國 立 政 治 大 學 社 會 工 作 研 究 所

碩 士 論 文

指導教授：呂寶靜 博士

餐食服務服務品質與服務成效之探究
—從服務使用者觀點出發

The exploration of meal service quality and service outcome - from a service user perspective

研究生：潘承揚

中華民國一〇二年一月

謝誌

時序入秋，自期末口試後沉浸近兩年的論文終於寫到終點。回想兩年前即將踏入正式工作職場前夕，每晚乘著微涼的秋風，不時聽到夏末蟬鳴聲響，夜裡四周環境特別寧靜，適合讓腦袋的思緒及想法不斷奔出、湧現，再化為具體，一字一字地寫下從寶貴研究資料得出的研究發現。那時秋天的夜晚很特別，雲層稀薄，月亮、星星掛在天上，即便身處市區，在黑夜裡仍顯得特別明亮，常常論文卡住時，走到外頭仰望浩瀚星空，再閉上眼讓腦袋及心靈沉靜一會兒，感受著周遭的靜謐，就又能豁然開朗浮現新靈感。因而，特別想在相似的時刻，完成這篇論文。

首先感謝我的恩師呂寶靜老師給了我進入政治大學讀書的機會，以及在老人福利服務領域的知識薰陶，還有以身示範嚴謹治學態度與邏輯思考能力，這些都是終身受用的寶貴學習經驗。其實當初想要讀碩士班，正是在大學三年級讀到老師執行長照服務體系先導計畫後的著作而深受啟發，因而想要學習更多更深入的專業學術知識。記得碩士班招生口試會場，呂老師問：你已經錄取其它學校的碩士班，如果我們再錄取你，你會選哪間？當時想了幾秒後回答了這麼一句：我會選擇政大，這裡雖然比較偏遠，離市區有段距離，但少了熱鬧少了誘惑；而且，風景很好，有小河、一大片後山和樹林，很適合讀書，還有散步。口試結束後被同行學長說糟糕到不行，但這已是當時我能給出最真誠的回答。謝謝老師願意接受。其次，感謝王增勇老師教導的質性研究，讓我學習到個人生命經驗其實是可以和學術知識相連結的，研究者不一定要和研究資料保持一段客觀距離，而是可能實際參與其中，把自己融為其中一部分的；另外，擔任老師研究助理期間有幸參與同志團體研究，每次的焦點團體中聽到許多夥伴分享個人生命故事，讓我短期內對這群體增加許多認識。也感謝宋麗玉老師教導的社會工作研究方法與量化統計分析，謝美娥老師教導的社會工作理論，學習了這些基礎知識後，才能夠在符合學術體系的規範下，依循無數前輩們嘔心瀝血合力築起的論文高牆上，再砌上一小塊磚。感謝張宏哲與沈慶盈老師，兩位口試委員在口試會場給予許多寶貴意見，協助我將這篇論文寫得更好。感謝臺北市政府社會局，特別是暑期實習督導馬股長居中協調，這篇論文才能付諸執行。最後，也最重要的是，感謝願意受訪的服務提供單位及可愛的阿公阿嬤們，因為妳/你們的回覆，這篇論文才得以順利完稿，感恩之情難以言喻。

曾經覺得東海大學校園的美景是政治大學所不及的，但在畢業之際我才意識到自己也多麼喜愛這所學校，除了天然的河光山色，最美也最難忘的其實是人情。何其有幸，能夠與妳/你們相識，98 級的同窗們：施孟儀(小孟)、陳湘緣、邱筠雅(老大)、蘇玲巧、吳姿瑩、龔千逢、洪若耘、蔡宜璇、朱玉欣，以及無緣在同所學校畢業的*胡善喻(粉紅 soulmate)*；96 級的學長姐友人們：謝佳男、石晏宇、馮譯葶；97 級的學長姐友人們：廖偉迪(大珍珠)、蔡舒涵、李宜樺(搞笑一姐)、許庭芸(178 高 girl)、洪文滿、陳美磬、陳映潔、吳健瑋、陳思淳、楊伊伊；99 級的學弟妹友人們：蔡昇倍(偶像)、徐于婷(寶咖咖)、鄭琦縈(RuRu 精靈)、蔡芸佳(小白)、楊佩蓉、魏海帆，還有 100 級的學弟林展鵬。往後當我回想起這三年，或回到校園散步時，必會笑著想起和妳/你們一同經歷的生命經驗，在 42 教室及電腦室埋頭苦讀熬過數不清的夜晚，看著日落到日出；一邊漫步後山一邊閒聊，同時觀察它四季變化，夏夜聽著蟬鳴、尋找螢火蟲的微光，冬夜看著櫻花盛開、感受那些微刺骨的寒風；結伴到綠島玩，人生第一次出海飽覽臺灣外島的美麗；為了考上高普考組成考試機器人訓練班，考前幾個月每天和行政法培養友好關係，再反覆地複習社會工作知識，最後達到五成上榜率；成立精靈花叢社工師事務所，雖還沒正式開業卻已先服務了我們自己和周遭友人，轉圈圈、撒花瓣，吃吃喝喝聊天玩樂的慶祝活動真是舒緩課業和論文壓力最好的支持性服務；還有寶寶船隊的船友們，在論文寫作最後階段不停互相加油打氣，最後才能在同一時間一起完成期末口試笑著攜手上岸，不致漂流在茫茫論文大海裡。

東海大學的好友及室友們：孫仲良、許介銘、陳建憲、李侑蒼、林冠廷，願我們一直是那種細水長流，雖許久不見但一見面往昔的感覺馬上回來的好朋友。

寫在最後，感謝我的母親，從出生到現在不論任何時刻的協助與支持。

珍惜的人，珍惜妳/你的人。

一個人為什麼會獲得珍惜呢？因為她/他值得。

潘承揚　謹致

撰於 104 年　春日

中文摘要

本研究旨在從服務使用者觀點探究餐食服務服務品質與服務成效之影響關係；具體而言，要瞭解服務使用者對於服務品質之評價及使用服務後的成效，並分析其個別影響因素。本研究之測量工具為結構式問卷，參考了 Parasuraman 等人設計的服務品質量表(SERVQUAL)，從有形性、信賴性、回應性、保證性、同理心五個測量構面自行發展出 22 個題項的餐食服務服務品質量表；另以生理、心理暨社會需求滿足程度測量使用餐食服務後之成效。研究於臺北市進行，由訪員到府或到共餐服務據點向研究對象面訪蒐集資料，總計蒐集到 130 份有效樣本，分析結果摘要如下：

受訪研究對象中男女約佔各半，平均年齡落在 78.87 歲，以中老年人所佔比例最高(40.0%)。社會經濟地位方面，46.2%的受訪者教育程度在國小以上，一般戶比例超過四成(42.3%)，一半以上(54.6%)自認經濟狀況普通。健康狀況方面，45.4%的受訪者認為健康狀況不好，33.8%認為普通。而在社會支持與社會互動方面，半數以上(54.6%)受訪者為獨居，且普遍而言與鄰居、朋友往來和參與社區活動都不夠頻繁，社會互動程度約落在中低度參與。

從實際服務品質量表分析結果發現，普遍而言受訪者們對餐食服務有好的評價，且相較於對服務的期望，受訪者對實際接受到的服務狀況表達出更多支持與肯定。分數最高的前三項目依序是：(1)吃飯時間一定會提供餐點；(2)服務人員動作快速；(3)供餐時間剛好是吃飯時間。整體而言，受訪者們認為服務提供單位的實際表現優於預先期望，稱得上服務品質良好，較佳的三個構面為：(1)回應性、(2)有形性、(3)信賴性。經階層迴歸分析結果顯示，社會經濟地位、健康狀況、社會互動程度，以及服務提供單位工作狀況對服務品質有顯著影響。

在餐食服務成效部分，研究結果發現受訪者們接受餐食服務後在生理、心理暨社會需求面能達到中高程度滿足狀態，量表中平均分數較高的前三項是：(1)每天餐食會固定送到，不用擔心或焦慮；(2)不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙

準備餐點；(3)生活滿意度提高。

本研究已初步探究了餐食服務服務品質與服務成效，立基於研究發現，建議後續研究可朝四個方向發展：(1)採橫斷性研究方法複製本研究之抽樣架構大量蒐集資料，重新檢視既有文獻將問卷再精簡化，並盡可能捕捉到各變項間變異性；(2)採貫時性前後測比較研究方法，於服務使用者尚未接受餐食服務前先進行一次資料蒐集瞭解其期待的服務品質，待接受服務一段時間後再進行第二次或多次資料蒐集，瞭解其對實際服務的看法；(3)採質性研究方法進行深度訪談，讓受訪者以更自由、開放的方式表達其對服務品質的主觀看法；(4)選取不同場域進行研究以探究地域間差異性。

關鍵字：餐食服務、服務品質、服務成效

國立政治大學 National Chengchi University

Abstract

This study aimed to explore the relevance between meal service quality and service outcome from a service user perspective; specifically, to understand how meal service users evaluate meal service quality and their outcome, and to analyze their influential factors. Measurement tool of this study were structured questionnaire, including a meal service quality scale, (revised from SERVQUAL by Parasuraman et al), and a physiological, psychological and social need satisfaction scale. The study was conducted in Taipei city and 130 valid samples were collected. The summary of the results is as follows:

The gender proportion of respondents is half male and half female, with an average age of 78.87 years old. In terms of socio-economic status, 46.2 percent of respondents in the elementary school, general household ratio exceeded four percent (42.3%), more than half (54.6%) considered themselves general economic conditions; of health status, 45.4 percent of respondents thought that poor health, with 33.8 percent thought ordinary. In terms of social support and social interaction, more than half (54.6%) respondents lived alone, and generally speaking with neighbors, friends, contacts and participation in community activities were not frequent enough, the degree of social interaction about fell in low participation.

Analysis of perceived service quality scale found that respondents had a good evaluation of the meal service and gave more affirmation to it than to expected service quality. Score the highest order of the first three items were: (a)meal must be provided when time to eat; (b)Service providers act quickly; (c)meal service time was in line with lunch or dinner time. Overall, the respondents thought that the actual performance of the service providers was better than previously expected. Score the highest order of the first three dimensions were: (a)responsiveness; (b)tangibility; (c)reliability. The result of hierarchical regression analysis showed that

socio-economic status, health status, degree of social interaction, and service providers working conditions had significant impacts on perceived service quality.

The analysis results of outcome of meal service had found that respondents achieved higher degree of physical, psychological and Social need satisfaction after receiving meal service. The average scale score the highest order of the first three items were: (a)meal delivered every day, no need to worry or be anxious about it; (b)no need to ask family members, relatives or friends for helping preparing meals; (c)life satisfaction increased.

Based on the study results, further research could develop towards four directions: (a)replicate this cross-sectional study and collect samples and variable variances as many as possible; (b)conduct a longitudinal study, collect study data before service user receiving meal service and after several days, twice or more data collected times are advised; (c)conduct a qualitative research, allow respondents express subjective opinions about meal service quality in a more open way by in-depth interview; (d)study in different field to explore the inter-regional differences.

key words: meal service, service quality, service outcome.

國立政治大學 National Chengchi University

目錄

第一章　緒論.....1

第一節　研究緣起.....1

第二節　研究背景.....2

第三節　研究問題意識.....11

第四節　研究目的.....14

第五節　名詞解釋.....15

第二章　文獻探討.....17

第一節　餐食服務的提供現況.....17

第二節　餐食服務服務品質.....37

第三節　餐食服務服務品質的概念模型.....57

第三章　研究方法.....74

第一節　研究設計.....74

第二節　研究工具.....77

第三節　研究對象與資料蒐集.....84

第四節　資料處理與分析.....88

第五節　研究倫理.....89

第四章　研究資料分析.....91

第一節　描述性統計.....91

第二節　餐食服務服務品質之相關因素分析.....114

第三節　餐食服務成效之相關因素分析.....139

第五章　結論與建議.....152

第一節　研究發現.....152

第二節　討論與建議.....157

第三節　研究限制與對未來研究建議.....164

第四節　研究者反思……166

參考文獻……168

附錄一：臺北市餐食服務提供單位名冊(按服務輸送方式分)……176

附錄二：研究問卷(服務提供單位) ……179

附錄三：研究問卷(服務使用者) ……180

表目錄

表 1-2-1　1993 至 2011 年 2 月我國老年人口統計……2

表 1-2-2　2011 年 2 月我國老年人口統計按性別、10 歲年齡組分……4

表 1-2-3　2003 年至 2010 年上半年度餐食服務統計……8

表 1-2-4　2003 年至 2010 年上半年度定點用餐及送餐到家服務統計……10

表 2-1-1　餐食服務輸送模式……26

表 2-2-1　服務之定義……38

表 2-2-2　「產品」與「服務」之特性比較……40

表 2-2-3　餐食服務在「餐食」與「服務」面的特性……42

表 2-2-4　品質之定義……44

表 2-2-5　服務品質構面……49

表 2-2-6　Parasuraman, Zeithaml, & Berry 服務品質構面……52

表 2-2-7　服務品質量表(SERVQUAL) ……53

表 2-2-8　餐食服務服務品質量表(Meal Service SERVQUAL) ……55

表 2-3-1　服務品質缺口的改善策略……63

表 2-3-2　餐食服務滿意度相關研究結果整理……65

表 3-3-1　臺北市 2010 年老人福利科暨人民團體科餐食服務人數統計……85

表 3-3-2　研究抽樣架構……87

表 3-3-3　研究樣本蒐集狀況……88

表 4-1-1　受訪者個人背景資料……92
表 4-1-2　受訪者健康狀況……94
表 4-1-3　接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度各題項次數分配……95
表 4-1-4　接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度……96
表 4-1-5　受訪者社會支持狀況……97
表 4-1-6　受訪者社會互動程度……98
表 4-1-7　服務使用情形……99
表 4-1-8　受訪者的服務提供單位背景資料……101
表 4-1-9　服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度……102
表 4-1-10 服務品質量表─期望服務……104
表 4-1-11 服務品質量表─實際服務……106
表 4-1-12 服務品質量表落差分數……107
表 4-1-13 服務品質評價……108
表 4-1-14 生理、心理暨社會需求滿足程度……109
表 4-2-1　個人因素與期望服務品質獨立樣本 T 檢定……115
表 4-2-2　個人因素與期望服務品質單因子變異數分析……116
表 4-2-3　個人因素與期望服務品質 Pearson 積差相關分析……116
表 4-2-4　組織因素與期望服務品質 Pearson 積差相關分析……117
表 4-2-5　個人因素與實際服務品質獨立樣本 T 檢定……118
表 4-2-6　個人因素與實際服務品質單因子變異數分析……119
表 4-2-7　個人因素與實際服務品質 Pearson 積差相關分析……119
表 4-2-8　組織因素與實際服務品質 Pearson 積差相關分析……120
表 4-2-9　個人因素與餐食服務服務品質獨立樣本 T 檢定……121
表 4-2-10 個人因素與餐食服務服務品質單因子變異數分析……122
表 4-2-11 個人因素與餐食服務服務品質 Pearson 積差相關分析……122
表 4-2-12 組織因素與餐食服務服務品質 Pearson 積差相關分析……123

表 4-2-13 餐食服務服務品質雙變項分析結果摘要……..…125
表 4-2-14 期望服務品質階層迴歸分析……...128
表 4-2-15 實際服務品質階層迴歸分析……...131
表 4-2-16 餐食服務服務品質階層迴歸分析……...134
表 4-2-17 餐食服務服務品質多變項分析結果摘要……..…139
表 4-3-1 個人因素與餐食服務成效獨立樣本 T 檢定……...141
表 4-3-2 個人因素與餐食服務成效單因子變異數分析……...142
表 4-3-3 個人因素與餐食服務成效 Pearson 積差相關分析……..……142
表 4-3-4 組織因素與餐食服務成效 Pearson 積差相關分析……..……143
表 4-3-5 服務品質與餐食服務成效 Pearson 積差相關分析……..……143
表 4-3-6 餐食服務成效雙變項分析結果摘要……..……144
表 4-3-7 餐食服務成效階層迴歸分析……...……147
表 4-3-8 餐食服務成效多變項分析結果摘要……...…151

圖目錄

圖 1-2-1 1993 至 2011 年 2 月我國老年人口增長趨勢……..……3
圖 1-2-2 以 Maslow 需求層級理論例示餐食服務可滿足的需求……7
圖 2-1-1 我國長期照顧十年計畫餐食服務運作流程……22
圖 2-1-2 臺北市政府社區互助溫馨送餐計畫運作流程……..……24
圖 2-1-3 餐食服務實務工作模式……..……...…28
圖 2-2-1 餐食服務循環……..……..….41
圖 2-2-2 品質概念、定義方式及構面之關係……...……46
圖 2-3-1 服務品質缺口模型……59
圖 2-3-2 認知服務品質的形成歷程……..……60
圖 2-3-3 服務品質缺口模型(服務使用者部分) ……..……67

圖 2-3-4　服務品質缺口模型應用於餐食服務……69
圖 2-3-5　研究架構圖……72
圖 4-2-1　期望服務品質標準化殘差之直方圖……129
圖 4-2-2　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖……129
圖 4-2-3　標準化殘差與預測值交叉之散布圖……129
圖 4-2-4　實際服務品質標準化殘差之直方圖……132
圖 4-2-5　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖……132
圖 4-2-6　標準化殘差與預測值交叉之散布圖……132
圖 4-2-7　餐食服務服務品質標準化殘差之直方圖……135
圖 4-2-8　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖……135
圖 4-2-9　標準化殘差與預測值交叉之散布圖……135
圖 4-3-1　餐食服務成效標準化殘差之直方圖……148
圖 4-3-2　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖……148
圖 4-3-3　標準化殘差與預測值交叉之散布圖……148
圖 5-1-1　餐食服務服務品質與服務成效相關性之架構……157

第一章　緒論

第一節　研究緣起

研究者於大學社會工作實習課程曾參與臺中市私立甘霖社會福利慈善事業基金會之餐食服務(meal service)，透過協助備餐與送餐、進行個案初訪、個案追蹤評估等，學習到餐食服務之細部運作過程；爾後研究所社會工作實習課程，於臺北市政府社會局人民團體科執行餐食服務專題訪談，瞭解 2010 年臺北市 17 家社區發展協會提供餐食服務之狀況。兩次實習皆以餐食服務為學習主軸，但第一次的角色為內部人員(insider)，藉著深度參與學習服務如何被執行；第二次的角色定位為外部人員(outsider)，藉由廣泛地觀察與訪談瞭解服務的產出是什麼。

這樣的實習經驗，研究者深刻體驗到餐食服務對居住於社區的服務對象之必要性，餐食本身可滿足每日身理上的營養需求外，內含的社會支持意義更為重要，如創造社會接觸之機會，服務者透過關懷問安、對話，可有效提供服務對象心理支持，舒緩內在的孤寂感受；或作為一種確認機制(check-up system)，確認服務對象於家中的安全；甚至是在服務期間發現長者其他需求，提供相關資訊並協助連結至服務提供單位(Roseman, 2007)。餐食服務牽涉到多專業的協調合作，諸如醫療、營養、護理，以及社會工作等。依照 Choi(2001)所述，餐食服務的內涵可分為健康與社會服務兩個層面。健康層面關注的是生理健康：如餐食中的卡路里、醣類、蛋白質、脂質等經適當調配，期能協助服務對象維持正常生理機能；或與醫療處置相搭配，促成疾病快速痊癒，這些是醫療服務領域之營養與護理學門所致力的。而作為社會工作者，我們期待在服務程中對服務對象的心理與社會健康有所裨益；這讓研究者思考到：一項服務的良窳僅以提供者單方說法為斷是否可信？若再加入服務主體─服務對象的聲音，會不會更適切？那麼，若從服務對象的角度來看，各社福機構、組織提供的餐食服務品質究竟如何？與服務對象所預期的是否一致？這是研究者感到好奇的。

自實習經驗引發對餐食服務品質的好奇，復加上我國長期照顧十年計畫(行政院，2007)將其納入家庭─社區─機構多元連續服務之一環，至今服務遍及全臺灣，且服務量逐年攀高，故研究者認為有必要對服務品質議題深入探究，以補充國內既有專業知識缺口，進而用作實務工作之參考。

第二節　研究背景

於 1993 年 9 月，我國老年人口(65 歲以上)計 149 萬多人，佔總人口比率超過 7%，達高齡化國家(aging nation)門檻。表 1-2-1 及圖 1-2-1 呈現了我國近年老年人口數增長之趨勢，1997 年老年人口佔總人口比率超過 8%，2002 年超過 9%，2007 年超過 10%；又 1993 至 2009 年之間每年約增長 0.2%，2010 年迄今增長趨勢才緩慢下來。

表 1-2-1　1993 至 2011 年 2 月我國老年人口統計

年代	老年人口數(人)	總人口數(人)	老年人口佔總人口比例
1993 年	1,490,801	20,995,416	7.10%
1995 年	1,631,054	21,357,431	7.64%
1997 年	1,752,056	21,742,815	8.06%
2000 年	1,921,308	22,276,672	8.62%
2002 年	2,031,300	22,520,776	9.02%
2005 年	2,216,804	22,770,383	9.74%
2007 年	2,343,092	22,958,360	10.21%
2010 年	2,487,893	23,162,123	10.74%
2011 年 2 月	2,489,796	23,164,457	10.75%

資料來源：整理自內政統計月報─現住人口按五歲、十歲年齡組分

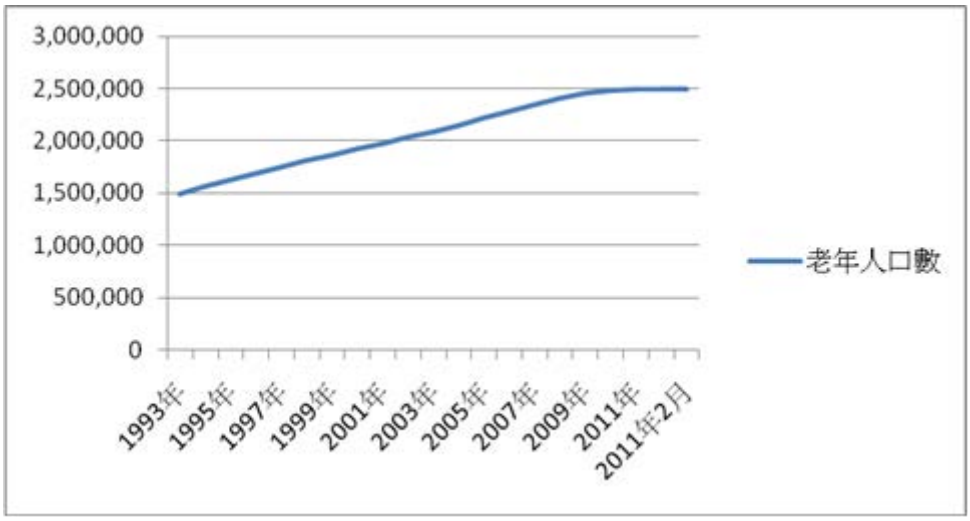


圖 1-2-1　1993 至 2011 年 2 月我國老年人口增長趨勢

資料來源：整理自內政統計月報—現住人口按五歲、十歲年齡組分

截止至 2011 年 2 月，我國老年人口已逼近 249 萬人，佔總人口比率 10.75%；(內政部統計處，2011)。由表 1-2-2 顯示，65 至 74 歲之年輕老人計 138 萬 2 千餘人，佔老年人口比率 55%；75 至 84 歲之老人計 86 萬 3 千餘人，佔老年人口比率 35%；85 歲以上之老老人計 24 萬 4 千餘人，佔老年人口比率 10%；兩性在三個年齡組別亦呈現同樣之分配情況。又依據經建會 2010 年的推估(採中推計值)，老年人口比率未來仍持續上升，至 2060 年將大幅上升至 41.6%，邁入超高齡國家[1]；此外，80 歲以上之高高齡人口佔老年人口比率亦將由目前之 24.42%大幅攀升至 44.0%。換句話說，到了 2060 年，在路上看到的五個人之中，即可能有兩個是老人，且其中一位已超過 80 歲。為因應未來我國人口結構之劇變，政府有責任規劃完善的老人社會福利政策，並引導民間社會福利機構組織提供妥適的福利服務；再有進者，須轉化過去慣以弱勢群體為服務對象的殘補式福利模式，將每位社區長者都視為潛在服務對象，以服務作為增進老人生活品質的策略。

[1] 一國之中老年人口佔總人口比例超過 20%稱為超高齡國家。

表 1-1-2　2011 年 2 月我國老年人口統計按性別、10 歲年齡組分

單位：人

	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	總計
男性	648,509(55%)	422,376(35%)	116,719(10%)	1,187,604(100%)
女性	733,540(55%)	441,318(35%)	127,334(10%)	1,302,192(100%)
總計	1,382,049(55%)	863,694(35%)	244,053(10%)	2,489,796(100%)

資料來源：整理自內政統計月報─現住人口按五歲、十歲年齡組分

當個人邁入老年階段，常會經歷到生理、心理，以及社會三個層面的改變。生理老化係指因老化而引起的生理現象之變化，如體型上的變化、感官的退化，及消化系統、循環系統、呼吸系統、泌尿系統、神經系統等各系統之改變。心理上的老化則是指老人之心理表現，起因於生理老化過程及社會地位改變所交匯而成的心理和行為之衝擊，如老人的人格特徵和老人常見的精神病狀，以及老人的感覺、知覺記憶和智能等。社會的老化則是指因個人年齡老化而導致在社會角色和社會關係方面的改變(呂寶靜，2002)。面臨這三層面的改變，若長者心態未經調適、未重新安排生活，或缺乏充足的外在協助，則可能衍生為問題。老人常見的問題主要來自(徐立忠，1989；引自呂寶靜，2002)：

一、身體和健康方面的變化

因老化而造成的外表和器官功能之改變，以及慢性病的普遍發生。

二、經濟來源與所得方面的問題

大多數工業國家都實施退休制度，退休後收入減少或沒有收入者，造成經濟上的問題。

三、心理暨精神狀態方面的改變

老年人常會有孤獨、空虛、失落感等心理問題，也易有自私、猜忌、固執等特性。

四、社會上的困境

社會角色和關係的改變，因此會有新的社會角色適應問題以及如何在自由時間從事休閒活動的問題。

為提供必要之福利服務措施，瞭解老年期的福利需求是重要前提。國內有關老人的福利需求研究，徐立忠(1989)表示有生活、健康，以及精神三方面的需求；較細緻的分類則包括：(1)經濟安全的需求、(2)健康醫療的需求、(3)居住安養方面的需求和問題、(4)休閒、教育、再就業方面的需求、(5)心理與社會適應、(6)社會互動的機會(江亮演，1990；謝高橋、陳信木，1997；引自呂寶靜，2002；呂寶靜，2002；黃源協、蕭文高，2006)。在多數分類架構中，營養需求是未被明確指陳的，它可能被隱諱地含括在健康醫療需求；僅有江亮演明確指出營養需求之於老人的重要性，由此或可推論，在過去餐食服務的相關議題尚未被明顯化，直到近年才獲得關注。

這些福利需求項目，現已透過社會福利立法過程規制於《老人福利法》及其相關法條，賦予各項服務正式法源基礎；法條中明訂直轄市、縣(市)主管機關應自行或結合民間資源提供以下居家式服務：(1)醫護服務、(2)復健服務、(3)身體照顧、(4)家務服務、(5)關懷訪視服務、(6)電話問安服務、(7)餐飲服務、(8)緊急救援服務、(9)住家環境改善服務、(10)其他因時、因地制宜之相關居家式服務。其中，餐食服務即是在 1997 年第一次修法中被納入。後續，中央或地方政府在相關施政計畫中，紛紛透過方案補助方式鼓勵社區發展協會、公益社團法人、財團法人等非營利組織辦理定點用餐或送餐到家服務(林明禎，2000；引自李靜綺，2006)。至 2007 年我國長期照顧十年計畫公布，始將過去各縣市分立之服務整合，規劃全國一致之服務標準，統一服務對象、經費財源籌措、服務內容、提供單位、服務輸送方式等，始成為全國性、廣泛性、普及性之制度化服務。

大體而言，餐食服務依提供場域分，可區分為居家式送餐到家、社區式定點用餐，以及醫療院所或安養護機構內之餐食。工作人員送餐到家的交通方式依距離考量選用步行、騎腳踏車、開車；定點用餐則多選在方便用餐者到達且行動過程無安全憂慮之位置，如老人服務中心、機構自有或租借之場地，甚至是宗教廟

宇前廣場。其次，依提供單位分，包括社區便利商店、醫院或安、療養中心、社會福利機構、社區老人服務中心、社區發展協會等。第三，依餐食準備方式分，包含提供單位自行炊煮、向社區餐廳或便利商店購買、委託醫院專業廚師及營養師調配等；第四，按工作者性質分，有全職工作人員、兼職工作人員、志工。陳燕禎、謝儒賢、施教裕(2005)運用幾項指標建構出餐食服務的分類模式，有助吾人瞭解餐食服務的多元樣貌。研究者須提醒的是，政府方面為落實在地老化(aging in place)目標，特意強調居家與社區式餐食服務之重要性；又在社會工作領域，不論實務界或學術社群，亦鮮少討論到機構內餐食服務。爰此，文中研究者將機構內餐食服務排除於研究討論之外，聚焦於居家式送餐到家與社區式定點用餐。

餐食服務可滿足的需求包含生理、心理，社會與文化需求，以及個人用餐習慣與偏好，另還涵蓋各宗教之特定飲食規範(Sydner & Fjellstrom, 2005)；或能概分為健康(營養)與社會兩個層面。進一步運用 Maslow 需求層級理論加以解釋：該理論架構呈現出金字塔式，階梯式向上爬升之態樣(引自 Weinbach, 2005)，由下而上依序為生理需求、安全需求、愛與歸屬需求、自尊需求、自我實現需求；理論假設個人在較低層次需求獲得一定程度之滿足後，便會向上尋求更高一層次之需求滿足，且較低層次需求滿足之效果可累積至更高層次。餐食本身所提供之熱量以及各類營養素能使服務對象溫飽，滿足生活最基本之生理需求；安全需求則可視為進一步對食物品質之要求，包括食材衛生、新鮮、符合每日營養素的建議量(recommended dietary allowances)、餐食是溫熱的、餐食是色鮮味美的等；為滿足服務對象愛與歸屬之需求，服務供給者應認知到自身不再是服務的主導者，開始注重到服務使用者的觀點，代表餐點的設計須再納入多元宗教、族群、文化、飲食習慣等考量，且服務提供者與服務使用者間的良性互動關係變得重要；到了最高層次的自尊與自我實現需求，餐食僅作為創造社會互動的媒介，服務重心係透過工作人員與用餐者間的頻繁互動及其他個別化服務之提供，促進長者生活品質、提升個人福祉，且增進社會參與機會。服務者提供的一系列額外服務可能包含協助建立社區關係、鼓勵參與社會活動、代為連結其他資源等(陳莉菁，2008)。

陸佩君(2009)就以需求層級理論驗證餐食服務，其將五個層次的需求層級濃縮為生存需求、關係需求及成長需求三個構面。研究結果指出，滿足生存需求是必須的，但愈高層次之需求卻愈顯重要。據此，建議未來提供餐食服務，除符合餐食內容之基本條件，須再關照到長者內心更高層次之需求，促成安心、信任、關係維持與自我成長等其他附加功能，方能達致成功老化之目的。

但回過頭來，餐食本身及其內含營養素(基本需求)對個人生活品質也是有顯著影響的，美國飲食協會和 Vails、Nitzke、Becker、Gast 等人的研究便證實了這樣的論述(引自王慧伶，2008)。

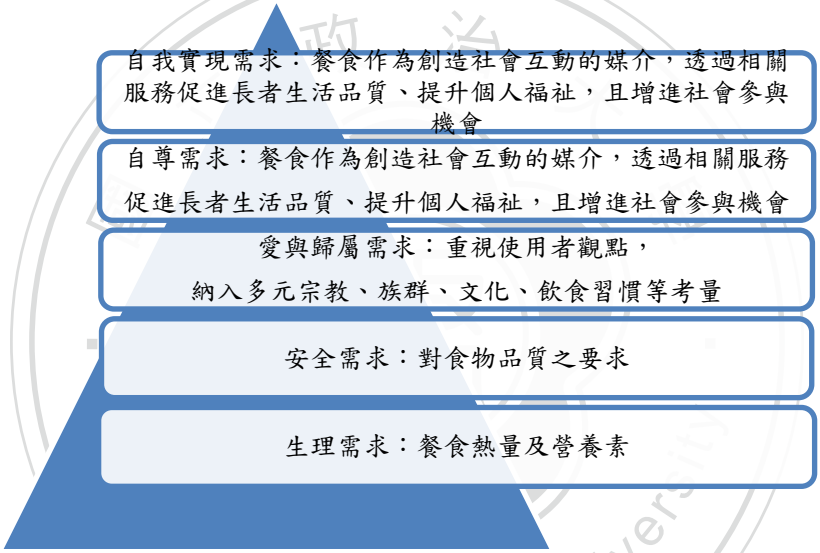


圖 1-2-2　以 Maslow 需求層級理論例示餐食服務可滿足的需求

資料來源：研究者自行整理

綜上所述，我們可將餐食服務分為「餐食」與「服務」兩區塊，餐食處理的是身體健康層面議題，服務則關注到服務使用者的福祉(well-being)及生活品質(quality of life)等更廣泛的心理、社會議題。而回歸到社會工作的脈絡，在服務過程中滿足使用者的社會性需求才是主要目的；至於餐食，則可視為手段，作為與用餐者間建立關係的橋樑，社會服務介入的基石。爰此，研究者立基於社會工作角度，探討內容將側重於使用者對餐食服務品質之評價。

在進入細部的討論之前，有必要先瞭解近年來餐食服務提供概況。表 1-2-3 統計資料[2]揭示 2003 年至 2010 年之餐食服務呈現幾項趨勢：

一、整體服務對象數量的發展趨勢

從整體服務對象數量觀之，除 2005 年略為減少，2003 至 2009 年大致呈現逐年上升之趨勢，由 13,711 人攀升至 30,260 人；其中，又以 2006 及 2009 兩個年度人數增加較多，分別增加 7,053 人、4,270 人。2010 年服務人數略減，但個人平均接受到的服務次數(127.22 次)較前一年度(104.22 次)增加許多。

二、服務次數的發展趨勢

從服務次數看，2003 至 2007 年呈逐年上升之趨勢，至 2007 年長期照顧十年計畫付諸執行，服務次數累積達 366 萬多人，為近七年高峰；後兩個年度則又逐年下降。2010 年度之服務次數二度達到 2007 年之水平。

表 1-2-2　2003 年至 2010 年上半年度餐食服務統計

年別(西元)	服務對象按性別分(單位：人)		服務對象合計(單位：人)	服務次數合計(單位：次)
	男性	女性		
2003	6,909	6,802	13,711	2,217,494
2004	7,180	6,984	14,164	2,728,413
2005	6,560	6,758	13,381	3,193,744
2006	9,391	11,043	20,434	3,210,642
2007	10,734	12,153	22,887	3,664,571
2008	11,818	14,172	25,990	3,450,686
2009	14,431	15,829	30,260	3,153,787
2010	15,190	13,737	28,927	3,680,299

資料來源：整理自內政部統計處老人福利服務年報

進一步由表 1-2-4 個別觀察 2003 年至 2010 年上半年度定點用餐與送餐到家之服務狀況，呈現出幾項趨勢：

一、一般戶服務對象的服務趨勢

[2] 統計資料蒐集涵蓋一般老人、中低收入戶、低收入戶。

一般戶服務對象數量不論在定點用餐與送餐到家兩部分，於 2003 至 2009 年之間皆呈現上升趨勢，定點用餐服務人數由 2,344 位大幅增加至 18,953 位，增加八倍；送餐到家服務人數由 1,402 位增加至 3,856 位，增加 2.75 倍。進一步可發現到 2007 年長期照顧十年計畫開始施行之後，兩項服務之服務對象皆較上一年度增加許多，定點用餐增加 2,748 位，送餐到家增加 1,280 位。再看到 2007 年的服務次數，定點用餐約較上一年度增加 35 萬 2 千次，送餐到家約增加 17 萬 7 千次。由 2007 及 2008 兩年間服務對象、次數雙雙成長的趨勢指出十年長照計畫已有初步效益產生。到了 2010 年，送餐到家服務次數約較前一年度減少四成；然顯著的特徵在於定點用餐之服務次數突破百萬，達 141 萬餘次。

二、中低收入及低收入戶服務對象的服務趨勢

中低收入及低收入戶方面，定點用餐之服務人數僅 2004、2005 兩年間超過千人，至於其他年度人數差異則不大；送餐到家之服務人數歷年來有所消長，而至 2010 年達到新的高峰，計有 9,222 人。在服務次數方面，八年之間定點用餐減少 5 萬 4 千多次，送餐到家增加 26 萬 3 千多次。換個角度從每位服務對象所接受到的平均服務次數來看，定點用餐由 148.57 次減少至 125.30 次，送餐到家由 159.82 次增加至 184.88 次；然而缺乏其他相關資料佐證，如政府的長照服務補助標準、服務對象的失能程度與家庭支持狀況等，我們尚不能解釋此等服務密度的變異是如何產生。

三、中低收入及低收入戶與一般戶服務對象的服務趨勢之比較

比較中低收入及低收入戶與一般戶兩群體的餐食服務使用狀況，可發現到中低收入及低收入戶群體較常使用送餐到家服務，而一般戶較常使用定點用餐服務。進言之，服務次數方面亦呈現類似結果；即中低收入和低收入戶群體在定點用餐服務累積次數低於一般戶，送餐到家服務累積次數高於一般戶。

表 1-2-3　2003 年至 2010 年上半年度定點用餐及送餐到家服務統計

年別(西元)	定點用餐				送餐到家			
	中低收入及低收入戶		一般戶		中低收入及低收入戶		一般戶	
	服務人數	服務次數	服務人數	服務次數	服務人數	服務次數	服務人數	服務次數
2003	947	140,700	2,344	412,368	9,018	1,441,268	1,402	223,158
2004	1,624	190,747	1,725	323,151	8,855	1,863,070	1,960	351,445
2005	1,081	204,080	2,511	461,729	7,810	2,085,455	1,916	442,480
2006	996	217,942	8,754	531,137	8,331	1,971,592	2,353	489,971
2007	873	207,807	11,502	883,122	6,879	1,906,925	3,633	666,717
2008	767	164,325	13,243	945,662	7,004	1,646,133	4,976	694,566
2009	949	105,924	18,953	621,683	6,502	1,672,629	3,856	753,551
2010	690	86,462	13,970	1,416,375	9,222	1,705,026	5,045	472,436

資料來源：整理自內政部統計處老人福利服務年報

綜上所述，餐食服務的服務人數及次數在近年有持續提升之趨勢，且男性與女性服務使用者幾乎各半，未有性別上的差異。其次可發現到中低收入及低收入戶與一般戶使用服務的頻率皆相當高，又前者使用送餐到家比率較高，後者使用定點用餐比率較高。另值得注意的是，中低收入及低收入戶服務對象在歷年來的人數變化波動較大，一般戶則呈現穩定上升之趨勢。惟從餐食服務整體觀之，自 2003 年之有限度提供至現今大量執行，代表著餐食服務已成為長期照顧服務體系不可或缺的服務要項；且男性、女性、中低及低收入戶與一般戶皆大量使用，表示對餐食服務之需要並非經濟狀況相對弱勢群體才有，而是社會上個人邁入老年、罹患慢性病，亦或失能程度加重時，普遍產生的需求。

當然地，餐食服務不僅能滿足服務對象生理上的需求，透過服務輸送過程產生的密切社會互動和後續衍生性服務，更能滿足個人心理及社會需求，提升個人福祉與生活品質。惟既有的官方數據資料僅指出服務最基本的產出─提供了多少份餐食，使多少人不至挨餓受凍；對於服務滿足需求的程度，或者是服務品質的

良窳皆無法說明。

第三節　研究問題意識

一、國內從服務使用者觀點看待餐食服務服務品質之研究付之闕如

當我們描述一項服務具有品質，概略來說指的是服務能符合或超過某一個特定以及大家都同意的最低標準，能適當、準確地解決某個標的問題，且所安排的服務對使用者來說是適切的(謝美娥，1993)。以送餐服務為例，假設某位長者的咀嚼能力不佳，我們卻未提供燉煮到較軟爛的白飯和菜餚；另一位長者每天固定12點半吃飯，送餐人員卻常12點45分才送到，且消極不回應長者的反映，這些都算是服務品質出了問題。Parasuraman、Zeithaml與Berry即認為服務品質須從使用者的角度來看才有意義，服務品質等於使用者認知的服務(P)與期望的服務(E)之間的差異，倘若使用者認為接收到的服務超過期望的服務，代表品質良好；但如使用者認為接收到的服務低於期望的服務，代表品質不佳。因此，服務提供者必須不斷改善內部運作過程，產出更佳的服務，以改變使用者對服務之感受(引自 Selber & Streeter, 2000)。Donabedian 在 1980 年嘗試從三個角度界定服務品質，他的定義雖係從醫院照顧品質來看，但也可運用至社會工作領域的餐食服務(引自謝美娥，1993)：

(一) 品質的絕對定義(absolute definition)

多以個人可被明確測量的健康問題為依據，好的品質就是健康問題獲得明顯改善。

(二) 品質的個人化定義(individualized definition)

健康照護服務的提供過程必須同時將病人的希望、期望和價值納入考量。然而大多數人對醫療、護理專業知識一竅不通，很難評估照護品質的好壞，因此評估的面向多偏重與工作人員的互動關係。

(三) 品質的社會性定義(social definition)

品質的界定必須考慮某一特定人群的福祉或整個社會的價值。不過，

Donabedian 並未對此定義多做解釋。

結合以上多位學者之看法，研究者認為餐食服務的品質可從服務規範者、服務提供者以及服務使用者三方角度來看：在臺灣，規範者多是政府，提供者為民間社會福利機構組織，使用者即我們慣稱的案主。政府和服務提供單位多以 Donabedian 指稱的品質絕對定義為圭臬，即對具體可見且容易掌握的服務內容設定規範，如服務符合資格者、服務提供方式、提供次數，以及餐食內容的營養要求等；服務品質未採用個人化定義，可能源自其抽象、不易掌握之特質，且對服務單位而言，在時間、人力及經費有限下，難兼顧使用者的個別需求。即便如此，研究者認為為真確瞭解餐食服務，仍須嘗試從使用者的角度測量之。現國內、外較接近以使用者觀點之評估研究，多出現在服務滿意度的測量，內容大致涵蓋餐食口味、變化性、份量、供給的穩定性等。研究結果皆顯示七成以上的使用者對餐食感到滿意(Frongillo, Isaacman, Horan, Wethington, & Pillemer, 2010; Hartwell & Edwards, 2001; Lirette, Podovennikoff, Wismer, Tondu, & Klatt, 2007; Naithani, Whelan, Thomas, Gulliford, & Morgan, 2008; 楊宗蓉，2002)。

上述研究雖有助於我們貼近服務使用者之想法，卻仍隱含幾項限制。首先，有些滿意度的調查研究只勾勒出使用者對服務的整體滿意感受，有些則將滿意度的測量鎖定在餐食本身。申論之，現有研究多環繞在與餐食相關的照顧品質，這些係屬具體易測量之部分；反之，對其他細緻的構面，如與工作人員互動狀況、服務輸送過程中的附加服務，亦或服務使用者心理、社會性需求滿足等無形且不易掌握之部分則探究不足。其次，僅片段性地探討滿意度，未將使用者接受服務之前的個別期望與認知想法納入考量，將導致我們無法瞭解箇中落差，以致無法準確判斷服務品質。再者，研究者以為滿意度只能算是服務品質的一部分；若欲對餐食服務有更多認識，最好將其置於更廣泛、全面的服務品質架構下看待。爰此，一項從使用者角度評價服務品質之量化研究係亟待被執行的。

二、可能影響餐食服務服務品質的因素未經檢驗，自變項與依變項間的關係有待確認

目前國內、外學者對餐食服務的討論可概分為幾個面向：(1)社區對餐食服務的需求。例如一項執行於日本東京的研究，即揭露社區長者未滿足之營養需求，意味著營養不良狀況普遍盛行於社區中(Iizaka, Tadaka, & Sanada, 2008)。而臺灣亦有幾項研究在探查服務對象的感受性需求(felt need)，結果在在指出社區中有三至七成多的受訪者認為有必要為年長者提供餐食服務，近半受訪者期待每天能提供午、晚兩餐，偏好現煮熱食，輸送方式以送餐到家最恰當，且有高度意願自費使用餐食服務及其他衍生性服務(楊宗蓉，2002；李靜綺，2006；鄭如芳，2007；鄭雪琴，2008；陸佩君，2009)。(2)餐食服務的運作模式，如餐食有哪些備置方式、服務由哪些單位提供、服務可以何種方式輸送等。陳燕禎、謝儒賢、施教裕(2005)萃取出幾項指標，將現有多樣化的服務輸送方式做了區辨，並進一步建構出餐食服務實務工作的三種模式。在理想上，我們期待餐食服務係整合的包裹式服務，可與其他長期照顧相關服務做結合，又能有效舒緩照顧者負荷與壓力；更重要的是，服務提供者將使用者觀點納入整個服務歷程。(3)服務使用的溯源因素和使用者特徵。這部分聚焦於瞭解使用者接觸或進入服務體系的緣故；選用服務的考量；使用者們在人口學變項的特徵；使用者的生理、心理、社會狀況；以至鉅視環境中的社會脈絡因素對使用者的影響等。(Choi, 1999; Gitelson, Ching-hua, Fitzpatrick, Case, & McCabe, 2008; Kirk, Waldrop, & Rittner, 2001; 陳莉菁，2008；鄭如芳，2007；鄭雪琴，2008)。(4)服務使用的持續與中止因素，這些旨在瞭解使用者長期使用服務，或撤離體系之緣故；其中個人的日常生活功能(ADLs)[3]、工具性日常生活功能(IADLs)[4]與非正式支持網絡可提供的協助為重要影響變項(Choi, 1999; Frongillo Jr, Williamson, Roe, & Scholes, 1987; 李靜綺，2006)。(5)服務之於多元文化、種族、族群，以及宗教信仰的適切性(Choi, 2001; Dachner, Gaetz, Poland, & Tarasuk, 2009; Rosenzweig, 2005)。

[3] 日常生活功能(activities of daily life，簡稱 ADLs)，代表存活的概念，包含進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等六項。

[4] 工具性日常生活功能(instrumental activities of daily life，簡稱 IADLs)，代表獨立生活的概念，包含煮飯、做家事、洗衣、購物、理財、室外行走等六項。

研究者認為前述已被大量討論之變項都可能影響到服務品質，另外較少被提及的則包括使用者的心理和社會需求滿足程度、與工作者或其他使用者的互動關係、服務提供單位給予的社會支持等。換言之，各個服務使用者立基於不同背景條件，將對所接受到的餐食服務品質產生不同評價；惟現有研究尚未以此為題，針對變項間關係進行理論性的驗證。

第四節　研究目的

現有諸多研究成果一致指出對餐食服務之需要並非身心障礙者、獨居、中低及低收入戶特有，而是普遍存在於社區的。一般而言，女性大多自行備餐，而男性多由配偶協助準備(李靜綺，2006)。當邁入老年階段、失能程度加重、無力自備餐食、缺乏親屬協助備餐、非正式網絡式微等情況，任何人皆可能使用到餐食服務。更有進者，此服務早已擺脫過去被認為係救濟貧窮的負面刻板印象，漸被大眾認為是一項可以提供正確飲食攝取(dietary intake)、強化高齡者與社會連結，以及協助適應老年生活的重要媒介(陸佩君，2009)。為及早因應超高齡化社會趨勢，餐食服務的重要性已不容置喙。基於此，研究者認為有必要從服務使用者角度出發，透過實證研究檢驗服務品質，以補充既有學術知識不足，進而提供實務面改善的建議。具體地說，本研究之目的如下：

一、瞭解服務使用者對餐食服務服務品質的評價為何

研究擬參考 Parasuraman 等人發展的服務品質量表(SERVQUAL)，設計出餐食服務服務品質量表(Meal Service SERVQUAL)。透過比較期望服務與實際接受到的服務中的有形性、信賴性、回應性、保證性和同理心五個構面，瞭解使用者對服務品質的評價。

二、分析有哪些因素會影響服務使用者對餐食服務服務品質的評價

研究除探討餐食服務服務品質外，進一步要分析有哪些影響因素。根據文獻探討結果，預計納入檢驗的變項包括：(1)個人因素；(2)組織因素。

三、瞭解服務使用者對餐食服務成效的評價為何

研究者擬以自行設計之生理、心理暨社會需求滿足程度量表測量目前餐食服務之執行成效。

四、分析有哪些因素會影響服務使用者對餐食服務成效之評價

研究除探討餐食服務之成效外，進一步要分析有哪些影響因素。預計納入檢驗的變項包括：(1)個人因素；(2)組織因素；(3)服務品質。

五、從研究結果呈現服務使用者的觀點和意見，提供給社會工作實務界作參考，進而針對服務品質和服務成效的缺口提出政策與實務上之建言。

第五節　名詞解釋

一、餐食服務(meal service)

