

東 海 大 學

工業工程與經營資訊學系

碩士論文

應用 ISA 於長照服務之服務品質研究  
-以社區照顧關懷據點為例

研 究 生：黃珮儀

指 導 教 授：謝宛霖 教授

中 華 民 國 一 〇 七 年 一 月

**Application of Importance-Satisfaction Analysis to the  
Service Quality of Long-Term Care: A Case Study of  
Community Care Centers**

By  
Pei-Yi Huang

Advisor : Prof. Wan-Lin Hsieh

A Thesis  
Submitted to the Institute of Industrial Engineering and  
Enterprise Information at Tunghai University  
in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science  
in  
Industrial Engineering and Enterprise Information

January 2018  
Taichung, Taiwan

# 應用 ISA 於長照服務之服務品質研究-以社區照顧關懷據點為例

學生：黃珮儀

指導教授：謝宛霖 教授

東海大學工業工程與經營資訊學系

## 摘 要

隨著各國高齡政策的演進與瞭解國人的需求後，高齡相關政策不再僅以正式照護之社會福祉為主，逐步以預防老化、在地老化概念發展，其中社區照顧關懷據點(簡稱關懷據點)則為主要落實措施。而在關懷據點過往的研究中多探討資源網絡的結構、運作及對社會的貢獻，鮮少針對服務品質之現況加以探討，因此本研究主要以長者及服務提供者作為探討對象，並以 Parasuraman, Zeithmal and Berry (1988)三位學者所提之 SERVQUAL 量表為研究問卷之基。在長者問卷部分共有效回收 243 份；服務提供者問卷部分則有效回收 63 份，並進一步將所得資料以 SPSS 套裝軟體進行分析。此外藉由長者對服務的滿意度及服務提供者對服務的重視度進行重視度-滿意度分析(Important-Satisfaction Analysis, 簡稱 ISA)，以提出符合兩角度對關懷據點服務現況之對應策略。而本研究結果發現：(1) 不同年齡、婚姻狀況、家庭狀況、宗教信仰、心理健康狀況及生活狀況的長者對服務滿意度有顯著差異。(2)長者對服務滿意度之各構面間皆具顯著正相關。(3)不同性別、教育程度及服務經歷的服務提供者對服務重視度有顯著差異。(4)服務提供者對服務的重視程度與長者對服務的滿意度僅在關懷性服務有顯著正相關。(5)關懷性服務落於優先改善區(concentrate here)表示服務提供者對關懷性服務非常重視，但長者仍感到不滿意，服務提供者應盡快找出癥結所在，深入了解長者需求以擬定策略加以改善消弭。

**關鍵字詞：**服務品質，SERVQUAL，ISA，社區照顧關懷據點

# **Application of Importance-Satisfaction Analysis to the Service Quality of Long-Term Care: A Case Study of Community Care Centers**

Student : Pei-Yi Huang

Advisor : Prof. Wan-Lin Hsieh

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information  
Tunghai University

## **ABSTRACT**

With the evolution of aging policies and the demand of elders, aging policies not only focus on formal care, but also evolve into the concept of prevent aging and aging in place, which take community care centers as the main implement measure. However, most of the previous studies focus on the structure of resources network, operation of community care centers and the contribution to society. There is rare research studying service quality. Therefore, we conduct this survey with elderly and service provider, and based on SERVQUAL model to construct our questionnaire. The questionnaire for elderly were total returned 243 valid questionnaires and for service provider were total returned 63 valid questionnaires. These data were further analyzed by statistic software SPSS. Besides, we proposed the corresponding strategies of two perspectives on community care centers by Important-Satisfaction Analysis (ISA), which is composed of service satisfaction from elderly and service important from service provider. Results of this study show that: (1) Different age, marital status, family status, religions, mental health and living conditions have positive significant impact on service satisfaction. (2) All of the service dimension of satisfaction from elderly is significantly and positively related. (3) Different gender, education level and service experience have positive significant impact on service important. (4) There is only one positive significant impact on “empathy service” while in the correlation analysis of service important and service satisfaction. (5) ISA shows that “Empathy service” is located at “concentrate here”, it means that though service provider attach great importance to empathy service, the elderly still feel unsatisfied. Therefore, service providers should find out the crux of the issue as soon as possible.

**Keywords: Service Quality, SERVQUAL, ISA, Community Care Centers**

## 誌謝

在繁忙的碩士生涯中，要感謝的人非常多，首先誠摯的感謝我的指導教授謝宛霖博士，感謝老師在我大四下就給予我機會跟隨學長們一同參與研究生活，讓我在沒有基礎的前景下比起他人能更快速地進入狀況。此外也謝謝老師總很樂意、積極地與我討論我的論文，在完成論文的過程中，培養我邏輯思維、獨立思考能力以及報告能力，有老師不吝指導下，我才能順利提前半年完成碩士學位。此外此論文的完成亦得感謝口試委員元智工工系的周金枚博士與中山醫社工系的吳慧卿博士，在百忙之中抽空參與，給予我許多意見與指正，才能使得這份論文更加地完整，在此致上最深的敬意。

而在這一年半的研究日子裡，非常謝謝一路扶持、陪伴我地每個人，感謝小傑、歐陽、小胖等學長們的經驗談，也要感謝來自各個研究室的大家，讓我在許多課堂分組中歡笑地度過。此外特別感謝老陳跟屁屁，兩位除了在願意在我失意時聽我吐苦水外，在生活中也總是非常照顧我，尤其是跟我從大一就經歷很多的死黨老陳，我不會辜負我們將來發達的約定！另外也很謝謝慈、孫、綠、eggen、佩君等一群大學的好朋友們，以及總是在一旁默默陪伴著我的瑞峯，還有 CIIM 及 EDA 的學弟妹們，有你們的陪伴讓我有力量跟溫暖從失落中振作爬起繼續下去，因為有大家的鼓勵與支持才能讓我的碩士人生中寫下精彩的一頁。

最後，謹將此論文獻給我最親愛的父親與母親，在這麼多年的求學過程中，有了你們生活上的支持與精神上的鼓勵，方使我無後顧之憂，順利完成學業，深深感謝你們的支持。

祝福我身邊所有的大家，一切順心如意、健康快樂！

黃珮儀 謹誌於  
東海大學工業工程與經營資訊學系  
中華民國一〇七年一月

# 目錄

摘要.....	I
ABSTRACT.....	II
誌謝.....	III
目錄.....	IV
表目錄.....	VI
圖目錄.....	VIII
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究目的.....	6
1.3 研究流程.....	7
第二章 文獻探討.....	9
2.1 社區式照顧服務發展脈絡與理念.....	9
2.2 個人屬性之相關因素.....	13
2.3 服務品質相關理論之探討.....	15
2.4 重視度-滿意度分析.....	21
第三章 研究方法.....	24
3.1 研究方法與架構.....	24
3.2 研究工具.....	26
3.3 研究範圍、對象及研究倫理考量.....	29
3.4 問卷設計.....	29
3.5 資料分析方法.....	30
第四章 研究分析與討論.....	33
4.1 敘述性統計分析.....	33
4.2 相關性分析.....	39
4.3 不同長者之個人屬性對服務滿意度的差異檢定分析.....	42
4.4 不同服務提供者之個人屬性對服務重視度的差異檢定分析.....	48
4.5 IMPORTANCE-SATISFACTION ANALYSIS.....	53
4.6 分析結果討論.....	62
第五章 結論與建議.....	67
5.1 研究結果與實務建議.....	67

5.2 研究限制與後續研究發展.....	73
參考文獻.....	74
中文部分.....	74
日文部分.....	74
英文部分.....	75
附錄一 關懷據點服務之滿意度量表之操作型定義.....	79
附錄二 關懷據點服務之重視度與排序量表之操作型定義.....	82
附錄三 受訪據點名單.....	86
附錄四 專家意見調查名單.....	86
附錄五 健康促進活動與共餐服務之長者滿意度分析摘要表.....	87
附錄六 健康促進活動與共餐服務之服務提供者重視度分析摘要表.....	89

## 表目錄

表 2.1 社區照顧之特性.....	11
表 2.2 各國社區式照顧服務發展與理念之整理表.....	12
表 2.3 Sasser et al. (1978)服務品質七構面.....	17
表 2.4 PZB 模型發展演變.....	19
表 2.5 SERVQUAL 量表五構面定義與 22 題項.....	19
表 3.1 長者之個人屬性變項之操作型定義表.....	26
表 3.2 服務提供者之個人屬性變項之操作型定義表.....	28
表 3.3 常用統計方法與資料型態之關係.....	32
表 4.1 長者個人屬性分布表.....	35
表 4.2 服務提供者個人屬性分布表.....	38
表 4.3 健康促進活動之服務滿意度各構面相關性分析摘要表.....	40
表 4.4 健康促進活動之服務滿意度與服務重視度各構面相關性分析摘要表.....	41
表 4.5 共餐服務之服務滿意度各構面相關性分析摘要表.....	42
表 4.6 共餐服務之服務滿意度與服務重視度各構面相關性分析摘要表.....	42
表 4.7 不同性別的長者對服務滿意度之獨立樣本 T 檢定摘要表.....	43
表 4.8 不同年齡的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	44
表 4.9 不同婚姻狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	44
表 4.10 不同教育程度的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	45
表 4.11 不同家庭狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	45
表 4.12 不同宗教信仰的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	46
表 4.13 不同身體健康狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	46
表 4.14 不同心理健康狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	47
表 4.15 不同生活狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表.....	47
表 4.16 不同長者之個人屬性對服務滿意度的差異檢定分析整理表.....	48
表 4.17 不同性別的服務提供者對服務重視度之獨立樣本 T 檢定摘要表.....	48
表 4.18 不同年齡的服務提供者對服務重視度之獨立樣本 T 檢定摘要表.....	49
表 4.19 不同婚姻狀況的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表.....	50
表 4.20 不同教育程度的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表.....	51
表 4.21 不同宗教信仰的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表.....	51
表 4.22 不同服務經歷的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表.....	52



表 4.23 不同服務提供者之個人屬性對服務重視度的差異檢定分析整理表.....	52
表 4.24 各關懷據點於健康促進活動對應之構面結果彙整表.....	57
表 4.25 各關懷據點於共餐服務所對應的構面結果彙整表.....	61

## 圖目錄

圖 1.1 八國 65 歲以上老年人口成長趨勢圖.....	1
圖 1.2 關懷據點之預防老化三階段.....	3
圖 1.3 關懷據點與相關照顧服務資源關係圖.....	5
圖 1.4 研究流程圖.....	8
圖 2.1 重視度-滿意度象限圖.....	22
圖 3.1 研究架構圖.....	25
圖 4.1 健康促進活動題項之 ISA 模式分析圖.....	55
圖 4.2 健康促進活動構面之 ISA 模式分析圖.....	56
圖 4.3 共餐服務題項之 ISA 模式分析圖.....	60
圖 4.4 共餐服務構面之 ISA 模式分析圖.....	61

# 第一章 緒論

## 1.1 研究背景與動機

隨著衛生醫藥的昌明與科技發展的演進，近乎各國老年人口比例增長速度比其他年齡層還要快 (United Nations, 2015)。而台灣也不例外，在 1960 年全台 65 歲以上之老年人口僅占不到總人口數 5%，到了 1990 年代便進入高齡化社會<sup>1</sup>，且推估在 2060 年全台老年人口將超越全台 40%，屆時每 5 人中便有 2 人是高齡者 (國家發展委員會, 2016)，而從圖 1.1 發現，與其他七國相比，在 1960 年與韓國併列倒數第一，但在 2060 年竟躋身至世界第一，可見台灣人口老化尤其嚴重，因此如何妥善因應高齡社會所帶來之挑戰，成為不可忽視的重要社會議題之一。

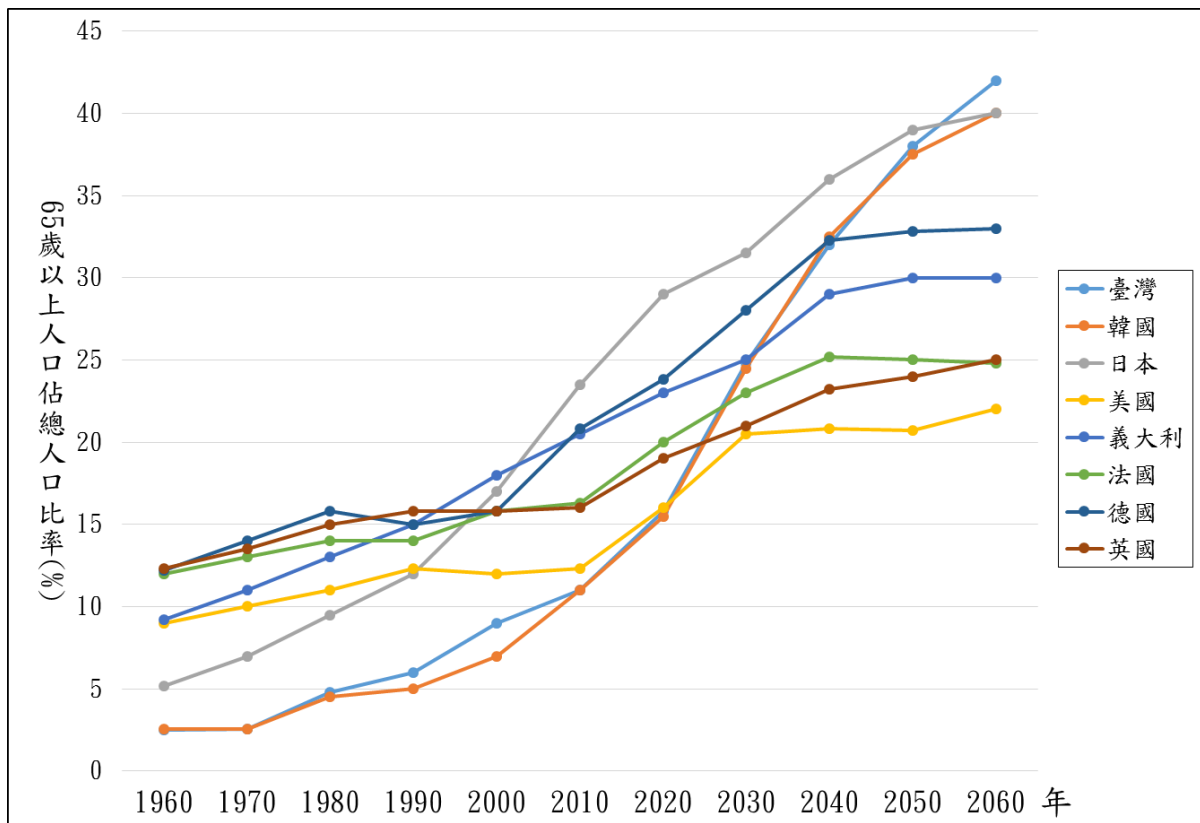


圖 1.1 八國 65 歲以上老年人口成長趨勢圖

資料來源：引自衛生福利部 (2016)。長期照顧十年計畫 2.0 (核定本)。

<sup>1</sup> 根據聯合國世界衛生組織定義，65 歲以上老年人口占總人口比例達到 7% 時稱為「高齡化社會」，達 14% 為「高齡社會」，若達 20% 則稱為「超高齡社會」。

政府為因應人口老化所帶來的相關問題，於 1980 年開始研擬推動照顧相關政策規範與計畫，如：老人福利法（內政部，1980）、老人長期照護三年計畫（衛生署，1998）、長期照護體系先導計畫（行政院，2000）等，多半藉由照護服務以應對人口老化所帶來的衝擊。然而世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於 2002 年提出活躍老化政策(active ageing)，表示若想提升高齡者的生活品質，需以「身體、心理及社會」三大面向加以達成。聯合國認為在面對需求複雜化及需全面性的服務背景下，「健康與福祉」係老年人兩大迫切與普及的社會議題 (Antonucci et al., 2002)。此外行政院(2015)統計發現，在老年總人口數中，高達 83.5% 長者自評為健康及亞健康<sup>2</sup>狀態，這些健康與亞健康長者大多數皆期望晚年能與子孫同住，或居住在熟悉的社區中，並表示其所需要的資源為非正式的社區式照顧，而不是正式照護服務。因此隨著各國高齡化政策演進與瞭解國人的需求後，我國高齡相關政策不再僅以失能照顧之社會福祉為主，逐步以預防老化、在地老化概念發展，並由社區式照顧(community care)服務加以落實此概念。

在社區式照顧政策發展中，內政部於 2005 年提出台灣健康社區六星計畫，主要係透過產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀與環保生態六大面向推動全面性的社區改造運動，打造社區自主運作且永續經營的營造模式。其中在社福醫療面主要以預防照護為觀念，提倡透過社區健康營造，增進國民運動健身觀念及提供就近社區化的生活照顧，並核定由內政部所提的建立社區照顧關懷據點實施計畫 (2005) 為主要落實措施，期望透過社區照顧關懷據點(以下簡稱關懷據點)之服務以滿足 83.5% 健康與亞健康長者的需求。

內政部在該計畫中明確指出，關懷據點的服務內容有 4 大項，包含關懷訪視、電話問安、諮詢及轉介服務、健康促進活動及餐飲服務。各服務內容、對象及 2016 年全臺使用人次整理如下表 1.1 所示，而每一關懷據點應至少提供 3 項服務，且鼓勵社區居民擔任關懷據點的服務提供者。

---

<sup>2</sup>世界衛生組織認為，健康是一種身體、精神和社交上的完美狀態，而非僅身體無病。而亞健康即處於健康與病患之間的過渡狀態，又稱第三狀態。

表 1.1 關懷據點之四大服務項目

服務項目	服務內容	服務對象	使用人次
關懷訪視	情緒支持、環境清潔、量血壓保健等服務	社區內弱勢、獨居、行動不變或需關懷訪視之長者	1,853,918
電話問安、諮詢與轉介服務	瞭解生活狀況，協助尋求社會福利，並適時安排轉介服務	較少到關懷據點參加活動長者、行動不變長者	1,768,633
健康促進活動	量血壓、各式動靜態活動(體適能、手工藝、團康等遊戲)	可至關懷據點的長者	6,205,889
餐飲服務-共餐	由志工自行烹飪，提供營養餐點	可至關懷據點的長者	4,003,321
餐飲服務-送餐	由志工自行烹飪，主動運送營養餐點至長者家中	無法至關懷據點的長者	2,202,568

資料來源：引自內政部（2005）。*建立社區照顧關懷據點實施計畫*。

日本政府(2012)提出，預防老化會隨著長者的健康狀況區分為三級預防(tertiary prevention)、次級預防(secondary prevention)及初級預防(primary prevention)階段。而臺中市政府推動托老一條龍 721 政策(2016)，此政策觀點與日本政府所提出的相似，亦將臺中市 65 歲以上老年人口依健康狀況區分，若結合關懷據點之服務，其各階段之預防對象與所對應的服務如下圖 1.2 所示。

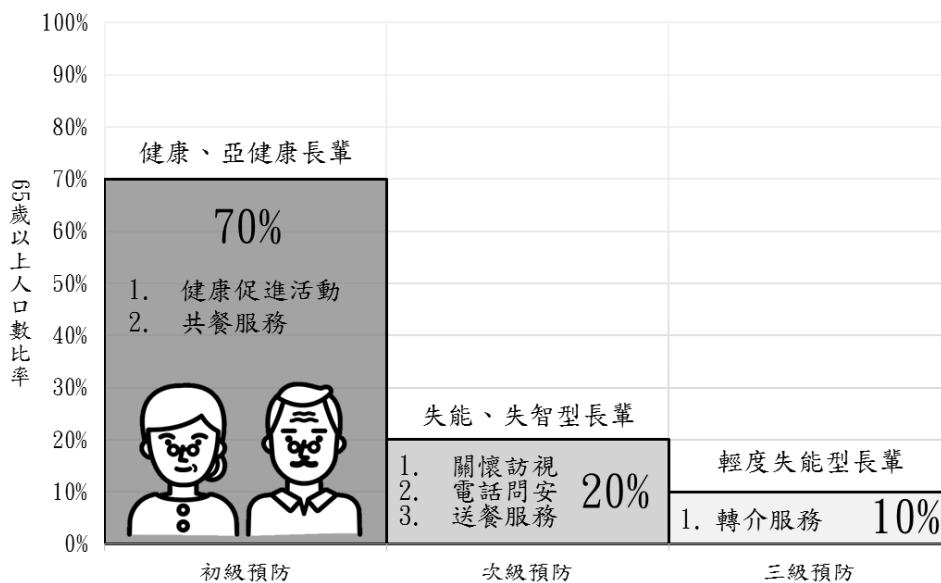


圖 1.2 關懷據點之預防老化三階段

資料來源：整理自臺中市（2016）。*托老一條龍 721 政策*。

在托老一條龍 721 政策 (臺中市政府, 2016) 中, 三級預防針對已出現病症或已需他人照顧的 1 成失能、失智型長者為對象, 其預防目的以延緩症狀加速為主。然而, 在關懷據點的服務中, 服務對象以初、次級預防之長者為主, 而當有長者需正式照顧資源協助時, 關懷據點則會協助轉介至長期照顧管理中心接受專業的協助, 並在評估長者的狀況與需求後, 才將長者轉至最適的長期照顧服務資源, 其中長期照顧服務資源依服務方式區分為居家式、社區式與機構式三大類, 如圖 1.3 所示。居家式服務是由長期照顧人員到宅提供服務, 相關的服務資源有: 居家服務、居家喘息、緊急救援、居家無障礙及設施設備; 社區式照顧服務是請長者至社區某一定點或場所接受服務, 相關的服務資源有: 日間照顧、日間照護、社區復健及機構喘息; 機構式服務則是全日收容長者, 相關的服務資源有: 安養機構、養護機構、身心障礙機構、長期照護機構與護理之家。

次級預防以 2 成的輕度身心障礙或需他人照顧的高危險群長者為對象, 所提供的預防服務多以盡早發現、早期治療的相關預防活動為主, 若以關懷據點服務為例, 關懷訪視、電話問安及送餐服務較屬次級預防階段; 初級預防以 7 成的健康、亞健康長者及尚可自主活動的長者為對象, 此類預防服務多以提供身體、社會及精神上的活動為主, 若以關懷據點服務為例, 健康促進活動及共餐服務屬初級預防階段。

然而, 根據衛生福利部社會及家庭署統計資料顯示, 2016 年全臺使用關懷訪視達 1,853,918 人次; 電話問安達 1,768,633 人次; 健康促進活動達 6,205,889 人次; 共餐服務達 4,003,321 人次; 送餐服務達 2,202,568 人次。由此數據可知, 健康促進活動及共餐服務為台灣較多長者使用過的服務型態, 尤其是健康促進活動, 占總使用人數的 38.7%。此外初級預防為預防老化最前端措施, 若能有效發揮讓健康長者帶來老年生活安適, 則政府與關懷據點執行者便能降緩其他資源的投入。

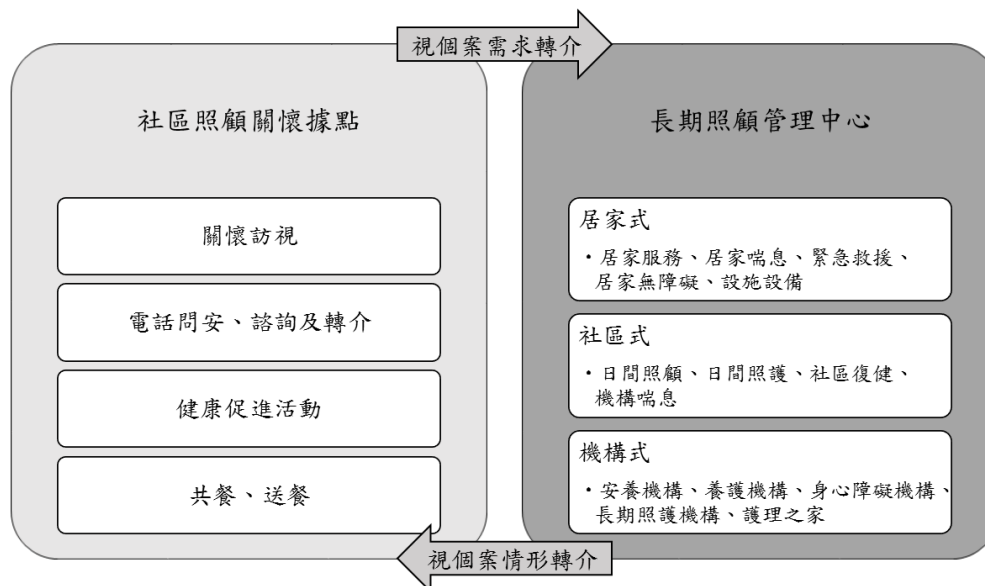


圖 1.3 關懷據點與相關照顧服務資源關係圖

資料來源：整理自內政部（2005）。建立社區照顧關懷據點實施計畫。

而目前我國共餐服務及健康促進活動文獻多以資源網絡的結構、服務提供者的運作，以及瞭解此類服務型態對社會的貢獻等方向加以著墨，如：王仕圖(2007)透過瞭解服務提供者內部結構與外在環境的變化後，提出對服務提供者有利之基礎，以作為關懷據點服務資源提供之要件；王仕圖(2013)透過瞭解關懷據點的資源網絡以提出正式及非正式資源的協同合作；官有垣等人(2010)針對共餐服務及健康促進活動此類的非營利組織進行全國性的普查，藉此提供台灣非營利部門基礎性的組成結構、對社會的貢獻及所面臨的機會與挑戰等相關資訊。然而「建立社區照顧關懷據點計畫」執行至今已十餘年，各地方政府與服務提供者皆投入許多精力於此，卻鮮少有人進一步瞭解長者對服務的看法與成效。

Hurley and Estelami(1998)表示，服務品質與使用者對服務的滿意度兩者間具有因果關係，即服務品質的好壞會影響到使用者對服務的滿意程度。此外 Cronin and Taylor(1992)表示服務滿意度會影響到使用者再次使用的意願。因此提供良好的服務品質與瞭解使用者對服務的滿意度一直是組織積極探討的議題之一。然而，目前在社區式照顧服務的服務品質文獻中，多僅以長者對服務滿意度的角度加以衡量服務成效( Weissert et al., 1988; Lowe et al., 2003)。

