靜宜大學食品營養學系

博士論文

Department of Food and Nutrition , Providence University

Doctoral Dissertation

飲食主張與營養照護衝突經驗：長期照顧機構中慢性疾病高齡者與專業工作者觀點

Experiences of Conflict Between Dietary Preferences and Nutritional Care: Perspectives of Older Adults with Chronic Illnesses and Professionals in Long-Term Care Facilities

研 究 生： 洪筱蘋 撰

Graduate Student： Hung, Shiao-Ping

指導教授： 王秀燕 博士

Advisor： Wang, Hsiu-Yen, Ph. D.

共同指導： 詹吟菁博士

Co-Advisor： Chan, Yin-Ching, Ph. D.

中 華 民 國 115 年 1 月

January 2026

PROVIDENCE UNIVERSITY
進德
修業
VIRTUS
SCIENTIA
CUM

謝誌

「學術的火光，不一定點燃於宏大的殿堂，

有時是來自於對平凡生命中那份微小意志的共鳴。」

學位的完成，是無數善因緣匯聚的成果。首先，我要向指導教授王秀燕老師致上最深切的謝忱。謝謝您在學生無數個學術迷航、自我懷疑的時刻，始終以寬容與耐心「不放棄我」，甚至比我更堅定地相信我能走到最後。同時，感謝共同指導教授詹吟菁老師及口試委員詹火生教授、徐明心教授、郭俊巖教授、孫智辰教授在論文審理期間提供的專業指教，使本研究更臻完善。

在探尋研究命題的過程中，除了學術文獻的積累，一段深深刻在心底的生命紀事，賦予了本研究最核心的人文底蘊。感念於民國 110 年辭世的先父。猶記先父病榻之時，曾因思及記憶中的味道，欲嚐「呱呱包」以慰口腹，雖如願淺嚐，卻換來護理人員基於醫囑之嚴厲責難。當時先父眼眶泛紅，滿含無奈地感嘆：「若人連吃都不能自己決定了，那活著還有什麼意義？」這句卑微卻重如千鈞的遺憾，如石破天驚般震撼我的心靈。它不僅讓我對研究背後的倫理與自主關懷有了更具象的體認，更成為支撐我在無數個孤燈枯坐、進退維谷的深夜裡，堅持追尋生命自主權益的內在驅動力。原來，生命之尊嚴實則深藏於最平庸的選擇權之中。這份初衷引導我走入研究領域，讓我在學術迷航中找到了必須抵達終點的理由。

這段博士生涯的開端與終點，父母是我最重要的支柱。我的一切成就皆歸功於您們，希望我的努力，能讓父母感到欣慰與自豪。這份學術桂冠，是我獻予您們的至高敬意，亦以此告慰於天國之彼方，已然重獲美食自主、不再受限的先父。

最後，謝謝所有在學術與生活中拉我一把的同儕與好友們。

筱蘋 謹識

115.01.31

PROVIDENCE UNIVERSITY
進德
修業
VIRTUS
SCIENTIA
CUM

摘要

臺灣 2025 年邁入超高齡社會，隨著人口快速老化，加上身心功能障礙或衰老隨著年齡增加，罹患慢性疾病隨之增高，導致需要照護需求暴漲。接受長照機構養護的慢性病長者其餐食製作主要決策者為專業人員，高齡者飲食主張與營養照護如何平衡產生衝突。食物不僅是生理需求，更是維護人性尊嚴與生命意義的基石。本研究以自我決定理論為框架，探討如何平衡健康與自主，以實現全人健康照護目標。本研究採質性方法，透過個別訪談與焦點團體，深入蒐集嘉義縣長照養護機構中慢性病高齡者與專業工作者等 21 位研究參與者之經驗。期待從受照顧者與照顧者的視角建構多元對話空間。找出維護食物自主權與營養照護間可行作法，以提供長期照顧養護機構餐食服務相關政策與實務之參考。

研究發現有四：第一，決策權集中於專業體系（如營養師），以集體效率及法律責任為核心。高齡者主張採「互相配合」的雙向協商模式，提出「七分健康、三分開心」的比例分配，以維護生活品質與口慾滿足。從功能性的營養控制，轉向以賦予高齡者主導權和尊嚴為核心的人性化服務。第二，食物自主權與營養照護的核心衝突是醫學模式與自主權，高齡者面對飲食限制時，對自主性、生活尊嚴和生命意義產生質疑，帶來強烈情緒困擾，包括不愉快、空虛和「悶」感，長者認為飲食是「人生至樂」，若連吃都不能自主，則「人生無趣」。當機構在推動更深層次的飲食個人化設計時，面臨的主要障礙是來自法律責任與文化觀念的壓力以及人力、成本與執行層面的限制。第三，專業照護的兩難，研究結果一致強調飲食自主權對高齡者的尊嚴與幸福感至關重要。維持自主性、能力感和歸屬感這三項自我決定理論基本心理需求，是提升高齡者心理幸福感與內在動機的關鍵。當自主性被剝奪時，高齡者會產生強烈的被剝奪感，甚至對生命意義產生質疑。實務中可發展出如「快樂餐」或參考丹麥的「午餐派對」、「每月大廚」等創新餐食策略。第四，全人健康照護模式的實踐，是尊重尊嚴與彈性創新，機構提供「營養需求」同時，也須滿足高齡者對「自主飲食選擇」的渴望，整合生

理、心理與社會健康，實現身、心、靈的平衡。克服現有成本與人力挑戰，機構應導入彈性與創新的餐食服務模式。最後，本研究整合歸納高齡者與專業工作者觀點提出養護機構高齡者「飲食自主」與「維護健康」之平衡策略模式，以達成全人健康照護的目標。

據此，本研究從政策轉型、實務變革及未來學術深化三個層次提出具體建議。首先，在滿足「自主性」需求方面，應從法律賦權與制度彈性雙管齊下，建請主管機關研議標準化「自主飲食選擇聲明書」，以釐清專業人員責任界線並緩解防禦性醫療心態，同時於實務現場落實選單制度與主食巡迴模式，確保長者在有限選項中仍具備行使選擇權的掌控感。其次，為提升「勝任感」並翻轉功能退化的負面標籤，機構應推動「參與式菜單設計」，邀請長者貢獻生活經驗以實現共創價值；政府則應優化人力配置標準並增設專項預算，支持機構建立整合神經評估、口腔保健與營養調配的「營養促進鐵三角」，藉由專業支持維持長者由口進食的能力，減少非必要的管灌限制。第三，針對「歸屬感」的重建，本研究主張應強化人際連結與文化回應，透過家屬協作制度化延續情感聯繫，並倡導「七分健康、三分開心」的溝通原則，以同理心對話取代命令式指令，建立互信的照護關係。最後，在學術方面，未來研究建議應針對創新膳食模式進行量化或混合研究，評估其對 SDT 滿足感及客觀營養指標的影響，並進一步探討不同教育程度、性別及城鄉資源差異對飲食自主權的影響樣態，以發展具備人口變項敏感度且兼顧成本效益的整合性照護策略。

關鍵詞：飲食主張、營養照護、長期照顧機構、自我決定理論、自主性、全人健康照護

Abstract

Taiwan is entering to a super-aged society in 2025. With the rapid aging of the population, coupled with increasing physical and mental disabilities or frailty and a corresponding rise in chronic diseases, the demand for care is soaring. For older adults with chronic diseases residing in long-term care facilities, the key decision-makers regarding meal preparation are professional staff, leading to conflicts in balancing older adults' food preferences (dietary claims) and nutritional care. Food is not only a physiological need but also the cornerstone of maintaining human dignity and the meaning of life. This study utilizes Self-Determination Theory (SDT) as a framework to explore how to balance health and autonomous well-being to achieve the goal of Holistic Care. The study adopted a qualitative approach, using individual interviews and focus groups to deeply gather the experiences of 21 participants, including older adults with chronic diseases (A1-A7) and professional caregivers (P1-P7, F1-F7) in long-term care facilities in Chiayi County. The research aims to build a multi-perspective dialogue space from the views of both care recipients and caregivers. The goal is to identify feasible methods for maintaining food autonomy and nutritional care, providing a reference for policies and practices related to long-term care meal services.

The study yielded four major findings:

1. Decision-making power is concentrated within the professional system (e.g., dietitians), focusing on collective efficiency and legal responsibility as core principles. Older adults advocate for a "mutual cooperation" bilateral negotiation model, proposing a ratio distribution of " 70％ health, 30％ happiness " to maintain quality of life and oral pleasure. The overall shift is from functional nutritional control toward humanized services centered on empowering older adults with autonomy and dignity.
2. The core conflict between food autonomy and nutritional care is the medical model versus autonomy. When faced with dietary restrictions, older adults question their autonomy, dignity, and the meaning of life, leading to intense emotional distress, including unhappiness, emptiness, and a feeling of "being stifled". Older adults consider eating the "greatest joy in life," stating that if they cannot even choose what they eat, "life is meaningless". The major obstacles facilities face when promoting deeper personalized dietary design are pressure from legal liability and cultural beliefs, coupled with limitations in manpower, cost, and execution.

3. Addressing the dilemma of professional care, the findings consistently emphasize that food autonomy is crucial for older adults' dignity and well-being. Maintaining autonomy, competence, and relatedness—the three basic psychological needs of SDT—is key to enhancing older adults' psychological well-being and intrinsic motivation. When autonomy is stripped away, older adults experience a strong sense of deprivation and may even question the meaning of life. Practical strategies that can be developed include "Happy Meals" or innovative meal strategies referenced from Denmark, such such as "Lunch Parties" or "Monthly Chef".
4. The practice of the Holistic Care model involves respecting dignity and embracing flexible innovation. While facilities must provide "nutritional needs," they must also satisfy older adults' desire for "autonomous food choices," integrating physical, psychological, and social health to achieve a balance of body, mind, and spirit. To overcome existing cost and manpower challenges, facilities should introduce flexible and innovative meal service models.

Based on the analytical framework of Self-Determination Theory (SDT), this study delineates specific recommendations across three dimensions: policy transformation, clinical practice reform, and the advancement of academic inquiry.

1. To satisfy the need for autonomy, a dual approach involving legal empowerment and institutional flexibility is essential. It is recommended that regulatory authorities develop a standardized "Informed Dietary Choice Declaration" to clarify the boundaries of professional liability, thereby mitigating the prevalence of defensive medicine. Simultaneously, institutions should implement "menu-choice systems" or "staple food cart models" within daily practice to ensure that older adults maintain a sense of agency by exercising their right to choose, even within structured options.
2. To enhance competence and deconstruct the negative labeling associated with functional decline, institutions should promote "participatory menu design," inviting residents to contribute their life experiences to achieve co-created value. Furthermore, the government should optimize staffing standards and allocate specialized budgets to support the "Nutritional Promotion Triad"—an integrated framework encompassing neurological swallowing assessment, oral hygiene, and nutritional adjustment. Such professional support is vital for sustaining oral intake capacity and minimizing unnecessary tube-feeding restrictions.
3. Regarding the reconstruction of relatedness, this study advocates for strengthening

interpersonal connections and cultural responsiveness. By institutionalizing family collaboration, institutions can sustain the emotional bonds of residents. Moreover, adopting the communication principle of "70% health, 30% pleasure" fosters mutual trust, replacing authoritative directives with empathetic dialogue that validates the legitimacy of sensory satisfaction in later life.

4. To deepen the academic discourse, future research should employ quantitative or mixed-methods approaches to evaluate the impact of innovative dietary models on SDT-related psychological satisfaction and objective nutritional indicators (e.g., sarcopenia risk). Additionally, further investigation into how educational background, gender, and urban-rural resource disparities shape the exercise of dietary autonomy is crucial for developing population-sensitive and cost-effective integrated care strategies.

Keywords: food preferences (Dietary Claim), nutritional care, long-term care facilities, self-determination theory (SDT), autonomy, holistic care

PROVIDENCE UNIVERSITY
進德
修業
VIRTUS
SCIENTIA
CUM

目錄

目錄.....I

圖目錄.....III

表目錄.....IV

第一章　緒論.....1

第一節　研究背景與動機.....3

第二節　問題意識.....15

第三節　研究目的與研究問題.....17

第四節　重要名詞釋義.....19

第二章　文獻探討.....23

第一節　高齡者健康照護與營養照護.....23

第二節　罹患慢性疾病高齡者接受長期照顧機構提供飲食之現況.....31

第三節　自我決定理論.....41

第四節　個別化飲食介入需求與全人健康照護服務.....49

第五節　罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者營養照護與自我決定之相關研究.....53

第三章　研究方法與設計.....67

第一節　研究方法.....67

第二節　研究概念性架構.....75

第三節　研究工具.....77

第四節　資料蒐集的方法與分析.....81

第五節　研究方法之檢驗.....83

第六節　研究倫理 85
第四章 研究結果 87
第一節 飲食照護的決策權歸屬 87
第二節 飲食自主權與營養照護的衝突 123
第三節 專業照護的兩難：從飲食自主權探討高齡者尊嚴、生命意義與全人健康照護的實踐和諧 139
第四節 高齡者飲食自主權的界線協商與長照餐食服務的彈性創新 153
第五章 研究結論與建議 191
第一節 研究結論 191
第二節 研究之討論 201
第三節 研究限制 207
第四節 研究建議 211
參考文獻 215
附錄 221
附錄一　受訪者參與研究邀請函 221
附錄二　訪談同意書 222
附錄三　訪談大綱(高齡者) 223
附錄四　訪談大綱(專業工作者) 226
附錄五　焦點團體進行流程與大綱 229
附錄六　焦點團體訪談同意書 230

圖目錄

圖 1-1 百年人口重要指標 **4**

圖 1-2 十大死因死亡率**-113** 年 **vs.103** 年 **6**

圖 2-1 三種先天需求構成的自我決定理論 **42**

圖 3-1 研究概念性架構 **76**

圖 4-1 長照飲食自主權的三方協調與策略流程圖 **135**

圖 4-2 長照機構推動飲食個人化設計之多層次挑戰分析 **138**

圖 5-1 養護機構高齡者「飲食自主」與「維護健康」之平衡策略模式圖 **200**

表目錄

表 1-1 113 年十大死因死亡年齡中位數 7
表 1-2 113 年 65 歲以上人口主要死亡原因表 8
表 2-1 2021 年長照服務使用者之人口學特性表 36
表 2-2 自我決定的不同動機之連續變化表 44
表 2-3 自我決定理論與高齡者相關研究統整表（論文與期刊） 46
表 2-4 近六年營養需求與慢性疾病相關研究彙整表(2019-2024) 55
表 2-5 近六年營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況相關研究彙整表(2019-2024) 58
表 2-6 自我決定理論與高齡者相關研究彙統整表（論文與期刊） 63
表 3-1 受訪者基本特質(高齡者) 71
表 3-2 受訪者基本特質(專業工作者) 71
表 3-3 焦點團體受訪者基本特質 72
表 3-4 各縣市人口年齡結構統計表 73
表 4-1 高齡者自我決定的不同動機之連續變化表 117
表 4-2 機構設計飲食計畫納入高齡者意見的機制(正式機制) 118
表 4-3 機構設計飲食計畫納入高齡者意見的機制(非正式機制) 118
表 4-4 高齡飲食選擇權的尊重度感受與機構策略 119
表 4-5 個人化偏好滿足程度與策略 120
表 4-6 食物自主權與營養照護衝突高齡者與專業工作者觀點比較表 131
表 4-7 飲食限制下的高齡者衝突、感受、行為與自主權主張 133
表 4-8 研究發現與 SDT 三大需求連結（心理影響） 150
表 4-9 SDT 導向的調和策略（實務解決方案） 151
表 4-10 實務面臨的挑戰與權力衝突 152

表 4-11 高齡者飲食自主權之界線協商與 SDT 需求滿足..... 190

PROVIDENCE UNIVERSITY
進德
修業
VIRTUS
SCIENTIA
CUM

第一章　緒論

食物對人的意義

身、心、社會、情感與文化交織

臺灣在 2025 年正式邁入超高齡社會，老化已是不可逆的趨勢，不只台灣，放眼全球亦是如此，隨著人口快速老化，加上身心功能障礙或衰老隨著年齡增加，罹患慢性疾病隨之增高，導致需要照護需求暴漲。為維護高齡長者營養健康，衛生福利部國民健康署推出「吃的下、吃的夠、吃的對、吃得巧」的「三好一巧」高齡飲食原則。但在接受養護的機構長者其餐食製作的主要的決策者為護理師、營養師、照服員，是否蒐集服務使用者需求以及思考以誰為中心的飲食照顧，很值得探討？食物對人的意義，包含身、心、社會、情感與文化交織等核心元素，對高齡者亦是如此，養護機構高齡者飲食的選擇權是否受到關注，實值得探索。

本研究主要探討飲食主張與營養照護衝突經驗，包括飲食照護的決策權歸屬、飲食自主權與營養照護的衝突及專業照護的兩難：從飲食自主權探討高齡者尊嚴、生命意義與全人健康照護的實踐和諧、高齡者飲食自主權的界線協商與長照餐食服務的彈性創新等，期待從受照顧者與照顧者的視角建構多元對話空間，瞭解罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者與提供服務者（專業工作者）對食物主張與營養照護的認知與所獲資訊經驗，以及個別化飲食介入需求與全人健康照護服務意義和價值，人性尊嚴與生命的平衡關係，尋求兩者的和平共處之道。亦期待找出飲食自主權與營養照護間可行作法，以提供長期照顧服務餐食服務相關政策與實務之參考。

本章為緒論，第一節「研究背景與動機」，說明本研究的背景與動機，闡述研究主題的發展脈絡以及問題現況、存在的相關議題、問題的未來發展，論述進行研究的具體理由；第二節「問題意識」，將深入探討研究者在現象觀察或文獻回顧過程中所發現的核心問題、屬性及特色將之分類，形成不同的問題範疇；第三節「研究目的與研究問題」，說明本研究的目的，並陳述研究者期望達成的目

標與預期成果。此外，將提出具體的研究問題，以引導研究的方向，這些問題將成為研究過程中的主要探討對象，並作為研究設計的核心基礎；第四節「重要名詞釋義」，針對研究中涉及的專業術語和關鍵概念進行定義與說明。

第一節　研究背景與動機

壹、研究背景

2021 年 4 月在臺中中國醫藥大學附設醫院立夫大樓 18 樓病房裡，我詢問父親：「爸，你中午想吃什麼？頂呱呱的招牌呱呱包如何？父親沒有多加思考的馬上回答我：好啊！呱呱包！」這是小時候，爸爸常常帶我們全家去吃的食物，在民國七、八十年代那可是個奢侈品，當時我們根本還不知道有麥當勞這樣的炸雞店。我快速地去買回來與父親一邊享用一邊聊起以前的事，我知道我們吃的不只是呱呱包，還有那香甜的回憶。用完餐後，護理師到病房來巡察問道：「洪○祥，你有沒有吃中餐？父親愉快地回答：有。護理師再問：你今天吃了什麼？怎麼這麼高興？父親回說：是很好吃的呱呱包。護理師馬上變臉，大聲地說：你怎麼可以吃這個？你不知道你不可以吃太鹹的、不可以吃糯米…不可以…嗎？」護理師離開病房後，父親沉默了好一陣子，然後紅著眼眶告訴我，他不知道自己這樣活著有什麼意思？飲食到處受限制，不能吃鹹、不能吃甜、不能喝太多水…，一個人連吃都要有這麼多的限制，活著好痛苦…。

從自我照顧父親的經驗中，不禁讓我把視域轉移到今日社會的高齡者照顧議題上。臺灣因預期壽命延長及出生率降低之影響，人口趨於老化。依據國家發展委員會於 2022 年 8 月發表台灣在 2022 年至 2070 年之人口推估報告可知：(1) 我國將於 2025 年老年人口數佔比超過總人口數 20%，邁入超高齡社會；且推估至 2070 年時超過 85 歲以上的高齡者將會佔老年人口數中超過 3 成[1]。(2) 出生率在 2000 年至 2010 年間劇降，爾後逐年降低，預計在 2070 年出生人口數僅剩 8 萬人[2]。

---

[1] 2022 年，65 歲以上老年人口占總人口比率為 17.5%，預估於 2025 年此比率將超過 20%，我國將成為超高齡社會；至 2070 年，此比率將再續增為 43.6%。而老年人口中，85 歲以上之超高齡老人所占比率亦將由 2022 年 10.4%，提高至 2070 年 31.3%。資料來源:國家發展委員會，2022.10.22

[2] 2022 年，出生數預估為 14 萬人；受 15-49 歲育齡婦女人口減少之影響，2070 年，在總生育

圖 **1-1**

百年人口重要指標

年別	人口數	出生數	死亡數	15-64歲		65歲以上		85歲以上		兩性合計預期壽命[1]
	(萬人)	(萬人)	(萬人)	人數(萬人)	占比(%)	人數(萬人)	占比(%)	人數(萬人)	占比(%)	(歲)
1970	1,468[2]	40	7	843[2]	57.4[2]	43[2]	2.9[2]	-	-	69.1[2][3]
1980	1,787	41	8	1,136	63.6	77	4.3	2	0.1	72.1[2][3]
1990	2,040	34	11	1,361	66.7	127	6.2	5	0.2	73.8[2]
2000	2,228	31	13	1,565	70.3	192	8.6	11	0.5	76.5
2010	2,316	17	15	1,705	73.6	249	10.7	24	1	79.2
2020	2,356	17	17	1,681	71.3	379	16.1	41	1.7	81.3
2030	2,309	14	22	1,507	65.3	557	24.1	57	2.5	82.8
2040	2,209	12	27	1,323	59.9	677	30.6	111	5	84.3
2050	2,045	11	31	1,091	53.3	766	37.5	167	8.2	85.6
2060	1,839	9	32	916	49.8	761	41.4	188	10.2	86.9
2070	1,622	8	31	776	47.8	708	43.6	221	13.6	88.1

說明：2030年（含）以後數據為中推估值。

註：1) 等同於零歲平均餘命。

2) 不含福建省金門、連江兩縣之資料。

3) 由於1970年、1980年未公布兩性合計之零歲平均餘命數據，故表中數據係本報告依據男、女性零歲平均餘命估算而得。

資料來源：國家發展委員會（2022）。

一、臺灣高齡者的居住狀況與機構照顧的需求

劉正與齊力（2009）「臺灣高齡者的居住狀況與機構照顧的需求趨勢」指出在高齡者入住照顧機構將持續增加的幾項原因，包括高齡人口數量持續增加、子女數量持續減少、入住照顧機構的主觀意願提高、家人關係的疏離化等。Weisserty 則認為長期照護是對罹患慢性疾病身心障礙者，提供診斷、預防治療、復健、支持性及維護性的服務。所以長期照護不僅具有連續性照護的概念，亦是跨越醫療與社會服務領域的照護。罹患慢性疾病者，有可能因為在照顧機構中可以獲得更好的生活品質而選擇機構服務。雖然高齡者選擇入住長照機構的主要原

率回升至中推估之 1.2 人假設情境下，出生數將降為 8 萬人，較 2022 年減少 6 萬人或 43.4%；而在總生育率回升至高推估之 1.4 人假設情境下，出生數將降為 10 萬人，減少 4 萬人或 27.8%，減幅縮小。資料來源:國家發展委員會，2022.10.22

因並不是因為需要飲食控制，但是當他失能時，可能飲食是需要被管理的。

依「老人福利機構設立標準」在長期照顧機構部分，為三種類型其中（一）長期照護型：以照顧罹患長期慢性病，且需要醫護服務及他人照顧之老人為主，因此，居住在養護型機構的住民以罹患慢性疾病者為主，住民們在飲食上需要遵守機構之相關規範，加上機構常常有成本上的考量，因此，僅有極為少數的人會討論這個議題，更凸顯在機構的住民是相當弱勢的，所以本研究希望以養護型機構為研究場域、以機構的院民與專業工作者(服務提供者)為主要研究對象。依據內政部戶籍登記資料，截至 114 年 4 月底止，65 歲以上人口佔總人口比率最高為嘉義縣的 23.50%，因此本研究以全台最老縣市-嘉義縣為主要研究地區。

二、研究顯示：慢性病盛行率與年齡成正相關，年齡越大越盛行

人類預期壽命的延長，可歸因於醫療科技進步，大部分的疾病都可以得到妥善的治療，原先足以斃命的急症變成慢性疾病，亦逐漸成為人口老化社會一大隱憂。依據衛生福利部國民健康署「民國 112 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」成果報告顯示，就整體慢性疾病罹患率而言，54 歲以上中老年人中有 77.1％至少罹患一種慢性疾病，年齡層越高則罹病項目數也越多，75 歲以上族群至少罹患一種慢性疾病之百分比超過九成 (92.4％)。65 歲以上中老年人曾患各項疾病之百分比，由高至低前五名依序為高血壓 (53.6％)、白內障 (40.7％)、糖尿病 (25.0％)、心臟病 (22.5％)、高血脂 (21.6％)。

三、臺灣十大死亡原因，慢性病居高不下

根據衛生福利部 113 年死亡原因統計，臺灣社會因嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 影響，113 年死亡人數較 112 年減少 4,192 人(-2.0%)， 65 歲以上的人口占總死亡人數比重達 75.8%。

由圖 1-2 十大死因死亡率（103 年 vs.113 年）可知，除因癌症死亡的人數維持在首位外，以及嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)的突然爆發，其餘的死亡原因多為慢性疾病如腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病等。

圖 1-2

十大死因死亡率 103 年 vs.113 年

說明：103 年係指「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

資料來源:衛生福利部統計處（2024）。

另外，在性別的十大死因中（見表 1-1 113 年十大死因死亡年齡中位數），113 年國人死亡年齡中位數維持在 77 歲。從性別來看，女性中位數穩定保持在 82 歲；男性則為 73 歲，較去年略減 1 歲。觀察死因分布，多數慢性疾病與高齡死亡高度相關，包括心臟疾病、肺炎、腦血管疾病、糖尿病、高血壓、慢性下呼吸道疾病及腎病等 7 項死因，其死亡年齡中位數均高於全體平均值。由以上的資料可以了解到，慢性疾病在中老年中是普遍存在的，甚至是造成死亡的主要原因。

表 1-1

113 年十大死因死亡年齡中位數

單位：歲

順位	死亡原因	113年			較112年增減歲數		
		合計	男	女	合計	男	女
	所有死因	**77**	**73**	**82**	-	**-1**	-
1	癌症	71	70	72	1	1	-
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	79	73	84	-	-	-
3	肺炎	84	82	86	-1	-1	-
4	腦血管疾病	79	75	83	-	-	-
5	糖尿病	79	74	82	-	-	-
6	高血壓性疾病	83	78	86	-	-1	-1
7	事故傷害	66	63	72	-	-	1
8	慢性下呼吸道疾病	83	82	86	-1	-1	-
9	腎炎、腎病症候群及腎病變	81	77	83	-	-1	-
10	蓄意自我傷害（自殺）	52	52	51	-1	-1	-1

資料來源：衛生福利部統計處（2024）。

衛生福利部統計處「113 年死因統計結果分析報告」，將 65 歲以上人口再細分為 65-74、75-84、85 歲三個階段進行分析，如表 1-2（113 年 65 歲以上人口主要死亡原因）， 以死因觀察，糖尿病有隨年齡增加而下降的趨勢、高血壓性疾病排序則隨年齡增加而趨上升。

表 1-2

113 年 65 歲以上人口主要死亡原因表

單位：人、每十萬人口

順位	65-74歲			75-84歲			85歲以上		
	死亡原因	死亡人數	死亡率	死亡原因	死亡人數	死亡率	死亡原因	死亡人數	死亡率
	所有死亡原因	42,528	1,517.2	所有死亡原因	48,486	4,200.3	所有死亡原因	61,726	14,173.6
1	癌症	15,926	568.2	癌症	12,662	1,096.9	肺炎	8,405	1,930.0
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	4,487	160.1	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	5,434	470.7	癌症	8,039	1,845.9
3	肺炎	2,619	93.4	肺炎	4,704	407.5	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	8,036	1,845.2
4	腦血管疾病	2,526	90.1	腦血管疾病	3,441	298.1	高血壓性疾病	4,108	943.3
5	糖尿病	2,363	84.3	糖尿病	3,071	266.0	腦血管疾病	4,026	924.5
6	事故傷害	1,432	51.1	高血壓性疾病	2,205	191.0	糖尿病	3,367	773.1
7	高血壓性疾病	1,381	49.3	慢性下呼吸道疾病	1,819	157.6	慢性下呼吸道疾病	2,819	647.3
8	腎炎、腎病症候群及腎病變	1,142	40.7	腎炎、腎病症候群及腎病變	1,606	139.1	衰老／老邁／老年	2,643	606.9
9	慢性下呼吸道疾病	1,068	38.1	事故傷害	1,246	107.9	血管性及未明示之失智症	2,489	571.5
10	慢性肝病及肝硬化	797	28.4	血管性及未明示之失智症	940	81.4	腎炎、腎病症候群及腎病變	2,122	487.3

資料來源：衛生福利部統計處（2024）。

四、「王者以民為天，而民以食為天」

臺灣邁入超高齡社會的過程中，又因家庭結構改變等因素，高齡者照顧的問題日益嚴重。政府為因應未來龐大的長照需求並減輕家庭照顧沈重的負擔，自民國 106 年起推動「長期照顧十年計畫 2.0」，積極建置居家式、社區式及住宿式服務外，同時推動長照給付及支付新制與社區整體照顧服務體系，並持續推動預防及延緩失能照顧、強化失智症照顧量能及整合居家醫療等服務，廣泛照顧不同的長照需求民眾。

「民以食為天」出自西漢・司馬遷《史記・酈生陸賈列傳》，它傳達非常簡單的概念-糧食是人民生存的根本。一般在進行社會學研究之時，常被提及的馬洛斯的需求理論，將人類需求分為五種階段，由低階需求至高階需求，其中最低階的需求為生理需求 (physiological needs)，內容包含食物、水、空氣、睡眠、性。無論在東方或是西方，「食物」對一個人來說最基本且最重要的需求。在這個世

紀中，「飽食」對多數人來說已經不成問題，甚至可以想吃什麼就吃什麼。但是，對於高齡者或者是具有慢性病的人來說，那可就不是能這麼隨心所欲了。

「食物」之於你我的意義是什麼？僅是維持生命的食材嗎？食物設計的代表人物之一，荷蘭設計師 Marije Vogelzang，他認為食物只是設計的原料，而在烹調的過程中加入「社會價值、文化意義、情緒」成分，才是他做食物設計的目的，他希望帶領人們重新思考食物與人之間的關係。食物與人之間的關係是什麼？中間除了以健康為名之外，是否還能保有社會價值、文化意義或情緒呢？

《讓日子多一點生命—安寧病房的美味大廚》是由德國真實故事改寫而成的紀實文學，內容提及當人們聞到各式各樣的氣味，總會令人雀躍不已，因為它喚起的是一種「家」的記憶。甚至對於瀕死邊緣的病人而言，那代表的是日常生活的一部分，亦是屬於「常態」的一部分，形容這樣的情形就像是在汪洋中裡發現了一條船，而使得最後的日子因此變得好過一些。故事中的廚師烏普雷希・史密特他認為自己不僅可以為他人帶來生理上的愉悅，更重要的是，同時也能為別人創造心理上的幸福感。書中也提及在紀錄片中照護中心的目標是：「我們雖無法替生命多添一點日子，卻能賦予日子多一點生命。」，這是烏普雷希・史密特廚師銘記於心的話，他無法延長病友的生命，卻能帶給他們甜蜜的感受。

五、高齡營養新食代「吃的下、吃的夠、吃的對」最幸福

余璧如等（2014）「營養師對長照機構餐食問題之原因歸類與改善對策調查」研究指出，營養師認為機構最常見的問題是住民抱怨菜色搭配不佳、菜餚口味不適應，以及家屬反映長輩不吃。需要協助機構如何烹煮適合高齡者的菜餚、變化菜單及膳食管理；餐食問題未見改善的原因，主要是成本考量、會增加餐食製備時間及高齡者吃完就忘了。一致認同足夠的熱量與均衡營養可以降低機構住民疾病感染率、離所率、住院率及死亡率。針對這些機構常見的問題，可藉由供膳管理介入、提供多元化的菜單，以及研究烹調適合高齡者飲食質地的餐食，以提升高齡者的營養狀況及生活品質。

「吃，是人活下去的原點同時也是最大的樂趣，這個觀點就是蘆花安養院的基本照護概念。」這句話是出自 2017 年出版的《老衰死：好好告別，迎接自然老去、沒有痛苦的高質量死亡時代》一書，而這書的由來則是起因於 2015 年 NHK 特別節目《老衰死》（2015 年 9 月 20 日播放），其拍攝取材自位於東京都世田谷區採取自然照護的安養院「蘆花安養院」，因這裡大多數住民都是因為「老衰」而平靜地去世。在書籍的第四章主題「自主進食，或是餵食生命」中談及活用各種料理方式，增加進食樂趣。在安養院服務的營養師，每天都會收到院民的點餐，例如「想吃炒麵！」、「喜歡油炸食物和煎餃！」、「希望把雞塊加進菜單！」等各式各樣的要求。而為了支援入住者們對食物的熱情，營養師也會企劃加入許多符合當季時令的飲食活動。可見安養院的院民在用餐選擇的表意權在這裡是受到尊重的。

在相關研究建議認為飲食給予高齡者快樂相當重要，如唐慶翔（2022）「高齡者質地飲食消費者滿意度之研究」，此研究以居家照服之高齡者在日常生活中飲食和各項服務與照顧進行探討與研究，以兩位營養師、一位護理師及三位高齡者來做主要研究對象。針對飲食相關的研究發現照顧高齡者，更重要是如何在高齡者的飲食上給予他們食的快樂，飲食質地是學習到國外經驗，必須讓年輕人多方學習才能把質地飲食的概念傳下去。王琤、蕭千祐、謝宜珊、林青怡、朱瑞荷、林玉靜、張春美、許青雲（2015）等人「個別化飲食介入對於高齡照顧機構居民的影響 」，此研究以台灣地區中小型高齡照顧機構 30 位居民作為研究對象，藉由提供個別化的飲食設計與介入來符合營養的膳食，以探討其對健康指標以及食慾狀況是否具有影響。此研究以使用者為研究對象，提出個別化飲食介入能引起食欲來滿足身、心和健康。

「吃的下、吃的夠、吃的對」最幸福，在實務卻是不易達成，除了食物質地的因素外，成本考量往往是造成阻礙的最大原因。黃惠宜（2006）「高齡者安養護機構供餐體系及政策需求之研究－探索食品產業的發展新契機」，此研究以日

本為借鏡，探討臺灣的高齡者飲食需求。針對安養護機構的供餐體系及政策需求進行研究調查，其結果顯示，目前的機構還是以自行自備餐食為主，但在未來「成本降低」或「業者可以製備符合高齡者所需軟硬度的餐食」時會考慮委外製備餐食，在委外製備餐食的部分，考慮委外的原因是「菜色變化多，不需花時間去思考」。此研究提及在考量為使「成本降低」及不需要花時間去思考菜色時，可能採取餐食委外的方式，此研究論點與余璧如等 （2014）「營養師對長照機構餐食問題之原因歸類與改善對策調查」研究發現機構餐食問題未見改善的原因，主要是「成本考量」，也針對這些機構常見的問題，提出可藉由供膳管理介入、提供多元化的菜單，以及研究烹調適合高齡者飲食質地的餐食，以提升高齡者的營養狀況及生活品質，相當一致。

飲食是維持生命的重要元素，但是除了「維生」外，在生命當中「人性尊嚴」亦相當重要，一旦沒有了人性尊嚴，那還能算是「活著」嗎？范姜素玉（2009）「社區健康餐飲服務之複合營運模式初探」，此研究著眼於嬰兒潮世代銀髮族自我照顧的需要與重視的價值，希望綜合所發掘的商機及相關創新研究，擬構社區健康餐飲服務平台結合其他照護服務之複合營運模式，作為發展銀髮族整合性照護服務企業之參考。即依銀髮族對社區健康餐飲及人本照護服務的需求。

從上述國內外研究高齡者對於食物選擇的表意權以及重視罹患慢性疾病個別化飲食介入可滿足身、心和健康，可達成邁向健康人本照護服務的理念，罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者與專業工作對於物主張與營養照護的看法值得深入探索，累積更多研究，讓更多人關注與實踐高齡者健康人本照護服務。

臺灣邁入超高齡社會為不可逆的事實，人口老化持續加快，工作年齡人口亦將面臨減少及老化之問題，高齡者接受長期照顧的比例增加。再則，根據衛生署的統計報告指出，慢性病盛行率與年齡成正相關，年齡越大越盛行，甚至在國人十大死因的排行榜上也有越趨上升之跡象。國內針對慢性疾病的預防及治療，多

數以飲食控制為第一優先。在實務工作上，常常發生服務使用者與照護單位間飲食衝突之問題。因此，罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者其食物主張與營養照護間衝突是我們應該關注的議題，也是本研究深入探討之重點。

貳、研究動機

蘆花安養院的石飛醫師曾針對食物的重要性說過：「其實我也差不多，有時候吃到好吃的東西，才覺得自己真正活著，年紀越大，吃東西就成了最棒的期待，畢竟也沒有什麼機會談戀愛了嘛！我覺得吃東西這件事和身為人的尊嚴有關，可以吃東西，就代表自己活著，同時也是靠自己活下去的證據。」相信這是很多人的心聲，更是許多罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者的渴望與奢求。如果一個人活著，連自己想吃什麼食物都無法擁有自主權，那還有尊嚴可言嗎？

本研究以此為出發點，試圖探討幸福感 (Well-being) 和需求 (Need) 誰來定？」這一核心議題，從多角度剖析服務提供者與使用者之間的觀點與互動。首先，釐清「誰」的定義，是研究的重要起點。本研究將從以下三方面進行探討：第一，服務提供者的觀點，例如醫療人員、營養師與機構管理者，他們往往以專業知識與機構規範為基礎，著重於長者健康需求的滿足；第二，服務使用者的聲音，尤其是罹患慢性疾病並接受長期照護的高齡者，他們對飲食的自主權與文化偏好可能被忽視；第三，服務提供者與使用者之間的互動與權力關係，尤其是在食物選擇與健康需求之間可能產生的矛盾。其次，本研究將深入分析「Well-being」與「Need」的概念差異。「Well-being」（幸福感）是指個體在生理、心理和社會層面的整體良好狀態，而「Need」（需求）則是個體因缺乏必要元素而需被滿足的狀態，以維持生存或達成特定目標。在長期照護機構中，這兩者常因服務提供者的專業判斷與服務使用者的主觀期待而產生衝突。服務提供者多以滿足基本生理需求為優先，而使用者則渴望更多的自主權與選擇權，並希望享用符合其文化背景與生活經驗的飲食。

因此，本研究的目的是探討食物自主權與營養照護之間的衝突經驗，探索如何在滿足健康需求與實現幸福安康之間取得平衡，以實現全人健康照護的目標。本研究將透過質性訪談，了解服務提供者與使用者對於「Well-being」與「Need」的不同理解與詮釋，並分析其背後的影響因素與實際挑戰。

從研究背景及上述引發本研究者的研究動機，以下分三項進行說明之：

一、高齡者飲食，誰的意見最重要？

高齡長者時代已來臨，針對維護高齡長者營養健康最重要的關鍵，衛福部推出「吃的下、吃的夠、吃的對、吃得巧」的高齡飲食口號。然而，目前多數改善機構飲食方式的研究對象為護理師、營養師等服務提供者，卻少有以服務使用者為中心的調查，忽視了使用者的真實需求。到底應該以誰為中心思考飲食照顧，仍是本研究的重要動機之一。

二、食物自主權與營養照護之衝突－「身」與「心」、「靈」間如何對話？

由於研究者曾服務機構式養護中心及親自經歷照顧家人的經驗，對於住民或家人常在聊天當中流露無奈之感，提到自己活在這個世上竟然連最基本的「吃」都無法享用自己喜歡或自己希望吃到的食物，進而對自身存在的意義感到疑惑。人類的存在是否僅以「健康」為首要考量就足夠，只在意「身」的部分，對於「心」、「靈」的渴望可以棄之不理？此為研究動機之二。

三、全人健康照護服務的實現

目前長照機構的飲食服務多以提升健康為目的，忽略了個別化與文化背景的差異性。本研究將參考過往文獻與實務案例，探索如何引入個別化飲食設計，兼顧使用者對飲食的情感需求與健康效益，促使長照機構轉向更全面的健康照護模式，成為研究動機之三。

PROVIDENCE UNIVERSITY
VIRTUS
SCIENTIA
CUM

第二節　問題意識

問題意識是一系列的意識型態系統，最早於涂爾幹 (Emile Durkheim) 的社會問題之科學證明。問題意識也就是研究者的知識體系、意識形態、世界觀。問題意識即是問題的本質，是我們主要的研究課題。研究者將本研究之問題界定的範圍與性質說明如下：

壹、從單一角度切入研究恐不周延-以服務接受者與提供者為研究對象

食物主張與營養照護的議題並非單方面的問題，因此需要同時從服務使用者（受照顧者）及提供服務者（照顧者）觀點來進行研究，才能使研究更為周延，建構多元觀點的對話空間。目前相關研究以單一身份為研究對象居多，如以服務使用者為研究對象的有卓郁婷 （2019）「探討社區關懷據點高齡者營養狀況之相關因素」以參與臺中市沙鹿區社區照顧關懷據點之 65 歲以上高齡者為研究對象、王琤等 （2015）「個別化飲食介入對於高齡照顧機構居民的影響以台灣地區中小型高齡照顧機構 30 位居民為研究對象；以服務提供者為研究對象的有余璧如等（2014）「營養師對長照機構餐食問題之原因歸類與改善對策調查」；以雙方為研究對象者的有唐慶翔 （2022）「高齡者質地飲食消費者滿意度之研究」以兩位營養師、一位護理師及三位高齡者來做主要研究對象。

貳、飲食意見表達與參與權-罹患慢性疾病高齡者是否擁有飲食自主權？

罹患慢性疾病高齡者為了維護健康的身體，就應該克制喜好不宜表達自己的觀點聽從家人及專業人士（醫師、營養師）的安排來飲食維持生命，放棄生而為人最基本的需求？或許有人會主張罹患慢性疾病高齡者對健康飲食認知與正確判斷是缺乏的，這個判斷包含高齡者自己飲食需求，可換個角度思考，當有更好選擇，我們有時是否只是想方便自己處理飲食，不希望高齡者帶給我們更多麻煩，或者，只是我們不願意花時間在他們身上罷了。

接受長期照顧者等同於是功能喪失者？生活照顧只能靠家人（法定親屬）及

機構人員的設計？無法選擇自己什麼時候睡覺、什麼時候看電視、什麼時候散步、吃什麼食物？做任何事都需要經過他人同意？完全沒有自主權？余璧如等（2014）「營養師對長照機構餐食問題之原因歸類與改善對策調查」研究指出，營養師認為機構最常見的問題是住民抱怨菜色搭配不佳、菜餚口味不適應，以及家屬反映長輩不吃。需要協助機構如何烹煮適合高齡者的菜餚、變化菜單及膳食管理；餐食問題未見改善的原因，主要是成本考量、會增加餐食製備時間及高齡者吃完就忘了。

參、人性尊嚴在生命的重要性-全人健康照護

> Frankl (1992) 曾寫道：「人所擁有的最後一種自由，就是在任何既定的環境中，選擇自己的態度，也就是選擇自己的道路。（Everything can be taken from a man but one thing: the last of the human freedoms—to choose one's attitude in any given set of circumstances, to choose one's own way.）」

活著重要還是擁有尊嚴重要？「好死不如賴活」、「苟且偷生」有尊嚴更重要。蘆花安養院的石飛醫師：「我覺得吃東西這件事和身為人的尊嚴有關，可以吃東西，就代表自己活著，同時也是靠自己活下去的證據。」相信這是很多人的心聲，更是許多罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者的渴望與奢求。如果一個人活著，連自己想吃什麼食物都無法擁有自主權，那還有尊嚴可言嗎？為什麼人性尊嚴與生命不可以和平共處呢？

第三節　研究目的與研究問題

根據研究動機，本研究探討食物自主權與營養照護之間的衝突，並試圖在滿足健康需求與促進幸福安康之間取得平衡，以實現全人健康照護的目標。透過分析服務提供者與使用者對「Well-being」與「Need」的不同理解及其影響因素，進一步探討個別化飲食設計如何兼顧飲食的情感需求與健康效益，推動長照機構轉向更全面的健康照護模式。

壹、研究目的

一、瞭解罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者與提供服務者（專業工作者）對飲食主張與營養照護的認知與所獲資訊經驗。

二、探討飲食自主權與營養照護之衝突經驗。機構慢性病高齡者擁有飲食自主權狀況。

三、探索個別化飲食介入需求與全人健康照護服務意義和價值。人性尊嚴與生命的平衡關係，尋求兩者的和平共處之道。

四、探索個別化飲食介入需求與全人健康照護服務做法，找出飲食自主權與營養照護間可行作法，以提供長期照顧服務餐食服務相關政策與實務之參考。

貳、研究問題

根據前述研究背景及問題意識，本研究以罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者及為其提供服務之專業工作者為研究對象，並聚焦以下四個問題進行探討：

一、飲食照護的決策權歸屬

高齡者的飲食需求應以誰的意見為優先？服務提供者（如醫療人員、營養師）或服務使用者（高齡者）？在長照機構中，高齡者對於飲食的選擇權是否受到忽視？

二、食物自主權與營養照護的衝突

罹患慢性疾病的高齡者是否應該完全遵從專業人士（醫師、營養師）的飲食安排，而放棄個人喜好？在健康需求與飲食偏好之間，如何找到平衡點，以兼顧高齡者的身體健康與心理滿足？在長期照護機構中，「身」（生理健康）與「心、靈」（心理與精神需求）如何對話，以避免片面強調健康而忽視個人幸福感？

三、高齡者的飲食自主權與社會認知

社會普遍認為接受長期照顧的高齡者應當順從家人或專業人士的飲食安排，這種觀念如何影響其自主權的行使？家屬與機構人員在高齡者飲食決策過程中的角色為何？是否存在因方便管理而忽略高齡者選擇權的現象？

四、人性尊嚴與健康照護的關係

享有飲食選擇權是否影響高齡者的尊嚴與生命意義？「活著」與「擁有尊嚴」之間是否存在矛盾？如何在長照體系中實現兩者的和諧共存？

五、全人健康照護模式的實踐

如何在長照機構中導入個別化飲食設計，以兼顧高齡者的文化背景、飲食偏好與健康需求？目前長照機構在提供飲食照護時，面臨哪些實際挑戰（如成本、時間、人力）？如何改善？

第四節　重要名詞釋義

壹、飲食主張

「食物主張」強調個人在飲食選擇中的自主權與參與度，涵蓋高齡者對食物的期待和渴望，即使需特殊營養照護，也應尊重其偏好和選擇，並鼓勵其參與飲食決策，表達意見，將其需求納入飲食計劃；同時在營養照護與個人飲食偏好間取得平衡，以滿足其生理與心理需求，進而維護尊嚴與生活品質。本研究主要探討為在養護機構中高齡者飲食照護的決策權歸屬、高齡者食物自主權是否尊重其偏好和選擇，並鼓勵其參與飲食決策，表達意見，將其需求納入飲食計劃。

貳、高齡者營養照護

「高齡者營養照護」，指的是針對老年人提供的飲食及營養管理，以確保他們在年老時獲得充足的營養支持，維持健康及生活品質。這種照護不僅考慮到老年人的生理需求，還涉及如何在照顧者與受照顧者間達成共識，平衡個人飲食偏好與健康需求。在養護機構主要指的是執行營養照護的專業人員必須具備相關的專業訓練和認證，包含醫師、中醫師、營養師、護理人員等。其工作內容包括營養需求評估、指導主要照顧者進行飲食管理，以及在需要時轉介醫療處置。營養照護的最終目標是透過個人化的飲食管理，促進老年人的健康，提升他們的生活品質。

參、高齡者慢性疾病

「高齡者慢性疾病」指台灣地區 65 歲以上長者長期罹患且無法治癒的疾病，這些疾病初期症狀不明顯，易被忽視，但隨時間惡化，可能導致失能，需長期照顧與療養，常見類型包括人造疾病與機能退化性疾病，特性包括初期無明顯症狀、可控制但無法根治、潛伏期長且可能引發不可恢復的病理變化，以及容易誘發併發症，進而引起身心障礙或失能問題，衡量方式以死因疾病類型與老年疾病

盛行率為主。根據《全民健康保險醫療辦法》，慢性病範圍涵蓋 16 項分類，包含癌症、代謝疾病、神經系統疾病、循環系統疾病等；隨著醫療科技進步和人口老化，急性疾病逐漸轉為慢性疾病，成為現代社會的重要健康挑戰，高齡者常見慢性病如高血壓、白內障、糖尿病、心臟病和高血脂等，54 歲以上中老年人中有 77.1%至少罹患一種慢性疾病，75 歲以上族群比例更高達 92.4%，此類疾病具有四大特性，分別是初期症狀不明顯、無法根治但可控制、可能同時患有多種疾病且潛伏期長，並容易引發併發症導致失能或需長期照護，顯示慢性疾病對高齡者健康與生活品質的重大影響。本研究高齡者指的是在養護機構需長期照顧與療養的慢性疾病高齡者。

肆、專業工作者

所謂長期照顧機構之專業工作者，指的是機構配置多類專業工作者負責提供照護、支持和管理，以確保被照顧者的相關權益。在《長期照顧服務機構設立標準》第 12 條住宿式長照機構之設立標準表對人員規範包含業務負責人、護理師或護士、社會工作人員、照顧服務員及其他人員。長照機構服務項目明列「餐飲及營養服務」，聘任專、兼任之營養師參與住民飲食計畫的製定和實施，提供專業建議，確保居民的營養需求得到滿足。本研究所指之專業工作者包含護理師、社會工作人員、照顧服務員及營養師。

伍、自我決定

「自我決定」指的是個人在行為和選擇上擁有自主權，能夠依據自身意願做出決策，而非受外界壓力強迫。根據自我決定理論 (SDT)，當個體的自主性、勝任感和關聯性這三項基本需求得到滿足時，內在動機和心理健康會顯著提升。在長期照護的情境中，滿足這三項需求對提升高齡者的生活品質和對照護安排的接受度至關重要。自我決定理論提出了三種基本的動機驅動力：內在動機、外在動

機和無動機。內在動機是指個人因為內在興趣和滿足而參與行為，並享受行為本身的過程。外在動機是指個人參與行為是為了獲得外在的獎勵或避免外在的懲罰。無動機則表示個人找不到任何動機參與行為，可能會出現無聊、灰心和消極的態度。本研究以自我決定理論應用於罹患慢性疾病的高齡者飲食行為，深入探討高齡者在飲食選擇與對自己飲食行為掌控能力的驅動力，進一步揭示其內在動機與外在因素之間的互動關係。透過了解高齡者對自主、能力與歸屬感的需求，發展出更符合高齡者心理特性的健康促進策略，以提升其飲食行為的依從性，並改善整體健康狀況。

陸、全人健康照護

「全人健康照護」是一種以人為中心的照護理念，強調在提供醫療或照護服務時，應尊重個體的自主權和尊嚴，不僅關注受照顧者的生理健康，也考量其心理和情感需求，並鼓勵受照顧者參與決策過程。全人健康照護主要強調是「以病人為中心」與「全人」兩個核心概念，並將其視為醫療照護實作 (praxis) 的基礎；這種照護方式力求在照顧生命的同時，維護人性尊嚴，使受照顧者在生活的各方面都能獲得適當的照顧與尊重。全人健康照護是一種多層面、多元化的醫療模式，涵蓋身體、心理、社會和精神層面的需求。其核心價值在於視患者為一個整體，本研究主要探討全人健康照護服務意義和價值。人性尊嚴與生命的平衡關係，尋求兩者的和平共處之道。

PROVIDENCE UNIVERSITY
VIRTUS
SCIENTIA
CUM
進德
修業

第二章　文獻探討

本章就研究主題及經驗性研究作整理與探討及評論相關文獻，以為研究主題、內容和方法尋求合理的立論點並對應研究問題。本章第一節高齡者健康照護與營養照護；第二節罹患慢性疾病高齡者接受長期照顧機構提供飲食之現況；第三節自我決定理論；第四節個別化飲食介入需求與全人健康照護服務；第五節國內外對罹患慢性疾病高齡者接受長期照顧機構式服務食物主張與營養照護之相關研究，以下分別說明之：

第一節　高齡者健康照護與營養照護

本節主要探討高齡者健康照護與營養照護之意涵，由「健康照護」與「高齡者營養照護」兩個主題來進行討論與分析。以下分別說明之：

壹、健康照護

「祝福您　健康快樂、平安喜樂」，這句話是華人常常用來祝福他人的話語，但是，怎樣的狀態下才能稱為健康呢？健康涉及議題包含健康、健康照護、健康照護目標、健康照護體系相關政策、高齡者健康照護需求及高齡者全人健康照護等有需進行討論。

一、健康

世界衛生組織 (WHO) 在 1958 年將健康定義為生理、心理和社會的安康狀態 (Well-being)，而不單純只是身體沒有疾病而已 (Payne, 1983)。自此，健康即被視為是多層面與正向的概念，非僅是身體沒有疾病就能算為健康。Winstead-Fry (1980) 提出健康不僅止於生理層面，其亦涵蓋與週遭人、事、物做有意義的互動，除能夠自我成長外，同時感覺生活是充實且滿懷希望的。Allen (1981) 認為健康並非靜止狀態，而是一種生活、存在、成長的方式。Tripp-Reimer (1984) 亦提出健康包含主觀及客觀兩個層面，主觀層面視健康為安適狀態 (wellnss)，客觀層面則單純以疾病之有無來界定健康與否。因此，廣義的健康照護應包含「生

理」、「心理」及「社會」三個層面，且彼此互相牽引、和諧互動。

二、健康照護

由前可知，健康照護包含的層面非常廣泛，健康照護依服務對象不同，而有不同服務項目。本研究聚焦在高齡者，因此若以大學相關科系作為區分，可區分為兩大類：一類是以「高齡照護」為主，包含高齡福祉、長期照護等學系皆是；另一類則強調「健康產業管理」，包含健康管理、健康行銷等學系，此類通常涵蓋觀光醫療美容的領域。其中，高齡福祉以銀髮健康管理為核心，強調「樂齡服務」。即著重高齡者健康養生、樂活身心、健康促進、高齡者休閒規劃、理財規劃、居家無障礙管理等食衣住行育樂及心靈服務；而長期照護則在培養長期照護領域的專業人才，以符合慢性病盛行且高齡化社會的需要[3]。

