字描述清晰易懂，所以問卷內容並未加以修正。基本資料之問卷內容經修正後，便進行正式施測。

在內在一致性信度方面，是以 Cronbach's α 係數檢定量表的內在一致性。經檢定本研究自覺健康狀況量表之 Cronbach's α 值於預測部分為 0.91，正式施測部分為 0.80，故結果顯示此量表之內在一致性良好。經檢定本研究憂鬱狀態量表之 Cronbach's α 值於預測部分為 0.78，正式施測部分為 0.88，故結果顯示此量表之內在一致性良好。經檢定本研生活品質量表中生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇及整體性問卷之 Cronbach's α 值於預測部分，分別為 0.85、0.76、0.60、0.84 及 0.84，正式施測部分，分別為 0.88、0.82、0.74、0.79 及 0.84，故結果顯示此量

表之內在一致性良好（見表 3-1）。在效標關連效度方面，問卷預測只收集 10 名個案的問卷資料，樣本數目太少，故效標關連效度僅在正式施測部分進行檢測。生活品質量表中生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇與綜合生活品質(G1)的相關 r 值分別為 0.42、0.55、0.52 及 0.52，這些相關值皆達統計上的顯著水準 ($p < 0.01$)；生活品質量表中生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇與一般健康狀態(G4)的相關 r 值分別為 0.75、0.68、0.59 及 0.58，這些相關值亦皆達統計上的顯著水準 ($p < 0.01$)，故結果顯示生活品質量表有良好之效標關連效度（見表 3-2）。

表 3-1 各量表之信度

量表名稱	預測之 Cronbach's ($n = 10$)	正式施測之 Cronbach's ($n = 100$)
------	-----------------------------------	--------------------------------------

自覺健康狀況量表	0.91	0.80
憂鬱狀態量表	0.78	0.88
生活品質量表		
生理健康範疇	0.85	0.88
心理範疇	0.76	0.82
社會關係範疇	0.60	0.74
環境範疇	0.84	0.79
整體性量表	0.84	0.84

表 3-2 生活品質量表中 G1、G4 與各範疇間之相關

次量表名稱	G1 正式施測 ($n = 100$)	G4 正式施測 ($n = 100$)
生理健康範疇	0.42 ^{**}	0.75 ^{**}
心理範疇	0.55 ^{**}	0.68 ^{**}
社會關係範疇	0.52 ^{**}	0.59 ^{**}
環境範疇	0.52 ^{**}	0.58 ^{**}

註：^{**} $p < 0.01$

第五節 資料收集過程

一、 預測階段

此階段之目的在檢定問卷之表面效度、內在一致性信度，以及估計個案回答問卷所需之時間，並預先發現可能遭遇之問題以便修正。

研究者依照台中市榮民服務處取得之眷村名冊，根據地緣及住民退伍軍階的分佈特性選取一個眷村（參見附錄四），並親自到眷村徵求里長同意後進行老榮民的訪視。由於顧及老榮民之體力及感官功能的限制，問卷內容可由研究者口述，再由老榮民回答。對於識字及身體功能較佳之老榮民，則徵詢其意見，可由老榮民自行閱讀及填答，或由研究者口述後，老榮民再回答。問卷共對 10 位老榮民進行預測，回答一份問卷所需的時間約 40 分鐘。問卷之表面效度及內在一致性信度的檢測結果，已敘述於前一節中。

二、 正式施測

研究者自 91 年 12 月 25 日起至 92 年 2 月 28 日止，依照台中市榮民服務處所取得的眷村名冊，考量地緣及住民退伍軍階之特性，選取五個眷村（參見附錄四），並和該眷村所屬的里長或榮民服務處服務組長進行聯絡。研究者先向里長或服務組長自我介紹，說明研究動機、研究目的與重要性、研究過程及問卷來源。待得到里長或服務組長同意後，研究者和里長或服務組長一起到眷村，在里長或服務組長的協助之下，介紹研究者給老榮民認識，並由研究者向老榮民說明研究目的及回答問卷所需耗費的時間。取

得老榮民同意之後，研究者先和老榮民間話家常，提供關懷，以建立信任的關係，並且藉此評估老榮民的意識狀態及認知功能，當確定老榮民意識清楚、認知功能正常及可以使用國語或台語與人溝通，就開始正式之問卷填答。

第六節 資料統計與分析

本研究以 SPSS/PC 10.0 套裝軟體進行統計分析，所使用的統計方法包括（表 3-3）：

一、描述性統計：

以次數、百分比，及平均值、標準差，描述研究之人口學特性及各量表之得分與分佈情形。

二、推論性統計：

1. 依據自變數之組數，二組則選擇獨立樣本 t 檢定 (t-test)；三組或三組以上則使用單因子變異數分析 (one-way ANOVA)，以探討不同的基本屬性之樣本在自覺健康狀況量表及生活品質量表得分之差異。
2. 進行變異數分析後，若 F 值達到顯著水準 ($p < 0.01$)，再以薛費氏多重事後比較法 (Scheffe's post hoc multiple comparison)，檢定平均數間具有差異的組別。

3. 以卡方檢定 (Chi-Square test) 檢測憂鬱症之有無，是否因基本屬性組別之不同而有差異。
4. 將各量表以皮爾森積差相關係數 (Pearson's product-moment correlation coefficient)，檢定自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間之相關性。
5. 使用逐步複迴歸(stepwise multiple regression)，找出生活品質之預測因子。

表 3-3 資料分析的目的與統計方法

目 的	統計分析方法
1.老榮民基本屬性之描述與分析	次數、百分比、平均值、標準差
2.老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質量表得分	平均值、標準差
3.老榮民基本屬性與自覺健康狀況及生活品質量表之關係	t 檢定、單因子變異數分析、薛費氏多重事後比較法
4. 老榮民基本屬性與憂鬱狀態量表之關係	卡方檢定
5.老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的相關性	皮爾森積差相關係數
6.老榮民生活品質之預測因子	逐步複迴歸

第四章 研究結果

本研究結果，依據研究目的分成下列數節加以說明：第一節為老榮民的基本屬性，第二節為老榮民的自覺健康狀況，第三節為老榮民的憂鬱狀態，第四節為老榮民的生活品質，第五節為老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質與基本屬性之關係，第六節為老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間之關係，第七節為老榮民生活品質的預測因子之分析。

第一節 老榮民的基本屬性

本研究採方便取樣，以老榮民作為研究對象，由研究者至眷村選擇符合收案標準且願意回答問卷之老榮民，使用問卷收集的方式來進行收案，共收集有效樣本 100 位。

研究對象之基本屬性如表 4-1 所示，年齡分佈在 68 至 87 歲之間，平均年齡為 78.9 歲(SD = 6.8)，以 75-84 歲者所佔的比例 74% 為最多；性別方面，男性佔 100%；教育程度方面，以識字但未接受正式教育者佔 38% 為最多；退伍軍階方面，以士官級佔 60% 為最多；婚姻狀況以已婚佔 62% 為最多；居住狀態方面，以只和配偶同住者佔最多 44%；經濟狀況方面，以

剛好足夠者最多佔 82%；經濟來源方面，以退休金、儲蓄或保險給付佔最多 90%；宗教信仰方面，無宗教信仰者佔 66% 為最多；慢性病數目方面，由 0-8 種不等，以具有 2 種慢性病數者佔最多為 25%（表 4-1）。

表 4-1 老榮民基本屬性之分佈 (N = 100)

變 項	分 類	人數 (n)	百分比 (%)
年齡 (歲)	65-74	15	15
	75-84	74	74
	85 以上	11	11
性別	男	100	100
	女	0	0
教育程度	不識字	5	5
	識字但未接受正式教育	38	38
	小學	20	20
	初中 (含) 以上	27	27
退伍軍階	將官	5	5
	校官	18	18
	尉官	17	17
	士官	60	60
婚姻狀況	已婚	62	62
	單身 / 未婚	35	35
	離婚	3	3
居住狀況	獨居	39	39
	只和配偶同住	44	44
	和子女同住	3	3
	和配偶及子女同住	14	14
經濟狀況	不足	8	8
	剛好足夠	82	82
	小康	10	10
	富裕	0	0

續表 4-1 老榮民基本屬性之分佈 (N = 100)

變 項	分 類	人數 (n)	百分比 (%)
經濟來源 (可複選)	子女奉養(含媳婦 女婿)	3	
	退休金 儲蓄或保險給付	90	
	政府救助或津貼	10	
宗教信仰	無	66	66
	基督教	4	4
	天主教	1	1
	道教	3	3
	佛教	25	25
	一般民間信仰	1	1
慢性病數目	0	9	9
	1	15	15
	2	25	25
	3	19	19
	4	20	20
	5	4	4
	6	4	4
	7	2	2
	8	2	2

第二節 老榮民的自覺健康狀況

老榮民之自覺健康狀況，是以自擬量表測之，以 Likert 1-5 等級加以評量，共 3 題，總分為 3-15 分，得分越高，則表示老榮民之自覺健康狀況越好。研究結果發現，老榮民自覺健康狀況之整體平均得分為 8.42 分 (SD = 1.84) (表 4-2)，每題得分平均值介於 2.53 分至 2.96 分 (表 4-3)。就各題來看，在自覺目前整體健康狀況的題目中，老榮民回答目前的整體健康狀況是「非常不好」、「不好」的比例分別佔 2% 及 27%，老榮民回答目前的整體健康狀況是「普通」的比例佔 50%，老榮民回答目前的整體健康狀況是「好」、「非常好」的比例分別佔 18%、3%。在自覺目前的健康狀況與一年前相比的題目中，老榮民回答目前的整體健康狀況與一年前相比是「不好」、「普通」及「好」的比例分別佔 55%、37% 及 8%。在自覺和同年齡的人相比，自己的健康狀況如何的題目中，老榮民回答是「非常不好」、「不好」的比例分別佔 1% 及 23%，老榮民回答是「普通」的比例佔 56%，老榮民回答是「好」、「非常好」的比例分別佔 19% 及 1% (表 4-3)。

表 4-2 老榮民自覺健康狀況及憂鬱狀態量表之得分情形 (N = 100)

量表名稱	題數	總分	得分範圍	平均值 ±標準差
自覺健康狀況量表	3	15	4-14	8.42 ±1.84
憂鬱狀態量表	20	60	1-41	15.46 ±6.70

