

由「結構－過程－結果」照護品質 理論探討自立支援成效之研究

劉家勇・賴馨儀

壹、背景與研究動機

自 1993 年起，臺灣就進入了高齡化社會，隨著時代推展，與生育率逐年下降，臺灣人口結構失衡的問題至今仍持續擴大中，根據內政部統計，我國 65 歲以上老年人口占總人口比率在 2018 年 3 月底達到 14.05%，意即 7 個人中就有 1 個是老人，臺灣正式宣告邁入「高齡社會」（內政部，2018）。隨著老人人口的增多，老人的醫療扶助與安置需求相對增加，各類型的老人養護機構也如雨後春筍般設立。各家機構支持與推動的照護模式不同，其中，自立支援照顧（self-support care）由日本引進臺灣後，也造成臺灣的「長照革命」（社企流，2018），影響老人接受照顧的品質，值得吾人作進一步的探討。

在眾多的照護模式裡，「自立支援」係近年由日本導入臺灣長期照護領域的照顧策略，自 1980 年代由日本國際醫療福祉大學的竹內孝仁教授開始倡議及推動，

希望不僅以照護來補足長者「自己做不到的事情」，更應協助長者聚焦在「自己做得到的事情」，讓長者對自己更有自信，並更加自立地生活（陳湘瑜，2018）。故此，自立支援照顧的重點，即在於恢復長輩自主活動功能、強化生活尊嚴、並鼓勵其參與活動的效能。

在自立支援照顧的理論中，強調老人透過水分的增加，即能避免脫水影響意識及便秘，否則排泄功能退化、不適感增加時，老人容易躁動與加重黃昏症候群等，使照顧的困難度更為增加；而照顧的困難增加，受照顧者的危險性也增加，為了照顧的方便與受照顧者的安全，則造成約束的實施，而約束的結果，又更進一步導致長輩的躁動情緒與自主功能的退化，致使照顧的困難性更為增加，如此往覆形成惡性循環；此外，營養不足及體力下降也影響老人的日常活動功能；故此，自立支援照顧強調長輩需要足夠的活動，以維持自身的日常生活功能。充足的運動首重在於步行能力的提升，步行是日常生活

(ADL) 的基礎，當步行能力喪失時，大約 80% 的身體功能 (Activities of Daily Living, ADL) 也將逐漸喪失 (林金立，2017)，故步行能促進身體的活動，並使腸胃功能運作而促進排便，也改善老人的意識狀況，減少臥床時間。故此，自立支援照顧方法係透過一系列訓練指導，達到「飲水、食物、運動充足、排便正常」的四個目標，進而達到「不約束、不尿布、不臥床」的三不理念。

自 2014 年起，臺灣開始導入這項理論與實證，到 2017 年底，臺灣已有超過 130 家機構加入自立支援實證應用行列 (林金立，2017)。並有許多教育課程的開展，與團體工作坊的成立，多家機構開始訓練機構內的照顧者並執行此項照顧理念，實證報告指出，接受自立支援的高齡者有 40% 在三個月內有明顯的進步，機構的工作人員也能從中獲得專業被肯定的感受 (雷若莉、賴彥妤，2015)。然而，現有自立支援照顧相關的文獻中，除了肯定照顧者的專業提升，與被照顧者的自主能力改善外，對於自立支援照顧的品質討論，則付之闕如。甚至，就照顧品質的觀點而言，目前也缺乏對自立支援照顧作系統性的檢視與驗證，自立支援如何能提升整體照護的品質？卻鮮少被提出探究。良好的照護應建立於優質的健康照護環境，藉由落實照護過程中的各層面指標項目，進而營造出優質健康照護的結果 (杜玉卿、王瑞霞，2011)。

自立支援照護模式的發展，對老人的活動能力及生活品質，甚至是心理層面

的滿足與尊嚴，都有提升的效果，但為何自立支援能達成照護品質提升的效果，則缺乏相關的探討與解釋。以日本為例，自立支援照顧被納入介護保險支付的一環，有明確的法規依據與操作方法，對於照護品質的提升也顯而易見。然而，臺灣雖已有自立支援的導入，尚缺乏相關討論，以致於自立支援對照護品質的影響為何，仍缺乏肯定的論述。故此，本研究欲透過 Donabedian 所提出的照顧品質理論，透過「結構－過程－結果」(Structure-Process-Outcomes, SPO) 架構，探討自立支援導入照護過程中的每一面向，來檢視自立支援照顧對照顧品質提升的影響。

貳、文獻探討

一、自立支援的定義與概念

「自立支援」若從名詞上解釋，「自立」指的是，個人依其人格，自律地存在，並以主體性之地位追求生存之道，則「自立支援」係從旁支援無法表達自由意志之人，為其引導想法之謂 (王鼎楫，2014)。而無法自立的族群大多來自為能力不足之失智老人、智能障礙者、精神障礙者。

探索文獻可以發現自立支援的概念即是由肢體障礙者為追求權益與自主生活而發起的「障礙者獨立生活」(Independent Living for Disabled People) 運動演變而來。「障礙者獨立生活」(Independent Living for Disabled People) 運動起源於 1962 ~ 1969 年美國柏克萊市，創始人為

Edward V. Roberts 先生，發起者為一群住在校園 cowell 醫院肢體障礙的學生。他們和許多障礙者發現，生活的社區存在著太多的障礙跟困難。倡議在校園學術、文化與社會生活的完全參與等訴求，維護可能獨立生活的權益（CIL Berkeley, 2004）。Edward V. Roberts 有感於重度的身心障礙者，要融入社會生活不容易，因此成立了全球第一個自立生活中心（Center for Independent Living）發起自立生活運動（Independent Living for Disabled People），以協助重度身心障礙者，回歸一般社區生活，為最大的理想目標。傳統觀念認為，身心障礙者受限於體能、生理上的困難，需要社會大眾給予保護，但自立生活運動認為，身心障礙者，只是身體某部份失能，並非完全喪失所有的生活能力。若能透過他人部分的協助（如：居家服務員、個人助理等），或予以友善環境的支持，讓其有機會依靠自身剩餘的力量，完成生活所需，維持「自主權」，則較消極保護，使其喪失自我負責的機會，更具有充權（empowerment）的積極意義。由此，自立生活運動開始在世界各地蔓延，各國的特殊族群，也發展出自己的自立生活運動。

