

探討新北市護理之家引進健康照護模式之接受度研究

黃庭鍾^{*1}、蔡淑貞²、陳欽如²

^{*1}經國管理暨健康學院健康產業管理研究所助理教授

²經國管理暨健康學院健康產業管理研究所研究生

摘要

台灣自1993年開始已邁入老人國家，且銀髮族比例日漸升高；而隨著年齡的增加與身體的退化，老年的生活起居將慢慢受到限制，而需要他人照料。再者，因慢性病隨之而來，故對於長期照顧之需求更愈顯為重要。本研究旨在探究銀髮族應用健康照護模式之行為意圖，透過問卷調查方式發放300份問卷進行資料蒐集，有效回收問卷共計215份。將回收資料以SPSS套裝軟體進行統計分析，以檢驗本研究模型適配度與驗證假設，研究結果為：1. 護理之家老人對於健康照護模式績效預期、易用預期與社會影響愈高，則其對於引進健康照護模式之接受意願愈高；2. 護理之家老人對於健康照護模式幫助條件與接受意願愈高，則其接受行為愈高；3. 不同「性別」、「年齡」、「職業」、「教育程度」與「退休前平均月收入」的護理之家老人，其行為意圖有部分差異。故本研究推論健康照護的引進將會改變了銀髮族學習方式與思維，因此更應加強使用學習以降低操作障礙；同時應增加男性使用意圖，以達到使用均衡的目的。此外也建議未來有志者及政府或相關單位，能做護理之家住民供應或需求全面的調查資訊，使電腦網路結合醫療科技作更有作為的研究與參考。

關鍵詞：護理之家、銀髮族、健康照護、科技接受模式。

*通訊作者

An Empirical Study of Acceptance Oriented about Modern Health Care Model of Care Centers Elders in New Taipei City

Ting-Chung Huang^{*1} Chu-Zhen Tsai² Yi-Ru Chen²

^{*1}Assistant Professor, Institute of Health Industry Management, Ching Kuo Institute of Management and Health

²Graduate Student, Institute of Health Industry Management, Ching Kuo Institute of Management and Health

ABSTRACT

Taiwan has entered the old country since 1993, and the proportion of senior elders are continuous increasing. With the increase of age and the degradation of the body, the living of elders would be restricted, and need to be taken care of. Moreover, due to chronic diseases followed, so the demand for long-term care is more important. The aim of this study was to explore the behavioral intentions of the application of health care model in the senior elders' community, and 300 questionnaires were collected through the questionnaire survey, and 215 questionnaires were collected. The SPSS software was used for statistical analysis to test the model fit and verification hypothesis. The results of the study were: 1. Nursing home for the health care model performance expectations, ease of use and social impact is higher, then the introduction of health care for the higher willingness to accept; 2. Nursing home for the health care model to help The higher the degree of acceptance and the willingness to receive, the higher the acceptance behavior; 3. the care of the elderly in different "sex", "age", "occupation", "education level" and "average monthly income before retirement" There are some differences. Therefore, the introduction of health care in this study will change the introduction of health care and learning, and therefore should strengthen the use of learning to reduce operational barriers; It is also recommended that future readers and government or related units can make a comprehensive survey of the supply or demand of nursing homes, so that computer networks can be combined with medical science and technology as a research and reference.

Keywords: care centers, senior elders, health care, TAM

*Corresponding Author

壹、緒論

台灣自1993年開始已邁入老人國、且銀髮族比例日漸升高。根據聯合國世界衛生組織 (World Health Organization; WHO) 所下的定義:「一個國家高齡人口之65歲老人人口佔7%或60歲以上人口佔10%」.稱為高齡社會。根據國家發展委員會2012年的報告指出，台灣預計於2018年 (民國107年)時，65歲以上的人口占總比率達到14%，2025年老人人口達20%當時每5人就有1個老人，此時台灣人口正式列入為超高齡社會 (陳文玉，2014)。

未來全球將面臨急速老化的現象，而其所衍生的議題近年來已是全球關注的焦點。而根據我國國家發展委員會 (簡稱國發會) 人口推計指出，雖然目前我國總人口於短期內仍呈正成長趨勢，依據低推計最早於2019 (108) 年達最高峰2,352萬人，中推計於2021 (110) 年達最高峰2,356 萬人高推計最晚於115年達最高峰2,365萬人，約5至12年間開始轉呈負成長趨勢，顯示未來十數年間人口總量差異並不大，然而，人口結構已明顯轉呈高齡化結構，對社會資源之分配及影響不容小覷。隨著年齡的增加，身體的退化。生活活動起居將慢慢受到限制而需要他人照料；慢性病也隨之而來，因此需要長期照顧之需求更為重要，我國人總認為照顧家人是婦女應負的責任也是照顧家人的主力。社會繁榮與經濟提升促使婦女具有高就業率，無形中照顧老人的主力因而轉向職場。

