國立台灣師範大學社會工作學研究所

碩士論文

# 失能老人居家服務品質與生活品質關係之研究

指導教授：沈慶盈 博士

研究生：吳尚柔

民國一百零一年一月

# 摘要

本研究的目的在於檢視居家服務之服務品質與失能老人生活品質之關聯，採用問卷調查的方式，以台北市及新北市共133位使用居家服務的失能老人為研究對象。研究工具包括自編服務品質問卷、WHO之生活品質問卷以及老人的基本資料與服務使用時數。所蒐集的資料，以描述性統計、t 檢定、單因子變異數分析、Pearson 相關及階層迴歸等統計方式進行資料分析。綜合分析研究結果發現如下：

一、失能老人對於居家服務品質的滿意度偏高，其中以可靠性及保證性的分數較高。在生活品質中，老人對於自己的生活品質感受為中等，但對於身體健康偏不滿意，其中，以社會關係分數最高，而心理狀態為最低。

二、失能老人基本屬性中，在服務品質方面，年齡較高、教育程度較高、每月平均花費越高的老人，對於服務品質的感受較低；在生活品質方面，年齡較低、教育程度較高、和配偶或兒女同住者、無主要照顧者、失能程度低、每週服務時數越多的老人，在生活品質的分數越高；其餘性別、宗教信仰、慢性病有無等3個變項則未造成老人在居家服務品質或生活品質感受之顯著差異或影響。

三、服務品質之可靠性及關懷性兩個構面與生活品質之環境因素構面有顯著相關。

四、多元迴歸分析發現，失能老人的基本屬性及對居家服務品質的滿意度對於其生活品質的生理健康與心理狀態並不具預測力。基本屬性變項共可解釋老人社會關係品質變異量的22.7%，其中以教育程度及每月平均花費的預測力達到顯著。階層迴歸分析則發現，基本屬性及對居家服務品質的滿意度共可解釋老人環境因素品質變異量的16.4%，進一步投入服務品質與失能程度的交互作用項之後，對環境因素品質的解釋變異量增加了6.9%，整個模式只有居住狀況及服

務品質關懷性與失能程度的交互作用兩項對生活品質的環境因素構面有顯著預測力。

本研究最後根據研究結果針對政府及實務界提出各項建議，提供主管機關與相關服務機構作為未來政策規劃及服務之參考；服務機構有良好的居家服務品質，進而提昇老人生活品質，老人在社區中得以安享天年。

**關鍵字：失能老人、居家服務、服務品質、生活品質**

# Abstract

The purpose of this study was to discuss the relationship between service quality and disabled elders' quality of life. Questionnaire investigation was adopted and 133 frail elders who have home care service and live in Taipei City and New Taipei City were the study subjects. Self-arranged service quality questionnaire, WHO questionnaire for quality of life, basic information of the elders, and the hours that elders have home care service were the study tools. The collected data was analyzed through descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation analysis, and hierarchical regression. The comprehensive analytical study results and findings are as follows:

1. The disabled elders' satisfaction towards service quality was relatively high, where the scores of reliability and assurance were higher. For quality of life, the elders' feeling towards their quality of life was averagely satisfied, but they were not satisfied with their health, where the scores of social relationship were the highest and the scores of psychological condition were the lowest.

2. For basic attributes of the disabled elders, significant difference was found regarding the elders' feelings towards home service quality, as in relevant variables including age, education level, and average monthly expense. Significant difference was found regarding the elders' feelings towards quality of life, as in relevant variables including age, education level, living condition, have main carer or not, degree of disability, and weekly home care service hours. Other variables including gender, religion, and have chronic diseases or not did not influence the elders' feelings towards home care service quality or quality of life significantly.

3. The reliability and assurance of service quality was significantly related with the environmental factors of quality of life.

4. After finishing hierarchical regression, 22.7% of variance of elders- society relationship was explained by variables including age, education level, average monthly expense, living condition, have main carer or not, degree of disability, weekly home care service hours. After combining age, education level, average monthly expense, living condition, have main carer or not, degree of disability, weekly home care service hours, tangibility, reliability, and care with two interaction factors, service quality and degree of disability, 6.9% of variance of elders' environmental factors could be explained.

Suggestions were provided for the government and related management and service organizations in accordance with the study result as the reference of future policy plan and service. If the service organizations provided good home care service quality, then the quality of life of elders could be promoted so that they could live happily in the community.

**Keywords: Disabled Elders, home care service, service quality, quality of life**

# 目錄

**第一章 緒論**
第一節 問題背景……1
第二節 研究動機與目的……5
第三節 名詞解釋……7
**第二章 文獻探討**
第一節 居家服務及其發展……9
第二節 居家服務的服務品質……16
第三節 老人的生活品質……33
**第三章 研究方法**
第一節 研究架構與研究假設……47
第二節 研究對象與抽樣……48
第三節 研究工具之擬定……50
第四節 研究步驟與資料分析方式……60
第五節 研究倫理考量……62
**第四章 研究結果與討論**
第一節 老人基本屬性變項分析……63
第二節 居家服務之服務品質……66
第三節 生活品質狀況與分析……81
第四節 使用居家服務老人生活品質之迴歸關係……99
第五節 討論…… 106
**第五章 結論與建議**
第一節 結論…… 111
第二節 建議…… 113
**參考文獻**……119
**附件一 研究問卷**…… 125
**附件二 專家效度修改意見之彙整**…… 129
**附件三 訪談同意書**…… 131
**附件四服務品質與生活品質問卷訪談說明書**……133

# 表次

表 1-1-1 台灣人口老化趨勢……1
表 1-1-2 台灣人口老化指數……2
表 1-1-3 65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病情形及治療方法……3
表 1-1-4 台閩地區 65 歲以上長期照護需求者之概況……4
表 2-1-1 居家服務歷史背景……12
表 2-1-2 台北市居家照顧服務提供機構一覽……14
表 2-1-3 新北市居家照顧服務提供機構一覽……15
表 2-2-1 服務品質缺口 1 …… 19
表 2-2-2 社會服務品質要素……24
表 2-2-3 方案評估相關研究……26
表 2-2-4 服務品質相關研究……31
表 2-2-5 老人生活品質相關研究……39
表 3-2-1 樣本來源統計……49
表 3-3-1 服務品質構面、定義、組成項目及轉化之項目……52
表 3-3-2 生活品質測量項目……55
表 3-3-3 專家效度名單……56
表 3-3-4 服務品質因素分析……57
表 3-3-5 生活品質因素分析……58
表 3-3-6 服務品質與生活品質量表之內部一致性統計……59
表 4-1-1 受試者各項屬性統計表……65
表 4-2-1 老人對於服務品質之平均數及標準差統計表……67
表 4-2-2 服務品質各個題項平均數與標準差統計表……68
表 4-2-3 性別與服務品質 t 檢定分析統計表……70
表 4-2-4 年齡與服務品質變異數分析統計表……71
表 4-2-5 教育與服務品質變異數分析統計表……73
表 4-2-6 宗教信仰與服務品質變異數分析一覽表……75
表 4-2-7 每月平均花費與服務品質相關分析表……76
表 4-2-8 居住狀況與服務品質變異數分析一覽表……76
表 4-2-9 慢性病有無與服務品質變異數分析一覽表……78
表 4-2-10 有無主要照顧者與服務品質 t 檢定分析統計表 ……79
表 4-2-11 失能程度與服務品質相關分析統計表 ……79
表 4-2-12 每月服務時數與服務品質相關分析統計表 ……80
表 4-2-13 基本屬性與服務品質相關影響或差異摘要表 ……81
表 4-3-1 老人生活品質之平均數及標準差統計表……82
表 4-3-2 服務品質各個題項平均數與標準差統計表……83
表 4-3-3 性別與生活品質 t 檢定分析統計表……85

表 4-3-4 年齡與生活品質變異數分析統計表 ……86
表 4-3-5 教育與服務品質變異數分析統計表 ……88
表 4-3-6 宗教信仰與生活品質變異數分析一覽表 ……89
表 4-3-7 每月平均花費與生活品質相關分析表 ……90
表 4-3-8 居住狀況與生活品質變異數分析一覽表 ……91
表 4-3-9 慢性病有無與生活品質變異數分析一覽表 ……92
表 4-3-10 有無主要照顧者與生活品質變異數分析一覽表……93
表 4-3-11 失能程度與生活品質相關分析統計表……94
表 4-3-12 每週服務時數與生活品質相關分析統計表……95
表 4-3-13 基本屬性變項與生活品質相關影響或差異摘要表……96
表 4-3-14 居家服務品質與生活品質相關統計表……98
表 4-3-15 服務品質與生活品質相關影響摘要表……99
表 4-4-1 基本屬性變項與生理健康之迴歸分析表 ……100
表 4-4-2 基本屬性變項與生理健康之迴歸分析表 ……101
表 4-4-3 基本屬性變項與社會關係之迴歸分析表……102
表 4-4-4 基本屬性變項、服務品質與環境因素之階層迴歸分析表……103

## 圖次

圖 2-2-1 服務品質缺口 2 ……20
圖 2-2-2 服務品質要素……23
圖 2-2-3 生活品質概念……33
圖 2-2-4 「選擇、最適化與補償」模式……36
圖 2-2-5「疾病失能低風險、心智身體高功能、老年生活積極承諾」模式…… 37
圖 3-1-1 研究架構圖……47

# 第一章 緒論

## 第一節 問題背景

20 世紀以來，衛生保健觀念高度發展、生活型態的改變及醫藥技術的突破與科技日新月異，使人們的平均餘命不斷延長，隨著台灣人口快速老化、家庭結構改變、老人平均餘命的延長，老人的生活問題成為社會重要的議題，其重要的效應之一，就是照顧需求的上升(江亮演、林勝義、林振裕，2004)。

### 一、老年人口的急增

「人口老化」在西方國家是一種無法抵擋的趨勢，在台灣也不例外。根據行政院主計處的統計數據，台灣自1993年開始，65歲以上的人口佔了總人口的7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標。根據內政部的統計，在2000年時，我國老年人口已上升至8.62%，至2010年8月已達10.71%(見表1-1-1)。行政院經建會推估2017年我國老人將達14%，達到所謂的高齡社會(aged-society)，至2025年將達20%（即每5人中就有1位是老人），邁入所謂的超高齡社會(super-aged society)，在2056年更將增為37.5%，高齡人口占總人口比例將超過三分之一。行政院經建會(2010)亦指出2015年老化指數接近100%，之後，老年人口將超過幼年人口；2060年老化指數將高達441.8%，即老年人口約為幼年人口之4倍，可見老化速度逐年攀升。

表 1-1-1 台灣人口老化趨勢

| 年度 | 65 歲以上人口<br>占總人口比率(%) | 老化指數(%) |
|---|---|---|
| 2000 年 | 8.62 | 40.85 |
| 2001 年 | 8.81 | 42.33 |
| 2002 年 | 9.02 | 44.17 |
| 2003 年 | 9.24 | 46.58 |
| 2004 年 | 9.48 | 49.02 |
| 2005 年 | 9.74 | 52.05 |
| 2006 年 | 10.00 | 55.17 |
| 2007 年 | 10.21 | 58.13 |

表 1-1-1 台灣人口老化趨勢(續)

| 年度 | 65 歲以上人口<br>占總人口比率(%) | 老化指數(%) |
|---|---|---|
| 2008 年 | 10.43 | 61.51 |
| 2009 年 | 10.63 | 65.05 |
| 2010 年累計至 8 月 | 10.71 | 67.30 |

資料來源：內政部統計處重要參考指標（2010）

在扶養比上，2010年我國年齡中位數約為37.3歲，未來由於壽命延長及高齡人口快速增加，2015年年齡中位數將達40.0歲，至2060年年齡中位數將再增加為59.5歲，即50年後，即全國有一半的人年齡約在60歲以上(見表1-1-2)。

表 1-1-2 台灣人口老化指數

| 年別 | 人口老化指數[1](%) | 老年人口與幼年人口之比[2] | 年齡中位數(歲) |
|---|---|---|---|
| 2010 | 68.4 | 1：1.5 | 37.3 |
| 2015 | 97.1 | 1：1.0 | 40.0 |
| 2020 | 139.8 | 1：0.7 | 42.9 |
| 2030 | 227.1 | 1：0.4 | 48.5 |
| 2040 | 311.4 | 1：0.3 | 53.1 |
| 2050 | 412.9 | 1：0.2 | 56.8 |
| 2060 | 441.8 | 1：0.2 | 59.5 |

註：1. 人口老化指數＝65 歲以上人口÷0-14 歲人口×100。
2. 老年人口係指 65 歲以上人口，幼年人口係指 0-14 歲人口。

資料來源:行政院經建會(2010)，中華民國台灣 99-145 年人口推計。

## 二、老人長期照護需求增高

由上述可知，人口老化已成為我們須共同面對的問題，而人口老化所帶來的衝擊最首當其衝的是生理的轉變。現今醫療科技的進步，成功的協助人們長壽，卻無法避免生理功能障礙及身體機能的自然衰退，根據內政部老人狀況調查報告(2006)顯示，65歲以上有重大疾病及慢性病的老人占65.20%，定期接受看診的高達82.81%(見表1-1-3)，可見老年人的疾病現以為慢性疾病為多，且需要長期接受醫療的照顧，這也使得長期照顧需求迅速成長。

表 1-1-3 65 歲以上老人罹患慢性或重大疾病情形及治療方法

| 中華民國 94 年 8 月 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 單位：% |
| 項　目　別 | 有無慢性或重大疾病 | | | | 治療方法 | | | | |
| | 總計 | 無慢性或重大疾病 | 有慢性或重大疾病 | 很難說或拒答 | 總計 | 定期積極看診 | 不定期看診 | 自己買藥來吃 | 採用民俗療法 |
| 91 年調查 | 100.00 | 33.96 | 65.73 | 0.31 | 100.00 | 73.21 | 16.27 | 2.48 | 0.80 |
| 94 年調查 | 100.00 | 34.42 | 65.20 | 0.38 | 100.00 | 82.81 | 9.94 | 3.39 | 0.46 |

註：91 年調查資料為已扣除「不知道或拒答」樣本數後重新計算之百分比

資料來源:內政部統計處(2006)，老人狀況調查報告。

**三、家庭照顧能力不足**

內政部老人狀況調查報告(2006)指出約70%的老人主觀認為最理想的養老居住方式是與子女同住或隔鄰而居，由這裡可以發現大部分的老人是希望可以在不與家庭分離之下待在自己熟悉社區與環境中老化。行政院主計處（2000）針對全台灣人口普查，資料顯示六十五歲以上有長期照護需求者與配偶、子女及親友同住約占78%(見表1-1-4)，表示極高比例有照顧需求的老人仍是和親友同住的。在台灣由於家庭結構的改變，即使老人主觀認為理想的居住環境是在家中，家庭仍不可能負擔完全的照顧責任，尤其是有經濟困難的家庭更是雪上加霜。過去傳統的社會，照顧者的身份往往是落在女性身上。隨著婦女就業率上升，自我意識的提高，不再侷限自我為照顧者的角色下，相對的家庭在照顧高齡人口的支持系統亦受到挑戰與衝擊（曾嬰瑾，2005)。再者，我國受到傳統道德規範影響，認為父母生病子女有照顧父母的意務(胡幼慧，1996)，因此當父母生病或失能時，會優先考量家人是否可以負擔照顧工作，但隨著家庭結構改變，家中人力有限，已無法負擔長者長期照顧的責任。

表1-1-4 台閩地區65 歲以上長期照護需求者之概況

| | 六十五歲以上長期照護需求者(人) | 結構比(%) | 輕度照護(%) | 中度照護(%) | 重度照護(%) | 極重度照護(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 獨居 | 25,083 | 13.8 | 46.9 | 17.6 | 22.5 | 12.9 |
| 與配偶同住 | 20,140 | 11.0 | 42.6 | 18.8 | 25.4 | 13.2 |
| 與兒女同住 | 107,815 | 59.1 | 37.6 | 18.1 | 28.4 | 16.0 |
| 與親友同住 | 15,344 | 8.4 | 34.3 | 17.0 | 30.7 | 18.0 |
| 養護機構或其他 | 13,969 | 7.7 | 19.3 | 15.4 | 22.7 | 42.6 |
| 總計 實數(人) | 182,351 | -- | 68.832 | 32,428 | 49,224 | 31,867 |
| 百分比 | - | 100.0 | 37.7 | 17.8 | 27.0 | 17.5 |

資料來源：行政院主計處（2000）。民國89年戶口及住宅普查。

**四、居家照顧受到重視**

為因應人口照顧的需求，各國致力於發展長期照顧方案，初期多是以機構式照顧為主的服務，但發現機構式的照顧缺乏人性化及生活品質…等等(吳淑瓊、莊坤洋，2001)，歐洲國家於1960年提出在地老化（Ageing in place）的理念，指的是用在地的資源照顧老人，讓老人在自己熟悉的地方自然老化，強調去機構化、社區化的方式。吳淑瓊（1998）指出歐洲等先進國家之長期照顧發展經驗，由一開始的機構式照顧，轉變成發展支持老年人留在社區的社區式或居家式服務，值得我國作為借鏡。

我國老人福利法於1997第一次修訂時，就於第18條規定：為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供居家服務。之後，為因應我國近年來，人口快速老化，長期照顧需求人口數劇增之情況，參考已開發國家長期照顧發展趨勢，行政院於96

年3月14日通過「我國長期照顧十年計畫」，以滿足失能長者及家庭照顧者，具體服務項目，包括照顧服務、居家護理、居家復健、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善、喘息服務、交通接送服務、機構式照顧與營養餐飲服務(行政院，2007)，計畫目的在確保老人獲得公平、高品質，以及整合性的健康和社會服務，由訓練合格的居家服務員，以案主住家為服務場所，使老人能享有可及性、方便性之個別性照顧，讓其能就地老化、安養、去機構化，延續以往之居家生活方式及保障生活自主權，提供參與社會及增加人際互動的機會，促使生活正常化，以提升生活品質。計畫中的照顧服務，即包含了居家服務、日間照顧、家庭托顧，並明定補助的內容、資格與額度。

依我國目前對於長期照護體系規劃來看，可分為居家式、社區式、機構式照護三種服務型態（邱怡玟，2004；曾煥棠，1997），其中居家服務讓老人可以在家中接受照顧，在熟悉的環境中接受服務，實現在地老化的理念；對雙薪家庭、家庭照顧者、失能老人來說，都有著不同層面的協助及影響，因此居家服務又是長期照顧中被視為最基礎的服務模式。內政部「老人生活狀況調查報告」指出，近六成五的50至64歲民眾認為，「居家服務」是老年人「很需要」的一項重要福利措施(內政部主計處，2005)。內政部統計資訊服務網(2006)的資料顯示，居家服務人數是逐年成長的，民國91年僅有一千七百餘人，至民國97年以成長到兩萬四千餘人，全台灣接受政府補助單位達120多處。以2005年為例，各縣市政府所提供的居家服務總時數較2004年成長18.49%，平均每月成長5.6%(行政院經建會，2006)。

## 第二節 研究動機與目的

台中縣政府社會處九十八年度針對臺中縣進行居家服務滿意度調查，在居服員服務態度、居服員照顧技巧、服務時數是否符合需求、居家服務是否減輕照顧者照顧壓力等項目，滿意度都達到八成以上，另外有百分之八十八點九的民眾對

居家服務福利感到滿意(台中縣政府社會處，2009)。研究者在研究所實習中，曾經做過居家服務滿意度的調查，調查結果顯示90%以上的滿意結果，他呈現的是否是可靠的資訊？代表著多少的可信度？研究者在大學及研究所均在居家服務單位實習過，對於居家服務品質議題深感興趣。這項結果不禁激起研究者的好奇，居家服務服務機構在每年會進行一次的滿意度調查來對受服務的對象做一個了解，以便能夠從中了解服務的成效如何。但若是這項研究調查由機構本身去做，則容易落入不夠客觀之批判，因此，若由第三者來做調查，因為該研究者較不具中間之利害關係，調查結果是否有差異。再者，居家服務不像機構式集中照顧，對於服務品質的確較難掌握，服務過後，應確實思考服務品質的有效性；因此如果延伸為服務品質之調查，調查結果是否有所不同，這都是研究這想了解的地方。

此外，有些居家服務相關文獻指出服務品質與生活品質的問題，郝溪明（1998）研究中提及政府將個案留在家中提供多元化的長期照顧，其目的是在降低機構照顧成本的同時也可確保個案需求達到滿足；但對服務機構必須追蹤服務的內涵。吳淑瓊、呂寶靜、戴玉慈、張媚（2003）在長期照顧先導計畫實驗社區中提及，要使老人有良好的生活品質，在服務人員人力與時數的安排，是老人達到社區照顧生活品質成功的關鍵。然而，有學者指出，目前老人居家服務已生不少弊病，即使補助付出龐大的照顧資金，但未必有效的維持或提昇其生活品質(王增勇，1997；蔡啟源，2000；施教裕、賴建仲，1998)。既然居家服務政策的推動乃是期望服務使用者能在其中得到良好的照顧，提升其生活品質，在這講求責信的年代，我們應該關注政策方案的提出，是否經得起考驗、檢視和評估。

然而觀看近幾年的文獻資料發現，研究主題多在於單方面探討影響居家服務服務品質的因素或影響失能長者生活品質的因素，卻未有足夠研究檢驗居家服務服務品質與失能長者生活品質之關係，因此，研究者認為兩者的關係是值得研究的議題，這也是研究者另一個研究動機。

綜上所述，本研究的主要目的如下：

（一）探討台北市及新北市失能老人對於居家服務服務品質的認知狀況。

（二）探討台北市及新北市使用居家服務的失能老人之生活品質的現況。

（三）檢驗服務品質與生活品質之相關性，以提供主管機關與相關服務機構作為未來政策規劃及服務之參考。

## 第三節 名詞解釋

為使研究主題更加明確，本節將針對「失能老人居家服務品質與生活品質關係之研究」之重要名詞做一解釋。

### 一、 居家服務

指運用受過專業訓練的人員，協助居家之罹患慢性病或無自我照顧能力者，透過家事、文書、陪同就醫、膳食、復健性、休閒服務、精神支持、協助運用社區資源等服務，促使其具備獨立自我照顧能力及社會適應力(社會工作辭典，2000)。

### 二、 生活品質

本研究所界定的生活品質是以個人層面感受為主，包括生理、心理、社會及環境互動四個層面(世界衛生組織，1993)。本研究採用台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)。共有27題，並以李克特尺度（Likert scale）計分。題目為正向題時，每題最多為5分，最少為1分；若題目為反向題時，則需將計分方式做反向的轉換。依原量表手冊之說明，以同面向的問項分數相加後的平均數再乘以四，使各面向的分數範圍介於4-20分之間，分數愈高表示生活品質愈好。

### 三、 服務品質

本研究所界定的服務品質是以服務使用者觀點所感知的服務品質，包括有形性、可靠性、反應性、保證性及關懷性五個層面。本研究問卷量表以SERQUAL服務品質量表做為居家服務品質問卷編製的基礎，並參考杜美玲(2009)所編製的服務品質量表及專家之建議，將原量表不適用於居家服務品質之項目或用語做編修

修訂後的問卷共計有22個題目，並以李克特尺度（Likert scale）衡量，計分方式為受試者就服務品質之感受程度以五分量表的方式勾選「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」或「非常同意」，選「非常不同意」計1分；選「非常同意者」者得5分，總分愈高者表示對服務品質感受程度愈高。

# 第二章 文獻探討

## 第一節 居家服務及其發展

### 壹、居家服務的目的與服務內容

社會工作詞典(2000)將居家服務（In-Home Services）定義為：運用受過專業訓練的人員，協助居家之罹患慢性病或無自我照顧能力者，促使其具備獨立自我照顧能力及社會適應力。王玠（2000）認為居家服務的目的在維持案主生活的獨立自主，使其能在自己熟悉的環境中，安度晚年。董秀英認為，居家服務可以讓行動失能的身心障礙者待在最熟悉的家庭裏，同時享有家人的親情與關懷，進而改善其生活品質。王增勇（1997）則認為居家服務的目的包括：提升案主自我照顧能力及自我生活能力、確保案主安全與舒適、維護案主自尊、維持家庭的穩定性；蔡啟源（2000）認為社政單位的居家服務宜將重點放置在社會性的照顧層面，即關懷、心理支持、環境照顧、社會參與及人際參與方面；紅心字會(1999)提出居家服務有以下十個目的：

（一）維持家庭穩定性。

（一）改善案主居家環境。

（二）協助增進案主醫療服務。

（三）處理與改善案主問題。

（四）協助案主家庭助理服務。

（五）協助擴展案主的人際關係及增進正常情緒生活。

（六）加強案主休閒生活及學習活動。

（七）增進案主培養日常生活能力。

（八）推展民眾照顧老人及身心障礙對象。

（九）確保案主安全與舒適。

居家服務指由受過專業訓練的人員到案主家中提供各項生活服務，目的在於協助居家罹患慢性病或無自我照顧能力者，促使其具備獨立自我照顧能力及社會

適應力，服務項目包括家事、文書、陪同就醫、膳食、復健性、休閒服務、精神支持、協助運用社區資源等（蔡漢賢主編，2000：359)。而內政部(1998)在「加強推展居家服務實施方案」中的服務項目，將居家服務分為家務及日常照顧服務和身體照顧服務兩個部分，日常生活照顧包括換洗衣物之洗濯和修補、居家環境改善（以案主基本生活範圍為主）、家務服務（助理）、文書服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、陪同或代購生活必須用品、陪同就醫或聯絡醫療機關(構)、法律諮詢服務等；身體照顧服務，包含協助沐浴與穿換衣服、協助進食與服藥、協助翻身、拍背、肢體關節活動、上下床、陪同散步及運動、協助使用日常生活輔助器具等。爾後，在內政部「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」（2005）及台北市「97年度居家服務實施計畫」(2008）亦將居家服務分為兩類：家務及日常生活照顧服務：包含換洗衣物之洗濯及修補、案主生活起居之空間之居家環境清潔、家務及文書服務、餐飲服務、陪同或代購生活必須用品、陪同就醫或聯絡醫療機關（構)、其他相關之居家服務；身體照顧服務：包含協助沐浴、穿換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、肢體關節活動、上下床、陪同散步、運動、協助使用日常生活輔助器具、其他服務。

從以上的文獻可以整理，居家服務之服務對象可分為：失能老人及身心障礙者，其是以專業的人力來提供服務為主，服務項目包羅萬象，從生理性的協助到社會性的支持都含括其中，相當多元，本研究對於居家服務的定義，也是涵蓋此兩種服務範圍，在研究對象方面，選擇的是失能老人為本研究之對象。

## 貳、居家服務之歷史背景

國內居家照護服務方案，自民六十年起即從少數以教會醫院為基礎之居家照護模式起步，而從民國七十二年開始，地方政府衛政、社政部門介入推展居家照護之相關方案與措施。台灣省政府社會處於民國七十六年訂頒「台灣省推行居家老人服務實施要點」，其辦理方式，因應各縣市資源狀況的不同，大概分成以下類型：(1)由縣市政府直接雇用專職的居家服務員或社工員從事服務;(2)由各縣

市政府自行招募志工辦理;(3)由縣市政府委託志願服務團體辦理;(4)由縣市政府與醫療所契約合作辦理(台灣省政府社會處，1996)。這個時候的居家服務除了現在看到的福利機構提供的服務外，也包含了縣市政府直接雇用的居家服務員，也就是說，直接服務提供的單位包含了政府及民間單位。民八十四年全民健康保險實施後，開始提供「居家照護服務給付」; 民國八十六年六月十八日老人福利法修法通過，其中第十八條明定：「為協助因身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人得到所需之持續性照顧,地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：居家護理、居家照顧、家務服務、友善訪視、電話問安、餐飲服務、居家環境改善及其他相關之居家服務等」，此條文正式確立居家服務之法律基礎(高雄市政府社會局高雄市老人研究發展中心，2007)。民國八十七年因為無完整配套措施、經費困難及服務成效不佳等因素，內政部通過「加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」，並自八十八年度起以鄉鎮市區為單位，除加強推動養護機構、日間照顧、居家服務資源等資源開發，亦補助設置居家服務支援中心，廣結居家服務人力，並且提供各階段專業訓練，以提升服務品質。民國九十一年年內政部公佈「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」，其主要目標在執行照顧服務福利及產業發展方案，前後中央衛政、社政、經建部門所逐步推動全國性大計劃如「加強老人安養服務方案」、「建構長期照護體系先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展計畫」、「新世紀健康照護計畫」等皆逐漸擴大居家服務與家庭支持服務層面，和確立「居家及社區照顧為主、機構照顧為輔」之政策目標(高雄市政府社會局高雄市老人研究發展中心,2007)。同時，內政部在（2001）施政報告中也指出，在老人居家服務上，總共發展出以下的成果：

**一、設置居家服務支援中心：**

協助各縣、市政府積極推動老人居家服務，內政部積極鼓勵、補助各縣（市）政府及鄉（鎮、市、區）公所普遍設置居家服務支援中心，作為社區推展居家服務，或提供家庭照顧者諮詢或轉介服務，並就近提供居家服務員

相關支援服務的據點，以期更有效率提供老人周全的福利服務，截至民國90年底為止計已設置105所。

**二、加強辦理居家服務教育訓練：**

為因應老人居家安養需求，落實社會福利家庭化、社區化原則，內政部及各地方政府致力於推動老人居家服務；另為提升居家服務品質，紓緩家庭照顧者壓力，並提供受照顧者家屬習得專業服務技巧，以改善生活品質。由此可知，居家服務正朝向專業化、組織化的路邁進，期待能藉由此提供給家庭更好的照顧服務。

民國九十三年元月七日內政部將原有的「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」修正為「失能者補助使用居家服務試辦計畫」，同年十月八日行政院社福推動委員會通過成立「長期照顧制度規畫小組」，其中有關健全各項照顧人力培育、運用管理機制及建立認證制度等，是核心主題之一。九十四年元月二十四日再修正為「失能老人及身障者補助使用居家服務計畫」，同年四月十一日內政部為推動照顧服務福利及產業發展方案之居家服務事項，公佈「居家服務提供單位管理營運規範」，此規範明確訂定了居家服務提供單位、服務對象與項目。民國九十五年十二月行政院院會所通過「大溫暖社會福利套案之旗艦計畫～建構長期照顧體系 10 年計畫」，居家服務的改革前前後後歷經了近 30 年的歷史，形成了今日我們所看到的居家服務。以下表格為研究者整理之居家服務歷史背景(表 2-1-1)。

表 2-1-1 居家服務歷史背景

| **年代** | **相關法規與服務內容** |
|---|---|
| 民國60年 | 以少數醫院、教會為基礎之居家服務 |
| 民國72年 | 衛政、社政介入居家服務相關法案 |
| 民國76年 | 台灣省推行「居家老人服務實施要點」 |
| 民國84年 | 提供居家照護服務給付 |
| 民國86年6月 | 「老人福利法」修法通過，明定居家服務內容 |

