

## 住院老年人心靈安適的相關因素初探

吳麗芬<sup>1</sup> 楊淑慧<sup>2</sup> 林鉅勝<sup>3</sup> 張曼萍<sup>4</sup>

<sup>1</sup>臺中科技大學護理系副教授

<sup>2</sup>臺中榮民總醫院護理部專科護理師

<sup>3</sup>臺中榮民總醫院家庭醫學科主治醫師

<sup>4</sup>臺中科技大學護理系助理教授

### 摘要

心靈安適是生活目地與生活滿意度之間的一種知覺感受，雖然有研究提出心靈安適與症狀困擾、心理健康及身體功能間有密切的關係，但是目前國內有關老年人心靈安適的瞭解十分有限，對於因為身體疾病住院老年人的心靈安適狀態的研究則尚未見報導。本研究針對因為身體疾病住院的老年人，瞭解他們的心靈安適情況，並且分析影響他們心靈安適的相關因素。本研究為橫斷面調查研究，對象為某醫學中心住院的老年病人，收案時間為 103 年 6 月 1 日至 12 月 31 日，研究工具為周全性老年評估表及心靈安適指數量表。研究結果以描述性統計、t 檢定、ANOVA 檢定及相關分析進行統計。研究對象共 150 人，多重用藥（服用 4 種以上藥物）的住院老人佔多數（101 人，佔 67.3%），心靈安適量表總分平均  $30.71 \pm 10.35$  分，生活品質整體評價平均得分為  $7.14 \pm 2.43$  分；健康相關生活品質平均  $66.39 \pm 19.74$  分，均屬於「中等」的水準。本研究的結果發現影響住院老年人心靈安適的相關因素為：憂鬱症狀、生活品質、工具性日常活動功能、多重用藥及睡眠問題。經由本研究的結果可以建議身、心、靈、社會的安適是構成全人健康的四個要素。本研究的結果可以幫助健康照護者瞭解影響住院老年人心靈安適的相關因素，並作為擬定相關照護計畫的參考，亦可依據研究結果設計促進心靈安適及生活品質的護理措施，以達到促進老年人全人健康的照護目標。

關鍵詞：住院老年人、心靈安適、生活品質、憂鬱、工具性日常生活活動

## **Spiritual well-being and influence factors among hospitalized elderly**

Li-Fen Wu<sup>1</sup> Shu-Hui Yang<sup>2</sup> Ju-Sheng Lin<sup>3</sup> Man-Ping Chang<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Department of Nursing, National Taichung University of Science and Technology

<sup>2</sup>Professional Nurse, Department of Nursing, Taichung Veterans General Hospital

<sup>3</sup>Attending Doctor, Department of family medicine, Taichung Veterans General Hospital

<sup>4</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, National Taichung University of Science and Technology

### **Abstract**

Spiritual well-being is a feeling of purpose of life and life satisfaction. Although studies mentioned there are closely relationship among spiritual well-being, symptoms disturbance, mental health and physical function, But currently understand about the spiritual well-being of older persons is very limited, and there have not been reported about spiritual well-being of hospitalized elderly. The purpose of this study is to understand the spiritual well-being of hospitalized elderly and the influence factors. Cross-sectional survey research, study subjects were hospitalized elderly patients for a medical center, from June 1 to December 31. Instruments included geriatric comprehensive assessment, and spiritual index of well-being Chinese version. Descriptive statistics, t test, ANOVA test and Pearson's correlation were used. A total of 150 subjects, majority were poly-pharmacy (taking four or more medications) (n=101, 67.3%), mean and standard deviation of spiritual index of well-being Chinese version was  $30.71 \pm 10.35$ . Mean of Eurogol-5D-3L was  $7.14 \pm 2.43$ , EuroQol-VAS was  $66.39 \pm 19.74$ , belong to "medium" of the standard. The study found that hospitalized elderly feelings on health, quality of life, depression status, instrumental activities of daily living, had significantly correlated with their spiritual well-being. When self-perception of health, quality of life was good, no depression, and instrumental activities of daily living was good, then the state of spiritual well-being was good. Also there are significant difference between poly-pharmacy, sleep disturbance and spiritual well-being, taking more than four kind of medication a day or people who had sleep problems, there spiritual well-being was poor conditions. The results of this study can help healthcare providers understand the influence factors of hospitalized elderly spiritual well-being, and as a reference to the relevant care plan. The research results also can be the basis of designed nursing interventions to promote spiritual well-being and quality of life of elderly people, and promote to achieve the holistic health care goals.

