

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 ☒ 成果報告
☐ 期中進度報告

(計畫名稱)

靈性健康與壓力、憂鬱傾向、健康促進行為之研究(第二年)

計畫類別：☒ 個別型計畫 ☐ 整合型計畫

計畫編號：NSC 93 — 2413—H — 255 — 005 — SSS

執行期間： 93 年 8 月 1 日至 94 年 7 月 31 日

計畫主持人：蕭雅竹

共同主持人：黃松元

計畫參與人員：蕭冰如、郭貞吟

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)：☒ 精簡報告 ☐ 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

☐ 赴國外出差或研習心得報告一份

☐ 赴大陸地區出差或研習心得報告一份

☐ 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

☐ 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

中文摘要

本研究主要目的為探討護生靈性健康狀況，並了解護生靈性健康與臨床實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為之關係。研究設計採橫斷式問卷調查法進行資料收集，利用等機率比例分配方式抽出護理高年級學生。利用結構式問卷含靈性健康量表、實習壓力量表、貝克憂鬱量表及健康促進量表進行資料收集。經等比率抽樣共有台灣北、中、南部地區 1276 名護理學生參與本研究、平均年齡 20.10 歲。研究對象之靈性健康得分為 181.22 分、護生的人口學變項與情境經驗與靈性健康有關。研究對象靈性健康得分分別與實習壓力、憂鬱傾向呈負相關，與健康促進行為呈正相關，利用回歸分析在控制人口學與情境經驗等變項後，靈性健康仍是實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為的重要預測變項。顯示靈性健康可以被視為一種保護因子、調適能力、社會支持之來源、導引生命意義實現之力量，進而成為影響研究對象實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為的重要因素。

關鍵詞：靈性健康、實習壓力、憂鬱傾向、健康促進

Abstract

This study was conducted to explore the spiritual health status among the nursing students, and to examine the relationships between the spiritual health and stress from clinical practice, depressive tendency, and health promotion behaviors. Data were collected from a self-administrated questionnaire survey using a cross-sectional study design. Spiritual Health Scale, Clinical Practice Stress Scale, Beck Depression Inventory(BDI-II), Health Promotion Lifestyle Profile were measured. A total of 1276 nursing college students with a mean age 20.10 years were recruited from areas of north, middle, and south Taiwan. The mean score on the Spiritual Health Scale was 181.22 with a range from 77 to 235. Results revealed that the socio-demographic characteristics and situational variables were significantly related to spiritual health status. Spiritual health status was significantly negatively correlated with practice stress and depressive tendency but positively associated with health promotion behaviors. Spiritual health status was the significant predictor of practice stress, depressive tendency and health promotion behaviors after controlling socio-demographic characteristics and situational variables. Preliminary data from this study indicated that spiritual health status could be regarded as a protective factor, an ability of adaptation, a source of social support, and a power to guide people to a meaningful life. It can be an essential factor to influence practice stress, depressive tendency and health promotion behaviors among nursing college students in Taiwan.

Keywords: spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency, health promotion

前言

靈性健康被視為可以整合其他健康層面之力量，如同一個核心可以連結或成為其他健康層面的根基資源，協助個人擁有有意義的人生。靈性健康逐漸受到重視的原因，主要是靈性健康在死亡率與罹病率的研究，發現靈性健康者較為長壽、罹患心血管疾病或死於心血管疾病之機會較低，同時擁有較佳的心理健康，包括：較少罹患憂鬱症、焦慮程度低、不易自殺、物質濫用者少、可以有效的處理壓力，以及較佳的生活品質。這樣的研究結果在一般人、大學生、罹病者、末期病患都是一致的（Bufford, Paloutizian & Ellison, 1991；Hawks, Hull, Thalman & Richins, 1995；Koenig, Larson & Larson, 2001；Mueller, Plevak & Rummans, 2001）。國內靈性健康相關研究逐漸受到重視，但研究對象多為病患、研究內容也偏重靈性現象的探討，靈性健康與健康狀態或健康相關指標的相關性研究較為罕見。故第二年研究目的為探討研究對象之靈性健康狀態、了解個人人口學特性、情境經驗與靈性健康之關係、了解靈性健康與實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為之關係。

方法

本研究採橫斷式問卷調查法。

研究對象

本研究的母群體以九十三學年度台灣北中南專科以上之各級護理學校（不包括護理研究所）之高年級學生為母群體，包含五專護理科之四、五年級、技術學院（含科技大學）及大學護理系之三、四年級。本研究母群體約為 19650 名（393 個班，每班以 50 人計），以 95%信賴區間之估計，樣本大小約在 1000-1200 之間，採等機率比例分配