表 2-1-1 居家服務歷史背景(續)

| 年代 | 相關法規與服務內容 |
|---|---|
| 民國87年3月 | 加強推展「居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」 |
| 民國88年 | 設置居家服務支援中心 |
| 民國91年前後 | 「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」、「加強老人安養服務方案」、「建構長期照護體系先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展計畫」、「新世紀健康照護計畫」 |
| 民國93年1月 | 修正為「失能者補助使用居家服務試辦計畫」 |
| 民國93年10月 | 成立「長期照顧制度規畫小組」 |
| 民國94年1月 | 再修正為「失能老人及身障者補助使用居家服務計畫」 |
| 民國94年4月 | 公佈「居家服務提供單位管理營運規範」 |
| 民國95年12月 | 「大溫暖社會福利套案之旗艦計畫～建構長期照顧體系10年計畫」 |

資料來源:研究者整理

從以上文獻可得知，居家服務的發展起初是由慈善的服務，轉變為政府政策的慢慢推動，再到各個福利機構；也慢慢的從志願服務推展到專業服務，目的是讓老人與身心障礙者能在熟悉的環境被照顧，並促進照顧人力的發展。

## 參、臺北市與新北市的居家服務狀況

### 一、居家服務提供單位

#### (一)台北市居家服務提供單位

台北市政府社會局於民國七十二年七月開始規劃實施老人居家服務，至民國75 年推廣至全市由社會局聘僱專職的在宅服務員提供服務（蔡漢賢，2000），後來為了因應民眾的需求,在民國七十九年開始以委託民間團體的方式辦理來提供居家服務，八十一年配合原本由內政部補助推展之「在宅照顧」,改為「居家

照顧服務」(台北市政府社會局，1997)，目前委託以下十六個單位辦理，詳見表2-1-2：

表2-1-2 台北市居家照顧服務提供機構一覽

| 機構名稱 | 開始提供年度(年) |
|---|---|
| 中華民國紅十字會台灣省分會 | 80 |
| 中華民國紅心字會 | 79 |
| 社團法人中國家庭教育協進會 | 85 |
| 社團法人台灣傳神居家照顧協會 | ND |
| 社團法人臺北市家庭照顧者關懷協會 | 90 |
| 社團法人臺北縣身心障礙者福利促進協會 | 87 |
| 財團法人天主教失智老人社會福利基金會 | 90 |
| 財團法人伊甸社會福利基金會 | 87 |
| 財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道士林靈糧堂 | ND |
| 財團法人臺北市立心慈善基金會 | 80 |
| 財團法人臺北市私立松年長春服務中心 | 80 |
| 財團法人臺北市私立恆安老人養護中心 | ND |
| 財團法人獎卿護理展望基金會 | 87 |
| 社團法人中華民國照顧服務員專業發展協會 | ND |
| 台北市私立仁群老人養護所 | ND |

ND：表查無資料

資料來源:研究者自行整理

**(二)新北市居家服務提供單位**

新北市提供居家服務的時間台北市晚，目前共有14個居家服務提供單位，

詳見表 2-1-3

表2-1-3 新北市居家照顧服務提供機構一覽

| **機構名稱** | **開始提供年度(年)** |
|---|---|
| 社團法人新北市身心障礙者福利促進協會 | 86 |
| 財團法人天主教主顧修女會 | 92 |
| 財團法人臺北市立心慈善基金會 | 90 |
| 財團法人天主教耕莘醫院 | ND |
| 財團法人伊甸社會福利基金會附設新北市三峽身心障礙福利服務中心 | ND |
| 中華民國紅十字會臺灣省分會 | ND |
| 財團法人弘道老人福利基金會 | 92 |
| 財團法人天主教失智老人社會福利基金會 | 92 |
| 財團法人老五老基金會 | 94 |
| 財團法人私立廣恩老人養護中心 | 97 |
| 財團法人臺北市立私立恆安老人養護中心 | ND |
| 財團法人臺北縣私立雙連社會福利慈善事業事業基金會 | ND |
| 財團法人天下為公社會福利慈善事業基金會 | ND |
| 社團法人中華民國照顧服務員專業發展協會 | ND |

資料來源:研究者自行整理

## 第二節 居家服務的服務品質

### 壹、服務品質的概念

因為服務品質是抽象的概念，很難與一般的貨品一樣判別為良品或不良品，也很難具體化，加上又有主觀的差距，所以各學者對於服務品質的定義也略有不同，也沒有一個絕對的答案。服務品質一般運用在服務業、工業、企業…等等來做的測量，在社會性服務品質上，雖然和一般性服務品質有類似的概念，但在服務意涵上卻有極大的差異，故研究者將把服務品質分成兩類：一般性服務品質與社會性服務品質來做探討。

**一、一般服務品質**

首先，學者對企業界與服務業等的服務品質的定義如下：

(一)Zimmer (1974)：服務品質是指產品的特質，是由使用者的個人評價觀評定優劣（引自陳燕禎，2007)。

(二)Garvin(1985)：服務品質是一主觀而非客觀認知的品質(廖文玲，1999)。

(三)翁崇熊(1998)：服務品質是消費者主觀地對產品或服務的整體性評估。

(四)Dming (1982)：認為品質是用最經濟的方式，市場上最有用的產品的工作表現，所以品質是製造出來的，非檢驗出來的(引自陳燕禎，2007)。

(五)Feigenbaum(1983)：進一步以全面品質控制觀點來定義，認為品質是組織內各部門完全零缺點運作結合的的產務，即品質是經由生產過程中良好管制所產生的(引自陳燕禎，2007)。

(六)Parasuraman 等人(1998)認為服務品質是指消費者的認知，服務品質的評定係建立再消費者個人主觀的期望與服務結果的實際感受，是消費者本身期望應得到的服務與實際上感受到的服務相比較的結果(楊靜芸，2002)。

**二、社會性服務品質**

社會福利服務與服務業所具備特性相同（沈慶盈，2001），除上述所提到這個學者的定義外，沈慶盈（2001）也指出社會服務的特性包括非金錢成本高，且

難以衡量；案主的需求程度不一，以致於服務過程無法標準化；案主與顧客不一致，亦即付錢者與接受服務對象不同，使得滿足顧客需求並不見得能滿足案主需求；常常需同時滿足多重目標，而非只以營利為目標；及需受到大眾的監督等特色。而居家服務即是所謂的社會服務，我們身為社會服務的提供者，既然服務品質是屬於使用者主觀的評估，就應該從提供者的角度，轉移到使用者的角度上。而所謂的社會性服務品質，在本研究中意指社會工作或醫療產業對於服務品質的定義，學者提出之定義如下：

(一)黃源協(2005)：服務品質是以服務使用者為主，包括直接使用者、潛在使用者及一般社會民眾，他們是照顧接受者，是他們來對自己的服務設定的非正式標準。

(二)Donabedian(1980)嘗試從三個角度去界定，他的定義雖然是以醫院照顧的角度來看，但對於一般長照的老人也有其實用意義，這三個角度分別是絕對定義、個人定義和社會定義(引自謝美娥，1993)。

1.品質的絕對性定義(absolute definition)：乃是對於品質有一個標準作為依據，而且，絕對的品質多以健康問題的本質(the nature of the health problem)作為衡量的對象，以視其健康改善的程度。

2.品質的個人化定義(individualized definition)：乃是指當我們考量健康照顧品質時，必須同時考慮病人的希望、期望和價值。病人對於健康服務不滿意，就表示從個人觀點上，病人覺得健康照顧品質有欠缺。

3.品質的社會性定義(social definition)：乃是指健康照顧品質的確定必須考慮到某一群特定人群的福祉或是整個社會的價值。

綜合上述定義，本研究採用的是服務品質之主觀定義，再加入服務品質的個人化定義，且Mike Nolan等(2004)提到，我們應該從以往客觀的指標、作業流程、各項表單設計的思維，轉向個人的思維，也就是強調個人的價值。就算再完美的設計，相較於老年人主觀覺得其重要性和意義，都是其次的。這也是本研究以老人(服務使用者)為主來做為服務品質定義的原因。

## 貳、服務品質理論模式

在了解服務品質的定義後，研究者將介紹兩種常用的服務品質模式，分別為Donabedian(1988)的結構、過程及結果模式以及Parasuram、Zeithaml和Berry(1985)的SERVQUAL模式。

### 一、 Donabedian(1988)的「結構、過程、結果」模式

Donabedian題出的服務品質模式主要是用在醫療品質上的評估，主要是由結構(structure)、過程(process)、結果(outcome)三個品質所構成，因此如果要了解結果，就必須先了解結構與過程是如何測量，也就是說，這三者是因果相連的。以下針對此三種分別作介紹：

(一)結構品質

結構品質意指組織的特色，例如:系統、服務提供者及服務使用者特質。最常被研究的內容包括：工作量、薪水、福利、志工、個案的組成等(陳鳳音，2002)，多是以主觀的判斷來做測量，主要是著重在機構的結構面。

(二)過程品質

過程品質指機構已提供給案主的或案主已接受的健康服務，包括技術操作與人際關係的互動，講求的是技術、適當性與持續性(徐慧娟，1999)。最常被研究的包括：ADLs的協助、疾病的控制、居家環境清潔、案主權益、機構人員的培訓與在職訓練等(陳鳳音，2002)，此指標的建立在機構或許可以做為工作的常模，但居家服務通常涉及多重問題或本身照顧變異極大，且照顧的場域非機構式的封閉式環境，在「適當性」上無法得到監控。

(三)結果品質

結果品質接受服務之最終結果，客觀的測量結果包括死亡率、功能狀況的改變、意外事件的發生率；主觀的測量包括案主及家屬滿意度、服務的品質、工作人員滿意度等(陳鳳音，2002)。但整體結果品質是多因子的，無法由單一原因解釋其結果(戴瑩瑩，2006)。

## 二、 Parasuram、Zeithaml &Berry(1985)的「SERVQUAL」模式(PZB模式)

在服務品質衡量模式中，目前最常被人引用的是Parasuram、Zeithaml 和Berry (1985)所提出的服務品質模式（簡稱PZB模式)，Parasuraman等人認為顧客的品質認知與企業組織具有顯著的五種差距，這一些差距阻礙了服務的提供，無法滿足顧客的需求，因此，Parasuraman等人認為業者必須消除這五種差距才能真正滿足顧客需求。

由圖2-4可得知，顧客(本研究稱為服務使用者)所期望的服務來自於口碑、個人需求、過去的經驗及與消費者的外部溝通，其中所產生的五個缺口，缺口一至缺口四是來自於服務業者(本研究稱為服務提供者)本身，起因於組織內的問題；缺口五指的是服務使用者本身感知之落差，起因於顧客期望與實際認知的差異。缺口一、二、三、四會影響到缺口五所產生的結果，由此可知，服務要得到滿足，必須縮小缺口五的差距。

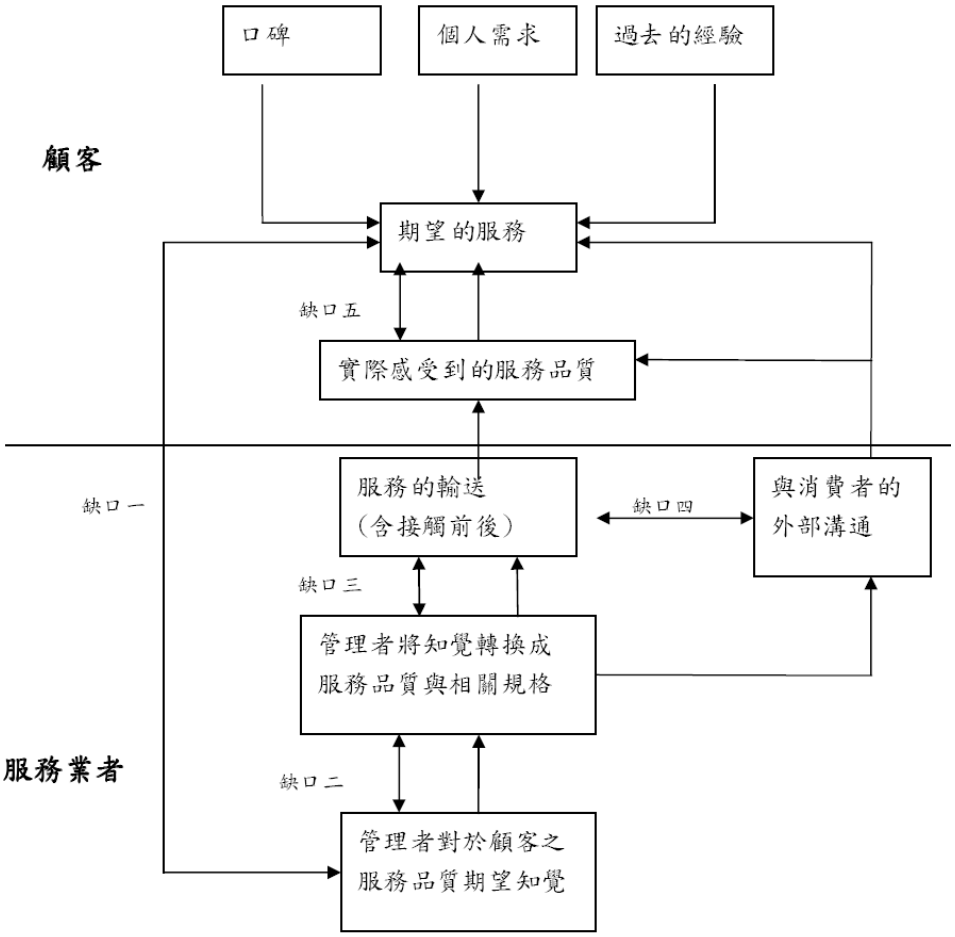
以下表2-2-1是針對PZB缺口模式進行介紹：

表2-2-1 服務品質缺口1

| 項目 | 意義 | 影響居家服務缺口之原因 | 來源 |
|---|---|---|---|
| 缺口一(gap1) | 顧客所期望的服務與服務提供者對顧客期望所認知的服務兩者之間之差異。 | 居家服務員不了解服務使用者心中真正想要的服務所造成之缺口。 | 服務業者 |
| 缺口二(gap2) | 服務業者對顧客期望之認知，與服務業者將認知轉變為服務品質規格間的差距。 | 居家服務員將服務使用者的對於居家服務認知轉換成服務品質規格時，產生之缺口。 | 服務業者 |
| 缺口三(gap3) | 服務業者將認知轉為服務品質規格與實際服務傳遞間的差距。 | 居家服務的提供難以標準化，受到居服員人為因素之影響導致之缺口。 | 服務業者 |
| 缺口四(gap4) | 實際服務傳遞的過程與顧客外部溝通之間之的差距。 | 文宣的宣傳內容與實際接受服務內容所產生之缺口。 | 服務業者 |
| 缺口五(gap5) | 顧客所期望的服務，與實際感受、認知到的服務，兩者之間的差距。 | 居家服務使用者期望的服務與實際感受到的服務之缺口。 | 顧客 |

資料來源：研究者參考張金釵(2005)及周淑美(2007)彙整

圖2-2-1 服務品質缺口2




資料來源：A. Parasuraman, A.Z. Valavie A.Zeithaml & Leonard L.Berry,(1985).A Conceptual Modal of Service Quality and Its Implications for Future Research,Jounnal of Marketing,Vol.23,No.2,(Fall),,p.44.(林燈燦，2003：39)

綜論上述而言， Donabedian(1988)的「結構、過程、結果」模式強調的是三者之因果關係，除了有主、客觀的測量外，對於機構、服務提供者及服務使用者亦須測量，相較於「SERVQUAL」模式的「個案認知的服務與期望的服務間之差異減小」而言，研究者認為後者的理念較適合用於本研究，且PZB所提出的觀點是立基於「缺口」(Gap)的觀點，顧客(本研究稱為服務使用者)對於服務提供者會有預期性的盼望，但當顧客實際感受到的服務是有落差，這些落差是服務者與顧客間感知不同等原因所造成，故本研究採取「SERVQUAL」(PZB)模式做為服務品質之理論基礎。

## 參、服務品質的要素

居家服務屬於社區照顧的一環，社區照顧之運作模式，已由「照顧經理人」(機構負責人)和「社工專業者」，趨向以「使用者」和「照顧者」兩者權益為中心，照顧專業的呈現，始於事前完整評估處遇的個別化照顧計畫，所以照顧產業進入居家服務的第一步，就是要建立一套完整的評估工具，在接案之後還需要進行定期的評估，以確定服務供給與需求的一致性，如此才能維持服務的品質(陳燕禎，2009)。於是居家服務單位所提供的服務和最直接提供服務的居家服務員就成為了服務品質優劣的關鍵。而我國居家服務品質今尚未有發展出一個明確的指標或是量表，因此在本節中，將說明影響服務品質的要素、測量方法及居家服務品質相關研究。

### 一、影響服務品質的要素

長久以來，國內外學者專家、國內外的文獻都對服務品質的要素進行討論，不論是在一般服務品質上，或是社會服務品質上，均涉及不同的構面，分別有以下幾個學者。

(一) Sasser et.al.(1978)提出服務品質是由材料、設備和人員三個構面來建立的，以符合或超越顧客的期望來作為服務品質的定義，並具體說明服務品質應包括：

1.安全性:指顧客對服務象統可信賴的程度。

2.一致性:指服務應標準化，不會因人員、地點、時間的不同而有所差異。

3.態度性:指服務人員的態度親切有禮。

4.即時性:指在顧客期望的時間內完成服務。

5.便利性:指服務能夠方使得到。

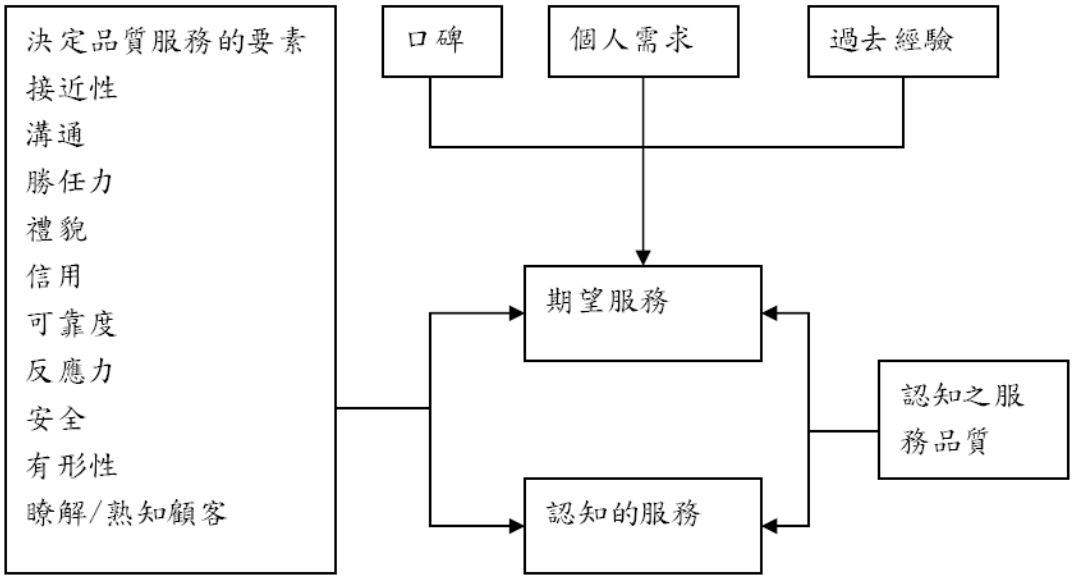
6.完整性:指服務設備的齊全。

7.調整性:指依照不同顧客的需求而調整服務。

(二) Parasuraman、Zeithaml 及 Berry(1985)認為，決定服務品質的要素有下列十項(如圖 2-2-2)：

1. 可靠性(Reliability):是指服務績效的一致性，在約定時間內，一次就要將服務做好，而確實地執行承諾的服務。
2. 反應性(Responsiveness):是指服務人員為顧客提供服務的意願及即時性。
3. 勝任性(Competence):擁有提供服務所具備的技術與知識，包括第一線上人員和支援其他人的知識與技巧，以及組織的研發能力。
4. 接近性(Access):接觸的難易程度。如可容易使用電話提供服務、等待時間是否太久、服務設備的地點是否便利、營運時間是否適當方便。
5. 禮貌性(Courtesy):服務人員對待顧客有禮貌、尊重、體貼且友善、
6. 溝通性(Communication):耐心傾聽顧客的意見,使用最適當的方式與適合顧客的用語與顧客溝通，應盡到告知顧客的義務，讓顧客了解服務的內容、服務的費用，以及讓顧客了解其問題必會處理。
7. 信賴性(Credibility):讓顧客相信並且認為有誠意，且將顧客的喜好牢記，影響顧客對公司信賴性的因素包括公司的聲譽、形象、服務人格的特質等。
8. 安全性（Security）:使顧客在接受服務的過程中免除危險以及疑慮，包括身心與財產以及機密性方面。
9. 瞭解顧客(Understanding the customer):努力的去瞭解顧客的需求。如顧客的特殊需求、提供個別的照顧、熟記顧客的長相及資料。
10. 有形性(Tangibles):指在服務過程中有形的設備、器材、用具、服務人員的儀表等。

圖 2-2-2 服務品質要素




資料來源：：A. Parasuraman, A.Z. Valavie A.Zeithaml & Leonard L.Berry,(1988). A Conceptual Modal of Service Quality and Its Implications for Future Research,Jounnal of Marketing,46(1),p.12-40.(林燈燦，2003：36)

而由於以上十點過於冗長，Parasuraman、Zeithaml 及 Berry(1988)之後又針對以上的十點提出一套衡量服務品質的量表，將以上的十點服務品質要素縮減成五個構面:

1.有形性(Tangible):指在服務中有形實體的設備及服務人員的儀表。

2.可靠性(Reliability):指對承諾過的服務確實執行且準時完成的能力。

3.反應性(Responsiveness):服務人員對幫助顧客及提供即時服務的意願。

4.保證性(Assurance):服務人員的知識與禮貌及能力足以贏得顧客信賴。

5.情感性(Empathy):企業對顧客的關切與個別照顧。

Parasuraman、Zeithaml及Berry所定義的服務品質在於從以上的構面測量消費者主觀的服務品質，從測量中得到服務的期望與落差的差距，差距越小，服務品質越高(游麗裡，2000)。由此可見服務品質是消費者主觀認定，只要符合消費者期望就是好品質(引自李慧玲，2003)。

(三)Martin以及Morgan & Murgatroyd等人也從研究中發展出各種有關社會服務

品質的重要要素(黃源協，1999)，如表2-2-2：

表2-2-2 社會服務品質要素

| 要素或面向 | 定義與說明 |
|---|---|
| 可近性(accessibility) | 服務易於被取得獲提供服務機構易於接近。 |
| 保證性（assurance） | 工作人員皆很友善、禮貌、體貼和有豐富的知識。 |
| 溝通（communication） | 簡單易懂告知使用者產品服務，以及可能改變的相關資訊。 |
| 才能（competence） | 服務者具備提供服務相關之必要知識與技能。 |
| 一致性（conformity） | 產品或服務符合標準。 |
| 禮貌（courtesy） | 服務者對使用者禮貌、尊重、體貼。 |
| 缺點（deficiency） | 對於服務對象有不利影響的品質特徵。 |
| 持續性（durability） | 績效、結果和成果不會很快消失。 |
| 同理心（empathy） | 服務者對服務對象的了解，並提供其個別性關懷。 |
| 人性化（humanness） | 以尊重服務對象及其自我價值方式提供產品服務。 |
| 績效（performance） | 產品服務達到所欲的目標。 |
| 信賴性（reliability） | 以可信賴和一致性方式提供產品服務，即使不同服務對象與時間，仍極少變動。 |
| 反應（responsiveness） | 服務員工適時提供服務產品。 |
| 安全（security） | 安全無虞環境下提供產品服務。 |
| 具體的（tangible） | 具備設施設備、人員，以及公共器材等物理環境。 |

資料來源：黃源協整理(1999)。

(四)李慧玲(2003)以深度訪談瞭解自費居家服務使用者的期待與感受,服務使用者認為居家服務面向應包含能力性、安全性、溝通性、確實性、配合性、關懷性、穩定性、舒適性、反應性、可靠性、安心性、關係性。

(五)戴瑩瑩(2006)從研究居家服務品質觀點與品質要素,結果發現服務使用者認為服務態度、關心關懷、知識才能/知識技巧、服務準時、回應需求、服務彈性/個別化、可靠穩定、誠信要求八點為被期待的。

(六)黃源協(2008)認為服務品質的要素包含有形資產、安全性、可近性、伙伴/合作關係、公開性/訊息、保證性/員工態度、才能/技術和知識、同理心、溝通、參與、選擇、彈性/可接受性/回應性/需要和偏好、可靠性/可信賴性/一致性、

持續性、持久性。

本研究是以居家服務的老人為研究對象，目的在於探討服務使用者對於服務品質的看法與使用者生活品質之相關性。以上提到的在服務品質要素中，目前最常被人引用的是 Parasuraman , Zeithaml, and Belly(1985)所提出的服務品質模式（簡稱PZB模式），這也和本研究所採取的理論相同，因此以PZB模式的要素來測量服務品質。

## 肆、居家服務相關之評估研究

由於社會福利政策的推動，居家服務對象也日益擴大，國內對於服務品質的研究多以機構的服務品質為主，對於居家服務的研究多以方案成效評估為主(潘玲莉，2000；呂寶靜，2001；陳怡如，2003；陳慧君，2004；林嘉駿，2004；張榮輝，2006；林金立，2006；楊雅連，2007；曾秀貞，2008；林素齡，2010)，故研究者在此根據方案評估之文獻做介紹。

在方案評估的研究當中，研究方法有量化及質化的研究。量化的部分是以「服務滿意度」做為方案評估的根據（陳慧君，2004；曾秀貞，2008），或是以「實驗法」做為評估的方法（呂寶靜，2001；陳慧君，2004），也有研究者是針對服務現狀與生活品質改善狀況進行調查（潘玲莉，2000）；質化的部分以深度訪談或焦點團體的方式，了解服務使用者或服務提供者對於居家服務的看法(陳怡如，2003；林金立，2006；楊雅連，2007；曾秀貞，2008)。

研究工具方面，問卷調查大多為自行設計或參考範本；質性研究主要是根據過程評估的流程形成訪談大綱，內容在於了解目前服務方案實際執行狀況、執行過程遇到的阻礙以建議方案未來的修正方向；另有研究則以輔佐次級資料分析的方式，作為評估之部分依據。

研究結果指出，使用者對居家服務多數是表示肯定的（呂寶靜，2001；陳怡如，2003；陳慧君，2004；林金立，2006；曾秀貞，2008），並認為使用居家服務後不論在身體或是居住環境上，都能得到改善。

表 2-2-3 方案評估相關研究

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2000 | 東海大學社會工作研究所碩士/潘玲莉 | 基隆市老人居家服務之評估研究 | 全部取樣基隆市接受居家服務的老人為研究對象,藉由問卷的方式詢問居家服務現狀及生活品質改善之情況。其中,居家服務現狀包含志工因素及居家服務因素兩種,而生活品質現狀包含身體、心理、人際及環境四個層面。(量化) | 一、居家老人接受居家服務以女性、喪偶、不識字、獨居、身體還算健康居多。<br>二、居家老人大多罹患之慢性疾病，包括眼疾(白內障、青光眼)，心臟疾病、高血壓等。<br>三、整體來說，居家老人接受居家服務之意願不高。<br>四、家事服務、醫療服務、精神支持服務提供越多，越能提升老人生活品質。 |

表 2-2-3 方案評估相關研究（續 1）

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2001 | 行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告/呂寶靜 | 老人社區照顧服務之評估研究－以居家服務方案為例 | 研究採類實驗設計(沒有對照組)，以隨機抽樣的方式抽取台北市居家服務個案、照顧者和機構督導。本研究問卷調查訪問法來蒐集資料，在剛開始接受服務的第一個月內進行面訪，並訪問負責該案之居家服務機構的工作員。六個月後，再對居家服務機構的工作員進行面訪，若此案主仍活著，則老人及其家庭照顧者進行第二次與第三次面訪。(量化) | 一、在第三次的訪問中，服務使用上，以男性使用居多，教育程度上以大專以上者最多，<br>二、在第二次的訪問中，使用居家服務半年老人對居服員的整體工作表現程度達62.1%的滿意程度。<br>三、在第三次的訪問中，老人的健康與前半年相比，普遍覺得是差不多的，達 48.3%。 |
| 2003 | 南華大學非營利管理事業研究所碩士/陳怡如 | 嘉義縣居家服務之評估研究 | 研究者以居家服務投入、服務過程、產出三種模式來做評估。研究以次級資料分析法作為評估依據，再分別以深度訪談法、問卷調查法訪問及調查服務執行者及接受者蒐集第一手資料，最後以焦點團體訪談法訪談居家服務中心工作人員，以獲得全面性的資料。(質化、量化) | 一、服務投入及過程層面包括人員的配置、居家服務員的專業知能及證照、服務提供的成本投入、服務提供的流程與模式、案主需求的評估。<br>二、在服務產出層面，目前嘉義縣接受居家服務的案主共 295 位，嘉義縣老年人口 5%有居家服務的需求，以現階段的服務人數來說，仍有多數的老年人口未獲得滿足。<br>三、問卷調查中，整體而言，案主對居家服務的提供是滿意的。 |

表 2-2-3 方案評估相關研究（續 2）

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2004 | 東海大學社會工作研究所碩士/陳慧君 | 台中市北區居家服務支援中心「居家服務方案」之成果評估研究 | 研究者以實驗設計的方式了解居家服務的提供是否對案主的身體功能及居住環境兩方面獲得改善,先於前測作一次測量,六個月後再次測量,並比較兩者之差異。並以自行設計滿意度問卷,了解居家服務對象服務滿意度之情形。(量化) | 一、有七成服務對象在接受居家服務後身體或得維持或改善。<br>二、有九成六的服務對象在接受居家服務後居住環境獲得明顯改善。<br>三、全部的服務對象對於居家服務支援中心所提供的居家服務表示正面肯定。 |
| 2006 | 國立中正大學社會福利研究所碩士/林金立 | 老人居家服務方案之評估研究--以雲林縣為例 | 先以量化方法將老人生活需求調查作一整理,在雲林縣老人生活需求調查中，主要分為四大部分,分別為受訪者之基本資料、起居生活狀況、經濟狀況及福利服務與醫療照顧需求,並呈現出各項老人福利服務目前的使用情況與實際需求間之差異;之後在以訪談的方式訪問承辦單位與使用服務的案家,並歸納出訪談結果,呈現目前自費型居家服務之情況。(量化、質化) | 一、在對於各項福利服務措施瞭解與使用狀況上，在居家服務方面知道並已利用(滿意)46.60％、不知道的20.50％、不需要的則19.10％。而針對所有服務來分析，二、在知道並已利用(滿意)的服務中，以居家服務的比例最高達46.60％,可見目前民眾在居家服務使用上得到高度之滿意度。 |

表 2-2-3 方案評估相關研究（續 3）

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2007 | 輔仁大學社會工作研究所碩士/楊雅連 | 居家服務方案之過程評估：以某機構為例 | 此研究以深度訪談法為主，以方案執行者的觀點來了解服務過程之執行之現況。使用觀察法與文件檔案回顧為輔，收集受訪者個人在執行居家服務方案中的個人經驗與看法。（質化） | 一、現況部分，工作內容、服務流程均符合規定，定期督導也十分充裕，並有在職訓練的課程為其特色之一，機構也有一套工作守則以及處理倫理兩難議題彙編。<br>二、在問題或困境部分，偏遠地區人力方面排班較困難、服務員在案家互動中發生問題、社工員在服務提供流程上有問題；督導方面，社工員需不斷用教育者的角色督導服務員改變其態度；在記錄方面，服務員會遇到案家抱怨每次在服務完之後簽名很麻煩；在職訓練方面，主管認為工作中較欠缺法律與管理方面的知識。<br>三、受訪者提出建議的部分，在工作內容與工作流程方面，建議社工員與服務員的標準應一致；督導方面，建議政府應進一步說明督導的範圍為何；在職訓練方面，建議安排社工員心靈輔導課程、服務員則安排職業傷害與相互支持的活動。 |

