

台北市某社區六十五歲以上老人日常生活 依賴程度之研究

謝瀛華 鄭惠信* 林章賢 林英欽 洪清霖**

摘 要

年齡的老化與殘障的盛行率，需要照顧的程度和其他方面財務上的支持皆有密切的關係，龐大的醫療、經濟和社會負擔是可想而知的，此時政府已推展全民健保，醫療消費亦將因老年人口的增加而益形龐大，因此老人日常生活依賴程度將成為對我國的醫療保健影響深遠的問題之一。

本研究的目的是以社區老人保健模式，調查其日常生活依賴程度，並瞭解其智力程度、日常生活功能和家庭支持之相互關係。此外，老人的生理功能及心智的影響如何引發憂鬱，也加以探討。同時當身體的依賴或心智的損害存在時，家庭關懷和家庭支持的效果亦在本文中檢試。

本研究為問卷訪談調查，由研究者自台北市信義區的六十五歲以上老人人口當中，依各里人口數，採比例分層隨機取樣法，共選取有效樣本數 303 份。進行方式乃依設計課程，訓練 15 名訪談人員，再至老人住處依標準訪談模式，由訪談者填寫問卷。訪談結束後，共回收問卷 327 份，有效問卷 303 份，回收率為 92.7%；應用套裝軟體 SPSS, SAS 進行統計分析。相關變項採用交叉分析，並以 chi-square 測試其相關性。

在有效的 303 位個案中，女性佔 118 人(38.9%)，男性佔 185 人(61.1%)；65~69 歲 62 人(20.5%)，70~74 歲 138 人(45.5%)，其次為 75~84 歲 89 人(29.4%)，85 歲以上則有 14 人(4.6%)；本省籍佔 114 人(37.6%)，外省籍佔 189 人(62.4%)。大部分的受訪者具有保險(196 人，64.7%)，不過有工作者只有 27 人(8.9%)。絕大多數的生活收入均賴退休金(155 人，51.2%)，其次為子女供養 97 人(32.0%)。

依長谷川氏智力量表，經由 summary score 發現 52 人(17.2%)在正常範圍，207 人(68.3%)為邊緣程度智障，而疾呆前期者 42 人(13.9%)，痴呆者則有 2 人(0.6%)。

再從 15 項測試題中，經由 summary score 發現 98 人(32.3%)有憂鬱的傾向(總分 6~9 分)。且年齡愈大，智力程度相對地逐漸退化，亦即 Predementia 及 Dementia 的各年齡層老人比例逐漸地增加，在統計上具有相

台北醫學院家庭醫學科 *長庚醫院內科

**台北醫學院公共衛生學科

民國八十四年四月二十日受理

當的意義($P=0.008$)。其他重要結果顯示，大部分受訪者日常生活功能均完全依賴自己，只有煮飯方面，約有 51.0% 的人完全靠自己，而有 41.0% 的人完全依靠別人。至於在家人關懷度方面，經由 9 項測試題中，關懷度低(0~3 分)者佔 5.1%，關懷程度中等者(4~6 分)佔 2.6%，絕大多數受訪者關懷程度均在關懷程度較高的 7~9 分中(92.3%)。

關鍵詞：憂鬱、癡呆、家庭支持

一般所謂老年人的健康生活，是指老年人在生理、心理、社會三方面均完全適應、安寧的生活狀態⁽¹⁾。Blumen Kranz 在 1968 年，Berg 在 1970 年，Jeanne 在 1976 年的研究結果均顯示：隨著年齡的增大，身心功能變得愈差，而其健康照顧的需要會增加。

對於老年人日常生活活動自我照顧能力的研討是相當的重要，因為老年障礙的發生是由於跌倒或慢性疾病不完全康復為最普遍的因素，依據過去的研究報告指出，65 歲以上的老人約可再生活 16.5 年，但是有三分之一的時間在日常生活活動的履行上需要幫助，而 85 歲以上的老人更有高達 60% 的比例在日常生活功能上需要幫助以度餘生⁽²⁾。

