

中臺灣某區域醫院護理人員睡眠品質、 孤寂感與減效出席之關聯性研究

梁亞文¹、程淑媛²

國立臺中科技大學 老人服務事業管理系¹、澄清醫院中港分院 護理部²

摘要

目的

本研究以中臺灣某區域教學醫院病房護理人員為對象，探討其睡眠品質、孤寂感與減效出席之現況及三者間之關聯性。

方法

採橫斷式研究設計，以結構式問卷調查服務滿六個月以上之護理人員。問卷包含睡眠品質、孤寂感、減效出席及人口學資料。資料分析採描述性統計及推論性統計（t檢定、單因子變異數分析及 Pearson 相關），檢視人口學變項差異與變項間關聯。

結果

共回收有效問卷 261 份。孤寂感平均 35.77 分（S.D.=8.93），54.3%高於平均值；睡眠品質平均 8.26 分（S.D.=3.92），77.3%顯示睡眠品質不佳；減效出席平均 6.32 分（S.D.=2.28）。差異分析顯示，孤寂感於年齡及疾病診斷呈顯著差異；睡眠品質於居住狀況、飲酒習慣、疾病診斷及工作單位呈顯著差異；減效出席於婚姻狀況、是否有子女及疾病診斷呈顯著差異。相關分析顯示，睡眠品質與減效出席呈顯著正相關，而孤寂感與其他變項之相關性均未達顯著。

結論

不同構面因素與減效出席之關聯程度存在差異，其中睡眠品質之關聯性較為明確，而孤寂感與減效出席之關聯性較為有限。另各變項於部分人口學特徵上呈現差異，顯示個人特徵與健康狀態可能與其相關。

建議醫院從健康管理、心理支持及工作環境等面向發展多層次介入策略，以促進護理人員身心健康與工作表現。（澄清醫護管理雜誌 2026；22（4）：41-51）

關鍵詞：醫院病房護理人員、睡眠品質、孤寂感、減效出席

前言

護理人員在醫療體系中扮演著關鍵角色，除執行臨床技術外，另承擔健康促進、疾病預防、病痛緩解及身心靈健康照護之重任[1]。近年，醫療產業面對人口高齡化、醫療需求型態轉變及病人權益意識提升，對護理專業與工作角色的期待更勝以往。護理職場是一高壓力、高需求且具高時效要求的工作場域，護理人員的高工作負荷與心理壓力，嚴重影響護理人員的身心健康與照護品質[2]。

截至2025年8月，臺灣取得護理師/護士執照者人數（領證人數扣除65歲以上未執業者）為313,235人，執業護理人員人數為194,279人，執業率（執業人數÷領證人數）約62.0%[3]。衛生福利部2025年「護理人員總執業率」儀表板數據顯示，近五年護理人員執業率多維持在61-63%間[4]。考選部資料顯示，2024年度共有9,052人通過護理師國家考試，雖有穩定新進人力，但實際投入臨床工作的比例仍不高[5]。2023年約有19萬名執業護理師，其中約有12萬名人力在醫院，占比約63%，其次為診所（約17%），醫院為護理人力之主要工作場域。

通訊作者：程淑媛

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：3252@cchgh.com

受理日期：2025 年 12 月；接受刊載：2026 年 4 月

醫院為提供24小時連續性醫療照護，多實施輪班制度（Shift Work）。台灣護理人員三班輪值者約占66%，固定班者則約占三分之一[6]。在此制度下，護理人員需在日、夜間切換工作時段，不僅干擾其生理節律（Circadian Rhythm），還造成睡眠障礙、心理情緒問題及健康風險提升。研究指出，輪班工作與心血管疾病、代謝異常、腸胃不適、睡眠障礙以及乳癌等風險間具顯著相關性[7-8]。Li等人發現護理人員夜班頻率越高者，其憂鬱與焦慮風險顯著升高，輪班型態與夜班頻率是護理人員憂鬱與焦慮的預測因子[9]；Lin等人的研究結果顯示，無論輪班工作量多少，護理人員的工作壓力均為中等程度、睡眠品質較差、自我感知健康狀況為中等程度，且工作壓力與睡眠品質呈負相關，睡眠品質與自我感知健康狀況則呈正相關[10]。

輪班工作除影響護理人員的生理節律與睡眠品質，還可能對其社交生活與心理福祉造成不利影響。由於輪班者的作息時間與一般社會節奏不一致，常難以參與家庭活動與社交聚會，進而削弱人際互動與社會支持系統的連結，長期下來可能引發孤寂感（Loneliness）與情緒困擾。孤寂感是個體對社會連結的期待與實際落差所產生的負向心理經驗，反映了個體主觀的社會疏離感[11]，研究發現孤寂感與憂鬱、焦慮、失眠、免疫功能低下及自殺意念等高度相關，也與情緒耗竭、同理心疲乏與倦怠密切相關[11]。