表 4-3 老榮民自覺健康狀況量表之得分情形 (N = 100)

題目	得分百分比 (%)					平均值 ±標準差
	1	2	3	4	5	
1. 您覺得您目前的整體健康狀況如何	2	27	50	18	3	2.93 ±0.81
2. 您覺得您目前健康狀況與一年前相比如何	0	55	37	8	0	2.53 ±0.64
3. 您覺得和同年齡的人相比，自己的健康狀況如何	1	23	56	19	1	2.96 ±0.71

註：得分 1-非常不好，得分 2-不好，得分 3-普通，得分 4-好，得分 5-非常好。

第三節 老榮民的憂鬱狀態

研究結果發現，老榮民憂鬱狀態之整體得分介於 1-41 分，平均得分為 15.46 分 (SD = 6.7) (表 4-2)，其中小於或等於 15 分者佔 63%，大於或等於 16 分者佔 37%。就各題部分，每題得分平均值介於 0.09 分至 2.85 分 (表 4-4)，得分最高的題目為「我對未來充滿希望」(M = 2.85, SD = 0.48)，有 11% 的老榮民回答「經常」、 \downarrow 「時常」、 \downarrow 「有時候」，有 89% 的老榮民回答「沒有或極少」；得分最低的題目為「我覺得別人不喜歡我」(M = 0.09, SD = 0.29)，有 91% 的老榮民回答「沒有或極少」，9% 的老榮民回答「有時候」(表 4-4)。

表 4-4 老榮民憂鬱狀態量表之得分情形 (N = 100)

題 目	平均值± 標準差	序位
原來不介意的事，最近竟然會困擾我	0.48 ± 0.69	6
我的胃口不好，不想吃東西	0.38 ± 0.62	8
即使有親友的幫忙，我還是無法拋開煩惱	0.17 ± 0.40	12
我覺得我跟別人一樣好 *	2.70 ± 0.77	2
我做事時無法集中精神	0.17 ± 0.45	12
我覺得悶悶不樂	0.49 ± 0.61	5
我做任何事都覺得費力	0.23 ± 0.55	11
我對未來充滿希望 *	2.85 ± 0.48	1
我認為我的人生是失敗的	0.35 ± 0.59	9
我覺得恐懼	0.26 ± 0.58	10
我睡的不安寧	0.68 ± 0.84	4
我是快樂的 *	2.62 ± 0.81	3
我比平日不愛說話	0.15 ± 0.39	14
我覺得寂寞	0.43 ± 0.71	7
人們是不友善的	0.14 ± 0.38	15
我享受了生活的樂趣 *	2.62 ± 0.87	3
我需要痛哭	0.16 ± 0.53	13
我覺得悲傷	0.23 ± 0.53	11
我覺得別人不喜歡我	0.09 ± 0.29	16
我缺乏幹勁	0.26 ± 0.52	10

註：1. * 表示此題為正向題，其平均值、標準差均為反向計分後所求之數值。

2. 此量表各題之得分越高者，表示其憂鬱症狀越強。

3. 具有相同平均值的題目，則列為相同之得分序位。

4. 得分 0-沒有或極少，得分 1-有時候，得分 2-時常，得分 3-經常。

第四節 老榮民的生活品質

研究結果發現，老榮民生活品質中四個範疇之得分情形，以生理健康範疇得分最高為 13.14 分 (SD = 2.49)；次為環境範疇得分 12.32 分 (SD = 1.58)；接著為心理範疇得分 12.23 分 (SD = 2.10)；得分最低的是社會關係範疇為 12.19 分 (SD = 2.10) (表 4-5)。就整體生活品質各項題目而言，每題得分平均值介於 2.59 分至 3.61 分 (表 4-5)，得分最高的題目為「您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？」(M = 3.61, SD = 0.99)，有 59% 的老榮民回答「完全沒有妨礙」、 「有一點妨礙」，有 16% 的老榮民回答「極妨礙」、 「很妨礙」；得分最低的題目為「您享受生活嗎？」(M = 2.59, SD = 0.88)，只有 14% 的老榮民回答「極享受」、 「很享受」，有 46% 的老榮民回答「完全沒有享受」、 「有一點享受」。

在整體性的題目方面，老榮民在整體評價生活品質的平均得分為 3.02 分 (SD = 0.51) (表 4-5)，有 74% 的老榮民評價生活品質為「中等程度好」、有 14% 的老榮民評價生活品質為「好」，有 12% 的老榮民評價生活品質為「不好」。老榮民在整體滿意自己的健康的平均得分為 2.89 分 (SD = 0.79)

(表 4-5), 有 32% 的老榮民表示「極不滿意」, 「不滿意」自己的健康, 有 46% 的老榮民表示「中等程度滿意」自己的健康, 有 22% 的老榮民表示「滿意」、「極滿意」自己的健康。

表 4-5 老榮民生活品質量表之得分情形 (N = 100)

項 目	總得分 平均值	分項 平均值	標準差 (SD)	範圍 (range)	總量表 序位	次量表 序位
1. 整體評價生活品質		3.02	0.51			
2. 整體滿意自己的健康		2.89	0.79			
生理健康範疇	13.14	3.29	2.49	6-17		
3. 身體疼痛會妨礙處理需要做的事 *		3.61	0.99		1	1
4. 需要靠醫療的幫助應付日常生活 *		3.45	1.08		3	2
18. 滿意自己的工作能力		3.29	0.70		5	3
17. 滿意自己從事日常生活的能力		3.28	0.70		6	4
16. 滿意自己的睡眠狀況		3.16	0.84		11	5
15. 四處行動的能力好嗎		3.13	0.86		13	6
10. 每天的生活有足夠的精力		3.08	0.54		16	7
心理範疇	12.23	3.06	2.10	7-18		
26. 常有負面的感受 *		3.59	0.78		2	1
19. 對自己滿意		3.21	0.62		8	2
7. 集中精神的能力		3.12	0.62		14	3
11. 能接受自己的外表		3.06	0.58		17	4
6. 覺得自己的生命有意義		2.78	0.84		20	5
5. 享受生活		2.59	0.88		23	6
社會關係範疇	12.19	3.05	2.10	5-17		
22. 滿意朋友給您的支持		3.19	0.61		9	1
20. 滿意自己的人際關係		3.18	0.69		10	2
27. 覺得自己有面子或被尊重		2.95	0.74		18	3
21. 滿意自己的性生活		2.87	0.79		19	4
環境範疇	12.32	3.08	1.58	8-16		
28. 想吃的食物通常都能吃到		3.40	0.71		4	1
23. 滿意自己住所的狀況		3.24	0.49		7	2
24. 滿意醫療保健服務的方便程度		3.14	0.40		12	3
25. 滿意所使用的交通運輸方式		3.14	0.38		12	4
8. 日常生活中感到安全		3.11	0.85		15	5
9. 所處的環境健康		3.11	0.76		15	6
13. 方便得到每日生活所需的資訊		3.06	0.69		17	7
12. 足夠的金錢應付所需		2.76	0.64		21	8
14. 有機會從事休閒活動		2.75	0.82		22	9

註：1. * 表示此題為反向題，其平均值、標準差均為反向計分後所求之數值。

2. 此量表各題之得分越高者，表示其生活品質越好。
3. 具有相同平均值的題目，則列為相同之得分序位。

第五節 老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態 及生活品質與基本屬性之關係

本節主要探討老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質中四個範疇與基本屬性之關係，二元變項以 t-檢定分析，多變項則以單因子變異數分析進行檢定，當組間差異達統計上顯著水準 ($p < 0.01$)，再以薛費氏事後比較法，比較各組之差異。

一、自覺健康狀況與基本屬性之關係：

研究結果顯示自覺健康狀況量表之得分不因婚姻狀況、居住狀況、宗教信仰不同，而有顯著的差異；但會因年齡、教育程度、退伍軍階、經濟狀況、慢性病數目，而呈現組別間顯著的差異。在年齡部分，65 歲至 74 歲老榮民之自覺健康狀況得分高於 75 歲至 84 歲的老榮民。在教育程度部分，初中（含）以上的老榮民，其自覺健康狀況得分高於小學及小學以下之老榮民。在退伍軍階部分，將官級之自覺健康狀況得分高於士官級及尉官級。在經濟狀況部分，經濟狀況小康者其自覺健康狀況得分高於經濟狀況不足

及剛好足夠者，經濟狀況剛好足夠者其自覺健康狀況得分高於經濟狀況不足者。在慢性病數目部分，未罹患慢性病之老榮民其自覺健康狀況得分高於具有 1-2 種、3-4 種及 5 種（含）以上慢性病數目者，具有 1-2 種慢性病數目者其自覺健康狀況得分高於具有 3-4 種慢性病數目者（表 4-6）。

二、憂鬱狀態與基本屬性之關係：

研究結果顯示研究對象有無憂鬱症不會因年齡、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況、宗教信仰及慢性病數目不同，而有統計上顯著的差異；但會因教育程度、退伍軍階之不同，而呈現統計上顯著的差異（表 4-7）。

三、生活品質中生理健康次量表與基本屬性之關係：

研究結果顯示生理健康範疇之得分不因教育程度、婚姻狀況、居住狀況及宗教信仰不同，而有顯著的差異；但會因年齡、退伍軍階、經濟狀況、慢性病數目，而呈現組別間顯著的差異。在年齡部分，65 歲至 74 歲老榮民之生理健康範疇得分高於 75 歲至 84 歲的老榮民。在退伍軍階部分，將官級之生理健康範疇得分高於士官級。在經濟狀況部分，經濟狀況小康者其生理健康範疇得分高於經濟狀況不足及剛好足夠者，經濟狀況剛好足夠者其生理健康範疇得分高於經濟狀況不足者。在慢性病數目部分，未罹患慢性病之老榮民生理健康範疇得分高於慢性病數目 3-4 個及 5 個（含）以上者，慢性病數目 1-2 個者其生理健康範疇得分高於慢性病數目 3-4 個及 5 個（含）以上者（表 4-8-1）。

