

屏東縣不同背景原住民宗教信仰與憂鬱之關係

蔡美惠^{*} 李百麟^{**} 黃誌坤^{***}

摘要

身心靈健康常在日常生活中被當做一個詞語使用，即身體、心理與心靈健康常被認為是一體的。然相較於身體與心理健康之關係，心理與心靈的關係則甚少被研究者關注。據此，為彌補此文獻上的缺乏性，本研究探討：一、不同背景變項之中老年原住民其憂鬱症狀之差異；二、中老年原住民宗教信仰虔誠度與憂鬱症之關係。本研究對象為屏東縣中老年原住民，年齡45歲以上，共161位。本研究採立意取樣之問卷調查法進行，宗教信仰虔誠度為自編量表；憂鬱狀況採簡式老人憂鬱量表。本研究結果資料採單因子變異數及羅吉斯迴歸分析，結果發現：一、不同年齡層的中老年原住民在憂鬱變項有顯著差異；二、宗教信仰虔誠度與憂鬱狀況有顯著關係，亦即宗教信仰虔誠度每增加一個單位，罹患憂鬱症之危險機率就降低23.70%。研究結果顯示

* 屏東縣南州國民小學教師

** 國立高雄師範大學成人教育所教授（通訊作者），E-mail: orientalpai@yahoo.com.tw

通訊地址：高雄市和平一路116號，聯絡電話：07-7172930轉2682

*** 美和科技大學社會工作系副教授

投稿日期：104年8月24日；修改日期：104年12月1日；接受日期：104年12月4日

DOI: 10.3966/207010632015120044004

心靈層面的宗教信仰與心理健康有相當的關聯性，此結果可作為中老年原住民憂鬱防治之參考。

關鍵詞：中高齡、宗教信仰、原住民、憂鬱

壹、前言

憂鬱症是一種很常見且罹患者常覺得很虛弱無力的疾病 (Pratt & Brody, 2008)，但是憂鬱並非是正常老化的一部分。一般而言，老人罹患憂鬱症比一般中年人高，國內研究對於老人憂鬱盛行率，在社區及機構老人有些差異，例如：邵靖翰（2004）在玉里地區針對1,159位65歲以上社區老年人所做的調查結果，有憂鬱傾向的盛行率為20.3%。而於機構中老人憂鬱症之盛行率則高達35~43.3% (Tsai, 2006; Tsai, Chung, & Wong, 2005)；林怡君、余豎文與張宏哲（2004）研究指出在臺北新店區，老人憂鬱症社區盛行率為29.5%，機構盛行率為39.2%。至於國外相關研究方面，Pratt與Brody (2008) 的研究是針對12歲以上各年齡層，在2005~2006年間60歲以上有6%，40~59歲有7.3%。日本與韓國也有較高的老人憂鬱症盛行率，日本老人憂鬱症狀的盛行率約為19.8~33.5%；韓國老人憂鬱症狀的盛行率約15.2~63% (Kim, Choe, & Chae, 2009; Lee, Choi, Jung, & Kwak, 2000; Lee & Shinkai, 2005)。幸運的是，憂鬱症雖非正常老化的一部分，但它是一種可以有效加以治療或控制的疾病（李百麟，2013a）。

老人因罹患慢性病及社會家庭角色改變等種種的失落所引發憂鬱的情緒，這些問題都會造成生理及心理的負向影響，常見症狀包括：一、生理方面：腸胃不適、頭痛、疲勞；二、情緒方面：困惑、易動怒、精神無法集中；三、心理方面：有自殺傾向、記憶力逐漸衰退；四、行為方面：孤僻、不願參與活動、缺乏活力等（吳曼阡、宋惠娟，2010；林藍萍，2007）。此外，根據世界衛生組織 (World Health Organization [WHO], 2010) 估計，到了20世紀的20年代左右，以全球整體來看，憂鬱症所造成的社會負擔將是所有疾病的第二名，僅次於第一名的心臟病，但此疾病所造成之社會負擔在已開發國家中卻是占第一位。

內政部2008年6月底原住民人口結構統計數據顯示，原住民人口之老化指數呈現逐年緩慢上升的現象（2005年為23.81%、2006年為24.49%、2008年

6月底為25.37%)；原住民老人人數亦從2005年的27,652人，至2008年6月底已增加至29,732人，顯示原住民老人有逐年增加之趨勢（內政部，2014）。國內、外的文獻證實，擁有宗教信仰可降低老年人的精神抑鬱現象，身體與心理健康兩者常是互相影響（李百麟，2013b）。此外，張俊一與許建民（2012）也提出原住民老年人最常參與的休閒活動依序為宗教活動、散步、聊天、與親友聚會、看電視等。足見對於宗教信仰與心理健康兩者關係之探討深具意義。本研究另增加人口學變項（如性別、年齡、教育程度等）與憂鬱關係之探討，除了可增進對於原住民心理健康之了解，也具有疾病預防之功能及意義。

