

臺北市小型養護機構高齡住民自主性 與生活品質及其相關因素研究

馬芝馨* 陳政友**

摘要

目的：了解臺北市小型養護機構高齡住民自主性與生活品質之預測因子。方法：以機構為單位，採「集束採樣」方式，問卷以背景變項、巴氏量表、簡短老人憂鬱量表、自覺健康狀況量表、老人自覺自主性量表及生活品質量表等結構式問卷蒐集資料，採面對面訪問的調查方式進行，共取得臺北市38家小型養護機構內意識清楚、無失智（SPMSQ ≥ 6 分）、年齡 ≥ 65 歲，可溝通之351人（100%）有效樣本。結果：研究對象整體「自主性」屬中等程度，其中以「入住決策者」、「日常生活功能」、「憂鬱程度」及「自覺健康狀況」為自主性主要的預測變項。「生活品質」中以「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度，而「心理範疇」與「生理範疇」屬中等程度，其中以「性別」、「年齡」、「機構居住時間」、「居住費用支付者」、「日常生活功能」、「憂鬱程度」、「自覺健康狀況」及「自主性」為生活

* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系研究生

** 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授（通訊作者），E-mail:
t09004@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市和平東路一段162號，聯絡電話：02-77341709

投稿日期：102年7月30日；修改日期：102年10月9日；接受日期：102年11月22日
DOI: 10.3966/207010632013120040002

品質主要的預測變項。結論：研究對象之背景變項及健康狀況可有效預測自主性，而背景變項、健康況及自主性亦可有效地區別預測生活品質四個範疇面，其中又以「自主性」對生活品質四個範疇面皆有預測力且影響力為最大。建議：重視高齡住民之異質性，提供不同程度之照顧措施，強化自主性照護，避免「廢用症候群」發生，使其保有自尊、自主及獨立性或享有生活品質為機構式照護之最終目的。

關鍵詞：小型養護機構高齡住民、生活品質、自主性

壹、前言

隨著全球人口的老化，長期照護機構在社會需求下快速發展，然而，機構式照護模式多少會被標籤化為集體式的安置照護型態，如何改善老年人居住長期照護機構的生活品質，乃逐漸成為各國關注的問題。1993年9月底，臺灣人口結構跨越聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 所定義之高齡化社會 (ageing-society) 的門檻，亦即65歲以上人口大於7%。後因戰後嬰兒潮的效應及出生率的持續下降，截至2012年9月底，臺灣老年人口的比率更趨向高齡社會 (aged-society)，已占總人口的11.05% (行政院經濟建設委員會，2012)。

伴隨高齡化社會而來的是健康問題慢性化、孱弱化、多樣化及長期化等問題。內政部統計處資料顯示，截至2012年止，我國65歲以上之255萬名老年人口中，失能人數即達42萬人，加上家庭結構、型態與功能的蛻變，以及非典型的婚姻、生育模式和女性勞動參與率提高，老人在缺乏照顧之下，機構的照護方式提供生活自理能力缺損的老人另一種居住方式的選擇。隨著老人福利機構傾向「在地老化、小型化、社區化」的發展，根據內政部2012年9月的統計資料，屬於社政單位的老人福利長期照護及安養機構（不含榮民之家及護理之家）計有1,057所，以長期照顧養護型機構最多，共計947所（占90.65%）；長期照顧照護型機構次之，共計53所；安養機構居第三，共計34所；若是依公、私立別來分，又以屬於私人的小型老人機構最多，共計897所（占85.84%）（內政部統計處，2013）。由以上資料得知，小型機構於臺灣人口轉型之際，扮演著滿足失能老人照護需求之重要角色。一般而言，機構的照護品質攸關住民的生活品質，但目前市場上，機構式照護在求管理效率及醫療化之延伸影響下，仍呈現「機構化」之照護型態。依2007年臺北市老人安養護暨長期照護機構評鑑成果報告，私立小型機構評鑑測量指標完全符合者僅占28.31%（社團法人臺灣長期照護專業協會，2007），又因為與老人相關的醫學科學（如復健、營養、護理等）不受醫學界重視，進而產生專業

人員不足（蕭淑貞、李世代，1999），以致機構式照護傾向提供過多的生理照顧，缺乏心理及社會支持，以及必須接受整組式 (batch treatment) 的照顧等現象 (Chantal, Kerstrs, Ribbe, Campen, & Ooms, 2000; Clark & Bowling, 1990)。住民在此種去個人化的環境下，個人的完整感逐漸被剝削，導致個人的獨特性也漸次喪失，並形成依賴機構工作人員指示的生活，在缺乏多重刺激環境下，老人身心功能加速衰退 (McFarland & McFarland, 2002)。雖然政府為了提升照護品質及住民的生活品質，不斷地推陳出新照護政策與方案，例如：行政院衛生署（2009）及內政部（2010）陸續規定將長期照護六項品質指標納入評鑑。但現今老人福利機構評鑑對大部分小型養護構在社區化與在地老化的目標層次，以及評鑑機制運作的手段層次，兩者間似乎有種矛盾（蔡翔傑，1997）。更有甚者，以機構住民為主的生活品質及倫理議題，卻一直未受廣泛重視（李孟芬，2009）。

影響長期照護的品質包含多面向的因素，諸如員工訓練不足、個案評估不正確或無效、錯誤的照護技術及鬆散的法規等，都可能影響整體的照護品質，但這些都牽涉到照護基本的倫理議題與行善原則，而自主性即是其中一項基本的倫理原則，因此在照護病患達到健康時，需尊重病患的自我決策和自主性 (Beauchamp & Childress, 1983)。有關老人生活品質的文獻顯示，老人們認為提升獨立、自主，對於促進生活品質有正面影響，而且也是最重要的 (Birder, Slimmer, & Lesage, 1994)。另據1997年修正的《老人福利法》規定，養護型機構主要是照顧生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人（內政部社會司，2012），其介於所謂的獨立生活與照顧的分界，而獨立生活並不是指老年人必須具有不仰賴他人協助而從事某些日常活動的能力，而是指老年人得以自主決定如何過生活的權利，擁有獨立生活意指擁有權利而非肢體能力的問題 (Smith, 2005)。

國外針對機構老人自主性之相關人權議題較有概念，其中又以日本及英國最為先驅及健全，相關研究也最多 (Davies, Laker, & Ellis, 2002; Geraldine, 2008; Hertz & Anschutz, 2002)。至於國內機構老人研究趨勢，近十年以老人社會福利、老人醫學為重點主題，而自主性相關之研究有莊雅婷（2006）、

吳奇璋（2009）分別以質性及量化分析來探討養護機構老人自主性之影響因素，又有朱婉霞（2011）以大型長期照護機構為研究場域來探討自主性對生活品質的影響，而本研究主要由高齡住民背景變項及健康狀況差異性所產生之個人對於生活的感受，以及受到文化、價值觀及生活情境影響之內在動力，作為研究對象之自主性及生活品質的預測變項，並選擇自主性偏低且發展數量最多的小型養護型機構為研究場域，用以了解機構高齡住民個人背景變項、健康狀況、自主性及生活品質的狀況，進而探討自主性及生活品質二者間之關係和影響因素，期藉此研究喚起機構對老人自主性的意識，推動住民自主性及促進社區型小型養護型機構照護的最大功能，進而提升生活品質。

