

健康產業從業人員對長照2.0措施的知識、態度與行為之調查

何清治¹、劉紋妙²、洪錦墩¹

中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系¹、護理系²

摘要

目的

旨在探討健康產業從業人員對長期照顧 2.0 措施的知識、態度與行為之關聯性。

方法

採便利抽樣、橫斷面設計及不記名網路問卷方式收集資料，研究對象為中部地區健康產業從業人員，共發放 400 份問卷，回收有效問卷共 352 份（回收率 88.00%）。以 SPSS 25.0 統計軟體進行各項資料統計分析，包含描述性統計、推論性統計分析。

結果

樣本以女性、41-50 歲、大學學歷、已婚、核心家庭居多。樣本對長照 2.0 知識，平均答對率 60.77%，尚需改善；態度及行為平均得分均屬適中程度、積極正向。樣本的性別、是否喜歡老人、願意和老人同住、年齡、學歷、家庭組成分別在長照 2.0 知識、態度及行為有顯著差異。從業人員的長照 2.0 知識越高、態度越好、行為越正向。年齡、學歷、家庭組合、知識、態度對長照 2.0 行為具有顯著預測力。

結論

政府或醫療機構應多推廣宣傳長照服務，讓民眾透過管道得知且可深入了解以利多加使用此資源，以選擇最適合自己的長照方案。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（2）：20-29）

關鍵詞：健康產業從業人員、長照 2.0、知識、態度、行為

前言

長期照顧是我國最重要的社會政策之一，因老年人口數快速增加，以及平均餘命持續延長，再加上少子化的影響，造成長期照顧的需求日益升高。2016 年底，政府通過「長期照顧十年計畫 2.0（2017-2026 年）」（以下簡稱長照 2.0），延續長照 1.0，以「在地老化（Aging in Place）」為目標，建立長照 ABC 社區整體照顧體系，並推動長照四包錢服務，包含「照顧與專業服務」、「交通接送服務」、「輔具及居家無障礙環境改善服務」及「喘息服務」等四種補助項目，以滿足民眾長期照顧更多的需求。2022 年 12 月，長照服務涵蓋率已從 2017 年的 20.3% 成長到 69.5%，服務人數也從本來的 10 萬人成長到 57.6 萬人，長照 2.0 的使用者滿意度達到 93.0% [1]。

雖然長照 2.0 改善、整合許多 1.0 的不足，但仍還是無法有效減少照護者的負擔，而且民眾對政府推動的長照 2.0 仍舊不熟悉，即使在醫療相關工作的人，若不是長照領域的同仁或許也不清楚實際服務內容、運作流程及工作 [2]。過去民眾未使用長照服務的因素之一是因對於長照服務的內容不夠瞭解，知識是影響使用與否的重要因素 [3]，且一些研究 [4,5] 調查醫院病房、急診護理人員對長照 2.0 認知程度亦偏低，顯示民眾及護理專業人員對於長期照顧的瞭解有待加強。本研究目的在於探討台灣健康產業從業人員對於長照 2.0 服務措施之知識、態度、行為之關聯性。在研究意涵上，期待提

通訊作者：洪錦墩

通訊地址：臺中市北屯區廬子路 666 號

E-mail：cthung@ctust.edu.tw

受理日期：2024 年 4 月；接受刊載：2024 年 5 月

供未來學術上或長照 2.0 改革重要的參考框架，並且在實務面可以了解健康從業人員長照 2.0 措施的知識、態度與行為的現況，在工作上協助需要的人，以提高長照 2.0 使用率，減輕長照被照顧者及主要照顧者的負荷，並有較好的生活品質。

文獻探討

一、社會結構轉變

台灣社會型態的演變，人口結構的失衡持續擴大，國家發展委員會 [6] 預估 2025 年我國 65 歲以上人口將達 470 萬人占總人口數 20.1%，即每五人就有一位是 65 歲以上的老人，到了 2030 年高齡人口更將高達 557 萬人，更加凸顯人口高齡化是一個不容忽視的嚴重課題。加上老年平均餘命延長，促使長期照顧的需求人數日益增加。另外，因經濟環境變遷及家庭結構核心化，家庭照顧功能式微的問題，使得家庭內的長期照顧面臨的挑戰愈加艱困，因此長期照顧服務成為老人福利政策最重要的課題。

二、長期照護、失能與疾病

長期照護的定義：「為喪失日常生活能力者，提供長期的醫療、個人生活照顧與社會服務及綜合性與連續性之服務」[7]，顯示活動功能障礙與長期照護需求有很大的相關。另外，年齡越大則存活的時間越長，失能與疾病的比率越高，甚至失能率的重要性大於死亡率 [8]。

三、長照 1.0 與 2.0 主要差異

長照 2.0 在於找得到、用的到、看得到的「服務」，並非現金補助，其目標是建立一個高品質、負擔得起的、連續性的長期照護服務體系。通過居家、社區式照顧模式來完成社會資源的連結，實現在地老化精神，為失能者提供基本護理服務，使他們在熟悉的環境中舒適地享受晚年生活，減輕家庭護理負擔。相較於長照 1.0 預算少、限制多，與長照 2.0 比較主要差異簡述如下 [9]：

