

運用勒溫理論探討生活自立支援 推動之歷程

邱湘鈞 · 雷若莉 · 謝佳慧 · 王淑真

壹、前言

依內政部 107 年 7 月底統計，我國 65 歲以上老人共計有 335 萬 3,514 人，占總人口 14.22%，扶養比為 37.44（內政部統計處，2018）。隨著高齡人口的增加、疾病型態慢性化、照護內容複雜化、社會型態改變，加上大部分老年人受生理變化及疾病影響，而有復健、醫療、護理、身體照護的需要，因而提供機構式照護能滿足長者之照護需求（李世代，2010）。衛生福利部彰化老人養護中心設有 360 床，截至 107 年 1 月 1 日止，失智單元性照護共 60 床入住 28 床、養護型 150 床入住 116 床、長照型 150 床入住 142 床總計 286 床，男性住民平均年齡為 76.3 歲，女性住民平均年齡則為 83.3 歲，ADL 評估方面 0-20 完全依賴 168 人（占 58.74%）、21-60 嚴重依賴 62 人（占 21.68%）、61-90 中度依賴 46 人（占 16.08%）、91-99 輕度依賴 5 人（占 1.75%）、100 獨立 5 人（占 1.75%）；MMSE 量表正常 32 位、輕度認

知功能障礙 46 位、重度認知功能障礙 194 位、無法測試 14 位。因此衛彰老住民除了有認知功能障礙外，日常生活活動中以上之依賴程度占 96.5%，在傳統的照護模式總以住民的安全及照護人員服務效率來考量，認為凡事由照護人員代勞是最好的服務方式（林艷君、黃璉華，2018），然而這也間接剝奪住民重新學習之機會，增加住民廢用症候群（disuse syndrome）發生之機率，讓住民對周遭事物缺乏興趣，人生從彩色轉成黑白，衛彰老藉生活自立支援（self-supporting care）的推動來探討推動的轉變及經歷。

貳、文獻查證

一、生活自立支援與人本照顧理念之執行

生活自立支援係指協助失能或失智住民於其生活之周遭環境中能自立生活，故其精神在於讓長者盡其可能發揮其存有之自我照顧功能（王鼎楫，2014）。當身體經歷醫療院所的治療及復健，仍無法

進一步復原時，進入長期照護機構接受照護時，發現勉強長者去執行其無法達到的事，將無法有收穫，反而著重於重複每天的日常生活練習，藉以維持身體機能，讓住民善用目前剩餘的身體機能以執行可達成的自我照護事項，包括：口腔照顧、進食、排泄、沐浴及活動參與等，期待有機會可以回復平常的生活（鄭涵壬，2006）。住民在維持既有的身體機能外，過程中可能需藉著訓練或輔具的使用進而回復其原有的身體功能，使其能有尊嚴的自主性生活，例如：中風住民希望自行進食，但右手乏力，透過生活自立支援以擴大左手健側的使用及提升患側右手之肌力，同時搭配特殊進食輔具，讓長輩達到自行進食之自我照顧能力，提升住民的生活品質（Quality of Life, QOL），對於無法進一步回復自我照顧功能的住民，則應盡量協助，以延遲其剩餘功能之退化（雷若莉，2016; 蔡林海，2012）。

生活自立支援透過以人為本之照護模式，最終目的乃在使長輩獲得身、心、靈的尊嚴與自由，例如在執行策略上，脫水會影響人體的散熱、循環，導致運動機能低下，並出現意識障礙及幻覺；營養不良則易降低住民的認知功能；運動不足容易造成身體功能之退化，便秘會造成住民焦慮及情緒緊張，因而竹內孝仁教授建議照顧者應從恢復住民「喝水、進食、排便及運動」，每日喝水1500cc、攝取1500大卡熱量、避免便秘及進行運動訓練等基本做起，進而改善住民的意識狀態及認知功能，進而達到生活自立之目標（Kitwood,1997; 雷若

莉、賴彥好，2015; 余彥儒，2016; 曾沛瑜，2016）。

二、執行生活自立支援成功的要素

生活自立支援源於北歐及日本的「零約束、零臥床、零尿布」，但因國情及照護方式及習慣的不同，在導入時調整修正為不約束、不尿布及不臥床，除此之外翻轉照護人員的傳統照護觀念、依住民個別的生理基礎動作執行照顧、輔具之使用及友善環境的配合，是自立支援導入成功不可或缺之因素（雷若莉、賴彥好，2015; 雷若莉，2016），以下茲分別說明：