餐食服務係指由正式服務體系，如政府、社會福利機構組織、社區發展協會等提供之餐點，工作者可能為全職工作人員、兼職工作人員、志工；餐點備置方式包含提供單位自行炊煮、與社區店家合作、與醫院或安養、療養中心營養室合作；常見的服務輸送方式有定點用餐(congregate meals)及送餐到家(meals on wheel)兩大類；提供時間可為週一至週五的早餐、午餐、晚餐，而我國目前規定至少提供週一至週五的午餐。

二、餐食服務使用者(meal service user)

餐食服務使用者係指進入餐食服務體系且實際接受到服務者。依政府規定，獨居、中低收入及低收入戶長者、身心障礙者有資格接受服務費用補助，至於一般戶則可透過自費方式使用服務。

三、服務品質(perceived service quality)

服務品質係指餐食服務使用者對其接受到的服務過程與結果作出好惡的整體性主觀評價。評價方式是將實際接受到的服務(perceived service)與自身價值、認知、事前對服務的期望與想像(expected service)相比較，若實際經驗超越期望，代表服務品質良好；若實際經驗不及期望，代表服務品質欠佳；若實際經驗與期望一致，代表服務品質達個人可接受之水準。

第二章　文獻探討

第一節　餐食服務的提供現況

研究者於本節嘗試勾勒出餐食服務之整體圖像，首先概述服務發展脈絡，接著剖析現行服務運作情形，最後提出使用者運用服務之相關議題。

在進入討論之前有必要提醒讀者的是，研究者蒐集、整理餐食服務相關文獻過程中發現以醫院或安、養護機構為研究執行場域之文獻佔大宗，對採納社區式服務模式為主軸的老人社會福利機構、社區發展協會等的探究較少。雖然存在場域上的不同，但使用者背景、特徵大致上是類似的，如普遍處於營養風險、脆弱易受傷害(vulnerable)，明顯的差異僅在機構式服務對象患有較嚴重的生理病症、ADLs 和 IADLs 功能相對不佳。澄清這些異同之處後，這些研究結果仍可作為本研究的參照。第二項要說的是，餐食服務在原文名詞的運用上不一，常見的有餐食服務(meal service、food service)、營養服務(nutritional service、nutrition supplement service)、送餐服務(meals on wheels service、catering service)；箇中雖有些微差異，但共同的概念內涵是：提供一份溫熱的餐食給使用者。因此在本研究中不特別區分，而以餐食服務概稱之。

一、餐食服務的發展脈絡─國外與臺灣經驗的呈現

臺灣的社會福利發展大多參考英、美等先進國家發展軌跡，在老人餐食服務方面亦不例外，早自 1940 年代起英國即有志願服務組織提供餐食服務，爾後英、美政府意識到該服務的重要性，陸續透過立法程序賦予正式法源基礎。臺灣亦依循此趨勢，於《老人福利法》第一次修法中納入餐食服務，並作為長期照顧政策的社區式服務要項之一。

(一) 英國的發展脈絡

英國應屬最早開始提供餐食服務之國家。早在 1940 年代末期，即有女性志工團(Women's Voluntary Service)為農村勞動者遞送食物、飲水及其他補給品之歷史(Connelly & Goldberg, 1979；引自楊宗蓉，2002)。此時期被視為餐食服務的起

源，但尚未以老人為服務對象，且服務多少帶有慈善主義之色彩。

至今，餐食服務已成為正式服務體系之一環，且著重專業技術發展，目的係為落實社區照顧，協助長者在熟悉的家庭或社區頤養天年。在服務提供方面，以午餐為主，有些地區由當地政府直接提供，有些透過經費補助鼓勵非營利組織自行辦理，亦有經由招標程序與私人公司簽訂服務合約之方式。

在各服務提供單位中，以 The National of Care Catering(NACC)為全國最大的餐食服務協會，一面提供服務，同時致力於政策倡導。舉例而言，在 1991 年以前，地方政府對餐食服務的補助標準不一，且餐食份量與品質未統一，NACC 便致力於全國性社區餐食服務標準(national standard for community meals)的訂定，於 1992 年擬定完成草案，並經多次與政府及其他利害關係人磋商，至 1993 年 9 月順利通過。該法案後續再經歷幾次修正，現今成為英國餐食服務之重要標準規範(Johnson, 2006；引自李靜綺，2006)。

(二) 美國的發展脈絡

晚了英國 10 年有餘，美國的送餐服務(meals on wheels)始於 1955 年的費城；而持續最久的屬巴爾地摩，自 1960 年開始提供服務。早期的送餐服務係由地方志願服務組織經營，工作者主要是退休人員或家庭主婦，他們在教堂出借的廚房烹煮食物，提供給社區長者。經費和食材除倚賴地方人士贊助，接受服務的長者也須負擔部分費用(Gelfand, 1999)。

到了正式化服務期，美國政府於 1973 年開始推行老年人營養方案(the Elderly Nutrition Program)，這是受到 1965 年美國老年人法案(Older American Act)及 1972 年修正案的規範所致。該方案實施目的包括(Gelfand, 1999)：

1. 提供低成本、高營養的餐食給社區內的老人。
2. 透過餐食服務提升老人的福祉和社會互動。
3. 藉由一系列的服務(如輔助營養服務、代購物品)，提升老年人獨立自主能力。
4. 藉由餐食服務鼓勵老人到社區老人中心參與活動，增加社會參與機會。

5. 確保需要的老人都能被納入服務體系，特別是低收入或獨居者，以及少數族群。

6. 將多元文化納入考量，符合不同族群之飲食習慣。

7. 政府擔任服務協調者之角色，協調各個老人機構及服務方案，以確保服務使用者都能被涵蓋於一個整合的系統。

營養方案的提供方式包括定點用餐(congregate nutrition service)與送餐到家(Home-delivered meals)，定點用餐地點可能視交通方便性設於教堂地下室、學校、老人機構等，並與其他社交活動做結合；送餐服務以一位司機搭配一位訪問員進行，將熱騰騰的餐食送到長者家，並包含幾分鐘的關懷訪視(Gelfand, 1999；Greene, 1981；引自李靜綺，2006)。

如同英國情勢，美國的 The Meals on wheels Association of America(MOWAA)係規模最大且歷史最為悠久的全國性非營利組織，其創設使命在改善美國弱勢人口群的經濟、營養、心理及社會問題，主要工作包括提供餐食服務、諮詢服務、專業教育訓練、協助地方開辦服務、傳承服務經驗等。簡言之，MOWAA 扮演餐食服務提供與政策改善的重要推手(http://www.mowaa.org/)。

(三) 臺灣的發展脈絡

1997 年《老人福利法》第一次修法將餐食服務納入，賦予正式法源基礎。後續，中央或地方政府於相關施政計畫中，透過方案補助方式鼓勵公益社團法人、財團法人、社區發展協會等非營利組織擇定場所辦理定點用餐或送餐到家服務(林明禎，2000；引自李靜綺，2006)，如「我國長期照顧十年計畫」、「建立社區照顧關懷據點輔導計畫」、「臺北市政府社會局補助辦理失能老人營養餐飲服務計畫」、「臺北市政府社會局社區互助溫馨送餐補助計畫」等(行政院，2007；內政部，2008；臺北市政府社會局，2011a；臺北市政府社會局，2011b)。

從上述發展脈絡可知悉早期的餐食服務往往是由社區志願服務組織看見社區需求，主動集結人力、物力及場地辦理。當時的服務是出於慈善、社區互助，或者利他主義精神。90 年代後期至今，餐食服務陸續被各國納入老年人法案，

成為政府必須提供的服務，其背後意涵有二：服務是基於普及性公民權利和長者的社會權，而非接受慈善施捨；再者，服務供給是為達成長期照顧政策所揭示的增進長者獨立生活能力、提升生活品質、維持尊嚴與自主等目標(行政院，2007)。

二、餐食服務的運作情形

餐食服務是一完整的服務體系，可將其拆分為服務運作流程、服務提供單位、服務輸送模式、服務成效等面向來看，茲分述如下：

(一) 服務運作流程與提供單位

餐食服務被定位在長期照顧政策中社區式服務要項之一，故其接案、家訪評估、提供服務、追蹤評估，以至結案的工作進程與其他長照相關服務一致(圖2-1-1)：

1. 個案進入服務體系：服務對象可能是自行申請、警政、衛政、村里辦公室等相關單位轉介，或者由個案管理中心主動發掘。
2. 初步篩選與評估階段：個管中心接獲通報後進行初篩[5]，若初步判斷為潛在服務對象即進行開案，並安排家庭訪視與評估，瞭解基本資料、福利身分別[6]、失能程度、居住安排、健康狀況；若非服務對象，則提供相關資訊並進行轉介，採不開案處理。
3. 服務提供階段：個管中心評估結果確定對餐食服務之需求，且服務對象有使用意願，就協助連結社區內服務提供單位。服務提供單位在開始服務前，通常會再進行一次評估，旨在瞭解使用者健康狀況、罹病狀況、營養狀況、咀嚼能力、飲食偏好等，以調配合宜的個別化餐食。依研究者實習經驗發現，在此階段部分不符合長照服務資格但有意願自費使用服務者可能主動向服務提供單位申請，提供單位將考量自身工作負荷、申請者理由及動機等，決定提供服務與否。

[5] 個案初篩是為初步判斷申請者是否符合長期照顧服務對象的標準，如詢問戶籍地、身分、年齡、失能狀況等，並簡要瞭解申請者的需求與期待之服務；若初篩結果不符合服務標準，將進行適當轉介。簡言之，此步驟可視為對服務對象的初步認識，有助於後續家庭訪視與評估工作進行。

[6] 政府對低收入戶及中低收入失能老人最高補助每人每天一餐 50 元，另斟酌獨居者狀況補助晚餐及假日餐費，財源來自內政部補助及縣市政府編列預算。

4. 服務狀況追蹤與結案：服務提供一段時間後定期追蹤使用者改善狀況、監控服務品質、針對不足之處作修正。

綜上所述，使用者進入服務體系的歷程中至少會接觸到兩個服務單位，其一為各縣市長期照顧個案管理中心，另一為餐食服務提供單位。個管中心評估的是失能程度、居住安排、對餐食服務需求，以及福利身分別，以確定補助額度；服務提供單位的評估，主要為瞭解用餐相關議題，以調配個別化餐食，現今廣泛被運用的量表有迷你營養評估量表(Mini Nutritional Assessment)、營養篩檢量表(Nutrition Screening Initiative)。至於持續的追蹤評估，則是要觀察使用者改變狀況，作為服務品質提升的依據。

國立政治大學 National Chengchi University

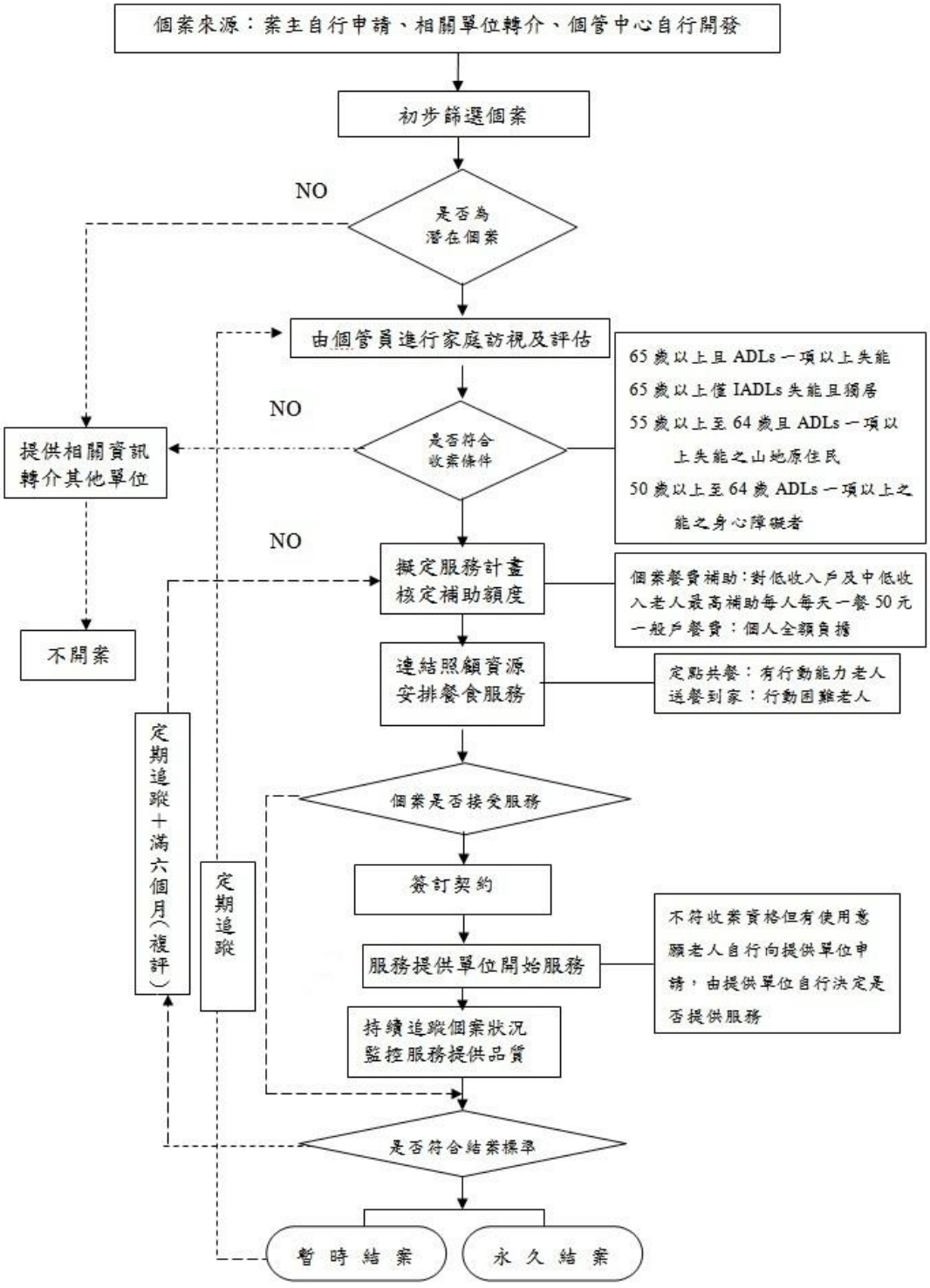


圖 2-1-1　我國長期照顧十年計畫餐食服務運作流程

資料來源：修改自我國長期照顧十年計畫(行政院，2007)

臺北市政府除依中央長照政策辦理餐食服務外，於社區發展工作中另闢蹊徑

自主推動「社區互助溫馨送餐計畫」，冀望借重在地組織資源，特別是社區發展協會，發揮草根性的社區互助精神，就近照顧弱勢群體。此計畫最早係源自 2003 年配合內政部「營造福利化社區工作特色」計畫，該年輔導了 6 個社區發展協會辦理社區老人定點用餐或送餐到家服務，受益人數近萬；至 2010 年，已累積至 17 個社區發展協會投入服務(陳莉菁，2008；臺北市政府社會局，2010；臺北市政府社會局，2011b)。社區互助送餐服務的運作流程較簡化，且提供服務前毋須經過長期照顧個案管理中心之評估(圖 2-1-2)：

1. 申請辦理服務階段：有意願在社區內提供餐食服務之社區發展協會向社會局提出申請，社會局審核結果確定申請協會會務、財務健全、有充分志工人力，且當地有定點用餐或送餐到家服務需求，即可開辦服務。
2. 發掘服務對象階段：按計畫規定，潛在服務使用者包括列冊低收入戶老人、領有中低收入老人生活津貼者、經老人服務中心評估列冊獨居或失能老人、身心障礙者；社區發展協會可運用不同方式發掘，從研究者實習經驗發現，概略可分為在社區張貼公告宣傳、翻閱獨居或失能老人名冊致電詢問[7]、長者主動申請、相關單位轉介。一旦接獲申請，協會人員將進行訪視評估，準備提供餐食服務。通常在此階段，不符餐費補助資格之一般戶老人若有使用意願，會自費向社區發展協會申請。
3. 提供服務階段：各社區發展協會依其考量，採行定點用餐或送餐到家方式服務。研究者發現，大部分是選用送餐到家方式，以 2010 年為例，僅 1 個社區發展協會使用定點用餐。
4. 服務狀況追蹤與結案：服務提供一段時間後定期追蹤使用者改善狀況、監控服務品質、針對不足之處作修正。

[7] 研究者於實習過程中察覺，若社區發展協會理事長身兼里長一職，即能持有社區內獨居或失能老人名冊。因資訊取得便捷，通常這類型的社區發展協會服務人數較多。至於理事長與里長不同人者，各別代表的協會與里辦公室常處於對立狀態。因陷於政治角力困境，服務推展相對不順遂。

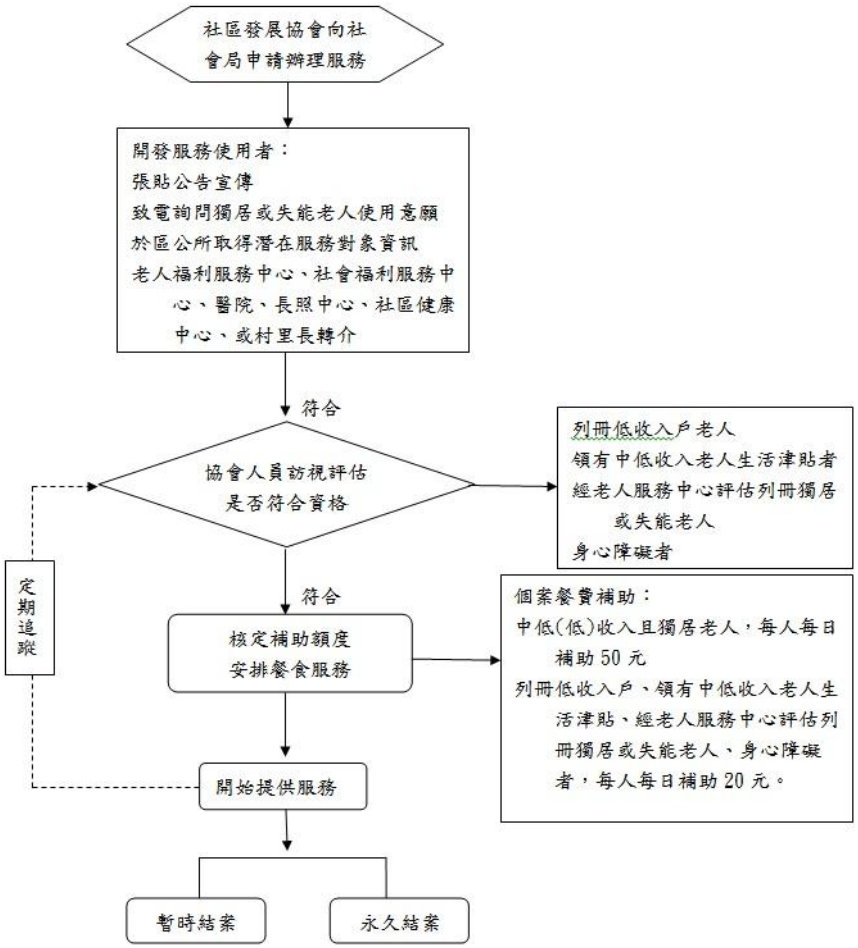


圖 2-1-2　臺北市政府社區互助溫馨送餐計畫運作流程

資料來源：研究者自行整理

根據以上，吾人可注意到餐食服務在臺北市的運作分為兩條軌跡，其一為法定的長期照顧服務，在相關規範上顯得較為嚴謹、具結構性；另一為社區互助溫馨送餐計畫，因為強調的是社區互助、在地人服務在地人精神，所以對提供單位的規制較少，於使用者的認定上也採寬鬆標準，賦予社區發展協會自主與彈性。

服務提供單位方面，長照服務部分可由醫療機構、護理機構、醫療法人、老人福利機構、身心障礙福利機構、公益社團法人、財團法人、社會福利團體、照顧服務勞動合作社、餐館業及其他餐飲業(餐飲公司需為評鑑優等以上)擔任。承接單位必須設定臺北市其中一行政區為服務範圍，如南港區、信義區等，是為全區型送餐服務。至於社區互助溫馨送餐服務，其實也未必只能由社區發展協會提

供，上述單位與各級學校機關，以及接受社會局委託辦理社會福利單位亦是選項，不過現行提供單位仍以社區發展協會為大宗。承接單位僅須負責協會範圍內之潛在使用者，是為社區型送餐服務(臺北市政府社會局，2011a；臺北市政府社會局，2011b)。自以上得知，餐食服務提供單位納入許多不同性質的機關或團體；那麼，不同單位提供的服務，其服務品質是否相同？值得我們探究。

小結以上，兩服務存在類似核心內涵，諸如改善長者營養狀況、解決備餐不便窘境、促成個人獨立生活；惟在具體實施部分存在若干差異，包含對使用者的資格認定、對提供單位的規範、提供單位的服務範圍、餐費補助標準、服務運作流程等。有了這樣的劃分，服務與服務之間不致造成重疊現象，也得以互相補充不足之處。而回歸到本研究之目的，在這兩條看似一致卻處處充滿差異的服務運作軌跡中，服務使用者感受到的服務品質是否有差異；若有差異，又會顯現在哪些面向，這是研究者感到好奇的。

(二) 服務輸送模式

服務輸送模式討論的重點是餐食及其他附加服務如何被傳遞至使用者手上；具體地說，涉及餐食有哪些備置方式、服務可以何種方式輸送、由誰輸送等。我國法令僅規定縣市政府必須提供定點用餐或送餐到家服務，然並未說明細部的運作過程。陳燕禎、謝儒賢、施教裕(2005)將餐食服務描述為「看似簡單，實則高度複雜的福利工程」，並對此提出見解，依據用餐方式、餐食供給地點、餐食準備及輸送方式、餐食提供者、餐食備置方式、餐食提供地點幾項指標，將現有多樣化的服務輸送方式做了區辨(表 2-1-1)。對餐食服務最粗淺的分類為定點用餐與送餐到家兩大類；而研究者認為若服務提供單位與社區店家或餐廳合作，每天固定時間讓使用者自行前往取餐，則可視為第三類。其次談到工作人員，可能包含專業的全職工作人員、半專業的兼職技術者、以及非專業的志工。接著要討論的是餐食如何準備，方式包含服務單位採專業管理模式，單位內設有廚房，聘用有證照的專業廚師烹煮食物，食物也以保溫餐具、保溫袋包裝；其次為運用志工在社區內製作便當；第三是居家服務員到使用者家中協助烹煮食物；其他則有與第

三方餐食備置單位合作，如醫院、安養護機構營養室、社區便利商店、自助餐店或餐廳。最後說到提供服務的地點，送餐到家為使用者家中，定點用餐則可能在服務提供單位自有場地、社區活動中心、里民活動中心、老人中心，或者當地宗教廟宇前的廣場等等。

研究者以為，各單位如何選用模式，可能是考量了場地、經費與人力資源、餐食準備方便性、餐食衛生條件、使用者特性等多面向因素的綜合判斷結果。而定點用餐或送餐到家，服務提供單位自行製餐或與社區店家合作，這些服務輸送模式之間的差異是否會產出不一樣的服務品質？這是研究者所欲探討的。

表 2-1-1 餐食服務輸送模式

<table>
<tr><td rowspan="4">餐食服務分析</td><td>用餐方式</td><td colspan="2">餐食準備及輸送方式</td></tr>
<tr><td>➢ 集中到定點用餐
➢ 送餐到家</td><td colspan="2">➢ 老人中心契約外包，洽人經營或雇用專人炊食，讓老人中午定點定時用餐
➢ 志工在社區中做好便當，送到長者家。
➢ 居家服務員到宅準備餐食。
➢ 醫院或安、養護機構準備餐食，志工領取後送到長者家。
➢ 社區餐卡：受託單位和社區便利商店簽約，老人憑餐卡至店家購餐。
➢ 自助餐式：受委託單位和社區自助餐店簽約，自助餐店每天中午送餐至長者家。
➢ 專業管理模式，在機構或團體中即有正式編制的廚師，且廚師都是領有執照的專業者，因此設有專業廚房、餐車、保溫餐具，及保溫餐帶等。</td></tr>
<tr><td>餐食提供者</td><td>餐食備置方式</td><td>餐食提供地點</td></tr>
<tr><td>➢ 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
➢ 社區發展協會</td><td>➢ 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(使用者自取)
➢ 專業廚師及營養師調配之營養餐食</td><td>➢ 社區醫院、福利機構或學校
➢ 社區便利商店
➢ 社區當地餐廳或小吃部
➢ 社區發展協會的活動中心
➢ 老人中心定點用餐</td></tr>
</table>

資料來源：整理自陳燕禎、謝儒賢、施教裕，2005，頁 128

細緻地剖析服務輸送模式後，陳燕禎等人(2005)進一步整合相關文獻及實證研究結果，運用「飲食生存維護」與「社會心理照顧」兩個服務核心概念，再納入「實務運作要素」與「服務輸送型式」兩個服務輸送概念，建構出餐食服務實務工作的三種模式：單一方案型、加值型，以及整合型。該模式(圖 2-1-3)採取由下而下、由左而右的漸進原則構成；越往右上角，實務運作的困難度及複雜性也就越高。在這之中以使用者模式最為理想：餐食服務係整合的包裹式服務，可與其他長期照顧相關服務做結合，又能有效舒緩照顧者負荷與壓力，且社會心理層面照顧的重要性遠超過基本飲食生存維護；更重要的是，服務提供單位在整個服務歷程中都要將使用者觀點納入考量，兩造間產生良性的互動循環。Sydner 與 Fjellstrom(2005)也提醒到我們過去太常將使用者視為被動接受照顧的客體(objects)；現在應試圖扭轉這樣的認知，將使用者定位為服務主體(subjects)，甚至視為顧客，提供充分的服務選擇權。過去一項研究結果就批判了照顧機構對使用者觀點的漠視，該機構的餐食服務是任務取向(task-oriented)的，而非病患取向(patient-oriented)；具體地說，入住的老年人被強迫放棄個人飲食習慣，必須學習機構文化，妥協於機構照顧者的制式工作流程，這導致的結果是機構永遠無法滿足長者真正的需求(Sidenvall, 1999)。

<table>
<tr><td rowspan="5">高

複雜性

低</td><td rowspan="5">飲食生存維護</td><td>單一方案型</td><td>加值型</td><td>整合型</td><td rowspan="5">社會心理照顧</td><td rowspan="5">高

複雜性

低</td></tr>
<tr><td>減輕照顧者負擔型</td><td>送餐暨照顧者喘息服務</td><td>使用者模式
(滿足使用者需求)</td></tr>
<tr><td>純志工關懷</td><td>送餐暨關懷問安</td><td>照顧中心模式
(滿足照顧者需求)</td></tr>
<tr><td>基本生理健康型
(純營養考量)</td><td>送餐暨生活需求探索</td><td>專業者模式
(專業決定需求)</td></tr>
<tr><td>基本生理滿足型
(純送餐考量)</td><td>送餐暨生命(身體)探視</td><td>經營管理模式
(成本效益決定需求)</td></tr>
<tr><td>低</td><td colspan="5">實務運作難度的高低</td><td>高</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">服務成本
服務技能
人力成本
專業程度
政府職能
團隊合作
社區資源融入度</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7"><——— 服務模式光譜 ———></td></tr>
</table>

圖 2-1-3　餐食服務實務工作模式

資料來源：引自陳燕禎、謝儒賢、施教裕，2005，頁 149

(三) 餐食服務之成效

如前述及，餐食服務可滿足的需求包含生理、心理、社會與文化需求，以及個人用餐習慣與偏好(Sydner & Fjellstrom, 2005)；又可概分為健康(營養)與社會兩個層面，現有多項研究結果闡述了餐食服務之成效。

餐食服務最基本可滿足的是生理層面的食物需求(food need)(Dachner, et al., 2009)。使用者極大部分處於營養風險(nutritional risk)中，且將這份餐食作為每日的主要營養素來源，所以在使用服務期間健康、營養狀況的改善與營養風險的減低是最顯著，也最容易測量的成效(Gitelson, et al., 2008; Keller, 2006; 楊宗蓉，2003)。同時，營養風險的降低可進一步延長維持良好生理健康狀況的天數(Keller,

Østbye, & Goy, 2004)。事實上，老年人營養不良的狀況不只盛行於醫院或長期照顧機構，即便居住在社區中的健康老人也存在這樣的問題，更嚴重的是，營養不良狀況可能引發其他負面影響，如憂鬱、低度的自我效能、對健康的態度低落。因此，有學者建議針對老年人進行密集性的營養評估，特別是獨立生活者，及早篩檢出有營養風險者提供處遇服務(Brantervik, Jacobsson, Grimby, Wallén, & Bosaeus, 2005; Compan, di Castri, Plaze, & Arnaud-Battandier, 1999; Coulston & Craig, 1996; Elmstahl, Persson, Andren, & Blabolil, 1997; Iizaka, et al., 2008; Posner & Jette, 1994; Posner, Jette, Smith, & Miller, 1993)。在確定餐食服務可改善使用者營養狀況的基礎上，一項研究更進一步採實驗研究法比較傳統的送餐服務與新式餐食服務對使用者營養狀況的影響。傳統送餐服務指的是每週接受五次熱的餐食，且達每日建議營養攝取量(Daily Reference Intake)的 33%；新式餐食服務指的是每週七天，每天三餐和兩次點心，達每日建議營養攝取量的 100%。該研究為期六個月，研究對象計 203 位，年齡在 60 至 90 歲之間，基線期施測結果近三分之一處於營養不良狀態，他們被隨機分派至兩項方案中。研究結果顯示兩項服務皆能顯著改善營養狀況，但新方案的改善幅度更大，且對個人獨立生活能力有正向影響(Kretser, Voss, Kerr, Cavadini, & Friedmann, 2003)，這可能是因為每日提供餐食的次數較多，且內含的營養量更為充足所致。

餐食服務顯現在社會層面的成效至少有五項。第一，服務可強化高齡者社會參與，促進人際互動關係，協助長者適應老年生活(陳莉菁，2008；陸佩君，2009)。以美國為例，在 2005 年至少有 15,000 個社區老人服務中心服務一千萬以上的老人。這些老人中心在社區中扮演提供多元服務的角色，一系列服務如資訊提供、餐食服務、學習課程與休閒活動等，而服務對象常被鼓勵使用多項服務。研究結果指出，同時使用餐食服務及其他服務的老年人認為參加中心活動有機會結交新朋友、感覺歸屬於一個團體、感到生活更有趣、每天固定有個可以去的地方、健康狀況有所改善，且頻繁參與社會活動使得生活品質提升(Gitelson, et al., 2008)。另一項研究發現使用老人中心餐食服務方案之服務對象大多為獨居女性，但她們

參與方案係為滿足社會性需求，而非經濟資源匱乏。確切地說，54%的受訪者表示在日常生活中經驗到某些孤獨感受，且很少有與他人接觸之機會，故期待透過餐食服務與中心的其他長者建立友伴關係(Kirk, et al., 2001)。第二，餐食服務可有效降低使用者的營養風險，進而提升整體生活滿意度(whole-life satisfaction)及與健康相關的生活品質(health-related quality of life)，對生活持正向、樂觀態度(Keller, et al., 2004)[8]。第三，降低食物不安全(food insecurity)情況所造成的心理、社會壓力。食物不安全指的是一個人無法取得營養足夠的食物，且取得符合個人偏好的食物之能力缺乏，無法感受到營養層面的安適(nutritional well-being)，通常這與低收入、低教育程度、個人為少數族群成員(minority)，還有處於社會孤立狀態有關。簡言之，食物安全狀態是受限制的，或者是不確定的，即是食物不安全。所以，定期且規律性的餐食服務不僅能解決使用者營養匱乏困境，進一步可降低食物不安全所導致的生活壓力(Jung Sung & Frongillo Jr, 2001)。第四，經由送餐服務確認長者安全，並提供情感性支持。服務者以餐食為媒介創造出與社區老人頻繁接觸的契機，送餐到家一來可確認長者在家的安全，若不幸意外發生可即刻處理，不致經過多天無人發現；再者，藉由關懷問安與溝通對話提供長者心理支持，進而降低社會孤立感受。相對於其他長者，外出不便(home-bounded)且獨居之長者所處的生活風險更大，因此來自餐食服務提供者的規律支持和協助顯得格外重要(Roseman, 2007)。最後，餐食服務有助於舒緩照顧者負荷與壓力，維繫家庭成員間關係。黃源協(2005)以原住民老人為對象，檢驗正式服務的介入，如居家照顧服務、送餐服務對非正式支持網絡的影響。研究發現原住民老人生活上的主要照顧者為配偶，又媳婦的角色超越兒子和女兒。正式服務的提供可促進老人與家屬、鄰居和親戚之互動頻率及互動關係。此外，主要照顧者與老人的緊密互動可能形成一種「疲乏的照顧關係」，正式服務的提供有助於舒緩這種緊張關係。

[8] 該研究證實營養風險為與健康相關的生活品質的預測變項，降低營養風險可提升與健康相關的生活品質。研究建議未來可進一步檢驗營養和整體性生活品質(holistic view of QOL)之間的關係。

摘述以上，餐食服務之成效可從營養與社會兩個層面來看，營養層面指的是餐食補充了使用者每日所需營養素，改善營養不良問題，還有效降低營養風險；社會層面的效益，已被實證研究支持的包括：(1)增加使用者參與社會活動機會，藉著拓展和維繫人際網絡，減少心理孤獨感受；(2)營養風險的降低促成整體生活滿意度(whole-life satisfaction)及健康相關生活品質(health-related quality of life)的提升，對生活持正向、樂觀態度；(3)降低食物不安全情況所造成的心理、社會壓力；(4)確認長者安全，並讓長者獲得關懷和支持；(5)舒緩照顧者負荷與壓力，維繫家庭成員間關係。

三、使用者運用服務之相關議題

以下整理了幾項餐食服務之相關議題，如社區對餐食服務的需求、服務使用者的付費意願、使用服務與中止服務之決定因素、服務使用者的人口特質等，以進一步理解服務現況。

(一) 社區長者對餐食服務的需求

前文已提及，餐食服務係為回應高齡化國家中所衍伸的新興需求，即身心障礙者與老年人的營養(生理)需求，進而關照更高層次的社會需求。幾項於社區進行的研究結果指出營養風險普遍存在於社區，且社區長者也自述需要餐食服務。例如在日本東京進行的研究，透過迷你營養評估量表(Mini-Nutritional Assessment)調查 130 位長青大學長者之健康狀況，研究結果顯示有 10%的長者處於營養不良狀況(Iizaka, et al., 2008)。在臺灣的研究結果包括楊宗蓉(2003)針對士林區 68 位獨居長者進行之送餐需求調查，結果顯示需求度為 33.85%，且需要者中有 71.4%認為應天天送餐，50%希望每天能提供午、晚兩餐；進一步的分析顯示，表達需要送餐者在 NSI 營養評估結果明顯比不需要及不確定者差。李靜綺(2006)發現新北市新莊、泰山地區長者有三分之一以上(36.2%)認為送餐服務有必要，並以星期一至星期五配送到家最理想；又七成以上意識到目前尚有能力自行備置，或有他人協助備置，所以暫時不需要，但將來仍可能需要。而在南投地區，有七成受訪者認為社區有必要提供送餐服務，八成希望送餐到家，四成希望每天提供午、

晚兩餐，五成希望天天供餐，五成二認為應由政府主導辦理；進一步，營養評估結果發現有三成六的受訪者處於中度危險，高度危險者近一成(鄭如芳，2007)。

上述研究結果顯示社區長者對餐食服務之需求確實存在，而且營養狀況愈差者對服務愈趨殷切。

(二) 社區長者的付費意願

國內現有兩篇研究探討到社區長者的付費意願及付費額度。鄭如芳(2007)對南投五鄉鎮進行調查，結果顯示多數受訪者可接受的餐食價格為早餐 30 元，午餐與晚餐約 50 元。鄭雪琴(2008)以臺中市甘霖基金會附設長青大學學員為對象，研究發現受訪者願意自費使用餐食服務的比率高達 91%；進一步看願意支付的價格：半成品送餐服務 43.66 元、個別化送餐服務 99.63 元、問安及確認安危送餐服務 107.33 元、定點用餐服務 113.13 元。

據此，我們得知社區長者有意願自費使用服務，也願意支付更高價格購買符合個人飲食習慣或有附加服務之餐食服務。

(三) 使用服務與中止服務之決定因素

餐食服務的另一項研究旨趣在探討使用者進入服務體系、持續停留於服務體系，以及撤離服務體系之一系列決定因素。

Choi(1999)認為，進入服務體系的契機包含個人健康狀況惡化，或年齡增長與功能障礙帶來的生活狀況改變；此外，也會受到個人因素，包含年齡、性別、教育程度、收入、心理狀況、生活習慣、態度及信仰，甚至是鉅視環境中的文化與社會脈絡因素所影響。國內幾項研究也發現到健康狀況與宗教信仰會影響個人服務使用。其他影響因素則還有個人可支配的生活費、交通與購物方便性、外出購物是否需攀爬樓梯、居住安排、家人可否協助準備、餐食費用、餐食服務之方便性 (鄭如芳，2007；鄭雪琴，2008；陳莉菁，2008)。

持續使用服務之原因可能包括 ADLs 失能項目多、罹患生理疾病、曾入住機構、獨居(Mui, Choi, & Monk, 1998；引自 Choi, 1999)。另一項研究也呈現此結論，罹患慢性疾病和身心障礙者，像是中風、患糖尿病或無法站立者，也會長期使用

服務；進一步對身分別的分析指出，像少數群體成員、貧窮者、領受政府食物券者，持續使用服務期間較長；又少數群體使用服務期間較白人長(Frongillo Jr, et al., 1987)。

中止服務使用之原因，Choi(1999)認為過去住院或者進住照顧機構時間延長為最主要原因；其次係長者搬遷至親屬家，有親屬協助烹煮餐食或安排他人協助準備；第三為長者的健康狀況改善，恢復自行備置餐食之能力；第四項原因為對餐食品質不滿意、口味不符合，亦或胃口不佳；第五是用餐者過世；最後則是長者遷出方案服務範圍之外。Frongillo 等人(1987)之研究結果則顯示最近出院、罹癌、臥床，或是非臀部骨折者，通常在六個月內就會撤出服務體系。這是因為罹患癌症者可能在短期內病況加劇而過世；而近期出院、非臀部骨折者，身體況狀和生活能力較不令人擔心，僅需在恢復期間接受短期協助即可。李靜綺(2006)就表示，若個人有能力自行準備，或有非正式支持網絡協助，大多不傾向使用正式服務體系資源。

整理以上文獻，研究者認為使用者在進出服務體系的持續選擇過程中，主要會考量：

1. 是否有能力自備餐食：當他人協助準備好食材、調理包或其他冷凍食品時，個人是否有能力烹煮或加熱至可食用的餐食？這可能受到烹煮餐食能力、身體健康狀況、罹患疾病與否，以及 IADLs 失能狀況影響。
2. 是否有能力獨自外出購物：個人可否克服交通障礙，獨自外出至市場、超市或其他店家購買食材、調理包、冷凍食品或熟食？這可能受到身體健康狀況、罹患疾病與否、交通方便性，以及 IADLs 失能狀況影響。
3. 是否有他人協助備餐：家庭或社區中是否有人定時協助烹煮或購買餐食？這必須考量到非正式支持網絡的狀況，例如有無親友同住或居住在附近，用餐時間定時提供協助；同時，也須瞭解個人的 ADLs 失能狀況。

(四) 服務使用者的特質

研究者整理了既有餐食服務相關研究，發現到服務使用者可能有以下特質：

(1)處於食物不安全狀態、(2)每日飲食攝取量不足、(3)營養狀況普遍較差、(4)身體狀況虛弱(frail)且易受傷害(vulnerable)、(5)自覺健康狀況較差、(6)慢性疾病纏身、(7)ADLs 或 IADLs 失能、(8)外出不便(home-bounded)、(9)經濟狀況較差、(10)教育程度較低、(11)獨居，以及(12)與社會接觸機會少(Brantervik, et al., 2005; Choi, 2001; Compan, et al., 1999; Gitelson, et al., 2008; Iizaka, et al., 2008; Posner, et al., 1993; Roseman, 2007)。例如 Gitelson 等人(2008)針對美國 19 個老人中心進行研究，比較使用定點用餐者與其他服務對象之差異，結果顯示服務使用者的經濟狀況較差、教育程度較低，參與社會活動的機會相對較少；另外，用餐者中有 45%為獨居，30%自覺健康狀況是差的或一般的。

這些研究結論揭露大部分餐食服務使用者可能在多重的不利條件之下生活，如營養狀況不佳、生活功能障礙、經濟狀況較差等，其負面影響涵蓋生理、心理，以及社會層面。有鑑於此，規律性地提供餐食服務，並在服務歷程中發展或引進他項服務與資源將是必要的服務策略。然而，由前述統計資料顯示目前服務已不再只提供給相對弱勢群體，一般戶使用的比率亦逐年提高；這讓研究者意識到既有文獻對一般健康老人或自費使用服務者的特質描述是缺乏的，因而缺乏相互比較的基準。那麼，福利身分別的有無及其他使用者特質的差異是否會影響到使用者對餐食服務品質的評價？這也是本研究所欲探究的。

本節總結

於本節，研究者嘗試梳理餐食服務的提供狀況，首先從服務的歷史脈絡切入，接著針對服務運作情形逐一討論，最後從使用者的位置出發，點出運用服務的相關議題。

早期的餐食服務屬於非正式的社區互助行動，也帶著部分慈善主義色彩。服務起源可追溯至 1940 年代末期英國女性志工團為農村勞動者遞送食物、飲水及其他補給品；美國的送餐服務則始於 1995 年的費城，當時係由地方志願服務組織經營，運用退休人員或家庭煮飯在教堂出借的廚房備餐，提供給社區長者。爾

後，英、美陸續透過立法程序賦予餐食服務正式法源基礎，成為國家有責任提供的服務要項之一。臺灣亦依循此趨勢，於 1997 年《老人福利法》第一次修法中將餐食服務納入，作為長期照顧政策的社區式服務要項之一。後續，中央或地方政府於相關施政計畫中持續透過方案補助方式鼓勵公益社團法人、財團法人、社區發展協會等非營利組織擇定場所辦理定點用餐或送餐到家服務。

餐食服務為一完整服務體系，若要深入瞭解，可從服務運作流程、提供單位、輸送模式及成效四方面解析之。餐食服務被列為長期照顧服務體系的一環，故於接案、家訪評估、提供服務、追蹤評估，以至結案的工作進程與其他長照服務是一致的。服務歷程中，使用者會依序接觸到長期照顧個案管理中心和餐食服務提供單位，個管中心著重在失能程度、居住安排、對餐食服務需求，以及福利身分別的評估；而服務提供單位的評估主要為瞭解用餐者相關議題，以調配個別化餐食。臺北市政府除依照中央長照政策辦理餐食服務外，自 2003 年起還另闢蹊徑自主推動「社區互助溫馨送餐計畫」，希冀運用社區發展協會資源就近照顧弱勢群體。研究者比較兩個服務後發現，法定的長期照顧服務在相關規範上較為嚴謹、具結構性；而社區互助溫馨送餐計畫強調社區互助、在地人服務在地人的精神，所以對提供單位的規制較少，服務運作流程較簡化，對服務對象的資格認定也相對寬鬆。

在現行的服務提供單位，長照服務部分可由醫療機構、護理機構、醫療法人、老人福利機構、身心障礙福利機構、公益社團法人、財團法人、社會福利團體、照顧服務勞動合作社、餐館業及其他餐飲業(餐飲公司需為評鑑優等以上)擔任；社區互助溫馨送餐服務，其實也未必只能由社區發展協會提供，上述單位與各級學校機關，以及接受社會局委託辦理社會福利單位亦是選項，不過現在仍以社區發展協會為大宗。不同的服務提供單位，其所提供的服務，服務品質是否會有不同？這是研究者所欲探究的。

服務輸送模式探討的是餐食及其他附加服務如何被傳遞至使用者手上。陳燕禎等人(2005)依據用餐方式、餐食供給地點、餐食準備及輸送方式、餐食提供者、

餐食備置方式、餐食提供地點幾項指標，將現有多樣化的服務輸送方式做了細緻區辨，值得參酌。服務輸送模式之間的差異是否會產出不一樣的服務品質，是研究者另一項關注的議題。

一般認為餐食服務可滿足生理、心理、社會與文化需求，以及個人用餐習慣與偏好。已被研究證實的成效，在生理層面為：滿足基本食物需求，有效改善營養狀況並減低營養風險；進一步，一項創新方案證實若每日供餐次數越多，提供的營養量越充足，對營養改善的效果將更為顯著。在社會層面的五項成效包含：(1)增加使用者參與社會活動機會，藉著拓展和維繫人際網絡，減少心理孤獨感受；(2)餐食服務的降低促成整體生活滿意度(whole-life satisfaction)及與健康相關的生活品質(health-related quality of life)的提升，對生活持正向、樂觀態度；(3)降低食物不安全情況所造成的心理、社會壓力；(4)確認長者安全，並讓長者獲得關懷和支持；(5)舒緩照顧者負荷與壓力，維繫家庭成員間關係。

為從使用者角度進一步認識餐食服務，研究者整理了四項有關服務運用的議題。(1)社區對餐食服務的需求：幾項執行於不同地區的研究結果皆顯示社區長者對餐食服務之需求確實存在，且營養狀況愈差者對服務愈趨殷切；進一步分析顯示多數長者期待每日都提供午、晚兩餐，且偏好現煮熱食，又以送餐到家最為理想。(2)服務使用者的付費意願：鄭如芳(2007)和鄭雪琴(2008)的研究發現社區長者其實有意願自費使用服務，也願意支付更高價格購買符合個人飲食習慣或有附加服務之餐食。(3)使用與中止服務之決定因素：使用者在進出服務體系的持續選擇過程中，主要會考量是否有能力自備餐食、是否有能力獨自外出購物、是否有他人協助備餐三項因素。(4)服務使用者的人口特質：諸多研究結果揭露大部分餐食服務使用者可能在多重的不利條件之下生活，如處於食物不安全狀態、營養狀況不佳、罹患慢性疾病、生活功能障礙、經濟狀況較差、教育程度較低、獨居、參與社會活動機會較少。然而，國內統計資料顯示近年來一般戶使用餐食服務的比率逐年提高；那麼，福利身分別的有無及其他使用者特質的差異是否會影響使用者對服務品質的評價？這也是本研究所欲回答的。

第二節　餐食服務服務品質

餐食服務是高度重視與服務對象互動、對話的一項服務，為同時滿足使用者生理、心理及社會需求，服務輸送過程中服務人員的重要性絕不亞於餐食本身。欲瞭解此服務被執行的狀況，必須同時考量服務過程與結果、有形餐食和無形服務，服務品質概念恰好有此雙重重視的特性，因此可以作為一個切面。研究者於本節將進行服務品質的概念性探究，首先從服務的意義與特性談起，接著討論到廣泛的品質要件，最後再聚焦到服務品質的概念內涵。

一、服務(service)的意涵

在現代社會，服務幾乎是我們每天都會從外在接受，或者自內在展現出的一種行為模式。以社會工作者為例，早上到社福機構上班前，可能先在巷口轉角處的早餐店購買三明治和咖啡；上班期間，開始運用社會工作專業知能服務案主。然而，這樣簡單的說明尚不能完整描述服務之意義，因為它通常是一連串複雜現象的集合。

過去，國內、外已有多位學者針對服務進行探究，並發展出不同的定義說明，例如美國品質管理大師 Juran 於 1986 年將服務定義為「為他人而完成的工作(work performed for someone else)」，係從服務者的心態做討論；日本的品質管理大師石川馨認為服務是不生產硬體物品的有效工作(引自林燈燦，2003)；北歐服務管理學派奠基者之一的 Gronroos 教授認為服務一般是以無形的方式，在顧客與服務職員、有形資源商品或服務系統之間發生的、可以解決顧客問題的一種或一系列行為，此兩位都從是否產出實體產品做描述。美國行銷協會(AMA)將服務定義為「用以直接銷售或配合貨品銷售所提供的各種活動(activity)、獲益(benefit)與滿足(satisfaction)」，包含：(1)單獨提供之無形活動，如法律諮詢、(2)與有形財貨同時提供之無形活動，如運輸服務、(3)配合產品或貨品提供之後提供之服務，如設備維修。而 ISO 國際標準對服務的定義為「供應者在與顧客之介面上的活動，以及供應者內部活動所產生之結果，以滿足顧客的需求為判準」(引自楊錦洲，

