

# 組織特質、管理風格、與長期照 護品質之關係

## The Relationship among Organizational Characteristics, Management Style, and Nursing Home Quality

葉淑娟 *Shu-Chuan Jennifer Yeh*  
國立陽明大學醫務管理研究所副教授

National Yang-Ming University  
Institute of Hospital and Health Care Administration

### 摘要

台灣地區老年人口的快速成長導致長期照護的需求增加。長期照護的提供需要投入大量的病患服務員人力，因而病患服務員的穩定性、滿意度及照護的品質便成為關注的焦點。本研究探討護理之家的組織特質（組織大小、生命週期、是否為連鎖型、護理之家的型態）、管理風格、組織效能（流動率、穩定率、工作滿意度）、和病患結果（跌倒、壓瘡、再入院的比率）之間的關連性。具體的研究問題涵蓋(1)護理之家病患服務員的流動率及穩定率為何？(2)護理之家的組織特質是否會直接影響到組織的效能（員工流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度）及病患結果（跌倒、壓瘡、再入院）？(3)護理之家的組織特質是否與管理風格（中介變數）有相關？(4)護理之家的組織特質，是否會透過管理風格的中介（mediating）作用而影響組織的效能（員工流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度及病患照護品質）？(5)病患服務員之工作滿意度與病患照護品質的關係為何？

本研究收集高雄市 34 間護理之家及 209 位病患服務員。研究的方法以結構方程模型分析為主。高雄市護理之家的病患服務員之平均流動率偏低，穩定率約在 45.7%，顯示病患服務員之人力資源較為穩定。組織的特質會直接影響到照護品質、員工流動率、及穩定率。然而病患服務員的工作滿意度不受任何組織特質的影響，反倒與管理的風格較相關。組織特質中僅有規模大小（床數的多寡）會影響到管理風格。管理風格並不能被稱為重要的中介因素，而去影響組織特質與組織效能間的作用。而病患服務員的工作滿意與病患的照護品質明顯的是相互(reciprocal)影響的作用。建議未來若有更多護理之家可以參與研究時，應再次檢查管理風格的中介作用。

關鍵詞：長期照護、管理風格、組織特質、組織效能、品質。

## Abstract

The growing elderly population has driven the need of long term care. The major manpower in long term care is nurse aides. Thus, the issues of turnover, stability and job satisfaction of nurse aides in long term care needs attention, particularly, the relationship between the staffing of long-term care and quality of care. The aim of this research is to examine the relationships among nursing home characteristics (defined as organizational size, organizational life cycle, ownership, and nursing home type), nursing home management style, job satisfaction, turnover, stability, and patient outcomes (rate of falls, pressure ulcers, readmission to hospitals). The research questions are: 1) What are the turnover and stability rates of nurse's aides in nursing homes? 2) What are the relationship among the organizational characteristics, nurse aides' satisfaction, and patient outcomes? 3) What is the relationship between the organizational characteristics and management style? 4) Does management style exert a significant mediating effect among the organizational characteristics, nurse aides' satisfaction, and patient outcomes? 5) What is the relationship between nurse aides' satisfaction and patient outcomes?

We collected primary information on 34 nursing homes of Kaohsiung as well as 209 nurse aides. We used the structural equation modeling to attain the research purposes. The average turnover of these nursing homes was pretty low. Average stability was around 45.7%. Different organizational characteristics have direct effects on the quality of care, turnover, as well as stability. The main effect for nurse aides' satisfaction was management style instead of the organizational characteristics. In addition, management style was not the mediator to mediating the effect between organizational characteristics, stability, turnover, and patient outcomes. We also found the reciprocal causation between nurse

aides' satisfaction and patient outcomes. It is strongly recommended to examine the management style as a mediator again once the more nursing homes could participate.

**Keywords:** Long-term care, Management Style, organizational characteristics, organizational effectiveness, quality of care.

## 壹、緒論

台灣地區老年人口的快速成長及我國高科技醫療的發展已經促使許多的急性病變成慢性病。這些現象導致老人及慢性病患需要長期照護的需求增加。面臨機構式的長期照護需求及機構數量的快速成長，機構內工作人員的專業照護品質是機構照護品質的關鍵指標。

長期照護機構的人力以病患服務員(nurse aide)為最主要(李世代, 1997; Bowers & Becker, 1992); 他們提供了 85-100%非技術性的直接照護, 故病患服務員的身心狀況, 會明顯的影響機構住民的生活與品質, 可謂是照護品質的主要影響者。然而, 長期照護的病患服務員在照護住民身體與心理損傷的同時, 也常感到對個人工作的無力感, 加上照護過程種種的疲累與壓力, 致使個體萌生去意的念頭不斷發生, 造成機構人員異動性極高。Robertson (1991)便報告長期照護機構工作的病患服務員員工流動率高達 65%, 且年齡有愈趨年輕化的趨勢。

研究員工流動率與工作滿意度之間關係的文獻非常多(Alexander, Lichtenstein, Oh, & Ullman, 1998.; Cohen-Mansfield, 1997; Gaddy & Bechtel, 1995; Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987; Remsburg, Armacost, & Bennett, 1999), 且認為有負面關係及無關聯性的研究均有。然而針對管理風格的介入而影響到工作滿意度及員工流動率等組織效能的議題較少(Gaddy & Bechtel, 1995)。

許多探討長期照護品質的文獻均提及死亡率、住院率、壓瘡率、功能狀況改變、意外、失禁、出院率、低約束使用率、住民體重改變較少、護理人員流動率、穩定率都可當作品質指標, 可用以探討長期照護機構特質對長期照護結果所具有之影響(Anderson, Hsieh, & Su, 1998; Davis, 1991; John-Pawlson & Infeld, 1996; Porell & Caro, 1998; Sainfort, Ramsay, & Monato, 1995; Spector & Takada, 1991)。本研究的研究問題涵蓋(1)護理之家病患服務員的流動率及穩定

率為何？(2) 護理之家的組織特質是否會直接影響到組織的效能（員工流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度）及病患結果（跌倒、壓瘡、再入院）？(3) 護理之家的組織特質是否與管理風格（中介變數）有相關？(4) 護理之家的組織特質，是否會透過管理風格的中介（mediating）作用而影響組織的效能（員工流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度及病患照護品質）？(5) 病患服務員之工作滿意度與病患照護品質的關係為何？

## 貳、文獻探討與假設

### 一、長期照護機構特質與照護品質之實證研究

從 1950 年代起，國外學者研究焦點即關注於長期照護機構之照護品質議題，有不少學者更試圖將長期照護機構之結構面與結果面做一相關連結，亦深入探討長期照護機構特質與照護品質之關係，而護理之家的照護品質一直是機構照護的一個重要議題。照護人員的品質、人數、流動率、工作滿意度，對照護活動的執行有重大的影響；然而在護理之家，病患服務員是提供照護的主體，因而病患服務員之功能發揮與否將影響整個長期照護機構的照護品質。從諸多實證研究中並無法對此二者間相關性作一致性看法之歸納 (Davis, 1991; Sainfort et al., 1995)。且國內針對此議題詳細研究探討的文獻甚少，是以本研究嘗試探討護理之家機構特質與照護品質兩者的關係。

本研究所討論的機構特質係以組織規模、組織的生命週期、連鎖型態、及護理之家型態（附屬型或獨立型）為範圍，茲將這些特質如何影響照護品質，描述如下。

#### （一）、組織規模與照護品質之實證研究

超過 25 份研究報告均探討組織規模大小和照護品質結果的相關性議題 (Davis, 1991)。一般來說，大型組織中有較多管理層級，通常也較正式化、分權化、複雜化，且機構的資源較豐富，因此除了重視經濟規模外，也著重標準化及品質的好壞 (Daft, 2001, p. 281; Kimberly, 1976)。許多的研究 (Anderson, Issel, & McDaniel 2003; Keeler, 1992; Kuhn, Hartz, Gottlieb, & Rimm, 1991;

Leveck & Jones, 1996)對不同照護機構特質與照護品質進行研究，發現好的照護品質與組織規模(病床數)有相關性；且發現長期照護機構規模大小應與其照護品質成正相關。反之，小規模長期照護機構，在成本效益管理上也許較有效率(Zinn, Aaronson, & Rosko, 1994)。Graber 和 Sloane(1995)在同時考量結構面(所有權、規模、佔床率等)、住民特質與過程面對照護品質影響，亦發現規模愈大的護理之家，其照護品質結果面指標較高。

然而，也有研究表示，這兩種變項假設並無一致性之相關存在(Davis, 1991)。例如 Wan (1992) 發現組織的規模大小對住院死亡率的影響並不顯著，亦即組織的大小對病患不利的結果(adverse outcome) 之影響很有限。

*假設 1：組織規模大的護理之家，其照護品質(跌倒的比率、壓瘡的比率、再入院的比率較低)較佳。*

## (二)、組織之生命週期

考量護理之家的生命週期是否成長或萎縮對組織層面的研究而言是十分重要的議題。早期對生命週期的描述，Greiner (1972)描述 7 個成長的階段。學者 Cameron 等則認為組織成長或萎縮應該有四個階段，包含：成長期、萎縮期、穩定期、及不穩定期(Cameron, Kim and Whetten, 1987)。當組織經歷到資源上的實質增加或減少時，組織的成長或萎縮便會發生。不穩定期是指較大、較快速、間斷性、波動性的變化(Alexander, Fennell & Halpern, 1993)。相反地，穩定性則指不具變動或是變動極小。Cameron 等以六年的收入變化作為指標而對 334 家大學研究其生命週期時發現，萎縮期與組織的士氣低迷、領導者的拒絕改變、衝突發生、減少創新等現象呈現相關。有趣的是他們也同時發現高階主管並不會受到組織萎縮的影響，因而 Cameron 等推論組織萎縮的成本通常散佈在組織的員工之中。

Alexander 和同事(1993)對 1534 家美國的社區醫院進行調查，在控制生命週期的狀況下，去探討領導的不穩定性(指經常更換院長)和董事會的關係。他們將生命週期定義為五年內住院人日的改變，調整後的住院人日若超過全國平均之 5%，且四年內有三年如此則定義為成長期；反之，調整後的住院人日若低於全國平均之 5%，且四年內有三年如此則定義為萎縮期。使用這樣的定義，Alexander 等發現經歷不穩定時期的醫院通常在領導上也比處於穩定期

的醫院較有問題。萎縮期的醫院其院長的不穩定性也較高。管理的角色會因為組織處於不同的生命週期而有所調整，但這樣的假設尚未被證實(Szilagyi & Schweiger 1984)。綜觀上述的文獻，關於組織生命週期之研究仍然闕乏，尤其是運用生命週期去探究護理之家的品質照護。