（一）翻轉照護人員、家屬及住民的傳統照護觀念

傳統採用伺候型照護，凡事皆取代住民進行，例如：住民吃飯時由照顧服務員協助餵食，也有部分家屬認為這樣的照護模式才是有品質的照護，部分住民亦認為這才是好的照護，殊不知傳統的照護模式剝奪住民的學習及復健機會，身體殘存的功能會快速退化，這對住民的生活品質是有害的。因此在導入生活自立支援時須將伺候型的照護模式，翻轉為強化住民目前身體殘存功能，去執行可達成的自我照護事項，例如：住民因中風無法進食，除了加強手部肌力外亦搭配進食輔具的使用來達成每日的進食活動，因此不論在住民、家屬及照護人員的觀念上皆須改變。

首先在住民方面：須透過溝通了解其參加意願，亦可藉由了解住民生活中的重要事件來增強住民的參加動機及意願，其次在家屬方面：可對家屬進行宣導及說明，

甚至可和家屬及住民共同制定照護計畫，家屬的鼓勵對住民是十分重要的，透過家屬及住民的同意在執行生活自立支援的照護上可達成事半功倍之效，最後照護人員方面：首先成立生活自立支援推動小組並對照護人員進行理念宣導，其次透過體驗營及研習會讓照護人員認同「不約束、不尿布及不臥床」對住民的舒適及生活品質之重要性，藉以提升照護人員之認知及執行之配合度（雷若莉，2016）。

（二）依住民個別的生理狀態執行照顧

日常生活中透過移位、沐浴、如廁及臨桌用餐來讓住民落實達到「生活即復健」之理念，過程中視住民個別剩餘之生理基礎動作，透過跨專業討論來進行訓練亦是生活自立支援成功的因素之一（王姿茜，2016），例如：在移位部分，需強化住民手及軀幹力量，可藉由站坐訓練來達成，另下肢肌力部分可藉由床上抬臀動作訓練（鄭涵王譯，2006）。過程中住民剩餘之生理功能評估、目標設立、執行策略皆須透過與物理治療師之專業討論後，進一步教導照護人員如何執行及注意並防範意外事件的發生。

（三）友善環境及適配輔具

安全為推動生活自立支援過程中最重要的考量，藉由友善環境的營造可有效的確保住民之安全性，例如：訓練住民如廁時，可將住民的床位挪至靠近廁所處並在住民沿途走至廁所處皆加裝扶手以利住民行走的安全，加上輔具適配，如：為方便住民自行移位或自行如廁，可搭配具有

扶手功能又能方便住民下床的特殊床來因應，如此一來既可增加生活自立支援之成功率又可降低住民於日常生活中對照護人員的依賴，亦可增加住民日常生活之自主性與尊嚴（鄭涵王譯，2006；雷若莉，2016）。

三、勒溫（Lewin）組織變革三部曲理論

Kurt Lewin（1951）提出變革過程理論，其歷程包括：解凍（unfreezing）、變革（change）及回凍（refreezing）三步驟，（一）解凍主要是脫離現狀，意指將現況解凍後，形成較好改變的狀態，此階段會存在2種力量，驅離力量（driving force）及滯留力量（restraining force），驅離力量指的是離開現狀的力量，而滯留力量是不願離開現狀之力量，成功解凍可藉增強驅離力量、降低滯留力量及同時增強驅離力量並降低滯留力量來達成，此階段著重於危機意識的建立、成立領導團隊、提出願景及溝通願景。余坤東（2002）認為在解凍階段尚無具體成效前，不可貿然正式進入變革階段，以免遭遇原先存在的變革阻力，與組織的文化產生不相容等問題，會使變革遭遇困難，甚至以失敗收場，因此凍解是變革成功的關鍵。解凍後接著進行變革步驟。（二）變革期首先要確認未來的發展方向，並引導組織成員產生新的工作態度和行為，且組織需創造一個未來的願景，將朝向此願景所需之目標、程序與步驟串聯起來，並帶領團隊成員一起邁向未來。一般組織變革的推動者常為高階主管，而組織成員通常為組織變革的接受者，變革是否成功則取決於組織成員心理