Keywords: hospitalized elderly, spiritual well-being, quality of life, depression, instrumental activities of daily living

## 壹、緒論

靈性是指我們的內在生命，以及它與廣闊世界之間的關係，包括我與自己，我與他人，我與環境，以及我與上天的關係，若這個關係是正向的、良好的，那麼我們就會呈現心靈安適的狀態。在護理鼻祖南丁格爾女士所著的”Notes on Nursing”一書中，強調照顧人的心靈需求與照顧身體器官的健康需求一樣重要（Nightingale, 2009）。

靈性的滿足對老年人十分重要，因為人的老化過程中經常伴隨著衰弱、疾病、與智能退化，曾、杜（2007）指出老化過程中個人的健康實際上是依附在個人整體功能的完整上，及身、心、靈三者，有時候個人身體的衰退可以靈性來超越其肉體的限制。目前國內有關老年人心靈安適的瞭解尚有限，只有少數研究，如李、黃（2014）提到老人生活品質的測量中應該包括靈性這個面向，但是對於因為身體疾病住院老年人的心靈安適狀態的研究則尚未見報導。

因此本研究的目的為針對身體疾病住院的老年人，經由心靈安適量表及周全性評估，瞭解住院老年人的心靈安適情況，並且經由分析周全性評估各項目的結果，找出對住院老年人心靈安適有影響的相關因素。

## 貳、文獻探討

靈性是個人的生活哲學觀與價值觀，影響個人的待人處事、生活調適、身心健康、激發尋找及詮釋生活目標和意義（杜，2003）。心靈安適是指個人擁有健康且完整的內在資源、瞭解自己及其他萬物的存在價值，產生指引生活目標的中心信念，並發掘個人及社會互動下所產生的人生意義（Moberg, 1979）。心靈安適也是生活目標與生活滿意度間的一種知覺感受，楊、顏、陳（2010）在歸納許多文獻後，得到以下心靈安適的鑑定性特徵：(一)主觀認為具有幸福感：對目前的生活感到滿意及愉快；(二)肯定自我存在的價值：正向的接受個人生命的意義及目的；(三)能以接納的態度面對其所有的關係：愛自己也愛別人，並且能自我突破與成長，能真誠的對待任何的對象，乃至環境、宇宙萬物等；(四)擁有內在的資源能量：包括個人內在的能量來源、自我覺醒、自我意識及社會、宗教的支持力量來源，並成為個人的生活原則、生活的力量源頭。Strada 等人（2012）的研究中發現心靈安適與症狀困擾、心理健康及身體功能等三者有密切的關係(Strada, Homel, Tennstedt, Billings, & Portenoy, 2012)。在 Jafari 等人（2014）的研究結論中，研究者強調心靈安適是生活品質的一個面向。在護理的發展過程中，護理專家一直將住院病人的身體需要以及心靈的需要視為同等重要，認為全人護理中身體與心靈二者同為實踐的重要環節。

「周全性評估」是國際認可的評估工具，內容包含身體症狀、疾病種類、日常活動能力、心智與精神狀態等的評估。文獻中記載實施周全性老人評估，可以縮短病患住院日數，減少 10—15% 的再住院率，並減少醫療資源的使用及醫療花費，降低一年內的死亡率，增加一年內住在家中的機會，及促進身體、心智的功能，減少出院後藥物使用量及促進社會功能（Ellis & Langhorne, 2005），減少非選擇性入院的危險（Scott et al.,

2006)，以及減少急診室的再入院率 (Caplan, Williams, Daly, & Abraham, 2004)。Ingram 等人 (2002) 發現心血管疾病、視力衰弱、心理疾病會讓老人覺得自己健康欠佳，此外生活壓力、心靈不安適及人際關係較弱也是讓老人覺得自己健康較差的因素，Rosen 和 Reuben (2011) 指出傳統的醫學評估已經不足以評量問題多元化的老年族群的健康問題，老年人的健康評估應該包括醫學、認知、情緒、社會、經濟、靈性及功能狀態等面向，其中 Durham 榮民醫學中心使用周全性評估量表，內容涵蓋十個領域：個人資料、病歷資料、每日日常活動、功能狀態、疼痛、財務狀況、社會支持、情緒狀態、心靈安適及生活品質，這種全面性的評估可以稱為老人周全性評估。Kuo, Chung (2012) 更進一步將電腦資訊融入醫療相關的技術，以制定周全性老人評估的醫療信息系統，該系統不僅能處理老年諮詢服務，並確保所有病人的信息被存儲在標準化的格式，而且還提供醫務人員進行統計分析和處理的目的。至於測試所需要的時間，Ingram 等人 (2002) 發現他們的老年癌症患者中，有 76% 的受訪者可以自己完成這份評估量表。Suijfer 等人的研究中發現周全性評估施測的時間需要 40 至 60 分鐘 (Suijfer et al., 2012)。吳 (2007) 針對國內周全性評估的推展，進行一項回溯，發現台灣最早以團隊模式推展周全性老人評估的團體為「台中榮總高齡醫學團隊」，成立於民國 72 年，該團隊並於民國 80 至 82 年間進行全國老年健康狀況調查；於 86 至 89 年間推動並執行整合型社區老人照顧計畫，而且提供介入性措施 (唐、李、王、吳, 1999；黃、吳、秦、游, 1997)；民國 90 年開始進行機構安養榮民身心社會狀態調查，以團隊的模式提供多面向跨科際的評估，以及提供介入性措施 (Wu, 2002)，這個團隊已經成為本省投入時間長且組織結構完整的範例，並為台灣建立具有代表性的周全性老人評估模式。本研究使用研該醫院老年住院病人的周全性老人評估資料，與參與者填答的心靈安適量表進行統計分析，藉此整理出影響住院老年人心靈安適的相關因素。