（一）擴大服務對象：長照 1.0 服務對象為 65 歲以上老人、55 歲以上山地原民、50 歲以上身心障礙者、65 歲以上 IADL 獨居者。長照 2.0 擴大新增為 50 歲以上失智症患者、55 歲以上平地原民、49 歲以下身心障礙者、65 歲以上衰弱者，可更細緻滿足不同程度的照顧需要。

（二）增加服務項目：長照 1.0 服務項目八項為照顧服務、居家護理、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐飲。長照 2.0 擴大增加九項為失智照顧、原民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防延緩失能、延伸出院準備、居家醫療，加上社區 ABC 三級整合服務。從論時數改為論服務項目，從 8 項增加至 17 項，向前延伸至預防階段、向後延伸至安寧服務。

1. 服務提供單位掛牌：建立特約制度，補助服務提供單位懸掛一致且顯眼的招牌，讓民眾「找的到」長照服務在哪裡。
2. 包裹式服務的給付模式：過去僅依「時」計價之模式，並改善過往不同工同酬之情形，打破「單一給付對應單一項目」限制，民眾可在補助總時數、總金額內，彈性使用各類服務，增加使用長照服務的便利性。
3. 核銷規定鬆綁：長照 1.0 是政府給民眾的長照補助，會支付給實際提供服務的單位，但因採事後核銷，單位必須先墊錢，其次是各地方政府核銷表單不一，效率不彰。長照 2.0 簡化服務輸送及申報作業之行政流程、整併補助項目、改善支付效率。
4. 讓民眾長期照顧需求的選擇，不再侷限機構及外籍看護。

四、ABC 社區整體照顧模式

長照 1.0 有關的服務很多種，但不同服務的單位往往各自發展、互無關聯。長照 2.0 整合了這些分立的服務，以 ABC 三級別將所有服務銜接起來。社區整體照顧模式 ABC 是透過區域內具有服務量能之單位做為區域內的領頭羊，經由服務整合與串聯，開發在地近便的各項長照資源，只要使用到 A、B、C 任一等級的服務，即可接觸到整個社區 A+B+C 整合服務網，社區整體照顧模式說明如下 [9]：

（一）A 級單位（社區整合型服務中心 / 長照旗艦店）：為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務，每一鄉鎮市區 1 個。

（二）B 級單位（複合型服務中心 / 長照專賣店）：專責提供長照服務，如：居家服務、日間照顧、家庭托顧、專業服務、交通接送、餐飲服務、輔具服

務、喘息服務等，每一國中學區 1 個。

(三) C 級單位 (巷弄長照站 / 長照柑仔店)：提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。具有量能之單位可再增加提供喘息服務 (臨時托顧)，每三個村里 1 個。

長期照顧是每個人都有可能面臨的問題，長照 2.0 由照管專員或個案管理師針對個案長照需求量身打造照顧計畫，再由特約服務單位提供長照服務，讓服務更專業多元，也更符合需求。

五、長照 2.0 措施的知識、態度與行為之關聯性

吳芳諭 [10] 調查 250 位一般民眾對於長照十年計畫 2.0 相關服務措施之知識、態度、行為，結果發現長照服務體系知識越高、態度與行為越正向。阮素慧 [11] 運用計畫行為理論探討 403 位中高齡者使用長照 2.0 服務意向，結果顯示長照 2.0 認知與態度、行為意向呈顯著正相關，長照 2.0 態度對行為意向具有影響力。

方法

本研究選定台灣中部地區健康產業從業人員 (以下簡稱從業人員) 為研究對象，採便利抽樣、橫斷面設計及不記名網路問卷方式收集資料，符合資格之條件如下：現職從業人員 (包括 2 所區域醫院、10 所診所、5 所長照機構、10 所藥局、5 所醫療器材等)、20 歲以上、意識清楚、有意願參與者。研究期間 2021 年 1 月至 2021 年 3 月。問卷採吳芳諭 [10] 所自行編製長照 2.0 知識、態度、行為量表。知識問卷 12 題，以「正確」、「不正確」與「不知道」三選項，答對得 1 分，答錯和不知道者為 0 分。態度、行為量表均採 Likert 式五分法評分，依「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」、「非常同意」計分方式，分數越高，態度越好、行為越正向。

三份問卷的內容效度指數 (The Index of Content Validity, CVI) 介於 0.83-0.96 [12]，表示本研究問卷具有良好內容效度。長照 2.0 知識量表的庫李 20 信度 (Kuder-Richardson 20, KR20) 係數為 0.45。長照 2.0 態度量表信效度分析中，項目分析結果在個別題項的相關係數低於 0.3，計有 3 題 (第 3、4、12 題) 予以刪除，態度題項從 12 題成為 9 題。態度量表因