自立支援的定義隨著照顧的範疇變廣而增加了新的概念。自立支援不僅是針對無法表達自由意志之人，為其引導想法；更不僅是針對身心障礙者的生活重建；隨著社會人口高齡化的趨勢，在老人長期照顧的領域中，自立支援的概念也愈加受到重視。現今所謂自立支援照顧是指：

「藉由回復受照顧者的自主性，使其重新獲得與常人生活無異的自由」（林金立、余彥儒，2017）。就是要充分的進行日常生活活動的（ADL）的照顧，確保解決大多數日常生活功能的實際問題，以提升案主的生活品質（Quality of Life, QOL）。換句話說，即使老人在需要照顧的狀態下，照顧者也應儘可能地鼓勵老人，在自己能做到的範圍內，發揮自身的功能，支配自己的生活，致力讓老人過著其意欲的生活，並快樂的生活著（雷若莉、賴彥紓，2015）。由此可知，自立支援的理念和範圍，並不僅侷限於身體層面，而是更廣泛地涵蓋到心理、社會及文化層面，透過自立支援照顧，促進老人精神層面的滿足感，並尊重其主體與意願的支援策略（JSCI，2012）。

二、自立支援實務成效

自立支援一概念於 1980 年代由日本開始倡議及推動，幫助許多的老人回復日常生活功能，改善生活品質，這樣的理論及方法獲得廣大的認同及迴響，許多機構都開始執行這樣的照護模式，日本政府更將自立支援的理念納入介護保險中（陳湘嫻，2018）。臺灣自立支援的導入由林金立先生於 2013 年在財團法人雲林縣同仁仁愛之家與長泰老學堂日照中心開始運用，介入結果發現接受自立支援的高齡者有 40% 在三個月內有明顯的進步（林艷君、黃璉華，2018）。這樣機構式的自立支援照護與以往的社區復健不同，社區復健強調的是密集的

介入與專注於資源和參與、多學科合作、以資源為導向的方法，且通常持續 3 到 10 週（The Faculty of Medicine at the University of Oslo, 2014）。注重在急性期後的功能回復，而現今長照體系的復健模式傾向建立或重建個案健康的生活型態（lifestyle redesign），將復健觀念與原則融入日常生活中，協助個案與照顧者了解運用個人與社會資源，達到生活即復健之每日生活功能自立訓練（everyday rehabilitation 或 reablement）的目標，以促使個案最佳化現有功能，達到最大的功能獨立性與社會參與度，並預防再度失能（Lund, Michelet, Kjekken, Wyller, & Sveen, 2011）。不僅如此，自立支援照顧自引入臺灣後，在許多臨床實務工作中，甚至跨專業領域的照顧方案中，也已驗證其照顧的成效。（蔡孟璇等，2018）劉俞均等（2018）以物理治療的專業，提供整合性介入方案—「生活自立支援」，搭配輔具和環境調整，使長輩充份自主執行日常生活活動，提高其生活自理能力。由此可見，自立支援的實施，不僅是護理師，包括物理治療師等其他專業人員，透過跨領域的專業合作，也可以共同執行自立支援照顧。

三、照護品質相關理論

現今臺灣社會醫療科技發達、經濟與知識水準提高，民眾對於醫療與照護的品質要求也相對提高，醫療品質的提升是促進組織必要的改變，因此近年來各醫療機構都積極進行組織文化再造，使得品質

績效快速成長；組織架構也跟著調整，以機動性與靈活度因應，從系統、制度與組織概造的層面推廣品質提升的目標（陳玉枝等，2015）。多數學者也提出，護理品質應被視為醫療品質重要的一環，由此可見，護理照護的參與與提升也是相當重要。而醫療品質涵蓋三個重要元素：（1）促進健康：良好醫療照護結果，是討論醫療品質最基本要素。（2）病患及家屬滿意度：病患及家屬就醫時心理上、時間上和經濟上的滿意度，包括對治療和照護過程的認知和感受（3）臨床專家同儕的意見：藉由同儕專家的意見，促使醫療照護提供者，可以隨時保持最新的醫療知識和技術。傳統上，品質監測標準以臨床專家之臨床判斷為依據，尤其在專業技術層面（Knight W, 1998）。

Zimmer（1974）指出：「護理品質保證中應包括訂定標準，並依據既定的標準來評值所提供給個案的護理活動，對於未達到標準者應立即採取行動以改善缺點，並確實達到照護標準」（許煌澤等，2012）。而現行的自立支援照護模式尚無標準的照護準則與系統性的作法，但期望能透過常見的「結構—過程—結果」品質理論來檢視與評估照護過程。醫管大師 Donabedian 於 1980 年提出的「結構（Structure）—過程（Process）—結果（Outcome）」（SPO）品質評估模式，是藉由三個不同層面的指標要項，來進行照護品質的測量與檢討，並定義醫療品質為：對醫療照護的過程及相關任何環節進行評量，在平衡得失之後得以增進病人的

福利 (Donabedian, A, 1966)。「結構－過程－結果」(SPO) 模式常用於在急性醫療及長期照護等領域之評鑑，此模式強調有好的「結構」與「過程」才能有好的照護「結果」，有好的照護「結果」需有好的「結構」為基礎及好的「過程」的落實 (曾慧姬等, 2010)。良好的結構基礎才能有好的照護過程，而過程的執行足以影響結果的好壞，透過從頭到尾檢視照護的過程，能提供照護模式的發展在每一個階段進行修正。因此，「結構－過程－結果」(SPO) 理論模式，被視為檢視照護品質的良好理論架構，本研究欲以此理論，檢視並驗證自立支援照顧模式，是否也具備結構－過程－結果的各方面特點，以申言其對長輩照顧品質之影響。

參、研究方法

一、「結構－過程－結果」(SPO) 理論架構

Donabedian 於 1966 年提出結構－過程－結果 (Structure-Process-Outcomes, SPO)，作為評估醫療品質的模式，後廣泛為照護領域品質管理相關研究所採用。運用此「結構－過程－結果」(SPO) 模式驗證臨床照護的品質，不僅適用於多元照顧對象的研究主題上，如：婦女、新生兒、創傷照顧等… (Bingham, et al., 2018; Elverson and Samra, 2012; Moore, et al., 2015; Elverson and Samra, 2012)；也常見於各式照顧場域的品質研究中，包括：照護機構、急診、社區照顧與護理之家