總之；高齡化、家庭功能萎縮的情況下、需要政府提供協助以解決高齡老人長期照護的問題。依據行政院衛生福利部「國民醫療保健支出2007」所載，健康促進包括出生、成長、老化、生活、環境等各方面的健康。愛惜生命與健康就從自己開始，進而推展至社區、國家而具備健康的智慧。維護健康照護品質、整合照護模式縮短貧富、城鄉、弱勢差距、是健康照護成功與否的關鍵。本研究在探討護理之家老人的認知與接受度、擴大長期照護制度以實證提供參考、利於長期照護之成效。

健康是每個人最大的資產與最基本的幸福要素。在美國，一項針對重要的社會價值觀所進行的普查性調查結果顯示：有99%的受訪者認為「健康」是他們所最關心的議題之一。世界衛生組織 (World Health Organization, 簡稱WHO) 早在1948年就定義「健康」是「身體的、心理的和社會的完全安適狀態，而不僅是沒有疾病或身體虛弱而已。」可見所謂的健康，應存在著更積極的意義。而世界衛生組織為了落實維護人類健康的目的，將健康視為具體之行動，特將二十一世紀人類健康的新策略訂為「健康促進 (health promotion)」。健康促進不以疾病或特殊健康問題為導向，而是在於尋找擴展正向的健康潛能，是一種積極追求健康的「著手行為」 (approach behavior)。相對地，疾病預防僅限於消極性阻止、降低疾病或特殊健康問題對個人健康安適所造成病理性的傷害，是一種避免行為 (avoidance behavior)。健康促進行為的目標超越了僅僅預防某些特殊疾病或健康問題，希冀促使個人達到更高層次的健康。

一個人到了老年終究是需要離開職場，相對亦是面臨無薪資的生活起點，在面臨此

種情形下，老年人必須要有其他替代性的所得來源，否則將面臨生活的困境。內政部於民國83年委託謝高橋及陳信木兩位的研究中指出，台灣地區的老人福利需求，包括健康醫療、經濟安全、教育及休閒、居住安養、心理及社會適應等五種需求面向，其中老人的經濟安全保障，可說是現行老人福利措施中最弱的一環。因此對於攸關老人時期生活匱乏或無虞的經濟安全政策實有被重視及討論之必要。為因應高齡化及少子化社會的來臨，老年人的需求愈來愈受到重視，工研院調查96年國內老人需求排名前六大議題：分別為慢性病管理服務、遠距居家生活照顧、生活育樂休閒、智慧化交通運輸工具、智慧化居住空間及輔具、及銀髮族終生學習服務等。又如何透過創意研發老年人的相關產業，例如保健食品、飲食宅配、老人公寓住宅、長青學苑、殯葬生前契約、保險投資...等，如此涵蓋了食、衣、住、行、育樂各方面老人福利相關產業，是未來發展的趨勢，亦是老化高齡社會到臨。由結果得知實證數據，於施行健康照護時，做為決策單位參考以利長期健康照護制度之發展（朱淑惠，2010）。

貳、 文獻探討

隨著時代的進步與醫療水準的提升，人們對於健康的要求不再只是停留於生理上的層次，對於社會的安適、生活的滿足、生活的品質以及職場的工作環境等方面也漸漸的備受重視。聯合國世界衛生組織在1948年對健康下的定義：「健康不僅是沒病或缺陷而已，而是指呈現生理、心理與社會的良好狀態」。隨著時代的變遷，國民所得的增加，醫療水準的提升，我們對「健康」的定義不再是關注死亡率的變化或罹病率的多寡而已，這也不能代表人們生活品質的好壞。所謂「生活品質」可分成一般生活品質與健康相關生活品質，一般認為生活品質包含主觀的適應、滿足感、幸福感、生活滿意度等，除了保持基本的物質生活水準及身心健康之外，生活品質也取決於人們是否能夠獲得快樂、幸福、舒適、安全的主觀感受；而健康相關生活品質是與人的精神文化方面的追求、對社會與環境的認同有著密切關係。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）於2002年在馬德里舉辦的第二屆聯合國世界老化理事會上提出「活躍老化政策框架(Active Ageing: A Policy Framework)」，提出活躍老化（active ageing）的概念，使每一位老年人可以達到在身體、心理、社會三方面的健康生活狀態，並維持老年人可以自主獨立生活；認為欲使老化成為正面經驗，必須讓健康、參與及安全達到最適化狀態，提升老年生活品質。台灣在邁入高齡化社會期間，國民平均餘命雖已逐年延長，但因缺乏預防保健及健康維護的自我責任，導致國人健康平均餘命顯然落後於平均餘命的扭曲現象，探究其關鍵所在，歸因於無論政府或人民總是將資源與心力投資於末端消極性的疾病醫療，而非前端積極式的健康促進。因此若能改善此迷思，將資源與心力投注於前端積極式的健康促進，意即使每個人養成在健康狀態良好時，就努力為更健康或維持健康做預備，促使每個人在人生旅途中，獨立的時間長、而依賴他人的時間短，如此不僅能減少醫療費用支出，且能活得更自主、更有尊嚴且更健康快樂。因此，最符合經濟效益的疾病防治策略，不是研發新藥物及診斷

