

比較照護人員與住民知覺關懷行為之滿意— 以中部地區長期照護機構為例

何清治、洪錦墩

中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系

摘要

目的

旨在藉由差異分析比較照護人員與住民知覺關懷行為的期望程度與實際感受，來瞭解其滿意。

方法

採用橫斷面研究法，以立意抽樣選取中部地區 10 家長期照護機構工作滿六個月以上之照護人員及入住一年以上之住民或其家屬，願意且簽署同意書者為研究對象。以結構式問卷分別發放照護人員及住民各 300 份問卷，共計有效回收分別為 220 份、247 份。

結果

照護人員在關懷行為重視程度四個構面：可近性、事先考慮、信賴、監測與追蹤平均數均高於住民，而解釋與增進、舒適平均數均低於住民，僅信賴達到顯著差異水準。照護人員在關懷行為實際程度六個構面平均數均高於住民，達到顯著差異水準。照護人員自評關懷行為實際程度表現頻率介於 50%-80%；住民對照護人員關懷行為實際程度表現頻率少於 20%。照護人員在關懷行為滿意依序為可近性、舒適、信賴、解釋與增進、監測與追蹤、事先考慮。住民在關懷行為滿意依序為事先考慮、信賴、監測與追蹤、可近性、舒適、解釋與增進。照護人員在關懷行為滿意高於住民。

結論

照護人員及住民或其家屬在知覺關懷行為上有顯著差異，照護人員應根據雙方之間關懷行為觀點的這些差異在實踐中加以改善解決。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（3）：27-39）

關鍵詞：關懷行為、長期照護機構、照護人員、住民

前言

長照機構照護人員與住民朝夕相處，以照顧住民為核心，照護的品質就顯得相當的重要。長照住民極大部分屬於弱勢的一群，身體各方面機能逐漸退化，環顧週遭環境與人際互動關係上不盡友善。住民進住長照機構時需要有良好的轉銜過程、整體生活經驗應被提升，生活氣氛要營造出一種社區、像家的感覺，讓住民的生活產生心理上的「幸福感」，降低老年人的無力和脆弱感、協助老年人維持原本的身分認同 [1]。

護理，最年輕的職業之一但最古老的藝術。在過去的幾十年裡，護病關係已成為照護中的核心地位，照護人員努力將情感、認知和行動照護過程整合在一起，進一步延伸對住民的照顧者和家庭的關係 [2]，Watson[3] 稱之為“跨人際關懷關係 (Transpersonal Caring Relationship)”，這種關係植基於照護人員必須以人道利他價值觀 (Humanistic-Altruistic Values) 體系為基礎，使住民及其家人能夠在有利於潛在發展的環境中成長 [2]。

長照機構照護人員和住民關懷關係產生的時刻起始於接觸所帶來雙方身體和心理上的交互積極結果：住民的自尊心不斷增強，焦慮感降低，存在感、意識和自我效能的增加、而照護人員會提升管理複雜性和不確定性的能力、決策效果和對住民經歷的深入理解。關懷結果不容易識別，儘管住民滿意被認為是理論上與關懷行為相關的

通訊作者：洪錦墩

通訊地址：台中市北屯區廬子路 666 號

E-mail：cthung@ctust.edu.tw

受理日期：2021 年 12 月；接受刊載：2022 年 4 月

結果之一：它描述了住民比較關懷的期望和實際上認知和情感反應的主觀評價。在過去研究中，差異理論 (Discrepancy Theory) 通常被用來分析個人的期望與其所獲得的，如用於滿意 (Satisfaction) 就是一種存在於個人現狀和期待間的函數，即個人現狀 (或實際) 與期待 (或重視) 差距愈小時，則感受滿意最高，差距愈大則愈感到不滿意，而在比較差異時，會有正向或負向的結果 [11]。個人的期望、評價和希望比他 / 她實際擁有的東西更重要。本研究運用差異理論將個人現狀視為實際，期待則解釋為重視，兩者差距 (Gap) 大小視為滿意之高低。再者，期望和獲得之間的差異引申三個問題：1. 想要什麼？2. 期望是什麼？3. 實際上能獲得什麼？滿意是個人對需求是否滿足的一種態度表現。當需求獲得滿足時，便體驗到一種積極的情緒反映，而不滿足是一種消極的情緒反映。態度是出於價值觀和信仰而產生的熱情和認可的過程，與個人內心想法有關。從某種意義上說，態度是行為的興奮劑或為個人行為做好準備的知識。

綜觀國內外相關研究，較少以長照機構住民如何看待照護人員的關懷行為，而且實證研究顯示照護人員與病患之間的看法也不一致 [4]，如果照護人員要提供真正以住民為中心的服務，身為長照體系的消費者觀點是必要的，識別這些看法與照護人員本身的看法進行差異比較，將有助於教育工作者及經營者不同的省思及建議，落實具體之關懷照護行為，提昇住民照顧品質，此為本研究目的。

關懷行為的概念

關懷 (Caring) 為存在於一方和另一方之間，是為了另一方的福祉。因此，照顧者和被照顧者是分開的，儘管這種分離是可變的關懷照護 [5]。Noddings[6] 認為關懷概念有三：概念和情感的理解，對他人的深刻尊重和內在價值，以及願意為他人採取行動，等同“深切關懷 (Deep Caring)”。李校正 [7] 認為有滋養他人的涵義，是促使生命成長很重要的力量，亦是人類天性和人際關係的基礎概念。在護理工作的場合下，這種方法使護理人員能夠全面了解他們所關心的人，並重視他們的經驗。因此，關懷照護是一種思想與行為的具體表現，缺一不可；關懷取

決於人道方法，護理人員需要培養特定的態度和行為，包括同情、理解、支持、合作和互惠 [2]，以促進癒合、健康和福祉。根據 Woodward[8] 的研究，大多數的關懷行為被歸類為兩個主要組成部分：工具 (Instrument) 和表現力 (Expression)。前者與技術和身體行為有關，較貼近臨床實務，可提供照護人員專業照護及協助如何敏銳地察覺住民的情緒變化與健康需求；後者包括社會心理和情感行為，涵蓋同理、陪伴、尊重建立信任，強調護病間的分與正負向感受表達。

從住民的角度來看，確定哪些關懷行為被認為是照護至關重要，特別是住民的照護是長照機構的關鍵。如果住民將許多照護活動視為關懷行為，住民可能會感到更自信、安全感和更有力量，這將有助於他們獲得控制、希望、生活品質、彈性和獨立性，關懷行為對住民的健康與安適有決定性的能力。住民的滿意也與對關懷行為的看法有關，將照護行為視為關懷的住民對這些行為更滿意 [9]。相對地，面對漠不關心的態度和行為對住民及照護人員都有害，住民會感到羞辱、害怕、缺乏控制以及脆弱狀態，這些狀態導致身心不佳，而照護人員可能導致倦怠和抑鬱，對工作冷淡、沒有參與感的印象 [10]。因此，保持高品質的照護人員與住民關係成為照護品質和安全的保證，特別是對於需要長期治療或居住的慢性病住民。

