

南 華 大 學
生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

中部某榮民之家慢性病內住榮民因應方式與心理
社會適應之研究

**A Study on the Coping Styles and Psychosocial
Adjustment among the Aged Veterans with
Chronic Disease at One Veterans Home
in Central Taiwan**

研 究 生：殷 若 蘭

指 導 教 授：蔡 明 昌 博 士

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月 十 四 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

中部某榮民之家慢性病內住榮民因應方式與
心理社會適應之研究

研究生：殷若蘭

經考試合格特此證明

口試委員：

鄭博文

蔡明昌

魏喜娥

指導教授：

蔡明昌

系主任(所長)：

蔡明昌

口試日期：中華民國 96 年 06 月 14 日

謝 誌

人生是不斷的學習及成長，而生命的脈動也在全身中不停的流竄。在南華大學研究所兩年的時光，讓我深刻感觸到生命的動力及意義，了解自己存在的價值，更能在長照（長期照護）的領域盡一份心力。

從考上生死所那一天起，就告訴自己這兩年的使命及生涯規劃非常重要；因為本身有家庭小孩、工作、又要唸書的我，扮演許多角色，在角色中如何能取到平衡點，能圓滿順利畢業，是我這兩年來時時刻刻叮嚀自己的重要課題。我能由家庭及職場中再出來進修，這是人生最大的喜悅，因為我太愛當學生，**當學生是多幸福又有意義的事**。人活著就是要有信念及價值，雖然在過程中難免有些壓力及困難，但是我覺得『吃苦就是吃補』，就如齊克果所說：『冒險產生焦慮，不冒險就失去自我』。人生就是在逆境中學習及求生存。我寧可選擇冒險也不要失去自我。因此在這兩年中依照擬定的研究計畫時間進度表，順利的把『**論文完整的生下來**』，完成這兩年的**大業一論文**，感受真是走出幽谷。在期間遇到小兒發生嚴重車禍而手術，那種突如其來的噩耗、疚責、恐懼及焦慮，真的好想放棄學業，在夫婿的鼓勵及督促下，才又拾起塵封已久的論文，開始努力的進行研究。

在校期間非常感謝**指導教授—蔡明昌老師**，細心及親切的教導及指引，使我在論文研究中受益良多，更在統計分析上，增加不少功力；在課堂上受惠於班導—**蔡昌雄老師**哲學思想的薰陶及震盪，使我的內心感覺更充實、更有氣質；亦感謝開師父、**魏書娥老師**、**鄭博文老師**、**釋永有老師**、**何長珠老師**、**李燕蕙老師**等的指導，使我成長茁壯。在研究收案期間，也感謝研究機構長官及工作人員的協助及配合；而我親愛的同學姐妹們：**凱葳**、**孟琪**、**麗媚**、**子綺**、**妙芬**、**雅臻**、**雅芳**、**明昭**、**延律師**、**靜宜**……，一路走來，相互支持，感恩你們的陪伴及協助，使我順利畢業。而順利拿到碩士學位的我，幕後最大的推手是**我最摯愛、最感謝的人就是我的夫婿—陳永清先生**，有他的疼愛、體諒、支持認同及鼓勵是我最大的動力，他也是我生命中的心靈導師；還有我那一對可愛的兒女的叮嚀「媽媽加油！努力寫論文，一定要兩年畢業喔！」，我仍要說：感謝、再感謝大家的支持與鼓勵。

這篇論文獻給我最敬愛的父母、先生、兒女、公婆，一切我所關懷的人及關懷我的人。

般若蘭 2007.05.10

南華大學生死學研究所九十五學年度第二學期碩士學位論文摘要

論文題目：中部某榮民之家慢性病內住榮民因應方式與心理社會適應之研究

研究生：殷若蘭

指導教授：蔡明昌博士

論文摘要內容：

本研究旨在探討『慢性病』內住榮民之因應方式及心理社會適應情形，並進一步探討內住榮民之不同背景變項及不同慢性病榮民因應方式與適應的差異性，且深入分析在因應方式與適應之相關情形。其研究主要目的：一、瞭解榮民之家內住榮民慢性病之現況。二、瞭解榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形。三、瞭解不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應的差異情形。四、瞭解榮民之家內住榮民罹患不同的慢性病之因應方式與適應的差異情形。五、探討榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應的關係。

本研究採文獻分析、問卷調查及深度訪談等三種研究方法。首先，研究者先就老人身、心、社會之發展、慢性病、因應方式及適應相關國內外文獻加以分析探討；經由文獻回顧，分析統整，歸納出影響內住榮民之身、心、社會發展、慢性病、因應方式及適應相關理論，進而做為問卷調查及訪談之依據。研究者以中部地區一家榮民之家內住榮民為研究對象，有效樣本數為 275 份，其中以立意取樣選取 10 位做為深度訪談個案來輔以研究，且以獨立樣本 t 檢定、單因子變異數 (One-way ANOVA) 分析、事後比較考驗 (Scheffé 法比較檢定)、皮爾遜積差及典型相關等統計方法進行分析研究。本研究所獲得的結果如下：

一、榮民之家內住榮民慢性病之現況方面：

- (一) 內住榮民平均年齡 82.39 歲，以外省、識字，但未接受學校教育、無宗教信仰、且未婚者居多。
- (二) 內住榮民至少有一種(包含一種)以上的慢性病，平均每人罹病數為 1.78 種。
- (三) 內住榮民以罹患高血壓(56%)比率最高，其次為心臟病(25.1%)、呼吸系統疾病(16.4%)、糖尿病(15.3%)、退化性關節炎(13.8%)、腦中風(11.6%)。

二、榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形方面：

- (一) 內住榮民對慢性病之因應方式以樂觀因應為最常使用之因應方式且對慢性病之因應方式趨於正向因應。
- (二) 內住榮民心理社會適應情形頗佳，且心理適應高於社會適應。
- (三) 經由深度訪談研究結果指出自我概念及支持系統會影響內住榮民之適應。

三、不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應的差異方面：

- (一) 以外省籍、已婚、教育程度愈高、支領榮民就養金、有休閒活動及自我照顧能力與活動愈好者，採取正向因應方式愈高。
- (二) 以外省籍、支領榮民就養金、有休閒活動及自我照顧能力與活動愈好者，其適應愈佳。

四、榮民之家內住榮民罹患不同的慢性病之因應方式與適應的差異方面：

- (一) 內住榮民之罹患不同的慢性病以無心臟病、有退化性關節炎、有腦中風、無糖尿病者較採取正向因應方式。
- (二) 內住榮民之罹患不同的慢性病為無高血壓及慢性病數目少於兩種以下者，其心理及社會適應較好。
- (三) 內住榮民罹患不同的慢性病年數之高血壓、退化性關節炎、痛風性關節炎及腦中風在因應方式及適應層面上有差異。

五、榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的關係方面：

- (一) 慢性病之內住榮民愈採取樂觀因應及面對因應方式者，心理及社會適應愈佳，其生活滿意度相對愈好。
- (二) 慢性病之內住榮民在因應方式各層面（面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應）與適應各層面（心理、社會適應）有顯著典型相關性，其具解釋力。

本研究依據文獻探討及研究結果，提出具體建議以供在老人照護上另一個範疇上之參考，使內住榮民能越老活得越好，享受老年，達到成功老化的境界。

關鍵字：榮民、慢性病、因應方式、適應

Topic of the thesis: A Study of Chronic Disease on the Aged Veterans to the Coping Styles and Psychosocial Adjustment of One Veterans Home in Central Taiwan

Name of Institute : Institute of Life and Death studies , Nan Hua University

A Thesis for the Master Degree for YIN, RUO-LAN

Advisor : P.H.D TSAI, MING-CHANG

Abstract

This study intends to discuss the psychosocial adjustment of chronic diseases to the aged veterans who lives in veterans homes. Moreover, it also hopes to explore the difference of coping styles and adjustment from the veteran home residents, who possess dissimilar backgrounds and chronic diseases and to deeply analyze the correlation between coping styles and adjustments. The research purposes are as followings: 1. Understand the current situation of chronic diseases from the veteran home's residents. 2. Understand the coping styles and adjustment methods from the veterans. 3. Understand the different coping styles and adjustment methods for chronic diseases adopted by veterans who have diverse backgrounds. 4. Understand different coping styles and adjustment methods adopted by veterans to different chronic diseases. 5. Discuss the correlation between coping styles and adjustment methods for veterans' chronic diseases.

The research methods for this study were literature analysis, questionnaire and in-depth interviews. First, researcher examined and discussed the foreign and domestic references related to the relevant development of aged people, chronic diseases, coping style and adjustments; the theories of veterans' physical, psychological and sociological development and chronic diseases, coping styles and adjustment were inferred from the previous literature reviews and were also the basis for questionnaire and in-depth interviews. The research subjects are the people who live in one of the veteran homes in the central area of Taiwan. The copies of valid samples are 275. Ten of the subjects were chosen by purposeful sampling to conduct in-depth interviews. Independent-Samples T test, One-way analysis of variance(One-way ANOVA) analyze, Post Hoc Comparisons (Scheff'e) , Product-moment correlation, and the Canonical correlation are adopted as the statistical methods and investigated.

The finding of this study is as follows:

- 一、The current situation of veterans' chronic diseases:
 - (一) The mean age of the veteran home's residents is 82.39. Most of them are mainlanders, literate, having no school education, no religion belief, and unmarried.
 - (二) The boarders have at least one kind of chronic diseases. In average, each veteran has 1.78 kinds of diseases.
 - (三) The order of the sickness ranking for those veterans is hypertension (58%), heart disease (25.1%), respiratory system disorder (16.4%), diabetes (15.3%),

degenerative arthritis (13.8%) and brain strokes (11.6%).

二、The coping styles and adjustment method adopted by chronic-diseased veterans in veteran's home:

- (一) Being optimistic towards the disease is the most common way adopted by veterans; moreover, it led to positive results in the coping styles.
- (二) The boarding veterans provided good responses in psychosocial adjustment. In addition, psychological adjustment is higher than sociological adjustment.
- (三) The result from in-depth interviews showed that self concept and support system are the two factors to affect veterans' adjustments.

三、The different coping styles and adjustment methods towards chronic diseases from veteran with dissimilar backgrounds:

- (一) People who have higher positive coping styles are mainlanders, married, with higher education, having national veteran's pension, involving leisure activities, and self-cared.
- (二) People who tend to have better adjustment are mainlanders, having national veteran's pension, involving leisure activities, and self-cared.

四、Different coping styles and adjustment methods adopted by veterans to different chronic diseases:

- (一) The boarding veterans who adopt positive coping styles are those who have no heart disease and diabetes; and those who have degenerative arthritis and brain strokes.
- (二) The boarding veterans who have better psychological and sociological adjustment are those who have no hypertension and have diseases less than two kinds.
- (三) The boarding veterans who showed differences in coping styles and adjustment levels are those who have hypertension, degenerative arthritis, gouty arthritis and brain stroke in different years.

五、The correlation between coping styles and adjustment methods for veterans' chronic diseases:

- (一) The boarding veterans who adopt positive coping styles have better psychological and sociological adjustment and better life satisfaction.
- (二) The boarding veterans present an obvious Canonical correlation in coping style level (confront, optimistic, self-support, evade) and in adapting level (psychological and sociological adjustment).

According to literature discussions and research results, this study provides concrete suggestions as the model reference for the aged caring, aiming to shape the boarding veterans a better and success living environment.

Key word: Veterans, Chronic disease, Coping styles, Adjustment

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 問題敘述	1
第二節 研究目的	4
第三節 名詞解釋	5
第四節 研究範圍與限制	7
第五節 待答問題	8
第二章 文獻探討	9
第一節 老年期的身、心、社會發展	9
第二節 慢性病	16
第三節 因應方式與適應之相關因素	19
第四節 相關研究	28
第三章 研究方法	37
第一節 研究架構	37
第二節 研究假設	38
第三節 研究對象	39
第四節 研究工具	39
第五節 研究步驟	46
第六節 資料處理與分析統計	47

第四章 研究結果與討論-----	51
第一節 內住榮民背景變項之描述性分析-----	51
第二節 內住榮民慢性病現況、因應方式及適應分析-----	55
第三節 不同背景變項慢性病內住榮民因應方式與適應差異情形之 探討-----	61
第四節 內住榮民罹患不同的慢性病種類、年數及慢性病多寡在因 應方式與適應差異情形之探討-----	78
第五節 慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的相關分析---	118
第五章 結論與建議-----	127
第一節 結論-----	127
第二節 建議-----	131
參考文獻	
一、 中文文獻-----	135
二、 英文文獻-----	140
附錄	
附錄一 訪談大綱-----	141
附錄二 深度訪談受訪者基本資料-----	142
附錄三 預試問卷-----	144
附錄四 正式問卷-----	149
附錄五 量表使用同意書-----	153

表 目 錄

表 2-1-1	Jung 的心理類型	12
表 2-4-1	慢性病之因應方式相關研究一覽表	31
表 2-4-2	慢性病與適應之相關研究一覽表	34
表 3-4-1	因應方式量表項目分析摘要表	41
表 3-4-2	因應方式量表因素分析及信度考驗結果摘要表	42
表 3-4-3	適應量表項目分析摘要表	43
表 3-4-4	適應量表因素分析及信度考驗結果摘要表	44
表 3-6-1	研究目的、研究問題、研究變項與統計方法一覽表	49
表 4-1-1	內住榮民背景變項之分布	53
表 4-1-2	內住榮民背景變項之描述分析	54
表 4-2-1	慢性病現況之描述分析	56
表 4-2-2	內住榮民慢性病因應方式之現況分析摘要表	58
表 4-2-3	內住榮民慢性病之適應現況分析摘要表	59
表 4-3-1	年齡變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	61
表 4-3-2	籍貫變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	62
表 4-3-3	教育程度變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	63
表 4-3-4	宗教信仰變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	63
表 4-3-5	婚姻狀況變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	64
表 4-3-6	經濟狀況變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	65
表 4-3-7	休閒活動變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	66
表 4-3-8	自我照顧能力與活動變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表	67
表 4-3-9	年齡變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	68
表 4-3-10	籍貫變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	68

表 4-3-11	教育程度變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	69
表 4-3-12	宗教信仰變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	69
表 4-3-13	婚姻狀況變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	70
表 4-3-14	經濟狀況變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	71
表 4-3-15	休閒活動變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	71
表 4-3-16	自我照顧能力與活動變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表	72
表 4-3-17	不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式及適應差異性考驗結果摘要表	73
表 4-4-1	高血壓變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表	78
表 4-4-2	心臟病變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表	79
表 4-4-3	痛風性關節炎變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表	80
表 4-4-4	退化性關節炎變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表	81
表 4-4-5	腦中風變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表	82
表 4-4-6	糖尿病變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表	83
表 4-4-7	高血壓變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表	83
表 4-4-8	心臟病變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表	84
表 4-4-9	痛風性關節炎變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表	84
表 4-4-10	退化性關節炎變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表	85
表 4-4-11	腦中風變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表	85
表 4-4-12	糖尿病變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表	86
表 4-4-13	罹患慢性病的多寡在因應方式各層面的差異分析摘要表	87
表 4-4-14	罹患慢性病的多寡在適應情形各層面的差異分析摘要表	88
表 4-4-15	罹患高血壓之年數在因應方式各層面的描述性統計	89
表 4-4-16	罹患高血壓之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表	90
表 4-4-17	罹患心臟病之年數在因應方式各層面的描述性統計	91

表 4-4-18	罹患心臟病之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表-----	92
表 4-4-19	罹患痛風性關節炎之年數在因應方式各層面的描述性統計-----	93
表 4-4-20	罹患痛風性關節炎之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表--	94
表 4-4-21	罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面的描述性統計-----	95
表 4-4-22	罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表--	96
表 4-4-23	罹患腦中風之年數在因應方式各層面的描述性統計-----	97
表 4-4-24	罹患腦中風之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表-----	98
表 4-4-25	罹患糖尿病之年數在因應方式各層面的描述性統計-----	99
表 4-4-26	罹患糖尿病之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表-----	100
表 4-4-27	罹患罹患高血壓之年數在適應情形各層面的描述性統計-----	101
表 4-4-28	罹患罹患高血壓之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表--	101
表 4-4-29	罹患心臟病之年數在適應情形各層面的描述性統計-----	102
表 4-4-30	罹患心臟病之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表-----	103
表 4-4-31	罹患痛風性關節炎之年數在適應情形各層面的描述性統計-----	103
表 4-4-32	罹患痛風性關節炎之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表--	104
表 4-4-33	罹患退化性關節炎之年數在適應情形各層面的描述性統計-----	105
表 4-4-34	罹患退化性關節炎之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表--	105
表 4-4-35	罹患腦中風之年數在適應情形各層面的描述性統計-----	106
表 4-4-36	罹患腦中風之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表-----	107
表 4-4-37	罹患糖尿病之年數在適應情形各層面的描述性統計-----	108
表 4-4-38	罹患糖尿病之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表-----	108
表 4-4-39	罹患不同的慢性病其因應方式及適應差異性考驗結果摘要表--	109
表 4-5-1	慢性病在因應方式與適應的相關分析表-----	120
表 4-5-2	慢性病在因應方式與適應層面的典型相關分析摘要表-----	121

圖 目 錄

- 圖 3-1-1 『慢性病』之內住榮民因應方式及心理社會適應之研究架構圖-----37
- 圖 4-5-1 慢性病在因應方式與適應層面的典型相關分析徑路圖-----121

第一章 緒論

第一節 問題敘述

因人類生命的延長，同時也伴隨人口老化現象，台灣老年人口數已達 W.H.O 之「老人國」，隨著高齡化社會的來臨，相對的老人問題也愈值得重視，如何讓生命延長而產生的高齡人口族群，在社會中能越老活得越好，享受老年，達到成功老化的境界，係為目前在人口老化問題中，政府及研究者積極所關切之議題。

人口老化在 21 世紀已是無法避免的趨勢，而由於伴隨老化過程的身、心、社會的功能變化，常常並非以單一層面的呈現，身、心、社會間會相互影響及互動（陳玉敏、李月萍，2004），加上近年來台灣地區十大死因中，除事故傷害及自殺外，其他均為慢性疾病，疾病型態以由急性病轉為慢性疾病，老人罹患疾病的比例相當高所造成的鮮明印象。身心功能的衰退老化，可因自然老化而起，或因疾病而生，老化易招致疾病，而疾病也會加速老化（李世代，2001），因此人口老化現象同時突顯老年健康照護的重要性；而且慢性病帶給老年人的內在衝突是多重的，這些衝突包括擔心失去控制、失去自我形象、怕變成別人的負擔、覺得丟臉、害怕被放棄、壓制內在憤怒、跟人群疏離以及面對即將死亡的恐懼（蔣文玉，1997）。

衛生署於民國 1993 年到 1996 年全國營養調查統計之報告，國內 56% 的老人有某種程度的慢性疾病，也就是說每二位老人家就有一位受某一種疾病所苦；依據吳淑瓊（1998）及吳老德（2003）之調查，台灣地區老人最易有的十大慢性病依次為高血壓、痛風/關節炎、心臟病、呼吸系統疾病、白內障、糖尿病、骨折、腦血管疾病、肝膽疾病，以及各種潰瘍疾病；而罹患腦中風，會導致個人感覺、運動、認知及情感功能的損傷而造成永久的殘障（戴玉慈、余玉眉、連倚南，1997）。另據調查，65 以上的老年人有 51 % 患有兩種以上之慢性病，其中有 1/3 之老年人會引發殘障之後遺症（尹祚芊，2002；林惠生，1999），其失能與疾病對老人都會造成種種不同的傷害，疾病影響存活情形，若因此導致失能殘障，其殘障後遺症常造成個人身、心、社會之壓力及衝擊（林美伶，2005；林尹霈，2005；何延鑫，2002；陳慧芝，1993），其影響生活品質外，更

增加國家、社會、經濟、醫療資源之負擔。

依據內政部統計處（2003）資料顯示，我國近年來隨著經濟成長及醫學進步，使得國民平均壽命逐年提升，加上國人平均生育率的下降，使得人口結構產生重大變化，使老年人口大幅擴張，自 1993 年起台灣已正式跨入聯合國所訂之高齡化社會水準，截至 2003 年底，台灣地區 65 歲以上的老年人口占總人口比率為 9.22%，預計到 2020 年止，老年人口將占總人口比率 14%；其中榮民的人口數中，佔高達 16.3% 的比率，幾近全國老年人口的六分之一（吳錦勳，2004）；在如此高的比率下喚醒國人重視老化問題與老人照顧方面的同時不要忽略這個族群。因此高齡社會所帶來的衝擊，及高齡者所面臨之居家生活照顧、休閒、安養、心理、健康及社會適應等問題，都有待國人加速規劃因應之道以滿足其需求（陳芬苓，2005）。依「台灣地區老人狀況調查」報告顯示，19% 的 65 歲以上高齡者，生活中最主要的活動項目是從事養生及保健方面的活動，而「醫療保健」也成為 50 歲以上國民最需要的福利措施（80%）。由此可見，「健康與保健」是高齡者最關心的話題，也是最能夠提昇高齡者幸福感及生活品質的重要項目（內政部統計處，2000）。又據賴冠郎（2004）研究指出教育、宗教信仰、財務資源、慢性病、活動與自我照護能力、運動、休閒活動、與家人關係等，是影響老人健康相關生活品質及健康效用的重要因素。

羅凱南（2001）採用 Ryff 的心理幸福滿足感架構，探討社會支持、人格特質、個人屬性與老年人的心理滿足感的關係，結果發現社會支持體系愈強及家庭生活狀況較佳者，整體老年的心理滿足感較佳；其林三衛（1996）的研究發現情感、情緒支持與老人生活士氣、心理健康、生活滿意關係最為密切，對健康狀況（身體機能、疾病數目、身體健康）具有決定的關鍵，同時也是老人主觀幸福感（subjective well-being）的來源。但因榮民的背景因素及個人屬性，在社會支持體系及家庭生活與一般老人有差異性；就人口結構，分析民國 2002 年底 65 歲以上榮民的人口數為 36 萬 6 千餘人，佔台閩地區「男性」老年人口的 34.0%，大部份少小離家無任何親人關懷且較多為單身榮民，歷經長期部隊生活，就家庭、經濟、工作、婚姻而言，均與一般老人有較大差異性（吳錦勳，2004）；依高碧弘（2003）對榮民之家老年榮民營養與健康狀況調查—以岡山榮家

為例，結果顯示(1)5分之4的老年榮民至少有一種以上的慢性病，平均每人罹病數為4.02種。(2)罹患高血壓(61.2%)比率最高，其次為骨關節病(54%)，糖尿病(15.1%)。(3)罹病率為97.7%亦比其他國內研究高出許多。其戴玉慈、余玉眉、連倚南在1997年研究指出，一旦罹患腦中風，病人和家庭都需要長期適應；然而慢性病對榮民之影響為之一壓力，Rita, L. A., Richard, C. A., & Edward, E. S. (2001)研究指出個體對其壓力的知覺取決於環境中的事件特徵、自己的個人經驗、對事件的評估結果，以及因應的類型。因此其罹患慢性病對老人而言既是一項苦難，在心靈上將造成重大的衝擊及影響(Burckhardt, 1987)，反應其慢性疾病的衝擊下，內住榮民在心理及社會之間的變化及如何來適應如此的衝擊；且在這樣高罹病率之健康狀況及個人屬性、背景的差異性，內住榮民如何能達到心理及社會的滿足、幸福及適應，以維持榮民生活的滿意度，能與疾病共存，達到成功的老化，使老年人在人生的最後階段能夠發展正向健康生活，值得研究者深入來探討瞭解。

研究者本身出生於眷村家庭對榮民生態有基本程度的了解，加上研究者的父親亦是榮民背景，且研究者目前服務於榮民之家體系，在老人照護領域之工作上已十四個年頭，對老人長期照護有高度的興趣及實務之經驗，因此選定中部地區一家榮民之家的內住榮民為研究對象，使榮家、社會、政府，應對彼等付出更多關懷與照顧，使能有尊嚴的過好生活，達成「老有所終」之境界。

第二節 研究目的

本研究以中部地區一家榮民之家老人為研究對象，依據研究背景及動機，本研究的
目的包括：

- 一、瞭解榮民之家內住榮民慢性病之現況。
- 二、瞭解榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形。
- 三、瞭解不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應的差異情形。
- 四、瞭解榮民之家內住榮民罹患不同的慢性病之因應方式與適應的差異情形。
- 五、探討榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的關係。
- 六、根據研究結果，提出具體建議，以供在老人照護上另一個範疇上之參考。

第三節 名詞解釋

一、榮民 (Veterans)：是指軍人為國效命，保衛領土及人民，退役之後，依國軍

退除役官兵輔導條例第十六條、第十七條規定訂定，其中第十六條「退除役官兵身心障礙或年老，無工作能力者，應專設機構，採全部供給制或部分供給制安置就養；其就養標準，由輔導會擬訂，報請行政院核定之」；根據此條法規，退輔會另制定「退除役官兵就養安置辦法」，明訂傷殘、老年（年滿 61 歲）、無工作能力及生活無著者，得申請進住榮譽國民之家（簡稱榮民之家或榮家），此即為所謂「全部供給制」，生活各項所需均由榮家提供；其就養給與，依 2004 年的標準，為每月 13,550 元。在第十七條一安置就養之機構，由輔導會設立，定名為榮譽國民之家（簡稱榮民之家或榮家）；其按國軍退除役官兵輔導條例第二條所規定「榮民」是「榮譽國民」之通稱，法定名稱為「退除役官兵」，所指的對象為（1）依法退除役之軍官（2）依兵役法第四十九條志願在營服役之士官兵，依法退伍除役者；（3）服士兵士官役，因作戰受傷致成殘廢，於除役後生計艱難需長期醫療就養者（退輔會，2004）。本研究所指住在榮譽國民之家（榮民之家）的榮民稱之。

二、慢性病 (Chronic Disease)：泛指疾病對患者所產生影響為長期性，甚至永

久性；並且需要在治療後，針對其後遺症或傷害，作長時期的繼續照護、觀察復健者。本研究所指心臟血管疾病（高血壓/心臟病）、痛風/退化性關節炎、腦中風、糖尿病，四大類慢性疾病稱之。

三、因應方式 (Coping styles)：本研究指內住榮民為順應慢性病之適應過程中，

用來排除、減輕或忍受其心理社會的衝擊所採取的想法或行動，而改變已有的認知及心理、社會結構以符合此過程需求之行為模式稱之。在本研究中係指受試者在「因應量表」中的得分情況，其量表分為四分量表來測量

慢性病榮民的因應方式。分別為 1.面對、2.逃避、3.樂觀、4.自立更生。每一項依受試者回答所使用的頻率加以計分，「從不如此」1分，「有時如此」2分，「經常如此」3分，「總是如此」4分，分數越高，表示受試者越常使用該項因應方式。

四、適應 (Adjustment)：是指一個個體與生存環境的互動關係。個體為了身心兩方面的滿足，必須在環境中有所作為與取捨；同時得因應環境的壓力與限制做的調整。適應的過程便是個人及環境雙方面求得一致和諧過程。對不同的生活環境、方式、時間、人、事、物能調整個體自己而生活愉快的狀態。在本研究中係指為心理、社會層面的適應，受試者在「慢性病的心理社會適應量表」中的得分情況，其心理適應共有8題，包括罹病之感受、情緒反應、主觀生活滿意度、自我概念。採四點計分法，回答「總是如此」者給予1分，回答「經常如此」者給予2分、回答「偶爾如此」者給予3分、回答「從未如此」者給予4分，第1、2、4、6、8 題採正向計分，第3、5、7 題採反向計分，得分愈高者，表示心理適應愈好。社會適應共有4題，包括人際關係、休閒及社交生活、自覺經濟狀況。採四點計分法，回答「總是如此」者給予1分，回答「經常如此」者給予2分、回答「偶爾如此」者給予3分、回答「從未如此」者給予4分，第2題採正向計分，第1、3、4 題採反向計分，得分愈高者，表示社會適應愈好。

第四節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

- 一、就研究區域而言，本研究限於中部地區之一家榮民之家。
- 二、就研究對象而言，以中部地區之一家榮民之家的內住榮民，平均年齡為 80 歲以上。
- 三、就研究內容而言，採用問卷調查及深度訪談法。問卷調查以內住榮民為研究對象，樣本數為 300 位榮民，其深度訪談對象從這 300 位中立意取樣選取具代表性的 10 位內住榮民接受訪談。研究工具依文獻探討分析，以問卷及半結構式訪談大綱為之。量化收集資料主要採用次數分配、百分率、平均數、標準差、獨立樣本 t 檢定、典型相關、單因子變異數分析等統計方法加以處理，並綜合質化收集的訪談資料，互相印證。

貳、研究限制

- 一、就研究區域而言，本研究限於人力、時間與財力之限制，僅以中部地區之一家榮民之家為研究範圍。
- 二、就研究樣本而言，本研究以中部地區之一家榮民之家的內住榮民為之，本家內住榮民大都為失能之老人，在溝通及表達技巧上須費心，且以榮民為背景的老人，其特質及文化背景脈絡與一般老人有其差異性，因此可能會影響研究結果的推論範圍。
- 三、研究對象選樣條件為意識清楚，能夠用國、台語溝通；排除精神疾病患者（包括失智症），考量在填答問卷及受訪能力上較難評估，因此本研究則排除此研究對象。
- 四、就研究方法而言，本研究採問卷調查及深度訪談法，無法做到榮民之家全部內住榮民的深度訪談，因此較不能對內住榮民完全的深入瞭解與剖析。
- 五、就研究工具而言，本研究以文獻探討分析，以問卷及半結構式訪談大綱為之，其問卷內容以 Likert 總加量表一四點計分法；老人在填答問卷時，因老化其身體功能及感官退化，則一時之間無法清楚的表述真實的內心感受。

第五節 待答問題

依據本研究的問題敘述與研究目的，提出研究的待答問題如下：

- 一、榮民之家內住榮民慢性病之現況為何？
- 二、榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形為何？
- 三、不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應有何差異？
- 四、榮民之家內住榮民之罹患不同的慢性病與因應方式之間是否有顯著差異？
- 五、榮民之家內住榮民之罹患不同的慢性病與適應之間是否有顯著差異？
- 六、榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應的關係為何？

第二章 文獻探討

本研究在探討榮民之家內住榮民之慢性病在心理、社會之適應狀況之相關文獻加以探討，區分為四節：第一節為老年期的身、心、社會發展；第二節慢性病；第三節老人因應方式及適應之相關因素；第四節相關研究。

第一節 老年期的身、心、社會發展

壹、老年期的身體變化

老化並不是一種疾病，也不是一種具有摧殘性的力量。衰老也不是必定要屈就的身心老朽狀態。老化與衰老是人生必經之歷程，我們必須去認識、接受並加以瞭解與享受 (Hurlock, E. B., 1991)。其正常的老化是一個會引起身體某些改變的過程，以下研究者以身體的系統來分項探討(王世俊、林麗嬋等, 1998; 尹祚芊, 2002; 林崇德, 1998):

- 一、**心血管系統方面**：心肌收縮較慢，心力較弱，血管管壁纖維化、變厚、失去彈性、心輸出量減少，動脈粥狀硬化的發生率升高。
- 二、**消化系統方面**：胃酸及各種消化液分泌減少，平滑肌萎縮，致食慾減少、蠕動緩慢、消化力不佳、容易便秘。
- 三、**神經系統方面**：腦細胞數目減少，腦表面積萎縮，血流量減少，神經衝動傳導遲緩，致行動緩慢、行為改變、適應能力較差，感官能力衰退、視覺敏感度降低、晶狀體硬化，調節力減退；高頻聽力下降；味覺、嗅覺、觸覺感官逐漸遲鈍。
- 四、**皮膚系統方面**：彈性減退，產生皺紋，色素沉著形成老人斑，汗腺萎縮以致不易調節體溫。
- 五、**骨骼肌肉系統方面**：骨中鈣質流失而易骨折、骨質疏鬆、關節活動度減少、易患關節炎；肌肉萎縮，彈性減弱，肌肉的肌力減小。
- 六、**呼吸系統方面**：胸廓漸變僵硬，呼吸肌力減弱，肺活量降低，肺彈性降低。
- 七、**泌尿系統方面**：腎臟功能及腎臟濃縮能力減退，故排出廢物需更多水量；而前列腺肥大現象增加。

八、調節機制方面：對血液酸鹼度調節機制減退，對溫度變化的適應減弱。

九、內分泌系統方面：內分泌衰退常被認為是老化的決定因素。甲狀腺分泌並未減少，但組織利用甲狀腺素的能力降低；腎上腺皮質激素下降；胰島素對高血糖的反應較不靈敏；性腺分泌均逐漸減少。

老化是人人會面臨的正常的、不可逆的生理現象，在身體的各系統間，功能的退化，使得老年人較易生病，健康問題的比率卻是隨著年齡的增長而增加，因此老年期的身體變化，為多元而複雜，系統間會相互影響。其健康問題不只是影響身體功能，亦會涉及心理、社會層面之發展。

貳、老年期的心理發展理論

本研究以老年榮民為研究對象，其以 Erikson、Peck、Jung 之老年期的心理發展理論較具代表性，因此以下作進一步分析與說明：

一、Erikson：在老年期所面對的挑戰是「自我統整與絕望」，自我統整是一種心靈狀態，其特徵是深信生命之井然有序與意義，統合良好者，其結果就是智慧（Erikson, E. H., 1998）；若未取得完整性者，在生命的最終階段，會經驗到絕望、痛苦、憎惡與恐懼（David, Anne, & Sueann, 1996）。老年人必須依賴智慧來回顧生命，其基本價值是智慧（wisdom），老年期的發展任務，在於解決自我統整（ego integrity）對悲觀絕望的心理社會危機。因此自我統整是個人回顧生命，認為過去生活是有意義，且感到滿意。

老年研究報告指出以智慧來象徵這人生最後階段所擁有的力量，並用統整（integrity）和絕望（despair）來代表兩個相反的極端，反應這時期可能有的壓力狀態。我們用「統整」可以來形容老年人忽略其體力已大不如前，卻掙扎要整合、保持往日「完整性」所需的力量及目標。它也暗示著對於漫長的一生所經歷的一切賦予意義的一種需要。

晚年是用來回憶的，將以往的種種串連起來，把本來不相干的片段整合成

一個有意義的整體。其實這整合的動作一直都在進行著，尤其當人在遇到困難時都會自我反省一番，統整力量後再重新出發。同樣地，在掙扎著求各階段和諧與不和諧個性傾向間的平衡之中，通常也會經歷到絕望與受挫的時候。因此老年是個反省、回顧一生事物的時刻；其個體對生命較早階段的每個問題，若有成功的處理過程，個體將對生命有一種統合和整體感；但若老年人以怨恨的心情來回顧一生，視其為一連串失掉的機會和挫敗，則最後的時光將充滿絕望 (Rita, L. A., Richard, C. A., & Edward, E. S., 2001)。