## 參、研究方法

### 一、研究對象

本研究為橫斷面調查研究，以目的取樣的方式，邀請 103 年 6 月 1 日至 12 月 31 日在某醫學中心住院且符合周全性評估資格的老年病人，參與此研究。

### 二、研究工具

本研究使用的工具為某醫院目前使用的“周全性老年評估”表，這份評估表的項目，包括住院老人的基本資料、身體狀況：如視力、聽力、四肢功能、行動障礙；老年病症候群：如跌倒、營養不良及尿失禁等，以及多重用藥問題 (服藥超過 4 項以上)。日常生活功能評估：如巴氏量表 (Barthel Index) 內容包括個人維持基本生活所需的自我照顧能力，如吃飯、排泄、上廁所、移位、穿衣、沐浴等，量表信度檢定 Cronbach's  $\alpha$  之內在同質性為 0.89 (莊、宋、林, 2005)。得分越高代表基本日常生活活動功能越好；工具性日常生活活動功能 (instrumental activity of daily living, 簡稱 IADL) 代表個人為獨

立生活於家中所需具備的能力，如購物、準備食物、使用交通工具(旅行)、打電話、服藥、處理財務、洗衣、做家事等，量表信度檢定 Cronbach's  $\alpha$  之內在同質性為 0.92 (莊、宋、林，2005)，再測信度達 0.93 (邱、陳、毛、蕭、劉、黃，1997)。得分越高代表獨立生活能力越好。此外並以簡易智能狀態測驗(Mini-Mental Status Examination, 簡稱 MMSE)評估認知功能，以「老年人憂鬱量表」(Geriatric Depression Scale, 簡稱 GDS)評估憂鬱的狀況，簡易智能狀態測驗得分越高代表認知功能越佳，相反的，老年人憂鬱量表得分越高則代表憂鬱症狀越多。生活品質則以中文版 EQ-5D 健康問卷評核的得分代表，此評核表分為二部分，一為生活品質之整體評價 EQ-5D 指標，另一為受訪者自覺目前健康相關的生活品質 EQ-5D VAS (Chang, Tarn, Hsieh, 2007)。EQ-5D 指標分數包含二方面:精神及身體健康，及五個面向 (5 dimension, 即 5D): 行動能力 (mobility)、自我照顧 (self-care)、一般活動 (daily activities)、疼痛/不適 (pain/ discomfort) 與焦慮/沮喪 (anxiety/ depression)。每題以「沒有問題」為 1 分、「有些問題/有中度問題」為 2 分、「無法自理/有極度問題」為 3 分等三個選項，加總分數範圍介於 5 至 15 分，得分愈高表示自覺整體生活品質評價愈差。EQ-VAS 則是以個人喜好 (preference-based) 為基礎的一種健康相關生活品質測量工具，由一個垂直總長 20 公分量尺構成的視覺類比量表 (visual analog scale) 組成，分數介於 0 至 100 分，0 分代表想像中最差狀況，100 分則是想像中最佳，由受訪者直接在量尺上劃一條線，對應之分數即代表目前健康相關的自覺生活品質狀況，分數越高表示健康相關的自覺生活品質狀況越佳。EQ-5D 指標之再測信度：使用級內相關係數 (intra-class correlation coefficient, ICC) 測得為 0.51，內部一致性在行動能力為 98.2%、自我照顧為 100%、一般活動 98.2%、疼痛/不適 84.2%、與焦慮/沮喪為 83%，另 EQ-VAS 信度為 0.70。