貳、文獻探討

宗教是一種宗教組織的教義與儀式，強調特殊的信仰、特殊信念與特殊的教義與教義 (Pumell, Walsh, & Milone, 2004)。宗教信仰乃是一個人對於組織的教義、宗教儀式的信服和尊崇，並將之奉為自己的行為準則，或是一種對人生觀及生命的價值的詮釋與看法（蔡岱蓉，2013）。宗教信仰也是人的終極關懷，其說明了生命的原因和意義，是人們為了脫離不穩定、不安全、不完美的環境，而達到自我平衡與精神安慰所形成的一種行為模式（劉承宗，2007）。宗教信仰具有提供精神的支持、安撫及減少個人偏差行為之功能，如O'Dea (1983) 認為宗教信仰在人們情感不穩定時提供支持，在危機發生時給予慰藉，在遭遇失敗挫折時減少不滿與憤憤不平的情緒，透過參與宗教活動，也讓人有創造未來的美景、滿足許多難以實現的意念、追求理想及希望。

Wynstrock (1995) 認為宗教儀式的療癒力量可以達到釋放 (liberation)、轉化 (transformation) 與慶祝 (celebration) 的目的。參與宗教活動與宗教儀式可以令人感到幸福、喜悅等感受，並從中得到情感性及工具性的支持，藉由拓展及加強社會網絡連結，較少感到孤單寂寞 (Ellison & George, 1994; Lim & Putnam, 2010; Sternthal, Williams, Musick, & Buck, 2010)。國外學者Miller

等人 (2012) 之縱貫性研究發現有宗教信仰者的確較少有憂鬱症。國內研究如中研院鄭泰安研究小組，統計分析臺灣1990~2010年「常見精神疾病」（如精神分裂症、妄想症、躁鬱症等）的盛行率，發現近20年來臺灣憂鬱患者比例倍增，自1990年的11.5%上升至2010年的23.8%，且憂鬱症和焦慮症多見於女性、失業、低教育程度或身體健康不佳的族群 (Fu, Lee, Gunnell, Lee, & Cheng, 2013)。這些數據說明臺灣人民的心理健康逐漸惡化，且背景變項如性別、教育程度亦會影響精神疾病的發生。再者，如李百麟 (2013b) 利用中研院之臺灣社會變遷資料庫之全國性資料分析50歲以上 ($Mean = 63.45$) 之社區居民 ($N = 760$)，探討他們對於宗教愛的感受與心理健康（身體症狀）間之可能關聯性，結果發現宗教愛與心理健康之身體症狀呈現顯著正向關聯。

由以上中、外文獻可知，宗教信仰與心理健康／憂鬱症之間似乎有正向關聯。但Leurent等人 (2013) 比較七個國家的人民有宗教信仰者與無宗教信仰者間罹患憂鬱症的機率，結果發現七個國家中僅有英國人具有宗教信仰罹患憂鬱症機率高出沒有宗教信仰者的2.73倍，有很深的宗教信仰 (strong belief) 者罹患憂鬱症的比率又是微弱信仰 (weak belief) 者的2倍，其他國家則未發現兩者間有關係存在。范綱華 (2014) 文獻探討也認為宗教信仰和憂鬱症的關聯，是正、反面主張都有。所以，宗教與憂鬱症之罹患兩者關係似乎仍未有定論。再者，蘇秀華 (2010) 以南投縣仁愛鄉原住民老人為對象的調查研究即發現，在宗教信仰部分，有48.0%的受訪者是基督教，48.7%則是天主教，亦即大部分的原住民老年人都有其宗教信仰；另外，李麗美 (2008) 的研究也發現，社區的教會和天主堂是部落老年人主要的休閒場所，可見基督宗教應是大部分原住民之信仰。

由上可知，目前國內研究對於臺灣原住民的心理健康問題，尤其背景變項、宗教信仰及其與心理健康之關係較少被提及。有鑑於此，本研究試圖探討這些變項間關係，選取居住於具有濃厚宗教色彩的屏東縣原住民部落的中老年原住民為研究對象，具體研究目的為：一、了解不同背景變項的中老年原住民的憂鬱狀況的差異；二、了解中老年原住民的宗教信仰及憂鬱狀況的關係。依研究目的及文獻探討結果，本研究提出以下研究假設：一、不同背

景變項的中老年原住民的憂鬱狀況有差異；二、中老年原住民的宗教信仰及憂鬱狀況有負向的關係。

參、研究方法

本研究資料蒐集採橫斷式 (cross-sectional) 面對面訪視問卷調查法，由研究者運用事先設計好的結構式問卷，以標準化訪問 (standardized interview) 蒐集宗教及憂鬱問卷資料。本部分針對研究架構、參與者、研究變項及統計分析加以說明，分述如下。

一、研究架構

本研究依據研究目的及假設，提出如下的研究架構（如圖1所示）。首先，針對不同人口學變項（包含年齡、性別及教育程度）的中高齡原住民在憂鬱程度是否有差異進行檢定；其次，研究檢視中高齡原住民宗教信仰與憂鬱之相關性；再者，雖原住民的宗教信仰大多為基督宗教，但不同宗教信仰差異非本研究目的，故本研究對宗教屬性並未詳加調查詢問。

