

社區老人睡眠品質、失眠類型與求助方式之研究～以台北市基督長老教會松年大學為例

曾齡慧* 姜逸群**

摘要

研究旨在瞭解老人睡眠品質現況，探討睡眠品質與個人背景因素之間的關係，並比較不同失眠類型患者之睡眠品質與求助方式的差異。採立意取樣，以台北市基督長老教會松年大學年齡55歲以上之234位學員為研究對象。研究結果發現：睡眠品質不良者佔72.6%，多數的受訪對象之睡眠品質屬於「不佳」的情況，「入睡潛伏期過長」是為受訪對象最普遍的睡眠困擾。有三成以上的受訪對象使用處方或非處方之藥物幫助睡眠。「睡眠衛生習慣愈差」、「女性」、「罹患慢性疾病總數愈多」以及「社經地位愈低」之研究對象，睡眠品質愈差。研究對象約佔三成以上罹患失眠症，多數失眠症患者採取自我協助方式以改善睡眠品質。根據研究結果，建議應重視老人睡眠問題，成立專屬睡眠問題諮詢管道，針對高危險群以及不同失眠症患者提供適切的睡眠衛生教育課程與藥物教育，並著重評估失眠症患者之心理狀況以及提升睡眠醫學專業認知與專業人員的培訓。

關鍵字：社區老人、睡眠品質、睡眠衛生、失眠症類型、求助方式、自我協助

* 桃園縣立中壢國中健康教育教師

** 國立台灣師範大學衛生教育學系教授

通訊作者：曾齡慧 324 桃園縣平鎮市德育路 180 號

Email:linhui.tseng@msa.hinet.net

壹、前言

一、研究動機與背景

睡眠的充足與否是影響個人隔日精神與活力的重要因素，若產生睡眠困擾，將對個人的日常功能運作（*daytime functioning*）以及生活品質表現造成影響（*Roth & Ancoli-Israel,1999*）。美國據估計有三分之一的成年人口具有某種型式的睡眠問題，尤以老年人與婦女佔較多的比例（*Roth & Ancoli-Israel,1999*）；而台灣，根據臨床醫師看診的非正式統計，至少有十分之一的人口失眠，而六十歲以上的老人至少有四成以上抱怨有睡眠障礙（徐長庚、曾國華，1999）。鑑於老年人睡眠問題之盛行，衛生教育專業人員無以論據發展睡眠衛生教育以協助處理社區老人睡眠問題，再者，國內針對此方面之調查研究屈指可數，故而著力之。

瞭解社區老人睡眠問題，需先探討睡眠品質之測量方法以深入探知老人睡眠障礙的問題層面。睡眠品質滿足感可藉由主觀感受或客觀測量來獲得（*Nalor et al.,2000*）。客觀測量是利用實驗儀器或是他人的客觀評量，例如睡眠腦電圖，缺點是必須侷限在實驗室內進行，且測試的過程常使個案產生不適感（*Adams,1980；Singh,Celement & Fiatarone,1997*）。主觀性評估是睡眠者的自我評估，可運用睡眠日記、會談、主觀評分量表或問卷等方法。其中主觀評分量表或問卷使用方法既便宜又簡單，可獲得個案有意義的相關資訊以及區別個別性問題的差異（楊慧玲，1994；*Buysee,Reynold,Monk,Berman & Kupfer,1988*）。研究將採用自我評估的睡眠品質量表以瞭解個案的睡眠品質現況。

影響老人睡眠品質的相關因素是複雜與多層面的，其單獨或同時交互影響均會加重老人睡眠品質的惡化，綜合文獻發現年齡、性別、疾病狀況、生活事件以及睡眠衛生習慣等因素（楊慧玲，1994；陳美妃、劉秀紅，1995；*Hilton,1976；Lacks,1986；Buysee,Reynold,Monk,Hoch,Yeager,&Kupfer,1991；Ancoli-Israel & Roth,1999*），均可能對老人的睡眠品質造成影響，而「年齡、性別、疾病狀況、生活事件」是由於個人先天上與外在環境所造成的結果，往往無法改變，但卻可透過瞭解老人的睡眠衛生習慣與求助方式，針對不良的睡眠衛生習慣與不當的求助方式，給予適切的衛教指導，相信對老人睡眠品質的改善會有所助益。

相關研究指出不同類型的失眠患者（失眠症的持續時間區分類型）在睡眠品質各向度的得分各異（*Ancoli-Israel & Roth,1999；Roth & Ancoli-Israel,1999*）。因此，研究中