與行為之調適過程，因此在此階段強調授權員工參與、創造近期成果。(三)回凍期又稱再凍結，在變革後須將組織穩定在均衡狀態，並確認新的工作方式與環境不會被改變，以強化組織支撐組織變革，此階段之重點在於讓新的做法深植於文化中，其作法須讓組織成員知道新的做法、行為及態度對於改善之成效所產生之助力，另外需花費時間確認組織成員會遵從新做法，如此新變革才得以持續久遠(林建煌，2001)。

參、推動過程

衛彰老在李春國前主任、弘光科技大學團隊雷若莉副教授及林金立理事長的協助下，多次邀請竹內教授及花水木集團到臺灣分享生活自立支援的照護經驗，期間反覆思索及評估如何將生活自立支援導入中心，並在譚志皓主任的大力支持下，於105年正式推動生活自立支援照護，以下將運用勒溫(Lewin)變革理論說明推動的過程(圖1)：



圖 1 Lewin 組織變革三步驟模式

資料來源：Kurt Lewin (1951) Field theory in social science。

一、解凍期

解凍期首重脫離現狀，因此衛彰老在主管領導下，首先成立「生活自立支援小組」，透過跨專業領域團隊的合作評估住民並提供多元化的照護策略，各專業間緊密合作，藉專業的貢獻提供之服務品質優於一般傳統的照護模式(黃源協，2007)，且能促成專業間的合作所產生新的新潛能(Rawson，1997)，達到「乘法效果」(multiplicative effect)，因此衛彰老自立支援小組成員包括有：護理師、照顧服務員、物理治療師、營養師及社工員，另由小組多次派員參與自立支援之研習會及體驗營，讓團隊成員親身體驗住民

被約束、包尿布、臥床之感受，藉此引發小組成員去思考人性「尊嚴」及「自主性」的需求，並藉由分享傳統及自立支援照護模式不同之處，讓小組成員體會及時翻轉傳統的照護模式，以免將來自身被照顧時須包尿布、被約束在床上或輪椅，最終讓小組成員達成共識，願意為推動自立支援盡一份心力。但除小組成員外，其他人員不免質疑人力不足？推動新模式後每位住民自我照護能力都能進步嗎？若執行過程中造成住民傷害時誰該負責呢？為此中心亦辦理自立支援照護研習且分次辦理體驗營，讓所有照顧服務員及護理人員參與。

二、變革期

變革期需確認未來的發展方向，故衛彰老邀請外部專家一起探討推動自立支援的必要性、注意事項，進而討論出推動自立的共同願景，「讓住民有重新出發的機會」，另為了降低滯留力量，衛彰老採漸進式導入方式進行，105年先以15位住民為自立支接收案對象、106年增加至30位住民、107年推展至40位住民，另在口腔照護方面則強調口腔清潔對住民之重要性，並成立口腔照護小組落實口腔清潔。推動時首先須設定收案對象，以住民及家屬參與意願高及失能複雜度較低的住民為優先收案對象，選定個案後，先行評估住民的生理、心理及日常生活自我照顧能力、認知功能、營養需求、水分攝取進行評估，之後每2個月追蹤評估，以利比較住民之情況。執行自立支援之項目依竹內理論，由如廁、轉移位、解約束、臨桌用餐及口腔訓練做起，另由物理治療師及照顧服務員帶領住民進行STS（Sit To Stand）活動操每週3次，加上每天進行站坐訓練（雷若莉、賴彥妤，2015；林艷君、黃璉華，2018），過程中透過評估，針對個案的狀況進行跨專業討論，由個案、護理師、照服員及物理治療師，另有營養需求或關懷需求時同時邀請營養師及社工員一起參與，討論內容包括：近期目標之設立、執行策略、注意事項、輔具適配及環境改善。透過每次的評值及外部專家建議，團隊逐漸看到住民各項能力的進步，更加肯定自立支援推動的正確性。

三、回凍期

為了確認自立支援推行的落實度，在105及106年推動生活自立支援時，執行的策略由該區護理師負責並確認執行，另在年度結束時對於配合度、執行率及依住民進步情形，給予護理師、照顧服務員及住民獎勵，除此之外，在輔具適配的部分更擴大至全中心住民，推動過程中心住民全體加入站坐訓練，工作人員也在住民一人住時即經住民同意便開始加入生活自立支援照顧模式。然而針對長期臥床軀幹無力的住民，衛彰老在107年度加入坐姿平衡訓練，幾位長期臥床住民於訓練後亦逐漸進步，在失智住民方面則於107年開始著重於日常生活活動參與，希望住民藉此能提升日常生活活動功能，並以工具性日常生活活動量表（Instrumental activities of daily living scale, IADLs）比較失智住民參與自立支援前後之差異。

