ISSN 1023-2842
中山管理評論　2009 年三月號
第十七卷第一期　　p.251-276

機構品質可以影響住民士氣嗎？以高雄市安養護機構為例

Can Organizational Quality Influence on Residential Morale? Evidence from Nursing Facilities in Kaohsiung

蔡淑鳳 *Shwu-Feng Tsay*
行政院衛生署護理及健康照護處
Nursing & Long-Term Care Division,
Department of Health, Executive Yuan
中國醫藥大學醫務管理學系
Department of Health Services Administration,
China Medical University

吳濟華 *Jih-Hwa Wu*
國立中山大學公共事務研究所
Institute of Public Affairs Management,
National Sun-Yat Sen University

葉淑娟* *Shu-Chuan Jennifer Yeh*
國立中山大學企業管理系所
Department of Business Management,
National Sun Yat-sen University

*通訊作者：葉淑娟

摘要

台灣老年人口快速成長已是不可忽視的現象，由於快速的老化，也影響慢性病患的人口，進而促進長期照護的需求。居住安養護機構的住民是否得到適當的照護更是不可忽略的課題。本研究的目的在於探討安養護機構的品質是否會影響到住民的士氣？本研究以調查訪問的方式訪問高雄市 223 位安養護機構的住民。訪談內容以 Lawton (1975) 發展的老人士氣量表及 Moos & Lemke (1996) 發展的 MEAP 量表為主，以及個人相關的基本資料為輔。分析以描述統計及逐步迴歸分析哪些因素會影響住民的士氣。本研究發現僅有某些機構的品質會影響住民的士氣，這些是機構和諧性、住民自主性、工作人員資源、及舒適性。而住民也會因為居住時間較長顯得士氣較高。日常生活活動的功能狀況會影響到住民的士氣，但僅在分項的「對老化態度」及「對寂寞的不滿意」二類士氣時有統計上的意義。本研究結果有助益於長期照護機構照護住民時應多加強各方面的品質改善，俾利於老人於長照機構的士氣。

關鍵詞：長期照護、安養護機構、士氣、品質、生活品質

Abstract

The growing elderly population in Taiwan has influence on the population of chronic diseases, thus, facilitating the demand of long-term care. Residents who reside in long-term care facilities need special attention on their quality of care. The purpose of this study is to examine whether the organizational quality will influence on the residential morale. We use questionnaire to survey 223 residents who reside in nursing facilities. The questionnaire includes three parts, Philadelphia Geriatric Center Morale Scale by Lawton, Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP) by Moos and Lemeke, and personal characteristics. We use descriptive analysis and stepwise regressions to attain the research purposes. The results indicate that the organizational quality of care is associated with residential morale (rapport, self-control, human resources, and security), but not every quality indicators from MEAP. Length of stay can predict residential morale as well as activities of daily living (ADLs) are associated with morale in the dimensions of attitude toward own aging and lonely dissatisfaction. Increasing in quality of care for residential will improve the residential morale.

Keywords: Long-term care, nursing facility, morale, quality of care, quality of life

壹、緒 論

台灣老年人口快速成長已是不可忽視的現象。台灣地區六十五歲以上的老年人口，於 1994 年時已達到 7%，到 2005 年底老年人口約兩百二十一萬餘人，佔我國人口的 9.74%(內政部，2005)。依據估計，這個比率將於 2036 年時達到 21.7%。亦即，我國 65 歲以上老年人口在 1994 到 2036 年間將會增加三倍，這樣快速的老化現象，將影響慢性病患的人口，進而促進長期照護的需求。

長期照護的提供普遍可有機構式、社區式、或居家式照護三種。其中機構式照護的比例超過四分之一強 (衛生署，1996)。然而，住民入住照護機構後，由於居住環境的多重改變，掌控環境的能力相對變弱，同時又面臨許多適應的問題，他們的生活品質及身心健康會受到重大的影響，因此如何營造一個讓不同身心能力及不同需要的住民可以「成功老化」(successful aging) 的機構環境，是個非常重要的議題。也唯有提供有品質的照護，才能有效提升住民士氣，進而改善住民的生活品質。

本研究針對二大類的長照機構進行探討：第一類是以健康模式為主，社會模式為輔的養護機構；第二類是以社會模式為主，健康模式為輔的安養機構。由於這兩者在國內經常混合存在於同一機構之下，通稱為「安養護機構」（nursing facility），機構內的住民有些是需要生活活動功能及工具性生活活動功能協助的老人。本研究的目的在於探討這些安養護機構的品質是否會影響到住民的士氣？

貳、文獻探討與假設

一、環境高齡學的主要理論

身心老化是一個不可避免的過程，因此現代高齡學領域中最重要的工作之一就在於研究如何促進「成功的老化」，也就是人類發展學中的「最佳化發展」(optimal development)，這兩個概念中都隱含著老人掌控環境能力的重要性。而這些人與環境 (包括實體環境與社會環境) 互相影響的機轉，在環境高齡學中有三個主要理論可以說明，第一個是 Lawton & Nahemow (1973) 的能力—壓力模式 (competence-press model)，這個理論認為老人的調適能力是老人的生心理能力與環境不斷互動的結果，因此失能老人會受到環境比較大的影響，

Lawton (1972)後來接受 Carp (1994) 的想法，進一步引伸，健康的老人比較不會受到環境的限制，他們會利用身邊的資源尋找適合自己發展的環境 (Lawton, 1998, 1999)。第二個理論是 Kahana (1982) 的人與環境調和模式 (person-environment congruence model)，這個理論認為如果老人的需要與環境的壓力若不能調和，老人就會有適應不良的行為，進而影響情緒及心理安好。第三個理論是 Carp & Carp (1984) 的安好互補/調和模式 (complementary/congruence model of well-being)，這個理論認為當個人特性與環境特性相調和之後，就會提昇老人的安好程度，若要滿足老人高層次的需要(例如自主權的行使、情緒的表達等)，環境就要能提供資源及機會，要滿足老人低層次的需要(例如日常生活)，環境則需能補強老人所失去的功能及能力。綜言之，以上這三個理論都強調實體環境與社會環境與老人之間是動態的互動，惟有適當的環境對老人的身心健康及生活品質才會有正面的影響。

二、MEAP 模式

Moos & Lemke (1994, 1996) 整合前述三個環境高齡學理論發展出老人照護機構整合性評估模式，在此模式下，機構與住民呈現動態的互動關係。機構客觀環境包括住民及工作人員的整體特性、機構實體環境，以及機構政策三個環境因素，這三個因素共同影響住民對機構設施氣氛的主觀感受之後，住民會採取不同的因應行為，最後影響住民的調適能力 (adaptation)，而住民的調適能力可以以主觀的心理安好 (subjective well-being)、參與活動的狀況 (activity level)、或者是士氣 (morale) 來代表。