近年來，孤寂感成為國際上探討護理人員心理健康及工作表現的重要議題。Wood等人指出，護理人員的社會支持程度可解釋倦怠變異的相當比例，顯示職場孤寂可能是導致護理人員心理耗竭的潛在風險因子[11]。Alanmi等人分析17篇相關研究後發現，護理人員的職業疲勞與12小時夜班工作間有顯著的正相關，慢性疲勞會導致負面情緒、注意力不集中、動力下降，進而導致體能下降；此外，護理師12小時夜班工作還會導致焦慮、憂鬱、倦怠、疲憊等心理和生理問題，影響護理人員的職業表現，並影響其社交活動和生活品質[12]。Jensen等人的研究發現，輪班工作除影響護理人員的生理節律與睡眠品質外，亦可能干擾其家庭、休閒與社交生活。由於輪班者的工作與休息時間常與一般社會作息不一致，可能減少其參與家庭活動、休閒活動及社交互動的機會。Jensen等人針

對加護病房護理人員的研究發現，輪班會限制其參與休閒活動的機會，約四分之一的小夜班及大夜班護理人員表示，輪班有時會造成社會孤立。長期而言，社交互動與社會支持減少，可能提高其產生孤寂感及心理困擾的風險[13]。COVID-19疫情期間，孤寂問題更趨嚴重。一項利用混合研究法探討117名臨床護理人員孤寂感與倦怠狀況的研究發現，護理人員孤寂感與倦怠二者呈現顯著正相關，且護理人員在疫情下常感受被忽視與情感抽離，但同儕支持則被證實為保護因子，能減緩孤寂對倦怠的負向影響[14]。孤寂感被證實與護理人員的倦怠、疲乏及工作表現等有顯著相關。

護理工作常伴隨高壓力、輪班與夜班等挑戰，使護理人員睡眠品質普遍不佳，睡眠不足不僅影響個體的身心健康，也會削弱專業表現與病人安全。Mansouri等人發現220名ICU護理師的睡眠品質較差，且睡眠品質與職業生活品質（Professional Quality of Life, ProQOL）之間具有顯著相關[15]。Alameri等人檢視沙烏地阿拉伯綜合醫院急診環境中護理人員的睡眠品質和感知疲勞程度及其關聯，發現護理人員的睡眠品質與嚴重疲勞之間存在顯著關聯[16]。Olğun等人於COVID-19疫情期間的研究則發現，護理人員的睡眠品質與情緒耗竭密切相關，良好的睡眠品質可降低倦怠與情緒耗竭的風險[17]。國際研究一致指出，睡眠品質為影響護理人員心理健康與工作表現的重要因素，睡眠障礙可能透過提升疲勞與倦怠，間接影響照護品質與工作投入。

護理人員的職場研究中，減效出席（Presenteeism）也日益受到重視，其不僅反映員工雖然出勤卻因健康或心理因素無法全力工作的現象，也可能累積對組織生產力與照護品質的隱性損失。夜班與工時長之工作型態與減效出席相關，即員工雖人在職場但無法發揮應有效能，進一步降低照護品質與病人安全[17]。Gerlach等人指出，護理人員的減效出席盛行率變動甚大（一般可達32%至90%以上），且受到工作量、組織文化與領導風格等因素影響，這些因素不僅多樣，也呈現出跨層次的干擾與影響[18]。

Li等人發現中國護理人員的減效出席是透過疲勞和職業倦怠呈現序列中介效果，最後導致生產力損失，該結果提醒在探討減效出席影響工作效能時，應納入中介路徑進行驗證[19]。Moore與Knutsen

Glette訪問非上班時段急診與初級照護護理人員，發現工作壓力是驅動減效出席的主因，且減效出席對病人安全與照護品質構成潛在風險，因此組織在設計班表、請假規定與營造支持型文化時，應納入抑制減效出席的考量[20]。前述研究顯示減效出席在護理職場的普遍性與潛在危害，並指出其內在機制與情境誘因。

材料與方法

本研究採探索性橫斷式研究設計（Exploratory Cross-sectional Study），以結構式問卷蒐集中臺灣某區域教學醫院臨床護理人員之相關資料，探討護理人員之孤寂感、睡眠品質與減效出席之現況及其差異情形。考量新進護理人員於試用期間之工作模式與適應狀態尚未穩定，故設定六個月之服務年資為研究對象納入條件；另排除護理長、督導及主任等管理職人員，以聚焦於第一線臨床護理人員之工作經驗。

研究程序於取得人體試驗審查委員會（Institutional Review Board, IRB）核准後展開（IRB編號：HP210005），研究者於院內向符合條件之護理人員說明研究目的及填答方式，並在取得書面同意後進行問卷施測。問卷採匿名方式填答，以確保受試者隱私與填答真實性；受試者亦可依個人意願隨時中止或退出研究。

