

第五章 討論

本章主要根據研究目的、研究假設與研究結果，探討松年大學老人睡眠品質與個人屬性、睡眠環境安排、身體活動等各個變項的現況，以及變項間之相關性。分為以下各節加以說明：一、松年大學老人睡眠品質現況；二、松年大學老人個人屬性與睡眠品質的關係探討；三、身體活動與睡眠品質之相關性探討。

第一節 松年大學老人睡眠品質現況

100 位松年大學老人的匹茲堡睡眠品質量表得分介於 0-12 分，其平均得分為 6.26 ± 2.65 ，以 5 分為判斷睡眠品質的切分點，因此平均來說松年大學老人的睡眠品質呈現稍微不佳的情形（分數愈高代表睡眠品質愈差），而睡眠品質良好（ $PSQI \leq 5$ 分）的老人比例為 55%，睡眠品質差者則佔 45%。

將本研究中睡眠品質量表施測結果與國內研究做比較：鄒秀菊（民 83）針對敬老院平均年齡在 71.19 ± 6.15 歲的老人，以睡眠品質量表調查其睡眠品質之結果，則發現睡眠品質量表平均得分為 6.95 ± 5.24 ，多數老人亦屬於睡眠品質不好的情況。林嘉玲（民 89）以睡眠品質量表研究機構老人睡眠品質亦發現有近七成（69.3%）老人睡眠品質不佳，睡眠品質量表平均得分為 9.53 ± 4.89 。吳佳儀（民 91）針對 100 位平均年齡在 73.74 ± 5.34 歲的社區老人以睡眠品質量表調查其睡眠品質的結果，亦發現睡眠品質量表平均得分為 6.33 ± 4.40 ，睡眠品質差者佔了 49%。由此可明顯看出本研究中老人的睡眠品質量表平均得分比上述學者之研究結果較低，且睡眠品質差的老人比例也較低，表示松年大學老人比一般住宅社區、機構或敬老院的老人睡眠問題要來得少。推測此差異的可能原因：機構老人或敬老院的老人其生理、心理健康狀況較差、受機構或院方環境之影響等因素，因而表現出較多的睡眠問題；而社區的老人則可能因其原有的某些特質如罹患疾病之種類等的不同而有差異較大的睡眠問題。

研究者繼續針對睡眠品質量表中幾個次構面及構面間之相關性，按研究結果做以下之個別討論：

一、個人主觀睡眠品質認知方面

個案自評的主觀睡眠品質認知顯示有八成以上的老人認為自己的睡眠品質還可以（70%）或非常好（16%），但經睡眠品質量表評估結果為睡眠品質良好的老人佔 55%，兩者結果呈現不一致的情形。探究此一現象之原因，部分老人在研究期間對過去一個月中的睡眠做自我評估時，可能因睡眠情形的好壞相間而左右其主觀看法，造成整體量表所測出之睡眠品質總分與主觀認知結果不一致的狀況，文獻中亦指出：失眠者對其睡眠品質好壞的認定可能存在著主觀性，導致睡眠評價的主客觀誤差，支持本研究之結果（Vignola 等人，2000）；尤其老年人又因受到內在生理時鐘、生理和心理疾病、用藥等影響，呈現睡眠的高度變異性及不可預測性，即使利用客觀的睡眠儀器測量或許也很難避免這樣的情形（Hajak，2000）。

二、睡眠潛伏期方面

睡眠潛伏期的分析包括 100 位松年大學老人在過去一個月內『入睡所需時間』以及過去一個月內『平均一週中無法於 30 分鐘內入睡的頻率』兩者。

研究結果顯示：過去一個月中於就寢後 30 分鐘內可入睡之比例為 84%，而在其餘 16% 就寢時間超過 30 分鐘的老人之中，有一半的老人（50%）是平均一週內達到『至少一至三天以上』無法於 30 分鐘入睡的頻率，而有另一半的老人則是『每週 4 天以上』有此問題。足見雖然僅約六分之一的老人入睡所需時間超過 30 分鐘，但這群老人的問題發生頻率頗高，是不可忽視其嚴重性以尋求解決之道。

三、夜間實際睡眠時數方面

從表 4-2-1 顯示，100 位松年大學老人夜間實際睡眠時數平均為 5.93 ± 1.16 個小時，有近六成以上老人的睡眠時數可達 6 小時以上，但近四

成老人睡眠時數小於 6 小時；其中值得注意的是，有 6% 老人實際睡眠不到 5 小時，深入分析這六位老人的睡眠情形，有三位回答 4 個小時半，二位回答 4 個小時，一位回答 2 個小時，此現象突顯出睡眠不佳的老人所獲實際睡眠的嚴重缺乏，使得老人主觀認定的睡眠時數極短。