加入失眠類型的探討極為必要，瞭解社區老人失眠症的病齡，將失眠類型與睡眠品質作一連貫，以相互比較不同類型的失眠患者在睡眠品質的得分是否有所差異。

美國六十五歲以上的老人約有 2900 萬人，佔全部人口的 13%，其中超過一半以上老人經歷過睡眠困擾，而這些人佔安眠處方藥物的 30% 以上，並且有為數不清的非處方藥物被這些老人使用（引自鄭淑利、蔡欣玲、高淑芬，1997）。綜合文獻查證（Ancoli-Israel & Roth, 1999；Shochat, Umphress, Israel & Ancoli-Israel, 1999），可歸納失眠症患者求助方式之相關特性：慢性失眠症患者較有自覺睡眠問題的嚴重性，並傾向使用各種方法以幫助睡眠品質的改善；許多患者常自服非處方藥物或飲酒以改善睡眠品質；未求助於醫療專業人員的失眠症患者認為睡眠困難是一種不舒服的症狀表現，可以自行解決，且認為醫師並不能有效地處理他們的失眠問題；許多醫師對於不同類型的失眠症患者有不同的建議療法，對於偶發性失眠症患者最常給予的建議是服藥、放鬆技巧以及運動；對於慢性失眠症患者最常給予的建議是找睡眠方面的專科醫師診治；許多醫師會開立安眠藥物以幫助睡眠，而病人對於醫師建議療法的遵從意願是相當低的。相關研究（Buysee et al, 1991；Ancoli-Israel & Roth, 1999）指出，老人的睡眠問題較一般群體更為嚴重，那麼國內的老人對於睡眠問題的求助行為（help-seeking behaviors）的情況又是如何呢？是否有不當使用處方或非處方安眠藥之情形呢？實有必要進一步研究與調查以瞭解本國現況。

二、研究目的與問題

（一）研究目的

瞭解研究對象背景因素與睡眠品質的關係、比較不同失眠類型研究對象之睡眠品質的差異以及求助方式的差異。希望藉此研究結果以作為將來發展改善老人睡眠問題之衛生教育介入策略的參考。

（二）研究問題

1. 研究對象的背景因素與睡眠品質之關係如何？
2. 不同失眠類型研究對象之睡眠品質是否有差異？
3. 不同失眠類型研究對象之求助方式是否有差異？

貳、材料與方法

一、研究對象

採立意取樣，以台北市基督長老教會松年大學雙連分校年齡 55 歲以上之 234 位秋季班全體學員為研究對象。

二、研究工具

問卷初稿擬定後依據六位專家學者對問卷的評等與建議、預試分析結果 (Cronbach' α 界於 0.62 至 0.77) 與受試者的作答意見，酌予修改後完成正式問卷，內容包括睡眠衛生習慣、睡眠品質、背景因素以及求助方式等四部份，分述如後：

(一) 睡眠衛生習慣

參考 Lacks & Robert (1986) 之睡眠衛生實行量表，並綜合相關文獻以設計符合研究目的之睡眠衛生習慣量表，包括睡醒時間的規律化、適度與規律運動、飲食因應、睡眠環境因應、心理因應以及藥物因應等六個部份，共 19 題，題目採 8 點量尺，總分為 0-133 分，分數愈高表示睡眠衛生愈差。該問卷預試結果，內容一致性 (Cronbach' α) 為 0.62。

(二) 睡眠品質

睡眠品質包括主觀性睡眠品質、入睡潛伏期、睡眠時數、睡眠效率、睡眠困擾、使用助眠藥物以及白天功能失常等七個部份，共 19 題，每一部份的得分範圍為 0 至 3 分，七個部份總加得分範圍為 0 至 21 分，分數越高表示睡眠品質越差。分述睡眠品質七個部份之意涵如下：所謂主觀性睡眠品質是指自覺過去一個月內睡的好不好；入睡潛伏期是指個人需花多少時間才能真正入睡；睡眠時數是指過去一個月平均每晚的實際睡眠時數；睡眠效率是指個案自我評估實際入睡時數除以花費躺在床上之總睡眠時數所得到數值；睡眠困擾是指會干擾個人睡眠的生理因素，例如：打鼾、覺得身體太冷或是太熱、疼痛等；使用助眠藥物是指個人是否使用處方或是非處方藥物來幫助睡眠；白天功能失常是指睡眠困難是否會影響個人日常生活。

若總分大於 5 分以上，表示研究對象正經歷兩個部份的睡眠困難，或是超過三個部份以上的中度睡眠困難，則歸類為睡眠品質差者 (poor sleepers)；得分為 5 分以下者，歸類為睡眠品質佳者 (good sleepers)。為建立量表的信度、效度、敏感度與精確度，Buysee et al. (1988) 尋找三類的研究對象，包括健康的控制組 (未有睡眠主訴) 以作為擁有良好睡眠品質的對象，重度憂鬱疾患以作為擁有不良睡眠品質的對象，以及臨

床門診病患以作為擁有不良睡眠品質的對象，以建立量表信度、效度、敏感度與精確度；結果顯示 PSQI 量表整體的內在信度（Cronbach's α ）為 0.83，敏感度為 89.6%，特異性（精確度）為 86.5%。為求 PSQI 量表對研究群體適用性，預試前該量表由專家進行內容效度之評鑑，預試結果顯示 Cronbach's α 為 0.77。