本研究之主要研究變項包括孤寂感、睡眠品質與減效出席三項心理與工作相關指標。孤寂感以UCLA Loneliness Scale第三版中文版進行測量；睡眠品質採用中文版匹茲堡睡眠品質指數（Chinese Pittsburgh Sleep Quality Index, CPSQI）；減效出席則採用葉婉榆等人[21]所發展之減效出席題項進行評估。各量表均採Likert式評分方式，分數愈高代表該構念程度愈高。另蒐集受試者之人口學與工作背景資料，包括性別、年齡、學歷、婚姻狀況、護理年資、居住狀態、健康背景及工作單位等，以作為樣本特徵描述及差異分析之依據。

為確保研究工具之適切性，本研究問卷內容先經五位長期照護與老人心理相關領域學者進行內容審查並依建議修訂，其後以30名護理人員進行預試，以檢視量表之填答可行性與內在一致性。預試結果顯示整體問卷具有良好信度，顯示研究工具具備適當之測量品質。

資料整理後以SPSS 22.0 for Windows統計套裝軟體進行分析。首先以描述性統計（平均值、標準差與百分比）呈現樣本之人口學特徵與主要研究變項之分布情形；其次以獨立樣本t檢定及單因子變異數分析（ANOVA）檢視不同人口學特徵護理人員在孤寂感、睡眠品質與減效出席之差異情形；最後採用Pearson積差相關分析，探討睡眠品質、孤寂感與減效出席之間的關聯性。所有統計檢定均採雙尾檢定，顯著水準設定為 $\alpha=0.05$ 。

結果

本研究共發出394份問卷，回收265份，其中有效問卷261份，有效回收率為98.49%。樣本以女性為主（89.23%），平均年齡為30.03歲（S.D.=6.44），30歲以下者約占六成（63.81%）。多數受訪者為大學學歷（72.69%）、未婚（73.36%）且無子女（78.08%），約半數與家人同住（49.61%）。受訪者目前工作單位平均護理年資為5.76年（S.D.=5.01），整體護理年資平均為7.36年（S.D.=6.07）。健康與生活型態方面，多數受訪者未抽菸（94.21%），約半數有飲酒習慣（53.85%），約三分之一具有規律運動習慣（34.36%）；受訪者多無經醫師確診的系統疾病（188位，72.31%）。受訪者工作單位以內科病房（57位，21.84%）最多；受訪者工作單位的排班制多為8小時制（260位，99.62%）；上個月主要工作班別多為輪值三班（162位，62.07%），輪值三班者中，不固定班別者157位（96.91%）；固定班別者有99位（37.93%），固定班別者中多為固定白班者（47位，47.96%）詳細人口學特性如表一所示。

在主要研究變項方面，受訪護理人員之孤寂感平均為35.77分（S.D.=8.93），其中高於平均分數者占54.30%。睡眠品質平均分數為8.26分（S.D.=3.92），以PSQI建議之5分為切點，約四分之三護理人員（77.33%）呈現睡眠品質不佳。進一步分析睡眠品質各構面，以「睡眠延滯期」及「日間功能失調」分數相對較高，顯示部分護理人員在入睡困難與白天功能表現上可能面臨一定程度困擾。減效出席平均分數為6.32分（S.D.=2.28），其中以「因工作壓力而分心或無法集中注意力」與「情緒變化影響與

表一 受訪者社會人口屬性 (n=261)

變項	n (%) / M ± S. D.	變項	n (%) / M ± S. D.
性別		抽菸	
男	28 (10.77)	從未	244 (94.21)
女	232 (89.23)	已戒	8 (3.09)
年齡	30.03 ± 6.44	仍抽菸	7 (2.70)
≤30歲	164 (63.81)	喝酒	
>30歲	93 (36.19)	從未	116 (44.62)
最高學歷		已戒	4 (1.54)
護校	2 (0.77)	仍喝酒	140 (53.85)
專科	67 (25.77)	規律運動	
大學 (含二/四技)	189 (72.69)	無	170 (65.64)
碩士 (含) 以上	2 (0.77)	有	89 (34.36)
婚姻狀況		每週運動次數	2.50 ± 1.28
未婚	190 (73.36)	每次運動時間 (分鐘)	51.68 ± 31.80
已婚/同居	63 (24.32)	是否有經醫師確診的系統疾病²	
其他	6 (2.32)	否	188 (72.31)
子女		是	72 (27.69)
無	203 (78.08)	工作單位	
有	57 (21.92)	急診	26 (9.96)
宗教信仰		內科病房	57 (21.84)
無	147 (66.52)	外科病房	43 (16.48)
有	74 (33.48)	婦 (產) 科病房	25 (9.58)
居住狀況		兒科病房 (含病嬰室)	10 (3.83)
獨居	64 (25.00)	手術室 (含麻醉)	39 (14.94)
與家人同住	127 (49.61)	加護病房 (含各類型)	44 (16.86)
與他人同住	59 (23.05)	一般病房 (不分科)	17 (6.51)
其他	6 (2.34)	其他	0 (0.00)
護理證書		排班制	
助產師/士	2 (0.77)	8小時制	260 (99.62)
護士	45 (17.31)	10小時制	1 (0.38)
護理師	242 (93.08)	12小時制	0 (0.00)
專科護理師	0 (0.00)	上個月主要工作班別	
目前工作單位護理年資	5.76 ± 5.01	固定班別	99 (37.93)
≤5年	165 (63.46)	白班	47 (47.96)
>5年	95 (36.54)	小夜班	26 (26.53)
護理工作全部年資	7.36 ± 6.07	大夜班	25 (25.51)
≤7年	166 (63.85)	輪值三班	162 (62.07)
>7年	94 (36.15)	不須輪值皆是白班	5 (3.09)
		不固定班別	157 (96.91)