表 2-2-3 方案評估相關研究（續 4）

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2008 | 美和技術學院健康照護研究所碩士/曾秀貞 | 從新管理主義探討居家服務經營與績效之研究--以屏東縣為例 | 先以量化方法依屏東縣各機構比例抽取樣本數以電訪之方式訪問服務使用者(老人)居家服務滿意度,再以立意抽樣方式再以質性訪談法訪談縣政府、屏東縣長期照顧管理中心、服務之機構相關主管及承辦人員,及居家服務使用者(老人)。(量化、質化) | 一、受訪者在生理與人際部分的現況有相當弱勢。<br>二、服務滿意度雖然在送餐服務部份平均值較高，但是在次數上陪伴關懷與家事服務卻最多。<br>三、各機構整體服務滿意度高，但仍有進步的空間。<br>四、服務內容的使用以文書服務較少，行政人員的服務訓練可再加強。<br>五、各機構服務內容的滿意度，有明顯差異。<br>六、居家服務提供家庭式照顧與情感支持讓服務使用者感受到溫暖。<br>七、整體而言居家服務成效，獲得服務者的肯定。 |

資料來源：研究者自行整理

國內關於居家服務品質的相關研究甚少（見表2-2-4）， 在研究方法上所使用的研究方法有質化和量化；在量化方面有兩位研究者參考PZB模式之SERQUAL問卷當作自編問卷之參考(周淑美，2007；杜美玲，2009)，結果顯示服務使用者對居家服務品質的評價都不錯，介於滿意~非常滿意之間(五點量表平均皆在4.3分以上)，代表服務品質是受到高度認可的。

在研究方法上所使用的研究方法有質化和量化;在量化方面有兩位研究者參考PZB模式之SERQUAL問卷當作自編問卷之參考(周淑美，2007；杜美玲，2009)，在質化研究中提及到服務使用者對居家服務會有些期待，例如：服務員的行為須

合乎分際、服務時間能有彈性，且應提供居服員居家服務使用者所需關鍵性的居家服務及心理技巧等等的訓練，這些資料或許並不能完全當作推論的基礎，但卻可以對居家服務品質作完整的檢視。

表 2-2-4 服務品質相關研究

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2001 | 東海大學社會工作學研究所碩士/李慧玲 | 高雄失能老人自費使用居家服務品質之探討 | 以深度訪談的方式，訪問老人對於使用居家服務後的經驗與感受，且希望老人描述對居家服務的觀點。(質化) | 一、使用者與居家服務員的互動上，有正面也有負面。<br>二、使用者對居家服務有以下四個的期待：<br>(一)以服務員的服務行為為主要品質指標的。<br>(二)服務員的行為要合乎分際。<br>(三)服務工作要有良心。<br>(四)穩定固定服務員。<br>(五)假日能提供服務。 |
| 2003 | 東海大學社會工作學研究所碩士/林貞慧 | 老人居家服務督導功能有效性品質之探討 | 以普查的方式進行，自編問卷了解老人居家服務督導功能運作現況，及老人居家服務督導者自評督導功能之有效性品質為何進行探討。(量化) | 居家服務督導在行政、教育、支持、調解等功能及整體督導功能運用情形越高，在有效性品質中的可信度、及時性、保證度、同理心，及整體有效性品質上指標也越高。 |

表 2-2-4(續) 服務品質相關研究

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2007 | 亞洲大學長期照護研究所碩士/周淑美 | 南投縣居家服務品質探討服務使用者與提供者之觀點比較 | 參考服務品質PZB模式(1991)與Andersen(1973)提出的健康服務利用行為模式自編問卷，來探討居家服務使用者與提供者成知的服務品質，同時比較居家服務使用者與提供者成知服務品質間的落差。(量化) | 一、居家服務使用者與服務提供者間的服務品質雷同，感知的服務品質會因居家服務使用者與提供者個人屬性而有顯著差異。<br>二、居家服務使用者感知服務品質平均為4.36分，而服務提供者感知的服務品質平均為4.35分，顯示服務使用者與提供者對於服務品質滿意程度都介於滿意~非常滿意之間。 |
| 2009 | 南開科技大學福祉科技與服務管理研究所碩士/杜美玲 | 居家照顧服務員訓練、服務品質與使用者滿意度 | 本研究首先採用質性研究方法－次級資料蒐集、深度訪談及參與觀察法，探討目前居服員訓練優點與缺點，訓練完成後，並以量化方法，參考PZB模式之SERQUAL問卷自行編制問卷，驗證居服員專業職能對服務品質及使用者滿意度影響。(質化、量化) | 一、參加照顧服務員職前訓練人力開放且多樣化，然而缺乏招募適性評估機制。<br>二、訓練課程及規劃偏重醫療照護技巧，較缺乏對老年居家服務使用者所需關鍵性的居家服務及心理技巧。<br>三、臨床實習選擇於醫院、（安）養護機構或護理之家其中之一合作辦理，實習應具多元類型及實務操作。<br>四居服員專業職能越好則服務品質越高。<br>五、服務品質總平均為4.37，從五點量表均值分析屬偏高，因此居家服務是受服務使用者高度認可的。 |

資料來源：研究者自行整理

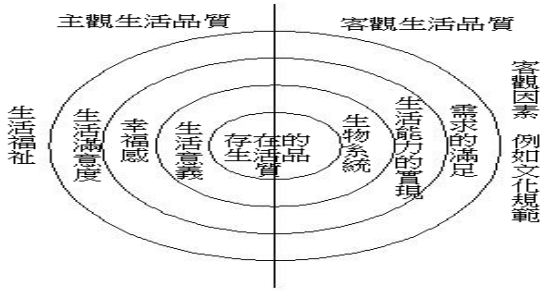
## 第三節 老人的生活品質

### 壹、生活品質的內涵

「生活品質」(quality of life，QOL)的概念可追溯至西方哲學之父亞里斯多德，他說幸福(happiness)為一種靈魂獲得滿足的狀態，乃是上帝賜與的福祉，一個幸福的人凡事順利且生活良好，也就是說有較好的生活品質(引自Zhan，1992)。世界衛生組織(1993)對生活品質的定義為:「生活品質是指個人所生活的文化價值體系中，對於自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度。」

許多學者對生活品質的基本概念，因為個人文化、價值觀及不同的狀況與環境因素有不同的定義，造成生活品質概念難有一致性之用法（Ferrans & Powers，1992； Zhan，1992)。這就像我們常常會問自己:「你覺得自己生活品質好嗎？」這個問題的答案也是因人而異。一般來說，學者對於生活品質有主觀與客觀的定義。生活品質在早期多著重於生活環境的改善，因此建立許多「社會指標」來評估生活品質，例如：健康、標準、經濟收入、社會福利、財產、居家環境、鄰居、朋友、休閒以及教育水準等可以量化的資料（孫淑柔，1997)，這些客觀的評估幾乎是以官方資料或是專業人員的評估資料來作為評估標準。Ventegodt, Merrick, 和Anderson(2003)指出生活品質包括主觀的生活品質與客觀的生活品質，主觀的生活品質包括生活福祉、生活滿意度、幸福感及生活意義；客觀的生活品質包括客觀因素(如社會規範)、需求滿足、生活能力的實現及生物系統的平衡，如圖 2-2-3。

圖 2-2-3 生活品質概念




資料來源:研究者引自Ventegodt, Merrick, & Anderson(2003)。

George 和Bearon(1980)將生活品質分成四個層面，健康及功能狀態、社經地位、生活滿意度、自尊，前兩者為客觀（objective）面向，而後兩者為主觀（subjective）面向。

另外，亦有學者提出主觀的生活品質概念。Meeberrg(1993）指出生活品質是個人以內在獨特的標準及判斷力，評估自己當前生活環境及週遭事物與欲達成生活目標、期望之間差距的知覺感受及滿意程度，此一標準因人而異。生活品質亦是一種引出及評論自己生活的現象(King et al., 1997)，也是一種尋找幸福、安寧及意義的感覺(Sarvimaki＆Stenbock-Hult, 2000)。Renwick和Brown(1996)對身心障礙者的生活品質研究發現：能夠在生命中享受自認為重要的事物，就是有品質的生活。林碧珠、張聰鈺和莊琴英（2000）指出生活品質是為個人對自己顯現於生理、心理、社會三方面主觀且能夠面對生活之滿足感。Kane(1999)的分析中進一步提出，這些主觀的致定包括：幸福感、自主性和有意義的生活。世界衛生組織的研究(1993)認為，生活品質是一主觀的感受；追根究底的說，它是一個人如何審視及評價自己的生活，而非他人如何評價。

Renwick 和 Brown 兩位人文及存在主義學者，表示每一個人在界定自己的幸福、快樂時，有屬於心中的參考團體和標準，在有限的能力和範圍中追尋自己的目標和價值，詳細來看，這一派的理論有八個主張(萬育維，2004)：

（一）不論一個人的障礙程度和類別，對於他的尊敬應該是一樣的。

（二）所謂有意義的生活品質，必定是建立在一個全人的整體觀點當中。

（三）生活品質是全面向的。

（四）生活品質是動態、互動的，而且隨著人生歷程和階段的不同，有不同的內容和重心。

（五）生活品質的結果反應出人和環境之間的關係。

（六）生活品質會因為一個人的價值體系、信念和興趣之不同而有差異。

（七）生活品質需要從一較寬闊的觀點來界定健康。

（八）最重要的是，決定生活品質的主要因素，是在於每一個人怎麼想他自己的

幸福快樂。

研究者整理學者對生活品質的概念，可以發現生活品質（QOL）是指個人對於生活整體感到滿意的主觀感受，並經由他人客觀的評估，認同此人生活情境不受威脅、基本需求獲得滿足，即於心理社會、健康、親密關係、家庭等各層面都達到良好狀態。有學者認為，「品質」必然是主觀的，而推論「生活品質」最正確的作法就是直接詢問民眾的生活主觀感受（Andrews, 1979; Campbell, 1981；孫明為，1997）。Campbell, Converse 和Rodger（1976）亦認為，客觀指標只是影響生活經驗的間接因素，主觀的指標才能直接測量個人的生活經驗。而針對老人的生活品質測量，客觀測量通常是主要照顧者或專業工作人員。研究者既然定義生活品質為主觀感受，因此在測量上會直接對老人進行測量，會較間接式地由照顧者或第三者的描述更能反應出其本身的問題，故本研究所界定的生活品質應該是多層面的，且會受到個人、環境因素以及兩者之互動所影響，且偏向於以個人層面感受為主，這和WHO 將「生活品質」定義為「個人在所生活的文化價值體系中的感受程度」較為一致。

## 貳、成功老化理論模式

Bearon與Dillard兩位學者皆認為成功老化與生活品質之間有密不可分的關係，成功的老化情況也就是在老年期能保有良好的生活品質；而維持良好生活品質的正向因子，亦為是否能達到成功老化中的重要條件(蔡詠琪，2006)。當我們要去區別是否為成功老化時，很容易以疾病和健康做為指標根據，從以下兩個理論來看，一個人如果單靠「沒有疾病」，是無法滿足成功老化的定義，必須保持心理、社會和精神的健康，才算是成功老化。許多情境顯示，之所以會「失能」是環境失能，而不是個人，如果環境能夠更友善，那麼「身心障礙者」、「失能老人」也能適應、自在地生活(梅陳玉嬋、楊培珊，2005)。換句話說，如果在政策上提供更完善的照顧(如居家照顧)，讓老人延緩疾病的惡化進而提升生活品質，即使是失能老人，也能夠成功老化。

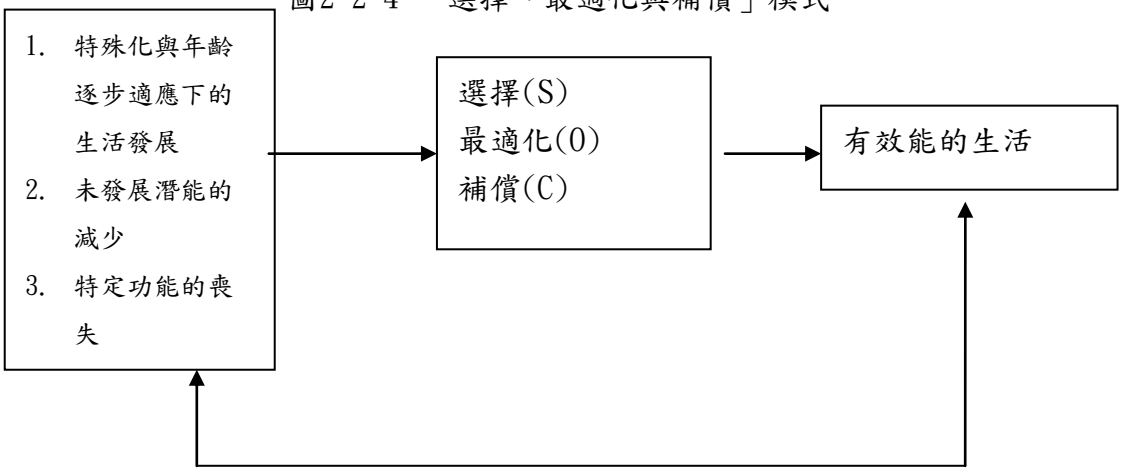
有關成功老化的模式，最主要且被廣泛討論的觀點有二：第一是Baltes和Baltes（1990）的模式，另一個是Rowe 和Kahn（1998）的模式，以下分別敘述並討論之。

**一、Baltes 和 Baltes的「選擇、最適化與補償」模式**

Baltes和Baltes（1990）將老化分為三種型態：1.無明顯疾病的一般老化；2.病態老化；3.優於正常狀態的成功老化，並說明成功老化包含三個元素：選擇（selection）、最適化（optimization）以及補償（compensation），簡稱SOC模式。這個理論表示在每個生命階段或時期，都有心理上之收穫(gains)與損失(losses)，個體若擁有較多的資源，將較能因應老化過程中所造成的損失，但在老年時期之損失常常大大超過所收穫的，因此應鼓勵老人盡量樂觀地發揮其本身能力，來補償日漸失去之身份地位或體之活動能力(Baltes & Baltes, 1990；李宗派，2004；徐慧娟，2004)。

這個理論注重的是老年人在老化之中的過程，成功老年之概念，不應該建立在否定老年晚期之身心功能之真正損失。希望個體在邁向老化的過程中，能以最小的損失，得到最大的收穫。在對於一個失能老人來說，如果老人能夠「選擇」適合自己、家人的服務(例如居家服務)，利用居家服務緩和疾病的惡化(補償)，透過服務以提升自己的生活品質（最適化），這樣一來老人的收穫就會大於損失的部分，能發揮有效能的生活。

圖2-2-4 「選擇、最適化與補償」模式



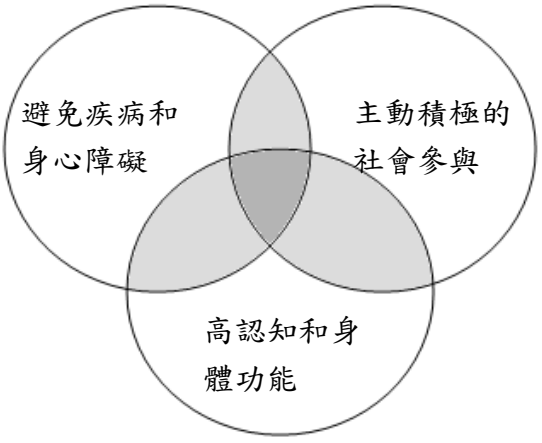

資料來源：Balts 和Balts（1990；引自李宗派，2004）

## 二、Rowe 和 Kahn的「疾病失能低風險、心智身體高功能、老年生活積極承諾」模式

Rowe 和Kahn（1997）認為成功老化取決於個體的選擇和行為，也就是說個體如果想要改變，便可透過自己的選擇和付諸行為來做改變，並提出成功老化的基礎模式，包括三個面向：1、避免疾病和身心障礙：除了無罹患疾病外，亦包含降低慢性病的危險因子，強調的是預防勝於治療的觀點；2、高認知和身體功能：包含無記憶障礙、站起來無昏眩狀態…等等；3、主動積極的社會參與：與他人保持良好關係，從是無給薪工作…等等。

以使用居家服務的老人來說，雖然老人在生理上已經有失能的現象，但仍可以透過身體照顧服務避免更多的疾病產生(例如壓瘡)；在高認知和身體功能方面，可以透過肢體關節運動、使用輔具…等可以維持身體功能；並且在陪同代購生活必需品、散步…等，使老人可以和居服員有互動的機會，這些都是促進成功老化的因子。

圖2-2-5「疾病失能低風險、心智身體高功能、老年生活積極承諾」模式




資料來源：Rowe and Kahn（1998:39）

## 參、社區老人生活品質的相關研究

### 一、社區老人的生活品質

如同先前的定義，生活品質是一個多元的觀念，在這個部份本小節將探討相關的生活品質研究。研究者閱讀文獻後，發現探討老人的生活品質研究大多分為兩類：質化及量化的生活品質研究，而居家服務屬於社區照顧的範疇，故本節研究者整理社區老人與使用居家服務老人的生活品質相關研究(見表2-2-5)。

在研究方法上面，多數研究者採用量化的研究方式，並以台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)做為研究之工具(高森永，2003；林富琴，2003；陳曉梅，2006；王慧伶，2008；蘭寶珍，2010)。在研究結果方面，大部分的社區及使用居家服務老人對於自己的生活品質都有中等至中上的程度(高森永，2003；王慧伶，2008；蘭寶珍，2010），甚至有 40%是滿意的(Hellström & Hallberg，2001)，惟陳曉梅(2006)研究結果顯示，居家服務失能長者的生活品質總平均為 45.41 分（總分 80 分），這樣的結果與相關社區及護理之家老人相較之下，結果偏低。

在生活品質範疇研究當中，幾乎所有的研究都顯示「社會範疇」得分最高，只有王慧伶(2008)的研究以「生理範疇」得分最高；其中在三個居家服務老人生活品質研究中，有一篇以「心理範疇」最低(蘭寶珍，2010)，有二篇以「生理範疇」最低(林富琴，2003；陳曉梅，2006)。

綜合以上的發現，在生活品質的測量上還是以量化為多數，研究工具為台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)，且社區及使用居家服務的老人大部分認為自己的生活品質尚可；然而在四個生活品質的範疇當中，使用居家服務的老人在「心理範疇」及「生理範疇」兩項上顯示較低得得分，是值得研究者注意的部分。

表2-2-5 老人生活品質相關研究

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2001 | Hellström & Hallberg | Perspectives of elderly people receiving home help on health care and quality of life | 研究者以自編問卷並郵寄調查448位75歲以上、依賴子女或專業人員照顧的居家老人對於生活品質的概念，以建構生活品質的觀點。(量化、質化) | 一、40%的研究對象表示對目前的生活感到滿意。<br>二、而”家的意義、生活如何被看待、有關死亡和瀕死的想法、告訴自己的故事”等，在居家老人自覺生活品質中都被顯示出是很重要的範疇。 |
| 2003 | 高森永 | 長期照護下老人的健康相關生活品質與健康價值評估 | 以世界衛生組織生活品質簡明版問卷(WHOQOL-BREF)對居住在北部七個縣市，抽樣642位社區老人所做生活品質之測量。(量化) | 一、生活品質平均自評得分為中等程度。<br>二、最高的是社會範疇的生活品質，而得分最低的是心理健康範疇。 |
| 2003 | 高雄醫學大學護理學研究所碩士/林富琴 | 接受居家服務老人生活品質及其相關因素探討 | 採橫斷式相關性研究設計，以高雄市社會局委託辦理之居家服務支援中心，收案管理已滿2個月的65歲及以上老人為取樣對象，共收案132位，以世界衛生組織生活品質簡明版問卷(WHOQOL-BREF)進行調查。(量化) | 一、接受居家服務老人整體生活品質得分平均值為40.98分，其四個分範疇的得分指標由高到低依序為，社會關係範疇、環境範疇、心理範疇、生理健康範疇。<br>二、日常活動能力、睡眠、身心殘障身份、視力、社會福利身份別、年齡，是整體生活品質顯著地預測變數，可解釋整體生活品質總變異數的45.6%。 |

表2-2-5 老人生活品質相關研究(續1)

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2006 | 國立台北護理學院長期照護研究所碩士/陳曉梅 | 使用居家服務失能老人生活品質的現況及其影響因素之探討 | 台中市七家區域性居家服務中心225位老人，以世界衛生組織生活品質簡明版問卷(WHOQOL-BREF)進行調查，並分析其影響因素。(量化) | 一、居家服務失能長者的生活品質總平均為45.41 分（總分80分），這樣的結果與相關社區及護理之家老人相較之下，結果偏低。<br>二、社會關係的面向得分最高，平均11.98分；生理健康範疇平均10.56 分，得分最低。<br>三、在失能長者的收入、福利身份別、工具性日常生活功能、居家服務員的年資等因素達顯著。<br>四、建議政府應強化居家服務的品質來滿足使用者的需求。 |
| 2008 | 國立暨南國際大學社會政策與社會工作學碩士/王慧伶 | 社區照顧關懷據點服務與老人生活品質之相關性研究－以高雄市為例 | 使用以面對面訪問的方式訪談高雄市使用社區關懷據點的老人。進行資料蒐集，以台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)為主要的問卷主軸。(量化) | 一、受訪老人平均生活品質的得分為56.53，屬於中上程度，以「生理健康面向」14.39分的得分最高，最低為心理面向13.86 分。<br>二、社會支持、憂鬱以及參與健康促進時間與老人生活品質有顯著相關，且能解釋生活品質39.2%的變異量。 |

表2-2-5 老人生活品質相關研究(續2)

| 年度 | 學校/研究生或作者 | 研究主題 | 研究方法 | 研究結果 |
|---|---|---|---|---|
| 2009 | Murphy, Cooney, Shea, & Casey | Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community | 對社區中122位失能老人利用紮根理論(Grounded Theory)詢問失能老人對生活品質的概念，建構生活品質模式 。(質化) | 一、活得好(livig well)是失能老人生活品質核心概念<br>二、而來自護理人員的支持、個人能力、資訊的利用以及和他人的連結都會影響其生活品質。 |
| 2010 | 高雄醫學大學護理學研究所碩士/蘭寶珍 | 失能老人的生活品質及其相關因素-以居家及機構老人為例 | 以立意取樣，選取台南縣市接受居家式照護或機構式照護模式的210位失能老人為研究對象，以台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)了解失能老人的生活品質及影響因素。(量化) | 一、研究對象在整體的生活品質得分為45.73分(總分80分)，屬於中等程度；以「社會關係」範疇的得分最高，「心理健康」範疇的得分最低。<br>二、失能老人整體生活品質的顯著影響因素為年齡、婚姻狀況、教育程度、自覺健康狀況、慢性疾病數、憂鬱及自覺環境品質中的自尊與關懷因素，而三階層總解釋變異量為71.8% |

資料來源：研究者自行整理。

## 肆、不同基本變項的老人在生活品質的差異

### 一、性別

在性別變項上，文獻上較無一致性的發現。梁金麗（2001）對台北151個社區老人以訪談的方式發現性別與老人生活品質有顯著的差異，男性的得分比女性的得分要高。王慧伶（2008）以WHOQOL-BREF量表研究接受社區關懷據點服務的老人，發現老人會因不同的性別而在生活品質上有所不同，且男性生活品質的分

數大於女性。Szeto &Cheng（2006）對癌末居家病患的研究，年齡和生活品質呈現正相關。但仍有研究發現不同性別和老人生活品質並無顯著差異(Sarvimaki &Stenbock-Hult，2000；王富琴、邱啟潤，2003；歐鏸黛，2009）。

**二、年齡**

在年齡變項上，文獻上的發現較不一致。Tseng &Wang(2001)以WHOQOL-BREF量表對南臺灣護理之家住民做調查，發現年齡與生活品質呈現正相關，即年齡高，生活品質越佳。林富琴(2004) 針對接受居家服務的老人做生活品質的研究，發現年齡與生活品質呈現正相關。Szeto&Cheng(2006)對癌末居家病患的研究，發現年齡與生活品質亦呈現正相關。然而也有其他研究發現年齡與生活品質無相關（梁金麗；2001，歐鏸黛，2009；王慧伶，2008；陳美玲、顧乃平，1998）。

**三、教育程度**

在教育程度對生活品質之相關性方面，在文獻上目前仍有爭議。王富琴、邱啟潤(2003) 以WHOQOL-BREF量表測量使用居家服務老人之生活品質，研究發現教育程度和生活品質有顯著差異，教育程度越高的老人，其生活品質較高。Tseng和Wang（2001）以WHOQOL-BREF量表對南臺灣護理之家住民做調查，發現教育程度與生活品質有正相關。陳曉梅(2006)以以WHOQOL-BREF量表探討台中市使用居家服務老人之生活品質，研究發現教育程度與生活品質有正相關。歐鏸黛(2009)以WHOQOL-BREF量表比較不同教育程度的退休老人在生活品質四個範疇上的差異，發現不同教育程度的退休老人在「生理」、「心理」、「社會關係」及「環境」生活品質範疇得分達到顯著差異，教育程度越高的老人，其生活品質較高。只有王慧伶（2008）以WHOQOL-BREF量表研究接受社區關懷據點服務的老人，發現生活品質四個面向均無顯著的差異，表示老人不同的教育程度在生活品質上並無不同。

**四、宗教信仰**

柯美妃(2004)針對150個中老年脊椎滑脫症病患之生活品質做探討，發現有宗教信仰者，生理健康範疇之生活品質優於無宗教信仰者。梁金麗(2001)提及具

有宗教信仰者，生活品質較佳。然而也有研究指出宗教信仰與生活品質沒有顯著相關(Tseng ＆Wang，2001)。

**五、經濟狀況**

在經濟狀況方面，相關研究對於經濟狀況與生活品質之關係，有一致性的觀點。王慧伶(2008)研究發現老人每月收入與生活品質有顯著差異，顯示老人每月收入的不同在生活品質上也有所不同，且老人的每月收入在9001元以上的生活品質分數比收入在0-9000元者為高。歐鏸黛(2009)研究顯示不同退休收入的退休老人在生活品質的四個範疇上具有顯著差異存在，收入越高者生活品質越高。黃璉華（1992）研究結果顯示老人的經濟滿意度與生活品質有正相關，即老人主觀上對目前經濟情形滿不滿意，是影響生活品質的重要因素。

**六、居住狀況**

在居住狀況方面，相關研究對於經濟狀況與生活品質之關係研究結果較分歧。歐鏸黛(2009)將居住情況劃分為六類:「三代同堂」、「與配偶同住」、「與子女同住」、「與配偶及子女同住」、「獨居在家」與「與配偶在子女家輪流住」，結果發現不同居住狀況的退休老人在生活品質的四個範疇上具有顯著差異存在，顯示有人共同居住的老人比獨居的老人有較高的生活品質。然而也有研究發現居住狀況與生活品質沒有顯著差異，表示老人獨居與否與在生活品質上並無不同（梁金麗，2001；王慧伶，2008）。

**七、慢性病數**

慢性病數在生活品質的相關性較有一致的呈現，文獻中顯示疾病數目與生活品質呈負相關，意指老人罹患的疾病數目越少，其生活品質越佳(趙安娜、高美玲、林壽惠，2004；林富琴、邱啟潤，2004；陳曉梅，2006；王慧伶，2008)。有學者研究也指出，當日常生活功能及工具性日常生活功能受限，易導致身體照顧、進食與步行能力受影響(Tseng ＆Wang，2001)。

**八、每週服務時數**

在每週服務時數上，研究結果有一致性。研究發現失能老人每月使用居家服

務總時數與生活品質達顯著，但是卻是負相關，顯示老人每月使用居家服務總時數愈少者，生活品質愈好，反之，使用時數越高者，生活品質越差(林富琴，2003；陳曉梅，2006)。

從以上研究結果發現，在人口學變項中，除了經濟狀況及慢性病數與生活品質有較一致的發現，其餘變項研究結果並不一致，這可能是樣本不同或測量方式不同的結果，且現今社會變化快速，實有必要將以上個變項納入本研究中，做進一步的檢驗。

## 伍、 居家服務品質與老人生活品質之關係

目前並無相關研究檢驗居家服務品質與老人生活品質之相聯，惟有文獻中提及服務品質與生活品質有密切相關，以下研究者將從政策目標及相關文獻的論述探討兩者關係。

### 一、政策目標

「在地老化」的精神，是讓老人家在熟悉的社區裡終老。留在自己熟悉的住所中得到妥善協助及照顧，並維持其原有之生活習慣及模式，是老人最歡喜又有尊嚴的生活方式，也符合人性化需求的自主照顧方式。吳淑瓊(2001)表示居家服務有三大層次的意義，第一是增進失能者「在地老化」的機會，使失能者本人除了獲得照顧外，更延長住在家裡的時間；二是協助家庭照顧者，抒解照顧者的照顧壓力與負荷，使照顧者擁有自己的生活空間，維持或改善和被照顧者的關係；三是政策體制的轉向，達到去機構化、在地老化、正常化理念的落實，並減少住進機構的機會，提升服務品質。Kane(1999)在文中提到，政策的目的不是僅僅將他們留在家中而已，我們需要的是一個更有意義的目標，否則家中只是一個物理環境而已。而社區照顧的目的有：（一）增進失能老人的福祉與獨立；（二）改善案主與照護者的生活品質;(三)避免貿然或不當的機構式照護(葉肅科，1994：38），為達成此目標，優先辦理的項目有居家服務的提供，以及一些能延緩和預防進住醫院和住宿機構的措施(呂寶靜，2001)。再者，從前面章節中提及居家服

務的目標，包括：提升案主自我照顧能力及自我生活能力、確保案主安全與舒適、維護案主自尊、維持家庭的穩定性(王增勇，1997)，這些都會間接的影響老人的生活品質，因此，居家服務的提供，就是為了改善失能老人的居家生活品質。

**二、相關論述與研究**

在Stone（2000）居家照顧的研究結果中發現，居家照顧服務的管理方式，強調任務取向、專業工作關係、時間控制等服務控管，但實質上受服務者對於照顧的需求，常包括人際互動交談（talk)、愛（love)、案主獨特需求的服務（specialness)、耐心（parience)、家人式的關心（family relations）以及人際關係互動交流（relationship）等，由此可以瞭解，居家服務者在提供照顧時，除了照顧生理外，應更深入貼近服務使用者的心理需求，也就是生活品質中提及的生理、心理、社會及環境的滿足；林富琴(2002)研究中提及使用居家服務的老人因兒女不在身邊，很少人過問老人的需要，自從使用了居家服務，老人表示:「還好有居服員陪伴，跟我講話的時間比家人還多，我每天都盼著他來把我的身體及環境弄乾淨，否則我老了沒用也動不了…」，老人的這一句話證明了居家服務確實滿足了本研究提到生理健康、心理狀態、社會關係、環境四大向度。