*假設 2：護理之家的生命週期，會影響組織效能及照護品質。*

### (三)、連鎖型

Zimmerman 等以美國馬里蘭州內的 59 間護理之家為研究對象，共收集 2015 位住民的資料，研究發現屬營利性質、連鎖型、環境較差、缺乏隱私權、工作人員滿意度低、病患家人拜訪次數較少之護理之家，通常與感染導致的高住院率相關(Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, Sloane, 2002)。台灣學者李等調查 28 家有證照之護理之家營利狀況和連鎖情形對下列各變數的關係：(1)每位病患之營運成本，(2)護理人員與病患的比率，(3)機構的大小，(4)佔床率，和(5)品質。發現連鎖型／營利和連鎖型／非營利的護理之家傾向於營運成本較高，且品質較好(Lee, Liu, Wu, Chung, & Lee, 2002)。反之，Harrington 等研究 1998 年全美 13,693 護理之家則發現連鎖型的護理之家明顯的和較差的品質指標有相關(Harrington, Woolhandler, Mullan, Carrillo, Himmelstein, 2001)。而連鎖型的護理之家已被證實通常需要更多的組織之相關規定，而這些規定連帶會影響工作的滿意度(Singh & Schwab, 1998)。

*假設 3：連鎖型護理之家，其照護品質（跌倒的比率、壓瘡的比率、再入院的比率較高）較差。*

*假設 4：連鎖型護理之家，病患服務員的滿意度較非連鎖型護理之家為差。*

### (四)、護理之家的型態（醫院附屬型／獨立型）

醫院附屬型的護理之家的給付通常比獨立型護理之家來得高(Buchanan, Madal, & Persons, 1991)，而其護理人員數通常也比獨立型的護理之家多(Cohen & Spector, 1996)。Knapp (1994)也認為由於醫院附屬型的護理之家可以在必要時把病患直接送到所屬的醫院以利提供必要的醫療及照護，所以通常附屬型的照護人力需求也較多，因而照護品質也較毋需擔憂。

然而 Harrington 和同事(2001)探討美國 13,693 護理之家的照護品質、生活品質時發現護理之家型態並不會影響這些品質的好壞。醫院附屬型的護理之家，明顯的花費較高的成本 (Pizer, White, & White, 2002)，但是否品質較好，目前尚無一個定論。

*假設 5：護理之家是否為醫院附屬型並不會影響照護品質的好壞*

## 二、病患服務員 (Nurse Aides)

護理之家的照護工作是由各種不同的專業人員組合而成。病患服務員在其中扮演著聯繫社會資源，以提供持續性照護的重要角色。所有護理之家參與者一致肯定病患服務員在這個領域的重要性更甚於醫師，並且認為長期照護主要是療養而非治療，且對病患服務員所提供的關愛照護有較大的需求。

病患服務員此名稱在尚未被正式使用前，通常並無統一的稱謂或名稱。如看護、監護工、護理佐理員、護佐、助理護士、家事服務員、在宅服務員等名稱都有人使用。直至民國 82 年護理人員法公佈實施，才將上述所有的名稱統一為『病患服務員』。雖然病患服務員的工作並不需要非常高深的學問，因此不像其他醫療人員需要接受正式專業教育訓練，但正確的衛生觀念，簡單的醫療常識及良好的照護技能等基本工作條件限制，卻是維持病患服務員一定程度素質的要件。

廣義上，病患服務員的醫療服務範圍，是在護理人員的指導下直接提供病人基本的護理照護服務，包括生理的照護與心理的支持。而國外的病患服務員之工作職責，大多定位從事簡易非專業性的護理照護工作。因而，病患服務員並非專業人員，病患家屬花錢請託病患服務員是希望病患得到妥切的照護，但因受過訓練及取得合格證書的病患服務員有限，加上流動率高，因此照護品質良莠不齊。

## 三、病患服務員工作滿意與流動率之關係

工作滿意度作為組織內早期警示的一種指標，能對組織人員的工作滿意度保持長久的追蹤，以及資料蒐集，將可提早發現組織在工作上的不當調配、計劃或政策上的缺失，以快速因應採取補救措施。當組織人員的工作滿意度較高

時，則可提升工作績效並增加對組織的認同感；反之，一旦組織人員的工作滿意度降低，導致人員的工作疲乏、流動率提高、穩定率降低，更進一步造成醫療照護品質下降，並增加機構的經營成本。

流動率應該包含離開及進入二部份。離職是指個人離開其工作單位的行為。Mobley、Griffeth、Hand 和 Meglino (1979) 認為離職是指個人在組織專職工作一段時間，經過主觀考慮後才離開其工作單位的行為，他強調個人主觀選擇離開，排除非自願的離職如解僱、強迫退休等。離職對組織所造成的影響，學者有不同的意見和看法，可分為正面影響和負面影響兩部分：

#### (1) 正面影響

學者們認為人員離職將使組織的人力運用更有彈性，節省薪資和福利的開銷，而且能為組織注入更多更新的想法。對於醫院護理人員的替換，可導致新的照護標準和實務進入機構體系內(Cavanagh, 1989)。當一位工作績效差的員工離職時，對組織是有利的，因為新進員工的工作動機預期比離職員工積極；若離職員工和同事間有人際衝突，該名員工的離職可促進組織和諧；適度的離職也可增進升遷機會與管道。

#### (2) 負面影響

離職的負面影響，對機構組織來說是個最重要的大問題，在於成本和所提供的醫療照護品質。另外，離職也會降低人員工作的一致性，改變組織內部原有的溝通模式，導致人與人間衝突與磨擦機會增加；留任的員工必須適應新進同仁，除了人際相處的壓力外，尚需負擔不能勝任的工作職務，進而影響團體的凝聚力、士氣和工作績效，此種離職效應的擴散，恐將引發更多人想要離職(Cohen-Mansfield, 1997)。

病患服務員是護理之家住民最主要的照護提供者。根據估計護理之家中80%至100%的病患照護直接來自於病患服務員(Bowers & Becker, 1992; IOM, 1986; Yeatts & Seward, 2000)。然而，國外的研究卻發現護理之家中，病患服務員有很高的流動率，有些幾乎平均高達100% (Cohen-Mansfield, 1997; Ricker-Smith, 1982)。在上述研究報告中指出，病患服務員高流動率將導致護理之家招募和訓練人力成本提昇(Caudill & Patrick, 1992; Lekan-Rutledge, Palmer, & Belyea, 1998)，以及降低病患的照護品質(Johnson-Pawlson & Infeld, 1996; Leveck & Jones, 1996; Steffen & Nystrom, 1997)。國內學者熊秉荃等人(1992)針對老人長期療養機構之現況及其護理人員之角色與功能研究中，發



現經營療養機構困難的項目佔最高比重項目為護理人員的流動太大，離職率高（56.76%），以及面對缺乏人力（21.62%）的問題。Zimmerman 等(2002) 研究美國馬里蘭州 59 家護理之家，發現護理人員的流動率明顯的與感染率及再住院率有關。

Halbur 和 Fears (1986) 調查護理之家特質、護理人員流動率、住民出院以及住民死亡率之關係。研究中發現在少於 50 床照護的機構中，護理人員的流動率較低，亦即組織規模小的護理之家，其護理人員流動率低，護理之家特質與護理人員流動率有相關性。我們可以了解在長期照護機構中，病患服務員的流動率是個顯而易見的問題。但如果只探究病患服務員流動率，而未針對其穩定率進行調查，對於照護品質結果探討未免不夠周全。對護理之家而言，病患服務員達到最高穩定率及最低流動率將會增進機構照護品質與降低成本之功能。

*假設 6：護理之家的組織特質，會影響其員工流動率及穩定率。*

#### 四、病患的結果(Patient Outcomes)

Donabedian (1988)提出透過結構(structure)-過程(process)-結果(outcome)三大面向去衡量醫療機構照護品質的架構，而結果面大多探討病人接受醫療服務後的改善情況，本研究針對三項與病人結果相關的指標，依次為跌倒、壓瘡以及再入院，分述如下：

##### (一) 跌倒 (Falls)

跌倒是急診常見的主要原因之一，甚至是 65 歲以上老人導致死亡的重要因素(Fuller, 2000; Rizzo, Friedkin, Williams, Nabors, Acampora, and Tinetti, 1998; Rothschild, Bates, and Leape, 2000)，75 歲以上跌倒意外致死的案件也急遽升高(Fuller, 2000)。跌倒是健康不良和身體功能下降的重要指標。70 歲以上的老人，90%的髓關節骨折均由於跌倒所致。護理之家的病患幾乎也有 60%會發生跌倒 (Fuller 2000; Myers, Van Natta, Robinson, & Baker, 1994)。Rizzo 和同事(1998) 研究美國 Medicare 的老人也發現由於跌倒導致的各種醫療成本分別是醫院成本 11,042 美元，護理之家成本為 5,325 美元，全部醫療成本高達 19,440 美元。

## (二) 壓瘡 (Pressure Ulcers)

壓瘡是長期照護機構住民常見之健康問題，也與住民的罹病率與死亡率息息相關(Allman, 1997; Berlowitz & Wilking, 1993)，因壓瘡經常發生在長期照護機構的住民身上、對住民健康有害，除此之外，護理之家住民的壓瘡比率偏高時，也較易同時在日常生活活動、營養不良等出現問題(Ooi, Morris, Brandeis, Hossain, & Lipsitz, 1999; Rudman, Mattson, Alverno, Richardson, & Rudman, 1993)。因而壓瘡作為衡量護理之家住民健康狀況的品質指標是很有意義的。壓瘡可經由不同層面之醫療人員共同照護而達到預防壓瘡的目的，因而如何穩定工作人員的流動率，使得照護有連貫性。美國針對 95 間護理之家 1,524 位 18 歲以上至少居住 14 天之住民進行影響壓瘡產生因素之調查，研究結果顯示，重視營養、護理時數較高(每位住民的平均時數達每天 0.25 小時)、病患服務員的照護時數達每位住民的平均每天 2 小時以上，流動率小於 25%，則較不易產生壓瘡。可見病患服務員的流動率，是影響照護品質的重要因素(Horn, Bender, Ferguson, et al., 2004)。

## (三) 再入院 (Re-hospitalization)

實證研究指出長期照護機構住民為再入院的高危險群(Ackermann, Kemle, Vogel, & Griffin, 1998; Braun, 1991; Grant, N.K., Reimer, M., & Bannatyne, 1996; Walker, Minor-Schorck, Bloch, & Esinhart, 1996)。Ackermann et al. (1998) 針對 10 家美國喬治亞州的護理之家(1300 床)及 4 間醫院的急診進行研究長期照護住民使用急診的狀況，他們指出長期醫療機構住民常轉送急診，873 位住民中一年內掛急診 1,488 次，且約有四成住民在轉診評估後而住院進行進一步診療。Braun (1991)以美國 11 個護理之家的 390 病患為其進行品質研究，發現再住院與照護程度和機構規模有顯著關聯。類似的研究結果也可以在 Zimmerman 等研究中發現，他們認為連鎖型、不重視員工的工作滿意與否的護理之家，其病患因為感染而住院的比率也偏高。因此本研究蒐集護理之家再入院的資料，藉以評估住民的健康狀況。

