

國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

臺灣失能老人的抗憂鬱藥物使用研究

Antidepressant Utilization

Among Disabled Elderly in Taiwan



Chia-Wei Wang

指導教授：吳淑瓊博士

Advisor : Shwu-Chong Wu, Ph.D.

中華民國 97 年 7 月

July, 2008

誌謝

碩士班的兩年時間很短，但是在這短暫的時間經歷了許多人生上的大轉折，在衛政所的學習過程中，讓我以更寬廣宏觀的態度來看這地球上運轉所發生的事，以更貼近人性、人心的方式來瞭解人們的需要。能夠順利完成這本論文，心中萬分感激，首先要感謝吳淑瓊老師的指導，總是在我們最困頓的時候，指引我們一盞明燈，讓我們有繼續下去的方向和信心，雖然身處遠方，仍撥空以視訊方式和我們討論，老師對長期照護的投入以及嚴謹的研究態度，都讓我學習到很多。感謝黃文鴻老師與張珽老師擔任口委時所給予我的意見，讓我能對這個主題有更多的啟發和想法，希望未來有機會可以再向諸位老師學習。

謝謝衛政所的師長們在生活上以及學習研究上的指導，因為有你們的努力，這社會越來越健康！更要謝謝玫如學姊、亮汝學姊、郝婷學姊以及家妤學姐，在論文分析的過程中提供我寶貴的意見和幫助，總是在學姐們忙碌之際到研究室打擾，但學姐們仍仔細的替我們排解疑惑，非常照顧我們這些學弟妹，是我們的依靠。謝謝衛政所好同學們的陪伴，蔚貞、齡尹、建今、袖瑜、宗瑋、桂君、佩蓉、西華、侑倫、立寧以及其他的同學們，和你們並肩同行一起努力，分享對這社會的熱忱，因為有你們，這一路走來並不孤單。謝謝清裕、欣儀、怡琇、瓊溪還有朕與，因為有你們，讓我可以更堅強勇敢的面對人生，你們是我最美麗的支持。真心感謝並祝福所有在我學習路上曾幫助我的師長、同學及朋友們！

最後要謝謝爸媽、寶方姐、舅舅、阿姨還有弟妹們，謝謝你們對我的包容，我可愛的家人們是我最溫暖的力量，謝謝爸媽撐起家庭的支柱，讓我能無後顧之憂的念書成長。不管我是怎麼樣或將會變成怎麼樣，我知道你們都是一樣的疼愛我，我愛你們!!

謹以此論文感謝奶奶的照顧，願您在天上一切都好。

中文摘要

本研究目的為瞭解臺灣失能老人的重鬱症傾向分佈情形與抗憂鬱藥物使用情形，包括年使用盛行率、抗憂鬱藥物治療率、處方藥品及類別、處方科別及疾病診斷。並探討人口學背景、健康與照顧狀況及社會支持系統與重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的相關情況。

研究樣本來自「全國長期照護需要評估」計畫資料中 65 歲以上的失能樣本，共 12,030 人，另以調查檔的 CES-D 問卷篩選出 CES-D \geq 25 分的重鬱症傾向樣本，共 1,015 人。由調查檔中得到樣本之性別、年齡、教育程度、籍貫、重鬱症傾向、身體功能狀況、照顧安排、社會網絡與社會支持等資訊，再連結全民健康保險資料檔，以取得個案在訪視後一年期間的抗憂鬱藥物處方及診斷資訊，進而分析整體失能老人以及重鬱症傾向失能老人的抗憂鬱藥物使用情形。

結果發現臺灣失能老人 CES-D 總分的平均值為 13.3 分，有重鬱症傾向者占 12.6% (CES-D \geq 25 分)。在雙變項分析中可發現女性、65-74 歲(年輕老人)、未受正式教育、免部份負擔、居住在直轄市、有認知障礙、完全依賴、四種以上慢性疾病、居住在機構、低社會網絡、低情緒性支持、低工具性支持者有重鬱症傾向的比率較高。

臺灣失能老人抗憂鬱藥物年使用盛行率為 12.5% (1,499 人)，年抗憂鬱藥物處方數為 10,276 張，僅有 31.6% 用於治療憂鬱症。有重鬱症傾向者，在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物者占 17.5%；而有重鬱症傾向者，且在訪視後一年有使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症者，僅占 5.9%。總和門診和住院的抗憂鬱藥物處方(10,276 張)來說，處方數目最多的是 TCA 類，占 39.0%，接下來是 Heterocyclic 類，占 27.3%，第三名則是 SSRI 類，占 21.8%，最後則是 MAOI 類，占 11.9%。而用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方中(3,244 張)，第一名是 SSRI 類，占 42.8%，接下來是 Heterocyclic 類，占 29.8%，第三名則是 TCA 類，占 16.8%，最後則是 MAOI 類，占 10.6%。在雙變項分析中，藥物類別和處方診斷有顯著相關，SSRI 類(62.0%)最

常用以治療憂鬱症，TCA 類(74.1%)、MAOI 類(61.2%)及 Heterocyclic 類(40.0%)都最常用以治療其他疾病。不同科別的醫師常用的抗憂鬱藥物類別亦不相同，精神科醫師主要處方 SSRI 類，而復健科及放射線科最常處方 Heterocyclic 類，其他如神經科、內科、家醫科、不分科、泌尿科、骨科、神經外科及皮膚科等都最常處方 TCA 類。

複邏輯斯迴歸分析發現，年齡、部分負擔、照顧安排、固定就醫傾向和重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物有顯著相關。相較於 85 歲以上者，65-74 歲(OR=2.342, 95%CI=1.173-4.674)及 75-84 歲(OR=2.113, 95%CI=1.089-4.099)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高。相較於需部分負擔者，免部分負擔(OR=1.636, 95%CI=1.090-2.456)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高。相較於居家無照顧者，有居家家庭照顧者(OR=1.482, 95%CI=0.876-2.506)或居家全職看護(OR=2.572, 95%CI=1.260-5.248)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高。相較於固定就醫傾向者，不固定就醫(OR=3.696, 95%CI=2.191-6.236)及中度就醫傾向(OR=1.555, 95%CI=0.844-2.863)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高。

在重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的影響因素方面，複邏輯斯迴歸分析發現，部分負擔、城鄉別、照顧安排、固定就醫傾向都和重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症有顯著相關。相較於需部分負擔者，免部分負擔(OR=2.211, 95%CI=1.167-4.189)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機會較高。相較於居住在鄉鎮區者，居住在直轄市(OR=3.276, 95%CI=1.443-7.435)、省轄市(OR=1.496, 95%CI=0.640-3.500)、縣轄市(OR=1.178, 95%CI=0.491-2.823)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機會較高。相較於居家無照顧者，有居家家庭照顧者(OR=1.175, 95%CI=0.496-2.782)或居家全職看護(OR=3.250, 95%CI=1.102-9.583)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機會較高。相較於固定就醫傾向者，不固定就醫(OR=3.069, 95%CI=1.276-7.383)及中度就醫傾向(OR=1.189, 95%CI=0.404-3.498)的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機

會較高。

憂鬱是失能老人相當常見的問題，而失能老人有重鬱症傾向者在未來一年使用抗憂鬱藥物的比例相當低，而使用抗憂鬱藥物是用以治療憂鬱症的比例更低。藉由對失能老人重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的相關分析發現，居住在鄉鎮區、居家無照顧者、需要部分負擔、固定就醫的重鬱症傾向者，使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機會較低。對衛生政策及心理精神醫療服務提供者來說，如何降低老人的心理精神醫療就醫障礙，是制定老人憂鬱照護政策的重點，特別是居住在鄉村、居家無照顧者和需要部分負擔的重鬱症傾向者，而我們可利用社區式長期照護模式、部分負擔減免、照顧者的職能訓練、民眾衛教、醫事人員教育等方式，來提高大眾對於失能老人憂鬱症的辨識、診斷及治療率。

關鍵詞：失能老人、抗憂鬱藥物使用、重鬱症傾向、適應症、盛行率



Abstract

The objectives of this study were to understand the distribution of severe depressive symptoms, and antidepressant utilization among disabled elderly in Taiwan. To explore factors associated with antidepressant use in severe depressive elderly.

Data were used from the 'Evaluation of Taiwan National Requirements for Long-Term Care', and 12,030 disabled people aged 65 years and above were enrolled in the current study. The Center for Epidemiological Studies Depression scale was used to define two groups: non-depressed ($CES-D < 25$) and severe depressive symptoms ($CES-D \geq 25$). Subject identification information was linked to the National Health Insurance claim database to obtain antidepressant prescription data and diagnosis, including ambulatory visits and inpatient care, from the month of interview to one year later. The prevalence rate of antidepressant utilization in the full sample ($N=12,030$) and the antidepressant treatment rate in the severe depressive sample were both measured. And the associations of antidepressant use with demographic, health and care, social network and social support factors among severe depressive sample were analyzed.

The results indicated that the average CES-D score of the full sample was 13.3, and 1,015 respondents (12.6%) had severe depressive symptoms. In bivariate analyses, women, 65-74 years (young old), less education, don't requiring co-payment, living in a municipality, cognitive impairment, physically dependent, more than four chronic conditions, living in institutions, low social network, low emotional support, and low instrumental support were associated with severe depressive symptoms.

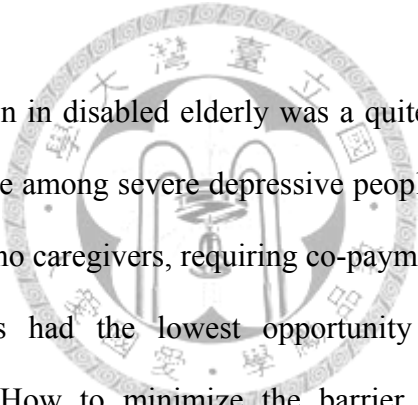
The annual prevalence rate of antidepressant utilization among full sample was 12.5% (TCAs of 39.0%, Heterocyclics of 27.3%, SSRIs of 21.8%, and MAOIs of 11.9%), and the number of annual antidepressant prescriptions was 10,276. Only 3,244 (31.6%) antidepressant prescriptions were used for depression (SSRIs of 42.8%, Heterocyclics of 29.8%, TCAs of 16.8%, MAOIs of 10.6%). Average number of

antidepressant prescriptions among antidepressant users was 6.9 annually. The annual antidepressant treatment rate of severe depressive sample was 17.5%. Only 60 (5.9%) severe depressive people use antidepressant for depression. In bivariate analysis, drug category was significantly associated with diagnosis. SSRIs (62.0%) was used mostly for depression, but TCAs (74.1%), MAOIs (61.2%), and Heterocyclics (40.0%) were used mostly for other diseases. Different specialists' prescription patterns were not the same. Psychiatrists prescribed SSRIs most, rehabilitation department prescribed Heterocyclics most. Others like neurologist, internist, family medicine, urologist, orthopedics, and dermatologist prescribed TCAs most.

In a multiple logistic regression model, age, co-payment, care arrangement, tendency to usual healthcare sources significantly associated with antidepressant treatment of severe depressive people. Compared to 85 years and above, 65-74 years (OR=2.342, 95%CI=1.173-4.674) and 75-84 years (OR=2.113, 95%CI=1.089-4.099) severe depressive people were more likely to use antidepressants. Compared to those requiring co-payment, those don't requiring co-payment (OR=1.636, 95%CI=1.090-2.456) were more likely to use antidepressants. Compared to those with no caregivers, those with family caregivers (OR=1.482, 95%CI=0.876-2.506), and with a full-time personal aide (OR=2.572, 95%CI=1.260-5.248) were more likely to use antidepressants. Compared to those with high tendency to usual healthcare resources, those with low tendency (OR=3.696, 95%CI=2.191-6.236), and with intermediate tendency (OR=1.555, 95%CI=0.844-2.863) were more likely to use antidepressants.

In a multiple logistic regression model, co-payment, residential area, care arrangement, and tendency to usual healthcare sources significantly associated with antidepressant treatment for depression among severe depressive people. Compared to those requiring co-payment, those don't requiring co-payment (OR=2.211,

95%CI=1.167-4.189) were more likely to use antidepressants for depression. Compared to those living in a town, those living in a municipality (OR=3.276, 95%CI=1.443-7.435), in a provincial city (OR=1.496, 95%CI=0.640-3.500), and in a county-controlled city (OR=1.178, 95%CI=0.491-2.823) were more likely to use antidepressants for depression. Compared to those with no caregivers, those with family caregivers (OR=1.175, 95%CI=0.496-2.782), and with a full-time personal aide (OR=3.250, 95%CI=1.102-9.583) were more likely to use antidepressants for depression. Compared to those with high tendency to usual healthcare resources, those with low tendency (OR=3.069, 95%CI=1.276-7.383), and with intermediate tendency (OR=1.189, 95%CI=0.404-3.498) were more likely to use antidepressants for depression.



In summary, depression in disabled elderly was a quite common problem, but the antidepressant treatment rate among severe depressive people was very low. Those who lived in a small town, with no caregivers, requiring co-payment, or with low tendency to usual healthcare resources had the lowest opportunity to receive antidepressant treatment for depression. How to minimize the barrier to mental health services, especially for those living in small towns, with no caregivers, or those requiring co-payment, was the most important goal for health policy makers and mental health services providers to make elderly depression care policy. We could improve the recognition, diagnosis and the treatment rate of depression through development of community-based long-term care system, reducing co-payment, training the caregivers, provide health education lessons to the public, or further professional knowledge about elderly depression to the health providers.

Key words : disabled elderly, antidepressant use, severe depressive symptoms, indication, prevalence

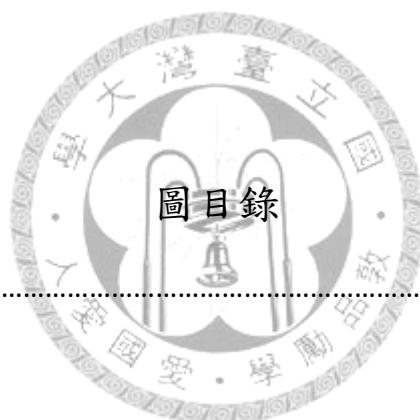
目 錄

誌謝.....	i
中文摘要.....	ii
英文摘要.....	v
目錄.....	viii
表目錄.....	ix
圖目錄.....	x
附錄.....	x
第一章 前言.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的.....	8
第三節 研究重要性.....	9
第二章 文獻探討.....	10
第一節 憂鬱.....	10
第二節 憂鬱症的藥物治療.....	21
第三節 各國抗憂鬱藥物使用情形.....	28
第四節 抗憂鬱藥物使用相關因素.....	49
第三章 研究材料與方法.....	61
第一節 研究架構與假說.....	61
第二節 研究材料.....	63
第三節 研究變項及操作型定義.....	65
第四節 資料處理與分析.....	72
第四章 研究結果.....	73
第一節 樣本特質.....	73
第二節 重鬱症傾向分佈情形.....	76
第三節 抗憂鬱藥物使用情形.....	79
第四節 有重鬱症傾向者是否用藥的雙變項及多變項分析.....	86
第五章 結論與討論.....	94
第一節 研究結果重點及討論.....	94
第二節 研究限制.....	109
第三節 政策意涵.....	111
第四節 未來研究建議.....	115
參考文獻.....	140

表目錄

表 2-1 CES-D 問卷的效度.....	15
表 2-2 各國老人憂鬱症狀盛行率比較.....	20
表 2-3 各國抗憂鬱藥物使用盛行率.....	35
表 2-4 憂鬱者的抗憂鬱藥物治療率.....	43
表 2-5 抗憂鬱藥物適應症.....	47
表 2-6 抗憂鬱藥物使用相關因素比較.....	58
表 4-1 基本特質分佈：人口學背景.....	117
表 4-2 基本特質分佈：健康與照顧狀況.....	118
表 4-3 失能老人憂鬱分數.....	119
表 4-4 失能老人重鬱症傾向分佈情形：人口學特質.....	120
表 4-5 失能老人重鬱症傾向分佈情形：健康與照顧狀況.....	121
表 4-6 失能老人重鬱症傾向分佈情形：社會支持系統.....	122
表 4-7 抗憂鬱藥物使用情形：年使用盛行率與每人年平均處方數.....	123
表 4-8-1 抗憂鬱藥物使用情形：處方藥品及類別比率.....	123
表 4-8-2 抗憂鬱藥物使用情形：處方藥品及類別比率(用於治療憂鬱症的處方)	124
表 4-9 藥物類別和疾病診斷的雙變項分析.....	124
表 4-10-1 抗憂鬱藥物使用情形：處方科別及疾病診斷比率.....	125
表 4-10-2 抗憂鬱藥物使用情形：處方科別(用於治療憂鬱症)	126
表 4-11-1 抗憂鬱藥物使用分析：處方科別與藥物類別.....	127
表 4-11-2 抗憂鬱藥物使用分析：處方科別與藥物類別(用於治療憂鬱症)	128
表 4-12-1 CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物的分佈情形(不同 CES-D 切點)	129
表 4-12-2 CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的分佈情形(不同 CES-D 切點)	129
表 4-12-3 CES-D 樣本是否被診斷為憂鬱症的分佈情形(不同 CES-D 切點)	129

表 4-13 重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析:人口學背景.....	130
表 4-14 重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析:健康與照顧狀況.....	131
表 4-15 重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析:社會支持系統.....	132
表 4-16 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析:人口學背景.....	133
表 4-17 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析:健康與照顧狀況.....	134
表 4-18 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析:社會支持系統.....	135
表 4-19 重鬱症傾向者是否用藥的多變項分析.....	136
表 4-20 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的多變項分析.....	138
表 4-21 重鬱症傾向者用藥及用藥治療憂鬱症的多變項分析結果比較.....	139



圖目錄

圖 3-1 研究架構.....	62
-----------------	----

附錄

附錄一、CES-D 問卷遺漏值處理.....	155
附錄二、疾病分類與 ICD-9 診斷碼.....	157
附錄三、抗憂鬱藥物分類.....	157

第一章 前言

第一節 研究背景

隨著老年人口的逐年增加，臺灣已於1993年9月邁入高齡化社會。伴隨著生育率的下降以及隨之而來的戰後嬰兒潮，人口老化的趨勢將會更加快速。2007年臺灣地區65歲以上老年人口已達234萬，約占總人口的10.2%(內政部，2008)，依據經建會人口中推計結果，2016年高齡人口比例將晉升到13.0%，到2051年更將高達37.0%(經建會，2006)。平均餘命亦明顯增加，1960年男性平均餘命為62.3歲，女性為66.4歲，至2006年男性平均餘命延長為74.9歲，女性為81.4歲(內政部，2008)。臺灣的人口老化趨勢成為了本世紀的首要衝擊，為迎接新型態的社會組成，老人社會的各項議題也成為熱門的研究主軸。

老人相關的議題多數和老化可能帶來生理、心理和社會等功能上的衰退有關。隨著年齡增長，身體功能退化總是最能引起注意的，但是心理和社會的健康卻是在老人照護議題較少被討論的。老年期除了身體功能逐漸退化，退休造成社會角色的調適問題，在心理健康上，各方面功能的衰退使得老人必須面對多重的老年期失落，像是外貌改變、至親死亡、疾病、社會角色、家庭權力、經濟自主能力和自我照顧能力的喪失等。當這些改變未獲得妥當的調適，更逐步使老年人生活在孤寂、無助、憤恨、無望中，憂鬱症狀亦隨之產生(蔣秀容、徐畢卿，2002；Hooyman & Kiyak, 2002)。老年期失落加上社會對老人的刻板印象、歧視和對老人需求的疏忽等，都形成老人必須擔負的壓力，若缺乏妥當的抒解與因應，這些壓力可能導致精神方面的違常(林怡君、余豎文、張宏哲，2004)。事實上，憂鬱症、失智症和妄想症是老人精神違常(Late-life Psychopathology)最盛行的前三名(Hooyman & Kiyak, 2002)，憂鬱症或有憂鬱症狀都是老人常見的心理問題之一(林志強、夏一新、陸汝斌，1999)。由此可知在眾多老人心理精神健康問題中，憂鬱是一重要的臨床及公共衛生議題。

美國國家共病調查(National Comorbidity Survey Replication)指出，重鬱症(Major depressive disorder)終生盛行率為 16.2%，而年盛行率為 6.6%(Kessler et al., 2003)。在一歐洲六國(比、法、德、義、荷、西)的研究中則發現重鬱症終生盛行率為 13%，年盛行率為 4%(Alonso et al., 2004a)。當以自答式憂鬱量表為研究工具時，國外社區老人憂鬱症狀盛行率為 13.1%-33.5%(Callahan et al., 1994; Osborn et al., 2002; Wada et al., 2004)，而國內社區老人憂鬱症狀盛行率為 20.3%-31.3%，若是在機構內則高至 52.05%(Liu et al., 1997；呂淑妤、林宗義，2000；林怡君等，2004；邵靖翰，2004；Lin et al., 2005)，因為研究方法、對憂鬱定義的不同以及國家地理文化差異的影響，老人憂鬱盛行率的研究結果差異相當大(Beekman et al., 1999)。

憂鬱症是相當普遍且常見的精神疾病，據 WHO 估計，2001 年時全球約有一億五千萬人罹患憂鬱症(WHO, 2001a)，至 2020 年時憂鬱症將是心血管疾病之外，造成人類失能疾病的第二位(Murray & Lopez, 1997)。不管是高度開發或是貧窮國家，憂鬱症都造成嚴重的影響，甚至被稱為是「二十一世紀的癌症」(Holden, 2000)。憂鬱症狀直接的就會對個人的生活作息、情緒造成重大的影響。在國內外研究已證實老人憂鬱症狀會導致冠狀心臟血管疾病發作的危險性增加(Wulsin & Singal, 2003)、日常生活功能退化(Mehta et al., 2002)、及身體罹病的危險性增加(Kvela & Pahkala, 2001)，社區老人憂鬱也與不良之預後相關(Cole et al., 1997; Cole et al., 1999)，不論在社區或是醫院，憂鬱皆與老人死亡率增加相關(Abas et al., 2002)。另外在有自殺行為的老人中，71%有精神疾病，其中 44~87%是重鬱症，相關文獻也指出，老年憂鬱症患者會自殺的原因，多數是因為未就醫或未能獲得適切治療，由此可知憂鬱症照護情形和嚴重的自殺問題有關(江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺，2006)。綜合以上憂鬱症對於老人身心的影響，我們可知道如果忽略老人憂鬱症狀而未加以治療，最後終將導致身體功能的逐漸喪失與退化，進而造成醫療費用的增加及家庭負擔，甚至是自殺、死亡。因此，就健康照顧及醫療的角度而言，了解老人憂鬱症的照顧與治療情形是相當重要的。

生理疾病容易因疼痛不適而被發現，心理或是精神方面的疾病往往都被忽略或者是汙名化，使得精神疾病的照護一直都是相當困難的。許多研究都指出大部分的精神疾病都未得到適當的治療，不管是在開發中國家或已開發國家都是一樣(The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004)。Laukkala等人在1996年的芬蘭研究樣本中發現，過去一年有重鬱症發作的人，只有13%在訪視當時有服用抗憂鬱藥物治療。Steffens等人的研究則顯示美國重鬱症者的抗憂鬱藥物治療比率為35.7%。加拿大的研究則顯示抗憂鬱藥物治療比率正明顯的增加，Patten等人的研究更指出：自1994-2000年，治療比率已從15%加倍到30%(Laukkala et al., 2001; Steffens et al., 2000; Patten, 2004)。Kohn等人蒐集了37篇精神醫療服務使用的文獻，分析23國精神疾病照護研究報告指出，未接受重鬱症治療的各國平均為53.9%，分布範圍在15.9%~83.9%(Kohn et al., 2004)。目前為止，臺灣尚未有探討憂鬱患者用藥情形的研究，僅有關於憂鬱求助行為的研究。在2002年的「臺灣民眾對憂鬱症的態度調查」中，發現被檢測出有憂鬱症傾向的受訪者中，僅有不到7%的憂鬱症患者曾尋求精神科治療(楊明仁，2002)。在2006年的「臺灣民眾憂鬱程度與求助行為調查」中，葉與林針對7,888名臺灣18歲以上成人，在北、中、南、東四區以立意抽樣方式進行問卷調查。發現有11.74%的人已達嚴重憂鬱情緒，嚴重憂鬱情緒者在面對憂鬱症狀時，以「不管它、多休息、多運動」的方式最多，有37.96%；其次為「使用放鬆方法」，占21.67%；第三則是「自己研究資料上的建議」，占19.90%；「看西醫的內科及一般科別」只占15.58%；「看西醫的精神科」僅占7.31% (葉雅馨、林家興，2006)。由此可知國內外的精神與心理疾病的診斷和治療比率，雖有增加的趨勢，但仍有相當大的未滿足需求(unmet need)，在老人族群的憂鬱症治療亦是如此(Steffens et al., 2000; Fischer et al., 2002; Sonnenberg et al., 2003; Montagnier et al., 2006; Grunebaum et al., 2008)。

老年憂鬱診斷的困難性在低治療(undertreatment)問題中扮演著很重要的角色，老年族群憂鬱表現及身心狀況的多樣化更加深了憂鬱辨識的難度。在老化的

過程中或多或少都有必須面對的失落和改變，但是哀傷和沮喪卻不會全部都轉變成憂鬱，將老人的憂鬱症狀誤認為是正常老化的一部份，是造成老人憂鬱診斷低的原因之一(Sonnenberg et al., 2003)。老人的憂鬱症狀常以多種身體化的症狀表現，像是失眠、沒胃口、疼痛等，求助於各科而不易被辨識、診斷(蔣、徐，2002)，而且老年憂鬱症亦經常伴隨著焦慮、認知障礙等其他共病症狀出現，這些原因都使得老人憂鬱症狀的篩檢和診斷更為困難(Sonnenberg et al., 2003)，特別是老人族群的憂鬱症狀常與年輕人不同，大部分的憂鬱症狀嚴重程度常無法符合臨床診斷的標準(Sonnenberg et al., 2003; Pinguart et al., 2006)。憂鬱症狀雖不等於憂鬱症，然而在老人族群中，憂鬱症狀就已對日常生活造成嚴重影響，憂鬱症狀和生理健康狀態以及失能有關(鄭惠信、史麗珠、謝瀛華、盧成皆，1995；蔣、徐，2002；Bauer et al., 2007)，甚至會影響未來的身體功能表現(Penninx et al., 1998)。因此在照顧老人憂鬱時，介入的時機點不只有憂鬱症發作時，憂鬱症狀就是一個重要的警訊。總結上文可知，憂鬱在老人族群中是相當普遍常見的問題，對於生命晚期的生活品質也造成相當重大的影響，老人憂鬱容易被誤解為正常老化的悲傷情緒或是身體症狀，低治療(undertreatment)的問題是相當嚴重，以現階段政策目標來說，為因應憂鬱症者無法得到治療而造成嚴重的疾病負擔與社會成本，解決治療需求未滿足的問題是當前政策最迫切的需求，所以有重鬱症傾向的老人是否能夠獲得抗憂鬱藥物治療將是本篇論文期待了解的重點之一。但若以全面性衛生政策擬定來說，單就治療層面著手是不足以解決源頭問題，更應從疾病初級預防、次級治療及三級復健的三段預防模式來呼應老人的心理精神健康的需求。

憂鬱症的治療方式有藥物治療、心理治療、諮商等等方式，國外研究也顯示：相較於藥物治療，老人較喜歡以諮商的方式來治療憂鬱症(Unutzer et al., 2003; Gum et al., 2006)。事實上在國外的研究中發現，45.6%的老年憂鬱症病患在發病近期內曾接受任何憂鬱治療，而其中 81.6%只接受抗憂鬱藥物治療，7.0%只接受心理治療或諮商方式，11.4%同時接受藥物與心理治療(Unutzer et al., 2003)；而在 Crystal 等

人的研究中則發現，被診斷出憂鬱症的老人中，只有 67.7%在一年後有接受治療，其中 60.2%只接受抗憂鬱藥物治療，14.4%只接受心理治療或諮商方式，25.5%同時接受藥物與心理治療(Crystal et al., 2003)，可知抗憂鬱藥物在老年憂鬱症中是主要的治療方式。有關藥物治療與心理治療的優劣選擇一直是學術界的辯論重點，但是對於重鬱症需要以抗憂鬱藥物治療是有一致的共識(Sonnenberg et al., 2003)，臺灣在 2002 年才開始有臨床、諮商心理師的國家考試，半數以上縣市的心理衛生中心在 2004 年左右才成立，根據衛生署統計，截至 2008 年 6 月底止，全台只有 596 位臨床心理師在十個縣市有執業登記(臨床心理師公會，2008)，再加上全民健保在心理治療領域，只有支付部份項目，多數時候的心理治療都必須自費，可近性較低。總結來說藥物治療是憂鬱症治療的主要方式，也是目前較普遍常用的方式；對於研究來說，藥物治療資訊在處方資料庫有詳盡的紀錄，不需透過個案訪視即可取得，所以在大部分的憂鬱症治療與照護研究中，常以藥物治療為主要的指標。

過去國外有關抗憂鬱藥物的使用情形研究，多著重在使用盛行率與趨勢、影響使用的相關因素與預測因子、使用的連續性。各國在抗憂鬱藥物使用盛行率及消長趨勢的研究相當豐富，2000 年左右，加拿大、義大利、德國、臺灣的全人口抗憂鬱藥物使用年盛行率在 3.7-7.4%(Alonso et al., 2004c; Percudani et al., 2004; Beck et al., 2005; Ufer et al., 2007; Chien et al., 2007; Raymond et al., 2007)，而老人的抗憂鬱藥物使用年盛行率較高，加拿大、義大利在 9.49-11.5%(Mamdani et al., 2000; Percudani et al., 2005)，臺灣到目前為止尚未有老人抗憂鬱藥物使用盛行率的數據。美國、加拿大、荷蘭、英國、西班牙、荷蘭在近幾年的文獻中都指出：受到 SSRI 類新一代抗憂鬱藥物問世的影響，自 1990 年起抗憂鬱藥物的使用比率增加，原因是 SSRI 類的藥物副作用比 TCA 類要小的多，使得醫師在處方上更容易使用，也增加了民眾用藥的意願(Laukkala et al., 2001; Patten, 2004; Fillenbaum et al., 2006; Ubeda et al., 2007)。不同的研究都企圖以抗憂鬱藥物的使用比率變化，來表現出各

國憂鬱病患被照顧程度，但抗憂鬱藥物使用盛行率的增加就真的代表憂鬱症的照顧提升了嗎？Laukkala等人就指出，雖然芬蘭的抗憂鬱藥物使用比率在1990年代增加數倍，但是仍有許多憂鬱患者未使用抗憂鬱藥物(Laukkala et al., 2001)。而荷蘭、加拿大、東亞五地在2000-2004年間的研究發現，45.5%-61.6%的抗憂鬱藥物處方是用於治療憂鬱症，也就是說有三分之一以上的抗憂鬱藥物不是用來治療憂鬱症，而是用來治療像是夜尿、皮膚病、疼痛等其他疾病(Beck et al., 2005; Gardarsdottir et al., 2007; Patten et al., 2007; Uchida et al., 2007)。因此「抗憂鬱藥物使用盛行率」不是代表「憂鬱症治療率」最好的指標，必須瞭解抗憂鬱藥物用於治療憂鬱症的比率，以實際用於治療憂鬱症的「抗憂鬱藥物使用率」來當作「憂鬱症治療率」的測量方法(proxy)會有更準確的結果，也會是更好的指標(Beck et al., 2005; Gardarsdottir et al., 2007)。

抗憂鬱藥物使用的預測因子及相關因素研究如下：1995年Brown等人，利用美國老人流行病學研究(Epidemiologic Study of the Elderly, EPESE)於1981-1987年間在美國四個社區(East Boston、Iowa、New Haven、North Carolina)，針對13,074名65歲以上老人進行訪視，並做次級資料分析。企圖了解抗憂鬱藥物使用和人口學背景變項、健康相關因素以及健康服務使用的關係。2005年Blazer等人，針對美國北卡五個郡的社區老人，做抗憂鬱藥物使用預測因子的研究，並且利用長期追蹤的研究法，探討預測因子是否會隨時間而改變，研究資料來自Duke Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly，是一個為期10年的前瞻性世代研究，經過四階段機率選樣出4,162名65歲以上的樣本。2008年Grunebaum等人利用華盛頓老化研究計畫(Washington Heights-Inwood Columbia Aging Project)，蒐集2,629名65歲以上紐約市民的社區流行病學資料，利用CES-D-10題問卷測量個案的憂鬱症狀，並由訪員記錄個案當時的用藥情形。在這些抗憂鬱藥物使用的相關因素研究中，人口學變項(種族、性別)、健康相關因子(自覺健康、失能、認知障礙、CES-D分數)、健康照護使用(就醫次數、過去用藥)都和抗憂鬱藥物的

使用有相關(Brown et al., 1995; Blazer et al., 2005; Grunebaum et al., 2008),但是研究樣本並非全部都是憂鬱樣本,因此這些相關因素可能都只代表罹患憂鬱症的相關因素,無法當作憂鬱患者是否接受抗憂鬱藥物治療的指標,更無法了解哪些因素會影響憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用。

加拿大、荷蘭、芬蘭等地的學者,則利用憂鬱量表或診斷性問卷等方式篩選出人口群中可能罹患憂鬱症的樣本,進而分析當時或日後的抗憂鬱藥物使用,瞭解憂鬱傾向者的抗憂鬱藥物使用相關因素。在此三篇研究中發現,女性、無認知障礙、嚴重憂鬱、有使用精神醫療服務治療憂鬱症、有規律使用任何藥物以及有一個月以上病假的憂鬱者,使用抗憂鬱藥物的機會較高(Patten, 2004; Sonnenberg et al., 2003; Laukkala et al., 2001)。

由於憂鬱症的低辨識(underrecognized)、低診斷(underdiagnosed),治療需求也就無法被滿足。特別是老年族群的憂鬱症狀往往無法達到臨床診斷的標準,身體化的症狀也常讓人忽略心理精神的問題,再加上對於精神疾病的汙名化,使得老年憂鬱症的照護問題變得相當棘手。截至目前為止,針對社區老人憂鬱症狀做篩檢,深入探討治療情形的文獻更是少之又少,因此老人的憂鬱治療情形是一個需要被量化與深入分析的議題。在美國,老年憂鬱症患者採用心理治療的方式較不普遍,60.2%-81.6%的憂鬱症治療只使用抗憂鬱藥物,7.0%-14.4%只使用心理治療,而有11.4%-25.5%同時接受藥物與心理治療 (Unutzer et al., 2003; Crystal et al., 2003; Wei et al., 2005)。由此可知藥物治療占了憂鬱症治療的絕大部分,若能搭配考慮抗憂鬱藥物治療的診斷,排除非治療憂鬱症的處方,則抗憂鬱藥物使用率就會是良好的描繪憂鬱症照顧情形的替代指標(Gardarsdottir et al., 2007)。

第二節 研究目的

本研究將研究對象從醫院族群擴展到社區的樣本，希望能以全國性的大型調查樣本，結合健保資料庫，深入瞭解臺灣失能老人憂鬱情形的分佈以及抗憂鬱藥物使用情形，如：年使用盛行率、處方藥品及類別、處方科別及疾病診斷。最後以社區中具重鬱症傾向的失能老人為次樣本(N=1,015)，探討其是否有接受抗憂鬱藥物治療，並且分析影響因素。本文之研究目的共有三點如下：

- 瞭解臺灣失能老人的重鬱症傾向分佈
- 瞭解臺灣失能老人的抗憂鬱藥物使用情形
- 瞭解臺灣有重鬱症傾向的失能老人是否使用抗憂鬱藥物及其影響因素



第三節 研究重要性

因為憂鬱症的低診斷特性，若要以就醫資料庫或醫院樣本來計算憂鬱症的盛行率，是相當不準確的，而且會低估憂鬱嚴重度，因此必須借重社區樣本的訪視來發掘潛在的重鬱症傾向者。過去國外關於抗憂鬱藥物使用的研究主題，多著重在使用比率及趨勢、使用藥物種類、影響使用的相關因素等等，篩選出憂鬱患者並追蹤後續用藥治療的研究不多，研究樣本多來自於醫院、診所樣本或處方資料庫的分析研究，社區大樣本的研究較少，國內甚至沒有相關的研究。

本研究結合調查與資料庫，利用憂鬱量表可全面篩選有重鬱症傾向的個案，並且結合健保資料庫完整的處方與診斷資訊，追蹤未來是否接受治療，可深入瞭解重鬱症傾向者是否在未來會接受抗憂鬱藥物的治療，並且探討哪些特質會影響使用。過去少有以社區失能老人為對象的大樣本研究，透過本論文的分析，希望可以對失能老人的憂鬱和抗憂鬱藥物使用情形有更深入的探討。

過去文獻曾指出抗憂鬱藥物並非只用來治療憂鬱症，但是未有研究深入探討有多少比例的人有用抗憂鬱藥物治療憂鬱症，因為以社區樣本來做研究，必須先篩選出憂鬱傾向者，然後計算用藥的比例，在治療需求未滿足的情況下，有用藥的比例本就不高，若要再深入到用藥治療憂鬱症的層次，則原本的樣本數要相當的龐大。本研究結合社區大樣本和健保資料庫的優點，是少數將依變項再細緻化為「是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」的研究，希望瞭解多少人有用藥外，更希望獲得多少人使用抗憂鬱藥物是用來治療憂鬱症的資訊，並深入探討兩個不同的依變項是否有不同的影響因素，期望能以本論文的研究瞭解臺灣失能老人的憂鬱和抗憂鬱藥物使用情形，對未來老年憂鬱症照護的衛生政策提出建議。

第二章 文獻探討

第一節 憂鬱

憂鬱(Depression)一詞所指的概念相當廣泛，可以是一種情緒(Mood)、症狀(Symptom)或者是症候群(Syndrom)，若是以數線來表示，憂鬱不是某個特定的點而是如同光譜一般的連續組成，從正常的情緒(normal mood fluctuations)到憂鬱心情(depressed mood)一直到憂鬱發作(depressive episode)，而人們利用不同的標準來對憂鬱表現下不同的註解(WHO, 2001b)。憂鬱是人類的正常情緒反應，更是日常生活中的一部份，但是正常人是藉由其他正向反應來平衡憂鬱對日常生活的影響，而當憂鬱症狀或情緒嚴重到危及個體的社會功能、角色，就可能被診斷為憂鬱症(Radloff, 1977)。所以憂鬱可能指的是憂鬱症又或者是憂鬱症狀，兩者意義有重疊但不完全相同。

一、 憂鬱症

憂鬱症是根據症狀頻率、發病期間、功能減損等診斷標準所定義，是一種精神疾病型態。目前國際間所使用的精神疾病診斷準則中，以美國精神醫學會(American Psychiatric Association)所出版的精神疾患診斷標準手冊(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)) 與聯合國世界衛生組織所出版的 International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10)最為常用。在 DSM-IV 診斷系統中，將憂鬱疾患(Depressive Disorders)主要分為重鬱症(Major depressive disorder)、情感性低落症(Dysthymic disorder)及其他未註明之憂鬱疾患(Depressive Disorder NOS-Not otherwise specified)，而 ICD-10 分類系統也大都相近。在學術研究中常將重鬱症(MDD)、情感性低落症(Dysthymic disorder)、次閾值憂鬱症(Subthreshold depression/Minor depressive disorder)合稱為臨床相關憂鬱症(Clinical Relevant Depression, CRD)(Beekman et al., 1999)。以下就 DSM-IV-TR 的憂鬱疾患診斷標準做介紹(American Psychiatric Association, 2000)：

