

南開科技大學

福祉科技與服務管理系  
碩士學位論文

基層醫療院所憂鬱症治療與慢性  
疾病共病分析

**A Study on Depression Care and Chronic  
Comorbidity in Primary Care Clinics**

研究生：洪桂香  
指導教授：華慧敏

中華民國一〇二年六月

## 誌謝

雖然一開始踏進南開福祉科技與管理系研究所，是因為同事玉秀的邀約，但進入福祉系之後，系上提供的課程不只有廣度也有深度，讓自己的視野更加寬闊，有種不虛此行的感覺。

我的論文能順利的完成，首先，我要感謝我的指導教授－華慧敏老師，感謝她沒有放棄一度想要放棄的我，她不只犧牲自己的假日陪我完成研究，還指點我如何製作專業的口考PPT和提供口考技巧，沒有她我無法走完我的研究所之路；感謝口試委員林清壽主任和施穎偉教授，在口試期間對我的論文提供專業且具體的建議，讓我的論文可以更完善；感謝李兆然醫師分享十六年寶貴的臨床診斷紀錄，讓我可以順利完成研究，也見識到家醫科在整個醫療體系扮演舉足輕重的角色。

此外，我還要感謝既是同事也是同學的玉秀，她的陪伴與分享讓我走完研究的歷程；感謝玉琴學姊、育猷學姊、惠珊學姊、美杏同學、憶慧同學等在完成論文這段時間給我鼓勵與建議。

最後，我要感謝我的父母，他們在我焦頭爛額、情緒沮喪之時給我溫暖與鼓勵；感謝李洪志師父在我最低潮的時候支持著我。我一度忘記「難忍能忍，難行能行」的意義，面對壓力時表現得荒腔走板。感謝因為寫論文讓我意識到自己的不足與缺點，讓我重新反省自己、重新認識自己。

洪桂香 謹誌

中華民國一〇二年六月二十二日

## 摘要

為提升台灣基層醫療憂鬱症治療品質，研究基層醫療院所憂鬱症病患憂鬱症持續治療與慢性疾病共病情形。樣本取自新北市某一家醫科診所的次級資料，共有52,806門診病患從民國85年12月到101年12月之門診記錄，利用回溯研究法檢視這些記錄，並設計一關聯式資料庫加以整理，方便搜尋。52,806門診病患中，罹患憂鬱症者有1,525人(2.89%)。病患依年齡分為三組：1946(民國35)年以前出生、1946-1964(民國35-53)出生及1965(民國54)年以後出生。利用統計軟體SPSS18.0來分析憂鬱病患性別、年齡、有無家檔編號、初診類型（初診是否為憂鬱症）、有無慢性病共病、憂鬱症焦慮症與五種常見慢性病共病類型和憂鬱症持續治療之相關或差異情形。樣本資料憂鬱症病患，女性人數為男性3倍、有家檔編號882人(57.84%)、初診非憂鬱症病患1,115位(73.11%)、有慢性病共病1,420人(93.11%)。以多變項邏輯斯迴歸分析法確認，有家檔編號病患比無家檔編號者完成憂鬱症持續治療達六個月以上勝算較大、初診非憂鬱症病患比初診即憂鬱症病患完成憂鬱症持續治療達六個月以上勝算較大、有慢性病共病病患比無共病病患完成憂鬱症持續治療達六個月以上勝算較大；憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型中，20種與憂鬱症持續治療相關，7種與高齡憂鬱症持續治療相關。

關鍵字：憂鬱症、共病、持續治療、基層診所

## **ABSTRACT**

To promote the depression treatment quality for primary care in Taiwan, a case of depression continuous treatment and chronic comorbidity in a primary care clinic was studied. Sample data was collected from a local clinic in Taipei. There were diagnosis records for 52,806 patients. Diagnosis records from 1996 to 2012 were retrospectively reviewed. A relational diagnosis database was designed to analyse diagnosis records. Of the 52,806 patients, 1,525(2.89%) suffered from depression. All patients were divided into three age groups: born before 1946, between 1946 and 1964, and after 1965. SPSS 18.0 was used to analyse relation and differences among age, gender, with/without family trace, with/without medical records for other diseases before, with/without chronic comorbidity, chronic comorbid type, and depression continuous treatment. Of all the depressive patients, the number of females was three times as many as males; 882(57.84%) had family trace; 1,115(73.11%) had medical records for other diseases before; 1,420(93.11%) had chronic comorbidity. By multivariate logistic regression analysis, patients with family trace, medical records for other diseases before, and chronic comorbidity were confirmed to be more likely to treat depression continuously for over six months. 20 comorbid types of depression with anxiety and five common chronic diseases were related to depression continuous treatment for over six months; 7 were related to elderly depression continuous treatment for over six months.

**Keywords:** Depression, Comorbidity, Continuous treatment, Primary care

# 目錄

誌謝 .....	i
中文摘要 .....	ii
英文摘要 .....	iii
目錄 .....	iv
表目錄 .....	vi
圖目錄 .....	viii
第 1 章緒論 .....	1
1.1 研究背景與動機 .....	1
1.2 研究目的 .....	4
1.3 研究流程 .....	5
第 2 章文獻探討 .....	7
2.1 認識憂鬱症 .....	7
2.1.1 憂鬱症成因 .....	7
2.1.2 憂鬱症分類 .....	10
2.1.3 憂鬱症治療方法 .....	12
2.1.4 老人憂鬱症與治療 .....	15
2.2 認識慢性病 .....	16
2.3 認識基層醫療、家庭醫學 .....	17
2.3.1 基層醫療 .....	17
2.3.2 家庭醫學 .....	18
2.4 家族治療與家庭檔案 .....	19
2.5 憂鬱症治療意願與成效 .....	21
2.5.1 憂鬱症治療意願 .....	21
2.5.2 憂鬱症治療成效佳原因 .....	22
2.5.3 憂鬱症治療成效不彰原因 .....	23
2.6 憂鬱症之共病 .....	24
2.7 基層醫療院所與憂鬱症病患之醫病關係 .....	26
第 3 章研究設計與方法 .....	27
3.1 研究架構 .....	27
3.2 研究材料與研究對象 .....	27
3.3 系統分析 .....	28
3.4 建置資料庫 .....	28

3.5 資料分析.....	33
3.5.1 分析工具.....	33
3.5.2 研究變項名稱與定義.....	33
3.5.3 相關分析.....	35
3.5.4 邏輯斯迴歸分析.....	36
3.6 研究假設.....	36
第 4 章研究結果.....	38
4.1 描述性統計.....	38
4.1.1 憂鬱症病患性別、年齡、有無家檔編號次數性統計 ...	38
4.1.2 第一次診斷出憂鬱症年齡.....	39
4.1.3 以時間橫切面看憂鬱症病患初診類型 .....	40
4.1.4 以時間縱切面看憂鬱症和其他慢性疾病共病 .....	47
4.1.5 憂鬱症持續治療與性別、年齡、有無家檔編號、初診類型、有無慢性病共病、共病類型交叉統計 .....	56
4.1.6 高齡憂鬱症持續治療與性別、有無家檔編號、有無共病、共病類型交叉統計 .....	60
4.2 相關分析.....	63
4.2.1 憂鬱症病患初診類型與其他變項相關分析 .....	63
4.2.2 憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與其他變項相關分析 .....	64
4.2.3 憂鬱症持續治療與其他變項相關分析 .....	65
4.2.4 高齡憂鬱症持續治療與其他變項相關分析 .....	67
4.3 邏輯斯迴歸分析.....	67
4.3.1 其他變項與「憂鬱症持續治療」之邏輯斯迴歸分析 ...	67
4.3.2 憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與「高齡憂鬱症持續治療」之邏輯斯迴歸分析 .....	71
第 5 章結論與建議.....	75
5.1 結論 .....	75
5.2 研究限制 .....	82
5.3 研究貢獻 .....	82
5.4 建議 .....	83
參考文獻 .....	84
附錄 .....	91

## 表目錄

表 3.1 關聯資料表：CASES（專案）資料表設計 .....	31
表 3.2 關聯資料表：PATIENTS（病患）資料表設計 .....	31
表 3.3 關聯資料表：P_CASES（病患之臨床專案）資料表設計 .....	31
表 3.4 關聯資料表：DOCTORS（看診醫師）資料表設計 .....	31
表 3.5 關聯資料表：P_DX（醫師對病患臨床疾病診斷）資料表設計 .....	31
表 3.6 關聯資料表：DXTAB（疾病）資料表設計 .....	31
表 3.7 關聯資料表：P_DRUGS（醫師對病患藥物處方簽）資料表設計 .....	32
表 3.8 關聯資料表：DRUGS（藥物）資料表設計 .....	32
表 4.1 憂鬱症病患第一次被診斷出憂鬱症平均年齡 .....	40
表 4.2 憂鬱症病患性別與第一次被診斷出憂鬱症年齡交叉表 .....	41
表 4.3 初診類型與性別之交叉表 .....	41
表 4.4 憂鬱症病患初診類型與第一次被診斷出憂鬱症年齡交叉表 .....	42
表 4.5 憂鬱症病患第一次被診斷出憂鬱症後醫病關係維持時間 .....	44
表 4.6 初診即為憂鬱症病患同時就診其他慢性病次數 .....	44
表 4.7 初診即為憂鬱症且完成憂鬱症持續治療六個月以上的 87 位病患 之同時就診其他慢性病次數與人數交叉表 .....	45
表 4.8 初診非憂鬱症病患診斷出憂鬱症之前有無罹患其他慢性病與性 別交叉表 .....	46
表 4.9 初診非憂鬱症病患診斷出憂鬱症前有無慢性病與年齡交叉表 .....	46
表 4.10 初診非憂鬱症病患診斷出憂鬱症之前有無慢性病與家檔編號交 叉表 .....	47
表 4.11 憂鬱症病患有無慢性病共病與性別交叉表 .....	48
表 4.12 憂鬱症病患有無慢性病共病與年齡層交叉表 .....	48
表 4.13 憂鬱症病患與其他慢性病共病人數表 .....	49
表 4.14 憂鬱症患者與其他慢性病共病之共病數 .....	50
表 4.15 憂鬱症持續治療與性別交叉表 .....	56
表 4.16 憂鬱症持續治療與年齡交叉表 .....	57
表 4.17 憂鬱症持續治療與有無家檔編號交叉表 .....	57
表 4.18 憂鬱症持續治療與初診是否為憂鬱症交叉表 .....	58
表 4.19 憂鬱症持續治療與有無共病交叉表 .....	58
表 4.20 憂鬱症持續治療和憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型	

交叉表 .....	59
表 4.21 高齡憂鬱症持續治療與性別交叉表 (N=312) .....	61
表 4.22 高齡憂鬱症持續治療與有無家檔編號交叉表 (N=312) .....	61
表 4.23 高齡憂鬱症持續治療與有無慢性病共病交叉表 (N=312) ....	62
表 4.24 高齡憂鬱症持續治療和焦慮症、憂鬱症與五種常見慢性病共病 類型交叉表 .....	62
表 4.25 初診是否為憂鬱症與性別、第一次被診斷出憂鬱症年齡之相關 .....	63
表 4.26 初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前有無罹患慢性病與性別、 第一次被診斷出憂鬱症年齡之相關 .....	64
表 4.27 憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與性別之相關 ...	64
表 4.28 憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與年齡之相關 ...	65
表 4.29 憂鬱症持續治療與其他變項之相關 .....	66
表 4.30 初診即為憂鬱症病患憂鬱症持續治療與同時就診其他慢性病就 診次數之相關 .....	66
表 4.31 高齡憂鬱症持續治療與其他變項之相關 .....	67
表 4.32 性別、年齡、家檔編號、初診類型與憂鬱症持續治療之邏輯斯 迴歸分析摘要表.....	69
表 4.33 性別、年齡、家檔編號、有無慢性病共病與憂鬱症持續治療之 邏輯斯迴歸分析摘要表.....	70
表 4.34 憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療 之邏輯斯迴歸分析摘要表 .....	73
表 4.35 高齡憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與 憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析摘要表 .....	74

## 圖目錄

圖 1.1 研究流程.....	6
圖 3.1 研究架構.....	27
圖 3.2 基層醫療診所憂鬱症防治關聯式資料庫個體關聯圖 (E/R Model) .....	29
圖 3.3 基層醫療診所憂鬱症防治關聯式資料庫關聯圖 .....	30
圖 4.1 憂鬱症病患男女人數圓餅圖 (N=1,525) .....	38
圖 4.2 憂鬱症病患各年齡層人數圓餅圖 (N=1,525) .....	39
圖 4.3 憂鬱症病患有無家檔編號人數圓餅圖 (N=1,525) .....	39
圖 4.4 憂鬱症病患初診類型之人數圓餅圖 (N=1,525) .....	41
圖 4.5 憂鬱症病患初診類型有無家檔編號比例 (N=1,525) .....	43
圖 4.6 初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前醫病關係維持時間圓餅圖 (N=1,115) .....	43
圖 4.7 初診非憂鬱症病患在第一次被診斷出憂鬱症前有無罹患其他慢 性病人數 (N=1,115) .....	46
圖 4.8 憂鬱症病患有無慢性病共病人數圓餅圖 (N=1,525) .....	47
圖 4.9 憂鬱症病患慢性疾病共病數與人數 (N=1,525) .....	50
圖 4.10 憂鬱症患者有無共病與家檔編號之人數長條圖 (N=1,525) .....	51
圖 4.11 憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型分析長 條圖 (N=1,517) .....	53
圖 4.12 高齡憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型分 析長條圖 .....	55
圖 4.13 憂鬱症持續治療是否達六個月以上人數圓餅圖 (N=1,517) .....	56
圖 4.14 高齡憂鬱症持續治療是否達六個月以上人數圓餅圖 (N=312) .....	60

# 第1章 緒論

本研究旨在探討基層醫療院所憂鬱症治療與慢性病共病之相關，以臺北某一基層醫療診所資料進行整理、分析，本章共分為 3 節，分別為研究背景與動機、研究目的、研究流程。

## 1.1 研究背景與動機

自 2008 年金融海嘯以來，全球經濟不景氣，台灣也面臨同樣問題。更因為財政吃緊，全民開始關注勞工退休金、軍公教退休金問題。在工作的勞工擔心將來領不到退休金，勞退基金會倒閉；已退休的軍公教人員擔心原本的福利被刪減，很多人陷入焦慮狀態。憂鬱症和焦慮症共病的情形很普遍（曾美智、李宇宙、李明濱，民 88）。焦慮症病患越多，代表憂鬱症病患亦越多。根據行政院衛生署統計資料，民國 100 年，台灣情感性精神病（Affective Psychoses）就診人次高達 177 萬，其中 65 歲以上老人就診人次將近 29 萬。

中央研究院研究人員統計分析台灣 1990 到 2010 年「常見精神疾病」的盛行率，發現近 20 年來台灣憂鬱病患比例倍增。常見精神疾病從 1990 年的百分之 11.5 盛行率提升到 2010 年的百分之 23.8 (Fu, Lee, Gunnell, Lee, & Cheng, 2013)。

憂鬱症是一個普遍的精神疾病，全球有超過三億五千萬人口飽受憂鬱症的困擾 (World Health Organization[WHO], 2012)。世界衛生組織全球疾病負擔報告 (Global Burden of Disease 2004) 指出，2004 年，憂鬱症已是全球造成失能的主要因子之一；預估到 2030 年，憂鬱症將

成為疾病負擔的第一名。

根據非凡新聞週刊 257 期的報導，2017 年，台灣老年人口比率將超過 14%，成為聯合國定義的「高齡社會」(Aged Society)，距離 1993 年進入「高齡化社會」(Ageing Society)（老年人口比率達到 7%）才不過 24 年。再過 14 年，2025 年時，比率上升至 20.3%，老年人口達到 475 萬人，台灣將成為「超高齡社會」(Super-aged)。

大部分老人希望可在宅老化，但當子女忙於事業，老人又無法自己照顧自己時，老人只能被送養護或照護機構。而住在機構的老人有很高的憂鬱症盛行率 (Lesher, 1986；Ames, Ashby, & Mann, 1988；Parmelee, Katz, & Lawton, 1989)。曾憲洋（民 97）做過台灣某老人院精神疾病盛行率的先導研究，發現住在老人院的老人有相當高比例患有精神疾病（當中包含憂鬱症），做出來的精神疾病盛行率為 37.6%。老人憂鬱症完全手冊 (Miller & Reynolds, 2007) 也陳述了這項事實：到醫院看病的老人當中，每六個人次就有一次是與憂鬱有關，養老院的住民，每兩人就有一人有憂鬱症。

不只被照顧的人會得憂鬱症，照顧的人也有相同危機，黃正平（民 100）在老年憂鬱症一書中提到照顧者憂鬱症，就是照顧長期殘障失能的老年人所引起的憂鬱症。照顧失能或患有慢性疾病的老人，讓照顧者（尤其是家屬）感到沉重的負擔與壓力，進而出現焦慮與憂慮症狀（張耀文、高東煒、黃宗正，民 95）。喘息服務的存在，就是為了讓照顧者有機會休息，維持身心健康。

憂鬱症會導致自殺行為。全球每年幾乎有一百萬人口自殺，當中很大比例是患有憂鬱症 (WHO, 2012)。根據行政院衛生署九十九年度

統計資料，無論男女，六十五歲以上老人自殺死亡率是最高的；而老人的自殺想法和憂鬱症狀及生理範疇的生活品質是最有關的（張鈺姍等人，民 97）。老人憂鬱症完全手冊（Miller & Reynolds, 2007）也說：年長者的自殺機率是其他年齡層的五倍。老年憂鬱症病患經常有自殺的企圖，甚至自殺成功。所以察覺憂鬱症與治療憂鬱症是刻不容緩的。

再者，伴隨執行功能障礙的憂鬱老人病患，有較高的風險在未來出現失智症（謝明鴻、賴德仁，民 94）。

台灣憂鬱症病患就醫層級以基層診所的比例最高(蔡述信，民 92)，顯見基層診所醫生在憂鬱病患的診斷與治療扮演極其重要的角色。此外，老人憂鬱症病患自殺率是一般民眾的兩倍，百分之 75 的自殺者在自殺前一個月曾經就醫（朱哲生、葉慶輝，民 99）。如果基層醫師除了診斷、治療憂鬱症外，還可以察覺病患的自殺意圖，提供適度的轉介，相信有更多生命可以延續。

憂鬱症是一種慢性病，大部分的憂鬱症病患會經歷很多年很多次的憂鬱症發作。憂鬱症會造成心理和生理的顯著長期損害，進而導致失能。憂鬱症會造成病患無法從事生產，或者只能屈就於不符合自己教育水準或專業訓練的工作。憂鬱症和其他疾病常有共病關係，常出現在治療其他慢性疾病的過程中。

治療憂鬱症的花費已是每個國家的負擔。更棘手的是，憂鬱症無法完全治癒，甚至會再度復發或再次發作。所以，憂鬱症照護模式是必須的，先前已提過台灣憂鬱症病患就醫層級以基層診所比例最高，所以基層醫療醫護人員在此模式中，扮演關鍵性角色。他們能夠提供病人支持性諮詢，陪伴病人度過憂鬱症治療的每個階段，積極管理且

追蹤病人治療中與治療後的情形，教育病人及其家屬認識憂鬱症、獲得憂鬱症治療的相關知識。憂鬱症治療知識包括：憂鬱症需要持續治療、憂鬱症可能會復發或再發、憂鬱症復發或再發前的徵兆與症狀、治療的風險與優點、憂鬱症如何自我管理等，最後跟病人、病人家屬形成良好醫病關係，進而提高憂鬱症治療效能。此外，在此模式中，基層醫療醫護人員也能夠和社區資源、心理健康專家形成合作關係。

前美國衛生局局長 C. Everett Koop 的名言“Drugs don't work in patients who don't take them”常常被引用 (Rubin, 2007)。採用藥物治療的憂鬱病患如果沒有按照醫師指示服藥、持續治療，病患是無法得到有效緩解。所以，良好醫病關係可以讓病患願意接受自己得了憂鬱症、願意遵從醫囑且持續治療，自然會有較好治療療效。

臨床醫師也表示，良好醫病關係在憂鬱症治療上有正向的影響，而且憂鬱症病患是否罹患其他慢性疾病也會影響憂鬱症治療的療效。因此，本研究將利用台北某一基層醫療院所病患的基本就診資料，探討憂鬱症病患在家庭醫學基層院所的照護情形，同時探討憂鬱症治療和慢性疾病共病的關聯性。希望透過此研究，提供憂鬱症病患之臨床診斷資訊分析給基層醫療院所，提高憂鬱症緩解成功率。

## 1.2 研究目的

本研究依研究背景與動機設定本研究之目的如下：

- (1) 分析憂鬱症病患性別、年齡、家檔編號、第一次被診斷出憂鬱症年齡、出診類型（初診是否為憂鬱症）分布情形。
- (2) 分析憂鬱症病患與慢性病共病情形。

- (3) 分析憂鬱症病患性別、年齡、有無家檔編號、初診類型與憂鬱症持續治療之相關。
- (4) 分析憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與憂鬱症持續治療之相關。
- (5) 分析憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療之相關。
- (6) 根據研究結果，提供憂鬱症病患臨床診斷資訊分析給基層醫療院所，提高憂鬱症緩解成功率。

### 1.3 研究流程

本研究經確定研究方向，蒐集基層醫療診所臨床診斷資料和相關期刊文獻後，建立研究架構，設計關聯式資料庫，然後分析憂鬱症病患基本資料、初診類型（初診是否為憂鬱症）、憂鬱症和其他慢性疾病的共病，並深入探討憂鬱症病患性別、年齡、家檔編號、初診類型、慢性病共病、共病類型和憂鬱症持續治療的關聯性。利用統計軟體做資料分析與整理，進行推論假設驗證研究，最終得到結果與結論，做出相關建議，提供憂鬱症病患臨床診斷資訊分析給基層醫療人員，輔助他們提升憂鬱症醫療品質，協助憂鬱症治療與慢性病共同照護（見圖 1.1）。