住民個人因素與機構客觀環境也會產生互動的作用而影響住民對設施氣氛的主觀感受，進而影響住民的因應行為及調適能力。住民的個人因素包括年齡、性別、教育程度、個人資源 (例如健康、認知能力及生活功能等)，以及個人偏好等。例如住民於入住機構前會比較各機構的差異，依據本身的社經狀況、身體功能狀況與喜好，選擇適合的機構進住，而機構在住民入住前，也會訪視申請人，確定符合機構收案條件後，才會同意收住，這種過程事實上是一種互相挑選的過程，因此當住民入住機構之後，就會形成每個照護機構獨特的設施氣氛。

由另一方面觀之，當機構管理者發現住民的調適狀況呈現低落趨勢時，就應著手改變客觀環境因素，透過客觀環境因素的改善，個人因素也會隨之調整，因而影響設施氣氛及因應行為，最後對住民的調適能力會產生正向的影響。

依據此模式，Moos and Lemke 發展出評估老人照護機構客觀環境的三個量表：(1)住民及員工資料統合量表 (Resident and Staff Information Form，以下簡稱 RESIF)，(2) 政策及服務計畫量表 (Policy and Program Information Form，以下簡稱 POLIF)， (3) 硬體及建築環境特性量表 (Physical and Architectural Features Checklist，以下簡稱 PAF)，以及評估 (4) 住民及工作人員主觀感受的設施氣氛量表 (Sheltered Care Environmental Scale，以下簡稱 SCES)，這四個量表合稱 MEAP。MEAP 量表可依研究目的不同而分離單獨使用 (Moos & Lemke, 1994)。設施氣氛量表共有 63 題，其中有二個品質指標，人際關係 (Rapport) 和控制 (Ccontrol)。人際關係的部分有 27 題，反應住民對住民之間以及住民與工作人員之間的人際關係（包括感受到溫暖、支持性、友誼）的感受。控制的部分有 18 題，主要在於評估住民的獨立感、自由度及他們在機構內的影響力。

三、機構老人士氣

士氣 (Morale) 反應機構老人的調適能力及生活品質，因此經常被用來評量老人照護機構服務的成效 (林麗嬋、歐美，1996; 林麗嬋等，1998)。而目前評估老人士氣的量表則以 Lawton (1975) 所發展的費城老人士氣量表 (Philadelphia Geriatric Morale Scale, PGMS) 為代表，此量表已經修訂縮減為 17 項問題，三個分量表，包括激動 (agitation)、自己對老化的態度 (attitude toward own aging)、對寂寞的不滿意 (lonely-dissatisfaction)。士氣的量表很多，但大多是衡量員工的士氣，針對老人的士氣仍然以費城老人士氣量表為主，此量表也在台灣、日本、及韓國測試過。舉例：日本檢查 2165 位老人的士氣發現年齡愈老士氣愈低，但較健康的、有工作的、有參與社區活動的男性老人則相對的士氣分數也較高；女性老人則以較健康的及有自己嗜好的士氣會較高 (Onishi et al., 2005)。以韓國移民美國的 131 位老人為研究對象，發現健康、與小孩的親密程度、教育等因素都是重要的影響士氣因素 (Moon, 1996)。

綜合文獻在住民士氣的部分，認為健康狀況 (Liang & Bollen, 1985; Araki et al., 2004; von Heideken Wagert et al., 2005; Woo et al., 2005)、年齡 (von Heideken Wagert et al., 2005; Woo et al., 2005)、性別 (Lawton, 1972; Ryden & Knopman, 1989; von Heideken Wagert et al., 2005; Woo et al., 2005)、教育程度 (Liang & Bollen, 1985)、經濟狀況 (Araki et al., 2004)、種族 (Ryden & Knopman, 1989; Johnson, 1994; von Heideken Wagert et al., 2005)、寂寞程度 (von Heideken

Wagert et al., 2005) 等，都是老人士氣的預測因子。Spaid & Barusch (1991) 認為社會支持也是影響士氣的重要因素之一。而安養護機構的支持是屬於一種正式的社會支持。因而如何選擇安養護機構，並讓住民參與決策過程，是增加住民士氣的重要因素之一。婚姻狀況則為社會支持的代理變數。而林麗嬋、歐美 (1996) 的研究則發現，住在護理之家的老人比接受日間照護或居家服務的老人呈現較低的士氣，而且這種差異達到統計的顯著性。因此機構式照護中到底有那些品質指標會影響較低的住民士氣值得進一步探討。

四、 品質指標

發展長期照護服務品質指標以建立品質監控系統已列入我國新世紀健康照護計畫項目之一 (譚開元等，2001)，而 Donabedian 所主張之結構、過程及結果的架構與概念已為我國醫療照護界進行品質評估或建立品質指標所應用，但目前有關護理之家品質指標建立的研究，由於多半是屬於橫斷式研究，很難確定這三大類型指標間之因果關係 (楊嘉玲，2001)。哈佛大學的 Stevenson 教授以 1998-2002 年的全國性護理機構資料為研究資料，探討「病患的抱怨」是否可以作為品質的指標，該研究也建立了抱怨與機構品質瑕疵有正相關，而且與護理相關人力有負相關 (Stevenson, 2006)。也有學者使用 15 項品質測量項目，建立一個品質的指標分數來代替品質 (Castle et al., 2007)。更有許多的學者使用單一的品質指標探討護理之家或安養護中心的品質議題，這些常見的指標包括：使用束縛帶比率、壓瘡比率、跌倒比率體重降低、再入院比率 (Arling et al., 2007; Phillips et al., 2007; 葉淑娟，2006; 楊嘉玲，2001)。

而 Moos & Lemke (1996) 依據 MEAP 量表所建立的八個品質指標，因為源自整合性之量表，已將 Donabedian 所稱之結構、過程及部分的結果 (例如身心舒適等生活品質) 融入量表中。此八個品質指標包括五個結構指標：(1) 舒適性 (comfort)：代表機構硬體環境的便利性、吸引力，以及促進社交溝通，及住民可使用空間的程度；(2) 安全性 (security)：代表硬體環境促進住民生活功能最大化的程度；(3) 服務人力水準 (staffing level)：代表機構所提供照護人力的程度；(4) 工作人員資源 (staff richness)：代表機構照護人員所能提供的資源，包括專業、經驗、以及背景的多樣性；(5) 服務內容 (services)：代表機構所能提供服務的種類；另三個為過程指標：(1) 住民自主性 (autonomy)：代表機構住民所能擁有自主性的程度；(2) 住民影響力 (control)：代表住民在機構內所感受到的獨立性及影響力的程度；(3)機構和諧性