肆、執行成果

在經歷105年及106年的推動成果包括：ADL分數進步、創意產品的研發及約束率下降、約束成功移除率的提升、住民的情緒穩定有所進步、106年6月起開始對住民進行口腔清潔稽核至12月，成果顯著。

一、ADL 日常生活活動功能量表方面

105年原本收案15位，中途2位住民因疾病過世，故有效個案共13名，其中1

位住民因跌倒發生骨折，故 ADL 減少了 30 分、維持原來 40 分有 1 位，其他 11 位住民 ADL 總分皆有進步，最高進步了 65

分有 1 位，進步 50 分有 2 位，進步 40 分有 1 位，進步 20 分有 1 位，進步 15 分有

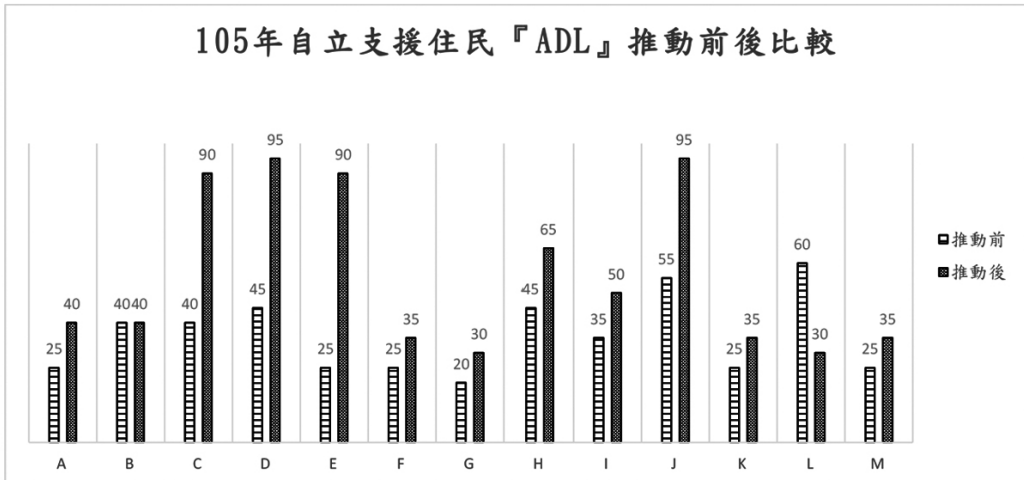


圖 2 105 年自立支援住民 ADL 推動前後比較

2 位，進步 10 分則有 4 位（圖 2）。

106 年自立支援收案共 30 位，中途扣除 11 位住民，其中 6 位因生理疾病無法

繼續參與、2 位住民因自覺體力欠缺故退出、另 3 位去世，共 19 位，其中進步的有 11 位，無進步 4 位，退步 4 位（圖 3）。

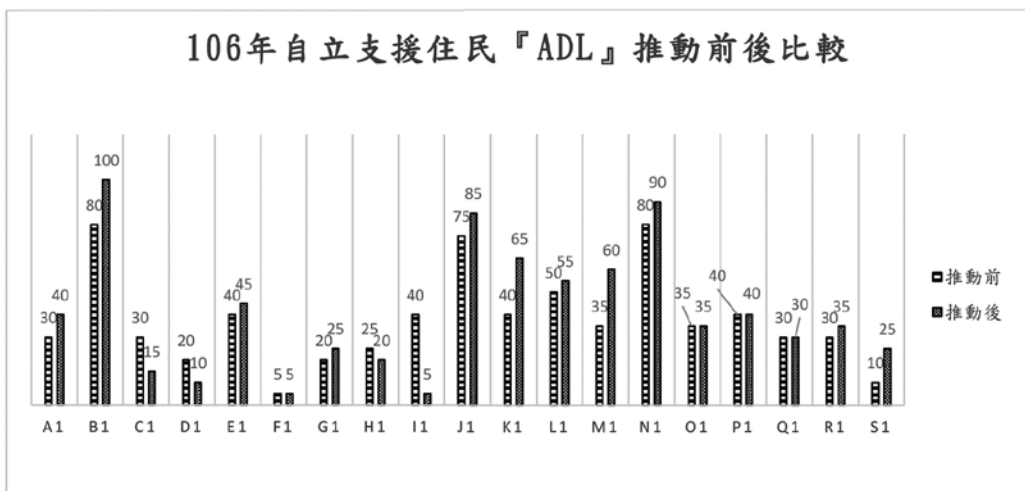


圖 3 106 年自立支援住民 ADL 推動前後比較

105 及 106 年度自立支援成效分析，本研究為了測定自立支援的有效性，針對推動前及推動後進行成對樣本 T 檢定來分析，結果發現 105 與 106 年度自立支援有效樣本數共 32 位 $n=32$ ，分析結果發現推動前平均分數 36.88 ± 18.00 ，推動後的 ADL 平均分數為 47.34 ± 28.23 分，推動後的分數明顯高於推動前，且 $p\text{-value}=0.004$ ，

$p<0.05$ 達顯著差異（表 1）。