貳、材料與方法

一、研究設計

本研究採橫斷式 (cross-sectional) 面對面訪視調查法，由研究者運用事先設計好的結構式問卷，以標準化訪問 (standardized interview) 蒐集問卷資料。

二、研究限制

(一) 因考量研究對象認知功能與溝通的問題，相對無法針對認知功能屬於中度至高度障礙之高齡住民進行評估。

(二) 因高齡住民的異質性高，參與研究的態度不同，個性開朗的研究對象接受訪談的可能性較高；反之，個性較封閉的研究對象訪談率較低。而在此現況下，可能喪失部分符合條件之高齡住民之資料。因此，本研究結果在做推論時，需謹慎其推論範圍。

三、研究對象

(一) 母群體：截至2011年底，臺北市依《老人福利機構設置標準》立案之長期照顧養護型機構，核定收容人數為≤49，共計119所小型機構為研究場域，提供收容人數為3,505人。

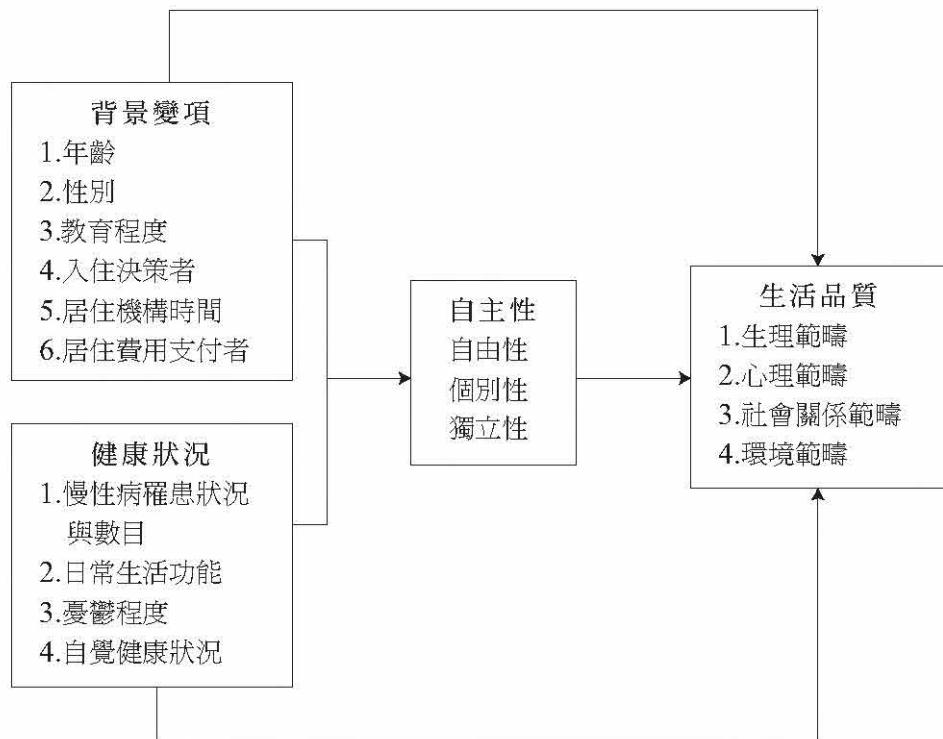


圖1 研究架構

(二) 樣本群體：為確保研究結果之代表性與效度，依據Krejcie與Morgan (1970) 的抽樣曲線標準，母群體人數為3,503人，樣本數最少取樣數為346人。

(三) 選樣標準：年齡 ≥ 65 歲；SPMSQ ≥ 6 分；能以國、臺語溝通；無急性期之疾病；經醫生診斷非精神疾病、憂鬱症、器官性心理異常；自願接受訪談者。

(四) 採樣步驟：因考量到研究對象認知及意識上之限制，且長期照護機構之住民多數為嚴重失能或嚴重聽覺障礙的老年人（平均每個機構中嚴重失能及或聽障的比率為82.6%），故本研究採以機構為單位之「集束抽樣法」(cluster sampling)，以臺北市119所小型養護機構為母體，隨機抽取60

所，結果經38所機構同意，收得符合收案條件之351人，共取得有效問卷351份，為母群體的10%。

四、研究工具

使用結構性問卷及多種量表，包括：「簡易心智狀況表」(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)；「背景變項問卷」；健康狀況包括「慢性病罹患狀況與數目問卷」、「日常生活功能量表」(Barthel Index)、「簡短老人憂鬱量表」(Scale-Short Form Geriatric Depression, SF-GDS)、「自覺健康狀況量表」等；自主性及生活品質之測量工具則分別使用「自覺自主性量表」(Scale-Short Form Geriatric Depression, PEAS) 及「世界衛生組織生活品質問卷臺灣簡明版」(WHO Quality of Life, Briefedition, Taiwan Version, WHOQOL-BREF)。各量表說明如下：

（一）簡易心智狀況量表

本研究使用此量表作為研究對象篩選之依據，量表是由Pfeiffer (1975) 所發展，主要為評估個案認知功能，內容包括測試定向力、注意力、思考、計算力、一般知識及不同層面之記憶功能，共10題，答對一題得一分，總分10分。

（二）背景變項問卷

研究者自擬問卷，包括老年人的年齡、性別、婚姻、教育程度、入住前居住所、入住決策者、機構居住時間、居住費用支付者等八項。

（三）健康狀況

此部分分別使用慢性病罹患狀況與數目問卷、日常生活功能量表、簡短老人憂鬱量表及自覺健康狀況量表，分別敘述如下：

1. 慢性病罹患狀況及數目：以罹患慢性病數目來計算，採複選方式，由受訪者勾選。

2. 日常生活功能量表：本研究採用國內學者戴玉慈、楊清姿、王祖琪與鄭雅心（1995）所翻譯的中文巴氏量表作為個案日常生活功能評估，了解個案實際從事日常生活活動的能力。此量表包括自我照顧能力（如進食、盥洗、修飾、如廁、穿衣、大小便的處理），以及行動能力（如移位、活動、上下樓梯），共10項。總分由0至100，0至20分為完全依賴，21至60分為嚴重依賴，61至90分為中度依賴，91至100分為完全獨立。

3. 簡短老人憂鬱量表 (Short-Form Geriatric Depression Scale, SF-GDP)：本研究採用Sheikh與Yesavage (1986) 所發展原始之30題簡化為15題的簡短老人憂鬱量表，此為目前廣泛運用於評估老人憂鬱狀態的評估工具之一。李春香（2007）應用簡短老人憂鬱量表進行社區老人日常生活功能、自覺健康狀況、憂鬱狀況與自殺意念之相關性研究，其內在一致性信度Cronbach's α 值為.76。此表採簡單易答的二分法（是／否）做答，15題題項中包括正向題五題、負向題10題，分數愈高，憂鬱程度愈嚴重。

4. 自覺健康狀況量表：本研究採用黃璉華（1993）所發展之自覺健康狀況量表，共三題，趙安娜（2002）以自覺健康量表針對臺南縣將軍鄉社區老年人所測試的內在一致性 Cronbach's α 值為 .80。此表採Likert五分量表加以計分，每題評定分數為1至5分，總分為3分至15分，分數愈高，表示自覺健康狀況愈佳。

