

# 中高齡志工翻轉社區照顧 共食新煮張：以彰化縣為例

楊秋燕 · 黃淑娟 · 王蘭心 · 陳奎林 · 丁依蓉 · 呂季芳

## 壹、研究緣起

依據衛生福利部(2016)統計，彰化縣65歲以上人口已有182,132人，占總人口之14.15%，今年超過19萬人。其中90-99歲的長者，高達6819人，100歲以上的有121人(彰化縣政府民政處，2017)。老人人口有逐年成長的趨勢，須要有更多元的資源投入在各層面以期發展高齡友善環境。

自2005年以來，全臺灣推動了2600個以上的社區照顧據點，彰化縣亦是社區照顧據點普及化極高的縣市，截至2017年初，該縣已超過127個據點(彰化縣政府，2017)。長期以來，大多數的據點都是在每月一萬元以內的業務費下運作，但也逐漸發現，提供參與據點老人之共食已逐漸不可免。在縣市政府的大力鼓勵下，凡每週提供愈多日數之健促活動與共餐者，便是較佳的據點，這也成為大多數社區據點追求的目標。如此便使社區據點經營過程中，志工需在提供志願服務與健康促進活

動之餘，也提供社區共餐，如何提供老人共餐中之適當菜色與營養飲食均衡，便成社區照顧據點極重要的議題。

事實上，社區中高齡志工與老人共餐，對老人來說是一種鼓勵社會參與的機制，因為它除了符合文化上以食會友的概念外，對社區老人的生理、心理與社會的服務亦是極為正向的作法 Dean et al (2003)。然而，是否每週提供愈多週間的共餐活動對老人身體會愈佳？這是有其爭議性的議題。根據黃松林(2014)研究指出，並非社區照顧據點舉辦之活動日數愈多，其老人愈健康愈受老人歡迎，成效也不必然是最佳，其研究結果顯示，參與四日顯然比參與五日者，對老人的生理、心理與社會的狀況有較佳的情形。究其根源，可能與據點提供的餐食以老人的偏好為主，重口味過油且營養不均衡是主因。仔細來看，社區據點經營管理除了健康促進活動外，如何能在透過運用在地化食材，提供適當均衡的營養飲食，又能建構一個色香味俱全的餐食，是極為關鍵性的

議題。

翻轉社區照顧共食的做法可參照日本的「介護飲食」概念，既可提升社區照顧過程的營養攝取，又可獲得經濟有效的共食服務，是極佳的方向。所謂「介護飲食」又稱為「普及或通用設計食物（UDF, Universal Design Foods）」（日本農林水產省，2013），即是其所設計之食物是可普及到所有年齡層的人口群。老人隨著年齡的增加，會因「咀嚼能力」和「吞嚥能力」的減弱，其營養攝取亦隨之受到影響。如果食物的設計製作能夠兼顧中高齡志工及社區老人營養及牙齒的狀況設計提供，同時考量社區在地食材取得的容易性，這種具有「關懷照顧」與「經濟實惠」意義的飲食設計，即可符合大部分中高齡以上或身心障礙者食用之「普及或通用設計食物」的概念。

因此，本方案之研究旨在提供社區中高齡志工與老人共食新機制，在促進社會意義互動的過程中，注入翻轉社區照顧共食新煮張，翻轉過去考量「有」就好，除了講究在地化食材之運用外，也強調營養之均衡，簡易美味的「介護飲食」（或稱「普及或通用設計食物（UDF, Universal Design Foods）」的設計，以介護食/樂齡飲食達到社區老人身心社會健康促進的目標。

本研究乃就此議題進行介護食/樂齡飲食的訓練與評估，期待建構一個在地化，又有讓社區照顧共食的新概念得於在認知、技巧與態度上有所提升，逐漸加強志工發現社區照顧據點共食服務的新意義，則必使縣內老人在不同的照顧共食

下，邁向新的領域。因此，本研究之目的如下：

（一）進行介護食/樂齡（UDF）飲食的訓練，提升社區共食新概念之認知與技巧程度。

（二）確認社區共食新概念訓練成效，提升社區中高齡志工介護食（UDF）飲食操作態度理念程度。

（三）依據執行成效之成果，提供社區照顧關懷據點受服務老人社區共食相關之建議。

## 貳、文獻探討

### 一、介護食概念

介護食概念來自日本，其名又稱為「普及或通用設計食物（UDF, Universal Design Foods）」，即是其所設計之食物是可普及到所有年齡層的人口群。人們隨著年齡的增加，會因「咀嚼能力」和「吞嚥能力」的減弱，食物的設計製作會針對老人牙齒的狀況設計提供，使老人能夠在不同情況的「咀嚼能力」和「吞嚥能力」下，也容易進食，這種具有「照顧」意義的飲食設計，稱為「普及或通用設計食物（UDF）」（農林水產省，2013）。「普及或通用」（Universal）一詞，是考量任何人口群（最大的人口群應是老人或身心障礙者）的飲食需求，為他們提供「普及或通用」無障礙的飲食，這也是與人們設計一些無障礙相關的空間都是此一概念，是無障礙設計的範疇。近年來也將UDF稱為「微笑照顧飲食」（農林水產省ホームページ，2015）。