實證研究

Cronin[12] 編制關懷行為量表 (Caring Behavior Assessment, CBA) 以測量心臟加護病房中 22 名住院病患的看法，並確定哪些護理行為被認為是最重要和最不重要的。結果顯示對病患的身體護理和監測是護理最能表現的指標，而護理的認知方面也被視為重要，特別是教學活動。Mangold[13] 採用 Larson[14] 編訂關懷評估量表 (Caring Assessment Instrument, CARE-Q)，以 30 位高年級護理學生及 30 位專業護理人員為研究對象，結果顯示專業護理人員對關懷行為重要性排名依序為信賴、可近性、事先考慮、監測與追蹤、解釋與增進、舒適，而護理系學生依序為舒適、解釋與增進、監測與追蹤、事先考慮、可近性、信賴，雙方在信賴有顯著差異，其餘均無，都認為傾聽病患最重要，最不重要的行

為是技術專業。von Essen & Sjoden[15,16] 以 8 家醫院精神、內、外科病房護理人員及病患為研究對象，採用 CARE-Q 比較雙方對關懷行為的重要性與發生頻率，結果發現三個病房在關懷行為六個構面上排名上不一致，各科專業護理人員認為情感方面是最重要的且對關懷行為的看法相對不變 - 以人為本，而病患對護理的看法會因專業而異。

Larsson et al.[17] 採用 CARE-Q 測量 179 位癌症病患和 62 位護理人員，結果發現雙方認為事先考慮、舒適最重要。病患在解釋與增進、事先考慮高於護理人員，而護理人員在可近性、舒適高於病患。兩者在可近性呈顯著負相關且對幾個關懷行為的構面沒有強烈的認同。Hegedus[18] 以新英格蘭地區兩家社區醫院 42 位護理人員與 39 位病患為對象，雙方在 20 個題項關懷行為中的 9 個題項存在顯著差異。病患重視個人及家庭觀點以幫助預先考慮住民經歷的適應過程的關懷行為，而護理人員更傾向於安慰方面的行為，鼓勵病患表達和發洩他們的感受。Baldursdottir[19] 採用 Cronin & Harrison's[12] 的 CBA，確定急診室病人認為技術和身體護理行為比情感行為更重要。O'Connell & Landers[20] 調查了 40 名愛爾蘭護理人員自評在心臟加護病房的關懷行為的看法，結果顯示屬於人文主義 / 信仰 + 希望 / 敏感，如“知道妳在做什麼”、“尊重病患”、“視病患為個體”和“撫慰病患”被認為是最重要的關懷行為，護理的情感成分是護理人員認為最重要的部分。

Zamanzadeh et al. [21] 使用關懷評估量表 (Caring Assessment Questionnaire, Care-Q) 來調查 200 位腫瘤病患和 40 位護理人員認為最重要的關懷行為，結果發現可近性和監測與追蹤是最重要的構面，而最不重要的是舒適與信賴；病患在可近性和解釋與增進顯著高於護理人員。李維綸等、蔡照文等 [22,23] 以台灣南部四所區域教學醫院護理人員及病人為收案對象，結果發現護理人員自覺發生頻率關懷行為顯著低於病患感受，但呈現顯著正相關。Papastavrou et al.[24] 研究來自六個歐洲國家 1,537 名病患和 1,148 名護理人員，採用關懷行為量表 (Caring Behaviours Inventory, CBI)，結果發現護理人員和病患對臨床護理中尊重行為的感知頻率以

及傳達關懷行為的意見缺乏一致性。Omari et al.[9] 以 150 位冠狀動脈疾病病患和 60 位重症單位護理人員完成 CBA，結果發現重症單位病患將身體和技術行為視為最重要的關懷行為，而重症單位護理人員將教學行為視為最重要的關懷行為。Zamanzadeh et al.[10] 以伊朗兩所護理系 230 位大一及大四學生為對象，採用 Larson[14] 的 CARE-Q，結果發現雙方在監測與追蹤、可近性得分最高，而事先考慮、信賴最低。四年級學生在解釋與增進顯著高於一年級學生，其餘構面均無顯著差異。Aupia[25] 以 CBI 測量 153 位的印尼醫院護理人員、病患及一所印尼大學，結果發現三組在關懷行為均無顯著差異，最高分都是知識與技術，最低分是殷勤。Calong & Soriano[26] 以菲律賓馬尼拉三級醫院外科病房 47 位護理人員及 101 位病患為研究對象，結果發現護理人員關懷行為自評分數均高於病患，且病患對關懷行為亦感到滿意。Vujani et al.[27] 以克羅埃西亞一所臨床醫院中心 735 位學士與護校護理人員為受訪者，比較關懷行為之間的差異，結果發現雙方更專注於應用技能或執行任務，而不是關懷行為，即表現出同情心，愛心和人際關係。

研究問題

本研究旨在調查長照機構照護人員及住民對關懷行為滿意的差異，以回答問題如下：(1) 照護人員和住民對關懷行為重視程度的差異為何？(2) 照護人員和住民對關懷行為實際程度的差異為何？(3) 比較照護人員和住民在關懷行為滿意（重視與實際程度差距）的差異為何？

小結

上述文獻綜述關懷行為的概念及實證研究，表明特定研究對象使用不同量表檢視關懷行為，但較少針對長照機構照護人員及住民。其次，過去也有研究顯示照護人員和病患在關懷行為或其構面的滿意感受有所不同。因此，照護人員要瞭解不同住民如何看待相同的關懷行為，以及彼此之間的滿意差異至關重要。

材料與方法

本研究採橫斷式問卷調查研究，以中部地區 10 家長期照顧機構的照護人員及住民或其家屬為研

究對象（以下以住民統稱）。研究對象必須符合服務或住滿 1 個月、意識清楚且願意回答者，問卷採自填式；外籍照護人員將以越南語或印尼語為主，並聘請專家進行中文翻越南語、越南語翻中文及中翻印尼語、印尼語翻中文，以提高問卷效度。研究對象同意並簽署同意書後填寫問卷，分別發出 300 份問卷，照護人員及住民分別有效問卷為 247 份、220 份，有效回收率為 82.33%、73.33%。本研究因篇幅所限及便於統計分析，將護理人員與照服員合而為一稱為照護人員，亦包括本籍及外籍照服員在內；為免造成因合併後產生照護人員與住民比較偏差，事先進行護理人員、照服員、本籍與外籍及住民之間的差異分析，結果顯示似乎相差不多。