提起「老人」，很多人就會聯想到健康不好，常生病，身體功能衰退，需要照顧，是社會負擔的一面。但是不是每個老人都是體弱多病、依賴別人？研究指出，一半至四分之三的老人罹患一種或以上慢性病，包括高血壓、糖尿病、關節炎、白內障、聽力障礙等其一週內傷病率為 50%⁽³⁾。雖然如此，社區抽樣調查卻發現飲食、穿脫衣服、大小便控制、移動等基本日常生活活動(Activities of Daily Living ADL)，有 70-95% 老人可以自我照顧⁽³⁾。只有準備食物、購物、服藥、交通、洗衣、重度打掃等難度較高的活動，才有較多的老人需要協助始能完成。此外，曾氏研究指出，即使生病尚能照常工作的老人仍有 71%⁽³⁾，顯示老人雖多罹患慢性病，卻不一定都需要別人照顧。

根據行政院衛生署在 1990 年的推測台灣在公元 2000 年，65 歲的老人人口數將達到總人口數的 8.5%，而成為一個年齡老化的國家。

年齡的老化與殘障的盛行率，以上需要照顧的程度和其他方面財務上的支持皆有密切的關係；因此龐大的醫療、經濟和社會負擔是可想而知的。此時政府已推展全民健保⁽⁴⁾，醫療消費亦將因老年人口的增加而益形龐大，因此老人問題將成為對我國影響深遠的問題之一。

且由於傳統大家庭的式微，親朋死亡、退休和遷移的影響，導致獨居老人的增加，其身心狀況和家庭支持的相關性更值得探討。

在長庚醫院的健康檢查個案中，65 歲以上的老人中約有二分之一的老人是獨居的⁽⁵⁾，在美國，65~74 歲的男性中約有 11%，女性中則有 34% 獨居，75 歲以上有近半數(45%) 選擇獨居，即使有兒女，亦不例外⁽⁶⁾。除了家人支持的效益性外，被家人接受的安全感，也是老人覺得是否獲得適當家庭支持的重要因素。

對於老人評估其精神狀態最常以憂鬱程度為指標，關於憂鬱的因素仍有許多爭議，先前的研究指出不論男性、女性，年齡與憂鬱的相關性很小⁽⁷⁾。老人憂鬱最常見的原因是死亡憂慮、不舒適的獨居及經濟上的困難。另一些研究顯示，罹患慢性疾病者比健康者有較高的憂鬱，如果年齡、壓力、慢性病同時存在，何者才是引起憂鬱最主要的原因呢？

以前，老人研究最主要的缺點是在健康狀態、生理、機智能力上的障礙及憂鬱間相互關係的完整瞭解上，我們只瞭解少部份社會支持在心理與智能依賴性高的老人之精神狀態，但是對於大多數身體的和心智的功能及憂鬱程度等外在因素則沒有很完整的分析，需要進一步探討。

因此，本研究的目的是調查社區中老人

的智力、日常生活功能和家庭支持之相互關係。此外，生理功能、心智的影響如何引發憂鬱，在本文也加予討論，當身體的依賴或心智的損害存在時，家屬如何協助病患憂鬱的效果亦予檢試，對此外因性因素間的內在關係也一併探討。

材料與方法

一、研究工具：

1. 問卷基本資料：包括個人的基本資料，如姓名、性別、出生年月日、住址、婚姻狀況、同居人、有否工作、教育程度、籍貫、宗教、飲食習慣、健康資料等。

2. 老人憂鬱量表(Geriatric Depression Assessment)，由謝氏等⁽⁵⁾提出，並完成信效度的分析。本表共包括了 15 項題目，答案分成兩部分(1 級—是，0 級—否)，如果總分超過 5 分以上者，則考慮有沮喪的傾向。

3. 長谷川(Hasegawa)式簡易痴呆檢查表：由日本長谷川和夫所編製，該檢查表有 12 項問題，總分 32.5 分⁽⁸⁾；本研究延用其評定標準如下：

31.0 分以上為正常，30.5—22.0 分為準正常，21.5—10.5 分為準痴呆，10.0 分以下為痴呆，亦即嚴重認知障礙。

4. 日常生活功能量表(Life Quality KAP)，由謝氏⁽⁵⁾於 1992 年所發表，並完成信效度的分析。此量表共分為三部份，第一部份為日常生活依賴度調查，第二部份為家庭照護調查表，第三部份為家庭功能評估。