本研究所使用的心靈安適量表包含 12 個項目，原版的內在一致性  $\alpha$  係數為 0.91，內含 2 個次量表，每一次量表包含 6 個題目。第一個次量表名為：自我效能，內在一致性  $\alpha$  係數為 0.86，第二個次量表名為：生活規畫，內在一致性  $\alpha$  係數為 0.89。此量表兩周後的再測信度為 0.79，自我效能分量表的再測信度為 0.77，生活規畫分量表的再測信度為 0.86，在國外曾經被使用在一般門診病人、慢性病人、老年人及臨終病人的研究 (Daaleman & Frey, 2004)。此量表經原作者授權後進行翻譯及信效度處理，得到中文版心靈安適指數量表，並且得到內在一致性  $\alpha$  係數為 0.93，第一個次量表 (自我效能) 的內在一致性  $\alpha$  係數為 0.86，第二個次量表 (生活規畫) 的內在一致性  $\alpha$  係數為 0.89 (吳、廖、曾, 2015)。顯示項目間的一致性高，這份中文版靈性安適量表是一份可以使用的工具。

#### 肆、資料蒐集及分析

在通過研究倫理委員會審查 (IRB 編號：CE14109) 後，凡在 103 年 6 月 1 日至 12 月 31 日符合收案條件的住院病人，在填寫同意書後，由研究者及該醫學中心個案管理師協助完成問卷及周全性評估表。收回的問卷及評估表資料以描述性統計、t 檢定、ANOVA 檢定及相關分析進行統計。

## 伍、結果分析與討論

### 一、基本資料

本研究利用描述統計 (descriptive statistics) 來計算住院老年人在基本資料的分布情形，基本變項包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰，以人數與百分比呈現。

本研究共收案 150 人，其中女性 92 人 (61.3%)，男性 58 人 (38.7%)，女性多於男性。年齡平均 79.43 歲，由 65 歲至 98 歲，其中以 81 - 90 歲的住院病人最多 (62 人，佔 41.3%)，其次為 71 - 80 歲 (49 人，佔 32.7%)、61 - 70 歲 (28 人，佔 18.7%)、91 歲以上 (11 人，佔 7.3%)。教育程度部分，以國小程度較多，有 54 人 (36.0%)，其次為不識字 33 人 (22.0%)，大專以上有 20 人 (13.3%)；婚姻狀況部分，多數為已婚，計 93 人 (62.0%)，其次為鰥寡，計 50 人 (33.3%)。宗教信仰部分，多數住院老人無宗教信仰 (62 人，佔 41.3%)，其次為道教 33 人 (22.0%)，佛教 32 人 (21.3%)，詳見表一。

表一 研究對象基本資料 (n=150)

自變項	人數 (%) / 平均數 ± 標準差
<b>年齡</b>	79.43 ± 7.95
91 歲以上	11 人 (7.3%)
81 - 90 歲	62 人 (41.3%)
71 - 80 歲	49 人 (32.7%)
61 - 70 歲	28 人 (18.7%)
<b>性別</b>	
男	92 人 (61.3%)
女	58 人 (38.7%)
<b>教育程度</b>	
不識字	33 人 (22.0%)
國小	54 人 (36.0%)
大專以上	20 人 (13.3%)
<b>婚姻狀況</b>	
已婚	93 人 (62.0%)
鰥寡	50 人 (33.3%)
<b>宗教信仰</b>	
道教	33 人 (22.0%)
佛教	32 人 (21.3%)
無宗教信仰	62 人 (41.3%)

### 二、周全性老年評估結果

表二列出周全性老年評估表結果。150 位住院老人中大多數沒有重大疾病史 (120

人，80%)，僅 21 人 (14%) 有惡性腫瘤，4 人 (2.7%) 有免疫風濕系統疾病，5 人 (3.3%) 有半癱或偏癱狀況。但是多數住院老人有多重用藥 (服用 4 種以上藥物) 的情形 (101 人，佔 67.3%)，半數住院老年人有視力障礙 (88 人，58.7%)。此外多數住院老年人沒有聽力、睡眠、尿失禁、行動能力、認知功能障礙、憂鬱情緒、營養不良、步態障礙、疼痛的問題。

住院老年人迷你心智狀態檢查的得分為  $23.09 \pm 5.69$  分 (總分 30 分)，接近「中上」的水準；在老年憂鬱量表得分為  $1.24 \pm 1.56$  分 (總分 5 分， $\geq 2$  分為異常)；在巴氏量表平均得分為  $79.70 \pm 25.97$  分 (總分 0 至 100 分)；在工具性日常生活活動功能表得分為  $4.60 \pm 2.62$  分 (總分 0 至 8 分)；迷你營養評估的平均得分  $20.65 \pm 6.37$  分 (總分 30 分)；Morse 跌倒量表平均得分  $33.42 \pm 20.93$  分 (總分  $\geq 45$  分異常)；在生活品質量表 (EuroQol-5D-3L) 平均得分為  $7.14 \pm 2.43$  分 (總分 3 至 15 分，本項分數愈低，狀況愈佳)；在健康狀況主觀陳述 (European Quality of life-VAS) 得分為  $66.39 \pm 19.74$  分 (總分 0 至 100 分)，以上結果顯示住院老年人的周全性老年評估結果屬於「中等」的水準。