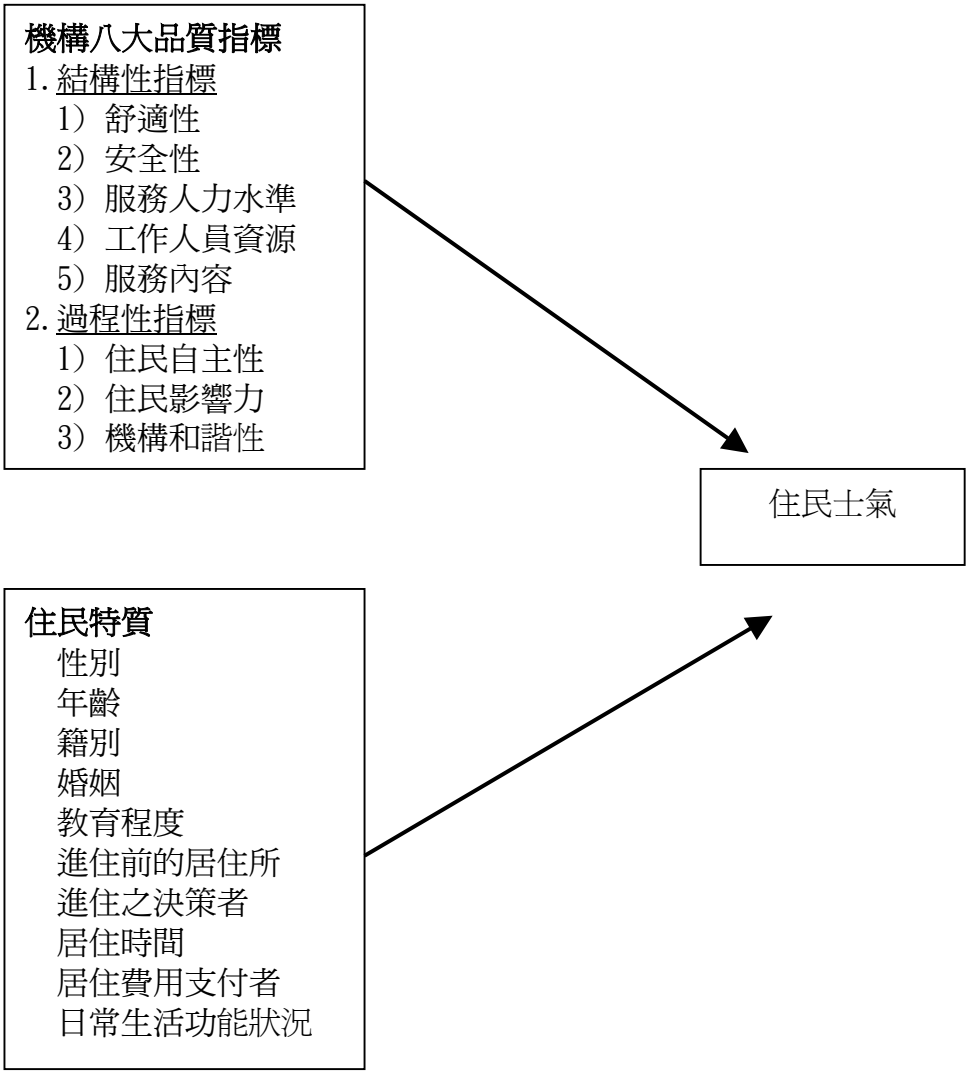
(rapport)：代表住民在機構內所感受的溫暖、支持、住民與工作人員的和諧程度。這八個指標有助於機構照護品質的瞭解與監督。

綜合文獻查證，清楚知道，很多影響住民士氣的文章均針對影響的相關個人因素、醫療因素、社經因素加以著墨。而關於機構的品質如何影響住民士氣的研究文獻相對較少。本研究針對機構的品質指標如何去影響安養護機構住民的士氣訂定以下的假設：

假設：安養護機構的品質愈好(即，品質指標分數愈高)時，安養護機構的住民士氣愈高。

參、研究架構

經由文獻回顧與探討，本研究採用 Moos & Lemke (1996) 之老人照護機構整合性評估模式所建立之品質指標去探討這些指標是否會影響到住民的士氣。在此研究架構下，本研究要探討照護機構的五項結構性指標(舒適性、安全性、服務人力水準、工作人員資源、服務內容)及三項過程性指標(住民自主性、住民影響力、機構和諧性)是否會影響到住民的士氣。由於住民士氣(Morale)可以反應機構老人的調適能力及生活品質，因此常被用來評量老人照護機構服務的成效(林麗嬋等，1998)。住民特質也會影響住民士氣，因而本研究將機構住民的特質，如：性別、年齡、籍別、婚姻、教育程度、進住前的居住所、進住之決策者、居住時間、居住費用支付者、日常生活活動功能視同為控制變項。研究架構圖如圖一所示。



圖一： 本研究之概念性架構

肆、研 究 方 法

一、研究樣本及資料蒐集

本研究以高雄市安養及養護之家之住民為研究樣本。依據民國九十一年四月份高雄市衛生局所登錄之 42 家安養及養護之家，總床數 2949 床。調查共分二大部分：第一為機構品質的八大指標，以養護或安養機構為調查單位。第二為住民士氣的部分，則是針對個別住民進行訪談。為確保研究結果之代表性與效度，選樣標準為意識清楚可以進行語言溝通，且其認知功能經受訪機構主管認定足以進行問卷訪談者，重聽及視障住民不在訪談名單，由於長期照護機構之住民多數為嚴重失能或嚴重聽覺或視覺障礙的老年人 (平均每個機構中嚴重失能及視障或聽障的比率為 82.6%)，因此對於其餘有能力接受訪談的住民，本研究採取全數採樣的方式，進行問卷訪談調查，總取樣的住民為 223 位。

本研究採實地訪查，召集 10 位訪員，訪員先給予半日之訪談訓練，訓練針對住民訪談內容及程序的說明及演練。目的要達到訪員訪談之一致性，經測量 inter-rater reliablitiy 高達 0.834。訪查程序藉由主管機關透過研習會和長照機構座談，獲得同意訪查。訪談機構主管的目的係以取得機構品質之資料。機構住民訪談，經說明訪談目的且受訪者同意後，以逐條詢答的方式完成住民問卷。