等… (Fay, et al., 2018; Eberhart, et al., 2017; Reddy and Guzman, 2016; Forbes-Thompson and Gessert, 2005; Gentry, et al., 2018)。更值得注意的是，對於照顧的模式與照顧情境的檢視 (Nowak, et al., 2017; Khorasani, et al., 2015; Beitz, 2018)，「結構－過程－結果」(SPO) 也是具有解釋力的分析工具。故此，本研究欲以「結構－過程－結果」(SPO) 模式作為理論依據，驗證並檢視自立支援照顧的架構、過程與產果，而「結構－過程－結果」(SPO) 模式也是被廣泛運用，且具有信度與效度，可呈現自立支援照顧的品質之理論工具。

由「結構－過程－結果」(SPO) 理論來檢視自立支援模式的推動，可分成三部分探討，除了照顧者的能力與被照顧者的專業提升被肯定與討論外，對於整體照護品質的提升與否，都納入照護品質內。結構面 (Structure) 是指照護機構執行理念、設備資源、醫療團隊人力、老人的功能狀態、工作人員的素質與經驗等等；過程面 (Process) 是指老人所接受的自立支援的訓練是否正確有效、工作人員符合照護指引、機構運作準則的落實運作、與照護者之間的互動關係等；結果面 (Outcomes) 為自立支援執行後帶來的滿意度、成就感、延緩失能與生活品質提高等，整體而言，在照護過程中的結構、過程及結果，應同時納入考量，如此才能確保照顧整體的服務品質，三者缺一不可。Donabedian (1988) 認為結構與過程會促進行動，進而影響對病人治療的結果好壞，意即品質

表 1 「結構－過程－結果」（SPO）模式檢視自立支援照顧的面向

	品質管理理論	運用於自立支援的內容
結構	組織架構、空間結構、人力編制、職務結構、規章制度、財力、物力、設備、規格	照護機構執行理念、設備資源、醫療團隊人力、老人的功能狀態、工作人員的素質與經驗
過程	服務的方法、流程（工作手冊、月財務報表、健康檢查、教育訓練）、人員執行作業方式、技術、態度、及時間	自立支援的訓練是否正確有效、工作人員符合照護指引、機構運作準則的落實、與照護者之間的互動關係
結果	目標與活動結果的差異程度、利潤、績效、品質、成本、滿意度、院內感染等…	滿意度、工作人員成就感、延緩失能與生活品質提高等

須是奠基結構－過程－結果三者間的條件與運作狀況。透過針對此三方面服務的效益，即可檢視照顧的品質（Donabedian, 2003）。

Klokkerud 等（2012）在臨床上比較在復健中心與在醫院的復健治療，發覺二者在結構與過程面大相逕庭，但在復健的結果上卻無甚差異，故此認為過去我們是否太過重視過程與內容？而放大了對結果的影響。即便如此，在其研究中並未著重於品質的討論，故此，我們若欲探討自立支援對生活及照顧品質之影響，仍應遵循「結構－過程－結果」（SPO）理論的三個面向並重的原則。

二、文獻分析法

本研究採用文獻分析法（Documentary analysis method），是一種非干擾性的（unobtrusive research）研究方法。文獻分析法的優點在於它可能包括質性的資

料，也可能有量化的資料，或兼有二者性質的資料，並運用邏輯演繹或歸納的方法，加以系統化分析（葉至誠、葉立程，1999）。故此，文獻分析法在研究時間、經費有限的條件下，是效率最高，便利取得資料分析的研究方法。此外，從研究對象而言，由於任何的介入處置，無論是參與觀察或是問卷、訪談等…皆有可能與研究對象產生互動，進而影響其回答，或隱藏其真實主觀的感受，致使所蒐集的資料並未能反映出研究對象的「真實」狀況。採用非干擾性的研究方法，即可避免研究對象受到介入的干擾，使資料的分析與討論產生偏誤或失真的情形。

本研究的目的是在於探討自立支援照顧的運用，對照護品質的影響，並企圖從結構－過程－結果的理論架構，加以分析之，為達到研究的目的，採用文獻分析法，一面可以透過理論的分析架構，對照自立支援照顧實施的面向；二面也可避免受到

研究過程中，由於人的因素所造成主觀因素的影響，如：受照顧的長輩、實施自立支援照顧的工作者等…故此，本研究作者決定採用文獻分析法，應有助於本研究之資料蒐集與研究分析之需要。

本研究所蒐集之文獻，係指以中文、英文或日文撰寫之文字紀錄。包括：已發表的論文、期刊、碩博士論文、政府出版品與新聞報刊等…這些以紙本或電子檔型式保存之文字、影像資料，皆符合文獻研究法中文獻的定義（Scott, 2006）。此外，本研究在資料分析階段，也把握「閱讀字裏行間，卻超越書面」（Reading between the lines, beyond the page）原則（Payne and Payner），使文獻分析的觀點能夠更全面而深入。由於本研究探討的議題，國內尚未有相似的主題，故為一探索性研究，運用文獻分析法將有助於透過文獻的分析與討論，檢視國內的自立支援運作，而不受到太多分析過程中人的主觀態度之影響，十分適合本研究的目的。綜合上述文獻採用與蒐集原則，本文共蒐集約三十餘篇國內外文獻，作為本研究之論點支持與分析資料來源。本研究所蒐集資料的年代，依資料的性質及取得便利性而有區分，國內發行之期刊以近十年內發行者為主，蒐集自 2008 年~2018 年間之出版相關文獻為主，一面可增進對自立支援此議題的瞭解，另一面有助於探討目前臺灣導入自立支援執行方法與成效；護理品質相關文獻，則兼採近二十年內（自 1998 年~2018 年）國內醫學中心護理品質探討期刊，並運用醫療品質管理大師經典品質