素分析經由 KMO 與 Bartlett 球形檢定，分別萃取兩個共同因素，第一因素命名為長照資源，包含 1、2、3 等三題，解釋變異量為 28.36%；第二因素命名為長照選擇，包含 4、5、6、7、8、9 等六題，解釋變異量為 22.38%，總變異量為 50.74%，態度總量表 Cronbach's α 為 0.75，兩個構面 Cronbach's α 分別為 0.72、0.73。長照 2.0 行為量表信效度分析中，項目分析結果在個別題項的相關係數低於 0.3，僅第 7 題予以刪除，行為題項從 9 題成為 8 題。行為量表因素分析經由 KMO 與 Bartlett 球形檢定，分別萃取兩個共同因素，第一因素命名為長照資源，包含 1、2、5 等三題，解釋變異量為 28.80%，Cronbach's α 為 0.79；第二因素命名為長照選擇，包含 3、4、6、7、8 等五題，解釋變異量為 21.35%，總變異量為 50.15%，行為總量表 Cronbach's α 為 0.75，兩個構面 Cronbach's α 分別為 0.57、0.72。

本研究樣本數依據 Krejcie & Morgan [13] 認為母群 10 萬人以上時，有效樣本數需至少 380 位的條件，共發放 400 份，共回收有效問卷 352 份，有效回收率 88%。以 SPSS for 26.0 統計軟體進行各項資料統計分析，進行編碼建檔，並設定以 $\alpha=0.05$ 顯著水準進行統計考驗。基於研究倫理的考量，本研究在詳細說明研究目的，問卷採「不記名方式」填答，以保護隱私權益、絕對保密，回收問卷予以妥善保存，僅供學術研究之用，不得提供給第三人使用。

結果

如表一顯示，從業人員性別中，男性 124 人 (35.2%)、女性 228 人 64.8%。年齡依序為 41-50 歲 110 人 (31.2%)、51-60 歲 75 人 (21.3%)、31-40 歲 71 人 (20.2%)、20-30 歲 49 人 (13.9%)、61 歲以上 47 人 (13.4%)。學歷依序為大學 122 人 (34.7%)、國中 68 人 (19.3%)、高中 63 人 (17.9%)、研究所以上 58 人 (16.5%)、小學或以下 41 人 (11.6%)。婚姻狀況中，已婚 230 人 (65.3%)、未婚 122 人 (34.7%)。家庭組成依序為核心家庭 (小家庭) 97 人 (27.6%)、雙薪 81 人 (23.0%)、折衷 62 人 (17.6%)、聯合 (大家庭) 57 人 (16.2%)、三代同堂 55 人 (15.6%)。

從業人員從哪裡得知長照 2.0 (複選題)，依

序為其他（如親友）180人（28.4%）、網路媒體117人（18.5%）、報章雜誌102人（16.1%）、電視媒體98人（15.4%）、文宣資料85人（13.4%）、選舉政見52人（8.2%）。是否喜歡老人依序為喜歡老人218人（61.9%）、不喜歡老人134人（38.1%）。是否願意和老人同住依序為願意與老人同住248人（70.5%）、不願意與老人同住104人（29.5%）。

表二顯示從業人員的長照2.0知識平均答對率60.8%。答對率從高到低依序為「3.失能且身

心障礙患者也是長期服務照顧對象」72.4%、「12.日間托老服務目的為推動社區預防性照顧服務制度」69.9%、「6.A級社區整合型服務中心（居家服務、日間照顧等服務）提供初級預防照顧服務」69.6%、「5.每三個村里設置一處C級巷弄長照站（預防失能、幾小時的短暫照顧服務）」69.0%、「9.小規模多機能服務（多元照顧中心）是因地制宜的多元化社區照顧服務模式。」69.0%、「8.每個長照服務提供單位門口都有明顯

表一 研究對象個人背景（n=352）

變項	屬性	n	%	變項	屬性	n	%
性別	①女	228	64.8	婚姻狀況	①已婚	230	65.3
	②男	124	35.2		②未婚	122	34.7
年齡	①20-30歲	49	13.9	學歷	①小學或以下	41	11.6
	②31-40歲	71	20.2		②國中	68	19.3
	③41-50歲	110	31.2		③高中	63	17.9
	④51-60歲	75	21.3		④大學	122	34.7
	⑤61歲以上	47	13.4		⑤研究所或以上	58	16.5
是否願意和老人同住？	①否	104	29.5	是否喜歡老人？	①否	134	38.1
	②是	248	70.5		②是	218	61.9
家庭組成	①核心	97	27.6	從哪裡得知長照2.0 （複選）	①報章雜誌	102	16.1
	②折衷	62	17.6		②網路媒體	117	18.5
	③三代同堂	55	15.6		③電視媒體	98	15.4
	④聯合	57	16.2		④文宣資料	85	13.4
	⑤雙薪	81	23.0		⑤選舉政見	52	8.2
					⑥其他（如親友）	180	28.4