三、健康照護目標

2000 年世界衛生組織 (WHO) 針對健康照護體系 (health care system) 下了定義：「包括所有用以促進、恢復或維持健康的組織機構、資源及其進行的各項活動」。而健康照護體系三個目標為：健康、回應需求、財務風險保障。針對此三個目標的相對應指標，分述如下：

（一）「健康」目標，測量標準兩個構成要素為早發性死亡 (premature mortality) 及非致命健康結果 (non-fatal health outcomes)；WHO 以失能調整餘命 (disability-adjusted life expectancy,DALE)為指標，其包括餘命與失能兩個元素，並可直接進行各國之間的比較。其他亦可選擇嬰兒死亡率、平均餘命等。

（二）「回應需求」目標，測量標準兩個構成要素為對人的尊重 (respect for persons) 及以病人為導向 (client orientation)；指標可為病人滿意度、可選擇醫療提供者之自由度 (Choice of provider)等。

[3] https://www.unews.com.tw/Group/Index/48

（三）「財務風險保障」目標，要達到避免因病而貧或因貧而病，強調財務負擔的公平性、降低就醫障礙，並認為付費應依據能力而非風險；指標可為自費醫療 (out of pocket money) 占人均國民生產毛額（或家戶總收入）百分比或醫療保險。

「健康」目標，WHO 以失能調整餘命 (disability-adjusted life expectancy, DALE) 為指標，在 2017 年衛生福利部的老人狀況調查報告中，65 歲以上民眾有 64.88% 自述患有慢性疾病，且患有慢性疾病比率隨年齡增加而增加。在中老年人中慢性疾病常為導致失能的重要因子。在「回應需求」目標，提及測量標準兩個構成要素為對人的尊重 (respect for persons) 及以病人為導向 (client orientation)，這與後續全人照顧中以被照顧者為主及第三節的「自我決定論」討論相關。

四、健康照護體系相關政策

我國健康照護體系相關福利政策以前行政院衛生署於 1993 年發表《衛生白皮書》為第一本；2009 年發表《2020 健康國民白皮書》，以延長國人健康餘命，促進健康平等性，達成全民健康為目標；2011 年內政部，以邁向公平、包容與正義的新社會為願景，頒布「社會福利政策綱領」。2013 年衛政與社政組織整併成立衛生福利部，主責公共衛生醫療及社會福利兩個重大社會民生事務，今為強化衛生福利施政之前瞻，展望未來健康醫療、預防保健、社會福利等需求，制訂《2025 衛生福利政策白皮書》，做為 2025 年全民健康平等的施政藍圖（衛生福利部，2016）。

五、高齡者健康照護需求

高齡者的健康照護需求除了追求本身的健康－規律生活、吃的健康、運動；及考量選擇養老的居住環境-健康醫療服務外；擁有親情；建立信仰寄託；參加休閒、娛樂、旅遊之社團活動、擔任志工的需求等亦是高齡者健康照護需求之重點項目（許秀月、張國洲、葉榮椿、杜俊和、林建志，2009）。

內容呼應了前所述，廣義的健康照護應包含「生理」、「心理」及「社會」三個層面，此即為高齡者健康照護需求。

健康照護涵蓋生理、心理及社會層面，強調促進健康、回應需求及財務風險保障三大目標，並以世界衛生組織 (WHO) 定義的健康概念為基礎，認為健康不僅是無疾病的狀態，更包括身心安適及與環境的良性互動；在高齡者健康照護需求上，需關注其規律生活、飲食健康、運動、居住環境的選擇及醫療服務，同時兼顧親情、信仰寄託、休閒活動及社會參與，透過政策如《2025 衛生福利政策白皮書》等，推動高齡友善及健康平等的整體照護體系，滿足高齡者全人健康照護需求，提升生活品質及尊嚴。

貳、高齡者營養照護

高齡營養照護涉及議題包含營養照護、高齡者營養照護、食物與存在的意義及食物自主權及營養照護等，以下擬針對這幾個重要議題進行討論。

一、營養照護

在 107 年 11 月 6 日衛部顧字第 1071962102 號公告修正的「長照專業服務手冊」中 CB01-營養照護明述照護目標為：個案依其活動狀況、疾病、體型、體重等，獲取應有之熱量及水份。執行人員資格須為完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之專門職業醫事人員，含醫師、中醫師、營養師、護理人員、藥師、語言治療師等醫事人員。執行內容則包含四項：（一）評估-觀察與確認照護需求；（二）指導措施-對象以個案及主要照顧者為主；（三）轉介必要之醫療處置及（四）製作紀錄。

綜上所述營養照護是一項專業的工作，需要受過專門訓練並取得證明文件的醫事人員才能擔任評估者及指導者。本研究接受長期照顧服務的對象通常因本身疾病的因素需要接受營養照護，因此在各長照服務機構設有專職營養師或兼職營養師來提供專業協助。

二、高齡者營養照護

高齡者為何需要關注？- 健康促進是全球共同的議題

近一個世紀以來，雖然許多傳染病已得到有效控制，但非傳染性疾病（非傳染性疾病，NCDs），即慢性疾病，尤其是與飲食和營養密切相關的疾病，已逐漸成為主要的健康威脅，對現代人的健康帶來了巨大的挑戰。根據世界衛生組織 (WHO) 的統計，2019 年全球死亡人數為 5,500 人，其中約 4,100 人死於非傳染性疾病 (NCDs)，佔總死亡人數的 74%[4]。

臺灣情況也類似，歷年國民營養健康狀況變化調查顯示，臺灣居民罹患糖尿病、過重、生育和營養不良綜合症的比例顯著上升。依據 2017-2020 年國民營養健康狀況變遷調查結果顯示，65 歲以上民眾罹患高血壓、高血糖及高血脂的比例分別為 63.5%、27.8%、37.9%。

大量研究證據已經顯示，「飲食」在慢性病與營養的預防中扮演關鍵角色，營養成為調節慢性病的主要因素之一。2020 至 2025 年美國飲食指南強調，在人生各個階段都應養成健康的飲食習慣，選擇營養密度高的食物和飲料，並限制每日熱量攝入，實踐“每一口都吃得有意義 (make every bite count)”的原則。（社區營養照護作業手冊，2024 年版）

因此，從健康促進出發是全球共同的議題，當發現長者罹患高血壓、高血糖及高血脂且「熱量」攝取不足等趨勢或現象，重視營養照護議題更顯重要。

[4] World Health Organization. The Global Health Observatory（GHO）: Noncommunicable diseases: Total NCD mortality. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases（Accessed 13April 2022）

三、食物與存在的意義

「Eat to Live」或是「Live to Eat」？

民以食為天，飲食是維持生命最基本的條件。但食物之於你我，只是為了果腹嗎？現在的食物，早已不僅是維繫生命的養分來源，還承載了人對於過去的自己、親愛的家人、踏過的土地...等的「個體記憶」或「集體記憶」。這樣的記憶內容，可以由飲食文學作家的作品中窺探一二，例如，韓良露（2004，頁 4-7）在「食物與文化之謎」的推薦序中寫到父親的「驢肉渴望」時，其實是在寫關於父親對家鄉的童年記憶，「他(父親)童年曾吃過驢肉，懷念當時的味覺，因此返鄉多年後，驢肉成了他的鄉愁食物-既回憶家鄉又回憶童年。」。異鄉人結合「對家鄉的懷念」與「飲食」，就形成了我們口中的「家鄉味」(許奎文，2018)。曾經居住在同一個地區的人們，未必會有完全相同的「家鄉味」。例如韓良露在其作品提及外婆、父親及母親三位親人不同的飲食內容共同構成他的「家鄉味」。

在西方社會對於「食物」也的提及當人們聞到各式各樣的氣味，總會令人雀躍不已，因為它喚起的是一種「家」的記憶。甚至對於瀕死邊緣的病人而言，那代表的是日常生活的一部分，亦是屬於「常態」的一部分，形容這樣的情形就像是在汪洋中裡發現了一條船，而使得最後的日子因此變得好過一些 (Dorte Schipper，2011)。

對許多人而言飲食不只是為了果腹，而是「Live to Eat」，是為了享受生命的美好或回憶過往的記憶，只是一種生活態度。飲食不只能餵飽人的肚子，更能透過同桌共餐時各種人際互動與其間的交換關係，撫慰（餵）人的心靈。(許奎文，2018)。

四、飲食自主權與營養照護

你快樂嗎？-安養機構的「快樂餐」省思

南投縣 1 名 80 多歲患有失智症的顏姓老翁，在安養中心選擇滷肉飯做為當天的「快樂餐」，沒想到吃完後被噎死，檢察官認為負責審核

> 餐點的黃姓護理師、施姓營養師，明知死者上排無牙齒難咀嚼，仍同意提供滷肉飯，依過失致死罪將2人起訴。不過，法官發現死者於案發前數日也曾吃雞腿、肉絲等食物，咀嚼、吞嚥能力正常，難認2名被告有過失責任，一審判她們無罪。可上訴。（自由時報，2022/05/24）

新聞事件中的安養機構，每周五會提供通稱「快樂餐」的食物供住民選擇，護理師及營養師則會負責依住民個別的身體健康狀況，來審核住民是否適合食用所挑選的快樂餐。由此新聞事件，研究者不禁思考：居住在安養機構的住民是否有選擇食物的權力？當飲食主張與營養照護衝突時，又該以何為主？

根據衛生福利部社會及家庭署 112 年 7 月份老人福利機構統計，全臺灣機構包含長期照護型 40 家、養護型 1000 家（長照 956 人、失智 98 人、安養 569 人）、失智照顧型 2 家及安養型 21 家，共計有 1,063 家（總計 50,155 人，非養護型人數 5,412 人）。在這 5 千多人中，有多少人是可以自由的選擇食物？雖有研究指出，個別化的飲食介入能引起食欲來滿足身、心和健康（王琤等，2015），或相關報導提及高齡營養新食代「吃的下、吃的夠、吃的對」最幸福。但現實情況未見改善的原因則主要是因成本考量或會增加餐食製備時間及高齡者吃完就忘了，而未採取個別化飲食介入（余璧如等，2014）。

安全的飲食(如管灌)來維持生命，是否還能算是活著？

在上述的新聞報導網友留言中，有幾則是這樣說的：

> 鍾：唉！快樂餐就是在安養中心給長輩們選擇他想要吃的東西，這部分營養師肯定都有評估過，結果個人自己的選擇還被外界干擾，這樣還會快樂嗎？
> 梁：以後都給老人吃流質食物才不會被告喔!曾：阿伯最後的快樂居然是碗滷肉飯，真是小確幸。
> L：讓老人家歡喜 vs 灌著流質食品生存，心疼自己家人者應該能懂吧！
> D：上天堂前最後一餐是讓自己快樂的滷肉飯。
> K：快樂餐、安樂死，或許也是不錯的選擇……

C：是要法律規定一律鼻胃管嗎？
麗：護理機構評鑑明文規定，需提供快樂餐給住民選擇，但不是每個沒有牙齒的老人家，都只能吃流質食物，很多沒有牙齒的，吃雞腿、麵包、水果、蚵仔煎、炒麵、肉圓等喜愛的食物，還不是吃到ㄙㄨㄙㄨ叫？請問法官你要怎麼判定，沒有牙齒就限制飲食選擇？
C：阿北快樂地吃滷肉飯才走，這樣子不是了無遺憾了嗎？唉，放下吧！
侯：好喔 以後照顧方法、全部綁起來，禁止活動避免摔倒骨折、全部打成汁，避免噎到、全部肚子打洞，食物灌進去、家屬開心了嗎？
王：應該想一想，法愈嚴苛，未來的照顧工作將陷入極端封閉保守，對受照顧人而言是否符合真正的生活意義？
陳：今天換做我是那個老人，我也會選擇自己喜歡吃的食物，我的至理名言就是（甘願呷後伊系，嘛無愛希無通呷）。
E：其實很多老人不喜歡吃爛爛的食物，還是會很想要吃有口感的。
玲：體會老人家選擇或進食當下愉悅的心情嗎？很多探討安養中心年長者議題節目啓示我們用更人性關懷角度去看待長者真正需求，用苛責非理解的思維方式處理是給老人家還是給家屬自己交待？
志：老了連吃控肉飯的權利都沒？溫：如果這樣被判有罪，那以後老人只能喝流質食品了！

從這些留言中，不難發現一般人是認同機構住民或年長者有權利選擇自己的食物。全靠所謂安全的飲食（如管灌）來維持生命，是否還能算是活著？

高齡者營養照護是針對個案健康狀況提供適量熱量與水分的專業服務，由受過認證的醫事人員執行，主要內容包括需求評估、指導、必要時轉介與紀錄保存。由於慢性病已成全球健康威脅，特別是與飲食相關的疾病，高齡者的營養狀況更應受到關注，飲食不僅是基本的營養需求，還承載個體或集體記憶與文化意義，能提供心理慰藉與生活質感。當前在營養照護與食物選擇權之間有時存在衝突，像是長照機構提供「快樂餐」引發的選擇自由與安全性問題，雖然個別化飲食能提升高齡者的幸福感，但執行上面臨成本與實際操作的限制，這反映了如何平衡營養與自主權以改善高齡者生活品質的重要挑戰。

第二節　罹患慢性疾病高齡者接受長期照顧機構提供飲食之現況

「王爺爺今年 82 歲，因為長期罹患糖尿病和高血壓，三年前搬進了一家長期照顧機構。他的生活在這裡逐漸穩定，但飲食始終是他心中的煩惱。每天的餐食總是圍繞著「健康」這個關鍵詞，營養師精心設計的餐單控制了糖分和鹽分，並且強調低油低鹽。然而，王爺爺卻總覺得食物淡而無味，偶爾想吃點甜點或是一碗鹹香的滷肉飯，卻礙於健康原因無法如願。」

研究者於 2010 年於某長期照顧機構擔任志工，有一天，王爺爺忍不住對護理員說：「我知道這些菜是為了我好，但有時候我真的想自己選擇吃什麼，即使只是一碗有點鹹的湯。」護理員理解他的感受，向營養師反映後，為他安排了每週一次的小小「放縱日」，讓他在控制範圍內享用自己想吃的食物。這樣的調整讓王爺爺心情大好，不僅改善了他的飲食體驗，還讓他感覺生活有了更多的自主權。這也提醒了照顧機構，除了健康管理，滿足高齡者的心理需求同樣重要，飲食應該是維護健康與生活樂趣的平衡點。

壹、慢性疾病與高齡者常見的慢性疾病

一、慢性疾病

疾病區分為急性疾病與慢性疾病，慢性疾病指持續 3 個月以上的疾病，通常是非感染性疾病，是造成人類死亡的主要原因。

WHO 在 2015 年整理出非感染性疾病的報告，主要的四種類型為：一、癌症；二、心血管疾病，包括腦血管疾病、心臟衰竭、和冠狀動脈疾病；三、慢性呼吸系統疾病，例如哮喘，和慢性阻塞性肺病（簡稱 COPD）；四、糖尿病（1 型糖尿病、2 型糖尿病、糖尿病前期、妊娠糖尿病）。

依《全民健康保險醫療辦法》第 14 條其慢性病範圍包含癌症、內分泌及代謝疾病、精神疾病、神經系統疾病、循環系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、泌尿系統疾病、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病、眼及其附屬器官之疾病、

傳染病、先天畸形、皮膚及皮下組織疾病、血液及造血器官疾病、耳及乳突之疾病及其他共 16 項分類。

二、高齡者常見的慢性疾病

人類預期壽命的延長，可歸因於醫療科技進步，大部分的疾病都可以得到妥善的治療，原先足以斃命的急症變成慢性疾病，亦逐漸成為人口老化社會一大隱憂（涂肇慶、陳寬政，1990）。衡量老年的疾病型態有兩種方式，第一種方式是從老年的主要死因疾病類型探討，第二種方式是從各種老年疾病的盛行率討論（張國偉，2000）。我國為以人造疾病與機能退化性疾病主要發生在中、老年時期，且為非急性的疾病，因此又稱為「老人病」或「慢性病」。其特性如下（連倚南，1982；陳建仁，1983；李宏信，1988）：

（一）初期沒有明顯症狀，容易被人忽視。

（二）可以控制，但不會根治的長期性疾病。

（三）常同時具有幾種病、潛伏期長，一旦發病常造成不能恢復的病理變化。

（四）容易誘發併發症，引起殘障、失能等問題，需要長期的照顧、觀察與療養。

依據衛生福利部國民健康署「民國 112 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查 」成果報告顯示，就整體慢性疾病罹患率而言，54 歲以上中老年人中有 77.1%至少罹患一種慢性疾病，年齡層越高則罹病項目數也越多，75 歲以上族群至少罹患一種慢性疾病之百分比超過九成（92.4%）。65 歲以上中老年人曾患各項疾病之百分比，由高至低前五名依序為高血壓（53.6%）、白內障（40.7%）、糖尿病（25.0%）、心臟病（22.5%）、高血脂（21.6%）。

綜上，衡量高齡者慢性疾病通常有兩種方式，第一種是從老年的主要死因疾病類型探討，第二種是各種老年疾病的盛行率。我國以人造疾病與機能退化性疾病主要發生在中、老年時期，且非急性的疾病，常稱「老人病」或「慢性病」。

其特性有四，第一初期沒有明顯症狀，容易被人忽視。第二可控制，但不會根治的長期性疾病。第三同時具有幾種病、潛伏期長，一旦發病可能造成不能恢復的病理變化。第四是容易誘發併發症，而身心障礙、失能等問題，需長期照顧、觀察與療養。

慢性疾病是指持續三個月以上、通常為非感染性的疾病，是全球造成人類死亡的主要原因，WHO 在 2015 年將其主要分為四種類型：癌症、心血管疾病（如腦血管疾病、心臟衰竭、冠狀動脈疾病）、慢性呼吸系統疾病（如哮喘、COPD）以及糖尿病（包括 1 型、2 型、糖尿病前期與妊娠糖尿病）；根據《全民健康保險醫療辦法》，慢性病範圍涵蓋 16 項分類，包含癌症、代謝疾病、神經系統疾病、循環系統疾病等；隨著醫療科技進步和人口老化，急性疾病逐漸轉為慢性疾病，成為現代社會的重要健康挑戰，高齡者常見慢性病如高血壓、白內障、糖尿病、心臟病和高血脂等，54 歲以上中老年人中有 77.1%至少罹患一種慢性疾病，75 歲以上族群比例更高達 92.4%，此類疾病具有四大特性，分別是初期症狀不明顯、無法根治但可控制、可能同時患有多種疾病且潛伏期長，並容易引發併發症導致失能或需長期照護，顯示慢性疾病對高齡者健康與生活品質的重大影響。

貳、長期照顧機構式服務

長照發展重大里程碑：立法院三讀通過「長期照顧服務法」

「長期照顧服務法」於 104 年 5 月 15 日由立法院完成三讀。該法於 99 年由原衛生署送行政院審議再送立法院，迄今歷經四年半時間；其立法之完成，代表我國長照發展邁向重大里程碑。本法案對我國長照制度之發展極為重要，內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大要素，並包括以下重要制度：1.整合各類長照服務基礎，包括：居家、社區及機構住宿之整合式服務，各民間團體期盼已久之小規模多機能服務取得法源依據；2.為外籍看護工由長照機構聘僱後派遣至家庭提供服務，或由雇主個人聘雇之雙軌聘用方式訂立法令基礎，外籍看護工入境後其雇主更可申請補充訓練；3.明定照顧服務員之長照專業定位；4.

以長照基金獎勵資源不足地區及型態，包括人力及服務資源；5.有關各界關注之家庭照顧者，首次納入服務對象；6.無扶養人或代理人之失能者接受機構入住式長照服務時，地方政府之監督責任。（行政院衛生福利部，2015）

《長期照顧服務法》自 106 年 6 月 3 日正式施行。根據該法第 3 條，所稱「長照服務機構」是指以提供長期照顧服務或進行長期照顧需求評估為目的，依本法設立的機構。第 9 條規定，長照服務依據提供方式可分為五類：居家式、社區式、機構住宿式、家庭照顧者支持服務，以及其他由中央主管機關公告的服務方式。其中，「機構住宿式」服務是指提供受照顧者入住的全時照顧或夜間住宿等服務。本研究的主要場域即聚焦於「機構住宿式」服務的提供情境。

此外，第 21 條進一步依服務內容將長照機構分為：居家式服務、社區式服務、機構住宿式服務、綜合式服務，以及其他經中央主管機關公告的服務類型。法規第 12 條則明訂了機構住宿式長照服務的具體項目，包括：一、身體照顧服務；二、日常生活照顧服務；三、餐飲與營養服務；四、住宿服務；五、醫事照護服務；六、輔具服務；七、心理支持服務；八、緊急送醫服務；九、家屬教育服務；十、社會參與服務；十一、預防其他失能或減緩失能惡化之服務；十二、其他由中央主管機關認定的與入住方式相關的長照服務。本研究主要研究探討之內容為項目三「餐飲及營養服務」及項目七「心理支持服務」。

機構式照顧（institutional care）是指長期需要照顧的高齡者居住的專門機構，並由該機構提供全天的綜合性服務；透過家庭、民間機構、團體及政府等力量，為高齡者提供完善的安養、長期照護等福利措施，以補足家庭照顧功能之不足，增進高齡者的福祉（呂寶靜，2012；黃惠璣，2011）。其中含括長期照顧機構（包括長期照護型、養護型及失智照顧型）、養護機構、安養機構、護理之家等。 此方式核心任務是照顧老年人的日常生活起居，其照顧過程與相處時間最長，能第一時間察覺被照顧者的需求與健康變化，為需要密集照顧的高齡者提供完整且專業化的照護型態，可減輕家屬在精神上和體力上的負擔。因此，凡是依

賴度高、家庭及社區資源薄弱、需要特殊或較專業照顧的失能高齡者，都是機構式照顧的主要對象（李素貞等，1997）。

一、接受長期照顧服務的高齡者

《長期照顧服務法》實施後，提供預期或已達身心失能六個月以上者長期照顧服務，特定服務項目須由依長期照顧服務法設立許可之長期照顧服務機構及長期照顧服務人員提供，依《長期照顧服務法》規定之機構類型及服務提供方式包含：居家式、社區式及機構住宿式之服務。隨著全球人口老化趨勢迫切顯著，長期照護服務成為高齡者維持生活品質的重要手段，慢性疾病纏身及家庭結構變遷，越來越多的人選擇入住長期照護機構。2021 年衛生福利部、財團法人國家衛生研究院出版之《臺灣高齡健康與長照服務年報》在第五章「醫療與長照」部分的說明，2021 年長期照顧服務用戶隨著年齡增長，使用者在總人口中的比例呈現上升趨勢，其中 75 歲以上人口的比例最高，達 67.8%。整體而言，女性使用者比例（57.6%）高於男性（42.4%）。（行政院衛生福利部，2022）

二、高齡者入住長期照顧機構的原因

根據劉正與齊力（2009）的研究，隨著台灣高齡人口逐漸增加，家庭結構從多代同堂逐漸轉變為核心家庭，高齡者與子女之間的互動減少，扶養及照顧需求逐漸依賴外部資源，這促使更多的高齡者選擇長期照顧機構。特別是對高齡者來說，這類機構可以提供專業的監測醫療、復原治療及日常生活管理，進而幫助他們維持生活自理。

《台灣高齡健康與長照服務年報》研究針對服務使用者除年齡的調查外，尚有性別、族群、長照等級、經濟別、身心障礙證明有無及是否獨居，但並未對其是否患有慢性疾病做調查分析。見表 2-1 2021 年長照服務使用者之人口學特性。

表 2-1

2021 年長照服務使用者之人口學特性表

單位：人，百分比		人數	百分比
總人數		388,866	100
年齡	19歲以下	5,263	1.4
	20-49歲	13,198	3.4
	50-64歲	32,965	8.5
	65-74歲	73,845	19
	75歲以上	263,594	67.8
	遺漏值	1	0
性別	男性	164,987	42.4
	女性	223,879	57.6
族群	非原住民	375,678	96.6
	原住民	13,157	3.4
	遺漏值	31	0
長照需要等級	1、1a、1b	512	0.1
	2	54,232	13.9
	3	58,981	15.2
	4	72,777	18.7
	5	60,781	15.6
	6	42,661	11
	7	43,590	11.2
	8	55,332	14.2
經濟別	一般戶	312,373	80.3
	中低收入戶	30,013	7.7
	低收入戶	46,480	12
領有身心障礙證明	是	197,684	50.8
	否	191,151	49.2
	遺漏值	31	0
獨居	是	48,470	12.5
	否	340,331	87.5
	遺漏值	65	0

資料來源：衛生福利部(2022)。長期照顧管理資訊平台，網址： **https://1966.gov.tw/LTC/cp-6485-70119-207.html**

註 1：長照服務使用者係指使用長照給支付服務人數，包含使用照顧及專業服務、交通接送服務、輔具及居家 無障礙環境改善服務、喘息服務等。

註 2：長照需要等級係按失能程度，共分為 1-8 級，其中失能等級 2-8 級得依長期照顧服務申請及給付辦法，按 失能程度核定長照服務給支付額度。

註 3：長照需要等級 1 為無失能老人，1a 為失智未失能者，1b 為衰弱老人，該表為民眾經照管中心評估後之結果， 故長照需要等級為 1、1a、1b 的人數較少，不代表國內該類人之總數。

註 4：年齡、族群、領有身心障礙證明、獨居及聘僱外籍看護之人數總和不等於總人數係因該欄位有遺漏情形所致。

雖然許多高齡者選擇進入長期照顧機構的主要原因並不是為了控制飲食，但隨著年齡增長及身體機能變化，飲食管理成為照顧過程中不可忽視的一部分。專業的飲食調理服務能夠根據個人的健康狀況，提供適合的營養計劃，以維持其身體機能。長期照顧機構中的管理與飲食息息相關。除了飲食管理之外，長期照顧機構還能提供一種社交互動的環境，減少高齡者的孤獨感。日趨疏離，高齡者的心理需求得不到充分滿足，而在機構活動中，他們能夠與同儕互動，參與各類社交，這有助於他們提升心理健康。

《長期照顧服務法》自 106 年 6 月 3 日施行，依據該法規定，長照服務分為居家式、社區式、機構住宿式、家庭照顧者支持服務及其他公告方式，其中機構住宿式服務專為提供高齡者全時照顧或夜間住宿等服務而設，並涵蓋身體照顧、日常生活照顧、餐飲與營養、住宿、醫事照護、輔具、心理支持、緊急送醫、家屬教育、社會參與及失能預防等多項服務，特別是餐飲及營養服務與心理支持服務被認為對高齡者健康與福祉至關重要；機構式照顧針對長期需要密集照顧的高齡者提供專業化的全方位服務，包含養護機構、安養機構及護理之家等類型，旨在補足家庭照顧的不足，增進高齡者福祉，並有效減輕家屬的身心負擔；隨著人口老化及家庭結構的轉變，越來越多高齡者選擇入住長期照顧機構，其主要原因包括專業照護、健康管理及心理支持，尤其在慢性疾病盛行與飲食需求增加的情況下，機構中的專業飲食調理及社交環境更有助於維持身體機能與心理健康，而 2021 年《台灣高齡健康與長照服務年報》亦指出，長照服務使用率隨年齡增長，75 歲以上使用者比例最高，其中女性高於男性，顯示長期照護機構在高齡社會中的重要性日益突顯。

參、長期照護機構之專業工作者

長期照護機構是提供對需要長期照護和支持的單位，如肢體功能障礙者或慢性病患者的服務機構。長期照護機構之專業工作者為以提供年老或考慮長期健康

需求之照護專業人員。在這些機構中，有多位專業工作者負責提供照護、支持和管理，以確保被照顧者的相關權益。在《長期照顧服務機構設立標準》第 12 條住宿式長照機構之設立標準表中對於人員之規範要求為：（一）業務負責人、（二）護理師或護士、（三）社會工作人員、（四）照顧服務員及（五）其他人員。在設立標準中第五項其他人員主要有兩大項，其一是針對有提供呼吸照護之機構，需聘任專兼任呼吸治療師；其二是得視業務需要置行政人員、醫事人員或其他工作人員。

在《長期照顧服務法》第二章長照服務及長照體系第 12 條，機構住宿式長照服務之項目明列須包含「餐飲及營養服務」，因此在長期照顧機構中會聘任專、兼任之營養師來參與住民飲食計畫的製定和實施，他們可以提供專業建議，確保居民的營養需求得到滿足。

綜上，所謂長期照顧機構之專業工作者，指的是機構配置多類專業工作者負責提供照護、支持和管理，以確保被照顧者的相關權益。在《長期照顧服務機構設立標準》第 12 條，住宿式長照機構之設立標準表對人員規範包含業務負責人、護理師或護士、社會工作人員、照顧服務員及其他人員。長照機構服務項目明列「餐飲及營養服務」，聘任專、兼任之營養師參與住民飲食計畫的製定和實施，提供專業建議，確保居民的營養需求得到滿足。本研究所指之專業工作者包含護理師、社會工作人員、照顧服務員及營養師。

肆、罹患慢性疾病高齡者接受長期照護機構服務之飲食現況

關於罹患慢性疾病高齡者接受長期照護機構服務飲食現況之研究，主要針對其個別健康需求進行調整，以確保營養均衡並改善生活品質。這些飲食安排通常包括低鹽、低糖、低脂等健康飲食原則，並根據個別疾病狀況進行調整。此外，機構通常會提供適合咀嚼和吞嚥困難者的軟質或絞碎食物，以促進高齡者的飲食接受度和營養攝取。然而，由於資源有限和個別化需求的挑戰，部分高齡者的飲

食需求可能無法完全被滿足。因此，提升飲食服務的個別化程度與多樣性，以及提供適合的營養教育與支持，是未來改善長期照護機構飲食服務的重要方向。以下為相關文獻之整理：

一、飲食服務需求

高齡者普遍面臨多重慢性疾病和功能障礙，如糖尿病、高血壓、心臟病、腦血管疾病等，需要依據病情提供個別化的飲食安排，以維持健康狀況並減少病情惡化。除了疾病管理外，營養不良和體重減輕是高齡者的常見問題，因此，適當的飲食能改善其生活品質和健康狀況。

二、機構內飲食安排的基本原則

強調均衡營養，確保熱量、蛋白質、碳水化合物、脂肪及微量營養素的充足攝取。考量慢性病患者的特殊需求，如限制鹽分、糖分、膽固醇的攝取量。使用軟質食物或打碎、攪爛、攪碎食物，便於吞嚥困難的老年人食用。

三、飲食服務的實施現況

多數長期照護機構有專職或兼職營養師負責膳食設計與計畫，根據個別病患的健康狀況調整餐單。機構提供三餐和點心，並注重烹調方法，如蒸、煮、燉等低油、低鹽、低糖的健康飲食方式。食物的準備過程符合衛生標準，防止食物中毒或感染的發生。

四、現有問題與挑戰

飲食需求個別化程度不夠，難以完全滿足所有慢性病患者的特殊營養需求。資源有限，如人力、預算等問題，可能導致食材選擇及料理方式受到限制。高齡者食慾低下或味覺減退，對食物的接受度不高，需要增加食物的色、香、味來刺激食慾。

五、先前研究之改善建議

關於罹患慢性疾病高齡者接受長期照護機構服務之飲食現況之研究建議，可歸納為以下三項：（一）增加個別化營養評估，定期調整飲食計劃，針對慢性病

患者設計不同飲食方案。（二）提供多樣化的食物選擇，提升餐點的吸引力，增加食物的顏色搭配和風味。（三）定期舉辦營養教育與飲食管理講座，讓照護者及家屬了解營養的重要性，共同配合改進飲食狀況。

長照機構中的高齡者，面臨著慢性疾病與飲食限制的雙重挑戰。機構的飲食安排應兼顧營養均衡和個別化需求，並提供專業的營養師進行評估和指導。然而，現行機構的飲食服務仍存在個別化程度不足、資源有限等問題，導致部分長者的飲食需求未被滿足。

第三節　自我決定理論

本節根據研究目的，選擇與研究主題「飲食主張與營養照護衝突」相關之自我決定理論進行探究。自我決定理論 (Self-Determination Theory, SDT) 是由 Deci & Ryan (1985) 兩位學者首先提出，主要在探討個人決定自我行為的動機過程。該理論主張，個人的動機和動機驅動力取決於他們對自主性 (Autonomy)、勝任感 (Competence) 與歸屬感(Rrelatedness)的滿足程度 (Deci & Ryan, 1985)。在本節中，首要探討自我決定理論的內涵與定義，並探究自我決定理論應用於各領域之相關研究，最後說明自我決定理論對於罹患慢性疾病高齡者飲食動機及飲食態度之相關影響。

壹、自我決定理論的定義與內涵

一、自我決定理論的定義

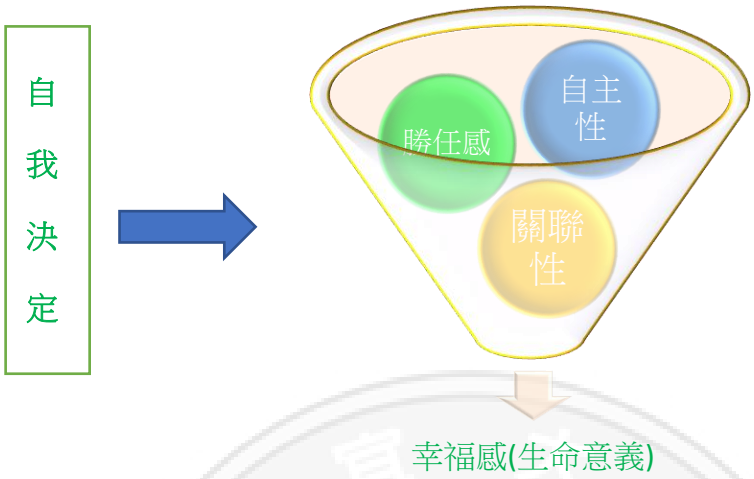
人類個性與動機的理論，關注個人與生俱來的天賦資質與心理需求。探討人發自內心的動機，排除外在誘因與影響，重點聚焦在個人激發與自我決定自我決定論的核心以人的自然本質，會出現持續正向信念，且會重覆出現，努力達成自我承諾意即內在增長趨勢，而同時亦具有與生俱來的心理需求，用以做為自我激發 (self-motivatin) 與個性整合 (personality-integration)的用途(Deci & Ryan, 2002)。

二、我決定理論三個基本的心理需求

Deci 和 Ryan 提出自我決定理論與生俱來的需求，如果能滿足需求，會為個人帶來最佳發展與進步。自主性分為三個層次：自主性 (Richard，1968；Deci，1975)、勝任感 (Harter，1978；White，1963)及歸屬感 (Baumeister & Leary，1995；Reis，1994)，這三個基本心理需求的滿足對於人類行為具有重要意義，當這些需求獲得滿足時，個人將感受到心理上的成就感，進而促進心理適應，帶來正面的心理效益 (Deci & Ryan, 2002) 見圖 2-1。

圖 2-1

三種先天需求構成的自我決定理論



資料來源：研究者繪製。

(一)自主性 (Autonomy)

指個體在行為中感受到選擇和控制的程度。本研究指的是對於長期照顧機構中的高齡者而言，自主性體現在他們對於飲食的選擇權、決策權，以及對飲食環境的掌控度。

(二)勝任感 (Competence)

指個體相信自己能夠成功執行某項任務的能力。對於本研究指的是高齡者而言，勝任感體現在他們對自己飲食行為的掌控能力，以及對維持健康飲食的信心。

(三)歸屬感 (Relatedness)

指個體對某個團體或環境的認同感、歸屬感和連結感。對於本研究指的是居住在長期照顧機構的高齡者而言，機構不僅是生活空間，更是其建立社會關係、獲得情感支持的重要場域。歸屬感的高低會直接影響高齡者在機構中的心理狀態，進而影響其飲食行為。

上述三項基本心理需求被滿足後，內在動機會變得更為強大。個人需要感到自主來自於一種相對於外在壓力和控制的內在動機。他們有權決定自己的行為，不受外界條件的制約。能力層次（勝任感）是指個人的成就需求，即能夠完成具有挑戰性的任務，並感到自己具有所需的技能和能力。個人需要從自己的努力中獲得成功和成就感。人際關係層次（歸屬感）是指個人與他人之間的連結和關係。個人需要被接納、被理解和被重視，並與他人建立良好的關係。

三、自我決定理論的內涵

自我決定理論提出了三種基本的動機驅動力：內在動機、外在動機和無動機。內在動機是指個人因為內在興趣和滿足而參與行為，並享受行為本身的過程。外在動機是指個人參與行為是為了獲得外在的獎勵或避免外在的懲罰。無動機則表示個人找不到任何動機參與行為，可能會出現無聊、灰心和消極的態度。詳如表 2-2 自我決定的不同動機之連續變化表。

自我決定理論強調，當個人的自主性、能力和人際關係需求得到滿足時，他們會經驗到更高的動機和更好的結果。相反，當這些需求受到阻礙或壓力時，個人的動機和結果可能會下降。

表 2-2

自我決定的不同動機之連續變化表

行為	非自我決定					自我決定
動機類型	無動機	外在動機				內在動機
調節型態	無調節 Non-Regulation	外部調節 External Regulation	內部調節 Introjected Regulation	認同調節 Identified Regulation	整合調節 Integrated Regulation	內在調節 Intrinsic Regulation
歸因點	非個人的 Impersonal	外部的 Extemal	有些外部 Somewhat Extemal	有些內部 Somewhat Intemal	內部的 Intemal	內部的 Intemal
調節過程	無意圖 缺乏控制	合規 外部獎懲	自我控制 自我涉入 內在獎勵與懲罰	個人重要性 賦予價值	一致性 自我整合	興趣 享受 內在滿足

資料來源：Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000)。

綜合上述，Deci 與 Ryan 所提出的自我決定理論 (SDT) 強調，當個體的自主性、能力感與歸屬感等三項基本心理需求獲得滿足時，其內在動機將得以激發，並驅使個體更積極地參與各種活動。該理論不僅突顯了內在動機相較於外在動機的重要性，更深入探討了個體在行為動機背後的深層需求。

SDT 提供了一個全面的理論框架，有助於我們理解個體在各項行為中的動機與決策過程。將此理論應用於罹患慢性疾病的高齡者飲食行為研究，可深入探討高齡者在飲食選擇與對自己飲食行為掌控能力的驅動力，並進一步揭示其內在動機與外在因素之間的互動關係。透過了解高齡者對自主、能力與歸屬感的需求，研究者可發展出更符合高齡者心理特性的健康促進策略，以提升其飲食行為的依從性，並改善整體健康狀況。

參、自我決定理論於罹患慢性疾病高齡者飲食動機及飲食態度運用

國內運用自我決定理論作為相關研究以教育及運動層面居多，運用於高齡者研究目前只有劉雅文、莊秀美 （2006）《探討失能老人家庭選擇長期照護福利服

務之決策過程－老人自主權之分析研究》，該文研究旨在探討失能老人家庭在選擇長期照顧福利服務時的決策過程，深入了解老人及其家人的需求，並聚焦於決策過程中老人自主權的實際運作情況。透過從老人與家人的權力關係角度，重新檢視老年人自主權的議題。施麗紅（2010）的《老人入住長期照顧機構行為初探—以自我決定理論析之》，該文運用自我決定理論分析老人選擇入住長期照顧機構的行為，內文僅透過文獻分析針對主題進行初步的探索與分析，非立即進行深入的實證或結論性研究。曹文瑜、陸順情（2018）《影響臺灣下流老人生活滿意與幸福感之研究》，該文研究旨在探討活動理論中的社交活動與自我決定理論中自主性、自主生活動機及幸福感之間的關係。孫智辰（2018）的《老人進入日間照顧中心之基本心理需求滿足之研究－以自我決定理論分析》該文運用 Deci 與 Ryan 所提出之自我決定理論為基礎，探討老人的基本心理需求（自主性、勝任感及關聯感）如何影響他們使用日間照顧服務的意願。

國外亦是以教育及運動領域居多，在 5 年內與高齡者或慢性疾病相關研究有：Sarfo et al. (2023)《成人糖尿病患者的自我決定理論與生活品質：範圍界定審查》；Oumrait et al.(2020)《自決可以解釋有第 2 型糖尿病風險或患有第 2 型糖尿病的成年人的飲食模式嗎？斯德哥爾摩社會經濟弱勢地區的橫斷面研究》；Guo et al. (2023)《腦中風高風險族群健康管理的有效性：基於健康生態學模型和自我決定理論 (HEM-SDT) 的干預研究》；Tang et al. (2021)《老年人基本心理需求滿足透過自主動機對心理健康的貢獻：中法跨文化研究》

表 2-3

自我決定理論與高齡者相關研究統整表（論文與期刊）

研究者	研究名稱	研究發現
曹文瑜 陸順情 (2018)	影響臺灣下流老人生活滿意與幸福感之研究	1.下流老人的自主性會影響其自主生活動機。 2.下流老人的社交活動會影響其幸福感，但自主生活動機對幸福感的影響未達顯著水準。
孫智辰 (2018)	老人進入日間照顧中心之基本心理需求滿足之研究－以自我決定理論分析	1.老人從子女獲得的溝通資訊及日照中心的尊重程度會影響其自主性。 2.老人的身心狀況退化會影響其生活中的勝任感。 3.老人的行動能力以及工作人員與家屬之間的互動強度會影響其情感上的關聯感。
施麗紅 (2010)	老人入住長期照顧機構行為初探—以自我決定理論析之	1.老人入住長期照顧機構的選擇行為（自我決定）在於社會環境脈絡的影響。 2.社會工作專業在各種老人照顧相關工作中有責無旁貸之角色。
劉雅文 莊秀美 (2006)	探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程－老人自主權之分析研究	1.老人通常偏好在家照顧，較抗拒機構照顧，而家人則多偏好機構照顧。 2.影響老人自主權的因素包括失能程度、經濟能力及家人關係。有些老人為了改善與家人的關係，選擇放棄自主權。 3.老人過去照顧子女越多，子女的照顧意願越高。 4.家人的照顧結構中，男性是決策核心，女性則被視為理所當然的照顧者，並多負責尋找照顧資源的角色。
Sarfo et al. (2023)	成人糖尿病患者的自我決定理論與生活品質：範圍界定審查	在糖尿病管理中應用自我決定理論(SDT)，有助於提升糖尿病患者的健康狀況與生活品質。因此，糖尿病管理的介入措施可以以自我決定理論為基礎來設計與指導治療方案。

研究者	研究名稱	研究發現
Guo et al. (2023)	腦中風高風險族群健康管理有效性：健康生態學模型和自我決定理論（HEM-SDT）干預研究	HEM-SDT健康管理模式能有效提升中風高風險族群的健康知識、行為和信念，並顯著改善可變危險因子。此模式可作為中風高危險族群的系統性健康管理推薦方案。
Tang et al. (2021)	老年人基本心理需求滿足透過自主動機對心理健康的貢獻：中法跨文化研究	根據自我決定理論 (SDT)，滿足自主性、能力和關聯性這三項基本需求，有助於提升自主動機，進而促進心理健康 (PWB)，且這種影響具有跨年齡和跨文化的普遍性。文化在能力滿足與 PWB 之間的關係中具調節作用，中國老年人中能力滿足對 PWB 的促進作用強於法國老年人。這些結果顯示，儘管 SDT 具廣泛適用性，但**在老年人照護中應重視文化差異。**
Oumrait et al. (2020)	自決可以解釋有第 2 型糖尿病風險或患有第 2 型糖尿病的成年人的飲食模式嗎？斯德哥爾摩社會經濟弱勢地區的橫斷面研究	2 型糖尿病 (T2D)是瑞典的主要健康問題，在社會經濟弱勢地區的盛行率持續上升。自我決定理論 (SDT)被視為建立有效介入措施的理想框架，以促進和維持長期健康習慣，進而預防或延緩 T2D 的發病。然而，有關 SDT、T2D 及飲食的研究在社會經濟弱勢群體中仍顯不足。

資料來源：研究者整理。

上述高齡者的自我決定相關研究結果，可發現會影響高齡者自我決定的因素，包含個人的生理狀況、家庭關係、社會環境，以及外部資源的可及性和支持系統。

高齡者的身心健康和行動能力直接影響其自我決定的能力。隨著年齡增長，高齡者的身心狀況和行動能力可能逐漸退化，這會影響他們在日常生活中的勝任感，並限制其自主生活的可能性。此外，日照中心和其他照護機構的尊重程度，及與子女的溝通情況也會對高齡者的自我決定產生影響。當高齡者感受到來自照

護人員和家人的尊重時，可能更願意積極參與生活中的決策。

經濟能力也是高齡者自主權的重要因素之一。經濟狀況較好的高齡者在選擇住家照護或入住機構時，能有更多的選擇權和自由度。反之，經濟能力不足的高齡者在面對照護選項時，可能被迫接受他人所安排的照護方式，進而喪失自我決定的權利。

家庭關係也在高齡者自我決定中扮演重要角色。過去高齡者對子女的照顧程度，會影響子女的回饋意願。若高齡者過去對子女的照顧較多，子女在其晚年可能更願意提供照護。而在家庭照護中，通常由男性作為決策核心，女性則多擔任照護者角色，負責尋找照護資源。這種性別分工模式可能影響高齡者的實際選擇空間，也會對其自主性產生影響。有些高齡者為了維持與家人的良好關係，甚至會選擇放棄部分自主權，來配合家人的期望。

此外，社會環境與社會工作者的支持也會影響高齡者的自我決定。高齡者入住長期照護機構的選擇行為，往往受到其所處社會脈絡的影響。在這樣的情況下，社會工作者需要發揮專業能力，協助高齡者理解各種選項並維護其自主性。尤其對於經濟狀況較差的「下流老人」，其自主性會直接影響自主生活的動機。儘管這些老人可能透過社交活動來提升幸福感，但其自主生活動機對幸福感的影響卻並不顯著，顯示社會支持在其生活質量中的重要性。

綜上可知，影響高齡者自我決定的因素包括其身心健康、經濟能力、家庭關係、社會支持，以及照護體系中的互動和尊重。這些因素交織作用，共同塑造高齡者的選擇和自主權的實現。

究欲探索高齡者對食物主張與營養照護顧是有什麼觀點？自己主張是否被聽見？誠如哲學家康德認為人的尊嚴一直是眾多哲學家關注的焦點問題，他認為自由意志是其核心，人的尊嚴體現代表自己是行動者，並憑藉自身的行動來進行選擇的這種能力。故自我決定對人的重要意義不言可喻。

第四節　個別化飲食介入需求與全人健康照護服務

根據衛生福利部國民健康署 2019 年 12 月出版的「高齡營養飲食質地衛教手冊」，明確指出「吃不下是高齡者最大的生活煩惱之一」，而吃不下的原因來自於牙口不好，咬不動肉、吃得都是黏糊糊的東西等，進而造成營養不良，高齡者的咀嚼、吞嚥會影響「食」的能力。因此一般「個別化飲食」指的是除了一般飲食外，會依據高齡者牙口功能，就咀嚼吞嚥較差者烹煮軟爛一點的軟質飲食，針對牙齒較弱調製細碎飲食（剪碎），另外還有為全口無牙的高齡者準備的流質飲食（用調理機絞碎），以及使用鼻胃管灌食的管灌飲食等，皆依高齡者個別化調理的飲食方式，目的是滿足長輩「吃」的需求。

壹、個別化飲食

個別化飲食是一種根據個人的健康狀況、生活方式及飲食習慣，量身訂製的營養計劃，旨在滿足每個人的獨特需求，以達到最佳的健康效果。這種飲食介入強調在均衡營養的基礎上兼顧食慾，滿足生理與心理健康需求，並強調營養與美味並重（王琤等，2015）。個別化飲食能有效幫助人們改善健康、預防疾病，並提升整體生活品質。

如依衛生福利部（2024）[5]「113 年度長期照顧服務機構評鑑基準」之「 住宿式長期照顧服務機構評鑑基準」評分項目「專業照護品質」項次 B28 指標內容：「服務對象膳食及個別化飲食情形」所稱個別化飲食基準如下：1.由專任或特約營養師擬定至少 2 星期之循環菜單並提供諮詢，菜單與每日餐食相符。2.依服務對象疾病類別、生理狀況與需求（如糖尿病、腎臟病、心臟病、體重過輕或肥胖、痛風等）、生活習慣宗教因素（如素食者或有禁忌者），設計並提供個別化、營養均衡、衛生且多變化之飲食。3.提供之食物質地應符合服務對象 之生理需

[5] https://1966.gov.tw/LTC/cp-6457-69929-207.html (查詢日期 2024 年 10 月 11 日)

求，如：一般飲食、細碎、軟質、流質、管灌等。4.每週至少提供 1 次快樂餐。5.備有配合服務對象個別化之餐具，如缺口杯、易握把柄湯匙刀叉、高邊盤等，並落實提供服務對象合宜之餐具。6.服務對象有私人餐具、飲用水用具。除特殊情形外，不應使用免洗餐具。7.每半年至少 1 次進行膳食滿意度調查，並將改善意見落實於改進膳食服務。

貳、個別化飲食滿足長者吃的需求

老人照顧除了醫療外，飲食也是長者生活的重心。依據一份老人營養調查資料，發現年長者幾乎都缺乏營養，最大原因就是「吃不下」。

> 金門縣大同之家照顧老人也注意到長輩牙口咀嚼，吞嚥功能不一與不同疾病的需求，為此提供了專業而友善的個別化飲食，讓長者即便全口無牙，一樣天天能享用符合自己需求的美味三餐。大同之家主任董燕輝表示，高齡者因為身體機能改變、牙口問題及長年伴隨的慢性疾病影響等等，需要的營養和食物的質地，都和一般人有所不同，因此，對於長者的生活重心「三餐」特別重視，除了大幅改善食材的採購、驗收流程，且多傾聽長者對伙食的期待，以及到餐廳陪伴阿公阿嬤用餐，共享當餐飯、菜，實地深入了解長輩們的需求，透過直接觀察長輩餐食習性，作為大同之家調理個別化飲食重要的參考，祈讓長輩能吃得下、吃得好、吃得夠，更能吃得巧。(金門日報，2021)

透過上述報導內容可見，除了考量高齡者本身的慢性疾病與調整食物的適口性之外，傾聽高齡者對食物的期待（如想吃的食物）也非常重要。然而，機構住民常面臨口咽吞嚥困難，常見的解決方式是改變食物質地，如將食物切碎、打成泥、添加增稠劑或重新塑形。這些改變可能導致營養素流失，並削弱住民的進食動機與樂趣。飲食不僅是滿足基本需求，更是享受生活的方式（呂哲維、胡月娟，2020）。因此，確保機構住民能吃自己喜歡的食物，才能真正達到「吃得下、吃得好、吃得夠，且吃得巧」的目標，這是高齡化社會中的一項重要課題。

參、全人健康照護服務

醫療科技的進步使得人類壽命延長，全球急遽邁向高齡化社會，臺灣老化情形亦相當嚴重。高齡化社會的挑戰除增加醫療與照顧成本外，亦會加重社會福利制度的負擔，因此倡導全民注重高齡全人健康照護，加強健康促進，將健康年數增加，便可延後高齡老人失能狀況。（王靜枝、楊月穎、劉美吟，2018）。

一、全人健康照護的轉變與發展

在健康及醫療照護領域，醫療照護的典範逐漸從以醫師及醫療為中心，演變成以病人多層次需求為中心，進而發展為將病人視為一個完整個體的醫療模式，將「全人療癒」(holistic state of healing) 的概念融入醫療中 (Howie J et al., 2004)。這種變化反映了對病人需求與期望的重視，並強調醫療服務不僅是治療疾病，而是恢復與促進病人整體健康與福祉。

根據相關文獻，「全人健康照護」有包含醫療 (Holistic medicine) 方面、護理 (Holistic nursing) 方面及另類醫學 (Altern medicine)方面等三個主要領域(Ventegodt S et al.，2004) 。本研究以林育志等 （2023）為主要參考依據，探討之主題以醫療方面的為主「全人健康照護」，其將論述內容分「全人照護中的全人」、「以病人為中心的概念」及「全人與病人為中心概念之並」三部分。

美國醫學研究院 (IOM) 於 2001 年提出了以病人為中心的定義，認為這是一種「提供尊重並響應病人個人偏好、需求與價值觀的照護，並確保病人的價值觀能夠指導所進行的臨床決策」。這一觀點強調了患者在醫療決策過程中的主動角色，並體現了全人健康照護與以病人為中心的理念。

二、全人照護中的全人概念

全人 (Holistic Health Care) 的概念旨在探討如何理解人類需求的本質，這些需求不僅限於生理健康，還包括心理、社會與精神層面。全人健康照護強調，醫療照護者不應只關注患者的疾病或症狀，而應綜合考慮各層面因素，提供更全面、個性化的治療方案。這種理解與實作方式能更好地促進患者的整體健康，讓他們

在生理與心理上都能達到平衡與滿足。

（一）以病人為中心的理念

「以病人為中心」的理念強調，醫療服務的根本目的是基於病人的需求與期望而提供。在醫療決策過程中，照護者應理解並尊重患者的價值觀，並且將這些價值觀融入到治療計畫中。在面對各種醫療決策中的價值衝突時，醫療照護者應回歸醫療服務的本質，確保所提供的服務符合患者的個人需求與期望，並最大程度地提高患者的生活質量。

（二）全人與以病人為中心概念的結合

全人健康照護與以病人為中心的理念雖有不同的著眼點，但兩者具有高度互補性。全人健康照護強調「整體」，將人視為多層面需求的整合體；而以病人為中心則強調「個體」，關注的是每個病人的獨特需求與期望。這兩個概念的結合，讓醫療照護能夠同時兼顧個人化的需求與全人照護的全面性。

三、**健康的廣泛定義與全人健康照護的目標**

根據世界衛生組織 (WHO) 的定義，健康不僅僅是指沒有疾病或病痛，而是包括生理、心理與社會的全面安適狀態。在 2002 年，WHO 強調了促進心理健康、維繫社會聯結與提升身體健康的重要性，認為這三者同樣關鍵，尤其是在高齡化社會中，維護身心健康是確保高齡者享有高品質生活的核心要素。

由上述可知，以人為中心的照護理念強調，在提供醫療或照護服務時，應尊重個體的自主權與尊嚴。不僅關注受照顧者的生理健康，還重視其心理與情感需求，並鼓勵其積極參與決策過程。這種方式旨在同時照顧生命與維護人性尊嚴，使受照顧者在生活各方面都能獲得適切的支持與尊重。全人健康照護是一種多層面、多元化的醫療模式，涵蓋身體、心理、社會和精神層面的需求，並融入了以病人為中心的理念。其核心價值在於視患者為一個整體，提供全面且個性化的醫療照護。