理論—結構 - 過程 - 結果理論（SPO）文獻佐證本文論述觀點。

本研究蒐集文獻之資料屬性，皆為公開發表之國內外期刊，具有專業同儕審查之機制，可確保文獻分析結果的專業性及可信度。資料擷取的標準，則是透過文獻的閱讀，依據與本主題相關之內容加以整理，由作由按照自立支援的結構、過程與結果等作主題性分類，透過「結構 - 過程 - 結果」（SPO）理論架構加以歸類，分別作探討和分析。

肆、研究發現

以下就結構 - 過程 - 結果（Structure-Proces- Outcomes, SPO）三個層面來探討自立支援的照護品質，並可從機構、病人、照護人員三個面向來討論；

一、自立支援的結構面（Structure aspect）

（一）自立支援照顧具有清楚而明確的執行理念。

自立支援照顧不僅是一個理想或口號，它具有清楚而明確的執行理念。根據林艷君、黃璉華（2018）指出，2017 年「臺灣自立支援照顧專業」年會暨建構高齡社會永續發展模式研討會的內容，提出了包括：飲食、飲水、如廁、活動、空間規劃與環境調整、安排團體社交活動等…導入自立支援的本土照顧策略。由此可見，自立支援照顧的執行理念，可以透過具體操

作化的項目，進行推廣與實踐。

從微觀一面來看，機構要能導入自立支援的關鍵因素，在於管理者必須清楚自立支援的理念，並具有堅定執行的信念，推動自立支援，並在團隊內建立共同照顧意識（林金立，2017）。研究顯示團隊合作（teamwork）能提升醫療品質和預防醫療疏失（Hicks, Rosen, Hobson, Ko, & Wick, 2014; Institute of Medicine, 2006; Weller, 2011）。除了照護技術的介入之外，機構的環境與人員訓練也需要持續提升，林金立（2017）認為，透過由上而下無差別的的全員體驗訓練：由主管帶領一同參與約束、排泄、餵食等深刻體驗，體認解除約束與尿布的必要性與決心，逐漸建立照顧意識的基礎（林金立，2017），並強調整體觀念的改變，才能在機構成功導入自立支援照顧模式。目前自立支援於機構實施常見的困難，即在於主管的認知不足，當主管面臨個案權益以及照顧效率的抉擇時，經常回到照顧效率思考（林金立，2017），而產生成本利益的考量與照護價值觀的衝突。由此可見，清楚而明確的執行理念是自立支援能夠於機構推動實施的基礎，更是自立支援能提升照護品質在結構面的基本因素。

（二）照顧團隊人力的多元性與充足性，重視團隊成員的持續教育與體驗訓練。

自立支援強調的概念與在挪威提供社區長輩的「復能自立」（reablement）和「復能護理」（restorative care）有異曲

同工之妙。即是以居家失能長輩為照護對象，以能夠回復長輩最大的獨立自主能力為心目標。其重點在於由跨專業的團隊合作來提供長輩照護，團隊成員包括：醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、照顧服務員等…不僅是協助長輩規劃執行外，更要求長輩及家屬一起參與。故此，自立支援的照顧團隊人力具有多元的專業，能夠協助長輩並與長輩共同規劃復能的計劃。

照顧團隊成員在執行自立支援之前，皆透過參加自立支援照顧專業培訓說明會、zizibaba 深刻體驗營、機構種子培訓課程等，提升對自立支援的認知與專業，尤其是照顧服務員，在自立支援的照護中，反映過去跨團隊的評估與討論會議，都由醫護人員參加，鮮少有照顧者家屬或照服員的出現，但他們才是主要的照顧者，也應該接受教育與訓練，並參與團隊照護溝通。在過往的長照困境與問題反應中常提到，目前照服員的角色在從事居家服務、看護等照顧服務工作，未獲專業角色肯定，且社會地位偏低、工作時間長且辛苦、身體及精神之壓力負荷大，實不易吸收大量或年輕的人力投入（施秋蘭，2013），但在導入自立支援機構的工作人員，卻因為工作價值感提升，離職率降低，進而吸引更多年輕人加入照顧體系（林金立，2017）。故此，自立支援重視團隊成員的持續教育與體驗訓練，不但確保照顧團隊的人力資源充沛豐富，更能透過穩定優質的人力，逐漸累積團隊工作人員的經驗並提升其素質，以確保結構面的要素，

具有較佳的照顧品質。

支援照顧能確實提升照顧的品質。

（三）設施設備的提供，符合老人功能狀態與照顧的需求。

在自立支援照顧中，也重視設施設備的提供，需符合老人功能狀態與照顧的需求。在提供相關輔具或訓練設備前，先對老人功能狀態作評估與瞭解。實務工作中，在自立支援照顧模式下，會針對老人個案作篩選，因個案多來自於社區日照中心、護理之家等機構，故老人多半具有相近的特性，如：患有三高等代謝症候群、失智、或行動不便等…，多數長輩的 ADL 介於 10-55 之間。更重要的是，須尊重老人參與照護的意願，因為長輩積極參與並認同自立支援照顧理念，亦足以影響自立支援照顧進行的過程及結果。確定了長輩的功能狀態及照顧需求後，則會提供相關的設施設備，以協助其提升自主生活的能力。如：在如廁訓練中，提供長輩免治馬桶，增加如廁的舒適度；提供馬桶高墊以符合人體工學，並增加排瀉的順暢度與自主性；此外，尚包括復健型尿褲、漏尿墊等…皆是為著自立支援照顧訓練，而提供之符合老人功能狀態的設施設備。此外，尚有訓練長輩由坐到站的訓練課程，配合相關的訓練器材及輔具。在空間規劃、環境調整與善用輔具等，也提供手拉環、床上腳踏車、助步車等幫助活動，或是沐浴時長柄刷，增加長輩自行沐浴的便利性等…皆是自立支援照顧在設施設備上，提供長輩相關照顧之需求，而能提升其自主生活能力，進而達成在結構面的條件，使自立

二、自立支援的過程面（Process aspect）

（一）自立支援的執行操作尚缺乏具體明確的準則與照護執行的細節指引規範。

自立支援的執行操作，具有較大的彈性與個別化，在許多照顧的執行上，皆強調「如果沒有特別限制」時，則每日至少攝取 1,500 大卡，飲水 1,500c.c. 等…而不同黏稠度的飲食，不同風味的茶飲等，則具有很大的變化性與彈性（林艷君、黃璉華，2018）。如此保持了自立支援照顧因應多元個案需求的需要，又能增進照顧策略上的創新與實驗精神。然而，保持彈性的同時，意味著更加不規範，而自立支援的執行操作，尚缺乏具體明確的準則與照護執行的指引規範。