二、進行方式：

1. 本研究為問卷訪談調查，訪視對象自台北市信義區的六十五歲以上老人人口當中，依各里人口數，採比例分層隨機樣法選取 327 人。

2. 問卷收發：

由作者設計課程，訓練 15 名訪談人員，分派至老人住處依標準訪談模式，由訪談者填寫

問卷。訪談結束後，共回收問卷 327 份，再選取有效樣本數 303 份，有效回收率為 92.7%。

3. 資料分析：

收回之問卷，依序編號，登錄，統計有關變項之總分後再輸入個人電腦，利用套裝軟體 SPSS, SAS 進行統計分析。相關變相採用交叉分析，並以 chi-square 統計分析其相關性。

結果

在受訪有效的 303 位個案中，女性占 118 人(38.9%)，男性 185 人(61.1%)，其中 65~69 歲 62 人(20.5%)，70~74 歲 138 人

表一：受訪者全樣本的社經狀況

項 目	人 數	比 例
性別：		
女性	118	38.9%
男性	185	61.1%
年齡：		
65~69 歲	62	20.5%
70~74 歲	138	45.5%
75~84 歲	89	29.4%
85 歲以上	14	4.6%
保險：		
有保險	196	64.7%
無保險	107	35.3%
婚姻狀況：		
在婚	149	49.2%
鰥寡	47	15.5%
離婚	62	20.5%
未結婚	45	14.8%
工作：		
有	27	8.9%
無	276	91.1%
收入：		
退休金	155	51.2%
子女供養	97	32.0%
存款利息	1	0.3%
工作所得	14	4.6%
社會救濟	11	3.6%
其他	25	8.3%
教育程度：		
無	49	16.2%
中小學	185	61.1%
高中以上	69	22.7%
籍貫：		
本省	114	37.6%
外省	189	62.4%
宗教：		
佛教	100	33.0%
基督教、天主教	23	7.6%
回教	4	1.3%
無	143	47.2%
其他	33	10.9%

表二：受訪例過去病史狀況，共 303 例

疾 病	人數	比例%
糖尿病	31	10.2
高血壓	68	22.4
中風	13	4.3
腎臟病	16	5.3
心臟病	48	15.8
氣喘	81	26.7
肺結核	32	10.6
癌症	6	2.0
視力減退	80	26.4
聽力減退	177	58.4
消化性潰瘍	36	11.9
高血壓	30	9.9
高尿酸血症	104	34.3

(45.5%)，75~84 歲 89 人(29.4%)，85 歲以上則有 14 人(4.6%)。本省籍占 114 人(37.6%)，外省籍 189 人(62.4%)。大部分受訪者有保險，共 196 人(64.7%)，不過有工作做者只有 27 人(8.9%)。絕大多數的生活收入均賴退休金 155 人(51.2%)，其次為子女供養 97 人(32.0%)。有 185 位(61.1%)具中小學的教育程度，高中以上者有 69 人(22.7%)。未受

表三：老人長谷川氏智力分布

級 數	人數	比例%
Normal	52	17.2
Borderline	207	68.3
Predementia	422	13.9
Dementia	2	0.6
計	303	100.0

表四：年齡分布與智力程度的相關

年齡	長 谷 川 氏 智 力 測 驗				合 計 人數	比 例 %
	Normal 人數	Borderline 人數	Predementia 人數	Dementia 人數		
65~69	12	43	7	0	62	20.5
70~74	21	99	18	0	138	45.5
75~84	17	58	14	0	89	29.4
85+	2	7	3	2	14	4.6
合計	52	207	42	2	303	100.0

$$\chi^2=27.054(\text{d.o.f}=12) \text{ p value}=0.008$$

表五：性別與智力程度的相關

性別	長 谷 川 氏 智 力 測 驗								合 計 人數	比 例 %
	Normal		Borderline		Predementia		Dementia			
	人數	比例%	人數	比例%	人數	比例%	人數	比例%	人數	比例%
男	39	21.1	123	66.5	23	12.4	0	0.0	185	61.6
女	13	11.0	84	71.2	19	16.1	2	1.7	118	38.4
合計	52	17.2	207	68.3	42	13.9	2	0.6	303	100.0

$$\chi^2=8.020(\text{d.o.f}=4) \text{ p value}=0.091$$

教育者 49 人 (16.2%)。信奉佛教者 100 人 (33.0%)，基督教、天主教 23 人 (7.6%)，而有 143 人 (47.2%) 沒有特殊宗教信仰(表一)。就受訪者過去的病史狀況，最常見的病史是聽力減退 (58.4%)，其次依序為高尿酸血症 (34.3%)，氣喘 (26.7%)，視力減退 (26.4%)，高血壓 (22.4%)，例如表二。長谷川氏智力量表測試結果(表三)發現 207 人 (68.3%) 為邊緣程度，52 人 (17.2%) 在正常範圍，而癡呆前期者 42 人 (13.9%)，癡呆者則有 2 人 (0.6%)。有關分析這些老人智力程度與年齡分布(表四)及性別(表五)的相關性。年齡愈大，智力程度