重鬱症診斷

在 DSM-IV 診斷系統中，對重鬱症(MDD)的診斷是以九大症狀來判定之，若患者在過去兩周內，幾乎每天都會出現下列五項以上的症狀，其中第一項和第二項必須要有一個以上存在，且症狀明顯對先前的社會功能、職業等重大功能造成損害，就是所謂的重鬱症。前提是症狀的出現並非來自生理、疾病、物質使用或喪親(Bereavement)因素。

1. 心情低落
2. 對平日喜歡的活動失去興趣與熱情
3. 一個月內體重明顯增加或減輕(超過5%)，或幾乎每天的食慾增加或減少
4. 失眠或嗜睡
5. 整天急躁不安或遲緩呆滯(他人客觀的觀察)
6. 疲倦或全身無力
7. 無價值感或過度罪惡感(並非僅是對生病的自責)
8. 思考力、專注力、決斷力降低。
9. 死亡念頭反覆出現(並非害怕死亡)，或是重覆地有自殺意念、或自殺企圖，或是有強烈的自殺行動計畫

情感性低落症診斷

在 DSM-IV 診斷系統中，對情感性低落症(Dysthymic disorder)的定義如下：是以兩大準則來判定之，且症狀明顯對先前的社會功能、職業等重大功能造成損害。前提是症狀的出現並非來自生理、疾病、物質使用因素。

1. 幾乎整天憂鬱心情，憂鬱心情的日子比非憂鬱心情的日子為多，為期至少兩年，可由主觀陳述或他人觀察。
2. 心情憂鬱時出現下列症狀兩項以上：
 - (1)食慾增加或減少
 - (2)失眠或嗜睡

- (3)活力低或疲累
 - (4)低自尊
 - (5)專注力減退或難以下決定
 - (6)感覺沒有希望 (hopelessness)
3. 在情感障礙的兩年中，準則 1.及 2.的症狀從未一次消失兩個月以上。
 4. 在情感障礙的前兩年內，不曾有過重鬱症發作。
 5. 從未有過躁狂發作、混和發作、或輕躁狂發作，也從未符合循環性情感疾患的準則。

次閾值憂鬱症診斷

在DSM-IV診斷系統中，對次閾值憂鬱症(Subthreshold depression/Minor depressive disorder)的判定同樣是以重鬱症的九大症狀為準，但是只需要2-5個症狀就成立，且未達重鬱症或情感性低落症的診斷標準，又可稱為Subsyndromal depression。在過去文獻中以CES-D總分來下操作化定義，若 ≥ 16 分但未達重鬱症診斷者，稱為次閾值憂鬱症(Blazer., 2003)。

常用的精神診斷訪談

DSM 的精神疾病診斷難以用於大規模的流行病學研究，一般來說 DIS (Diagnostic Interview Schedule)和 WHO CIDI (Composite International Diagnostic Interview)是最常用的診斷性問卷，常用以當作是憂鬱症盛行率的測量工具。自 1978 年開始 Robins 等人發展以 DSM 為準的 DIS 精神診斷訪談，忠實的將 DSM 的診斷標準轉換成問句，設計了一份可由受訓的一般訪員來操作的診斷性問卷，而後被許多精神流行病學研究所廣為使用(Washington University School of Medicine, 2008)。隨後在 1990 年 WHO 更將之加以擴充，發展以 DSM 及 ICD 兩套診斷系統為標準的 WHO CIDI 精神診斷訪談，以期可用做更廣泛的國際間比較，同樣可由受訓的一般訪員來進行訪談，可用在流行病學和跨文化的臨床研究(WHO, 2004)。

二、 憂鬱症狀

憂鬱症狀則泛指一個人在憂鬱的情況下所產生的行為、認知、情緒及思考方面的現象，通常用問卷或量表來測量憂鬱症狀，像是：美國流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)、老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS)、曾氏憂鬱量表 (Zung's self-rating depression scale)、貝氏憂鬱量表(Beck Depression Inventory, BDI)、漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D)等，憂鬱量表的内容大多依據精神疾病診斷準則手冊(DSM)中所列的症狀為標準編製而成，並根據症狀的數目來計算憂鬱嚴重程度，且量表的產生各有其不同適用的族群和目的。Radloff指出，沒有憂鬱症的人也會經歷這些憂鬱症狀，但是他們會傾向藉由正向的思考、行為等來平衡，維持正常生活功能。

憂鬱症狀的最終並不一定都會走向憂鬱症，但是在過去研究中，次閾值憂鬱症(subthreshold depression)和失能以及未來的重鬱症病程息息相關(Tannock & Katona, 1995; Lyness et al., 1999; Hsieh & Lai, 2005)，次閾值憂鬱症帶給人們的痛苦並不亞於重鬱症。因此未達憂鬱診斷標準的輕微或中度憂鬱症狀還是需要適切的照顧介入，以防症狀惡化。憂鬱症的診斷比率相當的低，單就全民健保資料的醫師診斷數據統計，是無法瞭解憂鬱症的實際嚴重程度，而且為了做大規模的篩檢，借助適當的憂鬱量表是最好的工具。以下將就常用的憂鬱問卷作簡單介紹：

流行病學研究中心憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

美國流行病學研究中心憂鬱量表(CES-D)的原始版本是由 Radloff 等人於 1977 年正式發表，共有 20 個題目的自答式問卷，可用以篩檢樣本的憂鬱與否，問卷題目的設計包括了多個重要的憂鬱症狀，適用於各年齡層的一般或臨床個案，採四點計分法(從「沒有或極少」的「0」，到「經常」的「3」)，總分為 0-60 分，分數愈高代表症狀頻率愈高。CES-D 在不同年齡層或族群的信效度都相當好，以信度

來說，當研究對象為一般族群時，代表內部一致性係數的 Cronbach's α 值為 0.85 (Radloff, 1977)；以虛弱老人為研究對象時，Cronbach's α 值為 0.86 (Davidson et al., 1994)；以病患為研究對象時，Cronbach's α 值為 0.9 (Himmelfarb & Murrell, 1983)，顯示在不同族群中，CES-D 問卷的內部一致性都非常好，折半信度(Split-half reliability)從 0.76-0.85，多數研究的再測信度(test-retest reliability)大多為 0.50-0.60 (Radloff, 1977)。以效度來說，CES-D 問卷的敏感度、特異度大致良好，但是會隨著效標及切點的選擇而有所不同，有些文獻是以 DSM-IV 所定義的重鬱症為效標，也有些文獻是以臨床相關憂鬱症(CRD)為效標，包括 DSM-IV 所定義的重鬱症、情感性低落症及次閾值憂鬱症，也因此其敏感度、特異度、陽性預測值、陰性預測值都會有所差異(見表 2-1)。當研究對象為老人，以 DSM-IV 所定義的重鬱症為效標時，建議的切點分數在 20-25，敏感度(sensitivity)在 0.85-0.92，特異度(specificity)在 0.64-0.87 (Lyness et al., 1997; Beekman et al., 1997; Haringsma et al., 2004)。當研究對象同為老人，但是以 DSM-IV 所定義的重鬱症、情感性低落症及次閾值憂鬱症其一為效標時，建議的切點分數在 12-22，敏感度在 0.75-0.84，特異度為 0.51-0.77 (Lewinsohn et al., 1997; Haringsma et al., 2004; Cheng & Chan., 2005)。對於不同的受訪族群，建議的切點(cut-off point)也有所不同，一般最常用的就是以總分 ≥ 16 分視為有憂鬱傾向(Radloff, 1977)，對於老年族群則建議以 19/20 分為切點；青少年或疼痛病患則建議以 24/28 為切點。Radloff 針對不同社經地位者回答 CES-D 問卷的變異情形發現，低社經地位者針對身體症狀的回答較多，而高社經地位者則是以情感上憂鬱較多，而由這些回答的異質性也透露出 CES-D 切點是難以有一致性的標準。

總結來說，當效標相同時，切點值越低，敏感度越高、特異度越差、陽性預測值越差；當效標不同時，除了研究族群會對適當切點有影響外，以重鬱症為效標的研究，建議的切點會越高；反之若以患有重鬱症、情緒低落症及次閾值憂鬱症其一都視為有憂鬱者，建議的切點就會較低(Lewinsohn et al., 1997; Lyness et al.,

1997; Beekman et al., 1997; Haringsma et al., 2004; Cheng & Chan, 2005)。

Shrout 和 Yager 認為因為 CES-D 原版的內部一致性高，即使縮短問卷內容也不會減低信度，為了降低訪視成本，提高作答率，已有很多簡短版量表出現(Shourt & Yager, 1989)。Boston Form CES-D scale 的 10 題或 Iowa Form CES-D scale 的 11 題版本都是常用於老人族群的 CES-D 簡短版量表。Kohout 將 10 題、11 題短版問卷和 20 題原版問卷同時做研究，更証實了短版的 CES-D 問卷同樣能代表 20 題問卷的效力，而且在大規模的調查時，短版的問卷更能節省調查的時間和金費(Kohout et al., 1993)。

表 2-1CES-D 問卷的效度

	樣本	診斷	Cut-off	敏感度	特異度	PPV
Lewinsohn et al. (1997)	美國司機(50 歲以上)	重鬱症、情感性低落症	12*	0.76	0.77	0.22
Lyness et al. (1997)	美國 60 歲以上老人 (N=160)	重鬱症	21*	0.92	0.87	
Beekman et al. (1997)	荷蘭社區老人 (55 歲以上) (N=487)	重鬱症	16	1.00	0.55	
			20*	0.94	0.74	
Haringsma et al. (2004)	荷蘭憂鬱自我預防團體(55 歲以上)	重鬱症、情感性低落症、次閾值憂鬱症	16	0.93	0.29	0.68
			22*	0.84	0.60	0.77
		重鬱症	22	0.91	0.50	0.57
			25*	0.85	0.64	0.63
Cheng & Chan (2005)	香港老人 (N=398)	重鬱症、情感性低落症、適應性憂鬱症、失智憂鬱	22*	0.75	0.51	0.55

註：*號者為該文作者建議的 cut-off point

老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS)

老人憂鬱量表(GDS)是 Yesavage 等人特別為美國社區老人所發展的憂鬱量表，原始版本共 30 題，經 Sheikh 和 Yesavage 精簡為 15 題簡短版(GDS-SF)。此量

表的計分方式為二分法(是/否)，簡單不易混淆，更適合老年人作答。為增強量表對老年憂鬱症的鑑別力，題目內容只包含與情感、認知及行為有關的症狀，排除有關於身體症狀的題目。老人憂鬱量表(GDS)可自答亦可採用結構式訪談，施測容易，可適用於一般或臨床個案的憂鬱篩檢。

漢氏憂鬱量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D)

漢氏憂鬱量表(HAM-D)最早是由英國學者Hamilton於1960年發展出來的憂鬱症評量表。HAM-D有三種常見的版本：17題版，21題版，及24題版，最常使用的則是17題版。HAM-D是由評量者施行的量表(observer scale)，由具備基本病理知識的臨床專業人員，評量個案最近一周以及會談時所觀察到的情緒及身心狀態，需耗時二十至三十分鐘。HAM-D是「嚴重度評量表」，不適用於「診斷個案」，依據總分來判定為嚴重憂鬱、中度憂鬱、輕度憂鬱、臨界值或正常，而各家學者對分數的定義略有不同。HAM-D的內在信度中等(0.2-0.8)，評量者間信度(inter-rater reliability)可達0.84以上。

綜合上述可知，憂鬱量表是用以測量個案憂鬱症狀嚴重程度相當便利的工具，不關是時間、金錢成本都比診斷性問卷或醫師問診來的低，因此常常運用在大規模的調查研究中，初步篩選可能憂鬱的個案，再利用診斷性工具來做更詳盡的評估。憂鬱量表適用的族群各有不同，為了方便老人作答，較常採用短版或計分方式較簡單的問卷，如CES-D短版、GDS問卷等。值得注意的是，憂鬱量表的題目常參考DSM的診斷問題來設計，但是無法用以診斷，只能用以測量憂鬱症狀多寡，而透過與診斷性問卷或醫師問診的效標效度研究，可以找出適當的切點來描述個案的憂鬱傾向。

三、 憂鬱盛行率

憂鬱症是一常見且影響身心健康的慢性精神疾病。根據美國國家共病調查(National Comorbidity Survey Replication, NCS-R)，於2001年1月到2002年12月針對

美國48州進行全國性家訪，利WHO CIDI為診斷工具，由不具臨床經驗的受訓訪員對9,090位受試者進行訪視。研究顯示，約有16.2%的人在過去一生中，曾得過重鬱症，且重鬱症年盛行率為6.6% (Kessler et al., 2003)。加拿大社區健康調查(Canadian Community Health Survey, CCHS)於2002年針對全國15歲以上成人進行的精神健康調查(N=36,984)，發現重鬱症年盛行率為4.8%，其中女性(5.9%)>男性(3.7%) (Statistics Canada, 2003)，而加拿大國家人口健康調查(NPHS)於2000-2001年的追蹤調查，以CIDI簡短版重鬱症問卷(Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression, CIDI-SFMD)為診斷工具，發現重鬱症年盛行率為4.8% (Patten, 2004)。德國在2000年的憂鬱症點盛行率為10.9% (Wittchen & Pittrow, 2002)。在性別方面，女性從青春期到50歲左右，罹患憂鬱症的風險都比男性來的高，其憂鬱症終生盛行率比男性要高出1.7倍至2.7倍(Burt & Stein, 2002; Kessler et al., 2003)。

四、 老人憂鬱盛行率

Steffens等(2000)於1995-1996年間，針對猶大州Cache郡的社區老人進行訪查，以精神科診斷問卷修正版(DIS-CM)為診斷工具，針對4,559人進行憂鬱症狀調查，依據DSM-IV的分類標準，將憂鬱分為憂鬱症以及次閾值憂鬱症，其中憂鬱症包含了重鬱症和情感性低落症；次閾值憂鬱症指的是個案有兩個以上憂鬱症狀，但未達憂鬱症的診斷標準。結果發現重鬱症點盛行率為3.7% (女性為4.4%，男性為2.7%)；憂鬱症點盛行率(包括重鬱症和情感性低落症)為4.3%，而所有憂鬱點盛行率(包括憂鬱症及次閾值憂鬱症)為5.3%。

大部分的老年憂鬱症狀難以符合精神疾患診斷標準(DSM)對重鬱症所定義的標準，也使得老年憂鬱症較不容易被診斷出來(Tannock & Katona, 1995)。因此除了DIS 或 WHO CIDI 等診斷性訪談外，以其他合適的憂鬱量表來瞭解老人族群可能的憂鬱情形也是相當必要的。

國外研究

以醫院診所樣本來說，Callahan等人針對美國都市診所中，60歲以上使用過基層門診的老人，抽樣1,171人，並利用CES-D問卷為調查工具，當以 ≥ 16 分判定為憂鬱時，其憂鬱症狀盛行率是17.1% (Callahan et al., 1994)。

以社區樣本來說，Osborn等人以GDS-15為工具，調查樣本共14,545人，足可代表英國75歲以上老人人口，若以GDS-15問卷總分為5分以上判定為憂鬱時，其憂鬱症狀盛行率是13.1% (Osborn et al., 2002)。Wada等人以GDS-15為工具，調查5,363名來自日本四個鄉村社區的65歲以上老人，若以GDS-15問卷總分為5分以上判定為憂鬱時，憂鬱症狀盛行率是33.5% (Wada et al., 2004)。

在Beekman等人蒐集1989-1996年間共34篇社區老人憂鬱盛行率所做的文獻回顧發現，老人族群的臨床相關憂鬱症(Clinical Relevant Depression, CRD)平均盛行率約為14% (0.4-35%)，其中校正後平均重鬱症盛行率為1.8%，而次閾值憂鬱症(Minor depression)為9.8% (Beekman et al., 1999)。

總和上述文獻可知，因為研究樣本差異、調查方法、憂鬱定義等研究方法不同，所以老人族群的憂鬱盛行率結果相差很大。以憂鬱症狀量表為篩檢工具時，盛行率的結果偏高，反之若以診斷性問卷來操作，盛行率的結果較低。要以何種問卷做調查，端視研究目的而定。

國內研究

以社區樣本來說，Liu等人(1997)以老人憂鬱量表簡短版(GDS-S)，以及精神科醫師診斷(DSM-III-R)兩種測量工具，針對1,313名臺灣鄉村地區65歲以上老人做調查，此份社區精神流行病學研究報告指出，臺灣鄉村社區老人的憂鬱症狀盛行率約為26%，約13%老人可診斷為憂鬱症。呂淑好與林宗義(2000)以美國流行病學研究中心憂鬱量表(CES-D)，針對高雄市某一社區長期照護研究之樣本群(N=1,221)，依心理健康狀況，分層隨機抽樣210位老人進行面訪(n1=n2=105)，

若以CES-D量表得分 ≥ 16 分做為具有憂鬱症狀之標準時，憂鬱症狀盛行率為31.3%，在男性和女性方面的盛行率分別為22.0%與39.6%。邵靖翰(2004)以老人憂鬱量表—15題版(GDS-15)為工具，依戶政登記名冊針對居住於玉里鎮社區的65歲以上居民進行訪視調查，共有1,159人完訪。若以GDS-15問卷總分為5分以上判定為憂鬱時，其憂鬱症狀盛行率為20.3%。

以機構樣本來說，林怡君等(2004)針對耕莘醫院的門診老人及安養中心的機構老人，各抽取200名，來比較新店地區機構與非機構老人憂鬱情形，以老人憂鬱量表(GDS)為工具進行訪談。結果發現在機構老人的憂鬱症狀盛行率是39.2%，而社區老人的憂鬱症狀盛行率是29.5%，比例都不低。Lin等(2005)針對臺灣18家長期照護機構老人(N=513人)，做憂鬱症狀盛行率及影響因素的研究，以老人憂鬱量表(GDS)為工具進行訪談，結果發現有憂鬱症狀盛行率為52.05%。

在憂鬱盛行率的文獻回顧中，憂鬱症和憂鬱症狀所指的是不同的概念，用量表篩選者只能說是「重鬱症傾向」或「憂鬱症狀」；符合DSM-IV分類標準才可說是「憂鬱症」。以表格2-2總結以上各國憂鬱盛行率的文獻，國外研究發現，約有13.1%-33.5%的老人具有臨床上顯著的憂鬱症狀(Callahan et al., 1994; Osborn et al., 2002; Wada et al., 2004)。而國內的社區老人憂鬱症狀盛行率為20.3%-31.3%，若是在機構內則高至52.05%(Liu et al., 1997; 呂淑妤、林宗義, 2000; 林怡君等, 2004; 邵靖翰, 2004, Lin et al., 2005)。因為研究方法、評估工具、樣本抽選方法有所不同，無法做適當的國際比較，但是可發現國內同樣以GDS為研究工具的四篇研究中，機構老人的憂鬱症狀盛行率比社區老人高出10%-32%(林怡君等, 2004; 邵靖翰, 2004; Lin et al., 2005)，女性的憂鬱盛行率也比男性來的高出1.7-2.7倍(Liu et al., 1997; 呂淑妤、林宗義, 2000; Burt & Stein, 2002; Kessler et al., 2003)。臺灣地區憂鬱症盛行率有逐年升高的趨勢，每年因憂鬱症而就醫的人口約五十萬人(陳豐偉、施紅圭、李昱、楊明仁, 2001)，憂鬱症的照顧和治療問題也隨著憂鬱症的盛行而漸受重視。然憂鬱症的問題是不能單從醫院或是大型資料庫來描述，回顧上

述文獻，要想了解整體人口潛在的憂鬱危機，必定需要大樣本的社區調查資料，再加上老年憂鬱症往往都無法達到臨床診斷的標準而被忽略，所以挑選適合的憂鬱量表來做訪查，更可以完整描述老人族群的面貌。

表2-2各國老人憂鬱症狀盛行率比較

研究者	研究工具	研究樣本	研究結果
Callahan et al. (1994)	CES-D問卷 16分為切點	美國都市基層門 診老人(N=1,171)	憂鬱症狀盛行率為17.1%
Wada et al. (2004)	GDS-15問卷 5分為切點	日本鄉村社區老 人(N=5,363)	憂鬱症狀盛行率為33.5%
Osborn et al. (2002)	GDS-15問卷 5分為切點	英國老人 (N=14,545)	憂鬱症狀盛行率為13.1%
Liu et al. (1997)	GDS-S	臺灣鄉村老人	憂鬱症狀盛行率26%
呂淑妤、林宗義 (2000)	CES-D 16分為切點	高雄市社區老人 (N=210)	憂鬱症狀盛行率31.3% (男性：22.0%；女性39.6%)
林怡君等(2004)	GDS	新店地區門診與 機構老人(N=400)	門診憂鬱症狀盛行率為29.5% 機構憂鬱症狀盛行率為39.2%
邵靖翰(2004)	GDS-15 5分為切點	玉里鎮社區老人 (N=1,159)	憂鬱症狀盛行率為20.3%
Lin et al. (2005)	GDS	機構老人(N=513)	憂鬱症狀盛行率為52.05%

第二節 憂鬱症的藥物治療

一、 一般治療通則

一般來說憂鬱症治療方式主要有藥物治療、心理治療、電痙攣治療，藥物治療更是嚴重憂鬱的第一線治療選擇(Nemeroff, 1994; Bauer et al, 2007)。憂鬱症的治療可分為急性期(acute phase)、持續治療期(continuation phase)、維持期(maintenance phase)三個階段。急性期：是指病人開始接受治療到症狀緩解的期間，平均為3個月。持續治療期：是指病人急性期之憂鬱症狀經治療獲得改善，繼續以原劑量進行治療，為期4到9個月。維持期：是指多次重鬱症發作病人或症狀無法完全緩解的病人，需要接受長期的治療(Bauer et al., 2007; 台北市政府衛生局，2003)。

藥物治療第一階段是以單一藥物為主，首選藥物有SSRIs、SNRI、mirtazapine、trazodone、Bupropion SR、moclobemide。若是第一階段的藥物沒有適當療效，則進入藥物治療第二階段，此時期仍以單一藥物治療為主，換用與先前藥品不同類別的藥物為原則，惟SSRI類別可互換，可用藥物有：第一階段的各類首選藥物、TCAs。當第二階段的治療還是無法使病情緩解，進入藥物治療第三階段時就要採取合併治療(combination)的方式，可以合併兩種抗鬱藥：TCAs+SSRIs、Bupropion SR+SSRIs、Nefazodone+SSRIs。最後，第四階段就要採取電痙攣治療(electroconvulsive therapy, ECT)，來治療無法使用藥物或是藥物治療失敗的憂鬱症病患(台北市政府衛生局，2003)。

抗憂鬱藥物主要可分成四類，分別是傳統的三環抗憂鬱劑(tricyclic antidepressants, TCAs)、第二三代雜環抗憂鬱藥(Heterocyclics)、選擇性血清素再吸收抑制劑(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)、單胺氧化酶抑制劑(Mono-amine oxidase inhibitors, MAOIs)、及其他類別。以下參考簡明圖解藥理學，將就各類別抗憂鬱藥物的作用機轉、副作用等加以詳細介紹(許桂森、林明忠、蕭哲志，2004)。

三環抗憂鬱藥(tricyclic antidepressants, TCAs)，是典型的第一代抗憂鬱藥物，常見的藥物包括：Amitriptyline、Clomipramine、Imipramine、Doxepin。此類藥品的作用機轉是阻斷血清素(Serotonin)和正腎上腺素(Norepinephrine)的再回收，藉此提高這些物質在神經突觸間隙的濃度，而產生抗憂鬱作用。但是此類藥物同時還會和其他受體結合，較不具專一性。因此除了原本的藥理作用外，還造成了其它的副作用，像是嗜睡、血壓降低、抗膽鹼作用(anti-cholinergic effect)。三環抗憂鬱藥(TCAs)的脂溶性高，所以排除體內的時間也較長，半衰期大概是7~10天左右，而且必須要治療2~3個星期後才會有療效。當劑量過高時，可能會發生休克(coma with shock)、代謝性酸中毒(metabolic acidosis)、譫妄狀態(delirium)等症狀。

第二、三代雜環抗憂鬱藥(Heterocyclics)，第二代常見的藥物包括：Maprotiline、Trazodone、Bupropion；第三代常見的藥物包括：Mirtazapine、Venlafaxine、Nafazodone。第二、三代雜環抗憂鬱藥物的結構和作用機轉，大致和傳統三環抗憂鬱藥物(TCAs)類似，但是與受體作用較專一，副作用也較少。此類藥物與受體間的親和力各有強弱，像是Venlafaxine又被稱作是(Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor, SNRI)。在低劑量時可強力抑制血清素再回收，較高劑量時可同時阻斷正腎上腺素的再回收，對其他受體(如：muscarinic、cholinergic、histaminic 或 α -adrenergic receptors)的親和力很弱。SNRI的副作用與SSRIs相似，常見為噁心、胃不適、腹瀉、失眠、性功能障礙，異常出汗的副作用是所有抗憂鬱劑中發生率最高的，主要與劑量有關。

選擇性血清素再吸收抑制劑(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRIs)，常見的藥物包括：Fluoxetine、Sertraline、Paroxetine、Fluvoxamine、Citalopram。作用機轉和傳統三環抗憂鬱藥(TCAs)不同，可以專一的抑制血清素再吸收，以提高中樞神經系統血清素的濃度。在藥物交互作用方面，由於SSRI類藥物會抑制肝臟代謝酵素(CYP2D6)的作用，因此，併用其他會經過CYP2D6酵素代謝的藥物時，要特別注意，像是：Desipramine、Nortriptyline等等。SSRI類藥物也不可以和MAOIs

併用，否則會使血清素濃度飆高，造成血清素症候群(Serotonin syndrome)，臨床症狀的特徵有辨識能力改變(如：精神混亂、正向力缺失、想睡、昏迷等)；神經肌肉的症狀(發抖、肌陣攣、肌肉僵硬、過度反射、癲癇)，自律神經不穩定(發燒、出汗、心跳加快、噁心、嘔吐、高血壓、瞳孔放大、下痢等)。SSRI類藥物劑量過高的問題很少發生，就算發生也不會也太嚴重的症狀，毒性、危險性較傳統三環抗鬱藥來的低。

單胺氧化酶抑制劑(Mono-amine oxidase inhibitors, MAOI)，常見的藥物包括：Phenelzine、Tranylcypromine、Moclobemide。在神經突觸間隙中，有許多酵素存在，以代謝不需要的神經傳導物質，單胺氧化酶(MAO)就是其中之一，而單胺氧化酶(MAO)有兩種亞型，A型單胺氧化酶(MAO-A)以及B型單胺氧化酶(MAO-B)。

MAO-A主要負責代謝正腎上腺素(NE)、血清素(Serotonin)、酪胺(Tyramine)，MAO-B則主要代謝多巴胺(Dopamine)，因此要治療憂鬱症，必須使用可以作用在A型單胺氧化酶(MAO-A)的抑制劑。另外一種常見的單胺氧化酶抑制劑—Selegiline就是作用在MAO-B，治療巴金森氏症(Parkinson's disease)的常用藥。由此可知，A型單胺氧化酶抑制劑(MAO-A inhibitor)的作用機轉是藉由抑制A型單胺氧化酶的作用，使得神經突觸間隙的正腎上腺素及血清素濃度提高。使用此類藥品時一定要避免含有酪胺(Tyramine)的食物，如乳酪、酒、酵母製品、菸草、燻魚、牛肝、雞肝、臘腸等，因單胺氧化酶抑制劑(MAOI)會抑制小腸中的同類酵素，造成起士反應(cheese reaction)，也就是說食物中未被分解的酪胺，會取代正腎上腺素，造成嚴重的交感神經反應，引發致命的高血壓危機(fatal hypertensive crisis)。Moclobemide則是最近發展出的可逆性A型單胺氧化酶抑制劑(Reversible inhibitors of monoamine oxidase-A, RIMA)，危險性較低，也就被較廣泛的使用。

二、 老人的藥物治療

以上是憂鬱症的藥物治療通則，但隨著年齡增長，老人的生理和病理狀態都有所改變，腸胃、肝腎功能的退化，身體脂肪比例的改變，都會影響藥物的吸收、代謝、排除的過程；另外老年族群的疾病數目也隨著年紀越大而越多，服用的藥物也相對增加，常常造成許多嚴重的藥物交互作用、副作用(Preskorn, 1993)。針對老年族群特殊的生理病理特性，有必要對老人的用藥適當性多加討論。世界生物精神醫學會聯盟(World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP)在2002年所發表的單極性憂鬱症治療指引(Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders)及2007年所發表的基層醫療單極性憂鬱症治療指引中(Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in primary care)，針對老人的憂鬱症治療就有專章敘述。在一般而言，老人抗憂鬱藥物處方，有以下幾點原則(趙建剛，1999)：

1. 儘可能以低劑量為主
2. 低起始劑量，並緩慢增加劑量
3. 儘可能使用安全性高的藥品
4. 減少使用可能引起抗組織胺作用(anti-histamine effect)、抗膽鹼作用(anti-cholinergic effect)及心臟血管副作用的藥品。
5. 注意可能產生藥物交互作用(drug-drug interaction)的藥品。

三、 抗憂鬱藥物種類

1998年，Flint對老人抗憂鬱藥物使用風險和利益評估，做了一系列文獻回顧。包括了三環抗憂鬱藥物(TCAs)、第二三代抗憂鬱藥物(如：trazodone、nefazodone、venlafaxine、bupropion)、選擇性血清素再回收抑制劑(SSRIs)、單胺氧化酶抑制劑(MAOIs)。研究結果指出，在老人重鬱症急性治療期時，各種抗憂鬱藥物的治療效果是一樣。因為大部分的研究都只納入健康情況穩定者，所以最大的研究限制就是老人樣本相對少，尤其是老老人、有嚴重共病者、失智症者、精神狀況不穩定

者.....等等。這樣的研究限制可能也導致憂鬱樣本變異性小，而無法分辨不同藥物的療效。當考慮到副作用、藥物交互作用、劑量和給藥途徑時，不同類別的抗憂鬱藥物各有其優劣，所以替老人選擇抗憂鬱藥物時，要特別考量到個人的獨特性及需要(Flint, 1998)。

Petrovic等(2005)發表了一篇關於老年憂鬱症藥物治療的文獻回顧，以Medline以及Cochrane Library為搜尋工具，蒐集1980年至2005年間以英文發表的文章進行統合分析(meta-analysis)。資料來源包括17篇統合分析(meta-analysis)的隨機分配研究，以及36篇老人(>60歲)抗憂鬱藥物使用隨機分配試驗(randomized controlled trial)資料。研究結果指出，新一代的抗憂鬱藥並未比傳統三環抗憂鬱藥(TCAs)來的有效，但是新一代抗憂鬱藥的耐受性卻更好，即使過量的毒性也不大，副作用方面也比傳統三環抗憂鬱藥少。當用做預防憂鬱症復發時，自藥效發生後必須持續服藥至少半年；若病人再度復發的危險性相當高，則必須持續治療兩年以上。

以上兩篇文獻都指出，老人的抗憂鬱藥物的治療並沒有相當的研究證實哪一類的藥品最為有效(Flint, 1998; Petrovic et al., 2005)，但是選擇副作用較少、耐受性高、毒性低的藥物卻是通則。Flint認為不同種類的抗憂鬱藥物各有其優劣，而Petrovic等認為新一代的抗憂鬱藥物比傳統三環抗憂鬱藥物(TCAs)副作用來的少、毒性低。這可能是因為兩篇研究差距將近十年，在十年間有更多的新藥問世，臨床試驗的個案數增加，使得Petrovic等會在2005年的研究中有此結論。

Beers Criteria是老人族群不適當用藥的黃金準則，對於抗憂鬱藥物也有相當的討論。在藥物種類的方面，不適當使用的藥品包括有：Amitriptyline (Elavil)、Chlordiazepoxide-Amitriptyline (Limbitrol)、Perphenazine-Amitriptyline (Triavil)及Doxepin (Sinequan)，上述TCA類藥品可能會對老人造成嚴重的抗膽鹼作用(anti-cholinergic effect)以及昏睡，所以應該避免使用。每天服用Fluoxetine (Prozac)也對老年病患造成高危險，因為藥物半衰期長的特質，使得容易造成中樞神經過度興奮、睡眠障礙、躁動，在2002年的Beers Criteria中，建議針對老年病患應選用

其他更安全的替代藥物(Fick et al., 2003)。

2007年，世界生物精神醫學會聯盟(WFSBP)比較各國的憂鬱症臨床治療指引、系統性回顧有關憂鬱症實證報告，在2007年發表了單極性憂鬱症治療指引，期望可以提供具有臨床及科學意義的治療建議(Bauer et al., 2007)。在關於老人抗憂鬱藥物治療的討論中，整理過去研究報告如下。傳統抗憂鬱藥物中(TCAs)的Nortriptyline耐受性較好，心血管副作用較少，較常被選用，也就被研究的最多。在選擇性血清素抑制劑(SSRIs)方面，也有不少評估療效及安全性的老人藥物臨床試驗。和年輕族群相比，抗憂鬱藥物在老人身上發生療效的時間較慢，並且在持續治療期間的復發比率較高(Reynolds et al., 1996)。在一篇以dothiepin和安慰劑做對照組的臨床試驗中，更建議老人的持續治療期要延長至12個月(Old Age Depression Interest Group, 1993)。老人族群的疾病多，藥物使用多，像是心臟血管副作用、抗膽鹼作用都是常見且影響甚鉅的副作用。在一篇比較缺血性心臟病者的Paroxetine(SSRI類)與Nortriptyline(TCA類)使用的文獻中，其中大部分的病人年紀都在60歲以上，發現兩種藥物的療效相同，但是Nortriptyline卻有顯著較高的心臟血管風險(Roose et al., 1998)。另一篇同樣比較此兩種藥物的文獻中也發現，Nortriptyline所造成的抗膽鹼副作用比Paroxetine多(Pollock et al., 1998)。

小結

以目前的實證資料顯示，各種抗憂鬱藥物在老人族群的療效相差不多，但是TCA類藥物的抗膽鹼副作用比SSRI類要多，其所產生的心臟血管風險在老人族群的使用上更需要特別小心。因為老人族群的疾病多，用藥也多，再加上生理吸收、代謝藥物的機制改變，在選擇抗憂鬱藥物時更要特別考慮可能的藥物交互作用、藥物副作用，針對個案狀況來選擇最安全有效的抗憂鬱藥物。在一段適當的期間，連續投予適當劑量的安全有效抗憂鬱藥物。

憂鬱症的治療方式不只有藥物治療的選擇，有關心理治療的好處與藥物治療

的副作用一直是學術界的辯論重點，但是對於重鬱症需要以抗憂鬱藥物治療是有一致的共識，而治療方式的可近性更是以藥物治療最普遍(Sonnenberg et al., 2003)，臺灣甚至是到2002年才有臨床心理師的國家考試，截至2008年6月底止，全台只有596位臨床心理師分佈在十個縣市登記執業(臨床心理師公會，2008)。對於民眾來說，安全、有效又方便的治療是最重要的，因此如何避免藥物的副作用並結合心理治療的加成作用，需要醫學與臨床心理工作者之間的互相尊重及整合協調，一起為病患打造理想的憂鬱症照護環境。



第三節 各國抗憂鬱藥物使用情形

抗憂鬱藥物的使用在過去十年來呈現戲劇化的成長，且根據IMS的統計，抗憂鬱藥物的銷售金額就占全球藥品市場的第六位，達到206億美元(Lawrenson et al., 2000; IMS, 2006)，再加上憂鬱疾患對全人類精神健康的影響，有關各類抗憂鬱藥物使用的適應症、盛行率、消長趨勢、成本等議題都是學者關切的重點。

近年來，憂鬱症已成為精神疾病盛行率之首，甚至被稱做是二十一世紀的新癌症。憂鬱症的低治療比率(Parikh et al., 1997; Keller et al., 1995; Hirschfeld et al., 1997; Bramesfeld et al., 2007)以及所帶來的嚴重疾病負擔(Murray & Lopez, 1997; Blazer et al., 2003)，都使得大家不得不警覺到憂鬱症的治療與照顧問題。憂鬱症的嚴重程度可以用全國性的憂鬱症或憂鬱症狀盛行率來代表，累積數年的資料就可以了解憂鬱嚴重程度的趨勢變化。而有關憂鬱症的治療和照顧情形，各國都常以抗憂鬱藥物使用盛行率或抗憂鬱藥物治療率，來當作是憂鬱症照顧的指標(Beck et al., 2005)。然而後有學者指出抗憂鬱藥物不單單只用以治療憂鬱症而已，更有一半以上的抗憂鬱藥物是用來治療焦慮、疼痛、泌尿與皮膚方面的疾病(Beck et al., 2005; Gardarsdottir et al., 2007; Patten et al., 2007; Uchida et al., 2007)，所以單獨以抗憂鬱藥物使用的盛行率來描繪憂鬱症的照顧情形，僅可以代表相對情況或者是變化趨勢，但無法用絕對值的概念來代表憂鬱症的照護，若能將抗憂鬱藥物處方搭配診斷來解釋，就可以對抗憂鬱藥物使用盛行率的數字有更適當的推估(Gardarsdottir et al., 2007)。

由此可知，抗憂鬱藥物使用的研究不只可以推估憂鬱症的照護情形，抗憂鬱藥物所占龐大的藥品費用，實不可忽略抗憂鬱藥物對醫療市場、健康保險、衛生政策的重要性。藥物使用研究常用的方法有直接與間接兩種，一是採取面訪方式得到抗憂鬱藥物使用情形，此法雖可取得直接的用藥資訊，但容易有回憶偏差；另一則是利用藥物處方資料庫或藥品銷售資料，間接取得相對完整的資料。以下將了解各國的抗憂鬱藥物使用情形：

一、 抗憂鬱藥物使用盛行率

加拿大

重鬱症是加拿大疾病負擔的重要因素，近年來抗憂鬱藥的藥費成長也對加拿大政府造成沉重負擔，再加上人口老化對醫療費用的衝擊，期盼透過健康照護體系所提供的治療來減少重鬱症對人民、社會的問題。過去常以抗憂鬱藥物的使用來當作重鬱症照顧的指標，包括抗憂鬱藥物的盛行率、發生率、抗憂鬱藥物使用者特質等，將詳述如下：

Raymond等利用PharmaNet資料庫的處方資料，並調查相關的人口學資料，以了解加拿大British Columbia地區，1996-2004八年間的抗憂鬱藥物使用盛行率和發生率。藥品分類是依據國際衛生組織(WHO)的Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)分類系統，將抗憂鬱藥物分為tricyclic antidepressants (N06AA)、selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) (N06AB)、novel agents (N06AX)、MAOIs (N06AG and N06AF)及bupropion (N07BA02)，以每三個月為一個計算單位，若個案在三個月內有過任一張抗憂鬱藥物處方，則視為有使用抗憂鬱藥物。結果發現自1996年開始，抗憂鬱藥物使用季盛行率出現戲劇性的增加，在八年內增加一倍，從3.4%增加到7.2%，而且和不同的學者在同一時期的研究有相當接近的結果，像是Beck等人在2002年針對15歲以上加拿大人的精神健康調查研究顯示(Beck et al., 2005)，重鬱症年盛行率為4.8%，抗憂鬱藥物使用年盛行率為5.8%，Raymond等人的研究在2002年同一時期的抗憂鬱藥物使用年盛行率為6.1-6.3%。

因為老人人口的增加，醫療保健費用的支出也逐漸高漲，為平衡老人人口增加對有限資源的衝擊，對可能的藥費成長有必要進行更深入的了解，有關老人抗憂鬱藥物的使用研究如下(Newman & Hassan, 1999; Mamdani et al., 2000)。