二、Peck：1968年提出，老年歲月的心理成長，環繞三大項任務。在老年期大多數必須面對自工作上退休一事。他們必須能超越工作之外且找到個人滿足感與自我價值，而工作在以往卻是自我界定的要因 (David, Anne, & Sueann, 1996; Peck, R. C., 1968)。其退休會引起年長者面對「自我辨別 vs 專注工作角色」(Ego-differentiation vs Work-role preoccupation)，假如年長的形象及角色緊緊的扣於他們的工作上，他們將十分困難地適應退休後生活。而將年長者體驗到其身體健康衰退時，他們須要面對「超越身體 vs 專注身體」(Body-transcendence vs Body-preoccupation) 的問題。假如年長者不單只專注自己身體功能的限制，反能發展其潛能，他們的生命就成長及重尋人生的意義。最後指出年長者一定會面對「超越自我 vs 專注自我」(Ego-transcendence vs ego preoccupation) (Peck, R. C., 1968)，老年人若能在其工作以外的層面上愈有意義的再界定自我，則較可能有更大的興趣、活力與統合感。年長者如果能面對無法逃避的死亡，依然能在人生中找到意義，則能有一個健康的心身及自我的統合，不會灰心絕望。

在其人格發展理論中，老年人的第二任務是關切伴隨老化所無可避免的身體走下坡 (Physical decline)。若人們是以身體層面來界定快樂與健康，則老年期會經驗到比中年期較多的身體改變，他們集中於這些改變，由於太過關注而經驗到一種對自己與生活的絕望。因此老年人必須將其價值觀自身體層

面，轉移至人際關係及心智活動，才能經驗到生活的滿足及實踐。第三任務與人類死亡（human mortality）有直接關聯。每個人在年老時，都須面對死亡逼近的事實；必須嘗試著去接受，這不僅是無可避免的命運，還得自其中找尋其意義，這可能是老年人所面臨的最具挑戰的任務。因此在老年期他們第一必須適應身體與健康的逐漸衰退，第二適應退休，認同工作的必須重新定義自己；第三必須面對即將來臨的死亡（蘇建文等人，1995）。

三、Jung：指出一切生命現象在生理心理上的一體性，將現實視為統一體的概念。

Jung 相信心理能量可以經由外部通道化，指向外部世界；也可以向內，指向自我。外向的人比較開放、擅社交，具有社會決斷力，且趨向於他人和外在世界。內向的人則很畏縮，時常感到害羞，他們傾向於只注意他們自己。根據 Jung 的理論，每個人都具備擁有兩種態度的能力，但是只有其中一種會成為人格的主宰。其主宰性的態度就會去指導一個人的行為與意識。Jung 並指出四種心靈功能：感受(sensing)、直觀(intuiting)、思考(thinking)以及感覺(feeling)。根據兩種態度與四種功能的交互作用，提出八種「心理類型」(psychological types) 如表 2-1-1。

表 2-1-1 Jung 的心理類型

外向思考型	合理的、客觀的、教條式的
外向感覺型	情緒的、敏感的、愛社交的，女人比男人更典型
外向感受型	外向的、尋求享樂的、適應力佳
外向直觀型	有創造力的、能夠鼓勵別人抓住機會
內向思考型	對於構思比對人有興趣
內向感覺型	有所保留的、羞怯的、有深層情感能力
內向感受型	與外在世界脫節，以藝術美學的追求來表達自己
內向直觀型	關注潛意識的活動勝於日常現實

資料來源：Duane, S., & Sydney, E. S., 2004

在 Jung 理論，中年時期會浮現統合我原型，其代表整個人格統一、整合並且達到合諧的原型，中年時期是轉變的關鍵，此時人格重點從外向轉為內向，以平衡潛意識與意識；因此對下一個階段老年期具有深遠之影響。其老年人生理、心理健康需要體認與統整，也描述在人生後期一種內心的轉變，以適應身體衰退與其他損失的特徵。

很顯明的 Erikson、Peck、Jung 的研究中有關老年的描述，可尋得許多相同的脈絡，以統合對自我與生活的感覺等挑戰的角度加以衡量；老年期是人生的最後一個階段，有其特殊的挑戰與面臨的問題。當一個人由孩童到青年，由青年到成年，由成年到中年，在由中年步入老年，許多階段的發展任務及複雜角色接踵而來，其當下老年人則有其適應上的問題，如何能和諧解決，以達成享受老年生活的目標，應是需要努力研究的課題。

參、老年期的社會發展理論

本研究以角色理論、活動理論、疏離理論、持續理論、社會學習理論來探討老年期之社會發展過程：

一、角色理論 (role theory)

Cottrell (1942) 提出探討的範疇是老年期角色喪失的結果，使得老年期這個「無角色的角色」(roleless role) 成為一個較不滿意、士氣較低的時期。近年來的角色理論則傾向於探討老年期角色改變的適應問題 (尹祚芊, 2002)。角色理論的研究重點在角色與生活滿意度的關係，老年角色的突然改變，引發強烈的不適應的問題，其角色的混淆會逐漸影響老人心理與生活適應情形；而老年人仍然具有正常的心理與社會需求，可為老年人再開創新角色或活動舞台，以填補角色空虛，建立具有意義的自我認知 (self-identify) 與社會地位 (吳老德, 2003)。

又據梅陳玉嬋、楊培珊（2005）說明角色理論，如果老人能夠將原有的角色，轉換到和年老時相關的角色，他們就能展現出成功老化過程。當人們無法轉移，或無法認同新的角色以替換舊角色時，就會對老化過程不滿。如果一個老人在社會中與他人互動時，能融入他的新角色中，那麼可以預測他在心理層面上能成功的適應晚年。

二、活動理論 (activity theory)

活動理論又稱「整合理論」(integration theory) 或稱再從事理論 (reengagement theory)，活動理論認為老年生活適應方式，應維持中年的活動水準，以防止身心功能的老化，其活動與老年的生活滿意程度成正比。雖然老人面臨必然的生理和健康狀況的改變，但心理上和社會上的需求，基本上是維持不變；換言之，若欲使老年人調適晚年的生活，並維繫老人的社會關係，應協助老年人繼續參與社會活動（吳老德，2003）。

Havighurst 在 1968 年，提出社會可能從老人的世界逐漸退縮，然而保持活躍的老人依然可以過很好的老年生活；亦描繪人類心理社會層面的老化過程，老人在身體功能的退化的前提下，唯有接受老化帶來的限制並不斷參與活動，才可達成成功的老化（尹祚芊，2002；Havighurst, R., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S., 1968）。而 Vimala, P. (2003) 也提出活動理論，是指大部分的老年人仍舊保持著相當穩定程度的養生健身及社會的活動。

三、疏離理論 (disengagement theory)

Vimala, P. 在 2003 年提出撤離理論為老年人由社會逐漸撤離是自然有益的過程，因為年老體衰的個人逐漸失去生理及心理的活力，如果能減少社會的參與及行動，可以藉此持續地維持安寧人生餘年。老化是指老人與社會雙方逐漸退縮，生活將逐漸脫離或放棄原有的工作、休閒、朋友或家人，達到互利狀態的過程，根據此理論，老人接受也渴望這種退縮、互動減少的狀況 (Cumming & Henry, 1961)。

四、持續理論 (continuity theory)

持續理論又稱為發展任務理論，人類生命週期的每一階段均有高度的連續性，老人在成熟階段有穩定堅固的價值觀、態度和習慣，這些都會融入其人格與社會適應之中，所以大多數老人均可預期應有的展望。若將人類整個生命過程劃分為幾個階段，每個階段都有必須達成的特定工作與發展任務。

Neugarten 於 1964 年提出持續理論主張老人傾向於繼續其以往的生活型態，認為成人期與孩童期或是青年期一樣的複雜而具有動態性。Havighurst (1953, 1972) 從成人發展的觀點，將人生發展分為六個時期，以 Erikson 的心理社會理論為基礎，認為在生命的不同階段，各其主要的發展任務，如能圓滿完成，將使個體感到快樂、幸福；如果失敗則導致不快樂、退化，且會妨礙往後發展任務的達成。因此 Havighurst 認為老年期發展任務為 (1) 適應退休與收入減少 (2) 適應配偶死亡 (3) 調適逐漸老化的身體和健康衰退 (4) 參與親和的老年團體，並建立良好關係 (5) 以更彈性方式調適自己的社會角色，負起社會與公民的責任 (6) 建立身心健康的生活，重新安排居住環境。

五、社會學習理論

Bandura, A. 主張由直接經驗所產生的每個實質現象，也都能替代性地發生—藉由觀察別人的行為之結果。他的取向亦稱為「觀察學習」(observational learning) 意指行為可經由觀察他人行為而學習，而未必每一個行動都是親身經驗到增強。我們可以透過觀察他人行為及其行為之後果而得到「替代增強」(vicarious reinforcement)。

在 Bandura, A. 的系統中「自我效能感」(self-efficacy) 指適應生活時所感受到恰當、效率和勝任的感覺。據其研究中發現自我效能感會影響身體健康；強化的自我效能感和對生活事件的控制感與因應壓力以及將其生物機能的有害效應降至最低的能力呈現正相關。因此藉由觀察他人的行為和期待相同行為的酬賞結果，行為是可以透過替代性增強而學習的 (Duane, S., &

Sydney, E. S., 2004)。

老年期的社會發展，在不同的社會學理論中有不同的詮釋，其角色理論、活動理論、撤離理論、持續理論、社會學習理論，說明老年期在社會層面上，依不同的觀點及面向來探討，不外乎是老年人的自身處境，以整個社會結構微觀及鉅視觀點來量視之；因此在老年期使能有積極的正面態度、持續個人的生態生涯，過著更有意義及尊嚴的生活。

第二節、慢性病

根據行政院衛生署統計，在 2002 年十大死亡原因中，除了事故傷害、肺炎及自殺外，皆為慢性疾病（行政院衛生署，2003），可見國人的主要疾病型態已由急性病轉為慢性病，且台灣地區 65 歲的老人有 85% 患有一種或一種以上之慢性病，慢性病的病程是緩慢且逐漸嚴重的，嚴重者可能引起殘障，甚至導致死亡（胡月娟等人，2005）。

壹、本研究依文獻分析以最常見且影響層面較大者之老人**慢性病**（胡月娟等人，2005；彭駕駢，1999）來探討：

一、心臟血管疾病（高血壓/心臟病）

（一）**高血壓**：是指收縮壓大於等於 140 毫米汞柱及舒張壓大於等於 90 毫米汞柱以上稱之。高血壓若不及時、長期加以治療，很容易導致腦中風、失能、視網膜病變、心衰竭等症狀，因而嚴重影響個體的生命。

（二）**心臟病**：指包括老年人常見的動脈硬化症，以及所引發的狹心症及急性心肌梗塞等疾病。老年人的心肌纖維隨年齡而有退化現象，其收縮因而比較差；心臟的結締組織增多，瓣膜變厚、鈣化，造成瓣膜狹窄或閉鎖不全，進而影響心臟的正常功能；同時心臟傳導及血管因老化而受損，造成心臟傳導障礙及動脈血管硬化。

二、關節疾病（痛風/退化性關節炎）：老化、長期性的活動或運動磨損，使得老年人的關節周圍軟骨日漸磨損，失去原有的緩衝作用，以致刺激生成骨刺，導致骨性退化性關節炎症狀。痛風是由尿酸結晶體沉積在關節或其鄰近的軟骨纖維，可能造成突發性的大腳趾關節疼痛，也可能持續進行以慢性痛風形態呈現，造成關節變形，甚至失去功用。

三、腦中風：或稱腦血管意外是指為急性的腦血管疾病，由許多因素造成突發性的腦血管阻塞或破裂，導致腦部組織缺氧或出血，使病人意識或神經功能喪失及損傷，導致神經機能障礙，輕者可能使人半身不遂、語言失常，嚴重者可能昏迷或死亡，就如心臟病一樣，是一種嚴重的健康問題。因此需長時間之治療，對生活造成不便，進而影響生活品質。

四、糖尿病：是一種慢性新陳代謝疾病，患者體內不能分泌或者不能充份利用胰島素，因使血中的糖或葡萄糖含量不正常地過高所引起；同時高濃度的糖份又會損害全身組織，增加心臟病負擔、失明、腎衰竭、中風和神經痛等併發症的危險。

本研究所提出之慢性病—高血壓、心臟病、痛風/退化性關節炎、腦中風及糖尿病，目前除痛風/退化性關節炎外，其他慢性病皆為台灣地區老年人主要十大死亡原因之範圍（衛生署，2003），有其研究之重要性，但痛風/退化性關節炎者因關節的退化及耗損，造成關節變形及失能現象，進而會影響生活及心理社會之功能，因此以這四類（六種）疾病來分析研究之。

貳、慢性病的影響

老人本身除了需要對生理上的改變、外觀的受損、功能的減退、長期治療的痛苦外，還需要處理複雜的心理衝擊—傷心、沮喪、自卑、罪惡感、憤怒；此外，慢性病也會造成老人社交互動及範圍之限制。本研究將慢性病的影響，分為身體、心理、社會、日常生活層面來敘述之：

一、身體層面

身體方面的影響以各系統器官功能減退、疼痛及身體心像遭受破壞最常見（胡月娟，1994）。有的慢性病會導致癱瘓、活動受限、關節變形、失能等問題，因此也給老人相當程度的衝擊。

二、心理層面

罹患慢性病心理層面的衝擊有（胡月娟，1994）：

（一）控制感消失

其長期接受治療、遵循醫療計畫，或依循疾病加諸己身的限制，導致基本需求受挫；加上病情的變化，無法預測，使覺得被疾病所操控，因此覺得失去控制感，而導致心情的抑鬱。

（二）罪惡感

當老人看見自己帶給家庭的影響，如照顧的問題、親子關係等，便產生罪惡感，壓力很大而羞於見人，甚至覺得活著為累贅，而想自殺。

（三）低自尊

罹患慢性病後，造成個人的身體構造、功能的改變、人際互動的改變等，嚴重者會威脅到個人的經濟、社會與心理獨立，使老人自我概念及對人生所持之看法改變喪失自信心與自主性，而致覺得孤單無助及無價值。

三、社會層面

罹患慢性病社會層面的衝擊有（胡月娟，1994）：

（一）家庭生活的影響

當家中出現了慢性病患者，全家人的生活習慣勢必將做調整，長期下來，家人可能出現倦怠、疲憊，或無法負荷照顧之重擔，皆會引起彼此無法調適矛盾及痛苦的情緒反應，而致家人關係淡漠。

（二）社交活動減少

因中風、關節炎等疾病造成身體功能的殘障而限制活動，加上疾病常使人沒有足夠精力去參與社交活動，漸漸的患者會退縮，覺得生活乏味、失去信心、

與社會隔離，因此會面臨人際關係的改變及支持社交網絡的減少。

(三) 經濟問題：慢性病需要長期的治療或復健所帶來的經濟問題也是重要的議題。

四、日常生活層面

日常活動層面的衝擊，舉凡進食、如廁、沐浴、更衣、個人衛生等皆會受到慢性病的影響(胡月娟等人, 2005)。慢性病單單提供治療來控制疾病是不夠的，通常需要整個再適應及不斷的調適過程。

因此慢性病的影響是多重複雜的，在個人、家庭、社會等層面是環環相扣，互相交互作用，而老人面臨到慢性病帶來的各層面的衝擊及苦難，如何來因應及調適，以下做深入的探究分析。

第三節 因應方式與適應之相關因素

老年人所面臨的嚴重問題之一是：疾病的易感性增加。此之於慢性或長期病況尤甚。大多數 65 歲以上的人，皆會苦於一種或多種的慢性病。疾病的陰影對老年人而言是一大威脅。年紀愈大，自疾病中「復原」的機率就愈小 (David, Anne, & Sueann, 1996)；慢性病對個人、家庭、社會都會造成很大的影響。老化過程中又伴隨慢性病帶來的衝擊及一連串問題，其個人面對自身的處境，將採取何種因應方式來適應生活，以下做深入分析探討。

壹、因應方式

慢性病帶給老年人內在衝突常是多重的，在心理、社會層面上亦有相當程度上的影響，其患者不只是治療上的問題而已，必須長期承受疾病壓力及疾病所造成的不適與不便，而影響病人的心理、社會層面均造成極大的衝擊(何千惠, 2004；胡月娟, 1994；陳惠美, 1992；陳美伶, 2005；蕭淑貞, 1993)。

一、因應之概念

(一) 字典上的定義

柯柏英漢雙解辭典（2001）及 ACME 簡明英漢辭典（2003）對「因應」的定義為應付、巧妙的對付。新版圖解英漢辭典（2001）定義「因應」為競爭、對付、妥善處理。時代英漢雙解大辭典（2003）對「因應」定義為匹敵、對付、抗衡。綜上字典所述「因應」為巧妙的對付、妥善處理的過程。

（二）文獻上的定義

Lazarus 和 Folkman (1984) 在其壓力與因應之理論中指出，壓力是個人與環境互動的結果，而因應則是為了改變個人與環境間的壓力所產生的反應。Lazarus 和 Folkman (1988) 更進一步指出，「因應」是個人經過對壓力的自覺及有能力的評估其情境，並在行為上努力改變的三個過程；因此當個人或環境需求增加，超過個人能力所能負荷時，個體會不斷努力藉由認知評估和行為上的反應與改變，以面對威脅情境進而減輕預期性傷害。Lazarus 和 Folkman (1984) 進一步將因應方式依其功能分為兩種型態：

1. 問題取向的因應方式 (Problem-focused coping)：

Jalowiec, Murphy, & Powers (1984) 個體面對壓力情境時，以主要、直接的方式去分析和解決存在於環境或個人內在的威脅感。常見的因應方式為：主動或直接去解決問題、分析探討壓力事件發生原因、改變個人的預期想法、發展新的行為標準、學習新技巧、主動尋求幫助或支援等（引自陳珮娥、湯玉英，2005）。

2. 情緒取向的因應方式 (emotional-focused coping)：

藉由情緒上的抒發與支持，以控制因壓力情境所引發的情緒反應（如焦慮、憂傷），並非直接處理產生壓力情境。當個人面對可以承受或控制的情境時，其一般常採用問題取向的因應方式；相反地對於無法負荷的情境時，則多採抒發情緒，情緒取向為主之因應方式 (Lazarus, & Folkman, 1984)。這兩種取向的因應方式，無法比較何者佳，只能評估它對個人調節壓力反應成效，只有當個人的因應方式符合情境需求時，才能產生較好的適應

(Jalowiec, Murphy, & Powers, 1984, 引自陳珮娥、湯玉英，2005；

Miller, 1992)。Hymovich & Hagopian (1992) 認為「因應」是有目的的自我調適過程，運用認知、行為及情感，來試著控制超過個人所能應付的環境或個體內在壓力源。Miller (1992) 指出「因應」是為了緩解環境壓力，以去除焦慮、害怕、憂傷及罪惡等不舒服感覺，故因應是以主動控制的態度，來面對個人對壓力的情緒反應行為。

二、相關理論

(一) 測量工具

1. 何延鑫 (2002) 因應量表分為八種分量表來測量糖尿病患者的因應方式，其依據 Jalowiec (1987)，修訂的因應量表，分別為 1. 面對、2. 逃避、3. 樂觀、4. 宿命論、5. 情緒化、6. 緩和、7. 尋求支持、8. 自立更生。每一項依受試者回答所使用的頻率加以計分，「從不如此」1 分，「有時如此」2 分，「經常如此」3 分，「總是如此」4 分，分數越高，表示受試者越常使用該項因應方式。其分為八種因應類型：

- (1) 面對 (confrontive)：面對問題或建設性的解決問題。
- (2) 逃避 (evasive)：作一些事以避免面對問題或延長面對問題的時間。
- (3) 樂觀 (optimistic)：正向思考。
- (4) 宿命論 (fatalistic)：悲觀的想法。
- (5) 情緒化 (emotive)：以情緒表達或以情緒發洩。
- (6) 緩和 (palliative)：做一些事使自己覺得比較好過。
- (7) 尋求支持 (supportant)：運用支持系統。
- (8) 自立更生 (self-reliant)：靠自己處理問題。

2. 由 Lazarus (1993) 編制因應方式問卷，共 60 題，包含 8 個構面：面質調適法、疏遠調適法、自我控制、尋求社會支持、接受責任、逃避方式、計劃性問題解決法和正向在評估，採 Likert Scale 四點計分法，用以評估個人經歷壓力事件時的調適與行動 (蕭鵬卿、湯玉英，2004)。

(二) 心理機轉

1. 否認 (Denial): 否認自己老了、生病、失能、有情緒困擾、甚至否認死亡將至，否認並非全然是病態的；事實上，否認是維持穩定與平衡感必要且有用的技巧。

2. 投射 (Projection): 指涉其內在的壓力，這些壓力可能確有其事或的確可能發生，因此把自己的情緒或感覺投射在他人身上。

3. 固著 (Fixation): 可能是早年類似機轉的延續，而固著點甚至早至童年期。如有些老人從小就形成凡事靠自己、直到年老疾病纏身仍無法接受外界的幫助。

4. 退化 (Regression): 是指退回過去的適應方法。人們常說老人「像小孩一樣」或「老年是第二個童年」等來形容老人退化成孩童一般的行為或想法。

5. 心理轉移 (Displacement): 是一種偽裝，將焦慮或不舒服真正的來源轉成其他的事物或情境。

6. 老人福利: 老人可能利用身體或生活上的變化來獲得一些福利，而這些福利本身是老人想要的。

7. 保持活躍: 有許多老人參加活動中心或社區團體，保持活躍來度過生命中疾病等壓力，透過活動的參與，老人得以降低孤獨感，並且從強而有力的支持網絡中學習新的適應技巧。

8. 發展洞察力: 此為最常被成功適應的老人使用的技巧，能瞭解自我的動機與行為。老人必須瞭解生命的歷程，知道什麼是預期中的、什麼是可改變的，以及什麼是不可改變的。調整自己的生活方式與心態，讓自己發揮對生活的控制力 (梅陳玉嬋、楊培珊，2005)。

綜上所述，因應其為順應適應過程中，個體運用因應方式或心理機轉，妥善處理可採取問題及情緒 (正向或負向) 取向方式之策略，而改變已有的認知及心理、社會結構以符合此過程需求之行為模式。

貳、適應

一、適應的概念

適應是個人終身維護心理平衡的持續過程，以毋須付出太高的代價，去因應一個具有一般及可預期之環境（Douglas, H. P., 1996）。何延鑫（2002）認為適應是所有動植物得以生存的關鍵，人類也不例外；這對於任何生命個體而言，幾乎是永無休止的歷程，個體對內部或外界的改變，因應當下都必須調整，以達適應。

二、相關理論

（一）測量工具

1. 林美伶（2005）老人生活適應量表，心理適應共有 8 題，包括罹病之感受、情緒反應、主觀生活滿意度、自我概念。採四點計分法，回答「總是如此」者給予 1 分，回答「經常如此」者給予 2 分、回答「偶爾如此」者給予 3 分、回答「從未如此」者給予 4 分，第 1、2、4、6、8 題採正向計分，第 3、5、7 題採反向計分，得分愈高者，表示心理適應愈好。社會適應共有 5 題，包括人際關係、休閒及社交生活、自覺經濟狀況。採四點計分法，回答「總是如此」者給予 1 分，回答「經常如此」者給予 2 分、回答「偶爾如此」者給予 3 分、回答「從未如此」者給予 4 分，第 3 題採正向計分，第 1、2、4、5 題採反向計分，得分愈高者，表示社會適應愈好。

2. 由 Holmes & Rahe（1967）編制社會再適應量表，用來測量個人生活中，因經歷生活事件所帶來的改變而造成適應上的壓力，共有 43 項壓力生活事件，每一事件各有其生活改變值，用以代表個人在該特定的時間內所遭遇的生活壓力大小（蕭鵬卿、湯玉英，2004）。

3. 陳李綢（2000）編制一套大學生心理適應量表，量表共 108 題，分別可測出問題解決及決策力、家庭及人際關係、個人自信及勝任力、學習適應力、情緒適應力，以及價值判斷力六個適應力的指標。受試者可從此量表獲得六個分數，即六個適應指標分數，分數愈高，代表適應能力愈強。

(二) 影響適應的因素 (Hurlock, E. B., 1991)

1. 早期經驗：一個人早年就藉著防衛機轉來應付種種挫折與失意，到老年時也一直這樣，因此早期經驗會影響老年適應情形。

2. 需要的滿足：如果一個人要有良好的適應，必須先能滿足個人需要，並能完成生活環境中，別人對他的期望。根本說來，老年期的適應好壞與否，乃依據個人的自我概念及角色的變化對自我概念產生的影響。自我概念愈好，適應就會較好；反之，則較差。

3. 社會的態度：如果文化環境中，對老年人的角色有明確的劃定，比角色模糊不清的較易於適應。

4. 個人的態度：個人對自己以及對老化作用的表現所抱持的態度，將影響其適應狀況。

5. 對老年期的準備：正如梅寧格所說「快樂的老年期建基於兒童期」為了使老年期有良好的適應，從小應該學習接受現實、逆來順受、保持穩定、要獨立、能為將來計劃及情感的發展成熟做準備。

6. 健康狀況：一般而言年紀愈大，健康就愈差，這會增加老年人適應的重擔。其耗費體力及精力的慢性疾病，更會防礙個體的適應。

7. 經濟情況：為錢煩惱的人，永遠不會快樂，因此不可能有良好的個人與社會適應。

(三) 增進良好適應與心理健康守則

1. 注意身體保健：調節壓力之衝擊、遵守適當之安全設施、定期作體檢、注意飲食習慣、勿濫用藥物以及維持衛生保健習慣。

2. 培養擁有希望之心靈：希望是預期意欲之事能實現。一方面是未來愉快之期待；另一方面是很可能實現之信心。

3. 勇於接受新經驗：願意開放心智去接觸不熟悉的事物可以使生活更豐碩，也可以協助我們控制壓力以及建立「能力」感。

4. 瞭解自己之感受並給予表達機會：較高層次之心理功能應包括瞭解自己的感

受並予以表達。因此壓制我們的感受會導致心理失調。

5. 「非我」內涵之再界定：指人非萬能，無法任何事都做到盡善盡美。

6. 視未來為系列之現在：人生是連續的，每一個今天都需要好好的生活，每天的黎明都帶給人新的喜悅和希望。

7. 重播下愛的種子：在我們逐成長過程中，愛和友誼關係穩定是情緒適應的指標。

8. 培養幽默感：幽默感可使人減輕的痛苦包括敵意、忿怒、不滿、神經緊張及困窘等。

9. 重視奮鬥人生的價值：當我們面臨死亡、嚴重疾病或老年情境，我們明知無以改變，但我們仍然選擇去正視不可改變之事實。人人在每一個處境中均有自由去尋求有價值的目標，就是為生命奮鬥（Douglas, H. P., 1996）。

綜合以上學者觀點，「適應」是個體需求及環境要求達平衡的動態過程；為達成適應除了瞭解影響適應的因素外，個體需注意身體保健、培養擁有希望之心靈、勇於接受新經驗、瞭解自己之感受並給予表達機會、「非我」內涵之再界定、視未來為系列之現在、重播下愛的種子、培養幽默感、重視奮鬥人生的價值，使個體之身、心、社會能處於和諧安適的狀態。

參、相關因素

徐慧娟（2003）及劉志文（1998）研究指出成功老化的相關因素有：年齡（越低）、性別（男性）、受教育年數（久）、與朋友接觸頻率較多、財務困難（愈少）、自評健康（較佳）、生活滿意度（較高）；而劉俊榮（1997）研究發現生活適應情形較好之相關因素為具有宗教信仰、普通或很好的健康情形、經濟狀況較佳、社交活動量較多、聽力較好的老人。因此本研究依據文獻探討，影響其因應及適應的相關因素，綜合整理出影響因素有以下十項：年齡、性別、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動、疾病特性、支持系統。

以下分別加以敘述：

- 一、**年齡**：Maximilienne, L.G. & Anne, F. (1994) 指出年齡與個人疾病數目（即發病率）成正比。又依據 1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查報告指出：慢性病的盛行與年齡有密切關係，在 50-64 歲，65-74 歲，75 歲以上三個年齡群自述至少有一種慢性病比例，分別為 62%、79%及 82%；又研究指出年齡愈高，身體功能障礙盛行率就愈高，因此年齡是一個重要的研究變項。
- 二、**性別**：劉淑娟（1999）指出年老男性比年老女性生活滿意度較高。因本研究對象為榮家榮民，且目前機構收容之榮民皆為男性，因此把性別變項不列入考量。
- 三、**教育程度**：1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查報告指出：教育程度愈高，自覺健康情形愈好。就教育程度組別的差異而言，不論年齡與性別，教育程度越低，表示現在健康情形不好及日常生活活動功能障礙者的人越多，反之，教育程度越高，就有越多人表示其現在健康情形及日常生活活動功能不錯。顯然教育程度、自覺健康情形與日常生活活動功能有密切關係。
- 四、**宗教信仰**：Hurlock, E. B. (1991) 指出老年人對宗教發生興趣，參加宗教儀式或組織，不管是為了什麼原因，這些可以有助於老年期適應。
- 五、**婚姻狀況**：在 75 歲以上的老人，不論男女，無偶者功能障礙盛行率均明顯高於有偶者（林惠生，1999）。
- 六、**經濟狀況**：金錢不夠用，較沒有機會與別人接觸，興趣範圍更狹窄，如此適應將更差，也更不快樂（Hurlock, E. B., 1991）。黃郁婷、楊雅筠（2006）研究結果顯示在經濟上需求滿足，可以讓老年人在晚年時擁有安定感。
- 七、**休閒活動**：1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查報告指出：整體而言，中老年人的休閒、娛樂活動與其所接受之教育程度有密切關係；教育程度是影響中老年人參與義務性社會服務工作的重要因素。教育程度

愈高，目前參與社會服務工作者的比例也越高。對於從事日常活動有助於老人調適與強化獨立（葉肅科，2005）。在陳清惠（2004）研究指出隨著年齡的增長，老年人將面臨體能、心智及社會角色的功能的衰退，休閒活動的適當安排，將可協助老年人重建生活次序及維護個人之自信與尊嚴。

八、自我照顧能力與活動：指個體能自行執行日常生活活動（Activity of Daily Living, 簡稱 ADL）指沐浴、穿脫衣服、進食、上廁所、上下床走動、大小便控制共六項；採四點量尺：完全依賴、大部份依賴、小部份依賴、完全獨立，分別計以 1—4 分，總分 24 分，得分越高，生活獨立性越高，生活依賴度越低（劉淑娟，1998）。在 Kuo-Cherh,H. , Ravu, K.S., & Chyongchiou, J.L.（1999）研究指出正向健康狀態的利益與一些健康照顧行為及經營自我照顧活動能力有關，且連結至健康上。身體活動是為了抵制活動少導致衰老和易致病性，減少生物性老化、控制慢性病、增進心理健康、增加活動與功能及增進日常生活功能的獨立（姚克明，2003）。而曾淑汝（1999）及劉淑娟（1998）發現老年人身體功能及社會性活動能力愈好，其整體生活品質、心理、社會、健康與功能，以及生活滿意度也較佳。

九、疾病特性：依趙珮琰（2003）研究指出老榮民自覺健康狀況會因年齡、教育程度、退伍軍階、經濟狀況及慢性病數目不同，而出現統計上顯著差異。

十、支持系統：1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查報告指出：一般而言，年齡愈高對家人關切之需求亦較大，因此滿意度會較低，而有偶、教育程度較高者，一般而言與家人互動程度普遍較好。在蕭鵬卿、湯玉英（2004）研究指出因應過程會受社會支持系統與個人因應能力之影響，導致生理、情緒或行為不同層面的改變。而盧淑敏（2002）表示獨居老人社會支持網絡與心理社會健康功能具顯著正相關。其增加社會支持程度，將有助降低老年癌症患者不確定感及焦慮與憂鬱程度，

並增進其心理適應（連金延，2004）；由以上研究可得知，支持系統有助於生活適應及身心健康。

疾病的出現，不單純是個人身體狀況的測溫計，一旦身體出現疾病的徵兆，個人的日常行為和生活常軌往往受到連鎖影響。尤其是當問題比較嚴重、比較特殊、或時間拖得比較長時，生理上的症狀甚且改變一個人自我圖象，以及和他人的社會關係（張苙雲，2004）。依上述研究可知，罹患慢性病會影響身、心、社會之層面，其不同的背景變項亦會對榮民有不同程度的衝擊，研究者試圖探索內住榮民面對慢性病之生命課題，如何來因應及適應。

第四節 相關研究

壹、有關榮民相關研究

依林楹棟、賴資雯（2005）研究顯示，退輔會公費就養榮民平均年齡已達 76.9 歲，自費就養榮民平均年齡達 79.8 歲；此外，目前住在榮家就養榮民中，百歲以上（含 99 歲）人瑞計有 19 人；目前公費就養狀況：至 94 年 3 月底止，就養榮民 9 萬 7,817 人，內住就養榮民有 1 萬 4,156 人（包括實際內住榮民 6,771 人，長期寄醫榮民 1,983 人，請假榮民 539 人，長期居住大陸榮民 4,863 人）；退輔會本著「榮民在哪裡，服務就到哪裡」之心態，發輝「以榮民為尊」服務精神，以做好榮民就養安置工作，俾使需要安養、養護之榮民，皆適得其所，獲得最周全、妥善之服務照顧。因此退輔會與榮民之間是息息相關、密不可分的共同體。

又依輔導會（2004）支領退除役給與者分為三種：一為月退除役金給與者 158,871 人；二為一次退除役金者 180,030 人；三為無給與退除役金者 55,546 人。而榮民依個人退除役時期的早晚之不同與公佈退除役法實施的前後有關，因此支領退休俸（終身俸），享有每月發給主副食費及八成薪的待遇；有的榮民退的早，在退役當時並未享受到現行制度請領退除役給與而自謀生活者，他們晚年因年邁及多病易淪為低收入社會階層，其退輔會針對這些「自謀生活者」，若晚年（年滿六十一歲）生活有困

難，由退輔會安排榮家就養，對象主要是年滿六十一歲的無眷單身榮民，選擇就養後必須放棄贍養金或是停領退休俸（終身俸）之發給。其就養給與，依 2004 年的標準，為每月 13,550 元，其中包含主食費 800 元、副食費 3,250 元零用金 9,000 元與服裝費 500 元。

榮民資料其背景及個人屬性的特殊，在與一般的老人有所差異，榮民與非榮民老人在社會人口變項中，其性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、生育情形、與主要照顧者相處情形、生活補助、經濟狀況、保險情形等十項呈現顯著差異（林淑敏，2004）。其在侯冬芬（2004）研究結果中亦顯示不同背景變項的年齡、返鄉探親、教育程度、退役軍階、宗教信仰、婚姻狀況、有無子女、居住狀況、經濟狀況等在整體生活品質層面上有顯著差異；「生活品質」層面及其分層面之「生理健康」「心理健康」「社會關係」「環境範疇」部分與「整體生命意義」、「個人價值」「子孫成就」呈正相關。