Zeithaml and Bitner(1996)研究指出，對服務業而言，使用者所接受到的

服務多由一線服務提供者供給，而服務提供者在提供服務時，其表現與使用者實際接受到的感受有顯著正相關，表示在傳遞服務當下的狀態與使用者的滿意度皆視服務提供者表現而定。此外多位學者表示，服務提供者的服務表現與其對服務的認知價值有密不可分的關係( Wollack et al., 1971; Fumham, 1990; Rafferty et al., 2007) 。而服務提供者的認知價值會受組織理念與文化而有所影響，尤其在非營利組織裡，唯當認同組織重視的部份，即雙方皆對服務重視度一致時，才會願意貢獻心力( Steers, 1985; Robbins, 1990)。故在探討服務品質的同時，勢必要將服務提供者對服務的重視度考慮進去，因此探討服務提供者對服務的重視度與長者對服務的滿意度之間是否有顯著差異為本研究研究目的之一。

然而，在資源、資金及人力有限的情況下，倘若將所有心力皆投入在自己重視的服務上，卻未考慮到長者的滿意狀況，如：一再把心力投入在長者已滿意的服務，卻未投入在長者仍不滿意的部分，則會造成許多經營上的浪費，因此本研究以關懷據點的服務提供者以及有參加健康促進活動或共餐服務的健康與亞健康長者為探討對象，透過兩對象探討台灣社區式照顧之服務品質，並提出更能符合市場需求之決策方向，以供服務提供者參考。

## 1.2 研究目的

根據以上背景動機提出本研究之目的，本研究以關懷據點的服務提供者以及有參加健康促進活動或共餐服務的健康、亞健康長者為探討對象，主要藉由問卷調查方式瞭解關懷據點長者對社區式照顧服務的滿意程度，並與服務提供者對服務重視度進行重視度-滿意度分析(Importance-Satisfaction Analysis, 以下簡稱 ISA)等分析，進而提出更能迎合市場需求的決策方向，以作為政府政策改進方向及相關單位後續欲成立社區式照顧服務單位之辦理參考。具體研究目的如下：

1. 探討長者屬性對服務滿意度是否有顯著差異。
2. 探討長者對服務滿意度各構面間之相關性。
3. 探討服務提供者屬性對服務重視度是否有顯著差異。
4. 探討服務提供者對服務重視度與長者對服務滿意度之相關性。
5. 透過 ISA 提出社區式服務品質之改善依據，以供服務提供者參考。



## 1.3 研究流程

### 1.3.1 研究流程說明

本研究研究流程分為研究主題、研究目的、文獻探討、研究架構、問卷設計與編製、專家意見調查及修正、正式問卷調查、資料分析與解釋以及研究結論與建議。具體的研究流程說明如下：

#### 1. 研究主題

針對照顧產業進行資料蒐集及評估主題的可行性，以確定研究主題。

#### 2. 研究目的

根據研究背景與動機提出本研究目的。

#### 3. 文獻探討

蒐集與彙整社區式照顧產業與服務品質之國內外相關文獻，並在探討後建構出本研究架構。

#### 4. 研究架構

根據本研究目的與動機探討建立出本研究之研究架構。

#### 5. 問卷設計與編製

透過文獻探討參考相關領域學者的量表，並以社區式照顧服務提供者及長者為考量，發展出適合本研究的問卷。

#### 6. 專家意見調查及修正

請相關領域的專家協助問卷的審視及修正，並確定問卷的內容效度。

#### 7. 正式問卷調查

在進行專家意見調查及修正後，發放正式問卷給關懷據點服務提供者及長者填答。

#### 8. 資料分析與解釋

在取得相關資料之後，運用統計軟體 SPSS STATISTICS 24 進行資料統計分析，再以 ISA 分析做為社區式服務品質之改善依據，最終提出本研究結果與解釋。

#### 9. 研究結論與建議

根據資料分析結果提出結論，並給予相關建議與後續研究之發展。

### 1.3.2 研究流程圖

本研究的研究流程如圖 1.4 所示：

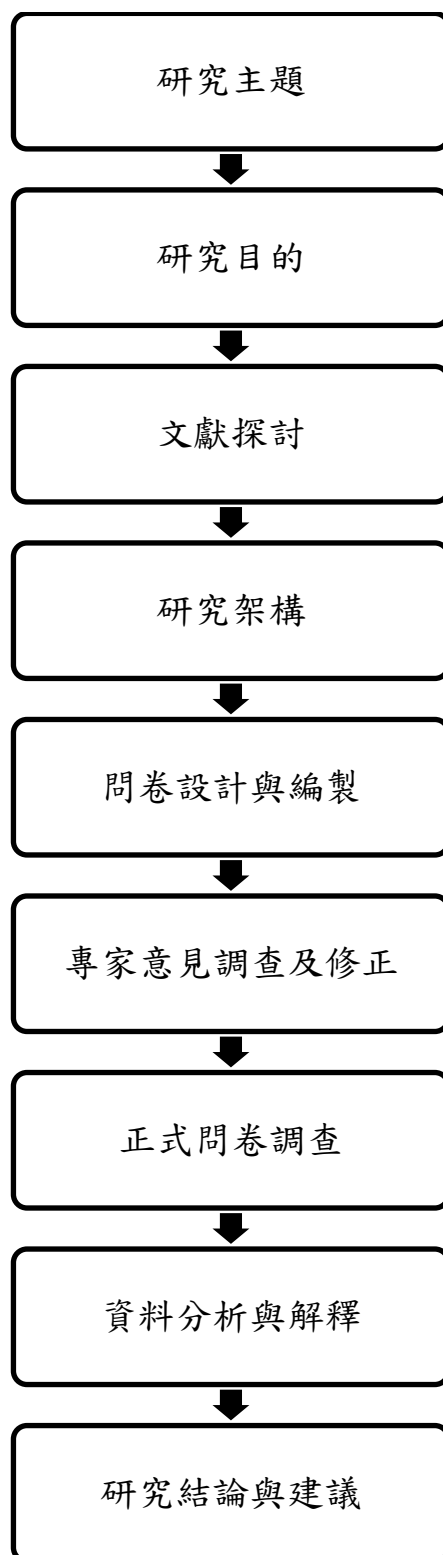


圖 1.4 研究流程圖

資料來源：本研究整理

## 第二章 文獻探討

本章之重點在於研究的相關理論之文獻回顧與探討，回顧社區式照顧服務發展脈絡與理念、個人屬性、服務品質及相關理論，蒐集國內外相關學者之研究結果與發現，並深入瞭解重要性-滿意度分析法之相關理論及應用，以作為第三章研究方法的依據。本章一共分為四個部份，包含 2.1 社區式照顧服務發展脈絡與理念、2.2 個人屬性之相關因素、2.3 服務品質相關理論之探討、2.4 重視度-滿意度分析，將對各議題逐一探討。

### 2.1 社區式照顧服務發展脈絡與理念

在面對急遽變遷的高齡化社會，「老有所養、老有所安、老有所終」已成為社會所共同期待，如何幫助高齡者在地老化，提供一個有尊嚴、自主與選擇的生活環境成為政府的重點工作之一。目前社區式照顧服務為各國主力推行的服務資源，而各國的社區式照顧概念多由英國發展而來。此外日本屬全球人口老化程度中最高的國家之一，多數國內先進皆認為日本經濟與社會結構對台灣有如一面鏡子，且文化背景與家庭社會的型態皆與日本雷同，未來發展模式相近，若趨勢未變動，則當前日本所面臨到的社會議題於數年後台灣亦會遭遇( 陳紹馨，1976；蔡文輝，2003)。故特選定英國、日本兩國之社區式照顧服務，以檢視其社區式照顧服務發展及所涵蓋的對象。

#### 2.1.1 英國社區式照顧服務

多數學者皆認為社區照顧的出現源自於 1957 年英國的皇家委員會報告書《社區照顧的發展》為肇始(Jones, 1983)，係在社會福利社區化潮流及對機構式照顧的反感下所激盪出，其報告書的重點乃批判機構式的照顧品質不佳，因此去機構化的社區式照顧概念成為替代性的解決方案。然 Webster(1999)表示，早在 1928 年英國督察委員會報告便出現社區照顧一詞，其報告建議相關單位需盡其所能促進社區照顧發展，並建議三分之二的身心障礙者應留在社區內接受照顧。到了 1993 年，中央政府開始要求各地方當局擬定社區照顧計畫，並在給予相關補助後才展開一連串的法令政策規範，如：1998 年社區照顧現代化(Modernizing Community Care)、1999 年「長期照顧皇家委員會報告書」(The Report of the Royal Commission on Long Term Care)、2000 年「無行為能力成人法案」(Adults with Incapacity Act)、

同年「照顧標準法案」(Care Standard Act)、2003年「精神健康法案」(Mental Health Act)及同年「支持弱勢方案」(Supporting People)等，且大幅擴展社區照顧的服務範圍，大致來說除了傳統認定需被照顧者如：一般失能、失智長者、精神疾病長者及感官失能長者等，亦包括：肢體障礙者、學習障礙者、腦傷成人、精神障礙者、酒精中毒者及 HIV 與 AIDS 等人口群。

在服務提供者方面，因僅強調服務提供者需屬非政府部門，無明規範指定，因此包括志願服務團體(voluntary organizations)等營利機構或公設民營皆可。其所提供服務的人力多以社工或專業護理人員為主，志工為輔，從事較簡易的服務工作。

整體而言，英國政府強調需提供人民一個整合性的社區照顧計畫，並給予計畫相關補助，藉此以促使計畫發揮最大功能。此外不再限定傳統特定的人口群，亦開放給其他需他人協助者，只要是需要社區照顧服務的人民皆視為重要的對象。

### 2.1.2 日本社區式照顧服務

據亞太風險中心(Asia Pacific Risk Center,2016)報告指出，到了2030年，日本將是亞太地區第一個邁入超高齡社會(ultra-aged society)的國家。日本的老年人口比率為亞洲地區最高，並已凌駕西方各國，目前為全世界最長壽的國家。在第二次世界大戰後因社會經濟高度發展，社會福利隨之興起，1949年起制定推出社會福利相關法規與計畫，如：1949年殘障福利法；1950年新公共救助法；1954年的員工退休年金保險計畫等。且早在1960-1980年間意識到人口老化所衍生到的社會問題，因此開始琢磨於此，希望能藉由相關社會福利措施以降緩老化所帶來的衝擊。

在所推出的政策中，最著名的為於1989年推出的黃金計畫(Gold Plan)政策。黃金計畫共有八大項重點：擴整社區式照顧資源、培訓專業照護員、設置各項社會福利基金、擴整機構式照顧資源、推動高齡生活教育、推廣高齡學界等研究單位、推動社區開發事業及建構相關資料庫等作業。檢視計畫重點可發現，政策目標不僅涵蓋提供健康照護所需的設施設備及人力面，且重視老人學研究及生活教育的推動(我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫核定本，2007)。

從前述兩國家的社區式照顧來看，可發現社區式照顧內容逐漸擴大，

且走向整合性與全人化服務。

### 2.1.3 我國社區式照顧服務

我國社區式照顧相關政策於 1996 年底的《推動社會福利社區化實施要點》頒布後，才開始擁有較具體的社會照顧政策。其中社區式照顧制度於 2007 年《老人福利法》修法時，才引進在地老化概念，規定社區照顧應以在地老化、多元聯繫、全人照顧為原則，強調由政府提供法定服務，結合民間部門、家庭、親友、志工等資源的綜合體，其所構成的要素或特色可歸納為去機構化、減少依賴、志願服務、多元選擇、需求導向及降低成本等特性，其內涵如表 2.1 所示。

表 2.1 社區照顧之特性

特性	內涵
去機構化	需避免全控機構式的管理形式，所著重的並非只是情境，更應關係到整個提供服務的方式。
減少依賴	民營化、市場化，減少對公部門的依賴，進而達到符合需求，又彈性創新的服務模式，以促進效率、效能、責任和品質。
志願服務	鼓勵長者的家屬、親友等加入提供照顧的行列。
多元選擇	透過參與服務的設計，讓長者有自行選擇的機會。
需求導向	根據不同需求給予不同的供給形式，以便能過著完整且獨立的生活。
降低成本	為考量長期照顧所需負擔沉重的經濟壓力，相較於機構式服務，所需負擔的資金較低，因此可節省許多支出。

資料來源：引自葉至誠(2017)。社區長期照顧(頁 238-239)。

而我國在社區式照顧發展中，以設置關懷據點為重要的里程碑。關懷據點乃落實內政部於 2005 年提出台灣健康社區六星計畫，其計畫主要係透過產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀與環保生態六大面項作為社區評量指標，其基本精神在於推動社區營造與社區自主性參與，鼓勵社區百姓設置關懷據點，藉此以提供在地化的初級預防防護措施。

當前，在政府積極的推動下，關懷據點已具備相當規模，於 2017 年截止，全台共約達 2788 個關懷據點數，平均涵蓋率達 62.43% (衛生福利部社會及家庭署，2017)。依據計畫明確指出，共有四大項服務：關懷訪視、電

話問安、諮詢與轉介服務、健康促進活動及共餐、送餐服務，而每一關懷據點應至少提供 3 項。然而根據第一章論述，本研究將以健康促進活動及共餐服務做進一步的探討與論述。健康促進活動之服務項目無特殊規範，多為體適能運動、手工藝創作、研習講座或成長團體等，截止 2017 年 1 月至 10 月，我國的健康促進活動共涉及 218 萬 5700 餘人；共餐服務之服務項目以提供餐點為主，截止 2017 年 1 月至 10 月，我國共餐服務部分涉及 164 萬 3300 餘人 (衛生福利部社會及家庭署，2017)。

整體而言，我國政府強調老化並不等於不健康，期盼能藉由關懷據點的服務以滿足健康長者在心理與社交上的全人需求。

#### 2.1.4 社區式照顧服務發展脈絡與理念小結

由上述各國社區式照顧服務發展脈絡與理念介紹可發現，各國政府隨著人口老化的衝擊與多元化需求下，逐漸提倡社區式照顧服務以及著重考量長者在心理和社交上的需求，本研究將上述三個國家的社區式照顧服務發展脈絡與理念彙整如下表 2.2。

表 2.2 各國社區式照顧服務發展與理念之整理表

	英國	日本	台灣
發展年份	1920 年代	1940 年代	1990 年代
發展背景	隨機構式照顧的反感而興起	二次世界大戰後隨社會福利發展而興起	隨國人對照顧需求轉變而興起
主要政策	社區照顧現代化	黃金計畫政策	建立社區照顧關懷據點實施計畫
目的	著重於專業醫療衛生的整合型服務	著重於心理與社交上的整合型服務	著重於心理與社交上的整合型服務
服務提供者	專業護理人員與社工為主；志工為輔	專業護理人員與社工為主；志工為輔	志工為主；專業護理人員與社工為輔
服務接受者	不設限	不設限	健康與亞健康長者

資料來源：本研究整理

在發展年份裡，以英國率先提倡社區式照顧服務，期望由專業護理人

員和社工所提供的整合型服務以滿足民眾在照顧服務上的需求；日本則在第二次世界大戰後隨著社會福利發展而意識到社區式照顧的重要性，與英國相同之處在於，期盼藉由專業護理人員和社工所提供的整合型服務，以滿足長者在心理與社交上的需求；相較上述兩國之下，台灣較晚發展社區式照顧，且政府提倡由社區民眾自主擔任志工，以服務社區中的長者，所提供的服務內容與日本相同，期望藉由社交和心理的關懷以滿足長者的需求。而在服務對象裡，英國與日本皆不設限參加社區式照顧的民眾，在英國，除了一般失能、失智的長者之外，更是將肢體、學習、精神障礙者、酒精中毒者及 HIV 與 AIDS 等人口群納入服務對象中。相較之下，台灣政府以初級預防為出發點，期望透過社區式照顧服務以延緩健康和亞健康長者老化。

根據上述比較，雖各國政府所提倡之社區式照顧略有不同，但為提供需求者多元的需求，發現各國所提倡之政策發展皆走向整合型服務，使需求者能更便利、更快速的找到所需的資源。

## 2.2 個人屬性之相關因素

由於服務品質之滿意度與重視度皆涉及主觀意識，不同個體對於同一件事會依自身經驗與情感反應出不同的看法，而影響滿意度與重視度的因素甚多，近年來經常應用於照顧之服務品質及成效的指標之一即個人屬性基本資料( Hedrick et al., 2003)，因此以下一一探討影響長者及服務提供者兩角度之個人屬性因素。

### 2.2.1 長者個人屬性之相關因素

影響長者滿意度之個人屬性因素有：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、家庭狀況、自評健康狀況與生活型態，以下逐一說明。

1. 在性別部份，多數學者的研究發現，性別對照顧產業仍為重要的影響變數之一，且皆提出使用照顧資源多以女性居多，主要造成此現象可能是因全球女性平均壽命高過於男性（Ungerson, 2000; Levkoff, 1987; Rivnyak et al., 1989; Leclere et al., 1994; Burnette and Mui, 1999）。此外研究指出女性長者普遍在服務滿意度上平均高於男性，可能是因女性長者參與社區式照顧服務意願較高。

2. 在年齡部份，多位學者發現在年齡愈大的情況下，使用照顧服務的次數愈多 (Hansell et al., 1991; Leclere et al., 1994; Burnette and Mui, 1999)，此外 Lima and Allen (2001) 發現年齡越小的長者對於未滿足的需求情形越少。然而從卓春英和鄭淑琪(2010)報告指出，年紀越大的長者對社區式照顧服務感到更滿意，會造成此現象可能係因年紀越大的長者其社會關係與人際互動較薄弱，而當其使用社區式照顧服務時，則認為備受關注與照顧，故相較於年齡較輕之長者有更高的滿意度。
3. 在婚姻狀況方面，Edwards and Klemmack(1973)表示婚姻狀況與服務滿意度有顯著正相關，但亦有其他學者表示，已婚狀態的長者因有伴侶陪伴，通常在社會支持上得以滿足，相較於其他婚姻狀況者，較不容易對據點所提供之服務感到滿足，故會有較差的滿意度(林育瑩，2009)，因此在婚姻狀況與對服務滿意度方面的研究結果較為分歧，沒有一定的定論。
4. 在教育程度方面，Andersen and Newman(1973)指出教育程度會影響到使用服務的意願，教育程度越低者其未被滿足之需求比例越高，並推斷有可能是因為教育程度高者會尋求較多的社會福利資源。
5. 在宗教信仰方面，林育瑩(2009)發現不同宗教信仰的長者在服務滿意度有顯著差異，並指出基督徒相較於其他宗教信仰者有較低的滿意度，較勇於表達其對服務的看法。
6. 在家庭狀況方面，在使用照顧資源時，不同身份對服務皆有不同的感受，因此家庭狀況也是一考量因素，多數研究指出，在家庭狀況越複雜者，則其未被滿足需求之情形越嚴重 (Manton, 1989; Lima and Allen,2001)。
7. 在自評身心健康狀況與活動形態方面，Bowling(1990)認為不同長者的健康狀況與活動型態在服務滿意度上有相當的差異，自認身體較不健康且需他人照顧長者多半對服務有較低的滿意度，造成此結果可能是因礙於身體狀況，其所參與社區式照顧服務的機會與頻率相對少，故在身心不滿情況下，易對服務感到不滿。

### 2.2.2 服務提供者個人屬性之相關因素

影響服務提供者重視度之個人屬性因素有：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰與服務經歷，以下逐一說明。



1. 在性別方面，大部分研究證實，不同性別對服務重視程度造成影響 (Miller, 1974; Jurgensen, 1978)。然亦有學者認為男性與女性在服務重視程度上無明顯不同，主要因在同樣的工作環境下，會呈現相似的價值觀，故對服務的重視度無明顯差異 (Rowe and Snizek, 1995)。因此性別對服務重視程度是否有顯著差異仍未有定論。
2. 在年齡方面，多數學者發現當服務提供者的年紀越大，對服務工作有較高的投入 (Eslinger, 2001; Mrayyan, 2005; Lu et al., 2007)。
3. 在婚姻狀況方面，Mrayyan(2005)指出已婚者對服務熱忱顯著高於未婚與其他婚姻狀況者，已婚者在自我實踐與成就感上比未婚者來的重視。然有部分研究表示已婚者因有家室，故有額外活動時，較容易影響到其對服務的熱忱 (Ellenbecker et al., 2008; Wilkins and Shields, 2009)。
4. 在教育程度方面，部分研究指出服務提供者的教育程度與重視部分有顯著差異。教育程度高者較重視實踐自我實現部分，而教育程度低者較重視生理與安全上的滿足 (Wagman, 1965; Skaggs, 1987)。
5. 在宗教信仰方面，關懷據點多為宗教相關單位主辦，在有宗教性質的團體下，所提供的服務多少與該信仰有關，而當配合節慶提供服務時，服務提供者個人的宗教信仰是否會影響對服務的重視程度是需要被瞭解的。
6. 服務經歷方面，Skaggs(1987)服務經歷較資淺者對生理與安全上較重視，而經歷較深者則多重視自我實踐成長部分，故服務經歷對重視度有顯著的差異。

## 2.3 服務品質相關理論之探討

### 2.3.1 服務之定義與特性

服務一詞之定義依不同學派學者而有不同界定，以下就不同學者的觀點探討服務的定義及其特性。Sasser et al. (1978)認為服務是由主要服務與周邊服務所組成，主要服務為提供使用者主要基本功能，而周邊服務則伴隨前者產生。Lovelock (1980)認為服務是依附在產品上的，使用者可以藉由服務而得獲得產品的效用或價值。Berry (1980)表示，服務是一種行為、表現，是得到勞務上所提供的價值。Grönroos (1984)提出服務是由一連串的活動所組成，在某種程度上會在生產和消費過程中發生，且使用者多少會參與服

務的過程。Kotler(1991)詮釋服務是由一方提供給另一方的活動或利益，所提出的四大類產品包括有形商品、付與服務的有形商品、主要服務附加有形商品以及提供純服務。Zeithaml et al. (1996)指出服務雖被歸類為商品的一種，但其特性與實體商品有明顯的差異。即使有許多學者對服務之特性提出見解及意見分歧，但普遍認同服務的四大特徵，無形性(intangibility)、異質性(heterogeneity)、易逝性(perishability)及不可分割性(inseparability)(Regan, 1963)。而 Sallis(2014)補充表示服務是不可逆的，因此必需始終無誤地提供，且服務難以藉由生產力和產出測量，唯有藉由回饋與評鑑，及使用者滿意度加以瞭解組織的績效。

綜觀以上，服務係一種複雜且沒有固定的標準模式，涵蓋個人服務指產品服務，是屬於一種無形、非實際的產品，可藉由情緒、滿意度方式加以瞭解相關的意義。

### 2.3.2 服務品質之定義與概念

服務品質長久以來一直是服務業的重要課題之一，在競爭激烈的大環境裡，提供優良品質的服務是企業永續生存的重要策略(Parasuraman et al., 1985; Reichheld, 1990; Zeithaml et al., 1985)。

在 1980 年代，鮮少學者鑽研於探討服務品質這門學問，其對服務品質的定義皆有所不同，然而唯有三項論述為共同認同：一為相較於實質物品的品質，服務的品質是更困難去評估的；二為服務品質的認知結果是從使用者本身對於服務的期望與實際服務表現間加以比較；三為品質的評估並不能完全取決於服務的最終結果，亦需包括服務提供過程的評估(Sasser et al., 1978; Grönroos, 1982; Lehtinen and Lehtinen, 1982; Lewis and Booms, 1983; Garvin, 1984; Parasuraman et al., 1985)。

Churchill and Surprenant (1982)認為服務品質為使用者對於服務的滿意度。Garvin (1984)提出服務品質會根據不同人而有不同感受的差異，換句話說即取決於使用者的主觀認知，而非客觀的品質判定。Bitner (1992)表示使用者在接受服務後，是否再次購買服務的整體態度即為服務品質。

Lehtinen and Lehtinen (1982)將服務品質分成過程品質以及產出品質，過程品質表使用者對此服務的主觀看法；產出品質則指使用者對服務結果的衡量。Churchill and Surprenant (1982)係取決於對服務的重視度與實際感

受兩者之間的差距。Grönroos (1984)指出服務品質是使用者對服務的期望以及接受服務的感受所產生的差異。

Cronin and Taylor (1994)提出服務品質是以績效做為衡量，可從使用者的對服務的看法瞭解品質的好壞。而 Shemwell 等人(1998)於研究中發現，組織所提供的服務品質好壞與長者對服務的滿意度有正向影響關係，而亦有學者指出有相同的研究結果，表示組織提升服務品質，有助於增進長者對服務的滿意度(Cronin and Taylor, 1992; Cronin et al., 2000)。

Parasuraman. et al (1985)表示，當接受實際服務後的知覺高於期望( $P>E$ )，則服務品質評價高；當接受實際服務後的知覺等於期望( $P=E$ )，則滿足期望；當接受實際服務後的知覺低於期望( $P<E$ )，則服務品質評價低。

綜合各領域學者對於服務品質的定義，服務品質可概略定義為使用者對產品或服務的主觀整體性評估。而對於組織、企業而言，最重要的在於滿足使用者事前的期望與事後的評價，但因服務是難以具體化且無固定的標準模式，故有許多學者研究發展出不同形式的量表，以下探討各學者衡量服務品質的構面。

### 2.3.3 服務品質的衡量

從上述各學者對服務品質的論點可以發現，服務品質涵蓋諸多面向，而在具有多面性的特質下，眾多學者在服務品質構面上給予的分類及觀點皆有所不同，以下針對不同學者所提出的服務品質構面進行探討。

Sasser et al. (1978)將服務品質區分為七構面，即時性(timing)、一致性(consistency)、安全性(security)、便利性(availability)、完整性(completeness)、調節性(condition)與態度(attitude)，其各構面之解釋如表 2.3 所示。

表 2.3 Sasser et al. (1978)服務品質七構面

編號	構面	定義
1	即時性(timing)	在使用者期望的時間內完成服務。
2	一致性(consistency)	給予標準化服務，不因不同人、事、時、地而有所差異。
3	安全性(security)	使用者對服務可信賴的程度。
4	便利性(availability)	指交通便利部分。
5	完整性(completeness)	指服務設備供應齊全部分。

編號	構面	定義
6	調節性(condition)	會根據不同使用者的需求而適當調整服務。
7	態度(attitude)	服務人員親切有禮的態度。

資料來源：整理自 Sasser et al. (1978).