有文獻指出，生活品質是會影響老人的生活品質的。陳文華(1995)在台北市政府社會局居家服務計劃之評估研究中提及，受委託機構因人力的不足且加上穩定性差，使得接受居家服務的老人感到困擾而影響到整體的服務品質，使老人的生活滿意度變差，這和前面章節提到服務品質要素:可靠性及反應性有關，可見服務品質是會影響老人的生活品質；Mike、Sue、Gordon指出服務品質與生活品質有密切相關，且工作態度、生活型態與組織制度都會影響到專業人員的服務品質(萬育維譯，2004)。

從文獻資料可以發現，服務品質與生活品質的關係是密不可分的，不過在這方面的文獻資料並沒有直接以服務品質與生活品質之相關為題的研究，因此，研究者在這部分，希望藉由更近一步的研究，驗證其相關性。

# 第三章 研究方法

本章將針對研究架構與研究假設、研究對象與抽樣、研究工具之擬定、研究步驟與資料分析等小節做說明。

## 第一節 研究架構與研究假設

### 壹、研究架構

本研究依研究目的及理論文獻資料，整理出本研究之研究架構，如圖 3-1-1 所示：

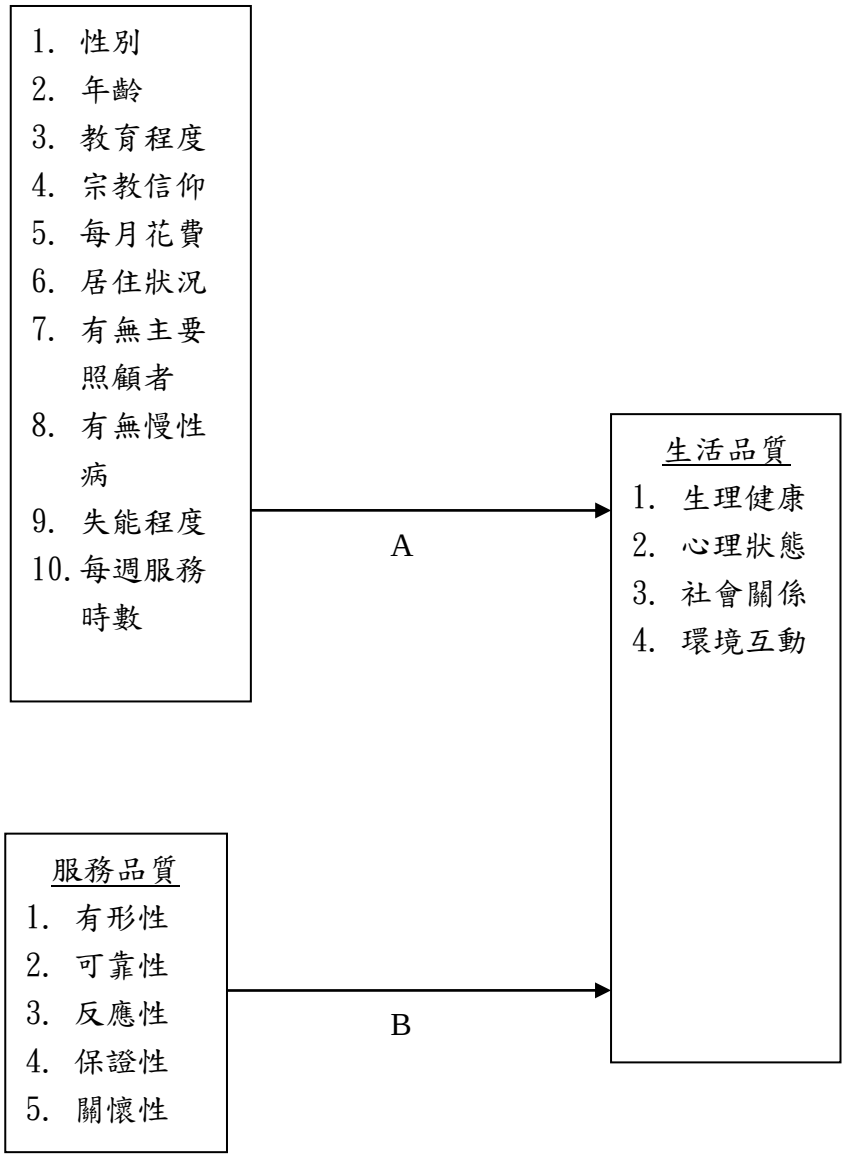



圖 3-1-1 研究架構圖

### 貳、研究假設

關於本研究的研究假設及各研究路徑，分別說明如下：

一、研究路徑(A)：人口學變項與生活品質有顯著差異。

(一)生活品質因性別不同而有差異。

(二)生活品質因年齡不同而有差異。

(三)生活品質因教育程度不同而有差異。

(四)生活品質因宗教信仰不同而有差異。

(五)生活品質因每月花費不同而有差異。

(六)生活品質因居住狀況不同而有差異。

(七)生活品質因有無主要照顧者不同而有差異。

(八)生活品質因有無慢性病不同而有差異。

(九)生活品質因有失能程度不同而有差異。

(十)生活品質因每月服務時數不同而有差異。

三、研究路徑(B)：服務品質對生活品質有顯著正向影響。

服務品質各向度與生活品質的各向度有顯著正相關。

## 第二節　研究對象與抽樣

### 壹、研究對象

本研究的研究目的是檢視居家服務品質與老人生活品質之關聯，故以台北市及新北市使用居家服務之老人為研究對象，並採用問卷調查法來蒐集相關資料。

受訪老人除了接受過居家照顧服務外需符合以下條件：

一、為使研究樣本更具有穩定性，研究對象的選取以接受居家服務至少三個月以上，且於研究進行期間仍持續接受服務者為限，即於民國100年2月以前開案者，仍持續接受服務者為本研究母群體。

二、由於老人生理功能的限制，為了使研究過程更具可行性，因此必須是認知功

能，聽力及口語表達溝通無礙者。

三、同意參與本研究計畫者。

## 貳、研究樣本

本研究以結構式的問卷為測量工具，考量個案資料的保密性與不易取得的問題，以便利抽樣的方式，以電訪或親訪的方式詢問願意提供研究調查的機構，共有台北市居家服務單位一家、新北市居家服務單位一家、台北市某社福中心、新北市某區公所，再篩選符合研究條件且願意接受訪問之老人(均填寫訪談同意書)，於 100 年 5-7 月進行資料之收集。研究在訪談一開始時再次向受訪者說明研究目的與保密原則，之後由研究者或服務員依照問卷內容逐題詢問受訪者的答案，並代為勾選。

本研究樣本數量為；新北市居家服務單位由服務員代訪發送 100 份，回收 87 份、新北市某區公所由友人代訪發送 30 份，回收 27 份、台北市居家服務單位由研究者親自訪問 8 人、回收 8 份、台北市某社福中心由友人帶訪發送 12 份，回收 11 份，共計發放 150 份問卷，回收 133 份，有效問卷有 133 份，有效問卷比率為 100.00%。(見表 3-2-1)

表 3-2-1　樣本來源統計表

| **訪談單位** | **抽樣數(人)** | **百分比(%)** |
|---|---|---|
| 新北市居家服務單位 | 87 | 65.4 |
| 台北市居家服務單位 | 8 | 6.0 |
| 區公所 | 27 | 20.3 |
| 社福中心 | 11 | 8.3 |

## 第三節 研究工具之擬定

本研究之測量工具包括基本屬性變項、服務品質，及生活品質三部份，分述如下：

### 壹、基本資料

根據相關研究之整理，得知與生活品質或服務品質有關的基本屬性變項，包括：性別、年齡、教育程度、宗教信仰、每月花費、居住狀況、有無主要照顧者、有無慢性病、失能程度及每週服務時數等十項。

一、性別：(1)男。(2)女。

二、年齡：(1)65-69 歲。(2) 70-74 歲。(3) 75-79 歲。(4)80~85歲。(5)85歲以上

三、教育程度：(1)不識字。(2)識字或自修。(3)小學。(4)初中。(5)高中(職)。(6)專科。(7)大學(含)以上。

四、宗教信仰：(1)佛教。(2)道教。(3)回教。(4)天主教。(5)基督教。(6)無。(7)其它。

五、每月平均花費：(1)5000元以下。(2)5001~10000元。(3)10001~15000元。(4)15001~20000元。(5)20000~20001元。(6)20001~30000元。(7)30000元以上。

六、居住狀況：(1)獨居。(2)配偶或兒女同住。(3)親戚或友人同住。(4)其他_____。

七、有無主要照顧者:(1)無。(2)有。

八、有無慢性病：(1)有。(2)沒有。

九、失能程度:(1)輕度失能。(2)中度失能。(3)重度失能。(4)極重度失能。

十、使用居家服務頻率：每週_____次，每次時數為_____小時。

## 貳、服務品質

Parasuram、Zeithaml 以及Berry(1988)提出的PZB模式為目前被廣泛使用的服務品質測量模式。接受居家服務的老人需要一份淺顯易懂又便捷的評估方法來表達服務品質之看法，故本研究選擇PZB發展之SERVQUAL來做為評量服務品質之工具。除了參考SERQUAL服務品質量表做為居家服務品質問卷編製的基礎，因居家服務乃是社會性服務，故研究者參考杜美玲(2009)所編製的服務品質量表及專家之建議，將原量表不適用於居家服務品質之項目或用語做編修(參考表3-3-1)。

修訂後的問卷共計有22個題目，並以李克特尺度（Likert scale）衡量，計分方式為受試者就服務品質之感受程度以五分量表的方式勾選「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」或「非常同意」，選「非常不同意」計1分；選「非常同意者」者得5分，總分愈高者表示對服務品質感受程度愈高。各構面的定義及題數如下：

（一）有形性：指受訪者對居家服務中有形實體的設備及居服員的儀表的主觀看法，共有四題(1~4題)。

（二）可靠性：指受訪者對居家服務督導或居服員對承諾過的服務確實執行且準時完成的能力的主觀看法，共有五題(5~9 題)。

（三）反應性：指受訪者對居家服務督導或居服員對幫助顧客及提供即時服務的意願的主觀看法，共有四題(10-13 題)。

（四）保證性：指受訪者對於居服員的知識的信賴感與禮貌與否的主觀看法，共有四題(14~17 題)。

（五）關懷性：指受訪者認為居服員是否對受訪者能夠關切與個別照顧的主觀看法，共有五題(18~22 題)。

表3-3-1 服務品質構面、定義、組成項目及轉化之項目

| 服務品質構面 | 定義 | 組成項目 | 轉化之項目 |
|---|---|---|---|
| 有形性 | 在服務中有形實體的設備及服務人員的儀表。 | 1.擁有現代化的設備。<br>2.外觀能夠吸引消費者的注意。<br>3.員工會有整潔清爽的外表。<br>4.公司的各項設施與所提供的服務相符合。 | 1.服務員所使用的器材是乾淨的。<br>2.服務員的儀容能符合我的要求。<br>3.服務員的個人清潔衛生能符合我的要求。<br>4.服務員會準備服務記錄、新規定等資料給我看。 |
| 可靠性 | 對承諾過的服務確實執行且準時完成的能力。 | 5.員工承諾要做的事都能夠按時完成。<br>6.當顧客遭遇問題時公司會盡力協助解決。<br>7.讓顧客感覺可靠。<br>8.員工能在約定的時間內為顧客服務。<br>9.能正確記錄相關服務。 | 5.服務員答應的事，都會按時做完。<br>6.服務員對於我或家人反映的問題、諮詢的服務，能盡力解決。<br>7.服務單位有信譽，讓我覺得安全、可靠。<br>8.服務員不會遲到或早退。<br>9.服務員在服務結束後，都會和我說明並拿記錄給我簽名。 |
| 反應性 | 服務人員對幫助顧客及提供即時服務的意願。 | 10.員工會告訴顧客確實的服務內容。<br>11.員工會對顧客做立即性的服務。<br>12.員工樂於協助顧客。<br>13.員工絕不會因為太忙而疏於回應顧客。 | 10.服務單位在一開始的時候，就告訴我或我的家人服務內容(如清潔衛生、飲食、家事服務、文書服務及休閒關懷服務)。<br>11.對我要求的事情,服務員會很快做好。<br>12.服務員都樂於解決我的問題。<br>13.服務員即使很忙,也會馬上回應我的需要。 |

表3-3-1 服務品質構面、定義、組成項目及轉化之項目(續)

| 服務品質構面 | 定義 | 組成項目 | 轉化之項目 |
|---|---|---|---|
| 保證性 | 服務人員的知識與禮貌及能力足以贏得顧客信賴。 | 14.員工的服務能讓顧客感到信賴。<br>15.顧客對服務的交易感到安全。<br>16.員工會對顧客的禮貌。<br>17.員工具有專業知識。 | 14.我對服務員所提供服務很放心。<br>15.我對服務員所提供服務感到安全。<br>16.服務員對我很親切。<br>17.服務員的照顧知識和技能很專業(指工作專業能力)，值得我信賴。 |
| 關懷性 | 企業對顧客的關切與個別照顧。 | 18.員工會給予顧客個別性的注意。<br>19.員工會因應顧客的需要彈性訂定服務時間。<br>20.員工能夠了解顧客的需要。<br>21.員工對於顧客 所在意的事非常注重。<br>22.員工能夠瞭解顧客的個別化需求。 | 18.服務員會個別關注我的狀況。<br>19.如果我有需要，居服單位可以彈性調整服務時間。<br>20.服務員會了解我個人需要幫忙的地方。<br>21.服務員很注重我所在意的事情。<br>22.居服單位能依照我的需求調整服務內容。 |

資料來源： 研究者整理自Zeithaml , Berry& Deliver Parasuraman(1988),"Communication and Control Processes in the of Service Quality" Jounnal of Marketing,vol.52(April), (林燈燦，2003；P36)。

## 參、生活品質

本研究採用台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)。原量表共28題，包含了：生理健康、心理狀態、社會關係、環境因素等四個範疇。Hwang,Liang, Chiu和Lin(2003)的研究發現原問卷中第21題「您滿意自己的性生活嗎？」遺漏值高達17%。王慧伶(2008)的研究亦於進行專家效度後，將性生活的題目刪除。由於本研究對象為失能老人，考量獨居或未與配偶同住之老人的居住情況，加上國情的不同因素，故刪除「性生活」層面之題目。因此，排除原量

表第21題後，共有27題，並以李克特尺度（Likert scale）計分。題目為正向題時，每題最多為5分，最少為1分；若題目為反向題時，則需將計分方式做反向的轉換。依原量表手冊之說明，以同面向的問項分數相加後的平均數再乘以四，使各面向的分數範圍介於4-20分之間，分數愈高表示生活品質愈好。

一、各構面的定義及題數

本研究所測量之生活品質以WHOQOL-BREF 臺灣版為測量工具，除了前兩題整體性題目，其餘的題目共構成四大層面，各構面的定義及組成項目如下（見表3-3-2）：

(一)生理健康層面：指受訪者主觀認為自己的健康狀況，包含「疼痛及不適」、「活力與疲倦」、「睡眠與休息」、「移動能力」、「日常生活活動」、「對藥物及醫療的依賴」、「工作能力」共有七題(3,4,10,15,16,17,18題)。

(二)心理狀態層面：指受訪者主觀認為自己的心理狀態，包含「正面感覺」、「思考、學習、記憶力及集中注意力」、「自尊」、「身體意向及外表」、「負面感覺」、「靈性/宗教/個人信念」共有六題(5,6,7,11,19,25題)。

(三)社會關係層面：指受訪者主觀認為自己與社會的關係，包含「個人關係」、「實際的社會支持」、「被尊重及接受」共有三題(20,21,26題)。

(四)環境互動層面：指受訪者主觀認為自己與環境互動的情形，包括「身體安全及保障」、「家居環境」、「財務資源」、「健康及社會照顧」、「取得新資訊及技能的機會」、「參與娛樂及休閒生活的機會」、「物理環境」、「飲食」、「交通」共有九題(8,9,12,13,14,22,23,24,27題)。

表3-3-2 生活品質測量項目

| 構面 | 組成項目 | 轉化之項目 |
|---|---|---|
| | | 1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？<br>2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？ |
| 生理健康 | 1.疼痛及不適<br>2.活力與疲倦<br>3.睡眠與休息<br>4.移動能力<br>5.日常生活活動<br>6.對藥物及醫療的依賴<br>7.工作能力 | 3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？<br>4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？<br>5.您每天的生活有足夠的精力嗎？<br>6.您能接受自己的外表嗎？<br>7.您四處行動的能力好嗎？<br>8.您滿意自己的睡眠狀況嗎？<br>9.您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？<br>10.您滿意自己的工作能力嗎？ |
| 心理狀態 | 1.正面感覺<br>2.思考、學習、記憶力及集中注意力<br>3.自尊<br>4.身體意向及外表<br>5.負面感覺<br>6.靈性/宗教/個人信念 | 11.您享受生活嗎？<br>12.您覺得自己的生命有意義嗎？<br>13.您集中精神的能力有多好？<br>14.在日常生活中，您感到安全嗎？<br>15.您對自己滿意嗎？<br>16.您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等） |
| 社會關係 | 1.個人關係<br>2.實際的社會支持<br>3.被尊重及接受 | 17.您有機會從事休閒活動嗎？<br>18.您滿意自己的人際關係嗎？<br>19.您滿意朋友給您的支持嗎？<br>20.您覺得自己有面子或被尊重嗎？ |
| 環境因素 | 1.身體安全及保障<br>2.家居環境<br>3.財務資源<br>4.健康及社會照顧<br>5.取得新資訊及技能的機會<br>6.參與娛樂及休閒生活的機會<br>7.物理環境<br>8.飲食<br>9.交通 | 21.您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）<br>22.您有足夠的金錢應付所需嗎？<br>23.您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？<br>24.您滿意自己住所的狀況嗎？<br>25.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？<br>26.您滿意所使用的交通運輸方式嗎<br>27.您想吃的食物通常都能吃到嗎？ |

二、生活品質相關文獻信效度

Hwang,Liang, Chiu和Lin(2003)曾以「世界衛生組織生活品質問卷簡明版」針對中部1200位老人進行生活品質評估，結果顯示此問卷的信度在.73-.81之間，且效度部分也令人滿意，其問卷的內部一致性達.91，並認為此問卷長短適中，適合作為評估老人生活品質之研究工具。姚開屏（2000）針對1060健康的個人及就醫病患以「世界衛生組織生活品質問卷簡明版」調查其生活品質情況，其問卷的內部一致性達到.91，在效度部分介於.45-.82之間，各範疇間的相關r值也在.48-.63之間，表示有相當好的內容效度。

## 肆、 測量工具的效度與信度

### 一、效度分析

(一)專家效度

為確定「居家服務品質量表」及「基本屬性」的可行性與適切性，在問卷初稿編製完成時，敦請學者專家，針對問卷內容與研究架構之相關性，以及問卷的用語等，提供修正意見，以期建立本研究問卷之專家效度。本研究在問卷上之問項設計，服務品質內容係根據Parasurman、 Berry、Zeithmail (1991)之「Refined Servqual量表」及相關研究文獻，並經過王永慈教授、劉弘煌教授指正，經過文字修正與整理，及指導老師沈慶盈教授多次討論，對於變數與構念之衡量具有一定的專家效度（見附件二）。

表3-3-3 專家效度名單

| 專家 | 姓名 | 學歷 | 專長 |
|---|---|---|---|
| 學者 | 王永慈教授 | 美國密蘇里州華盛頓大學社會工作博士 | 社會政策分析、貧窮研究、社會工作倫理、方案評估 |
| 學者 | 劉弘煌教授 | 美國奧勒岡州立大學統計暨教育哲學博士 | 社會統計、社區組織與社區發展、社會統計個案研討、社會工作研究方法、社會統計軟體運用、進階統計 |

(二)因素分析

1.居家服務品質量表

為瞭解「居家服務品質量表」中各題目的適切性，研究者依理論架構的22題分五部分進行驗證性因素分析，採主成份分析(PC)來抽取因素，並在因素分析中，以因素負荷量大於.30且特徵值大於1為選題標準，由表3-3-4中可知，所有居家服務品質量表中的題目均符合選題標準,因此量表中的22題均予以保留。

根據資料分析結果，有形性共可解釋總變異量的64.279%、可靠性共可解釋總變異量的65.592%、反應性共可解釋總變異量的68.185%、保證性共可解釋總變異量的72.702、關懷性共可解釋總變異量的65.599%,其結果統整如表3-3-4。

表3-3-4 服務品質因素分析

| 服務品質層面 | 問卷題號 | 因素負荷量 | 特徵值 | 可解釋的百分比 |
|---|---|---|---|---|
| 有形性 | SQ01 | 0.682 | 2.571 | 64.279 |
| | SQ02 | 0.581 | | |
| | SQ03 | 0.714 | | |
| | SQ04 | 0.594 | | |
| 可靠性 | SQ05 | 0.812 | 3.280 | 65.592 |
| | SQ06 | 0.646 | | |
| | SQ07 | 0.449 | | |
| | SQ08 | 0.721 | | |
| | SQ09 | 0.652 | | |
| 反應性 | SQ10 | 0.480 | 2.727 | 68.185 |
| | SQ11 | 0.798 | | |
| | SQ12 | 0.742 | | |
| | SQ13 | 0.708 | | |
| 保證性 | SQ14 | 0.880 | 2.908 | 72.702 |
| | SQ15 | 0.731 | | |
| | SQ16 | 0.609 | | |
| | SQ17 | 0.688 | | |
| 關懷性 | SQ18 | 0.529 | 3.285 | 65.599 |
| | SQ19 | 0.696 | | |
| | SQ20 | 0.704 | | |
| | SQ21 | 0.682 | | |
| | SQ22 | 0.675 | | |

2.生活品質量表

為瞭解「生活品質量表」中各題目的適切性，研究者依理論架構的 26 題分四部分進行因素分析，根據資料分析結果，生理健康共可解釋總變異量的 37.711%、心理狀態共可解釋總變異量的 48.645%、社會關係共可解釋總變異量的 64.713%、環境因素共可解釋總變異量的 38.215，其結果統整如表 3-3-5。

表 3-3-5 生活品質因素分析

| 生活品質層面 | 問卷題號 | 因素負荷量 | 特徵值 | 可解釋的百分比 |
|---|---|---|---|---|
| 生理健康 | QOL03 | 0.142 | 2.640 | 37.711 |
| | QOL04 | 0.128 | | |
| | QOL10 | 0.420 | | |
| | QOL15 | 0.540 | | |
| | QOL16 | 0.332 | | |
| | QOL17 | 0.657 | | |
| | QOL18 | 0.421 | | |
| 心理狀態 | QOL05 | 0.574 | 2.919 | 48.645 |
| | QOL06 | 0.635 | | |
| | QOL07 | 0.390 | | |
| | QOL11 | 0.495 | | |
| | QOL19 | 0.605 | | |
| | QOL25 | 0.220 | | |
| 社會關係 | QOL20 | 0.701 | 1.941 | 64.713 |
| | QOL21 | 0.745 | | |
| | QOL26 | 0.495 | | |
| 環境因素 | QOL08 | 0.271 | 3.439 | 38.215 |
| | QOL09 | 0.338 | | |
| | QOL12 | 0.618 | | |
| | QOL13 | 0.254 | | |
| | QOL14 | 0.299 | | |
| | QOL22 | 0.457 | | |
| | QOL23 | 0.360 | | |
| | QOL24 | 0.410 | | |
| | QOL27 | 0.431 | | |

## 三、信度分析

本研究採用常見的Cronbach's α 係數予以檢定，。Cronbach's α信度檢定概念，由Kuder,G.F.與Richardson,M.W.在1937 年發展出來，並經過Cronbach,L.J.予以修正，Cronbach's α 係數也就是試題間相互關聯成度的函數。一般而言，全體量表之總信度應在0.7以上；各因素之內部一致性，則至少得超過0.6。

從表3-3-6分析結果得知，服務品質五個構面之保證性Cronbach's α值為0.868為最高、可靠性Cronbach's α值為0.801最低，整體服務品質Cronbach's α值為 0.952，因此可見此一居家服務品質量表具有良好的內部一致性信度。生活品質四個構面之環境因素Cronbach's α值為0.793為最高、生理健康Cronbach's α值為0.699最低，整體生活品質Cronbach's α值為 0. 892，因此本問卷在信度方面相當可靠。

表3-3-6 服務品質與生活品質量表之內部一致性統計

| **變項名稱** | **Cronbach's α值** | **變項名稱** | **Cronbach's α值** |
|---|---|---|---|
| 有形性 | 0.802 | 生理健康 | 0.699 |
| 可靠性 | 0.801 | 心理狀態 | 0.788 |
| 反應性 | 0.843 | 社會關係 | 0.726 |
| 保證性 | 0.868 | 環境因素 | 0.793 |
| 關懷性 | 0.866 | | |

## 第四節 研究步驟與資料分析方式

### 壹、研究步驟

一、確定研究方向與主題。

二、蒐集相關文獻資料，形成研究之概念，擬定研究架構。

三、對研究架構進行研究設計。

四、發展測量工具。

五、請實務界或專家學者對於測量工具提供建言。

六、完成正式問卷。

七、正式對居家服務的老年人進行問卷測量。

八、問卷回收與建檔。

九、進行資料統計與分析與研究結果的撰寫。

### 貳、資料編碼與建立

一、編碼

(一)問卷上編號：新北市居家服務機構之問卷編號為1-84，臺北市居家服務機構之問卷編號為88-94，公所獨居之問卷編號為96-122，社福中心之問卷編號為123-133，以利於資料處理過程中，如發現有不合理之數字即可進行核對。

(二)問卷題項標記：將受訪者於問卷所勾選之數值填先行寫於題號前，以利資料建檔。

二、建檔：將1-133逐案輸入資料檔中，在建檔的過程中，避免游標移動至其他欄位以致造成資料輸入錯誤，如發現游標有錯置情況，必須重新檢視。

### 參、資料分析方式

本研究以研究架構做為資料分析的方向，研究依據回收之問卷，進行問卷的編碼登錄工作，依據不同的研究假設，以SPSS17.0版統計軟體進行計分析，並將本研究所有統計考驗的顯著水準均定為$\alpha = .05$，所用到的統計方法有以下五種：

**一、描述性統計(Descriptive Statistic)**

（一）以次數分配、百分比等方法分別求出老人「基本資料」的分佈情形，以了

解受試者的一般情況。

（二）以平均數、標準差等描述性統計方法來分析老人使用居家服務品質和生活品質之情形。

**二、信度分析(Reliability Analysis)**

信度(Reliability)是指衡量研究工具的可靠程度，表示相關性相當高，本研究針對各研究變項的各構面進行信度分析，並以Cronbach’ α來衡量各構面的信度。

**三、因素分析(Factor Analysis)**

因素分析是用以測量工具中的各個量表進行分析，本研究針對研究工具的各個量表進行因素分析，以檢測各構面與題項之間的適切性，並檢驗研究工具的效度。

**四、t檢定(t-test)與單因子變異數分析(One-way ANOVA)**

以獨立樣本t檢定及單因子變異數分析考驗不同人口變項(性別、年齡、教育程度、宗教信仰、每月花費、居住狀況、有無慢性病、有無照顧者、失能程度、每月服務時數)在居家服務品質、生活品質的差異情形。

**五、皮爾森積差相關(Pearson Correlation Analysis)**

以Pearson積差相關分析檢驗老人使用居家服務品質和生活品質之間的相關性情形。

**六、階層迴歸分析(Hierarchical Regression)**

使用階層迴歸分析居家服務老人的服務品質對生活品質的預測力。

## 第五節　研究倫理考量

本研究經由機構或單位負責人同意提供研究名單，經篩選符合研究對象後，對每一位可能的研究對象詳細說明整個研究計畫的性質、目的與過程，確認並經受訪者同意後，再由研究者或服務員前往受訪者家中做訪視。在訪談之前，再次向受訪者說明研究過程，並簽屬訪談同意書(見附件三)，告知受訪者在訪談過程，如有任何異議，可隨時選擇退出，研究者或服務員得尊重受訪者之意願，才開始進行研究資料蒐集。在訪談過程中，隨時觀察受訪者的反應，若受訪者覺得疲倦、身體不適或有情緒反應時，則隨時可以休息；若受訪者對題目不理解，可適時對題目以口頭或是肢體語言做補充。訪談後，基於保密原則，研究者也向受訪者說明本研究所獲得之資料，僅做為本研究之用，不做其他用途，亦不會對外公佈個人資料，俟研究完成後加以銷毀。

# 第四章 研究結果與討論

本節主要利用次數分配統計，針對回收問卷之受訪老人的基本屬性變項進行分析，期待對樣本之分布情形及其基本特質有概略性了解。

## 第一節 老人基本屬性變項分析

本研究經由研究者親訪及發放問卷共150份，回收問卷133份，回收率88.66%；有效問卷133份，本節將分別就研究樣本的社會人口變項，包括：性別、年齡、教育程度、宗教信仰、每月花費、居住狀況、有無慢性病、有無照顧者、失能程度及每週使用時數，依次說明如下，並將樣本基本資料分佈情形，整理如表4-1-1 所示。

### 一、 性別

男性54人(占40.6%)，女性79人(占59.4%)，女性多於男性。根據內政部主計處：老人福利服務成果(2009)的資料顯示，台北市男性與女性的個案人數比為2:6，新北市男性與女性的個案人數為5:6，而本研究以新北市的研究樣本為多，故此研究結果和新北市使用居家服務老人的母群體較為一致。

### 二、 年齡

65~69歲30人(占22.6%)，69~74歲34人(占25.6%)，75~80歲22人(占16.5%)，81~85歲22人(占16.5%)，85歲以上20人(占15.0%)，以69~74歲最多，65~69歲次之。本研究中使用居家服務個案年齡偏輕，而根據台北市與新北市(內政部主計處，2010)的資料得知，新北市居家服務個案以69~74歲的人最多、台北市居家服務個案以75~80歲的人數最多，顯示本研究與母群體的年齡分布為一致的。

### 三、 教育程度

不識字26人(占19.5%)、識字或自修24人(占18.0%)、小學34人(占25.6%)、初中25人(占18.8%)、高中(職)39人(占16.5%)、大學（含）以上5人(占3.8%)，以小學最多、不識字次之，這是由於現今台灣社會的老人在早期都是未就學，最高就是小學而已。

**四、　宗教信仰**

佛教73人(占54.9%)、道教14人(占10.5%)、天主教3人(占2.3%)、道教14人(占14.5%)、基督教16人(占12.0%)、無宗教信仰19人(占14.3%)、其他6人(占4.5%)，信仰以佛教最多，基督教次之，無信仰再次之，符合目前台灣現狀。

**五、　每月平均花費**

5000元以下30人(占22.6%)、5001~10000元57人(占46.9)、10001~15000元30人(占22.6%)、15001~20000元7人(占5.3%)、20001~25000元3人(占2.3%)、30000元以上1人(占0.8%)，平均花費以5001~10000元最多。

**六、　居住狀況**

獨居53人(占39.8%)、配偶或兒女同住68人(占51.1%)、親戚或友人同住8人(占6.0%)、其他3人(占2.3%)，以配偶或兒女同住最多，獨居次之，茲因受訪來源有27份問卷(占20.3%)來自於公所列冊獨居個案。