表二 長照十年計畫2.0知識答對率描述性分析（n=352）

題目	答對率（%）	排序
1.失智症不是長期照顧服務項目內容。（X）	21.3	10
2.長照政策以老人為優先對象，對於日常生活無法自理之失能者無提供服務。（X）	53.7	8
3.失能且身心障礙患者也是長期服務照顧對象。（O）	72.4	1
4.每一個社區都有提供長期照顧服務的據點。（O）	65.6	7
5.每三個村里設置一處C級巷弄長照站（預防失能、幾小時的短暫照顧服務）。（O）	69.0	4
6.A級社區整合型服務中心（居家服務、日間照顧等服務）提供初級預防照顧服務。（X）	69.6	3
7.B級複合型服務中心（長照服務、日間照顧等服務）提供初級預防照顧服務。（O）	65.6	7
8.每個長照服務提供單位門口都有明顯的掛牌（標誌）。（O）	68.8	5
9.小規模多機能服務（多元照顧中心）是因地制宜的多元化社區照顧服務模式。（O）	69.0	4
10.安寧居家醫療不屬於長期照顧服務範圍。（X）	37.8	9
11.出院患者由照顧管理專員評估後，可以獲得所需的長照資源。（O）	66.5	6
12.日間托老服務目的為推動社區預防性照顧服務制度。（O）	69.9	2
總答對率	60.8	

的掛牌（標誌）。」68.8%、「11. 出院患者由照顧管理專員評估後，可以獲得所需的長照資源。」66.5%、「4. 每一個社區都有提供長期照顧服務的據點。」65.6%、「7.B 級複合型服務中心（長照服務、日間照顧等服務）提供初級預防照顧服務。」65.6%、「2. 長照政策以老人為優先對象，對於日常生活無法自理之失能者無提供服務」53.7%、「10. 安寧居家醫療不屬於長期照顧服務範圍」37.8%、「1. 失智症不是長期照顧服務項目內容」21.3%。

表三顯示從業人員的長照 2.0 態度總平均得分（平均數±標準差）3.27±0.47，兩個構面：長照資源 2.90±0.97、長照選擇 3.64±0.71。每個題項平均得分從高到低依序為「9. 我認為預防性照顧比治療還重要」3.89±1.06、「8. 我認為當生命走到盡頭時，在家中實施安寧居家療護比在醫院還恰當」3.68±1.01、「6. 我認為長照標誌掛牌有助於我找到相關單位」3.66±1.08、「7. 我認為家庭照顧者支持服務據點有助於我更了解如何照顧家中長者。」3.59±1.04、「5. 我認為有系統的社區照顧模式能提供具彈性化以及連續性之服務。」3.46±1.09、「3. 我對於台灣目前長期照顧政策有信心。」3.00±1.18、「1. 我認為政府目前對於失能民眾的照顧政策及福利措施很完善。」2.93±1.22、「2. 我認為台灣目前失智症患者的醫療及照顧資源足夠。」2.79±1.21、「4. 我認為偏遠地區使用長照資源不方便」2.43±1.23。

表四顯示從業人員的長照 2.0 行為總平均得分 3.84±0.06，兩個構面：長照資源 3.77±0.77、長照選擇 3.87±0.69。每個題項平均得分從高到低依序為「4. 如果有親戚需要長照服務資源，我會帶他去有掛牌的服務據點尋求協助。」3.93±1.00、「7. 當我年齡增長時，我會參加社區預防性照顧計畫，保持健康的身體」3.88±1.01、「6. 如果家中有失能的長輩，我會使用社區整體照顧模式中配置的社區巡迴車提供的定點定時接送服務」3.87±1.00、「3. 白天要上班，家中長輩因身體情況需要人照顧，我會選擇日間托老服務把長輩送去那裏接受良好的照顧，下班後再去接他回家。」3.85±1.01、「8. 如果有一天我需要使用長照資源，我會選擇居家照護，因較為熟悉與舒適。」3.83±1.03、「5. 我會選擇社區整體照顧模式中的營養餐飲服務定期為家中老人送餐」3.81±1.02、「1. 我會去搜尋長期照顧計畫 2.0 相關政策」3.80±1.06、「2. 我願意投入長期照顧相關產業」3.71±1.06。

表五結果發現男性從業人員在長照 2.0 知識、行為得分顯著高於女性。喜歡老人者在長照 2.0 知識、態度、行為得分顯著高於不喜歡老人者。願意和老人同住者在長照 2.0 知識、態度、行為得分顯著高於不願意和老人同住者。51-60 歲者在長照 2.0 知識得分顯著高於 20-30 歲、31-40 歲、41-50 歲者。61 歲以上者在長照 2.0 知識得分顯著高於 20-30 歲者。51-60 歲者在長照 2.0 態度得分顯著高於 61 歲