本研究採結構式問卷調查法，測量工具乃根據文獻、專家意見及研究者實務經驗而成。長期照顧機構照護人員基本資料包括性別、教育程度、婚姻狀況、職稱和國籍；住民基本資料包括性別、教育程度、婚姻狀況。本研究關懷行為量表（Caring Assessment Report Evaluation Q-sort）參考採用 Larson[28] 所發展之關懷行為評估量表，並將問卷修改成適合長期照顧機構照護人員及住民填寫之問卷題目，依關懷行為的重視程度與實際程度來填答，此量表可以探討研究對象對關懷行為的認知。在重視程度中，5= 非常重視；4= 重視；3= 普通；2= 不重視；1= 非常不重視；在實際程度中，4= 總是（表現頻率多於 80%）；3= 時常（表現頻率多於 50%）；2= 有時（表現頻率少於 20%）；1= 從未（從未表現此行為）。本量表專家內容效度（Content Validity Index, CVI）為 0.96，信度方面，本量表 Cronbach's α 介於 0.30-0.88，國外研究 Q-sort 量表 Cronbach's α 介於 0.50-0.86[29]。

本研究將關懷行為六個構面共計 38 題項 [15] 中的三個構面列為表現行為：1. 可近性（Accessible）是指照護人員有意願主動接近住民；2. 信賴（Trusting Relationship）是指照護人員建立在住民中一種信任的感覺；3. 舒適（Comforts）是指照護人員的態度及行為使住民感覺舒適，其範圍包括心靈撫慰（Touching）至姿勢（Gesture）。另外三個構面列為工具行為：1. 解釋與增進（Explains and Facilitates）是指照護人員會給予住民適當的訊

息與各種相關資源；2. 事先考慮（Anticipates）是指會預先考慮住民經歷的適應過程，並與住民分享；3. 監測與追蹤（Monitor and Follow Through）是表示照護人員技術能力，以專業態度及行為確認住民的照護是否完整、適當及徹底執行。

本研究使用 SPSS 22.0 for window 進行分析，運用之統計方法對於個別變項或構面採用描述性統計之分析方式，說明各個變數及因素之平均值（M）、標準差（SD）、百分比（%）等。利用獨立及配對 t 檢定來檢定研究對象的關懷行為重視與實際程度之差異性分析。

結果

一、基本資料之描述性分析

表一顯示照護人員平均年齡 33.02±9.83，以女性 206（佔 93.6%）、國（初）中者 98 人（佔 44.5%）、已婚者 124 人（佔 56.4%）、照服員 170 人（佔 77.3%）、外國籍 128 人（佔 58.2%）居多。住民平均年齡 69.38±4.24，以女性 156（佔 63.2%）、國小以下者有 192 人（佔 77.7%）、已婚者 208 人（佔 84.2%）居多。

表一 照護人員及住民基本資料描述性分析表

變項	照護人員 (n*=220)		住民 (n=247)	
	n	%	n	%
性別				
男	14	6.4	91	36.8
女	206	93.6	156	63.2
教育程度				
國小（含）以下	35	15.9	192	77.7
國（初）中	98	44.5	47	19.0
高中（職）	35	15.9	7	2.8
大專以上	51	23.2	1	0.4
婚姻狀況				
未婚	94	35.9	39	15.7
已婚	124	56.4	208	84.2
職稱				
護理師（士）	49	22.3		
照服員	170	77.3		
國籍				
本國籍	89	40.5		
外國籍	128	58.2		
年齡				
平均數 ± 標準差	33.02 ± 9.83		69.38 ± 4.24	

*代表人數不一致是因遺漏值的關係。

二、關懷行為重視程度構面及題項之描述性分析

表二顯示照護人員在關懷行為重視程度六個構面平均數從高到低依序為舒適(4.41±0.39)、信賴(4.39±0.36)、事先考慮(4.38±0.40)、監測與追蹤(4.38±0.40)、可近性(4.37±0.37)、解釋與增進(4.35±0.53)。住民在關懷行為重視程度六個構面平均數從高到低依序為舒適(4.43±0.40)、事先考慮(4.37±0.44)、解釋與增進(4.36±0.45)、可近性(4.36±0.47)、監測與追蹤(4.35±0.44)、信賴(4.31±0.44)。照護人員在關懷行為重視程度四個構面：可近性、事先考慮、信賴、監測與追蹤平均數均高於住民，僅解釋與增進、舒適平均數均低於住民。

照護人員在關懷行為 38 題項重視程度平均分數介於 4.25-4.55 之間，其中前五高的重視程度從高到低為「2. 會主動協助住民的生活需求，如：飲水、進食、穿衣、參與活動等(4.55±0.54)」、「10. 對照顧困難度較高的住民保持耐心(4.49±0.60)」、「19. 在不違反照護原則之下，會尊重住民的意願，例如：篩選訪客及確保隱私(4.49±0.61)」、「25. 不論發生任何事，會以住民利益為優先考量(4.49±0.62)」、「33. 有良好的組織能力來執行照護工作(4.44±0.65)」。照護人員在關懷行為後五低的重視程度從低到高為「3. 經常巡視住民寢室(4.25±0.58)」、「22. 會隨時察覺住民身心的感受和情緒反應(4.26±0.71)」、「34. 能識別住民病情開始惡化的徵兆(4.30±0.68)」、「35. 能識別病人的行為模式，如溝通方式、防衛機轉(4.30±0.63)」、「4. 會儘速回應住民的叫喚或生活需求(4.30±0.70)」。

住民在關懷行為 38 題項重視程度平均分數介於 4.11-4.52 之間，其中前五高的重視程度從高到低為「10. 對照顧困難度較高的住民保持耐心(4.52±0.64)」、「9. 會提供住民基本的舒適措施，如：口乾、流涎、動作僵硬等(4.47±0.64)」、「14. 會經常保持笑容，輕聲細語地與住民交談(4.46±0.60)」、「16. 會協助新住民住院相關事宜(4.45±0.64)」、「33. 有良好的組織能力來執行照護工作(4.45±0.68)」。住民在關懷行為後五低的重視程度從低到高為「20. 即使住民表達不滿、

不悅時，依然對住民保持關心(4.11±0.64)」、「2. 會主動協助住民的生活需求，如：飲水、進食、穿衣、參與活動等(4.16±0.61)」、「32. 會針對住民身心狀況，執行照護或診療，如量體溫、皮膚檢查、安全評估等(4.17±0.64)」、「23. 在安排適合住民的活動之前，事先了解住民的接受程度(4.23±0.68)」、「21. 會協助住民擬定實際可行的日常作息方式，如：用餐、盥洗、休閒、睡眠時間等(4.23±0.66)」。

三、關懷行為實際程度構面及題項之描述性分析

表二顯示照護人員在關懷行為實際程度六個構面平均數從高到低依序為舒適(3.45±0.39)、可近性(3.44±0.40)、信賴(3.40±0.38)、解釋與增進(3.36±0.46)、監測與追蹤(3.30±0.44)、事先考慮(3.29±0.47)，表現頻率介於 50%-80%；住民在關懷行為實際程度六個構面平均數從高到低依序為事先考慮(2.12±0.49)、舒適(2.05±0.41)、監測與追蹤(2.04±0.41)、可近性(2.04±0.45)、信賴(2.02±0.41)、解釋與增進(1.96±0.52)，表現頻率少於 20%。照護人員在關懷行為實際程度六個構面平均數均高於住民。