Newman和Hassan為瞭解加拿大老人的抗憂鬱藥物使用情形，利用Canadian Study of Health and Aging (CSHA)調查資料，將2,914名受訪老人依加拿大老人特質與以加權，以代表全國老人。結果發現整體老人的抗憂鬱藥物使用盛行率是4.1%(社

區3.1%，機構16.5%)，此研究更發現了女性、居住在機構者、患有失智症者、患有慢性疾病者較容易使用抗憂鬱藥物(Newman & Hassan, 1999)。

Mamdani等人蒐集了140萬安大略省65歲以上的住民在1993-1997年間的年度抗憂鬱藥物使用資料，包括了抗憂鬱藥物使用盛行率、處方型態的改變以及相關的財務影響。抗憂鬱藥物使用資料來自Ontario Drug Benefits (ODB)資料庫，並串聯至Registered Persons資料庫以取得住民的人口背景資料，若個案在一年研究期間曾使用任何抗憂鬱藥物，則定義為抗憂鬱藥物使用者，並將抗憂鬱藥物分為TCA類、Heterocyclic類、MAOI類、SSRI類。結果發現抗憂鬱藥物使用者的比例從1993年的9.3%增加到1997年的11.5%。其中SSRIs的處方比例從1993年第一個月的9.6%，到了1997年最後一個月已高達45.1%，預計到2000年將會增加到56%。TCAs處方比例從1993年第一個月的79%，下降到1997年最後一個月的43.1%，預計到2000年會下滑到28%。每年抗憂鬱藥物費用增加150%，從1993年的\$1080萬(加幣)到1997年的\$2700萬。人口變遷和抗憂鬱藥使用者的盛行率增加解釋了20%的藥費成長原因，從TCAs轉變到SSRIs的處方則解釋了61%的藥費成長。除了抗憂鬱藥物使用盛行率的增加，新一代抗憂鬱藥物SSRIs的問世，雖然副作用較少但相對較貴，對抗憂鬱藥物使用以及財務面都造成重大的影響(Mamdani et al., 2000)。

小結加拿大的抗憂鬱藥物使用盛行率，可以發現藥物使用盛行率略高於重鬱症盛行率，而且自1996-2004年間增加了一倍，老人的抗憂鬱藥物使用率比其他年齡層高，而且機構老人又比一般老人更高(Newman & Hassan, 1999)。除此之外，研究發現不同種類的藥物其盛行率有不同的變化，新一代抗憂鬱藥物與SSRIs的副作用較少，盛行率呈現增加的趨勢，而TCA類藥品的盛行率在調查期間維持不變。同時也因為新一代抗憂鬱藥物的使用率增加，使得藥費支出變得更多。抗憂鬱藥物盛行率的增加原因不只有使用者的增加、人口變遷以及適應症的增加也可能是解釋抗憂鬱藥物盛行率增加的原因，像是用以治療焦慮、神經痛、失眠、偏頭痛、纖維肌痛(Fibromyalgia)等。

美國

Paulose-Ram等人利用1988-1994年以及1999-2002年兩波的國家健康和營養調查(National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES)，以訪問方式分別取得20,050及12,060位17歲以上成人過去一個月的精神藥物處方資料，並依據AHFS藥理治療分類系統(American Hospital Formulary Service Pharmacologic Therapeutic Classification System)，將精神藥物分類為抗憂鬱藥物(antidepressants)、抗精神病藥物(antipsychotics)、抗焦慮鎮靜安眠藥物(anxiolytics, sedatives, and hypnotics)以及抗躁狂藥(antimanics)。結果發現抗憂鬱藥物使用的月盛行率從1988-1994年的2.3%增加到1999-2002年的8.1%，1988-1994年時最常使用的抗憂鬱藥物分別是 Amitriptyline(27%)、Fluoxetine(20%)以及Trazodone(12.3%)；1999-2002年時最常使用的抗憂鬱藥物則是Fluoxetine(20.1%)、Sertraline(19.2%)以及Paroxetine(16.3%)。性別(女性>男性)、年齡(長>輕)、種族(白人>黑人>墨裔美人)都和抗憂鬱藥物的使用與否有顯著相關(Paulose-Ram et al., 2007)。

歐洲

為評估並比較歐洲各國的精神醫療服務使用情形與未滿足需求(unmet need)，Alonso等人與比利時、法國、義大利、德國、荷蘭、西班牙六國學者共同合作，針對各國18歲以上非機構居民(N=21,425)，在2001年-2003年間進行訪談，進行歐洲精神疾病流行病學研究(The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in year 2000, ESEMeD/MHEDEA 2000)。該研究利用WMH-CIDI診斷問卷判定個案在過去12個月內是否患有任何精神疾病，而有關個案過去一年的精神用藥情形則以個案自答為準，並利用高解析度的精神藥物圖片降低回憶偏差，依據ATC藥理分類將神經藥物分類為抗憂鬱藥物、抗精神病藥物、抗焦慮藥物(anxiolytics)以及情緒穩定劑(mood stabilizer)。該研究發現抗憂鬱藥物使用年盛行率為3.7%，女性的使用機會大於男性兩倍(OR=2.0, 95%CI=1.6-2.4) (Alonso et al., 2004c)。

荷蘭

Gardarsdottir等利用第二次荷蘭全國基層醫療調查資料(Second Dutch National Survey of General Practice, DNSGP-2)，篩選出18歲以上且曾在2001年接受基層醫師處方抗憂鬱藥物者(N=13,835)。結果發現抗憂鬱藥物使用年盛行率為6.0%，在處方藥物種類方面，第一名是Paroxetine，占總抗憂鬱藥物處方的38.4%，其次是Amitriptyline(17.3%)，第三名則是Fluoxetine(8.3%) (Gardarsdottir et al., 2007)。

義大利

Pietraru等利用義大利皮埃蒙特其中之一城市--Chivasso的基層醫療資料庫做次級資料分析，此資料庫包含了所有由National Health System(NHS)所支付的門診就醫資訊。在2000年前半年中，共有1.9%的人曾使用過抗憂鬱藥物。在處方藥物種類方面，第一名是Paroxetine，占總抗憂鬱藥物處方的29.9%，其次是Amitriptyline(12.6%)，第三名則是Fluoxetine(12.2%)，和Gardarsdottir等在2001年於荷蘭所做的結果相同(Pietraru et al., 2001)。Barbui等人同樣也是利用義大利皮埃蒙特區的基層醫療資料庫做次級資料分析，涵蓋的行政區域比Pietraru等人的研究還廣。在2000年前半年中，共有2.09%的人曾使用過抗憂鬱藥物，其中75歲以上老人的使用盛行率最高，女性是5.73%；男性則是3.93%(Barbui et al., 2003)。Percudani等(2004)利用義大利隆巴地的地方行政資料庫(Regional Administrative Database)取得抗憂鬱藥物處方資料，分析2001年間此地區居民(N=9,121,714)的抗憂鬱藥物使用情形。研究發現抗憂鬱藥物使用年盛行率為4.43%，且使用率隨著年齡增加而增加，女性(5.92%)的抗憂鬱藥物使用年盛行率大於男性(2.85%)。而後Percudani等(2005)又利用義大利隆巴地的地方行政資料庫(Regional Administrative Database)取得抗憂鬱藥物處方資料，分析2001年間此地區65歲以上居民(N=153,706)的抗憂鬱藥物使用情形，並依據過去一年的處方數，將曾使用抗憂鬱藥物者分為occasional(1張)、intermittent(2-6張)、moderate(7-12張)、chronic(12張以上)四種不同頻率的使用者。研究發現老人的抗憂鬱藥物使用年盛行率為9.49%，隨著年齡增加而增加，女

性(11.21%)的抗憂鬱藥物使用年盛行率大於男性(6.79%)；13.4%是occasional user，44.48%是intermittent user，20%是moderate user，22.06%是chronic user。

Pietraru等(2001)和Barbui等人(2003)的研究是於同時間，但大小範圍不同的區域所做的處方分析，使用盛行率以及和年齡、性別的關係結果都相當類似，但是研究結果都可能低估了抗憂鬱藥物的使用盛行率，因為只有納入NHS支付的處方，尤其是當時義大利對SSRI類藥品的給付政策，更使得資料庫內缺少了SSRI類藥品的資訊(1999年NHS開始給付SSRI類藥物，但僅限於無法忍受TCA類藥物；2001年後NHS才開始全面給付所有抗憂鬱藥物)。綜合前三篇研究，可發現2001年義大利的抗憂鬱藥物使用年盛行率約為4%，而且年紀越大使用率越高，65歲以上的抗憂鬱藥物使用年盛行率就達到9.49%，各年齡層的女性使用盛行率都大於男性。

澳洲

McManus等人(2000)利用澳洲藥物使用委員會(Drug Utilization Sub-Committee, DUSC)的社區藥局調劑資料庫來分析1990-1998年的抗憂鬱藥物使用情形，未包含公立醫院的處方資料。1998年抗憂鬱藥物處方前五名分別是sertraline、dothiepin、paroxetine、amitriptyline、fluoxetine。

德國

Ufer等人(2007)利用德國主要公立健康保險公司—AOK*的處方資料庫，針對2000-2002年間巴符州(Baden-Wuerttemberg)的保險成員做分析，依據ATC藥理分類碼將之分為NSMRI、SSRI、St. John's wort、其他四類**。發現抗憂鬱藥物使用年盛行率為7.4%(男性：4.3%；女性：10.2%)，而且在三年間，有40%以上的人只有一張抗憂鬱藥物處方。雖然SSRI類藥物在三年間的使用率快速增加了65%，但還是沒有St. John's wort或NSMRI類藥物多，前三名分別是Amitriptyline (17%)、Doxepin (16%)、St. John's wort (16%)。

*：AOK保險公司的被保險人包括40%以上的德國人，惟社經地位稍低。

**：NSMRI：Non-selective monoamine-reuptake inhibitors，包括了Amitriptyline、Doxepin、Clomipramine、Desipramine、Dibenzepin、Dosulepin、Imipramine、Lofepramine、Maprotiline、Nortriptyline、Opipramol。

臺灣

Chien等人(2007)利用健康保險資料庫的資料，分析1997-2004年間的精神藥物使用的變化，隨機抽選在研究期間曾於門診或住院照護中有過精神藥物處方者，共200,432名個案。依據ATC藥理分類將國內的精神藥物分為抗精神病藥、抗憂鬱藥、情緒穩定劑(mood stabilizer)、抗焦慮安眠藥(anxiolytic-hypnotic drug)，並將抗憂鬱藥物進一步分為第一代和第二代。研究發現抗憂鬱藥物的使用盛行率從1997年的2.2%增加到2004年的4.4%，在所有抗憂鬱藥物處方中，第一代抗憂鬱藥物從1997年的48.5%下降到2002年的31.9%，而第二代抗憂鬱藥物則從1997年的51.5%上升到2002年的68.1%。臺灣的抗憂鬱藥物使用盛行率比美國高(2.3%)，但是與加拿大(4.7%)與歐洲(3.7%)較為接近。抗憂鬱藥物的使用盛行率明顯比臺灣的重鬱症盛行率來的高(1.14%)，可能是因為此憂鬱症流行病學資料年代久遠，低估了重鬱症盛行率，也可能是因為抗憂鬱藥物被用來治療廣泛性焦慮、恐慌症、強迫症、偏頭痛或失眠等其他疾病。

以表2-3來總結各國抗憂鬱藥物使用盛行率的結果，因為資料來源和研究方法的不同，抗憂鬱藥物的使用年盛行率無法直接比較，但是在2000年左右約在3.7%-7.4%，老人的抗憂鬱藥物使用率較高，在4.1%-11.5%；而且隨著時間的增加，各國的抗憂鬱藥物的使用率日漸增加(Paulose-Ram et al., 2007; Raymond et al., 2007; Chien et al., 2007)；性別、年齡、種族是抗憂鬱藥物使用的相關因素(Alonso et al., 2004c; Percudani et al., 2004; Ufer et al., 2007)；常用的抗憂鬱藥物包括：Paroxetine、Amitriptyline、Fluoxetine、Sertraline等(McManus et al., 2000; Gardarsdottir et al., 2007; Pietraru et al., 2001)。只是抗憂鬱藥物的使用盛行率卻高於重鬱症的盛行率(Beck et al., 2005)，這可能暗示著：抗憂鬱藥物不只是用以治療憂鬱症而已。

表2-3各國抗憂鬱藥物使用盛行率

作者	資料來源	抗憂鬱藥物使用盛行率
Raymond et al. (2007)	PharmaNet資料庫 1996→2004 全人口處方分析	抗憂鬱藥物使用季盛行率：3.4%→7.2% 2002抗憂鬱藥物使用年盛行率為6.1%-6.3%
Beck et al. (2005)	CCHS調查 15歲以上成人 (N=36,590)	2002抗憂鬱藥物使用年盛行率為5.8%
Newman &Hassan (1999)	CSHA (N=2914) 65歲以上老人	老人抗憂鬱藥物使用率4.1% (社區：3.1%； 機構：16.5%) 性別、認知功能、機構、慢性疾病數是抗憂 鬱藥物使用的相關因素
Mamdani et al. (2000)	ODB藥品資料庫 (N=1,400,000) 65歲以上老人	1993抗憂鬱藥物年使用盛行率為9.3% 1997抗憂鬱藥物年使用盛行率為11.5% TCA減少；SSRI增加
Paulose-Ram et al. (2007)	NHANES調查 17歲以上成人	1988-1994抗憂鬱藥物使用月盛行率為2.3% 1999-2002抗憂鬱藥物使用月盛行率為8.1% 性別、年齡、種族是抗憂鬱藥物使用的相關 因素
Alonso et al. (2004c)	ESEMeD調查 18歲以上成人 (N=21,425)	2001-2003抗憂鬱藥物使用年盛行率為3.7% 性別是抗憂鬱藥物使用的相關因素
Gardarsdottir et al. (2007)	DNSGP-2資料庫 18歲以上成人	2001基層醫療抗憂鬱藥物年盛行率為6.0% Paroxetine > Amitriptyline > Fluoxetine

	(N=13,835)	
Pietrararu et al. (2001)	Chivasso基層醫療 資料庫 全人口處方分析	2000抗憂鬱藥物半年盛行率為1.9% Paroxetine > Amitriptyline > Fluoxetine
Barbui et al. (2003)	皮埃蒙特基層醫 療資料庫	2000抗憂鬱藥物半年盛行率為2.09%
Percudani et al. (2004)	地方行政資料庫 (N=9,121,714) 全人口處方分析	2001抗憂鬱藥物使用年盛行率為4.43% 年齡、性別(女>男)是使用的相關因素
Percudani et al. (2005)	地方行政資料庫 (N=153,706) 65歲以上老人	老人抗憂鬱藥物使用年盛行率為9.49% 年齡、性別(女>男)是使用的相關因素
McManus et al. (2000)	社區藥局調劑資 料庫	Sertraline > Dothiepin > Paroxetine > Amitriptyline > Fluoxetine
Ufer et al. (2007)	保險處方資料庫 全人口處方分析	2000-2002抗憂鬱藥物使用年盛行率為7.4% 性別是使用相關因素
Chien et al. (2007)	健康保險資料庫 全人口處方分析 (N=200,432)	1997抗憂鬱藥物使用盛行率2.2% 2004抗憂鬱藥物使用盛行率4.4%

二、 憂鬱患者的抗憂鬱藥物治療率

過去研究常以抗憂鬱藥物使用率當作是重鬱症照顧的指標，但是抗憂鬱藥物並非完全用於治療憂鬱症，因此全人口的抗憂鬱藥物使用率並不是最好的表示方法，所以有以憂鬱患者為樣本的抗憂鬱藥物使用率研究，也有學者發展出抗憂鬱藥物治療率(antidepressant treatment rate)的測量方法，Beck等人將之定義為「近期

內重鬱症發作者，使用抗憂鬱藥物治療的比率」(Beck et al., 2005)。為制定適合國情的健康政策，了解人口群中可能罹患憂鬱症者的抗憂鬱藥物治療率及特質也是相當重要的，如此才可針對不同族群、人口特質設計憂鬱症照護計畫。常見的研究方法就是以憂鬱診斷或量表篩檢，篩選出全人口中可能罹患重鬱症者為研究樣本，了解其心理精神健康照護使用情形，包括抗憂鬱藥物使用、專業諮詢次數等。以下就各國的憂鬱患者抗憂鬱藥物使用率加以介紹：

加拿大

Patten以國家人口健康調查資料(National Population Health Survey, NPHS)作次級分析(N=9,438)，NPHS提供了一筆關於加拿大重鬱症和治療的長期追蹤資料，自1994年起每2年做一次追蹤訪查。利用CIDI簡短版重鬱症問卷(CIDI-SFMD)為重鬱症篩檢工具，並且由訪員記錄個案前兩天所使用的藥物，依據ATC藥理分類給予代碼，除了藥物使用外，還記錄了個案與心理師、社工師的諮詢情形。結果發現重鬱症患者的抗憂鬱藥物使用率持續增加，從1994年的13%增加到2000年的30%，尤其是35歲以下的男性族群增加幅度最大。由此研究可了解加拿大重鬱症者的健康照護使用情形，但是無法以抗憂鬱藥物的未治療率來代表未滿足需求(unmet need)，因為該研究以CIDI-SFMD為篩檢工具，可能會納入一些適應障礙或其他非憂鬱症的個案，本就不需要抗憂鬱藥物的治療，又或者不需要用藥而自我痊癒或選擇其他非藥物治療的方式，因此抗憂鬱藥物的未治療率是無法與未滿足需求(unmet need)完全畫上等號。由此可知，治療的好壞以及照顧品質是不能單從抗憂鬱藥物的治療比例、盛行率及變化趨勢來斷言，未來的研究需要更多細節的資料來評估憂鬱症的照護品質，像是藥物或心理治療的選擇、治療期間、治療劑量、藥物適當性等，更細緻的探討憂鬱症的照護品質(Patten, 2004)。

Beck等人利用2002年的加拿大全國社區健康調查(CCHS)做資料分析(N=36,984)，了解加拿大的抗憂鬱藥物使用特質，包括抗憂鬱藥物使用和其他變項的相關，如：社會人口變項、過去一年重鬱症、終生重鬱症、過去重鬱症發作次數、

其他可能的抗憂鬱藥適應症，重鬱症的判定則是以CIDI診斷性訪談為準，有關抗憂鬱藥物使用的資訊來自於個案自答。調查期間曾有重鬱症發作的人中，抗憂鬱藥物使用比率是40.4%，校正後*的重鬱症者抗憂鬱藥物治療率為50.0%。曾有憂鬱病史但調查期間未發作者，其抗憂鬱藥物使用比率隨著過去發作次數增加而增加。整體而言，加拿大全國人口中有5.8%正服用抗憂鬱藥物，比調查中的重鬱症發生年盛行率4.8%還高。調查期間曾服用抗憂鬱藥物者，只有33.1%在過去一年曾有過重鬱症發作；其餘60%服用抗憂鬱藥物的原因是治療偏頭痛、纖維性肌炎、焦慮，但過去曾有憂鬱病史。在CCHS調查的結果顯示：加拿大的抗憂鬱藥物使用從1990年代初期就開始增加，但抗憂鬱藥物同時也具有其他的適應症，這也意味著抗憂鬱藥物的使用並不能完全代表憂鬱症治療，治療和診斷必須要一致，才能以抗憂鬱藥物的使用當作是重鬱症照顧的指標(Beck et al., 2005)。

*：未符CIDI重鬱症診斷者，可能是過去患有重鬱症但是目前還在預防復發或持續治療期間，也應該納入重鬱症的治療率計算(Beck et al., 2004)。

$$\text{校正後抗憂鬱藥物治療率} = \frac{a + f_{dep} \cdot c}{a + b + f_{dep} \cdot c}$$

a=憂鬱症者且有使用抗憂鬱藥物的人數

b=憂鬱症者但無使用抗憂鬱藥物的人數

c=沒有憂鬱症者但使用抗憂鬱藥物的人數

f_{dep}=沒有憂鬱症者但使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的比例

美國

Fischer等人於1993-1994年間，針對美國健康維護組織(HMO)明尼蘇達州65歲以上參與者進行老年憂鬱症相關研究(N=516)，該研究利用GDS以及DIS診斷問卷做兩階段的憂鬱篩選並取得訪視後一年的醫療與用藥資料，若抗憂鬱藥物達到治療劑量則定義為有適當使用抗憂鬱藥物，結果發現憂鬱者的抗憂鬱藥物使用率為18% (Fischer et al., 2002)。

Steffens等人於1995-1996年間在猶大州(Utah)Cache郡，針對4,559位認知功能正

常的社區老人進行訪查，以精神科診斷問卷修正版(DIS-CM)為診斷工具，並由訪員紀錄個案過去兩個禮拜所有服用的藥物，依據退伍軍人住院藥物分類系統(Veterans Administrative Medication Classification System)將藥物分為抗焦慮/安眠藥、抗憂鬱藥物以及抗精神病藥物。結果發現訪視當時患有重鬱症者，35.7%有使用抗憂鬱藥物(Steffens et al., 2000)。

Grunebaum等利用華盛頓老化研究計畫(Washington Heights-Inwood Columbia Aging Project)，蒐集1999-2001年間2,629名65歲以上紐約市民的社區流行病學資料。並利用CES-D-10題問卷測量個案的憂鬱症狀，若 ≥ 16 分則判定為有臨床顯著的憂鬱症狀。在用藥情形方面，則是由醫師直接詢問個案是否有使用抗憂鬱藥物，並排除認知功能不足以自答憂鬱狀況的個案。結果發現有21.5%的人CES-D ≥ 16 分，有臨床顯著的憂鬱症狀。抗憂鬱藥物使用盛行率為7.5%，有臨床顯著憂鬱症狀者的抗憂鬱藥物使用盛行率則為34.3% (Grunebaum et al., 2008)。

歐洲ESEMeD

在Alonso等人所進行的歐洲精神疾病流行病學研究中(ESEMeD/MHEDEA 2000)。該研究發現被判斷有憂鬱疾患(mood disorder)的個案中，有36.5%的人在過去一年內曾尋求專業協助，其中藥物治療占了37.9%、心理治療占了13.8%、藥物加心理治療占了33.1%、其他則占了15.1%(Alonso et al., 2004b)。在過去12個月內只患有重鬱症者，只有21.2%的患者使用過抗憂鬱藥物(女性 $>$ 男性，OR值=2.7，95%CI=1.2-5.7)，但卻有32.5%的患者使用過抗焦慮藥物，甚至有18.4%的重鬱症者只有使用抗焦慮藥物，這點更強烈的突顯重鬱症的藥物治療適當性(Alonso et al., 2004c)。

法國

Montagnier等人於1988-1999的十年間，進行Personnes Age'es Quid (PAQUID)縱貫性研究，追蹤3,637名南法社區老人，利用CES-D問卷來評估憂鬱症狀，若男性分數 ≥ 17 或女性分數 ≥ 23 則定義為有憂鬱，並且由訪員詢問個案過去兩個禮拜

的抗憂鬱藥物使用，將之分類為TCA類、SSRI類及其他。結果發現抗憂鬱藥物使用盛行率從1988-1990年的5.2%增加到1998-1999的11.9%，有憂鬱症狀且有使用抗憂鬱藥物的人則從1988-1990的14.5%上升到1998-1999的25.3%(Montagnier et al., 2006)。

德國

Bramesfeld等利用Gmünder Ersatzkasse健康保險公司的資料庫，分析德國在2004年的憂鬱診斷盛行率以及治療情況。有關憂鬱治療的測量只可取得保險公司有給付的項目，像是St. John's Wort等自費藥品以及非保險給付的心理治療無法被觀測。結果發現憂鬱診斷的季盛行率為4.8%，年盛行率為8.7%，而且在各年齡層中，女性罹患憂鬱症的比例都是男性的兩倍。在2004年第一季度被診斷為憂鬱症者，在2004全年中就有40.0%的人接受了抗憂鬱藥物治療，15.1%的人接受了心理治療，年紀越輕者、居住在城市者接受心理治療的比例越高(Bramesfeld et al., 2007)。

註：GEK保險公司承保了1.7%的德國人民，大部分是藍領階級，以男性勞工為代表，但過去研究顯示GEK保險公司的資料還是可以代表德國全國的情形。

荷蘭

Sonnenberg等利用阿姆斯特丹縱貫性老化研究Longitudinal Aging Study Amsterdam(LASA)在1991年的基線訪視資料(LASA樣本係隨機抽取55-85歲荷蘭全國社區老人，共3,107人，自1991年開始追蹤，至2006已進行過六波的訪問)，企圖了解荷蘭老人憂鬱症未治療的預測因子。此研究利用CES-D問卷(≥ 16 分)以及DIS診斷性訪談問卷兩階段方式篩選出憂鬱樣本，共327人，並將個案分為重鬱症(Major depressive disorder)、情感性低落症(dysthymia)及次閾值憂鬱(subthreshold depression，CES-D ≥ 16 分，但未達憂鬱診斷)，進一步了解憂鬱樣本的抗憂鬱藥物以及安眠藥物使用的相關因素。抗憂鬱藥物的使用與否，則由受訪者拿出裝有藥物的容器給訪員鑑定之，並利用The anatomical-therapeutical-chemical coding and categorization system來做藥物分類。以簡短心智量表(MMSE)來測量個案的認知功

能，若 <24 分則判定為認知功能障礙。研究結果發現次閾值憂鬱患者中，只有2.4%的人有使用抗憂鬱藥物；而情感性低落症患者中，有4.0%的人有使用抗憂鬱藥物；而重鬱症患者中有16%服用抗憂鬱藥物治療，抗憂鬱藥物的治療比例隨著憂鬱嚴重程度增加而增加。抗憂鬱藥物的使用和認知障礙有關係，認知障礙越嚴重者越難辨認出憂鬱症狀，而忽略抗憂鬱藥物的使用。

整體憂鬱樣本中有75.5%都是未達憂鬱診斷的次閾值憂鬱，臨床上對這樣的個案是否需接受藥物治療未有定論，但是一般來說，大家都同意重鬱症是需要被治療，不管是藥物治療或心理治療甚至是兩者併用。無法取得心理治療的資訊是研究限制之一，但作者也指出荷蘭心理治療的可近性(accessibility)是相當低的，84%未使用抗憂鬱藥物的重鬱症患者，全都接受心理治療是不可能的，也就更突顯了這群重度憂鬱者未接受治療的問題。而病人與醫師缺少對憂鬱的辨識力(recognition)，可能是憂鬱症低治療率(undertreatment)的重要因素(Sonnenberg et al., 2003)。

芬蘭

Laukkala等人利用1996年芬蘭全國健康照護調查資料(Finnish Health Care Survey)，針對全國5,993名15-75歲的受訪者進行面訪，其中依據DSM-III準則，以CIDI診斷訪談短版(Composite International Diagnostic Interview Short Form, CIDI-SF)判斷個案在過去12個月內是否曾患有重鬱症，並收集個案在訪視當時的用藥資訊。結果發現重鬱症年盛行率為9.3%，而在557名重鬱症患者中，有27%的人曾因憂鬱症狀而尋求醫療服務，只有13%的人在訪視時有接受抗憂鬱藥物治療。因為只將訪視當時的用藥資訊納入有使用抗憂鬱藥物，因此對於訪視前後的抗憂鬱藥物使用無法計算，是該研究的限制，作者就特別針對訪視近期的重鬱症患者做分析，發現仍只有不到25%的人有使用抗憂鬱藥物，更證實了憂鬱的治療率並未因新一代抗憂鬱藥物的問世而大幅增加，憂鬱症的低治療比率(undertreatment)仍是存在的，更凸顯了重鬱症患者的治療未滿足需求(unmet need) (Laukkala et al., 2001)。

西、以、澳、巴、俄、美

Simon等利用憂鬱症預後縱貫性研究Longitudinal Investigation of Depression Outcomes(LIDO)，在西班牙(巴塞隆納)、以色列(比爾歇瓦)、澳洲(墨爾本)、巴西(阿雷格港)、俄羅斯(聖彼得堡)、美國(西雅圖)的六個城市的基層診所，邀請18-75歲的病患參與生理、心理健康以及生活品質的調查研究。利用CES-D與CIDI診斷訪談的兩階段篩選方式，納入1,117位重鬱症患者進行為期一年的追蹤。研究發現重鬱症患者在未來九個月內會使用任何抗憂鬱藥物治療的比例，在六個城市差距相當大，以西雅圖38%的治療比例最高，其次為巴塞隆納的21%，墨爾本和阿雷格港都占11%，比爾歇瓦僅占4%，而聖彼得堡的所有重鬱症患者在未來九個月都沒有接受任何抗憂鬱藥物治療。該研究更進而對民眾尋求醫療照護的困難處做分析，總和六個城市統計發現，最常見的原因是無法負擔醫療費用，占38%；其次是吃藥的感覺不舒服，占28%；第三名是會影響工作機會，占17% (Simon et al.,2004)。

以表2-4總結以上文獻，2000年左右憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用率約為0-50% (Patten, 2004; Beck et al., 2005; Alonso et al., 2004c; Laukkala et al., 2001; Simon et al., 2004)，老年憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用率約為16%-35.7% (Fischer et al., 2002; Steffens et al., 2000; Grunebaum et al., 2008; Montagnier et al., 2006; Sonnenberg et al., 2003)。由於對憂鬱及抗憂鬱藥物使用定義、年代、樣本等的研究方法的差異，無法直接比較各國抗憂鬱藥物治療率(Treatment rate)的差異，但可發現憂鬱症狀越嚴重則使用抗憂鬱藥物治療的比例會增加(Sonnenberg et al., 2003)，而且女性的治療率比男性高(Alonso et al., 2004c)。即便加拿大、美國及法國的抗憂鬱藥物治療率都在上升中(Patten, 2004; Fischer et al., 2002; Steffens et al., 2000; Montagnier et al., 2006)，仍是有50-70%的重鬱症患者未接受抗憂鬱藥物治療，而民眾尋求醫療照護的困難主要有經濟障礙、藥物副作用等(Simon et al., 2004)。

表2-4憂鬱者的抗憂鬱藥物治療率

	資料來源	憂鬱篩檢工具		抗憂鬱藥物治療率
Patten (2004)	NPHS (N=9,438)	CIDI-SFMD 過去一年重鬱症	過去兩天的抗鬱藥	1994：13% 2000：30%
Beck et al. (2005)	CCHS (N=36,984)	CIDI診斷訪談 過去一年重鬱症	自答過去一年抗憂鬱藥物	2002：40.4% 2002校正後：50%
Fischer et al. (2002)	明尼蘇達州老人 (N=516)	GDS及DIS 訪視時憂鬱症	訪視後一年用藥 (database)	1993：18%
Steffens et al. (2000)	猶大州老人 (N=4,559)	DIS-CM 訪視時重鬱症	過去兩周服用藥物	1995：35.7%
Grunebaum et al. (2008)	紐約老人 (N=2,629)	CES-D(≥ 16) 憂鬱症狀	醫師紀錄抗鬱藥物	1999：34.3%
Alonso et al. (2004c)	ESEMeD (N=21,425)	WMH-CIDI 過去一年重鬱症	自答藥物治療	2000：21.2% (女性>男性)
Montagnier et al. (2006)	南法社區老人 (N=3,637)	CES-D 憂鬱症狀	訪員記錄過去兩周抗憂鬱藥	1988：14.5% 1998：25.3%
Bramesfeld et al. (2007)	保險資料庫	2004第一季醫師診斷憂鬱症	未來一年的藥物與心理治療	藥物治療：40.0% 心理治療：15.1%
Sonnenberg et al. (2003)	LASA社區老人 (N=3,107)	CES-D及DIS 重鬱症、情感性低落症、次閾值憂鬱	訪員紀錄當時服用的藥物	重鬱症：16.0% 情感性低落症：4.0% 次閾值憂鬱：2.4%

		症		
Laukkala et al. (2001)	芬蘭全國健康調查 (N=5,993)	CIDI-SF 過去一年重鬱症	訪視當時 用藥	1996：13%
Simon et al. (2004)	LIDO調查 診所樣本 (N=1,117)	CES-D及CIDI 重鬱症	未來九個 月抗憂鬱 藥物使用	西雅圖：38% 巴塞隆納：21% 墨爾本：11% 阿雷格港：11% 比爾歌瓦：4% 聖彼得堡：0%

三、 抗憂鬱藥物的疾病診斷比率

如同字面所述，抗憂鬱藥物的主要適應症就是憂鬱症，然而此類藥品卻同時具備治療其他疾病的功能，因此抗憂鬱藥物的使用是否就能足以代表憂鬱症的照護，有待更進一步的釐清。若能同時瞭解抗憂鬱藥物用於治療憂鬱症的比例，就能以校正疾病治療率後的抗憂鬱藥物使用率，來做憂鬱症治療情形更好的推測，處方資料還是能透露憂鬱症治療的趨勢(Gardarsdottir et al., 2007；Patten et al., 2007)。

根據美國食品暨藥物管理局(FDA)所核定的抗憂鬱藥物適應症就包括了憂鬱症、夜尿(nocturnal enuresis)、社交恐懼(social phobia)、廣泛性焦慮症(generalized anxiety disorders)、強迫症(obsessive-compulsive disorders)、恐慌症(panic disorders)、厭食症(eating disorders)。除此之外，抗憂鬱藥物更是有許多常用的藥品核准標示外使用(off-label indication)，像是睡眠障礙(sleeping disorders)、尿失禁(urinary incontinence)、頭痛(headache)、和神經痛(neuropathic pain)等，詳見表 2-5。以下將就國內外的文獻，對抗憂鬱藥物的疾病診斷比率做介紹。

荷蘭

Gardarsdottir等利用第二次荷蘭全國基層醫療調查資料(DNSGP-2)，篩選出18歲以上且曾在2001年接受基層醫師處方抗憂鬱藥物者(N=13,835)。依據當時荷蘭核准使用的抗憂鬱藥物，將藥品分類為TCA、SSRI類以及其他三類，(TCA：amitriptyline, clomipramine, desipramine, dosulepin, doxepin, imipramine, maprotiline, nortriptyline, trimipramine)、(SSRIs：citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline)、(其他：mianserin, mirtazapine, moclobemide, nefazodone, trazodone, tranlycypromine, venlafaxine)。疾病診斷則是依據基層醫療國際分類碼(International Classification of Primary Care)，將抗憂鬱藥物適應症分類為憂鬱(ICPC codes: P03, P76)、焦慮/恐慌(ICPC codes: P01, P74)、強迫症(ICPC codes: P79)、睡眠障礙(ICPC codes: P06)、偏頭痛/叢集性頭痛(ICPC codes: N89, N90)、神經痛(ICPC codes: N03, N92, N94)、飲食失調(ICPC codes: T06)及夜尿/尿失禁(ICPC codes: P12, U04)。

在此研究中，處方和診斷的搭配相當重要，有時處方的時序會先於診斷，這可能發生在醫師對於病人的疾病診斷尚未確定，但先處方抗憂鬱藥物給病人使用，以確定是否為憂鬱症。在研究分析時，就需要日後更多次的憂鬱診斷來確定前次處方的用途，作者也就用了0、28、60、120、180天等不同的時間區段(time window)來分析之，紀錄病人在不同時間區段內有多少可能的適應症。結果發現抗憂鬱藥物使用年盛行率為6.0%，有60.5%的處方都是SSRI類，其次是TCA類，占26.3%，最常處方的藥品是Paroxetine，占38.4%；第二名則是Amitriptyline，占17.3%；第三名則是Fluoxetine，占8.3%。抗憂鬱藥物最常用以治療憂鬱症(45.5%)以及焦慮或恐慌症(17.2%)，而且若是延長觀察時間區段(time window)到半年，憂鬱症以及焦慮或恐慌的適應症比例會增加20-40%，此研究只納入基層醫師的處方做分析，無法瞭解精神專科醫師的抗憂鬱藥物處方的疾病診斷情形(Gardarsdottir et al., 2007)。

註：DNSGP-2是一由荷蘭健康服務研究機構(Netherlands Institute for Health Services

Research)所主持的計畫。195位荷蘭基層醫師經訓練後，用標準化方式紀錄全年度問診時的健康問題、疾病診斷、處方資料(調劑藥品、調劑日期、藥品劑量及用法)。

加拿大

Patten等利用2000-2004年間加拿大疾病與治療資料庫(Canadian Disease and Therapeutic Index, CDTI)。疾病分類依據ICD-9-CM分為憂鬱症、焦慮症、其他精神科疾病、其他疾病，將藥物分為SRI類、TCA類及其他。SRI類(Serotonin Reuptake Inhibitor)以及Venlafaxine的疾病診斷七成以上都是憂鬱症；TCA類藥物常出現在非精神科的治療建議中，特別是睡眠以及疼痛相關的適應症，而憂鬱症診斷則從2000年的32.6%下降到2005年的19.4%，而且不同藥物的適應症比例各有不同。以Amitriptyline來說，最常見的疾病診斷為骨骼肌肉(25%)、偏頭痛(11%)、失眠(9%)，而Trazodone常被當作安眠藥使用。該研究是以醫師的治療建議為測量，而非實際的藥品消耗紀錄；再者，該研究是以652位醫師在一季中某兩天的診斷資料為準，用以代表全國47,000位醫師在整年度的診斷情形，所以研究結果和實際的診斷與用藥會有一定的偏差(bias)。整體而言，三分之一抗憂鬱藥物處方的治療建議不是憂鬱症，也就是說抗憂鬱藥物的使用率已不能完全代表憂鬱症的藥物治療比例，但是若抗憂鬱藥物處方用於治療憂鬱症的比例是固定的，處方資料還是能透露憂鬱症治療的趨勢(Patten et al., 2007)。

東亞

Uchida與Sim等人於2003年10月到2004年3月間，針對中國、日本、韓國、新加坡、臺灣五地的21家醫院精神科的抗憂鬱藥物處方型態進行分析，共納入1,898名接受抗憂鬱藥物處方的病患資料，依據ATC藥理分類納入欲分析的26種抗憂鬱藥物，疾病分類依據ICD-10表示。研究結果發現精神科抗憂鬱藥物主要用於治療情緒疾患ICD-10-F3 (mood disorder)，占61.6%，而第二名則是焦慮相關疾病ICD-10-F4 (anxiety-associated disorders or neuroses)，占17.1% (Uchida et al., 2007)。

總結來說，抗憂鬱藥物處方用於治療憂鬱症的比例在45.5%-61.6% (Gardarsdottir et al., 2007; Patten et al., 2007; Uchida et al., 2007)，不同種類的抗憂鬱藥物用於治療憂鬱症的比例會有所不同，SSRI類七成以上都是用於治療憂鬱症，而TCA類處方則常用於其他的適應症，如睡眠以及疼痛，Trazodone特別常用以治療失眠。以下就FDA核准的抗憂鬱藥物適應症及藥品核准標示外使用(Off-label use)做簡單列表介紹(Micromedex, 2008)：