1.部分變項樣本數加總未等於應有總和，表示為遺漏值；表內顯示之百分比為不含遺漏值之有效百分比。2.經醫師確診的下列系統疾病包含：心血管系統、肌肉骨骼系統、呼吸道系統、神經系統、腸胃道系統、內分泌代謝系統、視力系統、皮膚系統、泌尿生殖系統、眼耳鼻喉口系統、癌症、精神心理、其他

同事互動」之分數相對較高。相關結果如表二所示。

進一步檢視不同背景特徵護理人員在主要研究變項之差異，結果顯示部分人口學因素與心理及工作表現指標存在顯著關聯。首先，在孤寂感方面，年齡及是否有經醫師診斷之疾病呈現顯著差異（ $p<0.05$ ），30歲以上及有系統性疾病之護理人員孤寂感較高。其次，在睡眠品質方面，居住狀況、飲酒習慣、是否有

系統性疾病及工作單位均呈現顯著差異（ $p<0.05$ ），其中獨居者、曾或仍有飲酒習慣者、具有系統性疾病者，以及服務於加護病房之護理人員，其睡眠品質較差。最後，在減效出席方面，婚姻狀況、有無子女及是否有系統性疾病呈現顯著差異（ $p<0.05$ ），未婚、無子女及具有系統性疾病之護理人員減效出席程度較高。相關差異分析結果如表三所示。

表二 受訪者孤寂感、睡眠品質、減效出席（ $n=256$ ）

題項	n (%) / M $\pm$ S. D.
孤寂感總分 （Min=18, Max=65）	35.77 $\pm$ 8.93
低孤寂感（ $\leq$ 平均分數）	117 (45.70)
高孤寂感（ $>$ 平均分數）	139 (54.30)
睡眠品質總分	8.26 $\pm$ 3.92
睡眠品質良好（總分 ≤ 5 分）	56 (22.67)
睡眠品質不佳（總分 > 5 分）	191 (77.33)
A.主觀睡眠品質	1.35 $\pm$ 0.80
B.睡眠延滯期	1.94 $\pm$ 0.95
C.睡眠總時數	1.43 $\pm$ 0.94
D.習慣性睡眠效率	0.56 $\pm$ 0.90
E.睡眠干擾	1.24 $\pm$ 0.54
F.使用安眠藥	0.24 $\pm$ 0.70
G.日間功能失調	1.50 $\pm$ 0.95
減效出席	6.32 $\pm$ 2.28
上個月是否因工作壓力而分心或無法集中注意力	2.23 $\pm$ 0.88
上個月是否因工作壓力發生工作錯誤必須重做	1.89 $\pm$ 0.81
上個月是否因工作壓力而出現情緒變化而影響和同事的相處	2.20 $\pm$ 0.91

表三 受訪者特性在孤寂感、睡眠品質、減效出席上之差異檢定

變項	孤寂感		睡眠品質		減效出席	
	M $\pm$ S. D.	t/F/p	M $\pm$ S. D.	t/F/p	M $\pm$ S. D.	t/F/p
性別		0.51/0.62		0.47/0.63		1.86/0.07
男	36.82 $\pm$ 11.47		8.61 $\pm$ 4.25		7.29 $\pm$ 2.98	
女	35.69 $\pm$ 8.58		8.23 $\pm$ 3.88		6.21 $\pm$ 2.16	
年齡		-2.12/0.04		-0.01/0.99		0.42/0.67
≤ 30 歲	34.93 $\pm$ 8.98		8.29 $\pm$ 4.04		6.37 $\pm$ 2.39	
> 30 歲	37.39 $\pm$ 8.79		8.29 $\pm$ 3.78		6.25 $\pm$ 2.14	
最高學歷		-0.52/0.61		1.67/0.10		0.16/0.87
大學以下	35.33 $\pm$ 9.75		8.97 $\pm$ 4.37		6.36 $\pm$ 2.35	
大學（含）以上	35.98 $\pm$ 8.63		8.03 $\pm$ 3.73		6.31 $\pm$ 2.27	

表三 受訪者特性在孤寂感、睡眠品質、減效出席上之差異檢定(續)