（三）背景因素

包括性別、年齡、婚姻狀況、居住情形、健康狀況、情緒狀況、規律運動、失眠症類型、教育程度以及職業等部份。健康狀況包括自覺身體健康狀況以及慢性疾病總數，自覺身體健康狀況包括「與過去一年比較之健康狀況」、「與同齡比較之健康狀況」以及「整體健康狀況」等共 3 題，分別代表「變好」至「變壞」、「比較好」至「比較不好」以及「非常好」至「非常不好」，三題相加得分範圍為 1 至 3 分以及 1 至 5 分，得分愈高，表示自覺身體健康狀況愈差。而「慢性疾病總數」是指經由專科醫師診斷，目前罹患的慢性疾病有那些。情緒狀況採用 ZSDS（Zung Self-rating Depression Scale）問卷，內容包括憂鬱、樂觀、康寧以及心身症狀等方面，共 20 題，得分範圍為 0-80 分，得分愈高憂鬱程度愈嚴重；若得分超過 50 分則表示老人的憂鬱情緒需要醫療方面的協助，50-59 分為輕度憂鬱，60-69 為中度憂鬱，超過 70 分則為重度憂鬱。規律運動包括兩個部份，規律運動的有無與運動量，前者是指最近六個月內是否曾習慣地撥出一段時間來做運動，每週至少三次以上，每次 30 分鐘以上，後者係指規律運動者，運動量的計算，包括：運動的強度、頻率以及時間。運動的強度參考 Blair（1984）及 Gionet & Godin（1989）將運動強度分為激烈運動、中度運動以及輕度運動等三類，由受訪者自評強度。運動頻率是指每週從事運動的次數。運動時間是指持續運動的時間，不包括休息、中斷的運動時間；失眠患者類型以經歷睡眠困難的持續時間來區分：慢性失眠症（發生睡眠困難的情形已持續一個月以上，每星期至少有三個夜晚發生）、短期性失眠症（發生睡眠困難已持續四個晚上至一個月）以及暫時性失眠症（發生睡眠困難已持續一到三個晚上）。

（四）求助方式內容

包括 3 個部份，第一部份是詢問最近一個月內，經歷睡眠困擾時，會採取那些自我協助方式或民俗方式題目採複選的方式；第二部份是詢問最近一個月內，經歷睡眠困擾時，是否會採取專業方式，並詢問未採取專業方式之原因；第三部份是詢問目前採取求助方式為何、採取方式之整體效果以及求助方式之建議來源。

三、研究步驟

研究先徵得台北市基督長老教會松年大學雙連分校同意後，繼以公文正式聯繫，由研究者親自說明研究目的、對象的選取原則、施測方式以及所需時間、地點以及確定的施測時間，以取得相關的人員配合。進行過程先由調查員進行面對面的解說填答原則及注意事項，接下來在調查員的觀察與指導下由受試者自行填答，若自覺填答問卷者有困難者則進行1對1問卷訪談，整份問卷的填答或訪談平均約花費25至30分鐘。計得有效問卷219份，扣除拒答與漏答者15份，計得有效問卷回收率為93.6%。

參、研究結果

一、背景因素之描述

以「女性」較多(181人, 82.6%)，平均年齡為70.22歲，婚姻狀況屬於已婚且與配偶同住者佔65.3%，其次是喪偶(70人, 32%)，與配偶分居僅佔少數(6人, 2.7%)；整體社經地位是屬於中級程度，多數研究對象是「與配偶和子女同住」。分析情緒狀況的平均得分，憂鬱程度是屬於「輕微」的情況；多數研究對象自覺身體健康狀況認為是「差不多」或「普通」的程度；145位(66.2%)至少罹患一項以上慢性疾病，其中罹患一項慢性疾病的比例為最多(91人, 41.6%)，占四成以上；分析罹患疾病類型，以高血壓占的比例為最多(63人, 28.8%)。將近七成受訪對象具有規律運動的習慣，分析運動的強度、頻率以及時間，以輕度活動占多數，平均每週運動頻率為5.25次，而平均運動時間為60.66分鐘。睡眠衛生習慣較差的部份為「睡醒時間規律化之午睡或打瞌睡」以及「心理的因應之睡覺前未有放鬆心情的時刻」，睡眠衛生習慣實行是屬於「尚可」的情況。

二、睡眠品質之描述

多數受訪對象對於自己的睡眠品質感到不滿意；六成以上的受訪對象至少每週一次以上發生無法在30分鐘內入睡的情形，每週發生「睡眠潛伏期」超過30分鐘以上相當普遍的情形；平均實際睡眠時數是6.13小時；睡眠效率未超過85% 超過四成以上；研究對象的睡眠至少每週一次受到睡眠困擾所干擾；使用安眠藥物以幫助睡眠的比例占三成以上；多數研究對象之白天功能失常得分界於「1至2分」，比例超過六成五，表示每週至少一次發生「精神不佳或打瞌睡」或「未能維持足夠精力做事」的情況(詳見表一)。比較睡眠品質七個組成要素之平均值，排序比較如後：睡眠潛伏期、個人主

表一 研究對象睡眠品質之各組成要素的分佈 (人數=219)