*假設 7：組織特質(組織規模、護理之家的形態、連鎖型、生命週期)對病患的照護品質有影響。*

## 五、管理風格(Management Style)

台灣的護理之家由於法令之相關規定，大部分是 49 床的大小，由資深護理人員負責，入住對象為生活無法自理且需醫護照顧者，主管機關為衛生局。這些負責的護理人員有些具備管理的相關知識，並且有豐富的臨床工作經驗。因此也具備專家力 (expert power) 及法定力 (Legitimate Power)。然而實務上雖是良好的管理者，但是不是優秀的領導者則很難定論。由於獨立型的護理之家多半為小型的機構，較偏向獨裁管理且小型機構要能有效的善用資源，長期經營更需要有遠見，因而需要借重專家的能力，然而小機構經常負擔不起長年的聘任專家顧問，也不清楚機構需要哪一類型的協助。因而有些小機構會進入連鎖型以求生存。然而連鎖型的嚴重缺點是管理鬆散，連鎖型的照護品質之研究在國外也歷歷被指證為品質低落（請參見文獻中之連鎖型）。國內的大型護理之家多半為醫院附設型態，擁有豐富的醫療資源，包括人力及物力。但較大的問題是如何讓組織內的相關專業的人員合作無間，才能解決大型組織的無效率。總而言之，國內的護理之家大型的少，小型的多，管理的相關問題各有不同。

反觀國外的護理之家的管理議題，Binstock & Spector (1997) 確認出長期照護機構的五個重要的領域，其中一個即為長期照護機構缺乏有效的管理策略以改善護理之家的品質。Yeatts & Seward (2000) 研究自我管理團隊 (self-management work team) 對健康照護的提供、組織內人員的工作滿意度和流動率的影響，發現員工參與決策過程會提升其工作滿意度和降低其流動率。而 Shortell 等學者(1994) 研究美國 42 個加護病房共 17,440 位病患發現醫療服務提供者與組織間的互動（包含文化、領導、協調、溝通、衝突管理的能力）顯著的降低人員流動率、病患住院天數以及提升醫療照護品質。Gaddy & Bechtel(1995) 以美國病患護理員為對象研究護理之家的員工流動率，他們發現病患助理員的流動率與上司的管理風格比薪資及福利更有明顯的關係，因此，缺乏效率的管理將影響長期照護機構內員工的士氣和滿意度，進而造成高流動率和照護的品質的降低 (McAiney, 1998; Robertson & Cumming, 1996)。Zimmerman 和同事(2002) 研究 59 護理之家，也發現管理風格與照護品質之間有明顯的相關。

領導者的管理風格之所以重要，係因為領導者可以提供工作人員必要的在職訓練，進而影響工作人員所提供的品質照護 (Nazarko, 1998)。管理風格會影響管理者與部屬之間的關係，特別是員工的滿意度，進而影響品質照護，最後

影響到機構的成功與否(Perra, 2000)。領導者也可以藉由不同的激勵方式去激發員工的士氣，降低員工流動率 (Spector and Takada, 1991)。另外，領導者亦可經由改變組織的氣候，影響員工對組織的認同及承諾，進而影響員工的滿意度及降低流動率並增進穩定率(Ingersoll, Kirsch, Merk, & Lightfoot, 2000)。

*假設 8：組織特質會透過管理風格的中介作用對組織的效能（流動率、穩定率、病患服務員的工作滿意度）及病患的照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）有顯著的影響。*

## 六、病患服務員之工作滿意度與病患結果之關係

由於護理之家的病患通常居住的時間較久，其與工作人員之關係較為長久，因而工作人員之滿意度經常會被認為是影響病患照護品質的重要因素之一(Chou, Coldy, and Lee, 2002)。也有許多的研究指出，不適當的人力調配或其他因素導致工作人員的滿意度下降時，均會影響病患的照護結果(Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Weisman & Nathanson, 1985)。反之，工作人員的壓力來源中常見到的一項為病患之病況，然而工作人員之滿意度是否會受到住民的病況變化之影響的相關研究仍減少。

*假設 9：病患服務員的工作滿意度會影響病患的照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）。*

## 參、研究架構

經由文獻回顧與探討，本研究採用 Donabedian(1988)提出的透過結構(structure)-過程(process)-結果(outcome)三大面向，衡量醫療機構照護品質。結構的部份本研究以護理之家的規模（以床數為主）、生命週期、連鎖型、型態（附屬型或獨立型）為組織層面的特質；組織內的過程面則以管理的風格為主要的概念，由文獻查證的過程中得知管理風格會影響行政及病患的結果。然而，結果的指標並不一定只限於本研究的六大指標，其他如財務指標、市場佔有率等也均可涵蓋在內，惟限於資料收集的問題，本研究僅使用架構內的六大指標。

如圖一：本研究之概念性架構

結構層面	過程層面	結果層面
護理之家特質：	管理風格	組織效能：
組織規模：床數		病患服務員流動率
生命週期		病患服務員穩定率
連鎖型		病患服務員工作滿意度
護理之家型態		病患照護品質：
醫院附屬型 vs 獨立		跌倒比率
		壓瘡比率
		再入院比率

## 肆、研究方法

### 研究設計：

本研究是屬於非實驗性，橫斷性的研究，分析的單位為護理之家。本研究之主要目的是要檢查組織特質、管理風格、及組織效能（員工流動率率、穩定率、工作滿意度）及病患的照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）三者的關係。本研究的問題涵蓋(1)護理之家病患服務員的流動率及穩定率為何？(2) 護理之家的組織特質是否會直接影響到組織的效能（流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度）及病患照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）？(3)護理之家的組織特質是否與管理風格（中介變數）有相關？(4)護理之家的組織特質，是否會透過管理風格的中介（mediating）作用而影響組織的效能（流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度）及病患照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）？(5)病患服務員之工作滿意度與病患照護品質的關係為何？

## 研究樣本：

本研究的對象主要以 2001 年高雄市 34 所護理之家的病患（住民）為主，收集病患的品質照護結果資料；第二是以護理之家的病患服務員 300 人為對象，請其填工作滿意度量表及組織特性量表(Profile of Organizational Characteristic; POC)，以分別收集工作滿意度及管理者的領導風格。問卷則藉高雄市衛生局所舉辦的護理之家病患服務員專業護理訓練課程的機會進行發放，該訓練課程共三天分三梯次，填答者有疑問之處，則進行口頭說明。問卷共發放 300 份，回收 252 份，回收率為 84%，有效問卷 209 份，有效回收率為 69.67%。

組織效能層面的六大指標則是以護理之家為調查單位。主要收集病患服務員的人力（以利計算員工流動率及穩定率）及跌倒、壓瘡、再入院的比率。另外，高雄市立案的 35 間護理之家的特性資料，則分別來自高雄市衛生局、中華民國長期照護協會以及透過問卷方式取得，僅有一護理之家未回覆，回收率 97.14%，其中醫院附設有 9 間，獨立型護理之家則有 25 間。

## 問卷量表：

本研究問卷在測量病患服務員工作滿意度方面，係以 The Index of Work Value Satisfaction Questionnaire (IWS) 工作滿意指標問卷(Slavitt, Stamps, Piedomte, & Hass, 1978)為藍本加以編修，分為兩部分：病患服務員基本資料及病患服務員工作滿意度。後者共有 28 題項，其中五題為反向題，採李克式五點量表，1 分表示完全不同意、2 分為不同意、3 分為普通、4 分為同意、5 分為完全同意。工作滿意度量表之整體及各構面的內 Cronbach  $\alpha$ ，於統計分析中皆有報告。

管理風格(management style)亦採問卷測量，翻譯自組織特性量表，共計 51 題採李克式五點量表，1 分表示完全不同意、2 分為不同意、3 分為普通、4 分為同意、5 分為完全同意。組織特性量表的問卷效度相當好(Miller, 1977)，問卷內部一致性  $\alpha$  達 0.73。本研究之管理風格整體及構面的 Cronbach  $\alpha$ ，於統計分析中皆有報告。

## 變數測量：

1. 組織規模：以護理之家的實際床數為主，為連續性變項，單位為床數。
2. 組織生命週期：以護理之家 6 個月內的每月住院人數之變化（增加或減少）計算出護理之家的生命週期。共分為三種週期：1)成長期：6 個月內有 4 個月的住院人數是增加，且增加的範圍超過 5%；編碼為 3。2)穩定期：增加或減少的住院人數範圍是少於 5%，編碼為 2。3)消退期：6 個月內有 4 個月的住院人數是減少，且減少的範圍超過 5% (Alexamder, Fennell, & Halpern, 1993)；編碼為 1。
3. 護理之家的連鎖性：定義為護理之家是否為連鎖型，是者編碼為 1，否則編碼為 0。
4. 護理之家的型態：定義為護理之家是否為醫院附屬型，若為是則編碼為 1，為否則編碼為 0。
5. 員工流動率：過去一年（90.1-90.12）離職的全職病患服務員總數除以所有的病患服務員（不論其工作多久）乘以 100。
6. 穩定率：至少工作一年的病患服務員比率。計算方式為至少工作一年的病患服務員除以領薪資的員工總數，乘以 100 (Remsburg, Armacost, & Bennett, 1999)。
7. 跌倒比率：操作性定義為無法控制、不是刻意導致病患的跌倒。計算方式為每月平均的跌倒病人數除以每月總病人數，乘以 100。
8. 壓瘡比率：定義為身體的部位因為無法解除的壓迫（力）導致的身體組織傷害。計算方式為每月平均的壓瘡病人數除以每月總病人數，乘以 100。
9. 再入院比率：定義為不是預期中的再入院到醫院。計算方式為每月平均的再入院病人數除以每月總病人數，乘以 100。

## 統計分析方法：

本研究的分析涵蓋描述性統計、因素分析、結構方程模型分析 (structural equation modeling)。前兩項使用 SPSS 11.0 統計軟體，後一項用 AMOS 4.0 進

行結構方程檢驗。本研究的問題涵蓋(1)護理之家病患服務員的流動率及穩定率為何？(2) 護理之家的組織特質是否會直接影響到組織的效能（員工流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意度）及病患照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）？(3)護理之家的組織特質是否與管理風格（中介變數）有相關？(4)護理之家的組織特質，是否會透過管理風格的中介（mediating）作用而影響組織的效能及病患的照護品質？(5)病患服務員之工作滿意度與病患照護品質的關係為何？第一個研究問題將以描述統計方式回答。為了回答第二至第五個問題，我們首先將量表的資料以探索性的因素分析(exploratory factor analysis)[含 principal components analysis with varimax rotation]摘要出量表的資訊及檢查量表的信度問題。