**七、　有無慢性病**

有慢性病118人(占88.7%)、無慢性病9人(占6.8%)，主要因本研究受訪者以失能老人為主，故有慢性病者占大多數。

**八、　有無主要照顧者**

有主要照顧者83人(占62.4%)、無主要照顧者46人(占34.6%)。

**九、　失能程度**

輕度55人(占41.4%)、中度24人(占18.0%)、重度41人(占30.8%)、極重度1人(占0.8%)，以輕度失能占最多，重度失能次之。

**十、　每週服務時數**

1~7小時91人(占70.5%)、7.5~14小時32人(佔24.8%)、14小時以上6人(佔4.7%)，以使用居家服務1~7小時者最多。

表4-1-1 受試者各項屬性統計表

| 基本資料 | 組別 | 人數 | 百分比(%) |
|---|---|---|---|
| 性別(N=133) | 男 | 54 | 40.6 |
| | 女 | 79 | 59.4 |
| 年齡(N=128) | 65~69 | 30 | 22.6 |
| | 70~74 | 34 | 25.6 |
| | 75~80 | 22 | 16.5 |
| | 81~85 | 22 | 16.5 |
| | 85以上 | 20 | 15.0 |
| 教育程度(N=133) | 不識字 | 26 | 19.5 |
| | 識字或自修 | 24 | 18.0 |
| | 小學 | 34 | 25.6 |
| | 初中 | 25 | 18.8 |
| | 高中(職) | 19 | 14.3 |
| | 專科 | 0 | 0.0 |
| | 大學 | 5 | 3.8 |
| | 研究所(含)以上 | 0 | 0.0 |
| 宗教信仰(N=131) | 佛教 | 73 | 54.9 |
| | 道教 | 14 | 10.5 |
| | 天主教 | 3 | 2.3 |
| | 基督教 | 16 | 12.0 |
| | 無 | 19 | 14.3 |
| | 其他 | 6 | 4.5 |
| 每月平均花費 (N=128) | 5000元以下 | 30 | 22.6 |
| | 5001~10000元 | 57 | 46.9 |
| | 10001~15000元 | 30 | 22.6 |
| | 15001~20000元 | 7 | 5.3 |
| | 20001~25000元 | 3 | 2.3 |
| | 30000元以上 | 1 | 0.8 |
| 居住狀況(N=132) | 獨居 | 53 | 39.8 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 51.1 |
| | 親戚或友人同住 | 8 | 6.0 |
| | 其他 | 3 | 2.3 |

表 4-1-1 受試者各項屬性統計表(續 1)

| 基本資料 | 組別 | 人數 | 百分比(%) |
|---|---|---|---|
| 有無慢性病 (N=127) | 有 | 118 | 88.7 |
| | 無 | 9 | 6.8 |
| 有無主要照顧者 (N=129) | 有 | 83 | 62.4 |
| | 無 | 46 | 34.6 |
| 失能程度(N=121) | 輕度 | 55 | 41.4 |
| | 中度 | 24 | 18.0 |
| | 重度 | 41 | 30.8 |
| | 極重度 | 1 | 0.8 |
| 每週服務時數 (N=129) | 1~7小時 | 91 | 70.5 |
| | 7.5~14小時 | 32 | 24.8 |
| | 14小時以上 | 6 | 4.7 |

## 第二節　居家服務之服務品質

本節依所蒐集之樣本資料，根據受試者在本研究調查問卷「居家服務品質問卷」，利用SPSS 17.0套裝軟體進行統計，進行「服務品質」整體層面和各層面之平均數、標準差及各層面的每題平均數分析，據以了解受訪老人對於居家服務品質感受。

### 壹、居家服務服務品質分析

服務品質測量計有22題，包括有形性4題、可靠性5題、反應性4題、保證性4題、關懷性5題，以李克特尺度（Likert scale）五等量表衡量，以1分至5分表示同意程度。茲說明整體服務品質以及服務品質五個構面之平均數及標準差如下：

#### 一、受訪老人對居家服務品質之感受

就整體服務品質及服務品質之五個構面運用次數分配進行分析，依表4-2-1資料顯示，受訪老人對於整體居家服務品質平均數4.18（s=0.40），屬於滿意~非常滿意的程度，與以往的研究結果比較下來是相同的，均對於居家服務成效及

品質表示高度滿意(陳怡如，2003；陳慧君，2004；林金立，2006；曾秀真，2008)。就五個構面而言，老人滿意程度依序為可靠性4.21（s=0.46）、保證性4.21（s=0.49)、關懷性4.19(s=0.41)、有形性4.15(s=0.38)、反應性4.13(s=0.46)，得分最高為「可靠性」構面及「保證性」構面，表示老人認為服務員對承諾過的服務都能夠確實且準時的執行，且服務員的知識及能力可以讓老人感到信賴。

表4-2-1 老人對於服務品質之平均數及標準差統計表(N=133)

| 類別 | 題數 | 平均數 | 標準差 | 排序 |
|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 22 | 4.18 | 0.40 | |
| 有形性 | 4 | 4.15 | 0.38 | 4 |
| 可靠性 | 5 | 4.21 | 0.46 | 1 |
| 反應性 | 4 | 4.13 | 0.46 | 5 |
| 保證性 | 4 | 4.21 | 0.49 | 1 |
| 關懷性 | 5 | 4.19 | 0.41 | 3 |

**二、受訪老人對機構服務品質構面內涵之分析**

有關服務品質之有形性、可靠性、反應性、保證性及情感性五個構面之各題項，依表4-2-2 分述如下：

(一)有形性

有形性構面係指受訪者對居家服務中有形實體的設備及居服員的儀表的主觀看法，題目為1-4題，其中第2題「服務員的儀容能符合我的要求」平均數為4.17（s=0.45），得分最高；第1題「服務員所使用的器材是乾淨的」平均數4.09（s=0.35），得分較低。

(二)可靠性

可靠性構面係指受訪者對居家服務督導或居服員對承諾過的服務確實執行且準時完成的能力的主觀看法，題目5-9題，其中第7題「服務單位有信譽，讓我覺得安全、可靠」平均數為4.29(s=0.53)，得分最高；第8題「服務員不會遲到或早退」，平均數4.18(s=0.66)，得分較低。

(三)反應性

反應性構面係指受訪者對居家服務督導或居服員對幫助老人及提供即時服務的意願的主觀看法，題目10-13題，其中第10題「服務單位在一開始的時候，就告訴我或我的家人服務內容」平均數為4.22(s=0.47)，得分最高；第13題「服務員即使很忙，也會馬上回應我的需要」平均數為4.06(s=0.60)，得分最低。

(四)保證性

保證性構面係指受訪者對居服員的知識的信賴感與禮貌與否的主觀看法，題目14-17題，其中第16題「服務員對我很親切」平均數4.32(s=0.51)得分最高；第17題「服務員的照顧知識和技能很專業，值得我信賴」平均數4.09(s=0.69)得分較低。

(五)關懷性

服務品質之保證性構面係指受訪者認為居服員是否對受訪者能夠關切與個別照顧的主觀看法，題目18-22題，其中第18題「服務員會個別關注我的狀況」平均數4.26(s=0.52)得分最高;第22題「居服單位能依照我的需求調整服務內容」平均數4.10(s=0.52)得分較低。

表4-2-2 服務品質各個題項平均數與標準差統計表(N=133)

| 類別 | 題號/項目 | 平均數 | 標準差 |
|---|---|---|---|
| 有形性 | 1.服務員所使用的器材是乾淨的 | 4.09 | 0.35 |
| | 2.服務員的儀容能符合我的要求 | 4.17 | 0.45 |
| | 3.服務員的個人清潔衛生能符合我的要求 | 4.12 | 0.46 |
| | 4.服務員會準備服務記錄、新規定等資料給我看 | 4.15 | 0.53 |
| 可靠性 | 5.服務員答應的事，都會按時做完 | 4.20 | 0.56 |
| | 6.服務員對於我或家人反映的問題、諮詢的服務，能盡力解決 | 4.19 | 0.48 |
| | 7.服務單位有信譽，讓我覺得安全、可靠 | 4.29 | 0.53 |
| | 8.服務員不會遲到或早退 | 4.18 | 0.66 |
| | 9.服務員在服務結束後，都會和我說明並拿記錄給我簽名 | 4.21 | 0.62 |

表4-2-2 服務品質各個題項平均數與標準差統計表(續)(N=133)

| 類別 | 題號/項目 | 平均數 | 標準差 |
|---|---|---|---|
| 反應性 | 10.服務單位在一開始的時候,就告訴我或我的家人服務內容(如清潔衛生、飲食、家事服務、文書服務及休閒關懷服務) | 4.22 | 0.47 |
| | 11.對我要求的事情，服務員會很快做好 | 4.08 | 0.61 |
| | 12.服務員都樂於解決我的問題 | 4.18 | 0.52 |
| | 13.服務員即使很忙，也會馬上回應我的需要 | 4.06 | 0.60 |
| 保證性 | 14.我對服務員所提供服務很放心 | 4.18 | 0.60 |
| | 15.我對服務員所提供服務感到安全 | 4.23 | 0.51 |
| | 16.服務員對我很親切 | 4.32 | 0.51 |
| | 17.服務員的照顧知識和技能很專業(指工作專業能力)，值得我信賴 | 4.09 | 0.69 |
| 關懷性 | 18.服務員會個別關注我的狀況 | 4.26 | 0.52 |
| | 19.如果我有需要，居服單位可以彈性調整服務時間 | 4.23 | 0.56 |
| | 20.服務員會了解我個人需要幫忙的地方 | 4.23 | 0.44 |
| | 21.服務員很注重我所在意的事情 | 4.14 | 0.52 |
| | 22.居服單位能依照我的需求調整服務內容 | 4.10 | 0.52 |

## 貳、不同基本變項受訪老人在服務品質感受之差異

依序檢視不同性別、年齡、教育程度、宗教信仰、每月平均花費、居住狀況、慢性病有無、有無主要照顧者、失能程度及每週服務時數的老人在服務品質感受的差異。

### 一、性別

採獨立樣本t檢定，依表4-2-3顯示，在整體服務品質的感受方面，「男性」平均數為4.18（s=0.34），「女性」平均數為4.18（s=0.43），沒有顯著差異（t=-0.03，p＞0.05。此外；不同性別的老人在「有形性構面」（t=-0.40，p=0.70＞0.05）、「可靠性構面」（t=0.30，p=0.76＞0.05）、「反應性構面」（t=-0.24，P=0.81＞0.05）、「保證性構面」（t=-0.06，p=0.95＞0.05）及「關懷性構面」（t=0.24，p=0.81＞0.05）的服務品質感受皆未達顯著差異，代表不同性別的老

人對於服務品質的感受並無不同。此研究結果與簡秀美(2006)以長照機構住民為研究對象及李玉萍(2006)、徐玉雪(2008)以養護機構老人為研究對象結果相同。

表 4-2-3 性別與服務品質 t 檢定分析統計表 (N=133)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t值 | p值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 男 | 54 | 4.18 | 0.34 | -0.03 | 0.98 |
| | 女 | 79 | 4.18 | 0.43 | | |
| 有形性 | 男 | 54 | 4.13 | 0.37 | -0.40 | 0.70 |
| | 女 | 79 | 4.16 | 0.39 | | |
| 可靠性 | 男 | 54 | 4.23 | 0.37 | 0.30 | 0.76 |
| | 女 | 79 | 4.20 | 0.52 | | |
| 反應性 | 男 | 54 | 4.12 | 0.40 | -0.24 | 0.81 |
| | 女 | 79 | 4.14 | 0.50 | | |
| 保證性 | 男 | 54 | 4.20 | 0.38 | -0.06 | 0.95 |
| | 女 | 79 | 4.21 | 0.56 | | |
| 關懷性 | 男 | 54 | 4.20 | 0.38 | 0.24 | 0.81 |
| | 女 | 79 | 4.18 | 0.43 | | |

**二、年齡**

以單因子變異數分析，比較不同年齡老人在居家服務品質感受情形的差異。依表4-2-3顯示，在整體服務品質方面，「65~69歲」平均數4.16(s=0.40)，「70~74歲」平均數為4.28(s=0.47)，「75~79歲」平均數4.28(s=0.36)，「80~85歲」平均數4.15(s=0.31)，「85歲以上」平均數3.97(s=0.31)，各年齡層之間沒有顯著差異存在（F=2.17，p=0.08＞0.05）。進一步檢驗各構面的狀況，在反應性構面發現有顯著差異存在(F=3.23，p=0.02＜0.05)，事後比較結果發現「65~69歲」、「70~74歲」、「75~79歲」的老人對反應性之感受顯著高於「85歲以上」的老人，其中又以「65~69歲」、「70~74歲」的老人對於反應性構面的感受較高，可能是因為老人年紀較輕的層級，身心狀況較佳，較會反應自己的要求給服務員或社工督導知道，所以服務品質相對較佳。

至於其它有形性構面，F=2.05，p=0.09＞0.05；可靠性構面，F=1.53，p=0.20＞0.05；保證性構面，F=2.29，p=0.06＞0.05；關懷性構面，F=1.45，p=0.22＞0.05四個構面皆無明顯差異。表示年齡不會影響老人對於服務品質之有形性、可靠性、保證性、關懷性等四個構面之感受。此研究結果與簡秀美(2006)以長照機構住民為研究對象的結果類似。

表4-2-4 年齡與服務品質變異數分析統計表 (N=128)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | p值 | 事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 65~69歲 | 30 | 4.16 | 0.40 | 2.17 | 0.08 | |
| | 70~74歲 | 34 | 4.28 | 0.47 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 4.28 | 0.36 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 4.15 | 0.31 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 3.97 | 0.31 | | | |
| 有形性 | 65~69歲 | 30 | 4.05 | 0.42 | 2.05 | 0.09 | |
| | 70~74歲 | 34 | 4.26 | 0.44 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 4.23 | 0.44 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 4.16 | 0.29 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 4.02 | 0.18 | | | |
| 可靠性 | 65~69歲 | 30 | 4.19 | 0.47 | 1.53 | 0.20 | |
| | 70~74歲 | 34 | 4.22 | 0.54 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 4.33 | 0.43 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 4.25 | 0.39 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 3.99 | 0.41 | | | |
| 反應性 | 65~69歲 | 30 | 4.20 | 0.40 | 3.23 | 0.02 | G1>G5 |
| | 70~74歲 | 34 | 4.27 | 0.56 | | | G2>G5 |
| | 75~79歲 | 22 | 4.17 | 0.48 | | | G3>G5 |
| | 80~85歲 | 22 | 4.03 | 0.40 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 3.85 | 0.36 | | | |

表 4-2-4 年齡與服務品質變異數分析統計表(續)(N=128)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | p值 | 事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保證性 | 65~69歲 | 30 | 4.21 | 0.53 | 2.29 | 0.06 | |
| | 70~74歲 | 34 | 4.31 | 0.53 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 4.34 | 0.40 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 4.15 | 0.31 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 3.95 | 0.57 | | | |
| 關懷性 | 65~69歲 | 30 | 4.14 | 0.41 | 1.45 | 0.22 | |
| | 70~74歲 | 34 | 4.26 | 0.50 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 4.32 | 0.43 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 4.15 | 0.31 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 4.06 | 0.34 | | | |

**三、教育程度**

研究者為了統計之需，將小學、初中合併為小學或初中，將高中與大學合併為高中或大學，因此，此教育程度中共有不識字、識字或自修、小學或初中、高中或大學等四個組別。

以單因子變異數分析，比較不同教育程度老人在居家服務品質感受情形的差異。依表4-2-4顯示，在整體服務品質方面，「不識字」平均數4.09(s=0.43)，「識字或自修」平均數為4.32(s=0.40)，「小學或初中」平均數4.20(s=0.38)，「高中或大學」平均數4.06(s=0.36)，各教育程度之間沒有顯著差異存在（F=2.21，p=0.09＞0.05）。進一步檢驗各構面的狀況，在可靠性構面發現有顯著差異存在（F=2.88，p=0.04＜0.05），事後比較結果發現「識字或自修」的老人對可靠性之感受顯著高於「不識字」及「高中或大學」的老人、「小學或初中」的老人對可靠性之感受顯著高於「高中或大學」的老人，其中又以「識字或自修」的老人對於可靠性構面的感受較高，由此可發現教育程度越低的老人，越認為服務員都能確實執行服務且能夠準時完成服務；在反應性構面也有顯著差異存在

(F=3.35，p=0.02＜0.05)，事後比較結果發現「識字或自修」的老人對反應性的感受顯著高於「不識字」的老人、「識字或自修」的老人對於反應性的感受顯著高於「高中或大學」的老人，反應性構面係指服務員對幫助老人及提供即時服務的意願，在反應性構面上，教育程度越低的老人在反應性構面上的感受越高，反之，教育程度越高的老人在反應性構面上的感受越低，研究者認為教育程度越高的老人對於服務的要求會較多，且不易滿足，故對於服務員的服務感受較低。

至於其它有形性構面，F=1.64，p=0.18＞0.05；保證性構面，F=1.73，p=0.17＞0.05；關懷性構面，F=1.50，p=0.22＞0.05三個構面皆無明顯差異。表示教育程度不會影響老人對於服務品質之有形性、保證性、關懷性等三個構面之感受。

表 4-2-5　教育與服務品質變異數分析統計表(N=133)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | p 值 | 事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 不識字 | 26 | 4.09 | 0.43 | 2.21 | 0.09 | |
| | 識字或自修 | 24 | 4.32 | 0.40 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 4.20 | 0.38 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 4.06 | 0.36 | | | |
| 有形性 | 不識字 | 26 | 4.16 | 0.40 | 1.64 | 0.18 | |
| | 識字或自修 | 24 | 4.29 | 0.42 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 4.09 | 0.37 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 4.13 | 0.31 | | | |
| 可靠性 | 不識字 | 26 | 4.11 | 0.49 | 2.88 | 0.04 | G2>G1<br>G2>G4<br>G3>G4 |
| | 識字或自修 | 24 | 4.38 | 0.43 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 4.26 | 0.44 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 4.04 | 0.46 | | | |
| 反應性 | 不識字 | 26 | 4.02 | 0.49 | 3.35 | 0.02 | G2>G1<br>G2>G4 |
| | 識字或自修 | 24 | 4.33 | 0.43 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 4.16 | 0.45 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 3.96 | 0.42 | | | |

表 4-2-5　教育與服務品質變異數分析統計表(續)(N=133)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | p值 | 事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保證性 | 不識字 | 26 | 4.08 | 0.61 | 1.73 | 0.17 | |
| | 識字或自修 | 24 | 4.31 | 0.43 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 4.27 | 0.48 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 4.09 | 0.41 | | | |
| 關懷性 | 不識字 | 26 | 4.09 | 0.39 | 1.50 | 0.22 | |
| | 識字或自修 | 24 | 4.28 | 0.43 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 4.23 | 0.43 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 4.10 | 0.34 | | | |

四、宗教信仰

考量佛教、道教以及回教屬東方信仰，故將三者合併；而天主教與基督教屬西方信仰，故將兩者合併；填寫「其他」者有6名，填寫「其他」者表示有時會陪同朋友參加相關宗教活動，但無信仰，因此將「其他」與「無」信仰者合併。

採單因子變異數分析，依表 4-2-5 顯示，在整體服務品質方面，「佛教、道教或回教」平均數為 4.19(s=0.39)，「天主教或基督教」平均數為 4.04 (s=0.43)，「無宗教信仰」平均數為 4.24(s=0.38)， F=1.56，p=0.22＞0.05；有形性構面，F=0.37，p=0.69＞0.05；可靠性構面，F=2.09，P=0.13＞0.05；反應性構面，F=0.97，P=0.38＞0.05；保證性構面，F=1.49，p=0.23＞0.05；關懷性構面，F=1.99，p=0.14＞0.05；顯示不同宗教信仰的老人在整體服務品質、有形性構面、可靠性構面、反應性構面、保證性構面及關懷性構面皆未達顯著差異。研究結果與柯麗嫩(2003)、徐玉雪(2008)以安養機構老人為研究對象及簡秀美(2006)以長照機構住民為研究對象之結果一致。

表 4-2-6 宗教信仰與服務品質變異數分析一覽表(N=131)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | p 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 佛教、道教或回教 | 87 | 4.19 | 0.39 | 1.56 | 0.22 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 4.04 | 0.43 | | |
| | 無 | 25 | 4.24 | 0.38 | | |
| 有形性 | 佛教、道教或回教 | 87 | 4.16 | 0.38 | 0.37 | 0.69 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 4.08 | 0.43 | | |
| | 無 | 25 | 4.15 | 0.37 | | |
| 可靠性 | 佛教、道教或回教 | 87 | 4.24 | 0.42 | 2.09 | 0.13 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 4.02 | 0.63 | | |
| | 無 | 25 | 4.28 | 0.46 | | |
| 反應性 | 佛教、道教或回教 | 87 | 4.14 | 0.05 | 0.97 | 0.38 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 4.00 | 0.11 | | |
| | 無 | 25 | 4.19 | 0.09 | | |
| 保證性 | 佛教、道教或回教 | 87 | 4.21 | 0.51 | 1.49 | 0.23 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 4.05 | 0.49 | | |
| | 無 | 25 | 4.31 | 0.43 | | |
| 關懷性 | 佛教、道教或回教 | 87 | 4.20 | 0.04 | 1.99 | 0.14 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 4.04 | 0.10 | | |
| | 無 | 25 | 4.29 | 0.09 | | |

## 五、每月平均花費

每月平均花費分類中，填寫「30000 元以上」項目者，考量次數僅有 1 位，故為利統計之需，將「20001~25000 元」與「30000 元以上」合併為一項進行統計分析。

採Pearson積差相關檢驗，依表4-2-6顯示，在整體服務品質方面，r=-0.24，p=0.01＜0.05；有形性構面，r= -0.21，P=0.02＜0.05；可靠性構面，r=-0.20，p=0.02＜0.05；反應性構面，r=-0.26，P=0.00＜0.05；保證性構面，r=-0.24，p=0.01＜0.05，顯示每月平均花費與整體服務品質、有形性構面、可靠性構面、反應性構面及保證性構面有顯著負相關，表示每月平均花費越少的老人在整體服務品質、有形性構面、可靠性構面、反應性構面及保證性構面上越感到滿足，研究者認為，花費較少的老人在經濟上可能是較弱勢的，對於服務易感到滿足，對

於居家服務品質的要求也較低。

至於在關懷性構面，r=-0.24，p=0.06＞0.05，顯示每月平均花費不同的老人對於關懷性構面感受無顯著相關。

表 4-2-7　每月平均花費與服務品質相關分析表（N=128）

| 項目 | Pearson 係數 | P值 |
|---|---|---|
| 整體服務品質 | -0.24 | 0.01(*) |
| 有形性 | -0.21 | 0.02(*) |
| 可靠性 | -0.20 | 0.02(*) |
| 反應性 | -0.26 | 0.00(**) |
| 保證性 | -0.24 | 0.01(*) |
| 關懷性 | -0.17 | 0.06 |

**六、居住狀況**

老人居住狀況對居家服務品質感受，老人填答「其他」項者，其多屬「與同居人同住」情形，與「親戚或友人同住」性質相當，故將「其他」與「親戚或友人同住」合併為一個變項進行統計分析。

採單因子變異數分析，依表4-2-7顯示，在整體服務品質方面，「獨居」平均數為4.23(s=0.42)，「配偶或兒女同住」平均數為4.15(s=0.37)，「親戚或友人同住」平均數為4.11(s=0.46)，F=0.76，p=0.47＞0.05；有形性構面，F=1.53，p=0.22＞0.05；可靠性構面，F=0.79，p=0.46＞0.05；反應性構面，F=1.09，p=0.34＞0.05；保證性構面，F=1.27，p=0.28＞0.05；關懷性構面，F=0.74，p=0.48＞0.05；顯示不同居住狀況的老人對於整體服務品質感受與服務品質之有形性構面、可靠性構面、反應性構面、保證性構面及關懷性構面感受皆未達顯著差異。

表 4-2-8 居住狀況與服務品質變異數分析一覽表(N=132)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | p 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 獨居 | 53 | 4.23 | 0.42 | 0.76 | 0.47 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 4.15 | 0.37 | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 4.11 | 0.46 | | |

表 4-2-8 居住狀況與服務品質變異數分析一覽表(續)(N=132)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | p 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 有形性 | 獨居 | 53 | 4.21 | 0.38 | 1.53 | 0.22 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 4.09 | 0.39 | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 4.16 | 0.32 | | |
| 可靠性 | 獨居 | 53 | 4.27 | 0.52 | 0.79 | 0.46 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 4.16 | 0.43 | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 4.25 | 0.41 | | |
| 反應性 | 獨居 | 53 | 4.15 | 0.53 | 1.09 | 0.34 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 4.15 | 0.37 | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 3.93 | 0.64 | | |
| 保證性 | 獨居 | 53 | 4.27 | 0.46 | 1.27 | 0.28 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 4.18 | 0.45 | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 4.02 | 0.79 | | |
| 關懷性 | 獨居 | 53 | 4.24 | 0.45 | 0.74 | 0.48 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 4.15 | 0.38 | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 4.20 | 0.41 | | |

**七、有無慢性病**

採獨立樣本T檢定，依表4-2-8顯示，在整體服務品質方面，「有慢性病」平均數為4.18(s=0.40)，「無慢性病」平均數為4.22(s=0.46)，F=-0.25，p=0.80＞0.05；有形性構面，F=-1.53，p=0.13＞0.05；可靠性構面，F=-0.09，p=0.93＞0.05；反應性構面，F=-0.03，p=0.98＞0.05；保證性構面，F=0.15，p=0.88＞0.05；關懷性構面，F=0.19，=0.85＞0.05；顯示有無慢性病對於整體服務品

質感受與服務品質之有形性構面、可靠性構面、反應性構面、保證性構面及關懷性構面感受皆未達顯著差異。但就現存研究中，慢性病有無與服務品質有顯著差異，未罹患慢性病的住民對服務品質之感受也較高(簡秀美，2006)，此研究結果可能是本研究樣本中多為有慢性病的老人(佔92.9%)，無法比較出有慢性病與沒有慢性病的老人對服務品質感受的差異，因此對服務品質的影響也較小。

表 4-2-9 慢性病有無與服務品質變異數分析一覽表(N=127)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t 值 | P 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 有 | 118 | 4.25 | 0.50 | -0.25 | 0.80 |
| | 無 | 9 | 4.14 | 0.33 | | |
| 有形性 | 有 | 118 | 4.24 | 0.43 | -1.53 | 0.13 |
| | 無 | 9 | 4.10 | 0.35 | | |
| 可靠性 | 有 | 118 | 4.26 | 0.57 | -0.09 | 0.93 |
| | 無 | 9 | 4.20 | 0.40 | | |
| 反應性 | 有 | 118 | 4.20 | 0.62 | -0.03 | 0.98 |
| | 無 | 9 | 4.10 | 0.36 | | |
| 保證性 | 有 | 118 | 4.26 | 0.61 | 0.15 | 0.88 |
| | 無 | 9 | 4.19 | 0.42 | | |
| 關懷性 | 有 | 118 | 4.30 | 0.50 | 0.19 | 0.85 |
| | 無 | 9 | 4.14 | 0.35 | | |

**八、有無主要照顧者**

採獨立樣本T檢定，依表4-2-9顯示，在整體服務品質的感受方面，「無主要照顧者」平均數為4.05（s=0.47），「有主要照顧者」平均數為3.96（s=0.31），t=1.30，p=0.20＞0.05；有形性構面，t=1.98，p=0.05=0.05；可靠性構面，t=0.67，p=0.51＞0.05；反應性構面t=1.02，p=0.31＞0.05；保證性構面，t=0.68，p=0.50＞0.05；關懷性構面t=1.82，p=0.07＞0.05，研究顯示有無主要照顧者對於整體服務品質感受與服務品質之有形性構面、可靠性構面、反應性構面、保證性構面及關懷性構面感受皆未達顯著差異。

表4-2-10　有無主要照顧者與服務品質t檢定分析統計表 (N=129)

| | 有無主要照顧者 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t值 | p值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體服務品質 | 無 | 46 | 4.25 | 0.50 | 1.30 | 0.20 |
| | 有 | 83 | 4.14 | 0.33 | | |
| 有形性 | 無 | 46 | 4.24 | 0.43 | 1.98 | 0.05 |
| | 有 | 83 | 4.10 | 0.35 | | |
| 可靠性 | 無 | 46 | 4.26 | 0.57 | 0.67 | 0.51 |
| | 有 | 83 | 4.20 | 0.40 | | |
| 反應性 | 無 | 46 | 4.20 | 0.62 | 1.02 | 0.31 |
| | 有 | 83 | 4.10 | 0.36 | | |
| 保證性 | 無 | 46 | 4.26 | 0.61 | 0.68 | 0.50 |
| | 有 | 83 | 4.19 | 0.42 | | |
| 關懷性 | 無 | 46 | 4.30 | 0.50 | 1.82 | 0.07 |
| | 有 | 83 | 4.14 | 0.35 | | |

**九、失能程度**

採 Pearson 積差相關檢驗，依表 4-2-10 顯示，在整體服務品質方面，r=0.04，p=0.64＞0.05；有形性構面，r= -0.05，P=0.59＞0.05；可靠性構面，r=-0.01，p=0.90＞0.05；反應性構面，r=0.12，P=0.19＞0.05；保證性構面，r=0.06，P=0.53＞0.05；關懷性構面，r=0.03，p=0.71＞0.05；顯示不同失能程度的老人對於整體服務品質、服務品質之可靠性構面、反應性構面、保證性構面及關懷性構面感受皆無顯著相關。

表 4-2-11 失能程度與服務品質相關分析統計表(N=120)

| 項目 | Pearson 係數 | P值 |
|---|---|---|
| 整體服務品質 | 0.04 | 0.64 |
| 有形性 | -0.05 | 0.59 |
| 可靠性 | 0.01 | 0.90 |
| 反應性 | 0.12 | 0.19 |
| 保證性 | 0.06 | 0.53 |
| 關懷性 | 0.03 | 0.71 |

**十、每週服務時數**

採Pearson積差相關檢驗，依表4-2-11顯示，在整體服務品質方面，r=0.03，p=0.77＞0.05；有形性構面，r= -0.12，P=0.18＞0.05；可靠性構面，r=0.01，p=0.95＞0.05;反應性構面,r=0.06,P=0.52＞0.05;保證性構面,r=0.08,P=0.35＞0.05；關懷性構面，r=0.02，p=0.85＞0.05；顯示不同使用時數的老人對於整體服務品質、服務品質之可靠性構面、反應性構面、保證性構面及關懷性構面感受皆無顯著相關。

4-2-12　每月服務時數與服務品質相關分析統計表(N=129)

| 項目 | Pearson 係數 | P值 |
|---|---|---|
| 整體服務品質 | 0.03 | 0.77 |
| 有形性 | -0.12 | 0.18 |
| 可靠性 | 0.01 | 0.95 |
| 反應性 | 0.06 | 0.52 |
| 保證性 | 0.08 | 0.35 |
| 關懷性 | 0.02 | 0.85 |

小結：

綜上，有關老人基本屬性變項與服務品質間相關與影響分析，根據統計結果，老人在年齡、教育程度、每月平均花費等 3 個基本屬性變項，對於服務品質具有顯著相關或影響；至於在性別、宗教信仰、居住狀況、有無慢性病、有無主要照顧者、失能程度以及每週服務時數等 7 個基本屬性變項，對於服務品質則未有顯著相關或影響。彙整如表 4-2-13。