第五節　罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者營養照護與自我決定之相關研究

近年來，隨著全球高齡化趨勢不斷加劇，長期照護機構中罹患慢性疾病的高齡者人數持續增加，引發了對其營養照護的關注和重視。慢性疾病在高齡者中愈加普遍，這使得營養成為疾病管理和健康維護中的重要一環。國內外眾多研究關注於長期照護機構中罹患慢性疾病的高齡者，探討其營養需求、飲食模式與健康之間的緊密關係。

對於罹患慢性疾病、接受長期照護的高齡者的營養照護有相當多的研究和關注。這些研究通常關注於營養與慢性疾病之間的相互作用，以及營養對於疾病管理和老年人健康的影響。下面將簡要列出各相關研究並做討論。

壹、自我決定理論運用於探討長期照顧機構中高齡慢性病患者的營養照護

以下是在本研究中應用自我決定理論的重點：

一、自主性 (Autonomy)

這部分強調高齡者(接受服務者)在飲食選擇上的自主需求。由於長期照顧機構的飲食安排常受營養標準和醫療規範的限制，受照顧的高齡者可能會感到自己在選擇上受到限制。研究可以透過觀察這些高齡者對「食物主張」的表達來理解他們的需求，如選擇自己喜愛的食物、保持飲食的多樣性等。這些自主性的需求若未被滿足，可能導致患者對照護過程產生抗拒。

二、自主性勝任感 (Competence)

勝任感反映了個人在處理特定情境時的有效性。高齡者可能會因健康狀況下降而對自己的身體和選擇感到無力。當專業工作人員提供合適的健康資訊並引導高齡者理解特定飲食選擇對健康的影響時，可以增強高齡者的勝任感，使他們更願意接受符合健康需求的飲食安排。

三、關聯性 (Relatedness)

在長期照顧機構中，高齡者和專業工作人員的關係是緊密的。高齡者的飲食需求和營養建議的衝突往往源自於對自我需求的重視與專業工作人員專業判斷間的差異。若專業工作人員能透過溝通和情感支持，使高齡者感到自己被理解和尊重，這樣的關聯性感會促使患者在飲食選擇上更配合。

在這項研究中，自我決定理論可以幫助我們理解高齡者飲食需求（例如傳統飲食或喜愛的食物）與營養照護建議（例如限制糖分、鹽分等健康考量）之間的張力。該理論可提供專業工作人員在制定營養計畫時的參考，幫助他們考量高齡者的心理需求，並透過滿足高齡者的自主性、勝任感及關聯性，緩和兩者的衝突，從而提高營養照護的效果。

貳、營養需求與慢性疾病相關研究

一、營養需求與慢性疾病相關研究彙整

近六年（2019-2024）「營養需求與慢性疾病」相關研究議題計有：曾櫻枝（2020）《高齡營養促進的前端預防》；林灼榮與林建守 （2020）《老人健康折舊與死亡風險：老人整合性照護死亡率之改善》；莊琬瑜、胡淑慧、陳雪芬（2021）《老人供餐社區長者進食狀況與其潛在關聯性因素之探討》；卓郁婷（2019）《探討社區關懷據點高齡者營養狀況之相關因素》朱怡勳、郭雅雯（2023）《長期照顧機構長者於質地調整飲食之需求與照護》；高家常 （2021）《長期照顧機構老年住民的營養照護》共計 6 篇。有關上述研究之研究發現及研究建議彙整如下：

表 2-4

近六年營養需求與慢性疾病相關研究彙整表（2019-2024）

研究者(年)	研究名稱	研究發現與建議
朱怡勳 郭雅雯 （2023）	長期照顧機構長者於質地調整飲食之需求與照護（期刊）	研究發現：由於長期照顧機構的住民多為高齡者，且普遍患有多重慢性疾病、智能障礙以及活動功能受限，他們對於飲食和進食需求往往無法自行表達，需依賴照護團隊制定適當的照護措施，以維持其生活品質。 建議：在長期照顧過程中，應儘早發現長者的口腔與進食問題，並提供適當的飲食質地指導，以降低進食困難與營養不良的風險，從而提升個案的整體照護品質。
莊琬瑜 胡淑慧 陳雪芬 （2021）	老人供餐社區長者進食狀況與其潛在關聯性因素之探討（期刊）	研究發現：透過老人供餐服務，可提供長者餐飲健康照顧及減少疾病發生。年、外出活動、裝假牙（牙套）、罹患疾病數、食慾不佳、輕度認知異常及抑鬱傾向等因素均顯著影響進食狀況。 建議：未來在提供社區老人供餐服務時，可就有進食影響長者之假牙（牙套）狀況及食慾不佳情形進行了解，並提供口腔照護及餐飲改善服務，以進一步提升對社區長者之健康照顧。
高家常 （2021）	長期照顧機構老年住民的營養照護（期刊）	研究發現：約有 17.5%－50.5%的老年住民有營養不良與營養不良風險的健康問題，營養不良與老人的衰弱、肌少症、貧血、跌倒、罹病率與死亡率有關。 建議：定期監測老年住民的營養狀態、及早介入營養照護措施，可以預防因營養不良所造成的失能與健保負擔。
曾櫻枝 （2020）	高齡營養促進的前端預防（期刊）	研究發現：營養是高齡者健康與生活品質的關鍵。忽視吞嚥功能和口腔衛生會影響進食品質，甚至增加鼻胃管依賴。吞嚥困難常導致高齡者反覆住院，因此需保障進食安全。除了調整食物質地，還應進行吞嚥神經評估，並提供適當訓練，幫助他們恢復自主進食的信心。口腔衛生同樣重要，唾液減少會加劇吞嚥困難並影響消化。 建議：應重視高齡者感官退化對食欲的影響，並指導

研究者(年)	研究名稱	研究發現與建議
		口腔清潔方法。建議建立「營養促進鐵三角」，包含神經評估、口腔保健和營養調配，並加強照護人員訓練，以保障高齡者的進食樂趣和尊嚴。
林灼榮 林建守 （2020）	老人健康折舊與死亡風險：老人整合性照護死亡率之改善（期刊）	研究發現：自 2006 年起，台灣的存活曲線逐漸趨向矩形化，顯示死亡多集中於老年。識別影響老年人死亡的關鍵因素有助於改善健康和延長壽命。分析健康衰退與死亡的關係，肌梗塞顯著增加死亡風險，而血中白蛋白、迷你營養評估分數及血紅素的提升可顯著降低死亡風險。 建議：為改善老年人整合性照護體系中的死亡率，應重點預防老年人心肌梗塞、營養不良、貧血和低白蛋白血症等問題。
卓郁婷 （2019）	探討社區關懷據點高齡者營養狀況之相關因〔碩論〕	研究發現：高齡者營養異常狀況與慢性疾病相關外，與牙口狀況亦有顯著相關。 建議：社區關懷據點定期評估參與者的營養狀況、咀嚼吞嚥功能及假牙使用情況，檢查供餐品質，特別關注營養異常的高風險族群。根個別需求，提供餐食準備技巧，舉辦健康講座和口腔保健活動，教導正確均衡飲食觀念，提升高齡者營養知識和自我管理能力。

資料來源：研究者整理。

二、營養需求與慢性疾病相關研究

從相關論文可知，營養對高齡者的健康和生活品質至關重要，因為良好的營養狀態有助於預防衰弱、貧血、跌倒等風險，並降低疾病與死亡率。高齡者常因吞嚥困難和口腔問題影響進食，因此營養照護需結合吞嚥和口腔健康管理。社區和長期照護機構應定期評估高齡者的營養和咀嚼狀況，特別針對高風險群體提供個別化指導。透過建立「營養促進鐵三角神經評估、口腔保健和營養調配，並加強照護人員訓練，以保障高齡者的進食樂趣和尊嚴以及可以有效提升高齡者的生活品質並延長壽命。以下為營養需求與慢性疾病相關研究的重點：

（一）營養需求的重要性

營養是維持高齡者健康和生活品質的關鍵因素。營養不良會加速衰弱、肌少症、貧血、跌倒等風險，並提高疾病發生率與死亡率。對高齡者進行定期的營養狀態監測與早期介入，能有效預防失能並減少醫療負擔。

（二）營養、口腔健康與吞嚥功能的影響

高齡者常面臨吞嚥困難與口腔健康問題，影響進食質量並增加鼻胃管依賴風險。吞嚥功能的神經評估和口腔健康（如假牙、口腔清潔）需與營養照護結合，保障進食安全並提升自主進食的信心。高齡者感官退化對食欲的影響也應重視。

（三）社區與長期照護機構的照護措施

社區供餐服務和長期照護機構應定期評估參與者的營養、口腔及咀嚼吞嚥狀況，特別關注營養異常高風險族群。提供適合的餐食準備指導及口腔保健教育，提升高齡者的營養知識與自我管理能力，有助於降低慢性疾病的發生。

（四）死亡率的影響因素

研究顯示，心肌梗塞顯著提高老年人死亡風險，而良好的血中白蛋白、營養評估分數與血紅素水準能降低死亡風險。預防心肌梗塞、營養不良、貧血等，是改善高齡者健康與延長壽命的重要方向。

（五）建立綜合營養照護體系

建議建立包含神經評估、口腔保健及營養調配的「營養促進鐵三角」模式，並加強照護人員訓練，以增進高齡者的營養健康和生活品質。

綜上，上述研究在營養需求與慢性疾病的研究發現與建議在高齡者因吞嚥困難和口腔問題影響進食，營養照護需結合吞嚥和口腔健康管理、長期照護機構應定期評估參與者的營養以及建立「營養促進鐵三角神經評估、口腔保健和營養調配，並加強照護人員訓練，以保障高齡者的進食樂趣和尊嚴有助於本研究深入了解機構在此方面的實施況。

貳、營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況相關研究

一、營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況相關研究彙整

近六年（2019-2024）「營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況」相關研究議題計有：鄭斐升 （2024）《專業服務與營養餐飲服務輔導需求與督導模式探究－以文化健康站與專案管理中心為例》；楊宥樺 （2024）《高齡者老化態度、孤獨感對飲食營養知識、態度及不良飲食行為之相關性》；周明輝 （2023）《營養與心理健康(以鎂與憂鬱為例)》；洪宇辰 （2023）《探討日間照顧中心老人口腔健康、吞嚥能力、憂鬱與營養狀況之相關性》；黃瑛璜 （2022）《嘉義縣肢體障礙者之健康狀況與飲食營養素攝取之關係》；唐慶翔 （2022）《高齡者質地飲食消費者滿意度之研究》；呂哲維、胡月娟 （2020）《機構住民軟食餐點的創新研發》；劉思妤 （2021）《以血液透析患者健康飲食指數為基礎之四種不同營養教育模式對血液透析患者心血管風險因子的影響》；劉慧玲 （2020）《血液透析病患營養狀態與健康生活品質相關因素探討》；楊秋燕 （2020）《健康飲食牌卡導入獨立倡導對機構高齡者營養飲食習慣與人際互動之影響》張煒姈 （2020）《社區高齡者對共餐的飲食營養知識、進食認知與健康狀況及用餐滿意度之研究》共計 11 篇。有關上述研究之研究發現及研究建議彙整如下：

表 2-5

近六年營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況相關研究彙整表（2019-2024）

研究者（年份）	研究名稱	研究發現及建議
鄭斐升（2024）	專業服務與營養餐飲服務輔導需求與督導模式探究－以文化健康站與專案管理中心為例〔博論〕	研究發現：不同職稱、不同地區及不同學歷對專業服務與營養餐飲服務之輔導與需求，照顧服務員之分數顯著高於計畫負責人 建議：輔導單位應加強區域督導對食品營養和部落傳統飲食文化的專業知識；區域督導可連結社區營養推廣中心，以提升自身及文化健康站在營養餐飲服務方面的知能。文化健康站應強化課程設計和執行能力，並持續提升在營養餐飲服務方面的各類基礎知識。

研究者（年份）	研究名稱	研究發現及建議
楊宥樺（2024）	高齡者老化態度、孤獨感對飲食營養知識、態度及不良飲食行為之相關性。〔碩論〕	研究發現：老年人對老化持正向態度時，飲食行為較佳。高中（職）以下學歷者在飲食營養態度上表現較好；每月可支配收入在四萬元以上者飲食行為較佳；而每月餐食支出在一至二萬元間者也擁有較佳的飲食行為。整體而言，飲食行為受老化態度和孤獨感影響。 建議：可針對高齡者進行衛生教育和宣導，以改善其心理健康，並將健康飲食融入生活方式，進一步促進高齡者的心理健康與良好飲食行為。
洪宇辰（2023）	探討日間照顧中心老人口腔健康、吞嚥能力、憂鬱與營養狀況之相關性〔碩論〕	研究發現：口腔健康、吞嚥能力、憂鬱與營養狀況呈負相關，失智症、慢性疾病數、ADL 重度依賴、吞嚥能力、憂鬱為日間照顧機構老人營養不良之預測因子。 建議：醫療照顧相關人員應多關照日間照顧中心老人的口腔健康、吞嚥能力及憂鬱狀況，並定期評估其營養狀況，以提升日間照顧中心的服務品質，促進長者優質的晚年生活。
黃瑛璜（2022）	嘉義縣肢體障礙者之健康狀況與飲食營養素攝取之關係〔博論〕	研究發現：肢體障礙者較易罹患肥胖、高血壓、高血脂、糖尿病及骨質疏鬆症，而這些慢性疾病的發生與飲食習慣密切相關。 建議：肢障者如何透過改善飲食來降低慢性疾病的發生是值得繼續探討的議題。
唐慶翔（2022）	高齡者質地飲食消費者滿意度之研究(碩論)	照顧高齡者，更重要是如何在高齡者的飲食上給予他們食的快樂，飲食質地是學習到國外經驗，必須讓年輕人多方學習才能把質地飲食的概念傳下去。高齡者營養均衡，身心自然健康愉悅，身體健康最好的藥是愉悅的心。
呂哲維 胡月娟（2020）	機構住民軟食餐點的創新研發（期刊）	研究發現：進食是日常生活中的重要活動，但長期照護機構的住民常面臨口咽吞嚥困難。為解決問題，通常會改變食物質地，如切碎、打成泥、添加增稠劑或重塑食物形狀。然而，這些處理方法可能導致營養流失，削弱住民的食欲與享受感。飲食不僅是滿足基本需求，更是生活的享受，如何提升機構住民的營養狀況因此成為高齡化社會的重要議題。 建議：本文研究質地改變食物時的營養流失，並結合多種嫩化肉類的烹調技術，開發適合機構住民的軟食餐點。此方法能精確控制烹調時間與溫度，有效提升軟食餐的品質。希望這項經驗能為業界開發機構住民適用的軟食餐點

研究者（年份）	研究名稱	研究發現及建議
		提供參考。
劉思妤（2021）	以血液透析患者健康飲食指數為基礎之四種不同營養教育模式對血液透析患者心血管風險因子的影響(碩論)	研究發現：心血管疾病為血液透析患者主要的死亡原因，其風險因子可藉由飲食來達到預防及改善的效果。 建議：透過營養師給予護理師正確的飲食觀念，共同照護 HD 患者的教育模式對於改善 CVD 風險因子為最佳組合。
劉慧玲（2020）	血液透析病患營養狀態與健康生活品質相關因素探討〔碩論〕	研究發現：血液透析病患需要長時間且持續性的治療，對透析病患而言，營養狀態是決定病患預後的重要因素。 建議：醫護人員應主動瞭解病患之營養狀態，並且透過跨領域團隊共同擬訂營養照護計劃，及早提供適切之照護及衛教，以提升健康生活品質。
楊秋燕（2020）	健康飲食牌卡導入獨立倡導對機構高齡者營養飲食習慣與人際互動之影響（博論〕	研究發現：住民參與健康飲食牌卡桌遊活動能改善飲食習慣、營養狀態以及減緩憂鬱感和孤寂感。 建議：高齡者參與健康飲食牌卡桌遊活動能促進人際互動和社會心理健康，以及高齡住民的人權與福利權益因而能被機構和社會各界所重視和關注。
張煒婷（2020）	社區高齡者對共餐的飲食營養知識、進食認知與健康狀況及用餐滿意度之研究〔碩論〕	研究發現：高齡者飲食營養知識方面，在經濟狀況及教育程度上達顯著差異 建議：建議相關單位在針對老人飲食問題規劃營養教育時， 應教導老年人正確的飲食觀念，以增進老人營養狀況。

資料來源：研究者整理。

二、營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況相關研究討論

從相關論文可知，高齡者的飲食行為和營養狀況受到經濟、文化、飲食品質、心理健康和慢性疾病的綜合影響，因此，通過加強經濟支持、推廣傳統文化

飲食、提升飲食品質、促進心理健康和進行慢性病預防，能夠有效改善高齡者的生活品質並延緩健康衰退。以下為「營養與經濟因素、文化背景、飲食品質、飲食習慣及健康狀況」相關論文之統整重點：

（一）經濟因素

高齡者的經濟狀況影響其飲食行為和營養狀況。擁有較高可收入的高齡者通常有較好的飲食行為，而每月餐食花費較多的高齡者在飲食品質上也表現更佳。此外，透析病患的研究指出經濟狀況對生活品質有顯著影響，建議透過營養評估和跨領域照護改善高齡者的健康。

（二）文化因素

在社區中推廣傳統飲食文化並提升社區照護人員的營養知識，有助於加強高齡者對文化的認同感，同時改善其營養狀況。透過結合文化和營養知識的教育，使高齡者在飲食上既能獲得營養，也能享受飲食帶來的愉悅感。

（三）飲食品質與質地

高齡者在吞嚥和咀嚼方面的困難需透過食物質地的調整來應對，並結合提升營養的烹調技術（如真空低溫烹調），以減少營養流失並提升進食的滿意度，讓高齡者享受更高品質的飲食。此外，研究也強調，應結合口腔健康和進食訓練以支持高齡者的自主進食能力。

（四）飲食行為與心理健康

高齡者的飲食行為會受到其老化態度、孤獨感和心理健康的影響。正向的老化態度可促進健康的飲食習慣，而參與社交活動（如健康飲食牌卡桌遊）能增強人際互動，改善孤寂感，並幫助養成健康的飲食行為。建議通過心理健康教育和飲食管理，提升高齡者的生活質量。

（五）健康與慢性疾病預防

營養不良與慢性疾病（如心血管疾病、關節炎和糖尿病）有密切關聯，且可能進一步影響高齡者的生活品質。針對慢性病高風險群體（如透析病患、關節炎

病患），應加強營養評估並制定針對性的營養護理計劃，減少慢性病的發生及其對健康的影響。

綜合上述研究有關研究發現通過加強經濟支持、推廣傳統文化飲食、提升飲食品質、促進心理健康和進行慢性病預防，能夠有效善高齡者的生活品質並延緩健康衰退。有助於本研究瞭解研究參與者對於全人健康照護服務的意義和價值看法。

參、自我決定理論與高齡者相關研究

一、自我決定理論與高齡者相關研究彙整

近二十年（2006-2024）「自我決定理論與高齡者」相關研究議題計有：劉雅文、莊秀美（2006）《探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程－老人自主權之分析研究》；施麗紅（2010）的《老人入住長期照顧機構行為初探—以自我決定理論析之》；曹文瑜、陸順情（2018）《影響臺灣下流老人生活滿意與幸福感之研究》；孫智辰（2018）的《老人進入日間照顧中心之基本心理需求滿足之研究－以自我決定理論分析》。國外文獻在 5 年內與高齡者或慢性疾病相關研究有： Sarfo et al.(2023)《成人糖尿病患者的自我決定理論與生活品質：範圍界定審查》；Oumrait et al. (2020)《自決可以解釋有第 2 型糖尿病風險或患有第 2 型糖尿病的成年人的飲食模式嗎？斯德哥爾摩社會經濟弱勢地區的橫斷面研究》； Guo et al.(2023)《腦中風高風險族群健康管理的有效性：基於健康生態學模型和自我決定理論 (HEM-SDT) 的干預研究》；Tang et al.(2021)《老年人基本心理需求滿足透過自主動機對心理健康的貢獻：中法跨文化研究》共計 8 篇。以下為「自我決定理論與高齡者」相關論文之統整重點：

表 2-6

自我決定理論與高齡者相關研究彙整表（論文與期刊）

研究者	研究名稱	研究發現與建議
曹文瑜 陸順情 （2018）	影響臺灣下流老人生活滿意與幸福感之研究	研究發現：1.下流老人的自主性會影響其自主生活的動機。2.下流老人的社交活動會影響其幸福感，但自主生活動機對幸福感的影響未達顯著水準。 建議：1.鼓勵下流老人多參與健康活動，並提供健康管理支持，提升生活滿意度。2.建議政府或機構加強志工關懷，尤其對獨居長者，並鼓勵老人參與志工服務，以增強其自主性與歸屬感，進而提升心理健康和生活品質。
孫智辰 （2018）	老人進入日間照顧中心之基本心理需求滿足之研究－以自我決定理論分析	研究發現：1.老人從子女獲得的溝通資訊及**日照中心的尊重程度會影響其自主性**。 2.老人的身心狀況退化會影響其生活中的勝任感。 3.老人的行動能力以及工作人員與家屬之間的互動強度會影響其情感上的關聯感。 建議：通過家庭會談與服務體驗增進老人對日照服務的了解，**尊重其個別需求以強化自主選擇**，並透過心理增權提升生活勝任能力。提供適合的運動課程與音樂輔療以增強活動自信，並創造友善環境與親子互動機會，促進老人與家人間的情感連結，提升整體生活品質。
施麗紅 （2010）	老人入住長期照顧機構行為初探—以自我決定理論析之	研究發現：**老人入住長期照顧機構的選擇行為（自我決定）在於社會環境脈絡的影響。** 建議：社會工作專業在各種老人照顧相關工作中有責無旁貸之角色。
劉雅文 莊秀美 （2006）	探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程－老人自主權之分析研究	研究發現：1.老人通常偏好在家照顧，較抗拒機構照顧，而家人則多偏好機構照顧。**2.影響老人自主權的因素包括失能程度、經濟能力及家人關係。有些老人為了改善與家人的關係，選擇放棄自主權。**3.老人過去照顧子女越多，子女照顧意願越高。4.家人照顧結構中，男性是決策核心，女性則被視為理所當然的照顧者，並多負責尋找照顧資源角色。 建議：1.家人方面：應尊重失能長者的自主意願，並提前制定合適的照護計劃。2.照護機構方面：將照護活動逐步朝個別化方向設計，並謹慎處理長者之間的衝突情況。3.政策方面：建議將居家服務從喘息服務拓展為全日制服務，並加強照護服務資訊的多元宣導，以便更多家庭能迅速、全面地獲取相關資源。

研究者	研究名稱	研究發現與建議
Sarfo et al. (2023)	成人糖尿病患者的自我決定理論與生活品質：範圍界定審查	研究發現：在糖尿病管理中應用自我決定理論（SDT），有助於提升糖尿病患者的健康狀況與生活品質。 建議：糖尿病管理的介入措施可以以自我決定理論為基礎來設計與指導治療方案。
Guo et al. (2023)	腦中風高風險族群健康管理的有效性：基於健康生態學模型和自我決定理論（HEM-SDT）的干預研究	研究發現：HEM-SDT 健康管理模式能有效提升中風高風險族群的健康知識、行為和信念，並顯著改善可變的危險因子。 建議：此模式可作為中風高危險族群的系統性健康管理推薦方案。
Tang et al. (2021)	老年人基本心理需求滿足透過自主動機對心理健康的貢獻：中法跨文化研究	研究發現：根據自我決定理論 (SDT)，滿足自主性、能力和關聯性這三項基本需求，有助於提升自主動機，進而促進心理健康 (PWB)，且這種影響具有跨年齡和跨文化的普遍性。後續的調節分析顯示文化在能力滿足與 PWB 之間的關係中具調節作用，中國老年人中能力滿足對 PWB 的促進作用強於法國老年人。 建議：SDT 具廣泛適用性，但在老年人照護中應重視文化差異。
Oumrait et al. (2020)	自決可以解釋有第 2 型糖尿病風險或患有第 2 型糖尿病的成年人的飲食模式嗎？斯德哥爾摩社會經濟弱勢地區的橫斷面研究	研究發現：2 型糖尿病（T2D）是瑞典的主要健康問題，在社會經濟弱勢地區的盛行率持續上升。自我決定理論（SDT）被視為建立有效介入措施的理想框架，以促進和維持長期健康習慣，進而預防或延緩 T2D 的發病。 建議:以自我決定理論（SDT）為框架，設計有效的介入措施，以促進並維持長期健康習慣，從而預防或延緩第二型糖尿病的發生。

資料來源：研究者整理。

二、自我決定理論與高齡者相關研究討論

從相關研究可知，在自我決定理論 (SDT) 框架下，有關高齡者的研究探討了老年人對自主性的需求及其在不同生活情境中的表現。綜合各項研究發現，老人

入住長期照顧機構的選擇行為（自我決定）在於社會環境脈絡的影響。社會工作專業在各種老人照顧相關工作中有責無旁貸之角色。SDT 的核心理念，即滿足自主性、能力和關聯性三大需求，對於提升高齡者的心理幸福感 (PWB) 和健康生活品質具有顯著作用。然而，文化背景和家庭結構的差異會影響老年人自主需求的滿足和應用，尤其是在居家照顧與機構照顧的選擇上。以下為「自我決定理論與高齡者」相關論文之統整重點：

（一）居家與機構照顧的選擇差異

多數高齡者更希望接受居家照護，然而家人則較傾向安排機構照護，這顯示出老年人的自主意願與家人實際需求之間的矛盾。老年人的自主權會受到失能情況、經濟條件以及家庭關係的影響。部分老年人為了改善與家人的互動，選擇放棄部分自主權，以減輕家人壓力。若高齡者在過去對子女照顧付出較多，子女往往更願意在父母年長時回饋照顧。而在家庭照顧的分工中，男性通常扮演決策者的角色，而女性則成為主要的照護者，負責尋找並安排相關資源，反映出傳統家庭角色的影響。

（二）自主選擇與社會支持的影響

高齡者在入住長期照護機構時，會受到社會環境因素的影響，例如家人和社區支持的程度。SDT 強調支持高齡者的自主選擇有助於其適應長期機構生活。社會工作者在高齡者照護中負有重要責任，提供情感支持和資源連結，有助於高齡者維持自主性和生活品質。

（三）社交互動與自主性對幸福感的影響

經濟困難的「下流老人」群體中，自主生活的動機對其幸福感具有直接影響，而豐富的社交活動則能進一步提升其心理上的滿足感。高齡者從子女與日照中心獲得的資訊與尊重，是維持其自主感的重要因素。日照中心對老年人的尊重與支持，有助於增強他們的自我效能感，進而提升整體生活的滿意度。

（四）老年人心理需求的滿足及文化差異

跨文化研究發現，儘管自主性、能力和關聯性需求在不同文化中普遍重要，但其在東西方文化中的應用效果有所不同。在中國和法國的老年人研究中，結果表明滿足需求有助於提升高齡者的心理幸福感。然而，在能力滿足度對工作預算的影響上，中國老年人較法國老年人更顯著，顯示出文化差異的存在。

（五）SDT 在健康管理中的應用

SDT 在健康管理中能有效促進高齡者的生活品質和健康行為改變。針對糖尿病及中風高風險族群的 SDT 介入，研究顯示出滿足自主性可增強患者的自我管理動機，促進健康生活方式。特別是在社會經濟弱勢的高風險族群中，應用 SDT 以支持自主動機，有助於改善健康行為並降低慢性病發病率。

綜上研究，可幫助本研究了解老人入住長期照顧機構的選擇行為（自我決定）亦受社會環境脈絡的影響。專業工作者在這中間也扮演重要角色；罹患慢性疾病的高齡者在飲食需求與營養照護間經常面臨衝突。結合自我決定理論(SDT)，可見滿足老年人對自主性、能力和關聯性的需求有助於提升其心理幸福感和生活品質。然而，老年人在食物選擇上的偏好可能與專業營養照護建議相左，尤其是在文化、經濟、心理和身體狀況多重影響下，這些需求差異更加明顯。經濟狀況影響著高齡者的飲食質量與選擇，而文化背景則影響他們對傳統食物的依賴與偏好。隨著吞嚥和口腔問題日益增加，老年人需依賴調整質地的食物，這對滿足他們的食物偏好和營養需求形成挑戰。因此，相關研究建議在照護模式中，應強化照護人員的訓練，平衡高齡者的食物主張與營養需求，滿足其心理和生理需求，提升生命品質。亦有待蒐集本研究參與者之觀點深入探索。

第三章　研究方法與設計

本章主要說明研究方法的選取和進行過程，共分為五節，第一節本研究之方法及研究對象界定與選取；第二節研究概念性架構；第三節研究工具；第四節資料蒐集的方法與分析；第五節研究方法之檢驗包括資料信度與效度的檢核做法；第六節研究倫理，本研究通過倫理措施，確保參與者的權益與尊嚴，並在資料收集和分析的每一環節中遵循倫理規範。

第一節　研究方法

壹、研究方法

質性研究的核心假定不同於量化研究，其將真實世界視為複雜且多變的現象，並非單一因素或變項即可充分解釋。這類現象在不斷變動的環境中，由多層次的意義與想法所組成，且受到情境中的主角之主觀詮釋及其相互互動的影響。人們對經驗和世界的理解多樣，對各種社會事實的建構從簡單互動到複雜組織皆為無數詮釋與闡釋的結果。質性研究旨在探討社會行為的深層意涵，並理解其與其他現象間的關聯（鈕文英，2024）。本研究「罹患慢性疾病、接受長期機構照護的高齡者在飲食選擇（食物主張）與營養照護之間的衝突經驗」，符合質性研究假定和特質，說明如下：

一、深入理解個人經驗與感受

質性研究方法適合探索高齡者在機構照護中的主觀經驗和感受，特別是他們對飲食選擇的偏好、飲食習慣，以及他們在面對專業營養照護時的反應和感受。高齡者可能因個人口味、文化背景或過去生活經驗對飲食有特定的期待，而這些細膩的經驗和情感，很難通過量化的問卷或統計數據來充分呈現。

二、探討高齡者與專業人員之間的互動

質性研究能夠深入剖析高齡者與專業工作者（如營養師、護理人員）在飲食選擇與營養照護之間的互動與溝通過程。例如，高齡者對於飲食限制的不滿，或

者專業工作者在平衡健康需求與個人偏好之間的挑戰，這些互動過程的細節適合通過訪談或觀察來收集資料，以理解雙方觀點如何影響飲食決策。

三、探索價值觀和文化背景的差異

食物主張與營養照護之間的衝突，往往反映了高齡者和專業工作者在價值觀和文化背景上的差異。質性研究能夠通過深入訪談來挖掘這些文化層面的因素，幫助理解不同背景的高齡者如何看待飲食與健康之間的平衡，以及專業工作者如何在文化敏感性和科學原則之間做出調整。

四、揭示飲食選擇背後的複雜性

質性研究可以揭示高齡者飲食選擇的複雜性和多樣性，包括他們在面對疾病限制時的心理壓力、對營養照護建議的接受度，以及他們在飲食方面的自主性與控制感。這些問題往往具有深刻的心理和社會背景，透過訪談、焦點團體或田野觀察等質性方法，更能了解其背後的多重意涵。

五、解釋現象而非僅描述現象

質性研究注重對現象的解釋而不僅是描述，因此，它有助於理解為何高齡者會在面對專業建議時堅持自己的飲食偏好，或專業人員在提供營養照護時面臨的實際困難與妥協點。這種解釋性理解能夠為未來的營養介入方案提供更人性化的基礎。

六、資料蒐集採用個別訪談與焦點團體

本研究採用質性研究方法，結合個別訪談與焦點團體訪談，以蒐集豐富資料深入探討罹患慢性疾病並接受長期照顧機構服務的高齡者與專業工作者，對於飲食主張與營養照護的看法及衝突經驗。個別訪談旨在挖掘高齡者與專業工作者的個人經驗、觀點與感受，其優點在於能捕捉受訪者獨特的生活故事與情感反應，並提供安全的表達空間，但因樣本數有限，可能無法完全代表所有觀點，且缺乏觀察群體互動的機會。焦點團體訪談則透過群體互動激發多元觀點，以探討共同經驗和理解，其優點包括促進互動討論與激發新思維，並能觀察不同觀點的碰撞

與協商，但團體動力可能影響個別參與者的發言，且難以深入挖掘個人經驗。透過個別訪談提供深入的個人視角與焦點團體訪談捕捉群體互動，兩者可相互補充，可全面探討高齡者與專業工作者對飲食與營養照護的多層次看法。本研究運用兩種方法，旨在提升研究結果的可靠性與可信度，提升研究之品質。

綜上所述，質性研究方法適合用於探討罹患慢性疾病接受長期照護的高齡者與專業工作者之間關於飲食選擇與營養照護的衝突經驗。它能夠捕捉到豐富的個人故事、互動細節和文化差異，進而為改善照護實踐提供更深層的洞見。

貳、研究對象界定與選取

依據研究目的來進行罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者與提供服務者（專業工作者）之取樣。

一、主要受訪者

本研究場域為嘉義縣已立案之老人福利機構（養護中心），接受養護中心服務年資至少 1 年且年齡在 65 歲以上之高齡者以及機構專業人員各 7 人為受訪對象，告知本研究目的並徵求同意。

二、焦點團體

本研究質性研究除了立意取樣選定受訪者外，並將進行一場次之焦點團體訪談，包含護理師或護士、營養學專家、社會工作人員等 7 人蒐集其認知與想法，研究者透過團體互動與討論過程，保持開放和彈性的原則，激發多元觀點，讓研究參與者對本議題有較深入的討論，於互動間呈現及詮釋得到進一步說明，對議題之看法可以探索到本研究的核心主題和事實的真相。

參、研究對象之來源與特質

一、研究對象之來源

根據老人福利機構設立標準長期照顧機構分為三種類型：（一）長期照護

型：照顧罹患長期慢性病，且需要醫護服務及他人照顧之老人。（二）養護型：照顧生活自理能力缺損需他人照顧之老人或需鼻胃管、胃造廔口、導尿管護理服務需求之老人。（三）失智照顧型：照顧神經科、精神科或其他專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之老人。依嘉義縣政府社會局 113 年 6 月 3 日修訂版「嘉義縣已立案之老人福利機構名冊」，嘉義縣已立案之老人福利機構共計有 27 家，其中養護型有 15 家、長期照護型有 12 家。本研究因以受訪者需可以以口進食者為主故以養護型為主。擬透過拜訪機構徵求同意從符合本研究特質選取主要受訪者（高齡者與專業人員）各 7 名。

二、研究對象之特質

（一）個別訪談

本研究主要目的是從訪談對象對食物自主權與營養照護的認知、態度實踐等歸納分析，以作為倡議個別化飲食介入需求與全人健康照護服務意義和價值相關議題與實務之參考。研究者從質性理論的取樣策略，其研究對象為罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者及專業工作者，且必須符合下列幾項指標：

1.罹患慢性疾病接受長期照顧的高齡者

(1) 受照顧地點為嘉義縣合法長期照顧機構。

(2) 接受養護年資 1 年以上。

(3) 受訪者需可以以口進食者。

(4) 具有自我意識且可清楚表達之對研究議題感興趣願意參與者。

表 3-1

受訪者基本特質(高齡者)

代號	性別	年齡	教育程度	婚姻	入住機構年資
A1	女	66	高職畢	喪偶	7 年
A2	女	76	國小畢	喪偶	1 年 5 個月
A3	女	69	國中肄	喪偶	1 年 2 個月
A4	女	68	國中畢	喪偶	1 年 3 個月
A5	女	88	師專畢	喪偶	2 年
A6	男	72	國中肄	已婚	1 年 2 個月
A7	女	87	國小肄	喪偶	2 年

資料來源：研究者整理。

2.專業工作者

(1) 服務於長期照顧服務機構之負責人、護理師或護士、社會工作人員及營養師。

(2) 任職機構年資須滿 1 年以上。

(3) 除營養師外，居服員、社工員須有受過營養相關課程訓練。

(4) 對研究議題感興趣願意參與者。

表 3-2

受訪者基本特質(專業工作者)

代號	性別	年齡	教育程度	專業別	機構服務年資
P1	女	40	學士	營養師	10
P2	女	42	學士	護理師	12
P3	男	50	專科	照服員	15
P4	女	50	學士	社工師	20
P5	女	55	學士	護理師	25
P6	女	34	學士	營養師	5
P7	女	45	專科	照服員	8

資料來源：研究者整理。

（二）焦點團體

焦點團體訪談法是一種以「團體」訪問的型式，進行質性研究收集資料的方法。研究者依據研究目的，設計若干問題，在一位具有豐富專業知識及熟悉主持事務的主持者引導下，收集訪談對象對特定現象或問題的看法、感覺、知識和經驗。焦點團體訪談的適用先決條件，為受訪者對研究之特定主題，具有興趣及經驗，且願意以開放的態度與他人談論個人的意見及感想 (Jones,2003)。本研究以非結構式訪談進行邀請對本研究感興趣的之相關領域專家參與，包含相關領域（護理、衛生單位、營養學專家、社會工作者）之專家學者等組成參與共 7 人，以蒐集多位研究參與者的口語與非口語資料。

表 3-3

焦點團體受訪者基本特質

代號	年齡	性別	教育程度	身份	背景
F1	50	女	學士	營養學專家	膳食營養中心的負責人
F2	53	女	學士	長照專家	政府單位主管
F3	45	男	博士	高齡學專家	大學教授
F4	40	女	學士	長照單位	長照社福單位主管
F5	48	男	博士	營養學專家	大學教授
F6	45	女	碩士	長照單位	長照社福單位主管
F7	53	女	碩士	營養學專家	社區的營養師

資料來源：研究者整理。

三、研究地區的選取

國發會推估臺灣將在 2025 年邁入超高齡社會，但是依據內政部截至 112 年底之統計，已有 4 個縣市老年人口提前進入超高齡社會。嘉義縣 21.69%、台北市

20.91%、南投縣 20.13%、雲林縣 20.12% 的老年人口比例都超過 20%，其中嘉義縣是全台最老縣市。若以內政部戶政司 2024 年 8 月之人口統計資料，65 歲以上人口比率前 5 名分別為：嘉義縣 22.88%、臺北市 22.67%、南投縣 21.42%、雲林縣與基隆市皆為 20.91%（見表 3-1 各縣市人口年齡結構統計表）。因此，本研究將以嘉義縣為主要的研究地區。

表 3-4

各縣市人口年齡結構統計表

各 縣 市 人 口 年 齡 結 構 統 計 表(113年8月)

區域別	總　計				65歲以上			
	計	男	女	%	計	男	女	%
總　計	**23,406,608**	**11,534,269**	**11,872,339**	**100.00**	**4,416,711**	**1,993,332**	**2,423,379**	**18.87**
新北市	**4,044,518**	**1,965,269**	**2,079,249**	**100.00**	**753,804**	**333,138**	**420,666**	**18.64**
臺北市	**2,502,093**	**1,180,471**	**1,321,622**	**100.00**	**567,111**	**247,934**	**319,177**	**22.67**
桃園市	**2,330,440**	**1,148,123**	**1,182,317**	**100.00**	**363,111**	**163,482**	**199,629**	**15.58**
臺中市	**2,854,190**	**1,394,359**	**1,459,831**	**100.00**	**464,654**	**209,037**	**255,617**	**16.28**
臺南市	**1,859,253**	**922,180**	**937,073**	**100.00**	**358,657**	**164,585**	**194,072**	**19.29**
高雄市	**2,733,521**	**1,339,132**	**1,394,389**	**100.00**	**536,278**	**239,356**	**296,922**	**19.62**
臺灣省	**6,925,136**	**3,505,542**	**3,419,594**	**100.00**	**1,345,305**	**622,294**	**723,011**	**19.43**
宜蘭縣	449,267	225,255	224,012	100.00	88,326	40,688	47,638	19.66
新竹縣	592,578	301,524	291,054	100.00	84,729	40,328	44,401	14.30
苗栗縣	533,353	274,085	259,268	100.00	102,682	48,743	53,939	19.25
彰化縣	1,229,835	623,424	606,411	100.00	235,833	109,273	126,560	19.18
南投縣	473,826	241,068	232,758	100.00	101,486	47,661	53,825	21.42
雲林縣	659,221	339,109	320,112	100.00	137,830	64,101	73,729	20.91
嘉義縣	480,631	248,710	231,921	100.00	109,947	51,965	57,982	22.88
屏東縣	790,780	400,245	390,535	100.00	163,239	75,384	87,855	20.64
臺東縣	210,569	107,289	103,280	100.00	41,727	18,961	22,766	19.82
花蓮縣	315,811	158,530	157,281	100.00	64,110	29,132	34,978	20.30
澎湖縣	107,619	55,040	52,579	100.00	21,013	9,902	11,111	19.53
基隆市	361,527	179,491	182,036	100.00	75,592	34,006	41,586	20.91
新竹市	457,437	225,794	231,643	100.00	69,344	30,548	38,796	15.16
嘉義市	262,682	125,978	136,704	100.00	49,447	21,602	27,845	18.82
福建省	**157,457**	**79,193**	**78,264**	**100.00**	**27,791**	**13,506**	**14,285**	**17.65**
金門縣	143,525	71,156	72,369	100.00	25,624	12,314	13,310	17.85
連江縣	13,932	8,037	5,895	100.00	2,167	1,192	975	15.55
	內政部戶政司編製							

PROVIDENCE UNIVERSITY
VIRTUS
SCIENTIA
CUM

第二節　研究概念性架構

研究概念性架構 (Conceptual Framework) 是研究者在進行研究中用以構建理論基礎的框架或模型。它將研究領域的重點內容以圖示化方式呈現，使其範疇更加直觀 (Strauss, 1987:170)。概念性架構並非單純的理論堆疊，更像一幅地圖，通過視覺化幫助研究者梳理各變數之間的關係及其在研究中的定位。研究者依據本研究之相關理論和文獻，逐步釐清本研究核心概念並界定彼此間之相互關係，以闡明這些關係在本究問題如何應用。

本研究架構基於「飲食自主」與「維護健康」兩者之間的衝突。研究者將透過以下四個層級分析高齡者與專業工作者的觀點，並探討如何整合不同觀點，最終達成全人健康照護的目標：

一、自我決定理論層級：探討高齡者在飲食選擇上的自主性、勝任感和歸屬感，以及這些心理需求如何影響其對飲食行為的主張。

二、個體觀點層級：分別探討高齡者對於營養需求的看法、飲食偏好和資訊來源、飲食對全人健康的意義等，專業工作者對營養照護的標準與挑戰如營養師/護理師的專業角色，平衡飲食健康與個別需求如提供服務的限制（現實面），成本與資源限制，如團體飲食 vs 個別化飲食，對高齡者主張的回應如如何理解與接納高齡者的飲食期待等。

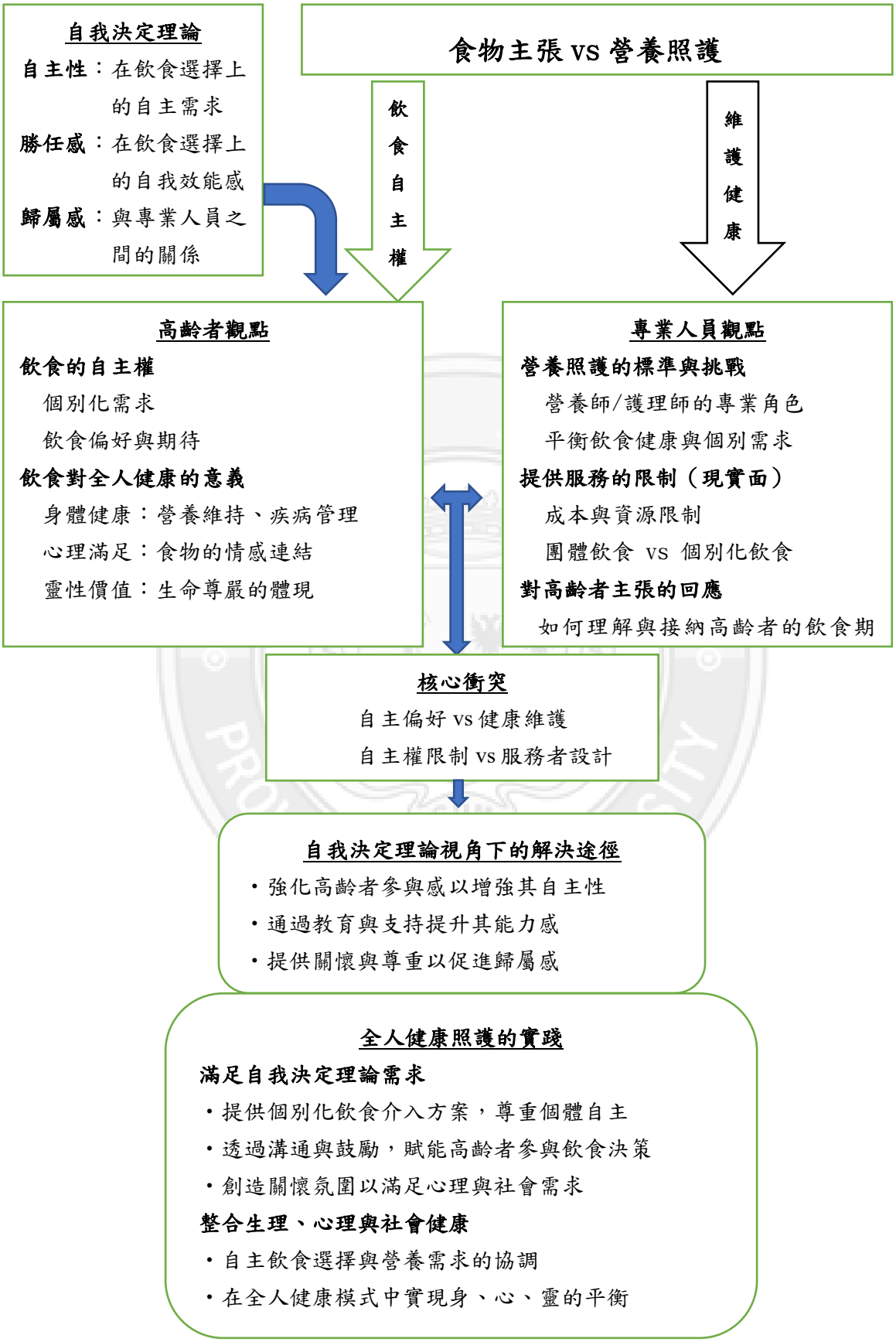
三、衝突與調和層級：分析「飲食自主」與「營養照護」(維護健康)的核心衝突，並探討如何透過溝通和協商等方式達成平衡。如強化高齡者參與感以增強其自主性、通過教育與支持提升其能力感、提供關懷與尊重以促進歸屬感等。

四、全人照護層級：提出兼顧高齡者尊嚴與健康的全人健康照護模式為何？探討其在實踐上的可行性。

以下透過圖示說明本研究之概念性架構。如圖 3-1。

圖 3-1

研究概念性架構



資料來源：研究者繪製。

第三節　研究工具

蒐集和紀錄研究資料，以回答研究問題的工具。說明訪談題綱、觀察指引等，也須描述。描述時須包括編製者、編製依據和發展過程，以及該工具的目的、內容、實施方式和程序，以及考慮不同對象所做的調整等。依鈕文英 (2019) 質性研究工具包含研究者、輔助工具、紀錄的工具等三部分。

一、研究者

（一）個人特徵和研究參與者相似及相異處

研究者在高齡領域的長期工作經驗，並且曾有家人接受過養護，這些經歷讓研究者在進行食物主張與營養照護間衝突經驗的研究時，能更容易理解參與者的處境和感受。與高齡者照護工作者的相似經歷，使研究者能更容易拉近與受訪者（專業工作者）的距離，減少角色間的隔閡，促進雙方的信任建立。這種信任關係有助於參與者更自由地表達主觀經驗與感受，進而提升研究資料的真實性和深度。

研究者在專業領域的知識背景，如高齡健康、政策專題、長期照護等，與參與者（接受服務者）的生活經驗和日常需求形成了互補的視角。這些差異使研究者能以分析性的角度來檢視受訪者的經驗，從而在客觀上分析並詮釋食物主張與營養照護衝突的成因。透過相似性的同理和差異性的專業理解，研究者能全面呈現高齡者與專業工作者的多元觀點，為研究結果的準確性和完整性奠定基礎。

（二）研究者的經驗知識

由於研究者在高齡領域的教職經驗及專業課程學習背景，能夠更深入地探討高齡者在食物主張與營養照護間的衝突經驗，並從多角度理解罹患慢性疾病、接受長期照顧的高齡者及專業工作者的觀點。研究者修過的相關課程（如高齡健康產業專題討論、高齡服務輸送專題、老人保健與健康老化專題、老化特論、社會變遷與福利改革、健康政策與福利國家專題、衛生福利政策專題研究、方法論、成功老化專題、長期照護政策專題、照顧與福利國家）賦予其對高齡者需求的深

刻理解，以及對營養照護政策與服務輸送模式的專業見解。這些知識背景讓研究者能更敏銳地把握高齡者的飲食需求與偏好，並體會到專業照護人員在照護規範與高齡者個人主張間的掙扎。研究者的專業知識與經驗促使能從政策、健康促進、照護資源分配等層面去剖析這些衝突情境，使研究更具深度和實務意涵，也更能取得受訪者真實的主觀感受和建構意義。

（三）研究者的前見

由於人口高齡化速度加快，接受長期照顧的需求也不斷增加，越來越多高齡者在養護中心等長照機構中接受照護。在這樣的背景下，全人照顧的理念逐漸受到重視，尤其是高齡者在身、心、靈各方面的需求。國家亦日益關注這些需求，並強調將每位高齡者視為獨立個體，無論其身心狀況如何，均應有權利表達自己的意見和選擇。本研究在此脈絡下，聚焦於機構中高齡者的飲食主張與營養照護之間的衝突，探討罹患慢性疾病的住民與專業工作者在飲食需求、健康考量和個人自主權上的不同觀點。透過了解這些衝突的根源，期望能推動全人健康照護的實踐，使高齡者在獲得良好健康支持的同時，也能保有自主選擇的空間與生活品質。

（四）研究者和研究參與者間的關係

研究者在研究過程中應與參與者建立互相信任與尊重的關係，讓參與者感到安全並樂於分享真實的想法和感受，特別是在涉及個人經驗或敏感議題時，這樣的信任關係有助於獲取深入且可靠的資料。同時，研究者必需明確自己的角色定位，讓參與者了解研究的目的和過程，並在互動中保持尊重，不施加個人偏見或干預。此外，研究者需在同理心與專業距離間取得平衡，以確保資料的客觀性；過於親密或疏離都可能影響對資料的理解與解讀。在權力關係上，研究者通常具備知識與主導權，因此應減少權力不對等，採取開放式的訪談方式，讓參與者有更多發言空間，避免受制於研究者的假設或框架。與此同時，研究者應基於倫理原則，承諾保護參與者的隱私，這不僅保障參與者權益，也有助於獲取真實資

料，增強研究的可靠性。為促進互惠性，研究者在研究結束後可將結果回饋給參與者，使參與者從研究中受益。總之，研究者與參與者之間的關係是一種基於信任、尊重和倫理的互動過程，這種關係直接影響到資料的質量和研究的可信度。

（五）研究者在研究過程中扮演的角色

在研究過程中，研究者扮演多重且關鍵的角色，從設計到分析各階段均有不同的功能。第一，研究者作為設計者，負責構思整體架構，設定問題並選擇適當的方法，確保研究具科學性和可行性。第二，研究者成為資料蒐集者，進行觀察、訪談等活動，並保持中立，確保資料真實可靠。第三、進入資料分析階段後，研究者是分析者和詮釋者，利用質性方法解讀資料，並深入分析結果，避免主觀偏見以維持客觀性。第四，在整個過程中，研究者還是倫理維護者，需遵循倫理規範以保障參與者權益和隱私。第五，研究者也需進行自我反思，以保持客觀，並在報告撰寫中如實陳述立場。第六、在研究完成後，研究者則轉變為知識傳播者，將成果發表以促進學術交流。最後，研究者在應用研究中更是問題解決者和貢獻者，致力於提供實務建議。

二、輔助工具

本研究之輔助工具說明如下：

（一）編製者：

訪談題綱由研究者編製並作專家檢測，邀請在營養領域之專業工作者討論並檢視訪談大綱之妥適性，依據研究問題結合相關文獻編製分為高齡者與專業人員之訪談大綱如附錄一、附錄四。

（二）編製依據與發展過程：

題綱的設計依據包括高齡者飲食需求、營養照護理念、全人健康照護及自我決定理論。研究者經過文獻探討與專家訪談後，初步編製訪談問題，並進行小規模試訪談。試訪談後收集回饋，對題綱進行修訂，確保問題具針對性且易於受訪者理解。

（三）工具目的：

訪談題綱旨在了解罹患慢性疾病接受長期照顧機構式服務的高齡者與專業工作者對於飲食主張、營養照護的看法及兩者之間的衝突經驗，並深入探討其對生活品質、自主性和照護品質的影響。

（四）內容與實施方式：

訪談內容分為三個主題：(1）對食物主張與營養照護的認知；(2）對於飲食照護衝突的看法與經歷；(3）個別化飲食介入需求與全人健康照護服務做法。每個主題包含數道開放式問題，以引導受訪者詳細敘述個人經驗。訪談將以半結構式進行，讓受訪者在回答核心問題的同時，自由表達其想法。

（五）程序與對象調整：

訪談過程中，對高齡者和專業工作者的提問方式會略有調整。對高齡者，訪談將以簡單、明確的語言進行，並適當放慢節奏；對專業工作者則聚焦在營養照護政策和實務挑戰，並鼓勵其分享具體案例。訪談前會進行說明，並徵得受訪者同意，以便受訪者理解並能放心分享個人觀點。

三、紀錄的工具

本研究在訪談過程中運用了多種科技工具進行資料蒐集，包括錄音、錄影以及筆記等紀錄方式，以輔助資料的全面收集。透過面對面的直接互動，研究者用心傾聽、觀察，捕捉受訪者的直觀感受與知識。錄音的使用使研究者能夠專注於傾聽，確保資料的準確與完整；錄影則提供了重複播放的機會，使研究者能細緻觀察受訪者的情緒反應、表情和肢體動作；筆記的過程則讓研究者在訪談時更集中於內容，並能即時補充觀察到的現象。這些工具的運用，幫助研究者更深入地進行紀錄，提升資料的豐富性與準確性。

第四節　資料蒐集的方法與分析

本研究採用質性研究法，以半結構訪談作為主要資料蒐集方式。研究者根據相關文獻、研究目的與問題，擬定訪談大綱，並在訪談過程中靈活調整問題內容及順序，以適應不同的參與者及訪談情境。