表二 周全性老年評估結果 (n=150)

自變項	人數 (%)
<b>重大疾病</b>	
無	120人 (80%)
惡性腫瘤	21人 (14%)
免疫風濕系統疾病	4人 (2.7%)
因疾病導致半癱或偏癱狀況	5人 (3.3%)
<b>多重用藥</b>	
無	44人 (29.3%)
有	101人 (67.3%)
無法評估	5人 (3.3%)
<b>視力障礙</b>	
無	62人 (41.3%)
有	88人 (58.7%)
<b>聽力障礙</b>	
無	115人 (76.7%)
有	35人 (23.3%)
<b>睡眠問題</b>	
無	89人 (59.3%)
有	61人 (40.7%)



<b>尿失禁</b>	
否	114人 (76.0%)
是	36人 (24.0%)
<b>行動能力問題</b>	
否	99人 (66.0%)
是	51人 (34.0%)
<b>認知功能障礙</b>	
無	113人 (75.3%)
有	37人 (24.7%)
<b>憂鬱情緒</b>	
無	93人 (62.0%)
有	57人 (38.0%)
<b>營養不良</b>	
無	97人 (64.7%)
有	55人 (35.3%)
<b>步態障礙</b>	
無	82人 (54.7%)
有	68人 (45.3%)
<b>有無疼痛</b>	
無	119人 (79.3%)
有	31人 (20.7%)

### 三、心靈安適量表結果

在心靈安適指數量表方面，總分平均為  $30.71 \pm 10.35$  分（總分 12 至 60 分，本項分數愈低，狀況愈佳），其中分量表一：自我效能評估平均得分為  $16.58 \pm 5.72$  分（總分 6 至 30 分，本項分數愈低，狀況愈佳）；分量表二：生活規劃評估平均得分為  $14.13 \pm 5.46$  分（總分 6 至 30 分，本項分數愈低，狀況愈佳）；研究結果顯示住院老年人的心靈安適量表結果屬於「中等」的水準。

逐題檢視各項目的得分，發現自我效能評估量表中，有一個項目「對於改善自己的現況，我能做的不多（78 人，52%）」的平均分數較高，由勾選的結果可以推測老年人在無法改善自己現況的情況下，才會接受住院治療。

### 四、影響住院老年人心靈安適的相關因素

以積差相關統計法（product-moment correlation）檢視住院老年人心靈安適指數量表總分與生活品質量表、健康狀況主觀陳述、心智狀態檢查的得分、老年憂鬱量表得分間

的相關性。結果發現『心靈安適指數量表』總分與『生活品質整體評價』、『健康相關生活品質』、『老年憂鬱量表』、『工具性日常生活活動功能表』等四個量表間呈現顯著相關，其中『心靈安適指數量表』與『生活品質量表』得分呈現低度正相關（ $r=0.24$ ， $p=0.004<0.01$ ），決定係數  $R^2$  等於 0.057。『心靈安適指數量表』與『健康相關生活品質』得分呈現低度負相關（ $r= -0.34$ ， $p=0.000<0.01$ ），決定係數  $R^2$  等於 0.12。『心靈安適指數量表』與『工具性日常生活活動功能表』得分呈現低度負相關（ $r= -0.20$ ， $p=0.015<0.05$ ），決定係數  $R^2$  等於 0.04。『心靈安適指數量表』與『老年憂鬱量表』得分呈現中度正相關（ $r= 0.49$ ， $p=0.000<0.01$ ），決定係數  $R^2$  等於 0.24，以上結果顯示住院老年人的憂鬱狀況、生活品質及工具性日常生活活動能力與他的心靈安適有相關，其中憂鬱症狀越多的住院老年人，心靈越不安適；生活品質整體評價及健康相關生活品質越好的住院老年人，他們的心靈越安適，個人獨立生活所需具備的能力越佳者，他們的心靈越安適（表三）。

表三 影響住院老年人心靈安適之積差相關統計分析（n=150）

項目	心靈安適 總分	生活品質 整體評價	健康相關 生活品質	簡易智能 狀態測驗	老年人憂 鬱量表	日常生活 功能評估	工具性日常生 活活動功能
心靈安適總分	1						
生活品質整體評價	.237**	1					
健康相關生活品質	-.335*	-.394**	1				
簡易智能狀態測驗	-.118	-.417*	.161	1			
老年人憂鬱量表	.486**	.448**	-.412**	-.064	1		
日常生活功能評估	-.109	-.824**	.190*	.435**	-.220**	1	
工具性日常生活活動功能	-.200*	-.651*	.255**	.569**	-.148	.725**	1