二、參與者

基於研究變項的性質，本研究採取立意抽樣方法，於北屏東居住於山地的原住民村莊部落（主要為魯凱族及排灣族）於該地之活動中心及社區關懷據點，這兩個地點為大多數中高齡原住民平時聚集的地點，在訪談前先徵求同意後，再以一對一方式面談訪問取得資料，在抽樣過程，會盡量挑選不同性別、年齡及教育程度的長者作為參與者。面談進行時程為2014年11月至2015年1月，共3個月的時間蒐集資料。研究參與者僅包括年滿45歲以上、無失智症（無身心障礙手冊註記為失智症者），以及無語言表達困難（可以與研究者溝通）之中老年人，因此，有些行動不便或居家型的中高齡原住民，因平時無法到達活動中心或據點，這些人便無法成為本研究的參與者，故無法了解其想法，成為本研究在推論時的限制。

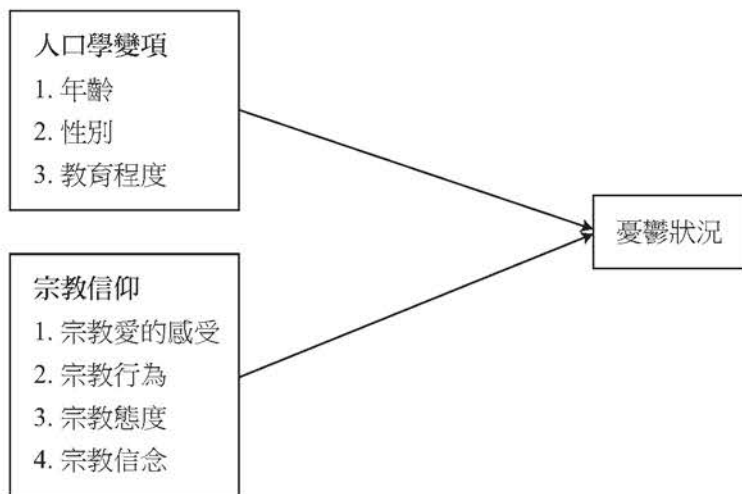


圖1 研究架構

本次調查研究選取45歲以上中高齡者樣本，總計人數有161位，樣本資料之人口背景變項、宗教信仰與憂鬱狀況詳如表1。

三、研究變項

以下依研究變項進行說明測量方式及工具的信、效度。

(一) 自變項

人口學背景變項包括性別、年齡及教育程度。性別分為男、女二類；年齡劃分為45～54歲、55～64歲、65～74歲及75歲以上四個等級類別；教育程度則分為不識字、國小、國初中、高中職及大專以上五個等級類別。

宗教信仰虔誠度包括宗教愛的感受、宗教行為、宗教態度及宗教信念四個構面。茲將各構面之定義說明如下：

表1
樣本描述性統計資料

變項名稱	基本資料	人數	%
性別	男	56	34.8
	女	105	65.2
年齡	45~54歲	42	26.1
	55~64歲	57	35.4
	65~74歲	34	21.1
	75歲以上	28	17.4
教育程度	不識字	19	11.8
	國小	89	55.3
	國初中	26	16.1
	高中職	21	13.0
	大專以上	6	3.7
宗教信仰			
宗教愛的感受	從未感受	3	1.9
	偶爾感受	23	14.3
	有時感受	101	62.7
	常常感受	34	21.1
宗教行為	從未參加	17	10.6
	每年一次	17	10.6
	每月一次	35	21.7
	每週一次	92	57.1
宗教態度	非常不喜歡	2	1.2
	不喜歡	3	1.9
	喜歡	121	75.2
	非常喜歡	35	21.7
宗教信念	非常不同意	0	0.0
	不同意	1	0.6
	同意	118	73.3
	非常不同意	42	26.1
憂鬱狀況	無憂鬱0~6分	129	80.1
	有憂鬱7~15分	32	19.9

1. 宗教愛的感受：受訪者參加宗教活動時靈性感受

宗教愛的感受乃受訪者參加宗教活動時靈性感受，題目為「赴寺廟、神壇或教會感受到生命充滿愛的感覺」，選項1＝從未感受，選項2＝偶爾感受，選項3＝有時感受，選項4＝常常感受，經計分後分數愈高，代表宗教愛的感受愈強烈。

2. 宗教行為：受訪者實際進入宗教場域頻率

宗教行為乃受訪者實際進入宗教場域頻率，題目為「信仰者約多久去朝拜神明」，選項1＝從未參加，選項2＝每年一次，選項3＝每個月一次，選項4＝每週一次，經反向計分後分數愈高，代表宗教行為愈頻繁。