蕭立卜玲（2004）研究比較不同榮民基本資料、健康狀況、健康相關生活習慣或行為、健康效用、生活品質條件或因素下的榮家榮民之死亡率，結果發現死亡群榮民罹患腦中風的比例明顯高於存活群榮民，顯示罹患腦中風、無固定休閒活動及跌倒是榮家榮民重要之死亡危險因素，整體而言其生活品質下降的趨勢，其中心理範疇的重要性需求不及生理因素所造成的困擾，且越接近死亡，生理因素所造成的困擾愈趨明顯。因此榮民不同的背景變項與慢性病數目的不同在統計上有顯著差異，亦在生活品質上有其相關性。

高碧弘（2003）對榮民之家老年榮民營養與健康狀況調查—以岡山榮家為例，結果顯示(1)5 分之 4 的老年榮民至少有一種以上的慢性病，平均每人罹病數為 4.02 種。(2)罹患高血壓(61.2%)比率最高，其次為骨關節病(54%)，糖尿病(15.1%)。(3)罹病率為 97.7%亦比其他國內研究高出許多；而郭洺豪（2002）對榮家內住榮民健康生活品質研究結果為慢性病種類，罹病率最高的前三種疾病為高血壓（41.8%）、骨骼肌肉系統疾病（32.9%）、心臟血管疾病（26.3%）。

侯菊鸞（2003）研究 65 歲以上單身老榮民結果顯示退役軍官、無宗教信仰、慢

性疾病罹患總數較多者有較高的孤寂感；而退伍年數越久、住榮家越時間越長則孤寂感較低；罹患慢性病數目越多的個案、感受到的社會支持越好；住榮家時間越久、感受到的社會支持越差；罹患3種以上（包含3種）慢性病的個案出現憂鬱症狀是罹患2種以下（包含2種）慢性疾病榮民的2.44倍；依高、郭及侯三人研究結果指出，慢性病種類之罹病率最高的疾病為高血壓、骨骼肌肉系統疾病、心臟血管疾病、糖尿病，其慢性疾病罹患總數較多者有較高的孤寂感及憂鬱症狀。

綜上研究所述，榮民之年事已高，慢性病型態為多重，其對健康情形、生活品質及適應有相對的影響，面對慢性病的內住榮民，在此過程中的因應方式及適應情形，為本研究所要探究之議題。

貳、有關因應方式及適應之相關研究

國內外關於因應及適應的相關研究相當多，但針對慢性病之內住榮民為研究對象的文獻較少。基於此，研究者檢索近年國內「慢性病老人」與因應方式、適應的相關研究之博碩士論文，閱讀研究摘要及瀏覽論文內容，整理出國內博碩士論文研究其內容摘要，以作為了解慢性病之內住榮民與因應方式、適應相關研究的註腳。

一、因應方式

陳珮娥、湯玉英（2005）研究指出：因應的結果可能會使個體產生適應或適應不良的兩種情況，當個人所使用的因應行為較有彈性，且結果符合情境需求時，則能有效地因應，以減輕壓力、維持自我價值及身、心、社會的完整性，並發展良好的人際關係。依國內碩士論文9篇，彙整有關慢性病之因應方式相關研究一覽表，見表2-4-1。

表 2-4-1 慢性病之因應方式相關研究一覽表

研究者	研究題目	研究對象與方法	研究結果
張麗銀 1995 碩士	慢性阻塞性肺部疾病患者之因應方式與功能狀況關係之探討	研究方法是採用問卷調查法，研究工具包括因應量表及肺部疾患功能狀況量表。於民國 85 年 6 月 28 日至 85 年 10 月 12 日在中部某醫學中心，以立意取樣方式共收集 82 位慢性阻塞性肺部疾病門診患者。	慢性阻塞性肺部疾病患者最有效約三個因應類型依序是樂觀、支持性、面對；最無效約三個因應類型依序是情緒性、宿命論、逃避。樂觀、緩解性、自我依賴等因應類型與整體功能狀況有正相關，而宿命論的因應類型與整體功能狀況有負相關。
蔡佳純 1997 碩士	高齡者的發展任務及其因應方式之研究	瞭解台北市高齡者的發展任務，以自編的「高齡者發展任務及因應方式調查問卷」進行調查，並收回有效問卷 544 份。	高齡者較常採用「問題導向」的因應方式解決其發展任務；面對發展任務時，高齡者的因應方式與社會人口變項有關。
黃俐婷 1997 碩士	女性乳癌患者之內外科歸因、因應方式與適應結果相關性研究	以中都地區具有代表性的醫院即台中榮民總醫院、彰化基督教醫院、中國醫藥學院之乳癌患者為研究的母群體，各以隨機間隔取樣 120 人，共 360 人。採用問卷為測量工具，以郵寄問卷即個別寄出、個別寄回的方式，共回收 144 份，有效問卷回收率為 40%。	愈是採用負向行為型因應方式其適應結果愈不良；愈是採用直接主動型因應方式者，其情緒適應愈為主動。愈持外在他人性歸因者其情緒適應結果愈好；愈持內在自我性歸因者愈不會逃避工作。適應結果最重要的相關因素為負向行為型因應方式。
林惠絨 1998 碩士	中年危機及其因應方式之研究	參考國內外學者的研究工具，及本國國情發展出「成人的生活壓力及因應方式調查問卷」。進而對中部地區 36-50 歲的中年人進行實際調查。調查結果回收有效問卷 1016 份。	性別、社經地位、婚姻狀況、家庭結構及宗教信仰與中年危機的產生原因有關。無宗教信仰者產生中年危機的壓力比有宗教信仰者高。中年人較常採用「問題導向」的因應方式，解決中年危機的困境。
王蓁蓁 1999 碩士	台北縣國中生之壓力源、因應方式與生活適應之相關研究	以台北縣八所公私立國中之一至三年級 820 名男女學生為受試者，以自編的「國中學生生活經驗調查表」及「曾氏心理健康量表」為研究工具，進行問卷調查。	國中生的壓力源及因應方式都可有效地預測或解釋生活適應；研究者建構的「壓力源→因應方式→生活適應」之徑路分析，得到初步支持。

表 2-4-1 慢性病之因應方式相關研究一覽表 (續)

研究者	研究題目	研究對象與方法	研究結果
李淑惠 1999 碩士	低收入戶婦女每日生活壓力、社會支持與因應方式之探討--以福民平宅為例	研究對象是以福民平宅的低收入戶婦女為例子，運用面對面問卷訪談的方法，共訪得 107 位低收入戶婦女，此問卷由三種量表組成，包括每日生活壓力量表、社會支持量表、因應方式量表。	面臨整體性「每日生活壓力」及其各面向的「工作問題」、「人際相處問題」、「健康照顧問題」、「經濟問題」時會使用「情緒取向因應方式」；表示低收入戶婦女在處理「健康問題」時，也是以「情緒取向因應方式」處理。低收入戶婦女的「整體社會支持感受」及其各面向的「獲得協助」、「關懷他人」、「情感性支持」、「讚賞性支持」與「問題取向因應方式」有關。表示當低收入戶婦女有可運用及有效的資源越豐富，較會傾向於使用直接處理事情。
蔡婉莉 2001 碩士	生活壓力、因應方式與身心健康之相關研究~以高中多元入學方案為背景	探討生活壓力、因應方式與身心健康間的關係。高雄市公、私立高級中學一年級新生 694 位為有效樣本。	八十九學年度高中多元入學方案學生之生活壓力、因應方式與身心健康情況會因個人背景變項之不同而有差異。
李金治 2002 碩士	國立臺灣師範大學四年級學生生活壓力、因應方式、社會支持與其身心健康之相關研究	採橫斷式調查，以九十一學年度國立臺灣師範大學四年級學生 1849 人為母群，經系統抽樣法抽取樣本，施測後得有效樣本 387 人，回收率 92.6%。	面臨的生活壓力愈大時，研究對象愈常採用負向的消極因應方式，而身心健康狀況也愈差；面臨的生活壓力愈小時，研究對象愈常採用正向的積極因應方式。
陳美吟 2004 碩士	國營事業中年員工生命轉折：面臨民營化組織變革的壓力、因應方式與身心健康關係之研究	本研究採問卷調查法以中油公司員工為研究對象，共發出 1100 份問卷，問卷回收率為 83%，可用率為 78.8%，以自編「民營化壓力、因應方式、身心健康」等三種量表測量。	公營事業員工民營化壓力、因應方式與身心健康有顯著相關，亦即民營化壓力愈高採取因應方式頻率愈高；民營化壓力愈高身心健康愈差；採用退縮逃避的因應方式頻率愈高身心健康愈差。

綜上研究顯示，不同的背景變項，其因應方式會有差異；因應的方式與身體健康有密切關係，其以問題導向、正向積極處理模式者，則身體健康較佳；退縮、逃避、情緒，以負向處理模式者，身體健康較差（張麗銀，1995；林惠絨，1998；李

金治，2002；陳美吟，2004)。又依黃俐婷（1997）研究指出愈採取負向的因應方式來解決問題，則適應狀況愈不良。個人面對壓力其因應方式與適應狀況應有相當程度的關聯，可能有前後關係，其路徑取向，值得研究者深入研究分析。

二、適應

依陳玉敏、李月萍（2004）研究指出老化過程常常並非以單一層面的呈現，身、心、社會間會相互影響及互動，應視老年人為一整體，並且提供整體性之照護，來因應老年個案多層面且複雜的照護挑戰。而在劉淑娟（1998）研究指出罹患慢性病老人已婚、越有人共同居住、經濟狀況越好、健康狀況越好、生活越獨立、社會支持越強，生活滿意度顯著越高。慢性病中之關節炎，其嚴重的關節炎所造成的行動限制、骨質疏鬆或心血管疾病都可能造成社會化的困難，因此個人的態度、是否擁有社會支持網絡，以及老人老化時所處的環境背景，都會影響一個老人對於老化時個人與社會適應（梅陳玉嬋、楊培珊，2005）。依國內碩士論文 9 篇，彙整有關慢性病與適應之相關研究一覽表，見表 2-4-2。

表 2-4-2 慢性病與適應之相關研究一覽表

研究者	研究題目	研究對象與方法	研究結果
陳慧芝 1993 碩士	老年慢性病患生活適應之研究—以台北榮總住院病患為例	以深度訪談為主，輔以老年人多向度功能衡鑑量表（簡稱MFAQ），探討住院期間的老年慢性病患（糖尿病、心臟病、高血壓為主）的屬性變項、罹患慢性病情形，以及生活適應狀況。研究對象為台北榮總 82 年 10 月至 11 月的 12 位 65 歲以上之老年慢性病患。	老年慢性病患心理適應之狀況包含：(1)罹病之感受。(2)情緒反應。(3)主觀生活滿意狀況。(4)自我概念方面有 7 位覺得心理健康程度是好的。(5)死亡之看法。老年慢性病患社會適應之狀況包含：(1)工作與經濟概況。(2)人際關係。(3)休閒及社交生活。根據研究結果，發現生理、心理、社會之間是有相互影響之可能。
劉俊榮 1997 碩士	老年期聽覺老化、溝通策略與生活適應之研究	本研究以 195 位高雄市民為對象，研究工具以「老年期聽覺靈敏、溝通策略與生活適應問卷」為主，聽力檢查數值為輔。聽力檢查數值以純音聽力檢查（PTA）為依據，「老年期聽覺靈敏、溝通策略與生活適應問卷」則包括溝通策略、生活適應、以及基本資料三部份。	具有宗教信仰、普通或很好的健康情形、經濟狀況較佳、社交活動量較多、聽力較好的老人，其生活適應情形較好。經濟狀況不好、幾乎沒有社交活動、聽力自評為不好的老人，其聽覺老化情形較嚴重，生活適應也較差。
劉志文 1998 碩士	安養機構老人生活適應之調查研究	台灣省已立案之公私立安養機構為母群體，先隨機抽出 21 個安養機構，再派訪員前往各個機構逐一對受訪老人進行問卷訪問。樣本共計 500 人。研究者根據受訪老人在「個人基本資料」、「日常生活及休閒」、「生活適應」的填答情形，進行統計分析。	受訪老人覺得身體健康最為重要、不識字之受訪老人其環境適應情形較差、公費、不識字之受訪老人其社會適應情形較差。

表 2-4-2 慢性病與適應之相關研究一覽表 (續)

研究者	研究題目	研究對象與方法	研究結果
蔡雅娟 1999 碩士	學齡期兒童住院壓力知覺、社會支持與心理社會適應之相關性研究	研究對象為北部地區三家醫學中心教學醫院一般兒科病房即將出院的學齡期兒童，進行研究工具「學齡期兒童住院壓力知覺量表」、「學齡期兒童住院社會支持量表」、「學齡期兒童住院心理社會適應量表」問卷調查，共計 102 份。	心理社會適應排名依序為：社會環境適應>健康照顧適應>學習態度適應>心理健康適應。
范涵惠 2002 碩士	長期照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討	探討長期照護機構老人的生活滿意度和相關因素，包含健康狀況、生活適應之關係。以立意取樣，選取台中市十家長長期照護機構，符合收案標準之 101 位老人為研究對象。以結構式問卷為研究工具，問卷內容包括基本屬性、健康狀況、生活適應及生活滿意度等量表。	老人不適症狀數的多寡和生活滿意度呈現顯著負相關；主觀生理健康、日常生活活動能力、心理及社會之健康狀況、環境因素及個人心理因素之生活適應狀況和生活滿意度呈現顯著正相關。
何延鑫 2002 碩士	某醫學中心糖尿病患者之心理社會適應、因應方式與衛教需求評估之研究	以自擬之結構式與非結構式問卷，對台北市某醫學中心新陳代謝科門診的第二型糖尿病患者訪談，共得有效問卷 215 份。	糖尿病患者心理社會適應以健康照顧適應最好；糖尿病患者使用正向因應方式比負向之因應方式多，最常使用樂觀因應，最少使用情緒化因應方式。使用正向因應方式，心理社會各層面的適應皆較好。
盧淑敏 2002 碩士	探討社會支持對獨居老人健康狀況、壓力感受及心理社會健康功能之影響	以居住於台北市社區中之獨居老人為研究對象，以分層集束隨機抽樣選樣，並運用結構式問卷進行面對面訪談收集資料，實際完成 260 位獨居老人之資料問卷調查。	獨居老人平均年齡 77.54 歲，平均每位獨居老人患有 2.73 種慢性疾病，七成獨居老人自覺健康狀況良好。獨居老人社會支持網絡與心理社會健康功能具顯著正相關。

表 2-4-2 慢性病與適應之相關研究一覽表 (續)

研究者	研究題目	研究對象與方法	研究結果
連金延 2004 碩士	老年癌症患者手術 前後不確定感、社 會支持與心理適應 之探討	以立意取樣方式，於民國 94 年 1 月 1 日至 94 年 4 月 30 日 在北部某醫學中心一般外科 及直腸外科病房，進行資料收 集與訪談，共收案 43 名。研 究工具包括：「病患基本資料 表」、「疾病不確定感量表」、 「醫院焦慮與憂鬱量表」、「社 會支持量表」等四部分。	增加社會支持程度，將有助 降低老年癌症患者不確定感 及焦慮與憂鬱程度，並增進 其心理適應。
林美伶 2005 碩士	第 2 型糖尿病老人 生活適應與死亡態 度相關性之研究- 以台北市立聯合醫 院中興院區為例	以立意取樣選取台北市立聯 合醫院中興院區新陳代謝科 門診之病患共 135 人為研究對 象。以描述性統計、單因子變 異數分析、薛費氏事後檢定、 皮爾森積差相關、多元迴歸分 析等統計方法進行分析。	在生理適應方面，以自覺健 康狀況普通、罹患一項疾病 以下、日常生活活動為獨立 自主的老人居多，心理適應 狀況為中上程度，社會適應 狀況則為中等程度。

綜上研究結果瞭解老人身體不適症狀愈多，則生活滿意度愈差，因此身體狀況與生活滿意度，有高度的相依性；且生活適應愈好，滿意度愈高，表示適應會影響生活的滿意度。慢性病之內住榮民，如何在身處的當下，因應及適應慢性病帶來的人生挑戰課題；本研究擬以量化及深度訪談的角度來觀察、分析及探討，來瞭解其中的奧妙。

第三章 研究方法

本研究採橫斷式問卷調查法及質性研究法中的深度訪談進行資料收集，本章將分為六節來說明：1.研究架構、2.研究假設、3.研究對象、4.研究工具、5.研究步驟、6.資料處理與分析統計。

第一節 研究架構

一、 根據研究目的及國內外相關文獻，提出本研究之研究架構，茲將研究架構圖繪出並說明如下，如圖 3-1-1 所示：

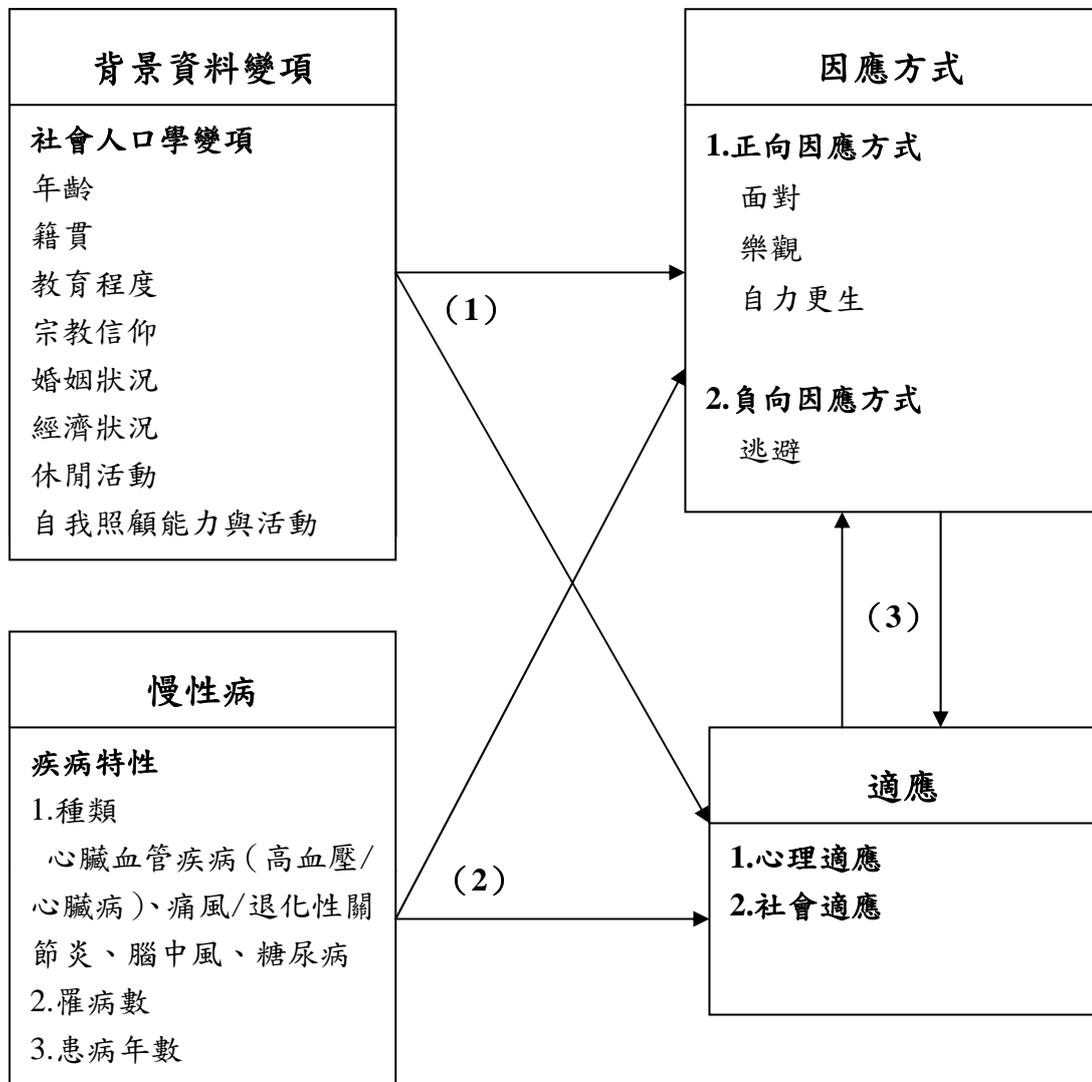


圖 3-1-1 『慢性病』之內住榮民因應方式及心理社會適應之研究架構圖

一、研究路徑（1）旨在探討：

1.1 榮民之家內住榮民慢性病之現況。

1.2 不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應的差異情形。

二、研究路徑（2）旨在探討：

2.1 榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形。

2.2 內住榮民罹患不同的慢性病之因應方式與適應的差異情形。

三、研究路徑（3）旨在探討：

慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的關係。

第二節 研究假設

一、不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式及適應情形因個人不同背景變項（社會人口學變項、疾病特性）之不同而有所差異。

（一）不同背景變項之慢性病榮民在面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應各層面上有所差異。

（二）不同背景變項之慢性病榮民在心理適應、社會適應各層面上有所差異。

二、榮民之家內住榮民罹患不同的慢性病其因應方式與適應情形有差異。

（一）內住榮民罹患不同的慢性病在面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應各層面與心理適應上有差異。

（二）內住榮民罹患不同的慢性病在面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應各層面與社會適應上有差異。

三、榮民之家內住榮民之慢性病在因應方式與適應情形呈顯著相關。

（一）內住榮民之慢性病在面對因應、樂觀因應、自立更生因應各層面與心理、社會適應上呈顯著正相關。

（二）內住榮民之慢性病在逃避因應各層面與心理、社會適應上呈顯著負相關。

第三節 研究對象

因行政支援、人力、經費之考量，本研究採立意取樣，選取中部地區之一家的榮民之家的內住榮民，內住榮民共有 567 位（扣除住院、大陸探親、請假），實際住在榮家之內住榮民共計 462 位，其問卷調查以內住榮民為研究對象，受試者需符合選樣條件外並且同意或志願參加研究者，共計樣本數為 300 位；而深度訪談對象從這 300 位中立意取樣選取同意或志願參加研究訪談，共有 10 名內住榮民接受訪談。其選樣條件為：

- 一、經醫師診斷為慢性病患者。
- 二、意識清楚，能夠用國、台語溝通者。
- 三、排除癌症及精神疾病患者（排除失智症）。
- 四、經說明研究目的之後，受試者同意參與本研究者。

第四節 研究工具

本研究以結構式問卷調查及質性研究法中的深度訪談為之。其問卷包括三部份，分別為慢性病榮民之背景變項資料（社會人口學變項、疾病特性）、因應方式量表、適應量表；其深度訪談依文獻探討後擬以半結構式訪談大綱，做為訪談依據。其結構式問卷調查及質性研究法中的深度訪談之資料分析後，互相印證，以增加研究的嚴謹度及價值。

壹、問卷內容：

一、背景變項資料

（一）社會人口學變項

包括研究對象之年齡、籍貫、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動。

（二）疾病特性

包括研究對象之患病種類、患病年數、罹病數。

二、因應方式量表

研究者選定何延鑫（2002）因應量表分為八種分量表來測量糖尿病患者的因應方式分別為：

- （一）正向因應方式：面對、樂觀、自力更生、尋求支持、緩和。
- （二）負向因應方式：逃避、宿命論、情緒化。每一項依受試者回答所使用的頻率加以計分，「從不如此」1分，「有時如此」2分，「經常如此」3分，「總是如此」4分，分數越高，表示受試者越常使用該項因應方式。
- （三）研究工具信效度

1. 效度考驗：研究者選用何延鑫（2002）因應量表共 29 題，進行預試問卷（Pilot study），其預試之問卷資料 160 份進行項目分析，由表 3-4-1 可知項目分析的結果，在周文欽（2002）表示決斷值大於 3.0 者，即可被接受；而在王保進（2006）其決斷值以 3.5 為標準；與指導教授討論後及基於篩檢適當問卷題目為考量，選取決斷值大於 3.0，相關係數達.30 以上，且達.01 顯著差異的題目，依據分析結果，刪除第 8、13、14、15、16、17、18、19、21、22 題，共刪除 10 題，但第 6、7、11 題其決斷值未大於 3，但相關係數達.30 以上，且達.01 顯著差異，經與指導教授討論後，發現這 3 題在因應方式中具有重要的意義，若刪除會影響量表的信效度，故仍予以保留，因此正式問卷題目總共選取 19 題，將題目 19 題進行正式問卷；正式問卷完成後，進行因素分析，以主成分分析法（Principal Components Solution）進行因素的抽取，特徵值（Eigenvalue）大於 1 作為因素選取的標準，本量表之四個因素彼此相關係數中以直接斜交法進行轉軸。在因素負荷量的取捨標準以負荷量大於.40，研究者依據分析結果，將量表題目重新歸類分為四成份（分量表）：面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應；面對因應題數為第 1、2、3、4、12、13、14、15、17；樂觀因應題數為第 8、9、10、11、16 題；自立更生因應題數為第 18、19 題；逃避因應題數為第 5、6、7 題，取各因素累積解釋量達 69.323%，顯示此問卷的效度良好。

表3-4-1 因應方式量表項目分析摘要表

題號	決斷值	與量表之相關	取捨	題號	決斷值	與量表之相關	取捨
1	-8.261	.702***		16	-.258	.041	刪除
2	-9.230	.757***		17	.281	-.037	刪除
3	-7.600	.715***		18	-.779	.018	刪除
4	-7.439	.672***		19	.364	-.067	刪除
5	-3.317	.373**		20	-5.778	.610***	
6	-1.719	.371**		21	-1.179	.128	刪除
7	-2.307	.405***		22	.431	.048	刪除
8	1.658	-.162	刪除	23	-7.013	.663***	
9	-3.843	.497***		24	-5.878	.555***	
10	-5.153	.602***		25	-5.119	.554***	
11	-2.574	.324**		26	-5.389	.576***	
12	-3.754	.442***		27	-5.553	.570***	
13	2.024	-.291*	刪除	28	-8.340	.736***	
14	1.688	-.222	刪除	29	-5.645	.587***	
15	1.337	-.222	刪除				

*** $p < 0.001$ ，** $p < 0.01$ ，* $p < 0.05$

2. 信度考驗：本研究完成因素分析並修定後，其因應方式總量表內在一致性信度之Cronbach α 為：.9169；其面對因應分量表內在一致性信度之Cronbach α 為：.9110；樂觀因應分量表內在一致性信度之Cronbach α 為：.8761；自立更生因應分量表內在一致性信度之Cronbach α 為：.8696；逃避因應分量表內在一致性信度之Cronbach α 為：.7826；本量表具有很好之信度。本量表因應量表因素分析及信度考驗之結果如3-4-2所示：

表3-4-2 因應方式量表因素分析及信度考驗結果摘要表

因素項目	題號	因素負荷量	特徵植	累積解釋量	分量表 α 係數	總量表 α 係數
因素一 (面對因應)	1	.903				
	2	.901				
	3	.770				
	4	.801				
	12	.565	8.118	42.724	.9110	
	13	.715				
	14	.647				
	15	.717				
因素二 (樂觀因應)	17	.548				
	8	.908				.9169
	9	.912				
	10	.918	2.392	55.313	.8761	
	11	.617				
因素三 (逃避因應)	16	.666				
	5	.807				
	6	.859	1.527	63.349	.7826	
因素四 (自立更生因應)	7	.833				
	18	-.885	1.135	69.323	.8696	
	19	-.875				

本量表的因素分類與命名方面，研究者在因應方式量表中修訂的量表因素的命名上參考原作者何延鑫（2002）來命名，將因素分析抽取的因素分別命名為：因素一：「面對因應」；因素二：「樂觀因應」；因素三：「逃避因應」；因素四：「自立更生因應」。

三、適應量表

本研究以心理及社會層面之適應為研究重點，因此研究者選定林美伶（2005）老人生活適應量表，將量表分為心理及社會層面之適應：

- (一) 心理適應：心理適應共有 8 題，包括罹病之感受、情緒反應、主觀生活滿意度、自我概念。採四點計分法，回答「總是如此」者給予 1 分，回答「經常如此」者給予 2 分、回答「偶爾如此」者給予 3 分、回答「從未如此」者給予 4 分，第 1、2、4、6、8 題採正向計分，第 3、5、7 題採反向計分，得

分愈高者，表示心理適應愈好。

(二) 社會適應：社會適應共有 5 題，包括人際關係、休閒及社交生活、自覺經濟狀況。採四點計分法，回答「總是如此」者給予 1 分，回答「經常如此」者給予 2 分、回答「偶爾如此」者給予 3 分、回答「從未如此」者給予 4 分，第 3 題採正向計分，第 1、2、4、5 題採反向計分，得分愈高者，表示社會適應愈好。

(三) 研究工具信效度

1. 效度考驗：研究者選用林美伶（2005）適應量表共 13 題，進行預試問卷（Pilot study），其預試之問卷資料 160 份進行項目分析，由表 3-4-3 可知項目分析的結果，在周文欽（2002）表示決斷值大於 3.0 者，即可被接受；而在王保進（2006）其決斷值以 3.5 為標準；與指導教授討論後及基於篩檢適當問卷題目為考量，選取決斷值大於 3.0，相關係數達 .30 以上，且達 .01 顯著差異的題目，依據分析結果，刪除第 9 題，因此正式問卷題目總共選取 12 題，進行正式問卷。正式問卷完成後，進行因素分析，以主成分分析法（Principal Components Solution）進行因素的抽取，特徵值（Eigenvalue）大於 1 作為因素選取的標準，本量表之兩個因素彼此相關係數中以直接斜交法進行轉軸。在因素負荷量的取捨標準以負荷量大於 .40，研究者依據分析結果，將量表題目重新歸類分為二成份（分量表）：心理適應題數為第 1 題至第 8 題共 8 題；社會適應題數為第 9 題至第 12 題共 4 題；取各因素累積解釋量達 51.897%，顯示此問卷的效度良好。

表3-4-3 適應量表項目分析摘要表

題號	決斷值	與量表之相關	取捨	題號	決斷值	與量表之相關	取捨
1	-5.186	.677***		8	-4.737	.641***	
2	-4.479	.446***		9	-2.398	.316**	刪除
3	-4.251	.380**		10	-5.226	.532***	
4	-3.501	.367**		11	-5.288	.578***	
5	-3.629	.522***		12	-3.486	.387***	
6	-4.225	.561***		13	-4.747	.402***	
7	-5.519	.712***					

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

2. 信度考驗：本研究內在一致性信度之Cronbach α 分別為心理適應.7369、社會適應.5375，適應量表內在一致性信度之Cronbach α 為：.7515；本量表具有適切之信度。本量表因應量表因素分析及信度考驗之結果如3-4-4所示：

表3-4-4 適應量表因素分析及信度考驗結果摘要表

因素項目	題號	因素負荷量	特徵植	累積解釋量	分量表 α 係數	總量表 α 係數
因素一 (心理適應)	1	.675				
	2	.668				
	3	.547				
	4	.708	3.858	32.147	.7369	
	5	.657				
	6	.652				.7515
	7	.667				
	8	.573				
因素二 (社會適應)	9	.687				
	10	.617	2.370	51.897	.5375	
	11	.702				
	12	.611				

本量表的因素分類與命名方面，研究者在適應量表中量表因素的命名上參考原作者林美伶（2005）來命名，將因素分析抽取的因素分別命名為：因素一：「心理適應」；因素二：「社會適應」。

貳、深度訪談

質性研究把現實世界看成一個複雜不是用單一變項或因素所能解釋的現象，此現象受環境此情境中主角的主觀解釋彼此間互動所組成。質性研究是透過自然研究作真實世界的觀察、探索、開發、意義追尋；經由歸納分析，脈絡情境的敏覺性與完整的觀察，且注意動態的歷程（胡幼慧，1996；簡春安、鄒平儀，2004）。

質性研究的資料為詳盡的描述，深度的探究，個體的個人觀點切實掌握，以及經驗的直接引述；其最重要的資料來源就是訪談，其係為發現及瞭解受訪者心中想法，研究者盡量去接近受訪者的觀點與取向。目的為設法從受訪者口中找到一些研究者無法直接觀察到的事件及看法。在觀察中，研究者無法理解受訪者如何組織他的自我內

心深層世界，亦無法清楚瞭解受訪者對各種事件所賦予的意義，需藉由訪談，研究者才可進入受訪者的觀點世界裡（簡春安、鄒平儀，2004）。

依文獻探討後擬以半結構式訪談大綱，做為質性研究法中的深度訪談依據。訪談大綱擬分為三個面向來探討：

- 一、基本資料：研究對象之年齡、籍貫、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動、患病種類、患病年數、罹病數。
- 二、因應方式：罹患慢性病其如何因應。
- 三、心理及社會適應：罹患慢性病在其心理及社會層面如何適應。

參、研究者

自然主義典範認為，無論以什麼方式控制，研究者之主觀價值必會影響研究。尤其是在質性研究中，研究者本身是主要研究工具，研究者本身的生活背景經驗、價值、信念，都會涉入研究歷程當中（丁雪茵，1996）。研究者在研究歷程中必須不斷反省並認清自己的觀點與立場，以及對於研究所造成的影響，幫助自己看到研究的侷限性，進一步提供讀者對於研究者研究觀點的瞭解（郭麗馨，2002）。以下從研究者的自我檢核、研究者的角色定位來分別探討：

一、研究者的自我檢核

（一）研究者之經歷背景為從事老人照護工作 14 年，且在眷村長大，從小耳濡目染榮民先生之文化脈絡及生活習性；且與榮民相處密切（因父親也是榮民）；目前也在榮家工作；因此對榮民之家內住榮民有一定程度的瞭解，同時也閱讀相關文獻進而對內住榮民有更深一層的瞭解與認識。

（二）研究者曾修習「質性研究法」，參照研究主題及目的後，在授課的老師及指導教授指導下，因此研究者具有根本程度的掌握與基礎操作能力，來分析解釋深度訪談資料。

二、研究者的角色定位

(一) 研究訪談過程中，研究者同時扮演研究者及訪談員的角色，直接與受訪者採取面對面的訪談，運用溝通技巧，向受訪者說明研究主題、目的及訪談方式、訪談時間；若受訪者發覺疲累不適或有情緒反應時，則隨時得以休息或中斷訪談，也對受訪者情緒部分適時的給予接納及同理。

(二) 研究者在研究過程中，不斷的自我反省，保持高度敏感性，避免一味以自己的角度來詮釋研究對象的行為表現，對其現象的描述盡量存而不論，不把事實成為理所當然，並重新釐清自己的定位，以降低研究的侷限及不當的影響，進而有助於研究的本質得以自由的呈現，期望在整個研究過程發現事實經驗及現象意義。

第五節 研究步驟

壹、行政連繫

首先需向中部地區之一的榮民之家之機構提出研究計畫申請公文，說明研究主題、目的、收案方式及資料保密（研究倫理）之事項，徵得機構相關部門之同意，協助本研究之資料收集工作。

貳、預試及正式施測

於民國 95 年 12 月 1 日至 96 年 1 月 5 日完成預試，正式施測時間為 96 年 1 月 10 日至 2 月 28 日止，研究者親自於機構中收案；訪談前，研究者先已醫師溝通協調，請醫師協助篩選個案，若符合本研究之研究對象，才予以繼續進行訪談。在問卷調查進行前先徵求受訪者之同意後才進行問卷訪問及深度訪談；因本研究之研究對象平均年齡為 82.39 歲，而在正式問卷中，由研究者及機構直接照護榮民之責任區護士協助問卷調查，因為責任區護士與榮民先生已建立良好的治療性關係，對該責任區榮民瞭解也較深入，如此進行可盡量克服問卷調查之困難；就問卷調查而言，研究者在正式問卷調查研究前先作訪員訓練及研究過程之說明，以達問卷結果之一致性。訪談過程