儀器，而是應該在人們尚未生病前，能降低致病因子並促進及維護其健康。

在全球都面臨急劇老人化與少子化，而且罹患慢性病的人數也持續增加的趨勢下，大眾對醫療照護的需求將會愈來愈大，此外也由於科技的進步帶動資通訊技術、生理量測、輔具以及照護設備等快速發展，這兩大原因都使得醫療照護產業逐漸受到重視。動態功能(心電圖)進行長期紀錄將資訊傳輸至醫院。隨著高齡化的來臨，老年人更需要低廉服務費及高效率的服務，因此可以使科技資源更有效的被利用，使得老年人得到更人性化及高滿意度的服務。家庭監控組織內容如下:攜帶式無線心電圖、電腦之接收器、心電圖探測器在不影響日常生活並能隨時接收患者心電圖資料。如果病患有狀況監視系統會立刻啟動控制中心之訊息加以處置，而血壓監控是每位病患必須設立的、監控中心測量血壓後，相關訊息會傳達至醫控中心(朱淑惠,2010)。美國在試用時研發了新功能，如果患者感到不適時，可單擊鍵盤將資訊輸送到醫院，且將電波改變顏色在螢幕上得以讓醫護人員便於及時處理病況變化。

健康管理是20世紀50年代末最先在美國提出的概念(Managed Care)，其核心內容是醫療保險機構通過對其醫療保險客戶展開系統性的健康管理，以期達到有效的控制疾病之發生或發展，顯著降低出險概率和實際醫療支出，進而達到減少醫療保險賠付損失的目的。健康管理是以預防和控制疾病發生與發展，降低醫療費用，提高生命品質為目的，針對個體及群體進行健康教育，提高自我管理意識和水準，並對其生活方式相關的健康危險因素，通過健康資訊採集、健康檢測、健康評估、個性化監看管理方案、健康干預等手段持續加以改善的過程和方法。它也是是指對個體或群體的健康進行檢測、評價和干預的全部過程，是建立在現代生物醫學和資訊數位化管理技術基礎上的、基於個人健康檔案的個人化健康事務性管理服務。

我國台灣衛生福利部1995年推動「遠距醫療先導系統實驗計畫」。共有27個地區參與此連線計畫，包括疾病會診、視訊、影像傳輸(廖上慧,2011)。經由遠距設施、監測老人生理現象；由志工施行身心關懷、電話問候、家庭訪視、增進民眾相互仿效健康促進的經驗。機構照護亦能經由遠端設施進行醫療諮詢，因此老人家不一定要到醫院，而增加無形的負擔。「工研院、馬偕醫院、遠雄建設」合作推出大型社區。將結合生醫、網路、健康照護，整合新社區、有助於健康照護品質的推行、加強社區照護品質的發展。雲林老人保護協會建置照護系統將血壓血糖合而為一成為單機的設計。長庚養生村的資訊機能、個人及活動資訊系統、定位系統、異常通報系統、緊急醫療傳送系統。

為因應高齡化社會，滿足失能高齡者在經濟安全、健康維護、生活照顧等各層面需求，政府近年業陸續推動多項高齡者福利方案或計畫，如：1997(86)至2007(96)年推動「加強老人安養服務方案」，2002(91)至2007(96)年推動「照顧服務福利及產業發展方案」，主要成果為擴大居家服務對象，提升專業照顧知能；2008(97)年起推動「長期照顧十年計畫」，整備照顧資源量能，且由於提前達標，2015(104)年提出改

良版的「長照服務量能提升計畫」加以改善，並作後續建構長照保險的轉銜。於2013(102)年正式通過「長期照護服務網計畫」，建立長期照顧體系。並在持續五年的努力下，推動《長期照顧服務法》立法完成，2015(104)年6月3日總統公布，預定兩年後(2017)正式施行上路，以因應高速急升的照護需求與高齡服務之提供。並於同(2015)年6月4日行政院審查通過《長期照顧保險法》草案，送入立法院審議，藉以確保未來推動長照服務的穩定財源，期建構完整永續經營的長照服務體系。