Rohrbaugh (1981)認為服務品質與結構、過程及結果三個構面有關，並將各構面之定義如：結構指服務有形性部分，如設施設備及人員；過程指服務人員與使用者的互動過程；結果指使用者最終是否得到其所要求的利益。Gronroos (1984) 將服務品質區分為技術性品質與功能性品質，前者從服務的內涵所獲得；後者由使用者接受服務後所獲得，其中以功能性品質更能決定使用者對服務品質的知覺面。Armistead (1985)表示服務品質包括組織、人員、流程、設備及物質五項要素。Martin (1986)將服務品質分為程序構面(procedural dimension)與友善構面(convivial dimension)兩類，程序構面為技術面傳遞系統應具有的特性，如：便利性、即時性、溝通、監督、使用者回饋等；友善構面指服務人員與使用者建立友善關係的能力，如：態度、肢體語言、引導、問題解決、關注等。同年 Juran (1986)以內部品質(internal qualities)、硬體品質(hardware qualities)、軟體品質(software qualities)、即時反應(time promptness)及心理品質(psychological qualities)五構面加以描述服務品質。Mitra (1993)認為服務品質包含服務人員的行為與態度、服務不符合性、即時性與設備相關之四種特性。

上述諸位學者針對服務品質構面分類多屬於定性上的敘述，較不易量化展開具體行動，而在 1985 年 Parasuraman, Zeithaml and Berry 三位學者經由一系列深入探討後，確認服務品質涵蓋十項重要構面，包括有形性(tangibles)、可靠性(reliability)、反應性(responsiveness)、溝通性(communication)、信用性(credibility)、安全性(security)、勝任性(competence)、禮貌性(courtesy)、瞭解性(understanding/knowing customers)及接近性(access)，將其命名為服務品質概念模式，即 PZB 模型，並根據所提之十構面發展出服務品質衡量工具，「SERVQUAL 量表」。三年後以原先提的 PZB 模型再做研究，重新抽樣與定義，最後將原有十構面加以整合為五構面，其發展演變如表 2.4。

表 2.4 PZB 模型發展演變

原始版-十構面(1985)	修正版-五構面(1988)
有形性(tangibles)	有形性(tangibles)
可靠性(reliability)	可靠性(reliability)
反應性(responsiveness)	反應性(responsiveness)
溝通性(communication)	
信用性(credibility)	
安全性(security)	保證性(assurance)
勝任性(competence)	
禮貌性(courtesy)	
瞭解性(understanding/knowning customers)	關懷性(empathy)
接近性(access)	

資料來源：本研究整理

Parasuraman et al. (1988)所論述的服務品質五構面定義與所發展出的 22 題項如表 2.5 所示。

表 2.5 SERVQUAL 量表五構面定義與 22 題項

構面	定義
有形性 (Tangibles)	Physical facilities, equipment, and appearance of personnel.
	代表實體外觀部分，如：機構所提供之設施、設備、人員和外溝通資料等。
	XYZ has up-to-date equipment.
	XYZ's physical facilities are visually appealing.
	XYZ's employees are well dressed and appear neat.
	Clean and comfortable environment of the XYZ.
可靠性 (Reliability)	Ability to perform the promised service dependably and accurately.
	代表機構能可靠地與準確地執行已承諾的服務之能力，如：能正確地、準時地執行所承諾之服務工作，並讓使用者認為機構是可靠的。
	When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.

構面	定義
	<p>When you have problems, XYZ is sympathetic and reassuring.</p> <p>XYZ is dependable.</p> <p>XYZ provides its services at the time it promises to do so.</p> <p>XYZ keeps its records accurately.</p>
<p>反應性 (Responsiveness)</p>	<p>Willingness to help customers and provide prompt service.</p> <p>代表服務人員願意立即提供服務的意願，如：總有高度意願提供服務等。</p> <p>XYZ does not tell customers exactly when services will be performed. (-)</p> <p>You do not receive prompt service from XYZ's employees. (-)</p> <p>Employees of XYZ are not always willing to help patients. (-)</p> <p>Employees of XYZ are too busy to respond to patients requests promptly. (-)</p>
<p>保證性 (Assurance)</p>	<p>Knowledge and courtesy of employees and their ability to inspire trust and confidence.</p> <p>代表服務人員的知識、禮貌及傳達信任與信心的能力，如：對使用者尊重、有禮及在提供服務時能給予信任與安全感。</p> <p>You can trust employees of XYZ.</p> <p>You feel safe in your transactions with XYZ's employees.</p> <p>Employees of XYZ are polite.</p> <p>Employees get adequate support from XYZ to do their jobs well.</p>
<p>關懷性 (Empathy)</p>	<p>Caring, individualized attention the firm provides its customers.</p> <p>代表機構與服務人員提供個別化關心的能力，如：敏感度高，且會盡力地去瞭解使用者的需要。</p> <p>XYZ does not give you individual attention. (-)</p> <p>Employees of XYZ do not give you personal attention. (-)</p> <p>Employees of XYZ do not know what your needs are. (-)</p> <p>XYZ does not have your best interests at heart. (-)</p> <p>XYZ does not have operating hours convenient to all their patient. (-)</p>

資料來源：整理自 Parasuraman et al. (1988).

根據 Foster(2002)表示，SERVQUAL 量表具備以下優點：可評量服務品質各種特性的標準、可適用於許多不同型態的服務、具有一定的信效度以及具有標準的分析過程，方便分析與判讀結果。此外 Buttle (1994)提出 SERVQUAL 量表的問法簡單明瞭，能快速填答完成及有標準化的分析程序以幫助解釋結果等優點，此外量表的信、效度高，已被證實是能有效運用於不同類型的產業，並於 1996 年宣稱 PZB 模式與所發展的 SERVQUAL 量表為現今最受學者認同與採用的工具，在學術界與實務上皆具極高的應用價值，故本研究擬以 SERVQUAL 量表為問卷基底。

然而，van Dyke et al. (1997)指出 SERVQUAL 量表在五構面的評分不應只以平均得分處理，建議後續研究人員亦將每一題項的分數單獨處理。而 Carman (1990)則表示雖 SERVQUAL 量表已被許多學者廣泛應用於服務品質的衡量，但建議在評估時，需給予每一題項重要性的區別，以權重方式鑑別出各題項之間的差異。此外在資源有限又需提供眾多服務的情況下，制定管理策略便相當重要，而 ISA 能區分服務的改善優先順序，以供服務提供者參考，故以下探討 ISA。

## 2.4 重視度-滿意度分析

ISA 是以 Martilla and James(1977)提出的重要性-績效分析(Importance-Performance Analysis，以下簡稱 IPA)為基所轉變而來，主要是透過瞭解使用者對服務品質的重視度與滿意度之相關程度，以瞭解其產品、系統或服務在市場上的反應，除了有簡易方便的優點之外，還可以快速提供管理者有用的參考資訊，因此非常適合用以進行服務品質與組織管理上的問題分析，且被認為是測量服務品質的理想工具之一。而會由 IPA 演進為 ISA 主要是因為眾多學者發現，在以 IPA 評估服務品質時，多以「滿意度(Satisfaction)」加以評估「績效(Performance)」，並發現藉由滿意度評估能獲得更精準的研究結果(Tonge & Moore, 2007; Aktas et al., 2007; Matzler et al., 2003; Baker and Crompton, 2000)，因此逐漸以 ISA 取代 IPA。

ISA 的操作區分為四大步驟：首先需透過文獻建構問卷題項，而將選定的題項以「重視度」和「滿意度」給予評分，前者為使用者對產品或服務的認知偏好或重視程度；後者為使用者認為該產品或服務的滿意情形，再得到回收的數據後，以橫軸、縱軸為重視程度與滿意程度，將各題項的分數

標示在二維的空間裡，最後，以重視程度平均值及滿意程度平均值為分界限，將二維空間區分出四個象限，所呈現之圖型如圖 2.1 所示。

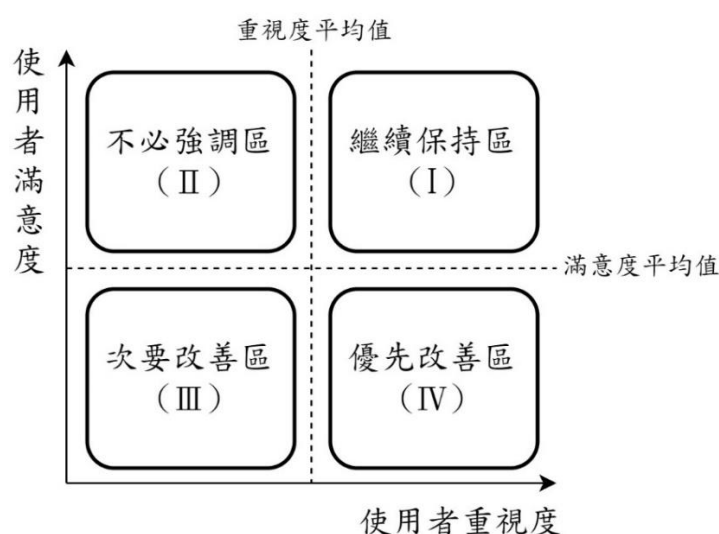


圖 2.1 重視度-滿意度象限圖

資料來源：整理自 Martilla and James (1977).

1. 繼續保持區(I)：使用者對此區服務的重視及滿意程度皆高於平均值，表此象限的服務應大力宣傳，做為公司的競爭優勢，屬繼續保持區(keep up the good work)。
2. 優先改善區(II)：使用者對此區的服務重視程度高，但表滿意程度不佳，為企業主要的劣勢來源，表此象限的服務需優先處理，屬加強改善區(concentrate here)。
3. 次要改善區(III)：使用者對此區的服務重視程度與滿意程度皆不佳，表此象限的服務項目較不重要，為企業次要劣勢來源，其服務的改善優先順序較低(low priority)。
4. 不必強調區(IV)：使用者對此區的服務重視程度低，但滿意程度良好，落於此區表示使用者已滿足，為企業次要的優勢來源，因此可不必過分強調(possible overkill)此區塊的服務。

目前使用 ISA 的文獻中，多以使用者自身角度探討服務的重視度與滿意度，而近期開始有學者將 ISA 根據不同策略而調整使用方法，即將橫、縱軸視為「某對象對某事件的重視度或滿意度」與「某對象對某事件的重視度或滿意度」。Deng et al. (2017) 藉由領導者與居民兩角度，探討農村社



區在觀光發展上的重視程度，並藉由 ISA 提出日後的挑戰與機遇。劉彩娥等人(2016)以護理師對自己照顧病患的表現及病患接受服務後的滿意程度，加以探討醫院的病護關係，並藉由 ISA 進一步提出醫院病護關係的優缺點。Lee et al. (2015)藉由醫院的醫生、護理師及高層管理者兩角度探討病患安全文化的重視程度，並以 ISA 來確定病患安全文化的主要優勢和劣勢。透過上述文獻探討可發現，ISA 不再侷限於討論單方對事件的看法，是可依各研究設定的條件下作調整。

## 第三章 研究方法

本章共分為五節陳述，結合第二章文獻探討以建構出 3.1 研究方法與架構，3.2 為研究工具，3.3 為研究範圍、對象及研究倫理考量，3.4 為問卷設計，3.5 為資料分析方法。本研究採用量化方式進行，透過兩份問卷方式加以回收調查資料，再運用 SPSS STATISTICS 24 統計軟體與 ISA 進行統計與策略上的分析，以驗證本研究目的。

### 3.1 研究方法與架構

#### 3.1.1 研究方法

本研究屬社會科學研究，重視事實及研究假設與檢定，透過文獻探討及統計分析後推論結果。因本研究旨在探討關懷據點的長者對現有服務滿意度及服務提供者對現有服務重視度，進而提出優先改善方向以供服務提供者參考，是故，本研究屬於調查研究法，透過客觀數據資料以提供變項之間的相關性，採取量化分析方式，將抽象的描述概念化、操作化及測量化，設計具體的指標以蒐集證實資料。

常用的量化工具有成就測驗、問卷量表、訪問調查問卷量表、檢核表、行為觀察紀錄表、投射方法及社交計量表八種，而訪問調查問卷量表係為社會科學研究中最常取得數據資料的研究工具之一，此方法的回收率高，且在做調查時，研究者能隨時解釋易受誤解的問題，因此本研究予以訪問調查問卷發放，以長者及服務提供者自身經驗與感受填寫問卷。受訪對象為台灣有使用或提供過健康促進活動或共餐服務的長者及服務提供者們。而在蒐集完問卷後將得到之資料透過 SPSS STATISTICS 24 進行統計分析，並透過 EXCEL 整理長者對服務的滿意程度及服務提供者對服務的重視程度之相關數據，再進一步繪出 ISA，最終提出改善方向以供服務提供者參考。

#### 3.1.2 研究架構

根據第二章的文獻探討，本研究架構根據 Parasuraman et al. (1988) 所提出的服務品質模式修改而來，將原先對服務的「期望」修改為對服務的「重視度」，主要以長者與服務提供者兩角度進行社區式照顧服務品質調查，進而運用 ISA 將結果繪製於二維矩陣圖中，共四個象限，如圖 3.1，橫軸及縱

軸分別為服務提供者對服務的重視度與長者對服務的滿意度，再根據各服務的區塊決定各別的经营策略。

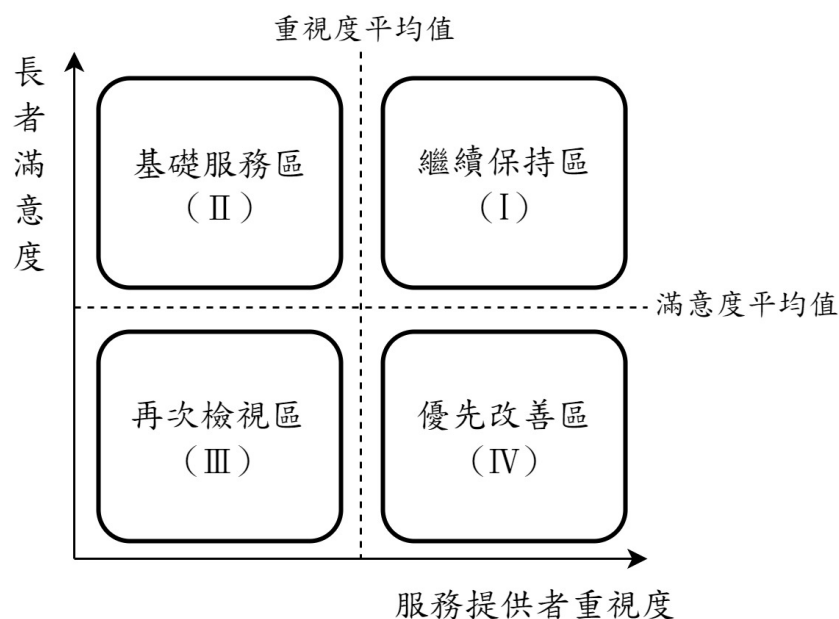


圖 3.1 研究架構圖

資料來源：本研究整理

1. 第一象限(I)：表示現階段服務提供者對此區服務相當重視，投入許多心力於此，而也因長者感受到服務提供者的付出，有相當滿意的結果，表服務提供者在此區得投入有所回報，係被受肯定的，屬於服務提供者的競爭優勢，因此需繼續給予穩定的資源以維持現狀，故屬繼續保持區(keep up the good work)。
2. 第二象限(II)：此區服務對服務提供者而言僅需付出些許心力，或者大部分組織已經具備相當能力，因此能較輕易獲得長者相當高的滿意程度，相較於其他象限是能最快速達到長者滿意的門檻，因此若服務提供者想提升整體競爭力，可從此象限的服務開始，因此屬基礎服務區(Building up good foundation)。
3. 第三象限(III)：此區服務係服務提供者認為較次要的服務，也因如此，其所投入的心力與資源相對較少，故容易造成未達長者滿意的狀況。當遇此狀況時，服務提供者需討論是否有必要加強此區服務，若有則瞭解是否有其餘資源能提升品質，又能否調整整體資源上的配置，以加強此區服務品質，故屬於再次檢視區(reevaluation)。

4. 第四象限(IV)：服務提供者對此區塊服務相當重視，但長者仍對此區服務感到不滿意，表示服務提供者所投入的資源未得到回報，需深入地瞭解長者為何仍不滿意，並立即討論如何改善此區塊服務，屬優先改善區 (concentrate here)。

### 3.2 研究工具

本研究所使用的測量工具，先透過文獻探討選擇現有適當之問卷工具，根據所欲調查對之對象進行內容修正，再藉由專家意見調查的方式，請教專家意見，從內容的適切性、詞句清晰度進行給分，彙整意見後即進行問卷的修訂。

#### 3.2.1 量表編製及評分標準

本研究採結構式問卷設計，結構式問卷設計的優點為能有效呈現受試者複雜的行為、意見及情緒與影響(Longhurst, 2003)。而本研究以兩份問卷進行資料的蒐集。

1. 社區式照顧服務滿意度問卷以長者自身角度進行填答，主要分為兩個部份，第一部份「基本資料調查」量表，共計 10 題；第二部份為「關懷據點服務之滿意程度」量表，共計 44 題，茲分別說明如下：

##### (1) 基本資料調查量表

在個人屬性量表中，本研究欲針對性別、年齡、婚姻狀況、教育程度（最高學歷）、家庭狀況、宗教信仰、身體健康狀況、心理健康狀況、生活型態及曾使用過的關懷據點服務，共 10 項進行探討，其操作型定義（operational definition）如表 3.1。

表 3.1 長者之個人屬性變項之操作型定義表

題號	變項名稱	變項屬性/ 衡量尺度	操作性定義
1-1	性別	類別/名義	1.男性 2.女性
1-2	年齡	類別/名義	1. 51 至 60 歲 2. 61 至 70 歲 3. 71 至 80 歲 4. 81 至 90 歲 5. 90 歲以上
1-3	婚姻狀況	類別/名義	1.未婚 2.已婚 3.其他
1-4	教育程度 (最高學歷)	類別/序數	1. 不識字 2.識字，未受正式教育 3.國小 4.國中 5.高中(職) 6.專科/大學 7.研究所(含)以上

題號	變項名稱	變項屬性/ 衡量尺度	操作性定義
1-5	家庭狀況	類別/名義	1. 一般戶 2. 低收/中低收入戶 3. 獨居 4. 榮民/榮譽 5. 身心障礙者(輕、中、重、級重度) 6. 其他
1-6	宗教信仰	類別/名義	1. 台灣民間信仰 2. 道教 3. 佛教 4. 一貫道 5. 天主教 6. 基督教 7. 其他
1-7	是否覺得 身體不適	類別/序數	1. 幾乎沒有 2. 偶爾 3. 經常
1-8	是否覺得 情緒低落	類別/序數	1. 幾乎沒有 2. 偶爾 3. 經常
1-9	生活中是 否需要他 人照顧	類別/序數	1. 幾乎不用 2. 偶爾 3. 經常
1-10	曾使用過 的關懷據 點服務	類別/名義	1. 健康促進服務 2. 共餐服務 3. 兩服務都有使用過

資料來源：本研究整理

## (2) 關懷據點服務之滿意程度量表

本研究採用 Parasuraman et al. (1988)所提之服務品質概念模式所延伸的 SERVQUAL 量表，以有形性(tangibles)、可靠性(reliability)、反應性(responsiveness)、保證性(assurance)及關懷性(empathy)五構面作為問卷設計之依據，各構面之定義如表 2.5 所示。各題項內容藉由參考國內外有關長期照顧、社區式照顧服務或醫療等相關領域之服務項目予以彙整，而在設計題項內容時，針對長者的角度進行語句(wording of items)的修飾。

在關懷據點服務之滿意程度量表部份，評分標準採用 Likert 的五點尺度量表計分，分別為 1 分「非常不同意」、2 分「不同意」、3 分「普通」、4 分「同意」、5 分「非常同意」及「未使用」，共計 44 題，而為了避免填答者草率與惡意作答，本問卷部分題項為反向題設計，反向題則以反向計分，其操作性定義如附錄一所示。

2. 社區式照顧服務重視度問卷以服務提供者角度進行填答，主要分為兩個部份，第一部份「基本資料調查」量表，共計 7 題；第二部份為「據點服務之重視程度與排序」量表，共計 45 題，茲分別說明如下：

### (1) 基本資料調查量表

在基本資料調查量表中，本研究欲針對性別、年齡、婚姻狀況、教育程度（最高學歷）、宗教信仰、曾提供過的據點服務及服務提供者服務經歷，共 7 項進行探討，其操作型定義（operational definition）如表 3.2。

表 3.2 服務提供者之個人屬性變項之操作型定義表

題號	變項名稱	變項型態/ 衡量尺度	操作性定義
1-1	性別	類別/名義	1.男性 2.女性
1-2	年齡	類別/名義	1. 50 歲(含)以下 2. 51 歲(含)以上
1-3	婚姻狀況	類別/名義	1.未婚 2.已婚 3.其他
1-4	教育程度 (最高學歷)	類別/序數	1.不識字 2.識字，未受正式教育 3.國小 4.國中 5.高中(職) 6.專科/大學 7.研究所(含)以上
1-5	宗教信仰	類別/名義	1.台灣民間信仰 2.道教 3.佛教 4.一貫道 5.天主教 6.基督教 7.其他
1-6	曾經提供過的 關懷據點服務	類別/名義	1.健康促進服務 2.共餐服務 3.兩服務都提供過
1-7	服務提供者服 務經歷	類別/名義	1. 24 個月(含)以下 2. 25 至 48 個月 3. 49 至 72 個 月 4. 73 至 96 個月 5. 97 個月(含)以上

資料來源：本研究整理

### (2) 據點服務之重視程度與排序量表

同樣採用 Parasuraman et al. (1988)所提之服務品質概念模式所延伸的 SERVQUAL 量表，以有形性(tangibles)、可靠性(reliability)、反應性(responsiveness)、保證性(assurance)及關懷性(empathy)五構面作為問卷設計之依據，其各構面之定義如表 2.5 所示。在服務之重視程度與排序量表部份，評分標準分兩種，一為排序之數值計分，共 1 題，其計分方式：1 表第一名、2 表第二名、以此類推至 5 表第五名；二為採用 Likert 的五點尺度量表計分，分別為 1 分「非常不重視」、2 分「不重視」、3 分「普通」、4 分「重視」、5 分「非常重視」，共 45 題，題項皆為正向敘述，以避免使填答者產生混淆、影響填答品質，其操作性定義如附錄二所示。

### 3.3 研究範圍、對象及研究倫理考量

根據第二章的文獻探討，社區式照顧服務資源以關懷據點為主要落實方案，其長者多為健康及亞健康狀態，認知與表達能力皆無太大的問題，故本研究選定以關懷據點的長者及服務提供者作為本研究探討對象，受訪據點根據各縣市據點資源網蒐集，其名目如附錄三所示。

在本研究進行前，研究者先行透過電話聯絡方式與各機構聯繫取得初步同意。研究問卷進行前則預先告知研究對象本研究之目的及其權益，並告知問卷題目皆無標準答案，且採匿名方式填寫，所得之每一項資料皆僅供學術研究用，不作他途，而在經各長者及服務提供者同意後才開始進行問卷填答。

### 3.4 問卷設計

本研究以台灣關懷據點作為研究範圍，為提升本研究之可靠性及代表性，本研究進行專家意見調查以利修訂題目進行發放正式問卷，以下詳細介紹過程：

#### 3.4.1 專家意見調查

雖本研究之問卷由相當成熟之量表修改而來，但題項的語意與重要性是否能真正符合需求仍需考量，因此邀請 4 位社會科學研究領域之專家與 3 位社區式照顧產業專家，其名單參照附錄四所示，共計 7 位學業界專家進行問卷的修訂，在此請諸位專家根據各構面之題項的適用程度，包含內容適切性、詞語清晰程度、內容需要性及內容涵蓋度等，逐題評分並給予相關建議，以提高整體問卷內容之效度。

本研究將採用內容效度指標(Content validity index, 以下簡稱 CVI)來驗證量表的內容效度，此指標最早由 Hambleton 於 1975 年用於量化研究的內容效度指標，並接續由其他學者發展而來(Martuza, 1977; Waltz and Bausell, 1981)，其計算方法採用 4 點計算法，評分標準以 1 為非常不適用，表此題項與所屬的構面無相關性，應刪除；2 為不適用需大幅修正，表此題項與所屬構面關聯性不大，需重新檢視及修訂；3 為適用需略作修正，表此題項僅需略作修正再保留；4 為非常適用，表該題目非常重要，需保留下來。

而 CVI 分成 Item-CVI(I-CVI)與 Scale-CVI(S-CVI)值兩種層級，I-CVI 值其計算方式為專家評分大於 3 分(含)以上皆列入為 1 分，而 2 分(含)以下則

列為 0 分，並將此題項為 3 分(含)以上之專家數量除以全部專家數之比例，Lynn(1986)表示在 3 至 5 位專家其評分標準為 1.00，在 6 至 10 位專家則為 0.78 以上。S-CVI 值為整個量表中被專家評為 3 分(含)以上之題數與總題數的比例，而根據 Davis(1992)與 Grant and Davis(1997)等學者表示，S-CVI 值最小需為 0.8，而亦有學者表示 S-CVI/Ave 最少應該為 0.9 以上才可視為良好的內容效度(Lynn, 1986; Waltz et al., 2005)。

在經過專家內容效度檢驗後，根據所給予之意見進行適切的修訂，其修訂後之內容如下：

#### 1. 社區式照顧服務滿意度問卷

##### (1) 基本資料調查：

此部分僅由專家判斷題項合不合適驗證，本研究接受專家意見將「婚姻狀況」以其他涵蓋離婚與喪偶兩選項；「宗教信仰」提供各類別選項以取代是否；「自評健康狀況與生活型態」分三題詢問長者的身體健康狀況、心理健康狀況及生活型態三項。

##### (2) 服務之滿意程度：

7 位專家所評之平均 S-CVI 結果為 0.99，符合標準；而 I-CVI 的結果大多數題項皆為 1.00，僅 2 題為 0.86，雖符合標準，但該題項已針對專家回饋加以修正，故保留此題項。