中，研究者先自我介紹，說明研究目的、進行方式與所需時間及錄音事項，並告知受訪者問卷不需具名，問卷結果純粹做為學術之用途，且內容不會對外公開，請受訪者可以安心回答，若填答中有受訪者發覺疲累不適或有情緒反應時，則隨時得以休息或中斷訪談。

參、問卷回收與整理

問卷回收，預試問卷共完成問卷 160 份；其正式問卷共完成 300 份，有效問卷為 275 份 (91.67%)；將問卷編號，譯碼後將資料輸入電腦中。

肆、深度訪談與整理

依選樣條件選定具代表性之慢性病患者共計 10 位，進行半結構式深度訪談，礙於研究對象平均年齡為 82.39 歲，注意力及表達、認知能力有限，因此研究者依受訪者身、心、社會狀況，進行 25-50 分鐘的訪談時間，以文獻探討為依據，自擬訪談大綱進行訪談，訪談後轉譯為逐字稿，將資料編碼後輸入電腦。

第六節 資料處理與分析統計

將問卷所得之資料進行整理、編碼，再鍵入電腦建立檔案，使用 SPSS10.0 統計套裝軟體進行資料統計分析及深度訪談後轉譯為逐字稿，將資料編碼後輸入電腦分析互相印證。本研究之統計分析的顯著水準 α 值為 0.05。其研究採用下列幾種方法分析資料：

一、描述性統計：描述各變項之分布情形時，以次數分配、最大值、最小值、百分率、平均值、標準差等敘述之。

二、推論性統計：

(一) 獨立樣本 t 檢定：背景變項資料因分配不均，因此研究者把背景變項之各項變數之平均數做為分割點區，分為二個水準做為自變項，探討

內住榮民在因應方式與適應的各層面之差異情形，以驗證研究假設一；以及探討內住榮民罹患不同的慢性病種類、慢性病數目多寡在因應方式與適應之差異情形之探討，以驗證研究假設二。

(二) 單因子變異數 (One-way ANOVA) 分析：主要考驗三個或三個以上獨立樣本觀察值之各組平均數 (means) 彼此間是否相等；探討內住榮民罹患不同的慢性病年數在因應方式與適應之差異情形之探討，若有差異情形，變異數分析中 F 考驗達顯著者，則進行事後比較考驗 (Scheff'e 法比較檢定)，以驗證研究假設二。

(三) 相關分析：以皮爾遜積差相關分析及典型相關分析來探討其因應方式與適應各層面彼此間之相關分析，以驗證研究假設三。

1. 皮爾遜積差相關：積差相關適用於兩個變項均為連續變項，其兩個變項之間的相關係數與相關程度 (吳明隆、涂金堂，2006)。

2. 典型相關：典型相關分析在探討兩組變項間的關係，而這兩組變項各有兩個以上的變數；典型相關即在求出一組 X 變項 (自變項或稱控制變項) 與一組 Y 變項 (依變項) 間是否有顯著關係；亦在求出兩個以上 X 變項與兩個以上 Y 變項間的線性組合，使其簡單相關達到最大 (吳明隆、涂金堂，2006)。

依研究目的及研究問題，將統計方法於表 3-6-1：

表 3-6-1 研究目的、研究問題、研究變項與統計方法一覽表

研究目的	研究問題	研究假設	統計方法
1. 瞭解榮民之家內住榮民慢性病之現況。	1.1 榮民之家內住榮民慢性病之現況為何？		次數分配、最大值、最小值
2. 瞭解榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形	2.1 榮民之家慢性病榮民之因應方式為何？ 2.2 榮民之家慢性病榮民之適應情形為何？		平均值、標準差
3. 瞭解不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應的差異情形	3.1 不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式是否會因個人不同背景變項(社會人口學變項、疾病特性)之不同而有所差異？ 3.2 不同背景變項榮民之家慢性病榮民適應情形是否會因個人不同背景變項(社會人口學變項、疾病特性)之不同而有所差異？	3.1 不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式因個人不同背景變項(社會人口學變項、疾病特性)之不同而有所差異。 3.2 不同背景變項榮民之家慢性病榮民適應情形因個人不同背景變項(社會人口學變項、疾病特性)之不同而有所差異。	平均值、標準差 獨立樣本 t 檢定
4. 瞭解榮民之家內住榮民罹患不同的慢性病之因應方式與適應的差異情形。	4.1 內住榮民罹患不同的慢性病—心臟血管疾病(高血壓/心臟病)、痛風/退化性關節炎、腦中風、糖尿病之數目、年數及種類其因應方式是否會有差異？ 4.2 內住榮民罹患不同的慢性病—心臟血管疾病(高血壓/心臟病)、痛風/退化性關節炎、腦中風、糖尿病之數目、年數及種類其適應情形是否會有差異？	4.1 內住榮民罹患不同的慢性病—心臟血管疾病(高血壓/心臟病)、痛風/退化性關節炎、腦中風、糖尿病之因應方式會因不同數目、年數及慢性病種類而有差異。 4.2 內住榮民罹患不同慢性病—心臟血管疾病(高血壓/心臟病)、痛風/退化性關節炎、腦中風、糖尿病之適應情形會因不同數目、年數及慢性病種類而有差異。	獨立樣本 t 檢定 單因子變異數分析(One-way ANOVA) Scheff'e 法事後比較檢定
5. 探討榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的關係	榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的關係為何？	榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形呈顯著相關。	皮爾遜積差相關 典型相關

三、深度訪談資料分析

本研究在徵得訪談對象的同意後，採全程錄音方式，在將訪談內容轉謄為逐字稿，在進行資料分析。參考胡幼慧(1996)質性研究—理論、方法及本土女性研究，進行步驟如下：

(一) 開放性編碼：以發展核心概念

閱讀逐字稿內容，並加以逐句分析、檢示、比較、概念化，進而找出與研究問題有關之關鍵字句，並將稱為有意義的單元，以利發展出核心概念。

(二) 主軸性編碼：以形成分項主題

根據研究主要內涵：慢性病、因應方式、心理社會適應、情境脈絡與過程問題，進而找出具有群聚特性的類別或概念，並將各範疇組織連繫起來，以形成分項主題。



第四章 研究結果與討論

本研究旨在探討中部地區之一家榮民之家內住榮民，在罹患慢性病過程中心理及社會適應之研究，並就不同背景變項及慢性病之差異性進行探討分析。本章主要目的根據本研究受測者在「榮民之家慢性病之內住榮民心理社會適應」問卷上填答統計及深度訪談資料之結果進行分析及討論。全章共分為五節：第一節：內住榮民背景變項之描述性分析；第二節：內住榮民慢性病現況、因應方式及適應分析；第三節：不同背景變項慢性病內住榮民因應方式與適應差異情形之探討；第四節：內住榮民罹患不同的慢性病種類、年數及慢性病多寡之因應方式與適應差異情形之探討；第五節：慢性病之內住榮民在因應方式與適應之相關分析。茲分述如下：

第一節 內住榮民背景變項之描述性分析

根據調查所得的 300 份問卷，有效問卷 275 份，本節將背景變項資料分為兩部分來說明：一為社會人口學變項，二為疾病特性；其研究方法以次數分配、百分比、平均數、標準差、最大值、最小值分析之：(見表 4-1-1, 4-1-2)

壹、社會人口學變項

- 一、年齡：年齡分佈介於 65-95 歲之間，平均年齡 82.39 歲。以 75-84 歲居多佔 164 位 (59.6%)，其次為 85 歲以上佔 99 位 (36%)，65-74 歲最少佔 12 位 (4.4%)。
- 二、籍貫：以外省居多佔 268 位 (97.5%)，其次為本省佔 7 位 (2.5%)。
- 三、教育程度：以識字，但未接受學校教育佔最多有 130 人 (47.2%)，其次為小學畢業佔 50 人 (18.2%)，不識字佔 42 人 (15.3%)，高中〈職〉畢業佔 15 人 (5.5%)，專科/大學畢業以上最少佔 6 人 (2.2%)。
- 四、宗教信仰：以無宗教信仰最多佔 186 人 (67.6%)，其次為佛教佔 75 人 (27.3%)，道教佔 6 人 (2.2%)，基督教佔 5 人 (1.8%)，其他佔 2 人 (0.7%)，天主教佔最少 1 人 (0.4%)。
- 五、婚姻狀況：以未婚者最多佔 220 人 (80%)，其次為已婚者 39 人 (14.2%)，喪偶

者佔 8 人 (2.9%)，離婚者 7 人 (2.5%)，分居者最少佔 1 人 (0.4%)

六、經濟狀況：以榮民就養金最多佔 180 人 (65.5%)，其次為退休金〈終身俸、保險金〉佔 94 人 (34.1%)，子女提供佔最少 1 人 (0.4%)。

七、休閒活動：以日常休閒活動最多佔 180 人 (65.5%)，其次為沒有休閒活動佔 52 人 (18.9%)，社團活動佔 33 人 (12.0%)，其他佔最少 10 人 (3.6%)。

八、自我照顧能力與活動：以 19-24 分最多佔 244 人 (92.7%)，其次為 13-18 分佔 20 人 (7.3%)，6-12 分最少佔 11 人 (4.0%)。

貳、疾病特性

一、罹患慢性病種類：以一種為最多佔 132 人 (48%)，其次為二種佔 88 人 (32%)，三種佔 42 人 (15.3%)，四種以上最少佔 13 人 (4.7%)。

二、由表 4-1-2 可得知，在年齡變項中最大值為 95 歲、最小值為 65 歲，平均數為 82.39 歲 (SD=5.10)；籍貫變項最大值為 2 (本省)、最小值為 1 (外省)，平均數為 1.03 (SD=0.16)；教育程度最大值為 6 (專科/大學畢業以上)、最小值為 1 (不識字)，平均數為 2.51 (SD=1.18)；宗教信仰最大值為 6 (其他)、最小值為 1 (無宗教信仰)，平均數為 1.44 (SD=0.85)；婚姻狀況最大值為 5 (分居)、最小值為 1 (未婚)，平均數為 1.29 (SD=0.68)；經濟狀況最大值為 4 (領榮民就養金)、最小值為 1 (子女提供)，平均數為 3.65 (SD=0.50)；休閒活動最大值為 4 (其他)、最小值為 1 (沒有休閒活動)，平均數為 2.54 (SD=0.84)；自我照顧能力與活動最大值為 24 分、最小值為 6 分，平均數為 22.42 分 (SD=3.49)；慢性病數目最大值為 5 種、最小值為 1 種，平均數為 1.78 種 (SD=0.91)。

表 4-1-1 內住榮民背景變項之分布 (N=275)

變項名稱	類別	次數	百分比〈%〉
1. 年齡	65-74 歲	12	4.4%
	75-84 歲	164	59.6%
	85 歲以上	99	36%
2. 籍貫	外省	268	97.5%
	本省	7	2.5%
3. 教育程度	不識字	42	15.3%
	識字，但為接受學校教育	130	47.2%
	小學畢業	50	18.2%
	國〈初〉中畢業	32	11.6%
	高中〈職〉畢業	15	5.5%
	專科/大學畢業以上	6	2.2%
4. 宗教信仰	無	186	67.6%
	佛教	75	27.3%
	基督教	5	1.8%
	天主教	1	0.4%
	道教	6	2.2%
	其他	2	0.7%
5. 婚姻狀況	未婚	220	80%
	已婚	39	14.2%
	喪偶	8	2.9%
	離婚	7	2.5%
	分居	1	0.4%
6. 經濟狀況	子女提供	1	0.4%
	退休金〈終身俸、保險金〉	94	34.1%
	榮民就養金	180	65.5%
7. 休閒活動	沒有	52	18.9%
	社團活動	33	12.0%
	日常休閒	180	65.5%
	其他	10	3.6%
8. 自我照顧能力與活動	6-12 分	11	4.0%
	13-18 分	20	7.3%
	19-24 分	244	92.7%
9. 慢性病數目	1 種	132	48%
	2 種	88	32%
	3 種	42	15.3%
	4 種以上	13	4.7%

表 4-1-2 內住榮民背景變項之描述分析 (N=275)

變項名稱	N	最小值	最大值	平均數	標準差
年齡	275	65	95	82.39	5.10
籍貫	275	1	2	1.03	0.16
教育程度	275	1	6	2.51	1.18
宗教信仰	275	1	6	1.44	0.85
婚姻狀況	275	1	5	1.29	0.68
經濟狀況	275	1	4	3.65	0.50
休閒活動	275	1	4	2.54	0.84
自我照顧能力與活動	275	6	24	22.42	3.49
慢性病數目	275	1	5	1.78	0.91

資料來源：本研究整理

參、綜合討論

- 一、內住榮民之社會人口學變項，在年齡變項而言，平均年齡 82.39 歲，而台灣老年人口數已達 W.H.O 之「老人國」，隨著高齡化社會的來臨，老化及慢性病的問題須要受到重視；且研究對象平均年齡，在老年期之分期為中老年人（75-84 歲），其老年人（85 歲以上）亦佔 36%，其研究結果值得重視；而籍貫、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況等變項，因為研究對象為內住榮民，榮民在時代背景（戰亂、大陸來台）及文化風俗衝擊下，以外省、識字，但未接受學校教育、無宗教信仰、且未婚者最多。
- 二、內住榮民之社會人口學變項，在經濟狀況變項而言，依退輔會制定「退除役官兵就養安置辦法」，明訂傷殘、老年（年滿 61 歲）、無工作能力及生活無著者，得申請進住榮譽國民之家（簡稱榮民之家或榮家），此即為所謂「全部供給制」，生活各項所需均由榮家提供；其就養給與，依 93 年的標準，為每月 13,550 元。因此研究對象在經濟上每月定期有政府補助來因應生活所需；而在休閒活動方面，因平均年齡高，大都以日常休閒活動（如看電視、看報紙、運動、團康活動等）為主。

三、自我照顧能力與活動變項，指個體能自行執行日常生活活動（Activity of Daily Living, 簡稱 ADL）指沐浴、穿脫衣服、進食、上廁所、上下床走動、大小便控制共六項；採四點量尺：完全依賴、大部份依賴、小部份依賴、完全獨立，分別計以 1—4 分，總分 24 分，得分越高，生活獨立性越高，生活依賴度越低（劉淑娟，1998）。在本研究中，以 19-24 分者佔 244 人（92.7%）最多，因此研究對象有中等程度以上之生活獨立性，來完成生活中的日常生活活動。

四、在疾病特性中，罹患慢性病種類變項，以罹患 1 種—2 種者為最多，平均每位內住榮民患有 1.78 種慢性疾病；與其尹祚芊（2002）及林惠生（1999）研究發現 65 以上的老年人有 51 % 患有兩種以上之慢性病之結果相呼應。

第二節 內住榮民慢性病現況、因應方式及適應分析

本節旨在探討內住榮民慢性病現況、因應方式及適應情形分析之研究，其研究方法以次數分配、百分比、平均數、標準差分析之：

壹、內住榮民慢性病現況分析：（見表 4-2-1）

一、高血壓：以罹患高血壓者佔 154 人（56.0%），無者佔 121 人（44.0%）；其中罹患高血壓者年數以 6-10 年佔最多 47 人（17.1%），其次為 11-15 年佔 42 人（15.3%），16-20 年佔 30 人（10.9%），21 年以上佔 21 人（7.6%），5 年以下最少佔 14 人（5.1%）。

二、心臟病：以罹患心臟病者佔 69 人（25.1%），無者佔 206 人（74.9%）；其中罹患心臟病者年數以 6-10 年佔最多 27 人（9.8%），其次為 11-15 年佔 14 人（5.1%），21 年以上佔 10 人（3.6%），16-20 年及 5 年以下佔最少各佔 9 人（3.3%）。

三、痛風性關節炎：以罹患痛風性關節炎者佔 20 人（7.3%），無者佔 255 人（92.7%）；其中罹患痛風性關節炎者年數以 6-10 年佔最多 9 人（3.3%），其次為 5 年以下佔 7 人（2.5%），11-15 年佔 3 人（1.1%），16-20 年佔最少 1 人（0.4%）。

- 四、退化性關節炎：以罹患退化性關節炎者佔 38 人(13.8%)，無者佔 237 人(86.2%)；其中罹患退化性關節炎者年數以 6-10 年佔最多 15 人 (5.4%)，其次為 5 年以下佔 14 人 (5.1%)，11-15 年佔 4 人 (1.5%)，21 年以上佔 3 人 (1.1%)，16-20 年最少佔 2 人 (0.7%)。
- 五、腦中風：以罹患腦中風者佔 32 人 (11.6%)，無者佔 243 人 (88.4%)；其中罹患腦中風者年數以 6-10 年佔最多 11 人 (3.9%)，其次為 5 年以下及 11-15 年各佔 9 人 (3.3%)，16-20 年佔 2 人 (0.7%)，21 年以上佔最少 1 人 (0.4%)。
- 六、糖尿病：以罹患糖尿病者佔 42 人 (15.3%)，無者佔 233 人 (84.7%)；其中罹患糖尿病者年數以 6-10 年佔最多 20 人 (7.2%)，其次為 11-15 年佔 9 人 (3.3%)，16-20 年佔 6 人(2.2%)，5 年以下佔 4 人(1.5%)，21 年以上佔最少 3 人(1.1%)。
- 七、呼吸系統疾病：以罹患呼吸系統疾病者佔 45 人(16.4%)，無者佔 230 人(83.6%)。
- 八、白內障：以罹患白內障者佔 9 人 (3.3%)，無者佔 266 人 (96.7%)。
- 九、各種潰瘍疾病：以罹患各種潰瘍疾病者佔 38 人(13.8%)，無者佔 237 人(86.2%)。
- 十、其他：以罹患其他疾病者佔 44 人 (16%)，無者佔 231 人 (84.0%)。

表 4-2-1 慢性病現況之描述分析 (N=275)

變項名稱	類別	次數	百分比〈%〉
1. 高血壓	無	121	44.0%
	有	154	56.0%
2. 罹患高血壓年數	5 年以下	14	5.1%
	6-10 年	47	17.1%
	11-15 年	42	15.3%
	16-20 年	30	10.9%
	21 年以上	21	7.6%
3. 心臟病	無	206	74.9%
	有	69	25.1%
4. 罹患心臟病年數	5 年以下	9	3.3%
	6-10 年	27	9.8%
	11-15 年	14	5.1%
	16-20 年	9	3.3%
	21 年以上	10	3.6%

變項名稱	類別	次數	百分比〈%〉
5. 痛風性關節炎	無	255	92.7%
	有	20	7.3%
6. 罹患痛風性關節炎年數	5 年以下	7	2.5%
	6-10 年	9	3.3%
	11-15 年	3	1.1%
	16-20 年	1	0.4%
	21 年以上	0	0%
7. 退化性關節炎	無	237	86.2%
	有	38	13.8%
8. 罹患退化性關節炎年數	5 年以下	14	5.1%
	6-10 年	15	5.4%
	11-15 年	4	1.5%
	16-20 年	2	0.7%
	21 年以上	3	1.1%
9. 腦中風	無	243	88.4%
	有	32	11.6%
10. 罹患腦中風年數	5 年以下	9	3.3%
	6-10 年	11	3.9%
	11-15 年	9	3.3%
	16-20 年	2	0.7%
	21 年以上	1	0.4%
11. 糖尿病	無	233	84.7%
	有	42	15.3%
12. 罹患糖尿病年數	5 年以下	4	1.5%
	6-10 年	20	7.2%
	11-15 年	9	3.3%
	16-20 年	6	2.2%
	21 年以上	3	1.1%
13. 呼吸系統疾病	無	230	83.6%
	有	45	16.4%
14. 白內障	無	266	96.7%
	有	9	3.3%
15. 各種潰瘍疾病	無	237	86.2%
	有	38	13.8%
16. 其他慢性病	無	231	84.0%
	有	44	16.0%

資料來源：本研究整理

貳、內住榮民慢性病因應方式分析

因應量表分為面對、樂觀、自立更生、逃避等四個層面，本研究之「因應量表」採 Likert 四點計分，每題 4 分，最低 1 分；由表 4-2-3 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數與標準差。由摘要表可歸納出以下幾點：

一、內住榮民慢性病因應方式整體反應總平均值為 41.41 (SD=9.56)，單題平均值為 2.13 (SD=1.90) 約居於中等程度範圍。

二、在其四個層面中，以「樂觀因應」層面的得分 (M=2.52) 最高；其次為「自立更生因應」層面的得分 (M=2.24)；而「逃避因應」層面的得分 (M=1.58) 為最低。

三、而各層面的反應情形，從每題得分平均值分別是：面對因應方式為 2.18 (SD=0.60)；樂觀因應方式為 2.52 (SD=0.67)；自立更生因應方式為 2.24 (SD=0.70)；逃避因應方式為 1.58 (SD=0.67)。顯示內住榮民對慢性病之因應方式以樂觀因應為最常使用之因應方式；顯示內住榮民對慢性病之因應方式趨於正向因應。這一點可以從本研究訪談內住榮民（個案二及個案三）談話分享中獲得些許說明及輝映：

我 (83 歲) 得的這個病 (高血壓、心臟病、腦中風、糖尿病) 是這樣子，你不得這個病，還是有其他人得這個病，我得這個病這就是該我應該得的，事情沒來就小心，若事情來了我就面對他、不要怕，該來就會來 (個案二)。

而另一位受訪者也表示，*我 (88 歲) 遇到事情就解決，得病 (高血壓及退化性關節炎) 就得病，就面對 (個案三)。*

表 4-2-2 內住榮民慢性病因應方式之現況分析摘要表 (N=275)

變項名稱	題項數	層面 平均數	層面 標準差	單題 平均數	單題 標準差	排序
面對因應	9	19.59	5.44	2.18	0.60	3
樂觀因應	5	12.60	3.34	2.52	0.67	1
自立更生因應	2	4.49	1.40	2.24	0.70	2
逃避因應	3	4.73	2.02	1.58	0.67	4
合計	19	41.41	9.56	2.13	1.90	

參、內住榮民慢性病適應分析

適應量表分為心理及社會適應兩個層面，本研究之「適應量表」採 Likert 四點計分，每題 4 分，最低 1 分；由表 4-2-4 為中部地區一家榮民之家內住榮民慢性病受試樣本在適應量表上得分之平均數與標準差。由摘要表可得知，內住榮民適應整體反應總平均值為 32.98 (SD=4.98)，單題平均值為 2.71 (SD=0.82)，約居於中等程度範圍，顯示內在榮民心理社會適應情形頗高，這一點可以從本研究訪談內住榮民(個案三及個案五)談話分享中獲得些許說明：

我(91歲)心理放的很開，有病(退化性關節炎及攝護腺肥大)就有病沒關係，無所謂，心裡很開通，都不會哭，像有些人有病就阿阿叫，我都不叫，再痛我都忍耐，生活上有與其他榮民聊天、看電視、看報紙，滿意目前的生活(個案五)。

而另一位受訪者也表示，*我(88歲)得病(退化性關節炎及高血壓)後沒什麼改變，生活上沒什麼不方便，也不會因為得病後就不跟人說話及互動，對目前生活覺得還可以(個案三)。*

兩位受訪者年齡皆為老老年人，且有兩種慢性病，對罹病的感受皆為正向反應，在適應層面上表示良好、滿意目前的生活。

就兩個層面比較來看：心理適應 (M=2.84) 大於社會適應 (M=2.57)，因此內住榮民心理適應比社會適應高。而各層面的反應情形，從單題得分平均值分別是：心理適應為 2.84 (SD=0.46)；社會適應為 2.57 (SD=0.47)。

表 4-2-3 內住榮民慢性病之適應現況分析摘要表 (N=275)

變項名稱	題項數	層面	層面	單題	單題	排序
		平均數	標準差	平均數	標準差	
心理適應	8	22.69	3.17	2.84	0.46	1
社會適應	4	10.29	1.86	2.57	0.47	2
合計	12	32.98	4.98	2.71	0.82	

肆、綜合討論

依據問卷調查 300 份，有效問卷 275 份；由 4-2-1 及 4-2-2 得知本研究其（一）內住榮民至少有一種（包含一種）以上的慢性病，平均每人罹病數為 1.78 種；（二）罹患高血壓(56%)比率最高，其次為心臟病(25.1%)、呼吸系統疾病(16.4%)、糖尿病(15.3%)、退化性關節炎(13.8%)、腦中風(11.6%)，比其他國內研究高出許多；與高麗弘（2003）及劉淑娟（1999）研究顯示(1)平均每人罹病數為 2.27 種-4.02 種；(2)罹患高血壓比率最高，其次為心臟病、肌肉骨骼關節病、糖尿病；(3)罹病率為 97.7%，與本研究之結果相輝映。

本研究內住榮民對慢性病之因應方式依序是樂觀因應、自立更生因應、面對因應，以逃避因應最少使用；此與張麗銀（1995）研究中某醫學中心，以立意取樣方式共收集 82 位慢性阻塞性肺部疾病門診患者之因應方式與功能狀況關係之探討結果顯示慢性阻塞性肺部疾病患者最有效約三個因應類型依序是樂觀、支持性、面對；最無效約三個因應類型依序是情緒性、宿命論、逃避，其因應方式與本研究結果相呼應。

又在何延鑫（2002）研究某醫學中心糖尿病患者之心理社會適應、因應方式與衛教需求評估，共得有效問卷 215 份，結果顯示糖尿病患者心理社會適應以健康照顧適應最好，且糖尿病患者使用正向因應方式比負向之因應方式多，最常使用樂觀因應，最少使用情緒化因應方式；與本研究結果相符。因此內住榮民不因背景文化及省籍的不同，在面臨慢性病的衝擊考驗下，大都是仍以正向因應方式來處理慢性病的問題，破除老化及慢性病負面之迷思；使老年人瞭解自身處境，使能有積極的正面態度、持續個人的生態生涯，過著更有意義及尊嚴的生活。

第三節 不同背景變項慢性病內住榮民因應方式與適應差異情形之探討

本節在探討不同背景變項慢性病內住榮民在因應方式與適應的各層面是否有顯著之差異，其研究方法以平均數、標準差、獨立樣本 t 考驗分析之。因背景變項資料包括研究對象之年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動及患病種類、罹病數，經由描述性統計之次數分配(表 4-1-1)顯示分配不均，因此研究者將背景變項資料之各項變數之平均數做為分割點區，分為二個水準做為自變項，探討內住榮民在因應方式與適應的各層面之差異情形，以驗證研究假設一。

壹、不同背景變項慢性病內住榮民在因應方式上差異探討

一、年齡變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-3-1 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項年齡與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準($t=-1.11$, $p>.05$)，顯示不同的年齡在因應方式總表現上無顯著差異；而因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-3-1 年齡變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	≥82 歲	133	19.21	5.46	-1.13
	<82 歲	142	19.95	5.42	
樂觀因應	≥82 歲	133	12.56	3.21	-0.19
	<82 歲	142	12.64	3.46	
自立更生因應	≥82 歲	133	4.35	1.33	-1.54
	<82 歲	142	4.61	1.46	
逃避因應	≥82 歲	133	4.63	1.86	-0.82
	<82 歲	142	4.83	2.15	
整體因應方式	≥82 歲	133	40.76	9.16	-1.11
	<82 歲	142	42.04	9.92	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

二、籍貫變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-3-2 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項籍貫與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示不同省籍在因應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-1.17$, $p>.05$)；而因應量表中不同省籍在面對因應層面上有達顯著水準 ($t=2.04$, $p<.05$)，從平均數得知內住榮民本省籍 ($M=23.71$, $SD=7.06$) 採用面對因應方式顯著高於外省籍 ($M=19.49$, $SD=5.37$)；而樂觀因應、自立更生因應、逃避因應層面，三個層面表現上未達顯著性差異。

表 4-3-2 籍貫變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	外省	268	19.49	5.37	2.04*
	本省	7	23.71	7.06	
樂觀因應	外省	268	12.62	3.35	-0.48
	本省	7	12.00	2.65	
自立更生因應	外省	268	4.47	1.41	0.98
	本省	7	5.00	1.00	
逃避因應	外省	268	4.73	2.03	0.16
	本省	7	4.86	1.35	
整體因應方式	外省	268	41.31	9.54	-1.17
	本省	7	45.57	10.03	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

三、教育程度變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-3-3 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項教育程度與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準 ($t=0.71$, $p>.05$)；而因應量表中自立更生因應層面與不同的教育程度上有達顯著水準 ($t=2.87$, $p<.01$)，從平均數得知內住榮民受小學教育（包含小學教育）以上者 ($M=4.80$, $SD=1.31$) 採用自立更生因應方式顯著高於未受教育（包含識字）者 ($M=4.30$, $SD=1.42$)；而樂觀因應、面對因應、逃避因應層面，三個層面表現上未達顯著性差異。

表 4-3-3 教育程度變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	>=小學	103	20.14	6.05	1.23
	<小學	172	19.27	5.03	
樂觀因應	>=小學	103	12.50	3.19	-0.38
	<小學	172	12.66	3.43	
自立更生因應	>=小學	103	4.80	1.31	2.87**
	<小學	172	4.30	1.42	
逃避因應	>=小學	103	4.52	2.00	-1.34
	<小學	172	4.86	2.02	
整體因應方式	>=小學	103	41.96	10.30	0.71
	<小學	172	41.09	9.11	

註 *p<.05 **p<.01

四、宗教信仰變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-3-4 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項宗教信仰與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-0.27$, $p>.05$)，顯示不同的宗教信仰在因應方式總表現上無顯著差異；在因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-3-4 宗教信仰變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	無宗教信仰	186	19.68	5.34	-0.37
	有宗教信仰	89	19.42	5.68	
樂觀因應	無宗教信仰	186	12.58	3.26	0.17
	有宗教信仰	89	12.65	3.50	
自立更生因應	無宗教信仰	186	4.53	1.43	-0.77
	有宗教信仰	89	4.39	1.34	
逃避因應	無宗教信仰	186	4.74	1.91	-0.02
	有宗教信仰	89	4.73	2.24	
整體因應方式	無宗教信仰	186	41.53	9.45	-0.27
	有宗教信仰	89	41.19	9.85	

註 *p<.05 **p<.01

五、婚姻狀況變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-3-5 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項婚姻狀況與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上達顯著水準 ($t=2.15, p<.05$)，顯示不同的婚姻狀況在因應方式總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在已婚者整體因應方式 ($M=44.20, SD=11.12$) 高於未婚者 ($M=40.72, SD=9.02$)；且在因應量表中面對因應層面與不同婚姻上有達顯著水準 ($t=2.27, p<.05$)，從平均數得知內住榮民在已婚(含其他)者 ($M=21.24, SD=6.21$) 採取面對因應方式顯著高於未婚者 ($M=19.18, SD=5.16$)；而樂觀因應、自立更生因應、逃避因應層面，三個層面表現上未達顯著性差異。

表 4-3-5 婚姻狀況變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	未婚	220	19.18	5.16	2.27*
	已婚(含其他)	55	21.24	6.21	
樂觀因應	未婚	220	12.42	3.23	1.81
	已婚(含其他)	55	13.33	3.66	
自立更生因應	未婚	220	4.44	1.40	1.10
	已婚(含其他)	55	4.67	1.40	
逃避因應	未婚	220	4.68	1.90	0.81
	已婚(含其他)	55	4.96	2.43	
整體因應方式	未婚	220	40.72	9.02	2.15*
	已婚(含其他)	55	44.20	11.12	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

六、經濟狀況變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

(一) 表 4-3-6 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項經濟狀況與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上達顯著水準 ($t=4.46, p<.001$)，顯示不同的經濟狀況在因應方式總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在支領榮民就養金者 ($M=43.42, SD=7.84$) 整體因應方式顯著高於支領退休金

(含其他)者 (M=37.63, SD=11.28)。

(二) 在因應量表中面對因應層面與經濟狀況上有達顯著水準 ($t=3.83, p<.001$), 顯示不同的經濟狀況在因應方式上有差異, 從平均數得知內住榮民在支領榮民就養金者 (M=20.55, SD=4.78) 採取面對因應方式顯著高於支領退休金 (含其他) 者 (M=17.78, SD=6.14); 而樂觀因應層面與不同經濟狀況上達顯著水準 ($t=9.76, p<.001$), 從平均數得知內住榮民支領榮民就養金者 (M=13.83, SD=2.77) 採取樂觀因應方式顯著也高於支領退休金 (含其他) 者 (M=10.27, SD=3.06); 其逃避因應層面與不同經濟狀況上亦達顯著水準 ($t=-2.62, p<.01$), 從平均數得知內住榮民在支領退休金 (含其他) 者 (M=5.17, SD=1.89) 採取逃避因應方式顯著高於支領就養金者 (M=4.51, SD=2.05); 自立更生因應層面在不同經濟狀況表現上未達顯著性差異。

表 4-3-6 經濟狀況變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	榮民就養金	180	20.55	4.78	3.83***
	退休金 (含其他)	95	17.78	6.14	
樂觀因應	榮民就養金	180	13.83	2.77	9.76***
	退休金 (含其他)	95	10.27	3.06	
自立更生因應	榮民就養金	180	4.53	1.50	0.71
	退休金 (含其他)	95	4.41	1.20	
逃避因應	榮民就養金	180	4.51	2.05	-2.62**
	退休金 (含其他)	95	5.17	1.89	
整體因應方式	榮民就養金	180	43.42	7.84	4.46***
	退休金 (含其他)	95	37.63	11.28	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

七、休閒活動變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

(一) 表 4-3-7 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗; 表示在自變項休閒活動與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗, 結果顯示在因應量表總表現上達顯著水準 ($t=2.65, p<.01$), 顯示有無休閒活動在因應方式總表現上有顯著差異, 從平均

數得知內住榮民有日常休閒活動（含其他）者（ $M=42.03$ ， $SD=9.91$ ）顯著高於無休閒活動者（ $M=38.79$ ， $SD=7.41$ ）。

（二）而因應量表中面對因應層面與休閒活動上有達顯著水準（ $t=3.20$ ， $p<.01$ ），顯示有無休閒活動在面對因應層面上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有日常休閒活動（含其他）者（ $M=20.02$ ， $SD=5.60$ ）顯著高於無休閒活動者（ $M=17.77$ ， $SD=4.29$ ）；而自立更生因應層面與有無休閒活動上亦達顯著水準（ $t=2.94$ ， $p<.01$ ），顯示有無休閒活動在自立更生因應層面上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有日常休閒活動（含其他）者（ $M=4.61$ ， $SD=1.35$ ）採取自立更生因應方式顯著高於無休閒活動者（ $M=3.98$ ， $SD=1.49$ ）；其樂觀因應及逃避因應層面在休閒活動表現上未達顯著性差異。

表 4-3-7 休閒活動變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表（ $N=275$ ）

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	無休閒活動	52	17.77	4.29	3.20**
	日常休閒（含其他）	223	20.02	5.60	
樂觀因應	無休閒活動	52	12.31	2.52	0.87
	日常休閒（含其他）	223	12.67	3.50	
自立更生因應	無休閒活動	52	3.98	1.49	2.94**
	日常休閒（含其他）	223	4.61	1.35	
逃避因應	無休閒活動	52	4.73	1.84	0.02
	日常休閒（含其他）	223	4.74	2.06	
整體因應方式	無休閒活動	52	38.79	7.41	2.65**
	日常休閒（含其他）	223	42.03	9.91	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