（四）老人自覺自主性量表 (Perceived Enactment of Autonomy Scale, PEA)

本研究採用黃慧莉與林惠賢（2002）依據Hertz針對自覺自主性所發展之量表，經翻譯後並依實證資料修訂為共有八個因素、31個題項，且適合臺灣老人作答，又不失原量表之信效度的問卷。後經黃慧莉將初步中文版量表刪除和總分相關不顯著 ($p > .05$) 的題項，最後剩三個因素（自由性、獨立性、個別性），共20個題項，全量表20題之Cronbach's α 係數為.87。採Likert四分量表加以計分，每題評定分數為一至四分，總分數愈高，表示自主性感受程度愈高。

（五）生活品質量表

本研究採用「世界衛生組織生活品質問卷臺灣簡明版」(WHOQL-BREF)量表，此量表內容是由世界衛生組織生活品質問卷簡明版 (WHOQL-BREF)英文版之26個題目，再加上兩項本土性題目所發展而成，涵蓋生理健康、心理、社會關係及環境等四個範疇，共計28個題項，其中包括兩題測驗綜合生活品質 (G1) 與一般健康狀況 (G4)，問卷取樣以最近兩星期作為時間參考 (time reference)。生活品質量表曾被使用於臺灣北、中、南與東部進行調查，受試者共計1,017人，整體問卷的內部一致性Cronbach's α 係數為.91，四個範疇（生理健康、心理、社會關係、環境）分別為0.97、0.70、0.72、0.77。此表採Likert五分量法加以記分，每題評定分數為一至五分，其中第3、4、26題項為反向陳述，需要反向轉換計分，最後將同範疇的層面題分數相加平均後乘以4，即成為範疇分數 (domain score)，得分範圍為4至20分，分數愈高，生活品質愈佳（姚開屏，2005）。

五、本研究量表信效度

本研究所採用的各量表，國內外都有應用於機構老人之研究中，並已具有良好信效度的檢定結果，因此本研究未進行專家信效度之檢測，僅於正式實施前進行30位研究對象的問卷預試，以及正式施測所得之351份有效問卷，以Cronbach's α 係數檢定內在一致性信度。結果發現，簡短老人憂鬱量表、自覺健康狀況量表、老人自覺自主性量表及生活品質量表的信度皆在8.0以上，表示有非常良好的內部一致性。

六、資料處理與分析

將回收之有效問卷加以編號、譯碼、輸入電腦，再以SPSS for Windows 18.0版統計軟體處理資料。

本研究所採用的統計方法包括：

（一）描述性統計

使用次數分配、百分率、範圍、平均數及標準差來描述各變項之分布狀況。

（二）推論性統計

1. 使用皮爾森積差相關分析 (Pearson product-moment correlation coefficient) 來探討自主性與生活品質之相關性。
2. 使用線性複迴歸分析 (multiple linear regression) 來探討研究對象之背景變項與健康狀況對其自主性的預測力。
3. 使用線性複迴歸分析來探討研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生活品質的預測力。

參、結果

一、研究對象背景變項與健康狀況的分布

結果顯示，研究對象中，女性有184人、男性有167人；平均年齡為81.13歲，婚姻以喪偶居多，多為不識字者，住進機構前多與家人同住，以子女決定入住養護機構者最多，而費用支付者也以家人居多，平均入住養護機構時間為3.88年。在健康狀況方面，研究對象平均罹患3.15個慢性病，依序為高血壓、神經性疾病及糖尿病；有三分之二以上的人日常生活功能屬嚴重依賴至完全依賴型及輕度至中重度憂鬱情緒，而自覺健康狀況多屬「不好」的水準。

二、研究對象自主性與生活品質現況

結果顯示，研究對象自主性總體分數，最低為21分，最高為71分，平均值為 48.76 ± 8.13 分，三個層面依序為：在「個別性」方面，平均值為 24.61 ± 3.74 分；在「自由性」方面，平均值為 17.14 ± 3.87 分；在「獨立性」

方面，平均值 7.01 ± 1.89 分。在生活品質方面，研究對象生活品質中，以「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度，其平均值別為 12.56 ± 3.05 分及 12.54 ± 2.57 分；而「心理範疇」與「生理範疇」屬中等程度，其平均值分別為 9.70 ± 2.596 分及 10.27 ± 2.67 分。在兩題綜合評估的部分則較差，皆低於3分。最後一題綜合自我評估的狀況平均分數為 55.78 ± 17.32 分，屬中等程度。

三、研究對象背景變項、健康狀況對自主性之預測

由表1可知，研究對象的背景變項及健康狀況可有效預測「自主性」($R^2 = .592$ ， $F_{(22, 328)} = 21.66$ ， $p < .001$)，並可解釋自主性的總變異量達59.2%。其中，「入住決策者」($\beta = .17$ ， $t = 3.34$ ， $p < .001$)、「日常生活功能」($\beta = .36$ ， $t = 8.22$ ， $p < .001$)、「憂鬱程度」($\beta = -.27$ ， $t = -6.18$ ， $p < .001$)、「自覺健康狀況」($\beta = .29$ ， $t = 5.97$ ， $p < .001$)為主要的預測變項，顯示自己決策入住者相對子女決策入住者，其自主性較高，日常生活功能愈好者及自覺健康狀況愈好者，其自主性越高，而憂鬱程度愈嚴重者，則自主性愈低。

表1

研究對象背景變項、健康狀況對自主性之線性複迴歸分析

預測變項	B	β	t	R^2	F
截距項	43.38		9.60***	.592	21.66***
性別（女性為參照組）	0.36	.02	0.49		
年齡	0.01	.01	0.25		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	-0.78	-.04	-0.58		
喪偶	-0.28	-.02	-0.23		
離婚或分居	-1.44	-.07	-1.44		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	-0.004	-.001	-0.01		
國中	-1.15	-.05	-1.24		
高中職以上	0.27	.01	0.27		

表1 (續)

預測變項	B	β	t	R^2	F
入住前居住所 (獨居為參照組)					
與家人同住	-0.73	-.04	-0.79		
醫院或其他長期照護機構等	-0.08	-.003	-0.08		
入住決策者 (子女為參照組)					
配偶	0.89	.03	0.74		
自己	4.00	.17	3.34***		
三等親以外	2.12	.07	1.41		
社政單位	1.39	.06	0.99		
機構居住時間	.001	.001	0.01		
居住費用支付者 (家人為參照組)					
自付	-0.23	-.01	-0.27		
社會單位	-1.39	-.08	-1.22		
自付+社會單位	1.14	.05	1.10		
慢性病罹患數目	-0.10	-.01	-0.30		
日常生活功能	0.14	.36	8.22***		
憂鬱程度	-0.82	-.27	-6.18***		
自覺健康狀況	1.07	.29	5.97***		