照護人員在關懷行為 38 題項實際程度平均分數介於 3.13-3.51 之間，表現頻率介於 50-80%，其中前五高的實際程度從高到低為「13. 會主動傾聽住民的抱怨(3.51±0.59)」、「14. 會經常保持笑容，輕聲細語地與住民交談(3.49±0.57)」、「23. 在安排適合住民的活動之前，事先了解住民的接受程度(3.48±0.57)」、「36. 知道如何協助住民，如吃藥、上廁所或用餐等(3.48±0.66)」、「4. 會儘速回應住民的叫喚或生活需求(3.46±0.58)」。照護人員在關懷行為後五低的實際程度從低到高為「33. 有良好的組織能力來執行照護工作(3.13±0.77)」、「37. 在處理住民危機事件時能表現鎮靜(3.23±0.66)」、「32. 會針對住民身心狀況，執行照護或診療，如量體溫、皮膚檢查、安全評估等(3.24±0.71)」、「18. 會依住民需要，轉介或照會醫療團隊或其他專業人員(例如：社工師、營養師、復健師…等)(3.24±0.69)」、「34. 能識別住民病情開始惡化的徵兆(3.25±0.74)」。

住民在關懷行為 38 題項實際程度平均分數介於 1.83-2.19 之間，表現頻率少於 20%，其中前五高的實際程度從高到低為「22. 會隨時察覺住民身心的感受和情緒反應 (2.19±0.60)」、「17. 會儘速了解新住民的特性。(2.17±0.70)」、「37. 在處理住民危機事件時能表現鎮靜 (2.17±0.64)」、「10. 對照顧困難度較高的住民保持耐心 (2.12±0.65)」、「3. 經常巡視住民寢室 (2.11±0.62)」。住民在關懷行為後五低的實際程度從低到高為「19. 在不違反照護原則之下，會尊重住民的意願，例如：篩選訪客及確保隱私 (1.83±0.59)」、「1. 會經常主動關懷住民，例如：觀察住民情緒狀況給予輔導支持 (1.88±0.63)」、「32. 會針對住民身心狀況，執行照護或診療，如量體溫、皮膚檢查、安全評估等 (1.90±0.71)」、「23. 在安排適合住民的活動之前，事先了解住民的接受程度 (1.92±0.61)」、「8. 會主動記錄並明確地反應住民身心進展，讓巡診醫師或家屬知道 (1.92±0.64)」。

四、關懷行為重視與實際程度之差異性分析

表二顯示照護人員在關懷行為重視程度四個構面：可近性、事先考慮、信賴、監測與追蹤平均數均高於住民，僅信賴達到顯著差異水準（信賴， $t=2.02, p<0.05$ ）。而照護人員在關懷行為實際程度六個構面平均數均高於住民，達到顯著差異水準（可近性， $t=36.00, p<0.001$ ；解釋與增進， $t=30.48, p<0.001$ ；舒適， $t=37.43, p<0.001$ ；事先考慮， $t=26.24, p<0.001$ ；信賴， $t=38.11, p<0.001$ ；監測與追蹤， $t=31.99, p<0.001$ ）。

照護人員在關懷行為重視程度 38 題項中，有 8 題項顯著高於住民，如下：「2. 會主動協助住民的生活需求，如：飲水、進食、穿衣、參與活動等， $t=7.23, p<0.001$ 」；「18. 會依住民需要，轉介或照會醫療團隊或其他專業人員（例如：社工師、營養師、復健師…等）， $t=3.26, p<0.001$ 」；「19. 在不違反照護原則之下，會尊重住民的意願，例如：篩選訪客及確保隱私， $t=3.70, p<0.001$ 」；「20. 即使住民表達不滿、不悅時，依然對住民保持關心， $t=4.27, p<0.001$ 」；「21. 會協助住民擬定實際可行的日常作息方式，如：用餐、盥洗、休閒、睡

眠時間等， $t=3.35, p<0.001$ 」；「23. 在安排適合住民的活動之前，事先了解住民的接受程度， $t=2.80, p<0.01$ 」；「32. 會針對住民身心狀況，執行照護或診療，如量體溫、皮膚檢查、安全評估等， $t=4.30, p<0.001$ 」；「38. 會確實與其他工作人員交班，主動報告住民的狀況，以維護照護的持續性， $t=2.16, p<0.05$ 」。在住民關懷行為重視程度僅有 1 題項顯著高於照護人員：「3. 經常巡視住民寢室， $t=-2.31, p<0.05$ 」。而照護人員在關懷行為實際程度 38 題項均顯著高於住民。

五、關懷行為重視與實際程度差距分析

表三是以重視程度減去實際程度的差距分別來評估照護人員與住民的關懷行為是否滿意，結果顯示不論是照護人員或住民抑或是構面或題項的關懷行為重視與實際差距，均是重視程度高於實際程度，且住民的重視與實際差距遠高於照護人員的重視與實際差距，達統計顯著水準，表示住民對照護人員關懷行為較不滿意，而照護人員對自己關懷行為表現尚可。

照護人員在關懷行為重視與實際六個構面平均數差距從小到大依序為可近性 (0.94±0.45)、舒適 (0.96±0.44)、信賴 (0.99±0.38)、解釋與增進 (0.99±0.64)、監測與追蹤 (1.08±0.45)、事先考慮 (1.09±0.48)。住民在關懷行為重視與實際六個構面平均數差距從小到大依序為事先考慮 (2.25±0.72)、信賴 (2.30±0.69)、監測與追蹤 (2.31±0.67)、可近性 (2.32±0.74)、舒適 (2.37±0.64)、解釋與增進 (2.40±0.74)。

六、關懷行為重視與實際程度之相關性分析

表四顯示照護人員與住民在關懷行為重視與實際程度六個構面之相關性分析結果。照護人員在關懷行為重視與實際程度兩兩構面均呈顯著正相關， $r=0.155-0.462$ ，而住民兩兩構面均呈顯著負相關， $r=-0.350- -0.125$ 。

