

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

老人定點用餐服務之現況及其對參與用餐者之效益

—以臺北市為例

Current status of Congregate Meal Service for the Elderly and its
Effectiveness for the Participants ---- using Taipei City as an
Example

王映捷

Ying-Chieh Wang

指導教授：楊銘欽 博士

Advisor: Ming-Chin Yang, Dr.PH

中華民國 107 年 01 月

January 2018



國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

老人定點用餐服務之現況及其對參與用餐者之效益——
以臺北市為例

Current status of Congregate Meal Service for the
Elderly and its Effectiveness for the Participants----
using Taipei City as an Example

本論文係王映捷君(R04848005)在國立臺灣大學健康政
策與管理研究所完成之碩士學位論文，於民國106年12月28
日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

李玉春

楊紹銘

陳雅如

致謝



研究所生活，如最初想像，美好又具挑戰。轉眼間，已是終點。一路上，真的受到許多人的幫助。謹記此篇致謝，向每一位您／你獻上最誠摯的謝意。

首先，感謝楊銘欽老師。謝謝老師總是以開放的態度，讓學生自我探索學習。同時，在學生遇到困難或有所不足時，亦用心引導學生並悉心給予指導與建議。大至研究方向，小至文書軟體小撇步教學，都使學生獲益良多。這些收穫，學生會謹記在心並以此為養分繼續努力成長的。楊老師，謝謝您！

感謝陳雅美老師與李玉春老師，於百忙中，撥空擔任學生碩士學位論文口試的委員，並且給予許多寶貴的建議，以使學生的論文可以更臻完整。

感謝張睿詒老師，一直以來對於學生的照顧。謝謝老師總是不吝給予學生許多學習的機會。此外，能每年參與老師設宴的尾牙，真的讓學生備感溫暖與榮幸。

研究所生活，因為同儕的相伴，回憶總是溫暖而明亮。首先，謝謝若萱與佩萱陪伴走過那些徬徨迷惘與焦躁不安，而最美好的滋味，想必是 meeting 過後的晚餐。謝謝思詠、詣涵，每次的午餐邀約與聊天談心。感謝恩禕，總是不吝傳承透過社會歷練所得之智慧。感謝 R04 帶來的歡笑與激盪。

此外，感謝陳品元學長與吳上奇同學的統計教學。感謝楊老師所指導的學長姐與學妹於 meeting 中，不吝分享學術研究與實務經驗，讓學習更廣泛、眼界更開闊。感謝育庭學姐、佳宜學姐以及俊哲學長的經驗分享與協助。感謝所辦學姐們於行政事務上的協助。感謝每一位願意接受訪問的據點負責人與長輩。感謝怡佳、友菱、雅惠、佳蓓學妹幫忙發問卷。

最後，獻給最愛的爸爸、媽媽。在您的羽翼之下，我才得以如此健康的成長茁壯。謝謝您的栽培、支持與守護。這一路上，您們辛苦了。

而若非曾經如此努力，亦是無法經歷這段旅程的。

所以，感謝過往那個一直努力的自己。

也期許未來能持續以努力又謙卑的姿態，繼續於人生的道路上，邁出屬於自己的步伐。

王映捷 謹誌

中華民國 107 年 1 月

中文摘要



研究背景與目的：近年來，定點用餐服務之使用人數與服務量能呈現明顯的成長趨勢，然，自 2005 年推行定點用餐服務模式以來，少有文獻以此為研究焦點進行探討。因此，本研究旨在了解臺北市老人定點用餐之服務現況，並探討參與定點用餐模式對於老人之效益及其相關因素。

研究方法：本研究為一探索性的橫斷型研究，研究對象主要有二，分別為：定點用餐服務提供者及定點用餐服務使用者。在服務提供者方面，以分層等比例隨機取樣的方式取得研究樣本；而在服務使用者方面，則是以群集抽樣的方式取得研究樣本。採用面對面訪問的方式，以自行發展的結構式問卷為測量工具，進行原始資料的蒐集。後以多元線性迴歸模型以及多階層分析模型進行分析。

研究結果：在服務提供者方面，總計取得有效回收問卷數為 35 份，回收率為：95%；在服務使用者方面，總計取得有效回收問卷數為 613 份，回收率為：70%。

在服務提供者方面，研究結果發現：74%的據點具有使用者付費的機制，每人每餐收費範圍自 20 至 50 元不等；89%的據點每週提供服務的日數為 3 天以下；77%的據點所提供的餐食並無接受營養師指導。

在服務使用者方面，研究結果發現：使用者以女性、喪偶、白天獨居、無經濟壓力、健康狀況尚佳者居多；心理及社會面向之各題項的平均得分皆高於生理面向的題項；高度參與頻率之使用者的參與效益分數顯著高於低度參與頻率的使用者；年齡與參與年數亦是參與效益的相關因素。

結論：參與定點用餐服務較傾向心理及社會面向的滿足。參與頻率與使用者感受效益具相關性，然目前我國定點用餐服務提供的日數多為 2 至 3 天，導致老人可以選擇去據點參與服務的天數有限。建議相關單位應持續透過輔導與補助，協助定點用餐服務據點以每週提供五天服務的目標努力，進而增加老人參與服務的機會。

關鍵字：定點用餐服務、老人、參與效益、多階層分析

Abstract



Background: In recent years, participation and service volume of congregate meal service have increased. However, few empirical studies have explored this topic. Thus, this study aims to investigate the current status of congregate meal service, and to understand the effectiveness of participation of congregate meal service and the associative factors.

Method: This study is a cross-sectional study. Participants are the users and providers of congregate meal service sites. The data were collected through face to face interviews by using the self-developed structured questionnaire as a measuring tool. Multiple linear regression and Hierarchical Linear Models were performed to identify the factors associated with effectiveness of participation.

Result: In terms of the providers, 74% adopt the mechanism of user charge, the charge varying from NT\$20 to NT\$50 per person/per meal. 89% the service days is within 3 days/per week. 77% provide meals without nutritionist's suggestions.

In terms of the users, they tend to be female, widows, live alone during the day, have less financial pressure, and on a general state of health. The average score of psychology and socialization dimensions is higher than the physiology dimensions. The scores of participation effectiveness for the users with high participation frequency is significantly higher than those with low frequency participation. Age and engaged time are also associated factors of participation effectiveness.

Conclusion: Participation in congregate meal services is more inclined to satisfy psychological and social dimensions. The results indicates that participation frequency is associated with effectiveness of participation. However, lots of congregate meal service sites' service days are within 3 days. To improve the flexibility of congregate meal service, the service days of congregate meal service should be considered.

Keywords: congregate meal service, elderly, the effectiveness of participation,
Hierarchical Linear Models

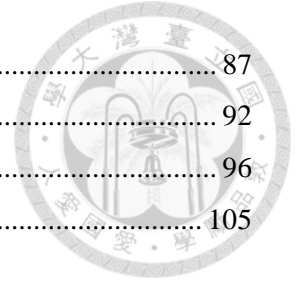


目錄



中文摘要.....	ii
Abstract.....	iii
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 知識缺口及研究重要性.....	4
第三節 研究目的.....	5
第四節 名詞解釋.....	5
第二章 文獻回顧.....	6
第一節 老化與營養.....	6
第二節 營養餐飲服務發展脈絡.....	9
第三節 定點用餐服務之相關實證研究.....	15
第四節 多階層分析方法.....	28
第五節 綜合討論.....	30
第三章 研究材料與方法.....	31
第一節 研究架構與假說.....	31
第二節 研究對象與資料來源.....	33
第三節 研究變項與操作型定義.....	34
第四節 資料處理與統計分析.....	41
第五節 研究倫理.....	43
第四章 研究結果.....	44
第一節 研究問卷回收情形.....	44
第二節 問卷信度分析.....	46
第三節 描述性統計.....	49
第四節 雙變項分析結果.....	59
第五節 多變項分析結果.....	64
第六節 多階層分析結果.....	68
第五章 討論.....	76
第一節 資料品質之討論.....	76
第二節 重要結果與假說驗證.....	78
第三節 研究限制.....	82
第六章 結論與建議.....	84
第一節 結論.....	84
第二節 建議.....	85

參考文獻.....	87
附錄一、臺北市一定點用餐服務據點名冊.....	92
附錄二、研究調查問卷.....	96
附錄三、研究倫理委員會，審查通過函.....	105



圖目錄

圖 1-1 高齡化時程.....	1
圖 1-2 台北市，定點用餐服務據點數量變化.....	3
圖 1-3 台北市，定點用餐服務使用人次變化.....	4
圖 3-1 研究架構圖.....	32

表目錄



表 1-1 老人福利措施一覽表	2
表 2-1 影響老人營養狀況之因素	6
表 2-2 營養相關服務與其他加值服務之提供概況	11
表 2-3 定點用餐服務據點，提供服務之日數	11
表 2-4 臺灣老人餐飲服務方案一覽表	12
表 2-5 餐飲服務模式分析	14
表 2-6 文獻回顧—定點用餐服務使用者特徵	21
表 3-1 研究變項與操作型定義	38
表 4-1 各區研究樣本回收情形	45
表 4-2 試測階段，信度分析	46
表 4-3 探索性因素分析—參與效益	47
表 4-4 定點用餐服務提供單位之基本特質(N=35)	50
表 4-5 定點用餐服務使用者之基本特質(N=613)	53
表 4-6 定點用餐服務使用者之資訊來源與參與狀況(N=613)	56
表 4-7 定點用餐服務使用者參與其他服務之意願及其偏好的服務類型(N=613)..	57
表 4-8 定點用餐服務使用者之感受效益(N=613)	58
表 4-9 參與效益(生理面向)之雙變項分析(N=613)	60
表 4-10 參與效益(心理及社會面向)之雙變項分析(N=613)	62
表 4-11 參與效益(生理面向)之多元線性迴歸分析(N=613)	65
表 4-12 參與效益(心理及社會面向)之多元線性迴歸分析(N=613)	67
表 4-13 參與效益(生理面向)之多階層分析(N=613)	69
表 4-14 參與效益(心理及社會面向)之多階層分析(N=613)	73

第一章 緒論

本章呈現本研究之研究背景、重要性以及目的等內容，並說明本研究之相關名詞。共分為四節，依序為：第一節，研究背景；第二節，知識缺口及研究重要性；第三節，研究目的；第四節，名詞解釋。

第一節 研究背景

在少子化與國人平均餘命逐年增長的雙重影響下，使得我國的人口結構快速老化。據國家發展委員會—「中華民國人口推估（105 年至 150 年）」資料顯示：民國 107 年，推估我國 65 歲以上人口共計 343.4 萬人，老年人口占總人口比例為 14.5%，將為高齡社會；民國 115 年，推估我國 65 歲以上人口共計 488.1 萬人，老年人口占總人口比例為 20.6%，將為超高齡社會(國家發展委員會,2016)，請參見圖 1-1。屆時，如何輔助老人朝向「活躍老化」之方向前進，進而達成延緩老化、預防失能以及減少老人照護需求等目標，將會是我國未來的關鍵課題。

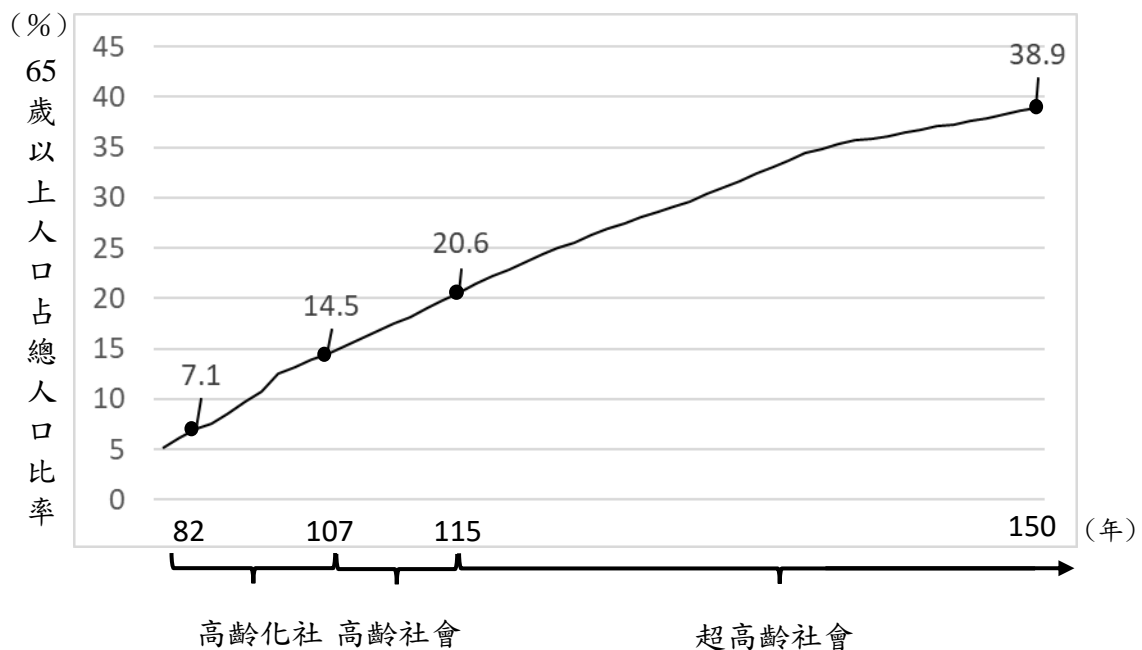


圖 1-1 高齡化時程

世界衛生組織（WHO）於 2002 年提出「活躍老化」的觀念，並將之定義為：「提升民眾老年期生活品質並達到最適宜的健康、社會參與及安全的過程。」（楊志良, 2010）。為使老人達成上述目標，我國政府積極以不同面向策進相關作為，目前已辦理之老人福利措施，可分為：經濟安全、健康照護、生活照顧、老人保護、心理與社會適應，以及教育、休閒、社會參與等六大面向（呂寶靜, 2012）。

表 1-1 老人福利措施一覽表

<u>經濟安全</u>	1. 國民年金 2. 低收入戶老人生活補助 3. 中低收入老人特別照顧津貼 4. 敬老福利生活津貼	<u>老人保護</u>	1. 設置資源單一窗口 2. 獨居老人關懷服務 3. 提供緊急救援服務 4. 成立老人協尋中心
<u>健康照護</u>	1. 老人預防保健服務 2. 中低收入老人重病住院看護費補助 3. 中低收入老人裝置假牙補助	<u>心理與社會適應</u>	1. 設置老人諮詢中心
<u>生活照顧</u>	2. 居家式與社區式服務 <ul style="list-style-type: none"> • 居家服務 • 居家無障礙改善 • 輔具購買租借 • 日間照顧 • 營養餐飲 • 短期或臨時照顧 3. 機構式與住宿式服務 <ul style="list-style-type: none"> • 補助民間興建老人福利機構 • 辦理機構評鑑 4. 建立社區關懷據點 5. 失智症老人多元服務方案	<u>教育、休閒、及社會參與</u>	1. 長青學苑/老人大學 2. 興設老人福利服務（文康活動）中心 3. 參與社團與志願服務 4. 各類優待措施（搭乘國內交通工具、進入康樂場所及參觀文教設施半價優待） 5. 其他老人福利活動

摘要整理自（呂寶靜，2012）

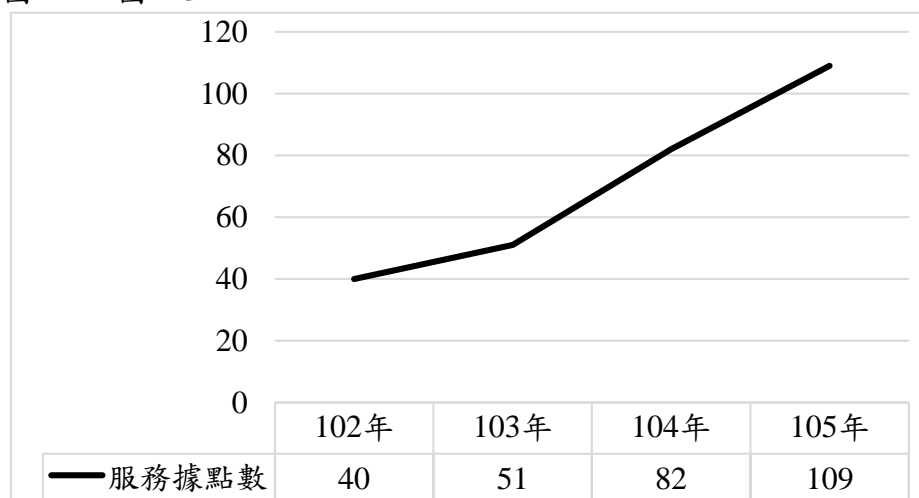
其中，生活照顧面向當中的「營養餐飲」服務，被認為是維護老人身心健康與提升社區生活之自主性的重要方案。

由於手操作技能、移動、平衡…等生理功能，隨著年紀增長而產生變化，致使執行日常生活所需之活動較為不易或產生困難，例如：食物之採購、備製、攝取等，將會進而影響到老人的營養狀況（方雅莉等合譯，2003，引自呂寶靜，2012）。

因此，基於對老人營養議題的關注，各國開始相繼為老人提供營養相關服務，而我國亦不例外。

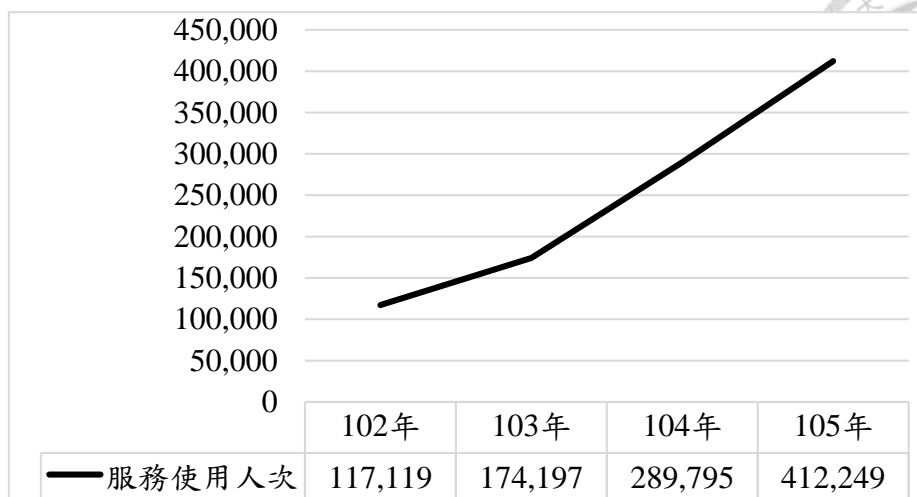
我國於1997年《老人福利法》第一次修法時，將營養餐飲服務納入，賦予其正式法源基礎（林明禎，2000，引自呂寶靜，2012）。該服務於我國推動之初，其主要目的是：「減少老人炊食之危險與購物之不便」，因此是以具有高營養風險的失能者及獨居老人為主要的服務對象。爾後，考量逐步延伸至生理與心理健康及促進社會參與的層面，開始將健康與亞健康的老人納入其服務範疇內，發展為「送餐到家」以及「定點用餐」等兩種服務類別，期能解決老人炊食的問題，並讓老人維持與社會接觸，以獲得情緒支持（林萬億，2006）。

其中，定點用餐服務模式之服務量能及其使用人次，近年呈現明顯的成長趨勢。以台北市為例，據台北市政府一社會局之資料顯示：提供定點用餐服務之據點數自102年至105年由40處成長為109處，成長幅度達1.7倍；而在使用人次的部分，則由102年的117,119人次成長至105年9月的412,249人次，成長幅度達2.5倍，請參見圖1-2、圖1-3。



（資料來源：台北市政府一社會局）

圖 1-2 台北市，定點用餐服務據點數量變化



(資料來源：台北市政府－社會局)

圖 1-3 台北市，定點用餐服務使用人次變化

然而，在該服務模式於我國不斷擴大的現今，卻少有文獻探討該項服務之服務現況及其達成效益。

第二節 知識缺口及研究重要性

老人營養餐飲服務之效益大致可以歸納為三類，分別是：(1)避免營養狀況之惡化，進而預防健康狀況與生活品質下降；(2)降低食物不安全；(3)增進人際互動(呂寶靜, 2012)。而相較於居家服務型的「送餐到家服務」，「定點用餐服務」具有其獨特性，不僅提供餐食，亦為一項可連結社區其他服務的基礎項目，並提供社會參與及成為志願服務者角色的機會(Ponza et al., 1996; Wellman et al., 2002)。

然而，檢視目前國內對於老人營養餐飲服務的相關探討，大多是以「營養餐飲服務」或「送餐到家服務」為研究焦點，少有僅聚焦於「定點用餐服務」的研究。更進一步探究，可發現我國自 2005 年「建立社區照顧關懷據點」之關懷據點餐飲服務方案推行定點用餐服務模式以來，少有文獻呈現該服務之服務現況以及探討是否有達成上述營養餐飲服務的效益。

因此，本研究以「老人定點用餐服務之現況及其對參與用餐者之效益—以臺北市為例」為題，進行量性實證研究。期望本研究可補充現有學術的知識缺口，並藉由分析定點用餐服務使用者之感受效益的相關因素，以提供具有建設性的建議，進而作為相關單位未來推動及優化該服務之參考。

第三節 研究目的

本研究旨在了解臺北市老人定點用餐之服務現況，並探討參與定點用餐模式對於老人之效益及其相關因素。主要目的如下：

1. 了解定點用餐服務據點之服務提供現況。
2. 了解參與定點用餐服務者之特徵。
3. 探討參與定點用餐服務對於使用者的效益及其相關因素。

第四節 名詞解釋

一、老人營養餐飲服務 (Meal Services / Nutrition Services)