表三 長照十年計畫2.0態度描述性分析（n=352）

題目	M	SD	排序
1.我認為政府目前對於失能民眾的照顧政策及福利措施很完善。	2.93	1.22	7
2.我認為台灣目前失智症患者的醫療及照顧資源足夠。	2.79	1.21	8
3.我對於台灣目前長期照顧政策有信心。	3.00	1.18	6
長照資源	2.90	0.97	
4.我認為偏遠地區使用長照資源不方便（反）。	2.43	1.23	9
5.我認為有系統的社區照顧模式能提供具彈性化以及連續性之服務。	3.46	1.09	5
6.我認為長照標誌掛牌有助於我找到相關單位。	3.66	1.08	3
7.我認為家庭照顧者支持服務據點有助於我更了解如何照顧家中長者。	3.59	1.04	4
8.我認為當生命走到盡頭時，在家中實施安寧居家療護比在醫院還恰當。	3.68	1.01	2
9.我認為預防性照顧比治療還重要。	3.89	1.06	1
長照選擇	3.64	0.71	
態度總平均	3.27	0.47	

M：Mean（平均數）；SD：Standard Deviation（標準差）

表四 長照十年計畫2.0行為描述性分析 (n=352)

題目	M	SD	排序
1.我會去搜尋長期照顧計畫2.0相關政策。	3.80	1.06	7
2.我願意投入長期照顧相關產業。	3.71	1.06	8
5.我會選擇社區整體照顧模式中的營養餐飲服務定期為家中老人送餐。	3.81	1.02	6
長照資源	3.77	0.77	
3.白天要上班，家中長輩因身體情況需要人照顧，我會選擇日間托老服務把長輩送去那裏接受良好的照顧，下班後再去接他回家。	3.85	1.01	4
4.如果有親戚需要長照服務資源，我會帶他去有掛牌的服務據點尋求協助。	3.93	1.00	1
6.如果家中有失能的長輩，我會使用社區整體照顧模式中配置的社區巡迴車提供的定點定時接送服務。	3.87	1.00	3
7.當我年齡增長時，我會參加社區預防性照顧計畫，保持健康的身體。	3.88	1.01	2
8.如果有一天我需要使用長照資源，我會選擇居家照護，因較為熟悉與舒適。	3.83	1.03	5
長照選擇	3.87	0.69	
行為總平均	3.84	0.06	

M：Mean（平均數）；SD：Standard Deviation（標準差）

表五 樣本基本資料對長照十年計畫2.0知識、態度與行為之差異分析 (n=352)

變項	屬性	n	M	SD	F	屬性	n	M	SD	F	屬性	n	M	SD	F
知識	性別					喜歡老人?					願意和老人同住				
	①女	228	0.54	0.23	7.99***	①否	134	0.52	0.23	5.44***	①否	104	0.57	0.23	1.73
	②男	124	0.74	0.22		②是	218	0.66	0.24		②是	248	0.62	0.25	
態度	①女	228	3.35	0.56	1.49	①否	134	3.20	0.60	4.52***	①否	104	3.22	0.58	3.63***
	②男	124	3.47	0.79		②是	218	3.52	0.65		②是	248	3.47	0.66	
行為	①女	228	3.75	0.58	3.68***	①否	134	3.74	0.62	2.22*	①否	104	3.65	0.64	3.84***
	②男	124	4.00	0.64		②是	218	3.89	0.61		②是	248	3.92	0.58	
知識	年齡					學歷					家庭組成				
	①20-30歲	49	0.73	0.23	9.80***	①小學或以下	41	0.52	0.29	17.05***	①核心	97	0.67	0.18	14.60***
	②31-40歲	71	0.64	0.22		②國中	68	0.43	0.20		②折衷	117	0.66	0.25	
	③41-50歲	110	0.63	0.21		③高中	63	0.66	0.25		③聯合	57	0.60	0.26	
	④51-60歲	75	0.49	0.24		④大學	122	0.67	0.21		④雙薪	81	0.47	0.24	
	⑤61歲以上	47	0.57	0.29		⑤研究所或以上	58	0.70	0.19						
態度	Scheffe：④>①,④>②,④>③,⑤>①					③>①,③>②,④>①,④>②,⑤>①,⑤>②					①>④,②>④,③>④				
	①20-30歲	49	3.54	0.77	4.65**	①小學或以下	41	3.02	0.78	4.88**	①核心	97	3.41	0.62	3.66*
	②31-40歲	71	3.39	0.59		②國中	68	3.37	0.49		②折衷	117	3.45	0.71	
	③41-50歲	110	3.32	0.59		③高中	63	3.39	0.71		③聯合	57	3.15	0.74	
	④51-60歲	75	3.59	0.54		④大學	122	3.46	0.61		④雙薪	81	3.49	0.47	
	⑤61歲以上	47	3.14	0.79		⑤研究所或以上	58	3.57	0.63						
行為	Scheffe：④>⑤					④>①,⑤>①					②>③,④>③				
	①20-30歲	49	3.85	0.64	2.86*	①小學或以下	41	4.18	0.60	8.40***	①核心	97	3.97	0.58	3.33*
	②31-40歲	71	3.67	0.62		②國中	68	3.60	0.59		②折衷	117	3.81	0.62	
	③41-50歲	110	3.85	0.62		③高中	63	3.66	0.66		③聯合	57	3.88	0.64	
	④51-60歲	75	3.83	0.52		④大學	122	3.90	0.57		④雙薪	81	3.69	0.60	
	⑤61歲以上	47	4.05	0.66		⑤研究所或以上	58	3.92	0.53						
	Scheffe：⑤>②					①>②, ①>③, ④>②					①>④				