2002)。其他學者對服務之定義呈現如表 2-2-1：

表 2-2-1 服務之定義

學者或組織規章	對服務之定義
Juran(1986)	為他人而完成的工作。
石川馨(1989)	服務是不生產硬體物品的有效工作。
淺川慶三郎(1989)	服務是由人類勞動所生產，係人類行為而非物質的實體。
Gronroos(1990)	服務一般是以無形的方式，在顧客與服務職員、有形資源商品或服務系統之間發生的，可以解決顧客問題的一種或一系列行為。
Kolter(1991)	指一項活動或利益，由一方向另一方提供，本質上是無形的，接受完服務後也不會產生所有權的轉變，服務不一定要依靠實體才能產生。
Lovelock(1991)	服務是一種過程，而非靜態的內容。因此必須以系統的觀點處理有關服務創造、服務傳送，及顧客與服務的關係等問題。
吳武忠(1999)	服務是一種整體的感受，亦即服務是顧客購買東西時所認知到廠商的所有行動及反應，公司及其員工的整體表現。
崔立新(2004)	服務不僅是一種無形的特殊活動，而且更是一種觀念，它的本質在於與消費者做更有效的溝通，挖掘消費者現有的或潛在的需求，並最大限度地滿足需求、獲得利潤、創造財富、取得競爭實力。
楊錦洲(2009)	服務提供者提供物品、勞力、技術、專業、知識、資訊、設施、時間或空間之中的某些項給顧客的一系列活動所構成的流程(process)，以產生顧客所需之價值，如為顧客辦理事情、解決顧客問題，或者娛樂顧客、服侍顧客、讓顧客愉悅。
ISO 國際標準	供應者在與顧客之介面上的活動，以及供應者內部活動所產生之結果，以滿足顧客的需求為判準。
美國行銷協會(AMA)	用以直接銷售或配合貨品銷售所提供的各種活動(activity)、獲益(benefit)與滿足感(satisfaction)。

資料來源：整理自楊錦洲，2002、 2009；林燈燦，2003；崔立新，2004

由上述定義可瞭解，服務是一連串無形的活動流程，服務的本質不在於為天然資源或材料加工、裝配零組件等，而是透過某種舉動(act)、過程(process)或活動(activity)為服務對象創造價值(曾光華，2007)；且服務的目的是要滿足使用者

需求，或讓使用者獲益和感到滿足。

有關服務的特性，Zeithaml、Parasuraman 以及 Berry(1985)分析多位學者的看法後，指出有四項最常被提及的特性，依序為：

(一) 無形性(intangibility)：服務是一種行為表現，而非真實可觸及的實體，因而無法被看見、被感受、被品嚐，亦或被觸摸。

(二) 不可分割性(inseparability)：服務的生產和消費是在同一時間發生的；換句話說，提供者提供服務會立即伴隨使用者接受服務，故彼此必須密切接觸。另外，不可分割性也意指服務的生產者和銷售者為同一人。

(三) 異質性(heterogeneity)：服務表現呈現出高度變異性，無法標準化。不同服務提供者、不同顧客、不同日期等因素都可能致使服務品質產生差異；即使同一服務者，也無法保證每次提供的服務都一致。

(四) 易逝性(perishability)：服務是一種無法被儲存的行為表現，所以有可能出現需求過高而無法充分供給的情況。

服務的其他特性還有：(1)服務是勞力密集的、(2)服務無法大量生產、(3)服務人員與顧客接觸頻率高、(4)顧客亦參與服務過程、(5)服務人員對服務品質有決定性影響、(6)服務品質是由顧客來評價的、(7)尖峰與離峰的需求差異大、(8)服務績效不易評估(楊錦洲，2002、2009；崔立新，2004)。除以上單獨呈現服務之特性，Gronroos 進一步針對「產品」與「服務」進行比較，有助於清楚辨識兩者之差異。

表 2-2-2「產品」與「服務」之特性比較

實體產品	無形服務
有形性	無形性
同質性	異質性
生產、銷售與消費分開	同時性(不可分割)
一件物品	一個活動或過程
核心價值在工廠中產生	核心價值在與消費者互動中產生
顧客一般不參與生產過程	顧客參與生產過程
可以庫存	無法庫存(易逝性)
所有權可轉移	所有權無法轉移

資料來源：Gronroos, 2001；引自楊錦洲，2009，頁 11

依據上述對服務之概念性定義，讓我們認識到其與產品之間的不同，而這些對服務特性的描述也大致適用於餐食服務：通常由社會服務組織提供，服務人員提供(生產)服務立刻伴隨使用者使用(消費)，且每次的服務都是服務人員、使用者、時間和地點等因素交互作用所產生的獨特結果，所以不可能做到一模一樣，頂多在形式上相似。再者，餐食服務亦是勞力密集的，不論送餐到家或定點用餐方式，每天都需要多位工作人員密集投入，從接案評估到服務提供至少涉及三個角色：(1)專責訪視評估的社會工作者、(2)備製餐點的廚師、(3)送餐到使用者家中，或者在共餐場地協助的直接服務人員。其中，直接服務人員和使用者接觸最為頻繁，也是餐食衍生性服務，如確認安危、提供資訊、給予心理關懷與支持的主要提供者，因此對服務品質有決定性影響。所以，本研究在探討服務品質時，所指涉的服務人員將界定在每天定時送餐、供餐，提供相關衍生性服務，而且與使用者互動頻率最高者。

根據第一節對餐食服務的認識，其結合了產品及服務兩部分，且至少包含服務單位、製餐單位、餐食、服務人員、服務，還有服務使用者六個元素。在某些情況，服務單位和製餐單位是一體的，例如採專業管理模式，機構內自設廚房，聘請合格廚師烹煮食物；運用志工在社區或家中製作便當；或者服務單位兼提供

餐食服務和居家服務，指派居家服務員到使用者家中協助烹煮食物。另一種情況是，服務單位和製餐單位分立，如與醫院、安養護機構營養室、社區便利商店或餐廳建立起合作關係。研究者認為，前者可視為單一體系，在服務操作上呈現出一條鞭的方式，因此在管理上顯得較有效率，且機構本身能掌控的較多，包括食材、餐點、人力資源等，所以服務品質完全由機構的努力所決定；至於分立的體系，增加了服務品質管控的複雜度，因為餐食內容是不易被服務單位管理的，品質良窳幾乎仰賴合作的外部製餐單位，機構本身能完全掌控的恐怕只有送餐、供餐的直接服務人員。在服務部分，可能由正式工作人員或非正式的志工提供，他們被賦予的任務是將餐食傳遞到使用者手上，並附加餐食以外的衍生性服務。當服務使用者接受到餐食與服務，提出的回饋或建議將會被提供單位採納，影響到下次服務提供狀況。理想上，一項好的餐食服務應呈現如圖 2-2-1 的循環過程，製餐單位和服務單位是相輔相成的，而且兩單位和使用者的連結都是密切的。最後，研究者將 Gronroos 對產品和服務的分析結果作了適度修改，以適用於餐食服務，呈現於表 2-2-3：

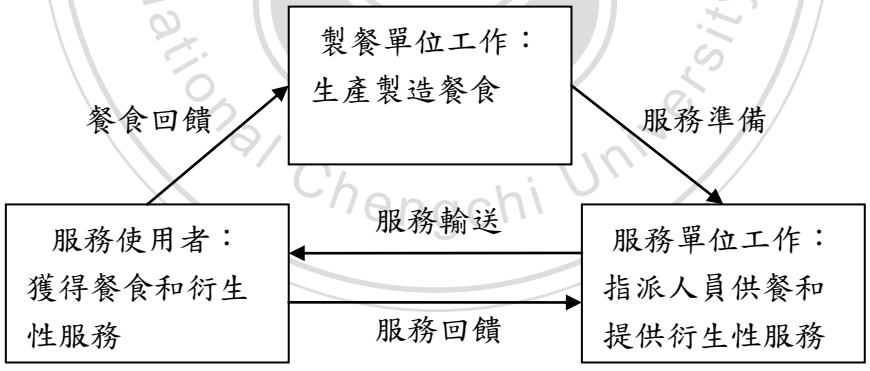


圖 2-2-1　餐食服務循環

資料來源：研究者自行整理

表 2-2-3 餐食服務在「餐食」與「服務」面的特性

餐食	服務
有形性：由製餐單位製成餐點	無形性：由服務人員提供
異質性：各服務單位製餐狀況不一	異質性：根據使用者個別狀況提供
餐食製造、服務人員提供餐點和服務，到使用者接受是不可分割的連續過程	
為滿足使用者營養需求的餐點	為滿足使用者心理、社會需求的活動
核心價值在讓使用者滿足營養需求	核心價值在與使用者互動中產生
使用者透過意見回饋參與生產過程	依使用者個別狀況、需求引導服務生產
為求餐食新鮮，通常不庫存	服務提供伴隨使用，無法庫存(易逝性)
餐點可能移轉給他人食用	服務僅提供給使用者，所有權無法轉移

資料來源：修改自 Gronroos, 2001；引自楊錦洲，2009，頁 11

綜言之，餐食服務列為長期照顧服務要項之一，被賦予雙重目標，一來要求餐點必須滿足使用者生理營養需求，二來更重視提供餐點過程中產生的社會互動，能進一步協助使用者滿足心理、社會需求；簡單地說，餐食服務的核心價值是從人(提供者)與人(使用者)之間的互動關係中創造出來的。依據此，若從社會工作角度出發，研究的主軸應定調在服務層面，去瞭解使用者如何對服務品質做出評價，而餐食或產品品質作為附加探討的主題；然而，源於過去對餐食服務的相關研究多只探討到餐食品質，是故此研究視角的移動是必要的。當然，服務高度變異和不易標準化的特質相較於容易掌控的食材、餐點菜色、包裝等，會在品質管理方面造成干擾，導致成效很難事先掌握，讓許多管理者傷透腦筋；但換個角度想，這也正是人群服務工作有趣且充滿挑戰之處。

二、品質(quality)之定義及其內涵

欲認識服務品質，應從品質開始談起，因為兩者是互有關係的概念；更具體地說，品質概念發展地較早，涵蓋的面向較廣，後續才被細分為產品品質與服務品質兩概念，前者是製造業關注的，而後者是服務業關注的，對於社會服務組織來說亦不例外。

(一) 品質概念的發展脈絡─從產品品質到服務品質

從歷史脈絡來看，早期對品質的討論大多以產品品質為導向，因此品質被定義為「具備應有之功能、符合規格、外型美觀、使用方便」；換言之，是以實體產品為定義標的，運用的指標也都是具體且容易測量的，如外觀、規格、尺寸、故障率、使用期限等。到了1970年代以後，陸續有幾位品質管理大師，如Deming、Juran、Crosby、Feigenbaum等積極提倡以顧客或服務使用者為中心的無形服務品質，概念內涵偏向使用者的需求或滿意，以及服務過程中的多變互動關係，這樣的思維已逐漸取代過去狹隘的產品品質考量(楊錦洲，2002、2009)。

Garvin(1984)歸納了過去多位專家學者及既有文獻對品質之定義，指出品質可從五種角度來定義：

1. 以製造為基礎的(manufacturing-based)：產品符合設計規格即有好品質。
2. 以產品為基礎的 (product-based)：品質存在於產品的元件、功能、特性或屬性。但要注意，必須是在同一品級(grade)[9]產品之間相互比較才有意義(Foster, 2002)。
3. 以使用者為基礎的 (user-based)：顧客滿意的產品即有好品質。
4. 以價值為基礎的(value-based)：使顧客感到產品物超所值即有好品質。
5. 形而上的(transcendent)：品質是一種直覺的認知，如同美或愛一樣難以描述。

研究者認為Garvin的分類架構頗為完善，值得參照，首先，它顯現了品質在不同時期的定義方法，前兩個角度可歸於早期關注的產品品質，後三個則可歸到晚近漸受關注的服務品質；第二，提出有形產品到無形服務的品質判準；最後，區分出客觀測量與主觀品質評價，前者如以產品和製造為基礎的定義，後者如以使用者為基礎的定義(Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988)。

(二) 品質之定義及構面

綜觀學者們對品質所作之定義，多從服務品質或以服務使用者為主體的角度

[9]品級(grade)指顧客因產品價格差異所造成的不同認知等級，與付出價錢有關。如付出較多金錢購買產品時，期望會較高，若產品功能不如期望，消費者會說品質不佳；反之，付出較少金錢購買較低品級產品時期望會較低，若產品功能超過期望，消費者會說產品品質很好(Foster, 2002)。

切入，較具代表性的如 Deming 認為品質是要滿足顧客的需求，使顧客滿意的；Juran 在 1989 年指出品質是適合於使用(fitness for use)；Crosby 在 1979 年提出品質是要符合要求(conformance to requirement)，所謂的要求就是先從顧客的角度制定產品規格，而達成這些規格要求之後就能真正符合顧客需求，所以品質必須是零缺點(zero defects)或百分之百合乎規格。一致且重要的是，幾位學者皆強調品質必須由消費者者來衡量，而非服務提供者自行評價(引自楊錦洲，2009)。其他學者或專業組織對品質的定義呈現在表 2-2-4：

表 2-2-4 品質之定義

學者或組織規章	對品質之定義
Deming	滿足現在與未來顧客的需求，讓顧客滿意的，是由顧客來衡量的。
Feigenbaum	行銷、工程、製造與維護保養的整體組合，透過品質將使得產品與服務符合顧客期望。
石川馨	一種能令消費者或使用者滿足，並且樂意購買的特質。
Edwards(1968)	商品或服務滿足人們需要之能力。
Crosby(1979)	符合要求的(conformance to requirement)。我們可以由顧客角度制定一組產品規格，而合乎這些規格之後才能真正符合顧客需求；換句話說，必須是零缺點或百分之百的合乎規格，才能符合需求。
Shetty & Ross(1985)	產品或服務滿足顧客需求之能力。
Juran(1989)	適合於使用(fitness for use)，是由顧客來衡量的。
林燈燦(2003)	符合消費者的需求，使顧客達到滿意。
楊錦洲(2009)	在第一次就要做到或達到最好，沒有缺失，且能符合需要者(顧客)之需求與期望，並讓他們滿意。
美國國家標準協會(ANSI)	一種產品或服務具備滿足需求者需要的輪廓與特質
日本工業標準(JIS Z8101)	所有能決定商品或服務是否能滿足使用者目的之績效的特性之全體。
ISO 9001	滿足明確或隱含需求的整體特性能力。

資料來源：整理自林燈燦，2003；楊錦洲，2002、2009；李友錚、賀力行，2004

彙整以上定義可知曉產品或服務的提供目的皆在滿足使用者需求和期望，而一項有品質的產品或服務應該具備四項要件：(1)讓使用者主觀認知(perceive)到需求被滿足；(2)產品或服務符合規格且適合個人使用；(3)在可負擔的價格條件下，產品或服務是可接受的；(4)產品或服務令人感到滿意，就代表有品質。為達到此目的，提供者可做的努力是提前探查使用者需求及期望，將之納入規劃；以及服務過程中不斷蒐集使用者意見，作為改善標的。

依循上述定義，陸續有學者整理、歸納出品質之構面(dimension)，以求更清楚認識品質的概念內涵，像是 King 指出品質可分為回應性、能力、可近性、禮貌、溝通、可信度、安全及瞭解八個構面(引自 Foster, 2002)；又聯邦品質組織(FQI)指出，績效表現為主要構面，而可信賴性、耐久性、一致性、有效性以及適時性為次要構面(引自 Martin, 1997)。在既有文獻中，以 Garvin(1984)發展出的八個品質構面最具代表性，這些是從不同定義角度所衍伸出來的(參照圖 2-2-2)，包括可靠性、符合性、績效表現、特質等，茲分述如下：

1. 可靠性(reliability)：產品在設計的使用壽命內能穩定運作，故障機率越低代表品質越好。
2. 符合性(conformance)：產品從外部至內部完全符合預先設定的標準規格(specification)，像是外觀、色澤、容量、體積、功能等，表示品質好。
3. 績效表現(performance)：產品能發揮應有的效能，且較佳的效能等於較佳的品質，例如一輛汽車應該能加速移動、可被駕駛、乘坐舒適等。
4. 特質(feature)：補充產品基本功能的附加功能或屬性，如洗衣機配有不同類型的洗滌方式，以及電視機配有自動校正色差功能。
5. 耐久性(durability)：產品的壽命，首次使用產品到其零件衰老、故障的時間；它與可靠性是密切相關的。
6. 服務性(serviceability)：若產品維修服務的可近性高、維修速度快，且服務員的態度好、有禮貌、能力佳，就代表有品質。
7. 美感(aesthetics)：此有關於產品的外觀、給人的感受、觸感等等，與認

知品質一樣是非常主觀性的判斷，反映出個人的偏好。

8. 認知品質(perceived quality)：這是消費者對該產品的主觀評價，會受到產品印象、廣告宣傳、品牌知名度和名氣等影響。

Garvin 發展的品質構面頗為周延，涵蓋有形產品及無形服務，八個構面中有些是可客觀測量的產品屬性；有些反映出個人主觀偏好；有些是客觀且永久不變的；而有些卻會隨時代潮流而更迭。例如，表現、特質、耐久性三個構面是從以產品為基礎的品質定義發展出來；可靠性和符合性則從製造為基礎的定義發展；美感、認知品質和服務性是從使用者為基礎的定義發展出來(Garvin, 1984)。這樣的分析澄清了品質的整體輪廓，有助於我們聚焦到服務品質概念的討論。

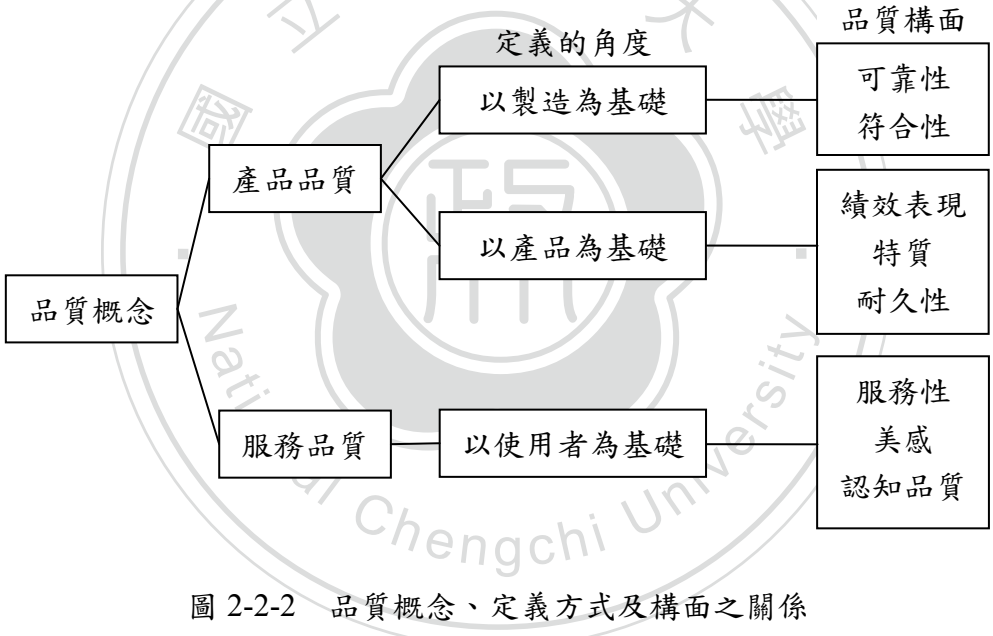


圖 2-2-2　品質概念、定義方式及構面之關係

資料來源：整理自 Garvin, 1984

從品質概念的發展脈絡與定義一路看下來，可以注意到品質多從產品及服務兩大範疇切入討論，早期關注的是產品品質，後續漸漸將焦點挪動到服務品質。研究者認為研究重心的轉移有兩個層面的意涵：第一，服務提供者意識到產品供給過程的服務之重要性可能勝於產品本身許多，服務所創造的價值絕非單獨的產品可比擬；第二，服務提供者認知到單方對產品和品質制定客觀標準或規範可能

是不足夠的，還得將服務使用者的主觀意見納入考量，作為持續品質改進的依據。

三、服務品質(service quality)之定義及其內涵

(一) 服務品質的概念性定義

如前段述及，服務品質是由品質衍伸的概念，所以部分範疇是連貫的；但服務品質更聚焦在那些不具實體、抽象且不易掌握的無形服務方面，還有對使用者觀點的高度重視。

服務品質最抽象，也最簡單的定義可能是 Deming 指稱的：「服務品質就是滿足顧客需求，讓顧客滿意，這是由顧客來衡量的。」(引自楊錦洲，2009)；或者是提供有效率、親切的、有幫助的、持續的服務給顧客(Shetty & Ross, 1985)；是消費者主觀認知到的服務表現水準(曾光華，2007)。較細緻的定義最早出自於 Gronroos 於 1982 年認為：「服務品質是顧客對服務之期望與接受服務後之認知的比較」。此定義有兩項重要意涵，首先是明確指出服務品質的主觀性，且對品質的評價只能由實際使用服務的使用者為之，重申過去幾位品質管理專家一貫秉持的論述；其次是透過比較的方式衡量服務品質，將事前期望、想像、印象與實際接受服務經驗相比較。爾後其他學者所下定義，甚至對服務品質之測量方法，普遍延續 Gronroos 之見解，像是 Lewis 和 Booms 表示服務品質是符合顧客的需要與需求，以及傳送給顧客的服務能迎合他們的期望(引自 Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988)。

談到這裡，或許會疑惑到服務品質和滿意度之間的關係，因為兩概念都是從使用者角度出發，針對接受到的服務賦予一項主觀評價；由於這樣的共通性，我們甚至常誤認為兩者是相通且可交互運用的概念。但事實上，服務品質和滿意度的概念結構雖有部分重疊，但本質上仍存在差異，Zeithaml 在 1987 年便指出服務品質是使用者對於一項服務傑出和優越程度之整體評價，透過比較服務期望與實際服務感受而來；而且不同於客觀品質，它是一系列主觀態度的集合，與滿意度相關，但非完全一致(引自 Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988)。Douthu 在 1991

年也做了補充說明，指出服務品質是使用者對服務之優越性的整體衡量，而滿意感受則是對交易與使用服務經驗所反應出來的一種態度的衡量(引自楊錦洲，2009)。所以，相較於滿意度僅對當下片刻的經驗感受進行紀錄，服務品質要探究的顯得更為全面、有結構，測量涵蓋的向度也更加細緻；再者，在測量方法上服務品質納進了「比較」的思維，得以探詢使用者運用理性判斷的結果，是另一項重要分野。

現今對服務品質研究投入最深，著作及研究成果最具影響力，也最被廣泛引用的當屬 Parasuraman、Zeithaml 和 Berry，他們檢視過去服務品質相關著作後歸結出三項重要主題(Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985)：

1. 對使用者來說，服務品質比產品品質更難以評估。
2. 使用者對服務品質的評估取決於他們的期望和實際所感受到的服務水準之對比。
3. 使用者對服務品質的評估不單只針對服務成果，也涉及對服務輸送過程的評估。

Parasuraman 等三位學者整合過去相關定義後，將服務品質(perceived service quality)定義為：「顧客對所提供之服務的認知品質(perceived service quality)與先前對該服務之期望品質(expected service quality)的差距。」更清楚地說，服務品質係指服務使用者對其接受到的服務作出好惡的整體性主觀評價，評價方式是將實際接受到的服務與自身價值、認知、事前對服務的期望與想像相比較，若實際經驗超越期望，代表服務品質良好；若實際經驗不及期望，代表服務品質欠佳；若實際經驗與期望一致，代表服務品質達個人可接受之水準。

(二) 服務品質概念的操作化及測量

由上述定義知曉，服務品質是使用者針對預期與實際服務之比較所作出的整體性評價，那麼進一步要談的就是服務品質由哪些構面組成？也就是使用者判斷、衡量的標的。目前已有幾位學者發展出服務品質構面(表 2-2-5)，有的僅依照時間歷程分為過程品質與結果品質，但大多數都嘗試將複雜的服務過程按功能或屬性

細緻區分，像是 Rosander 發展出人員績效、設備績效、資料及數據、決策及結果四個構面；Armistead 認為有組織、人員、過程、設備、商品；Juran 指出有內部品質、硬體品質、軟體品質、即時反應和心理品質五個構面(引自宋冀寧，2000)。

表 2-2-5 服務品質構面

學者	服務品質構面(dimension)
Sasser, Olsen, & Wyckoff(1978)	(1) 安全性：顧客認為品質系統可信賴的程度。 (2) 一致性：品質應是統一的、標準化的，不因工作人員、場所或時間不同而有所差異。 (3) 態度：工作人員的態度親切有禮。 (4) 完整性：設備和服務的周全。 (5) 條件性：根據不同顧客的需求而調整服務。 (6) 近便性：交通的便利性或時間、空間上處理的容易度。 (7) 及時性：在顧客期望的時間內完成。
Rosander(1980)	(1) 人員績效的品質。 (2) 設備績效的品質。 (3) 資料及數據的品質。 (4) 決策及結果的品質。
Lehtinen(1985)	(1) 過程品質：顧客在服務過程中所判斷的服務水準 (2) 結果品質：顧客在服務完成後對於服務品質的判斷。
Armistead(1985)	(1) 組織：指機構所提供的服務範圍。 (2) 人員：工作人員的儀容、親切的服務態度，以及有禮貌的應對。 (3) 過程：指對顧客熱切接待、服務迅速及能替顧客著想。 (4) 設備：指一切配置的設施。 (5) 商品：為滿足顧客需要所提供的有形商品。
Zimmerman(1985)	(1) 適用性：所提供的服務應切合顧客的需要。 (2) 重複製造的能力：所提供的服務應能有一致的水準。 (3) 及時性：服務人員盡快地完成工作。 (4) 最終使用者的滿意:讓服務使用者覺得其所得到的服務與付出的代價是相當的。 (5) 符合既定的規格：服務者有能力維持先前所設定的服務標準。
Juran(1986)	(1) 內部品質(internal quality)：指顧客看不到的品質，例如航空、鐵路、電話、飯店、百貨公司等設施。是否可正常發揮功能，全賴對設施的保養程度而定；若保養整備做得不充分，則對顧客的服務品質就會低落。

	(2) 硬體品質(hardware quality)：指顧客看得見的有形品質。 (3) 軟體品質(software quality)：指顧客看得見的軟體品質，例如廣告不實、帳單錯誤、電腦失誤或商品缺貨等，對顧客的服務品質就會低落。 (4) 即時反應(time promptness)：指服務的時間與迅速性。 (5) 心理品質(psychological quality)：指服務人員具有禮貌的應對、款待親切等。

資料來源：引自宋冀寧，2000，頁 12-14

但是，以上幾位學者並未繼續針對各個構面進行操作化，未發展出具體的測量指標和問卷，因此僅能參考，不易實際應用。

觀諸既有文獻，以 Parasuraman 等人對服務品質的探究方法最具代表性，且應用性廣，發展出的服務品質量表(SERVQUAL)已經過多次檢驗，被證實可複製(replicate)施測於不同服務場域。三位學者在 1985 年透過焦點團體訪談，歸納出有形性、信賴性、回應性、能力、禮貌、可靠度、安全性、可近性、溝通性以及瞭解十個構面，並針對使用者期望和實際接受到的服務兩部分逐一設計具體問項，這兩部分是相對應的。量表採取七點尺度量表(seven-point scale)設計，填答區間由非常不同意(1 分)到非常同意(7 分)；此量表也納入了加權分數(weighted scores)之概念，根據每位使用者對五個構面之相對重要性(relative importance)評估予以總分加權(採百分比計算)，如此一來更能真確反映出認知到的服務品質。期望和實際接受到的服務兩部分的加權總分相減，就是使用者認知到的服務品質。進一步的運用是將各個構面總分獨立分析，或者採逐題分析；還可依照社會人口學變項將使用者分組，分別比較期望服務和實際認知到的服務之差異(Parasuraman, et al., 1985, 1988)。三位學者又從後續的量化調查研究結果，以因素分析法萃取出有形性、信賴性、回應性、保證性、同理心五個構面，(Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991a)，其中有形性屬於實體環境或產物的服務品質構面，其餘屬於服務人員的；而在整個量表的結構上，也簡化至 22 個題項。至此，服務品質量表已發展得相當完整。以下分述各個構面，並輔以國內學者之補充說明(Foster, 2002;

林燈燦，2003；曾光華，2007)，接著呈現原著之服務品質量表：

1. 有形性(tangible)：所有在服務過程中所需之有形部分，如物理設施、設備，以及工作人員的儀表。更細緻地劃分，涵蓋：(1)設施與設備，如門窗、桌椅、天花板、儀器等；(2)氣氛，這是由視覺、聽覺及嗅覺共同營造出來的氣氛，如裝潢設計和色調、音樂、氣味、服務人員穿著，屬於服務場所的軟體部分；(3)標示與指引，指在服務環境中是否有清楚的指標、地圖、流程圖等。
2. 信賴性(reliability)：服務人員有能力在約定時間內經確地完成其所承諾之服務，且每次的服務都是一致的；也就是說，每位服務人員每次的服務態度、方式與技巧，都須持續維持在一定水準以上。
3. 回應性(responsiveness)：有強烈的意願協助顧客，並提供良好且迅速的服務。顧客提問、回應意見或提出要求時，假使服務人員回應速度太慢，常被指控為缺乏熱忱、沒有誠意等負面評價。所以，服務人員在過程中表現出主動性和服務熱情是必要的。
4. 保證性(assurance)：服務人員具備知識和禮貌，且能力足以讓顧客安心和信任。顧客在服務體系中，可能會因過去不曾接觸或未具備某些認識而感到手足無措，內心充滿不安。在這樣的情況中，倘若服務人員對顧客的態度是禮貌的，也表現出充沛的專業知識，將有助於舒緩這種緊張與焦慮。顧客持續地經驗到好的服務，保證性也就得以慢慢累積，進而提升對服務品質的評價。
5. 同理心(empathy)：用心對待顧客，讓任何一位顧客都感受到極大的關懷與尊重。若是能將每位顧客視為獨立的個體，按個人身心狀況、特殊需求，量身打造個別化服務，才能讓人感到賓至如歸，也才稱得上是一項好的、有品質的服務。

表 2-2-6　Parasuraman, Zeithaml, & Berry 服務品質構面

服務品質構面 (1985)	構面內涵	服務品質構面 (1988)	構面內涵
有形性 (tangible)	所有在服務過程中所需之有形部分，物理設施、設備，以及工作人員的儀表。	有形性 (tangible)	所有在服務過程中所需之有形部分，如物理設施、設備，以及工作人員的儀表。
信賴性 (reliability)	服務人員有能力在約定時間內正確地完成其所承諾之服務。	信賴性 (reliability)	服務人員有能力在約定時間內正確地完成其所承諾之服務。
回應性 (responsiveness)	有強烈的意願協助顧客，並提供良好且迅速的服務。	回應性 (responsiveness)	有強烈的意願協助顧客，並提供良好且迅速的服務。
能力 (competence)	服務人員具備提供服務所需相關知識、技術及能力。	保證性 (assurance)	服務人員具備知識和禮貌，且能力足以讓顧客安心和信任。
禮貌 (courtesy)	服務人員對顧客有禮貌、尊重、體貼與友善。		
可靠度 (credibility)	值得信賴、可靠、誠實、重視消費者權益。		
安全性 (security)	讓顧客免於危險、危機或懷疑之憂慮。		
可近性 (access)	顧客很容易接觸到服務，包括時間、地點與使用上的方便性。	同理心 (empathy)	用心對待顧客，讓任何一位顧客都感受到極大的關懷與尊重。
溝通性 (communication)	耐心的傾聽顧客意見，且以適當表達方式及顧客能瞭解的語詞進行溝通。		
瞭解 (understanding)	對顧客需求充分地知道及瞭解，並提供正確的服務。		

資料來源：整理自 Parasuraman, et al., 1985, 1988, 1991a, 1991b

表 2-2-7　服務品質量表(SERVQUAL)

服務品質構面	期望服務部分：卓越的 X 公司……[10]	認知服務部分：X 公司……[11]
有形性 (tangible)	(1) 有外觀先進的設備。 (2) 實體設備看起來美觀。 (3) 員工儀容整齊體面。 (4) 服務相關的資料(如服務簡章或服務手冊)看起來美觀。	(1) 有外觀先進的設備。 (2) 實體設備看起來美觀。 (3) 員工儀容整齊體面。 (4) 服務相關的資料(如服務簡章或服務手冊)看起來美觀。
信賴性 (reliability)	(5) 對承諾過的事項，一定會在期限內達成。 (6) 會展現解決顧客問題的熱誠。 (7) 一開始即能提供顧客所需服務。 (8) 必定會在約定時間內提供服務。 (9) 會將工作過程的缺失降至最低。	(5) 對承諾過的事項，一定會在期限內達成。 (6) 會展現協助我解決問題的熱忱。 (7) 一開始就提供我需要的服務。 (8) 在約定時間內提供我服務。 (9) 工作過程幾乎沒有缺失。
回應性 (responsiveness)	(10) 明確告知顧客提供服務的時間。 (11) 員工會迅速地提供服務。 (12) 員工總是願意協助顧客。 (13) 員工從未因太忙碌而忽略顧客的要求。	(10) 明確告知我提供服務的時間。 (11) 員工會迅速提供我服務。 (12) 員工總是願意協助我。 (13) 員工從未因太忙碌而忽略我的要求。
保證性 (assurance)	(14) 員工的表現讓顧客有信心。 (15) 顧客與卓越的 X 公司進行交易時心裡是感到安全的。 (16) 員工總是保持著禮貌。 (17) 員工具備回答顧客問題的知識。	(14) 員工的表現讓我有信心。 (15) 我與 X 公司進行交易時心裡是感到安全的。 (16) 員工總是對我保持禮貌。 (17) 員工具備回答我問題的知識。
同理心 (empathy)	(18) 員工會個別關切每一位顧客。 (19) 營業時間對顧客來說是方便的。 (20) 將僱用會個別關切每一位顧客的員工。 (21) 員工重視顧客的最佳利益。 (22) 員工瞭解顧客的個別需求。	(18) 員工給予我個別關切。 (19) 營業時間對我來說是方便的。 (20) 將僱用給予我個別關切的員工。 (21) 員工重視我的最佳利益。 (22) 員工瞭解我的個別需求。
構面加權分數	依據您對於上述五個構面之相對重要性予以評分，滿分為 100 分	

資料來源：Parasuraman, et al., 1991a, 446-449

[10] 期望服務部分的測量題項全部都採用：卓越的 X 公司有外觀先進的設備，或是卓越的 X 公司實體設備看起來美觀之敘述句，供填答者在非常不同意到非常同意七個尺度之間衡量。在此指稱之卓越的 X 公司，並非指目前實際提供服務之公司，而是讓使用者在心目中描繪出一個公司理想的服務狀況。

[11] 認知服務部分的測量題項全部都採用：X 公司有外觀先進的設備，或者是 X 公司的實體設備看起來美觀之敘述句，供填答者在非常不同意到非常同意七個尺度之間衡量。在此指稱之 X 公司，就是實際提供服務之公司。

研究者認為 Parasuraman 等人發展的服務品質量表是適宜用在餐食服務的，如前所述，其兼有實體產品和無形服務的雙重特性，因此有形性構面可回應到餐食本身，信賴性、回應性、保證性和同理心則可用來瞭解服務使用者和服務人員之間的互動狀況，綜合得出使用者認知到的服務品質為何。爰此，本研究擬參考服務品質量表，在盡量不影響整體量表結構的狀況下修改題項，設計出符合臺灣本土脈絡之餐食服務服務品質量表，內容呈現如表 2-2-8。研究者考量到服務使用者多為老人亦或身心障礙者，對於加權分數概念之理解可能有限，為避免造成受訪者填答困擾，故將量表加權分數部分排除。

國立政治大學 National Chengchi University

表 2-2-8 餐食服務服務品質量表(Meal Service SERVQUAL)

服務品質構面	(E)期望服務部分：好的 X 機構……	(P)認知服務部分：X 機構……
有形性 (tangible)	(1) 餐點看起來美觀。 (2) 菜餚美味可口。 (3) 服務人員穿得整齊。 (4) 對服務的說明清楚。	(1) 餐點看起來美觀。 (2) 菜餚美味可口。 (3) 服務人員穿得整齊。 (4) 對服務的說明清楚。
信賴性 (reliability)	(5) 吃飯時間一定會提供餐點。 (6) 服務人員願意幫助人解決問題。 (7) 第一天就提供需要的餐點。 (8) 服務人員答應幫忙的事會做到。 (9) 服務人員很少出錯或發生問題。	(5) 吃飯時間一定會提供餐點給我。 (6) 服務人員願意幫助我解決問題。 (7) 第一天就提供我需要的餐點。 (8) 服務人員答應我的事會做到。 (9) 服務人員很少出錯或發生問題。
回應性 (responsiveness)	(10) 清楚告知幾點可以拿到餐點。 (11) 服務人員動作快速。 (12) 服務人員會幫助用餐的人。 (13) 服務人員不會因為工作忙而不理會用餐者。	(10) 清楚告訴我幾點可以拿到餐點。 (11) 服務人員動作快速。 (12) 服務人員會幫助我。 (13) 服務人員不會因為工作忙而不理會我。
保證性 (assurance)	(14) 服務人員的表現讓人有信心。 (15) 服務人員讓人感到安心 (16) 服務人員總是有禮貌。 (17) 服務人員會回答用餐者的問題。	(14) 服務人員的表現讓我有信心。 (15) 看到服務人員，讓我感到安心。 (16) 服務人員總是有禮貌。 (17) 服務人員會回答我的問題。
同理心 (empathy)	(18) 服務人員會關心用餐者。 (19) 提供餐點時間剛好是大家吃飯的時間。 (20) 機構指派的服務人員會關心到大家。 (21) 服務人員重視大家。 (22) 服務人員瞭解用餐者需要什麼。	(18) 服務人員會關心我。 (19) 提供餐點時間剛好是我吃飯的時間。 (20) 機構指派的服務人員會關心我。 (21) 我覺得服務人員重視我，。 (22) 服務人員瞭解我需要什麼。

資料來源：修改自 Parasuraman, et al., 1991a, 446-449

本節總結

本節旨在針對服務品質進行概念性探究，為求完整地捕捉服務品質概念，研究者依序從服務和品質的定義及內涵兩條軌跡切入，再逐漸匯聚至服務品質的核心討論還有測量方法。Parasuraman 等人發展出的服務品質量表經修改後，可適用於本研究。

服務是一連串無形的活動流程，通常在使用者與服務人員、有形資源產品或服務系統之間密切發生；本質在於透過某種舉動、過程或活動為服務對象創造價值；目的是要滿足使用者需求或讓使用者獲得某些利益和滿足感；可辨識的主要特性有：(1)無法被觸及、感受的無形性、(2)生產和消費同時發生的不可分割性、(3)呈現高度變異且無法標準化的異質性、(4)無法被提前準備和儲存的易逝性。服務與產品最大的不同在於，價值和意義的創造是從提供者與使用者間密切的互動關係中創造。

至於品質，是對某項事物或活動優劣、好壞的衡量，早期多以產品品質為定義標的，有絕對客觀標準，是具體且容易測量的；到 1970 年代以後，無形服務的品質漸受重視，開始興起以使用者為中心的定義和衡量方式，內涵偏向使用者的需求或滿意，以及服務過程中的多變互動關係。Garvin 發展出的八個品質構面可協助我們釐清品質的概念內涵，屬產品品質的有：(1)績效表現、(2)特質、(3)可靠性、(4)符合性、(5)耐久性；屬服務品質的有：(1)服務性、(2)美感、(3)認知品質。就整體而言，只要使用者主觀認知到：(1)需求被滿足、(2)產品或服務符合規格且適合個人使用、(3)在可負擔的價格條件下，產品或服務是可接受的、(4)產品或服務令人感到滿意，就代表有品質。

服務品質是由品質衍伸的概念，所以部分範疇是連貫的，通常被定義為使用者對所提供之服務的認知品質與先前對該服務之期望品質的差距。更細緻地說，服務品質係指服務使用者對所接受到的服務過程與結果作出好惡的整體性主觀評價，評價方式是將實際接受到的服務與自身價值、認知、事前對服務的期望與想像相比較，若實際經驗超越期望，代表服務品質良好；若實際經驗不及期望，代表服務品質欠佳；若實際經驗與期望一致，代表服務品質達個人可接受之水準。必須澄清的是，滿意度與服務品質並非相同的概念，僅是在結構上有部分重疊，前者指涉的是對購買或使用服務當下所反映出來的一種感受與態度的衡量，後者則意味著使用者對服務優越性的整體衡量，是理性判斷的結果。在測量方法上，Parasuraman 等人依據有形性、信賴性、回應性、保證性和同理心五個服務品質

構面發展出 22 題項的服務品質量表(SERVQUAL)，這已被證實為一項有效且可信的測量工具，且其中納入了加權分數之概念，讓使用者評價五個構面之相對重要性，因此能更真實反映出使用者認知到的服務品質。於本研究，研究者擬參考此量表設計餐食服務服務品質量表，作為測量工具。

第三節　餐食服務服務品質的概念模型

上一節已討論過如何測量使用者認知到的餐食服務服務品質，本節進一步運用完整的服務品質缺口模型解釋使用者預先對服務的期望是如何形成，以及服務提供者在服務輸送之前會經過哪些前置作業步驟，而這些步驟之間產生的缺口如何被累積，最後在與使用者接觸的介面上一併被認知，形成使用者對服務品質的評價。接著，把此概念模型引進餐食服務的脈絡中進行討論，並結合本章文獻回顧結果，發展本研究之研究架構。

一、服務品質概念模型(缺口模型)

在服務品質的相關討論中，一項令人玩味的問題是：「使用者為什麼不認為服務是有品質的？」換句話說，提供者為什麼無法提供有品質的服務？究竟供給者與使用者兩方在想法、認知、意見，還有資訊傳遞之間；又或者供給者在服務規劃、安排至執行之間產生了哪些缺口(gap)，或者說是落差？

為回答此問題，Parasuraman 等三位學者依據服務品質的概念性定義及五個構面，即有形性、信賴性、回應性、保證性、同理心，建構出一個概念模型作出完善的解釋(Parasuraman, et al., 1985, 1988; Foster, 2002；崔立新，2004；曾光華，2007)。

根據服務品質缺口模型(圖 2-3-1)，上半部分是與服務使用者相關的部分，下半部分是與服務提供者相關的部分，兩方交會的介面在服務訊息的傳遞(對顧客的外部宣傳)和服務輸送過程的接觸。從時間歷程作說明，使用者運用一項服務前，會接收到已使用過服務者、志工、鄰居、親友等的口耳相傳資訊(口碑宣傳)，還有個人對服務的需求、過去使用過服務或類似服務的經驗，這些因素共同作用

的結果產生對服務的期望與想像(期望的服務)；此外，形成的期望也可能受到服務提供者的對外宣傳而作修正。提供者對使用者期望的理解，就會被納入服務規劃的考量，形成服務品質規範；即當服務被輸送時，服務組織所必須遵循的標準或原則。接著，就會進入到服務準備與輸送過程，依照品質規範配置適當服務資源。使用者接受到服務之後，會把實際經驗到的與自身期望做對照，依照該項服務是「超越期望」、「不及期望」，或「與期望相符」來評價服務品質的良窳。換句話說，當我們要從使用者的角度評估餐食服務服務品質，其實就是在測量缺口五的部分，即使用者接受到服務的時間點；其次要說的是，缺口五是缺口一至缺口四的函數，也就是 gap5= *f*(gap1, gap2, gap3, gap4)，服務從規劃、準備到執行期間的缺口將逐步堆疊，最終在使用者接受到服務時一併被認知。因此，此缺口亦可稱為服務品質的缺口，係本研究所關注的研究焦點。參照圖 2-3-2，能清楚地看見使用者進入服務體系、使用服務至評估的歷程，評估結果可能落在理想的、滿意的，或者是無法接受的服務品質區間中。

國立政治大學 National Chengchi University

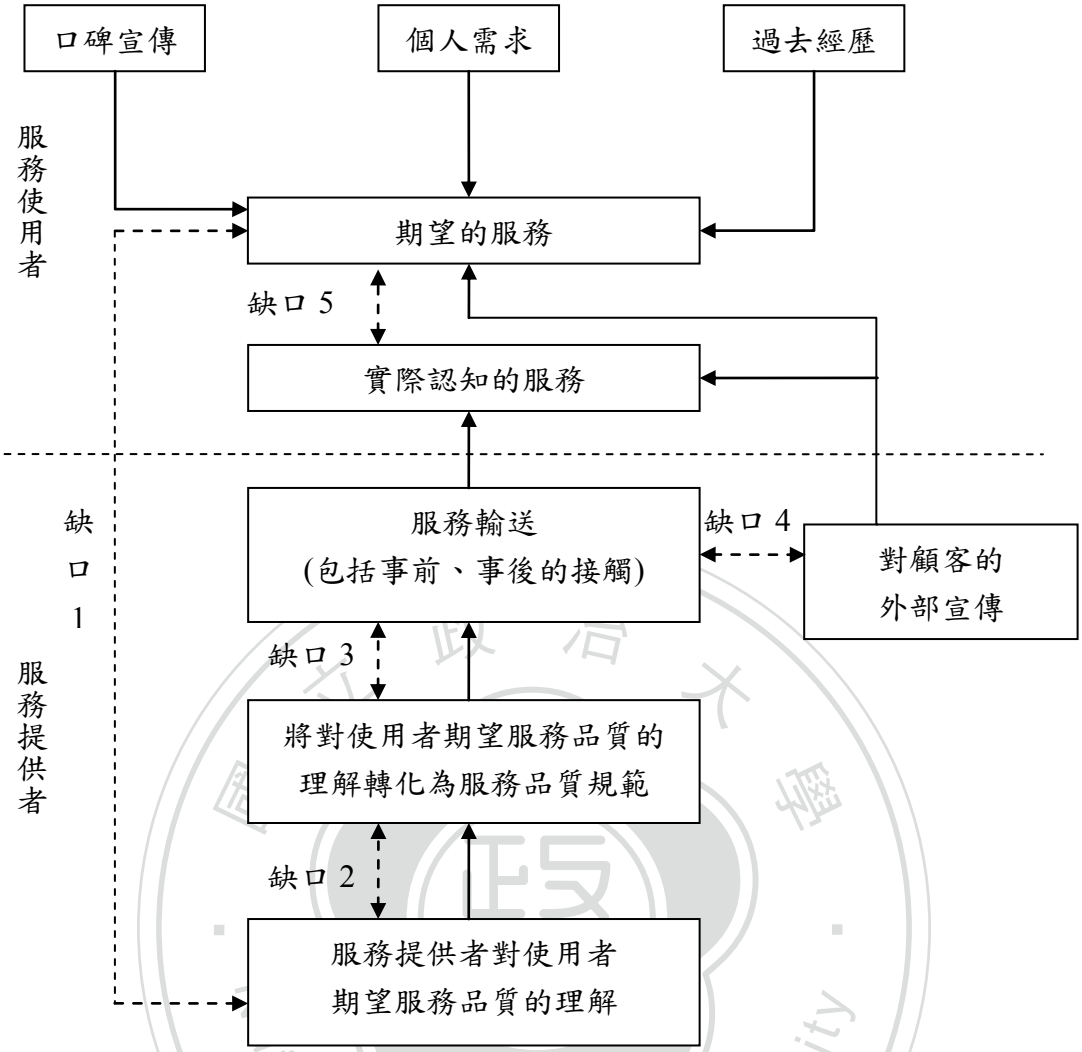


圖 2-3-1　服務品質缺口模型

資料來源：Parasuraman, et al., 1985

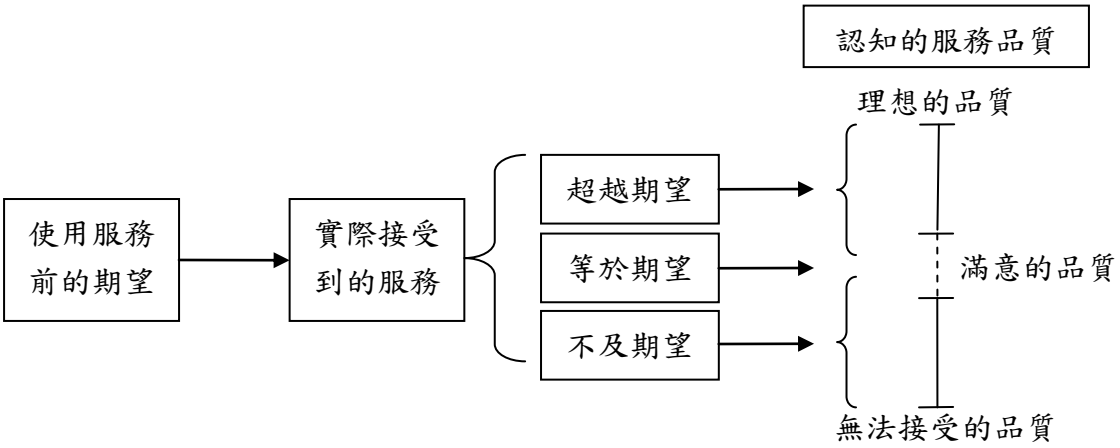


圖 2-3-2　認知服務品質的形成歷程

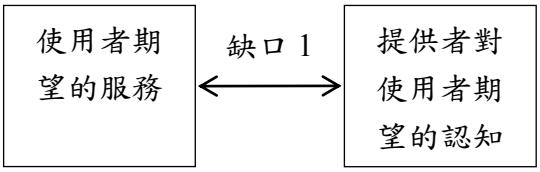
資料來源：修改自 Berry, Zeithaml, & Parasuraman, 1985

缺口模型除說明使用者從期望到認知的形成歷程，進一步闡述可能產生的五個缺口，這些缺口最終都會影響到使用者對服務品質的評價(Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1988)。依據模型，理想上缺口一到缺口四的資料應從服務提供單位蒐集，缺口五的資料則來自服務使用者；然而，由於本研究僅以服務使用者為資料蒐集對象， 故在缺口一至缺口四部分，研究者擬擷取服務使用者能填答的問項作為替代。

(一) 缺口 1：使用者知識的缺口(user knowledge gap)

