

護理之家老人身體功能、社會活動與孤寂感之相關因素研究

An Investigation of the Relationships between Physical Function, Social Activity and Loneliness of the Elderly Living in the Nursing Homes

蔡英儀 許雅娟* 楊燦**

Ying-Yi Tasi Ya-Chuan Hsu* Tsan Yang**

摘 要

本研究目的在探討護理之家老人身體功能、社會活動與孤寂感之相關因素，於 2012 年 4 月至 5 月期間，選取高屏地區 12 家護理之家，取得 109 名老人進行一對一問卷調查。收集基本資料、日常生活活動能力 (activities of daily living, ADLs)、支持性社會活動評量表 (Socially Supportive Activity Inventory, SSAI)、孤寂感量表第三版 (The UCLA Loneliness Scale, Version 3)。結果發現：護理之家老人日常生活活動能力平均得分為 43.53 ± 29.97 ，屬顯著依賴，而孤寂感量表平均得分為 43.41 ± 13.68 ，屬中度孤寂，且與教育程度、自願入住狀況、住進機構時間及日常生活活動分數在孤寂感分數達統計上顯著性差異。「與熟人聊天」、「宗教性活動」二大類型的社會活動，老人參與的頻率、對活動參加之意義性與享樂性三大構面，與孤寂感呈現顯著負相關。研究結果建議護理之家設計老人活動時，可多安排「與熟人聊天」和「宗教性活動」老人參與頻率、意義性、享樂性較高之靜態活動，且所花費的人力及物力等資源相較其他動態活動較低，以利降低機構老人孤寂感。

關鍵詞：護理之家、身體功能、社會支持、孤寂感

高雄榮民總醫院屏東分院護理長 長榮大學護理系助理教授* 美和科技大學健康事業管理系副教授**

通訊作者：楊燦 地址：91202屏東縣內埔鄉美和村屏光路23號

受文日期：2013年7月12日 接受刊載日期：2013年10月23日

E-mail: tsan.yang@msa.hinet.net

前言

2012 年底止，65 歲以上老人占總人口 11.15%，老化指數 76.21%，均呈持續增加之現象；我國老人長期照顧及安養機構使用率達 74.21%；可供進住人數占老年人口比率之 1.65%（內政部統計處，2013）。因此，在高齡化社會的今天，老人的心理問題應被重視；尤其是社區和機構老人，皆有可能同時因個人及情境因素，而產生孤寂感，但相較之下，護理之家老人因在情境因素方面，面臨遷居及較多重之失落，故產生孤寂感的可能性也就較高（侯、陳，2008）。

過去研究發現，護理之家老人之孤寂感因偏向個人主觀的感受，往往容易被老人及醫護人員忽略（Krohn & Bergman-Evans, 2000），然而一旦未處理，會有悲傷、沮喪、空虛感、覺得人生無意義（Copel, 1988）、認知功能衰退、社會隔離、無助感、無法執行日常生活活動能力（Dugan & Kivett, 1994）等狀況。近年來，國外學者在老人孤寂感相關研究發現，隨著時間的增加，孤寂的程度亦增加。而幫助老年人保持和發展社會網絡，將能防止孤寂感發生（Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Goldberg, 2009）。美國學者 Beal 和 Stuijbergen（2007）發現，孤寂感是一個未被確認的慢性疾病和失去生活能力的經驗組成部分。超過一半的婦女在此研究報告中感到孤寂感，其中，婚姻狀況與孤寂感之間有顯著的關聯性。另外，Stanley 等人（2010）針對澳大利亞 60 位 65 歲以上老人研究中指出，對全球老年人來說孤寂感是一個迫切的

社會問題，如何讓老年人自己察覺到孤寂，和機構如何能支持他們的相關研究極少；參加者表示：保持與社會接觸，並且與社區有連結和歸屬感，可解決孤寂感，並幫助維持老年人在社區的整合。但是，社區的獨居老人，如少有社會活動，則更加速老年人肌力下降率。當老人肌力下降時，亦降低其社會活動的意願，甚至無法執行日常生活活動能力，因此增加孤寂感（Buchman et al., 2010）。

國內學者侯、陳（2008）探討老人孤寂感之研究發現，長期照護老人孤寂感有中度孤寂感。孤寂感重要預測變項為「憂鬱」、「院友支持」與「子女支持」，共可解釋 48.5% 的變異量。在社會支持網絡方面，子女、親戚、朋友及院友的支持則和孤寂感呈顯著負相關。

國內目前少有探討機構老人身體功能、社會活動參與與孤寂感之相關研究，因此本研究將以高屏地區護理之家老人為研究對象，探討高屏地區護理之家老人人口學、身體功能、社會活動參與情形與孤寂感之相關性。期望未來在臨床照護住民時，能重視機構老人孤寂感問題以及相關因素，提昇老人住民身、心、社會的健康。

文獻查證

一、孤寂感之前因與後果

護理之家老人孤寂感的前因為二大類：（一）內在因素：因人格特質、心智發展缺損、親密關係未被滿足；個人身體或心理功能障礙，造成自我照顧能力缺失；罹患失智症者更感孤寂，因為有溝通困難上的限制，不願

意出門等因素；可能是因為憂鬱、曠野恐怖症、聽障或大小便失禁等。(二)外在因素：可能因拆遷或重大分離及社交脫離而產生：可能是個體感覺孤單，特別是閉門不出者、容易跌倒者、行動能力及感覺系統受損者、喪親者 (Rokach & Brock, 1996)。