人必需依靠食物方能生存，依據日本的農林水產省（2013）指出，目前，從老年人一般所飲食的食物到有治療性的食物，從一般正常食物到流體的食物，在這一個範圍內所提供給老人的食物即是「介護食」概念。「高齡者向け食品といわれているものから治療食まで、また、通常食から流動食までという範囲の中で「介護食品」に関する議論が展開されている状態にあると考えられる」（農林水產省，2103：1）。究竟在何種範圍的食物是介護食品製作的焦點？有必要從這個名詞的食物的範圍來看。特別是從如何了解正常的飲食和特殊的飲食差異？如介護食的分類，在目前的作法，基於咀嚼（柔軟），吞嚥（吞嚥的容易性），營養成分被考慮在內，而且制度上建立了普遍使用的標準，促使飲食有一些困難的人能保持安全和美味的飲食可以改變飲食關懷照顧環境。基於（1）中的（2），如果存在食物功能的問題以及營養狀況的好壞在合作中，可以把握所謂護理食品的目標範圍分為以下四類：A：食物功能和營養狀況沒有問題；B：食物功能沒問題，但營養狀況不好；C：飲食功能有問題，但通過設計人或家庭的食物含量和食物形式使其營養狀況良好；D：飲食功能有問題，沒有足夠的營養。其中，關於A的一切都可以吃，沒有特別的考慮，雖然被排除在討論主題之外，但由於食物功能的下降和生活環境的變化，可能會成為B或C，亦可能轉移到D。因此，通用設計食物（UDF）在一般的情境中，即在因應個人各種個別的狀況所設計的食物。

其次對於「吞嚥困難」（DYSPHAGIA）有所謂的「國際吞嚥困擾飲食」NATIONAL DYSPHAGIA DIET (NDD)，有四個層級，第一層級是「細泥狀食物」（DYSPHAGIA PUREED），這種飲食由成熟、均勻的和粘性的食物組成。食物應該是「布丁樣」。沒有粗糙的紋理，生的水果或蔬菜，堅果等允許。任何需要食團的食物形成，受控操作或咀嚼不包括在內。第二層次是「細碎食物」（DYSPHAGIA MECHANICALLY ALTERED），這個級別係由濕潤、質地柔軟，易於形成團塊的食物組成。肉類被磨碎或切碎不大於四分之一英寸的碎片；他們仍然濕潤，有一定的凝聚力。所有第一層級食品在此級別可接受。第三層次是「軟質食物」（DYSPHAGIA ADVANCED），這個級別的食物幾乎是正常的質地，除了非常硬、粘稠、或脆脆的食物。食物仍然需要濕潤，在吞嚥的口腔階段應該是「一口大小」。第四層次是流體（Thin Liquid），這個級別的食物是為依黏稠度分為花蜜狀（Nectar-like）、蜜糖狀（Honey-like）、布丁狀（Spoonthick）等。其次，依據日本介護協會之UDF食品，可分為（一）牙齒易咬碎類、（二）牙齒可壓碎類、（三）舌頭可壓碎類與（四）不需咀嚼類四類，以魚來說，此四類可區分為烤魚、煮魚、碎魚與白肉魚碎如茶碗蒸（財團法人食品工業發展研究所，2015）等。

本方案研究係針對社區中高齡志工及老人共食為主，參考日本介護協會之UDF食品（一）牙齒易咬碎類及（二）牙齒可

壓碎類為主的社區在地化食物，並建立中高齡融合共食，增加社區老人社會參與機會，促進世代融合的可能性。

## 二、社區融合共食之認知技巧成效與態度

認知行為技巧與態度是有其關聯性。相關的研究 (Ajzen, 1991; Putte & Hoogstraten, 1990) 指出，態度影響我們的行為意向，行為意向再影響我們所表現出來的行為。影響行為意向的因素有三個：其一為對該行為的態度，包括對於此行為結果的評價，如有負向的和正向的、行為結果發生的可能性。其二為主觀社會的規範，包括重要他人對該行為的贊成程度、順從他人期望的動機程度。其三為知覺行為的控制，包括有沒有辦法控制自己的行為。此外，Lippa (1994) 認為，態度 (attitude) 是指對某事物的評價性反應與感覺，這種反應與感覺是經由學習得到的，一旦習便會持續影響個體對此事物的行為。本研究認為社區中高齡志工的認知

與技巧固是極其相關的議題，但社區照顧態度理念改善更是本研究訓練的重點。缺乏認知與技巧固然對社區照顧融合共食有影響，但如果態度未調整，其結果對翻轉共食的概念便有極大的負向影響。

社區照顧關懷據點志工是從志願服務出發，進入老人關懷服務，再進入照顧的服務。一般來說，是帶著服務熱忱態度，但運用自身家庭事務的工作方式，非專業的技巧行為，提供相關照顧服務。根據黃松林 (2015) 在某一縣市進行研究發現，社區照顧關懷據點的服務，在服務的日數上的差異會對老人身心有不同的影響 (見表 2.1.1)。此一研究發現一個現象，社區據點每週提供在四日左右之健促活動與共餐者最佳，如果超過四日以上者，則老人參與在血壓改善情形、BMI 改善情形、情緒改善情形與社會功能程度，其成效反而有下降的情形。足見並非社區照顧據點舉辦之活動日數愈多，老人就愈健康，也愈受老人之歡迎，其成效亦必然最佳。

表 2.1.1 社區照顧關懷據點之差異情形表

據點執行天數		受訪人數	平均差異數	前後測差異情形
血壓改善情形	據點執行 2 天者	47	-.7660	幅度降低最大
	據點執行 3 天者	178	-.2079	
	據點執行 4 天者	62	1.4355	
	據點執行 5 天者	107	-.5140	
BMI 改善情形	據點執行 2 天者	47	.0745	明顯降低最多
	據點執行 3 天者	178	.0067	
	據點執行 4 天者	62	.3016	
	據點執行 5 天者	107	.0421	
情緒改善情形	據點執行 2 天者	47	1.1277	明顯改善最大
	據點執行 3 天者	178	1.4551	
	據點執行 4 天者	60	2.2833	
	據點執行 5 天者	107	.8692	

社會功能提升情形	據點執行 2 天者	47	-1.4468	
	據點執行 3 天者	177	-1.9492	明顯改善最大
	據點執行 4 天者	62	-1.5000	明顯改善次大
	據點執行 5 天者	107	-.6729	

註：資料來源：黃松林（2015）。

### 三、社區共食與社區老人孤寂感

社區照顧已不再只是提供健康促進活動及食物共餐增進人際互動的議題而已，因為在社區照顧據點，食物不僅是增進人際互動的重點，也是受照顧老人營養的來源，在政府不可能全面提供優質的營養餐食的情形，如何兼顧生理心理社會三方面做考量是其重點。