#### 2. 社區式照顧服務重視度問卷

##### (1) 基本資料調查：

此部分僅由專家判斷題項合不合適驗證，本研究接受專家意見將「性別」加入其他選項；「婚姻狀況」以其他涵蓋離婚與喪偶兩選項；「宗教信仰」提供各類別選項以取代是否。

##### (2) 服務之重視程度與排序：

7 位專家所評之平均 S-CVI 結果為 0.99，符合標準；而 I-CVI 的結果大多數題項皆為 1.00，僅 1 題為 0.86，雖符合標準，但該題項已針對專家回饋加以修正，故保留此題項。

### 3.5 資料分析方法

本研究採用統計套裝軟體 SPSS STATISTICS 24 Statistics 24 進行分析，



在使用各分析方法前需先瞭解變數的屬性(類別變數/連續變數)，再判斷需藉由哪些方法加以分析。而本研究所需使用到的統計方法有相關性分析、敘述性統計分析和推論型統計分析，其中推論型統計分析包括：T 檢定和變異數分析，各統計方法與資料型態之關係整理如下表 3.3 所示；此外會透過 ISA 將長者及服務提供者對服務的滿意度及重視度區分於四象限中，如上圖 3.1 所示，最終依各象限給予對應的服務改善策略，以下逐一介紹所使用到的分析方法。

### 3.5.1 敘述性統計分析

利用敘述性統計分析方法，針對有效問卷先編碼量化後，進行樣本基本資料分析，計算各問項之平均數、百分比及標準差，並可利用表格或圖形加以整理。平均數代表大眾對於該問項的看法，亦可將不同層面之受訪者，利用平均數逐一比較，平均數愈高代表該題項較為受訪者所重視或滿意；標準差則視為評量回收的樣本對於該問項之一致性指標，樣本標準差愈小，表示受訪者對於該問項有較一致的看法。本研究將用敘述性統計分析於 1. 長者個人屬性變項及 2. 服務提供者個人屬性變項。

### 3.5.2 相關性分析

當欲求兩個獨立變項之間的關聯程度，常用相關係數表示，主要有兩特性：相關係數大小值及相關係數正負值，當相關係數越大，表兩變項間關聯性越大；反之當相關係數越小，則兩變項間關聯性越小。而正負則表示兩變項間有正相關，即關係成正比；負相關則表關係成反比。當相關係數=0 時，則表兩變項間為零相關，而一般相關係數的絕對值低於 0.3 表低度相關；介於 0.3 與 0.7 間為中度相關；介於 0.7 與 0.8 間為高度相關；高於 0.8 則為非常高度相關。本研究將用相關性分析於：瞭解長者服務滿意度各構面的相關性及服務提供者重視度與長者服務滿意度之相關性。

### 3.5.3 T 檢定

主要用以檢測兩組別之間的平均數有無顯著差異，在使用 T 檢定前需先確認自變項是否為類別型態；依變項是否為連續型態。本研究將用 T 檢定分析於：長者個人屬性(性別)與服務滿意度；服務提供者個人屬性分析(性別、年齡)與服務重視度。

### 3.5.4 變異數分析

與 T 檢定相同，其自變項為類別型態；依變項為連續型態，主要欲瞭解平均數之間是否有顯著差異，差別在於變異數分析用以檢定三個(含)以上水準。當僅探討 1 個自變項與依變項是否有顯著差異時為單因子變異數分析；當探討 2 個(含)以上自變項與依變項是否有顯著差異時，則稱為多因子變異數分析。本研究將用變異數分析於：長者個人屬性(年齡、婚姻狀況、教育程度、家庭狀況、宗教信仰、身體健康狀況、心理健康狀況及生活狀況)與服務滿意度；服務提供者個人屬性(婚姻狀況、教育程度及宗教信仰)與服務重視度。若整體差異性達顯著水準，則需進行事後檢定以檢視哪些群組有顯著差異，目前最常被使用的檢定方法之一為 LSD(最小差異法)。LSD 表臨界的最小值，為最容易顯著，在分析後判斷時，前提需注意在整體模組顯著(F 檢定)下才能判定組間達顯著情形。

表 3.3 常用統計方法與資料型態之關係

自變數(Independent)		依變數(Dependent)		相對應之統計方法
變項屬性	水準數	變項屬性		
連續型(單變項)		連續行(單變項)		相關性分析(Correlation Analysis)
如：服務滿意度五構面		如：服務滿意度五構面		服務滿意度各構面間是否有相關影響
類別型	2 水準	連續型(單變項)		獨立樣本 T 檢定(T-test)
如：性別	男、女性	如：服務滿意度		性別與服務滿意度的平均值有無顯著差異
類別型	3(含)以上	連續型(單變項)		單因子變異數分析(One Way ANOVA)
如：教育	初、國、高	如：服務重視度		教育與服務重視度的平均值有無顯著差異

資料來源：本研究整理

### 3.5.5 Importance-Satisfaction Analysis

主要用以瞭解欲探討對象對服務品質之滿意度與重視度之間的落差，並將所有服務題項區分為四大區塊，再根據四區塊加以分析說明(如第 3.1.2 節論述)，以找到組織的優勢與待加強的服務。

## 第四章 研究分析與討論

本章將依據第三章所提之研究架構，使用適當的統計方法進行資料分析，並對各統計分析結果加以討論與解釋，本章共計分六節，4.1 為問卷回收後之樣本資料結構作敘述性統計分析，以呈現樣本特性；4.2 為相關性分析；4.3 與 4.4 為運用獨立樣本 T 檢定與變異數分析，進行各變項之差異檢定分析；4.5 為重視度-滿意度分析；4.6 將分析結果加以討論。

### 4.1 敘述性統計分析

本研究採用問卷調查法，以台灣有使用關懷據點的健康促進活動和共餐服務的長者與服務提供者為調查對象，問卷發放時間為 2017/11/03 至 2017/11/17，共計回收 243 份長者有效問卷，與 63 份服務提供者有效問卷。

#### 4.1.1 長者個人屬性之敘述性統計分析

為瞭解受測長者與服務提供者的特性，本研究將先針對長者有效回收問卷之「性別」、「年齡」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「家庭狀況」、「宗教信仰」、「身體健康狀況」、「心理健康狀況」、「生活狀況」與「曾使用過的關懷據點服務」等個人屬性整理說明，詳細統計資料如表 4.1 所示。

##### 1. 性別

本研究樣本中，男性長者共 50 人，佔全體有效樣本的 20.6%；女性共 193 人，佔全體有效樣本的 79.4%。由此可知，女性長者樣本數多於男性。

##### 2. 年齡

本研究樣本中，51 至 60 歲長者共 2 人，佔全體有效樣本的 0.8%；61 至 70 歲長者共 42 人，佔全體有效樣本的 17.3%；71 至 80 歲長者共 111 人，佔全體有效樣本的 45.7%；81 至 90 歲長者共 81 人，佔全體有效樣本的 33.3%；91 歲(含)以上長者共 7 人，佔全體有效樣本的 2.9%。由此可知，長者的年齡以 71 歲至 80 歲多於其他年齡，其次以 81 歲至 90 歲之長者人數次之。

##### 3. 婚姻狀況

本研究樣本中，未婚長者共 6 人，佔全體有效樣本的 2.5%；已婚長者共 205 人，佔整體有效樣本的 84.4%；其他者共 32 人，佔全體有效樣本的 13.2%。由此可知，長者之婚姻狀況以已婚為眾，其次以其他人數次之。

#### 4. 教育程度

本研究樣本中，不識字長者共 79 人，佔全體有效樣本的 32.5%；識字，但未受正式教育長者共 18 人，佔全體有效樣本的 7.4%；最高學歷為國小長者共 85 人，佔全體有效樣本的 35.0%；最高學歷為國中長者共 24 人，佔全體有效樣本的 9.9%；最高學歷為高中或高職長者共 20 人，佔全體有效樣本的 8.2%；最高學歷為專科或大學長者共 15 人，佔全體有效樣本的 6.2%；最高學歷為研究所(含)以上長者共 2 人，佔全體有效樣本的 0.8%。由此可知，長者之教育程度以國小為眾，其次以不識字為次之。

#### 5. 家庭狀況

本研究樣本中，整體來說，一般戶長者共 187 人，佔全體有效樣本的 75.1%；有其餘家庭狀況的長者共 62 人，佔全體有效樣本的 24.9%。其中各項家庭狀況所佔比例分述如下(長者可複選)：

- (1) 中收或中低收入戶長者共 7 人，佔全體有效樣本的 2.8%。
- (2) 獨居長者共 17 人，佔全體有效樣本的 6.8%。
- (3) 榮民或榮眷長者共 28 人，佔全體有效樣本的 11.3%。
- (4) 身心障礙者長者共 4 人，佔全體有效樣本的 1.6%。
- (5) 家庭狀況為其他的長者共 6 人，佔全體有效樣本的 2.4%。

#### 6. 宗教信仰

本研究樣本中，宗教信仰為台灣民間信仰的長者共 38 人，佔全體有效樣本 15.6%；宗教信仰為道教的長者共 70 人，佔全體有效樣本 28.8%；宗教信仰為佛教的長者共 98 人，佔全體有效樣本 40.3%；宗教信仰為一貫道的長者共 7 人，佔全體有效樣本 2.9%；宗教信仰為基督教的長者共 9 人，佔全體有效樣本 3.7%；宗教信仰為其他的長者共 21 人，佔全體有效樣本的 8.6%；信奉天主教的長者則無樣本數。由此可知，長者的宗教信仰以佛教所佔比例最多，其次為道教次之。

#### 7. 身體健康狀況

本研究樣本中，幾乎沒有身體不適的長者共 113 人，佔全體有效樣本 46.5%；偶爾感到身體不適的長者共 109 人，佔全體有效樣本 44.9%；經常感到身體不適的長者共 21 人，佔全體有效樣本 8.6%。由此可知，受訪長者

多為健康及亞健康狀態。

## 8. 心理健康狀況

本研究樣本中，幾乎沒有情緒低落的長者共 166 人，佔全體有效樣本 68.3%；偶爾覺得情緒低落的長者共 64 人，佔全體有效樣本 26.3%；經常覺得情緒低落的長者共 13 人，佔全體有效樣本 5.3%。由此可知，受訪長者多為健康及亞健康狀態。

## 9. 生活狀況

本研究樣本中，幾乎不用他人照顧的長者共 183 人，佔全體有效樣本 75.3%；偶爾需要他人照顧的長者共 47 人，佔全體有效樣本 19.3%；經常需要他人照顧的長者共 13 人，佔全體有效樣本 5.3%。由此可知，多數的長者仍能自主生活，無總需他人照顧。

## 10. 曾使用過的關懷據點服務

本研究樣本中，僅使用過健康促進服務的長者共 52 人，佔全體有效樣本 21.4%；僅使用過共餐服務的長者共 8 人，佔全體有效樣本 3.3%；而兩者皆使用過的長者共 183 人，佔全體有效樣本 75.3%。

表 4.1 長者個人屬性分布表

題項	項目	人數(人)	有效百分比(%)	累積百分比(%)
性別	男性	50	20.6	20.6
	女性	193	79.4	100
年齡	51 至 60 歲	2	0.8	0.8
	61 至 70 歲	42	17.3	18.1
	71 至 80 歲	111	45.7	63.8
	81 至 90 歲	81	33.3	97.1
	90 歲以上	7	2.9	100
婚姻狀況	未婚	6	2.5	2.5
	已婚	205	84.4	86.8
	其他	32	13.2	100
教育程度	不識字	79	32.5	32.5

題項	項目	人數(人)	有效百分比(%)	累積百分比(%)
	識字，但未受正式教育	18	7.4	39.9
	國小	85	35.0	74.9
	國中	24	9.9	84.8
	高中/高職	20	8.2	93.0
	專科/大學	15	6.2	99.2
	研究所(含)以上	2	0.8	100
<b>家庭狀況</b>	一般戶	187	75.1	75.1
	中收/中低收入戶	7	2.8	77.9
	獨居	17	6.8	84.7
	榮民/榮眷	28	11.3	96
	身心障礙者	4	1.6	97.6
	其他	6	2.4	100
<b>宗教信仰</b>	台灣民間信仰	38	15.6	15.6
	道教	70	28.8	44.4
	佛教	98	40.3	84.8
	一貫道	7	2.9	87.7
	天主教	0	0	87.7
	基督教	9	3.7	91.4
	其他	21	8.6	100
<b>身體健康狀況</b>	幾乎沒有身體不適	113	46.5	46.5
	偶爾身體不適	109	44.9	91.4
	經常身體不適	21	8.6	100
<b>心理健康狀況</b>	幾乎沒有情緒低落	166	68.3	68.3
	偶爾情緒低落	64	26.3	94.7
	經常情緒低落	13	5.3	100
<b>生活狀況</b>	幾乎不用他人照顧	183	75.3	75.3

題項	項目	人數(人)	有效百分比(%)	累積百分比(%)
	偶爾需要他人照顧	47	19.3	94.7
	經常需要他人照顧	13	5.3	100
曾使用過的 關懷據點服務	健康促進服務	52	21.4	21.4
	共餐服務	8	3.3	24.7
	兩者皆使用過	183	75.3	100

#### 4.1.2 服務提供者個人屬性之敘述性統計分析

本研究針對服務提供者有效回收問卷之「性別」、「年齡」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「宗教信仰」、「曾提供過的關懷據點服務」與「服務經歷」等個人屬性整理說明，詳細統計資料如表 4.2 所示。

##### 1. 性別

本研究樣本中，男性服務提供者共 14 人，佔全體有效樣本的 22.2%；女性服務提供者共 49 人，佔全體有效樣本的 77.8%。女性服務提供者樣本數多於男性。

##### 2. 年齡

本研究樣本中，50 歲(含)以下服務提供者共 14 人，佔全體有效樣本的 22.2%；51 歲(含)以上服務提供者共 49 人，佔全體有效樣本的 77.8%。由此可知，大多服務提供者年齡為大於 50 歲，少部分不到 50 歲。

##### 3. 婚姻狀況

本研究樣本中，未婚服務提供者共 7 人，佔全體有效樣本的 11.1%；已婚服務提供者共 49 人，佔整體有效樣本的 77.8%；其他者共 7 人，佔全體有效樣本的 11.1%。由此可知，大多服務提供者的婚姻狀況為已婚。

##### 4. 教育程度

本研究樣本中，不識字服務提供者共 4 人，佔全體有效樣本的 6.3%；最高學歷為國小服務提供者共 11 人，佔全體有效樣本的 17.5%；最高學歷為國中服務提供者共 13 人，佔全體有效樣本的 20.6%；最高學歷為高中或高職服務提供者共 22 人，佔全體有效樣本的 34.9%；最高學歷為專科或大學服務提供者共 12 人，佔全體有效樣本的 19.0%；最高學歷為研究所(含)以上服務提供者共 1 人，佔全體有效樣本的 1.6%。由此可知，大多數服務

提供者的教育程度為高中或高職，其次為國中，而並未有無識字，但未受正式教育之樣本數。

## 5. 宗教信仰

本研究樣本中，宗教信仰為台灣民間信仰的服務提供者共 6 人，佔全體有效樣本 9.5%；宗教信仰為道教的服務提供者共 24 人，佔全體有效樣本 38.1%；宗教信仰為佛教的服務提供者共 25 人，佔全體有效樣本 39.7%；宗教信仰為基督教的服務提供者共 2 人，佔全體有效樣本 3.2%；信奉其他者共 6 人，佔全體有效樣本 9.5%；一貫道、天主教或其他者均無樣本數。由此可知，服務提供者的宗教信仰多為佛教與道教。

## 6. 曾提供過的關懷據點服務

本研究樣本中，僅提供過健康促進服務的服務提供者共 17 人，佔全體有效樣本 27.0%；兩者皆提供過的服務提供者共 46 人，佔全體有效樣本 73.0%。而無僅提供過共餐服務的服務提供者之樣本數。

## 7. 服務經歷

本研究樣本中，服務經歷少於 24 個月(含)者共 18 人，佔全體有效樣本的 28.6%；服務經歷介於 25 至 48 個月共 9 人，佔全體有效樣本的 14.3%；服務經歷介於 49 至 72 個月共 11 人，佔全體有效樣本的 17.5%；服務經歷介於 73 至 96 個月共 3 人，佔全體有效樣本的 4.8%；服務經歷超過 97 個月(含)者共 22 人，佔全體有效樣本的 34.9%。由此可見，服務提供者的服務經歷差距甚大，多為經驗不到 2 年以及超過 8 年經驗者。

表 4.2 服務提供者個人屬性分布表

題項	項目	人數(人)	有效百分比(%)	累積百分比(%)
性別	男性	14	22.2	22.2
	女性	49	78.8	100
年齡	50 歲(含)以下	14	22.2	22.2
	51 歲(含)以上	49	77.8	100
婚姻狀況	未婚	7	11.1	11.1
	已婚	49	77.8	88.9



題項	項目	人數(人)	有效百分比(%)	累積百分比(%)
	其他	7	11.1	100
教育程度	不識字	4	6.3	6.3
	識字，但未受正式教育	0	0	6.3
	國小	11	17.5	23.8
	國中	13	20.6	44.4
	高中/高職	22	34.9	79.4
	專科/大學	12	19.0	98.4
	研究所(含)以上	1	1.6	100
宗教信仰	台灣民間信仰	6	9.5	9.5
	道教	24	38.1	47.6
	佛教	25	39.7	87.3
	一貫道	0	0	87.3
	天主教	0	0	87.3
	基督教	2	3.2	90.5
	其他	6	9.5	100
曾提供過的 關懷據點服務	健康促進服務	17	27.0	27.0
	共餐服務	0	0	27.0
	兩者皆提供過	46	73.0	100
服務經歷	24 個月(含)以下	18	28.6	28.6
	25 至 48 個月	9	14.3	42.9
	49 至 72 個月	11	17.5	60.3
	73 至 96 個月	3	4.8	65.1
	97 個月(含)以上	22	34.9	100

## 4.2 相關性分析

為瞭解本研究整體服務品質各構面的相關情形，以 Pearson 積差相關性分析探究長者對服務品質滿意度各構面間之相關性，以及服務重視度與滿

意度各構面之相關性。

#### 4.2.1 長者對健康促進活動的服務品質滿意度之各構面相關性分析

長者對健康促進活動的服務品質滿意度各構面之相關性分析結果，如表 4.3 所示。有形性構面與保證性構面最具正相關( $r=0.656$ ，中度相關)，可解釋成：對有形性服務感到不滿意的長者，通常有 65.6% 也會對保證性的服務感到不滿意；可靠性構面與保證性構面最具正相關( $r=0.725$ ，高度相關)，可解釋成：對可靠性服務感到不滿意的長者，通常有 72.5% 也會對保證性的服務感到不滿意；反應性構面與可靠性構面最具正相關( $r=0.655$ ，中度相關)，可解釋成：對反應性服務感到不滿意的長者，通常有 65.5% 也會對可靠性的服務感到不滿意；關懷性構面與保證性構面最具正相關( $r=0.552$ ，中度相關)，可解釋成：對關懷性服務感到不滿意的長者，通常有 55.2% 的長者也會對保證性服務感到不滿意。

整體而言，健康促進活動的服務品質滿意度各構面在 Pearson 相關性分析結果皆呈現顯著正相關( $p<0.01$ )，而在整體滿意度部分，皆受到各構面高度相關影響，其相關程度由高至低依序為保證性( $r=0.877$ ，超高度相關)、可靠性( $r=0.844$ ，超高度相關)、反應性( $r=0.803$ ，超高度相關)、有形性( $r=0.770$ ，高度相關)與關懷性( $r=0.743$ ，高度相關)，其中保證性題項又以「H15 老師、服務提供者在活動時需讓長者感到安心」與整體滿意度間有最高度的相關( $r=0.737^{**}$ )。

表 4.3 健康促進活動之服務滿意度各構面相關性分析摘要表

		健	康	促	進	活	動
		有形性	可靠性	反應性	保證性	關懷性	整體滿意度
健	有形性	1	0.584**	0.455**	0.656**	0.385**	0.770*
康	可靠性	0.584**	1	0.656**	0.725**	0.472**	0.844**
促	反應性	0.455**	0.656**	1	0.630**	0.542**	0.803**
進	保證性	0.656**	0.725**	0.630**	1	0.552**	0.877**
活	關懷性	0.385**	0.472**	0.542**	0.552**	1	0.743**
動	整體滿意度	0.770**	0.844**	0.803**	0.877**	0.743**	1

註：\*表相關性在 0.05 層級上顯著(雙尾)；\*\*表相關性在 0.01 層級上顯著(雙尾)。

#### 4.2.2 健康促進活動的服務品質重視度與滿意度之各構面相關性分析

長者與服務提供者對健康促進活動的服務品質各構面在 Pearson 相關性分析結果發現，服務品質滿意度與重視度各構面間僅有關懷性構面有顯著相關( $p < 0.05$ )，其餘四構面(有形性、可靠性、反應性與保證性)在重視度與滿意度間皆未達顯著水準，如表 4.4 所示。

表 4.4 健康促進活動之服務滿意度與服務重視度各構面相關性分析摘要表

健	康	促	進	活	動
有形性 構面間	可靠性 構面間	反應性 構面間	保證性 構面間	關懷性 構面間	整體滿意度與重 視度
0.033	0.087	0.084	0.021	0.282*	0.137

註：\*表相關性在 0.05 層級上顯著(雙尾)。

#### 4.2.3 長者對共餐服務的服務品質滿意度之各構面相關性分析

長者對共餐服務的服務品質滿意度各構面之相關性分析結果，如表 4.5 所示。有形性構面與可靠性構面最具正相關( $r=0.714$ ，高度相關)，可解釋成：對有形性服務感到不滿意的長者，通常有 71.4% 也會對可靠性的服務感到不滿意；可靠性構面與保證性構面最具正相關( $r=0.742$ ，高度相關)，可解釋成：對可靠性服務感到不滿意的長者，通常有 74.2% 也會對保證性的服務感到不滿意，反之在保證性構面中亦與可靠性構面最具正相關；反應性構面與關懷性構面最具正相關( $r=0.569$ ，中度相關)，可解釋成：對反應性服務感到不滿意的長者，通常有 74.2% 也會對關懷性的服務感到不滿意，反之在關懷性構面中亦與反應性構面最具正相關。

整體而言，共餐服務的服務品質滿意度各構面在 Pearson 相關性分析結果皆呈現顯著正相關( $p < 0.01$ )，而在整體滿意度部分，皆受到各構面高度相關影響，其相關程度由高至低依序為保證性( $r=0.846$ ，超高度相關)、可靠性( $r=0.832$ ，超高度相關)、有形性( $r=0.823$ ，超高度相關)、反應性( $r=0.748$ ，高度相關)與關懷性( $r=0.731$ ，高度相關)，其中在保證性中又以「L17 共餐服務提供者需互相幫忙以提供更好的服務」與整體滿意度間有最高度的相關 ( $r=0.716^{**}$ )。

表 4.5 共餐服務之服務滿意度各構面相關性分析摘要表

		共 餐 服 務					整體滿意度
		有形性	可靠性	反應性	保證性	關懷性	
共 餐 服 務	有形性	1	0.714**	0.468**	0.667**	0.404**	0.823**
	可靠性	0.714**	1	0.451**	0.742**	0.432**	0.832**
	反應性	0.468**	0.451**	1	0.498**	0.569**	0.748**
	保證性	0.667**	0.742**	0.498**	1	0.479**	0.846**
	關懷性	0.404**	0.432**	0.569**	0.479**	1	0.731**
	整體滿意度	0.823**	0.832**	0.748**	0.846**	0.731**	1

註：\*\*表相關性在 0.01 層級上顯著(雙尾)。

#### 4.2.4 共餐服務的服務品質重視度與滿意度之各構面相關性分析

長者與服務提供者對健康促進活動的服務品質各構面在 Pearson 相關性分析結果發現，服務品質滿意度與重視度各構面間僅有關懷性構面有顯著相關( $r=0.264$ ,  $p<0.05$ )，其餘四構面(有形性、可靠性、反應性與保證性)在重視度與滿意度間皆未達顯著水準，如表 4.6 所示。

表 4.6 共餐服務之服務滿意度與服務重視度各構面相關性分析摘要表

共	餐				服	務
有形性 構面間	可靠性 構面間	反應性 構面間	保證性 構面間	關懷性 構面間	整體滿意度與重 視度	
-0.011	-0.017	-0.118	0.162	0.264*	0.092	

註：\*表相關性在 0.05 層級上顯著(雙尾)。

#### 4.3 不同長者之個人屬性對服務滿意度的差異檢定分析

本研究欲瞭解不同長者之個人屬性在服務滿意度上的差異，因此將個人屬性變項為自變項，服務滿意度為依變項，以獨立樣本 T 檢定及單因子變異數分析(ANOVA)探討不同長者之個人屬性在服務滿意度上是否有顯著差異。而當 ANOVA 達顯著水準( $p\text{-value}<0.05$ )時，則進一步以 LSD 進行多重考驗，更加深入探討差異情形。

### 4.3.1 不同性別的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同性別長者對服務滿意度的差異比較，將性別區分為 1.男性與 2.女性，並以獨立樣本 T 檢定分析，發現長者的性別對服務滿意度之得分差異皆未達顯著水準，表示長者對服務品質的滿意度並不因性別的不同而有差異，即不同性別的長者對服務的滿意度有一致性的傾向，如表 4.7 所示。

表 4.7 不同性別的長者對服務滿意度之獨立樣本 T 檢定摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	組別	平均數/ 標準差	T	組別	平均數/ 標準差	T
有形性	男	4.1327/ 0.58653	-0.076	男	4.0238/ 0.62423	-0.198
	女	4.1404/ 0.64707		女	4.0453/ 0.61858	
可靠性	男	4.1102/ 0.61517	-1.988	男	4.1905/ 0.55163	-1.122
	女	4.2901/ 0.54990		女	4.2936/ 0.51229	
反應性	男	4.2755/ 0.59127	-0.810	男	4.2798/ 0.50365	0.913
	女	4.3458/ 0.52725		女	4.1930/ 0.55532	
保證性	男	4.2942/ 0.52817	-1.163	男	4.2024/ 0.59016	-0.591
	女	4.3957/ 0.54793		女	4.2584/ 0.52907	
關懷性	男	4.1408/ 0.57515	0.483	男	4.2286/ 0.55096	1.565
	女	4.0904/ 0.66866		女	4.0658/ 0.60736	
整體滿意度	男	4.1907/ 0.48734	-0.815	男	4.1850/ 0.49284	0.178
	女	4.2525/ 0.46872		女	4.1710/ 0.43767	