二、問卷量表

本研究分二大部分收集相關資料，第一部份係以 Lawton (1975) 發展的費城老人士氣量表 (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC Morale Scale)，此量表共計為 17 項問題，三個分量表，包括激動 (agitation) 有 6 題，內部一致性為 0.85；自己對老化的態度 (attitude toward own aging) 有 5 題，內部一致性為 0.81；對寂寞的不滿意 (lonely dissatisfaction) 有 6 題，內部一致性為 0.85。共有 14 題的答案為是/否；1 題為滿意/不滿意；1 題為好/壞；1 題為不多/很多，計分方式係將高士氣的回答題加總，分數愈高，士氣也愈高。這 17 題目的分項計分方式請見附件 A。很多研究均已證實 PGC Morale Scale 有高度的內部一致性，約 0.81(Lawton, 1975)及再測信度(0.75-0.91) (Lohmann,

1977)，也與生活滿意量表 (life satisfaction scale) 等用來評量老人生活品質的量表有很高的相關性，約 0.57 (Lawton, 1975; Lohmann, 1977; Wenger et al., 1995)。

第二部份機構品質的量表，係以 Moos & Lemke (1996) 的 MEAP 量表所建立的八個品質指標為主，此八個品質指標包括五個結構指標：(1)舒適性 (comfort)：代表機構硬體環境的便利性、吸引力，以及促進社交溝通，及住民可使用空間的程度；(2)安全性 (security)：代表硬體環境促進住民生活功能最大化的程度；(3)服務人力水準 (staffing level)：代表機構所提供照護人力的程度；(4)工作人員資源 (staff richness)：代表機構照護人員所能提供的資源，包括專業、經驗、以及背景的多樣性；(5)服務內容 (services)：代表機構所能提供服務的種類；另三個為過程指標：(1)住民自主性 (autonomy)：代表機構住民所能擁有自主性的程度，(2)住民影響力 (control)：代表住民在機構內所感受到的獨立性及影響力的程度；(3)機構和諧性 (rapport)：代表住民在機構內所感受的溫暖、支持、住民與工作人員的和諧程度。指標中機構的住民人數、實際使用床數、外籍監護工人數在衛生局所登記的資料均較機構負責人報告的數目低，而護理人員數則呈現高報（例如：執業登記 3 名而實際護士卻只有 1 名），因而本研究決定使用由機構負責人或是護理長填報的資料作為主要的依據，這樣較為接近事實。過程的三項指標（住民自主性、住民影響力、機構和諧性）則由訪員直接訪問住民。這八個指標有助於機構照護品質的瞭解與監督。

MEAP 量表的信效度在美國的實證研究中顯示良好 (Moos & Lemke, 1996)。例如在建構效度 (construct validity) 的部份，MEAP 的各個分量表的平均值及標準差都能有效的區別三種類型的機構 (護理之家、老人養護、老人安養)，而各個分量表間的相關係數也都呈現低到中的數值 (RESIF：0.01 到 0.46，POLIF：-0.02 到 0.52，PAF：0.03 到 0.57，SCES：0.04 到 0.58)。另外有關效標關聯效度 (criterion validity)，MEAP 量表也顯示具有預測效度 (predictive validity) 與同時效度 (concurrent validity)，例如設施氣氛量表能夠預測住民的調適能力、參與機構內或機構外活動的狀況等 (Moos & Lemke, 1996)。

有關信度部份，整體而言 MEAP 量表呈現中等程度的內部一致性。例如 RESIF 量表中除住民社會資源分量表有較低的內部一致性 (因為祇有四個項目)外，其餘分量表都有中到高的內部一致性 (0.68 到 0.99)。POLIF 量表的內部一致性，除政策明確性分量表為中等外 (α=0.69)，其餘分量表都呈現高度一致性。而 PAF 的各分量表內部一致性也呈現中到高的程度，至於評分者信度 (inter-rater reliability) 則祇有硬體舒適性及安全性措施分量表為中等外，其

餘均為高度一致。至於 SCES 量表的內部一致性，則祇有住民影響力分量表為中等外，其餘分量表均為高度一致。

本研究另外也使用修正過的 Katz 版的日常生活活動的評量方法，主要評量住民的個人衛生儀容的整理、三餐進食、穿脫衣服、行走、床位之間的移位、洗澡、上廁所。這項評量最主要係評估住民是否能獨立生活。以李克式量表方式測量，由不需協助 (計分 1 分)，需部分協助 (計分 2 分)，需完全協助 (計分 3 分)三種方式計分，總分由 7-21 分不等，分數愈高表示在日常生活活動上愈需要協助。這種以李克式三等量表方法一向被認為可信，可以重複測量得到可信任的結果最主要是因為不需要太多的訓練便可得到相當程度的評分者間的信度(interrater reliability)，通常可以達到 0.86-0.92 (Klein & Bell, 1982)。

三、變數測量

除了上述的兩種測量結果會進入模型的變數中外，住民士氣也會因為許多的因素而有所改變，這些因素我們會控制在迴歸模型中。茲將這些可能的影響變數分述如下：

(一) 依變項

本研究的依變項共計有四個，第一個係以總分數為主，另外三個則是構面分項的分數。分別說明如下：

1. 費城士氣總分：以費城老人士氣量表測量後所得到的分數當成依變項，為連續變項。
2. 費城士氣三分向構面分數：為連續變數。根據該量表將所屬的 6 題項歸屬激動 (agitation)，自己對老化的態度 (attitude toward own aging) 有個 5 題項，對寂寞的不滿意 (lonely dissatisfaction) 有 6 個題項。分別將這些所屬題項加總分數，分別會得到三個加總後的分數。這三個分項分別為依變項。加總過程如欲反向題則會 recode，而全面的構面方向是分數越高，士氣愈高。

(二) 自變項

本研究的自變項為機構品質的八大測量指標。這些係依據係以 Moos & Lemke (1996)的 MEAP 量表所建立的八個品質指標為主，此八個品質

指標包括：(1)舒適性(comfort)、(2)安全性 (security)、(3)服務人力水準 (staffing level)、(4)工作人員資源 (staff richness)、(5)服務內容 (services)、(6)住民自主性 (autonomy)、(7)住民影響力 (control)、(8)機構和諧性 (rapport)。每一個構面都是連續變項，所得到的分數係來自於各構面的題項分數加總所得。有些題目是反向題，則以反向編碼（recode）進行改變。