（Probability Proportional to size, PPS）方式選取樣本，以班級為最小的抽樣單位，抽中班級該班全部學生皆為研究樣本。實際抽出普通大學三四年級各一班、專科四五年級各八班、四技一二三四年級各一班、二技一二三級各兩班，總人數為 1276 人。

研究工具

採用四個結構式問卷，分別是「靈性健康量表」、「實習壓力量表」、「貝克憂鬱量表」與「健康促進量表」。

研究進行步驟

①預試研究：選取 50 位學生先作測試，以掌握整份量表之排版、題義沒問題，以及估算量表填答時間。

②預試研究之資料分析與討論。

③取得抽樣學校及研究對象同意，研究對象簽署問卷調查同意書後，全班集合一起進行資料收集。

資料分析

以 SPSS 10.0 版進行資料建檔，統計方法包括：次數、百分比、平均值、標準差、t-考驗、卡方檢定、變異數分析（ANOVA）、事後檢定、相關（correlation）、多元回歸分析（multiple regression）等，設統計考驗顯著水準 α 值為 .05，採雙尾檢定。

結果

研究對象基本資料

護理學校之高年級護理學生，實際完成研究 1267 人，研究對象平均年齡為 20.10 歲、學制以技術學院居多、年級以五專五年級所佔比率較高，其分佈與母群體分佈雷同。省籍以閩南省籍居多、宗教以「一度稱信教」居多，無神論者僅佔 4.5 %，對宗教的虔誠度以自認為不虔誠者佔多數。

研究對象的靈性健康狀態

研究對象靈性健康量表得分單題平均得分為 2.49 分到 4.79 分、平均得分為 3.86 分（標準差 0.48）、總分平均為 181.22 分。再以分量表得分做說明，在「與人締結」、「活出意義」、「超越逆境」、「宗教寄託」及「明己心性」五個分量表中，可知平均得分較高的是「與人締結」，得分最低的是「宗教寄託」。

靈性健康與實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為之關係

採用簡單相關與多元迴歸分析等統計分析方法進行分析。以「簡單相關」分別了解研究對象靈性健康與實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為之關係，其相關均達統計顯著差異，表示靈性健康得分與實習壓力得分及憂鬱傾向得分呈負相關，與健康促進行為得分呈正相關。靈性健康是否可以預測研究對象的實習壓力、憂鬱傾向與健康促進行為，將所有可能影響之變項與三個依變項進行多元回歸。其中靈性健康都是其重要的預測因素。

討論

研究對象在 47 題中單題得分範圍介於 2.49 分到 4.79 分、平均得分為 3.86 分、總分平均為 181.22 分，顯示靈性健康狀態還不錯。其可能的原因，研究對象為護理學生，接觸護理課程與實習的時間至少在三年以上，以疾病為導向的課程、安寧護理、死亡教育等課程訓練，以及到醫院臨床照顧病患，都迫使其提早面對人生的生老病死，因此在面對人生相關課題，可能有較多的體悟，使得靈性健康有不錯的得分。

研究結果顯示靈性健康與實習壓力及憂鬱傾向呈現負相關，與健康促進行為呈現正相關，特別是在控制人口學變項與情境經驗等有關影響因素之後，靈性健康仍是解釋實習壓力、憂鬱傾向與健康促進行為之重要因素，可以支持本研究之研究假設：「研究對象靈性健康與實習壓力呈負相關」、「研究對象靈性健康與憂鬱傾向呈負相關」與「研究對象靈性健康與健康促進行為呈正相關」。靈性健康在許多研究都得到頗為一致的研究結果，即靈性健康與較佳的健康結果有關（Fehring, Miller, & Shaw, 1997；Hill & Pargament, 2003；Matthews et al., 1998；Mueller et al., 2001；Krebs, 2001）。以下就靈性健康對研究對象之實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為的影響其可能的機轉，說明如下：

（一）靈性健康是健康的保護因子

靈性健康是一種良知、價值觀、信念、準則、生活倫常與生活指引（Catanzaro & McMuller, 2001；Coyle, 2002；Emblen, 1992；Goddard, 1995），提供個人道德發展的架構，也是一種社會化過程的依歸。現今年輕一代的諸多問題，其根源不是來自個體本身，也不是家庭與學校，而是來自目前社會普遍的道德淪喪，而靈性是一種價值觀的準則（Coyle, 2002），時時提醒個人遵循這個價值系統前進。