四、生活品質中心理次量表與基本屬性之關係：

研究結果顯示心理範疇之得分不因教育程度、宗教信仰及慢性病數目不同，而有顯著的差異；但會因年齡、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況，而呈現組別間顯著的差異。在年齡部分，65 歲至 74 歲老榮民之心理範疇得分高於 75 歲至 84 歲的老榮民。在退伍軍階部分，校官級之心理範疇得分高於尉官級及士官級，將官級之心理範疇得分高於尉官級及士官級。在婚姻狀況部分，已婚之老榮民在心理範疇得分高於非已婚者。在居住狀況部分，非獨居之老榮民在心理範疇得分高於獨居者。在經濟狀況部分，經濟狀況剛好足夠者其心理範疇得分高於經濟狀況不足者，經濟狀況小康者其心理範疇得分高於經濟狀況剛好足夠者及經濟狀況不足者（表 4-8-2）。

五、在生活品質中社會關係次量表與基本屬性之關係：

研究結果顯示社會關係範疇之得分不因年齡、宗教信仰及慢性病數目不同，而有顯著的差異；但會因教育程度、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況，而呈現組別間顯著的差異。在教育程度部分，老榮民教育程度是初中（含）以上者其社會關係範疇得分高於小學以下者。在退伍軍階部分，校官級之社會關係範疇得分高於尉官級及士官級，將官級之社會關係範疇得分高於尉官級及士官級。在婚姻狀況部分，已婚之老榮民在社會關係範疇得分高於非已婚者。在居住狀況部分，非獨居之老榮民在社會關係

範疇得分高於獨居者。在經濟狀況部分，經濟狀況剛好足夠者其社會關係範疇得分高於經濟狀況不足者，經濟狀況小康者其社會關係範疇得分高於經濟狀況剛好足夠者及經濟狀況不足者（表 4-8-3）。

六、生活品質中環境次量表與基本屬性之關係：

研究結果顯示環境範疇之得分不因教育程度、婚姻狀況及居住狀況不同，而有顯著的差異；但會因年齡、退伍軍階、宗教信仰、經濟狀況、慢性病數目，而呈現組別間顯著的差異。在年齡部分，65 歲至 74 歲老榮民之環境範疇得分高於 75 歲至 84 歲及 85 歲以上的老榮民。在退伍軍階部分，校官級之環境範疇得分高於尉官級及士官級，將官級之環境範疇得分高於尉官級及士官級。在宗教信仰部分，有宗教信仰之老榮民在環境範疇得分高於無宗教信仰者。在經濟狀況部分，經濟狀況剛好足夠者其環境範疇得分高於經濟狀況不足者，經濟狀況小康者其環境範疇得分高於經濟狀況剛好足夠者及經濟狀況不足者。在慢性病數目部分，老榮民慢性病數目 1-2 個者其環境範疇得分高於慢性病數目 3-4 個者（表 4-8-4）。

表 4-6 老榮民基本屬性與自覺健康狀況之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 或 F	Scheffe's test
年齡				F = 4.9**	
1 65-74	15	9.60	1.76		1 > 2
2 75-84	74	8.11	1.56		
3 85 以上	11	8.91	2.88		
教育程度				F = 5.1**	
1 小學以下	43	8.12	1.55		3 > 1
2 小學	20	7.75	1.68		3 > 2
3 初中 (含) 以上	37	9.14	2.03		
退伍軍階				F = 5.2**	
1 士官	60	8.10	1.64		4 > 1
2 尉官	17	8.18	1.81		4 > 2
3 校官	18	9.00	1.81		
4 將官	5	11.00	2.24		
婚姻狀況				t = 1.3	
1 已婚	62	8.61	1.85		
2 非已婚	38	8.11	1.80		
居住狀況				t = -1.7	
1 獨居	39	8.03	1.83		

2 非獨居	61	8.67	1.81		
宗教信仰				t = -2.3	
1 無	66	8.12	1.71		
2 有	34	9.00	1.95		
經濟狀況				F = 11.7***	
1 不足	8	6.50	1.60		2 > 1
2 剛好足夠	82	8.38	1.59		3 > 1
3 小康	10	10.30	2.26		3 > 2

續表 4-6 老榮民基本屬性與自覺健康狀況之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 或 F	Scheffe's test
慢性病數目				F = 11.6***	
1 0 個	9	10.89	1.62		1 > 2
2 1-2 個	40	8.80	1.86		1 > 3
3 3-4 個	39	7.77	1.16		1 > 4
4 5 個 (含) 以上	12	7.42	1.88		2 > 3

** p < 0.01, *** p < 0.001

表 4-7 老榮民基本屬性與憂鬱狀態之關係 (N = 100)

變項	量表得分 ≤ 15 分 量表得分 ≥ 16		2
	人數	人數	
年齡			
65-74	10	5	0.69
75-84	45	29	
85 以上	8	3	
教育程度			
小學以下	21	22	8.97*
小學	12	8	
初中 (含) 以上	30	7	
退伍軍階			
士官	30	30	12.88**
尉官	12	5	
校官	16	2	
將官	5	0	
婚姻狀況			
已婚	38	24	0.21
非已婚	25	13	

居住狀況			
獨居	25	14	0.03
非獨居	38	23	
宗教信仰			
無	42	24	0.03
有	21	13	
經濟狀況			
不足	2	6	5.45
剛好足夠	54	28	
小康	7	3	

續表 4-7 老榮民基本屬性與憂鬱狀態之關係 (N = 100)

變項	量表得分 < 15 分 量表得分 > 16		2
	人數	人數	
慢性病數目			
0 個	7	2	3.28
1-2 個	28	12	
3-4 個	22	17	
5 個 (含) 以上	6	6	

* p < 0.05, ** p < 0.01,

表 4-8-1 老榮民基本屬性與生活品質生理健康範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
年齡				F = 11.23 ^{***}	
1 65-74	15	15.62	1.27		1 > 2
2 75-84	74	12.59	2.43		
3 85 以上	11	13.45	2.11		
教育程度				F = 4.16	
1 小學以下	43	12.45	2.06		
2 小學	20	13.03	3.18		
3 初中(含)以上	37	14.01	2.33		
退伍軍階				F = 4.26 ^{**}	
1 士官	60	12.62	2.46		4 > 1
2 尉官	17	13.08	2.13		
3 校官	18	14.22	2.35		

4 將官	5	15.77	2.16		
婚姻狀況				t = -0.05	
1 已婚	62	13.13	2.55		
2 非已婚	38	13.16	2.41		
居住狀況				t = -0.23	
1 獨居	39	13.07	2.47		
2 非獨居	61	13.19	2.52		
宗教信仰				t = -2.33	
1 無	66	12.74	2.39		
2 有	34	13.93	2.52		
經濟狀況				F = 9.46***	
1 不足	8	10.57	2.27		2 > 1
2 剛好足夠	82	13.13	2.33		3 > 1
3 小康	10	15.31	2.03		3 > 2

續表 4-8-1 老榮民基本屬性與生活品質生理健康範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
慢性病數目				F = 13.79***	
1 0 個	9	16.06	1.01		1 > 3
2 1-2 個	40	13.94	2.31		1 > 4
3 3-4 個	39	12.31	1.91		2 > 3
4 5個(含)以上	12	11.00	2.58		2 > 4

** p < 0.01, *** p < 0.001

表 4-8-2 老榮民基本屬性與生活品質心理範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
年齡				F = 6.81 ^{**}	
1 65-74	15	13.96	2.20		1 > 2
2 75-84	74	11.88	1.89		
3 85 以上	11	12.24	2.28		
教育程度				F = 4.02	
1 小學以下	43	11.61	1.60		
2 小學	20	12.33	1.89		
3 初中(含)以上	37	12.90	2.51		
退伍軍階				F = 10.69 ^{***}	
1 士官	60	11.79	1.71		3 > 1
2 尉官	17	11.49	2.10		3 > 2
3 校官	18	13.44	2.20		4 > 1

4 將官	5	15.73	0.60		4 > 2
婚姻狀況				t = 3.25 ^{**}	
1 已婚	62	12.74	2.16		
2 非已婚	38	11.40	1.71		
居住狀況				t = -3.41 ^{**}	
1 獨居	39	11.38	1.77		
2 非獨居	61	12.78	2.12		
宗教信仰				t = -1.43	
1 無	66	12.02	1.99		
2 有	34	12.65	2.26		
經濟狀況				F = 13.75 ^{***}	
1 不足	8	9.83	1.54		2 > 1
2 剛好足夠	82	12.20	1.90		3 > 1
3 小康	10	14.47	1.86		3 > 2

續表 4-8-2 老榮民基本屬性與生活品質心理範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
慢性病數目				F = 3.11	
1 0 個	9	13.85	2.86		
2 1-2 個	40	12.48	1.65		
3 3-4 個	39	11.81	1.60		
4 5個(含)以上	12	11.56	3.40		

^{**} p < 0.01, ^{***} p < 0.001

表 4-8-3 老榮民基本屬性與生活品質社會關係範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
年齡				F = 1.98	
1 65-74	15	13.13	2.59		
2 75-84	74	11.97	2.05		
3 85 以上	11	12.36	1.43		
教育程度				F = 5.53 ^{**}	
1 小學以下	43	11.53	1.59		3 > 1
2 小學	20	12.05	2.26		
3 初中(含)以上	37	13.03	2.29		
退伍軍階				F = 10.32 ^{***}	
1 士官	60	11.68	1.86		3 > 1
2 尉官	17	11.59	2.18		3 > 2
3 校官	18	13.56	1.54		4 > 1

4 將官	5	15.40	1.52		4 > 2
婚姻狀況				t = 3.66 ^{***}	
1 已婚	62	12.76	1.95		
2 非已婚	38	11.26	2.04		
居住狀況				t = -3.66 ^{***}	
1 獨居	39	11.28	2.08		
2 非獨居	61	12.77	1.92		
宗教信仰				t = -2.31	
1 無	66	11.85	2.00		
2 有	34	12.85	2.16		
經濟狀況				F = 14.66 ^{***}	
1 不足	8	9.63	2.72		2 > 1
2 剛好足夠	82	12.17	1.71		3 > 1
3 小康	10	14.40	2.27		3 > 2

續表 4-8-3 老榮民基本屬性與生活品質社會關係範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
慢性病數目				F = 3.11	
1 0 個	9	13.33	2.60		
2 1-2 個	40	12.68	2.23		
3 3-4 個	39	11.56	1.48		
4 5個(含)以上	12	11.75	2.45		