### 4.3.2 不同年齡的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同年齡長者對服務滿意度的差異比較，將年齡區分為 1.51 歲至 60 歲、2.61 歲至 70 歲、3.71 歲至 80 歲、4.81 歲至 90 歲與 5.91 歲(含)以上，並以 ANOVA 分析，發現不同年齡之長者在服務滿意度上有部分顯著差異。進而以或 LSD 事後比較檢定進行多重考驗，發現在共餐服務的關懷性構面上，91 歲以上的長者比起 61 歲至 90 歲，較滿意服務提供者所提供的服務。如表 4.8 所示。

表 4.8 不同年齡的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/ 0.63378	0.252	無明顯差異	4.0406/ 0.61824	0.142	無明顯差異
可靠性	4.2528/ 0.56743	1.260	無明顯差異	4.2702/ 0.53033	0.256	無明顯差異
反應性	4.3312/ 0.54060	0.774	無明顯差異	4.2120 /0.54429	1.582	無明顯差異
保證性	4.3746/ 0.54434	0.220	無明顯差異	4.3746/ 0.54434	0.524	無明顯差異
關懷性	4.1008/ 0.64952	1.459	無明顯差異	4.1008/ 0.64952	2.559*	6>5、6>3、6>4
整體滿意度	4.2396 /0.47226	0.326	無明顯差異	4.2396/ 0.47226	0.992	無明顯差異

#### 4.3.3 不同婚姻狀況的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同婚姻狀況長者對服務滿意度的差異比較，將婚姻狀況區分為 1.未婚、2.已婚與 3.其他，並以 ANOVA 分析，發現不同婚姻狀況之長者在服務滿意度上有部分顯著差異。因此進一步以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗，發現在健康促進活動的保證性構面上，未婚者以及已婚者比其他婚姻狀況者較滿意服務提供者所提供的服務；在共餐服務的有形性構面上，未婚者比已婚者及其他婚姻狀況者較滿意服務提供者所提供的服務，如表 4.9 所示。

表 4.9 不同婚姻狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/0.63378	2.288	無明顯差異	4.0406/0.61824	5.266**	1>3、1>2
可靠性	4.2528/0.56743	0.935	無明顯差異	4.2702/0.52143	1.032	無明顯差異
反應性	4.3312/0.54060	2.350	無明顯差異	4.2120/0.54429	1.550	無明顯差異
保證性	4.3746/0.54434	5.880**	1>3、2>3	4.2461/0.54197	1.910	無明顯差異
關懷性	4.1008/0.64952	2.432	無明顯差異	4.1016/0.59784	1.895	無明顯差異
整體滿意度	4.2396/0.47226	3.712*	無明顯差異	4.1741/0.44906	3.171*	1>3、1>2

註：\*表示  $p<0.05$ ；\*\*表  $p<0.01$ 。

#### 4.3.4 不同教育程度的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同教育程度的長者對服務滿意度的差異比較，將教育程度區分為 1.不識字與識字，但未受正式教育、2.國小、3.國中與高中/高職以及 4.專科/大學與研究所(含)以上，並以 ANOVA 分析，發現不同教育程度的長者在服務滿意度上無顯著差異，表不同教育程度的長者對服務的滿意度有一致性的傾向，如表 4.10 所示。

表 4.10 不同教育程度的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/ 0.63378	2.190	無明顯差異	4.0406/ 0.61824	0.150	無明顯差異
可靠性	4.2528/ 0.56743	1.067	無明顯差異	4.2702/ 0.52143	0.194	無明顯差異
反應性	4.3676/ 0.70776	0.216	無明顯差異	4.2120/ 0.54429	0.563	無明顯差異
保證性	4.3746/ 0.54434	1.295	無明顯差異	4.2461/ 0.54197	0.751	無明顯差異
關懷性	4.1008/ 0.64952	0.486	無明顯差異	4.1016/ 0.59784	0.367	無明顯差異
整體滿意度	4.2396/ 0.47226	0.560	無明顯差異	4.1741/ 0.44906	0.401	無明顯差異

#### 4.3.5 不同家庭狀況的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同家庭狀況的長者對關懷據點服務滿意度的差異比較，將家庭狀況區分為 1.一般戶、2.榮民/榮眷 3.低收/中低收入戶、獨居、及身心障礙者與 4.其他家庭狀況者，並以 ANOVA 分析，發現不同家庭狀況的長者在服務滿意度上有部分顯著差異，進而以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗，發現在健康促進活動的保證性構面上，如表 4.11 所示。

表 4.11 不同家庭狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/標準差	F	結論	平均數/標準差	F	結論
有形性	4.1388/ 0.63378	0.558	無明顯差異	4.0406/ 0.04473	0.674	無明顯差異
可靠性	4.2528/ 0.56743	0.328	無明顯差異	4.2702/ 0.70711	0.340	無明顯差異
反應性	4.3312/ 0.54060	0.450	無明顯差異	4.2120/ 0.53075	1.285	無明顯差異
保證性	4.3746/ 0.59512	2.780*	1>3	4.2461/ 0.54197	1.709	無明顯差異
關懷性	4.1008/ 0.64952	1.041	無明顯差異	4.1016/ 0.59784	0.905	無明顯差異
整體滿意度	4.2396/ 0.47226	0.704	無明顯差異	4.1741/ 0.44906	0.890	無明顯差異

註：\*表示  $p < 0.05$ 。

#### 4.3.6 不同宗教信仰的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同宗教信仰的長者對服務滿意度的差異比較，將宗教信仰區分為 1.台灣民間信仰、道教、佛教與一貫道、2.天主教與基督教與 3.其他，並以 ANOVA 分析發現在健康促進活動的有形性構面上達顯著差異，進而以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗，發現，宗教信仰為其他的長者對服務提供者的滿意度較低，如表 4.12 所示。

表 4.12 不同宗教信仰的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/ 0.63378	4.147*	1>3、2>3	4.0406/ 0.61824	0.546	無明顯差異
可靠性	4.2528/ 0.56743	0.947	無明顯差異	4.2702/ 0.52143	0.231	無明顯差異
反應性	4.3312/ 0.54060	2.516	無明顯差異	4.2120/ 0.54429	0.183	無明顯差異
保證性	4.3746/ 0.54434	0.417	無明顯差異	4.2461/ 0.54197	0.001	無明顯差異
關懷性	4.1008/ 0.64952	0.007	無明顯差異	4.1016/ 0.59784	0.591	無明顯差異
整體滿意度	4.2396/ 0.47226	0.504	無明顯差異	4.1741/ 0.44906	0.005	無明顯差異

註：\*表示  $p < 0.05$ 。

#### 4.3.7 不同身體健康狀況的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同身體健康狀況的長者對服務滿意度的差異比較，將身體健康狀況區分為 1.幾乎沒有身體不適、2.偶爾感到身體不適與 3.經常感到身體不適，並以 ANOVA 分析發現，不同身體健康狀況的長者對服務滿意度無顯著差異，表不同身體健康狀況的長者對服務的滿意度有一致性的傾向，如表 4.13 所示。

表 4.13 不同身體健康狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/ 0.63378	2.395	無明顯差異	4.0406/ 0.61824	0.597	無明顯差異
可靠性	4.2528/ 0.56743	0.899	無明顯差異	4.2702/ 0.52143	0.660	無明顯差異
反應性	4.3312/ 0.54060	0.075	無明顯差異	4.2120/ 0.54429	0.544	無明顯差異
保證性	4.3746/ 0.54434	0.922	無明顯差異	4.2461/ 0.54197	0.261	無明顯差異
關懷性	4.2396/ 0.47226	0.549	無明顯差異	4.1016/ 0.59784	2.817	無明顯差異
整體滿意度	4.0406/ 0.61824	1.090	無明顯差異	4.1741/ 0.44906	0.806	無明顯差異

#### 4.3.8 不同心理健康狀況的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同心理健康狀況的長者對服務滿意度的差異比較，將心理健康狀況區分為 1.幾乎沒有情緒低落、2.偶爾感到情緒低落與 3.經常感到情緒低落，並以 ANOVA 分析發現，在健康促進活動的有形性構面達顯著差異；此外，在共餐服務的所有構面與整體滿意度中，皆達顯著差異，因此進一步以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗。發現在健康促進活動中，經常感到情緒低落的長者較幾乎沒有情緒低落的長者還滿意服務。在共餐服務中，經常感到情緒低落的長者比起其他兩心理健康狀況的長者皆有較高的滿意



度，如表 4.14 所示。

表 4.14 不同心理健康狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/ 0.63378	3.172*	3>2、3>1	4.0406/ 0.61824	7.513**	3>2、3>1
可靠性	4.2528/0.56743	2.426	無明顯差異	4.2702/ 0.52143	4.337*	3>1、3>2
反應性	4.3312/ 0.53703	1.670	無明顯差異	4.2120/ 0.54429	5.174**	3>1、3>2
保證性	4.3746/ 0.54434	2.906	無明顯差異	4.2461/0.54197	5.824**	3>1、3>2
關懷性	4.1008/ 0.64952	0.444	無明顯差異	4.1016/0.59784	5.982**	3>2、3>1
整體滿意度	4.2396/ 0.47226	2.078	無明顯差異	4.1741/ 0.44906	8.917***	3>1、3>2

註：\*表示  $p<0.05$ ；\*\*表示  $p<0.01$ ；\*\*\*表示  $p<0.001$ 。

#### 4.3.9 不同生活狀況的長者對服務滿意度的差異比較

為探討不同生活狀況的長者對服務滿意度的差異比較，將生活狀況區分為 1.幾乎不用他人照顧、2.偶爾需要他人照顧與 3.經常需要他人照顧，並以 ANOVA 分析發現，不同生活狀況的長者對服務滿意度有部份顯著差異，因此進一步以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗。發現在健康促進活動的關懷性構面中，偶爾需要他人照顧者比起不需他人照顧者較滿意服務提供者所提供的服務。在共餐服務的反應性構面中，經常需他人照顧者比起不需他人照顧者較滿意服務提供者所提供的服務，如表 4.15 所示。

表 4.15 不同生活狀況的長者對服務滿意度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)	平均數(標準差)	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1388/ 0.63378	1.424	無明顯差異	4.0406/ 0.61824	0.293	無明顯差異
可靠性	4.2528/ 0.56743	0.102	無明顯差異	4.2702/ 0.52143	2.934	無明顯差異
反應性	4.3312/ 0.54060	0.206	無明顯差異	4.2120/ 0.54429	3.739*	3>1
保證性	4.3746/ 0.54434	0.640	無明顯差異	4.2461/ 0.54197	1.318	無明顯差異
關懷性	4.1008/ 0.64952	3.265*	2>1	4.1684/ 0.44352	2.949	無明顯差異
整體滿意度	4.2396/ 0.47226	1.152	無明顯差異	4.1741/ 0.44906	2.553	無明顯差異

註：\*表示  $p<0.05$ 。

#### 4.3.10 不同長者之個人屬性對服務滿意度的差異檢定分析結語

在健康促進活動中，個人屬性的婚姻狀況、家庭狀況、宗教信仰、心理健康狀況及生活狀況對服務滿意度皆有顯著差異；而性別、年齡、教育程

度及身體健康狀況對服務滿意度則無顯著差異。在共餐服務中，個人屬性的年齡、婚姻狀況、心理健康狀況及生活狀況對服務滿意度皆有顯著差異；而性別、教育程度、家庭狀況、宗教信仰與身體健康狀況則無顯著差異。本研究將不同長者之個人屬性在服務滿意度各構面及整體上的差異彙整如表 4.16。

表 4.16 不同長者之個人屬性對服務滿意度的差異檢定分析整理表

	健康促進活動						共餐服務					
	有形性	可靠性	反應性	保證性	關懷性	整體性	有形性	可靠性	反應性	保證性	關懷性	整體性
性別												
年齡											★	
婚姻狀況				★		★	★					★
教育程度												
家庭狀況				★								
宗教信仰	★											
身體健康狀況												
心理健康狀況	★						★	★	★	★	★	★
生活狀況					★				★			

註：★表示有顯著影響。

#### 4.4 不同服務提供者之個人屬性對服務重視度的差異檢定分析

本研究欲瞭解不同服務提供者之個人屬性在服務重視度上的差異，因此將個人屬性變項為自變項，服務重視度為依變項，以獨立樣本 T 檢定及單因子變異數分析(ANOVA)探討不同服務提供者之個人屬性在服務重視度上是否有顯著差異。而當 ANOVA 達顯著水準( $p < 0.05$ )，則進一步以 LSD 進行多重考驗，更加深入探討差異情形。

##### 4.4.1 不同性別的服務提供者對服務重視度的差異比較

為探討不同性別的服務提供者對服務重視度的差異比較，將性別區分為男性與女性，並以獨立樣本 T 檢定分析，發現在不同性別的服務提供者對服務重視度上有部分顯著差異。在健康促進活動的保證性、關懷性與整體重視度部分，皆為女性服務提供者較重視上述的服務，如表 4.17 所示。

表 4.17 不同性別的服務提供者對服務重視度之獨立樣本 T 檢定摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	組別	平均數/ 標準差	T	組別	平均數/ 標準差	T
有形性	男	4.0893/ 0.39960	-4.13	男	4.1607/ 0.42298	-0.703
	女	4.1429/ 0.43601		女	4.2500/ 0.41771	
可靠性	男	4.3857/ 0.32783	0.625	男	4.2571/ 0.42556	-0.768
	女	4.3143/ 0.38944		女	4.3592/ 0.44155	
反應性	男	4.4107/ 0.38944	0.535	男	4.3929/ 0.36314	-0.290
	女	4.3469/ 0.39796		女	4.4286/ 0.41771	
保證性	男	4.5000/ 0.25944	-0.178*	男	4.4107/ 0.37477	-0.668
	女	4.5153/ 0.35870		女	4.4898/ 0.39515	
關懷性	男	4.2714/ 0.25549	-1.030**	男	4.2429/ 0.41642	-1.761
	女	4.3633/ 0.40140		女	4.4490/ 0.37756	
整體重視度	男	4.3314/ 0.18170	-0.078*	男	4.2929/ 0.32095	-1.017
	女	4.3365/ 0.30827		女	4.3953/ 0.33536	

註：\*表示  $p < 0.05$ ；\*\*表示  $p < 0.01$ 。

#### 4.4.2 不同年齡的服務提供者對服務重視度的差異比較

為探討不同年齡服務提供者對服務重視度的差異比較，將年齡區分為 50 歲(含)以下與 51 歲(含)以上，並以獨立樣本 T 檢定分析發現，不同年齡的服務提供者對服務重視度無顯著差異，表不同年齡的服務提供者對服務的重視度有一致性的傾向，如表 4.18 所示。

表 4.18 不同年齡的服務提供者對服務重視度之獨立樣本 T 檢定摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	組別	平均數/ 標準差	T	組別	平均數/ 標準差	T
有形性	50 歲(含)以下	4.1429/ 0.40089	0.118	50 歲(含)以下	4.2679/ 0.46476	0.381
	51 歲(含)以上	4.1276/ 0.43637		51 歲(含)以上	4.2194/ 0.40707	
可靠性	50 歲(含)以下	4.4286/ 0.41404	1.115	50 歲(含)以下	4.3571/ 0.50340	0.199
	51 歲(含)以上	4.3020/ 0.36314		51 歲(含)以上	4.3306/ 0.42141	
反應性	50 歲(含)以下	4.4464/ 0.46180	0.925	50 歲(含)以下	4.4464/ 0.44048	0.269
	51 歲(含)以上	4.3367/ 0.36993		51 歲(含)以上	4.4133/ 0.39710	
保證性	50 歲(含)以下	4.5714/ 0.33150	0.746	50 歲(含)以下	4.6071/ 0.37614	1.485
	51 歲(含)以上	4.4949/ 0.34038		51 歲(含)以上	4.4337/ 0.38789	
關懷性	50 歲(含)以下	4.4286/ 0.39111	0.972	50 歲(含)以下	4.4714/ 0.48742	0.735
	51 歲(含)以上	4.3184/ 0.36950		51 歲(含)以上	4.3837/ 0.36478	
整體重視度	50 歲(含)以下	4.4036/ 0.29718	1.020	50 歲(含)以下	4.4300/ 0.37206	0.731
	51 歲(含)以上	4.3159/ 0.27985		51 歲(含)以上	4.3561/ 0.32251	

註：\*表示  $P < 0.05$ 。

#### 4.4.3 不同婚姻狀況的服務提供者對服務重視度的差異比較

為探討不同婚姻狀況的服務提供者對服務重視度的差異比較，將婚姻狀況區分為 1.未婚、2.已婚與 3.其他，並以 ANOVA 分析發現，不同婚姻狀況的服務提供者對服務重視度無顯著差異，表不同婚姻狀況的服務提供者對服務的重視度有一致性的傾向，如表 4.19 所示。

表 4.19 不同婚姻狀況的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1310/0.42563	0.303	無明顯差異	4.2302/0.41713	0.372	無明顯差異
可靠性	4.3302/0.37530	0.535	無明顯差異	4.3365/0.43674	0.052	無明顯差異
反應性	4.3611/0.39087	2.419	無明顯差異	4.4206/0.40368	1.324	無明顯差異
保證性	4.5119/0.33729	0.711	無明顯差異	4.4722/0.38914	0.722	無明顯差異
關懷性	4.3429/0.37404	0.611	無明顯差異	4.4032/0.39266	0.353	無明顯差異
整體重視度	4.3354/0.28372	0.355	無明顯差異	4.3725/0.33243	0.112	無明顯差異

#### 4.4.4 不同教育程度的服務提供者對服務重視度的差異比較

為探討不同教育程度的服務提供者對服務重視度的差異比較，將教育程度區分為 1.不識字及識字，但未受正式教育、2.國小、3.國中和高中/高職與 4.專科/大學或研究所(含)以上，並以 ANOVA 分析發現，不同教育程度的服務提供者對服務重視度有部分顯著差異，並進一步以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗。發現在健康促進活動中的有形性構面中，未受過正式教育的服務提供者及專科、大學學歷以上的服務提供者較國小學歷的服務提供者還要重視此構面的服務。此外在健康促進活動整體重視度中，未受正式教育的服務提供者比國小至高中/職的服務提供者還要重視健康促進活動的服務，而學歷為專科/大學及研究所以上的服務提供者比起學歷為國小的服務提供者較重視健康促進活動的服務，如表 4.20 所示。

表 4.20 不同教育程度的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/ 標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/ 標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1310/ 0.42563	3.438*	1>2、4>2	4.2302/ 0.41713	1.341	無明顯差異
可靠性	4.3302/ 0.37530	1.880	無明顯差異	4.3365/ 0.43674	0.364	無明顯差異
反應性	4.3611/ 0.39087	1.959	無明顯差異	4.4206/ 0.40368	1.465	無明顯差異
保證性	4.5119/ 0.33729	2.280	無明顯差異	4.4722/ 0.38914	1.440	無明顯差異
關懷性	4.3429/ 0.37404	1.156	無明顯差異	4.4032/ 0.39266	0.831	無明顯差異
整體重視度	4.3354/ 0.28372	3.435*	1>2、1>3、4>2	4.3725/ 0.33243	0.903	無明顯差異

註：\*表示  $p < 0.05$ 。

#### 4.4.5 不同宗教信仰的服務提供者對服務重視程度的差異比較

為探討不同宗教信仰的服務提供者對服務重視度的差異比較，將宗教信仰區分為 1.台灣民間信仰、道教、佛教及一貫道、2.天主教和基督教與 3.其他，並以 ANOVA 分析發現，不同宗教信仰的服務提供者對服務重視度無明顯差異，表不同宗教信仰的服務提供者對服務的重視度有一致性的傾向，如表 4.21 所示。

表 4.21 不同宗教信仰的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/ 標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/ 標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1310/ 0.42563	0.351	無明顯差異	4.2302/ 0.41713	0.489	無明顯差異
可靠性	4.3302/ 0.37530	0.115	無明顯差異	4.3365/ 0.43674	0.612	無明顯差異
反應性	4.3611/ 0.39087	1.802	無明顯差異	4.4206/ 0.40368	0.075	無明顯差異
保證性	4.5119/ 0.33729	0.262	無明顯差異	4.4722/ 0.38914	0.447	無明顯差異
關懷性	4.3429/ 0.37404	0.104	無明顯差異	4.4032/ 0.39266	0.253	無明顯差異
整體重視度	4.3354/ 0.28372	0.059	無明顯差異	4.3725/ 0.33243	0.037	無明顯差異

#### 4.4.6 不同服務經歷的服務提供者對服務重視度的差異比較

為探討不同服務經歷的服務提供者對服務重視度的差異比較，將服務經歷區分為 1. 24 個月(含)以下、2. 25 至 48 個月、3. 49 至 72 個月、4. 73 至 96 個月與 5. 97 個月(含)以上，並以 ANOVA 分析發現，不同服務經歷的服務提供者對服務重視度有部分顯著差異。進一步以 LSD 事後比較檢定進行多重考驗，發現在共餐服務中的反應性構面裡，服務約 6 至 8 年的服務提供者對服務的重視程度比提供超過 8 年、或低於 4 年的服務提供者還要重視服務的品質，此外服務 4 至 6 年的服務提供者對共餐服務的反應性服

務重視度比超過 8 年以上的服務提供者還要重視此部份服務，如表 4.22 所示。

表 4.22 不同服務經歷的服務提供者對服務重視度之 ANOVA 摘要表

構面	健康促進活動			共餐服務		
	平均數/ 標準差	F	結論(事後檢定)	平均數/ 標準差	F	結論(事後檢定)
有形性	4.1310/ 0.42563	1.346	無明顯差異	4.2302/ 0.41713	0.886	無明顯差異
可靠性	4.3302/ 0.37530	0.995	無明顯差異	4.3365/ 0.43674	0.857	無明顯差異
反應性	4.3611/ 0.39087	0.550	無明顯差異	4.4206/ 0.40368	3.544*	4>5、4>2、4>1、3>5
保證性	4.5119/ 0.33729	1.018	無明顯差異	4.4722/ 0.38914	2.378	無明顯差異
關懷性	4.3429/ 0.37404	1.742	無明顯差異	4.4032/ 0.39266	0.727	無明顯差異
整體重視度	4.3354/ 0.28372	1.026	無明顯差異	4.3725/ 0.33243	2.040	無明顯差異

註：\*表示  $P < 0.05$ 。

#### 4.4.7 不同服務提供者之個人屬性對服務重視度的差異檢定分析結語

服務提供者對服務品質的重視度在中等之上(重視度平均數皆>3.00 分)。在健康促進活動中，個人屬性的性別與教育程度對服務重視度皆有顯著差異；而年齡、婚姻狀況、宗教信仰及服務經歷對服務重視度則無顯著差異。在共餐服務中，個人屬性的服務經歷對服務重視度皆有顯著差異；而性別、年齡、婚姻狀況、教育程度與宗教信仰則無顯著差異。本研究將不同服務提供者之個人屬性在服務重視度各構面及整體上的差異彙整如表 4.23。

表 4.23 不同服務提供者之個人屬性對服務重視度的差異檢定分析整理表

	健康促進活動						共餐服務					
	有形性	可靠性	反應性	保證性	關懷性	整體重視度	有形性	可靠性	反應性	保證性	關懷性	整體重視度
性別				★	★	★						
年齡												
婚姻狀況												
教育程度	★					★						
宗教信仰												
服務經歷									★			

註：★表示有顯著影響。

## 4.5 Importance-Satisfaction Analysis

本研究採用 ISA，將服務提供者的重視度與長者的滿意度之各別總平均值為分界線，並以 X、Y 軸將空間區分成四個象限，其中 X 軸為服務提供者對服務品質的重視程度；Y 軸為長者對服務品質的滿意程度，藉此分析結果以提出不同象限下的服務改善策略。以下分別介紹健康促進活動及共餐服務之 ISA 模型。

### 4.5.1 健康促進活動 ISA

#### 1. 長者之服務滿意度敘述分析

在長者對健康促進活動之服務滿意度部分，評比標準為非常同意(5分)、同意(4分)、普通(3分)、不同意(2分)、非常不同意(1分)等五個等級。各題項所得之最終滿意權重分數參照附錄五。

根據問卷分析結果，長者在健康促進活動的服務滿意度平均數前 5 名由高至低依序為：H16 在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者總是很有禮貌；H12<sup>(-)</sup><sup>3</sup>老師/講師/服務提供者在活動期間總是拒絕協助您；H10 活動服務提供者總是會告訴您明確的活動時間；H15 老師/講師/服務提供者在健康促進活動時能讓您感到安心；H6 當您在活動期間有疑問時，活動服務提供者皆會熱心地瞭解您的問題。

相對地，長者在健康促進活動的服務滿意度平均數倒數 5 名(即最不满意)，由低至高依序為：H22<sup>(-)</sup>健康促進活動的時間不能符合您的需求；H20<sup>(-)</sup>活動服務提供者不瞭解您個人特殊需求，如：不瞭解您想參加的健康促進活動類型；H01 社區據點活動場地的設施、裝潢與環境具吸引力；H02 社區據點具備完善的設備，如：活動桌椅、健康量測器(血壓機等)、教材等；H09 活動服務提供者會記得您的服務需求與狀況。

#### 2. 服務提供者之服務重視度敘述分析

在服務提供者對健康促進活動之服務重視度部分，評比標準為非常重視(5分)、重視(4分)、普通(3分)、不重視(2分)、非常不重視(1分)等五個等級。首先統計各題項權重和，即次數乘以該分後的加總數。為了表現出各題項重視程度的落差，將得到的權重和減去所有權重和中最小值再加一，

---

<sup>3</sup>標記(-)表該題屬反向題。

所得之值即為各題項權重。此外，因 22 題項由服務品質五構面展出，故需考慮五構面之權重。五構面之權重由量表題項 2 的排序給予，計算方法為：統計各構面得分 1 至 5 的次數，填寫 1 的次數乘以 5；填寫 2 的次數乘以 4；填寫 3 的次數乘以 3；填寫 4 的次數乘以 2；填寫 5 的次數則乘以 1，在各別相乘後相加，得到乘積和，最後把五構面的乘積和加總作為分母，而各構面之乘積和作為分子，得各構面權重。在得各題項權重與各構面權重後，將兩者相乘，即調整後各題項權重，並除上所有調整後單題項權重最大值，得調整後各題項平均權重，最後乘上各題項平均值，得最終重視權重分數，其整理之資料參照附錄六。