在保持照顧的彈性、創新與個別化，與缺乏操作的明確準則與指引規範間，二者似乎是個兩難的抉擇。在「結構－過程－結果」（SPO）模式的檢視下，自立支援缺乏對工作人員照護指引的規範，也缺乏機構運作準備落實的考核，故在過程面上，難以對自立支援照顧的品質進行定論。但另一面而言，若自立支援照顧是刻意地不定規明確的準則與工作指引規範，反倒鼓勵各單位應透過更細緻的觀察與照顧，來因應不同狀況長輩的需求，而這才是自立支援所推崇的「準則」或「指引規範」的話，或許是對自立支援照顧的另一種重新認識，並使我們能對其照顧品質的

衡酌，具有新的視角。

（二）自立支援的過程面具有持續評估、持續修正的階段性規劃。

如此所述，雖然目前自立支援的執行尚無操作規定與執行限制，但在過程面卻具有持續評估、持續修正的階段性規劃。目前自立支援的訓練多於機構進行操作，故接受訓練的老人條件背景大多相似，多為罹患代謝症候群或中風後的老人，ADL

約在 10-55 的個案來進行，透過自立支援導入半年後，可以讓個案 ADL 提升至 60-75，並提升老人的生活品質與重新建立社會關係。從自立支援的照護案例分析中，發現自立支援的實施可分為以下幾個階段與步驟（林金立，2017）：

透過上述自立支援照顧的流程與步驟，可發現自立支援的實施，在過程中具有不斷的評估與檢視機制，確保長輩能在自立支援的照顧流程中，按步就班地進

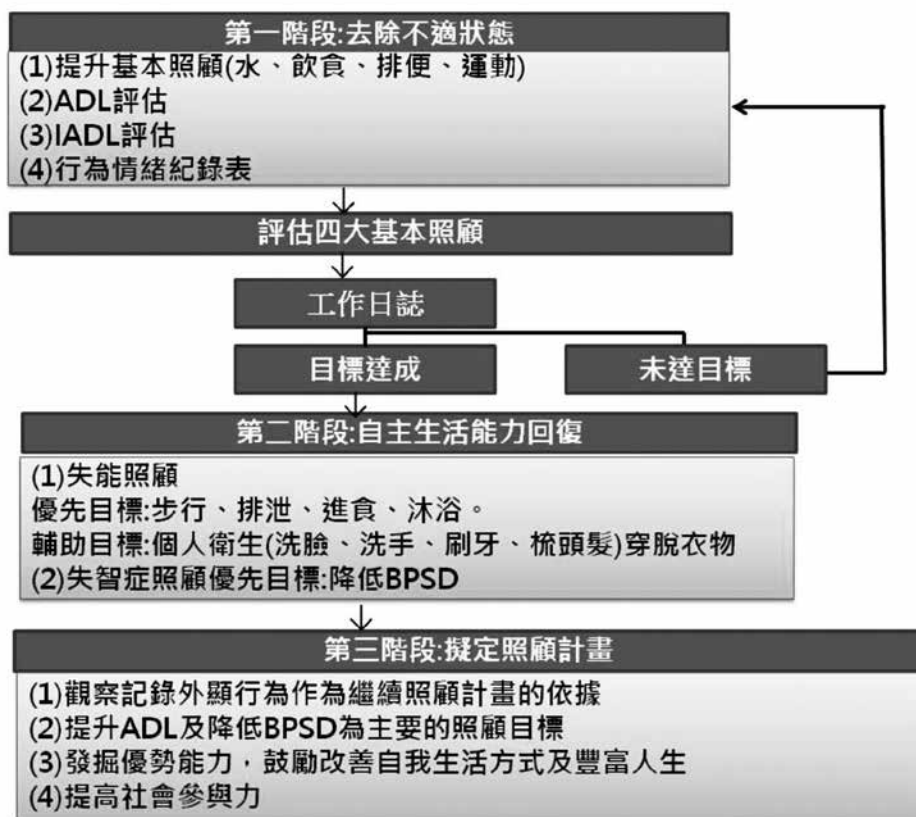


圖 1 自立支援實施的階段與步驟圖

資料來源：改編自林金立（2017）

行生活復健的過程。因此，持續評估、持續修正的階段性規劃，應是自立支援照顧中，在過程面確保其照顧品質的重要關鍵因素。

自立支援的實施過程，可分為以下幾個階段與步驟，第一階段-提升基本照顧，從水（1500c.c/日）、飲食（1500大卡/日）、排便（1-3天1次）、運動（步行、能力回復運動）四個層面介入，去除因機構照顧不足造成的不適狀態；第二階段-狀態穩定、正常功能顯現後，再評估參與者日常生活活動與工具性日常生活活動的狀態，制定相應策略，失智參與者同樣可以行為模式找出對應的解決照顧方案；而在照顧計畫上可簡化為四個目標：（1）不要坐輪椅，（2）不要穿尿布，（3）不要別人餵食，（4）不要別人協助洗澡，達成以上目標便可以在部分協助下獨立自理生活（劉立凡、王俞樺，2018）。第三階段-擬定照護計畫，觀察記錄個案的外顯行為繼續作為計畫的依據，以提升 ADL 及降低 BPSD，發掘個案優勢能力，鼓勵改善自我生活方式及提高社會參與力為最終目標（林金立，2017）。

（三）自立支援重視照顧者與被照顧者之間的互動關係，自立支援的互動過程，也影響訓練的成效。

自立支援照顧的跨專業團隊在介入前，需要接受相關訓練，以提升照顧的態度和技能，以適當的技巧激勵服務對象，並具有居家照護和其他服務轉介的能力。團隊中專業人員會協助其他工作人員，鼓

勵和協助長輩的日常訓練，重點在於激勵長輩自行完成日常活動，而非由他人代勞。因此過程中，更著重自我管理與預防策略的教育，期間也鼓勵長輩和其家屬參與所有的照顧決定，並以可促進他們以自主感的語言和溝通方式，取代專家式的控制或賦予權力的說法（劉立凡、王俞樺，2018），也透過注重病患在執行自立支援後復能的改變，不論復能程度的大小，都給予病患鼓勵與激勵家屬持續參與，在此互動的過程也促進長輩及其家屬對照護人員的滿意度，及對自立支援照顧的肯定。