管理風格的組織特性 POC 量表，本研究亦採主成分分析以最大變異數轉軸，以特徵值大於 1 和陡坡檢定圖決定因素，刪除第 51 題後共萃取出 8 個因素，根據歸屬題項間的關係別命名為決策（共 15 題， $\alpha$  值為 0.937）、團隊（9 題， $\alpha$  值為 0.898）、互動／影響（5 題， $\alpha$  值為 0.879）、領導（5 題， $\alpha$  值為 0.881）、溝通（6 題， $\alpha$  值為 0.859）、控制（4 題， $\alpha$  值為 0.773）、目標設定（3 題， $\alpha$  值為 0.787）、動機（3 題， $\alpha$  值為 0.612），整體量表共可解釋百分之 64.54 的變異，量表的信度 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.969。附錄一為管理風格量表的題項及信度。

病患服務員工作滿意度的量表，經主成分分析以最大變異數轉軸 (varimax)，依據特徵值(eigenvalue)大於 1 以及陡坡檢定圖(scree plot)，決定因素個數，共萃取出六個因素，並經信度分析檢驗題項與因素間的關係，刪除 Cronbach's  $\alpha$  小於 0.7 的題項，根據題項與因素間的關係分別命名為：專業地位(8 題， $\alpha$  值為 0.825)、報償管理（5 題， $\alpha$  值為 0.829）、參與決策（3 題， $\alpha$  值為 0.829）、人際互動(3 題， $\alpha$  值為 0.779)、自主性(6 題， $\alpha$  值為 0.594)，合計 25 題項，整體量表共可解釋百分之 56.60 的變異，量表的信度 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.8168。附錄二為病患服務員工作滿意度量表的題項及信度。

其次以潛在變數(latent variable modeling, LVM)結構分析方法(structural equation modeling)加以分析。LVM 的分析方法，主要涵蓋測量模型及結構模型。測量模型是探討可觀察、測量的變數和潛在變數的關係。本研究中的管理風格、病患服務員之工作滿意度均是潛在變數。結構模型則是探討外生變數(exogenous)和內生變數(endogenous)之間的關係。本研究中的外生變數是指護理之家的組織特質，而內生變數則為所有的組織效能及病患照護品質，管理風



格則為本研究的中介變數。使用結構方程方法的目的是在於估計模型的參數(parameter)以便判斷模型與樣本資料之間的適合度(goodness-of-fit)。若適合度未達到理想的數據，則拒絕潛在因果關係的假設(Bentler, 1990)。

為了檢定管理風格是否為本研究之中介變數，本研究將依下列步驟依序檢驗。步驟一：將外生變數(護理之家組織特質)與所有的內生變數(組織效能；如穩定率、流動率、工作滿意度、跌倒、壓瘡、再入院)之間建構一個直接關係模型(directed relationship model)；步驟二：檢查外生變數與中介變數「管理風格」之間是否有直接的關係；步驟三：檢查中介變數「管理風格」與內生變數之間的關係；步驟四：所有的內生變數、中介變數、外生變數放入同一模型時，檢查直接作用的係數是否消失或變小。

## 伍、結 果

### 一、描述統計

本研究護理之家機構特質：經營型態大多數為獨立型護理之家，佔 25 間(73.5%)，醫院附設型則佔 9 間(26.5%)；護理之家平均床數為 41.59 床(31.83)，其中小於 50 床的護理之家，約 79.4%，最少床的為 8 床，最多床的為 168 床；而平均佔床率約 79.08%(23.78)，大約有一半的護理之家其平均佔床率在 87.75%以上；非連鎖型的護理之家有 23 家，佔 67.6%，連鎖護理之家有 11 間，佔 32.4%。護理之家的生命週期屬於成長期的共有 4 家，佔 11.76%；屬於消退期共有 2 家，佔 5.88%；而穩定期的護理之家共有 19 家，佔 55.88%。資料不足無法計算出是否屬於何期的共有 9 家，佔 26.74%。

各機構病患服務員流動率與穩定率方面，平均流動率為 1.78% (標準差為 5.67)，亦即病患服務員流動率低；而平均穩定率為 45.70%(標準差為 23.99)，約一半的護理之家其平均穩定率在 50.00%以上。

病患服務員基本資料的描述性統計，性別以女性為主，約 186 人(89%)、平均年齡 38.23 歲，已婚者佔多數約 76.6%。教育程度方面以高中(職)最多佔 55.5%(116 人)、其次為國小及國中佔 33.1%(69 人)，平均的工作年資為 2.92 年(標準差為 2.41)。多數(50.7%)的病患服務員之薪資為 25,001~30,000 元，平均薪資 30,001~40,000 元者佔 16.3%，而有 4.8%的人薪資在 15,000~20,000

元。表一列出描述統計的部份。

表一：研究樣本的描述統計分析表

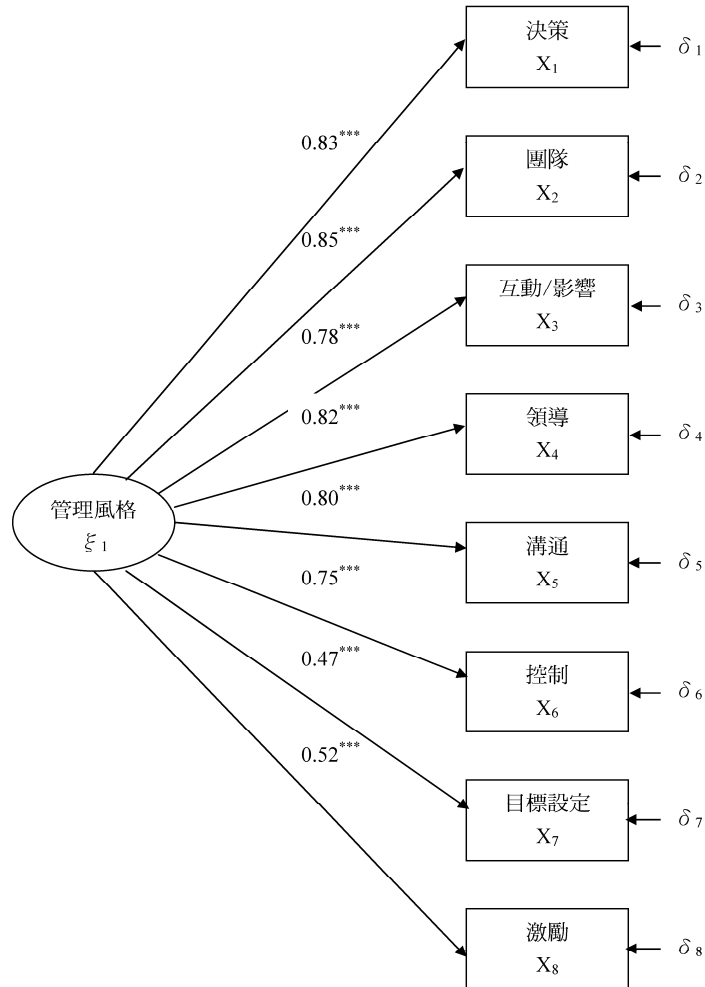
研究變項	次數(百分比)	次數	平均數(標準差)
<u>護理之家</u>			
連鎖型		11(32.4)	
醫院附屬型		9(26.5)	
床數			41.54(31.83)
生命週期： 1 消退期		2(5.88)	
2 穩定期		19(55.88)	
3 成長期		4(11.76)	
資料不足無法計算		9(26.74)	
流動率			1.78%(5.67)
穩定率			45.7%(23.99)
<u>病患服務員</u>			
性別：男		23(11.0)	
女		186(89.0)	
教育程度			
無		6(2.87)	
小學		25(11.96)	
國（初）中		44(21.05)	
高中（職）		116(55.5)	
大專（含）以上		18(8.61)	
薪資			
15000 元以內		3(1.43)	
15000~20000 元		10(4.8)	
20001~25000 元		48(22.97)	
25001~30000 元		106(50.7)	
30001~40000 元		33(16.3)	
40001~50000 元		7(3.35)	
50000 元以上		2(0.96)	
婚姻狀況			
未婚		28(13.39)	
已婚		160(76.6)	
離婚		18(8.61)	
分居		3(1.41)	
年齡			38.23(10.71)
年資			2.92(2.41)

## 二、結構方程模型

### (一) 測量模型(Measurement Model)

在進入結構方程模型之前，使用 Confirmatroy Factor Analysis 檢查二個測量模型，看是否每一個指標（項目）均落在同一個相關的構面上。這二個測量模型包括管理風格及病患服務員的工作滿意度。結果分述如下：

圖二：管理風格測量模型

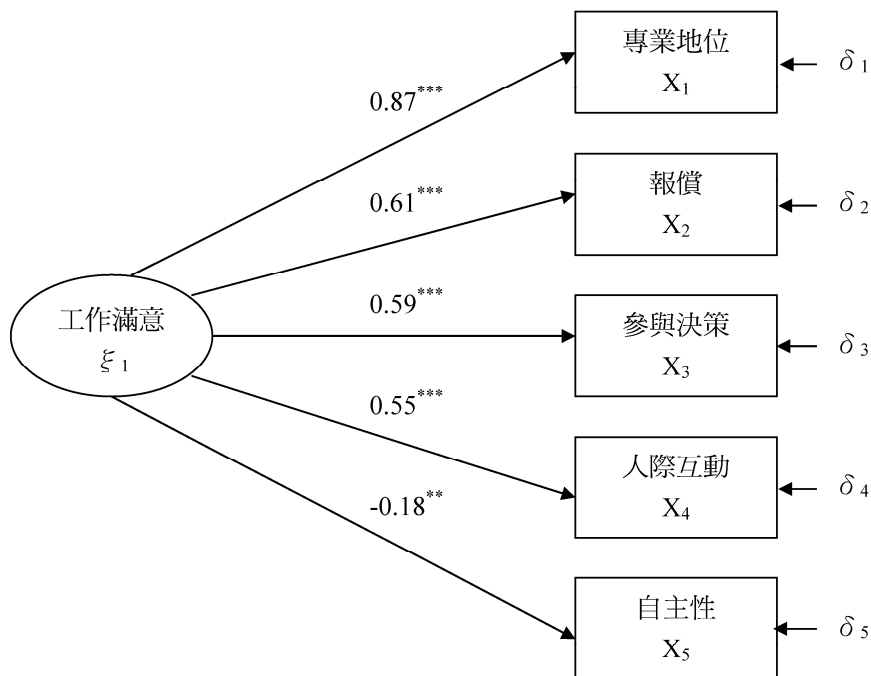


模型適合度

適合度指標	$\chi^2$	CFI	TLI	IFI	RMSEA	Hoelter's N(0.05)
統計量	62.177	0.996	0.993	0.996	0.082	157