老人營養餐飲服務，是指透過各式組織，例如：社會福利機構、社區發展協會、宗教團體…等，提供餐食給具營養需求的老人之服務。其服務模式可分為：「定點用餐服務」與「送餐到家服務」等兩種類別(Wellman et al., 2002)。

二、定點用餐服務 (Congregate Nutrition Services / Congregate Meal Services)

定點用餐服務，是指老人聚集至某據點共同用餐的服務模式。其服務地點十分多元，可以為：老人中心、學校、教堂、餐廳…等(Wacker et al., 2013)。其常見之中文譯名尚有集體用餐服務、集中用餐服務、共餐等。

三、送餐到家服務 (Home Delivered nutrition Services / Home Delivered meal Services / Meals on wheels)

送餐到家服務，是指由工作人員傳送營養餐食至行動困難者家中的服務模式(Wacker et al., 2013)。

第二章 文獻回顧



本章依據上一章節所述之研究背景與研究目的，進行相關實證研究的蒐集與探討。共分為五節，依序為：第一節，老化與營養；第二節，營養餐飲服務發展脈絡；第三節，定點用餐服務之相關實證研究；第四節，多階層分析模型；第五節，綜合討論。

第一節 老化與營養

隨人民生活條件的改善與醫療體系之完善等因素影響，使我國人民平均餘命逐年增長。如何輔助老人提高生活品質，以健康地度過晚年生活，營養狀況是必須加以關注的課題。

老人的營養狀況會受到諸多因素的影響，主要可分為三大面向，分別為：生理面向、心理社會面向以及環境與經濟面向等(Porter Starr et al., 2015)。茲彙整如下，請參見表 2-1。

表 2-1 影響老人營養狀況之因素

生理面向	心理面向	環境與經濟面向
口腔健康 因老化引起的嗅覺喪失 因老化引起的食慾不振 藥物使用 胃炎 胃酸減少 吸收不良 肥胖 慢性疾病 衰弱	心理健康 認知 孤獨 社交孤立 缺乏社會支持 酗酒 喪親 單獨進食	財務限制 食物可近性 食物製備能力 獨居 交通 街道適行性 安全

摘要整理自(Porter Starr et al., 2015)

以下，分別就生理、心理社會及環境與經濟等三個面向，進一步陳述這些因素對於老人營養狀況的影響。



一、生理面向

隨年齡增長，老人之口腔狀態、感官靈敏度、腸胃道功能...等器官與功能皆會產生變化，進而影響到老人的進食情形。

(一) 口腔狀態的改變

老人年紀越大，缺牙的情形越多，使得咀嚼與吞嚥能力變差(王素梅, 2003)。另，研究發現老人的吞嚥障礙與營養問題具有高度的相關性(黃桂香 et al., 2010)。故，可知老化引起的缺牙狀況，將使得老人的進食功能退化，營養風險提升。此外，不當的假牙、唾液分泌減少／口腔乾燥、或其他造成口腔不舒服的狀況都有可能是造成老人營養不良的因素(賴明宏, 2011)。可見口腔健康狀況對老人飲食的重要性。

(二) 感官靈敏度的變化

味覺與嗅覺不僅是影響食物選擇的重要因素，也與進食的樂趣息息相關。然而，味覺與嗅覺的靈敏度會隨年齡增加而逐漸退化，且會受到疾病、藥物的影響。進而使老人的食慾與進食狀況有所變化(賴明宏, 2011)。

(三) 腸胃道變化

老化，會使腸胃道功能弱化，包括：消化道蠕動減緩、胃蛋白酶分泌量及其濃度降低、胃排空時間延長、小腸吸收面積減少等。使得老人較易發生消化不良、延長飽脹感時間的現象，進而導致食慾降低、營養不良等狀況(吳麗芬 et al., 2007)。

(四) 其他生理功能的變化

近年來，伴隨肥胖之老人營養不良的現象快速增加。其代表的是，雖攝取富含營養的食物，然由於微量營養素不夠均衡且身體活動量不足，而造成慢性過量飲食(Porter Starr et al., 2015)，將使得未來罹患慢性疾病、身體衰弱、生活品質下降的可能性上升，進而導致出現營養不良以及喪失獨立性的風險大為增加(Mathus-Vliegen, 2012; Porter Starr et al., 2014)。



二、心理社會面向

飲食，對老人而言，不僅是為滿足生理上的需求，更是一種心理及社會活動。喪失親友、兒女成家立業及因步入退休生涯所引起的環境變化，皆會使老人的心理狀態有所改變。根據 Luppá (2012) 之研究顯示：7.2% 居住在社區的 75 歲以上之老人具有重度憂鬱症；17.1% 居住在社區的 75 歲以上之老人具有憂鬱症狀(Luppá et al., 2012)。由於老人的憂鬱症狀與食慾不振之現象具相關性，將會進而影響到老人的營養狀態(Cabrera et al., 2007)。此外，功能障礙、缺乏社會支持及因為社會網絡有限而產生之孤獨感與社會孤立亦是常見於社區老人的心理狀態(Coyle et al., 2012)。而上述之因素都將對老人的營養狀況造成影響，使得出現單獨進食、最低限度的飲食攝取量等現象，進而導致老人之營養風險上升(Romero-Ortuno et al., 2011)。其中，特別值得多加關注的族群為喪偶的單身男子。由於該族群較少會與配偶之外的人有所互動，故較易具有孤獨與社會孤立的情形(Holwerda et al., 2011)。此外，由於缺乏烹飪技巧或身體狀況不佳，而致使容易處於營養風險的狀態之中(Hughes et al., 2004)。

三、環境與經濟面向

老人的營養狀況，除會受到個人生理與心理社會因素影響外，環境與經濟面向亦為須考量的相關因素，如：住家周遭環境、個人經濟狀況、家庭成員多寡...等。若處於收入不足或不穩定的狀況中，則將有可能影響其食物選擇與營養攝取，偏向選購較便宜且較不具營養價值的食物，進而影響到營養狀況(Cook et al., 2008)。另，獨居或獨自用餐者為自己準備適當／營養的餐食之動機較低，將使飲食品質下降(賴明宏, 2011)。同時，與非獨居老人相比，獨居老人因缺乏社會支持，在總飲食量與食物攝取種類較低，其營養不良的比例較高(戰臨茜, 2000; 謝美玉, 2006)。此外，採購食物的便利性、住家周遭環境的可行走性、以及烹飪設備之購置與使用方便性皆亦是會影響老人營養狀態的因素。

第二節 營養餐飲服務發展脈絡



因此，基於對老人營養議題的關注，各國開始相繼為老人提供營養相關服務，而我國亦不例外。

就如同許多其他福利政策一般，我國之老人營養餐飲服務亦是參考西方先進國家之發展軌跡，而形成今日樣貌。因此，會先針對英、美在營養餐飲服務方面的发展脈絡進行陳述，後以回顧我國的發展歷程。

一、英國

回溯營養餐飲服務的發展，最早有所紀錄的正式送餐到家計畫應是始於二戰期間的英國，由民防女性志工團(The Women's Volunteer Service for Civil Defense)提供餐食給住家受到炸彈襲擊的國民與家庭為最初的服務型態(Campbell et al., 2015)。發展至今，該服務之使用族群轉變為高齡者或是失能者，其目的在於：使老人盡可能獨立生活於他們熟悉的住家或社區當中，以輔助老人達成「在地老化」之心願(李靜綺, 2006)。

在服務提供方面，餐食服務提供者分為非營利機構、地方當局及私人公司。對自願辦理餐食服務之非營利機構，地方當局會提供一筆津貼，或採用投標方式提供私營公司來承辦服務。是以每日午餐供應為主，多以熱食的方式提供(李靜綺, 2006)。起初，各地方當局對於餐食的品質要求並無一致標準。直至 1991 年，在英國最具規模的餐飲服務協會—The National of Care Catering 的行動下，成立一核心小組，以擬定社區餐飲服務標準。該份草案於 1992 年擬定完成並交付政府。爾後，在該餐飲服務協會的倡議及經歷多次與政府和其他利害關係人磋商之努力下，「全國性社區餐飲服務標準案 (National Standard for Community Meals)」於 1993 年通過，後續幾經修正，該法案成為現今英國餐飲服務的重要標準規範。該標準規範之內容，除要求餐飲服務品質應要有所提升外，在包裝與配送系統之面向亦有所革新，以使營養餐飲服務之質量更加有保障 (The National of Care Catering, 2011; 李靜綺, 2006)。

二、美國

為回應不斷成長之高齡人口的社會福利需求，美國於 1965 年制定美國老人法（Older American Act；OAA）。在美國老人法的授權下，於 1973 年始針對 60 歲以上之老人推行營養服務方案（Nutrition Services Program；NSP），並於 1978 年將其納入美國老人法第三章（Older Americans Act：Title III）。該服務方案之類型共為三種類別：集中到定點用餐方案（the Congregate Nutrition Services Program）、輸送到宅的送餐方案（the Home-Delivered Nutrition Services Program）及營養服務激勵方案（the Nutrition Services Incentive Program）（呂寶靜, 2012）。

值得注意的是，營養服務方案雖適用於全體 60 歲以上之國民，但仍有其欲多加關注的標的族群，包含：低收入、少數族裔、生活農村地區、英語能力有限、具有入住機構之風險者。

其實施目的主要有三，分別為：(1)降低飢餓及食物不安全；(2)促進老人社會化；(3)透過讓老人獲取營養、疾病預防、健康促進服務等方式的協助，來避免/延緩不良健康之狀況的發生，以促進健康與福祉。

其中，定點用餐與送餐到家之服務模式皆有要求各服務單位應遵照由隸屬於國家科學院之下的食品與營養委員會（the Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences）所制定的膳食指南來製備膳食，其至少需符合該膳食指南所建議之每日營養素建議量（Recommended Dietary Allowances；RDAs）的三分之一。此外，服務提供者須提供可行並適當的飲食菜單予具有特別需求的老人。並應考量宗教與不同種族文化背景，而提供適當之膳食（Lloyd et al., 2015）。因此，根據美國衛生與人群服務部（U.S. Department of Health and Human Services）2015 年的調查報告之資料顯示，65%之服務提供單位具備營養專業人力資源，以確保供應膳食及營養相關服務的質量。同時，該調查報告亦顯示，有相當比率的服務提供單位會提供營養相關服務以及其他加值服務（Mabli et al., 2015），請參見表 2-3。可知美國的營養餐飲服務不僅提供餐飲服務，亦是導入老人相關方案的媒介。

表 2-2 營養相關服務與其他加值服務之提供概況

服務項目	服務提供單位提供該項服務之比率 (%)
營養篩檢與評估	52 %
營養教育	77 %
營養諮詢	28 %
社交活動	62 %
健康促進與疾病預防活動	63 %

(資料來源：U.S. Department of Health and Human Services)

目前，由於營養服務方案明確規定：除經國家相關單位評估之農村地區或特殊情形外，各服務據點每週提供餐飲服務的日數需達五天以上(Kowlessar et al., 2015)。因此，根據上述 2015 年的調查報告之資料顯示，約有 83% 的服務單位每週提供服務的日數達 5 天以上，請參見表 2-3(Mabli et al., 2015)。

表 2-3 定點用餐服務據點，提供服務之日數

每週提供服務の日數	服務提供單位的比率 (%)
超過 5 天/週	6%
5 天/週	77%
4 天/週	7%
3 天/週	8%
2 天/週	3%
1 天/週	2%

(資料來源：U.S. Department of Health and Human Services)

三、台灣

我國於 1997 年《老人福利法》第一次修法時，將營養餐飲服務納入，賦予其正式法源基礎。後續，中央或地方政府於相關施政計畫，透過方案補助之方式鼓勵公益社團法人、財團法人、社會福利團體等非營利組織擇定場所辦理送餐到家或是定點用餐服務（林明禎，2000，引自呂寶靜，2012）。更進一步，以方案補助類型進行分析，可將我國老人營養餐飲服務發展大致歸納為下列進程。請參見表 2-4。

表 2-4 臺灣老人餐飲服務方案一覽表

方案名稱	政策依據	方案目標	服務對象	服務輸送	辦理方式
失能老人餐飲服務方案 (1999-迄今)	老人福利法	減少老人炊食之危險及購物之不便	失能及獨居老人	送餐到家	中央政府補助地方政府自辦或是委託辦理
關懷據點餐飲服務方案 (2005-迄今)	建立社區照顧關懷據點實施計畫	建立在地的初級預防照護服務	社區老人	餐飲服務並非為必要的服務項目，可選擇性辦理送餐以及定點用餐服務。	中央補助民間辦理
社區老人定點用餐服務方案 (2009-迄今)	縣市自訂實施計畫	• 解決老人餐飲問題 • 發揮社區互助關懷精神	社區老人	以定點用餐服務為主，有部份提供送餐服務。	縣市政府補助民間辦理

摘要整理自(林明莉, 2013)

我國政府始推動老人營養餐飲服務的最初階段，為內政部於 1999 年開始補助民間團體辦理的「失能老人餐飲服務方案」。該方案是以「送餐到家」為服務輸送模式，為經日常生活活動功能評估量表（ADL）或是工具性日常生活活動功能評估量表（IADL）判別之日常生活需他人協助的失能老人提供每週五次的送餐服務，以確保老人能得到基本溫飽。此方案是由中央政府補助地方政府自行辦理或委託專業單位辦理，為長期照護體系的一環(林明莉, 2013)。

之後，基於社區營造以及社區自主參與之精神，內政部於 2005 年訂頒「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供在地的初級預防照護服務，再依需要連結各級政府所推動社區照顧、機構照顧及居家服務等各項照顧措施(呂寶靜, 2012)。

社區關懷據點之服務應至少提供電話問安、關懷訪視、餐飲服務、健康促進活動等四項服務中的三項。其中，餐飲服務，開始擴大其服務對象與場域，發展為：「送餐到家」以及「定點用餐」等兩種服務模式。由於設置社區關懷據點之預期功能較為側重於初級預防，故其營養餐飲服務除提供送餐到家服務於居住在社區的老人外，亦開始提供場地給社區老人參與定點用餐活動，以與據點的其他服務相互搭配。自此之後，逐漸興起由社區組織及民間團體提供之社區式服務，展開定點用餐服務模式。其餐飲服務提供頻率視據點狀況而定，每週至少應提供 1-2 次餐飲服務。

最後，則是於 2009 年開始，由地方政府自行推動辦理的「社區老人定點用餐服務方案」。該方案非屬中央政策，而是各地方政府透過補助社區組織及民間團體之方式，支援社區單位辦理定點用餐服務。其目的為：滿足高齡人口日增後之需求，鼓勵健康及亞健康之居住於社區的老人走出家中，參與服務，進而解決老人的用餐問題並增進社會參與的機會。

而英、美兩國不同的是，我國法令僅規定直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供營養餐飲服務，卻並未說明其備置、輸送、餐食提供者...等細部運作過程。故，以下透過陳燕禎、謝儒賢、施教裕（2005）之研究，以大致了解我國老人營養餐飲服務模式之概況。請參見，表 2-5。

表 2-5 餐飲服務模式分析

用餐方式	餐食提供者	餐食備製方式
<ul style="list-style-type: none"> • 定點用餐 • 送餐到家 	<ul style="list-style-type: none"> • 志工 • 社區便利商店 • 社區的醫院、福利機構或學校中心 • 社區自助餐廳 • 社區老人中心(日托中心) • 社區發展協會 	<ul style="list-style-type: none"> • 志工自製便當 • 便利商店之餐食 • 自助餐店購買便當 • 社區自行炊煮的自助餐 • 專業廚師及營養師調配之營養餐食

摘要整理自(陳燕禎 et al., 2005)

可知，基於對老人營養議題的關注，我國亦隨英美的腳步，透過立法程序賦予「營養餐飲服務」正式法源基礎。然，與英、美兩國不同的是，我國並未推動營養餐飲服務的重要規範與參考，以確保提供之服務的質量，以致使我國營養餐飲服務呈現更加多元的型態，即代表影響該服務提供之質量及其效益的相關因素，亦更加多元。

第三節 定點用餐服務之相關實證研究



營養餐飲服務發展至今，美國相關單位曾進行三次國家型調查，以了解該服務使用者之特徵及參與該服務之效益。同時，在此三次調查進行期間，亦有不少實證研究以此為主題進行探討。因此，以下分為：美國定點用餐服務－國家型調查研究及其他相關實證研究進行陳述。

一、美國定點用餐服務－國家型調查研究

美國，自推行營養餐飲服務以來，共進行過三次國家型的調查研究。以下，擷取定點用餐服務之使用者特徵及參與效益的部分進行陳述。

第一次的調查研究於 1978 年進行，其調查目的為：了解服務使用者之特徵及參與該服務之效益。根據該份報告之研究結果顯示：

- 定點用餐服務使用者的平均年齡為：73 歲。
- 73%的使用者，為女性。
- 55%的使用者，為獨居者。
- 66%的使用者，為單身狀態。
- 19%的使用者，為少數族裔。
- 超過半數的老人具有低收入的情形。
- 61%的使用者，表示每週會來用餐至少三次。

同時，該份調查研究以營養餐飲服務使用者以及符合營養餐飲服務使用資格但未使用該項服務的老人進行 24 小時營養攝取狀況的比較。研究結果顯示：定點用餐服務使用者之營養攝取狀況較無使用者佳，並達統計顯著差異。此外，在社交活動面向亦有較為活躍的現象。服務使用者認為參與定點用餐服務所伴隨的社交效益更勝餐食的直接效益。而服務提供者端針對定點用餐服務對於老人重要性的排名則略有差異，51%認為改善營養狀況為最有價值的部份，44%認為是社交面向的效益，其餘則是教育與運動活動(Kirschner Associates, 1983; Wacker et al., 2013)。

第二次的調查研究於 1996 年進行，其調查目的為：探究服務是否確實輸送至營養需求者端、評估營養餐飲服務於營養與社會面向的效益、服務輸送之效率與效果、資金來源與分配。根據該份報告之研究結果顯示：

- 定點用餐服務使用者的平均年齡為：76 歲。
- 69%的使用者，為女性。
- 57%的使用者，為獨居者；其比例為一般人口的 2.4 倍。
- 70%的使用者，為單身狀態。
- 27%的使用者，為少數族裔。
- 21%的使用者，對日常生活活動功能評估量表評估內容，表示有 1 項以上的評估指標為困難。
- 61%的服務使用者，具有過重或過輕的狀況。
- 64%的使用者，處於具有中度至高度營養風險的狀況當中。
- 34%的使用者，年收入低於貧窮線標準。
- 約有 80—90%的使用者，收入低於 2 倍貧窮線，其比例為一般人口的 2 倍。

同時，調查研究以營養餐飲服務使用者為研究對象，使其與符合營養餐飲服務使用資格但未使用該服務者進行 24 小時營養攝取狀況與每月社會接觸次數之比較。研究結果顯示：定點用餐服務使用者之營養攝取狀況較無使用者佳，並達統計顯著差異；此外，其社會接觸次數亦較無使用者多，並達統計顯著差異(Millen et al., 2002; Ponza et al., 1996)。

透過上述研究結果可知，定點用餐服務使用者於收入、居住安排、生理健康等狀況皆較一般人口為差。其代表的是美國的營養服務方案確實相當程度地將服務順利輸送至低收入、少數族裔、具有入住機構之風險者…等標的族群。然而，該份研究對探討老人營養餐飲服務之社會效益的部分，僅以社會接觸次數進行評估略顯過於粗略，難以明確呈現營養餐飲服務對於老人的社會效益，為後續研究者可多做加強的部分。

最後，第三次的調查研究於 2015 年進行，共分為三大部分，分別為：過程端、成本端以及客戶成果端之研究。

過程端研究（Process Study），調查目的為：透過分析計劃結構、行政管理現況、各層級組織之間的互動關係、組織人員配置、服務之提供與協調，進而獲得有用之訊息，以輔助營養餐飲計畫之計畫與改善。

成本端研究（Cost Study），調查目的為：估計營養餐飲服務的營運成本以及定點用餐服務與送餐到家服務的個別成本，並藉由探討成本組成結構與計劃特徵來了解計畫內的成本差異。

客戶成果端研究（Client Outcomes Study），調查目的為：了解服務使用者之特徵、呈現營養餐飲與其他相關服務對服務使用者的價值及其使用經驗、比較營養餐飲服務使用者與無使用者在食物安全、飲食質量以及社會面向的差異。

以下，摘錄客戶成果端研究的研究結果，呈現當代美國營養餐飲服務使用者特徵、參與狀況、使用經驗以及參與效益等(Mabli et al., 2017)。

(一)使用者特徵

- 定點用餐服務使用者的平均年齡為：77 歲。
- 67%的使用者，為女性。
- 60%的使用者，為獨居者。
- 70%的使用者，為單身狀態。
- 34%的使用者，為少數族裔。
- 31%的使用者，年收入低於貧窮線標準。
- 23%的使用者，認為自身的健康狀態為不佳或一般。
- 95%的使用者，表示自身尚具備製作餐食的能力。然，當以假設問題詢問：「當該服務計畫無法持續時，則應對策略為何？」，42%的使用者表示，會偶爾或經常性地省略一頓飯或少吃一點。
- 74%的使用者，表示其資訊來源為親人、好友或其他人。