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

以獨立樣本 t 檢定或變異數分析檢視基本資料及周全性老年評估各項目在心靈安適指數量表以及兩個次量表間是否有顯著差異？結果發現住院老年人的心靈安適指數量表以及兩個次量表的分數不會因為性別、視力、聽力障礙、尿失禁、行動能力問題、營養不良、步態障礙、平衡、有無疼痛的不同而有顯著的差異，但是有『多重用藥』及『睡眠問題』住院老人的『心靈安適指數』有顯著差異存在，其中有多重用藥（服用 4 種以上藥物）的住院老人心靈安適狀況較差（ $t= -5.24$ ， $p=.000<.001$ ），兩個分量表：自我效能（ $t= -4.51$ ， $p=.000<.001$ ）及生活規劃（ $t= -5.09$ ， $p=.000<.001$ ）的狀況也較差。此外，有睡眠問題的住院老人心靈安適狀況（ $M=33.42$ ）顯著的較差於沒有睡眠問題的住院老人（ $M=24.34$ ），有睡眠問題的住院老人在兩個分量表：自我效能（ $M=17.90$ ）及生活規劃（ $M=15.51$ ）的狀況也比沒有睡眠問題的住院老人（ $M=13.50$ ； $10.84$ ）為差，以上的結果顯示多重用藥及有睡眠問題的住院老年人，心靈安適的情形較沒有這項問題的老年人差（表

四)。

以變異數分析 (analysis of variance) 來檢定不同年齡層、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰與心靈安適指數間是否有顯著差異？結果發現不同年齡層、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰的住院老年人在心靈安適指數間均無顯著差異存在 (表四)。

表四 影響住院老年人心靈安適之 t 檢定及變異數分析 (n=150)

項目	<i>n</i>	<i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>t</i> or <i>F</i> test	<i>df</i>	<i>p</i>
性別			<i>t</i> =.799	148	.426
女	92	31.3±9.93			
男	58	29.83±10.93			
多重用藥			<i>t</i> =-5.240	143	.000**
無	44	24.33±8.23			
有	101	33.43±10.13			
視力障礙			<i>t</i> =1.102	148	.272
無	62	31.83±10.93			
有	88	29.93±9.93			
聽力障礙			<i>t</i> =.185	148	.853
無	115	30.83±10.43			
有	35	30.43±10.2			
睡眠問題			<i>t</i> =-4.245	148	.000**
無	89	27.9±9.5			
有	61	34.8±10.3			
尿失禁			<i>t</i> =-.725	148	.470
否	114	30.4±10.0			
是	36	31.8±11.4			
行動能力問題			<i>t</i> =-1.822	148	.070
否	99	29.6±10.2			
是	51	32.82±10.52			
營養不良			<i>t</i> =-1.156	148	.262
否	97	30.0±10.3			
是	53	32.0±10.4			
步態障礙			<i>t</i> =-1.471	148	.143
無	82	29.6±9.7			
有	68	32.1±11.0			
平衡不良			<i>t</i> =-.684	148	.495
無	83	30.2±10.2			
有	67	31.4±10.54			

<b>有無疼痛</b>			<i>t</i> = -.483	148	.630
無	119	30.54±10.2			
有	31	31.54±11.1			
<b>年齡層</b>			<i>F</i> = 2.031	3	.112
61-70 歲	28	28.0±8.9			
71-80 歲	49	30.4±9.6			
81-90 歲	62	31.1±11.6			
91 歲以上	11	36.9±7.8			
<b>教育程度</b>			<i>F</i> = 2.031	3	.112
不識字	33	30.6±11.6			
識字未就學	11	34.2±12.9			
國小	54	29.9±9.3			
國中	14	31.3±10.9			
高中	18	33.9±10.9			
大專以上	20	27.9±8.5			
<b>婚姻狀況</b>			<i>F</i> = .965	5	.442
未婚	4	34.8±7.4			
已婚	93	30.7±10.8			
鰥寡	50	30.6±10.1			
分居	2	30.0±4.2			
離異	1	23.0±0			
<b>宗教信仰</b>			<i>F</i> = .289	4	.885
無	62	31.5±11.2			
佛教	32	32.3±9.3			
道教	33	27.8±9.9			
基督教	12	34.2±10.2			
回教	3	30.3±15.0			
天主教	8	25.3±2.8			

\**p* < .05    \*\**p* < .01

## 陸、討論

老年人平均每次住院費用是 15—44 歲住院患者費用的二倍，而且佔總醫療費用的 43. %，顯示老年人的健康問題值得護理人員深切的關注 (吳，2007)。文獻中指出，對於老人健康的評價，除了醫生的診斷外，常用的指標是老人個人主觀的自評健康狀況，一個人對健康的感受通常與其安適狀態 (well-being) 與生活滿意度有關 (行政院衛生福利部國民健康署，2009)；本研究發現住院老年人心靈安適狀態與自覺整體生活品質、