討論

本研究旨在探討比較照護人員與住民對關懷行為滿意（重視程度與實際程度）之間的差異。

一、在重視程度方面

照護人員在「可近性」、「解釋與增進」、「信

表二 照護人員與住民關懷行為重視與實際程度之描述性及差異性分析

題項	重視程度						實際程度							
	照護人員			住民			照護人員			住民				
	M	SD	排序	M	SD	排序	M	SD	排序	M	SD	排序		
1. 會經常主動關懷住民，例如：觀察住民情緒狀況給予輔導支持。	4.38	0.58	21	4.43	0.75	10	-0.84	34.4	0.58	12	1.88	0.63	37	27.78***
2. 會主動協助住民的生活需求，如：飲水、進食、穿衣、參與活動等。	4.55	0.54	1	4.16	0.61	37	7.23	3.45	0.55	9	2.03	0.68	22	24.64***
3. 經常巡視住民寢室。	4.25	0.58	38	4.38	0.64	17	-2.31*	3.35	0.58	28	2.11	0.62	5	22.34***
4. 會儘速回應住民的叫喚或生活需求。	4.30	0.70	34	4.40	0.62	15	-1.72	3.46	0.58	5	2.09	0.61	10	24.83***
5. 會在住民遇到問題時，主動尋求資源協助。	4.39	0.61	19	4.44	0.67	6	-0.92	3.45	0.60	6	2.09	0.60	9	24.61***
6. 會主動協助住民適應環境，以融入團體生活。	4.39	0.60	20	4.35	0.69	26	0.64	3.45	0.63	7	2.02	0.74	25	22.53***
可近性	4.37	0.37	④	4.36	0.47	④	0.36	3.44	0.40	②	2.04	0.45	④	36.00***
7. 會主動使用簡單易懂的語言或肢體表達和住民溝通。	4.36	0.62	27	4.43	0.61	12	-1.09	3.37	0.62	24	1.99	0.69	32	22.83***
8. 會主動記錄並明確地反應住民身心進展，讓巡診醫師或家屬知道。	4.33	0.71	32	4.29	0.66	30	0.70	3.35	0.60	29	1.92	0.64	34	24.82***
解釋與增進	4.35	0.53	⑤	4.36	0.45	③	-0.19	3.36	0.46	④	1.96	0.52	⑥	30.48***
9. 會提供住民基本的舒適措施，如：口乾、流涎、動作僵硬等。	4.42	0.61	11	4.47	0.64	2	-0.82	3.45	0.58	10	1.99	0.72	30	24.08***
10. 對照顧困難度較高的住民保持耐心。	4.49	0.60	3	4.52	0.64	1	-0.62	3.41	0.62	18	2.12	0.65	4	22.01***
11. 對住民表現開朗的態度。	4.41	0.66	13	4.42	0.72	13	-0.19	3.43	0.60	16	2.11	0.68	6	22.18***
12. 當住民需要安慰時，會給予撫慰。	4.36	0.68	26	4.27	0.68	31	1.53	3.45	0.61	11	2.02	0.68	24	23.74***
13. 會主動傾聽住民的抱怨。	4.43	0.60	6	4.41	0.64	14	0.32	3.51	0.59	1	1.98	0.69	33	25.69***
14. 會經常保持笑容，輕聲細語地與住民交談。	4.40	0.60	16	4.46	0.60	3	-1.19	3.49	0.57	2	2.08	0.66	12	24.63***
15. 會親切地與住民家屬溝通住民狀況。	4.34	0.67	31	4.44	0.67	8	-1.68	3.39	0.60	22	2.07	0.72	15	21.35***
舒適	4.41	0.39	①	4.43	0.40	①	-0.59	3.45	0.39	①	2.05	0.41	②	37.43***
16. 會協助新住民住院相關事宜。	4.34	0.73	30	4.45	0.64	5	-1.71	3.31	0.62	31	2.11	0.68	7	19.89***
17. 會儘速了解新住民的特性。	4.37	0.54	22	4.44	0.66	9	-1.16	3.33	0.62	30	2.17	0.70	2	18.79***
18. 會依住民需要，轉介或照會醫療團隊或其他專業人員（例如：社工師、營養師、復健師...等）。	4.42	0.59	10	4.23	0.65	33	3.26***	3.24	0.69	35	2.09	0.71	8	17.72***
事先考慮	4.38	0.40	③	4.37	0.44	②	0.13	3.29	0.47	⑥	2.12	0.49	①	26.24***
19. 在不違反照護原則之下，會尊重住民的意願，例如：篩選訪客及確保隱私。	4.49	0.61	2	4.26	0.72	32	3.70***	3.41	0.58	17	1.83	0.59	38	29.31***
20. 即使住民表達不滿、不悅時，依然對住民保持關心。	4.35	0.60	29	4.11	0.64	38	4.27***	3.43	0.59	15	2.00	0.70	27	23.79***
21. 會協助住民擬定實際可行的日常作息方式，如：用餐、盥洗、休閒、睡眠時間等。	4.43	0.60	7	4.23	0.66	34	3.35***	3.41	0.61	19	2.00	0.65	28	24.18***
22. 會隨時察覺住民身心的感受和情緒反應。	4.26	0.71	37	4.36	0.65	20	-1.60	3.43	0.57	13	2.19	0.60	1	22.89***
23. 在安排適合住民的活動之前，事先了解住民的接受程度。	4.40	0.61	17	4.23	0.68	35	2.80**	3.48	0.57	3	1.92	0.61	35	28.57***
24. 會鼓勵住民詢問可能會發生的任何問題，接納住民的感受，且不加以批評。	4.41	0.62	12	4.35	0.70	24	1.00	3.35	0.62	27	2.04	0.73	19	20.80***
25. 不論發生任何事，會以住民利益為優先考量。	4.49	0.62	4	4.44	0.67	7	0.75	3.37	0.60	25	2.09	0.65	11	22.20***
26. 會穿著合宜的制服並配戴識別證，以維持專業形象。	4.35	0.66	28	4.33	0.63	28	0.37	3.40	0.61	21	2.03	0.65	23	23.37***
27. 會詢問住民該如何稱呼他（她）。	4.37	0.58	25	4.36	0.61	22	0.14	3.36	0.61	26	2.04	0.67	18	22.42***
28. 會向住民自我介紹，並告知照護人員的工作範圍。	4.40	0.58	18	4.34	0.69	27	0.87	3.45	0.58	8	2.00	0.68	29	25.14***
29. 對待住民的態度始終如一。	4.40	0.61	15	4.38	0.69	18	0.39	3.40	0.58	20	2.04	0.68	20	23.36***
30. 了解住民是獨立個體。	4.30	0.68	33	4.36	0.67	23	-0.90	3.30	0.61	32	2.01	0.67	26	21.67***

表二 照護人員與住民關懷行為重視與實際程度之描述性及差異性分析 (續)

題項	重視程度						實際程度							
	照護人員			住民			照護人員			住民				
	M	SD	排序	M	SD	排序	M	SD	排序	M	SD	排序		
信賴	4.39	0.36	②	4.31	0.44	⑥	2.02*	3.40	0.38	③	2.02	0.41	⑤	38.11***
31. 針對住民問題，會主動關心其處理進度與結果。	4.41	0.63	14	4.39	0.65	16	0.34	3.43	0.63	14	2.07	0.69	14	22.21***
32. 會針對住民身心狀況，執行照護或診療，如量體溫、皮膚檢查、安全評估等。	4.42	0.61	9	4.17	0.64	36	4.30***	3.24	0.71	36	1.90	0.71	36	20.33***
33. 有良好的組織能力來執行照護工作。	4.44	0.65	5	4.45	0.68	4	-0.21	3.13	0.77	38	2.05	0.69	16	15.82***
34. 能識別住民病情開始惡化的徵兆。	4.30	0.68	36	4.36	0.69	21	-1.02	3.25	0.74	34	2.05	0.68	17	18.15***
35. 能識別病人的行為模式，如溝通方式、防衛機轉。	4.30	0.63	35	4.35	0.73	25	-0.91	3.28	0.71	33	2.04	0.66	21	19.52***
36. 知道如何協助住民，如吃藥、上廁所或用餐等。	4.37	0.59	23	4.37	0.65	19	0.07	3.48	0.66	4	2.08	0.72	13	21.83***
37. 在處理住民危機事件時能表現鎮靜。	4.37	0.69	24	4.43	0.65	11	-0.98	3.23	0.66	37	2.17	0.64	3	17.60***
38. 會確實與其他工作人員交班，主動報告住民的狀況，以維護照護的持續性。	4.43	0.67	8	4.29	0.68	29	2.16*	3.39	0.59	23	1.99	0.69	31	23.50***
監測與追蹤	4.38	0.40	③	4.35	0.44	⑤	0.69	3.30	0.44	⑤	2.04	0.41	③	31.99***