(三) 控制變項

1.住民性別：為類別變項；女性編碼為 1；男性編碼為 0。
2.住民年齡：為連續變項，以受訪當天的足歲計算。
3.閩南籍：為類別變項；是者編碼為 1；否者編碼為 0。
4.教育程度：為類別變項；國小（含）以下 (編碼為 1)；國中(編碼為 2)；高中(編碼為 3)；專科(編碼為 4)；大學(編碼為 5)；研究所(編碼為 6)。
5.婚姻狀況：為類別變項；已婚 (編碼為 1)；其他編碼為 0。
6.居住時間：以年既算，為連續變項。
7.進住前的居住所：為類別變項；醫院 (編碼為 1)；長期照護機構 (編碼為 2)；自家 (編碼為 3)；其他 (編碼為 4)。
8.進住之決策者：為類別變項；子女 (編碼為 1)；配偶 (編碼為 2)；住民本人 (編碼為 3)。
9.居住費用支付者：為類別變項；親朋 (編碼為 1)；政府 (編碼為 2)；住民本人 (編碼為 3)。
10.日常生活功能狀況：為序位變項；共計 7 個題項，以李克式量表方式測量，由不需協助 (計分 1 分)，需部分協助 (計分 2 分)，需完全協助 (計分 3 分)三種方式計分，總分由 7-21 分不等，分數愈高表示在日常生活活動上愈需要協助。

四、統計分析方法

本研究的分析涵蓋描述性統計、逐步複迴歸分析。統計分析軟體使用 SPSS 11.0。主要探討的研究問題是在控制相關的變數下，機構的品質是否會影響到住民的士氣？描述統計將針對不同的變數進行分析，連續性變數如年齡、居住時間、住民士氣、品質八大指標等以平均數、標準差分析。而類別變數如：性別、教育程度、婚姻狀況、進住前的居住所、進住之決策者等均以頻率及百分

比的分佈檢查。

逐步複迴歸的分析將以住民士氣及住民士氣的三大分項構面分別為依變項，八大項的品質指標為自變項，其餘 9 項為控制變項。逐步迴歸用來檢測哪些品質的因素與住民士氣有統計上的關係 (relations)。我們將以調整後之判定係數 (adjusted coefficient of determination, R^2) 及 F 值判斷模式的重要統計意義 (model fit)。

伍、結果

一、描述統計的結果

本研究 223 位住民中，女性為 120 位 (佔 53.81%)，約 71%說閩南語，現況已婚者佔約五分之一，多數是鰥寡 (55%)，教育程度以國小或不識字的為主(74.89%)。進住前的居住所以家裡為最多數 (51.57%)，醫院轉住進來的佔約 24%，其次的是來自其他護理之家或安養、養護中心(16%)。決定住進的主要決策者以住民的子女佔多數 (60%)，其次才是由自己決定 (19%)。居住費用主要由子女支付(58.52%)；也有五分之一強是由自己支付。平均日常生活活動的分數為 11.30，標準差為 3.75。 詳細的住民特質分析列於表一。

表二列出住民日常生活活動的狀況，以李克式量表測量住民的活動功能，由表二得知住民在個人衛生儀容、三餐進食、穿脫衣服、床位之間的移位大都不需要特別的協助；反而是行走、洗澡、如廁的日常活動多數是需要部分的協助或完全的協助。

二、逐步複迴歸分析的結果

以士氣總分為依變項的逐步迴歸分析的結果發現機構的和諧性(涵蓋凝聚性、和諧性、組織性)愈強時(指分數愈高時) ($\beta = 1.13, p < 0.001$)、住民自主性愈高 ($\beta = 0.40, p < 0.001$)、以及住民若於安養護機構的居住時間愈長時，則住民的士氣愈高($\beta = 0.82, p = 0.013$)。另外有二項機構品質的指標與住民士氣呈現負相關：舒適性分數愈低時，住民的士氣愈高 ($\beta = -0.23, p < 0.001$)； 工作人員資源較少時(指醫師、職能、復健人力、心理師、社工師等)，反而住民的

士氣較高 ($\beta = -0.29$, $p < 0.001$)，這與我們預期的結果不同。表三列出逐步迴歸的分析結果。因而，進一步將士氣總分依照原始費城老人士氣量表的三大構念（分項為激動、對老化的態度、對寂寞的不滿意）分別以逐步迴歸再行分析。結果發現：機構和諧性與激動呈現負相關 ($\beta = -0.06$, $p = 0.001$)，但舒適性與激動呈現正相關 ($\beta = 0.02$, $p = 0.03$)。該模型的 Adjusted R^2 是 6.0% ($F = 8.04$; $p < 0.001$)。日常生活活動功能 (ADL score)分數愈高 (表示愈依賴) 對老化的態度的分數愈低 ($\beta = -0.06$, $p = 0.001$)。直接由醫院住進安養護中心的住民比來自家裡的住民在對老化的態度分數較高($\beta = 0.36$, $p = 0.016$)。工作人員資源較少時，反而住民對老化的態度分數會較高 ($\beta = -0.01$, $p = 0.05$)。這個模型的 Adjusted R^2 是 7.7% ($F = 7.10$; $p < 0.001$)。日常生活活動功能 (ADL score)分數愈高 (表示愈依賴) ($\beta = 0.05$, $p = 0.011$)以及已婚的住民 ($\beta = 0.37$, $p = 0.027$) 對寂寞不滿意的分數愈高。此模型的 Adjusted R^2 是 4.0% ($F = 5.59$; $p = 0.004$)。表四分別列出三構面的逐步迴歸分析結果。

陸、討論

機構的品質是不是會影響安養護機構住民的士氣？由我們的結果告知答案應該是肯定的，但並不是所有的品質指標。許多研究均指出機構的品質應與住民的士氣息息相關 (Redfern et al., 2002; Ryden, 1984)。住民的自主性愈高時(含選擇性、控制力、隱私性三大部分) 明顯的與士氣成正比。這與 Ryden (1984) 學者做出來的研究類似：當住民感受到能控制的情形愈多時，則士氣會愈高。就環境高齡學的觀點，塑造一個成功的安養護環境，讓失能住民能夠「成功老化」必需考慮住民個別的失能狀況、喜好、需要、以及調適能力，也就是環境必須與住民能夠契合 (person-environment fit)。美國學者 Parmalee & Lawton (1990) 也特別強調長照應該要儘可能在安全性的考量下，儘量提供住民更多的自主性，也就是自主性指標應該特別受到重視。

機構的和諧性也和住民士氣呈現正相關。機構的和諧性在本研究涵蓋的範圍包括機構的組織性、機構的和諧性、及機構的凝聚性。這些應該都屬於熟悉內部環境的相關因素之表現，內部環境因素愈熟悉時往往凝聚力會強，也因而會導致較高的士氣。相對地，若與外在環境較為熟悉及一致性時，則士氣便會較低 (Chang, 1978)。 我們的品質指標中有一個指標是「工作人員的資源」，