一、資料整理

在資料分析方面，本研究採用歸納法，旨在發展和歸納出概念與理論。資料分析具生產性和建構性，是一種探索發現的過程。

二、資料分析步驟

本研究的資料分析過程包含四個步驟：資料編號、謄寫與整理、資料分析及資料信賴度。

（一）資料編碼

在整理資料前，研究者對參與者進行匿名處理，以代號或假名標識資料來源，並註明資料建立的日期與話題單位編碼，確保資料來源清晰。

（二）謄寫與整理研究資料

訪談結束後，研究者立即整理筆記，補充遺漏信息，並依據記憶、錄音和錄影資料進行逐字謄寫，形成完整的逐字稿。每個錄音檔案及筆記均註明訪談日期、時間、地點與受訪對象的匿名資訊。研究者反覆聆聽、修訂逐字稿，以保留資料的原始細節，並詳細描述受訪者的動態行為。

（三）分析研究資料

在資料分析中，研究者進行編碼，即將資料分解、概念化並整合，賦予每段資料代碼。代碼可標註文字的詞、片語或段落，代表意義單位。研究者將資料整理為主題與類別，通過描述性和詮釋性代碼形成層次結構，並開放心態記錄所有資料，重視未預期的發現。

（四）資料信賴度

為了提高資料的真實性和一致性，研究者持續與指導教授討論，以釐清疑問，避免受主觀因素影響。在正式訪談前，研究者根據指導教授的建議修訂訪談大綱，並使用錄音、錄影、拍照及筆記作為主要的資料蒐集工具。分析資料主要來自訪談記錄及逐字稿。

第五節　研究方法之檢驗

質性研究強調對個體經驗的探索、現象的描述及理論的發展 (Vishnevsky & Beanlands, 2004)。在文獻回顧中，研究者需評估研究的優勢、局限性、品質與科學價值。質性研究被視為具高度信譽和可靠性，因此，國際上通常採用 Lincoln & Guba (1985)提出的標準來評估質性研究的品質，包括包括「可信性」(credibility)、「可轉移性」(transferability)、「可靠性」(dependability)及「可驗證性」(confirmability) 等概念（鈕文英，2024；Lincoln & Guba, 1985）。

一、可信性

在研究中，為了提升可信度，採用了三角查證的方法，從多種理論角度進行分析和檢視，藉此深入理解資料背後的意涵（鈕文英，2024）。此外，焦點團體訪談透過成員之間的意見交流與互動，激發出更多元的想法，從而展現研究參與者對研究主題的多樣觀點。研究過程中，利用不同資料提供者進行檢核，以提升研究的嚴謹性與有效性，因此，參與者資料的檢核有助於提高研究的可信度。這種信度是基於參與者的觀點及他們對研究現象的關注來判斷的，而研究參與者對研究結果的可信度具有判斷能力。研究者通過分析受訪者的行為和感知，確認其在研究情境中的意義表達，並通過編碼對這些意涵進行解釋，使研究結果具有可確認性，這是衡量表達內容是否準確的重要依據。

二、可轉移性

研究結果的應用僅具有暫時性，是否具有推論性，應視研究情境與讀者所類推情境之間的相似程度而定。（鈕文英，2024）。由於每位研究參與者都具備獨特性及特定的情境脈絡，研究結果需在特定的情境中解釋。研究者透過立意取樣和深厚描述，蒐集豐富的資料，詳細說明情境脈絡，然後由讀者自行判斷資料的適用性。

三、可靠性

由於現象變化迅速，很難重現相同的研究結果，因此研究者接受研究工具可能存在的不穩定性，但會尋求方法來發現和解釋造成不穩定或變化的因素（鈕文英，2024）。基於此，本研究詳細說明了質性研究的選取理由，以及資料分析的步驟和過程，以供審核參考。此外，當研究受訪者的說法前後不一致時，研究者會立即與其進行澄清，以確保資料內容的一致性和可靠性，焦點團體訪談的過程也是如此。

四、可驗證性

質性研究強調研究結果需扎根於蒐集到的資料，注重資料的可驗證性，而非來自研究者個人的觀點（鈕文英，2024）。因此，在研究過程中，研究者保持客觀態度，避免過度詮釋和推測，並將訪談資料、錄音檔、資料分析結果和逐字稿等文件妥善保存，作為審核的重要依據。通過分析受訪者的行為和感知，確認他們在研究情境中的意義表達。研究者透過編碼對這些意義進行解釋，使研究結果具備可確認性，而不僅僅是研究者的主觀想法，這是評估表達事實或意義是否準確的重要依據。

綜上所述，本研究強調提升可信性、可轉移性、可靠性與可驗證性。透過三角查證、多角度分析及焦點團體訪談，研究者確保結果真實反映參與者的觀點；研究結果的應用需考慮研究情境與類推情境的相似性，讀者據此判斷資料的適用性；面對現象的變化和工具的不穩定性，研究者釐清不一致資料，確保結果的一致性；此外，研究者保持客觀，保存原始資料，確保研究結果根據實際蒐集到的資料進行解釋，使結果具有可驗證性。

第六節　研究倫理

質性研究中的倫理原則旨在確保受訪者在研究過程中的權益得到充分保護。最重要的是要避免對受訪者造成任何形式的傷害，這包括對風險或損害的評估、資料收集方式、招募受訪者的程序、受訪者的福祉、保密措施、同意程序，以及受訪者隨時退出研究的權利等方面的審查 (Creswell, 2013)。遵循這些規範，有助於確保研究的道德正當性，並保護受訪者在心理、身體及工作層面的福祉。本研究倫理說明如下

一、以誠實且尊重的態度對待研究參與者

研究者保持誠實的態度公開自己身分和目的，尊重研究參與者的權益和個別差異，並信守對研究參與者所作的承諾。尤其是接受機構養護之罹患慢性疾病或失能長者之研究對象，特別保護，不因行政便利而危害其自主參與研究的權利。

二、尊重研究參與者的隱私及注意匿名與保密原則

本研究為了尊重研究參與者的隱私，個人資料之蒐集、處理或利用，尊重當事人之權益，依誠實及信用方法為之，不逾越特定目的之必要範圍；在注意匿名與保密原則部分，匿名部分，遵守特定個人的身份免於被知道，隱藏任何可能暴露研究參與者身分的人名、地名、機關等，以代號呈現研究參與者資料；保密原則部分，是隱私權概念的擴展，本研究資料上雖有研究參與者資料，但研究者秘密持有且不會對外公開，均以匿名或集體形式呈現。

三、避免研究參與者受傷害

本研究參與者包含接受機構養護之罹患慢性疾病或失能長者，當開始進行研究前，研究者會事先和機構進行討論。一旦在研究過程中，有任何超出預期的情事，研究者會在第一時間告知研究對象。 訪談過程若出現心理或情緒壓力時，會採取中斷訪談或停止，如涉及隱私導致不適的議題，研究參與者可拒絕回答，以保護研究參與者避免受到傷害。

四、取得研究參與者的知情同意

研究參與者在自由意志下進行提供研究對象所有可能必要資訊，以利其能做出是否參與研究抉擇，可中斷或退出；基本資訊包括研究目的、參與者被要求事項、可能發生風險（陳向明，2009）。知情同意的基本要素包含能力，會考量研究參與者了解及處理資訊的能力，研究者在進行訪談前，會向參與者詳細解釋研究的目的、方法以及可能的影響，並獲得參與者的知情同意（如訪談同意書附錄二）；自主部分，研究參與者不需任合理由，可中斷或退出；知識部分，研究者會提供研究參與者詢問、獲得解答的機會，如研究者姓名、身分、研究目的和活動規劃、研究過程參與方式、徵求研究參與者事項、資料保存等；理解部分，研究者會使用研究對象所能理解的語文和方式，並確定研究對象能完整且適當地理解研究所提供的資訊。

五、與研究參與者間的關係

(一)角色扮演

研究者與研究參與者是平等合作關係，彼此之間是保持互動且關係密切，在研究過程研究者是學習角色、是設計研究、蒐集和分析研究資料以及撰寫報告的角色，單純扮演研究者的角色不讓角色過於複雜化。

(二)對與研究參與者間衝突或探詢彼此觀感處理

研究參與者表露超乎研究範圍個人心理問題研究或衝突時，研究者將保持傾聽且中立的態度，不作評斷，對於研究參與者可能想知道其他人的訪談內容時，研究者會主動說明隱私及保密原則，完成論文初稿時才讓研究參與者檢視，在徵求研究參與者同意時就會告知該原則。

(三)結束關係

研究結束採取漸進方式，誠意告知研究參與者研究結束將離開研究場域，讓研究參與者有心理準備，或討論研究關係結束後的互動方式。

第四章 研究結果

第一節 飲食照護的決策權歸屬

參與自己生活決策過程，才能增強其自我價值

> 人性尊嚴是指個體因其作為人而應享有的基本尊重與權利，無論其年齡、性別或健康狀況如何。在老年照顧中，尊嚴的維護不僅涵蓋生理需求，尚包括心理、情感和社會需求的滿足。從這個角度出發，任何照顧服務都應當尊重受照顧者的選擇與權利，讓他們參與自己生活的決策過程，以增強其自我價值(黃冠龍，2024)。

這是創新照顧雜誌黃冠龍專欄提到的，人性尊嚴是是作為人而應享有的基本尊重與權利，不管事年齡、性別或健康狀況，在長期照顧機構高齡者飲食自主權更是如此。因此，本研究首先要探索的是長期照顧機構中高齡者飲食自主權的現況，包括飲食內容的決策歸屬、高齡者對此的看法與期望，以及專業工作者如何納入高齡者的意見，以實現食物主張與營養照護間的平衡。

壹、高齡者飲食現況

從研究參與者觀點，在機構或團體生活環境中，個人的飲食決策權並非完全自主。受訪者的回饋反映出一個共同現象：絕大多數時候，用餐內容都是由廚房的製作餐飲人員、營養師或照顧人員安排，個人的喜好和選擇權相當有限。這種模式主要著眼於集體管理與健康考量，但也在無形中限縮了服務使用者個體的自主性。

一、機構飲食決策權的歸屬

機構中主要的飲食決策者是廚房的製作餐飲人員、營養師或照顧人員。長者們普遍接受這種集體安排的模式，主要基於集體管理與效率與營養健康考量。而額外需求則會透過人際網絡關係來滿足需求。

（一）廚房製作餐飲的人員

表面上，廚房人員是餐食的執行者，他們根據既定的菜單準備食物。然而，這背後隱藏著決策權力的流動與制約。機構住民普遍處於被動接受的角色。他們沒有主動選擇的權力，餐點內容完全由「廚房」決定。A1 提到：「他們會安排，我們吃的東西都是廚房有人安排…什麼都是廚房在安排的，所以他拿什麼東西來，我就吃什麼。」。這種說法直接點明了決策權力集中於廚房，而住民的飲食選擇權被完全剝奪。類似的情況，受訪者 A7 表示：「都是人家煮什麼，我們就吃什麼。」；A1 亦提到：「什麼都是廚房在安排的，所以他拿什麼東西來，我就吃什麼。」；A5 也說：「對啊。好像就～不要很油膩就好。」；A4 也無奈的表示：「廚房煮什麼，我就吃什麼。」，以上都再次印證了這一點。這些話語簡單卻有力，反映了住民在飲食上的無力感和順從。

（二）營養師和照顧人員

在機構飲食的決策鏈中，營養師與照顧人員扮演著核心的角色，他們的專業判斷與日常觀察，共同塑造了住民的餐飲內容。從研究參與者訪談過程，我們可以清楚看到，飲食的選擇權並非由住民掌握，而是基於一套看似為了「顧健康」的專業考量。

1.權力分配的現實面

A3 的訪談內容直接點出了這種權力分配的現實：「現在在這裡生活，啥米都不能自己選吃的啦，都是營養師啊照顧人員安排的，講是顧健康啦，我們只能照吃咧。」這段話揭示了兩個重要的面向：1.決策權的集中，營養師與照顧人員是餐食安排的唯一決策者。他們基於專業知識與對住民身體狀況的了解，制定出符合營養需求的菜單。2.住民的被動性，住民處於被動接受的角色，他們個人的喜好與選擇權被排除在外。A3 的語氣中帶有一種無奈與順從，顯示出他們對這種決策模式的習慣與無力感。

2.決策者的考量與「配合」意願

而 A6 的說法則進一步描繪了這條決策鏈的運作細節：「基本上是廚房和營養師決定啦！我們這裡就按照他們安排的吃，自己想吃的，有時也講講看，能配合就配合。」這段話顯示，儘管廚房是餐食的執行者，但真正的決策權仍歸屬於營養師。同時，這也透露出一個重要的訊息：住民並非完全沒有聲音。他們偶爾會提出自己的想法，但這些想法是否能被採納，最終仍取決於決策者的考量與「配合」意願。這反映出一種權力不對等的關係，住民的「想吃」只能被動地、有條件地被滿足，而無法成為決策的主導因素。

（三）額外需求透過人際關係滿足

在機構飲食決策的複雜體系中，住民雖然表面上沒有選擇食物的權力，但他們發展出了一套獨特的應對策略—利用人際關係來滿足個人的額外需求。這套非正式的管道，成為了他們彌補決策權缺失的重要途徑。A2 的訪談內容生動地描繪了這套非正式機制的運作模式：

1.人際關係網絡滿足飲食喜好

> 「我自己會去托人家買回來吃，我ㄟ同事（同房住民）她一個孫子住在虎尾，他一個禮拜都會問他阿嬤要吃什麼？他就會買。他阿嬤就會問:『我的誰要來，看你們要吃嗎?』我就會說:『好啊，不然他們買一個什麼。』」(A2)

這段話揭示了人際關係網絡在滿足飲食需求上的關鍵作用。A2 透過「同事」這層關係，搭上了她同事孫子的「代購」服務。這不僅僅是簡單的食物交易，更是一種基於信任與互惠的社會交換。當同事的孫子主動詢問「要吃什麼」時，這層關係就從被動接受轉為主動參與，讓 A2 能夠表達自己的飲食偏好。透過這種方式，他們成功地繞開了機構內部的飲食決策限制，獲得了個人的飲食自由。

2.親情的支援

同樣地，A4 的發言也印證了這種人際關係的重要性：「沒有差啦。我會自己

處理，我想吃的我女兒都會幫我帶來。」這句簡潔有力的回答，透露出 A4 對機構飲食的態度——「沒有差」，因為她的飲食需求早已透過更強大、更親密的人際關係得到滿足。她的「女兒」成為了她飲食自由的強力後盾，只要她「想吃」什麼，女兒都會為她帶來。這種基於親情的人際網絡，比任何機構內的規章制度都更為有效，直接且精準地滿足了她的個人需求。

綜合上述受訪者的回答，可以清楚看出，在機構或團體生活中，個人的飲食決策權幾乎完全歸屬於機構本身。主要的決策者是廚房的製作餐飲人員、營養師或照顧人員。這種安排主要基於兩個考量：

1. 集體管理與效率

為了方便統一採買、烹飪與配膳，機構必須制定固定的菜單，以簡化流程並有效控制成本。這與先前研究中指出的，長照機構餐食問題未見改善的主要原因之一是「成本考量」相符（余璧如等人，2014；黃惠宜，2006）。

2. 健康與營養考量

專業人員會依據長者的健康狀況、年齡或特殊飲食需求，設計符合營養均衡的菜色。受訪者 A3 亦明確指出，機構安排飲食「講是顧健康啦，我們只能照吃咧。」。專業人員 P1 也證實，他們會根據體檢報告來分配食物，例如針對慢性病（如糖尿病）患者，會要求「那個飯就要少一點」。

貳、高齡者飲食決策權

在長照機構中，飲食內容的產生並非單一決策的結果，而是一個層次分明的過程。專業人員（包含營養師、護理師與照服員）是主要的決策者，他們根據專業知識與長輩的健康狀況，設計出最符合營養需求的菜單。然而，長輩與專業人員的共同討論、家屬的意見，乃至於長輩個人的偏好，雖然偶爾會被納入考量，但在現行制度下，仍屬較為少見的情況，顯示其自主性在團體生活中相對弱勢。

一、飲食內容的產生依據

（一）專業人員（營養師、護理師、照服員）：以健康為核心的決策權

在探討高齡者飲食決策權的歸屬時，我們可以發現這是一個由專業人員主導，但同時也受到高齡者自身需求與感受影響的複雜議題。從多位受訪者的發言中，可以清楚地看到，營養師、護理師與照顧服務員在飲食決策中扮演了核心角色。受訪的專業人員 (P1、P2、P4、P5、P6、P7) 一致表明，高齡者的飲食決策主要由他們主導。決策的依據，是基於專業的健康考量。

1.營養師-依專業與體檢報告

> 「通常我們的飲食決策是由營養師主導。因為營養師會看個人的體檢報告，然後去分配他們可以吃的食物這樣。」(P1)

> 「對我們來講，我們會回歸到一個叫做照顧核心的本質是什麼？那以機構來講，營養師的角色，他在機構的營養師，或者是像我們在慈濟醫院，我們的病人都送慈濟醫院，所以有時候他們有疾病飲食，都會找到慈濟醫院的營養師去做衛教。」(P2)

作為飲食決策的核心，營養師的角色至關重要。P2 認為這樣的決策模式符合機構管理的核心價值——將照顧回歸到專業的核心本質，確保高齡者能獲得最符合其生理需求的飲食，以維持健康。這份專業判斷不僅涵蓋了日常餐食，也針對個別住民的特殊狀況進行調整，例如 P5 也說：「如果他有那個慢性病，比如糖尿病，那個飯就要少一點…都會做個別的調整。」

2.護理師與照服員：飲食需求照服員、營養師進行調整、決策權由護理人員主導

這兩類人員則扮演了觀察者與溝通者的角色。他們負責評估高齡者的飲食類型（如細碎、剁碎等）以及進食狀況 (P4)，並將觀察到的問題，如腹瀉等，回饋給營養師進行調整(P5)。決策權會由現場的護理人員評估，然後再去跟約聘的營養師商討(P6)，這表明了第一線照護人員在決策鏈中不可或缺的地位。

「高齡者飲食需求會由照服員評估。在飲食類型上，由照顧服務員評估，例如細碎、絞碎、剁碎、泥狀等。營養師會介入評估營養需求。」(P4)

「當然是營養師，所以我們有營養師會過來，對～每個月都會過來調整住民的餐食，我們目前餐食是現在都是固定餐食，是這麼吃沒錯，可是當有需要調整的時候，第一個我們電話可以連聯絡或是從 line 可以聯絡都可以，有問題我們都可以直接跟他講，然後他就會個別的做調整樣，比如說消化不好，可能要減牛奶的量或是調整濃度啊，都會做。」(P5)

「飲食的決策權會在應該是說決策權會由先現場的護理人員評估，因為我們的機構是約聘的營養師，不是專任的，所以如果說你先入住的話，有一些的問題我們會先照會我們的營養師，就是會以 line 的方式來跟我們回顧該怎麼去給新的住民。」(P6)

這份決策權並非單一專業獨攬，而是一種協調合作的結果。

「其實是一個團隊的合作啦。營養師會根據長輩的健康狀況開出菜單，我們護理人員會提供一些照護觀察的建議…」。(P7)

（二）服務使用者（高齡者）態度：完全順從、基於健康因素的接受、避免困擾的順從、渴望參與

面對專業人員的決策，高齡者展現了不同的態度，可分為完全順從、基於健康因素的接受、避免困擾的順從、渴望參與四種類型。反映出他們在飲食決策權上的被動與掙扎。

1.完全順從

部分高齡者表現出完全的被動與信任，將決策權完全讓渡。A1：「他們給我們什麼，我們就吃什麼，沒關係，這個不用問。」，這種反應透露出他們對專業人員的信任，也可能是一種長期被動後所形成的無奈。

2.基於健康因素的接受

有些高齡者則基於對自身健康的考量而接受專業安排。A2：「護理師是比較知道，我們自己是亂亂吃。」，這表明他們認可專業人員的知識優勢，並將其視

為一種自我保護。

3.避免困擾的順從

另一些人則是出於社會規範的考量而選擇順從。A5：「我也不會覺得說特地受到什麼限制，我不要造成別人的困擾。」，這反映了在團體生活中，個人自由與團體和諧之間的權衡，他們願意犧牲部分自主權來維持良好的互動關係。而對於曾經是家中廚師的高齡者 A7 而言，專業化的飲食決策與其個人習慣產生了衝突。她說：「我是會煮菜的人，當然是希望自己可以煮阿，但是這裡是團體，就是他們煮什麼，我就吃什麼。」，這份無奈反映了從家庭飲食主導者轉變為機構飲食接受者的心境落差。

4.渴望參與

儘管多數人順從，但仍有高齡者表達了參與決策的渴望。A6：「我會說要我自己跟營養師商量吧，他們懂健康，我也知道自己身體狀況，有講、有聽比較理想啦！」。這份期待凸顯了自主性的重要性，他們希望自己的聲音能被聽見，並參與到關乎自身健康的決策中。

這樣的決策模式在相關研究得到了印證與探討。在醫療與照護場域，「父權主義」（Paternalism）的思維模式根深蒂固，即專業人員基於對個體福祉的考量，做出他們認為對個體最有利的決定，但這可能與個體的自主權相衝突。

綜合上述，高齡者在機構中的飲食決策權，體現了專業考量與個人意願之間的拉扯。雖然專業人員的介入是為了確保健康與安全，但如何平衡這種專業主導權與高齡者的自主性，讓他們在飲食上保有尊嚴與選擇，是未來機構照護的重要課題。

二、飲食決策權-專業人士與個人協商從單向控制逐漸轉變為雙向協商

在機構的高齡者照護中，飲食決策權的歸屬是一個從單向控制逐漸轉變為雙向協商的過程。過去，專業人員如營養師、醫師、護理師等，基於其專業知識主導著決策，但隨著高齡者自主意識的提升，他們越來越希望參與到關乎自身健康

的決策中。這場轉變的核心在於，高齡者不再只是被動的接受者，而是希望成為與專業人員「共舞」的合作者。高齡者在訪談中的話語，生動地描繪了他們對「協商式決策」的期待與理解。

（一）個人經驗的價值

高齡者認為自己是身體狀況的第一手觀察者，其個人的感受與經驗（「我身體我自己最清楚嘛」）應該被納入考量。

（二）專業知識的尊重

儘管高齡者希望參與，但他們並不否認專業人員的權威性與價值（「但醫生懂營養」）。他們將專業知識視為決策的基石，而非唯一的依據。A3 提到：「我是覺得要我自己跟醫生一起商量啦，我身體我自己最清楚嘛，但醫生懂營養，咱就互相配合。」，A6 的發言則進一步強調了溝通與傾聽的重要性：「我會說要我自己跟營養師商量吧，他們懂健康，我也知道自己身體狀況，有講、有聽比較理想啦。」

（三）「互相配合」溝通的合作模式

這句話總結了高齡者對理想決策模式的期待。這不僅僅是聽從指令，而是一種雙方都有貢獻、共同努力的合作關係。A6 用「有講、有聽」來概括理想的協商過程，強調了溝通雙方的平等地位與相互尊重。高齡者認為，沒有雙向溝通，決策就不完整。他們的聲音需要被聽見，這不僅是滿足其自主性的需求，更是做出更精準決策的基礎。

這種從「父權式照護」轉向「賦權式照護」的趨勢，在學術界已得到廣泛探討。Shaller, D. (2007) 在《患者為中心的護理》(Patient-centered care: What does it take?)一文中指出，有效的醫療決策應將患者的價值觀、偏好與專業人員的知識相結合，而非單純由專業人員做出決定。這種模式被認為能提升治療效果與患者滿意度。總體而言，從高齡者的視角來看，理想的飲食決策權並非完全由個人主導，也不是完全由專業人士控制。他們渴望的是一個雙向溝通與協商的過程，在

這個過程中，個人的經驗與專業的知識能夠相互尊重，共同為健康的目標而努力。這種模式不僅能確保高齡者的生理健康，更能維護他們的心理自主性與尊嚴。

三、家屬的參與-扮演著至關重要的角色，有時削弱長輩本身的自主性

在機構照護中，高齡者的飲食決策權並非只在專業人員與住民之間流動，家屬的參與也扮演著至關重要的角色。他們常被視為高齡者的代言人，其意見與習慣資訊直接影響著餐食的內容與安排。這種模式雖然有助於個案化服務，但也可能在無意中削弱了高齡者本身的自主性。

（一）飲食決策鏈的關鍵一環

從專業人員的訪談中可以清楚看到，家屬是飲食決策鏈的關鍵一環。P6 的發言直接點明了這種資訊交換模式

> 「大部分的話就是會先去問家屬，說可能在家裡的話，他大部分都吃哪一些食物？對那還是說有一些禁忌，還是說有一些可能說他有些哪些東西不吃，對那我們再去做調整。」(P6)

這段話揭示兩個重點，1. 家屬是資訊來源：機構將家屬視為獲取高齡者飲食習慣與禁忌的首要管道。這使得家屬的意見，而不是高齡者本人的聲音，成為餐食調整的主要依據。2. 決策的依據：機構的調整是基於「在家裡」的飲食習慣，這有助於維持高齡者的熟悉感，並減少適應新環境的困難。

（二）有時削弱長輩本身的自主性

然而，這種模式也帶來了潛在的挑戰。例如 P7 認為長輩本人的意見，有時候會比較少被關注。

> 「家屬有時也會表達意見。不過說實話，長輩本人的意見，有時候會比較少被主動詢問，除非他們特別提出。」(P7)

這段話精準地指出了家屬參與所帶來的矛盾：第一自主性的間接剝奪，雖然家屬的參與看似是為了高齡者的利益，但實際上卻可能使高齡者本人的聲音被邊緣

化。他們的意見若非主動且明確地提出，往往會被忽略。第二溝通的間接性，當溝通透過家屬進行時，訊息可能在傳遞過程中失真或不完整，無法百分之百反映高齡者的當下需求與偏好。

家屬在機構高齡者飲食決策權中，扮演著不可或缺的橋樑角色。他們提供了寶貴的個人化資訊，幫助機構更好地適應高齡者的習慣。然而，這種決策模式也潛藏著剝奪高齡者自主性的風險。理想的決策模式應是在尊重家屬意見的同時，建立直接與高齡者溝通的機制，確保他們的聲音能被主動傾聽與尊重，從而真正實現以人為本的照護理念。

四、高齡者-個人意願、專業規範與機構運作之間的拉扯

在機構照護中，高齡者對於飲食的自主權是一個複雜的議題，它體現了個人意願、專業規範與機構運作之間的拉扯。雖然決策權多數時候掌握在專業人員手中，但高齡者本身的意見，特別是在某些特定情況下，仍然具有不可忽視的影響力。

（一）自主性表達

高齡者自身在飲食決策中的參與，是其自主性最直接的體現。A4 的訪談內容直接且有力：「我自己決定就好，我也不會亂吃啊。」這句話反映了高齡者對自身判斷力的自信與強烈的自主意識。他們認為，作為一個成年人，有能力為自己的飲食健康負責，並非需要完全被動地接受安排。這種「不亂吃」的承諾，既是為了維護自身的健康，也是對其自主選擇能力的證明。這份簡單的表達，直接挑戰了「為你好」的父權式照護思維，強調了個人的主觀意願與決策權。

（二）特定範圍內給予決策權

專業人員的訪談則顯示，機構在運作中並非完全忽略高齡者的聲音，而是在特定範圍內，給予其一定的決策權。

1.飲食偏好

P4 的訪談揭示了高齡者在飲食偏好上的主導權：「而高齡者的意見，特別是

葷素，會以高齡者意見為主。」葷素選擇通常被視為宗教或個人信仰的體現，因此機構會給予高度尊重。

2.口味調整

高齡者對口味的意見也能得到回應。P4：「若口味太淡，會在營養師許可範圍內調配，例如加肉燥。」，這表明了機構在維持營養標準的同時，也會靈活地在細節上滿足高齡者的口味需求，以提升他們的用餐滿意度。

3.入住初期適應

P6 提到，機構在住民剛入住時，會主動詢問他們的飲食習慣與感受。P6：「會問說吃不習慣嗎？還是太甜，他有時候他就會反應說煮太軟了。」這段話說明，在適應期，機構會特別重視高齡者的回饋，將其視為調整服務的重要依據。

這些都顯示，高齡者雖然無法從根本上決定每日菜單，但他們的聲音在「客製化」與「微調」方面，仍然扮演著關鍵角色。綜上所述，高齡者在機構中的飲食決策權，體現了從「被動接受」到「有限參與」的轉變。雖然專業人員因其健康考量而保有最終決策權，但高齡者本身的意見，特別是與個人偏好相關的部分，已開始被機構重視。這種雙向互動的模式，不僅能提升高齡者的飲食滿意度，更能維護他們作為個體的尊嚴與自主性，是未來高齡照護發展的重要方向。

參、設計飲食計畫納入高齡者意見的機制

從專業人員受訪者的回應中，可以看出長照機構為了納入高齡者的意見，建立了多種不同的溝通機制。主要的正式管道包括定期的跨團隊會議與滿意度調查，讓高齡者的意見得以被系統性地蒐集與討論。此外，非正式的日常觀察與即時溝通，也扮演著關鍵的角色，確保照顧人員能隨時掌握長輩的飲食狀況與偏好，並做出即時調整。

一、正式會議與調查

在機構高齡者的飲食決策中，單純依賴專業人員的判斷或高齡者的口頭意見是

不足夠的。為了系統化地納入高齡者的聲音，並確保飲食計畫的科學性與適宜性，許多機構會透過正式的會議與調查機制來收集資訊與進行決策。

（一）入住初期調查：建立個人化檔案

在長輩剛入住時，機構會啟動第一階段的資訊收集。P1 提到：

> 「在長輩剛入住機構時，工作人員會先向家屬詢問他們平常在家裡的飲食習慣和喜歡吃的東西。機構會盡量滿足長輩想吃的食物，但也會考量他們的健康報告，並在必要時進行調整。」(P1)

這種做法的目的是：1. 為了解長輩在家中的飲食習慣，有助於減少他們適應新環境的困難，降低其心理上的不適感；2. 透過家屬，可以獲得長輩的飲食偏好與禁忌，這些第一手資訊將成為後續飲食計畫的重要參考。

（二）定期滿意度調查：量化意見並發現問題

除了入住初期的個人化調查，許多機構會進行定期的滿意度問卷調查，以量化方式收集高齡者的意見。P2 描述了這種機制：

> 「另外一個部分就是我們一年一度都會做所謂的飲食的滿意度調查表，針對長輩做，就會拿著問卷一個一個問他們...」(P2)

這份調查有助於：1. 統計分析-透過問卷，機構可以統計出高齡者普遍反映的問題，例如「飯太硬」、「菜太淡或太鹹」，這些量化的數據有助於發現系統性問題；2. 持續改善-依據調查結果，機構可以有針對性地進行改善，儘管受到廚師聘用等實際因素的限制，但這種機制仍為持續優化提供了依據。

（三）跨團隊會議：整合意見並協調解決

最正式的機制，是透過定期召開的跨團隊會議，將高齡者、家屬、以及專業人員的意見進行整合與協調。

1.會議成員多元

P5 提到：「跟營養師跟我們的主任、副主任，還有長輩，幾個當然是代表的長輩啦...」。P6 則進一步闡述了會議的完整組成：「營養師藥師這一些區塊的人討

論還有照服員...，有必要的話，還會邀請家屬或是那個能夠參與會議的住民這樣子。」這種多元化的參與，確保了決策的全面性。

2.會議中討論各種飲食相關的議題

例如「炸物太多」、「東西不夠軟」等(P5)，這些意見來自高齡者的直接反饋，並在會議中由各方共同討論解決方案。當意見出現分歧時，例如口味與健康標準的衝突，跨團隊會議提供了一個協調平台，讓各方能交換意見，最終達成共識。這種透過正式會議與調查機制納入高齡者意見的做法，在學術文獻中被視為實踐「以人為本 (Person-centered care)」照護的重要途徑。總體而言，在機構飲食決策權的歸屬上，正式會議與調查機制扮演著將高齡者主觀意見與機構專業規範相結合的橋樑。這些機制不僅能確保飲食計畫的科學性，更能維護高齡者的尊嚴與自主性，使其從被動的接受者轉變為有價值的參與者。這也顯示了機構照護正從單純的生理照顧，轉向全面性的身心關懷。

二、非正式的日常觀察與溝通

在機構高齡者飲食計畫的設計中，除了正式的問卷調查和會議，非正式的日常觀察與溝通扮演著更為即時且個人化的角色。這種機制讓照服員與護理師在第一線，能夠敏銳地捕捉到高齡者最真實的需求與反應，並將這些細微之處轉化為飲食決策的依據。

（一）從行為觀察解讀需求

專業人員的職責不僅是餵食，更是透過觀察來解讀非語言的訊息。P2 提到：

> 「我們會去注意看，不一定用詢問的，那每天就照顧的那個過程當中，你發現他整盤菜整盤飯...吃的狀況怎麼樣...。」(P2)

這段話強調了照護人員的敏銳觀察力。他們會觀察長輩的飲食行為，例如是否吃完餐點、是否只吃特定菜色，或是只吃一兩口。當長輩「一整天裡面他就吃兩口稀飯」時，這會立即引起照服員的關注，並促使他們主動去尋找原因。這種觀察不僅是為了掌握進食狀況，更要找出背後的原因。P2 指出，這可能是「口味

的問題」，或是「疾病的問題所造成的」，甚至與「情緒障礙的問題」有關。透過這種診斷式的觀察，才能對症下藥，解決根本問題，否則「幾天後來看，整個人體重掉太多，營養師也會追問你」。

> 「我們會去注意看，不一定用詢問的，那每天就照顧的那個過程當中，…，就要去了解說他到底是什麼原因會剩下食物，是口味的問題？還是說這樣的東西他是不是完全都不愛吃？…另外一種是疾病的問題所造成的，那疾病的問題造成的可能就是他當下的意識狀況不好，或者是他有一些情緒障礙的問題，這是在於生理現象跟他情緒的部分的照顧上面，我們要去注意的。」(P2)

（二）透過非正式溝通獲取偏好

除了觀察，照服員也透過日常溝通來了解長輩的喜好。P7 提到：「我們會透過生活照顧中聊天的方式問問長輩的喜好，也會觀察他們吃得開不開心。」這種隨性的對話方式，讓長輩能在輕鬆的氛圍中表達自己的想法，而不是在正式問答中感到壓力。P4 也印證了這種溝通管道的有效性：「高齡者會直接將意見告知照服員，再由照服員反映。」這種直接的溝通路徑，讓長輩的意見能被即時傳遞。P4 進一步舉例，高齡者對於「葷素飲食規劃」的意見通常會被採納，而在口味上，「如果他們覺得口味太淡，會進行調配，例如加肉燥，但會在營養師可容許的範圍內。」，這表明機構會在專業規範內，靈活地滿足高齡者的個人偏好。

這種非正式的日常觀察與溝通，被視為實踐「以人為本（Person-centered care）」照護的重要環節。綜上所述，非正式的日常觀察與溝通是高齡者飲食決策權歸屬中不可或缺的一環。它超越了形式化的問卷與會議，讓專業人員能以更即時、更人性化的方式，了解高齡者的飲食狀況與需求。這種機制不僅能有效提升飲食的適口性，更能維護高齡者在機構中的尊嚴與自主性，是實現高品質照護的關鍵。

肆、飲食選擇權的尊重感受

根據高齡研究參與者的回答，他們對於在機構中飲食選擇權是否受到尊重的感受，呈現出不同看法，包含被尊重、有限度尊重、不被尊重。部分長者明確表示，透過「快樂餐」等機制，他們的喜好得到了滿足，因而感到被尊重；然而，也有不少長者坦言，儘管有部分彈性，但在集體生活中，個人選擇權依然有限，最終只能無奈地接受現狀。這顯示「被尊重的飲食選擇權」在不同長者心中有著截然不同的定義與體驗。

一、被尊重

在高齡者的機構生活中，能夠主動表達並實現飲食選擇權，是他們感受到尊重與自主性的重要來源。這份尊重感不僅來自於餐食的物質層面，更源於人與人之間互動的細膩與體貼。當機構能夠提供選擇、聆聽意見並做出回應時，高齡者的尊嚴與自我價值便得到了維護。

訪談內容直接反映了高齡者對飲食選擇權的正面感受。A1 的回答是一個鮮明的例子：「有，像剛才問如果今天要吃什麼？吃水餃，我們就是跟他說，就是他會問你說，你看他的一、三、五都會有快樂餐，他會問你要吃什麼？」這段話描繪了機構主動提供選擇的場景。「快樂餐」 這一詞彙本身就帶有正面的情感意涵，它代表著不僅僅是填飽肚子，更是滿足口腹之慾與個人偏好的機會。當工作人員主動詢問「要吃什麼」時，高齡者從被動的接收者轉變為積極的參與者，他們的意見被視為有價值的資訊，這份感受是實實在在的尊重。

A4 的發言則更進一步強調了自主選擇所帶來的自由感：「有啦，喜歡吃，我就吃多一點，不喜歡吃的，我就不吃，就是都隨我自己的意思。」這句簡潔有力的回答，透露出高齡者在飲食上所擁有的控制感 (sense of control)。他們能夠依照自己的喜好決定進食的量與種類，這種隨心所欲的自主性，直接與「被尊重」的感受畫上等號。

而 A5 的回答，雖然簡單，卻極具份量：「有有有，有受到尊重。」這份肯定的重複，強烈表達了高齡者對於機構在飲食上所給予的自主空間的高度認可。它證明了當機構實踐以人為本的照護理念時，高齡者能夠清晰地感知到，並將其轉化為正面的心理感受。

高齡者飲食選擇權的實踐，是維護其尊嚴與自主性的重要途徑。當他們能夠表達喜好，並獲得機構的積極回應時，所感受到的不僅僅是味蕾的滿足，更是一份作為個體被看重、被尊重的深層心理需求。這也為機構照護提供了重要的啟示：高品質的照護不僅在於提供營養均衡的餐食，更在於創造一個讓高齡者感到被尊重與被賦權的環境。

二、有限度的尊重或妥協

在高齡者照護機構中，飲食選擇權並非總是絕對的自由，而是一種在健康規範與個人喜好間的有限度尊重與妥協。高齡者在表達自己的意見時，往往會考量到機構的難處，並理性地接受這種「為了自己好」的限制。他們所感受到的尊重，來自於機構在確保安全與健康的前提下，所做出的彈性調整。

（一）妥協的理解與接受

訪談內容深刻地反映了高齡者對這種妥協的理解與接受。A2 的話語展現了一種高度的同理心：「加減啦，我心裡想說他也是要我們好，怕我們吃的怎麼樣有什麼副作用還是怎麼、我不會反對，我歡喜吃的，也會跟他們說。」這位受訪者明確地意識到，機構的限制是出於「要我們好」的善意，是為了避免不良反應。這種理解使得他們願意接受部分的限制。儘管高齡者有所妥協，但他們並沒有完全放棄自己的聲音。「我歡喜吃的，也會跟他們說」，這句話表明他們會在規範內表達自己的偏好，而這種表達本身就是一種權力的行使。

A3 的發言則更具體地說明了這種有限度的彈性：「有啦，有時我說某樣東西吃不下，他們也會幫我換掉，沒那麼硬啦，但總是有限啦。」當高齡者反映問題（如「吃不下」）並得到實際的回應（「幫我換掉」）時，他們感受到了自己的聲

音被聽見與尊重。然而，他們也清醒地認識到這種彈性是有限的。「沒那麼硬啦，但總是有限啦」，這句話精準地概括了機構在個案化服務與團體規範之間所做的權衡。

（二）滿足其基本生理需求的接受

A6 的例子進一步闡釋了這種實用性的妥協：「還可以啦，我說我牙齒不好，太硬的他們就會換成軟的，雖然沒得挑，但不至於吃不下的啦。」這位受訪者清楚地知道自己無法完全挑選菜色（「沒得挑」），但他所關心的最基本需求（「牙齒不好，太硬的」）卻得到了滿足。這種務實的解決方案，雖然不是完美的自由，但已足夠讓他感到滿意和被照顧。「不至於吃不下」這句話總結了高齡者對機構服務的底線認知。只要能夠滿足其基本的生理需求，他們通常會選擇接受與配合。

高齡者對於飲食選擇權的尊重感，並非取決於毫無限制的自由，而是在專業考量與個人意願之間找到的平衡點。當他們感受到機構的限制是出於善意，且在某些方面能根據其需求做出彈性調整時，這種務實的互動就轉化為一種被尊重與被關愛的感受。這也提醒了照護者，真正的尊重不僅在於滿足所有要求，更在於解釋、傾聽與協調的過程中，讓高齡者感受到自己是決策中的一份子。

三、不被尊重

被動接受與選擇，在機構團體生活的框架下，高齡者的飲食選擇權往往被壓縮至最低。當個人偏好無法被納入考量，而必須完全服從集體安排時，他們對「被尊重」的感受便蕩然無存。這種不被尊重的體驗，根源於團體一致性優先於個體差異的照護模式。受訪者 A7 的話語，直白地道出了這種無奈與被動：「這團體的生活，都是大家吃什麼就都吃一樣的。」這句簡潔的話語背後，隱藏著多層次的意涵：1. 集體優先：這句話明確了團體規範在飲食決策中的主導地位。無論個人的喜好如何，最終都必須屈從於「大家吃什麼」的集體安排。2. 缺乏選擇：當「都吃一樣的」成為常態，高齡者個人的偏好、口味或禁忌便無從體現。這種

單一化的飲食模式，剝奪了他們最基本的選擇權。3.被動的接受：A7 的語氣中帶有一種既定的事實感，彷彿這是機構生活的必然。這種無力感，正是「不被尊重」的直接體現—因為他們的聲音從未被預期、也未曾被納入考量。

這種「大鍋飯」式的管理，雖然可能在成本與效率上有所考量，但卻犧牲了高齡者作為個體的尊嚴與自主性。當飲食，這個原本充滿個人色彩與記憶的行為，被簡化為純粹的生理需求，高齡者與其生活環境的連結便會被削弱，進而產生不被重視、不被尊重的心理感受。

綜上所述，當機構的飲食決策以集體效率為最高考量，而犧牲高齡者的個人選擇權時，他們會產生強烈的不被尊重感。這種感受不僅僅是口腹之慾的未滿足，更是對其作為獨立個體尊嚴的剝奪。因此，在機構照護中，如何平衡團體運作與個體需求，是提升高齡者生活品質與尊嚴的重要課題。

伍、個人化飲食偏好被滿足的程度

在長照機構中，長者對於個人化飲食偏好的滿足程度，呈現出多樣化的感受，包含尊重個人偏好、宗教信仰以及有些長輩是無特別需求與隨和者。部分長者因自身的需求得到照顧人員的注意與調整而感到被尊重，例如針對宗教習慣或特定食物偏好所做的客製化安排。然而，也有許多長者表示自己沒有特別的飲食需求，或是出於對團體生活的理解而選擇隨和，這也反映出在集體照護的環境下，個人化飲食的滿足，往往取決於機構的彈性與長者的心態。

一、納入個人化的照護計畫被聽見與尊重

受訪者的話語生動地描繪了個人偏好被滿足的具體情境。A2 提到：「我比較會挑食，有牛奶的，我就不敢吃了，吃了怕會嘔吐。他們就不會給我吃有牛奶的東西。」這段話顯示，機構不僅關注長輩的生理需求（如慢性病），也尊重其個人的生理反應與主觀厭惡。A2 對牛奶的排斥可能並非過敏，而是來自於過去的不良經驗。機構並未將其視為無理取鬧，而是將其納入個人化的照護計畫。這種細

膩的觀察與理解，讓 A2 感到被聽見、被尊重。A6 的發言則進一步印證了這種個人化的服務：「我吃飯沒什麼禁忌啦，不過我比較不愛苦瓜那種太苦的，他們知道後就儘量不排給我，這點我感覺有被注意到啦。」不愛吃苦瓜並非健康上的禁忌，純粹是個人口味偏好。然而，機構工作人員卻將這種細微的資訊納入考量，並在菜單安排上做出調整。「有被注意到」這句話是高齡者被尊重感的直接體現。當一個看似不重要的個人偏好被注意到時，高齡者會感到自己作為個體是被重視的，而不是被當作一個集體中的數字。

當機構能夠超越基本的營養與健康考量，進一步關注並滿足高齡者的個人化飲食偏好時，高齡者所感受到的不僅僅是味蕾的滿足，更是一種深刻的被看見、被尊重的感受。這種細膩的服務，是將高齡者視為完整個體的體現，也是高品質長照服務的關鍵所在。

二、尊重宗教信仰

在高齡者照護中，滿足個人化飲食偏好不僅僅是關乎口味，更觸及到深層的文化與宗教信仰。當機構能夠尊重並滿足這些基於信仰的飲食需求時，高齡者會感受到深刻的認同與被尊重，這份感受遠超於生理上的滿足。

受訪者 A3 的話語簡潔卻有力地印證了這一點：「我吃早齋已經幾十年了，這裡也有幫我準備，這點我還滿意啦。」。

這段話顯示三個意義，第一信仰的延續：對這位高齡者而言，「吃早齋」不僅是習慣，更是數十年如一日的信仰實踐。機構能夠為他準備早齋，代表他的信仰生活並未因為入住機構而中斷。第二基本需求的滿足：對宗教信仰者來說，基於信仰的飲食需求是不可妥協的。當機構能夠主動提供符合其信仰的餐點時，這份「滿意」感是發自內心，且具備高度正向意義的。第三尊重與認同：當個人信仰被機構重視並納入服務考量時，高齡者會感受到自己作為個體是被尊重的，其身份認同也得到了維護。

滿足高齡者基於宗教信仰的飲食偏好，不僅僅是提供一份特殊的餐點，更是對其精神世界與核心價值的尊重。當機構能夠提供這份個人化的服務時，高齡者所感受到的滿意度，是源於其身心靈的全面關懷。這也提醒了長照服務提供者，高品質的照護必須具備文化敏感度，並將高齡者的信仰自由視為不可或缺的一環。

三、無特別需求與隨和對滿足有自己獨特看法

在高齡者照護中，並非所有人都會對飲食提出具體的個人化需求。有些高齡者表現得相當隨和，他們對餐食沒有強烈的偏好或禁忌，這份隨性與接受度也體現了他們獨特的飲食滿足感。對於這類高齡者，他們對飲食偏好被滿足的感受，更多來自於生活的安穩與便捷，而非對特定食物的追求。訪談內容揭示了這類高齡者對飲食的看法：

（一）無宗教禁忌

A1 直接表明：「我沒有宗教信仰，所以沒有關於飲食的問題。」這類受訪者沒有因信仰而產生的飲食限制，使得他們能更自由地接受機構所提供的餐點。

（二）家屬的額外支持

儘管對機構飲食沒有特殊要求，個人的偏好仍可能透過外部管道得到滿足。A4 提到：「我喜歡吃什麼，我女兒都會幫我買來，他就住在這附近而已。」這顯示，即使在機構內部沒有特殊的飲食安排，親情的支持也能彌補這部分需求，使其個人偏好得到滿足，進而對整體飲食感到滿意。

（三）高度的接受度

A5 的發言則強調了隨和的態度：「我沒有特別堅持，而且他們也不會特別那個加入什麼，都可以接受，他們送來的餐點都可以接受。」。這句話表明，這類高齡者對機構提供的餐點持開放與接受的態度，不強求改變，也不會有過多的抱怨。他們將飲食視為機構服務的一部分，並能欣然接受。

（四）沒有特別的需求

A7 的回答更為直接：「我沒有什麼特別的需求啦，都可以啦。」這種態度反映出他們對生活品質的低要求，只要基本需求得到滿足，便能感到知足。

這些受訪者雖然沒有明確的「偏好」，但他們對飲食的滿足感是真實存在的，這種滿足感來自於無衝突的用餐體驗以及能夠順應集體生活的心理狀態。

綜上所述，無特別需求與隨和的高齡者，他們對飲食偏好被滿足的感受，是一種基於和平共處的滿足感。他們不強求改變，接受團體生活所帶來的便利與穩定，這份知足與隨性，也是高齡者心理健康的重要體現。對於機構而言，尊重這份隨和，並在細節上提供必要的關懷，是維護高齡者尊嚴與福祉的另一種方式。

陸、高齡者對飲食決策的期望

根據受訪高齡者的回饋，他們對飲食安排的期望，可歸納為幾個核心面向。首先，長者普遍渴望擁有自主權與參與感，希望能夠親自決定或參與菜單的規劃，以找回對生活的掌控感。其次，他們對單調的菜色感到厭倦，並希望能納入更多個人化的餐點選項，讓用餐體驗更為豐富。最後，當期望無法在機構內被滿足時，部分長者選擇接受現狀，同時轉而尋求家屬等外部支援，來彌補內心的飲食需求。

一、高齡者對飲食決策的期望

（一）「自主性」與「參與感」意見納入：多層次的心理需求

高齡者對飲食改變的期望，其核心是從被動的「吃什麼」轉變為主動的「想吃什麼」。A3 的發言精準地描繪了這種渴望：「我希望一禮拜能有一天，像週末咁，讓我自己選菜色，吃點我愛的，像魯肉飯、炒麵啦，少油一點我也接受啦！」這段話不僅是希望吃到特定食物，更包含了多層次的心理需求：第一是自主性：高齡者渴望擁有選擇的權力，即便只有「一禮拜能有一天」。這種選擇的機會，讓他們感到自己的聲音被聽見，且作為個體被尊重。第二是情感連結：魯

肉飯、炒麵這些食物，不僅僅是餐點，更承載著他們過去的生活記憶與文化情感。能夠吃到這些「我愛的」食物，是一種對過往生活的回憶與連結。第三是彈性與妥協：高齡者並非無理取鬧，他們也理解健康的考量。「少油一點我也接受啦！」，這句話表明他們願意在健康與喜好之間做出妥協，這也為機構提供了可行的操作空間。

（二）希望回應能得到滿足

1. 能回應高齡者建議

然而，高齡者對於飲食決策的期待，往往難以持續得到滿足。A1 的訪談揭示了這個痛點：「這個有問過了，問營養師過了沒有用…大家有說過沒有用。他起頭有，最後就沒有了。」這段話強烈地反映出高齡者對「有問無用」的失望與無力感：第一溝通的無效性：儘管意見有被詢問，但最終沒有轉化為實際行動。這種無效的溝通，會讓高齡者對機構的信任感降低。第二短期滿足與長期忽略：「他起頭有，最後就沒有了」，這句話描述了一種「虎頭蛇尾」的現象。機構可能在初期為了展現彈性而短暫地滿足高齡者的需求，但最終因各種原因（如成本、人力、時間）而無法持續。第三集體失落感：當高齡者的聲音被反覆忽略時，會形成一種集體的失落感。「大家有說過沒有用」，這句話不僅代表個人的挫敗，更反映了群體對改變的絕望。

高齡者對飲食決策的期望，是一種對自主性、生活品質與個人尊嚴的渴望。當他們的聲音能夠被持續地、有效地納入飲食計畫時，不僅能提升其飲食滿意度，更能強化其在機構中的生活韌性。反之，若意見的徵詢僅止於形式，最終無法落實，則會造成高齡者更深層的心理失落，這也提示著機構在推動以人為本的照護時，必須在形式與實質之間取得平衡。

2. 每月有一日自由選擇點餐機制

在高齡者照護機構中，飲食決策權的歸屬不僅是日常管理的議題，更是反映高齡者自主性與生活品質的關鍵。隨著照護理念的演進，單一化的集體供餐模式

已無法完全滿足高齡者的需求。高齡者對於能夠參與決策、享受個人化餐飲體驗的期望日益增加，而「長者點菜日」這類機制，正是這種期望的具體體現。

受訪者 A6 的話語，精準地捕捉了高齡者對飲食決策的深層渴望：「我想能不能一個月安排個『長者點菜日』，選一餐照我們想吃的來弄，這樣比較有參與感嘛。」這段話不僅僅是關於食物，更包含了多重重要的心理與社會意涵即賦權感(Empowerment)。「點菜」這個行為本身，代表了從被動接受者到主動決策者的角色轉變。當高齡者能夠「選一餐照我們想吃的來弄」時，他們感受到自己的聲音被聽見，個人需求被重視，這大大提升了其心理上的賦權感。

「這樣比較有參與感嘛」，這句話是核心訴求。在機構的集體生活中，高齡者往往感到自己的個體性被稀釋。而「長者點菜日」提供了一個機會，讓他們能夠參與到機構運作中，這不僅增強了他們的歸屬感，也讓他們覺得自己是機構社群中不可或缺的一份子。

3. 儀式感與期待

將「點菜」制度化為「長者點菜日」，賦予了它一種儀式感。這種定期、可預期的活動，讓高齡者有了可以期待的時刻，為單調的機構生活增添了色彩與樂趣。高齡者對於「長者點菜日」的期望，不僅是對美食的追求，更是對自主性、尊嚴與個人價值的渴望。這樣的機制，將飲食決策從單向的專業安排，轉變為雙向互動的合作過程，讓高齡者在機構中不再只是被動的接收者，而是能夠積極參與、共同創造生活品質的主人翁。這也提示著長照服務，未來的發展趨勢應更注重個人化的服務模式，以滿足高齡者更為細膩與多元的需求。

4. 菜單的多元與變化（從「吃飽」到「吃好」的菜單多樣性）

在高齡者照護機構中，飲食的品質不僅關乎營養攝取，更與高齡者的身心健康與生活滿意度息息相關。當餐點缺乏變化時，不僅會影響高齡者的食慾，更可能引發心理上的厭倦與反感。高齡者對於菜單多元與變化的期望，反映了他們對生活品質的更高追求，從單純的「吃飽」轉向「吃好」的願望。

受訪者的發言，生動地描繪了餐點單調所帶來的困擾與反感。A1 提到了對於食材的單一處理方式的不滿：「我是說番茄不要切一切, 就直接當作菜吃，它可以做成番茄炒蛋等等，它也是沒有，那個豆腐也是不行。」這段話顯示：高齡者渴望的是同一種食材能有不同的料理方式，以豐富其味覺體驗。單純的切塊處理，無法滿足他們對於烹飪變化的期待。高齡者期待的是能從餐點中感受到廚師的用心與變化，而非一成不變的制式化供餐。這種缺乏創造性的飲食模式，會讓他們感到自己的需求沒有被重視。

A2 的發言則更直接地表達了長期的單一飲食所造成的心理反感：

> 「我都覺得一直吃一樣的會怕，現在看到早上人家端粥來，就一直噁心起來。像拿饅頭拿來，還是拿其他的來，我就覺得比較吃得下。」(A2)