Walker 和 Avant (1995) 指出，後果是指概念發生後所導致的事件或情境。日常生活上對他人的依賴增加，及強烈的失落感導致悲傷、沮喪。當他人無法立即滿足其需求時，容易有負向情緒，孤寂感受增加，產生身體不適等負面結果的行為，如頭痛、失眠、食慾不振、疲倦與免疫功能低下等。

二、影響老人孤寂感之相關因素

過去探討老人孤寂感人口學特性之相關文獻顯示，個人基本屬性中，年齡、性別、宗教信仰、教育程度、婚姻狀況、子女數、目前居住狀況、住進機構時間與其孤寂感有關係 (張、楊, 1999; Paul, Ayis, & Ebrahim, 2006; Tiikkainen, & Heikkinen, 2005; Wu et al., 2010)。隨著年齡越高，孤寂感程度越高 (侯、陳, 2008; Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Fessman & Lester, 2000; Wu et al., 2010)。老年人孤寂感的程度女性大於男性 (侯、陳, 2008; Tiikkainen & Heikkinen, 2005)，可能原因為女性較男性長壽，易經歷獨居及喪偶情形。相反的，也有研究發現年齡愈長，則男性寂寞程度逐漸高於女性，此現象可能與性別角色和生活轉變有關，男性年輕以事業為重，一旦步入老年必須由就業市場退下來，所感受的失落感必然比一直以家庭為重

心之女性來強烈，因此寂寞程度會較高 (張、楊, 1999)。無宗教信仰之孤寂感的程度較高 (侯、陳, 2008)。未受教育者孤寂感程度高於受教育之老人 (張、楊, 1999)。Andersson (1998) 和 Wu 等人 (2010) 指出，未婚者較已婚者有較高的孤寂感。另外，有研究指出喪偶是孤寂感最重要的影響因子 (Paul et al., 2006)。另有學者 Cohen-Mansfield 等 (2009) 針對 75 歲以上之老年人進行調查發現，婚姻狀況與孤寂感有強烈的相關性，已婚者往往經歷了更多的創傷性事件造成孤寂感。相反的，在未婚方面，如經濟有困難的，健康不佳，較少的社會網絡支持者，易發生孤寂感。而子女數方面，無子女者之孤寂感程度較有子女者高 (侯、陳, 2008)。而機構老人在社會支持網絡上，發現來自子女親戚朋友及院友的支持與孤寂感受呈顯著負相關，亦即表示有子女的支持越多，孤寂程度越低 (張、楊, 1999)。依據自我決定理論，老人入住長期照護機構行為是一種受控制之行為 (施, 2010)，與老人身體功能下降，無法自我照顧有很高相關性，然而，家屬在選擇機構型態亦與家庭成員之支持能力、經濟狀況、文化因素、老人疾病因素等，都會產生影響 (侯、陳, 2008; 黃、張, 2006)，家庭成員如能在入住前與老人進行溝通，而無蒙騙或脅迫之情況，讓老人入住機構，以維護老人之自尊心，避免其無助感產生 (施, 2010)。

三、因應孤寂感之相關研究

由文獻查證了解孤寂感會對一個人的生活造成嚴重的影響，甚至會造成死亡，所以

護理人員在照顧個案的同時，需主動並敏銳的觀察個案特徵，或依個別性提供護理介入措施，例如：鼓勵參與休閒活動，如社團活動、散步、運動健身等（鄭、賴，2007），或參與美術繪圖與製作手工藝品等。過去研究發現的懷舊團體治療之介入措施，可顯著降低獨居老人孤獨感、增進生活滿意度（劉、林、陳、黃，2007）、降低寂寞感（魏，2005）。懷舊團體治療也可鼓勵情感表達與抒發，建立親友網絡，引導個案解決問題，緩解壓力，增加自我適應能力（侯，2005）。再者，宗教信仰與參與如誦經、查經、祈禱會（侯，2005；Bellin, 2000; Brunell, 2001; Lauder, Mummery, & Sharkey, 2006），與音樂治療活動（侯，2005）也被發現能夠減少老人的孤獨感。Rokach 於 1996 年也提出宗教信仰、增加活動量以及了解、建立支持網絡是適應孤寂感的策略。研究報告也呼應整體社會支持越多，則孤寂感程度越少（侯、陳，2008）。國內學者張、楊（1999）指出，孤寂感源於社會關係缺乏、是一個主觀的經驗。在機構中的社會關係可藉由主動、積極的社會活動參與來建立，目前機構內之活動，多數由社工員或工作人員設計多樣化活動內容，以試圖吸引老人注意並參與，但往往在住民的日常生活能力依賴程度較高之護理之家，住民活動參與率不甚理想。

材料方法

一、研究變項之名詞解釋

（一）護理之家（Nursing Homes）

為提供 24 小時的護理照顧之機構，收

住日常生活需協助或需管路照護，有長期照護需求，病情穩定，日常生活功能重度障礙，無積極治療需求，但有技術性護理服務者（邱等，2012）。本研究是指高屏地區 100 床以下之合格護理之家。

（二）老人（old people）

依據衛生組織高齡化國家的標準，將老年人定義為年齡 65 歲以上者。

（三）孤寂感（loneliness）

孤寂是主觀帶有負向情緒的個人感受，包括不愉快的、痛苦的（侯、陳，2008）。本研究以加州大學第三版孤寂感量表（The UCLA Loneliness Scale, Version 3），測量個體的孤寂感，並將孤寂感分類為低度、中度、高度、重度來表示其孤寂感受。