- 1) 管理風格的八大因素均與管理風格在統計上呈現顯著關連；然而，決策、團隊、互動／影響、領導、溝通、及控制均比目標設定和動機比較上較為強壯的指標（圖二）。八個指標均指向同一個構念，且適合度指標可接受（ $\chi^2=62.17[df=20]$ ,  $p<.000$ ,  $IFI=.996$ ,  $TLI=.993$ ,  $CFI=.996$ ,  $RMSEA=0.082$ , and  $Hoelter .05 \text{ index}=157$ ）。
- 2) 病患服務員工作滿意度：這項構念總共使用 5 種滿意度指標，涵蓋專業地位、報償管理、參與決策、人際互動、及自主性。這 5 種指標與工作滿意皆呈現統計上的顯著關連（圖三）。適合度指標可接受（ $\chi^2=18.69[df=5]$ ,  $p<.000$ ,  $IFI=.998$ ,  $TLI=.993$ ,  $CFI=.998$ ,  $RMSEA=0.094$ , and  $Hoelter .05 \text{ index}=184$ ）。

圖三：工作滿意度測量模型



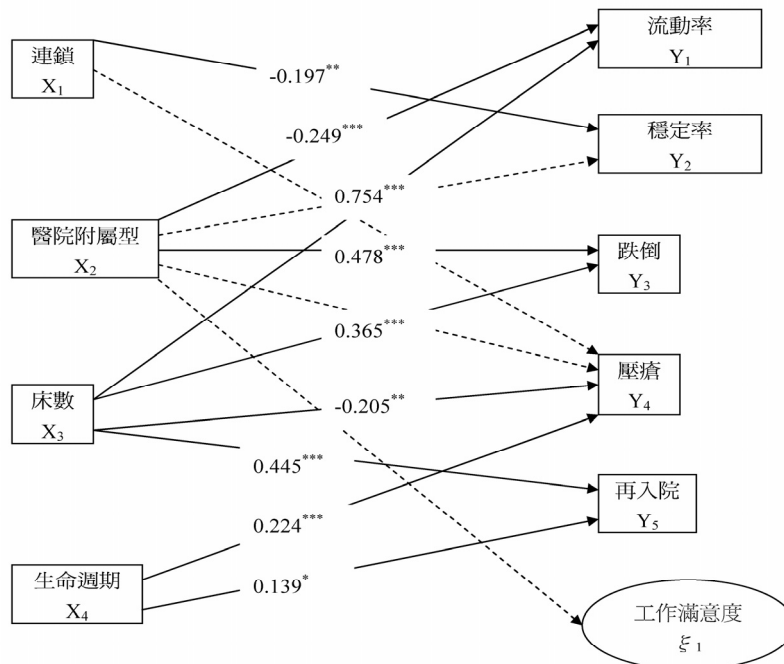
模型適合度

適合度指標	$\chi^2$	CFI	TLI	IFI	RMSEA	Hoelter's N(0.05)
統計量	18.695	0.998	0.993	0.998	0.094	184

(二) 結構模型(Structural Model Analyses)

結構方程的分析用來檢測所有的假設驗證。首先，將外生變數（自變數）與所有的內生變數（結果變數）之間建構一個直接關係模型(directed relationship model)，請見圖四。除了病患服務員的工作滿意度外，幾乎所有變數間的係數皆與組織特質呈現統計上的重要性，且大部分與預測的方向一致。這樣的結果部份支持我們的部分假設 1-7。例如：組織規模大的護理之家壓瘡率較低，但跌倒、再入院（假設一部分成立）及員工流動率（假設六成立）則偏高。護理之家位於生命週期的成長期時，其壓瘡及再入院比率也增加（假設二）。反之，若屬於消退期的護理之家則壓瘡及再入院的比率也相對較低。連鎖型的護理之家對照護品質及滿意度（假設三及四）沒有影響但對人力的穩定率有負面的影響（假設六成立）。醫院附屬型的護理之家對跌倒的比率有負面的影響但有降低流動率的影響（假設五不成立，假設六成立）。

圖四：直接關係模型



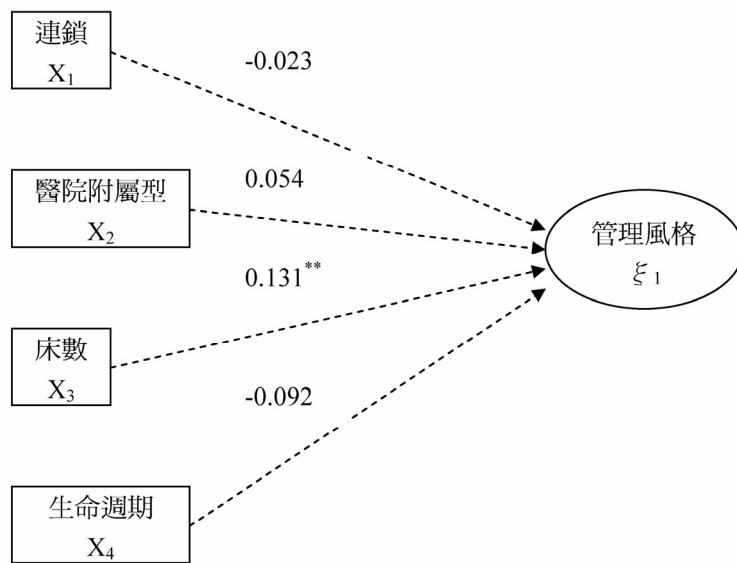
模型適合度

適合度指標	$\chi^2$	CFI	TLI	IFI	RMSEA	Hoelter's N(0.05)
統計量	461.119	0.951	0.930	0.952	0.131	64

護理之家的組織特質與組織效能、病患照護結果呈統計上的相關。然而護理之家的組織特質與病患服務員的工作滿意度並無統計上的顯著意義(假設四及七)。若以顯著水準 $\alpha=0.10$ 時，唯一可以說明的是醫院附屬型的護理之家與病患服務員的滿意度呈現正相關。然而整體而言，護理之家的組織特質與病患服務員的工作滿意度並無直接作用，但也許管理風格對病患服務員的工作滿意度有直接作用，這有待後面的檢測。整體的模型適合度指標如下 ( $\chi^2=461.12$  [df=73],  $p<.000$ , IFI=.952, TLI=.930, CFI=.951, RMSEA=0.131, and Hoelter .05 index=64)，這些指標建議這些結構關係並未適當的解釋本研究資料的存在關係。

接著我們檢查外生變數與中介變數（管理風格）之間有無直接關係的存在，發現外生變數中僅有床數的多寡與管理風格之間的直接關係顯著(係數=0.131,  $p<0.01$ )，其餘皆不顯著。整體的模型適合度指標如下 ( $\chi^2=153.98$  [df=54],  $p<.000$ , IFI=.991, TLI=.987, CFI=.991, RMSEA=0.077, and Hoelter .05 index=146)，請見圖五。

圖五：外生與中介變數



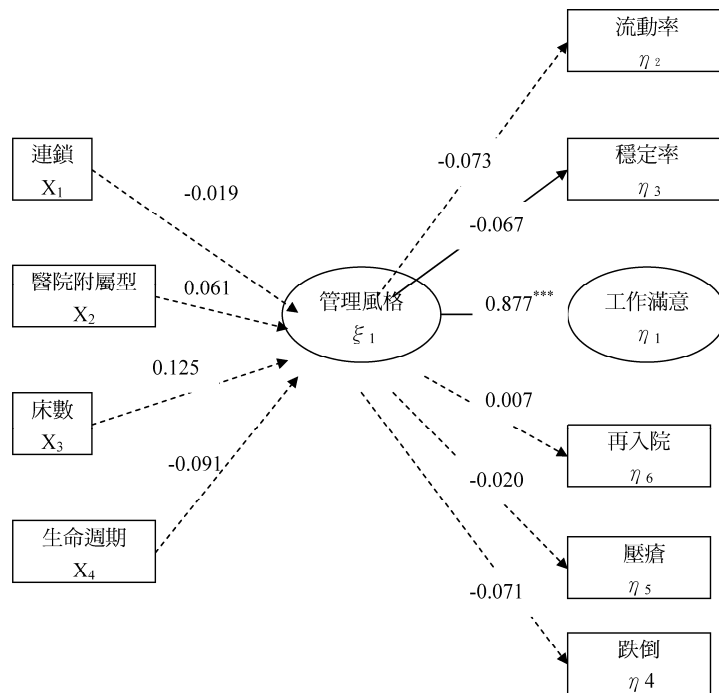
模型適合度

適合度指標	$\chi^2$	CFI	TLI	IFI	RMSEA	Hoelter's N(0.05)
統計量	153.977	0.991	0.987	0.991	0.077	146

為了檢查管理風格是否為中介變數須把所有的外生變數、中介變數、以及內生變數同時放入模型中，以檢測直接及間接係數之變化。圖六便是檢查中介變數模型，在此模型中管理風格是我們的中介變數，用來探討護理之家的組織特質（外生變數）是否經由管理風格的中介作用而對組織效能及照護品質的內生變數產生作用。整體的適合度指標如下： $\chi^2=981.85$  [df=185],  $p<.000$ , IFI=.958, TLI=.943, CFI=.958, RMSEA=0.118, and Hoelter .05 index=69。這些指標建議資料與模型之間的適合度並未較前面二種模型為高。

因此，為了更進一步了解管理風格的中介作用，我們將直接及間接作用分開來看。如果間接作用有統計上的意義，則外生變數對內生變數的全部作用，是包含了透過管理風格的間接作用。如何證明中介作用的存在？在加入間接作用後使得直接作用變小或消失，便可證實其存在。由於以圖形表示的模型複雜度高，無法將完整圖形及係數呈現，因而以簡圖（圖六）及文字說明如下。所有的報告皆以標準化係數為主（表二）。

圖六：中介模型



模型適合度

適合度指標	$\chi^2$	CFI	TLI	IFI	RMSEA	Hoelter's N(0.05)
統計量	712.154	0.972	0.962	0.972	0.096	95

表二：總效果、直接效果、和間接效果

依變項	自變項	總效果	直接效果	間接效果	p-value
員工流動率	連鎖型	-0.036	-0.037	0.001	NS
	醫院附屬型	-0.255	-0.251	-0.004	0.000
	組織規模（床數）	0.751	0.760	-0.009	0.000
	生命週期	-0.020	-0.027	0.007	NS
穩定率	連鎖型	-0.252	-0.254	0.001	0.000
	醫院附屬型	0.099	0.103	-0.004	NS
	組織規模（床數）	0.107	0.116	-0.008	NS
	生命週期	-0.152	-0.159	0.006	0.02
工作滿意	連鎖型	0.013	0.031	-0.017	NS
	醫院附屬型	0.132	0.078	0.054	NS
	組織規模（床數）	0.031	-0.078	0.109	NS
	生命週期	-0.077	0.002	-0.079	NS
跌倒	連鎖型	0.080	0.079	0.001	NS
	醫院附屬型	0.493	0.497	-0.004	0.000
	組織規模（床數）	0.358	0.366	-0.009	0.000
	生命週期	0.165	0.159	0.006	0.004
壓瘡	連鎖型	0.124	0.123	0.000	NS
	醫院附屬型	-0.089	-0.088	-0.001	NS
	組織規模（床數）	-0.205	-0.202	-0.002	0.003
	生命週期	0.223	0.222	0.002	0.001
再入院	連鎖型	0.125	0.125	0.000	0.04
	醫院附屬型	0.145	0.144	0.000	0.019
	組織規模（床數）	0.437	0.436	0.001	0.000
	生命週期	0.209	0.209	0.000	0.001

