

南華大學管理學院企業管理學系管理科學博士班

博士論文

Doctoral Program in Management Sciences

Department of Business Administration

College of Management

Nanhua University

Doctoral Dissertation

長照機構住民尊嚴照護與科技輔具應用之相關研究

Research on Dignity Caring and the Application of Technological
Assistive Devices for Residents in Long-term Care Institutions

許崑峯

Kun-Feng Hsu

指導教授：黃國忠 博士

郭東昇 博士

Advisor: Kuo-Chung Huang, Ph.D.

Tung-Sheng Kuo, Ph.D.

中華民國 109 年 6 月

June 2020

南 華 大 學

企業管理學系管理科學博士班

博 士 學 位 論 文

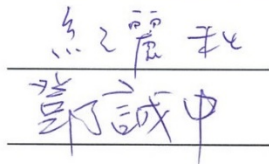
長照機構住民尊嚴照護與科技輔具應用之相關研究
Research on Dignity Caring and the Application of Technological
Assistive Devices for Residents in Long-term Care Institutions

博士生：許崑峯 

經考試合格特此證明

口試委員：林明芳



李謀藍


指導教授：黃國忠 高東昇

系主任(所長)：黃國忠

口試日期：中華民國 109 年 05 月 19 日

準博士推薦函

本校企業管理學系管理科學博士班研究生許崑峯君在本系修業7年，已經完成本系博士班規定之修業課程及論文研究之訓練。

1、在修業課程方面：許崑峯君已修滿 42 學分，其中必修科目：研究方法、最佳化理論、書報討論等科目，成績及格(請查閱博士班歷年成績)。

2、在論文研究方面：許崑峯君在學期間已完成下列論文：

(1)博士論文：長照機構住民尊嚴照護與科技輔具應用之相關研究

(2)學術期刊：

Acceptance for Applying Technological Living Assistive Devices
in Dignity Care - Evidence from Central Taiwan.

The Status Quo of Dignity Care for Residents in Long-term Care
Institutions

Design of Promotion Activities for Technological Living
Assistive Devices.

本人認為許崑峯君已完成南華大學企業管理學系管理科學博士班之博士養成教育，符合訓練水準，並具備本校博士學位考試之申請資格，特向博士資格審查小組推薦其初稿，名稱：長照機構住民尊嚴照護與科技輔具應用之相關研究，以參加博士論文口試。

指導教授：李東園 簽章

中華民國 109 年 2 月 5 日

誌謝

最先感謝星雲大師及百萬興學善德，創辦、成就了南華大學，才有此機緣用誠摯的心，寫下這篇誌謝辭。

在知命之年進入博士班研讀，在博士班就學期間，歷經了人生的大轉折。生命由生死關頭再重生，身體又接踵出狀況，辦理休學是必然的必要，放棄取得博士學位的念頭也曾浮上腦海。這期間最感謝我妻子的照料與鼓勵，還有好友榮祥不斷的鞭策與幫助；更感謝郭東昇主任不吝的指導與支援，才能在進入耳順之年，順利取得博士學位，更感彌足珍貴。

本論文能夠完成，首先要感謝黃國忠主任、郭東昇老師的指導，沒有兩位指導老師大原則的提示與細項之修正，就沒有這篇論文的完成。也要感謝兩階段的口試委員李謀監老師、涂瑞德老師、范惟翔老師、袁淑芳老師及校外委員林明芳校長、紀麗秋主任和鄧誠中老師等，都提供了許多寶貴的意見及指出疏漏之處，使本論文能詳盡充實更臻於完善，在此表示深摯的謝忱。

感謝我的同學、學長們－王憲斌、吳尚哲、梁哲賓、黃金山、楊育哲、賴榮祥等，因為有您們的幫助，我的學習生涯才會豐富精彩，和您們一起走過的歲月是美好、溫暖的記憶，有您們真好。

最後，感謝我摯愛的妻子鄭雅資。結婚多年來我花費了許多的時間在學業及教學上，她在家庭、孩子及事業工作上，盡心的投入；更常需忍受我的情緒起伏，總是無怨無悔、微笑以對。今後我將用更多的陪伴與疼惜來回報。值得欣慰的是我三個小孩勝博、又文、智皓，都有著良善的人生態度與誠正的胸襟。更讓我高興的是，在論文口試期間，長孫顥彥的出生，屢屢看著他可愛帥氣的模樣，如小天使般的力量給予我心靈上的滋潤並且釋放了所有的疲憊與壓力，更讓我倍感珍惜生命的可貴與感恩所有幫助過我的每一個因緣。

許崑峯謹致

南華大學企業管理學系管理科學博士班

中華民國 109 年 5 月

南華大學企業管理學系管理科學博士班
108 學年度第二學期博士論文摘要

論文題目：長照機構住民尊嚴照護與科技輔具應用之相關研究

研究生：許崑峯

指導教授：黃國忠博士

郭東昇博士

論文摘要內容：

社會環境變遷和家庭結構改變，使得老人、失能者有照護需求。需被長期照護的人常需要足夠的生活輔具來改善其日常生活。目前全球市場上的托足板是由高溫材料或碳纖維製成，以遭受中風、交通意外、跌落等等傷害的病患為目標。然而，這些人常需要托足板以支撐下肢、防止腳下垂或改善生活上的小動作功能。本研究首先以中文患者尊嚴量表(PDI)對長照機構住民實問卷調查。將回收問卷資料進行探索性因素分析，將題項分類為「尊嚴感受」、「情緒管理」和「生活管理」等構面。調查發現(1)住民在長期照護機構安置期間「尊嚴感受」和「情緒管理」受到合理、有尊嚴的照護，但「生活管理」部分介於「普通問題」和「重大問題」間的較差水準之感受。(2)瞭解住民最希望得到「生活管理」上的支援需求較多。(3)廠商應著力於開發生活應用輔具，以提高住民生活之方便性。

本研究進一步採用修訂的科技接受模式來探討長期照護機構住民是否能夠接受採用科技生活輔具-新型托足板於改善其日常生活機能，以提高其生活自主的尊嚴。實證結果顯示使用者對科技生活輔具接受度可以用科技接受模型來加以解釋其行為意圖，同時，亦顯示從眾行為對此科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響，知覺風險亦對使用態度與行為意圖具有負向的干擾效果。

鑒於社會環境變遷和家庭結構改變，使得老人、失能者有照護需求。

需被長期照護的人常需要足夠的生活輔具來改善其日常生活。然而市場上的托足板價格與易用性常被批評。因此易用性高、性價比高的托足板的推出預期可以滿足市場之需求。本文以 AIDAS 行銷活動設計模式來掌握顧客心理程序變化，並溶入從眾行為與知覺風險，來設計行銷推廣科技生活輔具的活動內容以達推廣該輔具的目的。

關鍵字：尊嚴照護、長期照護、科技生活輔具、科技接受模式、行銷活動



Title of Dissertation: Research on Dignity Caring and the Application of Technological Assistive Devices for Residents in Long-term Care Institutions

Department: Ph.D. Program in Management Sciences, Department of Business Administration, Nanhua University

Graduate Date: June, 2020

Degree Conferred: Ph.D.

Name of Student: Kun-Feng Hsu

Advisor: Kuo-Chung Huang, Ph.D.

Tung-Sheng Kuo, Ph.D.

Abstract

Changes of social environment and family structure have put the elderly and the disabled in need of care. In this study, the Patient Dignity Inventory (PDI) (Chinese version) was used to conduct a questionnaire survey on residents in long-term care institutions. Changes in the social environment and family structure have resulted in changed care needs for the elderly and disabled. People who need long-term care often require adequate living assistive devices to improve their daily lives. At present, the Ankle-Foot Orthosis (AFO) is available on the global market, which is made of high-temperature materials or carbon fiber, and its target users are patients suffering from strokes, traffic accidents, or falls. Exploratory factor analysis was firstly conducted on the collected questionnaire data. The questionnaire items were classified into Constructs of “perceived dignity”, “emotion management”, and “living management”. The survey resulted in a number of findings. First, residents received proper and dignified care of their perceived dignity and emotion management and have dignified care during the period of settlement of maintenance institutions. However, on the part of living management, they had poor feelings between “a problem” and “major problem”. Second, the residents hoped to receive support from “living management” the most. Third,

manufacturers should make great efforts to develop living assistive devices to make the residents' lives more convenient.

Secondly, this study used a revised Technology Acceptance Model to explore whether residents of long-term care institutions could accept the use of technology living assistive devices in order to enhance the dignity of their autonomous lives. The empirical results showed that the Technology Acceptance Model could be used to explain the behavioral intention to use and the user's acceptance of technological living assistive devices. At the same time, the results also indicated that conformity had a positive influence on the behavioral intention of the users to use the technology living assistive devices, and that perceived risk had negative moderating effects on attitude toward use and behavioral intention to use.

These people often need the AFO to support their lower limbs, prevent their feet from sagging, or improve small motor functions in life; however, its price and ease of use are often criticized. Therefore, the launch of a foot board with high ease of use and high cost performance is expected to meet the needs of the market. This article used the AIDAS marketing campaign design model to grasp the changes in customers' psychological processes, and incorporated herd behavior and perceived risk to design marketing activities to promote the technological living assistive device.

Keywords: Dignity Care, Long-term Care, Living Assistive Devices, TAM, AIDAS

目錄

準博士推薦函.....	I
誌謝.....	II
中文摘要.....	III
Abstract.....	V
目錄.....	VII
圖目錄.....	X
表目錄.....	XI
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機與目的.....	3
第二章 文獻回顧.....	5
2.1 尊嚴照護.....	5
2.1.1 尊嚴.....	5
2.1.2 尊嚴護理.....	6
2.1.3 病人尊嚴與健康結果.....	8
2.1.4 尊嚴知覺量表.....	9
2.2 科技生活輔具接受度應用.....	10
2.2.1 科技接受模型理論.....	10
2.2.2 知覺風險.....	13
2.2.3 從眾行為.....	14
2.2.4 科技生活輔具之應用.....	17
2.3 科技輔具之行銷.....	18
第三章 研究方法.....	23

3.1 探索性因素分析	23
3.1.1 PDI 問卷發展	24
3.1.2 樣本規劃	25
3.1.3 資料整理分析	25
3.2 結構方程模式分析	26
3.2.1 研究模型與假設	26
3.2.2 資料蒐集	27
3.2.3 資料整理分析	28
3.2.4 變數操作性定義	28
3.3 行銷活動規劃	30
第四章 研究結果分析	32
4.1 尊嚴照護資料分析	32
4.1.1. 尊嚴照護之敘述性統計	32
4.1.2 PDI 資料分析	35
4.2 科技生活輔具接受度分析	38
4.2.1 接受度敘述性統計	38
4.2.2 驗證性因素分析	41
4.2.3 結構方程式模式	42
4.3 行銷活動規劃分析	45
第五章 結論與建議	48
5.1 結論	48
5.1.1 尊嚴照護調查發現	48
5.1.2 長期照護機構住民接受採用科技生活輔具的調查發現 ..	49
5.1.3 AIDAS 行銷活動推廣輔具規劃	49

5.2 建議.....	50
參考文獻.....	51
一、中文部分.....	51
二、英文部分.....	53
附錄一 尊嚴照護調查中文問卷.....	60
附錄二 尊嚴照護調查題項英文稿.....	61
附錄三 科技輔具接受度調查問卷.....	62



圖目錄

圖 2.1 科技接受模式(TAM).....	11
圖 3.1 研究流程圖.....	23
圖 3.2 本研究之理論模型.....	28
圖 3.3 行銷活動規畫圖.....	31
圖 4.1 修訂後科技接受行為模式分析圖.....	43



表目錄

表 3.1 PDI 問卷題項	24
表 3.2 科技生活輔具接受程度各構面與題項一覽表	29
表 4.1 各長照機構住民填答樣本數分佈	32
表 4.2 長照機構住民填答者年齡分佈	33
表 4.3 長照機構住民填答者性別分佈	33
表 4.4 長照機構住民填答者之教育程度分佈	34
表 4.5 長照機構住民填答者之宗教信仰分佈	34
表 4.6 長照機構住民填答者之生活費來源分佈	34
表 4.7 此問卷是否由長照機構照護人員代為填寫之分佈	35
表 4.8 尊嚴照護量表各構面及其所包含題項統計量彙整表	37
表 4.9 各長照機構住民填答樣本數分佈	38
表 4.10 長照機構住民填答者年齡分佈	39
表 4.11 長照機構住民填答者性別分佈	39
表 4.12 長照機構住民填答者之教育程度分佈	39
表 4.13 長照機構住民填答者之宗教信仰分佈	40
表 4.14 長照機構住民填答者之生活費來源分佈	40
表 4.15 此問卷是否由長照機構照護人員代為填寫之分佈	40
表 4.16 收斂效度判別指標值	42
表 4.17 區別效度判別指標值	42
表 4.18 結構模式各構面間之總效應	43
表 4.19 結構模式參數估計	44

第一章 緒論

本章描述本文之研究背景和研究動機與目的。

1.1 研究背景

社會環境變遷和家庭結構改變，使得老人、失能者有照護需求，入住長照長期照護比例逐年上升，致台灣國內長照長期照護資源亦逐年增加，尤其是 24 小時機構式的照護。台灣在長期照護服務中，機構式照護包括 (1)衛生體系的慢性病床及護理之家；(2)社會福利體系的長期照護機構、養護機構、安養機構；(3)退除役官兵輔導委員會體系的慢性病床、養護及安養機構。長期照護需求呈日益增加的長期趨勢。隨著高齡人口的增加，對長期照護機構之需求亦隨之增加。根據台灣內政部 2018 年 3 月統計的資料顯示台灣 65 歲以上老年人口占總比率已達到 14.05%，跨過 14% 的門檻，邁入「高齡社會」也就是說 7 個人中有 1 個老人。照護老人的重責將逐漸轉交到專業人員的身上了，這份照護責任除是家屬對於長期照護機構的期待之外，也包含了要為保持長輩尊嚴的期待。老年人離開熟悉的環境入住長照機構後，常見有失落感、被遺棄、缺乏安全感、自尊降低、憂鬱，進而影響到其生活品質。如何在有效率的工作並維持長輩尊嚴是長期照護機構努力目標與準則。

人的尊嚴是什麼？其實並沒什麼特別，即出生後，每個人都能以人的方式被對待是最重要的（全聯會國際事務工作小組，民 106）。維護病人尊嚴和生活的品質一直是護理專業所重視的。尊嚴的意涵不僅因中西方的文化差異而有不同的看法與感受，其定義、影響因素及量測方式已在文獻中獲得釐清。因此，本文以尊嚴來檢視其本質，發現尊嚴不但是人類與生俱來的需求，也受到人與人之間對其自我價值知覺的影響，進而產生因人而異之價值判斷與感受。這種主觀性心理感受不僅包含於內在自我價