飲食在老人的日常生活，信仰和社會經濟學中扮演著不同的角色，社區共食更是如此 (Ma, 2015; Keller, 2006; Lacey, 2010; Lacey, 2012)。特別在華人中間 (Ma, 2015)，飲食照顧本身是滿足人們生理的需求，但也因著其心理與參與社會文化的意義，減少孤寂感受 (Burke, Jennings, McClinchy, Masey, Westwood & Dickinson, 2011)。事實上，「孤寂感受」常是老年人的疾病不健康的來源，「孤寂感」是一種對分離體驗所產生的不滿意和情緒困擾，可能是從童年時期便出現並貫穿整個生涯生命的感受。例如哲學家與心理學者將「孤寂感」視為尋找生命的意義動力的來源，連結生命動力，發展並實現最大的潛能 (Rosedale, 2007)。因此，「孤寂感」意義的解釋可能是主觀的，而且相同的環境，每個老年人可能都有不同感受 (Bekhet & Zauszniewski, 2012:215)。雖然人們在客觀上的社會隔離 (Social Isolation) 並不代表他就是有「孤寂感」(Loneliness)，但對老人來說，如果

老年人缺乏人際互動關係，會影響其關係的品質，如果老年人降低社會參與，會損害他的生活品質，二者在某些程度上有關聯性 (Matthews, Danese, Wertz, Odgers, Ambler, Moffitt & Arseneault, 2016)。

社會隔離和孤寂感的後果可能包括經濟方面、生理心理健康和社會功能三大部分不同的影響。如果高齡人口群發生社會孤立和孤寂感，除了會在經濟方面會降低其經濟的貢獻外 (Canada's National Seniors Council, 2014)，社會孤立和孤寂感的後果更對老年人生理與心理健康是有相當的傷害的，因為社會孤立和孤寂感與其身體負面健康密切相關，包括與死亡率、失智症、抑鬱症、壓力和高血壓均有關連性。社會孤立和孤寂感也可能導致其他負面的健康習慣，如吸煙、酗酒和身體活動減少 (Victor, 2012)。另外，孤獨和非孤獨老人之間死亡率的差異達 50%，此與吸煙和非吸煙之間的死亡率差異比例相似 (Victor, 2012)。社會孤立造成的生理和心理情感之影響包括：營養不良、免疫力下降、焦慮、疲勞及過早的進入機構 (Canada's National Seniors Council, 2014)。社區照顧所提供的共餐是提供一個老人人際互動的重要引介點 (Community Food and Health (Scotland), 2011; Keller, 2006; Wilson, 2010)。從此來看，社區照顧所提供的中高齡共食，對老人來說都是

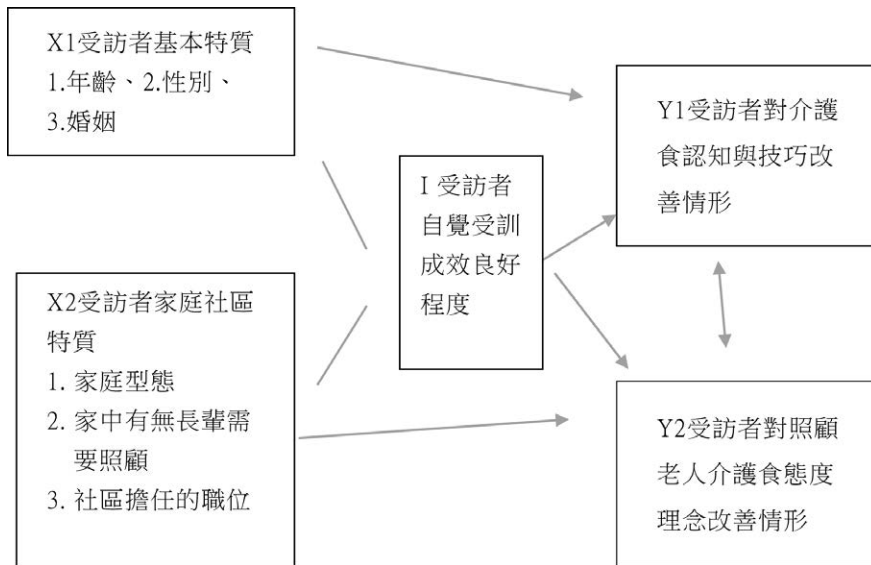
極其重要人際互動的橋樑與平台。

大致來說，飲食照顧本身是滿足人們生理的需求，但也因著其心理與社會文化的意義，而使其供給更具有特殊意義。當前社區照顧共食部分，如果顧及在社會人際互動之外，運用在地食材，設計簡單營養餐食，將使社區照顧更具有特色，將翻

轉社區照顧新模式，使社區照顧進入一個新里程碑。

### 參、研究方法

根據研究動機與目的以及研究理論依據，本研究提出以下研究架構圖如圖 3-1-1。



3.1.1 研究架構圖

## 二、研究假設

本研究根據以上研究架構與目的，提出以下研究假設：

1. 受訪者對介護食 (UDF) 認知技巧程度 (Y1) 在接受訓練後會有顯著提升。
2. 受訪者對介護食 (UDF) 態度情形 (Y2) 在接受訓練後會有顯著提升。
3. 受訪者對介護食 (UDF) 訓練後自覺訓練成效情形 (I) 良好。
4. 介護食 (UDF) 認知技巧 (Y1) 與態度 (Y2) 總分提升程度會因 X1 受訪者基本特質之不同而有所差異。

5. 介護食 (UDF) 認知技巧 (Y1) 與態度 (Y2) 總分提升程度會因 X2 受訪者家庭社區特質之不同而有所差異。

6. 本研究之 X1、X2 自變項與認知技巧 (Y1) 與態度 (Y2) 總分有預測效果。

## 三、研究對象與抽樣

本研究之研究對象是彰化縣社區照顧據點介護食受訓志工 72 名，採取普查方式辦理。研究過程經受訓者同意，進行認知技能與態度之測量。相關之測量於受訓首日進行前測，並於結訓最後一次進行後測。