表 2-5 抗憂鬱藥物適應症

	FDA 核准	藥品核准標示外使用(off-label use)
TCA 類		
Amitriptyline	憂鬱症	頭痛、疼痛、多發性神經病變 (Polyneuropathy)、帶狀皰疹及皰疹後神經痛(Postherpetic neuralgia)
Imipramine	憂鬱症 夜尿(六歲以下)	糖尿病多發性神經病變(Diabetic neuropathy)、恐慌症、尿失禁
Clomipramine	強迫症	慢性疼痛、妄想症、憂鬱症、射精障礙、恐慌症、未分類廣泛性發展障礙
Dothiepin		Benzodiazepine 戒斷、慢性疼痛、憂鬱症、纖維肌痛
Doxepin	酒精成癮(Alcoholism)、憂鬱症、焦慮症、皮膚搔癢	蕁麻疹(Urticaria)
Heterocyclic 類		
Maprotiline	躁鬱症鬱期、憂鬱症、情感性低落症、焦慮憂鬱混合發作	疼痛
Mirtazapine	重鬱症	焦慮症、情感性低落症、強迫症、恐慌症、SSRI 引起之性功能障礙
Trazodone	憂鬱症	失眠、廣場恐懼症(Agoraphobia)、酒精戒斷、Benzodiazepine 戒斷、慢性疼痛、失智症、糖尿病多發性神經病變、勃起困難、偏頭痛、精神分裂症
Venlafaxine	重鬱症、廣泛性焦慮症、恐慌症、社交恐懼症	強迫症、經前煩憂症

MAOI 類		
Selegiline	重鬱症 巴金森氏症輔助劑(併用 levodopa/carbidopa)	HIV 感染引起之失智症、阿茲海默症、運動神經退化症、注意力缺失過動症、猝睡症(Narcolepsy)、精神分裂症輔助劑、遲發性不自主運動(Tardive dyskinesia)
Moclobemide		暴食症、慢性疲勞症候群、憂鬱症、認知功能障礙、偏頭痛、恐慌症、乾癬、社交恐懼症、精神分裂症
SSRI 類		
Fluoxetine	重鬱症、暴食症、強迫症、 恐慌症、經前煩憂症	自閉症、身體畸形症(Body dysmorphic disorder)、腦中風(Cerebrovascular accident)、情感性低落症、纖維肌痛、頭痛、肥胖、創傷後壓力症候群、雷諾氏症(Raynaud's phenomenon)
Fluvoxamine	強迫症	自閉症、憂鬱症、飲食性疾患(Eating disorder)、恐慌症、社交恐懼症
Citalopram	憂鬱症	酒精成癮、強迫症、恐慌症、經前煩憂症、緊張性頭痛
Sertraline	重鬱症、強迫症、恐慌症、 創傷後壓力症候群、經前煩憂症、社交恐懼症	情感性低落症
Paroxetine	重鬱症、廣泛性焦慮症、強迫症、恐慌症、創傷後壓力症候群、經前煩憂症、社交恐懼症	強迫性賭博藥物引起之憂鬱症狀、早洩

第四節 抗憂鬱藥物使用相關因素

抗憂鬱藥物使用和憂鬱症照顧是息息相關的，若能增加抗憂鬱藥物的使用，對於憂鬱症的照顧也會有正向的幫助。前一節的文獻已經就抗憂鬱藥物使用的情形做論述，接下來若了解抗憂鬱藥物使用的相關因素或預測因子，就可以知道憂鬱症的照顧問題在哪些環節、族群出了問題，能更有效率的命中健康政策制定或修改的目標。

過去被研究者納入討論抗憂鬱藥物使用相關因素，包括有：人口背景變項(年齡、性別、收入、教育程度、種族、婚姻狀態、居住地)、健康相關因素(認知障礙、自覺健康狀況、憂鬱嚴重程度)及健康照護服務使用(就醫頻率、固定用藥、固定就醫)等，以下將分別討論一般族群及憂鬱族群(全人口或老人樣本)的抗憂鬱藥物使用相關因素，憂鬱族群指的是以憂鬱量表或診斷性問卷篩選出的憂鬱者，而一般族群則是未經篩選的樣本。

一、一般族群的抗憂鬱藥物使用相關因素

年齡

在一般族群中，大部分以老人為樣本的研究都發現，年齡與抗憂鬱藥物使用並無相關(Brown et al., 1995; Blazer et al., 2005; Fillenbaum et al., 2006)。

性別

性別因素對於抗憂鬱藥物使用的影響雖有不同的結果，但多數以老人為樣本的研究顯示女性使用抗憂鬱藥物的機會較高。在Brown等人利用Established Populations for Epidemiologic Study of the Elderly(EPESE)的1986-1987年的基線訪視資料(N=13,074)，Newman和Hassan等人利用Canadian Study of Health and Aging(CSHA)調查資料(N=2,914)，以及Grunebaum等人利用華盛頓老化研究計畫，蒐集2,629名65歲以上紐約市民的社區流行病學資料研究中發現：以老人族群為樣本，在控制其他因素作迴歸分析後，性別與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，女性比男性

較容易使用抗憂鬱藥物(Brown et al., 1995; Newman & Hassan, 1999; Grunebaum et al., 2008)。但是在Blazer等及Fillenbaum等人同樣利用EPESE於1986-1997年的四波連續追蹤資料[1986-1987、1989-1990、1992-1993、1996-1997]，針對北卡羅納州Piedmont郡同一社區世代的4,162名老人做分析時，卻發現在第二、三、四波調查時，性別與抗憂鬱藥物使用並無顯著相關(Blazer et al., 2005; Fillenbaum et al., 2006)。

種族

在一般族群中。許多以老人為樣本的研究都發現種族因素與抗憂鬱藥物使用有相關，即使控制其他因素作迴歸分析後，種族與抗憂鬱藥物使用仍有顯著相關，甚至是抗憂鬱藥物使用的預測因子，一般來說白人使用抗憂鬱藥物的機會都比其他族群來的高。在Brown等人利用EPESE基線訪視資料(N=13,074)所做的研究中可發現白人比黑人容易使用抗憂鬱藥物；Grunebaum等針對2,629名紐約老人所做的研究中可發現，抗憂鬱藥物使用機率是白人>西班牙裔>非裔美人；Blazer等利用EPESE分析北卡羅納州社區老人(N=4,162)，則發現在兩個調查期間[1986-1987 to 1989-1990 (第一階段) and 1992-1993 to 1996-1997 (第二階段)]，種族因素都是未來抗憂鬱藥物使用的強預測因子，白人使用抗憂鬱藥物的機率比非裔美人高(Brown et al., 1995; Blazer et al., 2005; Grunebaum et al., 2008)。

婚姻狀態

婚姻狀態與抗憂鬱藥物使用的相關性研究較少，只有Brown等人及Grunebaum的研究中顯示，婚姻狀態與抗憂鬱藥物使用無關(Brown et al., 1995; Grunebaum et al., 2008)。

教育程度

一般族群中，大部分以老人為樣本的研究都發現，教育程度與抗憂鬱藥物使用並無相關(Brown et al., 1995; Blazer et al., 2005; Grunebaum et al., 2008)。

收入

收入與抗憂鬱藥物使用的相關性研究較少，在Brown等人及Fillenbaum等人的雙變項分析中都顯示，收入與抗憂鬱藥物使用無關(Brown et al., 1995; Fillenbaum et al., 2006)。

居住地

居住地與抗憂鬱藥物使用的相關性研究很少，只有在Fillenbaum等人的雙變項分析中顯示，居住地與抗憂鬱藥物使用無關(Fillenbaum et al., 2006)。

自覺健康

一般族群中，以老人為樣本的研究，不管是在Fillenbaum等人的雙變項分析或Brown等人的多變項分析中都發現，自覺健康與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，自覺健康較差者較容易使用抗憂鬱藥物(Brown et al., 1995; Fillenbaum et al., 2006)。

疾病數(慢性疾病/其他非精神疾病)

一般族群中，許多以老人為樣本的研究都發現，疾病數與抗憂鬱藥物使用有相關，即使控制其他因素作迴歸分析後，疾病數與抗憂鬱藥物使用仍有顯著相關，疾病數越多者使用抗憂鬱藥物的機會越高(Brown et al., 1995; Newman & Hassan, 1999; Blazer et al., 2005; Fillenbaum et al., 2006; Grunebaum et al., 2008)。

CES-D分數

一般族群中，不管是在Fillenbaum等人的雙變項分析或Blazer等及Grunebaum等人以老人為樣本的多變項分析中都發現，CES-D分數與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，CES-D總分較高者較容易使用抗憂鬱藥物(Blazer et al., 2005; Fillenbaum et al., 2006; Grunebaum et al., 2008)。

認知障礙

認知障礙與抗憂鬱藥物使用的相關性研究較少，只有Newman & Hassan及Blazer等的多變項分析中發現，有認知障礙者使用抗憂鬱藥物的機率較高(Newman & Hassan, 1999; Blazer et al., 2005)。

ADL失能

ADL失能對於抗憂鬱藥物使用的影響有不同的結果，雖然在雙變項分析中有相關，但是在多變項分析中卻無顯著相關。在Brown等人及Fillenbaum等人的雙變項分析中發現ADL失能和抗憂鬱藥物使用有相關，ADL任一項失能者，使用抗憂鬱藥物的機率比無ADL失能者高。但是在Brown等人及Grunebaum等進一步控制其他因素作邏輯斯迴歸分析時，卻發現ADL失能對於抗憂鬱藥物使用並無顯著的影響。(Brown et al., 1995; Fillenbaum et al., 2006; Grunebaum et al., 2008)。

就醫次數

以一般族群為樣本的研究，不管是在Fillenbaum等人的雙變項分析或Brown等的多變項分析中都發現，就醫次數與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，過去一年就醫次數較多者較容易使用抗憂鬱藥物(Brown et al., 1995; Fillenbaum et al., 2006)。

過去的抗憂鬱藥物使用

過去抗憂鬱藥物使用與未來抗憂鬱藥物使用的相關性研究較少，只有Blazer於2005年的研究中顯示，過去曾使用抗憂鬱藥物者未來使用抗憂鬱藥物的機率較高，即使在多變項分析時仍具顯著相關(Blazer et al., 2005)。

固定就醫

固定就醫對於抗憂鬱藥物使用的影響有不同的結果，但是只有雙變項分析的資料，因此未能有所結論。在Brown等人於美國四個地區有不同的研究結果，在East Boston及Iowa地區的雙變項分析顯示，固定就醫和抗憂鬱藥物使用並無相關；在New Heaven及North Carolina地區則發現不固定就醫者使用抗憂鬱藥物的機率較高。但是Fillenbaum等人的雙變項分析卻發現，有固定就醫者使用抗憂鬱藥物的機率較高(Brown et al., 1995 ; Fillenbaum et al., 2006)。

照顧安排/是否居住在機構

照顧安排與抗憂鬱藥物使用的相關性研究較少，但是結果一致。Fillenbaum於2006年的雙變項分析中顯示，住在機構者比非住在機構者使用抗憂鬱藥物的機率

較高。即使控制其他變項，在Newman & Hassan的邏輯斯迴歸分析中，居住在機構和抗憂鬱藥物使用仍具有顯著相關(Newman & Hassan, 1999；Fillenbaum et al., 2006)。

醫師特質

病人能夠接受處方其實是反應著病人和醫師端一連串複雜的過程，首先病人要能辨識疾病，認為有就醫的需求(identify a need)並且同時擁有就醫的能力(ability to access)，到了醫師端後還必須具備良好的診斷和治療能力，才可以使一個病患獲得所需的治療。所以除了個人特質外，Fillenbaum等人也嘗試將醫師特質納入自變項考慮，包括了醫師的種族、性別、年齡、職業、地區、科別，在雙變項分析中發現只有醫師的種族和抗憂鬱藥物使用有關，白人醫師處方抗憂鬱藥物的機會較高(Fillenbaum et al., 2006)。

總結上述文獻，在多篇文獻當中皆有一致結果的變項包括：年齡、性別、種族、婚姻狀態、教育程度、收入、自覺健康、疾病數、CES-D分數、認知障礙、ADL失能、就醫次數、照顧安排。而未有一致結果的變項包括有：固定就醫。還有一些變項只在少數的研究中出現，如：居住地、過去抗憂鬱藥物使用、醫師特質等。目前來說少有以某一種模式來解釋或預測抗憂鬱藥物使用的研究，是未來研究建議努力的方向。這些研究只將憂鬱症狀當作自變項來處理，還是不能了解憂鬱病人是否都有得到適當的抗憂鬱藥物治療照護，需要更進一步將憂鬱樣本篩選出來分析，以了解憂鬱患者的未治療情況。

二、 憂鬱族群的抗憂鬱藥物使用相關因素

年齡

年齡對於憂鬱族群使用抗憂鬱藥物的影響，在各研究間有不同的結果，在成人樣本的研究中，年紀越大的重鬱症患者使用抗憂鬱藥物的機會越高(Laukkala et al., 2001; Beck et al., 2005)；在老人樣本的研究中，年紀越大的重鬱症患者使用抗

憂鬱藥物的機會越低，或者是沒有顯著相關(Sonnenberg et al., 2003; Soudry et al., 2008)。

Laukkala等人以1996年芬蘭全國健康照護調查資料(Finnish Health Care Survey)，針對全國5,993名15-75歲的受訪者進行面訪，利用CIDI診斷性訪談為篩檢工具，在557名重鬱症患者中，在控制其他因素作邏輯斯迴歸分析後發現，年齡與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，年紀越大的重鬱症患者使用抗憂鬱藥物的機率越高， $p=0.05$ 。在Beck等人於2005年利用加拿大社區健康調查研究(CCHS)，針對15歲以上成人為研究樣本所做的次級資料分析中，在控制其他因素作迴歸分析後可發現，過去一年曾患有重鬱症者，年齡與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，26-45歲、46-64歲及65歲以上族群使用抗憂鬱藥物的機率都比15-25歲來的高，OR值由高至低分別是46-64歲 > 26-45歲 > 65歲以上 > 15-25歲(Laukkala et al., 2001; Beck et al., 2005)。但是在Sonnenberg等利用1991年阿姆斯特丹縱貫性老化研究(LASA)的基線訪視資料，以CES-D問卷及DIS診斷性訪談篩選出次閾值憂鬱、情感性低落症及重鬱症者(N=327)，在雙變項分析中卻發現年紀越大者使用抗憂鬱藥物的機會越低。而Soudry等人調查7,868名法國社區老人，並利用CES-D問卷及MINI診斷性訪談(Mini International Neuropsychiatric Interview)，將受訪個案分為無憂鬱、嚴重憂鬱症狀及重鬱症發作三個類別，雙變項分析結果發現在882名嚴重憂鬱症狀者及149名重鬱症發作者中，年齡與抗憂鬱藥物使用並無相關(Sonnenberg et al., 2003; Soudry et al., 2008)。

綜合來說，因為成人樣本的研究多將65歲以上的老人歸納為同一組，無法以其結果來推測年齡因素在老人憂鬱族群的用藥影響，綜合成人樣本和老人樣本來看，隨著年齡的增長，憂鬱族群的用藥比率亦隨之增加，到了46-64歲是一個高峰，而後就有下降的趨勢，因此有關年齡因素對老人的影響，應該將65歲以上族群再加以細分才可有詳盡的描述。

性別

性別因素對於憂鬱族群使用抗憂鬱藥物的影響，研究結果不盡相同，部分研究顯示女性憂鬱者使用抗憂鬱藥物的機會較高，即使在多變項分析時仍有顯著相關(Patten, 2004; Beck et al., 2005; Soudry et al., 2008)，但亦有研究指出性別因素和抗憂鬱藥物使用並無相關(Laukkala et al., 2001; Sonnenberg et al., 2003)。

Patten 等人的國家人口健康調查研究(NPHS)，及 Beck 等人的加拿大社區健康調查研究(CCHS)中，在控制其他因素作迴歸分析後發現，性別與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，女性重鬱症者較容易使用抗憂鬱藥物。在 Soudry 等人的法國社區老人的研究中可發現，在 882 名嚴重憂鬱症狀者中，雙變項分析及多變項分析結果都顯示性別與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，女性使用的機會比男性高，但是在 149 名重鬱症發作者中，性別與抗憂鬱藥物使用並無相關。(Patten, 2004; Beck et al., 2005; Soudry et al., 2008)。但在 Laukkala 等人(2001)的芬蘭憂鬱成人研究的邏輯斯迴歸分析中，指出性別與抗憂鬱藥物使用並不相關。且 Sonnenberg 等在 LASA 的基線訪視資料中(N=327)，結果發現男性重鬱症患者使用抗憂鬱藥物的比例是女性的兩倍，但是未達到統計上顯著差異(Sonnenberg et al., 2003)。

婚姻狀態

婚姻狀態對憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，且結果並不相同。在 Beck 等人的加拿大社區健康調查研究(CCHS)，所做的雙變項分析中可發現，過去一年曾患有重鬱症者，婚姻狀態與抗憂鬱藥物使用有顯著相關，離婚喪偶者使用抗憂鬱藥物的機率比已婚或未婚者來的高(Beck et al., 2005)。但是在 Soudry 等人的法國社區老人的研究中可發現，雙變項分析結果顯示在 882 名嚴重憂鬱症狀者及 149 名重鬱症發作者中，婚姻狀態與抗憂鬱藥物使用皆未達顯著相關 (Soudry et al., 2008)。

教育程度

教育程度對憂鬱患者是否用藥的相關性研究不多，但是兩篇研究的結果都發

現教育程度的高低並不影響憂鬱患者的用藥與否(Beck et al., 2005; Soudry et al., 2008)。

工作

是否有工作對憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，在 Laukkala 等人針對 15-75 歲重鬱症患者的多變項分析中發現，沒有工作的患者較有工作的患者容易使用抗憂鬱藥物， $p=0.02$ (Laukkala et al., 2001)。

收入

收入與憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，不管是在 Beck 等人的雙變項分析或 Soudry 等人的多變項分析中都發現，收入和憂鬱患者是否用藥沒有相關(Beck et al., 2005; Soudry et al., 2008)。

居住地

居住地與憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，只有 Patten 的多變項分析中發現，居住地和憂鬱患者是否用藥沒有相關(Patten, 2004)。

自覺健康

自覺健康與憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，只有 Soudry 的多變項分析中發現，自覺健康和憂鬱患者是否用藥有顯著相關，自覺健康差的憂鬱患者使用抗憂鬱藥物的機會較高(Soudry et al., 2004)。

疾病數

疾病數與憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，而且研究結果不一致。在 Sonnenberg 的雙變項分析中發現疾病數和憂鬱患者是否用藥無關，但是在 Patten 的多變項分析中卻發現，疾病數和憂鬱患者是否用藥有顯著相關，而且疾病數越多者的用藥機會越高(Sonnenberg et al., 2003; Patten, 2004)。

憂鬱嚴重程度

重鬱症嚴重程度對憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，且結果不一致。在 Sonnenberg 針對 55-85 歲荷蘭憂鬱老人的雙變項分析中發現，憂鬱嚴重程度和抗憂

鬱藥物使用有顯著相關，憂鬱嚴重程度越高，抗憂鬱藥物使用比例越高，但是在 Laukkala 針對 15-75 歲重鬱症患者的多變項分析中卻發現，重鬱症嚴重程度與抗憂鬱藥物使用並無顯著相關(Laukkala et al., 2001; Sonnenberg et al., 2003)。

重鬱症發作持續時間

重鬱症發作持續時間對憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，在 Laukkala 針對 15-75 歲重鬱症患者的研究中發現，重鬱症發作時間較久者使用抗憂鬱藥物的機率較高， $p=0.03$ (Laukkala et al., 2001)。

重鬱症發作次數

重鬱症發作次數對憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，在 Patten 的多變項分析中發現，重鬱症發作次數較多者使用抗憂鬱藥物的機率較高(Patten, 2004)。

認知障礙

認知障礙與憂鬱患者是否用藥的相關性研究較少，而且研究結果不一致。在 Sonnenberg 針對重鬱症者的雙變項分析中發現，認知障礙越嚴重者越難辨認出憂鬱症狀，抗憂鬱藥物使用比例也越低，但在針對臨床顯著憂鬱者的雙變項分析中，卻發現認知障礙和抗憂鬱藥物使用並無相關(Sonnenberg et al., 2003)。在 Soudry 的研究中發現，雙變項分析結果顯示在 6,837 名無憂鬱者，有認知障礙者未來使用抗憂鬱藥物的比例越高，在 882 名嚴重憂鬱症狀者中及 149 名重鬱症發作者中，認知障礙與抗憂鬱藥物使用皆未達顯著相關(Soudry et al., 2008)。

是否使用醫療服務

雖然對於醫療服務的定義有所不同，且以此為變項的研究並不多，但是大致上來說，有使用醫療服務的憂鬱患者，被處方抗憂鬱藥物的機會較高。在 Laukkala 等人的多變項分析中發現，使用抗憂鬱藥物的機率由高至低分別是：「曾使用過精神醫療服務治療憂鬱症者」>「曾使用基層醫療服務治療憂鬱症者」>「沒有使用任何醫療服務治療憂鬱症者」。在 Patten 的研究中更顯示，曾與健康照護者有過精神問題會診，是使用抗憂鬱藥物的強預測因子(Laukkala et al., 2001; Patten,

2004)。

總結上述憂鬱者的抗憂鬱藥物使用相關因素文獻，在多篇文獻當中皆有一致共識的變項包括：教育程度、收入。未有共識的變項包括有：性別、年齡、婚姻狀態、疾病數、憂鬱嚴重程度、認知障礙。還有一些變項只在少數的研究中出現，如：工作、居住地、自覺健康、重鬱症發作持續時間、重鬱症發作次數、是否使用醫療服務等。搜尋過去文獻發現，篩選出人口中可能罹患憂鬱症者，再進一步分析其抗憂鬱藥物使用的影響因素的研究不多，以上五篇不同國家的研究，樣本年齡、憂鬱篩選工具有所不同，結果難以比較，未有一致的結論，需要更多的研究來探討這項議題。

綜合一般族群和憂鬱族群的抗憂鬱藥物使用相關因素研究後，可發現兩者的影響因素結論並不一致。可能是因為在一般族群中，越容易憂鬱者，越可能使用抗憂鬱藥物，在此研究設計下的結果，會影響憂鬱傾向的因素，也間接的影響了用藥，僅能在迴歸分析中以自變項方式加以控制，且並非所有研究都將憂鬱情況納入自變項操作；而在憂鬱族群中，已將憂鬱因素作為篩選的條件，所以研究結果較能貼切憂鬱傾向者的實際考量，研究結果一致的有：性別、教育程度和收入，其他因素的研究結果較不一致或未有定論，如，年齡、認知障礙，整理比較如表 2-6：

表2-6 抗憂鬱藥物使用相關因素比較

	一般族群	憂鬱族群
有關	性別、種族、自覺健康、疾病數、CES-D 分數、認知障礙、就醫次數、照顧安排	
無關	年齡、婚姻狀態、教育程度、收入、ADL 失能	教育程度、收入
未有定論	固定就醫	性別、年齡、婚姻狀態、疾病數、憂鬱嚴重程度、認知障礙
研究較少	居住地、過去抗憂鬱藥物使用、醫師特質	工作、居住地、自覺健康、重鬱症發作持續時間、重鬱症發作次數、是否使用醫療服務

在性別方面，以老人為樣本的研究相比，在一般族群及憂鬱族群的多變項分析中，多數的研究都顯示女性憂鬱患者使用抗憂鬱藥物的比例較高，顯示女性不僅比較憂鬱，而且較能意識自身的憂鬱症狀而求醫，在國外男性對於心理疾病和憂鬱的求助行為或就診率都較低，甚至已將憂鬱汗名化為一種女性疾病(Moller-Leimkuhler, 2002)。但不同的是，在荷蘭的社區重鬱症老人中卻發現，男性使用抗憂鬱藥物的比率比女性高，因此有關於性別因素對憂鬱族群的抗憂鬱藥物使用，可能會有國情、文化的差異。在教育程度和收入方面，不管是一般族群或憂鬱族群，對於抗憂鬱藥物使用都沒有影響。

在年齡方面，同樣以老人為樣本的研究相比，一般族群的年齡和抗憂鬱藥物使用並無相關(Brown et al., 1995; Blazer et al., 2005; Fillenbaum et al., 2006)，但是憂鬱族群的年齡卻會影響其使用抗憂鬱藥物，年紀越大使用的機率越低或者沒有相關(Sonnenberg et al., 2003; Soudry et al., 2008)。有關年齡的影響，可能因為研究樣本抽樣年齡區段的差異(成人v.s.老人)，而造成研究結果呈現的年齡與抗憂鬱藥物使用相關的不同，需要特別注意。在CES-D分數及憂鬱嚴重程度方面，一般族群的研究結果顯示：CES-D分數較高者使用抗憂鬱藥物的機率較大(Blazer et al., 2005; Fillenbaum et al., 2006; Grunebaum et al., 2008)；在憂鬱族群中則缺少CES-D分數變項的研究，主要是以診斷性訪談的結果或重鬱症發作的情形來表示憂鬱嚴重程度，結果顯示在老人憂鬱族群中，憂鬱嚴重程度越高則使用抗憂鬱藥物的機率越大；在15-75歲成人憂鬱族群中，憂鬱嚴重程度則和抗憂鬱藥物使用沒有相關(Laukkala et al., 2001; Sonnenberg et al., 2003)。認知障礙方面，在一般族群中，有認知障礙者未來使用抗憂鬱藥物的機會較高(Newman & Hassan, 1999; Blazer et al., 2005)；在憂鬱族群中，有認知障礙者則使用抗憂鬱藥物的機率較低(Sonnenberg et al., 2003)。

過去研究的自變項主要可分為人口學變項、健康相關因素、健康照護服務使用及其他(健康照護服務提供者特質)，除了健康照護服務提供者特質外，自變項的

變化並不大，多著重在患者本身的特質。然而對失能老人族群來說，疾病的辨識、診斷、治療與照護同樣也與照顧者及醫事人員息息相關，尤其是行動不便、認知障礙的失能老人常常無法自我照顧，此時其照顧者就擔負了輔助的角色，對於失能老人的照顧扮演了及重要的角色，是相當值得重視的變項。因此若資料允許，除了患者本身特質外，有關於照顧者與醫事人員的特質也該納入變項分析。

Sørgaard(1999)曾指出社會網絡對於尋求協助(help-seeking)具有Greek chorus效果，也就是說社會網絡能提供各種背景知識、不同的想法和資訊，傳遞醫療服務使用的經驗和不同的求助策略，是個案就醫的智囊團。但過去有關於一般族群的抗憂鬱藥物使用影響因素，或憂鬱族群的抗憂鬱藥物治療影響因素研究，並未將社會支持系統的變項納入考慮。過去在討論心理健康問題者的醫療服務使用時，對於社會支持系統的討論較少且結果較不一致，McGrady等(2003)及Ten等(2002)認為社會支持會減少心理健康問題者的醫療服務使用；而Smith(2003)則發現嚴重精神疾患者的醫療服務使用和社會支持有正相關，McCracken等人(2006)的研究中亦發現，低社會支持的憂鬱患者使用醫療服務的機會較少。由上述文獻可知，社會支持對於心理精神有問題者的求助行為確實有所影響，但因研究較少而未有定論，所以社會支持是否對憂鬱患者日後的用藥有所影響，亦是值得探討的因素，尤其低社會支持的人通常都較憂鬱，若社會支持會影響憂鬱者接受治療的機會，則是政策需要介入的一大重點。若資料允許，患者的社會支持系統也該納入分析。

總結上述討論，為瞭解老人憂鬱患者是否接受治療的影響因素，必須要針對年齡和憂鬱做篩選。最好可以將老人族群獨立於其他成人族群，避免年齡因素的混淆；為了區分憂鬱族群和一般族群的差異，建議利用憂鬱問卷篩選出憂鬱樣本，進而分析其用藥與否的影響因素。除了納入過去常用的人口學背景、健康相關因素及健康照護服務使用變項外，若資料許可，建議納入個案的社會支持系統、照顧者與醫事人員特質，更能明確認識老人憂鬱族群使用抗憂鬱藥物的差異。

第三章 研究材料與方法

第一節 研究架構與假說

一、 研究架構

根據研究目的與文獻探討，為瞭解臺灣失能老人重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物及其影響因素。首先要先瞭解臺灣失能老人的重鬱症傾向分佈，將利用調查研究資料取得個案的社會人口學特質、健康與照顧狀況變項、社會支持系統變項以及重鬱症傾向，進行雙變項分析。接下來利用健保檔的門診與住院資料，分析所有 65 歲以上老人，接受訪視後一年的抗憂鬱藥物使用情形，包括年使用盛行率、處方類別、處方藥品比率、處方科別及疾病診斷，以瞭解整體失能老人的抗憂鬱藥物使用情形。

最後篩選出 CES-D 總分 ≥ 25 的有重鬱症傾向者(Haringsma et al., 2004)，瞭解其未來一年的抗憂鬱藥物治療率，並分析是否使用抗憂鬱藥物以及是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的影響因素，以瞭解臺灣失能老人的憂鬱治療情形，提出研究架構如下圖 3-1。抗憂鬱藥物使用會受到三大因素影響：(1)社會人口學特質：性別、年齡、籍貫、教育程度、婚姻狀態、部分負擔身份、城鄉別；(2)健康與照顧狀況：認知障礙、身體功能狀況、慢性病數目、照顧安排、固定就醫傾向；(3)社會支持系統：社會網絡、情緒性支持、工具性支持。

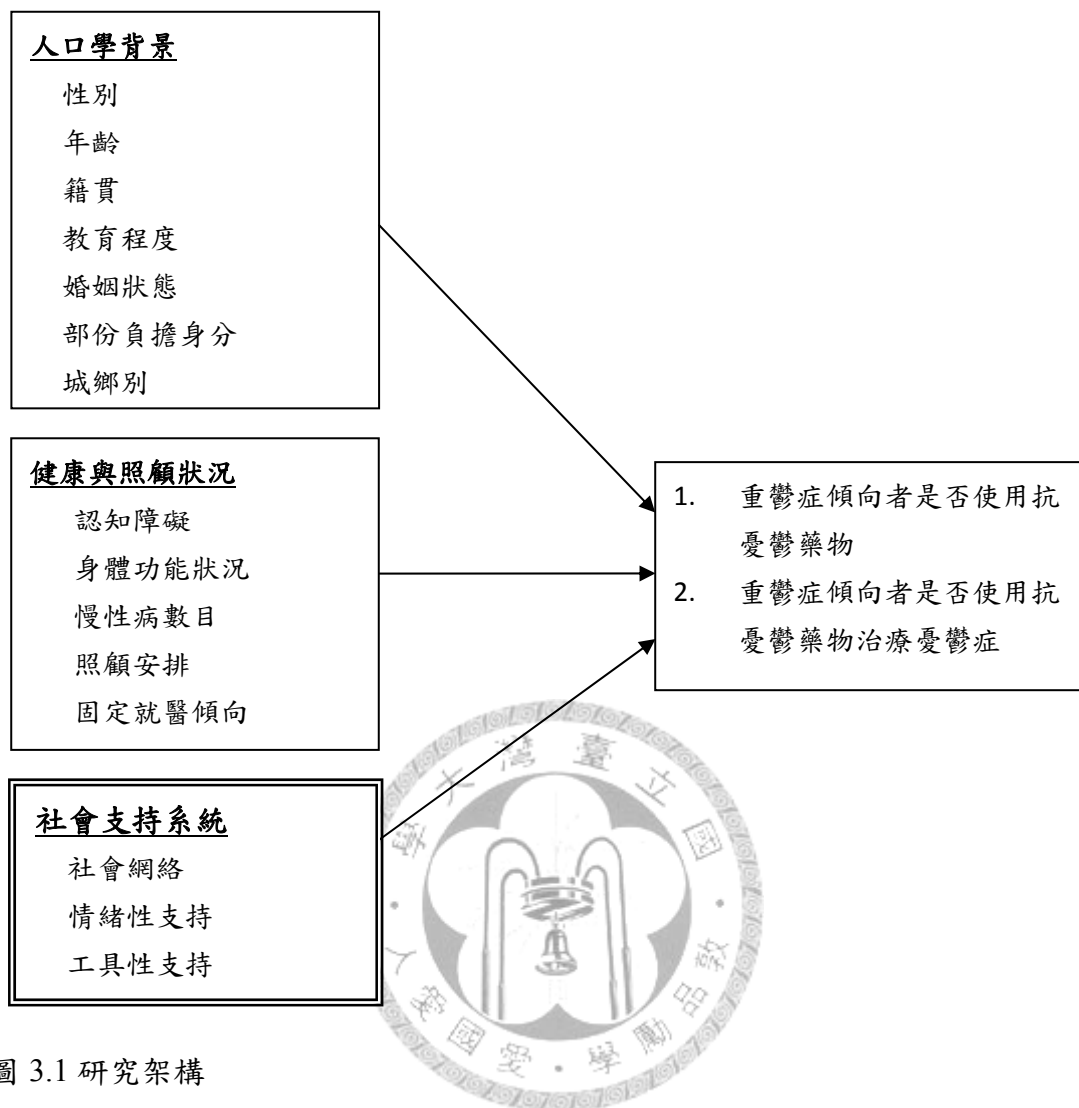


圖 3.1 研究架構

二、 研究假說

根據以上的研究架構，提出研究假說如下：

(一)、人口學背景因素會影響抗憂鬱藥物的使用。

年齡越大、居住在鄉村的憂鬱症傾向者，接受抗憂鬱藥物治療的比例較低。

(二)、健康與照顧狀況因素會影響抗憂鬱藥物的使用。

身體功能狀況越差、慢性疾病數越多的憂鬱症傾向者，接受抗憂鬱藥物治療的比例較高。

(三)、社會支持系統會影響抗憂鬱藥物的使用。

工具性支持越好的重鬱症傾向者，接受抗憂鬱藥物治療的比例較高。

情緒性支持越好的重鬱症傾向者，接受抗憂鬱藥物治療的比例較高。

第二節 研究材料

本研究資料取自台大衛生政策與管理研究所吳淑瓊教授主持之「全國長期照護需要評估」計畫資料，此計畫為二階段調查。借重衛生署國民健康局人口與健康調查研究中心優秀的調查研究團隊，帶領並輔導各鄉鎮訪視人員進行訪視，以訪員採面訪方式進行問卷調查。第一階段調查以日常生活活動功能(activities of daily living, ADLs) (Katz et al., 1963; Guralnik & Simonsick, 1993)、工具性日常生活活動功能(instrumental activities of daily living, IADLs) (Lawton & Brody, 1969)、認知功能(Pfeiffer, 1975)等三類功能障礙指標，作為篩選第二階段調查個案的依據，凡是在上述三類功能障礙評估中，有任何一項發生障礙，即符合該研究身心功能障礙者的定義，也就是需要長期照護的個案，再進行第二階段深入的評估。對因健康或其他因素而無法自行作答之樣本，均尋求其家庭照顧者代答；個案若遷移者則跨區追蹤，以提高完訪率。

第一階段依內政部各縣市戶籍登記名單，以全國 50 歲以上人口為母群體進行 PPS(Probability Proportional to Size)抽樣，首先以各縣市為單位進行單獨抽樣，採不等比率抽樣，使人口較少的縣市有較高的抽樣機率，此來每一縣市才可有足夠的研究樣本，全國共抽取 204 個鄉鎮市區，2,960 鄰，303,545 名樣本。完成訪視者共 239,861 人，原抽取樣本已有 2,144 人死亡，完訪率為 79.6%。完訪者中，符合上述條件，需要長期照護個案有 17,191 人，因此將之納入第二階段的各項長期照護服務需要的深入評估，第二階段調查期間已有 1,281 名受訪者死亡，完成訪視者共 14,094 位，完訪率為 88.6%。

本研究以上述第二階段完訪者為資料來源，納入 65 歲以上的樣本，共 12,049 人，由調查檔中得到性別、年齡、教育程度、籍貫、婚姻狀態等社會人口學背景變項以及重鬱症傾向、身體功能狀況(失能情形)、慢性病數目、照顧安排等資訊，但因串聯健保檔門診及住院的用藥資訊後，有 19 人在訪視後一年的就醫資料不完整，因此無法進入研究樣本中，最後本研究整體樣本為 12,030 人，而其中能自答 CES-D 憂鬱問卷者稱為 CES-D 樣本，共有 8,080 人，並利用 CES-D 分數篩選出重鬱症傾向者(CES-D \geq 25 分)，共有 1,015 人有重鬱症傾向。本研究所採用的 CES-D 切點與過去文獻較為不同，過去文獻常以 CES-D \geq 16 分判定為憂鬱傾向者，而本研究以抗憂鬱藥物使用當作憂鬱照顧的指標，目前對於憂鬱傾向者是否全部都需以抗憂鬱藥物治療較有爭議，但是對於重鬱症患者需要接受持續的抗憂鬱藥物治療較有一致的看法，且文獻也指出抗憂鬱藥物對於重鬱症患者確實有相當大的幫助，所以本研究參考過去文獻以老人為樣本，並以重鬱症為效標的 CES-D 信效度研究(Beekman et al., 1997; Haringsma et al., 2004; Cheng et al., 2005)，以 25 分當作是重鬱症傾向的切點。希望利用此難得的失能老人社區大樣本資料，了解整體樣本(N=12,030)中，失能老人憂鬱與抗憂鬱藥物使用情形以及有重鬱症傾向者(N=1,015)是否使用抗憂鬱藥物及其影響因素。

第三節 研究變項及操作型定義

一、 憂鬱變項與重鬱症傾向者的篩選方式

採用美國流行病學研究中心之憂鬱量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)，原始版本包括 20 項憂鬱症狀。本研究使用的是 11 題版本(Iowa form)的簡短量表(Kohout et al., 1993)，Cronbach's α 值在 0.76 到 0.80 之間(Kohout et al., 1993；周玉慧、莊義利，2000)，具有內部一致性。問卷中的 11 項題目包括：「覺得不想吃東西、胃口不好」、「覺得心情很不好、鬱悶」、「覺得事情總是不太順利」、「睡不安穩(不入眠)」、「覺得很快樂」、「覺得寂寞、孤單」、「覺得別人都都不友善」、「覺得日子過的很好，享受人生」、「覺得傷心、悲哀」、「覺得人家不喜歡我」、「提不起勁來做任何事」。

因為 CES-D 問卷屬於必須由個案自答的部分，因此有 4,006 人的資料遺失，針對遺漏題數在三題以下者，利用迴歸插補法來進行遺漏值處理(見附錄一)，共補足 56 筆個案資料，得具有 CES-D 評估樣本 8,080 人。由於本研究 CES-D 為 11 題版本，總分經過 T score 轉換成相當於 20 題版本的 60 分為滿分方可使用(Kohout et al., 1993)。參考以下公式：

$$\text{轉換分數} = \text{原始 CES-D 總分之 Z 值} * 10 + 13.3 \text{(黃繼慶, 1994)}$$

過去研究多以 16 分為憂鬱傾向的切點(Radloff, 1977)，但因本研究主要是探討抗憂鬱藥物的使用，目前學界對於重鬱症需要用抗憂鬱藥物治療較有一致的定見，而對於臨床症狀較不顯著的其他憂鬱疾患較無一致的定見，參考過去文獻，對重鬱症與 CES-D 問卷的效標效度研究，本研究將嘗試以 25 分為界線切割，將得分在 25 分以上者定義為有重鬱症傾向；而得分 < 25 分者定義為無重鬱症傾向(Beekman et al., 1997; Haringsma et al., 2004; Cheng et al., 2005)。

二、 依變項的定義與測量

本研究的依變項為「是否使用抗憂鬱藥物」以及「是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」。

抗憂鬱藥物定義為全民健保檔藥品主檔中，藥理代碼是 281604 的抗憂鬱劑，參考 Mamdani 等(2000)的研究，及健保在 2002 年 5 月到 2003 年 12 月間給付的抗憂鬱藥物種類，將抗憂鬱藥物分成四個類別：傳統的三環抗憂鬱劑(TCAs)、第二三代雜環抗憂鬱藥(Heterocyclics)、選擇性血清素再吸收抑制劑(SSRIs)、單胺氧化酶抑制劑(MAOIs) (藥物分類詳見附錄三)。