第一：外生變數與流動率之間，以床數大小與員工流動率有直接正相關（直接作用= 0.754, P=0.000），即使加入管理風格的中介變數後，直接作用的係數並未變小，且間接作用也不顯著(total effect=0.751, direct effect=0.760, p<.001, indirect effect=-.009, n.s.)。相似的情形也發生在護



理之家的型態：獨立型的護理之家有較高的員工流動率，而管理風格也無中介的作用(total effect= -0.255,  $p < .001$ , direct effect= -0.250  $p < .001$ , indirect effect=-0.005, n.s.)。直接係數由於中介變數加入之故而降低其係數，但間接作用仍然不明顯。而連鎖型及生命週期對員工流動率均無直接及間接的影響。

第二：探討外生變數與穩定率的關係時發現，與非連鎖的護理之家相比，連鎖型的其病患服務員的穩定率較低(direct effect = -0.197,  $p < .01$ )，加入管理風格後，連鎖型對穩定率的直接作用變小(total effect = -0.214,  $p < .01$ , direct effect = -0.210  $p < .01$ , indirect effect = -0.033,  $p < .01$ )，而管理風格的中介作用有部份的影響。較肯定的說法是管理風格對穩定率有正面的影響(direct effect = 0.366,  $p < .001$ )。

第三：外生變數與病患服務員的工作滿意度之關係，我們發現所有的外生變數與滿意度皆無統計上的直接相關，亦不會因為管理風格而中介二者的關係。反而，管理風格與病患服務員的工作滿意度有直接的相關(direct effect = 0.888,  $p < 0.001$ )。

第四：探討外生變數與跌倒發生率的關係時發現，床數較多、醫院附屬型之護理之家，跌倒的發生率也較高；直接作用分別為 0.365 ( $p < .001$ ) 及 0.478 ( $p < .001$ )。然而加入管理風格後，直接作用變大，分別為 0.366 ( $p < .001$ ) 及 0.497 ( $p < .001$ )，且透過管理風格產生的中介效果不明顯。位於成長期的護理之家跌倒的發生率也較高(direct effect = 0.157,  $p < .01$ )，所以僅能證明外生變數對跌倒之發生率有直接之作用，但並無證據可以說管理風格是中介因素。

第五：探討外生變數與壓瘡發生率的關係時發現，床數較多之護理之家，壓瘡的發生率較低（直接作用為 -0.217， $p < .001$ )。然而加入管理風格後，直接作用變大(-0.202,  $p = .001$ )，而透過管理風格產生的中介效果不明顯。生命週期屬於成長期之護理之家與壓瘡的發生率呈現正相關（直接作用為 0.221， $p < .01$ )，管理風格之中介作用也不明顯。

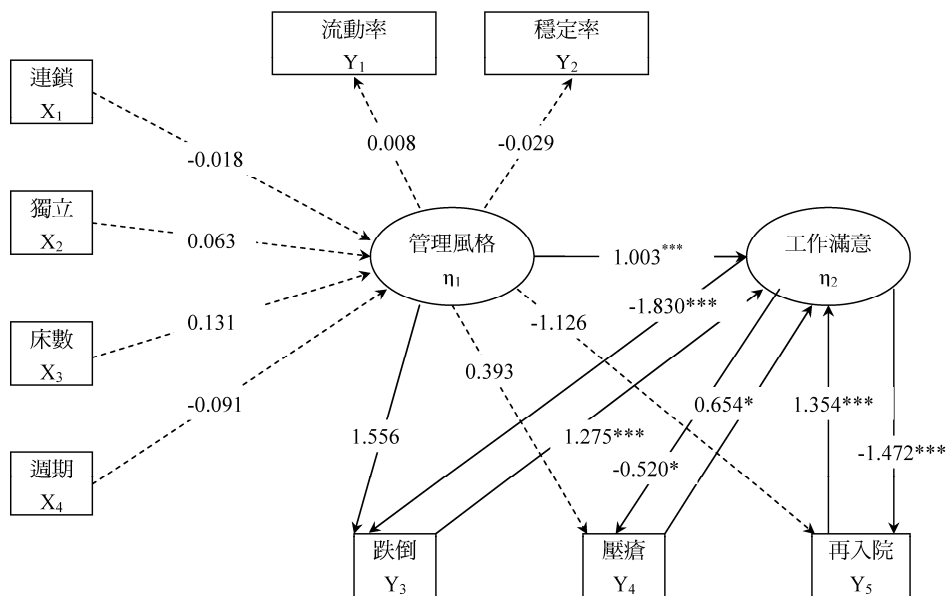
第六：探討外生變數與病患再入院的發生率時發現，床數較多(total effect = 0.441,  $p < .01$ , direct effect= 0.443,  $p < .001$ , indirect effect = -0.003, n.s.)、醫院附屬型(direct effect = 0.145,  $p < .05$ )、連鎖型(direct effect = 0.125,  $p < .05$ )、或位於成長期(direct effect = 0.208,  $p < .01$ ) 的護理之家時，病患

再入院到急性醫院的比率較高，但並不會因為管理風格之不同而有所改變。

總而言之，針對管理風格是否為所有外生變數對組織效能（流動率、穩定率、病患服務員之工作滿意）及病患照護品質（跌倒、壓瘡、再入院）的中介變數，我們僅能有少部份的證據支持這樣的假說，而較適用的部份是管理風格擔任中介角色是在外生變數對穩定率時發現的。

最後本研究檢查病患服務員工作滿意度與病患照護品質之間的關係為何？我們發現病患服務員之工作滿意會影響病患的照護品質，且病患的照護品質也會同時影響病患服務員之工作滿意。兩者之間呈現明顯的相互關係 (reciprocal)作用。如圖七所示，病患服務員的工作滿意分別對跌倒 (係數為 = -1.830,  $p = 0.001$ )、壓瘡 (係數為 = -0.520,  $p = 0.05$ )、再入院 (係數為 = 1.472,  $p = 0.038$ ) 的發生率皆有明顯的作用。反之，壓瘡 (係數為 0.654,  $p=0.001$ )、跌倒 (係數為 1.275,  $p = 0.001$ )、再入院(係數為-1.354,  $p=0.000$ ) 對病患服務員的工作滿意也有明顯的作用。

圖七、Reciprocal Model



模型適合度

適合度指標	$\chi^2$	CFI	TLI	IFI	RMSEA	Hoelter's N(0.05)
統計量	928.035	0.962	0.952	0.962	0.108	79

## 六、討論

由本研究的結果發現，組織規模大（床數多）的護理之家，其跌倒及再入院的比率皆較床數較少的護理之家為高，但壓瘡的比率則較低。這與國外的文獻並不完全相同，多數的文獻發現規模大的護理之家其品質較好。而 Berlowitz 與同僚(1999)針對護理之家的壓瘡研究發現，不論組織規模的大小，均與壓瘡情況的發生率都差不多。本研究的護理之家床數多集中於 25 床左右，真正屬於大型的護理之家 100 床及 180 床各有 1 家。這些護理之家明顯的會因照顧較多的病患而有較高比率的負面結果，所以考量品質的同時，應該要加以控制這種疾病嚴重度的因素。然而本研究由於機構的不願意提供個別病患的詳細診斷因而無法建構一個機構疾病嚴重度的指標。

大多數的高雄市護理之家是處於穩定期階段。但處於成長期的護理之家在病患服務員的穩定率較低，而跌倒、壓瘡、及再入院的比率則偏高，這顯示成長期是屬於較快速發展、波動性變化較大之不穩定週期。不穩定週期的護理之家在領導上也容易有問題，在資源上的變化也較大。因而服務人員也較不穩定，相對的所提供的品質也會有所不一。

連鎖型的護理之家的再入院率較高，顯示連鎖型護理之家和較差的品質有相關，這樣的結果與國外的學者 Zimmerman 及 Harrington 等的發現一致。連鎖型的護理之家，通常人員需要輪流至不同的連鎖型單位服務，因而工作人員的穩定性也較差，我們的結果也驗證這樣的事實。另外，連鎖型的護理之家的所屬組織通常較為複雜，規定也相對較多，因而也會影響其工作人員的滿意度。然而我們的研究結果雖然顯示連鎖型與滿意度有相關，但並未達到統計上的顯著水準。

醫院附屬型的護理之家佔研究樣本約四分之一強，其工作人員的流動率較低，再入院及跌倒的比率較高。多數的文獻皆支持醫院附屬型的資源相對的較多，因而會假設他們能夠提供的品質也較好，然而，多並不一定就是較好，許多的陸續研究也提出即使醫院附屬型的機構其護理時數（能提供之照護時間）高及助理員多時，也不見得品質便會較好（Davis, 1991），本研究也有類似的發現。且由於醫院附屬型通常人力會使用較多，因而相對的流動率會較獨立型的護理之家為低。

關於管理風格是否為中介作用的假設，我們並沒有足夠的證據證明，尤其是對流動率、跌倒、壓瘡、再入院的比率這四項指標。唯一觀察到的是床數多

的護理之家透過管理風格而影響病患服務員的工作滿意(indirect effect = 0.109)的效果大於床數對工作滿意度之直接作用(direct effect = -0.078)。而類似的情形也可以由生命週期對工作滿意度的影響得知。然而，這些作用的強度並未達到統計上的顯著意義。管理風格對工作滿意度有正向影響，主要是因為缺乏有效的管理將會影響長期照護機構內的員工士氣及滿意度。另外，本研究發現連鎖型護理之家對穩定率的負面影響過程中明顯的受到管理風格的中介影響，亦即，管理風格會改善連鎖機構所帶來的不穩定性。雖然也有許多文獻支持員工流動率會受到管理風格的影響，但本研究無法證實。

病患服務員一向是護理之家的重要人力，也是主要的服務提供者，因而不論是他們的流動率、穩定性、工作環境、個別的品質、經歷等均與病患的照護品質息息相關。因而這群工作人員的滿意度便會與照護的品質有著密不可分的關連。由本研究也證實工作滿意是會影響到病患的跌倒比率、壓瘡率、及再入院率，且均呈現負相關。亦即，工作愈滿意，這些負向的照護指標便愈低，品質也顯得愈好。然而我們也發現工作滿意與照護品質之間是明顯的相互影響。照護品質如護理之家的住民再入院的比率增加時，病患服務員的工作滿意度會變低。顯示照護病患的病患服務員由於對工作的投入亦會明顯的受到病患照護品質的影響。