項目	人數	百分比	備註
<u>個人主觀睡眠品質</u>			
非常好	26	11.9	
好	70	32	
差	115	52.4	
非常差	8	3.7	
<u>睡眠潛伏期得分</u>			
<u>(1) 入睡潛伏期</u>			
≤15 分	96	43.8	
16-30 分	82	37.4	
31-60 分	31	14.2	
≥60 分	10	4.6	
<u>(2) 半小時仍無法入睡的頻率</u>			
從來沒有	82	37.4	
一週一天	58	26.5	
一週二至三天	51	23.3	
一週四天以上	28	12.8	
<u>睡眠時數</u>			
>7 小時	47	21.5	平均值：6.13
6-7 小時	107	48.9	標準差：1.1
5-6 小時	49	22.4	最小值：1.5
<5 小時	16	7.3	最大值：10
<u>睡眠效率</u>			
>85%	129	58.9	
75-84%	30	13.7	
65-74%	40	18.3	
<64%	20	9.1	
<u>睡眠困擾得分</u>			
0 分	18	8.2	
1-9 分	149	68.0	
10-18 分	50	22.8	
19-27 分	2	1	
<u>使用助眠藥物</u>			
從來沒有	148	67.6	
一週一天	21	9.6	
一週二至三天	22	10.0	
一週四天以上	28	12.8	
<u>白天功能失常得分</u>			
0 分	32	14.6	
1-2 分	145	66.2	
3-4 分	33	15.1	
5-6 分	9	4.1	

表二 研究對象睡眠品質之各組成要素的平均得分(人數=219)

組成要素	平均值	標準差
睡眠潛伏期	1.18	0.94
主觀睡眠品質	1.17	0.68
睡眠困擾	1.17	0.61
實際睡眠時數	1.16	0.84
白天功能失常	1.08	0.68
助眠藥物使用	0.68	1.09
睡眠效率	0.57	0.9

觀睡眠品質、睡眠困擾、實際睡眠時數、白天功能失常、安眠藥物的使用、睡眠效率，受訪對象在「睡眠潛伏期」的部份得分最高，意即研究對象在睡眠品質七個部份當中表現最差(詳見表二)。根據 Buysee et al. (1988) 研究之區分，睡眠品質超過 5 分以上者，歸類為睡眠品質不良者，研究結果顯示具有不良睡眠品質者超過七成以上(159 人，72.6%)，平均得分為 7.03 分，意即多數研究對象正經歷兩個部份的睡眠困難，或是超過三個部份以上的中度睡眠困難，研究對象之整體睡眠品質是呈現「不良」的情況。

三、背景因素與睡眠品質之關係

顯示不同「性別」以及「社經地位」的研究對象在睡眠品質得分上達到統計上顯著的差異，「女性老人」的睡眠品質比「男性老人」較差；社經地位方面，發現社經地位「第IV級」的睡眠品質比「第III級」差，而隨著研究對象社經地位愈低，其睡眠品質愈差。「自覺身體健康狀況」與「睡眠品質」、「慢性疾病總數」與「睡眠品質」呈現正相關，且「自覺身體健康狀況」與「慢性疾病總數」亦呈正相關，亦即罹患慢性疾病總數愈多，自覺身體健康狀況愈差，睡眠品質愈差。情緒狀況得分與睡眠品質得分呈現正相關，研究對象之憂鬱程度愈高，睡眠品質愈差。至於是否採取規律運動在睡眠品質上未有顯著差異。睡眠衛生習慣與睡眠品質呈現正相關，亦即睡眠衛生習慣愈差，其睡眠品質愈差。

將「性別」、「社經地位」、「身體健康狀況」、「慢性疾病總數」、「情緒狀況」、以及「睡眠衛生習慣」與「睡眠品質」達到統計上顯著差異或相關之預測變項投入複迴歸分析中。各預測變項對於睡眠品質之解釋力高達 37.4%。各預測變項之相對重要性大小，依序為「睡眠衛生習慣總分」、「性別」、「慢性疾病總數」，以及「社經地位」。同時考慮其他變項後，「睡眠衛生習慣愈差」、「女性」以及「罹患慢性疾病總數愈多」之研究對象，其睡眠品質愈差；而睡眠品質則隨著「社經地位」之降低，亦隨之變差，而此關係並不是如直線而是呈現弧度漸漸變差之關係(詳見表三)。

表三 各預測變項對於睡眠品質之複迴歸係數統計分析表 (人數=219)

變項	b	β	t	R ²	Adjusted R ²
常數項	2.696		2.142		
性別	-2.318	-.251	-4.418***		
社經地位 ¹	7.418		22.352***		
直線趨向	.488	.068	1.128		
二次趨向	.417	.153	2.767**		
自覺身體健康狀況	.111	.040	.662		
慢性疾病總數	.630	.180	3.123**		
睡眠衛生習慣總分	.08	.370	6.426***		
情緒狀況總分	.04	.090	1.511		
				.374	.353

註：1. 社經地位採虛擬變項轉換 2. **p<.01 ***p<.001

四、失眠症類型與求助方式之描述

罹患失眠症者約佔三成以上(73人, 33.3%)，以「暫時性失眠症」患者占多數(37人, 16.9%)，其次為「慢性失眠症」患者(24人, 11%)。且分析結果顯示無論是失眠症患者或無失眠症者之睡眠品質總分平均值均超過5分，表示整體睡眠品質是呈現「不良」的情況，至少目前正經歷兩部份的睡眠困難；而失眠症患者之睡眠品質總分平均值均大於無失眠症者，尤以短期失眠症患者為最，其次為慢性失眠症患者。比較睡眠品質得分之平均值可知失眠症患者有較嚴重的睡眠問題(詳見表四)。