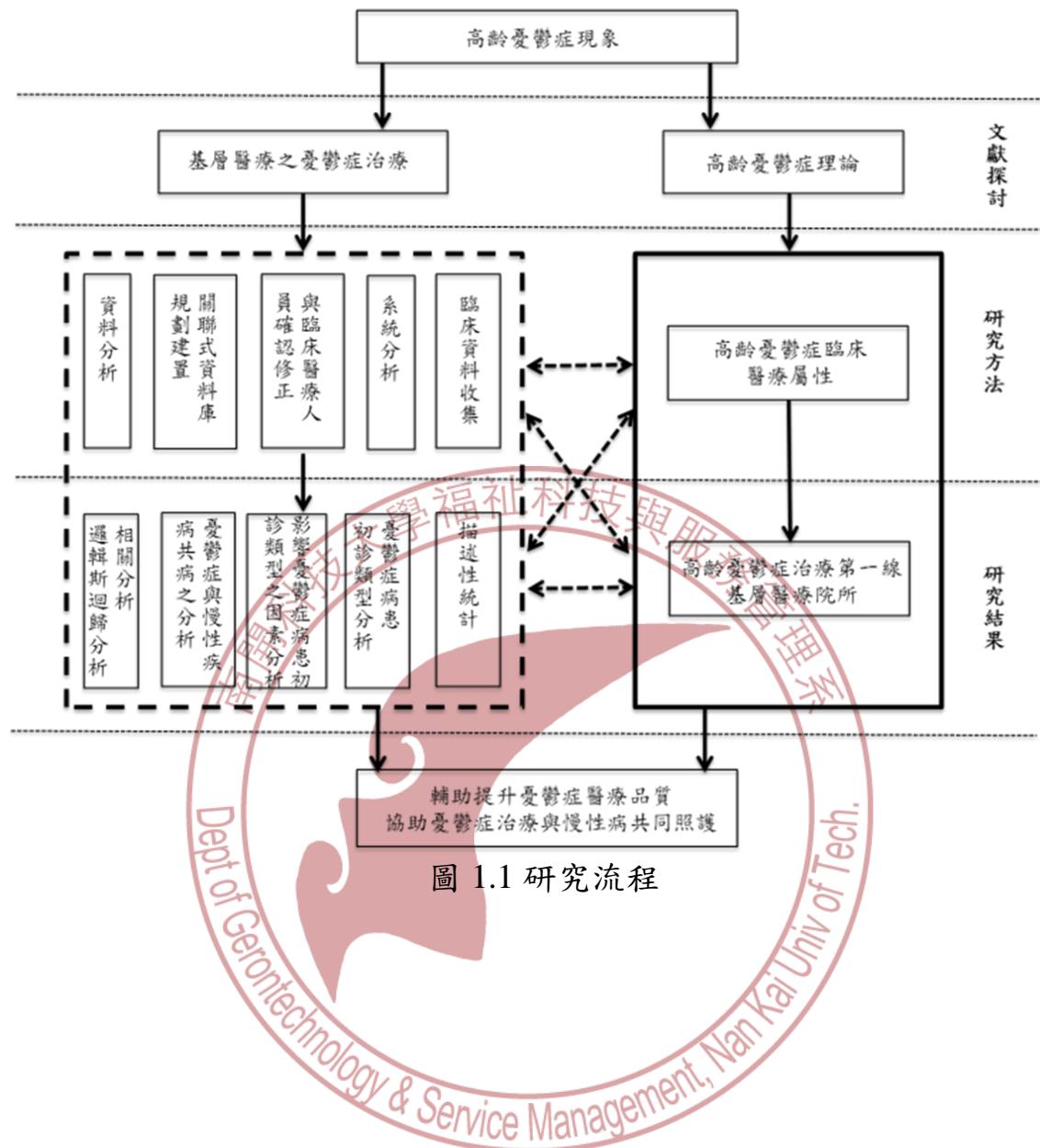


圖 1.1 研究流程

## 第2章 文獻探討

本研究必須分析憂鬱症病患性別、年齡、有無家檔編號、初診是否為憂鬱症、是否有其他慢性疾病共病、憂鬱症持續治療情形。因此，本研究將憂鬱症、憂鬱症治療與其他相關文獻，整理回顧如下：

### 2.1 認識憂鬱症

#### 2.1.1 憂鬱症成因

憂鬱症的成因十分複雜，沒醫生敢說病患的憂鬱症一定是什麼原因造成的。但是，大部分的研究人員現在都相信，憂鬱症是生物、基因（遺傳）、情緒與環境等因素交互作用所引起（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

##### （1）生物因素

大腦透過腦部的神經元網路來傳遞命令與訊息，但是神經元實際上並沒有碰觸到彼此，它們之間有稱為突觸區的縫隙。訊息要通過這個縫隙往前傳輸，需要化學物質，這個化學物質稱為神經傳導物質。人類身上估計有上百種神經傳導物質，正腎上腺素、血清素及多巴胺被發現跟憂鬱症有關。正腎上腺素主要活動在控制人類感情、食慾、睡眠、性慾、壓力反應、恐懼等的大腦區域。血清素是在跟焦慮、睡眠有關的區域。多巴胺則在跟情緒有關的區域（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

研究發現，某些憂鬱症病患的正腎上腺素濃度、血清激素、多巴

胺濃度較低。服用抗憂鬱劑的目的就是提高不足的神經傳導物質，但並不是所有病患服用抗憂鬱劑都有緩解效果。神經傳導物質濃度降低有可能是因為罹患某種疾病，也有可能是因為服用某些藥物，例如降血壓劑（楊延光、鄭淑惠，民 95）。

除了大腦中的神經傳導物質（化學物質），人體的內分泌系統也與憂鬱症的產生有關。月經不規則是憂鬱症女性病患常見的現象，臨牀上甲狀腺功能異常也會造成憂鬱（楊延光、鄭淑惠，民 95）。約有一半的憂鬱病患血液中有過高的腎上腺素，它是腎臟附近的腎上腺所分泌的一種跟壓力有關的賀爾蒙。不過到底是賀爾蒙失調造成憂鬱，還是憂鬱造成賀爾蒙失調？目前是無解的（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

## （2）基因（遺傳）因素

探討家族病史的研究發現，有些家族的憂鬱症病患比例很高，就算是分開扶養的雙胞胎，罹患憂鬱症的機率也很雷同。換句話說，一個人如果有其他家人罹患憂鬱症，那麼他得到憂鬱症的機會就會比沒有憂鬱症親屬的人還要高（Miller & Reynolds, 2007）。重鬱症病患的兄弟、姊妹、父母，有高出其他人 2~3 倍的機率得到同樣疾病。近親中有重鬱症的病患，那麼罹患躁鬱症的機會也會高於常人 1.5 到 3 倍。雙極型憂鬱症的這種現象尤其明顯（楊延光、鄭淑惠，民 95）。

基因對於罹患憂鬱症的影響會隨著年齡的增長而減少。較早罹患憂鬱症的病患之一等親，有 20% 罷患憂鬱症的風險；較晚得到憂鬱症的病患之一等親，只有 8% 的風險（黃正平，民 100）。某些研究也顯示，超過六十歲才出現憂鬱症的病患較少是源自遺傳的因素，常常是其他

疾病導致憂鬱症，像阿茲海默症、長期痛風、中風、甲狀腺問題等(Miller & Reynolds, 2007)。

### (3) 情緒與環境因素

憂鬱症的形成是所有因素交互作用的結果，除了生物、基因因素，還有情緒與環境因素，例如：

#### A. 某一創傷事件

離婚、親人去世、沒有預期的變故，像美國的 911 事件、台灣的 921 大地震，都有可能造成某些人的憂鬱症。學者針對 921 地震災區做研究，顯示災後該區的憂鬱症比率比其他地區平時的研究結果高出 10 倍以上(楊延光、鄭淑惠，民 95)。

#### B. 不快樂的早期經驗

憂鬱病患的童年，往往比健康的人有更多痛苦的經驗，像早年失親、家庭困苦、遭到身體虐待等。擁有不快樂的童年容易在 20 歲前就得到憂鬱症(美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90)。

#### C. 人格特質

同樣一種壓力並不會造成同樣的情緒反應，人格特質會決定一切。同樣一件事情，對 A 君來說是小事，對 B 君來說是大事；對 A 君而言可接受，對 B 君而言不可接受。每個人的抗壓性、EQ 皆不相同。憂鬱病患常有對自己高度要求，難以放鬆，不願意求救的人格特質(美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90)。能正向思考、抗壓性高的人較不易得到憂鬱症。

Miller 與 Reynolds (2007) 在 Living Longer Depression Free 一書

中提到依賴性人格違常和強迫性人格違常是兩種導致老年人容易罹患憂鬱症的人格違常。依賴性人格違常的人，一但被他依賴的人不在了，他必須學會獨立，但這是一個痛苦的過程，在調適過程中就可能得到憂鬱症。強迫性人格違常的人（非強迫症病患），喜歡控制一切，強烈專注在資料和事實。在年輕階段，他們的專注會為他們贏得掌聲；可是到了老年階段，當他們發現專注再也無法解決問題，再也無法控制一切，就容易得到憂鬱症。

#### D. 其他心理與精神方面疾病

美國醫療協會指出，焦慮障礙症病患、強迫症病患、人格障礙症病患、精神分裂病患、飲食障礙症病患，除了原來疾病的症狀，也有可能出現憂鬱症狀。

#### E. 藥物影響

某些藥物也會影響情緒，例如類固醇與避孕藥等。這種由身體疾病或藥物造成的憂鬱症，也稱為次發的憂鬱症（Secondary Depression）（莊凱迪、蔡佳芬，民 97）。

### 2.1.2 憂鬱症分類

美國精神科醫師協會出版的精神疾病診斷與統計手冊第四版（DSM-IV），根據情緒失調病患的憂鬱症狀與躁的症狀，分類出重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）、輕度憂鬱症（Dysthymic Disorder）、輕度躁鬱症（Cyclothymic Disorder）、雙極性（躁鬱症）二型（Bipolar II Disorder）、雙極性（躁鬱症）一型（Bipolar I Disorder）。配合本研究，僅探討重度憂鬱症、輕度憂鬱症、躁鬱症。

#### （1）重度憂鬱症

重鬱症也叫做單極性憂鬱症。根據 DSM-IV，重度憂鬱症病患會心情沮喪或對日常活動失去興趣，這種症狀會持續至少兩個星期。常見的症狀還有下列七項（至少出現四項才算是重度憂鬱症）：

- A. 沒有節食或增胖，體重明顯上升或下降；胃口變差或變好。
- B. 失眠或嗜睡
- C. 容易躁動，行動緩慢
- D. 疲累、失去活力
- E. 覺得自己沒用或過度罪惡感
- F. 注意力無法集中、無法思考、無法下決定
- G. 反覆想到死亡跟自殺

重鬱症還有較少見的次類型，包括產後憂鬱症、產後精神病、經前煩悶症、精神性憂鬱症、非典型憂鬱症（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

### （2）輕度鬱症

輕度憂鬱症又叫做低落型情感障礙症，是一種長期的憂鬱症。病患長期心情沮喪，持續時間至少兩年，有些甚至會持續一輩子。有一半的病患最後會演變成重度憂鬱症或躁鬱症（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

輕度憂鬱症病患，睡眠、飲食、注意力不太會受到影響，除此之外，也會出現和重度憂鬱症病患的同樣症狀（Miller & Reynolds, 2007）。

### （3）躁鬱症

躁鬱症又叫做雙極型憂鬱症，它的情緒變化可分為鬱期和躁期。鬱期的症狀和重度憂鬱症類似。躁期的病患可能會出現失眠、好辯、活動量增加、慾望增強、衝動、暴躁等現象（楊延光、鄭淑惠，民 95）。

除了上述的憂鬱症，還有發生於特定情況的其他憂鬱症，例如季節性憂鬱症（季節性情感障礙症）。季節性憂鬱症是種在一年中特定時期發生的憂鬱症。病患發作時間通常在冬季，時間大約持續五個月。只要春天一到，病患就會恢復生龍活虎的樣子。發病時會需要更多睡眠，食欲也會增加。其實，也有夏季發作的季節性憂鬱症，病患夏天時會沒食慾、睡不好、心情煩躁。只要天氣轉涼，情況就會改善（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

ICD-9-CM (The International Classification of Diseases, Ninth Version, Clinical Modification, 國際疾病分類第九版臨床診斷版)，符合憂鬱症診斷的病名有：(1) 有重鬱症，單純發作 (296.2); (2) 重鬱症，復發 (296.82); (3) 非典型鬱症；(4) 精神官能性憂鬱症 (300.4); (5) 慢性憂鬱性人格違常 (301.12); (6) 適應障礙伴有情緒與行為障礙 (309.4); (7) 適應障礙伴有情緒特徵 (309.28) (林蘭萍，民 96)。

### 2.1.3 憂鬱症治療方法

憂鬱症是可以治療的，但是治療的目的是在控制病情而非治癒。如何有效治療憂鬱症，有人認為應該以心理治療為主，也有人認為應該用藥物治療，也有人同意兩者並行（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。每位病患憂鬱程度不同、體質不同、治療意願不同，自然有不同的治療方法。下列為治療憂鬱症的常見方法：

#### (1) 藥物治療

超過一半的憂鬱症病患服藥後明顯改善症狀，缺點是服用藥物可能會有副作用（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。根據臺大醫院健康電子報 46 期，藥物治療可分為四期：

#### A. 急性治療期

此治療期目標為完全緩解憂鬱症狀。症狀緩解必須維持至少三週，才能進入持續治療期。

#### B. 持續治療期

此治療期目標為預防憂鬱症復發（Relapse）。此期療程為 4~9 個月。

#### C. 治療維持期

此期目標為預防憂鬱症再發（Recurrence）。因為有 20% 完成六個月憂鬱症治療療程的病患，在治癒後半年內又再罹患憂鬱症。發作 3 次以上的憂鬱症病患才需要治療維持期。復發是指治療後，症狀又重複出現；再發是指又一次全新的發作期（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

#### D. 停藥期

病患不需治療維持期，且完成持續治療療程、未出現憂鬱症狀，此時醫生就會幫病患逐漸減少劑量。減少劑量後又沒出現憂鬱症狀，便可考慮停藥。但是停藥後還是要定期複診。

至於吃什麼藥治療憂鬱症，也不見得醫生第一次推薦的藥就適合病患，有的也是要經過多次換藥，才找到做適合的。治療鬱症和躁症的藥更是不一樣。

## (2) 心理治療

心理治療的形式有單獨會面的，也有團體式的。心理治療的種類非常多，認知療法、人際療法和行為療法是公認的有效治療憂鬱症方法（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。和藥物治療比起來，認知療法治療中、輕度憂鬱症的療效並不遜色。心理治療的過程分為初期、中期和晚期。症狀並不是一路呈現改善狀態，在初期時會一度回到原來狀況，在中、晚期才會明顯改善（楊延光、鄭淑惠，民 95）。

## (3) 電痙攣療法

電痙攣療法 (ECT)，又稱做電療，主要用於無法用藥物治療的嚴重憂鬱病患身上，效果很好。電療引發的記憶損傷是爭論的議題 (Miller & Reynolds, 2007)。

## (4) 光照療法

適當的日光曝曬可以緩和情緒。光照療法適合冬天發作的季節性情緒障礙病患（楊延光、鄭淑惠，民 95）。專家認為全光譜的光線治療效果做好，但必須除去紫外線，才不會引起白內障（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。

總之，病患要和醫生合作，找出最適合自己的治療方法。對於中度和輕度的憂鬱症，心理治療和藥物治療的效果一樣好。至於比較嚴重的憂鬱症，醫生可能會建議同時進行藥物與心理治療（美國醫療協會、孫秀惠譯，民 90）。但是該注意的是，憂鬱症病患如僅就憂鬱症狀治療，沒有考慮是否同時合併其他內科疾患或精神疾病，也就是沒有作系統性診斷評估，積極處理潛在合併問題，那可能就事倍功半（王作仁、陸汝斌、張登萍、張敏，民 87）。此外，憂鬱症治療需要家人的

參與與支持（陳文龍，民 92），家族治療可解決此問題。

#### 2.1.4 老人憂鬱症與治療

有學者將老人憂鬱症分為二種，(1) 復發型憂鬱症一年輕時就有憂鬱症，老年期再復發；(2) 晚發型憂鬱症—老年期才第一次發生。

高達 20%的老人罹患憂鬱問題，老人憂鬱症是老人自殺的主要危險因子。老年人罹患憂鬱症時，常抱怨煩躁、身體不舒服，傾向尋求身體疾病方面的醫療協助，也因此往往和慢性病造成的不適混淆，所以老人憂鬱症容易被第一線醫護人員忽視或誤診（莊迪凱、蔡佳芬，民 97；張耀文等人，民 95；林志強、夏一新、陸汝斌，民 84）。很多憂鬱老人未被診斷出來或接受足夠的治療，而且憂鬱症老人較常在基層診所治療憂鬱症（Unutzer, 2002；張耀文等人，民 95；朱哲生、葉慶輝，民 99）。

老人憂鬱症的表現常混和焦慮症狀態，且常合併較多的身體疾病（張耀文等人，民 95；謝明鴻、賴德仁，民 94）。

老年人通常比年輕人需要更長的時間才能對藥物治療有反應，常常一次調整藥物後，需要 4 到 6 個禮拜，有時甚至要 8 個禮拜才會看到效果（莊迪凱、蔡佳芬，民 97）。但是約六成的老年憂鬱症病患沒有被正確診斷、接受適當的治療，造成很多併發症（張耀文等人，民 95）。因為老人對抗憂鬱劑的反應較慢，會造成老人藥物遵從性較差，進而影響治療成效（Reynolds et al., 1996）。王作仁等人（民 87）也提過老人憂鬱症病患藥物耐受性較差、服藥順從性較差，加上常合併內外科疾患，治療時需注意不同藥物的交互作用。

## 2.2 認識慢性病

依照發病過程及其預後，疾病可分為慢性病（Chronic Disease）和急性病（Acute Disease）。慢性病的病程是緩慢且漸漸嚴重的，急性病的病程是迅速且短暫的。根據美國慢性病委員會對慢性病的定義，慢性病需具備下列至少一種特性（胡月娟等人，民 95）：

- (1) 患病時間是長期的。
- (2) 病後往往留下殘障。
- (3) 病理變化常呈現不可逆的反應。
- (4) 不同病況需要不同的醫療照護。
- (5) 不同病況需要不同的復健。

簡而言之，慢性病是持續時間很長且緩慢形成的疾病；其中，心臟疾病、中風、慢性呼吸道疾病和糖尿病是世界主要死因（WHO, 2012）。慢性病病患不一定會發病，但是會感受到該疾病的威脅。就算治療，慢性病是無法痊癒的（全人教育百寶箱，民 102）。因為慢性病的持續性與長期性，病人的遵從性對於慢性病的控制扮演非常重要的角色（胡玉娟等人，民 95）。不過，慢性病患不遵從醫囑的情況卻很常見（林秋菊、柯乃熒、蔡玲君、陳彰惠，民 94）。

十大常見慢性疾病：高血壓、高血脂、糖尿病、腎臟病、腦中風、氣喘、癌症、肥胖症、骨質疏鬆、慢性肝炎（臺大醫院慢性病整合型疾病管理，民 102）。中央健康保險局公告的慢性病共有 97 種，大家熟悉的糖尿病、高血壓、痛風、癲癇、肝硬化、慢性貧血、偏頭痛等，都在裡面（行政院衛生署中央健康保險局，民 102）。

台灣 100 年十大死因為：(1) 惡性腫瘤；(2) 心臟疾病；(3) 腦血管疾病；(4) 糖尿病；(5) 肺炎；(6) 事故傷害；(7) 慢性下呼吸道疾病；(8) 慢性肝病及肝硬化；(9) 高血壓性疾病；(10) 腎炎、腎病症候群及腎病變（行政院衛生署，民 102），慢性病佔了多數。

慢性病病患經醫師確認病情穩定後，可請醫師開給慢性病連續處方箋，長期使用同一處方藥物治療。轉診制度實施後，慢性病病患如果能多利用慢性病連續處方箋，前往基層診所就醫，可節省醫療費用支出（行政院衛生署中央健康保險局，民 102）。

一旦家裡出現慢性病患，因為病患的情緒、病情與照護需求，其他家庭成員也需要做一些改變與調適。家人的鼓勵與支持是慢性病患治療的關鍵，家人須具備疾病有關的知識，對慢性病治療也能有適當的期待（胡玉娟等人，民 95）。家族治療可以解決這個問題。

### 2.3 認識基層醫療、家庭醫學

#### 2.3.1 基層醫療

醫療照護（Health Care）分為三級：基層醫療（Primary Care）、次級醫療（Secondary Care）、三級醫療（Tertiary Care）。基層醫療提供服務給所有年齡層、各種社經地位、所有地區的病患。病患可能有急性、慢性、精神方面的疾病。所以基層醫療醫生必須有多領域且廣泛的知識。因為病患通常較喜歡給同一個醫生做例行性檢查和預防護理，持續性是基層醫療的特色。基層醫療治療的常見慢性病有：高血壓、糖尿病、氣喘、慢塞性肺疾患、過敏症、慢性肝炎、甲狀腺疾患等（張麟生，民 96）。此外，基層醫療診所輕型精神病盛行率很高，主要是憂鬱

症和焦慮症（臺北市政府衛生局，民 102）。

台灣憂鬱症病患的就醫層級以基層診所的比例最高（蔡述信，民 92）。朱哲生、葉慶輝（民 99）也表示將近 75% 的老人憂鬱症病患一開始都是求助於基層醫師，所以第一線的醫療人員在預防及治療憂鬱症扮演舉足輕重的角色。

張麟生（民 96）也整理基層醫療診所的角色與功能。分別是守護民眾健康、提供衛生教育、提供預防保健服務、特殊疾病的轉診、相關資源諮詢與轉介、提供基層心理衛生與諮詢輔導、社區健康總指揮、防疫尖兵、災難緊急動員第一線。

### 2.3.2 家庭醫學

家庭醫學（Family Medicine）是基層醫療的一部分，提供個人與家庭持續性與全面性的健康保健，服務內容跨越所有年齡、性別、疾病與身體部位（Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development, 1978）。家庭醫學強調疾病預防與健康促進。提供家庭醫學專業者稱為家庭專科醫師。換句話說，家庭醫學是以所有家庭成員醫療問題為對象的醫學，家庭醫師是照顧所有家庭成員的專科醫師（顏啟華、高敏真、汪正青、廖玟君、顏裕庭、李孟智，民 98）。

台大陳慶餘教授由「家庭」和「醫學」的配對，引申出家庭醫學的五種含意（陳亮恭，民 95）：

- (1) 家庭醫學是家庭醫師的養成教育。
- (2) 家庭醫學是一種專科醫學。
- (3) 家庭是醫療照顧的重心。

(4) 以家庭醫學為中心的醫療照顧體系。

(5) 每個家庭都能獲得基本的保健醫療照顧。

因為家庭醫學以家庭為重心，家庭醫師要成功就必須與病人和其家庭維持良好的關係，才能了解家庭結構、功能與家庭成員的身心健康情形，進而處理全家大小的健康問題。換言之，家庭醫師不僅是處理單一臨床疾病，他必須提供家庭為單位的照顧，這是跟一般醫學照顧模式最大的差異。良好的醫病關係始於病患的診療，如果醫師能了解病患求診的問題，適當解決病患的痛苦，自然病患就會信賴醫生，這就建立了基本的良好醫病關係，然後從個人推到家庭，最後和醫生形成長期且固定的醫病互動。良好的醫病關係能夠改善病患情緒、舒緩病患的病痛、提升病患的生活品質（陳亮恭，民 95）。