註： B = 未標準化迴歸係數； β = 標準化迴歸係數。

*** $p < .001$.

四、研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生活品質之預測

(一) 研究對象自主性對生理範疇生活品質之預測

由表2可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測生理範疇生活品質，並可解釋生理範疇生活品質的總變異量達64.5% ($R^2 = .645$ ， $F_{(23,327)} = 25.88$ ， $p < .001$)，其中，「性別」 ($\beta = .12$ ， $t = 2.78$ ， $p < .01$)、「年齡」 ($\beta = .11$ ， $t = 2.09$ ， $p < .05$)、「機構居住時間」 ($\beta = -.12$ ， $t = -3.14$ ，

$p < .01$)、「日常生活功能」($\beta = .20$, $t = 4.46$, $p < .001$)、「憂鬱程度」($\beta = -.09$, $t = -2.11$, $p < .001$)、「自覺健康狀況」($\beta = .16$, $t = 3.22$, $p < .001$) 及「自主性」($\beta = .40$, $t = 7.68$, $p < .001$) 為主要的預測變項，又以「自主性」對生理範疇生活品質影響最大，「日常生活功能」次之。研究結果顯示，研究對象為女性者、年齡愈小者、教育程度為國中者、機構居住時間愈久、日常生活功能愈差、憂鬱程度愈嚴重、自覺健康狀況及自主性愈差者，其生理範疇生活品質愈差。

表2

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生理範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	B	β	t	R^2	F
截距項	0.41		0.27	.645	25.88***
性別（女性為參照組）	0.61	.12	2.78**		
年齡	0.03	.11	2.09*		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	-0.35	-.05	-0.87		
喪偶	-0.48	-.09	-1.34		
離婚或分居	-0.24	-.04	-0.81		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	0.07	.01	0.29		
國中	-0.45	-.07	-1.65		
高中職以上	0.08	.01	0.26		
入住前居住所（獨居為參照組）					
與家人同住	-0.05	-.01	-0.17		
醫院或長期照護機構等	-0.48	-.07	-1.66		
入住決策者（子女為參照組）					
配偶	0.20	.02	0.57		
自己	-0.44	-.06	-1.20		
三等親以外	-0.48	-.05	-1.58		
社政單位	0.24	.03	0.58		

表2 (續)

自變數	B	β	t	R^2	F
機構居住時間	-0.14	-.12	-3.14***		
居住費用支付者 (家人為參照組)					
自付	0.49	.08	1.95		
社會單位	-0.55	-.10	-1.64		
自付+社會單位	-0.44	-.06	-1.44		
慢性病罹患數	0.09	.03	0.88		
日常生活功能	0.02	.20	4.46***		
憂鬱程度	-0.09	-.09	-2.11*		
自覺健康狀況	0.18	.16	3.22**		
自主性	0.13	.40	7.68***		

註： B = 未標準化迴歸係數； β = 標準化迴歸係數。

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

(二) 研究對象背景變項、健康狀況及自主性對心理範疇生活品質之預測

由表3可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測心理範疇生活品質，並可解釋心理範疇生活品質的總變異量達61.1% ($R^2 = .611$ ， $F_{(23, 327)} = 22.30$ ， $p < .001$)，其中，以「機構居住時間」($\beta = -.10$ ， $t = -2.48$ ， $p < .05$)、「居住費用支付者」為自付及社政單位共同支付者 ($\beta = -.09$ ， $t = -2.21$ ， $p < .05$)、「慢性病罹患數」($\beta = .10$ ， $t = 2.54$ ， $p < .05$)、「日常生活功能」($\beta = .14$ ， $t = 2.98$ ， $p < .01$)、「憂鬱程度」($\beta = -.26$ ， $t = -5.56$ ， $p < .001$)、「自覺健康狀況」($\beta = .39$ ， $t = 7.67$ ， $p < .001$)及「自主性」($\beta = .37$ ， $t = 6.78$ ， $p < .001$)為主要的預測變項，又以「自主性」對心理範疇生活品質影響最大，「自覺健康狀況」次之。研究結果顯示，研究對象為機構居住時間愈久者、慢性病罹患數愈多者、日常生活功能愈差、憂鬱程度愈嚴重、自覺健康狀況及自主性愈差者，其心理範疇生活品質愈差。

表3

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對心理範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	B	β	t	R^2	F
截距項	1.50		0.92	.611	22.30***
性別（女性為參照組）	0.10	.02	0.42		
年齡	0.03	.09	1.66		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	0.11	.02	0.26		
喪偶	-0.18	-.03	-0.47		
離婚或分居	-0.27	-.04	-0.83		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	0.11	.02	0.45		
國中	-0.26	-.04	-0.87		
高中職以上	0.14	.02	0.43		
入住前居住所（獨居為參照組）					
與家人同住	-0.30	-.06	-1.01		
醫院或長期照護機構等	-0.25	-.03	-0.79		
入住決策者（子女為參照組）					
配偶	-0.15	-.02	-0.37		
自己	0.04	.00	0.09		
三等親以外	-0.36	-.04	-0.75		
社政單位	-0.22	-.03	-0.49		
機構居住時間	-0.12	-.10	-2.48*		
居住費用支付者（家人為參照組）					
自付	0.28	.04	1.02		
社會單位	-0.53	-.09	-1.44		
自付+社會單位	-0.74	-.09	-2.21*		
慢性病罹患數	0.27	.10	2.54*		
日常生活功能	0.001	.004	0.09		
憂鬱程度	-0.15	-.16	-3.42***		
自覺健康狀況	0.34	.29	5.65***		
自主性	0.12	.37	6.78***		

註：B = 未標準化迴歸係數； β = 標準化迴歸係數。* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

(三) 研究對象背景變項、健康狀況及自主性對社會關係範疇生活品質之預測

由表4可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測社會關係生活品質，並可解釋整體社會關係範疇生活品質的總變異量達52.9% ($R^2 = .529$, $F_{(23, 327)} = 15.97$, $p < .001$)，其中，以「年齡」($\beta = .12$, $t = .98$, $p < .01$)、「居住費用支付者」為「社會單位」($\beta = -.14$, $t = -2.01$, $p < .05$)或為自己及社政單位共同支付者 ($\beta = -.12$, $t = -2.63$, $p < .01$)、「憂鬱程度」($\beta = -.15$, $t = -2.99$, $p < .01$)及「自主性」($\beta = .53$, $t = 8.89$, $p < .001$)為主要的預測變項，又以「自主性」對社會關係範疇生活品質影響最大，「憂鬱程度」次之。研究結果顯示，研究對象為年齡愈小者、居住費用支付者為「社政單位」或「自己及社政單位」共同支付者、憂鬱程度愈嚴重者及自主性愈差者，其社會關係範疇生活品質愈差。

表4

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對社會關係範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	B	β	t	R^2	F
截距項	1.47		0.71	.529	15.97***
性別（女性為參照組）	0.18	.03	0.62		
年齡	0.04	.12	1.98*		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	0.18	.02	0.33		
喪偶	-0.46	-.08	-0.94		
離婚或分居	-0.33	-.04	-0.81		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	-0.26	-.04	-0.82		
國中	-0.66	-.08	-1.76		
高中職以上	-0.52	-.06	-1.28		
入住前居住所（獨居為參照組）					
與家人同住	0.43	.07	1.15		

表4 (續)