## 七、結論

高雄市護理之家的病患服務員之平均流動率偏低，穩定率約在 45.7%，顯示病患服務員之人力資源較為穩定，這和國外的文獻差異頗大，但與台灣近年來的高失業率息息相關。本研究也發現不同的組織的特質會直接影響到照護品質、流動率、及穩定率。然而病患服務員的工作滿意度不受任何組織特質的影響，反倒與管理的風格較相關。組織特質中僅有規模大小（床數的多寡）會影響到管理風格。管理風格並不能被稱為重要的中介因素，去影響組織特質與組織效能的作用。然而，對病患服務員工作滿意、穩定率為內生變數時，管理風格可以看出擔任中介的潛在作用，惟因護理之家家數較少，因而影響到檢測力。這個假設非常值得未來繼續研究。本研究的另外重要發現為病患服務員的工作滿意與病患的照護品質明顯的是相互(reciprocal)影響的作用。

## 八、研究限制與建議

本研究以高雄市的護理之家為研究對象，全數的高雄市護理之家共有 34 家，加上某些護理之家漏填資料，再追蹤也不願意配合，致使資料進入結構方程分析時不得不減少許多的樣本，導致本研究的檢測力下降。建議日後應將這樣的模型發展到全國的護理之家，俾能收集到較多的樣本，也建構更有意義的模型。

雖然本研究以壓瘡、跌倒、再入院的比率為照護品質的指標，但由於收集資料的單位以護理之家為單位，通常壓瘡於評量時不會立刻消失且顯而易見，因此計算該比率較為容易且較為正確。壓瘡的預防事實上有賴人力密集的翻身動作，以減輕壓力，這樣的密集人力則端賴病患服務員的工作，本研究發現除了人力增加外，人力的品質也是非常重要的考量因素。除此外，再入院的指標也有記錄可以查證，資料的信度較高。然而跌倒指標的記錄並不詳盡，多數護理之家皆以概括推算方法，因此以這樣的指標當成品質照護指標，推論時應該相當的保守。

談到組織效能，除了員工的滿意度、流動率及穩定率外，成本控制的資料及營運的資料通常也是重要的指標。然而，這類的資料在進行護理之家的相關研究時，由於取得困難，因而並未納入本研究中，建議未來如執行其他類似的研究時，實應同時考慮品質及成本的議題。

## 參考文獻

- 李世代。長期照護的品質要求與規範----美國(OBRA)法案簡介。長期照護雜誌，1997, 1(1):15-17.
- 熊秉荃，戴玉慈，徐亞瑛，陳月枝，黃久美。老人長期療養機構護理人員及佐理員之角色與功能。護理雜誌：1992, 39(4):49-55。
- Ackermann, R. J., Kemle, K. A., Vogel, R. L., & Griffin, R. C. 1998. Emergency department use by nursing home residents. *Annals of Emergency Medicine*, 31: 749-57.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. 2002. H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288:

1987-93.

- Alexander, J. A., Lichtenstein, R., Oh, H. J., & Ullman, E. 1998. A causal model of voluntary turnover among nursing personnel in long-term psychiatric settings. *Research in Nursing & Health*, 21:415-27.
- Alexander, J., Fennell, M., & Halpern, M. 1993. Leadership in stability in hospitals: the influence of board-CEO relations and organizational growth and decline. *Administrative Science Quarterly*, 38: 74-99.
- Allman, R.M. 1997. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. *Clinical Geriatric Medicine*, 13: 421-36.
- Anderson, R. A., Hsieh, P. C., & Su, H. F. 1998. Resource allocation and resident outcomes in nursing homes: Comparisons between the best and worst. *Research in Nursing and Health*, 21: 297-313.
- Anderson, R. A., Issel, L. M., & McDaniel Jr. R. R. 2003. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52: 12-21
- Bentler, P. M. 1990. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107: 238-46.
- Berlowitz, D. R., Anderson, J. J., Brandeis, G. H., Lehner, L. A., Brand, H. K., Ash, A. S., Moskowitz, M. A. 1999. Pressure ulcer development in the VA: characteristics of nursing homes providing best care. *American Journal of Medical Quality*, 14: 39-44.
- Berlowitz, D. R. & Wilking, S. V. B. 1993. Pressure Ulcers in Adults : Improving Care in the Nursing Home. *Comprehensive Reviews of Clinical Research*. Rubenstein, L. Z. & Wieland, D. (ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Binstock, R. H., & Spector, W. D. 1997. Five priority areas for research on long-term care. *Health Services Research*, 32: 715-730.
- Bowers, B., & Becker, M. 1992. Nurse's Aides in Nursing Homes: The Relationship Between Organization and Quality. *The Gerontologist*, 32: 360-366.
- Braun, B. I. 1991. The effect of nursing home quality on patient outcome. *Journal of American Geriatrics Society*, 39: 329-338.
- Buchanan, R. J., Madel, R. P., & Persons, D. 1991. Medicaid payment policies for nursing home care: a national survey. *Health Care Finance Review*, 13: 55-72.
- Cameron, K., Kim, M., & Whetten, D. 1987. Organizational Effects of Decline and Turbulence. *Administrative Science Quarterly*, 32: 222-240.
- Caudill, M. E. & Patrick, M. 1992. Turnover among nursing assistants: Why they leave and why they stay. *The Journal of Long-Term Care Administration*, 19: 29-32.

- Cavanagh, S. J. 1989. Nursing turnover: literature review and methodological critique. *Journal of Advanced Nursing*, 14: 587-96.
- Chou, S., Coldy, D. P., & Lee, A. H. 2002. Measuring job satisfaction in residential aged care. *International Journal for Quality in Health Care*, 14: 49-54.
- Cohen-Mansfield, J. 1997. Turnover among nursing home staff: A review. *Nursing Management*, 28: 59-64.
- Cohen, J. W., & Spector, W. D. 1996. The effect of Medicaid reimbursement on quality of care in nursing homes. *Journal of Health Economics*, 15: 23-28.
- Daft, R. 2001. *Organizational Theory and Design*. South-Western College Publishing, USA.
- Donabedian, A. 1988. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260: 1743-1748.
- Davis, M. A. 1991. On nursing home quality: A review and analysis. *Medical Care Review*, 48: 129-166.
- Fuller, G. F. 2000. Falls in the elderly. *American Family Physician*, 61: 2159-68, 2173-2174.
- Gaddy, T. & Bechtel, G. A. 1995. Nonlicensed employee turnover in a long-term care facility. *Health Care Supervisor*, 13: 54-60.
- Graber, D. R., & Sloane, P. D. 1995. Nursing home survey deficiencies for physical restraint use. *Medical Care*, 33: 1051-63.
- Grant, N. K., Reimer, M., & Bannatyne, J. 1996. Indicators of quality in long-term care facilities. *International Journal of Nursing Studies*, 33: 469-478.
- Greiner, L.E. 1972. Evolution and Revolution as Organizations Grow. *Harvard Business Review*, 50: 37-46.
- Halbur, B. T., & Fears, N. 1986. Nursing personnel turnover rates turned over: Potential positive effects on resident outcomes in nursing homes. *Gerontologist*, 26: 70-76.
- Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H., & Himmelstein, D. U. 2001. Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care. *American Journal of Public Health*, 91: 1452-1455.
- Hinshaw, A. S., Smeltzer, C. H., & Atwood, J. R. 1987. Innovative retention strategies for nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 17: 8-16.
- Horn, S. D., Bender, S. A., Ferguson, M. L., Smout, R. J., Bergstrom, N., Taler, G., Cook, A. S., Sharkey, S. S., & Voss, A. C. 2004. The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: pressure ulcer development in long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 359-67.
- Ingersoll, G. L., Kirsch, J. C., Merk, S. E. & Lightfoot, J. 2000. Relationship of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the

- organization. *Journal of Nursing Administration*, 30: 11-20.
- Institute of Medicine (IOM). 1986. *Improving Quality of Care in Nursing Homes*. Washington, DC: National Academy Press.
- John-Pawlson, J. & Infeld, D. L. 1996. Nurse staffing and quality of care in nursing facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 22: 36-45.
- Keeler, E. 1992. Hospital characteristics and quality of care. *Journal of the American Medical Association*, 268: 1709-1714.
- Kimberly, J. 1976. Organizational size and the structuralist perspective. *Administrative Science Quarterly*, 21: 571-597.
- Knapp, M. T. 1994. *The Definitive Guide to Hospital-Based Nursing Facilities*, Maryland, USA: Aspen Publishers, Inc.
- Kuhn, E. M., Hartz, A. J., Gottlieb, M. S., & Rimm, A. A. 1991. The relationship of hospital characteristics and the results of peer review in six large states. *Medical Care*, 29: 1028-1038.
- Lee, C. L., Liu, T. L., Wu, L. J., Chung, U. L., & Lee, L. C. 2002. Cost and care quality between licensed nursing homes under different types of ownership. *Journal of Nursing Research*, 10: 151-60.
- Lekan-Rutledge, D., Palmer, M. H., & Belyea, M. 1998. In their own words: nursing assistants' perceptions of barriers to implementation of prompted voiding in long-term care. *Gerontologist*, 38: 370-378.
- Leveck, M. L & Jones, C. B. 1996. The Nursing Practice Environment, Staff Retention, and Quality of Care. *Research in Nursing & Health*, 19: 331-343.
- McAiney, C. A. 1998. The development of the empowered aide model. An intervention for long-term care staff who care for Alzheimer's residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 24:17-22; quiz 60
- Miller, D. C. 1983. *Handbook of research design and social measurement* (4th ed.) Newbury Park, California: Sage Publications.
- Mobley, W. H., Griffeth, R. W., Hand, H. H., & Meglino, B. M. 1979. Review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychological Bulletin*, 86: 493-522.
- Myers, A. H., Van Natta, M., Robinson, E. G., Baker, S. P. 1994. Can injurious falls be prevented? *Journal of Long Term Care Administration*, 22: 26-29, 32.
- Nazarko, L. 1998. Quality of Care in Nursing Homes. *Nursing Management*, 5: 17-20.
- Ooi, W. L., Morris, J. N., Brandeis, G. H., Hossain, M., & Lipsitz, L. A. 1999. Nursing home characteristics and the development of pressure sores and disruptive behavior. *Age Ageing*, 28: 45-52.