家庭醫學中，老人的醫療服務最受矚目（顏啟華等人，民 98）。家庭醫學強調「持續性」與「全面性」的照護，這一點完全符合老人照護的需求，所以家庭醫學是老人照護的基石。陳晶瑩、呂碧鴻、陳慶餘、戴東原（民 93）也曾提過，老人照護系統中，家庭醫學專科醫生不只提供基層醫療，並擔任守門員。

總之，基層醫療以家庭醫學為主（顏啟華等人，民 98），當家庭醫療發揮效用，基層醫療才可謂成功。

## 2.4 家族治療與家庭檔案

1950 年代以前，家族治療是非常陌生的。臨牀上，心理衛生專業人員只關心病患個人內心世界的心理衝突和深層人格，並沒有邀請家人參與治療，了解病患個人問題和家庭之間的關係。但是 1950 年代到

現在，家族治療已經成為一門專業的學問。

前面已提到有些家族的憂鬱症病患比例很高，也就是一個人如果有其他家人罹患憂鬱症，那麼他得到憂鬱症的機會就會比沒有憂鬱症親屬的人還要高(Miller & Reynolds, 2007)。重鬱症病患的兄弟、姊妹、父母，有高出其他人2~3倍的機率得到同樣疾病。近親中有重鬱症的病患，那麼罹患躁鬱症的機會也會高於常人1.5到3倍（楊延光、鄭淑惠，民95）。因此，家庭史的追蹤讓醫療人員更容易診斷憂鬱症，且能提供更合適的治療方式。家族治療讓家庭史易於追蹤。

此外，Keitner、Archambault、Ryan與Miller(2003)建議憂鬱症藥物治療應該結合家族治療。家庭因素也可能是憂鬱症成因之一，加上憂鬱症病患在發病後易產生孤立情形，家庭便成為唯一去處，所以家族治療便運用在憂鬱症治療上面。家族治療讓憂鬱症病患能在家人陪伴下共同接受治療，可以解決家人對於憂鬱症不了解所造成的治療阻力。家族治療讓家人與憂鬱症病患一起承擔治療的壓力，幫助病患不會輕易放棄治療(劉婉如，民97)。而且老人憂鬱症病患常不願意承認自己得了憂鬱症，這個時候來自家屬的相關資訊就很重要，換句話說，要診斷老人憂鬱症，必須同時參考病患本身和家屬的說法(莊凱迪等人，民97)。

家庭檔案便是追蹤家族史與進行家族治療必備條件。家庭醫師以家庭為照顧的單位，需要了解病人的家庭及社會背景、家庭及個人健康問題、家庭生活週期。家庭檔案是實現家庭醫師照顧模式的道具之一(郭斐然、林仲志、陳恆順、陳慶餘，民93)。此外健保局於民國92年3月公告『全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫』，

計畫中明定家庭醫師必須建立家庭檔案（行政院衛生署中央健康保險局，民 102）。健保局在網路上提供電子化家庭檔案與醫療群照護團隊分享。

郭斐然等人（民 93）在社區健康照護資訊系統中提到電子化家庭檔案內容有四：

- (1) 家庭基本資料：包括家庭地址、電話、緊急聯絡人姓名及電話、家庭生活週期（Family Life Cycle）。
- (2) 個人健康資料：包括基本資料（年齡、性別、身高、體重、血型、教育程度、婚姻狀況、職業、信仰），慢性疾病問題（如高血壓、糖尿病等）、身心疾病（如憂鬱症、精神病等）、婦女健康資訊（如懷孕、生產數，月經週期等）、長期用藥、藥物過敏、食物過敏、預防注射及家庭功能指數（Family APGAR Score）。
- (3) 就診資料：包括門診、急診、住院資料（診斷及處方）。
- (4) 健康檢查資料：包括兒童健檢、成人健檢、婦女子宮頸抹片檢查及乳癌篩檢。

上述電子化家庭檔案並無規定家庭檔案成員一定要三等親內，或是要有血緣關係，只要是住在一起就可納入同一家庭檔案。

## 2.5 憂鬱症治療意願與成效

### 2.5.1 憂鬱症治療意願

要有治療成效，首先病患必須有治療的意願。商志雍、廖士程、

李明濱（民 92）利用某醫學中心 1988 年一月到 2000 年十二月的病歷資料，找出符合 ICD-9 憂鬱症發作的初診個案，針對其性別、出生日期、就診日期、和診斷等資料進行統計分析。女性個案佔 65.5%，男性為 34.5%；平均年齡 42.6 歲；平均看診次數為 9.8 次。每年看診之女性大約為男性的 1.5 至 2.2 倍，而且憂鬱症看診個案數逐年增加。為什麼女性就診率高於男性，應該是因為女性比較會表達自己內在的想法與感受，且較會向外求助，尋求社會支持；相反的，男性較不會向外求助，較常用自己的方式處理（張智嵐、袁聖琇、黃美芳，民 97）。

葉雅馨、林家興（民 95）曾經調查、研究台灣民眾憂鬱程度與求助行為。研究發現：民眾面對憂鬱症狀時，最常採用「不管它、多休息、多運動」。對外求助，以西醫內科一般科別和中醫為主，再來才是心理衛生專業人員。

#### 2.5.2 憂鬱症治療成效佳原因

依照美國精神科醫學會所訂的憂鬱症治療準則，為了讓所有憂鬱症狀達到緩解且預防再度復發，急性期應該治療 6-8 週，症狀減輕後仍需治療 4-9 個月。所有抗憂鬱藥物都必須服用足夠的劑量與時間，才能達到治療效果（涂組強，民 95）。重度憂鬱病患治療指引（Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder）也提到，抗憂鬱劑治療需至少持續六個月，因為憂鬱症發作後，其症狀平均要經過六個月的病程才會消失（薛文傑、葉佳祐、顏銘漢、林可寰、陳菊珍、徐玉英，民 98）。

此外，憂鬱症有很高的復發率和再發率。從一開始便持續治療的病患最不會復發和再發。很早便中斷治療的病患最有可能復發和再發。

這也證明抗憂鬱劑持續治療真的很重要（Melfi et al., 1998）。所以持續治療是憂鬱症成效佳的必要條件。

憂鬱症病人最需要有人陪伴，如果有家人的支持與關心，較有意願和家人一起面對憂鬱症的問題。因此，家人的鼓勵與支持也能提升憂鬱症治療成效（周麗華，民 98）。

楊子慧（民 97）做過以電話追蹤門診憂鬱症出診病患之研究，結果發現電話追蹤可以改善憂鬱症病患之門診規則率，進而提升憂鬱症治療的成效。楊雅雯（民 94）也做過藥師介入憂鬱症治療成效的評估，發現藥師參與憂鬱症病患的照顧，能顯著提高病患對藥物治療的認知、藥物順從性及滿意度。Hardy 等人(2001)也提過回診前寄就診提醒函，可以提升回診率，回診率提高自然治療成效佳。

### 2.5.3 憂鬱症治療成效不彰原因

楊雅雯（民 94）曾經整理出憂鬱症藥物治療效果不佳的可能原因：治療劑量不足、治療時間不夠、服藥順從性不佳。服藥順從性不佳可能原因如下：(1) 醫生與病患醫病關係不佳、溝通不良，醫生給予的治療無法符合病患的需求；(2) 病患自己對抗憂鬱劑治療沒有正確的認知，隨意停藥；(3) 病患缺乏社會關懷、家庭支持或經濟狀況不好；(4) 藥物的副作用、藥物治療需要很長時間。

薛文傑等人（民 98）也表示憂鬱症病患常因為服藥時間不夠長、服藥遵從性差，造成治療失敗。

此外，憂鬱症病患很多合併心血管疾病、內分泌疾病、肝、腎疾病、精神疾患、腫瘤等，治療憂鬱症如果僅就憂鬱症狀治療，沒有考慮合併的其他內科疾患或精神疾病，也就是沒有作系統性診斷評估，

積極處理潛在合併問題，那憂鬱症治療效果也不會好，甚至可能更糟糕（王作仁等人，民 87）。

## 2.6 憂鬱症之共病

共病（Comorbidity）一詞是 1970 年由 Feinstein 引進醫界。指的是病患在某一疾病病程期間，又出現另一疾病的情形。共病在精神醫學很流行，可以用來指精神科和非精神科的共病，像憂鬱症和高血壓的共病。也可以用來表示兩個以上的精神科疾病共病，例如憂鬱症和痛症（Maj, 2005）。

方文輝、羅慶徽（民 94）做了憂鬱症與常見慢性病整理。帕金森氏症最常見的非運動性症狀就是憂鬱，大部分文獻認為帕金森氏症病患百分之 50 有憂鬱症。癌症病患的憂鬱症盛行率是 1.5% 到 50%，中位數介於 22% 到 29%。影響癌症病患憂鬱症盛行率的原因有：癌症種類、癌症病情嚴重程度、化療使用的藥劑、是否接受手術等。可是被診斷出有憂鬱症且接受藥物治療的只有 1% 到 5%，原因有：認為憂慮症狀是面臨癌症的自然反應、精神疾病的污名化、怕帶來更多的困擾、抗憂鬱藥治療會有副作用等。糖尿病病患的憂鬱症盛行率約 15% 到 30%，是一般族群的兩倍。心肌梗塞或冠狀動脈疾病病患的憂鬱症盛行率約 15% 到 22%。同時罹患心血管疾病和憂鬱症的病患，死亡率是單獨罹患心血管疾病病患的 3.5 倍。但是低於 10%的心血管疾病兼憂鬱症病患接受適當的治療。中風後的憂鬱症盛行率約 14% 到 27%。有憂鬱症的中風病患，死亡率也高於無憂鬱症的中風病患。阿茲海默症病患的憂鬱症或憂鬱症狀盛行率約 40% 到 55%。值得一提的是，憂鬱症病患有

可能會出現假性失智，容易跟罹患憂鬱症的阿茲海默症病患混淆，有賴醫師細心診斷。

郝立智、趙建剛也在 2007 年做了憂鬱症和糖尿病的相關研究與探討。其中提到與憂鬱症共患的常見精神疾病有：恐慌症、強迫症、重大創傷後症候群、焦慮症等。與憂鬱症共患的常見身體疾病有：帕金森氏症、心肌梗塞、糖尿病等。而憂鬱症、心臟病與糖尿病之間呈現高度關聯，如果同時罹患會提高病患的死亡風險。幸運的是憂鬱症透過藥物治療或心理治療可以有效的緩解、提升病患的生活品質；不幸的是很多憂鬱症病患沒有被診斷出來，進而獲得適當的治療。

劉珣瑛（民 90）指出內科疾病易合併憂鬱症，百分之 20 到 30 的心臟病病患和百分之 8 到 12 的糖尿病病患有憂鬱症狀況。曾美智、李宇宙、李明濱（民 98）也在研究中證實焦慮症和憂鬱症的終生共病率很高，焦慮症中有百分之 50 到 88 合併憂鬱症，憂鬱症中有百分之 32 到 53 合併焦慮症。如果憂鬱症病患同時罹患焦慮症，病患對於藥物的反應較不理想，也容易中途放棄治療（朱哲生、葉慶輝，民 99）。

涂祖強（民 95）也表示憂鬱症和許多身體疾病有很高的共患率，老人病房住院病人、癌症病人、中風病人、慢性腸胃疾病病患，都有不少比例有身體疾病和憂鬱症的共病情形。

陳文龍（民 92）在家庭醫學漫談中也指出，腦中風、腦發炎、腦瘤、巴金森氏症或失智等腦部疾病，有很高比例合併憂鬱症；癌症病患最常合併憂鬱症；惡性貧血、肝炎、腎臟病等也常合併憂鬱症。

至於共病多寡是否影響憂鬱症狀程度、憂鬱症的持續治療情形和憂鬱症治療的反應，Sanglier、Saragoussi、Milea、Auray、Valuck 與

Tournier (2011) 為了比較六十五歲以上的憂鬱病患，和 25 歲到 64 歲的憂鬱病患之治療模式，且評估無法持續 180 天藥物治療的因子，進行一項回顧 Matched Cohort 研究。結果發現合併症（患有其他精神疾病）的存在或服用多種藥物，和憂鬱老人無法持續治療是沒有關聯的。Harpole、Williams、Olsen、Stechuchak、Oddone、Callahan、Katon、Lin、Grypma 與 Unqtzer (2005) 為研究共病多寡是否會影響病患對憂鬱症治療的反應，發現慢性病共病數越多的確會影響憂鬱症的嚴重程度，但是並不會影響病患對憂鬱症治療的反應。

## 2.7 基層醫療院所與憂鬱症病患之醫病關係

由於國人深受精神疾病污名化 (Stigma) 的影響，憂鬱症病患通常不願承認自己患有精神疾病且排斥就醫，或將憂鬱症狀視為其他身體疾病，因此常延誤憂鬱症治療的時機（李秋月等人，民92）。即使接受治療，也常未能固定回診、切實遵從醫囑接受藥物與心理治療，導至緩解療效不彰。唯有在醫師與病患之間建立了信任的醫病關係，瞭解病患本身是否患有其他相關疾病、症狀、或症候群( Feinstein, 1970 )，並以病患家族病史全面掌握病患病理模式，建立有效率的治療計畫 ( Mineka, Watson, & Clark, 1998 ; Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994; Noyes, 2001 )，憂鬱症病患的憂鬱症治療才能獲得成效。此外，楊雅雯（民94）曾經指出，服藥順從性不佳是造成憂鬱症藥物治療效果不佳的原因之一；醫師與病患醫病關係不佳、溝通不良，醫師給予的治療無法符合病患的需求，是服藥順從性差的其中一個原因。醫病關係和憂鬱症治療成效的確息息相關。

## 第3章 研究設計與方法

### 3.1 研究架構

為達本研究目的，本研究以新北市淡水區某一家醫科基層醫療診所民國 85 年 12 月到 101 年 12 月的病患臨床診斷資料，進行憂鬱症治療與慢性病共病相關分析。本研究架構如圖 3.1。



圖 3.1 研究架構

### 3.2 研究材料與研究對象

本研究樣本取自新北市淡水區某一家醫科基層醫療診所病患之門診記錄，從民國 85 年 12 月到 101 年 12 月，共計 418,197 筆。採用回溯研究法檢視資料，並設計一關聯式資料庫來整理、分析，病患罹病資料分類符合國際疾病代碼 ICD-9 分類。總病患人數為 52,806 人，其中男性占 42.98% (22,697 人)，女性占 57.02% (30,109 人)。以國際疾病代碼 ICD-9 (300.4) 篩選出患有憂鬱症之病患，共計 1,525 人。

### 3.3 系統分析

系統發展生命週期（System Development Life Cycle[SDLC]）是一個有組織的方式，用來開發一個企業的資訊系統。SDLC 將系統發展切割成幾個階段，階段的劃分有很多種模式。根據楊亨利等人（民 87）著的系統分析與設計，SDLC 有五大階段：系統規劃、系統分析、系統設計、系統建置、系統維護。這五大階段關係呈現出階梯狀的分段瀑布，所以 SDLC 又稱為瀑布模式。本研究利用前四階段來發展樣本資料診所醫護人員所需系統。

樣本資料基層醫療院所醫護人員希望透過電腦資料系統設計，可以隨時利用病患病歷記錄、查閱家族資料與疾病史、提醒病患規律回診，不需用人工方式翻閱厚厚的就診資料。因此，本研究人員與樣本資料診所醫護人員討論憂鬱症臨床就診程序，確認診所需求、資料使用目的、現行資料處理模式與作業方法。

在進行樣本資料基層醫療院所醫護人員需求評估與分析後，進行資料庫設計，最後建置資料庫。

### 3.4 建置資料庫

根據資料儲存架構，資料庫有階層式、網狀式、關聯式等多種類型，關聯式資料庫（Relational Database[RDS]）是其中最常見、也最廣泛使用的資料庫系統。關聯式資料庫透過數學的概念與方法（例如：邏輯、集合代數等）來處理資料庫中的資料，在設計與建置關聯式資料庫前須先確定個體關聯（E/R Model）（范世展，民 93；高煥堂，民 97）。

圖 3.2 為本研究之基層醫療診所憂鬱症防治關聯式資料庫個體關聯圖 (E/R Model)。

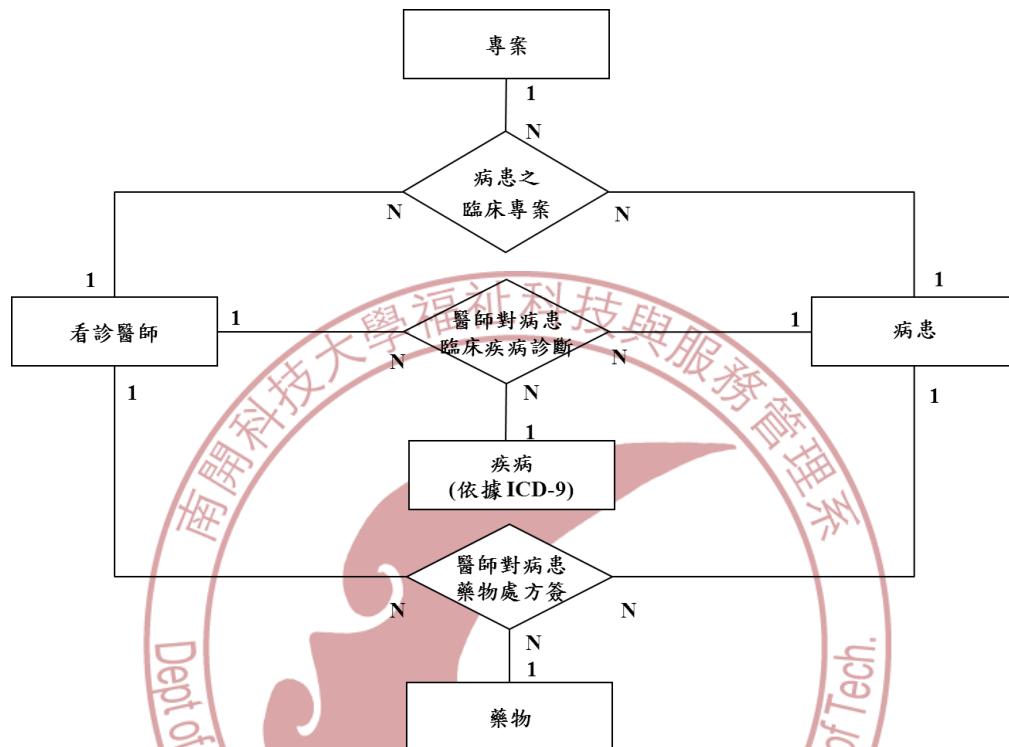


圖 3.2 基層醫療診所憂鬱症防治關聯式資料庫個體關聯圖 (E/R Model)

關聯式資料庫是由兩個或兩個以上的資料表所組成。資料表的六  
大特徵為：欄位在表格中要有唯一的名稱；欄位值必須是單純的  
(Atomic)，無法再分割；同一欄位的值要有相同的類型 (Type) 與寬  
度 (Width)；欄位在表格中的次序沒有特定的意義；記錄在表格中的  
次序沒有特定的意義；不可以有重複的記錄。

關聯式資料庫以 2 維的矩陣來儲存資料，也就是將資料儲存在資  
料表 (Table) 的行 (Column)、列 (Row) 中。行、列裡的資料有所關  
聯，資料表之間通常也會互有關聯，關聯種類有一對一、一對多和多

對多三種類型（高煥堂，2008）。透過資料表的關聯及主鍵值（Primary Key）、外來鍵（Foreign Key）的設定，可以從一個資料表中的欄位找到在另一個資料表中的資料（Greenwald, Stackowiak & Stern, 2001）。

標準資料查詢語言 SQL（Structured Query Language）是一個通用且功能很強的關聯式資料庫系統的標準語言，負責執行關聯式資料庫中資料的檢索和操作，其運算後之結果只是暫存，也就是檢視關閉後，運算出的資料表立即消失（范世展，2004；高煥堂，2008）。

本研究所使用的 Access 系統也是一種關聯式資料庫管理系統（見圖 3.3）。

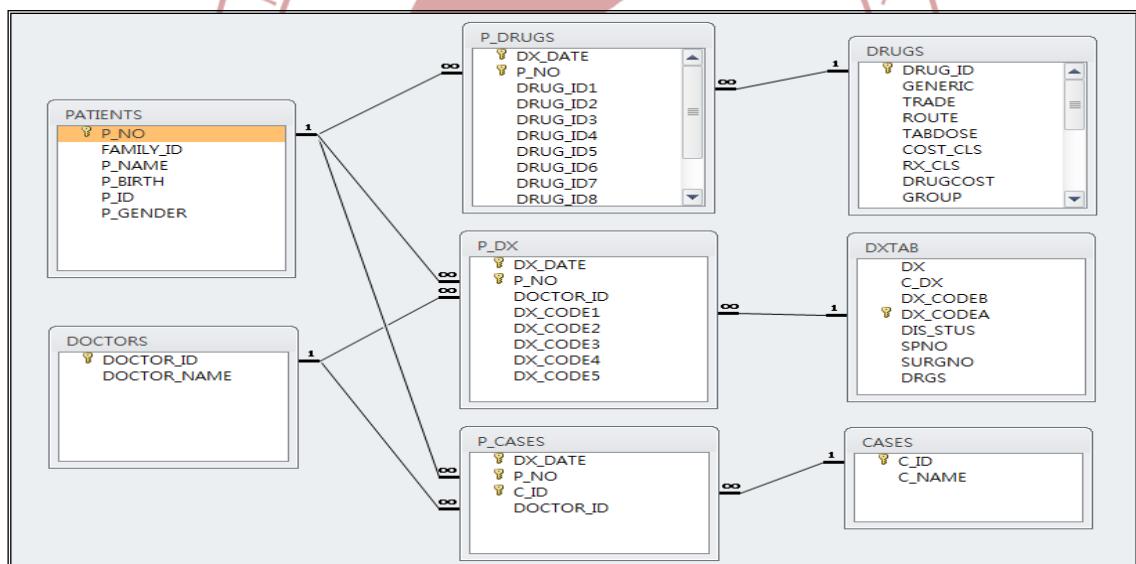


圖 3.3 基層醫療診所憂鬱症防治關聯式資料庫關聯圖

配合本研究，共設計八個資料表：專案（見表 3.1）、病患（見表 3.2）、病患之臨床專案（見表 3.3）、看診醫師（見表 3.4）、醫師對病患臨床疾病診斷（見表 3.5）、疾病（見表 3.6）、醫師對病患藥物處方箋（見表 3.7）、藥物（見表 3.8）。