疾病診斷主要參考 Patten 等(2007)的研究，分為憂鬱症、焦慮症、其他精神疾病及其他疾病四類(疾病診斷分類與 ICD-9 代碼詳見附錄二)，若個案主次診斷碼同時出現憂鬱症、焦慮症、其他精神疾病及其他疾病時，只納入其中之一為當次處方的疾病診斷，因為抗憂鬱藥物的主要核准適應症為憂鬱症，所以最先判定為憂鬱症，其次為焦慮症，再者為其他精神疾病，最後才是其他疾病。

觀察期間從個案接受訪視日期為準，本研究個案於 2002 年 5 月到 2003 年 1 月期間接受訪視，以訪視當月後一年，總和計算全民健保檔門診及住院資料中，個案是否有使用抗憂鬱藥物的紀錄，只要在一年期間，有過任一張抗憂鬱藥物處方則定義為「有使用抗憂鬱藥物」，反之則無。若個案於訪視後一年的全民健保檔門診及住院資料中，曾使用抗憂鬱藥物且「當次」處方的主次診斷碼為憂鬱症者，如：295.7、296.2、296.3、296.5、296.7、296.9、300.4、311 等(診斷分類詳見附錄二)，則代表個案在訪視後一年期間曾使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症，將之定義為「有使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」。若處方和疾病診斷並非同一次看診時發生，則不符合定義。

用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方則是以該處方「當次」的疾病診斷來判定之，若該處方當次的疾病診斷為憂鬱症，則定義為「用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方」。若處方和疾病診斷並非同一次看診時發生，則不納入分析。

三、 自變項的定義與測量

(一)、人口學背景變項

1. 性別：男性、女性。
2. 年齡：個案接受訪視調查時的年紀，分為 65-74 歲、75-84 歲及 85 歲以上。
3. 籍貫：福佬人、客家人、外省人及其他(包含原住民)。
4. 教育程度：未受正式教育、國小及國中以上。
5. 婚姻狀態：有偶、無偶。
6. 部份負擔身分：個案於訪視後一年間，健保 CD 檔中「部份負擔代號」之欄位，曾出現「001」(重大傷病)、「003」(合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象)、「004」(榮民、榮眷之家戶代表)等代號者，定義為免部份負擔身分，從未出現上述代號者則定義為需要部份負擔身分。
7. 城鄉別：由問卷調查中的戶籍所在地來分類，區分為直轄市(台北市及高雄市)、省轄市(基隆市、新竹市、台中市、台南市、嘉義市)、縣轄市及鄉鎮區。

(二)、健康與照顧狀況

1. 認知障礙：利用 SPMSQ 量表(Short Portable Mental Status Questionnaire, Pfeiffer, 1975)針對可自答者進行認知功能測量，答錯題數越多，表示認知功能越差，超過題數者則判定為有認知障礙。再依教育程度與年齡的不同，調整答錯題數的標準：教育程度不識字者，65-69 歲者錯五題，70 歲以上者錯六題；教育程度小學者為錯四題；教育程度國中以上者為錯三題(Wu et al., 1998)。
2. 身體功能狀況：此變項將參考問卷調查中的巴氏量表(The Barthel ADL Index) (Collin et al., 1988)來測量研究對象的身體功能狀況。巴氏量表是以 10 項日常生活功能(Activities of Daily Living, ADLs)的需要協助程度，來

測量個人照顧(personal care)和行動力(mobility)的功能獨立程度，總分為 0 至 100 分，分數越高表示越能獨立活動。10 項日常生活功能的活動包括七項自我照顧能力(進食、洗澡、個人衛生清洗、穿衣、大便控制、小便控制、如廁)和三項行動能力(移位、室內行走能力、爬樓梯能力)。計算得分後進行分組；此變項分為 0-20 分的「完全依賴」、21-60 分的「重度依賴」、61-90 分的「中度依賴」及 91-100 分的「輕度依賴」四組。

3. 慢性病數目：在此調查研究中，以問卷方式來蒐集個案的慢性病資料，由個案自答身體功能與疾病狀況，包括高血壓、心臟病、糖尿病、中風、精神疾病、巴金森氏症、失智症、癌症、關節炎或風濕、肺氣腫或慢性支氣管或氣喘等肺部疾病、貧血等 11 種。個案除了回答是否患有該疾病，同時也需回答是否經醫師診斷、目前是否接受治療。有關慢性病數目的計算，將回答「有患該疾病」且「經醫師診斷」的疾病項目累加，分為「0-1 種」、「2-3 種」、「4 種以上」三組，罹病數量愈多表示個案的身心壓力越大，越可能罹患憂鬱症而需要接受治療。
4. 照顧安排：在問卷調查中，將個案的照顧安排模式區分為：機構、居家無家庭照顧者、居家家人照顧、居家全職看護四類。根據調查資料所規範，有請全職看護的定義為：有聘請外勞或本勞，且一週工時合計在 40 小時以上。機構的定義包含護理之家、安養中心或養護中心、住院達一個月以上及其他身心障礙福利機構。
5. 固定就醫傾向：以個案在訪視後一年期間曾就醫的場所數以及就診醫師數來判定之。若個案的就醫場所數以及就診醫師數皆在中位數以上，就是「不固定」組；若個案的就醫場所數以及就診醫師數皆在中位數以下，就是「固定」組；其他的就定義為「中等」組。

(三)、社會支持系統

社會支持系統包括了社會網絡及社會支持兩種概念，參考黃繼慶於1994年所做的社會支持系統計分方式，將社會支持系統分為社會網絡、情緒性支持及工具性支持三個變項來做討論(黃繼慶，1994)。在此調查研究中，只有社區個案有此變項的資料，因此有關社會支持系統的討論，都將只侷限在社區樣本。

1. 社會網絡：包括子女接觸頻率、兄弟姐妹接觸頻率、親戚接觸頻率、朋友接觸頻率、鄰居接觸頻率、宗教活動、社團活動。總分為0-32分，將之分為低社會網絡(0-9)、中社會網絡(10-14)及高社會網絡(15-32)。
 - 子女接觸頻率：依其回答給予計分，「沒有兒女」=0分、「從不見面」=1分、「很少見面」=2分、「每月一次」=3分、「每周1次」=4分、「每周2-3次」=5分、「每天見面」=6分。
 - 兄弟姐妹接觸頻率：依其回答給予計分，「沒有兄弟姐妹」=0分、「從不見面」=1分、「很少見面」=2分、「每月一次」=3分、「每周1次」=4分、「每周2-3次」=5分、「每天見面」=6分。
 - 親戚接觸頻率：依其回答給予計分，「沒有親戚」=0分、「從不見面」=1分、「很少見面」=2分、「每月一次」=3分、「每周1次」=4分、「每周2-3次」=5分、「每天見面」=6分。
 - 朋友接觸頻率：依其回答給予計分，「沒有朋友」=0分、「從不見面」=1分、「很少見面」=2分、「每月一次」=3分、「每周1次」=4分、「每周2-3次」=5分、「每天見面」=6分。
 - 鄰居接觸頻率：依其回答給予計分，「從不來往」=0分、「很少來往」=1分、「每月一次」=2分、「每周1次」=3分、「每周2-3次」=4分、「每天見面」=5分。
 - 宗教活動：依其回答給予計分，「沒有」=0分、「偶爾」=1分、「定

期」=2分。

- 社團活動：依其回答給予計分，「沒有」=0分、「有」=1分。

2. 情緒性支持：包括傾聽心事、有人關心以及是否滿意別人的關心，操作型定義及計分方式如下。總分從 0-20 分，將之分為低(0-11)、中(12-15)、高(16-20)三類情緒性支持。

- 傾聽心事：老人覺得他人是否願意傾聽他們心事。依其回答給予計分，「很不願意」=0分、「不太願意」=1分、「普通」=2分、「願意」=3分、「很願意」=4分。

- 有人關心：老人覺得他人關心他們的程度。依其回答給予計分，「很不關心」=0分、「不太關心」=1分、「普通」=2分、「關心」=3分、「很關心」=4分。

- 滿意別人的關心：老人覺得他人關心他們的程度。依其回答給予計分，「很不滿意」=0分、「不太滿意」=1分、「普通」=2分、「滿意」=3分、「很滿意」=4分。

- 對親友的關心：老人覺得他們對親友的關心幫助大不大。依其回答給予計分，「沒什麼幫助」=0分、「有點幫助」=1分、「有幫助」=2分。

- 是否會問意見：老人回答家人是否會詢問自身的意見。依其回答給予計分，「一點也沒問」=0分、「不太常問」=1分、「沒有家人」=2分、「有時候問」=3分、「大部分有問」=4分。

- 是否會被嫌棄：老人回答家人是否會對自己嫌東嫌西。依其回答給予計分，「常常會」=0分、「偶爾會」=1分、「完全不會」=2分。

3. 工具性支持：包括 IADL 協助、生病照顧和外出協助(看醫生、買東西等)，操作型定義及計分方式如下，總分從 0-9 分，將之分為低(0-6)、中(7-8)、高(9)三類工具性支持。

- IADL 協助：老人是否可得到需要的 IADL 協助。依其回答給予計分，「總是無法」=0 分、「偶爾可以」=1 分、「約一半」=2 分、「大部分可以」=3 分、「一定可以」=4 分。
- 生病照顧：老人覺得家人或親友是否願意在生病時，給予照顧依靠。依其回答給予計分，「完全不可依靠」=0 分、「不太能依靠」=1 分、「有點可以靠」=2 分、「可依靠」=3 分、「很可以依靠」=4 分。
- 外出協助：當需外出時，是否有人可提供協助。依其回答給予計分，「沒有」=0 分、「有」=1 分。



第四節 資料處理與分析

首先採用 SPSS12.0 版套裝軟體，將全國老人長期照護需要評估第二階段調查進行資料整理，再採用統計軟體 SAS 9.1.3 進行資料整合，串聯個案訪視當月後一年的健保資料，包括：醫事機構基本資料檔(HOSB 檔)、門診處方及治療明細檔(CD 檔)、門診處方醫令明細檔(OO 檔)、住院醫療費用清單明細檔(DO 檔)、住院醫療費用醫令清單明細檔(DO 檔)。

資料分析包含描述性統計及分析性統計，分析性統計包括雙變項分析與多變項分析。首先描述整體失能老人樣本(N=12,030)及 CES-D 樣本(N=8,080)的「基本人口學特質」，並以卡方適合度檢定來瞭解 CES-D 樣本的分佈比例是否和整體樣本一致。並分析整體失能老人於訪視後一年的就醫資料，來描述「抗憂鬱藥物使用」，包括使用率、疾病診斷、處方科別，以頻率、百分比、平均數、標準差、中位數等方法呈現。再利用調查資料的 CES-D 問卷，刪除遺漏題數超過三題者，針對遺漏題數 ≤ 3 題者進行迴歸插補(詳見附錄一)，計算心理健康部分得分，判定個案的重鬱症傾向並做卡方檢定，瞭解重鬱症傾向的分佈情形。最後篩選出 CES-D 總分 ≥ 25 的重鬱症傾向樣本(N=1,015)瞭解其抗憂鬱藥物使用比率，並以卡方檢定 (Chi-Square Test)來檢定各自變項與依變項之間的關係。最後進行多變項分析，使用邏輯斯迴歸(logistic regression)，控制其他相關變項之下，檢定影響重鬱症傾向者「使用抗憂鬱藥物」及「使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」的重要因素。

第四章 研究結果

本研究樣本可分為兩個部份，一是整體樣本(N=12,030)，其二則是整體樣本中可自答 CES-D 憂鬱問卷者，稱為 CES-D 樣本(N=8,080)。第一節先分析兩個樣本的人口學背景特質，並做適合度檢定，以瞭解 CES-D 樣本的人口學特質分佈比例是否和整體樣本一致。第二節呈現了重鬱症傾向的分佈情形，利用樣本中可自答 CES-D 問卷的個案做分析(CES-D 樣本，N=8,080)，並進一步瞭解有無重鬱症傾向在人口學特質、健康與照顧狀況以及社會支持系統的分佈上是否有顯著差異。在第三節則呈現失能老人的抗憂鬱藥物使用情形，利用整體樣本於訪視後一年的健保資料，可瞭解其抗憂鬱藥物使用情形，包括年使用盛行率、每人年平均處方數、疾病診斷、處方科別、處方藥品及類別等。最後利用 CES-D 問卷結果，篩選出有重鬱症傾向者(N=1,015)，進一步以雙變項及多變項分析，探討其訪視後一年「是否使用抗憂鬱藥物」以及「是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」的相關影響因素。

第一節、樣本特質

一、人口學背景特質

表 4-1 為樣本的人口學背景特質。性別方面，兩個樣本都是以女性居多，整體樣本中女性占 60.9%，男性占 39.1%；CES-D 樣本中女性占 62.8%，男性占 37.2%。年齡方面，整體樣本的平均年齡為 78.95 歲(標準差為 7.68 歲)，年齡最大者為 119 歲，最小為 65 歲，以 75-84 歲組別最多，占 44.0%，其他 65-74 歲占 30.8%，而 85 歲以上所占比例最少，只有 25.2%。CES-D 樣本的平均年齡為 78.04 歲(標準差為 7.37 歲)，年齡最大者為 105 歲，最小為 65 歲，同樣也是以 75-84 歲組別最多，占 45.2%，其他 65-74 歲占 34.2%，而 85 歲以上所占比例仍最少，只有 20.6%。籍貫方面，整體樣本中以福佬人最多，占 73.0%，其次為客家人占 11.7%，外省人占 11.5%，其他族群(包括原住民)占 3.8%；CES-D 樣本中也以福佬人最多，占 72.7%，

其次為客家人占 12.4%，再者為外省人占 10.6%，其他族群則占 4.3%。教育程度方面，整體樣本中，以未受正式教育的比例最高，占 66.9%，其次為國小教育程度，占 22.2%，國中以上教育程度的人最少，只占 10.7%；CES-D 樣本中，也是以未受正式教育者比例最高，占 67.0%，22.5%的人為國小教育程度，最少的還是國中以上教育程度，只占 10.4%。婚姻狀態方面，整體樣本中，有偶、無偶都占了一半左右，47.4%的人有偶，52.6%無偶；CES-D 樣本中有偶無偶的比例同樣是各占一半左右，49.0%有偶，50.9%無偶。部分負擔身份方面，整體樣本中，27.2%的人免部份負擔，約七成(72.8%)的人需部分負擔；CES-D 樣本中 24.6%的人免部份負擔，75.4%的人需部分負擔。城鄉別方面，整體樣本中，居住在鄉鎮區者最多，占了六成(63.1%)，其次為縣轄市占 16.6%，再者為省轄市占 13.3%，居住在直轄市者最少，僅有 7.0%；CES-D 樣本中，最多為居住在鄉鎮區者，占了六成五(65.3%)，其次為縣轄市占 16.4%，再者為省轄市占 12.1%，居住在直轄市者最少，僅有 6.2%。

二、 健康與照顧狀況

表 4-2 為樣本的健康與照顧狀況情形。認知障礙方面，整體樣本中，無認知障礙者占 53.0%，有認知障礙者占 47.0%；CES-D 樣本中，無認知障礙者較多，占 62.8%，有認知障礙者較少，占 37.2%。身體功能狀況方面，整體樣本中，輕度依賴者最多，占 31.0%，其次是中度依賴者，占 29.0%，第三則是完全依賴者占 22.0%，重度依賴者占 17.8%；CES-D 樣本中，輕度依賴者最多，占 40.9%，其次是中度依賴者，占 34.2%，第三則是重度依賴者占 16.7%，完全依賴者僅占 8.0%。慢性病數目方面，整體樣本中，2-3 種慢性病者最多，占 44.1%，其次是 0-1 種慢性病，占 41.6%，4 種以上慢性病者最少，占 14.1%；CES-D 樣本中，0-1 種慢性病者最多，占 45.5%，其次是 2-3 種慢性病，占 42.9%，4 種以上慢性病者最少，占 11.5%。照顧安排方面，整體樣本中，居家家庭照顧者最多，占 64.5%，其次是居家無照顧者，占 13.8%，第三則是居家全職看護，占 11.6%，最後則是機構，占 10.0%；CES-D 樣本中，居家家庭照顧者最多，占 66.7%，其次是居家無照顧者，占 19.2%，第三

則是居家全職看護，占 9.3%，最後則是機構，僅占 4.7%。固定就醫傾向方面，整體樣本中，不固定就醫者最多，占 43.3%，其次是固定就醫者，占 32.7%，最後則是中等就醫者，占 24.0%；CES-D 樣本中，不固定就醫者最多，占 47.9%，其次是固定就醫者，占 28.3%，最後則是中等就醫者，占 23.8%。

整體樣本和 CES-D 樣本的分佈情形大致相同，女性較多、平均年齡都在 78 歲左右、福佬人較多、未受正式教育者較多、無偶者較多、需部分負擔身份者較多、居住在鄉鎮區較多、無認知障礙者較多、輕度依賴者較多、居家家庭照顧者較多、不固定就醫傾向者較多。將 CES-D 樣本和整體樣本做適合度檢定，檢定 CES-D 樣本(樣本)與整體樣本(母體)的比例是否一致。結果除了教育程度未達顯著外，其他性別、年齡、籍貫、婚姻狀態、社會福利身分、部分負擔身份、城鄉別、認知障礙、身體功能狀況、慢性病數目、照顧安排、固定就醫傾向等變項的 P-value 都 ≤ 0.01 ，達到顯著。尤其可以發現年齡、認知障礙、身體功能狀況、照顧安排的比率分佈差異特別大，顯示能自答 CES-D 問卷者較年輕且身體功能較好。



第二節、 重鬱症傾向分佈情形

是否有重鬱症傾向的判斷是以轉換後的 CES-D 分數為準，在整體樣本中，共有 8,080 人可自答 CES-D 問卷，納入重鬱症傾向的分析。若 CES-D 總分 ≥ 25 分，則判定為有重鬱症傾向，而 CES-D 總分 < 25 分者則定義為無重鬱症傾向。

表 4-3 為失能老人 CES-D 總分的分佈情形，CES-D 總分的平均值為 13.3 分，標準差為 10.0，中位數是 11.9 分。CES-D 總分 < 16 分的人最多，占了 60.3%，其次是 16-20 分的人，占 18.6%，第三名則是 25 分以上，占 12.6%，最後則是 21-24 分，占 8.5%。由此可知 87.4% 的人 CES-D 總分 < 25 分，判定為無重鬱症傾向；12.6% 的人 CES-D 總分 ≥ 25 分，判定為有重鬱症傾向。

一、 有無重鬱症傾向的人口特質分佈

表 4-4 到表 4-6 為失能老人重鬱症傾向分佈情形的描述。有無重鬱症傾向者的人口特質呈現在表 4-4，以性別來說，女性有重鬱症傾向的比例較男性高，其中女性有重鬱症傾向者有 13.4%，男性有重鬱症傾向者則占 11.2%；在年齡方面，65-74 歲年齡層有重鬱症傾向的比例最高，達 14.6%，而 85 歲以上年齡層有重鬱症傾向的比例最低，占 10.4%；在籍貫方面，其他族群有重鬱症傾向比例最低，占 9.3%，福佬人、客家人、外省人的重鬱症傾向比例相近，各占 12.9%、12.1%、11.8%；在教育程度方面，未受正式教育者有重鬱症傾向比例最高，占 13.4%，而國中以上學歷者有重鬱症傾向比例最低，占 9.1%；在婚姻狀態方面，無偶者且有重鬱症傾向比例略高於有偶者，其中無偶者有重鬱症傾向比例占 13.1%，而有偶者且有重鬱症傾向比例占 12.0%；在部分負擔身份方面，免部分負擔身份者有重鬱症傾向比例高於需部分負擔身份者，其中免部份負擔者有重鬱症傾向比例占 14.3%，而需部分負擔身分者有重鬱症傾向比例占 12.0%；在城鄉別方面，居住在直轄市者有重鬱症傾向的比例最高，占 17.8%，而居住在縣轄市者有重鬱症傾向的比例最低，占 11.8%。

將無重鬱症傾向與有重鬱症傾向做卡方檢定，可發現除了籍貫、婚姻狀態未

達顯著相關外，有無重鬱症傾向與性別、年齡、教育程度、部分負擔身份、城鄉別都達到顯著相關， P 值 ≤ 0.01 。女性、65-74 歲、未受正式教育、免部份負擔、居住在直轄市者，有重鬱症傾向的比率較高。

二、 有無重鬱症傾向的健康與照顧狀況分佈

有重鬱症傾向者的健康與照顧狀況呈現在表 4-5，健康與照顧狀況變項包括：認知障礙、身體功能狀況、慢性病數目、照顧安排、固定就醫傾向。以認知障礙來說，認知障礙者有重鬱症傾向的比例較無認知障礙者高，其中認知障礙者有重鬱症傾向比例，占 14.1%，無認知障礙者有重鬱症傾向比例，占 11.6%；以身體功能狀況來說，完全依賴者有重鬱症傾向的比例最高，占 19.6%，而輕度依賴者有重鬱症傾向的比例最低，僅占 8.0%；以慢性病數目來說，罹患 4 種以上慢性病者有重鬱症傾向的比例最高，占 17.9%，而罹患 0-1 種慢性病者有重鬱症傾向的比例最低，占 10.2%；以照顧安排來說，住機構者有重鬱症傾向的比例最高，占 15.7%，而居家家庭照顧者有重鬱症傾向的比例最低，占 11.6%；以固定就醫傾向來說，不固定、中等、固定三類就醫傾向有重鬱症傾向的比例都在 12% 以上，差別不大，分別是 12.4%、13.3%、12.2%。

將無重鬱症傾向與有重鬱症傾向做卡方檢定，可發現除了固定就醫傾向未達顯著相關外，是否有重鬱症傾向與認知障礙、身體功能狀況、慢性病數目、照顧安排都達到顯著相關， P 值 ≤ 0.01 。有認知障礙、完全依賴、4 種以上慢性疾病、居住在機構者有重鬱症傾向的比率較高。

三、 有無重鬱症傾向的社會支持系統分佈

有無重鬱症傾向者的社會支持系統分佈呈現在表 4-6，有關社會支持系統的變項包括了社會網絡、情緒性支持、工具性支持。相關問題只有社區樣本作答，因此 383 名機構樣本無法納入此部份分析中。以社會網絡來說，低社會網絡者有重

鬱症傾向的比例最高，達 19.7%；而高社會網絡者有重鬱症傾向的比例最低，僅占 7.7%；以情緒性支持來說，低情緒支持者有重鬱症傾向的比例最高，達 25.1%，高情緒性支持者有重鬱症傾向的比例最低，僅占 4.9%；以工具性支持來說，低工具支持者有重鬱症傾向的比例最高，達 26.0%，而高工具支持者有重鬱症傾向的比例最低，僅占 4.7%。

將無重鬱症傾向與有重鬱症傾向做卡方檢定，可發現是否有重鬱症傾向與社會網絡、情緒性支持、工具性支持都達到顯著相關， P 值 ≤ 0.01 。低社會網絡、低情緒性支持、低工具性支持者有重鬱症傾向的比率較高。



第三節、 抗憂鬱藥物使用情形

本節將針對整體失能老人(N=12,030)的抗憂鬱藥物使用情形做描述，資料來源是每一個案接受訪視後一年的健保門診與住院就醫資料。包括年使用盛行率、每人年平均處方數、處方藥品、處方類別、處方科別、疾病診斷。

一、 抗憂鬱藥物年使用盛行率

表 4-7 呈現了整體樣本的抗憂鬱藥物年使用盛行率與每人年平均處方數，由表可知，一年內曾開出的抗憂鬱藥物處方達 10,276 張，在訪視後一年期間曾經使用過抗憂鬱藥物者，有 1,499 人，抗憂鬱藥物年使用盛行率是 12.5%，而每一使用過抗憂鬱藥物者的年平均處方數為 6.9 張。

二、 處方藥品及藥物種類的次數與比率

表 4-8-1 呈現了抗憂鬱藥物處方藥品及各藥物種類的次數與比率。從此表可知，門診的處方數有 9,584 張，占總抗憂鬱藥物處方的 93.3%，而住院的處方數僅有 692 張，占 6.7%。若是以門診處方的藥品種類來看，以 TCA 類的 Imipramine 居冠，占 28.0%，其次是 Heterocyclic 類的 Trazodone，占 24.6%，第三名則是 SSRI 類的 Fluoxetine，占 9.9%。第四名到第十名分別是 Amitriptyline (8.2%)、Selegiline (6.5%)、Moclobemide (5.5%)、Sertraline (4.1%)、Paroxetine (2.7%)、Citalopram (2.7%)、Venlafaxine (2.3%)。若是以住院的藥品種類來看，同樣是以 TCA 類的 Imipramine 居冠，占 24.7%，其次是 Heterocyclic 類的 Trazodone，占 22.0%，第三名則是 SSRI 類的 Fluoxetine，占 11.8%。第四名到第十名分別是 Amitriptyline (7.8%)、Sertraline (7.1%)、Moclobemide (5.8%)、Paroxetine (5.2%)、Selegiline (4.6%)、Doxepin (3.8%)、Citalopram (3.5%)。若是以門診及住院總和的藥品種類來看，一、二名相當接近，以 TCA 類的 Imipramine 居冠，占 27.8%，其次是 Heterocyclic 類的 Trazodone，占 24.4%，第三名則是 SSRI 類的 Fluoxetine，占 10.0%。第四名

到第十名分別是 Amitriptyline (8.2%)、Selegiline (6.4%)、Moclobemide (5.5%)、Sertraline (4.3%)、Paroxetine (2.9%)、Citalopram (2.7%)、Doxepin (2.3%)。門診和住院在處方抗憂鬱藥物時，常用的藥品種類大致相同，但是門診的總處方數就占了九成以上。在藥物類別方面，以門診處方來說，第一名是 TCA 類，占 39.2%，接下來是 Heterocyclic 類，占 27.5%，第三名則是 SSRI 類，占 21.3%，最後則是 MAOI 類，占 12.0%。以住院處方來說，第一名仍是 TCA 類，占 36.3%，接下來是 SSRI 類，占 28.3%，第三名則是 Heterocyclic 類，占 25.0%，最後則是 MAOI 類，占 10.4%。以門診和住院整合來說而言，TCA 類藥品的處方比率是最高的，占 39.0%，接下來是 Heterocyclic 類，占 27.3%，第三名則是 SSRI 類，占 21.8%，最後則是 MAOI 類，占 11.9%。

表 4-8-2 呈現了用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方中，不同藥品及各藥物類別的次數與比率，也就是將訪視後一年內所有的抗憂鬱藥物處方，依據當次處方的疾病診斷做篩選，若該筆處方當次的主次診斷碼為憂鬱症(診斷分類詳見附錄二)，則視為用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方，將被篩出進行更深入的分析。從表可知所有抗憂鬱藥物處方中，共有 3,244 張的當次處方是用於治療憂鬱症，其中門診的處方數有 3,142 張，占總數的 96.9%，而住院的處方數僅有 102 張，占 3.1%。若是以門診的藥品種類來看，第一名是 Heterocyclic 類的 Trazodone，占 23.7%，第二名是 SSRI 類的 Fluoxetine，占 18.7%，第三名才是 TCA 類的 Imipramine，占 11.1%。第四名到第十名分別是 Moclobemide (8.5%)、Sertraline (8.1%)、Citalopram (5.8%)、Paroxetine (5.6%)、Venlafaxine (5.3%)、Fluvoxamine (3.8%)、Amitriptyline (3.1%)。若是以住院的藥品種類來看，第一名則是 SSRI 類的 Fluoxetine，占 33.3%，第二名仍是 SSRI 類的 Sertraline，占 13.7%，第三名是 Venlafaxine (10.8%)。第四名到第十名分別是 Citalopram (9.8%)、Trazodone (8.8%)、Paroxetine (5.9%)、Imipramine (3.9%)、Moclobemide (3.9%)、Selegiline (3.9%)、Fluvoxamine (3.0%)、Amitriptyline (3.0%)。若是以門診及住院總和的藥品種類來看，第一名是

Heterocyclic 類的 Trazodone，占 23.3%，第二名是 SSRI 類的 Fluoxetine，占 19.2%，第三名才是 TCA 類的 Imipramine，占 10.9%。第四名到第十名分別是 Moclobemide (8.4%)、Sertraline (8.3%)、Citalopram (5.9%)、Paroxetine (5.6%)、Venlafaxine (5.5%)、Fluvoxamine (3.8%)、Amitriptyline (3.0%)。由此可知用以治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方中，門診的總處方數就占了九成六以上，但是門診和住院的用藥種類並不相同，以門診來說常用的是 Trazodone 及 Fluoxetine，但是以住院來說，常用的則是 SSRI 類的 Fluoxetine 及 Sertraline，兩者就占了一半。藥物類別方面，以門診處方來說，第一名是 SSRI 類(42.0%)，接下來是 Heterocyclic 類(30.2%)，第三名則是 TCA 類(17.1%)，最後則是 MAOI 類(10.7%)。以住院處方來說，第一名是 SSRI 類(65.7%)，接下來是 Heterocyclic 類(19.6%)，第三名則是 MAOI 類(7.8%)，最後則是 MAOI 類(6.9%)。以門診和住院整合來說，可知 SSRI 類藥品的處方比率是最高的，占 42.8%，接下來是 Heterocyclic 類，占 29.8%，第三名則是 TCA 類，占 16.8%，最後則是 MAOI 類，占 10.6%。

三、 藥物類別和疾病診斷的雙變項分析

表 4-9 呈現了藥物類別和疾病診斷的雙變項分析，TCA 類藥物最常用以治療其他疾病，占了所有 TCA 類處方的 74.1%，治療憂鬱症占了 13.6%，第三名則是其他精神疾病，占了 7.4%，最後則是焦慮症，僅占了 4.9%；Heterocyclic 類最常用以治療其它疾病，占了 40.0%，其次是憂鬱症占了 34.5%，第三名則是其他精神疾病，占了 18.1%，最後則是焦慮症，僅占了 7.4%；SSRI 類藥物最常用以治療憂鬱症，占了所有 SSRI 處方的 62.0%，其次是用以治療其他疾病，占了 22.2%，第三名則是治療其他精神疾病，占了 11.0%，最後則是焦慮症，僅占 4.8%；MAOI 類藥物最常用以治療其他疾病，占了所有 MAOI 類處方的 61.2%，其次是治療憂鬱症，占了 28.2%，第三名則是其他精神疾病，占 8.4%，最後則是焦慮症，僅占了 2.2%。卡方檢定結果顯示，藥物類別和疾病診斷具有顯著相關， P 值 ≤ 0.001 。

由表 4-8-1 及表 4-8-2 可知，門診和住院系統的藥物類別名次都相似，但值得注意的是，SSRI 類藥物在所有抗憂鬱藥物處方(10,276 張)中僅占 21.8%，居第三名，但是在用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方(3,244 張)中卻占了 42.8%，高達第一名。因此藉由表 4-9 的雙變項分析結果可知，藥物類別和疾病診斷是有顯著相關的，不同的抗憂鬱藥物常用於治療不同的疾病。

四、處方科別和疾病診斷的次數和比率

表 4-10-1 呈現了抗憂鬱藥物的處方科別與疾病診斷的次數和比率，以門診所有的抗憂鬱藥物處方來看，處方科別最多的是神經科，占 27.2%，第二名是精神科占 26.1%，第三名則是內科占了 19.1%，神經科、精神科、內科的抗憂鬱藥物處方就占了門診抗憂鬱處方的 70%以上。而第四名到第十名分別是家醫科(8.5%)、不分科(5.5%)、泌尿科(5.3%)、復健科(3.4%)、骨科(1.1%)、皮膚科(1.1%)、神經外科(0.9%)。以住院所有的抗憂鬱藥物來看，內科的抗憂鬱藥物處方占了一半以上(54.2%)，第二名是神經科占 14.9%，第三名則是神經外科占了 7.2%。而第四名到第九名分別是骨科(6.3%)、復健科(5.1%)、精神科(3.6%)、泌尿科(2.6%)、外科(2.6%)、家醫科(2.3%)。總合門診和住院的資料後，發現處方抗憂鬱藥物最多的是神經科，占 26.3%，第二名是精神科占 24.6%，第三名則是內科占了 21.5%。而第四名到第十名分別是家醫科(8.0%)、不分科(5.1%)、泌尿科(5.1%)、復健科(3.5%)、骨科(1.5%)、神經外科(1.3%)、皮膚科(1.2%)。由此可知九成以上的抗憂鬱藥物處方是由門診開出，而門診和住院處方抗憂鬱藥物的科別型態並不相同，門診是以神經科、精神科、內科最常處方抗憂鬱藥物；住院是以內科、神經科、神經外科最常處方抗憂鬱藥物。

以疾病診斷來說，抗憂鬱藥物處方當次主診最多的是其他疾病，如：失眠、疼痛等，共占 52.0%，第二名才是憂鬱症，占 31.6%，接下來是其他精神疾病，占 11.2%，最少的則是焦慮症，僅占 5.2%。

表 4-10-2 呈現了用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方科別的次數與比率，也就是篩選出當次處方疾病診斷為憂鬱症的抗憂鬱藥物處方，再深入分析其處方科別。以門診資料來看，第一名是精神科，占 61.6%，神經科占 18.7%居第二，第三名為內科，占 7.9%。以住院資料來看，第一名是內科，占 38.2%，神經科占 20.6%居第二，第三名是精神科占 12.7%。總合門診和住院的資料後，精神科的處方占了絕大多數，共 60%，接下來是神經科，占 18.8%，第三名則是內科占了 8.6%，用於治療憂鬱症的抗憂鬱處方中，神經科、精神科、內科就占了 85%以上。而第四名到第十名分別是不分科(4.4%)、家醫科(4.2%)、復健科(1.9%)、神經外科(0.6%)、婦產科(0.4%)、骨科(0.3%)、外科(0.2%)。由此可知九成以上用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方是由門診開出，而門診和住院處方抗憂鬱藥物的科別型態並不相同，門診的前三名依序是精神科、神經科、內科；住院則依序是以內科、神經科、精神科最常處方抗憂鬱藥物。

五、處方科別和藥物類別

表 4-11-1 呈現了整體抗憂鬱藥物處方(10,276 張)中，處方科別和藥物類別的交叉分析，處方數在前五名的五個科別來說，神經科的 TCA 類處方最多，占 30.7%，其次是 MAOI 類，占 28.6%，Heterocyclic 類占了 29.2%居第三，最後才是 SSRI 類，只占 11.5%。以精神科來說，SSRI 類的處方最多，占 51.3%，其次是 Heterocyclic 類占了 29.8%，第三名則是 TCA 類占了 14.4%，最後才是 MAOI 類，只占了 4.5%。以內科來說，TCA 類處方最多，占 45.4%，其次是 Heterocyclic 類，占 31.5%，第三名則是 SSRI 類占了 17.2%，最後才是 MAOI 類，只占 5.9%。以家醫科來說，一到四名的次序和內科相同，但所占比率有所差異，第一名的 TCA 類處方占 59.6%，其次是 Heterocyclic 類，占 20.5%，第三名則是 SSRI 類占了 10.5%，最後才是 MAOI 類，只占 9.4%。以不分科來說，TCA 類處方就占了八成以上，其他 Heterocyclic 類占了 13.0%，而 SSRI 類和 MAOI 類不超過 5%。

將當次疾病診斷為憂鬱症的抗憂鬱藥物處方篩選出來，利用表 4-11-2 呈現用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方(3,244 張)，處方科別和藥品類別的交叉分析，處方數在前五名的五個科別來說，精神科的 SSRI 類處方最多，占 56.2%，其次是 Heterocyclic 類占了 27.4%，第三名則是 TCA 類占了 11.3%，最後才是 MAOI 類，只占了 5.1%。神經科的 Heterocyclic 類占了 32.4%，其次是 MAOI 類，占 32.0%，第三名則是 SSRI 類，占 20.5%，TCA 類處方掉到最後一名，僅占 15.1%。以內科來說，Heterocyclic 類最多，占 43.0%，其次是 SSRI 類占了 35.7%，第三名才是 TCA 類處方，占 18.5%，最後才是 MAOI 類，只占 2.8%。以不分科來說，TCA 類處方仍然占了八成以上，Heterocyclic 類占了 13.2%，而 SSRI 類和 MAOI 類完全沒有被使用。以家醫科來說，第一名的 Heterocyclic 類，占 37.8%，其次是 TCA 類處方占 24.4%，第三名則是 MAOI 類，占 20.0%，最後是 SSRI 類只占 17.8%。

小結

由表 4-8-1 及表 4-8-2 的結果發現，不管是所有抗憂鬱藥物處方(10,276 張)或者是用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方(3,244 張)中，從門診系統開出的比率都占了九成以上。門診和住院系統所使用的抗憂鬱藥物種類、類別大致相同，總和來說第一名是 TCA 類(39.0%)，接下來是 Heterocyclic 類(27.3%)，第三名則是 SSRI 類(21.8%)，最後則是 MAOI 類(11.9%)。而用於治療憂鬱症的抗憂鬱處方中，第一名是 SSRI 類(42.8%)，接下來是 Heterocyclic 類(29.8%)，第三名則是 TCA 類(16.8%)，最後則是 MAOI 類(10.6%)，由表 4-9 的雙變項分析中，更確定了藥物類別和疾病診斷的相關。而由表 4-11-1 可知，不同科別的醫師處方抗憂鬱藥物的類別亦不同，只有精神科的醫師主要處方 SSRI 類，而復健科及放射線科最常處方 Heterocyclic 類，其他如神經科、內科、家醫科、不分科、泌尿科、骨科、神經外科及皮膚科等都最常處方 TCA 類。但是當抽出用於治療憂鬱症的處方來看時，從表 4-11-2 的結果可知，除了不分科和神經外科仍舊最常處方 TCA 類外，其餘科別

以 Heterocyclic 類及 SSRI 類治療憂鬱症的比例最高，婦產科、骨科、精神科最常處方 SSRI 類，而神經科、內科、家醫科更從最常處方 TCA 類轉變成 Heterocyclic 類，復健科及放射線科最常處方 Heterocyclic 類，其他如泌尿科及皮膚科等的抗憂鬱藥物處方疾病診斷並未出現憂鬱症。

綜合抗憂鬱藥物疾病診斷、處方科別及藥物類別的討論，可知失能老人的抗憂鬱處方最常用於治療其他疾病而非憂鬱症，用於治療憂鬱症的處方僅占 31.6%。藥物類別和疾病診斷是有關係的，在治療憂鬱症時較常使用 SSRI 類藥品，而不同科別醫師常用的抗憂鬱藥物類別亦不盡相同，是因病人病情不同或是各專科訓練的處方習慣不同所致，則需要進一步討論。



第四節、有重鬱症傾向者是否用藥的雙變項及多變項分析

表 4-12-1 到 4-12-3 描述了 CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物、是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症以及是否被診斷為憂鬱症的分佈情形，並且以 CES-D 總分 16、25 分，兩個不同的切點(cut-off point)來呈現之。而後篩選出有重鬱症傾向者(CES-D ≥ 25 分)，進一步分析人口學變項、健康與照顧狀況、社會支持系統與「使用抗憂鬱藥物」及「使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」的關係，呈現於表 4-13 到表 4-18。為了便利閱讀，此節所指的藥物都專指抗憂鬱藥物，「用藥」與「使用抗憂鬱藥物」同義。