在老人健康和社會照顧服務之相關文獻中，服務使用(service utilization)是重要的研究主題，惟在服務提供愈趨產業化的發展趨勢下，消費行為的研究也值得探討。惟目前國內文獻較多探討醫療與長期照護的使用，但對於老人之急性後期、保健預防、心理健康支持、休閒養生、體能促進、營養補充以及另類照護等服務之使用狀況或產品之消費行為缺乏瞭解，實值得探討。萬育維、蔡宏昭(1993)之研究發現老人在購買醫療保健器材、健康食品及美容用品等產品時，第一個考慮的因素為實用性。而老人服務使用之長期變遷趨勢對其健康以及服務發展之影響，也需透過長期追蹤的研究設計來探究。

在資訊系統相關的研究當中，許多學者使用不同的模型來研究個人對於新科技的接受度以及使用行為主要因素間的關聯，其中行為意圖是這類研究中想要探討的主因之一，而這一類的研究多半是以心理學的研究作為根據，其中又以科技接受模型(Technology acceptance model, TAM)為最具影響力的模型。諸多的研究顯示，如果研究目的單純想要預測新科技產品或服務的使用情況時，科技接受模式是一個比較適合的工具，TAM具有精簡、構念明確性、有力的理論基礎以及大量的實證支持等優點；也有學者指出科技接受模式在預測使用者對系統之使用程度上約有40%之準確度，也是較有影響力和接受度的解釋架構，它有簡潔易懂、適用資訊科技領域、擁有充分理論基礎和實證資料支持等等優點。

目前已有許多研究利用TAM模型探討使用者對資訊科技的接受度，依據研究主題與目的設定不同外部變數，探討認知有用性與認知易用性影響使用態度、使用意願或實際使用情況與滿意度之程度。由於歷年來眾多的研究發現，認知有用性與認知易用性影響使用態度與使用行為更進而影響實際行動、與外部變項。科技接受模式已廣為學術界所認同並使用；本研究採科技接受模式；探討小孩、新住民銀髮族應用健康照護模式之研究。除了了解國內與國外銀髮族應用健康照護的情況；也了解各變相間的相互關係、以提供護理之家與相關單位之參考，讓未來的老人世界更重視健康照護之重要性。

參、 研究架構與工具

面對少子高齡化社會相關問題的來臨，銀髮族的照護需求與生活支援是每一家庭都會面臨到的問題，全民要有體認，政府當然也應有相對配套措施因應制度設計，配合實需擴大而傳統老人福利的範疇；故2015年10月行政院提出「高齡社會白皮書」，將之

視為全體國人共同面對的現實，更期盼全民共同參與，齊心一同迎接未來的高齡社會。而本研究從 TAM 角度將六構面為「績效預期」、「易用預期」、「社會影響」、「幫助條件」受「行為意圖」、與「使用的行為」影響。