** p < 0.01, *** p < 0.001

表 4-8-4 老榮民基本屬性與生活品質環境範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
年齡				F = 8.70***	
1 65-74	15	13.78	1.72		1 > 2
2 75-84	74	12.05	1.42		1 > 3
3 85 以上	11	12.08	1.46		
教育程度				F = 4.89	
1 小學以下	43	11.97	1.10		
2 小學	20	11.91	1.92		
3 初中(含)以上	37	12.94	1.70		
退伍軍階				F = 12.26***	
1 士官	60	11.85	1.37		3 > 1
2 尉官	17	11.95	1.49		3 > 2
3 校官	18	13.60	1.12		4 > 1

4 將官	5	14.49	1.71		4 > 2
婚姻狀況				t = 2.43	
1 已婚	62	12.61	1.62		
2 非已婚	38	11.84	1.41		
居住狀況				t = -2.40	
1 獨居	39	11.85	1.56		
2 非獨居	61	12.61	1.54		
宗教信仰				t = -2.95 **	
1 無	66	11.99	1.55		
2 有	34	12.94	1.47		
經濟狀況				F = 11.95 ***	
1 不足	8	10.50	1.50		2 > 1
2 剛好足夠	82	12.31	1.38		3 > 1
3 小康	10	13.82	1.82		3 > 2

續表 4-8-4 老榮民基本屬性與生活品質環境範疇之關係 (N = 100)

變項	人數	平均數	標準差	t 值或 F 值	Scheffe's test
慢性病數目				F = 6.64 ***	
1 0 個	9	13.14	1.69		2 > 3
2 1-2 個	40	12.94	1.41		
3 3-4 個	39	11.69	1.24		
4 5個(含)以上	12	11.63	2.07		

** p < 0.01, *** p < 0.001

第六節 老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間之關係

？了解老榮民的自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質中各次量表間之關係，將自覺健康狀況量表、憂鬱狀態量表及生活品質中各次量表進行皮爾森積差相關係數檢定。

研究結果顯示，老榮民之自覺健康狀況量表與憂鬱狀態量表呈現負相關 ($p < 0.01$)，換言之，自覺健康狀況得分越高，憂鬱狀態得分越低。老榮民之自覺健康狀況量表與生活品質中四個次量表間具有顯著正相關 ($p < 0.01$)，即表示自覺健康狀況得分越高，生活品質中的生理健康範疇、心理

範疇、社會關係範疇及環境範疇的得分也越高。老榮民之憂鬱狀態量表與生活品質中四個次量表間具有顯著負相關 ($p < 0.01$), 即表示憂鬱狀態得分越高, 生活品質中的生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇及環境範疇的得分越低 (表 4-9)。

第七節 老榮民生活品質的預測因子之分析

本節主要探討老榮民生活品質各次量表之預測因子, 將老榮民的基本屬性、自覺健康狀況量表、憂鬱狀態量表與生活品質各次量表進行皮爾森積差相關係數、t-檢定、單因子變異數分析等, 分析中達統計顯著意義之所有變項列為自變項, 以逐步複迴歸方式求出生活品質各次量表之迴歸方程式。

以老榮民生活品質中生理健康次量表為依變項, 年齡、退伍軍階、經濟狀況、慢性病數目、自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質中心理範疇、社

會關係範疇、環境範疇為自變項，投入逐步複迴歸分析。研究結果顯示，老榮民生活品質中生理健康範疇顯著的預測因子為「自覺健康狀況」、「環境範疇」及「慢性病數目」，共可以解釋依變項 61.7 % 的變異量，其中「自覺健康狀況」的影響最大。當「自覺健康狀況」及「環境範疇」的得分越高，生活品質中生理健康範疇得分亦越高 ($p < 0.001$)；當「慢性病數目」越多，其生活品質中生理健康範疇得分則越差 ($p < 0.01$) (表 4-10-1)。

以老榮民生活品質中心理次量表為依變項，年齡、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況、自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質中生理健康範疇、社會關係範疇、環境範疇為自變項，投入逐步複迴歸分析。研究結果顯示，老榮民生活品質中心理範疇顯著的預測因子為「社會關係範疇」、「憂鬱狀態」、「環境範疇」及「自覺健康狀況」，共可以解釋依變項 73.7 % 的變異量，其中「社會關係範疇」的影響最大。當「社會關係範疇」、「環境範疇」及「自覺健康狀況」的得分越高，其生活品質中心理範疇得分亦越高 ($p < 0.01$)；當「憂鬱狀態」得分越高，其生活品質中心理範疇得分則越差 ($p < 0.001$) (表 4-10-2)。

以老榮民生活品質中社會關係次量表為依變項，教育程度、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況、自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質中生理健康範疇、心理範疇、環境範疇為自變項，投入逐步複迴歸分析。研究結果顯示，老榮民生活品質中社會關係範疇顯著的預測因子為「心理範

「心理範疇」及「環境範疇」，共可以解釋依變項 61.5 % 的變異量，其中「心理範疇」的影響最大。當「心理範疇」及「環境範疇」的得分越高，其生活品質中社會關係範疇得分也會越高 ($p < 0.01$) (表 4-10-3)。

以老榮民生活品質中環境次量表為依變項，年齡、退伍軍階、宗教信仰、經濟狀況、慢性病數目、自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質中生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇為自變項，投入逐步複迴歸分析。研究結果顯示，老榮民生活品質中環境範疇顯著的預測因子為「心理範疇」、「生理健康範疇」、「社會關係範疇」、「退伍軍階」及「年齡」，共可以解釋依變項 64.8 % 的變異量，其中「心理範疇」的影響最大。當「心理範疇」、「生理健康範疇」及「社會關係範疇」的得分越高，其生活品質中環境範疇得分亦越高 ($p < 0.05$) (表 4-10-4)；當「退伍軍階」越高，其生活品質中環境範疇得分也越高 ($p < 0.05$) (表 4-10-4)；當「年齡」越大，其生活品質中環境範疇得分則越差 ($p < 0.05$) (表 4-10-4)。

表 4-10-1 老榮民生活品質中生理健康範疇之逐步複迴歸結果 (N = 100)

投入自變項	累積決定係數 R ²	原始化迴歸係數	標準化迴歸係數 ()	t 值
自覺健康狀況	0.44	0.51	0.38	4.98 ***
環境範疇	0.59	0.62	0.39	5.48 ***
慢性病數目	0.62	-0.65	-0.22	-2.99 **

** p < 0.01, *** p < 0.001

標準化的迴歸模式：

生活品質中生理健康範疇 = 0.38 × 自覺健康狀況 + 0.39 × 環境範疇 - 0.22 × 慢性病數目

表 4-10-2 老榮民生活品質中心理範疇之逐步複迴歸結果 (N = 100)

投入自變項	累積決定係數 R ²	原始化迴歸係數	標準化迴歸係數 ()	t 值
社會關係範疇	0.57	0.35	0.35	4.66 ***
憂鬱狀態	0.69	-0.10	-0.33	-5.12 ***
環境範疇	0.72	0.31	0.24	3.14 **
自覺健康狀況	0.74	0.16	0.14	2.34 **

** p < 0.01, *** p < 0.001

標準化的迴歸模式：

生活品質中心理範疇 = 0.35 × 社會關係範疇 - 0.33 × 憂鬱狀態 +

0.24 × 環境範疇 + 0.14 × 自覺健康狀況

表 4-10-3 老榮民生活品質中社會關係範疇之逐步複迴歸結果 (N = 100)

投入自變項	累積決定係數 R ²	原始化迴歸係數	標準化迴歸係數 ()	t 值
心理範疇	0.57	0.54	0.54	5.99 ***
環境範疇	0.62	0.41	0.31	3.42 **

** p < 0.01, *** p < 0.001

標準化的迴歸模式：

生活品質中社會關係範疇 = 0.54 × 心理範疇 + 0.31 × 環境範疇

表 4-10-4 老榮民生活品質中環境範疇之逐步複迴歸結果 (N = 100)

投入自變項	累積決定係數 R ²	原始化迴歸係數	標準化迴歸係數 ()	t 值
心理範疇	0.51	0.18	0.24	2.41 [*]
生理健康範疇	0.59	0.17	0.27	3.46 [*]
社會關係範疇	0.62	0.21	0.28	2.94 ^{**}
退伍軍階	0.64	0.28	0.16	2.43 [*]
年齡	0.65	-0.40	-0.13	-2.04 [*]

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

標準化的迴歸模式：

生活品質中環境範疇 = 0.24 × 心理範疇 + 0.27 × 生理健康範疇 +

0.28 × 社會關係範疇 + 0.16 × 退伍軍階 - 0.13 × 年齡

第五章 討論

依據本研究目的，就自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的概況，自覺健康狀況與基本屬性之關係，憂鬱狀態與基本屬性之關係，生活品質與基本屬性之關係，自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的相關性，和生活品質之預測因子六個部分進行討論。

第一節 自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的概況

本節就自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的概況，作分述探討：

一、自覺健康狀況的概況

本研究老榮民自覺健康狀況之整體平均得分為 8.42 分 (SD = 1.84)，就各題來看，老榮民在整體健康狀況的題目平均得分為 2.93 分 (SD = 0.81)，與梁(2001)社區老人在整體健康狀況的題目平均得分為 3.42 分 (SD = 0.87) 相比較，老榮民自覺目前整體健康狀況較差於社區老人。此結果可能因本研究對象之平均年齡為 78.9 歲 (SD = 6.8)，而梁(2001)研究對象之平均年齡為 73.1 歲 (SD = 4.92)，通常年齡越大者，其健康狀況的情形會越差，此結果與前人(楊等，1995)的研究發現相似。

老榮民在目前的健康狀況與一年前相比的題目，平均得分為 2.53 分 (SD = 0.64)，與梁(2001)社區老人在目前的健康狀況與五年前相比的題目，平均得分為 2.41 分 (SD = 0.87) 相比較，老榮民目前的健康狀況與一年前相比是較佳於社區老人目前的健康狀況與五年前相比。隨著年齡的增長，正常老化過程會伴隨著各種身心健康功能的衰退(唐等，1999)，對於老人而言，目前的健康狀況與一年前相比的差異會較小於目前的健康狀況與五年前相比的差異，故老榮民自覺目前的健康狀況與一年前相比會較佳於社區老人與五年前相比的健康狀況。