相對地逐漸退化，Predementia 及 Dementia 的各年齡層老人比例逐漸地增加，在統計上具有相當的意義 ($p=0.008$)。性別與智力程度的相關程度比較，雖不具統計的意義 ($p=0.091$)，不過，男性在智力程度方面普遍高於女性(男性 Normal 21.1%，女性 11.0%，男性 Predementia 12.4%，女性 16.1%)。

當我們用憂鬱量表來評估這些老人的憂鬱程度(表六)及其與年齡(表七)和性別(表八)的相關性發現從 15 項測試題中；經由 summary score 發現 98 人 (32.3%) 有憂鬱的傾向(總分 6~9 分)。年齡愈大，憂鬱程度並沒有相對的增加，但 85 歲以上老人憂鬱程度比例，則比較高 (64.3%)；性別與憂鬱程度，則具有統計學上的意義 ($p=0.026$)，女性具有比男性較高的憂鬱度(女 39.8%，男 27.6%)。

除了智力及憂鬱程度外，我們又評估這些老人的日常生活功能發現大部分受訪者日常生

表六：老人憂鬱程度

憂鬱量表總分	人數	比例%
0~5	205	67.7%
6~9	98	32.3%

表七：年齡分布與憂鬱程度的相關

年 齡	憂 鬱 程 度					
	0~5		6~9		合 計	
	人數	比例%	人數	比例%	人數	比例%
65~69	40	64.5	22	35.5	62	20.5
70~74	98	71.0	40	29.0	138	45.5
75~84	62	69.7	27	30.3	89	29.4
85+	5	35.7	9	64.3	14	4.6
合計	205	67.7	98	32.3	303	100.0

$\chi^2=6.388$ (d.o.f=3) p value=0.094

表八：性別與憂鬱程度的相關性

年 齡	憂 鬱 程 度					
	0~5		6~9		合 計	
	人數	比例%	人數	比例%	人數	比例%
男	134	72.4	51	27.6	185	61.6
女	71	60.2	47	39.8	118	38.4
合計	205	67.7	98	32.3	303	100.0

$\chi^2=4.951$ (d.o.f=1) p value=0.026

表九：日常生活功能量表

項 目	日 常 生 活 功 能					
	完全靠他人		需人幫忙		完全靠自己	
	人數	比例%	人數	比例%	人數	比例%
淋浴、洗澡	1	0.5	5	2.0	260	97.5
行走、散步	5	2.0	7	2.8	254	95.2
乘車、搭公車	5	1.9	10	3.8	249	94.3
穿衣、脫衣	8	3.1	2	0.9	254	96.0
大小便、上廁所	1	0.5	2	0.9	261	98.6
吃飯	4	1.6	2	0.9	258	97.5
煮飯	107	41.0	21	8.0	133	51.0
處理錢財	10	3.9	10	3.9	244	92.2
看病、吃藥	7	2.7	8	3.0	249	94.3

活功能均完全依賴自己，只有煮飯方面，約有 51.0%完全靠自己，而有 41.0%完全依靠別人，詳如表九。我們另看出在家人關懷度方面，經由 9 項測試題中，關懷度低(0-3分)者佔 5.1%；關懷程度中等者(4-6分)佔 2.6%；絕大多數受訪者關懷程度均在 7-9 分中，關懷程度較高(92.3%)，詳如表十。

討論

本研究的取樣方法是依各里人數，採比例分層隨機取樣，事實上，樣本可由檢測某些 socio-demographic 特性而被瞭解，並不是真實的或然率。雖然如此，研究的正確性仍不受重大的影響，第一，我們測驗的結果與以前的結果類似，舉例來說，疾病普遍盛行率，就與其他的研究相類似(老年醫學會會刊，1991 和行政院主計處，1991)此外，老年人的智力有 68.3%在邊緣程度，且年齡愈大，智力相對退化，即與年齡的增加有關也與其他的 cross-section 實驗(Eccles 1988)相類似。因為慢性病和嚴重疾病的盛行率也隨著年齡的升高而增加，當我們描述和規劃這測驗章節時，大部份老年的個案是被需要證實年齡對生理功能和智力功能的影響，我們應該有完整的 random