3. 宗教態度：對於參加宗教活動的態度

受訪者對於參加宗教活動的態度，題目為「對於參加宗教活動，我的態度是……」，選項1＝非常不喜歡，選項2＝不喜歡，選項3＝喜歡，選項4＝非常喜歡，經計分後分數愈高，代表參加宗教的接受態度是正向的。

4. 宗教信念：個體對宗教的主要信仰對象（如上帝、神、佛菩薩等）及相關教義之認知程度或信仰態度

宗教信念乃受訪者在祈禱時的信念需求，題目為「我的祈禱都是為了平安喜樂」，選項1＝非常不同意，選項2＝不同意，選項3＝同意，選項4＝非常同意，經計分後分數愈高，代表參加宗教的態度是正向的。

經內部一致性分析後呈現Cronbach's $\alpha = .706$ ，此構面信度是可接受的範圍。其構念效度採主成分分析 (principal components analysis, PCA) 來抽取因素4題可解釋的總變異量是61.482%。

（二）依變項

本研究採用Sheikh與Yesavage (1986) 發展的簡式老人憂鬱量表 (GDS-15)，此量表從原始之30題簡化為15題，主要乃為設計適合於老年族群憂鬱狀態的篩檢，提供以老年族群為主要對象的憂鬱篩檢工具，因此適合運用於篩

檢老年憂鬱狀況。每一個題目相當於一個憂鬱症狀。此問卷答案以「是」與「否」的形式請受試者回答（是=1分、否=0分），整份問卷僅需花5~8分鐘即可完成。其總分由0~15分，若分數大於或等於7分（臨界值）以上即認為可能有憂鬱症（張家銘、蔡智能，2003）。該簡式老人憂鬱量表評估憂鬱症的敏感度 (sensitivity) 分別為 .69，特異性 (specificity) 分別為 .90，診斷正確率分別為85.4%與80%（葉宗烈，2006）。

四、統計分析

本研究依據研究目的及研究假設，採用如下統計方法：

（一）針對研究假設一，本研究以單因子變異數分析 (analysis of variance, ANOVA) 性別、年齡及教育程度等人口學背景變項分析，比較這些變項之憂鬱症狀的差異情形。ANOVA結果若 F 值達顯著水準，則以Tukey HSD方法進行事後比較。

（二）針對研究假設二，本研究採用羅吉斯迴歸 (Logistic regression) 分析宗教信仰與憂鬱症之關係，探討宗教信仰虔誠度的增加是否可以減少憂鬱發生的機率。

肆、結果

ANOVA結果顯示，性別變項（男女）並無顯示出憂鬱症狀的差異，以及男女性別的憂鬱症狀分數沒有顯著差異。年齡變項方面，ANOVA結果顯示高年齡組與低年齡組有顯著差異，事後分析發現第三年齡組距（65~74歲）及75歲以上的參與者，其憂鬱症狀評量分數顯著高於第二組（55~64歲）。最後，教育程度各組間憂鬱症狀並無統計上的顯著差異情形（如表2）。

表2

個人背景變項之憂鬱狀況的差異比較

變項	組別	人數	平均數	標準差	F	事後比較
性別	1. 男	56	4.10	2.83	-.960	N.S.
	2. 女	105	4.57	2.97		
年齡	1. 45~54歲	42	3.85	2.62	4.852*	3 > 2
	2. 55~64歲	57	3.67	2.52		4 > 2
	3. 65~74歲	34	5.54	3.52		
	4. 75歲以上	28	5.42	2.75		
教育程度	1. 不識字	19	5.57	3.74	1.22	N.S.
	2. 國小	89	4.47	2.57		
	3. 國初中	26	4.00	3.39		
	4. 高中職	21	3.80	2.74		
	5. 大專以上	6	3.66	3.14		

註：事後比較欄為組別代號。

* $p < .05$.

本研究以羅吉斯迴歸分析宗教信仰虔誠度與憂鬱狀況的關係（如表3）。在進行羅吉斯迴歸分析之前先把依變項分成二類，若分數大於或等於7分以上即認為可能有憂鬱症（張家銘、蔡智能，2003）；0~6分代表無憂鬱。無憂鬱是0，有憂鬱是1。

在控制背景變項（性別、年齡、教育程度）後，結果發現宗教信仰虔誠度能有效預測憂鬱症情形。如表3所示，參與者每增加一個單位的宗教虔誠度，其憂鬱症罹患機率降低23.70% ($OR = .763$, $95\%CI = .616 \sim .946$, $p = .013$)。所以，此結果顯示在研究樣本中，宗教信仰與個人的情緒是有其關聯性的。

表3

背景變項、宗教信仰與憂鬱狀況之迴歸分析結果

	<i>B</i>	<i>S.E</i>	<i>Wals</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>OR 95%CI</i>	
							上界	下界
性別	.394	.479	.675	1	.411	1.483	.579	3.795
年齡	.678	.222	9.365	1	.002	1.971	1.276	3.043
教育程度	.111	.245	.206	1	.650	1.118	.692	1.806
宗教	-.270	.109	6.112	1	.013	.763	.616	.946

註：95% CI = Confidence Interval（信賴區間）。

* $p < .05$. ** $p < .01$.