老榮民的健康狀況和同年齡的人相比的題目，平均得分為 2.96 分 (SD

= 0.71), 與梁 (2001) 社區老人的健康狀況和同年齡的人相比的題目, 平均得分為 3.48 (SD = 0.86), 老榮民的自覺健康狀況和同年齡的人相比是較差於社區老人。此結果可能因本研究對象已婚者佔 62%, 而梁 (2001) 社區老人已婚者佔 75%, 有學者研究結果發現, 已婚者社會功能較好, 因此, 會有較佳的自覺健康狀況 (Grant, Piotrowski, & Chappell, 1995), 故社區老人自覺健康狀況和同年齡的人相比是較佳於老榮民。

二、憂鬱狀態的概況

本研究老榮民憂鬱狀態之平均得分為 15.46 分 (SD = 6.7), 有憂鬱症傾向 (得分大於或等於 16 分) 者佔 37%, 與黃 (2000) 社區獨居老人憂鬱狀態之平均得分為 16.84 分, 有憂鬱症傾向者佔 47%, 及徐 (2001) 社區老人憂鬱狀態之平均得分為 16.1 分 (SD = 12.2), 有憂鬱症傾向者佔 36.7% 相比較, 老榮民憂鬱狀態的得分及有憂鬱症傾向的比例是與社區老人相近, 而略低於社區獨居老人。分析其可能原因為獨居老人比非獨居老人, 缺乏社會及情緒的支持, 以致其憂鬱症傾向較高 (Wang, 2001), 故研究對象居住型態的異質性, 會造成憂鬱狀態的得分及憂鬱症狀傾向的差異。

三、生活品質的概況

本研究之老榮民生活品質中生理健康範疇、心理範疇及社會關係範疇得分, 分別為 13.14 分 (SD = 2.49)、12.23 分 (SD = 2.10) 及 12.19 分 (SD = 2.10), 與郭 (2002) 榮家內住榮民生活品質中生理健康範疇、心理範疇

及社會關係範疇得分，分別為 13.75 分 (SD = 2.68)、12.05 分 (SD = 2.76) 及 12.67 分 (SD = 2.66) 研究結果相似，由上述研究結果，發現老榮民不論居住在社區或是榮家，其生活品質中生理健康範疇、心理範疇及社會關係範疇的得分相近。

本研究之老榮民生活品質中環境範疇得分 12.32 分 (SD = 1.58) 與郭 (2002) 榮家內住榮民生活品質中環境範疇得分為 14.57 分 (SD = 1.93) 研究結果不同，表示社區老榮民比榮家內住榮民在生活品質中環境範疇的得分略低。居家環境狀況，包括空氣、水源、治安，是會影響一個人的生活品質 (Ferran & Power, 1992)，榮家四周環境的安全及品質皆有僱請管理人員負責並監督，故可能造成榮家老榮民對於自己的居住環境及品質，比社區老榮民較為滿意。

第二節 自覺健康狀況與基本屬性之關係

本研究結果發現，老榮民自覺健康狀況量表之得分，會因年齡、教育程度、退伍軍階、經濟狀況及慢性病數目而出現組別間的顯著差異。在年齡方面，使用薛費氏多重事後比較法比較各組間的差異，發現 65 歲至 74 歲老榮民之自覺健康狀況得分高於 75 歲至 84 歲的老榮民。年齡越大，其自覺健康狀況也會越差，這與邱等 (1999) 研究結果相同。此可能因 75 歲至

84 歲之老榮民，身體活動功能較差，身體的體力及活動力也都不如從前，故有較差的自覺健康狀況。

在教育程度方面，初中（含）以上的老榮民，其自覺健康狀況得分高於小學及小學以下之老榮民。教育程度越低，其自覺健康狀況也會越差，這與唐等（1999）及黃（2000）的研究結果相同。此可能因教育程度越低之老榮民，較少有機會去尋求相關的健康資訊，並且對健康行為的態度也會較被動，故有較差的自覺健康狀況。

在退伍軍階方面，將官級之老榮民自覺健康狀況得分高於士官級及尉官級之老榮民，此與 Villa, Harada, Washington 及 Rodriguez（2002）的研究結果相似，他們表示社經地位越高者，其自覺健康狀況也會越好。此可能因將官級之老榮民，所受的教育程度較高，退休薪俸的給與也較多，在老榮民族群中，他們是屬於高社經地位者，所以可運用的社會資源及醫療保險亦較多，故有較好的自覺健康狀況。

在經濟狀況方面，經濟狀況小康者其自覺健康狀況得分高於經濟狀況不足及剛好足夠者，由此可知，經濟狀況越佳者，其自覺健康狀況越好，這與許多研究（Burstrom & Fredlund, 2001; Shibuya, Hashimoto, & Yano, 2002; Weich, Lewis, & Jenkins, 2002）結果相似。此可能因經濟狀況越佳之老榮民，可以享有更多醫療保險，或是增加個人獲得健康照顧的機會，並獲得更完善的醫療照護模式，故有較好的自覺健康狀況。

在慢性病數目方面，未罹患慢性病之老榮民其自覺健康狀況得分高於具有 1-2 種、3-4 種及 5 種（含）以上慢性病數目者；老榮民具有 1-2 種慢性病數目者其自覺健康狀況得分高於具有 3-4 種慢性病數目者。此與唐等（1999）及黃（2000）研究中發現慢性病數目越多者，其自覺健康狀況越差的結果相似。此可能因慢性病數目越多之老榮民，疾病干擾的症狀較多，身體功能的限制亦較多，故有較差的自覺健康狀況。

第三節 憂鬱狀態與基本屬性之關係

本研究的老榮民憂鬱症之有無，會因教育程度、退伍軍階之不同，出現統計上的顯著差異。在教育程度方面，這與 Wang（2001）的研究結果相似，她表示未受過正式教育或是教育程度較低的老人會出現憂鬱的傾向，其可能原因是教育程度較低的老人，因為低自尊而較不願與他人互動，社會支持及社會資源較少，並且也會影響其解決問題及因應壓力的能力。在研究者訪視過程中，發現教育程度越高之老榮民，樂於與人群接觸，會以宿命及知足的方式，來詮釋過去人生經驗，並用正向態度看待自己的未來生活。反之，教育程度較低之老榮民，與人群接觸較被動，會以埋怨及悔恨的方式，來解釋過去的人生閱歷，並用負向態度面對自己的未來生活。不同教育程度的老榮民，會出現不同的個人因應能力及解決問題的模式，故可能

因而在憂鬱症之有無，會出現統計上的顯著差異。

在退伍軍階方面，與黃（1999）的研究結果相似，她表示社經地位越高者，其自覺社會支持越佳，則憂鬱傾向越低。可能因退伍軍階越高之老榮民，社經地位也越高，會把過去的人生經歷視為正向的生命價值，並較會採用正向的問題解決模式及尋求多方的社會支持方式，以達到良好的生活適應。反之，退伍軍階較低之老榮民，較會把過去的軍旅生活視為無奈的生命妥協，並較無法尋求其他有效的社會支持及問題解決模式，進而對自己的生活產生感嘆及失落的情緒。研究者訪視過程中，發現將官級之老榮民，有表示「過去什麼樣的大風大浪都看過，現在不會因為一點小事而吃著睡不好的，加上我們常參加聯誼會，並積極參與各項社區公共事務決策過程，所以現在沒有什麼事情是解決不了的」；而有士官級之老榮民，有表示「我們從軍中退伍，沒有什麼特殊技能，每個月只能靠微薄的薪俸來維持生活，其實日子只能過一天算一天了，什麼事都只能靠自己，大家都自顧不暇了，也沒有人會來幫助你。」不同退伍軍階之老榮民，會出現不同的社會支持的感受及生活適應的模式，故可能因而在憂鬱症之有無，會出現統計上的顯著差異。

此外，本研究憂鬱狀態與基本屬性之關係中，有特殊的研究發現是老榮民憂鬱症之有無，不會因不同的居住狀態而出現統計上的顯著差異，此與Wang（2001）針對社區老人的研究發現相異。探討其可能原因為二份研究

使用不同的測量工具，加上本研究對象是居住在眷村中，由於老榮民過去曾一起經歷相同的生命過程，因此，具有相同的生活經驗及思想理念，且鄰居之間會互相照顧，故雖然是獨居，仍有不錯的社會支持來源與人際互動，可能因而在憂鬱症之有無，不會因居住狀態而出現統計上的顯著差異。

第四節 生活品質與基本屬性之關係

本節就生活品質之生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇及環境範疇與基本屬性之關係，作分述探討：

一、生活品質之生理健康範疇與基本屬性之關係

本研究老榮民生活品質之生理健康範疇得分會因年齡、退伍軍階、經濟狀況、慢性病數目，而呈現組別間的顯著差異。在年齡方面，使用薛費氏多重事後比較法比較各組間的差異，發現 65 歲至 74 歲老榮民之生理健康範疇得分高於 75 歲至 84 歲的老榮民。Burstrom 及 Fredlund (2001) 表示年齡越大，其身體功能及健康狀態也會越差。對老人而言，健康就是吃的下，睡的好，能做自己喜歡的事，身上沒有病痛，精神愉悅 (楊等，2002)。65 歲至 74 歲之老榮民，可能因身體活動功能良好、疾病及睡眠干擾程度較少，故生理健康範疇之得分較佳。

在退伍軍階方面，將官級之老榮民其生理健康範疇得分高於士官級。社

經地位越高者，其社會功能及社會資源較佳，故健康狀況亦越好（Vingilis, Wade, & Seeldy, 2002）。例如訪談過程中，有將官級之老榮民表示「我如果有任何健康方面的問題，我會直接詢問榮總醫師，因為他們對於我的身體健康狀況相當了解，所以我只要配合醫師的指示，身體自然不會有什麼大毛病，當然每天的生活就充滿活力與精力」。因此，將官級之老榮民，在老榮民族群中是屬於高社經地位者，可能因社會支持、社會網絡及社會資源較佳，能夠正向尋求醫療資訊及衛生教育，以增進自己的健康狀況，故生理健康範疇之得分較佳。