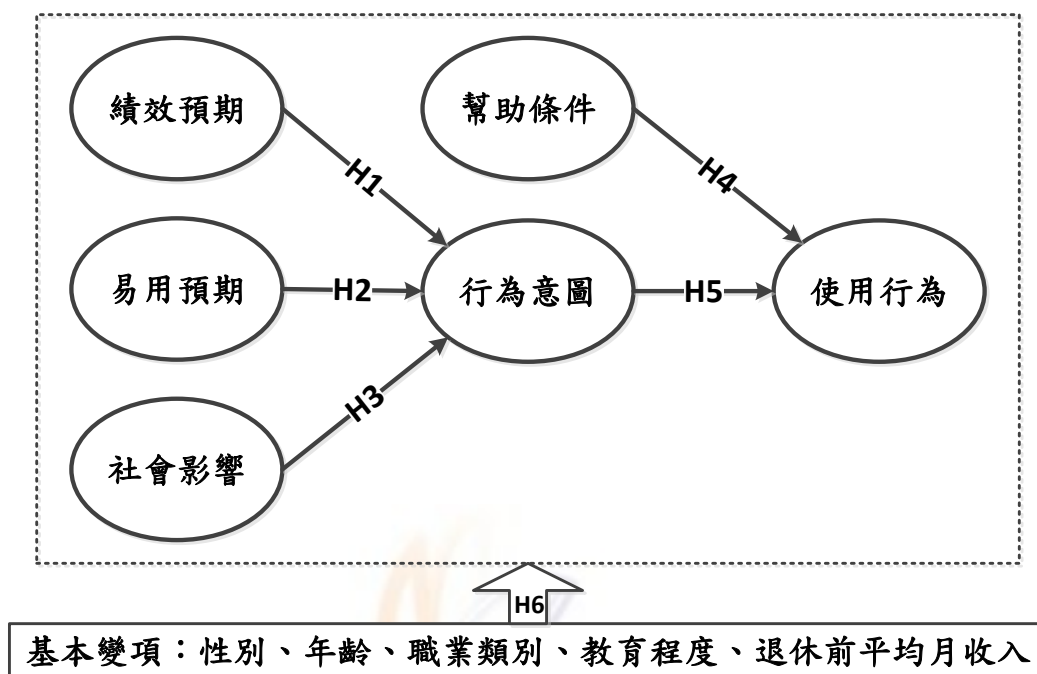


圖 1 研究架構圖

國內學者研究發現護理之家的老人在健康照護模式績效預期方面與行為意圖上並無顯著差異(劉柏廷，2006；李建勳，2007；謝育民，2007；林虹妤，2012；金柏廷，2012；林尚儒，2015；洪嘉徽，2015)。為進一步驗證老人在健康照護行為意圖方面與績效預期方面是否有顯著差異，故本研究假設 **H1：老人對應用健康照護模式績效預期愈正面，則行為意圖愈正面**。國內學者研究發現護理之家的老人在健康照護模式易用預期方面與行為意圖上並無顯著差異(林筱湏，2012；金柏廷，2012；林良諺，2013)。為進一步驗證老人在健康照護行為意圖方面與易用預期方面是否有顯著差異，故本研究假設 **H2：老人對應用健康照護模式易用預期愈正面，則行為意圖愈正面**。

國內學者研究發現護理之家的老人在健康照護模式社會影響方面與行為意圖上並無顯著差異(徐鈞庭，2015；洪家徽，2015；林俐君，2016；林庭瑜，2016)。為進一步驗證老人在健康照護社會影響方面與行為意圖方面是否有顯著差異，故本研究假設 **H3：老人對應用健康照護模式社會影響愈正面，則行為意圖愈正面**。國內學者研究發現護理之家的老人在健康照護模式幫助條件方面與行為意圖上並無顯著差異(洪家徽，2015；徐鈞庭，2015；林俐君，2016；林庭瑜，2016)。為進一步驗證老人在健康照護幫助條件行為上是否有顯著差異，故本研究假設 **H4：老人對應用健康照護模式幫助條件愈正面，則使用的行為愈正面**。

行政院於 2015 年 10 月提出「高齡社會白皮書」報告指出，依據人口推估，目前臺灣 65 歲以上人口已占總人口 12.21%，預計 2025 年將成長至 20.1%，邁入超高齡社會，未來十年是臺灣的關鍵準備期，白皮書翻轉政策新思維，從銀髮族整體需求去看，不只是聚焦於我國傳統的高齡政策：主要在弱勢失能老人的照顧，試圖用社會福利手段來解決高齡社會的問題，也就是政策範圍侷限於失能者的長照或弱勢者的福利；而是去兼顧多數處於健康、亞健康狀況的高齡人口，配合全世界正向積極的老化觀念的發展趨勢，並基於事先預防優於事後補救的概念，要避免銀髮族落入失能，就是積極維持身心靈的健康狀態，期待能夠透過「全人全照顧」政策的引導，讓我國老人活得更健康、更幸福。

國內學者研究發現護理之家的老人在健康照護模式行為意圖方面與使用行為上並無顯著差異(徐聖鈞, 2000; 黃淑惠, 2014; 王敏男, 2015)。為進一步驗證老人在健康照護行為意圖方面與使用行為方面是否有顯著差異，故本研究假設 **H5：老人對應用健康照護模式行為意圖愈正面，則使用行為愈正面**。而為證實不同背景的護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上是否有顯著差異，本研究進行如下的假設：

(一) 性別與老人應用健康照護模式行為意圖之影響

國內學者發現不同性別的護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上有顯著差異(廖淑真, 2013; 洪小雲, 2012; 林芃君, 2013)。研究指出女性老年人在應用健康照護模式行為意圖上有促進作用。為證實不同性別的護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上是否有顯著差異，本研究假設 **H6-1:不同性別老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異**。

(二) 年齡與老人應用健康照護模式行為意圖之影響

國內學者發現不同年齡的護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上有顯著差異(馬健萍, 2016; 曾邑涵, 2016)。研究指出不同年齡老年人在應用健康照護模式行為意圖上有顯著正相關。為證實不同年齡的護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上有關，至於哪個年齡層表現出較高的應用健康照護模式，有待進一步探討，故本研究假設 **H6-2：不同年齡層老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異**。

(三) 職業類別不同老人對應用健康照護模式行為意圖之影響

國內學者發現不同年齡的護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上有顯著差異(李欣芳, 2017)。智能障礙者在八個向度中皆未達顯著差異。故本研究假設 **H6-3：職業類別不同老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異**。

(四) 不同教育程度老人對應用健康照護模式行為意圖之影響

國內學者發現不同教育程度護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上有顯著正相關(馬健萍, 2016; 曾邑涵, 2016)。故本研究假設 **H6-4: 不同教育程度老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異。**

(五) 不同退休前平均月收入老人對應用健康照護模式行為意圖之影響

國內學者發現不同退休前平均月收入護理之家老人在應用健康照護模式行為意圖上有顯著正相關(馬健萍, 2016; 曾邑涵, 2016)。故本研究假設 **H6-5: 不同退休前平均月收入老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異。**