(二)參與狀況

有 43% 的營養餐飲服務使用者，每週會使用該項服務達五天以上。此外，亦有相當比例的服務使用者除享用餐食外，尚會參與其他服務，如下：

- 39% 的使用者，尚參加運動活動。
- 38% 的使用者，尚參加營養議題相關講座。
- 31% 的使用者，尚參加安全議題講座（如：預防跌倒）。
- 30% 的使用者，尚參加健康保險議題相關講座。
- 25% 的使用者，尚參加慢性疾病相關講座。
- 22% 的使用者，尚接受營養諮詢服務。

(三)使用經驗

有 82% 的使用者對於營養餐飲服務的總體評價為良好、非常好或優異。可知有相當高比例的服務使用者對於該服務感到滿意。其餘對於營養餐飲服務的使用經驗如下：

- 77% 的使用者，對於營養餐飲服務人員的評價為良好、非常好或優異。
- 95% 的使用者，表示會將該服務推薦給親友。
- 81% 的使用者，認為參與該服務可幫助自身吃得更健康。
- 68% 的使用者，認為參與該服務促使自身更為健康。
- 37% 的使用者，認為參與該服務有助於達成醫師所規劃的特殊飲食菜單。
- 68% 的使用者，認為參與該服務有助於自身維持適當的體重。
- 71% 的使用者，認為參與該服務有助維持自身的獨立性，進而得以留在家中生活。
- 94% 的使用者，對於具有與他人共渡時光的機會，感到滿意。
- 33% 的使用者，表示自身經常於服務據點參與營養餐飲服務外的其他活動。



(四)參與效益


在參與效益的部分，採取分層隨機取樣的方式，針對定點用餐服務使用者進行資料收集，並將之與醫療保險與醫療補助服務中心（the Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）的保險受益人檔案配對，以作為對照組，進行食物安全、飲食質量與社會面向的比較。

在食物安全面向，定點用餐服務使用者出現食物不安全的比例，會隨著收入、年齡增加而下降；定點用餐服務使用者發生食物不安全的比例較無使用者低，但未達統計顯著差異。推測其可能的原因在於指標的測量方式。

食物安全（Food Security），根據美國實驗生物學會聯盟—生命科學研究室之廣泛定義顯示：意味著可獲得足夠的糧食，以進行積極且健康的生活，其基本內涵為：營養並安全的食物之可獲得性及以社會可接受的方式獲得食物之能力。因此，當以社會可接受的方式獲得營養並安全的食物之能力有限或具不確定性時，意即存在食物不安全的狀況(Lee et al., 2001)。其測量單位為「家庭」，故定點用餐服務使用者的家庭成員可能對於研究結果有其影響。因此，後續又以與他人居住及獨居的定點用餐服務使用者進行比較，兩者仍無達到統計顯著差異。

另以收入為分類標準進行探討，研究結果顯示：於低收入的族群中，定點用餐服務使用者發生食物不安全的比例較無使用者低，且達統計顯著差異；而於高收入的族群中，定點用餐服務使用者發生食物不安全的比例較無使用者高，但未達統計顯著差異。

在飲食質量面向，以營養素攝取量與健康飲食分數測量指標進行探究。研究結果顯示：定點用餐服務使用者在維生素與礦物質等營養素之攝取量較無使用者佳，並在部分項目達到統計顯著差異。然而，儘管定點用餐服務使用者較無使用者更有可能獲得足夠的營養攝取量，卻亦有可能發生攝取過量的狀況，如：定點用餐服務使用者過量攝取鈉的比例較無使用者高 31%；另，在健康飲食分數方面，定點用餐服務使用者較無使用者的健康飲食分數為高，並達統計顯著差異。



在社會面向，以孤獨感受、憂鬱篩檢以及對於必需與他人共渡時光的社會機會之滿意程度等指標進行探究。在孤獨感受指標，定點用餐服務使用者與無使用者的孤獨感受分數並無差異。然而，在高收入族群中，定點用餐服務使用者的孤獨感受分數顯著低於無使用者；在憂鬱篩檢方面，定點用餐服務使用者之篩檢結果呈陽性的比例較無使用者為低，並且達統計顯著差異；在社會機會的滿意度方面，與無使用者相比，使用者對社交機會的滿意度較高，且達統計顯著差異。

透過上述研究報告的呈現，可知營養餐飲服務具提升飲食質量與促進人際交流機會的效益，並於低收入族群中，尚具有降低食物不安全的效果。此外，對於營養餐飲服務的探討，開始並非僅以客觀指標做為測量，而是亦將老人主觀感受納入考量。同時，對老人社會面向的探討，其廣度與深度亦有所提升，以更為細緻的問項，如：使用經驗、孤獨感受、憂鬱篩檢以對人際交流機會的滿意度，作為呈現，進而更為明確的衡量其效益。



二、其他實證研究

以下，對於定點用餐服務使用者特徵以歸納整理成表格之方式進行回顧，後以呈現定點用餐服務之參與效益的相關研究。

(一) 使用者特徵

表 2-6 文獻回顧—定點用餐服務使用者特徵

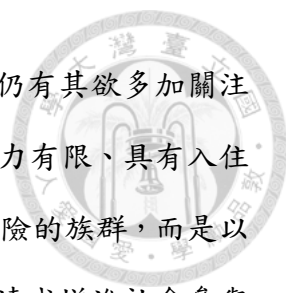
第一作者/ 年份	研究類型	定點用餐服務之使用者特徵
Posner (1979)	量性研究	<ul style="list-style-type: none">• 女性 (69%)• 喪偶 (44%)• 少數族裔 (37%)• 低收入 (15%低於貧窮線) (44%低於 1.25 倍貧窮線)
Mullins (1993)	量性研究	<ul style="list-style-type: none">• 女性 (70%)• 獨居 (51%)• 喪偶 (47%)• 少數族裔 (35%)• 低收入 (62%收入低於貧窮線標準) (54%無足夠金錢支付生活開銷)• 身體狀況較差 (50%認為自身的健康狀態為不佳或一般) (66%具有會影響日常生活活動的健康問題)
Kirk (2001)	量性研究	<ul style="list-style-type: none">• 女性 (67%)• 獨居 (53%)• 喪偶 (65%)• 少數族裔 (35%)• 感到孤獨(48%)• 少有社交機會(66%)
Spangler (2003)	量性研究	<ul style="list-style-type: none">• 女性 (72%)• 喪偶 (51%)• 教育程度低 (40%接受教育的程度為 12 年以下)

表 2-6 文獻回顧－定點用餐服務使用者特徵(續前頁)

第一作者/ 年份	研究類型	定點用餐服務之使用者特徵
Gitelson (2008)	量性研究	<ul style="list-style-type: none"> • 女性 (69%) • 獨居 (45%) • 低收入 (47%家庭年收入低於 12,000 美元) • 認為自身的健康狀態為不佳或一般 (31%) • 教育程度低 (59%接受教育的程度為 12 年以下)
Lee (2010)	量性研究	<ul style="list-style-type: none"> • 女性 (75%) • 獨居 (47%) • 少數族裔 (32%) • 低收入 (57%收入低於 1.3 倍貧窮線標準) • 認為自身的健康狀態為不佳或一般 (45%) • 具有高度營養風險 (47%)
Thomas (2011)	量性研究	<ul style="list-style-type: none"> • 女性 (75.5%) • 認為自身的健康狀態為不佳或一般 (61%) • 具有一種以上的慢性疾病(68%)
Weddle (2012)	量性研究	<ul style="list-style-type: none"> • 女性 (78%) • 獨居 (78%) • 低收入(41%月收入低於 1520 美元) • 具有一種以上的慢性疾病(59%)
林明莉 (2013)	質性研究	<ul style="list-style-type: none"> • 三代同堂家庭，但白天獨居 • 無經濟壓力 • 健康狀況尚佳 • 教育程度較低 • 社會支持網絡薄弱(如：喪偶) • 有社會孤立傾向

透過以上表格的歸納整理，可知定點用餐服務使用者多為女性、處於喪偶或是獨居的狀況，且具有健康與經濟方面的問題。其結果與美國所進行國家型研究呈現之特徵大致相似。另，尚具有教育程度較低、孤獨及社會孤立傾向。

值得注意的是，林明莉於我國進行的研究，所描繪之定點用餐服務使用者特徵與國外相關研究所呈現的差異。



美國的營養服務方案雖適用於 60 歲以上的全體國民，然卻仍有其欲多加關注的標的族群，包含：低收入、少數族裔、生活農村地區、英語能力有限、具有入住機構之風險者。相較於我國的營養餐飲服務，並未鎖定高營養風險的族群，而是以「鼓勵社區老人走出家中，參與服務，進而解決老人用餐問題並達成增進社會參與之機會的效益」的想法為出發，進而期望達成建立在地的初級預防照護服務及發揮社區互助關懷精神的目標。然而，由於林明莉所進行的研究之設計為質性研究，其研究結果不足以明確呈現我國定點用餐服務使用者的特徵。因此，後續研究者應續以量性研究進行探討。




(二) 定點用餐服務之參與效益

於營養面向探討方面，Keller 之研究，以居住於社區的老人為研究對象，進行世代研究，其研究目的為：探討正式及非正式的营养餐飲服務與購物協助對老人的營養風險是否具於追蹤 18 個月後，研究結果顯示：獲得由親屬提供之非正式營養餐飲服務與購物協助的老人，其營養風險評估分數與 18 月前並無達成顯著差異；而使用定點用餐服務或送餐到家服務之正式營養餐飲服務的社區老人，其營養風險評估分數具上升的趨勢；其中，使用送餐到家模式的老人，其營養風險下降達顯著。可知定點用餐服務與送餐到家服務確實具有降低老人營養風險的效益化、食慾、吞嚥困難、咀嚼困難、飲食限制、財務困難、備食及採購之能力等內容，評估分數越高，則代表營養風險越低(Keller, 2006b)。

於追蹤 18 個月後，研究結果顯示：獲得由親屬提供之非正式營養餐飲服務與購物協助的老人，其營養風險評估分數與 18 月前並無達到顯著差異；而使用定點用餐服務或送餐到家服務之正式營養餐飲服務的老人，其營養風險評估分數具有上升趨勢；其中，使用送餐到家服務模式的老人，其營養風險評估分數與 18 月前達顯著差異。可知定點用餐與送餐到家服務確實具有降低老人營養風險的效益(Keller, 2006a)。

另有其他研究，則非僅以營養面向進行探討，而是以詢問定點用餐服務使用者主觀感受的方式，進行較為廣泛面向的探討，如：生理健康、友伴關係建立、社會參與、資訊獲得等。呈現如後。

Mullins 等人之研究，以營養餐飲服務使用者作為研究對象，運用自行發展之問卷進行橫斷性研究，探討定點用餐服務使用者與送餐到家服務使用者於特徵與參與效益之差異。在定點用餐服務部分，研究結果顯示：參與者認為參與定點用餐服務可使自身獲得營養均衡且具多樣性的餐食(97%)、感到更健康(77%)、參與活動的次數增加(72%)、交到新朋友(85%)(Mullins et al., 1993)。



kirk 等人之研究，以定點用餐服務使用者作為研究對象，運用自行發展之問卷進行橫斷性研究，探究定點用餐服務使用與社會支持及生活品質之關係。研究結果顯示：54%的參與者曾感受到孤獨且少與人接觸；43%的女性服務使用者與 32%的男性服務使用者會固定參與據點活動。參與該服務之溯源因素並非僅是資源匱乏，而是更偏重於社會性需求的滿足，期望透過參與該服務，能有人際互動的機會(Kirk et al., 2001)。

Gitelson 之研究，同樣是以自行發展之問卷進行橫斷性研究，探究老人於參與老人中心提供的定點用餐服務後之影響。研究結果指出：使用者認為，老人中心是輔助自身獲得健康、營養、社會服務、法律等資訊的重要角色，並提供了成為志願服務者的機會。另，對許多使用者而言，據點提供的餐食是重要的營養來源，其餘的效益包括：提升身體健康、感覺更輕鬆開心、建立新友誼、學習新知、每天都有地方可以進行活動、具有歸屬感、提升生活品質等。

上述主觀效益感受，經進行主成份分析後，其效益大致可分為三部份，分別是：社交效益、資訊效益以及健康效益。後續探討，不同性別、種族、收入及參與據點活動的數量，於三種效益感受方面是否具有差異。研究結果顯示：除健康效益外，其餘兩者不具性別差異，女性使用者感受到的健康效益較為顯著；另，種族、收入及參與據點活動的數量，於三種效益面向皆有達到顯著差異，少數族裔、收入低於 8,599 美元、以及每週參與據點活動種類達兩種以上者，其感受到的效益較為顯著 (Gitelson et al., 2008)。

Thomas 之研究，亦是以自行發展之問卷進行橫斷性研究，探究參與定點用餐服務之效益，以及有慢性疾病的使用者是否較無慢性疾病的使用者更具有有效管理飲食的認知與知識。研究結果顯示：使用者認為，具建立新友誼、增加外出及參與活動的機會、可享用營養均衡的餐食以及提升身體健康等效益；另，定點用餐服務使用者，無論有無慢性疾病，皆認為應遵守營養專業的建議，並對普遍的營養知識有正確的認知，然對特定疾病的營養知識無正確認知(Thomas Jr et al., 2011)。

最後，則是我國進行的研究。林明莉之研究，以定點用餐服務使用者作為研究對象，探討定點用餐服務使用者之特徵、參與動機以及參與後的影響等，並將據點提供之服務類型，分為：「顧客導向服務模式」與「半自助服務模式」等兩種類別，以探討用餐環境中有利於老人關係發展的相關因素，為一質性研究。

在對於使用者生活之影響的部分，其研究結果大致可分為三個面向，分別是：身體健康、生活、心理福祉面向。

- 身體健康面向，包括：正常用餐、營養均衡、體力改善、增進食慾。
- 生活面向，包括：成為平日生活的重要活動，使得生活有目標、生活作息正常、不用自行烹煮。
- 心理福祉面向，包括：與他人說話閒聊心情好、因每天具有能力走到用餐地點跟人聊天說話而感到高興、熱鬧有伴、較有依靠感、消磨時間、吃飯較有趣、外出心情好、比較不會憂鬱。

值得特別注意的是，由於老人必須離開住家到服務提供據點用餐，使其增加了外出的頻率，同時提升社會接觸的機會，進而有助於老人於社會關係與友誼面向的發展。

而在探討老人社會關係發展的相關因素方面，研究結果發現，定點用餐服務之規劃會對於老人發展社會關係造成影響，共分為時間條件與空間條件兩大類。時間條件，涉及的是互動的時間與長短，其包含：出席狀況、停留時間及服務據點是否有辦理其他服務，以供定點用餐服務使用者參與；空間條件，涉及的是互動的距離與機會，其包含：餐桌形式、座位安排、用餐方式等。有利於定點用餐服務使用者關係發展的條件為：硬體安排（合菜圓桌、固定座位）、繳費機制（月繳制度）及其他活動的參與（有參與活動）。上述條件都會影響成員是否有固定出席的動力及增加互動的情境。可知定點用餐服務提供者端對於服務提供之規劃亦可能會影響服務使用者所感受到的效益，值得後續研究納入探討(林明莉, 2013)。

然，目前我國的學術研究大多皆是以包含定點用餐服務模式及送餐到家服務模式的營養餐飲服務進行探討，缺乏僅以定點用餐服務為研究焦點的量性研究。僅有柯涵儀之研究對於定點用餐服務有部分探討。

該研究以社區照顧關懷據點的服務使用者為研究對象，藉由探討服務使用者於身體健康、心理健康與社會功能層面的主觀感受，評估社區照顧關懷據點實施成效。研究結果指出：在身體健康層面，以「使用據點服務後，我覺得自己的健康狀況較好。」的同意程度最高；在心理健康層面，以「使用據點服務後，我感覺心情較好」的同意程度最高；而在社會功能層面，以「使用據點服務後，有人會關心我的健康」的同意程度最高。

另，在探討定點用餐服務部分，研究結果指出：定點用餐服務使用者與非使用者於上述三個層面的主觀感受方面並無達成統計顯著差異(柯涵儀, 2014)。雖該研究者對於此研究結果並無多加說明。然，由於 64% 的定點用餐服務使用者每週使用該服務的次數不到一次，故，推測定點用餐服務頻率可能會與服務使用者之主觀感受效益有所相關。值得後續研究納入探討。

第四節 多階層分析方法



階層資料結構，常見於行為及社會科學領域之相關研究。然，由於傳統的迴歸分析或變異數分析，無法同時處理兩個以上之不同層級的資料，僅能處理單一層級的變項關係。因此，過往在處理此類資料類型時，往往是將群體層次的資料解構（disaggregated）或進行虛擬化處理（dummy），使之成為個體層次資料以進行分析；抑或將個體資料聚合（aggregated）成群體層次變項，以進行分析。將有可能導致「生態謬誤」或是「原子謬誤」的發生(于若蓉 et al., 2012; 林鈺琴 et al., 2006)。此外，階層資料結構具有巢套（nested）性質，意即同個群體中的個體間具有某些共通性，以致使個體之間的變異會受到更高層級的因素影響而減少，有違傳統迴歸模型對於個體間彼此獨立的假設(溫福星 et al., 2009)。而上述之資料分析的困境，將可透過多階層分析方法獲得解決。

多階層分析，又稱階層線性模式、隨機係數模式、混合效果模式、共變數結構模式和成長曲線模式，其適合處理階層式結構以及叢集式結構的資料，可幫助了解跨層次變項的交互作用，亦可估計不同層次對於解釋變項的貢獻程度。該研究方法主要有三個重要的用途，包括：改善個體效果的估計、跨層次效果的模型化，以及變異數共變數成分的分解(Raudenbush et al., 2002; 溫福星 et al., 2009)。

以多階層模型的兩層完整模型（Full Model）為例，是以截距與斜率為結果的模型，指將第一層迴歸模型的迴歸係數當成第二層迴歸模型的依變項，再對第二層的解釋變項進行迴歸分析，此模型為最典型的多階層分析模型。第一層要探討的是個體層次變項間的關係；而第二層的迴歸模型，則主要是探討群體層次的解釋變項對第一層解釋變項與依變項之關係的影響(溫福星 et al., 2009)。



多階層模型的兩層完整模型，說明如下。

第一層次(個體層次)： $Y_{ij}=\beta_{0j}+\beta_{1j}X_{ij}+\varepsilon_{ij}$

第二層次(群體層次)： $\beta_{0j}=\gamma_{00}+\gamma_{01}W_j+\mu_{0j}$

$\beta_{1j}=\gamma_{10}+\gamma_{11}W_j+\mu_{1j}$

Y_{ij} ：個體層次的依變項。

X_{ij} ：個體層次的自變項

β_{0j} ：個體X變項的平均數。

β_{1j} ：個體X變項對Y變項的影響效果。

ε_{ij} ：殘差，即未能被模式解釋的部分。

γ_{00} ：在控制群體變項(W_j)的影響後，所有群體的平均數。

γ_{01} ：群體變項(W_j)對群體平均數的影響效果。

μ_{0j} ：群體的平均數未能被模式解釋的部分。

γ_{10} ：在控制群體變項(W_j)的影響後，所有群體X變項效果的母體平均數。

γ_{11} ：群體變項(W_j)對X變項效果的各群體平均數。

μ_{1j} ：群體的 X 變項效果未能被模式解釋的部分。

第一層次(即個體層次)的迴歸方程式， Y_{ij} 為依變項； X_{ij} 為自變項； β_{0j} 為截距，是個體 X 變項的平均數； β_{1j} 為斜率，是個體 X 變項對 Y 變項的影響效果； ε_{ij} 則為無法被模式解釋的部分。

第二層次(即群體層次)的迴歸方程式， β_{0j} 與 β_{1j} 在此層次成為依變項，分別受到自變項 W_j 的影響； γ_{00} 為控制群體特性 W_j 的影響後，所有群體的平均數； γ_{01} 為群體特性 W_j 對 j 群體平均數影響的效果；而 μ_{0j} 則為 j 群體平均數無法被模式解釋的部分； γ_{10} 為控制群體特性的影響後，X 變項效果的母體平均數； γ_{11} 為群體特性 W_j 對 X 變項效果的各群體平均數； μ_{1j} 則是 j 群體的 X 變項效果無法被模式解釋的部分(Diez-Roux, 2000; Raudenbush et al., 2002)。

第五節 綜合討論



伴隨老化而來，生理、心理、及環境與經濟面向的諸多因素，皆會對於老人的營養狀況造成影響。故，1960 年代開始，基於對老人營養議題的關注，各國開始推行老人營養餐飲服務，其參與效益大致可歸納為三類，分別是：(1)避免營養狀況惡化，進而預防健康狀況與生活品質下降；(2)降低食物不安全；(3)增進人際互動。爾後，隨人口結構持續老化，該服務更顯重要。英、美兩國陸續透過立法程序賦予其正式法源基礎，使其成為正式照護服務的一環，並藉由推動營養餐飲服務的重要規範與參考，以確保提供之服務的質量。

反觀我國，雖亦於 1997 年《老人福利法》第一次修法，將營養餐飲服務納入，賦予其正式法源基礎。然，與英、美兩國不同，我國法令僅規定縣市政府必須提供營養餐飲服務，並未說明與規範其細部運作過程，而致使我國之營養餐飲服務呈現更加多元的型態，即代表影響該服務提供之質量及其效益的相關因素，亦更加多元。同時，自 2005 年「建立社區照顧關懷據點」之關懷據點餐飲服務方案推行定點用餐服務模式以來，少有文獻探討該服務實施現況是否有達成上述營養餐飲服務的效益。