表 4-2-13　基本屬性與服務品質相關影響或差異摘要表

| 類別 | 項目 | 整體服務品質 | 有形性 | 可靠性 | 反應性 | 保證性 | 關懷性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本變項 | 性別 | - | - | - | - | - | - |
| | 年齡 | - | - | - | V | - | - |
| | 教育程度 | - | - | V | V | - | - |
| | 宗教信仰 | - | - | - | - | - | - |
| | 每月平均花費 | V | V | V | V | V | - |
| | 居住狀況 | - | - | - | - | - | - |
| | 慢性病有無 | - | - | - | - | - | - |
| | 主要照顧者有無 | - | | - | - | - | - |
| | 失能程度 | - | - | - | - | - | - |
| | 每週服務時數 | - | - | - | - | - | - |

## 第三節 生活品質狀況與分析

### 貳、受訪老人生活品質分析

生活品質測量是採用臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷，包含生理健康7題、心理狀態6題、社會關係3題及環境因素9題，並以李克特尺度(Likert scale)五等量表衡量。茲以整體生活品質以及生活品質四個構面之平均數及標準差進行統計，分析說明如下：

**一、受訪老人之生活品質**

就生活品質第1題之整體評價及第2題健康評價及四個構面運用次數分配進行分析，依表4-3-1資料顯示，受訪老人對於整體生活服務品質評價平均數3.11（s=0.63)。此研究結果與高森永(2003)、王慧伶(2008)以社區老人為研究對象；林富琴(2003)、陳曉梅(2006)以居家服務老人為研究對象，以及蘭寶珍(2010)以居家服務與機構老人為研究對象之研究結果類似。至於整體一般健康平均數為2.86(s=0.70)，整體生活品質得分平均值為46.84分，顯示使用居家服務老人的生活品質屬中等的程度。進一步檢驗生活品質四個構面的分數，依序為社會關係3.02（s=0.62）、環境因素2.97（s=0.49）、生理健康2.93（s=0.50）及心理狀

態2.79(s=0.54)，得分最高為「社會關係」構面，而「心理健康」構面最低，表示老人在個人關係、社會支持、被尊重感等滿意度最高，而對於自己的自尊、外表、注意力、負面感覺等滿意度最低，此研究結果與高森永(2003)以社區老人為對象、蘭寶珍(2010)以居家服務老人為對象的研究結果一致。

4-3-1 老人生活品質之平均數及標準差統計表(N=133)

| 類別 | 題數 | 平均數 | 標準差 | 平均值 | 總分(滿分80分) | 排序 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質評價 | 1 | 3.11 | 0.63 | | | |
| 整體一般健康 | 1 | 2.86 | 0.70 | | | |
| 生理健康 | 7 | 2.93 | 0.50 | 11.72 | | 3 |
| 心理狀態 | 6 | 2.79 | 0.54 | 11.16 | 46.84 | 4 |
| 社會關係 | 3 | 3.02 | 0.62 | 12.08 | | 1 |
| 環境因素 | 9 | 2.97 | 0.49 | 11.88 | | 2 |

註:各構面平均值為同構面的問項分數相加後的平均數再乘以四，使各構面的分數範圍介於4-20 分之間，分數愈高表示生活品質愈好。

## 二、受訪老人對生活品質各題項分析

(一)生理健康

生理健康構面係指受訪者主觀認為自己的健康狀況，題目為3、4、10、15、16、17、18題，其中第4題「您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？」平均數為3.34（s=0.86），得分最高；第18題「您四處行動的能力好嗎？」平均數2.44（s=0.95），得分較低。

(二)心理狀態

心理狀態係指受訪者主觀認為自己的心理狀態，題目為5、6、7、11、19、25題，其中第25題「您常有負面的感受嗎？」平均數為3.12（s=0.82），得分最高；第5題「您享受生活嗎？」平均數2.60（s=0.79），得分較低。

(三)社會關係

社會關係係指受訪者主觀認為自己與社會的關係，題目為20、21、26題，其中第21題「您滿意朋友給您的支持嗎？」平均數3.18(s=0.81)得分最高;26題「您

覺得自己有面子或被尊重嗎？」平均數2.88(s=0.72)得分較低。

(四)環境因素

環境因素係指受訪者主觀認為自己與環境互動的情形，題目為8、9、12、13、14、22、23、24、27題，其中第22題「您滿意自己住所的狀況嗎？」平均數3.37(s=0.80)得分最高；第14題「您有機會從事休閒活動嗎？」平均數2.51(s=0.91)得分較低。

表4-3-2　服務品質各個題項平均數與標準差統計表(N=133)

| 類別 | 題號/項目 | 平均數 | 標準差 |
|---|---|---|---|
| 生理健康 | R3.您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？ | 3.32 | 0.86 |
| | R4.您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？ | 3.34 | 0.86 |
| | 10.您每天的生活有足夠的精力嗎？ | 2.80 | 0.72 |
| | 15.您四處行動的能力好嗎？ | 2.44 | 0.95 |
| | 16.您滿意自己的睡眠狀況嗎？ | 3.05 | 0.90 |
| | 17.您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？ | 3.04 | 0.79 |
| | 18.您滿意自己的工作能力嗎？ | 2.59 | 0.73 |
| 心理狀態 | 5.您享受生活嗎？ | 2.60 | 0.79 |
| | 6.您覺得自己的生命有意義嗎？ | 2.68 | 0.89 |
| | 7.您集中精神的能力有多好？ | 2.62 | 0.76 |
| | 11.您能接受自己的外表嗎？ | 2.86 | 0.74 |
| | 19.您對自己滿意嗎？ | 2.92 | 0.70 |
| | R25.您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等） | 3.12 | 0.82 |
| 社會關係 | 20.您滿意自己的人際關係嗎？ | 3.02 | 0.74 |
| | 21.您滿意朋友給您的支持嗎？ | 3.18 | 0.81 |
| | 26.您覺得自己有面子或被尊重嗎？ | 2.88 | 0.72 |

表4-3-2　服務品質各個題項平均數與標準差統計表(續)(N=133)

| 類別 | 題號/項目 | 平均數 | 標準差 |
|---|---|---|---|
| 環境因素 | 8.在日常生活中，您感到安全嗎？ | 2.89 | 0.81 |
| | 9.您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀） | 2.92 | 0.81 |
| | 12.您有足夠的金錢應付所需嗎？ | 2.72 | 0.86 |
| | 13.您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？ | 2.67 | 0.78 |
| | 14.您有機會從事休閒活動嗎？ | 2.51 | 0.91 |
| | 22.您滿意自己住所的狀況嗎？ | 3.37 | 0.80 |
| | 23.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？ | 3.29 | 0.70 |
| | 24.您滿意所使用的交通運輸方式嗎？ | 3.18 | 0.74 |
| | 27.您想吃的食物通常都能吃到嗎？ | 3.19 | 0.78 |

## 貳、不同基本變項受訪老人在生活品質之差異

依序檢視不同性別、年齡、教育程度、宗教信仰、每月平均花費、居住狀況、慢性病有無、主要照顧者有無、失能程度及每週服務時數的老人在生活品質構面上之差異，結果說明如下:

### 一、　性別

採獨立樣本t檢定，依表4-3-3顯示，在整體生活品質方面，「男性」平均數為3.04（s=0.61），「女性」平均數為3.15（s=0.64），沒有顯著差異(t =-1.03，p=0.30＞0.05)。此外，不同性別的老人「生理健康構面」(t=-0.48，p=0.64＞0.05)、「心理狀態構面」(t=1.30，p=0.19＞0.05)、「社會關係構面」(t=0.74，p=0.46＞0.05)、「環境因素構面」(t=0.82，p=0.41＞0.05)的生活品質感受皆未達顯著差異，代表性別不會對生活品質感受有影響。研究結果與歐鏸黛(2009)以退休老人為對象的研究、王富琴、邱啟潤(2003)以居家服務老人為研究對象的結果相同。

表 4-3-3　性別與生活品質 t 檢定分析統計表 (N=133)

| | 性別 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t檢定 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | t值 | P值 |
| 整體生活品質 | 男 | 54 | 3.04 | 0.61 | -1.03 | 0.30 |
| | 女 | 79 | 3.15 | 0.64 | | |
| 生理健康 | 男 | 54 | 2.91 | 0.45 | -0.48 | 0.64 |
| | 女 | 79 | 2.95 | 0.53 | | |
| 心理狀態 | 男 | 54 | 2.86 | 0.56 | 1.30 | 0.19 |
| | 女 | 79 | 2.73 | 0.53 | | |
| 社會關係 | 男 | 54 | 3.07 | 0.63 | 0.74 | 0.46 |
| | 女 | 79 | 2.99 | 0.61 | | |
| 環境因素 | 男 | 54 | 3.01 | 0.48 | 0.82 | 0.41 |
| | 女 | 79 | 2.94 | 0.50 | | |

**二、年齡**

以單因子變異數分析,比較不同年齡退休老人在生活品質的差異。依表4-2-4所示，在整體生活品質方面，「65~69歲」平均數3.10(s=0.48)，「70~74歲」平均數為3.26(s=0.62)，「75~79歲」平均數3.14(s=0.64)，「80~85歲」平均數2.91(s=0.75)，「85歲以上」平均數3.25(s=0.55)，F=1.35，p=0.26＞0.05，未達顯著差異；社會關係構面，F=3.39，p=0.01＜0.05，達顯著差異，表示不同年齡的老人在生活品質之社會關係構面會有影響，其中以「85歲以上」的老人社會關係最差。社會關係構面經事後檢定，結果發現「65~69歲」及「70~74歲」的老人在社會關係構面的分數皆顯著高於「85歲以上」的老人。研究者認為老人的年齡越大，其生理健康狀況越差，很難參與休閒活動及拓展人際關係，因此在社會關係的連結上自然而然會較少，因而「年輕老人」與「老老人」的社會關係構面差異較大。

而在生理健康構面，F=1.25，p=0.29＞0.05；心理狀態構面，F=1.63，p=0.17＞0.05；；環境因素構面，F=1.35，p=0.21＞0.05，未達顯著差異，顯示不同年

齡之老人對於整體服務品質與生活品質之生理健康、心理狀態及環境因素等構面無顯著差異。研究結果與Tseng &Wang(2001)以護理之家住民為研究對象、Szeto &Cheng（2006）以癌末病人為研究對象的結果一致。

表4-3-4　年齡與生活品質變異數分析統計表（N=128）

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | ANOVA | P值 | Scheffe事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | 65~69歲 | 30 | 3.10 | 0.48 | 1.35 | 0.26 | |
| | 70~74歲 | 34 | 3.26 | 0.62 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 3.14 | 0.64 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 2.91 | 0.75 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 3.25 | 0.55 | | | |
| 生理健康 | 65~69歲 | 30 | 2.95 | 0.38 | 1.25 | 0.29 | |
| | 70~74歲 | 34 | 3.05 | 0.47 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 2.93 | 0.38 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 2.83 | 0.55 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 2.77 | 0.68 | | | |
| 心理狀態 | 65~69歲 | 30 | 2.78 | 0.33 | 1.63 | 0.17 | |
| | 70~74歲 | 34 | 3.00 | 0.53 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 2.73 | 0.54 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 2.65 | 0.62 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 2.80 | 0.67 | | | |
| 社會關係 | 65~69歲 | 30 | 3.22 | 0.09 | 3.39 | 0.01 | G1＞G5<br>G2＞G5 |
| | 70~74歲 | 34 | 3.22 | 0.10 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 2.97 | 0.10 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 2.92 | 0.17 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 2.72 | 0.13 | | | |

表 4-3-4　年齡與生活品質變異數分析統計表(續)(N=128)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | ANOVA | P值 | Scheffe事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 環境因素 | 65~69歲 | 30 | 3.08 | 0.42 | 1.35 | 0.21 | |
| | 70~74歲 | 34 | 3.05 | 0.51 | | | |
| | 75~79歲 | 22 | 2.82 | 0.42 | | | |
| | 80~85歲 | 22 | 2.88 | 0.52 | | | |
| | 85歲以上 | 20 | 3.07 | 0.53 | | | |

## 三、　教育程度

研究者為了統計之需，將小學、初中合併為小學或初中，將高中與大學合併為高中或大學，因此，此教育程度中共有不識字、識字或自修、小學或初中、高中或大學等四個組別。

以單因子變異數分析，比較不同教育程度老人在生活品質感受情形的差異。依表4-2-4顯示，在整體生活品質方面，「不識字」平均數3.19(s=0.69)，「識字或自修」平均數為3.04(s=0.62)，「小學或初中」平均數3.15(s=0.64)，「高中或大學」平均數2.96(s=0.55)。不同教育程度老人在整體生活品質(F=0.79，p=0.50＞0.05)上並無顯著差異。

進一步檢驗各構面的狀況，在生理健康構面發現有顯著差異存在(F=3.80，p=0.01＜0.05)，事後比較結果發現「小學或初中」、「高中或大學」的老人在生理健康上顯著高於「不識字」的老人，其中又以「高中或大學」的老人在生理健康的分數較高，由此可發現有受教育的老人對於生理健康的滿意度較佳，可能是因其能獲得較多的資源，可以維持其一定的生理機能。在社會關係構面亦發現有顯著差異(F=7.27，p=0.00)，「小學或初中」、「高中或大學」的老人在社會關係上顯著高於「不識字」及「識字或自修」的老人，顯示教育程度越高的老人，能夠掌握較多的資訊，因此在社會關係上也有較高的分數。此研究結果與王富琴、邱啟潤(2003)以居家服務老人為研究對象、Tseng ＆Wang(2001)以護理之

家住民為研究對象的結果一致，皆發現教育程度與生活品質有顯著差異，亦與歐鏸黛（2009）以退休老人為研究對象結果相似。而教育程度也是職業與社經地位的一項指標(Tseng&Wang，2001)，Zhan(1992)指出高社經地位者較能夠因應壓力及獲得資源，並有較高的安全感與自尊，所以自覺有較好的生活品質。

至於其它在心理狀態（F=1.01，p=0.39＞0.05)與環境因素(F=2.18，p=0.09＞0.05)等品質構面皆無明顯差異，表示教育程度不會影響老人對於生活品質之心理狀態與環境因素等構面之感受。

表 4-3-5　教育與服務品質變異數分析統計表(N=133)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | p 值 | 事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | 不識字 | 26 | 3.19 | 0.69 | 0.79 | 0.50 | |
| | 識字或自修 | 24 | 3.04 | 0.62 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 3.15 | 0.64 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 2.96 | 0.55 | | | |
| 生理健康 | 不識字 | 26 | 2.68 | 0.65 | 3.80 | 0.01 | G3>G1 |
| | 識字或自修 | 24 | 2.93 | 0.34 | | | G4>G1 |
| | 小學或初中 | 59 | 2.97 | 0.43 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 3.13 | 0.52 | | | |
| 心理狀態 | 不識字 | 26 | 2.69 | 0.72 | 1.01 | 0.39 | |
| | 識字或自修 | 24 | 2.71 | 0.40 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 2.81 | 0.46 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 2.92 | 0.63 | | | |
| 社會關係 | 不識字 | 26 | 2.73 | 0.77 | 7.27 | 0.00 | G3>G1 |
| | 識字或自修 | 24 | 2.75 | 0.49 | | | G3>G2 |
| | 小學或初中 | 59 | 3.12 | 0.56 | | | G4>G1 |
| | 高中或大學 | 24 | 3.36 | 0.45 | | | G4>G2 |

表 4-3-5　教育與服務品質變異數分析統計表(續)(N=133)

| | 變項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | p值 | 事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 環境因素 | 不識字 | 26 | 2.88 | 0.50 | 2.18 | 0.09 | |
| | 識字或自修 | 24 | 2.79 | 0.37 | | | |
| | 小學或初中 | 59 | 3.03 | 0.52 | | | |
| | 高中或大學 | 24 | 3.09 | 0.46 | | | |

**四、宗教信仰**

考量佛教、道教以及回教屬東方信仰，故將三者合併；而天主教與基督教屬西方信仰，故將兩者合併；填寫「其他」者有6名，填寫「其他」者表示有時會陪同朋友參加相關宗教活動，但無信仰，因此將「其他」與「無」信仰者合併。

採單因子變異數分析，依表 4-3-6 顯示，在整體生活品質方面，「佛教、道教或回教」平均數為 3.13(s=0.64)，「天主教或基督教」為平均數為 3.16 (s=0.69)，「無宗教信仰」平均數為 3.00(s=0.58)，F=0.45，p=0.64＞0.05；生理健康構面，F=0.09，p=0.92＞0.05；心理狀態構面，F=1.37，P=0.26＞0.05；社會關係構面，F=1.25，P=0.29＞0.05；環境因素構面，F=1.95，p=0.15＞0.05，顯示不同宗教信仰的老人在整體生活品質、生理健康構面、心理狀態構面、社會關係構面及環境因素構面皆未達顯著差異。

表 4-3-6　宗教信仰與生活品質變異數分析一覽表(N=131)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | p 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | 佛教、道教或回教 | 87 | 3.13 | 0.64 | 0.45 | 0.64 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 3.16 | 0.69 | | |
| | 無 | 25 | 3.00 | 0.58 | | |
| 生理健康 | 佛教、道教或回教 | 87 | 2.95 | 0.48 | 0.09 | 0.92 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 2.91 | 0.67 | | |
| | 無 | 25 | 2.91 | 0.45 | | |
| 心理狀態 | 佛教、道教或回教 | 87 | 2.80 | 0.54 | 1.37 | 0.26 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 2.94 | 0.65 | | |
| | 無 | 25 | 2.67 | 0.41 | | |

表 4-3-6　宗教信仰與生活品質變異數分析一覽表(續)(N=131)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F 值 | p 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 社會關係 | 佛教、道教或回教 | 87 | 2.96 | 0.64 | 1.25 | 0.29 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 3.11 | 0.68 | | |
| | 無 | 25 | 3.16 | 0.49 | | |
| 環境因素 | 佛教、道教或回教 | 87 | 2.92 | 0.50 | 1.95 | 0.15 |
| | 天主教或基督教 | 19 | 3.17 | 0.54 | | |
| | 無 | 25 | 2.96 | 0.49 | | |

## 四、　每月平均花費

每月平均花費分類中，填寫「30000 元以上」項目者，考量次數僅有 1 位，故為利統計之需，將「20001~25000 元」與「30000 元以上」合併為一項進行統計分析。

採Pearson積差相關檢驗，依表4-3-7顯示，在整體生活品質方面，r=-0.06，p=0.49＞0.05；生理健康構面，r=0.15，P=0.09＞0.05；心理狀態構面，r=-0.13，p=0.14＞0.05；社會關係構面，r=0.15，P=0.09＞0.05；環境因素構面，r=-0.03，p=0.77＞0.05，顯示每月平均花費不同的老人在整體生活品質、生理健康構面、心理狀態構面、社會關係構面及環境因素構面沒有相關，表示每月平均花費和生活品質各個構面並沒有關係。

表 4-3-7　每月平均花費與生活品質相關分析表 (N=128)

| 項目 | Pearson 係數 | P值 |
|---|---|---|
| 整體生活品質 | -0.06 | 0.49 |
| 生理健康 | 0.15 | 0.09 |
| 心理狀態 | -0.13 | 0.14 |
| 社會關係 | 0.15 | 0.09 |
| 環境因素 | -0.03 | 0.77 |

## 五、　居住狀況

老人居住狀況對生活品質感受，老人填答「其他」項者，其多屬「與同居人同住」情形，與「親戚或友人同住」性質相當，故將「其他」與「親戚或友人同

住」合併為一個變項進行統計分析。

採單因子變異數分析，依表4-3-8顯示，在整體生活品質方面，「獨居」平均數為3.04(s=0.71)，「配偶或兒女同住」平均數為3.12(s=0.56)，「親戚或友人同住」平均數為3.36(s=0.67)。在整體生活品質之F值為1.24(p=0.29＞0.05)，未達顯著差異。

在環境因素構面上，F=4.04，p=0.02＜0.05，達顯著差異，顯示不同居住狀況的老人對於生活服務品質之環境因素構面是有影響的。經過事後檢定發現，與配偶或兒女同住的老人生活品質(M=3.07)較獨居老人高(M=2.82)。此研究結果和歐鏸黛(2009)以退休老人為研究對象的發現一致，在環境因素構面上有顯著差異，且有人共同居住的老人比獨居的老人有較高的生活品質。

而生理健康構面(F=0.44，p=0.65＞0.05)、心理狀態構面(F=1.18，p=0.31＞0.05)、社會關係構面(F=2.80，p=0.07＞0.05)則皆未達顯著差異。

表4-3-8　居住狀況與生活品質變異數分析一覽表(N=132)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | P值 | Scheffe事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | 獨居 | 53 | 3.04 | 0.71 | 1.24 | 0.29 | |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 3.12 | 0.56 | | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 3.36 | 0.67 | | | |
| 生理健康 | 獨居 | 53 | 2.96 | 0.53 | 0.44 | 0.65 | |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 2.90 | 0.48 | | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 3.04 | 0.52 | | | |
| 心理狀態 | 獨居 | 53 | 2.72 | 0.64 | 1.18 | 0.31 | |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 2.82 | 0.47 | | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 2.97 | 0.54 | | | |

表4-3-8　居住狀況與生活品質變異數分析一覽表(續)(N=132)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | F值 | P值 | Scheffe事後檢定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 社會關係 | 獨居 | 53 | 2.87 | 0.70 | 2.80 | 0.07 | |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 3.14 | 0.51 | | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 2.97 | 0.75 | | | |
| 環境因素 | 獨居 | 53 | 2.82 | 0.53 | 4.04 | 0.02 | G2＞G1 |
| | 配偶或兒女同住 | 68 | 3.07 | 0.43 | | | |
| | 親戚或友人同住 | 11 | 3.06 | 0.53 | | | |

## 六、　有無慢性病

採獨立樣本t檢定，依表4-3-9顯示，在整體生活品質方面，「有慢性病」平均數為3.10(s=0.65)，「無慢性病」平均數為3.11(s=0.60)，F=-0.04，P=0.97＞0.05；生理健康構面，F=-1.04，P=0.32＞0.05；心理狀態構面，F=-0.87，P=0.41＞0.05；社會關係構面，F=-0.95，P=0.34＞0.05；環境因素構面，F=-0.10，P=0.92＞0.05，顯示有無慢性病對於整體生活品質與生活品質之心理狀態構面、生理健康構面、社會關係構面及環境因素構面無顯著差異。但就目前許多老人的生活品質現存研究中，慢性病有無與生活品質是有顯著的差異，通常老人罹患的疾病數目越少，其生活品質越佳(趙安娜、高美玲、林壽惠，2004；林富琴、邱啟潤，2004；王慧伶，2008)，此研究可能是社區老人及使用服務居家老人的特性不同所致，使用居家服務的老人多有慢性病，導致研究樣本多為有慢性病的老人，因而在本研究中無法明顯的看出兩者之差異。

表4-3-9　有無慢性病與生活品質變異數分析一覽表(N=127)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t值 | P值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | 有 | 118 | 3.10 | 0.65 | -0.04 | 0.97 |
| | 無 | 9 | 3.11 | 0.60 | | |
| 生理健康 | 有 | 118 | 2.91 | 0.47 | -1.04 | 0.32 |
| | 無 | 9 | 3.19 | 0.81 | | |

表 4-3-9　有無慢性病與生活品質變異數分析一覽表(續)(N=127)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t 值 | P 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 心理狀態 | 有 | 118 | 2.76 | 0.51 | -0.87 | 0.41 |
| | 無 | 9 | 3.19 | 0.81 | | |
| 社會關係 | 有 | 118 | 2.98 | 0.62 | -0.95 | 0.34 |
| | 無 | 9 | 3.19 | 0.41 | | |
| 環境因素 | 有 | 118 | 2.96 | 0.48 | -0.10 | 0.92 |
| | 無 | 9 | 2.97 | 0.67 | | |

## 八、　有無主要照顧者

採獨立樣本 t 檢定，依表 4-3-10 顯示，在整體生活品質方面，「有主要照顧者」平均數為 3.11(s=0.77)，「無主要照顧者」平均數為 3.10(s=0.56)，F=-0.10，P=0.92＞0.05，兩者無顯著差異。社會關係構面，F=-2.46，P=0.02＜0.05，兩者有顯著差異，經檢驗兩者之平均數發現，無主要照顧者的老人生活品質(M=3.11)較有主要照顧者的老人高(M=2.83)，研究者認為之所以會有這樣的研究結果，是因服務員在服務的過程中也有陪伴老人聊天、散步，所以無主要照顧者的老人對於這樣關心充滿感激，故在社會關係的分數上會覺得較高。

生理健康構面(F=-1.08，p=0.28＞0.05)、心理狀態構面(F=-1.28，p=0.21＞0.05)、環境因素構面(F=-1.62，p=0.11＞0.05)皆無顯著差異，可見有無主要照顧者對於整體生活品質與生活品質之生理健康構面、心理狀態構面、社會關係構面、環境因素構面皆未達顯著差異。

表4-3-10　有無主要照顧者與生活品質變異數分析一覽表(N=129)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t值 | P值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | 有 | 46 | 3.11 | 0.77 | 0.10 | 0.92 |
| | 無 | 83 | 3.10 | 0.56 | | |

表 4-3-10　有無主要照顧者與生活品質變異數分析一覽表(續)(N=129)

| 類別 | 項目 | 個數 | 平均數 | 標準差 | t值 | P值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生理健康 | 有 | 46 | 3.00 | 0.56 | -1.08 | 0.28 |
| | 無 | 83 | 2.90 | 0.47 | | |
| 心理狀態 | 有 | 46 | 2.71 | 0.64 | | 0.21 |
| | 無 | 83 | 2.83 | 0.48 | -1.28 | |
| 社會關係 | 有 | 46 | 2.83 | 0.68 | -2.46 | 0.02 |
| | 無 | 83 | 3.11 | 0.56 | | |
| 環境因素 | 有 | 46 | 2.87 | 0.53 | -1.62 | 0.11 |
| | 無 | 83 | 3.01 | 0.46 | | |

**九、　失能程度**

採 Pearson 積差相關檢驗，依表 4-3-11 所示，在整體生活品質方面，r=-0.02，P=0.83＞0.05；生理健康構面，r=-0.21，P=0.02＜0.05，有顯著相關；心理狀態構面，r=0.12，P=-0.19＞0.05；社會關係構面，r=0.08，P=0.40＜0.05；環境因素構面，r=0.10，P=0.30＞0.05；顯示除了生理健康構面以外，不同失能程度的老人對於整體生活品質及生活品質之心理狀態構面、社會關係構面、環境因素構面無顯著相關。

就生理健康構面而言，r=0.21，P=0.02＜0.05 達顯著水準，表示失能程度與生理健康構面有顯著負相關存在，亦即當失能程度越高時，其生理健康構面會越低；反之，當失能程度越低時，生理健康構面會越高。但由於相關係數＜0.40，顯示失能程度與生理健康兩個變項呈現低度相關。

表 4-3-11　失能程度與生活品質相關分析統計表(N=129)

| 項目 | Pearson 係數 | P值 |
|---|---|---|
| 整體生活品質 | -0.02 | 0.83 |
| 生理健康 | -0.21 | 0.02(*) |
| 心理狀態 | 0.12 | 0.19 |
| 社會關係 | 0.08 | 0.40 |
| 環境因素 | 0.10 | 0.30 |

* 在顯著水準為 0.05 時（雙尾），相關顯著。

**十、每週服務時數**

採 Pearson 積差相關檢驗，依表 4-3-12 所示，在整體生活品質方面，r=-0.08，P=0.36＞0.05，兩者無顯著相關。就環境因素構面而言，r=0.18，p=0.04＜0.05 達顯著水準，表示每週服務時數與環境因素構面有顯著正相關存在，亦即老人使用居家服務的時數越久，越能夠提升環境因素構面。但就目前許多老人的生活品質現存研究中，每月服務時數與環境因素是有顯著的負相關，老人每月使用居家服務總時數愈少者，生活品質愈好，反之，使用時數越高者，生活品質越差(林富琴，2003；陳曉梅，2006)，造成此研究結果可能是因生活品質較低的老人，失能程度較高，可以使用居家服務的時數也越高。本研究中服務時數與環境因素呈現正相關，其中環境因素包括身體安全保障、家居環境、取得新資訊及技能的機會、健康及社會照顧、參與娛樂及休閒生活的機會、物理環境、飲食、交通等項目，皆與居家服務內容的家務服務、居家環境改善、陪同就醫、陪同散步與運動、餐飲服務等有相當大的關聯，由此可知居家服務使用時數越多，與提升老人的環境因素是有幫助的，故研究者認為，此正相關為居家服務之服務效果。陳慧君(2004)以居家服務老人為研究對象的服務中，也發現九成六的服務對象在接受居家服務後居住環境獲得明顯改善之研究結果一致。

服務時數與其它生理健康構面，r=-0.09，p=0.31＞0.05；心理狀態構面，r=0.11，p=-0.23＞0.05；社會關係構面，r=0.15，p=0.08＞0.05 的相關皆未顯著，顯示服務時數對於老人生活品質之生理健康構面、心理狀態構面、社會關係構面皆無顯著影響。

表 4-3-12　每週服務時數與生活品質相關分析統計表 (N=129)

| 項目 | Pearson 係數 | P值 |
|---|---|---|
| 整體生活品質 | -0.08 | 0.36 |
| 生理健康 | -0.09 | 0.31 |
| 心理狀態 | 0.11 | 0.23 |
| 社會關係 | 0.15 | 0.08 |
| 環境因素 | 0.18 | 0.04(*) |

* 在顯著水準為 0.05 時（雙尾），相關顯著。

小結：

綜上，有關老人基本屬性變項與生活品質間相關與影響分析，根據統計結果，老人在年齡、教育程度、居住狀況、有無主要照顧者、失能程度、每週服務時數等 6 個基本屬性變項，對於生活品質具有顯著相關或影響；至於在性別、宗教信仰、每月平均花費、有無慢性病等 4 個基本屬性變項，對於生活品質間則未有顯著相關或影響。彙整如表 4-3-13。

表 4-3-13　基本屬性變項與生活品質相關影響或差異摘要表

| 類別 | 項目 | 整體生活品質 | 生理健康 | 心理狀態 | 社會關係 | 環境因素 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本變項 | 性別 | – | – | – | – | – |
| | 年齡 | – | – | – | V | – |
| | 教育程度 | – | V | – | V | – |
| | 宗教信仰 | – | – | – | – | – |
| | 每月平均花費 | – | – | – | – | – |
| | 居住狀況 | – | – | – | – | V |
| | 有無慢性病 | – | – | – | – | – |
| | 有無主要照顧者 | – | | – | V | – |
| | 失能程度 | – | V | – | – | – |
| | 每週服務時數 | – | – | – | – | V |

## 參、居家服務品質與生活品質相關性探討

本節主要在探討老人居家服務品質和生活品質之相關，以 Pearson 積差相關進行考驗。由表 4-4-1 顯示本研究受訪老人在居家服務品質與生活品質相關性。

### 一、整體生活品質

整體生活品質的結果，整體服務品質(r=-.025，p=.772＞0.05)、有形性構面(r=.056，p=.520＞0.05)、可靠性構面(r=-.056，p=.518＞0.05)、反應性構面(r=-.029，p=.737＞0.05)、保證性構面(r=.009，p=.921＞0.05)、關懷性構