為瞭解新北市護理之家引進健康照護模式之接受度及相關因素實際情形，本研究採用問卷調查法進行，基於時間與人力的考量並考慮樣本的代表性，以新北市護理之家居民為主要研究的母群體，本研究設計依文獻歸納出「績效預期」、「易用預期」、「社會影響」、「幫助條件」、「行為意圖」、「使用的行為」等六個構面共計20題，使用自陳量表進行評估，答題者可選擇最適合的答案做有效的評估，由「非常重要」、「重要」、「普通」、「不重要」、「非常不重要」分別給予5分、4分、3分、2分、1分予以計分。

本研究為增加調查結果準確性與可信度，於2016年12月15日至12月16日為期2天時間假新北市蘆洲區某護理之家實施本研究問卷預試，發出預試問卷36份，問卷回收率100%，以SPSS統計軟體先對樣本結構進行敘述性分析，繼而對本研究各量表進行KMO取樣適切性量數檢定與Bartlett球面性檢定，作為建構效度的考驗以確定問卷內容的有效性，再利用Cronbach's α 係數來檢測量表之信度，之後將不適當的題項修正後完成正式問卷。

肆、 研究結果分析

一、敘述統計

本研究以新北市護理之家的老人為對象於2017年2月1日至2017年2月28日止採書面問卷方式，對相關受訪者進行調查共放300份回收有效問卷215份，回收率71.3%。本研究對象老人的背景變項，分別為性別、年齡、職業、教育程度、老人每個月收入等，表1為本研究背景變數之敘述摘要。

表 1 本研究背景變數敘述摘要表

背景變項	組別	次數	百分比	背景變項	組別	次數	百分比
性別	男	75	34.70%	家戶月收入	20000 元以下	48	22.20%
	女	141	65.30%		20001 元	50	24.10%
年齡	40 歲~50 歲	55	25.50%		30001 元	56	25.90%
	51 歲~60 歲	69	31.90%		40001 元	43	19.90%
	61 歲~70 歲	35	16.20%		50001 元	12	5.60%
	71 歲~80 歲	41	19.00%		60001 元以上	5	2.30%
	81 歲以上	15	6.90%	職業	工	64	29.60%
學歷	國中以下	62	28.70%		公務員	35	16.20%
	高中職	98	45.40%		商	24	11.10%
	大專	45	20.80%		軍人	5	0.30%
	碩士 (含以上)	8	3.70%		其他	83	38.40%

二、信效度分析

本研究以Cronbach's α 信度係數解讀本研究各項量表之信度。本研究績效預期、易用預期、社會影響、幫助條件與使用行為之Cronbach's α 值依序為0.864, 0.805, 0.902, 0.922與0.921，而整體意圖量表Cronbach's α 係數為0.920，均在可接受範圍內。

內容效度是指該衡量工具的內容能夠涵蓋主題的程度，此程度可從量表內容的代表性或取樣的適切性加以評估(陳寬裕、王正華，2013)。若問卷在建構過程中所建構的各層面之項目，能以理論為基礎並由理論架構推衍，參考專家學者類似的問卷內容，進而發展初始問項，之後再與專家學者討論審核，經預試程序完成後，則可稱為具有內容效度(黃俊英，2007)。本研究問卷題項的發展，由文獻探討、引用理論架構，確定研究變項的定義與關係，參酌國內外實證研究之量表，再經過專家審議，繼而預試問卷資料經項目分析、刪除不適用題項，最後編製成正式問卷，因此確信具有良好的內容效度。

本研究以因素分析評估測量工具之建構效度，在做因素分析之前，先以KMO取樣適切性量數檢定與Bartlett球面性檢定評估是否適合進行因素分析，依據學者Kaiser觀點，KMO值小於0.5，不適合進行因素分析。本研究各量表KMO值均大於0.6，且Bartlett球形檢定p值都達顯著水準，故本研究量表適合做因素分析。另針對問卷內容詢問多位專家評估各題項適用性、語意重複或不明確題項做文意的修正、增刪題目，並且將部份題目構面重新分配，經過與專家討論後完成定稿。另在效度部份，因素分析是以衡量模式進行模式適合度檢定，用來檢定各構面是否具有足夠的收斂效度。各衡量題項因素負荷量p值均已達顯著水準，故顯示各變數構念各題項的收斂效度是在可接受範圍。

三、各控制變項之差異性分析

本研究面對相異背景之護理之家老人應用健康照護模式的研究行為做不同的點、線、面考量以了解老人在各構面間的相異性。在性別變項中，本研究不同性別的研究對象在

老人健康照護模式行為意圖各構面t檢定分析發現 (如表2所示)，除易用預期構面展現出：女性顯著高於男性外，其餘構面均無顯著。故**本研究假設H6-1：不同性別老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異，呈現部份成立。**