在經濟狀況，老榮民經濟狀況小康者其生理健康範疇得分高於經濟狀況不足及剛好足夠者；老榮民經濟狀況剛好足夠者其生理健康範疇得分高於經濟狀況不足者，換言之，經濟狀況越好之老榮民，其生理健康範疇之得分較佳。Villa, Harada, Washington 及 Rodriguez（2002）表示經濟收入狀況越好的老人，會有較高的自尊及正向的自我概念，所以身體健康狀況越佳。經濟狀況越好之老榮民，具有足夠的金錢來維持生活所需的能力，社會互動及社會接觸也較主動，因此，有較高的自尊及正向的自我概念。此外，研究者在訪視過程中發現，經濟狀況越好之老榮民，較積極採取養生保健的行為，以提升身體的免疫力，故生理健康範疇之得分較佳。

在慢性病數目方面，未罹患慢性病之老榮民生理健康範疇得分高於慢性病數目 3-4 個及 5 個（含）以上者；老榮民慢性病數目 1-2 個者其生理健

康範疇得分高於慢性病數目 3-4 個及 5 個（含）以上者。慢性病對於老人之衝擊是會造成老人身體功能的障礙、睡眠與舒適的問題（Funk et al.,1993）。老人的身體失能及生理功能的障礙，會影響其健康狀況（Vingilis, Wade, & Seeldy, 2002）及生活品質（唐等，1998）。未罹患慢性病之老榮民，身體健康狀態較佳，四處行動的能力及睡眠狀況較好，故生理健康範疇之得分較佳。根據研究者訪談過程中，發現慢性病數目 1-2 個之老榮民，有表示「我雖然有關節炎，痛起來真的要人命，不過只要按時服藥就可以有效控制疼痛，比起那些有許多疾病纏身長期臥床的人而言，我已經很滿意自己的健康狀況及從事日常生活的能力」，慢性病數目 1-2 個之老榮民，對於自己健康的現況，是採取知足安命的態度，故生理健康範疇之得分也較佳。

二、生活品質之心理範疇與基本屬性之關係

本研究老榮民生活品質之心理範疇得分會因年齡、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況，而呈現組別間的顯著差異。在年齡方面，使用薛費氏多重事後比較法比較各組間的差異，發現 65 歲至 74 歲老榮民之心理範疇得分高於 75 歲至 84 歲的老榮民。年紀越大，伴隨著許多慢性疾病，使身體健康功能越來越差（Burstrom & Fredlund, 2001）。身體活動功能障礙及認知判斷能力變差，都會造成老人低自尊的情形（李等，2002）。低自尊會導致老人對生命的態度及自我評價較負向，並影響其晚年的生活品

質（黃、蘇，2000；劉，1999；Hunter,1992）。65歲至74歲之老榮民，可能因身體活動功能較好，慢性疾病的干擾程度較少，因此，對生命的態度及自我評價較正向，故心理範疇之得分較佳。

在退伍軍階方面，將官級及校官級之心理範疇得分高於尉官級及士官級。社經地位較高的老人，其生活滿意度及心理安適感較佳（Spiro & Bosse, 2000）。將官級及校官級之老榮民，可能因社經地位較高於其他退伍軍階的老榮民，可運用的社會資源較為豐富、社會互動也較頻繁，因此，其生活滿意度及心理安適情形也會較佳，故心理範疇之得分較佳。

在婚姻狀況方面，使用 t-檢定發現已婚之老榮民在心理範疇得分高於非已婚者。老人對長久婚姻關係的期待，包括：生病時有人照顧、家務整理及情緒性的滿足（李等，2002）。已婚之老榮民，可能透過婚姻關係中彼此給予或得到金錢、物資、照顧及陪伴的過程，來感受彼此相互依賴及相互扶持的互動本質，並獲得更好的婚姻滿意度及正向的情緒滿足，故心理範疇之得分較佳。

在居住狀況方面，使用 t-檢定發現非獨居之老榮民在心理範疇得分高於獨居者。獨居的老人具有較高的憂鬱傾向（Falcon & Tucker, 2000），而 Martin（1985）的研究指出，非獨居者比獨居者與朋友互動的情形較好，心理適應狀況也較佳。非獨居之老榮民，可能因較願走出戶外與人群接觸，主動尋求休閒活動的方式，並和社會有較好的互動，因此，其心理健康及

社會功能的適應狀況較好，故心理範疇之得分較佳。

在經濟狀況方面，老榮民經濟狀況剛好足夠者其心理範疇得分高於經濟狀況不足者；老榮民經濟狀況小康者其心理範疇得分高於經濟狀況剛好足夠者及經濟狀況不足者，亦即經濟狀況越好，其心理範疇得分越高。老人晚年的生活壓力事件之一，就是財務的匱乏或是經濟能力的減退，這會造成其心理的負向情緒，包括：失落、憂鬱及不安（Krause, 1991）。經濟狀況越好之老榮民，可能因可供選擇的壓力因應模式範圍較廣、種類亦較多，所以較能正向處理生活的壓力事件，例如：退休後，會主動尋求享受生活的休閒方式，因此，其社交參與度增加並且與社會接觸互動較佳，故心理範疇之得分較佳。

三、生活品質之社會關係範疇與基本屬性之關係

本研究老榮民生活品質之社會關係範疇得分會因教育程度、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況、經濟狀況，而呈現組別間的顯著差異。在教育程度方面，使用薛費氏多重事後比較法比較各組間的差異，發現初中（含）以上之老榮民其社會關係範疇得分高於小學以下者。未接受正式教育或教育程度較低的老人，通常因為低自尊而較不願與他人互動（Hunter, 1992），其社會支持亦較差（黃，2000）。社會支持亦是反應出個人與他人的社會互動關係（Tremethick, 1997）。初中（含）以上之老榮民，可能因較主動與人接觸，社交活動較活躍，因此，其社會支持較佳、社會互動關係較正向，故

社會關係範疇之得分較佳。

在退伍軍階方面，將官級及校官級之社會關係範疇得分均高於尉官級及士官級。黃（1999）研究結果顯示，教育程度越高者，其社會參與狀態及自覺社會支持越好。將官級及校官級之老榮民，可能因在老榮民族群中，所受的教育機會較多，並且教育程度亦較高；加上所接觸的社會層面較廣，並且生活水準亦較好，所以通常較會選擇較主動的社會參與，以達到正向的社會環境接觸，因此，可能會有較好的社會功能及自覺社會支持，故社會關係範疇之得分較佳。

在婚姻狀況方面，使用 t-檢定發現已婚之老榮民在社會關係範疇得分高於非已婚者。而黃（1999）研究結果顯示，婚姻狀況與生活品質之得分是沒有相關性，此與本研究結果不同，探究原因可能為本研究對象已婚者佔 62%，而黃（1999）的研究對象已婚者僅佔 6%，因二份研究中研究對象的婚姻狀況，已婚者的比例相差近十倍，故形成研究結果上之差異。劉（1996）指出老人的支持主要是來自家庭及子女，已婚、子女數越多者，自覺社會支持越佳。已婚之老榮民，可能因有婚姻互動關係、較佳之自覺社會支持及社會互動，故社會關係範疇之得分較佳。

在居住狀況方面，使用 t-檢定發現非獨居之老榮民在社會關係範疇得分高於獨居者。有學者指出，獨居老人，較缺乏社會資源，尤其是當其生理健康狀況不佳時，從親友中所能獲得的幫助亦較少（Zyzanski, et

al.,1989)。非獨居之老榮民，可能因有較滿意的家庭關係及人際資源，提供個人的社會支持系統及社會支持網絡，以因應生活壓力的危機及角色功能的轉變，故社會關係範疇之得分較佳。

在經濟狀況方面，老榮民經濟狀況剛好足夠者其社會關係範疇得分高於經濟狀況不足者；老榮民經濟狀況小康者其社會關係範疇得分高於經濟狀況剛好足夠者及經濟狀況不足者，換言之，經濟狀況越好，則其社會關係範疇得分越高。徐（2001）研究結果顯示，自覺經濟狀況越佳者，其內在資源越豐富，生活品質亦越好。內在資源越豐富的老人，其生活適應功能及生活滿意度較好（Rong,2000）。經濟狀況越好之老榮民，可能因內在資源越豐富，而能執行正向的健康因應方式及壓力調適行為，例如：自我照顧、健康促進行為，並維持較理想的社會角色及社會互動功能，故社會關係範疇之得分較佳。

四、生活品質之環境範疇與基本屬性之關係

本研究老榮民生活品質之環境範疇得分會因年齡、退伍軍階、宗教信仰、經濟狀況、慢性病數目，而呈現組別間的顯著差異。在年齡方面，使用薛費氏多重事後比較法比較各組間的差異，發現 65 歲至 74 歲老榮民之環境範疇得分高於 75 歲至 84 歲及 85 歲以上的老榮民。隨著年齡的增長，老人在視覺及聽覺的敏感度降低，對其生活型態有很大的影響，例如：在閱讀、書寫、溝通及開車（李等，2002）。年齡越大之老榮民，可能因視覺

及聽覺的缺損，使他們在閱讀報紙、看電視新聞或是聽收音機、外出開車及與人溝通方面出現困難，因此，年齡越大之老榮民，在吸取日常生活所需的資訊上更顯困難及休閒活動參與上更顯不便，故環境範疇之得分亦較差。

在退伍軍階方面，將官級及校官級之環境範疇得分均高於尉官級及士官級。根據研究者訪談的經驗，發現將官級及校官級之老榮民，在老榮民族群中是屬於社經地位較高的，退休薪俸也高於其他退伍軍階之老榮民，所以會有足夠的金錢應付日常所需，並會選購較舒適及安全的住宅，故環境範疇之得分較佳。

在宗教信仰方面，使用 t-檢定發現有宗教信仰之老榮民在環境範疇得分高於無宗教信仰者。老人從宗教信仰中，可以感受較佳的心理安適及社會支持，宗教對老人生活滿意度而言，亦有強烈的相關性（李等，2002）。有宗教信仰之老榮民，可能因心靈上的宗教寄託，可以增加內心的平和及安適，故進而對其生活環境的接受度也較佳，所以環境範疇之得分較高。