面(r=.016，p=.855)，顯示居家服務品質各構面與整體生活品質皆無顯著相關。

**二、生理健康構面**

生理健康構面的結果，整體服務品質(r=.006、P=.949＞0.05)、有形性構面(r=.019，P=.829＞0.05)、可靠性構面(r=.048，P=.585＞0.05)、反應性構面(r=-.042，P=.630＞0.05)、保證性構面(r=-.021，P=0.811＞0.05)、關懷性構面(r=.016，p=.855＞0.05)，顯示居家服務品質各構面與生理健康構面皆無顯著相關。

**三、　心理狀態構面**

心理狀態構面的結果，整體服務品質(r=-.047、P=.593＞0.05)、有形性構面(r=.026，P=.769＞0.05)、可靠性構面(r=-.058，P=.505＞0.05)、反應性構面(r=-.068，P=.438＞0.05)、保證性構面(r=-.023，P=0.793＞0.05)、關懷性構面(r=-.079，p=.364＞0.05)，顯示居家服務品質各構面與心理狀態構面皆無顯著相關。

**四、社會關係構面**

社會關係構面的結果，整體服務品質(r=-.098、P=.262＞0.05)、有形性構面(r=-.138，P=.114＞0.05)、可靠性構面(r=-.144，P=.097＞0.05)、反應性構面(r=-.038，P=.666＞0.05)、保證性構面(r=-.014，P=.875＞0.05)、關懷性構面(r=-.123，p=.159＞0.05)，顯示居家服務品質各構面與社會關係構面皆無顯著相關。

**五、　環境因素構面**

環境因素構面的結果，整體服務品質(r=-.084、P=.034＜0.05)達顯著；可靠性構面(r=-.172，P=.047＜0.05)達顯著，顯示居家服務品質的可靠性構面，包括按時完成承諾的事、盡力解決問題、居服單位信譽、居服員是否準時等服務措施上，對老人在環境因素構面具有顯著相關；關懷性構面(r=-.189，P=.029＜0.05)達顯著，顯示居家服務品質的關懷性構面，包括會個別的關注案主的狀況、彈性調整服務時間、了解個人需要幫忙的地方、注重案主在意的事情與依照

案主需求調整服務內容等，對生活品質的環境因素上具有顯著相關。以上結果顯示認為服務品質的可靠性與關懷性越好的老人，其在環境因素構面的生活品質越差。此結果與研究者的假設不符。由於本研究是屬於橫斷性研究，並無法檢驗居家服務服務品質與生活品質的因果關係。研究者猜想此結果可能顯示，老人的環境因素構面的生活品質越差者，居服員會花越多時間與精力去提供服務，因此老人所感受到的服務品質就越好。

至於其他有形性構面(r=-.167，P=.055＞0.05)、反應性構面(r=-.140，P=.108＞0.05)、保證性構面(r=-.161，p=.164＞0.05)，則與與環境因素構面無顯著相關。

表 4-3-14 居家服務品質與生活品質相關統計表

| 層面 | | 整體服務品質 | 有形性 | 可靠性 | 反應性 | 保證性 | 關懷性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整體生活品質 | r | -.025 | -.056 | -.056 | -.029 | .009 | .016 |
| | p 值 | .772 | .520 | .518 | .737 | .921 | .855 |
| 生理健康 | r | .006 | .019 | .048 | -.042 | -.021 | .028 |
| | p 值 | .949 | .829 | .585 | .630 | .811 | .747 |
| 心理狀態 | r | -.047 | .026 | -.058 | -.068 | -.023 | -.079 |
| | p 值 | .593 | .769 | .505 | .438 | .793 | .364 |
| 社會關係 | r | -.098 | -.138 | -.144 | -.038 | -.014 | -.123 |
| | p 值 | .262 | .114 | .097 | .666 | .875 | .159 |
| 環境因素 | r | -.184(*) | -.167 | -.172(*) | -.140 | -.161 | -.189(*) |
| | p 值 | .034 | .055 | .047 | .107 | .064 | .029 |

* 在顯著水準為 0.05 時（雙尾），相關顯著。

小結:

居家服務的整體服務品質及可靠性、關懷性兩個構面對於老人在生活品質環境因素層面具有顯著相關，另服務品質的有形性、反應性及保證性三個構面對於老人在整體生活品質及其生理健康、心理狀態、社會關係及環境因素四個層面皆無顯著相關。彙整如表 4-3-15。

表 4-3-15　服務品質與生活品質相關影響摘要表

| 類別 | 項目 | 整體生活品質 | 生理健康 | 心理狀態 | 社會關係 | 環境因素 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 服務品質 | 整體服務品質 | - | - | - | - | V |
| | 有形性 | - | - | - | - | - |
| | 可靠性 | - | - | - | - | V |
| | 反應性 | - | - | - | - | - |
| | 保證性 | - | - | - | - | - |
| | 關懷性 | - | - | - | - | V |

## 第四節 使用居家服務老人生活品質之迴歸關係

本節主要在探討不同基本屬性變項、服務品質對於老人生活品質的影響情形，以同時迴歸進行考驗。由於老人之基本人口變項達十項以及服務品質五個構面，但因本研究顯著變項不多，若只投入顯著差異或相關變項，會有變項過少而不夠周延的情況。為求迴歸模式的精確性，乃根據T 檢定、單因子變異數分析與積差相關的統計結果，將顯著差異或相關達.1的變項投入迴歸模式中，據以了解變項間之實際影響力。

研究者先將居住狀況、主要照顧者有無轉換成虛擬變項(dummy viariable)，居住狀況以配偶或兒女同住為參照組；主要照顧者有無以有主要照顧者為參照組，然後將所有符合的變項以強迫進入法納入多元迴歸模式中。此外，為了檢驗老人的失能程度與其對服務品質的感受是否有交互作用存在，當失能程度與服務品質被同時放入多元迴歸時，則改採用階層迴歸分析，在第二階段

分析失能程度與服務品質的交互作用項是否會影響到生活品質。以下針對生活品質各向度的迴歸分析結果進行討論。

## 壹、生理健康預測力分析

在生活品質的生理健康向度中，放入多元迴歸模式的變項有年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、及每週服務時數。服務品質則未達到被選入的標準。結果發現，整體迴歸模型未達顯著水準(F=1.846，p=.077＞0.05)（見表4-4-1），且各變項的Beta值亦皆未達顯著水準，表示失能老人的生活品質-生理健康構面並不會受到其基本屬性變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)和居家服務服務品質的影響。

表4-4-1　基本屬性變項與生理健康之迴歸分析表

| 加入自變項 | Beta 值 | t 值 | P 值 |
|---|---|---|---|
| 年齡 | -.106 | -1.061 | .291 |
| 教育程度 | .176 | 1.785 | .077 |
| 每月平均花費 | .081 | .804 | .423 |
| 獨居(dummy1) | -.127 | -1.019 | .311 |
| 每週服務時數 | -.054 | -.511 | .610 |
| F | 1.846 | | |
| $R_2$ | .123 | | |
| $\Delta R_2$ | .057 | | |
| P | .077 | | |

## 貳、心理狀態預測力分析

在生活品質心理狀態向度中，放入多元迴歸模式的變項有年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數。服務品質則未達選入標準。結果發現，整體迴歸模型未達顯著水準(F=.770，p=.077＞0.05)（見表4-4-2），且各變項的Beta值亦未達顯著水準，表示失能老人的生活品質-心理狀態構面並不會受到其基本屬性變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)和居家服務的影響。

表4-4-2　基本屬性變項與心理健康之迴歸分析表

| 加入自變項 | Beta 值 | t 值 | P 值 |
|---|---|---|---|
| 年齡 | -.030 | -.291 | .771 |
| 教育程度 | .156 | 1.521 | .131 |
| 每月平均花費 | -.144 | -1.398 | .165 |
| 獨居(dummy1) | -.087 | -.628 | .532 |
| 親戚或友人同住(dummy2) | .044 | .426 | .671 |
| 有主要照顧者(dummy1) | .009 | .066 | .947 |
| 失能程度 | .019 | .169 | .866 |
| 每週服務時數 | .069 | .620 | .536 |
| F | .770 | | |
| $R_2$ | .055 | | |
| $\Delta R_2$ | -.017 | | |
| P | .630 | | |

## 參、社會關係預測力分析

在生活品質的社會關係向度中，放入多元迴歸模式的變項有年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、及每週服務時數。服務品質並未達到被選入的標準。結果發現，整體迴歸模型達顯著水準(F=5.142，p=.000＜0.05)（見表4-4-3）。其決定係數值為0.281，調整過後為0.227，表示基本屬性變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)對生活品質-社會關係構面的解釋力為22.7%。進一步檢驗各變項的Beta值，發現教育程度與每月平均花費(t=3.828，p=0.000＜0.05、t=1.993，p=0.049＜0.05)對生活品質-社會關係構面有顯著的影響。由Beta值的正負可知（$\beta$=.342、$\beta$=.179），失能老人的教育程度越高，在社會關係構面的生活品質也越佳；而每月平均花費越多的失能老人，其在社會關係構面的生活品質也越好，比較會認為自己在個人關係、社會支持上是良好的，也覺得較被尊重及接受。

表4-4-3　基本屬性變項與社會關係之迴歸分析表

| 加入自變項 | Beta 值 | t 值 | P 值 |
|---|---|---|---|
| 年齡 | -.179 | -1.970 | .052 |
| 教育程度 | .342 | 3.828 | .000*** |
| 每月平均花費 | .179 | 1.993 | .049* |
| 獨居(dummy1) | -.104 | -.860 | .392 |
| 親戚或友人同住(dummy2) | -.164 | -1.802 | .074 |
| 有主要照顧者(dummy1) | .016 | .141 | .888 |
| 失能程度 | .054 | .555 | .580 |
| 每週服務時數 | .033 | .343 | .732 |
| F | 5.142 | | |
| $R_2$ | .281 | | |
| $\Delta R_2$ | .227 | | |
| P | .000*** | | |

## 肆、環境因素生活品質預測力分析

在生活品質的環境因素構面，被選擇放入多元迴歸模式的變項除了失能長者的基本變項之外，還包括對居家服務服務品質的感受。為了檢驗居家服務服務品質的調解效果，因此改採階層迴歸分析，第一階段分析各變項對生活品質的解釋力，第二階段則進一步檢驗失能程度與服務品質的交互作用對環境因素構面是否有顯著影響，茲說明如下：

一、基本屬性變項與服務品質對環境因素構面的預測力分析

在此階段的分析中，將基本屬性變項係數小於.1的變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)與服務品質變項係數小於.1的變項(有形性、可靠性、關懷性)放入迴歸模式中，結果發現，整體迴歸模型未達顯著水準(F=1.823，p=.059＞0.05)（見表4-4-4）。至於各變項的Beta值，只有居住狀況(t=-2.5，p=.014＜0.05)達顯著，其餘各變項皆未達顯著水準。

二、服務品質和失能程度數之交互作用分析

在此階段的分析中，再將服務品質(有形性、可靠性、關懷性)與失能程度之交互作用項(有形性*失能程度、可靠性*失能程度、關懷性*失能程度)放入迴歸模型中，結果發現，整體迴歸模型達顯著水準(F=2.152，p=.015＜0.05)（見表4-4-4），其決定係數值由0.164增為0.233，表示投入服務品質與失能程度交互作用項後，對環境因素的解釋變異量增加了6.9%，服務品質及失能程度的交互作用對生活品質的環境因素構面有顯著的影響。

進一步檢驗各變項的Beta值，發現居住狀況(t=2.210，p=0.029＜0.05)與關懷性*失能程度（t=-2.135，p=0.035＜0.05)在生活品質-環境因素構面上達顯著差異，由居住狀況的Beta值（$\beta$=-.293）可知，獨居老人對其生活品質環境因素構面的滿意度比與配偶或兒女同住的老人來的低;而由關懷性與失能程度交互作用的Beta值的($\beta$=-5.126)可得知，不同失能程度的老人，其所感受到的居家服務關懷品質與其生活品質的環境因素間的關係並不一致。進一步檢驗兩者的關係，結果發現輕度與中度失能的老人，其所感受到的居家服務關懷品質與其生活品質的環境因素間並沒有顯著相關存在($r_{(55)}$=-.12,p=.39; $r_{(24)}$=-.39,p=.06)，至於重度失能的老人,其所感受到的居家服務關懷品質與其生活品質的環境因素間則有顯著負相關存在($r_{(41)}$=-.35,p=.023 )。

表4-4-4　基本屬性變項、服務品質與環境因素之階層迴歸分析表

| 加入自變項 | 生活品質－環境因素 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 模式 1 | | | 模式 2 | | |
| | Beta | t | p | Beta | t | p |
| 年齡 | -.033 | -.327 | .744 | -.076 | -.745 | .458 |
| 教育程度 | .140 | 1.422 | .158 | .135 | 1.408 | .162 |
| 每月平均花費 | -.088 | -.872 | .385 | -.026 | -.257 | .798 |
| 獨居(dummy1) | -.339 | -2.502 | .014* | -.293 | -2.210 | .029* |
| 親戚或友人同住(dummy2) | .036 | .354 | .724 | .075 | .749 | .456 |
| 有主要照顧者(dummy1) | -.204 | -1.580 | .117 | -.238 | -1.883 | .063 |
| 失能程度 | -.067 | -.619 | .537 | 1.396 | 1.190 | .237 |

表4-4-4　基本屬性變項、服務品質與環境因素之階層迴歸分析表(續)

| 加入自變項 | 生活品質－環境因素 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 模式1 | | | 模式2 | | |
| | Beta | t | p | Beta | t | p |
| 每週服務時數 | .120 | 1.133 | .260 | .084 | .805 | .423 |
| 有形性 | -.132 | -.937 | .351 | -.689 | -1.918 | .058 |
| 可靠性 | .238 | 1.411 | .161 | .241 | .539 | .591 |
| 關懷性 | -.297 | -1.634 | .105 | .597 | 1.471 | .145 |
| 有形性*失能程度 | | | | 2.796 | 1.683 | .096 |
| 可靠性*失能程度 | | | | .906 | .381 | .704 |
| 關懷性*失能程度 | | | | -5.216 | -2.135 | .035* |
| $R_2$ | .164 | | | .233 | | |
| F | 1.823 | | | 2.152 | | |
| P | .059 | | | .015* | | |
| $\Delta R_2$ | .164 | | | .069 | | |
| ΔF | 1.823 | | | 2.971 | | |
| ΔP | .059 | | | .035* | | |

小結:

**一、　生理健康構面**

由迴歸分析結果得知，在迴歸模式基本屬性變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)中，整體迴歸模型達未顯著水準，表示年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數對生活品質-生理健康構面是無影響力的。

**二、　心理狀態構面**

由迴歸分析結果得知，在階層迴歸模式基本屬性變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)中，整體迴歸

模型達未顯著水準，表示年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數對生活品質-心理狀態構面是無影響力的。

**三、社會關係構面**

由迴歸分析結果得知，在迴歸模式基本屬性變項年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)中，對生活品質-社會關係構面整體迴歸模型達顯著水準，教育程度、每月平均花費對生活品質-社會關係構面產生影響力。而每月平均花費代表著經濟能力，每月平均花費越高的老人越有較多的社會關係接觸，每月平均花費越低的老人對於社會關係的接觸較缺乏；教育程度越高的老人也會有較多的社會關係接觸，若能在居家服務中，提供經濟能力較低、教育程度較低的老人社會支持，對於提升老人的社會關係構面就會有一定的幫助。

**四、環境因素構面**

由各階層迴歸分析結果得知，在階層迴歸模式一基本屬性變項(年齡、教育程度、每月花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、每週服務時數)與服務品質變項(有形性、可靠性、關懷性)中，對生活品質-社會關係構面整體迴歸模型未達顯著水準；在階層迴歸模式二服務品質與失能程度交互作用項(有形性*失能程度、可靠性*失能程度、關懷性*失能程度)中，整體迴歸模型達顯著水準，獨居與關懷性*失能程度對生活品質-環境因素構面產生影響力。換言之，獨居者者在環境因素構面的分數是較差的，在居家服務的服務項目中包括家務及日常生活照顧、身體照顧服務兩部分，而家務及日常生活照顧中就可改善老人環境因素構面的品質，故在服務時，可特別留意獨居老人的狀況，增進其環境因素構面之生活品質。另外值得注意的是，關懷性與環境因素上的關係，是會受到老人的失能程度所影響的，這或許也可以解釋本研究在關懷性與環境因素之間為負相關之原因。

## 第五節　討論

在整理出研究結論後，研究者進一步由研究發現內容提出值得討論的議題。

### 一、居家服務品質面向探討

本研究從服務品質的有形性、可靠性、反應性、保證性、關懷性來探討居家服務品質。綜合老人的回答，上述各面向都得到相當高的肯定，幾乎不是感到非常滿意就是滿意，僅有反應性是以回答滿意居多數。而反應性之所以未能達到多數的非常滿意，是因為在第 13 題中「服務員即使很忙，也會馬上回應我的需要」有老人認為居服員並無法馬上回應自己的需要，但研究者在實際調查時，發現居服員的服務時間有限，而服務項目眾多，有時在時間內須完成既定的服務內容已經很壓縮，很難兼顧老人其他的需要，且也有老人不是服務申請者，僅為服務使用者，故對於既定的服務內容並不了解，認為花了錢申請服務為什麼只能做規定的事情，不能做其他的事情，這點是服務使用者無法理解的部分。不過當直接詢問對居服員的服務態度，包括是否樂於解決問題，都達到相當高比例的非常滿意，可見，本研究的居家服務品質五個面向的研究結果是讓使用者感到滿意的。

### 二、　老人對居家服務品質現況趨於滿意

研究者在第一章當中提及到實習的經驗與文獻均發現老人對於服務品質感受偏高的情況，在本研究中，所得到的研究結果亦是趨於滿意，但研究者發現老人在回答問題的時候會因為人情之故，造成回答趨於滿意的現象，有的老人是因為覺得有人幫忙就該感激，有的是因為研究者在做調查時，正好是服務員的服務時間，在本研究中，基於研究者的時間及預算考量，有部分的問卷是由服務員代為詢問，對老人而言難免產生尷尬的情況，因此服務員因此成為了服務品質調查影響的關鍵人物。

但換另外一個角度而言，機構在做調查時，是否也是考量到便利性而是由社工員或服務員代為詢問做答的方式呢？如此一來，這樣是否產生「球員兼裁判」的問題，每個人都會希望自己的機構呈現的是一個高滿意度的結果，實有必要去

思考居家服務品質調查角色定位的的問題。

**三、　人口屬性變項對居家服務品質感受影響力不大**

人口屬性變項中除了年齡與反應性達到顯著性差異及每月平均花費在反應性和保證性達到顯著性差異，人口屬性變項在整體居家服務品質及各個面向多數未符合統計檢定上的差異顯著。研究者認為應該是趨高的服務品質感受淡化了人口屬性的影響力，不論是那一個角度切入，居家服務品質的平均值都是在滿意以上。再進一步分析年齡及每月平均花費，發現年齡越低的老人對於服務品質感受較年齡高的老人滿意；每月平均花費較低的老人對於服務品質易感到滿意，而顯著的變項中，對於服務感受都是在 3.85 以上的滿意程度，就連居家服務的使用時數亦未達顯著，表示使用越多時數，並不會影響到服務品質的感受，直覺上，使用越多時數的老人對於服務狀況較了解，感受也較深，但事實上不論接受服務的時數長短，服務的本質並不會因此改變。由此可知，服務本身才是最重要，只要提供符合需求及優質的服務，老人都會有相當不錯的滿意程度，至於性別、教育程度、宗教信仰、居住狀況、慢性病有無、主要照顧者有無、失能程度等其他人口特徵，可用來做為參考輔助，可做為機構居家服務初期之參考。

**四、　生活品質面向探討**

本研究從生活品質的生理健康、心理狀態、社會關係、環境因素來探討失能老人的生活品質。就四個範疇而言，老人最滿意的是社會關係，最不滿意的是心理狀態。研究者在訪談時也感受到老人對於家人的照顧其實是很感謝的，還有在親朋好友的支持上也是感到很開心，尤其是獨居的老人也覺得志工帶給他很大的幫助，但很多時候他們內心生活是孤寂的，會覺得自己老了沒用、連累家人、害怕死亡等等，這確實是政策需要注意的問題，現今政策提供許多的增加老人社會參與的機會，例如社區關懷據點、長青學苑等課程，但是在心裡狀態層面卻較少有心理衛生支持的服務，研究者認為這是政策應該要加強的地方。

**五、　失能老人的生活品質為中等偏低**

本研究結果雖然與相關文獻的研究結果類似，不過和健康的老人比較，生活

品質仍是偏低的，本量表中第 2 題「整體來說，您滿意自己的健康嗎?」本題平均數 2.86 屬於不滿意，表示失能老人的生活品質仍會受到身體狀況的影響。在量表中最低的分數屬第 15 題「您四處行動的能力好嗎？」此題平均數僅有 2.44，原因是本研究對象是失能老人，多有生理功能的障礙之故。不過研究者在調查中，發現老人對於自己的生活品質狀況回答傾向保守，即使自認為滿意也不會說自己過得非常滿意，只會回答普通或是滿意，尤其是當研究者詢問是否享受生活，部分老人認為生活就應該要刻苦耐勞，怎麼會去要求享受生活，而不會回答極享受生活是一樣的。

**六、　服務品質與生活品質無相關或呈現負相關的現象**

此研究結果推翻了研究者原本的假設:服務品質與生活品質有顯著的正向響,最後的研究結果並無相關及正相關,研究者對於此研究結果有以下幾點看法:

(一)　此研究非縱貫性研究，看不出生活品質的改變。數據呈現老人的生活品質為 3.11 屬於中等程度，仔細分析各題的分數，發現唯有第 14 題「您有機會從事休閒活動嗎?」(M=2.51)的分數及第 15 題「您四處行動的能力好嗎？」(M=2.44)較其他題低，但本研究之樣本本來就是以失能老人為研究對象，故如果原本的服務項目中沒有出門散步這項，失能老人從事休閒活動的機會就較少。在本研究中測得的生活品質為當下之生活品質分數，但生活品質是一個動態的狀態，隨著人生歷程和階段的不同，有不同的內容和重心(萬育維，2004)，也會隨著時間、服務介入的長短而有所改變，所以本研究並無法得知老人的生活品質有無改變，只能從現況作一概略性推測。

(二)　研究對象的回答真實性有待確認

研究者發現在服務品質問卷的題項上，對居家服務都是表達滿意，似乎代表著老人對這樣的服務都是滿意的，陳慧君(2004)提到所謂「滿意度資訊」，在居家服務的滿意度調查中其實是最模糊的、不可靠以及無用的的資訊。滿意度受到服務員人情的影響、老人對調查者關係的認知感知影響，導致回答傾向全部滿意，或是量表題項設計過於籠統，老人不懂題意隨意回

答、調查者亦未對題目多加解釋等情況，諸多的因素導致滿意度結果比例不堪或是無法研究。

（三）　政策期待與老人生理狀況之矛盾

居家服務的目標，在於引進民間資源，提供無自理能力或重病臥床之市民居家服務，以滿足照顧需求，提昇生活品質(台北市居家服務計畫，2010；新北市居家服務計畫，2009)。但使用居家服務的個案為失能老人，老人的生理狀況會隨著年齡、疾病等因素而漸漸衰退，居家服務的介入只能維持老人的基本生活機能，並無法使失能老人的健康恢復成良好的狀態，也就是說，居家服務的介入其實是有限的，研究結果顯示居家服務對於環境因素會有幫助，但若要提升老人的生活品質是有困難的，因生活品質包含了生理、心理、社會、環境四個面向，無法做到整體的提升，這也是研究者認為政府可以去加以思考的問題。

# 第五章 結論與建議

本研究主要目的在探討失能老人居家服務品質及生活品質之關係，經文獻探討之後，居家服務品質測量以杜美玲(2009)所編制的居家服務品質量表，為主要參考依據，自編問卷為本測量工具。生活品質量表則使用姚開屏等（2001）編製之「台灣簡明版生活品質量表」為測量工具。本研究問卷，除了研究者自訪外，亦洽請新北市、台北市居家服務機構、區公所、社福中心等人員協助至問卷面訪，共發出150份問卷。歷時三個半月的訪談之後，共回收份問卷133份，回收率為86.6%，經研究者檢查後，有效問卷共計有133份。針對調查所得資料，以平均數差異考驗、積差相關、單因子變異數分析，以及階層迴歸分析等統計方法進行分析，以獲得研究結果。

## 第一節 結論

### 壹、受訪老人對於居家服務服務品質的滿意度

一、整體而言，老人對於居家服務品質感到滿意~非常滿意之間。而老人對於居家服務品質五個構面的滿意程度依序為可靠性及保證性、關懷性、有形性、反應性。

二、在整體服務品質方面，年紀愈大者對於服務品質的滿意度越低。其它基本變項則不會影響老人對於服務品質的感受。

三、在服務品質有形性構面上，每月平均花費越高的老人對有形性構面的滿意度越低

四、在服務品質可靠性構面上，老人在此構面的滿意度是最高的，教育程度越高、每月平均花費越多的老人對可靠性構面的滿意度越低。

五、在服務品質保證性構面上，每月平均花費越高的老人對保證性構面的滿意度越低。

六、在服務品質反應性構面上，老人在此構面的滿意度是最低的，尤其是第六題「服務員即使很忙，也會馬上回應我的需要」，此題得分是所有題目中最低的

(M=4.06，s=0.60)，年紀越大、教育程度越高、每月花費越多的老人對於服務品質的反應性構面的滿意度越低。

七、在服務品質關懷性構面上，研究發現基本屬性變項不會影響老人對於關懷性構面的感受

## 貳、受訪老人對於生活品質的感受

一、整體而言，使用居家服務老人的生活品質狀況普通。而各層面的適應情形，依序為社會關係、環境因素、生理健康及心理狀態；在整體一般健康狀況則介於不滿意至普通之間。無論各構面的分數上，或是整體健康狀況上，顯示老人較不滿自己的心理狀態及生理健康狀況。

二、性別、年齡、教育程度、宗教信仰、每月平均花費、居住狀況、有無慢性病、有無主要照顧者、失能程度及每週服務時數等基本變項對於受訪長者的整體生活品質皆無顯著影響。

三、在生活品質生理健康構面上，教育程度越高、失能程度越低的老人，生理健康的分數也越高。

四、在生活品質心裡狀態構面上，研究發現基本屬性變項不會影響老人對於關懷性構面的感受。

五、在生活品質社會關係構面上，年齡越低、教育程度越高、無主要照顧者的社會關係分數也越高。

六、在生活品質環境因素構面上，和配偶或兒女同住、每週使用時數越多者，其環境因素分數越高。

七、居家服務服務品質的可靠性及關懷性兩個構面與老人生活品質的環境因素構面具有顯著負相關，其它服務品質構面與生活品質各層面間皆無顯著相關存在。

## 參、相關變項對於生活品質之解釋力

一、年齡、教育程度、每月平均花費、居住狀況、主要照顧者有無、失能程度、

每週服務時數共可解釋老人社會關係22.7%變異量。

二、階層迴歸分析則發現，基本屬性及對居家服務品質的滿意度共可解釋老人環境因素品質變異量的16.4%，進一步投入服務品質與失能程度的交互作用項之後，對環境因素品質的解釋變異量增加了6.9%，整個模式只有居住狀況及服務品質關懷性與失能程度的交互作用兩項對生活品質的環境因素構面有顯著預測力。

## 第二節　建議

依據研究結果與發現，提出對政府部門、居服單位未來研究等方面之建議：

### 壹、　對政府部門之建議

**一、重新思考居家服務政策目標**

居家服務政策的發展其一是為了提升老人的生活品質，但本研究的結果卻發現大部分的居家服務品質與生活品質是無相關的，惟在環境因素上面呈現負相關的情形，代表影響老人生活品質的因素有很多，如果單靠居家服務很難對老人的生活品質有直接的影響。居家服務屬社區照顧的一環，目的是讓不願離開熟悉環境的老人即使獨居也能放心的生活於家中，但實際上，老人的生活品質仍未因居家服務的提供而完全解決。故如要提升老人的生活品質，需要擬定更多對老人有利的福利方案去落實才是根本提升之道。

**三、　居家服務時數應納入其他因素做為考量**

居家服務的使用時數是愈嚴重失能者可享有愈高額的補助時數，但是卻忽略了案主的家居環境及家庭支持系統的評估，在本研究中發現居住狀況、主要照顧者有無都是影響生活品質的因素，代表家庭對於失能老人的生活品質有一定的影響性。研究者認為時數的評估勢必納入其他因素做為考量，如果是一位家庭支持系統不佳的案主，或是與配偶同住但配偶為年長者，老人照顧老老人，他們的時數需求是否還須依照失能等級來做評估呢？這部分長照中心在評估時應該謹慎的納入考量，而不是單純以ADL及IADL來做需求的評估。

**四、　制定居家服務品質評量量表統一標準**

本研究之量表乃根據PZB模式問卷(SERVQUAL)去做設計，然而在施測後發現許多題目無法有效的測量出居家服務品質的真實狀態，研究者無論從過往的研究或是居家服務機構服務滿意度測量，均發現所使用的是自編量表，並無統一的量表，這樣的量表呈現了一些問題，包括：1.測量指標是否具有效度？ 2.是誰來進行調查？如何調查？ 3.資料如何分析？如何處理資料？ 所以這樣之下呈現的結果便因人而異，建議政府部門應針對居家服務品質設計一個統一個量表，提供居服單位測量的標準，在成果報告上有一致的呈現，以獲得更有用可靠的資訊。

**五、　針對老人設計心理衛生相關課程**

就研究結果發現老人對於自己的心理狀態是最不滿意的，現今社會中老人憂鬱亦是一大隱憂，建議政府應該擬定相關心理衛生的課程提供老人參與，結合醫療護理、社會福利服務等資訊，強化老人已有的支持網絡或建立新的社會資源以預防老人心理的失落及憂鬱感，進而維持其生活品質。

## 貳、對居家服務單位之建議

**一、強化工作人員的服務主動性**

研究發現受訪老人對於居家服務品質的五個構面品質最低者為反應性，表示老人覺得工作人員在服務內容的主動告知、自己要求的事情、服務員的回應上、問題解決方面等仍未達老人的期望。有學者指出，居家服務員因工作年資較久，對於居家服務工作內容變得隨便及馬虎，常會忽略其工作的專業性與主動性，而影響老人的生活品質（李慧玲，2003），建議居家服務單位在辦理在職訓練時，可加強宣導服務主動的重要性，使老人感受到工作人員對自己問題的重視。

**二、重視老人居家生活環境需求**

本研究中可以發現居家服務的時數與生活品質環境因素呈相關，表示居家服務對於老人在家居環境、物理環境、休閒、飲食、交通等等是有幫助的，這些屬於居家服務中的家務及日常生活服務的部分，且服務是顯而易見的，建議居服單