這段話揭示了，長期食用相同的食物，會導致生理與心理上的雙重厭倦，甚至引發「噁心」等強烈的負面生理反應。高齡者渴望能夠有不同的選擇，哪怕只是將粥替換成饅頭，就能大大提升其食慾與用餐意願。

這兩位受訪者的心聲，都強調了飲食多樣性對於維護高齡者身心健康的關鍵作用。高齡者對於菜單多元與變化的期望，反映了他們對於更有品質、更有尊嚴生活的追求。單一、制式化的飲食模式，不僅無法滿足高齡者的生理需求，更可能導致心理上的厭倦與抗拒。因此，機構在設計飲食計畫時，應在健康考量與成本控制之間，努力尋求平衡，提供更具多樣性與變化的餐點，以維護高齡者的身心健康與生活滿意度。

二、部分高齡者被動接受與家屬支援

在高齡者照護機構的環境中，並非所有高齡者都主動尋求改變或參與飲食決策。部分高齡者基於對團體生活的理解、對家人的信任，或單純的隨和個性，採取一種被動接受的態度。他們將滿足個人飲食偏好的責任，轉向尋求外部支援，以此來適應機構的制式化飲食，達到心理上的平衡。

部分高齡者選擇以隨和與務實的態度來應對機構的團體飲食。A7 的話語最為直接：「沒啦沒啦，都青菜(隨便)啦，有的吃就好了。」這不僅是一種不挑剔的態度，更反映了他們對生活的基本要求。對他們而言，飲食決策的複雜性並非生活重點，能夠順利、安心地用餐，就已足夠。同樣地，A5 則展現了對團體生活的理解與配合提到：

> 「因為是團體生活，兒子就告訴我說，你也不要特別挑剔什麼，…還是跟著大家應該吃什麼就吃什麼，對～那那我喜歡吃的東西，孩子會帶來給我，所以額外的(食物)孩子他自己會帶來給我，那我不會去要求廚房做什麼。」(A5)

這段話揭示了高齡者主動放棄內部飲食決策權的心理機制：1. 家庭的價值觀影響：家人的勸誡，特別是兒子的建議，對高齡者的行為模式產生了影響。他們選擇遵從家庭的期望，以避免成為「挑剔」的異類。2. 避免造成困擾：高齡者理解機構管理的難處，不願意因個人偏好而對廚房造成額外的負擔，因此主動放棄了要求改變的權利。

而當高齡者將個人的飲食偏好與機構飲食分開處理時，家屬便成為了滿足其需求的核心。A4 的話語清楚地說明了這種模式：「沒有差啦。我會自己處理，我想吃的我女兒都會幫我帶來。」與 A5 的情況類似，這類高齡者並非沒有偏好，而是將滿足偏好的責任轉移給了家人。家屬帶來的食物可以完全滿足高齡者的個人口味，這是機構集體供餐難以實現的。這種行為也讓高齡者與家人之間保持了緊密的互動。家屬帶來的食物不僅是物質上的補給，更是一種情感的連結與關懷的體現。

總體來說，並非所有高齡者都期望機構能夠完全滿足其飲食偏好。對於部分高齡者而言，他們選擇務實地接受機構的集體飲食，並透過家屬等外部管道來滿足個人的額外需求。這種模式，在維持團體和諧的同時，也確保了高齡者個人偏好的滿足，成為其在機構生活中維持心理平衡的重要策略。

柒、平衡健康需求與高齡者飲食喜好的方式

在長照機構中，營養師與醫護人員在提供飲食建議時，面臨著一個核心挑戰：如何在維持高齡者健康需求的同時，也能兼顧他們的飲食喜好。訪談內容顯示，專業人員並非單純地犧牲喜好來達成健康目標，而是透過多種策略，試圖在兩者之間找到平衡點，讓長者在「吃得健康」的同時，也能「吃得開心」。

一、數據導向的客製化調整

專業人員明確指出，在提供飲食建議時，健康數據是首要且不可妥協的考量。他們普遍認為，單純的限制飲食會引發長輩的抗拒，因此他們會採取多元的溝通與協商策略來達成平衡。

（一）各種檢查報告

專業人員的訪談清楚地表明，健康報告是飲食決策的首要依據。P1 提到：「我們還是會以他的健康報告到時候再去做調整，因為可能在家裡都是隨便吃點，機構就是會有一些檢查報告。」這反映了機構相對於家庭照護的一大優勢：系統化的健康監測。P4 進一步闡述了具體的操作方式：「提供飲食建議時，通常會以抽血報告、生理素質報告、生命徵象報告來篩選飲食，再讓長輩挑選。」這種做法將抽象的「健康」轉化為具體的數據，讓飲食決策有科學依據。當高齡者的喜好與健康數據衝突時，專業人員會以衛教方式進行溝通。P4 舉例

> 「如果長輩不喜歡篩選出來的食物，例如覺得不夠鹹，若生理素質顯示鈉離子過高或有高血壓，會以衛教方式告知其可能造成心血管疾病和負荷，甚至導致住院。」(P4)

這種溝通不僅是單向的命令，更包含了對風險的解釋，讓高齡者理解限制背後的必要性。P5 也強調了健康為重的理念：「我滿足長輩而已啊！因為我是覺得還是要以健康為重，偶爾滿足他…。」這句話總結了許多專業人員的共同心態：在確保健康的基礎上，再考慮滿足高齡者的偏好。

平衡健康與飲食喜好並非不可實現的難題。透過數據導向的客製化調整，機構能夠在科學與人性之間找到平衡。這種模式，既尊重了高齡者的個人意願，也確保了他們的健康與安全，是實現高品質、以人為本照護的有效途徑。

（二）以健康為重，有限度地滿足「口腹之慾」

在高齡者照護機構中，如何平衡專業的健康需求與高齡者的個人飲食喜好，是一個複雜而細膩的議題。單純的健康導向或完全的喜好導向都可能帶來負面後果。因此，許多機構採取一種以健康為重，但有限度地滿足「口腹之慾」的策略，並透過有效的溝通，讓高齡者在知情的基礎上做出選擇，從而實現兩者的平衡。

專業人員的訪談明確表明了「健康為重」是飲食決策的首要原則。P5 提到：「我滿足長輩而已啊！因為我是覺得還是要以健康為重，偶爾滿足他。」這句話精準地概括了許多專業人員的共同心態：在確保健康的基礎上，再考慮滿足高齡者的偏好。P5 進一步舉例，當長輩提出個人化的需求，如早上想吃三明治、飯糰，甚至為洗腎長輩購買特定食物時，機構會給予配合。這類彈性並非毫無原則，而是建立在「如果可以的情況之下」的務實考量上，旨在滿足高齡者合理的非制式化需求。P7 則更具體地闡釋了這種彈性的目的：

> 「我們會先以健康為出發點，比如糖尿病或腎臟病的長輩一定要控制。但如果長輩真的很想吃某些東西，我們就會抓量，或偶爾讓他們『過過癮』，心理也比較平衡。」(P7)

這表明，專業人員意識到完全剝奪飲食樂趣可能會影響高齡者的心理健康。因此，透過適當的「放縱」，既能滿足其口腹之慾，又能維護其心理平衡。

這種有限度的滿足策略，必須建立在有效的溝通與教育之上，才能真正實現高齡者的「知情選擇」。F5 提到：

> 「我們應該要有一個空間，讓住民可以跟營養師或是管理營養的人對話。…我們也要教育跟他們講，這樣做其實是為他們好，不是要管東管西。」(F5)

這強調了雙向溝通的重要性。當高齡者理解限制背後的健康考量，而非單純的「管東管西」，他們會更願意配合。一位機構主任則強調了「知情」與「尊重」的關鍵性：

> 「我們要讓長輩知道他有什麼疾病，什麼不能吃，但如果真的很想吃，那就是沒關係，量要少一點。讓長輩知道自己的狀況，這很重要。知道狀況後，再讓長輩去選擇。」(F6)

這段話闡明了理想的決策流程，先提供資訊，再讓高齡者在了解風險的前提下，做出有限度的選擇。這種模式將專業權威轉變為賦權的工具，讓高齡者感到自己的決策被尊重。

平衡健康需求與高齡者飲食喜好，並非一個非此即彼的選擇。透過以健康為重的原則、有限度的彈性滿足，以及最重要的雙向對話來提升健康認知，機構可以創造一個既安全又充滿人性的用餐環境。這種模式將高齡者從被動的服從者，轉變為主動的參與者，讓他們在了解自身狀況後做出有尊嚴的選擇，從而實現生理與心理的雙重滿足。

（三）彈性自主，實質把關

在高齡者照護機構中，如何平衡高齡者的飲食喜好與專業的健康需求，是一個複雜而細膩的挑戰。許多機構採取一種彈性自主，實質把關的策略，讓高齡者在看似有選擇權的框架下，做出符合健康原則的決策。這種模式旨在滿足高齡者對自主性的心理需求，同時確保其飲食安全與健康。

受訪者 P2 深刻地指出人性的矛盾：「我們人類是一種矛盾的動物，既希望人類的矛盾來自於說，我們希望健康又常常做不健康的行為…。」這種矛盾在高齡者身上尤為明顯，他們渴望健康長壽，卻又難以割捨不健康的飲食習慣。面對這種矛盾，專業人員的角色並非單純地禁止或命令，而是透過溝通與引導來實現決策。P2 提到：

「在這樣的過程裡面我的概念都會是這樣就是要讓長輩能夠理解他現在的狀況，他能夠知道我們要幫他做的事情是什麼，然後再讓他能夠慢慢的說服他做決策。」(P2)

這表明，專業人員的目標是將「我替你做決定」轉變為「我幫助你做出對的決定」，從而讓高齡者在知情的基礎上，主動配合飲食計畫。

F1 具體闡述了「彈性自主，實質把關」的運作模式：

1. 協調與溝通：

當高齡者的偏好與營養原則衝突時，溝通是第一步。F1 表示：「我會先了解長輩衝突的原因，然後去諮詢照顧他的護理人員，了解是否有什麼因素導致他抗拒。」這確保了決策不是武斷的，而是基於對個案全面了解的基礎上。

2. 幕後的客製化：

這種模式的精髓在於，機構在幕後對餐點進行了客製化調整。F1 舉例：「我希望每個人吃的食物看起來都一樣，即使是同一個蛋糕，有腎臟病的可能做成低蛋白，糖尿病的做碳水化合物調整…。」透過這種方式，高齡者在表面上看到並選擇了他們想要的食物，但實際上，食物的成分已經被專業地修改，以符合其健康需求。

3. 選擇的賦權感：

這種「表面選擇」的設計，旨在提升高齡者的心理滿足度。「這樣快樂度會提升很多…。因為人都想要有選擇。」F1 明確指出，賦予高齡者選擇權本身，就能帶來滿足感。即使這種選擇受到專業的限制，但對高齡者而言，這份被賦予的「權力」足以讓他們感到被尊重。這種策略也考慮到了來自家屬的壓力，F1：「最難搞的可能就是家屬。」透過這種表面一致的餐飲安排，機構也能減少與家屬在飲食細節上的爭議，使得方案更容易被執行。

總體來說，「彈性自主，實質把關」是一種務實且人性化的飲食管理策略。它不僅認可了高齡者「想要有選擇」的心理需求，也堅守了「以健康為重」的專業底線。這種模式透過背後的客製化調整與前線的溝通引導，成功地平衡了高齡

者的喜好與健康需求，是實現高品質、以人為本照護的有效途徑。

小結

本節探討了長期照顧機構中高齡者飲食自主權的現況，包括飲食內容的決策歸屬、高齡者對此的看法與期望，以及專業工作者如何納入高齡者的意見，以實現食物主張與營養照護間的平衡。整體而言可歸納如下：

一、機構內飲食決策權歸屬與自我決定理論 (SDT) 分析

機構內部的飲食決策權力主要集中於專業體系，包括營養師、照顧服務員與廚房人員。決策的依據主要著眼於集體管理效率、專業營養標準及食品安全考量。這種以專業人員為核心的單向決策模式，雖然確保了飲食的健康與安全，但卻容易削弱高齡者在飲食上應有的自尊、自我效能及心理健康，實質上剝奪了自主進食所代表的「人的尊嚴」（黃紹琪，2005；葉湘芬等，2010；江宓蓁譯，2017）。

從自我決定理論 (SDT) 的視角來看，高齡者對飲食安排的被動接受，屬於非自我決定動機下的受控制行為（如外部調節或內攝調節），其目的在於規避懲罰或維持團體和諧。若機構未能滿足長者在飲食選擇上的自主性（無法自由選擇）、勝任感（被動服從）和關係感（個人偏好被集體主義忽視）這三項基本心理需求，將會導致負面的心理與行為結果。

儘管專業力量佔主導地位，決策模式正從單向控制朝向有限度的雙向協商轉變。高齡者普遍渴望參與，主張決策應採「互相配合」的模式，強調其個人經驗與感受（如：「我身體我自己最清楚嘛」）應獲得尊重。此外，家屬的深度參與雖然有助於個案化服務，但也可能在無意中間接削弱高齡者本身的自主性。因此，機構必須將決策模式轉變為透過提供彈性決策空間和充分溝通，以促進長者動機的內化與自我決定（施麗紅，2010）。

表 4-1

高齡者自我決定的不同動機之連續變化表

動機型態	無動機	外在動(受控)	外在動機(自主)	內在動機
調節類型	無調節	外在調節	內攝調節	認同調節
高齡者態度/行為	缺乏意圖無力感	外部要求下的被動接受	避免困擾的順從(維持團體和諧)	務實的接受與配合 (基於健康因素接受)

資料來源：研究者整理。

二、意見納入機制：複合式回饋管道

長期照護機構為平衡集體管理效率與高齡者個體化需求，建構了正式與非正式的複合式飲食意見回饋機制。

（一）正式機制

正式管道旨在系統化地收集、量化意見並協調解決方案，是機構展現自主支持情境的系統性框架：

1. 入住初期調查：工作人員會向家屬詢問長者的飲食習慣、偏好與禁忌，以建立個人化檔案，減少長者適應新環境的困難。

2. 滿意度調查：定期進行飲食滿意度問卷調查，以量化方式收集意見，有助於機構發現系統性問題並進行持續改善。

3. 跨團隊會議：定期召開會議，成員包括營養師、護理師、高齡者代表等，共同討論與協調口味和健康標準之間的衝突，共同達成共識。

（二）非正式機制

非正式管道提供即時且個人化的回饋，主要由第一線照護人員執行：

1. 日常觀察：照護人員透過觀察長者的進食狀況（如是否挑食、剩食），以解讀需求（可能是口味、疾病或情緒障礙所致），並做出即時反應。

2. 非正式溝通：照顧服務員透過日常閒聊了解長者喜好，長者也會直接告知照服員意見再反映，以便在營養師許可範圍內進行微調（如口味太淡時加肉燥）。

這些機制能有效滿足長者表達意見的自主性需求，並透過彈性調整來強化其勝任感和自主性。

表 4-2

機構設計飲食計畫納入高齡者意見的機制（正式機制）

方式	說明	研究參與者
入住初期調查	- 剛入住機構時，工作人員會向家屬詢問長者平常在家裡的飲食習慣、偏好與禁忌 。。	- P1
滿意度調查	- 每半年至少進行一次膳食滿意度調查，並將改善意見落實於改進膳食服務。	- P1, P2, P4, P5, P6, P7
跨團隊會議	- 護理人員會提供照護觀察建議給營養師，或由現場護理人員評估後與約聘營養師商討。	- P7, P6

資料來源：研究者整理。

表 4-3

機構設計飲食計畫納入高齡者意見的機制（非正式機制）

方式	- 說明	- 研究參與者
日常觀察	- 透過觀察進食狀況，分析剩食原因(口味、疾病或情緒障礙)。	- P2
非正式溝通	- 透過生活照顧中聊天的形式詢問長輩的喜好，長輩直接告知照服員意見再反映。	- P7 , P4
數據導向的客製化	- 依據體檢報告、慢性病狀況（如糖尿病）進行個別調整，確保符合生理需求。	- P1, P5

資料來源：研究者整理。

三、高齡者對飲食選擇權尊重的感受

高齡者對飲食選擇權的感受，是衡量照護品質的核心指標。（一）感到被尊重是高齡者感受到被尊重的核心來源，在於機構能採行「個性化餐飲」策略，主動提供選擇權（例如實施「快樂餐」機制），使其能夠依照個人喜好決定進食的份量與類型，從而獲得自我掌控感 (sense of control)，滿足其核心的自主性需求。（二）有限度尊重或妥協，長者在理解限制是基於「健康維護」的專業考量後，能欣然接受在專業規範內的彈性調整。當他們反映食物太硬時，機構會換成軟的。這種務實的互動，在「個人自主權」與「專業權威」之間實現了平衡。（三）感到不被尊重 當機構將集體效率置於最高考量時，犧牲了高齡者的個人選擇權。例如，長者無奈地表示「這團體的生活，都是大家吃什麼就都吃一樣

的」。這種單一化的飲食模式，剝奪了他們最基本的選擇權，引發強烈且深刻的不被尊重感。

表 4-4

高齡飲食選擇權的尊重度感受與機構策略

尊重度感受面向	機構核心策略與做法	長者主要感受與反應	心理影響與 SDT 滿足狀態
感到被尊重	主動提供選擇權/個性化餐飲機制	擁有自我掌控感/被重視	滿足自主性核心需求，提升心理幸福感
有限度尊重或妥協	提供知情基礎上的選擇權/專業規範內彈性調整	理解限制是為「自己好」/接受務實彈性	達成「個人自主權」與「專業權威」的平衡
感到不被尊重	集體效率為最高考量/飲食決策單一化	最基本選擇權被剝奪/無力感與順從	自主性與歸屬感遭受嚴重挫折，尊嚴被剝奪

資料來源：研究者整理。

四、個人化偏好滿足程度與策略

高品質的照護必須超越單純的營養標準，體現對個體差異的細膩尊重。（一）納入個人化的照護計畫，機構會將高齡者的個人生理反應與主觀飲食厭惡（例如對牛奶的排斥、不愛吃苦瓜）納入個人化照護計畫中，讓長者感到需求被傾聽與尊重。（二）尊重宗教信仰與文化，機構能主動提供符合其信仰的餐點（例如提供「早齋」），讓長者的信仰生活不因入住機構而中斷，滿足其歸屬感，體現文化敏感度。（三）無特別需求或隨和者的滿足感，對於無強烈需求的長者，他們對飲食的滿足感更多來自於機構生活的安穩性與便捷性。此外，長者也常透過家屬等外部支援來彌補個人化的偏好，例如女兒會帶來想吃的食物，以此來適應機構的制式化飲食，達成心理平衡。

表 4-5

個人化偏好滿足程度與策略

滿足偏好策略	核心做法	關鍵目標與效益	心理需求滿足 (SDT)
納入個人化的照護計畫	納入個人生理厭惡與主觀偏好	讓高齡者感受到需求被傾聽與專重；避免身體不適。	自主性 歸屬感
尊重宗教信仰與文化	主動提供符合宗教信仰的餐點	尊重高齡者的精神世界與核心價值，維持信仰生活的延續。	歸屬感
無特別需求或隨和者的滿足感	1.提供安穩便捷的生活服務 2.允許外部支援機制	滿足感來自生活的安定性 透過親情支援補足個人額外偏好，適應制式化飲食。	心理平衡 適應性

資料來源：研究者整理。

五、飲食決策的自主性與多元性期望

高齡者對於飲食決策的核心期望，是渴望擁有自主權與參與感，以重新獲得對日常生活的掌控感和尊嚴。（一）追求「互相配合」的賦權式照護 長者期望決策模式從單向控制轉變為「有講、有聽」的雙向溝通模式，將其個人經驗（「我身體我自己最清楚嘛」）與專業建議有效結合，這體現了對自主性與勝任感的強烈需求。這種模式與學術界強調將患者價值觀、偏好與專業知識相結合的賦權式照護 (Empowerment Care) 理念高度契合 (Shaller, D., 2007)。（二）飲食內容的多元性與個人化，長者對長期單調的飲食模式感到厭倦，甚至引發反感（如噁心感），這也與先前研究中指出的「成本考量」導致菜色變化少的問題相符（余璧如等人，2014；黃惠宜，2006）。他們強烈期望菜單能有更多變化（如同一食材有多種料理方式），並能參與選擇，例如希望機構能安排「長者點菜日」（如一週或一個月一次），以獲得賦權感、參與感與儀式感。長者對於意見回饋的期望，是能獲得持續且有效的滿足，對於意見徵詢流於形式，最終未能落實的「虎頭蛇尾」現象表示強烈的失望與集體失落感。

六、平衡健康與喜好的核心策略

專業人員在維持長者健康與滿足其飲食喜好之間，採取了數據導向、知情選擇及「彈性自主」的複合策略。(一）數據導向的客製化與溝通 專業人員以抽血報告、生理素質報告等客觀健康數據為調整飲食的首要依據。當長者喜好與數據衝突時（如高血壓者愛吃鹹食），會透過衛教溝通解釋限制背後的必要性與風險，讓長者理解限制是「為他們好」。專業人員在確保健康的基礎上，偶爾也會允許適當的「放縱」，以維持長者的心理平衡。(二）賦予知情選擇權， 機構提供高齡者與營養師對話的機會。長者在充分了解自身的疾病狀況和飲食禁忌後，若強烈渴望吃限制食物，專業人員會建議「量要少一點」，讓長者在了解風險的前提下，做出有限度的選擇，以維護其尊嚴和自主性。(三)「彈性自主」與「實質把關」的策略，這是一種務實且人性化的策略。機構會透過幕後的客製化調整食物成分（例如將同一蛋糕針對不同慢性病患者調整成低蛋白或低碳水化合物配方)，讓長者在表面上看到並選擇他們想要的食物。這種「表面選擇」旨在滿足長者「想要有選擇」的心理需求，有效提升其快樂度與自主性，而專業人員則在實質上把關了食物的安全與健康。

PROVIDENCE UNIVERSITY
VIRTUS
SCIENTIA
CUM
進德
修業

第二節 飲食自主權與營養照護的衝突

> 民以食為天，今天中午吃什麼？吃飯還是吃麵食？點心有什麼？有沒有吃飽？會不會太鹹？「飲食」、「菜單」為住宿型機構中住民及家屬關心且在意的一件事情。研究指出，機構中有營養不良與營養不良風險健康問題的住民高達 17.5% 至 50.5%（高家常，2021）。

這是在創新照顧雜誌 2024 年第 33 期書摘的主題：**住宿機構住民的飲食需求和偏好是什麼？飲食照護的多元化和個別化**（創新照顧雜誌，2024）。文中提到機構中有營養不良與營養不良風險健康問題的住民高達 17.5% 至 50.5% 。機構中高齡住民食物自主權與營養照護相輔相成或互斥？值得探索。本節探討高齡者及專業人員在處理健康需求與心理滿足之間的權衡與策略。長期照顧機構中的慢性病高齡者，其飲食主張與專業營養照護規範要求之間，經常產生內心掙扎，這反映了專業健康指標與個人生活品質追求之間的矛盾，並直接牽涉到其自主權的維護

壹、飲食自主權與營養照護衝突-高齡者觀點

一、飲食選擇-專業建議與個人飲食自主權的拉鋸與平衡

在高齡者的飲食選擇議題上，受訪者的意見呈現兩極化觀點，深刻反映出健康照護的專業規範與個體自主權 (Autonomy)之間的拉鋸與平衡。從研究參與者觀點可分兩類第一是尊重專業建議，以健康需求為優先考量；第二類是主張個人選擇權，平衡口慾與生活品質。

（一）尊重專業建議，以健康需求為優先考量

第一類觀點傾向於肯定並依循醫師或營養師的專業建議，將生理健康置於飲食選擇的首要地位。受訪者認為專業人士具備專業知識 (Professional Expertise)，且其建議乃是基於長期健康利益 (Long-term Health Benefits)而發，屬於「為我們好」的善意引導。這種依從性在面對慢性疾病管理，例如血糖或高血壓問題時尤為顯著。受訪者 A5 明確表達了對專業權威的認同：「對啊。他們既然有這一方面

的專業，我們要著重人家的專業。」受訪者 A7 亦表示：「照他們的建議也是可以啦，他們是專家阿。我沒什麼意見。」。此外，受訪者 A1 進一步闡述：「照營養師的建議，因為他們是為我們好的，有的人有血糖的問題，有的人有高血壓的問題...」。這些觀點顯示，長者普遍認為尊重專業規範是確保自身長期健康的重要途徑。

（二）主張個人選擇權，平衡口慾與生活品質

然而，在長期照護機構中，存在另一派高齡者主張不需或不應「完全」服從專業的營養建議，他們認為必須保留個人的選擇權與生活的彈性。這類主張的核心訴求在於維護個體的自主性。他們認為，為了嚴格遵守專業規範而犧牲個人習慣與口味，將會嚴重損害生活品質。這種對自主性的追求，最終目標是為了達到心理上的平衡與舒適感。依據自我決定理論 (SDT)，自主性是指伴隨任何行為的意志感，而非外在壓力或控制，是人類三項基本心理需求之一 (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 1995)。在長期照顧中，老人入住機構後的適應能力，與其在決策中參與的自主程度息息相關（邱美汝、陳玉敏、李月萍，2007；謝美娥，2002）。如同受訪者 A3 所表達的：「完全照他們的話也怪怪的啦...應該是我決定要不要聽才對啦。」他們的核心論點在於，專業建議可能「過於保守」，犧牲了長者對食物的個人偏好和選擇權。部分長者認為，適度的自由進食或「偷吃一點」反而有助於心情放鬆，是維持生活品質的重要手段。高齡者們也可能採取主動策略來滿足個人偏好。受訪者 A4 便分享：

> 「要全部照他們說的喔？也不是這樣啦...我就自己帶了些調味料來...不然這裏煮得清清淡淡的，我實在吃不慣啦...這個就吃得很開心。」(A4)

此外，受訪者 A6 也認為，專業建議「不能完全蓋過我們的選擇權，有時想偷吃一點，心情才會比較鬆嘛！」。這些例子清晰地顯示，高齡者對於飲食自主權的追求，最終目標是為了達到心理上的平衡與舒適感。

二、 高齡者面對飲食限制「情緒困擾與自我調適」

高齡受訪者在想吃的食物被限制或看到他人能吃時，會產生不愉快、空虛或渴望等負面情緒。

(一)感受

1.不愉快與空虛感

在面對限制時，受訪者 A3 描述了因口慾無法滿足而產生的空虛感：「會嘸歡喜啊，有時看到別人吃香香的炸雞、甜湯圓，我只能看，會覺得心裡很空虛咧。」受訪者 A6 也表達了類似的「悶」感，特別是當看到家屬帶來的食物時：「說實在會有點悶啦，有時看到隔壁來探病的家屬帶炸雞、甜甜的紅豆餅，心裡會癢癢的，自己不能吃就當聞香啦。」。

(二) 調適

1.自我控制

相對地，也有受訪者採取自我控制的策略來調適情緒。例如，受訪者 A2 提到護理師會進行衛教，並提醒：

> 「像這個護理師，他會說這個你吃了會怎樣會怎樣...你就要控制，不要買或是少吃一點，不可以說硬要吃這樣。」(A2)

2.順從

但 A1 選擇順從機構安排，他表示：「沒有。他們給什麼，就吃什麼。」。

三、 高齡者在飲食上「健康優先」與「生活質量」的權重分配與平衡

高齡者普遍認同健康是主要的原則。當問及健康與飲食偏好之間應如何平衡時，高齡者傾向於在遵循健康規範的基礎上，採取「偶爾」、「少量」或「比例分配」的方式，保留彈性和自我慰藉的空間。

（一） 健康為主導的權重分配

部分長者強調克制對身體有害的飲食偏好，以追求長期健康利益。受訪者 A5 直言：「當然著重在健康方面啦！」。受訪者 A2 則表示：「健康為主，愛吃ㄟ，若是不建康，就盡量少吃一點或是不要吃。」。

（二）兼顧兩者，主張「快樂餐」概念

多數長者主張在健康與口慾間尋求平衡，認為飲食帶來的快樂和心情愉悅本身就是一種健康。受訪者 A4 提出了「快樂餐」的概念：

> 「我說啊，就是要吃的下、吃得開心最重要啦...至於偶爾吃個牛肉麵，就當作 是『快樂餐』...人生都到這把年紀了，總不能什麼都不能吃，那活著還有什麼意思呢？」(A4)

受訪者 A6 則建議實施「七分健康、三分開心剛剛好啦，偶爾放鬆一下，人生才不會太苦。」的比例分配方式。

四、飲食的決定方式與個人偏好

高齡者在使用飲食決定權時，傾向於選擇自己喜歡吃的或選不會刺激、無負擔的食物。

（一）選擇自己喜歡吃的食物

當被允許偶爾選擇自己喜歡的食物時，長者會基於個人偏好決定。受訪者 A7 表示：「我會煮我自己喜歡吃的，我也不會說，就是比較有香氣一點的」。受訪者 A5 則依靠家人協助：「我喜歡吃的，我小孩都會幫我帶來」。

（二） 選擇低刺激、無負擔的食物

部分長者雖然追求口味，但會進行自我限制，選擇較為溫和的食物。例如，受訪者 A3 表示：「我會選比較不會刺激的，像控肉飯但油少一點，或是喝個熱湯圓甜一點也開心啦」。

五、高齡長者對長照機構飲食「個人化彈性」的期望與現實拉鋸

高齡長者在飲食靈活性方面呈現出「需要、可以調整」與「順從機構規劃/接受現狀」的拉鋸。

（一）期望機構能夠靈活調整飲食

部分長者渴望機構能提供彈性設計，特別是針對口味（尤其是地方口味）的偏好。受訪者 A2 與 A6 認為調整是可行的便指出：

「老闆是不錯，吃食反應沒用，煮的菜都很皮皮，太吃不下去，我們鄉下人怎 麼吃的下，都要吃比較鹹。」(A2)

「我認為是做得到啦，只是可能要多一點人力和心思，多問我們意見，然後做點彈性設計。」(A6)

（二）體諒並接受團體生活的現狀

另一部分長者則體諒機構的限制，認為在服務對象眾多的集體照護環境下，機構難以一一滿足所有個人的需求。受訪者 A4 認為：「這個沒有辦法啦，裡面住那麼多人，我們就是要配合大家，不要刁難別人。」。受訪者 A7 也採取隨遇而安的態度：「隨便啦，團體生活就是安捏，無法度滿足所有ㄟ人啦!」。

貳、飲食自主權與營養照護衝突-專業工作者觀點

一、 高齡照護機構在飲食衝突中的「專業、溝通與彈性」策略

當高齡者的飲食偏好與健康需求發生衝突時，機構的應對策略主要涉及專業指導、情感照護以及多方關係的協調。

（一）專業介入與衛教溝通

機構的主要應對措施是利用專業知識和教育方式來處理衝突，試圖讓長輩理解並接受健康的飲食原則。受訪者 P2 表示機構會引導長輩做決策，而非百分之百讓本人做決策，因為「機構者本身要有具備一定的專業」。衛教的目標是讓長輩「真心的感到，是這個東西是不適合你吃」。此外，機構也會「再請醫生的數值報告給他看，不然就叫營養師跟他講，就是衛教」。

（二）情感照護與生活品質的權衡

專業工作者強調在處理衝突時，不能過於強硬，必須兼顧長輩的口慾滿足、情緒穩定以及機構與長輩之間的和諧關係。受訪者 P2 說明了照顧關係的重要性：

「...我們後續的照顧其實也會困難，因為 24 小時相處的就是我們跟長輩本身，那假設我們跟他的關係不好，其實也會影響說後續的整個照顧...我限制你的這個，可是我開放了你什麼？我讓

你在別的地方獲得滿足。」(P2)

此外，P4 也指出，長輩普遍認為「能吃下去最重要」，因此機構會採取少量給予的方式，以滿足口慾。

（三）家屬溝通與決策權的確立

當長輩無法完全自主表達或決策時，家屬的意見成為重要的影響因素。機構需要與主要簽約人進行溝通。受訪者 P6 強調：「如果長輩清醒，會以其意見為主；如果無法表達，就是跟家屬溝通。」。

二、在飲食安排中，機構如何協調「長輩意願、家屬期待與醫療專業」的三者間矛盾

長照機構在處理長輩、家屬與醫療專業意見不一致的情況時，核心策略是透過專業溝通來平衡各方，並堅守專業底線。

（一）專業溝通與找出中間點

在不影響健康安全的前提下，機構會傾向於協商與折衷。受訪者 P7 提到，當家屬希望長輩吃得健康，但長輩覺得太清淡時，「通常我們會先跟雙方溝通，找出中間點，盡量讓大家都可以接受。」。

（二）風險告知與底線堅持

若衝突涉及生命安全或關鍵營養，機構會堅持專業底線並告知風險。專業受訪者 P2 表示，即便家屬很堅持，機構仍需「把一些專業的能力講的踩的比較堅持一點」。P4 更指出，機構會透過告知飲食對身體的影響及「住院對家屬而言負擔很大」等後續經濟負擔，來促成家屬讓步。

（三）以住民意願為優先的彈性處理

在衝突不影響健康安全的情況下，機構仍會以住民的意願為優先。受訪者 P6 強調：

「我們會先以住民為主以，因為是他來這邊入住嘛，那你一定是要讓讓住民覺得說這邊的飲食是符合他的口味，甚至是他想要

的。」(P6)

三、 長照機構標準化飲食對長者滿意度的影響及其改善空間

長照機構的飲食標準化（如循環菜單）雖便於管理，但確實會影響長者的滿意度，導致「吃久他們會膩」。

（一）標準化飲食的單調與厭倦影響

固定菜單因難以滿足個人化口味，會使高齡者產生厭倦感。P4 表示：

> 「會影響滿意度，因為高齡者可能不想吃固定菜單上的食物，只能忍耐。」(P4)

P7 也承認：「固定菜單方便統一管理啦，但長輩吃久了會覺得無聊。」。

（二）現有彈性與變化策略

為了改善滿意度，機構已採取彈性策略，例如實施「快樂餐」或「主題日」。受訪者 P1 提到：「我們通常是一、三、五有快樂餐」。P7 則說明這些活動會讓長輩「票選菜色，讓他們覺得有參與感。」。

（三）建議的改善空間

專業工作者提出了更靈活的改善建議。P4 建議可以參考現有的巡迴車模式，增設「主食巡迴車」（例如販售乾麵、快炒），讓高齡者有更多選擇會很好。此外，機構也會請家屬買長輩喜歡的食物，「買過來之後，我們再幫他烹調，然後或是加熱」，將外部餐點導入機構以增加多樣性。

四、 長照機構飲食個人化設計的挑戰

雖然醫護人員和營養師普遍有考慮並執行個人化設計，主要針對疾病管理或特殊營養補充，但推動更深層次的個人化飲食面臨著巨大的挑戰。

（一）人力與執行層面的限制

最大的挑戰在於工作人員的心態、人力負荷和執行連貫性。P2 點出廚師配合意願是關鍵：「我光一道菜，我要變成三種形態四種形態，對你今天跟我講這個我不是不願意做，我根本做不來。」。P7 也指出，若一餐要做十幾種不同的配

餐，「廚房真的會忙不過來」。此外，F6 提到代班人員不熟悉長輩特殊飲食，也會影響執行的連貫性。

（二）成本與資源的限制

個人化設計「其實是很花成本的」，特殊需求通常由家屬自行負擔食材費用。F1 指出：「我會先問家屬有沒有錢，再來考慮增加一顆蛋、蛋白粉等，但這些都有成本。」。更重要的是，從家庭照顧者角度來看，政府委託的個案，飲食最終會回歸到基本需求，只是「活著的權益」。

（三）法律責任與文化觀念的壓力

台灣的照顧文化與法律責任是機構在個人化決策中最大的挑戰與影響因素。F4 直言：「台灣的照顧文化是很大的挑戰...如果長輩因為營養不足生病、褥瘡，甚至不插管餓死，都是機構的責任。所以法律責任會影響機構的決策，而不是長輩的意願。」這使得機構必須堅守專業底線並告知風險，以避免承擔後續的法律或經濟負擔，即使這與長輩的自主意願相悖。

小結

長期照顧機構中的食物自主權與營養照護的衝突，核心在於高齡者對自主性（Autonomy）的基本心理需求，與機構在專業規範及法律責任上的拉鋸。整體而言可歸納如下：

一、食物自主權與營養照護衝突高齡者與專業工作者觀點比較

從高齡者的角度來看，雖然他們部分願意接受專業指導，但多數仍堅持必須保有個人選擇權，認為適度的口慾滿足（如「快樂餐」或「少量偶爾」）是維持生活品質、達到心理平衡的重要手段。這種對自主權的追求，與自我決定理論 (SDT) 的核心概念相符，即個體需在行為中感受到意志感而非外在壓力，這對人類福祉至關重要 (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000)。專業工作者雖然理解這場衝突實質是生理健康與心理、靈性需求之間的對話，並傾向採取溝通、衛教和

少量給予的彈性策略，以實踐全人照護 (Holistic Care)及以病人為中心 (Patient-Centered Care)的理念，強調提供尊重並回應病人個人偏好與價值觀的照護（Institute of Medicine [IOM], 2001; 王靜枝等人，2018）。

表 4-6

食物自主權與營養照護衝突高齡者與專業工作者觀點比較表

研究參與者	觀點	類型	對照實證資料
高齡者	專業建議與個人飲食自主權的拉鋸與平衡	（一）尊重專業建議，以健康需求為優先考量(A1、A5) （二）主張個人選擇權，平衡口慾與生活品質(A3、A4)	自主權的追求，與自我決定理論 (SDT) 的核心概念相符，即個體需在行為中感受到意志感而非外在壓力，這對人類福祉至關重要 (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000)
專業工作者	飲食衝突中的專業、溝通與彈性的運用	（一）業介入與衛教溝通 （二）情感照護與生活品質的權衡 （三）家屬溝通與決策權的確立	實踐全人照護 (Holistic Care) 及以病人為中心 (Patient-Centered Care) 的理念，強調提供尊重並回應病人個人偏好與價值觀的照護（Institute of Medicine [IOM], 2001; 王靜枝等人，2018）。

資料來源：研究者整理。

二、高齡者面對飲食限制感受

高齡者在面對飲食限制時，其感受極為複雜，不僅涉及生理上的不滿足，核心更是對自主性 (Autonomy)、生活尊嚴與生命意義的質疑。這種限制會帶來強烈的情緒困擾，包括不愉快、空虛感和「悶」感，進而引發強烈的情緒與行為反應。

（一）心理困擾與自主權的拉鋸 (Autonomy)

根據自我決定理論(SDT)，自主性受到剝奪會引發強烈的情緒與行為反應。長者在長期照顧中主張必須保留個人的選擇權與生活的彈性]。長者認為專業建議可能「過於保守」，並主張「應該是我決定要不要聽才對啦」。部分長者會採取

「偷吃一點」或自行攜帶調味料等策略，來達到心理上的平衡與舒適感。儘管如此，另一部分長者則傾向於肯定並依循醫師或營養師的專業建議 ，認為這是基於「長期健康利益」的善意引導。

（二）質疑尊嚴與生命意義 (Autonomy & Well-being)

當飲食自由受到剝奪時，感受到的痛苦會上升到精神層面。長者認為飲食是「人生至樂」，若連吃都無法自主，則「人生無趣」，進而質疑活著的價值。蘆花安養院的醫師曾指出，「能夠選擇自己想吃的食物」是「靠自己活下去的證據」。對長者而言，能夠選擇自己想吃的食物，被視為證明自己「活著」的證據，並與作為人的尊嚴息息相關。嚴格的飲食限制會讓高齡者覺得被剝奪了基本人權。有長輩曾因被限制飲食而表示「不知道自己這樣活著有什麼意思？...活著好痛苦」。

（三）權重分配與平衡

高齡者普遍認同健康是主要原則，但多數長者主張在健康與口慾間尋求平衡。他們認為飲食帶來的快樂本身就是一種健康，並主張實施「快樂餐」的概念，例如實施「七分健康、三分開心剛剛好啦」的比例分配方式，以維護心理上的平衡與自主性。

表 4-7

飲食限制下的高齡者衝突、感受、行為與自主權主張

項目	內容	SDT 核心概念
1. 核心衝突	**醫學模式 vs. 自主權** 限制：營養控制、醫囑限制、質地調整飲食。	
2. 飲食限制下感受 (負面感受)	**心理痛苦與生命意義質疑** 情緒：不愉快、空虛感、「悶」感。 精神：質疑生命意義（活著有什麼意思？）、尊嚴受損（「人生至樂」被剝奪）。	能力感
3. 行為與主張	**自主性維護與行為調適** 主張：應由我決定要不要聽、要求維持個人選擇權。 行為：偷吃一點、自行攜帶調味料、傾向自我調適。	自主性 歸屬感
4.協商平衡	**平衡訴求與目標** 價值觀：認同健康是主要原則（自律） 主張平衡：實施「快樂餐」、主張「七分健康、三分開心」。	能力感 歸屬感

資料來源：研究者整理。

三、機構如何協調「長輩意願、家屬期待與醫療專業」的三者矛盾

長照機構協調「長輩意願、家屬期待與醫療專業」三方矛盾的核心策略是透過專業溝通與界線協商，在不危及長者健康底線的前提下，以住民意願為優先，同時堅守機構的法律與專業底線。這種協調過程旨在克服長照環境中對高齡者自主性 (Autonomy) 的威脅，以實踐全人照護 (Holistic Care) 的目標。

（一）衝突的理論基石：自主權與專業規範的矛盾

長照機構在飲食決策上的衝突，核心在於高齡者對自主性 (SDT) 的基本心理需求，與醫療專業基於長期健康利益所設定的規範要求之間的矛盾。根據自我決定理論 (SDT)，高齡者主張保留個人選擇權與生活的彈性，認為口慾滿足是維持生活品質和心理平衡的重要手段。他們認為「能夠選擇自己想吃的食物」是維持

生活尊嚴的核心要素。醫療專業通常將生理健康置於首要地位。然而，專業人員也理解若長者「連吃都不能自主」，將嚴重影響其心理滿足。因此，專業人員需在衝突中，以溝通、衛教和彈性策略，實踐全人照護理念。

（二）機構協調三方矛盾的具體策略

長照機構專業工作者在處理此複雜矛盾時，採取以下三項核心策略：

1. 專業溝通與找出中間點（協商與折衷）：在不影響長者健康安全的前提下，機構傾向於協商與折衷，讓各方都能接受。實踐中，機構會與長輩及家屬雙方溝通，例如當家屬與長輩意見相左時，機構會「找出中間點，盡量讓大家都可以接受」，體現了照護團隊與病人的夥伴關係。

2. 風險告知與堅持專業底線： 若衝突涉及生命安全或關鍵營養，專業人員必須堅守專業底線。機構會透過告知飲食對身體的影響及「住院對家屬而言負擔很大」等後續經濟負擔，促使家屬讓步。

3. 以住民意願為優先的彈性處理：在健康底線之上，機構會將長者的意願置於優先順位，以滿足其自主性需求。機構強調「我們會先以住民為主」，因為「你一定是要讓住民覺得說這邊的飲食是符合他的口味，甚至是他想要的」。同時，專業人員會採取「少量給予」等情感照護方式，平衡衝突並維護長輩的心理滿足。

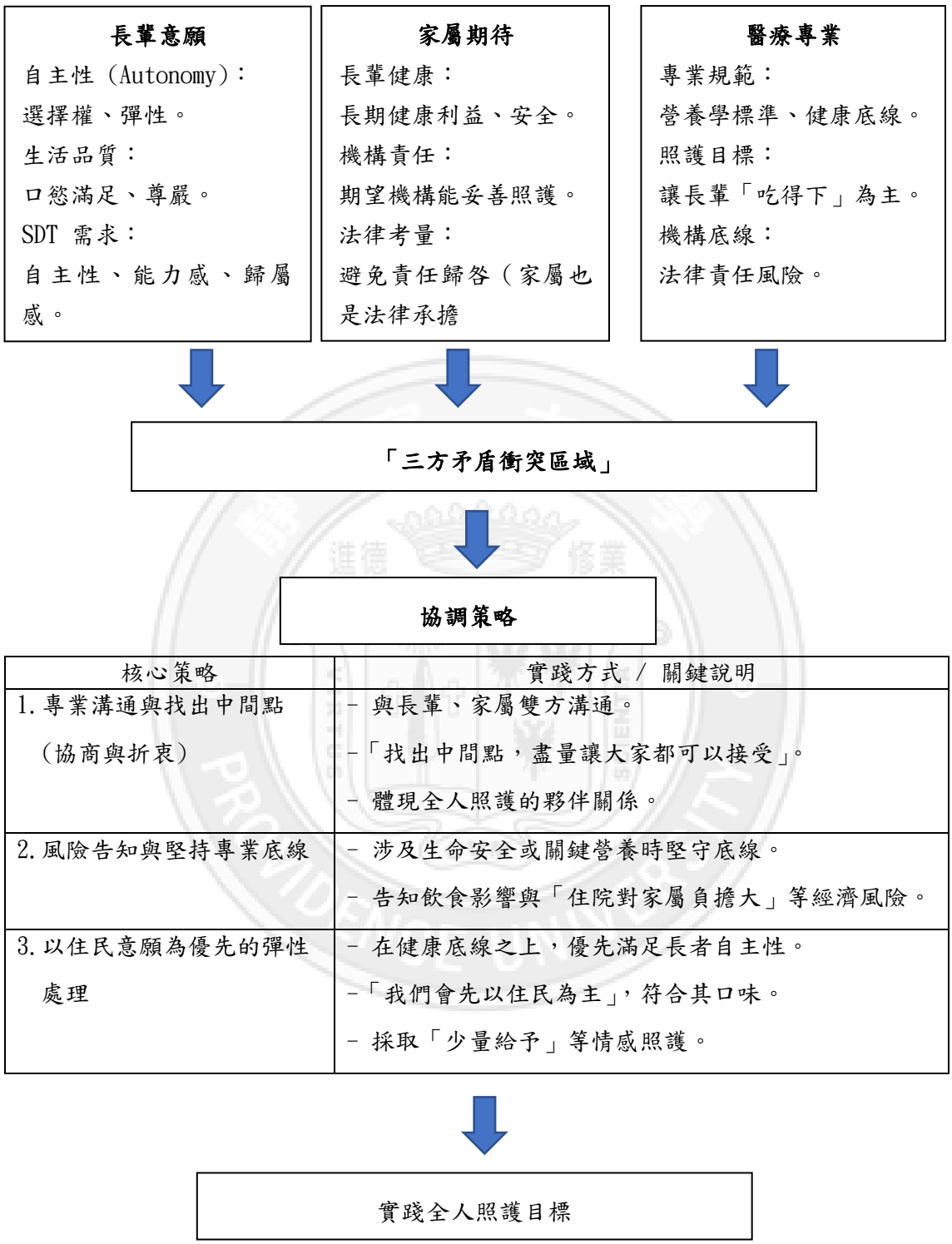
（三）家屬角色的複雜性與法律底線的限制

家屬在協調中扮演了雙重且複雜的角色，他們是長者的權益代言者，也是服務的委託者。當長輩意識認知清楚時，應以其意願為主；若無法自主決策，家屬的意見則成為重要影響因素。專業人員必須將高齡者視為「主要案主」。

然而，臺灣的照顧文化中，法律責任的擔憂成為機構難以完全放寬自主權的主要因素。由於擔心長者若因飲食自主導致健康惡化或死亡（如不插管餓死）會被家屬歸責，法律風險最終可能由機構承擔，這使得機構在界線協商中必須堅持專業底線，犧牲長者的部分自主意願。

圖 4-1

長照飲食自主權的三方協調與策略流程圖



資料來源：研究者繪製。

四、長照機構飲食個人化設計的挑戰

長照機構在推動更深層次的飲食個人化設計時，面臨著來自人力、成本以及文化與法律責任等多面向的巨大挑戰。儘管專業人員普遍理解滿足高齡者飲食自主性 (Autonomy)對其幸福感的重要性，但實務推行卻極為困難。長照機構推動個人化飲食設計的核心挑戰可分為以下三個主要層面：

（一）法律責任與文化觀念的壓力（SDT 自主性最大威脅）

在所有挑戰中，台灣的照顧文化與法律責任被認為是最大的挑戰，這直接威脅到高齡者對自身行為的自主性 (Autonomy)，即自我決定理論 (SDT) 的核心要素。

1. 法律責任規咎風險：機構的決策常受到法律責任的影響，而非長輩的意願。專業工作者直言：「如果長輩因為營養不足生病、褥瘡，甚至不插管餓死，都是機構的責任」。

2. 犧牲自主權：為了避免承擔後續的法律或經濟負擔，機構必須堅守專業底線，這往往導致犧牲長輩的自主意願。這種對自主權的限制，會讓長輩產生強烈的受控制感，進而影響他們的心理健康和內在動機。

3. 家屬委託的複雜性：決策過程常被家屬（委託者）的意見和預期所影響。如果長者因飲食自主而導致健康狀況下滑，家屬的民事責任歸咎風險，會使醫療人員選擇保守路線，不願「惹麻煩」，進而犧牲個案的自主權益。

（二）人力與執行層面的限制

長照機構缺乏彈性的人力結構與執行連貫性，使得將團體餐轉變為個人化設計成為極大挑戰。

1. 廚房人力與心態：最大的挑戰在於工作人員的心態與人力負荷。廚師必須將「光一道菜，我要變成三種形態四種形態」，這導致廚房「根本做不來」或「真的會忙不過來」。

2. 執行連貫性困難：代班人員或外籍照服員不熟悉長輩的特殊飲食需求，導致個

人化飲食設計的執行連貫性受到影響。

（三） 成本與資源的限制

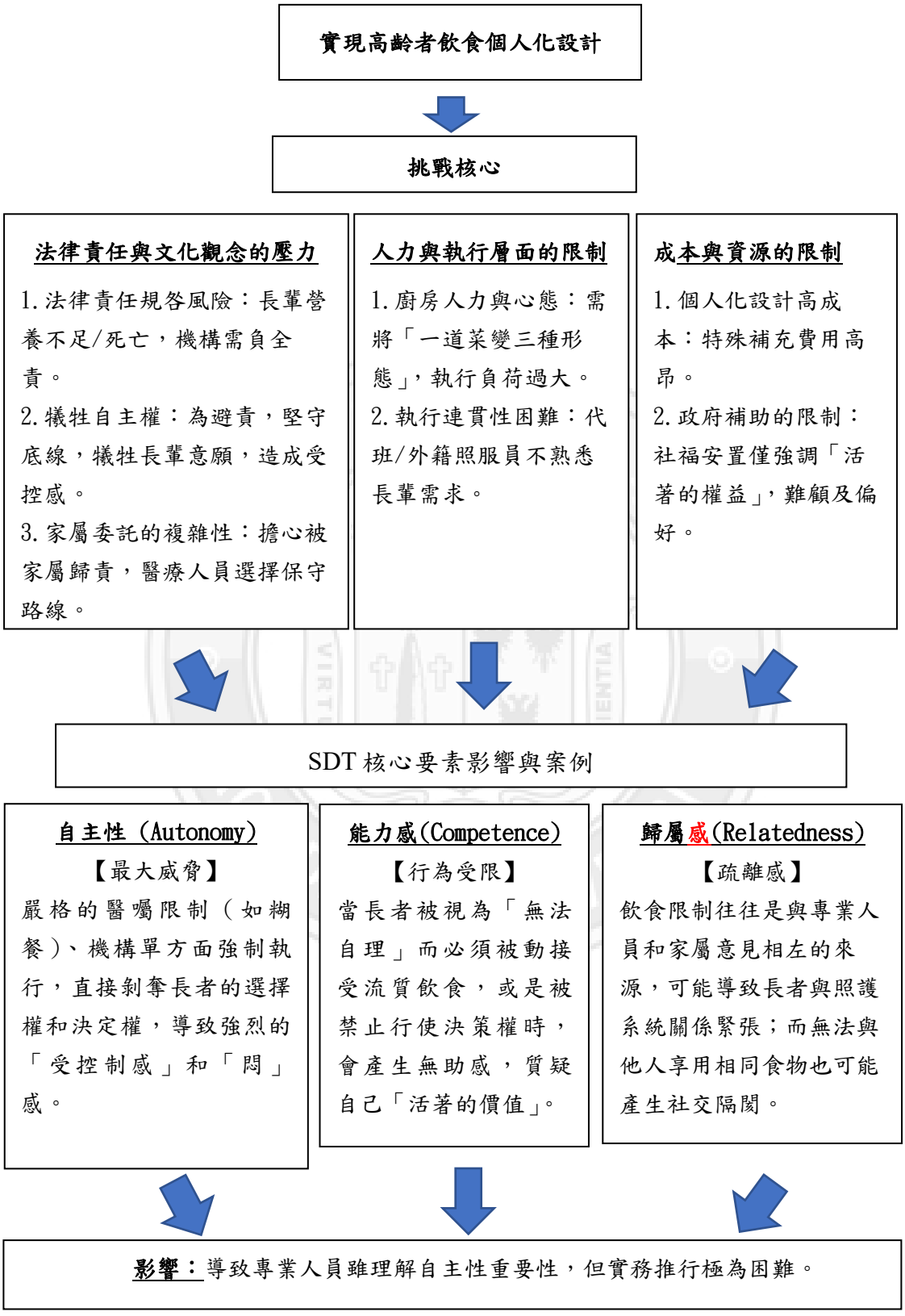
個人化飲食設計的費用極高，長照機構受限於整體預算和價格機制，難以提供多元選擇。

1. 個人化設計的高成本：個人化設計「其實是很花成本的」。特殊的營養補充（如增加一顆蛋或蛋白粉）都需要額外的費用，通常需要家屬自行負擔食材費用。

2. 政府補助的限制：尤其針對政府委託的個案（如社福安置），飲食安排最終會回歸到基本需求，強調的只是「活著的權益」，而難以顧及個人偏好。

圖 4-2

長照機構推動飲食個人化設計之多層次挑戰分析



資料來源：研究者繪製。

第三節 專業照護的兩難：從飲食自主權探討高齡者尊嚴、生命意義與全人健康照護的實踐和諧

超高齡社會的照顧解方

銀髮美食的黑船啟航！藉由飲食社交重拾尊嚴與歡樂 打造健康老後生活

> 南加州大學老人學副教授艾薛爾 (Jennifer Ailshire) 指出，長壽並擁有體能、認知、心理和社交方面的安康的「超級高齡者」，其長壽的關鍵習慣之一即是參與社交活動、挑戰大腦及進行充實愉快的事。丹麥南部的哈澤斯萊烏(Haderslev)市政府對此有高度的認同，致力在養老院推行「午餐派對」的活動，以重拾居住者社交上的尊嚴與歡樂。每月一次的午餐派對，由居住者擔任主辦者，事前在護理人員協助下，共同規劃菜單、送出 7 張邀請函及設計餐桌佈置，並挑選廚房主管建議的選項。當天，主辦者會現場指揮變裝成服務生的護理人員如何擺設餐具、花瓶及酒杯，重返過去盛情宴客的美好時光。另外，在法克瑟市鎮（Faxe）的養老院則實施「每月大廚」的活動，讓長輩們有機會表現廚藝和分享懷舊食譜，這不僅挑戰大腦協調，更提升了個人的信心、自主力與充實感。（蘇楓雅，2025）