表 3.1 關聯資料表：CASES（專案）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
P.K.	C_ID	文字	2	否	是(不可重複)	專案代號
	C_NAME	文字	20	否	否	專案名稱

表 3.2 關聯資料表：PATIENTS（病患）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
P.K.	P_NO	文字	6	否	是(不可重複)	病患病歷碼
	FAMILY_ID	文字	4	否	否	家檔編號
	P_NAME	文字	20	否	否	病患姓名
	P_BIRTH	日期/時間		否	否	病患出生日期
	P_ID	文字	10	否	否	病患身分證字
	P_GENDER	文字	1	否	否	病患性別

表 3.3 關聯資料表：P\_CASES（病患之臨床專案）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
	DX_DATE	日期/時間		否	否	診斷日期
F.K.	P_NO	文字	6	否	是(可重複)	病患病歷碼
F.K.	C_ID	文字	2	否	是(可重複)	專案代號
F.K.	DOCTOR_ID	文字	10	否	是(可重複)	醫師代碼

表 3.4 關聯資料表：DOCTORS（看診醫師）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
P.K.	DOCTOR_ID	文字	10	否	是(不可重複)	醫師代碼
	DOCTOR_NAME	文字	20	否	否	醫師姓名

表 3.5 關聯資料表：P\_DX（醫師對病患臨床疾病診斷）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
	DX_DATE	日期/時間		否	否	診斷日期
F.K.	P_NO	文字	6	否	是(可重複)	病患病歷碼
F.K.	DX_CODE	文字	6	否	是(可重複)	疾病代碼
F.K.	DOCTOR_ID	文字	10	否	是(可重複)	醫師代碼

表 3.6 關聯資料表：DXTAB（疾病）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
	DX	文字	30	否	否	疾病名稱
	C_DX	文字	30	否	否	中文病名
P.K.	DX_CODE	文字	6	否	是(不可重複)	疾病代碼

表 3.7 關聯資料表：P\_DRUGS（醫師對病患藥物處方簽）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
	DX_DATE	日期/時間		否	否	診斷日期
F.K.	P_NO	文字	6	否	是(可重複)	病患病歷碼
F.K.	DRUG_ID	文字	3	否	是(可重複)	藥物代碼
F.K.	DOCTOR_ID	文字	10	否	是(可重複)	醫師代碼

表 3.8 關聯資料表：DRUGS（藥物）資料表設計

主鍵/外來鍵	欄位名稱	資料類型	欄位大小	必須有資料	索引	描述
P.K.	DRUG_ID	文字	3	否	是(不可重複)	藥物代碼
	GENERIC	文字	30	否	否	藥物屬性
	TRADE	文字	20	否	否	藥物廠牌
	ROUTE	文字	5	否	否	服用方法
	TABDOSE	數字	單精準數	否	否	藥物用量
	COST_CLS	文字	1	否	否	藥物金額
	DRUGCOST	貨幣		否	否	藥物單價
	UNIT	文字	5	否	否	藥物單位

各資料表欄位說明如下：

- (1) CASES（專案）資料表之主鍵為 C\_ID（專案代號）。
- (2) PATIENTS（病患）資料表之主鍵為 P\_NO（病患病歷碼）。
- (3) P\_CASES（病患之臨床專案）資料表之外來鍵為 P\_NO（病患病歷碼）(連結病患之臨床專案與病患二資料表)、C\_ID（專案代號）(連結病患之臨床專案與專案二資料表)與 DOCTOR\_ID（醫師代碼）(連結病患之臨床專案與看診醫師二資料表)。
- (4) DOCTORS（看診醫師）資料表之主鍵為 DOCTOR\_ID（醫師代碼）。
- (5) P\_DX（醫師對病患臨床疾病診斷）資料表之外來鍵為 P\_NO（病患病歷碼）(連結醫師對病患臨床疾病診斷與病患資料二資料表)、DX\_CODE（疾病代碼）(連結醫師對病患臨床疾病診斷與疾病資料二資料表)與 DOCTOR\_ID（醫師代碼）(連

結醫師對病患臨床疾病診斷與看診醫師二資料表)。

(6) DXTAB (疾病) 資料表之主鍵為 DX\_CODE (疾病代碼)。

(7) P\_DRUGS (醫師對病患藥物處方簽) 資料表之外來鍵為 P\_NO (病患病歷碼)(連結醫師對病患藥物處方簽與病患資料二資料表)、DRUG\_ID (藥物代碼)(連結醫師對病患藥物處方簽與藥物二資料表) 與 DOCTOR\_ID (醫師代碼)(連結醫師對病患藥物處方簽與看診醫師二資料表)。

(8) DRUGS (藥物) 資料表之主鍵為 DRUG\_ID (藥物代碼)。

### 3.5 資料分析

#### 3.5.1 分析工具

本研究以統計軟體 SPSS18.0，進行樣本資料基層醫療院所之憂鬱症病患臨床診斷資料的統計與分析。

#### 3.5.2 研究變項名稱與定義

根據本研究架構，樣本資料之憂鬱症病患年齡、性別、家檔編號、初診是否為憂鬱症、第一次被診斷出憂鬱症年齡、與其他慢性疾病共病、憂鬱症焦慮症與常見五種慢性疾病共病類型、憂鬱症持續治療等變數資料，分別定義如下：

(1) 自變項 (Independent Variable)

- 痘患年齡：戰後嬰兒潮 (1946~1964) 第一年出生的嬰兒在 2011 年滿 65 歲，WHO 依此來定義人口老化的年紀。依據 WHO 的定義，本研究將研究對象分為三類：高齡憂鬱症病患 (1946 年以前

出生)、中高齡憂鬱症病患(1946-1964 年出生)及一般憂鬱症病患(1965 年以後出生)等三類。

- 病患性別：分為男性和女性。
- 家檔編號：家檔編號指病患及其家族成員（含血親與姻親）在樣本基層醫療診所的共同家庭檔案編號。此外，部份樣本資料病患居住於相同之高齡社區機構者，雖無血緣關係，但樣本基層醫療診所仍賦與相同之家檔編號。
- 病患初診類型：以病患第一次診斷出憂鬱症日期為基準，共分為二種：初診即為憂鬱症與初診非憂鬱症。
- 病患第一次被診斷出憂鬱症年齡：病患第一次被診斷出憂鬱症的日期減掉病患的出生日期為第一次被診斷出憂鬱症年齡。根據第一次診斷出年齡再分為三組年齡層：高齡(65 歲以上)、中高齡(45-64 歲)、一般(未滿 45 歲)。
- 憂鬱症與其他慢性疾病之共病：共病意指「已具有某一疾病的個體，於其病程中，本已存在的或再發生的任何明顯不同於該疾病之臨床疾病診斷」(Feinstein, 1970)，在本研究樣本資料中，意指病患被診斷罹患除了憂鬱症(ICD-9 編號 300.4)以外的慢性疾病，如：甲癬 (ICD-9 編號 071)、慢性貧血 (ICD-9 編號 200)、甲狀腺機能疾患 (ICD-9 編號 242)、糖尿病 (ICD-9 編號 250)、高血脂症 (ICD-9 編號 272)、痛風 (ICD-9 編號 274)、焦慮症 (ICD-9 編號 300.0)、高血壓 (ICD-9 編號 401)、過敏性鼻炎 (ICD-9 編號 477.9)、氣喘 (ICD-9 編號 493)、慢性肝炎 (ICD-9 編號 571)、攝護腺肥大 (ICD-9 編號 600)、停經症候群 (ICD-9 編號 627)、

骨性關節炎（ICD-9 編號 715）等。

- 憂鬱症、焦慮症與常見五種慢性疾病共病類型：歷來國內外文獻與臨床資料均顯示憂鬱症疾患與焦慮症共病現象向來是研究的熱門議題。此外，根據台大醫院提供之常見慢性疾病與樣本資料基層醫療診所之臨床診斷資料，列出國人好發之五種常見慢性疾病如：糖尿病、高血脂症、高血壓、氣喘、慢性肝炎等。本研究將進行樣本基層醫療診所憂鬱症病患與焦慮症、上述五種常見慢性疾病之共病分析，憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型在本樣本資料中共計 50 種。

#### (2) 依變項 (Dependent Variable)

- 憂鬱症持續治療：篩選憂鬱症病患全部臨床診斷記錄，自民國 85 年 12 月 1 日至民國 101 年 12 月 31 日共計 16 年記錄，分為兩類，「憂鬱症持續治療達六個月以上」和「憂鬱症持續治療未達六個月」。憂鬱症治療屬慢性病治療，得使用「慢性病連續處方箋」，故，二個月內至少有一次憂鬱症就診記錄，即列入憂鬱症持續治療一次。另，凡民國 101 年 7 月之後第一次看診者，因計算至民國 101 年 12 月 31 日未滿六個月，故不列入計算，此類病患計有 8 位。樣本資料中之憂鬱症病患數原為 1,525 位，但列入憂鬱症持續治療分析的病患數僅 1,517 位。

#### 3.5.3 相關分析

皮爾森相關係數主要用來測量兩個變數間線性相關的程度，本研究以皮爾森相關係數檢視變項間的關聯性。分析的變項計有病患年齡、病患性別、病患家檔編號、病患初診類型（初診是否為憂鬱症）、病患

之憂鬱症與慢性病共病、慢性病共病數、病患初診類型、憂鬱症持續治療。

### 3.5.4 邏輯斯迴歸分析

邏輯斯迴歸分析可檢定兩個變數之關係是否顯著，並以勝算比（Odds Ratio）指標來顯示相關強度的大小。本研究以邏輯斯迴歸來分析憂鬱症病患年齡、憂鬱症病患性別、憂鬱症病患有無家檔編號、憂鬱症病患初診類型、憂鬱症病患是否有無其他慢性病共病、慢性病共病類別與憂鬱症持續治療的關係。

## 3.6 研究假設

本研究探討基層醫療院所憂鬱症治療和慢性病共病，根據本研究的背景動機和相關文獻，針對憂鬱症病患性別、年齡、是否有家檔編號、初診是否為憂鬱症、是否有無其他慢性病共病、慢性病共病數、憂鬱症焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療之相關，提出以下的假設：

- (1) 憂鬱症病患「性別」與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關。
- (2) 憂鬱症病患「年齡」與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關。
- (3) 憂鬱症病患「有無家檔編號」與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關。
- (4) 憂鬱症病患「初診類型（初診是否為憂鬱症）」與是否完成憂

鬱症持續治療達六個月以上有相關。

- (5) 憂鬱症病患「有無慢性病共病」與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關。
- (6) 憂鬱症病患「慢性病共病數」與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關。
- (7) 憂鬱症病患之「憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型」與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關。



## 第4章 研究結果

### 4.1 描述性統計

本研究樣本共 52,806 位病患，門診記錄共 418,197 筆。其中男性 22,697 人 (42.98%)，女性 30,109 人 (57.02%)。

#### 4.1.1 憂鬱症病患性別、年齡、有無家檔編號次數性統計

符合 ICD-9 編碼 300.4 憂鬱症診斷之病患，共 1,525 人；其中男性 374 位 (24.52%)，女性 1,151 位 (75.48%)，憂鬱症病患女性約男性之三倍。高齡憂鬱症病患 313 位 (20.52%)，中高齡憂鬱症病患 584 位 (38.30%)，一般憂鬱症病患 628 位 (41.18%)，約六成憂鬱症病患為中高齡與高齡病患（見圖 4.1、圖 4.2）。

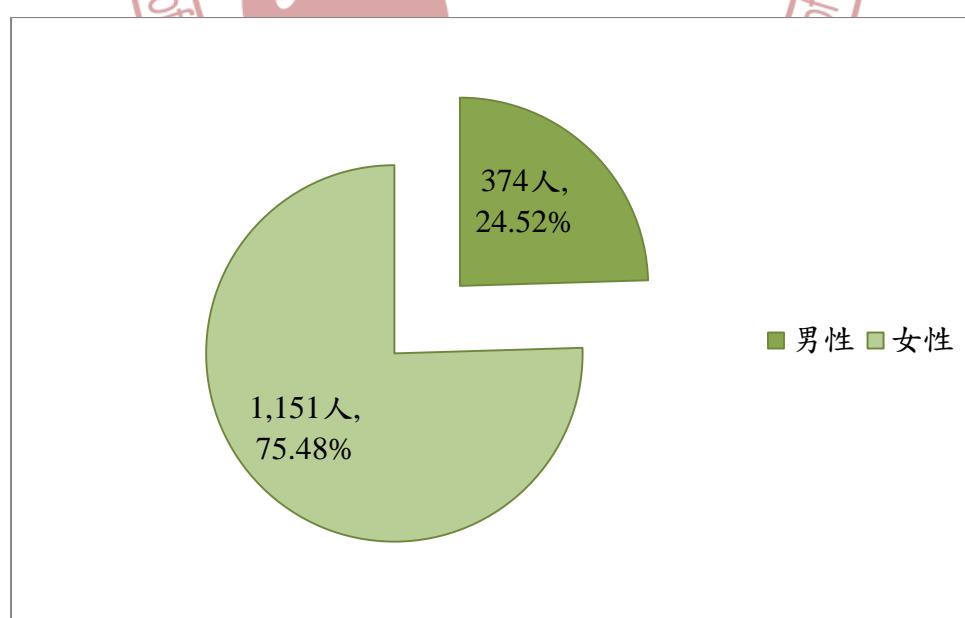


圖 4.1 憂鬱症病患男女人數圓餅圖 (N=1,525)

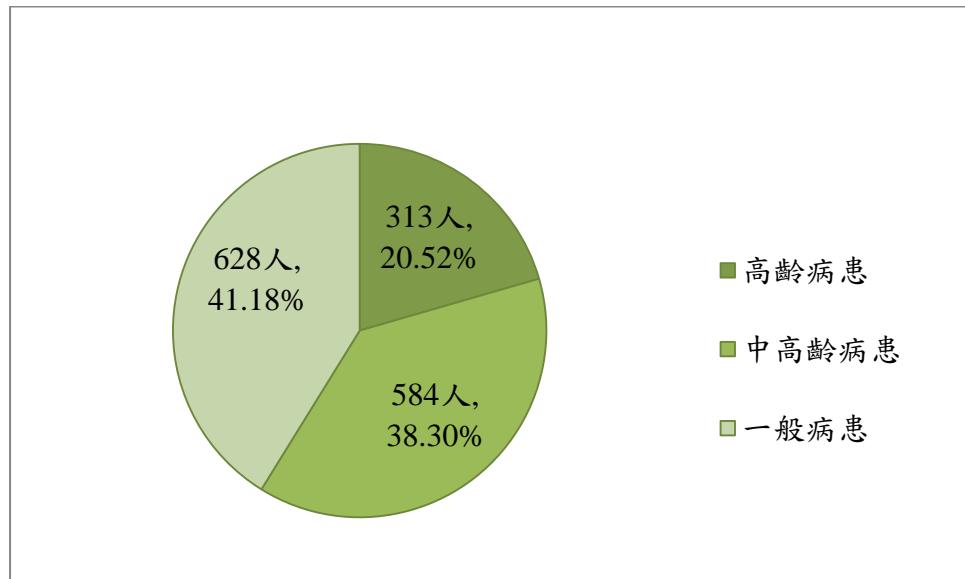


圖 4.2 憂鬱症病患各年齡層人數圓餅圖 (N=1,525)

憂鬱症病患中，有家檔編號者佔 57.84% (882 人)，無家檔編號者佔 42.16% (643 人) (見圖 4.3)。

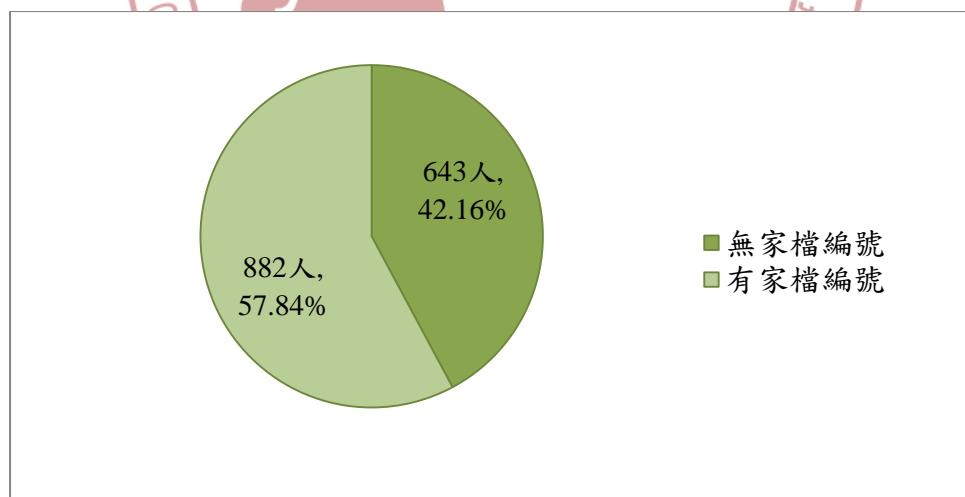


圖 4.3 憂鬱症病患有無家檔編號人數圓餅圖 (N=1,525)

#### 4.1.2 第一次診斷出憂鬱症年齡

憂鬱症病患不分性別，第一次診斷出憂鬱症平均年齡為 46.81 歲，

最大值為 98，最小值為 5。男性憂鬱症病患第一次診斷出憂鬱症平均年齡為 48.21 歲，最大值為 90，最小值為 5。女性憂鬱症病患第一次診斷出憂鬱症平均年齡為 46.36 歲，最大值為 98，最小值為 6。女性第一次診斷出憂鬱症平均年齡略低於男性（見表 4.1）。

表 4.1 憂鬱症病患第一次被診斷出憂鬱症平均年齡

	人數	最小值	最大值	平均數	標準差
所有憂鬱症病患	1,525	5	98	46.81	16.35
男性病患	374	5	90	48.21	16.87
女性病患	1,151	6	98	46.36	16.16

從性別看第一次被診斷出憂鬱症年齡，男性病患有 66 位 (17.65%) 在 65 歲以後被診斷出憂鬱症，135 位 (36.10%) 在 45 到 64 歲之間被診斷出憂鬱症，173 位 (46.25%) 在 45 歲以下診斷出憂鬱症。女性病患有 177 位 (15.38%) 在 65 歲以後被診斷出憂鬱症，411 位 (35.71%) 在 45 到 64 歲之間被診斷出憂鬱症，563 位 (48.91%) 在 45 歲以下被診斷出憂鬱症。無論男性女性，第一次被診斷出憂鬱症年齡都是未滿 45 歲比例最高（見表 4.2）。

#### 4.1.3 以時間橫切面看憂鬱症病患初診類型

因樣本資料診所醫師欲了解憂鬱症病患來源，本研究以病患第一次被診斷出憂鬱症的日期，將病患分為兩類：初診即為憂鬱症與初診非憂鬱症。初診即為憂鬱症病患共 410 位 (26.89%)，初診非憂鬱症病

患共 1,115 位 (73.11%) ( 見圖 4.4)。

表 4.2 憂鬱症病患性別與第一次被診斷出憂鬱症年齡交叉表

第一次診斷出憂鬱症年齡層	男性 (N=374)		女性 (N=1,151)	
	n	%	n	%
65 歲以上	66	17.65%	177	15.38%
45-64 歲	135	36.10%	411	35.71%
未滿 45 歲	173	46.25%	563	48.91%

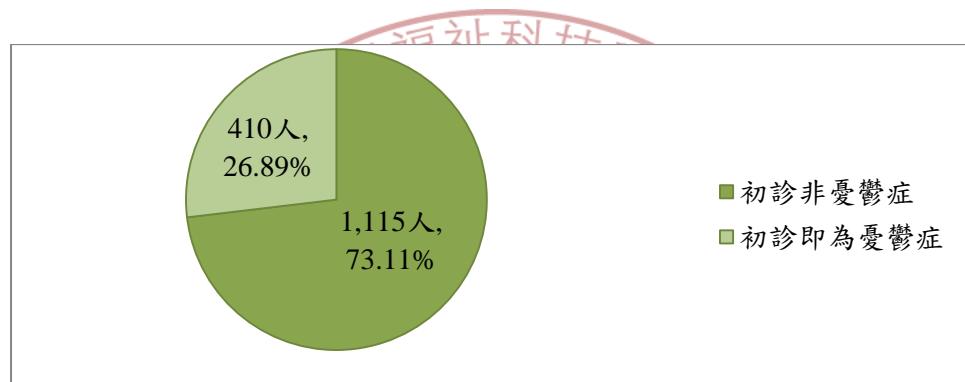


圖 4.4 憂鬱症病患初診類型之人數圓餅圖 (N=1,525)

男性憂鬱症病患，初診即是憂鬱症 89 位 (23.80%)，初診非憂鬱 285 位 (76.20%); 女性憂鬱症病患，初診即是憂鬱症 321 位 (27.89%)，初診非憂鬱 830 位 (72.11%)。女性初診即是憂鬱症的比例略高於男性 (見表 4.3)。

表 4.3 初診類型與性別之交叉表

	男性 (N=374)		女性 (N=1,151)	
	n	( % )	n	( % )
初診非憂鬱症	285	76.20%	830	72.11%
初診即是憂鬱症	89	23.80%	321	27.89%

從第一次被診斷出憂鬱症年齡看初診類型，65 歲以上初診即為憂鬱症有 46 位（18.93%），初診非憂鬱症有 197 位（81.07%）。45-64 歲初診即為憂鬱症有 138 位（25.27%），初診非憂鬱症有 408 位（74.73%）。未滿 45 歲初診即為憂鬱症有 226 位（30.71%），初診非憂鬱症的有 510 位（69.29%）。未滿 45 歲第一次被診斷出憂鬱症的病患，初診即為憂鬱症的比例最高。65 歲以後第一次被診斷出憂鬱症的病患，初診非憂鬱症的比例最高（見表 4.4）。

表 4.4 憂鬱症病患初診類型與第一次被診斷出憂鬱症年齡交叉表

初診類型	65 歲以上 (N=243)		45-64 歲 (N=546)		未滿 45 歲 (N=736)	
	n	%	n	%	n	%
初診即為憂鬱症	46	18.93%	138	25.27%	226	30.71%
初診非憂鬱症	197	81.07%	408	74.73%	510	69.29%

初診即為憂鬱症病患，29.76%（122 人）有家檔編號，70.24%（288 人）無家檔編號。初診非憂鬱症病患，68.16%（760 人）有家檔編號，31.84%（355 人）無家檔編號。初診非憂鬱症病患有家檔編號的比例，比初診即為憂鬱症病患高非常多（見圖 4.5）。