將住民 ADL 的分數換算為依賴程度的 5 個等級以成對樣本 T 檢定來進行分析，有效樣本數共 32 位 $n=32$ ，分析結果發現推動前依賴程度平均為 1.94 ± 0.50 ，推動後依賴程度為 2.25 ± 0.92 ，推動後住民的依賴程度由完全依賴進步到重度依賴，且 $p\text{-value}=0.02$ ， $p<0.05$ 達顯著差異（表 2）。

表 1 105、106 年自立支援推動前後成效分析

項目(單位)	前測(105 年)	後測(106 年)	p 值
ADL(分)	36.88 ± 18.00	47.34 ± 28.23	0.004

表 2 105、106 年自立支援推動前後依賴程度成效分析

項目(單位)	前測(105 年)	後測(106 年)	p 值
依賴程度(等級分)	1.94 ± 0.50	2.25 ± 0.92	0.02

備註：令完全依賴（0-20 分）=1、重度依賴（21-60 分）=2、中度依賴（61-90 分）=3、輕度依賴（91-99 分）=4，獨立（100 分）=5。

105 與 106 年推動自支援共收案 32 位住民，ADL 細項中移位有 15 位進步、行走進步有 13 位、如廁進步有 8 位、穿脫衣服有 8 位、大便控制 7 位、小便控制 8 位、上下樓梯有 5 位、個人衛生有 3 位、進食有 6 位、沐浴進步有 3 位，個人衛生部分進步較少，大部分住民是有進步的，但在洗臉、洗手、刷牙及梳頭髮方面都能自理才能拿到 5 分，需要協助者為 0 分，因此在分數的進步是有限的，另在沐浴

部分由於洗澡為較精細動作且亦受關節活動度之限制，進步有限只有 3 位可自行沐浴（圖 4），此項目住民分數雖無明顯上升，但是經過指導老師建議，提供沐浴長柄刷，增加住民自行沐浴功能，目前衛彰老有 8 位住民在半協助下可自行以長柄刷刷洗體表面積 50% 以上，另因住民腳、腿部肌力不足，無法踏地，易重心不穩，經指導老師建議於沐浴時提供不同高度墊腳椅，以防坐於沐浴椅上時發生倒跌危險。