這是指使用者的期望與提供者對使用者期望的認知之間的差距，通常取決於提供者是否深刻地關切服務對象的需求、有無進行有效的需求評估等。越了解使用者狀況或越掌握需求程度，這個缺口就越小。

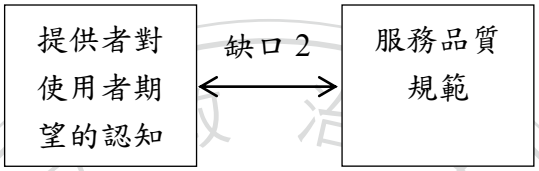
研究者認為此缺口可用服務提供單位是否確實進行開案評估和追蹤訪視探查使用者真正的需求和期望。



(二) 缺口 2：品質規格的缺口(quality specification gap)

這是指提供者對使用者期望的認知和服務品質規範之間的差距，主要由組織資源多寡、是否真正落實使用者為中心的觀念，還有對服務的要求與用心程度等因素而定。一旦提供者真正掌握需求，規劃個別化的服務，就可消弭此缺口。

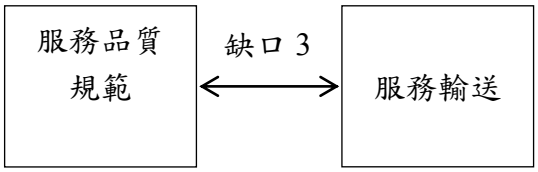
此為組織層次的缺口，可從服務單位是否確實將評估結果與使用者的意見、回饋落實到餐食服務改善行動而知曉。研究者假設不同餐食服務單位，於此缺口的大小會有所不同。



(三) 缺口 3：服務傳遞的缺口(service delivery gap)

這是指實際傳遞的服務與服務品質規範之間的差距，會受到服務人員的知識和能力、設備與儀器的品質、員工訓練與獎勵制度等左右。若服務人員和有形設備都能符合品質規範，缺口就會越小。

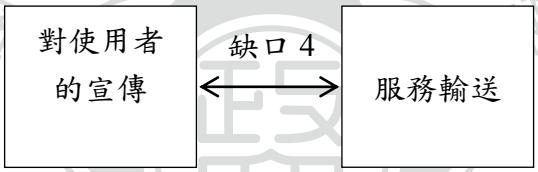
這可視為服務安排的缺口，可從四方面來看。第一，不同類型的服務提供單位，如財團法人基金會、協會、社區發展協會、安養護中心或醫院，其組織內部對服務規範嚴謹程度可能有所差異，而實際呈現不同服務狀況；第二，不同備餐方式，如服務單位自設廚房烹煮、向社區店家購買，或者與醫院及安養護中心營養室合作，將品質規範落實於服務輸送的程度可能會有所不同，因為後兩種備餐方式納入了外部單位，也就增加餐食品質管控的複雜度；第三，服務人員為全職工作人員、兼職工作人員，或者是志工，提供服務時遵照服務要求的程度可能有所差異；第四，服務被安排以哪種方式輸送，是定點用餐或送餐到家，對各個服務使用者的適合性可能也會有所不同。



(四) 缺口 4：外部溝通的缺口(external communication gap)

這是指服務組織對外傳達的形象、承諾與實際服務情況之間的差距，主要取決於廣告企劃、宣傳、溝通人員對服務內容的理解程度，還有對外傳遞的訊息內容與溝通方法是否適當等。如果對使用者傳播的訊息與實際服務內涵越一致，缺口就會越小。

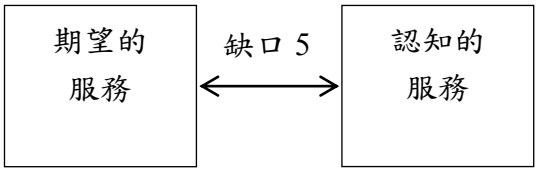
此為服務宣傳的缺口，旨在瞭解事前服務訊息傳遞和實際服務之間的落差，可藉由詢問使用者先前接收到的服務內容說明和實際服務狀況之差異而瞭解。



(五) 缺口 5：期望與實際服務之間的缺口(expected-perceived service gap)。

這是指使用者先前期望與實際接受服務經驗之間的落差，所以也可稱為服務品質的缺口(service quality gap)。如前所述，此缺口為前四個缺口的函數，也就是服務過程中所出現的其他缺口共同作用的結果。為防止缺口五產生，必須從杜絕缺口一到缺口四做起，如設計縝密的服務體系、與使用者誠心溝通、訓練素質優良的員工、提供優質的服務。

此缺口為本研究主要關切的研究問題，預計透過修改而成的服務品質量表蒐集相關資料。



缺口模型在餐食服務的應用價值為協助服務提供者改善服務，透過缺口分析可以知曉在哪些工作環節上出了問題，導致最後令餐食服務使用者認為品質不佳，進而洞察組織內部缺失；而缺口最大之處，就是最須迫切改善的。對於服務提供單位方面的四個缺口，三位學者也提出了具體的改善策略(Zeithaml, et al., 1988)，一系列的行動可分為組織內、外兩個部分，組織內部包括機構領導者對服務品質信念的追求，進而設定規範促成組織中員工、設備和設施的整體改善；組織外部則是盡可能貼近使用者，將他們的需求與意見納入改善目標。由此看來，有效的品質改善行動必須由全體工作人員共同承擔，也須有服務對象的參與。

當餐食服務提供者能夠做到：餐點及其他衍生性服務契合個人需要、服務人員每次都能按時完成服務、回應迅速、具備充分知識與禮貌、令人感到安心和信任，而且誠心地關懷每一位服務對象，通常使用者就會認為該項服務的品質是優越的。

表 2-3-1　服務品質缺口的改善策略

缺口 1： 顧客知識的缺口	(1) 相關決策者直接與使用者交談溝通。 (2) 透過研究了解消費者需求。 (3) 鼓勵第一線服務人員直接向高階主管反應使用者需求 (4) 考慮組織扁平化，讓決策者更能傾聽使用者的聲音。
缺口 2： 品質規格的缺口	(1) 高階管理者必須有貫徹優良服務品質的決心，並能以身作則。 (2) 融合顧客、第一線服務人員與管理者的觀點，明訂服務品質目標。 (3) 應用科技或改造流程將服務標準化。 (4) 高階管理者應正面看待訂定品質規範的可行性。
缺口 3： 服務傳遞的缺口	(1) 提升團隊合作的意願。 (2) 確保員工能力能配合工作需求。 (3) 確保設備、儀器與技術能配合工作需求。 (4) 讓服務人員對工作任務有掌握感，進而減低無力感。 (5) 實施服務人員評鑑制度。 (6) 減少服務人員角色衝突，如夾在機構目標與使用者需求之間。 (7) 減少服務人員的角色模糊，如工作任務不明。
缺口 4： 外部溝通的缺口	(1) 工作人員間維持良好的水平溝通。 (2) 避免誇張宣傳或誇大承諾。

資料來源：Zeithaml, et al., 1988

小結以上，Parasuraman 等人發展的缺口模型呈現出一個清楚的概念架構分析、解釋服務提供者從服務規劃、準備，以至執行的各個階段中可能產生的落差，又這些落差是如何被層層累積，最後一併被使用者所認知；同時，針對各缺口也提出具體的改善建議供服務提供者參考。其次，此模型也闡述了使用者形成期望的來源，並明確指出服務品質的衡量是透過比較期望與實際之服務而得，發展出的有形性、信賴性、回應性、保證性、同理心五個構面是使用者重要的衡量指標。

研究者認為透過服務品質量表(SERVQUAL)和缺口模型的解釋，捕捉使用者的主觀經驗變得有可能，同時這也是一項間接幫助服務提供單位改善服務的行動策略。換言之，對使用者來說，有機會在服務歷程中表述己見，引導服務內容的改變，進而產生對服務的掌控感；對提供者來說，此模型提示了管控服務品質的方向，藉著意見回饋可正確知道哪個環節出了問題，立刻執行服務品質改善策略(曾光華，2007)。長遠來看，最後產出的結果是雙方互利的。

二、缺口模型應用於餐食服務

至今，缺口模型被廣泛應用至商業、管理和行銷領域，在非營利的社會福利領域也漸有學者採納，這樣的趨勢反映出現代社會大眾對服務使用者觀點的高度重視，是研究者所樂見的

回到社會工作的脈絡，應用缺口模型就代表由服務對象決定品質，也意味著把服務對象需求放在第一是達到社會服務組織和社會工作目標的一項策略，這與固有的理念、價值是相符的(Martin, 1997)。在實務工作上，對服務品質議題的重視及改善已被普遍認可，但國內目前尚無人以此為題進行研究；而在國外，對此議題的探究也很少(Gregoire, 1994; Johns, Hartwell, & Morgan, 2010; Sneeuw, Stam, de Graaf, & van Staveren, 1991)，且研究場域多設定在醫院，與本研究聚焦的社區式餐食服務有所差異。進一步檢閱發現，值得本研究參酌的只有 Johns 等人(2010)透過質性訪談發現到病患使用餐食服務時，重視的是餐點內容、個人選

擇權、服務人員、定時和規律的服務、服務品質、餐點份量；此結果提示我們若要改善餐食服務，可從這幾個項目著手。

研究者檢閱既有餐食服務相關研究後發現，目前較接近從使用者角度探究服務品質之研究，僅出現在服務滿意度的測量(Frongillo, et al., 2010; Hartwell & Edwards, 2001; Lirette, et al., 2007; Naithani, et al., 2008; O'Hara & Harper, 1997; 楊宗蓉，2002)，曾被納入檢驗的變項包含：餐點口味、溫度、份量、衛生、菜色變化性、取得方便性、是否符合宗教或文化需求、供給的穩定性等，這幾項研究結果一致顯示七成以上的使用者對餐食服務感到滿意。

表 2-3-2 餐食服務滿意度相關研究結果整理

研究者	研究結果摘要
Hartwell & Edwards(2001)	透過介入研究，比較某醫院過去實施餐盤式供餐(plated system)與目前實施之自助餐式手推車供餐(cafeteria trolley system)之差異。結果顯示受服務者較喜愛手推車式系統，不僅食物能保持熱度，感覺品質亦有所提升，因此對服務感到滿意。
Lirette, Podovennikoff, Wismer, Tondu, & Klatt(2007)	Edmonton Meals on Wheels(MOW)方案中的服務使用者，72%至88%對味道、口感、餐食價值、餐食變化性以及份量感到滿意。雖然 25%的人也反映食物有待改進，但整體而言仍認為此方案是吸引人的。
Naithani, Whelan, Thomas, Gulliford, & Morgan(2008)	於倫敦某兩間教學醫院進行半結構式質性訪談，結果顯示 48 位病患普遍對餐食品質感到滿意，認為與個人期待相符。
Frongillo, Isaacman, Horan, Wethington, & Pillemer(2010)	透過縱貫性調查研究發現約 75%的服務使用者對餐食服務感到滿意；其中，接受到熱食、認為餐食供給穩定(food-secure)、未獲悉意外發生、個人身體狀況較虛弱、心理健康程度較佳、擁有非正式支持、擁有信仰者，感受到的服務滿意度是最高的。
楊宗蓉(2002)	在送餐服務介入四個月後施測，研究結果顯示控制住人口學變項後，長者對餐食服務之滿意度高達 72.17%。

資料來源：整理自 Frongillo, et al., 2010; Hartwell & Edwards, 2001; Lirette, et al., 2007; Naithani, et al., 2008；楊宗蓉，2002

這類型的研究存在著幾項瓶頸亟待被克服，第一，測量大多僅關注對實體餐

食部分的滿意與否，鮮少考量服務人員提供的無形服務；第二，服務滿意度與服務品質在定義和內涵上仍是不一樣的，滿意度僅反映出使用服務當下片刻的經驗、態度，服務品質則是對服務之優越性的整體衡量，範圍較廣泛，內涵也更細緻；第三，服務品質的資料蒐集具系統性、結構性，內容包含期望與實際兩部分，又細分為有形性、信賴性、回應性、保證性和同理心五個構面，且對服務過程與結果一併重視，故結果應更能反映餐食服務的真實樣貌。

Parasuraman 等三位學者表示，依照缺口模型發展出的服務品質量表(SERVQUAL)已經過嚴謹的信、效度檢驗，多位學者嘗試將它應用至不同商業領域，亦能獲取可靠的結果；也就是說，該量表已被證實可應用於許多不同情境，其優點如下(引自 Foster, 2002)：

(一) 可評量服務品質各種特性的標準。

(二) 可適用於許多不同的服務情況。

(三) 具有某種程度的可靠度，亦即不同的人對問題有類似的解讀。

(四) 該量表只有 22 個調查項目，使用簡便。

(五) 具有標準的分析過程，便於解讀和分析調查之結果。

研究者認為，缺口模型的評估兼顧有形產品與無形服務，對服務過程與服務結果一併重視；從某種程度來說，其與社會工作重視互動、溝通與對話的特質是可相容的，故能廣泛適用於不同類型社會服務組織暨服務。回顧國內近年社會工作領域相關研究，其實早有多人引用缺口模型進行研究，有的應用於社會工作管理領域(宋冀寧，2000；李玉萍，2006；林英治，2003；張友馨，2007)，有的應用於兒童服務領域(林佑璐，2006)。此模型在老人服務領域的應用是更為頻繁的，已有多位學者將之用於檢驗老人長期照顧安、養護中心的服務品質，形成推動服務改善計畫的立基點(邵金瑛，2009；徐玉雪，2009；張富盛，2004；莊明德，2001；陳羽涵，2010；盧振華，2003；簡秀美，2005)；或評估居家照顧服務的照顧服務員訓練方案(杜美玲，2008)，以及比較服務使用者與提供者對認知服務品質的差異(周淑美，2007)。

這些研究在具體的操作上，通常都只擷取缺口模型中與使用者相關的部分，並納入五個服務品質構面發展研究架構(參照圖 2-3-3)，無人搜集到缺口一至缺口四與服務提供者有關之資料，算是美中不足之處。雖本研究也聚焦在服務品質的缺口，但仍嘗試突破過去研究限制，一方面將既有服務提供單位資料納入分析；二方面於研究問卷中設計出服務使用者可知且可填答的簡化問項，間接瞭解服務提供單位的工作狀況，作為對前四個缺口的初探。

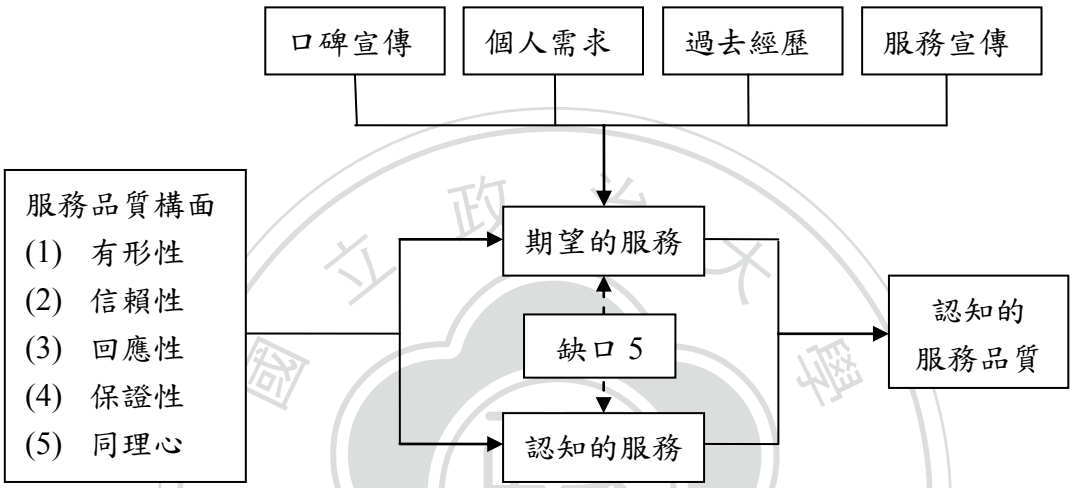


圖 2-3-3　服務品質缺口模型(服務使用者部分)

資料來源：修改自 Parasuraman, et al., 1985, 1988

反觀餐食服務，國內至今服務對象已近三萬大關，卻尚未有人以缺口模型對服務品質進行系統性的檢驗及分析，亦無相關研究結果可茲參考，這對學術研究和實務工作領域來說都是可惜的。因此，提出此探索性研究的意義在於，一來有機會讓服務使用者的意見被呈現，二來則深入洞察餐食服務的服務品質及其相關影響因素，進而針對服務缺口提出改善建言。

研究者認為，餐食服務有別於一般消費性質的商業服務，它不是單純的交易行為，箇中涵蓋更多元的變異性，因此在探討使用者對服務品質的評價時，單從缺口模型指涉的期望與實際服務之差距來看可能不夠充分，還須從既有餐食服務相關研究成果整理出可能的影響因素，一併納入研究中進行分析和檢驗。是故，

研究者擬定以缺口模型為基礎，結合第二章第一節對餐食服務的相關討論，再參考餐食滿意度相關實證研究結果，發展本研究之研究架構。

缺口模型在組織層次，也就是對服務提供單位如何影響服務品質有諸多論述，從服務規劃、準備到執行的一系列工作過程中可能產生四個缺口，若缺口愈小，使用者對服務品質的評價就會愈好。這四個與服務提供單位有關的缺口為：(1)使用者的期望與提供者對使用者期望的認知之間的差距，於本研究中意指使用者知識的缺口，由服務單位開案評估和追蹤訪視的確實度而定；(2)提供者對使用者期望的認知和服務品質規範之間的差距，於本研究中意指組織層次的缺口，視服務單位將服務初訪評估、追蹤訪視評估與使用者意見、回饋落實到服務改善行動之程度而定；(3)實際傳遞的服務與服務品質規範之間的差距，於本研究中意指服務安排的缺口，包含服務單位類型、備餐方式、服務人員類型和服務輸送方式之差異性[12]，這些可能導致使用者對服務品質的評價不同；(4)服務組織對外傳達的形象、承諾與實際服務情況之間的差距，於本研究意指服務宣傳的缺口，由事前服務訊息傳遞和實際服務之差距所決定。研究者按照餐食服務之狀況，適度修改了缺口模型，呈現於圖 2-3-4：

[12] 已有現成服務提供單位資料可供分析，不需於研究問卷中蒐集。

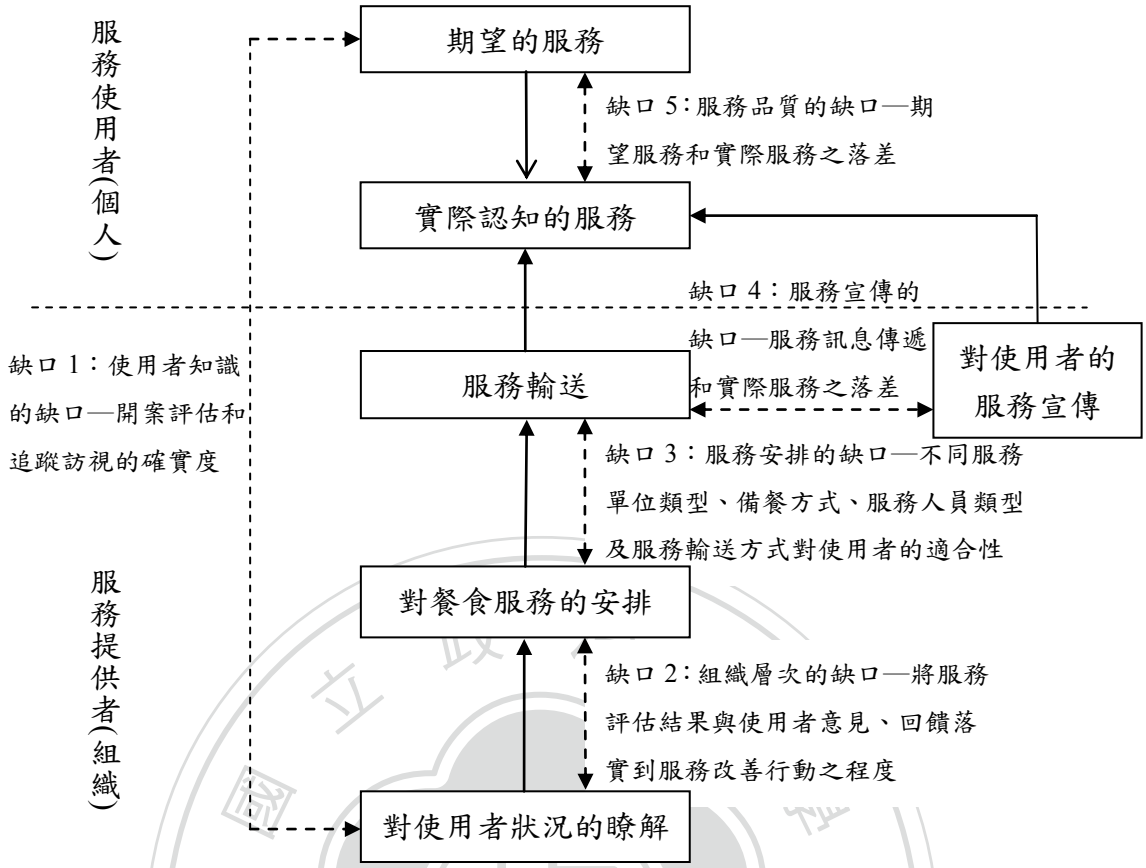


圖 2-3-4　服務品質缺口模型應用於餐食服務

資料來源：修改自 Parasuraman, et al., 1985

至於在個人層次的服務使用者部分，缺口模型對於哪些因素會影響到個人對服務品質的評價解釋較少，有的則不適用於本研究[13]，因此研究者採借過去影響餐食服務滿意度的研究結果作為發展概念架構的參考。研究發現對餐食滿意程度高的使用者，通常個人的身體狀況較虛弱、心理健康程度較高、擁有非正式支持、生活中無意外產生；而從服務輸送狀況來看，該項餐食輸送到使用者手上時，會讓人感到服務人員態度佳、供給定時且規律、餐點個別化、食物份量充足、菜餚看起來美觀可口，還有吃起來是溫熱的(Frongillo, et al., 2010; Johns, et al., 2010; Mahoney, Zulli, & Walton, 2009; O'Hara & Harper, 1997)。

[13] 缺口模型指出期望的服務會受到：(1)使用過服務者或親友、鄰居、志工等的口耳相傳資訊；(2)個人需求；(3)過去使用服務經驗所影響。

其他餐食服務的相關研究則發現，使用者多處在多重的不利條件之下生活，亟需正式和非正式的協助。在個人特性方面，普遍教育程度較低、經濟狀況較差，且大多獨居；營養攝取狀況方面，大多無法取得充分且營養的食物，所以常身陷營養風險，落在營養不良和食物不安全的狀態；生理狀況方面，常受慢性疾病纏身、ADLs 或 IADLs 失能，自覺健康狀況也比一般人差；心理暨社會狀況方面，外出不便導致與他人或社會接觸機會少、獲取資訊的機會少，因此心裡常經驗到孤獨感受。適切的餐食服務介入，有助於改善這些情況(Brantervik, et al., 2005; Choi, 2001; Compan, et al., 1999; Elmstahl, et al., 1997; Gitelson, et al., 2008; Iizaka, et al., 2008; Keller, 2006; Kirk, et al., 2001; Naithani, et al., 2008; Posner, et al., 1993; Roseman, 2007; Sneeuw, et al., 1991)。謝美娥(1993)便指出，一項服務具有品質代表它能適當、準確地協助個人解決問題，且所安排的服務對使用者來說是適切的。這對本研究的啟示是，若使用者認為運用餐食服務後確實改善了過去遭遇的各種負面狀況，並感受到服務所帶來的其他益處，應當會影響他們對服務品質作出好的評價。整理以上可知個人的特性、社會經濟地位、健康狀況、營養攝取與食物安全的程度，還有社會支持與社會互動狀況，或許皆會影響到使用者對於服務品質的評價。

引述 Parasuraman 等人(1985)的見解，服務品質概念對服務的過程與結果一併重視，也就是使用者對服務品質的評估會從整個服務歷程進行考量，因此研究中也須檢視使用者運用服務的狀況，還有最終透過餐食服務獲得那些成效，換句話說即是那些需求獲得滿足。依據文獻，目前已被實證研究支持的成效是餐食服務可滿足使用者生理、心理暨社會層面需求。生理需求獲得滿足的情境是生活在食物安全(food-secure)的狀態、改善營養狀況和降低營養風險，進而提升整體健康狀況。至於心理暨社會層面需求獲得滿足的狀況包含：(1)增加使用者參與社會活動機會，藉著拓展和維繫人際網絡，減少心理孤獨感受(陳莉菁，2008；陸佩君，2009)；(2)營養風險的降低促成整體生活滿意度的提升，對生活持正向、樂觀態度(Keller, et al., 2004)；(3)降低食物不安全情況所造成的心理、社會壓力

(Jung Sung & Frongillo Jr, 2001)；(4)確認長者在家庭中的安全，並讓長者持續獲得關懷和支持(Roseman, 2007)；(5)舒緩照顧者負荷與壓力，維繫家庭成員間關係。如果服務使用者在運用服務過程感受到好的服務品質，也就代表服務提供單位確實達到了為服務對象創造價值的使命(曾光華，2007)，依此應能推論服務使用者對服務成效的評價亦會愈好

總結上開討論，研究者統整了本章對餐食服務現況及相關研究成果的整理，結合對服務品質概念及缺口模型之探究，再納入服務成效以瞭解目前服務的執行成果，發展出本研究之研究架構，如圖 2-3-5 所示，各變項之操作化呈現於第三章第二節：

國立政治大學 National Chengchi University

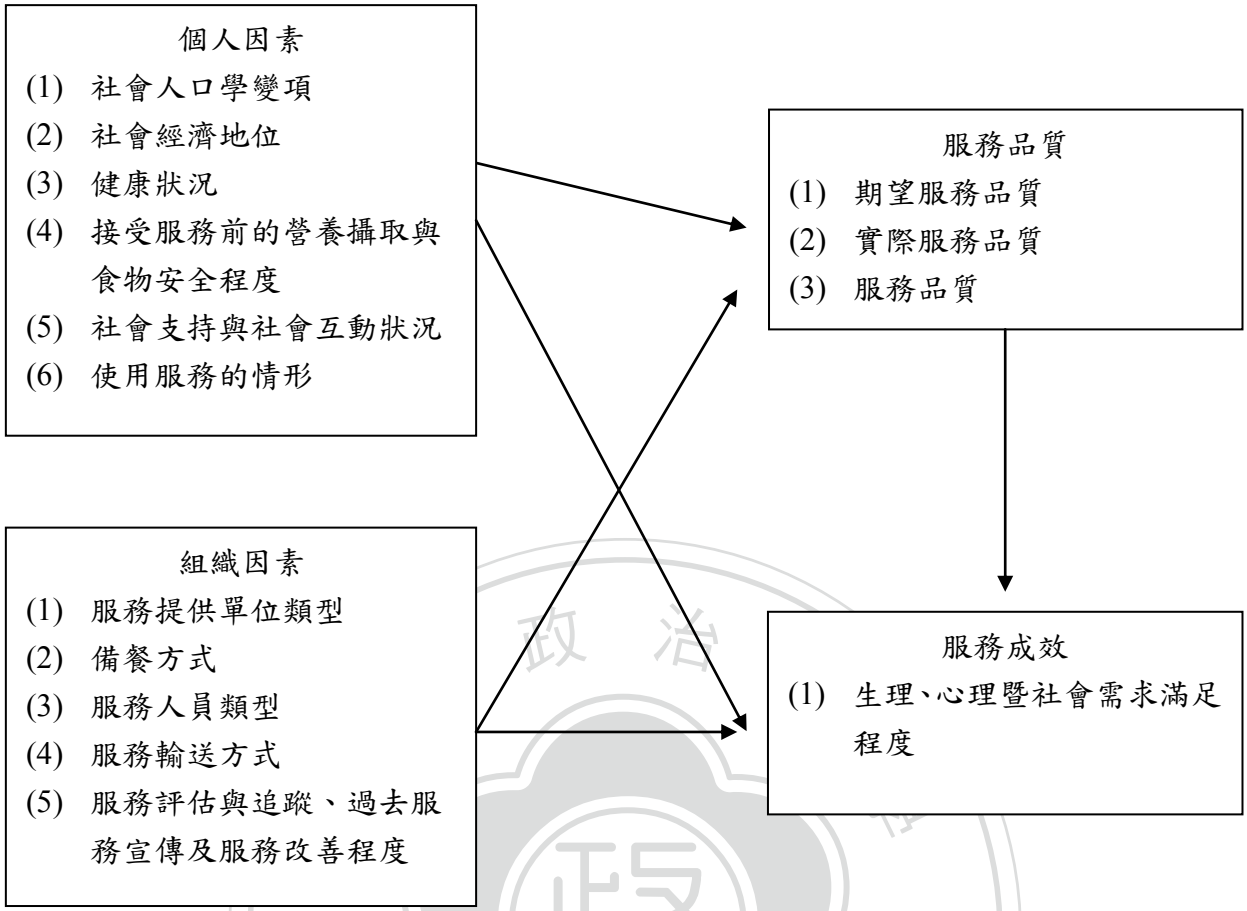


圖 2-3-5　研究架構圖

資料來源：研究者自行整理

本節總結

本節主要將服務品質概念放置於完整的概念模型中進行解釋，並將之修改應用至餐食服務，作為本研究的理論基礎。本研究援引 Parasuraman 等人發展出的缺口模型，剖析整個服務歷程中，從服務提供者規劃、準備至執行，到服務使用者接受到服務之間可能產生的五個缺口；與服務提供者工作步驟相關的四個缺口會逐步堆疊，最後在服務輸送的介面上一併被使用者認知到，形成使用者對服務品質的主觀評價，這在模型中代表的是缺口五部分，為本研究最關切的研究問題。此概念架構除用作分析、解釋外，亦針對各個缺口指引服務品質改進的方向，因此能廣泛落實於不同領域的服務工作，對於餐食服務來說也是適用的。本研究的

另一重點則是檢視目前餐食服務的成效為何，此將透過服務使用者主觀感受到的生理、心理暨社會需求滿足程度判斷之。最後，整理出個人因素、組織因素、服務品質和服務成效之間的影響關係。

社會福利服務的服務品質議題近年來備受關注，這可能源自使用者意識高漲、政府對服務內容的要求，或服務提供者的自我規範等。不論真正原因為何，這樣的趨勢確實引導了學術研究的發展，研究者回顧既有研究後發現，目前已有多人將缺口模型應用在社會工作管理、兒童及老人福利服務領域；但在餐食服務，尚未有人作此嘗試，這不論對學術知識累積或實務工作改善雙方面來說都是可惜的。爰此，本研究提出的意義是為呈現使用者的意見，並透過分析使用者認知到的服務品質及其相關影響因素，對服務提供單位提出實務改善建言。研究者以缺口模型為基礎，納入可能影響餐食服務服務品質的重要變項，發展出本研究之研究架構。

國立政治大學 National Chengchi University

第三章　研究方法

第一節　研究設計

本研究為一探索性研究(exploratory research)，旨在從服務使用者角度理解臺灣目前提供的餐食服務之服務品質以及服務成效，並找出其相關影響因素，透過問卷調查方法蒐集研究資料，運用分層抽樣選取研究對象。觀察目前國內、外研究環境，尚無人發展出餐食服務服務品質量表與服務成效量表，對於可能的影響因素也是未知的，因此研究者將依據文獻回顧結果，並參考服務品質量表，萃取可能影響餐食服務服務品質及服務成效的重要變項，自行發展研究問卷。

一、研究問題

根據研究問題意識與目的，本研究主要的研究問題包含：

(一) 服務使用者對於餐食服務的期望為何？

(二) 服務使用者對餐食服務的實際感受為何？

(三) 服務使用者對餐食服務服務品質的評價是什麼？

(四) 服務使用者對於餐食服務的期望會受到哪些因素影響？

(五) 服務使用者對餐食服務的實際感受會受到哪些因素影響？

(六) 服務使用者對餐食服務服務品質的評價會受到哪些因素影響？

(七) 服務使用者對餐食服務成效的評價為何？

(八) 服務使用者對餐食服務成效的評價會受到哪些因素影響？

二、研究假設

(一) 服務使用者個人因素會影響其對於餐食服務服務品質的評價。

1. 在控制其他變項之後，服務使用者的社會人口學變項不同，對於服務品質的評價會有顯著差異。
2. 在控制其他變項之後，服務使用者的社會經濟地位不同，對於服務品質的評價會有顯著差異。

3. 在控制其他變項之後，服務使用者的健康狀況不同，對於服務品質的評價會有顯著差異。

4. 在控制其他變項之後，服務使用者接受服務前的營養攝取與食物安全程度，會影響到目前對於服務品質的評價。

5. 在控制其他變項之後，服務使用者的社會支持與社會互動狀況不同，對於服務品質的評價會呈現顯著差異。

6. 在控制其他變項之後，服務使用者使用服務的情形不同，對於服務品質的評價也會有所差異。

(二) 組織因素會影響服務使用者對餐食服務服務品質的評價[14]。

1. 在控制其他變項之後，服務提供單位的類型不同，會影響使用者對服務品質的評價。

2. 在控制其他變項之後，服務提供單位備餐方式的不同，會影響使用者對服務品質的評價。

3. 在控制其他變項之後，服務提供單位的服務人員類型不同，使用者對服務品質的評價會有顯著差異。

4. 在控制其他變項之後，服務提供單位的服務輸送方式不同，將影響使用者對服務品質的評價。

5. 在控制其他變項之後，服務使用者愈認為服務提供單位對服務評估、服務追蹤、過去服務宣傳及服務改善的程度愈好的話，對服務品質的評價也會愈好。

(三) 服務使用者個人因素會影響其對於餐食服務成效的感受。

1. 在控制其他變項之後，服務使用者的社會人口學變項不同，對於服務成效的感受會有顯著差異。

2. 在控制其他變項之後，服務使用者的社會經濟地位不同，對於服務成效

[14] 以下研究假設 1 至 4 是在檢驗缺口模型中的缺口三—服務安排的缺口；研究假設 5 合併檢驗了缺口一—使用者知識的缺口、缺口二—組織層次的缺口、缺口四—服務宣傳的缺口。參照圖 2-3-4：服務品質缺口模型應用於餐食服務。

的感受會有顯著差異。

3. 在控制其他變項之後，服務使用者的健康狀況不同，對於服務成效的感受會有顯著差異。

4. 在控制其他變項之後，服務使用者接受服務前的營養攝取與食物安全程度，會影響到目前對於服務成效的感受。

5. 在控制其他變項之後，服務使用者的社會支持與社會互動狀況不同，對於服務成效的感受會呈現顯著差異。

6. 在控制其他變項之後，服務使用者使用服務的情形不同，對於服務成效的感受也會有所差異。

(四) 組織因素會影響服務使用者對餐食服務成效的感受

1. 在控制其他變項之後，服務提供單位的類型不同，會影響使用者對服務成效的感受。

2. 在控制其他變項之後，服務提供單位備餐方式的不同，會影響使用者對服務成效的感受。

3. 在控制其他變項之後，服務提供單位的服務人員類型不同，使用者對服務成效的感受會有顯著差異。

4. 在控制其他變項之後，服務提供單位的服務輸送方式不同，將影響使用者對服務成效的感受。

5. 在控制其他變項之後，服務使用者愈認為服務提供單位對服務評估、服務追蹤、過去服務宣傳及服務改善的程度愈好的話，對服務成效的感受也愈佳。

(五) 餐食服務服務品質對餐食服務成效有顯著影響

1. 若服務品質愈好，服務使用者對服務成效的感受也會愈佳。

第二節　研究工具

一、研究變項操作化暨問卷設計

本研究自行發展結構式問卷作為測量工具，根據研究架構(參照第二章第三節，p72)，依變項為服務品質時，主要的自變項有：(1)個人因素；(2)組織因素；依變項為服務成效時，主要的自變項有：(1)個人因素；(2)組織因素；(3)服務品質。茲分述各變項之概念性定義及操作性定義於下：

(一) 個人因素

個人因素指的是使用者運用服務當下所呈現的相關背景資料，還有對個人生活狀況相關面向的主觀自我評估，包含社會人口學變項、社會經濟地位、健康狀況、接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度、社會支持與社會互動狀況，以及使用服務的情形。變項操作性定義說明如下：

1. 社會人口學變項：分為年齡和性別。
   (1) 年齡：目前的歲數。
   (2) 性別：(1)男性；(2)女性。
2. 社會經濟地位：分為教育程度、收入、福利身分別，以及自評經濟狀況。
   (1) 教育程度：指個人最高教育程度，包括：(1)不識字；(2)國小；(3)國中；(4)高中、高職；(5)大學、大專院校；(6)碩士；(7)博士。
   (2) 收入：指的是個人每月固定收入所得，工作所得、月退休金、私人保險給付、子女或親戚按月提供生活費、政府年金給付、社會福利津貼、社會福利補助皆被採計在內，分為：(1)無收入；(2)1 至 5000 元；(3)5001 至 10000 元；(4)10001 至 15000 元；(5)15001 至 20000 元；(6)20001 至 25000 元；(7)25001 至 30000 元；(8)30001 至 35000 元；(9)35001 至 40000 元；(10)40001 元(含)以上。
   (3) 福利身分別：(1)一般戶；(2)中低收入戶；(3)低收入戶。
   (4) 自評經濟狀況：對個人目前經濟狀況的自我評估，為一量表，填答

範圍從 1 分(非常不好)至 5 分(非常好)。分數越高代表自認為經濟狀況越好。

3. 健康狀況：以身心障礙狀況、失能程度(ADLs 和 IADLs)、輔具使用和自評健康狀況進行測量。

(1) 身心障礙手冊：(1)未持有；(2)持有。填答持有者則續答身心障礙類別和身心障礙程度。

(2) 身心障礙類別：包含(1)肢體障礙者；(2)重要器官失去功能者；(3)聽覺機能障礙者；(4)慢性精神病患者；(5)智能障礙者；(6)視覺障礙者；(7)失智症者；(8)聲音機能或語言機能障礙者；(9)自閉症者；(10)植物人；(11)頑性(難治型)癲癇症者；(12)顏面傷殘者；(13)平衡機能障礙者；(14)因罕見疾病而致身心功能障礙者；(15)多重障礙者(包含兩類以上障礙類別)；(16)其他障礙者。

(3) 身心障礙程度：分為(1)輕度身心障礙；(2)中度身心障礙；(3)重度身心障礙；(4)極重度身心障礙。

(4) 近三個月健康情形：(1)健康良好，鮮有病痛；(2)健康不好，但尚不至影響日常生活；(3)無自我照顧能力，需他人協助。此題項之詢問目的除了解受訪者近期健康狀況外，還作為填答日常生活功能(ADLs)量表的前置篩選變項，回答(3)無自我照顧能力，需他人協助者，將進一步探詢其日常生活功能需協助之項目。

(5) 日常生活功能(ADLs)：計有十個測量項目，包含：(1)吃飯；(2)洗澡；(3)盥洗；(4)穿、脫衣服；(5)上廁所；(6)大便控制；(7)小便控制；(8)上下床、輪椅；(9)室內走動；(10)上下樓梯。其中一至兩項 ADLs 失能為輕度失能；三至四項 ADLs 失能為中度失能；五項(含)以上 ADLs 失能為重度失能。

(6) 工具性日常生活功能(IADLs)：計有八個測量項目，包含：(1)上街購物；(2)外出活動；(3)烹調食物；(4)做家事；(5)洗衣服；(6)使用

電話；(7)服用藥物；(8)處理財務。其中，上街購物、外出活動、食物烹調、做家事、洗衣服五個項目中有三項(含)以上需要協助者視為輕度失能。為使受訪者方便填答，研究者將原始 IADLs 量表在各個項目的指標簡化為：(1)可獨力進行；(2)需要他人協助。

(7) 輔具使用：(1)沒有使用輔具且可獨立行走；(2)使用手杖或拐杖；(3)使用四腳助行器；(4)坐輪椅，不能自行徒步；(5)完全無法行動。

(8) 自評健康狀況：對個人目前身體健康狀況的評估，為一量表，填答範圍從 1 分(非常不好)至 5 分(非常好)。分數越高代表自認為身體健康狀況越好。

4. 接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度：食物安全指的是一個人能夠取得營養充足的食物，也可取得符合個人偏好的食物，因營養不予匱乏而感受到營養層面的安適(nutritional well-being)(Jung Sung & Frongillo Jr, 2001)。此題組為量表，由七個陳述句組成，填答範圍分為是和否兩類，七個題項的分數加總，總分愈高代表過去營養攝取與食物安全程度愈低。研究者欲透過此題瞭解受訪者過去用餐情形。

(1) 接受餐食服務之前，我每天都吃不飽，感到挨餓。

(2) 接受餐食服務之前，我吃的食物不夠營養。

(3) 接受餐食服務之前，我的體重不穩定。

(4) 接受餐食服務之前，我沒有辦法吃到符合口味的食物。

(5) 接受餐食服務之前，我沒有辦法吃到符合飲食習慣的食物。

(6) 接受餐食服務之前，我的用餐時間不固定。

(7) 接受餐食服務之前，我會擔心下一餐沒有著落。

5. 社會支持與社會互動狀況：以居住安排和自評社會互動狀況進行測量。

(1) 居住安排：指的是受訪者在家中的居住型態，分為：(1)獨居；(2)與他人同住。填答獨居者則續答獨居的型態；填答與他人同住者則續答同住者有誰。

(2) 獨居的型態時間：(1)全天候獨居；(2)白天獨居，晚上有人同住；(3)晚上獨居，白天有人同住。填答部分時間(白天或晚上)獨居者，則續答同住者有誰。

(3) 部分獨居者的同住者包含哪些，為複選題，包括：(1)配偶；(2)父母；(3)子女；(4)孫子女；(5)其他親戚；(6)朋友。

(4) 與他人同住者的同住者包含哪些，為複選題，包括：(1)配偶；(2)父母；(3)子女；(4)孫子女；(5)其他親戚；(6)朋友。

(5) 自評社會互動狀況：指的是受訪者透過定期參與社區活動或結交、維繫朋友或親戚關係而持續保持與社會連結之狀況。此題組為量表，由三個直述句構成，填答範圍從：(1)幾乎沒有；(2)很少；(3)偶爾；(4)經常；(5)每天都有。三個題項的分數加總，總分越高，代表受訪者的社會互動程度越高。

i. 我與鄰居互動往來的狀況。

ii. 我與朋友互動往來的狀況。

iii. 我參與社區活動的狀況。

6. 使用服務的情形：指的是使用者運用服務至今的客觀事實狀態，可操作化為用餐方式、服務使用頻率、服務使用期間，各項目細說如下：

(1) 用餐方式：分為(1)定點用餐；(2)送餐到家。

(2) 使用服務頻率：可再細緻區分為每週固定哪幾天接受服務，為複選題：(1)週一；(2) 週二；(3)週三；(4)週四；(5)週五；(6)週六；(7)週日；以及每天接受服務的時刻，為複選題，分為：(1)早餐；(2)午餐；(3)晚餐；(4)點心或宵夜。

(3) 使用服務期間：從開始接受服務至今經過的時間。

(二) 組織因素

組織因素指服務提供單位的相關背景資料，以及使用者對服務提供單位工作狀況相關面向的評估，變項操作性定義說明如下：

1. 服務提供單位類型：分為(1)財團法人、(2)社團法人或未辦理法人登記之協會、(3)社區發展協會、(4)社區式服務中心(老人服務中心、社福中心和日間照顧中心)、(5)機構式照顧服務單位(安、養護中心)、(6)醫院，以及(7)其他類型服務單位。
2. 備餐方式：(1)服務單位自設中央廚房烹煮；(2)與醫院營養室合作；(3)與安、養護中心中央廚房合作；(4)與社區店家合作，如便利商店、自助餐店、便當店、麵店、水餃店、麵包店或餐廳等；(5)工作人員在家中或社區內製作；(6)居家服務員到受訪者家中協助烹煮；(7)其他。
3. 服務人員類型：(1)全職工作人員；(2)兼職工作人員；(3)志工；(4)其他。
4. 服務輸送方式：分為(1)定點用餐；(2)送餐到家；(3)定點用餐及送餐到家兼有。
5. 使用者對服務提供單位工作狀況相關面向的評估：此題組為量表，結合了服務評估與追蹤、過去服務宣傳，及服務改善程度，供受訪者評估服務提供單位的工作情況。量表由十一個陳述句構成，填答範圍從：(1)非常不同意；(2)不同意；(3)普通；(4)同意；到(5)非常同意。十一個題項的分數加總，總分越高，代表受訪者對服務提供單位工作狀況的評價越高，也就代表組織在工作歷程中產生的缺口越小。
   (1) 接受服務之前，服務人員仔細地詢問過我的身體狀況。
   (2) 接受服務之前，服務人員仔細地詢問過我的用餐狀況。
   (3) 接受服務之前，服務人員仔細地詢問過我的生活相關狀況。
   (4) 接受服務之後，服務人員會定期關心我身體狀況有無改善。
   (5) 接受服務之後，服務人員會定期關心我生活相關狀況有無改善。
   (6) 接受服務之後，服務人員會定期關心我餐點適不適合。
   (7) 接受服務之後，服務人員會定期詢問我服務單位需要改善之處。
   (8) 當我表示餐食服務的某一部分不適合我時，服務人員下次會改善。
   (9) 接受服務之後，我的任何意見或回饋服務人員都會接納。

(10) 整體來看，服務人員一開始告訴我的相關服務訊息和現在我接受到的服務是一致的。

(11) 整體而言，我對此服務提供單位有好的評價。

(三) 服務品質

服務品質係指使用者對其接受到餐食服務作出的整體性主觀評價，透過比較期望的服務與實際接受到的服務而得。若實際經驗超越期望，代表服務品質良好；若實際經驗不及期望，代表服務品質欠佳；若實際經驗與期望一致，代表服務品質達個人可接受之水準。援引 Parasuraman 等人發展出的服務品質量表，此概念將操作化為期望的服務與實際接受到的服務兩部分，並依循五個構面逐一設計題項；兩部分的題數各為相對應的 22 題，問項內涵相似，也都採取五點尺度量表設計，填答區間從非常不重要或非常不同意(1 分)到非常重要或非常同意(5 分)。實際認知到的服務部分分數加總，減去期望服務部分的總分，即可辨別受訪者對於餐食服務服務品質的評價為何。完整的餐食服務服務品質量表參照第二章第二節表 2-2-8(p55)。

1. 期望的服務(E)：有形性構面由 E1 至 E4 四個題項測量；信賴性構面由 E5 至 E9 五個題項測量；回應性構面由 E10 至 E13 四個題項測量；保證性由 E14 至 E17 四個題項測量；同理心構面由 E18 至 E22 五個題項測量。
2. 實際認知到的服務(P)：有形性構面由 P1 至 P4 四個題項測量；信賴性構面由 P5 至 P9 五個題項測量；回應性構面由 P10 至 P13 四個題項測量；保證性由 P14 至 P17 四個題項測量；同理心構面由 P18 至 P22 五個題項測量。

(四) 服務成效

餐食服務的成效是受訪者主觀認為透過此服務所獲得的效益或好處，涵蓋了生理、心理暨社會層面需求的滿足程度。當受訪者認為這三層面需求被滿足的程度愈高，即代表餐食服務的成效愈佳。此題為量表，由十三個陳述句構成，填答

範圍從 0 分到 5 分，0 分代表需求完全未被滿足，5 分代表需求完全被滿足。十三個題項的分數加總，總分愈高代表生理、心理暨社會需求被滿足的程度愈高，即服務成效愈佳。為方便閱讀，研究者將之區分為生理層面需求、心理暨社會層面需求兩部分說明：

1. 生理需求滿足程度：

(1) 接受餐食服務之後，我的體重有增加。

(2) 接受餐食服務之後，我覺得身體健康狀況有改善。

(3) 接受餐食服務之後，我比較少生病。

2. 心理暨社會層面成效：

(1) 接受餐食服務之後，服務人員會來看我，讓我心裡比較不孤單。

(2) 接受餐食服務之後，讓我有機會認識服務人員或其他用餐者，和他們聊天或互動。

(3) 接受餐食服務之後，讓我有機會出去外面參加活動。

(4) 接受餐食服務之後，我對生活的滿意度比以前提高。

(5) 接受餐食服務之後，我覺得生活品質比以前好。

(6) 每天餐點會固定送到，讓我不用擔心或焦慮。

(7) 服務人員會來看我，讓我覺得生活比較安全。

(8) 服務人員會來看我，讓我心裡比較安心。

(9) 服務人員的問安和關懷讓我感到溫暖或舒服。

(10) 接受餐食服務之後，讓我覺得不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙準備餐點。

二、問卷設計過程

研究者根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，逐一檢視各個題項的周延性、互斥性，以及整份問卷結構的完整性，並進行問卷題項增列、刪減，同時將語詞修飾為受訪者都能夠理解的。之後，邀請 15 位研究對象進行問卷試測(pretest)，依據結果重新檢視問卷