初診非憂鬱症病患，第一次被診斷出憂鬱症前平均醫病關係維持時間（指第一次到該診所就診到診斷出憂鬱症的時間）為 4.27 年。未滿一年的有 314 位（28.16%），1 到 5 年的有 399 位（35.79%），6 到 10 年的有 283 位（25.38%），11 年以上的有 119 位（10.67%）。初診非憂鬱症病患，第一次被診斷出憂鬱症前平均醫病關係維持時間以 1-5 年的人數最多（見圖 4.6）。

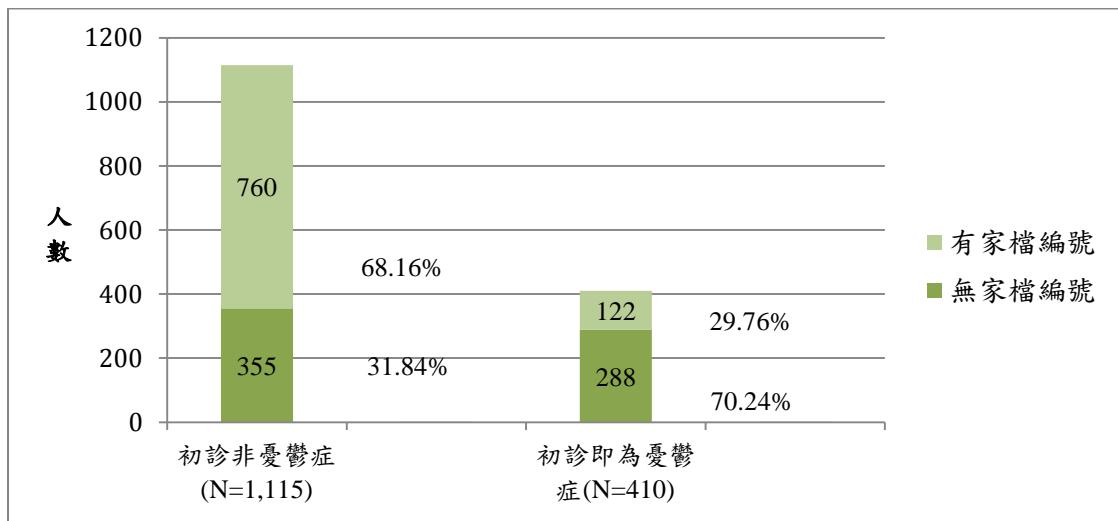


圖 4.5 憂鬱症病患初診類型有無家檔編號比例 (N=1,525)

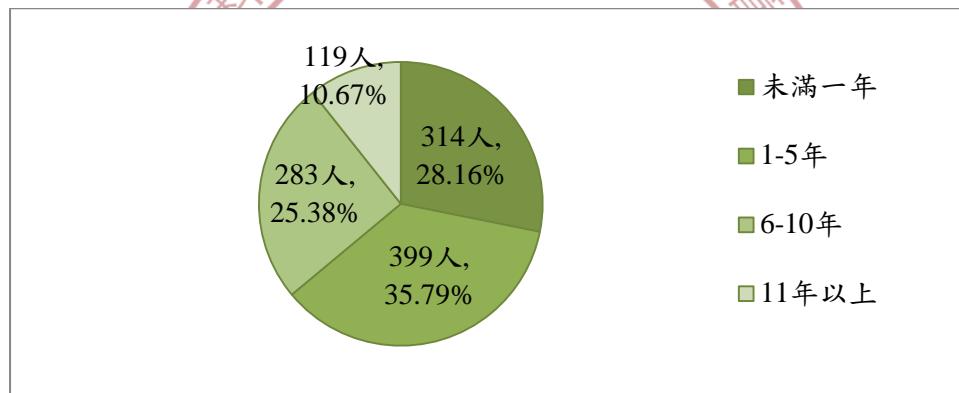


圖 4.6 初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前醫病關係維持時間圓餅圖 (N=1,115)

第一次被診斷出憂鬱症後，初診非憂鬱症病患，與醫生維持醫病關係平均 2.64 年。未滿一年的有 380 位 (34.08%)，1 到 5 年的有 528 位 (47.36%)，6 到 10 年的有 191 位 (17.13%)，11 年以上的有 16 位 (1.43%)。初診即是憂鬱症病患，與醫生維持醫病關係平均 1.2 年。未滿一年的有 260 位 (63.41%)，1 到 5 年的有 120 位 (29.27%)，6 到 10 年的有 30 位 (7.32%)，沒有 11 年以上的。第一次被診斷出憂鬱症後，初診非憂鬱症病患與醫生維持醫病關係時間較長 (見表 4.5)。

表 4.5 憂鬱症病患第一次被診斷出憂鬱症後醫病關係維持時間

醫病關係維持時間 (年)	第一次被診斷出憂鬱後 初診非憂鬱症 (N=1,115)		初診即是憂鬱症 (N=410)	
	n	(%)	n	(%)
未滿 1 年	380	34.08%	260	63.41%
1-5 年	528	47.36%	120	29.27%
6-10 年	191	17.13%	30	7.32%
11 年以上	16	1.43%	0	0.00%

初診即為憂鬱症病患，因在此診所治療憂鬱症，同時就診其他慢性疾病。其他慢性病就診次數如後：甲癬 35 人次，慢性貧血 39 人次，甲狀腺機能疾患 17 人次，糖尿病 37 人次，高血脂 182 人次，痛風 17 人次，焦慮症 1939 人次，高血壓 434 人次，過敏性鼻炎 254 人次，氣喘 39 人次，慢性肝炎 36 人次，攝護腺肥大 21 人次，停經症候群 107 人次，骨性關節炎 71 人次（見表 4.6）。

表 4.6 初診即為憂鬱症病患同時就診其他慢性病次數

疾病名稱	0-100 (人次)	101-1000 (人次)	1001-2000 (人次)	2000 以上 (人次)
甲癬	35			
慢性貧血	39			
甲狀腺機能疾患	17			
糖尿病	37			
高血脂		182		
痛風	17			
焦慮症			1,939	
高血壓		434		
過敏性鼻炎		254		
氣喘	39			
慢性肝炎	36			
攝護腺肥大	21			
停經症候群		107		
骨性關節炎	71			

410位初診即為憂鬱症病患，完成憂鬱症持續治療達六個月(六次)以上的有 87 位。同時就診其他慢性病者共計 71 人，人數最多的是同時就診其他慢性病 11-20 次，共 21 人（見表 4.7）。

表 4.7 初診即為憂鬱症且完成憂鬱症持續治療六個月以上的 87 位病患之同時就診其他慢性病次數與人數交叉表

其他慢性病就診次數	人數(N=87)	
	n	%
0 次	3	3.45%
1-5 次	13	14.94%
6-10 次	14	16.09%
11-20 次	21	24.14%
21-30 次	16	18.39%
31-50 次	10	11.49%
51-100 次	6	6.90%
101-200 次	3	3.45%
201 次以上	1	1.15%

初診非憂鬱症病患在第一次被診斷出憂鬱症前，79.01%（881 人）有罹患其他慢性病，20.99%（234 人）無罹患其他慢性病。有罹患其他慢性病比例較高（見圖 4.7）。

初診非憂鬱症男性病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 71 人，有罹患其他慢性病者 214 人。初診非憂鬱症女性病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 163 人，有罹患其他慢性病者 667 人。初診非憂鬱症女性病患被診斷出憂鬱症之前有罹患其他慢性病比例較高（見表 4.8）。

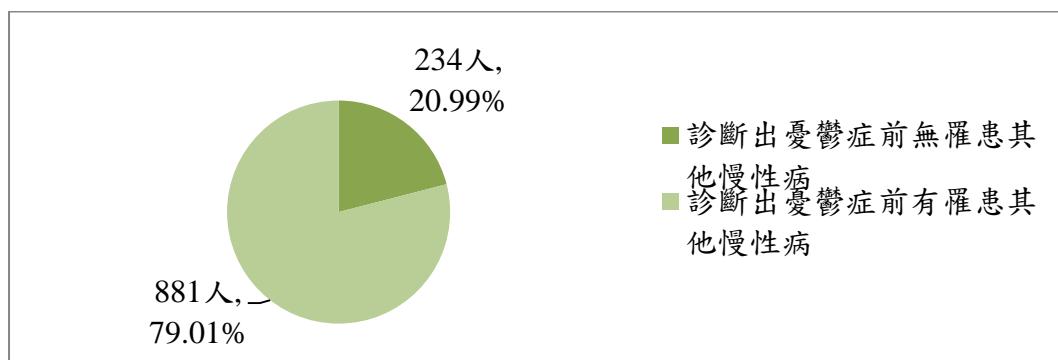


圖 4.7 初診非憂鬱症病患在第一次被診斷出憂鬱症前有無罹患其他慢性病人數 (N=1,115)

表 4.8 初診非憂鬱症病患診斷出憂鬱症之前有無罹患其他慢性病與性別交叉表

	男性(N=285)		女性(N=830)	
	n	%	n	%
無慢性病	71	24.91%	163	19.64%
有慢性病	214	75.09%	667	80.36%

初診非憂鬱症一般病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 116 人，有罹患其他慢性病者 313 人。初診非憂鬱症中高齡病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 76 人，有罹患其他慢性病者 362 人。初診非憂鬱症高齡病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 42 人，有罹患其他慢性病者 206 人。高齡病患被診斷出憂鬱症前有罹患其他慢性病比例最高（見表 4.9）。

表 4.9 初診非憂鬱症病患診斷出憂鬱症前有無慢性病與年齡交叉表

	一般病患(N=429)		中高齡病患(N=438)		高齡病患(N=248)	
	n	%	n	%	n	%
無慢性病	116	27.04%	76	17.35%	42	16.94%
有慢性病	313	72.96%	362	82.65%	206	83.06%

初診非憂鬱症無家檔編號病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 94 人，有罹患其他慢性病者 261 人。初診非憂鬱症有家檔編號病患，被診斷出憂鬱症前無罹患其他慢性病者 140 人，有罹患其他慢性病者 620 人。有家檔編號病患被診斷出憂鬱症之前有罹患其他慢性病比例較高（見表 4.10）。

表 4.10 初診非憂鬱症病患診斷出憂鬱症之前有無慢性病與家檔編號交叉表

	無家檔編號(N=355)		有家檔編號(N=760)	
	n	%	n	%
無慢性病	94	26.48%	140	18.42%
有慢性病	261	73.52%	620	81.58%

#### 4.1.4 以時間縱切面看憂鬱症和其他慢性疾病共病

有其他慢性病共病的憂鬱症病患有 1,420 位 (93.11%)，無其他慢性共病者有 105 位 (6.89%) (見圖 4.8)。

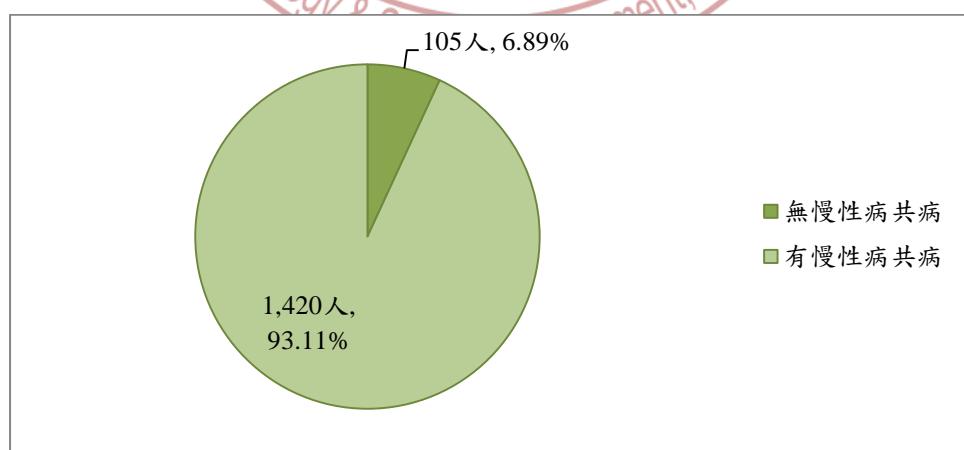


圖 4.8 憂鬱症病患有無慢性病共病人數圓餅圖 (N=1,525)

男性憂鬱症病患有慢性病共病者 340 位 (90.91%)，無慢性病共病者 34 位 (9.09%);女性憂鬱症病患有慢性病共病者 1,080 位 (93.83%)，無慢性病共病者 71 位 (6.17%)。女性憂鬱症病患有慢性病共病比例較男性高一些 (見表 4.11)。

表 4.11 憂鬱症病患有無慢性病共病與性別交叉表

	男性 (N=374)		女性 (N=1,151)	
	n	%	n	%
無慢性病共病	34	9.09%	71	6.17%
有慢性病共病	340	90.91%	1,080	93.83%

高齡憂鬱症病患有慢性病共病者 294 位 (93.93%)，無慢性病共病者 19 位 (6.07%);中高齡憂鬱症病患有慢性病共病者 549 位 (94.01%)，無慢性病共病者 35 位 (5.99%);一般憂鬱症病患有慢性病共病者 577 位 (91.88%)，無慢性病共病者 51 位 (8.12%) (見表 4.12)。

表 4.12 憂鬱症病患有無慢性病共病與年齡層交叉表

	一般病患 (N=628)		中高齡病患 (N=584)		高齡病患 (N=313)	
	n	%	n	%	n	%
無慢性病共病	51	8.12%	35	5.99%	19	6.07%
有慢性病共病	577	91.88%	549	94.01%	294	93.93%

憂鬱症病患中，有焦慮症共病者 1,298 位，有過敏性鼻炎共病者 459 位，有高血脂共病者 446 位，有高血壓共病者 367 位，有慢性肝炎共病者 221 位，有糖尿病共病者 220 位，有停經症候群共病者 208 位，有慢性貧血共病者 180 位，有骨性關節炎共病者 139 位，有甲狀腺機

能疾患共病者 126 位，有氣喘共病者 100 位，有痛風共病者 89 位，有甲癬共病者 76 位，有攝護腺肥大共病者 55 位。

憂鬱症共病比例最高前五慢性病為：焦慮症、過敏性鼻炎、高血脂症、高血壓、慢性肝炎。有焦慮症共病，100 位憂鬱症病患中就有 85 位；有過敏性鼻炎共病，100 位憂鬱病患中有 30 位；有高血脂症共病，100 位憂鬱病患中有 29 位；有高血壓共病，100 位憂鬱症病患中有 24 位；有慢性肝炎共病，100 位憂鬱症病患中有 14 位（見表 4.13）。

表 4.13 憂鬱症病患與其他慢性病共病人數表

疾病名稱	共病人數	共病比例
焦慮症	1,298	85.11%
過敏性鼻炎	459	30.10%
高血脂症	446	29.25%
高血壓	367	24.07%
慢性肝炎	221	14.49%
糖尿病	220	14.43%
停經症候群	208	13.64%
慢性貧血	180	11.80%
骨性關節炎	139	9.11%
甲狀腺機能疾患	126	8.26%
氣喘	100	6.56%
痛風	89	5.84%
甲癬	76	4.98%
攝護腺肥大	55	3.61%

以每位憂鬱症病患之慢性病共病數來看，憂鬱症病患平均共病數 2.61，最大共病數為 12，最小共病數為 0（無共病）。1-2 種慢性病共病者 799 位（52.39%），3-4 種慢性病共病者 350 位（22.95%），5 種以上慢性病共病者 271 位（17.77%）。1-2 種慢性病共病比例最高（見表 4.14）、

圖 4.9)。

表 4.14 憂鬱症患者與其他慢性病共病之共病數

	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
憂鬱症患者與 其他慢性病共 病之共病數	1,525	0	12	2.61	2.05

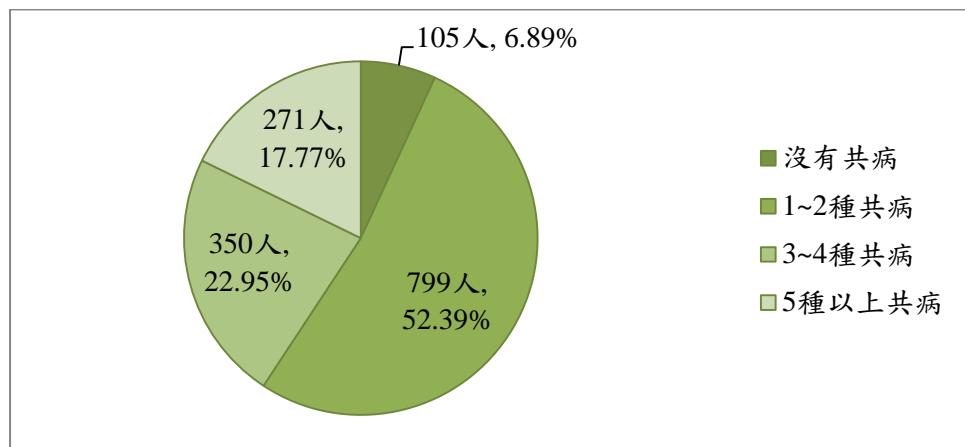


圖 4.9 憂鬱症病患慢性疾病共病數與人數 (N=1,525)

有其他慢性病共病的憂鬱症病患，有家檔編號者有 846 位 (59.58%)，無家檔編號者有 574 位 (40.42%)；無其他慢性病共病的憂鬱症病患，有家檔編號者有 36 位 (34.29%)，無家檔編號者有 69 位 (65.71%)。有慢性病共病者，有家檔編號比例較高，無慢性病共病者，無家檔編號比例較高（見圖 4.10）。

歷來國內外文獻與臨床資料均顯示憂鬱症疾患與焦慮症共病現象向來是研究的熱門議題。此外，根據台大醫院提供的常見慢性病資料與本研究樣本基層醫療診所之臨床診斷資料，列出國人好發之五種常見慢性疾病：糖尿病、高血脂症、高血壓、氣喘、慢性肝炎等。因此，

本研究將利用憂鬱症、焦慮症與上述五種常見慢性病共病類型，研究憂鬱症與其他慢性病共病對憂鬱症持續治療的影響。

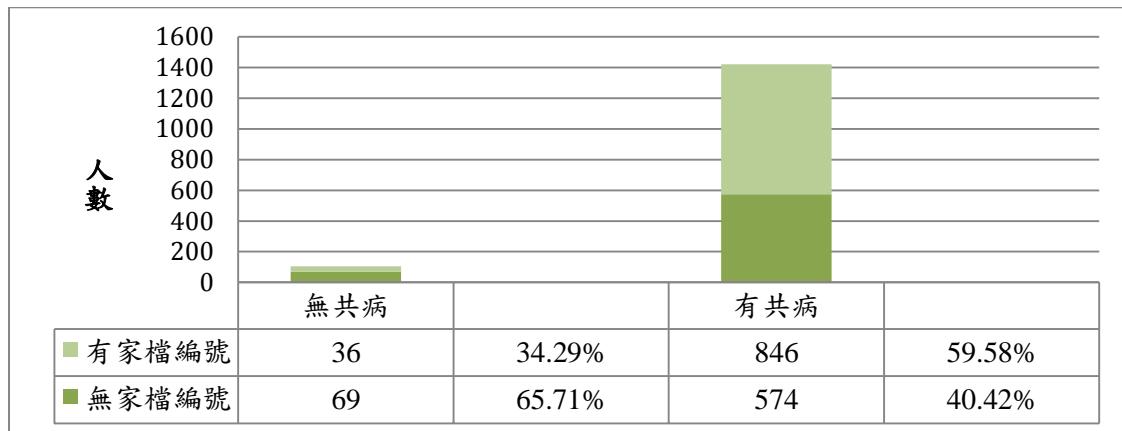


圖 4.10 憂鬱症患者有無共病與家檔編號之人數長條圖 (N=1,525)

一般憂鬱症療程宜持續進行六個月，以達有效緩解，故民國 101 年 7 月之後第一次看診者，因計算至民國 101 年 12 月 31 日未滿六個月，不列入憂鬱症持續治療分析，此類病患在本研究中共計 8 位，故憂鬱症持續治療病患以 1,517 位計算。

為分析憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型對憂鬱症持續治療的影響，整理出樣本資料憂鬱症病患罹患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型，共計 50 種。各共病類型人數如下（見圖 4.11）：

只患憂鬱症有 148 人，憂鬱症兼患慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼氣喘有 4 人，憂鬱症兼患氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患高血脂有 16 人，憂鬱症兼患高血壓慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患焦慮症有 685 人，憂鬱症兼患焦慮症慢性肝炎有 38 人，憂鬱症兼患焦慮症氣喘有 31 人，憂鬱症兼患焦慮症氣喘慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓有 79 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓慢性肝炎有 10 人，憂鬱症兼患焦慮症

高血壓氣喘有 3 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患高血脂有 11 人，憂鬱症兼患高血脂慢性肝炎有 4 人，憂鬱症兼患高血脂氣喘有 1 人，憂鬱症兼患高血脂高血壓有 8 人，憂鬱症兼患高血脂高血壓慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患高血脂高血壓氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症有 90 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症慢性肝炎有 30 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症氣喘有 8 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症氣喘慢性肝炎有 5 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓有 62 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎有 38 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓氣喘有 11 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎有 5 人，憂鬱症兼患糖尿病有 5 人，憂鬱症兼患糖尿病氣喘有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血壓有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血壓慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症有 18 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症慢性肝炎有 5 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症氣喘有 2 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓有 11 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎有 4 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓氣喘有 3 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂有 6 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂慢性肝炎有 3，憂鬱症兼患糖尿病高血脂高血壓有 5 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂高血壓慢性肝炎有 3 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症有 27 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎有 21 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症氣喘有 3 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓有 51 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎有 30 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘有 9 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎有 8 人。