「銀髮美食的黑船啟航」不僅是迎戰超高齡社會的宣言，更直指長期照護領域中一個被長期迴避的倫理困境：我們是否在專業規範的名義下，犧牲了高齡者「以口進食」的尊嚴與自主權？傳統照護往往將飲食視為功能性的營養控制，導致高齡者在被剝奪飲食選擇權時，對生命意義產生深刻質疑。然而，如丹麥推行「午餐派對」和「每月大廚」等創新實踐所示，透過賦予高齡者主辦者、指揮者和烹飪者的角色，餐食服務能夠成為重塑其信心、自主性與社會尊嚴的有力載體（蘇楓雅，2025）。本節立基於此，旨在探索個別化飲食介入需求與全人健康照護服務的意義與價值，並深入探討人性尊嚴與生命平衡的關係，尋求兩者和諧共處之道。分析將圍繞以下三大核心議題展開：一、「享有飲食選擇權是否影響高齡者的尊嚴與生命意義」；二、「活著與擁有尊嚴之間是否存在矛盾」；以及三、「如何在長照體系中實現兩者的和諧共存」。

壹、自主權對高齡者心理與生命意義的影響

研究參與者觀點從高齡者與專業工作者的角度出發可歸納為三個主要主題。這些研究結果發現飲食自主權如何影響高齡者的內在感受、倫理價值（尊嚴）和主觀幸福感，可從而作為探討全人照護實踐的基礎。

一、擁有飲食自主權與否的感受

高齡者對於「擁有飲食自主權與否的感受」呈現出兩極化的體驗。這種感受不僅是日常食物供應的問題，更深層地與文化節慶的意義、個體獨立性以及在人際關係中是否受到尊重息息相關。

（一）感受被剝奪或限制

部分高齡者在飲食受到限制時，會感受到強烈的失落與空虛。這種失落感尤其在特定情境下被放大，例如在節慶時無法享用傳統食物，A3 與 A6 表示：

> 「有時過節沒辦法吃到傳統的東西，像拜拜的紅龜粿、菜頭粿不能吃，就覺得好像少了一塊心頭肉啦。」(A3)

> 「過年過節不能吃年糕、油飯那類的，有時會覺得沒過年感，很空虛啦。」(A6)

這種飲食限制反映了食物所承載的文化意義和情感連結。儘管感受到限制，部分高齡者也會表達無奈感，例如 A2 提到：「嘿麻是無法度ㄟ，他們也是為我們好。」。

此外，衛生福利部 (2017) 的調查報告中顯示，在機構環境中，若生活無法自理時，高齡者「入住機構不自由」是他們不願進住長期照顧機構或護理之家的主要原因之一（65 歲以上佔 15.14%），這反映了失去自主選擇權帶來的負面感受。實際的餐食問題，例如長照機構住民對餐食質地最不滿意（滿意度僅 2.47 ± 0.78 分），認為「蔬菜及肉類太硬」，這類因咀嚼功能受限導致的飲食困難也會直接限制選擇與進食的樂趣（陳秋敏、張仙平、夏詩閔，2021）。

（二）未感受被剝奪或維持獨立性

結果顯示，高齡者在受限環境中維護自主權並非僅是「全有或全無」的二元對立，而是一種可藉由支持策略實現的動態平衡。對於高齡者（A4）而言，自備調味料的行為，是主動地將對食物的掌控權（如味道、感官吸引力）重新拉回自己手中。當機構餐食因健康考量而趨於標準化或清淡時，高齡者透過自備調味料，即是進行一種微小的自主反抗，以此維持其「對食物決策的自主權」。

> 「沒有啦，沒有覺得被剝奪。像我女兒會幫我帶，我自己也會帶調味料...他們都很好啦，不會讓你覺得沒尊嚴。」(A4)

同時，家庭支持（如 A7）則扮演了重要的緩衝機制。A7 說：「是無啦，我愛吃啥，我孩子帶我回去的時候都會買給我吃。」。當機構無法滿足高齡者的口腹之慾或文化/節慶食物時，家庭成員的行為將自主選擇的壓力從照護環境轉移到人際關係的成功，使高齡者在情感上和實質上都未感受到自主權被剝奪，從而有效維持了獨立性與尊嚴。

對於老年人而言，維持獨立性以及對食物決策的自主權 (Autonomy) 至關重要 。文獻中的受訪者明確指出：「您不想有人為您安排生活。您想自己做決定。」(Whitelock & Ensaff, 2018) 。因此，當家庭或機構能提供彈性（例如滿足口腹之慾和享樂選擇），或提供足夠的社群支持時，即便存在健康限制，高齡者仍能有效保有自主感 。

二、飲食自主權與尊嚴的關係

高齡者對於飲食自主權與尊嚴的關係展現出多元的視角，但主流共識傾向於高度相關，將飲食選擇權視為晚年個人自尊與生活品質的重要基石。

（一）自主、尊重：將選擇權視為自主、尊重與主導權的體現

多數高齡者 (A2、A3、A4、A6) 明確認為飲食自主權與尊嚴有高度相關，將此權利視為保有生命主導權、自主權以及被尊重的體現。從哲學層面來看，這體現了行動者憑藉自身行動進行選擇的自由意志。A3 強調這與「人活到老」的價值

相連：「當然有啊，人活到老還能說出自己要吃啥，這就是一種尊嚴咧。」，A4 認為自主決定即為受到尊重，失去選擇權則如同被對待成「小孩子」A2 則將尊嚴與自尊連結：

> 「當然有關係啊！誰不想自己做主啊？能自己決定吃什麼，這就是一種尊重啊...跟小孩子有什麼兩樣？...當然希望有些事情還是可以自己說了算嘛。」(A4)

> 「有啊有啊。你沒有尊嚴，你隨便亂吃，沒有一個自尊，所以是有影響的對啊這樣是對還不對。」(A2)

A6 將選擇食物的能力視為主導權的表現，否則會感到「活得像機器人。」

（二）不曾深度思考：與家庭支持或順其自然連結

部分受訪者 (A5、A7) 則淡化或否定了飲食自主權與尊嚴的直接關係，他們的焦點轉向了家庭支持或採取順其自然、不願多想的態度。A5 將滿足感與家庭支持相連結：「都沒有關係啦，我想吃的，我孩子都會帶來給我吃。」，A7 則傾向於被動接受，不願多想：「麥(不要)想想那麼多就好了啦!」。

（三）無明確表態

有受訪者對此議題沒有表達明確的意見或立場 。A1 表示：「我也不知道」。

三、飲食自主權對高齡者的尊嚴與幸福感的重要性

所有受訪者（包含高齡者與專業工作者）的觀點一致強調「飲食自主權對高齡者的尊嚴與幸福感至關重要」。其重要性體現於兩個核心面向：自主決定權是維護尊嚴與獨立感的重要點，以及滿足口慾與幸福感。

（一）自主決定權是維護尊嚴與獨立感的重要點

飲食自主權是高齡者維護個人尊嚴和獨立感的關鍵因素。專業人士普遍認為，讓長輩保有自主決定權利，是給予他們尊重，並維持其「獨立的人」的自我認同。

「讓高齡者有選擇權，有助於其活得更有尊嚴、更開心！」。(P1)

「我覺得蠻重要的。滿分十分的話，會有七分吧，對~我覺得這個還是有時候是需要讓他們有一個有權力~有權力去做他們想做的事情，我覺得是對的。」(P5)

「非常重要啊!吃是每天的事，能自己選要吃什麼，真的會讓長輩覺得『我還有選擇的權利』，對他們的尊嚴和心情是有很大幫助的。」(P7)

「如果長輩能知情、尊重地選擇飲食，會讓他們感到在機構裡很舒適，就像在家裡一樣。這對他們的心理滿足和生活品質肯定有正面影響。」 (F6)

(二) 滿足口腹之慾：人生的樂趣與生命的意義

飲食自主權對於高齡者的幸福感與生命意義具有至關重要的影響。許多專業人士指出，若連最基本的口腹之慾都被嚴格限制，將可能導致高齡者喪失生命的意義與動力。P4 明確指出「口慾很重要」，進一步地，F5 從更宏觀的角度闡釋 F2 亦持相同看法表明飲食滿足是生命本能的需求。P2 也表達了類似的看法：

「若連飲食都需嚴格限制，那人生的樂趣在哪裡？特別是養護型的長輩，應該讓他們吃得開心...」(F5)

「如果連吃都不能被滿足，我個人會覺得人生沒有意義。能夠自主選擇，對長輩的心理滿足感是很重要的。」(F2)

「我覺得也是很重要的議題啦...讓飲食有一定程度的選擇權，對他們在生活上相形之下，會可以達到比較高的幸福感。」(P2)

凸顯了自主選擇對於高齡者的心理完整性至為重要。儘管如此，F3 也觀察到，長輩即使一開始是為了健康而配合飲食控制，但時間久了仍會產生厭煩，這說明長輩最終追求的並非單純的健康規範，而是能夠滿足自己口腹之慾的自主權：「當營養師講得很有道理，但長輩要的不是那個，是能滿足自己口腹之慾。」

貳、實務與權衡應用：健康目標與尊嚴維護的平衡策略

討論主題聚焦於實務層面，探討在追求「健康」目標的同時，如何與「尊嚴」目標進行權衡、和解，以及在長照體系中具體實踐和所面臨的現實挑戰。

一、高齡者對「活得健康」與「吃得開心」的權衡與平衡

旨在探討高齡者如何在「活得健康」(專業規範與生理需求）與「吃得開心」(心理滿足與生活品質）之間進行價值權衡，以實現兩者的和諧共存。分析結果顯示，高齡者的觀點可分為兩大類：視健康為先決條件，以及主張兩者必須兼顧。

（一）活得健康：所有快樂的先決條件

多數高齡者普遍認為活得健康是所有快樂的先決條件(A1、A2、A4)。他們相信，若沒有健康的身體作為基礎，其他所有的快樂和口腹之慾都將失去意義。A1：「活得健康最重要，你們沒有健康的身體，你再怎麼吃也沒有用。」，將健康視為絕對前提，其展現了理性的自我犧牲，雖然愛吃有味道的食物，但會選擇「少吃飯，這樣才能顧到健康」，認為「有健康的身體，才能有機會吃得開心。」。A2 則從負面結果強調健康的必要性：「人若是甘苦起來，是很痛苦的。」。

（二） 兩者必須兼顧：尋求生活盼望與意義

儘管健康被視為基礎，但僅有健康是不夠的；受訪者普遍認為兩者必須取得平衡 (A3、A5、A6、A7)。「吃得開心」被視為為平淡的生活帶來盼望、期待與意義的關鍵。這種平衡的實踐，通常透過偶爾的放縱來最大化生活的幸福感與心理滿足 。

1.活得健康吃開心才有期待

在兩者必須兼顧的觀點下，高齡者普遍認為單純的生理健康不足以構成有意義的生活，因此必須協調健康規範與心理滿足。具體而言，高齡者 A3 體現了對生活意義的追求，同樣地，高齡者 A6 亦將「偶爾來一頓開心的」視為人生的期

待與平衡之道，

> 「兩項都要啦，活得健康但每天吃無味的，活著也沒意思；偶爾吃得開心，才會有盼望嘛。」(A3)

> 「兩項都要兼顧啦，光健康沒快樂也沒啥意思，偶爾來一頓開心的，人生才有期待。」(A6)

同樣的，A5 的觀點總結了這種期盼：「當然如果兩樣都能兼顧，那是最好的。」，顯示高齡者傾向於追求一種最大化的幸福感，而非單純的存活。

2.開心就要靠自己

A7 雖然主張兩者都要，但強調「開心就要靠自己，無法度靠別人。」，暗示這種平衡需要個人的主動性與內控能力。

二、**確保高齡者仍能維持基本的生活尊嚴的方法**

為實現兼顧健康照護與人性尊嚴的目標，長照體系必須採取積極策略，確保高齡者仍能在飲食上保有基本的生活尊嚴。本研究的訪談結果顯示，關鍵方法圍繞在主動且尊重的溝通、在健康限制下提供彈性與替代方案，以及肯定口慾與快樂的價值。

（一）實踐尊重的溝通與傾聽機制

專業工作者強調，維持高齡者尊嚴的首要步驟是將其視為有權利做決定的個體，採納主動且尊重的溝通取代命令語氣。P1 與 P7 強調表示，會避免使用命令的語氣，改以陪伴和鼓勵的方式：

> 「我們會直接詢問長輩喜歡吃什麼，尤其是在提供多樣選擇的『快樂餐』時。」(P1)

> 「像是一起討論菜色、讓他們參與意見，這樣他們會覺得被尊重、有被聽見。」(P7)

P5 則指出，機構會深究高齡者拒食或不滿的原因，而非僅止於觀察，這些策略的核心在於透過賦權式 (Empowerment-based) 溝通，讓高齡者在決策中感到被參與，從而維持其個體的主體性 (Subjectivity)。

「我們並不想奪取那個權利...吃不下的情況之下，到底是什麼原因造成他吃不下？他不想吃？生氣？對～這個我們會...我們還是會多方面去看。」(P5)

（二）在健康限制下提供彈性與替代方案

當高齡者有特殊健康需求時，專業照護並非一味地禁止，而是在健康風險最低限的前提下，尋求平衡與替代方案，以最大化其自主選擇。P2 指出，針對吞嚥困難的高齡者，會依據其飲食能力調整食物質地，這說明在不可妥協的健康底線之外，仍保有質地上的調整彈性。

「那我們是把他打成泥狀，你會比較好去吃，所以就是會依他的飲食的能力再去做吞嚥的部分...什麼東西是絕對不可以吃，那我們就不能給啊。」(P2)

然而，P6 點出這兩者價值間的困難：

「營養照護一定是和她的尊嚴，是相違背的很難很難很難有交集啊。對啊因為你希望他活得開心，然後在這邊活得有尊嚴的話，就是他要有絕對的自主權嘛。」(P6)

這反映了在機構規範內，專業者必須透過創造彈性制度來應對這種衝突，例如 P1 提到的「快樂餐」制度。

（三）肯定口慾與「快樂」的價值

多數專業工作者意識到，維護高齡者尊嚴必須包含對其口慾和幸福感的肯定，將此視為一種重要的心理治療手段。P4 直言：「我覺得快樂很重要，因為我覺得人生短短，我覺得好可憐，連吃都沒有辦法快樂。」這觀點超越了生理健康，肯定了心理滿足作為生命目標的重要性。P1 亦提及，當長輩心情不好時會「給點小零食，就像哄小孩一樣」，將滿足口慾作為提升心情與尊嚴感的直接手段。

綜上所述，確保高齡者的生活尊嚴，需要機構從倫理層面肯定高齡者的自主權價值，並在操作層面建立以人為本、賦予選擇的溝通機制與彈性方案。

三、長照機構實現兼顧健康與尊嚴飲食照護的資源現況

長照機構在理想上追求兼顧高齡者健康（專業規範）與尊嚴（自主選擇）的飲食照護模式，但在實際執行上普遍面臨資源不足的限制，這導致從大眾化飲食轉型為個別化照護存在系統性的挑戰。

（一）資源限制：人力、設備與預算的挑戰

專業工作者坦言，當前的長照系統資源尚不足以完全實現高度個別化的飲食照護，主要限制在於人力、廚房設備和預算。P4 明確指出資源的匱乏、P7 則從實務操作層面指出具體難度，

> 「以目前來講，目前我覺得還不夠有這麼大的一個資源...我們長照是沒有這麼大的資源，可以去實現這個健康跟飲食尊嚴的部分，就是自我選擇的部分」(P4)

> 「老實說還是有一點困難，特別是在人力和廚房設備上。理想是可以個人化處理每位長輩，但現實還是得看預算和人手夠不夠。」(P7)

這種資源的限制，使得機構難以擺脫標準化與固定菜單的模式，從而限制了高齡者在日常飲食中的選擇權。

（二）透過彈性制度與家屬協商應對挑戰

面對資源的限制，長照機構並非完全放棄追求個別化，而是透過制度上的彈性調整和跨專業的溝通機制來應對，試圖在系統限制下最大化高齡者的自主權。P1 說明了目前的權宜之計：「基本上機構內飲食，會先依照大眾化，如需個別化照顧會跟家屬討論，是否購買。」這顯示透過與家屬協商自費的方式，將部分的成本與責任轉移，以滿足個案的特殊口慾需求。P5 則強調了內部溝通機制的重要性，即使面臨困難，機構仍不願剝奪高齡者的權利：「我們並不想奪取那個權利，座談會的參與人員會是家屬、社工就是我們的副主任，還有護理師啊...」這說明機構透過個案座談等跨專業會議，嘗試在規範內尋求妥協方案。雖然 P2 樂觀地認為，透過「各式各樣的來源的一些策略...這個部分是應該是可以的。」，但

綜合其他專業者的觀點，可知現行模式的成功，往往建立在高度的專業裁量權和外部支持（家屬、自費）上，而非來自於充足的系統性資源。因此，要全面實現兼顧健康與尊嚴的飲食照護，長照體系的資源投入仍是亟需解決的關鍵議題。

小結

飲食自主權是高齡者人性尊嚴與生命意義的核心基石。本研究以自我決定理論 (SDT) 為視角，探討高齡者在飲食決策中，對自主性、勝任感與歸屬感的基本需求。研究發現，當高齡者被剝奪飲食自主權時，會產生強烈的被剝奪感，甚至對生命意義產生質疑，凸顯了在「活得健康」與「吃得開心」之間存在的核心衝突。為尋求兩者和諧，實務上發展出如「快樂餐」、「午餐派對」等 SDT 導向的調和策略，透過賦予高齡者主導者的角色和尊重式溝通，試圖在安全規範內賦權於人。然而，這些創新努力常被實務挑戰所阻礙。機構面臨資源與人力限制而難以提供個別化服務；更嚴峻的是，在台灣文化中，法律責任與家屬主導權的壓力，導致專業人員傾向「嚴格控制」。這種權力衝突最終犧牲了高齡者的自主權，使其產生難以消解的無力感與無助感。

一、自主權對高齡者心理與生命意義的影響

飲食自主權不僅是生理上的選擇，更是高齡者人性尊嚴、心理健康和生命意義的核心基石。研究結果顯示，保有飲食自主權對滿足高齡者的基本心理需求至關重要。自我決定理論 (SDT) 主張個體的自主性 (Autonomy)、勝任感 (Competence) 與歸屬感 (Relatedness) 等三項基本心理需求獲得滿足時，能有效提升個體的內在動機與幸福感 (Well-being)。以下分析飲食自主權如何影響這些需求：

（一）自主性 (Autonomy) 與尊嚴

高齡者將擁有飲食決策權視為保有生命的主導權和被尊重的體現。這在哲學層面體現了行動者憑藉自身行動進行選擇的自由意志。在長期照護情境中，自主

性代表對飲食的選擇權與控制程度。失去自主權將導致強烈的被剝奪感，高齡者可能覺得自己被當作「小孩子」或「活得像機器人」，嚴重損害其個人尊嚴。）

（二）勝任感 (Competence) 與掌控

勝任感體現在高齡者對自身飲食行為的掌控能力。即使在限制環境中，高齡者也會透過「微小的自主反抗」來維護這種掌控權，例如自備調味料以調整食物味道。這種行為是一種維持「對食物決策的自主權」的方式。因此，滿足勝任感有助於高齡者保有獨立感和自我效能感。

（三） 歸屬感 (Relatedness) 與情感連結

食物承載著文化意義和情感連結。特別在節慶時，若無法享用傳統食物，會讓高齡者產生「失落與空虛」，感覺「好像少了一塊心頭肉」。這反映了歸屬感和社會情感連結的需求未被滿足，進而影響其內在的心理安適。

（四）心理完整性與生命意義

專業工作者一致強調，如果連最基本的口腹之慾都被嚴格限制，將可能導致高齡者喪失生命的意義與動力。自主選擇對高齡者的心理滿足感和心理完整性至關重要。正如NHK的紀錄片提及，即使無法延長病友的生命，但透過飲食帶來的甜蜜感受，仍可以「賦予日子多一點生命」，凸顯了飲食自主權對提升生命質量的重要性。

表 4-8

研究發現與 SDT 三大需求連結（心理影響）

SDT 三種先天需求	正面維護方式	負面影響/ 衝突體現
自主性 (Autonomy)	享有飲食決策權，保有生命主導權失去自主權	失去自主權 → 被當作「小孩子」或「活得像機器人」
勝任感 (Competence)	維持對食物的掌控權	自備調味料（微小的自主反抗）→ 提升獨立感
歸屬感 (Relatedness)	滿足文化與情感連結（節慶食物）	無法享用傳統食物 → 產生「失落與空虛」
總結	滿足口腹之慾是「賦予日子多一點生命」的關鍵	專業兩難，長者追求自主權，而非單純的健康規範

資料來源：研究者整理。

二、實務與權衡應用：健康目標與尊嚴維護的平衡策略

在長期照護機構中，核心衝突是如何在「活得健康」（專業規範）與「吃得開心」（自主尊嚴與幸福感）之間找到和諧的共存之道。實務上的權衡與應用，是實踐全人照護 (Holistic Care) 的關鍵。

（一）高齡者對「健康」與「快樂」的價值權衡

高齡者對此議題存在兩類主要觀點，反映了其內在的價值衝突與協商。多數高齡者普遍認同活得健康是所有快樂的先決條件。他們相信若沒有健康的身體作為基礎，所有的快樂和口腹之慾都將失去意義，展現出理性的自我犧牲。然而，僅有健康是不夠的。高齡者普遍認為兩者必須取得平衡，因為「吃得開心」能為平淡的生活帶來盼望、期待與意義。高齡者將「偶爾來一頓開心的」視為人生的期待與平衡之道，追求最大化的幸福感。

（二）專業照護實踐與 SDT 導向的調和策略

為實踐全人健康照護的目標，實務上必須透過支持性環境和個別化介入，以滿足高齡者的自主性 (SDT) 需求，達到健康與尊嚴的和諧。

1. 創新飲食模式以賦予自主權：

快樂餐 (Happy Meal) ：長照機構會提供如「快樂餐」的制度，讓高齡者在特定時間享有自主選擇食物的權利，以滿足口腹之慾和提升幸福感。

(1) 擔任主導者：丹麥的創新實踐，如「午餐派對」或「每月大廚」活動，透過賦予高齡者主辦者、指揮者或烹飪者的角色，規劃菜單、指揮擺設，能有效重塑其信心、自主性與社會尊嚴。

(2) 個別化彈性：機構會透過膳食會議納入高齡者意見，並在不嚴重影響健康的前提下，評估是否提供想吃的東西。在無法提供時，會透過與家屬討論自費購買的方式滿足特殊口慾需求。

2. 實踐尊重的溝通與賦權：

(1) 尊重式溝通：專業工作者應避免使用命令語氣，改以陪伴與鼓勵的方式，讓高齡者參與意見，使其感到被尊重。

(2) 知情與協商：應讓長輩知情自身健康狀況，並透過協調與溝通，找出偏好與健康衝突時的執行方案。

(3) 肯定口慾價值：專業人員認識到維護尊嚴必須包含對口慾和快樂的肯定，將此視為重要的心理支持。有專業人士認為，若連吃都不能快樂，會覺得「好可憐」。

表 4-9

SDT 導向的調和策略（實務解決方案）

策略目標	具體方法	滿足 SDT 需求
創新賦權	快樂餐制度、丹麥午餐派對/每月大廚（擔任主導者、指揮者）	Autonomy, Competence
個別化	彈性調整餐食、與家屬協商自費以滿足特殊口慾	Autonomy, Relatedness
溝通賦權	尊重式溝通（非命令）、知情協商、肯定口慾價值	Autonomy, Relatedness

資料來源：研究者整理。

（三）實務面臨的挑戰與權力衝突

實踐全人健康照護和自主權面臨來自機構、家庭和社會文化的多重挑戰，這些挑戰往往導致高齡者權益被犧牲：

1. 資源限制與標準化：長照機構在提供服務時，面臨成本、時間和人力限制，導致機構傾向於標準化餐點（如「一個人煮一樣」不切實際），難以滿足高度個別需求。

2. 法律責任與權力衝突：在台灣的照顧文化中，法律責任與家屬意見對飲食決策影響甚大。高齡者的自主權常被家屬的主導權和機構對法律訴訟的恐懼所取代，導致機構在衝突時，常傾向「嚴格控制」以避免風險。家屬作為委託者，其意願和保護心態往往限制了長輩的自主選擇。

3. 無力感與無助感：居住時間久、長期配合飲食控制的慢性病高齡者，儘管知道健康的重要性，但長期下來仍會產生厭煩。他們追求的是滿足口腹之慾的自主權，而非單純的健康規範，當無法拿回決定權時，會產生無力與無助感。

表 4-10

實務面臨的挑戰與權力衝突

挑戰層面	具體障礙	核心權力衝突
機構與資源	資源限制與標準化： 人力、成本、時間不足，難以提供個別化餐點。	成本效益 vs.個別需求
法律與文化	法律責任與家屬主導權： 機構恐懼訴訟 → 傾向「嚴格控制」，犧牲長者自主權。	專業責任 vs.長者自主權
長者心理	無力感與無助感： 長期配合後產生厭煩，無法拿回決定權。	長者意願 vs.被動接受

資料來源：研究者整理。

第四節 高齡者飲食自主權的界線協商與長照餐食服務的彈性創新

長輩「0」食慾，用餐時光變黑白？

> 「吃，是基本人權也是人生至樂。」臨床上常見家人或照顧者因擔心長輩進食時間過久或吞嚥不易，而將所有飯菜都攪打成流質或糊狀後餵食。這種出於安全的專業指導或家庭關懷，卻導致食物失去美味，營養密度降低，反而會加速長輩咀嚼吞嚥能力的退化，造成惡性循環。(董氏基金會，2022)。

這是董氏基金會 2022 年的新聞稿，近年來，長照實務中不斷出現關於「口腹之慾與疾病限制」的非正式討論，例如在慢性病高齡者渴望一塊炸雞、一杯珍珠奶茶時，工作人員與家屬常陷入倫理兩難。此類情境直指核心矛盾，當以醫學模式為基礎的「營養控制」，遇上高齡者對生活品質與自決權 (Autonomy) 的強烈維護時，如何才能體現全人照護 (Holistic Care) 的價值？

本節將從高齡者與機構人員的視角，理解食物自主權在機構環境中被限縮的根源與感受。這包括社會對高齡者飲食的刻板印象如何形塑機構規劃，以及高齡者如何在約束感與調適接受之間擺盪。同時，將核心探討「健康飲食」與「快樂飲食」的雙重重要性與衝突，作為確立自主權與照護平衡的理論起點。接著，研究將轉向現況的實務解析。透過檢視機構人員在飲食決策中的重要角色，以及高齡者對發言權的感受與參與期望，我們得以描繪出當前個別化需求的措施與程度、存在的挑戰，以及因方便管理而忽略選擇權的現象。

最後，將依循全人照護的理念，提出導入個別化飲食設計的具體方向。這不僅涵蓋高齡者對於口味、彈性與餐點種類的期望與現實考量，更將從機構挑戰（成本、人力）出發，整合長照機構在「健康」與「幸福感」間取得平衡的策略，並提出人性化的服務具體建議。最終，旨在為長期照顧餐食服務，擘劃出兼顧食物自主權與營養照護的可行作法，為相關政策與實務提供具參考價值的經驗證據。

壹、食物自主權的邊界 - 社會觀念與長照環境的影響（問題根源）

在機構中接受服務的長輩，普遍認為接受長期照顧的高齡者應當順從家人或專業人士的飲食安排，這種觀念影響了其自主權的行使。

一、社會對高齡者飲食的刻板印象對其選擇的影響

從受訪者的訪談中，發現高齡者對於社會飲食刻板印象的反應是分歧的。有部分高齡者 (A1、A4、A5)選擇將焦點拉回個人，強調自主選擇和自我滿足的重要性。然而，另有部分高齡者 (A3、A6) 則強烈感受到社會預設的限制，認為「老人就該吃軟爛清淡」的刻板印象剝奪了他們對口味的選擇權，讓他們感到被「幼兒化」。這揭示了社會對高齡者飲食的單一化期待，對那些仍有能力和意願選擇多樣化口味的高齡者構成了生活尊嚴上的挑戰。

（一）社會刻板印象影響

1.既定印象

部分高齡者強烈感受到社會刻板印象對其飲食選擇造成了直接的限制與負面影響。這種影響主要源於社會對年高齡者飲食的單一化期待，即普遍認為高齡者「就該吃軟爛清淡」。長輩的感受清晰地印證了這種刻板印象的壓力，例如 A3 與 A6 說：

> 「會喔，大家都覺得老人就要吃稀飯青菜，不能吃辣、不能吃甜，弄得我們都像小孩咧。」(A3)

> 「會喔，很多人覺得老人就是只能吃軟爛、清淡的，我也不是不能吃重口味啦，只是他們不敢給我吃。」(A6)

儘管如此，也有長輩理解這種限制背後出於善意的動機，A2：「大家也是希望我們能夠健康。」。

(二)沒有影響

1.自己想法較重要

與感受到限制的高齡者不同，另一部分受訪者選擇將焦點拉回個人意志，強

調自主選擇和自我滿足的重要性，認為社會的刻板印象並不會影響他們的飲食決定。這體現了高齡者在面對外部規範時，積極維護個人自決權與追求幸福感(Well-being) 的傾向。這些高齡者將「自己吃得開心、吃得健康」視為人生中最重要的目標，並將個人意志置於外部觀點之上。

> 「社會怎麼看喔？我倒沒想那麼多啦。我覺得啊，自己吃得開心、吃得健康就好。畢竟是自己的人生嘛，沒必要去管別人怎麼說。」(A4)。

多位高齡者則直接表示不受外部觀念影響，顯示其已形成穩定的自我決定傾向。如 A1：「不會啦。不會。」、 A5：「不會啦，不會影響。」 、A7：「不會啦。沒有影響。」。

二、社會觀念對長照機構飲食規劃的影響現況

社會普遍認為高齡者應該嚴格遵循醫療建議，這對長照機構的飲食規劃產生了決定性影響。這種觀念使得健康與專業建議成為機構制定餐食的核心依歸。具體來說，社會對高齡者健康的關注促使機構必須將專業指導和醫療標準置於最高優先級。此外，社會觀念還透過家屬的實際要求和監督，將外部壓力直接傳導至機構的日常飲食決策。然而，儘管專業建議是規劃基礎，機構在執行時仍面臨難以克服的實務與人道困境，凸顯了標準化的健康觀念與高齡者實際生活之間的矛盾。

（一）依照專業指導與家屬期望

社會對高齡者健康的關注促使機構必須將專業指導和醫療標準置於最高優先級。此外，社會觀念還透過家屬的實際要求和監督，將外部壓力直接傳導至機構的日常飲食決策。

1.依照專業指導

機構在制定飲食計畫時，通常會將長輩的健康需求和醫療建議置於優先考量，並由營養師提供專業指導。如受訪者 P1 所述：「機構在制定飲食計畫時，通

常會將長輩的健康需求和醫療建議置於優先考量。機構通常會有營養師提供專業的飲食建議和指導。」。這項專業照護是一項專業工作，需由完成訓練認證並取得證明文件的醫事人員（含醫師、中醫師、營養師、護理人員等）來執行評估與指導。更重要的是，機構必須符合評鑑要求，這使得醫療指導成為硬性規範，正如 P6 所言顯示機構的飲食決策受到評鑑標準的強力制約。

> 「會啊。因為像說你說這種高齡者，我們應該是說我們是不是都會有一些機構都要評鑑四年評鑑一次，那護理類的老師他就會希望說你有什麼疾病你就只能吃什麼疾病的飲食。」(P6)

2.與家屬期望

家屬的期望是社會壓力傳導至機構的直接表現。部分家屬甚至會希望機構管得更嚴格，以預防長輩亂吃，例如 P7 就說：「有影響喔。有些家屬甚至會希望我們管嚴一點，怕長輩亂吃。」。

（二）院民感受還是要關注

儘管專業建議是規劃基礎，機構在執行時仍面臨實務與人道困境，凸顯了標準化的健康觀念與高齡者實際生活之間的矛盾。這種情境直指核心矛盾為當醫學模式為基礎的「營養控制」，遇上高齡者對生活品質與自決權 (Autonomy) 的強烈維護時，如何才能體現全人照護 (Holistic Care)的價值。

1.觀念與現實衝突

專業建議與高齡者實際接受度之間存在衝突，導致實施困難，這是機構普遍面臨的挑戰。機構的餐食安排是固定的，若完全遵循醫療建議（如低鈉飲食），實施難度高，且「患者是否接受是關鍵」。受訪者 P4 坦言：

> 「會影響。機構的餐食是固定的，如果完全遵循醫療建議（如低鈉飲食），實施起來困難度高...患者是否接受是關鍵。」(P4)

過度遵循專業建議會犧牲食物的美味與進食樂趣。專業工作者體認到，若將青菜用水燙過，口感與風味會大打折扣。受訪者 P2 指出，「機構雖盡力遵循醫師

或專業人員建議，只是說在遵循之虞...青菜要用水燙過，那好吃嗎？」。在實務上，臨床常見照顧者為安全起見，將所有飯菜都攪打成流質或糊狀後餵食。這種出於安全的專業指導或家庭關懷，卻會導致食物失去美味、營養密度降低，反而會加速長輩咀嚼吞嚥能力的退化，造成惡性循環。專業人員觀察到，有些學者所關注的觀點與老人實際想居住（及生活）的需求之間會有一些衝突。受訪者 P6 表示：「...其實是覺得說有些學者看的點跟老人實際，他想住的點會有一些些衝突啦！」，這說明了在追求學術理想與滿足高齡者生活幸福感之間的落差。

三、社會對於「高齡者健康飲食」與「快樂飲食」觀點的態度）

社會對於「高齡者健康飲食」與「快樂飲食」這兩種觀點的態度並非絕對的非黑即白，而是存在一個動態的權重分配與取捨。這種動態的平衡反映了社會觀念正從過去的「健康至上」單一標準，轉向更人性化、更符合全人照護 (Holistic Care) 理念的模式。

（一）觀點的雙重重要性與理想平衡

長照機構的專業工作者普遍認為，「健康」與「開心」兩者在高齡者的飲食中都非常重要，且兩者並非必然衝突，而是理想中可以同時達成的兩個目標。

1.健康與開心兩者都非常重要

機構人員體認到，快樂進食能夠顯著增進高齡者的進食意願，這間接支持了營養攝取，從而支持了健康。P1：「高齡者對於這兩點其實都很重要...開心的吃他們才會願意吃，願意吃飯對於健康影響也很大。」，專業人員強調，在兩種觀點之間不存在絕對的對錯，關鍵在於評估其比重問題，最終目標是尋求平衡。

> 「就是他不是絕對值，沒有說哪個觀點誰是對的誰是錯的，都是對的！但是你要看的是一個比重問題...它其實是兩個期待，可以希望達到的目標。」(P2)

> 「我覺得要平衡，吃得健康也要有一點『開心的成分』在裡面。」(P7)

（二）健康狀況與安寧照護的權重分配

社會與機構對於「健康」與「快樂」的取捨，強烈依賴於高齡者的健康狀態和生命階段。這種權重調整是全人照護 (Holistic Care) 理念（林育志等人，2023）的實踐，全人照護聚焦於病人的身體、心理、社會和靈性之整體性需求，以提升生活品質。

對於健康狀況不可逆或處於安寧照護階段的高齡者，「吃得開心」的權重會顯著提升，甚至超越嚴格的健康限制。機構在推廣安寧療護時，希望長輩能善終，避免帶著怨恨離去。

> 「這兩種觀點取決於高齡者的健康狀況...但如果已是機構住民，身體有障礙且健康已不可逆，那麼『吃得開心』更為重要。人生苦短，若連吃都不能快樂，會感到可憐。機構推廣安寧療護，也希望長輩能善終，避免帶著怨恨離去。」(P4)

> 「我覺得五比五...當然個案已經是那種狀況了，你不能要求他說...就是不能吃什麼東西，就是因為我們這邊也有安寧的長輩...」(P5)

這種權重分配體現了全人照護 (Holistic Care) 的價值，即不僅關注生理健康，更重視心理和靈性層面的安適狀態。

（三）社會態度與家屬觀念的動態轉變

雖然過去社會普遍傾向於優先考慮醫療建議，但目前社會態度與家屬觀念正在經歷動態轉變，開始將高齡者的快樂與生活品質納入考量。

1.慢慢轉變，越來越重視高齡者的快樂與生活品質

社會觀點正在從單一的「健康至上」標準，轉向更人性化的「兼顧健康與快樂」的平衡。這種轉變也體現在家屬的態度上，有家屬會希望長輩能夠吃得開心。

> 「現在慢慢在轉變，大家越來越重視高齡者的快樂，但還是很多人會優先考慮健康。」(P7)

> 「...也有那種，就是希望長輩吃得開心的家屬對啊。」(P6)

這種轉變與學術界對高齡者自我決定理論 (SDT) 的關注相一致，強調滿足高齡者對自主性的需求，是提升其心理幸福感 (PWB)和生活品質的關鍵。

四、長照機構環境對高齡者飲食自主權的影響與感受

長照機構環境對高齡者的飲食自主權帶來顯著影響，多數高齡者普遍經歷自主權減少的感受，這導致強烈的被約束感與生活樂趣的流失；然而，也有部分高齡者選擇透過自我調適，並藉由機構的彈性措施來接受團體生活的安排。入住長期照顧機構後，高齡者的食物自主權在從「個人意志轉向集體安排」的過程中普遍被限縮，這直接衝擊了其生活品質與自決權 (Autonomy)。這種受控制的行為模式與高齡者內在對自主性的基本心理需求產生衝突（Deci & Ryan, 1985；施麗紅，2010）。

（一）自主權減少與被約束

高齡者普遍認為入住機構是其自主權與生活樂趣流失的最直接原因。這種限制帶來了強烈的心理壓力，類似於「遷移壓力症候群」(relocation stress syndrome)，可能導致被拋棄感、無力感與無助感（蔡尚穎，2007）。

1.自主權減少

高齡者明確表達，機構環境取代了個人在飲食上的控制權，讓他們失去了隨時選擇、隨時烹煮的自由，減少了「生活的味道」。

> 「不一樣啦。自己家要吃什麼，隨時都可以在這裡，人家會控制啦。所以應該是減少了嘛。」(A1)

> 「當然減少啊，以前住家裡要吃啥都可以煮，現在都靠廚房安排，少了點生活的味道咧。」(A6)

> 「加減有啊，在家愛吃啥就煮啥，在這就是人煮啥你吃啥。」(A7)

2.被約束

自主權的減少直接導致高齡者產生強烈的被安排與被規訓的感受，這種約束感源於飲食內容或行為受到限制。受訪者 A3 的經歷印證了這種感受，

「當然有啊，以前自己在家愛吃啥就煮啥，現在都要人家配給咱吃，感覺比較被約束啦。」(A3)

此外，限制性語言也強化了這種被控感，A2：「會!人家會念，說什麼不能吃，什麼不能吃。」

（二）沒有影響

部分高齡者並沒有強烈感受到自主權的減少，這通常是因為他們已進行自我調適，或機構提供的彈性措施成為滿足個人需求的緩衝。

1.自己調適與接受

這些高齡者傾向於接受團體生活和機構管理的必要性，因此他們透過其他管道（如家屬協帶或機構的快樂餐）來滿足個別需求，進而降低了對自主權的迫切要求。高齡者的心態展現了這種自我調適：

「要說減少嘛，倒也沒有啦...但女兒會幫我帶，我自己也會調整口味。而且每個禮拜還有快樂餐可以點想吃的。我覺得這樣已經不錯了，至少還有選擇的空間...大家都一樣，配合團體生活是應該的。」(A1)

另一位高齡者則表示順應與接受， A5：「就是他們準備什麼，我就吃什麼，都可以啦！」。

貳、現況與挑戰 - 機構在飲食決策中的角色與限制

機構人員在高齡者飲食決策過程中扮演著關鍵性角色，普遍採取「個案化權衡」的彈性策略，試圖平衡安全與自主。然而，機構中仍普遍存在因方便管理而忽略高齡者選擇權的現象。當機構面臨高齡者對生活品質與自決權 (Autonomy) 的強烈維護時，其在實踐全人照護 (Holistic Care) 理念上，便會遭遇來自人力、成本、以及法規責任的綜合性限制與挑戰。

一、高齡者對家人與機構飲食尊重度的感受

長照機構在飲食決策中扮演核心角色，雖然高齡者普遍感受到機構和家人對

其飲食意願的尊重，但這種尊重是有條件且以健康安全為前提的（施麗紅，2010）。這種「有限制的尊重」反映了機構必須在維護高齡者身體健康與滿足其個人自主權之間進行艱難協商。

（一）尊重與同理

高齡者普遍認為家人和機構照護人員對其飲食意願是尊重的，但這種尊重是有條件且以健康安全為前提的。高齡者將這些限制視為一種體貼，而非缺乏尊嚴的剝奪。

1.尊重與關心

高齡者普遍認為家人和機構照護人員對其飲食意願是尊重的，但這種尊重是有條件且以健康安全為前提的。高齡者將這些限制視為一種體貼，而非缺乏尊嚴的剝奪。高齡者普遍感受到機構人員在服務上的專業性與尊重，例如允許高齡者將不喜歡的食物留在餐盤裡，同時，家人也會透過協助帶來喜歡的食物來滿足高齡者的偏好。受訪者 A5 的描述體現了這種感受：

> 「他們都滿好的啦。他們都會...都會很尊重我們，他們都會尊重我們，他說：『你如果不喜歡吃的東西留在餐盤裡，沒關係』他們都這樣說，然後我說要我不必要免強這樣。我想吃的，孩子們會送來給我，我就不必去麻煩他們（機構），對～小孩滿好的。」(A5)

此外，機構人員對高齡者的主動關心也讓高齡者感受到被重視：

> 「我覺得他們都滿尊重的啦...護理師跟照服員也都知道我不太吃飯，都會關心我有沒有吃飽...他們有在關心，我就覺得很好了。」(A4)

另一位高齡者也補充道：A3：「有啦，他們都算客氣啦，有時也會問我要不要加點啥？」。

2.有限制的尊重，以安全、健康為主

儘管機構提供同理性的關懷，但任何飲食決策的底線都必須將安全與健康置

於最高優先級。這種限制是基於「為我們好」的健康考量與照顧安全，高齡者普遍理解並接受這些限制是一種體貼。機構必須遵循專業指導和醫療標準。高齡者被限制飲食，是出於對慢性病的健康考量，例如擔心「太鹹、鈉太多」會影響身體機能。高齡者 A2 與 A6 對此表示理解：

> 「都不可以吃，他說那個什麼，太鹹、鈉太多，不能吃，腰子會凍不住。對我們也不錯，關心我們的身體健康。」(A2)

> 「有啦，他們蠻體貼的，只是很多時候還是安全為主，怕我血糖飆起來，不太敢給我吃我愛的那幾樣啦。」(A6)

然而，這種出於安全的專業指導或家庭關懷，若缺乏彈性，例如將食物攪打成流質或糊狀，雖然避免了嗆咳風險，卻會導致食物失去美味、營養密度降低，反而會加速長輩咀嚼吞嚥能力的退化，造成惡性循環（董氏基金會，2022）。更甚者，法律風險迫使機構傾向於保守、標準化的健康飲食，而不是長輩的意願，F4 認為：

> 「在台灣，如果長輩因為營養不足生病、褥瘡，甚至不插管餓死，都是機構的責任。所以法律責任會影響機構的決策，而不是長輩的意願。」(F4)

儘管如此，高齡者普遍理解機構對安全和人力資源的難處。高齡者 A3 表示：「有啦...但還是以照顧安全為主啦。」而高齡者 A7 則展現出對工作人員的體諒：「還可以啦，他們要照顧這麼多人也是很辛苦。」。

二、高齡者對飲食發言權的感受與參與期望

高齡者對於在長照機構中對飲食發言權的感受是分歧的，這直接反映了自我決定理論 (SDT) 中自主性 (Autonomy) 需求是否得到滿足。部分高齡者因現有管道而感到滿意，但也有高齡者因意見未被採納而產生無力感，並期待能更正式地參與決策（施麗紅，2010；Deci & Ryan, 1985）。

（一）有管道參與

1.滿意現有的參與方式

部分高齡者對於機構現有的溝通管道和彈性措施表示滿意，這有助於滿足他們在機構生活中被剝奪的自主性需求。高齡者認為透過正式的膳食會議或非制式的快樂餐，他們的意見得以被傾聽，並擁有實質的選擇空間。高齡者肯定機構透過營養師或膳食會議來徵求意見，認為他們可以發言，顯示此機制提供了被賦權的機會。

> 「沒有，像營養師開會，我們就有反應，他就會問我們問我們有沒有要有什麼吃的方面要改進的，他會問我們就可以發言了。」(A1)

P1 亦證實，機構會透過剛入住時的調查和膳食會議來考慮個別化需求。

> 「我們會針對有慢性病或過敏的長輩做調整，但一般的偏好還是以團體為主。如果能有一套選單制度，像點菜那樣，也許會比較個別化。」(P7)

高齡者對快樂餐或家屬協助帶入食物等彈性措施感到滿意，認為這提供了必要的選擇空間。

> 「發言權喔？這倒沒有覺得特別缺乏啦...他們都會問我們快樂餐想吃什麼，我們自己可以點菜...女兒就會幫我帶過來...」(A4)

> 「他們都滿好的啦。他們都會...都會很尊重我們，他們都會尊重我們，他說：『你如果不喜歡吃的東西留在餐盤裡，沒關係』他們都這樣說，然後我說要我不必要勉強這樣」(A5)

（二）反映無效

那些認為發言管道無效的高齡者，則表現出強烈的消極順應與無力感，這使得他們的自主性需求未能滿足。這些高齡者將自己的處境視為「被安排好的」，並認為意見即使反映了也無濟於事。

1.消極的感受被安排的

高齡者認為他們的反饋無法帶來實質改變，因此選擇消極順應。這種無效感是強烈的，例如高齡者 A2 直言：「無用啦，有人有反應過，無用啦!」 甚至有高齡者對改變持懷疑態度，A7 認為：「隨便啦，講也沒有用，可能一天兩天有差，再來還是一樣。」。由於意見無效，高齡者普遍感受到對飲食缺乏控制權，認為所有事情都由機構決定。這種「被安排」的無力感相當明顯，例如高齡者 A6 表示：「現在比較像被安排好的...」，而高齡者 A3 則認同這種被動性：「有啦有啦，現在感覺都是他們說了算...」。

（三）期待參與菜單設計

無論是否滿意現況，高齡者普遍表達了希望能夠更正式地參與到菜單設計和討論中的期望。他們渴望提升參與感和人情味。

1.正式地參與到菜單的討論

高齡者期望能透過定期會議等方式，被正式諮詢意見，而非僅是單向的通知。這種對話的需求反映了高齡者希望獲得被尊重的主體性，例如高齡者 A3 表示：「我剛來ㄟ時撙是希望每個月開個小會，我們自己提點意見，這樣比較有人情味啦。」 同樣地，高齡者 A6 也認為：「現在比較像被安排好的，如果能定期開個意見會，問問大家的口味，也許感覺會不一樣啦。」此外，專業工作者 F1 也建議，機構應找一些有意識的長輩跟營養師一起開菜單，進行參與式設計，以建立被傾聽的溝通機制 。

> 「那我覺得可以找一些有意識的人跟營養師一起就是開菜單，我最喜歡開菜單就是可能會把主菜類先提出來，我們就在想烹調的方式，你們喜歡哪一種，然後我們就會開循環菜單。」(F1)

三、機構飲食安排對個別化需求的考慮與改善建議

長照機構在「健康」與「幸福感」之間取得平衡的核心策略，是將僵硬的標準轉變為「有彈性」的「個案化權衡」。本研究透過檢視機構人員在飲食決策中

的角色與高齡者對需求的期望，描繪出當前個別化措施的程度、存在的實務挑戰，並據此提出具體的服務創新方向。

（一）現有對個別化需求的措施與程度

長照機構雖然以團體供餐為主，但已普遍採取多種彈性措施，在疾病管理和滿足高齡者口腹之慾之間尋求平衡。

1.疾病與特殊需求的調整

機構在飲食決策上不會是單一專業人員決策，而是傾向給予較大的彈性，特別是在疾病飲食的界線上。專業工作者指出，他們雖然會對高齡者或家屬進行衛教，但如果長輩吃了家屬偷偷提供的食物（如洗腎又有糖尿病的長輩），只要身體能耐受，機構會傾向用醫藥去調適。機構的決策核心是讓高齡者能把東西吃下去，而非過於制式化地限制生活。

> 「所以在疾病飲食的界線上，其實是會有比較大的彈性。畢竟生活不要太過於制式化限制他，我們比較在意的是說，他能夠把東西吃得下為主。」(P2)

> 「我們會針對有慢性病或過敏的長輩做調整，但一般的偏好還是以團體為主。如果能有一套選單制度，像點菜那樣，也許會比較個別化。」(P7)

2.彈性的回饋與服務

機構透過多種管道蒐集高齡者意見並提供彈性服務，作為標準化供餐模式的補充。這包括剛入住時的飲食調查、定期的膳食會議，以及提供「快樂餐」 。此外，機構也積極協助家屬，透過代購或代為烹調食材的方式，滿足高齡者的個別化需求 。

> 「我們覺得我們機構做的很好。無論是剛入住時的調查，之後的膳食會議，家屬可以自行購買食材讓我們代為烹調等等，都是考慮到個別化的需求。」(P1)

> 「我們每個禮拜會有一次的快樂餐，有做快樂菜單讓他去挑...長輩想吃的話...我們就可能請司機去幫他買進來給他吃，就是

說想吃麵，我就去買給他吃。」(P6)

3.頻率調整而非完全禁止

對於不宜多吃的食物，機構採取「頻率降低」而非「完全阻絕」的策略。機構認為，在「可忍受範圍」內偶爾給予高齡者想吃的食物，有助於兼顧他們的健康和生活樂趣，避免高齡者因長期被限制而感到「人生無趣」或拒食。

> 「如果在那種可忍受範圍的，那他願意吃，我們就是不一定能夠每餐都給，但是就是偶爾給幾次...把它的頻率降低...他就會有人生無趣。(P2)

（二）個別化需求的挑戰

儘管機構努力提供彈性服務，但在資源、管理與高齡者行為複雜性的交互影響下，個別化需求仍面臨多重挑戰。

1.固定菜單的限制

長照機構為方便管理，通常會統一採用循環菜單。團體供餐的模式本質上難以滿足所有人的口味偏好。高齡者對此的感受亦表明，統一菜單難以滿足多樣的口味需求（唐慶翔，2022）。受訪者 P4 指出：「目前固定菜單較難考慮個別化需求。」他進一步建議，改善方面，如果能有「主食巡迴車」，類似現在的牛奶、水果、零食巡迴車，讓高齡者可以有更多選擇，例如今天不想吃固定菜單的食物，可以選擇炒麵等，會是很棒的改善。然而，這項提案也會涉及人力和成本考量。因此，機構會採取一些替代方案來提升高齡者的參與感和新鮮感。受訪者 P7 說明：「固定菜單方便統一管理啦，但長輩吃久了會覺得無聊。」所以，「我們有時會安排主題日就是所謂的快樂餐，或讓長輩票選菜色，讓他們覺得有參與感。」

2.管理疾病飲食上面臨的困難

機構在管理疾病飲食上面臨的困難，不僅來自於資源限制，也來自於高齡者本身或家屬的非理性行為。家屬有時會偷偷提供不適合的食物，進而增加了機構

管理慢性疾病飲食的困難性。受訪者 P2 描述了這種實務困境：「長輩的飲食行為有時真的很不受控，例如家屬偷偷提供不適合的食物，增加了機構管理疾病飲食的困難性。」。

3.目標核心的衝突

長照機構在權衡高齡者的「健康」與「幸福感」時，其決策的核心策略是以「能把東西吃得下」為優先考量。專業工作者 (P2) 清楚地闡述了這種實務上的目標核心調和：「機構最終還是以能把東西吃得下為主，優先於嚴格的營養學標準，因為高齡者不願意吃，再健康的食物也沒有效益」。這種策略的制定，是基於對制式化營養照護可能帶來負面後果的反思。即使食物符合最嚴格的營養標準（例如將青菜用水燙過]），但若缺乏美味或過於單調，可能導致高齡者「0 食慾」，進而拒絕進食。因此，機構必須進行目標調和，讓長輩「吃得好、吃得多」，以避免因拒食所造成的營養攝取不足，這是為了預防營養攝取不足導致的衰弱、肌少症等更大健康問題，避免生活品質大打折扣，形成惡性循環。在照顧的核心上，長輩能夠吃得下、吃得完，對機構而言才是核心重點。

（三）具體的改善方向與建議

為克服固定菜單的限制與資源挑戰，實務界和專家學者提出了引入多元模式、運用科技的具體創新建議（朱怡勳、郭雅雯，2023）。專業工作者針對如何提升日常餐點的選擇自由度，提出了多項具體建議。

多元模式-「主食巡迴車」、「選單制度」、家屬協作

專業工作者 (P7) 建議建立一套「選單制度」，讓高齡者可以像點菜那樣從有限的選項中進行選擇，以增加日常餐點的選擇自由度。P7 說明：「建議建立一套『選單制度』。讓高齡者可以像點菜那樣從有限的選項中進行選擇，以增加日常餐點的選擇自由度。」。此外，也建議引入「主食巡迴車」模式，仿效牛奶、水果巡迴車，讓高齡者在不想吃固定菜單時，可以有更多元的選擇，例如炒麵等，以有效解決固定菜單的單調問題。P4 認為：「建議引入『主食巡迴車』模式...讓

高齡者在不想吃固定菜單時，可以有更多元的選擇，例如炒麵等。這能有效解決固定菜單的單調問題。」 最後，應繼續利用家屬探訪和機構代購的方式，作為滿足高齡者臨時性、高頻次個人化需求的有效補充。P6 指出：「繼續利用家屬探訪和機構代購的方式，作為滿足高齡者臨時性、高頻次個人化需求的有效補充。」。