因此，以下所進行之研究旨在了解定點用餐服務據點之服務提供現況與使用者特徵，並探討參與定點用餐服務對於使用者的效益及其相關因素。

在參與效益方面，多方參考國外之國家型調查與相關實證研究發展研究問卷，以進行參與定點用餐服務對我國老人於生理、心理及社會面向的初步探討。而在相關因素方面，國外文獻對此部分的探討較少著墨，其可能原因在於：國外對營養餐飲服務的提供其有重要規範與參考，組織差異性較低。因此，以下就美國定點用餐服務的規範為參考，針對定點用餐服務提供者端之組織因素進行探究。另，透過我國研究者所進行的質性研究可知，座位安排以及用餐前後據點是否有提供其他服務，皆會對於老人社會層面的效益造成影響。因此，亦會將上述因素納入探討變項。

第三章 研究材料與方法



本章說明本研究之研究材料與方法。共分為五節，依序為：第一節，研究架構與假說；第二節，研究對象與資料來源；第三節，研究變項與操作型定義；第四節，資料處理與統計分析；第五節，研究倫理。

第一節 研究架構與假說

基於文獻探討的結果，可知由於我國缺乏對定點用餐服務的規範，使服務提供呈現較為多元的樣貌，可能會造成服務使用者之感受效益有所差異。因此本研究以美國對於定點用餐服務的兩大規範做為參考，探討有無營養師指導餐點製備以及使用者參與頻率差異是否會與服務使用者的感受具相關性，同時，亦參考本國質性研究之結果，將座位安排以及據點於用餐前後有無提供其他服務納入探討。

本研究變項如研究架構圖所示，依變項為：參與定點用餐服務之效益。自變項為：個人因素（參與頻率）以及組織因素（有無營養師指導、座位安排、有無提供其他服務）。控制變項為：社會人口學變項（年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、居住安排、每月收入、福利身分別、自評健康、IADLs 失能評估）以及參與年數。請參見圖 3-1

本研究提出之研究假說有三，分別為：

假說一：使用者之個人因素與定點用餐服務使用者之參與效益具有相關性。

假說二：服務據點之組織因素與定點用餐服務使用者之參與效益具有相關性。

假說三：個人因素與參與效益之關係會因組織因素而有所差異。

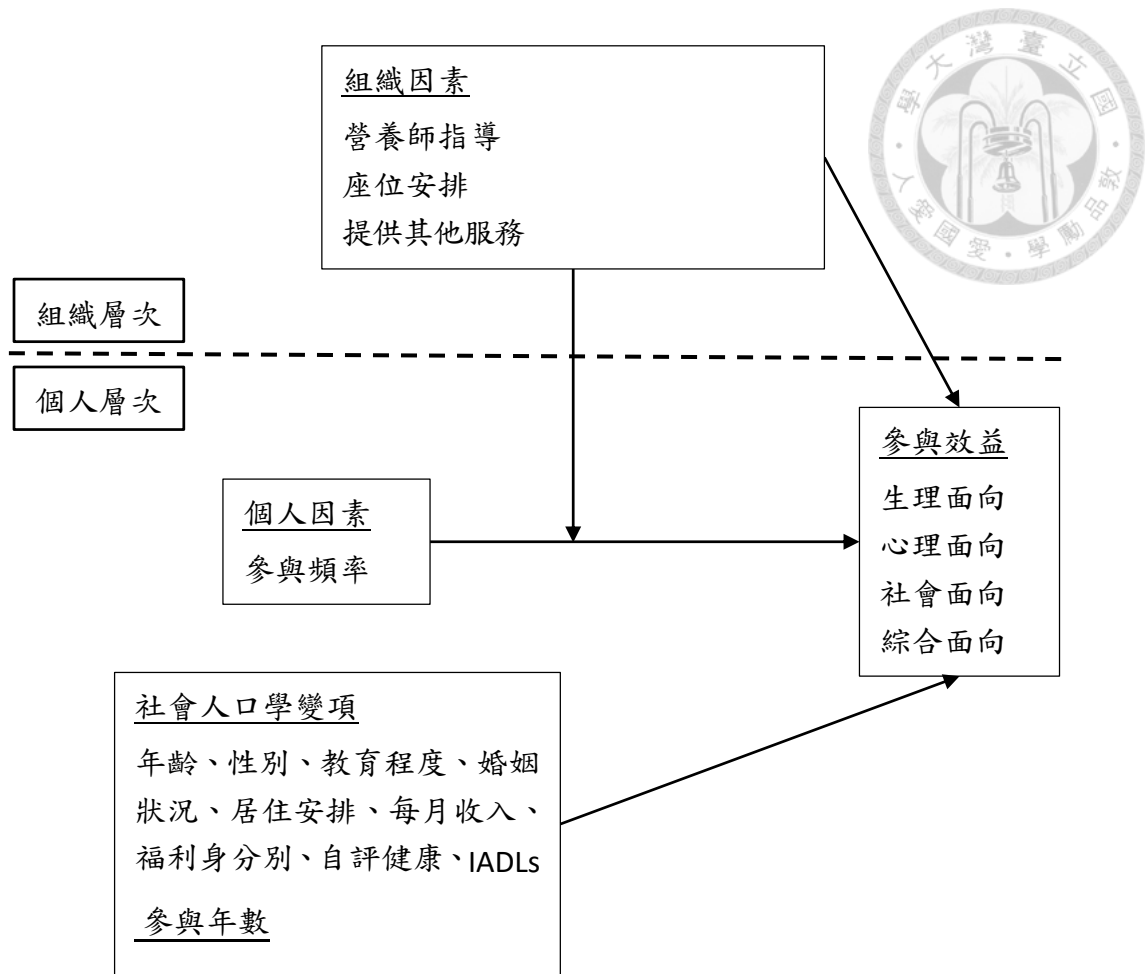


圖 3-1 研究架構圖

第二節 研究對象與資料來源



本研究為一探索性的橫斷型研究，研究對象主要有二，分別為：定點用餐服務提供者及定點用餐服務使用者。其個別之納入條件與排除條件，呈現如下：

一、定點用餐服務之提供者

納入條件：定點用餐服務單位的負責人或代表。

二、定點用餐服務之使用者

納入條件：定點用餐服務使用者。

排除條件：無法溝通，以致無法受訪者；具志工或支薪身分者。

本研究透過台北市政府社會局－2016 年臺北市全區老人共餐單位一覽表之資訊，以分層等比例隨機取樣的方式，逐一與提供定點用餐服務之單位取得聯繫並進行接洽，並訪問該據點之服務提供者以及於該據點使用定點用餐服務的服務使用者。因此，在服務提供者方面，是採分層等比例隨機取樣的方式取得研究樣本；而在服務使用者方面，則是以群集抽樣的方式取得研究樣本。請參見附錄一、臺北市一定點用餐服務據點名冊。於 2017 年 2 月 15 日至 2017 年 9 月 11 日止，採面對面訪問的方式，以自行發展的結構式問卷為測量工具，進行原始資料的蒐集。

在研究工具發展方面，研究者據相關文獻設計出問卷初稿後，邀請熟稔此服務之實務工作者給予意見，再與指導教授討論，逐一檢視各題項的周延性、互斥性，及整份問卷結構的完整性，進而調整問卷內容。之後，請相關領域的學者協助內容效度之審查，並選定一定點用餐服務據點針對服務提供者與服務使用者進行問卷試測（pilot test），進而完成本研究工具的發展。本研究問卷內容，請參見附錄二、研究調查問卷。

第三節 研究變項與操作型定義



本研究之研究變項如研究架構圖所示。茲分述各變項之操作型定義於下。

一、依變項

參與效益，是服務使用者主觀認為透過參與定點用餐服務所獲得之效益。共由十個陳述句所構成，涵蓋生理、心理、社會及綜合面向的探討，以李克特選項(Likert scale)表示同意的程度，填答範圍自 1 分到 5 分，1 分代表非常不同意，5 分代表非常同意。將各別面向的分數予以加總，總分愈高即代表老人對該面向所感受到的效益愈高，即服務成效愈佳。為一連續變項。以下分述十個問題之內容。

(一)生理面向

- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我的體重有增加。
- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得自己的身體健康狀況比以前好。
- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較少生病。

(二)心理面向

- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較少有孤單或寂寞的感覺。
- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較開心快樂。

(三)社會面向

- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我較為願意與他人聊天。
- 參與用餐服務，讓我認識較多人。
- 參與用餐服務，讓我結交到新的好友。
- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我參與社區活動的次數增加。

(四)綜合面向

- 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得我的生活品質比以前好。



二、自變項

(一) 個人因素－個人層次

是使用者運用服務的客觀事實狀態。在此是指參與服務的頻率。不常來（每月一到三次）或很少來（幾個月一次），屬低度參與頻率；每週參與次數為 1 至 3 次，屬中度參與頻率；每週參與次數為 4 至 5 次，則屬高度參與頻率。為一類別變項。低度參與頻率；中度參與頻率；高度參與頻率。

(二) 組織因素－組織層次

是服務提供單位的相關背景資料，包含：營養師指導、座位安排、及提供其他服務等。

- 營養師指導，是該服務據點所提供之餐食是否有營養師指導。為一類別變項。
分為：有；無。
- 座位安排，是服務使用者於用餐時的入座方式。為一類別變項。
分為：固定座位；自行入座。
- 提供其他服務，是除提供餐飲服務之外，在用餐前後是否有舉辦其他活動。
為一類別變項。
分為：是；否。



三、控制變項

(一)社會人口學變項

是服務使用者當下所呈現之個人相關背景資料，及對個人生活狀況相關面向的主觀自我評估，包含：年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、居住安排、每月收入、福利身分別、自評健康、IADLs 等。

- 年齡，是服務使用者目前的足歲歲數。為一連續性變項。

- 性別，是服務使用者的生理性別，為一類別變項。

分為：男；女。

- 教育程度，是服務使用者接受教育的最高階段。為一類別變項。

分為：不識字；識字(但未就學)；小學；初中(職)；高中(職)；大專院校；研究所。

- 婚姻狀況，是服務使用者目前的婚姻狀態。為一類別變項。

分為：已婚/同居；未婚；離婚/喪偶/分居；其他。

- 居住安排一，是服務使用者居住型態。為一類別變項。

分為：全天候獨居；白天獨居，晚上有人同住；晚上獨居，白天有人同住；全天候有人同住；其他。

- 居住安排二，是服務使用者與他人同住的狀態。為一類別變項。


分為：僅與伴侶同住；與伴侶固定和子女同住；與伴侶至子女家輪住；固定與子女同住；至子女家中輪住；與親戚或朋友同住；其他。

- 每月收入，是服務使用者每月的所有金錢收入相加之金額。為一類別變項。

分為：3,000 元以下；3,000 至 5,000 元；5,001 至 10,000 元；10,001 至 15,000 元；15,001 至 20,000 元；20,001 至 30,000 元；30,001 至 50,000 元；50,001 至 70,000 元；70,001 至 90,000 元；90,001 元以上。

- 福利身分別，是受訪者陳述之可否接受福利服務的身分區別。為一類別變項。

分為：低收入戶；中低收入戶；一般戶。

- 
- 自評健康，是個人對自己身體狀態的評估。為一類別變項。
分為：很好；好；普通；不太好；非常不好。
 - IADLs，是經工具性日常生活活動功能評估量表（Instrumental activities of daily living）評量之結果。該評估工具最早是由 Lawton 與 Brody 所發展，其目的為評量個案在近一個月於社區獨立生活的能力，其測驗評估項目具有性別差異，於男性的部分，以採用購物、交通、使用電話、藥物使用以及財務管理等 5 項能力指標進行評估；於女性的部分，採用購物、交通、製備餐食、做家事、洗衣服、使用電話、藥物使用以及財務管理等 8 項能力指標進行評估。(Lawton et al., 1969; Ng et al., 2006) 為一連續變項。

(二)參與年數

參與年數，是服務使用者使用定點用餐服務的使用年數。

分為：不到半年；半年至一年；一年至兩年；兩年至三年；三年至四年；四年至五年；五年以上。

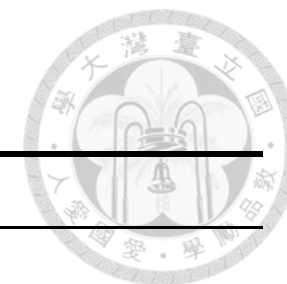


表 3-1 研究變項與操作型定義

研究變項	屬性	操作型定義
依變項		
參與效益	連續	由十個陳述句構成，以李克特選項（Likert scale）表示同意的程度，填答範圍自 1 分到 5 分，1 分代表非常不同意，5 分代表非常同意。
生理面向		生理面向，為第 1、2、3 題分數加總。
心理面向		心理面向，為第 4、5 題分數加總。
社會面向		社會面向，為第 6、7、8、9 題分數加總。
綜合面向		綜合面向，為第 10 題的分數。
自變項（個人層次）		
參與頻率	類別	參與服務的頻率。 分為：低度參與頻率；中度參與頻率；高度參與頻率。
自變項（組織層次）		
營養師指導	類別	該服務據點所提供之餐食是否有經營養師指導。 分為：有；無。
座位安排	類別	服務使用者於用餐時的入座安排。 分為：固定座位；自行入座。
提供其他服務	類別	除提供餐飲服務外，在用餐前後是否有舉辦其他活動。 分為：是；否。



研究變項	屬性	操作型定義
控制變項		
年齡	連續	服務使用者目前的足歲歲數。
性別	類別	服務使用者的生理性別。 分為：男；女。
教育程度	類別	服務使用者接受教育的最高階段。 分為：不識字；識字(但未就學)；小學；初中(職)；高中(職)；大專院校；研究所。
婚姻狀況	類別	服務使用者目前的婚姻狀態。 分為：已婚/同居；未婚；離婚/喪偶/分居；其他。
居住安排一	類別	服務使用者居住型態。 分為：全天候獨居；白天獨居，晚上有人同住；晚上獨居，白天有人同住；全天候有人同住；其他。
居住安排二	類別	服務使用者與他人同住的狀態。 分為：僅與伴侶同住；與伴侶固定和子女同住；與伴侶至子女家輪住；固定與子女同住；至子女家中輪住；與親戚或朋友同住；其他。
每月收入	類別	服務使用者每月的所有金錢收入相加之金額。 分為：3,000 元以下；3,000 至 5,000 元；5,001 至 10,000 元；10,001 至 15,000 元；15,001 至 20,000 元；20,001 至 30,000 元；30,001 至 50,000 元；50,001 至 70,000 元；70,001 至 90,000 元；90,001 元以上。



研究變項	屬性	操作型定義
控制變項		
福利身分別	類別	服務使用者陳述之可否接受福利服務的身分區別。 分為：低收入戶；中低收入戶；一般戶。
自評健康	類別	個人對自己身體狀態的評估。 分為：很好；好；普通；不太好；非常不好。
IADLs	連續	經工具性日常生活活動功能評估量表評量之結果。
參與年數	類別	服務使用者使用定點用餐服務的使用年數。 分為：不到半年；半年至一年；一年至兩年；兩年至三年；三年至四年；四年至五年； 五年以上。

第四節 資料處理與統計分析



本研究以 PASW Statistics 18 (SPSS) 及 Microsoft Office 2010 辦公軟體套裝中的 Excel 進行資料整理及圖表繪製。並以 SAS 統計軟體 9.4 版與 HLM 統計軟體 7.0 版進行統計分析。統計方法如下：

一、描述性統計

本研究採用次數分配、百分比、平均數、標準差等描述性統計呈現樣本分布情形。其包含定點用餐服務據點的服務現況、服務使用者的人口學特徵、參與年數、參與頻率以及參與服務之感受等。

二、推論性統計

在推論性統計的部分，本研究以 $\alpha=0.05$ 作為顯著水準之判斷。

(一) 雙變項分析

- 獨立樣本 T 檢定 (Independent-sample t-test)：

檢驗：(1)個人因素，包含：性別、教育程度、婚姻狀況、居住安排一、每月收入、福利身分別、自評健康等控制變項；(2)組織因素，包含：營養師指導、座位安排、提供其他服務等自變項，在參與效益的分數上是否具顯著差異。

- 單因子變異數分析 (ANOVA)：

檢驗：個人因素，包含：居住安排二、參與年數等控制變項及自變項－參與頻率，在參與效益的分數上是否具顯著差異。並以雪費法 (Scheffe's method) 進行達統計顯著差異時之事後檢定。

- 皮爾森相關係數檢定 (Pearson's Correlation Coefficient)：

檢驗：個人因素，控制變項－年齡、IADLs，在參與效益的分數上是否具顯著差異。



(二) 多變項分析

首以變異數膨脹係數 (VIF) 分析各變項間是否有高度相關的情形，若發現共線性明顯之變項則予以剔除。後以強迫進入法 (Enter) 進行多元線性迴歸分析，於控制服務使用者之年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、居住安排、每月收入、福利身分別、自評健康、參與年數等變項後，檢定服務使用者的參與頻率與參與效益的分數的關係，進而說明與依變項相關之因素，建立整體概念預測模型。

(三) 多階層分析

在進行多階層分析之前，必須先使用階層線性模型的虛無模型 (Null Model) 進行分析，來估算組內相關係數 (Intraclass Correlation Coefficient, ICC)，若 ICC 值 > 5.9%，則代表具有中等程度以上的組內相關，不能忽略其相似性的存在，應以多階層分析模型進行分析 (Cohen, 1988；引自溫福星 & 邱皓政, 2009)。後續以隨機係數迴歸模型 (Random Coefficient Regression Model)、截距預測模型 (Intercepts-As-Outcome Model) 以及斜率預測模型 (Slopes-As-Outcome Model) 進行探討。

透過隨機係數迴歸模型 (Random Coefficient Regression Model) 探討個人層次變項於參與效益分數是否具有相關性並檢定自變項對於參與效益的直接效果是否具組間差異；後以截距預測模型 (Intercepts-As-Outcome Model) 探討在控制個人層次的變項後，組織層次變項是否會與參與效益分數具有相關性。最後，以斜率預測模型 (Slopes-As-Outcome Model) 探討組織層次變項是否會對於個人層次變項與參與效益分數的關係造成影響，即是否具有調節效果。

第五節 研究倫理



本研究透過台北市政府社會局－2016 年臺北市全區老人共餐單位一覽表之資訊，以等比例隨機取樣的方式，逐一與提供定點用餐服務之單位取得聯繫並進行接洽，進而取得研究樣本。進行接洽的過程中，服務提供者及服務使用者皆可自由選擇是否接受本研究之調查。

於面對面訪談時，會口頭說明本研究之內容並徵求受訪同意。同時，在調查期間，受試者可以隨時中斷調查，對身心之影響極小。本研究不會收集任何有關受訪者的隱私資料（例如：姓名、出生日期、家庭住址、電子郵件或是電話號碼…等）。最終用以分析的資料亦無法與其他資料連結或進行個人資料辨識，符合最低風險的條件。

本研究計畫之內容已通過臺大醫院－研究倫理委員會行政中心之審查，申請案號 201701050RIN (請參見附錄三)。

第四章 研究結果



本章陳述本研究之研究結果。共分為六節，依序為：第一節，研究問卷回收情形；第二節，問卷信度分析；第三節，描述性統計；第四節，雙變項分析結果；第五節，多變項分析結果；第六節，多階層分析結果。

第一節 研究問卷回收情形

本研究以台北市 12 個行政區為研究範圍，採分層等比例隨機取樣的方式針對服務提供者進行收案；採群集抽樣的方式針對服務使用者進行收案。回收期間為 2017 年 2 月 15 日至 2017 年 9 月 11 日止。在服務提供者方面，回收問卷數為 37 份；在服務使用者方面，排除 227 位無法完成問卷填答者或具有志工／支薪身分者後，回收問卷數為 654 份。

部分服務使用者的用餐方式為至據點取餐後，帶回家中用餐，並不符合定點用餐服務型態，因此本研究將帶回家用餐的服務使用者之受訪紀錄視為無效問卷；同時亦將帶回家用餐的服務使用者占整體服務使用者比例達半數以上之服務提供者(據點)及於該據點用餐之服務使用者的受訪紀錄視為無效問卷。

最後，在服務提供者方面，總計取得有效回收問卷數為 35 份，回收率為：95%；在服務使用者方面，總計取得有效回收問卷數為 613 份，回收率為：70%。請參見表 4-1。



表 4-1 各區研究樣本回收情形

區域別	服務提供者	服務使用者
北投區	3	67
萬華區	4	48
文山區	3	65
南港區	3	57
大安區	4	72
中正區	4	75
松山區	1	30
中山區	1	9
信義區	2	20
大同區	1	15
士林區	5	89
內湖區	4	66
總計	35	613



第二節 問卷信度分析

本研究於問卷試測階段 (pilot test)，選定一定點用餐服務據點，對 20 位服務使用者進行訪問，後以內部一致性指標 (Cronbach's α) 進行信度分析。據 Nunnally (1978) 提供之標準，內部一致性須達到 0.5 以上，0.7 以上為良好信度 (Nunnally, 1978)。

試測結果顯示：生理面向的 Cronbach's α 值為 0.642；心理面向的 Cronbach's α 值為 0.854；社會面向的 Cronbach's α 值為 0.808。可知生理面向的 Cronbach's α 值雖尚可接受但略低，請參見表 4-2。

表 4-2 試測階段，信度分析

參與效益之面向	Cronbach's α 值
生理面向	0.642
心理面向	0.854
社會面向	0.808


故，於正式施測後，以 613 份服務使用者之受訪紀錄進行探索性因素分析。

首先以 KMO 與 Bartlett 球形檢定來判斷是否適合進行探索性因素分析。KMO 數值大於 0.7 且 Bartlett 球形檢定值為顯著則適合進行探索性因素分析 (Bartlett, 1950; Nunnally, 1978)。檢定結果顯示：KMO 數值為 0.84 且 Bartlett 球形檢定值達顯著，可進行探索性因素分析。