內容的完整性、語句的適切性，以及問卷長度的合用性，以求完整捕捉本研究所欲測量之概念。經過此修訂過程之問卷，即為本研究之正式問卷。

第三節　研究對象與資料蒐集

一、研究場域及研究對象

本研究之研究場域設定在臺北市，研究對象包含目前正在使用臺北市政府社會局老人福利科或人民團體科[15]提供之餐食服務者；惟此兩政府單位並不直接提供服務，而是透過方案補助方式委託各行政區之服務單位承接。目前服務提供單位總計 71 個，老人福利科在 12 個行政區委託 54 個服務單位；人民團體科在 10 個行政區委託 17 個服務單位，中山區及松山區無服務單位承接。根據表 3-3-1 臺北市 2010 年老人福利科暨人民團體科餐食服務人數統計資料，兩餐食服務方案服務對象總計(含定點用餐和送餐到家)4,296 位，定點用餐佔 3,047 位(70.9%)，其中老人福利科服務 2,885 位，人民團體科計 162 位；而送餐到家佔 1,249 位(29.1%)，其中老人福利科服務 778 位，人民團體科服務 471 位。其次從身分別分析，一般戶佔 3,560 位(82.9%)，中低及低收入戶佔 736 位(17.1%) (臺北市政府社會局，2011c)。研究者擬採取此份統計資料發展本研究之抽樣架構，從中選取研究對象。

[15] 臺北市政府社會局老人福利科主要辦理我國長期照顧十年計畫之餐食服務；人民團體科主要辦理社區互助溫馨送餐計畫。相關說明參照第二章第一節。

表 3-3-1　臺北市 2010 年老人福利科暨人民團體科餐食服務人數統計　單位：人

服務輸送方式	身分別	性別	老人福利科	人民團體科	小計	合計
定點用餐	一般戶	男性	857	45	902	3,047(70.9%)
		女性	1,913	35	1,948	
	中低及低收入戶	男性	74	53	127	
		女性	41	29	70	
送餐到家	一般戶	男性	190	163	353	1,249(29.1%)
		女性	205	152	357	
	中低及低收入戶	男性	213	76	289	
		女性	170	80	250	
小計			3,663(85.3%)	633(14.7%)		4,296(100%)

資料來源：整理自臺北市 99 年 1 至 12 月營養餐飲服務成果效益報表

二、研究資料蒐集過程

資料蒐集採問卷調查法為之。因研究者無法直接取得用餐者名冊，故先徵詢有意協助本研究之餐食服務提供單位合作。接受送餐到家服務的使用者，請合作單位協助聯繫有意願的受訪者，時間安排完成後由研究者本人及本所研究生擔任訪員至受訪者家中或其指定處所進行問卷訪談；接受定點用餐服務的使用者，請合作單位協助安排時段，由研究者本人或本所研究生一同至共餐場所蒐集資料。

為降低不同研究生擔任訪員而產生對研究對象相同回覆認定不一的評量者間誤差情形，研究者於各訪員出訪前皆辦理訪員訓練，除說明各該題項所欲詢問之內容外亦考量研究對象慣用語言以閩南語與訪員進行訪談演練，並針對拗口不易表達之語句逐題示範。其次，研究問卷中設計有訪員紀錄供訪員記下訪談當下的情形，如訪談過程是否受到外人干擾、受訪者是否瞭解題意、回答的準確度，以及合作程度等，俾利事後判斷該份問卷的有效性。

另為感謝參與本研究之研究對象和訪員，每完成一次有效訪談研究者即致贈研究對象新臺幣 100 元便利商店禮券；並發給訪員新臺幣 200 元訪員費，且訪談人次每達 3 人再額外發給新臺幣 100 元，盼透過此酬賞機制提升研究對象受訪意

願與回饋各訪員之辛勞協助。

本研究的目的之一在進行跨服務單位和跨服務輸送方式的比較，具體地說，要分析服務單位的組織類型及其服務輸送方式是否會影響使用者對服務品質的評價，因此採用此兩項分層指標發展抽樣架構。服務單位的服務輸送方式分為三類：(1)定點用餐、(2)送餐到家、(3)定點用餐及送餐到家兼有；而 71 個服務提供單位按組織架構及工作內涵分為七個類型：(1)財團法人、(2)社團法人或未辦理法人登記之協會、(3)社區發展協會、(4)社區式服務中心(老人服務中心、社福中心和日間照顧中心)、(5)機構式照顧服務單位(安、養護中心)、(6)醫院，以及(7)其他類型服務單位。根據研究者個人實習經驗及文獻回顧結果發現，定點用餐與送餐到家兩種服務輸送方式所能產生的社會效應在本質上存在著差異，包括接觸到的人，或者互動的時間，例如定點用餐的使用者們每天固定會到一聚會所用餐，在這半小時到一小時不等的時間內，使用者與服務者間，或者使用者與使用者間可能產生密切的互動；至於送餐到家的使用者，就較少有和其他使用者互動交流的機會，且服務者在每位使用者家中停留，提供問安和關懷的時間也相對較短。研究者假設服務輸送方式的差異性對服務品質的影響可能是顯著的，因此最先納入抽樣考量。其次，服務提供單位類型的差異可能會在工作模式上顯得不同，包括備餐方式和工作人員類型。至於同類型的服務提供單位常採用一致的工作模式，像是研究者在實習經驗中就發現社區發展協會的備餐方式大多為與社區店家合作，服務人員多是志工；醫院或機構式照顧服務單位則自設中央廚房烹煮，服務人員多為全職工作者。服務提供單位間的差異性對服務品質的影響亦可能是顯著的，因此將之納入第二層考量。統計資料按服務輸送方式和服務提供單位類型分類結果如表 3-3-2，服務提供單位名冊整理於附錄一：

研究者考量過研究變項數、願意協助之服務單位數、研究對象的可近性、研究者時間及經費等因素後，決定從母群體(N=4296)中抽選 240 位組成研究母群體，約佔母群體的 5.6%。其次，考慮到各子群體間樣本數差異太大，最多至 1,880 位(服務輸送方式為定點用餐的財團法人服務單位)，最少僅 25 位(服務輸送方式

為送餐到家的機構式照顧服務單位)，若應用分層等比例抽樣方式將導致某些子群體樣本數過小，不利於後續統計分析，一來可能無法展現各群體間的變異性，二來則可能難以檢驗自變項和依變項之間的關係。爰此，為了在研究中捕捉所有可能的服務態樣，並有效回答研究問題，研究者決定依循研究目的選取具代表性之樣本。首先，在兩類服務輸送方式中分別選取 120 位研究對象。接著依照服務提供單位類型平均分配數量，定點用餐方式有五類服務提供單位採用，故各選取 24 位；送餐到家有六類服務提供單位採用，故各選取 20 位。各子群體中預計抽選的服務對象數呈現於表 3-3-2。

抽樣架構確立後，將隨機與各子群體服務單位聯繫洽談協助研究事宜，反覆施行至研究所需資料蒐集完成。

表 3-3-2　研究抽樣架構

服務輸送方式	服務單位類型(服務單位數)	服務人數(%)	抽選樣本數
定點用餐	財團法人(18)	1,880(61.7%)	24
	社團法人或未辦理法人登記之協會(7)	307(10.1%)	24
	社區發展協會(12)	388(12.7%)	24
	社區式服務中心(3)	368(12.1%)	24
	其他服務單位(2)	104(3.4%)	24
	小計	3,047(100%)	120
送餐到家	財團法人(7)	228(18.3%)	20
	社團法人或未辦理法人登記之協會(6)	123(9.8%)	20
	社區發展協會(16)	471(37.7%)	20
	社區式服務中心(10)	344(27.5%)	20
	機構式照顧服務單位(2)	25(2.0%)	20
	醫院(2)	58(4.6%)	20
	小計	1,249(100%)	120
總計	71 服務單位[16]	4,296	240

[16] 計 14 個服務單位兼採定點用餐與送餐到家服務輸送方式，包含：財團法人臺灣聖公會牧愛堂、財團法人臺北市中華基督教浸信會慈光堂、財團法人雙福社會福利慈善基金會(思恩堂)、財團法人天主教失智老人社會福利基金會、財團法人天主教會台北教區(木柵復活堂)、臺北市康復之友協會、臺北市崇實健康促進會、臺北市大同區新臨江社區發展協會、臺北市文山區景慶社區發展協會、臺北市大安區成功社區發展協會、臺北市中正區南機場社區發展協會、臺北市北投區東華社區發展協會、康寧醫護暨管理專科學校(內湖老人服務中心)、財團法人台北市私立立心慈善基

資料來源：研究者自行整理

以上為研究計畫最初構想，然實際資料蒐集狀況並不理想，與各個服務提供單位聯繫合作時，大多數以工作業務繁忙無暇協助、已與其他研究者合作進行研究、可能干擾服務使用者日常生活作息、恐有侵犯服務使用者隱私之疑慮，以及服務使用者無意願等理由回絕;願意協助之服務單位屈指可數,且在這些單位中，有意願參與研究之受訪者仍難尋覓。研究者考量到現實尋求服務單位合作的困難性，不得不放棄原先抽樣架構和預計蒐集樣本數，改採方便抽樣方式，盡可能在有限時間、經費成本下蒐集愈多資料。研究最終與士林老人服務中心、中山老人服務中心、中正老人服務中心、內湖老人服務中心、南港老人服務中心、萬華老人服務中心、永昌長青會、成功社區發展協會、南機場社區發展協會、景溪社區發展協會、西湖老人日間照顧中心、財團法人臺灣聖公會牧愛堂、財團法人臺北市中華基督教浸信會慈光堂、社團法人臺灣愛鄰社區服務協會，總計 14 個服務提供單位達成合作，蒐集完成 130 份有效樣本，分配概況如表 3-3-3，詳細描述性統計資料見第四章第一節。

表 3-3-3　研究樣本蒐集狀況

服務輸送方式	服務單位類型(合作服務單位數)	有效樣本數
定點用餐	社區發展協會(1)	4
送餐到家	財團法人(1)	7
	社團法人或未辦理法人登記之協會(2)	17
	社區發展協會(2)	4
	社區式服務中心(6)	53
定點用餐及送餐到家兼有	財團法人(1)	10
	社區式服務中心(1)	35
總計	14 服務單位	130

資料來源：研究者自行整理

金會(龍山老人服務中心)。

第四節　資料處理與分析

回收正式問卷後，將資料登錄(coding)至研究數據資料庫，並使用社會科學統計套裝軟體 SPSS Statistics 19.0 針對本研究提出之研究問題及研究假設進行適當的資料處理與分析，茲將統計分析方法說明如下：

一、描述性統計

單變項分析結果將呈現資料在各自變項與依變項的次數分配、百分比等描述性統計量，再製表輔助說明，用以描述研究樣本特質。

二、推論性統計

研究者將依照各變項測量尺度選用卡方檢定、獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析、Pearson 積差相關分析、以及多元迴歸分析等統計分析方法，檢驗自變項與依變項間的關係，進而建立整體概念預測模型。

(一) 雙變項分析

1. 獨立樣本 T 檢定：預計檢驗：(1)個人因素，包含性別、持有身心障礙手冊與否、是否 ADLs 失能、是否 IADLs 失能、輔具使用、居住方式、用餐方式、用餐時段等自變項，在期望服務、認知到的實際服務、服務品質，以及服務成效上的平均分數是否有顯著差異。
2. 單因子變異數分析：預計檢驗：(1)個人因素，包含年齡、教育程度、每月可使用生活費、福利身分別、自評經濟狀況、自評健康狀況、用餐期間等自變項，在期望服務分數、實際服務分數、服務品質，以及服務成效分數上的差異是否達到統計顯著。
3. Pearson 積差相關：預計檢驗：(1)個人因素，包含接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度、社會互動程度；(2)組織因素，包含服務評估與追蹤、過去服務宣傳及服務改善程度，與期望服務分數、實際服務分數、服務品質和服務成效分數之相關情形。此外，統計分析過程也將檢驗服務品質和服務成效之間的相關情形。

(二) 多變項分析

多變項分析採階層迴歸分析法，在以服務品質為依變項的統計分析部分，將從雙變項分析結果提取與依變項關係達統計顯著之變項按個人因素及組織因素兩個階層逐一投入多元迴歸方程式；至於以服務成效為依變項的統計分析部分，則再把服務品質視為自變項納入，作為第三階層，以同時考量多個自變項對依變項的解釋能力，進而運用標準化迴歸係數建立整體概念預測模型，完整地說明餐食服務服務品質及服務成效的影響因素和影響關係。

第五節　研究倫理

本研究謹遵研究資訊公開、告知後同意、最小傷害、研究對象匿名、隱私守密等原則進行。

整個研究歷程中，研究者會與餐食服務提供單位聯繫洽談研究事宜，請其協助聯繫受訪者，再由研究者本人及本所研究生擔任訪員蒐集研究資料。爰此，徵詢服務提供單位協助時，將具體且詳細地說明研究目的、研究概念、研究執行方法、研究資料後續如何被分析和運用等相關資訊，並由服務提供單位自行決定是否協助本研究，研究者必當完全尊重。願意合作之服務單位，若在協助研究進行過程中感到任何的困擾、不舒服，甚至傷害，或耽擱到日常工作執行，亦得在中途退出研究。為答謝合作單位，後續將無償分享研究成果供有興趣者參考。

而對於研究受訪者，研究者將積極與訪員溝通，請訪員在向研究對象蒐集資料前，也能詳細解說研究相關資訊，並讓研究對象完全保留決定參與研究與否，還有在訪談途中任一時間點因身體疲憊、心裡感到困擾或受到傷害等原因而退出研究之權利。此外，研究對象若認為調查問卷中的某一題項或某一部分填答有困難、涉及個人隱私，或者因其他原因而不願意透露，亦可選擇不填答該部分題項。當然，研究對象若對研究有任何問題、疑義，或欲瞭解後續狀況和結果，可逕向研究者聯絡。問卷訪談完成時將致贈小禮物一份聊表感謝之意。

研究資料處理和分析過程中將恪守保密和匿名原則，分析是以整個研究數據

資料庫為單位,不指向特定研究對象;其次,除研究所需重要變項或分類指標外，將盡可能消除可識別出特定個人之資訊，以降低資訊曝光而造成傷害的風險。

總言之，面對本研究之任何參與者，研究者皆會明白地告知研究資訊，而且給予參與者最大的選擇權利；第二，資料處理和分析，以至成果報告撰寫完全採行匿名方式，嚴格保護個人資料不流用他處；最後，由於研究是集結眾多熱心人士參與方得完成，研究成果理當公開和分享。

國立政治大學 National Chengchi University

第四章　研究資料分析

第一節　描述性統計

本次研究共蒐集 130 份有效問卷，本節先就研究架構的四類因素(參圖 2-3-5)：個人因素、組織因素、服務品質，以及服務成效分析結果依次說明，並將之整理製表，呈現出研究樣本全貌。

一、個人因素

個人因素旨在瞭解受訪者相關背景資料，測量項目含括社會人口學變項、社會經濟地位、健康狀況、接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度、社會支持與社會互動狀況，以及使用服務的情形六個層面。

(一) 社會人口學變項

在 130 份有效樣本中，男性計 70 位，佔 53.8%；女性計 60 位，佔 46.2%。

在年齡分布上，最年輕者 33 歲，最長者 98 歲，平均歲數為 78.87 歲。其次按受訪者年齡分為未滿 74 歲(含身心障礙者及年輕老人)、75 至 84 歲(中老人)、85 歲以上(老老人)三個組別，得知研究樣本中以中老人最多，佔四成(40.0%)；老老人次之，約佔三成(31.5%)；身心障礙者及年輕老人再次之(28.5%)。

(二) 社會經濟地位

教育程度原分為不識字、國小、國中、高中與高職、大學與大專院校、碩士，以及博士七類，為求研究分析之簡潔，資料經重新編碼後分為國小以下[17]、國小畢業，以及國小以上[18]。受訪者的教育程度為國小以上者佔 46.2%；國小畢業者佔 32.3%；至於國小以下者則有 28 位，約佔二成。

每月可使用的生活費用，研究資料經重新編碼後分為 10,000 元(含)以下、10,001 至 20,000 元、20,001 元(含)以上三個組別。130 位受訪者中有 60 位每月可使用的生活費在 10,000 元(含)以下，佔 46.2%；有 56 位在 10,001 至 20,000 元

[17] 國小以下含：未受教育完全不識字、未受正規教育但識字、國小肄業不識字、國小肄業識字。
[18] 國小以上含：國中、高中與高職、大學與大專院校、碩博士。

之間，佔 43.1%；有 14 位在 20,001 元(含)以上，佔 10.8%。

福利身分別部分，有超過四成(42.3%)受訪對象無福利身分，即一般戶；其次為低收入戶(33.1%)；中低收入戶則佔 24.6%。

至於受訪者對自身經濟狀況的評估，認為個人經濟狀況普通的佔了一半以上(54.6%)，認為不好的佔 36.2%，認為好的僅佔 9.2%。

表 4-1-1　受訪者個人背景資料

變項	類別	人數	百分比(%)	有效樣本數
性別	男	70	53.8	
	女	60	46.2	130
年齡	74 歲以下	37	28.5	
M=78.87	75-84 歲	52	40.0	
	85 歲以上	41	31.5	130
教育程度	國小以下	28	21.5	
	國小畢業	42	32.3	
	國小以上	60	46.2	130
每月可使用生活費	10,000 元(含)以下	60	46.2	
	10,001 至 20,000 元	56	43.1	
	20,001 元(含)以上	14	10.8	130
福利身分別	一般戶	55	42.3	
	中低收入戶	32	24.6	
	低收入戶	43	33.1	130
自評經濟狀況	不好	47	36.2	
	普通	71	54.6	
	好	12	9.2	130

(三) 健康狀況

在全體受訪者中，有約七成(70.8%)未持有身心障礙手冊。進一步瞭解持有身心障礙手冊者(29.2%)之障礙類別與程度，由表 4-1-2 顯示，38 位身心障礙者中以肢體障礙為最大宗，計 14 位，佔 36.8%；其次為視覺障礙，計 11 位，佔 28.9%；第三為聽覺機能障礙(13.2%)；其餘的障礙類別包含重要器官失去功能、慢性精神病，以及失智症。從身心障礙程度的分布狀況來看，輕度和重度身心障礙者人

數相等，各有 14 位，在 38 份有效樣本中合計佔了近七成五；另外，唯一一位極重度身心障礙者，其障礙類別為重要器官失去功能。

藉由詢問受訪者近三個月健康情形，可區分出受訪者日常生活功能(ADLs)是否失能，填答健康良好鮮有病痛和健康情形不好但還不致影響日常生活者，代表仍保有基本的生存能力；而填答無自我照顧能力，需他人協助者即屬 ADLs 失能。從表中知悉 ADLs 失能者佔 18.5%，表示居住在社區中的長者們有八成多能獨立完成基本生活所需動作，如吃飯、洗澡和盥洗等。

本研究進一步以日常生活功能量表(ADLs)對上述 24 位受訪對象進行評估以瞭解其失能項目，亦即需要他人協助之項目，為複選題。依照填答人數百分比，需要協助的項目依序為洗澡(83.3%)、上下樓梯(54.2%)、穿脫衣服(33.3%)；而並列第四的有吃飯、盥洗、上廁所與大便控制(25.0%)。

工具性日常生活功能量表(IADLs)合計有八個測量項目，亦是複選題，旨在測量參與研究的 130 位受訪者獨立生活的能力，研究者將原始量表在各個項目的指標簡化為可獨立完成與需他人協助兩類，按變項操作性定義若回答需他人協助項目達三項(含)以上即屬 IADLs 失能。資料統計結果如表 4-1-2 所示，IADLs 失能者佔了 46.9%。再就各項目來看，依照填答人數百分比需要協助的依序為烹調食物或做家事(53.1%)、洗衣服(42.3%)、上街購物(39.2%)、外出活動(37.7%)、處理財務(18.5%)；而使用電話和服用藥物是最少需要協助的，自陳有需求的受訪者都僅有個位數。

輔具使用部分，有四成的受訪者不需使用任何輔具即可自由行走，其餘六成受訪者可能使用手杖、拐杖、四腳助行器或輪椅等輔具輔助行動。

ADLs 和 IADLs 透過客觀指標對受訪者的身體狀況進行評估，自評健康狀況則是在瞭解受訪者的主觀評估。研究發現自認健康狀況不好的佔 45.4%，認為普通的佔 33.8%，認為好的佔 20.8%。

表 4-1-2　受訪者健康狀況

變項	類別	人數	百分比(%)	有效樣本數
持有身心障礙手冊	是	38	29.2	
	否	92	70.8	130
身心障礙類別	肢體障礙	14	36.8	
	重要器官失去功能	2	5.3	
	聽覺機能障礙	5	13.2	
	慢性精神病	2	5.3	
	視覺障礙	11	28.9	
	失智症	4	10.5	38
身心障礙程度	輕度	14	36.8	
	中度	9	23.7	
	重度	14	36.8	
	極重度	1	2.6	38
ADLs 失能	是	24	18.5	
	否	106	81.5	130
ADLs 失能項目	吃飯	6	25.0	
(複選題，百分比之	洗澡	20	83.3	
母數為有效樣本數)	盥洗	6	25.0	
	穿脫衣服	8	33.3	
	上廁所	6	25.0	
	大便控制	6	25.0	
	小便控制	4	16.7	
	上下床和輪椅	5	20.8	
	室內走動	4	16.7	
	上下樓梯	13	54.2	24
IADLs 失能	是	61	46.9	
	否	69	53.1	130
IADLs 失能項目	上街購物	51	39.2	
(複選題，百分比之	外出活動	49	37.7	
母數為有效樣本數)	烹調食物	69	53.1	
	做家事	69	53.1	
	洗衣服	55	42.3	
	使用電話	8	6.2	
	服用藥物	9	6.9	
	處理財務	24	18.5	130
輔具使用	是	78	60.0	130

	否	52	40.0	
自評健康狀況	不好	59	45.4	
	普通	44	33.8	
	好	27	20.8	130

(四) 接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度

營養攝取與食物安全程度係一量表，由七個題項組成，受訪者回想自身過去用餐情形後針對各題意旨回答是(1 分)或否(0 分)，七個題項分數加總即為總量表分數，分數範圍從 0 分至 7 分，分數愈高代表過去尚未接受餐食服務時的營養攝取與食物安全程度愈低。

從表 4-1-3 量表各題項次數分配來看，用餐時間不固定是最常被受訪者提及的(30.8%)，第二為吃的食物不夠營養(22.3%)，並列第三的是體重不穩定、擔心下一餐沒有著落(16.9%)。

表 4-1-4 信度分析結果顯示 Cronbach's alpha 係數為.81，代表本量表具良好的內部一致性。單變項分析結果顯示量表平均分數為 1.22，標準差為 1.81；量表分數 0 分者代表過去營養攝取與食物安全程度最高，計有 66 位，佔 50.8%；分數為 1 分者，過去營養攝取與食物安全程度次高，計有 32 位，佔 24.6%，此兩者合計約佔全體受訪者的七成五。接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度最低者僅 3 位，佔總樣本的 2.3%。

表 4-1-3　接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度各題項次數分配

變項	題項編號與敘述	人數	百分比(%)
接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	1. 每天都吃不飽，感到挨餓	17	13.1
	2. 吃的食物不夠營養	29	22.3
	3. 體重不穩定	22	16.9
	4. 沒有辦法吃到符合口味的食物	16	12.3
	5. 沒有辦法吃到符合飲食習慣的食物	13	10.0
	6. 用餐時間不固定	40	30.8
	7. 擔心下一餐沒有著落	22	16.9

表 4-1-4　接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度

變項	量表分數	人數	百分比(%)
接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	0 分(最安全)	66	50.8
	1 分	32	24.6
	2 分	7	5.4
	3 分	7	5.4
	4 分	7	5.4
	5 分	5	3.8
	6 分	3	2.3
	7 分(最不安全)	3	2.3
	合計	130	100
總量表：平均數=1.22；標準差=1.81 信度分析 Cronbach's alpha=.81			

(五) 社會支持與社會互動狀況

從表 4-1-5 得知本研究訪問的 130 位受訪者中，居住狀況以獨居居多，佔 54.6%，高於與他人同住的 45.4%。與他人同住的 59 位受訪者，同住人員以子女最多，佔 50.8%，比例超過一半；配偶的比例稍低一些，佔了 47.5%；位居第三的是孫子女，佔 22.0%；其餘與父母、其他親戚或朋友同住的比例都不高。另外再將 71 位居住狀況為獨居的受訪者加以分類，其中有 61 位(85.9%)是全天候獨居的，即完全未與他人同住；其餘 10 位(14.1%)屬於部分獨居，包含 9 位(12.7%)是白天獨居晚上有人同住，以及 1 位(1.4%)是晚上獨居白天有人同住，同住人員多為子女或孫子女。

表 4-1-5　受訪者社會支持狀況

變項	類別	人數	百分比(%)	有效樣本數
居住方式	與他人同住	59	45.4	
	獨居	71	54.6	130
與他人同住者之同住人員(複選題，百分比之母數為有效樣本數)	配偶	28	47.5	
	父母	1	1.7	
	子女	30	50.8	
	孫子女	13	22.0	
	其他親戚	3	5.1	
	朋友	6	10.2	59
獨居者獨居型態	全天候獨居	61	85.9	
	白天獨居，晚上有人同住	9	12.7	
	晚上獨居，白天有人同住	1	1.4	71
白天或晚上獨居者之同住人員(複選題，百分比之母數為有效樣本數)	配偶	2	20.0	
	子女	4	40.0	
	孫子女	4	40.0	
	其他親戚	2	20.0	10

社會互動程度係一量表，包含三個題項，各題分數範圍從 1 分(幾乎沒有)到 5 分(每天都有)，三題分數加總即為總量表分數，總分愈高代表社會互動程度愈高。整份量表內部一致性信度之 Cronbach's alpha 係數為.65，落於可接受的範圍內。統計結果顯示總量表平均分數為 7.22，標準差為 3.10，因此吾人可說平均而言受訪的 130 位研究對象在社會互動的程度並不算高，約落在中低度參與。繼續就各題項分數觀察，可注意到受訪者們鮮少參與社區活動(M=1.97，Sd=1.28)，又與鄰居的互動(M=2.76，Sd=1.46)略多於與朋友的互動(M=2.48，Sd=1.30)。

表 4-1-6　受訪者社會互動程度

變項	題項編號與敘述	平均數	標準差
社會互動程度	1.　與鄰居互動往來	2.76	1.46
	2.　與朋友互動往來	2.48	1.30
	3.　參與社區活動	1.97	1.28
	總量表	7.22	3.10
	信度分析 Cronbach's alpha=.65		

(六) 使用服務的情形

130 位受訪者中，用餐方式為送餐到家的計有 95 位，佔 73.1%；而定點用餐的計有 35 位，佔 26.9%。

用餐的狀況涵蓋了用餐日數、時間與時段。統計結果顯示高達近七成五(74.6%)的受訪者每週用餐五日，每日都用餐的佔了一成三(13.1%)，每週用餐一日的則佔 5.4%。從用餐時間來看，週一至週五用餐的人數皆高達九成以上，據此可推知每週用餐五日的受訪者用餐時間大部分在週一至週五；相較之下於週末用餐的人數少了許多，比例分別為週六 14.6%、週日 16.2%，這也反映出多數服務提供單位較少於週末提供服務之事實。用餐時段方面，研究資料顯示全數受訪者都使用午餐服務。另外，研究中也發現多於四分之一(26.9%)的受訪者除使用午餐外還使用晚餐服務。

用餐期間原採開放式填答，期間最短僅一個月，最長達二十年四個月，最多人填答的是一年一個月。研究資料經重新編碼後以年為單位分為三個組別，統計結果如表 4-1-7 所示，有 44.6%的受訪者用餐期間在一年(含)以下，所佔比例最高，而二年(含)以下或超過兩年者都各佔 27.7%。

表 4-1-7　服務使用情形

變項	類別	人數	百分比(%)	有效樣本數
用餐方式	定點用餐	35	26.9	
	送餐到家	95	73.1	130
用餐時間	週一	118	90.8	
(複選題，百分比之	週二	119	91.5	
母數為有效樣本數)	週三	126	96.9	
	週四	118	90.8	
	週五	119	91.5	
	週六	19	14.6	
	週日	21	16.2	130
每週用餐日數	1 日	7	5.4	
	2 日	5	3.8	
	3 日	1	0.8	
	4 日	1	0.8	
	5 日	97	74.6	
	6 日	2	1.5	
	7 日	17	13.1	130
用餐時段	午餐	95	73.1	
	午餐+晚餐	35	26.9	130
用餐期間	一年(含)以下	58	44.6	
	二年(含)以下	36	27.7	
	超過二年	36	27.7	130

二、組織因素

組織因素資料部分來自於研究受訪者，部分來自於受訪者之服務提供單位，這些資料反映的是餐食服務服務品質缺口模型(參圖 2-3-4)中缺口 1 至缺口 4 的狀況。具體而言，以服務提供單位類型、備餐方式、服務人員類型和服務輸送方式測量缺口 3(服務安排的缺口)；以服務評估與追蹤、過去服務宣傳及服務改善程度量表一併測量缺口 1(使用者知識的缺口)、缺口 2(組織層次的缺口)，還有缺口 4(服務宣傳的缺口)。

(一) 服務提供單位的類型

本研究訪問的 130 位受訪者中，其服務提供單位以社區式服務中心最多，佔

了 67.7%，其次為財團法人及社團法人或未辦理法人登記之協會，各佔 13.1%，其餘屬社區發展協會。

(二) 備餐方式

研究問卷原將受訪者之服務提供單位的備餐方式分為七類：服務單位自設廚房、與醫院營養室合作、與安養護中心中央廚房合作、與社區店家合作、工作人員在家中或社區內製作、居家服務員到受訪者家中協助烹煮，並顧及分類可能未竟周延而再加入其他一類。資料蒐集過程中研究者發現約半數受訪者之服務提供單位採取一種以上之備餐方式，爰於統計分析程序中依受訪者填答結果將資料重新編碼，以清楚呈現研究樣本全貌。

依據表 4-1-8 得知，受訪者之服務提供單位的備餐方式，以與醫院營養室及社區店家合作最多，佔總樣本的四成五以上(45.4%)；其次為單與醫院營養室合作，佔 23.1%；服務單位自設廚房或與社區店家合作並列第三，分別佔了一成。

(三) 服務人員類型

本次研究受訪的 130 位對象，其服務提供單位之服務人員有近九成五為志工(94.6%)，其餘為志工與全職工作人員合併運用，佔 5.4%。本研究並未蒐集到受訪者之服務提供單位其任用之服務人員為全職或兼職工作者。

(四) 服務輸送方式

統計結果顯示，在 130 份有效樣本中有超過六成受訪者(62.3%)其服務提供單位的服務輸送方式以送餐到家為主，兼採定點用餐與送餐到家的近三成五(34.6%)，單純以定點用餐為主的則不多見，僅佔 3.1%。

表 4-1-8　受訪者的服務提供單位背景資料

變項	類別	人數	百分比(%)	有效樣本數
服務提供單位類型	財團法人	17	13.1	
	社團法人或未辦理法人登記之協會	17	13.1	
	社區發展協會	8	6.2	
	社區式服務中心	88	67.7	130
備餐方式	服務單位自設廚房	13	10.0	
	與醫院營養室合作	30	23.1	
	與社區店家合作	13	10.0	
	與醫院營養室+社區店家合作	59	45.4	
	與安養護中心中央廚房+社區店家合作	5	3.8	
	服務單位自設廚房+與醫院營養室合作	10	7.7	130
服務人員類型	志工	123	94.6	
	志工+全職工作人員	7	5.4	130
服務輸送方式	定點用餐	4	3.1	
	送餐到家	81	62.3	
	定點用餐+送餐到家	45	34.6	130

(五) 服務評估與追蹤、過去服務宣傳及服務改善程度

服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表係由 11 個題項所組成，希冀透過服務使用者的角度綜合瞭解服務提供單位在各項工作內容是否確實進行、具體落實。各題項分數範圍從 1 分(非常不同意)到 5 分(非常同意)，所有題項分數加總即為總量表分數，總分愈高表示受訪者對服務提供單位工作狀況的評價愈高。量表經信度分析，結果顯示 Cronbach's alpha 係數為.87，呈現高度的內在一致性。統計結果呈現於表 4-1-9，總量表平均分數達 38.05，標準差為 9.87，意指大多數受訪者對服務提供單位各項工作表現之整體評價介於中等至高等之間。於各別題項第七題：服務人員會定期詢問我服務單位需要改善之處，平均分數為 2.69，標準差為 1.47，明顯低於其他題項，這可能意味著服務提供單位詢問受訪

者意見時多聚焦於餐食服務相關問題，相對較少蒐集如組織、工作人員或其他工作面向之意見。惟整體而言受訪者們對其服務提供單位有好的評價，由第十一題得以知曉(M=4.19，Sd=0.82)；其次，受訪者們大致認為服務單位對服務的說明與實際服務內容一致(M=3.97，Sd=0.94)；第三，服務人員願意傾聽受訪者之意見或回饋(M=3.56，Sd=1.18)。

表 4-1-9　服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度

變項	題項編號與敘述	平均數	標準差
服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	1. 提供餐食服務之前，服務人員仔細地詢問過我的身體狀況	3.48	1.56
	2. 提供餐食服務之前，服務人員仔細地詢問過我的用餐狀況	3.31	1.57
	3. 提供餐食服務之前，服務人員仔細地詢問過我的生活相關狀況	3.35	1.51
	4. 提供餐食服務之後，服務人員會定期關心我的身體狀況有無改善	3.35	1.47
	5. 提供餐食服務之後，服務人員會定期關心我的生活相關狀況有無改善	3.32	1.48
	6. 提供餐食服務之後，服務人員會定期關心我的餐點適不適合	3.55	1.44
	7. 服務人員會定期詢問我服務單位需要改善之處	2.69	1.47
	8. 當我表示餐食服務的某一部分不適合我時，服務人員下次會改善	3.27	1.29
	9. 我的任何意見或回饋服務人員都會接納	3.56	1.18
	10. 整體來看，服務人員一開始告訴我的相關服務訊息和現在我接受到的服務是一致的	3.97	0.94
	11. 整體而言，我對此服務單位有好的評價	4.19	0.82
	總量表	38.05	9.87
	信度分析 Cronbach's alpha=.87		

三、餐食服務服務品質

餐食服務服務品質係本研究主要關切的依變項，透過服務品質量表測量，如同第三章操作性定義述及，量表分為期望與實際服務兩部分，皆以有形性、信賴

性、回應性、保證性、同理心五個測量構面共同組成 22 題項，範圍落在 1 分(非常不重要與非常不同意)到 5 分(非常重要與非常同意)之間。兩部分量表間的總分落差(實際服務品質總量表-期望服務品質總量表)即為整體服務品質分數，也就是本研究所欲探究的依變項；又依據該落差分數可判斷受訪者們對服務品質之評價，分數為正代表服務品質良好，分數為負代表服務品質欠佳，分數相等代表服務品質是可接受的。量表信度分析結果發現，期望服務品質總量表、實際服務品質總量表的內部一致性 Cronbach's Alpha 係數分別為.88 和.92，都具有良好的信度。以下先描述期望與實際服務品質兩部分量表之平均分數分配情形，再分析服務品質總分與服務品質評價。

(一) 期望的服務品質

首先由表 4-1-10 看到服務品質量表期望服務部分，總量表分數介於 22 至 110 分之間，愈趨向高分即代表受訪者們對服務的期望愈高，研究結果發現受訪對象之平均填答分數達 80.52，標準差為 11.51。五個構面統計結果依序是：有形性分量表平均分數為 13.20，標準差為 3.11；信賴性分量表平均數為 18.39，標準差為 3.30；回應性分量表平均分數為 14.32，標準差為 2.77；保證性分量表平均分數為 15.38，標準差為 2.84；同理心分量表平均分數為 19.23，標準差為 3.57，是五個構面中平均分數最高的，代表受訪者們對同理心的期待程度最高。

綜觀五個構面 22 題項，平均分數都超過 3 分，代表受訪者們對餐食服務各該狀況的描述都抱持中等(普通)以上之期待或重視度。逐一檢視各構面涵蓋的題項，可發現在有形性構面受訪者期待較高的是美味可口的菜餚(M=3.79，Sd=0.96)和接收到清楚的服務說明(M=3.27，Sd=1.08)；信賴性構面受訪者期待較高的是服務人員一定會提供餐點(M=4.12，Sd=0.88)且服務過程中很少出錯或發生問題(M=3.70，Sd=0.99)；回應性構面受訪者期待較高的是能被告知幾點可以拿到餐點(M=3.88，Sd=0.95)與獲得服務人員幫助(M=3.56，Sd=1.01)；保證性構面受訪者期待較高的是服務人員保持禮貌態度(M=4.06，Sd=0.90)並能讓人感到安心(M=3.91，Sd=0.91)；最後在同理心構面，受訪者期待較高的是供餐時間與所有

用餐者習慣的吃飯時間相符(M=4.05，Sd=0.93)，以及服務人員能表現出重視服務對象的態度(M=3.90，Sd=0.91)。在這之中，受訪者們甚至於其中三個題項展現了高度期待，認為該情況是相對重要的，按平均分數排序為：(1)吃飯時間一定會提供餐點、(2)服務人員總是有禮貌、(3)提供餐點時間剛好是大家吃飯時間。

表 4-1-10　服務品質量表─期望服務

構面	題項編號與敘述	平均數	標準差
有形性	1. 餐點看起來美觀	3.05	1.11
	2. 菜餚美味可口	3.79	0.96
	3. 服務人員穿得整齊	3.09	1.13
	4. 對服務的說明清楚	3.27	1.08
	量表	13.20	3.11
信賴性	1. 吃飯時間一定會提供餐點	4.12	0.88
	2. 服務人員願意幫助人解決問題	3.59	1.07
	3. 第一天就提供需要的餐點	3.41	0.96
	4. 服務人員答應幫忙的事會做到	3.57	1.07
	5. 服務人員很少出錯或發生問題	3.70	0.99
	量表	18.39	3.30
回應性	1. 服務人員清楚告知幾點可以拿到餐點	3.88	0.95
	2. 服務人員動作快速	3.46	1.03
	3. 服務人員會幫助用餐的人	3.56	1.01
	4. 服務人員不會因為工作忙而不理會用餐者	3.41	1.04
	量表	14.32	2.77
保證性	1. 服務人員的表現讓人有信心	3.86	0.90
	2. 服務人員讓人感到安心	3.91	0.91
	3. 服務人員總是有禮貌	4.06	0.90
	4. 服務人員會回答用餐者的問題	3.55	0.97
	量表	15.38	2.84
同理心	1. 服務人員會關心用餐者	3.76	0.96
	2. 提供餐點時間剛好是大家吃飯的時間	4.05	0.93
	3. 機構指派的服務人員會關心到大家	3.72	0.92
	4. 服務人員重視大家	3.90	0.91
	5. 服務人員瞭解用餐者需要什麼	3.79	0.99
	量表	19.23	3.57
	總量表	80.52	11.51
	信度分析 Cronbach's alpha=.88		

(二) 實際的服務品質

表 4-1-11 呈現服務品質量表實際服務部分的統計結果，總量表平均分數為 88.12 分，標準差為 12.52。各構面分量表平均分數依次是：有形性 15.11 分 (Sd=2.58)、信賴性 19.94 分(Sd=3.38)、回應性 16.73 分(Sd=2.31)、保證性 16.58 分(Sd=2.61)，以及同理心 19.77 分(Sd=3.87)。

全觀 22 題項，平均填答分數全數高於相當於普通的 3 分。在有形性構面，受訪者認為表現較佳的是服務人員對服務的說明清楚(M=3.99，Sd=0.98)且穿著整齊(M=3.96，Sd=0.75)；信賴性構面受訪者認為表現較佳的是用餐時間必會提供餐點(M=4.46，Sd=0.79)與服務人員很少出錯或發生問題(M=4.34，Sd=0.73)；回應性構面受訪者認為表現較佳的是服務人員動作快速(M=4.38，Sd=0.65)，並能明確告知幾點可拿到餐點(M=4.35，Sd=0.90)；保證性構面受訪者認為表現較佳的是服務人員常保禮貌態度(M=4.31，Sd=0.76)且表現令人有信心(M=4.18，Sd=0.76)；同理心構面受訪者認為表現較佳的是供餐時間與習慣的吃飯時間相符(M=4.36，Sd=0.86)，以及感受到服務人員的關心(M=4.01，Sd=1.08)。相較於對服務的期望，受訪者對實際接受到的服務狀況表達了更多肯定，平均分數高於 4 分的題項累計 10 題，幾近半數，按平均分數排序為：(1)吃飯時間一定會提供餐點給我；(2)服務人員動作快速；(3)提供餐點時間剛好是我吃飯的時間；(4)服務人員清楚告訴我幾點可以拿到餐點；(5)服務人員很少出錯或發生問題；(6)服務人員總是有禮貌；(7)服務人員的表現讓我有信心；(8)看到服務人員讓我感到安心；(9)服務人員不會因為工作忙而不理會我；(10)服務人員會關心我。

表 4-1-11　服務品質量表─實際服務

構面	題項編號與敘述	平均數	標準差
有形性	1. 餐點看起來美觀	3.69	0.83
	2. 菜餚美味可口	3.46	1.02
	3. 服務人員穿得整齊	3.96	0.75
	4. 對服務的說明清楚	3.99	0.98
	量表	15.11	2.58
信賴性	1. 吃飯時間一定會提供餐點給我	4.46	0.79
	2. 服務人員願意幫助我解決問題	3.68	1.06
	3. 第一天就提供我需要的餐點	3.54	1.19
	4. 服務人員答應我的事會做到	3.92	1.04
	5. 服務人員很少出錯或發生問題	4.34	0.73
	量表	19.94	3.38
回應性	1. 服務人員清楚告訴我幾點可以拿到餐點	4.35	0.90
	2. 服務人員動作快速	4.38	0.65
	3. 服務人員會幫助我	3.93	0.97
	4. 服務人員不會因為工作忙而不理會我	4.07	0.87
	量表	16.73	2.31
保證性	1. 服務人員的表現讓我有信心	4.18	0.76
	2. 看到服務人員，讓我感到安心	4.14	0.81
	3. 服務人員總是有禮貌	4.31	0.76
	4. 服務人員會回答我的問題	3.95	0.98
	量表	16.58	2.61
同理心	1. 服務人員會關心我	4.01	1.08
	2. 提供餐點時間剛好是我吃飯的時間	4.36	0.86
	3. 機構指派的服務人員會關心我	3.95	1.06
	4. 我覺得服務人員重視我	3.95	0.94
	5. 服務人員瞭解我需要什麼	3.50	1.23
	量表	19.77	3.87
	總量表	88.12	12.52
	信度分析 Cronbach's alpha=.92		

(三) 餐食服務服務品質

接續，以服務品質量表實際服務部分之平均分數減去期望服務分數，計算出服務品質五個構面落差分數和服務品質總分落差分數，此即代表餐食服務的服務

品質，平均分數差距為正值且數值愈大代表服務品質愈好。統計結果彙整於表4-1-12，服務品質總量表平均分數差異為7.61分，標準差為12.40，意指整體而言受訪者們認為服務提供單位的實際服務表現優於其預先期望，即服務品質良好。再觀察個別構面，平均分數差異計算結果都為正值，代表五個構面的實際服務表現也都優於預先期望，按平均分數差異大小排序是：回應性、有形性、信賴性、保證性、同理心。

依以上分析結果得知，服務提供單位在五個構面和整體服務品質表現都是良好的，然從平均分數差異看來良好的程度有所差距，以平均分數差異最高的回應性構面2.42分和最低的同理心構面0.54分作比較，前者高出後者近兩分，又後者僅些微高於可接受的水準。從涵蓋的題項解釋之，回應性構面詢問的是提供餐食服務的動作和態度，包括幾點告知受訪者可以拿到餐點、動作快速、不會因工作忙碌而不理睬受訪者，屬具體可觀察的行為表現；而同理心構面詢問的是心理與社會層面的關懷、重視和體貼度，相對不易被受訪者感受到，故研究者認為現行服務提供單位在同理心構面的表現雖已獲得大多數受訪者所肯認，但力道稍嫌不足，有再進步空間。

表4-1-12　服務品質量表落差分數

服務品質構面	平均分數差異 (實際服務-期望服務)	標準差
有形性	1.91	4.01
信賴性	1.55	3.70
回應性	2.42	2.89
保證性	1.20	2.83
同理心	0.54	4.13
總量表	7.61	12.40

進一步從受訪者的角度分析，研究者依據個別樣本之實際服務與期望服務差異分數，區分出服務品質欠佳(期望分數大於實際分數)、服務品質可接受(期望分數等於實際分數)、服務品質良好(實際分數大於期望分數)三類別。相較於表

4-1-12 呈現出服務品質分數的整體情形,表 4-1-13 要呈現的是個別受訪者的評價，綜觀 130 位受訪者，事實上只有約七成(71.5%)認為服務品質是良好的，而有近二成五(23.8%)認為服務品質欠佳，其餘少部分認為可接受。從五個構面逐一觀察，回應性構面有 71.5%的受訪者認為服務品質良好，信賴性 60.0%，有形性 59.2%，保證性 53.1%；惟同理心構面僅佔 44.6%，是唯一未獲半數以上受訪者同意的，相對來說認為服務品質欠佳的人數比例也高於其他四個構面。

由以上得知，樣本整體分析結果與個案狀況間存在著差異，即從服務品質量表差異分數(表 4-1-12)可論斷受訪者們大多認為服務品質是好的，但從能展現樣本差異的服務品質評價(表 4-1-13)看來，認為服務品質欠佳者在同理心構面有 38.5%，有形性構面有 29.2%，信賴性構面有 27.7%。

表 4-1-13　服務品質評價

服務品質構面	服務品質欠佳 (期望>實際)	服務品質可接受 (期望=實際)	服務品質良好 實際>期望
有形性	n=38(29.2%)	n=15(11.5%)	n=77(59.2%)
信賴性	n=36(27.7%)	n=16(12.3%)	n=78(60.0%)
回應性	n=15(11.5%)	n=22(16.9%)	n=93(71.5%)
保證性	n=29(22.3%)	n=32(24.6%)	n=69(53.1%)
同理心	n=50(38.5%)	n=22(16.9%)	n=58(44.6%)
總量表	n=31(23.8%)	n=6(4.6%)	n=93(71.5%)

四、餐食服務成效

研究者以生理、心理暨社會需求滿足程度量表測量餐食服務的成效，量表共由 13 個題項組成，採五點尺度量表設計，每個題項的填答範圍從非常不同意(1 分)到非常同意(5 分)，總分愈高代表受訪者需求被滿足的程度愈高，即代表餐食服務成效愈好。總量表內部一致性係數達.86，具有良好信度，適宜作為餐食服務成效之測量工具。統計結果顯示總量表平均分數為 43.82 分，標準差為 9.10，可解釋成受訪的 130 位研究對象在接受餐食服務後，生理、心理暨社會層面需求達中高程度的滿足狀態。逐一分析各題項，分數較高的前三個項目依序是：(1)

每天餐食會固定送到，讓我不用擔心或焦慮(M=4.27，Sd=0.91)；(2)我覺得不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙準備餐點(M=3.99，Sd=1.05)；(3)我對生活的滿意度比以前提高(M=3.72，Sd=0.97)。由此知悉大多數服務人員每天都能確實送達餐點，不致令受訪者擔心，且這樣的服務對於受訪者來說是方便的，能間接舒緩非正式照顧者的照顧負荷。至於「讓我有機會認識服務人員或其他用餐者，和他們聊天或互動」(M=2.67，Sd=1.44)以及「我的體重有增加」(M=2.75，Sd=1.04)這兩題的平均分數是偏低的，低於 3 分，前者意謂不論是服務人員送餐到家、亦或受訪者到定點用餐，服務人員與受訪者間或受訪者與受訪者間的互動皆是不足的；後者則提醒各服務提供單位往後應進一步瞭解用餐長輩體重未增加的原因是已維持在正常標準體重、還是餐點份量或營養不足、食慾不佳等，以擬定適切服務策略。

表 4-1-14　生理、心理暨社會需求滿足程度

變項	題項編號與敘述	平均數	標準差
生理、心理暨社會需求滿足程度	1. 我的體重有增加	2.75	1.04
	2. 我覺得身體健康狀況有改善	3.02	1.01
	3. 我比較少生病	3.05	0.97
	4. 服務人員會來看我，讓我心裡比較不孤單	3.20	1.24
	5. 讓我有機會認識服務人員或其他用餐者，和他們聊天或互動	2.67	1.44
	6. 讓我有機會出去外面參加活動	3.15	1.47
	7. 我對生活的滿意度比以前提高	3.72	0.97
	8. 我覺得生活品質比以前好	3.58	0.95
	9. 每天餐食會固定送到，讓我不用擔心或焦慮	4.27	0.91
	10. 服務人員會來看我，讓我覺得生活比較安全	3.39	1.12
	11. 服務人員會來看我，讓我心裡比較安心	3.46	1.15
	12. 服務人員的問安和關懷讓我感到溫暖或舒服	3.57	1.27
	13. 我覺得不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙準備餐點	3.99	1.05
	總量表	43.82	9.10
	信度分析 Cronbach's alpha=.86		

五、小結

(一) 餐食服務使用者的個人屬性

綜上分析結果,本次蒐集到的 130 份有效問卷中男性佔 53.8%,女性佔 46.2%,平均年齡 78.87 歲,以中老年人(75 至 84 歲)所佔比例最高(40.0%),老老人(85 歲以上)佔 31.5%次之。