主要是針對醫師、心理師、職能治療師、社工師、復健師的人力加以計算，結果卻呈現工作人員資源愈多時，住民的士氣愈低。這和我們預期的結果有差異。由理論或文獻中歸納出人力愈多所能提供的照護相對愈佳，住民的士氣則會愈好。但，仔細分析安養護機構的特性，便會發現就安養護機構而言，護佐(或稱為護理服務員) 是最主要的照護人力，他們的流動力才是決定安養護機構品質的重要考量，也是提供正式社會支持的重要關鍵人物。因而，MEAPS 的指標中的工作人員資源並沒有包括他們時，便很難反映出住民的士氣。尤其這項指標中的大多數工作人員 (醫師、心理師、職能治療師等) 多半都以兼任或契約方式協助照護這些住民，所以可想而知若每週支援的人力經常變化時，計算人力會導致分數增家，但對士氣反而有不好的影響。

除了上述的品質指標外，住民的居住時間長也可以預測住民的士氣高，這與另外的學者以南部 161 位 65 歲以上老人為研究對象的發現不同，他們發現護理之家住民的居住時間長短與生活滿意度呈負向關係 (曾薔霓、王正，2001)。也就是居住愈久反而生活滿意度愈差。這與我們認知的有所不同，士氣低迷應該會出現剛進住的半年內，人類通常會因為居住時間漸久，而產生漸漸熟悉環境的現象，這種現象在許多移民或是海外工作者身上 (要面對環境陌生、語言適應) 也都可以看見 (Bandura, 1977; Black & Sessay, 1998)。另外也可能牽涉到「士氣」及「生活滿意度」的定義問題，如果根據一些國外的學者研究 (Lawton, 1972; von Heideken Wagert et al., 2005) 士氣是可以屬於生活滿意度的一部份，但必須承認生活滿意度的範圍較廣，不一定能對等比較 (曾薔霓、王正，2001)。因而，未來應該邁向更多樣本數，以期在使用類似的量表情況下，才能比較結果的差異。

我們也發現日常生活活動功能與住民士氣有關。特別是日常生活活動功能與「對老化的態度」成反向關係。亦即，日常生活活動愈能自主的住民，對老化態度的士氣愈高。日常生活活動功能 (愈高分，表功能狀況愈差時) 則和「對寂寞的不滿意」的士氣 (分數愈高，表愈不滿意) 成正比。這與一些研究的結果類似，他們的研究以巴氏量表測量日常生活的獨立性，發現日常生活活動愈獨立的患者，有較高的士氣 (Sanchez del Corral et al., 1996; Takemasa, 1998; 曾薔霓、王正，2001)。另外，本研究發現已婚的住民顯然比未婚的住民在寂寞的不滿意的士氣較為高。雖然在社會支持的理論上，婚姻狀況通常是社會支持的代理變數 (proxy variable)，也通常代表著在經濟上的或是情緒上的支持，且應該對生活滿意度通常有正面的影響 (葉淑娟等，2004)。然而，東方文化中「已婚」是否表示較不寂寞，獨居與寂寞之間的分野問題，一直都是老人議題中亟需釐清的部分 (von Heideken Wagert et al., 2005)。

柒、結論與建議

本研究以高雄市 223 位安養護機構的住民為樣本，以逐步迴歸方式分析機構的品質是不是會影響住民的士氣。整體而言，僅有某些機構的品質會影響住民的士氣，這些涵蓋機構和諧性、住民自主性呈現正相關。而工作人員資源、及舒適性呈現負相關。許多現況的長照機構經常是照表抄課，這些機構讓所有的老人於同一時段從事同樣的事情或活動，表面上看起來是建立常規，但實際上允許的個人自主性偏低。我們的研究結果告訴我們，增進住民的自主性有益於住民的士氣。因此，長照機構非常需要考慮老人的個別化的方式。

然而，由於 MEAPS 的指標設計，不一定是指標的結果，而是涵蓋一些結構的內容，因而有些指標反而呈現負相關，不是我們預期中的結果，也是日後研究類似問題時，在測量指標上要再思考的問題。例如：人力資源中最重要的照護人力為護理助理員(護佐)，還有外籍照護護理助理員的比率及語言的溝通都會影響住民士氣，因而，如何正確測量這群主力的照護品質及數量，以便更正確反應出住民士氣的影響因素，有待未來研究類似議題時深入考量。

另外，本研究控制變數中有居住費用的支持者、婚姻狀況，是屬於社會支持的代理變項。社會支持的面向通常很廣，因而使用代理變數雖然比沒有控制好，但畢竟無法取代社會支持的直接變項，因而建議將來研究類似議題時可以考量把住民的情緒支持、經濟支持、或工具性支持的直接測量結果納入變項中考量。

本研究另有幾項研究限制值得注意：1） 幾乎和所有研究住民士氣的研究類似，我們得面對由住民回答士氣的相關問題應該會有高估的情形。2）平均受訪的住民為 5 人，有 2 - 8 人不等。這樣的機構住民人數較少，很難有代表性。但由於現況多數的安養護中心都以 49 床為最常見，且大部分住民均有多項慢性病，因而意識清楚且能接受訪問的住民偏少。然而這些可以接受訪問的住民中，又願意接受訪問的更少。因而，造成樣本數減少是本研究的重要限制。

參考文獻

內政部，2005，「02-01 臺閩地區現住人口數年齡分配」，統計處，3 月 30 日。(http://www.moi.gov.tw/stat/)

林麗嬋、歐美，1996，「比較不同長期照護模式老人之士氣」，護理研究，4 卷 3 期：243~253。

林麗嬋、歐美、吳肖琪，1998，「長期照護中老人士氣之影響因素」，高雄醫學雜誌，14 卷 6 期：357~366。

曾薔霓、王正，2001，「照顧倫理與政府責任：臺灣實施雙軌制照顧津貼之探討」，經社法制論叢，28 期：97~131。

楊嘉玲，2001，「護理之家照護品質指標：以老年住民、家屬以及護理人員的觀點探討」，台灣衛誌，20 卷 3 期：238~247。

葉淑娟，2006，「組織特質、管理風格、與長期照護品質之關係」，中山管理評論，14 卷 3 期：751~787。

葉淑娟、施智婷、莊智薰、蔡淑鳳，2004，「社會支持系統與老人生活滿意度之關係─以高雄市老人為例」，中山管理評論，12 卷 2 期：399~427。

衛生署，1996，長期照護納入全民健康保險給付可行性評估報告，台北。

譚開元、蔡言言、陳秀玫，2001，「老人長期照護發展現況及新世紀醫療網─長期照護之規劃」，長期照護，58 卷 1 期：1~12。

Araki, A., Murotani, Y., Kamimiya, F., and Ito, H., 2004, "Low well-being is an independent predictor for stroke in elderly patients with diabetes mellitus," **Journal of American Geriatric Society**, Vol. 52, No. 2, 205-210.