（四）身體功能（physical function）

主要指老年人具有日常活動（activities of daily living, ADLs）及行動（mobility）功能，而日常生活功能又分為基本日常生活活動功能（basic activities of daily living, BADLs）及工具性或複雜性日常活動功能（instrumental activities of daily living, IADLs）（劉等，2011），可以評估老人執行日常生活活動所發生障礙之程度。本研究日常生活活動（ADLs）是指，進食、移位、個人衛生、如廁、洗澡、走路、上下樓梯、穿脫衣服、大便訓練、小便控制等。

（五）社會活動（social activities）

指老年人積極參與機構中與他人社交性互動活動之頻率、參與活動後所感受到

的意義性及樂於參加之程度(Hsu, 2011)。本研究以 Hsu (2011) 發展支持性社會活動量表 (Socially Supportive Activity Inventory, SSAI) 來測量老人參與社會活動情形。

二、研究設計與研究對象選取

研究採橫斷式之量性研究設計。為增加機構屬性之同質性，本研究收案地點須符合已立案一年以上且評鑑甲等之護理之家，床位數為100床以下之機構，設置有兼任社工師(員)負責機構活動之進行，共計14家。研究者先以電話與機構負責人或執行長聯絡說明研究目的與進行方式，以徵詢參加研究之意願，最後，有屏東地區5家與高雄地區7家，共12家機構同意研究之進行。本研究收案條件如下：(一)65歲以上之老人。(二)會使用國、臺語或客語溝通之住民。(三)居住在機構內，意識清楚，心智功能正常(SPMSQ分數大於8分者)，無精神疾病者。(四)入住滿三個月以上之住民。

三、資料收集方法

使用結構性問卷，採一對一訪談住民並協助填寫問卷，為取得一致性，由研究者親自前往收案。於訪談機構個案前，先行反覆練習問卷之詢問方式，包括訪問標準程序、問卷詳細內容及相關調查技巧注意事項等，以及巴氏量表評估技巧及問卷記錄方法；另外，於收案過程裡，會先表明來意、注意禮節，徵求受訪者同意並填寫同意書。

四、研究對象倫理考量

本研究除了取得「孤寂感」與「社會支

持型活動量表」授權使用外，並取得 Institutional Review Board (IRB) 人體試驗評議委員會審核通過，基於受試對象的倫理考量及人權尊重，在研究個案資料收集前，均與本研究配合之護理之家說明研究目的、研究方法、時間、資料收集步驟及受試者可自由決定是否參與等權益保護，將維護個人隱私，相關資料僅供研究之用，不會轉為其他用途。

五、研究工具

本研究所使用之問卷，包含四部分，第一部分：個人基本資料(人口學)含年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、子女數、自願入住狀況、住進機構時間共8項。第二部份：身體功能狀況：評估老人身體功能狀態(functional health)，是以日常生活活動(ADLs)，巴氏指數評定(the Barthel index of ADL)由美國 Mahoney和Barthel設計並套用於臨床，是國際康復醫學界常用的方法。其指數評定簡單，可信度高，靈敏度也高，使用廣泛，而且可用於預測治療效果、住院時間和預後。第三部份：孤寂感量表，本研究以國內學者張、楊二位學者，將Russell (1996) 所修訂的孤寂感量表第三版(The UCLA Loneliness Scale, Version 3)，翻譯成中文，且對譯成英文，以測量老人的寂寞程度，該問卷經過社會學、心理學、護理學等六位專家進行專家效度，內容一致性達.85，總分為20到80分，分數越高代表孤寂感程度越高。得分為20~34表示低程度孤寂感，得分為35~49表示有中等程度孤寂，得分為50~64表

表 1 高屏地區收案機構之床位數及收案比例
(n=109)

編號	立案 床位數	收案人數	佔機構住民 百分比 (%)
屏 1	67	10	14.9
屏 2	71	6	8.5
屏 3	72	11	15.3
屏 4	93	19	20.4
屏 5	40	6	15.0
高 1	21	4	19.1
高 2	80	12	15.0
高 3	55	13	23.6
高 4	29	7	24.1
高 5	84	13	15.5
高 6	43	2	4.7
高 7	65	6	9.2

示高度的孤寂感受，得分為65~80表示重度的孤寂感受。第四部份：社會支持性活動量表 (SSAI) (Hsu, 2011)：此量表將長照機構社會活動類型分為九大類，每類活動皆評量各類型社會活動之參與頻率、活動之意義性、活動之享樂性三大構面。其量表專家內容效度指標 (content validity index, CVI) 達.96；間隔兩週再測信度 (test-retest reliability) 係數分別為：整體量表.76~1.00；活動之頻率 1.00；活動之意義性.76~1.00；活動之享樂性.78~1.00，顯示所有題目皆達顯著穩定性。

六、資料處理與統計分析

以社會學統計分析套裝軟體視窗17.0版 (SPSS for Windows release 17.0)進行資料處理與統計分析。採雙尾檢定，顯著水準 $\alpha=.05$ 。依研究目的及假設，統計方法包括：(一)描述性統計：將個人基本資料以次數分配、百分比、平均值、標準差進行分析。(二)推論性統計：採獨立樣本 t 檢定、單因子變