社會經濟地位部分,46.2%的受訪者教育程度在國小以上,32.3%為國小畢業。有 46.2%的受訪者每月可使用的生活費在一萬元以下,43.1%在一萬至兩萬元之間。受訪者中一般戶的比例超過四成(42.3%),其次為低收入戶佔 33.1%。合計一半以上(54.6%)自認目前經濟狀況普通,但也有 36.2%認為不好。

從健康狀況的分析結果看到約七成未領有身心障礙手冊非身心障礙者,而身心障礙者的障礙類別多為肢體障礙。受訪者中 ADLs 失能者佔 18.5%,最需要協助的項目為洗澡、上下樓梯和穿脫衣服。IADLs 失能者佔 46.9%,表示近半數的受訪者無法完全獨立生活,或多或少需要來自正式或非正式體系的協助,最需要協助的是:烹調食物或做家事、洗衣服、上街購物。行動能力方面,計四成不需使用任何輔具。至於對健康狀況的自我評估,45.4%認為不好,33.8%認為普通。

社會支持與社會互動狀況的分析結果顯示受訪者居住方式以獨居居多,佔 54.6%;至於與他人同住者同住成員多為子女和配偶。社會互動程度量表旨在測量與鄰居、朋友互動往來和參與社區活動的頻繁度,結果發現大多數受訪者社會互動程度都不算高,約落在中低度參與。

透過營養攝取與食物安全程度量表得以瞭解受訪者們尚未接受餐食服務前的用餐情形,由各題項次數分配得知用餐時間不固定與吃的食物不夠營養是最常被提及的。統計分析結果發現約七成五的受訪者過去營養攝取與食物安全程度是高的(1 分以下),但也發現近一成受訪者在本量表得分達 5 分以上,可能在過去同時經驗到吃不飽感到挨餓、體重不穩定、擔心下一餐沒有著落等問題。

從以上結果發現,本研究的受訪者背景與先前國外研究對餐食服務使用者特徵之描述一致,使用者可能在多重的不利條件下生活,諸如普遍教育程度偏低、

經濟狀況較差、ADLs 或 IADLs 失能、自覺健康狀況比一般人差，且大多為獨居；此外，因身體狀況不佳，外出不便導致參與社會活動程度不高，可能經驗到孤獨感受(Brantervik, et al., 2005; Choi, 2001; Compan, et al., 1999; Gitelson, et al., 2008; Iizaka, et al., 2008; Posner, et al., 1993; Roseman, 2007)。而另方面也呼應了我國長期照顧服務體系自 2003 年以降之發展情形，從過去的有限度提供予弱勢群體，如低收入戶、中低收入戶、獨居長者；至今大量供給，服務對象開放至一般民眾，讓有需求者也能申請使用服務。研究數據顯示男、女比例幾乎各半，一般戶用餐者比例稍多於低收入戶，表示餐食服務在現今已不完全是相對弱勢群體的專利，當社會上的每個人邁入老年期，逐漸罹患慢性病或失能程度提高時，即會產生此需求，不因性別或有無福利身分而有所差異。不一樣的情況是，過去文獻指出餐食服務使用者極大部分處於營養風險中，感到飢餓、體重不穩定、對下一餐吃不到食物的擔憂等，他們仰賴餐食服務作為每日主要營養素來源(Gitelson, et al., 2008; Keller, 2006; 楊宗蓉，2003)；然而，本研究發現約七成五的受訪者在接受餐食服務前營養攝取與食物安全程度仍是高的，較常見的問題為用餐時間不固定或吃的食物不夠營養，實際處在高度營養風險者僅佔一成。因而研究者認為臺灣的老年人較常遭遇的狀況並非吃不飽，而是吃得不夠健康，問卷訪談過程中便聽到許多受訪者表示常以一鍋重複熬煮多次的滷肉搭配白飯拌著吃就簡單度過一餐，偶爾才添加其他菜餚。建議往後服務提供單位在供餐之時一併向用餐者宣導每日定時用餐、吃得飽還要吃得營養等健康飲食觀念。

本研究中用餐方式為送餐到家的受訪者佔 73.1%，定點用餐佔 26.9%，高達近七成五(74.6%)每週用餐五日，大多安排在週一至週五。約四分之三(73.1%)的受訪者使用午餐，約四分之一(26.9%)使用午餐和晚餐。至於服務使用期間，44.6%的受訪者在一年(含)以下，兩年(含)以下或超過兩年者各佔 27.7%。

(二) 餐食服務提供單位之特性

組織因素分析結果顯示，受訪對象之服務單位以社區式服務中心為大宗，比例近七成(67.7%)。備餐方式計四成五以上(45.4%)採取與醫院營養室及社區店家

合作；其次為單與醫院營養室合作，佔 23.1%。研究所指服務人員是將餐點輸送到服務使用者手上的工作人員，結果顯示近九成五為志工(94.6%)。服務輸送方面，計六成受訪者(62.3%)其服務提供單位的服務方式為送餐到家，兼採定點用餐與送餐到家的近三成五(34.6%)。

服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表從受訪者角度對服務提供單位的相關工作表現作綜合評量，結果顯示大多數受訪者之評價介於中等至高等之間(M=38.05，Sd=9.87)。平均填答分數較高的前三個題項為：(1)對服務單位有好的評價；(2)服務人員對服務的說明與實際接受到的一致；(3)服務人員會接納意見和回饋。至於服務提供單位工作表現相對不佳的部分是較少向受訪者蒐集關於服務組織本身的的意見或看法，如輸送方式、備餐方式、工作人員運用、以至於其他與組織相關的面向。研究者認為一項有品質的服務應該要讓服務使用者盡可能地表達意見，不只是服務本身，也包含提供服務的團體，並將這些意見視為重點改進依據，如此一來方能真正提供使用者期望的服務。

(三) 餐食服務的服務品質

餐食服務服務品質的分析順序是先分別呈現受訪者期望和實際服務品質分數，再將兩部分量表平均分數相減計算出服務品質分數，依據該分數也得以知悉受訪者對服務品質的評價為良好、不佳或可接受。

期望服務品質總量表平均分數達 80.52 分(Sd=11.51)，內含五個構面 22 題項平均分數全都超過 3 分，代表受訪者們對餐食服務各該狀況的描述都秉持中等(普通)以上之期待或重視度，其中高度期待或認為相對重要的是：(1)吃飯時間一定會提供餐點、(2)服務人員總是有禮貌、(3)提供餐點時間剛好是大家吃飯的時間。

實際服務品質總量表平均分數為 88.12 分(Sd=12.52)，代表普遍而言受訪者們對餐食服務有好的評價。綜觀 22 題項，平均填答分數都高於相當於普通的 3 分。此外，相較於服務期望，受訪者對實際接受到的服務狀況表達了更多支持與肯定，平均分數高於 4 分的題項幾近半數。量表分數最高的前三項依序是：(1)吃飯時間一定會提供餐點；(2)服務人員動作快速；(3)供餐時間剛好是吃飯時間。

由上發現吃飯時間必定會供餐，以及供餐時間剛好是用餐時間是受訪者最為期待，同時也是實際接受服務後認為服務單位表現最佳的兩個項目。研究者認為餐食服務不僅在滿足生理營養需求而已，其核心目的為透過此份餐食與用餐者建立連結，進而提供其他心理及社會支持服務，但不可否認地用餐者最為在意的基本生理需求必須先獲得滿足，其他服務才有接軌的契機，故研究者建議每一服務單位至少都必須完成三點要求：服務穩定供給能降低用餐者心裡的食物不安全感，供餐時間配合用餐者能使其慣以為常的飲食作息得以延續，服務人員動作快速才能把握送餐到家或定點供餐的黃金輸送時段，趁餐點溫熱時候送到用餐者手中。

餐食服務服務品質分數計算結果顯示平均差異分數為 7.61 分，代表整體而言受訪者們認為服務提供單位的實際表現優於其預先期望，稱得上服務品質良好。逐一檢視五個構面，平均分數差異最大，相對代表服務品質較佳的三個構面是：(1)回應性、(2)有形性、(3)信賴性。但從個別受訪者的角度分析服務品質評價，事實上只有約七成(71.5%)認為服務品質良好，而有近二成五(23.8%)認為服務品質欠佳；而在各構面認為品質欠佳的比例，同理心佔 38.5%，有形性佔 29.2%，信賴性佔 27.7%，比例偏高了些。有形性構面探討到餐點的外觀、菜色、口味，研究者認為個人主觀性成分較重，每位用餐者有其固有飲食習慣，有的喜好清淡，有的喜好香、鹹、辣等重口味，偏好的食材或烹調方式如炒、燙、燉、蒸、炸也不一，以滿足營養要求所製成的餐點要令每個人都滿意確實不容易；但同理心構面對於用餐者的關心、重視、瞭解用餐者需要，又或信賴性構面要求服務人員具備助人熱忱、言出必行、準時供餐讓受訪者免於擔心等，這些有助於提升用餐者心理感受的作為，都是各個服務提供單位可以努力的方向。

(四) 餐食服務之成效

餐食服務成效以生理、心理暨社會需求滿足程度測量，量表平均分數為 43.82 分(Sd=9.10)，可解釋成受訪對象接受餐食服務後生理、心理暨社會層面需求達中高程度滿足狀態。量表 13 題項中平均分數較高的前三項是：(1)每天餐食會固定送到，不用擔心或焦慮；(2)不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙準備餐點；(3)生

活滿意度提高。因此可知用餐方便性和服務穩定提供是受訪者最明顯感受到的，也因為不用掛心於用餐問題，對生活的滿意度得以提升；然而，由統計結果也發現服務人員與受訪者聊天或互動的頻率偏低，研究者認為服務輸送過程中的關懷問安、溝通對話與餐食本身同等重要，服務提供單位必須思考到多數身體瘦弱、行動不便的獨居老人一天之中可能只在這時間點有機會見到他人，如果服務人員肯多花幾分鐘時間對話，應能協助其舒緩心理上的孤寂感受。

第二節　餐食服務服務品質之相關因素分析

本節旨在探究餐食服務服務品質的相關因素，分析內容分為雙變項及多變項分析兩個部分。研究之自變項為個人因素與組織因素，個人因素包含：(1)社會人口學變項、(2)社會經濟地位、(3)健康狀況、(4)接受服務前的營養攝取與食物安全程度、(5)社會支持與社會互動狀況、(6)使用服務的情形；組織因素則包含：(1)服務評估與追蹤、過去服務宣傳及服務改善程度；依變項為服務品質，包含：(1)期望服務、(2)實際服務、(3)服務品質。雙變項分析將依據各變項測量尺度選用相應的統計分析方法，包括獨立樣本 T 檢定、單因子變異數和 Pearson 積差相關分析，逐一檢驗個人因素還有組織因素對於期望服務、實際服務以及服務品質之影響性；多變項分析，將從雙變項分析結果提取具顯著相關性的變項一併投入階層式多元迴歸方程式合一檢驗，以釐清在控制其他變項之後各個變項對服務品質的影響情形。

進行統計分析之前，研究者要先說明的是組織因素中的服務提供單位類型、備餐方式、服務人員類型，以及服務輸送方式四個變項將被排除於本節雙變項及多變項分析，這是考量到變項中各個類別人數比例懸殊，且部分類別涵蓋樣本數過少，若將資料重新編碼又難呈現出個別服務提供單位之特性，此自表 4-1-8 描述性統計資料摘要可知，故不適宜以此四個變項進行統計檢定。因此在後續分析，組織因素僅會納入「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」進行檢驗。

一、餐食服務服務品質之雙變項分析

(一) 餐食服務服務品質─期望服務之雙變項分析

從邏輯上來說，對餐食服務的期望是服務使用者在實際接受到服務之前，腦海中預先浮現的期待和想像，從而研究者好奇的是服務使用者社會人口學變項及其服務提供單位之背景因素會否影響生成的期望，故於此部分將檢驗個人因素和組織因素與期望服務之關聯性。

1. 個人因素

表 4-2-1、4-2-2、4-2-3 呈現出個人因素分析結果，納入獨立樣本 T 檢定中進行檢驗的變項皆無發現顯著差異，意指受訪者不因其性別、是否領有身心障礙手冊或有無 ADLs 與 IADLs 失能等不同背景條件，而對餐食服務呈現出不一樣的期望狀況。其次，於單因子變異數分析(表 4-2-2)，研究發現受訪者福利身分別不同，對於服務品質的期望是所差異的(F=5.33，p=.01)，從 Scheffe 事後比較發現一般戶服務使用者對於餐食服務之期望顯著高於中低收入戶服務使用者，兩者平均分數差異為 7.56 分。第三，接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度和社會互動程度屬連續變項，研究者以 Pearson 相關分析檢驗之，統計結果未發現顯著的相關性。

表 4-2-1 個人因素與期望服務品質獨立樣本 T 檢定

變項	類別	次數	平均數	標準差	t 值	P value
性別	男性	70	80.00	11.14	-.55	.58
	女性	60	81.12	11.99		
領有身心障	是	38	83.50	10.14	-1.92	.06
礙手冊	否	92	79.28	11.86		
ADLs 失能	是	24	80.50	9.78	.01	.99
	否	106	80.52	11.90		
IADLs 失能	是	61	80.92	11.36	-.37	.71
	否	69	80.16	11.71		
輔具使用	是	78	80.04	11.03	.58	.57
	否	52	81.23	12.26		
居住方式	獨居	71	79.90	13.01	.67	.51
	與他人同住	59	81.25	9.44		

$^{*}p<.05$ $^{**}p<.01$ $^{***}p<.001$

表 4-2-2　個人因素與期望服務品質單因子變異數分析

變項	類別	次數	平均數	標準差	F 值	P value	Scheffe 事後比較
年齡	74 歲以下	37	83.27	10.73	1.53	.22	
	75-84 歲	52	79.71	11.96			
	85 歲以上	41	79.05	11.45			
教育程度	小學以下	28	79.89	12.70	1.85	.16	
	小學畢業	42	78.12	10.19			
	小學以上	60	82.48	11.63			
每月可使用	10000 元(含)以下	60	78.73	12.13	1.62	.20	
生活費	10001-20000 元	56	81.54	11.28			
	20001 元(含)以上	14	84.07	8.63			
福利身分別	一般戶	55	84.09	9.64	5.33**	.01	一般戶>中
	中低收入戶	32	76.53	12.31			低收入戶
	低收入戶	43	78.91	12.00			
自評經濟狀	不好	47	81.81	10.15	.51	.60	
況	普通	71	79.94	12.44			
	好	12	78.83	11.18			
自評健康狀	不好	59	81.86	11.15	.98	.38	
況	普通	44	78.66	12.46			
	好	27	80.59	10.61			

*p<.05　**p<.01　***p<.001

表 4-2-3　個人因素與期望服務品質 Pearson 積差相關分析

變項 ＼ 期望服務品質	Pearson 相關係數 (r)	P value	次數
接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	.10	.24	130
社會互動程度	.16	.08	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

2.　組織因素

組織因素欲探究的是服務提供單位之相關工作狀況會否影響服務使用者對

於餐食服務服務品質的期望。Pearson 積差相關分析發現服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度與期望服務之間有顯著正相關(r=.20，p=.02)。

表 4-2-4　組織因素與期望服務品質 Pearson 積差相關分析

變項 \ 期望服務品質	Pearson 相關係數 (r)	P value	次數
服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	.20*	.02	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

(二) 餐食服務服務品質ㄧ實際服務之雙變項分析

此部分要檢驗的是與受訪者實際感受到的服務品質相關的影響變項，納入統計分析的有個人因素和組織因素，以下依序呈現結果。

1.　個人因素

個人因素包含受訪者背景變項，如性別、年齡、是否領有身心障礙手冊、有無 ADLs 或 IADLs 失能、輔具使用狀況、服務使用情形等與實際感受到的服務品質之相關性。獨立樣本 T 檢定分析結果未發現顯著影響變項。表 4-2-6 單因子變異數分析結果發現不同年齡層的受訪者對實際接受到的服務品質感受有顯著差異(F=5.10，p=.01)，由 Scheffe 事後比較得知 74 歲以下的受訪者在量表平均填答分數顯著高於 75 歲以上受訪者，而 75 至 84 歲和 85 歲以上兩個組別受訪者彼此間的差異則未如此明顯。再者，受訪者對健康狀況的自評結果不同，在實際服務品質的感受上也呈現出差異性(F=7.48，p=.00)，從 Scheffe 事後比較得知自認健康狀況好或不好的受訪者，對實際服務品質的評分都顯著高於自認健康狀況普通的受訪者。於 Pearson 積差相關分析(表 4-2-7)，研究者發現受訪者社會互動程度與實際感受到的服務品質之相關性達統計顯著(r=.31，p=.00)，此結果指出若受訪者的社會互動程度愈高，常與鄰居朋友聯繫，並積極參與社區活動，實際感受到的服務品質也會愈好。

表 4-2-5　個人因素與實際服務品質獨立樣本 T 檢定

變項	類別	次數	平均數	標準差	t 值	P value
性別	男性	70	86.51	13.62	-1.59	.11
	女性	60	90.00	10.92		
領有身心障礙	是	38	90.76	11.24	-1.55	.12
手冊	否	92	87.03	12.91		
ADLs 失能	是	24	85.75	11.01	1.03	.31
	否	106	88.66	12.82		
IADLs 失能	是	61	86.28	13.91	1.59	.12
	否	69	89.75	10.99		
輔具使用	是	78	86.68	13.36	1.62	.11
	否	52	90.29	10.91		
居住方式	獨居	71	87.65	13.84	.47	.64
	與他人同住	59	88.70	10.81		
用餐方式	定點用餐	35	88.74	9.20	-.41	.69
	送餐到家	95	87.89	13.58		
用餐時段	午餐	95	88.79	12.73	-1.00	.32
	午餐+晚餐	35	86.31	11.91		

$^{*}p<.05$　$^{**}p<.01$　$^{***}p<.001$

國立政治大學 National Chengchi University

表 4-2-6　個人因素與實際服務品質單因子變異數分析

變項	類別	次數	平均數	標準差	F 值	P value	Scheffe 事後比較
年齡	74 歲以下	37	93.49	10.06	5.10**	.01	74 歲以下
	75-84 歲	52	85.63	12.51			>75-84 歲、
	85 歲以上	41	86.44	13.32			85 歲以上
教育程度	小學以下	28	89.21	13.16	.33	.72	
	小學畢業	42	88.76	11.12			
	小學以上	60	87.17	13.26			
每月可使用生	10000 元(含)以下	60	87.57	11.84	.25	.78	
活費	10001-20000 元	56	88.20	14.36			
	20001 元(含)以上	14	90.21	6.30			
福利身分別	一般戶	55	89.69	11.49	.91	.40	
	中低收入戶	32	87.94	10.66			
	低收入戶	43	86.26	14.87			
自評經濟狀況	不好	47	88.96	11.49	.16	.85	
	普通	71	87.62	13.81			
	好	12	87.83	8.20			
自評健康狀況	不好	59	89.71	12.13	7.48**	.00	好、不好>
	普通	44	82.80	12.97			普通
	好	27	93.33	9.45			
用餐期間	一年(含)以下	58	88.36	11.88	1.62	.20	
	二年(含)以下	36	85.31	12.49			
	超過二年	36	90.56	13.32			

*p<.05　**p<.01　***p<.001

表 4-2-7　個人因素與實際服務品質 Pearson 積差相關分析

變項 ＼ 實際服務品質	Pearson 相關係數(r)	P value	次數
接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	.06	.49	130
社會互動程度	.31**	.00	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

2. 組織因素

從 Pearson 積差相關分析結果發現服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度與實際感受到的服務品質分數之間存在正相關性(r=.58，p=.00)，代表受訪者對其服務單位的工作狀況評價愈高，實際感受到的服務品質相對也會愈好。

表 4-2-8　組織因素與實際服務品質 Pearson 積差相關分析

變項 \ 實際服務品質	Pearson 相關係數 (r)	P value	次數
服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	.58**	.00	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

(三) 餐食服務服務品質之雙變項分析

餐食服務服務品質為本研究主要關注的依變項，是以實際服務品質總分減去期望服務品質總分計算得出，差異分數為正值且數值愈大代表服務品質愈好。以下就個人因素及組織因素逐一進行雙變項分析，以找出具有潛在影響力之變項。

1. 個人因素

獨立樣本 T 檢定分析結果並未發現達到統計顯著之變項，代表受訪者在性別、是否領有身心障礙手冊、ADLs、IADLs 或用餐方式等差異情形，並不影響服務品質。單因子變異數分析結果(表 4-2-10)發現教育程度變項達到統計顯著(F=3.31，p=.04)；惟 Scheffe 事後比較不顯著，無法區分出顯著的差異是來自於哪些組別間的比較結果。此外，自評健康狀況的分析結果也具有統計顯著意義(F=4.25，p=.02)，Scheffe 事後比較指出自認健康狀況好的受訪者，其對服務品質的評價會顯著高於自認健康狀況普通的受訪者。最後在 Pearson 積差相關分析，並未看見被納入的兩個檢定變項與服務品質間的顯著相關性。

表 4-2-9　個人因素與餐食服務服務品質獨立樣本 T 檢定

變項	類別	次數	平均數	標準差	t 值	P value
性別	男性	70	6.51	11.41	-1.09	.28
	女性	60	8.88	13.45		
領有身心障礙手冊	是	38	7.26	11.32	-.20	.84
	否	92	7.75	12.88		
ADLs 失能	是	24	5.25	12.91	1.03	.30
	否	106	8.14	12.28		
IADLs 失能	是	61	5.36	12.78	1.96	.05
	否	69	9.59	11.79		
輔具使用	是	78	6.64	12.38	1.09	.28
	否	52	9.06	12.40		
居住方式	獨居	71	7.75	13.60	.14	.89
	與他人同住	59	7.44	10.90		
用餐方式	定點用餐	35	5.51	11.05	-1.25	.21
	送餐到家	95	8.38	12.83		
用餐時段	午餐	95	8.27	11.27	1.01	.32
	午餐+晚餐	35	5.80	15.08		

$^{*}p<.05$　$^{**}p<.01$　$^{***}p<.001$

國立政治大學 National Chengchi University

表 4-2-10　個人因素與餐食服務服務品質單因子變異數分析

變項	類別	次數	平均數	標準差	F 值	P value	Scheffe 事後比較
年齡	74 歲以下	37	10.21	12.11	1.31	.27	
	75-84 歲	52	5.92	12.39			
	85 歲以上	41	7.39	12.57			
教育程度	小學以下	28	9.32	11.03	3.31*	.04	事後比較
	小學畢業	42	10.64	13.43			不顯著
	小學以上	60	4.68	11.77			
每月可使用生	10000 元(含)以下	60	8.83	13.24	.55	.58	
活費	10001-20000 元	56	6.66	12.33			
	20001 元(含)以上	14	6.14	8.61			
福利身分別	一般戶	55	5.60	9.27	2.28	.11	
	中低收入戶	32	11.40	14.40			
	低收入戶	43	7.35	13.88			
自評經濟狀況	不好	47	7.15	12.31	.12	.90	
	普通	71	7.68	12.74			
	好	12	9.00	11.56			
自評健康狀況	不好	59	7.85	12.73	4.25*	.02	好>普通
	普通	44	4.14	11.77			
	好	27	12.74	11.13			
用餐期間	一年(含)以下	58	8.83	13.95	2.09	.13	
	二年(含)以下	36	4.06	11.49			
	超過二年	36	9.19	9.98			

*p<.05　**p<.01　***p<.001

表 4-2-11　個人因素與餐食服務服務品質 Pearson 積差相關分析

餐食服務服務品質 / 變項	Pearson 相關係數 (r)	P value	次數
接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	-.03	.70	130
社會互動程度	.17	.06	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

2. 組織因素

從表 4-2-12Pearson 積差相關分析結果顯示服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度與餐食服務服務品質間具有顯著相關性(r=.40，p=.00)，代表若服務提供單位愈能令受訪者感受到其服務提供過程中的評估和追蹤工作確實進行、服務輸送開端的宣傳清晰明確，且能虛心廣納受訪者的回饋意見作為改善依據，則受訪者對整體的餐食服務服務品質會有更佳的評價。

表 4-2-12　組織因素與餐食服務服務品質 Pearson 積差相關分析

變項 \ 餐食服務服務品質	Pearson 相關係數(r)	P value	次數
服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	.40**	.00	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

(四) 小結

摘述以上雙變項分析結果(參表 4-2-13)，期望服務品質部分發現：(1)福利身分別的影響性是顯著的，一般戶服務使用者之期望顯著高於中低收入戶；(2)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」與期望服務之間呈正相關。

其次，實際服務品質部分發現：(1)年齡變項的影響性是顯著的，74 歲以下受訪者在量表平均填答分數顯著高於 75 至 84 歲以及 85 歲以上受訪者；(2)自評健康狀況好或不好的受訪者，對實際服務品質的評分皆顯著高於健康狀況普通的受訪者；(3)社會互動程度有正向相關；(4)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」也有正相關性。

第三，在餐食服務服務品質部分發現：(1)教育程度的影響性是顯著的；(2)健康狀況有正相關性，相較於自評普通的受訪者，自評健康狀況好的受訪者愈傾向認為服務品質良好；(3)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」與服務品質間亦有正向關係。

由此可知對於餐食服務服務品質的期望、實際感受，或由平均差異分數反映

的服務品質將分別受到個人因素的：(1)年齡、(2)教育程度、(3)福利身分別、(4)自評健康狀況、(5)社會互動程度；以及組織因素的(6)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」六個變項所影響。雖統計分析結果並非每一變項都直接影響以上三個依變項，但研究者認為彼等事實上是具有事理上的邏輯關聯性，即有期望才能與實際情形相互比較，從而呈現落差，可稱得上是一種循環影響的過程，是以吾人才會看到如自評健康狀況同時影響實際服務感受和服務品質，或組織因素對每一依變項都有顯著影響性的結果。基於此想法，研究者決定取此六個變項全部投入後續多變項分析，以整理出較準確的影響情形；此外，分析結果之間也得以互相比較，進而發現最適預測模型。

國立政治大學 National Chengchi University

表 4-2-13　餐食服務服務品質雙變項分析結果摘要

	變項	測量項目	期望服務	實際服務	服務品質
個人因素	社會人口學變項	性別			
		年齡		✓ (74 歲以下>75-84 歲、85 歲以上)	
	社會經濟地位	教育程度			✓(事後比較不顯著)
		每月可使用生活費			
		福利身分別	✓(一般戶>中低收入)		
		自評經濟狀況			
	健康狀況	持有身心障礙手冊			
		ADLs 失能			
		IADLs 失能			
		輔具使用			
		自評健康狀況		✓(好、不好>普通)	✓ (好>普通)
	接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	營養攝取與食物安全程度量表			
	社會支持與社會互動狀況	居住方式			
		社會互動程度量表		✓(+)	
	使用服務的情形	用餐方式			
		用餐時段			
		用餐期間			
組織因素	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表	✓(+[19])	✓(+)	✓(+)

二、餐食服務服務品質之多變項分析

以下以階層式多元迴歸(hierarchical multiple regression)分析合一檢驗於雙變項分析中達統計顯著水準之變項(參表 4-2-13)，以進一步瞭解被納入的每一自變項在考量到其他自變項的相對影響力後，對受訪者期望的服務品質、實際感受到

[19] 「+」表示自變項與依變項間呈正相關

的服務品質，以及本研究主要的依變項餐食服務服務品質之預測關係。研究者依循文獻探討結果作為理論立據，第一階層投入個人因素變項，包括：(1)年齡、(2)教育程度、(3)福利身分別、(4)自評健康狀況、(5)社會互動程度；第二階層投入組織因素變項，為「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」。

多元迴歸分析有幾項基本假設，若違反這些假設可能造成分析結果偏頗，包括：(1)存在性(existence)：就各個自變項 $X_1, X_2, X_3, \ldots\ldots, X_k$ 而言，依變項 Y 是一個隨機變數，具有某種機率分配，有一定的平均數及變異量；(2)獨立性(independent)：每一個觀察值彼此間是統計獨立的，觀察值間沒有關聯；(3)直線性(linearity)：依變項 Y 的平均數是 $X_1, X_2, X_3, \ldots\ldots, X_k$ 變項間的一個線性函數，變項之間的關係為線性關係；(4)變異數同質性：就 $X_1, X_2, X_3, \ldots\ldots, X_k$ 任何一個線性組合，依變數 Y 的變異數均相同；(5)常態性(normality)：迴歸分析中所有觀察值 Y 是來自一個常態分配的母群體；(6)誤差獨立性(independence)：誤差項呈隨機化的常態分配，不同的預測變項所產生的誤差之間相互獨立，彼此間沒有相關，並與自變項間相互獨立；(7)誤差等分散性(homoscedasticity)：自變項的誤差項除符合隨機化的常態分配外，變異量也是相等的，是為誤差等分散性。此外，多元迴歸分析中的共線性(collinarity)問題也是必須關注的重點，肇因於自變項間相關性太高，造成分析情境之困擾。如果變項間有共線性問題，表示一個預測自變項是其他自變項的線性組合，情況嚴重可能導致多元迴歸模型之參數無法被完全估計出來。研究中的自變項間是否有共線性問題，可從分析結果的允差(tolerance)、變異數膨脹因素(variance inflation factor，VIF)數據加以判讀。允差的值介於 0 至 1 之間，數值愈大代表愈沒有共線性問題；而變異數膨脹因素為允差的倒數，數值愈小代表愈沒有共線性問題，一般而言允差大於.1 或變異數膨脹因素小於 10 會是較穩定的估計狀況(吳明隆、涂金堂，2005；吳明隆，2012)。

多元迴歸之另一重要基本假設係自變項與依變項皆為連續變項，若為類別變項須先轉換成虛擬變項(dummy varible)始能投入迴歸方程式。是以，研究者於年齡變項以 74 歲以下組別作為參照組轉換為兩個虛擬變項；教育程度以小學以下

為參照組轉換為兩個虛擬變項;福利身分別以一般戶為參照組轉換為兩個虛擬變項；自評健康狀況以健康不好為參照組轉換成兩個虛擬變項。

(一) 期望服務品質之階層迴歸分析

以期望服務品質作為依變項的階層迴歸分析結果發現,所有被納入的變項允差都大於.1，VIF 皆小於 10，代表沒有共線性問題。Durbin-Watson 檢定值[20]為 1.96，趨近於 2，表示誤差項之間幾乎沒有線性相關，是相互獨立的，符合誤差獨立性假設。由標準化殘差之直方圖(圖 4-2-1)看出樣本分配並無正偏或負偏現象，貼近鐘型曲線;且標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖(圖 4-2-2)顯示樣本殘差值的累積機率多坐落在以 45 度角由左下向右上延伸之直線上，表示樣本觀察值趨近常態分配，合乎常態性假定。標準化殘差與預測值交叉之散布圖係用以檢驗樣本觀察值之常態性及殘差變異數是否具有齊一性，圖 4-2-3 顯示樣本大致隨機分布在標準化預測值(X 軸)和標準化殘差值(Y 軸)的 0 附近，並略呈水平分布，意指樣本觀察值符合等分散性假設。

階層迴歸模型一分析結果發現整個模型的 F 值為 2.05($p<.05$)，達統計顯著水準，調整後的 R^2 值[21]為.07，僅能解釋預期服務品質總變異量的 7%。

階層迴歸模型二除個人因素外再納入組織因素的考量，整體顯著性考驗結果發現 F 值等於 2.49($p<.05$)，達到統計顯著門檻，意謂迴歸模型整體可解釋的變異量具有統計意義，由調整後的 R^2 數據顯示此模型能解釋預期服務品質總變異量的 10%，相較於模型一增加 3%的解釋力。若從被納入的個別變項與依變項的相關顯著性來看,可解讀成全部自變項中至少有一個以上自變項與依變項的相關性

[20] Durbin-Watson 檢定是用以檢驗多元迴歸分析模型是否符合誤差獨立性假設，理想上各誤差項之間應是沒有相關性的。D-W 檢定值介於 0 至 4 之間，愈接近 0 時，表示誤差項間正相關愈強；愈接近 2 時，表示誤差項間愈無相關；愈接近 4 時，表示誤差項間負相關愈強(吳明隆、涂金堂，2005)。

[21] 學者指出在迴歸分析中每增加新的自變項後均會使 R^2 變大,此種 R^2 事實上帶有人為操控機制在內；此外，以樣本統計量推導出來的 R^2 來評估整體模式的解釋力，並進而推論到母群體時，若樣本數愈小則愈容易發生高估的現象，使得解釋力膨脹效果愈明顯。為避免高估之偏誤情形發生，學者建議以調整後的 R^2 來估計母群體性質較佳，因為調整後的 R^2 是迴歸模式中變項數與樣本大小的函數(邱皓政，2000；引自吳明隆、涂金堂，2005)。本研究之有效樣本計 130 份，並不算多，但納入許多自變項進行檢驗，故以調整後的 R^2 說明對依變項的解釋變異量較適切。

達到顯著水準，並構成主要解釋力來源。檢視各變項細格後發現，福利身分別與「服務單位的評估與追蹤、宣傳和服務改善程度」的影響力是顯著的。從標準化迴歸係數(β)的正、負記號與數值絕對值吾人可判讀出如下預測關係：(1)相較於中低和低收入戶受訪者，一般戶受訪者對服務品質的期待較高；(2)若受訪者認為服務提供單位在服務提供前期的準備工作愈紮實進行的話，例如詳細進行過個案狀況評估、清楚說明餐食服務的內涵及輸送方式等，都會相應提高其對服務品質的期待。

表 4-2-14　期望服務品質階層迴歸分析

期望服務品質 / 自變項	模型一			模型二		
	B	SE B	β	B	SE B	β
(常數)	86.44	4.51	***	77.10	5.90	***
年齡						
74 歲以下	--	--	--	--	--	--
75 至 84 歲	-3.37	2.53	-.14	-2.20	2.53	-.09
85 歲以上	-3.17	2.58	-.13	-2.49	2.55	-.10
教育程度						
小學以下	--	--	--	--	--	--
小學畢業	-2.03	2.79	-.08	-2.58	2.74	-.11
小學以上	.79	2.69	.03	1.37	2.65	.06
福利身分別						
一般戶	--	--	--	--	--	--
中低收入戶	-6.75	2.63	-.25*	-7.34	2.59	-.28**
低收入戶	-4.59	2.42	-.19	-5.07	2.38	-.21*
自評健康狀況						
不好	--	--	--	--	--	--
普通	-3.41	2.27	-.14	-2.34	2.27	-.10
好	-4.42	2.85	-.16	-4.65	2.80	-.16
社會互動程度	.27	.36	.07	.14	.360	.04
評估追蹤宣傳改善程度				.25	.10	.22*
F	2.05*			2.49*		
R^2	.13			.17		
adj. R^2	.07			.10		
N	130			130		

*p<.05　**p<.01　***p<.001　「--」表示為參照組

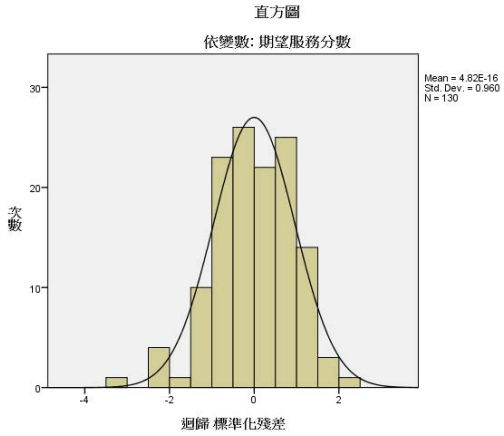


圖 4-2-1　期望服務品質標準化殘差之直方圖

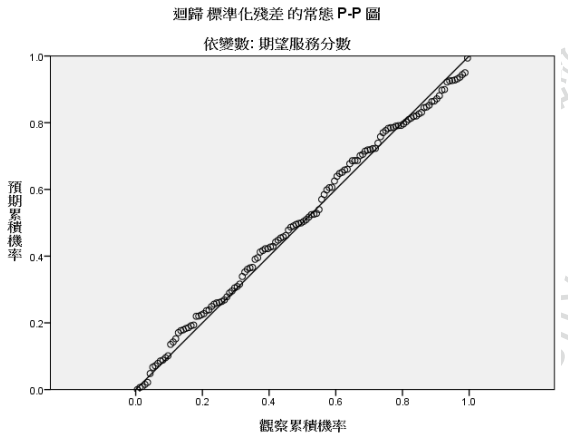


圖 4-2-2　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖

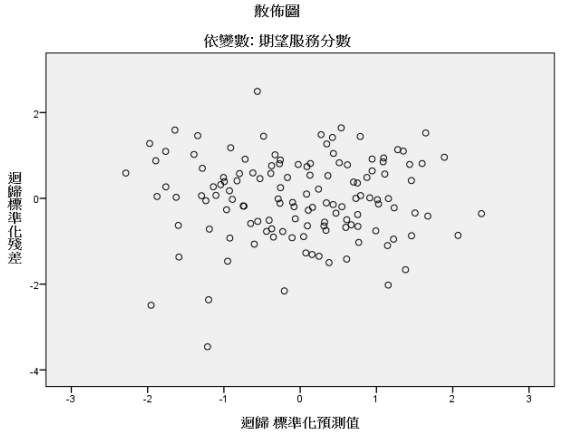


圖 4-2-3　標準化殘差與預測值交叉之散布圖

(二) 實際服務品質之階層迴歸分析

階層迴歸分析結果顯示所有被納入的變項允差皆大於.1 且 VIF 小於 10，代表沒有共線性問題。Durbin-Watson 檢定值為 1.66，趨近於 2，說明誤差項之間幾乎沒有線性相關，符合多元迴歸的誤差獨立性假設。從標準化殘差之直方圖(圖 4-2-4)看出次數分配狀況近似於鐘形曲線，且標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖(圖 4-2-5)顯示樣本殘差值累積機率貼近 45 度角自左下至右上攀升的直線，意謂樣本觀察值趨近常態分配，合於常態性假定。從標準化殘差與預測值交叉之散布圖(圖 4-2-6)也能大概看出樣本隨機分布於 X 軸及 Y 值的 0 附近，表示觀察值符合等分散性假設。

階層迴歸模型一先檢驗受訪者個人因素相關變項對實際服務品質感受的影響情形。統計分析結果發現模型整體的 F 值為 5.38(p<.001)，達統計顯著水準，年齡、教育程度(小學以上虛擬變項)、自評健康狀況(健康狀況普通虛擬變項)，以及社會互動程度的影響性具有統計上顯著意義，共同解釋實際服務品質總變異量的 23%(adj. $R^{2=}$.23)。

模型二也通過了整體顯著性 F 檢定(F=10.65，p<.001)，意味著本模型具有統計上顯著意義。調整後的 R^2 值為.43，代表個人因素和組織因素可共同解釋實際服務品質總變異量的 43%，相較於模型一增加 20%的解釋量。從模型內變項相關性的 T 檢定分析結果發現年齡、自評健康狀況、社會互動程度，以及服務提供單位的服務評估與追蹤、宣傳及服務改善程度的影響性達統計顯著，共同形成解釋力來源，從標準化迴歸係數判讀吾人可作出如下結論：(1)平均而言年齡為 74 歲以下的受訪者在服務品質量表—實際服務部分填答分數會比 75 至 84 歲之間的受訪者來得高；(2)自評健康狀況不好的受訪者填答分數會比健康狀況普通者來得高；(3)受訪者社會互動程度愈高，對實際服務品質的看法愈好；(4)倘若受訪者愈加肯定服務單位的相關工作表現，則在實際服務品質量表的填答分數會愈趨向高分。

表 4-2-15　實際服務品質階層迴歸分析

實際服務品質 / 自變項	模型一			模型二		
	B	SE B	β	B	SE B	β
(常數)	90.90	4.45	***	69.04	5.12	***
年齡						
74 歲以下	--	--	--	--	--	--
75 至 84 歲	-8.43	2.49	-.33**	-5.67	2.20	-.22*
85 歲以上	-5.91	2.55	-.22*	-4.31	2.22	-.16
教育程度						
小學以下	--	--	--	--	--	--
小學畢業	.94	2.75	.04	-.36	2.39	-.01
小學以上	-5.50	2.65	-.22*	-4.14	2.30	-.17
福利身分別						
一般戶	--	--	--	--	--	--
中低收入戶	.70	2.60	.02	-.68	2.25	-.02
低收入戶	-1.86	2.39	-.07	-2.98	2.07	-.11
自評健康狀況						
不好	--	--	--	--	--	--
普通	-9.01	2.24	-.34***	-6.50	1.97	-.25**
好	-.52	2.81	-.02	-1.05	2.43	-.03
社會互動程度	1.15	.36	.29**	.84	.31	.21**
評估追蹤宣傳改善程度				.59	.09	.46***
F	5.38***			10.65***		
R^2	.29			.47		
adj. R^2	.23			.43		
N	130			130		

*p<.05　**p<.01　***p<.001　「--」表示為參照組

國立政治大學 National Chengchi University

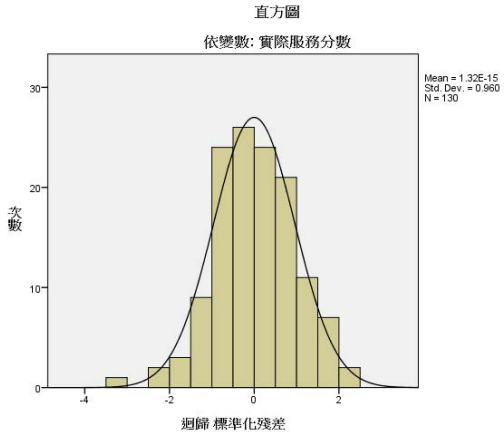


圖 4-2-4　實際服務品質標準化殘差之直方圖

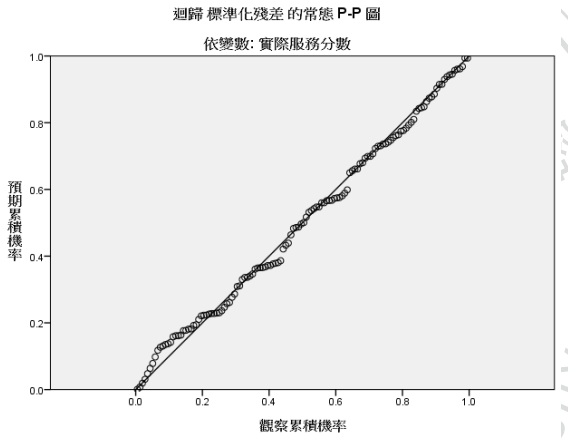


圖 4-2-5　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖

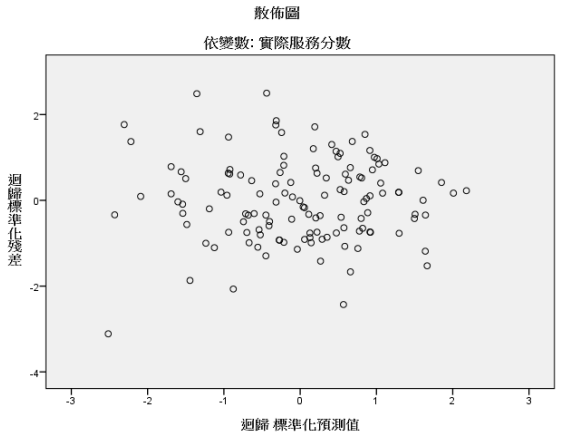


圖 4-2-6　標準化殘差與預測值交叉之散布圖

(三) 餐食服務服務品質之階層迴歸分析

餐食服務服務品質為本研究主要關切的依變項，階層迴歸分析結果顯示所有被納入的變項允差都大於.1 且 VIF 小於 10，代表彼此間沒有共線性問題。Durbin-Watson 檢定值為 1.61，在可接受的範圍內，表示誤差項之間線性相關問題不大。然而標準化殘差之直方圖(圖 4-2-7)顯示樣本次數分配與鐘形曲線略有不符，標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖(圖 4-2-8)亦顯示樣本殘差值累積機率偏移於 45 度角自左下向右上攀升的直線，意謂樣本觀察值不太符合迴歸分析的常態性假定，應予留意。至於標準化殘差與預測值交叉之散布圖(圖 4-2-9)能約略看出樣本水平分布於 X 軸及 Y 值的 0 附近，表示觀察值符合等分散性假設。

階層迴歸模型一統計分析結果發現模型整體的 F 值為 4.43($p<.001$)，達統計顯著水準，被納入的年齡、教育程度、福利身分別、自評健康狀況、社會互動程度五個變項的影響性也都達到統計上顯著意義，共同解釋餐食服務服務品質總變異量的 19%(adj. $R^2=.19$)。

階層迴歸模型二統計分析結果顯示 F 值為 5.38($p<.001$)，達統計顯著水準，以此模型對依變項進行預測是有意義的。調整後的 R^2 值為.25，代表個人因素和組織因素可共同解釋服務品質總變異量的 25%，較模型一增加 6%解釋力。從模型內變項相關性的 T 檢定分析結果發現教育程度、福利身分別和服務提供單位的評估與追蹤、宣傳及服務改善程度的影響性達統計顯著，共同構成模型解釋力主要來源，可以此三個變項對依變項進行預測；然而年齡、自評健康狀況和社會互動程度，在納入組織因素的考量後其影響力就變得不顯著。

歸納本模型分析結果研究者得以作出如下結論：(1)平均而言，教育程度為小學以下的服務使用者對餐食服務服務品質的評價會比教育程度為小學以上的受訪者來得高；(2)與一般戶相比，中低收入戶服務使用者對服務品質的看法較佳；(3)倘若服務使用者認為服務單位的相關工作表現愈好，如服務評估與追蹤確實進行，曾詳細解說過餐食服務內容，或願意接納服務使用者的回饋與意見並具體落實於服務改善行動等，平均而言對服務品質的評價會愈高。

表 4-2-16　餐食服務服務品質階層迴歸分析

餐食服務服務品質 / 自變項	模型一			模型二		
	B	SE B	B	B	SE B	β
(常數)	4.46	4.53		-8.06	5.80	
年齡						
74 歲以下	--	--	--	--	--	--
75 至 84 歲	-5.06	2.54	-.20*	-3.48	2.49	-.14
85 歲以上	-2.74	2.59	-.10	-1.83	2.51	-.07
教育程度						
小學以下	--	--	--	--	--	--
小學畢業	2.96	2.80	.11	2.22	2.70	.08
小學以上	-6.29	2.69	-.25*	-5.51	2.60	-.22*
福利身分別						
一般戶	--	--	--	--	--	--
中低收入戶	7.45	2.64	.26**	6.66	2.55	.23*
低收入戶	2.73	2.42	.10	2.09	2.34	.08
自評健康狀況						
不好	--	--	--	--	--	--
普通	-5.60	2.28	-.22*	-4.16	2.23	-.16
好	3.90	2.86	.13	3.60	2.75	.12
社會互動程度	.88	.36	.22*	.70	.35	.17
評估追蹤宣傳改善程度				.34	.10	.27**
F	4.43***			5.38***		
R^2	.25			.31		
adj. R^2	.19			.25		
N	130			130		

*p<.05　**p<.01　***p<.001　「--」表示為參照組

國立政治大學 National Chengchi University

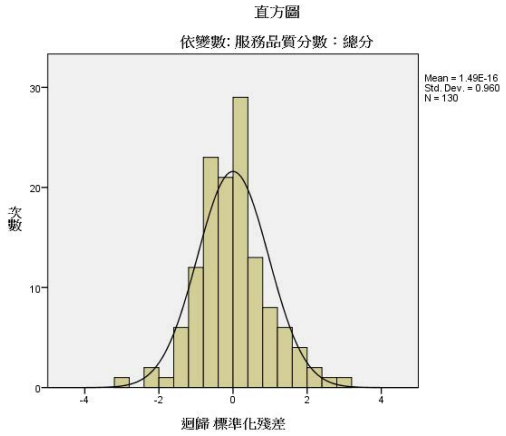


圖 4-2-7　餐食服務服務品質標準化殘差之直方圖

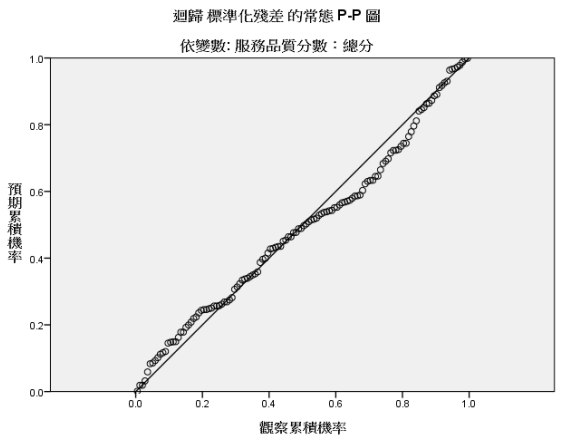


圖 4-2-8　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖

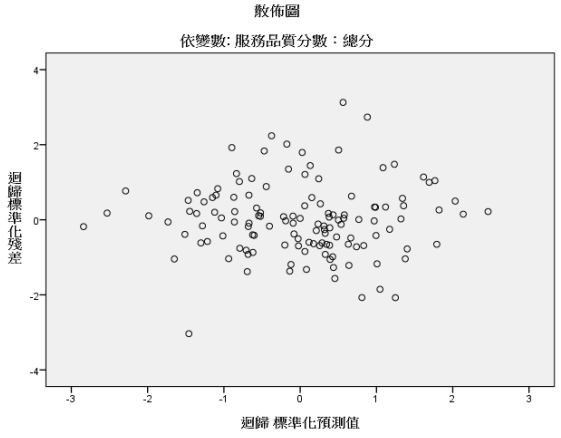


圖 4-2-9　標準化殘差與預測值交叉之散布圖

(四) 小結與討論

研究者運用階層式多元迴歸分析法逐一檢驗個人因素(階層一)和組織因素(階層二)對於期望服務、實際服務，以及整體餐食服務服務品質之預測關係。各階層中決定選取哪些自變項投入迴歸方程式是以在雙變項分析中達統計顯著為判準，分析結果整理如表 4-2-17，簡要呈現研究發現。