變項	孤寂感		睡眠品質		減效出席	
	M±S. D.	t/F/p	M±S. D.	t/F/p	M±S. D.	t/F/p
婚姻狀況		0.18/0.86		1.31/0.19		1.99/0.05
未婚	35.88±9.34		8.50±3.94		6.48±2.41	
非未婚	35.65±7.83		7.76±3.83		5.91±1.87	
子女		-0.06/0.95		0.55/0.59		2.47/0.015
無	35.79±9.29		8.35±3.97		6.48±2.39	
有	35.88±7.59		8.02±3.76		5.77±1.75	
宗教信仰		-0.12/0.90		0.04/0.97		0.28/0.78
無	35.82±8.62		8.49±3.70		6.46±2.34	
有	35.97±8.88		8.46±4.14		6.37±2.34	
居住狀況		1.70/0.09		2.52/0.01		1.46/0.15
獨居	37.41±9.05		9.31±3.90		6.72±2.52	
非獨居	35.20±8.88		7.89±3.80		6.20±2.20	
目前工作單位護理年資		-0.10/0.92		0.56/0.58		1.84/0.07
≤5年	35.77±9.02		8.38±4.04		6.51±2.42	
>5年	35.88±8.82		8.09±3.72		6.00±2.00	
護理工作全部年資		-1.17/0.24		-0.63/0.53		1.50/0.13
≤7年	35.31±9.01		8.16±4.02		6.48±2.38	
>7年	36.68±8.75		8.49±3.74		6.04±2.08	
抽菸		-0.87/0.39		-1.14/0.26		-0.01/0.99
從未	35.67±8.73		8.21±3.92		6.33±2.28	
曾/仍抽菸	37.73±11.96		9.40±4.07		6.33±2.53	
喝酒		-0.57/0.57		-2.68/0.01		-0.29/0.77
從未	35.46±9.29		7.52±4.06		6.28±2.31	
曾/仍喝酒	36.10±8.64		8.86±3.73		6.36±2.27	
規律運動		-1.36/0.17		-0.28/0.78		-0.67/0.50
無	35.26±9.03		8.22±4.02		6.25±2.31	
有	36.86±8.74		8.37±3.76		6.45±2.25	
是否有經醫師診斷之疾病		-2.34/0.02		-3.60/<0.00		-1.96/0.05
否	35.00±8.68		7.72±3.72		6.15±2.29	
是	37.88±9.27		9.67±4.09		6.77±2.21	
工作單位		1.83/0.08		2.83/0.01		1.58/0.14
1.急診	31.54±7.18		7.80±3.39		5.88±2.18	
2.內科病房	36.45±10.36		7.73±4.54		6.52±2.55	
3.外科病房	34.86±8.54		8.40±3.68		5.70±1.93	
4.婦（產）科病房	34.00±7.11		6.96±2.73		5.92±1.89	
5.兒科病房（含病嬰室）	36.50±8.70		10.70±3.06		5.70±2.06	
6.手術室（含麻醉）	37.74±8.97		7.95±3.08		6.67±2.38	
7.加護病房（含各類型）	37.95±8.36		10.00±4.62		7.00±2.41	
8.一般病房（不分科）	34.38±9.58		7.00±3.48		6.24±2.14	

為進一步釐清主要研究變項之間的關聯性，本研究進行Pearson積差相關分析，結果顯示，護理人員之睡眠品質與減效出席呈顯著中度正相關（ $r=0.477$ ， $p<0.05$ ），顯示睡眠品質越差，其減效出席程度越高。另一方面，孤寂感與減效出席之相關性未達顯著（ $r=-0.045$ ， $p>0.05$ ），與睡眠品質之相關亦未達顯著（ $r=-0.106$ ， $p>0.05$ ），顯示孤寂感在本研究樣本中與其他變項之關聯程度有限。

表四 孤寂感、睡眠品質與減效出席之相關分析（ $n=256$ ）

變項	減效出席	孤寂感	睡眠品質
減效出席	1	-0.045	0.477*
孤寂感	-0.045	1	-0.106
睡眠品質	0.477*	-0.106	1

*表示達顯著水準（ $p<0.05$ ）

討論

本研究以中臺灣某區域教學醫院臨床護理人員為研究對象，探討其孤寂感、睡眠品質與減效出席之情形。整體結果顯示，護理人員之心理與工作表現與其健康狀況、生活型態及社會支持系統具有一定關聯。

首先，本研究發現年齡與健康狀況是影響護理人員孤寂感的重要因素。研究結果顯示，30歲以上及有經醫師診斷疾病的護理人員，其孤寂感顯著高於對應組。此結果與先前研究發現相符[11,14]，指出中生代與資深護理人員常同時承擔臨床照護、教學或行政等多重角色，角色衝突與工作壓力累積可能增加心理負荷。Wood等人指出，資深護理人員在長期高壓工作情境下容易出現心理疲憊與人際疏離感[14]。此外，Kiratli與Duran發現，孤寂感與同理心疲乏（Compassion Fatigue）呈正相關，且心理復原力（Resilience）具有保護與緩衝作用[22]。隨著年齡與年資增加，若組織缺乏情感支持與關懷文化，護理人員的社會連結感可能逐漸減弱，進而增加孤寂感。