當再進一步分析這 6 位老人，發現他們都是屬於睡眠品質差(PSQI>5)的一群，再以 t-檢定比較這 6 位老人與其他老人的睡眠品質，結果發現兩者確實有顯著差異 ($t=-2.343$, $p<0.05$)，達到統計上的意義。儘管如此，這些夜裡睡眠時數少的老人很可能是受到外在環境如光線、噪音、氣候等因素所影響，至於如何能維持一天生活坐息的精神所需，或是藉由白天打盹或睡午覺來補充睡眠也無不可能。由於本研究因睡眠時數少的老人樣本數過少，所以無法做直接的推論。

四、睡眠困擾方面

由睡眠困擾的頻率分析中，研究結果顯示『半夜因上廁所起床而睡不好』是松年大學老人最大的睡眠困擾，共有 66 位 (66%) 老人每週至少一次苦於因上廁所起床而睡不好，而且此現象男性較為女性顯著。每週至少一天 (次) 因上廁所而睡不好的男性佔全部男性的 78.95%，女性佔全部女性的 62.96%，而每週 3-4 天 (次) 以上的男性佔 63.16%，女性佔 23.46%，由此可見半夜因上廁所而影響睡眠之嚴重情形。推測此差異的可能原因，也許男性在罹患泌尿系統疾病如腎臟腺、疝氣等疾病而影響其功能失調及老化的情形要比女性頻繁，因而表現出比女性有較多的睡眠困擾。此結果也與 Gislason(1993)的研究結果相符。

歸納松年大學男女性老人有『半夜因上廁所起床而睡不好』的情形之原因，可能與老人睡前飲水量或罹患泌尿系統疾病有關，又或是老化過程影響到身體機能的關係。本研究因僅限於睡眠問題及某些重點自變項的描述，因此無法深入了解造成此現象之原因。

五、白天功能方面

由表 4-2-1 顯示出有 29%的老人至少每週有一次以上在『開車、吃飯或參與社交活動時無法維持清醒的頻率』(男 36.84%，女 27.16%)，同時也有超過一半以上的老年人在『保持足夠的精神及活力將事情做好之困難度』上發生困難的情形(男 57.89%，女 59.26%)。當進一步分析這 59 位老人的睡眠品質時，發現他們都是屬於睡眠品質差 (PSQI>5) 的一群。當進一步瞭解其中原因，多指向個案在上課時打瞌睡、精神不能集中，以及家庭作業無法如期完成為最大考量。

六、鎮靜安眠藥之使用方面

本研究依據老人自述醫師有開立安眠鎮靜藥物且其有在使用者為標準，結果顯示老年大學老人每週至少一次使用藥物幫助其睡眠者有 31% (其中 25 位為女性，佔女性全部比例的 30.86%；6 位為男性，佔男性全部比例的 31.57%)。有 9 位老人每週使用四次以上的藥物，深入分析這群老人的睡眠品質，9 位中有 8 位是屬於睡眠品質差者 (88.9%)，且有一半的老人其自評睡眠品質仍為差或非常差，顯示即使有服用安眠藥的習慣，老人仍然有睡覺品質不佳的情形。

Grayson 等人 (2000)，於一項雪梨老人族群研究中亦指出目前老人嚴重的藥物濫用問題，已引起社會關注，且習慣長期服藥者大多趨向於嚴重失眠的老年人、女性、已離婚者、接受神經症狀治療者，而本研究結果亦有部分相同的發現。

再者，鎮靜安眠藥應為治療睡眠障礙的最後考量，在醫師決定給藥前，應先評估個案的睡眠衛生以及心理健康兩方面的問題，且老人的藥物治療必須謹慎為之 (夏一新、何瑞麟，民 82)。目前以台灣社會來說，由於有睡眠障礙的老人通常求助於醫院門診或一般診所，若醫師對睡眠問題沒有一定程度的了解與重視，則很容易忽略老人在睡眠方面的真正需求，而輕易地轉向藥物治療。由本研究結果可以得知，協助老人擺脫睡眠障礙的問題，並非得靠藥物的治療，此乃值得重視的議題。

七、睡眠品質量表次構面分析

由睡眠品質量表的七大構面分佈情形表中(表 4-2-1)得知,松年大學老年人的睡眠問題前三名依序為『夜間實際睡眠時數』、『個人主觀睡眠品質認知』、『睡眠潛伏期』,此結果與吳佳儀(民 91)針對社區老人探討其睡眠問題的排序稍有相似,且其睡眠品質量表得分 6.33 ± 4.40 亦與本研究近似。