伍、討論

本研究旨在探討中老年原住民不同背景變項之憂鬱症差異比較，以及探討宗教信仰虔誠度與憂鬱狀況之關係，透過問卷調查，採用面對面訪談屏東地區原住民部落的中高齡長者。研究發現：一、背景變項與憂鬱：原住民男女性別的憂鬱症分數沒有顯著差異；年齡組距在65~74歲者其憂鬱症評量分數顯著高於55~64歲者；教育程度各組間在憂鬱評量分數上並無顯著差異情形。二、宗教信仰虔誠度與憂鬱：中老年原住民在宗教信仰虔誠度（包括宗教愛的感受、宗教行為、宗教態度及宗教信念）與憂鬱狀況有顯著關係；也就是說宗教信仰虔誠度每增加一個單位，罹患憂鬱症之危險機率可降低23.70%。

一、不同背景變項與憂鬱狀況之差異

（一）性別

本研究結果顯示，不同性別在憂鬱症狀上沒有顯著的差異。此結果與林俞均（2008）、Wang（2001），以及Kennedy、Kelman與Thomas（1990）的研究結果不相同，以上研究均顯示憂鬱狀況女性比男性高。也許是現在女性有

許多不同的管道去發展自我，經濟已能自主，有自己的事業，因此有可能會有更多資源以調節自己的情緒，避免憂鬱狀況發生，畢竟中高齡之經濟狀況是成功老化的重要因子之一（李百麟，2009）。從另一個角度觀之，原住民性別差異之於憂鬱狀況的本土文獻相當少，這一方面期待更多研究的實證結果。

（二）年齡

本研究結果顯示，不同年齡在憂鬱症狀上有顯著差異。此結果與多數研究一致（葉雅馨、林家馨，2006；Anstey, von Sanden, Sargent-Cox, & Luszcz, 2007; Biderman, Cwikel, Fried, & Galinsky, 2002; Penninx, Leveille, Ferrucci, Eijk, & Guralnik, 1999; Vink et al., 2009; Wang, 2001）。原住民55歲即達退休年齡，不用再煩惱工作上的問題，家中子女也成家立業，因此有較低的憂鬱情況。但隨者年齡增長（65～74歲及75歲以上組距），原住民可能因為身體日漸衰弱，造成生活及行動不便而無法進行社交互動，或是受子女多移往外地工作而不在身邊陪伴，使得他們有較低的生活品質及滿意度（王淳盈，2005），所以造成較高的憂鬱症狀出現。

（三）教育程度

不同教育程度的中老年原住民在憂鬱程度並沒有顯著差異，此研究結果和林俞均（2008）、Chen、Tsang、Chong與Tang（2000），以及Kennedy等人（1990）的研究不同。從憂鬱狀況平均數觀之，教育程度愈高，憂鬱狀況愈低，這一點又與文獻吻合（Bjelland et al., 2008）。然而在原住民社會中，教育程度較低的中老年原住民，生活方式大都是種農作物，孩子也有自己的職業，不需要再忙著賺錢，物質慾望不高，喜歡跟親朋好友相處聊天。所以，原住民社會中即使教育程度低仍受到不錯的社會支持，自然憂鬱傾向發生機率較低（王瑞鈴，2008）。

二、宗教信仰與憂鬱狀況之關係

研究結果顯示，宗教信仰與憂鬱狀況有顯著的負向關係，即宗教信仰虔誠度增加一個單位可降低憂鬱症罹患的機率23.70%。此研究結果和之前研究（李百麟，2013b；李佳綺，2005；葉雅馨、林家馨，2006；鍾智龍，2003；Berkman & Daniel, 2009; Dowshen et al., 2011; Hahn, Yang, Yang, Shih, & Lo, 2004; Kendler, Gardner, & Prescott, 1997; Mitchell & Weatherly, 2000; Pressman, Lyons, Larson, & Strain, 1990; Waltilington & Murphy, 2006）結果吻合。過去研究即曾提出宗教愛的感受愈高，可提升愈高的生活滿意度（賴郁華、李百麟，2014）。這些宗教與心理健康正向關聯之研究，可能解釋的理論基礎有兩方面：行為理論學派之解釋為當從事愈多的宗教行為，即代表從事愈多的健康及幸福感行為，在過程中會接受到更多該群體成員的良性情緒支持，這對心理健康是有正面助益的 (Levin, 2010)；另就心理分析學派的解釋，宗教活動如降血壓藥一般可降低個人及群體焦慮，因為它如同一種儀式，可讓我們在此種儀式中淨化心靈，且有助於情緒平靜 (Levin & Vanderpool, 1989)。