在探索性因素分析，以主要成分分析法及最大變異轉軸法，問卷題項所產生大於 1 之特徵值 (Eigenvalue) 納為共同因素，並將各題項之負荷量 (Factor Loading) 大於 0.5 以上的問項納入因素中。分析結果顯示：十題探討參與效益的問項共可分為兩個構面，第一構面，包含第 2、3 題，命名為生理面向；第二構面，包含第 4、5、6、7、8、10 題，命名為心理及社會面向。其中，第 1 題及第 9 題因共同性低於 0.5，予以剔除。請參見表 4-3。

表 4-3 探索性因素分析－參與效益

題數	題目內容	因素一	因素二	共同性
第 1 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我的體重有增加。	-0.006	0.634	<u>0.402</u>
第 2 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得自己的身體健康狀況比以前好。	0.222	0.784	0.663
第 3 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較少生病。	0.160	0.806	0.675
第 4 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較少有孤單或寂寞的感覺。	0.697	0.150	0.508
第 5 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較開心快樂。	0.762	0.172	0.609
第 6 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我較為願意與他人聊天。	0.732	0.085	0.543
第 7 題	參與用餐服務，讓我認識較多人。	0.811	-0.004	0.658
第 8 題	參與用餐服務，讓我結交到新的好友。	0.755	0.067	0.575
第 9 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我參與社區活動的次數增加。	0.593	0.245	<u>0.412</u>
第 10 題	相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得我的生活品質比以前好。	0.580	0.440	0.53



於進行探索性因素分析後，參與效益的探討，收斂為兩個面向，分別為：生理面向、心理及社會面向。後續，於推論性統計分析的部分，以此兩構面作為依變項，進行探討。同時，於刪減部分題項之後，再次以內部一致性指標（Cronbach's α ）進行信度分析。分析結果顯示：生理面向的 Cronbach's α 值為 0.72；心理及社會面向的 Cronbach's α 值為 0.84。兩個面向皆有超過 0.7，屬具有良好信度。

第三節 描述性統計



本研究之研究對象主要有二，分別為：定點用餐服務提供者以及定點用餐服務使用者。故，以下透過描述性統計來呈現定點用餐服務據點的服務

現況、服務使用者的人口學特徵、參與年數、參與頻率以及參與服務之感受等內容。

一、定點用餐服務提供者之描述性統計

35 間定點用餐服務據點，服務單位類型以社團法人為多（62.86%），財團法人次之（27.71%）；服務年數以五年以上為多（31.43%），1 年以上但不到 2 年次之（25.71%）；資金來源以使用者付費為多（74.29%），「建立社區照顧關懷據點實施計畫」經費次之（62.86%）；資源來源以慈善或宗教團體捐贈為多（25.71%），民眾捐贈次之（22.86%）；有參與用餐服務之條件限制的據點為多（74.29%），其中又以年齡限制為多；每餐平均服務人次約為 31 人；服務人員類型以志工為多，皆無專職人員；每週提供次數以 3 次為多（45.71%），每週提供 2 次次之（34.29%）；座位安排皆為自行入座；備餐方式以自設廚房烹煮為多（42.86%），其他次之（28.57%）；77.14% 無營養師指導餐點製備；用餐服務皆有搭配其他服務，其中又以健康促進與才藝活動及健康相關服務為最多，保健或衛教活動及休閒娛樂活動次之；收費方式以按次收費為多（35.14%），免費次之（25.71%）；收費金額，於低收入戶、中低收入戶，以每餐 1—20 元為多/於一般戶，則以每餐 31—40 元為多，請參見表 4-4。

表 4-4 定點用餐服務提供單位之基本特質(N=35)

變項	次數/平均值	百分比/標準差
服務單位類型		
財團法人	9	27.71
社團法人	22	62.86
未辦理法人登記之協會	4	11.43
里辦公處	0	0.00
其他	0	0.00
服務年數		
不到 1 年	0	0.00
1 年以上，不到 2 年	9	25.71
2 年以上，不到 3 年	6	17.14
3 年以上，不到 4 年	6	17.14
4 年以上，不到 5 年	3	8.57
5 年以上	11	31.43
資金來源 ^a		
使用者付費	26	74.29
民眾捐贈	15	42.86
商店或公司行號捐贈	2	5.71
慈善或宗教團體捐贈	9	25.71
「建立社區照顧關懷據點實施計畫」經費	22	62.86
縣市政府自訂實施計畫之經費	12	34.29
里/社區經費	0	0.00
其他	0	0.00
資源來源 ^a		
使用者或其家屬捐贈	4	11.43
民眾捐贈	8	22.86
商店或公司行號捐贈	3	8.57
慈善或宗教團體捐贈	9	25.71
里/社區資源	4	11.43
其他	5	14.29
參與用餐服務之條件限制		
有	26	74.29
無	9	25.71

變項	次數/平均值	百分比/標準差
參與用餐服務之條件限制類型		
年齡限制	20	57.14
居住地限制	2	5.71
福利身分別限制	0	0.00
尚須參與據點其他活動	11	31.43
其他	2	5.71
每餐平均服務人次	30.28	±12.79
服務人員類型		
專職	0.00	0.00
職員兼任	1.08	±1.09
志工	5.28	±2.91
每週，提供次數		
1 次/週	3	8.57
2 次/週	12	34.29
3 次/週	16	45.71
4 次/週	3	8.57
5 次/週	1	2.86
6 次/週	0	0.00
7 次/週	0	0.00
座位安排		
固定座位	0	0.00
自行入座	35	100.00
其他	0	0.00
備餐方式		
自設廚房烹煮	15	42.86
與醫院營養室合作	1	2.86
與學校的中央廚房合作	1	2.86
與安養、養護中心的中央廚房合作	0	0.00
與社區店家合作	7	20.00
工作人員在他處製作後，攜至用餐據點	1	2.86
服務參與者自行攜帶餐食	0	0.00
其他	10	28.57
營養師指導餐點製備		
有	8	22.86
無	27	77.14

變項	次數/平均值	百分比/標準差
用餐服務搭配其他服務		
有	35	100.00
無	0	0.00
搭配服務的類型 ^a		
保健或衛教活動	33	94.29
健康促進與才藝活動	35	100.00
休閒娛樂活動	33	94.29
老人相關服務諮詢	30	85.71
健康相關服務	35	100.00
其他	14	40.00
收費方式		
免費	9	25.71
按次收費	13	37.14
按週收費	0	0.00
按月收費	7	20.00
其他	6	17.14
收費金額-低收入戶 ^b		
0 元	9	31.03
1—20 元	14	48.28
21—30 元	0	0.00
31—40 元	4	13.79
41—50 元	2	6.90
收費金額-中低收入戶 ^b		
0 元	9	31.03
1—20 元	13	44.83
21—30 元	0	0.00
31—40 元	5	17.24
41—50 元	2	6.89
收費金額-一般戶 ^b		
0 元	9	31.03
1—20 元	4	13.79
21—30 元	2	6.89
31—40 元	11	37.93
41—50 元	3	10.34

註：a.資金來源、資源來源、搭配服務的類型為複選題，其百分比計算之母數為有效樣本數。

b.百分比計算之母數為扣除 6 個收費方式為「其他」的據點後求得。



二、定點用餐服務使用者之描述性統計

613 位定點用餐服務使用者，在社會人口學特質方面，平均年齡為 73.82 歲，70-79 歲為多（40.46%）；女性為多（79.45%）；教育程度以小學為多（28.22%），大專院校次之（24.31%）；已婚／同居、離婚／喪偶／分居各佔將近半數；48.12% 為全天候有人同住，51.92% 呈現全天候獨居、白天獨居或晚上獨居的狀態；以固定與子女同住為多（28.71%），與伴侶固定和子女同住次之（26.26%）；每月收入以 10,001 至 15,000 元為多（19.09%），20,001 至 30,000 元次之（18.27%）；97.06% 為一般戶；自評健康以普通為多（42.74%），好次之（29.20%）；IADLs 評估，以外出活動為最多受訪者表示具有困難的項目（7.34%），上街購物次之（7.18%）。請參見表 4-5。

表 4-5 定點用餐服務使用者之基本特質(N=613)

變項	次數/平均值	百分比/標準差
年齡	73.82	±9.60
未滿 60 歲	27	4.40
60-69 歲	169	27.57
70-79 歲	248	40.46
80-89 歲	144	23.49
90 歲以上	25	4.08
性別		
男	126	20.55
女	487	79.45
教育程度		
不識字	41	6.69
識字，但無就學	22	3.59
小學	173	28.22
初中(職)	92	15.01
高中(職)	121	19.74
大專院校	149	24.31
研究所	15	2.45

變項	次數/平均值	百分比/標準差
婚姻狀況		
已婚/同居	299	48.78
未婚	15	2.45
離婚/喪偶/分居	299	48.78
其他	0	0.00
居住安排一		
全天候獨居	108	17.62
白天獨居	208	33.93
晚上獨居	2	0.33
全天候有人同住	295	48.12
其他	0	0.00
居住安排二		
全天候獨居	108	17.62
僅與伴侶同住	129	21.04
與伴侶固定和子女同住	161	26.26
與伴侶至子女家中輪住	5	0.82
固定與子女同住	176	28.71
至子女家中輪住	1	0.16
與親戚或朋友同住	14	2.28
其他	19	3.10
每月收入		
3,000 元以下	16	2.61
3,001 至 5,000 元	70	11.42
5,001 至 10,000 元	63	10.28
10,001 至 15,000 元	117	19.09
15,001 至 20,000 元	66	10.77
20,001 至 30,000 元	112	18.27
30,001 至 50,000 元	103	16.80
50,001 至 70,000 元	43	7.01
70,001 至 90,000 元	13	2.12
90,001 元以上	10	1.63
福利身分別		
低收入戶	6	0.98
中低收入戶	12	1.96
一般戶	595	97.06

變項	次數/平均值	百分比/標準差
自評健康		
很好	86	14.03
好	179	29.20
普通	262	42.74
不太好	74	12.07
很不好	12	1.96
IADLs-個別項目		
上街購物		
無困難	569	92.82
有困難	44	7.18
外出活動		
無困難	568	92.66
有困難	45	7.34
食物烹調		
無困難	572	93.31
有困難	41	6.69
家務維持		
無困難	582	96.94
有困難	31	5.06
洗衣服		
無困難	578	94.29
有困難	35	5.71
使用電話		
無困難	595	97.06
有困難	18	2.94
服用藥物		
無困難	595	97.06
有困難	12	1.96
處理財務		
無困難	592	96.57
有困難	21	3.43

在資訊來源與參與狀況方面，資訊來源以親友為多（68.84 %），政府、專業或服務機構人員次之（15.50%）；參與年數以一年至兩年為多（23.98%），不到半年次之（22.84%）；參與頻率以中度參與頻率為多(86.79%)，高度參與頻率次之（9.3%）。請參見表 4-6。

表 4-6 定點用餐服務使用者之資訊來源與參與狀況(N=613)

變項	次數/平均值	百分比/標準差
資訊來源		
親友	422	68.84
社區或醫院公佈欄	33	5.38
報章雜誌、廣播、電視	5	0.82
網路	4	0.65
政府、專業或服務機構人員	95	15.50
其他	54	8.81
參與年數		
不到半年	140	22.84
半年至一年	122	19.90
一年至兩年	147	23.98
兩年至三年	47	7.67
三年至四年	44	7.18
四年至五年	38	6.20
五年以上	75	12.23
參與頻率		
低度參與頻率	24	3.92
中度參與頻率	532	86.79
高度參與頻率	57	9.30

在參與其他服務之意願及其偏好的服務類型方面，90.86%具有參與其他服務之意願，其中，又以健康促進與才藝活動為最偏好的服務類型（71.94%），保健或衛教活動次之（47.47%）。請參見表 4-7。

表 4-7 定點用餐服務使用者參與其他服務之意願及其偏好的服務類型

(N=613)

變項	次數	百分比
參與其他服務之意願		
有意願	557	90.86
無意願	56	9.14
偏好服務之類型 ^{a, b}		
保健或衛教活動	291	47.47
健康促進與才藝活動	441	71.94
休閒娛樂活動	262	42.74
老人相關服務諮詢	187	30.51
健康相關服務	233	38.01
其他	109	17.78

註：a.百分比計算之母數為扣除 56 位參與其他服務之意願為「無意願」的使用者後求得。

b.偏好服務類型為複選題，其百分比計算之母數為有效樣本數。

在參與效益的部分，生理面向的平均分數為 6.76 分；心理及社會面向的平均分數為 23.98 分。其中，於生理面向，同意比例最高的問項為第 2 題：相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得自己的身體健康狀況比以前好；於心理及社會面向，同意比例最高的問項為第 5 題：相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較開心快樂。請參見表 4-8。

整體而言，心理及社會面向之各題項的平均得分皆高於生理面向的題項。其意味的是：我國定點用餐服務使用者參與服務應是較為傾向心理及社會面向的滿足。

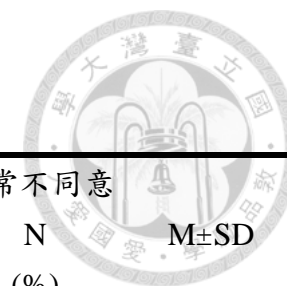


表 4-8 定點用餐服務使用者之感受效益(N=613)

變項	非常同意 N (%)	同意 N (%)	普通 N (%)	不同意 N (%)	非常不同意 N (%)	M±SD
生理面向						6.76±1.077
相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後， 我覺得自己的身體健康狀況比以前好。	26 (4.24)	228 (37.19)	345 (56.28)	13 (2.12)	1 (0.16)	3.43±0.61
相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後， 我比較少生病。	23 (3.75)	173 (28.22)	402 (65.58)	13 (2.12)	2 (0.33)	3.32±0.59
心理及社會面向						23.98±2.87
相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後， 我比較少有孤單或寂寞的感覺。	128 (20.88)	336 (54.81)	144 (23.49)	5 (0.82)	0 (0.00)	3.95±0.68
相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後， 我比較開心快樂。	190 (31.00)	369 (60.20)	53 (8.65)	1 (0.16)	0 (0.00)	4.22±0.59
相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後， 我較為願意與他人聊天。	101 (16.48)	401 (65.42)	105 (17.13)	6 (0.98)	0 (0.00)	3.97±0.61
參與用餐服務，讓我認識較多人。	133 (21.70)	405 (66.07)	70 (11.42)	5 (0.82)	0 (0.00)	4.08±0.59
參與用餐服務，讓我結交到新的好友。	113 (18.43)	345 (56.28)	143 (23.33)	12 (1.96)	0 (0.00)	3.91±0.69
相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後， 我覺得我的生活品質比以前好。	89 (14.52)	331 (54.00)	190 (31.00)	3 (0.49)	0 (0.00)	3.82±0.66



第四節 雙變項分析結果

本節主要探討參與效益與服務使用者之社會人口學、參與年數以及參與頻率等變項的關係。依照各變項之屬性，以獨立樣本 T 檢定(Independent-sample t-test)、單因子變異數分析(ANOVA)、皮爾森相關係數檢定(Pearson's Correlation Coefficient)等方法進行分析。

為避免類別變項各組別內的人數差異過大所造成之分析結果產生偏誤。因此，將控制變項之教育程度為「不識字、識字(但未就學)、小學、初中(職)」合併為「國中以下」、「高中(職)、大專院校、研究所」合併為「高中以上」；婚姻狀況為「未婚、離婚/喪偶/分居」合併為「無婚姻伴侶」；居住安排一為「全天候獨居、白天獨居，晚上有人同住、晚上獨居，白天有人同住」合併為「非全天候有人同住」；居住安排二為「與伴侶固定和子女同住、與伴侶至子女家輪住、固定與子女同住、至子女家中輪住」合併為「與子女同住」、「僅與伴侶同住、與親戚或朋友同住」合併為「非與子女同住」；每月收入為「3,000 元以下、3,000 至 5,000 元、5,001 至 10,000 元、10,001 至 15,000 元、15,001 至 20,000 元」合併為「兩萬元以下」、「20,001 至 30,000 元、30,001 至 50,000 元、50,001 至 70,000 元、70,001 至 90,000 元、90,001 元以上」合併為「高於兩萬元」；福利身分別為「低收入戶；中低收入戶」合併為「低、中收入戶」；自評健康為「很好、好」合併為「很好或好」、「普通、不太好、非常不好」合併為「普通或不佳」；參與年數為「不到半年；半年至一年」合併為「未達一年」、「一年至兩年；兩年至三年」合併為「一至三年」、「三年至四年、四年至五年、五年以上」合併「三年以上」。

後續進行之雙變項、多變項以及多階層分析等推論性統計，皆會以合併過後的研究變項來進行分析。



一、生理面向

分析結果顯示：年齡與參與效益分數之相關性達統計顯著水準（ $p=0.039$ ），為負相關；參與年數為「一年至三年」的服務使用者之參與效益分數高於「三年至五年以上」以及「未達一年」的服務使用者，三組達統計上顯著差異（ $p<0.0001$ ）；而不同性別、教育程度、婚姻狀況、居住安排、每月收入、福利身分別、自評健康、IADLs 以及參與頻率的服務使用者於參與效益分數上並不具有統計上的顯著差異。請參見表 4-9。

表 4-9 參與效益(生理面向)之雙變項分析(N=613)

變項	N(%)	填答分數 M \pm SD	t 值/F 值	P 值	事後檢定 (Scheffe)
年齡		6.76(1.08)	$r = -0.083$	0.039*	N.S.
性別			-1.30	0.194	N.S.
男	126(20.55)	6.65(0.96)			
女	487(79.45)	6.79(1.10)			
教育程度			-1.04	0.297	N.S.
國中以下	328(53.51)	6.72(1.05)			
高中以上	285(46.49)	6.81(1.11)			
婚姻狀況			0.09	0.928	N.S.
無婚姻伴侶	314(51.22)	6.76(1.10)			
有婚姻伴侶	299(48.78)	6.77(1.05)			
居住安排一			0.36	0.722	N.S.
非全天候有人同住	318(51.88)	6.78(1.12)			
全天候有人同住	295(48.12)	6.75(1.02)			
居住安排二			1.25	0.288	N.S.
與子女同住	343(55.95)	6.82(1.11)			
非與子女同住	251(40.95)	6.68(1.02)			
其他	19(3.10)	6.74(1.10)			
每月收入			0.91	0.364	N.S.
2 萬元以下	332(54.16)	6.80(1.06)			
高於 2 萬元	281(45.84)	6.72(1.10)			

變項	N(%)	填答分數 M±SD	t 值/F 值	P 值	事後檢定 (Scheffe)
福利身分別			-0.38	0.704	N.S.
低、中低收入戶	18(2.94)	6.67(0.84)			
一般戶	595(94.06)	6.76(1.08)			
自評健康			0.99	0.321	N.S.
很好或好	265(43.23)	6.81(1.05)			
普通或不佳	348(56.77)	6.72(1.10)			
IADLs		6.76(1.08)	r = -0.067	0.105	N.S.
參與年數			9.05	0.000***	2>1 3>1
未達一年	262(42.74)	6.56(1.00)			
一年至三年	194(31.64)	6.97(1.13)			
三年至五年以上	157(25.61)	6.85(1.08)			
參與頻率			1.41	0.246	N.S.
低度參與頻率	24(3.92)	6.42(1.10)			
中度參與頻率	532(86.79)	6.77(1.10)			
高度參與頻率	57(9.30)	6.84(0.80)			

註：*p<0.05、**p<0.01、***p<0.001



二、心理及社會面向

分析結果顯示：參與年數為「一年至三年」的服務使用者之參與效益分數高於「三年至五年以上」及「未達一年」的服務使用者，三組達統計上顯著差異（ $p=0.011$ ）；參與頻率為「高度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高於「中度參與頻率」及「低度參與頻率」的服務使用者，三組達統計上顯著差異（ $p<0.0001$ ）。而不同年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、居住安排、每月收入、福利身分別、自評健康以及 IADLs 的服務使用者於參與效益分數上並不具有統計上的顯著差異。請參見表 4-10。

表 4-10 參與效益(心理及社會面向)之雙變項分析(N=613)

變項	N(%)	填答分數 M±SD	t 值/F 值	P 值	事後檢定 (Scheffe)
年齡		23.98(2.87)	$r = -0.075$	0.063	N.S.
性別			-0.87	0.387	N.S.
男	126(20.55)	23.78(3.02)			
女	487(79.45)	24.03(2.84)			
教育程度			-0.93	0.353	N.S.
國中以下	328(53.51)	23.88(2.82)			
高中以上	285(46.49)	24.09(2.94)			
婚姻狀況			0.43	0.667	N.S.
無婚姻伴侶	314(51.22)	23.93(2.93)			
有婚姻伴侶	299(48.78)	24.03(2.82)			
居住安排一			-1.44	0.150	N.S.
非全天候有人同住	318(51.88)	23.81(2.84)			
全天候有人同住	295(48.12)	24.15(2.90)			
居住安排二			1.17	0.310	N.S.
與子女同住	343(55.95)	23.98(2.83)			
非與子女同住	251(40.95)	23.90(2.93)			
其他	19(3.10)	24.95(2.88)			