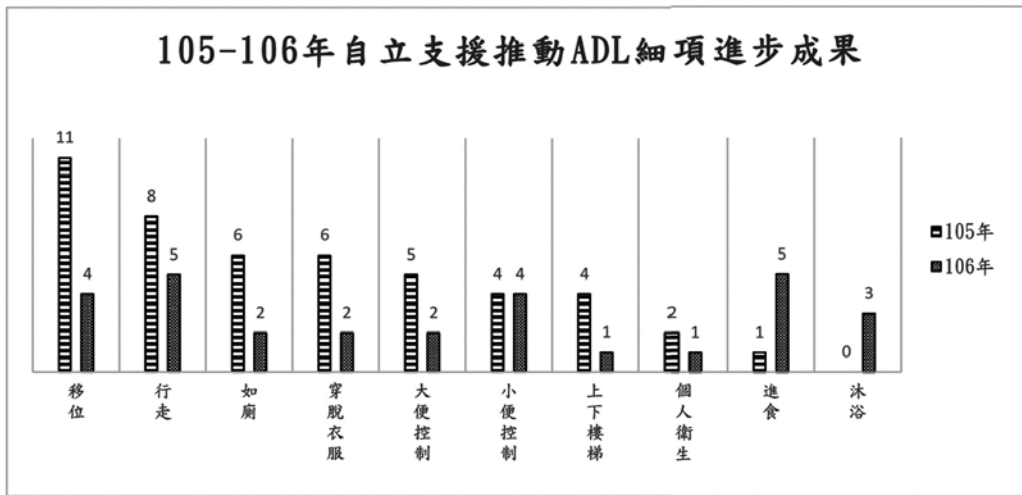


圖 4 105-106 年自立支援推動 ADL 細項進步成果

二、創意產品之研發、約束率下降及約束移除率之提升

(一) 創意產品之研發

創意透氣手拍（圖 5）是由衛彰老創

意小組討論設計後經縫製而成，主要強調透氣功能且易於觀察住民手部血液循環，另不須將住民固定於床欄上，住民可任意移動雙手不受限制，因而在約束成功移除上功不可沒。



圖 5 創意透氣手拍

(二) 約束率的下降

約束率由 104 年的 1.16% 降至 105 年的 0.97%，再下降至 106 年的 0.78%（圖 6）。

(三) 提升約束成功移除率

約束成功移除率亦由 104 年 3.92% 進步至 105 年的 4.85%，進而提升至 106 年的 6.04%（圖 7）。

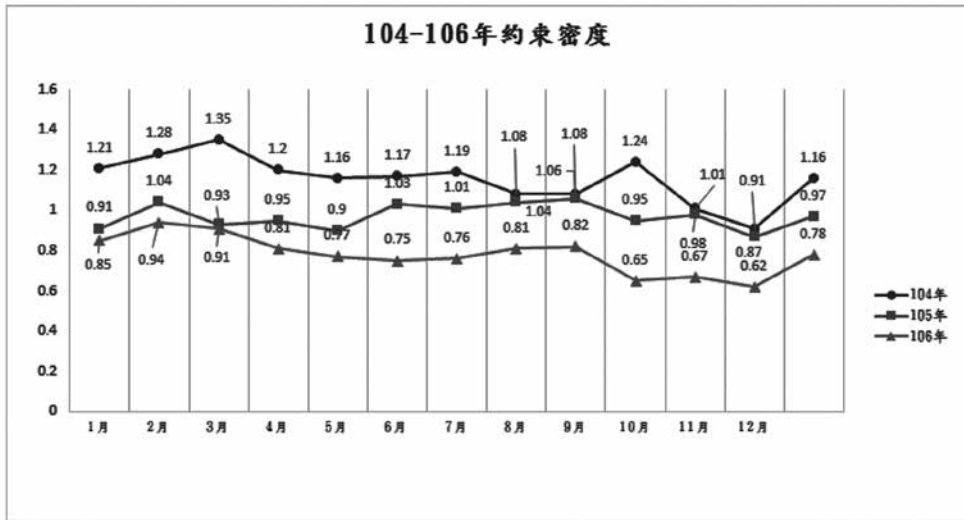


圖 6 104-106 年約束密度比較圖

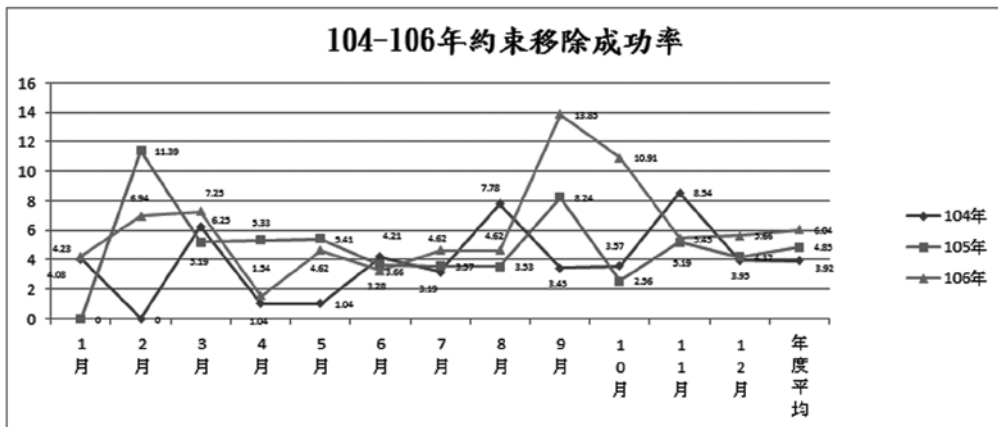


圖 7 104-106 年約束成功移除率

三、住民的情緒穩定有所進步

106 年自立支援其中 1 位女住民，本身患有知覺失調症，原本跟照護人員及其他住民都無任何互動，在經過自立支援訓練後竟可跟照護人員有所互動且願意配

合、情緒亦穩定許多，家屬對住民的進步非常欣喜，也給予中心高度的肯定，這非預期性的成果也讓中心第一線人員對生活自立支援的推動更加堅定，並確認養護中心正在做「正確的事」。