表2 不同性別老人健康照護模式行為意圖各構面t檢定

構面	性別	人數	平均數	標準差	t 值
績效預期	男	75	11.4533	2.14535	-1.115
	女	141	11.7660	1.85795	
易用預期	男	75	7.3733	1.36336	-2.260*
	女	140	7.7929	1.26090	
社會影響	男	75	11.3067	2.24796	-1.459
	女	141	11.7589	2.01033	
幫助條件	男	75	18.5333	3.71386	-1.951
	女	140	19.4857	3.23978	
行為意圖	男	75	14.9867	2.89218	-1.029
	女	140	15.4071	2.83578	
使用的行為	男	75	11.2800	2.39684	-1.022
	女	141	11.6170	2.12690	

*表示 $p < 0.05$

根據表3所示，同年齡層的老人應用健康照護模式之「行為意圖」、「績效預期」、「易用預期」、「社會影響」、「幫助條件」、「使用的行為」，經分析後其差異達適當水準，再進一步以Scheffe法經比較，經研究了解年齡較長者行動意圖低於年輕者，顯現出年紀較輕者對應用健康照護模式的意圖較為積極。每位老人因所接受的環境、人、事、物的不同而發現產生不同的行動力。

而年紀較輕者接觸的資訊較為廣泛無形中應用健康照護模式的接受度較高。而年紀較長者接受度較保守，因而應用健康照護模式的接受度因此較為退縮。故**本研究假設H6-2：不同年齡層老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異，呈現部份成立。**

表3不同年齡老人健康照護模式行為意圖各構面變異數分析

構面	年齡	人數	平均數	F 值	事後比較
績效預期	A	55	11.98	2.049	n.s.
	B	69	11.20		
	C	35	11.37		
	D	41	12.02		
	E	15	12.07		
易用預期	A	55	7.87	3.177*	A > B D > B E > C E > B
	B	68	7.31		
	C	35	7.37		
	D	41	12.02		
	E	15	8.20		
社會影響	A	55	11.78	0.828	n.s.
	B	69	11.25		
	C	35	11.60		
	D	41	11.76		

構面	年齡	人數	平均數	F 值	事後比較
幫助條件	E	15	12.07	2.498*	D > B D > C
	A	55	19.60		
	B	68	18.46		
	C	35	18.31		
	D	41	19.98		
	E	15	20.27		
行為意圖	A	54	15.57	1.665	n.s.
	B	69	14.68		
	C	35	14.97		
	D	41	15.68		
	E	15	16.27		
使用行為	A	55	11.76	1.528	n.s.
	B	69	11.07		
	C	35	11.29		
	D	41	11.78		
	E	15	12.27		

註 1：n.s.未達顯著差異水準。*表示 $p < 0.05$

註 2：A:41~50；B:51~60；C:61~70；D:71~80；E:81~90

其次本研究將針對相異職業類別老人在應用健康照護模式意圖之「績效預期」、「易用預期」、「社會影響」、「幫助條件」、「行為意圖」、「使用行為」進行探討。結果發現差異性達明顯水準，以Scheffe法作事後比較，發現職業類別為工人的護理之家老人在績效預期、社會影響、幫助條件、使用行為動機上高於擔任公務員、商人、其他工作的老人。

職業不同，績效預期、社會影響、幫助條件、行為意圖、使用行為達顯著水準而易用預期未達顯著水準工作不同可使用的時間不盡相似，當然應用健康照護模式的時間也就不同；擔任家管的家長時間充足無形中有很多應用照護模式的時間，為求快速達到目對社會的影響，以及幫助條件、使用行為也較大對健康的幫助也較大。故**本研究假設H6-3：職業類別不同老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異，呈現部份成立。**

表 4 相異職業類別老人健康照護模式行為意圖各構面變異數分析

構面	職業	人數	平均數	F 值	事後比較
績效預期	A	64	12.3750	4.770***	A > C A > E A > E
	B	35	11.9714		
	C	24	11.2500		
	D	5	12.4000		
	E	83	11.0964		
易用預期	A	64	7.7656	2.221	n.s.
	B	35	8.1429		
	C	24	7.5833		
	D	5	7.8000		
	E	82	7.3902		
社會影響	A	64	12.5625	8.213***	A > E C > E B > E
	B	35	11.8286		
	C	24	11.7500		

構面	職業	人數	平均數	F 值	事後比較
幫助條件	D	5	12.2000	5.553***	A > E B > E
	E	83	10.7470		
	A	64	16.3906		
	B	35	15.7941		
	C	24	14.8333		
行為意圖	D	5	15.20001	5.125***	A > C A > E B > E
	E	82	14.4096		
	A	64	16.3906		
	B	34	15.7941		
	C	24	14.8333		
使用行為	D	5	15.2000	5.449***	A > E B > E
	E	83	14.4096		
	A	64	12.3594		
	B	35	11.8000		
	C	24	11.6667		
	D	5	11.4000		
	E	83	10.7349		