宗教上的過程與儀式都讓人產生歸屬感。Wynstrock (1995) 提出宗教儀式具有療癒的功能，Basham與O'Connor (2005) 指出如禱告、冥想、讀經等行為，能使意念自由發散，放鬆、減少壓力並緩和不舒服情緒。宗教信仰對中老年原住民而言是很重要的社會支持及人際關係 (Heaton & Pratt, 1990; Maton, 1987)。國內類似宗教實證文獻相當少，僅李百麟與王巧利 (2012) 提出宗教愛和心理健康中的身體抱怨有關聯，未見其他文獻對宗教愛和情緒狀況之研究。宗教儀式中神職人員常常提到愛、寬恕、感恩，這更增加了自我正向的情緒並減少憂鬱症機率 (Gupta, Avasthi, & Kumar, 2011)，或許這是宗教與憂鬱關聯之重要因素，而宗教聚會活動中也常見到的社會支持及相信上帝（會幫助脫離困境）也是不可忽視的降低憂鬱因素 (Stack, 1983)。此外，宗教信仰所給予信徒的希望與樂觀也被認為是心理調適成功的重要因素 (Salsman, Brown, Brechting, & Carlson, 2005)。

雖然早期心理學界相信上帝存在的比率不多（約40~70%，少於一般民眾的90%），但近期已經有愈來愈多的心理專業人士將宗教信仰列為可促進

心理健康的重要參考因素 (Gupta et al., 2011; King & Dein, 1999)。中老年原住民在宗教活動中透過吟唱詩歌、樂器演奏及表演等方式進行宗教活動儀式。國外研究提到音樂所帶來的節奏與旋律，可以降低焦慮，改善心情，目前音樂治療已是美國推薦護理人員使用的一種臨床技巧 (Kramer, 2001)。另外，國內研究也證實音樂能對病人的生理心理與情緒產生鎮靜與減輕痛苦的作用（吳家純、施以諾，2009；林如瀚、陳志展，2007）。本研究結果對於原住民憂鬱症預防是令人興奮的，當然也可提供不同文化特性民眾參考，以便心理不健康高危險群作為防治參考。

本研究存在幾點限制，首先，在抽樣方式，因採用立意抽樣，許多身體失能、行動不便或居家型的中高齡長者便不在此次的抽樣範圍，因此在推論時宜較謹慎。再者，常見原住民族群天性樂觀開朗，其生活習性也與一般漢民族民眾有不一樣之處。所以，本研究對象為原住民參與者，結果應該是較適用於該民族，是否能將結果推論至其他民族則需要更多之驗證。建議未來研究可針對憂鬱症高危險年齡群（本研究為65～74歲）做進一步憂鬱防治。此外，宗教信仰評量指標也有待開發。

陸、結論

雖然臺灣有相當多的人有宗教信仰，但臺灣本土宗教實證研究仍相當缺乏，尤其原住民宗教信仰與心理健康議題更是少見。本研究結果顯示，屏東中老年原住民宗教信仰與憂鬱症有關聯，對於憂鬱症預防這是個正面的結果。此外，亦對此研究之正面結果提出理論上的合理解釋，尤其宗教信仰是種正面的健康行為，且宗教場所在臺灣又相當普及，不難接近。未來研究方面，建議抽樣樣本數需要加大，並採群集隨機抽樣 (cluster sampling)，將日托中心（失能老人）亦包含進來，讓樣本更具代表性；再者可結合社區與宗教活動，鼓勵中老年原住民更深入參與宗教團體，也可組成宗教團體去關懷家中需要關懷的老人或病人，如請神職人員為病人禱告，予以宗教支持及鼓勵，以促進中高齡原住民之身心健康。

誌謝

本研究非常感謝《健康促進與衛生教育學報》主編及審稿人員提供寶貴修改意見，使本論文更具可讀性，謹此致謝。

參考文獻

一、中文部分

- 內政部（2014）。103年底人口結構分析。取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 王瑞鈴（2008）。中老年人憂鬱傾向相關影響因素——變動分析（未出版之碩士論文）。亞洲大學，臺中市。
- 王淳盈（2005）。花蓮縣吉安鄉東昌村阿美族與漢族老人之生活滿意度的影響（未出版之碩士論文）。慈濟大學，花蓮市。
- 李百麟（2009）。高齡者之生活滿意度與成功老化各因素關係之探討。《危機管理》，6（2），25-38。
- 李百麟（2013a）。老人心理12講。臺北市：心理。
- 李百麟（2013b）。中高齡者宗教信仰與心理健康之關係。《危機管理學刊》，10（2），61-68。
- 李百麟、王巧利（2012）。老年情緒與調適。《危機管理學刊》，9（2），95-104。
- 李佳綺（2005）。以路徑分析探討宗教信仰與憂鬱症狀對醫療利用之影響：以臺灣地區中老年人為例（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北市。
- 李麗美（2008）。支援銀髮族休閒生活之研究——以臺東縣利嘉社區日托關懷站活動為例（未出版之碩士論文）。國立臺東大學，臺東縣。
- 吳曼阡、宋惠娟（2010）。光線治療在老人照護的運用。《志為護理——慈濟護理雜誌》，9（3），63-70。
- 吳家純、施以諾（2009）。臺灣近十年來音樂治療論文分析：1999年到2008年為例。《臺灣老人保健學刊》，5（2），93-104。
- 邵靖翰（2004）。玉里地區老人憂鬱盛行率及危險因子之探討（未出版之碩士論文）。國立陽明大學，臺北市。
- 林俞均（2008）。老人憂鬱狀態與休閒活動之相關性研究（未出版之碩士論文）。亞洲大學，臺中市。