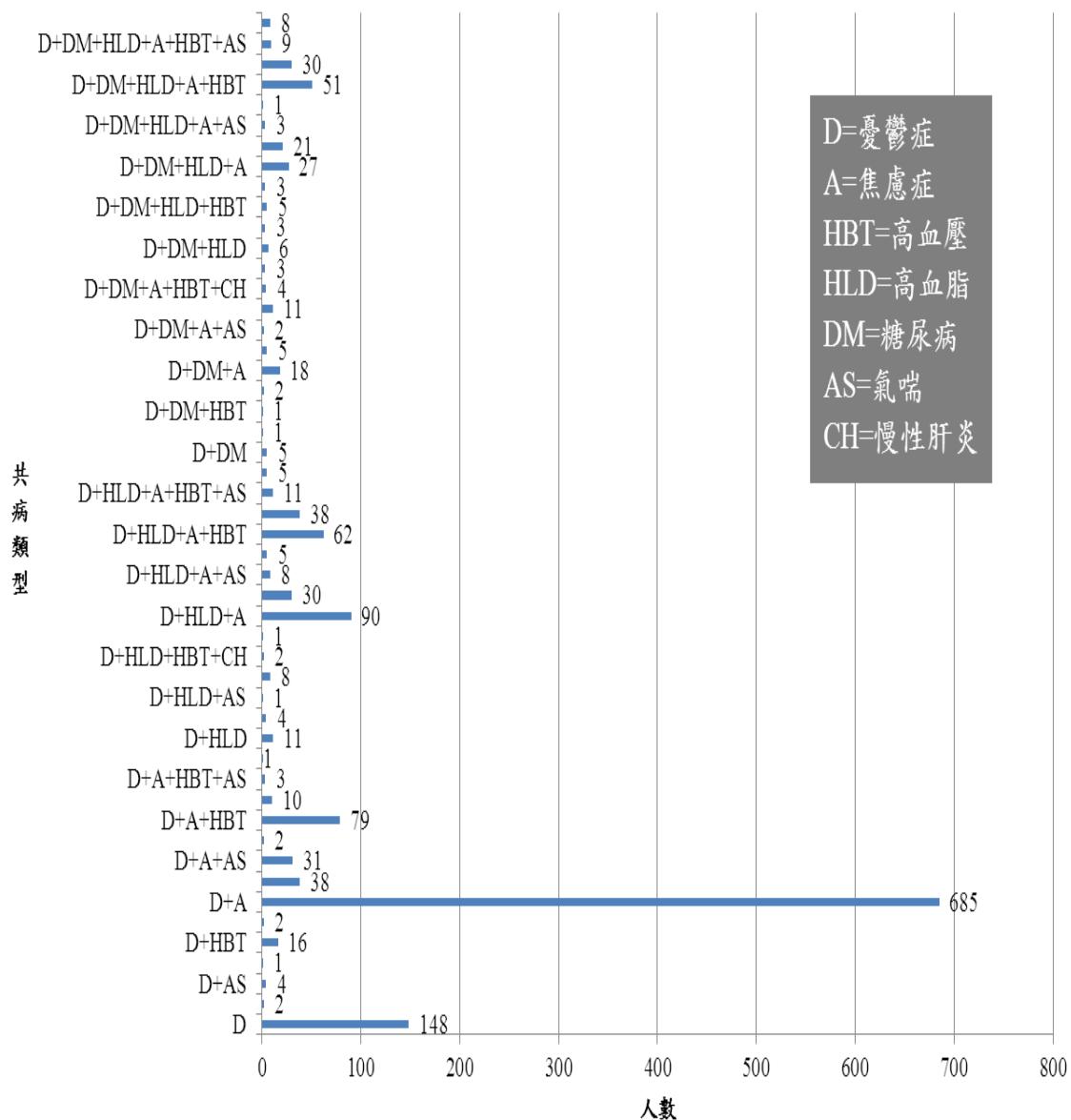


圖 4.11 憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型分析長條圖 ( $N=1,517$ )

因研究者就讀福祉科技與服務管理系的研究所，高齡憂鬱症病患亦為本研究重點，本研究亦探討憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型對高齡憂鬱症病患憂鬱症持續治療的影響。整理出高齡憂鬱症病患罹患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型，共計 37 種，各共病類型人數如下（見圖 4.12）：。

只患憂鬱症有 31 人，憂鬱症兼患氣喘有 1 人，憂鬱症兼患高血壓有 4 人，憂鬱症兼患焦慮症有 73 人，憂鬱症兼患焦慮症慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患焦慮症氣喘有 7 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓有 29 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓慢性肝炎有 3 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓氣喘有 2 人，憂鬱症兼患焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患高血脂有 2 人，憂鬱症兼患高血脂氣喘有 1 人，憂鬱症兼患高血脂高血壓有 4 人，憂鬱症兼患高血脂高血壓氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症有 14 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症慢性肝炎有 4 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓有 26 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎有 10 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓氣喘有 8 人，憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患糖尿病有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血壓有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血壓慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症有 4 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓有 5 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎有 2 人，憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓氣喘有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂有 4 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂高血壓有 2 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂高血壓慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症有 12 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎有 3 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症氣喘慢性肝炎有 1 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓有 25 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎有 14 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘有 4 人，憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎有 6 人。

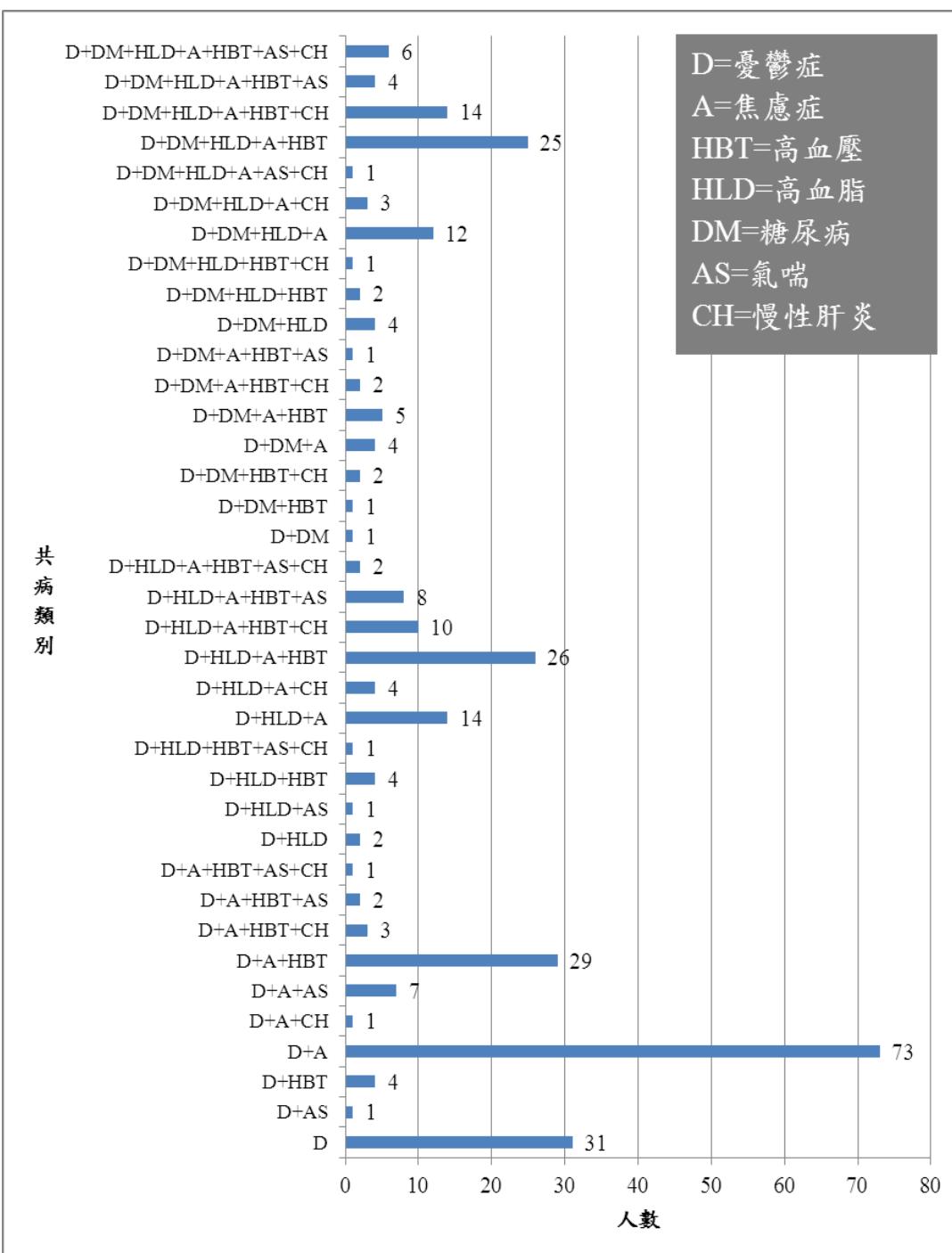


圖 4.12 高齡憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型分析長條圖

#### 4.1.5 憂鬱症持續治療與性別、年齡、有無家檔編號、初診類型、有無慢性病共病、共病類型交叉統計

1,517 位憂鬱症病患，憂鬱症持續治療達六個月以上者有 406 位 (26.76%)，憂鬱症持續治療未達六個月者有 1,111 位 (73.24%)。只有約四分之一的憂鬱症病患憂鬱症持續治療達六個月以上。(見圖 4.13)

從性別看憂鬱症持續治療，女性病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 830 人(72.55%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 314 人(27.45%)；男性病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 281 人 (75.34%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 92 人 (24.66%)。女性病患，有較高比例憂鬱症持續治療達六個月以上 (見表 4.15)。

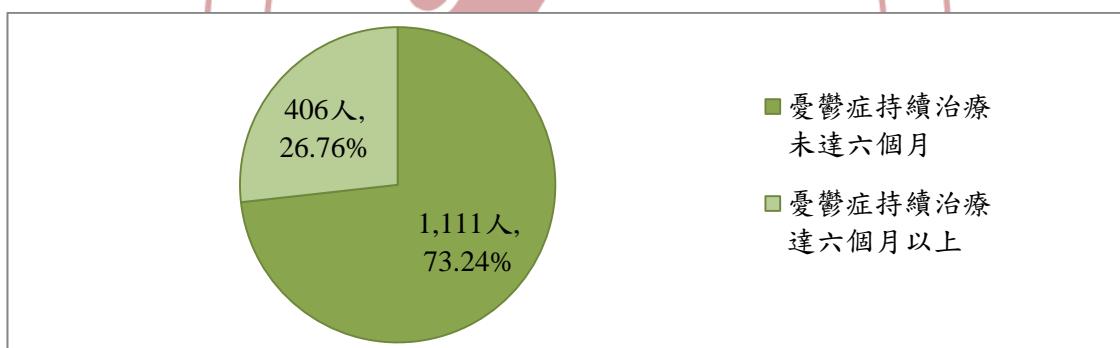


圖 4.13 憂鬱症持續治療是否達六個月以上人數圓餅圖 (N=1,517)

表 4.15 憂鬱症持續治療與性別交叉表

	女性(N=1,144)		男性(N=373)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	830	72.55%	281	75.34%
憂鬱症持續治療達六個月以上	314	27.45%	92	24.66%

從年齡看憂鬱症持續治療，一般病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 471 人(75.36%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 154 人(24.64%)；中高齡病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 410 人 (70.69%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 170 人 (29.31%)；高齡病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 230 人(73.72%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 82 人 (26.28%)。中高齡病患，有最高比例憂鬱症持續治療達六個月以上（見表 4.16）。

表 4.16 憂鬱症持續治療與年齡交叉表

	一般病患(N=625)	n	%	中高齡病患(N=580)	n	%	高齡病患(N=312)	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	471	75.36%		410	70.69%		230	73.72%	
憂鬱症持續治療達六個月以上	154	24.64%		170	29.31%		82	26.28%	

從有無家檔編號看憂鬱症持續治療，無家檔編號，憂鬱症持續治療未達六個月有 493 人(77.03%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 147 人 (22.97%)；有家檔編號，憂鬱症持續治療未達六個月有 618 人 (70.47%)，憂鬱症持續治療達六個月以上有 259 人 (29.53%)。有家檔編號病患，有較高比例憂鬱症持續治療達六個月以上（見表 4.17）。

表 4.17 憂鬱症持續治療與有無家檔編號交叉表

	無家檔編號(N=640)		有家檔編號(N=877)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	493	77.03%	618	70.47%
憂鬱症持續治療達六個月以上	147	22.97%	259	29.53%

從初診類型（初診是否為憂鬱症）看憂鬱症持續治療，初診即是憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 323 人（78.78%），憂鬱症持續治療達六個月以上有 87 人（21.22%）；初診非憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 788 人（71.18%），憂鬱症持續治療達六個月以上有 319 人（28.82%）。初診非憂鬱症病患，有較高比例憂鬱症持續治療達六個月以上（見表 4.18）。

表 4.18 憂鬱症持續治療與初診是否為憂鬱症交叉表

	初診即是憂鬱症 (N=410)		初診非憂鬱症 (N=1,107)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	323	78.78%	788	71.18%
憂鬱症持續治療達六個月以上	87	21.22%	319	28.82%

從慢性病共病看憂鬱症持續治療，無其他慢性病共病病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 100 人（95.24%），憂鬱症持續治療達六個月以上有 5 人（4.76%）；有其他慢性病共病病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 1,011 人（71.60%），憂鬱症持續治療達六個月以上有 401 人（28.40%）。有其他慢性病共病病患，有較高比例憂鬱症持續治療達六個月以上（見表 4.19）。

表 4.19 憂鬱症持續治療與有無共病交叉表

	無慢性病共病(N=105)		有慢性病共病(N=1,412)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	100	95.24%	1,011	71.60%
憂鬱症持續治療達六個月以上	5	4.76%	401	28.40%

憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型之憂鬱症持續治療未達六個月與達到六個月以上人數與比例詳見表 4.20。

表 4.20 憂鬱症持續治療和憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型交叉表

憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型	憂鬱症持續治療(N=1,517)			
	未達六個月	達六個月以上		
兼焦慮症	531 35.00%	154 10.15%		
兼高血脂焦慮症	54 3.56%	36 2.37%		
兼焦慮症高血壓	47 3.10%	32 2.11%		
兼高血脂焦慮症高血壓	40 2.64%	22 1.45%		
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓	30 1.98%	21 1.38%		
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	15 0.99%	15 0.99%		
兼高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	24 1.58%	14 0.92%		
只有憂鬱症	136 8.97%	12 0.79%		
兼焦慮症慢性肝炎	27 1.78%	11 0.73%		
兼高血脂焦慮症慢性肝炎	19 1.25%	11 0.73%		
兼糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎	13 0.86%	8 0.53%		
兼焦慮症氣喘	24 1.58%	7 0.46%		
兼糖尿病焦慮症	11 0.73%	7 0.46%		
兼糖尿病高血脂焦慮症	20 1.32%	7 0.46%		
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘	3 0.20%	6 0.40%		
兼高血脂焦慮症氣喘慢性肝炎	0 0.00%	5 0.33%		
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘	6 0.40%	5 0.33%		
兼焦慮症高血壓慢性肝炎	6 0.40%	4 0.26%		
兼高血脂焦慮症氣喘	4 0.26%	4 0.26%		
兼糖尿病焦慮症高血壓	7 0.46%	4 0.26%		
兼糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎	1 0.07%	3 0.20%		
兼高血壓	14 0.92%	2 0.13%		
兼焦慮症氣喘慢性肝炎	0 0.00%	2 0.13%		
兼糖尿病焦慮症高血壓氣喘	1 0.07%	2 0.13%		
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	6 0.40%	2 0.13%		
兼氣喘慢性肝炎	0 0.00%	1 0.07%		
兼焦慮症高血壓氣喘	2 0.13%	1 0.07%		
兼高血脂	10 0.66%	1 0.07%		
兼高血脂高血壓	7 0.46%	1 0.07%		
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	4 0.26%	1 0.07%		
兼糖尿病焦慮症慢性肝炎	4 0.26%	1 0.07%		
兼糖尿病焦慮症氣喘	1 0.07%	1 0.07%		
兼糖尿病高血脂	5 0.33%	1 0.07%		
兼糖尿病高血脂高血壓	4 0.26%	1 0.07%		
兼糖尿病高血脂焦慮症氣喘慢性肝炎	0 0.00%	1 0.07%		
兼慢性肝炎	2 0.13%	0 0.00%		
兼氣喘	4 0.26%	0 0.00%		
兼高血壓慢性肝炎	2 0.13%	0 0.00%		
兼焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	1 0.07%	0 0.00%		
兼高血脂慢性肝炎	4 0.26%	0 0.00%		
兼高血脂氣喘	1 0.07%	0 0.00%		
兼高血脂高血壓慢性肝炎	2 0.13%	0 0.00%		
兼高血脂高血壓氣喘慢性肝炎	1 0.07%	0 0.00%		
兼糖尿病	5 0.33%	0 0.00%		
兼糖尿病氣喘	1 0.07%	0 0.00%		
兼糖尿病高血壓	1 0.07%	0 0.00%		
兼糖尿病高血壓慢性肝炎	2 0.13%	0 0.00%		
兼糖尿病高血脂慢性肝炎	3 0.20%	0 0.00%		
兼糖尿病高血脂高血壓慢性肝炎	3 0.20%	0 0.00%		
兼糖尿病高血脂焦慮症氣喘	3 0.20%	0 0.00%		

憂鬱症持續治療達六個月以上比例最高前五共病類型如下：憂鬱症兼患焦慮症、憂鬱症兼患高血脂焦慮症、憂鬱症兼患焦慮症高血壓、憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓、憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓等。

#### 4.1.6 高齡憂鬱症持續治療與性別、有無家檔編號、有無共病、共病類型交叉統計

高齡憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月的有 230 人，憂鬱症持續治療達六個月以上的有 82 人，約四分之一高齡病患憂鬱症持續治療達六個月以上（見圖 4.14）。



圖 4.14 高齡憂鬱症持續治療是否達六個月以上人數圓餅圖 (N=312)

高齡女性憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 166 人，憂鬱症持續治療達六個月以上有 61 人；高齡男性憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 64 人，憂鬱症持續治療達六個月以上有 21 人（見表 4.21）。高齡女性憂鬱症病患憂鬱症持續治療達六個月以上比例高一些。

表 4.21 高齡憂鬱症持續治療與性別交叉表 (N=312)

	女性 (N=227)		男性 (N=85)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	166	73.13%	64	75.29%
憂鬱症持續治療達六個月以上	61	26.87%	21	24.71%

高齡無家檔編號憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 78 人，憂鬱症持續治療達六個月以上有 21 人；高齡有家檔編號憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 152 人，憂鬱症持續治療達六個月以上有 61 人。高齡有家檔編號憂鬱症病患憂鬱症持續治療達六個月以上比例較高（見表 4.22）。

表 4.22 高齡憂鬱症持續治療與有無家檔編號交叉表 (N=312)

	無家檔編號 (N=99)		有家檔編號 (N=213)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	78	78.79%	152	71.36%
憂鬱症持續治療達六個月以上	21	21.21%	61	28.64%

高齡無慢性病共病憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 19 人，憂鬱症持續治療達六個月以上有 0 人；高齡有慢性病共病憂鬱症病患，憂鬱症持續治療未達六個月有 211 人，憂鬱症持續治療達六個月以上有 82 人。高齡有慢性病共病憂鬱症病患憂鬱症持續治療達六個月以上比例較高（見表 4.23）。

高齡憂鬱症病患，焦慮症、憂鬱症與五種常見慢性共病病類型之憂鬱症持續治療未達六個月與達到六個月以上的人數與比例詳見表 4.24。

表 4.23 高齡憂鬱症持續治療與有無慢性病共病交叉表 (N=312)

	無慢性病共病 (N=19)		有慢性病共病 (N=293)	
	n	%	n	%
憂鬱症持續治療未達六個月	19	100.00%	211	72.01%
憂鬱症持續治療達六個月以上	0	0.00%	82	27.99%

表 4.24 高齡憂鬱症持續治療和焦慮症、憂鬱症與五種常見慢性病共病類型交叉表

憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型	憂鬱症持續治療(N=312)	
	未達六個月	達六個月以上
兼焦慮症高血壓	18 5.77%	11 3.53%
兼高血脂焦慮症高血壓	17 5.45%	9 2.88%
兼焦慮症	66 21.15%	7 2.24%
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓	18 5.77%	7 2.24%
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	7 2.24%	7 2.24%
兼高血脂焦慮症	8 2.56%	6 1.92%
兼高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	5 1.60%	5 1.60%
只有憂鬱症	28 8.97%	3 0.96%
兼高血脂焦慮症慢性肝炎	1 0.32%	3 0.96%
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘	5 1.60%	3 0.96%
兼糖尿病高血脂焦慮症	9 2.88%	3 0.96%
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘	1 0.32%	3 0.96%
兼高血壓	2 0.64%	2 0.64%
兼焦慮症氣喘	5 1.60%	2 0.64%
兼糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎	0 0.00%	2 0.64%
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	4 1.28%	2 0.64%
兼焦慮症高血壓慢性肝炎	2 0.64%	1 0.32%
兼高血脂高血壓	3 0.96%	1 0.32%
兼糖尿病焦慮症高血壓	4 1.28%	1 0.32%
兼糖尿病焦慮症高血壓氣喘	0 0.00%	1 0.32%
兼糖尿病高血脂	3 0.96%	1 0.32%
兼糖尿病高血脂高血壓	1 0.32%	1 0.32%
兼糖尿病高血脂焦慮症氣喘慢性肝炎	0 0.00%	1 0.32%
兼氣喘	1 0.32%	0 0.00%
兼焦慮症慢性肝炎	1 0.32%	0 0.00%
兼焦慮症高血壓氣喘	2 0.64%	0 0.00%
兼焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	1 0.32%	0 0.00%
兼高血脂	2 0.64%	0 0.00%
兼高血脂氣喘	1 0.32%	0 0.00%
兼高血脂高血壓氣喘慢性肝炎	1 0.32%	0 0.00%
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	2 0.64%	0 0.00%
兼糖尿病	1 0.32%	0 0.00%
兼糖尿病高血壓	1 0.32%	0 0.00%
兼糖尿病高血壓慢性肝炎	2 0.64%	0 0.00%
兼糖尿病焦慮症	4 1.28%	0 0.00%
兼糖尿病高血脂高血壓慢性肝炎	1 0.32%	0 0.00%
兼糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎	3 0.96%	0 0.00%

高齡憂鬱症持續治療達六個月以上比例最高前五共病類型如下：憂鬱症兼患焦慮症高血壓、憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓、憂鬱症兼患焦慮症、憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓、憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎等。

## 4.2 相關分析

### 4.2.1 憂鬱症病患初診類型與其他變項相關分析

#### (1) 初診類型與性別、第一次被診斷出憂鬱症年齡之相關分析

初診是否為憂鬱症和性別無相關 ( $r=-.040$ )。初診是否為憂鬱症與第一次被診斷出憂鬱症年齡在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著 ( $r= .096$ ) (見表 4.25)，意謂著第一次被診斷出憂鬱症的年齡愈大，較易初診非憂鬱症；第一次被診斷出憂鬱症的年齡愈小，較易初診即憂鬱症。

表 4.25 初診是否為憂鬱症與性別、第一次被診斷出憂鬱症年齡之相關

	初診是否為憂鬱症
性別	-.040
第一次被診斷出憂鬱症年齡層	.096**

註：\*\*. 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

#### (2) 初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前有無罹患慢性病與性別、第一次被診斷出憂鬱症年齡之相關分析

初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前有無罹患慢性病和性別無相

關 ( $r = .056$ )。初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前有無罹患慢性病和第一次被診斷出憂鬱症年齡在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著 ( $r = .098$ ) (見表 4.26)，意謂著第一次被診斷出憂鬱症的年齡愈大，在被診斷出憂鬱症前較易罹患其他慢性病；第一次被診斷出憂鬱症的年齡愈小，在被診斷出憂鬱症前較不易罹患其他慢性病。