#### 四、測量方法

本研究是採用集體問卷調查的方式進行，相較於面對面訪談，集體問卷調查主要有隱匿性高、成本較低等優點；但其限制是不容易觀察到受訪學生的非語言及語言之一致性，因此在調查期間需要多方面收集資料與驗證來提高此研究的可信度。經信度分析結果，各題項在去除本題後均低於

全部題項量表之 Cronbach Alpha 值，顯示各題項均具極高之信度。

依據因素分析結果，本問卷題項大致分為三個面向，本研究將第一面向為認知面向，計五題項；第二面向設定為態度面向，計五題項，即第六題至第十題；第三面向為技巧面向，即第十一題至第十五題。（詳如表 3.4.1）。

表 3.4.1 翻轉社區共食新煮張訓練前後測量表信效度分析

項目整體統計量	項目刪除時的 Cronbach's Alpha 值	因素分析 因素負荷量	因素分析 結果面向
一老人飲食不只軟硬適合即可	.647	.494	第一面向認知面向
二老人飲食不只少鹽油即可	.638	.711	第一面向認知面向
三老人飲食常不重營養	.630	.434	第一面向認知面向
四老人飲食營養常不足	.628	.458	第一面向認知面向
五老人飲食不只重營養亦須美味	.645	.696	第一面向認知面向
六覺得老人菜色變化很容易	.666	.461	第三面向技巧面向
七覺得會設計不同咀嚼菜單	.621	.849	第三面向技巧面向
八覺得會製作不同咀嚼菜單	.621	.857	第三面向技巧面向
九覺得會設計三高菜單	.613	.884	第三面向技巧面向
十覺得會製作三高菜單	.626	.882	第三面向技巧面向
十一覺得老人快樂來自飲食	.620	.578	第二面向態度面向
十二覺得符合需求的菜色是對老人的尊重	.639	.602	第二面向態度面向
十三覺得社區應該有個別化餐食	.641	.668	第二面向態度面向
十四覺得飲食可以促進老人互動	.640	.861	第二面向態度面向
十五覺得社區照顧可減少家人負荷	.637	.831	第二面向態度面向

註：Cronbach's Alpha 值為 .650.

#### 五、資料分析的方法

資料收集完成後，進行個人電腦的紀錄與歸納分析，運用社會科學套裝軟體 SPSS 來處理資料的分析與整理。依研究目的、研究假設；及各變項之間的特性等選用適合之統計方法，依各變項的測量尺

度使用分析方法有以下幾種：

(一) 次數分配百分比及交叉分析：

當單變數項為間斷時使用。

(二) t-test 檢定及 F 檢定分析：

當自變項為兩分類，依變項為連續性

變項時使用 t-test; 當自變項為三分類以上受訪者, 依變項為連續性變項時使用 F 檢定分析。

### (三) 線性迴歸分析：

針對個人基本特質 (X1)、家庭社區特質 (X2)、(X3) 與 (Y1) 及 (Y2) 之相關情形, 本研究將進行線性迴歸預測分析。

研究之結果發現, 受訓者 60 歲以上占 43.1%, 其次是 50-59 歲, 占 30.6%; 在性別方面, 男性所占比率極少, 大多數是女性, 占 91.7%; 在社區職位方面, 一般志工廚房志工及志工隊長所占比率較多, 占 63.8%; 在婚姻方面, 已婚同住者所占比率較多, 占 63.8%; 在家庭型態方面, 小家庭及三代與子女同住者所占比率較多, 占 62.5%; 在有無長輩需照顧方面, 無長輩需照顧者所占比率較多, 占 72.2%, 也有長輩需照顧者, 占 27.8%。(詳如表 4.1.1)。

## 肆、研究結果與分析

### 一、介護食訓練參與學員基本特質

表 4.1.1 介護食訓練參與學員基本特質

		次數	有效百分比
新年齡	49 歲以下	19	26.4
	50-59 歲	22	30.6
	60 歲以上	31	43.1
性別	男性	6	8.3
	女性	66	91.7
社區職位	理事長	4	5.6
	村里長	1	1.4
	社區總幹事	1	1.4
	志工隊長	7	9.7
	廚房志工	7	9.7
	一般志工	32	44.4
	其他	20	27.8
婚姻	已婚同住	53	73.6
	已婚未同住	3	4.2
	喪偶	8	11.1
	未婚	8	11.1
家庭型態	大家庭	5	6.9
	三代與子女同住	21	29.2
	小家庭	45	62.5
有無長輩需照顧	獨居	1	1.4
	有長輩需照顧	20	27.8
	無長輩需照顧	52	72.2

## 二、社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知技巧與態度

研究發現，前測時受訪者對於老人飲食覺得老人飲食營養常不足、其次是覺得老

人飲食不只重營養亦須美味，再次是覺得老人飲食常不重營養等三題項認知最高，而覺得老人飲食不只軟硬適合即可及老人飲食不只少鹽油即可為最低。(詳如表 4.2.1)。

表 4.2.1 社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知敘述統計表

	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
一老人飲食不只軟硬適合即可	72	1	5	3.33	1.021
二老人飲食不只少鹽油即可	72	1	4	3.33	.919
三老人飲食常不重營養	63	1	5	3.46	1.150
四老人飲食營養常不足	66	1	5	3.62	.971
五老人飲食不只重營養亦須美味	72	1	5	3.60	.799
有效的 N (完全排除)	72				

另外，研究也發現，前測時受訪者對於老人飲食照顧覺得會製作不同咀嚼菜單、其次是覺得會製作不同咀嚼菜單，再次是

覺得會設計三高菜單等三題項之技巧最高，而覺得老人菜色變化很容易為最低。(詳如表 4.2.2)。

表 4.2.2 社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的技巧敘述統計表

	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
覺得老人菜色變化很容易	71	1	5	2.62	1.087
覺得會設計不同咀嚼菜單	72	1	5	3.36	1.225
覺得會製作不同咀嚼菜單	72	1	5	3.42	1.172
覺得會設計三高菜單	72	1	5	3.25	1.196
覺得會製作三高菜單	72	1	5	3.22	1.178
有效的 N (完全排除)	69				