異數分析、皮爾森相關分析，探討各變項間的關聯性。

結果

根據表 1 所示，本研究訪談之 12 家評鑑甲等機構中，立案床位數最多有 93 床，最少為 21 床，訪談住民人數比例約佔機構人數之 4.7~24.1%。期間共訪談 110 人，排除一位住民在訪談過程中，因回憶已過往之家人難過哭泣，無法進行而終止訪談外，最後收案人數為 109 人。

表 2 顯示護理之家老人日常生活活動能力 (ADL) 分數平均為 43.53 ± 29.97 分，得分介於 40 至 60 分之間，表示日常生活活動能力亦即身體功能多為顯著依賴。將孤寂感量表之題目做分數校正後，結果顯示，老人孤寂感平均得分為 43.41 ± 13.68 分，得分介於 35 至 55 分之間：表示護理之家老人有中等程度之孤寂感。

表 3 以原始分數顯示在孤寂感得分及排序表中，得分最高的前三題依次為「1.您覺得您與周圍的人關係和睦嗎？」為 3.01 ± 0.98 分、「9.您覺得您是個外向和友善的人嗎？」分數為 2.88 ± 1.03 分、「10.您覺得您和人們親密嗎？」與「20.您覺得有人可以讓您求助依賴嗎？」為 2.83 ± 0.90 分。得分最低的後三題為「7.您覺得您不再與任何人親近嗎？」分數為 1.94 ± 0.91 、「11.您覺得您不被重視嗎？」分數為 1.95 ± 0.99 、「12.您覺得您與其他人的關係是毫無意義的嗎？」分數為 1.99 ± 0.90 。

人口學變項、身體功能在孤寂感量表得分之差異性分析，結果顯示：未受教育者

表 2 日常生活活動能力、孤寂感之分佈

變項	個數	M±SD	最高值	最低值
日常生活活動能力	109	43.53±29.97	100	0
孤寂感	109	43.41±13.68	76	22

表 3 護理之家老人孤寂感量表得分及排序表

題目	從不		少有		有時		經常		M±SD	排序
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. 您覺得您與周圍的人關係和睦嗎？	10	9.2	21	19.3	36	33.0	42	38.5	3.01±0.98	1
2. 您覺得您缺少友伴嗎？	44	40.4	27	24.8	22	20.2	16	14.7	2.09±1.09	14
3. 您覺得沒有一個人可以讓您求助依賴嗎？	42	38.5	28	25.7	28	25.7	11	10.1	2.07±1.02	15
4. 您覺得孤單嗎？	38	34.9	24	22.0	25	22.9	22	20.2	2.28±1.15	11
5. 您覺得自己是屬於朋友中的一份子嗎？	12	11.0	30	27.5	36	33.0	31	28.4	2.80±0.98	5
6. 您覺得您與周圍的人有許多相同之處嗎？	13	11.9	27	24.8	41	37.6	28	25.7	2.77±0.97	6
7. 您覺得您不再與任何人親近嗎？	41	37.6	40	36.7	21	19.3	7	6.4	1.94±0.91	20
8. 您覺得周圍的人無法和您共享您的興趣與想法？	26	23.9	35	32.1	38	34.9	10	9.2	2.29±0.94	12
9. 您覺得您是個外向和友善的人嗎？	11	10.1	31	28.4	27	24.8	40	36.7	2.88±1.03	2
10. 您覺得您和人們親密嗎？	7	6.4	32	29.4	43	39.4	27	24.8	2.83±0.88	4
11. 您覺得您不被重視嗎？	46	42.2	32	29.4	21	19.3	10	9.2	1.95±0.99	19
12. 您覺得您與其他人的關係是毫無意義的嗎？	38	34.9	40	36.7	25	22.9	6	5.5	1.99±0.90	18
13. 您覺得沒有人真正認識你嗎？	32	29.4	38	34.9	29	26.6	10	9.2	2.16±0.95	13
14. 您覺得您處於人群中仍覺得孤立嗎？	38	34.9	39	35.8	23	21.1	9	8.3	2.03±0.95	17
15. 您覺得當您需要時您都可以找到友伴嗎？	11	10.1	32	29.4	37	33.9	29	26.6	2.77±0.96	7
16. 您覺得有人真正了解您嗎？	15	13.8	47	43.1	38	34.9	9	8.3	2.38±0.83	10
17. 您覺得害羞嗎？	43	39.4	26	23.9	34	31.2	6	5.5	2.03±0.97	16
18. 您覺得您的身邊有一些人，但他們不是您的知己嗎？	13	11.9	43	39.4	36	33.0	17	15.6	2.52±0.90	9
19. 您覺得有人可以聽您傾訴嗎？	12	11.0	29	26.6	47	43.1	21	19.3	2.71±0.91	8
20. 您覺得有人可以讓您求助依賴嗎？	11	10.1	22	20.2	51	46.8	25	22.9	2.83±0.90	3

(45.91±13.26) 顯著高於受教育者
(40.57±13.73) ($p<.05$) ; 非自願入住

(48.39±14.76) 顯著高於自願入住
(40.41±12.14) ($p<.01$) ; 「住進機構時間」

表 4 人口學變項、身體功能在孤寂感量表得分之差異性分析 (N=109)