一、CES-D 樣本的抗憂鬱藥物使用和診斷分佈

過去研究常以 CES-D ≥ 16 分判斷個案具有憂鬱傾向，建議需要接受更進一步的協助或治療，而當以老人為樣本，且以重鬱症診斷為效標時，則建議將切點提高至 20-25 分。本研究以抗憂鬱藥物使用為指標，憂鬱傾向者(CES-D ≥ 16 分)是否需要接受抗憂鬱藥物治療的爭議較大，但是對於有重鬱症診斷者需要使用抗憂鬱藥物治療則較有一致的看法，所以此節將針對 CES-D 總分 ≥ 25 分的重鬱症傾向者是否用藥做深入的探討。為了便利與過去文獻比較，也同時呈現以 16 分為切點的結果。

(一)、CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物的分佈情形

表 4-12-1 中，CES-D 總分 ≥ 16 分的人，有 16.4%在訪視後一年曾用過抗憂鬱藥物，而 CES-D 總分 < 16 分的人，有 11.2%的人曾使用過抗憂鬱藥物；CES-D 總分 ≥ 25 分的人，有 17.5%在訪視後一年曾使用過抗憂鬱藥物，而 CES-D 總分 < 25 分的人，有 12.7%的人曾使用過抗憂鬱藥物。

(二)、CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的分佈情形

表 4-12-2 中，CES-D 總分 ≥ 16 分的人，有 4.9%在訪視後一年曾使用過抗憂鬱藥物治療憂鬱症，而 CES-D 總分 < 16 分的人，有 2.3%的人曾使用過抗憂鬱藥物

治療憂鬱症；CES-D 總分 ≥ 25 分的人，有 5.9%在訪視後一年曾使用過抗憂鬱藥物治療憂鬱症，而 CES-D 總分 < 25 分的人，有 2.9%的人曾使用過抗憂鬱藥物治療憂鬱症。

(三)、CES-D 樣本是否有憂鬱診斷的分佈情形

表 4-12-3 中，CES-D 總分 ≥ 16 分的人，有 7.3%在訪視後一年曾有憂鬱診斷，而 CES-D 總分 < 16 分的人，有 4.0%的人曾有憂鬱診斷；CES-D 總分 ≥ 25 分的人，有 8.6%在訪視後一年曾有憂鬱診斷，而 CES-D 總分 < 25 分的人，有 4.8%的人曾有憂鬱診斷。

二、重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物的雙變項分析

(一)、人口學變項與重鬱症傾向者是否用藥的相關因素分析

表 4-13 到表 4-15 呈現了重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析，其中表 4-13 是人口背景變項與重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析。社會人口學特質包括了性別、年齡、籍貫、教育程度、婚姻狀態、部分負擔身份、城鄉別。

以性別來說，女性有重鬱症傾向者曾用藥的比例低於男性有重鬱症傾向者，16.8%的女性有重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物，而男性占 19.0%；以年齡來說，65-74 歲有重鬱症傾向者曾用藥的比例最高，占 20.3%，而比例最低的則是 85 歲以上有重鬱症傾向者，只有 9.2%；以籍貫來說，外省人有重鬱症傾向者曾使用用藥的比例最高，占 23.8%，最低的則是福佬人有重鬱症傾向者，只有 16.6%；以教育程度來看，國中以上學歷的重鬱症傾向者，曾用藥的比例最高，占 26.0%，而未受正式教育的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，只占 15.3%；以婚姻狀態來看，無偶的重鬱症傾向者曾用藥的比例低於有偶的重鬱症傾向者，15.4%的無偶且有重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物，而有偶的重鬱症傾向者占 20.0%；以部分負擔身份來看，需部分負擔的重鬱症傾向者曾用藥的比例低於免部分負擔的重鬱症傾向者，14.5%的需部分負擔且有重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物，免部份負擔的重鬱症傾

向者則占 25.4%；以城鄉別來看，居住在直轄市的重鬱症傾向者曾用藥的比例最高，占 29.2%，而居住在鄉鎮區的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，占 14.8%。

由表 4-13 可知，年齡、教育程度、部分負擔身份、城鄉別與有重鬱症傾向者是否用藥皆有顯著相關。65-74 歲的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於 75-84 歲以及 85 歲以上者；國中以上的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於國小及未受正式教育者；免部份負擔的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於需部分負擔者；居住在直轄市的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於省轄市、縣轄市及鄉鎮區者。

(二)、健康與照顧狀況與重鬱症傾向者是否用藥的相關因素分析

表 4-14 呈現了健康與照顧狀況與重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析，健康與照顧狀況包含了認知障礙、身體功能狀況、慢性病數目、照顧安排、固定就醫傾向。以認知障礙來說，有認知障礙的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例低於無認知障礙的重鬱症傾向者，其中有認知障礙的重鬱症傾向者曾用藥的比例占 12.7%，而無認知障礙的重鬱症傾向者曾用藥的比例占 21.0%；以身體功能狀況來說，重度依賴的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最高，占 19.0%，而完全依賴的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，占 15.7%；以慢性病數目來說，罹患四種以上慢性病的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最高，占 19.9%，而罹患 0-1 種慢性病的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，占 14.1%；以照顧安排來說，由居家全職看護照顧的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最高，占 27.7%，而居家無照顧者的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，占 13.5%；以固定就醫傾向來說，不固定就醫的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最高，占 25.1%，而固定就醫的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，只占 8.3%。

由表 4-14 可知，認知障礙、照顧安排、固定就醫傾向和重鬱症傾向者是否用藥有顯著相關。無認知障礙的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於有認知障礙者；有關照顧安排方面，抗憂鬱藥物使用比率由高至低為，居家全職看護

＞居家家庭照顧者＞機構＞居家無照顧者；不固定就醫的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於中等及固定就醫傾向者。

(三)、社會支持系統和重鬱症傾向者是否用藥的相關因素分析

表 4-15 呈現了社會支持系統和重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析，社會支持系統包括了社會網絡、情緒性支持、工具性支持，383 名機構樣本沒有社會支持系統的資料，因此有關社會支持系統的分析僅納入社區樣本。以社會網絡來說，低社會網絡及中社會網絡的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例一樣高，占 18.6%，而高社會網絡的重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最低，占 14.7%；以情緒性支持來說，高情緒性支持有重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最高，占 23.3%，而低情緒性支持有重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，只占 16.1%；以工具性支持來說，高工具性支持有重鬱症傾向者曾使用抗憂鬱藥物的比例最高，占 23.4%，而低工具性支持的重鬱症傾向者曾用藥的比例最低，占 16.8%。

由表 4-15 可知，在分佈上低社會網絡、高情緒性支持及高工具性支持的重鬱症傾向者，日後使用抗憂鬱藥物的比率較高，但是在卡方檢定中，社會支持系統的三個自變項都和重鬱症傾向者是否用藥沒有顯著相關。

三、重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析

(一)、人口學變項與重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的相關因素分析

表 4-16 到表 4-18 呈現了重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析。其中表 4-16 是人口背景變項與重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析。社會人口學特質包括了性別、年齡、籍貫、教育程度、婚姻狀態、部分負擔身份、城鄉別。

以性別來說，女性有重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例和男性相同，男女有重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症者都占 5.9%；以年齡來說，75-84 歲有重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 6.6%，而比例最低的則是 85 歲以上有重

鬱症傾向者，只有 3.5%；以籍貫來說，外省人有重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 10.9%，最低的則是其他籍貫的重鬱症傾向者，只有 3.1%；以教育程度來看，國中以上學歷的重鬱症傾向者，曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 10.4%，而未受正式教育的重鬱症傾向者，曾用藥治療憂鬱症的比例最低，只占 4.5%；以婚姻狀態來看，無偶有重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例和有偶者相同，無偶或有偶的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症者都占 5.9%；以部分負擔身份來看，需部分負擔的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例低於免部分負擔的重鬱症傾向者，需部分負擔的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症者占 4.1%，免部份負擔的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症者占 10.6%；以城鄉別來看，居住在直轄市的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 18.0%，而居住在鄉鎮區的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例則最低，占 3.7%。

由表 4-16 可知，教育程度、部分負擔身份、城鄉別與重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症皆有顯著相關。國中以上的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的比率顯著高於國小及未受正式教育者；免部份負擔的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的比率顯著高於需部分負擔者；居住在直轄市的重鬱症傾向者，使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的比率顯著高於省轄市、縣轄市及鄉鎮區。

(二)、健康與照顧狀況與重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的相關因素分析

表 4-17 呈現了健康與照顧狀況與重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析，健康與照顧變項包含了認知障礙、身體功能狀況、慢性病數目、照顧安排、固定就醫傾向。以認知障礙來說，有認知障礙的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例低於無認知障礙的重鬱症傾向者，其中有認知障礙的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例占 4.0%，而無認知障礙的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例占 7.3%；以身體功能狀況來說，重度依賴的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 8.3%，而完全依賴的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，占 3.1%；以慢性病數目來說，罹患 2-3 種慢性病的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱

症的比例最高，占 6.8%，而罹患 0-1 種慢性病的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，占 4.5%；以照顧安排來說，由居家全職看護照顧的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 13.4%，而居家無照顧者的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，占 4.7%；以固定就醫傾向來說，不固定就醫的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 8.9%，而固定就醫的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，只占 2.9%。

由表 4-17 可知，認知障礙、照顧安排、固定就醫傾向與重鬱症傾向是否用藥治療憂鬱症有顯著相關。無認知障礙的重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的比率顯著高於有認知障礙者；照顧安排方面，使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症比率由高至低為，居家全職看護 > 居家家庭照顧者 > 機構 > 居家無照顧者；固定就醫傾向方面，越不固定就醫的重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的比率越高，不固定 > 中等 > 固定。

(三)、社會支持系統和重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的相關因素分析

表 4-18 呈現了社會支持系統和重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析，社會支持系統包括了社會網絡、情緒性支持、工具性支持，383 名機構樣本沒有社會支持系統的資料，因此有關社會支持系統的分析僅納入社區樣本。以社會網絡來說，低社會網絡的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 7.0%，而高社會網絡的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，占 4.6%；以情緒性支持來說，高情緒性支持的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 13.6%，而中情緒性支持的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，只占 4.1%；以工具性支持來說，高工具性支持的重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最高，占 10.4%，而低工具性支持有重鬱症傾向者曾用藥治療憂鬱症的比例最低，占 5.5%。

由表 4-18 可知，只有情緒性支持和重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症有顯著相關。高情緒性支持的重鬱症傾向者，使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的比率顯著高於中情緒性支持及低情緒性支持者。

四、 重鬱症傾向者是否用藥的多變項分析

表 4-19 呈現了重鬱症傾向者是否用藥的多變項分析，因為機構樣本在社會支持變項資料是不詳，最後進入迴歸分析的有效樣本共 941 人。

重鬱症傾向者會使用抗憂鬱藥物的顯著因素包括：年齡、部分負擔身份、照顧安排及固定就醫傾向。

以年齡來說，相對於 85 歲以上的重鬱症傾向者，年紀越輕的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高，65-74 歲重鬱症傾向者的勝算比為 2.342，95%信賴區間為 1.173~4.674；75-84 歲重鬱症傾向者的勝算比為 2.113，95%信賴區間為 1.089~4.099。

以部分負擔身份來說，相對於需部分負擔的重鬱症傾向者，免部份負擔的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高，勝算比為 1.636，95%信賴區間為 1.090~2.456。

以照顧安排來說，相對於居家無照顧者的重鬱症傾向者，由居家全職看護照顧的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高，勝算比在 2.572，95%信賴區間為 1.260~5.248。

以固定就醫傾向來說，相對於固定就醫的重鬱症傾向者，不固定就醫的重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的機會較高，勝算比為 3.696，95%信賴區間為 2.191~6.236。

五、 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的多變項分析

表 4-20 呈現了重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的多變項分析。此部分的依變項和表 4-19 有所不同，經過對抗憂鬱藥物使用情形的分析，可以知道並非所有的抗憂鬱藥物都是用來治療憂鬱症，因此將用藥與否就當作是有無接受治療的指標，太過粗糙。在這個部分，嘗試將曾經用藥而且當次處方的疾病診斷為憂鬱症者篩出(=1)，其他的人都當作是沒有用藥治療憂鬱症者(=0)。因為機構樣本缺少社

會支持系統方面的資料，扣除機構樣本後，最後進入迴歸分析的有效樣本共 941 人。

重鬱症傾向者會使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的顯著因素包括：部分負擔身份、城鄉別、照顧安排及固定就醫傾向。

以部分負擔身份來說，相對於需部分負擔的重鬱症傾向者，免部分負擔的重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的機會較高，勝算比在 2.211，95%信賴區間為 1.167~4.189。

以城鄉別來說，相對於居住在鄉鎮區的重鬱症傾向者，居住在直轄市的重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的機會較高，勝算比在 3.276，95%信賴區間為 1.443~7.435。

以照顧安排來說，相對於居家無照顧者的重鬱症傾向者，由居家全職看護照顧的重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的機會較高，勝算比在 3.250，95%信賴區間為 1.102~9.583。

以固定就醫傾向來說，相對於固定就醫的重鬱症傾向者，不固定就醫的重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的機會較高，勝算比為 3.069，95%信賴區間為 1.276~7.383。

小結

表 4-21 呈現了重鬱症傾向者用藥及用藥治療憂鬱症的多變項分析結果，兩個依變項的影響因素大致相同，部分負擔身份、照顧安排和固定就醫傾向對兩個依變項中都有顯著影響，而且方向一致。年齡因素只有在重鬱症傾向者是否用藥有顯著，城鄉別只有在重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症有顯著。

第五章 結論與討論

第一節 研究結果重點及討論

一、重鬱症傾向分佈情形

是否有重鬱症傾向的判斷是以轉換後的 CES-D 分數為準，在整體樣本中，共有 8,080 人完成此部分的問卷，納入重鬱症傾向變項的分析。若 CES-D 總分 ≥ 25 分，則定義為有重鬱症傾向，而 CES-D 總分 < 25 分者則定義為無重鬱症傾向。

失能老人 CES-D 總分的平均值為 13.3 分，標準差為 10.0，中位數是 11.9 分。CES-D 總分 < 16 分的人最多(60.3%)，其次是 16-20 分的人(18.6%)，第三名則是 25 分以上(12.6%)。若以 25 分為切點時，12.6% 的人有重鬱症傾向(CES-D 總分 ≥ 25 分)；若以 16 分為切點時，則有 39.7% 的人有顯著憂鬱症狀。國外研究發現，約有 13.1%-33.5% 的老人具有臨床上顯著的憂鬱症狀(Callahan et al., 1994; Osborn et al., 2002; Wada et al., 2004)。而國內的社區老人憂鬱症狀盛行率為 20.3%-31.3%，若是在機構內則高至 52.05%(Liu et al., 1997；呂淑好、林宗義，2000；林怡君等，2004；邵靖翰，2004，Lin et al., 2005)。

以雙變項分析結果來說，女性、65-74 歲(年輕老人)、未受正式教育、免部份負擔、居住在直轄市、認知障礙者、完全依賴者、罹患 4 種以上慢性病患者、住機構者、低社會網絡、低情緒性支持、低工具性支持者的重鬱症傾向都較高。只有籍貫、婚姻狀態、固定就醫傾向和重鬱症傾向未達顯著相關。過去研究發現，女性、失能、認知障礙、社經地位低者較容易出現憂鬱症狀(Blazer et al., 2003)，本研究結果和過去文獻大致相同。

整體來說有關老人憂鬱症狀盛行率，因為研究方法、評估工具、樣本、時間等因素有所不同，無法做適當的比較，只有兩篇研究同樣以 CES-D 為篩選工具，在 Callahan 等(1994)針對美國都市基層門診老人(N=1,171)，並以 16 分為切點時，發現憂鬱症狀盛行率為 17.1%；而在呂淑好與林宗義(2000)針對高雄市社區老人(N=210)，並以 16 分為切點時，發現憂鬱症狀盛行率為 31.3%。本研究樣本以 16

分為切點時，憂鬱症狀盛行率為 39.7%，都比上述研究結果要高。雖然此兩篇文獻在研究方法與本研究較為相近，但是本研究樣本為失能老人，能夠自答 CES-D 樣本的比例較低，仍是無法和一般老人作適當的比較。有關憂鬱症狀的量表只能由個案自答，健康狀況較差者、認知障礙者能自答的比率較低，而這些無法自答的個案，通常憂鬱狀況又更為嚴重，所以呈現的失能老人憂鬱盛行率恐怕還是低估了實際的狀況。在低估的情況下，本研究結果已比一般老人的憂鬱症狀盛行率還要高，可知憂鬱症狀在臺灣失能老人族群中是相當普遍且嚴重的問題，其照護與治療的需求是否被滿足需要更進一步探討。

二、抗憂鬱藥物使用情形

(一)、抗憂鬱藥物年使用盛行率

根據本研究結果，失能老人抗憂鬱藥物使用年盛行率是 12.5%，而每一使用過抗憂鬱藥物者的年平均處方數為 6.9 張。過去研究發現抗憂鬱藥物的使用盛行率高於重鬱症的盛行率(Beck et al., 2005)，2000 年左右加拿大和義大利老人的抗憂鬱藥物使用年盛行率在 9.49%-11.5%(Mamdani et al., 2000; Percudani et al., 2005)，隨著時間的增加各國的抗憂鬱藥物的使用率日漸增加(Paulose-Ram et al., 2003; Raymond et al., 2007; Chien et al., 2007)，所以可知臺灣失能老人的抗憂鬱藥物使用盛行率和其他國家相差不大，雖比過去研究稍高，但可能和樣本為失能者有關，健康狀況較一般老人為差，使用藥物的機率較高，亦可能是隨著時間增加而遞增的趨勢。

(二)、抗憂鬱藥物類別比率

最常用的抗憂鬱藥物類別依序為，TCA 類(39.0%)>Heterocyclic 類(27.3%)>SSRI 類(21.8%)>MAOI 類(11.9%)。澳洲、義大利及荷蘭的研究發現成人常用的抗憂鬱藥物主要有 Paroxetine、Amitriptyline、Fluoxetine、Sertraline 等，大多是 SSRI

類(McManus, 2000; Pietraru et al., 2001; Gardarsdottir et al., 2007)。而且在 Soudry 等人的研究中則指出，老人最常使用 SSRI 類藥物(55%)，TCA 類藥物僅占抗憂鬱藥物處方的 25%，原因是 TCA 類藥物在老人族群易產生較高風險的副作用，所以醫師在處方時會較為謹慎保守(Soudry et al., 2008)。但是同樣的情況在臺灣，TCA 類藥物卻是最為常用的類別，處方最多的藥品也是 TCA 類的藥物，甚至被 Beers Criteria 列為具高度副作用風險的 Amitriptyline，竟然占了整體抗憂鬱藥物處方的 8.2%，位居第四名，是健保給付或藥價的問題使得 TCA 類藥品較為廣泛使用，亦或是病情所需而選擇開立 TCA 類藥品，需要更進一步的探討。有關於 TCA 類藥物在老人族群的使用是否恰當，療效與風險的平衡為何，需要瞭解醫師診斷及個案生理數據，非本研究資料能處理，建議未來研究可朝老人用藥安全議題發展。若是只將用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方篩出，則常用抗憂鬱藥物類別變為 SSRI 類(42.8%)>Heterocyclic 類(29.8%)>TCA 類(16.8%)>MAOI 類(10.6%)，可以發現在用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方中，TCA 類的比例大幅降低，SSRI 類藥品的比例增加了兩倍，和過去研究的憂鬱症治療建議較相符。

此處可以先針對保險給付作討論，根據全民健康保險藥品給付規定(全民健康保險，2007)，第一章神經系統藥物中詳列了有關精神治療劑的藥品給付變革，截至目前為止歷經多次修正(1999/12/1、2000/10/1、2002/5/1、2003/6/1、2004/5/1、2005/2/1、2005/12/1)。與研究期間相近的數次修正內容如下，2000 年 10 月 1 日修正條文*簡述如下，「SSRI 類及 SNRI 類藥物僅限經精神科醫師診斷為憂鬱症之病患使用，申報費用時須檢附六個月內之精神科專科醫師診斷紀錄」，限縮了非精神科醫師的處方 SSRI 類藥物的權限，直到 2002 年 5 月 1 日再次修正條文**簡述如下，「SSRI 類及 SNRI 類抗憂鬱劑，使用時須符合衛生主管機關核准之適應症，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由」，2003 年 6 月 1 日修正條文***簡述如下，「SSRI 類及 SNRI 類抗憂鬱劑使用時須符合衛生主管機關核准之適應症，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由，Bupropion HCL 作為戒菸治療者不予給付，使用時

須於病歷上詳細註明診斷依據及使用理由」。由此可知，2000年10月1日到2002年5月1日期間，非精神科醫師處方SSRI類及SNRI類藥物是被限制的，可能會降低處方的數量，但是本研究期間是從2002年5月到2003年12年，所以研究期間非精神科醫師處方SSRI類或SNRI類藥物已不受限。若藥品給付規定對醫師用藥類別有影響，那麼放寬標準應該使SSRI類或SNRI類藥物比率增加，因此推測藥品給付規定的變動，應不是國內SSRI類藥物比率較低的原因。

*健保醫字第八九〇二八三八五號公告

**健保醫字第〇九一〇〇四二二五八號公告

***健保醫字第〇九二〇〇一二七八〇號公告

(三)、抗憂鬱藥物的疾病診斷

抗憂鬱藥物處方最常用以治療失眠、皮膚、泌尿、頭痛等其他疾病(52.0%)>憂鬱症(31.6%)>其他精神疾病(11.2%)>焦慮症(5.2%)。在荷蘭、加拿大及東亞五國的全人口研究中發現，抗憂鬱藥物處方用於治療憂鬱症的比例在45.5%-61.6%(Gardarsdottir et al., 2007; Patten et al., 2007; Uchida et al., 2007)。比較臺灣和國外的研究可發現，臺灣失能老人的抗憂鬱藥物用於治療憂鬱症的比例偏低，推測原因可能和疾病型態、醫師用藥習慣不同有關。本文是以失能老人為樣本，疾病型態和全人口的分佈不同，因此疾病盛行率和發生率亦不相同，所以抗憂鬱藥物的疾病診斷分佈也就不同。另一個原因則可能是與醫師用藥習慣有關，雖然失能老人的疾病型態和全人口不同，但是抗憂鬱藥物主要的適應症是憂鬱症，其他疾病大多是藥品核准標示外使用，所以不同的國家依據其藥品給付政策、醫師教育訓練等原因都會影響醫師使用抗憂鬱藥物的習慣，也因此表現在抗憂鬱藥物的疾病診斷分佈的不同。

綜合上述討論，可發現不同的抗憂鬱藥物和診斷間似乎存在某種關係，而實際在藥物類別和疾病診斷的雙變項分析中，顯示兩者具有顯著相關，SSRI類處方

較常用以治療憂鬱症，而 TCA 類處方較常用以治療其他疾病。國外文獻也指出：不同類別的抗憂鬱藥物，其疾病診斷的分佈亦不相同，七成以上的 SSRI 類處方都是用以治療憂鬱症，而 TCA 類處方則較常用於其他如睡眠以及疼痛的適應症 (Patten et al., 2007)。假設國內外醫師對於老人抗憂鬱藥物處方習慣相同時，推測臺灣失能老人 TCA 類藥物處方比例較高的原因，是來自於疾病型態的不同，但仍無法排除國內外醫師處方習慣不同的變因。而且這樣的藥品核准標示外使用 (Off-label use) 是否會造成老人用藥安全的隱憂，值得進一步探討。

(四)、抗憂鬱藥物的處方科別

最常處方抗憂鬱藥物的科別依序是神經科(26.3%)>精神科(24.6%)>內科(21.5%)，各科別常用的藥物類別都不同，神經科、內科、家醫科最常用 TCA 類藥物，精神科最常用 SSRI 類藥物，Patten 等(2007)亦曾指出 TCA 類藥物常出現在非精神科的治療建議中，特別是睡眠以及疼痛相關的適應症，與本研究結果相同。若是僅分析用於治療憂鬱症的抗憂鬱藥物處方，則最常處方科別依序是精神科(60.0%)>神經科(18.8%)>內科(8.6%)，精神科使用 SSRI 類的比例仍是最高，而神經科、內科、家醫科更從最常處方 TCA 類轉變成 Heterocyclic 類。

因為藥物類別和疾病診斷具有顯著相關，推測各科別常用的抗憂鬱藥物不同是因病情的差異。雖然 TCA 類藥物占了神經科整體抗憂鬱藥物處方的 30.6%，在用於治療憂鬱症時，TCA 類藥物僅占了 15.1%；在用於治療其他疾病時，TCA 類藥物卻占了 40.6%，顯示依據疾病的不同，醫師會使用不同類別的抗憂鬱藥物，此點和 Patten 等(2007)的結果相同。因此推測民眾因不同病情求診不同科別，造成各科別的疾病比率不同，所以各科別的抗憂鬱藥物類別比率亦不相同。但是若要深入了解不同科別醫師對於憂鬱症的處方習慣，或是不同科別醫師對於憂鬱症的診斷能力有差異，則需要更進一步的分析。

綜和過去文獻以及本研究結果可發現，有關抗憂鬱藥物的使用研究需根據國

情、樣本特質、處方科別、疾病診斷來做考量。臺灣失能老人的抗憂鬱藥物只有 31.6% 用以治療憂鬱症，這也呼應了憂鬱盛行率低於抗憂鬱藥物使用率的結果，抗憂鬱藥物使用盛行率的概念在臺灣是無法代表憂鬱症的治療情形，必須納入疾病診斷的考量加以修正。不同疾病使用的抗憂鬱藥物種類也不同，TCA 類較常用以治療睡眠、疼痛等其他疾病，而 SSRI 類較常用以治療憂鬱症，台灣失能老人的 TCA 類藥物處方數量明顯比其他國家要高，有關 TCA 類藥品的使用是否適當是老人用藥安全的重要議題；不同科別常用的抗憂鬱藥物亦有所不同，神經科、內科、家醫科最常用 TCA 類藥物，精神科最常用 SSRI 類藥物，而醫師處方抗憂鬱藥物型態的差異可能來自於病情的不同，但仍無法排除處方習慣不同的可能性。

三、重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用情形

經 CES-D 問卷篩選後，有重鬱症傾向者共 1,015 人，占 CES-D 樣本的 12.6%。其中有 17.5% 的人在訪視後一年曾使用過抗憂鬱藥物；5.9% 的人曾在訪視後一年使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症；8.6% 的人在訪視後一年曾有過憂鬱診斷。

過去研究發現憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用率約為 0-50% (Laukkala et al., 2001; Patten, 2004; Alonso et al., 2004c; Simon et al., 2004; Beck et al., 2005)，老人憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用率約為 16.0%-35.7% (Steffens et al., 2000; Fischer et al., 2002; Sonnenberg et al., 2003; Montagnier et al., 2006; Grunebaum et al., 2008)。各國憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用率不一，以歐美各國較高，澳洲中等，以色列及俄羅斯則是低於 5% (Simon et al., 2004)，而且隨著觀察用藥時間的延長，使用的比率也會隨著增加 (Gardarsdottir et al., 2007)。雖然加拿大、美國及法國的抗憂鬱藥物治療率都在上升中 (Steffens et al., 2000; Fischer et al., 2002; Patten, 2004; Montagnier et al., 2006)，仍有 50-70% 的重鬱症患者未接受抗憂鬱藥物治療。

由於各研究對憂鬱及抗憂鬱藥物使用定義、研究樣本、年代等方法上的差異，無法直接比較各國抗憂鬱藥物使用率的差異。但仍有幾篇研究設計和本研究較為

相似，Montagnier等人(2006)利用CES-D問卷篩選出南法社區老人憂鬱樣本(男性分數 ≥ 17 ，女性分數 ≥ 23)，並記錄過去兩個禮拜用藥，發現1998-1999年時有25.3%的憂鬱樣本有使用抗憂鬱藥物；Grunebaum等人(2008)篩選出CES-D ≥ 16 分的紐約社區老人憂鬱樣本並記錄訪視當時用藥，發現有34.3%的憂鬱樣本有使用抗憂鬱藥物。比較本研究 and 此兩篇文獻在研究方法上的差異，不同的有：選用的憂鬱問卷皆是CES-D，但切點不同；記錄用藥時間以本研究長達一年最久，其餘研究都僅納入最近兩周或訪視當時的用藥；樣本特質不同，本研究為失能老人，而此兩篇文獻皆為社區老人。就研究方法的差異可能造成的影響作以下討論，本研究是以有重鬱症傾向者來篩選憂鬱樣本，CES-D切點更提高至25分，若以過去研究結果來說，隨著憂鬱嚴重程度的提高，抗憂鬱藥物使用的比率也會增加(Sonnenberg et al., 2003)，但是研究結果反而比Montagnier等人(2006)及Grunebaum等人(2008)來的低。以用藥觀測時間來說，過去文獻指出，當延長用藥觀測時間時，使用率會隨之增加(Gardarsdottir et al., 2007)，本研究雖然延長用藥時間的觀測至未來一年，但是接受抗憂鬱藥物治療的重鬱症傾向者卻較低，只有17.5%。以樣本特質來說，本研究樣本為失能老人，身體功能等各方面狀況都較一般老人為差，因此也限制了活動能力，可能造成失能憂鬱老人出外就醫接受治療的機會較低。

在這部分的雙變項分析中可發現，無重鬱症傾向者亦有相當比例使用抗憂鬱藥物，這些無重鬱症傾向者理論上是不需要用藥，卻被醫師處方抗憂鬱藥物，是研究方法造成的偏差，或實際情況上的確發生了不合理的用藥，需要更進一步討論，有關判定處方的適當性需要更細緻的研究設計，以診斷性問卷來做重鬱症評估，醫師對該患者的治療建議是否一致...等，是本研究無法取得的資訊，因此無法對處方適當性做討論。但是推測有以下幾個研究方法上的侷限，造成這個特殊研究結果的可能原因：為了治療其他疾病、處於維持期的治療、新發生的憂鬱個案及CES-D問卷的偽陰性問題，接下來對上述原因做更詳細的闡述。在本研究中有68.4%的抗憂鬱藥物處方並非用於治療憂鬱症，因此推測這些無重鬱症傾向者可能

因為其他疾病而被處方抗憂鬱藥物；依據憂鬱症治療指引(台北市政府衛生局，2003；Bauer et al., 2007)，憂鬱症的治療必須在症狀解除後仍持續服用4-9個月，以防止復發，因此這些無重鬱症傾向者可能是處於持續治療期，因而無法篩檢出重鬱症傾向但有用藥紀錄，更有學者針對此點而修正了抗憂鬱藥物治療率的計算(Beck & Patten, 2004)；用藥的觀察期間長達一年，在這一年之中個案可能因生活事件的劇變產生憂鬱情緒，是在訪視時無法測得的；以憂鬱問卷篩選重鬱症傾向者可能有偽陰性的問題，根據過去CES-D信效度的文獻研究，當研究對象為老人並以重鬱症為效標，以20-25分為切點時，敏感度在0.85-0.92(Lyness et al., 1997; Beekman et al., 1997; Haringsma et al., 2004)，也就是說可能有8%-15%的機會，可能將有重鬱症傾向者判定為無憂鬱，因而造成無重鬱症傾向卻使用抗憂鬱藥物的錯覺。雖然無法排除不合理用藥的可能性，但以上四個推測都極可能是無重鬱症傾向者卻使用抗憂鬱藥物的合理因素，但本文並未對無重鬱症傾向者做深入的統計分析，因此只能以推測的方式討論之。

本研究要強調的重點是「重鬱症傾向者是否接受治療」，並非指所有憂鬱傾向者都必須接受抗憂鬱藥物治療。但是對於重鬱症者來說，不管是併用藥物治療與心理治療或是單用藥物治療，目前的學界有一致共識：抗憂鬱藥物對重鬱症患者有一定的療效和幫助(Sonnenberg et al., 2003)，因此抗憂鬱藥物使用與否是相當常用的治療指標，為避免高估未滿足需求，及過度醫療化的探討，本研究亦將CES-D切點提高至25分希望能篩選出有重鬱症傾向者，而非過去文獻常用的憂鬱傾向(CES-D \geq 16)。

整體來說，臺灣失能憂鬱老人的抗憂鬱藥物使用率與國外社區憂鬱老人相較之下，低了很多。雖然可能會有其他非抗憂鬱藥物治療方式，但是比例不高(Unutzer et al., 2003; Crystal et al., 2003; Wei et al., 2005)，目前來說藥物治療還是重鬱症治療的主要方式，要說其他82.5%的重鬱症傾向者全都接受了心理治療等其他療法，以現今的環境來說是不可能的。若是再將治療診斷加入討論，則只有5.9%的人曾於

訪視後一年使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症，兩相權衡之下重鬱症傾向者的未治療比率仍是相當高，由此研究結果可知臺灣失能老人的憂鬱症照護情形亟需老人自身、照顧者及有關單位重視。對於憂鬱患者來說，藥物治療和心理治療可能都是同時被需要的，個人的偏好都不相同，因此對於憂鬱患者是否接受治療、接受治療與否的原因、對不同治療方式的偏好等研究，是架構一個完整憂鬱症照護政策的基礎，是未來研究可探索的部分；而精神醫學和臨床心理專業破除成見的跨領域合作，才能創造民眾獲取適當治療與照護服務的福祉。

四、重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用影響因素

以雙變項分析來說，年齡、(教育程度)、部分負擔身份、(城鄉別)、(認知障礙)、照顧安排、固定就醫傾向與重鬱症傾向者是否用藥皆有顯著相關。85歲以上、未受正式教育、需部分負擔、居住在鄉鎮區、有認知障礙、居家無照顧者、固定就醫的重鬱症傾向者在訪視後一年曾使用抗憂鬱藥物的比例較低。

以邏輯斯迴歸模式的分析結果來說，本研究發現年齡、部分負擔身份、照顧安排、固定就醫傾向為重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用影響因素。年齡方面，85歲以上的重鬱症傾向者，用藥的機會比65-74歲的重鬱症傾向者要小。以部分負擔身份來說，免部份負擔的重鬱症傾向者，用藥的機會比需部分負擔的重鬱症傾向者要大。以照顧安排來說，由居家全職看護照顧的重鬱症傾向者，用藥的機會比居家無照顧者的重鬱症傾向者要大。以固定就醫傾向來說，不固定就醫的重鬱症傾向者，用藥的機會比固定就醫的重鬱症傾向者要大。以下就各變項討論：

年齡方面，65-84歲的各年齡層都比85歲以上者更容易使用抗憂鬱藥物，此研究結果與Sonnenberg等(2003)針對荷蘭社區憂鬱老人的研究結果相似，同時也驗證了假說一。但是與Laukkala等人(2001)針對芬蘭社區重鬱症成人、Patten(2004)針對加拿大重鬱症成人、Soudry等人(2008)針對法國社區憂鬱老人、Beck等人(2005)針對加拿大重鬱症成人的研究結果不同，推測年齡因素對於抗憂鬱藥物使用的影

響並非完全的線性關係，所以可能因篩選樣本年齡區段的差異而有不同的結論，在 Beck 等人的研究就可知，抗憂鬱藥物使用的機會由高至低分別為：46-64 歲 > 26-45 歲 > 65 歲以上 > 15-25 歲，所以當研究樣本為 65 歲以上老人族群，隨著年紀的增長是否會增加抗憂鬱藥物使用的機會，無法從成人樣本有具體的答案。Beck 等人認為因為青少年對於憂鬱的辨識能力較差、就醫能力也較低，所以青少年憂鬱患者使用抗憂鬱藥物的機會較低，而本研究推測 85 歲以上的老老人用藥機會較低的原因，可能和 Beck 等人解釋青少年使用抗憂鬱藥物機會較低的原因是相同的。本研究亦推測有關年齡對於重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物的關係，應該是一個曲線圖型，在年紀最小和年紀最大的使用率為最低點，而在青壯年時的使用率最高。若只探討成人樣本的研究，而將年齡因素簡化為年齡越大的憂鬱患者接受治療的機會越高，是不恰當的闡述，而年齡因素背後所隱藏的就醫能力、疾病辨識力的問題就是政策可介入改變的重點。

性別因素與重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物並無顯著相關，此與 Laukkala 等人 (2001) 針對芬蘭社區重鬱症成人和 Sonnenberg 等 (2003) 針對荷蘭社區憂鬱老人的研究結果的研究結果相同，但是與 Patten (2004) 針對加拿大重鬱症成人、Beck 等人 (2005) 針對加拿大重鬱症成人、Soudry 等人 (2008) 針對法國社區憂鬱老人的結果不同。在部分國家中，因為憂鬱在女性族群較為常見，甚至被歸類為女性特有的疾病，使得男性對於憂鬱較不自覺或不願意去尋求協助 (Grunebaum et al., 2008)，此點和國內情形以及芬蘭、荷蘭較為不同。推測性別因素在不同的文化脈絡下，會對憂鬱患者的抗憂鬱藥物使用有不同的影響。在臺灣，女性失能老人有重鬱症傾向的比率較男性高，但是重鬱症傾向的女性失能老人使用抗憂鬱藥物的比率卻比男性要低，雖然未達顯著相關，但也提示著臺灣女性失能老人對憂鬱較無自覺，以抗憂鬱藥物使用與否的多變項分析結果來推測，女性失能老人的憂鬱治療需求未滿足情形較男性嚴重。

教育程度在重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用雙變項分析中有顯著相關，但是

在多變項分析上並未達到顯著水準，此與 Beck 等人(2005) 針對加拿大重鬱症成人和 Soudry 等人(2008)針對法國社區憂鬱老人的研究結果相同。在逐步加入變項進行邏輯斯迴歸分析時，可發現在控制城鄉別或部分負擔身份後，教育程度就變得不顯著，因此推測教育程度在雙變項分析中顯著的原因是來自教育程度所隱藏的就醫能力和就醫障礙，當控制個案的城鄉別或部分負擔身份後，其就醫資源和就醫經濟障礙較為一致，來自教育程度的影響就變得不顯著。

婚姻狀態與重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用並無相關，此與 Patten(2004)針對加拿大重鬱症成人及 Soudry 等人(2008)針對法國社區憂鬱老人的研究結果相同，但是和 Beck 等人(2005)針對加拿大重鬱症成人的雙變項分析結果不同。

部分負擔身份方面，免部分負擔身份者使用抗憂鬱藥物的機會較高，推測可能是因為免部份負擔，就醫的經濟障礙較低，當疾病發生時尋求醫療的機會較高，因此使用抗憂鬱藥物的機會也較高。但國外未有相關變項的分析，因此無法比較。

城鄉別在重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用雙變項分析中有顯著相關，但是在多變項分析上並未達到顯著水準，此與 Patten(2004) 針對加拿大重鬱症成人的研究結果相同。在逐步加入變項進行邏輯斯迴歸分析時，可發現在控制固定就醫及照顧安排後，城鄉別因素就變得不顯著，因此推測城鄉別在雙變項分析中顯著的原因是來自城鄉別與醫療資源的可近性、就醫交通障礙有關，直轄市比起省、縣轄市以及鄉鎮區來說，交通網絡更為便利，醫療資源密度也較高，所以失能老人的就醫障礙較低，但是當控制個案的照顧安排及固定就醫傾向後，就醫能力變得較為一致，此時城鄉別的因素就不再顯著。

認知障礙在抗憂鬱藥物使用雙變項分析中有顯著相關，與 Sonnenberg 等人(2003)針對荷蘭社區憂鬱老人的雙變項分析結果相同，但是進入多變項分析後並未達到顯著水準，此與 Soudry 等人(2008)針對法國社區憂鬱老人的研究結果相同。在 Soudry 的結論中提到，認知功能與抗憂鬱藥物使用的關係會隨著憂鬱程度的不同而改變，因為憂鬱症和認知障礙在初期時常常會互相誤診，因此也造成了無憂