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

因篇幅有限，僅呈現有統計顯著結果

以上者。61 歲以上者在長照 2.0 行為得分顯著高於 31-40 歲者。高中、大學、研究所或以上學歷者在長照 2.0 知識得分顯著高於小學或以下、國中者。大學、研究所或以上學歷者在長照 2.0 態度得分顯著高於小學或以下者。小學或以下學歷者在長照 2.0 行為得分顯著高於國中、高中者。大學學歷者在長照 2.0 行為得分顯著高於國中者。核心、折衷、聯合家庭在長照 2.0 知識得分顯著高於雙薪家庭。折衷、雙薪家庭在長照 2.0 態度得分顯著高於聯合家庭。核心家庭在長照 2.0 行為得分顯著高於雙薪家庭。

從業人員的長照 2.0 知識與態度 ($r=0.208$, $p<0.01$)、行為 ($r=0.261$, $p<0.01$) 呈顯著低度正相關，態度與行為 ($r=0.335$, $p<0.01$) 呈顯著低度正相關。本研究的預測變項有從業人員基本資料（包括性別、婚姻、年齡、學歷、家庭組合）、長照 2.0 認知、態度，效標變項則是長照 2.0 行為，採逐步回歸分析，詳見表六。由模型得知，年齡、學

歷、家庭組合、知識、態度對長照 2.0 行為具有顯著預測力， $R^2=0.325$ ， $\text{Adjust } R^2=0.293$ ， $F(16,335)=10.097$, $p<0.001$ ，能夠解釋長照 2.0 行為 29.3%。亦即相對於 41-50 歲從業人員，20-30 歲及 31-40 歲傾向較少使用長照 2.0。相對於大學學歷從業人員，小學或以下傾向使用長照 2.0，但國中及高中傾向較少使用長照 2.0。相對於核心家庭從業人員，雙薪傾向較少使用長照 2.0。知識、態度越佳，越傾向使用長照 2.0。

討論

本研究從業人員得知長照 2.0 資訊來源以親友、網路媒體最多，與吳芳瑜 [10] 的電視媒體、網路媒體及鄧桂芬等 [14] 的大眾媒體、親友最多結果相似，可能與民眾經常接觸影音及社群媒體頻率有關。從業人員的長照 2.0 知識平均答對率 60.8%，低於吳芳瑜 [10] 一般民眾的 75.7%、楊宛珊 [4] 急診護理人員的 62.8% 及幸玲 [5] 病房護理人員的

表六 從業人員基本資料對長照十年計畫2.0知識、態度與行為之線性迴歸分析

題目	B	β	t	p	VIF
(常數)	2.649		14.544	0.000	
性別	0.133	0.104	1.800	0.073	1.650
婚姻狀況	-0.015	-0.011	-0.216	0.829	1.395
年齡 (ref: 41-50歲)					
20-30歲	-0.227	-0.128	-2.152	0.032	1.758
31-40歲	-0.189	-0.124	-2.385	0.018	1.342
51-60歲	0.152	0.102	1.536	0.125	2.182
61歲以上	0.017	0.010	0.147	0.883	2.150
學歷 (ref: 大學)					
小學或以下	0.511	0.268	3.756	0.000	2.520
國中	-0.316	-0.204	-2.539	0.012	3.198
高中	-0.235	-0.147	-2.693	0.007	1.477
研究所或以上	-0.067	-0.040	-0.791	0.430	1.299
家庭組合 (ref: 核心家庭)					
折衷	-0.136	-0.085	-1.551	0.122	1.484
聯合	-0.209	-0.126	-2.122	0.035	1.742
雙薪	-0.110	-0.075	-0.963	0.336	3.050
知識	0.503	0.200	3.578	0.000	1.546
態度	0.314	0.333	6.789	0.000	1.191

$R^2=0.325$; $\text{Adjust } R^2=0.293$; $F(16,335)=10.097^{***}$

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

校標變項：長照十年計畫2.0行為

65.2%，可能原因是從業人員雖然在健康產業領域，但對於實際服務內容、運作流程及工作也是不清楚 [2]。從業人員對長照 2.0 知識中，有三個題項屬於政策新增的服務對象，其答對率在五成三以下，顯示對於政策服務對象的了解程度比較低。其餘長照 2.0 知識題項屬於服務內容、長照機構的建置及規劃系統，其答對率均在六成五以上，顯示從業人員對長照機構具體的建置及規劃系統有一定程度的了解，看得到但不一定用得到所產生相關的資訊仍有些不足。