健康相關生活品質、憂鬱狀態、工具性日常生活活動功能等四個項目有明顯的相關，對自己健康的感受越好、生活品質越好、沒有憂鬱，以及工具性日常生活活動功能越好的老年人，他們的心靈安適狀態越好；此外多重用藥及睡眠問題會造成心靈安適狀態的差異，每天服用四種以上藥物或是有睡眠問題的老年人，他們的心靈安適的情況較差。

林、陳、林（2010）的研究也有類似的結論，他們發現在健康自評方面，健康自評越好的老年人，其憂鬱指數會降低，因此推論健康自評雖然主觀，卻讓個人能夠查覺醫師或其他醫療儀器未測出的身心狀況。衛生署『2020 健康國民白皮書』中提及，針對老年人族群，訂定「活躍老化」目標，其中包含身體、心理、社會與靈性四層面，其所訂定的監測指標分別為：衰弱及失能之防治、跌倒及骨折之防治、憂鬱症及自殺之防治、老人復健及中風後失能之防治以及預立指示之簽署與執行（陳，2010）。本文使用「周全性老年評估表」以及「心靈安適量表」進行研究資料，內容包含對老年人身體、心理、社會及靈性的評估，並探討老年人在此四層面的相互影響，因此研究的結果可以作為活躍老化的先驅研究-健康老化的參考資料。Bekelman 等人（2007）以 60 位 60 歲以上心臟衰竭病人為對象的調查中，發現心靈安適分數越高者，越少出現憂鬱症狀，因此建議增進病人心靈安適感也許可以減少或預防憂鬱，或是促進生活品質。這項西方研究的結果，本研究的結果中得到類似的結論：心靈安適分數越高的老年人，越少出現憂鬱症狀。

曾、劉（2012）的報告中發現睡眠品質與憂鬱症息息相關，並且提醒我們應該重視老年人的心理健康問題。在林等人（2010）的研究中發現臺灣老年人的憂鬱症盛行率相當高，平均每三個老年人即有一位有憂鬱症的情形，而日常生活功能也是影響日後憂鬱情形重要的預測因素。在本研究中則發現，睡眠問題、憂鬱、工具性日常生活活動功能都會影響住院老年人的心靈安適的差異，而心靈安適與憂鬱有相關性，因此提醒我們應該重視老年人的睡眠問題。王、張、林（2014）的研究中建議改善老年人的睡眠狀況及憂鬱症，可以從規律運動做起，文中也提出不論是機構或社區中的老年人，其憂鬱症狀及睡眠品質可在執行六個月規律的瑜珈運動後有顯著性的改善。然而讓老年人執行規律運動需要有強烈的動機，如何喚起動機可以是未來繼續探討的議題。

楊、許、唐、龔（2012）以 300 位台中市社區 65 歲以上老人為對象，探討社區老人的日常生活活動能力、生活品質與幸福感受之相關性，並進一步分析影響幸福感的相關因素。研究的結果發現老年人日常生活活動、生活品質與幸福感顯著相關，研究中所指的幸福(well-being)與本研究的心靈安適（spiritual well-being）領域有些類似，本研究的結果發現老年人日常生活活動、生活品質與心靈安適顯著相關，不過本研究還發現老年人的身體狀況，如多重用藥、睡眠不佳，以及精神層面的狀況，如憂鬱症狀，也與心靈安適有顯著的相關。

## 柒、結論與建議

本研究的結果發現影響住院老年人心靈安適的相關因素為：憂鬱症狀、生活品質、工具性日常活動功能、多重用藥及睡眠問題。這些因素可以分為身體層面：如多重用藥及睡眠問題，精神層面如：憂鬱，社會生活層面如：工具性日常活動功能、生活品質。

以上結果顯示住院老年人身體、精神、社會活動與心靈互相影響，而心靈安適是一種主觀的感受，一個心靈安適的人會感覺內心平靜、愉悅，有人生有目的，能不斷自我突破與成長，讓生命充滿動力，足以迎向各種困境，並且能運用內在資源與力量，維持心靈的健康，因此對自己健康的感受良好而且沒有憂鬱的現象。經由本研究的結果可以建議身、心、靈、社會的安適是構成全人健康的四個要素。

本研究有以下的限制，由於收案時只針對一家醫院的住院老人進行評估，未包括其他醫院的住院老年人，因此期望未來能夠拓展研究範圍至不同等級或不同地區的醫院，近一步確認影響住院老年人的心靈安適的相關因素。本研究的結果可以幫助健康照護者瞭解影響住院老年人心靈安適的相關因素，並作為擬定相關照護計畫的參考，亦可依據研究結果設計促進心靈安適及生活品質的護理措施，以達到促進老年人全人健康的照護目標。