期望服務品質階層迴歸分析結果顯示整個模型能夠解釋 10%的總變異量，顯著影響因素包括：(1)福利身分別，一般戶受訪者相較於中低和低收入戶受訪者會有較高的期待或想望；(2)「評估與追蹤、宣傳和服務改善程度」的影響性是顯著的，受訪者愈認為服務提供單位在服務提供前期的準備工作愈紮實的話，也會相應提高其對服務品質的期待。

實際服務品質的分析結果顯示整個模型能夠解釋 43%的總變異量，四個顯著的影響因素為：(1)年齡 74 歲以下的受訪者填答分數會比 75 至 84 歲之間的受訪者高；(2)自評健康狀況不好的受訪者填答分數比普通者來得高；(3)社會互動程度愈高，對實際服務品質的感受愈好；(4)受訪者愈肯定服務單位的相關工作表現，對實際服務品質的感受也會愈好。

餐食服務服務品質階層迴歸分析顯示個人因素和組織因素可聯合解釋 25%的總變異量，顯著的影響變項包括：(1)教育程度，小學以下的服務使用者對餐食服務服務品質的評價會比教育程度為小學以上者高；(2)相較於一般戶，中低收入戶服務使用者對服務品質的看法較佳；(3)若服務使用者認為服務單位的相關工作表現愈好，通常對服務品質的評價也會愈高。

綜合以上三個迴歸模型有下列五項可討論之處：

1. 用餐者對服務品質的看法受其社會經濟地位影響

社會經濟地位可能是影響個人對服務品質的看法的重要影響因素，通常社會經濟地位較高的一般戶對於服務的期待或要求較高，中低及低收入戶的期待程度較低，研究者於訪談過程問及此部分時確實常聽到中低或低收入戶受訪者表示「有就好」、「沒什麼要求」、「人家送給我們就很好了」、「他們很辛苦了，不能要

求」等語句。也因為原先期待程度高低不一致，期待較高的一般戶受訪者對於服務品質的評價就沒那麼好；而社會經濟地位較低者如小學以下教育程度者或中低收入戶，對服務品質的評價較好。換言之，社會經濟地位愈高者對餐食服務的期待愈高，惟有服務單位相應提供更優質的服務，才能讓其評價該項服務為有好品質的。

2. 健康狀況愈差者對實際服務的看法愈好

自評健康狀況不好的受訪者對實際服務的看法較佳，此預測關係可從既有文獻中獲得解釋，用餐者的身體狀況大多是不好的，可能罹患慢性疾病、ADLs 或 IADLs 失能，自覺健康狀況較一般人差，適切的餐食服務介入有助於改善這些不利情形(Brantervik, et al., 2005; Choi, 2001; Compan, et al., 1999; Elmstahl, et al., 1997; Gitelson, et al., 2008; Iizaka, et al., 2008; Keller, 2006; Kirk, et al., 2001; Naithani, et al., 2008; Posner, et al., 1993; Roseman, 2007; Sneeuw, et al., 1991)。因此，相較於健康狀況一般者，或許是健康不好的受訪者接受到餐食服務後改善的幅度更大，所以對實際服務的看法比較好。

3. 用餐者對實際服務品質的看法受其社會互動程度影響

社會互動程度被證實對服務品質具有影響性，無論是正式或非正式支持都是重要的。分析結果發現若受訪者在填答期間社會互動頻率愈高，對實際服務的看法愈好；惟自表 4-1-6 受訪者社會互動程度統計資料顯示大多數受訪者與鄰居、朋友的聯繫並不密切，但參與社區活動的頻率相比前者又更為貧乏。據此，研究者建議當用餐者非正式支持網絡普遍薄弱的情況下，正式支持(照顧)體系的介入力道必須加倍，各服務單位在提供餐食服務的同時應多提供額外的衍生性服務，如陳莉菁(2008)指出可協助用餐者建立社區關係、鼓勵參與社會活動、代為連結其他資源等，如此方能達致以餐點為媒介進而滿足用餐者生理、心理暨社會全人需求之服務宗旨。

4. 用餐者對服務品質的看法受其服務提供單位工作狀況所影響

分析結果發現「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」在三個模型中

的影響性都是統計顯著的，因此說餐食服務提供單位的工作狀況良窳直接影響用餐者的評價並不為過。故各個服務單位若要在現有餐食服務上更求精進，建議不妨從本研究問卷中涵蓋的三個面向切入，首先，服務提供前期的細緻說明，好讓每位服務使用者都能充分瞭解資訊；其次，評估與追蹤的個案工作確實進行，在提供服務前、後都能清楚掌握使用者身體、用餐與生活改變情形，以即時修正服務內容；再其次，應重視使用者意見並發展為具體的改善行動，如此方能切中其需求。謝美娥(1993)就指出一項服務具有品質，代表它能適當、準確地協助個人解決問題，且所安排的服務對使用者來說是適切的。

5. 直接探詢受訪者對實際服務品質的看法會是較佳測量方式

綜觀三個迴歸模型，期望服務和餐食服務服務品質的迴歸模型解釋力都偏低，前者僅 10%，後者為 25%；至於實際服務品質感受的模型解釋力則達到 43%，是較佳的解釋模型。依據此，研究者認為以個人因素和組織因素來預測受訪者的服務期望和服務品質並非一個好的估計方式，就本研究而言用落差分數代表服務品質此一概念不比直接以實際服務品質分數代表來得準確，可能是受訪者資訊不足，對組織的服務內容瞭解程度不高，因而起初就沒有太多想法；又或是接受服務至今已經歷一段時間，對過去記憶有所遺忘，因此難以清楚表達或區分與實際服務看法的不同。再者，期望服務和服務品質是一連動關係(實際服務-期望服務=服務品質)，因為期望服務模型的估計方式不適切，間接影響到後續服務品質的估計。此外，研究者於訪問過程中也發現在單次測量之中一併詢問期望和實際兩部分問卷，容易令受訪者感到疲憊、厭倦，甚至質疑何以須重複提問相似題項，這些負面情緒或多或少都影響測量結果的準確性。因此可說在橫斷性研究中以落差分數來看服務品質是有困難的，研究者建議往後進行研究時不妨以實際服務品質量表直接測量之，毋須再蒐集期望和實際兩部分資料後一一計算服務品質分數，受訪者對實際服務的看法其實就直接指向服務品質概念本身；若仍堅持原先操作方式，則建議運用貫時性研究方法，於用餐者預備接受餐食服務前先進行一次資料蒐集，捕捉其期待的服務品質，接受服務一段時間後再進行第二次資料蒐集，

瞭解其對實際服務的看法。爰此，就本研究屬於橫斷性研究之性質而言，直接分析實際服務品質較為適切，故第三節對餐食服務成效的分析，研究者擬採實際服務品質量表分數代表餐食服務服務品質之概念。

表 4-2-17　餐食服務服務品質多變項分析結果摘要

	變項	測量項目	期望服務	實際服務	服務品質
個人因素	社會人口學變項	年齡		✓(74 歲以下>75-84)	
	社會經濟地位	教育程度			✓(小學以下>小學以上)
		福利身分別	✓(一般戶>中低、低收入戶)		✓(中低收入戶>一般戶)
	健康狀況	自評健康狀況		✓(不好>普通)	
	社會支持與社會互動狀況	社會互動程度量表		✓(+)	
組織因素	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表	✓(+)	✓(+)	✓(+)

第三節　餐食服務成效之相關因素分析

本節旨在探究餐食服務成效之相關影響因素，內容分為雙變項及多變項分析兩部分，納入研究之自變項為個人因素、組織因素，以及服務品質，個人因素包含：(1)社會人口學變項、(2)社會經濟地位、(3)健康狀況、(4)接受服務前的營養攝取與食物安全程度、(5)社會支持與社會互動狀況、(6)使用服務的情形；組織因素包含：(1)服務評估與追蹤、過去服務宣傳及服務改善程度；服務品質則包含：(1)實際服務品質；而依變項為餐食服務成效。雙變項分析部分將依據各變項測量尺度選用獨立樣本 T 檢定、單因子變異數和 Pearson 積差相關分析，逐一檢驗個人因素、組織因素，以及服務品質對服務成效之影響性。多變項分析部分，將從雙變項分析結果提取具顯著相關性的變項一併投入階層迴歸方程式檢驗，以釐清在控制其他變項之後各個變項對服務成效的預測關係。

自第二節分析結論得知以受訪者實際感受到的服務品質分數代表其對服務品質的評價會是較佳預測模型，故下述分析將以此代表餐食服務服務品質之測量變項；另外，組織因素仍僅納入「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」。

一、餐食服務成效之雙變項分析

(一) 個人因素

從表 4-3-1 獨立樣本 T 檢定分析發現輔具使用情形(t=2.40，p=.02)和用餐方式(t=-3.42，p=.00)對餐食服務成效的影響性是顯著的，從量表平均分數判讀，未使用輔具的受訪者感受到的服務成效比使用輔具的受訪者高，用餐方式為定點用餐的受訪者感受到的服務成效比採送餐到家者為高。表 4-3-2 單因子變異數分析結果發現年齡(F=3.13，p=.04)、福利身分別(F=3.87，p=.02)、自評健康狀況(F=4.58，p=.01)和用餐期間(F=4.35，p=.02)對餐食服務成效的影響性是顯著的，從 Scheffe 事後比較得知一般戶受訪者獲得的成效多於中低收入戶，自認健康狀況好的受訪者獲得的成效多於認為普通的受訪者，至於用餐期間則發現用餐超過兩年的受訪者獲得的成效多於一年以下和兩年以下受訪者。於 Pearson 積差相關分析(表 4-3-3)，研究者發現社會互動程度變項與服務成效之相關性達統計顯著(r=.52，p=.00)，此結果指出若受訪者的社會互動程度愈高，感受到的服務成效會愈多。

表 4-3-1　個人因素與餐食服務成效獨立樣本 T 檢定

變項	類別	次數	平均數	標準差	t 值	P value
性別	男性	70	43.43	8.74	-.52	.60
	女性	60	44.27	9.56		
領有身心障礙	是	38	43.63	8.35	.15	.88
手冊	否	92	43.89	9.44		
ADLs 失能	是	24	40.58	8.64	1.95	.06
	否	106	44.55	9.09		
IADLs 失能	是	61	42.51	8.56	1.55	.12
	否	69	44.97	9.47		
輔具使用	是	78	42.28	8.84	2.40*	.02
	否	52	46.12	9.09		
居住方式	獨居	71	43.44	9.82	.52	.61
	與他人同住	59	44.27	8.23		
用餐方式	定點用餐	35	48.14	7.97	-3.42**	.00
	送餐到家	95	42.22	9.01		
用餐時段	午餐	95	43.99	8.67	-.36	.72
	午餐+晚餐	35	43.34	10.31		

*p<.05　**p<.01　***p<.001

國立政治大學 National Chengchi University

表 4-3-2　個人因素與餐食服務成效單因子變異數分析

變項	類別	次數	平均數	標準差	F 值	P value	Scheffe 事後比較
年齡	74 歲以下	37	46.86	8.23	3.13*	.04	事後比較不顯著
	75-84 歲	52	43.02	8.53			
	85 歲以上	41	42.07	10.06			
教育程度	小學以下	28	40.89	10.60	2.16	.12	
	小學畢業	42	43.81	8.33			
	小學以上	60	45.18	8.69			
每月可使用生活費	10000 元(含)以下	60	43.13	9.42	.53	.59	
	10001-20000 元	56	44.04	8.68			
	20001 元(含)以上	14	45.86	9.66			
福利身分別	一般戶	55	46.13	9.49	3.87*	.02	一般戶＞中低收入戶
	中低收入戶	32	40.75	9.27			
	低收入戶	43	43.14	7.79			
自評經濟狀況	不好	47	43.23	8.76	.97	.38	
	普通	71	43.62	9.65			
	好	12	47.25	6.68			
自評健康狀況	不好	59	43.31	9.44	4.58*	.01	好>普通
	普通	44	41.80	8.83			
	好	27	48.22	7.47			
用餐期間	一年(含)以下	58	42.66	8.65	4.35*	.02	超過二年>一年(含)以下、二年(含)以下
	二年(含)以下	36	42.00	9.74			
	超過二年	36	47.50	8.31			

*p<.05　**p<.01　***p<.001

表 4-3-3　個人因素與餐食服務成效 Pearson 積差相關分析

餐食服務成效 / 變項	Pearson 相關係數(r)	P value	次數
接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	.00	.98	130
社會互動程度	.52**	.00	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

(二) 組織因素

從表 4-3-4Pearson 積差相關分析結果，顯示服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度與餐食服務成效間具有顯著相關性(r=.43，p=.00)，即服務單位在服務過程中的個案評估和追蹤確實進行、服務輸送開端的宣傳具體明確，且能納入受訪者的回饋作為改善依據，則受訪者接受服務後生理、心理暨社會需求滿足程度會愈高，因而獲致良好服務成效。

表 4-3-4　組織因素與餐食服務成效 Pearson 積差相關分析

變項 \ 餐食服務成效	Pearson 相關係數 (r)	P value	次數
服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	.43**	.00	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

(三) 服務品質

統計分析結果發現受訪者對實際服務的看法與餐食服務成效有顯著相關性(r=.64，p=.00)，如其認為服務品質愈好，獲得的成效也會愈佳。

表 4-3-5　服務品質與餐食服務成效 Pearson 積差相關分析

變項 \ 餐食服務成效	Pearson 相關係數 (r)	P value	次數
實際服務品質	.64**	.00	130

*p<.05　**p<.01　***p<.001

(四) 小結

從以上雙變項分析結果發現對餐食服務成效有顯著影響性的變項包含(參表 4-3-6)：個人因素為(1)年齡、(2)福利身分別、(3)輔具使用、(4)自評健康狀況、(5)社會互動程度、(6)用餐方式、(7)用餐期間；組織因素為(8)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」；服務品質部分有(9)實際服務品質感受。

表 4-3-6　餐食服務成效雙變項分析結果摘要

	變項	測量項目	服務成效
個人因素	社會人口學變項	性別	
		年齡	✓(事後比較不顯著)
	社會經濟地位	教育程度	
		每月可使用生活費	
		福利身分別	✓(一般戶>中低收入戶)
		自評經濟狀況	
	健康狀況	持有身心障礙手冊	
		ADLs 失能	
		IADLs 失能	
		輔具使用	✓(否>是)
		自評健康狀況	✓(好>普通)
	接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度	營養攝取與食物安全程度量表	
	社會支持與社會互動狀況	居住方式	
		社會互動程度量表	✓ (+)
	使用服務的情形	用餐方式	✓(定點用餐>送餐到家)
		用餐時段	
		用餐期間	✓(超過二年>一年以下、二年以下)
組織因素	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表	✓ (+)
服務品質	實際服務品質	實際服務品質量表	✓ (+)

二、餐食服務成效之多變項分析

(一) 餐食服務成效之階層迴歸分析

以下以階層式多元迴歸分析一併檢驗於雙變項分析中發現具有顯著相關性之變項(參表 4-3-6)，以建立餐食服務成效的整體預測模型。依循研究架構，研究者在第一階層投入個人因素變項，包括：(1)年齡、(2)福利身分別、(3)輔具使用、(4)自評健康狀況、(5)社會互動程度、(6)用餐方式、(7)用餐期間；第二階層投入

組織因素變項，為「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」；第三階層投入服務品質，為受訪者對實際服務品質的感受。迴歸分析的假定是自變項與依變項都為連續變項，若為類別變項則須先轉換成虛擬變項，因此研究者將年齡變項以 74 歲以下組別作為參照組轉換為兩個虛擬變項；福利身分別以一般戶為參照組轉換為兩個虛擬變項；輔具使用以未使用為參照組轉換成一個虛擬變項；自評健康狀況以健康不好為參照組轉換成兩個虛擬變項;用餐方式以送餐到家為參照組轉換成一個虛擬變項；用餐期間以一年以下為參照組轉換成兩個虛擬變項。

階層迴歸分析結果發現，所有被納入的變項允差都大於.1，VIF 皆小於 10，代表沒有共線性問題。Durbin-Watson 檢定值為 1.76，趨近於 2，表示誤差項之間幾乎沒有線性相關，是相互獨立的，符合誤差獨立性假設。由標準化殘差之直方圖(圖 4-3-1)看出樣本分配並無正偏或負偏現象，近似鐘型曲線；又標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖(圖 4-3-2)顯示樣本殘差值的累積機率多坐落在以 45 度角由左下向右上延伸之直線周邊,表示樣本觀察值趨近常態分配,合乎常態性假定。圖 4-3-3 標準化殘差與預測值交叉之散布圖能約略看出樣本隨機分布於 X 軸及 Y 值的 0 附近，表示觀察值符合等分散性假設。

階層迴歸模型一檢驗年齡、福利身分別、輔具使用情形、自評健康狀況等受訪者背景變項對餐食服務成效的影響性，分析結果顯示模型整體顯著性考驗的 F 值為 5.31($p<.001$)，達統計顯著水準，以此模型可解釋餐食服務成效總變異量的 27%(adj. $R^2=.27$)。被納入的七個變項中僅社會互動程度的影響力是顯著的。

階層迴歸模型二除個人因素外再納入組織因素,模型整體顯著性考驗結果發現 F 值等於 7.73($p<.001$)，達統計顯著，調整後的 R^2 為.39，指出個人因素和組織因素對餐食服務成效的共同解釋變異量為 39%，相較於模型一增加了 12%的解釋量。檢視各變項細格後發現,「社會互動程度」與「服務單位的評估與追蹤、宣傳和服務改善程度」的影響力是顯著的。

階層迴歸模型三同時投入個人因素、組織因素及餐食服務服務品質進行綜合檢定，探索對餐食服務成效的預測關係。統計分析結果顯示整體顯著性考驗的 F

值為 12.13(p<.001)，整個模型達統計顯著。調整過的 R^2 值為.53，代表共可解釋服務成效總變異量的 53%，對比模型二增加 14%解釋力。從模型內變項相關性的 T 檢定分析結果顯示社會互動程度和實際服務品質的影響力是顯著的，此兩者共同構成解釋力主要來源。至於在迴歸模型二發現有顯著影響力的「服務提供單位評估與追蹤、宣傳及服務改善程度」，在模型三納入服務品質的考量後影響力就變得不明顯，推測可能是效果被實際服務品質的影響力稀釋或取代，又或者其為一中介變項，透過實際服務品質影響服務之成效，屬間接影響效果；然而不論真正的解釋是什麼，從此分析結果暫時獲得確認的是受訪者實際主觀感受到的服務品質才是最重要的影響因素。

歸納本模型分析結果，研究者得以作出如下結論：(1)一般而言受訪者社會互動程度愈高，在接受餐食服務過程中生理、心理暨社會需求被滿足的程度也會愈高，即呈現出愈佳的服務成效；(2)如果受訪者對餐食服務服務品質的評價愈好，通常後續產出的服務成效也愈佳。

國立政治大學 National Chengchi University

表 4-3-7　餐食服務成效階層迴歸分析

餐食服務成效 / 自變項	模型一			模型二			模型三		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
(常數)	37.74	3.15	***	25.50	3.85	***	.37	5.35	
年齡									
74 歲以下	--	--	--	--	--	--	--	--	--
75 至 84 歲	-1.61	1.76	-.09	-.18	1.64	-.01	1.49	1.47	.08
85 歲以上	-1.81	1.85	-.09	-.93	1.71	-.05	.37	1.51	.02
福利身分別									
一般戶	--	--	--	--	--	--	--	--	--
中低收入戶	-2.13	1.89	-.10	-2.80	1.74	-.13	-2.34	1.53	-.11
低收入戶	.43	1.83	.02	-.26	1.69	-.01	.97	1.49	.05
輔具使用									
否	--	--	--	--	--	--	--	--	--
是	-2.05	1.55	-.11	-1.98	1.42	-.11	-1.14	1.25	-.06
自評健康狀況									
不好	--	--	--	--	--	--	--	--	--
普通	-2.43	1.59	-.13	-1.39	1.47	-.07	.83	1.34	.04
好	-.25	2.05	-.01	-.73	1.89	-.03	-.17	1.65	-.01
社會互動程度	1.26	.27	.43***	1.06	.25	.36***	.75	.23	.26**
用餐方式									
送餐到家	--	--	--	--	--	--	--	--	--
定點用餐	.13	1.84	.01	1.50	1.71	.07	2.55	1.51	.13
用餐期間									
一年以下	--	--	--	--	--	--	--	--	--
二年以下	-.08	1.82	-.00	.36	1.67	.02	1.09	1.47	.06
超過二年	2.43	1.80	.12	2.01	1.65	.10	2.43	1.45	.12
服務評估追蹤宣傳改善程度				.33	.07	.36***	.11	.07	.12
實際服務品質							.37	.06	.50***
F	5.31***			7.73***			12.13***		
R^2	.33			.44			.58		
adj. R^2	.27			.39			.53		
N	130			130			130		

*p<.05　**p<.01　***p<.001　「--」表示為參照組

國立政治大學 National Chengchi University

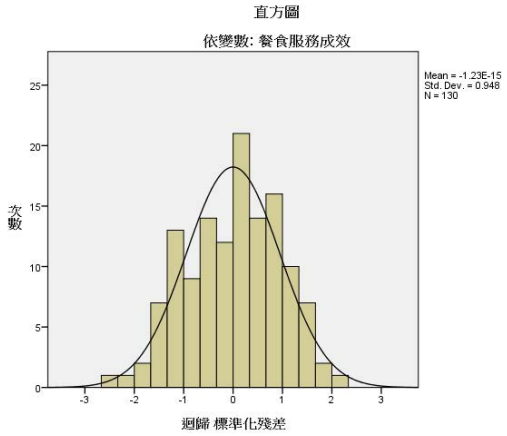


圖 4-3-1　餐食服務成效標準化殘差之直方圖

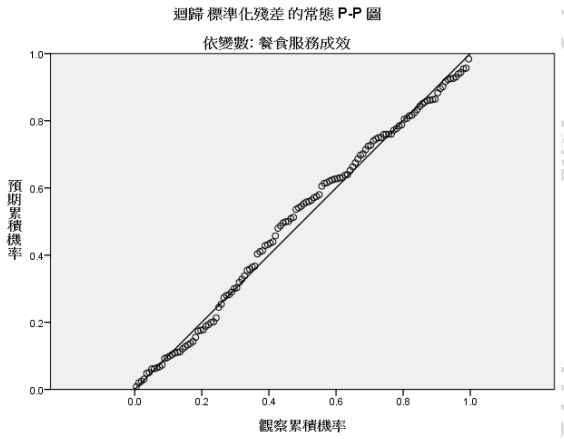


圖 4-3-2　標準化殘差之常態機率分布 P-P 圖

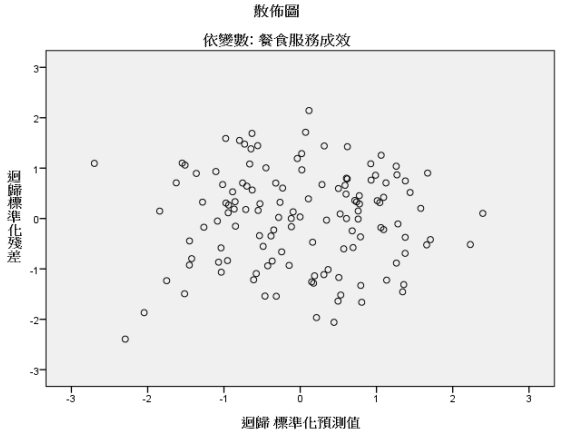


圖 4-3-3　標準化殘差與預測值交叉之散布圖

(二) 小結與討論

階層迴歸分析結果顯示個人因素、組織因素和服務品質可聯合解釋餐食服務成效總變異量的 53%，兩個達到統計顯著的影響變項分別是(參表 4-3-8)：(1)社會互動程度、(2)實際感受到的服務品質；至於其他七個變項的影響性則變得不顯著。故吾人可知平均而言，受訪者社會互動程度愈高或對服務品質的評價愈好，將能預期產出的服務成效是愈佳的，據此結果有兩點值得討論之處：

1. 社會支持與社會互動之重要性在在被強調

服務使用者個人的社會支持與社會互動情形會影響其對餐食服務服務品質的看法，同時對整個服務流程最後產出的結果─服務成效亦有重要影響性。這樣的結論得以支持研究者對餐食服務秉持的核心立場：餐食服務是高度重視與服務對象互動、對話的一項服務，為同時滿足使用者多層面需求而存在，這代表著服務輸送過程中服務人員與餐點是相等重要的，先透過有形的餐點本身滿足使用者的生理需求，再採取居家式和社區式兩種不同的服務策略協助使用者達到心理和社會層面的安適，居家式的服務如問安、關懷、諮詢、心理支持，社區式的服務如邀請出外參與活動或聚會、協助建立正式或非正式支持網絡。這種兼顧到飲食生存維護和社會心理照顧的實務工作，正是陳燕禎等人(2005)所述的整合型─使用者模式，具體實踐的複雜性最高，但卻最能符合每一位使用者的個別需求，是最理想的工作模式。研究者無論是透過閱讀文獻、觀察官方統計數據、參照過去實習經驗、聆聽實務工作者的分享，或者進行研究訪談時，確實看到了接受餐食服務的使用者們多為有獨居、行動不便難以出門、鮮與親戚友人同事同儕聯繫，或者親屬照顧體系不足等的不利狀態；為了突破這樣的困境，研究者期待透過本研究呼籲正式服務體系的各個服務單位都能認知到「餐食服務不僅僅是一份餐點」這樣一句話，而發揮更多的社會支持功能，以補充服務使用者非正式支持體系的不足，使其免於社會隔離危機。 研究發現現有的餐食服務中，各個服務提供單位備置的餐點皆有一定水準，未來應致力加強服務人員的心理和社會層面支持性服務，才能令服務品質更上一層樓，進而獲致更佳的服務成效。

2. 服務使用者自覺的餐食服務成效與服務品質有關

結合本節及前節統計分析結果，得以歸納出餐食服務中各個相關變項的影響關係，在服務提供過程中，使用者對服務品質的看法會受到個人年齡、健康狀況、社會支持與社會互動程度，以及其服務提供單位的工作情形所影響；而個人的社會支持與社會互動程度，以及對服務品質的看法，最後將顯著影響整個餐食服務產出的服務成效。目前服務提供單位在蒐集服務成效的資料時，多數都將服務成效化約性地以餐食滿意度量表測量，各單位所發展出的量表題項可能有些許差異，題數略有增減，但大抵上架構是雷同的，這些滿意度量表的共同盲點在於僅詢問到使用者對於餐點本身的意見，如菜餚色澤、香氣、口味、新鮮程度、份量、保溫度等，未探詢到其他與服務人員或者無形的心理暨社會層面服務內涵，殊為可惜。因此研究者認為往後各個服務提供單位若要更清楚地瞭解組織本身服務提供情形，可參酌本研究發現的影響關係，亦或運用研究發展出的測量工具，分別蒐集服務使用者的背景資料、服務使用者對服務單位工作情形看法的資料、服務使用者對服務品質的看法的資料，以及服務使用者所感受到的服務成效的資料，這些測量資料涵蓋的時間點從服務提供前、服務輸送過程以至服務產出的最後結果，資料涵蓋的內容同時有有形的餐點和無形的服務兩部分，如此方能完整且細緻地檢視餐食服務的成效。

表 4-3-8　餐食服務成效多變項分析結果摘要

	變項	測量項目	服務成效
個人因素	社會人口學變項	年齡	
	社會經濟地位	福利身分別	
	健康狀況	輔具使用	
		自評健康狀況	
	社會支持與社會互動狀況	社會互動程度量表	✓(+)
	使用服務的情形	用餐方式	
		用餐期間	
組織因素	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度	服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表	
服務品質	實際服務品質	實際服務品質量表	✓(+)

國立政治大學 National Chengchi University

第五章　結論與建議

第一節　研究發現

本研究的主要目的係從服務使用者的觀點探討餐食服務服務品質以及餐食服務之成效，並分析兩者之相關因素，以供餐食服務提供單位未來規劃、執行服務之參考。研究方法採問卷調查法，研究者參考過去與餐食服務相關之文獻及Parasuraman 等人發展出的服務品質量表(SERVQUAL)自製研究問卷，以面訪方式蒐集資料。研究實施場域位於臺北市，研究對象為正在使用餐食服務的服務使用者，透過各服務提供單位引薦，最終蒐集到 130 份有效樣本。所得研究資料運用了社會科學統計套裝軟體 SPSS Statistics 19.0 進行描述性統計與推論性統計分析，推論性統計又分為雙變項及多變項分析兩部分，以回答研究問題和研究假設，結果已呈現於第四章。本章將統整、歸納研究發現，從研究發現提出實務上的建議，最後檢視本研究之不足與限制。

一、描述性統計

(一) 個人因素

受訪者男女比例幾乎各半，平均年齡 78.87 歲，以 75 至 84 歲所佔比例最高。

社會經濟地位部分，有 46.2%教育程度在國小以上，一般戶比例超過四成。另一半以上受訪者自評經濟狀況普通，但也有 36.2%認為不好。

健康狀況方面，身心障礙者約佔三成，ADLs 失能者佔 18.5%，IADLs 失能者佔 46.9%，而有四成不需使用輔具協助行動。受訪者對健康的自評，有 45.4%認為不好，33.8%認為普通。

社會支持與社會互動狀況，一半以上的居住方式為獨居；另從社會互動程度量表分析結果顯示大多數受訪者社會互動程度都不高，落在中低度參與。

使用服務前的用餐情形，約七成五的受訪者表示過去營養攝取與食物安全程度是高的，較常見的問題反倒是「用餐時間不固定」或「吃的食物不夠營養」，實際處在高度營養風險者僅佔一成。目前使用服務的情形，用餐方式為送餐到家

者佔了 73.1%，定點用餐佔 26.9%，73.1%使用午餐；而使用服務的期間，有 44.6%的受訪者在一年(含)以下。

(二) 組織因素

關於服務提供單位的背景資料，近七成的組織類型為社區式服務中心；備餐方式方面，四成五以上的服務提供單位採取與醫院營養室及社區店家合作；而服務人員的類型，近九成五為志工。

服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度量表係讓受訪者對服務提供單位的相關工作表現作綜合評量，服務評估面向是詢問接受服務前服務人員是否仔細地詢問過受訪者身體或用餐狀況等；服務追蹤面向詢問接受服務之後服務人員是否定期關心受訪者身體、用餐或生活狀況等的改善情形；服務宣傳面向詢問受訪者接受服務前接收到的服務資訊與實際服務之間的一致情形；服務改善程度面向則在詢問服務人員是否將受訪者的回饋與意見落實至服務的改善。結果顯示受訪者對服務提供單位的綜合評價介於中等至高等之間。平均填答分數較高的前三個題項為：(1)整體而言對服務單位有好的評價；(2)服務人員對服務的說明與實際接受到的一致；(3)服務人員會接納意見和回饋。

(三) 餐食服務的服務品質

本研究探究之餐食服務服務品質係以自行編製之服務品質量表測量，量表分為期望與實際兩部分，皆以有形性、信賴性、回應性、保證性、同理心五個測量構面共同組成 22 題項。兩部分量表間的總分落差(實際服務品質總量表-期望服務品質總量表)即為整體服務品質分數；此外，依據該落差分數可判斷受訪者們對服務品質之評價，分數為正代表服務品質良好，分數為負代表服務品質欠佳，分數相等代表服務品質是可接受的。

從期望服務品質總量表看見受訪者們對餐食服務抱持著中等(普通)以上之期待或重視度，其中高度期待或認為相對重要的是：(1)吃飯時間一定會提供餐點、(2)服務人員總是有禮貌、(3)提供餐點時間剛好是大家吃飯的時間。

實際服務品質總量表分析結果顯示，普遍而言受訪者們對餐食服務有好的評

價，且相較於服務期望，受訪者對實際接受到的服務狀況表達出更多支持與肯定。分數最高的前三項依序是：(1)吃飯時間一定會提供餐點；(2)服務人員動作快速；(3)供餐時間剛好是吃飯時間。

餐食服務服務品質分數顯示，整體而言受訪者們認為服務提供單位的實際表現優於其預先期望，稱得上服務品質良好，較佳的三個構面是：(1)回應性、(2)有形性、(3)信賴性。惟從個別受訪者的角度分析服務品質評價，會發現有近二成五認為欠佳；而就各構面認為品質欠佳的比例，同理心佔 38.5%，有形性佔 29.2%，信賴性佔 27.7%。

(四) 餐食服務之成效

本研究所探究之餐食服務成效係以生理、心理暨社會需求滿足程度測量，結果發現受訪者們接受餐食服務後達到中高程度滿足狀態，量表中平均分數較高的前三項是：(1)每天餐食會固定送到，不用擔心或焦慮；(2)不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙準備餐點；(3)生活滿意度提高。

二、餐食服務服務品質之相關因素分析

(一) 餐食服務服務品質之雙變項分析

研究者依據各變項測量尺度運用獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析，以及 Pearson 積差相關分析，結果在期望服務品質部分發現顯著的影響變項為：(1)福利身分別，一般戶之期望高於中低收入戶；(2)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」與期望服務呈正相關。

其次，實際服務品質部分發現：(1)年齡， 74 歲以下受訪者在量表平均填答分數顯著高於 75 歲以上受訪者；(2)自評健康狀況，自評為好或不好的受訪者，對實際服務品質的評分皆顯著高於自評為普通者；(3)社會互動程度、「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」皆與實際服務品質有正相關性。

第三，從餐食服務服務品質部分發現：(1)自評健康狀況，與自評為普通者相比，自評為好的受訪者愈傾向認為服務品質良好；(2)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」與服務品質有正相關性。

但事實上，研究者認為受訪者對餐食服務的期望、實際感受，以及對服務品質的認知會一併受到(1)年齡、(2)教育程度、(3)福利身分別、(4)自評健康狀況、(5)社會互動程度、(6)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」六個變項所影響，因為三者間具有事理及邏輯上的關聯性，即個人接受服務前會預先在腦海中生成對服務的期望，接受到服務之後再與實際服務品質感受相比較，進而作出服務品質評價。執此之故，研究者將上述六個變項一併投入多變項分析。

(二) 餐食服務服務品質之多變項分析

多變項分析運用的是階層式多元迴歸分析法，結果發現期望服務品質的影響因素包括：(1)福利身分別，一般戶的期望高於中低和低收入戶；(2)「評估與追蹤、宣傳和服務改善程度」對服務期望有正向影響性。

實際服務品質的四個影響因素為：(1)年齡，74 歲以下的受訪者填答分數較 75 至 84 歲者來得高；(2)自評健康狀況，自評為不好的受訪者填答分數比普通者高；(3)受訪者社會互動程度愈高，或者愈肯定服務單位的相關工作表現，對實際服務品質的感受會愈好。

餐食服務服務品質的影響因素包括：(1)教育程度，教育程度為小學以下的受訪者對餐食服務服務品質的評價比小學以上者高；(2)福利身分別，中低收入戶服務使用者對服務品質的看法比一般戶好;(3)服務單位的相關工作表現愈好，受訪者對服務品質的評價愈高。

從多變項分析結果，研究者發現到期望服務和餐食服務服務品質的迴歸模型解釋力都偏低，反倒是實際服務品質感受的模型解釋力達到 43%，應是較佳的預測模型。這讓研究者意識到在橫斷性研究中以落差分數來看服務品質是有困難的，受訪者對實際服務品質的看法或許就能代表服務品質概念，因此在接續的餐食服務成效之相關因素分析，研究者做了這樣的修正。

三、餐食服務成效之相關因素分析

(一) 餐食服務成效之雙變項分析

從雙變項分析結果發現對餐食服務成效有顯著影響性的變項包含：個人因素

為(1)年齡、(2)福利身分別、(3)輔具使用、(4)自評健康狀況、(5)社會互動程度、(6)用餐方式、(7)用餐期間；組織因素為(8)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」；服務品質部分為(9)實際服務品質感受。

(二) 餐食服務成效之多變項分析

餐食服務成效之階層迴歸分析結果發現，(1)社會互動程度、(2)實際感受到的服務品質具顯著影響性，亦即受訪者社會互動程度愈高，或對服務品質的評價愈好，可以預測後續產出的服務成效會愈佳。

研究者統整了餐食服務成效與實際服務品質之階層迴歸分析結果，勾勒出如下相關性之架構(圖 5-1-1)：受訪者對服務品質的感受會受到個人因素的(1)年齡、(2)自評健康狀況、(3)社會互動程度，以及組織因素的(4)「服務評估與追蹤、服務宣傳和服務改善程度」影響；進而，(1)社會互動程度，以及(2)服務品質將影響到最後的餐食服務成效。自研究結果還有兩點值得提及，首先，組織因素可能為一中介變項，並不直接影響服務成效，而是透過服務品質間接發揮影響力；其次，受訪者實際主觀感受到的服務品質應該才是最有力的影響因素。只是，這樣的相關性架構還未經過路徑分析(path analysis)的檢驗，因此只能稱為各變項間可能的影響關係之陳述，至於真實的因果關係仍有待後續研究者進行更嚴謹、精確的分析。

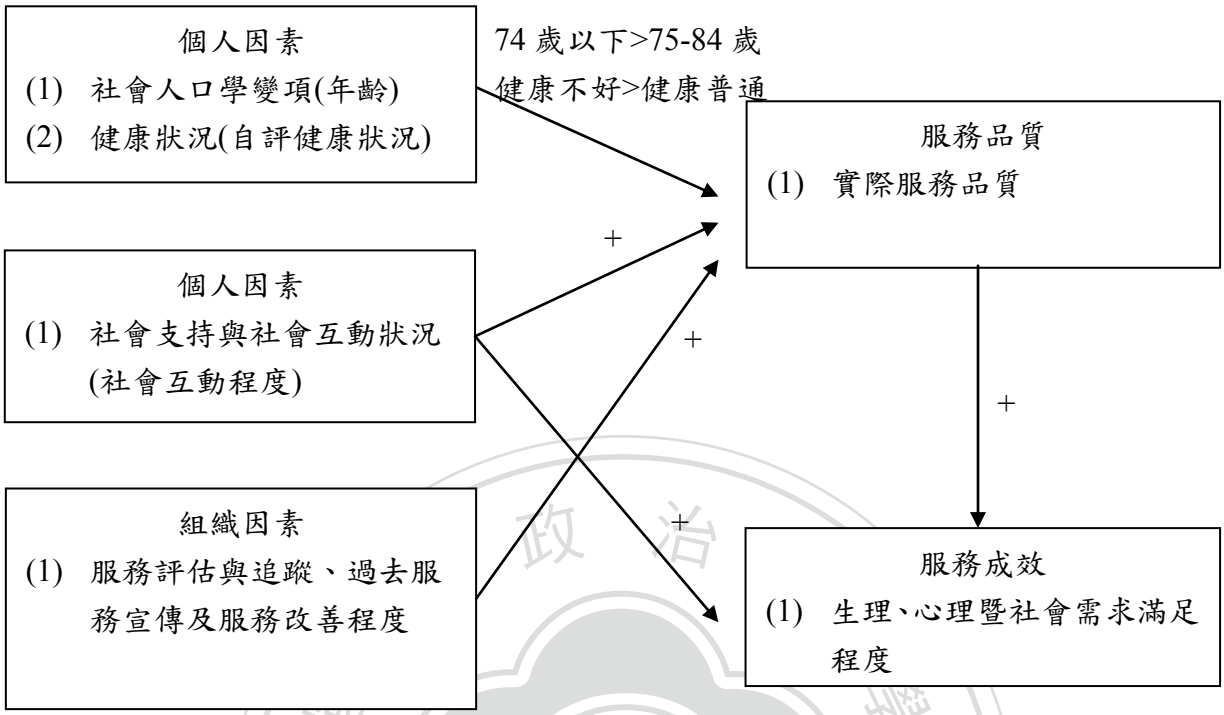


圖 5-1-1　餐食服務服務品質與服務成效相關性之架構

第二節　討論與建議

立基於第四章的研究發現，研究者擬針對餐食服務的幾項議題進行討論，進而提出實務上的建議，供社會工作實務界參考。

一、議題討論

(一) 誰是餐食服務的服務對象

自 2003 年至 2010 年上半年度餐食服務統計資料(參表 1-2-3)呈現的趨勢看出近年來餐食服務的服務人數及服務次數皆持續提升，且男性與女性服務使用者幾乎各半，未有性別上的差異。另外，可發現到中低收入及低收入戶與一般戶使用服務的頻率皆相當高，中低及低收入戶使用送餐到家比率較高，一般戶使用定點用餐比率較高。餐食服務自 2003 年之有限度提供至現今大量供給，代表其已成為長期照顧服務體系不可或缺的服務要項；且男性、女性、中低及低收入戶與一

般戶皆大量使用，意味著對餐食服務之需要並非經濟狀況相對弱勢群體才有，而是社會上個人邁入老年、罹患慢性病，或失能程度加重時，普遍產生的需求。

本研究受訪者的輪廓與歷年服務統計資料相似，男女比例幾乎各半，一般戶比例也佔四成。值得注意的是，受訪者中自評經濟狀況普通的佔一半以上；在居住型態方面獨居者與非獨居者各半；健康方面，身心障礙者僅佔三成，ADLs 失能者佔近二成，IADLs 失能者約佔五成、近四成不需使用輔具，以及三成多自評健康狀況普通。此趨勢呈現的意涵是餐食服務的服務對象並非完全是經濟貧困者、獨居者、失能者—這些是社會福利體系在定義誰是需要協助的服務對象時常會引述的標準；其實，除了這些相對弱勢群體外，從研究結果也發現有中等經濟能力、健康狀況不差、工具性日常生活功能稍微退化但仍保有完全的日常生活功能，或者是與他人同住者之長者，也可能是餐食服務的服務對象。這樣的結論能回應上述指陳出的餐食服務並非經濟狀況相對弱勢群體才有，而是隨著個人老化逐漸浮現的需求。那麼，研究者認為既有的服務評估指標可能是不夠完善的，個人營養方面的需求、備置餐點所需時間、備置餐點的能力、備置餐點是否方便，還有健康餐或控制慢性病之特殊餐的需求等，都是未來應該被納入考量的。

(二) 向服務使用者宣導健康飲食觀念

國外研究發現多數受訪者遭遇到嚴重的營養危機，如感到飢餓、體重不穩定、擔心下一餐沒有著落等，但在本研究卻發現約七成五的受訪者在接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度仍然是高的，核心問題並非吃不飽而是吃得不夠健康。就研究者在實務場域的觀察，許多老年人常以一鍋重複熬煮多次的滷肉或滷菜搭配清粥、白飯拌著吃就度過一餐，這可能與傳統上勤儉、簡便用餐之習性有關，但長久下來將對個人健康狀況有負面影響。目前大多數服務提供單位僅提供午餐，早餐和晚餐仍須個人自理，因此研究者建議往後服務提供單位在供餐之時一併向用餐者宣導每日定時用餐、吃得飽還要吃得營養等健康飲食觀念，將午餐的營養餐食經驗擴散至早餐及晚餐，裨能循序漸進改善健康狀況。

(三) 從服務品質的同理心和信賴性構面切入，徹底改善服務品質

其實，服務品質量表的五個構面，22 個題項就是服務品質概念經操作化之後衍伸的具體指標，適宜供給各服務提供單位檢測組織本身的服務情形，進而洞察缺乏與不足之處。研究發現受訪者對服務品質五個構面的評價之中，同理心、有形性和信賴性是被認為相對欠佳的三個構面。有形性構面主要關切的是餐點外觀、菜色、口味，研究者認為這些項目的主觀性成分較重，因每位用餐者有其飲食習慣與偏好，服務提供單位以營養要求所製成的餐點要令每個人都滿意似有困難；但是，同理心構面強調的：服務人員對用餐者表示關心、重視、瞭解用餐者需要、供餐時間配合個人用餐時間，以及信賴性構面強調的：服務人員具備助人熱忱、言出必行、減少服務提供過程的意外事故、準時供餐讓受訪者免於擔心等，這些有助於提升用餐者心理感受的作為，則是各個服務提供單位及其服務人員可以改善服務品質的指引方向。

(四) 發揮更多社會支持功能，加強服務人員在服務提供過程的心理和社會層面支持性服務

本研究的部分受訪者個人屬性與國外研究之描述一致，可能在多重的不利條件中生活，像是教育程度偏低、經濟狀況較差、ADLs 或 IADLs 失能、自覺健康狀況比一般人差；而在社會支持與社會互動方面，也是相對不利的，通常非正式支持網絡較薄弱，多為獨居，與鄰居和朋友互動往來的頻率不高，又個人身體狀況不佳，外出不便導致參與社會活動機會少。研究者認為，當個人非正式支持網路不足時，正式支持體系的介入力道應加強，發揮更多社會支持功能以補充不足之處，協助其免於社會隔離危機。事實上，從研究中也發現社會支持與社會互動狀況不論對服務品質或是服務成效都有顯著的正向影響性，然而研究資料顯示目前服務人員與受訪者間或受訪者與受訪者間的互動皆是不足的。考量過目前各服務提供單位備置的餐點已達一定水準，足以適切回應使用者生理方面的需求，研究者建議未來服務提供單位應致力於加強服務人員在服務提供過程中的心理和社會層面支持性服務，並增加與服務使用者互動的時間，例如可採取居家式和社區式兩種不同的服務策略協助使用者達到心理及社會層面的安適，居家式的服務

如陪伴、問安、關懷、諮詢、心理支持，社區式的服務如邀請出外參與活動或聚會、協助重新連結或建立正式與非正式支持網絡、代為連結其他服務資源等。惟有服務提供單位對組織自身有這樣的期許，才能令服務品質更上一層樓，進而獲致更佳的服務成效。

(五) 重視服務使用者的主觀意見

目前餐食服務提供單位在蒐集服務成效的資料時，多數都化約性地以餐食滿意度量表測量，其中的盲點在於僅詢問了使用者對於餐點本身的意見，未探詢到其他與服務人員或者無形的心理暨社會層面服務內涵，這樣的資訊是片面的，難以完整檢視餐食服務的執行成果。此外，本研究也發現服務提供單位較少向受訪者蒐集關於服務組織本身的的意見或看法，如服務輸送方式、備餐方式、工作人員運用、以至於其他與組織相關的面向。因此，讓服務使用者充分表達對餐食服務服務品質及服務成效的主觀看法以完整性地檢視餐食服務，正是本研究的核心動機。研究者建議爾後各服務提供單位檢視服務成果時，應更完整且細緻地蒐集服務使用者的主觀意見，資料涵蓋的時間點從服務提供前、服務輸送過程以至服務產出的最後結果，資料涵蓋的內容分為有形的餐點和無形的服務兩部分，像是對餐點本身的看法、對組織工作情形的看法、對服務品質的看法，或是對服務成效的看法等，並將這些結果納入未來重點改進依據。本研究發展出的問卷，即是可參酌運用的測量工具之一。追根究底要這麼做的原因是，惟有透過服務使用者的主觀陳述，服務提供單位才能認識到服務使用者真正的需求是什麼(瞭解使用者對服務的期望)；當服務提供單位能滿足服務使用者真正的需求(實際服務符合期望或高於期望)，該服務就可被定義為有好品質的，那麼產出的服務成效也勢必豐碩。一切正如同管理學大師 Deming 所述：「服務品質就是滿足顧客需求，讓顧客滿意，這是由顧客來衡量的。」

二、政策與實務建議

(一) 對政府之建議

依據經建會 2010 年的推估(採中推計數)，至 2060 年老年人口比率將大幅攀

升至 41.6%，即在路上看到的五個人之中，可能有兩個就是老人，且其中一位已超過 80 歲。為回應超高齡化社會所帶來的衝擊，研究者建議政府應及早規劃完善的老人社會福利政策，並引導服務資源的配置，鼓勵民間社會福利機構組織共同提供適切的福利服務；此外，應扭轉過去慣以弱勢群體為服務對象的殘補式福利模式思維，將每位社區長者都視為潛在服務對象，以服務作為增進老人生活品質的策略。

落實到餐食服務，從歷年餐食服務統計資料及本研究分析結果都看到不只是社會上的相對弱勢群體，一般戶服務對象也開始大量使用餐食服務，因此研究者建議政府未來對於餐食服務應有的策進作為是，針對餐食服務的評估，除了考量既有的福利身分別和失能程度外，還須特別再納入對於餐食服務的多面向評估，其中可涵蓋的面向如：期待使用餐食服務的動機、過去用餐情形或營養需求、個人備置餐點的能力、備置餐點需要的時間、毋須上街買菜及下廚的用餐方便性的考量、健康餐或特殊餐的飲食需求等；其次，研究者也建議政府在財政狀況允許的情況下適度鬆綁服務補助對象與補助標準等相關法令，俾使真正有有餐食服務需求者都能被納入服務體系。