八、自我照顧能力與活動變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

（一）表 4-3-8 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項自我照顧能力與活動與依變項面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準（ $t=0.93$ ， $p>.05$ ），顯示自我照顧能力與活動在因應方式總表現上無顯著差異。

(二) 而因應量表中樂觀因應層面與自我照顧能力與活動上有達顯著水準 ($t=3.27, p < .01$), 從平均數得知內住榮民自我照顧能力與活動 ≥ 22 分者 ($M=12.97, SD=3.21$) 顯著高於自我照顧能力與活動 < 22 分者 ($M=11.45, SD=3.48$); 而逃避因應層面與自我照顧能力及活動上亦達顯著水準 ($t=-4.22, p < .001$), 從平均數得知內住榮民在自我照顧能力與活動 < 22 分者 ($M=5.62, SD=2.16$) 採取逃避因應方式顯著高於自我照顧能力與活動 ≥ 22 分者 ($M=4.45, SD=1.89$); 其面對因應及自立更生因應層面與自我照顧能力與活動表現上未達顯著性差異。

表 4-3-8 自我照顧能力與活動變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析摘要表

(N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	≥ 22 分	209	19.92	5.05	1.56
	< 22 分	66	18.56	6.46	
樂觀因應	≥ 22 分	209	12.97	3.21	3.27**
	< 22 分	66	11.45	3.48	
自立更生因應	≥ 22 分	209	4.43	1.41	-1.20
	< 22 分	66	4.67	1.36	
逃避因應	≥ 22 分	209	4.45	1.89	-4.22***
	< 22 分	66	5.62	2.16	
整體因應方式	≥ 22 分	209	41.77	8.74	0.93
	< 22 分	66	40.30	11.80	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

貳、不同背景變項慢性病內住榮民在適應上差異探討

一、年齡變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

表 4-3-9 為中部地區一家榮民之家慢性病內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗; 在自變項年齡與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗, 結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-0.34, p > .05$), 在不同的年齡在適應總表現上無顯著差異; 且適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-3-9 年齡變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	>=82 歲	133	22.68	3.40	-0.06
	<82 歲	142	22.70	3.98	
社會適應	>=82 歲	133	10.20	1.79	-0.79
	<82 歲	142	10.37	1.93	
整體適應	>=82 歲	133	32.87	4.71	-0.34
	<82 歲	142	33.08	5.24	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

二、籍貫變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

表 4-3-10 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項籍貫與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上達顯著水準 ($t=2.15, p < .05$)，顯示不同的省籍在適應總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在外省籍者 ($M=33.08, SD=4.95$) 適應情形顯著高於本省籍者 ($M=29.00, SD=4.83$)。而適應量表中心理適應與不同省籍上有達顯著水準 ($t=-2.17, p < .05$)，顯示不同的省籍在心理適應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在外省籍者 ($M=22.77, SD=3.68$) 心理適應顯著高於本省籍者 ($M=19.71, SD=3.73$)；而社會適應與不同省籍上未達顯著性差異。

表 4-3-10 籍貫變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	外省	268	22.77	3.68	-2.17*
	本省	7	19.71	3.73	
社會適應	外省	268	10.31	1.85	-1.44
	本省	7	9.29	2.21	
整體適應	外省	268	33.08	4.95	2.15*
	本省	7	29.00	4.83	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

三、教育程度變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

表 4-3-11 為中部地區一家榮民之家慢性病內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項教育程度與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-0.84$, $p>.05$)，不同的教育程度上適應總表現上無顯著差異；而適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-3-11 教育程度變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	≥小學	103	22.32	4.07	-1.28
	<小學	172	22.91	3.46	
社會適應	≥小學	103	10.33	1.96	-0.30
	<小學	172	10.26	1.81	
整體適應	≥小學	103	32.65	5.31	-0.84
	<小學	172	33.17	4.78	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

四、宗教信仰變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

表 4-3-12 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項宗教信仰與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=0.41$, $p>.05$)，有無宗教信仰在適應總表現上無顯著差異；而適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-3-12 宗教信仰變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	無宗教信仰	186	22.65	3.74	0.26
	有宗教信仰	89	22.78	3.65	
社會適應	無宗教信仰	186	10.24	1.86	0.58
	有宗教信仰	89	10.38	1.87	
整體適應	無宗教信仰	186	32.89	4.94	0.41
	有宗教信仰	89	33.16	5.10	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

五、婚姻狀況變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

表 4-3-13 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項婚姻狀況與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=0.01, p>.05$)，在不同的婚姻狀況上適應總表現上無顯著差異；而適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-3-13 婚姻狀況變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	未婚	220	22.79	3.66	-0.85
	已婚(含其他)	55	22.31	3.89	
社會適應	未婚	220	10.19	1.80	1.72
	已婚(含其他)	55	10.67	2.06	
整體適應	未婚	220	32.98	4.92	0.01
	已婚(含其他)	55	32.98	5.29	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

六、經濟狀況變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

(一)表 4-3-14 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項經濟狀況與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上達顯著水準 ($t=6.40, p<.001$)，顯示不同的經濟狀況在適應總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在支領榮民就養金者 ($M=34.16, SD=5.24$) 整體適應情形顯著高於支領退休金(含其他)者 ($M=30.75, SD=3.53$)。

(二)而適應量表中兩個層面與不同的經濟狀況表現上心理適應 ($t=5.75, p<.001$)、社會適應 ($t=5.15, p<.001$) 皆達顯著性水準，顯示不同的經濟狀況在心理適應情形上有差異，從平均數得知內住榮民在支領榮民就養金者 ($M=23.48, SD=3.95$) 採取心理適應顯著高於支領退休金(含其他)者 ($M=21.19, SD=2.63$)；而不同的經濟狀況在社會適應情形上有差異，從平均數得知內住榮民在支領榮民就養金者 ($M=10.67, SD=1.88$) 在社會適應顯著高於支領退休金(含其他)者 ($M=9.56,$

SD=1.61)；與其黃郁婷、楊雅筠(2006)研究結果顯示在經濟上需求滿足，可以讓老年人在晚年時擁有安定感之說法相輝映；亦有學者表示為錢煩惱的人，永遠不會快樂，因此不可能有良好的個人與社會適應(Hurlock, E. B.,1991)。

表 4-3-14 經濟狀況變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	榮民就養金	180	23.48	3.95	5.75***
	退休金(含其他)	95	21.19	2.63	
社會適應	榮民就養金	180	10.67	1.88	5.15***
	退休金(含其他)	95	9.56	1.61	
整體適應	榮民就養金	180	34.16	5.24	6.40***
	退休金(含其他)	95	30.75	3.53	

註 *p<.05 **p<.01 ***p<.001

七、休閒活動變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

表 4-3-15 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項休閒活動與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上達顯著水準 (t=2.64, p<.01)，而有無休閒活動在適應總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在有休閒活動者 (M=33.28, SD=5.21) 整體適應情形顯著高於無休閒活動者 (M=31.67, SD=3.60)。適應量表中社會適應與有無休閒活動上有達顯著水準 (t=3.10, p<.01)，而有無休閒活動在社會適應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在有休閒活動者 (M=10.45, SD=1.89) 適應情形顯著高於無休閒活動者 (M=9.58, SD=1.55)；而心理適應與有無休閒活動上未達顯著性差異。

表 4-3-15 休閒活動變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	無休閒活動	52	22.10	2.55	1.66
	日常休閒(含其他)	223	22.83	3.92	
社會適應	無休閒活動	52	9.58	1.55	3.10**
	日常休閒(含其他)	223	10.45	1.89	
整體適應	無休閒活動	52	31.67	3.60	2.64**
	日常休閒(含其他)	223	33.28	5.21	

註 *p<.05 **p<.01

八、自我照顧能力與活動變項在內住榮民適應各層面的差異性分析

(一) 表 4-3-16 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項自我照顧能力與活動與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上達顯著水準 ($t=6.66, p<.001$)，而自我照顧能力與活動在適應總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民在自我照顧能力與活動 ≥ 22 分者 ($M=34.02, SD=4.68$) 整體適應情形顯著高於自我照顧能力與活動 <22 分者 ($M=29.67, SD=4.47$)。

(二) 適應量表中兩個層面與自我照顧能力與活動表現上心理適應 ($t=6.24, p<.001$) 及社會適應 ($t=5.15, p<.001$) 皆達顯著性水準，顯示不同的自我照顧能力與活動在心理適應情形上有差異，從平均數得知內住榮民在自我照顧能力與活動 ≥ 22 分者 ($M=23.43, SD=3.41$) 心理適應顯著高於自我照顧能力與活動 <22 分者 ($M=20.36, SD=3.68$)，而不同的自我照顧能力與活動在社會適應情形上也有差異，從平均數得知內住榮民在自我照顧能力與活動 ≥ 22 分者 ($M=10.60, SD=1.83$) 社會適應顯著高於自我照顧能力與活動 <22 分者 ($M=9.30, SD=1.60$)。

表 4-3-16 自我照顧能力與活動變項在內住榮民適應各層面的差異性分析摘要表

(N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
心理適應	≥ 22 分	209	23.43	3.41	6.24***
	<22 分	66	20.36	3.68	
社會適應	≥ 22 分	209	10.60	1.83	5.15***
	<22 分	66	9.30	1.60	
整體適應	≥ 22 分	209	34.02	4.68	6.66***
	<22 分	66	29.67	4.47	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

三、綜合討論

綜合以上結果，大多趨於支持研究假設一：不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式及適應情形因個人不同背景變項(社會人口學變項、疾病特性)之不同而有所差異。

表 4-3-17 不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式及適應差異性考驗結果摘要表

背景變項	面對因應	樂觀因應	自立更生 因應	逃避因應	心理適應	社會適應	整體因應	整體適應
年齡	--	--	--	--	--	--	--	--
籍貫	外省>本省	--	--	--	外省>本省	--	--	外省>本省
教育程度	--	--	>=小學 <小學	--	--	--	--	--
宗教信仰	--	--	--	--	--	--	--	--
婚姻狀況	已婚(包含其他)>未婚	--	--	--	--	--	已婚(包含其他)>未婚	--
經濟狀況	領榮民就養金>退休金(包含其他)	領榮民就養金>退休金(包含其他)	--	領退休金(包含其他)>榮民就養金	領榮民就養金>退休金(包含其他)	領榮民就養金>退休金(包含其他)	領榮民就養金>退休金(包含其他)	領榮民就養金>退休金(包含其他)
休閒活動	有日常休閒活動>無日常休閒活動	--	有日常休閒活動>無日常休閒活動	--	--	有日常休閒活動>無日常休閒活動	有日常休閒活動>無日常休閒活動	有日常休閒活動>無日常休閒活動
自我照顧能力及活動	--	分數>=22分者>分數<22分者	--	分數<22分者>分數>=22分者	分數>=22分者>分數<22分者	分數>=22分者>分數<22分者	--	分數>=22分者>分數<22分者

資料來源：本研究整理

由表 4-3-17 得知研究結果以整體性分析在不同背景變項中之結果顯示：

- (一) 年齡變項在因應方式及適應上皆未達顯著水準；推究其原因，內住榮民之社會人口學變項，在年齡變項而言，平均年齡 82.39 歲，在老年期之分期為中老年人(75-84 歲)，其老老人(85 歲以上)亦佔 36%，本研究之年齡變項分佈集中在這個區塊，所以在因應方式及適應層面上同質性很高，因此不同的年齡在因應方式及適應上無差異性。但在深度訪談中在年齡層面在老化過程中有個別化的調適機轉，由內住榮民(個案二、六、九)談話分享中獲得些許說明：

因為現在不一樣了，第一個是年紀大（83歲，有高血壓、腦中風、心臟病、糖尿病）了；第二個身體老毛病多，因此我就墨守成規，一天不要好也不要壞，日子平平穩穩的過（個案二）。

年紀大了就如夕陽西下，免不了，多愛護自己一點、提醒自己小心點，這樣子可以活久一點，更重要是心情要開闊，事情才會看的順眼，看不順眼，是跟自己過不去，不要去煩腦，這是我（79歲，有高血壓、退化性關節炎）的想法（個案六）。

另一位受訪者也表示年齡大（81歲，有高血壓、痛風性關節炎、心臟病）了一切都退化，時間到了就到了，人要知足就常樂（個案九）。

以上三位受訪者之表達與心理學家 Peck 說法相呼應，老年人關切伴隨老化所無可避免的身體走下坡（Physical decline）；而年長者不單只專注自己身體功能的限制，反能發展其潛能，生命就成長及重尋人生的意義（Peck, 1968），年長者如果能面對無法逃避的死亡，依然能在人生中找到意義，則能有一個健康的身心及自我的統合，不會灰心絕望。也表示不同的年齡雖然在因應方式及適應上未達統計上水準，但受訪者表示接受年老帶來的衝擊，而自己理出一套適應理念，值得在照護上之參考。

（二）在背景變項之籍貫中，結果顯示在整體適應層面及面對因應層面上達顯著水準，外省比本省籍之榮民心理適應情形較好且採取面對因應方式較多，可能是榮民背景文化因素、個人態度及早期經驗之影響，使外省籍之榮民能對罹患慢性病而採取面對因應方式，且在心理適應層面上較好。

（三）吳坤良（1999）研究 1239 位花東二縣 65 歲以上的民眾之老人社區參與動機、參與程度與生活適應，結果發現教育程度影響參與程度和生活適應。而本研究在教育程度與適應上未達統計上差異，但教育程度在因應方式上，受小學教育以上（包含小學教育）者採用自立更生因應方式顯著高於未受教育（包含識字）者，在統計上達顯著水準；因此與吳坤良（1999）研究不同於在適應層面上無影響，而不同教育程度在因應方式上有影響，探究分析為內住榮民經由戰役、大陸來台，大

都為單身未婚；因此教育程度高者，認知能力較高，能採取自立更生因應方式，針對問題尋求相關資源及資訊，來解決問題，與何延鑫（2002）及胡月娟（1994）研究結果顯示教育程度愈高採取愈積極行動，有相近之處；因此在提供各層面的照護需求及方式上可考量不同的教育背景程度來設計安排之。

- （四）在背景變項之宗教信仰中，結果顯示在整體因應方式及適應上皆未達顯著水準，表示在背景變項中宗教信仰在因應方式及適應皆無差異性。與林美伶（2005）研究台北市立聯合醫院中興院區新陳代謝科門診之病患共 135 人之第 2 型糖尿病老人生活適應與死亡態度相關性，結果發現有宗教信仰者在社會適應上較無宗教信仰者為佳；又與胡月娟（1994）及 Hurlock（1991）研究結果表示宗教信仰可以扶持人們的心靈，當遇到困難及問題時，依靠信仰扶持得到心靈慰藉、疏通情緒，得以面對問題，進而有信心來解決問題，以增進適應；以上三位之學者在宗教信仰之變項說法上與本研究之結果有無宗教信仰者在因應方式及適應上無顯著差異不相符合，分析原因可能為研究對象之背景及文化因素影響，且無宗教信仰者佔 186 人（67.6%）居多，因而在統計上無達顯著水準，值得進一步探討研究。
- （五）在背景變項之婚姻狀況中，在整體因應方式而言，結果顯示達顯著水準，表示已婚（含其他）採取面對因應方式比未婚者較多，由此可知：未婚單身者比起已婚者在家人及親人的支持系統上較為缺乏，與何延鑫（2002）及龍紀萱（1992）研究結果顯示有偶患者之健康照護適應比較好，有相似之處。
- （六）而研究結果整體性來探討經濟狀況在因應方式及適應上達顯著水準，顯示不同經濟狀況在因應方式及適應上有差異，而支領榮民就養金者比退休金（包含其他）者採用面對、樂觀因應方式較多及心理、社會適應情形較佳，與黃郁婷、楊雅筠（2006）研究結果顯示在經濟上需求滿足，可以讓老年人在晚年時擁有安定感，有相似之處，這一點可以從本研究訪談內住榮民（個案十）談話分享中獲得些許說明：

慢性病（有巴金森氏症、痛風性關節炎）對我（82歲）來說目前沒有什麼不舒服，也沒什麼需要幫忙，我都靠自己處理，經濟獨立就好了（個案十）。

(七) 而研究結果整體性來探討休閒活動在因應方式及適應上達顯著水準，顯示有無休閒活動在因應方式及適應上有差異，有休閒活動者在採用面對、自立更生因應方式較多及社會適應上較無休閒活動者為佳，其活動理論認為老年生活適應方式，應維持中年的活動水準，以防止身心功能的老化，其活動與老年的生活滿意程度成正比；換言之，若欲使老年人調適晚年的生活，並維繫老人的社會關係，應協助老年人繼續參與社會活動（吳老德，2003）；而在林美伶（2005）研究結果也發現「有從事休閒活動」者在「自覺健康狀態」、「心理適應」及「社會適應」上較「沒有從事休閒活動」者為佳之結果相一致；根據陳清惠（2004）研究指出隨著年齡的增長，老年人將面臨體能、心智及社會角色的功能的衰退，而休閒活動的適當安排，將可協助老年人重建生活次序及維護個人之自信與尊嚴；本研究結果與林美伶及陳清惠之說法上相一致，因此本研究中可發現有休閒活動者在社會適應層面上比無休閒活動者好。

(八) 在背景變項之自我照顧能力與活動中，結果顯示在整體適應層面上達顯著水準，其自我照顧能力與活動分數愈高者採用樂觀因應方式較多、逃避因應較少，其社會適應情形愈佳，分析其結果為自我照顧能力與活動分數愈高表示身體功能愈好，較有能力參與社會活動，因此分數 ≥ 22 分者社會適應較佳；因此在胡月娟等人在 2005 年之報告中表示日常活動層面的衝擊，舉凡進食、如廁、沐浴、更衣、個人衛生等皆會受到慢性病的影響；由內住榮民（個案一，79 歲）談話分享中獲得些許說明：

研究者：自從您得到慢性病（高血壓、腦中風）後，您的生活如何？

受訪者：沒有什麼變化，仍希望凡事靠自己，在家時自己可做飯吃，雖然手比較不方便切菜，但是還是可以自己煮。

研究者：您覺得得到慢性病後的狀況如何？

受訪者：多學走路。

研究者：學走路是為什麼？

受訪者：為了自己生活方便，不需靠別人。

研究者：您對目前的生活狀況滿意如何？

受訪者：很好，吃的飽、睡的著，滿意現在的生活。

在曾淑汝（1999）及劉淑娟（1998）研究發現老年人身體功能及社會性活動能力愈好，其整體生活品質、心理、社會、健康與功能，以及生活滿意度也較佳，與本研究結果有相近之處；從 Havighurst 在 1968 年提出活動理論之觀點來看，老年人積極主動參與社會活動，有助於生活適應及成功老化之提昇；而 Neugarten 於 1964 年提出持續理論說明人類生命週期的每一階段均有高度的連續性，老人在成熟階段有穩定堅固的價值觀、態度和習慣，這些都會融入其人格與社會適應之中，所以大多數老人均可預期應有的展望。因此本研究之結果顯示自我照顧能力與活動分數愈高者採用樂觀因應方式較多、逃避因應較少，其社會適應情形愈佳，由社會發展理論之活動理論及持續理論可呼應本研究之結果。

第四節 內住榮民罹患不同的慢性病種類、年數及慢性病多寡在因應方式與適應差異情形之探討

本節在探討內住榮民罹患不同的慢性病種類及慢性病多寡在因應方式與適應各層面是否有顯著的差異；研究者依研究設計選定本研究所要探討之慢性病為心臟血管疾病（高血壓/心臟病）、痛風/退化性關節炎、腦中風、糖尿病四大類，其研究方法以平均數、標準差、獨立樣本 t 考驗、單因子變異數分析（One-way ANOVA）、Scheffe 法事後比較檢定分析之，以驗證研究假設二。

壹、罹患不同的慢性病種類在因應方式上差異探討

一、高血壓變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-4-1 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項高血壓與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準（ $t=-0.97$ ， $p>.05$ ），有無高血壓其因應方式總表現上無顯著差異，且因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-1 高血壓變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表（N=275）

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	有高血壓	154	19.32	5.32	0.94
	無高血壓	121	19.94	5.59	
樂觀因應	有高血壓	154	12.34	3.10	1.46
	無高血壓	121	12.93	3.60	
自立更生因應	有高血壓	154	4.46	1.31	0.35
	無高血壓	121	4.52	1.51	
逃避因應	有高血壓	154	4.80	2.07	-0.60
	無高血壓	121	4.65	1.95	
整體因應方式	有高血壓	154	40.92	9.37	-0.97
	無高血壓	121	42.05	9.81	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

二、心臟病變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-4-2 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項心臟病與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上達顯著水準 ($t=-2.23, p<.05$)，顯示有無心臟病其因應方式總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民無心臟病者 ($M=42.16, SD=9.80$) 整體因應方式高於有心臟病者 ($M=39.22, SD=8.50$)；而因應量表中無心臟病與樂觀因應上有達顯著水準 ($t=2.21, p<.05$)，顯示有無心臟病在樂觀因應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民無心臟病者 ($M=12.86, SD=3.38$) 採取樂觀因應方式高於有心臟病者 ($M=11.84, SD=3.09$)；其有無心臟病與面對因應、自立更生因應及逃避因應層面表現上未達顯著性差異。

表 4-4-2 心臟病變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	有心臟病	69	18.54	5.07	1.87
	無心臟病	206	19.95	5.52	
樂觀因應	有心臟病	69	11.84	3.09	2.21*
	無心臟病	206	12.86	3.38	
自立更生因應	有心臟病	69	4.42	1.21	0.46
	無心臟病	206	4.51	1.46	
逃避因應	有心臟病	69	4.42	1.81	1.50
	無心臟病	206	4.84	2.07	
整體因應方式	有心臟病	69	39.22	8.50	-2.23*
	無心臟病	206	42.16	9.80	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

三、痛風性關節炎變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-4-3 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項痛風性關節炎與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準 ($t=1.43, p>.05$)，而有無痛風性關節炎其因應方式總表現上無顯著差異，且因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-3 痛風性關節炎變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	有痛風性關節炎	20	20.50	5.75	-0.77
	無痛風性關節炎	255	19.52	5.42	
樂觀因應	有痛風性關節炎	20	13.95	3.38	-1.88
	無痛風性關節炎	255	12.50	3.32	
自立更生因應	有痛風性關節炎	20	4.70	1.72	-0.71
	無痛風性關節炎	255	4.47	1.37	
逃避因應	有痛風性關節炎	20	5.20	2.42	-1.07
	無痛風性關節炎	225	4.70	1.98	
整體因應方式	有痛風性關節炎	20	44.35	10.42	1.43
	無痛風性關節炎	225	41.19	9.47	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

四、退化性關節炎變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-4-4 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項退化性關節炎與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上達顯著水準 ($t=2.21, p < .05$)，顯示有無退化性關節炎在因應方式總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有退化性關節炎者 ($M=44.58, SD=10.77$) 整體因應方式高於無退化性關節炎者 ($M=40.91, SD=9.28$)；而因應量表中退化性關節炎與樂觀因應上有達顯著水準 ($t=-2.22, p < .05$)，顯示有無退化性關節炎在樂觀因應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有退化性關節炎者 ($M=13.71, SD=3.37$) 採取樂觀因應方式高於無退化性關節炎者 ($M=12.43, SD=3.30$)；其有無退化性關節炎與面對因應、自立更生因應及逃避因應層面表現上未達顯著性差異。

表 4-4-4 退化性關節炎變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	有退化性關節炎	38	20.82	6.11	-1.50
	無退化性關節炎	237	19.40	5.31	
樂觀因應	有退化性關節炎	38	13.71	3.37	-2.22*
	無退化性關節炎	237	12.43	3.30	
自立更生因應	有退化性關節炎	38	4.84	1.41	-1.69
	無退化性關節炎	237	4.43	1.39	
逃避因應	有退化性關節炎	38	5.21	2.51	-1.30
	無退化性關節炎	237	4.66	1.92	
整體因應方式	有退化性關節炎	38	44.58	10.77	2.21*
	無退化性關節炎	237	40.91	9.28	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

五、腦中風變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

(一) 表 4-4-5 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項腦中風與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上達顯著水準 ($t=2.12$, $p < .05$)，而有無腦中風在因應方式總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有腦中風者 ($M=45.44$, $SD=11.65$) 整體因應方式高於無腦中風者 ($M=40.89$, $SD=9.15$)。

(二) 因應量表中有無腦中風與面對因應上有達顯著水準 ($t=-2.41$, $p < .05$)，有無腦中風在面對因應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有腦中風者 ($M=21.75$, $SD=6.37$) 採取面對因應方式高於無腦中風者 ($M=19.31$, $SD=5.26$)；且有無腦中風與自立更生因應上達顯著水準 ($t=-2.08$, $p < .05$)，而有無腦中風在自立更生因應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有腦中風者 ($M=4.97$, $SD=1.26$) 採取自立更生因應方式高於無腦中風者 ($M=4.42$, $SD=1.41$)；而有無腦中風與逃避因應上達顯著水準 ($t=-2.10$, $p < .05$)，有無腦中風在逃避因應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民有腦中風者 ($M=5.59$, $SD=2.53$) 採取逃避因應方式高於無腦中風者 ($M=4.62$, $SD=1.92$)；有無腦中風與樂觀因應層面表現上未達顯著性差異。

表 4-4-5 腦中風變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	有腦中風	32	21.75	6.37	-2.41*
	無腦中風	243	19.31	5.26	
樂觀因應	有腦中風	32	13.13	3.45	-0.94
	無腦中風	243	12.53	3.32	
自立更生因應	有腦中風	32	4.97	1.26	-2.08*
	無腦中風	243	4.42	1.41	
逃避因應	有腦中風	32	5.59	2.53	-2.10*
	無腦中風	243	4.62	1.92	
整體因應方式	有腦中風	32	45.44	11.65	2.12*
	無腦中風	243	40.89	9.15	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

六、糖尿病變項在內住榮民因應方式各層面的差異性分析

表 4-4-6 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在因應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項糖尿病與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準 ($t = -1.63, p > .05$)，而有無糖尿病其因應方式總表現上無顯著差異；而因應量表中有無糖尿病與樂觀因應上有達顯著水準 ($t = 2.25, p < .05$)，有無糖尿病在樂觀因應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民無糖尿病者 ($M = 12.79, SD = 3.40$) 採取樂觀因應方式高於有糖尿病者 ($M = 11.55, SD = 2.74$)；但有無糖尿病與面對因應、自立更生因應及逃避因應層面表現上未達顯著性差異。

表 4-4-6 糖尿病變項在因應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	有糖尿病	42	18.69	5.84	1.17
	無糖尿病	233	19.76	5.36	
樂觀因應	有糖尿病	42	11.55	2.74	2.25*
	無糖尿病	233	12.79	3.40	
自立更生因應	有糖尿病	42	4.57	1.52	-0.42
	無糖尿病	233	4.47	1.38	
逃避因應	有糖尿病	42	4.40	1.48	1.15
	無糖尿病	233	4.79	2.09	
整體因應方式	有糖尿病	42	39.21	8.98	-1.63
	無糖尿病	233	41.82	9.63	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

貳、罹患不同的慢性病種類在適應上差異探討

一、高血壓變項在內住榮民適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-7 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項高血壓與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t = -0.48$, $p > .05$)，有無高血壓在適應情形總表現上無顯著差異。而適應量表中高血壓與社會適應上有達顯著水準 ($t = 2.45$, $p < .05$)，有無高血壓在社會適應上有顯著差異，從平均數得知內住榮民無高血壓者 ($M = 10.60$, $SD = 1.88$) 社會適應高於有高血壓者 ($M = 10.05$, $SD = 1.82$)；而有無高血壓與心理適應層面表現上未達顯著性差異。

表 4-4-7 高血壓變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	有高血壓	154	22.81	3.50	-0.58
	無高血壓	121	22.55	3.97	
社會適應	有高血壓	154	10.05	1.82	2.45*
	無高血壓	121	10.60	1.88	
整體適應	有高血壓	154	32.85	4.83	-0.48
	無高血壓	121	33.14	5.19	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

二、心臟病變項在內住榮民適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-8 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項心臟病與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-1.47, p>.05$)，有無心臟病在適應情形總表現上無顯著差異；而適應量表中有無心臟病與心理、社會適應層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-8 心臟病變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	有心臟病	69	22.10	3.84	1.53
	無心臟病	206	22.89	3.65	
社會適應	有心臟病	69	10.12	1.76	0.88
	無心臟病	206	10.34	1.90	
整體適應	有心臟病	69	32.22	5.06	-1.47
	無心臟病	206	33.23	4.94	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

三、痛風性關節炎變項在內住榮民適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-9 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項痛風性關節炎與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=0.95, p>.05$)，有無痛風性關節炎在適應情形總表現上無顯著差異；而適應量表中有無痛風性關節炎與心理、社會適應層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-9 痛風性關節炎變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	有痛風性關節炎	20	23.50	2.65	-1.01
	無痛風性關節炎	255	22.63	3.77	
社會適應	有痛風性關節炎	20	10.50	1.91	-0.53
	無痛風性關節炎	255	10.27	1.86	
整體適應	有痛風性關節炎	20	34.00	3.89	0.95
	無痛風性關節炎	255	32.90	5.06	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

四、退化性關節炎變項在內住榮民適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-10 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項退化性關節炎與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-0.39, p>.05$)，有無退化性關節炎在適應情形總表現上無顯著差異；而適應量表中無退化性關節炎與心理、社會適應層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-10 退化性關節炎變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	有退化性關節炎	38	22.16	3.98	0.96
	無退化性關節炎	237	22.78	3.66	
社會適應	有退化性關節炎	38	10.53	2.39	-0.69
	無退化性關節炎	237	10.25	1.77	
整體適應	有退化性關節炎	38	32.68	5.59	-0.39
	無退化性關節炎	237	33.03	4.89	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

五、腦中風變項在內住榮民適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-11 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項腦中風與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-0.65, p>.05$)，有無腦中風在適應情形總表現上無顯著差異；而適應量表中無腦中風與心理、社會適應層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-11 腦中風變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	有腦中風	32	22.38	3.84	0.51
	無腦中風	243	22.73	3.69	
社會適應	有腦中風	32	10.06	1.78	0.73
	無腦中風	243	10.32	1.87	
整體適應	有腦中風	32	32.44	4.94	-0.65
	無腦中風	243	33.05	5.00	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

六、糖尿病變項在內住榮民適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-12 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本在適應量表上得分之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項糖尿病與依變項心理適應及社會適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上未達顯著水準 ($t=-0.71, p>.05$)，有無糖尿病在適應情形總表現上無顯著差異；適應量表中無糖尿病與心理、社會適應層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-12 糖尿病變項在適應方式各層面的差異性分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	有糖尿病	42	22.52	3.92	0.32
	無糖尿病	233	22.72	3.68	
社會適應	有糖尿病	42	9.95	1.64	1.27
	無糖尿病	233	10.35	1.90	
整體適應	有糖尿病	42	32.48	5.19	-0.71
	無糖尿病	233	33.07	4.95	

註 * $p<.05$ ** $p<.01$

參、罹患不同的慢性病多寡在因應方式上差異探討

一、罹患不同的慢性病多寡在因應方式各層面的差異性分析

表 4-4-13 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本罹患不同的慢性病多寡在因應方式各層面之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項罹患不同的慢性病多寡與依變項因應方式進行 t 考驗，結果顯示在因應量表總表現上未達顯著水準 ($t=0.87, p>.05$)，罹患慢性病多寡在適應情形總表現上無顯著差異；罹患慢性病多寡在因應量表中各層面表現上皆未達顯著性差異。

表 4-4-13 罹患慢性病的多寡在因應方式各層面的差異分析摘要表 (N=275)

層面	組別	N	M	SD	t
面對因應	>=2 種慢性病數	143	19.95	5.63	1.14
	<2 種慢性病數	132	19.20	5.22	
樂觀因應	>=2 種慢性病數	143	12.48	3.26	-0.66
	<2 種慢性病數	132	12.74	3.42	
自立更生因應	>=2 種慢性病數	143	4.54	1.30	0.63
	<2 種慢性病數	132	4.43	1.50	
逃避因應	>=2 種慢性病數	143	4.94	2.11	1.74
	<2 種慢性病數	132	4.52	1.89	
整體因應方式	>=2 種慢性病數	143	41.90	9.85	0.87
	<2 種慢性病數	132	40.89	9.25	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

肆、罹患不同的慢性病多寡在適應情形上差異探討

一、罹患不同的慢性病多寡在適應方式各層面的差異性分析

表 4-4-14 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本罹患不同的慢性病多寡在適應各層面之平均數、標準差及 t 考驗；表示在自變項罹患不同的慢性病多寡與依變項適應進行 t 考驗，結果顯示在適應量表總表現上達顯著水準 ($t = -3.10, p < .01$)，而罹患慢性病的多寡在適應總表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民 <2 種慢性病數者 ($M = 33.93, SD = 5.09$) 整體適應情形顯著高於 ≥ 2 種慢性病數者 ($M = 32.10, SD = 4.74$)；罹患不同的慢性病多寡與心理適應上達顯著水準 ($t = -2.76, p < .01$)，罹患慢性病的多寡在心理適應表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民 <2 種慢性病數者 ($M = 23.33, SD = 3.86$) 心理適應情形顯著高於 ≥ 2 種慢性病數者 ($M = 22.10, SD = 3.48$)；罹患不同的慢性病多寡與社會適應上達顯著水準 ($t = -2.76, p < .01$)，罹患慢性病的多寡在社會適應表現上有顯著差異，從平均數得知內住榮民 <2 種慢性病數者 ($M = 10.61, SD = 1.81$) 社會適應情形顯著高於 ≥ 2 種慢性病數者 ($M = 9.99, SD = 1.87$)。

表 4-4-14 罹患慢性病的多寡在適應情形各層面的差異分析摘要表 (N=275)

層面	種類	N	M	SD	t
心理適應	>=2 種慢性病數	143	22.10	3.48	-2.76**
	<2 種慢性病數	132	23.33	3.86	
社會適應	>=2 種慢性病數	143	9.99	1.87	-2.76**
	<2 種慢性病數	132	10.61	1.81	
整體適應	>=2 種慢性病數	143	32.10	4.74	-3.10**
	<2 種慢性病數	132	33.93	5.09	

註 * $p < .05$ ** $p < .01$

伍、罹患不同的慢性病年數在因應方式上差異探討

一、罹患高血壓之年數在因應方式上差異

表 4-4-15、表 4-4-16 表示罹患高血壓之年數在因應方式各層面差異分析，本研究把高血壓年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在因應方式總表現上 F 值未達 .05 水準 ($F=2.007$)，顯示罹患高血壓之年數組別在因應方式總量表上未有顯著差異。而在各層面表現上，樂觀因應與罹患高血壓之年數 F 值達 .01 水準 ($F=3.316$)，顯示罹患高血壓之年數組別在樂觀因應量表上達顯著水準，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示高血壓之年數組別間差異不顯著，但由表 4-4-15 從平均數得知罹患高血壓之年數以罹病 5 年以下者 ($M=14.14$, $SD=2.66$) 採取樂觀因應方式較高；而面對因應、自立更生因應、逃避因應與罹患高血壓之年數 F 值未達 .05 水準，顯示罹患高血壓之年數組別在面對因應、自立更生因應、逃避因應量表上未有顯著差異。