另一方面，本研究發現具有醫師診斷疾病的護理人員，其孤寂感顯著高於健康者。此發現與Luo等人[23]及Wood等人[11]的研究結果一致，指出身

體健康與孤寂感之間具有雙向關係。健康不佳者因身體限制或活動能力下降，社交參與可能減少，容易產生孤立與疏離感；而長期孤寂亦可能透過壓力反應與免疫功能下降，進一步影響身體健康。Wood等人進一步指出，慢性疾病可能導致護理人員工作參與程度下降或排班調整，使其與同儕互動機會減少，進而加劇孤寂感[14]。此結果顯示，護理人員的健康脆弱性不僅是一項生理議題，同時影響其心理適應與社會連結。

其次，本研究發現護理人員的睡眠品質受到家庭支持、生活型態及健康因素的多重影響。研究結果顯示，獨居、具有飲酒習慣、罹患疾病及服務於加護病房的護理人員，其睡眠品質顯著較差。Mansouri等人指出，缺乏社會互動與情感支持會降低護理人員的睡眠品質，特別在輪班與高壓環境下，社會孤立感更容易造成入睡困難與睡眠中斷[15]。Wood等人亦指出，孤寂感與心理壓力累積可能干擾睡眠結構，形成「孤寂—焦慮—睡眠障礙」的惡性循環[11]。Olgun等人則進一步指出，社會支持能作為心理壓力的緩衝因子，促進心理穩定並改善恢復性睡眠[17]。

此外，本研究發現有飲酒習慣的護理人員睡眠品質顯著較差。Stein與Friedmann指出，酒精雖可暫時誘導入睡，但會抑制快速動眼期（REM Sleep），降低深層睡眠並增加夜間覺醒次數[24]。Helaakoski等人亦發現飲酒行為與睡眠品質呈負相關，長期飲酒可能破壞睡眠節律並降低日間清醒度[25]。另一方面，健康狀況不佳亦可能影響睡眠品質。慢性疾病患者常因疼痛或身體不適而出現入睡困難或夜間覺醒，降低睡眠恢復功能[15]。Wood等人亦指出，疾病與心理耗竭之間具有交互影響，高壓輪班環境下的健康不佳更容易導致慢性疲勞與睡眠障礙[11]。

本研究另發現工作單位對睡眠品質具有影響，其中加護病房護理人員的睡眠品質顯著低於其他病房。ICU工作環境需長期面對急重症照護、死亡事件與高警覺工作狀態，並伴隨夜班與噪音干擾，使生理節律容易被打亂[17]。Mansouri等人亦指出，ICU護理人員的睡眠品質與職業生活品質密切相關，睡眠障礙可能進一步增加心理疲勞與情緒耗

竭[15]。相對而言，產科病房工作節奏較為穩定，病人病情可預測性較高，因此其護理人員之睡眠品質相對較佳。

最後，本研究結果顯示婚姻狀況、家庭角色與健康狀況與護理人員之減效出席具有顯著關聯，未婚、無子女及具有醫師診斷疾病之護理人員，其減效出席程度較高。先前研究指出，婚姻與家庭關係可提供情感支持與心理資源，有助於緩衝工作壓力並降低職業疲勞[11,19]。相較之下，社會支持較弱的個體在面對工作壓力時較容易出現心理耗竭與工作效能下降[22]。部分研究亦指出家庭角色與生活意義感可能有助於提升心理穩定度並降低情緒耗竭[16,22]。

健康狀況亦是影響減效出席的重要因素。本研究發現有疾病診斷的護理人員減效出席程度較高，此結果與其他研究一致[15,19]。護理人員在身體不適或慢性疾病情況下仍持續出勤，可能因專業責任感或人力不足所致，但長期而言容易造成疲勞累積與工作效率下降。Alameri等人亦指出，疲勞與睡眠品質不佳可能在疾病與減效出席之間扮演中介角色，顯示健康狀況可能透過生理與心理雙重途徑影響工作表現[16]。

綜合而言，本研究結果顯示護理人員之心理健康、睡眠品質與工作表現受到健康狀況、生活型態與社會支持等多重因素影響。此結果符合「生理—心理—社會模式（Biopsychosocial Model）」之觀點，說明個體健康與工作表現並非單一因素所致，而是生理、心理與社會因素交互作用的結果。對醫院管理者而言，建立支持性職場文化、促進護理人員健康管理與心理支持系統，將有助於改善護理人員的身心健康與工作表現。

本研究結果顯示，睡眠品質與減效出席之間具有顯著關聯，顯示生理層面的健康狀態可能為影響護理人員工作表現之重要因素。此結果與過去研究指出睡眠不足會影響專注力、決策能力及工作效率之發現一致。相較之下，本研究中孤寂感與減效出席之關聯未達顯著，顯示心理社會因素在本研究樣本中對工作表現之影響可能較為間接，或需透過其他中介機制，如，壓力或情緒耗竭，方能產生影

響。此一結果突顯，在護理人員職場健康議題中，不同面向之因素對工作表現之影響程度可能存在差異。相較於心理感受，睡眠品質作為一項具體且可介入之健康指標，可能更直接影響減效出席情形，亦提供醫院管理實務上優先介入方向之參考。