自變數	B	β	t	R ²	F
醫院或長期照護機構等	0.11	.01	0.28		
入住決策者 (子女為參照組)					
配偶	-0.24	-.02	-0.50		
自己	0.75	.08	1.52		
三等親以外	-0.14	-.01	-0.24		
社政單位	0.17	.02	0.30		
機構居住時間	0.01	.004	0.09		
居住費用支付者 (家人為參照組)					
自付	0.09	.01	0.07		
社會單位	-0.92	-.14	-2.01*		
自付+社會單位	-1.10	-.12	-2.63**		
慢性病罹患數	-0.11	-.03	-0.82		
日常生活功能	-0.01	-.06	-1.13		
憂鬱程度	-0.17	-.15	-2.99***		
自覺健康狀況	0.12	.09	1.59		
自主性	0.20	.53	8.89***		

註：B = 未標準化迴歸係數；β = 標準化迴歸係數。

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

(四) 研究對象健康狀況、背景變項及自主性對環境範疇生活品質之預測

由表5可知，研究對象的背景變項、健康狀況及自主性可有效預測環境範疇生活品質，並可解釋環境範疇生活品質的總變異量達59.2% ($R^2 = .592$ ， $F_{(23, 327)} = 20.63$ ， $p < .001$)，其中，「年齡」($\beta = .21$ ， $t = 3.90$ ， $p < .001$)、「機構居住時間」($\beta = -.08$ ， $t = -2.13$ ， $p < .05$)、「憂鬱程度」($\beta = -1.6$ ， $t = -3.51$ ， $p < .001$)、「自覺健康狀況」($\beta = .12$ ， $t = 2.38$ ， $p < .05$) 及「自主性」($\beta = .50$ ， $t = 9.03$ ， $p < .001$) 為主要的預測變項，又以「自主性」對環境

範疇生活品質影響最大，「年齡」次之。研究結果顯示，研究對象為年齡愈小者、機構居住時間愈久者、憂鬱程度愈嚴重者、自覺健康狀況及自主性愈差者，其環境範疇生活品質愈差。

表5

研究對象背景變項、健康狀況及自主性對環境範疇生活品質之線性複迴歸分析

自變數	B	β	t	R^2	F
截距項	0.86		0.53	.592	20.63***
性別（女性為參照組）	0.32	.06	1.37		
年齡	0.06	.21	3.90***		
婚姻狀況（未婚為參照組）					
已婚	-0.33	-.05	-0.78		
喪偶	-0.61	-.12	-1.57		
離婚或分居	-0.47	-.07	-1.48		
教育程度（不識字為參照組）					
國小	-0.09	-.02	-0.37		
國中	-0.43	-.06	-1.46		
高中職以上	-0.32	-.04	-1.00		
入住前居住所（獨居為參照組）					
與家人同住	0.13	.02	0.45		
醫院或長期照護機構等	0.25	.03	0.80		
入住決策者（子女為參照組）					
配偶	0.08	.01	0.22		
自己	-0.03	-.004	-0.07		
三等親以外	-0.06	-.01	-0.12		
社政單位	0.33	.04	0.73		
機構居住時間	-0.10	-.08	-2.13*		
居住費用支付者（家人為參照組）					
自付	-0.07	-.01	-0.26		
社會單位	-0.45	-.08	-1.26		
自付+社會單位	-0.32	-.04	-0.37		

表5 (續)

自變數	B	β	t	R^2	F
慢性病罹患數	0.09	.03	0.87		
日常生活功能	0.00	.01	0.13		
憂鬱程度	-0.16	-.16	-3.51***		
自覺健康狀況	0.14	.12	2.38*		
自主性	0.16	.50	9.03***		

註：B = 未標準化迴歸係數； β = 標準化迴歸係數。

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

肆、討論

一、研究對象背景變項及健康狀況之分布

本研究收案來源為臺北市小型養護機構，其背景變項與健康狀況分述如下：以351位病患為樣本數來分析，在性別比例上差別不大，女性略多於男性，符合內政部統計處（2013）的資料，臺灣老年人口女性比例略高於男性，且女性平均餘命比男性餘命長；年齡方面介於65至98歲之間，平均年齡為81.13歲，和邱美汝、陳玉敏與李月萍（2007）調查長期照護機構老年人，發現年齡多介於65至98歲之間，平均年齡為77至80歲，在年齡分布曲線相似；婚姻狀態以喪偶者居多，教育程度以不識字者居多，與內政部統計處（2006）調查臺閩地區老人狀況報告相符，顯示臺灣老年人口多為已婚族群，有偶率在65歲老年人口中可達七成，至80歲以上老年人口有偶率降至五成以下；教育程度為國小及以下者占73.85%，推測此批老人因年輕時歷經戰亂失學，所以普遍未接受良好之教育；另，本國受傳統孝道及家庭倫理文化之影響，照顧父母為子女之責，故在入住機構之前的居住所以與家人同住者最多，根據曾思瑜（2005）及邱美汝等人（2007）研究所發現老人住機構前與「家人同住」者超過五成，亦與本研究分布相同；而入住機構決策者以子女最多之結果和蔡淑鳳、吳清華與葉淑娟（2009）的研究相符；在機構的居

住時間介於0.08至11.58年之間，平均居住為3.88年，與柯麗薇（2004）針對養護機構老人生活品質之探討，顯示其居住時間平均三至四年的結果相近；此外，在居住費用支付者方面則以家人居多，根據內政部統計處（2006）指出，一半以上之老人經濟來源主要是仰賴子女提供，僅三分之一能依靠政府救助或津貼補助，但值得一提的是，本研究顯示社政單位全額補助及部分補助有明顯提高之趨勢，顯見政府於長期照護制度之規劃日趨完善。

在健康狀況方面，受訪高齡者幾乎都患有一種或一種以上的疾病，其中以罹患三種慢性病者居多，平均為3.15種，依序為高血壓、神經性疾病及糖尿病。根據行政院衛生署國民健康局（2007）針對「臺灣中老年人身心社會生活狀況長期追蹤調查」結果顯示，老人患一種或一種以上慢性病者占七成以上，且不論男性或女性，皆以高血壓居第一名，合計占46.67%。至於入住養護機構的原因，則多因身體功能自退化或因慢性病提升所致。因此，對於不同依賴程度的高齡住民需提供不同的健康促進方案，以預防慢性病合併症之發生及延緩衰弱老化。

在日常生活功能方面，因養護機構主要照顧以生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、導尿管護理服務需求，故比例上以嚴重依賴居多，完全依賴次之。在憂鬱程度方面，本結果發現三分之二以上研究對象有輕度至中重度憂鬱，根據李春香（2007）之研究亦發現機構老人有輕度以上之憂鬱情形達六成以上，而王鈺淵（2006）針對男性老人憂鬱症與身體疾病之關係調查，發現身心疾病與憂鬱症成正比，故可推估因養護機構老人皆為身體功能衰退或罹病者，故極易因共病症的情形，進而造成憂鬱情緒。在自覺健康狀況的三個子項目結果呈現皆未達3分，而且比較接近2分，平均得分分別為1.95、2.38及2.16分，表示研究對象的自覺健康屬於「不好」的狀況。根據國民健康局於2006年針對臺灣地區50歲以上中、老年人所進行的調查亦發現，自認目前健康狀況不好的達四分之一（26.4%），且屬於「不太好」或「很不好」的比例均隨著年齡層的提高而增加（行政院衛生署國民健康局，2007）。