在經濟狀況方面，老榮民經濟狀況剛好足夠者其環境範疇得分高於經濟狀況不足者；老榮民經濟狀況小康者其環境範疇得分高於經濟狀況剛好足夠者及經濟狀況不足者，換言之，經濟狀況越好，則其環境範疇得分越高。老人經濟收入狀況越好，其參與休閒的機會越高，且休閒滿意度及生活滿意度亦越高（Griffin & McKenna, 1998）。經濟狀況越好之老榮民，可能因

越有機會參與休閒活動，對於休閒活動的認知及價值觀亦採較正向的態度，因此，經濟狀況越好之老榮民，休閒滿意度、生活滿意度及生活品質也會越好，故環境範疇之得分較佳。

在慢性病數目方面，具有慢性病數目 1-2 個之老榮民其環境範疇得分高於慢性病數目 3-4 個者。慢性病會使個人的功能逐漸降低，甚至造成殘障，進而需要持續性的醫療及護理（劉，1999）。慢性病數目越多、日常活動功能受限者，其醫療照護需求越高，另學者亦指出，老人慢性病數目越多，會較常使用西醫門診、急診及住院等醫療服務（Alberts, Sanderman, Eimers, & Van Den Heuvel, 1997）。反之，具有慢性病數目 1-2 個之老榮民，可能因疾病干擾程度較少，身體活動功能較好，醫療照護需求較少，其醫療照護的需求也易被滿足，故對醫療照護的可得性及品質部份也較滿意，所以環境範疇之得分較佳。

第五節 自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的相關性

本節就老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的相關性，作分述探討：

一、老榮民自覺健康狀況與憂鬱狀態間的相關性

本研究結果顯示，老榮民之自覺健康狀況與憂鬱狀態呈現負相關（ $p <$

0.01), 即表示自覺健康狀況得分越低者, 其憂鬱狀態得分越高, 這與前人 (徐, 2001; 黃, 2000; Biderman, Cwikel, Fried, & Galinsky, 2002; Hybels, Blazer, & Pieper, 2001) 的研究結果相似。呂、林 (2000) 研究結果顯示, 老人的自覺健康狀況「差或極差」, 其憂鬱症傾向是自覺健康狀況「佳或極佳」者的 19.5 倍, 因此, 身體健康狀況是憂鬱症傾向極重要的相關因素。George (1991) 認為, 有三種因素可能導致老人的憂鬱, (1) 生活事件, 例如: 失去所愛的人; (2) 慢性壓力, 例如: 健康受威脅、經濟受剝削; (3) 生活瑣事, 例如: 日常發生的家務事或與鄰居的口角 (引自李等, 2002)。換言之, 身體功能的退化, 會使老人較可能產生負向情緒, 例如: 憂鬱、失落, 如果能夠透過健康促進行為, 增進自我照顧的能力, 並提昇其自覺健康狀況的滿意度, 老人才會有較好的心理安適狀態。因此, 如何透過健康促進行為, 以增進自我照顧的能力, 並提昇其自覺健康狀況的滿意度, 減少憂鬱狀態的產生, 這將是護理人員極需努力探究的議題。

二、老榮民自覺健康狀況與生活品質間的相關性

老榮民之自覺健康狀況量表與生活品質中四個範疇均呈顯著正相關 ($p < 0.01$), 即自覺健康狀況越差者, 其生活品質中四個範疇得分也越低, 這與許多的研究發現相類似 (徐, 2001; 郭, 2002; 梁, 2001; 趙, 2002)。另唐等 (1999) 的研究亦指出老人主觀的健康感受, 會影響其生活品質及生活滿意度。生活品質對於老人的意義是維持生活的愉悅及安適狀態

(Hunter, 1992)。隨著年齡的增長，老人健康狀態的變化及身體功能的衰退，都會影響老人日常生活的獨立功能及安適狀態。因此，如何維持老人日常生活獨立功能，以增加其主觀的健康滿意度及安適狀態，使他們獲得更好的生活品質，這將是護理人員極需努力發揮的功能。

三、老榮民憂鬱狀態與生活品質間的相關性

研究結果顯示，老榮民之憂鬱狀態量表與生活品質中四個次量表均呈顯著負相關 ($p < 0.01$)，即表示憂鬱狀態得分越高，生活品質中四個範疇的得分也越低，這與許多的研究發現類似 (徐，2001；Blixen & Kippes, 1999；Doraiswamy, Khan, Donahue, & Richard, 2002)。老人憂鬱是與身體疾患、失能、負向生活事件、社會隔離及孤獨感有關，常常會影響老人晚年的生活品質 (Anderson, 2001)。以 Erikson (1963) 的理論來說，老人發展階段的課題是自我統合與失望，晚年的挑戰就是要接受並平靜的看待個人的一生，散發經驗換取人生的智慧，並展望未來，如果無法度過這個危機的老人，就可能會有憂鬱及失望 (引自李等，2002)。例如訪談過程中，有老榮民表示「想回大陸看看，可是現在老了，走不動又沒有錢，唉！活到現在，人生有什麼意義」及「所謂不孝有三，無後為大，可是自己已經錯過成婚的年齡，真的覺得對不起自己的祖先，有時一想起這些事，我都睡不著，心情也不好」。換言之，老人在晚年生活中會經歷許多的失落過程，例如：體力的衰退、收入減少、失去重要人物，這些失落的過程會產生老人憂鬱的情

形，如果能夠增強個人因應能力，以協助達到正向自我統合，老人才會有較好的生活品質。因此，如何使老人增強個人因應能力達到自我統合，使他們獲得更好的生活品質，這將是護理人員極需努力探究的方向。

第六節 生活品質之預測因子

本節就老榮民生活品質中的生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇及環境範疇之預測因子，作分述探討：

一、生理健康範疇之預測因子

本研究老榮民生活品質中生理健康範疇顯著的預測因子為「自覺健康狀況」、「環境範疇」及「慢性病數目」，共可以解釋依變項 61.7% 的變異量。在自覺健康狀況方面，健康是一個多面向的概念，包括：生理健康、心理健康、社會健康、情緒健康及心靈健康（Dintiman, 1986），對老人而言，健康就是吃的下，睡的好，有活力能做自己喜歡的事，身上沒有病痛，精神愉悅（楊等，2002），因此，老人的身體失能及功能的障礙，會影響其健康狀況（Vingilis, Wade, & Seeldy, 2002）及生活品質（唐等，1998）。在環境範疇方面，社區老人所居住的物理環境中，噪音污染會影響老人睡眠及休息（李等，2002）。在慢性病數目方面，慢性病對於老人之衝擊，是會造成老人身體功能的障礙、睡眠與舒適的問題（Funk et al., 1993）。所以推究「自覺健康狀況」、「環境範疇」及「慢性病數目」可預測老榮民生活品質中生理

健康範疇，可能因老榮民自覺健康狀況、家居環境及慢性病數目，會影響老榮民個人在生理健康範疇中活力及疲倦、睡眠及休息、疼痛及不適方面的滿意度。

二、心理範疇之預測因子

本研究老榮民生活品質中心理範疇最重要的預測變項為「社會關係範疇」、「憂鬱狀態」、「環境範疇」及「自覺健康狀況」，共可以解釋依變項 73.7%。在社會關係範疇方面，老人的社會互動關係中，重要親友對個人的負向評價，會造成老人自尊障礙的情形(李等, 2002)。在憂鬱狀態方面，老人的憂鬱狀態會影響其心理正面感覺，包括：生活滿意度及心理安適的感受(Anderson, 2001)。在環境範疇方面，財務的匱乏或是經濟能力的減退，會造成老人心理的負向感覺，包括：失落、憂鬱及不安(Krause, 1991)。在自覺健康狀況方面，George(1991)表示老人生活中的慢性壓力事件，例如：身體健康受到威脅，會導致老人負向情緒的傾向，例如：憂鬱(引自李等, 2002)。所以推究「社會關係範疇」、「憂鬱狀態」、「環境範疇」及「自覺健康狀況」可預測老榮民生活品質中心理範疇，可能因老榮民個人關係、憂鬱情緒、財務資源及自覺健康狀況，會影響老榮民個人在心理範疇中自尊、負面感覺、正面感覺方面的滿意度。

三、社會關係範疇之預測因子

本研究老榮民生活品質中社會關係範疇最重要的預測變項為「心理範

疇」及「環境範疇」，共可以解釋依變項 61.5% 的變異量。在心理範疇方面，老人憂鬱情緒的結果可能會影響個人的社會關係，導致社會隔離、孤獨寂寞、人際互動不良 (Palsson & Skoog, 1997)。在環境範疇方面，老人財務的匱乏或是經濟的縮減，會造成生活型態上的改變，進而產生自我價值的喪失及低自尊的情形 (Hunter, 1992)，並影響老人感受被他人尊重及接受的滿意度，例如訪談過程中，有老榮民表示「如果沒有錢的話，朋友早就離開你了，誰還會尊重你」。所以推究「心理範疇」及「環境範疇」可預測老榮民生活品質中社會關係範疇，可能因老榮民負面感覺、財務資源，會影響老榮民個人在社會關係範疇中個人關係、被尊重及接受方面的滿意度。

四、環境範疇之預測因子

本研究老榮民生活品質中環境範疇最重要的預測變項為「心理範疇」、「生理健康範疇」、「社會關係範疇」、「退伍軍階」及「年齡」，共可以解釋依變項 64.8% 的變異量。老人個人能力越弱，環境因素對個人的衝擊亦越大，此能力不僅反映於個人內在能力，包括：生物性健康、感覺運動協調及認知功能，亦反映個人外在的過程，包括：年齡辨識、強制退休、社交隔離及收入減少，此環境壓縮與個人能力間的關係所形成的原則，稱之為環境順應 (引自楊等，2002)，因此，在心理範疇方面，老人認知功能狀態之正常與否，會影響其個人身體是否可以免於環境之傷害。在生理健康範疇方面，老人的健康活動狀態越好，其休閒體驗中自由感的程度越高，對

休閒參與程度亦越高（施、陳、范，2000）。在社會關係範疇方面，老人參與社會活動中，可以增加社會互動的關係，在與他人互動過程中亦可獲得物質上或情緒上的支持，滿足老人自我價值感的需求，這些都將有助紓解老人生活壓力，並且增進其身體的安全及保障感（林，1993；戴，1996），例如訪談過程中，有老榮民表示「我每天都會下來和鄰居一起做運動或是聊天，大家的感情也都不錯，鄰居們都養成守望相助的精神，讓我覺得我們的社區非常安全」。