根據問卷分析結果，服務提供者在健康促進活動的服務重視度平均數前 5 名由高至低依序為：H12<sup>(-)</sup>老師/講師/服務提供者在活動期間總需樂意協助長者；H16 在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者需總是很有禮貌；H15 老師/講師/服務提供者在健康促進活動時需讓長者感到安心；H17 在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者需互相幫忙以解決長者的問題；H21 活動服務提供者需尊重長者的意願，如：不強迫長者參加任何不適合長者的健康促進活動。

相對地，服務提供者在健康促進活動的服務重視度平均數倒數 5 名(即最不重視)，由低至高依序為：H01 社區據點活動場地的設施、裝潢與環境需具吸引力；H02 社區據點需具備完善的設備，如：活動桌椅、健康量測器(血壓機等)、教材等；H03 活動服務提供者需穿著整齊乾淨；H22<sup>(-)</sup>健康促進活動的時間需符合長者的需求；H08 講師/老師需準時上課。

### 3. 健康促進活動題項之 ISA 模式分析

以下依 ISA 模式分析服務提供者及長者對健康促進活動的重視度與滿意度。本研究依健康促進活動重視度平均值：2.672 與滿意度平均值：4.239 繪出兩條分界線，並以重視度為 X 軸；滿意度為 Y 軸，將空間區分四個象限，最後將健康促進活動 22 題項分別依不同構面之圖型標示繪製於此二維矩陣題裡，如圖 4.1 所示，各題項分佈不均，主要落於象限 I 繼續保持區(8 項)與 III 再次檢視區(7 項)，其餘象限 II 基礎服務區(4 項)與 IV 優先改善區(3 項)。以下依四象限逐一檢視說明。



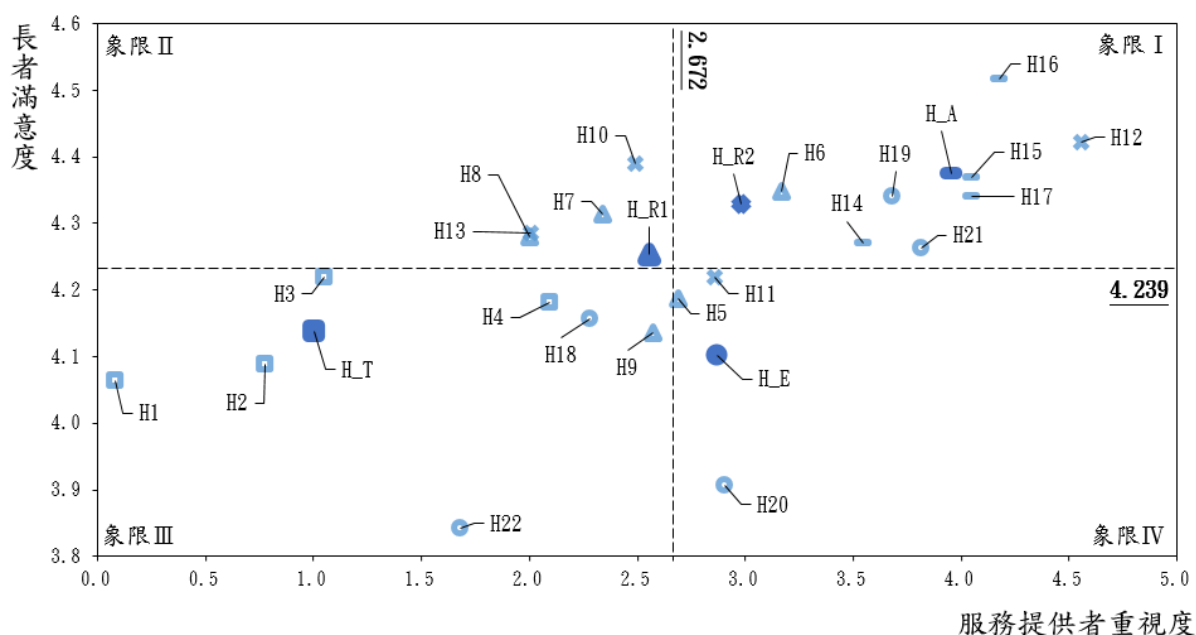


圖 4.1 健康促進活動題項之 ISA 模式分析圖

(1) 象限 I：繼續保持區

此象限對服務提供者與長者而言係高重視與高滿意，經 ISA 分析，落於此區題項共有 8 項，包括：H06 當您在活動期間有疑問時，活動服務提供者皆會熱心地瞭解您的問題；H12<sup>(-)</sup>老師/講師/服務提供者在活動期間總是拒絕協助您；H14 關懷據點在健康促進服務的形象、聲譽值得您的信賴；H15 老師/講師/服務提供者在健康促進活動時能讓您感到安心；H16 在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者總是很有禮貌；H17 在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者能互相幫忙以解決您的問題；H19<sup>(-)</sup>在健康促進活動時，活動服務提供者未給予您溫暖的感覺；H21 活動服務提供者尊重您的意願，如：不強迫您參加任何不適合您的健康促進活動。此象限題項共占整體題項 36%，為四個象限空間中最多者。

(2) 象限 II：基礎服務區

經 ISA 分析，落於此區題項共有 4 項(18%)，包括：H7 您可以相信活動服務提供者所提供的服務；H8 講師/老師會準時上課；H10 活動服務提供者總是會告訴您明確的活動時間；H13<sup>(-)</sup>活動服務提供者會因忙碌而無法提供您健康促進活動上的服務。

(3) 象限 III：再次檢視區

經 ISA 分析，落於此區題項共有 7 項，包括：H01 社區據點活動場地的

設施、裝潢與環境具吸引力；H02 社區據點具備完善的設備，如：活動桌椅、健康量測器(血壓機等)、教材等；H03 活動服務提供者穿著整齊乾淨；H04 關懷據點的設備資源符合您的需求，如：活動內容或活動場地符合您的需求；H09 活動服務提供者會記得您的服務需求與狀況；H18 在健康促進活動時，活動服務提供者能給不同長者付出個別關照；H22<sup>(-)</sup>健康促進活動的時間不能符合您的需求。此象限題項共占整體題項 32%，為四個現象空間中次多者。

#### (4) 象限IV：優先改善區

經 ISA 分析，落於此區題項共有 3 項(14%)，包括：H05 活動服務提供者能做到答應您的事；H11 健康促進活動內容適當，如：體適能活動、手工創作、講座及知識學習課程等；H20<sup>(-)</sup>活動服務提供者不瞭解您個人特殊需求，如：不瞭解您想參加的健康促進活動類型。

#### 4. 健康促進活動構面之 ISA 模式分析

以下進階以各關懷據點服務品質構面進行 ISA 模式分析服務提供者及長者對健康促進活動的重視度與滿意度。如圖 4.2 所示，9 間關懷據點構面，共 45 項標記於四象限中，並將各關懷據點對應之構面結果呈現如表 4.24。以下依四象限逐一檢視說明。

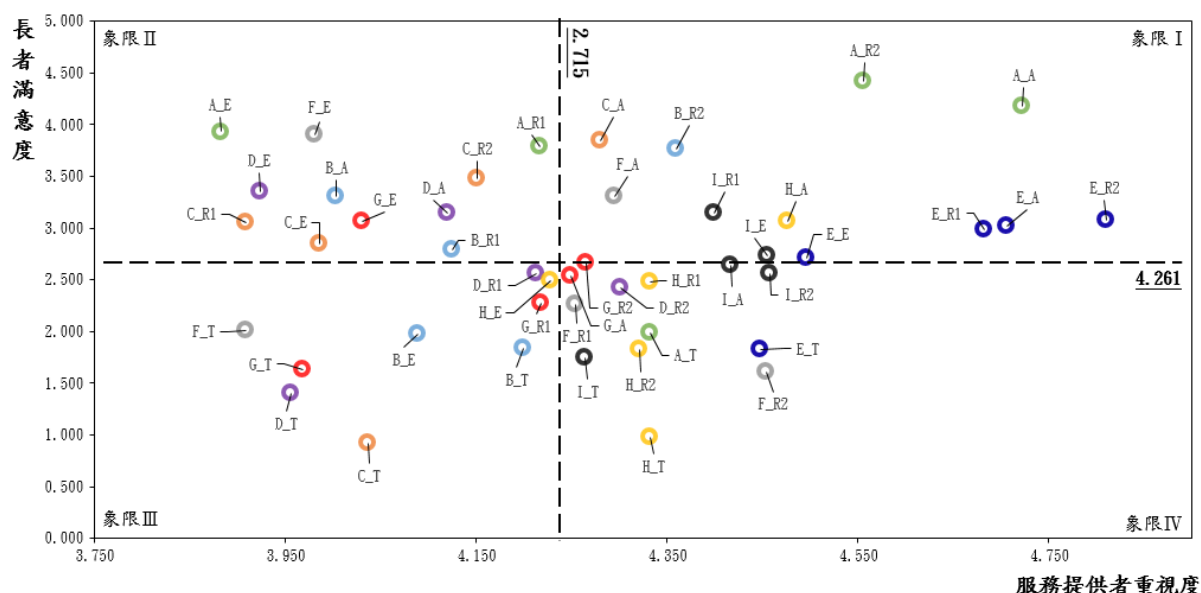


圖 4.2 健康促進活動構面之 ISA 模式分析圖

第一象限共有 12 構面，多為保證性(5 個)，次之為反應性(3 個)，而可靠性與關懷性各有 2 個；第二象限共有 13 項，發現多為反應性(5 項)，次

之為有形性(4項)，而可靠性與保證性各有2項；第三象限共有9項，有形性多落於此區(5項)，而可靠性與關懷性各有2項；第四象限共有11構面，關懷性占最多，有5個，次之為可靠性(3個)，而保證性有2個，反應性則有1個。

表 4.24 各關懷據點於健康促進活動對應之構面結果彙整表

關懷據點	構面				
	有形性(T)	可靠性(R1)	反應性(R2)	保證性(A)	關懷性(E)
A(綠)	II	IV	I	I	IV
B(藍)	III	IV	I	IV	III
C(橘)	III	IV	IV	I	IV
D(紫)	III	III	II	IV	IV
E(靛)	II	I	I	I	I
F(灰)	III	II	II	I	IV
G(紅)	III	III	II	II	IV
H(黃)	II	II	II	I	III
I(黑)	II	I	II	II	I

從表 4.24 可知，關懷據點 A 的服務品質五構面中，有 4 項屬服務提供者高重視區，以及 3 項長者高滿意度區；關懷據點 B 的服務品質五構面中，有 3 項屬服務提供者高重視，但多達 4 項構面是長者感到不滿意的部分；關懷據點 C 的服務品質五構面中，有 4 項構面屬服務提供者高重視，但亦有 4 項構面使長者認為不滿意的部分；關懷據點 D 的服務品質五構面中，有 3 項構面是服務提供者較不重視的，且長者認為多達 4 項構面係不被滿足的；關懷據點 E 在服務品質五構面中，服務提供者共相當重視 4 項構面，且長者皆對 5 構面感到相當滿意；關懷據點 F 的服務品質五構面中，服務提供者有 3 項構面偏屬不重視區，而對長者而言仍有 3 項構面屬滿意；關懷據點 G 的服務品質五構面中，共有 4 項構面是服務提供者較不重視的，而有 3 項構面是長者覺得較不滿意的部分；關懷據點 H 的服務品質五構面中，有 4 項構面是服務提供者不重視的，但卻高達 4 項構面是長者認為相當

滿意的；關懷據點 I 的服務品質五構面中，共有 3 構面是服務提供者較不重視的，而此 3 構面對長者而言是未被滿足部分。整體而言，關懷據點 E 無論是在繼續保持區或基礎服務區，所投入的心力皆獲得長者高度滿意，因此屬 9 間關懷據點的標竿；反之，關懷據點 C 所投入的心力多未滿足長者們的需求，因此服務提供者需檢視造成此現況的原因，並立即改善之。

#### 4.5.2 共餐服務 ISA

##### 1. 長者之服務滿意度敘述分析

在長者對共餐服務之服務滿意度部分，評比標準為非常同意(5分)、同意(4分)、普通(3分)、不同意(2分)、非常不同意(1分)等五個等級。各題項所得之最終滿意權重分數參照附錄五。

根據問卷分析結果，長者在共餐服務的服務滿意度平均數前 5 名由高至低依序為：L16 在共餐服務時，共餐服務提供者總是很有禮貌；L10 共餐服務提供者總是會告訴您明確的共餐時間；L08 共餐服務提供者會準時提供餐點；L06 當您有共餐服務上的疑問時，共餐服務提供者皆會熱心地瞭解長者的問題；L15 共餐服務提供者在服務時能讓您感到安心。

相對地，長者在共餐服務的服務滿意度平均數倒數 5 名(即最不重視)，由低至高依序為：L01 據點共餐環境、設施與裝潢具吸引力；L02 據點具備完善的設備，如：餐桌椅、餐具等；L20<sup>(-)</sup>共餐服務提供者不瞭解您個人特殊需求，如：不記得您吃葷／素食等；L18 在共餐服務時，共餐服務提供者能給不同長者付出個別關照；L22<sup>(-)</sup>共餐時間不能符合您的需求。發現倒數五項服務中多落於關懷性構面中，表長者對關懷能力等方面較感到不滿意。

##### 2. 服務提供者之服務重視度敘述分析

根據問卷分析結果，服務提供者在共餐服務的服務重視度平均數前 5 名由高至低依序為：L11 提供的餐點需適當，如：少油少鹽等；L21 共餐服務提供者需尊重長者的意願，如：不強迫長者參與共餐活動；L19<sup>(-)</sup>在共餐服務時，共餐服務提供者需給予長者溫暖的感覺；L16 在共餐服務時，共餐服務提供者總需很有禮貌；L12<sup>(-)</sup>共餐服務提供者在共餐其間總需樂意協助長者。

相對地，服務提供者在共餐服務的服務重視度平均數倒數 5 名(即最不重視)，由低至高依序為：L01 據點共餐環境、設施與裝潢需吸引長者；L02

據點需具備完善的設備，如：餐桌椅、餐具等；L03 共餐服務提供者需穿著整齊乾淨；L18 在共餐服務時，共餐服務提供者需給不同長者付出個別關照；L05 共餐服務提供者能做到答應您的事。

### 3. 共餐服務題項之 ISA 模式分析

以下依 ISA 模式分析服務提供者及長者對共餐服務的重視度與滿意度。本研究依共餐服務重視度平均值：2.8926 與滿意度平均值：4.1752 繪出兩條分界線，並以重視度為 X 軸；滿意度為 Y 軸，將空間區分四個象限，最後將共餐服務 22 題項分別依不同構面之圖型標示繪製於此二維矩陣題裡，如圖 4.3 所示，各題項分佈不均，主要落於象限 I 繼續保持區(8 項)與 III 再次檢視區(6 項)，其餘象限 II 基礎服務區(4 項)與 IV 優先改善區(4 項)。以下依四象限逐一檢視說明。

#### (1) 象限 I：繼續保持區

此象限對服務提供者與長者而言係高重視與高滿意，經 ISA 分析，落於此區題項共有 8 項，包括：L9 共餐服務提供者會記得您的服務需求與狀況；L10 共餐服務提供者總是會告訴您明確的共餐時間；L12<sup>(-)</sup>共餐服務提供者在共餐期間總是拒絕協助您；L15 共餐服務提供者在服務時能讓您感到安心；L16 在共餐服務時，共餐服務提供者總是很有禮貌；L17 在共餐服務時，共餐服務提供者能互相幫忙以提供更好的服務；L19<sup>(-)</sup>在共餐服務時，共餐服務提供者未給予您溫暖的感覺；L21 共餐服務提供者尊重您的意願，如：不強迫您參與共餐活動。

#### (2) 象限 II：基礎服務區

經 ISA 分析，落於此區題項共有 4 項，包括：L05 共餐服務提供者能做到答應長者的事；L06 當長者有共餐服務上的疑問時，共餐服務提供者皆會熱心地瞭解長者的問題；L07 長者可以相信共餐服務提供者所提供的服務；L08 共餐服務提供者會準時提供餐點。

#### (3) 象限 III：再次檢視區

經 ISA 分析，落於此區題項共有 6 項，包括：L1 據點共餐環境、設施與裝潢具吸引力；L2 據點具備完善的設備，如：餐桌椅、餐具等；L3 共餐服務提供者穿著整齊乾淨；L13<sup>(-)</sup>共餐服務提供者會因忙碌而無法提供您服務；L18 在共餐服務時，共餐服務提供者能給不同長者付出個別關照；L22<sup>(-)</sup>

共餐時間不能符合您的需求。

#### (4) 象限IV：優先改善區

經 ISA 分析，落於此區題項共有 4 項，包括：L4 關懷據點的設備資源符合您的需求，如：餐點內容或用餐環境符合您的需求；L11 提供的餐點適當，如：少油少鹽等；L14 關懷據點在共餐服務的形象、聲譽值得您的信賴；L20<sup>(c)</sup> 共餐服務提供者不瞭解您個人特殊需求，如：不記得您吃葷／素食等。

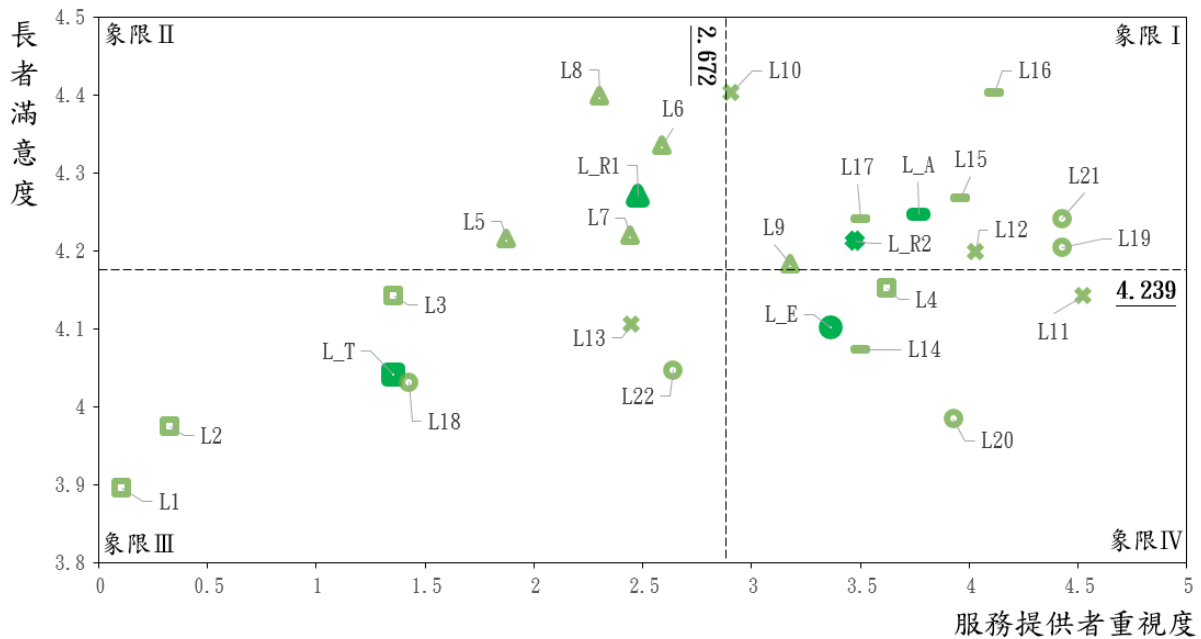


圖 4.3 共餐服務題項之 ISA 模式分析圖

#### 4. 共餐服務構面之 ISA 模式分析

以下進階以服務品質構面進行 ISA 模式分析服務提供者及長者對共餐服務的重視度與滿意度。如圖 4.4 所示，五構面平均值 7 間關懷據點構面，共計 40 項標記於四象限中，並將各關懷據點所對應的構面結果呈現如表 4.25。以下依四象限逐一檢視說明。

第一象限共有 12 構面，其中反應性與保證性各有 4 構面於此，次之則為可靠性與關懷性，皆有 2 構面於此；第二象限共有 8 項，發現多為可靠性(3 項)，次之為有形性(2 項)，而反應性、保證性與關懷性各有 1 項；第三象限共有 9 項，有形性多落於此區(5 項)，而可靠性與關懷性各有 2 項；第四象限共有 6 構面，由反應性、保證性及關懷性各 2 構面構成。

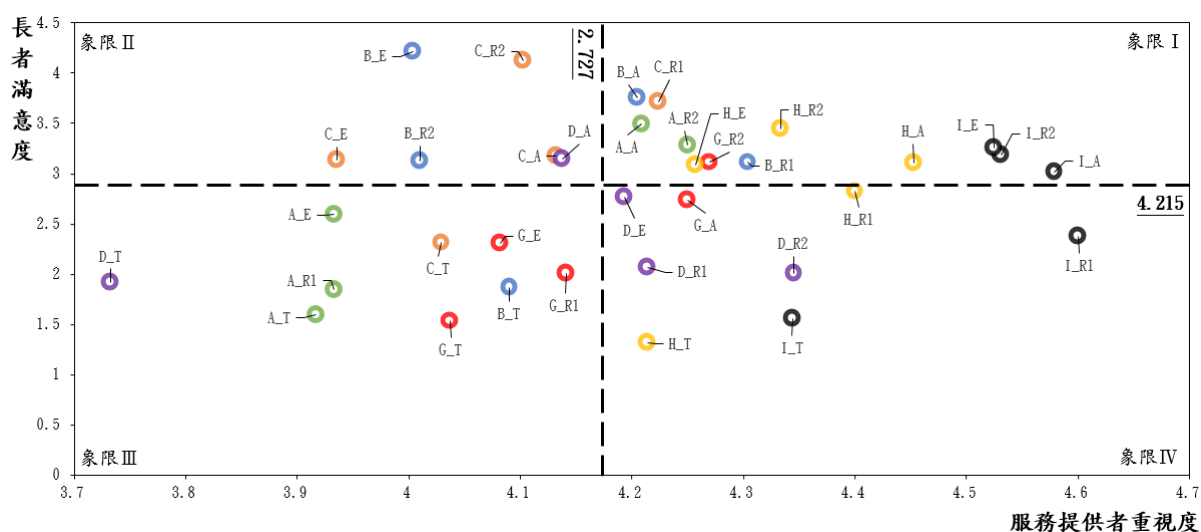


圖 4.4 共餐服務構面之 ISA 模式分析圖

表 4.25 各關懷據點於共餐服務所對應的構面結果彙整表

關懷據點	構面				
	有形性(T)	可靠性(R1)	反應性(R2)	保證性(A)	關懷性(E)
A(綠)	III	III	I	I	III
B(藍)	III	I	IV	I	IV
C(橘)	III	I	IV	IV	IV
D(紫)	III	II	II	IV	II
G(紅)	III	III	I	II	III
H(黃)	II	II	I	I	I
I(黑)	II	II	I	I	I

從表 4.25 可知，關懷據點 A 的服務品質五構面中，有 3 項屬服務提供者不重視區，以及 3 項長者不滿意度區；關懷據點 B 的服務品質五構面中，有 4 項屬服務提供者高重視，而有 3 項構面是長者感到不滿意的部分；關懷據點 C 的服務品質五構面中，有 4 項構面屬服務提供者高重視，但亦有 4 項構面使長者認為不滿意的部分；關懷據點 D 的服務品質五構面中，有 4 項構面是服務提供者較不重視的，但長者仍認 3 為項構面係滿意的；關懷據點 G 的服務品質五構面中，共有 4 項構面是服務提供者較不重視的，而有 3 項構面是長者覺得較不滿意的部分；關懷據點 H 與 I 的服務品質五構面中，皆認為 3 項是服務提供者所重視的，且此 3 項構面是長者認為相當

滿意的。整體而言，上述 7 間關懷據點在共餐服務中，未有表現最佳的，但以關懷據點 C 所投入的心力最未滿足長者們的需求，因此服務提供者需檢視造成此現況的原因，並立即改善之。

## 4.6 分析結果討論

本研究以有使用關懷據點之長者及服務提供者為研究對象，接著透過文獻探討以提出研究架構，並同時建立適合本研究之問卷，問卷部分在經由專家意見調查修正後才予以正式問卷的發放，最後在服務提供者對服務重視度問卷共有效回收 63 份；在長者對服務滿意度問卷共有效回收 243 份。而在進行問卷的整理後進行敘述性統計、Pearson 相關性分析、T 檢定、ANOVA 與 ISA 等分析。而本小節將對研究結果與過去研究結果進行比較與討論。

### 4.6.1 相關性分析

本研究利用相關性分析進行服務滿意度各構面之間的相關性分析與服務品質重視度及滿意度之間的相關性分析，研究結果整理如下：

在健康促進活動及共餐服務的服務滿意度各構面間皆有顯著正相關，在整體滿意度部分皆受到各構面相關影響，尤其以保證性構面的相關程度最高(健康促進活動： $r=0.877^{**}$ ；共餐服務： $r=0.846^{**}$ )，表示當長者對健康促進活動或共餐服務的保證性服務感到較不滿意時，通常會有 87.7% 或 84.6% 的整體滿意度也會呈現不滿意的狀態，其中在健康促進活動又以「H15 老師、服務提供者在活動時需讓長者感到安心」與整體滿意度間有最高度的相關影響 ( $r=0.737^{**}$ )；在共餐服務又以「L17 共餐服務提供者需互相幫忙以提供更好的服務」與整體滿意度間有最高度的相關 ( $r=0.716^{**}$ )。

服務提供者對服務的重視程度對於顧客滿意度有顯著正相關( Zeithaml and Bitner, 1996; Shemwell et al., 1998) ，然本研究結果雖亦發現服務提供者重視程度的差異與長者對服務滿意度有顯著正相關，但無論在健康促進活動或共餐服務，並非每個構面間皆有相關，服務重視度與滿意度各構面間皆僅有關懷性構面呈顯著正相關，其餘四構面(有形性、可靠性、反應性與保證性)皆未達顯著水準。



#### 4.6.2 差異性分析

本研究以服務提供者及長者為填答對象，利用獨立樣本 T 檢定及 ANOVA 進行長者個人屬性與滿意度變項及服務提供者個人屬性與重視度變項的差異性分析，研究結果整理如下，並與過往研究進行比較討論：