變項	人數 (n)	M±SD	P 值
年齡 (歲)			.276
a. 65-74	25	42.96±14.39	
b. 75-84	59	45.10±14.11	
c. 85 以上	25	39.88±11.57	
性別			.784
男	39	43.90±13.38	
女	70	43.14±13.94	
教育程度 ^{註2}			.042*
未受教育	58	45.91±13.26	
有受教育	51	40.57±13.73	
婚姻狀況 ^{註3}			.920
有配偶	41	43.24±13.39	
無配偶	68	43.51±13.95	
子女數			.908
有	107	43.36±13.49	
無	2	46.50±30.41	
宗教信仰			.424
有	94	42.85±12.77	
沒有	15	46.93±18.59	
自願入住狀況			.005**
是	68	40.41±12.14	
否	41	48.39±14.76	
住進機構時間 ^{註4}			.013*
LSD 事後檢定 c>a, c>b			
a. 3 個月~1 年	28	38.75±10.59	
b. 1 年 1 個月~2 年	37	41.68±13.23	
c. 2 年 1 個月以上	24	47.84±14.72	
日常生活量表 (ADL) 分數 ^{註5}			.006**
0~60 分	78	45.50±14.07	
65~100 分	31	38.16±11.22	

註1 採 t-test 及 ANOVA，事後檢定採 LSD，* $p<.05$ ，** $p<.01$ 。

註2 教育程度：未受教育含不識字、識字但未受教育，有受教育含小學、初中(國中)以上。

註3 婚姻狀況：有配偶表示已婚，無配偶表示未婚、離婚、喪偶或分居。

註4 住進機構時間：5 年以上個案已併入 2 年 1 個月以上統計。

註5 「0~60 分」為嚴重或完全依賴、「65~100 分」為功能獨立。

在 2 年 1 個月以上 (47.84±14.72) 者顯著高於 1 年 1 個月~2 年 (41.68±13.23) 及高於 3 個月~1 年者 (38.75±10.57) ($p<.05$)，經 LSD 事後檢定，得知住進機構時間愈久孤寂感量表得分數愈高。以日常生活活動能力 (ADL)

量表分數「0~60 分」(45.50±14.07) 群組之孤寂感顯著高於「65~100 分」(38.16±11.22) 群組 ($p<.01$) (表 4)。

表 5 為社會活動參與情形與孤寂感之相關分析，在九大社會活動類型中，測量社會

表 5 護理之家老人參加支持性社會活動與孤寂感之相關性

變項	孤寂感		
	參加此種活動的頻率為何？	參加此活動對您生活上有多大意義？	樂於參加此活動嗎？
家人和知心朋友的社交性電話聯絡或探訪	-.167	-.283**	-.554**
與熟人聊天	-.305**	-.516**	-.554**
節慶相關性活動	-.067	-.381**	-.337**
認知 / 益智性活動	.158	-.261	-.335*
各類單人或團體組織到院的表演或訪視	-.030	-.341**	-.335*
休閒或娛樂性活動	-.176	-.359**	-.476**
戶外郊遊	-.411**	.015	-.053
團體手工藝活動 / 課程	.036	-.129	-.164
宗教性活動	-.231*	-.385**	-.441**

註：採 Pearson 相關，* $p < .05$ ，** $p < .01$

活動參與三大構面：頻率—「參加此種活動的頻率為何？」、參加的意義性—「參加此活動對您生活上有多大意義？」以及享樂性—「樂於參加此活動嗎？」其結果顯示：

一、參加頻率孤寂感量表得分

在戶外郊遊、與熟人聊天及宗教性活動，達到統計上負相關，即「與熟人聊天」、「參加戶外郊遊」「參加宗教性活動」的頻率越高，孤寂感受越低。

二、對生活的意義孤寂感量表得分

在與熟人聊天、宗教性活動、節慶相關性活動、休閒或娛樂性活動、各類單人或團體組織到院的表演或訪視以及家人和知心朋友的社交性電話聯絡或探訪，達到統計上負相關，即老人對參加以上活動之意義越高，孤寂感越低。

三、樂於參加活動孤寂感量表得分

除戶外郊遊與團體手工藝活動 / 課程二項外，孤寂感量表得分上均達到統計上負相關。

討論

本研究結果顯示，護理之家老人孤寂感程度平均得分為43.41 (SD=13.68) 分，屬中等程度之孤寂程度。國內孤寂感之相關研究中，少有針對護理之家住民收案，而其住民之疾病嚴重度較一般安養機構為高，相對身體功能較差。本研究於12家護理之家中，符合收案條件（未失智及可言語表達）且願意受訪者，只有109人，相較國內針對門診及社區老人之中低程度孤寂感為高（張、楊，1999），與長期照護機構老人之相關研究其結果相似（侯、陳，2008），但低於國外學者 Fessman和Lester（2000）之研究結果。

在孤寂感的分析中，本研究得分最高為「1.您覺得與您與周圍的人關係和睦嗎？」3.01分，此題屬「無歸屬感因素」，為正向題型，分數越高表示越正向，顯示約有75.25%護理之家老人反應入住期間能與周圍的人和和睦相處，相較於張、楊（1999）探討門診或老人中心之長輩，有75.80%老人填寫「您覺

得您的身邊有一些人，但他們不是您的知己嗎？」屬「人際關係因素」的負向題型有所差異。可能原因為護理之家老人以機構為家，每日與住民相處，關係較深入和睦，然而，在社區老人部份，相處時間有限，關係較表淺所致。