四、長照機構面臨成本與人力挑戰與需尋求改善之道

長照機構在提供飲食服務，特別是在滿足高齡者的個別化需求方面，面臨來自人力、成本與法規責任的綜合性限制。機構普遍認為，人力與成本是阻礙個別化餐飲服務推動的兩大核心因素，難以跨越。因此，這些挑戰直接阻礙了機構從集體供餐轉向更人性化、個別化的服務模式，並且除了直接的資源限制外，制度上的僵化與法律風險也共同影響了全人照護理念的實踐。

（一）主要挑戰

1. 成本限制與價格管制

機構在成本方面受到嚴格限制。長照機構的收費受主管機關掌控，不能因為提供更高品質或個別化的餐點而多收費。然而，個別化餐點的成本遠高於集體供餐的餐費，造成營運壓力。

> 「長輩的餐費我們換算起來，一餐大概六七十塊嘛，如果以現在的物價來講...光他那一餐可能就會破百了啦。」(P2)

> 「長照機構的收費受主管機關掌控，不能因為提供更高品質或個別化的餐點而多收費，使得機構在成本考量下難以提供多元選擇。」(P4)

> 「成本也會提高，所以很多機構不太敢嘗試新模式。」(P7)

> 「飲食的成本是他們的壓力和負擔。」（指家屬）(F4)

2. 人力無法負荷

人力與成本是阻礙個別化餐飲服務推動的兩大核心因素。機構人力無法負荷這麼大的個別化需求，而且如果需要配合個人化服務，廚房人力就會更吃緊、更

忙。此外，執行面的困難也隨之而來，即使有特殊飲食，只要照顧者請假，代班人員不熟悉，就很難執行。

> 「目前機構提供飲食服務的最大挑戰是成本和人力。由於住民人數多，工作人員的人力無法負荷這麼大的個別化需求。」(P4)

> 「三個都有。人力最吃緊，廚房要趕時間出餐，如果要配合個人化就更忙。」(P7)

> 「長照機構在推動個別化飲食介入時...廚房人力、成本都是問題...最困難的是出錢的人和執行的人力。」(F1)

> 「確實，人力問題很困難。即使有快樂餐或特殊飲食，只要照顧者請假，代班人員不熟悉，就很難執行。」(F6)

（二）次要挑戰

除了直接的資源限制，制度上的僵化與法律風險也限制了機構在飲食上的彈性。

1. 採買與菜單的限制

機構在飲食供應上普遍面臨來自採買模式和固定菜單的限制。機構通常會統一採用循環菜單，P4：「會統一採用循環菜單。」。更重要的是，由於機構常需聯合採買食材，這進一步限制了菜單的彈性。這導致了資源分配的困境， 若要增加彈性菜色（例如快樂餐），就必須縮減其他食材的採買量或天數。受訪者 P6 解釋了其中的困難：「困難度的話，因為我們是聯合採買食材的...如果說我們去增加我們的那個快樂餐的話，那就變成說他必須要縮減他採買的量或是天數...」。

2. 法律與責任風險

法律責任會嚴重影響機構的飲食決策。在台灣，如果長輩因為營養不足生病、褥瘡，甚至不插管餓死，都是機構的責任。因此，法律風險迫使機構傾向於保守、標準化的健康飲食，而不是長輩的意願。

> 「在台灣，如果長輩因為營養不足生病、褥瘡，甚至不插管餓死，都是機構的責任。所以法律責任會影響機構的決策，而不是長輩

的意願。」(F4)

3. 多方期待的協調難度

機構必須協調來自多方的期待衝突，這增加了實務操作的困難。包括協調每個人的口味不同，以及長輩喜歡吃「不好」食物（如高油高糖）與專業人員維持營養健康的衝突。最困難的則是出錢的人（家屬/機構）和執行的人力（照服員）之間的期望協調。

> 「因為每個人的口味不同，我覺得這個好吃，有人覺得不好吃...」(P5)
>
> 「會變營養不良，因為他喜歡吃更不好...」(P1)
>
> 「最困難的是出錢的人和執行的人力。」(F1)

參、個別化介入的期望與實踐 - 平衡自主權與營養照護

一、高齡者對個人化飲食的期望與現實考量

高齡者對於長照機構提供更多個人化飲食選擇的需求是存在的，但這種期望普遍受到現實的限制和對機構的體諒所制約。部分高齡者明確表達了對個人化選擇的渴望，認為統一菜單難以滿足多樣的口味需求，且目前的餐點在口感或調味上存在不足。儘管有需求，但大多數高齡者對機構的人力和難處表示理解，傾向於自我調適或順應現狀，不願增加照護人員的負擔。部分高齡者透過現有的彈性方式（如家屬協助）獲得滿足，進一步降低了對機構提供全面個人化的迫切期望。

（一）期望與現實考量

1.渴望個人化與口味滿足

高齡者對於個人化選擇的渴望，源於對統一供餐模式難以滿足多樣口味需求的普遍不滿。對高齡者而言，飲食不僅是維持生命，更是享受生活的樂趣（呂哲維、胡月娟，2020），因此對口味、調味和食物質地的調整有強烈訴求。高齡者

普遍認為一套菜單難以滿足所有人的口味，A3 明確表達了對「一套菜單打死所有人」模式的不滿：「當然希望啊，每個人口味不同，怎麼可以一套菜打死所有人咧？」高齡者希望機構能記錄他們的個人偏好和忌口項目，避免重複溝通，A6 建議：「希望啊，最好有個人卡，記錄我們的喜好和忌口，不會每次都講一遍。」。然而，高齡者對現有餐點在口感或調味上存在不足有明確反映，例如抱怨食物煮得過爛或太不鹹，嚴重影響食慾。這與確保高齡者「食得快樂」的重要性相符（唐慶翔，2022）。高齡者 A2 抱怨道：「有的阿婆都會反應，反應菜煮得太爛，太不鹹，飯煮得太爛...煮高麗菜煮到很爛，吃了很想吐。」。

2.理解限制與不願造成困擾

儘管高齡者對個人化飲食有需求，但大多數高齡者對機構的人力與資源難處表示理解和體諒。他們傾向於自我調適或順應現狀，不願因為自己的需求而增加照護人員的負擔，這反映了高齡者希望維持和諧關係的歸屬感需求。高齡者 A4 雖然可能有潛在需求，但也接受現實的限制 A7 則用比喻表達了對實現高度個人化的不樂觀；A5、A3 持相同看法：

> 「要更多個人化喔？其實現在這樣也算可以了啦。畢竟機構人多，要煮這麼多不一樣的也很麻煩...要說多希望，好像也沒有特別的。」(A4)
>
> 「如果可以當然是最好的阿，不過就像阿婆生子~難啦!」(A7)
>
> 「當然孩子是叫我說，你不要去增加別人的困擾。」(A5)
>
> 「不過，我也是知道這個很困難啦。」(A3)

3.現有替代方案已提供滿足感

部分高齡者透過機構現有的彈性方式（如快樂餐）或家屬協助（如代買、代帶），已獲得一定程度的滿足感。這些替代方案的提供，進一步降低了高齡者對機構提供全面日常個人化的迫切期望。高齡者 A4 的回應即證實了這種多方滿足的模式：「我有我女兒幫我帶，我自己也調整。」這種「彈性的回饋與服務」是

機構現有對個別化需求的措施，例如協助家屬代購或代為烹調食材。此外，高齡者 A1 的回應則顯示在現有環境下，沒有強烈的未滿足偏好，可能已通過自我調適或現有彈性獲得滿足：「我不知道，都不知道」。

二、高齡者對目前飲食安排最希望改變的方面

高齡者對目前飲食安排最希望改變的地方集中在口味的調整和用餐的時間彈性，同時也反映出他們對於主動表達需求的猶豫。

（一）口味與烹調方式的調整

高齡者對口味和烹調方式的調整，是他們最希望改變的地方，主要訴求是增加食物的香氣和味道，以提升進食的愉悅感。高齡者認為，如果食物在烹調時不夠「有滋有味」，即使是健康的食物也會影響食慾

1.增加食物的香氣和味道

高齡者希望食物能利用傳統的烹調技巧來增加風味，而不是僅僅水煮或清淡處理。A7、A4、A2 渴望傳統的烹調香氣：

> 「煮菜要爆香，不然都無滋無味，沒有香氣。」(A7)

> 「最希望改變的地方喔？大概就是菜的味道可以再重一點點吧，不然每次都要自己加調味料。但我也知道他們是為我們好。」(A4)

> 「有的阿婆都會反應，反應菜煮得太爛，太不鹹，飯煮得太爛...煮高麗菜煮到很爛，吃了很想吐。」(A2)

這也呼應了高齡者在進食過程中，對食物質地和口感的享受，是維持其生活樂趣的關鍵因素（唐慶翔，2022）。

（二）用餐時間與餐點種類的彈性

高齡者對於團體供餐的制式化安排有明確的不滿和優化期望，主要體現在早餐的單調和晚餐的時間安排上。

1.早餐的單調和晚餐的時間安排

高齡者對每日重複的稀飯式早餐感到厭倦，並希望晚餐時間能更具彈性，以避免入睡前感到飢餓。高齡者 A3 抱怨道：「早餐我最想改啦，天天稀飯吃到膩，能換點饅頭、煎蛋也好。」。此外，高齡者 A6 則關注時間安排：「晚餐吧，現在太早吃，吃完還要撐到睡前肚子又餓，最好能晚點，或加點小點心也好。」。

2.餐點適度尊重個別需求

高齡者期望機構能主動且持續地納入他們的個別化需求，即便只是簡單的餐點替換。高齡者 A2 的言論反映，當高齡者缺乏主動反應的管道，機構便會預設高齡者接受現有餐點，從而忽略了個別化的需求。高齡者 A2 提出質疑：

> 「（長輩要反應需求）是都直接叫護理長嗎？也是要像有的人會說，尊重，不然你可以幫我炊一個包子，還是饅頭——很難的。因為你沒有反應啊，你沒反應，他就想說（長輩）吃得下去，對，大家都沒有說，就是都是這樣（順著吃）。」(A2)

（三）感到滿意或無特別需求

部分高齡者對現狀表示接受或沒有特別的不滿。這些高齡者可能已經通過自我調適或機構現有的彈性服務（如快樂餐或家屬協助），獲得了足夠的滿足感。

1.沒有需要改變

這類高齡者明確表示對現狀感到滿意或無強烈需求。高齡者 A1 回應：「沒有沒有，都沒有。」。同樣地，高齡者 A5 也表達：「沒有什麼需要改變的。」。

三、長照機構在「健康」與「幸福感」之間取得平衡的策略

長照機構在飲食安排上，普遍認為應在「健康」（遵循專業建議）與「幸福感」（滿足口慾）之間取得平衡，其策略核心是「有彈性」的「個案化權衡」，而非僵硬的標準。這種平衡的實踐，體現了對高齡者生活品質與自決權的尊重，同時也實現了全人照護 (Holistic Care) 的價值（社區發展季刊，2024、林育志、鄭宇珊、陳偉權，2023）。

（一）有彈性

機構的普遍共識是：「不是一味限制，也不是完全放任」，而是根據高齡者的健康狀況和生命階段進行動態調整。限制的前提是高齡者必須願意進食，若過度強調健康標準導致長輩拒吃，反而會造成營養攝取不足的更大問題。

1.「可忍受範圍」內的滿足

機構在進行取捨前，會先評估食物對健康的影響程度，以確定是否能夠在不影響健康的情況下提供。P1 說明：「我們會評估是否能在不太影響健康的情況下去做提供。」實務上，機構的目標是平衡健康與快樂，P5 與 P2 說明了權衡的實務操作認為：

> 「我覺得五比五，對，我覺得真的要健康，可是你要讓他開心...這個要 By 個案，就是有些個案是你覺得說他想要吃什麼，你就讓他吃沒關係，就是因為我們這邊也有安寧的長輩。」(P5)

> 「如果在那種可忍受範圍的，那他願意吃，我們就是不一定能夠每餐都給，但是就是偶爾給幾次...把它的頻率降低...他就會有人生無趣。」(P2)

> 「其實我們都會採老人吃的開心為主，可是就是酌量，不要說完全都不給他吃...」。(P6)

歸根結底，P2 強調，在照顧的核心上，讓長輩「能把東西吃得下」是核心重點：「在照顧的核心上...他能夠吃的好、吃的下，都可以吃得完、吃的多，對我們來講，才是核心重點。」。

2.搭配生活活動與家屬溝通

機構會結合其他措施來維持長輩的健康，並尊重家屬的決策權，以平衡飲食上的彈性。機構鼓勵長輩進行身體活動，例如在吃了「想吃的食物」後，會鼓勵他們活動或運動，以平衡熱量攝取與健康風險。P6 提到：「你如果說要吃一遊，我就叫他出來運動啊...機構這邊其實是有去訓練，下肢肌力，至少要讓他們有動。」。機構會尊重家屬的意見，如果家屬有特別交代什麼不能吃，機構會遵

從。P4 指出：「機構會尊重家屬的意見，如果家屬有特別交代什麼不能吃，機構會遵從...整體而言，機構會讓高齡者吃得開心，以幸福感為主。」

四、高齡者健康飲食認知的現況與提升策略

長照機構的經驗顯示，高齡者普遍缺乏現代化的健康飲食認知，容易受到傳統觀念的影響，且即使具備認知，也常因口慾優先或自主性心態而選擇不執行醫囑。機構採取的提升策略，則強調多樣化、個人化和以高齡者為中心的介入方式。

（一）認知現況

高齡者在飲食認知上主要存在兩大核心問題，即知識的落差與行為的不一致。

1.知識落差

許多長輩的飲食習慣根源於傳統觀念，這些觀念可能與現代營養學建議有所衝突。專業工作者觀察到許多長輩仍舊固守傳統，認為某些飲食方式最為養生。P7 提到：「比較多長輩會有傳統觀念，像是覺得白粥配醬菜就最養生。」這種知識落差顯示，單純的資訊傳遞是不足的，需要透過具體的衛教來指導高齡者正確的飲食觀念，以降低慢性病發生風險（卓郁婷，2019；楊秋燕，2020）。

2.行為不一致

即使長輩對健康飲食有所認識，仍可能因口味偏好、口慾滿足優先或「阿公」式的自主心態而拒絕遵循醫囑。這反映了高齡者在行使自主權 (Autonomy)時，將生活樂趣置於健康限制之上的價值觀（唐慶翔，2022）。專業工作者觀察到，即使長輩知道不宜多吃，仍會堅持購買或食用自己喜歡的食物。P4 指出：「有些清楚的個案知道，但卻不願意執行，例如明知水果不宜多吃仍買一大袋，因為他們認為口慾更重要。」部份高齡者會以自身的意願來決定飲食，拒絕配合醫囑，但性別間存在差異。P6 觀察到：「阿公會覺得說我要吃什麼，我就吃什麼...可是有一些阿嬤就說醫生說我不能吃太甜，就說我有點心不吃...」。

3.初期適應困難

長輩一開始入住機構時，對於飲食認知與選擇通常會以個人習慣和喜好為主，這與機構的集體供餐模式會產生摩擦。因此，高齡者需要透過機構不斷溝通後才會逐漸調整和改變。P1 說明道：「長輩一開始來的食物對於飲食認知會選擇自己喜歡的，在不斷溝通後才會改變...」。

（二）提升策略

長照機構的營養教育策略強調多樣化、個人化和以高齡者為中心的介入方式，而不僅是單向的知識傳遞。在專業介入前，機構會先從關心高齡者的角度著手，了解其不願意進食或選擇偏差的原因。

1.團體衛教

集體衛教是機構常見的宣導方式之一，營養師會不定期提供衛教課程 。P1 表示：「營養師會不定期給住民衛教。」機構亦會視需求，搭配集體衛教與彈性個別衛教。P2 說明：「集體衛教有時候會，然後一次性個別衛教，所以個別衛教會比較是那一種比較彈性一點的，就是會在某些他遇到狀況的時候，就直接跟他講。」

2.彈性的個別介入

彈性的個別介入被認為更為有效，因為它能在長輩遇到特定飲食狀況或問題時，立即給予針對性的指導。這種個別衛教模式的特點，就是在長輩發生需求時即時進行，提供更具彈性的解決方案。實務操作上，P3 提到，針對有認知落差的長輩，他們會先進行衛教：「比較有認知落差的長輩，我們通常會先跟他做衛教。」接著，P5 補充，機構會尋求專業替代方案：「那再來就會可能會請營養師來看他，我們可以諮詢營養師說你覺得他不吃這個，那吃什麼可以代替比較好？」。此外，為了有效達成衛教目的，針對高齡者的學習特性，教育方式必須簡單易懂且搭配視覺輔助。P7 指出，他們會採用簡化溝通：「我們會用簡單的話，配圖卡、實際例子去解釋，讓他們慢慢理解。」。

五、飲食模式的挑戰與創新選擇

長照機構在日常供餐上仍以固定循環菜單為主，但普遍已引入「快樂餐」等多樣化的創新模式，試圖在集體供餐的框架下，增加高齡者飲食的自主性與幸福感。然而，由於人力與成本限制，這些彈性服務難以擴展到日常供餐，導致機構需要尋求創新解決方案。

（一）現有的模式

「快樂餐」是目前機構最主要的創新模式，其核心是提供固定菜單以外的選擇，以滿足高齡者的口慾與文化節慶需求。

1.選單制與有限選擇

機構已普遍採行有限的選單制度，通常是每週提供一次至三次的選擇機會，這讓高齡者在制式化的供餐中仍能有選擇的自由。這種彈性多以「快樂餐」的形式呈現。

> 「在我們這邊有所謂的快樂餐，一、三、五都是快樂餐，對～一個禮拜有三天，我就貼（菜單）在電梯那裡面。」(P5)
>
> 「就是會有固定的膳食會議，來討論每個長輩的需求。一周也有三天的快樂餐可以做選擇。」(P1)
>
> 「有做選單制度，讓長輩每週有一天可選自己想吃的。」(P7)
>
> 「快樂餐是選單制的，讓高齡者可以選擇自己想吃的餐點。」(P4)

因此，高齡者每週都能在固定菜色之外，有機會選擇自己想吃的餐點。

2.滿足儀式性需求

機構會利用節慶或特別活動，以滿足高齡者對特定、高口慾或儀式性的食物需求，即便這些食物平時被健康規定所限制。這滿足了高齡者的文化與情感需求，體現了全人照護 (Holistic Care) 的價值。P5 提到曾經為高齡者購買麥當勞炸雞或珍珠奶茶，並在活動時集合有特別需求的長輩在樓下享用：

「我們有辦過電影欣賞會，在那邊吃珍珠奶茶配炸雞都可以...中秋節吃烤肉有辦過啊！就是買外面烤肉，進來跟大家分享。長輩想要中秋節過節...他們就會很開心，他們就覺得那個節慶很開心。」(P5)

3.多樣化形式

機構會透過改變食物的烹調和呈現方式來增加多樣性，以突破固定菜單的限制。專業工作者會主動在烹調上進行變化。P2 提到：「自己煎蛋煎火腿，然後把它變換一下食物的型態。」，以創造不同的用餐體驗。此外，機構也彈性地定義「快樂餐」的範疇，使其涵蓋更廣泛的選擇。P6 提到快樂餐的定義可以很廣泛：「只要不是吃米飯的話，其他的原則上都可以歸類為快樂餐。」。

（二）現有模式的限制與挑戰

快樂餐在日常推動中面臨成本、人力及專業能力的障礙，導致無法將彈性擴展到日常供餐。

1.廚師的烹飪能力、人力及成本考量

由於團體供餐的成本極低（一餐約六七十元），且機構的收費受到價格管制，若轉向個別化服務，人力和成本會大幅飆升。此外，廚師的技能限制也成為推動多元選單的實際障礙。機構人力無法負荷每天的個別化需求。

「人力最吃緊，廚房要趕時間出餐，如果要配合個人化就更忙。」(P7)

「長照機構在推動個別化飲食介入時...廚房人力、成本都是問題...」(F1)

「目前這個要看考慮到廚師的那個烹調能力啊，所以目前我來講我們說你要弄成選單式，像小吃部那樣用畫單的，具有各式各樣的這件事情我們真的做不到！」(P2)

更關鍵的是，廚師能力直接限制了選單制實施的可能。P2 明確指出個別化餐點的成本可能「破百」，遠高於長輩的餐費，但機構不能因此多收費。P2 說明了其中的成本壓力：「長輩的餐費我們換算起來，一餐大概六七十塊嘛...光他那一

餐可能就會破百了啦。」。

（三）創新方向與潛力

業界專家建議，未來應利用科技和制度上的創新，來克服現有障礙，將有限的「快樂餐」轉向更具效率的日常個人化選單。

1.結合科技與中央廚房模式的運用

結合科技與中央廚房模式的運用 建議引入中央廚房的規模經濟來降低成本，並利用科技實現點餐的客製化。

> 「我覺得現在很多餐飲業都提供客製化服務，長照機構也可以參考中央廚房模式。一個縣市可以有中央廚房，讓長輩用平板點餐，提供多種選擇，這樣成本會降低，也能滿足更多個人化需求。」(F5)

2.參與式與結合文化的菜單設計

應將高齡者對文化和口味的偏好納入日常菜單設計，並透過參與式的方式，讓高齡者成為決策者之一。F7 建議，應先與高齡者建立關係，然後與機構討論，看能否設計出結合文化背景的快樂餐，F1 則建議透過參與式設計，讓長輩與專業人員共同開菜單，藉此提升高齡者的主體性

> 「我建議營養師要先跟高齡者打好關係，再跟機構討論，看能不能有結合文化背景的快樂餐，例如北方人吃餃子，南方人吃麵條。」(F7)

> 「像我們可以找一些有意識的長輩跟營養師一起開菜單，設定主菜的烹調方式，開出循環菜單。」(F1)

此外，P4 建議引入「主食巡迴車」模式，提供更多元主食選擇（例如炒麵），以解決固定菜單的單調問題。

肆、政策與實務參考 - 全人健康照護的具體建議

一、長照機構飲食服務人性化的具體建議

長照機構要實現飲食服務的人性化，必須將焦點從單純的「健康管理」轉移

到賦予高齡者主導權和被傾聽的感受，以體現全人照護 (Holistic Care) 的價值。高齡者認為，讓他們有「自己做主的機會」是人性化的關鍵，這需要透過制度化的尊重、彈性滿足和優化用餐環境來達成。

（一）賦予選擇權與主導感

高齡者認為，人性化的飲食服務核心在於提供實質的選擇機會，讓他們感受到自身的意願被重視，進而滿足其自主性 (Autonomy) 的基本心理需求（施麗紅，2010；Deci & Ryan, 1985）。

1.落實實質的選擇機制

長照機構應落實可行的選擇機制，讓高齡者在日常餐點中擁有決策權。單純提供稀飯而無配菜的「快樂餐」並不構成實質選擇。高齡者 A4 認為，讓長輩有「自己做主的機會」是很人性化的體現：「讓老人家有自己做主的機會，這就很人性化了。像我們快樂餐可以自己點...」。然而，高齡者 A2 的經歷則強烈指出，缺乏菜色的單調供餐（例如只有一碗粥）不能被稱為實質的快樂餐。A2 描述道：

> 「現在就要來跟他們反應，彼日才用那個什麼，我也還沒聽過說什麼快樂餐，幫我們端一碗粥放在桌上，也沒有菜也沒有什麼，說這個叫做快樂餐，這個人家怎麼吃得下去？那天早上我是自己準備麵包，隔壁的那個阿婆說：為什麼只有一碗粥？那個服務的小姐說：快樂餐阿！啊啊啊～我併啊，快樂餐也沒有半樣，只有那個要怎麼吃？」(A2)

在實踐上，機構可推動多元模式，如「選單制度」（讓高齡者從有限選項中點菜）或「主食巡迴車」（提供多樣化主食），以增加日常餐點的選擇自由度。

> 「建議引入『**主食巡迴車**』模式...讓高齡者在不想吃固定菜單時，可以有更多元的選擇，例如炒麵等。這能有效解決固定菜單的單調問題。」(P4)

> 「建議建立一套『選單制度』。讓高齡者可以像點菜那樣從有限的選項中進行選擇，以增加日常餐點的選擇自由度。」(P7)

2.尊重外部的彈性滿足

機構應尊重並接受家屬透過外部資源（如代購、帶入高齡者喜愛的食物）來滿足高齡者的彈性需求，將其視為一種尊重個人意願的行為。高齡者 A4 認為家屬帶食物的行為受到機構接受，即是一種尊重：「女兒帶吃的他們也不會說不行，這就是一種尊重。」 此外，機構專業人員亦提到會協助家屬代購長輩想吃的食物，這顯示了機構已將家屬協作視為滿足高齡者需求的有效補充。

> 「我們每個禮拜會有一次的快樂餐，有做快樂菜單讓他去挑...我們大部分會問家屬，家屬有時候來探訪順便買給他吃...還有一種是家屬沒有來探訪，我們就可能請司機去幫他買進來給他吃...」(P6)

（二）建立被傾聽的溝通機制

高齡者渴望的是「被聽見」和「有參與感」，這需要機構建立主動詢問並採納意見的溝通機制，而非單純讓高齡者「有管道」反映，卻無實質的回饋。

1.主動詢問與採納意見

機構應透過主動、持續的溝通，讓高齡者感到自己的聲音對餐食規劃產生實質影響，即便只是微小的調整。高齡者 A6 提到，即使是小改變，也能讓高齡者感受到被傾聽：「有時多問一句、改一樣小菜，讓我們覺得被聽見，其實就差很多啦。」。高齡者 A3 則期望能有常態性的機制，以增加人情味和參與感：「多問我們的意見，不用每餐都改，偶爾讓我們有參與感就好。」在實踐上，專業工作者建議可透過參與式設計，邀請有意識的長輩與營養師共同開菜單。F1 強調：「機構應該找一些有意識的長輩跟營養師一起開菜單，進行參與式設計，以建立被傾聽的溝通機制。」。

（三）優化用餐體驗與氛圍

1.用餐的氣氛和食物品質

除了食物本身的選擇性外，用餐的氣氛和服務品質也能極大地提升高齡者的幸福感和生活品質。這屬於全人照護中對高齡者心理、社會與情感需求的滿足。優化用餐氛圍包括提供良好的社交環境和確保食物的品質與衛生，使進餐成為一種愉悅的社交活動。A4 強調團體用餐帶來的熱鬧與好心情：「大家一起在大廳吃飯，熱熱鬧鬧的，這也讓人心情好。」同時，A7 則強調食物的基本品質與安全：「東西有乾淨衛生就好。」。高齡者普遍認為「人多熱鬧，不孤寂」，與同伴一同用餐能帶來滿足感和幸福感，消除了獨自進食的孤單。

二、進餐環境與方式對高齡者幸福感的影響

長照機構的進餐環境與方式對高齡者的幸福感具有顯著的正面影響，因為進餐不僅是滿足生理需求，更是維持高齡者心理健康、社交連結和生活主導感的重要載體。

（一）團體用餐

1.人多熱鬧，不孤寂

高齡者明確表示，與他人一同用餐能帶來滿足感和幸福感，能有效消除獨自進食的孤單感。他們更看重用餐時的陪伴和熱鬧氣氛。高齡者 A2 強調了陪伴的重要性 A3 亦認同社交氛圍和規律性帶來的益處，A6 則對規律與社交的結合表示肯定。

> 「大家一起吃比較有趣，我們自己一個吃，孤獨孤獨，我覺得不好，大家吃的比較有伴，比較不會孤單。」(A2)

> 「有差啦，跟大家一起吃飯比較會聊天，比較熱鬧，時間固定也比較有生活感。」(A3)

> 「一起吃比較熱鬧，時間規律也好，不會亂七八糟。有差啦，但如果能讓我們選餐桌夥伴會更好一點。」(A6)

此外，高齡者 A7 也簡潔地表達了團體用餐的優勢：「多少有差啊，大家一起

吃比較不會無聊啊。」。

2.社交互動是幸福感的核心來源

高齡者認為用餐時的社交互動能直接提升心情，進而增進整體幸福感。A4 強調，團體用餐能讓人「心情好」，也認為有伴一起吃飯，飯菜會更香：

> 「當然有啊！你看，我們都在大廳一起吃飯，大家坐在一起，多熱鬧啊！我喜歡這種感覺，吃飯就是要人多才開心嘛...有伴一起吃飯，心情就好，心情好，飯菜就更香啦！」(A4)

這段話清楚地顯示，在高齡者眼中，「有伴」與「熱鬧」是提升用餐體驗的關鍵要素，能直接影響其心情，並間接使飯菜變得更美味。

（二）用餐方式

1.尊重個人選擇

機構若能提供用餐地點上的彈性選擇，則體現了對高齡者意願的尊重和對其自主權 (Autonomy) 的維護。高齡者 A5 提到機構會尊重她的用餐地點選擇，A1 亦表示地點可以自己選

> 「這個...他們也是很尊重我，如果我喜歡在這裡吃，他們就送來，如果我喜歡熱鬧到樓下去吃也可以。我覺得他們這些看護們都服務滿熱心的啦...」(A5)

> 「在那裡吃都可以，可以自己選，在這裡(房間)吃也好啊。」(A1)

這些彈性措施使高齡者能夠根據當下的身體狀況或社交需求，自由決定用餐環境。

三、推動個人化飲食選擇對高齡者幸福感的影響

推動更個人化的飲食選擇被受訪者一致肯定能顯著提升高齡者的幸福感和生活品質。這不僅帶來主觀的情感滿足，還能促進長輩的進食量與身心健康，但實踐上必須有條件地與高齡者的健康狀態及生命階段相結合。

（一）正向影響

推動個人化飲食選擇，是滿足高齡者基本人性需求、提升幸福感的關鍵因素。

1.直接快樂與滿足感

能夠選擇自己想吃的東西，會直接帶來快樂與滿足感。專業工作者明確指出，讓長輩吃到自己想吃的東西，會讓他們「覺得比較開心、比較幸福的」。這種選擇權被視為一種基本的人性需求，能夠顯著提升高齡者的幸福感。

專業工作者的觀點一致支持此論點：

> 「這是一定的啊，長輩可以吃到自己想要吃的東西，一定是會覺得比較開心、比較幸福的。」(P5)

> 「會啊！這是肯定的，能選擇自己的飲食一定會覺得幸福。」(P3)

> 「當然可以。就像快樂餐一樣，因為可以選擇自己想吃的東西，這能顯著提升高齡者的幸福感。」(A4)

> 「我覺得個別化飲食應該對於高齡者的幸福感能提升，像我自己也是吃到自己喜歡的食物，就會覺得很開心啊...」(P1)

> 「我們是希望他在這邊是過得開心啦...覺得他還有吃到他喜歡的東西。」(P6)

2.促進身心健康

個人化飲食選擇不僅影響心情，還能帶來實質的健康與社交效益，形成正向循環。當菜色符合高齡者喜好時，他們會吃得比較多，體力也會更好，進而改善他們的心理狀態和社交互動。這與王琤等人 (2015) 提出的「個別化飲食介入能引起食欲來滿足身、心和健康」的觀點一致。

> 「一定會啊！ 我們觀察到，只要菜色符合他們喜好，他們會吃的比較多，也比較有體力，長輩整天心情都比較好，還會主動跟人聊天，氣氛也會變得比較溫馨。」(P7)

（二）有條件肯定

推動個人化飲食雖然重要，但機構專業人員強調，這種自由必須在專業規範和生命階段的考量下進行，以避免「無限度的放任」。

1.需考量高齡者階段與健康底線

飲食的選擇權必須以高齡者的健康底線為界線，並且根據其人生階段進行動態調整。對於仍處於「亞健康」狀態的長輩，提供選擇權能達到較高的幸福感。然而，機構必須兼顧長輩的健康，不可以只因長輩喜歡吃什麼，就提供什麼。

> 「我覺得也是很重要的議題啦，就是你要看那人生的各個階段而定，例如說他算是一個亞健康的長輩，在他是亞健康的狀態的時候，讓飲食有一定程度的選擇權，對他們在生活上相形之下，會可以達到比較高的幸福感。」(P2)

> 「但是長輩在健康上也是需要一併兼顧的，不可以說只是長輩說喜歡吃什麼, 我們就提供什麼。」(P1)

四、機構飲食安排對個別化需求的考慮與改善建議

長照機構在「健康」與「幸福感」之間取得平衡的核心策略，是將僵硬的標準轉變為「有彈性」的「個案化權衡」。機構透過檢視專業人員在飲食決策中的角色與高齡者對需求的期望，描繪出當前個別化措施的程度、存在的實務挑戰，並據此提出具體的服務創新方向。

（一）現有對個別化需求的措施與程度

機構雖然以團體供餐為主，但已採取多種彈性措施，在疾病管理和滿足高齡者口腹之慾之間尋求平衡。

1.疾病與特殊需求的調整

機構在飲食決策上不會是單一專業人員決策，而是傾向給予較大的彈性。專業工作者指出，在疾病飲食的界線上，其實是會有比較大的彈性。機構的決策核心是讓高齡者能把東西吃下去，而非過於制式化地限制生活。P2 強調，機構的首要考量是高齡者的進食意願：

> 「所以在疾病飲食的界線上，其實是會有比較大的彈性。畢竟生活不要太過於制式化限制他，我們比較在意的是說，他能夠把東西吃得下為主。」(P2)

不過，這種彈性主要針對必要性的需求。P7 說明：「我們會針對有慢性病或過敏的長輩做調整，但一般的偏好還是以團體為主。」。

2.彈性的回饋與服務

機構透過多種管道蒐集高齡者意見並提供彈性服務，作為標準化供餐模式的補充。這包括剛入住時的飲食調查、定期的膳食會議，以及提供「快樂餐」。此外，機構也積極協助家屬，透過代購或代為烹調食材的方式，滿足高齡者的個別化需求。P1 強調，機構會從高齡者入住初期就開始重視個別化需求：「無論是剛入住時的調查，之後的膳食會議，家屬可以自行購買食材讓我們代為烹調等等，都是考慮到個別化的需求。」。P6 則具體說明了彈性服務的實施：

> 「我們每個禮拜會有一次的快樂餐，有做快樂菜單讓他去挑...長輩想吃的話...我們就可能請司機去幫他買進來給他吃，就是說想吃麵，我就去買給他吃。」(P6)

3.頻率調整而非完全禁止

對於不宜多吃的食物，機構採取「頻率降低」而非「完全阻絕」的策略。機構認為，在「可忍受範圍」內偶爾給予高齡者想吃的食物，有助於兼顧他們的健康和生活樂趣，避免高齡者因長期被限制而感到「人生無趣」。P2 說明了這種權衡的實務操作：

> 「如果在那種可忍受範圍的，那他願意吃，我們就是不一定能夠每餐都給，但是就是偶爾給幾次...把它的頻率降低...他就會有人生無趣。」(P2)

（二）存在的挑戰與未滿足的需求

儘管機構努力提供彈性服務，但在資源、管理與高齡者行為複雜性的交互影響下，個別化需求仍面臨多重挑戰。

1.固定菜單的限制

長照機構為方便管理通常會統一採用循環菜單，但團體供餐的模式本質上難以滿足所有人的口味偏好。專業工作者 P4 與 P7 均認同此一觀點：「固定菜單較難考慮個別化需求」。兩位專業工作者皆指出，推動個人化設計的挑戰來自於口味的多樣性和人力的限制，P4 明確指出難處在於資源限制與口味差異：「要針對個人化設計有困難，因為每個人口味不同，工作人員人力無法負荷這麼大的個別化需求。」，P7 則說明，除了特殊疾病飲食會調整外，一般偏好仍以團體為主：「我們會針對有慢性病或過敏的長輩做調整，但一般的偏好還是以團體為主。」。

2.高齡者行為的挑戰

機構在管理疾病飲食上面臨的困難，不僅來自於資源限制，同時也來自於高齡者本身或家屬的非理性行為。P2 具體描述了這種挑戰：「長輩的飲食行為有時真的很不受控，例如家屬偷偷提供不適合的食物，增加了機構管理疾病飲食的困難性。」。

3.目標核心的衝突

機構在權衡「健康」與「幸福感」時，最終還是以「能把東西吃得下為主」，優先於嚴格的營養學標準。這種調和是為了避免高齡者不願意吃，導致再健康的食物也沒有效益。P2 闡述了這一目標的核心原則：「機構最終還是以能把東西吃得下為主，優先於嚴格的營養學標準，因為高齡者不願意吃，再健康的食物也沒有效益。」。

（三）具體的改善方向與建議

為克服固定菜單的限制與資源挑戰，實務界和專家學者提出了引入多元模式的具體創新建議。

1.多元模式-「主食巡迴車」、「選單制度」、家屬協作

建議建立一套「選單制度」，讓高齡者可以像點菜那樣從有限的選項中進行選擇，以增加日常餐點的選擇自由度。P7 說明：

「建議建立一套『選單制度』。讓高齡者可以像點菜那樣從有限的選項中進行選擇，以增加日常餐點的選擇自由度。」(P7)

此外，也建議引入「主食巡迴車」模式，仿效牛奶、水果巡迴車，讓高齡者在不想吃固定菜單時，可以有更多元的選擇，例如炒麵等，以有效解決固定菜單的單調問題。

「建議引入『主食巡迴車』模式。仿效牛奶、水果巡迴車，讓高齡者在不想吃固定菜單時，可以有更多元的選擇，例如炒麵等。這能有效解決固定菜單的單調問題。」(P4)

最後，應繼續利用家屬探訪和機構代購的方式，作為滿足高齡者臨時性、高頻次個人化需求的有效補充。

「繼續利用家屬探訪和機構代購的方式，作為滿足高齡者臨時性、高頻次個人化需求的有效補充。」(P6)

小結

長照機構的養護情境中，高齡者的「食物自主權」與機構的「營養控制」之間存在核心矛盾。此困境源於以醫學模式為核心的照護標準，與高齡者對生活品質和自決權(Autonomy) 的強烈維護之間的衝突。這種矛盾體現於實務倫理兩難，例如長輩對高口慾食物的渴望難以被滿足。更甚者，出於安全的專業指導，將飯菜攪打成流質或糊狀，雖然解決了吞嚥問題，卻會導致食物「失去美味」，剝奪了高齡者「食的快樂」，並可能加速咀嚼吞嚥能力的退化，形成惡性循環（董氏基金會，2022）。因此，飲食照護必須超越單純的營養控制，實踐全人照護(Holistic Care)的價值，整合高齡者生理、心理與社會的需求，在「食的快樂」與「健康限制」之間進行界線協商。

一、理論基石：自主權與全人照護的對話

欲釐清食物自主權的界線，必須將高齡者的飲食需求置於自我決定理論(SDT) 全人健康照護的框架下檢視。自我決定理論強調，當個體的自主性、能力

感與歸屬感等三項基本心理需求獲得滿足時，其內在動機將得以激發，並驅使個體更積極地參與各種活動。在飲食照護中，滿足高齡者的自主需求，即是賦予其選擇權與主導感。將 SDT 應用於罹患慢性疾病的高齡者飲食行為研究，有助於深入探討個體在面對疾病限制時的動機與決策過程。而全人照護模式的實踐，目的即是整合生理、心理與社會健康，實現身、心、靈的平衡，這要求機構在提供「營養需求」的同時，也必須滿足高齡者對「自主飲食選擇」的渴望。

二、餐食服務的彈性創新與改善建議

由於長照機構為便於管理，常採用標準化的固定菜單模式，難以完全滿足每位高齡者的個別飲食偏好，因此業界專家提出了具體的創新方向，以克服資源限制並增加餐食服務的彈性:

（一）選單制度 (Menu System) 為增加日常餐點的選擇自由度，機構應建立一套「選單制度」，讓高齡者可以像點菜那樣從有限的選項中進行選擇。

（二）主食巡迴車模式 (Entree Cart Model) 專業工作者建議引入「主食巡迴車」模式，仿效牛奶、水果巡迴車，讓高齡者在不想吃固定菜單時，可以有更多元的選擇，例如炒麵等，以有效解決固定菜單的單調問題。

（三）家屬協作模式 (Family Collaboration) 機構應繼續利用家屬探訪和機構代購的方式，作為滿足高齡者臨時性、高頻次個人化需求的有效補充。

長照機構餐食服務的彈性創新，旨在透過制度化的方式，在營養照護的專業規範與高齡者追求生活品質的自主權之間，協商出可行的界線。這些多元模式（如選單制度、主食巡迴車、家屬協作）的導入，是實踐全人健康照護價值的具體路徑，以強化高齡者的參與感和主導感，從而將「用餐時光變黑白」的無食慾狀態，轉化為有尊嚴、有選擇的至樂體驗。

表 4-11

高齡者飲食自主權之界線協商與 SDT 需求滿足

SDT 基本需求	長照飲食照護 的挑戰與核心衝突	促進滿足需求 的創新與改善建議
自主性	-衝突核心：「營養控制」與高齡者「自決權維護」之間的矛盾 (P7)。 -威脅：專業人員基於健康考量的過度限制（如不吃鹹、不吃甜），導致高齡者認為「人生無趣」或拒食，進而損害其自主性(P2)。 -飲食決策受制於家屬的委託及法律責任，而非高齡者本人的自主意 (P7)。	賦予選擇權與主導感：機構必須在「可忍受範圍內」提供滿足 (P2)，讓高齡者有「自己做主的機會」(A4)。 1. 落實實質的選單機制：導入「選單制度」(P7)或「主食巡迴車」模式(P4)，提供日常餐點的有限選擇。 2. 尊重外部彈性滿足：接受家屬代購或帶入高齡者喜歡的食物 (A4、P6)，作為對個人意願的尊重與補充 (A4)。
能力感	-威脅：因吞嚥安全問題實施質地調整飲食（如糊餐），導致食物失去美味、營養密度降低，使高齡者感到能力退化或無法有效享受食物 (P7)。 -知識落差：高齡者飲食知識常受傳統觀念（如白粥配醬菜最養生）影響 (P7)，與現代營養學建議衝突，降低了他們有效參與決策的能力。 -SDT 研究發現：老人的身心狀況退化會直接影響其在生活中的勝任感。	賦能與參與式設計：透過知識賦予和參與感，提升高齡者對飲食管理的勝任感。 1. 團體衛教與個別介入：衛教須簡單易懂，並搭配圖卡或實際例子 (P7)，以克服知識落差 2. 共同開菜單：邀請有意識的長輩與營養師共同開菜單，增強高齡者的主導感和參與感 (F1)。
歸屬感	-威脅：高齡者在機構內可能因缺乏人際互動或孤寂感而降低進食意願 (A2)，影響整體幸福感。 -SDT 研究發現：工作人員與家屬之間的互動強度會影響高齡者情感上的關聯感。 溝通不足：高齡者意見若未被常態性採納，會感受到缺乏「人情味」和「被傾聽感」(A3、A6)。	優化用餐體驗與氛圍：透過社交連結和被傾聽的感受，滿足高齡者的歸屬需求。 1. 團體用餐：提倡在大廳熱熱鬧鬧地共同用餐 (A4)，因為「大家一起吃比較有趣，比較不會孤單」(A2)。 2. 建立傾聽機制：主動詢問高齡者意見，即使只是小改變，也能讓高齡者覺得「被聽見」(A6)，提升歸屬感與滿意度 (A3)。

資料來源：研究者整理。

第五章 研究結論與建議

第一節 研究結論

本研究旨在探討長期照顧機構中，罹患慢性疾病的高齡者（服務使用者）與專業工作者（服務提供者）之間，在飲食主張與營養照護兩者衝突下的經驗、觀點及其調和策略。研究採用質性研究方法，透過個別訪談與焦點團體訪談，深入蒐集嘉義縣長期照顧機構中高齡者 (A1-A7)及專業工作者(P1-P7, F1-F7)的經驗與觀點。研究的結果旨在建構服務接受者與提供者之間的多元對話空間，探索在滿足健康需求與實現幸福安康之間取得平衡的可行之道，以實現全人健康照護的目標。主要研究發現與結論意涵歸納如下：

一、 飲食決策權的歸屬：自主性與專業控制的拉鋸

研究發現，長期照顧機構內的飲食決策權主要集中於專業體系，包括營養師、護理師及廚房人員。這些決策主要依據集體管理效率、專業營養標準以及食品安全考量。這種以醫學模式為核心的單向決策模式，雖然確保了飲食的健康與安全，但卻容易犧牲高齡者的自主性 (Autonomy)與尊嚴，實質上可能剝奪了自主進食所代表的「人的尊嚴」。從自我決定理論 (SDT) 的視角來看，高齡者對飲食安排的被動接受，屬於非自我決定動機下的受控制行為（如外部調節或內攝調節），其目的在於規避懲罰或維持團體和諧。若機構未能滿足長者在飲食選擇上的自主性（無法自由選擇）、勝任感（被動服從）和關係感（個人偏好被集體主義忽視）這三項基本心理需求，將會導致負面的心理與行為結果。

然而，決策模式正從單向控制朝向有限度的雙向協商轉變。高齡者普遍渴望參與，主張決策應採「互相配合」的模式，強調其個人經驗與感受（如：「我身體我自己最清楚嘛」）應獲得尊重，這與自我決定理論 (SDT) 強調的自主性需求高度相符。

機構必須將決策模式轉變為透過提供彈性決策空間和充分溝通，以促進長者

動機的內化與自我決定。專業人員可採取「彈性自主，實質把關」的策略，透過在幕後客製化食物成分（例如針對慢性病調整），讓長者擁有「選擇權的感受」，這是在實務上平衡自主性與健康安全的有效途徑。

（一）個人化偏好滿足與平衡健康與喜好的核心策略

1. 個人化偏好滿足策略

高品質的照護必須超越單純的營養標準，體現對個體差異的細膩尊重。研究發現可有三種作法。

(1) 納入個人化的照護計畫

納入個人生理厭惡，與主觀偏好讓高齡者感受到需求被傾聽與專重；避免身體不適。對應自我決定理論 (SDT) 的基本心理需求自主性與歸屬感。

(2) 尊重宗教信仰與文化

主動提供符合宗教信仰的餐點，尊重高齡者的精神世界與核心價值，維持信仰生活的延續。對應自我決定理論 (SDT) 的基本心理需求歸屬感。

(3) 無特別需求或隨和者的滿足感

提供安穩便捷的生活服務與允許外部支援機制滿足感來自生活的安定性。透過親情支援補足個人額外偏好，適應制式化飲食。對應自我決定理論 (SDT) 的基本心理需求自主性。

2. 平衡健康與喜好的核心策略

在平衡健康規範與高齡者飲食喜好方面，研究發現，高品質的長期照護必須從功能性的營養控制，轉向以賦予高齡者主導權和尊嚴為核心的人性化服務。

(1) 實踐賦權式照護

機構必須以「賦權式照護」取代專業主導的「父權式照護」。在不危及健康的前提下，應以住民意願為優先。

(2) 尋求平衡比例

高齡者普遍認同健康是主要原則，但主張在健康與口慾間尋求平衡。他們提

出的概念是實施「快樂餐」的概念，主張「七分健康、三分開心剛剛好啦」的比例分配方式。

(3)實踐全人照護

專業人員應將衝突視為生理健康與心理、靈性需求之間的對話。透過衛教溝通和少量給予的彈性策略，實踐全人照護 (Holistic Care) 的理念。

(4) 導入彈性創新模式

應導入彈性與創新的餐食服務模式，研究發現研究參與者建議建立「選單制度」或「主食巡迴車」模式，讓高齡者可以從有限選項中點菜，增加日常選擇自由度。

二、 食物自主權與營養照護的衝突：生活品質與法律責任的權衡

高齡者面對飲食限制時，其核心感受是對自主性、生活尊嚴和生命意義的質疑。這種限制會帶來強烈的情緒困擾，包括不愉快、空虛感和「悶」感，長者認為飲食是「人生至樂」，若連吃都不能自主，則「人生無趣」。他們普遍認同健康是主要原則，但主張在健康與口慾間尋求平衡，例如實施「快樂餐」的概念，主張「七分健康、三分開心剛剛好啦」的比例分配方式。

（一）核心衝突-醫學模式與自主權

高齡者在長期照顧機構中面對飲食限制（例如營養控制、醫囑限制和質地調整飲食）時，會產生一系列負面感受。這些限制引發了心理痛苦與對生命意義的質疑。在情緒表現上，長者會感到不愉快、空虛感，以及一種「悶」感。在精神層面，長者會質疑生命的意義（例如「活著有什麼意思？」），並認為自己的尊嚴受損，因為「人生至樂」被剝奪。這種限制直接對應了自我決定理論 (SDT) 中能力感(Competence)的需求受到限制。

在長期照顧機構中，「食物自主權與營養照護」的核心衝突在於自主偏好與健康維護的拉鋸。高齡者主張在飲食上應達成一個平衡，即「七分健康、三分開心剛剛好啦」，藉此追求口慾滿足和生活品質。專業照護體系的優先考量則必須

以健康報告與法律責任為優先考量，以避免潛在的風險。這種核心衝突實質是自主權與專業規範之間的拉鋸，常因為資源限制與標準化管理，導致高齡者的自主權受到限制，進而產生「被約束感」並引發對生命意義的質疑。

（二）高齡者行為與主張

高齡者期待自主性維護與行為調適主張：應由我決定要不要聽、要求維持個人選擇權。在行為表現：偷吃一點、自行攜帶調味料、傾向自我調適。對應自我決定理論 (SDT) 的能力自主性與 歸屬感

（三）協商平衡

平衡訴求與目標，價值觀認同健康是主要原則（自律）而主張平衡是實施「快樂餐」、主張「七分健康、三分開心」。對應自我決定理論 (SDT) 的能力與感歸屬感。

（四）實務意涵-機構協調「長輩意願、家屬期待與醫療專業」的三者矛盾

1. 衝突的理論基石：自主權與專業規範的矛盾

專業人員需在衝突中，以溝通、衛教和彈性策略，實踐全人照護理念。機構必須以「賦權式照護」取代「父權式照護」。在不危及健康的前提下，應以住民意願為優先。專業人員應將衝突視為生理健康與心理、靈性需求之間的對話，透過衛教溝通和少量給予的彈性策略，實踐全人照護 (Holistic Care) 的理念。

2.機構協調三方矛盾的具體策略

(1) 專業溝通與找出中間點（協商與折衷）

(2) 風險告知與堅持專業底

(3) 以住民意願為優先的彈性處理

3. 家屬角色的複雜性與法律底線的限制

家屬在協調中扮演了雙重且複雜的角色，是長者的權益代言者，也是服務的委託者。當長輩意識認知清楚時，應以其意願為主；若無法自主決策，家屬的意見則成為重要影響因素。專業人員必須將高齡者視為「主要案主」。 臺灣的照顧

文化中，法律責任的擔憂成為機構難以完全放寬自主權的主要因素。由於擔心長者若因飲食自主導致健康惡化或死亡（如不插管餓死）法律風險最終可能由機構承擔，這使得機構在界線協商中必須堅 持專業底線，犧牲長者的部分自主意識。

（五）機構飲食個人化設計的挑戰

長照機構在推動更深層次的飲食個人化設計時，面臨著來自人力、成本以及文化與法律責任等多面向的巨大挑戰。儘管專業人員普遍理解滿足高齡者飲食自主性 (Autonomy) 對其幸福感的重要性，但實務推行卻極為困難。長照機構推動個人化飲食設計的核心挑戰可分為以下三個主要層面如法律責任與文化觀念的壓力（SDT 自主性最大威脅）；人力與執行層面的限制如長照機構缺乏彈性的人力結構與執行連貫性，使得將團體餐轉變為個人化設計成為極大挑戰；成本與資源的限制個人化飲食設計的費用極高，長照機構受限於整體預算和價格機制，難以提供多元選擇。

三、專業照護的兩難：從「Need」（需求）到「Well-being」（幸福感）高齡者尊嚴、生命意義與全人健康照護的實踐和諧

研究結果一致強調飲食自主權對高齡者的尊嚴與幸福感至關重要。亦是本研究初始提及欲探索除「Need」（需求）個體因缺乏必要元素需被滿足，以維持生存或達成特定目標外，「Well-being」（幸福感）個體在生理、心理和社會層面的整體良好狀態，才能邁向尊嚴與幸福感。因此，維持自主性、能力感和歸屬感這三項基本心理需求 (SDT)，是提升高齡者心理幸福感與內在動機的關鍵。當自主性被剝奪時，高齡者會產生強烈的被剝奪感，甚至對生命意義產生質疑。

（一）自主權對高齡者心理與生命意義的影響

研究發現與 SDT 三大需求連結（心理影響）

1. 自主性 (Autonomy)

享有飲食決策權，保有生命主導權失去自主權，如失去自主權 被當作「小孩子」或「活得像機器人」。

2. 勝任感 (Competence)

維持對食物的掌控權，自備調味料（微小的自主反抗）可提升獨立感。

3. 歸屬感 (Relatedness)

滿足文化與情感連結（節慶食物）如無法享用傳統食物會產生「失落與空虛」，因此滿足口腹之慾是「賦予日子多一點生命」的關鍵而專業兩難是長者追求自主權，而非單純的健康規範。

（二）SDT 導向的調和策略

實踐和諧要求機構在提供「營養需求」的同時，也必須滿足高齡者對「自主飲食選擇」的渴望，整合生理、心理與社會健康，實現身、心、靈的平衡。為此，應導入 SDT 導向的創新策略。

（三）創新實踐

實務中發展出如「快樂餐」 或參考丹麥的「午餐派對」、「每月大廚」等創新實踐。這些活動透過賦予高齡者主導者、指揮者或烹飪者的角色，能夠有效重塑其信心、自主性與社會尊嚴。

四、全人健康照護模式的實踐：尊重尊嚴與彈性創新

研究結果一致強調飲食自主權對高齡者的尊嚴與幸福感至關重要。維持自主性、能力感和歸屬感這三項基本心理需求，是提升高齡者心理幸福感與內在動機的關鍵。

（一）實踐全人健康照護理論意涵

實踐全人健康照護要求機構在提供「營養需求」的同時，也必須滿足高齡者對「自主飲食選擇」的渴望，整合生理、心理與社會健康，實現身、心、靈的平衡。

（二）實務意涵與創新

為克服現有的成本與人力挑戰，機構應導入彈性與創新的餐食服務模式。具體建議包括：

1.落實實質的選單機制

建立「選單制度」或「主食巡迴車」模式，讓高齡者從有限選項中點菜，增加日常選擇自由度。

2.推動參與式設計

邀請有意識的長輩與營養師共同開菜單，增強高齡者在餐食規劃中的主導感和參與感。

3.優化用餐體驗

倡導團體用餐模式，因高齡者認為「大家一起吃比較有趣，比較不會孤單」，可有效提升幸福感和社交連結。

綜上所述，本研究總結，高品質的長期照護必須超越功能性的營養控制，轉向以賦予高齡者主導權和被傾聽的感受為核心的人性化服務，並在專業標準與個人意願之間進行持續、有彈性的界線協商，從而在長照體系中實現「活得健康」與「吃得開心」的和諧共存。本研究架構基於「飲食自主」與「維護健康」兩者之間的衝突從第三章研究概念性架構 (Conceptual Framework) 進行研究建構理論基礎框架或模型下，研究者梳理各變數之間的關係及其在研究中的定位，依據本研究之相關理論和文獻，釐清研究核心概念界定彼此間之相互關係後，找出平衡「飲食自主」與「維護健康」之平衡策略，研究者透過本研究四個層級，核心衝突層級、個體觀點層級、衝突與調和層級到達成全人照顧層級，分析歸納高齡者與專業工作者的觀點得出養護機構高齡者「飲食自主」與「維護健康」之平衡策略模式圖，詳如圖 5-1，期待可提供長照養護機構餐食服務相關政策與實務之參考，說明如下：