##### 1. 長者個人屬性與滿意度變項的差異性分析結果

在本研究樣本中，女性人數多於男性，約占總樣本數 8 成，過往文獻發現女性長者普遍在服務滿意度平均高於男性長者 (Ungerson, 2000; Levkoff, 1987; Rivnyak et al., 1989; Leclere et al., 1994; Burnette & Mui, 1999)；而在教育程度方面，國小和不識字皆約占 3.5 成，Andersen and Newman(1973)指出教育程度越低者其未被滿足的需求越多，故滿意度有較低的狀況。但本研究發現無論在性別或教育程度，皆與服務滿意度間無顯著差異，本研究認為造成此結果是因為服務提供者對所有的長者皆一視同仁，付出同等的關照與關愛，因此在性別及教育程度對滿意度未有顯著差別。

在年齡方面，大多集聚在 71 至 80 歲，且發現在共餐服務中，年齡越大的長者對服務滿意度有越高的現象，與卓春英和鄭淑琪(2010)有相同的研究結果，而本研究進一步發現年齡較高者在關懷性方面最為滿意，會造成此現象係因年紀越大的長者其社會關係與人際互動較薄弱，而當高齡長者備受關照時則認為被受關注與照顧，相較於年齡較輕之長者有更高的滿意度；在婚姻狀況方面，以已婚居多，約占總樣本數 8.5 成，發現不同婚姻狀況與服務滿意度有顯著差別，不論是在健康促進活動或共餐服務，未婚長者對整體服務有較高的滿意度，與林育瑩(2009)有相同的研究結果，主要是因為已婚狀態的長者因有伴侶陪伴，通常在社會支持上得以滿足，相較於其他婚姻狀況者，較不容易對據點所提供之服務感到滿足。而本研究進一步發現，其他婚姻狀況者對健康促進活動的保證性服務明顯低於未婚及已婚者；在宗教信仰方面，以佛教居多，約占 4 成，然雖本研究發現不同宗教信仰對服務滿意度有顯著差異，但與林育瑩(2009)研究結果不一致，並非為基督教徒的滿意度較低，而是宗教信仰為其他者對有形性服務較感到不滿意，且發現填寫其他宗教信仰多為無信仰者。推斷此結果是因為無信仰者面對不如意的事情較無精神上的寄託，因此當關懷據點的設施設備或環境較老舊時，則容易感到不滿意；在家庭狀況方面，以一般戶占多數，其次

為榮民或榮眷，發現一般戶長者比低收/中收、獨居及身心障礙者較滿意服務提供者的表現，與過往研究有相似的結果(Manton, 1989; Lima and Allen, 2001)，主要是因為低收/中收、獨居及身心障礙者需求未被滿足之情形較嚴重，而本研究進一步發現尤其以保證性服務更加不滿意；在自評身心健康狀況與生活形態方面以幾乎沒有身心不適和偶爾感到身心不適者居多，且發現身心健康和生活型態皆與服務滿意度有顯著相關，尤其發現在經常感到情緒低落的長者在服務滿意度上高於其他兩類，而此結果與過往研究結果相反(Bowling, 1990)，本研究認為造成此結果可能是因為身心健康較差者在獲得服務提供者身心的照料後，相較於其他情緒穩定者較容易感到滿足，因此容易有較高的滿意度表現。

## 2. 服務提供者個人屬性與重視度差異性分析結果

在年齡方面，以 51 歲以上的長者居多，過往文獻發現當服務提供者的年紀越大，對服務工作有較高的投入(Eslinger, 2001; Mrayyan, 2005; Lu et al., 2007)，然本研究發現不同年齡的服務提供者對服務重視度無顯著差異，表不同年齡的服務提供者對服務的重視度有一致性的傾向；在婚姻狀況方面，以已婚者居多，過往文獻發現，已婚者對服務熱忱顯著高於未婚與其他婚姻狀況者(Mrayyan, 2005; Ellenbecker et al., 2008; Wilkins and Shields, 2009)，但本研究發現不同婚姻狀況與服務重視度無顯著差異；在宗教信仰方面，以佛、道教占多數，發現不同宗教信仰的服務提供者對服務的重視度亦無顯著差異。本研究認為，上述皆無顯著差異的原因可能是因為服務提供者皆為願意貢獻心力的民眾，在同樣的環境下會呈現相似的價值觀，故對服務重視度尚無明顯的差別。

在性別方面，以女性服務提供者較多，發現女性在健康促進活動的整體重視度高於男型服務提供者，與 Miller(1974)、Jurgensen(1978)相同的研究結果，此外本研究進一步發現女性服務提供者尤其以保證性和關懷性服務較為重視於男性服務提供者，可能是因為在台灣的社會環境下，長期以女性照顧長者為主，因此對於付出關懷與保證長者上有較高的重視程度；在教育程度方面，以高中/職居多，發現未受正式教育者及大學以上學歷者，皆較重視服務提供的品質，尤其在有形性服務兩者有明顯高於國小學歷者，與 Wagman(1965)和 Skaggs(1987)有些許的差異，主要是因為關懷據點場地

多以合約簽訂租借，通常合約到期便需另找地方，因此則對有形性服務感到更加的重視；在服務經歷部分，以服務超過 8 年者占多數，發現服務經歷較多者，對服務重視度高於服務經歷較資淺者，而造成此結果是因為貢獻服務較久的服務提供者一心為了長者好，長期以來皆投入相當多的心力，尤其在反應性構面有顯著的差別，因此與 Skaggs(1987)的研究有相似結果。

#### 4.6.3 ISA

在本研究有效樣本中，先以描述性統計瞭解長者滿意度以及重視度權重的計算以區別出服務提供者在所有服務中的重視度落差，而再進一步透過 ISA 提出對應策略，以供服務提供者參考，其分析結果如下說明。

整體而言，在健康促進活動與共餐服務落於繼續保持區皆有 8 項，表整體而言，服務提供者在非常重視的服務中，有 72.7%與 66.7%的服務題項在一番努力後有得到長者高度滿意的迴響，故服務提供者應穩定投入相當資源，維持滿足長者的需求；落於優先改善區共有 3 與 4 項，表整體而言，服務提供者在非常重視的服務中，但有 27.3%與 33.3%的服務是長者仍未感到滿意的部分，因此需優先針對此部分的服務進行改善，以滿足長者的需求；落於再次檢視區共有 7 與 6 項，表整體而言，服務提供者在較不重視的服務中，有 63.6%與 60%的服務是長者仍未感到滿意的部分，服務提供者需考量未來是否要投入較多心力於此，若有餘力可先進一步瞭解長者對此區服務的重視程度，再給予排序與分析，最終評估出最先需改善的服務題項以滿足長者需求；落在基礎服務區皆有 4 項，表整體而言，服務提供者在未投入太多心力的服務中，有 36.4%與 40%的服務便能獲得長者相當高的滿意度，因此屬於兩活動中最容易達到長者滿意的區塊。

此外，從服務品質五構面來看在健康促進活動中繼續保持區以保證性為主；而共餐服務中除保證性外，亦多反應性服務，是最多服務提供者重視且同時被多數長者感到滿意的構面，需繼續投入相當程度的心力，以維持競爭力，可說是服務提供者投入許多心力的成果；優先改善區表服務提供者雖非常重視該區服務，但卻未獲得長者們的認同，無論是健康促進活動或共餐服務，關懷性構面皆落在此區塊，表服務提供者需更加重視關懷性服務，才能更加提升長者對服務的期待；在健康促進活動與共餐服務中，長者皆不滿意設施、設備或環境等有形物的現狀，且服務提供者亦較不重

視，故屬再次檢視區；基礎服務區表服務提供者不必付出過多心力於此便能得到長者較高的滿意度，在健康促進活動中多以反應性構面居多，而共餐服務中以可靠性構面居多。

## 第五章 結論與建議

本章共分兩節，5.1 係本研究之結論與提出本研究在實務上的建議，以供社區式照顧服務產業參考用；5.2 為本研究限制與後續研究發展之相關建議。

### 5.1 研究結果與實務建議

此章節依健康促進活動及共餐服務的服務品質之五類型服務(有形性、可靠性、反應性、保證性及關懷性)提出結論與實務上之建議，論述如下。

#### 5.1.1 健康促進活動

##### 1. 有形性服務

在長者與滿意度之差異性分析發現，無宗教信仰者與情緒較穩定者對有形性服務較感到不滿意，因此建議服務提供者可先從上述兩類長者瞭解其對設施、設備及環境的需求，並從中檢討需改善的部分，以滿足長者在有形性服務的需求。此外當服務提供者欲提升長者對有形性服務之滿意度，卻無法直接改善時，從服務品質各構面之滿意度的相關性分析發現，在健康促進活動中，有形性與保證性最具相關，因此服務提供者可間接從保證性服務加以改善。

另一方面，在服務提供者與重視度之差異性分析中發現，國小學歷的服務提供者較不重視有形性服務，倘若關懷據點內部欲加強對有形性服務的重視度時，可藉由內部培訓國小學歷之服務提供者，以加強其對有形性服務的重視程度。

而在眾多需提升滿意度的服務中，透過 ISA 發現，在健康促進活動的有形性服務落於第三象限，即再次檢視區，表示相較於其他類型的服務，服務提供者較不重視有形性服務。會有此現況可能是因為若服務提供者要提高有形性服務的滿意度時，多半需透過資金的投入加以提升，而目前關懷據點的資金多由政府評鑑後補助而來，在資金有限的情況下，服務提供者多半會優先重視不需要投入資金的服務。此外長者對設施、設備或環境等有形物之現狀亦感到不滿意，本研究認為第一印象多由視覺感官所決定，若關懷據點在設施、設備或環境等較缺乏吸引力，則容易使長者感到沒那麼滿意。倘若未來服務提供者有其餘的資金，或考慮重新配置資金時，可

考慮投入有形性服務以滿足長者對設施、設備及環境的需求。

## 2. 可靠性服務

透過 ISA 發現，健康促進活動的可靠性服務位於第二象限，即基礎服務區。表示對台灣的服務提供者而言，在提供可靠性服務時，多自然覺得付出是理所當然的，因此與其他類型的服務相較下，重視程度則較低。然雖可靠性服務的重視程度較低，但仍有一定的服務品質水準，屬健康促進活動的軟實力，為服務提供者僅需付出些許心力，便能達到長者相當高的滿意程度，故在健康促進活動的可靠性服務係屬最能快速達到長者滿意的門檻，如：需做到答應長者的事、需熱心地瞭解長者的問題、講師/老師需準時上課或需記得長者的服務需求與狀況等，而本研究建議剛進入社區式照顧服務的新服務提供者可視可靠性服務為最基礎原則。

而當服務提供者欲加強可靠性服務之滿意度，但卻無法直接改善時，根據服務品質滿意度各構面之相關性分析發現，可靠性服務與保證性服務最具相關，因此可間接透過保證性服務加以提升可靠性的滿意度。

## 3. 反應性服務

倘若當前反應性表現不佳，服務提供者欲加強健康促進活動的反應性服務，但卻無法直接進行改善時，根據服務品質各構面之滿意度相關性分析發現，健康促進活動的反應性服務與可靠性最具相關，因此可間接從可靠性著墨加以提高反應性服務之滿意度。

而在眾多需提升服務滿意度的情況下，透過 ISA 發現，健康促進活動的反應性服務落於第一象限繼續保持區，表示服務提供者所投入的心力皆讓長者感到滿意。然而要使長者對反應性服務感到滿意是服務提供者需長期投入相當心力才達到的，如：活動內容需適當、活動期間總需樂意協助長者、不能因忙碌而無法提供長者健康促進活動上的服務等，因此若長者滿意健康促進活動的反應性服務時，可說是服務提供者投入許多心力的成果，建議對剛進入社區式照顧服務的新服務提供者而言，可視健康促進活動的反應性服務為經營的遠程目標。

## 4. 保證性服務

在服務品質滿意度各構面之相關性分析中發現，健康促進活動的保證性服務與整體滿意度最具相關，表示若能優先提升保證性服務，則其

他的服務品質也較容易跟著提升。

而在長者與滿意度之差異性分析發現，相較於一般戶，低收/中收入戶、獨居及身心障礙者較不滿意保證性服務的表現，此外相較於未婚及已婚者，其他婚姻狀況者亦較不滿意保證性服務的表現，因此當服務提供者欲提高保證性服務時，可先瞭解低收/中收、獨居、身心障礙長者及其他婚姻狀況者對保證性服務的需求，並針對不同需求推出新服務方案，以滿足各狀態長者在保證性服務的需求。然而當服務提供者欲提升保證性服務，卻無法直接改善時，發現保證性服務與可靠性服務最具相關，因此可間接透過可靠性服務以提升滿意度。此外在服務提供者與重視度之差異性分析發現，相較於女性服務提供者，男性服務提供者較不重視保證性服務，因此可透過內部訓練加強男性服務提供者對保證性的重視度。

而在眾多需提升滿意度的服務中，而透過 ISA 發現，目前保證性服務在健康促進活動中位於第一象限，即繼續保持區，表示服務提供者所投入的心力皆讓長者感到滿意。然而要使長者對保證性服務感到滿意是服務提供者需長期投入相當心力才達到的，如：服務的形象、聲譽需值得長者信賴、需讓長者感到安心、總需很有禮貌、需互相幫忙以解決長者的問題等，因此對剛進入社區式照顧服務的新服務提供者而言，可將保證性服務視為經營的遠程目標之一。

## 5. 關懷性服務

在長者與滿意度之差異性分析發現，心理健康較差的長者對健康促進活動的關懷性滿意度較高，造成此結果是因為心理健康較差的長者在人際互動面較薄弱，因此在接受到他人的關懷時，較容易感動，則會有更高的滿意度。故當服務提供者想提高關懷性服務，可先瞭解心理健康的長者對關懷性服務的想法，藉此從中提高關懷性服務的滿意度。然而當服務提供者欲改善關懷性服務滿意度，卻無法直接改善時，從長者對各服務構面的滿意度相關性發現，健康促進活動的關懷性服務與反應性最具相關，因此建議服務提供者可從反應性服務著手，以間接提升關懷性服務的滿意度。

此外在健康促進活動中，服務提供者與重視度之差異性分析發現，相較於女性服務提供者，男性服務提供者較不重視關懷性服務，而進一步從服務提供者重視度與長者滿意度之相關性分析發現，關懷性服務是唯一有

顯著的服務類型，表示當服務提供者重視關懷性服務時，長者亦會對關懷性服務感到滿意，因此內部必需給予男性服務提供者相關的培訓，以加強整體關懷性的重視程度。

然而在眾多需提升滿意度的服務中，根據 ISA 發現，在健康促進活動的關懷性服務落於第四象限，即優先改善區，表服務提供者雖非常重視關懷性服務，但卻未獲得長者們的認同，如：服務提供者需給不同長者付出個人關照、需讓長者感到溫暖、需尊重長者的意願、時間需符合長者的需求等，其中在詢問服務提供者瞭解長者個人特殊需求此題項時，發現長者在學習或參加服務時較偏屬被動狀態，課程的安排多由服務提供者以既定的認知加以安排，而未先瞭解長者們最想參加或學習的服務，因此有較低的滿意度，建議服務提供者需更加重視關懷性服務，才能更加提升長者對服務的期待。而服務是需不斷檢視求進的，因此建議服務提供者可透過品管大師戴明(1939)所提出的 PDCA (Plan, Do, Check and Action)，藉此加以掌控改善關懷性服務品質的狀態。

### 5.1.2 共餐服務

#### 1. 有形性服務

在長者與滿意度之差異性分析發現，已婚、未婚及心理較健康者對有形性服務較感到不滿意，因此建議服務提供者可先從透過瞭解上述長者們對設施、設備及環境的需求，並從中檢討需改善的部分，以滿足長者在有形性服務的需求。此外當服務提供者欲提升對有形性服務之滿意度，卻無法直接改善時，從服務品質各構面之滿意度的相關性分析發現，在健康促進活動中，有形性與可靠性最具相關，因此服務提供者可間接從可靠性服務加以改善。

而在眾多需提升滿意度的服務中，透過 ISA 發現，在共餐服務的有形性服務落於第三象限，即再次檢視區，表示相較於其他類型的服務，服務提供者較不重視有形性服務。會有此現況可能是因為若服務提供者要提高長者對有形性服務的滿意度時，多半需透過資金的投入加以提升，而目前關懷據點的資金多由政府評鑑後補助而來，在資金有限的情況下，服務提供者多半會優先重視不需要投入資金的服務。此外長者對設施、設備或環境等有形物之現狀亦感到不滿意，本研究認為第一印象多由視覺感官所決



定，若關懷據點在設施、設備或環境等較缺乏吸引力，則容易使長者感到沒那麼滿意。倘若未來服務提供者有其餘的資金，或考慮重新配置資金時，可考慮投入有形性服務以滿足長者對設施、設備及環境的需求。

## 2. 可靠性服務

在長者與滿意度之差異性分析發現，心理較健康者對可靠性服務較感到不滿意，因此建議服務提供者可先從透過瞭解心理健康長者對可靠性服務的需求，並從中檢討需改善的部分，以滿足長者在可靠性服務的需求。此外當服務提供者欲提升對有形性服務之滿意度，卻無法直接改善時，從服務品質各構面之滿意度的相關性分析發現，在健康促進活動中，有形性與保證性最具相關，因此服務提供者可間接從保證性服務加以改善。

而在眾多需提升滿意度的服務中，透過 ISA 發現，共餐服務的可靠性服務位於第二象限，即基礎服務區。表示對台灣的服務提供者而言，在提供可靠性服務時，多自然覺得付出是理所當然的，因此與其他類型的服務相較下，重視程度則較低。然雖可靠性服務的重視程度較低，但仍有一定的服務品質水準，屬共餐服務的軟實力，為服務提供者僅需付出些許心力，便能達到長者相當高的滿意程度，故在共餐服務的可靠性服務係屬最能快速達到長者滿意的門檻，如：需做到答應長者的事、需熱心地瞭解長者的問題、需讓長者相信共餐服務提供者所提供的服務、需準時提供餐點以及需記得長者的服務需求與狀況等，而本研究建議剛進入社區式照顧服務的新服務提供者可視可靠性服務為最基礎原則。

## 3. 反應性服務

在長者與滿意度之差異性分析發現，心理較健康者以及幾乎不用他人照顧者對反應性服務較感到不滿意，因此建議服務提供者可先從透過瞭解上述兩長者對反應性服務的需求，並從中檢討需改善的部分。倘若服務提供者欲加強共餐服務的反應性服務，但卻無法直接進行改善時，根據服務品質各構面之滿意度相關性分析發現，共餐服務的反應性則與關懷性服務最具相關，因此當無法直接改善反應性服務時，服務提供者亦可間接透過關懷性服務加以提升。

在服務提供者與重視度之相關性分析中發現，服務經歷較淺者較不重視反應性服務，因此可透過內部培訓以加強新進服務提供者對反應性服務

的重視程度。

而在眾多需提升服務滿意度的服務中，透過 ISA 發現，在共餐服務中，反應性服務是需投入大量心思以維持長者滿意度，如：服務提供者在提供餐點時，需考慮餐點是否為少油少鹽，且提供的餐點有無符合飲食均衡，此外在共餐的同時亦總需樂意協助長者，不能因忙碌而無法提供長者服務等，因此若長者滿意共餐服務的反應性服務時，可說是服務提供者投入許多心力的成果，故對剛進入社區式照顧服務的新服務提供者而言，可視共餐服務的反應性服務為經營的遠程目標。

#### 4. 保證性服務

在服務品質滿意度各構面之相關性分析中發現，健康促進活動的保證性服務與整體滿意度最具相關，表示若能優先提升保證性服務，則其他的服務品質也較容易跟著提升。

而在長者與滿意度之差異性分析發現，心理較健康者對保證性服務較感到不滿意，因此建議服務提供者可先從透過瞭解心理健康長者對保證性服務的需求，並從中檢討需改善的部分。倘若服務提供者欲加強保證性服務之滿意度，從服務品質滿意度各構面之相關性分析發現，共餐服務的保證性服務與可靠性最具相關，因此當無法直接提升保證性服務時，服務提供者可間接從可靠性加以提高保證性滿意度。

然而在資源有限及眾多需提升滿意度的服務中，而透過 ISA 發現，目前保證性服務在共餐服務中位於第一象限，即繼續保持區，表示服務提供者所投入的心力皆讓長者感到滿意。然而要使長者對保證性服務感到滿意是服務提供者需長期投入相當心力才達到的，如：服務的形象、聲譽需值得長者信賴、需讓長者感到安心、總需很有禮貌、需互相幫忙以解決長者的問題等，因此對剛進入社區式照顧服務的新服務提供者而言，可將保證性服務視為經營的遠程目標之一。

#### 5. 關懷性服務

在長者與滿意度之差異性分析發現，年齡越大的長者及心理健康較差的長者對共餐服務的關懷性滿意度較高，造成此結果是因為年齡越大的長者與心理健康較差的長者在人際互動面較薄弱，因此在接受到他人的關懷時，較容易感動，則會有更高的滿意度。故當服務提供者想提高關懷性服

務，可先瞭解較年輕的長者對關懷性服務的想法，藉此從中提高關懷性服務的滿意度。然而當服務提供者欲改善關懷性服務滿意度，卻無法直接改善時，從長者對各服務構面的滿意度相關性發現，共餐服務的關懷性服務與反應性最具相關，因此建議服務提供者可從反應性服務著手，間接提升關懷性服務的滿意度。

此外從服務提供者重視度與長者滿意度之相關性分析發現，關懷性服務是唯一有顯著的服務類型，表示當服務提供者重視關懷性服務時，長者亦會對關懷性服務感到滿意，因此內部整體需加強對關懷性的重視程度。

然而在眾多需提升滿意度的服務中，根據 ISA 發現，在共餐服務的關懷性服務落於第四象限，即優先改善區，表服務提供者雖非常重視關懷性服務，但卻未獲得長者們的認同，建議服務提供者需更加重視關懷性服務，尤其以「需瞭解長者個人特殊需求，如：記得長者吃葷／素食等」開始，以提升長者對服務的期待。

## **5.2 研究限制與後續研究發展**

### **5.2.1 研究議題與樣本選取方面**

本研究因人力、時間、成本與資源等因素，在進行問卷蒐集時，並未廣泛針對多家關懷據點進行調查及比較，因此在樣本選取上有所限制，建議未來若資源許可，可進行台灣各縣市關懷據點全面性的滿意度之普查，以獲得更完整的結論。而在本研究結果顯示，關懷性服務是現階段服務提供者相當重視卻仍未讓長者感到滿意的部分，因此後續研究可更深入瞭解長者對關懷性服務之服務需求。此外本研究僅針對關懷據點進行研究，而不同社區式照顧資源特性各異，未來建議可針對不同社區式照顧產業之結果比較，如：失智症老人團體家屋、日間照顧中心與關懷據三者比較，以提供各產業更精準的研究結果。

### **5.2.2 問卷調查限制**

本研究主要運用問卷調查方式進行資料蒐集，發放時間為片斷性，故僅能看到某段時間點的研究結果，因此缺乏長時間的觀察，故無法看到連續型的結果。因此建議後續研究能長期研究長者在服務滿意度的變化，以觀察出社區式照顧服務型態的趨勢。

# 參考文獻

## 中文部分

- 王仕圖。(2007)。社區型非營利組織資源動員與整合：以社區發展協會為例。臺灣社會福利學刊，5(2)，103-137。
- 王仕圖。(2013)。非營利組織在社區照顧服務的協調合作：以社區照顧關懷據點為例。臺大社會工作學刊，(27)，185-228。
- 內政部(2005)。建立社區照顧關懷據點實施計畫。臺北市：內政部。
- 行政院(2015)。高齡社會白皮書(核定本)。臺北市：行政院。
- 官有垣、杜承嶸 & 王仕圖。(2010)。勾勒台灣非營利部門的組織特色：一項全國調查研究的部分資料分析。公共行政學報，(37)，111-151。
- 林育瑩(2010)。新竹縣社區照顧關懷據點服務的供需差異與重視度之研究。(未出版之碩士論文)。實踐大學，臺北市。
- 卓春英&鄭淑琪。(2010)。高雄市社區照顧關懷據點老人參與服務現況-以社會品質觀點。社會發展研究學刊，(7)，29-57。
- 陳紹馨(1976)。台灣的人口與社會變遷。臺北市：聯經出版。
- 國家發展委員會(2016)。中華民國人口推估(105至150年)。臺北市：國家發展委員會。
- 黃松林(2005)。如何建立社區照顧關懷據點：理念與實務。內部部社會福利工作人員研習中心。
- 臺中市政府社會局(2016)。臺中市托老一條龍 721 政策。臺中市：臺中市政府社會局。
- 蔡文輝(2003)。老年社會學。臺北市：五南圖書出版股份有限公司。
- 衛生福利部社會及家庭署(2005)。台灣健康社區六星計畫推動方案。臺北市：衛生福利部社會及家庭署。
- 衛生福利部(2016)。長期照顧十年計畫 2.0(106~115年)(核定本)。臺北市：衛生福利部。
- 劉彩娥、應立志 & 王萬琳(2016)。某醫院住院病房之護病關係。醫院雙月刊，49(1)，34-45。
- 衛生福利部社會及家庭署(2017)。社區關懷據點服務人次。線上檢索日期：2018年1月23日。網址：  
<https://ccare.sfaa.gov.tw/eCareCommunity/OpenReport/ResultReportAll#no-back-button>
- 戴永久審訂(2002)。S. Thomas Foster 原著。品質管理。臺北市：智勝文化台灣培生教育出版股份有限公司。