表十：家庭支持功能量表

分數	人數	比 例
0	11	3.6%
1	1	0.3%
2	2	0.6%
3	2	0.6%
4	3	1.0%
5	4	1.3%
6	1	0.3%
7	11	3.6%
8	24	7.9%
9	244	80.8%
合計	303	100.0%

sample，我們可能沒有足夠的 85 歲以上老人(本研究 85 歲以上只佔 4.3%)來加以分析，而產生低統計力的結果。

我們可以預期，許多個人的或外因性的特性在訪視不同的對象族群而有所不同(如不同的健康狀態)，研究指出有近 1/3 (31.3%) 仍有抽煙情形，每天喝酒者占 1/4，睡眠時間以 5~8 小時最多，這些結果顯示出最常見病史是聽力減退、高尿酸血症、氣喘、視力減退和高血壓等亦和國內相關資料類似。85 歲以上老人憂鬱程

度比例較高，和學理上說法符合。

日常活動的身體的活動的功能分級是類似於本次我們所描述的，像大多數的個案，因為複雜的工作而仍需要幫助。其中顯示煮飯需要的依賴較多，其他項如準備三餐、看病拿藥、乘坐公車等也一樣。這提供了我們一個重要的資訊去設計更廣泛的照顧，例如，居家護理應包含醫師和護士以減少他們看病拿藥所需的支援和乘車的不便，營養方面亦應包含於居家護理之內。

關於老人日常生活活動的照顧，家屬是主要照顧者，仍由子女、媳婦奉養老居多。但是目前小家庭興盛，可以預期的是將有更多的老人獨居，靠著家人的提供的支援也變得有限，為了解決這問題，有兩個選擇方法：一、建設更多的護理之家和訓練更多的社區保健護士，以提供老人更好的照顧；二、鼓勵大家庭的形成，三代或四代同堂。

除了利用人力資源去協助依賴性的老人外，機械性的輔助亦可解決低程度日常活動的依賴性，以減少照顧者的負擔，例如安排老人住樓下，以避免爬樓梯；在浴室和走廊裝輔助把，可幫助老人某些日常生活活動的獨立性。因此去發展更多事物像公寓的佈置，有不同的機械輔助，使用機械輔助的認知和知識等等是非常的需要。

在檢測老人的智力能力時，目前的健康狀態現狀再次顯現成爲一個重要的影響力，這可能是某些內科疾病除了影響身體功能外亦影響其智力能力。應用更多的研究包括內科疾病、意外傷害、藥物皆渴望用來調查身體狀況與智力間的影響關係，然而隨著年老而引發的智力衰退目前還沒有做正確性的縱橫方面的調查。Berg et al 應用 cross sectional studies 解釋年齡對智力影響時，發現不同環境和文化背景對智力與年齡都有關係⁽⁹⁾，而我們的發現是隨年齡增加引起的智力退化可能是因爲 cohort effect。

健康現狀是評估老人日常生活依賴程度的

一個最重要因素；如果老人有某些損害或慢性疾病，則身體的能力將受限制。然而，目前內科疾病的資訊對大多數個案並不受用。在我們的分析裡，我們只能引用訪視個案目前的健康狀況，雖然這種臆測並不合理，但我們仍鼓勵未來的研究者，將來測驗時，能獲得更多他們目前健康現狀的資料。

品質、組織和功能是評估家人支持的三項必需項目⁽¹⁰⁾。在本次研究，並未全部採用這項提議，而且沒有依照完整的順序進行，在將來的研究裡，在家人的支持方面，應考慮這方面的調查。

本研究調查是以信義區的老人人口爲樣本，將來希望能延伸到不同性質的社區，再針對不同健康狀況、城鄉背景差異的族群作進一步的研究，以提供給衛生、社政單位作爲老人照顧規劃之參考。