值肯定與感受。外在他人對本人的尊重態度，更深具社會及文化的意涵，亦即尊嚴會受到不同社會文化價值的判斷。曾建寧、詹惠雅和戴玉慈（民100）將尊嚴的屬性歸納為：自尊、自我賦權、自主、為自己行為負責和互動影響性等。護理人員對尊嚴概念的瞭解，將有助益於照護過程中使用尊嚴概念來確保並提高病人的尊嚴知覺。

社會環境變遷和家庭結構改變，使得老人、失能者有照護需求。需被長期照護的人常需要足夠的生活輔具來改善其日常生活。目前全球市場上的托足板是由高溫材料或碳纖維製成，以遭受中風、交通意外、跌落等等傷害的病患為目標。這些人常需要托足板以支撐下肢、防止腳下垂或改善生活上的小動作功能。然而其價格與易用性常被批評。因此易用性高、性價比高的托足板的推出預期可以滿足市場之需求。長期照護服務接受者是否能夠接受採用科技生活輔具以提高其生活自主的尊嚴是值得探討的議題。Kuo, Huang and Hsu (2020) 發現長期照護機構住民對科技生活輔具接受度可以用科技接受模型來加以解釋其行為意圖，同時，亦顯示同儕間的從眾行為對此科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響，住民的知覺風險亦對使用態度與行為意圖具有負向的干擾效果。因此廠商應著力於開發生活應用輔具，以提高住民生活之方便性，但在產品設計上，如何強化產品的易用性和有用性，以增加住民的使用意願。同時，在推廣過程中，Kuo, Huang and Hsu 建議(1)善用同儕間相互影響來鼓勵住民試用、使用該輔具；(2)降低住民對使用、購買該輔具的知覺風險以增加使用該產品意願。此為該產品推廣的重要議題。本文將嘗試以學術界和實務界廣為肯定使用的 AIDAS 模式（注意 Awareness、興趣 Interest、慾望 Desire、行動 Action 和滿意 Satisfaction，簡稱 AIDAS）來掌握顧客心理程序變化，並溶入 Kuo, Huang and Hsu 的建議，以達推廣該輔具的目的。

本研究採用修訂科技接受模式來探討長期照護機構住民是否能夠接受採用科技生活輔具—新型托足板於改善其日常生活機能，以提高其生活自主的尊嚴。實證結果顯示使用者對科技生活輔具接受度可以用科技接受模型來加以解釋其行為意圖，同時，亦顯示從眾行為對此科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響，知覺風險亦對使用態度與行為意圖具有負向的干擾效果。

1.2 研究動機與目的

需被長期照護的人常需要足夠的生活輔具來改善其日常生活。目前全球市場上的托足板是由高溫材料或碳纖維製成，以遭受中風、交通意外、跌落等等傷害的病患為目標。例如：690 萬缺血性腦中風的病人、340 萬出血性腦中風的病人、和由於交通事故造成的 2200 至 5000 萬人的傷害、以及數百萬跌倒或肢體活動受限的老人(Presine Co., 2019)。他們需要托足板以支撐下肢、防止腳下垂或改善生活上的小動作功能，但大多數患者無能力負擔其價格或獲得足夠的保險給付以配置這些昂貴的器材。儘管前置型托足板可以用低溫塑膠片材的預切方式製成，但是製成品用於行走支撐時，可能非常脆弱並且容易斷裂。科技生活輔具-新型托足板可以配製以達到所需的硬化時間和強度水準，以滿足患者對強大、輕質的踝足矯形器或背架的需求。科技生活輔具提供許多柔和的顏色，如薰衣草、天藍、陽光黃與綠色。也有用於日常生活輔具的特殊規格。本研究係探討是否能夠以修正科技接受模型來解釋長期照護機構住民採用科技生活輔具於改善其日常生活機能之行為意圖，以提高其生活自主的尊嚴；探討從眾行為對此使用者的行為意圖是否具有影響性；住民對使用科技生活輔具之知覺風險是否具有干擾使用態度與行為意圖之效果。

本研究目的對所選定之長照機構住民進行調查，以瞭解：

- (1)其在長照機構安置期間是否受到合理、有尊嚴的照護；
- (2)瞭解住民最希望得到在哪面向的尊嚴照護；
- (3)長照機構住民對科技生活輔具接受度可以用科技接受模型來加以解釋其行為意圖；
- (4)以 AIDAS 模式來掌握顧客心理程序變化規劃行銷活動推廣輔具。



第二章 文獻回顧

本文針對尊嚴定義、尊嚴護理、病人尊嚴與健康結果、尊嚴知覺量表、科技接受模型理論、知覺風險、從眾行為、科技生活輔具之應用、顧客決策原理和行銷活動等議題之文獻進行探討。

2.1 尊嚴照護

本文將尊嚴照護分為尊嚴、尊嚴護理、病人尊嚴與健康結果和尊嚴照護量表等議題來探討。

2.1.1 尊嚴

尊嚴意為有價值的或受人尊敬的狀態或品質(Webster, 2019)。康得(Kant)曾說人乃理性、自主及自決的主體，不得加以物化和客體化。尊嚴行為必須學習，因個體的尊嚴知覺會受到他人的對待而受影響。尊嚴是相互的，可經由尊重自己與尊重他人的行為來展現。尊嚴是一種文化概念，個人對尊嚴維持的標準和期待，會依其態度、價值觀及知覺而改變(Jacelon, Connelly, Brown, Proulx, & Vo, 2004)。

人類的尊嚴伴隨其生命而存在。人在身體功能喪失時，也會對尊嚴產生威脅。因此維護病人尊嚴亦為醫療照護當務之急。維護病人尊嚴是一種態度，包括尊重病人獨特性、尊重隱私、尊重病人有得到充分資訊的權利。自主性是人性尊嚴的表現，亦即病人擁有自我作決定、參與治療的決策過程及參與自我照護的權力。未能妥善維護病人尊嚴，即是對病人的不尊重。病人會感受到被視為一個物體，而非一個「人」。病人亦會感受到其照護者的冷漠及被社會摒棄與疏離感，也會造成病人缺乏自我價值感，進而影響心理的健康及恢復的過程。病人在未獲得充分的醫療資訊下斷然施於醫療，可能亦會對病人及家屬產生無法抹滅及挽回的傷害。醫護人員對病

人尊嚴的認識與護持，除增進醫療及護理品質外，亦能提升病人生命品質（陳美伶，民 101）。

人性尊嚴(Human Dignity)是人權核心概念之一，亦為人權概念根本。人性尊嚴為人類天生的內在價值，無可侵犯。人性尊嚴的三要素為身體生命的完整、像人一樣的生存可能性及自我決定的能力與機會（洪如玉，民 93）。常見發生侵犯病人之隱私照片及醫療糾紛事件，不但危害病人尊嚴及生命，亦同時使社會大眾對醫療機構及健康照護者產生不良觀感與對其職業道德的譴責。因此，維護病人尊嚴原則將會影響健康照護的結果。健康照護者對病人尊嚴的重視，為維護病人尊嚴職業道德與社會責任。

2.1.2 尊嚴護理

人性尊嚴的概念一直以來皆存在醫學倫理中。世界醫學會主張臨床醫師在提供完善醫療服務時，應同時考量對人性尊嚴重視（陳美伶，民 101）。並倡導尊嚴維護不僅僅是醫師的職責，病人亦可以要求健康照護者應要尊重其尊嚴(Graff & Delden, 2009)。美國護理學會於護理人員規範中亦強調：不論患者的社會地位、經濟狀況、個人特質或健康問題，護理人員均需提供尊重其尊嚴的個別化服務（尹裕君等人，民 97）。

Matiti (2007)指出：隱私對維護病人尊嚴是很重要的。住院病人因檢查或治療所需，必須於陌生人面前暴露身體，或僅僅以圍簾區隔，此情境是令人羞愧且不安的。除此之外，亦提到一般成年人預期自己可以掌控自己本身或其所處情境。然而當他生病時，這些可掌控的即快速地被破壞與瓦解。對有關疾病的治療計畫或護理活動安排，病人自己完全被排除在外，將會產生令人難堪的窘境。故在計畫治療與照護方案時能提供完整資訊是對病人的心理準備別具意義的。病人與護理人員對尊嚴認知常是不同的。從病人的立場來檢視尊嚴，病人覺得受到尊嚴照護不僅是合適的衣褲

或覆蓋，還應包括分配適當時間、理解其觀點和考量其感受。病人不希望其身體被以物體來看待。Matiti and Trorey (2008)發現：住院病人認為維護尊嚴應包括保有隱私、保守秘密、能溝通、能選擇控制並參與照護和能被尊重等。例如：在進行治療、護理或查房時，在未先告知病人情況下掀開被褥暴露其傷口部位；或外人在場的公開場合討論病人病情；或在同一診間，同時有其他病人候診等（李秋桂與林秋芬，民 104）。以上這些都是在醫療情境中常無形地侵犯了病人隱私且傷害了病人的尊嚴。

護理人員認為維護病人尊嚴的要素為尊重病人及隱私、提升其控制感和給予時間等。Heijken skjold, Ekstedt and Lindwall (2010)發現：護理人員應將病人以人來對待，以維護其尊嚴。護理人員也需於適當時機讓病人談論分享其生活經驗、讓其參與部份的自我照護、願意奉獻時間給病人和防止其他護理人員違背病人尊嚴之情事發生。相反的，護理人員若不尊重病人意願、放棄病人、對病人漠不關心且視之如物，則是嚴重侵犯病人的尊嚴（陳美伶，民 101）。

尊重與病人尊嚴尊重為護理倫理之首要，也是人與人互動之基本要件。尊重他人應注意的原則，需以同理心對待他人，不可將他人視為達成目的的工具或方法。反之，則是對他人的剝削，是不尊重的表現(Jameton, 1984)。從護理活動來看，尊重行為包括語言及非語言。如合宜的稱呼、坦白且誠實、願意善用時間傾聽病人聲音、讓病人有機會表達他們的感覺和支持病人嘗試的獨立精神。反之，若將病人標籤化、公開談論病人病情、以施恩的態度對待病人等，皆為不尊重的行為。

自主(Autonomy)是醫護人員在照護病人的基本倫理原則。醫護人員在提供病人醫療照護前，應將與醫療照護有關的資料提供給病人知悉，以讓病人自己做決定。自主的是指病人在意識清醒、不傷害自我和排除不可

挽回阻礙的情形下，病人有權選擇治療方式、請求病情解釋以及要求提供相關醫療資訊，亦可依其本身的意願來參與整個醫療過程(談靜慧與金繼春，民 93；尹裕君等人，民 97)。Chochinov (2010)亦提出支持病人自主性與控制感是維護病人尊嚴最好的策略，如此可提升病人的自我信賴感及靈性上的安適。

2.1.3 病人尊嚴與健康結果

Matiti and Trorey (2008)提出維護住院病人的尊嚴，有助於其情感舒適而促進康復。對於社會中的每一個個體而言，尊嚴是健康的基礎。Chochinov et al. (2002)針對癌末病人的尊嚴進行研究調查，發現有 7.5% 的病人覺得失去個人尊嚴。而且病人越覺失去尊嚴越嚴重者，就存在較多的心理壓力症狀與困擾、較高的依賴需求和較嚴重者會失去求生意念。相反的，病人覺得有越多尊嚴者，會較少有抑鬱、無望感和焦慮等情緒反應；病人並有較強的求生意念，對其生活品質滿意度較高。Khatib and Armenian (2010) 進行尊嚴與健康關係的研究，其結果發現病人生理及心理的健康狀態與尊嚴程度呈正相關。越覺得有尊嚴的病人越覺得有能量，而且較少存在疲倦感及情緒的問題。

經由回顧以上尊嚴相關文獻，本文認同醫護人員如欲維護病人尊嚴須能提供人性化醫療和護理，並同時須具備相關專業知識和認識尊嚴，且要能具有洞察能力與責任感，且要能不斷地進行反思。所謂反思是醫護人員個人知識及自我意識的發展，此為維護病人尊嚴的要件。進而言之，無論是醫護基礎教育或是臨床繼續教育，都應持續的厚植醫護人員的人文素養，才能在維護病人尊嚴面向有更深切的理解與實踐。維護病人尊嚴是醫護實務中很重要的面向。每一位健康照護者在服務病人時都有責任去支持並考量病人的尊嚴。德國聯邦憲法法院曾宣示：人類的生命存在何處，

人性尊嚴就在何處（蔡維音，民 81）。尊嚴是人類與生俱來的特質，也是基本的人權。維持病人尊嚴是醫療照護過程中最重要的職業倫理道德。因此，在執行醫療護理活動時，每一位照護者都有責任去審慎地評估與保護病人尊嚴，以助病人早日康復。每一個人都有其生命的重要目標與意義。在理解每一個人與生具有平等尊嚴與價值後，更應促使醫護人員去肯定他人與其本身具有同等的尊嚴。每個人的生命都是尊貴無價的，也都應該活出其生命尊嚴。

2.1.4 尊嚴知覺量表

Chochinov et al.在 2002 年以半結構式訪談的方法彙整了癌症末期患者如何理解和定義尊嚴。之後，在此尊嚴模型的基礎上研製了患者尊嚴量表 (Patient Dignity Inventory, PDI，英文版請參照附錄二) (Chochinov, Hassard and McClement, et al, 2008)。PDI 在 2008 年被發表後，Oechsle, Waisand and Vehling et al(2014)學者隨即採納應用，並將其修訂應用於多種語言環境中。Ripamonti, Buonaccorso and Maruelli et al.(2012)在腫瘤治療中心針對義大利患者以 PDI 進行了驗證，結果顯示義大利版 PDI 在評價患者尊嚴知覺相關問題時為具有信度與效度的工具。Sautier, Vehling and Mehnert (2014)將其修訂成為德國版 PDI，結果亦顯示亦有良好的信度和效度。Oosterveld-Vlug, Onwuteaka-Philipsen and Pasma 等 (2015)提出納入家庭成員、護士和醫生的觀點量測患者尊嚴的報告。強萬敏與鄭瑞雙 (民 102) 學者也亦以 PDI 聚焦於晚期癌症患者尊嚴問題的研究。Ge et al.(2016)修訂 PDI 成為中文版亦實證了其信度和效度。根據以上學者研究結果顯示，在不同語言文化的情境中，PDI 量表皆獲得具有信度和效度的正面支援。

2.2 科技生活輔具接受度應用

本文探討知覺有用性、知覺易用性、使用態度和行為意圖等科技接受模型理論主要構面，並納入討論知覺風險、從眾行為、科技生活輔具接受度應用和顧客決策原理與行銷活動等議題。

2.2.1 科技接受模型理論

Davis (1989)以科技接受模式(Technology Acceptance Model, TAM)來探討消費者對新科技系統的接受程度(鄭又慈, 民 107)。其目的是藉由了解因外部影響因素造成對使用者的內部信念(知覺有用性和知覺易用性)、使用態度和行為意圖的影響，以解釋消費者行為意圖影響個人對新科技的實際使用行為。TAM認為當使用者個人主觀認定使用某資訊科技會增進工作效能或提高績效--知覺有用性，且該資訊科技在操作或使用上認定使用容易的程度愈高--知覺易用性，則使用該新資訊科技之態度將會更為明顯強烈，此態度將進一步提升使用者對於該新資訊科技的行為意圖。使用者對於新資訊科技之正負面的自我知覺和使用態度，將會進一步影響使用者對於資訊科技的行為意圖和實際行為。