進一步瞭解不同失眠症患者之求助方式，發現當失眠症患者經歷睡眠困擾時，多數以採用自我協助方式為主。探究自我協助方式，多數採「看電視」的方式，其次為「閱讀」、「運動」、「自服非處方藥物」，傾向採取多項自我協助方式。亦有六成以上的研究對象使用「專業方式」以解決自身的睡眠問題，探究看診的科別，主要以「西醫」為主，其中又以「內科」為主，並表示是在看診其他內科疾病，順便求助於醫師有關睡眠困擾方面的問題，並非單純只為「失眠問題」而求助專業醫療；進一步瞭解醫生給予的建議，結果顯示以「開立處方藥」占多數，其次為「多做運動」。而「未採取專業醫療」的比例亦不在少數，多數患者認為「覺得沒有問題，可以自己處理」。

五、不同失眠類型患者之睡眠品質差異

不同失眠類型的研究對象在「使用助眠藥物」(F=7.992, p<.01)、「白天功能障礙」(F=3.439, p<.05)以及「睡眠品質總分」(F=6.891, p<.01)呈現統計上顯著的差異。經薛費氏事後比較，發現在「使用助眠藥物得分」方面，發現短期失眠症患

者平均值 (2.17 分) 分別大於慢性失眠症患者 (1.75 分) 以及暫時失眠症患者 (0.84 分), 並顯示短期失眠症患者與暫時失眠症患者 ($p < .01$), 以及慢性失眠症患者與暫時失眠症患者 ($p < .05$) 呈現統計上顯著差異, 亦即短期失眠症患者以及慢性失眠症患者使用助眠藥物的頻率顯著大於暫時失眠症患者。在「白天功能失常」方面, 經事後比較發現慢性失眠症患者平均值 (1.58 分) 分別大於暫時失眠症患者 (1.14 分) 與短期失眠症患者 (1.08 分), 並顯示慢性失眠症患者與暫時失眠症患者呈現統計上顯著差異 ($p < .05$), 亦即慢性失眠症患者在白天功能之表現比暫時失眠症患者差。而在睡眠品質總分方面, 發現短期失眠症患者平均值 (11.42 分) 分別大於慢性失眠症患者 (11.13 分) 與暫時失眠症患者 (8.62 分), 並顯示短期失眠症患者與暫時失眠症患者 ($p < .05$), 以及慢性失眠症患者與暫時失眠症患者 ($p < .01$) 呈現統計上顯著差異, 亦即短期失眠症患者以及慢性失眠症患者的睡眠品質比暫時失眠症患者差 (詳見表五)。

表四 不同失眠類型研究對象之睡眠品質總分的描述

失眠類型	人數	平均值	標準差	最小值	最大值
無失眠症	146	5.59	2.65	0	14
暫時失眠症	37	8.62	2.91	4	16
短期失眠症	12	11.42	3.45	7	18
慢性失眠症	24	11.13	2.91	6	16

表五 失眠類型對於睡眠品質之變異數摘要表 (人數=73 人)

變異來源	離均差平方和	自由度	均方	F
使用助眠藥物				
組間	21.546	2	10.773	7.922**
組內	95.194	70	1.360	
全體	116.740	72		
白天功能障礙				
組間	3.446	2	1.723	3.439**
組內	35.074	70	.501	
全體	38.521	72		
睡眠品質總得分				
組間	124.084	2	62.042	6.891**
組內	630.244	70	9.003	
全體	754.329	72		

* $p < 0.5$ ** $p < 0.05$

六、不同失眠類型研究對象之求助方式的差異

相關文獻（Ancoli-Israel & Roth, 1999）指出，不同類型失眠症患者在自我協助方式有不同的使用率，經百分比同質性考驗，結果顯示不同類型失眠症患者在自我協助方式總數上未達統計上顯著差異。三類失眠症患者在經歷睡眠困難時，均超過五成以上的受訪對象會採取「專業醫療」的方式。其中又以「慢性失眠症患者」的比例最高，其次為「暫時失眠症患者」。醫生對於不同類型失眠症患者之建議方式大都均為開立處方藥以及多做運動。不同失眠類型研究對象在最近一個月內經歷睡眠問題時，未採取任何民俗方式以改善睡眠品質。不同失眠類型研究對象在自我協助方式與採取專業醫療方面，未達到統計上顯著差異。

肆、討論、結論與建議

一、討論

（一）睡眠品質現況

受訪對象在睡眠品質各組成要素均呈現不佳的情況，表現最差的前三名依序為睡眠潛伏期、個人主觀睡眠品質以及睡眠困擾，其中以「睡眠潛伏期」為最，此結果與國內外之老人群體睡眠品質相關研究（鄒秀菊，1993；陳美妃、王秀紅，1994；林嘉玲，2000；Wilcox & King, 1999；Foley et al., 1995）結果類似，均顯示不易入睡或入睡困難是主要的睡眠問題，多數老人對於個人的睡眠品質感到不滿意。