變項	N(%)	填答分數 M±SD	t 值/F 值	P 值	事後檢定 (Scheffe)
每月收入			-1.55	0.122	N.S.
2 萬元以下	332(54.16)	23.81(2.82)			
高於 2 萬元	281(45.84)	24.17(2.93)			
福利身分別			0.37	0.712	N.S.
低、中低收入戶	18(2.94)	24.22(2.71)			
一般戶	595(94.06)	23.97(2.88)			
自評健康			-0.01	0.988	N.S.
很好或好	265(43.23)	23.97(2.87)			
普通或不佳	348(56.77)	23.98(2.88)			
IADLs		23.98(2.87)	r=-0.01	0.824	N.S.
參與年數			4.58	0.011*	2>1
未達一年	262(42.74)	23.58(3.02)			
一年至三年	194(31.64)	24.37(2.84)			
三年至五年以上	157(25.61)	24.14(2.58)			
參與頻率			9.59	0.000***	3>1 3>2 2>1
低度參與頻率	24(3.92)	22.29(2.16)			
中度參與頻率	532(86.79)	23.92(2.81)			
高度參與頻率	57(9.30)	25.19(3.26)			

註：*p<0.05、**p<0.01、***p<0.001

第五節 多變項分析結果



本節，首先以變異數膨脹係數（VIF）分析各變項間是否具高度相關的情形，若發現共線性明顯之變項則予以剔除。後以強迫進入法（Enter）進行多元線性迴歸分析，探討參與效益與服務使用者之社會人口學、參與年數以及參與頻率等變項之關係。並以逐步迴歸法（Stepwise）進行變項篩選，以得解釋例最佳的迴歸模型。

一、共線性分析

為檢驗各自變項間是否存在共線性問題，以多元線性迴歸模型進行判定，檢測指標為變異數膨脹係數(VIF)。分析結果顯示：所有自變項之變異數膨脹係數均小於 10，故可排除共線性問題(Belsley et al., 2005)。

二、生理面向

以強迫進入法（Enter）進行多元線性迴歸分析，全模型的分析結果達統計顯著水準（ $F=2.43$ ， $p=0.002$ ）， $\text{adj}R^2=3.39\%$ 。分析結果顯示：年齡增加一歲，參與效益分數會降低 0.01 分，達統計顯著水準；相較於參與年數為「未達一年」的服務使用者，「一年至三年」的服務使用者之參與效益分數高 0.42 分，「三年至五年以上」的服務使用者之參與效益分數高 0.35 分，達統計上顯著差異；相較於參與頻率為「低度參與頻率」的服務使用者，「高度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高 0.55 分，達統計上顯著差異。請參見表 4-11。

表 4-11 參與效益(生理面向)之多元線性迴歸分析(N=613)

變項		全模型
參考組		係數
常數		6.99***
年齡		-0.01*
性別	男	
女		0.11
教育程度	國中以下	
高中以上		0.10
婚姻狀況	無婚姻伴侶	
有婚姻伴侶		0.02
居住安排一	非全天候有人同住	
全天候有人同住		-0.03
居住安排二	與子女同住	
非與子女同住		-0.14
其他		0.12
每月收入	2 萬元以下	
高於 2 萬元		-0.13
福利身分別	低、中低收入戶	
一般戶		0.16
自評健康	很好或好	
普通或不佳		-0.12
IADLs		-0.05
參與年數	未達一年	
一年至三年		0.42***
三年至五年以上		0.35**
參與頻率	低度參與頻率	
中度參與頻率		0.29
高度參與頻率		0.54*

註：*p<0.05、**p<0.01、***p<0.001

二、心理及社會面向

以強迫進入法(Enter)進行多元線性迴歸分析，全模型的分析結果達統計顯著水準($F=3.32$, $p<0.0001$)， $\text{adj}R^2=5.38\%$ 。分析結果顯示：年齡增加一歲，參與效益分數會降低 0.03 分，達統計顯著水準；相較於參與年數為「未達一年」的服務使用者，「一年至三年」的服務使用者之參與效益分數高 0.88 分，「三年至五年以上」的服務使用者之參與效益分數高 0.82 分，達統計上顯著差異；相較於參與頻率為「低度參與頻率」的服務使用者，「高度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高 3.28 分，「中度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高 1.54 分，達統計上顯著差異。請參見表 4-12。

表 4-12 參與效益(心理及社會面向)之多元線性迴歸分析(N=613)

變項		全模型
參考組		係數
常數		23.93***
年齡		-0.03*
性別	男	
女		0.37
教育程度	國中以下	
高中以上		-0.01
婚姻狀況	無婚姻伴侶	
有婚姻伴侶		-0.01
居住安排一	非全天候有人同住	
全天候有人同住		0.36
居住安排二	與子女同住	
非與子女同住		-0.18
其他		1.12
每月收入	2 萬元以下	
高於 2 萬元		0.43
福利身分別	低、中低收入戶	
一般戶		-0.11
自評健康	很好或好	
普通或不佳		-0.07
IADLs		-0.02
參與年數	未達一年	
一年至三年		0.88**
三年至五年以上		0.82**
參與頻率	低度參與頻率	
中度參與頻率		1.53*
高度參與頻率		3.28***

註：*p<0.05、**p<0.01、***p<0.001

第六節 多階層分析結果



本節，首先以虛無模型計算組內相關係數（ICC），評估後續是否應進行多階層分析模型。後以隨機係數迴歸模型、截距預測模型及斜率預測模型進行探討。

另，依研究架構之規劃，組織層次之自變項應有營養師指導、座位安排及提供其他服務等變項。惟 35 間據點的座位安排皆為固定座位；同時，除定點用餐服務外，於用餐前後皆有提供其他服務。即此兩變項不具變異性。因而不納入分析。

一、生理面向

虛無模型之分析結果顯示：組間變異量為 0.100，組內變異量為 1.076。計算出之 ICC 值為 8.5%。若 ICC 值 $>5.9\%$ ，則代表具有中等程度以上的組內相關，不能忽略其相似性的存在。因此，應續以多階層分析模型進行分析。

首先，以隨機係數迴歸模型進行分析，分析結果顯示：年齡與參與效益分數呈現負相關，達統計顯著水準；不同參與年數及參與頻率之服務使用者於參與效益的分數有所不同，達統計上顯著差異；同時，參與頻率之直接效果不具組間差異。

後以，截距預測模型作為最後模型進行分析，分析結果顯示：年齡增加一歲，參與效益分數會降低 0.01 分，達統計顯著水準；相較於參與年數為「未達一年」的服務使用者，「一年至三年」的服務使用者之參與效益分數高 0.39 分，「三年至五年以上」的服務使用者之參與效益分數高 0.35 分，達統計上顯著差異；相較於參與頻率為「低度參與頻率」的服務使用者，「高度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高 0.58 分，達統計上顯著差異。請參見表 4-13。

然而，由於參與頻率之直接效果不具組間差異且營養師指導與參與效益不具相關性，表示營養師指導亦不存在對參與頻率與參與效益之關係的調節作用。因此，以下不進行斜率預測模型的探討。

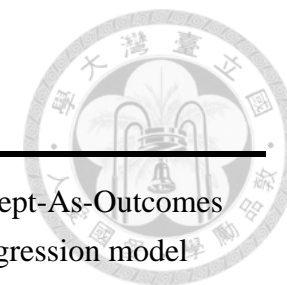
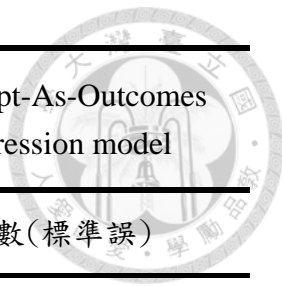


表 4-13 參與效益(生理面向)之多階層分析(N=613)

	Null model	Random Coefficients Regression Model	Intercept-As-Outcomes Regression model
變項	係數(標準誤)	係數(標準誤)	係數(標準誤)
固定效果			
截距	6.75 (0.07) ***	6.75 (0.06) ***	6.75 (0.06) ***
個人層次			
年齡		-0.01 (0.01) *	-0.01 (0.01) *
性別 (男)			
女		0.08 (0.10)	0.07 (0.10)
教育程度 (國中以下)			
高中以上		0.10 (0.11)	0.10 (0.11)
婚姻狀況 (無婚姻伴侶)			
有婚姻伴侶		-0.01 (0.14)	-0.02 (0.14)
居住安排一 (非全天候有人同住)			
全天候有人同住		-0.01 (0.12)	-0.01 (0.12)
居住安排二(與子女同住)			
非與子女同住		-0.10 (0.07)	-0.10 (0.07)
其他		0.09 (0.22)	0.02 (0.22)

	Null model	Random Coefficients Regression Model	Intercept-As-Outcomes Regression model
變項	係數(標準誤)	係數(標準誤)	係數(標準誤)
每月收入 (兩萬元以下)			
高於兩萬元		-0.10 (0.11)	-0.11 (0.10)
福利身分別 (低、中低收入戶)			
一般收入戶		0.18 (0.15)	0.16 (0.15)
自評健康 (很好或好)			
普通或不佳		-0.10 (0.10)	-0.10 (0.09)
IADLs		-0.04(0.05)	-0.04(0.04)
參與年數 (不到一年)			
一年至三年		0.37 (0.11) **	0.39 (0.11) **
三年至五年以上		0.32 (0.12) **	0.35 (0.12) **
參與頻率 (低度參與頻率)			
中度參與頻率		0.26 (0.25)	0.25 (0.25)
高度參與頻率		0.63 (0.25) *	0.58 (0.25) *
組織層次			
營養師指導 (無)			
有			-0.22 (0.13)



	Null model	Random Coefficients Regression Model	Intercept-As-Outcomes Regression model
變項	係數(標準誤)	係數(標準誤)	係數(標準誤)
隨機效果			
組間變異(U_0)	0.100***	0.069***	0.065**
組內變異(R)	1.076	1.062	1.062
ICC(%)	8.503	6.090	5.737
ICC 改變量	—	28.379	5.790

註：* $p < 0.05$ 、** $p < 0.01$ 、*** $p < 0.001$



一、心理及社會面向

虛無模型之分析結果顯示：組間變異量為 1.105，組內變異量為 7.239。計算出之 ICC 值為 13.25%。若 ICC 值 $>5.9\%$ ，則代表具中等程度以上的組內相關，不能忽略其相似性的存在。因此，應續以多階層分析模型進行分析。

首先，以隨機係數迴歸模型進行分析，分析結果顯示：年齡與參與效益分數呈現負相關，達統計顯著水準；不同居住安排、參與年數及參與頻率之服務使用者於參與效益的分數有所不同，達統計上顯著差異；同時，參與頻率之直接效果不具組間差異。

後以，截距預測模型作為最後模型進行分析，分析結果顯示：年齡增加一歲，參與效益分數會降低 0.03 分，達統計顯著水準；相較於居住安排為「與子女同住」的服務使用者，「其他」的服務使用者之參與效益分數高 1.24 分；相較於參與年數為「未達一年」的服務使用者，「一年至三年」的服務使用者之參與效益分數高 0.78 分，「三年至五年以上」的服務使用者之參與效益分數高 0.83 分，達統計上顯著差異；相較於參與頻率為「低度參與頻率」的服務使用者，「中度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高 1.06 分，「高度參與頻率」的服務使用者之參與效益分數高 2.81 分，達統計上顯著差異。請參見表 4-14。

然而，由於參與頻率之直接效果不具組間差異且營養師指導與參與效益不具相關性，表示營養師指導亦不存在對參與頻率與參與效益之關係的調節作用。因此，以下不進行斜率預測模型的探討。

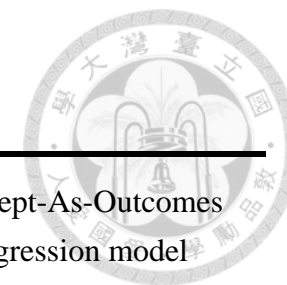
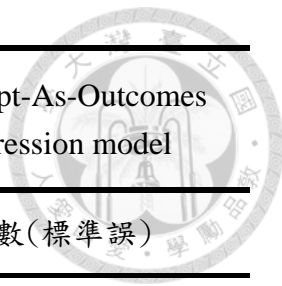


表 4-14 參與效益(心理及社會面向)之多階層分析(N=613)

	Null model	Random Coefficients Regression Model	Intercept-As-Outcomes Regression model
變項	係數(標準誤)	係數(標準誤)	係數(標準誤)
固定效果			
截距	23.97 (0.21) ***	22.00 (0.20) ***	23.80 (0.39) ***
個人層次			
年齡		-0.03 (0.01)*	-0.03 (0.01) *
性別 (男)			
女		0.36 (0.35)	0.38 (0.35)
教育程度 (國中以下)			
高中以上		0.19 (0.24)	0.19 (0.24)
婚姻狀況 (無婚姻伴侶)			
有婚姻伴侶		-0.14 (0.29)	-0.14 (0.29)
居住安排一 (非全天候有人同住)			
全天候有人同住		0.19 (0.26)	0.18 (0.26)
居住安排二(與子女同住)			
非與子女同住		-0.03 (0.21)	-0.03 (0.21)
其他		1.22 (0.51) *	1.24 (0.50)*

	Null model	Random Coefficients Regression Model	Intercept-As-Outcomes Regression model
變項	係數(標準誤)	係數(標準誤)	係數(標準誤)
每月收入 (兩萬元以下)			
高於兩萬元		0.50 (0.31)	0.50 (0.31)
福利身分別 (低、中低收入戶)			
一般收入戶		0.02 (0.75)	0.04 (0.75)
自評健康 (很好或好)			
普通或不佳		-0.06 (0.19)	-0.06 (0.19)
IADLs		-0.08(0.11)	-0.08(0.07)
參與年數 (不到一年)			
一年至三年		0.79 (0.22) **	0.78 (0.22) **
三年至五年以上		0.84 (0.38) *	0.83 (0.38) *
參與頻率 (低度參與頻率)			
中度參與頻率		1.06 (0.38) **	1.06 (0.38) **
高度參與頻率		2.77 (0.71) ***	2.81 (0.73) **
組織層次			
營養師指導 (無)			
有			0.25 (0.45)



	Null model	Random Coefficients Regression Model	Intercept-As-Outcomes Regression model
變項	係數(標準誤)	係數(標準誤)	係數(標準誤)
隨機效果			
組間變異(U_0)	1.105***	1.001***	1.033***
組內變異(R)	7.239	6.957	6.958
ICC(%)	13.248	12.575	12.931
ICC 改變量	—	5.080	-2.832

第五章 討論



本章首先針對研究結果進行討論並探討本研究提出之研究假說成立與否，後針對研究限制進行陳述。共分為三節，依序為：第一節，資料品質之討論；第二節，重要結果與假說驗證；第三節，研究限制。

第一節 資料品質之討論


本研究之研究工具發展，於參考相關文獻並請相關領域的專家學者協助內容效度之審查後，選定一定點用餐服務據點針對服務提供者與服務使用者進行問卷試測（pilot test），完成正式的問卷訪問版本。

於問卷試測階段，信度分析結果顯示：生理面向的 Cronbach's α 值為 0.642；心理面向的 Cronbach's α 值為 0.854；社會面向的 Cronbach's α 值為 0.808。

於正式施測後，將帶回家用餐的服務使用者之受訪紀錄視為無效問卷；同時亦將帶回家用餐的服務使用者占整體服務使用者比例達半數以上之服務提供者(據點)及於該據點用餐之服務使用者的受訪紀錄視為無效問卷。最後，在服務提供者方面，總計取得有效回收問卷數為 35 份，回收率為：95%；在服務使用者方面，總計取得有效回收問卷數為 613 份，回收率為：70%。

然，於問卷試測階段，信度分析結果顯示：生理面向的 Cronbach's α 值為 0.642，雖尚可接受但略低。因此，於完成研究資料之收集後，以 613 份服務使用者之受訪紀錄進行探索性因素分析。分析結果顯示：十題探討參與效益的問項共可分為兩個構面，第一構面，包含第 2、3 題，命名為生理面向；第二構面，包含第 4、5、6、7、8、10 題，命名為心理及社會面向。

其中，第 1 題「相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我的體重有增加。」以及第 9 題「相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我參與社區活動的次數增加。」，因共同性低於 0.5，予以剔除。以下，依序討論上述兩個問題作為探討參與效益的題項並不洽當的可能原因。



對營養不良且體重急速下降的使用者而言，體重增加可視為是一種效益。但對於一般狀態的使用者，則無法斷言究竟是否為效益。近年來，伴隨肥胖之老人營養不良的現象快速增加。據 Brewer 之研究顯示：肥胖與食物不安全具有相關性，將可能進而導致營養不良的情形(Brewer et al., 2010)。此外，Porter 於探討老人營養不良狀況的文獻中，亦提及部分老人雖攝取富含營養的食物，但由於微量營養素不夠均衡且身體活動量不足，而處於慢性過量飲食的情況，進而形成肥胖的生理狀態(Porter Starr et al., 2015)。因此，第一題以老人體重增加與否作為體現老人營養狀況提升的題項並不恰當。此外，於本研究正式進行問卷訪問時，亦有受訪者表示自身一直有維持／控制體重的意識與作為，故本題項並無法確實呈現參與定點用餐服務的效益。建議後續研究者可以客觀指標來做為營養狀況提升評估的測量，如：雀巢迷你營養評估（Mini Nutritional Assessment，MNA）。

另，推測第 9 題不恰當的原因可能為：老人具有相當程度的社會活動參與。據衛生福利部—「中華民國 102 年，老人狀況調查報告」資料顯示：65 歲以上之老人參與社會活動的比率為 50.4%；55 至 64 歲者，參加社會活動之比率為 61.4%(衛生福利部, 2014)。因此，當老人社會參與狀況已具相當程度的活躍性時，參與定點用餐服務雖可作為老人獲得資訊的途徑，進而使得老人參與活動的選擇更加多元，但未必能促成參與活動的次數增加。故本題項並無法確實呈現參與定點用餐服務的效益。

於刪減此兩題項後，再次以內部一致性指標（Cronbach's α ）進行信度分析。分析結果顯示：生理面向的 Cronbach's α 值為 0.72；心理及社會面向的 Cronbach's α 值為 0.84。兩個面向皆有超過 0.7，屬具有良好信度。

第二節 重要結果與假說驗證



本節共分為四個部分，依序討論定點用餐據點之服務提供現況、定點用餐服務使用者之特性與利用情形、服務使用頻率及營養師指導與參與效益之相關性、其他因素與參與效益之相關性。

一、定點用餐據點之服務提供現況


以下，針對兩點服務提供現況進行更為深入的討論，如下：

(一) 資金、資源來源

在資金來源方面，本研究之調查結果顯示：35 間據點中，共有 34 間有接受社會局補助之「社區照顧關懷據點方案」或「老人活動據點方案」的經費，具高度依賴政府財務支援的狀況。與國內針對全國社區照顧服務據點進行探討之研究呈現相似結果(王仕圖, 2013)。同時，35 間據點中，共有 26 間具有使用者付費機制，每人每餐尚會收取 20 至 50 元不等的費用，有助於未來服務提供之穩定性及永續經營之目標。然，值得注意的是，目前臺北市社會局的「社區照顧關懷據點方案」或「老人活動據點方案」對於定點用餐服務的補助經費是補助福利身分別為一般戶的使用者每人每餐 40 元；福利身分別為中低收入戶或低收入戶的使用者每人每餐 80 元。以一般戶之使用者為例，計算使用者付費的資金挹注後，辦理每人每餐的費用範圍自 40 至 90 元。此辦理費用之差異是否會影響提供餐食的品質，值得後續研究者進行探討。此外，除上述社會局補助的經費及使用者挹注的資金外，亦有部分據點透過社會局辦理之「盛食交流平台」、「社區互助計畫」獲得相關資源。

(二) 服務提供日數與餐點製備

在服務提供日數方面，本研究之調查結果顯示：於 35 間據點中，僅有一間的服務日數為 5 天以上，其餘據點多為提供定點用餐服務的日數多為 2 天或 3 天。此外，本研究之訪問期間自 2017 年 2 月 15 日至 2017 年 9 月 11 日止，於與據點取得聯繫並進行接洽過程中，部分據點表示 7、8 月並無提供服務。意即我國定點用餐服務除提供日數較少外，部分據點尚具有暑假並不提供服務的情形。



在餐點製備方面，本研究之調查結果顯示：於 35 間據點中，約將近八成據點所提供的餐食並無接受營養師指導。雖部分據點有申請臺北市社會局的「社區照顧關懷據點方案」或「老人活動據點方案」的「兼職餐飲規劃員」之經費補助，然，大部分據點的兼職餐飲規劃員大多是以丙級廚師執照（丙級中西餐技術士）或接受相關教育訓練 8 小時之資格申請該筆經費，多不具有營養師執照。

二、帶回家用餐與在據點用餐的使用者之感受效益差異。

定點用餐服務，是指老人聚集至某據點共同用餐的服務模式。因此本研究將帶回家用餐的定點用餐服務使用者之受訪紀錄視為無效問卷，不納入分析。然，帶回家中用餐與在據點用餐的使用者之感受效益可能具有差異性。因此，於此部分進行探討。

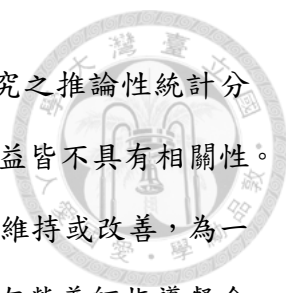
多變項分析研究結果發現：於生理面向，帶回家中用餐與在據點用餐的使用者之感受效益不具差異性（ $P=0.125$ ）；於心理及社會面向，相較於「帶回家用餐」的服務使用者，「在據點用餐」的服務使用者之參與效益分數高 1.05 分，達統計上顯著差異（ $p=0.026$ ）。