從業人員的長照 2.0 態度及行為介於普通與同意之間，尚屬積極正向。在長照 2.0 態度中，可以發現從業人員對長照 2.0 態度的長照選擇得分高於長照資源，顯示從業人員對長照專業及功能的態度是有信心的，相對於長照資源的供給與分配上則持有保留的態度，可能是長照財源、管理機制、照護人力的量與質等問題未得到適當政策評估，以及健康在地老化的相關措施缺乏配套所致。在長照 2.0 行為中，可以發現從業人員對長照 2.0 行為的長照選擇得分略高於長照資源，顯示從業人員意識到台灣高齡化、少子化嚴重，而選擇願意使用長照的服務，而不願意關注或投入長照相關政策與產業資源，可能是薪資不高、辛苦勞力付出。

本研究顯示男性從業人員在長照 2.0 知識及行為得分顯著高於女性，與楊婉嫻 [4] 研究結果不相似，可能原因是男性的個人價值偏向尊重傳統或社會規範，對於扶養責任觀念較為強烈，且從業人員的年齡有六成以上超過 41 歲，面臨家中長輩邁入高齡階段。喜歡老人的從業人員在長照 2.0 知識、態度及行為得分顯著高於不喜歡老人者，與吳芳瑜 [10] 研究結果相似，但與長照 2.0 認知、態度結果不相似，可能原因是喜歡老人的從業人員有較高生活控制感、重視社會規範及合群的價值觀，對長照相關政策與措施較為關注與落實 [15]。願意和老人同住的從業人員在長照 2.0 態度及行為得分顯著高於不願意和老年人同住者，與吳芳瑜 [10] 研究結果不相似，可能原因是隨著高齡人口增加，家中長輩開始衰老、病痛不斷，需要陪伴和照顧。當照護來臨，很多人仍會負起照顧責任，而長照 2.0 是可行方式之一，先做好心理調適，善用各式資源、營

造最適合的居住環境，做好準備陪伴長輩共度下半場人生。

本研究顯示 51-60 歲從業人員在長照 2.0 知識得分顯著高於 20-50 歲者，且 51-60 歲從業人員在長照 2.0 態度得分顯著高於 61 歲以上者，以及 61 歲以上從業人員在長照 2.0 行為得分顯著高於 31-40 歲者，與吳芳瑜 [10] 研究結果相似，但與長照 2.0 態度、行為無差異結果不相似。在知識及態度方面，可能原因是 51-60 歲面臨家中長輩或自己的長照需求，找出適合自己又容易實踐的照護組合，未雨綢繆、減緩負擔、維持自立生活，也不必離開熟悉環境。在行為方面，相對於 41-50 歲從業人員，20-30 歲及 31-40 歲傾向較少使用長照 2.0，可能原因是中老年者正在執行或理解長照 2.0 各項措施，期待以實際行動作出最佳長照選擇，不給子女帶來沉重的負擔。

高中以上學歷從業人員在長照 2.0 知識得分顯著高於國中或以下者，與幸玲 [5] 研究結果不相似，可能原因是從業人員的學歷越高的人掌握的專業知識越多、接觸資源就越多，越能夠了解長照相關政策與措施。大學以上學歷從業人員在長照 2.0 態度得分顯著高於小學或以下者，與吳芳瑜 [10] 研究結果不相似，可能原因是長照 2.0 知識越多會影響其長照資源及選擇的態度。小學或以下及大學學歷從業人員在長照 2.0 行為得分顯著高於國中、高中者，同時也驗證相對於大學學歷從業人員，小學或以下傾向使用長照 2.0，而國中及高中傾向較少使用長照 2.0，可能原因是從事長照服務的年齡、學歷、工作經驗限制少，從業人員不論是學歷高或低，對長照實務體系、資源及選擇有一定程度熟悉度。

核心、折衷、聯合家庭在長照 2.0 知識得分顯著高於雙薪家庭，前三者家庭組成大致包含夫妻和其未婚子女、血緣親屬或父母所組成，可能原因是體認現在或未來需要面對長輩健康狀況變化，若能了解長照 2.0 所提供多元的服務，可培養家庭的照護韌性與應變能力。折衷、雙薪家庭在長照 2.0 態度得分顯著高於聯合家庭，可能原因是聯合家庭通常包含旁系血親在內，而主要照顧者通常以女性配偶或子女居多。核心家庭在長照 2.0 行為得分顯著高於雙薪家庭，且傾向使用長照 2.0，可能原因是

台灣最主要的家庭型態是核心家庭，由夫妻和其未婚子女組成的，而未婚子女通常是主要照顧者。

結論

本研究主要目的是於探討健康產業從業人員對長照 2.0 措施之知識、態度、行為之研究。長照 2.0 知識總答對率為 60.8%，尚需改善，長照 2.0 態度、行為屬適中程度、積極正向。從業人員的性別、是否喜歡老人、願意和老人同住、年齡、學歷、家庭組成分別在長照 2.0 知識、態度及行為有顯著差異。從業人員的長照 2.0 知識越高、態度越好、行為越正向。年齡、學歷、家庭組合、知識、態度對長照 2.0 行為具有顯著預測力。