（二）背景因素與睡眠品質之關係

各預測變項對於睡眠品質之解釋力高達 37.4%。「睡眠衛生習慣愈差」、「女性」、「罹患慢性疾病總數愈多」以及「社經地位愈低」，受訪對象之睡眠品質亦隨之變差。與相關研究（鄒秀菊，1993；陳美妃、王秀紅，1994；林嘉玲，2000）結果相似，但因研究群體來源不同與研究目的未盡相同，各變項對於睡眠品質解釋力亦有所不同。就各預測變項之相對重要性大小而言，受訪對象之「睡眠衛生習慣」居首位，提供相當有趣的思考點，分析結果顯示受訪對象睡眠衛生習慣雖屬於不錯的情況，但仍有可再改善的空間，例如：受訪對象常有午睡或打瞌睡之習慣，提供相關睡眠衛生教育，相信對其睡眠品質有所助益。研究亦發現女性受訪對象之睡眠品質較男性為差，成立專屬的睡眠問題諮詢管道以協助老年婦女解決睡眠問題實有必要。情緒狀況與睡眠品質有顯著相關，但在各變項淨迴歸係數之考驗結果則未達顯著，仍不可忽略情緒狀況對於

老人群體睡眠品質之影響力，因相關研究發現（例如：林嘉玲，2000）有憂鬱傾向及重度焦慮者發生睡眠品質差的相對危險性是正常者的2至10倍。在評估與分析老人群體的睡眠品質，仍應先評估情緒狀況，或將有憂鬱與焦慮傾向之個案，轉介心理輔導專業人員，作進一步的心理諮商或治療，才能更有效解決老人之失眠問題。

（三）失眠類型與睡眠品質之關係

罹患失眠症者約佔三成以上，以「暫時性失眠症」占多數（50.6%），其次為「慢性失眠症」（32.9%），不同類型失眠症患者在睡眠品質的表現是有所差異的。慢性失眠症患者比其他類型失眠症患者，有較嚴重之睡眠問題。本研究有別於之前研究（Shochat et al., 1999；Ancoli-Israel & Roth, 1999），將偶發性失眠症再細分為暫時失眠症與短期失眠症，而研究結果卻發現短期失眠症與慢性失眠症患者在白天功能、助眠藥物使用以及睡眠品質總分之表現無顯著差異，失眠症持續的時間是否會影響個人在睡眠品質之表現，還是研究群體代表性之問題，抑或是在失眠類型之界定不清而導致此結果，仍有待研究進一步探討之。

（四）不同失眠症類型之求助方式的差異

在自我協助層面，結果顯示不同失眠類型之研究對象並未呈現統計上顯著差異，此結果與 Ancoli-Israel et al., (1999) 以及 Shochat et al., (1999) 之研究結果不同，該研究是以成年人以及診所病人為研究群體，亦可能是本研究受訪對象人數太少而造成代表性不足所致。

在專業方式層面，發現三類失眠症患者在經歷睡眠困難時，均超過五成以上的受訪對象會採取「專業醫療」的方式，而其中又以「慢性失眠症患者」的比例最高（70.8%），並發現不同失眠類型之研究對象採取專業方式並未呈現顯著差異。而醫生對於不同類型失眠症患者之建議方式大都均為開立處方藥以及多做運動，彼此之間似乎並無差異。Ancoli-Israel et al., (1999) 研究指出，對於慢性失眠症患者最常給予的建議是找專科醫師診治，本研究則無此情形，造成研究結果差異之致因可能為國情不同或研究群體不同所致；另一方面，睡眠醫學專科醫療在國內並不普遍，而多數失眠症患者在求診時，如前所言，並非單純就睡眠問題而就醫，主要因內科疾病而順便求助於醫師有關失眠的問題。

在民俗方式方面，研究對象在最近一個月內經歷睡眠問題時，並未採取任何民俗方式以幫助睡眠品質之改善，此方面並未有相關文獻可與之比較與分析。而結果卻透露出某些訊息，就本研究之受訪對象而言，三類失眠症患者在經歷睡眠困難時，較不會採用民俗方式以解決睡眠困擾。

（五）研究群體對於失眠症之求助特色

相關研究結果發現，國人對於疾病的因應有三種求助的特色，包括複向求助、非專業人員轉介以及以西醫為主流等特色（吳就君，1991；楊文山，1992；張苙雲，1998；蔡春美、吳就君，1999）。研究發現，三類的失眠症患者在經歷睡眠困難時，均超過五成以上的研究對象會採取「專業醫療」的方式（包括西醫與中醫醫療系統），失眠症患者在經歷睡眠困難時，求助於專業醫療主要以「西醫」為主，求診於中醫醫療系統僅佔少數；在複向求助方面，研究未發現複向求助特質；至於非專業人員轉介方面，多數失眠症患者的求助方式之建議來源為自己（64.4%），可知多數失眠症患者在經歷睡眠困擾時，主要先以自我協助來改善睡眠問題，結果未呈現非專業人員轉介之特質。