在此科技接受模式中，外部變數是指可能會影響使用者知覺有用性及知覺易用性的眾多外部因素，例如：個人變數、系統特性、環境特性與使用者個人習慣等，會直接或間接地影響使用者的知覺信念(Venkatesh and Davis, 1996)。Davis(1989)提出 TAM 之理論架構如圖 2.1

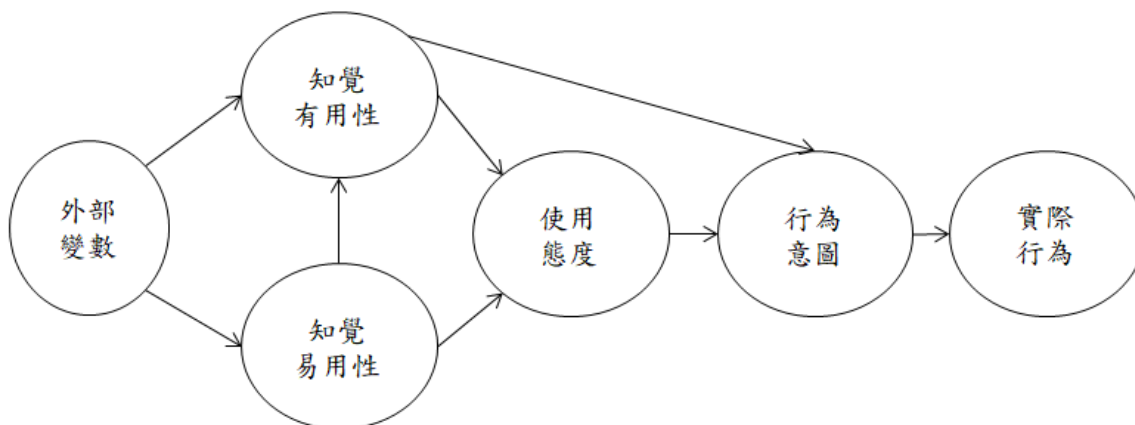


圖 2.1 科技接受模式(TAM)

資料來源：Davis (1989)

各項構面定義簡述如下：

一、知覺有用性構面

此構面是指在環境中，使用者對於使用新科技所能提高自身工作績效或學習表現之主觀期望。亦即當使用者嘗試使用某新科技系統時，其個人心裡主觀認知新科技系統能改善目前的工作或增進未來的工作的效能表現。這表示其能帶來的有用性程度愈高，將增進使用者使用該系統的使用意願，同時亦將強化使用態度（鄭又慈，民 107）。Venkatesh and Davis (2000)定義知覺有用性為使用者會對某項科技系統評估其能增進工作績效的認知程度。張彥淳（民 95）證實發現知覺有用性對行動付款採用態度有著顯著正面影響。

二、知覺易用性構面

此構面是指使用者在學習使用新科技系統的過程中所感受的難易程度。換言之，指使用者對新科技系統是否容易使用的一種主觀知覺程度。當使用者知覺新科技系統愈容易使用，則使用該新科技系統將會更具信心，亦會持有較正向態度來嘗試使用該新科技系統，同時對使用該新科技

系統的態度亦將同時更趨正向。Pavlou (2003)證實知覺有用性與知覺易用性對於使用態度具有同步正向影響。

三、使用態度構面

此構面係指當使用者知覺該新科技系統有用性與易用性之主觀判斷後，使用者對滿意程度的正負面評價將會影響其使用態度，進而影響其個人使用該新科技系統之行為意圖。

四、行為意圖構面

此構面就是使用意願。指個人是否願意嘗試或付出多少時間、心力等，去從事某特定行為的行動傾向與程度。TAM 認為科技系統的採用是由行為意圖來決定的，而行為意圖同時受到個人對使用科技系統的感知與態度所影響。態度、主觀規範愈正向，知覺行為控制愈強，則個人想完成行為的意圖就愈強烈。

五、實際使用行為

此構面是指當使用者之行為意圖越趨明顯強烈時，他將會增加使用該科技系統的頻率與次數(Ajzen and Fishbein, 1980)。

Teo (2009)認為 TAM 能有效地預測及解釋消費者對新科技系統接受的程度。許端芳、高懿柏與莊雅婷 (民 100) 以此模式探討消費者使用電子錢包的接受度，發現若消費者知覺使用電子錢包會較使用傳統付款工具更有效率 (知覺有用性) 和在操作上亦更加容易 (知覺易用性) 時，將會更激勵其使用電子錢包之態度。Ou (2012) 以科技接受模式探討智慧型手機購買意願。Hsu (2017) 以科技接受模式探討消費者使用手機支付行為的影響因素。因此本研究以科技接受模式理論為基礎，探討長期照護機構住民在使用科技生活輔具—托足板過程中，知覺有用、知覺易用、使用態度及行為意圖等構面之間的關聯性。

2.2.2 知覺風險

Bauer (1960)首次從心理學延展出知覺風險(Perceived Risk)概念，用來解釋消費者的購買決策和行為，並將此概念引進行銷管理領域。他提出消費者行為可視為一種風險承擔的過程，認為消費者行為皆存在著無法預期的風險，包括消費前、後所感受到風險的程度，消費者採取的所有決策所產生出來的結果不確定性，即普遍存在消費者行為的最初知覺風險概念。

Cox (1967)認為消費者依循目標導向來進行消費，當消費者認知到自身的購買有可能無法滿足原先預期購買目標的預期時，就會有知覺風險的產生。Cunningham (1967)進一步將知覺風險定義加以區分解釋為不確定性，即消費者主觀感知到某種風險是否會發生的可能和嚴重性即當風險發生後所導致後果的損害程度。多數消費者知覺風險的相關研究都是遵循 Cox and Cunningham 兩位學者的概念為主軸，以知覺風險來探察消費者的行為（張彥淳，民 95）。Chen、Yang and Lin (2009)以知覺風險研究影響消費者購買果醋的意願。Hsu (2017)在科技接受模式中加入知覺風險來探討消費者使用手機支付行為的影響因素。

Roselius (1971)首次將時間損失納入知覺風險內容，提出消費者可能需承擔包括時間損失風險、危險損失風險、自我損失風險和金錢損失風險等四項知覺風險。Stone and Bauer (1960)首度將知覺風險(Perceived Risk)的概念引進行銷管理學領域,之後開啟了諸多學者起而以知覺風險探求消費者的行為。Bauer (1960)認為消費者的行為會有風險的存在,因為消費者所採取的任何決策都會產生不確定性的結果。Cox (1967)延續 Bauer 之研究並將知覺風險明確化。定義知覺風險為下列二因素的函數（王明澤，民 98）：消費者在購買前知覺到購買後會有不利結果的可能性；即所謂的不

確定性因素(Uncertainty)。購買結果不利時，消費者個人主觀所知覺到的損失大小，即所謂的後果因素(Consequence)。

Bauer(1960)提出了知覺風險會影響消費者決策的觀念，但並未提出知覺風險包含哪些要素。後續學者經過不斷的研究探討，從一開始的社會心理風險、財務風險兩大影響因素後，亦不斷的新增知覺風險的風險因素，包含績效風險、身體風險、時間風險、便利風險及隱私風險等。Jacoby and Kaplan (1972)的研究指出，知覺風險包含以下五種型態的風險，而且已經可以解釋 74%的知覺風險變異量。

- (1)財務風險(Financial Risk)：產品價值不符合消費者的支出成本，消費者可能會有金錢的損失。
- (2)績效風險(Functional of Performance Risk)：在購買產品後才發現其產品效能不符合預期效果。
- (3)身體風險(Physical Risk)：在使用產品時，有可能造成自己或他人身體的傷害。
- (4)心理風險(Psychological Risk)：購買之產品與消費者自我形象無法配合而造成心理負擔。
- (5)社會風險(Social Risk)：該產品使用後造成消費者無法為同伴所接受。

2.2.3 從眾行為

從眾行為(Conformity Herding)是指消費者認同並符合群體期望而採取了與群體其他人相似的思想或行為。例如在接收了群體都喜愛的熱門商品信息後，也會產生購買相同、相似或產生認同感的想法或行動。

從眾行為最早由 Asch (1951)提出，指當群體共同討論某一議題時，面對多數人選擇的答案是錯誤時，個人仍可能會服從絕大多數人的意見。財務學領域以從眾行為來解釋絕大多數潛在財務現象：大部分投資者不

會依照自身所獲取的資訊來作決策，卻會受到群眾心理的驅動影響 (Kenyes, 1936)。社會心理學則強調：從眾為一種社會影響的表現，其影響來源為個人受到群體中的其他成員影響，使得個體的思維會隨著群體的模式而進行行動(Allen, 1965；Tseng, 2014)。

經濟學者將從眾行為定義為：人們不斷地進行決策，當個人觀察到他人的行為或決策與自己不相同時，在決策過程裡容易有參考他人決策資訊跟隨大多數人相同的行為傾向，而忽略自身擁有的訊息。行銷領域將從眾的定義為：消費者為了取得團體的認同並且符合群體的期望，因而採取了與群體間相關人員類同的意願、行為或評價，以符合參考群體的期望 (Wilkie, 1994)。Lascu and Zinkhan (1999)提出從眾行為模型，主張造成從眾的主因是建立群體規範，這個因素會使個人傾向群體規範。因此可以將消費者的從眾行為分為：順從、認同及內化三種層次。他們進而提出適合應用在行銷領域的從眾行為模型，以探討消費者個人特性、群體特性、品牌特性及工作情境特性對從眾行為是否有顯著影響消費者購買決策。

最早於從眾相關的研究出現在 1936 年 Muzafer Sherif 所做的「自動效應」實驗設計 (李茂興、余柏泉，民 88)，實驗中分別讓受試者單獨及兩人以上待在暗房，觀察距離受試者 15 英吋遠的牆壁上其實是不會移動的小光點，然後回答他們看見光點移動的距離。受試者感到光點移動完全是知覺上的幻象，但單獨受試者的回答卻和兩人以上受試者有不結果。團體情境會使受試者回答與其他成員類似的答案，而每一組團體會有不同的團體規範，並使團員不自覺受到影響。

Asch(1951)的一個設計實驗當中，讓受試者回答一連串與認知相關的問題，並在實驗中安排知道正確答案的內線者們於部分問題提供明顯錯誤的答案，並在其他受試者前主張答案使受試者陷入兩難。研究發現，個

體在群體的壓力下會改變自己的想法而順從團體的意見，就算答案明顯是錯誤的，「全體一致」是造成從眾的主因，又稱多數效果(Majority Effect)。若有人提出不同甚至相反的意見，從眾則會減少。此研究發表後，從此社會心理學領域展開從眾行為的後續深入研究，並一路蔓延至社會學、金融、行銷、消費者等領域，廣泛於各學科層面中觀察與應用。

Asch 提出從眾行為以觀察團體共同討論某一議題時，發現個人雖可以自由發表意見，但當個人意見與團體多數人意見不相同時，即使團體多數人的主張，甚或可能亦不正確，個人仍可能會順從團體多數人的意見（陳韻如，民 100）。不同領域對從眾行為定義的概念很相似，但也因為重點不同而有不同的詮釋。在社會心理學領域中，Allen (1965)認為從眾行為是社會影響的一種表現。其影響來源為個體因受到團體中的其他成員影響，而使得個體的思想、情感和行為會依附團體的思維及行動模式。而在消費者行為學領域中，Wilkie (1994)則認為從眾行為是消費者為取得團體的認同並符合團體的期望，而採取了與團體其他人相似的思想或行為。

Mowen and Minor (1998)認為個人在團體中與他人互動，難免會受到他人的影響而改變自己的思想或行為。而從眾行為的改變一般又可分為兩種層次，其一為公開順從(Public Compliance)，個人做出了符合團體所期望的行為，但其內心的信念並未因為行為而改變；其二為私下接納(Private Acceptance)，個人的內心與行為皆受到團體的影響，因此改變了本身的信念與行為，和團體產生一致。

Lascu and Zinkhan (1999)整理了歷年來有關從眾行為的研究，歸納出影響從眾行為因素及從眾行為的形式。他們認為從眾行為是為了建立團體規範的傾向，而這個傾向會使得個人趨向於遵從團體的規範。Lascu and

Zinkhan 指出消費者的從眾行為可分類為三種形式：順從、認同和內化。(1)順從(Compliance)是指消費者在受到觀察的情況下會發生的從眾行為。但如果消費者脫離此情境則順從的從眾行為則會消失。(2)認同(Identification)則是當消費者認同該團體時，會選擇採取和團體有相同的行動而產生的從眾行為。順從與認同是屬於規範性的從眾行為，規範性的從眾行為較相似於公開順從層次的從眾行為，屬於是因為團體的外在規範而產生的從眾行為，為極端的(Extreme)的規範類型。(3)內化(Internalization)則是消費者在接受了社會或相關的資訊而改變了其本身最原始的信念而產生了社會化的過程，進而改變行動產生從眾行為。此為屬於資訊性的從眾行為，較相似於私下接納層次的從眾行為。其內外在的思想與行動皆和團體產生一致，是為溫和式(Moderate)的規範類型。

2.2.4 科技生活輔具之應用

目前全球市場上的前置式托足板或稱踝足矯形器(Ankle-Foot Orthosis, AFO)是由高溫材料或碳纖維製成，其目標使用者為遭受中風、交通意外或跌落等傷害的病患。例如：690 萬缺血性腦中風的病人、340 萬出血性腦中風的病人、和由於交通事故造成的 2200 至 5000 萬人的傷害、以及數百萬的老人跌倒(Presine Co., 2019)。他們需要托足板以支撐下肢或防止腳下垂，但大多數患者無法獲得足夠的保險給付以配置這些昂貴的器材。

科技生活輔具-托足板(踝足矯形器或托足板)是由彩色低溫可塑骨板材料在低溫一體成型的前置式托足板。其為受專利保護的一項新開發且創新的產品。這項矚目的產品是由 Larry Lai, PhD (Presine Co., 2019)所領導的普麗彩有限公司的團隊研究、發展和設計出來的。彩色低溫可塑骨板材料是無毒，可重複使用和生物降解的材料。當浸入 60-70 °C(140F)

水中約 2 分鐘，彩色低溫可塑骨板材料變成柔軟、如粘土般的一致性，它可以很容易地用於變形和塑型。之後，在室溫下冷卻 4-15 分鐘，此托足板將恢復其原來的強度，並可以堅固如硬板。儘管前置型托足板可以用低溫塑膠片材的預切方式製成，但是製成品用於行走支撐時，可能非常脆弱並且容易斷裂。因為踝部兩側周圍的前置式托足板，僅用片材折疊互黏方式來支撐。普麗彩一體成型的前置式托足板可用於左腳或右腳，並且該器材常被用於治療 Cerebral Vascular Accident (Stroke)腦中風、Peroneal nerve palsy 腓神經麻痺、和 Paraplegia 下肢癱瘓等等原因所引起的輕度至中度症狀。彩色低溫可塑骨板材料可以配製以達到所需的硬化時間和強度水準，以滿足患者對強固、輕質的踝足矯形器的需求。