而本研究針對睡眠品質量表總分與次構面進行相關性分析(表 4-2-3)顯示:與睡眠品質總分顯著相關($p<0.001$)的前三構面分別為『睡眠潛伏期』($r=0.669$)、『主觀睡眠品質認知』($r=0.609$)、『白天功能』($r=0.586$);七大構面之間彼此的相關性則以第一和第二構面最具顯著相關性($r=0.497$),表示『主觀睡眠品質認知』與『睡眠潛伏期』兩者最為相關,意即睡眠潛伏期短的老人,自評睡眠品質愈好。

由此可見,在對整體睡眠品質總分的主要影響上,以『主觀睡眠品質認知』與『睡眠潛伏期』兩者為最大的兩個因素,且這兩個因素在次構面間也是呈現高度的顯著相關。

第二節 松年大學老人個人屬性與睡眠品質的關係探討

本部分針對研究結果中選擇一些自變項進行討論,這些自變項包括:性別、自覺健康狀況、慢性疾病、生活習慣、與睡眠環境安排等。

一、睡眠品質的性別差異

研究結果顯示:男性的睡眠品質平均分數為 6.21 ± 2.80 ($N=19$),其中睡眠品質差者有 11 位(57.89%);而女性平均 6.27 ± 2.64 ($N=81$),其中睡眠品質差者有 47 位(58.02%),男女睡眠品質差者比例相當,由 t-檢定結果(表 4-3-1)亦發現男女在睡眠品質上不會因性別的不同而有不同的結果

有關性別對睡眠品質的影響,在研究文獻中顯示有兩種不同的結果。

有研究中指出女性的睡眠品質主觀認知較男性為差，睡眠潛伏期亦較男性為長（顏哲傑、林瑞雄，民 89）；也有文獻指出當門診醫師遇到老人主訴睡眠問題時，往往傾向於開鎮靜安眠藥給女性甚過於男性（Mellinger 等人，1985）。由此推測因鎮靜安眠藥對睡眠品質造成不良的影響，而導致性別上的差異。雖然如此，從國內陳揚燕（民 85）與鄒秀菊（民 83）的研究中卻發現，性別與睡眠品質沒有相關的另外一種結果，這與本研究所分析的結果相符。

二、自覺健康狀況與睡眠品質之相關性

本研究結果發現自覺健康總分以及其三個次構面，即分別為整體而言的自覺健康狀況、與同年齡者相比和與去年相比者，除了後者之外其他兩項皆與睡眠品質相關（表 4-3-1），其中自覺健康總分也與睡眠品質總分呈顯著的相關（表 4-6-1），也就是自覺健康愈好的老人其睡眠品質也愈好。同時自覺健康的三個構面中，『整體而言的自覺健康狀況』和『與同年齡者相比』二者經 Scheffe 事後分析發現有組間的差異；整體自覺健康狀況"普通"或"差"者，其睡眠品質顯著比自覺"很好"的老人為差，此結果與林嘉玲（民 89）、Schechtman 等人（1997）結果一致。另一方面，在與同年齡者相比之自覺健康"差很多"、"稍差"或"差不多"者，其睡眠品質皆顯著比與同年齡"好很多"者為差。

在國內林嘉玲（民 89）的研究中則發現，機構老人的自覺健康狀況與睡眠品質有密切的相關性存在，此結果亦顯示與本研究結果相符。然而自覺健康有可能會受到老人的身心慢性疾病、身體活動情形以及服用藥物與否等因素所影響，這是進一步的研究須加釐清其與睡眠之間的關係。

三、慢性疾病與睡眠品質的關係

本研究結果顯示老人罹患各慢性疾病之種類中，除了心血管疾病與睡眠品質有顯著的影響之外（ $p < 0.05$ ），其他疾病皆與睡眠品質沒有顯著的影響。此結果與 80 至 90 年代探討睡眠障礙與心血管疾病的相關性或探索性

研究結果相符合 (Partinen 等人, 1982; Falger 等人, 1988; Asplun, 1994; Schwartz 等人, 1998)。至於其他疾病種類為何與睡眠品質沒有顯著的影響, 從年齡層的角度探討其原因, 該松年大學老人年齡範圍介於 58-92 歲, 平均年齡為 71 ± 8.32 歲, 其中又以 64 歲以下中年人佔 29% 居高。由此看來, 老年人之年齡較偏向於年輕, 即便患有慢性疾病, 然而其嚴重性也不致於影響到他們的睡眠情形。另一方面, 或許也因本研究樣本數不足以探討出慢性疾病與睡眠品質之間的明顯差異, 這有待再進一步研究、深入探討此問題。