## 日文部分

- 厚生労働省(2012)。《預防照顧マニュアル(改訂版：平成24年3月)について》。

## 英文部分

- Aktaş, A., Aksu, A. A., & Çizel, B. (2007). Destination choice: an important-satisfaction analysis. *Quality & Quantity*, 41(2), 265-273.
- Aktaş, H., & Çağman, N. (2007). Soft sets and soft groups. *Information sciences*, 177(13), 2726-2735.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 84(4), 95-124.
- Antonucci, T. C., Okorodudu, C., & Akiyama, H. (2002). Well-being among older adults on different continents. *Journal of Social Issues*, 58(4), 617-626.
- Asia Pacific Risk Center(2016). *Evolving Risk Concerns In Asia-Pacific 2016*. Marsh & McLennan Companies, Inc.
- Baker, D. A., & Crompton, J. L. (2000). Quality, satisfaction and behavioral intentions. *Annals of tourism research*, 27(3), 785-804.
- Berry, L. L. (1980). Services marketing is different. *Business*, 30(3), 24-29.
- Berry, L. L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V. A. (1988). The service-quality puzzle. *Business horizons*, 31(5), 35-43.
- Bowling, A. (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. *Social Science & Medicine*, 31(9), 1003-1011.
- Burnette, D., & Mui, A. C. (1999). Physician utilization by Hispanic elderly persons: national perspective. *Medical Care*, 37(4), 362-374.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of T. *Journal of retailing*, 66(1), 33. ISO 690
- Chen, L. F., Chen, S. C., & Su, C. T. (2017). An innovative service quality evaluation and improvement model. *The Service Industries Journal*, 38(1), 1-22.
- Churchill Jr, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of marketing research*, 16(1), 64-73.
- Churchill Jr, G. A., & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of marketing research*, 19(4), 491-504.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of retailing*, 76(2), 193-218.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and

- extension. *The journal of marketing*, 56(3), 55-68.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *The Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Deng, J., McGill, D., & Arbogast, D. (2017). Perceptions of Challenges Facing Rural Communities: An Importance–Performance Analysis. *Tourism Analysis*, 22(2), 219-236.
- Department of Health and Social Security (1957) *Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency*. London: HMSO.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications (Vol. 26)*. USA: Sage publications.
- Edwards, J. N., & Klemmack, D. L. (1973). Correlates of life satisfaction: A re-examination. *Journal of Gerontology*, 28(4), 497-502.
- Furnham, A. (1990). *The Protestant work ethic: The psychology of work-related beliefs and behaviours*. UK: Routledge.
- Garvin, D. A. (1984). What Does “Product Quality” Really Mean?. *Sloan management review*, 26(1), 25.
- Grönroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European journal of marketing*, 16(7), 30-41.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Hansell, S., Sherman, G., & Mechanic, D. (1991). Body awareness and medical care utilization among older adults in an HMO. *Journal of gerontology*, 46(3), 151-159.
- Hedrick, S. C., Sales, A. E., Sullivan, J. H., Gray, S. L., Tornatore, J., Curtis, M., & Zhou, X. H. A. (2003). Resident outcomes of Medicaid-funded community residential care. *The Gerontologist*, 43(4), 473-482.
- Kotler, P. (1991). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control, 7th ed.* New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Leclere, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of health and social behavior*, 35(4), 370-384.
- Lee, M. A., & Yom, Y. H. (2007). A comparative study of patients’ and nurses’ perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(4), 545-555.
- Lehtinen, U., & Lehtinen, J. R. (1982). *Service quality: a study of quality dimensions*. USA: Service Management Institute.
- Levkoff, S. E., Cleary, P. D., & Wetle, T. (1987). Differences in the appraisal of health between aged and middle-aged adults. *Journal of Gerontology*, 42(1), 114-120.
- Lima, J. C., & Allen, S. M. (2001). Targeting risk for unmet need: Not enough help versus no

- help at all. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(5), 302-310.
- Longhurst, R. (2003). Semi-structured interviews and focus groups. *Key methods in geography*. USA: SAGE.
- Lovelock, C. H. (1980). Towards a classification of services. *Theoretical developments in marketing*, 72(6), 72-76.
- Lowe, T. J., Lucas, J. A., Castle, N. G., Robinson, J. P., & Crystal, S. (2003). Consumer satisfaction in long-term care: State initiatives in nursing homes and assisted living facilities. *The Gerontologist*, 43(6), 883-896.
- Manton, K. G. (1989). Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *The Milbank Quarterly*, 67(1), 13-58.
- Martilla, J. A., & James, J. C. (1977). Importance-performance analysis. *The journal of marketing*, 41(1), 77-79.
- Martin, W. B. (1986). Defining what quality service is for you. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 26(4), 32-38.
- Matzler, K., Sauerwein, E., & Heischmidt, K. (2003). Importance-performance analysis revisited: the role of the factor structure of customer satisfaction. *The Service Industries Journal*, 23(2), 112-129.
- Mitra, A. (1993). *Fundamentals of quality control and improvement*. NY: Macmillan.
- Mrayyan, M. T. (2005). Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of nursing management*, 13(1), 40-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., & Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International journal of nursing studies*, 44(2), 175-182.
- Regan, W. J. (1963). The service revolution. *The Journal of Marketing*, 27(3), 57-62.
- Reichheld, F. F., & Sasser, W. E. (1990). Zero Defections: Quality Comes To Services, 68(5), 105-111.
- Rivnyak, M. H., Wan, T. T., Stegall, M. H., Jacobs, M., & Li, S. (1989). Ambulatory Care Use among the Noninstitutionalized Elderly A Causal Model. *Research on Aging*, 11(3), 292-311.
- Robbins, S. P. (1990). *Organization Theory: Structures, Designs, And Applications*, 3/e. USA: Prentice-Hall.
- Sallis, E. (2014). *Total quality management in education*. UK: Routledge.

- Sasser, W. E., Olsen, R. P., & Wyckoff, D. D. (1978). *Management of service operations: Text, cases, and readings*. USA: Allyn & Bacon.
- Seng Wong, M., Hideki, N., & George, P. (2011). The Use of Importance-Performance Analysis (IPA) in evaluating Japan's e-government services. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 6(2), 17-30.
- Shewhart, W. A., & Deming, W. E. (1939). *Statistical method from the viewpoint of quality control*. USA: Courier Corporation.
- Steers, R. M., Ungson, G. R., & Mowday, R. T. (1985). *Managing effective organizations*. UK: Kent Pub. Co.
- Tobin, S. S., & Toseland, R. W. (1990). Models of services for the elderly. *Handbook of gerontological services*. USA: Columbia University Press.
- Tonge, J., & Moore, S. A. (2007). Importance-satisfaction analysis for marine-park hinterlands: A Western Australian case study. *Tourism Management*, 28(3), 768-776.
- Ungerson, C. (2000). Thinking about the production and consumption of long-term care in Britain: does gender still matter?. *Journal of social policy*, 29(04), 623-643.
- United Nations. (2015). *World Population Prospects The 2015 Revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- van Dyke, T. P., Kappelman, L. A., & Prybutok, V. R. (1997). Measuring information systems service quality: concerns on the use of the SERVQUAL questionnaire. *MIS quarterly*, 21(2), 195-208.
- Weissert, W. G., Cready, C. M., & Pawelak, J. E. (1988). The past and future of home-and community-based long-term care. *The Milbank Quarterly*, 66(2), 309-388.
- Wollack, S., Goodale, J. G., Wijting, J. P., & Smith, P. C. (1971). Development of the survey of work values. *Journal of Applied psychology*, 55(4), 331.
- World Health Organization (WHO) (2002) *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO.
- Wu, H. H., & Shieh, J. I. (2010). Quantifying uncertainty in applying importance-performance analysis. *Quality & Quantity*, 44(5), 977-1003.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (1996). *Services marketing*. New York: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *The Journal of Marketing*, 49(2), 33-46.



## 附錄一 關懷據點服務之滿意度量表之操作型定義

題號	變項名稱	變項型態	衡量尺度	操作性定義
H1	社區據點活動場地的設施、裝潢與環境具吸引力	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H2	社區據點具備完善的設備，如：活動桌椅、健康量測器(血壓機等)、教材等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H3	活動服務提供者穿著整齊乾淨	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H4	關懷據點的設備資源符合您的需求，如：活動內容或活動場地符合您的需求	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H5	活動服務提供者能做到答應您的事	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H6	當您在活動期間有疑問時，活動服務提供者皆會熱心地瞭解您的問題	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H7	您可以相信活動服務提供者所提供的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H8	講師/老師會準時上課	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H9	活動服務提供者會記得您的服務需求與狀況	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H10	活動服務提供者總是會告訴您明確的活動時間	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H11	健康促進活動內容適當，如：體適能活動、手工創作、講座及知識學習課程等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H12 <sup>(c)</sup>	老師/講師/服務提供者在活動期間 <b>總是拒絕</b> 協助您	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
H13 <sup>(c)</sup>	活動服務提供者會因 <b>忙碌</b> 而無法提供您健康促進活動上的服務	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意

H14	關懷據點在健康促進服務的形象、聲譽值得您的信賴	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H15	老師/講師/服務提供者在健康促進活動時能讓您感到安心	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H16	在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者總是很有禮貌	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H17	在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者能互相幫忙以解決您的問題	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H18	在健康促進活動時，活動服務提供者能給不同長者付出個別關照	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H19 <sup>(c)</sup>	在健康促進活動時，活動服務提供者 <u>未給予</u> 您溫暖的感覺	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
H20 <sup>(c)</sup>	活動服務提供者 <u>不瞭解</u> 您個人特殊需求，如：不瞭解您想參加的健康促進活動類型	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
H21	活動服務提供者尊重您的意願，如：不強迫您參加任何不適合您的健康促進活動	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H22 <sup>(c)</sup>	健康促進活動的時間 <u>不能符合</u> 您的需求	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
L1	據點共餐環境、設施與裝潢具吸引力	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L2	據點具備完善的設備，如：餐桌椅、餐具等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L3	共餐服務提供者穿著整齊乾淨	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L4	關懷據點的設備資源符合您的需求，如：餐點內容或用餐環境符合您的需求	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L5	共餐服務提供者能做到答應您的事	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L6	當您有共餐服務上的疑問時，共餐服務提供者皆會熱心地瞭解	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意

	長者的問題			
L7	您可以相信共餐服務提供者所提供的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L8	共餐服務提供者會準時提供餐點	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L9	共餐服務提供者會記得您的服務需求與狀況	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L10	共餐服務提供者總是會告訴您明確的共餐時間	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L11	提供的餐點適當，如：少油少鹽等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L12 <sup>(-)</sup>	共餐服務提供者在共餐期間 <b>總是拒絕</b> 協助您	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
L13 <sup>(-)</sup>	共餐服務提供者會因 <b>忙碌</b> 而無法提供您服務	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
L14	關懷據點在共餐服務的形象、聲譽值得您的信賴	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L15	共餐服務提供者在服務時能讓您感到安心	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L16	在共餐服務時，共餐服務提供者總是很有禮貌	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L17	在共餐服務時，共餐服務提供者能互相幫忙以提供更好的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L18	在共餐服務時，共餐服務提供者能給不同長者付出個別關照	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L19 <sup>(-)</sup>	在共餐服務時，共餐服務提供者 <b>未給予</b> 您溫暖的感覺	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
L20 <sup>(-)</sup>	共餐服務提供者 <b>不瞭解</b> 您個人特殊需求，如：不記得您吃葷／素食等	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意
L21	共餐服務提供者尊重您的意願，如：不強迫您參與共餐活動	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L22 <sup>(-)</sup>	共餐時間 <b>不能符合</b> 您的需求	類別	序數	0.未使用 5.非常不同意 4.不同意 3.普通 2.同意 1.非常同意

註：於題號標記(-)表該題屬反向題，其分數計算需相反計算處理。

## 附錄二 關懷據點服務之重視度與排序量表之操作型定義

題號	變項名稱	變項型態	衡量尺度	操作性定義
2	請根據您對據點的設施設備、服務承諾、服務意願、服務能力及關懷服務等各重視程度進行排序	類別	排序	1.第五名，1分 2.第四名，2分 3.第三名，3分 4.第二名，4分 5.第一名，5分
H1	社區據點活動場地的設施、裝潢與環境需具吸引力	類別	序數	0.未提供 1.非常不重視 2.不重視 3.普通 4.重視 5.非常重視
H2	社區據點需具備完善的設備，如：活動桌椅、健康量測器(血壓機等)、教材等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H3	活動服務提供者需穿著整齊乾淨	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H4	關懷據點的設備資源需符合長者的需求，如：活動內容或活動場地符合長者的需求	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H5	活動服務提供者需做到答應長者的事	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H6	當長者在活動期間有疑問時，活動服務提供者皆需熱心地瞭解長者的問題	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H7	需讓長者相信活動服務提供者所提供的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H8	講師/老師需準時上課	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H9	活動服務提供者需記得長者的服務需求與狀況	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H10	活動服務提供者總需告知長者明確的活動時間	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H11	健康促進活動內容適當，如：體適能活動、手工創作、講座及知識學習課程等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意

H12	老師/講師/服務提供者在活動期間總需樂意協助長者	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H13	活動服務提供者不能因忙碌而無法提供長者健康促進活動上的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H14	關懷據點在健康促進服務的形象、聲譽需值得長者的信賴	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H15	老師/講師/服務提供者在健康促進活動時需讓長者感到安心	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H16	在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者需總是很有禮貌	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H17	在健康促進活動時，老師/講師/服務提供者需互相幫忙以解決長者的問題	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H18	在健康促進活動時，活動服務提供者需給不同長者付出個人關照	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H19	在健康促進活動時，活動服務提供者需給予長者溫暖的感覺	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H20	活動服務提供者需瞭解長者個人特殊需求，如：瞭解長者想參加的健康促進活動類型	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H21	活動服務提供者需尊重長者的意願，如：不強迫長者參加任何不適合長者的健康促進活動	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
H22	健康促進活動的時間需符合長者的需求	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L1	據點共餐環境、設施與裝潢需吸引長者	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L2	據點需具備完善的設備，如：餐桌椅、餐具等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L3	共餐服務提供者需穿著整齊乾淨	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L4	關懷據點的設備資源需符合長者的需求，如：餐點內容或共餐	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意

	環境需符合長者的需求			
L5	共餐服務提供者能做到答應長者的事	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L6	當長者有共餐服務上的疑問時，共餐服務提供者皆需熱心地瞭解長者的問題	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L7	需讓長者相信共餐服務提供者所提供的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L8	共餐服務提供者需準時提供餐點	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L9	共餐服務提供者需記得長者的服務需求與狀況	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L10	共餐服務提供者總需告知長者明確的共餐時間	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L11	提供的餐點需適當，如：少油少鹽等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L12	共餐服務提供者在共餐其間總需樂意協助長者	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L13	共餐服務提供者不能因忙碌而無法提供長者服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L14	關懷據點在共餐服務的形象、聲譽需值得長者的信賴	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L15	共餐服務提供者在服務時需讓長者感到安心	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L16	在共餐服務時，共餐服務提供者總需很有禮貌	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L17	在共餐服務時，共餐服務提供者需互相幫忙以提供更好的服務	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L18	在共餐服務時，共餐服務提供者需給不同長者付出個別關照	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L19	在共餐服務時，共餐服務提供者需給予長者溫暖的感覺	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L20	共餐服務提供者需瞭解長者個人特殊需求，如：記得長者吃葷／素食等	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意

L21	共餐服務提供者需尊重長者的意願，如：不強迫長者參與共餐活動	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意
L22	共餐時間需符合長者的需求	類別	序數	0.未使用 1.非常不同意 2.不同意 3.普通 4.同意 5.非常同意

### 附錄三 受訪據點名單

編號	據點名稱	訪談日期	聯絡窗口	據點地址
A	臺中市西大墩社區老人照顧服務中心	11/03(五)	劉助理	台中市西屯區光明路 160 號
B	新竹市香山區樹下社區發展協會	11/08(三)	曾服務提供者	新竹市香山區樹下街 95 號
C	台中市西屯區福瑞社區發展協會	11/10(五)	朱總幹事	台中市福強街 115 號 B 區活動中心
D	台中市龍井區東海社區發展協會	11/11(六)	林理事長	台中市龍井區國際街 172 號
E	台中市西屯區何明社區發展協會-忠明教會據點	11/13(一)	陳隊長	台中市西屯區何明里大弘六街 10 號(大弘公園活動中心)
F	社團法人台中市婦幼關懷成長協會	11/14(二)	楊社工	台中市西屯區至善路 101 巷 40 號
G	台中縣龍井鄉山腳社區發展協會	11/15(三)	林隊長	台中市龍井區山腳村中山二路一段東巷 135 號
H	臺中市龍井區南寮社區發展協會	11/17(五)	張總幹事	龍井區南寮里中沙路 90 號
I	財團法人弘道老人福利基金會-福和據點	11/17(五)	科社工	台中市西屯區中工三路 199 號 2 樓

### 附錄四 專家意見調查名單

社會科學專家名單		業界專家名單	
專家職稱	服務單位	專家職稱	服務單位
副教授	東海大學行政管理暨政策學系	負責人	新竹市香山區樹下社區發展協會
副教授	東海大學企業管理學系	總幹事	台中市西屯區福瑞社區發展協會
助理教授	東海大學企業管理學系	理事長	台中市龍井區東海社區發展協會
助理教授	中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系		



附錄五 健康促進活動與共餐服務之長者滿意度分析摘要表

	非常同意 (5)	同意 (4)	普通 (3)	不同意 (2)	非常不同意 (1)	權 重 和	總 數	最終滿意 權重分數	滿 意 度 排 序		非常同意 (5)	同意 (4)	普通 (3)	不同意 (2)	非常不同意 (1)	權 重 和	總 數	最終滿意 權重分數	滿 意 度 排 序
<b>H1</b>	79	106	42	5	4	959	236	4.064	20	<b>L1</b>	45	84	60	1	1	744	191	3.895	22
<b>H2</b>	70	122	39	5	0	965	236	4.089	19	<b>L2</b>	52	89	43	7	0	759	191	3.974	21
<b>H3</b>	90	110	34	2	0	996	236	4.220	13	<b>L3</b>	60	98	33	0	0	791	191	4.141	14
<b>H4</b>	91	104	34	7	0	987	236	4.182	16	<b>L4</b>	62	99	27	3	0	793	191	4.152	13
<b>H5</b>	79	125	28	2	1	984	235	4.187	15	<b>L5</b>	69	96	24	2	0	805	191	4.215	9
<b>H6</b>	111	104	15	4	2	1026	236	4.347	5	<b>L6</b>	80	97	12	2	0	828	191	4.335	4
<b>H7</b>	93	126	15	2	0	1018	236	4.314	8	<b>L7</b>	63	108	19	1	0	806	191	4.220	8
<b>H8</b>	109	91	29	7	0	1010	236	4.280	10	<b>L8</b>	88	91	12	0	0	840	191	4.398	3
<b>H9</b>	86	106	35	8	1	976	236	4.136	18	<b>L9</b>	64	101	24	1	1	799	191	4.183	12
<b>H10</b>	106	118	10	2	0	1036	236	4.390	3	<b>L10</b>	87	95	8	1	0	841	191	4.403	1
<b>H11</b>	92	104	40	0	0	996	236	4.220	14	<b>L11</b>	65	89	36	1	0	791	191	4.141	15
<b>H12<sup>(-)</sup></b>	132	79	15	6	2	1035	234	4.423	2	<b>L12</b>	75	91	16	6	3	802	191	4.199	11
<b>H13<sup>(-)</sup></b>	120	75	29	9	2	1007	235	4.285	9	<b>L13</b>	76	81	16	14	4	784	191	4.105	16
<b>H14</b>	98	104	34	0	0	1008	236	4.271	11	<b>L14</b>	55	100	33	1	2	778	191	4.073	17
<b>H15</b>	108	107	21	0	0	1031	236	4.369	4	<b>L15</b>	63	117	10	1	0	815	191	4.267	5

<b>H16</b>	127	104	5	0	0	1066	236	4.517	1	<b>L16</b>	84	100	7	0	0	841	191	4.403	2
<b>H17</b>	101	116	16	1	1	1020	235	4.340	6	<b>L17</b>	69	101	19	2	0	810	191	4.241	6
<b>H18</b>	87	106	36	4	2	977	235	4.157	17	<b>L18</b>	55	100	28	3	5	770	191	4.031	19
<b>H19<sup>(-)</sup></b>	134	71	11	14	5	1020	235	4.340	7	<b>L19</b>	77	88	16	8	2	803	191	4.204	10
<b>H20<sup>(-)</sup></b>	98	67	30	33	8	922	236	3.907	21	<b>L20</b>	78	64	22	22	5	761	191	3.984	20
<b>H21</b>	92	124	13	4	3	1006	236	4.263	12	<b>L21</b>	65	113	9	2	2	810	191	4.241	7
<b>H22<sup>(-)</sup></b>	95	65	33	30	13	907	236	3.843	22	<b>L22</b>	71	81	22	11	6	773	191	4.047	18
<b>健康促進活動重視度平均值</b>									<b>4.234</b>	<b>共餐服務重視度平均值</b>									<b>4.175</b>

附錄六 健康促進活動與共餐服務之服務提供者重視度分析摘要表

	非常重視 (5)	重視 (4)	普通 (3)	不重視 (2)	非常不重視 (1)	權重 和	各 題 項 權 重	五 構 面 權 重	調 整 後 各 題 項 權 重	調 整 後 各 題 項 平 均 權 重	各 題 項 平 均 值	最 終 重 視 權 重 分 數	重 視 度 排 序		非常重視 (5)	重視 (4)	普通 (3)	不重視 (2)	非常不重視 (1)	權重 和	各 題 項 權 重	五 構 面 權 重	調 整 後 各 題 項 權 重	調 整 後 各 題 項 平 均 權 重	各 題 項 平 均 值	最 終 重 視 權 重 分 數	重 視 度 排 序
<b>H1</b>	10	41	12	0	0	250	1	0.17037	0.170	0.021	3.968	0.084	22	<b>L1</b>	15	37	11	0	0	256	1	0.17037	0.170	0.027	4.063	0.1085	22
<b>H2</b>	17	37	8	0	1	258	9	0.17037	1.533	0.190	4.095	0.777	21	<b>L2</b>	16	39	7	0	1	258	3	0.17037	0.511	0.080	4.095	0.3280	21
<b>H3</b>	15	42	6	0	0	261	12	0.17037	2.044	0.253	4.143	1.048	20	<b>L3</b>	21	36	6	0	0	267	12	0.17037	2.044	0.320	4.238	1.3579	20
<b>H4</b>	25	34	3	1	0	272	23	0.17037	3.919	0.485	4.317	2.093	16	<b>L4</b>	34	28	1	0	0	285	30	0.17037	5.111	0.801	4.524	3.6235	8
<b>H5</b>	27	31	5	0	0	274	25	0.20000	5.000	0.619	4.349	2.690	11	<b>L5</b>	20	40	3	0	0	269	14	0.20000	2.800	0.439	4.270	1.8736	18
<b>H6</b>	27	35	1	0	0	278	29	0.20000	5.800	0.718	4.413	3.166	8	<b>L6</b>	25	35	3	0	0	274	19	0.20000	3.800	0.596	4.349	2.5900	14
<b>H7</b>	21	40	2	0	0	271	22	0.20000	4.400	0.544	4.302	2.342	14	<b>L7</b>	23	38	2	0	0	273	18	0.20000	3.600	0.564	4.333	2.4448	16
<b>H8</b>	20	39	4	0	0	268	19	0.20000	3.800	0.470	4.254	2.000	18	<b>L8</b>	26	31	6	0	0	272	17	0.20000	3.400	0.533	4.317	2.3005	17
<b>H9</b>	21	42	0	0	0	273	24	0.20000	4.800	0.594	4.333	2.573	12	<b>L9</b>	26	37	0	0	0	278	23	0.20000	4.600	0.721	4.413	3.1811	11
<b>H10</b>	20	42	1	0	0	271	22	0.21270	4.679	0.579	4.302	2.490	13	<b>L10</b>	25	36	2	0	0	275	20	0.21270	4.254	0.667	4.365	2.9100	12
<b>H11</b>	27	31	5	0	0	274	25	0.21270	5.317	0.658	4.349	2.861	10	<b>L11</b>	35	26	2	0	0	285	30	0.21270	6.381	1.000	4.524	4.5238	1
<b>H12</b>	37	24	2	0	0	287	38	0.21270	8.083	1.000	4.556	4.555	1	<b>L12</b>	31	31	1	0	0	282	27	0.21270	5.743	0.900	4.476	4.0285	5
<b>H13</b>	20	38	5	0	0	267	18	0.21270	3.829	0.474	4.238	2.007	17	<b>L13</b>	22	39	2	0	0	272	17	0.21270	3.616	0.567	4.317	2.4465	15
<b>H14</b>	31	30	2	0	0	281	32	0.20100	6.432	0.796	4.460	3.549	7	<b>L14</b>	31	29	3	0	0	280	25	0.20100	5.025	0.787	4.444	3.5000	9
<b>H15</b>	33	30	0	0	0	285	36	0.20100	7.236	0.895	4.524	4.050	3	<b>L15</b>	33	28	2	0	0	283	28	0.20100	5.628	0.882	4.492	3.9620	6

<b>H16</b>	34	29	0	0	0	286	37	0.20100	7.437	0.920	4.540	4.177	2	<b>L16</b>	32	31	0	0	0	284	29	0.20100	5.829	0.913	4.508	4.1180	4
<b>H17</b>	34	28	1	0	0	285	36	0.20100	7.236	0.895	4.524	4.050	4	<b>L17</b>	28	35	0	0	0	280	25	0.20100	5.025	0.787	4.444	3.5000	10
<b>H18</b>	21	38	4	0	0	269	20	0.21600	4.320	0.534	4.270	2.282	15	<b>L18</b>	21	34	8	0	0	265	10	0.21600	2.160	0.339	4.206	1.4239	19
<b>H19</b>	29	33	1	0	0	280	31	0.21600	6.696	0.828	4.444	3.682	6	<b>L19</b>	32	31	0	0	0	284	29	0.21600	6.264	0.982	4.508	4.4253	2
<b>H20</b>	26	33	4	0	0	274	25	0.21600	5.400	0.668	4.349	2.906	9	<b>L20</b>	36	21	5	1	0	281	26	0.21600	5.616	0.880	4.460	3.9256	7
<b>H21</b>	31	30	2	0	0	281	32	0.21600	6.912	0.855	4.460	3.814	5	<b>L21</b>	33	29	1	0	0	284	29	0.21600	6.264	0.982	4.508	4.4253	3
<b>H22</b>	16	43	4	0	0	264	15	0.21600	3.240	0.401	4.190	1.680	19	<b>L22</b>	22	40	1	0	0	273	18	0.21600	3.888	0.609	4.333	2.6403	13
<b>健康促進活動重視度平均值</b>							<b>2.676</b>	<b>共餐服務重視度平均值</b>																	<b>2.8926</b>		