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

表三 照護人員與住民關懷行為重視與實際程度差距分析

題項	照護人員 重視與實際差距			住民 重視與實際差距		
	M	SD	排序	M	SD	排序
1. 會經常主動關懷住民，例如：觀察住民情緒狀況給予輔導支持。	0.94	0.74	18.84***	2.55	1.15	34.98***
2. 會主動協助住民的生活需求，如：飲水、進食、穿衣、參與活動等。	1.09	0.70	23.24***	2.13	0.97	34.61***
3. 經常巡視住民寢室。	0.90	0.71	18.69***	2.27	0.90	39.71***
4. 會儘速回應住民的叫喚或生活需求。	0.84	0.81	15.29***	2.32	0.95	38.37***
5. 會在住民遇到問題時，主動尋求資源協助。	0.93	0.83	16.59***	2.35	0.94	39.42***
6. 會主動協助住民適應環境，以融入團體生活。	0.93	0.78	17.80***	2.33	1.08	33.83***
可近性	0.94	0.45	30.58***	2.32	0.74	49.10***
7. 會主動使用簡單易懂的語言或肢體表達和住民溝通。	1.00	0.80	18.53***	2.43	0.97	39.49***
8. 會主動記錄並明確地反應住民身心進展，讓巡診醫師或家屬知道。	0.99	0.86	16.96***	2.36	0.98	38.00***
解釋與增進	0.99	0.64	23.12***	2.40	0.74	50.99***
9. 會提供住民基本的舒適措施，如：口乾、流涎、動作僵硬等。	0.97	0.81	17.79***	2.47	0.99	39.39***
10. 對照顧困難度較高的住民保持耐心。	1.07	0.79	20.13***	2.40	0.97	38.74***
11. 對住民表現開朗的態度。	0.98	0.82	17.84***	2.32	1.01	35.86***
12. 當住民需要安慰時，會給予撫慰。	0.92	0.81	16.88***	2.24	0.93	37.84***
13. 會主動傾聽住民的抱怨。	0.92	0.75	18.06***	2.43	0.96	39.67***
14. 會經常保持笑容，輕聲細語地與住民交談。	0.91	0.76	17.76***	2.38	0.98	38.18***
15. 會親切地與住民家屬溝通住民狀況。	0.95	0.82	17.23***	2.37	0.99	37.77***

表三 照護人員與住民關懷行為重視與實際程度差距分析 (續)

題項	照護人員 重視與實際差距				住民 重視與實際差距			
	M	SD	t	排序	M	SD	t	排序
舒適	0.96	0.44	32.39***	②	2.37	0.64	58.46***	⑤
16. 會協助新住民住院相關事宜。	1.03	0.82	18.69***		2.34	1.02	36.27***	
17. 會儘速了解新住民的特性。	1.05	0.76	20.32***		2.27	1.04	34.27***	
18. 會依住民需要, 轉介或照會醫療團隊或其他專業人員 (例如: 社工師、營養師、復健師...等)。	1.18	0.78	22.35***		2.14	0.98	34.36***	
事先考慮	1.09	0.48	33.42***	⑤	2.25	0.72	49.43***	①
19. 在不違反照護原則之下, 會尊重住民的意願, 例如: 篩選訪客及確保隱私。	1.08	0.76	21.09***		2.43	1.11	34.36***	
20. 即使住民表達不滿、不悅時, 依然對住民保持關心。	0.92	0.72	19.00***		2.11	1.00	33.00***	
21. 會協助住民擬定實際可行的日常作息方式, 如: 用餐、盥洗、休閒、睡眠時間等。	1.02	0.79	19.17***		2.23	0.89	39.29***	
22. 會隨時察覺住民身心的感受和情緒反應。	0.83	0.85	14.49***		2.17	0.95	35.85***	
23. 在安排適合住民的活動之前, 事先得住民的接受程度。	0.91	0.77	17.50***		2.31	1.04	34.84***	
24. 會鼓勵住民詢問可能會發生的任何問題, 接納住民的感受, 且不加以批評。	1.06	0.75	21.03***		2.31	1.08	33.64***	
25. 不論發生任何事, 會以住民利益為優先考量。	1.12	0.77	21.62***		2.36	1.03	35.84***	
26. 會穿著合宜的制服並配戴識別證, 以維持專業形象。	0.95	0.86	16.36***		2.30	0.94	38.55***	
27. 會詢問住民該如何稱呼他 (她)。	1.00	0.76	19.57***		2.32	0.96	38.06***	
28. 會向住民自我介紹, 並告知照護人員的工作範圍。	0.94	0.80	17.44***		2.35	1.03	35.76***	
29. 對待住民的態度始終如一。	1.00	0.82	18.17***		2.34	0.99	37.28***	
30. 了解住民是獨立個體。	1.00	0.76	19.55***		2.34	1.00	36.71***	
信賴	0.99	0.38	38.21***	③	2.30	0.69	52.15***	②
31. 針對住民問題, 會主動關心其處理進度與結果。	0.98	0.77	18.75***		2.32	1.03	35.48***	
32. 會針對住民身心狀況, 執行照護或診療, 如量體溫、皮膚檢查、安全評估等。	1.19	0.81	21.75***		2.28	1.01	35.52***	
33. 有良好的組織能力來執行照護工作。	1.31	0.90	21.48***		2.40	1.00	37.74***	
34. 能識別住民病情開始惡化的徵兆。	1.05	0.91	17.13***		2.31	1.03	35.27***	
35. 能識別病人的行為模式, 如溝通方式、防衛機轉。	1.02	0.89	17.04***		2.32	1.00	36.44***	
36. 知道如何協助住民, 如吃藥、上廁所或用餐等。	0.90	0.83	15.91***		2.29	0.99	36.35***	
37. 在處理住民危機事件時能表現鎮靜。	1.14	0.86	19.76***		2.26	0.99	36.02***	
38. 會確實與其他工作人員交班, 主動報告住民的狀況, 以維護照護的持續性。	1.04	0.85	18.26***		2.30	0.99	36.45***	
監測與追蹤	1.08	0.45	35.14***	④	2.31	0.67	53.91***	③

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

賴」、「監測與追蹤」比住民更重視，而住民在「舒適」及「事先考慮」比照護人員更重視。雙方皆重視「舒適」且並列第一，認為心靈撫慰或柔和態度的表現最為重視，但照護人員把「信賴」、「監測與追蹤」、「解釋與增進」分別放在第二、第四及第六位，與住民對關懷行為重視程度存在較大分歧，尤其是住民將「信賴」放在第六位，使得照護人員「信賴」顯著遠高於住民，而其餘構面並無顯著且順序上有些許差異，與 Larsson et al.[17] 研究相似。