此外，研究發現，前測時受訪者對於老人飲食照顧覺得社區照顧可減少家人負荷、其次是覺得飲食可以促進老人互動，再

次是覺得符合需求的菜色是對老人的尊重等三題項態度最高，而覺得覺得老人快樂來自飲食為最低。(詳如表 4.2.3)。

表 4.2.3 社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的態度敘述統計表

	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
覺得老人快樂來自飲食	72	1	5	3.79	1.150
覺得符合需求的菜色是對老人的尊重	72	1	5	4.01	1.028

覺得社區照顧共食應該有個別化餐食	72	1	5	3.86	1.079
覺得社區照顧共食可以促進老人互動	72	1	5	4.06	1.005
覺得社區照顧共食可減少家人負荷	72	1	5	4.07	1.025
有效的 N (完全排除)	72				

本研究針對社區中高齡志工老人社區照顧飲食訓練之成效進行分析，結果發現，受訪者覺得本項研究訓練整體對社區機構有幫助最高，其次是社區照顧飲食訓練技巧有價值且對健康又幫助，再次是對社區

有幫助，另外，受訪者覺得未來可擴展等題項亦屬較高評價者，其平均值均在 4.45 以上。至於操作很實用有較低的情形，未來可再進一步加強實務操作。(詳如表 4.2.4)。

表 4.2.4 社區中高齡志工自覺社區照顧飲食訓練成效表

	個數	最小值	最大值	平均數	標準差
成效一內涵有意義	72	3	5	4.44	.579
成效二內涵很豐富	72	3	5	4.43	.601
成效三操作很實用	72	3	5	4.26	.671
成效四技巧有價值	72	3	5	4.47	.556
成效五對機構有幫助	72	3	5	4.43	.601
成效六對社區有幫助	72	3	5	4.46	.604
成效七未來可擴展	71	3	5	4.45	.628
成效八方案成果豐碩	72	3	5	4.37	.638
成效九對健康又幫助	72	4	5	4.47	.503
成效十整體對社區機構有幫助	72	3	5	4.54	.529
有效的 N (完全排除)	71				

### 三、社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知技巧態度前後差異分析

經過訓練結果，研究發現，社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知前後均有顯著進步，特別在受訪者認同老人飲食不只重營養亦須美味，老人飲食營養常不足及老人飲食不只少鹽油即可等三題項。

(詳如表 4.3.1)

此一結果顯示，訓練的結果社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知有極大的改善，特別在認同老人社區照顧之飲食必須美味與營養均應兼顧，促使受訓者在運用地食材的經濟條件下，提供兼顧美味與營養的共餐照顧。

表 4.3.1 社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知前後差異表

成對樣本檢定	平均數	個數	標準差	T 值	顯著性 (雙尾)	
成對 1	前測老人飲食不只軟硬適合即可	3.33	72	1.021	-3.877	.000
	後測老人飲食不只軟硬適合即可	3.93	72	1.357		
成對 2	前測老人飲食不只少鹽油即可	3.33	72	.919	-5.812	.000
	後測老人飲食不只少鹽油即可	4.21	72	1.186		
成對 3	前測老人飲食常不重營養	3.46	72	1.150	-4.880	.000
	後測老人飲食常不重營養	4.26	72	1.163		
成對 4	前測老人飲食營養常不足	3.63	72	.971	-7.075	.000
	後測老人飲食營養常不足	4.68	72	.728		
成對 5	前測老人飲食不只重營養亦須美味	3.60	72	.799	-7.121	.000
	後測老人飲食不只重營養亦須美味	4.43	72	.766		

註：\*P<.10, \*\*P<.05, \*\*\*P<.01。

研究也發現，社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的技巧訓練前後大多亦有顯著進步，受訪者自認為會製作不同咀嚼菜單，會設計三高菜單並會製作三高菜單等三題項均有顯著進步，而自認為會設計不同咀嚼菜單雖有進步，但未達顯著水準。另外，受訪者會查覺老人菜色變化不容易，亦即訓練後受訪者反覺此一工作不簡

單（詳如表 4.3.2）。

此一結果顯示，訓練的結果社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的技巧訓練有極大的改善，特別在會設計並會製作對老人身體健康之菜單，當然也發現菜色變化不容易，值得更多投入學習，也促使受訓者在運用在地食材的經濟條件下，如何實際操作照顧共餐飲食。

表 4.3.2 社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的技巧訓練前後差異表

	平均數	個數	標準差	T 值	顯著性 (雙尾)	
成對 1	前測老人菜色變化很容易	2.62	71	1.087	.520	.605
	後測老人菜色變化很容易	2.54	71	1.144		
成對 2	前測會設計不同咀嚼菜單	3.37	71	1.233	-1.540	.128
	後測會設計不同咀嚼菜單	3.65	71	1.016		
成對 3	前測會製作不同咀嚼菜單	3.42	72	1.172	-2.513	.014
	後測會製作不同咀嚼菜單	3.82	72	.861		

成對 4	前測會設計三高菜單	3.25	72	1.196	-2.063	.043
	後測會設計三高菜單	3.61	72	.958		
成對 5	前測會製作三高菜單	3.22	72	1.178	-2.486	.015
	後測會製作三高菜單	3.61	72	.943		

註：\*P<.10, \*\*P<.05, \*\*\*P<.01

此外，研究也發現，社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的態度前後測亦有顯著進步，特別在受訪者認同老人快樂來自飲食、符合需求的菜色是對老人的尊重、社區照顧共餐可減少家人負荷及老人社區照顧共食可以促進老人互動等四題項；惟有社區照顧共食應該有個別化餐食受訪者有不同意見。（詳如表 4.3.3）。