護理之家老人孤寂感在人口學特性上，在「年齡」方面顯示孤寂感程度未達顯著差異，與鄭、賴（2007）研究臺中地區長青學苑老人結果相同；然而，與國內學者侯、陳（2008）探討臺中地區長期照護機構老人孤寂感相關因素研究中指出，老人平均年齡為 75.4 歲，年齡愈高，所感到的孤寂感也愈高，及國外學者 Cohen-Mansfield 等人（2009）探討 75 歲以上老人的健康、心理和社會地位的縱向研究顯示，年齡越高，孤寂感越高，與本研究結果有所不同。顯示年齡、地區及文化上之差異，可能影響老人孤寂感受。在「性別」方面，孤寂感程度無顯著差異，與一篇機構老人之研究結果相同（侯、陳，2008）。

在「教育」方面，未受教育之孤寂感程度大於受教育者，達統計上顯著性差異，與先前一篇社區老人研究結果相似（張、楊，1999），可能是受教育者在老年生活之知識攝取上，較多於未受教育者，如閱讀、電腦操作、影片欣賞等，所以在生活中可設計讓未受教育者使用之活動，以減少孤寂感受。

本研究之護理之家老人有 62.4% 無配偶（含離婚、喪偶或分居），無配偶之孤寂感分數（ 43.24 ± 13.39 ）略大於有配偶者（ 43.51 ± 13.95 ），未呈現統計上之顯著差異，

與鄭、賴（2007）發現孤寂感程度無配偶高於有配偶及與國外學者（Cohen-Mansfield et al., 2009; Theeke, 2010）研究老人孤寂感與未婚因素有很高的相關性結果相似。另外，在林（2009）以質性研究方法，深度訪談 9 位喪偶而平均年齡為 70 歲之婦女的孤寂感受，結果發現孤寂感量表平均分數 52.89 分，屬中度孤寂，並建議喪偶老年婦女特別需要家人、親友的陪伴支持，以及鼓勵與關懷，如能開始嘗試參與及安排各類活動，如社交及團體活動等，則可填補心靈深處之空虛。護理之家的團體活動多項且多元，多鼓勵未婚及喪偶之老人參與，可減少其孤寂感受。

本研究發現在 109 位受訪者中，勾選自願入住有 68 位（62.4%），高於非自願者 41 位（37.6%），顯示護理之家老人多數是選擇自願入住，其孤寂感受程度低於非自願者，達統計上顯著性差異。然而，個體從出生到死亡，很少有比「獨立」這件事更重要的，即便是進入安養機構亦不能沒有自主權，因為身體和心理是會互相產生影響的（Krohn & Bergman-Evans, 2000）。施（2010）探討自我決定理論與老人入住長期照護機構的行為中發現，從自我決定理論的角度來看，老人入住機構行為是一個典型的受控制行為。事實上，入住對老人而言，表面上只看到老人住到機構，實際上家人及相關的社會系統的意見會影響入住的決定，而非完全意志自由下的結果。當老人意識清楚，但失能需入住機構的行為有三：一、主動提出入住機構；二、是經過與家人溝通後，迫於無奈，自己點頭

同意入住機構之後；二者較能產生高度的內在心理滿足感，相對的，孤寂感受程度亦可降低，與本研究結果相同；三、是被強迫入住，老人並無參與，是抗拒、抵制的負向感受，因此孤寂感受程度較高。

本研究顯示，入住時間越久，孤寂感程度越高，達統計上顯著性差異。護理之家是提供跨團隊專業合作之照顧團隊，包含護理師、社工師（員）、照顧服務員及其他專業人員，社工人員更應該在老人入住長照機構之過程中扮演積極的角色，扮演好諮商諮詢之角色，提供老人及家庭輔導，適時提供資源，滿足老人自主需求（施，2010），維持老人在入住機構後，能獲得更好的生活適應，進而降低孤寂感受。本研究結果發現，護理之家老人日常生活活動能力（ADL）平均為 43.53 分，屬重度依賴，且 ADL 分數越低，則孤寂感越高，此結果與 Buchman 等（2010）發現孤寂的程度與肌力下降率有關相似；在機構中常發現，身體功能不佳之老人，因活動力受限制，心態上不想麻煩他人，常有無法參與或是拒絕與人互動，而使孤寂感增高情形。

本研究發現，在 SSAI 量表之九大類支持性社會活動與孤寂感之相關性中，「與熟人聊天」、「宗教性活動」二大類型的社會活動其參與頻率、活動之意義性、活動之享樂性三大構面皆呈現顯著負相關，即老人參與「與熟人聊天」、「宗教性活動」頻率愈多，孤寂感愈低。

在與老人問卷回答過程中，歸納可能原因為：老人大多因疾病或身體功能不佳，無

人照護而入住，雖然護理之家評鑑要求，每年需辦理至少 2 次戶外郊遊活動，然而參加此活動者，需身體功能佳，活動時間可超過 4~6 小時，為配合上車，至少可爬 5~10 個階梯、可自行或協助下如廁等條件，老人無法前往時會有無力感之負向感受。機構在老人社會活動上，提供可與一或多人聊天的環境，如安排可溝通且相同文化背景的老人在同一區活動，有相同主題可聊天，則可降低孤寂感，與葉、施、莊、蔡（2004）研究高雄市 4,894 位老人之社會支持系統與生活滿意度中，結果顯示情感性社會支持（包括彼此的互動、正面支持、信賴感等），將提高老人的生活滿意度；本研究老人在社會活動參與的意義性與享樂性兩大構面與孤寂感呈現較高的負相關係數，前三項活動類型分別包含「與熟人聊天」、「宗教性活動」、「節慶相關活動」及「與熟人聊天」、「家人和知心朋友的社交性電話聯絡或探訪」、「休閒與娛樂性活動」。換言之，參加以上活動類型越多者，孤寂感越低。顯示老人喜歡且樂於參加的活動中，相較提供複雜的表演或團體活動，更喜歡與熟人聊天與宗教活動等之靜態活動，與葉等 2004 年研究結果相似。