因此，當一個人經常透過內觀、反思等過程來做決定或依循某些既定的規範行事，甚至是因為個人的信仰而選擇有益健康的生活方式（Daaleman, Frey, Wallace, & Studenski, 2002），加上靈性可以產生正向的心理效應，擁有更多的平靜與自信，也鼓勵從事健康行為進而預防疾病（Coyle, 2002），以及靈性力量提供的生命意義與目的，都可以保護個體避免從事有害健康的行為（例如：吸菸、飲酒、物質濫用等），對個人健康而言是一種重要的保護因子。

（二）靈性健康是壓力的緩衝劑

許多研究都將靈性健康視為個體重要的調適機能，包括：對老人的研究，發現靈性可以協助老人面對疼痛及生命中的變故、促使老人在威脅性環境中更有生產力及適應力

(Isaia & Murrow, 1999)；罹患癌症病患的研究也發現靈性健康可以讓病患成功的因應與面對癌症帶來的威脅，減輕憂鬱、帶來希望與正向的情緒狀態 (Fehring et al., 1997)，甚至在控制性別、年齡與支持團體等變項後，靈性仍可降低壓力與焦慮 (Kaczorowski, 1989)；靈性較健康者面對嚴重疾病症狀的苦痛感受較低 (Fernsler, Klemm, & Miller, 1999)；靈性信念協助個人及其家庭面對殘障造成的衝擊，支持個人與其家庭利用喜樂與感恩的靈性信念來接受殘障的影響，對他們而言是非常重要的穩定力量 (Treloar, 2002)；靈性活動（禱告、告解）被罹患愛滋病婦女視為一個非常重要的調節因子，可以協助自己有效對抗疾病衍生問題 (Sowell et al., 2000)。

(三) 靈性健康是一種社會支持資源

社會支持是指由他人所提供的資源，社會支持會影響個體的健康與安適。靈性健康可以強化個人的社會支持資源，社會支持可以是情緒性、訊息性及工具性的支持。本研究之研究對象正處於青春期末與青年期，良好的家庭關係與人際資源協助個人成長，符合其「發展階段的任務」，從互惠的與人締結過程得到支持 (Cavendish et al., 2001)。特別是研究對象離家出外求學過程裡，除了與家人朋友作連結，維持關係之外，當自己意識到長大後，父母不在身旁日日耳提面命，反而是需要有一股超自然的力量引導自己的生活，存在內心相信宗教長伴左右的意念是可以引導個案的生活，並帶來心理的平靜與希望 (Cavendish et al., 2001)。因此，靈性健康較佳者，會善用這項社會支持資源，讓自己免於憂鬱情緒的困擾及過大實習壓力之苦。

(四) 靈性健康是導引生命意義的內在驅力

靈性健康是一種內在驅力與積極正向的自我效能，可以導引個體展現生命意義。Maslow (1954) 指人類有其基本的需要，為了滿足基本需要，人類會採行行動直到需要被滿足為止。依照 Maslow 的理論，生理、安全、愛及所屬感、自尊、自我實現等，為人類的五大基本需要 (Kemmm & Close, 1995)。研究顯示，物質生活水準的提高對於平均壽命延長有關，但對於主觀的生活品質並無直接的影響，反而是社會壓力源、貧乏的社會支持網絡、低自尊、憂鬱症、焦慮、不安全感、失去掌控，這些日常的生活經驗對生活品質的影響較物質生活大 (Williams, 2000)。所以，當大多數人都擁有最基本的生活條件時，Maslow 的基本需要，將傾向於愛及所屬需要、自尊需要、自我實現等較高層次的需要。而靈性安適概念包括與神或至高無上力量的和諧關係以及和探討人生的生命目的、生活滿意度有關，從靈性獲知我是誰、所為何來、將做何事、將歸何處 (Ellison, 1983)。因此，把靈性健康視為人類的基本需求、是一種對個人內在資源與內在力量覺知的能力，如同一種驅力 (drive or force) 能激發個體選擇有意義的人際關係與生活方式 (Stroll, 1989)，整合生理、心理、情緒及社會健康的力量 (Banks, 1980; Seidl, 1993)，讓個體有機會成為更健康更有活力的人。

結論

靈性健康可以被視為一種保護因子、調適能力、社會支持之來源、導引生命意義實現之力量，進而成為影響研究對象實習壓力、憂鬱傾向及健康促進行為的重要因素。顯示靈性健康對研究對象的重要性，因此，面對護理學生的健康問題，特別是實習壓力、憂鬱傾向與健康促進行為，應善用靈性的力量。從預防及健康促進的理念出發，在現有的家庭系統與教育輔導體系中，融入靈性健康的概念，鼓勵個體可以明己心性，以內觀的角度重新認識自己；用超越逆境心態，追求個人存在意義以堅強個人自我意志；從與