- 林藍萍（2007）。老人憂鬱情形：流行病學與防治策略初探。臺灣老人保健學刊，3（1），53-64。
- 林怡君、余豎文、張宏哲（2004）。新店地區機構和非機構老人憂鬱情形及相關因素之調查。臺灣家醫誌，14（2），81-93。
- 林如瀚、陳志展（2007）。從音樂治療觀點探討音樂對運動的影響。中華體育季刊，21，20-26。
- 范綱華（2014）。信宗教，得憂鬱？社會學如何解析信仰與憂鬱症之關係。取自 <http://twstreetcorner.org/2014/10/14/fanganghua/>
- 張俊一、許建民（2012）。原住民老年人的休閒參與及休閒阻礙。體育學報，45（3），247-260。
- 張家銘、蔡智能（2003）。老年人之周全性評估。臺灣醫學，7（3），364-374。
- 葉雅馨、林家馨（2006）。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，19，125-148。
- 葉宗烈（2006）。臺灣憂鬱症防治協會：「臺灣老年憂鬱量表」簡介。取自 http://www.depression.org.tw/knowledge/know_info_part.asp?paper_id=51
- 蔡岱蓉（2013）。宗教信仰對癌症病人健康影響之初探（未出版之碩士論文）。國立臺北護理健康大學，臺北市。
- 蘇秀華（2010）。原住民老年人生活滿意度之調查研究——以南投縣仁愛鄉為例（未出版之碩士論文）。南開科技大學，南投縣。
- 劉承宗（2007）。宗教信仰：人類的救贖——以印度教（Hinduism）、佛教（Buddism）、基督教（Christianity）與伊斯蘭教（Islam）為例。嶺東通識教育研究學刊，2（2），1-16。
- 賴郁華、李百麟（2014）。高齡者宗教的感受及行為與其生活滿意度之關係探討。臺灣老人保健學刊，10（2），140-155。
- 鍾智龍（2003）。宗教對憂鬱症患者影響之研究（未出版之碩士論文）。玄奘大學，新竹市。

二、英文部分

- Anstey, K. J., von Sanden, C., Sargent-Cox, K., & Luszcz, M. A. (2007). Prevalence and risk factors for depression in a longitudinal, population-based study including individuals in the community and residential care. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(6), 497-505.
- Basham, A., & O'Connor, M. (2005). Use of spiritual and religious beliefs in pursuit of client's goals. In C. S. Cashwell & J. S. Young (Eds.), *Integrating spirituality and religion into counseling: A guide to competent practice* (pp. 143-167). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Berkman, B. J., & Daniel, B. (2009). *Religion and spirituality in the elderly*. Retrieved from http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/social_issues_in_the_elderly/religion_and_spirituality_in_the_elderl.html
- Biderman, A., Cwikel, J., Fried, A. V., & Galinsky, D. (2002). Depression and falls among community dwelling elderly people: A search for common risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*, 631-636.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science and Medicine, 66*(6), 1334-1345. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019
- Chen, C.-S., Tsang, H.-Y., Chong, M.-Y., & Tang, T.-C. (2000). Validation of the Chinese Health Questionnaire (CHQ-12) in community elders. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 16*(11), 559-565.
- Dowshen, N., Forke, C. M., Johnson, A. K., Kuhns, L. M., Rubin, D., & Garofalo, R. (2011). Religiosity as a protective factor against HIV risk among young transgender women. *Journal of Adolescent Health, 48*(4), 410-414.
- Ellison, C. G., & George, L. K. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion,*

33, 46-61.

- Fu, T. S.-T., Lee, C.-S., Gunnell, D., Lee, W.-C., & Cheng, A. T.-A. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: A 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 381, 235-241.
- Gupta, S., Avasthi, A., & Kumar, S. (2011). Relationship between religiosity and psychopathology in patients with depression. *Indian J Psychiatry*, 53(4), 330-335.
- Hahn, C.-Y., Yang, M.-S., Yang, M.-J., Shih, C.-H., & Lo, H.-Y. (2004). Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(12), 1148-1154.
- Heaton, T. B., & Pratt, E. L. (1990). The effects of religious homogeneity on marital satisfaction and stability. *Journal of Family Issues*, 11, 191-207.
- Kim, J. I., Choe, M. A., & Chae, Y. R. (2009). Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly (Korea). *Asian Nursing Research*, 3(3), 121-129.
- Kramer, M. K. (2001). A trio to treasure: The elderly, the nurse, and music. *Geriatric nursing*, 22, 191-195.
- King, M., & Dein, S. (1999). The spiritual variable in psychiatry. *Psychol Med*, 28, 1259-1262.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, Genetic-Epidemiologic study. *The American Journal of Psychiatry*, 154(3), 322-329.
- Kennedy, G. J., Kelman, H. R., & Thomas, C. (1990). The emergence of depressive symptoms in late life: The importance of declining health and increasing disability. *Journal of Community Health*, 15(2), 93-104.
- Leurent, B., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Geerlings, M. I., Maaroos, H., Saldivia, S., ...King, M. (2013). Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: An international cohort study. *Psychology Medicine*, 43(10), 2109-2120. doi:10.1017/S0033291712003066