表 4.26 初診非憂鬱症病患被診斷出憂鬱症前有無罹患慢性病與性別、第一次被診斷出憂鬱症年齡之相關

	被診斷出憂鬱症前有無罹患其他慢性病
性別	.056
第一次被診斷出憂鬱症年齡層	.098**

註：\*\*. 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

#### 4.2.2 憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與其他變項相關分析

憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與性別皆無相關 ( $r=.050$ 、 $-.030$ ) (見表 4.27)。

表 4.27 憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與性別之相關

	性別
有無慢性病共病	.050
慢性病共病數	-.030

憂鬱症病患有無慢性病共病和年齡沒有相關 ( $r = .035$ )。不過，慢性病共病數和病患年齡在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著 ( $r = .304$ ) (見表 4.28)，意謂著憂鬱症病患年齡越大較易有較高的慢性病共病數；憂鬱症病患年齡越小較易有較低的慢性病共病數。

表 4.28 憂鬱症病患有無慢性病共病、慢性病共病數與年齡之相關

	年齡
有無慢性病共病	.035
慢性病共病數	.304**

註：\*\*. 在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著。

#### 4.2.3 憂鬱症持續治療與其他變項相關分析

性別、年齡與憂鬱症持續治療皆無相關 ( $r=-.027$ 、 $.023$ )。

有無家檔編號與憂鬱症持續治療在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著 ( $r=.073$ )，意謂者有家檔編號病患較聽從醫囑且較易憂鬱症持續治療達六個月以上，無家檔編號病患較易憂鬱症持續治療未達六個月。

初診類型與憂鬱症持續治療在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著 ( $r=.076$ )，意謂者初診非憂鬱症病患較易憂鬱症持續治療達六個月以上，初診即是憂鬱症病患較易憂鬱症持續治療未達六個月。

有無慢性病共病與憂鬱症持續治療在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著 ( $r=.136$ )，意謂者有其他慢性病共病的病患較易憂鬱症持續治療達六個月以上，無其他慢性病共病的病患較易憂鬱症持續治療未達六個月。

慢性病共病數與憂鬱症持續治療在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著 ( $r=.236$ )，意謂者慢性病共病數越高的病患較易憂鬱症持續治療達六個月以上，慢性病共病數越低的病患較易憂鬱症持續治療未達六個月（見表 4.29）。

表 4.29 憂鬱症持續治療與其他變項之相關

	憂鬱症持續治療
性別	-.027
年齡	.023
有無家檔編號	.073**
初診類型（初診是否為憂鬱症）	.076**
有無慢性病共病	.136**
慢性病共病數	.236**

註：\*\*. 在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著。

欲了解初診即為憂鬱症病患，憂鬱症持續治療與同時就診其他慢性病就診次數是否相關，本研究進行憂鬱症持續治療與同時就診其他慢性病就診次數相關分析，得到結果如下：

初診即為憂鬱症病患憂鬱症持續治療與同時就診其他慢性病就診次數，在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著 ( $r=.499$ ) (見表 4.30)，意謂者初診即為憂鬱症病患接受憂鬱症持續治療達六個月以上者，較易同時就診其他慢性病，其慢性病就診次數亦較高；初診即為憂鬱症病患接受憂鬱症持續治療未達六個月者，較不易同時就診其他慢性病，其慢性病就診次數亦較低。

表 4.30 初診即為憂鬱症病患憂鬱症持續治療與同時就診其他慢性病就診次數之相關

	憂鬱症持續治療
同時就診其他慢性病就診次數	.499**

註：\*\*. 在顯著水準為 0.01 時（雙尾），相關顯著。

#### 4.2.4 高齡憂鬱症持續治療與其他變項相關分析

性別、有無家檔編號與高齡憂鬱症持續治療均無相關 ( $r=-.022$ 、 $.079$ )。

有無慢性病共病與高齡憂鬱症持續治療在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著 ( $r=.152$ )，意謂者有其他慢性病共病的病患較易憂鬱症持續治療達六個月以上，無其他慢性病共病的病患較易憂鬱症持續治療未達六個月。

慢性病共病數與憂鬱症持續治療在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著 ( $r=.306$ )，意謂者慢性病共病數越高的病患較易憂鬱症持續治療達六個月以上，慢性病共病數越低的病患較易憂鬱症持續治療未達六個月 (見表 4.31)。

表 4.31 高齡憂鬱症持續治療與其他變項之相關

	憂鬱症持續治療
性別	-.022
有無家檔編號	.079
有無慢性病共病	.152**
慢性病共病數	.306**

\*\*. 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

#### 4.3 邏輯斯迴歸分析

##### 4.3.1 其他變項與「憂鬱症持續治療」之邏輯斯迴歸分析

初步相關分析結果顯示，有無家檔編號、初診類型 (初診是否為憂鬱症)、有無慢性病共病、慢性病共病數均與憂鬱症持續治療相關。

然而上述變項與「憂鬱症持續治療」之相關情形都有一共同前提，亦即假設其他條件相同，故若僅以變項間之關聯性來說明研究結果，其佐證力略顯不足。因此，本研究進一步採用多變項邏輯斯迴歸分析方法，除檢定變項間之關係是否顯著之外，亦可獲得勝算比(Odds Ratio)指標來顯示相關強度大小。慢性病共病數雖然與憂鬱症持續治療相關，但臨床醫療人員更想了解憂鬱症和那些慢性病共病對憂鬱症持續治療有影響，因此本研究也進行憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療的邏輯斯迴歸分析。

#### (1) 性別、年齡、家檔編號、初診類型與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析

在控制年齡、有無家檔編號、初診類型的影響後，男性病患(性別 1) 憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為女性病患(性別 0) 的 .830 倍(勝算比的信賴區間為 .633-1.089)，但沒有統計上顯著意義( $p=.178$ )。在控制性別、有無家檔編號、初診類型的影響後，中高齡憂鬱症病患(年齡 1) 憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為一般病患(年齡 0) 的 1.231 倍(勝算比的信賴區間為 .952-1.592)，但沒有統計上顯著意義( $p=.113$ )；高齡病患(年齡 2) 憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為一般病患(年齡 0) 的 1.021 倍(勝算比的信賴區間為 .745-1.400)，但沒有統計上顯著意義( $p=.895$ )。

在控制性別、年齡、初診類型的影響後，有家檔編號病患(家檔編號 1) 憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為無家檔編號病患(家檔編號 0) 的 1.290 倍(勝算比的信賴區間為 1.004-1.658)，且有統計上顯著意義( $p=.046$ )。在控制性別、年齡、家檔編號的影響後，

初診非憂鬱症病患（共病 1）憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為初診即為憂鬱症病患（共病 0）的 1.364 倍（勝算比的信賴區間為 1.024-1.817），且有統計上顯著意義 ( $p=.034$ )（見表 4.32）。

表 4.32 性別、年齡、家檔編號、初診類型與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析摘要表

B 之估計值	顯著性	Exp(B)	EXP(B) 的 95% 信賴區間	
			下界	上界
性別(1)	.178	.830	.633	1.089
年齡	.238			
年齡(1)	.208	.113	1.231	.952
年齡(2)	.021	.895	1.021	.745
家檔編號(1)	.255	.046	1.290	1.004
初診類型(1)	.310	.034	1.364	1.024
常數	-1.433	.000	.239	

### (2) 性別、年齡、有無家檔編號、有無慢性病共病與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析

在控制年齡、有無家檔編號、有無慢性病共病的影響後，男性病患（性別 1）憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為女性病患（性別 0）的 .865 倍（勝算比的信賴區間為 .658-1.138），但沒有統計上顯著意義 ( $p=.301$ )。在控制性別、有無家檔編號、有無慢性病共病的影響後，中高齡憂鬱症病患（年齡 1）憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為一般病患（年齡 0）的 1.223 倍（勝算比的信賴區間為 .944-1.585），但沒有統計上顯著意義 ( $p=.127$ )；高齡病患（年齡 2）憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為一般病患（年齡 0）的 1.029 倍（勝算比

的信賴區間為 .750-1.412），但沒有統計上顯著意義 ( $p=.859$ )。

在控制性別、年齡、有無慢性病共病的影響後，有家檔編號病患（家檔編號 1）憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為無家檔編號病患（家檔編號 0）的 1.311 倍（勝算比的信賴區間為 1.031-1.666），且有統計上顯著意義 ( $p=.027$ )。在控制性別、年齡、家檔編號的影響後，有慢性病共病病患（共病 1）憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為無慢性病共病病患（共病 0）的 7.280 倍（勝算比的信賴區間為 2.936-18.053），且有統計上顯著意義 ( $p=.000$ )（見表 4.33）。

表 4.33 性別、年齡、家檔編號、有無慢性病共病與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析摘要表

	B 之估計值	顯著性	Exp(B)	EXP(B) 的 95% 信賴區間	
				下界	上界
性別(1)	-.145	.301	.865	.658	1.138
年齡		.273			
年齡(1)	.202	.127	1.223	.944	1.585
年齡(2)	.029	.859	1.029	.750	1.412
家檔編號(1)	.271	.027	1.311	1.031	1.666
共病(1)	1.985	.000	7.280	2.936	18.053
常數	-3.127	.000	.044		

### (3) 憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析

在控制性別、年齡、家檔編號的影響後，與「只罹患憂鬱症」相比，憂鬱症持續治療達六個月以上勝算比較大且有統計上顯著意義的共病類型有 20 種，分別列於後：憂鬱症兼患焦慮症（勝算比為 3.103），

憂鬱症兼患焦慮症慢性肝炎（勝算比為 4.350），憂鬱症兼患焦慮症氣喘（勝算比為 3.203），憂鬱症兼患焦慮症高血壓（勝算比為 7.964），憂鬱症兼患焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 7.357），憂鬱症兼患高血脂焦慮症（勝算比為 7.278），憂鬱症兼患高血脂焦慮症慢性肝炎（勝算比為 6.402），憂鬱症兼患高血脂焦慮症氣喘（勝算比為 10.711），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓（勝算比為 6.509），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 6.962），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 10.631），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症（勝算比為 7.154），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓（勝算比為 6.565），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 38.108），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 24.943），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症（勝算比為 4.013），糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎（勝算比為 7.29），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓（勝算比為 8.442），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 12.288），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 24.217）（見表 4.34）。

#### 4.3.2 憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與「高齡憂鬱症持續治療」之邏輯斯迴歸分析

雖然初步相關分析結果顯示，有無慢性病共病、慢性病共病數和高齡憂鬱症持續治療存在顯著相關，然而無慢性病共病之憂鬱症病患中，並無人完成憂鬱症持續治療達六個月以上，故再進行有無慢性病共病與「高齡憂鬱症持續治療」之邏輯斯迴歸分析並無意義。

如前面所述，雖慢性病共病數與高齡憂鬱症持續治療相關，但臨床醫療人員更想了解憂鬱症和那些慢性病共病對高齡憂鬱症持續治療

有影響，因此本研究進行憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與高齡憂鬱症持續治療的邏輯斯迴歸分析。

在控制性別、家檔編號的影響後，與「只罹患憂鬱症」相比，高齡憂鬱症持續治療達六個月以上勝算比較大且有統計上顯著意義的共病類型有 7 種，分別列於後：憂鬱症兼患焦慮症高血壓（勝算比為 5.821），憂鬱症兼患高血脂焦慮症（勝算比為 7.155），憂鬱症兼患高血脂焦慮症慢性肝炎（勝算比為 28.519），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓（勝算比為 5.126），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 10.034），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 10.020），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 30.925）（見表 4.35）。

表 4.34 憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析摘要表

	B 之估計值	顯著性	Exp(B)	EXP(B) 的 95% 信賴區間	
				下界	上界
性別(1)	-.244	.105	.783	.583	1.053
年齡		.200			
年齡(1)	-.059	.685	.943	.711	1.251
年齡(2)	-.324	.082	.723	.502	1.042
家檔編號(1)	.081	.539	1.084	.837	1.404
只有憂鬱症		.004			
兼慢性肝炎	-18.970	.999	.000	.000	.
兼氣喘	-18.779	.999	.000	.000	.
兼高血壓	.544	.505	1.723	.348	8.518
兼高血壓慢性肝炎	-18.697	.999	.000	.000	.
兼焦慮症	1.132	.000	3.103	1.671	5.762
兼焦慮症慢性肝炎	1.470	.002	4.350	1.730	10.939
兼焦慮症氣喘	1.164	.027	3.203	1.141	8.988
兼焦慮症高血壓	2.075	.000	7.964	3.753	16.900
兼焦慮症高血壓慢性肝炎	1.996	.005	7.357	1.802	30.035
兼焦慮症高血壓氣喘	1.850	.146	6.357	.525	76.964
兼焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	-18.402	1.000	.000	.000	.
兼高血脂	.161	.883	1.174	.138	10.014
兼高血脂慢性肝炎	-18.864	.999	.000	.000	.
兼高血脂氣喘	-18.646	1.000	.000	.000	.
兼高血脂高血壓	.634	.569	1.886	.212	16.766
兼高血脂高血壓慢性肝炎	-18.779	.999	.000	.000	.
兼高血脂高血壓氣喘慢性肝炎	-18.402	1.000	.000	.000	.
兼高血脂焦慮症	1.985	.000	7.278	3.493	15.166
兼高血脂焦慮症慢性肝炎	1.857	.000	6.402	2.454	16.703
兼高血脂焦慮症氣喘	2.371	.002	10.711	2.353	48.756
兼高血脂焦慮症高血壓	1.873	.000	6.509	2.924	14.487
兼高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	1.940	.000	6.962	2.833	17.107
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘	2.364	.001	10.631	2.759	40.965
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	1.053	.365	2.865	.293	27.999
兼糖尿病	-18.823	.999	.000	.000	.
兼糖尿病氣喘	-18.970	1.000	.000	.000	.
兼糖尿病高血壓	-18.565	1.000	.000	.000	.
兼糖尿病高血壓慢性肝炎	-18.402	.999	.000	.000	.
兼糖尿病焦慮症	1.968	.001	7.154	2.328	21.987
兼糖尿病焦慮症慢性肝炎	.955	.411	2.600	.267	25.338
兼糖尿病焦慮症氣喘	2.332	.108	10.300	.601	176.537
兼糖尿病焦慮症高血壓	1.882	.007	6.565	1.661	25.952
兼糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎	3.640	.002	38.108	3.612	402.044
兼糖尿病焦慮症高血壓氣喘	3.217	.011	24.943	2.089	297.880
兼糖尿病高血脂	.952	.404	2.590	.277	24.223
兼糖尿病高血脂慢性肝炎	-18.824	.999	.000	.000	.
兼糖尿病高血脂高血壓	1.105	.341	3.021	.310	29.416
兼糖尿病高血脂高血壓慢性肝炎	-18.660	.999	.000	.000	.
兼糖尿病高血脂焦慮症	1.389	.010	4.013	1.397	11.528
兼糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎	1.987	.000	7.290	2.487	21.374
兼糖尿病高血脂焦慮症氣喘	-18.911	.999	.000	.000	.
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓	2.133	.000	8.442	3.676	19.384
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	2.509	.000	12.288	4.784	31.560
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘	3.187	.000	24.217	5.288	110.918
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	1.430	.104	4.181	.746	23.427
常數	-2.314	.000	.099		

表 4.35 高齡憂鬱症病患憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療之邏輯斯迴歸分析摘要表

	B 之估計值	顯著性	Exp(B)	EXP(B) 的 95% 信賴區間	
				下界	上界
性別(1)	-.063	.853	.939	.482	1.827
家檔編號(1)	-.205	.545	.815	.419	1.583
只有憂鬱症		.701			
兼氣喘	-18.902	1.000	.000	.000	.
兼高血壓	2.215	.059	9.157	.921	91.005
兼焦慮症	-.034	.963	.966	.232	4.023
兼焦慮症慢性肝炎	-19.107	1.000	.000	.000	.
兼焦慮症氣喘	1.343	.195	3.829	.502	29.185
兼焦慮症高血壓	1.761	.014	5.821	1.418	23.888
兼焦慮症高血壓慢性肝炎	1.629	.237	5.098	.344	75.645
兼焦慮症高血壓氣喘	-18.871	.999	.000	.000	.
兼焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	-18.839	1.000	.000	.000	.
兼高血脂	-19.075	.999	.000	.000	.
兼高血脂氣喘	-18.902	1.000	.000	.000	.
兼高血脂高血壓	1.114	.394	3.046	.235	39.412
兼高血脂高血壓氣喘慢性肝炎	-18.839	1.000	.000	.000	.
兼高血脂焦慮症	1.968	.016	7.155	1.443	35.467
兼高血脂焦慮症慢性肝炎	3.351	.011	28.519	2.175	373.958
兼高血脂焦慮症高血壓	1.634	.028	5.126	1.196	21.974
兼高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	2.306	.009	10.034	1.767	56.976
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘	1.788	.062	5.975	.916	38.994
兼高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	-18.871	.999	.000	.000	.
兼糖尿病	-19.107	1.000	.000	.000	.
兼糖尿病高血壓	-19.107	1.000	.000	.000	.
兼糖尿病高血壓慢性肝炎	-18.839	.999	.000	.000	.
兼糖尿病焦慮症	-19.042	.999	.000	.000	.
兼糖尿病焦慮症高血壓	.884	.489	2.421	.198	29.565
兼糖尿病高血脂	1.165	.373	3.205	.247	41.600
兼糖尿病高血脂高血壓	2.199	.155	9.014	.436	186.458
兼糖尿病高血脂高血壓慢性肝炎	-18.902	1.000	.000	.000	.
兼糖尿病高血脂焦慮症	1.160	.201	3.190	.539	18.866
兼糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎	-18.931	.999	.000	.000	.
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓	1.321	.081	3.747	.849	16.546
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎	2.305	.005	10.020	2.007	50.017
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘	3.432	.009	30.925	2.348	407.371
兼糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘慢性肝炎	1.608	.135	4.993	.607	41.095
常數	-2.096	.001	.123		

## 第5章 結論與建議

### 5.1 結論

根據本研究結果，憂鬱症病患性別與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上無相關，不符合研究假設。憂鬱症病患年齡與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上無相關，不符合研究假設。憂鬱症病患有無家檔編號與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關，符合研究假設。憂鬱症病患初診類型（初診是否為憂鬱症）與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關，符合研究假設。憂鬱症病患有無慢性病共病與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關，符合研究假設。憂鬱症病患慢性病共病數與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關，符合研究假設。憂鬱症病患之憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與是否完成憂鬱症持續治療達六個月以上有相關，符合研究假設。

#### （1）憂鬱症病患性別、年齡與第一次被診斷出憂鬱症年齡

樣本診所女性病患人數佔總病患人數 57.02%，男性病患佔 42.98%；然而，在樣本憂鬱症病患中，女性憂鬱症病患人數佔 75.48%，男性病患佔 24.52%，憂鬱症女性病患人數約男性病患的三倍。商志雍等人（民 92）也曾經研究過憂鬱症病患性別比例，憂鬱症女性病患人數是男性的二倍。何以憂鬱症女性病患和男性病患比例如此懸殊？張智嵐等人（民 97）表示，女性較願意面對自己身體的不適、較會表達自己的感受、較願意主動尋求外界的幫忙，故憂鬱症病患女性比例比較高。

本研究中，高齡憂鬱症病患佔 20.52%，中高齡憂鬱症病患佔

38.30%，一般憂鬱症病患佔 41.18%，將近六成的憂鬱症病患屬於中高齡病患和高齡病患。

商志雍等人（民 92）曾經研究過第一次被診斷出憂鬱症平均年齡為 42.6 歲，本研究樣本資料憂鬱症病患第一次被診斷出憂鬱症平均年齡為 46.81 歲。男性憂鬱症病患第一次被診斷出憂鬱症平均年齡為 48.21 歲，女性憂鬱症病患為 46.36 歲。

## （2）憂鬱症病患初診類型

此處所指初診類型意指初診是否為憂鬱症。初診即是憂鬱症病患共 410 位 (26.89%)，初診非憂鬱症病患共 1,115 位 (73.11%)。男性憂鬱症病患，初診即憂鬱症 89 位 (23.80%)，初診非憂鬱 285 位 (76.20%)；女性憂鬱症病患，初診即憂鬱症 321 位 (27.89%)，初診非憂鬱 830 位 (72.11%)。

初診即為憂鬱症病患，29.76% (122 人) 有家檔編號，70.24% (288 人) 無家檔編號。初診非憂鬱症病患，68.16% (760 人) 有家檔編號，31.84% (355 人) 無家檔編號。初診非憂鬱症病患有家檔編號的比例，比初診即為憂鬱症病患高非常多。

臨床醫護人員表示，初診即是憂鬱症病患應該是家人介紹來的，但是初診即是憂鬱症病患只有 29.76% 有家檔編號，既然不是家人介紹來的，何以第一次就診就是治療憂鬱症？應是樣本資料診所在憂鬱症治療這一領域小有名氣，才吸引沒有家庭成員在此診所就診的病患也前來治療憂鬱症。

從第一次被診斷出憂鬱症年齡看初診類型，65 歲以上初診即為憂鬱症有 46 位 (18.93%)，初診非憂鬱症有 197 位 (81.07%)。45-64 歲

初診即為憂鬱症有 138 位 (25.27%)，初診非憂鬱症有 408 位 (74.73%)。未滿 45 歲初診即為憂鬱症有 226 位 (30.71%)，初診非憂鬱症的有 510 位 (69.29%)。在未滿 45 歲第一次被診斷出憂鬱症的病患，初診即為憂鬱症的比例最高。在 65 歲以後第一次被診斷出憂鬱症的病患，初診非憂鬱症的比例最高。而且初診是否為憂鬱症與第一次被診斷出憂鬱症年齡存在顯著相關 ( $r=.096$ )，意謂著年齡越大的憂鬱症病患較易初診非憂鬱症，年齡越小的憂鬱症病患較易初診即憂鬱症。這符合莊凱迪等人（民 97）研究結果：老人憂鬱症病患往往不願一開始就接受自己罹患憂鬱症，故老人憂鬱症病患易初診非憂鬱症。

初診非憂鬱症病患，被診斷出憂鬱症前有無罹患其他慢性病和第一次被診斷出憂鬱症年齡存在顯著相關 ( $r=.098$ )，意味著年齡越大，被診斷出憂鬱症前較易罹患其他慢性病；年齡越小，被診斷出罹患憂鬱症之前較不易罹患其他慢性病。張耀文等人（民 95）表示，老人罹患憂鬱症時，往往尋求身體疾病方面的協助，也就是憂鬱症狀常會和慢性疾病導致的不適混淆，所以很多憂鬱症老人在被診斷出憂鬱症前都是先被診斷出罹患其他慢性病。