就重視程度題項而言，照護人員前五名題項分散在六個構面中，而住民集中在「舒適」；但照護人員後五名題項分別以「可近性」、「監測與追蹤」4 個題項較多，而住民以「信賴」3 個題項最多，包括「20. 即使住民表達不滿、不悅時，依然對住民保持關心」、「23. 在安排適合住民的活動之前，事先了解住民的接受程度」、「21. 會協助住民擬定實際可行的日常作息方式，如：用餐、盥洗、休閒、睡眠時間等」，而且雙方沒有題項排名一致情形。這些結果與早期研究結果的發現 [9,16,18] 不一致。表示住民重視什麼才是良好關懷行為的看法，顯然住民更看重照護的工具性方面，而照護人員則重視照護的表現形式 [18]；本研究以照服員居多，展現出一種相對專業的照護關懷觀念，而住民往往有不同的看法，其結果可能會對滿意度產生不利影響 [15]。

二、在實際程度方面

照護人員在關懷行為六大構面均顯著高於住民且構面順序與住民幾乎相反：除了照護人員「舒適」實際程度排名第一與住民排名第二稍有差異外，其餘構面如照護人員的「信賴」位居第三、「事先考慮」殿底，而住民的「信賴」落居第五、「事先考慮」位居第一。照護人員自認為在關懷行為的實際表現介於「時常」與「總是」的現象，表現頻率為 50%-80%，但住民卻認為照護人員的實際關懷行為表現頻率介於「從未」與「有時」之間，表現頻率少於 20%，照護人員與住民在關懷行為實際表現看法有落差，與 Papastavrou, Calong & Soriano [24,26] 研究相似，但與蔡照文等、周曉美等 [23,30] 的研究結果病患認知關懷行為高於護理人員不符，其中認知最多的是知識及技能，最少的是聯繫病患，說明臨床護理專業知識熟練的操作技能得到了認可，但對護理人員的陪伴與交流並不滿意。

照護人員是根據自己對所有住民實際關懷的頻率所判斷得出的，關懷行為表現自然會比住民認為的更頻繁，這一事實可能有助於系統地提高照護人員的自我實現，而每位住民的答覆都基於對自身經歷關懷行為頻率來判斷，這不表示照護人員實際表現會比住民高是必然的結果，因為照護人員與住民的評估是在連續期間進行的，是動態而非靜態。雖然預期存在一些差異，但最重要

表四 照護人員與住民關懷行為重視與實際程度相關性分析

照護人員	重視程度					
	a	b	c	d	e	f
a. 可近性	0.290**	0.255**	0.335**	0.358**	0.267**	0.289**
b. 解釋與增進	0.155*	0.189**	0.238**	0.328**	0.232**	0.231**
c. 舒適	0.300**	0.250**	0.361**	0.421**	0.326**	0.335**
d. 事先考慮	0.233**	0.311**	0.282**	0.398**	0.287**	0.352**
e. 信賴的人際	0.374**	0.292**	0.430**	0.443**	0.462**	0.452**
f. 監測與追蹤	0.271**	0.207**	0.311**	0.356**	0.331**	0.421**
實際程度 住民						
a. 可近性	-0.307**	-0.125*	-0.214**	-0.221**	-0.315**	-0.224**
b. 解釋與增進	-0.320**	-0.156*	-0.267**	-0.212**	-0.311**	-0.268**
c. 舒適	-0.295**	-0.197**	-0.224**	-0.209**	-0.298**	-0.247**
d. 事先考慮	-0.302**	0.141*	-0.208**	-0.177**	-0.279**	-0.252**
e. 信賴的人際	-0.318**	-0.141*	-0.184**	-0.215**	-0.350**	-0.264**
f. 監測與追蹤	-0.348**	-0.224**	-0.228**	-0.262**	-0.340**	-0.273**

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

的發現是，在幾乎所有提出的問題中，照護人員報告執行某些關懷行為的頻率都比住民所認為的要高。在住民方面，與照護人員的反應相比，對頻率量表的消極方面的反應更多。這表示照護人員和住民對提供 / 接受關懷的頻率的看法不一致，這一觀察結果得到了文獻的支援 [24]。另外，與照護人員知覺關懷行為如安慰，觸摸，細心的傾聽，和敏感有效的照護行為相比，住民更關心照護人員表現出高度的專業能力與技能、身體評估和監測，以及可近性，如「17. 會儘速了解新住民的特性」、「37. 在處理住民危機事件時能表現鎮靜」、「4. 會儘速回應住民的叫喚或生活需求」，Calong[26] 認為運用具體照護技巧比情感照護技巧上更能讓病人感受到關懷行為的存在。

三、滿意（重視程度與實際程度的差距）分析

照護人員與住民不僅各自在重視與實際程度有落差，且雙方不論是構面或題項，分別都是關懷行為重視程度顯著高於實際程度，尤其是住民差距更大，這可從住民的重視與實際程度呈負相關得到驗證，即關懷行為重視程度愈高、實際程度發生頻率愈低，則滿意較低。照護人員對關懷行為滿意從高到低依序為可近性、舒適、信賴、解釋與增進、監測與追蹤、事先考慮，與本研究照護人員在關懷行為實際程度六個構面排序相似。照護人員對關懷行為重視程度的看法可能不是他們所做實際工作的準確預測因素，但本研究結果顯示照護人員對實際發生情況與關懷行為的重要性之間存有一定的關聯，即關懷行為重視程度愈高、實際程度發生頻率愈高，則滿意較高。但須注意的是有一種行為可能必須非常頻繁才能令人滿意，而另一種行為如果很少見，則更令人滿意，或第三種行為可以在不同的頻率水準下令人滿意。這些發現表示，照護主要與表現力和關懷行為有關 [20]，而與工具照護無關 [4]。住民對關懷行為滿意從高到低依序為事先考慮、信賴、監測與追蹤、可近性、舒適、解釋與增進，尤其是住民排名第一的事先考慮反而是照護人員知覺滿意最低的，顯示住民對工具性關懷行為具有高度的相關性，可能是因為技術照護活動在床邊的時間比其他活動更被住民認可 [26]，並考慮到他們佔最大比例。

結論

本研究確定照護人員與住民最重要、最不重要和實際發生頻率多少的關懷行為，大致支持了先前研究的結果，住民認為基於身體和技術的關懷護理行為是最重要的，而照護人員認為舒適、信賴比任何其他關懷行為更重要。同時，使照護人員可以瞭解住民如何看待他們的關懷護理行為。