自立支援在執行的過程中強調：（1）讓被照顧者做他還能做的事；（2）與被照顧者或其他工作人員一起討論他還能做到那些事；（3）協助被照顧者達成目標，過他想過的生活；（4）從與被照顧者的溝通交流之中，找到他的興趣、想法、目標以提高他的生活品質（林金立、余彥儒，2017），在這樣的過程中，也影響老人對於照護品質的感受性認知。因此，從過程面的檢視而言，自立支援重視照顧者與被照顧者之間的互動關係，亦能確保並提升照顧的品質。與此同時，重視照顧者與被照顧者之間的關係與互動過程，也可能進一步影響自立支援訓練的成效，這在自立支援的結果面，將有進一步的探討。

三、自立支援的結果面（Outcome aspect）

（一）自立支援照顧的滿意度與工作人員成就感均高，凸顯照顧的品質。

在自立支援的結果面評估，可凸顯自立支援照顧的品質與成效，即是照顧者與受照顧者的滿意度與工作人員的高度成就感。一般而言，在醫療機構服務品質及其服務滿意度的調查，並非僅看醫療照護成果面向，對於醫療人員的態度、就醫時間、醫療環境與設施，乃至對於醫療機構的整體評價等，皆可能影響醫療服務品質及病患就醫滿意度，研究發現醫療提供者在人際面的表現和病人滿意對有很高的關連，所謂人際面包含更多溝通及病人參與，而人際關係和醫病互動是影響病人滿意度的最大因素（陳英傑、陳英豪，2008）。由此可知，自立支援照顧應用於老人長期照顧，影響其結果的因素將更為複雜，而這些皆與照顧品質息息相關。

對於接受照護的長輩而言，非醫療專業的一般性服務或照護行為，乃至就醫環境等，亦會是感受滿意程度的重要部分，因此，自立支援照護的結果，除了提升老人生活品質與 ADL，更降低臺灣老人失能與過度依賴的狀況。透過自立支援的實施，也是給予受照顧的長輩，能夠嘗試激發其生活自理的鬥志，並從而獲得自信、自尊和滿意度的提升，故在生活品質上能夠有所確保。

（二）自立支援的結果呈現良好的改善成效，缺乏對失敗案例的檢討與追蹤。

據統計，至 2017 年底，臺灣已有近 130 家長照機構導入自立支援照護模式，超過 1,000 位長輩中，6~8 成在日常生活能力與減緩失能上皆有顯著成效（林艷

君、黃璉華，2018）。從自立支援引進臺灣短短數年之間，即可獲致如此豐碩的成果，確實展現了自立支援照顧的獨特成效，並在現有諸多報告及實務案例分享中，呈現出良好的改善成效，有助於長輩自立生活功能的提升。然而，如前所述，自立支援照顧的過程中，有篩選個案的階段，並依據個案個別化需求，設計並規劃相關的復能活動。因此，在結果面要能呈現出自立支援照顧的良好效果，並確保照顧的品質，則必須在架構面和過程面作好規劃及設計，故此，這也成為自立支援是否能被推廣，及普遍實施的前提設限。

不僅如此，由目前的案例分享及相關文獻檢視，多是呈現自立支援良好且正向的結果，從結果面的評核而言，照顧品質不僅是在改善成效的表揚，更具有深層意義並值得省思的，往往是並不是那麼「成功的」案例，反而在自立支援照顧的結果面相對受到忽略。意即，目前的自立支援照顧缺乏對所謂「失敗案例」的檢討與追蹤，如：在此照護模式中的跌倒率，與執行過程中照護人員的受挫感，或老人排斥情形等…在「結構 - 過程 - 結果」（SPO）模式的結果面，若欲確保照顧策略的品質，則不僅應有成功案例，也應針對其他相對未見成效的案例，作更進一步的分析與探討，以反思自立支援照顧可能改進之處，並在尋求可能的解釋和解決之道時，也同時提升了照顧的品質，故在結果面更全面地呈現自立支援照顧的全貌，應將有助於自立支援照顧的品質追求目標。

（三）延緩失能與生活品質提高的成果， 與自立支援照顧互動過程的相關性 待進一步探討。

自立支援的執行，雖然在照護過程中的困難與挑戰甚大，照顧者所耗費的時間與心力甚多，但最後老人在 ADL 的提升與生活品質得到提升，使照顧者得到成就感，並降低了離職率，提升了照護的專業性。然而，此也意味著，照顧過程面與結果面的緊密相互影響，也可能造成自立支援照顧品質上的影響和隱藏的危機。

如前所述，照顧者與被照顧者是共同擬定照顧計劃，並在相互合作的前提下，共同執行自立支援照顧計劃。然而，若是照顧者與被照顧者彼此間的互動不順暢時，或是互動過程並不理想的情況下，是否自立支援的結果面仍能保持一定的效果，而不受到過程中互動關係的影響？由此，自立支援的結果面評估，就顯得具有主觀性，而易受到執行過程的干擾。自立支援所企求的延緩失能與提升長輩生活品質的目標成果，與自立支援照顧互動過程的相關性，仍待未來作更進一步的釐清和探討。

伍、結論與建議

一、結論

綜上所論，自立支援的運作，由「結構－過程－結果」（SPO）的三個層面加以分析，可得到下述結論：

首先，在結構面，自立支援具有清楚

而明確的執行理念。其核心價值即尊重長輩的自主意願，並鼓勵長輩以自身剩餘的能力，完成生活照顧的工作。自立支援的理念在架構背景上，由主管帶領員工開始認識並認同自立支援的照護模式理念，並堅定此信念地推動之，才容易成功。此外，照顧團隊人力的多元性與充足性，重視團隊成員的持續教育與體驗訓練，重視年輕人才的培養與持續投入的意願，才能確保自立支援在架構面的服務品質；復加上因應長輩的照顧，提供相關的設施設備，以符合老人功能狀態與照顧的需求，在如廁、沐浴等生活功能提升上，能夠更加便利且增加長輩的自控感，提升其尊嚴，故依據「結構－過程－結果」（SPO）理論在架構面向的分析，自立支援應能確保自立支援照顧的品質。