- Lee, M.-S., Choi, Y.-K., Jung, I.-K., & Kwak, D.-I. (2000). Epidemiological study of geriatric depression in a Korean urban area. *Korean Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(2), 154-163.
- Lee, Y., & Shinkai, S. (2005). Correlates of cognitive impairment and depressive symptoms among older adults in Korea and Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 576-586. doi:10.1002/gps.1313
- Levin, J. (2010). Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7, 102-115.
- Levin, J. S., & Vanderpool, H. Y. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social Science and Medicine*, 29, 69-78.
- Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75(6), 914-933.
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *Am J Psychiatry*, 169, 89-94.
- Mitchell, J., & Weatherly, D. (2000). Beyond church attendance: Religiosity and mental health among rural older adults. *Journal of Cross-Culture Gerontology*, 15, 37-54.
- Maton, K. I. (1987). Patterns and psychological correlates of material support within a religious setting: The bidirectional support hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 185-207.
- O'Dea, T. F. (1983). *The sociology of religion*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2008). Depression in the United States household population, 2005-2006. *NCHS Data Brief*, 7, 1-8.
- Purnell, M. J., Walsh, S. M., & Milone, M. A. (2004). Oncology nursing education: Teaching strategies that work. *Nursing Education Perspectives*, 25(6), 304-308.
- Penninx, W. J. H., Leveille, S., Ferrucci, L., Eijk, M., & Guralnik, M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal*

- of Public Health*, 89(9), 1346-1352.
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Strain, J. J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *The American Journal of Psychiatry*, 147(6), 758-760.
- Salsman, J. M., Brown, T. L., Brechting, E. H., & Carlson, C. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 522-535.
- Sheikh, R. L., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal Health Social Behavior*, 24, 362-374.
- Sternthal, M. J., Williams, D. R., Musick, M. A., & Buck, A. C. (2010). Depression, anxiety, and religious practice: A search for mediators. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3), 343-359.
- Tsai, Y.-F. (2006). Self-care management and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan. *Journal of Pain Symptom Manage*, 32, 140-147.
- Tsai, Y.-F., Chung, J.-W., & Wong, T.-K. (2005). Comparison of the prevalence and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home resident in Taiwan and Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 315-321.
- Vink, D., Aartsen, M. J., Comijs, H. C., Heymans, M. W., Penninx, B. W., Stek, M. L., & Beekman, A. T. (2009). Onset of anxiety and depression in the aging population: Comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 642-652.
- Waltlington, C. G., & Murphy, C. M. (2006). The roles of religion spirituality among African American survivors of domestic violence. *Journal of Clinical Psychology*,

62(7), 837-857.

Wang, J.-J. (2001). Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern taiwan. *Journal of Nursing Research*, 9(3), 1-12.

World Health Organization. (2010). *Burden of mental and behavioural disorders: Some common disorders, depression*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>

Wynstock, N. (1995). The ritual as a psychotherapeutic intervention. *Psychotherapy*, 32, 397-404.

The Relationship between Level of Religious Belief and Depression in Aborigines of Pingtung County

Mei-Hui Tsai^{*} Pai-Lin Lee^{**} Chih-Kun Huang^{***}

Abstract

Physical, psychological, and spiritual health usually are combined as a term in our culture. However, the relationship between psychological and spiritual are rarely discussed, compared to physical-psychological health. Accordingly, the study filled the knowledge gap aimed to explore: 1. The differences of depressive symptoms among various socio-demographic participants; and 2. The relationship between religious beliefs and depression in Aboriginal residents. The participants (aged 45 and above, N =161) were obtained from Aborigines in Pingtung County by purposive sampling design. We used religious level (self-developed) and geriatric depression questionnaire as measurement tools in the study. The data were analyzed by ANOVA and logistic regression, and the findings revealed: 1. The depressive symptoms were different among various ages; and 2. Increasing one unit level of religious beliefs reduced depression by 23.70 percents. The study findings showed the link between level of religious beliefs and depression is strong, which may be adopted as one way of solution for depression prevention.

Key words: Middle age and beyond, Religious beliefs, Aboriginal, Depression

* Teacher, Nan-Chou Elementary School, Pingtung County

** Professor, Graduate Institute of Adult Education, National Kaohsiung Normal University (Corresponding author), E-mail: orientalpai@yahoo.com.tw

*** Associate Professor, Department of Social Work, Meiho University