(一) 罹患高血壓之年數在因應方式上差異

表 4-4-15 罹患高血壓之年數在因應方式各層面的描述性統計 (N=154)

層面	組別	N	M	SD
面對因應	(1) 5 年以下	14	20.43	4.54
	(2) 6-10 年	47	19.64	5.52
	(3) 11-15 年	42	20.17	5.57
	(4) 16-20 年	30	17.90	5.71
	(5) 21 年以上	21	18.19	3.89
樂觀因應	(1) 5 年以下	14	14.14	2.66
	(2) 6-10 年	47	12.53	3.34
	(3) 11-15 年	42	13.05	3.01
	(4) 16-20 年	30	10.80	2.47
	(5) 21 年以上	21	11.52	2.82
自立更生因應	(1) 5 年以下	14	4.93	1.49
	(2) 6-10 年	47	4.09	1.40
	(3) 11-15 年	42	4.86	1.37
	(4) 16-20 年	30	4.23	1.01
	(5) 21 年以上	21	4.52	1.03
逃避因應	(1) 5 年以下	14	4.71	2.20
	(2) 6-10 年	47	4.34	1.94
	(3) 11-15 年	42	5.38	2.32
	(4) 16-20 年	30	4.77	1.85
	(5) 21 年以上	21	4.76	1.95
整體因應方式	(1) 5 年以下	14	44.21	8.14
	(2) 6-10 年	47	40.60	9.31
	(3) 11-15 年	42	43.45	9.82
	(4) 16-20 年	30	37.70	9.94
	(5) 21 年以上	21	39.00	6.89

(二) 罹患高血壓之年數在因應方式各層面之變異性分析

表4-4-16 罹患高血壓之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F	Scheff'e method
面對因應	組間	165.739	5	33.148	1.123	
	組內	7942.646	269	29.527		
樂觀因應	組間	176.966	5	35.393	3.316**	不顯著
	組內	2870.830	269	10.672		
自立更生因應	組間	18.171	5	3.634	1.885	
	組內	518.534	269	1.928		
逃避因應	組間	25.709	5	5.142	1.271	
	組內	1087.913	269	4.044		
整體因應方式	組間	900.826	5	180.165	2.007	
	組內	24150.084	269	89.777		

註1 *p<.05 **p<.01

二、罹患心臟病之年數在因應方式上差異

表4-4-17、表4-4-18表示罹患心臟病之年數在因應方式各層面差異分析，本研究把心臟病年數分為5個組別（1）5年以下（2）6-10年（3）11-15年（4）16-20年（5）21年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在因應方式總表現上F值未達.05水準（F=1.392），顯示罹患心臟病之年數組別在因應方式總量表上未有顯著差異。而因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患心臟病之年數在因應方式各層面之差異分析

表 4-4-17 罹患心臟病之年數在因應方式各層面的描述性統計 (N=69)

層面	組別	N	M	SD
面對因應	(1) 5 年以下	9	19.00	4.85
	(2) 6-10 年	27	19.30	5.07
	(3) 11-15 年	14	17.64	5.09
	(4) 16-20 年	9	17.11	6.99
	(5) 21 年以上	10	18.60	3.60
樂觀因應	(1) 5 年以下	9	12.56	4.25
	(2) 6-10 年	27	12.81	3.23
	(3) 11-15 年	14	10.86	2.48
	(4) 16-20 年	9	10.89	2.32
	(5) 21 年以上	10	10.80	2.35
自立更生因應	(1) 5 年以下	9	4.00	1.32
	(2) 6-10 年	27	4.63	1.36
	(3) 11-15 年	14	4.43	1.09
	(4) 16-20 年	9	4.11	1.27
	(5) 21 年以上	10	4.50	.71
逃避因應	(1) 5 年以下	9	4.44	2.01
	(2) 6-10 年	27	3.96	1.81
	(3) 11-15 年	14	4.14	1.35
	(4) 16-20 年	9	4.67	2.18
	(5) 21 年以上	10	5.80	1.40
整體因應方式	(1) 5 年以下	9	40.00	8.19
	(2) 6-10 年	27	40.70	8.69
	(3) 11-15 年	14	37.07	8.32
	(4) 16-20 年	9	36.78	11.50
	(5) 21 年以上	10	39.70	5.48

(二) 罹患心臟病之年數在因應方式各層面之變異性分析

表4-4-18 罹患心臟病之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F
面對因應	組間	149.840	5	29.968	1.013
	組內	7958.545	269	29.586	
樂觀因應	組間	116.379	5	23.276	2.136
	組內	2931.417	269	10.897	
自立更生因應	組間	4.111	5	.822	.415
	組內	532.594	269	1.980	
逃避因應	組間	35.409	5	7.082	1.767
	組內	1078.213	269	4.008	
整體因應方式	組間	631.666	5	126.333	1.392
	組內	24419.243	269	90.778	

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

三、罹患痛風性關節炎之年數在因應方式上差異

表4-4-19、表4-4-20表示罹患之痛風性關節炎年數在因應方式各層面差異分析，本研究把痛風性關節炎年數分為5個組別(1)5年以下(2)6-10年(3)11-15年(4)16-20年(5)21年以上等五個不同變項，其(5)21年以上者，研究對象無人填選，因此表4-4-19、表4-4-20之痛風性關節炎年數第五選項無列入表格中，經由單因子變異數分析結果在因應方式總表現上F值未達.05水準($F=2.072$)，顯示罹患痛風性關節炎之年數組別在因應方式總量表上未有顯著差異。而在各層面表現上，樂觀因應與罹患痛風性關節炎之年數F值達.05水準($F=2.856$)，顯示罹患痛風性關節炎之年數組別在樂觀因應量表上達顯著水準，經由Scheff'e 法事後比較結果顯示痛風性關節炎之年數組別間差異不顯著，但由表4-4-19從平均數得知罹患痛風性關節炎之年數以罹病6-10年者($M=15.44$ ， $SD=3.28$)採取樂觀因應方式較高；而面對因應、自立更生因應、逃避因應與罹患痛風性關節炎之年數F值未達.05水準，顯示罹患痛風性關節炎之年數組別在面對因應、自立更生因應、逃避因應量表上未有顯著差異。

(一) 罹患痛風性關節炎之年數在因應方式各層面之差異分析

表 4-4-19 罹患痛風性關節炎之年數在因應方式各層面的描述性統計 (N=20)

層面	組別	N	M	SD
面對因應	(1) 5 年以下	7	23.00	5.66
	(2) 6-10 年	9	20.56	5.79
	(3) 11-15 年	3	15.00	4.00
	(4) 16-20 年	1	19.00	.
樂觀因應	(1) 5 年以下	7	14.29	2.69
	(2) 6-10 年	9	15.44	3.28
	(3) 11-15 年	3	9.67	1.15
	(4) 16-20 年	1	11.00	.
自立更生因應	(1) 5 年以下	7	5.29	2.06
	(2) 6-10 年	9	4.44	1.81
	(3) 11-15 年	3	4.33	.58
	(4) 16-20 年	1	4.00	.
逃避因應	(1) 5 年以下	7	6.43	2.23
	(2) 6-10 年	9	4.56	2.65
	(3) 11-15 年	3	4.00	1.73
	(4) 16-20 年	1	6.00	.
整體因應方式	(1) 5 年以下	7	49.00	9.02
	(2) 6-10 年	9	45.00	10.68
	(3) 11-15 年	3	33.00	7.21
	(4) 16-20 年	1	40.00	.

(二) 罹患痛風性關節炎之年數在因應方式各層面之變異性分析

表4-4-20 罹患痛風性關節炎之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F	Scheff'e method
面對因應	組間	154.532	4	38.633	1.311	
	組內	7953.854	270	29.459		
樂觀因應	組間	123.730	4	30.932	2.856*	不顯著
	組內	2924.066	270	10.830		
自立更生因應	組間	4.859	4	1.215	.617	
	組內	531.847	270	1.970		
逃避因應	組間	23.936	4	5.984	1.483	
	組內	1089.686	270	4.036		
整體因應方式	組間	745.944	4	186.486	2.072	
	組內	24304.965	270	90.018		

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

四、罹患退化性關節炎之年數在因應方式上差異

表 4-4-21、表 4-4-22 表示罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面差異分析，本研究把退化性關節炎年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在因應方式總表現上 F 值達 .05 水準 ($F=2.754$)，顯示罹患退化性關節炎之年數組別在因應方式總量表上有顯著水準，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示退化性關節炎之年數組別間差異不顯著，但由表 4-4-21 從平均數得知罹患退化性關節炎之年數以罹病 6-10 年者 ($M=49.53$, $SD=11.13$) 採取整體因應方式較高；而在因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面之差異分析

表 4-4-21 罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面的描述性統計 (N=38)

層面	組別	N	M	SD
面對因應	(1) 5 年以下	14	17.79	4.71
	(2) 6-10 年	15	23.27	6.15
	(3) 11-15 年	4	20.00	7.62
	(4) 16-20 年	2	21.50	10.61
	(5) 21 年以上	3	23.33	4.16
樂觀因應	(1) 5 年以下	14	13.07	3.56
	(2) 6-10 年	15	15.00	3.27
	(3) 11-15 年	4	12.25	3.30
	(4) 16-20 年	2	12.00	4.24
	(5) 21 年以上	3	13.33	2.08
自立更生因應	(1) 5 年以下	14	4.07	1.21
	(2) 6-10 年	15	5.47	1.46
	(3) 11-15 年	4	5.00	1.41
	(4) 16-20 年	2	5.00	1.41
	(5) 21 年以上	3	5.00	1.00
逃避因應	(1) 5 年以下	14	4.43	2.17
	(2) 6-10 年	15	5.80	3.08
	(3) 11-15 年	4	6.00	1.63
	(4) 16-20 年	2	4.50	.71
	(5) 21 年以上	3	5.33	2.52
整體因應方式	(1) 5 年以下	14	39.36	8.09
	(2) 6-10 年	15	49.53	11.13
	(3) 11-15 年	4	43.25	13.52
	(4) 16-20 年	2	43.00	16.97
	(5) 21 年以上	3	47.00	6.56

(二) 罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面之變異性分析

表4-4-22 罹患退化性關節炎之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F	Scheff'e method
面對因應	組間	307.211	5	61.442	2.119	
	組內	7801.174	269	29.001		
樂觀因應	組間	99.493	5	19.899	1.816	
	組內	2948.303	269	10.960		
自立更生因應	組間	19.942	5	3.988	2.076	
	組內	516.763	269	1.921		
逃避因應	組間	27.310	5	5.462	1.353	
	組內	1086.312	269	4.038		
整體因應方式	組間	1220.072	5	244.014	2.754*	不顯著
	組內	23830.837	269	88.590		

註1 *p<.05 **p<.01

五、罹患腦中風年數在因應方式上差異

表 4-4-23、表 4-4-24 表示罹患腦中風之年數在因應方式各層面差異分析，本研究把腦中風年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在因應方式總表現上 F 值達 .01 水準 (F=3.275)，顯示罹患腦中風之年數組別在因應方式總量表上有顯著差異，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示腦中風之年數組別間差異不顯著，但由表 4-4-23 從平均數得知罹患腦中風之年數以 16-20 年者 (M=27.00, SD=7.07; M=52.50, SD=13.44) 採取面對因應方式及整體因應方式較高；而在各層面表現上，面對因應與罹患腦中風之年數 F 值達 .05 水準 (F=2.926)，顯示罹患腦中風之年數組別在面對因應量表上達顯著水準，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示腦中風之年數組別間差異不顯著；而樂觀因應、自立更生因應、逃避因應與罹患腦中風之年數 F 值未達 .05 水準，顯示罹患腦中風之年數組別在樂觀因應、自立更生因應、逃避因應量表上未有顯著差異。

(一) 罹患腦中風之年數在因應方式各層面之差異分析

表 4-4-23 罹患腦中風之年數在因應方式各層面的描述性統計 (N=32)

層面	組別	N	M	SD
面對因應	(1) 5 年以下	9	21.78	7.08
	(2) 6-10 年	11	19.45	4.37
	(3) 11-15 年	9	24.33	6.75
	(4) 16-20 年	2	27.00	7.07
	(5) 21 年以上	1	13.00	.
樂觀因應	(1) 5 年以下	9	13.11	4.99
	(2) 6-10 年	11	11.64	2.20
	(3) 11-15 年	9	15.00	2.55
	(4) 16-20 年	2	14.50	.71
	(5) 21 年以上	1	10.00	.
自立更生因應	(1) 5 年以下	9	4.78	1.56
	(2) 6-10 年	11	4.55	.93
	(3) 11-15 年	9	5.56	1.24
	(4) 16-20 年	2	5.00	1.41
	(5) 21 年以上	1	6.00	.
逃避因應	(1) 5 年以下	9	5.67	2.78
	(2) 6-10 年	11	4.82	1.66
	(3) 11-15 年	9	6.56	3.00
	(4) 16-20 年	2	6.00	4.24
	(5) 21 年以上	1	4.00	.
整體因應方式	(1) 5 年以下	9	45.33	14.34
	(2) 6-10 年	11	40.45	7.26
	(3) 11-15 年	9	51.44	11.22
	(4) 16-20 年	2	52.50	13.44
	(5) 21 年以上	1	33.00	.

(二) 罹患腦中風之年數在因應方式各層面之變異性分析

表4-4-24 罹患腦中風之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F	Scheff'e method
面對因應	組間	418.251	5	83.650	2.926*	不明顯
	組內	7690.135	269	28.588		
樂觀因應	組間	79.409	5	15.882	1.439	
	組內	2968.387	269	11.035		
自立更生因應	組間	14.859	5	2.972	1.532	
	組內	521.847	269	1.940		
逃避因應	組間	44.595	5	8.919	2.244	
	組內	1069.027	269	3.974		
整體因應方式	組間	1437.460	5	287.492	3.275**	不顯著
	組內	23613.449	269	87.782		

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

六、罹患糖尿病之年數在因應方式上差異

表 4-4-25、表 4-4-26 表示罹患糖尿病之年數在因應方式各層面差異分析，本研究把糖尿病年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在因應方式總表現上 F 值未達 .05 水準 ($F=1.483$)，顯示罹患糖尿病之年數組別在因應方式總量表上未有顯著差異；而在因應量表中四個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患糖尿病之年數在因應方式各層面之差異分析

表 4-4-25 罹患糖尿病之年數在因應方式各層面的描述性統計 (N=42)

層面	組別	N	M	SD
面對因應	(1) 5 年以下	4	19.00	10.03
	(2) 6-10 年	20	20.35	4.32
	(3) 11-15 年	9	16.56	7.09
	(4) 16-20 年	6	15.50	5.96
	(5) 21 年以上	3	18.67	3.51
樂觀因應	(1) 5 年以下	4	11.25	3.20
	(2) 6-10 年	20	12.00	2.49
	(3) 11-15 年	9	11.56	3.09
	(4) 16-20 年	6	9.50	2.59
	(5) 21 年以上	3	12.33	3.21
自立更生因應	(1) 5 年以下	4	4.75	2.22
	(2) 6-10 年	20	4.75	1.41
	(3) 11-15 年	9	3.89	1.45
	(4) 16-20 年	6	4.17	.98
	(5) 21 年以上	3	5.33	2.31
逃避因應	(1) 5 年以下	4	4.50	1.29
	(2) 6-10 年	20	4.40	1.64
	(3) 11-15 年	9	4.11	1.45
	(4) 16-20 年	6	5.00	1.26
	(5) 21 年以上	3	4.00	1.73
整體因應方式	(1) 5 年以下	4	39.50	15.15
	(2) 6-10 年	20	41.50	6.79
	(3) 11-15 年	9	36.11	11.15
	(4) 16-20 年	6	34.17	9.58
	(5) 21 年以上	3	40.33	1.53

(二) 罹患糖尿病之年數在因應方式各層面之變異性分析

表4-4-26 罹患糖尿病之年數在因應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F
面對因應	組間	206.502	5	41.300	1.406
	組內	7901.883	269	29.375	
樂觀因應	組間	91.739	5	18.348	1.670
	組內	2956.057	269	10.989	
自立更生因應	組間	7.653	5	1.531	.778
	組內	529.052	269	1.967	
逃避因應	組間	8.821	5	1.764	.430
	組內	1104.800	269	4.107	
整體因應方式	組間	182.518	5	36.504	1.483
	組內	6623.351	269	24.622	

註1 *p<.05 **p<.01

陸、罹患不同的慢性病年數在適應上差異探討

一、罹患高血壓之年數在適應上差異

表 4-4-27、表 4-4-28 表示罹患高血壓之年數在適應各層面差異分析，本研究把高血壓年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在適應總表現上 F 值達 .05 水準 (F=2.646)，由 Scheff'e 法事後比較結果顯示高血壓之年數組別間差異不顯著，但由表 4-4-27 從平均數可知罹患高血壓之年數以罹病 5 年以下者 (M=36.21, SD=5.06) 整體適應較好；而在各層面表現上，心理適應與罹患高血壓之年數 F 值達 .05 水準 (F=2.710)，顯示罹患高血壓年數之組別在心理適應量表上有達顯著水準，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示高血壓之年數組別間差異不顯著；社會適應與罹患高血壓之年數 F 值達 .01 水準 (F=3.256)，顯示罹患高血壓年數組別在社會適應量表上達顯著水準，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示高血壓之年數組別間差異不顯著，但由表 4-4-27 從平均數可知罹患高血壓之年數以罹病 5 年以下者 (M=25.07, SD=3.75；M=11.14, SD=1.83) 心理、社會適應較好。

(一) 罹患高血壓之年數在適應各層面之差異分析

表 4-4-27 罹患罹患高血壓之年數在適應情形各層面的描述性統計 (N=154)

層面	組別	N	M	SD
心理適應	(1) 5 年以下	14	25.07	3.75
	(2) 6-10 年	47	23.53	3.08
	(3) 11-15 年	42	21.81	3.72
	(4) 16-20 年	30	21.73	2.30
	(5) 21 年以上	21	23.19	4.21
社會適應	(1) 5 年以下	14	11.14	1.83
	(2) 6-10 年	47	10.15	1.78
	(3) 11-15 年	42	10.19	1.99
	(4) 16-20 年	30	9.37	1.45
	(5) 21 年以上	21	9.76	1.73
整體適應	(1) 5 年以下	14	36.21	5.06
	(2) 6-10 年	47	33.68	4.55
	(3) 11-15 年	42	32.00	5.26
	(4) 16-20 年	30	31.10	2.93
	(5) 21 年以上	21	32.95	5.41

(二) 罹患高血壓之年數在適應各層面變異性之分析

表 4-4-28 罹患罹患高血壓之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F	Scheff'e method
心理適應	組間	180.516	5	36.103	2.710*	不顯著
	組內	3584.212	269	13.324		
社會適應	組間	54.224	5	10.845	3.256**	不顯著
	組內	896.081	269	3.331		
整體適應	組間	319.035	5	63.807	2.646*	不顯著
	組內	6486.834	269	24.115		

註1 *p<.05 **p<.01

二、罹患心臟病之年數在適應上差異

表 4-4-29、表 4-4-30 表示罹患心臟病之年數在適應各層面差異分析，本研究把心臟病年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在適應總表現上 F 值未達 .05 水準 (F=.828)，顯示罹患心臟病之年數組別在適應總量表上未有顯著差異。而在適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患心臟病之年數在適應各層面之差異分析

表 4-4-29 罹患心臟病之年數在適應情形各層面的描述性統計 (N=69)

層面	組別	N	M	SD
心理適應	(1) 5 年以下	9	22.33	3.46
	(2) 6-10 年	27	22.59	3.95
	(3) 11-15 年	14	20.79	3.31
	(4) 16-20 年	9	22.44	4.03
	(5) 21 年以上	10	22.10	4.68
社會適應	(1) 5 年以下	9	10.89	2.15
	(2) 6-10 年	27	10.11	1.74
	(3) 11-15 年	14	9.93	1.44
	(4) 16-20 年	9	10.11	1.76
	(5) 21 年以上	10	9.70	2.00
整體適應	(1) 5 年以下	9	10.89	2.15
	(2) 6-10 年	27	10.11	1.74
	(3) 11-15 年	14	9.93	1.44
	(4) 16-20 年	9	10.11	1.76
	(5) 21 年以上	10	9.70	2.00

(二) 罹患心臟病之年數在適應各層面變異性之分析

表 4-4-30 罹患心臟病之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F
心理適應	組間	64.297	5	12.859	.935
	組內	3700.430	269	13.756	
社會適應	組間	10.303	5	2.061	.590
	組內	940.002	269	3.494	
整體適應	組間	103.189	5	20.638	.828
	組內	6702.680	269	24.917	

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

三、罹患痛風性關節炎之年數在適應上差異

表 4-4-31、表 4-4-32 表示罹患痛風性關節炎之年數在適應各層面差異分析，本研究把痛風性關節炎年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，其 (5) 21 年以上者，研究對象無人填選，因此表 4-4-31、表 4-4-32 之痛風性關節炎年數第五選項無列入表格中，經由單因子變異數分析結果在適應總表現上 F 值未達 .05 水準 ($F = .640$)，顯示罹患痛風性關節炎之年數組別在適應總量表上未有顯著差異。而在適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患痛風性關節炎之年數在適應各層面之差異分析

表 4-4-31 罹患痛風性關節炎之年數在適應情形各層面的描述性統計 (N=20)

層面	組別	N	M	SD
心理適應	(1) 5 年以下	7	22.14	1.86
	(2) 6-10 年	9	24.78	2.82
	(3) 11-15 年	3	23.33	3.06
	(4) 16-20 年	1	22.00	.
社會適應	(1) 5 年以下	7	10.29	1.98
	(2) 6-10 年	9	10.78	2.28
	(3) 11-15 年	3	10.00	1.00
	(4) 16-20 年	1	11.00	.
整體適應	(1) 5 年以下	7	32.43	3.36
	(2) 6-10 年	9	35.56	4.61
	(3) 11-15 年	3	33.33	2.08
	(4) 16-20 年	1	33.00	.

(二) 罹患痛風性關節炎之年數在適應各層面變異性之分析

表 4-4-32 罹患痛風性關節炎之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F
心理適應	組間	44.040	4	11.010	.799
	組內	3720.687	270	13.780	
社會適應	組間	2.992	4	.748	.213
	組內	947.314	270	3.509	
整體適應	組間	63.917	4	15.979	.640
	組內	6741.952	270	24.970	

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

四、罹患退化性關節炎之年數在適應上差異

表 4-4-33、表 4-4-34 表示罹患退化性關節炎之年數在適應各層面差異分析，本研究把退化性關節炎之年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在適應總表現上 F 值未達 .05 水準 ($F=1.084$)，顯示罹患退化性關節炎之年數組別在適應總量表上未有顯著差異。而在各層面表現上，社會適應與罹患退化性關節炎之年數 F 值達 .05 水準 ($F=2.750$)，顯示罹患退化性關節炎之年數組別在社會適應量表上達顯著水準，經由 Scheff'e 法事後比較結果顯示退化性關節炎之年數組別間差異不顯著，但由表 4-4-33 從平均數可知罹患退化性關節炎之年數以罹病 21 年以上者 ($M=12.00$, $SD=2.00$) 社會適應較好；適應量表中心理適應層面表現上未達顯著性差異。

(一) 罹患退化性關節炎之年數在適應各層面之差異分析

表 4-4-33 罹患退化性關節炎之年數在適應情形各層面的描述性統計 (N=38)

層面	組別	N	M	SD
心理適應	(1) 5 年以下	14	22.29	3.38
	(2) 6-10 年	15	21.67	4.95
	(3) 11-15 年	4	20.50	2.89
	(4) 16-20 年	2	23.50	3.54
	(5) 21 年以上	3	25.33	2.08
社會適應	(1) 5 年以下	14	10.07	2.27
	(2) 6-10 年	15	11.40	2.47
	(3) 11-15 年	4	8.25	.96
	(4) 16-20 年	2	9.50	2.12
	(5) 21 年以上	3	12.00	2.00
整體適應	(1) 5 年以下	14	32.36	4.80
	(2) 6-10 年	15	33.07	6.84
	(3) 11-15 年	4	28.75	3.10
	(4) 16-20 年	2	33.00	5.66
	(5) 21 年以上	3	37.33	2.52

(二) 罹患退化性關節炎之年數在適應各層面變異性之分析

表 4-4-34 罹患退化性關節炎之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F	Scheffé method
心理適應	組間	61.222	5	12.244	.889	
	組內	3703.505	269	13.768		
社會適應	組間	46.215	5	9.243	2.750*	不顯著
	組內	904.091	269	3.361		
整體適應	組間	134.457	5	26.891	1.084	
	組內	6671.412	269	24.801		

註1 *p<.05 **p<.01

五、罹患腦中風之年數在適應上差異

表 4-4-35、表 4-4-36 表示罹患腦中風之年數在適應各層面差異分析，本研究把腦中風年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在適應總表現上 F 值未達 .05 水準 (F=.352)，顯示罹患腦中風之年數組別在適應總量表上未有顯著差異；而在適應量表中兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患腦中風之年數在適應各層面之差異分析

表 4-4-35 罹患腦中風之年數在適應情形各層面的描述性統計 (N=32)

層面	組別	N	M	SD
心理適應	(1) 5 年以下	9	23.11	4.65
	(2) 6-10 年	11	22.55	3.30
	(3) 11-15 年	9	21.89	4.31
	(4) 16-20 年	2	22.50	.71
	(5) 21 年以上	1	18.00	.
社會適應	(1) 5 年以下	9	9.56	1.42
	(2) 6-10 年	11	9.73	1.62
	(3) 11-15 年	9	10.89	2.09
	(4) 16-20 年	2	11.00	2.83
	(5) 21 年以上	1	9.00	.
整體適應	(1) 5 年以下	9	32.67	5.83
	(2) 6-10 年	11	32.27	4.54
	(3) 11-15 年	9	32.78	5.47
	(4) 16-20 年	2	33.50	2.12
	(5) 21 年以上	1	27.00	.

(二) 罹患腦中風之年數在適應各層面變異性之分析

表 4-4-36 罹患腦中風之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F
心理適應	組間	30.109	5	6.022	.434
	組內	3734.618	269	13.883	
社會適應	組間	14.412	5	2.882	.828
	組內	935.894	269	3.479	
整體適應	組間	44.224	5	8.845	.352
	組內	6761.645	269	25.136	

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

六、罹患糖尿病之年數在適應上差異

表 4-4-37、表 4-4-38 表示罹患糖尿病之年數在因應方式各層面差異分析，本研究把糖尿病年數分為 5 個組別 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上等五個不同變項，經由單因子變異數分析結果在適應總表現上 F 值未達 .05 水準 ($F=1.483$)，顯示罹患糖尿病之年數組別在因應方式總量表上未有顯著差異。而在適應量表中心理適應及社會適應兩個層面表現上皆未達顯著性差異。

(一) 罹患糖尿病之年數在適應各層面之差異分析

表 4-4-37 罹患糖尿病之年數在適應情形各層面的描述性統計 (N=42)

層面	組別	N	M	SD
心理適應	(1) 5 年以下	4	23.50	4.36
	(2) 6-10 年	20	22.85	3.96
	(3) 11-15 年	9	21.44	4.10
	(4) 16-20 年	6	20.17	1.72
	(5) 21 年以上	3	27.00	2.65
社會適應	(1) 5 年以下	4	9.50	2.65
	(2) 6-10 年	20	10.10	1.74
	(3) 11-15 年	9	9.56	1.13
	(4) 16-20 年	6	9.67	.82
	(5) 21 年以上	3	11.33	2.08
整體適應	(1) 5 年以下	4	33.00	6.98
	(2) 6-10 年	20	32.95	5.37
	(3) 11-15 年	9	31.00	4.80
	(4) 16-20 年	6	29.83	2.32
	(5) 21 年以上	3	38.33	4.04

(二) 罹患糖尿病之年數在適應各層面變異性之分析

表 4-4-38 罹患糖尿病之年數在適應方式各層面的變異分析摘要表

層面		SS	df	MS	F
心理適應	組間	111.255	5	22.251	1.638
	組內	3653.473	269	13.582	
社會適應	組間	14.442	5	2.888	.830
	組內	935.863	269	3.479	
整體適應	組間	182.518	5	36.504	1.483
	組內	6623.351	269	24.622	

註1 * $p < .05$ ** $p < .01$

柒、綜合討論

綜合以上結果，大多趨於支持研究假設二：榮民之家內住榮民罹患不同的慢性病其因應方式與適應情形有差異。

表 4-4-39 罹患不同的慢性病其因應方式及適應差異性考驗結果摘要表

變項	面對因應	樂觀因應	自立更生 因應	逃避因應	心理適應	社會適應	整體因應	整體適應
高血壓	--	--	--	--	--	無>有	--	--
心臟病	--	無>有	--	--	--	--	無>有	--
痛風性 關節炎	--	--	--	--	--	--	--	--
退化性 關節炎	--	有>無	--	--	--	--	有>無	--
腦中風	有>無	--	有>無	有>無	--	--	有>無	--
糖尿病	--	無>有	--	--	--	--	--	--
慢性病 數目多 寡	--	--	--	--	<2種慢性 病者> >=2種慢 性病數者	<2種慢性 病者> >=2種慢 性病數者	--	<2種慢性 病者> >=2種慢 性病數者
慢性病 年數-高 血壓	--	5年以下 較高	--	--	5年以下 較好	5年以下 較好	--	5年以下 較好
慢性病 年數-心 臟病	--	--	--	--	--	--	--	--
慢性病 年數-痛 風性關 節炎	--	6-10年較 高	--	--	--	--	--	--
慢性病 年數-退 化性關 節炎	--	--	--	--	--	21年以上 較好	6-10年較 高	--
慢性病 年數-腦 中風	16-20年 較高	--	--	--	--	--	16-20年 較高	--
慢性病 年數-糖 尿病	--	--	--	--	--	--	--	--

資料來源：本研究整理

由表 4-4-39 得知研究結果以整體性分析在罹患不同的慢性病其因應方式及適應情形，結果顯示：

- (一) 高血壓變項只有在社會適應上達顯著水準，表示無高血壓者社會適應比有高血壓者佳，由此可見慢性疾病對內住榮民有基本程度的影響。
- (二) 心臟病變項在樂觀因應及整體因應方式上達顯著水準，表示有差異性，其無心臟病者比有心臟病者在樂觀因應及整體因應方式上較有使用其方式，分析原因有心臟病者可能有一些併發症在發作時，造成日常生活功能受限，而無心臟病者在這個層面上較常採用樂觀因應。
- (三) 痛風性關節炎在因應方式及適應皆無達顯著水準，可能因研究對象之罹病人數較少，看不出顯著性。
- (四) 退化性關節炎在樂觀因應及整體因應方式上達顯著水準，表示有差異性，有退化性關節炎者比無退化性關節炎者採用樂觀因應較多，分析退化性關節炎者，罹病年數以 6-10 年最多，可能在罹病過程中已有一套調適因應方法，因此較能採取樂觀因應來處理退化性關節炎疾病；從本研究訪談內住榮民（個案三及個案六）談話分享中獲得些許脈絡可循：

有退化性關節炎會有一些不方便，但不擔心，還是維持一樣的生活方式，如出門逛街（個案三）。

另一位受訪者表示：我（79 歲，有高血壓、退化性關節炎）若坐的時間長，站不起來，或是走路怕腳會扭一下，我就拿拐杖撐著才不會猛一下摔下去，這是我的預防（個案六）。

- (五) 腦中風在面對因應、自立更生、逃避因應及整體因應方式上皆有達顯著水準，有腦中風者比無腦中風者較常採用面對因應、自立更生、逃避因應方式來面對疾病帶來的衝擊及威脅，與戴玉慈、余玉眉、連倚南（1997）研究指出罹患腦中風，會導致個人感覺、運動、認知及情感功能的損傷而造成永久的殘障，所以得到腦中風者可能一開始會以逃避當成防衛機轉來因應，但到後期會以較正向因應方式來呈現順應其生活；因此罹患腦中風者佔本研究之疾病中採取因應方式最多者。

(六) 糖尿病在樂觀因應方式上達顯著水準，無糖尿病者比有糖尿病者採用樂觀因應方式較高，因糖尿病控制不好時，常會引起心臟、腎臟、神經系統等疾病，因此無糖尿病者採用樂觀因應方式較多。

(七) 慢性病數目的多寡在心理適應、社會適應及整體適應上達顯著水準，<2 種慢性病數目者比>=2 種慢性病數目者，其心理適應、社會適應上較好，由此可知慢性病數目的多寡會影響適應情形；與趙珮璇（2003）研究指出老榮民自覺健康狀況會因年齡、教育程度、退伍軍階、經濟狀況及慢性病數目不同，而出現統計上顯著差異，有相似之處。

(八) 慢性病年數之長短，在本研究中顯示 5 個組別（1）5 年以下（2）6-10 年（3）11-15 年（4）16-20 年（5）21 年以上之組間差異性不顯著；可能內住榮民之同質性較高，組間差異性不明顯，且慢性病多樣化，分散樣本數，這部分本研究從平均數來著眼之；其與林美伶（2005）研究結果患病年數愈久者，對身體傷害也愈大有所差異之結果不相一致，探究分析大致結果如下：

1. 內住榮民罹患高血壓年數以罹病 5 年以下者採取樂觀因應較高及心理、社會適應較佳，在罹病 21 年以上者比罹病 16-20 年者，心理、社會適應較好，由此可得知在罹病過程中，理論上罹病年數愈久者心理及社會適應會較差，但本研究顯示在罹病 21 年以上者反而比罹病 16-20 年者，心理、社會適應較佳，因此內住榮民在罹病過程中可能有一套因應調適機轉及權能感之激發，來適應罹患慢性病之生活。由訪談中可有些許說明（個案六）：

研究者：您得高血壓幾年？

受訪者：20 年以上了，還有去年才開始有退化性關節炎，但我現在覺得沒問題它〈退化性關節炎〉會好，一定會好，絕對會好，因為我每天都動〈手指膝蓋活動〉，而且我每天照紅外線及按摩器〈每天兩次〉。