2.3 科技輔具之行銷

消費者行為理論是一門綜合應用性的學問。消費者之消費行為一直是行銷人員甚至是消費者本身所關切的議題。研究人員為探求消費者行為的完整面貌，常常從不同的面向來建構消費者行為。因此對消費者行為的定義常有不同。Schiffman and Kanuk (1983)則說明消費者行為的涵義，包括消費者為滿足其需求，對產品與服務所進行的一連串搜尋、購買、使用、評價等處理之行為表現。消費者行為是消費者直接涉及、取得、消費及處置產品的所有活動，包括這些活動前後所引發的決策程序。消費者在搜尋、評估、購買、使用和處理一項產品、服務和理念時，所表現的各種行為。消費者為滿足其需求與慾望，對產品（服務）會產生辨識、理解、信賴、購買、使用、評價等決策心路歷程。消費者行為學是一個可以了解消費者決策黑箱過程的科學。消費者可藉由外在的刺激來源，如行銷活動與環境層面等因素，並且經由決策黑箱之處理，而產生購買的決策。影響消費者購買因素會受其購買特徵之影響，購買特徵包含文化、社會、個人

及心理因素等。

AIDA(1898)模型是用來描述人員完成一筆交易必須要引導潛在目標顧客觀念轉移的四個階段，即注意(Awareness)、興趣(Interest)、慾望(Desire)，與行動(Action)，簡稱 AIDA。AIDA 模型主要是分析從注意到感興趣到有所慾望最後採取行動購買，廣告主希望播放廣告是能夠讓觀眾採取行動購買。最理想的廣告目標是能夠讓所有注意到廣告訊息的潛在目標顧客，都會成為購買產品的顧客。當然這是絕大多數廣告所遙不可及的目標，但是從 AIDA 的角度分析，從引起注意到促成購買的四個階段中，插播式廣告媒體的訊息損耗率是相當可觀。隨著時間過去，AIDA 模式不但沒有老化，還越發的歷久彌新。不但行銷或銷售人員值得溫故知新，一般消費者也可以用這個概念檢視自己的日常購買決策，知道自己在什麼地方被吸引的進而決定購買的。

不管是 Engel, Kollat and Blackwell (1968)或者是 Butler and Peppard (1998)，多位學者的偏好思維角度是企業主動提供消費者訊息，使得消費者被動狀態之下採取行動。長久以來，企業採取多種行銷工具對消費者使用不同訊息，目的就是為了取得更多銷售以及知名度，利用檢測行銷工具來預測廣告效果，將消費者接收資訊到購買決策的過程分為四個階段，亦即注意(Awareness)、興趣(Interest)、慾望(Desire)及行動(Action)。企業的行銷人員必須將企業產品可使消費者產生注意力，而對產品產生興趣，使得顧客慾望也隨之產生，便促使顧客採取購買行為，達成買賣行為(Seung & Douglas, 2015)。

以 AIDA 是用來檢測廣告效果的行銷工具，這也對於在消費者決策過程是常以解釋消費者某種解決問題的態度和方法，來策劃及執行各項購買決策。而消費者決策模式在消費者行為研究領域中已發展出多種模

型，如 Engel, Kollat, Blackwell (1968，簡稱 EKB) 模式中精簡出來的 EKM 模式、Kotler 模式、AIDMA、AISAS 等等消費者行為模式。

Sheldon (1911) 主張在此四個階段後面，在加上一個滿意 (Satisfaction)，稱為 AIDAS 模型。AIDA 後來被 Strong (1925) 應用在廣告領域的階層效果研究中，因此後世大多數廣告從業人員還是引用 Lewis 原始提出的 AIDA 原理。其實無論是在品牌行銷或是在實際銷售過程中，都存在這消費者購買決策的五個步驟。為因應顧客決策過程，行銷活動實務上常以注意 (Awareness)、興趣 (Interest)、慾望 (Desire)、行動 (Action) 和滿意 (Satisfaction)，簡稱 AIDAS，來規畫實施。AIDAS 的原理可用以說明廣告對消費者產生的不同作用。因為每筆交易的背後都是一個個體或集體，越把注意力集中在這個個體或集體的 demand 上，便越能較快地吸引他(們)來購買。但這個潛在慾望有時需要加以誘導，因為消費者作出購買決策是一個逐步發展的心理過程。

所謂 AIDAS 模型是指產品的購買經由注意、興趣、慾望、行動與滿足五個階段：

1. 注意 (Awareness)

吸引客戶的注意力。通過突出重點的設計，能讓用戶在幾秒內吸引用戶的注意力。注意是指消費者透過媒體信息，逐漸對產品或品牌認識與了解。此信息，也許是一則聳動的標題或者是一連串的促銷活動，吸引目標族群中大多數閱聽人的注意。例如「我們結婚吧」、「有 7-eleven 真好」、「自然就是美」、「Trust me. You can make it」等，都是強化消費者品牌辨認的廣告。注意是達到廣告訴求的第一步，對於廣告人員來說，搞清楚人們如何注意，怎樣引起人們的注意，有莫大的價值。同理，電子商務網站更加有必要遵循 AIDAS 原理，讓用戶在流覽的過程中，從關注到購買

到滿足，在設計的細節上達到增大刺激物的強度和提高刺激物的感染力，從而提升網站的轉化率和顧客忠誠度。

2. 興趣(Interest)

讓客戶產生興趣。告訴消費者購買該產品所能給你帶來的利益和好處，如果需要，可以通過視覺設計來突出功能。消費者注意到媒體所傳達的訊息之後，對產品或品牌產生興趣。通常興趣的產生是經由廠商提供某種改善生活的利益所致，例如：「天天都便宜」、「我敢發誓」、「衣服買一送一」、「四星期就可以使皮膚變得更白」等。千萬別忘了，消費者購買的是利益，而非特色。

3. 慾望(Desire)

提高客戶購買欲。能夠引起消費者購買欲望的就是消費者需要該產品；讓消費者知道該產品可以很好地解決他的問題，滿足他的欲望。消費者對廠商所提供的利益如果有「擋不住的感覺」，就會產生擁有該項產品的慾望；也就是一種將產品據為己有的企求。興趣與慾望有時只是一線之隔，如果掌握住消費者發生興趣的那一剎那，使之轉化為慾望，廠商對消費者的掌握就成功了大半。

4. 行動(Action)

告訴客戶如何得到產品。當消費者打算購買商品的時候，就是要讓消費者了解如何購買和其購買流程為何。提供清晰可靠的 Call on Action，將註冊、購物流程和交貨儘量最簡化，是整個行銷活動中最重要的一環。潛在消費者對產品或品牌，縱使有了注意、興趣與慾望，到最後若無任何消費行為，對廠商而言，可以說是白忙一場。如何讓消費者真正「動」起，才是要追求的最終目的。

5. 滿意(Satisfaction)

讓客戶感到滿意。雖然這個不能直接提高轉化率，但是獲得一個新用戶的成本是維持一個老用戶的成本的 2~6 倍，在獲得良好口碑的同時，可以讓一個用戶不斷地回頭購買你的商品，而且該用戶會向他的朋友推薦你的商品。



第三章 研究方法

本文研究流程規劃如圖 3.1 所示，分為探索性因素分析、結構方程模式分析和邏輯歸納分析等研究方法進行資料蒐集、整理與分析，最後再做成結論與建議。

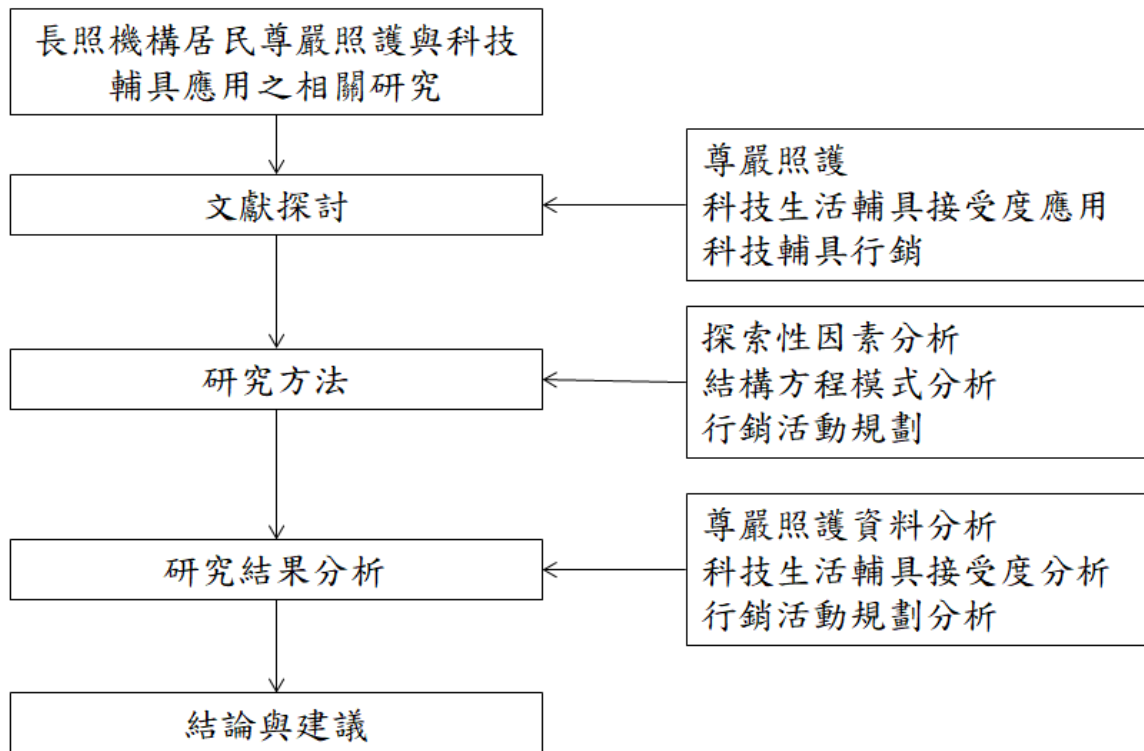


圖 3.1 研究流程圖

資料來源：本研究整理。

3.1 探索性因素分析

為探究長期照護使用者接受尊嚴照護的情形，本文採用 Chochinov, Hassard and McClement(2008)所發展的患者尊嚴量表(Patient Dignity Inventory, PDI)，適用處於生命末期之重症患者為主。長照機構住民雖非生命末期之重症患者，但多數仍仰賴照護人員來照護其生活起居，因此，本研究仍採用中文版 PDI 做為量測長照機構住民尊嚴知覺的工具。

3.1.1 PDI 問卷發展

本研究採用中文版 PDI 做為量測長照機構住民尊嚴知覺的工具。效法李克特(Likert)量表分析模式(Kuo, Huang & Hsu, 2019a)，本 PDI 問卷採 5 等級距設計，請填答者在各題項右側勾選其近期內經歷問題或現象所感受的程度，其程度分為 1=不是問題；2=輕微問題；3=普通問題；4=重大問題；5=非常重大問題。本 PDI 問卷翻譯自 Chochinov, Hassard and McClement(2008)所發展的患者尊嚴量表(PDI)。PDI 共 25 各題項，其內容如表 3.1 所示，請參閱附錄一。

表 3.1 PDI 問卷題項

題號	題項內容
A01	我無法執行與日常生活相關的工作（如，自己洗衣服、穿衣服）
A02	我無法獨立照顧我的身體機能（如，上廁所等相關活動亦需由他人協助）
A03	我的身體正承受著令人痛苦的症狀（如，疼痛、呼吸短促、噁心）
A04	我感覺我對別人的看法發生了很大的變化
A05	我感覺情緒低落
A06	我感到焦慮
A07	我對疾病及其治療感到不確定
A08	我擔心我的未來
A09	我無法清楚地思考
A10	我無法持續我的日常的作息
A11	我感覺我不再像以前那樣的我
A12	我不覺得受到重視或有價值

表 3.1 PDI 問卷題項 (續)

題號	題項內容
A13	我明顯能夠扮演我的重要角色 (如, 配偶、父母的角色)
A14	我感到生活不再具有意義或目的
A15	我感覺我沒有在我的生活中做出有意義和 (或) 持續的貢獻
A16	我感覺我仍有“未完成的事情” (如, 我尚有未說或做的事情、或感覺有未完成的事情)
A17	我很在意我的精神生活會沒有意義
A18	我覺得我是別人的負擔
A19	我覺得我無法控制自己的生活
A20	我感到我的疾病和護理需求已減少了我的隱私
A21	我未感覺受到朋友和家人的支持
A22	我未感覺受到醫護人員的支持
A23	我感覺我不再能夠在精神上“戰勝”我的疾病挑戰
A24	我無法接受事物既有的狀態
A25	我不再受他人尊重地對待或理解

資料來源：本研究翻譯自 Chochinov, Hassard & McClement (2008)

3.1.2 樣本規劃

調查對象為所任意選定雲林嘉義地區 11 家長照機構之住民。問卷針對該機構住民採普查方式實施。若住民無法自行填答問卷，則委請其照護人員向住民朗讀問卷題項，再由照護人員據實填答問卷。

3.1.3 資料整理分析

問卷回收後將對 PDI 題項進行探索性因素分析以瞭解 PDI 因素構面

組成，並檢定各因素構面之信度。最後再對各題項、因素之特性進行分析解釋。

3.2 結構方程模式分析

為實證長照需求者對科技生活輔具接受程度，本文使用修正後科技接受模式來探討長照需求者對科技生活輔具接受程度，利用偏最小平方法(Partial Least Squares, PLS)結構方程模式(Structure Equation Model, SEM)來分析之。PLS 將數個變數項以線性方式整合成一個主成分結構後，再以迴歸模式來檢定主成份間的關係，故被稱之為主成份結構方程模式(component-based SEM) (Tenenhaus, 2008; Marcoulides, Chin and Saunders 2009; 林三立等人，民 105)。PLS 與 Jöreskog (1971)所提出 LISREL 共變異數結構方程模型(Covariance-based SEM)有相當的不同。在共變異數結構方程模型運用中存在許多結構模型配適度統計量供使用者判斷模型配適程度。PLS 亦提供一個配適度定統計量 GOF (Goodness of Fit)，然而 Henseler and Sarstedt (2013)建議不要在主成份形式結構方程模式中使用 GOF。為達判斷模式的配適程度目的。PLS 使用拔靴法(Bootstrapping)(Hair, Ringle & Sarstedt, 2011)對樣品重複抽樣，Bootstrapping(拔靴法或自助抽樣法)是一種在給定資料集中進行有放回的均等抽樣法，用以估計路徑係數(Path Coefficient)，或稱負荷量(權重)之 t-value，以檢定成份構面的關係是否顯著存在。如各成份構面間的關係皆存在則結構模式即顯著確立(Henseler & Fassott, 2010)。