二、結論

- （一）不同「年齡」、「規律運動」、「婚姻狀況」以及「居住狀況」之研究對象在睡眠品質上無顯著差異。
- （二）研究對象之「睡眠衛生習慣愈差」、「女性」、「罹患慢性疾病總數愈多」以及「社經地位愈低」，其睡眠品質愈差。各預測變項之相對重要性大小，由大至小依序為「睡眠衛生習慣」、「性別」、「慢性疾病總數」、「社經地位」，對於睡眠品質之解釋力為 37.4%。
- （三）不同失眠類型的研究對象在睡眠品質有顯著的差異，短期失眠症患者以及慢性失眠症患者的睡眠品質比暫時失眠症患者差，而短期失眠症患者與慢性失眠症患者的睡眠品質則無差異。
- （四）不同失眠類型的研究對象在「使用助眠藥物」方面有顯著的差異，短期失眠症患者以及慢性失眠症患者使用助眠藥物的頻率顯著大於暫時失眠症患者；而短期失眠症患者與慢性失眠症患者則無差異。
- （五）不同失眠類型的研究對象在「在白天功能失常」方面有顯著的差異，慢性失眠症患者在白天功能之表現比暫時失眠症患者差；而短期失眠症患者與慢性失眠症患者則無差異。
- （六）不同失眠類型研究對象在「自我協助」與「專業方式」之求助方式未有顯著差異。

三、建議

（一）實務工作建議

1. 重視老人睡眠問題，成立專屬睡眠問題諮詢管道

由研究結果推知老人群體睡眠問題之普遍存在，尤以老年婦女為最，有鑑於此，相關機構應儘速成立睡眠問題之專業諮詢與研究中心，例如：美國睡眠障礙協會，配以完善之配備與人力進行諮詢與研究等相關工作，協助老人群體改善睡眠品質，繼而擴大服務年齡層，此為當務之急。

2. 針對高危險群提供合適的睡眠衛生教育與相關課程

依據個案之「性別」、「社經地位」、「睡眠衛生習慣」、「罹患慢性疾病總數」等特質，以推測其睡眠品質之表現；在處理老人群體之睡眠問題時，可先設計睡眠衛生教育之課程內容，提供相關之因應技巧，相信對老人的睡眠品質有所助益。

3. 對於不同失眠類型患者，給予適切睡眠衛生教育

建議衛生教育人員應仔細評估患者失眠持續時間與睡眠問題的程度，以及睡眠型態完整性之分析，再給予不同失眠類型患者之適切的衛生教育，協助正確處理自身睡眠問題。

4. 提供失眠藥物教育

結果分析推知使用助眠藥物之頻率與罹患失眠症的時間息息相關，亦即失眠症患者的病史愈久，使用助眠藥物之頻率有較高之傾向，並鑑於長期使用安眠藥物對於身體的危害性。衛生教育專業人員應完整評估個案的睡眠型態與失眠症持續時間，詳細評估用藥史，提供在失眠藥物方面之藥物教育，建立正確用藥觀念。

5. 著重失眠症患者心理狀況之評估

研究顯示情緒狀況與睡眠品質有顯著相關，是故，醫療人員在評估老人睡眠品質狀況，應先分析心理狀況，將具有憂鬱或焦慮症的個案轉介於專業心理輔導人員，以有效解決老人的失眠問題。

6. 建立睡眠醫學專科認證制度與專業人員之培訓

研究發現失眠症患者求助方式，多以求診內科疾病而順便請教醫師自身睡眠困擾，醫師對於不同類型的失眠症患者之建議方式多半均為開立處方藥與多做運動，醫師處方對於患者失眠狀況並未有治本的改善。國內醫師對於睡眠醫學認知缺乏，故常將患者的失眠當做症狀處理，隨意開立處方藥，可見提升國內精神科專業的認知有其必要性，是故，應儘速建立國內對於睡眠醫學專科認證與專業人員之培訓，提升醫療專業人員之睡眠醫學專業，是為失眠症患者之福音。

(二) 未來研究建議

1. 研究對象

研究為立意取樣，限於外在效度，僅能提供試探性研究之參考，建議未來研究能

擴大研究群體，以期獲得更深入之研究結果。

2. 研究工具

研究使用的問卷，多半取自國外發展之量表，雖發展已久，具有良好的信效度，但對本國老人的適用性仍須做進一步之評估與鑑定。建議未來研究可加大樣本群體，做信效度之鑑定，例如：睡眠品質量表可作效標效度，以項目分析與區辨效度刪題。此外，研究首度嘗試以失眠類型的角度探討與睡眠品質之關係，而在失眠類型之界定區分上仍以個人的主觀感受為主，未輔以客觀的評量工具，建議未來研究探討失眠類型與睡眠品質之關係，應釐清失眠類型之界定，並輔以適當評量工具，應能獲致較明確之研究結果。

若能結合醫院或學校等睡眠方面議題之資源，進行睡眠品質之主、客觀的評估與檢討，可使研究結果更具有效性。

3. 研究方法

為橫斷性、回溯式之研究，在因果關係之論斷上，無法有力之推論，建議未來研究能採長期縱貫性研究來探索老人群體之睡眠變化。研究屬調查性研究，未作介入衛教，研究結果透露「睡眠衛生教育課程」之必要性，建議未來研究能針對老人睡眠品質作實驗性介入研究，建立睡眠衛生教育的實務面。

致 謝

本研究得以完成要感謝台北市基督長老教會松年大學雙連分校的朱媽媽老師與參與施測學員，以及呂昌明教授、王國川教授、李景美教授、李嘉富醫師、夏一新醫師、萬育維老師在問卷設計與統計方面的建議。