(二) 對服務使用者之建議

研究發現服務使用者在接受餐食服務前的營養攝取與食物安全程度仍算是高的，主要的問題是吃得不夠營養、不夠健康，以及用餐時間不固定。因此，研究者建議往後服務使用者可朝向飲食均衡與營養方面逐漸改善用餐習慣，雖然適度節儉的觀念是好的，但也須為個人長遠的身體健康付出努力，過去研究即發現營養的餐點對於個人生活品質是有顯著影響的(引自引自王慧伶，2008)。除了從內在改變觀念外，外在的社會福利服務資源也是服務使用者可運用的，如老人福利服務中心、社會福利服務中心、社區照顧關懷據點、長青大學(學苑)等單位辦理的衛教講座、健康講座、營養講習、烹飪教室等課程，積極的參與應能深化對健康飲食觀念的認知。

另外，研究中也發現多數服務使用者的非正式支持體系是相對薄弱的，可能

因此產生社會隔離感受；為突破此困境，研究者建議可透過正式社會支持體系補充不足之處，服務使用者可依照個人興趣與嗜好積極參與社區活動，如上述社會福利服務單位定期辦理的據點活動、聚會、節慶祭典、老人長青課程的棋藝班、歌唱班、美術班、電腦班、書法班等，以增加與社會連結程度，進而舒緩心理與社會孤寂感受。

最後則是回歸到服務品質方面，研究者鼓勵服務使用者改變長期以來被動接受服務的角色，對於未來接受到的任何社會福利服務，都應盡可能主動表示個人主觀的意見與想法，讓服務提供單位清楚瞭解需求是什麼、期待的服務是什麼，認為應該改善的服務內容又有哪些；倘若未這麼做的話，服務提供單位只憑組織本身的專業判斷與對服務對象的想像和臆測，未必能與服務使用者的觀點達到一致，造成服務無法符合期待與需求之結果，長久下來的惡性循環恐將導致對服務的不滿與厭惡。

(三) 對服務人員之建議

服務使用者對餐食服務服務品質的評價除有形的餐食外，其他大部分都是對無形服務之看法，而這些無形的服務都係由服務人員提供，自本研究發現有近九成五是志工，這也就代表著若要提升服務品質，協助服務人員改善服務表現是必要的，而從研究結果已知同理心和信賴性構面的表現有待改進，與服務使用者的互動時間亦有待增加。

為有效提升服務品質，研究者建議服務人員可參加外界辦理之服務品質相關課程、講座、研討會、工作坊、研習營等，逐步習得服務品質之概念與意涵，以及具體工作方法，進而將這些知能內化，落實至日常的服務工作中；其次，建議服務人員可運用標竿學習法提升服務品質，透過參訪、觀摩具備良好服務品質之服務單位，可能是既有的社會福利服務團體，也可以是優質的公、私營企業、餐飲業、旅宿業等，採借他山之石，吸取優秀服務人員的工作方法，認識他們是如何提供有品質的服務，並效仿運用；第三，鼓勵服務人員增加參與服務提供單位辦理之個案督導、團體督導、同儕督導之頻率，透過密集的知識學習、實務工作

內容討論和角色演練，提升個人服務水平；最後也最重要的是，除上述外在環境的助力，研究者鼓勵每一位服務人員都應將服務品質觀念內化，從裡自外期許自己提供一項有品質的餐食服務，若有如此意願與承諾的話想必相關的學習都能收事半功倍之效。

(四) 對服務提供單位之建議

餐食服務不單純僅是一份餐食，它還包括許多心理暨社會層面的服務意涵，同時也作為與用餐者間建立關係的橋樑，其他社會服務介入的基石。在現代，以服務使用者為中心的服務理念已蔚為潮流，那麼，為求與時俱進，各服務提供單位對既有服務進行修改和導正的行動，正是一件刻不容緩之事。

因此，研究者建議服務提供單位由上而下在整個組織內部營造出嶄新的服務品質文化，將以服務使用者為中心的服務理念納入組織使命、宗旨及服務願景的規劃，最後具體落實至餐食服務相關工作；而在這組織文化轉型的過程中，最高層的董事會、服務單位負責人或高階管理者必須承擔起催化者之角色，將這樣的思維逐層向下擴散到中階管理者、主任、督導，以至基層社會工作者、廚師、志工等工作人員身上。其次，服務人員是餐食服務最重要的資產，直接影響到服務使用者對於服務品質的評價，因此對人才的投資和培育是必要的，研究者建議服務提供單位積極開辦服務品質相關教育訓練課程、講座或研討會等，且與既有的個案、團體、同儕督導制度無縫接軌，以將此觀念深化至每一位服務人員內心，並學會實際運用；另外，對於服務表現顯著改善之服務人員，可設計適度酬賞制度以茲鼓勵。第三，研究者建議服務提供單位設計出一套完整的服務品質管控機制，其中應包含兩部分資料，一部分是定期測量服務人員的服務執行情況，另一部分則是持續向餐食服務使用者蒐集主觀意見及想法，但要意識到僅詢問受訪者對餐食的滿意程度是不夠，以服務品質為導向的評量面向應更為廣泛且細緻，本研究發展之問卷或許可作為參考；這些資料的分析結果可作為服務提供單位自我檢核與改善之依據，然後發展出下一個服務品質改善方案，透過服務提供、服務管控、服務資料分析、發展服務品質改善方案這樣的動態循環歷程，對於服務單

位的進步是有助益的。最後，研究者建議服務提供單位應增強縱向與政府和橫向與其他福利服務組織連結之程度，整個餐食服務的服務供給鏈是由政府—服務提供單位—服務使用者組成，服務提供單位是兩者之中介，為了眾多服務使用者權益著想，應積極扮演倡導者或代理人角色，把從實務工作中累積而成的經驗歸納整理，進而指出目前政策與法令不周延之處，向政府提出政策與實務上之創新建議；另方面，餐食服務的目的之一是增強服務使用者的社會支持，也就是在服務過程中辨識出餐食服務以外的其他需求，並協助連結至適切的社會支持服務，然而現實狀況是服務提供單位本身財源、人力皆有限，不太可能單以一己之力包辦所有服務，這時即須進行服務轉介，因此與社區中其他服務單位的橫向連結就變得特別重要，研究者建議各服務提供單位應盡可能拓展自身在社區中的服務資源網絡，如社會福利服務中心、老人服務中心、老人文康中心、社區照顧關懷據點、村里辦公室、長青大學、法律諮詢單位、醫療院所、心理衛生中心等，各網絡成員間密切合作和相互支持，應能滿足服務使用者們多元的服務需求。

第三節　研究限制與對未來研究建議

一、研究限制

(一) 研究資料蒐集的限制

本研究的目的之一在進行跨服務單位和跨服務輸送方式的比較，以瞭解這些差異性是否會影響服務使用者對服務品質的評價，因此最初在抽樣架構的規劃上，將 4,296 位服務使用者所組成的母群體依據服務提供單位的服務輸送方式和組織類型兩項分層指標分為數個子群體，並依循研究目的適當調整各子群體的分配數量，預計抽選 240 位具代表性的研究對象組成研究母群體。然而，研究者在實際蒐集資料過程並不順利，遭到多數服務提供單位婉拒，所以不得不放棄原先的抽樣架構和預計蒐集樣本數，改採方便抽樣方式盡可能在有限時間及經費下蒐集愈多資料。研究最終僅與 14 個服務提供單位達成合作，蒐集完成 130 份有效樣本，遠低於原先期待，且蒐集到的研究樣本大多集中在提供送餐到家服務的社區式服

務中心子群體；此外，亦有幾個子群體研究對象的資料是未能蒐集到的，如機構式照顧服務單位和醫院，因此可說本研究母群體樣本數過少且比例明顯失衡，影響到後續研究資料分析與研究結果的推論性。

(二) 研究資料內容的限制

本研究的問卷係自行設計而成，其中涵蓋的自變項個人因素和組織因素是研究者參考了既有文獻中已被證實具有影響力的變項；惟研究資料經統計檢定結果卻發現與依變項服務品質或服務成效之間無顯著相關性，或僅達到邊緣顯著。研究者認為可能的解釋是樣本數不足、問卷納入的自變項過多，以及樣本差異性不足，許多變項內的變異性未被完整補捉所致，例如上述提及的服務提供單位類型、備餐方式，以及服務人員類型等，另外，還有部分變項是因為樣本比例過於懸殊而影響了統計檢定力。

(三) 研究結果推論的限制

除了以上提到研究樣本數和研究資料內容的限制外，本研究尚有其他限制，包括：(1)抽樣方法採方便抽樣而非隨機抽樣，從統計學角度的樣本代表性來說，並不適合進行統計推論；(2)餐食服務為我國長期照顧十年計畫中居家式與社區式服務的一環，在臺灣全境被執行，然而本研究僅選擇臺北市作為執行場域，研究結果無法代表全臺灣之服務現況；(3)研究訪員除研究者本人外，另請數位本所研究生擔任，可能出現評量者間信度不一的問題，即各訪員對每一題項的認知不一致，或對受訪者回答的判斷略有差異，對此研究者已於訪員出訪前辦理訪員訓練並請訪員於訪談後填寫訪談紀錄作為事後檢視，以減少此項誤差；(4)受訪研究對象皆是透過餐食服務提供單位介紹或推薦，在這過程中可能已經歷了一次篩選機制，願意參與研究的對象通常都具備某種相似的特性，也可能將研究誤認為是政府單位對服務提供單位的評鑑考核而出現符合社會期待(social desirability)的回答，或因為接受到研究酬賞而對服務品質和成效給予較高的評價；為減少此項誤差，研究者及訪員們於研究訪談過程中不斷地澄清自身研究角色，並保證任何回答皆不影響既有服務使用權益，且採用匿名方式蒐集資料。上述種種情形可

能導致研究結果出現偏誤，縱已採用多種方法應對，仍可能限縮到部分研究結果的可推論性，這提醒研究者在闡述結果時應秉持較為保守之態度，不宜過度推論。

二、對未來研究建議

對於後續餐食服務服務品質之相關研究，建議未來可朝四個方向進行：

(一) 採橫斷性研究方法進行研究

研究者建議未來可進行服務品質的橫斷性研究，複製(replicate)本研究之抽樣架構大量蒐集資料，並重新檢視既有文獻後將問卷精簡化，如從本研究經驗中發現以實際服務品質感受代表服務品質概念即可，毋須再探詢期望部分，且盡可能捕捉到各變項的差異性，將變異性擴展到最大

(二) 採貫時性研究方法進行研究

研究者建議未來亦可與即將開始提供餐食服務的單位討論合作進行貫時性前後測研究的可能性，於用餐者尚未接受餐食服務前先進行一次資料蒐集，瞭解其期待的服務品質；俟接受服務一段時間後再進行第二次資料蒐集，瞭解其對實際服務的看法。更進一步，則是設計成重複施測研究(repeated measures)，這樣的研究成果除了對學術領域有重大貢獻外，也能回饋給服務提供單位作為對組織本身服務品質改善情形的管控機制。

(三) 採質性研究方法進行研究

研究者建議未來可使用質性研究方法進行深度訪談，讓受訪者以更自由、開放的方式表達其對服務品質的主觀看法，運用此種研究方法或許能歸納出一篇屬於本土化、在地化的論述，又或者發現其他超脫既有文獻討論範圍但卻是受訪者們所重視的服務品質指標。

(四) 選擇不同場域進行研究

研究者建議未來無論是採取量化或質性研究方法，都可轉移至其他場域進行研究，例如選定中部地區、南部地區、東部地區、離島地區、非都市區、山區、原住民部落等，一方面能瞭解該地區之服務執行現況，二來則可與臺北市的狀況

進行地域差異的比較。

第四節　研究者反思

本研究運用的服務品質缺口模型是源自管理學的理論架構，近年已陸續被應用至社會工作管理、兒童及老人福利服務領域之研究，只是在餐食服務方面還未有人作此嘗試。選用這個理論架構發展研究的核心原因除了專業知識的追求外另帶有個人目的含於其中，其一是倡導服務使用者觀點的重要性，其二是讓服務使用者的聲音與意見被聽見和看見，社會工作的服務對象絕不該再被視為被動接受服務的客體或弱勢者，而是具有自由意志與公民權利的主體，與普世大眾無異。在閱讀文獻過程中，研究者注意到這類型研究都只擷取了服務品質缺口模型的缺口五，即期望與實際服務之間的落差作為研究架構，因此對本研究賦予較大的企圖心，要針對缺口一至缺口五合併進行探討(參圖 2-3-4)，策略即是盡可能將各缺口所代表的概念逐一操作化為可測量的指標，設計成題項納入研究問卷。

研究終末，研究者反思了這樣的嘗試，認識到服務品質缺口模型是適宜用於餐食服務的，它提供了一個以服務使用者為中心的品質觀點，並點出了服務提供單位從規劃、準備到執行服務的過程都與服務品質息息相關，若要讓服務使用者感受到好的服務品質，則每個環節都必須符合其需求，這與社會工作專業向來尊重案主權益、自主性的價值是相吻合的；然而也體會到要完全應用這個理論模型事實上是一件困難的事，除了缺口五服務品質的缺口可應用服務品質量表測量外，對於使用者知識的缺口、組織層次的缺口、服務安排的缺口，以及服務宣傳的缺口，其概念的抽象化程度依然是高的，只以幾個簡要的變項測量之，所以探討不深入，充其量只算是表面性地瞭解。研究者衷心盼望後續仍有社會工作研究者繼續在服務品質這塊研究主題上耕耘，不僅在餐食服務，也逐漸開展至其他老人福利服務。

參考文獻

中文部分

內政部統計處(2011)。**內政統計月報—現住人口按五歲、十歲年齡組分**。臺北市：內政部統計處。

內政部統計處(2011)。**內政部統計處老人福利服務年報**。臺北市：內政部統計處。

王慧伶(2008)。**社區照顧關懷據點服務與老人生活品質之相關性研究－以高雄市為例**。碩士，國立暨南國際大學。

江亮演(1990)。**快樂的老人**。中華日報社。

老人福利法(2009 年修正公佈)。

行政院(2007)。**我國長期照顧十年計畫**。臺北市：行政院。

行政院經濟建設委員會(2010)。**2010 年至 2060 年臺灣人口推計**。臺北市：經濟建設委員會。

呂寶靜(2002)。**社會工作與臺灣社會**。臺北市：巨流。

宋冀寧(2000)。**社會福利機構服務品質相關因素探討之研究**。碩士，國立暨南國際大學。

李友錚、賀力行(2004)。**品質管理：整合性思維**。臺北市：前程企管。

李玉萍(2006)。**探討小型養護機構之經營管理－以中部某小型養護機構之服務品質為例**。碩士，中台醫護技術學院。

李靜綺(2006)。**在地養老銀髮族之餐食服務需求初探**。碩士，輔仁大學。

杜美玲(2008)。**居家照顧服務員訓練、服務品質與使用者滿意度**。碩士，南開科技大學。

周淑美(2007)。**南投縣居家服務品質探討服務使用者與提供者之觀點比較**。碩士，亞洲大學。

林佑璐(2006)。**家長對兒童課後照顧服務品質與滿意度之研究－以台北市公立國小低年級為例**。碩士，中國文化大學。

林英治(2003)。**非營利組織服務品質構面之研究－以青年志工中心為例**。碩士，南華大學。

林燈燦(2003)。**服務品質管理**。臺北市：品度。

邵金瑛(2009)。**品管手法在提升老人安養服務品質上之應用研究(以自費安養之S機構為例)**。碩士，國立成功大學。

徐玉雪(2009)。**安養機構老人對服務品質的感受及其生活適應之研究**。碩士，國立臺灣師範大學。

徐立忠(1989)。**老人問題與對策**。臺北市：桂冠。

崔立新(2004)。**服務業品質評量**。臺北市：五南。

張友馨(2007)。**非營利組織財務管理取向、方案服務品質維持與責信承諾之相關性研究**。碩士，東海大學。

張富盛(2004)。**大台北地區安養中心服務品質評估之研究－模糊多準則決策方法之應用**。碩士，中華大學。

莊明德(2001)。**老人安養機構服務品質與使用者滿意度之研究－以高雄縣老人公寓為例**。碩士，國立中山大學。

陳羽涵(2010)。**長期照護機構住民家屬對服務品質滿意度之探討－以台北縣市小型機構為例**。碩士，南華大學。

陳莉菁(2008)。**臺北市實施老人社區照顧現況分析：以社區發展協會執行供餐服務方案為例**。碩士，臺北大學。

陳燕禎、謝儒賢、施教裕(2005)。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，9**(1)，121-161。

陸佩君(2009)。**高齡者餐食服務需求之研究**。碩士，東海大學。

曾光華(2007)。**服務業行銷：品質提升與價值創造**。臺北縣三重市：前程文化。

黃源協(2005)。正式照顧對非正式網絡互動關係之影響：以原住民部落老人居家/送餐服務爲例。**社會政策與社會工作學刊，9**(1)，163-198。

黃源協、蕭文高(2006)。**社會政策與社會立法**。臺北市：雙葉。

楊宗蓉(2002)。**士林區獨居長者對「送餐到家服務」之營養狀況及需求度評估**。碩士，臺北醫學大學。

楊錦洲(2002)。**服務業品質管理**。臺北市：品質學會。

楊錦洲(2009)。**服務品質：從學理到應用**。臺北市：華泰。

臺北市政府社會局(2010)。**99 年老人營養餐飲服務單位一覽表**。臺北市：臺北市政府社會局。

臺北市政府社會局(2011a)。**臺北市政府社會局 100 年度補助辦理失能老人營養餐飲服務計畫**。臺北市：臺北市政府社會局。

臺北市政府社會局(2011b)。**臺北市政府社會局 100 年度社區互助溫馨送餐補助計畫**。臺北市：臺北市政府社會局。

臺北市政府社會局(2011c)。**臺北市 99 年 1 至 12 月營養餐飲服務成果效益報表**。臺北市：臺北市政府社會局。

鄭如芳(2007)。**社區老人的營養狀況及對供餐服務需求之研究**。碩士，亞洲大學。

鄭雪琴(2008)。**社區老人自費使用送餐服務願付價格與相關因素初探－以台中甘霖基金會附設長青大學學員為例**。碩士，亞洲大學。

盧振華(2003)。**長期照護機構策略聯盟與服務品質關係之研究－以萬安、萬泰養護中心為例**。碩士，國立中山大學。

謝美娥(1993)。**老人長期照護的相關論題**。臺北市：桂冠。

簡秀美(2005)。**長期照護機構服務品質與住民滿意度之研究**。碩士，亞洲大學。

吳明隆、涂金堂(2005)。**SPSS 與統計應用分析**。臺北市：五南。

吳明隆(2012)。**SPSS 操作與應用：問卷統計分析實務**。臺北市：五南。

英文部分

Brantervik, Å. M., Jacobsson, I. E., Grimby, A., Wallén, T. C. E., & Bosaeus, I. G. (2005). Older hospitalised patients at risk of malnutrition: correlation with quality of life, aid from the social welfare system and length of stay? *Age & Ageing, 34*(5), 444-449.

Choi, N. G. (1999). Determinants of Frail Elders' Lengths of Stay in Meals on Wheels. *Gerontologist, 39*(4), 397.

Choi, N. G. (2001). Frail Older Persons in Nutrition Supplement Programs: A Comparative Study of African American, Asian American, and Hispanic Participants. *Journal of Gerontological Social Work, 36*(1/2), 187-207.

Compan, B., di Castri, A., Plaze, J. M., & Arnaud-Battandier, F. (1999). Epidemiological Study of Malnutrition in Elderly Patients in Acute, Sub-Acute and Long-Term Care Using the MNA. *Journal of Cinical Nursing, 3*, 146-151.

Coulston, A. M., & Craig, L. (1996). Meals-on-wheels applicants are a population at risk for poor nutritional status. *Journal of the American Dietetic Association, 96*(6), 570.

Dachner, N., Gaetz, S., Poland, B., & Tarasuk, V. (2009). An Ethnographic Study of Meal Programs for Homeless and Under-Housed Individuals in Toronto. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 20*(3), 846-853.

Elmstahl, S., Persson, M., Andren, M., & Blabolil, V. (1997). Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *Journal Of Advanced Nursing, 26*(5), 851-855.

Foster, S. Thomas. (2002)。品質管理(戴永久審定)。臺北市：培生教育。(原著出版年：2001)。

Frongillo, E. A., Isaacman, T. D., Horan, C. M., Wethington, E., & Pillemer, K. (2010). Adequacy of and satisfaction with delivery and use of home-delivered meals. *Journal Of Nutrition For The Elderly, 29*(2), 211-226.

Frongillo Jr, E. A., Williamson, D. F., Roe, D. A., & Scholes, J. E. (1987). Continuance of Elderly on Home-Delivered Meals Programs. *American Journal of Public Health, 77*(9), 1176-1179.

Garvin, D. A. (1984). What Does "Product Quality" Really Mean? *Sloan Management Review (pre-1986), 26*(1), 25.

Gelfand, E. Donald. (1999). The Aging Network: Opportunities for Successful Aging. NY: Spring Publishing Company.

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.

Gregoire, M. B. (1994). Quality of patient meal service in hospitals: delivery of meals by dietary employees vs delivery by nursing employees. *Journal of the American Dietetic Association, 94*(10), 1129-1134.

Hartwell, H., & Edwards, J. S. A. (2001). A preliminary assessment of two hospital food service systems using parameters of food safety and consumer opinion. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 121*(4), 236-242.

Iizaka, S., Tadaka, E., & Sanada, H. (2008). Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International, 8*(1), 24-31.

Johns, N., Hartwell, H., & Morgan, M. (2010). Improving the provision of meals in hospital. The patients' viewpoint. *Appetite, 54*(1), 181-185.

Jung Sung, L., & Frongillo Jr, E. A. (2001). Factors Associated With Food Insecurity Among U.S. Elderly Persons: Importance of Functional Impairments. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 56B*(2), S94.

Keller, H. H. (2006). Meal programs improve nutritional risk: A longitudinal analysis of community-living seniors. *Journal of the American Dietetic Association,*

106(7), 1042-1048.

Keller, H. H., Østbye, T., & Goy, R. (2004). Nutritional Risk Predicts Quality of Life in Elderly Community-Living Canadians. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences, 59A*(1), 68-74.

Kirk, A. B., Waldrop, D. P., & Rittner, B. A. (2001). More than a Meal: The Relationship Between Social Support and Quality of Life in Daytime Meal Program Participants. *Journal of Gerontological Social Work, 35*(1), 3-20.

Kretser, A. J., Voss, T., Kerr, W. W., Cavadini, C., & Friedmann, J. (2003). Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. *Journal of the American Dietetic Association, 103*(3), 329-336.

Lirette, T., Podovennikoff, J., Wismer, W., Tondu, L., & Klatt, L. (2007). Food preferences and meal satisfaction of meals on wheels recipients. *Canadian Journal Of Dietetic Practice And Research: A Publication Of Dietitians Of Canada = Revue Canadienne De La Pratique Et De La Recherche En Diététique: Une Publication Des Diététistes Du Canada, 68*(4), 214-217.

Mahoney, S., Zulli, A., & Walton, K. (2009). Patient satisfaction and energy intakes are enhanced by point of service meal provision. *Nutrition & Dietetics, 66*(4), 212-220.

Naithani, S., Whelan, K., Thomas, J., Gulliford, M. C., & Morgan, M. (2008). Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. *Health Expectations, 11*(3), 294-303.

Martin, Lawrence L. (1997)。社會服務機構組織與管理：全面品質管理的理論與實務(施怡廷、梁慧雯譯)。臺北市：揚智文化。(原著出版年：1993)。

O'Hara, P. A., & Harper, D. W. (1997). Taste, temperature, and presentation predict satisfaction with foodservices in a Canadian. *Journal of the American Dietetic Association, 97*(4), 401.

Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991a). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing, 67*(4), 420.

Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991b). Understanding Customer Expectations of Service. *Sloan Management Review, 32*(3), 39-48.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing, 49*(4), 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12-40.

Posner, B. M., & Jette, A. (1994). Nutritional risk in New England elders. *Journal of Gerontology, 49*(3), M123.

Posner, B. M., Jette, A. M., Smith, K. W., & Miller, D. R. (1993). Nutrition and Health Risks in the Elderly: The Nutrition Screening Initiative. *American Journal of Public Health, 83*(7), 972-978.

Roseman, M. G. (2007). Food Safety Perceptions and Behaviors of Participants in Congregate-Meal and Home-Delivered-Meal Programs. (Cover story). *Journal of Environmental Health, 70*(2), 13-21.

Rosenzweig, L. Y. (2005). Kosher Meal Services in the Community: Need, Availability, and Limitations. *Journal Of Nutrition For The Elderly, 24*(4), 73-82.

Selber, K., & Streeter, C. (2000). A Customer-Oriented Model for Managing Quality in Human Services. *Administration in Social Work, 24*(2), 1-14.

Shetty, Y. K., & Ross, J. E. (1985). Quality and its management in service businesses. *Industrial Management, 27*(6), 7.

Sidenvall, B. (1999). Meal procedures in institutions for elderly people: a theoretical

interpretation. *Journal Of Advanced Nursing, 30*(2), 319-328.

Sneeuw, K. C., Stam, P. G., de Graaf, C., & van Staveren, W. A. (1991). Home food services for the elderly: the consumer and his appreciation of a warm meal service in Arnhem. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie, 22*(1), 29-33.

Sydner, Y. M., & Fjellstrom, C. (2005). Food provision and the meal situation in elderly care - outcomes in different social contexts. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 18*(1), 45-52.

Weinbach, R. W. (2005). *The social worker as manager: a practical guide to success*(5th ed). Boston: Allyn & Bacon.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1988). Communcation And Control Processes In The Delivery Of Servi. *Journal of Marketing, 52*(2), 35.

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985). Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing, 49*(2), 33-46.

國立政治大學 National Chengchi University

附錄一：臺北市餐食服務提供單位名冊(按服務輸送方式分)

定點用餐 (五類服務單位，共 42 個服務單位，服務人數 3,047 位)	服務人數(位)	送餐到家 (六類服務單位，共 43 個服務單位，服務人數 1,249 位)	服務人數(位)
財團法人 (18 個服務單位，服務人數計 1,880 位)		財團法人 (7 個服務單位，服務人數計 228 位)	
財團法人天主教聖母聖心會	352	財團法人台北市艾馨公益慈善會	110
財團法人台北市仁愛基督長老教會	252	財團法人臺灣聖公會牧愛堂	35
財團法人天下為公社會福利慈善事業基金會	200	財團法人臺北市中華基督教浸信會慈光堂	26
財團法人臺北市華夏婦女文教基金會	133	財團法人天主教失智老人社會福利基金會	22
財團法人伊甸社會福利基金會	121	財團法人臺灣省私立台北仁濟院	21
財團法人天主教會台北教區(木柵復活堂)	109	財團法人天主教會台北教區(木柵復活堂)	12
財團法人雙福社會福利慈善事業基金會-基督教改革宗長老會聯合二村教會	95	財團法人雙福社會福利慈善基金會(思恩堂)	2
財團法人雙福社會福利慈善基金會(救恩堂)	92	社團法人或未辦理法人登記之協會 (6 個服務單位，服務人數計 123 位)	
財團法人雙福社會福利慈善基金會(思恩堂)	92	財團法人臺灣愛鄰社區服務協會	85
財團法人天主教失智老人社會福利基金會	84	臺北市永昌長青會(社區照顧關懷據點)	15
財團法人雙福社會福利慈善事業基金會(家家堂)	67	社團法人臺灣愛鄰社區服務協會	7
財團法人中華基督教廈門街浸信會	56	臺北市崇實健康促進會	7
財團法人台北基督教女青年會	53	臺北市康復之友協會	5
財團法人台北市中華基督教長老會感恩堂	49	臺北市心生活協會	4
財團法人臺灣聖公會牧愛堂	48	社區發展協會 (16 個服務單位，服務人數計 471 位)	
財團法人基督教衛理公會	31	臺北市大同區新臨江社區發展協會	147

財團法人臺北市中華基督教浸信會慈光堂	31	臺北市中正區南機場社區發展協會	68
財團法人台北市基督教長老會西松國語週堂	15	臺北市萬華區保德社區發展協會	31
社團法人或未辦理法人登記之協會 (7 個服務單位，服務人數計 307 位)		臺北市大同區慶安社區發展協會	29
社團法人雙福社會福利慈善基金會(信義堂)	94	臺北市大安區成功社區發展協會	28
社團法人臺灣愛鄰社區服務協會士林辦事處	51	臺北市士林區芝山岩社區發展協會	25
臺北市崇實健康促進會	40	臺北市文山區景慶社區發展協會	23
中華民國天使之家全人關懷協會	38	臺北市文山區興光社區發展協會	21
中華民國弘道志工協會(福林長青社區照顧關懷據點)	35	臺北市內湖區碧湖社區發展協會	20
臺北市康復之友協會	28	臺北市北投區福興社區發展協會	15
社團法人臺北市神采飛揚長青協會	21	臺北市北投區榮光社區發展協會	13
社區發展協會 (12 個服務單位，服務人數計 388 位)		臺北市北投區吉慶社區發展協會	13
臺北市大同區新臨江社區發展協會	91	臺北市北投區義理社區發展協會	12
臺北市萬華區同濟社區發展協會	73	臺北市北投區東華社區發展協會	11
臺北市士林區天和社區發展協會	43	臺北市文山區景溪社區發展協會	8
臺北市士林區承德社區發展協會	41	臺北市南港區好厝邊社區發展協會	7
臺北市士林區福佳社區發展協會	38	社區式服務中心 (10 個服務單位，服務人數計 344 位)	
臺北市文山區景慶社區發展協會	23	中山老人服務中心暨社會福利中心	65
臺北市中正區南機場社區發展協會	17	財團法人台北市私立立心慈善基金會(龍山老人服務中心)	62
臺北市中正區幸市社區發展協會	16	財團法人台北市私立恆安老人養護中心(文山老服中心)	56
臺北市信義區雙和社區發展協會	16	大同老人服務中心暨社會福利中心	42
臺北市中正區東門社區發展協會	15	財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂(士林老人服務中心)	40

臺北市大安區成功社區發展協會	10	財團法人臺灣省私立建順養護中心(南港老人服務中心)	35
臺北市北投區東華社區發展協會	5	康寧醫護暨管理專科學校(內湖老人服務中心)	17
社區式服務中心 (3 個服務單位，服務人數計 368 位)		財團法人老五老基金會(北投老人服務中心)	14
北投文化基金會(北投區關渡關懷站)	325	臺北市松山老人日間照顧中心	7
財團法人台北市私立立心慈善基金會(龍山老人服務中心)	25	臺北市大同老人日間照顧中心	6
康寧醫護暨管理專科學校(內湖老人服務中心)	18	機構式照顧服務單位 (2 個服務單位，服務人數計 25 位)	
其他服務單位 (2 個服務單位，服務人數計 104 位)		財團法人台北市私立恆安老人養護中心	21
天母基督教會	68	台北市私立常喜老人養護暨長期照護中心	4
基督教劍橋長老教會	36	醫院 (2 個服務單位，服務人數計 58 位)	
		臺北醫學大學附設醫院	41
		國軍松山總醫院	17

國立政治大學 National Chengchi University

附錄二：研究問卷(服務提供單位)

餐食服務服務品質調查問卷(服務單位)

親愛的受訪者您好：

我是政治大學社會工作研究所的學生潘承揚，現在正在進行一項有關餐食服務服務品質的研究，想要瞭解貴單位用餐者的用餐狀況、用餐之後對生活的改善程度、對貴單位的看法，還有認為貴單位的服務品質怎麼樣。

敬祝　身體健康　萬事如意！

國立政治大學社會工作研究所
指導教授：呂寶靜　博士
研究生：潘承揚
聯絡電話：0929-773566　電子信箱：allen2899@hotmail.com

若您在接受訪問的過程，或是接受訪問之後，有任何與問卷有關的問題，請透過以上方式與我聯絡，謝謝。

服務單位基本資料

以下幾個題目是為了瞭解貴單位的基本資料及提供餐食服務的狀況，請您花幾分鐘填答，謝謝。

1. 服務單位名稱：_____
2. 準備餐點的方式：
   (1)□服務單位自設中央廚房烹煮　(2)□與醫院營養室合作
   (3)□與安、養護中心中央廚房合　(4)□與社區店家合作(如便利商店、自助餐店、便當店、麵店、水餃店、麵包店或餐廳等)　(5)□工作人員在家中或社區內製作　(6)□居家服務員到受訪者家中協助烹煮
   (7)其他：_____
3. 提供餐食服務的服務人員類型：(1)□全職工作人員　(2)□兼職工作人員　(3)□志工　(4)□其他：_____
4. 服務方式：(1)□定點用餐　(2)□送餐到家　(3)□定點用餐及送餐到家兼有

附錄三：研究問卷(服務使用者)

單位	個案編號
□□	□□

餐食服務服務品質調查問卷(用餐者)

親愛的受訪者您好：

我是政治大學社會工作研究所的學生潘承揚，現在正在進行一項有關餐食服務服務品質的研究，期待藉由此份問卷瞭解：您用餐的狀況、接受餐食服務對你生活的影響、你對服務單位的看法，以及你認為這項服務的品質怎麼樣。

問卷內容說明：

1. 問卷需要花費您約 30 分鐘回答，問卷中的每個題項都沒有標準答案，請您盡量依照實際用餐的狀況，還有自己的想法回答。
2. 您所提供的資料絕對會加以保密：這些資料僅用在整體的研究分析，您的個人資料保證不會被洩漏或公開，也不會被單獨呈現於研究報告中。敬請放心回答。
3. 這次的調查是自願性質的：不論您是否願意協助研究，都不會影響到您繼續接受餐食服務的權益。您提供的寶貴資料，讓我們可以瞭解到整個服務的狀況，非常感謝。

敬祝　身體健康　萬事如意！

國立政治大學社會工作研究所
指導教授：呂寶靜　博士
研究生：潘承揚
聯絡電話：0929-773566　電子信箱：allen2899@hotmail.com

若您在接受訪問的過程，或是接受訪問之後，有任何與問卷有關的問題，請透過以上方式與我聯絡，謝謝。

聽完問卷說明後，若您願意協助本研究，請在下方簽名或蓋章，謝謝。

受訪者簽章：_____

國立政治大學 National Chengchi University

A、基本資料及生活狀況

A1. 請問您的性別是：□(1)男性 □(2)女性【訪員請自行填答】 □3

A2. 請問您的年齡？_____歲 □4

A3. 請問您的教育程度是： □5

□(1)不識字 □(2)國小 □(3)國中

□(4)高中、高職 □(5)大學、大專院校 □(6)碩士

□(7)博士

A4. 請問您每月可使用的生活費大約有： □6

□(1)無收入 □(2) 1 至 5000 元 □(3) 5001 至 10000 元

□(4) 10001 至 15000 元 □(5) 15001 至 20000 元 □(6) 20001 至 25000 元

□(7) 25001 至 30000 元 □(8) 30001 至 35000 元 □(9) 35001 至 40000 元

□(10) 40001 元(含)以上

A5. 福利身分：□(1)一般戶 □(2)中低收入戶 □(3)低收入戶 □7

A6. 請您評估您目前的經濟狀況，然後從非常好(5 分)到非常差(1 分)之間，勾選一個最符合您的分數： □8

□(1)非常不好 □(2)不太好 □(3)普通 □(4)好 □(5)非常好

A7. 請問您是否持有身心障礙手冊？ □9

□(1)是【續問 A7a、A7b】

□(2)否【跳問 A8】

A7a. 身心障礙類別： □10

□(1)肢體障礙者 □(2)重要器官失去功能者 □(3)聽覺機能障礙者

□(4)慢性精神病患者 □(5)智能障礙者 □(6)視覺障礙者

□(7)失智症者 □(8)聲音機能或語言機能障礙者 □(9)自閉症者

□(10)植物人 □(11)頑性(難治型)癲癇症者 □(12)顏面傷殘者

□(13)平衡機能障礙者 □(14)因罕見疾病而致身心功能障礙者

□(15)多重障礙者(包含兩類以上障礙類別) □(16)其他障礙者

A7b. 身心障礙程度：□(1)輕度 □(2)中度 □(3)重度 □(4)極重度 □11

A8. 最近三個月您的健康情況如何？ □12

□(1)健康良好，鮮有病痛【跳問 A9】

□(2)健康不好，但尚不至影響日常生活【跳問 A9】

□(3)無自我照顧能力，需他人協助，其時間已有____年____月【續問 A8a】

A8a. 在哪些項目需人協助【複選】： □□□

□(1)吃飯 □(2)洗澡 □(3)盥洗 □(4)穿、脫衣服 □□□

□(5)上廁所 □(6)大便控制 □(7)小便控制 □(8)上下床、輪椅 □□□

□(9)室內走動 □(10)上下樓梯 □13-22

A9. 您走路時有沒有使用手杖、拐杖(腋杖)、四腳助行器或以輪椅代步？ □23

□(1)沒有使用輔助器，且可獨立自行徒步　□(2)使用手杖、拐杖

□(3)使用四腳助行器　□(4)坐輪椅，不能自行徒步

□(5)完全無法行動

A10. 老人的工具性日常生活功能(IADLs)：

若要您自己一人做下面的事，就您的健康和身體的情形來看，可否獨立進行？或需要他人從旁協助？

動作	可獨立進行(1)	需他人協助(2)	
1. 上街購物	□	□	□24
2. 外出活動	□	□	□25
3. 烹調食物	□	□	□26
4. 做家事	□	□	□27
5. 洗衣服	□	□	□28
6. 使用電話	□	□	□29
7. 服用藥物	□	□	□30
8. 處理財務	□	□	□31

A11. 請您評估您目前的健康狀況，然後從非常好(5 分)到非常差(1 分)之間，勾選一個最符合您的分數： □32

□(1)非常不好　□(2)不太好　□(3)普通　□(4)好　□(5)非常好

A12. 接受餐食服務**之前**的營養攝取與食物安全狀況：

在您還沒接受餐食服務之前，請問是否遭遇過以下的狀況？

用餐前的營養攝取與食物安全狀況	是(1)	否(2)	
1. 每天都吃不飽，感到挨餓	□	□	□33
2. 吃的食物不夠營養	□	□	□34
3. 體重不穩定	□	□	□35
4. 沒有辦法吃到符合口味的食物	□	□	□36
5. 沒有辦法吃到符合飲食習慣的食物	□	□	□37
6. 用餐時間不固定	□	□	□38
7. 擔心下一餐沒有著落	□	□	□39

A13. 請問您的居住方式是？ □40

□(1)獨居【續問 A13a】　□(2)與他人同住【跳問 A13b】

A13a. 獨居的型態是？ □41

□(1)全天候獨居【跳問 A14】

□(2)白天獨居，晚上有人同住【續問 A13b】

□(3)晚上獨居，白天有人同住【續問 A13b】

A13b. 同住者有誰？【複選】 □□□

□(1)配偶 □(2)父母 □(3)子女 □□□

□(4)孫子女 □(5)其他親戚 □(6)朋友 42-47

A14. 社會支持與社會互動狀況：

以下有 3 句有關社會互動狀況的陳述句，請根據您的生活狀況，從幾乎沒有、很少、偶爾、經常，到每天都有之間，勾選出最符合您的描述。

社會互動	幾乎沒有 (1)	很少 (2)	偶爾 (3)	經常 (4)	每天都有 (5)	
1. 與鄰居互動往來	□	□	□	□	□	□48
2. 與朋友互動往來	□	□	□	□	□	□49
3. 參與社區活動	□	□	□	□	□	□50

B、餐食服務滿足生理、心理暨社會需求的程度

B1. 請問您用餐的方式是：□(1)定點用餐 □(2)送餐到家 □51

B2. 請問您用餐的時間是【複選】： □□□

□(1)禮拜一 □(2)禮拜二 □(3)禮拜三 □(4)禮拜四 □□□

□(5)禮拜五 □(6)禮拜六 □(7)禮拜日 □52-58

B3. 請問您用餐的時段是【複選】： □□□

□(1)早餐 □(2)午餐 □(3)晚餐 □(4)點心或宵夜 □59-62

B4. 請問您何時開始接受服務？民國_____年_____月 □□

63-64

B5. 生理、心理暨社會需求滿足的程度：

以下想請問接受餐食服務之後對您的影響，對於下面的每一句話，請您告訴我您同意或不同意。

生理、心理暨社會需求被滿足的程度	非常不同意 (1)	不同意 (2)	普通 (3)	同意 (4)	非常同意 (5)	
1. 我的體重有增加	□	□	□	□	□	
2. 我覺得身體健康狀況有改善	□	□	□	□	□	□65
3. 我比較少生病	□	□	□	□	□	□66

4. 服務人員會來看我，讓我心裡比較不孤單	□	□	□	□	□	□67
5. 讓我有機會認識服務人員或其他用餐者，和他們聊天或互動	□	□	□	□	□	□68
6. 讓我有機會出去外面參加活動	□	□	□	□	□	□69
7. 我對生活的滿意度比以前提高	□	□	□	□	□	□70
8. 我覺得生活品質比以前好	□	□	□	□	□	□71
9. 每天餐食會固定送到，讓我不用擔心或焦慮	□	□	□	□	□	□72
10. 服務人員會來看我，讓我覺得生活比較安全	□	□	□	□	□	□73
11. 服務人員會來看我，讓我心裡比較安心	□	□	□	□	□	□74
12. 服務人員的問安和關懷讓我感到溫暖或舒服	□	□	□	□	□	□75
13. 我覺得不用再麻煩家人、親戚或朋友幫忙準備餐點	□	□	□	□	□	□76
						□77

C、對服務提供單位工作狀況相關面向的評估

對您所接受到的餐食服務，您是否有以下的想法和感受；對於下面每一句話，請您告訴我同意或不同意。

C1. 接受服務之前的狀況

提供餐食服務之前的狀況……	非常不同意 (1)	不同意 (2)	普通 (3)	同意 (4)	非常同意 (5)	
1. 服務人員仔細地詢問過我的身體狀況	□	□	□	□	□	□78
2. 服務人員仔細地詢問過我的用餐狀況	□	□	□	□	□	□79
3. 服務人員仔細地詢問過我的生活相關狀況	□	□	□	□	□	□80

C2. 接受服務之後的狀況

提供餐食服務之後的狀況……	非常不同意 (1)	不同意 (2)	普通 (3)	同意 (4)	非常同意 (5)	
(1) 服務人員會定期關心我身體狀況有無改善	□	□	□	□	□	□81
(2) 服務人員會定期關心我生活相關狀況有無改善	□	□	□	□	□	□82
(3) 服務人員會定期關心我餐點適不適合	□	□	□	□	□	□83
(4) 服務人員會定期詢問我服務單位需要改善之處	□	□	□	□	□	□84
(5) 當我表示餐食服務的某一部分不適合我時，	□	□	□	□	□	

服務人員下次會改善						□85
(6) 我的任何意見或回饋服務人員都會接納	□	□	□	□	□	□86
(7) 整體來看，服務人員一開始告訴我的相關服務訊息和現在我接受到的服務是一致的	□	□	□	□	□	□87
(8) 整體而言，我對此服務單位有好的評價	□	□	□	□	□	□88

D、餐食服務的服務品質

D1. 期望的服務

當您還未開始使用餐食服務之前，您對服務的想像為何？

以下是對於餐食服務提供過程中的一些條件或服務狀況描述，請就您真實的感受，回答這些條件或狀況對您來說是不是重要的？填答分數越高，就表示越重視這項條件或狀況。

期望的服務狀況 (對服務條件或服務狀況重視的程度)……	非常不重要 (1)	不重要 (2)	普通 (3)	重要 (4)	非常重要 (5)	
1. 餐點看起來美觀	□	□	□	□	□	□89
2. 菜餚美味可口	□	□	□	□	□	□90
3. 服務人員穿得整齊	□	□	□	□	□	□91
4. 對服務的說明清楚	□	□	□	□	□	□92
5. 吃飯時間一定會提供餐點	□	□	□	□	□	□93
6. 服務人員願意幫助人解決問題	□	□	□	□	□	□94
7. 第一天就提供需要的餐點	□	□	□	□	□	□95
8. 服務人員答應幫忙的事會做到	□	□	□	□	□	□96
9. 服務人員很少出錯或發生問題	□	□	□	□	□	□97
10. 服務人員清楚告知幾點可以拿到餐點	□	□	□	□	□	□98
11. 服務人員動作快速	□	□	□	□	□	□99
12. 服務人員會幫助用餐的人	□	□	□	□	□	□100
13. 服務人員不會因為工作忙而不理會用餐者	□	□	□	□	□	□101
14. 服務人員的表現讓人有信心	□	□	□	□	□	
15. 服務人員讓人感到安心	□	□	□	□	□	□102
16. 服務人員總是有禮貌	□	□	□	□	□	□103
17. 服務人員會回答用餐者的問題	□	□	□	□	□	□104
18. 服務人員會關心用餐者	□	□	□	□	□	□105
19. 提供餐點時間剛好是大家吃飯的時間	□	□	□	□	□	□106
20. 機構指派的服務人員會關心到大家	□	□	□	□	□	□107

21. 服務人員重視大家	□	□	□	□	□	□108
22. 服務人員瞭解用餐者需要什麼	□	□	□	□	□	□109
						□110

D2. 實際接受到的服務

現在，您已經使用餐食服務一段日子了。針對以下的每個句子，請依照您真實的感受，告訴我您同意或不同意。

實際接受到的服務狀況……	非常不同意 (1)	不同意 (2)	普通 (3)	同意 (4)	非常同意 (5)	
1. 餐點看起來美觀	□	□	□	□	□	□111
2. 菜餚美味可口	□	□	□	□	□	□112
3. 服務人員穿得整齊	□	□	□	□	□	□113
4. 對服務的說明清楚	□	□	□	□	□	□114
5. 吃飯時間一定會提供餐點給我	□	□	□	□	□	□115
6. 服務人員願意幫助我解決問題	□	□	□	□	□	□116
7. 第一天就提供我需要的餐點	□	□	□	□	□	□117
8. 服務人員答應我的事會做到	□	□	□	□	□	□118
9. 服務人員很少出錯或發生問題	□	□	□	□	□	□119
10. 服務人員清楚告訴我幾點可以拿到餐點	□	□	□	□	□	□120
11. 服務人員動作快速	□	□	□	□	□	□121
12. 服務人員會幫助我	□	□	□	□	□	□122
13. 服務人員不會因為工作忙而不理會我	□	□	□	□	□	□123
14. 服務人員的表現讓我有信心	□	□	□	□	□	□124
15. 看到服務人員，讓我感到安心	□	□	□	□	□	□125
16. 服務人員總是有禮貌	□	□	□	□	□	□126
17. 服務人員會回答我的問題	□	□	□	□	□	□127
18. 服務人員會關心我	□	□	□	□	□	□128
19. 提供餐點時間剛好是我吃飯的時間	□	□	□	□	□	□129
20. 機構指派的服務人員會關心我	□	□	□	□	□	□130
21. 我覺得服務人員重視我	□	□	□	□	□	□131
22. 服務人員瞭解我需要什麼	□	□	□	□	□	□132

E、餐食滿意度

對於下列餐食服務的敘述，您是不是有這樣的感受。

餐食滿意度	非常不同意 (1)	不同意 (2)	普通 (3)	同意 (4)	非常同意 (5)	
1. 餐點口味不錯	□	□	□	□	□	□133
2. 餐點溫度溫熱	□	□	□	□	□	□134
3. 餐點份量適中	□	□	□	□	□	□135
4. 餐點符合衛生	□	□	□	□	□	□136
5. 餐點營養豐富	□	□	□	□	□	□137
6. 餐點菜色有變化	□	□	□	□	□	□138
7. 用餐方便	□	□	□	□	□	□139

~問卷結束—非常感謝受訪者的填答~

(麻煩訪員重新檢查問卷中是否有遺漏，或是填答不清楚的部分，請務必確保所有資料蒐集完全，謝謝您的協助。)

訪員紀錄

1. 開始訪問的時間：_____時_____分。

2. 結束訪問的時間：_____時_____分。

3. 訪問過程中，是不是有其他人在場？

□(1)有　　□(2)沒有【跳問第 4 題】

1a. 您認為在場的其他人是否有影響到受訪者的回答情形？

□(1)有幫受訪者回答或改正答案　　□(2)在旁聽但沒有加入回答

□(3)一點點影響　　□(4)不受影響

1b. 受訪者會不會因為有人在場影響而無法專心做答？

□(1)一直受到影響　　□(2)有些影響

□(3)一點點影響　　□(4)不受影響

4. 您覺得受訪者瞭解問卷大部分題目的意思嗎？

□(1)瞭解　　□(2)不瞭解

5. 您覺得受訪者的回答準確度如何？

□(1)完全或大部份準確【跳問第 7 題】　　□(2)準確度一半左右【續答第 6 題】

□(3)大部分不準確【續答第 6 題】　　□(4)無法評估【跳問第 7 題】

6. 【回答準確度一半或大部分不準確者】請問不準確的題數是：

□(1)全部　　□(2)題號：_____

回答不準確的原因是：_____

7. 整體而言，受訪者的合作程度如何？

□(1)非常合作　□(2)有點合作　□(3)有點不合作　□(4)非常不合作　□(5)無法評估

8. 其他意見：_____

_____

_____

國立政治大學 National Chengchi University