## 捌、致謝

本研究要感謝臺中科大研究計畫（編號 NTCUST103-15）及臺中榮民總醫院與臺中科技大學院校合作計畫(編號 TCVGH-NTUST1038501)提供經費支持，並感謝所有受訪的老年住院病人。

## 參考文獻

- 王宥茵、張曉雲、林宸妤(2014)。瑜珈於老年人憂鬱及睡眠品質之系統文獻回顧。《護理雜誌》，61(1)，85-92。
- 行政院衛生福利部國民健康署（2009）。《國民健康訪問調查》。台北：國家衛生研究院。
- 李月萍、黃惠子(2014)。老年生活品質概念與測量應用。《台灣老年醫學暨老年學雜誌》，9(3)，57-67。
- 杜明勳(2003)。談靈性。《護理雜誌》，50(1)，81-85。
- 吳麗芬(2007)。周全性老人評估與護理。《護理雜誌》，54(6)，61-66。
- 林正祥、陳佩含、林惠生(2010)。臺灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子。《人口學刊》，41，67-109。
- 邱亨嘉、陳怡君、毛莉雯、蕭世槐、劉宏文、黃明賢(1997)。中文版多元功能評估問卷之信度效度考驗。《中華公共衛生雜誌》，16(2)，119-32。
- 唐憶淨、李孟智、王玉濤、吳麗芬(1999)。老人自覺健康狀態及其影響因素。《中華家醫雜誌》，9(1)，31-42。
- 陳慶餘(2010)。老年醫學與活躍老化目標。《社區發展季刊》，132，179-188。
- 莊艷妃、宋惠娟、林麗萍(2005)。偏遠礦區老人健康狀況及健康醫療資源使用之調查研究。《慈濟護理雜誌》，4(1)，34-41。
- 黃孝鏘、吳麗芬、秦燕、游育慧(1997)。老年人自我照顧能力及家庭照護之初步探討。《社區發展季刊》，80(1)，233-241。
- 曾家君、劉淑燕(2012)。老年人身體活動與睡眠品質、憂鬱症之相關探討。《中華體育季刊》，26(1)，59-65。
- 曾愉芳、杜明勳(2007)。老年人的靈性照顧。《長期照護雜誌》，11(2)，109-115。
- 楊均典、顏效禹、陳瑞娥(2010)。靈性安適之概念分析。《護理雜誌》，57(3)，99-104。
- 楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉(2012)。社區老人日常生活活動、生活品質與幸福感之相關研究。《臺灣老年醫學暨老年學雜誌》，7(4)，217-232。
- Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., Gottlieb, S. H., Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., & Dy, S. M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
- Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B., & Abraham, K. (2004). A randomized, controlled

- trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department—the DEED II study. *Journal of American Geriatric Society*, 52(9), 1417-1423.
- Chang, T. J., Tarn, Y. H., Hsieh, C. L., et al. (2007). Taiwanese version of the EQ-5D: Validation in a representative sample of the Taiwanese population. *J Formos Med Assoc*, 106, 1023-31.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Annals of Family Medicine*, 2, 499-503.
- Ellis, G., & Langhorne, P. (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*, 71(1), 45-49.
- Ingram, S. S., Seo, P. H., Martell, R. E., Clipp, E. C., Doyle, M. E., Montana, G. S., & Cohen, H. J. (2002). Comprehensive assessment of the elderly cancer patient: the feasibility of self-report methodology. *Journal of Clinical Oncology*, 20(3), 770-775.
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*, 2014, 619028.
- Kuo, N. W., & Chung, Y. Y. (2012). The Application of Healthcare Information System for Comprehensive Geriatric Assessment. *MIS Review*, 17(2), 87-98.
- Moberg, D. O. (1979). *Spiritual well-being : Sociological perspectives*. Washigton, DC: University Press of American.
- Nightingale, F. (2009). *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. U.K.: BooksurgeLlc.
- Rosen, S. L., & Reuben, D. B. (2011). Geriatric assessment tools. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(4), 489-497.
- Scott, D. J., Buttery, A. K., Bowman, A., Agnew, R., Burrow, K., Mitchell, S. L., et al. (2006). Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age Ageing*, 35(5), 487-491.
- Strada, E. A., Homel, P., Tennstedt, S., Billings, J. A., & Portenoy, R. K. (2012). Spiritual well-being in patients with advanced heart and lung disease. *Palliative and Supportive Care*, 1-9.



Suijker, J. J., Buurman, B. M., ter Riet, G., van Rijn, M., de Haan, R. J., de Rooij, S. E., & Moll van Charante, E. P. (2012). Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*, *12*, 85.

Wu, L. F. (2002). Predictive factors of self-care capacity in veterans' care institution residents. *The Journal of Nursing Research*, *10*(3), 195-204.