再者，在過程面，自立支援的執行操作尚缺乏具體明確的準則與照護執行的細節指引規範；即便如此，自立支援的過程面仍具有持續評估、持續修正的階段性規劃，故此，在「結構－過程－結果」（SPO）模式中的過程面向，自立支援照顧仍具有不同的訓練階段與步驟，使照顧的過程，能夠確保品質；最後，在自立支援照顧的過程中，也十分重視照顧者與被照顧者之間的互動關係，在執行的過程，因為照顧價值的確立，透過訓練間的協助與鼓勵，照顧者與老人之間逐漸產生同體共存的相處關係，照顧者能夠去理解長者問題行為的緣由，老人對環境才能產生信任及安全感（林金立，2017）。透過良好的互動與溝通，能夠使受照顧者獲致較佳的照顧成

效，而照顧提供者也具有專業性提升、流動率下降的益處。但同時，自立支援的互動過程，也可能會影響訓練的成效和結果面，值得吾人未來作進一步的探討。

最後，結果面的部分，自立支援滿意度與工作人員成就感均高，凸顯出自立支援在結果面，確實具備照顧的品質；然而，從目前國內自立支援的案例分析和相關報告顯示，多數自立支援的結果皆呈現良好的改善成效，卻缺乏對失敗案例的檢討與追蹤，這對於結果面的品質分析觀點而言，不但有失客觀的角度，更缺乏改善與檢討的機會，反而可能對未來照顧品質的追求與維持，產生負面的影響；而照顧過程面與結果面的緊密相互影響，也可能造成自立支援照顧品質上的影響和隱藏的危機。如前所述，延緩失能與長輩生活品質提高的成果，與自立支援照顧互動過程的相關性，將有待未來的研究。

二、建議

本研究根據「結構 - 過程 - 結果」(SPO)理論檢視自立支援照顧模式，並藉由「結構 - 過程 - 結果」(SPO)的三面向，解釋何以自立支援照顧確能提升照顧品質。透過本研究的發現，說明在自立支援的各個面向中，具有符合「結構 - 過程 - 結果」(SPO)指標的要素，不僅如此，對於未來自立支援照顧在我國長期照顧領域的推廣、普及與本土化的實施，本研究作者也不揣才疏學淺，嘗試提出下列相關建議，供各方參酌。

(一) 在架構面

自立支援照顧十分強調人才的培養和育成，建議未來應考量規劃出不同課程與教材，並以系統化、授予證照的受訓課程，分級專業程度與人才資格，使自立支援的照顧人才能夠有進階及培養照顧專業的長期規劃。使實施自立支援照顧的工作人員，也能逐步累積其素質與經驗，並因應不同長輩照顧上的需要，發展出符合其照顧需求的創新策略。

(二) 在過程面

由於自立支援照顧的過程面受到照顧者與被照顧者間互動的影響因素甚大，而在目前自立支援照顧的執行操作，尚缺乏具體明確的準則與照護執行的細節指引規範。如前所述，為在規範與彈性間保持平衡，並讓自立支援照顧能最大程度地滿足長輩個別化需求，建議可以考量以照顧指引手冊，或是提供自立支援照顧的參考準則等…以半結構式的規範，嘗試在一定的框架內保持彈性，以確保工作人員能符合照護指引，並進一步確認自立支援照顧的訓練是否正確有效，達成過程面的品質管理要求。

(三) 在結果面

針對已導入自立支援的機構與案例作分類，並建立長期追蹤和定期檢核研討之機制，作為長期的成果追蹤和資料庫累積的基礎。此外，由於自立支援透過實務案例的教學和訓練十分重要，建議可針對自立支援相關案例作持續性的討論和分享，

以瞭解自立支援在各機構實施的全貌。同時，不僅是關於自立支援成功案例的分享，也能針對未有顯著成效的案例加以檢討和分析，找出可能的原因和解決之道。進一步而言，如此持續長期的努力，將使自立支援的成果不僅限於特定的個案或個別的機構，而有機會促進更好的照顧模式創新，可進一步引導長期照顧觀念的改變。

在作者有限的時間及資源條件限制下，尚未能提出全面而完整的建議，僅能先就本研究的發現，提出此些具體操作建議，作為階段性成果。本研究透過「結構－過程－結果」（SPO）模式，檢視自立支

援照顧的照顧品質，並針對自立支援在結構－過程－結果的三個面向上，提出其能符合照顧品質理論的可能解釋與建議，期望能達到拋磚引玉的效果，並為未來我國自立支援在老人長期照顧領域的推動，增添新的努力方向以喚起更多人的重視，以共同促進我國老人長期照顧與專業服務的進步。

（本文作者：劉家勇為長庚科技大學高齡暨健康照護管理系助理教授；賴馨儀為新北市政府林口區衛生所護理師）

關鍵詞：自立支援、「結構－過程－結果」（SPO）、照護品質理論、長期照顧

參考文獻

- 內政部（2018）。老年人口突破 14% 內政部：臺灣正式邁入高齡社會。取自 https://www.moi.gov.tw/chi/chi_news/news_detail.aspx?type_code=02&sn=13723。
- 王俞樺、劉立凡（2018）。自立支援照護與各國發展模式之簡介。*照顧學期刊*，3（1），1-15。
- 王鼎楫（2018）。淺談日本「日常生活自立支援事業」。李瑞金（主持人），老人保護相關研究報告。103 年全國老人保護研討會，中華民國老人福利推動聯盟。
- 杜玉卿、王瑞霞（2011）。從病人安全談優質健康照護環境。*護理雜誌*，58（3）：93-98。
- 社企流（2018）。「長照革命」：他引入日本「自立支援」照顧法，讓失能長者向尿布、臥床、約束說不！取自 <http://www.seinsights.asia/article/3289/3274/4394>。
- 林金立（2017）。自立支援照顧，華人社會照顧革命的蝴蝶效應。*照顧學期刊*，創刊號，2-15。
- 林金立、余彥儒（2017）。自立支援照顧的臺灣實踐。*長期照護雜誌*，21（1）：15-18。
- 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。
- 施秋蘭（2013）。我國長期照顧專業人力培育現況與困境。*銀髮世紀*，56：0-6。
- 陳玉枝、林麗華、陳碧惠、周幸生、林秋芬（2015）。*護理品質管理*。台北市：華杏出版社。