- Perra, B. M. 2000. Leadership: the key to quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24: 56-61.
- Pizer, S. D, White, A. J, & White, C. 2002. Why are hospital-based nursing homes so costly? Relative importance of acuity and treatment setting. *Medical Care*, 40: 405-415.
- Porell, F., & Caro, F. G. 1998. Facility-level outcome performance measures for nursing homes. *The Gerontologist*, 38: 665-683.
- Rensburg, R. E., Armacost, K. A., & Bennett, R. G. 1999. Improving nursing assistant turnover and stability rates in a long-term care facility. *Geriatric Nursing*, 20: 203-8
- Ricker-Smith, K. L. 1982. A challenge for public policy: the chronically ill elderly and nursing homes. *Medical Care*, 20: 1071-1079.
- Rizzo, J. A. Friedkin, R., Williams, C. S., Nabors, J., Acampora, D., & Tinetti, M. E. 1998. Health care utilization and costs in a Medicare population by fall status. *Medical Care*, 36: 1174-1188.
- Robertson, J. F. 1991. Promoting health among the institutionalized elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 17: 15-9
- Robertson, J. F. & Cummings, C. C. 1996. Attracting nurses to long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22: 24-32.
- Rothschild, J. M., Bates, D. W., & Leape, L. L. 2000. Preventable medical injuries in older patients. *Archives Internal Medicine*, 160: 2717-2728.
- Rudman, D., Mattson, D.E., Alverno, L., Richardson, T. J., & Rudman, I. W. 1993. Comparison of clinical indicators in two nursing homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 41: 1317-25.
- Sainfort, F., Ramsay, J. D., & Monato, Jr. H. 1995. Conceptual and methodological sources of variation in the measurement of nursing facility quality: An evaluation of 24 models and an empirical study. *Medical Care Research and Review*, 52: 60-87.
- Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. M., Gillies, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A., Knaus, W. A., Duffy, J. 1994. The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical Care*, 32: 508-525.
- Singh, D. A., & Schwab, R. C. 1998. Retention of administrators in nursing homes: What can management do? *The Gerontologist*, 28: 362-369.
- Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. B., Haase, A. M. B. 1978. Nurses' satisfaction with their work situation. *Journal of Nursing Research*, 27, 114-120.
- Szilagyi, A. D. Jr, & Schweiger, D. M. 1984. Matching managers to strategies: a review and suggested framework. *Academy of Management Review*, 9: 626-37.
- Spector, W. D., & Takada H. A. 1991. Characteristics of nursing homes that affect resident

- outcomes. *Journal Aging & Health*, 3: 427-454.
- Steffen, T. M., & Nystrom, P. C. 1997. Organizational determinants of service quality in nursing homes. *Hospital and Health Services Administration*, 42: 179-91.
- Walker, R., Minor-Schork, D., Bloch, R., & Esinhart, J. 1996. High risk factors for rehospitalization within six months. *Psychiatric Quarterly*, 67: 235-43.
- Wan, T. T. H. 1992. Hospital variations in adverse patient outcomes. *Quality Assurance and Utilization Review*, 7: 50-53.
- Weisman, C. S. & Nathanson, C. A. 1985. Professional satisfaction and client outcomes: a comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23: 1179-92.
- Yeatts, D. E., & Seward, R. R. 2000. Reducing turnover and improving health care in nursing homes: the potential effects of self-managed work teams. *Gerontologist*, 40: 358-63.
- Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. L., Hebel, J. R., Sloane, P. D., & Magaziner, J. 2002. Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors. *Journal of American Geriatrics Society*, 50: 1987-1995.
- Zinn, J. S., Aaronson, W. E., & Rosko, M. D. 1994. Strategic groups, performance, and strategic response in the nursing home industry. *Health Services Research*, 29: 187-205.

## 作者簡介

### 葉淑娟

國立陽明大學醫務管理研究所副教授，研究領域涵蓋醫療健康的管理與政策問題，研究興趣包括老人問題、外勞健康、長期照護、醫療品質、組織理論。1997 畢業於美國維吉尼亞大學醫學院 (Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University) 醫務管理哲學博士。研究論文曾登於 *JAMA*, *Health Policy*, *BMC-Health Services Research*, *Annals of Operations Research*, *Journal of Nursing Administration*, *Social Behavior and Personality*, *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *Journal of Nursing Care Quality* 及相關領域的國內期刊。

# 附 錄

附錄一：管理風格主成分分析結果

題項內容	因素負荷量					
	決策	團隊	互動影響	領導	溝通	控制
33. 機構內的決策是透過所有員工的參與作決定的	0.703					
34. 在做決定時，機構都有充分與正確的資訊以供參考	0.677					
35. 決策者對於基層的問題能確實掌握	0.661					
39. 部屬能全面參與其工作相關的決策	0.658					
36. 所有階層人員進行決策時均能使用到專業知識及技術	0.650					
40. 決策的制定多數基於團體合作的概念，採用群體參予的	0.628					
44. 機構中各層級的人，皆關心考核制度的成效	0.625					
41. 除緊急狀況外，通常機構採取集體參與的方式來訂定目	0.611					
42. 機構內各層級的人員均努力追求高的績效目標	0.605					
47. 機構內的非正式與正式團體同心協力追求組織目標的	0.588					
43. 各層級人員均表裡一致、全面接受機構內已制定的目標	0.585					
37. 決策過程是由具有最充分與正確資訊的層級做決定	0.562					
38. 決策過程能對實際執行者有激勵的作用	0.512					
45. 在執行考核制度時，能使用完整且正確的資訊及評量工	0.459					
32. 目前機構的結構能夠使組織各單位間彼此發揮影響力	0.386					
11. 機構中氣氛融洽，工作同仁合作愉快，相互信任彼此有	0.713					
13. 為了達成機構目標，個人與團隊的互動與溝通頻繁	0.691					
14. 溝通的方向有向上、向下及同儕間	0.630					
12. 員工對於機構成員、機構管理與個人成就感均相當滿意	0.587					
10. 各階層人員對於達成機構目標皆自認有實質責任	0.587					
8. 員工對於機構及機構目標非常認同，並願意全力以赴去	0.583					
27. 員工間彼此的互動密切而友善，並且相互信任	0.559					
15. 向下的溝通由各層級展開	0.538					
28. 機構內常有合作性的團隊一起完成工作	0.477					
特徵值	7.611	5.566	4.163	3.535	3.535	3.132
解釋變異量	1.221	11.131	8.326	7.070	7.707	6.265
累積變異量	15.221	26.352	34.678	41.749	48.819	55.083
各構面 $\alpha$ 值	0.9367	0.8978	0.8794	0.8809	0.8590	0.7731
內部一致性 $\alpha$ 值				0.9691		

附錄一：管理風格主成分分析結果 (續)

題項內容	因素負荷量						
	決策	團隊	互動/影響	領導	溝通	控制	目標設定
1. 主管對於部屬有完全的信心與信任			0.779				
2. 部屬對於主管有完全的信心與信任			0.701				
3. 主管表現出的行為能夠給他人完全的支持			0.701				
4. 部屬覺得可以毫無顧忌地與主管討論工作上的事情			0.591				
5. 再解決工作上的問題時，直屬長官總會嘗試詢問並採納			0.515				
20. 機構內要求員工提供正確而不扭曲的資訊				0.686			
19. 機構內的員工認為有責任主動與主管做正確的溝通				0.614			
17. 部屬通常會接受溝通；若不接受時，則會公開而誠懇地				0.596			
18. 機構內有適當的向上溝通管道與主管作正確的溝通				0.563			
16. 主管願意給與部屬各種相關與所需的資訊				0.562			
22. 機構內目前與主管的溝通管道暢通，不需要在增設其他					0.669		
25. 主管非常了解員工所面臨的問題					0.652		
26. 主管與員工之間對彼此的看法正確					0.614		
24. 主管和員工的關係很友善親近					0.575		
21. 機構內透過溝通管道往上傳遞的資訊都很正確					0.481		
23. 機構內同事間的溝通正確，不因競爭保留訊息					0.440		
48. 機構內所有人員均利用成本及生產力等相關資料做為						0.697	
49. 領導階層期望機構能達成極高的績效目標						0.645	
46. 機構內各層級的人員均能執行評量及控制功能						0.605	
50. 機構提供給我很多的管理訓練而且是我所期盼的						0.455	
30. 由員工的角度來看，員工經常可以影響單位的目標、作							0.874
29. 由主管的角度來看，員工經常可以影響單位的目標、作							0.864
31. 主管對其單位的目標、作業和工作方法影響很多，但經							0.579
6. 充分運用金錢上與身分地位的激勵方式作為激勵手段							0.749
7. 採用的激勵做法係由員工共同參與想出來的報償制度							0.685
9. 不同的激勵方式之間彼此有增強不衝突的作用							0.433
特徵值	7.611	5.566	4.163	3.535	3.535	3.132	2.664
解釋變異量	1.221	11.131	8.326	7.070	7.707	6.265	5.329
累積變異量	15.221	26.352	34.678	41.749	48.819	55.083	60.412
各構面 $\alpha$ 值	0.9367	0.8978	0.8794	0.8809	0.8590	0.7731	0.7871
內部一致性 $\alpha$ 值				0.9691			

附錄二：病患服務員工作滿意度主成分分析結果

題項內容	因素				
	專業地位	報償	參與決策	人際互動	自主性
19. 我有機會在工作中從事重要而有價值的事物	0.623				
7. 和別人談論我的工作使我感到驕傲	0.614				
17. 我所做的工作相當重要	0.610				
18. 我有機會充分發揮本身的技術和能力	0.610				
20. 在工作中我能發揮潛能, 達成自己的理想與目標	0.594				
9. 我希望管理人員和護理長能更尊重護理助理員	0.577				
10. 管理使我更進入狀況	0.562				
4. 我所做的工作能得到充分認同和重視	0.424				
27. 我覺得機構給我的工作條件(如: 工時、休假...等)相當公平		0.829			
15. 我的福利和工作環境相當合理		0.790			
1. 我對目前的薪資感到滿意		0.781			
6. 我對我的工作內容感到滿意		0.598			
28. 這是一份穩定的工作		0.594			
23. 我有權力指導與我工作相關的同僚			0.876		
22. 管理使我更進入狀況			0.872		
21. 我覺得我對每一個病人的照護充分投入			0.685	0.746	
25. 同事能夠了解我工作上的問題和困難				0.710	
24. 我和同事的相處融洽				0.670	
26. 我會協助同事完成其他的工作					0.681
8. 不包括我自己, 本機構的護理助理員對其薪資並不滿意					0.606
5. 我的工作缺乏成長和進步的機會					0.571
12. 我經常被要求做過多的文書處理					0.564
3. 我覺得我被主管盯得太緊					0.538
2. 大部分人不重視護理之家中的護理助理員工作					0.479
11. 我不喜歡我要做的事情都被規定好了					2.186
特徵值	3.638	3.234	2.731	2.362	2.186
解釋變異量	14.551	12.934	10.922	9.449	8.743
累積變異量	14.551	27.485	38.408	47.857	56.60
各構面 $\alpha$ 值	0.8253	0.8299	0.8286	0.7792	0.5944
內部一致性 $\alpha$ 值			0.8168		

組織特質、管理風格、與長期照護品質之關係