Arling, G., Lewis, T., Kane, R. L., Mueller, C., and Flood, S., 2007, "Improving quality assessment through multilevel modeling: the case of nursing home compare," **Health Services Research**, Vol. 42, No. 3, 1177-1199.

Bandura, A., 1977, "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change," **Psychology Review**, Vol. 84, No. 2, 191-215.

Black, R. and Sessay, M., 1998, "Forced migration, natural resource use and environmental change: the case of the Senegal River Valley," **International Journal of Population Geography**, Vol. 4, No. 1, 31-47.

Carp, F. M. and Carp, A., 1984, "A complementary/congruence model of well-being on mental health for the community elderly" in Altman, I., Lawton, M. P., and Wohlwill, J. F. (eds.), **Elderly People and Their Environment**, NY: Plenum Press, 279-336.

Carp, F. M., 1994, "Assessing the environment" in Lawton, M. P. and Teresi, J. A. (eds.),

Annual Review of Gerontology and Geriatrics, NY: Springer Publishing Co., 302-323.

Castle, N. G., Engberg, J., and Liu, D., 2007, "Have Nursing Home Compare quality measure scores changed over time in response to competition?," **Quality & Safety in Health Care**, Vol. 16, No. 3, 185-191.

Chang, B. L., 1978, "Generalized expectancy, situational perception, and morale among institutionalized aged," **Nursing Research**, Vol. 27, No. 5, 316-324.

Johnson, C. L., 1994, "Differential expectations and realities: race, socioeconomic status and health of the oldest-old," **International Journal of Aging and Human Development**, Vol. 38, No. 1, 13-27.

Kahana, E. A., 1982, "A congruence model of person-environment interaction" in Lawton, M. P., Windley, P. G., and Byerts, T. O. (eds.), **Aging and the Environment: Theoretical Approaches**, NY: Springer, 97-121.

Klein, R. M. and Bell, B., 1982, "Self-care skills: behavioral measurement with Klein-Bell ADL scale," **Archives Physical Medicine Rehabilitation**, Vol. 63, No. 7, 335-338.

Lawton, M., 1972, "The dimension of morale" in Kent, D., Kastenbaum, R., and Sherwood, S. (eds.), **Research Planning and Action for the Elderly: The Power and Potential of Social Science**, NY: Behavioral Publications, 144-165.

Lawton, M. P. and Nahemow, L., 1973, "Ecology and the Aging Process" in Eisdorfer, C. and Lawton, M. P. (eds.), **The Psychology of Adult Development and Aging**, Washington, DC: American Psychological Association, Inc., 617-670.

Lawton, M. P., 1975, "The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision," **Journal of Gerontology**, Vol. 30, No. 1, 85-89.

Lawton, P. M., 1998, "Environment and Aging: Theory Revisited" in Scheidt, R. J. and Windley, P. G. (eds.), **Environment and Aging Theory: A Focus on Housing**, Wesport, CT: Greenwood Press, 1-31.

Lawton, P. M., 1999, "Environmental Taxonomy: Generalizations from research with older adults" in Friedman, S. L. and Wachs, T. D. (eds.), **Measuring Environment Across the Life Span: Merging Methods and Concepts**, Washington, DC: American Psychological Association, 91-124.

Liang, J. and Bollen, K. A., 1985, "Sex Differences in the Structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale," **Journal of Gerontology**, Vol. 40, No. 4, 468-477.

Lohmann, N., 1977, "Correlations of life satisfaction, morale and adjustment measures," **Journal of Gerontology**, Vol. 32, No. 1, 73-75.

Moon, A., 1996, "Predictors of morale among Korean immigrant elderly in the USA," **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, Vol. 11, No. 4, 351-367.

Moos, R. H. and Lemke, S., 1994, **Group Residences for Older Adults**, New York: Oxford University Press.

Moos, R. H. and Lemke, S., 1996, **Evaluating Residential Facilities**, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc..

Onishi, J., Masuda, Y., Suzuki, Y., Endo, H., and Iguchi, A., 2005, "Philadelphia Geriatric Center morale scale in a Japanese nursing home for the elderly," **Geriatrics & Gerontology International**, Vol. 5, No. 1, 71-73.

Parmalee, P. A. and Lawton, M. P., 1990, "The design of special environments for the aged" in Birren, J. and Schaie, K. (eds.), **Handbook of the Psychology of Aging,** Third Edition, NY: Academic Press, 465-488.

Phillips, C. D., Hawes, C., Lieberman, T., and Koren, M. J., 2007, "Where should Momma go? Current nursing home performance measurement strategies and a less ambitious approach," **BMC Health Services Research**, Vol. 7, No. 93, 1-8.

Redfern, S., Hannan, S., Norman, I., and Martin, F., 2002, "Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home," **Health & Social Care in the Community**, Vol. 10, No. 6, 512-517.

Ryden, M. B. and Knopman, D., 1989, "Assess not assume--measuring the morale of cognitively impaired elderly," **Journal of Gerontological Nursing**, Vol. 15, No. 11, 27-32.

Ryden, M. B., 1984, "Morale and perceived control in institutionalized elderly," **Nursing Research**, Vol. 33, No. 3, 130-136.

Sanchez del Corral, F., Palomera, M., Valero, C., Regalado, P., and Ruiperez, I., 1996, "More about similarities between Geriatric Depression and Well-Being Scales," **Age Ageing**, Vol. 25, No. 5, 413-414.

Spaid, W. M. and Barusch, A. S., 1991, "Social support and caregiver strain: Types and sources of social contacts of elderly caregivers," **Journal of Gerontological Social Work**, Vol. 18, No. 3-4, 151-160.

Stevenson, D. G., 2006, "Nursing home consumer complaints and quality of care: a national view," **Medical Care Research Review**, Vol. 63, No. 3, 347-368.

Takemasa, S., 1998, "Factors affecting QOL of the home-bound elderly disabled," **Kobe Journal of Medical Sciences**, Vol. 44, No. 3, 99-114.

von Heideken Wagert, P., Ronnmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J. M., Nygren, B., Lundman, B., Norberg, A., and Gustafson, Y., 2005, "Morale in the oldest old: the Umea 85+ study," **Age Ageing**, Vol. 34, No. 3, 249-255.

Wenger, G. C., Davies, R., and Shahthmasebi, S., 1995, "Morale in old age: Refining the model," **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Vol. 10, No. 10, 933-943.

Woo, J., Ho, S. C., and Wong, E. M. C., 2005, "Depression is the predominant factor

contributing to morale as measured by the Philadelphia Geriatric Morale Scale in elderly Chinese aged 70 years and over," **International Jouranl of Geriatric Psychiatry**, Vol. 20, No. 11, 1052-1059.