孤寂感是一種實際缺乏或自覺缺少有意義的社會關係，在社會、身體、情緒支援需求方面及人際之間親密感未獲得滿足（Russell, 1996; Yaung, 1982），由本研究結果顯示，護理之家老人多樂於情感性的社會活動，包含與熟人聊天、家人或知心朋友探訪及宗教活動，這些活動大多表現在社會支持

及社會支持網絡中，來自子女、親戚、朋友和院友的支持，呈現顯著的負相關，表示以上的社會支持網絡越健全，則孤寂感受越低，此與侯、陳（2008）和張、楊（1999）結果相似。李（2010）以質性研究法訪談護理之家老人，發現最主要的支持來源有家屬、工作人員及住民，有鑑於此，建議護理之家工作人員在每日安排活動時，以擬似親屬及友伴模式稱呼住民，並與之互動，安排志同道合之住民能有時間互相溝通及聊天，增進彼此的互動與支持，每月固定時間邀請家屬探訪老人，並設置溫馨、莊嚴的宗教室，引導老人前往，讓老人在心靈上有所寄託，進而減少孤寂感之產生。

研究限制

因本研究採立意取樣橫斷式研究設計，訪員與住民採面對面訪談，運用結構式問卷來探討老人身體功能、社會活動與孤寂感之相關性，問卷題目多達 60 題，訪談時須避開用餐與休息時間，盡量在舒適環境中讓年長之住民耐心配合完成，耗費時間較多，因人力及時間限制，只能收集高屏地區 12 家機構。建議未來相關研究，可參考機構提供基本資料及日常生活量表分數，以減少提問長者之題數。另外，在研究設計上採立意取樣，護理之家住民多為失能及失智情形，為求資料的客觀性，需選擇會使用語言溝通、意識清楚、無失智情形、且入住滿 3 個月以上同意受訪之住民，甚至有些機構要求須經家屬同意受訪才可前往，在有限的時間及資源下，能收案的樣本數有限所致，對於一些無

法清楚表達及溝通困難的老人，或是不願接受訪問之老人，則未能涵蓋在內，無法瞭解這些老人的支持性社會需求與孤寂感之情形，因此護理之家老人孤寂感之盛行率有被低估的可能性。此外，本研究只選擇 99 床以下之合格護理之家，因此樣本之代表性受到限制，只能推估相同屬性之機構；再者，因收案機構的規模大小不同，所能舉辦的活動經費與人力可能有限，而影響辦理活動的次數與品質上，本研究並未針對各機構所舉辦的活動先行調查其同質性，或在統計分析上控制其干擾變項，因而可能降低研究結果的外在信度。

結論

本研究結果發現，護理之家老人有中度孤寂感。以未受教育、非自願入住、入住機構時間越久或身體功能越差者孤寂感程度較高。護理之家老人日常生活活動能力(ADLs)多屬顯著依賴，在社會活動類型中，「與熟人聊天」、「宗教性活動」在參與頻率、意義性、享樂性三大構面，皆與孤寂感呈現顯著性負相關，此兩類型活動多屬靜態性質社會活動，其所花費的人力及物力等資源相較其他動態活動較低，可作為日後機構活動安排項目及頻率之參考。

參考文獻

- 內政部統計處（2013，第11週）。101年底我國老人長期照顧及安養機構概況。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week10211.doc>
- 李依芹（2010）。護理之家老人的社會支持之

- 探究。臺中：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系碩士論文。
- 林佩儀 (2009)。探討喪偶老年婦女之孤寂感及其因應歷程。臺中：中臺科技大學護理研究所碩士論文。
- 邱啓潤、吳淑如、洪玉珠、林淑媛、邱亨嘉、劉景寬、蔡淑鳳 (2012)。長期照護理論與實務。臺北：洪葉文化。
- 侯青雲 (2005)。活動治療在長期照護機構中的功能。臺灣老人保健學刊, 1 (2), 43-51。
- 侯慧明、陳玉敏 (2008)。長期照護機構老人孤寂感及相關因素探討。實證護理, 4 (3), 212-221。
- 施麗紅 (2010)。老人入住長期照顧機構行為初探—以自我決定理論析之。社區發展季刊, 132, 353-372。
- 張素紅、楊美賞 (1999)。老人寂寞與其個人因素、自覺健康狀況、社會支持之相關研究。高雄醫學科學雜誌, 15, 337-347。
- 黃秀梨、張媚 (2006)。機構安置決策過程研究之剖析及應用—以家庭為中心的視角。護理雜誌, 53 (4), 58-64。doi:10.6224/JN.53.4.58
- 葉淑娟、施智婷、莊智薰、蔡淑鳳 (2004)。社會支持系統與老人生活滿意度之關係—以高雄市老人為例。中山管理評論, 12 (4), 399-427。
- 劉淑娟、葉玲玲、蔡淑鳳、徐慧娟、廖彥琦、周世珍、...張晴翔 (2011)。長期照護。臺北：華杏。
- 劉淑娟、林綽娟、陳玉敏、黃宜宜 (2007)。懷舊團體治療對獨居老人自尊、憂鬱、孤獨及生活滿意度之影響。中臺灣醫學科學雜誌, 12 (3), 133-142。
- 鄭政宗、賴昆宏 (2007)。臺中地區長青學苑老人之社會支持、孤寂感、休閒活動參與及生命意義之研究。朝陽學報, 12, 217-254。
- 魏雪卿 (2005)。懷舊團體治療於護理之家老人對寂寞、生命意義、生活滿意之前驅性研究。國立臺北護理學院醫護教育研究所碩士論文。
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2(4), 264-274. doi:10.1080/13607869856506
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1677-1685. doi:10.1017/S1041610211001384
- Beal, C. C., & Stuijbergen, A. (2007). Loneliness in women with multiple sclerosis. *Rehabilitation Nursing*, 32(4), 165-171. doi:10.1002/j.2048-7940.2007.tb00171.x
- Bellin, C. L. (2000). *An exploration of women's experience of growing older while living alone in a rural community*. Unpublished doctoral dissertation, University of