鬱症族群中，認知功能差和抗憂鬱藥物使用的相關。像是在 Blazer 等人針對一般族群和 Soudry 等人針對無憂鬱症者的多變項分析都指出：認知功能越差者未來使用抗憂鬱藥物的比例較高，但是在 Soudry 針對高憂鬱症狀或重鬱症者的多變項分析則發現：認知功能和抗憂鬱藥物使用並無相關。認知功能障礙除了會使得病人難以辨識自身的憂鬱疾患，也會加深醫師診斷的難度，所以推論認知障礙對於抗憂鬱藥物使用的影響相當複雜，除了在不同的憂鬱程度樣本中會有不同的結果外，進入多變項分析後，原有的相關也可能因為其他未知的因素而消失，有關於認知功能對於老年憂鬱症的影響值得進一步的研究。

慢性病數目與重鬱症傾向者的抗憂鬱藥物使用並無相關，此與 Sonnenberg 等人(2003)針對荷蘭社區憂鬱老人的研究結果相同，但是和 Patten(2004)針對加拿大重鬱症成人的研究結果不同。

照顧安排方面，多變項分析中顯示重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物和個案的照顧安排有顯著相關，抗憂鬱藥物使用機會由高至低為：居家全職看護>居家家庭照顧者>居家無照顧者，但國外未有相關變項的分析，因此無法比較。推測重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物與就醫障礙有關，相較於居家無照顧者來說，控制個案的失能程度後(身體功能狀況變項)，當個案有就醫需求時，有居家家庭照顧者或全職看護者的就醫障礙較能被排除。但是在雙變項分析中，重鬱症傾向老人使用抗憂鬱藥物的比率分別是，居家無照顧者(13.5%)<住機構(15.0%)<居家家庭照顧者(17.4%)<居家全職看護(27.7%)，顯示居住在機構的重鬱症傾向老人治療需求未滿足比居家老人要嚴重。相較於社區居家老人，居住在機構老人 24 小時都有專業協助，甚至機構本身就具備醫師、護理人員的照顧，就醫障礙應該是較低的，但是其憂鬱治療需求卻未被滿足，推測機構老人的憂鬱問題可能被其他共病問題所掩蓋，因而被忽略。過去文獻發現機構老人的憂鬱盛行率是較高的(林怡君、余豎文、張宏哲，2004；Lin et al., 2005)，本研究的雙變項分析亦發現住機構老人較容易有重鬱症傾向，而機構老人的憂鬱治療比率卻較居家老人低，有關機構老

人的憂鬱問題，需要機構服務提供者的重視，以及衛生主管機關的督導。

以固定就醫傾向來說，不固定就醫的重鬱症傾向者，使用抗憂鬱藥物的機會比固定就醫的重鬱症傾向者要大，推測是因不固定就醫傾向者能夠四處求診，更代表其就醫需求都能被滿足，但國外未有相關變項的分析，因此無法比較。

綜合上述的討論，在本研究中年齡、部分負擔身份、照顧安排和固定就醫傾向都和重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物有關，而這四個自變項同時也都指向個案的就醫能力和就醫障礙，老老人對於憂鬱的辨識能力較低且就醫能力較低，免部分負擔者對於就醫的經濟障礙較低，由居家全職看護照顧者的就醫交通障礙較低，而不固定就醫傾向者能夠四處求診，更代表其就醫需求都能被滿足。因此推測就醫障礙越低者，使用抗憂鬱藥物治療的機會就越高。

五、重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的影響因素

以雙變項分析來說，(教育程度)、部分負擔身份、城鄉別、(認知障礙)、照顧安排、固定就醫傾向、(情緒性支持)與重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症皆有顯著相關。未受正式教育、需部分負擔、居住在鄉鎮區、有認知障礙、居家無照顧者、固定就醫、低情緒性支持的重鬱症傾向者在訪視後一年曾使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的比例較低。

以邏輯斯迴歸模式的分析結果來說，本研究發現部分負擔身份、城鄉別、照顧安排、固定就醫傾向是重鬱症傾向者用藥治療憂鬱症的影響因素。以部分負擔身份來說，免部分負擔的重鬱症傾向者，用藥治療憂鬱症的機會比需部份負擔的重鬱症傾向者要高，推測與就醫的經濟障礙有關；以城鄉別來說，居住在直轄市的重鬱症傾向者，用藥治療憂鬱症的機會比居住在鄉鎮區者要高，驗證了假說一，推測與資源可近性、資訊流通有關；以照顧安排來說，由居家全職看護照顧的重鬱症傾向者，用藥治療憂鬱症的機會較居家無照顧者來的高，推測與就醫交通障礙有關；以固定就醫傾向來說，不固定就醫的重鬱症傾向者，用藥治療憂鬱症的

機會比固定就醫者要高，推測是因不固定就醫傾向者能夠四處求診，更代表其就醫需求都能被滿足。

比較兩依變項在多變項分析中的顯著因素，可發現多數結果都相同，部分負擔身份、照顧安排及固定就醫傾向都是顯著相關因素，因此推測是否能獲得抗憂鬱藥物治療與就醫障礙有很大的相關。將「重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物」更細緻化為「重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」，可以了解藥物治療的用途，得到更細膩的資訊，然而也縮減了可分析的樣本，在本研究中是以 12,030 人的社區大樣本進行分析，只有 8,080 人可自答憂鬱量表，而其中只有 12.6% 的人有重鬱症傾向者，卻只有其中卻只有 178 人(17.5%)曾使用抗憂鬱藥物，更只有 60 人(5.9%)有用藥治療憂鬱症，在層層遞減下，若要進行社區失能老人的「重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」多變項分析，是需要相當大的樣本數，過去幾乎未有以「重鬱症傾向者是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」為依變項的研究，本研究是相當難得的大樣本分析，可以將依變項更細緻化。而本研究亦發現兩依變項的雙變項與多變項分析大致相同，所以若在樣本數較小的情況下可以單就用藥情形來討論，但若可取得更大的社區樣本，則建議可以進行更複雜的多變項分析，驗證本研究的結果。

六、比較「重鬱症傾向」和「重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症」的相關因素

以城鄉別來說，居住在直轄市者較容易有重鬱症傾向，但是也因居住在都市，醫療資源豐富，容易接觸新訊息，使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機會也較高。所以政府對於居住在鄉村的失能老人要加強注意憂鬱的問題，因為資源分布不均、資訊流通不易造成鄉村失能老人甚至是其照顧者對於憂鬱症認識不足、就醫不便，有關城鄉差距的問題是憂鬱照護政策或其他衛生政策所需考慮的重點。

以部分負擔身份來說，免部份負擔者較容易有重鬱症傾向，所幸有健康保險

的庇護下，其就醫障礙大幅減低，使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的機會也比需部分負擔身分者要高，過去國外也發現民眾尋求醫療照護困難主要是因經濟障礙 (Simon et al., 2004)，所以對於那些被福利政策遺漏的低社經地位者，當生活中有重大事件發生時，無法緩衝生活上的困難而容易遭受憂鬱之苦，但卻不具免部分負擔身份，在就醫方面有極大的經濟障礙，屬於自殺的高危險群，是憂鬱照護政策所需重視的特別族群。



第二節 研究限制

本研究採用 CES-D 問卷作為篩選重鬱症傾向的工具，雖然有國外老人效標效度的文獻支持，但是研究工具本身就有偽陰性及偽陽性的問題，難以百分之百的預測個案是否有重鬱症傾向，所以可能會高估重鬱症未治療的嚴重性。但是本研究以總分 ≥ 25 分作為判斷是否有重鬱症傾向的切點(cut-off point)，比過去慣用的 16 分要高，亦能幫助降低偽陽率，但此同時可能也會低估了 CES-D 總分在 16~25 分者的未治療情況。因為本研究只以 CES-D 施測一次，所以無法瞭解個案在前後時間點的憂鬱情況變化，也就無法評估抗憂鬱藥物治療對個案的幫助。簡而言之，在大規模的社區樣本調查研究中，為了降低成本，以醫師為訪員對大樣本做診斷性的訪談是非常困難的，使用自答式問卷造成的偽陽性，進而高估重鬱症未治療的嚴重性是無法避免的犧牲，僅能以適當的效標效度文獻來支持自答式問卷的準確性。但是相較於過去以 16 分做為憂鬱傾向切點，本研究以 25 分做為重鬱症傾向切點，就是希望可以降低偽陽率，篩選出實際上有重鬱症傾向的患者進而分析用藥情形，希望可以降低本研究高估重鬱症未治療的情形。

過去抗憂鬱藥物使用的研究中，藥物資料來源主要有兩種：一是訪員調查，二是藥物處方資料庫。前者的優點就是可以瞭解個案實際的藥物使用情形，但可能有回憶偏差；後者則可以正確的紀錄個案的所有藥物處方，但是因為抗憂鬱藥物的中斷使用率(drop-out rate)很高(Lawrenson et al., 2000)，所以單以處方資料庫是無法表達實際使用情形(Ubeda et al., 2007)，而且單以處方資料庫也無法將處方與診斷做適當的連結。本研究採用健保的處方資料，可同時連結診斷資料是一大優勢，但仍無法確知此抗憂鬱藥物處方是否真用於治療憂鬱症，又或者是醫生為了處方抗憂鬱藥物而搭配憂鬱症的診斷，在資料準確性上有了限制。當假設健保資料的處方和診斷連結正確時，則該資料只能確保醫師曾經處方抗憂鬱藥物給病人，但是無法瞭解病人實際服用情形，因此有關健保資料的準確性和無法呈現實際使用的限制都可能會低估了重鬱症未治療的嚴重性。

本研究只分析抗憂鬱藥物處方資料，並未考量個案採用心理治療等其他非藥物治療的方式，可能會高估重鬱症未治療的嚴重度。2002 年開始辦理心理師國家考試至 2008 年 6 月底時，全台只有十個縣市共 596 位心理師執業(臨床心理師公會，2008)，在過去臨床心理師及諮商心理師尚未立法前，要在健保體系中獲得心理治療是相當少數的，再加上大多的心理治療都是病人自費，而自費項目是不會在健保資料中呈現，由於心理師的缺乏以及治療需自費的影響，心理治療的可近性是相當低的。考量研究期間心理師考試正處於萌芽時期，心理治療可近性較低以及受限於次級資料分析，無法取得心理治療資訊，本研究只以抗憂鬱藥物使用來描繪重鬱症傾向者的藥物治療情形，雖然無法精準的敘述臺灣重鬱症病人的治療情形，但仍可以大致推估臺灣的重鬱症未治療嚴重程度。

本研究著重於憂鬱症狀的早期發現、早期治療，在三段五級的預防概念中，只涵蓋了次段預防的部分，對於初段預防的心理健康促進和特殊保護，以及三段預防的持續治療和病人心理重建與社會接軌的復健工作，都是本研究仍未著墨的重點。在整體的憂鬱照護政策來說，預防、治療、復健三個階段都是同等重要不可偏廢，對於憂鬱預防、復健部分的討論是本研究無法涵蓋的缺憾，亦是未來可努力的方向。

第三節 政策意涵

由本研究的結果推估臺灣失能老人的重鬱症未治療情形相當嚴重，篩選出有重鬱症傾向的個案中，只有 17.5%的人在一年後曾使用抗憂鬱藥物，若刪除非治療憂鬱症的抗憂鬱處方或領有處方但未服用者，則有接受藥物治療的重鬱症比例會更低。在抗憂鬱藥物使用的情形方面，TCA 類藥物是最常處方的類別，被 Beers Criteria 列為具高度副作用風險的 Amitriptyline，竟是第四個常用的抗憂鬱藥物，處方數目占了 8.2%。有關於 TCA 類藥物在老人族群的藥品核准標示外使用，療效 (Benefit) 是否大於風險 (Risk)，是否會造成老人用藥安全的隱憂，需要健康照護提供者的特別把關。

憂鬱症的問題在日前已受到社會大眾的矚目，健保局與台北市政府衛生局也於 2004 年規劃了憂鬱症共同照護網計畫，希望能提升基層醫療對憂鬱症辨別的能力，擴大憂鬱症的防護網，使病人就醫的可近性增加，但是隨著試辦計畫的結束，在健保局退出、缺乏誘因的情況下，基層醫師的參與意願也就大幅降低(賴德仁，2008)。憂鬱症共同照護網的立意良好，以改善醫療供給面來增加對憂鬱症的偵測，然健保給付的誘因一旦消失，此計畫就無法延續，則是實際執行面須克服的問題。除了增加誘因，從民眾的需求面下手也是另一可行的方式，透過進一步的研究，瞭解老人憂鬱症未治療的癥結，期望可對未來憂鬱症照護的政策擬定有所幫助。

透過本研究的多變項分析可發現，部分負擔身份、城鄉別、照顧安排、固定就醫傾向都是重鬱症傾向者使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的重要影響因素，顯示免部份負擔、居住在直轄市、由居家全職看護照顧、不固定就醫的人，越容易被診斷為憂鬱症並處方抗憂鬱藥物治療之，以上四個特質都與就醫障礙有關，也就是說就醫障礙越低的重鬱症傾向者越容易以抗憂鬱藥物治療，和過去國外的研究相同(Simon et al., 2004)。是故若能降低老人的就醫障礙，提升民眾對憂鬱症的知能，提高醫師等醫事人員對憂鬱症的敏感度，就可以增加憂鬱症的治療率。因為多變項分析未納入機構樣本，就雙變項分析結果來說，住機構的重鬱症傾向老人並未

因就醫障礙較低而有較高的治療機會，推測機構老人的憂鬱問題被其他生理疾病掩蓋而忽略，但是機構老人的憂鬱問題比起一般老人更是有過之而無不及，有關機構老人的憂鬱問題，需要機構服務提供者的重視，以及衛生主管機關的督導。綜合上述討論，對於老人憂鬱症照護政策的未來方向提出以下幾點建議：

一、降低失能老人的就醫障礙

就醫障礙是失能老人獲得抗憂鬱藥物治療最主要的影響因素，特別是鄉村地區資源分布不均、社經地位較低且需要部分負擔、居家無照顧者的憂鬱族群。

(一)、降低城鄉差距：

交通、資訊、醫療院所密度、政策執行效率等等都影響著民眾就醫的可近性。不論是憂鬱症共同照護網或是心理衛生中心，往往都是由直轄市等大都會區先執行設置，其他縣市則較慢或甚至未執行。城鄉的差距也造成了就醫可近性的問題，如何落實鄉村的居家照顧服務，提供就醫協助，像是交通接駁、醫師到宅問診等方式，是克服鄉村失能老人就醫不便的首要工作。再者則是提升心理衛生政策在鄉村縣市的執行效率，暢通民眾取得資訊的管道，針對偏遠地區要有更大的誘因以吸引人才到鄉村服務，使得城鄉之間的心理衛生服務能有一樣的品質。

(二)、降低社會福利邊緣人的經濟障礙：

對於失能老人來說，解決就醫經濟障礙最直接的方式就是給各種形式的就醫補助，衛生部門可研擬初次就診免部份負擔的方式，提高需部分負擔者對憂鬱症狀尋求專業協助的誘因，若判定為憂鬱症後，透過精神科與家醫科合作的模式，可以在一般基層診所接受治療，而不用舟車勞頓到大型醫院並支付較高的部分負擔。在後續的治療更可以多次就診只需繳納一次部分負擔的方式，不只可以降低其就醫的經濟負擔，希望透過這樣的方式來促進憂鬱治療的持續性。領取醫療補助只是治標，仍無法解決造成憂鬱的原因，但對於失能老人來說，經濟來源多數

來自子女奉養(內政部，2002)，所以失能老人的經濟障礙代表的可能是整個家庭的經濟障礙，需要根本提高經濟能力的政策，此時衛生、社福、勞委會等跨領域的合作，適時的通報個案並轉介資源，是幫助這群社會福利邊緣人脫離憂鬱的可行方式。

(三)、以社區式長期照護模式滿足老人的就醫需求

吳淑瓊等(2001)指出，行政院為加強老人的照顧，在 1998 年核定了兩個三年計劃，使得機構式服務資源大量成長，但是支持老人居住在社區的服務資源依然十分欠缺。對於居家老人來說，家人、親友、鄰居、志工是失能老人獲得就醫協助的主要來源，然而非正式服務在不同個案間的差距很大，在這少子高齡化的社會，家庭功能逐漸式微，政府應更積極的承擔照顧老人的責任。過去文獻也指出，要完成在地老化的理想，需要以社區式長期照護模式來提供老人所需的服務(吳淑瓊、莊坤洋，2001)。由本研究結果可知，社區無照顧者的重鬱症傾向老人的就醫需求最不能被滿足，和文獻相驗證之下，再度證實了支持老人在地老化的力量相當薄弱，因此本研究建議應迅速發展社區式長期照護模式，不只可以滿足失能重鬱症傾向老人的就醫需求，更可以讓老人在熟悉的生活環境中，安適的老化。

二、增進大眾對憂鬱症及治療方式的認識

對疾病的知識是就醫決策執行的重要關鍵，患者必須先辨識出憂鬱症狀，根據對憂鬱的認識再選擇求助方式，建議可從民眾的衛教、照顧者的職能訓練來提高大眾對憂鬱症及治療方式的知能。

(一)、民眾的衛教：

在疾病發生、發現、診斷、治療的過程中，是經過民眾需求端的「發現」再經過醫師供給端的「診斷」，而後才可能得到適當的治療。在過去憂鬱症共同照護計畫中，期望增加基層醫師供給端的能力，取代民眾需求端的「發現」過程，然

而當誘因不足時，基層醫師的力量仍無法解決憂鬱症低診斷率的問題，此時應回到最原始的民眾端來著手，提高民眾發現疾病的能力。憂鬱不只是老人特有的疾病，這已經是每個人都可能遇到的難關，因此不管是身為被照顧者或照顧者，都需要早一點對憂鬱症的原因、症狀、病程、治療有正確的認識，提高民眾對於憂鬱症的辨識力，同時也能引導民眾早日尋求協助。

(二)、照顧者的職能訓練：

照顧者除了需要喘息服務外，如何照顧老人的知識和能力也是相當重要的，但在目前的衛生體系來說，除了少數民間基金會針對某些慢性疾病有照顧者支持團體，提供照顧者如何陪伴與照顧的技巧等相關訓練是相當的少，與老人最貼近者就是家人或照顧者，若能提升照顧者對於憂鬱症的知能，讓民眾重視家中老人的憂鬱情緒，對於老人憂鬱症的照護必定有相當大的幫助。若是無法用對的方法來照顧老人，如何能得到好的結果，不只有憂鬱症，照顧者需要的是各種疾病照顧的知能，除了給予津貼、健全居家服務外，政府更需要正視照顧者的教育需求。

三、提升憂鬱症共同照護網的效力

在民眾端提升對憂鬱的知能後，憂鬱症是否能被診斷，並被正確的治療和照護提供者有直接的相關，因此如何延續過去憂鬱症共同照護網所致力的基層醫師再教育，提供適當的誘因以提高參與率，實際發揮「共同」照護網的精神，透過基層醫師、精神科醫師及臨床心理師的合作，以民眾觀點為出發點，提供最適切的照顧模式。

四、醫事人員對老人抗憂鬱藥物使用安全的把關

臺灣失能老人接受 TCA 類處方的比率相當高，其用藥的療效和風險評估需要特別注意，為避免不必要的藥物副作用，醫事人員對於老人 TCA 類藥物的處方應有更高的警覺。

第四節 未來研究建議

對未來的研究方向，提出以下幾點建議：

(一)、瞭解真正具有憂鬱者是否接受治療，接受與不接受治療的原因為何？

自 2001 年心理師法通過後，藥物治療可能不再是憂鬱症治療的主要方式，單以健保資料庫取得抗憂鬱藥物處方資訊，也會漸漸無法代表整體的憂鬱症照護情形，若能以訪視調查來進行研究，則可以實際瞭解民眾使用抗憂鬱藥物治療與心理治療的情況，不僅可以排除服藥遵囑性的研究限制，更可以瞭解健保外的自費空間，瞭解真正具有憂鬱者是否接受治療。透過面對面的訪視，除了可瞭解民眾是否接受治療，更可以進一步詢問對於治療的感受、不接受治療的原因，如此一來就可以更完整的描述民眾接受憂鬱症照護的主要方式、選擇因素、對憂鬱症照護的滿意度等，對於有關單位擬訂憂鬱症照護政策是相當重要的背景資訊。

(二)、照顧者特質是否會影響失能老人的憂鬱症辨識

失能老人辨識憂鬱情緒並瞭解憂鬱症的能力有限，當病人要到醫師端就診時，必須要先有疾病的自覺或他覺，與失能老人關係密切者就是照顧者，照顧者對於失能老人所獲得的資訊與照顧有很大的關係，因此照顧者的特質或對憂鬱症的認識(如：年齡、職業、教育程度....等)是否會影響失能老人的憂鬱症辨識、診斷與治療，是一值得研究的問題。

(三)、醫師對憂鬱症患者的辨識能力

憂鬱症的治療和醫師診斷很有關係，因此過去憂鬱症共同照護網就針對基層醫師的再教育做努力。然而憂鬱症共同照護網的研習內容是否能確實達成目標，就需要檢視醫師在研習前後對憂鬱症患者辨識能力是否提高，依研究結果對憂鬱症共同照護網的研習內容提出建議。

(四)、抗憂鬱藥物治療的品質

目前有關抗憂鬱藥物使用的研究多停留在「有無」的階段，藥物治療是否能達到療效與藥物治療的品質大有相關。一個有效的療程必須從醫師處方適合病人且達到有效劑量的抗憂鬱藥物開始，期間病人未因藥物副作用而自行停藥，經過一段時間的持續治療才得以控制病情。由此可知，曾處方或使用抗憂鬱藥物並不代表病人接受了良好的藥物治療，在這背後還有許多關卡可能造成抗憂鬱藥物治療的失敗，若是能找出影響抗憂鬱藥物治療品質的重大因素，相信也能提升民眾對藥物治療的接受程度，並提供更有效率的抗憂鬱藥物治療。



表 4-1 基本特質分佈：人口學背景

	整體樣本 (N=12,030)		CES-D 樣本 (N=8,080)		適合度檢定 (P-value)
	人數	%	人數	%	
性別					12.857***
男	4,699	39.1	3,002	37.2	
女	7,331	60.9	5,078	62.8	
年齡					101.043***
平均值(標準差)	78.95(7.68)		78.04(7.37)		
最大值	119		105		
最小值	65		65		
65-74 歲	3,710	30.8	2,766	34.2	
75-84 歲	5,290	44.0	3,649	45.2	
85 歲以上	3,030	25.2	1,665	20.6	
籍貫					13.012**
福佬人	8,773	73.0	5,877	72.7	
客家人	1,407	11.7	998	12.4	
外省人	1,384	11.5	857	10.6	
其他	459	3.8	344	4.3	
不詳	7	0.0	4	0.0	
教育程度					0.994
未受正式教育	8,044	66.9	5,411	67.0	
國小	2,666	22.2	1,821	22.5	
國中以上	1,291	10.7	842	10.4	
不詳	22	0.2	6	0.1	
婚姻狀態					8.718**
有偶	5,698	47.4	3,961	49.0	
無偶	6,325	52.6	4,116	50.9	
不詳	7	0.0	3	0.1	
部分負擔身分					28.292***
免部分負擔	3,278	27.2	1,985	24.6	
需部分負擔	8,752	72.8	6,095	75.4	
城鄉別					22.354***
直轄市	838	7.0	501	6.2	
省轄市	1,607	13.3	978	12.1	
縣轄市	2,000	16.6	1,326	16.4	
鄉鎮區	7,585	63.1	5,275	65.3	

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

表 4-2 基本特質分佈：健康與照顧狀況

	整體樣本 (N=12,030)		CES-D 樣本 (N=8,080)		適合度檢定 (P-value)
	人數	%	人數	%	
認知障礙					312.121***
無障礙	6,373	53.0	5,075	62.8	
有障礙	5,657	47.0	3,005	37.2	
身體功能狀況					1051.722***
完全依賴	2,649	22.0	649	8.0	
重度依賴	2,142	17.8	1,352	16.7	
中度依賴	3,483	29.0	2,760	34.2	
輕度依賴	3,730	31.0	3,306	40.9	
不詳	23	0.2	13	0.2	
慢性病數目					74.322***
0-1 種	5,003	41.6	3,677	45.5	
2-3 種	5,301	44.1	3,465	42.9	
4 種以上	1,703	14.1	928	11.5	
不詳	23	0.2	10	0.1	
照顧安排					439.853***
居家無照顧者	1,663	13.8	1,555	19.2	
居家家庭照顧者	7,754	64.5	5,388	66.7	
居家全職看護	1,401	11.6	751	9.3	
機構	1,208	10.0	383	4.7	
不詳	4	0.1	3	0.1	
固定就醫傾向					88.490***
不固定	5,206	43.3	3,873	47.9	
中等	2,887	24.0	1,922	23.8	
固定	3,937	32.7	2,285	28.3	

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

表 4-3 失能老人憂鬱分數

統計值	人數	%
CES-D 總分		
平均值(標準差)	13.3(10.0)	
中位數	11.9	
眾數	5.4	
0-15 分	4,870	60.3
16-20 分	1,505	18.6
21-24 分	690	8.5
25 分以上	1,015	12.6
不詳	3,950	



表 4-4 失能老人重鬱症傾向分佈情形：人口學特質

	無重鬱症傾向 (CES-D < 25 分)			有重鬱症傾向 (CES-D ≥ 25 分)		卡方檢定 P-value
	合計	人數	%	人數	%	
總計	8,080	7,065	87.4	1,015	12.6	
性別						7.763**
男	3,002	2,665	88.8	337	11.2	
女	5,078	4,400	86.6	678	13.4	
年齡						18.238***
65-74 歲	2,766	2,363	85.4	403	14.6	
75-84 歲	3,649	3,210	88.0	439	12.0	
85 歲以上	1,665	1,492	89.6	173	10.4	
籍貫						4.642
福佬人	5,877	5,118	87.1	759	12.9	
客家人	998	877	87.9	121	12.1	
外省人	857	756	88.2	101	11.8	
其他	344	312	90.7	32	9.3	
教育程度						15.334***
未受正式教育	5,411	4,684	86.6	727	13.4	
國小	1,821	1,615	88.7	206	11.3	
國中以上	842	765	90.9	77	9.1	
婚姻狀態						2.143
有偶	3,961	3,486	88.0	475	12.0	
無偶	4,116	3,578	86.9	538	13.1	
部分負擔身分						6.883**
需部分負擔	6,095	5,363	88.0	732	12.0	
免部分負擔	1,985	1,702	85.7	283	14.3	
城鄉別						18.579***
直轄市	501	412	82.2	89	17.8	
省轄市	978	836	85.5	142	14.5	
縣轄市	1,326	1,169	88.2	157	11.8	
鄉鎮區	5,275	4,648	88.1	627	11.9	

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

表 4-5 失能老人重鬱症傾向分佈情形：健康與照顧狀況

	無重鬱症傾向 (CES-D < 25 分)			有重鬱症傾向 (CES-D ≥ 25 分)		卡方檢定
	合計	人數	%	人數	%	
總計	8,080	7,065	87.4	1,015	12.6	
認知障礙						10.437***
無障礙	5,075	4,484	88.4	591	11.6	
有障礙	3,005	2,581	85.9	424	14.1	
身體功能狀況						129.659***
完全依賴	649	522	80.4	127	19.6	
重度依賴	1,352	1,110	82.1	242	17.9	
中度依賴	2,760	2,382	86.3	378	13.7	
輕度依賴	3,306	3,041	92.0	265	8.0	
慢性病數目						46.083***
0-1 種	3,677	3,302	89.8	375	10.2	
2-3 種	3,465	2,994	86.4	471	13.6	
4 種以上	928	762	82.1	166	17.9	
照顧安排						13.786**
居家無照顧者	1,555	1,340	86.2	215	13.8	
居家家庭照顧者	5,388	4,762	88.4	626	11.6	
居家全職看護	751	639	85.1	112	14.9	
機構	383	323	84.3	60	15.7	
固定就醫傾向						1.245
不固定	3,873	3,391	87.6	482	12.4	
中等	1,922	1,667	86.7	255	13.3	
固定	2,285	2,007	87.8	278	12.2	

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

表 4-6 失能老人重鬱症傾向分佈情形：社會支持系統

	無重鬱症傾向 (CES-D < 25 分)			有重鬱症傾向 (CES-D ≥ 25 分)		卡方檢定
	合計	人數	%	人數	%	
社會網絡(N=7,696)						146.230***
低社會網絡	1,806	1451	80.3	355	19.7	
中社會網絡	3,047	2666	87.5	381	12.5	
高社會網絡	2,843	2625	92.3	218	7.7	
情緒性支持(N=7,678)						528.782***
低情緒性支持	2,397	1796	74.9	601	25.1	
中情緒性支持	3,191	2946	92.3	245	7.7	
高情緒性支持	2,090	1987	95.1	103	4.9	
工具性支持(N=7,676)						430.931***
低工具性支持	1,809	1339	74.0	470	26.0	
中工具性支持	4,233	3832	90.5	401	9.5	
高工具性支持	1,634	1557	95.3	77	4.7	

註：8,080 人中，有 383 人為機構樣本，因為問卷題目與社區樣本不同，所以在社會支持系統變項沒有資料，故無法呈現在此表中。

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$ *** $P \leq 0.001$

表 4-7 抗憂鬱藥物使用情形：年使用盛行率與每人年平均處方數

總人數	12,030
曾使用人數	1,499
年處方數	10,276
年使用盛行率	12.5%
每人年平均處方數	6.9

表 4-8-1 抗憂鬱藥物使用情形：處方藥品及類別比率

	門診		住院		總數		名次
	處方數	%	處方數	%	處方數	%	
總數	9,584		692		10,276		
處方藥品							
Imipramine	2,687	28.0	171	24.7	2,858	27.8	
Trazodone	2,359	24.6	152	22.0	2,511	24.4	
Fluoxetine	949	9.9	82	11.8	1,031	10.0	
Amitriptyline	786	8.2	54	7.8	840	8.2	
Selegiline	624	6.5	32	4.6	656	6.4	
Moclobemide	526	5.5	40	5.8	566	5.5	
Sertraline	394	4.1	49	7.1	443	4.3	
Paroxetine	258	2.7	36	5.2	294	2.9	
Citalopram	257	2.7	24	3.5	281	2.7	
Doxepin	206	2.1	26	3.8	232	2.3	
Venlafaxine	212	2.3	17	2.4	229	2.2	
Fluvoxamine	186	1.9	5	0.7	191	1.9	
Clomipramine	64	0.7	0	0	64	0.6	
Mirtazapine	35	0.4	2	0.3	37	0.4	
Maprotiline	32	0.3	2	0.3	34	0.3	
Dothiepin	9	0.1	0	0	9	0.1	
藥物類別							
TCA 類	3,752	39.2	251	36.3	4,003	39.0	1
Heterocyclic 類	2,638	27.5	173	25.0	2,811	27.3	2
SSRI 類	2,044	21.3	196	28.3	2,240	21.8	3
MAOI 類	1,150	12.0	72	10.4	1,222	11.9	4

表 4-8-2 抗憂鬱藥物使用情形：處方藥品及類別比率(用於治療憂鬱症的處方)

	門診		住院		總數		名次
	處方數	%	處方數	%	處方數	%	
總數	3,142		102		3,244		
處方藥品							
Trazodone	746	23.7	9	8.8	755	23.3	
Fluoxetine	589	18.7	34	33.3	623	19.2	
Imipramine	350	11.1	4	3.9	354	10.9	
Moclobemide	267	8.5	4	3.9	271	8.4	
Sertraline	255	8.1	14	13.7	269	8.3	
Citalopram	181	5.8	10	9.8	191	5.9	
Paroxetine	176	5.6	6	5.9	182	5.6	
Venlafaxine	166	5.3	11	10.8	177	5.5	
Fluvoxamine	120	3.8	3	3.0	123	3.8	
Amitriptyline	96	3.1	3	3.0	99	3.0	
Selegiline	69	2.2	4	3.9	73	2.3	
Doxepin	60	1.9	0	0	60	1.8	
Clomipramine	31	1.0	0	0	31	1.0	
Mirtazapine	34	1.1	0	0	34	1.0	
Maprotiline	2	0.1	0	0	2	0.0	
Dothiepin	0	0	0	0	0	0	
藥物類別							
TCA 類	537	17.1	7	6.9	544	16.8	3
Heterocyclic 類	948	30.2	20	19.6	968	29.8	2
SSRI 類	1,321	42.0	67	65.7	1,388	42.8	1
MAOI 類	336	10.7	8	7.8	344	10.6	4

表 4-9 藥物類別與疾病診斷的雙變項分析

藥物類別	憂鬱症		焦慮症		其他精神疾病		其他疾病		卡方檢定
	總數	次數 %	次數 %	次數 %	次數 %	次數 %			
TCA 類	4,003	544 13.6	196 4.9	295 7.4	2968 74.1			1014.018 ***	
Hetero 類	2,811	968 34.4	209 7.4	509 18.1	1125 40.0				
SSRI 類	2,240	1388 62.0	107 4.8	246 11.0	499 22.3				
MAOI 類	1,222	344 28.2	27 2.2	103 8.4	748 61.2				

表 4-10-1 抗憂鬱藥物使用情形：處方科別及疾病診斷比率

	門診		住院		總數		名次
	處方數	%	處方數	%	處方數	%	
總數	9,584		692		10,276		
處方科別							
神經科	2,603	27.2	103	14.9	2,706	26.3	
精神科	2,499	26.1	25	3.6	2,524	24.6	
內科	1,831	19.1	375	54.2	2,206	21.5	
家醫科	810	8.5	16	2.3	826	8.0	
不分科	525	5.5	0	0.0	525	5.1	
泌尿科	505	5.3	18	2.6	523	5.1	
復健科	323	3.4	35	5.1	358	3.5	
骨科	109	1.1	43	6.3	152	1.5	
神經外科	88	0.9	50	7.2	138	1.3	
皮膚科	105	1.1	3	0.4	108	1.2	
外科	72	0.8	18	2.6	90	0.9	
婦產科	38	0.4	0	0.0	38	0.4	
小兒科	28	0.3	0	0.0	28	0.3	
洗腎科	24	0.3	0	0.0	24	0.2	
放射線科	10	0.0	3	0.4	13	0.1	
眼科	5	0.0	0	0.0	5	0.0	
整形外科	2	0.0	3	0.4	5	0.0	
急診醫學科	3	0.0	0	0.0	3	0.0	
麻醉科	3	0.0	0	0.0	3	0.0	
耳鼻喉科	1	0.0	0	0.0	1	0.0	
疾病診斷							
憂鬱症	3,142	32.8	102	14.7	3,244	31.6	2
焦慮症	525	5.5	14	2.0	539	5.2	4
其他精神疾病	1,095	11.4	58	8.4	1,153	11.2	3
其他疾病	4,822	50.3	518	74.9	5,340	52	1

表 4-10-2 抗憂鬱藥物使用情形：處方科別(用於治療憂鬱症)

	門診		住院		總數		名次
	處方數	%	處方數	%	處方數	%	
總數	3,142		102		3,244		
處方科別							
精神科	1,935	61.6	13	12.7	1,948	60.0	1
神經科	588	18.7	21	20.6	609	18.8	2
內科	247	7.9	39	38.2	286	8.6	3
不分科	144	4.6	0	0.0	144	4.4	4
家醫科	130	4.1	5	4.9	135	4.2	5
復健科	60	1.9	2	2.0	62	1.9	6
神經外科	12	0.4	9	8.8	21	0.6	7
婦產科	13	0.4	0	0.0	13	0.4	8
骨科	1	0.0	10	9.8	11	0.3	9
外科	5	0.2	3	2.9	8	0.2	10
泌尿科	7	0.2	0	0.0	7	0.2	11

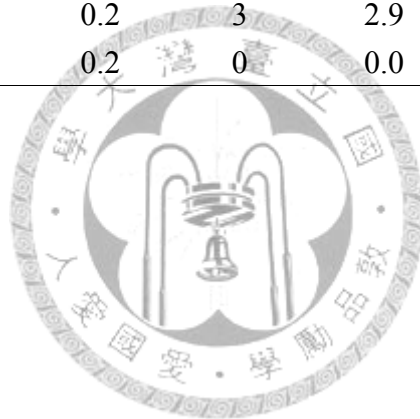


表 4-11-1 抗憂鬱藥物使用分析：處方科別與藥物類別

	TCA 類		Heterocyclic 類		SSRI 類		MAOI 類		
總處方數	10,726								
TCA 類	39.0%								
Hetero 類	27.3%								
SSRI 類	21.8%								
MAOI 類	11.9%								
	總計	次數	%	次數	%	次數	%	次數	%
神經科	2,706	829	30.7	790	29.2	312	11.5	775	28.6
精神科	2,524	363	14.4	753	29.8	1295	51.3	113	4.5
內科	2,232	1016	45.5	702	31.5	383	17.2	131	5.9
家醫科	826	492	59.6	169	20.5	87	10.5	78	9.4
不分科	525	425	81.0	69	13.1	5	1.0	26	5.0
泌尿科	523	483	92.4	36	6.9	2	0.4	2	0.4
復健科	358	74	20.7	164	45.8	75	20.9	45	12.6
骨科	152	62	40.8	52	34.2	26	17.1	12	7.9
神經外科	138	66	47.8	22	15.9	26	18.8	24	17.4
皮膚科	108	103	95.4	5	4.6	0	0	0	0
外科	64	40	62.5	16	25.0	5	7.8	3	4.7
婦產科	38	18	47.4	0	0	13	34.2	7	18.4
小兒科	28	11	39.3	11	39.3	6	21.4	0	0
洗腎科	24	11	45.8	10	41.7	2	8.3	1	4.2
放射線科	13	3	23.1	10	76.9	0	0	0	0
眼科	5	0	0	0	0	0	0	5	100.0
整形外科	5	2	60.0	0	0	3	40.0	0	0
急診醫學 科	3	3	100.0	0	0	0	0	0	0
麻醉科	3	2	66.7	1	33.3	0	0	0	0
耳鼻喉科	1	0	0	1	100.0	0	0	0	0

表 4-11-2 抗憂鬱藥物使用分析：處方科別與藥物類別(用於治療憂鬱症)

		TCA 類		Heterocyclic 類		SSRI 類		MAOI 類	
處方數	3,244								
TCA 類	16.8%								
Hetero 類	29.8%								
SSRI 類	42.8%								
MAOI 類	10.6%								
	總計	次數	%	次數	%	次數	%	次數	%
精神科	1,948	221	11.3	533	27.4	1094	56.2	100	5.1
神經科	609	92	15.1	197	32.4	125	20.5	195	32.0
內科	286	53	18.5	123	43.0	102	35.7	8	2.8
不分科	144	125	86.8	19	13.2	0	0	0	0
家醫科	135	33	24.4	51	37.8	24	17.8	27	20.0
復健科	62	0	0	36	58.1	15	24.2	11	17.7
神經外科	21	12	57.1	4	19.1	5	23.8	0	0
婦產科	13	0	0	0	0	13	100	0	0
骨科	11	0	0	3	27.3	8	72.7	0	0
外科	8	1	12.5	2	25.0	2	25.0	3	37.5
泌尿科	7	7	100	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小兒科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
洗腎科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
急診醫學 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
麻醉科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻喉科	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 4-12-1 CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物的分佈情形(不同 CES-D 切點)