表一：描述統計

項目		人數	百分比(%)	平均數	標準差
年齡				75.10(歲)	11.19
性別	男	103	46.19		
	女	120	53.81		
籍別	閩南	158	70.85		
	其他	65	29.15		
學歷	國小以下	167	74.89		
	國中	25	11.21		
	高中	16	7.17		
	專科	11	4.93		
	大學	4	1.79		
目前婚姻狀況	已婚	45	20.18		
	鰥寡	122	54.71		
	分居或離婚	20	8.97		
	未婚	36	16.14		
入住時間				1.77(年)	1.82
進住前的居住所					
	醫院	53	23.77		
	其他護理之家	35	15.69		
	自家	115	51.57		
	其他	20	8.97		
進住之決策者					
	子女	133	59.64		
	配偶	11	4.93		
	自己	42	18.83		
	其他	37	16.59		
居住費用支付者	子女	134	58.52		
	配偶	4	1.75		
	親戚朋友	11	4.80		
	政府補助	27	11.79		
	自己	47	20.52		
	其他	6	2.62		

表二、日常生活功能狀況

	不需協助(1)	部分協助(2)	完全協助(3)
1.個人衛生儀容的整理(EX:梳頭或刮鬍鬚)	150 (67.26%)	57 (25.56%)	16 (7.17%)
2.三餐進食	196 (87.89%)	20 (8.97%)	7 (3.14%)
3.穿脫衣服	132 (59.19%)	65 (29.15%)	26 (11.66%)
4.行走	97 (43.50%)	81 (36.32%)	45 (20.18%)
5.床位之間的移位	138 (61.88%)	57 (25.56%)	28 (12.56%)
6.洗澡	48 (21.52%)	72 (32.29%)	103 (46.19%)
7.上廁所	118 (52.91%)	52 (23.32%)	53 (23.77%)

表三、養護中心住民士氣（總面項）之逐步迴歸分析（n=223）

	住民士氣總分		
	β (s.d)	t-value	*p* - value
常數	-9.21(8.40)	-1.09	0.274
機構和諧性	1.13(0.11)	10.41	<0.001
舒適性	-0.23(0.05)	-4.36	<0.001
住民自主性	0.40(0.09)	4.67	<0.001
工作人員資源	-0.29(0.07)	-4.30	<0.001
入住時間	0.82(0.33)	2.51	0.013
Adjusted R^2	0.400 (F = 30.48, $p < 0.001$)		

註：1.放入的變數包括：年齡、教育程度、已婚、進住前來源、居住費用支付者、進住之決策、居住時間、日常生活功能、及「機構品質」八大指標。

2. s.d.是 standard deviation 標準差

表四、養護中心住民士氣（三分項：激動、對老化態度、對寂寞的不滿意）之逐步迴歸分析（n=223）

	激動			對老化的態度			對寂寞的不滿意		
	β (s.d)	t-value	p	β (s.d.)	t-value	p	β (s.d.)	t-value	p
常數	5.10(1.35)	3.78	<0.001						
機構和諧性	-0.06(0.02)	-3.53	0.001						
舒適性	0.02(0.01)	2.23	0.03						
Adjusted R2	0.060 (F = 8.04, $p < 0.001$)								
常數				3.79(0.37)	10.11	<0.001			
日常生活功能				-0.06(0.02)	-3.43	0.001			
來自醫院 (與來自家裡的比)				0.36(0.15)	2.44	0.016			
工作人員資源				-0.01(0.01)	-1.97	0.05			
Adjusted R^2				0.077 (F = 7.10, $p < 0.001$)					
常數							2.44(0.22)	11.38	<0.001
日常生活功能							0.05(0.02)	2.56	.011
已婚 (與未婚的比)							0.37(0.17)	2.22	.027
Adjusted R^2							0.040 (F = 5.59, $p = 0.004$)		

註：1. 放入的變數包括：年齡、教育程度、已婚、進住前來源、居住費用支付者、進住之決策、居住時間、日常生活功能、及「機構品質」八大指標。

附件 A 費城老人住民士氣量表

1. 隨著年齡增長，您覺得一切變得越來越糟嗎？
2. 您覺得和去年一樣有精力嗎？
3. 您覺得有多寂寞？
4. 今年一些瑣瑣碎碎的事情比往年更煩擾您嗎？
5. 您和親戚朋友碰面夠多嗎？
6. 您覺得越老越沒用嗎？
7. 您有時會煩惱到不能入睡嗎？
8. 年紀漸大，事情比您之前想像的更好或更不好？
9. 您有時會覺得人生不值得活嗎？
10. 您現在還是像年輕時一樣快樂嗎？
11. 有好多事讓您傷心嗎？
12. 您會害怕有更多事情發生嗎？
13. 您比以往更容易生氣嗎？
14. 大部分時候，生活對您來說太艱難了？
15. 您今天過得滿意嗎？
16. 您很容易掛心嗎？
17. 您很容易不高興嗎？

分項題目：

1. 激動 (Agitation): 第 4,7,12,13,16,17 題
2. 自己對老化的態度 (Attitude toward own aging): 第 1,2,6,8,10 題
3. 對寂寞的不滿意 (Lonely): 第 3,5,9,11,14,15 題

計分方式：每一個題目均以是或否回答，答「是」者計予 1 分；答「否」者，則給 0 分。將 17 題的分數加總，便是本士氣量表的總分。

作者簡介

蔡淑鳳

行政院衛生署護理及健康照護處副處長，私立中國醫藥大學公共衛生學院醫務管理學系兼任助理教授。研究領域是長期照護及老人健康照護。研究論文曾刊登於中山管理評論。

E-mail: phoenix@cto.doh.gov.tw

吳濟華

國立中山大學公共事務管理研究所教授，研究領域主要是都市與區域經濟及政策分析。畢業於美國賓夕法尼亞大學都市與區域規劃博士，研究論文曾刊登於中山管理評論、都市與計畫、中華心理衛生期刊及相關領域的國內期刊。

E-mail：jihwawu@cm.nsysu.edu.tw

葉淑娟

國立中山大學企業管理系所教授，研究領域涵蓋醫療健康的管理問題，研究興趣包括老人問題、外勞健康、長期照護、醫療品質、組織理論。1997 畢業於美國維吉尼亞大學醫學院（Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University）醫務管理哲學博士。研究論文曾登於 Psychosomatic Medicine, Health Care Management Review, *JAMA, Health Policy, BMC-Health Services Research, Annals of Operations Research, Journal of Nursing Administration, Social Behavior and Personality, Journal of Rehabilitation Research and Development, Journal of Nursing Care Quality* 及相關領域的國內期刊。

E-mail：syehboston@gmail.com