Washington, Seattle.

- Brunell, M. (2001). *Doing for others: It gives me something to do. An ethnographic study of older, urban women living alone in poverty*. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University Teachers College, New York.
- Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., James, B. D., Leurgans, S. E., Arnold, S. E., & Bennett, D. A. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: The rush memory and aging project, a community-based cohort study. *BMC Geriatrics, 10*(1), 77. doi:10.1186/1471-2318-10-77
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics, 21*(6), 1160-1170. doi:10.1017/S1041610209990974
- Copel, L. C. (1988). Loneliness: A conceptual model. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 26*(1), 14-19.
- Dugan, M., & Kivett, V. (1994). The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist, 34*, 340-346.
- Fessman, N., & Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *International Journal of Aging and Human Development, 51*(2), 137-147.
- Hsu, Y. C. (2011). Socially supportive activity inventory: Reliability and validity of a social activity instrument for long-term care institutions. *The Journal of Nursing Research, 19*(3), 161-172. doi:10.1097/JNR.0b013e318229c479
- Krohn, B., & Bergman-Evans, B. (2000). An exploration of emotional health in nursing home residents: Making the pieces fit. *Applied Nursing Research, 13*(4), 214-217. doi:10.1053/apnr.2000.9233
- Lauder, W., Mummery, K., & Sharkey, S. (2006). Social capital, age, and religiosity in people who are lonely. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 334-340. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01192.x
- Paul, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health, & Medicine, 11*(2), 221-232. doi:10.1080/13548500500262945
- Rokach, A., & Brock, H. (1996). The causes of loneliness. *Psychology: A Journal of Human Behaviour, 3*(33), 1-11.
- Russell, D. W. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality*

Assessment, 66, 20-40.

6

Stanley, M., Moyle, W., Ballantyne, A., Jaworski, K., Corlis, M., Oxlade, D., ...Young, B. (2010). 'Nowadays you don't even see your neighbours': Loneliness in the everyday lives of older Australians. *Health & Social Care in the Community*, 18(4), 407-414. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00923.x

Young, J. L. (1982). Loneliness, depression, and cognitive therapy: Theory and application. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (1st ed., pp. 379-405). New York: John Wiley & Sons.

Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Association between loneliness, depression symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526-534. doi:10.1080/13607860500193138

Theeke, L. A. (2010). Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3(2), 113-125. doi:10.3928/19404921-20091103-99

Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing* (3rd ed.). East Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Wu, Z., Sun, L., Sun, Y., Zhang, X., Tao, F., & Cui, G. (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging & Mental Health*, 14(1), 108-112. doi:10.1080/1360786090322879

An Investigation of the Relationships between Physical Function, Social Activity and Loneliness of the Elderly Living in the Nursing Homes

Ying-Yi Tasi Ya-Chuan Hsu^{*} Tsan Yang^{**}

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between physical function, social activities and loneliness among seniors in nursing homes. One-on-one interviews were conducted with 109 seniors from the Kaohsiung and Pingtung areas who were recruited from 12 nursing homes between April and May of 2012. The seniors' background information and functioning in activities of daily living (ADLs) were collected. Other study instruments included the Socially Supportive Activity Inventory (SSAI) and the UCLA Loneliness Scale (version 3). The results showed that the mean score for ADLs among the study participants was 43.53 ± 29.97 , indicating that they were a group of highly dependent elders. The UCLA Loneliness Scale mean score was 43.41 ± 13.68 , implying medium loneliness, and was significantly different from scores for educational qualifications, willingness to stay, duration of stay, and ADLs. Data showed "conversations with acquaintances" and "religious activities", using frequency of participation and perceptions of meaningfulness and enjoyment, significantly correlated to lower loneliness. The findings suggest that types of "conversations with acquaintances" and "religious activities" which are considered static, low-cost activities as well as participation more frequent, meaning, and enjoyable by the seniors can be arranged, thereby reducing loneliness among seniors in nursing homes.

Key words: nursing home, physical function, social activity, loneliness

RN, Head Nurse, Kaohsiung Veterans General Hospital Pingtung Branch; ^{*}PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, Cheng Jung Christian University; ^{**} Associate Professor, Department of Health Business Administration, Meiho University.

Received: July 12, 2013 Accepted: October 23, 2013

Corresponding author: Tsan Yang Address correspondence to: No.23, Ping Kuang Road, Neipu, Pingtung 91202, Taiwan, R.O.C.

E-mail: tsan.yang@msa.hinet.net