二、研究對象自主性及生活品質之現況

研究對象之自主性屬中等程度，以整體自主性來看，得分平均48.76分($SD = 8.13$)，此結果低於黃慧莉與林惠賢(2002)針對居家、社區及機構老人之自主性得分($M = 54.72$)，探究原因可能是本研究對象全為機構老人，而黃慧莉與林惠賢的研究對象只有49.1%來自於機構老人，其機構老人之生理、心理之反應感受及資源皆有別於居家或社區照顧的老人。在自主性之三個構面中以個別性最高，其次分別是自由性及獨立性，此和吳奇璋、黃惠滿、高家常與高碧鳳(2010)之研究結果，即以個別性得分最高相同，由此可見，機構老人認為在自主性方面以個別性最為重要，亦即能夠為自己而活，在了解自己及自己做決定方面具有較強的知覺，但自由性(有選擇性、自由行動及能控制處理自身事情)及獨立性(不依賴、不麻煩別人)是較弱的，顯示老人自覺到自己是個別的個體，能自己做決定及了解自己，但因身體功能衰退及機構式照護的嵌制，以致失去自由性及獨立性，與長期照護之目標——「依失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，所提供之不同程度之照顧措施，使其保有自尊、自主及獨立性或享有品質」之生活的照護機構式服務背道而馳。

在生活品質方面，研究對象自評的生活品質與健康都比較差一些，而最後一題綜合自我評估的狀況平均分數為55.78分($SD = 17.3$)，仍屬中下程度；在生活品質各範疇分布情形接近常態分布，以社會範疇得分最高，次之為環境範疇，再次之為心理範疇，最低的為生理範疇，其中，「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度；而「心理範疇」與「生理範疇」較差，屬中等程度。以上皆低於張曉婷(2009)針對榮家住民之生活品質及朱婉霞(2011)探討長期照護機構老人自主性對生活品質之調查結果，此結果可推論以上兩個研究場域皆為安養機構，在生理功能收案的條件較本研究之養護機構佳，本研究對象生理功能方面屬完全獨立及輕度依賴比例居多，其介於獨立與非獨立間，相對所需之心理照護較具複雜性。而在四個範疇之排序上，與藺寶珍(2010)對居家及機構老人生活品質調查結果社會關係範疇之

生活品質得分最高 (12.84)，心理範疇生活品質得分最低 (9.99) 相同，但和顧艷秋與劉文健 (2005) 安養機構老人生活品質及其影響因素探討之結果，以環境範疇生活品質得分最高 (13.87)，社會範疇生活品質 (11.63) 最低不同，此結果可推論係因顧艷秋與劉文健之研究對象多為孤苦無依無家人者所致。雖然老人因社會型態改變，入住養護機構的比例提升，但小型養護機構在可近性的優勢條件下，增加家人或親朋好友探訪頻率及提升社會支持系統，故在社會關係範疇生活品質方面較大型養護機構優。綜合以上研究可看出，不同研究對象之生活品質範疇的滿意度亦不同，在環境方面以大型養護機構較滿意，而生理範疇依機構型態及收案對象而有所不同，最需改進的則為社會關係及心理兩範疇。由此可知，養護機構在政府法規監督下，硬體的設施較易提升，但對於住民在心理及社會支持網仍顯不足。

三、研究對象背景變項及健康狀況對自主性之預測

本研究發現背景變項、健康狀況能有效地預測自主性，並可解釋自主性的總變異量達 59.2%，在各預測變項互相控制後，在背景變項方面，研究結果顯示自己決策入住者相較於子女決策入住者，其自主性較高。根據相關研究顯示，安養機構屬於一種社會支持，因而如何選擇安養護機構，並讓住民參與決策過程，是增加住民士氣的重要因素之一，而士氣 (morale) 反映機構老人的調適能力及生活品質 (蔡淑鳳等，2009)，且自覺選擇權 (perceived choice) 也是影響機構生活適應的一項重要因素 (Armer, 1993, 1996)，故可推論本研究入住決策者是自己者其自主性較高。在健康方面，研究結果顯示日常生活功能愈好者及自覺健康狀況愈好者，其自主性欲高；而憂鬱程度愈嚴重者，則自主性愈低。此結果和黃慧莉與林惠賢 (2003) 針對居家、社區及機構老人之研究發現，高齡者因生理功能衰退，因需他人協助之依賴性增加，其自主性愈低相同。而黃筱君 (2008) 與 Dwyer、Nordenfelt 與 Ternestedt (2008) 研究結果亦發現，日常生活功能愈好者、自覺健康狀況愈好者，因對生命意義感受愈正向，故其自主性愈好。另根據相關文獻指出，機構住民因必須配合養護機構之生活規定模式，以致往往喪失對生活的宰制權力，進而

產生無力感，若再加上照顧者的過度干預，甚而憤怒，或因更感失能而使得憂鬱劇增 (McWilliam, Belle-Brown, Carmichael, & Lehman, 1994)。根據上述，無力感可藉由增加住民的自主性而減少，故可推論憂鬱程度為自主性的預測因子之一。

四、研究對象背景變項、健康狀況及自主性對生活品質之預測

歸納以上結果而知，本研究對象背景變項、健康狀況及自主性能有效的預測生活品質四個範疇面，其總變異量分別達64.1%、61.1%、52.9%、59.2%，在背景變項方面，研究發現性別為女性者，其生理範疇生活品質較差，此結果與蘭寶珍 (2010) 針對機構失能老人生活品質之調查顯示，女性在生理範疇生活品質低於男性相同。年齡愈小者，其生理、社會關係及環境等三方面的的生活品質四個範疇得分皆愈差，和林富琴與邱啟潤 (2004) 及Zhan (1992) 的研究顯示，年齡愈小者，其生活品質愈差相同，推論因年長者認為對生、老、病、死過程是無法避免的，會以豁然態度接受。另，養護機構居住時間愈久者，其生理、心理及環境等三方面的的生活品質範疇較差。根據侯清雲 (2005) 針對長期照護機構中活動治療的功能研究發現，目前中、小型養護機構辦理活動的比例並不高，住民在缺乏完整性活動及社交安排下，加速住民身體功能的退化及出現心理的「共病」特徵。而本研究對象平均養護機構居住時間不短為3.88年，因此可推論「機構居住時間」越久者，其生理、心理及環境等三方面的的生活品質範疇愈差。而居住費用，無論是社政單位全額或部分補助者，其心理及環境兩方面的的生活品質範疇較差；根據相關研究指出，老人會因為財務的匱乏而造成心理失落、憂鬱或不安等負面情緒 (Krause, 1991)，相對地，健康方面也因為得不到好的照護，以及負面情緒等，而影響到人際關係及與被他人尊重等。因此，可推論本研究經濟能力較差而由「社政單位」全額或部分補助居住費用支付費用者，其心理、環境兩方面的的生活品質範疇較差。