CES-D 總分	未使用抗憂鬱藥物		有使用抗憂鬱藥物	
	人數	%	人數	%
<16 分	4,323	88.8	547	11.2
≥16 分	2,685	83.6	525	16.4
<25 分	6,171	87.3	894	12.7
≥25 分	837	82.5	178	17.5

表 4-12-2 CES-D 樣本是否使用抗憂鬱藥物治療憂鬱症的分佈情形(不同 CES-D 切點)

CES-D 總分	未用抗憂鬱藥物治療憂鬱症		有用抗憂鬱藥物治療憂鬱症	
	人數	%	人數	%
<16 分	4,759	97.7	111	2.3
≥16 分	3,053	95.1	157	4.9
<25 分	6,857	97.1	208	2.9
≥25 分	955	94.1	60	5.9

表 4-12-3 CES-D 樣本是否被診斷為憂鬱症的分佈情形(不同 CES-D 切點)

CES-D 總分	無憂鬱診斷		有憂鬱診斷	
	人數	%	人數	%
<16 分	4,677	96.0	193	4.0
≥16 分	2,976	92.7	234	7.3
<25 分	6,725	95.2	340	4.8
≥25 分	928	91.4	87	8.6

表 4-13 重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析：人口學背景

	未使用抗憂鬱藥			有使用抗憂鬱藥		卡方檢定 P-value
	合計	人數	%	人數	%	
總數	1,015	837	82.5	178	17.5	
性別						0.738
女	678	564	83.2	114	16.8	
男	337	273	81.0	64	19.0	
年齡						10.562**
65-74 歲	403	321	79.7	82	20.3	
75-84 歲	439	359	81.8	80	18.2	
85 歲以上	173	157	90.8	16	9.2	
籍貫						4.163
福佬人	759	633	83.4	126	16.6	
客家人	121	97	80.2	24	19.8	
外省人	101	77	76.2	24	23.8	
其他	32	28	87.5	4	12.5	
教育程度						9.058*
未受正式教育	727	616	84.7	111	15.3	
國小	206	161	78.2	45	21.8	
國中以上	77	57	74.0	20	26.0	
婚姻狀態						3.642
有偶	475	380	80.0	95	20.0	
無偶	538	455	84.6	83	15.4	
部分負擔身分						16.955***
需部分負擔	732	626	85.5	106	14.5	
免部分負擔	283	211	74.6	72	25.4	
城鄉別						12.558**
直轄市	89	63	70.8	26	29.2	
省轄市	142	114	80.3	28	19.7	
縣轄市	157	126	80.3	31	19.7	
鄉鎮區	627	534	85.2	93	14.8	

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

表 4-14 重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析：健康與照顧狀況

	未使用抗憂鬱藥		有使用抗憂鬱藥		卡方檢定 P-value	
	合計	人數	%	人數		%
總數	1,015	837	82.5	178	17.5	
認知障礙						11.607***
無	591	467	79.0	124	21.0	
有	424	370	87.3	54	12.7	
身體功能狀況						0.647
完全依賴	127	107	84.3	20	15.7	
重度依賴	242	196	81.0	46	19.0	
中度依賴	378	312	82.5	66	17.5	
輕度依賴	265	219	82.6	46	17.4	
慢性病數目						4.678
0-1 種	375	322	85.9	53	14.1	
2-3 種	471	380	80.7	91	19.3	
4 種以上	166	133	80.1	33	19.9	
照顧安排						10.659*
居家無照顧者	215	186	86.5	29	13.5	
居家家庭照顧者	626	517	82.6	109	17.4	
居家全職看護 機構	112	81	72.3	31	27.7	
機構	60	51	85.0	9	15.0	
固定就醫傾向						38.696***
不固定	482	361	74.9	121	25.1	
中等	255	221	86.7	34	13.3	
固定	278	255	91.7	23	8.3	

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

表 4-15 重鬱症傾向者是否用藥的雙變項分析：社會支持系統

	未使用抗憂鬱藥		有使用抗憂鬱藥		卡方檢定 P-value
	合計	人數	%	人數	
總數	1,015	837	82.5	178	17.5
社會網絡(N=954)					1.787
低社會網絡	355	289	81.4	66	18.6
中社會網絡	381	310	81.4	71	18.6
高社會網絡	218	186	85.3	32	14.7
情緒性支持(N=949)					3.799
低情緒性支持	601	504	83.9	97	16.1
中情緒性支持	245	197	80.4	48	19.6
高情緒性支持	103	79	76.7	24	23.3
工具性支持(N=948)					1.956
低工具性支持	470	391	83.2	79	16.8
中工具性支持	401	329	82.0	72	18.0
高工具性支持	77	59	76.6	18	23.4

註：機構樣本並未填答社會支持變項，故無法呈現在此表中。

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001



表 4-16 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析：人口學背景

	合計	未用抗憂鬱藥物 治療憂鬱症		有用抗憂鬱藥物 治療憂鬱症		卡方檢定 P-value
		人數	%	人數	%	
總數	1,015	955	94.1	60	5.9	
性別						0.000
女	678	638	94.1	40	5.9	
男	337	317	94.1	20	5.9	
年齡						2.299
65-74 歲	403	378	93.8	25	6.2	
75-84 歲	439	410	93.4	29	6.6	
85 歲以上	173	167	96.5	6	3.5	
籍貫						6.432
福佬人	759	715	94.2	44	5.8	
客家人	121	117	96.7	4	3.3	
外省人	101	90	89.1	11	10.9	
其他	32	31	96.9	1	3.1	
教育程度						9.256**
未受正式教育	727	694	95.5	33	4.5	
國小	206	187	90.8	19	9.2	
國中以上	77	69	89.6	8	10.4	
婚姻狀態						0.001
有偶	475	447	94.1	28	5.9	
無偶	538	506	94.1	32	5.9	
部分負擔身分						15.515***
需部分負擔	732	702	95.9	30	4.1	
免部分負擔	283	253	89.4	30	10.6	
城鄉別						26.354***
直轄市	89	73	82.0	16	18.0	
省轄市	142	132	93.0	10	7.0	
縣轄市	157	146	93.0	11	7.0	
鄉鎮區	627	604	96.3	23	3.7	

* : $P \leq 0.05$ ** : $P \leq 0.01$ *** : $P \leq 0.001$

表 4-17 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析：健康與照顧狀況

	未用抗憂鬱藥物 治療憂鬱症		有用抗憂鬱藥物 治療憂鬱症		卡方檢定 P-value
	合計	人數	(%)	人數	
總數	1,015	955	94.1	60	5.9
認知障礙					4.736*
無	591	548	92.7	43	7.3
有	424	407	96.0	17	4.0
身體功能狀況					4.407
完全依賴	127	123	96.9	4	3.1
重度依賴	242	222	91.7	20	8.3
中度依賴	378	358	94.7	20	5.3
輕度依賴	265	249	94.0	16	6.0
慢性病數目					1.957
0-1 種	375	358	95.5	17	4.5
2-3 種	471	439	93.2	32	6.8
4 種以上	166	156	94.0	10	6.0
照顧安排					12.671**
居家無照顧者	215	205	95.3	10	4.7
居家家庭照顧者	626	594	94.9	32	5.1
居家全職看護 機構	112	97	86.6	15	13.4
	60	57	95.0	3	5.0
固定就醫傾向					15.052***
不固定	482	439	91.1	43	8.9
中等	255	246	96.5	9	3.5
固定	278	270	97.1	8	2.9

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$ *** $P \leq 0.001$

表 4-18 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的雙變項分析：社會支持系統

	合計	未用抗憂鬱藥物 治療憂鬱症		有用抗憂鬱藥物 治療憂鬱症		卡方檢定 P-value
		人數	(%)	人數	(%)	
總數	1,015	955	94.1	60	5.9	
社會網絡(N=954)						1.495
低社會網絡	355	330	93.0	25	7.0	
中社會網絡	381	359	94.2	22	5.8	
高社會網絡	218	208	95.4	10	4.6	
情緒性支持(N=949)						12.389**
低情緒性支持	601	568	94.5	33	5.5	
中情緒性支持	245	235	95.9	10	4.1	
高情緒性支持	103	89	86.4	14	13.6	
工具性支持(N=948)						2.857
低工具性支持	470	444	94.5	26	5.5	
中工具性支持	401	378	94.3	23	5.7	
高工具性支持	77	69	89.6	8	10.4	

註：機構樣本並未填答社會支持變項，故無法呈現在此表中。

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$ *** $P \leq 0.001$



表 4-19 重鬱症傾向者是否用藥的多變項分析

	訪視後一年曾使用過抗憂鬱藥物			
	OR 值	95%信賴區間		
性別(女)				
男	0.931	0.603	1.438	
年齡(85 歲以上)				
65-74 歲	2.342	1.173	4.674	*
75-84 歲	2.113	1.089	4.099	*
籍貫(福佬人)				
客家人	1.449	0.835	2.513	
外省人	0.825	0.415	1.641	
其他	0.556	0.181	1.702	
教育程度(未受正式教育)				
國小	1.127	0.710	1.787	
國中以上	1.721	0.880	3.366	
婚姻狀態(有偶)				
無偶	0.918	0.616	1.368	
部分負擔身分(需部分負擔)				
免部分負擔	1.636	1.090	2.456	*
城鄉別(鄉鎮區)				
直轄市	1.538	0.846	2.796	
省轄市	1.068	0.618	1.846	
縣轄市	0.953	0.565	1.607	
認知障礙(無)				
有	0.716	0.477	1.075	
身體功能狀況(完全依賴)				
重度依賴	1.427	0.717	2.840	
中度依賴	1.367	0.688	2.715	
輕度依賴	1.406	0.673	2.940	
慢性病數目(0-1 種)				
2-3 種	1.170	0.771	1.775	
4 種以上	0.955	0.555	1.644	
照顧安排(居家無照顧者)				
居家家庭照顧者	1.482	0.876	2.506	
居家全職看護	2.572	1.260	5.248	**
固定就醫傾向(固定)				
不固定	3.696	2.191	6.236	***
中等	1.555	0.844	2.863	

社會網絡(低社會網絡)			
中社會網絡	0.910	0.603	1.374
高社會網絡	0.680	0.407	1.134
情緒性支持(低情緒性支持)			
中情緒性支持	1.206	0.772	1.885
高情緒性支持	1.302	0.699	2.426
工具性支持(低工具性支持)			
中工具性支持	0.864	0.562	1.329
高工具性支持	0.899	0.438	1.843

-2 log likelihood=783.489, p value ≤ 0.001 , Nagelkerke R-square=0.156

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

註：機構樣本並未填答社會支持變項，只有納入社區重鬱症傾向者，共 941 人。



表 4-20 重鬱症傾向者是否用藥治療憂鬱症的多變項分析

	訪視後一年曾使用過抗憂鬱藥物治療憂鬱症			
	OR 值	95%信賴區間		
性別(女)				
男	0.944	0.459	1.944	
年齡(85 歲以上)				
65-74 歲	1.666	0.552	5.025	
75-84 歲以上	1.891	0.667	5.358	
籍貫(福佬人)				
客家人	0.625	0.202	1.939	
外省人	0.660	0.235	1.850	
其他	0.447	0.056	3.594	
教育程度(未受正式教育)				
國小	1.657	0.815	3.370	
國中以上	1.537	0.544	4.342	
婚姻狀態(有偶)				
無偶	1.321	0.686	2.544	
部分負擔身分(需部分負擔)				
免部分負擔	2.211	1.167	4.189	*
城鄉別(鄉鎮區)				
直轄市	3.276	1.443	7.435	**
省轄市	1.496	0.640	3.500	
縣轄市	1.178	0.491	2.823	
認知障礙(無)				
有	0.766	0.387	1.515	
身體功能狀況(完全依賴)				
重度依賴	3.428	0.902	13.023	
中度依賴	2.556	0.650	10.051	
輕度依賴	3.237	0.760	13.782	
慢性病數目(0-1 種)				
2-3 種	1.184	0.596	2.351	
4 種以上	0.882	0.357	2.179	
照顧安排(居家無照顧者)				
居家家庭照顧者	1.175	0.496	2.782	
居家全職看護	3.250	1.102	9.583	*
固定就醫傾向(固定)				
不固定	3.069	1.276	7.383	*
中等	1.189	0.404	3.498	

社會網絡(低社會網絡)			
中社會網絡	0.695	0.357	1.352
高社會網絡	0.573	0.241	1.364
情緒性支持(低情緒性支持)			
中情緒性支持	0.702	0.309	1.593
高情緒性支持	2.007	0.820	4.913
工具性支持(低工具性支持)			
中工具性支持	0.946	0.464	1.930
高工具性支持	1.060	0.346	3.246

-2 log likelihood=355.313, p value ≤ 0.001 , Nagelkerke R-square=0.196

*P ≤ 0.05 **P ≤ 0.01 ***P ≤ 0.001

註：機構樣本並未填答社會支持變項，只有納入社區重鬱症傾向者，共 941 人。

表 4-21 重鬱症傾向者用藥及用藥治療憂鬱症的多變項分析結果比較

(N=1,015)	使用抗憂鬱藥物 OR 值	用藥治療憂鬱症 OR 值
年齡(85 歲以上)		
65-74 歲	2.342*	
75-84 歲以上	2.113*	
部分負擔身分(需部分負擔)		
免部分負擔	1.636*	2.211*
城鄉別(鄉鎮區)		
直轄市		3.276**
省轄市		1.496
縣轄市		1.178
照顧安排(居家無照顧者)		
居家家庭照顧者	1.482	1.175
居家全職看護	2.572**	3.250*
固定就醫傾向(固定)		
不固定	3.696***	3.069*
中等	1.555	1.189

參考文獻

中文部分：

內政部(2008)。內政部統計年報。線上檢索日期 2008 年 4 月 1 日。

網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>

經建會(2006)。中華民國臺灣 95 年至 140 年人口推計。台北市：經建會

蔣秀容、徐畢卿：認識老人憂鬱症—精神科臨床住院老人之分析報告。榮總護理，2002，卷 19 期 4，頁 371-378。

林怡君、余豎文、張宏哲：新店地區機構和非機構老人憂鬱情形及相關因素之調查。臺灣家庭醫學誌，2004，卷 14 期 2，頁 81-93。

林志強、夏一新、陸汝斌：老人憂鬱症。李明濱編，精神醫學新知。台北：臺灣醫學會，1999，頁 79-92。

呂淑妤、林宗義：南區社區老人憂鬱症狀盛行率及相關因素研究。中華衛誌，2000，卷 19 期 1，頁 50-60。

邵靖翰：玉里地區老人憂鬱盛行率及危險因子之探討。國立陽明大學公共衛生研究所流行病學組碩士論文，2004。

江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺：老人自殺問題。臺灣醫學，2006，卷 10 期 3，頁 353-361。

楊明仁：臺灣的社會與憂鬱。學生輔導，2002，期 80，頁 52-59。

葉雅馨、林家興：臺灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究。中華心理衛生學刊，2006，卷 19 期 2，頁 125-148。

鄭惠信、史麗珠、謝瀛華、盧成皆：老年人憂鬱因子之相關研究。內科學誌，1995，卷六期 2，頁 125-134。

臨床心理師公會(2008)。臨床心理師人力調查。線上檢索日期 2008 年 7 月 27 日。
http://www.atcp.org.tw/news_ok.php?nid=99

陳豐偉、施紅圭、李昱、楊明仁：憂鬱症病人重複住院之影響因素。臺灣精神醫

學，卷16期2，頁43-49。

台北市政府衛生局(2003)。憂鬱症照護網認證。「臺北市憂鬱症共同照護網」憂鬱症共同照護指引。線上檢索日期 96 年 12 月 2 日。

網址：www.health.gov.tw/Portals/0/醫護管理處/blue_1.doc

許桂森、林明忠、蕭哲志(譯)(2004)：簡明圖解藥理學。台北市：藝軒。(Harvey, R. A., & Champe, P. C.)

趙建剛：老年憂鬱症之治療與處理。臨床醫學，2003，卷52期3，頁197-202。

周玉慧、莊義利：晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期資料分析。人文及社會科學集刊，2000，卷 12 期 2，頁 281-317。

黃繼慶：社會支持系統對社區老人心理健康的影響。國立臺灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。

全民健康保險(2007)。藥品給付規定。線上檢索日期 97 年 7 月 14 日。

網址：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=3&menu_id=56&webdata_id=1119

賴德仁(2008)。臺灣憂鬱症防治協會。線上檢索日期 97 年 5 月 30 日。

網址：<http://www.depression.org.tw/about/capter.asp>

內政部(2002)。中華民國台閩地區老人狀況調查報告。台北市：內政部統計處。

吳淑瓊、莊坤洋：在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向。台灣衛誌，2001，卷 20 期 3，頁 192-201。

英文部分：

- Abas, M., Hotopf, M., & Prince, M. (2002). Depression and mortality in a high-risk population 11-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 123-128.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., & Bryson, H., et al. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand*, *109*(Suppl 420), 21-27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., & Bryson, H., et al. (2004b). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand*, *109*(Suppl 420), 47-54.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., & Bryson, H., et al. (2004c). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand*, *109*(Suppl 420), 55-64.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Barbui, C., Broglio, E., Laia, A. C., D'Agostino, S., Enrico, F., & Ferraro, L., et al. (2003). Cross-sectional database analysis of antidepressant prescribing in Italy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *23*(1), 31-34.
- Bauer, M., Bschor, T., Pfennig, A., Whybrow, P.C., Angst, J., & Versiani, M., et al. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *World Journal of Biological Psychiatry*, *8*(2), 67-104.
- Beck, C. A., & Patten, S. B. (2004). Adjustment to Antidepressant Utilization Rates to

- Account for Depression in Remission. *Comprehensive Psychiatry*, 45(4), 268-274.
- Beck, C. A., Patten, S. B., Williams, J. V. A., Wang, J. L., Currie, S. R., & Maxwell, C. J., et al. (2005). Antidepressant utilization in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 799–807.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., VanLimbeek, J., Braam, A. W., DeVries, M. Z., & VanTilburg, W. (1997). Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): Results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 27(1), 231-235.
- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*, 58A(3), 249–265.
- Blazer, D. G., Hybels, C. F., Fillenbaum, G. G., & Pieper, C. F. (2005). Predictors of antidepressant use among older adults: Have they changed over time? *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 705-710.
- Bramesfeld, A., Grobe, T., & Schwartz, F. W. (2007). Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 740-746.
- Brown, S. L., Salive, M. E., Guralnik, J. M., Pahor, M., Chapman, D. P., & Blazer, L. D. (1995). Antidepressant use in the elderly- Association with demographic characteristics, health-related factors, and health-care utilization. *Journal of clinical epidemiology*, 48(3), 445-453.

- Burt, V. K., Stein, K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 9-15.
- Callahan, C. M., Hui, S. L., Nienaber, N. A., Musick, B. S., & Tierney, W. M. (1999). Longitudinal study of depression and health-services use among elderly primary-care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *42*(8), 833-838.
- Cheng, S. T., & Chan, C.M. (2005). The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in older Chinese: thresholds for long and short forms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 465-470.
- Chien, I. C., Bih, S. H., Chou, Y. J., Lin, C. H., Lee, W. G., & Chou, P. (2007). Trends in the use of psychotropic drugs in Taiwan: A population-based National Health Insurance study, 1997-2004. *Psychiatric Services*, *58*, 554-557.
- Cole, M. G., & Bellavance, F. (1997). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, *157*(8): 1055-1060.
- Cole, M. G., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *156*(8), 1182-1189.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, *10*, 61-63.
- Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J. T., & Akincigil, A. (2003). Diagnosis and treatment of depression in the elderly Medicare population: Predictors, disparities, and trends. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 1718-1728.
- Davidson, H., Feldman, P. H., & Crawford, S. (1994). Measuring depressive symptoms in the frail elderly. *Journal of Gerontology*, *49*, 159-164.

- Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R., & Beers, M. H., et al. (2003). Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults-Results of a US consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine*, *163*, 2716-2724.
- Fillenbaum, G. G., Hybels, C. F., Pieper, C. F., Konrad, T. R., Burchett, B. M., & Blazer, D. G. (2006). Provider characteristics related to antidepressant use in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(6), 942-949.
- Fischer, L. R., Wei, F. F., Rolnick, S. J., Jackson, J. M., Rush, W. A., & Garrard, J. M., et al. (2002). Geriatric depression, antidepressant treatment, and healthcare utilization in a health maintenance organization. *Journal of the American Geriatrics Society*, *50*(2), 307-312.
- Flint, A. J. (1998). Choosing appropriate antidepressant therapy in the elderly - A risk-benefit assessment of available agents. *Drugs & Aging*, *13* (4), 269-280.
- Gardarsdottir, H., Heerdink, E. R., Dijk, L., & Egberts, A. C. G. (2007). Indications for antidepressant drug prescribing in general practice in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, *98*, 109-115.
- Grunebaum, M. F., Oquendo, M. A., & Manly, J. J. (2008). Depressive symptoms and antidepressant use in a random community sample of ethnically diverse, urban elder persons. *Journal of Affective Disorders*, *105*, 273-277.
- Gum, A. M., Arean, P. A., Hunkeler, E., Tang, L. Q., Katon, W., & Hitchcock, P., et al. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist*, *46*(1), 14-22.
- Guralnik, J. M., & Simonsick, E. M. (1993). Physical disability in older Americans. *Journal of Gerontology*, *48*(suppl), 3-10.
- Haringsma, R., Engels, G. I., Beekman, A. T. F., & Spinhoven, Ph. (2004). The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in

- a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 558-563.
- Himmelfarb, S., & Murrell, S. A. (1983). Reliability and validity of five mental health scales in older persons. *Journal of Gerontology*, 38, 333-339.
- Hirschfeld, R. M., Keller, M. B., Panico, S., Arons, B. S., Barlow, D., & Davidoff, F., et al. (1997). The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, 277, 333-340.
- Holden, C. (2000). Global survey examines impact of depression. A new WHO study seeks to verify recent findings on the social and economic burden of depression worldwide using standardized instruments. *Science*, 288, 39-40.
- Hooyman, N., & Kiyak, A. (2002). Personality and mental health in old age, *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (pp.194). Boston : Allyn and Bacon.
- Hsieh, M. H., Lai, T. J. (2005). Depression in late life: Current issues. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 19, 85-99.
- IMS Health (2006). *Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2006*. Retrieved Nov 10, 2007 from the World Wide Web:
http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6319_80528184_80530441,00.html
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Keller, M. B., Harrison, W., Fawcett, J. A., Gelenberg, A., Hirschfeld, R. M., & Klein, D., et al. (1995). Treatment of chronic depression with sertraline and imipramine: preliminary blinded response rates and high rates of undertreatment in the community. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 205-212.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., & Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder - Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Kohout, F. J., Berkman, L. F., Evans, D. A., & Cornoni-Huntley, J. (1993). Two shorter forms of the CES-D Depression Symptoms Index. *Journal of Aging and Health*, 5, 179-193.
- Kvela, S. L., & Pahkala, K. (2001). Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatric Society*, 49(3), 290-296.
- Laukkala, T., Isometsä, E., Hämäläinen, J., Heikkinen, M., Lindeman, S., & Aro, H. (2001). Antidepressant treatment of depression in the Finnish general population. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2077-2079.
- Lawrenson, R. A., Tyrer, F., Newson, R. B., & Farmer, R. D. T. (2000). The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 149-157.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E., & Allen, N. B. (1997). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) As a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12(2), 277-287.
- Lin, L. C., Wang, T. G., Chen, M. Y., Wu, S. C., & Portwood, M. J. (2005). Depressive symptoms in long-term care residents in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 30-37.

- Liu, C. Y., Wang, S. J., Teng, E. L., Fuh, J. L., Lin, C. C., & Lin, K. N., et al. (1997). Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychological Medicine*, 27(4), 943-949.
- Lyness, J. M., Noel, T. K., Cox, C., King, D. A., Conwell, Y., & Caine ED. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients - A comparison of the center for epidemiologic studies depression scale and the geriatric depression scale. *Archives of Internal Medicine*, 157(4), 449-454.
- Lyness, J. M., King, D. A., Cox, C., Yoediono, Z., & Caine, E. D. (1999). The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 647-652.
- Mamdani, M., Parikh, S. V., Austin, P. C., & Upshur, R. E. G. (2000). Use of antidepressants among elderly subjects: Trends and contributing factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 360-367.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., & Lehtinen, V., et al. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries - Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161-167.
- McGrady, A., Lynch, D., Nagel, R., & Wahl E. (2003). Application of the high risk model of threat perception to medical illness and service utilization in a family practice. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 191, 255-259.
- McManus, P., Mant, A., Mitchell, P. B., Montgomery, W. S., Marley, J., & Auland, M. E. (2000). Recent trends in the use of antidepressant drugs in Australia, 1990-1998. *Medical Journal of Australia*, 173(9), 458-461.
- Mehta, K. M., Yaffe, K., & Covinsky, K. E. (2002). Cognitive impairment, depressive symptoms and functional decline in older people. *Journal of the American*

Geriatric Society, 50(6), 1045-1050.

Micromedex. (2008). Retrived 4 Mar, 2008 from the World Wide Web:

<http://library2.mc.ntu.edu.tw/hcs/librarian/PFPUI/NXakUT2xvgKja>

Moller-Leimkuhler, A.M., (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression.

Journal of Affective Disorders, 71, 1-9.

Montagnier, D., Barberger-Gateau, P., Jacqmin-Gadda, H., Dartigues, J. F., Rainfray, M., & Peres, K., et al. (2006). Evolution of prevalence of depressive symptoms and antidepressant use between 1988 and 1999 in a large sample of older French people: Results from the Personnes Agees Quid Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(12), 1839-1845.

Murray C. J. L., Lopez A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436-1442.

Nemeroff, C. B. (1994). Evolutionary trends in the pharmacotherapeutic management of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(12), 3-15.

Newman, S. C., & Hassan, A. I. (1999). Antidepressant use in the elderly population in Canada: Results from a national survey. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(10), 527-530.

Old Age Depression Interest Group. (1993). How long should the elderly take antidepressants? A double-blind placebo-controlled study of continuation/prophylaxis therapy with dothiepin. *British Journal of Psychiatry*, 162, 175-182.

Osborn, D. P., Fletcher, A. E., Smeeth, L., Stirling, S., Nunes, M., & Breeze, E., et al. (2002). Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of assessment and management of older people in the community. *International*

Journal of Geriatric Psychiatry, 17(4), 375-382.

Parikh, S. V., Lin, E., Lesage, A. D: (1997). Mental health treatment in Ontario: selected comparisons between the primary care and specialty sectors. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 42, 929–934.*

Patten, S. B. (2004). Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994 to 2000. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 49(5), 303-309.*

Patten, S. B., Esposito, E., & Carter, B. (2007). Reasons for antidepressant prescriptions in Canada. *Pharmacoepidemiology and drug safety, 16(7), 746–752.*

Paulose-Ram R., Safran, M. A., Jonas, B. S., Gu, Q. P., & Orwig, D. (2007). Trends in psychotropic medication use among US adults. *Pharmacoepidemiology and drug safety, 16(5), 560-570.*

Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J. H., & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA, 279, 1720-1726.*

Percudani, M., Barbui, C., Fortino, I., & Petrovich, L. (2004). Antidepressant drug use in Lombardy, Italy: a population-based study. *Journal of Affective Disorders, 83, 169–175.*

Percudani, M., Barbui, C., Fortino, I., & Petrovich, L. (2005). Antidepressant drug prescribing among elderly subjects: a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20, 113–118.*

Petrovic, M., De Paepe, P., & Van Bortel, L. (2005). Pharmacotherapy of depression in old age. *Acta Clinica Belgica, 60(3), 150-156.*

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 23(10), 433-441.*

- Pietraru, C., Barbui, C., Poggio, L., & Tognoni, G. (2001). Antidepressant drug prescribing in Italy, 2000: analysis of a general practice database. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *57*, 605-609.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1493-1501.
- Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Nebes, R., Kirshner, M. A., Begley, A. E., & Mazumdar, S., et al. (1998). Serum anticholinergic activity in elderly depressed patients treated with paroxetine or nortriptyline. *American Journal of Psychiatry*, *155*(8), 1110-1112.
- Preskorn S. H. (1993). Recent Pharmacological Advances in antidepressant therapy for the elderly. *American Journal of Medicine*, *9* (Suppl. 5A), S2-S12.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- Raymond, C. B., Morgan, S. G., & Caetano, P. A. (2007). Antidepressant Utilization in British Columbia From 1996 to 2004: Increasing Prevalence but Not Incidence. *Psychiatric Services*, *58*(1), 79-84.
- Reynolds, C. F., Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Perel, J. M., & Mazumdar, S., et al. (1996). Treatment outcome in recurrent major depression: a post hoc comparison of elderly ("young old") and midlife patients. *American Journal of Psychiatry*, *153*(10), 1288-1292.
- Roose, S. P., Laghrissi-Thode, F., Kennedy, J. S., Nelson, J. C., Bigger, J. T., & Pollock, B. G., et al. (1998). Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease. *JAMA*, *279*, 287-291.
- Shrout P. E., & Yager T. J. (1989). Reliability and validity of screening scales: effect of reducing scale length. *Journal of Clinical Epidemiology*, *42*; 69-78.

- Simon, G. E., Fleck, M., Lucas, R., & Bushnell, D. M. (2004). Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *American Journal of Psychiatry, 161*(9), 1626-1634.
- Smith, G. C. (2003). Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adultswith severe mental illness. *Psychiatric Services, 54*, 871-877.
- Sonnenberg, C. M., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Willem, T. (2003). Drug treatment in depressed elderly in the Dutch community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 99–104.
- Soudry, A., Dufouil, C., Ritchie, K., Dartigues, J. F., Tzourio, C., & Alperovitch, A. (2008). Factors associated with antidepressant use in depressed and non-depressed community-dwelling elderly: the three-city study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 324-330.
- Statistics Canada. (2003). *Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-being*. Retrieved Mar 5, 2008 from the World Wide Web: <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-617-XIE/index.htm>
- Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C., Hart, A. D., Tschanz, J. T., & Plassman, B. L., et al. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population - The Cache County study. *Archives of General Psychiatry, 57*, 601-607.
- Sørgaard, K. (1999). *Studies in Psychiatric Help-seeking*. Oslo: Institute Group of Psychiatry, University of Oslo.
- Tannock, C., Katona, C. (1995). Minor depression in the aged- Concepts, Prevalence and Optimal management. *Drugs and Aging, 6*, 278-292.
- Ten, H., Vollebergh, W., Bijl, R., et al. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine, 32*, 311-323.

The WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, *291*, 2581-2590.

Ubeda, A., Cardo, E., Selles, N., Broseta, R., Trillo, J. L., & Fernandez-Llimos, F. (2007). Antidepressant utilization in primary care in a Spanish region - Impact of generic and reference-based pricing policy (2000-2004). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(3), 181-188.

Uchida, N., Chong, M. Y., Tan, C. H., Nagai, H., Tanaka, M., & Lee, M. S., et al. (2007). International study on antidepressant prescription pattern at 20 teaching hospitals and major psychiatric institutions in East Asia: Analysis of 1898 cases from China, Japan, Korea, Singapore and Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*, 522-528.

Ufer, M., Meyer, S. A., Selke, O. J., Volz, H. P., Hedderich, J., & Gleiter, C. H. (2007). Patterns and prevalence of antidepressant drug use in the German state of Baden-Wuerttemberg: a prescription-based analysis. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, *16*, 1153-1160.

Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., & Harpole, L., et al. (2003). Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(4), 505-514.

Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., & Murakami, S., et al. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly - prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *39*(1), 15-23.

Washington University School of Medicine (2008). *History and scope*. Washington, DC:

Author. Retrieved June 5, 2008 from the World Wide Web:

<http://epi.wustl.edu/DIS/disdescription.htm#HISTORY%20AND%20SCOPE>

- Wei, W. H., Sambamoorthi, U., Olfson, M., Walkup, J. T., Crystal, S. (2005). Use of psychotherapy for depression in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 162, 711-717.
- Wittchen, H. U., Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental*, 17(Suppl 1), 1-11.
- World Health Organization. (2001a). *Global Burden of Disease (GBD) 2001 Estimates*. Geneva: Author. Retrieved Apr 1, 2008 from the World Wide Web:
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbd2001/en/index.html>
- World Health Organization. (2001b). *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*(pp.11, pp.30). Geneva: Author.
- World Health Organization (2004). *About the WHO CIDI*. Geneva: Author. Retrieved June 5, 2008 from the World Wide Web:
<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/about.php>
- Wu, S. C., Ke, D., Su, T. L. (1998). The prevalence of cognitive impairment among nursing home residents in Taipei, Taiwan. *Neuroepidemiology*, 17, 147-153.
- Wulsin, L. R., & Singal, B.M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 201-210.

附錄一 CESD 問卷遺漏值處理

針對遺漏題數在三題以下者，以迴歸方式做插補，方程式如下。共增加 56 名個案。

$$D1=0.107 - 0.055 * \text{性別} + 0.048 * \text{進食} + 0.035 * \text{室內行走} + 0.09 * \text{家務} + 0.273 * \text{心情鬱悶} + 0.109 * \text{事情不順} + 0.14 * \text{睡眠不好} + 0.08 * \text{提不起勁} - 0.025 * \text{教育1} - 0.079 * \text{教育2} - 0.035 * \text{IADL1} - 0.09 * \text{IADL2} - 0.042 * \text{籍貫1} + 0.13 * \text{籍貫2} + 0.006 * \text{籍貫3} - 0.156 * \text{籍貫4}$$

$$D2=0.277 - 0.003 * \text{年齡} + 0.058 * \text{低收入} - 0.001 * \text{子女見面} + 0.167 * \text{胃口不好} + 0.444 * \text{事情不順} + 0.073 * \text{睡眠不好} + 0.052 * \text{很快樂R} + 0.096 * \text{寂寞孤單} + 0.021 * \text{日子很好R} + 0.204 * \text{傷心悲哀} + 0.039 * \text{提不起勁} - 0.04 * \text{籍貫1} - 0.021 * \text{籍貫2} - 0.01 * \text{籍貫3} + 0.076 * \text{籍貫4}$$

$$D3= 0.206 - 0.003 * \text{年齡} + 0.07 * \text{胃口不好} + 0.444 * \text{心情鬱悶} + 0.042 * \text{睡眠不好} + 0.096 * \text{不友善} + 0.11 * \text{傷心悲哀} + 0.066 * \text{胃口不好0} + 0.131 * \text{提不起勁}$$

$$D4= 0.432 - 0.168 * \text{性別} + 0.014 * \text{低收入6_1} + 0.078 * \text{b1a9} - 0.083 * \text{e5} + 0.119 * \text{anemia} + 0.043 * \text{洗衣} + 0.192 * \text{胃口不好} + 0.167 * \text{心情鬱悶} + 0.096 * \text{事情不順} + 0.087 * \text{寂寞孤單} + 0.056 * \text{傷心悲哀} + 0.047 * \text{提不起勁}$$

$$D5=0.334 + 0.058 * \text{性別} + 0.06 * \text{e2} - 0.091 * \text{i2} - 0.016 * \text{socialrela} + 0.098 * \text{心情鬱悶} + 0.584 * \text{日子很好R} + 0.062 * \text{傷心悲哀} - 0.013 * \text{城鄉別1} + 0.082 * \text{城鄉別2} + 0.056 * \text{城鄉別3} - 0.064 * \text{IADL1} - 0.022 * \text{IADL2} + 0.019 * \text{籍貫1} - 0.088 * \text{籍貫2} - 0.082 * \text{籍貫3} + 0.154 * \text{籍貫4}$$

$$D6= - 0.018 + 0.053 * \text{性別} + 0.17 * \text{婚姻狀態} + 0.088 * \text{i2} - 0.084 * \text{dementia} + 0.02 * \text{c1a} + 0.162 * \text{心情鬱悶} + 0.058 * \text{睡眠不好} + 0.158 * \text{不友善} + 0.272 * \text{傷心悲哀} + 0.104 * \text{胃口不好0} + 0.072 * \text{提不起勁} - 0.087 * \text{城鄉別1} - 0.044 * \text{城鄉別2} - 0.053 * \text{城鄉別3} - 0.125 * \text{IADL1} - 0.143 * \text{IADL2}$$

$$D7=0.031 + 0.103 * \text{b1a5} + 0.055 * \text{事情不順} + 0.066 * \text{寂寞孤單} + 0.036 * \text{傷心悲哀} + 0.437 * \text{胃口不好0} - 0.042 * \text{IADL1} - 0.134 * \text{IADL2}$$

$$D8=0.929 - 0.003 * \text{年齡} + 0.036 * \text{e10} - 0.022 * \text{socialson} + 0.067 * \text{心情鬱悶} + 0.552 * \text{很快樂R} + 0.000 * \text{教育1} - 0.07 * \text{教育2}$$

$D9 = -0.009 - 0.014 * \text{低收入6_1} + 0.082 * \text{如廁} + 0.211 * \text{心情鬱悶} + 0.106 * \text{事情不順}$
 $+ 0.029 * \text{睡眠不好} + 0.034 * \text{很快樂R} + 0.19 * \text{寂寞孤單} + 0.226 * \text{胃口不好0}$
 $+ 0.154 * \text{提不起勁} + 0.067 * \text{不友善} + 0.026 * \text{日子很好R} - 0.041 * \text{IADL1} - 0.021 * \text{IADL2}$

$D10 = -0.013 + 0.027 * \text{婚姻狀態} - 0.154 * \text{b1a6} + 0.051 * \text{b1a7} + 0.16 * \text{PD} + 0.035$
 $* \text{事情不順} + 0.044 * \text{寂寞孤單} + 0.064 * \text{提不起勁} + 0.474 * \text{不友善} + 0.144 * \text{傷心悲哀}$
 $- 0.074 * \text{IADL1} - 0.046 * \text{IADL2} + 0.032 * \text{籍貫1} + 0.031 * \text{籍貫2} - 0.013$
 $* \text{籍貫3} - 0.093 * \text{籍貫4}$

$D11 = 0.468 - 0.056 * \text{婚姻狀態} - 0.134 * \text{城鄉別1} - 0.195 * \text{城鄉別2} - 0.186 * \text{城鄉別3}$
 $- 0.032 * \text{ADL1} - 0.099 * \text{ADL2} + 0.059 * \text{洗衣} + 0.047 * \text{welfare} + 0.089 * \text{胃口不好}$
 $+ 0.058 * \text{心情鬱悶} + 0.215 * \text{事情不順} + 0.035 * \text{睡眠不好} + 0.073 * \text{寂寞孤單}$
 $+ 0.244 * \text{傷心悲哀} + 0.151 * \text{胃口不好0} - 0.022 * \text{籍貫1} - 0.118 * \text{籍貫2}$
 $- 0.012 * \text{籍貫3} - 0.019 * \text{籍貫4}$



附錄二 疾病分類與 ICD-9 診斷碼

憂鬱症	焦慮	其他精神疾病	其他疾病
290.13	300.0	290	302.7
290.2	300.2	295	305
290.21	300.3	297	310.2
290.43	799.2	299	331.0
295.7		300.5	346
296		300.9	690
296.2		301	780.5
296.3		302	788.3
296.5		303	788.4
296.7		304	其他 ICD code
296.82		307.5	
296.9		307.8	
300.4		308	
309.0		309	
309.1		310	
309.28		312	
311		314	
		318	

附錄三 抗憂鬱藥物分類

TCA 類	Heterocyclic 類	SSRI 類	MAOI 類
Amitriptyline	Maprotiline	Fluoxetine	Selegiline
Imipramine	Mirtazapine	Fluvoxamine	Moclobemide
Clomipramine	Trazodone	Citalopram	
Dothiepin	Venlafaxine	Sertraline	
Doxepin		Paroxetine	