研究者：那高血壓呢？

受訪者：現在控制很好，血壓保持在 108-120 左右，每天吃藥，血壓很
正常。

研究者：您感覺得到慢性病有什麼影響？

受訪者：高血壓對我沒有影響，心理要開闊一點，配合醫生指示該吃藥
就吃藥。

研究者：您對目前的生活狀況滿意如何？

受訪者：很滿意。

研究者：您對自己的身體健康感覺如何？

受訪者：現在我很滿意，百分之百滿意。

2. 其在痛風性關節炎罹病 6-10 年者，採取樂觀因應方式者較高，6-10 年為一個中間值，但在罹病 11-15 年採取樂觀因應方式下降，而 16-20 年者其數據有提昇，因此可能是內住榮民在罹病過程中生命的對話，找出因應生活的模式來活出自我，度過一生。
3. 而在退化性關節炎罹病 21 年以上者社會適應較佳，因罹患退化性關節炎，可能會造成身體功能及日常生活之不便，而使人際互動及社交活動受限，所以需要較長時間來調適，因此研究指出罹患退化性關節炎 21 年以上者社會適應較佳。
4. 在罹患腦中風之年數上，整體因應、面對因應層面以罹病 16-20 年採取之方式較高，因罹患腦中風初體驗時，衝擊較大，因此需要一段長時間來調適，其內住榮民在罹病過程中可能有一套因應方式來因應生活，但罹病時間太久時，可能造成身體的合併症，而據文獻探討得知腦中風會使意識或神經功能喪失及損傷，導致神經機能障礙，輕者可能使人半身不遂、語言失常，嚴重者可能昏迷或死亡，因此需長時間之治療，對生活造成不便，進而影響生活品質，因此罹病 21 年以上者整體因應、面對因應方式明顯低於罹病 16-20 年者，值得再研究之。

(九) 針對慢性病的影響，分為身體層面、心理層面、社會層面及日常生活層面探討論述，從本研究訪談內住榮民談話分享中獲得些許說明：

1. 身體層面

活動受限：我（79歲）有心臟病，心臟病說發作就發作，心臟病使腿會腫走不動，而心臟病不發作時，日常生活（吃飯、洗澡、穿衣、上下床）都可以自己來（個案四）。

有一位受訪者也表示因身體（右半邊）不方便（79歲，有高血壓及腦中風），所以沒有參加活動（個案一）；由此可知慢性病會導致活動受限、功能的減退等問題。

2. 心理層面

心靈苦難：有一位受訪者表示得到慢性病的感受：有病（79歲，有心臟病及攝護腺肥大）就痛苦，心情感覺不愉快（個案四）；表示罹患慢性病對老人而言既是一項苦難，在心靈上將造成重大的衝擊及影響（Burckhardt, 1987）。

3. 社會層面

社交活動減少：因身體（右半邊）不方便所以沒有參加活動（個案一，有腦中風及高血壓）；像家主任一個月開一次會，我很少去，因不方便，坐輪椅、又因糖尿病小便多，常常要到廁所，擔心干擾會議，不好意思，乾脆不要去（個案二）。

4. 日常生活層面

我因中風右手不能動，穿衣需要人幫忙（個案八）。

慢性病（高血壓、心臟病、糖尿病、腦中風）對我（83歲）造成身體行動慢一點（個案二）；由此可知慢性病對日常生活之活動上是有些許限制及影響。

慢性病的影響是多重複雜的，在個人、心理社會等層面是環環相扣、息息相關，互相交互作用，因此由以上之訪談內容可瞭解內住榮民面臨到慢性病帶來身體、心理、社會及日常生之各層面的衝擊及苦難，在胡月娟（1994）報告表示罹患慢性病後，造成個人的身體構造、功能的改變、人際互動的改變等，嚴重者會威脅到個人

的經濟、社會與心理獨立，使老人自我概念及對人生所持之看法改變；當疾病問題比較嚴重、比較特殊、或時間拖得比較長時，生理上的症狀甚且改變一個人自我圖象，以及和他人的社會關係（張苙雲，2004），由此可知慢性病對內住榮民有不同程度的影響。

(十) 慢性病單單提供治療來控制疾病是不夠的，通常需要整個再適應及不斷的調適過程。罹患慢性病之調適情形，從本研究訪談內住榮民談話分享中獲得些許說明：

1. 自我概念：

我想年紀大了都會有毛病，人就像一部機器一樣，開久了舊了就開不動了，年紀大了關節退化了，就是死也沒關係（個案五）。

老了年紀大了夕陽西下，免不了，多愛護自己一點，小心點，讓這樣可以活久一點，更重要是心情要開闊，事情才會看的順眼，看不順眼，是跟自己過不去，不要煩腦，這是我的想法，別人我不知道（個案六）。

2. 宗教力量：

我是教徒(摩門教)，我很相信各種事物發生都是前世註定，妳作什麼業，就得什麼果，我們自己管理自己，就是自求多福，盡量寬容自己，要走正路，不要做悖對良心的事，凡是感恩，人家都是要幫忙我們（個案八）。

3. 輔具使用：

我不喜歡找人幫忙，能靠自己就靠自己，上坡時，靠手拉欄杆及腳出力完成（個案二）。

我（79歲）有退化性關節炎，因此我就拿一個棍子（拐杖）走路，萬一說是突然身體不穩，才不會一下子倒下去〈跌倒〉，我預防（萬一痛起來時）；又說老年退化慢性病，要慢慢調養，慢慢來不是三天五天就會好的（個案六）。

我有腦中風，行動不方便，平常騎電動車活動，可以上街辦事及買東西（個案八）。

4. 支持系統

(1) 機構內

a. 員工：

有人安慰時，心情也就好些，因此這裡（指榮家）的護士就是最大的安慰，有護士的安慰，心情就痛快些（個案四）。

b. 其他榮民：

我有關節炎不方便時，我對面房間的譚先生人很好，會幫忙人家，常幫忙我（個案五）。

另一位受訪者也表示得到慢性病感受及適應之過程：得到慢性病（89歲，高血壓、退化性關節炎）很難過，不想活，叫醫生能打一針快樂針，睡了就好，醫生說不行，說您現在能吃飯，很健康，不給打，不打就算了，現在我想開了，因為現在那個譚先生及李先生都會帶我到外面走一走，現在心情好多了，不煩惱，因為住進榮家有這些朋友的照顧慢慢就沒有不想活的念頭（個案七）。

c. 服務照護：

榮家算是天堂，吃的也好住的也好，一切都好，我們這個年齡就是有的吃有的住，安樂樂的，有病的時候護士小姐送我們去看病，我們在家時也沒那麼好，那我還想什麼，這裡太好了，就這樣就是享福了（個案九）。

平常我都跟弱勢的人互動，與弱勢的人來往，幫他們推輪椅，都沒有要過他們的錢及東西（個案十）。

(2) 機構外：

我乾女兒每一年來看我好幾次，關心我，每次我都會帶營養品來看我，喝起來精神好、感覺好，這營養品不好買呢！我乾女兒叫我保重身體就行，身體好就好了（個案二）。

在訪談內容中把概念歸類編碼後，形成有意義之主題。由以上訪談資料中，因應調適方法有自我概念、宗教力量、輔具使用、支持系統等，在自我概念主題中，Hurlock 在 1991 年表示老年期的適應好壞與否，乃依據個人的自我概念及角色的變化對自我概念產生的影響；自我概念愈好，適應就會較好；反之，則較差，與本研究之結果相一致。而支持系統中，由機構內、外資源之運用，可看出醫護人員、榮民之間及家屬對其受訪者的相互支持及協助，有助於對罹患慢性病之適應；而盧淑敏（2002）表示獨居老人社會支持網絡與心理社會健康功能具顯著正相關；其黃仁峰（2003）研究結果顯示榮民當初到台灣來雖是隻身來台，但是情同手足的同袍們也一起過來，因而在情感上彼此獲得慰藉、並不孤單，這對台灣生活上的適應有很大的幫助，也助長了台灣地區意識的凝聚；而林秋芬（2000）認為老榮民社會網絡的支持大多來自袍澤，因此盧、黃、林三人之研究與本研究之結果相一致，因此同袍們間的支持系統網絡有助於罹患慢性病內住榮民之適應。又據梅陳玉嬋、楊培珊（2005）報告表示個人的態度、是否擁有社會支持網絡，以及老人老化時所處的環境背景，都會影響一個老人對於老化時個人與社會適應，其說法與本研究之結果相呼應。

而在陳峰瑛（2003）對高雄都會區獨居老人社會支持與生活適應研究結果顯示年齡愈大，身體愈差、行動不便者與社會網絡失去聯繫，取得社會支持較困難，在家居住危險性高；因此與本研究相對回應，而本研究結果顯示罹患慢性病內住榮民趨於採取正向因應方式且心理及社會適應佳，其內住榮民高齡及罹患慢性病群居住在榮家中，因大家都是榮民背景且同質性高，同袍間情感交流，如同家人一般相互支持，且建置一套自我支持系統網絡，就視榮民之家為他們的歸宿，也就是一個大家庭，把家的定義重新來詮釋賦予意義，因此可破除入住機構的迷思，與其在家獨居發生危險，不如選擇入住機構，得到良好的照護及心靈的支持；又在未來因應少子化處境及老化人口的快速提昇下，機構式照護仍有發展努力的空間。

就本研究與黃郁婷、楊雅筠（2006）研究指出老年期若擁有穩定的有誼關

係，對其生活及幸福感有一定程度的影響力，同時直接反應出友誼支持與幸福感之相關性，與本研究之結果有相似之處；而在 Jung 理論中其老年人生理、心理健康需要體認與統整，也描述在人生後期一種內心的轉變，以適應身體衰退與其他損失的特徵；在訪談過程中清晰的看到受訪者在得到慢性病的感受及建立獨特個別化自我適應模式，便能適應其生活，讓自己能安生立命的走完人生。

因此在 Erikson 老年研究報告指出晚年是用來回憶的，將以往的種種串連起來，把本來不相干的片段整合成一個有意義的整體；又依 Hurlock (1991) 指出早期經驗會影響老年適應情形。其實這整合的動作一直都在進行著，尤其當人在遇到困難時都會自我反省一番，統整力量後在重新出發，其個體對生命較早階段的每個問題，若有成功的處理過程，個體將對生命有一種統合和整體感，使個體之身、心、社會能處於和諧安適的狀態；與本研究之結果相輝映。

第五節 慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的相關分析

本節在探討慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形之關係為本研究探討之重點，其研究方法以皮爾遜積差相關分析及典型相關分析來探討其因應方式與適應各層面彼此間之相關分析，以驗證研究假設三。

壹、慢性病在因應方式與適應情形的相關分析探討

一、慢性病在因應方式與適應情形的積差相關分析

積差相關適用於兩個變項均為連續變項，其兩個變項之間的相關係數與相關程度劃分為五級：(吳明隆、涂金堂，2006)

- (一) 很高相關：r 值在 .80 以上 (包含 .80)
- (二) 高相關：r 值在 .60 以上 (包含 .60) 至 .80 以下 (不包含 .80)
- (三) 中相關：r 值在 .40 以上 (包含 .40) 至 .60 以下 (不包含 .60)
- (四) 低相關：r 值在 .20 以上 (包含 .20) 至 .40 以下 (不包含 .40)
- (五) 很低相關 (微弱相關)：r 值在 .20 以下 (不包含 .20)

表4-5-1 為中部地區一家榮民之家內住榮民受試樣本其慢性病在因應方式與適應的相關矩陣分析，採用皮爾遜積差相關分析考驗，結果顯示面對因應、樂觀因應、自立更生因應、心理適應、社會適應彼此之間皆呈現正相關；而逃避因應與心理適應呈現負相關。

由表4-5-1結果顯示就面對因應關係與樂觀因應關係而言，其相關係數達到顯著水準 ($r = .702, p < .01$)，面對因應關係與樂觀因應關係顯示達正相關 (高相關)；而面對因應關係與逃避因應關係，其相關係數亦達到顯著水準 ($r = .242, p < .01$)，顯示面對因應關係與逃避因應關係達正相關 (低相關)；就面對因應關係與自立更生因應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準 ($r = .525, p < .01$)，顯示面對因應關係與自立更生因應關係達正相關 (中相關)；面對因應關係與心理適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準 ($r = .329, p < .01$)，顯示面對因應關係與心理適應關係達正相關 (低相關)；面對因應關係與社會適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準 ($r = .567, p$

<.01)，顯示面對因應關係與社會適應關係達正相關（中相關）。

由表4-5-1結果顯示就樂觀因應關係與逃避因應關係而言，其相關係數未達到顯著水準，顯示樂觀因應關係與逃避因應關係無顯著相關；就樂觀因應關係與自立更生因應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .303, p < .01$ ），顯示樂觀因應關係與自立更生因應關係達正相關（低相關）；就樂觀因應關係與心理適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .422, p < .01$ ），顯示樂觀因應關係與心理適應關係達正相關（中相關）；就樂觀因應關係與社會適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .612, p < .01$ ），顯示樂觀因應關係與社會適應關係達正相關（高相關）。

由表4-5-1結果顯示就逃避因應關係與自立更生因應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .294, p < .01$ ），顯示逃避因應關係與自立更生因應關係達正相關（低相關）；就逃避因應關係與心理適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = -.188, p < .01$ ），顯示逃避因應關係與心理適應關係達負相關（低相關），因此採用逃避因應者，其心理適應愈不良，此與黃俐婷（1997）研究女性乳癌患者之內外控歸因、因應方式與適應之相關性，結果顯示愈是採用負向行為型因應方式其適應結果愈不良；愈是採用直接主動型因應方式者，其情緒適應愈為主動，其說法相符合；就逃避因應關係與社會適應關係而言，其相關係數未達到顯著水準，顯示逃避因應關係與社會適應關係無顯著相關。

由表4-5-1結果顯示就自立更生因應關係與心理適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .128, p < .05$ ），顯示自立更生因應關係與心理適應關係達正相關（微弱相關）；而自立更生因應關係與社會適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .275, p < .01$ ），顯示自立更生因應關係與社會適應關係達正相關（低相關）。

由表4-5-1結果顯示就社會適應關係與心理適應關係而言，其相關係數亦達到顯著水準（ $r = .553, p < .01$ ），顯示社會適應關係與心理適應關係達正相關（中相關）。

表4-5-1 慢性病在因應方式與適應的相關分析表 (N=275)

	面對因應	樂觀因應	逃避因應	自立更生因應	心理適應	社會適應
面對因應	1.000	.702(**)	.242(**)	.525(**)	.329(**)	.567(**)
樂觀因應	.702(**)	1.000	.106	.303(**)	.422(**)	.612(**)
逃避因應	.242(**)	.106	1.000	.294(**)	-.188(**)	-.044
自立更生 因應	.525(**)	.303(**)	.294(**)	1.000	.128(*)	.275(**)
心理適應	.329(**)	.422(**)	-.188(**)	.128(*)	1.000	.553(**)
社會適應	.567(**)	.612(**)	-.044	.275(**)	.553(**)	1.000

** 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾), 相關顯著。

* 在顯著水準為 0.05 時 (雙尾), 相關顯著。

二、慢性病在因應方式與適應情形的典型相關分析

典型相關分析在探討兩組變項間的關係，而這兩組變項各有兩個以上的變數；典型相關即在求出一組X變項（自變項或稱控制變項）與一組Y變項（依變項）間是否有顯著關係；亦在求出兩個以上X變項與兩個以上Y變項間的線性組合，使其簡單相關達到最大（吳明隆、涂金堂，2006）。

自變項或稱控制變項者為面對、樂觀、自立更生、逃避因應方式（X變項）四個層面，依變項或稱效標變項者為心理、社會適應（Y變項）兩層面來進行典型相關。現將各變項所分析之典型相關情形分別以摘要表與典型相關徑路圖方式呈現如下：

表4-5-2 慢性病在因應方式與適應層面的典型相關分析摘要表

控制變項	典型	因素	效標變項	典型	因素
(X變項)	χ_1	χ_2	(Y變項)	η_1	η_2
面對因應	.830	-.466	心理適應	.703	.711
樂觀因應	.920	-.103			
自立更生因應	.392	-.414	社會適應	.981	-.193
逃避因應	-.120	-.940			
抽出變異數百分比	.426	.321	抽出變異數百分比	.729	.271
重疊量 (%)	.194	.012	重疊量 (%)	.331	.010
N=275			ρ^2	.454	.038
			ρ (典型相關係數)	.674***	.196*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

X變項=因應方式 Y變項=適應

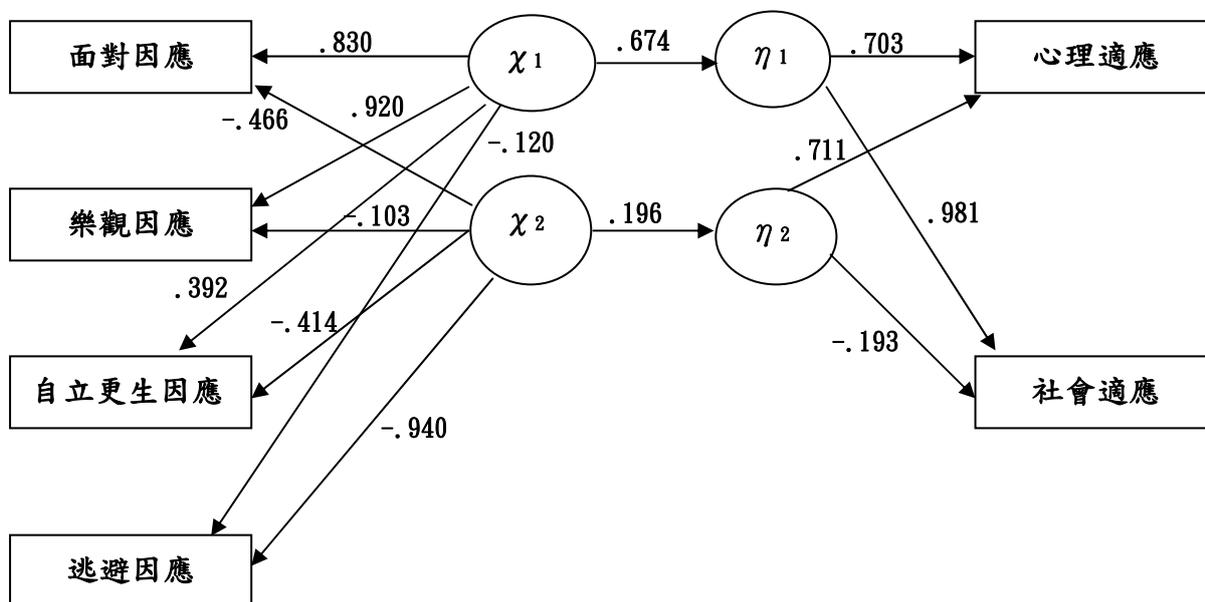


圖 4-5-1 慢性病在因應方式與適應層面的典型相關分析徑路圖

(一) 由表 4-5-2 之典型相關分析摘要表得知：

1. 有兩個典型相關係數均達.05 以上的顯著水準，第一個典型相關係數 $\rho_1=.674$ ($p=.000<.001$)；第二個典型相關係數 $\rho_2=.196$ ($p=.014<.05$)；四個控制變項，主要透過兩個典型相關因素影響到效標變項（依變項）。也就是四個因應方式透過兩個典型相關因素影響到心理、社會適應。
2. 控制變項（因應方式）的第一個典型因素（ χ_1 ），可以說明效標變項（適應）的第一個典型因素（ η_1 ）總變異量的 45.4%（ $\rho_2=.454$ ），而效標變項（適應）的第一個典型因素（ η_1 ），又可以解釋效標變項（適應）變異量的 72.9%，控制變項與效標變項重疊部份為 33.1%，因而控制變項（因應方式）透過第一型因素（ χ_1 與 η_1 ），可以解釋效標變項（適應）總變異量的 33.1%，因此因應方式四層面與適應二層面有顯著的典型相關性，其具解釋力及相關性。
3. 因應方式變項的第二個典型因素（ χ_2 ），可以說明適應變項的第二個典型因素（ η_2 ）總變異量的 3.8%（ $\rho_2=.038$ ），而適應變項的第二個典型因素（ η_2 ），又可以解釋適應變項變異量的 27.1%，因應方式變項與適應變項重疊部份為 1.0%，因而因應方式變項透過第二型因素（ χ_2 與 η_2 ），可以解釋適應變項總變異量的 1.0%。
4. 因應方式變項和適應變項在第一個至第二個典型因素的重疊部份，共計 33.1%。換言之，面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應四個控制變項經由第一、第二典型因素共可說明內住榮民對慢性病心理適應及社會適應兩個適應總變異量 33.1%；而此二個典型因素可以直接解釋內住榮民對慢性病適應總變異量的 72.9%，適應兩個變項無法由二個典型變項 χ_2 與 η_2 解釋的部份有 27.1%。

5. 兩組典型相關及重疊量數值以第一個典型相關較大，第二組的重疊量甚小，可見四個控制變項主要是藉由第一典型因素影響四個控制變項。四個控制變項中與第一個典型因素（ χ_1 ）之相關較高為樂觀因應，其結構係數為.920；在效標變項中，與第一個典型因素（ η_1 ）之關係較密切者為社會適應及心理適應，其結構係數均在.700以上。因而在第一個典型因素分析裡，主要是控制變項中的樂觀因應及面對因應變項，而影響心理及社會適應兩個適應。由於其結構係數的值均為正相關，可見內住榮民對慢性病愈採取樂觀因應及面對因應之方式的榮民，其心理及社會適應愈好；反之，在第二個典型因素分析裡，主要是控制變項中的逃避因應變項，其結構係數為-.940；在效標變項中，與第二個典型因素（ η_2 ）之關係較密切者為心理適應，其結構係數均在.700以上。由於其結構係數的值為負相關，因此內住榮民對慢性病愈採取逃避因應之方式者，心理適應愈差。
6. 如果以適應為控制變項，而因應方式為效標變項，則控制變項和效標變項在第一個至第二個典型因素的重疊部份，共計33.1%。換言之，二個適應控制變項經由第一、第二典型因素共可說明內住榮民對慢性病面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應等四個因應方式總變異量33.1%。

因此皮爾遜積差相關分析與典型相關分析，由表4-5-1及4-5-2得知結果是一致的且相互輝映。

貳、綜合討論

由皮爾遜積差相關分析及典型相關分析可驗證研究假設三，榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形呈顯著相關；綜合以上結果，大都可支持研究假設三。在皮爾遜積差相關分析結果顯示面對因應、樂觀因應、自立更生因應、心理適應、社會適應彼此之間皆呈現正相關；而逃避因應與心理適應呈現負相關。典型相關分析結果顯示內住榮民對慢性病愈採取樂觀因應及面對因應之方式的榮民，其心理及社會適應愈好，而

採取逃避因應方式者，心理適應較差；與黃俐婷（1997）研究指出愈採取負向的因應方式來解決問題，則適應狀況愈不良，其結果相呼應。換言之，研究結果得知內住榮民對慢性病採取正向因應方式者，其心理及社會層面適應愈佳；在十位的訪談過程中，對罹患慢性病之生活，大都表示滿意目前的生活。

在何延鑫（2002）對台北市某醫學中心新陳代謝科門診的第二型糖尿病患者研究心理社會適應、因應方式與衛教需求評估，結果顯示使用正向因應方式，心理社會各層面的適應皆較好；與本研究之結果相一致。

Hurlock 在 1991 年報告中表示一般而言年紀愈大，健康就愈差，這會增加老年人適應的重擔；其耗費體力及精力的慢性疾病，更會防礙個體的適應；但與本研究之結果對照下，顯示研究對象平均年齡雖為 82.39 歲，高齡且有慢性病，其慢性病的嚴重度造成失能、殘障，但尚有良好的適應。研究之訪談中有一些脈絡可來解釋（個案一、二）：

我中風坐輪椅，但是都儘量靠自己、自己也是要動，不麻煩別人，我心裡沒有特別的感覺，一天過一天，沒想什麼。我吃的飽、睡的著，滿意現在的生活（個案一，有高血壓、腦中風）。

慢性病造成我右半邊身體無力，我需要坐輪椅代步，因此身體活動、行動會慢一點，但在身體上我感覺滿意，因感覺腿還有一些力量，自己可以活動，因此仍要靠自己努力來活動。我坐輪椅還是可以爬坡，身體因為運動有進步，因此我每天都運動，所以在活動及生活上也滿意（個案二，有高血壓、心臟病、糖尿病、腦中風）。

本研究之結果與 Hurlock（1991）報告中有差異，其研究者探究其因，榮民之背景因素及榮家為一個大家庭，而有相互支持，可能因在榮家內有較多相同之病友（袍澤）或榮民之特質抗壓性較強及能量的轉換，且由以上之訪談中，研究者了解他們有不放棄生命之態度，令人欽佩及尊敬。由此可知內住榮民在慢性病罹病過程中有自己一套的療癒機制，使慢性病成為生活中的一份子，簡單而論就是與疾病共存，因此內住榮民可能較有良好的調適能力來適應生活。

綜合本章之研究結果所述其內住榮民大都處於顛沛流離的時代，保衛國家，犧牲奉獻，離鄉背景，在異鄉（台灣）生活了50-60年；當然爾會在內心層面與當地的老人有所差異性，就因榮民年輕時保家衛國，年老時大都為單身一人，值得研究者深入瞭解探討分析之；就此研究者選定慢性病對內住榮民之心理、社會適應之研究—以中部地區一家榮民之家為例，其研究結果得知：

- 一、榮民之家內住榮民慢性病之現況為內住榮民平均年齡82.39歲，以外省、識字，但未接受學校教育、無宗教信仰、且未婚者最多。依據研究問卷調查結果顯示（一）內住榮民至少有一種（包含一種）以上的慢性病，平均每人罹病數為1.78種；（二）罹患高血壓(56%)比率最高，其次為心臟病(25.1%)、呼吸系統疾病(16.4%)、糖尿病(15.3%)、退化性關節炎(13.8%)、腦中風(11.6%)。
- 二、榮民之家慢性病榮民之因應方式及適應情形為內住榮民對慢性病之因應方式以樂觀因應為最常使用之因應方式及對慢性病之因應方式趨於正向因應；且內住榮民心理社會適應情形頗佳，且心理適應高於社會適應。
- 三、不同背景變項榮民之家慢性病榮民因應方式與適應差異為不同背景變項因應方式層面上其籍貫、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動上有差異；而在適應層面上其籍貫、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動上亦有所差異。
- 四、榮民之家內住榮民之罹患不同的慢性病以心臟病、退化性關節炎、腦中風、糖尿病與因應方式之間有顯著差異。
- 五、榮民之家內住榮民之罹患不同的慢性病為高血壓及慢性病數目多寡與其在適應之間有顯著差異。
- 六、榮民之家內住榮民之罹患不同的慢性病之年數在高血壓、退化性關節炎、痛風性關節炎及腦中風在因應方式及適應層面上有差異。
- 七、榮民之家慢性病之內住榮民在因應方式與適應的關係為內住榮民對慢性病愈採取樂觀因應及面對因應之方式的榮民，其心理及社會適應愈好；因此內住榮民對慢性病採取正向因應方式者，其心理及社會層面適應愈佳；在十位的訪談資料中大都的受

訪者對目前的生活是滿意的，由此可知心理及社會層面適應愈佳者，相對生活滿意度可能性愈高。

八、在深度訪談研究中，在訪談大綱中未列入的題目，由受訪者（個案二、三、五、九）自由表達分享，而獲得另一層面的省思：

（一）生命意義層面：

身體老毛病（高血壓、心臟病、腦中風、糖尿病）多，因此我（83歲）就墨守成規，一天不要好也不要壞，日子平平穩穩的過；吃過下午飯，心理就會想今天又賺了一天，存著感恩的心，這就是我的人生觀，要寬宏自己，因此我死也不怕。人有兒有女，50歲以內，有兒子不錯，死了哭你兩聲；我沒兒子，在馬路上死了，警察看到了就把我處理掉；因此我認為人生要把事情想寬一點、看大一點，宏觀點（個案二）。

（二）死亡態度：

一個受訪者表示我們這裡〈榮家〉有人死了，過世了，我（88歲）沒什麼擔心也不害怕，看見他們死了，不害怕，〈死〉有一天會到來，活一天過一天，有一天到來時就面對！（個案三）

有一個受訪者表示我（91歲）想年紀大了都會有毛病，人就像一部機器一樣，開久了舊了就開不動，年紀大了關節退化了，就是死也沒關係（個案五）。

另一個受訪者也表示不要去想太多，年齡大（81歲）了，應該走的時間到了就到了，心裡感覺很平靜，因為年齡大了，該走了，看的很淡薄（個案九）。

每個人在年老時，都須面對死亡逼近的事實，其會觸碰生命的底層，必須嘗試著去接受其邊際處境及因應面對自身的課題，這不僅是無可避免的命運，還得自其中找尋其意義，瞭解生命的脈動，這可能是老年人所面臨的最具挑戰的任務，值得再研究探討之。由以上內住榮民之分享訪談中可有一些新的文本脈絡產生，因此幫研究者開了另一扇窗，做進一步研究之引導，深入來探討分析慢性病之內住榮民對生命意義之詮釋及死亡態度之延伸研究議題。

第五章 結論與建議

第一節 結論

本研究係採橫斷式問卷調查法及質性研究法中的深度訪談進行研究，主要目的在瞭解榮民之家『慢性病』之內住榮民心理社會適應情形，並進一步探討內住榮民之不同背景變項及不同的慢性病榮民之家慢性病榮民因應方式與適應的差異情形，深入分析慢性病之內住榮民在因應方式與適應情形的相關情形，再依據研究結果提出具體建議，以供在老人照護上另一個範疇上之參考，使我們的老人能越老活得越好，享受老年，達到成功老化的境界。首先，研究者先就老人身、心、社會之發展、慢性病、因應方式及適應相關文獻加以探討；經由文獻回顧，分析統整，歸納出影響內住榮民之身、心、社會發展、慢性病、因應方式及適應相關理論，進而做為問卷調查及訪談之依據。研究者以中部地區一家榮民之家內住榮民為研究對象，有效樣本數為 275 份，其中以立意取樣選取 10 位做為深度訪談個案來收集及分析資料，且以獨立樣本 t 檢定、單因子變異數 (One-way ANOVA) 分析、事後比較考驗 (Scheff'e 法比較檢定)、皮爾遜積差相關分析及典型相關分析來處理量化資料。茲分述如下：

壹、內住榮民對罹患慢性病之因應方式

一、內住榮民對罹患慢性病之因應方式趨於正向因應

由本研究問卷調查結果得知，內住榮民對罹患慢性病之因應方式以「樂觀因應」層面得分最高，其次為「自立更生因應」層面，而「逃避因應」層面的得分最低，顯示內住榮民對罹患慢性病之因應方式趨於正向因應。分析探究其原因可能是內住榮民從小離鄉背景、由大陸來台、單身，且經過戰亂、保衛國家，犧牲奉獻，最困苦的日子都渡過了，因此內住榮民可能會有固著性，其使用早期成功有效的因應模式及個人的態度來面對自己的苦難；換言之，到了年老時，因罹患慢性病產生種種的問題，也會使用成功正向的因應模式來療癒自己。此點可以從本研究訪談中獲得說明，有幾位受訪者表示自己的身體功能，雖然因罹患慢性病而導致殘障、功能限制，但他們卻認為自己很好，沒什麼問題，也自認他們的健

康狀況是良好，生活很滿意；因此疾病的經驗會使個人覺醒(awareness)及改變自我概念，更加了解自己、肯定自我並促進個人來因應生活，正視自己存在之價值及意義。

二、內住榮民之罹患不同的慢性病如心臟病、退化性關節炎、腦中風、糖尿病與因應方式之間有差異

本研究問卷調查結果得知，內住榮民罹患不同的慢性病除高血壓、痛風性關節炎外，而心臟病、退化性關節炎、腦中風、糖尿病其與在因應方式之間有顯著差異性，其無心臟病、無糖尿病、有退化性關節炎、有腦中風者，採取因應方式較正向；而研究對象為退化性關節炎及腦中風者，因罹病時間大都在6-10年以上，因此在罹病過程中，可能有自己的一套因應機制模式，或是在醫療環境上能提供滿足有退化性關節炎及腦中風者之需求，反而在疾病過程中會採取較正向因應方式來處理慢性病這個議題；因此，疾病經驗可能豐富了生命，也提供學習的機會及心靈成長的轉機，此點可以從本研究訪談中的談話分享中獲得說明。

三、內住榮民對罹患慢性病之因應方式會因不同的背景變項而有差異

問卷調查結果發現，除年齡、宗教信仰及慢性病數目的多寡外，不同省籍、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動與因應方式上有顯著差異；其中以外省籍、已婚、教育程度愈高、支領榮民就養金、有休閒活動、自我照顧能力愈好者，而採取正向因應方式愈高；由於不同的背景變項之內住榮民依個人在人生之歷練、生活方式及文化背景等因素，可能有所不同，這是在文化上深刻之意涵，其因應方式可能會因個人的生命方程式的反思過程而有所不同。

貳、內住榮民對罹患慢性病之適應

一、內住榮民之自我概念及支持系統之研究結果，會影響內住榮民之適應

慢性病單單靠治療來控制疾病是不夠的，通常需要整個再適應及不斷的調適

過程來適應；因此由本研究訪談中的談話分享中可獲得說明，內住榮民自我表露詮釋出罹患慢性病之心路歷程及調適過程；而在支持系統上，研究訪談中內住榮民表示機構內及機構外之支持系統，有一股強大的力量；在訪談個案九之訪談內容中，甚至把機構形容成天堂、當做是自己的家，為人生最後的依靠，把家的定義重新詮釋起來，由此可知以上之適應方法，足以讓內住榮民可面對慢性病帶來的苦難及衝擊，走出生命之幽谷；其榮民與榮民之間亦表達出志願服務之典範，使越老活得越好，能享受老年生活，以達到成功老化；因此內住榮民之自我概念及支持系統可利其適應。

二、內住榮民對罹患慢性病之適應因不同的背景變項而有差異

問卷調查結果得知，除年齡、宗教信仰、教育程度、婚姻狀況及慢性病數目的多寡外，其不同籍貫、經濟狀況、休閒活動、自我照顧能力與活動上在適應層面上有顯著差異，其中以外省籍、支領榮民就養金、有休閒活動、自我照顧能力愈好者，其適應愈佳，可能是榮民背景文化因素及有能力參與社交活動之影響。

三、內住榮民罹患高血壓及慢性病數目之多寡與其適應之間有差異

問卷調查結果顯示罹患高血壓及慢性病數目多寡與其在適應之間有顯著差異，其無高血壓及慢性病數目少於兩種以下者，其心理適應、社會適應上較好；慢性病數目愈多者，疾病複雜性愈高，相對之會直接衝擊到適應層面；而高血壓是本研究中罹患率最高者，其常合併有其他種類之慢性病，因此無高血壓者及慢性病數目較少者適應較好。

四、內住榮民之罹患不同的慢性病之年數在高血壓、退化性關節炎、痛風性關節炎及腦中風之因應方式及適應上有差異

內住榮民罹患不同慢性病之年數在因應方式及適應之差異情形，因事後比較不顯著，此部分以平均數來分析之大致結果為罹患高血壓年數以罹病 5 年以下者採取樂觀因應較高及心理、社會適應較佳；就高血壓年數而言，本研究顯示在罹病 21 年以上者反而比罹病 16-20 年者，心理、社會適應較佳；其在痛風