至於心血管疾病與睡眠品質達到顯著的關係, 究竟是心血管疾病的用藥干擾到睡眠的情形, 還是鎮靜安眠藥造成心血管方面的疾病, 兩者孰因孰果亦尚待澄清。

四、生活習慣與睡眠品質的關係

在各項生活習慣方面, 有無抽煙、喝酒、喝茶、喝咖啡或午睡等習慣在睡眠品質得分上均無顯著差異。此結果與陳美妃(民 83)、鄒秀菊(民 83)、陳揚燕(民 85)、朱喜華(民 88)、Bliwise (1992)、Gislason 等人(1993)所發現之結果相同。然而 Kearnes (1989)則認為, 尼古丁會刺激神經系統並干擾睡眠。同樣的, 有關喝酒、喝茶、喝咖啡或午睡等習慣對睡眠品質的影響之研究, 亦呈現正反兩面不同的觀點。有關規律運動與睡眠之間的關係, 將在下一節做進一步的討論。

五、睡眠環境安排與睡眠品質的關係

本研究結果發現在『睡眠環境安寧』、『獨睡一床與否』、『同睡者是否吵到睡眠』等因素中, 皆顯示不會影響其睡眠品質。24 位有配偶或孫子為同睡人的老人之中, 僅有 6 位老人覺得同睡人會吵到其睡眠, 由此推斷其同睡人之睡眠品質大致良好, 且都能一夜好眠。再深入探討該 6 位老人的睡眠情形, 其中僅有 2 位同睡人為配偶, 其他皆與孫子/女同睡, 而打鼾和被踹踢是影響其睡眠之主因。

在吳佳儀（民 91）的研究中以 Mann-Whitney U test 檢視同睡人是否會吵到個案的睡眠品質，發現兩者的平均值差異仍達統計上的意義（Mann-Whitney U=10.00， $p<0.01$ ），因此推論同睡者是否會吵到個案睡眠是影響睡眠品質的因素之一，這與本研究的結果頗有出入。然而有一些文獻中指出外在的環境因素如光線、噪音、溫度以及旅行時的生理時鐘的改變等因素，都會影響到個案的睡眠品質（鄭泰安，民 81），因此在爾後的研究中可列入這些有利的外在變項因素，做進一步的探討，以釐清其與睡眠之間的關係。

第三節 身體活動與睡眠品質之相關性探討

本研究發現松年大學老人的身體活動量與睡眠品質呈顯著負相關，即身體活動量愈少者，睡眠品質愈差，且於 t-檢定中證實不同身體活動量的松年大學老人確實有顯著不同的睡眠品質；但規律運動習慣之有無對其睡眠品質的影響僅趨於顯著的差異。也就是說老人並不會因為是否從事規律運動而有明顯不同的睡眠品質，然而其影響睡眠品質的可能性是不容忽視的。

從曾齡慧（民 90）與吳佳儀（民 91）分別針對社區老人探討規律運動對睡眠的影響之研究結果，皆指出有無規律運動之老人其睡眠品質無顯著差異，與本研究結果一致。但朱嘉華（民 88）的研究中則發現有規律運動習慣的中年教師顯著比沒有運動習慣者，在睡眠品質各方面的表現上都要來得好。推論其可能原因：除了是年齡層的顯著不同之外，另一個可能的因素則是老人在回答規律運動習慣時難以很精確的掌握實際情況，以致影響回答的真實性，而導致統計結果上的差異。

在本研究中從表 4-5-1 所示，有規律運動習慣的老人，其身體活動量明顯較無規律運動習慣的老人為高，再從表 4-6-1 所得的結果指出，身體

活動量愈少者其睡眠品質愈差看來，規律運動習慣之有無雖不會造成明顯不同的睡眠品質差異，但卻也造成了間接的影響。

國外的流行病學研究中顯示，中老年人的運動訓練有助於提昇睡眠品質、增加慢波睡眠，而規律的身體活動也可能有助於改善睡眠品質及減少日間嗜睡症狀（Edinger 等人，1993；King 等人，1997；O'Connor & Youngstedt，1995），本研究證實了身體活動量有助於睡眠品質的效果，雖然看不出規律運動的成效，但鼓勵老人增加他們身體的活動量，對於其睡眠應能有正面的效益。