人締結及宗教寄託拓展社會支持網絡，相信有助於護理學生面對實習壓力與減緩憂鬱發生的機會。

計畫成果自評

本研究內容與原計劃相符，業已達成原先計劃預期之目標，可作為未來靈性健康介入性研究之參考，極具實用價值。研究過程謹守研究嚴謹的要求，研究成果將可在學術期刊發表。

參考資料

- 台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組(2000)·台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展簡介·**中華衛誌**，**19**(4)，315-324。
- 陳心怡(2000)·貝克憂鬱量表(BDI-II)第二版指導手冊·中國行為科學社：台北。
- 陳美燕、廖張京棣(1995)·桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式之初步探討·**護理研究**，**3**(1)，6-16。
- 許淑蓮、林惠賢、黃秀梨、于博苒、胡文郁、羅美芳(1997)·護生實習壓力量表之發展與測試·**護理研究**，**5**(4)，341-352。
- Banks, R. (1980). Health and the spiritual dimension: Relationships and implications for professional preparation programs. *The Journal of School Health, april*, 195-202.
- Bufford, R.K., Paloutizian, R.F., & Ellison, C.W. (1991). Norms for spiritual well-being scale. *Journal of psychology and theology*, 19(1), 56-70.
- Catanzaro, A.M., & McMullen, K.A. (2001). Increasing nursing students' spiritual sensitivity. *Nurse Educator*, 26(5), 221-226.
- Cavendish, R., Luise, B.K., Bauer, M., Gallo, M.A., Horne, K., Medefindt, J., & Russo, D. (2001). Recognizing opportunities for spiritual enhancement in young adults. *Nursing Diagnosis*, 12(3), 77-91.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589-597.
- Daaleman, T.P., Frey, B.B., Wallace, D., & Studenski, S.A. (2002). Spirituality Index of Well-Being Scale: development and testing of a new measure. *Journal of Family Practice*, 51(11), 952.
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology & Theology*, 11(4), 330-340.
- Emblen, J. D. (1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*, 8(1), 41-47.
- Fehring, R.J., Miller, J.F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 663-71.
- Fernsler, J., Klemm, P., & Miller, M.A. (1999). Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-140.
- Goddard, N.C. (1995). 'Spirituality as integrative energy': a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 808-815.
- Golberg, B. (1998). Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 836-842.
- Hawks, S.R., Hull, M.L., Thalman, R.L., & Richins, P.M. (1995). Review of spiritual health:

- Definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9(5), 371-378.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Isaia, D., & Murrow, E. (1999). Spiritual well-being among older adults. *Journal of Gerontological nursing*, 8, 15-21.
- Kaczorowski, J.M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice Journal - Physical, Psychosocial & Pastoral Care of the Dying*, 5(3-4), 105-116.
- Kemm, J., & Close, A. (1995). Health behaviors and behavioral change, in J. Kemm & A. Close (Eds), *Health promotion: Theory and practice*. London: Machillan.
- Koenig, H.G., Larson, D.B., & Larson, S.S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352-9.
- Krebs, K. (2001). Stress management: The complementary alternative medicine approach. *Gastroenterology Nursing*, 24(5), 261-263.
- Matthews, D.A., McCullough, M.E., Larson, D.B., Koenig, H.G., Swyers, J.P., & Milano, M.G. (1998). Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7(2), 118-24.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., & Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.
- Seidl, L.G. (1993). The value of spiritual health. *Health Progress*, 74(7), 48-50.
- Sowell, R., Moneyham, L., Henneay, M., Guillory, J., Demi, A., & Seals, B. (2000). Spiritual activities as a resistance resource for women with human immunodeficiency virus. *Nursing Research*, 49(2), 73-82.
- Stoll, R.I. (1989). The essence of spirituality. In V. Carson (Eds), *Spiritual dimensions of nursing practice* (pp.4-23). Philadelphia: Saunders.
- Treloar, L.L., (2002). Disability, spiritual beliefs and the church: the experiences of adults with disabilities and family members. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 594-603.
- Williams, S. J. (2000). Emotions, social structure and health: Re-thinking the class inequalities debate. In Williams, S.J., Gabe, J., & Calnan, M (Eds), *Health, medicine and society* (pp.296-314). London: Routledge.