- 陳英傑、陳英豪（2008）。應用病患滿意度概念於醫療服務品質之探析。*品質月刊*，44（5）：14-17。
- 陳湘瑜（譯）（2018）。*葵照護 Aoi Care：小規模多機能＋自立支援，讓人信賴的社區型新照護模式*（原作者：森田洋之，加藤忠相）。台北市：太雅出版社。（原著出版年：2012）
- 曾慧姬、陳靜敏、李孟芬、蔡淑鳳（2010）。台灣長期照顧管理中心運作現況探討。*長期照護雜誌*，14（2）：161 - 176。
- 葉至誠、葉立程（1999）。研究方法與論文寫作。臺北：商鼎文化。
- 雷若莉、賴彥妤（譯）（2015）。*竹內失智症照護指南：掌握水分、飲食、排泄、運動，半數以上失智症狀改善*（原作者：竹內孝仁）。台北市：原水文化。（原著出版年：2012）
- 蔡孟璇、李依軒、劉家勇（2018）。腦中風老年個案實施自立支援成效之評估，以臺南某護理之家為例。*臺灣老年醫學暨老年學會雜誌*，13（3）：181-190。
- 劉俞均、林佩欣、賴明妙、雷若莉、蔡秀欣（2018）。物理治療對臺灣「生活自立支援」長期照護新興模式之整合性介入方案執行成效。*物理治療*，43（2）：155-156。
- Beitz, J. M（2018）. Attitude isn' t the only thing, it' s everything: Humanistic care of the bariatric patient using Donabedian' s perspective on quality of care, *Ostomy Wound Management*, 64（1）：12-17.
- Bingham, D., Scheich, B., and Bateman, B. T.（2018）. Structure, process and outcome data of AWHONN' s postpartum hemorrhage quality improvement project, *Journal of Obstetric , Gynecologic & Neonatal Nursing（JOGNN）* , 47（5）：707-718.
- Center for Independent Living Inc（CIL）, Berkeley.（2004）. Mission and History. April 2, 2004, retrieved from <http://www.cilberkeley.org/history.htm>
- Donabedian, A.（1966）.Evaluating the Quality of Medical Care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44（2）：166-206.
- Donabedian, A.（1988）. Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25: 173-192.
- Donabedian, A.（2003）. An introduction to quality assurance in health care. NY：Oxford University Press.
- Eberhart, N. K., Dunbar, M. S., Bogdan, O, Xenakis, L, Pedersen, E. R., Tanielian, T.（2017）. The unified behavioral health center for military veterans and their families, *Rand Health Quality*, 6（4）：13.
- Elverson, C. A. and Samra, H. A.（2012）. Overview of structure, process, and outcome indicators of quality in neonatal care, *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 12（3）：154-161.

- Fay, L., Carll-White, A., Real, K. (2018). Emergency nurses' perceptions of efficiency and design: Examining ED structure, process, and outcomes, *Journal of Emergency Nursing*, 44 (3) : 274-279.
- Forbes-Thompson, S., Gessert, C. E. (2005). End of life in nursing homes: Connections between structure, process, and outcomes, *Journal of Palliative Medicine*, 8 (3) : 545-555.
- Gentry, S. V., Powers, E. F. J., Azim, N., Maidrag, M. (2018). Effectiveness of a voluntary family befriending service: A mixed methods evaluation using the Donabedian model, *Public Health*, 160: 87-93.
- JSCI 日本自立支援協會 (2012)。自立支援介護とは。取自
<http://jscil.com/contcept>。
- Khorasani, P., Rassouli, M., Parvizy, S., Zagheri-Tafreshi, M., Nasr-Esfahani, M. (2015). Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20 (3) : 387-397.
- Klokke, M., Hagen, K. B., Lochting, I., Uhlig, T., Kjekshus, I., Grotle, M. (2012). Does the content really matter? A study comparing structure, process, and outcome of team rehabilitation for patients with inflammatory arthritis in two different clinical settings, *Scandinavian Journal Rheumatology*, 41:20-28.
- Knight W. (1998). Managed care. What it is and how it works. Chapter 7, Quality of care. (pp.193-225). Aspen : Publishers
- Langeland, E. (2014). Rehabilitation of everyday function in community-dwelling adults (Hverdagsrehabilitering). *An intervention Study*. Paper presented at the CHARM National conference 2014: Trends in Rehabilitation Services Research, Oslo, Norway.
- Lund, A., Michelet, M., Kjekshus, I., Wyller, T. B., & Sveen, U. (2011). Development of a person-centred lifestyle intervention for older adults following a stroke or transient ischaemic attack. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Early Online, 1-10.
- Marsden, E., Taylor, A., Wallis, M., Craswell, A., Broadben, M., Barnett, A., Nguyen, K. H., Crilly, J., Johnson, C., Glenwright, A. (2017). A structure, process and outcome evaluation of the geriatric emergency department intervention model of care: a study protocol, *BMC Geriatrics*, 17: 76.
- Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G., Lapointe, J. (2015). Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system, 78 (6) : 1168-1175.

- Nowak, M., Pfaff, H., Karbach, U. (2017) . Does value stream mapping affect the structure, process, and outcome quality in care facilities? A systematic review, *Systematic Reviews*, 6 (1) : 170.
- Reddy, A. J., Guzman, J. A. (2016) . Quality improvement process in a large intensive care unit: Structure and outcomes, 31 (6) : 552-558.
- Scott, J. (2006) . *Documentary Research*, London: Sage Publications Ltd.
- The Faculty of Medicine at the University of Oslo (2014) . Rehabilitation of everyday function in community-dwelling adults (hverdagsrehabilitering) . An intervention study. 取自 <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/presentasjoner/elangeland2014.pdf>.
- Wolchik, S. A., West, S. G., Sandler, I. N. Tein, J., Coatsworth, D., Lengua, L., & Botros, N. (2000) . An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 68: 843-856
- Zimmer, M., J (1974) . Quality assurance for outcomes of patient care. *Nursing Clinics of America*, 74 (9) : 305-331