3.2.1 研究模型與假設

本文研究模型採用 Hsu (2017)參照修訂後的科技接受模型，其架構在原有的模型中增加知覺風險構面，以探究科技生活輔具使用者所面臨的

知覺風險對此使用意圖之影響。同時，本文亦加入從眾行為構面以探討同儕間對新產品接受度的影響。此從眾行為構面用來取代前述知覺風險構面中的社會風險構面，以期能夠較完整解釋同儕影響效果。本研究理論模型彙整如圖 3.2 所示。

根據研究目的、文獻探討及研究模型，提出以下研究假說：

- H1：科技生活輔具使用者的知覺易用性對知覺有用性具有正向影響。
- H2：知覺易用性對科技生活輔具使用者的使用態度具有正向影響。
- H3：知覺有用性對科技生活輔具使用者的使用態度具有正向影響。
- H4：知覺有用性對科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響。
- H5：科技生活輔具使用者的使用態度對行為意圖具有正向影響。
- H6：從眾行為對科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響。
- H7：知覺風險對科技生活輔具使用者的使用態度與行為意圖具有干擾效果。
- H8：使用態度對科技生活輔具使用者的知覺有用性與行為意圖具有中介效果。

3.2.2 資料蒐集

本研究問卷設計如附錄三所示，針對雲林嘉義地區 5 家長期照護機構住民實施問卷調查，共回收有效問卷數為 196 份。問卷實施期間為 2019 年 5 月 9 日至 6 月 15 日。問卷實施前由科技生活輔具業者對機構住民及其照護人員展示科技生活輔具製作與使用。問卷針對參與科技生活輔具製作與使用之該機構住民採問卷調查方式實施。若住民無法自行填答問卷，則委請其照護人員向住民朗讀問卷題項，再由照護人員據實填答問卷。

3.2.3 資料整理分析

以下對回收問卷填答者基本資料和其對科技生活輔具接受度調查進行資料分析。問卷回收後將對各構面進行驗證性因素分析以檢定其信度與效度。最後對各構面進行假設檢定。信度、效度和假設之檢定皆採用 SmartPLS 進行結構方程模式分析。

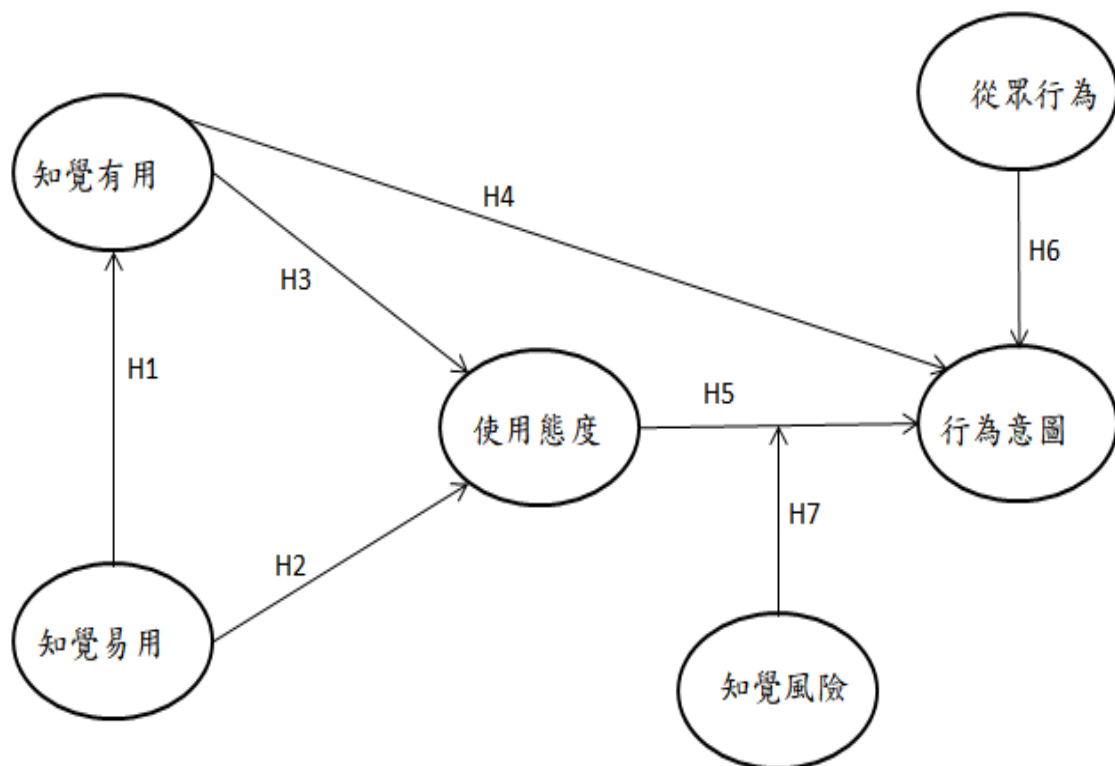


圖 3.2 本研究之理論模型

資料來源：Hsu (2017)；Kuo, Huang & Hsu (2020)

3.2.4 變數操作性定義

本研究之構面操作性變數定義如表 3.2 所示。其中，知覺有用、知覺易用、使用態度構面和行為意圖等構面係參照學者 Ou (2012)以科技接受模式探討智慧型手機購買之行為意圖的題項；從眾行為構面採用學者 Tseng (2014)研究從眾行為在大學生購買智慧型手機購買意願的題項。知

覺風險構面參照學者 Chen, Yang, and Lin (2009) 研究產品涉入、知覺風險與資訊傳播影響消費者購買果醋意願的題項。然而，本研究之知覺風險構面採二階設計，其構面包含一階構面之財務風險、時間風險、功能風險和心理風險等構面。

表 3.2 科技生活輔具接受程度各構面與題項一覽表

構面名稱	定義
知覺有用性	我覺得使用科技生活輔具可以提高我的生活及工作上的品質。
	我覺得使用科技生活輔具可以使我的生活及工作更為便利。
	我覺得使用科技生活輔具可以使我的生活及工作更有效率。
知覺易用性	我覺得使用科技生活輔具進行日常生活輔具的創新功能是簡單的，例如形朔特殊形狀餐具。
	我覺得使用科技生活輔具進行日常生活輔具的複製或修復生活用品是簡單的，例如複製堅固的托足板。
	我覺得使用科技生活輔具進行製作玩具是簡單的。
使用態度	我喜歡科技生活輔具所製作特殊形狀餐具的外觀。
	我喜歡科技生活輔具所製作特殊形狀餐具的操作便利性。
	科技生活輔具製品已成為我生活上的重要伙伴。
行為意圖	我會繼續去使用科技生活輔具製品。
	我會推薦其他人去使用科技生活輔具製品。
	若未來有新的科技生活輔具製品運用方式，我會樂意繼續使用他。

表 3.2 科技生活輔具接受程度各構面與題項一覽表(續)

構面名稱	定義
從眾行為	熱門的科技生活輔具材料應用，會使我也想要購買該科技生活輔具材料。
	我對科技生活輔具材料應用之要求和品味與他人相似。
	透過購買科技生活輔具材料，讓我與同儕間有認同感。
知覺風險	
財務風險	所付的價格太高，不知道科技生活輔具是否有那樣的價值。
	在醫療器材店購買科技生活輔具，自己支付的油費可能比在其他地方買的多。
	可能有比科技生活輔具更便宜的相同產品。
時間風險	萬一買到瑕疵品，換貨可能要花很多時間。
	購買科技生活輔具時，可能等候多時才拿得到產品。
功能風險	我擔心科技生活輔具的功能可能沒有廠商說的那麼好。
	我擔心如果對科技生活輔具不了解，使用將會對身體造成傷害。
	縱使很小心及注意，經常使用科技生活輔具製品還是有可能發生危險。
心理風險	朋友會取笑我買了他們認為不好的產品。
	我擔心使用這項產品會被別人發現我身體上的疾病。
	對於我去某家醫療器材店購買科技生活輔具，朋友們可能都不會去那裡購買。

資料來源：本研究整理。

3.3 行銷活動規劃

本文行銷策略在確定市場區隔、目標市場、市場定位和 4P 規劃後，對促銷策略做進一步規劃。促銷策略中的銷售活動主要包含對消費者購買心理程序 AIDAS (Awareness-Interest-Desire-Action-Satisfaction) 的規劃。而行銷作法就是聚焦在刺激消費者購買商品所對應的銷售活動，包括曝光(Exposure)、口語傳播(Word of Mouth)、體驗(Experience)、誘因(Incentive)和關係維持(Maintenance)等 5 個作法，而其使用工具分別為媒體/公關/直

銷、公關/數位/活動、通路/活動/試用、促銷和數位/活動/顧客關係管理等行銷工具，如圖 3.3 所示。

為呼應 Kuo、Huang and Hsu(2019)的建議，在推廣過程中，於興趣(Interest)、慾望(Desire)和行動(Action)等顧客心理程序階段善用從眾行為效果，以發揮同儕互相影響力，逐步讓客戶產生興趣、提高購買慾望和採取購買行動；在慾望(Desire)、行動(Action)和滿意(Satisfaction)等顧客心理程序階段著重逐步消除財務風險、時間風險、功能風險和心理風險所構成之知覺風險，以消除顧客試用、使用和購買之疑慮。

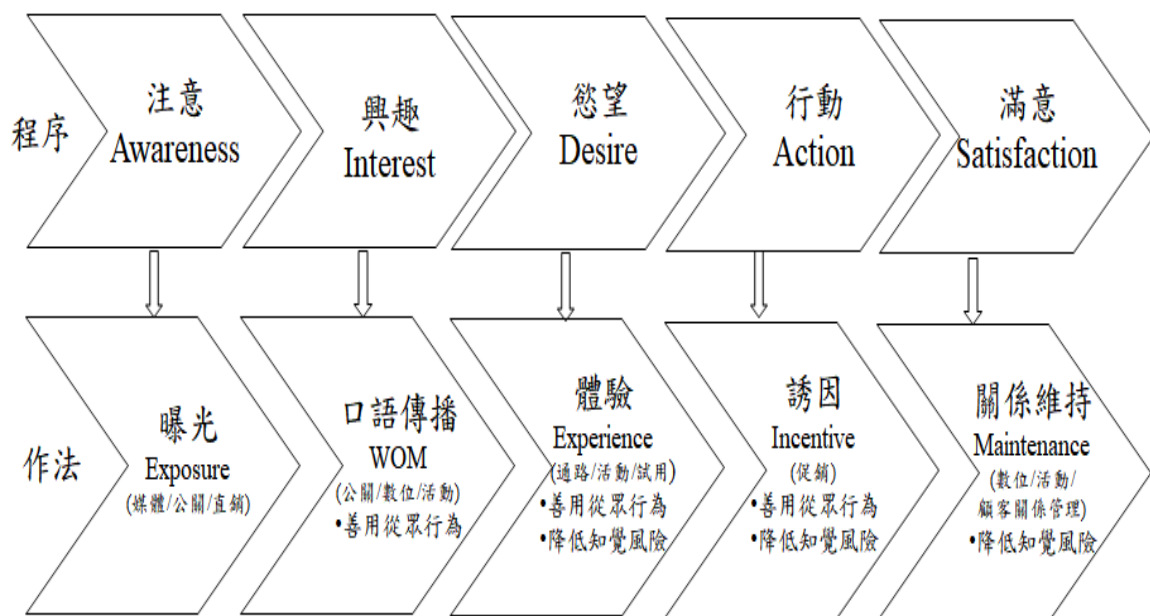


圖 3.3 行銷活動規畫圖

資料來源：Kuo, Huang & Hsu (2019b).

第四章 研究結果分析

本章依前章研究方法之設計，分別對尊嚴照護和科技接受模型進行問卷資料蒐集與分析，其分析結果作為邏輯歸納研擬行銷活動的規劃重要事項。

4.1 尊嚴照護資料分析

本 PDI 調查在雲林嘉義地區 11 家長照機構之住民實施，共回收有效問卷數為 367 份。問卷實施期間為 2019 年 4 月 9 日至 4 月 30 日。問卷針對該機構住民實施調查。若住民無法自行填答問卷，則委請其照護人員向住民朗讀問卷題項，再由照護人員據實填答問卷。以下對回收問卷進行基本資料分析和 PDI 資料分析。

4.1.1. 尊嚴照護之敘述性統計

在 11 家長照機構中，各機構住民填答樣本數彙整如表 4.1 所示。資料顯示各個機構住民回收份數分佈在 20-40 份之間，共回收 367 份。

表 4.1 各長照機構住民填答樣本數分佈

機構別	人數	百分比
1	30	8.2
2	30	8.2
3	35	9.5
4	36	9.8
5	20	5.4
6	25	6.8
7	49	13.4
8	31	8.4
9	31	8.4
10	40	10.9

表 4.1 各長照機構住民填答樣本數分佈(續)

機構別	人數	百分比
11	40	10.9
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

在已回收 367 份中，表 4-2 顯示住民之年齡分佈以 70-80 歲和 80 歲(含)以上之級別佔最多，分別為 36.8%和 39.5%，共達 76.3%，年齡層偏高。

表 4.2 長照機構住民填答者年齡分佈

年齡級別	人數	百分比
40 歲(不含)以下	6	1.6
40-50 歲	11	3.0
50-60 歲	22	6.0
60-70 歲	48	13.1
70-80 歲	135	36.8
80 歲(含)以上	145	39.5
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.3 可知，長照機構住民填答者以女性占比較高。

表 4.3 長照機構住民填答者性別分佈

性別	人數	百分比
男性	155	42.2
女性	212	57.8
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.4 可知，長照機構住民填答者之教育程度是屬較低者。

表 4.4 長照機構住民填答者之教育程度分佈

教育程度別	人數	百分比
小學(含)以下	304	82.8
高中職	39	10.6
專科、大學	18	4.9
研究所(含)以上	6	1.6
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.5 可知，長照機構住民填答者之宗教信仰，以本地人較普遍之宗教信仰類別中道教類別較高，佔 56.1%。

表 4.5 長照機構住民填答者之宗教信仰分佈

宗教信仰別	人數	百分比
佛教	94	25.6
道教	206	56.1
基督教	7	1.9
天主教	3	0.8
其他	42	11.4
無信仰	15	4.1
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.6 可知，長照機構住民填答者之生活費來源，以兒女提供財務支援最高，佔 78.5%，社福機構和政府支援佔比不高。

表 4.6 長照機構住民填答者之生活費來源分佈

生活費來源別	人數	百分比
本人	54	14.7
兒女	288	78.5
社福機構	22	6.0

生活費來源別	人數	百分比
政府	3	0.8
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.7 可知，此問卷由長照機構照護人員代為填寫比例最高，佔 68.1%。