在退伍軍階方面，將官級及校官級之老榮民，相較於其他老榮民族群，是屬於社經地位較高的，其退休薪俸也高於其他退伍軍階之老榮民，因此，會有足夠的金錢應付日常所需。在年齡方面，年齡與醫療服務的關係，是隨著年齡增加，其醫療服務的利用率越高（Wallace, Levy-Storms, Kington, & Andersen, 1998），可能原因為疾病干擾程度較多，身體活動功能較差，醫療照護需求亦較高，故其醫療照護的需求也較不易被滿足，因此，隨著年齡增加，感受醫療服務的可得性及品質亦較差。所以推究「心理範疇」、「生理健康範疇」、「社會關係範疇」、「退伍軍階」及「年齡」可預測老榮民生活品質中環境範疇，可能因老榮民思考、學習、記憶及集中注意力、活力及疲倦、個人關係、退伍軍階、年齡，會影響老榮民個人在環境範疇中身體安全及保障、參與娛樂及休閒活動的機會、身體安全及保障、財務資源、健康及社會照護（包括：可得性及品質），故造成其生活品質不良的

情形。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究係採結構性問卷，以台中市眷村 100 位 65 歲以上的老榮民為研究對象，進行老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間之相關性的探討，依據資料分析結果，得到下列結論：

一、老榮民自覺健康狀況會因年齡、教育程度、退伍軍階、經濟狀況及慢

性病數目之不同，而出現組間顯著差異。

二、老榮民憂鬱狀態之整體平均得分小於等於 15 分者佔 63%，大於等於 16 分者佔 37%。老榮民憂鬱症之有無會因教育程度及退伍軍階之不同，而出現統計上顯著差異。

三、老榮民生活品質中生理健康範疇之得分，會因年齡、退伍軍階、經濟狀況及慢性病數目之不同，而出現組間顯著差異。

四、老榮民生活品質中心理範疇之得分，會因年齡、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況及經濟狀況之不同，而出現組間顯著差異。

五、老榮民生活品質中社會關係範疇之得分，會因教育程度、退伍軍階、婚姻狀況、居住狀況及經濟狀況之不同，而出現組間顯著差異。

六、老榮民生活品質中環境範疇之得分，會因年齡、退伍軍階、宗教信仰、經濟狀況及慢性病數目之不同，而出現組間顯著差異。

七、老榮民自覺健康狀況與憂鬱狀態呈現顯著負相關；老榮民自覺健康狀況與生活品質中四個範疇均呈現顯著正相關；老榮民憂鬱狀態與生活品質中四個範疇均呈現顯著負相關。

八、以逐步複迴歸方式求得結果發現，老榮民生活品質中生理健康範疇顯著的預測因子為「自覺健康狀況」、「環境範疇」及「慢性病數目」，共可以解釋依變項 61.7% 的變異量。老榮民生活品質中心理範疇顯著的預測因子為「社會關係範疇」、「憂鬱狀態」、「環境範疇」及「自覺健

康狀況」，共可以解釋依變項 73.7% 的變異量。老榮民生活品質中社會關係範疇顯著的預測因子為「心理範疇」及「環境範疇」，共可以解釋依變項 61.5% 的變異量。老榮民生活品質中環境範疇顯著的預測因子為「心理範疇」、「生理健康範疇」、「社會關係範疇」、「退伍軍階」及「年齡」，共可以解釋依變項 64.8% 的變異量。

第二節 研究限制

根據研究者進行研究過程發現，本研究之研究限制如下：

- 一、採橫斷式研究，僅能提供「點」的觀察分析，無法針對老榮民隨著年齡的增長，在自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的影響上，或者老榮民對於自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質的內心真實感受部份，做更進一步的探究與分析。希望未來能提供縱貫性研究或是質性研究，再予深入了解相關議題。
- 二、本研究因為人力、物力及時間限制的考量，研究取樣方法是以方便取樣，僅就台中市榮民服務處所登記有案的眷村，根據地緣及住民退伍軍階的特性選取五個眷村，針對符合研究條件的老榮民進行研究調查。無法做到隨機取樣的方式，使得樣本代表性受到限制，故在研究結果的推論上也相形受到限制。

三、自述性資料的收集會受到受測者當時、當地的生活情境與精神狀況的影響及干擾，容易形成資料收集過程的嚴謹性被限制，故未來研究可以透過再測信度（trst- retest reliability）以進一步確認所收集的資料之準確度及穩定度。

四、研究過程發現，老榮民自大陸隨政府來台時，政局尚未穩定，部分老榮民國民身份證上的出生日期與其口述之實際出生日期不符，本研究是以國民身份證上的出生日期資料為準，而研究者於訪視過程發現，老榮民親述其實際年齡略長於國民身份證上的年齡，故本研究在老榮民的年齡部分，恐有低估的情形。

第三節 應用與建議

根據研究之結果，本研究之應用與建議說明如下：

一、臨床實務方面：

從研究結果可以了解老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間的關係，也由此可知老榮民在對其生活品質的評判，會受到自覺健康狀況及憂鬱症狀的影響。老榮民生命歷程中充滿了戰事的波折及離鄉的痛苦，對老榮民而言，生命的意義是完成返鄉探親及傳宗接代的任務，現階段生活的目標是維持良好的身體功能及健康狀態，但是隨著老化過程所帶來的身體

功能的障礙及疾病困擾的過程，在老榮民的內心是充滿許多的認知衝突及憂鬱情緒。

由上述研究發現，建議護理人員應適時評估老榮民的健康需求與問題，提供正常老化及疾病過程的資訊，並安排老榮民參與健康促進的活動，增加自我照顧的能力，以期提升老榮民的健康狀況、促進老榮民心理健康並預防憂鬱症狀的產生。其次，護理人員應學習了解老榮民在台灣的生活經驗及方式，提供適當的關懷與協助，撫平其思鄉的落寞及戰爭的創傷，協助獲得更好的生活適應、正向生命態度並重新找到生命的意義與價值，以期提升老榮民生活品質。

研究結果也發現，老榮民生活品質中的環境範疇是生理健康範疇、心理範疇及社會關係範疇的顯著預測因子之一，換言之，老榮民生活品質中生理健康範疇、心理範疇及社會關係範疇都會受到老榮民生活品質中環境範疇的影響。依據訪談中老榮民的陳述，許多人表示他們歷經戰亂時代的顛波，體認自己身在異鄉無處著根的感受，對他們而言，未來的希望是擁有安定的生活，心中對安定生活的定義是要有足夠的金錢應付日常所需，以及免於生活環境中會出現危害自己健康的恐懼，包括：噪音、污染、治安不良，並且擁有活動自如的身體從事休閒活動。

依據上述結果發現，建議社區衛生護理人員應建立社區個案管理制度，除了掌握並追蹤社區老榮民的健康問題，並對其所居住環境及經濟狀況作

整體性的評估了解，針對身體活動功能障礙、居住環境品質不良及生活經濟狀況不佳的老榮民，提供適當的健康照護及轉介服務。其次，護理人員應透過結合社區資源及網絡，鼓勵老榮民參與社區的服務事項及休閒活動，並了解老榮民參與休閒活動的感受，發揮社區互助及警民合作的精神，滿足老榮民對安定生活的需求，以提升其老年生活品質。

老榮民的族群是充滿異質性，透過個別化及連續性的護理，不僅可以提供其醫療健康照護服務，也可以促進老榮民心理健康，並預防憂鬱症狀的產生，以增進老榮民健康狀況及生活品質。

二、護理研究方面：

由本研究結果發現，老榮民自覺健康狀況是生活品質中生理健康範疇及心理範疇的顯著預測因子之一，並且與憂鬱狀態呈顯著的負相關，即表示老榮民生活品質中生理健康範疇、心理範疇及老榮民憂鬱狀態會受到其自覺健康狀況的影響。老榮民的人生歷程是隨著國家政局的流亡，而經歷心理的不安與生活的波折，因此，許多老榮民相信唯有良好的身體功能及健康狀態，才可以幫助自己度過生活上的困難。老化過程所帶來的身體功能的障礙及疾病困擾的過程，對老榮民而言，勢必需要一段長時間的心理調適過程。故未來研究，建議可以設計健康促進生活方式等介入措施，如：運動、壓力處置、人際支持、健康責任、營養及自我實現，以了解何種健康促進生活方式的介入措施，可以幫助老榮民增加身體功能及心理適應，

減少憂鬱症狀，並增加生活品質。

由本研究結果發現，老榮民生活品質四個範疇中得分最低的是社會關係範疇，其中以滿意自己性生活的層面得分最低。研究者在訪視的過程發現，老榮民來台初期，正值人生的青壯年時期，因「軍人戶口查記辦法」與「戡亂時期陸海空軍軍人婚姻條例」的法規，延緩其融入台灣社會的時機並錯過適婚擇偶的機會，所以老榮民通常是孤單寂寞的度過人生歲月，或者到了晚年迎娶年輕的大陸新娘來照料生活起居。人生歲月的寂寞歷程與年齡差異甚大的婚姻關係，對老榮民而言，可能會影響其生活品質中的社會關係範疇。故未來研究，首先，建議可以增列老榮民配偶的年齡及來源的變項，了解老榮民配偶的年齡及來源與其生活品質的關係。其次，建議可以利用質性研究的方式，探討老榮民迎娶年輕大陸新娘的心路歷程與真實感受，及對其晚年生活品質的影響。最後，建議可以利用質性研究的方式，探討單身老榮民的心路歷程與真實感受，及對其晚年生活品質的影響。

三、護理教育方面：

目前國內針對老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質間之相關的研究仍顯缺乏，本研究結果有助於榮民醫療體系之護理人員，對於老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質之現況有進一步的了解，並可以提供護理教育學者將此相關研究結果列為榮民醫療體系的護理職前教育及在職教育之相關課程，例如：加強對於老榮民健康照護需求、憂鬱狀態及生活品

質各層面問題的評估，並透過適當的護理介入措施，以降低身體功能的障礙程度及憂鬱症狀，提升其生活品質。