在健康狀況方面，研究發現慢性病罹患數目愈多，其心理範疇生活品質較差，日常生活功能愈差者，其生理範疇生活品質較差，自覺健康狀況愈差

者及憂鬱程度愈嚴重者，其生理、社會關係及環境三方面的生活品質範疇皆較差，而自主性愈差者，其生活品質四個範疇皆較差。此結果與林富琴與邱啟潤（2004）及 Tu、Wang 與 Yeh (2006) 研究顯示，老人罹患疾病數目與生活品質成負相關，顯示罹患疾病數目愈多，生活滿意度愈差，且會影響生活品質是相同的。許多研究亦顯示，日常生理活動能力是影響生活品質的重要因子（李春香，2007；Tu et al., 2007）。另諸多學者及研究肯定認為主觀的自覺健康狀況在預測生活品質是最為重要的（黃惠滿、蘇貞瑛，2000；Paskulin & Molzahn, 2007）。由以上結果證實，無論客觀、主觀，心理健康皆是影響生活品質的重要預測因子。

另外，研究發現自主性為生活品質之重要影響因素，其可同時有效預測生活品質四個範疇面。黃慧莉（2003）之研究亦支持自主性對於機構老人之生活品質是一種重要指標，同時，也是測量是否能夠成功老化之重要變項。且增加住民的自主性，使住民感受可以自我控制，並訓練減少對他人的依賴度，反而可以提升住民的生活滿意度 (Nolan, Grant, & Nolan, 1995)。

由以上可知，機構高齡住民背景變項、健康狀況是影響自主性的主要因素，而背景變項、健康狀況及自主性是可預測生活品質的，其中又以自主性對生活品質的影響力為最大。老人想法多與過去經驗及目前生活處境息息相關，情緒發生頻率和特質差異性大，同時，也受根深柢固的文化色彩所影響。根據相關研究證實，老年期的情緒發展更能整合認知和情緒的經驗，但自主性情緒反應確會隨著年齡的增加而有減少的現象（謝佳蓉、蕭仔伶、劉淑娟，2007）。加上健康不佳而限制生活自理能力，在無客觀評估、缺乏個別性、以工作效率為本位的「機構化」的照護下，進而失去自主性。因此，機構除注意硬體環境設施外，更應依個別差異性以提供個別需求照護，健全住民自主性健康促進。

伍、結論與建議

一、結論

依據本研究結果，歸納出下列重要結論：

(一) 研究女性有184人，男性有167人；平均年齡為81.13歲，以喪偶居多，多為不識字者，入住前多於家人同住，以子女決定入住養護機構者最多，而費用支付者以家人居多，平均入住養護機構時間為3.88年。研究對象平均罹患3.1個慢性病，依序為高血壓、神經性疾病及糖尿病；有三分之二以上的人日常生活功能屬嚴重依賴至完全依賴型及中重度憂鬱情緒，自覺健康狀況多屬「不好」的狀況。

(二) 研究對象的自主性屬中等程度，其中以「個別性」較佳，屬中上程度；「自由性」、「獨立性」則屬中等程度。研究對象的「生活品質」中以「社會關係範疇」與「環境範疇」屬中上程度；而「心理範疇」與「生理範疇」只屬中等程度。

(三) 研對象背景變項、健康狀況能有效地預測自主性，其總變異達59.2%，其中以自己決策入住者相較於子女決策入住者其自主性較高，日常生活功能及自覺健康狀況愈好者，其自主性愈高，而憂鬱程度愈嚴重者，其自主性則愈低。

研究對象背景變項、健康狀況及自主性能有效的預測生活品質四個範疇，其總變異量分別為64.1%、61.1%、52.9%、59.2%。其中背景變項以「性別」為生理範疇生活品質的主要預測變項；「機構居住時間」為生理、環境範疇生活品質的主要預測變項；「居住費用支付者」為心理、社會關係範疇生活品質的主要預測變項；在健康狀況中以「慢性病罹患數」為心理範疇生活品質的主要預測變項；「日常生活功能」及為生理及心理範疇生活品質的主要預測變項；「憂鬱程度」及「自覺健康狀況」同時為生理、心理及環境範疇生活品質的主要預測變項；而「自主性」為生活品質四個範疇的主要預

測變項，同時，也是影響力最大的。

二、建議

根據結論，分別提出下列建議：

（一）實務工作方面

重視機構高齡住民的異質性，提高個別性照護，加強高齡住民自主性健康促進，維持高齡住民剩餘之功能，遵守照護倫理，減少約束狀況，善用輔具資源，強化自理照顧功能，避免「廢用症候群」的發生。

（二）政策制度面

依「活躍老化」之政策架構，以延長生活品質與健康平均餘命為最終目的及次要概念，擺脫團體式、效率型的照護方式，發展符合本土文化、個人化、人性化之共同生活家庭式照顧為主（人本照護）的小單位 (unit care) 多機能機構生活型態以促自主性照護之提升。

（三）教育方面

在專業人員教育培訓中，加強有關維持機構高齡住民自主性之相關課程及核心能力之考核，提升病人對自己健康決定的能力，藉以強化住民的控制進而提升自主性及生活品質。

參考文獻

一、中文部分

- 內政部（2010）。老人福利機構評鑑。取自<http://sowf.moi.gov.tw/04/10.htm>
- 內政部社會司（2012）。老人福利法。取自http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02_1.htm
- 內政部統計處（2006）。老人狀況調查報告。臺北市：作者。
- 內政部統計處（2013）。2013年3月底我國老人長期照顧及安養機構概況。取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 方富民（2004）。頭頸癌病患之健康生活品質研究（未出版之博士論文）。高雄醫學大學，高雄市。
- 王鈺淵（2006）。老男性憂鬱症與身體疾病之關係：某安養機構之調查（未出版之碩士論文）。國立成功大學，臺南市。
- 朱婉霞（2011）。探討長期照護機構老人自主性對生活品質之影響（未出版之碩士論文）。國立陽明大學，臺北市。
- 行政院經濟建設委員會（2012）。中華民國臺灣50年至149年人口推計。取自<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455&ex>
- 行政院衛生署（2009）。九十八年度一般護理之家評鑑作業程序。取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=211&now_fod_list_no=10622&level_no=1&doc_no=71479
- 行政院衛生署國民健康局（2007）。臺灣中老年人身心社會生活狀況長期追蹤調查。取自<http://www.bhp.doh.gov.tw>
- 吳奇璋（2009）。養護機構內老年人自主性及其影響因素之探討（未出版之碩士論文）。美和技術學院，屏東縣。
- 吳奇璋、黃惠滿、高家常、高碧凰（2010）。養護機構內老年人自主性及其相關因素之探討。長期照護，14（1），27-42。
- 李孟芬（2009）。審視現階段長期照護機構身體約束倫理議題。長期照護雜誌，13（2），143-155。