三、服務使用頻率及營養師指導與參與效益之相關性。

在服務使用頻率與參與效益之相關性的部分，本研究之推論性統計分析結果顯示：參與頻率與使用者感受效益具有相關性。在生理面向方面，「高度參與頻率」的服務使用者之感受效益分數高於「低度參與頻率」的服務使用者；在心理及社會面向方面，則是「中度參與頻率」及「高度參與頻率」的服務使用者之感受效益分數皆高於低度參與頻率的服務使用者。

因此，研究結果支持假說一。

然，透過上述對於定點用餐據點之服務提供現況的陳述可知：89%的據點每週提供服務的日數為 3 天以下。其代表的是，即使服務使用者有意增加參與頻率，亦有可能出現無法達成的狀況，成為老人參與服務的障礙。




在營養師指導餐點製備與參與效益之相關性的部分，本研究之推論性統計分析結果顯示：有無營養師指導與生理、心理及社會面向之參與效益皆不具有相關性。因此，研究結果無法支持假說二。推測可能原因為：營養狀況之維持或改善，為一循序漸進的過程，較難以透過使用者自身主觀感受發現。此外，有營養師指導餐食製備未必等於服務使用者可品嚐到具有營養價值之餐食，將可能進而影響到參與效益的感受。Heuberger 之研究對居住於社區並具憂鬱或喪偶特徵的老人進行營養狀況之探討，研究發現：定點用餐服務使用者與非使用者於營養素攝取量方面並無顯著差異(Heuberger et al., 2014)。該研究者推測原因為：最終提供給使用者之餐食未必符合營養建議，若於採買或製備的過程中，無完整依循營養師的建議或長時間放置在托盤與重新加熱後，將有可能導致餐食營養價值未達營養師建議之標準。

最後，於生理、心理及社會面向的探討，多階層分析結果皆顯示：參與頻率之直接效果不具組間差異且營養師指導與參與效益不具相關性，表示營養師指導亦不存在對參與頻率與參與效益之關係的調節作用。因此，研究結果無法支持假說三。

四、其他因素與參與效益之相關性

在年齡方面，本研究之推論性統計分析結果顯示：年齡與生理、心理及社會面向之參與效益具有相關性。年齡越大，效益分數越低，呈現負相關。此研究結果與柯儀涵研究之結果具有差異性。該研究以南部某縣市之社區照顧關懷據點的服務使用者為研究對象，進行身體健康、心理健康以及社會健康面向的探討，研究結果顯示：年齡與上述三個面向的分數並不具有相關性(柯涵儀, 2014)。

在參與年數方面，本研究之推論性統計分析結果顯示：參與年數與生理、心理及社會面向之參與效益具有相關性。參與年數為「一年至三年」及「三年至五年以上」的服務使用者之參與效益分數高於「未達一年」的服務使用者。此研究結果與陳筠芳研究之結果具有差異性。該研究是以該研究台南市社區照顧關懷據點的服務使用者為研究對象，進行生理及心理、社會參與面向之服務滿意度的探討，研究結果顯示：年齡與上述兩個面向的分數並不具有相關性(陳筠芳, 2012)。



推測造成本研究與上述兩份研究結果有所差異的原因為：定點用餐服務具有其獨特性。定點用餐服務具促成老人與同儕進行人際交流與資訊交換的效益，與社區照顧關懷據點所提供之其他服務，如：電話問安、關懷訪視、健康促進活動以及餐飲服務當中的送餐到家服務等項目於促成社會交流的廣度與機會方面具差異性。同時，且因進行研究之城市不同，使得研究結果的可推論性較為有限。

第三節 研究限制



本研究具有幾點研究限制，如下：

一、無法區別參與定點用餐服務與參與據點活動之效益。

據研究架構之規劃，本應可以透過組織層次之自變項「提供其他服務」來探討定點用餐服務使用者之感受效益分數是否會因據點於用餐前後有提供其他服務而有所差異。然，由於本研究資料收集是透過「臺北市一定點用餐服務據點名冊」之資訊與據點取得聯繫並進行接洽。因此，35 個受訪單位中，共有 34 間據點為老人活動據點或社區照顧關懷據點。於老人活動據點部分，是依據服務提供頻率與項目來判定據點等級並給予補助，健康促進與文康休閒活動為必要提供項目，定點用餐服務則是視據點等級來判別是否為必要項目；於社區照顧關懷據點部分，亦是依據服務提供頻率與項目來判定據點等級並給予補助，若僅接受一般性補助，至少需提供電話問安、關懷訪視、餐飲服務、健康促進活動等四項服務的三項。若尚有接受政策性補助，則四項服務皆需提供。因此，各據點於定點用餐前或後皆有提供其他服務，不具有變異性，應而無法進行分析。雖已透過問項，限縮於定點用餐前後比較，仍可能因受訪者參與服務的型態為參與其他活動並且用餐，故無法明確區辨是因參與定點用餐服務或因據點整體服務所感受到之參與效益。

二、可能存在受訪者偏差與社會期望偏差

願意接受訪問的對象可能都具備某種相似的特性，因而存在受訪者偏差。此外，由於本研究為面對面訪問，受訪者對於訪問者可能會有所顧慮，因而出現符合社會期待的回答，進而導致研究結果出現偏誤。

三、可能存在回憶偏差

本研究是透過問卷題目設計，詢問使用者主觀感受參與定點用餐服務前後之生理、心理及社會面向的差異。然，受訪的時點與開始參與的時點可能已相隔久遠，因而存在回憶偏差。



四、研究地域的局限

本研究之研究範圍設定為台北市。然，各城市可能具有差異性，限縮部分研究結果的可推論性，不宜過度推論。

五、無法推論因果關係

本研究為一橫斷型研究，僅以單一時點的受訪紀錄進行分析，故無法推論因果關係。

第六章 結論與建議



本章總結本研究之重要研究結果並提出相關建議，以供相關單位與後續研究者進行參考。共分為兩節，依序為：第一節，結論；第二節，建議。

第一節 結論

本研究為一探索性的橫斷型研究，旨在了解臺北市老人定點用餐之服務現況，並探討參與定點用餐模式對於老人之效益及其相關因素。研究對象主要有二，分別為：定點用餐服務提供者及定點用餐服務使用者。採面對面訪問的方式，以自行發展的結構式問卷為測量工具，進行原始資料的蒐集。

在服務提供者方面，研究結果發現：74%的據點具有使用者付費的機制，每人每餐收費範圍自 20 至 50 元不等；89%的據點每週提供服務的日數為 3 天以下。77%的據點所提供的餐食並無接受營養師指導。

在服務使用者方面，研究結果發現：使用者以女性、喪偶、白天獨居、無經濟壓力、健康狀況尚佳者居多；心理及社會面向之各題項的平均得分皆高於生理面向的題項；參與頻率與使用者感受效益具相關性，在生理面向方面，「高度參與頻率」的服務使用者之感受效益分數高於「低度參與頻率」的服務使用者；在心理及社會面向方面，則是「中度參與頻率」及「高度參與頻率」的服務使用者之感受效益分數皆高於低度參與頻率的服務使用者。

透過上述研究結果可知，參與定點用餐服務較傾向心理及社會面向的滿足。參與頻率與使用者感受效益具有相關性，然目前我國定點用餐服務提供的日數多為 2 至 3 天，導致老人參與服務的天數無法提高。同時，各據點收取之定點用餐服務費用具有差異，將有可能影響到提供餐食之品質。



第二節 建議

一、政策建議

為因應高齡社會的來臨，政府策進許多相關作為，有意以透過補助委託民營化的方式，落實社區照顧服務。然，透過本研究之調查結果可知，目前定點用餐服務的提供日數都以 3 天以下為多，導致老人可以選擇去據點參與服務的天數有限。因此，建議相關單位應持續透過輔導與鼓勵，協助定點用餐服務據點以每週提供五天服務的目標努力，進而增加老人參與服務的機會。此外，於討論部分所進行之多變項結果指出：於心理及社會面向，「在據點用餐」的使用者之感受效益分數會顯著高於「帶回家用餐」的使用者，因此，建議相關單位應積極推廣於據點用餐。在此部分，並不建議以硬性規定老人要於據點用餐的原因為：於收案過程中，發現部分老人將餐食帶回家享用，是因為家中有行動不便的伴侶，因而無法在據點用餐。因此，建議保持適度的彈性，而改以推廣的方式進行。

二、未來研究建議

(一) 探討餐食品質

透過本研究結果可知，辦理定點用餐服務的費用於據點間具有 50 元的差異；同時，營養師建議提供之營養餐食與實際提供給使用者的餐食可能具有落差，建議後續研究者可以最終提供給使用者之餐食的營養價值進行探究，並探討餐食品質於各據點間是否具有差異。

(二) 探討居住於社區並處於高營養風險狀況之老人使用營養餐飲服務的情形

本研究結果並無法明確得知目前我國定點用餐服務使用族群是否為具有營養需求的對象。建議後續研究者可針對我國居住於社區之老人進行營養風險調查，並對其使用營養餐飲服務的情形進行探討。透過了解高營養風險族群使用營養餐飲服務的情形，以探究我國營養餐飲服務之提供是否確實改善了居住於社區並處於高營養風險之老人的營養狀況。



(三) 研究對象之選取可擴大包含城市和鄉村地區

本研究之研究範圍設定為台北市。然，各城市都市化程度可能具有差異，因此，可能限縮到部分研究結果的可推論性。建議後續研究者於選取研究對象的部分，可涵蓋不同城市，以探究是否具有研究地域不同之差異。

(四) 以客觀指標進行測量

本研究為一探索性研究，為達到了解定點用餐服務之提供及使用現況的研究目的，因而對效益探討的問項較為有限。同時，主要是以訪問定點用餐服務使用者之主觀感受作為測量效益的方式。因此，建議後續研究者可以更為細緻的客觀指標或相關量表作為探討參與定點用餐服務效益的測量方式。

(五) 考量其他組織層次自變項

多階層分析部分，本研究基於研究變項無變異性之原因，組織層次自變項僅以「營養師指導」作為研究變項，實為可惜。後續，依據口試委員建議，嘗試以「據點服務提供天數」、「據點服務提供年數」及「有無收費」作為組織層次自變項進行分析。然，分析結果皆顯示上述研究變項非為適當的解釋變項，無助降低組內相關係數。因此，建議後續研究者，可以本研究之研究架構，嘗試納入不同之組織層次自變項進行分析，以探討組織層次對於個人層次的調節效果。

(六) 以實驗型研究進行探討

本研究為一橫斷型研究，僅以單一時點的受訪紀錄進行分析，故無法推論因果關係。因此，建議後續研究者可以實驗型研究進行前後測分析，進而推論因果關係。

參考文獻



中文文獻

- 于若蓉, 王鼎銘, 林季平, 邱皓政, 翁儷禎, 陳振宇, ... 瞿海源: 社會及行為科學研究法 (三): 資料分析。台北: 東華, 2012。
- 王仕圖. (2013). 非營利組織在社區照顧服務的協調合作: 以社區照顧關懷據點為例. 臺大社會工作學刊(27), 185-228.
- 王素梅: 自高齡者飲食消費習性看銀髮族食品發展機會。台北: 行政院農業委員會, 2003。
- 吳麗芬, 邱愛富, 高淑芬, 徐畢卿, 陳玉敏, 陳靜敏, ... 劉雪娥: 當代老年護理學。台北: 華杏, 2007。
- 呂寶靜: 老人福利服務。台北: 五南, 2012。
- 李靜綺 (2006)。在地養老銀髮族之餐食服務需求初探。未出版之碩士論文, 輔仁大學餐旅管理學系碩士班。
- 林明莉 (2013)。「一樣的食堂, 不一樣的共餐」—宜蘭縣「長青食堂」社區老人共餐經驗之初探。未出版之碩士論文, 國立政治大學社會工作研究所。
- 林萬億: 台灣的社會福利: 歷史經驗與制度分析。台北: 五南, 2006。
- 林鈺琴, & 彭台光. (2006). 多層次管理研究: 分析層次的概念、理論和方法. [Multilevel Research in Management: Conceptual, Theoretical, and Methodological Issues in Level of Analysis]. 管理學報, 23(6), 649-675. doi: 10.6504/jom.2006.23.06.01
- 柯涵儀: 社區照顧關懷據點實施成效評估-以南部某縣市為例。台灣老年學論壇 2014; 第 22 期。
- 國家發展委員會. (2016). 中華民國人口推估 (105 年至 150 年)。
- 陳筠芳 (2012)。社區照顧關懷據點的協力關係與服務滿意度之研究—以臺南市為例。未出版之碩士論文, 國立台南大學行政管理學系碩士班。
- 陳燕禎, 謝儒賢, & 施教裕: 社區照顧: 老人餐食服務模式之探討與建構。社會政策與社會工作學刊 2005; 9 (1) : 121-161。
- 黃桂香, 黃純德, 王曉平, & 黃祖源: 高雄地區長期照護機構中老人咀嚼吞嚥與營養相關之探討。Taiwan Journal of Oral Medicine Sciences 2010; 26 (3) : 227-235。
- 楊志良: 由活躍老化觀點建構國民健康新願景。社區發展季刊 2010; 132 : 26-40。

溫福星, & 邱皓政. (2009). 多層次模型方法論：階層線性模式的關鍵議題與試解. [Methodology of Multilevel Modeling: The Key Issues and Their Solutions of Hierarchical Linear Modeling]. 臺大管理論叢, 19(2), 263-293. doi: 10.6226/nturm2009.19.2.263

臺北市政府社會局 (2017a)。老人活動據點方案。取自 <http://www.dosw.gov.taipei/ct.asp?xItem=86899885&ctNode=72378&mp=107001>

臺北市政府社會局 (2017b)。社區照顧關懷據點方案。取自 <http://www.dosw.gov.taipei/ct.asp?xItem=86975331&ctNode=72378&mp=107001>

衛生福利部. (2014). 老人狀況調查報告。

戰臨茜 (2000)。老年人營養狀況與醫療服務利用之關係。未出版之碩士論文，國防醫學院公共衛生學研究所。

賴明宏：老人營養學。新北：威仕曼，2011。

謝美玉 (2006)。獨居與非獨居老人營養與健康狀況比較。未出版之碩士論文，國立台北護理學院長期照護研究所。

英文文獻

Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 3(2), 77-85.

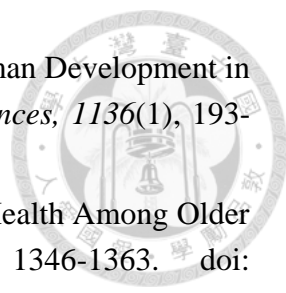
Belsley, D. A., Kuh, E., & Welsch, R. E. (2005). *Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity* (Vol. 571): John Wiley & Sons.

Brewer, D. P., Catlett, C. S., Porter, K. N., Lee, J. S., Hausman, D. B., Reddy, S., & Johnson, M. A. (2010). Physical limitations contribute to food insecurity and the food insecurity–obesity paradox in older adults at senior centers in Georgia. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 29(2), 150-169.

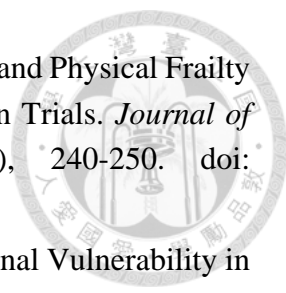
Cabrera, M. A. S., Mesas, A. E., Garcia, A. R. L., & de Andrade, S. M. (2007). Malnutrition and Depression among Community-dwelling Elderly People. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 582-584. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2007.07.008>

Campbell, A. D., Godfryd, A., Buys, D. R., & Locher, J. L. (2015). Does Participation in Home-Delivered Meals Programs Improve Outcomes for Older Adults? Results of a Systematic Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34(2), 124-167. doi: 10.1080/21551197.2015.1038463

The national of care catering(2011). History of the NACC. Retrieved from <http://www.thenacc.co.uk/home/history>

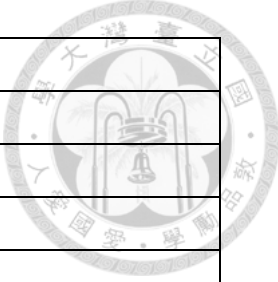
- 
- Cook, J. T., & Frank, D. A. (2008). Food Security, Poverty, and Human Development in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 193-209. doi: 10.1196/annals.1425.001
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346-1363. doi: 10.1177/0898264312460275
- Diez-Roux, A. V. (2000). Multilevel analysis in public health research. *Annual review of public health*, 21(1), 171-192.
- Gitelson, R., Ching-hua, H., Fitzpatrick, T., Case, A., & McCabe, J. (2008). The Impact of Senior Centers on Participants in Congregate Meal Programs. *Journal of Park & Recreation Administration*, 26(3), 136-151.
- Heuberger, R., & Wong, H. (2014). The association between depression and widowhood and nutritional status in older adults. *Geriatric Nursing*, 35(6), 428-433. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.06.011>
- Holwerda, T. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Stek, M. L., van Tilburg, T. G., Visser, P. J., . . . Schoevers, R. A. (2011). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42(4), 843-853. doi: 10.1017/S0033291711001772
- Hughes, G., Bennett, K. M., & Hetherington, M. M. (2004). Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite*, 43(3), 269-276. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2004.06.002>
- Keller, H. H. (2006a). Meal Programs Improve Nutritional Risk: A Longitudinal Analysis of Community-Living Seniors. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(7), 1042-1048. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2006.04.023>
- Keller, H. H. (2006b). The SCREEN I (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition) index adequately represents nutritional risk. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(8), 836-841. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.06.013>
- Kirk, A. B., Waldrop, D. P., & Rittner, B. A. (2001). More than a Meal. *Journal of Gerontological Social Work*, 35(1), 3-20. doi: 10.1300/J083v35n01_02
- Kirschner Associates, I. A. N. M. (1983). *An Evaluation of the Nutrition Services for the Elderly. (Vols I. 1-5)*. [Washington, D.C.]: Distributed by ERIC Clearinghouse.
- Kowlessar, N., Robinson, K., & Schur, C. (2015). Older Americans Benefit from Older Americans Act Nutrition Programs. *Administration on Aging*.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living1. *The Gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179

- Lee, J. S., & Frongillo Jr, E. A. (2001). Factors Associated With Food Insecurity Among U.S. Elderly Persons Importance of Functional Impairments. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56(2), S94-S99. doi: 10.1093/geronb/56.2.S94
- Lee, J. S., Sinnett, S., Bengle, R., Johnson, M. A., & Brown, A. (2010). Unmet Needs for the Older Americans Act Nutrition Program. *Journal of Applied Gerontology*, 30(5), 587-606. doi: 10.1177/0733464810376512
- Lloyd, J. L., & Wellman, N. S. (2015). Older Americans Act Nutrition Programs: A Community-Based Nutrition Program Helping Older Adults Remain at Home. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34(2), 90-109. doi: 10.1080/21551197.2015.1031592
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., . . . Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
- Mabli, J., Gearan, E., Cohen, R., Niland, K., Redel, N., Panzarella, E., & Carlson, B. (2017). Evaluation of the Effect of the Older Americans Act Title III-C Nutrition Services Program on Participants' Food Security, Socialization, and Diet Quality.
- Mabli, J., Redel, N., Cohen, R., Panzarella, E., Hu, M., & Carlson, B. (2015). Process Evaluation of Older Americans Act Title III-C Nutrition Services Program: Mathematica Policy Research.
- Mathus-Vliegen, E. M. (2012). Obesity and the elderly. *Journal of clinical gastroenterology*, 46(7), 533-544.
- Millen, B. E., Ohls, J. C., Ponza, M., & McCool, A. C. (2002). The Elderly Nutrition Program: An effective national framework for preventive nutrition interventions. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(2), 234-240. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90055-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90055-6)
- Mullins, L. C., Cook, C., Mushel, M., Machin, G., & Georgas, J. (1993). A Comparative Examination of the Characteristics of Participants of a Senior Citizens Nutrition and Activities Program. *Activities, Adaptation & Aging*, 17(3), 15-37. doi: 10.1300/J016v17n03_02
- Ng, T.-P., Niti, M., Chiam, P.-C., & Kua, E.-H. (2006). Physical and cognitive domains of the instrumental activities of daily living: validation in a multiethnic population of Asian older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(7), 726-735.
- Nunnally, J. (1978). Psychometric methods: New York: McGraw-Hill.
- Ponza, M., Ohls, J. C., Millen, B. E., McCool, A. M., Needels, K. E., Rosenberg, L., . . . Research, M. P. (1996). The Older Americans Act Nutrition Programs: National Evaluation of the Elderly Nutrition Program 1993-1995. .