此一結果顯示，訓練的結果社區中

高齡志工對老人社區照顧飲食的態度亦有相當大的改善，特別提升對老人社區照顧共食是具有其重要的意義：包括老人人際互動及家人照顧負荷降低等社會意義之認同，促使受訓者在態度上，不僅是照顧而且是新的煮食概念，翻轉過去「有」就可以的社區照顧共食概念。在運用在地食材的經濟條件下，也提供老人共食的社會參與與互動意義。

表 4.3.3 社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的態度訓練前後差異表

		平均數	個數	標準差	T 值	顯著性 (雙尾)
成對 1	前測老人快樂來自飲食	3.79	72	1.150	-2.821	.006
	後測老人快樂來自飲食	4.21	72	.730		
成對 2	前測符合需求的菜色是對老人的尊重	4.01	72	1.028	-2.643	.010
	後測符合需求的菜色是對老人的尊重	4.39	72	.595		
成對 3	前測社區照顧共食應該有個別化餐食	3.90	71	1.030	1.634	.107
	後測社區照顧共食應該有個別化餐食	3.61	71	1.089		
成對 4	前測社區照顧共食可以促進老人互動	4.06	72	1.005	-1.774	.080
	後測社區照顧共食可以促進老人互動	4.31	72	.620		
成對 5	前測社區照顧共食可減少家人負荷	4.07	72	1.025	-1.810	.074
	後測社區照顧共食可減少家人負荷	4.32	72	.499		

註：\*P<.10, \*\*P<.05, \*\*\*P<.01。

#### 四、社區照顧飲食訓練的成效與態度改善情形迴歸分析

##### (一) 社區照顧飲食訓練的成效情形迴歸分析

本研究另進行社區照顧飲食訓練的成效迴歸分析，將 9 個自變項，包括年齡，性別（男性 =1，其他 =0），新社區職位（社區幹部等 =1，其他 =0），新家庭型態（小家庭 =1，其他 =0），已婚（有 =1，其他 =0），有無長輩需照顧（有 =1，其他 =0），認知改善情形，技巧改善情形，態度改善情形投入 SPSS 統計軟體進行分析，模式 1 部分僅有無長輩需照顧自變項進入迴歸模型；但模式 2 部分，

則有無長輩需照顧（有 =1，其他 =0）態度改善情形與技巧改善情形等二變項進入迴歸模型。（詳如表 4.4.1）。

此一結果顯示，社區照顧飲食訓練的成效受到有無長輩需照顧、技巧改善情形與態度改善情形所影響。其中最值得注意的是志工有長輩需照顧者會有更多的同理與了解，使受訓人員對內容有更多的投入；其次，技巧改善情形與態度改善情形自然對成效有極大的助力，從而感受其極重要的認同程度；然而，技巧之改善係負相關，顯示自覺技巧改善程度愈低，愈覺本訓練之成效愈佳。顯示技巧之操作與個人之經驗技術有關，本訓練對於技巧之操作不佳者更具有成效。

表 4.4.1 社區照顧飲食訓練的成效迴歸分析表

整體成效總分模式		模式 1		模式 2	
T 值		t	顯著性	t	顯著性
	(常數)	3.914	.000	4.254	.000
	新年齡	.340	.735	.082	.935
	性別	.004	.996	-.087	.931
	新社區職位	.187	.852	.163	.871
	新家庭型態	-.116	.908	-.207	.837
1	已婚	.074	.941	.061	.952
	有無長輩需照顧	2.572	.012	2.726	.008
	認知改善情形			.107	.915
	態度改善情形			2.691	.009
	技巧改善情形			-2.160	.035
	R 平方		.104		.224

依變項：社區照顧飲食訓練的成效總分

##### (二) 社區照顧飲食訓練的認知改善情形迴歸分析

本研究再進行社區照顧飲食訓練認知改善情形迴歸分析，將 9 個自變項，除認

知改善情形外，投入 SPSS 統計軟體進行分析，模式 1 部分未有自變項進入迴歸模型；但模式 2 部分，則有家庭型態（小家庭 =1，其他 =0）、態度改善情形等二變項進入迴歸模型。（詳如表 4.4.2）。

此一結果顯示，社區照顧飲食訓練的認知改善情形受到家庭型態（小家庭 =1，

其他 =0）、態度改善情形等二變項所影響。其中最值得注意的是家庭型態（小家庭 =1，其他 =0）是正相關，受訓人員如是來自小家庭對內容有更多的投入，認知改善情形較佳；其次，態度改善情形對認知改善情形有極大的助力。

表 4.4.2 社區照顧飲食訓練的認知改善情形迴歸分析表

模式	Model 1		Model 2	
	t	顯著性	t	顯著性
(常數)	.919	.362	.514	.609
新年齡	1.099	.276	.673	.503
性別	.494	.623	.693	.491
新社區職位	.142	.888	.020	.984
<b>新家庭型態</b>	1.021	.311	<b>2.215</b>	<b>.031</b>
已婚 10	.517	.607	.501	.618
有無長輩需照顧	.717	.476	1.282	.205
<b>態度改善情形</b>			<b>2.230</b>	<b>.029</b>
技巧改善情形			-.244	.808
整體成效總分			.107	.915
R 平方		.046		.161

依變項：認知改善情形

### （三）社區照顧飲食訓練的技巧改善情形迴歸分析

本研究再進行社區照顧飲食訓練技巧改善情形迴歸分析，將 9 個自變項，除認知改善情形外，投入 SPSS 統計軟體進行分析，模式 1 部分未有自變項進入迴歸模型；但模式 2 部分，則有態度改善情形及整體成效總分等二變項進入迴歸模型。（詳如表 4.4.3）。

此一結果顯示，社區照顧飲食訓練的技巧改善情形受到態度改善情形及整體成效總分等二變項所影響。其中最值得注意的是整體成效總分是負相關，如前所言，受訓人員如是自覺整體成效總分較高，其技巧改善情形較低，似乎二者是相關或互為因果；其次，態度改善情形對技巧改善情形有極大的助力。