四、口腔清潔稽核

口腔清潔稽核共分兩部分，包括間接評估及直接評估兩部分，間接評估項目有食物殘渣、舌苔、流涎及口臭，分數越低越好，0-2分（較佳）、3-5分（一般）、6-8分（不佳）；直接評估項目包括：開口度、咀嚼運動、舌頭活動、口腔周圍肌肉活動、

溝通程度及發聲機能，分數越高越好，0-3分（不佳）、4-8分（一般）、9-12分（較佳）。106年6月間接評估較佳的部分為80.36%，至12月時提升至96.04%，進步了15.68%（圖8）。直接評估較佳部分為78.57%至12月時提升至88.12%，進步了9.55%（圖9）。

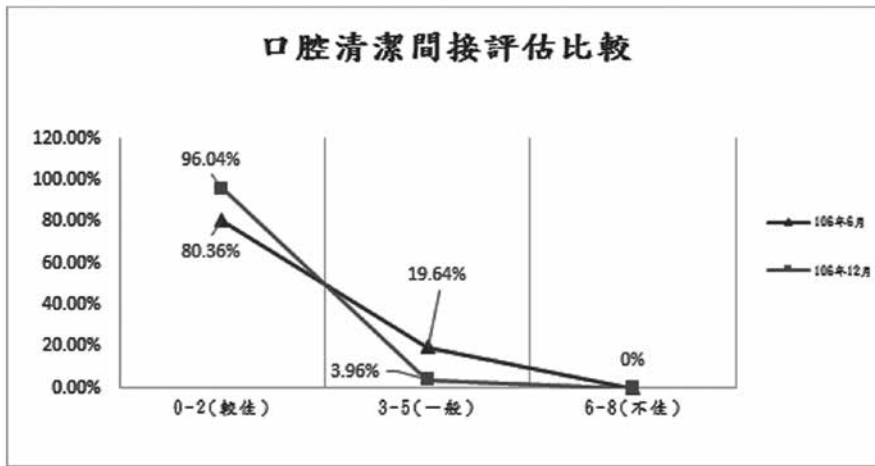


圖 8 106 年 6 月 -12 月口腔清潔間接評估比較圖

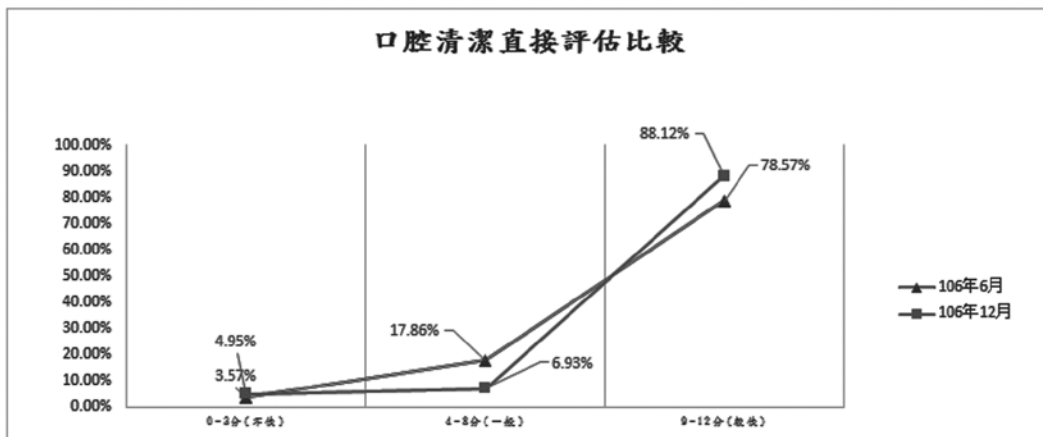


圖 9 106 年 6 月 -12 月口腔清潔直接接評估比較圖

伍、結論及建議

在推展生活自立支援的過程中，高階長官的支持度是非常重要的環，其可適時降低推動阻力及將中心內部資源進行有效的整合與運用，同時提升跨專業人員對生活自立支援的參與及配合。本照顧模式推展初期遭受許多工作成員的質疑和挑戰，主要來自第一線人員須增加工作，推動小組除了須與第一線人員不斷溝通外，尚須強化其對新模式的執行能力與認同，除此之外辦理體驗營讓執行者親身經歷失能的感受，亦能有效的強化工作人員之同理心，因而在執行的過程中由抗拒而轉為配合，也是執行成功的基礎。另在跨專業人員的參與過程中，各專業的建議有時會出現不一致或無法相互配合之情況，此時藉由機構外部專家的輔導及長官的支持，進而能從中協調取得共識，並使團隊更具凝聚力。