表 4.7 此問卷是否由長照機構照護人員代為填寫之分佈

是否代填寫	人數	百分比
是	250	68.1
否	117	31.9
總和	367	100.0

資料來源：本研究整理。

4.1.2 PDI 資料分析

本研究利用探索性因素分析進行問卷量表題項之縮減。探索性因素分析之 KMO 統計量越大時，表示變項間的共同因素越多，越適合進行因素分析，以彙整問卷量表題項。根據 Kaiser 的觀點，KMO 值 0.5 以上可進行因素分析，本因素分析之 KMO 統計量為 0.956。Bartlett 球形檢定是用來檢驗題項間的相關係數是否顯著大於 0。顯著的球形檢定結果表示其相關係數可以作為因素分析以進行抽取因素。本因素分析之 Bartlett 球形檢定統計量 7717.585，自由度 300，顯著性 p 值為 0.000。此二項檢定統計量顯示本 PDI 可以進行探索性因素分析。分析結果將 25 個題項縮減成三個構面，以方便進行數據解釋。然而，在分析中發現，其中題項 A03、A08、A09、A11、A12、A13 和 A14 之於轉軸後的因素負荷值在各構面皆小於 0.6，故排除不納入分析，題號所代表之題項請參閱附錄。

本文之探索性因素分析採用主成份分析的萃取方法，並以 Kaiser 常

態化的 Varimax 法進行旋轉。以特徵值大於 1 作為篩選標準，可以分成三個因素構面，其轉軸平方和之負荷量變異數累積達 66.926%。經檢視各構面之題項後，本研究將轉軸後的成份矩陣重新命名為「尊嚴感受」、「情緒管理」和「生活管理」等三個因素構面名稱，各構面所包含題項如表 4.8 所示，題項內容請參閱附錄。本研究採用 Cronbach's α 係數作為各構面題項信度分析依據，若其係數值越高代表信度越高。各構面之統計量整理成表 4.8。由表 4.8 可知，三個構面之 Cronbach's α 信度統計量最低為 0.88，顯示各構面內之題項皆具有相當高的一致性。「尊嚴感受」與「情緒管理」2 個構面平均值皆小於中間值 3，且其最大值亦低於中間值 3。顯示長照機構住民之「尊嚴感受」與「情緒管理」是介於「輕微問題」或「普通問題」間的水準的。然而「生活管理」構面平均值稍高於中間值 3，顯示長照機構住民之「生活管理」是介於「普通問題」或「重大問題」之間，即其「生活管理」顯然存在較多問題尚待克服或改善。

在「尊嚴感受」構面中，題項 A22「我未感覺受到醫護人員的支持」得分平均值 2.34 為本構面中其平均數最低者，顯示住民對此「尊嚴感受」得分介於「輕微問題」或「普通問題」之間，屬較佳的感受。題項 A15「我感覺我沒有在我的生活中做出有意義和(或)持續的貢獻」的「尊嚴感受」得分為 2.93，較接近中間值 3，屬較持平之感受。

在「情緒管理」構面中，題項 A05「我感覺情緒低落」得分平均值 2.63 為本構面中其平均數最低者，顯示住民對此「情緒管理」介於「輕微問題」或「普通問題」之間，屬較佳的感受。題項 A07「我對疾病及其治療感到不確定」的「情緒管理」得分 2.82，較接近中間值 3，屬較接近持平之感受。

在「生活管理」構面中，題項 A10「我無法持續我的日常的作息」得

分平均值 2.97 為本構面中其平均數最低者，顯示住民對此「生活管理」感受較接近於「普通問題」屬較佳的感受。題項 A02「我無法獨立照顧我的身體機能(如，上廁所等相關活動亦需由他人協助)」的「生活管理」得分 3.28，較高於中間值 3，屬介於「普通問題」和「重大問題」間得到較差水準之感受。

經過分析三個構面得分水準後，本 PDI 問卷調查發現，長照機構住民對「生活管理」的支援需求較多。這顯示廠商應著力於開發生活輔具，以提高住民生活之方便。

表 4.8 尊嚴照護量表各構面及其所包含題項統計量彙整表

題號	個數	平均數	標準差	構面命名	alpha	平均數	最小值	最大值	變異數
A15	367	2.93	1.20	尊嚴感受	0.94	2.65	2.34	2.93	0.04
A16	367	2.85	1.31						
A17	367	2.70	1.21						
A18	367	2.83	1.27						
A20	367	2.61	1.21						
A21	367	2.37	1.20						
A22	367	2.34	1.13						
A23	367	2.71	1.18						
A24	367	2.69	1.18						
A25	367	2.47	1.16						
A04	367	2.77	1.13	情緒管理	0.88	2.73	2.63	2.82	0.01
A05	367	2.63	1.22						
A06	367	2.69	1.20						
A07	367	2.82	1.19						
A01	367	3.27	1.35	生活管理	0.89	3.14	2.97	3.28	0.02
A02	367	3.28	1.44						
A10	367	2.97	1.29						
A19	367	3.05	1.24						

資料整理：本研究整理。

4.2 科技生活輔具接受度分析

以下對回收問卷進行基本資料分析，並進一步對應用科技生活輔具調查資料進行分析。

4.2.1 接受度敘述性統計

在雲嘉地區 5 家長照機構中，各機構住民填答樣本數彙整如表 4.9 所示。資料顯示各機構住民回收分數分佈在 30-47 份之間，共回收 196 份。問卷針對參與生活輔具製作與使用示範之該機構住民實施調查。若住民無法自行填答問卷，則委請其照護人員向住民朗讀問卷題項，再由照護人員據實填答問卷。

表 4.9 各長照機構住民填答樣本數分佈

機構別	人數	百分比
1	39	19.9
2	35	17.9
3	45	23.0
4	47	23.9
5	30	15.3
總和	196	100

資料來源：本研究整理。

在已回收 196 份中，住民之年齡分佈以 70-80 歲和 80 歲(含)以上之級別佔最多，分別為 31.6%和 35.2%，共達 66.8%，如表 4.10 所示，年齡層屬偏高。

表 4.10 長照機構住民填答者年齡分佈

年齡級別	人數	百分比
40歲(不含)以下	14	7.1
40-50歲	14	7.1
50-60歲	23	11.7
60-70歲	14	7.1
70-80歲	62	31.6
80歲(含)以上	69	35.2
總和	196	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.11 可知，長照機構住民填答者以女性占比 70.9% 較高。

表 4.11 長照機構住民填答者性別分佈

性別	人數	百分比
男性	57	29.1
女性	139	70.9
總和	196	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.12 可知，長照機構住民填答者之教育程度是屬較低者。

表 4.12 長照機構住民填答者之教育程度分佈

教育程度別	人數	百分比
小學(含)以下	148	75.5
高中職	31	15.8
專科、大學	15	7.7
研究所(含)以上	2	1.0
總和	196	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.13 可知，長照機構住民填答者之宗教信仰，以本地人較普遍之宗教信仰類別中道教類別較高，佔 70.4%。

表 4.13 長照機構住民填答者之宗教信仰分佈

宗教信仰別	人數	百分比
佛教	45	23.0
道教	138	70.4
基督教	1	0.5
天主教	3	1.5
其他	1	0.5
無信仰	8	4.1
總和	196	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.14 可知，長照機構住民填答者之生活費來源，以兒女提供財務支援最高，佔 67.3%，本人自費亦佔 30.1%。

表 4.14 長照機構住民填答者之生活費來源分佈

生活費來源別	人數	百分比
本人	59	30.1
兒女	132	67.3
社福機構	4	2.0
政府	1	0.5
總和	196	100.0

資料來源：本研究整理。

由表 4.15 可知，此問卷由長照機構照護人員代為填寫比例最高，佔 79.6%，蓋因其年齡較高且教育程度較低。

表 4.15 此問卷是否由長照機構照護人員代為填寫之分佈

是否代填寫	人數	百分比
是	156	79.6
否	40	20.4
總和	196	100.0

資料來源：本研究整理。

4.2.2 驗證性因素分析

參考圖 3.2 之研究理論模型，各選定構面以偏最小平方法進行驗證性因素分析(Lin, Tu, Wang, & Wang, 2016)，採用 SmartPLS 2.0 作為分析工具。各構面統計量之概要整理如表 4.16。本模型的收斂效度檢驗可分別以平均變異萃取(Average Variance Extracted, AVE)大於 0.7 (檢定門檻值)，及組合信度(Composite Reliability, CR)大於 0.7(檢定門檻值)，來判別之。由表 4.16 可知，各構面的收斂效度是在可接受範圍內。區別效度的檢驗則採 Fornell-Larcker 法則來檢定之(Fornell & Larcker, 1981)。此法則以各構面之 AVE 平方根值大於其他構面間相關係數的方式來判別是否達到區別效度之效果。以表 4.17 來看，對角線為各該構面之 AVE 平方根值，非對角線則為各構面間之相關係數。由此表來判斷之，整體而言，知覺有用性、知覺易用性、使用態度、從眾行為和行為意圖等構面皆具有良好之區別效度。然而，二階構面知覺風險在區別效度判別上未達嚴格的標準，但考量其對行為意圖具有顯著的影響力，故本研究仍以採用較不嚴格的方式來接受其區別效度之判別。

本研究進一步再以相乘前指標均值中心法(mean-center indicator values before multiplication)作為互動效果項生成(interaction effect term generation)來進行二階構面知覺風險對使用態度構面與行為意圖構面之干擾效果檢定。其干擾效果檢定統計量為-0.201，t 值為 3.139，顯示二階構面知覺風險構面對使用態度構面與行為意圖構面具有顯著負向干擾效果及知覺風險會降低使用態度對行為意圖的影響。

表 4.16 收斂效度判別指標值

	AVE	Composite Reliability	R Square	Cronbach's Alpha
知覺有用	0.792	0.920	0.501	0.868
知覺易用	0.779	0.914		0.859
行為意圖	0.821	0.932	0.741	0.891
使用態度	0.754	0.902	0.557	0.837
從眾行為	0.754	0.901		0.844
知覺風險	0.447	0.889		0.860
財務風險	0.691	0.870	0.594	0.781
時間風險	0.891	0.942	0.676	0.878
功能風險	0.688	0.868	0.585	0.772
心理風險	0.811	0.928	0.502	0.884

資料來源：本研究整理。

表 4.17 區別效度判別指標值

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.使用態度	0.868									
2.功能風險	0.010	0.829								
3.從眾行為	0.339	0.106	0.868							
4.時間風險	0.079	0.403	0.096	0.944						
5.知覺易用	0.732	0.026	0.357	0.018	0.883					
6.知覺有用	0.620	-0.176	0.302	0.102	0.708	0.883				
7.知覺風險	0.020	0.765	0.103	0.822	0.004	-0.059	0.669			
8.心理風險	-0.260	0.560	-0.117	0.427	-0.275	-0.331	0.709	0.901		
9.行為意圖	0.764	-0.089	0.434	-0.042	0.715	0.690	-0.137	-0.481	0.906	
10.財務風險	0.179	0.386	0.161	0.667	0.183	0.168	0.771	0.283	0.126	0.831

資料來源：本研究整理。

4.2.3 結構方程式模式

樣本集經初步驗證性因素分析後，進行 PLS 結構模式分析。依圖 3.2 研究模型所示，發現所有潛在變數間其路徑係數之 t 統計量皆大於 1.96($\alpha=0.05$)之顯著門檻。本研究得到如表 4.18 各構面間之總效應與圖 4.1

之行為模式分析圖。

表 4.18 結構模式各構面間之總效應

	使用態度	功能風險	時間風險	知覺有用	心理風險	行為意圖	財務風險
使用態度						0.551	
從眾行為						0.168	
知覺易用	0.732			0.708		0.574	
知覺有用	0.205					0.354	
知覺風險		0.765	0.822		0.709	-0.171	0.771
使用態度 * 知覺風險						-0.201	

資料來源：本研究整理。

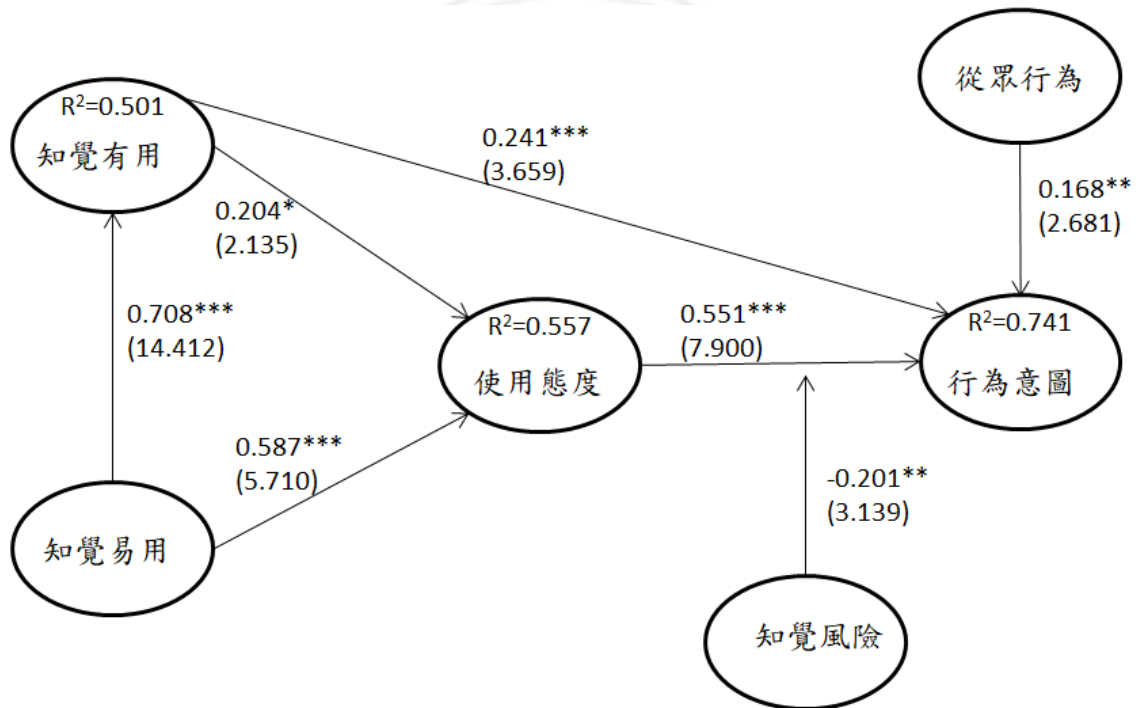


圖 4.1 修訂後科技接受行為模式分析圖

說明：

1. 括弧內為 t 值，若其值 > 1.96，則該路徑係數具顯著性，標示*；若 t 值 > 2.576，則標示**；若 t 值 > 3.291，則標示***。
2. t 值以 Bootstrapping: 100 cases, 200 samples 計算而得。

資料來源：本研究整理。

綜合表 4.18 和圖 4.1 之資料，本修訂科技接受模式之假設檢定統計量彙整如表 4.19。由表 4.19 所示，所有路徑假設皆獲支持。亦即，科技生活輔具使用者的知覺易用性對知覺有用性具有正向影響(H1)；知覺易用性對科技生活輔具使用者的使用態度具有正向影響(H2)；知覺有用性對科技生活輔具使用者的使用態度具有正向影響(H3)；知覺有用性對科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響(H4)；科技生活輔具使用者的使用態度對行為意圖具有正向影響(H5)；從眾行為對科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響(H6)；知覺風險對科技生活輔具使用者的使用態度與行為意圖具有干擾效果(H7)；使用態度對科技生活輔具使用者的知覺有用性與行為意圖具有中介效果(H8)。