表 4.4.3 社區照顧飲食訓練的技巧改善情形迴歸分析表

模式	Model 1		Model 2	
	t	顯著性	t	顯著性
(常數)	1.887	.064	2.538	
新年齡	-.733	.466	-1.100	.276
性別	-.348	.729	-.236	.814
新社區職位	.829	.410	.581	.563
新家庭型態	-1.294	.200	-.330	.743
1 已婚 10	-.895	.374	-.799	.427
有無長輩需照顧	-.916	.363	.433	.667
認知改善情形			-.244	.808
態度改善情形			3.947	.000
整體成效總分			-2.160	.035
R 平方		.079		.286

依變項：技巧改善情形

#### (四) 社區照顧飲食訓練的態度改善情形迴歸分析

本研究另進行社區照顧飲食訓練的態度改善情形進行迴歸分析，亦將 9 個自變項，包括年齡，性別（男性 =1，其他 =0），新社區職位（社區幹部等 =1，其他 =0），新家庭型態（小家庭 =1，其他 =0），已婚（有 =1，其他 =0），有無長輩需照顧（有 =1，其他 =0），認知改善情形，技巧改善情形，訓練成效情形投入 SPSS 統計軟體進行分析，模式 1 部分並未有自變項進入迴歸模型；但模式 2 部分，則有認知改善情形、技巧改善情形與態度改善

情形等三變項進入迴歸模型；至於模式 3 部分，則有無長輩需照顧（有 =1，其他 =0）、認知改善情形、技巧改善情形及整體成效總分等三變項進入迴歸模型。（詳如表 4.4.4）。

此一結果顯示，社區照顧飲食訓練的態度改善情形受到有無長輩需照顧、認知改善情形、技巧改善情形及整體成效總分所影響。其中最值得注意的是有無長輩需照顧變項，無長輩需照顧志工會較有較多態度的改善；其次，技巧改善情形與整體成效總分亦對態度改善情形有極大的助力。

表 4.4.4 受訪者社區照顧飲食訓練的態度改善情形迴歸分析表

迴歸模型分析	模式 1		模式 2		模式 3	
	t	顯著性	t	顯著性	t	顯著性
(常數)	1.140	.258	-2.678	.009	-1.150	.255
新年齡	.086	.931			.301	.765
性別	-.099	.922			-.158	.875
已婚 10	-.562	.576			-.250	.803
新家庭型態	-1.318	.192			-1.435	.156
新社區職位	.051	.960			-.274	.785
有無長輩需照顧	-1.265	.210			-2.103	.040
認知改善情形			1.920	.059	2.230	.029
技巧改善情形			4.273	.000	3.947	.000
整體成效總分			2.310	.024	2.691	.009
R 平方		.051		.287		.358

## 伍、結論與建議

本研究結果提出以下的結論與建議，茲分別說明如下：

### 一、結論

研究之結果發現，受訓者 60 歲以上最多；在性別方面，男性所占比率極少；在社區職位方面，一般志工廚房志工及志工隊長所占比率較多；在婚姻方面，已婚同住者所占比率較多；在家庭型態方面，小家庭及三代與子女同住者所占比率較多；在有無長輩需照顧方面，無長輩需照顧者所占比率較多。

經過訓練結果顯示，訓練的結果社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的認知有極大的改善，特別在認同老人社區照顧之飲食必須美味與營養均應兼顧，促使受訓

者在運用在地食材的經濟條件下，提供兼顧美味與營養的共餐照顧。訓練的結果社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的技巧訓練有極大的改善，特別在會設計並會製作對老人身體健康之菜單，當然也發現菜色變化不容易，值得更多投入學習，也促使受訓者在運用在地食材的經濟條件下，如何實際操作照顧共餐飲食。

社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的態度亦有相當大的改善，特別提升對老人社區照顧共食是具有其重要的意義：包括老人人際互動及家人照顧負荷降低等社會意義之認同，前述之 Dean et al (2003) 論述大致相符，促使受訓者在態度上，不僅是照顧而且是新的煮食概念，翻轉過去「有」就可以的社區照顧共食概念。在運用在地食材的經濟條件下，也提供老人共食的社會參與與互動意義，前述之 Victor

(2012) 論述大致相符。研究也發現，社區中高齡志工無論在內涵上、操作上、價值上、機構面、社區面與擴展上等均有較高正向的回應。顯示本研究之訓練課程有其相當正向的效果，值得肯定。

本研究另進行社區照顧飲食訓練的成效迴歸分析結果顯示，社區照顧飲食訓練的成效受到有無長輩需照顧、技巧改善情形與態度改善情形所影響。其中最值得注意的是志工有長輩需照顧者會有更多的同理與了解，使受訓人員對內容有更多的投入；其次，技巧改善情形與態度程度改善情形對成效有極大的助力，從而感受其極重要的認同程度。本研究另進行社區照顧飲食訓練的認知技巧改善情形之迴歸分析，大致呈現此二個依變項受其社區照顧飲食訓練態度改善情形及整體成效總分等二變項所影響；最後，本研究另針對社區照顧飲食訓練態度改善情形進行迴歸分析，結果顯示，社區照顧飲食訓練的態度改善情形受到有無長輩需照顧、認知改善情形、技巧改善情形及整體成效總分所影響。其中最值得注意的是有無長輩需照顧變項，無長輩需照顧志工會較有較多態度的改善；其次，技巧改善情形與整體成效總分亦對態度改善情形有極大的助力。

