

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 (Purnell, 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