一、核心衝突層級

核心衝突層級位於模式的最上層，其衝突核心在於「飲食主張」與「營養照護」之間的拉鋸。研究明確指出長期照顧機構在餐食服務方面所面臨的根本矛

盾。這種衝突的具體表現是「自主偏好」與「健康維護」的對立。專業照護常因資源限制與標準化管理，導致高齡者的自主權受到限制，進而產生「被約束感」與對生命意義的質疑。高齡者主張在飲食上應達成一個平衡，即「七分健康、三分開心剛剛好啦」的比例分配，以追求口慾滿足和生活品質。然而，專業照護體系必須以體檢報告、生理素質報告及法律責任為優先考量，以確保高齡者的生理安全並避免潛在風險。專業照護模式與自主權之間的拉鋸是此層級的核心挑戰。長者認為飲食是「人生至樂」，若連吃都不能自主，則「人生無趣」，進而對自主性、生活尊嚴和生命意義產生質疑。

二、個體觀點層級

此層級分別呈現了高齡者（服務使用者）與專業人員（服務提供者）對於飲食決策權、需求與挑戰的看法，體現了雙方的內在掙扎與期望。

在高齡者的觀點中，飲食的自主權與個別化需求對全人健康具有深遠意義。長者普遍渴望參與菜單設計，例如期待機構安排「長者點菜日」，以增強其掌控感。當自主性受限時，他們可能透過自備調味料等方式進行「微小的自主反抗」來維持個體性。長者認為「活得健康」是所有快樂的基礎，但「吃得開心」才能帶來生活的盼望與意義。對宗教信仰（如素食或早齋）的尊重，能進一步滿足其歸屬感與精神需求。值得注意的是，當自主性被剝奪時，高齡者會產生強烈的被剝奪感，甚至對生命意義產生質疑，這與自我決定理論 (SDT) 的核心需求緊密相關。

專業人員的決策依據主要仰賴體檢報告與生理素質報告，並受到嚴格的評鑑標準制約。他們在實務中面臨的最大挑戰是法律責任與家屬期待，這兩項因素極大地限制了機構提供彈性服務的能力。為此，機構採取了「以健康為重，有限度滿足口慾」的平衡策略：對於不宜多吃的食物，會採行「頻率降低」而非「完全阻絕」的方式來回應長者需求。在實務目標上，機構透過正式的膳食會議與非正式的日常觀察機制蒐集意見，並會以「能把東西吃得下為主」，優先於嚴格的營

養學標準，以避免高齡者因拒食而導致營養不足。

三、衝突與調和層級

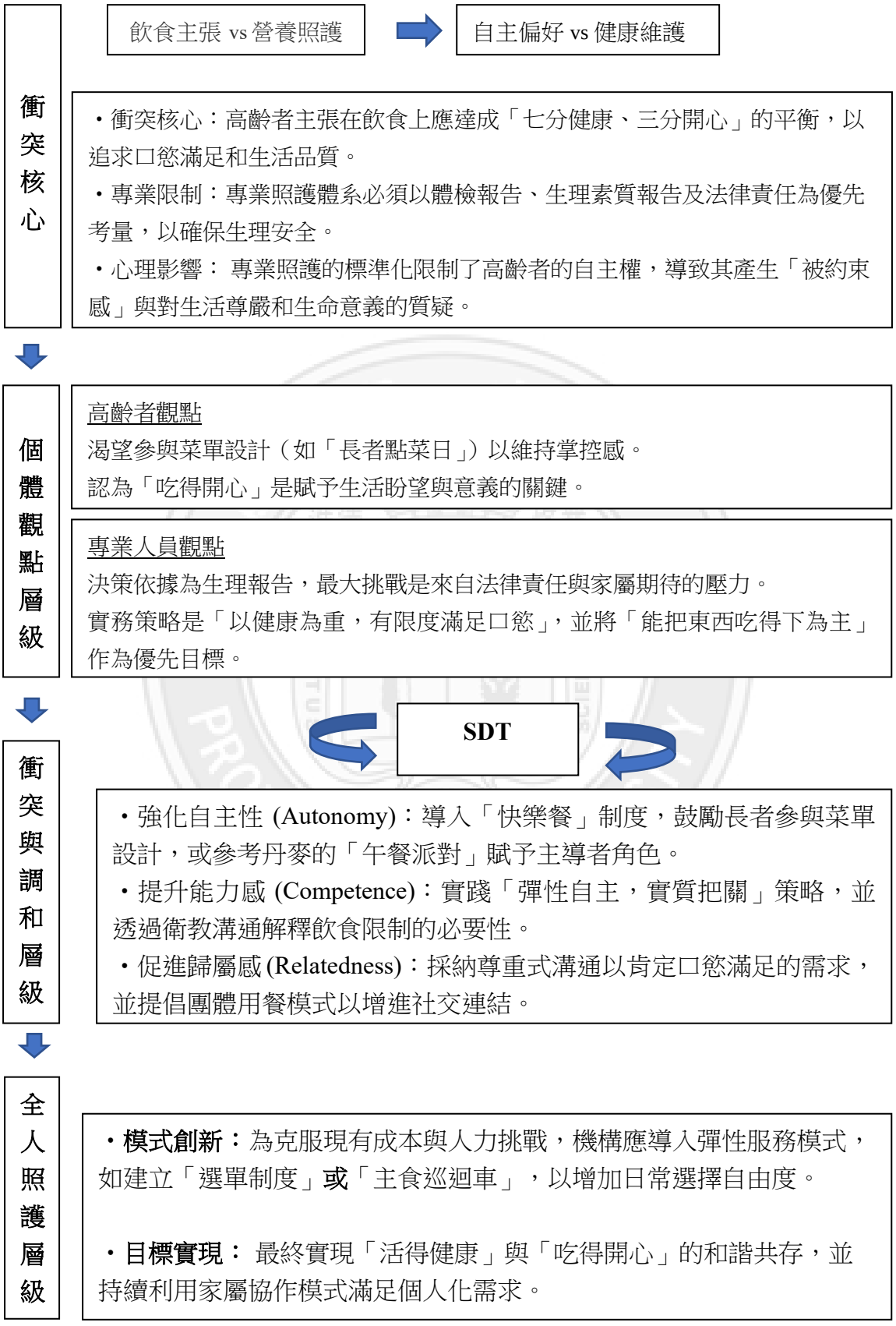
此層級著重於應用自我決定理論 (SDT) 的基本心理需求（自主性、能力感、歸屬感）來調和衝突，並提出實務中可行的策略與創新。為增強高齡者的自主性 (Autonomy)，機構可透過導入「快樂餐」制度、推行「長者點菜日」鼓勵長者參與菜單設計，並參考丹麥的「午餐派對」或「每月大廚」等創新策略，賦予長者主導者角色。在提升其能力感 (Competence) 方面，專業人員應透過衛教溝通解釋飲食限制的必要性與風險；同時，實踐「彈性自主，實質把關」策略，即在幕後調整食物成分（如針對慢性病），而在表面上賦予選擇權；機構亦可透過參與式設計，邀請有意識的長者與營養師共同開菜單以增強其勝任感。最後，為促進歸屬感 (Relatedness)，應採納尊重式溝通，肯定長者對口慾滿足的需求，並提倡團體用餐模式，因高齡者認為「大家一起吃比較有趣，比較不會孤單」，這能有效提升幸福感和社交連結。

四、全人照護層級

此層級是最終的實踐目標，旨在整合生理、心理與社會健康，實現身心靈的平衡，並提出具體落實服務的模式。 為了滿足自我決定理論的需求並克服固定菜單的限制，機構應建立「選單制度」（Menu System）或「主食巡迴車」（Entree Cart Model）模式。同時，持續利用家屬協作模式（例如協助代購或烹調長者喜歡的食物），作為滿足個人化需求的有效服務補充。全人照護模式的實踐，在於尊重尊嚴與彈性創新，不僅要滿足「營養需求」，更必須回應高齡者對「自主飲食選擇」的渴望。最終目標是實現「活得健康」與「吃得開心」的和諧共存，將飲食視為維持尊嚴與生活品質的載體，以達成身、心、靈的平衡。

圖 5-1

養護機構高齡者「飲食自主」與「維護健康」之平衡策略模式圖



資料來源：研究者繪製。

第二節 研究之討論

一、 研究結果之討論

本研究透過深入探訪長期照顧機構中慢性疾病高齡者（服務使用者）與專業工作者（服務提供者），釐清了在食物主張與營養照護之間的核心衝突及其調和策略。研究發現不僅印證了自我決定理論 (SDT) 的核心概念，亦揭示了實務操作中，法律責任與資源限制對高齡者自主權的深層影響。

（一）不同資料發現之異同處

1. 觀點的共識：健康與幸福感的雙重重要性

研究結果顯示，服務使用者和服務提供者對於「活得健康」與「吃得開心」（幸福感/尊嚴）兩者在高齡者生命中的重要性，具有高度共識。高齡者普遍認為單純的生理健康不足以構成有意義的生活，因此必須尋求平衡，並提出了「七分健康、三分開心」的比例分配概念。專業工作者亦體認到，若連最基本的口腹之慾都被嚴格限制，將可能導致高齡者喪失生命的意義與動力，故主張在不影響健康底線的前提下，以「少量給予」或「快樂餐」的方式，滿足長輩的心理需求。這表明雙方均認可全人健康照護 (Holistic Care) 的價值，即整合生理、心理與靈性需求。

2. 核心的差異與衝突：自主權與法律責任的拉鋸

儘管目標一致，雙方在「決策權歸屬」上存在根本性的差異。高齡者認為，飲食決策權應採「互相配合」的雙向協商模式，主張其個人經驗（「我身體我自己最清楚」）應獲得尊重，這體現了對自主性 (Autonomy) 的強烈追求。然而，專業工作者在實務決策中，必須優先考慮「集體管理效率」、「專業營養標準」以及「法律責任」。專業人員直言，機構的最大挑戰在於台灣的照顧文化與法律責任，擔心長者若因飲食自主導致健康惡化或死亡，機構需負法律責任。這種對法律風險的恐懼，使得機構傾向於「嚴格控制」，直接犧牲了高齡者的自主意願，造成服務使用者產生強烈的「被約束感」與「無力感」。

本研究主張，將「生理健康」作為唯一指標的照護模式，在倫理上已不符合邁向理想的照顧模式。當客觀的醫療數據凌駕於長者主觀的生活體驗之上時，我們維護的僅是「生物學上的存活」，而非「人的生活」。因此，長照機構的典範轉移勢在必行，必須從「風險規避』的父權管理，轉向「風險共擔」的賦權合作。若忽視高齡者對飲食的主觀幸福感，任何營養照護都將因缺乏「人味」而失去其終極價值。

（二）理論意涵與實務運用

1. 理論意涵：自我決定理論 (SDT) 的實證與深化

本研究強烈支持自我決定理論 (SDT) 在高齡照護場域的解釋力。研究發現，高齡者在飲食決策中的掙扎，核心在於對三項基本心理需求（自主性、勝任感、歸屬感）的追求。當自主權被剝奪時，高齡者不僅產生情緒困擾（如「空虛感」、「悶」感），更可能引發對生命尊嚴和存在意義的質疑。

(1) 自主性 (Autonomy)：

高齡者對飲食選擇的主張，是維護「生命主導權」和「人的尊嚴」的體現。無法自主決定時，他們感到自己被當作「小孩子」或「活得像機器人」。

(2) 勝任感 (Competence)：

即使在限制環境中，高齡者透過自備調味料或在快樂餐中點菜，是主動將對食物的掌控權拉回自己手中，以維持「獨立的人」的自我認同。

(3) 歸屬感 (Relatedness)：

團體用餐能顯著提升高齡者的幸福感，因其滿足了社交連結與「人多熱鬧，不孤寂」的需求。

2. 實務運用：從父權式照護轉向賦權與協商

研究結果啟迪實務界必須將照護模式從專業主導的「父權式照護」轉向「賦權式照護」(Empowerment-based Care)。實踐此轉變的策略包括：

(1) 實踐「彈性自主，實質把關」：

這是實務上平衡自主性與健康安全的有效途徑。機構應在幕後對餐點進行客製化調整（例如，針對慢性病調整食物成分），但在表面上提供長者選擇權的感受，以提升其快樂度。

(2) 導入 SDT 導向的創新模式：

應將現有的「快樂餐」制度化、常態化，並創新服務模式，例如專業工作者建議的「選單制度」和「主食巡迴車」模式，讓高齡者可以像點菜那樣從有限選項中進行選擇，以增強日常選擇的自由度。

(3) 強化參與式設計：

應建立「被傾聽的溝通機制」，例如邀請有意識的長輩與營養師共同開菜單，將高齡者視為決策夥伴，而非被動接受者。

（三）與文獻之比較

1. 飲食自主權與尊嚴的吻合

本研究發現與既有文獻高度一致，即失去飲食選擇權會損害高齡者的尊嚴和生活品質。長者認為飲食是「人生至樂」，若連吃都不能自主則「人生無趣」，這與蘆花安養院醫師所言「能夠選擇自己想吃的食物」是「靠自己活下去的證據」的觀點相互呼應。這凸顯了高品質照護必須維護高齡者「以口進食」的基本人權。

2. 挑戰與限制的印證

本研究驗證了先前文獻中關於長照機構在飲食服務上所面臨的結構性挑戰。余璧如等人 (2014) 和黃惠宜 (2006) 的研究指出，長照機構餐食問題未見改善的主要原因在於「成本考量」和「增加餐食製備時間」，這與本研究專業工作者提到的「人力無法負荷」和「個人化設計高成本」的挑戰一致。

3. 協商模式的趨勢

研究發現機構已開始採用「少量給予」或「頻率調整」來平衡健康與喜好，

這反映了學術界提倡的「以病人為中心」 (Patient-Centered Care) 或「賦權式照護」理念，強調應將患者的價值觀、偏好與專業人員的知識相結合。

（四）深入探究之議題

本研究在探討衝突的深層原因時，也浮現出未來可進一步或延伸研究的議題：

1. 飲食自主與法律責任與政策界線的釐清

台灣的照顧文化中，法律責任風險是機構限制高齡者自主權的最大動機。未來政策研究應針對高齡者在知情同意下（如簽署聲明書）行使自主飲食權的界線進行立法釐清，以減輕機構的法律負擔，讓專業人員能更彈性地實踐以人為本的照護。

2. 創新飲食模式的成本效益分析

本研究提出了「主食巡迴車」和「選單制度」等創新模式。未來需進行量化研究，評估這些 SDT 導向的模式在克服成本和人力挑戰上的可行性，及其對高齡者進食量、營養指標與生活品質的長期影響。

3. 飲食與年齡間的社會刻板印象的消除

社會普遍認為「老人就該吃軟爛清淡」的刻板印象，對高齡者自主權的行使構成挑戰。未來研究可探討如何透過衛教和社區倡議，改變社會與家屬的既有觀念，讓高齡者能享有更具尊嚴的多元飲食選擇。

（五）可解釋或運用範圍

本研究採用質性研究方法，雖然研究結果具情境脈絡性（嘉義縣養護型機構中慢性病高齡者），不能直接進行統計推論，但其深度描述與理論分析對於同類型長期照顧機構（包括長期照護型、養護型及失智照顧型） 具有高度的實務應用價值。研究中關於 SDT 核心衝突、法律風險、家屬角色的分析，可作為機構制定「個別化飲食介入方案」的參考基礎，特別是在提升專業工作者「尊重式溝通」和「彈性協商」能力方面的培訓。

（六）自我反思

1.「專業堅持」與「專業傲慢」的反思

回首研究初衷，那份動力源自於父親當年在病榻上對一塊「呱呱包」的渴望，以及隨後被斥責後那句「活著有什麼意思？」的沉痛問句，在訪談過程中，當我聽到受訪長輩A3說出「活得像機器人」、A6說出「人生無趣」時，父親當年的眼神再次浮現。這讓我深刻反思：作為一名受過專業訓練的照護者，我們過去引以為傲的「專業堅持』，是否在無意間成為了剝奪長輩生之樂趣的「溫柔壓迫」？這份研究不僅是學術的探索，更是我與父親、以及與所有受困於標準化照護下的長輩們，一次遲來的和解與對話，也讓我從寫作完成後反思在實務運用落實於高齡服務時，更應思考是否以人為中心關注身、心、靈的平衡，才不會落入「專業傲慢』失去助人專業的理念。

2.從研究不同研究參與者觀點，促發高齡教育與政策倡議的終身動力

在研究過程中，我穿梭於「研究者」、「專業人員」與「家屬」的三重身分之間，內心經常充滿拉扯。聆聽專業人員（P1-P7）訴說法律責任的恐懼時，我理解那份「不得不」的苦衷；但當面對長輩無奈的順從時，我感受到的是更巨大的心酸。我意識到，真正的「全人照護」不能只停留在身體的各項數值達標。這段旅程重塑了我的價值觀：我學會了在看待「病歷表」之前，先看見「人」。那份想為長輩爭取「多一點點選擇、多一點點快樂」的使命感，已超越了學位本身，成為我未來致力於高齡教育與政策倡議的終身動力。

3.將研究建議落實於長照現場，照亮長輩的晚年餐桌

雖然受限於質性研究的範疇，部分長輩的無奈或許未能被完全言說，但他們沉默背後的渴望已震耳欲聾。這份論文的完成不是結束，而是一個起點。我期許自己能將這份從訪談中獲得的震撼，轉化為推動實務改變的力量，讓未來的長照現場，能有更多像「快樂餐」這樣的微光，照亮長輩的晚年餐桌。

二、 研究過程之討論

（一）執行狀況之優點

1. 方法論的適當性

採用質性研究方法，特別適合探討高齡者面對飲食衝突時的主觀經驗、情感反應和價值觀差異，提供了量化研究難以觸及的深度洞見。

2. 視角的多元性

成功納入了服務使用者（高齡者）與多類專業工作者（護理師、營養師、照服員、社工）的觀點，全面解析了衝突的成因與解方。焦點團體訪談更激發了專業社群對於法律責任與實務挑戰的深入討論。

3. 場域的代表性

選取台灣高齡化比例最高的嘉義縣，針對養護型機構進行研究，使研究結果的針對性高，能直接回饋給當前最需要改善的地區。

（二）研究過程之限制

1. 取樣的侷限性

本研究主要聚焦於嘉義縣的養護型機構，因此研究結果在轉移至居家式服務、社區式服務或其他縣市時，需注意情境脈絡的差異性。

2. 參與者順從性影響

儘管研究者已盡力建立信任關係，但部分高齡者在訪談中表現出的「隨和」或「不想麻煩別人」的心態，可能導致其對機構的真實不滿或深層需求未被完全表達。

3. 縱貫性研究的難度

本研究屬於單一時間點的橫斷面研究，無法追蹤創新策略（如快樂餐）對高齡者營養狀態、自主性或長期心理健康的連續影響。

第三節 研究限制

本研究雖然在嚴謹的設計下進行，深入探討了養護機構中高齡者飲食自主權與營養照護的衝突，但受限於研究範疇、對象特質及客觀環境，仍存在以下限制，希冀未來研究能在此基礎上進一步延伸。

一、 研究對象特質與推論性的限制

（一）樣本與地域限制

本研究主要以嘉義縣（高齡化程度較高之縣市）的養護型機構為場域，受訪者共 14 位（7 位高齡者、7 位專業人員）。由於質性研究重在深度厚實描述而非統計推論，且嘉義縣屬性較偏鄉村型態，其研究發現可能無法完全推論至都會區機構或居家照護情境（因都會區資源、家庭觀念可能不同）。

（二）人口變項的差異

本研究受訪高齡者年齡跨度大（66 歲至 88 歲），且教育程度不一（從小學肄業到師專畢業）。教育程度（高知識份子 vs. 基礎教育）、性別與年齡層（初老 vs. 老老）皆可能影響對飲食自主的主張強度與健康識能。例如高學歷者可能對「自主」有更強烈的自覺，而不同背景者可能更傾向順服權威。未來研究可針對特定背景變項進行更細緻的比較分析。

（三）生理機能與飲食口味固著影響

1.牙口與吞嚥能力差異

受訪者的牙口狀況（如缺牙、配戴假牙）與吞嚥功能直接決定了食物的質地需求（如必須吃流質或軟食）。本研究雖已納入考量，但每位長者的生理退化程度不一（如 60 幾歲與近 90 歲的差異），這直接限制了他們對食物選擇的客觀能力，有時並非機構不提供，而是生理條件不允許。

2.年齡造成的飲食口味固著

隨著年齡增長，高齡者對飲食口味的喜好會變得固著（Taste Fixation），例如 80 歲長輩與年輕人的口味截然不同。這種因年齡帶來的生理性味覺改變，增加了機構統一供餐的難度，也是本研究在探討「美味」主觀感受時需考量的生理限制。

（四）經濟能力與健康識能的干擾

經濟能力是影響高齡者飲食型態的關鍵變項。本研究發現部分高學歷或經濟寬裕的長輩（如 A1、A5），有能力自行購買保健食品或額外餐食，這與僅能依賴機構供餐的經濟弱勢長輩處境不同。然而，經濟能力較佳者也可能因接觸過多資訊產生「健康焦慮」，反而過度限制飲食（如不敢吃正餐只吃補品），導致營養不均。此一「經濟地位」與「健康行為」的交互作用，是本研究在解釋飲食自主時不可忽視的背景因素。

（五）機構現實結構與政策限制

1.團膳模式的先天限制

機構受限於政府收費標準與食材成本上漲（將本求利），多採「中央廚房」或團膳模式。誠如怡君委員所言，團膳的大鍋烹煮難以達到家庭料理的風味，這是結構性的限制。

2.政策與人力的現實

雖然本研究提出了「快樂餐」、「選單制」等建議，但實務上機構仍受限於人力配置（廚師無法為每個人客製化）與法規責任（擔心噎食、營養不良的法律究責）。這些現實層面的高牆，使得「理想的自主」在推動上仍有侷限。

二、 研究方法的限制

橫斷面研究的限制，本研究屬於單一時間點的訪談，無法長期追蹤高齡者在入住機構不同階段（如剛入住 vs. 入住多年）的心境轉折與飲食適應過程。

三、社會期許效應

在訪談過程中，部分高齡者（如 A2、A7）表現出「隨和」、「不想麻煩別

人」的態度。這可能源於華人文化中維持團體和諧的社會期許，導致其內心深層的不滿或無力感未必能完全透過訪談表露。

PROVIDENCE UNIVERSITY
VIRTUS
SCIENTIA
CUM
進德
修業

第四節 研究建議

本研究基於自我決定理論（SDT）之分析結果，針對長期照顧機構飲食照護中「飲食主張」與「營養照護」的衝突，提出以滿足高齡者自主性、勝任感與歸屬感為核心的整合性建議。期能透過政策支持與實務創新，化解專業控制與個人意願的對立，達成全人健康照護之目標。

一、 滿足「自主性（Autonomy）」需求：從「被動接受」轉向「賦權選擇」

研究發現，高齡者在飲食上常面臨「被約束感」與專業人員「風險規避」的衝突。為重建高齡者的自主性，建議長照機構的典範轉移勢在必行，必須從「風險規避』的父權管理，轉向「風險共擔」的賦權合作。若忽視高齡者對飲食的主觀幸福感，任何營養照護都將因缺乏「人味」而失去其終極價值。從法律賦權與制度彈性著手：

（一）推動「知情選擇」的法律與倫理賦權（政策面）

針對專業人員擔憂的法律責任風險，建議主管機關研議標準化的「自主飲食選擇聲明書」 (Informed Choice Document)。讓心智清楚的高齡者在充分了解自身健康風險（如高鈉攝取的後果）後，能簽署文件行使飲食自主權。此舉能釐清責任界線，減輕機構的防禦性醫療心態，使長者從「被管理者」轉變為「自我決策者」。

（二）落實「選單制度」與「快樂餐」常態化（實務面）

為打破制式團膳的限制，機構應導入「選單制度」或「主食巡迴車」模式。讓高齡者即使在有限的選項中（如主食二選一），也能行使選擇權。這不僅滿足口腹之慾，更重要的是賦予長者「我有權決定吃什麼」的掌控感，消除「活得像機器人」的無力感。

二、 提升「勝任感（Competence）」需求：從「功能退化」轉向「參與共創」

研究顯示，高齡者常因身體機能退化或被視為缺乏專業知識而失去話語權。為提升其勝任感，建議透過參與式設計與資源支持，強化長者與機構的應對能

力：

（一）推動「參與式」菜單設計與賦能（實務面）

建議機構定期召開膳食會議，邀請有意識的長輩與營養師共同開菜單。參考丹麥「每月大廚」的概念，讓長者貢獻其烹飪經驗或家鄉口味建議。這不僅能產出更貼近需求的餐點，更能讓長者感受到自己仍有能力為團體做出貢獻，而非僅是照護的接受者。

（二）強化機構的執行勝任力：專項預算與人力支持（政策面）

針對「個別化飲食」執行困難的問題（如廚房人力不足、成本高昂），建議政府規劃「個別化飲食服務」的專項預算與優化人力配置標準。提升機構在面對複雜飲食需求時的執行勝任感，使其有餘裕將「一道菜變成三種形態」，落實真正的個別化照護。

（三）建立「營養促進鐵三角」（實務面）

整合神經評估（吞嚥功能）、口腔保健與營養調配。透過專業支持提升長者的進食能力（如改善假牙適配、吞嚥訓練），使其能維持「由口進食」的生理勝任感，減少非必要的管灌或糊餐限制。

三、 增進「歸屬感（Relatedness）」需求：從「孤獨進食」轉向「情感連結」

飲食是情感交流與文化記憶的載體。針對高齡者在機構中感到的疏離感，以及專業人員在情感與規範間的拉扯，建議強化人際與文化的連結：

（一）優化用餐氛圍與家屬協作（實務面）

提倡團體用餐模式，創造「大家一起吃」的熱鬧氛圍，減少孤寂感。同時，將家屬協作制度化，鼓勵家屬帶入長者喜愛的家鄉菜或點心，並由機構提供加熱或擺盤服務。這不僅是食物的補充，更是情感的延續，讓長者感受到被家族與機構雙重接納的歸屬感。

（二）實踐「尊重式溝通」與文化回應（實務面）

專業人員應採納「七分健康、三分開心」的原則，肯定長者對口慾滿足的正

當性。在溝通上，避免命令式語氣，改以同理心的對話（如：「我知道您很想吃，我們量少一點好嗎？」）。這能化解專業權威帶來的距離感，建立互信的照護關係。

四、 學術建議

為持續深化上述三層次的實踐，未來研究建議如下：

（一）以量化研究評估創新模式效益

本研究透過質性訪談提出了「選單制度」與「主食巡迴車」作為解決固定菜單厭倦感的實務策略。建議未來研究可採量化研究或混合研究設計，針對導入這些創新模式的機構進行長期追蹤。如在具體評估指標方面，應測量高齡者在 SDT 三大心理需求（自主性、勝任感、歸屬感）的滿意度分數變化，並同步監測客觀的營養指標（如體重、白蛋白數值、肌少症風險）。在成本效益分析方面，針對機構擔憂的「成本與人力」限制，建議進行成本效益分析，探討雖然初期投入增加（如客製化食材成本），但若能提升進食量、減少營養不良併發症與醫療支出，是否在長期營運上具備經濟效益。

（二）以質量併用方法探討人口變項的差異作用

本研究受訪者背景多元，未來研究可先以量化研究，分析不同教育程度、性別與年齡的高齡者，在自主性、勝任感與歸屬感需求上的差異，以提供更精準的照護建議。例如，教育程度較高者（如師專、高職畢業）可能具備較強的自覺性與健康識能，這可能導致他們更積極爭取飲食自主，但也可能因過度接觸健康資訊而產生「不敢吃」的焦慮。年齡差異（如 60 歲初老 vs. 90 歲老老）則直接關聯到牙口咬合與吞嚥能力。未來應探討生理機能退化程度如何影響長者對「美味」的定義與「自主選擇」的優先順序（例如：牙口差者是否更傾向放棄自主以換取進食便利）。獲得結果進一步以質性研究探索男性與女性在面對飲食限制時的順從度差異（如本研究發現阿公較傾向「我要吃什麼就吃什麼」，阿嬤較易順從醫囑），以發展具性別敏感度的照護策略。

（三）加入不同城鄉與情境比較

本研究以嘉義縣（高齡化嚴重、偏鄉屬性）為主要場域，反映了在地老化的實況，但其發現可能受限於地域資源。建議未來研究比較都會區（資源較豐富、收費較高、觀念較開放）與鄉村地區（資源有限、傳統觀念較重）的機構。探討在不同資源條件下，機構實踐 SDT 導向飲食照護的困境是否不同？例如都會區機構是否較容易推動自費的「私廚」或「加值餐飲」，而鄉村機構則面臨更嚴峻的團膳成本限制。除了機構照顧，家庭照顧情境中同樣存在「這不能吃、那不能吃」的限制與衝突。建議對照居家照顧與機構照顧情境，探討在不同場域中，長者飲食自主權被剝奪的樣態與協商機制的異同，以建構更全面的高齡飲食照護圖像。

參考文獻

中華民國內政部行政公告「民國114年4月戶口統計資料分析」https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=327849

王琤、蕭千祐、謝宜珊、林青怡、朱瑞荷、林玉靜、張春美、許青雲（2015）。個別化飲食介入對於高齡照顧機構居民的影響。*長庚科技學刊*，（22），23-32。

王靜枝、楊月穎、劉美吟 （2018）。高齡長者之全人健康照護概念與介入措施。*護理雜誌*，*65*（2），5-12。https://doi.org/10.6224/JN.201804_65(2).02

朱怡勳、郭雅雯 （2023）。長期照顧機構長者於質地調整飲食之需求與照護。*長庚科技學刊*，（39），111-118。https://doi.org/10.6192/CGUST.202312_(39).9

呂哲維、胡月娟 （2020）。機構住民軟食餐點的創新研發。*護理雜誌*，67（4），33-38。

呂寶靜 （2012）。老人福利服務。臺北市：五南。

李素貞、郭憲文、載玉慈 （1997）。中部三縣市長期照護機構與照護人力特性之調查。公共衛生，24（3），179-189。

卓郁婷 （2019）。*探討社區關懷據點高齡者營養狀況之相關因素*。〔碩士論文。弘光科技大學〕。

林灼榮、林建守 （2020）。老人健康折舊與死亡風險：老人整合性照護死亡率之改善。商略學報，12（1），1-16。

林育志、鄭宇珊、陳偉權 （2023）。全人照護中全人及以病人為中心概念之剖析。*南臺灣醫學雜誌*，19（1），36-41。

林淑萍、陳素香、楊紅玉 （2016）。應用健康信念模式探討影響民眾使用機構喘息服務之因素。*會計與財金研究*，9（2），127-142。

施麗紅（2010）。老人入住長期照顧機構行為初探—以自我決定理論析之。*社區發展季刊*，132，353-372。

洪宇辰 （2023）。*探討日間照顧中心老人口腔健康、吞嚥能力、憂鬱與營養狀況之相關性*。〔碩士論文。中山醫學大學〕

范姜素玉 （2009）。*社區健康餐飲服務之複合營運模式初探*。〔碩士論文。臺灣大學〕

唐慶翔 （2022）。*高齡者質地飲食消費者滿意度之研究*。〔碩士論文。環球科技大學〕臺灣博碩士論文知識加值系統。 https://hdl.handle.net/11296/49avx5。

孫智辰 （2018）。老人進入日間照顧中心之基本心理需求滿足之研究－以自我決定理論分析。*台灣社會福利學刊*，14（2），115-161。

涂肇慶、陳寬政 （1990），「人口變遷對社會安全制度的影響」。人口變遷與經濟社會發展研討會，臺北，中研院經濟研究所。

祝健芳、吳成文總編輯 （2021）。臺灣高齡健康與長照服務年報。臺北市：衛生福利部、財團法人國家衛生研究院。

高家常 （2021）。長期照顧機構老年住民的營養照護。*護理雜誌*，68（3），26-32。國家發展委員會人口推估查詢系統

張煒妗 （2020）。*社區高齡者對共餐的飲食營養知識、進食認知與健康狀況及用餐滿意度之研究*。〔碩士論文。大仁科技大學〕

曹文瑜、陸順情 （2018）。影響臺灣下流老人生活滿意與幸福感之研究。國立勤益科技大學管理學院，管理學術研討會，767-779。https://doi.org/10.29893/NCUTMAN.201811.0079

莊琬瑜、胡淑慧、陳雪芬 （2021）。老人供餐社區長者進食狀況與其潛在關聯性因素之探討。*福祉科技與服務管理學刊*，9（4），349-362。

許秀月、張國洲、葉榮椿、杜俊和、林建志（2009）。銀髮族健康照護需求與商業經營模式。*台灣健康照顧研究學刊*。第七期，71-87。

陳向明（2009）。社會科學質的研究。台北：五南。

陳秋敏、張仙平、夏詩閔（2021）。公立長期照護機構住民牙口功能與餐食滿意度之相關性研究。台灣營養學會雜誌，45（1），1-14。https://doi.org/10.6691/NSJ.202103_45(1).0001

曾櫻枝 （2020）。高齡營養促進的前端預防。台灣公共衛生雜誌，39(2)，103-104。

鈕文英（2024）。質性研究方法與論文寫作。臺北市，雙葉書廊。

黃冠龍 （2024）。【黃龍冠專欄】*以人性尊嚴觀點評析住宿機構照顧品質獎勵計畫其智慧照顧與系統科技之運用*。*安可人生*。https://www.ankecare.com/article/3456-2024-12-19-16-41-24

黃紹琪 （2005）。*教育介入對社區老年人營養知識與飲食行為影響之探討*，〔碩士論文。亞洲大學〕。

黃惠宜 （2006）。*高齡者安養護機構供餐體系及政策需求之研究-探索食品產業的發展新契機*。〔碩士論文。東海大學〕臺灣博碩士論文知識加值系統。

黃惠璣（主編）(2011)，老人服務與照護。新北市：威仕曼。

黃瑛璜 （2022）。*嘉義縣肢體障礙者之健康狀況與飲食營養素攝取之關係*。〔博士論文。靜宜大學〕

楊宥樺 （2024）。*高齡者老化態度、孤獨感對飲食營養知識、態度及不良飲食行為之相關性*。〔碩士論文。亞洲大學〕

楊秋燕 （2020）。*健康飲食牌卡導入獨立倡導對機構高齡者營養飲食習慣與人際互動之影響*。〔博士論文。靜宜大學〕

楊雅嵐 （2020）。綜論：我國與世界各國老年期飲食綱領與建議和健康飲食型態之研析。*臺灣營養學會雜誌*，44:3 2020.09，70-91。

葉湘芬、邵榮華 （2010）。心臟衰竭老人飲食自我效能與自我管理行為之探討。志為護理-慈濟護理雜誌，9（4），96–107。

董氏基金會食品營養專區。（2022年4月27日）。*【新聞稿】長輩「0」食慾，用餐時光變黑白？*。取自 https://www.nutri.jtf.org.tw/News/Info/3530

臺灣高齡健康與長照服務年報（2021），祝健芳、吳成文總編輯。臺北市：衛生福利部、財團法人國家衛生研究院。

劉正、齊力 （2009）。臺灣高齡者的居住狀況與機構照顧的需求趨勢。國土及公共治理季刊。7（1），70-81。

劉思妤 （2021）。以血液透析患者健康飲食指數為基礎之四種不同營養教育模式對血液透析患者心血管風險因子的影響。〔碩士論文。臺北醫學大學〕

劉雅文、莊秀美 （2006）。探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程－老人自主權之分析研究。*東吳社會工作學報*，14，91-123。

劉慧玲 （2020）。*血液透析病患營養狀態與健康生活品質相關因素探討*。〔碩士論文。國立臺北護理健康大學〕

衛生福利部國民健康署（2022）。國民營養健康狀況變遷調查 2017-2020 年成果報告。

鄭斐升 （2024）。*專業服務與營養餐飲服務輔導需求與督導模式探究－以文化健康站與專案管理中心為例*。〔博士論文。靜宜大學〕

Allen, M. (1981). The health dimension in nursing practice: Notes on nursing in primary

health care. Journal of Advanced Nursing, 6, 153-154.

Baumeister, R., & Leary, M. R. (1995). The Need to belong: Desire for inte~qpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117, 497-529. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7777651/

Creswell, J. W. (2013). Qualitative inquiry & research design (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications

DeCharms, R. (1968). Personal causation. New York: Academic Press. https://archive.org/details/personalcausatio0000dech/page/n423/mode/2up

Deci, E. L. (1975). Intrinsic motivation. New York: Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new direction. Contemporary Educational Psychology, (25), 54-67.

Deci,E.L.,& R.M.Ryan (1985). Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior. New York: Plenum.

Deci,E.L.,& R.M.Ryan (2002). Self-determination Research: Reflections and Future Directions. In E.L.Deci & R.M.Ryan (eds.), Handbook of Self-determination Research (pp.431-441). Rochester, NY: University of Rochester Press.

Dorte Schipper（2011）。讓日子多一點生命—安寧病房的美味大廚(唐薇譯)。台北：時報出版。https://pop-proj.ndc.gov.tw/download.aspx?uid=70&pid=70

Frankl, V. E. (1992). Man's search for meaning: An introduction to logotherapy (4th ed.). Beacon Press. (Original work published 1946)

Guo, L., Zhang, M., Namassevayam, G., Wei, M., Zhang, G., He, Y., Guo, Y., & Liu, Y. (2023). Effectiveness of health management among individuals at high risk of stroke: An intervention study based on the health ecology model and self-determination theory (HEM-SDT). Heliyon, 9(11), e21301. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21301

Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. Human Development, 1, 661-66 https://www.jstor.org/stable/26764380

Howie J,Heaney D,Maxwell M.Quality（2004）,core values and the general practice con-sultation: issues of definition,measurement and delivery. Fam Pract.21:458-468.

Institute of Medicine (US).(2001），Crossing the Quality Chasm: A New Health System

for the 21st Century, National Academies Press: Washington (DC)

Jones, A., & Jenkins, I. (2002). A taste of Wales-Blas Ar Gymru:Institutional malaise in promoting welsh food tourism products. In A. M. Hjalager, & G. Richards (eds.), Tourism and Gastronomy, London：Routldge Press, 113- 115。

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage.

Marvin Harris (2004)，食物與文化之謎。書林出版有限公司。4-7。

NHK特別採訪小組(2017)。老衰死：好好告別，迎接自然老去、沒有痛苦的高質量死亡時代(江宓蓁)。臺北市：三采文化。

Oumrait, N. G., Daivadanam, M., Absetz, P., Guwatudde, D., Berggreen-Clausen, A., Alvesson, H. M., Man, J., & Sidney Annerstedt, K. (2020). Can Self-Determination Explain Dietary Patterns Among Adults at Risk of or with Type 2 Diabetes? A Cross-Sectional Study in Socio-Economically Disadvantaged Areas in Stockholm. Nutrients, 12(3), 620. https://doi.org/10.3390/nu12030620

Payne, L. (1983). Health: A basic concept in nursing theory. Journal of Advanced Nursing,8, 393-395.

Reis, H. T. (1994). Domains of experience: Investigating relationship processes from three perspectives. In R. Erber & R. Gilmour (Eds.), Theoretical fromeworks for personal relationships (pp. 87-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and Well-being. American Psychologist, 55(1), 68–78. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68

Sarfo, J. O., Obeng, P., Kyereh, H. K., Ansah, E. W., & Attafuah, P. Y. A. (2023). Self-Determination Theory and Quality of Life of Adults with Diabetes: A Scoping Review. Journal of diabetes research, 2023, 5341656. https://doi.org/10.1155/2023/5341656

Shaller, D. (2007). *Patient-centered care: What does it take?* (Commonwealth Fund pub. no. 1067). New York: The Commonwealth Fund. Retrieved from www.commonwealthfund.org

Tang, M., Wang, D., & Guerrien, A. (2021). The Contribution of Basic Psychological Need Satisfaction to Psychological Well-being via Autonomous Motivation Among

Older Adults: A Cross-Cultural Study in China and France. Frontiers in psychology, 12, 734461. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734461

Tripp-Reimer, T. (1984). Reconceptualizing the construct of health: Integrating emic and etic perspectives. Research in Nursing and Health, 7, 101-9.

White, R. W. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory. New York: International Universities Press.

Whitelock, E., & Ensaff, H. (2018). On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits. *Nutrients*, *1（0*(4), 413. https://doi.org/10.3390/nu10040413

Winstead-Fry, P. (1980). The scientific method and its impact on holistic health. Advances in Nursing Science, 2, 1-7.

附錄

附錄一　受訪者參與研究邀請函

受訪者參與研究邀請函

親愛的受訪者您好：

本研究為「**食物主張與營養照護間衝突經驗：罹患慢性疾病接受長期照顧機構式服務的高齡者與專業工作者觀點**」，研究目的旨在探討罹患慢性疾病且接受長期照顧的高齡者與專業照護者，對食物自主權及營養照護的認知與經驗，包括雙方在飲食自主權與營養照護間的衝突，以及個別化飲食介入需求對全人健康照護的意義與實踐，進而提供長期照顧餐食服務政策與實務的參考。期待藉本研究瞭解參與者的觀點和經驗，並透過系統性的資料分析形成具體的研究結果。

研究將透過面對面訪談進行，邀請您分享個人的想法與經驗。訪談過程中，我們將全程錄音，並轉錄成文字稿以供後續分析，您的身分資訊將會被完全保密，研究報告中不會透露您的姓名。您在訪談中擁有完全的自主權，可以隨時選擇退出，且無需提供理由。如果在訪談過程中感到不適，可立即中止訪談。訪談結束後，如您有需求，我將提供研究摘要供您參考。

誠摯希望您能參與本研究，您的支持將有助於研究的順利推進。若您同意接受訪談，請在受訪者同意書上簽名，再次感謝您的協助與支持。

靜宜大學食品營養學系高齡健康產業組博士班

指導教授：王秀燕博士

博士候選人：洪筱蘋 （0928-986313）

附錄二　訪談同意書

受訪者參與研究同意書

親愛的受訪者您好：

我是靜宜大學食品營養學系高齡產業組的博士候選人洪筱蘋，目前進行「**食物主張與營養照護間衝突經驗：罹患慢性疾病且接受長期照顧機構服務的高齡者與專業工作者觀點**」之研究。非常感謝您願意分享寶貴的經驗與參與。本研究所收集的資料僅用於學術研究，並將嚴格保密，您的回答沒有對錯之分，請放心作答。自您同意參與本研究訪談起至研究結束期間，您有權隨時以口頭或書面方式向研究者表達退出意願，一旦您選擇退出，您的訪談資料將不會被使用。

本研究透過此同意書徵詢您參與的意願，若您同意接受訪談，請在下方簽名處簽名。

☐ 本人同意受訪參與本研究並同意研究者使用訪談過程中的內容。

受訪者(簽名)：

研究者(簽名)：

受　訪　日　期　：　年　月　日

附錄三　訪談大綱(高齡者)

壹、基本資料

請問您的性別、年次、教育程度、婚姻狀況、住機構年資、健康情形（您是否有特定的飲食需求或健康狀況？

貳、研究問題與訪談大綱

研究問題一：飲食照護的決策權歸屬（飲食自主權的現況與需求）

高齡者的飲食需求應以誰的意見為優先？服務提供者（如醫療人員、營養師）或服務使用者（高齡者）？在長照機構中，高齡者對於飲食的選擇權是否受到忽視？

訪談大綱（一）

1-1	您是否能自由選擇自己想吃的食物？如果不能，通常是誰決定您的飲食？
1-2	您認為誰最應該決定您的飲食內容？醫療人員、家屬，還是您自己？為什麼？
1-3	在機構中，您的飲食選擇權是否有受到尊重？
1-4	除了健康考量外，您的飲食習慣是否受到宗教、文化、個人偏好的影響？目前這些需求有被滿足嗎？
1-5	如果有機會參與飲食決策，您希望如何改變目前的飲食安排？

研究問題二：食物自主權與營養照護的衝突（健康與飲食偏好的矛盾）

罹患慢性疾病的高齡者是否應該完全遵從專業人士（醫師、營養師）的飲食安排，而放棄個人喜好？在健康需求與飲食偏好之間，如何找到平衡點，以兼顧高齡者的身體健康與心理滿足？在長期照護機構中，「身」（生理健康）與「心、靈」（心理與精神需求）如何對話，以避免片面強調健康而忽視個人幸福感？

訪談大綱（二）

2-1	您是否認為自己的飲食選擇應該完全依照醫師或營養師的建議？為什麼？
2-2	當您想吃某些食物但被限制時，您的感受如何？
2-3	您認為健康與飲食偏好之間應該如何平衡？
2-4	如果允許您偶爾選擇自己喜歡的食物，您會如何做決定？
2-5	您覺得長照機構是否能夠更靈活地調整飲食規劃，以滿足個人需求？

研究問題三：高齡者的飲食自主權與社會認知

社會普遍認為接受長期照顧的高齡者應當順從家人或專業人士的飲食安排，這種觀念如何影響其自主權的行使？家屬與機構人員在高齡者飲食決策過程中的角色為何？是否存在因方便管理而忽略高齡者選擇權的現象？

訪談大綱（三）

3-1	您覺得社會對於高齡者飲食的看法是否影響到您的飲食選擇？
3-2	住在長照機構後，您覺得自己的飲食自主權是否減少？這對您的生活有什麼影響？
3-3	您認為家人、機構照護人員是否尊重您的飲食意願？
3-4	除了食物本身，您覺得進餐的環境與方式（如用餐時間、與誰一起吃飯）是否影響您的幸福感？
3-5	您是否覺得自己在飲食選擇上缺乏發言權？如果可以改變，您希望如何參與？

研究問題四：人性尊嚴與健康照護的關係

享有飲食選擇權是否影響高齡者的尊嚴與生命意義？「活著」與「擁有尊嚴」之間是否存在矛盾？如何在長照體系中實現兩者的和諧共存？

訪談大綱（四）

4-1	在您目前的生活環境中，是否曾有感受到飲食選擇被剝奪？您感覺如何？
4-2	您覺得「能夠選擇自己想吃的食物」是否與 尊嚴 有關？為什麼？
4-3	您認為「活得健康」與「吃得開心」哪一個對您更重要？或者兩者應該如何平衡？

研究問題五：全人健康照護模式的實踐

如何在長照機構中導入個別化飲食設計，以兼顧高齡者的文化背景、飲食偏好與健康需求？目前長照機構在提供飲食照護時，面臨哪些實際挑戰（如成本、時間、人力）？如何改善？透過質性研究（如訪談），能否找出更貼近高齡者需求的飲食規劃模式，以促進其整體福祉？

訪談大綱（五）

5-1	您是否希望機構或家庭能提供更多個人化的飲食選擇？
5-2	目前您的飲食安排中，最希望改變的地方是什麼？
5-3	您是否認為現行飲食服務能夠真正滿足您的需求？

附錄四　訪談大綱(專業工作者)

壹、基本資料

請問您的您的身份是？（機構管理者 / 營養師 / 護理師/ 社工 /照服員）、年次、性別、教育背景、服務年資？

貳、研究問題與訪談大綱

研究問題一：飲食照護的決策權歸屬

高齡者的飲食需求應以誰的意見為優先？服務提供者（如醫療人員、營養師）或服務使用者（高齡者）？在長照機構中，高齡者對於飲食的選擇權是否受到忽視？

訪談大綱（一）

1-1	在長照機構中，飲食決策的主要決策者是誰？專業人員、機構管理者、家屬，還是高齡者本人？
1-2	在設計飲食計畫時，是否有機制納入高齡者的意見？這些意見會如何被考量？
1-3	營養師、醫護人員在提供飲食建議時，會如何平衡健康需求與高齡者的飲食喜好？

研究問題二：食物自主權與營養照護的衝突

罹患慢性疾病的高齡者是否應該完全遵從專業人士（醫師、營養師）的飲食安排，而放棄個人喜好？在健康需求與飲食偏好之間，如何找到平衡點，以兼顧高齡者的身體健康與心理滿足？在長期照護機構中，「身」（生理健康）與「心、靈」（心理與精神需求）如何對話，以避免片面強調健康而忽視個人幸福感？

訪談大綱（二）

2-1	當高齡者的飲食偏好與健康需求發生衝突時，機構通常如何處理？
2-2	是否曾遇到家屬與高齡者對飲食安排意見不一致的情況？機構會如何應對？
2-3	長照機構的飲食標準化（如固定菜單）是否影響高齡者的飲食滿意度？是否可能有改善空間？
2-4	營養師或醫護人員是否曾考慮在飲食安排上加入更多個人化設計？遇到的挑戰是什麼？

研究問題三：高齡者的飲食自主權與社會認知

社會普遍認為接受長期照顧的高齡者應當順從家人或專業人士的飲食安排，這種觀念如何影響其自主權的行使？家屬與機構人員在高齡者飲食決策過程中的角色為何？是否存在因方便管理而忽略高齡者選擇權的現象？

訪談大綱（三）

3-1	社會大眾普遍認為高齡者應該遵循醫療建議，這種觀念是否影響機構的飲食規劃？
3-2	高齡者是否普遍缺乏對健康飲食的認知？應該如何提升他們的營養教育？
3-3	長照機構是否有足夠的機制，讓高齡者表達對飲食的需求與偏好？
3-4	社會對於「高齡者應該吃得健康」與「高齡者應該吃得開心」這兩種觀點的態度如何？

研究問題四：人性尊嚴與健康照護的關係

享有飲食選擇權是否影響高齡者的尊嚴與生命意義？「活著」與「擁有尊嚴」之間是否存在矛盾？如何在長照體系中實現兩者的和諧共存？

訪談大綱（四）

4-1	您認為飲食自主權對高齡者的尊嚴與幸福感有多重要？
4-2	長照機構是否有足夠的資源來實現兼顧健康與尊嚴的飲食照護？
4-3	在營養照護中，如何確保高齡者仍能維持基本的生活尊嚴？
4-4	機構能否提供更多文化或宗教上的飲食選擇，以尊重個人價值觀？

研究問題五：全人健康照護模式的實踐

如何在長照機構中導入個別化飲食設計，以兼顧高齡者的文化背景、飲食偏好與健康需求？目前長照機構在提供飲食照護時，面臨哪些實際挑戰（如成本、時間、人力）？如何改善？透過質性研究（如訪談），能否找出更貼近高齡者需求的飲食規劃模式，以促進其整體福祉？

訪談大綱（五）

5-1	長照機構如何在「健康」與「幸福感」之間取得平衡？
5-2	目前機構的飲食安排是否考慮個別化需求？如果沒有，應該如何改善？
5-3	是否有創新的飲食模式（如選單制、個別化餐點設計）可供高齡者選擇？
5-4	目前機構在提供飲食服務時，面臨的最大挑戰是什麼？（如成本、時間、人力等）
5-5	在機構內推動更個人化的飲食選擇，是否可能提升高齡者的幸福感？

附錄五　焦點團體進行流程與大綱

焦點團體討論大綱與進行程序

壹、引言與背景說明（10-15 分鐘）

一、介紹研究目的：探討長期照顧機構養護型慢性病高齡者和照護專業人員對於飲食主張與營養照護

之間的衝突經驗。

二、解釋討論流程和焦點團體的意義，並強調所有參與者的意見均會受到尊重和保密。

三、簡要介紹參與者以促進小組間的信任與交流。

貳、討論主題（120 分鐘）

一、在長期照顧機構養護型情境中，您認為慢性病高齡者的飲食決定權應如何界定與實踐？當個人偏好與專業營養建議衝突時，應如何取得平衡？

二、您觀察到長期照顧機構養護型目前在提供餐食服務時，對於高齡者的飲食自主權、個別化需求及文化習慣的考量程度如何？請分享具體經驗。

三、您認為高齡者能否享有飲食選擇權，對於他們的生命尊嚴、心理滿足與整體生活品質有何影響？

四、從實務角度來看，長照機構在推動「個別化飲食介入」以兼顧高齡者健康與自主性時，可能面臨哪些主要挑戰（例如：人力、成本、執行難度等）？

五、您對於未來長期照顧服務中，如何更好地整合「食物自主權」與「營養照護」，以實現高齡者「全人健康照護」的目標，有何具體建議或期待？

參、總結與回饋（10-15 分鐘）

一、簡要總結焦點團體中的關鍵討論點。

二、邀請參與者分享本次討論的收穫，或是否有遺漏或補充的意見。

三、感謝所有參與者的貢獻。

附錄六　焦點團體訪談同意書

焦點團體訪談同意書

親愛的學者專家，您好

本人係靜宜大學食品營養學系高齡健康產業組博士班學生，目前正以「**食物主張與營養照護間衝突經驗：罹患慢性疾病接受長期照顧**養護型**服務的高齡者與專業工作者觀點**」為博士論文題目，期盼透過本研究探索個別化飲食介入需求與全人健康照護服務做法，找出食物自主權與營養照護間可行作法，以提供長期照顧服務餐食服務相關政策與實務之參考。期待藉由各位夥伴的協助，提供您寶貴的意見，做為研究分析之用。

本研究採用焦點團體訪談法，約須進行 1 次訪談，焦點團體時間約 3 小時。為了進行資料統整與分析，希望您同意於訪談過程中錄音，錄音內容僅作為研究者分析資料、編碼及歸類統整之用。基於保護受訪者的義務，您的姓名及個人資料一律隱匿不公開，改以代號稱之。因此，希望您能提供真實的意見，以增加研究資料的正確性。

訪談過程中，您有權力決定回答問題的深度，面對不想回答的問題也能拒絕回答，亦有權力隨時終止錄音以及訪談。若您對本研究有任何意見，歡迎隨時提供。再次誠摯歡迎您參與本研究。

靜宜大學食品營養學系高齡健康產業組博士班指導教授：王秀燕博士

博士候選人：洪筱蘋（0928-986313）

敬託

☐ 本人同意受訪參與本研究並同意研究者使用訪談過程中的內容。

受訪者(簽名)：