台灣很快要邁入超高齡化，多數子女平時皆需上班，無空閒時間照顧年長者，所以需要靠長照政策來照顧。健康產業從業人員對於長照 2.0 的知識仍為不足，尤其是新增的服務對象，更何況社會大眾對長照 2.0 的了解程度，政府政策與人民實際使用狀況依然會有差距，政府或醫療機構應多推廣宣傳長照服務，越多民眾了解長期照顧到底是什麼。當人民越有感、認同度愈高，則推行成效亦會愈佳。本研究受試者在填答問卷可能受到情境或其他因素而影響研究結果。另外，受試對象僅限中部地區健康產業從業人員，且採便利抽樣，故外推性不足。未來研究可考慮採縱貫性調查進行資料收集，以增加研究資料的可信度與可用性。

參考文獻

1. 衛生福利部：長期照顧十年計畫2.0－長照服務涵蓋率。2022。Retrieved from <https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html>
2. 李孟蓉：長照2.0慢老無礙－談護理人員的長照2.0知識與經驗。志為護理-慈濟護理雜誌 2020；19（6）：14-23。
3. 廖彩雲、蘇琦雯：長期照顧服務使用意願之研究。商管科技季刊 2022；23（3）：287-319。
4. 楊宛姍：探討醫院急診護理人員對長照2.0的認知與相關因素之研究：以臺中市某醫學中心為例。臺中市：老人福利與長期照顧事業研究所。2021。
5. 幸玲：探討病房護理人員對長期照顧服務 2.0認知和影響因素：以臺中市某醫學中心為例。臺中市：老人福利與長期照顧事業系。2023。
6. 國家發展委員會人力發展處：「中華民國人口推估（2022年至2070年）」2022。Retrieved from <https://pop-proj.ndc.gov.tw/>
7. Kane RA, Kane RL: Long-term care: principle, programs, and policies. New York: Springer. 1987.
8. 許佩蓉、張俊喜、林靜宜 等：機構式長期照護綜論。台灣老年醫學雜誌 2006；1（4）：198-215。
9. 衛生福利部：長期照顧十年計畫2.0（106-115年）。2006。
10. 吳芳諭：民眾對於長照十年計畫2.0相關服務措施之知識、態度、行為研究。高雄市：國立中山大學企業管理學系。2017。
11. 阮素慧：運用計畫行為理論探討中高齡者使用長照2.0服務意向之研究。南投縣：南開科技大學福祉科技與服務管理系。2021。
12. Waltz CF, Strickland O, Lenz ER: Measurement in nursing and health research. NY: Springer Publishing Company. 2010.
13. Krejcie RV, Morgan DW: Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.
14. 鄧桂芬、李玉春、楊哲銘 等：影響台灣家庭使用長照十年計劃2.0的相關因素分析。台灣公共衛生雜誌 2019；38（5）：521-536。
15. 陳端容、陸子初、吳冠穎：老人是珍寶或是負擔？亞洲青壯世代對老年人的態度。台灣衛誌 2022；41（3）：331-346。

Exploring Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Health Industry Practitioners Regarding Measures for Taiwan's Long-Term Care Plan 2.0

Chin-Chih Ho¹, Wen-Miao Liu², Chin-Tun Hung¹

Department of Healthcare Administration¹, Department of Nursing²,
Central Taiwan University of Science and Technology

Abstract

Purposes

This study aimed to investigate the correlations between knowledge, attitudes, and behaviors of health industry practitioners concerning measures for Taiwan's Long-Term Care Plan 2.0.

Methods

A cross-sectional study design was employed. Subjects were selected from amongst health industry practitioners in central Taiwan using convenience sampling. Data were collected using an anonymous online questionnaire. A total of 400 questionnaires were administered, and 352 valid responses were received (response rate: 88.00%). Descriptive and inferential statistical analyses were conducted on the collected data using SPSS 25.0.

Results

The results indicated that most of the subjects were married, women, aged 41-50 years, with a university education and living in nuclear families. The average correct response rate for knowledge regarding the Long-Term Care Plan 2.0 was 60.77%, indicating scope for further improvement. Average scores for attitudes and behaviors were moderate, suggesting a level of proactivity and positivity among the subjects. Gender, affinity toward the elderly, willingness to live with the elderly, age, educational level, and family composition were associated with significant differences in knowledge, attitudes, and behaviors regarding the Long-Term Care Plan 2.0. Practitioners with a high level of Long-Term Care Plan 2.0 knowledge also exhibited better attitudes and more positive behaviors. Age, educational level, family composition, knowledge, and attitudes were significant predictors of behaviors regarding the Long-Term Care Plan 2.0.

Conclusions

It is imperative for the government and healthcare institutions to intensify efforts in promoting and publicizing long-term care services through various channels. This will lead to an increased awareness and deeper understanding of such resources among the public, thereby aiding individuals in selecting the most suitable long-term care plan for themselves. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(2): 20-29)

Keywords : *Health industry practitioners, Long-Term Care Plan 2.0, knowledge, Attitudes, Behaviors*