參考文獻

1. Hoffman AM: The Daily Needs and Interest of Older People. Illinois, Charles C. Thomas, 1970.
2. Katz S, Branch LG, Branson MH, et al.: Active Life Expectancy. New England J Medicine 309; 1218-24, 1983.
3. 曾文賓、曾春典、曾淵如：老人生活及醫療狀況調查。台灣醫界，31(2): 55-63, 1988。
4. 行政院衛生署中華民國台灣地區公共衛生概況。行政院衛生署，1990。
5. 謝瀛華、鄭惠信、張利中：65 歲以上健診老人之家庭支持與其憂鬱及痴呆傾向之相關研究。公共衛生 19(1); 86-93, 1992。
6. 錢信忠、邱保國、呂維善：中國老人醫學。河南科學技術出版社，1989。
7. Gurland BF, Wilder DE, Bolden R, et al.: The Relationship between Depression and Disability in the Elderly - Data from the

- Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE). In Wattis JP and Hindmarch I (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*. Churchill Livingstone, Edinburgh London Melbourne and New York, 1988 °
8. 林信男：老人院居民精神疾病盛行率及兩年自然病程之研究。中華民國精神醫學會會刊專刊第1號；47-64, 1984 °
9. Berg S, Nilsson L, Svanborg A: Behavioral and Clinical Aspects - Longitudinal Studies. In Wattis JP and Hindmarch I (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*. Churchill Livingstone, Edinburgh London Melbourne and New York, 1988 °
10. House JS, Kahn RL, McLeod JD, et al.: Measures and Concepts of Social Support. In Cohen S and Syme SL (eds) *Social Support and Health*. Academic Press, New York and London, 1985

The Investigation of Daily Life Dependency among the Elderly over 65 in a Community in Taipei

Ying-Hua Shieh, *Hui-Hsin Cheng, Chang-Hsien Lin,
Ying-Chin Lin and Chin-Lin Hong**

ABSTRACT

The prevalence of seniority and handicap and the need for care are all closely related to the financial supports. It is not too hard to image the enormous medical, economical and social burdens. At the practice of universal insurance, the medical expense will increase as the increase of the senior population. Therefore, the life dependency of the senior has become an important issue nowadays.

The purpose of this study is to take community senior people as a health model. We investigate the life dependency and understand the interaction of wisdom, daily life function and family support system. Also, the physiologic function and mental influence on depression are discussed. Meanwhile we examine the effects of family care and family support when the body dependency and mental impairment co-exist.

This study is of questionnaire-interview design. The sample consists of the senior over 65 in Hsin-Yi district in Taipei. Stratified randomized sampling is employed according to the population of each sub-districts. The valid sample number is 303. We design a curriculum to train 15 interviewers and they went to the senior's residence for personal interview as a standard procedure. The interviewers filled out the questionnaires and the response number is 327 with 303 completed questionnaires. The response rate is 92.7%. SPSS and SAS are used for statistical analysis and cross variables analysis were also performed with chi-square analysis of association.

In the 303 cases interviewed, 118 are female (38.4%) and 185 are male (61.6%). Age distribution is as following: 65y/o-69y/o: 62(20.5%); 70y/o-74y/o: 45.5%; 75y/o-84y/o: 89(29.4%); over 85y/o: 14(4.6%). The locals are 114(37.6%) and the mainlanders are 189(62.4%). Most of the interviewees are insured: 196(64.7%). Only 27(8.9%) have jobs. Most of the interviewees live on retired welfare: 155(51.2%). 97(32.0%) of them live on their children's supports.

By Hasegawa scales, 207(68.3%) are of marginal type; 52(17.2%) are normal; 42(13.9%) are in pre-dementia stage; two(0.6%) are dementia. In the 15 questions, 98(32.3%) are in the tendency of depression according to summary score(total score 6-9).

The older the worse of the intelligence and the more of population of pre-dementia and dementia, with statistical significance. Other results show most of the interviewees can depend on themselves in daily living function. Only in the cooking, 50.8% are by themselves and 40.8% totally depends on others. In the 9 questions of family care, the level of low care is (0-3): 5.1%; medium (4-6): 2.6% and high, which is the most, (7-9): 92.3%.

Key Word: depression, dementia, family support

Department of Family Medicine, Taipei Medical College.

*Department of Internal Medicine, Chang Gung Memorial Hospital.

**Department of Public Health, Taipei Medical College.

Received for Publication: April 20, 1995.