參考文獻

- 王森德、李世代 (1999)：老年人的睡眠障礙。基層醫學，14(4)，4-76。
- 吳就君 (1991)：台灣地區居民社會醫療行為研究。公共衛生，8(1)，5-49。
- 林嘉玲 (2000)：自費安養機構老人睡眠品質及其相關因素之探討。台北：國立臺灣大學護理系研究所碩士論文。
- 夏一新、何瑞麟 (1993)：老年人睡眠障礙 (下)。醫學繼續教育，3(2)，260-267。
- 徐長庚、曾國華 (1999)：失眠藥物治療的探討。中化藥訊，41，1-3。
- 陳美妃、王秀紅 (1995)：老年婦女睡眠品質及其相關因素。護理研究，3(4)，323-333。
- 張苙雲 (1998)：「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析。台灣社會學刊，21，59-87。
- 楊文山 (1992)：台灣地區民眾求醫行為之分析。榮總護理，9(2)，121-125。
- 楊慧玲 (1994)：雙極性情感性疾患對睡眠衛生與失眠症狀之主觀評估。台北：國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。
- 鄒秀菊 (1993)：敬老院老人睡眠品質與健康狀況之探討。台北：國防醫學院護理研究所碩士論文。
- 蔡春美、吳就君 (1999)：藥癮患者求助行為之研究。公共衛生，26(2)，91-101。
- 鄭淑利、蔡欣玲、高淑芬 (1997)：老人失眠之治療與護理。長庚護理，8(3)，66-71。
- Adams, K. (1980). A time for rest and a time for play. *Nursing Mirror*, 150(1), 17-18.
- Ancoli-Israel, S. & Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 national sleep foundation survey. I. *Sleep*, 22(Supple 2) : S347-S358.
- Blair, S.N. (1984). How to assess exercise habits and physical fitness. *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. New York, NY: John Wiley and Sons: 424-477.
- Buysee, D. J., Reynold, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Buysee, D. J., Reynold, C. F., Monk, T. H., Hoch, C. C., Yeager, A. L. Kupfer, D. J (1991). Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*, 14(4), 331-338.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B. & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiological study of three communities. *Sleep*, 18(6), 425-432.
- Foley, D. J., Monjan, A., Simonsick, E. M., Wallace, R. B. & Blazer, D. G. (1999). Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiological study of 6800 persons over three years. *Sleep*, 22 (supple 2), S366-S372.
- Gionet, N. J. & Godin, G. (1989). Self-reported exercise behavior of employee: a validity study. *Journal of Occupation Medicine*, 31(2), 969-973.
- Hilton, B.A. (1976). Quantity and quality of patient's sleep and sleep disturbing factors on a respiratory intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 1(3), 453-468.

- Hauri, P. & Linde, S. (1990). *No More Sleepless Nights*. New York : Wiley.
- Lacks, P. & Robert, M. (1986). Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good Sleepers. *Behav. Res. Ther.*, 24(3), 365-358.
- Nalor, E., Penev, P. D., Orbeta, L., Jassen, I., Ortiz, R., Colecchia, E, F., Keng, M., Finkel, S., Zee, P. C. (2000). Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Sleep*, 23(1), 87-95.
- Roth, T. & Ancoli-Israel, S.(1999).Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States : results of the 1991 national sleep foundation survey. II. *Sleep*, 22 (Supple 2), S354-S358.
- Singh, N., Celement, K.M. & Fiatarone,M.A.(1997). Sleep deprivation and daytime activities : a randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. *Sleep*, 20(2), 95-101.
- Shochat, T., Umphress, J., Israel, A. G.& Ancoli-Israel, S.(1999). Insomnia in primary care patients. *Sleep*, 22 (Supple 2), S359-S365.
- Wilcox, S. & King, A. C. (1999). Sleep complaints in the older women who are family caregivers. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 54B(3), 189-198.

93/04/27 投稿

93/11/25 修改

93/12/23 完稿

The sleep quality, types of insomnia and help-seeking methods of the elder in senior college of Taipei Presbyterian church

Lin-Hui Tseng I-Chyun Chiang

Abstract

The main purpose of this study was to investigate the current sleep quality of the elderly, to explore its relationship with demographic characteristics, and to compare the differences on sleep quality and help-seeking methods among different types of insomniacs. The purposive sampling was designed. The data were collected from 234 individuals aged above 55 in senior colleges of Taipei Presbyterian church. The following conclusions were drawn from the study: there were 72.6% of subjects classified the poor sleepers, and the result indicated that sleep quality of most subjects was not good. The most common problem among subjects is the increasing of sleep latency makes hard to sleep. The finding indicated that subjects' using prescribed or non-prescribed medications was above thirty percentage. While the worse level of sleep hygiene, female, the more number of chronic diseases and the lower socioeconomic status the subjects were, the worse sleep quality they showed. Above thirty percentage of subjects was insomniac. Most insomniacs used self-care methods to improve their sleep quality. According to main results, the researcher proposed several suggestions, inclusive of stressing sleep impairment of the elderly and establishing channels-of consult to solving sleep problems of the aged, providing risk groups of insomnia and different types of insomnia with sleep hygiene education and drug education, emphasizing evaluation of mental status of insomniacs and elevating cognition on sleep medicine and training professionals.

Key words : the elder, sleep quality, sleep hygiene, different types of insomniacs, help-seeking methods, self-care methods.