在推動新模式的過程中，家屬的參與非常重要，除了讓住民在日常生活中接受訓練，家屬是否會主動陪伴住民站坐訓練或陪同練習走路，均會影響成功機率，透過家屬的關懷與支持，是鼓勵住民願意持

續參加生活自立支援的一大動力。住民在新的照顧策略中，通常移位及行走方面會有明顯進步，但若此時住民自行嘗試下床或行走，反而易有跌倒意外事件之發生，因而必須和住民及家屬約法三章，在肌力與平衡感未成熟之時，暫勿自行行動，欲下床時請住民一定要按鈴，請照護人員陪同，以防止跌倒事件的發生。

生活自立支援的推動初期，確實花費較多人力，但在照護人員覺察住民自我照顧能力提升後，照護人員反而能更確切認同新照護模式為有效作為，因而願意將其視為照護常規，而非短暫的實驗性照護模式。許多機構基於資金考量，大多設置非銀髮族專用的復健器材，致使住民使用動機低，因此，衛彰老基於住民需求的考量下目前亦設置能力回復設備復健器材，希望為生活自立支援之推動帶來後續助益。

（本文作者：邱湘鈞為彰化老人養護中心護理長；雷若莉為弘光科技大學護理系副教授；謝佳慧為彰化老人養護中心前護理師；王淑真為彰化老人養護中心秘書）

關鍵詞：老人機構、推動歷程、生活自立支援照護模式、勒溫（Lewin）理論

致謝

本文得以完成，首先感謝衛生福利部彰化老人養護中心譚志皓主任與護理科李承道科長的領導與支持，還有所有參與推動的個案與家屬及工作人員，在此致上最誠摯的謝意。

參考文獻

- 內政部統計處（2018）· 最新統計指標 · 取自 https://www.moi.gov.tw/chi/chi_site/stat/chart.aspx。
- 王鼎棫（2014）· 淺談日本「日常生活自立支援事業」 · 取自 <http://www.oldpeople.org.tw/ImgOldPeopleOrg/20141221155843.pdf>。
- 王姿茜（2016）· 老人機構執行生活自立支援照護模式之經驗（碩士論文） · 取自台灣博碩士論文知識加值系統。
- 余坤東（2002）· 組織變革動能成因及對變革成效之影響研究 · 管理評論，21（4），77-100。
- 李世代（2010）· 長期照護的發展與推動 · 台灣醫界，53（1），44-50。
- 余彥儒（2016）· 源自英國—實踐以人為本（Person-Centered Care）的失智症照顧方法 · 取自 <https://www.peopo.org/news/312931>。
- 林建煌（2001）· 管理學 · 台北：智勝文化。
- 林艷君、黃璉華（2018）· 高齡者自立支援之照護模式 · 護理雜誌，65（2），20-26。
- 曾沛瑜（2016）· 4 個照顧祕訣，不必再綁長輩 · 取自 <https://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=72539>。
- 黃源協（2007）· 長期照顧管理中心的團隊運作 · 長期照護雜誌，11（1），20-26。
- 雷若莉（2016）· 生活自立支援的意義與執行 · 頤樂彰老，21，1-3。
- 雷若莉、龐淑娟編譯（2013）· 失智症照護：竹內理論與應用 · 台中：財團法人台灣省私立永信社會福利基金會。
- 雷若莉、賴彥好編譯（2015）· 竹內失智症照護指南 · 台北：原水文化。
- 蔡林海（2012）· 老年預防、老年康復與居家養老 · 上海：上海世紀出版。
- 鄭涵王譯（2006）· 長期照護新百科 · 台北：大好書屋。
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*, New York, NY: Harper & Row.
- Rawson, D. (1997). *Models for inter-professional work: likely theories and possibilities*. In A. Leathard (ed.), *Going inter-professional- working together for health and welfare* (pp.38-63). London: Routledge.