表 4.19 結構模式參數估計

假設路徑	路徑係數	t統計量	結果	備註
假設H1	0.708	14.412	獲得支持	
假設H2	0.587	5.710	獲得支持	
假設H3	0.204	2.135	獲得支持	
假設H4	0.241	3.659	獲得支持	
假設H5	0.551	7.900	獲得支持	
假設H6	0.168	2.681	獲得支持	
假設H7	-0.201	3.139	獲得支持	
假設H8			獲得支持	H3、H4 和 H5 同時獲得支持

4.3 行銷活動規劃分析

為推廣科技生活輔具，依現有醫療器材銷售業者的建議，本文依前述二節分析結果以邏輯歸納分析方式，提出此科技生活輔具以長期照護機構服務使用方式作為市場區隔因素；目標市場聚焦在長期照護機構住民；產品市場定位於提供高性價比、容易使用的科技生活輔具。產品(Product)設計概念注重其功能性、容易使用為目標；價格(Price)策略以能滿足庶民的日常生活支出為目標，採滲透性(Penetrating)定價策略；通路(Place)策略主要藉由現有醫療器材批發商來接觸使用者以銷售本產品；促銷(Promotion)策略採定期由業務展示員到場向長照機構住民進行產品使用說明及示範展示，其展示重點即依圖 3.3 之 AIDAS 流程配合相對作法工具來實施。

在產品製造商 Presine Co. (2019)支持下，本研究將科技生活輔具-托足板在長照機構住民的面前進行行銷活動推廣，其目的將此輔具展示介紹給住民使用。此行銷活動之作法工具設計彙整如下：

1. 注意(Awareness)階段

本階段以吸引客戶的注意力為主。將產品信息曝光(Exposure)給潛在顧客知悉，可採用做法如下：

- (1) 透過多媒體文宣設計特別吸引目光。
- (2) 在長期照護類雜誌刊登廣告。
- (3) 透過長照照護員的置入性行銷，現場提示建議以增加曝光度。

藉由網際網路傳播，聘請部落客寫關於輔具資訊，向住民家屬行置入性行銷。讓住民在還沒有接觸真正產品前，先被置入性行銷吸引。

2. 興趣(Interest)階段

本階段讓潛在客戶對本產品產生興趣。當潛在客戶注意本產品後，利用口語傳播(Word of Month)機制吸引潛在顧客進一步了解本產品特性。可

採用做法是邀請使用者或同儕分享使用心得，並配合適當代言人和影音多媒體介紹產品的使用情境、使用方法、行動改善情形和現場體驗交換心得，以加深潛在客戶對產品特性的認知，並建立正面印象。在本階段多善用同儕間相互的正向影響力，增進住民使用本產品的意向，進而鼓勵住民試用、使用該輔具。

3. 慾望(Desire)階段

本階段讓潛在客戶的使用意圖進一步強化以提高其購買慾。可採用體驗(Experience)方式，其作法如下：

- (1) 同儕分享試用心得，有效利用從眾行為正向影響力特性，並降低潛在客戶對身體風險的預期。
- (2) 強調本產品非常容易使用的特性，具高可塑性、強支撐性適用多種情境，並能大幅提高生活自主性，可大幅降低使用本產品績效風險強化其使用意圖。
- (3) 強調本產品具有多種色彩變化可美化產品使用狀態。
- (4) 強調本產品亦可藉由適當衣物作必要遮蔽使其不外露，充分維護其尊嚴，有效降低客戶心理風險和社會風險的預期，可有效增加其使用該產品意願。

在本階段善用同儕間相互影響來鼓勵住民試用該輔具，並有效降低客戶使用本產品之績效風險和心理風險的預期，即降低其風險知覺，以誘使客戶試用後立即購買。

4. 行動(Action)階段

要讓潛在客戶採取行動購買本產品而成為客戶，本階段可採用誘因(Incentive)措施，以誘使客戶立即購買，其作法如下：

- (1) 提供限時、限量促銷優惠，降低增加潛在客戶財務風險的預期以增進

其購賣意願。

- (2) 提供團購優惠方案，善用同儕間相互影響的從眾行為以有效增加潛在客戶採取購賣行動。
- (3) 現場提供技術支援與指導，有效降低潛在客戶之績效風險和身體風險的預期。

在本階段旨在善用同儕間正向相互影響、有效降低潛在客戶財務風險、績效風險和身體風險，即知覺風險，以強化其購買該產品行動，進而增加該產品銷售量。

5. 滿意(Satisfaction)階段

在本階段為讓客戶於購買後感到滿意，本階段可採用維持關係(Maintenance) 措施，以使客戶成為忠實客戶，其作法如下：

- (1) 本產品提供售後客戶享有 7 天鑑賞期，不滿意可退貨。
- (2) 本產品提供售後技術支援與指導。
- (3) 針對客戶提供推薦獎勵金，鼓勵其介紹新客戶購買本品。
- (4) 採用顧客關係管理系統，建立客戶檔案，與客戶保持密切關係。

在本階段旨在降低顧客知覺風險以增加使用該產品意願。提升整體顧客滿意度。

第五章結論與建議

綜合第四章之分析，本文作成以下結論與建議。

5.1 結論

老人照護不該只是醫療，更應重視長者的生命尊嚴與意義，即使家人的年老及失能，也都是家裡重要的一份子。人的衰老與死亡無法避免，但我們可以選擇讓自己及所愛的家人在年老的日子裡，活得開心溫暖與尊嚴。

台灣的人口結構，在少子化及醫療發展下已進入高齡社會(65歲以上老年人口占總比率達14%)，按此趨勢，台灣在5年後即將進入超高齡社會(65歲以上老年人口占總比率達20%)。

同樣是對家人的照顧，老人照護與兒童教養就有差別。我們能自主決定是否生兒育女，但無法避開家人老化的問題。現在的家庭結構多為小家庭雙薪狀態，能夠專業且照顧好家中老人，是相對的困難。所以，將家中的老人及失能者送往長期照護機構安住，成為重要的選項。

本研究對長期照護機構住民先進行尊嚴照護現況調查後發現，住民的生活方便性及自主性，相較於尊嚴的感受及情緒管理上，存在著較大的問題。為探討解決住民生活管理的問題，進而，採用科技生活輔具的接受度與使用意願之調查分析，並完成科技輔具行銷的活動與分析。

5.1.1 尊嚴照護調查發現

本研究對所選定之長期照護機構住民進行普查，以PDI問卷對長照機構住民調查瞭解發現：

(1)住民在長期照護機構安置期間尊嚴感受和情緒管理受到合理、有尊嚴的照護，但生活管理部分存在屬介於「普通問題」和「重大問題」間

的較差水準之感受。

(2)瞭解住民最希望得到生活管理上的支援需求較多。

(3)這顯示廠商應著力於開發生活輔具，以提高住民生活之方便。

5.1.2 長期照護機構住民接受採用科技生活輔具的調查發現

綜合前述資料整理與分析，發現本研究 8 個研究假設皆獲得支持，亦即：

科技生活輔具使用者的知覺易用性對知覺有用性具有正向影響(H1)；

知覺易用性對科技生活輔具使用者的使用態度具有正向影響(H2)；

知覺有用性對科技生活輔具使用者的使用態度具有正向影響(H3)；

知覺有用性對科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響(H4)；

科技生活輔具使用者的使用態度對行為意圖具有正向影響(H5)；

從眾行為對科技生活輔具使用者的行為意圖具有正向影響(H6)；

知覺風險對科技生活輔具使用者的使用態度與行為意圖具有負向干擾效果(H7)；

使用態度對科技生活輔具使用者的知覺有用性與行為意圖具有中介效果(H8)。

5.1.3 AIDAS 行銷活動推廣輔具規劃

在促銷策略行銷活動設計中，於興趣(Interest)、慾望(Desire)和行動(Action)等顧客心理程序階段善用從眾行為效果發揮同儕互相影響力，在試用現場的觀察中，發現可以逐步讓客戶產生興趣、提高購買慾望和採取購買行動。而在慾望(Desire)、行動(Action)和滿意(Satisfaction)等顧客心理程序階段逐步消除財務風險、時間風險、功能風險和心理風險所構成之知覺風險，在試用現場的觀察中，可以發揮消除顧客試用、使用和購買疑慮

的功用。所以在 AIDAS 的顧客心理程序中，在不同階段使用不同的促銷工具，以適時善用從眾行為發揮同儕正向影響力和適時降低顧客知覺風險，可以增加顧客試用、使用和購買的意願。

5.2 建議

本文以長照機構住民為研究對象，探討住民對尊嚴照護需求，發現其對生活管理具有較高需求。因此，以能提升其生活管理的科技生活輔具做現場展示探求其對新產品接受程度。此研究集合學術界與實務界的研究成果，做為開發發展新產品的依據，確實是創新實務研究，其成果可作為長照輔具開發廠商業推廣新產品的參考。為降低新產品開發風險，並加大產品市場涵蓋範圍，建議後續研究可延伸研究對象至一般居家有長照需求民眾，以探求廣大長照民眾的真正需求。

本研究調查實施對象以農業產業為主的地區為例，故建議日後研究，可採用以工商業產業為主要發展之都會型城市的長期照護機構住民為對象，做相關性之研究。

參考文獻

一、中文部分

1. 尹裕君、林麗英、盧小珏、王曼溪、鄒海月、許鳳珠 (民 97)，護理倫理概論，臺北：華杏。
2. 全聯會國際事務工作小組 (民 106)，臨終照護、尊嚴及居家安寧的真義，台灣醫界，第 60 卷第 1 期，32-33 頁。
3. 李秋桂與林秋芬 (民 104)，比較住院病人對隱私權的重視與獲得程度之差異，護理雜誌，第 62 卷第 5 期，61-71 頁。
4. 林三立、杜健忠、王雪芳、王憲斌 (民 105)，選讀科技大學行為模式實證分析—以台灣中部地區高職應屆畢業生為例，環球科技人文學刊，第 23 期，27-40 頁。
5. 洪如玉 (民 93)，人權教育與其他相關議題理論整合：概念分析、澄清與聯繫，現代教育論壇，第 11 期，108-118 頁。
6. 強萬敏、鄭瑞雙 (民 102)，尊嚴療法在癌症患者中的研究進展，中華護理雜誌，第 48 卷第 10 期，949-952 頁。
7. 陳美伶 (民 91)，維護病人尊嚴，慈濟護理雜誌，第 11 卷第 4 期，66-71 頁。
8. 陳韻如 (民 100)，從眾因素、產品因素與從眾行為對衝動性購買行為之影響—以女性面膜購買行為為例，淡江大學國際企業學系碩士在職專班碩士論文。
9. 曾建寧、詹惠雅和戴玉慈 (民 100)，尊嚴之概念分析。榮總護理，第 28 卷第 1 期，97-103 頁。

10. 葛國靖、曹豔梅、劉捷、牛潤桂、辛麗豔、於靜和薛雲珍（民 105），中文版患者尊嚴量表初步修訂及信、效度評價，中國公共衛生，第 32 卷第 8 期，1088-1091 頁。
11. 蔡維音（民 81），德國基本法第一條「人性尊嚴」規定之探討，憲政時代，第 18 卷第 1 期，36-48 頁。
12. 談靜慧、金繼春（民 93），自主之概念分析，護理雜誌，第 51 卷第 3 期，65-70 頁。
13. 鄭又慈（民 107），行動支付 LINE Pay 中 LINE Points 對使用者消費行為之影響，淡江大學大眾傳播學系碩士班論文。



二、英文部分

1. Asch, S. E. (1951). Effect of group pressure upon the modification and distortion of judgments. Journal of Marketing Research, No.16, pp.394-400.
2. Butler, P., & Peppard, J. (1998). Consumer purchasing on the Internet: Processes and Prospects. European Management Journal, Vol.16, No.5, pp. 600-610. DOI:10.1016/S0263-2373(98)00036-X
3. Butler, R.A. (1960). Consumer Behavior as Risk Taking. In R. S. Hancock(Ed.), Dynamic Marketing for a Changing World. Chicago, American Marketing Association, pp.389-398.
4. Chen, M.L. (2012). Preservation of Patient Dignity. Tzu Chi Nursing Journal, Vol.11, No.4, pp.66-71.
5. Chen, S.C., Yang, P.C., and Lin, Y.S.(2009).A Study of Fruits Vinegar Product in Involvement, Perceived Risk, and Information Dissemination which Effect Consumer Purchasing Intention. Journal of Meiho Institute of Technology, Vol.28, No.1, pp.87-104.
6. Chochinov, HM, Wilson, KG, ENNS, M, and Lander, S.(1998). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in the Terminally Ill. Psychosomatics, No.39, pp.366-370.
7. Chochinov, HM. (2002). Dignity-Conserving Care-a New Model for Palliative Care. JAMA, Vol.287, NO.17, pp.2253-2260. DOI:10.1001/jama.287.17.2253
8. Chochinov, HM. (2004). Dying and the Eye of the Beholder. J Clin Oncol, No.22, pp.1336-1340.
9. Chochinov, H. M. (2010). Dignity-Conserving Care-a New Model for Palliative Care. Journal of American Medical Association, Vol.287, No.17, pp.2253-2260.

10. Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., and Harlos, M. (2002). Dignity in the Terminally Ill: a Cross-Sectional, Cohort Study. The Lancet, No.360, pp.2026-2030.
11. Chochinov, HM, Hassard, T., McClement, S. (2008). The Patient Dignity Inventory: a Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management, Vol.36, No.6, pp.559-571. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018
12. Chochinov, HM, Wilson KG, ENNS M, and Lander S. (1998). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in the Terminally Ill. Psychosomatics, No.39, pp.366-370.
13. Davis, Fred D., Bagozzi, Richard P. and Warshaw, Paul R. (1989) User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. Management Science. Vol.35, No.8, pp.985.
14. Emanuel, EJ, and Emanuel, LL. (1998). The Promise a Good Death. Lancet. Vol.351, No.2, pp.1121-1129.
15. Engel, J. F., Kollat, D. T., & Blackwell, R. D. (1968). Consumer Behaviour. New York : Holt, Rinehart and Winston.
16. Fan, T.Y. (2013). High-tech innovative products marketing internationally. Industry Management Review, Vol.6, No.1, pp.43-58.
17. Fornell, C. R. & Larcker, F. F. (1981). Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. Journal of Marketing Research, No.18, pp.39-51.
18. Ge, GJ., Cao, Y.M., Liu, J., et al (2016). Preliminary Revision of Chinese version PDI and its Reliability and Validity. Chinese Journal of Public Health, Vol.32, No.8, pp.1088-1091.
19. Graff, R.V., and Delden, J.J. (2009). Clarifying Appeals to Dignity in Medical Ethics from an Historical Perspective. Bioethics, Vol.23, No.3, pp.151-160.