### (3) 家檔編號、初診類型、醫病關係與憂鬱症持續治療

在控制性別、年齡和初診類型的影響後，有家檔編號之憂鬱症病患憂鬱症持續治療達六個月以上的勝算比為無家檔編號病患的 1.290 倍，且有統計上顯著意義 ( $p=.046$ )；在控制性別、年齡和有無慢性病共病的影響後，有家檔編號之憂鬱症病患憂鬱症持續治療達六個月以上的勝算比為無家檔編號病患的 1.311 倍，且有統計上顯著意義 ( $p=.027$ )。無論是控制性別、年齡、初診類型或有無慢性病共病的影

響後，有家檔編號病患比起無家檔編號病患皆較能憂鬱症持續治療達六個月以上，劉婉如（民 97）等學者指出家族治療在憂鬱症治療中的重要性。有家檔編號的憂鬱病患，醫師容易實施家族治療，醫師方便追蹤家族疾病史，病患在治療時易獲得家庭的支持與鼓勵，其他家庭成員可以得到疾病正確的知識，進而以適當的態度鼓勵病患接受憂鬱症持續治療。

顧客關係管理理論，維繫一個舊客戶所花的時間和得到的效益，等於開發五個新客戶（姜智偉，民 102）。良好醫病關係不僅幫助醫師易診斷原診所病患罹患憂鬱症，原診所病患亦較易接受自己得了憂鬱症且進行治療。維持基層醫療診所與原診所病患良好醫病關係比尋找新病患建立新醫病關係容易。良好醫病關係易使憂鬱症病患遵從醫囑且接受憂鬱症持續治療，提高憂鬱症緩解的成功率，原診所病患也會帶進新憂鬱症病患接受治療。

陳亮恭（民 95）指出良好醫病關係始於病患的診療，如果醫師能了解病患求診的問題，適當解決病患的痛苦，自然病患就會信賴醫師，這就建立了基本的良好醫病關係，然後從個人推到家庭，最後和醫生形成長期且固定的醫病互動。有家檔編號病患表示有其他家庭成員在此診所就診，醫病關係佳才會推薦家庭成員來同一診所就診。家庭成員在同一診所就診，彼此能增強和醫生的互動關係，幫助良性的醫病關係不斷循環。又本研究已知有家檔編號病患較能憂鬱症持續治療達六個月以上，這亦證明良好醫病關係能促進憂鬱症病患持續治療。

初診非憂鬱症病人願意在同一家診所治療憂鬱症，表示醫生和病人醫病關係良好，病患信任醫師，所以願意接受自己得了憂鬱症且留

在同一基層醫療診所治療。在控制性別、年齡、有無家檔編號的影響後，初診非憂鬱症病患（被診斷出憂鬱症前和醫生已有良好醫病關係）憂鬱症持續治療達六個月以上的勝算比為初診即是憂鬱症病患（被診斷出憂鬱症前和醫師無任何醫病關係）的 1.364 倍，且有統計上顯著意義( $p=.034$ )。醫病關係的確會影響憂鬱症能否持續治療達六個月以上。

初診即憂鬱症病患同時就診其他慢性疾病次數與憂鬱症持續治療存在顯著相關 ( $r=.499$ )，意謂著初診即為憂鬱症病患接受憂鬱症持續治療達六個月以上者，較易同時就診其他慢性病，其慢性病就診次數亦較高；初診即為憂鬱症病患接受憂鬱症持續治療未達六個月者，較不易同時就診其他慢性病，其慢性病就診次數亦較低。初診即是憂鬱症病患，如果憂鬱症持續治療能達六個月以上，表示和醫師建立良好醫病關係，醫病關係良好，也會讓自己的其他慢性病在此診所治療。良好醫病關係的確影響初診即為憂鬱症病患是否願意接受此診所醫師治療其他慢性疾病。

總之，本研究證實能進行家族治療、追蹤家族疾病史的有家檔編號病患憂鬱症持續治療情形較佳，也證實良好的醫病關係在憂鬱症治療扮演關鍵性的角色。良好的醫病關係讓憂鬱症病患願意面對自己的症狀、願意聽從醫囑且持續治療憂鬱症，病患願意持續治療憂鬱症自然醫病關係會更好，進而更願意在同一診所治療其他疾病。

#### （4）慢性病共病、共病類型與憂鬱症持續治療

憂鬱症常會和其他慢性疾病共病，根據本研究結果，有其他慢性病共病的憂鬱症病患有 1,420 位 (93.11%)，無其他慢性共病者有 105 位 (6.89%)。與憂鬱症共病比例最高前五疾病依次為焦慮症、過敏性

鼻炎、高血脂症、高血壓及慢性肝炎。每 100 位憂鬱症病患就有 85 位有焦慮症共病，這符合曾美智等人（民 98）在研究中證實的焦慮症和憂鬱症的共病率很高，也證實國內外文獻與臨床資料顯示的憂鬱症焦慮症共病現象。

樣本資料憂鬱症病患平均共病數 2.61，最大共病數為 12，最小共病數為 0（無共病）。1-2 種慢性病共病者 799 位（52.39%），3-4 種慢性病共病者 350 位（22.95%），5 種以上慢性病共病者 271 位（17.77%）。1-2 種慢性病共病比例最高。

憂鬱症病患慢性病共病數和病患年齡存在顯著相關 ( $r=.304$ )，意謂著年齡越大較易有較高的慢性病共病數，年齡越小較易有較少的慢性病共病數，這符合張耀文等人（民 95）、謝明鴻、賴德仁（民 94）曾經提過的，老人憂鬱症病患常合併較多的身體疾病。

根據邏輯斯迴歸分析結果，有慢性病共病的憂鬱症病患憂鬱症持續治療達到六個月以上的勝算比為無慢性病共病病患的 7.28 倍，且有統計上顯著意義 ( $p=.000$ )。有慢性病共病的病患較能憂鬱症持續治療達六個月以上。

雖然慢性病共病數和憂鬱症持續治療存在顯著相關，醫護人員更想知道憂鬱症和那些慢性疾病共病會影響憂鬱症持續治療情形，故本研究也進行憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與憂鬱症持續治療的邏輯斯迴歸分析。跟「只罹患憂鬱症」相比，憂鬱症持續治療達六個月以上勝算比較大且有統計上顯著意義的共病類型計有 20 種，分別為：憂鬱症兼患焦慮症（勝算比為 3.103），憂鬱症兼患焦慮症慢性肝炎（勝算比為 4.350），憂鬱症兼患焦慮症氣喘（勝算比為 3.203），

憂鬱症兼患焦慮症高血壓（勝算比為 7.964），憂鬱症兼患焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 7.357），憂鬱症兼患高血脂焦慮症（勝算比為 7.278），憂鬱症兼患高血脂焦慮症慢性肝炎（勝算比為 6.402），憂鬱症兼患高血脂焦慮症氣喘（勝算比為 10.711），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓（勝算比為 6.509），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 6.962），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 10.631），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症（勝算比為 7.154），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓（勝算比為 6.565），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 38.108），憂鬱症兼患糖尿病焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 24.943），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症（勝算比為 4.013），糖尿病高血脂焦慮症慢性肝炎（勝算比為 7.29），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓（勝算比為 8.442），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 12.288），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 24.217）等。

本研究亦進行憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型與「高齡憂鬱症持續治療」的邏輯斯迴歸分析，與「只罹患憂鬱症」相比，憂鬱症持續治療達六個月以上勝算比較大且有統計上顯著意義的共病類型有七種，分別為：憂鬱症兼患焦慮症高血壓（勝算比為 5.821），憂鬱症兼患高血脂焦慮症（勝算比為 7.155），憂鬱症兼患高血脂焦慮症慢性肝炎（勝算比為 28.519），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓（勝算比為 5.126），憂鬱症兼患高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 10.034），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓慢性肝炎（勝算比為 10.020），憂鬱症兼患糖尿病高血脂焦慮症高血壓氣喘（勝算比為 30.925）等。

## 5.2 研究限制

- (1) 本研究樣本僅來自北部某一家醫科基層醫療診所，無法將本研究結果類推到其他區域或其他層級的醫療相關門診。
- (2) 研究病患在被診斷出憂鬱症之前有無罹患其他慢性病，因為樣本資料僅來自同一家診所，也許病患在別的醫療單位有罹患其他慢性病就診記錄，如能獲得病患在所有醫療院所的就診資料，相信此研究更有意義。此外，病患也許在其他醫療單位治療過憂鬱症，所以此研究中第一次被診斷出憂鬱症年齡不一定是真正的第一次。
- (3) 本研究為目前國內外唯一以初診類型（初診是否即為憂鬱症）來探究基層醫療診所憂鬱症病患照護情形，故無法與國內外文獻進行比較分析。
- (4) 本研究為目前國內外唯一以基層醫療診所憂鬱症病患為樣本之研究，故無法與國內外文獻進行比較分析。

## 5.3 研究貢獻

基層醫護人員為提升憂鬱症病患緩解成功率，需主動提醒憂鬱症病患固定回診，然而基層醫護人員人手不足，加上憂鬱症病患人數眾多，如何找出較易憂鬱症持續治療達六個月以上的病患來優先追蹤、照護，是基層醫護人員所關心的。

本研究結果已證實有家檔編號、初診非憂鬱症、有慢性病共病病患較易憂鬱症持續治療達六個月以上，而且也證實憂鬱症、焦慮症與五種常見慢性病共病類型有 20 種對憂鬱症持續治療有正向影響，有七

種對高齡憂鬱症持續治療有正向影響。故基層醫護人員可從有家檔編號、初診非憂鬱症、有慢性病共病、有上述共病類型的憂鬱症病患優先追蹤與照護，來提升憂鬱症緩解成功率。

#### 5.4 建議

為了讓憂鬱症病患接受達六個月以上之憂鬱症持續治療，憂鬱症能達到緩解，基層醫療院所可建置憂鬱症病患自動回診系統，掌握憂鬱症病患應回診日期，醫護人員可透過電話追蹤、發送簡訊、郵寄回診提醒函來提醒憂鬱症病患應回診日期。

國內外研究均發現，憂鬱症病患在基層醫療單位接受憂鬱症治療比例最高，若基層醫療醫護人員與病患建立良好醫病關係，透過家檔編號了解家族病史，憂鬱症能及早被診斷，且憂鬱症病患能受到適當的治療，不僅能緩解憂鬱症疾患，同時提升憂鬱病患生活品質、避免自殺念頭，亦減輕家人的壓力。本研究顯示，有家檔編號、良好醫病關係對病患接受達六個月以上的憂鬱症持續治療是有正面影響，故落實家檔編號建置與病患建立良好醫病關係是基層醫療院所刻不容緩的事。

目前樣本資料診所的家庭檔案只有性別、出生日期等個人基本資料，建議增加學歷、職業、宗教信仰、所得、婚姻狀態、興趣等個人基本資料，待以後還要進行相關研究，更能瞭解影響憂鬱症持續治療的因素還有哪些。

## 參考文獻

### (1) 中文部分

- 中華民國行政院衛生署(民102年4月30日)。民國100年死因統計年報。  
取自  
[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=11962&class\\_no=440&level\\_no=4](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4)
- 中華民國行政院衛生署(民102年4月30日)。門診主要疾病就診率統計 -- 按 性 別 及 年 齡 別 分 。 取 自  
[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2.aspx?now\\_fod\\_list\\_no=12023&class\\_no=440&level\\_no=3](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12023&class_no=440&level_no=3)
- 方文輝、羅慶徽(民94)。常見疾病與憂鬱症。當代醫學，32(6)，483-488。
- 王作仁、陸汝斌、張登萍、張敏(民87)。療效不佳型憂鬱症之治療策略。台灣醫學，2(1)，81-86。
- 台灣自殺防治學會網站(民102年4月30日)。遠離憂鬱、迎向陽光。  
取自  
[http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/know/know\\_content.jsp?type=article&sno=27#](http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/know/know_content.jsp?type=article&sno=27#)
- 全人教育百寶箱(民102年2月15日)。認識慢性病。取自：  
<http://hep.ccic.ntnu.edu.tw/browse2.php?s=362>
- 朱哲生、葉慶輝(民99)。老人憂鬱症。家庭醫學與基層醫療，25(6)，226-233。
- 行政院衛生署中央健康保險局(民國102年5月13日)。慢性病人經常要到醫療院所看病及領藥，如何節省門診的醫療開銷？取自  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=8&menu\\_id=26&WD\\_ID=26&webdata\\_id=2537](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=8&menu_id=26&WD_ID=26&webdata_id=2537)
- 行政院衛生署中央健康保險局(民國102年5月2日)。全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫。取自  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\\_id=926&WD\\_ID=928&webdata\\_id=3664](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=926&WD_ID=928&webdata_id=3664)

- 吳佳璇、李信謙、李明濱、李宇宙、曾美智、陳映燁（民90）。老年憂鬱症住院病人之臨床特徵。台灣精神醫學，15（2），134-141。
- 吳易澄、葉怡君、顏如佑、柯志鴻、顏正芳、陳正生（民100）。老人憂鬱症抗憂鬱劑治療未緩解之預測因子：一個初步的開放式研究。臺灣精神醫學，25（2），99-105+126。
- 李秋月、林界南、胡崇元、張芳維、劉芳蘭、林玉淨（民92）。促進憂鬱症病患正確就醫用藥行為--以病友團體模式評估成效。秀傳醫學雜誌，4，129-135。
- 李淑珺（譯）（民96）。老人憂鬱症完全手冊（原作者：Mark D. Miller、Charles F. Rcyonlds III）。台北市：心靈工坊文化。
- 周麗華（民98）。透析患者的憂鬱現象及其護理處置。台灣腎臟護理協會雜誌，8（2），18-28。
- 林志強、夏一新、陸汝斌（民84）。老年憂鬱症的診斷與治療。醫學繼續教育，5（1），55-61。
- 林秋菊、柯乃熒、蔡玲君、陳彰惠（民94）。健康信念、尿毒症認知和社會支持對慢性血液透析病人遵從行為之影響。高雄醫學科學雜誌，11，470-480。
- 林蘭萍（民96）。老人憂鬱情形：流行病學與防治策略初探。台灣老人保健學刊，3（1），53-64。
- 非凡新聞週刊257期（民102年4月30日）。老台灣 教你卡位搶賺3兆銀髮商機。取自：<http://ck101.com/thread-1912379-1-1.html>
- 姜智偉（民102年4月30日）。CRM客戶關係管理總論。取自：<http://www.iiiedu.org.tw/knowledge/knowledge01.htm>
- 洪莉竹（民85）。憂鬱個案及輔導策略之探討。諮商與輔導，121，13-17。
- 胡月娟、陳敏麗、胡秀媛、賴豐美、馮清淳、顧家怡、…蔡碧藍（民95）。慢性護理學。台北市：匯華圖書。
- 范世展（2004）。關聯式資料庫：觀念解析+實務大全。臺北市：五南圖書。
- 孫秀惠（譯）（民90）。走出藍色憂谷：告別憂鬱症（原作者：美國醫療協會編著）。台北市：天下生活出版公司。

財團法人董氏基金會憂鬱症主題館（民 102 年 4 月 30 日）。發現與治療憂鬱症第一線 -- 基層醫療診所。取自：  
<http://www.jtf.org.tw/psyche/melancholia/speak02.asp>

郝立智、趙建剛（民96）。糖尿病和憂鬱症的研究與探討。當代醫學，**34**（12），953-960。

高煥堂（2008）。Google Android 應用框架原理與程式設計 36 技。臺北市：物澤電腦事業。

涂祖強（民 95）。憂鬱症藥物治療。三總藥訊，**58**，1-12。

商志雍、廖士程、李明濱（2003）。精神科門診憂鬱症患者就診率之變遷。台灣醫學，**7**（4），507-509。

張智嵐、袁聖琇、黃美芳（2008）。探討憂鬱症成因與症狀之性別差異。輔導季刊，**44**（1），33-42。

張鈺姍、賴俊揚、孫秀如、邱嘉凡、梁秀青、湯淑慧、盧美柔（民97）。老年人自殺意念之相關因素。台灣精神醫學，**22**（3），202-213。

張耀文、高東輝、黃宗正（民 95）。老人憂鬱症。長期照護雜誌，**10**（3），207-215。

張麟生（民 96）。基層醫療診所的角色與功能。基層醫學，**22**（3），99-104。

莊凱迪、蔡佳芬（民97）。老年人的憂鬱症。台灣老年醫學暨老年學雜誌，**3**（2），182-190。

郭斐然（民 102 年 4 月 30 日）。家庭檔案的建立。取自 [ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/173070/1/76.pdf](http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/173070/1/76.pdf)

郭斐然、林仲志、陳恆順、陳慶餘（民93）。社區健康照護資訊系統。台灣醫學，**8**（6），832-836。

陳文龍（民92）。家庭醫學漫談。台北市：台灣商務。

陳亮恭（民95）。家庭醫師不打烊。台北市：原水文化。

陳淑惠（民88）。精神疾病與平權意識的聯想。兩性平等教育季刊，**6**，45-49。

陳晶瑩、呂碧鴻、陳慶餘、戴東原（民 93）。家庭醫學專科醫師與老年醫學專科醫師在社區老人照護合作之角色。台灣家庭醫學研究，**2**（1），1-9。

曾美智、李宇宙、李明濱（民88）。憂鬱症與焦慮症之共患現象。台灣精神醫學，13（2），125-35。

曾憲洋（民97）。某老人院精神疾病盛行率的先導研究。台灣精神醫學，22（4），287-295。

黃正平（民100）。臨床老年精神醫學。臺北市：合記圖書。

黃有志（譯）（民91）。Oracle資料庫架構第二版（原作者：Rick Greenwald, Robert Stackowiak, Jonathan Stern）。臺北市：歐萊禮。

楊子慧（民97）。探討以電話追蹤門診憂鬱症初診病患之成效（碩士論文）。取自臺灣博碩士論文系統。（系統編號096TMC05563015）

楊延光、鄭淑惠（民95）。全方位憂鬱症防治手冊。臺北市：張老師。

楊雅雯（民93）。藥師介入憂鬱症治療成效評估（碩士論文）。取自臺灣博碩士論文系統。（系統編號093NCKU5522007）

葉雅馨、林家興（2006）。台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，19（2），125-148。

詹其峰、邱泰源、劉文俊、梁繼權、陳慶餘（民92）。基層醫療保健品質評估指標。台灣家庭醫學研究，1（1），8-21。

臺大醫院健康電子報 2011 年 9 月 46 期（民 102 年 4 月 30 日）。憂鬱症的藥物治療。取自 [http://epaper.ntuh.gov.tw/health/201109/project\\_3.html](http://epaper.ntuh.gov.tw/health/201109/project_3.html)

臺大醫院慢性病整合型疾病管理（民 102 年 4 月 30 日）。慢性病簡介。取自 <http://www.ntuh.gov.tw/telehealth/chronic/DocLib2/%E9%A6%96%E9%A0%81.aspx>

臺北市政府衛生局（民 102 年 4 月 30 日）。憂鬱症共同照護指引。取自 <http://www.health.gov.tw/>

劉珣瑛（民 90）。憂鬱病患身體失能度。勞工期刊，2001 年 12 月，218-222。

劉婉如（民97）。家族治療系統觀點在憂鬱症治療之應用。諮商與輔導，274，19-22。

蔡述信（民92）。以台灣全民健保承保抽樣歸人檔案分析憂鬱症病患的醫療利用（碩士論文）。取自臺灣博碩士論文系統。（系統編號091CMCH0528023）

賴德仁（民95）。老年憂鬱症對抗憂鬱劑之療效及預後相關因素之探討（碩士論文）。取自臺灣博碩士論文系統。（系統編號095CSMU5534004）

薛文傑、葉佳祐、顏銘漢、林可寰、陳菊珍、徐玉英（民98）。淺談抗憂鬱劑治療。家庭醫學與基層醫療，24（5），160-166。

謝明鴻、賴德仁（民94）。老人憂鬱症：目前之議題。台灣精神醫學，19（2）：85-99。

顏啟華、高敏真、汪正青、廖玟君、顏裕庭、李孟智（民98）。家庭醫學與老人醫療服務在美國及台灣的經驗。台灣醫界，52（6），36-38。



## (2) 英文部分

- American Psychiatric Association. (1994). Quick reference to the American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders : Compendium 2004. VA: APA, 1994.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. VA: APA, 1994.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR® . VA: APA, 2000.
- Ames, D., Ashby, D., & Mann, A. H. (1988) Psychiatric illness in elderly residents of Part III homes in one London borough: Prognosis and review. *Age Ageing*, 17, 249-56.
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1272-1280.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*, 23, 455-468.
- Fu, T. S., Lee, C. S., Gunnell, D., Lee, W. C., & Cheng, A. T. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9862), 235-41.
- Hardy, K. J., O'Brien, S. V., & Furlong, N. J. (2001). Quality improvement report: information given to patients before appointments and its effect on non—attendance rate. *British Medical Journal*, 323, 1298—1300.
- Harpole, L. H., Williams, J. W. Jr., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Oddone, E., Callahan, C. M., ...Unutzer, J. (2005). Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 27, 4—12
- Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development. (1978). A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. *National Academy of Sciences*, 1978: 15-28.
- Keitner, G. I., Archambault, R., Ryan, C. E., & Miller, I. W. (2003). Family Therapy and Chronic Depression. *J Clin Psycho*, 59(8), 873-84.
- Lesher, E. L. (1986) Validation of the Geriatric Depression Scale among nursing home residents. *Clin Gerontol*, 4, 21-28.

- Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY* (2005), 186, 182-184.
- Melfi, C. A., Chawla, A. J., Croghan, T. W., Hanna, M. P., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The Effects of Adherence to Antidepressant Treatment Guidelines on Relapse and Recurrence of Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 1128-1132.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Noyes, R. Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 41-55.
- Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1989) Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. *J Gerontol*, 44, M22-9.
- Reynolds, C. F., III, Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Perel, J. M., Mazumdar, S., & Houck, P. R. (1996). Treatment outcome in recurrent major depression: a post-hoc comparison of elderly ("young old") and mid-life patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 153, 1288-92.
- Rubin, R. (2007, March 29). Doctors baffled by patients not taking prescriptions. *USA TODAY*. Retrieved from [http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2007-03-28-taking-medicine\\_n.htm](http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2007-03-28-taking-medicine_n.htm)
- Sanglier, T., Saragoussi, D., Milea, D., Auray, J. P., Valuck, R.J., & Tournier, M. (2011). Comparing Antidepressant Treatment Patterns in Older and Younger Adults: A Claims Database Analysis. *JAGS*, 59, 1197-1205.
- Unutzer, J. (2002). Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biol Psychiatry*, 52, 285-92
- World Health Organization. (2004). Global Burden of Disease 2004. Retrieved from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)
- World Health Organization. (2012). Depression. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Organization. (2012). Chronic Diseases. Retrieved from [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)