- 李春香（2007）。社區老人日常生活功能、自覺健康狀態、憂鬱狀態與自殺意念之相關性探討（未出版之碩士論文）。輔英科技大學，高雄市。
- 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。
- 社團法人臺灣長期照護專業協會（2007）。九十六年度臺北市政府委託辦理臺北市安養護暨長期照護機構評鑑成果報告。臺北市：作者。
- 邱美汝、陳玉敏、李月萍（2007）。長期照護機構老人的生活適應及影響因素。實證護理，3（2），119-128。
- 侯清雲（2005）。活動治療在長期機構中的功能。臺灣老人保健雜誌，1（2），43-51。
- 姚開屏（2005）。臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊（第二版）。臺北市：臺灣簡明版世界衛生組織生活品質發展小組。
- 柯麗薇（2004）。養護機構住民生活品質及其相關因素探討（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北市。
- 張曉婷（2009）。長期照護機構高齡住民生活品質調查及其影響因子探討（未出版之碩士論文）。國立成功大學，臺南市。
- 莊雅婷（2006）。養護機構老人自主性之探討（未出版之碩士論文）。東吳大學，臺北市。
- 曾思瑜（2005）。自費安養機構中高齡住民休閒行為活動領域之研究：以臺南地區三家安養中心為例。設計學報，10（3），39-55。
- 黃惠滿、蘇貞瑛（2000）。屏東縣麟洛鄉老人自覺健康狀況、社會活動與精神狀況之初探。大仁學報，18（3），253-265。
- 黃筱君（2008）。老人自主性、代間關係與生活滿意度之研究（未出版之碩士論文）。輔仁大學，新北市。
- 黃慧莉（2003）。自主性的概念分析。醫護科技學刊，5（2），130-141。
- 黃慧莉、林惠賢（2002）。老人知覺自主性量表：中文修訂版的信效度評估。中國測驗學測驗年刊，49（2），183-197。
- 黃慧莉、林惠賢（2003）。老人知覺自主性及其相關因素之探討。護理研究，11

(4), 277-286。

黃璉華 (1993)。鄉村社區老人健康自評、與信念與行為。公共衛生, 20, 221-232。

趙安娜 (2002)。鄉村社區老年人生命意義、健康狀況與生活品質及其相關因素之探討 (未出版之碩士論文)。國立臺北護理學院, 臺北市。

蔡淑鳳、吳清華、葉淑娟 (2009)。機構品質可以影響住民士氣嗎？以高雄市安養護機構為例。中山管理評論, 17 (1), 251-276。

蔡翔傑 (1997)。背道而馳？老人福利機構評鑑機制實行之初探性研究。社區發展季刊, 119, 347-370。

蕭淑貞、李世代 (1999)。長期照護。臺北市：藝軒圖書。

戴玉慈、楊清姿、王祖琪、鄭雅心 (1995)。長期照護服務對象功能分類系統之探討 (行政院衛生署委託研究計畫編號：DOH84-HP-5E06)。臺北市：行政院衛生署。

謝佳蓉、蕭仔伶、劉淑娟 (2007)。老年住民在長期照護機構中的心理健康促進與情緒調適。長期照護雜誌, 11 (2), 132-140。

藺寶珍 (2010)。失能老人的生活品質及其相關影響因素：以居家及機構老人為例 (未出版之碩士論文)。高雄醫學院, 高雄市。

顧艷秋、劉文健 (2005)。安養機構老人生活品質及其影響因素。榮總護理, 22 (4), 389-398。

二、英文部分

Armer, J. M. (1993). Elderly relocation to a congregate setting: Factors influencing adjustment. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(2), 157-172.

Armer, J. M. (1996). An exploration of factors influencing adjustment among relocation rural elders. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 28(1), 35-39.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1983). *Principles of biomedical ethics* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Birder, L., Slimmer, L., & Lesage, J. (1994). Depression and issues of control among

- elderly people in health care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 597-604.
- Chantal, C. M., Kerstrs, A., Ribbe, M. W., Campen, C. V., & Ooms, M. E. (2000). The relation between quality of co-ordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1364-1373.
- Clark, P., & Bowling, A. (1990). Quality of everything life in long stay institutions for the elderly: An observational study of long stay hospital and nursing home care. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1201-1210.
- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (2002). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: An observational study. *Journal of Clinical Nurse*, 9, 127-136.
- Dwyer, L. L., Nordenfelt, L., & Ternestedt, B. M. (2008). Three nursing home residents speak about meaning at end of life. *Nursing Ethics*, 15(1), 97-109.
- Geraldine, B. (2008). Autonomy in long-term care: A need, a right or a luxury. *Disability & Society*, 23(4), 299-310.
- Hertz, J. E., & Anschutz, C. (2002). Relationships among perceived enactment of autonomy, self-care and holistic health in community-dwelling older adults. *Journal of Holistic Nursing*, 20(2), 166-185.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size, for activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Krause, N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. *Journal of Gerontology*, 46(4), 5183-5194.
- McWilliam, C., Belle-Brown, J., Carmichael, J., & Lehman, J. (1994). A new perspective on threatened autonomy in elderly persons: The disempowering process. *Social Science and Medicine*, 38(2), 327-338.
- McFarland, G. K., & McFarland, E. A. (2002). 新臨床護理診斷（周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁慧，合譯）。臺北市：華杏。（原著出版於1997）
- Nolan, M., Grant, G., & Nolan, J. (1995). Busy doing nothing: Activity and interaction

- levels amongst differing populations of elderly patients. *Journal of Advanced Nursing*, 22(30), 528-538.
- Paskulin, L. M. G., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 10-26.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York, NY: The Haworth Press.
- Smith, K. V. (2005). Ethical issues related related to health care: The older adult's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, February, 32-39.
- Tu, Y.-C., Wang, R.-H., & Yeh, S.-H. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality life among elderly residents nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *Journal of Nursing Student*, 436(6), 673-680.
- Zhan, I. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), 795-800.

Study on the Correlation and Influencing Factor between Autonomy and Quality of Life Aged Residents of Small-scale Seniors' Home in Taipei City

Chih-Chi Ma* Cheng-Yu Chen**

Abstract

Objective: This research paper aims to find the influencing factors between autonomy and quality of life of aged residents in small-scale seniors' home in Taipei. **Method:** This research paper adopts "cluster sampling" methodology basing organization as a unit. The way to collect data is through face-to-face interviews with using structured questionnaires, including the background variables questionnaire, Barthel Index, geriatric depression scale, perceived health status scale, perceived enactment of autonomy scale and WHOQL-BREF. Results achieved total 38 small-scale Seniors' home in Taipei City, no dementia (SPMSQ ≥ 6 points), age ≥ 65 years aged or older who can communicate of 351 (100%) effective sample. **Results:** The autonomy of the research subjects is moderate. "decision makers for living in small-scale seniors' home", "activity of daily living", "depression degree" and "perceived health status" have been found to be major factors in accurate predictions. The "social relations category" and the "environment category" in "quality of life" of the research

* Graduate Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

** Assistant Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

subjects are above average, while their “mental category” and “physical category” are only at the moderate level. “gender”, “age”, “educational status”, “living time in care facilities”, “payers of living expenses”, “activity of daily living”, “depression degree”, “perceived health status” and “autonomy” are major predictoy. Suggestion: The ultimate goal of “deinstiutionalization” care is to keep the self-Implement, independence and individualism in the elders by valuing their diversities, providing levels of health caring systems and strengthening individualized caring policies to prevent them from “disuse syndrome”.

Key words: Aged residents of small-scale seniors' home, Quality of life, Autonomy