住民滿意已成為衡量長照照護系統品質和效率的一個重要的標準，並已成為一種道德義務，有可能使照護人性化。長照護理關係積極的聯繫是多層面的，意味著非侵入性的關懷行為，如親密、互動、關係、與住民的參與以及與住民共度時光，並致力於為住民提供個人化和全面的照護。然而，這些屬性可能被住民視為照護人員使用頻率較低，可能是管理者的要求、工作量的增加和人員配置水準的降低，讓發展親密關係的機會有限。照護人員應根據照護人員和住民之間關懷行為觀點的這些差異需要在實踐中加以解決。建議管理者關懷員工（工作 / 福利）、以身作則、透過標竿典範及經驗分享，以提升員工關懷行為素養及形塑組織文化。其次，管理者及教育者制定符合關懷行為理念或課程，如角色扮演，以減少護理對關懷行為的差距。本研究僅限於中部地區 10 家長照機構，外部推論性有限。再者，將護理人員與照服員合併為照護人員以及將家屬看法與住民意見歸屬同一類，並且進行滿意分析時宜謹慎解讀。

參考文獻

1. 楊培珊：老人長期照護機構及社工專業發展的現況與展望。臺灣社會工作學刊 2005；4：147-169。
2. Delmas P, Antonini M, Berthoud L, et al.: A comparative descriptive analysis of perceived quality of caring attitudes and behaviors between hemodialysis patients and their nurses. *Nursing Open* 2020; 7(2): 563-570.
3. Watson J: Theory of human caring. In MA Parker Ed. *Nursing theories and nursing practices*. Philadelphia, PA: F. A. Davis. 2001: 344-354.
4. Papastavrou E, Efsthathiou G, Charalambous A: Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67(6): 1191-1205.
5. Martin P: Caring for the Environment: Challenges from

- notions of caring. *Australian Journal of Environmental Education* 2007; 23: 57-64.
6. Noddings N: Educating moral people: a caring alternative to character education. New York: Teachers College Press. 2002.
 7. 李校正: 關懷照護概念。台北: 永大書局。2007。
 8. Woodward V: Professional caring: a contradiction in terms? *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26(5): 999-1004.
 9. Omari FH, AbuAlRub R, Ayasreh IRA: Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22(21-22): 3183-3191.
 10. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Azimzadeh R, et al.: First and fourth-year student's perceptions about importance of nursing care behaviors: socialization toward caring. *Journal of Caring Science* 2014; 3(2): 93-101.
 11. Oliver RL: Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research* 1993; 20(3): 418-4304.
 12. Cronin SN, Harrison B: Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung* 1988; 17(4): 374-384.
 13. Mangold AM: Senior nursing students' and professional nurses' perceptions of effective caring behaviors: a comparative study. *Journal of Nursing Education* 1991; 30(3): 134-39.
 14. Larson PJ: Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. University Microfilms No. 81-16, 511. 1981. Retrieved from <https://bit.ly/3w8zbQJ>
 15. von Essen L, Sjoden PO: Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff with comparisons to somatically-ill samples. *Res Nurs Health* 1993; 16(4): 293-303.
 16. von Essen L, Sjoden PO: Perceived occurrence and importance of caring behaviours among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21(2): 266-276.
 17. Larsson G, Peterson VW, Lampic C, et al.: Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27(4): 855-864.
 18. Hegedus KS: Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(5): 1090-1096.
 19. Baldursdottir G, Jonsdottir H: The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart and Lung* 2002; 31(1): 67-75.
 20. Os'Connell E, Landers M: The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008; 24(6): 349-358.
 21. Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani I, et al.: Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BioMed Council Nursing* 2010; 9(1): 10.
 22. 李維綸、楊惠琳、蔡享翰 等: 南台灣區域教學醫院護理人員關懷行為與病人感受之相關性探討。護理暨健康照護研究 2011; 7(4): 286-294。
 23. 蔡照文、李維綸、蔡享翰: 南部非教學醫院護理人員自覺關懷行為與病患感受之探討。中華心理衛生學刊 2011; 24(3): 381-402。
 24. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, et al.: Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: a comparative study. *Nursing Ethics* 2012; 19(3): 369-379.
 25. Aupia A, Lee TT, Liu CY, et al.: Caring behavior perceived by nurses, patients and nursing students in Indonesia. *Journal of Professional Nursing* 2018; 34(4): 314-319.
 26. Calong KAC, Soriano GP: Caring behavior and patient satisfaction: merging for satisfaction. *International Journal of Caring Sciences* 2018; 11(2): 697-703.
 27. Vujani J, Prlic N, Lovric R: Nurses' self-assessment of caring behaviors in nurse-patient interactions: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(14): 5255.
 28. Larson PJ: Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1984; 11(6): 46-50.
 29. 何清治、李美文、李淑芬 等: 長期照護機構照護人員關懷行為與組織倫理氣候相關性之研究。澄清醫護管理雜誌 2017; 13(1): 37-45。
 30. 周曉美、劉擘、蔣岩 等: 臨床護士護理關懷行為及患者關懷感知現況調查與分析。中國實用護理雜誌 2019; 35(36): 2858-2863。

Comparing the Satisfaction in Perceived Care Behavior Between Caregivers and Residents - A Case Study of Long-term Care Institutions in Central Taiwan

Chin-Chih Ho, Chin-Tun Hung

Department of Hospital and Healthcare Administration, Central Taiwan University of Science and Technology

Abstract

Purposes

This study aimed to compare the expected degree and actual feeling of perceived caring behavior between caregivers and residents through difference analysis to understand their satisfaction.

Methods

A cross-sectional study method was adopted and research subjects who were willing to sign the consent form were selected by purposive sampling. Subjects included caregivers who worked for over six months as well as residents or their families who stayed for over a year in 10 long-term care institutions in central Taiwan. A total of 300 structured questionnaires were distributed to both caregivers and residents; 220 and 247 valid questionnaires were recovered from the caregivers and residents respectively.

Results

Attention to caring behavior was analyzed using the following measures: “accessible”, “explains and facilitates”, “trusting relationship”, “monitors and follows through”, “anticipates”, as well as “comforts”. Mean values of “accessible”, “anticipates”, “trusting relationship”, and “monitors and follows through” were higher in caregivers compared to that in residents, whereas, mean values of “explains and facilitates” as well as “comforts” were lower in caregivers compared to that in residents. However, a statistically significant difference was observed only in case of “trusting relationship”. The mean values for all six measures for degree of caring behavior self-rated by caregivers were significantly higher compared to that rated by residents. The frequency of degree of caring behavior self-rated by the caregivers was between 50% and 80%, whereas that rated by the residents was less than 20%. The satisfaction of caregivers with caring behavior was in a descending order of “accessible”, “comforts”, “trusting relationship”, “explains and facilitates”, “monitors and follows through”, and “anticipates”, whereas in case of residents was in the descending order of “anticipates”, “trusting relationship”, “monitors and follows through”, “accessible”, “comforts”, “explains and facilitates”. Overall, caregivers were more satisfied with caring behavior compared to residents.

Conclusions

The study identified significant differences in perceived caring behavior between caregivers and residents or their families. Therefore, caregivers should strive to minimize these differences in perceived caring behavior and improve satisfaction. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(3): 27-39)

Keywords : *Care behavior, Long-term care institutions, Caregivers, Residents*