20. Graff, R.V., and Delden, J.J.(2009). Clarifying Appeals to Dignity in Medical Ethics from an Historical Perspective. Bioethics, Vol.23, No.3, pp.151-160.
21. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, and Ryan D. (2004). Spiritual Issues and Needs: Perspectives from Patients with Advanced Cancer and Nonmalignant Disease-a Qualitative Study. Palliat Support Care, Vol.2, No.4, pp.371.
22. Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a silver bullet. Journal of Marketing Theory and Practice, Vol.19, No.2, pp.139-151.
23. Heijken skjold, K. B., Ekstedt, M., and Lindwall, L. (2010). The Patient'S Dignity from the Nurse'S Perspective. Nursing Ethics, Vol.17, No.3, pp.313-324.
24. Henseler, Jorg & Sarstedt, Marko. (2013). Goodness-of-Fit Indices for Partial Least Squares Path Modeling. Computational Statistics. No.28, pp.565-580. 10.1007/s00180-012-0317-1.
25. Henseler, J., & Fassott, G. (2010). Testing moderating effects in PLS path models: An illustration of available procedures. In: V. Esposito Vinzi, W. W. Chin, J. Henseler & H. Wang (Eds.), Handbook of partial least squares. Concepts, methods and applications (pp. 713 – 735). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
26. Howard J.A.(1989), Consumer Behavior in Marketing Strategy, Prentice-Hall.
27. Hsu, C.Y.(2017). A Study of the Influential Factors of Mobile Payment Based on Technology Acceptance Model. Thesis of Master Degree, Department of Marketing Management, Takming University of Science and Technology

28. Jacelon, C. S., Connelly, T. W., Brown, R., Proulx, K., and Vo, T. (2004). A Concept Analysis of Dignity for Older Adults. Journal of Advanced Nursing, Vol.48, No.1, pp.76-83.
29. Jacoby, j. and Kaplan, L.B. (1972). The components of Perceived Risk. The Third Annual Convention for Consumer Research, Chicago, ILL, No.2-5.
30. Jameton, A. (1984). Nursing Practice: The ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
31. Jöreskog, K. G. (1971). Statistical analysis of sets of congeneric tests. Psychometrika, No.36, pp.109-133.
32. Khatib, R., and Armenian, H.(2010). Developing an Instrument for Measuring Dignity and its Relationship to Health in Palestinian Refugees. World Medical & Health Policy, Vol.2, No.2, pp.37-53.
33. Kuo, T.S., Huang, K.C. & Hsu, K.F. (2019a). The Status Quo of Dignity Care for Residents in Long-term Care Institutions. International Journal of Innovative Research and Knowledge, Vol.4, No.10, pp.39-50.
34. Kuo, T.S., Huang, K.C. & Hsu, K.F. (2019b). Design of Promotion Activities for Technological Living Assistive Devices. International Journal of Innovative Research and Knowledge, Vol.4, No.12, pp.16-26.
35. Kuo, T.S., Huang, K.C. & Hsu, K.F. (2020). Acceptance for Applying Technological Living Assistive Devices in Dignity Care - Evidence from Central Taiwan. International Journal on Organizational Innovation, Vol.12, No.3, pp.278-303.
36. Lascu, D. N., and Zinkhan, G. (1999). Consumer conformity: Review and applications for marketing theory and practice. Journal of Marketing Theory and Practice, Vol.7, No.3, pp.2-3.

37. Lin, HR and Bauer-Wu SM. (2003). Psycho-Spiritual Well-Being in Patients with Advanced Cancer: an Integrative Review of the Literature. J Adv Nurs, Vol44, No.1, pp.69-80.
38. Lin, S.L., Tu, C.C., Wang, H.F. and Wang, H.B.(2016). An Empirical Analysis on the Behavior Model to Select a University of Science and Technology--Evidence from Vocational Graduates in Central Taiwan. Journal of Science and Technology and Humanities of TransWorld University, No.23, pp.27-40.
39. Matiti, M. R. (2007). Promoting Patient Dignity in Healthcare Settings. Nursing Standard, Vol.21, No.45, pp.46-52.
40. Matiti, M. R., and Trorey, G. M. (2008). Patients' Expectations of the Maintenance of Their Dignity. Journal of Clinical Nursing, Vol.17, No.20, pp.2709-2717.
41. Nelson C, et al. (2002). Spirituality, Religion and Depression in the Terminally Ill. Psychosomatics, Vol.43, No.3, pp.213-20.
42. Oechsle, K., Wais, MC, Vehling, S. (2014). Relationship between Symptom Burden, Distress, and Sense of Dignity in Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management, Vol.48, No.3, pp.313–321. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2013.10.022
43. Oosterveld-Vlug, MG, Onwuteaka-Philipsen, BD, Pasman, HR. (2015). Can Personal Dignity be Assessed by Others? A Survey Study Comparing Nursing Home Residents' with Family Members', Nurses' and Physicians' Answers on the MIDAM-LTC. International Journal of Nursing Studies, Vol.52, No.2, pp.555–567. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.007
44. Ou, C.L. (2012). A Study of the Purchasing Intention Using Technology Acceptance Model-Taking iPhone as an Example. Master Thesis in Department of Business Administration, National Kaohsiung University of Applied Sciences.

45. Presine Co. (2019). Low Temperature Phase Change Material Phase Changed at 60-70°C(140-158 °F). 2019
<http://www.presine.com.tw/ec99/ushop30597/Profile.asp>
46. Ripamonti, C., Buonaccorso, L., Maruelli, A., Bandieri, E., Pessi, MA, Boldini, S., Primi, C., and Miccinesi, G. (2012). Patient Dignity Inventory (PDI) Questionnaire: the Validation Study in Italian Patients With Solid and Hematological Cancers on Active Oncological Treatments. Tumori, Vol.98, No.4, pp.491-500.
47. Sautier, LP, Vehling, S, and Mehnert, A. (2014). Assessment of Patients' Dignity in Cancer Care: Preliminary Psychometrics of the German Version of the Patient Dignity Inventory (PDI-G). Journal of Pain and Symptom Management, Vol.47, No.1, pp.181-188.
48. Schiffman, L. G. & Kanuk, L. L. (1983). Consumer behavior, 2nd. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
49. Seung, H.L., & Douglas, H.K. (2015). Learning the ShamWow: Creating Infomercials to Teach the AIDA Model. Marketing Education Review, Vol.25, No.1, pp.9-14. doi: 10.1080/10528008.2015.999586
50. Sheldon, A.F. (1911). The Art of Selling. Libertyville.
51. Strong, E. K. (1925). The psychology of selling. New York: McGraw-Hill.
52. Surbone A, Baider L, Weitzman TS, Brames MJ, Rittenberg CN, and Johnson J. (2010). Psychosocial Care for Patients and their Families Is Integral to Supportive Care in Cancer: MASCC position statement Support Care Cancer, No.18, pp255-226.
53. The Influence of Media Type of Mobile Advertisement on Consumer Behavior Model
54. Tseng, C.N., Chan, H.Y., and Dai, Y.T. (2011). Dignity: A Concept Analysis. VGH Nursing, Vol.28, No.1, PP.97-103.

55. Tseng, Y.J. (2014). A Study on Utilizing Conformity Behavior to Explore College Students' Smartphone Purchase Intentions. Master Thesis in the Department of Business Management, National Kaohsiung Normal University.
56. Venkatesh, V. and F.D.Davis (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model :Four Longitudinal Field Studies. Management Science, Vol. 46, pp.198
57. Webster, M. (2019). In Merriam-Webster Online Dictionary. retrieved Vol.6, from <http://www.Merriam-Webster.com/tionary/dignity>



附錄一 尊嚴照護調查中文問卷

您好

本研究旨在探討尊嚴照護普及情形，針對被照護者，所進行的學術研究調查。請依您的現況或自身感受回答下列問題。您所填答的資料皆受個人資料法所保護，敬請安心填答，謝謝您的協助與配合。

南華大學企業管理學系博士班
黃國忠博士、郭東昇博士、許崑峯博士生 敬上

對以下各題項，請在右側勾選您近期內經歷這些問題或現象所感受的程度。

1=不是問題；2=輕微問題；3=普通問題；4=重大問題；5=非常重大問題

#	題項	1	2	3	4	5
A1	我無法執行與日常生活相關的工作(如，自己洗衣服、穿衣服)					
A2	我無法獨立照顧我的身體機能(如，上廁所等相關活動亦需由他人協助)					
A3	我的身體正承受著令人痛苦的症狀(如，疼痛、呼吸短促、噁心)					
A4	我感覺我對別人的看法發生了很大的變化					
A5	我感覺情緒低落					
A6	我感到焦慮					
A7	我對疾病及其治療感到不確定					
A8	我擔心我的未來					
A9	我無法清楚地思考					
A10	我無法持續我的日常的作息					
A11	我感覺我不再像以前那樣的我					
A12	我不覺得受到重視或有價值					
A13	我明顯能夠扮演我的重要角色(如，配偶、父母的角色)					
A14	我感到生活不再具有意義或目的					
A15	我感覺我沒有在我的生活中做出有意義和(或)持續的貢獻					
A16	我感覺我仍有“未完成的事情”(如，我尚有未說或做的事情、或感覺有未完成的事情)					
A17	我很在意我的精神生活會沒有意義					
A18	我覺得我是別人的負擔					
A19	我覺得我無法控制自己的生活					
A20	我感到我的疾病和護理需求已減少了我的隱私					
A21	我未感覺受到朋友和家人的支持					
A22	我未感覺受到醫護人員的支持					
A23	我感覺我不再能夠在精神上“戰勝”我的疾病挑戰					
A24	我無法接受事物既有的狀態					
A25	我不再受他人尊重地對待或理解					

B1 年齡：40歲(不含)以下 40-50歲 50-60歲 60-70歲 70-80歲 80歲(含)以上

B2 性別：男性 女性

B3 教育程度：小學(含)以下 高中職 專科、大學 研究所(含)以上

B4 宗教信仰：佛教 道教 回教 基督教 天主教 其他 無信仰

B5 目前您的主要生活費來源：本人 兒女 社福機構 政府

B6 這份問卷是由您的照護人員所填寫的？：是 否

～ 謝謝您的合作 ～

附錄二 尊嚴照護調查題項英文稿

The Patient Dignity Inventory (PDI)

(Chochinov, Hassard, McClement, et al, 2008)

For each item, please indicate how much of a problem or concern these have been for you within the last few days.

1 = NOT A PROBLEM 2 = A SLIGHT PROBLEM 3 = A PROBLEM 4 = A MAJOR PROBLEM 5 = AN OVERWHELMING PROBLEM

1. Not being able to carry out tasks associated with daily living (e.g., washing myself, getting dressed)
2. Not being able to attend to my bodily functions independently (e.g., needing assistance with toileting-related activities)
3. Experiencing physically distressing symptoms (e.g., pain, shortness of breath, nausea)
4. Feeling that how I look to others has changed significantly
5. Feeling depressed
6. Feeling anxious
7. Feeling uncertain about illness and treatment
8. Worrying about my future
9. Not being able to think clearly
10. Not being able to continue with my usual routines
11. Feeling like I am no longer who I was
12. Not feeling worthwhile or valued
13. Not being able to carry out important roles (e.g., spouse, parent)
14. Feeling that life no longer has meaning or purpose
15. Feeling that I am not making a meaningful and/or lasting contribution in my life
16. Feeling that I have “unfinished business”(e.g., things that I have yet to say or do, or that feel incomplete)
17. Concern that my spiritual life is not meaningful
18. Feeling that I am a burden to others
19. Feeling that I don't have control over my life
20. Feeling that my illness and care needs have reduced my privacy
21. Not feeling supported by my community of friends and family
22. Not feeling supported by my health care providers
23. Feeling like I am no longer able to mentally “fight” the challenges of my illness
24. Not being able to accept the way things are
25. Not being treated with respect or understanding by others

附錄三 科技輔具接受度調查問卷

您好

本研究旨在探討彩色低溫可塑骨板的接受度，針對被照護者，所進行的學術研究調查。請依您的現況或自身感受回答下列問題。您所填答的資料皆受個人資料法所保護，敬請安心填答，謝謝您的協助與配合。

南華大學企業管理學系博士班
黃國忠博士、郭東昇博士、許崑峯博士生 敬上

對以下各題項，請在右側勾選您認同的程度。

1=非常不同意；2=不同意；3=普通；4=同意；5=非常同意

題項	1	2	3	4	5
A1.我覺得使用彩色低溫可塑骨板(以下簡稱低溫骨板)可以提高我的生活及工作上的品質					
A2.我覺得使用低溫骨板可以使我的生活及工作更為便利					
A3.我覺得使用低溫骨板可以使我的生活及工作更有效率					
B1.我覺得使用低溫骨板進行日常生活輔具的創新功能是簡單的，例如形塑特殊形狀餐具					
B2.我覺得使用低溫骨板進行日常生活輔具的複製或修復生活用品是簡單的					
B3.我覺得使用低溫骨板進行製作玩具是簡單的					
C1.我喜歡低溫骨板所製作特殊形狀餐具的外觀					
C2.我喜歡低溫骨板所製作特殊形狀餐具的操作便利性					
C3.低溫骨板製品已成為我生活上的重要伙伴					
D1.我會繼續去使用低溫骨板製品					
D2.我會推薦其他人去使用低溫骨板製品					
D3.若未來有新的低溫骨板製品運用方式，我會樂意繼續使用他					
E11.低溫骨板無法評估是否物超所值					
E12.購買低溫骨板通路不普遍、購買不方便，負擔的購買成本可能會較高					
E13.可能有比低溫骨板更便宜的替代產品					
E21.萬一買到瑕疵品，換貨可能要花很多時間					
E22.購買低溫骨板時，可能等候多時才拿得到產品					
E31.低溫骨板的功能是否對我真的有幫助					
E32.我擔心低溫骨板的功能可能沒有廠商說的那麼好					
E33.我擔心如果對低溫骨板不了解，使用將會對身體造成傷害					
E34.縱使很小心及注意，經常使用低溫骨板製品還是有可能發生危險					
E41.朋友會取笑我買了他們認為不好的產品					
E42.我擔心使用這項產品會被別人發現我身體上的疾病。					
E43.對於我所購買的低溫骨板，朋友們可能都不會去使用。					
F1.實用的低溫骨板材料應用，會使我也想要購買該低溫骨板材料					
F2.我對低溫骨板材料應用的要求和品味與他人相似					
F3.透過購買低溫骨板材料，讓我與同儕間有認同感					

G1 年齡：40歲(不含)以下 40-50歲 50-60歲 60-70歲 70-80歲 80歲(含)以上

G2 性別：男性 女性

G3 教育程度：小學(含)以下 高中職 專科、大學 研究所(含)以上

G4 宗教信仰：佛教 道教 回教 基督教 天主教 其他 無信仰

G5 目前您的主要生活費來源：本人 兒女 社福機構 政府

G6 這份問卷是由您的照護人員所代為回答的？：是 否

～ 謝謝您的合作 ～