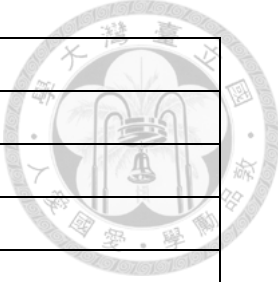
- 
- Porter Starr, K. N., McDonald, S. R., & Bales, C. W. (2014). Obesity and Physical Frailty in Older Adults: A Scoping Review of Lifestyle Intervention Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(4), 240-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.008>
- Porter Starr, K. N., McDonald, S. R., & Bales, C. W. (2015). Nutritional Vulnerability in Older Adults: A Continuum of Concerns. *Current nutrition reports*, 4(2), 176-184. doi: 10.1007/s13668-015-0118-6
- Posner, B. M. (1979). *Nutrition and the elderly: policy development, program planning, and evaluation*: Lexington Books.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (Vol. 1): Sage.
- Romero-Ortuno, R., Casey, A. M., Cunningham, C. U., Squires, S., Prendergast, D., Kenny, R. A., & Lawlor, B. A. (2011). Psychosocial and functional correlates of nutrition among community-dwelling older adults in Ireland. *The journal of nutrition, health & aging*, 15(7), 527-531. doi: 10.1007/s12603-010-0278-4
- Spangler, A. A., & Pettit, R. T. (2003). Differences in Preferences of Entrees by Elderly Congregate Meal Participants According to Age, Gender, Ethnicity and Education and a Factor Analysis Approach to Group Entrée Preferences. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 23(2), 33-53. doi: 10.1300/J052v23n02_03
- Thomas Jr, L., Ghiselli, R., & Almanza, B. (2011). Congregate meal sites participants: Can they manage their diets? *International Journal of Hospitality Management*, 30(1), 31-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2010.04.006>
- Wacker, R. R., & Roberto, K. A. (2013). *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change*: SAGE Publications.
- Weddle, D., Wilson, F. L., Berkshire, S. D., & Heuberger, R. (2012). Evaluating Nutrition Risk Factors and Other Determinants of Use of an Urban Congregate Meal Program by Older African Americans. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 31(1), 38-58. doi: 10.1080/21551197.2012.647555
- Wellman, N. S., Rosenzweig, L. Y., & Lloyd, J. L. (2002). Thirty years of the Older Americans Nutrition Program. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), 348-350. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90081-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90081-7)

附錄一、臺北市一定點用餐服務據點名冊

編號	行政區	據點名稱
1	北投區	臺北市健康生活與成功老化學會(關渡關懷站)
2		臺北市北投區吉慶社區發展協會
3		臺北市北投區榮光社區發展協會
4		臺北市北投區立群社區發展協會
5		臺北市北投區硫磺谷社區發展協會
6		臺北市北投老人服務中心
7		臺北市北投區清江社區發展協會
8		臺北市北投區福興社區發展協會
9		財團法人伊甸社會福利基金會
10		臺北市北投區秀山社區發展協會
11	萬華區	財團法人天主教聖母聖心會(萬華小德蘭)
12		臺北市萬華區保德社區發展協會
13		臺北市萬華區萬大社區發展協會
14		臺北市龍山老人服務中心
15		臺北市萬華老人服務中心
16		臺北市萬華區華江社區發展協會
17		社團法人台北市艾馨公益慈善會
18		臺北市萬華區新忠社區發展協會
19		臺北市萬華區青年社區發展協會
20		社團法人臺灣夢想城鄉營造協會
21		社團法人喜臺北市喜樂人生關懷協會
22		中華民國 雙禧老人義務教育推廣協會
23	文山區	財團法人雙福社會福利慈善事業基金會(文山家家堂)
24		財團法人利伯他茲教育基金會(木柵復活堂)
25		台北市文山區順興社區發展協會
26		台北市文山區明興社區發展協會
27		台北市文山區忠順社區發展協會
28		台北市文山區景人社區發展協會
29		台灣迦美福音傳播協會
30		台北市文山區萬和社區發展協會
31		社團法人台北市基督教萬芳浸信會
32		財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會木柵靈糧堂



33		台北市文山區景慶社區發展協會
34	南港區	臺北市南港區好厝邊社區發展協會
35		臺北市南港區久如社區發展協會
36		臺北市南港區鴻福社區發展協會
37		財團法人以琳基督徒中心
38		財團法人弘道老人福利基金會
39		社團法人中華民國我願意全人關懷協會
40		臺北市南港區新光社區發展協會
41		臺北市南港區舊莊社區發展協會
42	大安區	臺北市大安區群英里辦公處
43		社團法人台灣愛鄰社區服務協會
44		臺北市長立健康樂活協會
45		社團法人臺北市永健長青促進協會
46		臺北市大安區新民炤社區發展協會
47		臺北市大安區住安社區發展協會
48		臺灣厝邊有愛關懷協會
49		臺北市大安區新龍生社區發展協會
50		臺北市大安區古莊社區發展協會
51		臺北市大安區安東社區發展協會
52		中華民國全愛全人關懷協會
53		財團法人台灣基督長老教會大安教會
54	中正區	社團法人台北市救恩社會服務協會
55		財團法人環宇國際文化教育基金會
56		臺北市中正區大東門社區發展協會
57		臺北市中正區永寬社區發展協會
58		臺北市中正區新永昌社區發展協會
59		台北市 777 銀髮族總會
60		臺北市中正區梅花社區發展協會
61		臺北市中正區螢橋社區發展協會
62		台北市永昌長青會
63		財團法人台北基督教女青年會
64		南門里辦公處
65		臺北市臻佑祥社會服務協會
66	松山區	臺北市松山區建源社區發展協會



67		社團法人臺北市長期照護發展協會
68		社團法人台北市二村基石關懷協會
69		財團法人雙福社會福利慈善事業基金會(蒙恩堂)
70		臺北市崇實健康促進協會
71		臺北市中山區朱厝崙社區發展協會
72	中山區	社團法人天主教中華基督神修小會之友人文關懷與服務促進協會
73		臺北市中山老人住宅暨服務中心
74		財團法人佳音文教基金會
75		財團法人雙福社會福利慈善事業基金會(信義區信義堂)
76		臺北醫學大學
77		臺北市信義區永安社區發展協會
78		臺北市信義區挹翠社區發展協會
79	信義區	中華民國老人福利協進會
80		臺北市信義區雙和社區發展協會
81		財團法人中華民國大同老人福利基金會
82		臺北市信義區雙春社區發展協會
83		台北市康復之友協會
84		臺北市大同區慶安社區發展協會
85	大同區	財團法人台北市建成基督長老教會
86		臺北市政府社會局委託天主教永和耕莘醫院經營管理臺北市大龍老人住宅
87		臺北市士林區海光社區發展協會
88		財團法人華夏婦女文教基金會
89		財團法人台北市天母基督教會
90		台灣健康社區自主發展協會
91		台北市劍橋有愛全人關懷協會
92		臺北市士林區福佳社區發展協會
93	士林區	臺北市士林區天和社區發展協會
94		財團法人台北市中華基督教浸信會慈光堂
95		社團法人中華仁親社區關懷協會
96		財團法人台灣聖公會牧愛堂
97		財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會
98		臺北市士林區芝山岩社區發展協會
99		社團法人中華民國仁愛志工協會

100		臺北市士林區承德社區發展協會
101		臺北市士林區康福社區發展協會
102		臺北市士林區雙溪中央社區發展協會
103		社團法人臺北市麗山社區關懷協會
104		財團法人台灣基督教恩惠福音會(湖光教會)
105		中華民國天使之家全人關懷協會(徐春芳紀念教會)
106		財團法人基督教中國佈道會(東湖感恩堂)
107		臺北市內湖區清白社區發展協會
108		臺北市內湖社區安全與健康協進會
109	內湖區	中華民國台灣基督教信義會內湖教會
110		財團法人台北市基督教台灣貴格會內湖慈光堂
111		臺北市內湖紳士協會
112		財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂(西湖日照中心)
113		財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂(內湖日照中心)

附錄二、研究調查問卷

定點用餐服務提供單位之現況調查



親愛的受訪者您好：

我是就讀台灣大學－健康政策與管理研究所碩士班的學生，王映捷。

目前正以「定點用餐服務模式」為主題進行論文研究撰寫。此訪問之目的係在瞭解定點用餐服務提供單位之現況，進而分析可能會影響參與該項服務模式的老人之主觀感受的相關因素。

本受訪資料只作整體分析用，將不對外發表個人的資料，請您放心。若您在接受本訪問的過程，或是接受訪問之後，有任何與本問卷有關的問題，請與我聯絡，感謝您。

敬祝 身體健康，萬事如意！

台灣大學健康政策與管理研究所

研究生：王映捷

聯絡電話：0933-606109

電子信箱：jayla1109@gmail.com

指導教授：楊銘欽 教授



1. 服務單位名稱：_____
2. 服務單位類型：
☐財團法人 ☐社團法人
☐未辦理法人登記之協會 ☐里辦公處
☐其他類型之單位，_____
3. 開始提供定點用餐服務的日期：_____年_____月
4. 資金來源（可複選）：
☐使用者付費 ☐民眾捐贈
☐商店或公司行號捐贈 ☐慈善或宗教團體捐贈
☐「建立社區照顧關懷據點實施計畫」之補助經費
☐縣市政府自訂實施計畫之補助經費
☐里/社區資源
☐其他，_____
5. 資源來源（如：食材、場地之提供）（可複選）：
☐使用者付費 ☐民眾捐贈
☐商店或公司行號捐贈 ☐慈善或宗教團體捐贈
☐里/社區資源
☐其他，_____
6. 是否有參與用餐服務之條件限制：
☐有（請續答第 7 題） ☐無（請跳答第 8 題）
7. 參與用餐服務之條件限制（可複選）：
☐年齡，限_____歲以上
☐居住地，限居住於：_____
☐福利身分別，限為何種身分：_____
☐需參加據點舉辦的活動，例如：_____
☐其他，_____
8. 過去 3 個月內，平均每日服務人次_____人次
9. 服務人員人數：
專職：_____人
職員兼任：_____人
過去 3 個月內，志工人數平均約為：_____人
10. 餐飲提供的時間（可複選）：
☐週一；☐中餐／☐晚餐 ☐週二；☐中餐／☐晚餐
☐週三；☐中餐／☐晚餐 ☐週四；☐中餐／☐晚餐
☐週五；☐中餐／☐晚餐 ☐週六；☐中餐／☐晚餐
☐週日；☐中餐／☐晚餐



11. 用餐座位安排：

- ☐ 固定座位 ☐ 自行入座
☐ 其他，_____

12. 備餐方式：

- ☐ 服務單位自設廚房烹煮
☐ 與醫院營養室合作
☐ 與學校的中央廚房合作
☐ 與安、養護中心的中央廚房合作
☐ 與社區店家合作
 (如：便利商店、自助餐店、便當店、麵店、水餃店或餐廳...等)
☐ 工作人員在家中或社區內製作後，攜至共餐據點
☐ 服務參與者自行攜帶餐食至共餐據點
☐ 其他，_____

13. 餐點之製備，有無營養師指導：

- ☐ 有 ☐ 無

14. 共餐前後是否有提供其他服務：

- ☐ 是 (請續答 15 題) ☐ 否 (請跳答 16 題)

15. 請問，目前於用餐前後提供的其他服務之類型為何？(可複選)

- ☐ 保健或衛教活動
 (如：疾病預防、養生保健、營養飲食指導...等相關講座)
☐ 健康促進與才藝活動
 (如：健康操、舞蹈、戲劇、歌唱、繪畫...等活動)
☐ 休閒娛樂活動
 (如：重陽敬老活動、慶生會、短期旅遊...等活動)
☐ 老人相關服務諮詢
 (如：社福資訊、輔具資源連結...等服務)
☐ 健康相關服務
 (如：量血壓、健康檢查、營養風險篩檢...等服務)
☐ 其他，_____



16. 收費方式：

☐ 免費

☐ 按次支付；

➤ 低收入戶：_____元/次

➤ 中低收入戶：_____元/次

➤ 一般戶：_____元/次

☐ 按週支付

➤ 低收入戶：_____元/週

➤ 中低收入戶：_____元/週

➤ 一般戶：_____元/週

☐ 按月支付

➤ 低收入戶：_____元/月

➤ 中低收入戶：_____元/月

➤ 一般戶：_____元/月

☐ 其他，_____

[訪問到此結束，謝謝您的合作！]

定點用餐服務使用者之使用感受調查



親愛的受訪者您好：

我是就讀台灣大學－健康政策與管理研究所碩士班的學生，王映捷。

目前正以「定點用餐服務模式」為主題進行論文研究撰寫。此訪問之目的係在瞭解您對於使用該服務後的感受。

本問卷中的問題皆無標準答案，請您依照實際的用餐狀況與感受回答。同時，本受訪資料只作整體分析用，將不對外發表個人的資料，請您放心。若您在接受本訪問的過程，或是接受訪問之後，有任何與本問卷有關的問題，請與我聯絡，感謝您。

敬祝 身體健康，萬事如意！

台灣大學健康政策與管理研究所

研究生：王映捷

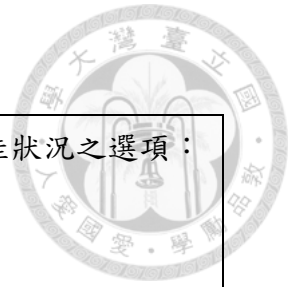
聯絡電話：0933-606109

電子信箱：jayla1109@gmail.com

指導教授：楊銘欽 教授



1. 請問您的年齡為：_____歲
2. 請問您的性別是：
☐男性 ☐女性
3. 請問您所受的最高教育程度是：
☐不識字 ☐識字（但未就學）
☐小學 ☐初中（職）
☐高中（職） ☐大專院校
☐研究所
4. 請問您目前的婚姻狀況為：
☐已婚/同居 ☐未婚
☐離婚/喪偶/分居 ☐其他，_____
5. 請問您目前是否有與人同住？
☐全天候獨居（請跳答第 7 題）
☐白天獨居，晚上有人同住（請續答第 6 題）
☐晚上獨居，白天有人同住（請續答第 6 題）
☐全天候有人同住（請續答第 6 題）
☐其他，_____
6. 請問您目前和誰住在一起？
☐僅與伴侶同住 ☐與伴侶固定和某位子女同住
☐與伴侶至子女家中輪住 ☐固定與某位子女同住
☐至子女家中輪住 ☐與親戚或朋友同住
☐其他，_____
7. 請問您由各種來源所獲得的金錢收入加在一起，每月約有多少元可支用？
☐3,000 元以下 ☐3,001 至 5,000 元
☐5,001 至 10,000 元 ☐10,001 至 15,000 元
☐15,001 至 20,000 元 ☐20,001 至 30,000 元
☐30,001 至 50,000 元 ☐50,001 至 70,000 元
☐70,001 至 90,000 元 ☐90,001 元以上
8. 請問您的福利身分別為：
☐低收入戶 ☐中低收入戶
☐一般戶 ☐其他，_____
9. 跟您相同年齡的人相比，您覺得您現在的健康情形，是很好、好、普通、不太好還是很不好？
☐很好 ☐好 ☐普通 ☐不太好 ☐很不好



10. 請針對以下 8 種活動，分別選擇最符合您最近一個月的最佳狀況之選項：

10-1. 上街購物

- ☐獨立完成所有購物需求
- ☐獨立購買日常生活用品
- ☐每一次上街購物都需要有人陪
- ☐完全不會上街購物

10-2. 外出活動

- ☐能夠自己開車、騎車
- ☐能夠自己搭乘大眾運輸工具
- ☐能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具
- ☐當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具
- ☐完全不能出門

10-3. 食物烹調

- ☐能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜
- ☐如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜
- ☐會將已做好的飯菜加熱
- ☐需要別人把飯菜煮好、擺好

10-4. 家務維持

- ☐能做較繁重的家事或需偶爾家事協助
(如：搬動沙發、擦地板、洗窗戶...)
- ☐能做較簡單的家事(如：洗碗、鋪床、疊被...)
- ☐能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度
- ☐所有的家事都需要別人協助
- ☐完全不會做家事

10-5. 洗衣服

- ☐自己清洗所有衣物
- ☐只清洗小件衣物
- ☐完全依賴他人

10-6. 使用電話的能力

- ☐獨立使用電話，含：查電話簿、撥號等
- ☐僅可撥熟悉的電話號碼
- ☐僅會接電話，不會撥電話
- ☐完全不會使用電話



10-7. 服用藥物

- ☐能自己負責在正確的時間用正確的藥物
☐需要提醒或少許協助
☐如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用
☐不能自己服用藥物

10-8. 處理財務能力

- ☐可以獨立處理財務
☐可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣
☐不能處理錢財

11. 請問您獲得定點用餐服務之資訊的來源管道為何？（可複選）

- ☐親友 ☐社區或醫院的公布欄
☐報章雜誌、廣播、電視 ☐網路
☐政府、專業或服務機構人員 ☐其他，_____

12. 請問您多久會來參與用餐服務一次？

- ☐每週都來，_____次／週
☐不常來（每月一至三次）
☐很少來（幾個月一次）

13. 請問您參與用餐服務多久了？

- ☐不到半年 ☐半年至一年
☐一年至兩年 ☐兩年至三年
☐三年至四年 ☐四年至五年
☐五年以上

14. 以下想請您對於下面的每一句話，表達同意或不同意的程度。

14-1. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我的體重有增加。

- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意

14-2. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得自己的身體健康狀況比以前好。

- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意

14-3. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較少生病。


- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意

14-4. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較少有孤單或寂寞的感覺。

- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意

14-5. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我比較開心快樂。

- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意

- 
- 14-6. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我較為願意與他人聊天。
- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意
- 14-7. 參與用餐服務，讓我認識較多人。
- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意
- 14-8. 參與用餐服務，讓我結交到新的好友。
- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意
- 14-9. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我參與社區活動的次數增加了。
- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意
- 14-10. 相較於尚未參與用餐服務時，參與用餐服務後，我覺得我的生活品質比以前好。
- ☐非常同意 ☐同意 ☐普通 ☐不同意 ☐非常不同意
15. 請問，您是否希望除參與用餐服務外，亦能於用餐前或後參與其他服務？
- ☐是(請續答第 16 題) ☐否(結束訪問)
16. 請問，您希望據點持續辦理或新增辦理的服務為何？(可複選)
- ☐保健或衛教活動
(如：疾病預防、養生保健、營養飲食指導...等相關講座)
- ☐健康促進與才藝活動
(如：健康操、舞蹈、戲劇、歌唱、繪畫...等活動)
- ☐休閒娛樂活動
(如：重陽敬老活動、慶生會、短期旅遊...等活動)
- ☐老人相關服務諮詢
(如：社福資訊、輔具資源連結...等服務)
- ☐健康相關服務
(如：量血壓、健康檢查、營養風險篩檢...等服務)
- ☐其他， _____

[訪問到此結束，謝謝您的合作！]



正本

國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地 址：臺北市中山南路7號
聯絡人：鄧筑云
電 話：02-2312-3456 分機 63753

100
台北市徐州路17號6樓651室

受文者：國立臺灣大學健康政策與管理研究所楊銘欽副教授

發文日期：中華民國106年2月14日

發文字號：校附醫倫字第1063700554號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關台端所主持之「老人參與定點用餐服務之效益/Effectiveness of Congregate Meal Service among Elderly Participants」（本院案號：201701050RIND）純學術臨床試驗/研究案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院D研究倫理委員會審查，同意核備，並提第60次會議報備追認，請查照。

說明：

- 一、本臨床試驗/研究核准之有效期限自發文日起1年，計畫主持人應於到期前3個月至6週向本會提出持續審查申請，本案需經持續審查，方可繼續執行，且於填報持續審查/結案報告前須先至研究倫理委員會PTMS系統登錄第一位個案收案時間。
- 二、本臨床試驗計畫若需變更、暫停執行、中途終止或結束時，主持人應向本會提出審查申請。計畫主持人並須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題。
- 三、本院研究倫理委員會同意之文件版本日期如下：
 - （一）臨床試驗/研究計畫書：2016年12月28日，version 1。
 - （二）中文摘要：2016年12月28日，version 1。

(三) 受試者說明書(定點用餐服務使用者之使用感受調查、定點用餐服務提供單位之現況調查): 2016 年 12 月 28 日, version 1。

(四) 問卷(定點用餐服務使用者之使用感受調查、定點用餐服務提供單位之現況調查): 2016 年 12 月 28 日, version 1。

四、請將案件編號更改為201701050RIND, 受試者說明書左上角案號請一併修改。

五、本院研究倫理委員會同意免除書面知情同意, 但需提供受試者研究說明書。

六、本院研究倫理委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

七、依據赫爾辛基宣言、世界衛生組織及International Committee of Medical Journal Editors(ICMJE)的規定, 所有”臨床試驗案”應於公開網站登錄。且ICMJE規定, 完成登錄者才能發表研究結果。

(一) 計畫主持人請於招募第一位受試者前, 在本院研究倫理委員會Protocol Tracking and Management System (PTMS)系統首頁下載本計畫之Clinicaltrials.gov XML檔案, 並連結美國National Institutes of Health網站<https://register.clinicaltrials.gov>, 使用本院專用帳號, 進行上傳登錄。(登錄步驟指引請見本院研究倫理委員會行政中心網站>教育訓練>臨床試驗計畫案登錄; 登錄所需時間約60分鐘。)

(二) 本院已向美國National Institutes of Health(NIH) ClinicalTrials.gov網站申請本院專用帳號, 供本院計畫主持人(PI)登錄所主持之臨床試驗研究計畫, 登入網頁之帳號及密碼如下列:

1、Organization: NTaiwanUH

2、User Name：NTUH

3、Password：99NTUH99

八、計畫主持人及研究團隊應遵循之相關研究倫理規範，請參閱研究倫理委員會網頁<http://www.ntuh.gov.tw/RECO>，並遵照執行；臨床試驗執行期間，請確實依據「人體研究法」之相關規定辦理；並請計畫主持人保存所有文件備查。

九、凡執行本院研究倫理委員會(REC)通過之臨床試驗或研究案，請研究人員在邀請可能參加試驗/研究之病友、家屬或民眾時，先分發給予「臺大醫院臨床試驗/研究參與者須知」單張，並依單張內容詳細說明參加本院之試驗或研究將受到之保護，上述給予單張及知情同意之過程請自行記錄。

十、前述提及之「嚴重不良事件及非預期問題通報須知」、「臨床研究重要訊息通知單」、「台大醫院臨床試驗/研究參與者須知」表單請至本院研究倫理委員會網頁下載，並請依計畫需要辦理應辦事宜。

正本：國立臺灣大學健康政策與管理研究所楊銘欽副教授
副本：研究倫理委員會行政中心

院長 何弘能