性關節炎罹病 6-10 年者，採取樂觀因應方式者較高，在退化性關節炎罹病 21 年以上者社會適應較佳；在罹患腦中風之年數上，整體因應、面對因應層面以罹病 16-20 年採取之方式較高；以整體性分析為可能是內住榮民在罹病過程中生命的對話，找出因應生活的模式來活出自我，度過一生；但在罹患腦中風之年數上，但罹病時間太久時，可能造成身體的合併症，可能使人半身不遂、語言失常，因此需長時間之治療，對生活造成不便，進而影響生活品質，因此罹病 21 年以上者整體因應、面對因應方式明顯低於罹病 16-20 年者，值得進一步研究之；因此本研究之貢獻在初步的瞭解慢性病之年數時間的長短，不可妄自斷言在罹病時間較短者，就較能採取正向因應方式及較好的適應情形；而是應依研究對象之背景資料考量，仍須把慢性病的組別增加及時間拉長，做深入的探討，增加研究之客觀性。

參、內住榮民因應方式及適應之相關

一、內住榮民之慢性病在因應方式各層面（面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應）與適應各層面（心理、社會適應）有顯著的相關性

本研究結果顯示在因應方式層面其面對因應、樂觀因應、自立更生因應、心理適應、社會適應彼此之間皆呈現正相關；而逃避因應與心理適應呈現負相關。在面對因應關係與樂觀因應關係及樂觀因應關係與社會適應關係顯示皆達高度相關，因此愈採取正向因應方式者，心理、社會適應愈佳，反之不採取正向因應方式，而採取負向（逃避）因應方式者，其相對心理、社會適應愈不好。

二、內住榮民因應方式各層面（面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應）與適應各層面（心理、社會適應）有顯著的典型相關性，其具解釋力

研究結果顯示控制變項（因應方式）透過第一型因素（ χ_1 與 η_1 ），可以解釋效標變項（適應）總變異量的 33.1%，因此內住榮民因應方式各層面（面對因應、樂觀因應、自立更生因應、逃避因應）與適應各層面（心理、社會適應）有

顯著的典型相關性，其具解釋力；而在第一個典型因素分析裡，主要是控制變項中的樂觀因應及面對因應變項，影響心理及社會適應兩個適應。由於其結構係數的值均為正相關，可見慢性病之內住榮民愈採取樂觀因應及面對因應之方式者，其心理及社會適應愈好，而內住榮民對生活的滿意度相對提昇；此點可以從本研究訪談中的談話分享中獲得說明。

第二節 建議

茲根據研究發現及結論，針對增進內住榮民之罹患慢性病有其正向的因應方式及良好的適應模式，以及對未來進一步的研究提出建議如下：

壹、對增進內住榮民罹患慢性病有正向因應方式及良好的適應模式之建議

一、鼓勵內住榮民參與休閒及社團活動，充實精神生活

研究中發現內住榮民有從事休閒活動及社團活動者，其因應方式趨於正向，而適應愈佳，因此建議機構把休閒及社團活動列入常規性之行程中，其活動方式應多樣化、有趣且依不同身體功能及教育程度來安排活動，由內住榮民依自己的興趣，參與團體或選擇活動，也就是有自我決定權，即是賦予權能(empower)的過程；其休閒活動例如槌球、衛生麻將、下棋、唱卡拉 OK、健樂球、吹吹樂、水中撈月等活動；而社團活動如書法社、電腦社、慈愛社、繪畫社、國樂社等，以增進榮民間的互動關係，把休閒及社團活動當做潤滑劑，亦使每位內住榮民都有存在之價值，活出自我、活出尊嚴。

二、建立完善支持系統網絡

榮家支持系統網絡，需要結合家庭、榮家、及社區之資源三合一，由本研究之結果指出支持系統在適應層面上有相當的影響力，而建置支持系統對內住榮民是能提高生命的品質及生活的滿意度；因此榮家需要建立完善之支持系統網絡。

三、重視疾病之預防及監控，以提昇內住榮民之自我照顧能力及身體功能

- (一) 加強慢性病之衛生教育：衛生教育非常重要，定期安排慢性病相關課程，加強內住榮民對疾病之認識，提早防範於未然，使榮民之傷害減到最低，亦可減少政府健保之支出。
- (二) 落實預防保健：內住榮民每年定期安排健康檢查、胸部 X 光檢查、老人流感疫苗注射等預防保健工作，提早發現疾病徵兆，早期介入治療，儘可能預防疾病之發生。
- (三) 重視疾病監測：已罹患慢性病之內住榮民，持續監控慢性病之變化，並記錄之；與各科別之醫生之間保持良好的溝通管道，定期服藥、看診，亦鼓勵意識清楚之榮民自我監測評估，隨時通報；且在必要時提供良好的轉介或轉診服務。

四、落實各類慢性病之服務照護計劃，提供適切個別化、整體性之服務

罹患慢性病之內住榮民，應落實各類慢性病之服務照護計劃，提供適切個別化、整體性之服務，其疾病之服務照護計畫為之方針及指引，運用良好的溝通技巧以了解其需要；協助內住榮民增進對自己狀況之覺察力，並鼓勵其主動參與服務照護計畫；使慢性病之榮民能夠在罹患慢性病之當下，洞識自我處境，能與疾病共存，安然自得。

五、重視內住榮民身、心、社會之需求，推動高齡者終身學習

本研究指出內住榮民之平均年齡為 82.39 歲，年紀較大，相對的身體功能的變化也較大，將面臨身體器官功能衰退的生理、疾病問題、而在內住榮民心理及社會課題上，可安排心理諮商輔導、團體治療、回溯療法、生命回顧、意義治療等介入性措施，使在各層面的限制下，仍有良好的生命活力及動力，更能來適應生活，因此應重視內住榮民身、心、社會之需求；但在現今知識暴增的社會，鼓勵內住榮民活到老，學到老，終身學習；建議機構成立長青大學，由機構中之榮民或員工，依個人專長來擔任講師或聘請相關專家學者，教導內住榮民各領域之認知、情意及技能上學習，滿足生活所需，以增加生命中的對話，使榮民活出健

康、活出自信。

六、結合有效資料，建置榮家志願服務系統模式，增進資源之運用

在本研究訪談內容指出有幾位受訪者表示非常樂意照顧弱勢的榮民，目前持續仍再做，樂此不疲，展開老年生命中的活動力；因此建議機構建立志願服務系統模式，主要是使有能力、有專長及有意願之榮民擔任志工，去服務榮家其他較體弱的榮民，把有效的資源用於榮民上，其當然需結合機構中及社區資源，成立志工大隊；以增進內住榮民之福祉，也能增進榮民間之情感交流及人際互動，讓榮民自覺在社會上仍是有用之人，持續為社會、國家貢獻。

七、提供完善的醫療照護環境，提昇生活品質

在本研究中發現慢性病會使榮民在生活功能上有些限制，甚至造成殘障；由訪談過程中也瞭解無障礙空間之重要，因此提供適切的醫療環境是勢在必行；除了醫療各專科之診療外；適時提供適當的輔具，以協助日常生活；甚至需要復健理療之介入，減少榮民功能退化；更在緊急應變處理上，更要有一套因應機制及處理流程，以增加榮民生命財產之安全。

八、政府應持續對榮民提供整體性照顧服務，使榮民在榮家能頤養天年

榮民這個族群在背景上與一般的老人有所不同，他們由大陸離鄉背景，年輕時為國為民的犧牲奉獻，國家應本著崇功報勳的模式來照顧榮民，因此在榮民年老時，更要持續照護榮民，在人生的最後階段能獲得完善整體性之服務，以「完整(holistic)的人」做考慮，把老人視為一個完整的個體，考慮整個身、心、社會特質，摒棄以往心、身及個人、社會分開的方式，以協助老人獲得身心社會之和諧的服務理念，其各層級醫療資源之結合，以及醫療照顧系統應有良好的整合，提供整體性和連續性的照護，也就是完整的健康照護服務，以協助其達到自我成長及自我實現之境界；因此要維持一定品質，一定要有一套管理機制，參考產官學之專家學者之意見，建構榮家之評鑑考核制度及標準作業流程，提昇服務水準，俾使榮民先生能安心的在榮家頤養天年。

貳、對未來進一步的研究之建議

一、在研究對象上，可擴展至全國的榮家及社區的老人

本研究因限於人力、時間之考量，只對中部地區一家的榮民之家研究，研究者認為，將來進一步的研究可在研究對象上擴展至全國的榮民為抽樣對象，甚至是社區中的老人，使研究內容更豐富化，亦能比較兩組不同的族群背景上之差異及相關情形，提供主體性、客製化的服務；另可研究獨居或群居、機構或居家老人在生活適應上的差異性，以供在老人照護上另一個範疇上之參考，亦可在老人照護這個領域上，盡一份心力。

二、在研究變項中，可擴及至其他相關變項

本研究之變項，在深度訪談中，由受訪者表示另一個層面之議題：生命意義及死亡態度的面向，表達因罹患慢性病，其面對其生命的處境時，而對生命有了啟示及觸動；因此建議在未來的研究中，可以考慮研究生命意義及死亡態度之層面；另慢性病人有一部份是近乎於植物人的境界，在照顧此類的慢性病人上，可想而知其中意涵為之深刻，因此可將照顧者（機構中工作人員、家屬）之壓力、因應方式及適應，列入研究主題中；在婚姻狀況中，這個族群可詳細來區分喪偶及有伴之親人，在適應上的差異情形；其榮民之間亦可探究階級差異變項，以社會學的角度及觀點來分析之，以上變項可作為進一步研究之探討。

三、在研究工具上仍須繼續修訂，以達更佳研究結果

由於本研究為初探性的研究，在量表各變項中雖然有一定的信效度，然而在慢性病的年數變項中，其解釋因應方式及適應之影響力不大，故將後針對社區的老人或全國榮民之家之內住榮民、全國之榮民為研究對象時，其研究工具中可繼續修訂（如巴氏量表之評量），以不同的因應方式量表及適應量表之工具，或依各類不同的研究對象發展出自己的量表來進行研究；而在質性方面，可以不同方法論如詮釋現象學、敘說、敘事、紮根理論等，進行未來的研究，以達更佳之研究結果。

參考文獻

中文文獻：

- 丁雪茵、鄭伯勳、任金剛（1996）。質性研究中研究者的角色與主觀性。**本土心理學研究研究**，6，頁 354-376。
- 尹祚芊（2002）。**公共衛生護理學**。台北：匯華圖書出版有限公司。
- 王世俊、林麗嬋等（1998）。**老年護理學**。台北：匯華圖書出版有限公司。
- 王保進（2006）。**英文視窗版 SPSS 與行為科學研究（第三版）**。台北：心理。
- 內政部統計處（2000）。**老人狀況調查報告**。台北：內政部。
- 內政部統計處（2003）。**中華民國人口統計報告**。台北：內政部。
- 行政院衛生署（2003）。民國 91 年國人主要死因統計資料。**衛生統計資訊網**。摘自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。
- 行政院國軍退除役官兵輔導委會第二處（2006）。就養服務，**退輔會網路**。摘自 <http://www.vac.gov.tw/dept2/statistic.htm>。
- 行政院國軍退除役官兵輔導委會編印（2004）。**榮民服務白皮書**。台北：退輔會。
- 林清山（1992）。**心理與教育統計學**。台北：東華。
- 林惠生主編（1999）。**1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查報告**。台中：行政院衛生署家庭計畫研究所。
- 林三衛（1996）。**老人生活品質：非制度化功能支持網絡對老年主觀幸福的影響—台灣之例子**。東海大學社研所碩士論文。
- 林尹霈（2005）。**應用常識模式探討罹患退化性關節炎老人的疾病認知及其因應策略**。中國醫藥大學護理學研究所碩士論文。
- 林楹棟、賴資雯（2005）。退除役官兵就養體制規劃、現況及未來發展願景，**社區發展季刊**，110，頁 48—55。
- 林淑敏（2004）。**社區榮民與非榮民老人社會支持與生活滿意度之比較研究-以台中縣為例**。實踐大學家庭研究與兒童發展研究所碩士論文。

- 林美伶 (2005)。第 2 型糖尿病老人生活適應與死亡態度相關性研究—以台北市立聯合醫院中興院區為例。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 林秋芬 (2000)。老榮民的家庭關係初探：以配偶罹患精神疾病於玉里榮院長期住院者為例。慈濟醫學院社會工作研究所碩士論文。
- 林崇德 (1998)。發展心理學。台北：東華。
- 李世代 (2001)。長期照護之概說，當代醫學，29 (1)，頁 60-69。
- 何延鑫 (2002)。某醫學中心糖尿病患者之心理社會適應、因應方式與衛教需求之研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 何千惠 (2004)。第 2 型糖尿病患者自我效能及社會支持與遵醫囑行為之相關研究-以台北縣某區域教學醫院為例。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 吳錦勳 (2004)。特需照顧獨居資深榮民生活狀況及照顧服務需求之研究—以台北市為例。國防大學國防醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 吳淑瓊 (1998)。台灣老人醫療及長期照護需要—迎接高齡社會的挑戰論文集。厚生基金會出版。
- 吳老德 (2003)。高齡社會理論與策略。台北：新文京開發出版有限公司。
- 吳明隆、涂金堂 (2006)。SPSS 與統計應用分析。台北：五南。
- 吳坤良 (1999)。老人的社區參與動機、參與程度與生活適應之相關研究。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。
- 周文欽 (2002)。研究方法—實徵性研究取向。台北：心理。
- 范涵惠 (2002)。長期照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討。中國醫藥學院醫學研究所碩士論文。
- 侯冬芬 (2004)。雲嘉地區資深榮民生命意義、死亡態度與生活品質之相關性探討。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 胡月娟 (1994)。慢性病患所承受的衝擊與因應行為，護理研究，2 (2)，頁 140-152。
- 胡月娟等人 (2005)。慢性病護理學第四版。台北：匯華。
- 胡幼慧 (1996)。質性研究—理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。

- 侯麗鸞 (2003)。台北地區單身老年榮民憂鬱症狀、孤寂感與社會支持之探討。國防醫學院護理研究所碩士論文。
- 姚克明主編 (2003)。身體活動與老人生活品質。台北：國家衛生研究院。
- 高碧弘 (2003)。榮民之家老年榮民營養與健康狀況調查—以岡山榮家為例。屏東科技大學食品科學研究所碩士論文。
- 孫述宇主編 (2003)。ACME 簡明英漢辭典 (一版, 頁 158)。台北：世一。
- 徐慧娟 (2003)。成功老化：老年健康的正向觀點，社區發展季刊，103，頁 252-260。
- 陳玉敏、李月萍 (2004)。老年人之整體性照護，護理雜誌，51 (3)，頁 7-10。
- 陳清惠 (2004)。休閒活動對老年生活之意義，護理雜誌，51 (3)，頁 15-18。
- 陳珮娥、湯玉英 (2005)。因應之概念分析，護理雜誌，52 (2)，頁 61-65。
- 陳芬苓 (2005)。科技在老人健康照護之應用與發展，社區發展季刊，110，頁 176—185。
- 陳李綢 (2000)。大學生心理適應量表—指導手冊。台北：心理。
- 陳惠美 (1992)。糖尿病患者生活品質及其相關因素之探討。國防醫學院護理研究所碩士論文。
- 陳慧芝 (1993)。老年慢性病患生活適應之研究—以台北榮總住院病患為例。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。
- 陳峰瑛 (2003)。獨居老人的社會支持與生活適應之探究—以高雄都會區的獨居老人為例。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 連金延 (2004)。老年癌症患者手術前後不確定感、社會支持與心理適應之探討。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
- 黃郁婷、楊雅筠 (2006)。老年人友誼支持與幸福感之研究—以台北市老人服務中心為例，社區發展季刊，113，頁 208-224。
- 黃仁峰 (2003)。老榮民鄰里社會網絡支持、社區意識與台灣地區意識關係之研究—以高雄縣、市為例。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 陸谷孫主編 (2001)。柯柏英漢雙解辭典 (二版, 頁 390)。台北：東華。
- 許崇明主編 (2001)。新版圖解英漢辭典 (一版, 頁 235)。台北：正崇。

- 張苙雲 (2004)。醫療與社會—醫療社會學的探索。台北：巨流。
- 郭洺豪 (2002)。榮家內住榮民健康生活品質之探討。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 郭麗馨 (2002)。生病陪伴歷程的體驗—一位兒癌母親的自述。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 彭駕驛 (1999)。老人學。台北：揚智。
- 梅陳玉嬋、楊培珊 (2005)。台灣老人社會工作：理論與實務。台北：雙葉。
- 曾淑汝 (1999)。護理之家老年住民的生活品質及相關因素探討。高雄醫學院護理研究所碩士論文。
- 葉肅科 (2005)。高齡化社會與老年生活風格，社區發展季刊，110，頁 230-241。
- 蔣文玉 (1997)。勇敢面對慢性病。台北：張老師。
- 趙珮璇 (2003)。老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質相關性之探討。中國醫藥學院護理學研究所碩士論文。
- 劉淑娟 (1998)。罹患慢性病老人生命態度及生活滿意度之探討，護理研究，7 (4)，頁 297-306。
- 劉俊榮 (1997)。老年期聽覺老化、溝通策略與生活適應之研究。國立師範大學成人教育研究所碩士論文。
- 劉志文 (1998)。安養機構老人生活適應之調查研究。彰化師範大學輔導研究所碩士論文。
- 龍紀萱 (1992)。尿毒症患者等待腎臟移植期間的心理社會適應之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 賴冠郎 (2004)。老人健康相關生活品質與健康效用之研究。國防醫學院生命科學研究所博士論文。
- 盧淑敏 (2002)。探討社會支持對獨居老人健康狀況、壓力感受及心理社會健康功能之影響。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
- 蕭立卜玲 (2004)。榮家榮民健康生活品質與兩年存活狀況追蹤比較研究。國立台北護

理學院長期照護研究所碩士論文。

蕭淑貞 (1993)。糖尿病人之心理社會適應與生活品質，**護理新象**，3(4)，頁 181-188。

蕭鵬卿、湯玉英 (2004)。壓力之概念分析，**護理雜誌**，51(3)，頁 71-75。

謝寶媛 (2001)。APA Style 完全上手指南。台北：文華。

簡春安、鄒平儀 (2004)。社會工作研究法 (頁 137-150)。台北：巨流。

顏元叔主編 (2003)。時代英漢雙解大辭典 (二版，頁 286)。台北：萬人。

羅凱南 (2001)。社會支持、人格特質、個人屬性對老年人心理幸福滿足感影響之研究，
國立政治大學心理學研究所碩士論文。

戴玉慈、余玉眉、連倚南 (1997)。罹患中風對家庭的衝擊。台北：臺灣省公共衛生研究所。

蘇建文等人 (1995)。發展心理學 (頁 677-698)。台北：心理。

Duane, S., & Sydney, E. S. (2004)。人格理論「第二版」。台北：揚智。

David, M.B., Anne, V.G., & Sueann, R.A. (1996)。實用人類發展學。台北：華杏。

Douglas, H. P. (1996)。適應與心理衛生。台北：揚智文化。

Erikson (2000)。老年研究報告。台北：張老師。

Hurlock, E.B. (1991)。發展心理學。台北：桂冠。

Jung, C. G. (1999)。人及其象徵。台北：立緒文化。

Maximilienne, L.G. & Anne, F. (1994)。社會老年學。台北：遠流。

Rita, L.A., Richard, C. A., & Edward, E. S. (2001)。西爾格德心理學。台北：桂冠。

Vimala, P. (2003)。人類行為與社會環境。新加坡：商亞洲湯姆生國際出版有限公司。

英文文獻：

- Burckhardt, C. S. (1987) . Coping strategies of the chronically ill. *Nursing Clinics of North America*, **22** (3) , pp.543-550.
- Erikson, E. H. (1963) .*Childhood and Society* . NY: Norton.
- Erikson, E. H. (1998) .*The life Cycle Completed* . NY:London.
- Havighurst, R., Neugarten, B.L., & Tobin, S.S. (1968) .Disengagement and patterns of aging, In B.L. Neugarten (Ed) , *Middle Age and Aging (pp.161-173)* . Chicago: The University of Chicago Press.
- Hymovich, D. P., & Hagopian, G. A. (1992) .*Chronic illness in children and adults : A psychococial approach*. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Justice, B. (1988) .Stress, coping, and health outcomes. In M . L. Russel (Ed.) , *Stress management for chronic disease*. New York : Pergamon press.
- Kuo-Cherh, H., Ravu, K.S., & Chyongchiou, J.L. (1999) .Relation between Self-Perceptions of Health Status and Self-Care Behaviors of Older Adults. *The Journal of Health Science*, **1** (1) , pp.25-41 °
- Lazarus, R. S.,& Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lazarus, R. S.,& Folkman, S. (1988) .The relationship between coping and emotion : Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, **26** (3) , pp.309-317.
- Miller, J. F. (1992) .*Coping with chronic illness (PP.413-433)* . Philadelphia : Davis.
- Peck, R. C. (1968) .Psychological Developments in the Second Half of Life, In B.L. Neugarten (Ed) , *Middle Age and Aging (pp.88-92)* . Chicago: The University of Chicago Press.

附錄一 訪談大綱

一、基本資料

- | | |
|----------|-------------|
| (一) 年齡 | (六) 經濟狀況 |
| (二) 籍貫 | (七) 休閒活動 |
| (三) 教育程度 | (八) 身體狀況 |
| (四) 宗教信仰 | (九) 罹患慢性病種類 |
| (五) 婚姻狀況 | (十) 罹患慢性病年數 |

二、因應方式

- (一) 您得到慢性病的感受如何？
- (二) 自從得到慢性病後，您的生活如何？
- (三) 您如何處理得病後的狀況及過程？

三、適應

- (一) 您對自己目前的生活滿意情形如何？
- (二) 您對自己目前的身體健康狀況，認為如何？
- (三) 您遇到困難時，需人幫忙，您會如何處理？
- (四) 平常參與社交活動情形如何？

四、支持系統

- (一) 您平常和那些人往來？往來情形？他們提供什麼之協助？
- (二) 您與子女或親友、照顧人員關係感到如何？
- (三) 您對政府在老人照顧上認為有何需要改進的地方？

附錄二 深度訪談受訪者基本資料

個案	年齡	籍貫	教育程度	宗教信仰	婚姻狀況	經濟狀況	休閒活動	身體狀況	慢性病種類	慢性病年數
一	79歲	福建	不識字	無	未婚	良好	運動、書報 看電視	行動不便， 以輪椅代步	高血壓 腦中風	11年 11年
二	83歲	山東	小學	佛教	未婚	良好	運動、書報 看電視	行動不便， 以輪椅代步	高血壓、心臟病 糖尿病、腦中風	20年 10年
三	88歲	河南	識字	無	未婚	良好	運動 復健	行動自如	高血壓 關節炎	14年 40年
四	79歲	山東	初中	無	已婚	良好	運動 看電視	行動自如	心臟病 攝護腺肥大	7年 7年
五	91歲	廣西	識字	無	未婚	良好	運動、書報 看電視	行動不便， 以輪椅代步	退化性關節炎 攝護腺肥大	2年 20年
六	79歲	四川	小學	佛教	未婚	良好	運動、唱歌 看電視	行動自如	退化性關節炎 高血壓	1年 20年
七	89歲	山東	識字	佛教	離婚	良好	運動、書報 看電視	行動不便， 以輪椅代步	退化性關節炎 高血壓	1年 6年
八	79歲	河南	大專	摩門教	已婚	良好	運動 看書報	行動不便， 以輪椅代步	高血壓、心臟病 腦中風	17年
九	81歲	山東	識字	無	已婚	良好	運動、書報 看電視	行動自如	高血壓、心臟病 痛風性關節炎	20年 10年
十	82歲	江蘇	高中	無	離婚	良好	運動 看書報	行動自如	痛風性關節炎 巴金森氏症	1年 3年

親愛的伯伯們，您好：

我是南華大學生死學系的研究生，在蔡明昌教授的指導下，正在進行一項有關『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』，希望瞭解您對慢性病及適應方面的看法，期待能藉此瞭解，提供老人照護專業領域上的參考，以便給予您適當的關懷與協助。回答內容無所謂對與錯，請您依自己的感受及實際生活情形回答，非常感謝您的支持與協助！

敬祝 健康快樂

南華大學生死學系
指導教授 蔡明昌博士
碩士班研究生 般若蘭 敬上
中華民國九十六年一月

訪談研究同意書

本人同意接受南華大學碩士班學生般若蘭之訪談，題目為『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』。本人可了解有關這個研究的說明，並且在研究進行中，若有感覺不適之情形，可隨時停止回答訪談。

立同意書人：_____

中華民國九十六年 月 日

附錄三 預試問卷

親愛的伯伯們，您好：

我是南華大學生死學系的研究生，在蔡明昌教授的指導下，正在進行一項有關『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』，希望瞭解您對慢性病及適應方面的看法，期待能藉此瞭解，提供老人照護專業領域上的參考，以便給予您適當的關懷與協助。回答內容無所謂對與錯，請您依自己的感受及實際生活情形回答。本問卷不記名，所填寫的資料僅供學術研究使用，絕不對外公開，請您依說明回答每一題，非常感謝您的支持與協助！

敬祝 健康快樂

南華大學生死學系
指導教授 蔡明昌博士
碩士班研究生 般若蘭 敬上
中華民國九十五年十二月

研究同意書

本人同意接受南華大學碩士班學生般若蘭之問卷訪談調查，題目為『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』。本人可了解有關這個研究的說明，並且在研究進行中，若有感覺不適之情形，可隨時停止回答問卷。

立同意書人：_____

中華民國九十五年 月 日

『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』

第一部份 基本資料

1. 年齡：_____歲

2. 籍貫：_____省

3. 教育程度：不識字

識字，但未接受學校教育小學畢業國（初）中畢業

高中（職）畢業專科/大學畢業研究所以上

4. 宗教信仰：無

佛教基督教天主教回教一貫道道教其他_____

5. 婚姻狀況：未婚已婚喪偶離婚分居

6. 經濟狀況（可複選）：子女親戚朋友退休金（終身俸、保險金）

政府、社會救助其他_____

7. 休閒活動（可複選）：沒有

社團活動（如棋藝、宗教、志工、歌唱活動等）

日常休閒（如看電視、看報紙、運動等）

團康活動旅遊活動其他_____

8. 身體狀況：請在表框中打“v”

項目	完全依賴	大部份依賴	小部份依賴	完全獨立
沐浴				
穿脫衣服				
進食				
上廁所				
上下床走動				
大小便控制				

9. 罹患慢性病種類：高血壓心臟病痛風性關節炎退化性關節炎

腦中風糖尿病呼吸系統疾病白內障

各種潰瘍疾病其他_____

10. 罹患慢性病年數：高血壓 5 年以下 6-10 年 11-15 年 16-20 年
 21 年以上
心臟病 5 年以下 6-10 年 11-15 年 16-20 年
 21 年以上
痛風性關節炎 5 年以下 6-10 年 11-15 年
 16-20 年 21 年以上
退化性關節炎 5 年以下 6-10 年 11-15 年
 16-20 年 21 年以上
腦中風 5 年以下 6-10 年 11-15 年 16-20 年
 21 年以上
糖尿病 5 年以下 6-10 年 11-15 年 16-20 年
 21 年以上

第二部份 因應量表

您得到慢性病後，在生活上如何來處理，請您在最符合情況“”中打“v”。

- | | 從
不
如
此 | 偶
爾
如
此 | 經
常
如
此 | 總
是
如
此 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 努力學習有關慢性病及其照顧的知識及技巧----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 請教別人或從書報雜誌收集有關慢性病應注意事項---- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 一步一步地努力完成設立的目標（如控制病情）----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 關心醫療資訊，要求醫生用最好的治療方式來改善病情 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 不相信自己真的患有慢性病----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 我雖然知道自己患有慢性病，但不想去面對生病的事實 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 我幻想有一天疾病會自然好起來----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 不必認真接受治療，隨它去----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 看開一點，盡量往好的方面想----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 盡量想一些生命中美好的事----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	從 不 如 此	偶 爾 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
11. 盡量維持一如往常的生活-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 不擔心，相信每件事將會變好-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 這是命，只好認了-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 放棄對生活目標的追求，過一天算一天-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 認為病情變得愈來愈壞是必然的-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 摔東西或找人出氣-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 憂鬱、哭泣-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 因為自己的問題而責怪他人（怨天尤人）-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 把自己的緊張情緒加給他人-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 藉打坐、運動、音樂、瑜珈等來使自己放鬆-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 藉著忙碌來忘記生病而讓自己好過些-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 設法把生病這件事拋到腦後-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 治療過程中，我會與醫事人員討論，提出自己意見---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 找親人、朋友或醫護人員幫忙解決問題-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 與病友討論病情、交換意見-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 接受別人的關心與瞭解-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 把煩惱的事情說出來-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 靠自己過去經驗，解決目前得到慢性病遇到的問題---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 選擇自己認為有用的方法，企圖努力使情況改善-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部份 適應量表

您現在認為自己在心理、社會層面的適應狀況，請您在最符合情況

“□”中打“v”。

一、心理適應

	總是如此	經常如此	偶爾如此	從不如此
1. 自從生病後我變得不快樂-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我覺得自己是別人的負擔-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我很滿意我目前的生活-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我常常擔心生活中的許多事-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我覺得我的命比大多數人要好-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 即使和人們在一起，我仍覺得很孤單-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 在我生活中常有一些令我覺得愉快的事發生-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 大多數時候，我覺得全身軟弱無力-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、社會適應

	總是如此	經常如此	偶爾如此	從不如此
1. 我生病或不能做事時，會有人幫助我-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我會與朋友互動（打電話、聊天、拜訪）-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 生病後我變得較不喜歡參加社會活動-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 當我有病痛時，會有許多朋友來關心我-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我對目前的經濟狀況還算滿意-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問卷到此結束，感謝您的合作

附錄四 正式問卷

親愛的伯伯們，您好：

我是南華大學生死學系的研究生，在蔡明昌教授的指導下，正在進行一項有關『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』，希望瞭解您對慢性病因應及適應方面的看法，期待能藉此瞭解，提供老人照護專業領域上的參考，以便給予您適當的關懷與協助。回答內容無所謂對與錯，請您依自己的感受及實際生活情形回答。本問卷不記名，所填寫的資料僅供學術研究使用，絕不對外公開，請您依說明回答每一題(共四頁)，非常感謝您的支持與協助！

敬祝 健康快樂

南華大學生死學系 指導教授 蔡明昌博士
研究生 般若蘭敬上 中華民國九十六年一月

『榮民之家慢性病內住榮民因應方式及心理社會適應之研究』

第一部份 基本資料《每一題務必請填答》

- 1.年齡：_____歲
- 2.籍貫：(1) 外省 (2) 本省 (3) 其他_____
- 3.教育程度：(1) 不識字
(2) 識字，但未接受學校教育 (3) 小學畢業 (4) 國(初)中畢業
(5) 高中(職)畢業 (6) 專科/大學畢業以上
- 4.宗教信仰：(1) 無
(2) 佛教 (3) 基督教 (4) 天主教 (5) 道教 (6) 其他_____
- 5.婚姻狀況：(1) 未婚 (2) 已婚 (3) 喪偶 (4) 離婚 (5) 分居
- 6.經濟狀況：(1) 子女 (2) 親戚朋友 (3) 退休金(終身俸、保險金)
(4) 榮民就養金 (5) 其他_____
- 7.休閒活動：(1) 沒有
(2) 社團活動(如棋藝、宗教、志工、歌唱活動等)
(3) 日常休閒(如看電視、看報紙、運動、團康活動等)
(4) 其他_____

8. 身體狀況：請在表框中打“V”

項目	完全依賴	大部份依賴	小部份依賴	完全獨立
沐浴				
穿脫衣服				
進食				
上廁所				
上下床走動				
大小便控制				

9. 罹患慢性病種類：(1) 高血壓 (2) 心臟病 (3) 痛風性關節炎 (4) 退化性關節炎 (5) 腦中風 (6) 糖尿病 (7) 呼吸系統疾病 (8) 白內障 (9) 各種潰瘍疾病 (10) 其他_____

10. 罹患慢性病年數：高血壓 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上

心臟病 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上

痛風性關節炎 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上

退化性關節炎 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上

腦中風 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上

糖尿病 (1) 5 年以下 (2) 6-10 年 (3) 11-15 年 (4) 16-20 年 (5) 21 年以上

第二部份 因應量表《每一題務必請填答》

《說明》您得到慢性病後，在生活上如何來處理，請您在最符合情況“□”中打“v”。

從 偶 經 總
不 爾 常 是
如 如 如 如
此 此 此 此

1. 努力學習有關慢性病及其照顧的知識及技巧-----□ □ □ □
2. 請教別人或從書報雜誌收集有關慢性病應注意事項-----□ □ □ □
3. 一步一步地努力完成設立的目標（如控制病情）-----□ □ □ □
4. 關心醫療資訊，要求醫生用最好的治療方式來改善病情-----□ □ □ □
5. 不相信自己真的患有慢性病-----□ □ □ □
6. 我雖然知道自己患有慢性病，但不想去面對生病的事實-----□ □ □ □

7. 我幻想有一天疾病會自然好起來-----□ □ □ □
8. 看開一點，盡量往好的方面想-----□ □ □ □
9. 盡量想一些生命中美好的事-----□ □ □ □
10. 盡量維持一如往常的生活-----□ □ □ □

11. 不擔心，相信每件事將會變好-----□ □ □ □
12. 藉打坐、運動、音樂、瑜珈等來使自己放鬆-----□ □ □ □
13. 治療過程中，我會與醫事人員討論，提出自己意見-----□ □ □ □
14. 找親人、朋友或醫護人員幫忙解決問題-----□ □ □ □
15. 與病友討論病情、交換意見-----□ □ □ □

16. 接受別人的關心與瞭解-----□ □ □ □
17. 把煩惱的事情說出來-----□ □ □ □
18. 靠自己過去經驗，解決目前得到慢性病遇到的問題-----□ □ □ □
19. 選擇自己認為有用的方法，企圖努力使情況改善-----□ □ □ □

<背面尚有試題>

第三部份 適應量表《每一題務必請填答》

《說明》您認為自己在心理、社會層面的適應狀況，請您在最符合情況“□”中打“v”。

一、心理適應

- | | 總是如此 | 經常如此 | 偶爾如此 | 從不如此 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 自從生病後我變得不快樂----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 我覺得自己是別人的負擔----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我很滿意我目前的生活----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 我常常擔心生活中的許多事----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 我覺得我的命比大多數人要好----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 即使和人們在一起，我仍覺得很孤單----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 在我生活中常有一些令我覺得愉快的事發生----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 大多數時候，我覺得全身軟弱無力----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

二、社會適應

- | | 總是如此 | 經常如此 | 偶爾如此 | 從不如此 |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我會與朋友互動（打電話、聊天、拜訪）----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 生病後我變得較不喜歡參加社會活動----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 當我有病痛時，會有許多朋友來關心我----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 我對目前的經濟狀況還算滿意----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

問卷到此結束，感謝您的合作

《辛苦您了，煩請確認有無漏填任何試題，再次感謝您》

敬祝 平安健康

附錄五 量表使用同意書

林美伶「生活適應量表」使用同意書

量表使用同意書

茲同意私立南華大學生死學研究所碩士班研究生般若蘭，引用本人（2005）所編製之「生活適應量表」，做為其碩士論文中部某榮民之家慢性病內住榮民因應方式與心理社會適應之研究蒐集資料之用。

同意人：林美伶

中華民國 95 年 10 月 15 日

何延鑫「因應量表」使用同意書