建議

根據本研究結果，醫院管理者與健康促進單位可從心理支持、健康管理與組織支持等面向採取多層次策略，以促進護理人員之身心健康與工作效能。

首先，可建立分齡與個別化之心理支持機制。研究顯示30歲以上或罹患慢性疾病之護理人員較易出現孤寂感，因此醫療機構可透過心理諮詢、壓力調適課程或同儕支持活動，協助護理人員因應多重角色壓力並提升情緒調適能力，以降低孤寂感與心理耗竭[22]。

其次，醫院可強化護理人員之社會支持網絡。例如，透過護理夥伴制度或跨單位支持社群，促進同儕互助與跨世代交流，特別關懷獨居或缺乏家庭支持之護理人員，以增強社會連結與情感支持，進而降低孤立感與職業倦怠[11,14]。

第三，可推動健康監測與彈性工作制度。針對健康風險較高或罹病之護理人員，醫療機構可建立健康追蹤與復工支持機制，並提供適度之彈性排班或工作調整，以降低過勞、睡眠品質惡化及減效出席之風險[15,23]。

第四，醫院可加強睡眠衛生與健康生活教育，例如，透過健康促進課程與睡眠衛教活動，協助護理人員了解飲酒與不良生活習慣對睡眠品質之影響，並透過放鬆訓練或正念練習改善睡眠品質與情緒穩定[24]。

最後，醫院應營造健康導向與家庭友善之組織文化。透過員工關懷活動或健康促進措施，強化「照顧者健康即病人安全」之理念，提升護理人員之職場歸屬感與工作滿意度，進而促進照護品質與組織效能[17,19]。

臺灣既有研究多分別探討護理人員之睡眠品質、孤寂感或工作倦怠等單一議題，較少從整合性的觀點同時分析心理感受、健康狀況與工作表現

之間的關聯。本研究結果顯示，睡眠品質與減效出席之間具有較明確之關聯性，顯示護理人員之生理健康狀態可能與其工作表現密切相關。因此，建議醫院於規劃人力資源與職場健康促進策略時，優先關注睡眠品質之改善。具體作法包括檢視並優化排班制度，以降低頻繁輪班及縮短班間休息時間對睡眠之影響，並透過睡眠衛教、壓力調適訓練及休息環境改善，提升護理人員之睡眠品質。此外，鑑於健康狀態與部分變項之差異具關聯性，建議醫院強化健康監測與早期介入機制，以降低潛在健康問題對工作表現之影響。另一方面，本研究結果中的孤寂感與減效出席之關聯雖未達顯著，心理支持仍為職場健康重要面向，建議作為輔助性措施加以推動。整體而言，醫院可透過多層次且具優先順序之介入策略，以促進護理人員身心健康並提升臨床照護品質。

研究限制

本研究探討護理人員之睡眠品質、孤寂感與減效出席之現況及其關聯性，惟仍存在若干限制。首先，本研究未納入可能影響上述變項之重要工作特性因素（如輪班型態、工作負荷與工時安排），故對於相關影響因素之掌握仍屬有限，未來研究可進一步納入相關變項，以提升分析之完整性。其次，本研究雖已透過相關分析檢視主要變項間之關聯性，然研究設計採橫斷式方法，仍無法釐清變項間之因果關係與時間序列，未來可採縱貫性研究設計，以進一步探討其動態變化與因果關係。再者，本研究結果顯示不同構面變項間之關聯程度存在差異，然其潛在機制（如中介或調節作用）尚未進一步驗證，未來研究可透過進階統計方法，探討變項間之作用路徑，以建構更完整之理論模型。最後，本研究樣本僅來自單一區域教學醫院，其研究結果之外部推論性仍有限，建議未來擴大樣本範圍，涵蓋不同層級與地區之醫療機構，以提升研究結果之代表性與適用性。