位在提供服務時，可多關注有家務需求的老人，並提供適當適切的服務，改善其生活品質。

**三、注意老人的個別性差異，滿足其需求**

研究發現不同人口屬性的老人，對於服務品質感受有不同的差異，例如年齡與每月平均花費；而不同人口屬性的老人，在生活品質上也有不同的差異，例如年齡、教育程度、居住狀況、照顧者有無、失能程度及每月服務時數等，尤其居家服務的對象如果是老人，勢必會面臨到失能、持續老化的問題，不同失能程度的老人所需要的服務項目和方式也不同。雖然規定居家服務員需接受在職訓練，但可以發現訓練的課程很少對於服務對象的失能程度來做分類來做教學，對於身體變化所因應的照護技巧課程較少涉入，為加強居家服務員的專業素養及服務品質，建議居服單位辦理在職訓練之外，也應加強訓練的深度，充分讓居家服務員得到好的學習及訓練，滿足不同服務對象之需求。

**四、注重失能老人的心理層面**

居家服務的服務對象包含了失能老人，他們因受限於身體障礙而無法自由外出活動，進而在交際上遭受困難，例如有些老人因行動困難，出門必須依賴輔助工具或他人協助，感覺不甚方便，因此不如以往願意主動出門與鄰居、朋友交流。許多失能老人在接受居家服務之後，認為受協助最大的部份除了生活事務的處理之外，就是有人定期到家中與自己聊天、互動讓他們在心情上感覺很舒適，研究者在做調查時，主要照顧者提到老人對於居服員來家裡服務會感到期待，且跟他們很有話聊；有些案主身體狀況較差，平時無法自由到外界活動或找不到對象互動，因此每週居服員到服務使用者家中為其服務時，成為他們每週唯一能與外界有所接觸的時間。

從中可以看到一些案主因為居服員到家中提供服務之餘，還有進一步在心理層面的交流，心靈層面的支持亦能增加使用者對居家服務的連繫感，心理支持亦是案主生活中不可或缺的一環，服務使用者與照服員透過聊天、傳遞訊息、關懷的互動過程，可以使其在生活中感覺更愉悅，彌補因身體缺陷無法經常外出社交

的障礙，正因多了這樣的互動關係，使得居家服務與一般的清潔服務有所差異。所以在服務過程中，居家服務督導應鼓勵居服員在協助個案生活事務的同時，同時積極的釋出善意關心給失能老人，與老人聊天攀談、主動關懷、傳遞外界訊息，讓老人感受到情緒上的支持，甚至可以進一步鼓勵老人增加外出社會參與活動的機會，減低失能老人因身體障礙產生的社會孤立感。

## 參、未來研究之建議

目前尚無有關於失能老人服務品質與生活品質相關的直接研究，本研究基於個人的興趣，僅能就主題略盡棉薄之力，此方向之研究仍有很大的空間待未來研究者繼續努力，以下僅就研究不足之處提出建議：

### 一、研究方法之調整

(一)本研究的研究方法因研究主題而適合量化研究方式，但礙於樣本數的取得之不易，造成結果相關性較低，但研究者在親訪時發現，老人在回答問卷的問題以外還會再告訴研究者許多豐富的相關資料，因此，若能在往後的研究輔以質性訪談，對老人的居家服務品質感受和生活品質現況，會有更充分深入的瞭解。

(二)失能老人對於生活品質之自覺感受分數並不高，研究中無法看出生活品質增進或是低落，建議未來研究可採用實驗法或是縱貫性研究的方式，對居家服務方案的成效會有更顯著的發現。

### 二、資料蒐集方式之調整

研究者於研究初期並未考量到樣本取得不易之問題，故最後在樣本之蒐集上產生困難，而無法訪談到全台北市或新北市使用的居家服務的老人，建議未來研究者可再研究初期，盡可能事先尋找願意讓老人接受問卷調查的居家服務單位，告知機構主管研究目的與內容並徵得同意，預估研究樣本之數量，以提高研究之樣本數。

### 三、研究議題之調整

(一)本研究從服務品質面向探討生活品質的相關性，雖有些面向達總計上的顯

著，但為負相關的情形，研究者認為服務品質與生活品質兩變項並非單純的直接相關，中間或許存在著中介關係，而造成此研究結果，顯示在生活品質的預測變項上仍有許多探討空間，其中介變項如對服務品質感知與實際的落差、依賴感等，但本研究為初探，因此並未納入其他測量變項作為參考，爰未來研究仍可探討更多可能的變項，提供實務輔導之需要。

(二)居家服務的目的除了改善失能者的生活品質外，亦對照顧者有喘息的作用，維持家庭的穩定性，可以有較多私人時間參與社會性活動，和被照顧者的相處關係也更好(王增勇，1997；紅心字會，1999；劉素芬，2001)，本研究中在主要照顧者有無的變項中與生活品質亦有顯著的差異，顯示主要照顧者是老人對居家服務感受的影響因子，建議未來研究在調查居家服務品質的感受時，可納入主要照顧者的看法，比較老人與主要照顧者看法兩者的差異性，更細緻的了解居家服務品質的真實情況。

## 肆、研究限制

### 一、樣本的限制

(一)本研究以台北市及新北市使用居家服務失能老人為研究對象，但由於個案資料保密的緣故及行政上的支持，研究者無法取得完整之個案名冊，故最後藉由便利取樣的方式進行資料收集，加上有部分的個案未被納入，故此方法難免產生代表性不足的問題。

(二)本研究之問卷以失能老人為受訪者，但仍受限於受訪者之生理因素而產生樣本不足之問題。因此在往後的研究中，可增加家屬為代答者，方能獲得更多樣本資料以增加研究之代表性。

### 二、研究工具的限制

(一)本研究所使用生活品質量表，乃是使用標準化問卷之量表，問卷分為生理健康、心理狀態、社會關係與環境因素四個面向，但居家服務的內容並未包含所有生活品質問卷之面向，故因此影響統計分析；本研究所使用之居家服務量表為參

考其他文獻與專家意見所修改，因此在研究工具的效度上仍需抑賴往後相關研究才能提升。

(二)為得到完整的服務品質及生活品質資訊，本研究的問卷題數較多，雖然研究進行時間多配合老人之作息及生理狀況作考量和調整，但難免產生老人因題數較多而感到疲倦，因而中斷作答影響資料準確性的問題。

**三、訪員的限制**

本研究為量化研究，基於研究者之經費及時間限制，問卷之測量有部分是由研究者友人或是服務員代為發放問卷，雖然本研究有擬定研究說明書，但因無訪員訓練造成本研究結果被人為操弄的機會較大，而影響研究對象作答的真實性。

**四、研究結果之解釋量不大**

本研究已整理出相關文獻中影響老人生活品質的相關因素以作為本研究之人口變項，但在解釋量方面還是稍嫌不足。顯示影響生活品質之因素有多種，例如社會支持、憂鬱…等，並非經由居家服務直接影響，而其影響因素眾多，研究者無法一一將每個影響因素納入研究中探討。

# 參考文獻

## 一、中文部分


中華民國紅心字會（1999）。*居家照顧服務經營管理實務須知*。台北：合記圖書。

內政部（2000）。*社會工作辭典*。內政部。

內政部（1998）。加強推展居家服務實施方案。內政部。

內政部（2009）。*中華民國 94 年老人狀況調查結果摘要分析*。網址：http://www.moi.gov.tw/home/。(2009 年 6 月 11 日瀏覽)。

內政部(2010)。*人口重要參考指標*。網址: http://www.moi.gov.tw/stat/。(2009 年 6 月 11 日瀏覽)。

內政部統計處(2006)。*老人狀況調查報告*。網址：http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html。(2009 年 6 月 11 日瀏覽)。

內政部統計處（2009）。*老人福利服務成果*。台北:內政部統計處。

內政部彰化老人養護中心（2000）。*居家服務工作手冊*。彰化:內政部彰化老人養護中心編印。

文。梅陳玉嬋、楊培珊（2006）。*台灣老人社會工作*。台北：雙葉書廊。

王玠（2000）。*社會工作辭典-第四版*。內政部社區發展雜誌社。

王卿蘭（2005）。老人長期照護機構服務品質與生活品質之研究-以台北縣為例。*台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文*。未發表。

王曼溪（1999）。住院老年人生活品質之探討。*榮總護理*，16（4），409-417。

王增勇(1997)。普及式或殘補式：台北市居家服務政策的抉擇。*社區發展季刊*，80: 225-245.

王慧伶(2008)。*社區照顧關懷據點服務與老人生活品質之相關性研究-以高雄市為例*。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。

台中縣政府（2009）。老人福利統計報告。網址：http://www.taichung.gov.tw/imp/reoprts/。(2009 年 7 月 1 日瀏覽)

台北市政府社會局（2010）。*臺北市居家服務單位通訊錄*。網址：http://www.bosa.taipei.gov.tw/index.asp?ct=done。(2009 年 6 月 30 日瀏覽)。

江亮演、林勝義、林振裕（2004）。*社會政策與社會立法*。臺北：洪葉文化事業有限公司。

行政院主計處(2000)。*台灣人口普查資料*。網址:http://www.moi.gov.tw/stat/（2009 年 6 月 12 日瀏覽）

行政院經建會（2010）。*照顧服務福利及產業發展方案:第二期計畫總結報告*。台北:行政院經建會。

吳淑瓊（1998）。老人長期照護政策評估。*長期照護*，2（1）：7-13。

吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2003）。*建構長期照護體系先導計畫*。內政部委託研究第三年成果報告。

吳淑瓊、莊坤洋（2001）。在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。*臺灣衛誌*，20(3): 192-201。

呂寶靜（2001）。*老人社區照顧服務之評估研究－以居家服務方案為例 (1/2)*。行政院國家科學委員會專題研究成果報告。

李玉萍（2006）。*探討小型養護機構之經營管理-以中部某小型養護機構之服務品質為例*。中台醫護技術學院醫護管理研究所碩士論文。

李宗派（2004）。老化理論與老人保健。*身心障礙研究*，2(2)，77-94。

李碧姿（1997）。*機構外籍監護工管理現況及老人服務主觀感受之初探---以台北市私立立案養護機構為例*。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。未出版。

李慧玲（2003）。*高雄失能老人自費使用居家服務品質之探討*。東海大學社會工作所碩士論文。未出版，台中市。

杜美玲（2009）。*居家照顧服務員訓練、服務品質與使用者滿意度*。開南科技大學福祉科技與服務管理所論文。桃園市。

沈慶盈（2001）台北市兒童福利機構服務品質及其相關因素之研究。*實踐學報*，32：73-98。

周淑美（2007）。*南投縣居家服務品質探討服務使用者與提供者之觀點比較*。亞洲大學長期照護研究所碩士論文。

林秀純（1997）。*台灣北部地區失能老人家庭照顧品質及相關因素之探討*。長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文。

林金立（2006）。*老人居家服務方案之評估研究*。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

林貞慧(2004)。*老人居家服務督導功能有效性品質之探討*。*社區發展季刊* 106：159-175。

林素齡（2010）。*居家服務使用績效之研究－以中老年使用者為例*。開南科技大學福祉科技與服務管理研究所碩士論文。

林富琴（2002）。*接受居家服務老人生活品質及相關因素之探討*。高雄醫學大學護理研究所碩士論文。

林富琴、邱啟潤（2004）。*接受居家服務老人生活品質及相關因素探討*。長期照護雜誌，8(1)，56-78。

林嘉駿（2004）。*澎湖縣老人居家服務方案執行之評估*。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

林燈燦（2003）。*服務品質管理*。品度出版社。

姚開屏（2001）。*台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊*。台北:世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組。

柯美妃（2004）。*中老年脊椎滑脫症病患生活品質及其相關因素之探討*。國立台北護理學院醫護教育研究所碩士論文。

柯麗嫩（2003）。*養護機構住民生活品質及其相關因素之探討*。國立臺灣大學護

理學研究所碩士論文。
胡幼慧（1996）。台灣老年人口的依賴結構初探：以老年婦女為例，*人口學刊*，17，83～112。
孫淑柔（1997）。從智能障礙者生活品質評量的趨勢談質的研究的可行性。*特殊教育期刊*，62，10-15。
徐慧娟（1999）。長期照護結果品質評值-以護理之家住民評估量表(MDS)為例，*護理雜誌*，46(1)，57-64。
翁崇雄（1995）。*服務品質評量模式之比較*，8(1)，105-122。
郝溪明(1998)。老人長期照護中家庭功能之初探。*社區發展*，83，265-273。
高森永(2003)。*長期照護下老人的健康相關生活品質與健康價值評估*·行政院 衛生署九十、九十一年度委辦業務計畫·DOH90-TD-1154, DOH91-TD-1102。
張榮輝（2006）。*彰化縣居家服務方案評估之研究*。東海大學公共事務所碩士論
梁金麗（2001）。*社區老人生活品質及其相關因素之探討*。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
郭美瑛(2003)。*長期照護機構老人口腔照護與生活品質相關性之探討*。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
陳文華（1995）。*台北市政府社會局居家照顧服務計劃之研估研究*。東吳大學社會工作研究所碩士論文。
陳怡如（2003）。*嘉義縣居家服務評估之研究*。南華大學非營利管理事業研究所碩士論文。
陳美玲、顧乃平（1998）。血液透析病患生活品質及其相關因素之探討。*護理研究*，6（5），393-403。
陳淑君、莊秀美（2008）。*台北市居家服務現況與相關議題探討*。
陳鳳音（2002）。*機構式長期照護的品質及其相關影響因素*。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
陳慧君（2004）。*台中市北區居家服務支援中心「居家服務方案」之成果評估研究*。東海大學社會工作研究所碩士論文。
陳曉梅（2006）。*使用居家服務失能老人生活品質的現況及其影響因素之探討*。國立台北護理學院長期照顧研究所碩士論文。
陳燕禎（2007）。*老人福利理論與實務：本土的觀點*。台北：雙葉書廊。
陳燕禎（2009）。*老人服務與社區照顧-多元服務的觀點*。台北：威士曼文化股份有限公司。
曾秀貞(2007)。*從新管理主義探討居家服務經營與績效之研究—以屏東縣爲例*。美和技術學院健康照護研究所。
曾嬰瑾（2005）。從老年的家庭照顧支持系統思考老年人口照顧問題。*社區發展季刊*，110，274-283。
游麗裡（2000）。*台灣地區小型老人養護機構服務品質之探討*。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。

黃源協（1999）。*社會工作管理*。臺北：揚智文化。
黃源協（2000）。*社區照顧:台灣與英國經驗的檢視*。台北:楊智。
黃源協（2005）。民主觀點社會服務品質的內涵與管理措施之探討，*台大社會工作學刊*，11，45-88。
黃璉華（1992）老年人生活滿意度相關因素之因素分析研究，*護理雜誌*39（4），37～47。
楊雅連（2006）。*居家服務方案之過程評估：以某機構爲例*。輔仁大學社會工作學系研究所碩士論文。
楊靜芸（2002）。*老人安養護機構服務品質影響因素之探討*。國立中正大學社會福利研究所碩士論文。
萬育維譯（2004）。*老人照護工作－護理與社工的專業合作*。台北：洪葉文化。
葉肅科(1994)。老人社區照護--澳洲福利國家經驗。*社區發展季刊*，66，37-45。
廖文玲（1999）。*我國渡假中心服務品質之實證研究*。國立交通大學經營管理研究所碩士論文。
趙安娜、高美玲、林壽惠（2004）。鄉村社區老年人健康狀況與生活品質相關性之探討。*長期照護*，8（1），41-55。
歐鏸黛（2009）。*退休老人休閒參與和生活品質之探討-以嘉義市為例*。亞洲大學長期照護研究所碩士論文。
潘玲莉（2000）。*基隆市老人居家服務評估之研究*。東海大學社會工作研究所碩士論文。
蔡啟源（2000）。老人居家服務之探討，*社區發展季刊*，91，252～268。
蔡詠琪（2006）。*成功老化：老年人之生活品質相關因子探討*。國立陽明大學物理治療學系暨研究所碩士論文，未出版，台中。
蔡漢賢（2000）。*社會工作辭典*。內政部社區發展雜誌社印行。
賴建仲（1998）。*老人居家服務整合之研究*。國立暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
戴瑩瑩（2006）。*老人居家服務品質管理之研究*。國立暨南大學社會政策與社會工作學研究所碩士論文。
謝美娥（2010）。*影響失能老人生活品質的可能因素:一個量化的初探---以台北市為例*。國科會補助研究計劃。
簡秀美（2006）。*長期照護機構服務品質與住民滿意度之研究*。國立亞洲大學長期照護研究所碩士論文。
蘭寶珍（2010）。*失能老人的生活品質及其相關因素-以居家及機構老人為例*。高雄醫學大學護理學系博士論文。未出版。

260(12), 1743-1761.

Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB & Baltes MM, eds. Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences, Cambridge University Press, NY: 1-34.

Bearon, L. B.(1996).Successful aging: what does the "good life" look like? The Forum,1（3）,1-5.

Campbell, A., Converse, C., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.

Dillard P. Successful aging depends on quality of life, not just years lived.http://agnews.tamu.edu/dailynews/stories/CFAM/May2003a.htm

Donabedian, A. (1988). The quality of care：How can it be assessed? JAMA,

Francis, J. and Netten A.(2003). Quality in Home Care: Client and Provider Views. PSSRU Discussion Paper 2017. PSSRU.

George L.K., Bearon L.B.（1980）. Quality of life in Older Persons. Meaning and Measurement. New York Press ed.

Hellström, Y., & Hallberg, I. R. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health care and quality of life. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 61-71.

I. Lee, Hsiu-Hung Wang, Chii-Jun Chiou, Su-Hong Chang（2009）.Family caregivers' viewpoints towards quality of long-term care services for community-dwelling elders in Taiwan. *Health & Social Care in the Community*, vol. 17, no. 3, pp. 312-320.

Kane, R.A.(1999).Goals of home care:therapeutic, compensatory, either or both？ *Journal of Aging and Health*, 11(3), 299-321.

Meeberg, G. A. (1993).Quality of life：a concept analysis。*Journal of Advanced of Nursing*, 18(1), 32-38。

Murphy, K., Cooney, A., Shea, E. O., & Casey, D. (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 606-615.

Parasuraman, A., Vararie A.Zeithaml,And Leonard L.Berry (1988).Communication and Control Press in the Delivery of Service Quality.*Journal of Marketing*, 52(4),35-48.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 127-139.

Parasuraman, A., Zeithmal, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998). Successful aging. New York: Dell Publishing.

Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033.

Sasser, W. E., Olsen, R. P.,& Wyckoff, o. D. (1978) .Management of Service Operations, Allyn and Bacon Inc, 19-72.

Stone, R. I.(2006). Emerging Issues in Long-Term Care, in R. H. Binstock & L. K. Gerorge(eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Burlington: Academic Press.

Tseng, S.Z., & Wang, R.H. (2001).Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18(5), 304-311.

Ventegodt, Merrick, & Anderson(2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World JOURNAL*, 2003(3), 1034-1040.

Zhan, L. (1992) . Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.

# 附件一

您好：

這是一份學術問卷，目的是為了瞭解使用居家服務老人對於居家服務品質的感受及生活品質狀況，作為未來政策改善的參考。此份問卷無需具名，所回答的資料也會嚴格保密，並在研究結束後銷毀，所回答的問題也無標準答案，敬請放心回答，感謝您的熱心支持與指教。

並祝您　身體健康、事事順心

國立台灣師範大學社會工作研究所
指導老師：沈慶盈 博士
研究生：吳尚柔
聯絡電話：0926501335

**受訪者：□案主 □家屬**

**第一部份：**這部分主要是瞭解您對居家服務品質的感受，回答沒有任何的對、錯或是較好、較不好，請安心作答，**請在最符合的部分打勾「✓」。**

| | | 非常同意 | 同意 | 普通 | 不同意 | 非常不同意 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 服務員所使用的醫療器材用品是乾淨的。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2 | 服務員的儀容能符合我的要求。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 3 | 服務員的個人清潔衛生能符合我的要求 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 4 | 居服單位會準備服務紀錄、新規定等資料給我看。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 5 | 服務員應該服務的項目，都能在確定的時間內完成。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 6 | 服務員對於我或家人反映的問題、諮詢的服務，能盡力協助處理。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 7 | 居服單位有信譽，讓我覺得安全、可靠。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 8 | 服務員不會遲到或早退。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 9 | 服務員在服務結束後，都會和我說明並拿紀錄給我簽名。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10 | 居服單位在一開始服務的時候，就告訴我或我的家人服務內容(如家務及日常生活照顧服務或身體照顧服務)。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11 | 對我要求的事情，服務員會很快做好。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12 | 服務員都樂於解決我的問題。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13 | 服務員即使很忙，也會馬上回應我的需要。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14 | 我對服務員所提供服務很放心。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 15 | 我對服務員所提供服務感到安全。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 16 | 服務員對我很親切。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 17 | 服務員的照顧知識和技能很專業(指工作專業能力)，值得我信賴。 | □ | □ | □ | □ | □ |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 服務員會個別的關注我的狀況。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 19 | 如果我有需要，居服單位可以彈性調整服務時間。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 20 | 服務員會了解我個人需要幫忙的地方。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 21 | 服務員很注重我所在意的事情。 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 22 | 居服單位能依照我的需求調整服務內容。 | □ | □ | □ | □ | □ |

**第二部份：**這部分主要是瞭解您**近兩星期內**對生活品質的主觀感受，回答沒有任何的對、錯或是較好、較不好，請安心作答。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？ | □(1)極不好 | □(2)不好 | |
| | □(3)中等程度好 | □(4)好 | □(5)極好 |
| 2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？ | □(1)完全沒有妨礙 | □(2)有一點妨礙 | |
| | □(3)中等程度妨礙 | □(4)很妨礙 | □(5)極妨礙 |
| 4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？ | □(1)完全沒有需要 | □(2)有一點需要 | |
| | □(3)中等程度需要 | □(4)很需要 | □(5)極需要 |
| 5. 您享受生活嗎？ | □(1)完全沒有享受 | □(2)有一點享受 | |
| | □(3)中等程度享受 | □(4)很享受 | □(5)極享受 |
| 6. 您覺得自己的生命有意義嗎？ | □(1)完全沒有 | □(2)有一點有 | |
| | □(3)中等程度有 | □(4)很有 | □(5)極有 |
| 7. 您集中精神的能力有多好？ | □(1)完全不好 | □(2)有一點好 | |
| | □(3)中等程度好 | □(4)很好 | □(5)極好 |
| 8. 在日常生活中，您感到安全嗎？ | □(1)完全不安全 | □(2)有一點安全 | |
| | □(3)中等程度安全 | □(4)很安全 | □(5)極安全 |
| 9. 您所處的環境健康嗎?(如污染、噪音、氣候、景觀) | □(1)完全不健康 | □(2)有一點健康 | |
| | □(3)中等程度健康 | □(4)很健康 | □(5)極健康 |
| 10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？ | □(1)完全不足夠 | □(2)少許足夠 | |
| | □(3)中等程度足夠 | □(4)很足夠 | □(5)極足夠 |
| 11. 您能接受自己的外表嗎？ | □(1)完全不能夠 | □(2)少許能夠 | |
| | □(3)中等程度能夠 | □(4)很能夠 | □(5)極能夠 |
| 12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？ | □(1)完全不足夠 | □(2)少許足夠 | |
| | □(3)中等程度足夠 | □(4)很足夠 | □(5)極足夠 |
| 13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？ | □(1)完全不方便 | □(2)少許方便 | |
| | □(3)中等程度方便 | □(4)很方便 | □(5)極方便 |
| 14. 您有機會從事休閒活動嗎？ | □(1)完全沒有機會 | □(2)少許機會 | |
| | □(3)中等程度機會 | □(4)很有機會 | □(5)完全有機會 |
| 15. 您四處行動的能力好嗎？ | □(1)完全不好 | □(2)有一點好 | |
| | □(3)中等程度好 | □(4)很好 | □(5)極好 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 18. 您滿意自己的工作能力嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 19. 您對自己滿意嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 20. 您滿意自己的人際關係嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 21. 您滿意朋友給您的支持嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 22. 您滿意自己住所的狀況嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 23. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 24. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？ | □(1)極不滿意 | □(2)不滿意 | |
| | □(3)中等程度滿意 | □(4)滿意 | □(5)極滿意 |
| 25. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等） | □(1)從來沒有 | □(2)不常有 | |
| | □(3)一半有一半沒有 | □(4)很常有 | □(5)一直都有 |
| 26. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？ | □(1)完全沒有 | □(2)有一點有 | |
| | □(3)中等程度有 | □(4)很有 | □(5)極有 |
| 27.您想吃的食物通常都能吃到嗎？ | □(1)從來沒有 | □(2)不常有 | |
| | □(3)一半有一半沒有 | □(4)很常有 | □(5)一直都有 |

| **第三部份：** 您的基本資料。請在最適當的□中**打勾「✓」**，每題均請作答。 | |
|---|---|
| 1. 性別 | □(1)男　□(2)女 |
| 2. 年齡 | □(1)65-69 歲 □(2)70-74 歲 □(3)75-79 歲 □(4)80~85 歲 □(5)85歲以上 |
| 3. 教育程度 | □(1)不識字 □(2)識字或自修 □(3)小學 □(4)初中 □(5)高中(職) □(6)專科 □(7)大學 □(8)研究所(含)以上 |
| 4. 宗教信仰 | □(1)佛教 □(2)道教 □(3)回教 □(4)天主教□(5)基督教 □(6)無 □(8)其它_____ |
| 5. 每個月平均花費 | □(1)5000元以下 □(2)5001~10000元 □(3)10001~15000元 □(4)15001~20000元 □(5)20000~20001元 □(6)20001~30000元 □(7)30000元以上 |
| 6. 居住情況 | □(1)獨居 □(2)配偶或兒女同住 □(3)親戚或友人同住 □(4)其他_____ |
| 7. 有無慢性病 | □(1)有 □(2)沒有 |
| 8. 平時有人照顧嗎? | □(1)沒有 □(2)有，與主要照顧者的關係是_____，平均每日照顧_____小時 |
| 9. 失能程度 | □(1)輕度失能 □(2)中度失能 □(3)重度失能 □(4)極重度失能 |
| 10.目前使用居家服務頻率 | 每週_____次，每次時數為 _____小時 |

# 附件二

## 專家效度修改意見之彙整

**◎服務品質部分**

| 修改前 | 專家建議與決議 |
|---|---|
| 4. 我的居服員會準備服務紀錄、新規定等資料給我看。 | 劉:「給我看」改成「會跟我說明內容」<br>決議：維持不變 |
| 5. 我的居服員答應要做的事，都會在時間裡面做完。 | 劉:「在時間裡面做完」改成「都會按時做完」<br>決議：修改為「服務員應該服務的項目，都能在確定的時間內完成」 |
| 7.居服單位具有信譽,工作人員具有專業能力，讓我覺得安全、可靠。 | 王:「居服單位」與「工作人員」兩者不同，應分開測量<br>決議:修改為「居服單位具有信譽，讓我覺得安全、可靠」 |
| 9. 我的居服員在服務結束後，都會拿紀錄給我簽名。 | 劉:簽名是否只是例行公事？說明後再簽名較佳<br>決議:修改為「我的居服員在服務結束後，都會拿紀錄給我簽名」 |
| 10.居服單位會在一開始服務的時候，就告訴我或我的家人我的服務內容(如清潔衛生、飲食、家事服務、文書服務及休閒關懷服務)。 | 王：應是不可選擇的服務項目，服務項目要再修改<br>劉：修改為會將服務內容說明清楚<br>決議:修改為「居服單位在一開始服務的時候,就告訴我或我的家人服務內容(如家務及日常生活照顧服務或身體照顧服務)。」 |
| 15.我對居服員所提供服務感到安全。 | 王：可以再思考看看安全的定義<br>決議：維持不變 |
| 16. 我的居服員很有禮貌。 | 劉：改成對我很親切或許更好<br>決議：修改為「服務員對我很親切」 |
| 18. 我的居服員會主動關懷我。 | 王:和原組成項目不合，改成會對我有個別的關注<br>決議:修改為「服務員會個別的關注我的狀況」 |

◎老人之基本資料部分

| 修改前 | 專家建議 |
| --- | --- |
| 5. 您每個月花費<br>□(1)5000元以下<br>□(2)5001~10000元<br>□(3)10001~15000元<br>□(4)15001~20000元<br>□(5)20000~20001元<br>□(6)20001~30000元<br>□(7)30000元以上 | 劉：增加「平均約」<br>決議：修改為「每個月平均花費」 |
| 7. 您的慢性病數<br>□(1)高血壓 □(2)關節炎<br>□(3)糖尿病 □(4)心臟病<br>□(5)中風 □(6)胃腸疾病<br>□(7)白內障 □(8)其他，請註明<br>_____<br>共____項 | 劉：您有那些慢性病較佳，項目由研究者自行統計<br>王：直接詢問有無慢性病，或是原題目不變，再由研究者自行加總起來<br>決議：刪除慢性病數，修改為「有無慢性病 □(1)有 □(2)沒有」 |
| 8. 您平時有人照顧嗎 | 劉：沒有問號(？)<br>決議：增加問號 |
| 9.您的失能程度 | 劉：應由研究者根據一些指標，再將受訪者歸類其失能程度<br>王：要如何問？<br>決議：維持不變 |
| 11. 您的身體狀況 | 劉：數據要如何取得？<br>王：你要測？<br>決議：刪除此題 |

## 附件三

# 訪談同意書

親愛的阿公、阿嬤您好：

我是師大社工所的研究生吳尚柔，感謝您在百忙之中撥冗填寫本問卷，這是一份學術問卷，本問卷共五頁，填答時間約二十分鐘，目的是為了瞭解您對於居家服務品質的感受及您的生活品質狀況，作為未來政策改善的參考。我將以口頭問答的方式詢問您對於問題的看法，並由我來做問卷的勾選。此問卷無標準答案，問卷亦無需具名，所回答的資料我也會嚴格保密，敬請放心回答，感謝您的熱心支持與指教。

並祝您

身體健康、事事順心

受訪者：_____同意上述內容

中華民國　　年　　月　　日

國立台灣師範大學社會工作研究所
指導老師：沈慶盈 博士
研究生：吳尚柔　敬上
聯絡電話：0926501335
電子信箱：edie741121@yahoo.com.tw

# 附件四

## 服務品質與生活品質問卷訪談說明書

您好：

首先謝謝您協助此問卷的完成，在問卷詢問的過程中，可能會遇到以下幾個問題：

1. 問卷第三題「您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？」若受訪者沒有身體疼痛方面的問題，該如何回答此題？

答：若受訪者沒有身體疼痛的問題，則其選項應該是： 完全沒有妨礙。若擔心受訪者可能有此方面之疑問，宜於施測之初即先將此題解釋給受訪者聽。

2. 問卷第十八題「您滿意自己的工作能力嗎？」若受訪者目前沒有工作或是家庭主婦，該如何回答此題？

答：此題中，「工作」被定義為個人所從事的任何主要活動。主要活動包括有薪資的工作、無給職(無薪資的工作)、志願性的社區工作、照顧小孩(孫子)及料理家事…等。受訪者若無主要從事的活動，可直接跳答此題。若擔心受訪者可能有此方面之疑問，宜於施測之初即先將此題解釋給受訪者聽。

3. 問卷中如有受訪者無意願回答的問題，可在選項後增加□拒答 選項，供研究者做參考。
4. 若受訪者對題目不理解，可適時對題目以口頭或是肢體語言做補充。

謝謝您的協助，辛苦了。

祝您 平安 順心。

國立台灣師範大學社會工作研究所
指導老師：沈慶盈 博士
研究生：吳尚柔
連絡電話 0926501335
Email:edie741121@yahoo.com.tw