## 二、建議

1. 推動照顧者與受照顧者參與社區共食服務是介護飲食（UFD）發展方向

社區中高齡志工對介護飲食有不同的態度，如何促使社區老吾老以及人之老，推動照顧者與受照顧者共同參與社區照顧

共食服務，可為介護飲食（UFD）未來發展方向。

2. 加強實務操作面演練，將可提升方案服務之成效

受訪者對於技巧改善情形與態度改善情形對於介護飲食（UFD）訓練成效有極大的助益，建議未來可以就實務操作面加強演練，將可提升方案服務之成效。

3. 由於照顧共食必須美味與營養兼顧，未來可加強訓練在地食材製作設計

訓練的結果，特別在認同老人社區照顧之飲食必須美味與營養均應兼顧，促使受訓者在運用在地食材的經濟條件下，提供兼顧美味與營養的共餐照顧。

4. 發展社區老人共食的新意義，翻轉過去「有」就可以的據點共食概念

社區中高齡志工對老人社區照顧飲食的態度亦有相當大的改善，特別提升對老人社區照顧共食是具有其重要的意義，促使受訓者在態度上，不僅是照顧而且是新的煮食概念，翻轉過去「有」就可以的社區照顧共食概念。

（本文作者：楊秋燕為靜宜大學高齡健康產業博士候選人及講師；黃淑娟為彰化縣政府社會處處長；王蘭心為彰化縣政府社會處副處長；陳奎林為彰化縣政府社會處長青科科長；丁依蓉為彰化縣政府社會處社工師；呂季芳為通訊作者，彰化縣政府社會處社工師，靜宜大學高齡健康產業博士候選人）。

**關鍵詞：**介護食 (UDF)、社區融合共食、中高齡志工

## 參考文獻

- 黃松林 (2015)。台中市社區照顧據點加值型成效之研究。台中市：社會局。
- 彰化縣政府 (2016)。彰化縣社區照顧關懷據點第一次聯繫會報。Retrieved from [http://social.chcg.gov.tw/03bulletin/bulletin02\\_con.asp?bull\\_id=238147](http://social.chcg.gov.tw/03bulletin/bulletin02_con.asp?bull_id=238147).
- 農林水産省ホームページ (2013)。いわゆる介護食品の定義に関する考え方。Retrieved from <http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/pdf/131227kangaekata-an.pdf>.
- 農林水産省ホームページ (2015)。「新しい介護食品(スマイルケア食)」の提供方法に関する基本的考え方。Retrieved from [http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo/pdf/guide\\_lines\\_1.pdf](http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo/pdf/guide_lines_1.pdf).
- 富士經濟 (2013)。高齢者向け食品市場の将来展望。Retrieved from [https://www.oishii-shinshu.net/img/editor/academy/doc/2013/academy07\\_1.pdf](https://www.oishii-shinshu.net/img/editor/academy/doc/2013/academy07_1.pdf)
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bekhet, A., and Zauszniewski, J. (2012). Mental Health of Elders in Retirement Communities: Is Loneliness a Key Factor?" *Archives of Psychiatric Nursing*, 214-24. doi:10.1016/j.apnu.2011.09.007.
- Burke, D., Jennings, M., McClinchy, J., Masey, H., Westwood, D., Dickinson, A. (2011). 'Community luncheon clubs benefit the nutritional and social well-being of free living older people'. Retrieved from [http://live.wcva.sequence.co.uk/media/351602/supporting\\_lunch\\_clubs.pdf](http://live.wcva.sequence.co.uk/media/351602/supporting_lunch_clubs.pdf)
- Canada's National Seniors Council (2014). Report on the Social Isolation of Seniors. Retrieved from [http://www.seniorscouncil.gc.ca/eng/research\\_publications/social\\_isolation/page00.shtml](http://www.seniorscouncil.gc.ca/eng/research_publications/social_isolation/page00.shtml).
- Community Food and Health (Scotland) (2011) 'Meals and Messages a focus on food services for older people living in the community in Scotland'. Consumer Focus Scotland. Retrieved from [www.communityfoodandhealth.org.uk/wpcontent/uploads/2011/06/meals\\_messages\\_report\\_2011-3770.pdf](http://www.communityfoodandhealth.org.uk/wpcontent/uploads/2011/06/meals_messages_report_2011-3770.pdf)
- Dean, M., Grunert, K., Raats, M., Nielsen, N., Lumbers, M. (2008). 'The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly'. Food in Later Life Team. *Appetite*:50 pp 308-315 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17913297>
- Keller, H.H. (2006). 'Meal Programs Improve Nutritional Risk: A Longitudinal Analysis of

- Community-Living Seniors’ . *Journal of The American Dietetic Association* : 106; pp 1042-1048.
- Lacey, M. (2010). ‘Evaluation of the Food Train in terms of its economic value’ . Community Food and Health (Scotland). Retrieved from <http://www.communityfoodandhealth.org.uk/publications/evaluation-of-the-food-train-in-terms-of-its-economic-value>.
- Lacey, M (2012). ‘Theory of Change that underpins community based food work involving older people’ . Community Food and Health (Scotland). Edinburgh: NHS Health Scotland.
- Lacey, M. (2014). Older People Eat Well Literature Review. Edinburgh: NHS Health Scotland. Retrieved from <https://www.communityfoodandhealth.org.uk/wp-content/uploads/2014/08/Older-people-eat-well.pdf>.
- Lippa, R. A. (1994). *Introduction to social lpsychology (2nd ed.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E. & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. DOI 10.1007/s00127-016-1178-7.
- Putte, van den B., & Hoogstraten, J. (1990). *The effect of variable order in measuring the theory of reasoned action*. Unpublished manuscript, , Holland: University of Amsterdam.
- Rosedale, M. (2007). Loneliness: An Exploration of Meaning, *The Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(4), 201-209.
- Sibley, J., Thompson, H. & Edwardh, J. (2016). Seniors: Loneliness and Social Isolation, Burlington, ON : Community Development Halton.
- Victor, Christina R. (2012). Loneliness in Care Homes: A Neglected Area of Research? *Aging Health*, 637-46.
- Wilson, L. (2010) ‘Personalisation, Nutrition and the Role of Community Meals’ . International Longevity Centre UK. Retrieved from [http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf\\_pdf\\_123.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_123.pdf).