誌謝

本研究獲澄清醫院中港分院經費補助（補助編號110003），以及參與之受訪護理人員協助與配合方得以完成，謹此致謝。

參考文獻

1. Nightingale F: Notes on nursing: What it is and what it is not. London: Harrison. 1860.
2. Lu H, Zhao Y, While A: Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *Journal of Nursing Management* 2019; 27(3): 407-420.
3. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：台閩地區護理人員統計（114年8月）。Retrieved from <https://www.twna.org.tw>
4. 衛生福利部護理及健康照護司：護理人員總執業率儀表板。2025。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/onps/>
5. 中央社：考選部：增辦第3次護理師考試，全年及格人數9,052人。2024。Retrieved from <https://www.cna.com.tw/news/ahel/202407110332.aspx>
6. 許靖岱、陳湘揚、陳惠娟 等：護理人員輪班現況調查。彰化護理 2013；20（4）：8-13。
7. Ha M, Park J: Shiftwork and metabolic risk factors of cardiovascular disease. *Journal of Occupational Health* 2005; 47(2): 89-95.
8. Frost P, Kolstad HA, Bonde JP: Shift work and the risk of ischemic heart disease - a systematic review of the epidemiologic evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2009; 35(3): 163-179.
9. Li YX, Wang YC, Lv XY, et al.: Effects of factors related to shift work on depression and anxiety in nurses. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 926988.
10. Lin SH, Liao WC, Chen MY, et al.: The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *Journal of Nursing Management* 2014; 22(5): 604-612.
11. Wood RE, Brown RE, Kinser PA: The connection between loneliness and burnout in nurses: an integrative review. *Applied Nursing Research* 2022; 66: 151609.
12. Alanmi B, Alharazi R, Almutary H: Night shift and occupational fatigue among nurses who work 12 hours in Jeddah. *Journal of Education and Health Promotion* 2025; 14: 308.
13. Jensen HI, Larsen JW, Thomsen TD: The impact of shift work on intensive care nurses' lives outside work: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27(3-4) : e703-e709.

14. Wood RE, Bleich M, Chung J, et al.: A mixed-methods exploration of nurse loneliness and burnout during COVID-19. *Applied Nursing Research* 2023; 73: 151716.
15. Mansouri P, Rivaz M, Soltani R, et al.: The relationship between professional quality of life and sleep quality among nurses working in intensive care units: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 2025; 24(1): 34.
16. Alameri RA, Almulla HA, Swyan AH, et al.: Sleep quality and fatigue among nurses working in high-acuity clinical settings in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 2024; 23(1): 18.
17. Olgun S, Adibelli D: Burnout and sleep quality in nurses in the COVID-19 era. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 2025; 35(3): 192-198.
18. Gerlach M, Hahn S, Rossier C, et al.: Presenteeism among nurses: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances* 2024; 7: 100261.
19. Li Y, Guo B, Wang Y, et al.: Serial-multiple mediation of job burnout and fatigue in the relationship between sickness presenteeism and productivity loss in nurses: a multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2022; 9: 812737.
20. Moore A, Knutsen Glette M: Nurses' experience with presenteeism and the potential consequences on patient safety: a qualitative study among nurses at out-of-hours emergency primary care facilities. *BMJ Open* 2023; 13(11): e076136.
21. 葉婉榆、張珏、胡佩怡：臺灣受僱者職場壓力與減效出席之相關因素。 *勞動及職業安全衛生研究季刊* 2015；23（3）：242-267。
22. Kiratli D, Duran S: Compassion fatigue and loneliness at work in nurses - the mediating role of resilience: a cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing* 2024; 29(4-5): 290-302.
23. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, et al.: Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine* 2012; 74(6): 907-914.
24. Stein MD, Friedmann PD: Disturbed sleep and its relationship to alcohol use. *Substance Abuse* 2005; 26(1): 1-13.
25. Helaakoski V, Kaprio J, Hublin C, et al.: Alcohol use and poor sleep quality: a longitudinal twin study across 36 years. *Sleep Advances* 2022; 3(1): zpac023.

Associations Among Sleep Quality, Loneliness, and Presenteeism in Nursing Staff at a Regional Hospital in Central Taiwan

Yia-Wun Liang¹, Shu-Yuan Cheng²

Department of Senior Citizen Services Management, National Taichung University of Science and Technology¹;

Department of Nursing, Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital²

Abstract

Purposes

In this study sleep quality, loneliness, presenteeism, as well as their relationships were examined among ward nursing staff at a regional teaching hospital in central Taiwan.

Methods

A cross-sectional design was used. Structured questionnaires were administered to nursing staff with at least 6 months of work experience. The questionnaire included measures of sleep quality, loneliness, presenteeism, and demographic characteristics. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including t-tests, one-way analysis of variance (ANOVA), and Pearson's correlation, to examine differences across demographic groups and relationships among variables.

Results

A total of 261 valid questionnaires were obtained. The mean loneliness score was 35.77 (SD=8.93), with 54.3% of participants scoring above the mean. The mean sleep quality score was 8.26 (SD=3.92), with 77.3% indicating poor sleep quality. The mean presenteeism score was 6.32 (SD=2.28). Group comparisons showed that loneliness differed significantly by age and disease diagnosis. Sleep quality differed significantly by living arrangement, alcohol consumption, disease diagnosis, and work unit. Presenteeism differed significantly by marital status, parenthood, and disease diagnosis. Correlation analysis showed a significant positive association between poor sleep quality and presenteeism, whereas loneliness was not significantly associated with the other variables.

Conclusions

The strength of the association with presenteeism varied across factors. Sleep quality showed a clearer and more consistent relationship, whereas loneliness showed a more limited association. In addition, several variables differed across specific demographic characteristics, suggesting that individual attributes and health status may play a role. These findings highlight the need for multilevel interventions, such as health management, psychological support, and improvements to the work environment, to enhance both the well-being and job performance of nursing staff. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(4): 41-51)

Keywords : *Ward nursing staff, Sleep quality, Loneliness, Presenteeism*

Received: December 2025; Accepted: April 2026