註 1：n.s.未達顯著差異水準。***表示 $p < 0.001$

註 2：A: 工人；B: 公務員；C: 商；D: 軍人；E: 其他

人口結構老化所衍生的重大議題在個人層面包括經濟問題、醫療問題、老化失能、以及銀髮族身心靈需求之了解及滿足；在國家社會層面則包括經濟型態轉變、社會福利支出增加、勞動人口比例之降低等。台灣在「高齡照顧服務」方面也提出了許多政策及作法；各部會也陸續推動相關服務業方案及計畫，以協助發展「六大新興產業」，之首即為醫療照護產業。

而根據表5顯示，不同學歷的老人在績效預期、易用預期、社會影響與幫助條件皆有顯著差異，而在行為意圖與使用行為則無顯著差異。故本研究假設H6-4：不同教育程度老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異，呈現部份成立。

表5 相異學歷老人健康照護模式行為意圖各構面變異數分析

構面	學歷	人數	平均數	F 值	事後比較
績效預期	A	62	11.8226	4.084**	A > D B > D
	B	98	11.9898		
	C	45	10.8222		
	D	8	11.8750		
易用預期	A	62	7.8710	3.463*	A > C B > C
	B	97	7.7629		
	C	45	7.1111		
	D	8	7.7500		
社會影響	A	62	11.8065	3.240*	A > C B > C
	B	98	11.8673		
	C	45	10.7556		
	D	8	11.7500		
幫助條件	A	62	19.6129	3.934*	A > C B > C
	B	97	19.6495		
	C	45	17.6889		

構面	學歷	人數	平均數	F 值	事後比較
行為意圖	D	8	19.1250	1.767	n.s.
	A	62	15.6774		
	B	97	15.4124		
	C	45	14.4889		
	D	8	15.8750		
使用行為	A	62	11.7742	2.589	n.s.
	B	98	11.7551		
	C	45	10.7333		
	D	8	11.5000		

註 1：n.s.未達顯著差異水準。**表示 $p < 0.005$ ；*表示 $p < 0.05$

註 2：A: 國中以下；B: 高中職；C: 大專；D: 碩士

世界衛生組織對65歲以上的老人分為三期，65-74歲為初老期的老人（young-old），75-84歲為中老期的老人（middle-old），85-99歲為老老期的老人（oldest-old）。以我國國情而言，居家銀髮族的年齡系以70歲以上的人居多，多半為65-70歲剛退休後進入第二次人生的人士，其對於旅遊或休閒等都非常期待；但自70-75歲以後慢慢地體力衰退，甚至整天都不外出、不活動的例子也相當多。而收入往往也是影響此類活動著最主要因素之一。

是故依據表6得知，收入不同護理之家的老人在應用健康照護模式行為意圖上單因子變異性分析各構面間的差異性。在易用預期、社會影響、幫助條件、行為意圖行為未達顯著差異水準，而績效預期則已達顯著差異水準。故本研究假設H6-5：不同月收入老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異，呈現部份成立。

表6 收入相異老人健康照護模式行為意圖各構面變異數分析

構面	收入	人數	平均數	F 值	事後比較
績效預期	A	48	11.8542	2.490*	A > D
	B	52	11.9038		C > D
	C	56	11.6786		B > D
	D	43	10.8104		F > D
	E	12	12.2500		E > D
	F	5	12.8000		
易用預期	A	48	7.9792	2.235	n.s.
	B	51	7.5098		
	C	56	7.7321		
	D	43	7.2326		
	E	12	7.5833		
	F	5	8.6000		
社會影響	A	48	11.6458	1.974	n.s.
	B	52	12.0769		
	C	56	11.2500		
	D	43	11.1860		
	E	12	11.7500		
	F	5	13.4000		

構面	收入	人數	平均數	F 值	事後比較
幫助條件	A	47	19.8085	1.471	n.s.
	B	52	19.4615		
	C	56	18.9286		
	D	43	18.1395		
	E	12	19.2500		
	F	5	20.8000		
行為意圖	A	48	15.6458	1.348	n.s.
	B	52	15.2885		
	C	55	14.9818		
	D	43	14.6977		
	E	12	16.0000		
	F	5	17.4000		
使用行為	A	48	11.6458	1.279	n.s.
	B	52	11.6923		
	C	56	11.4107		
	D	43	10.9535		
	E	12	11.7500		
	F	5	13.2000		

註 1：n.s.未達顯著差異水準。*表示 $p < 0.05$

註 2：A: 2 萬以下；B: 2 萬~3 萬；C: 3 萬~4 萬；D: 4 萬~5 萬；E: 5 萬~6 萬；F: 6 萬~8 萬

四、多重迴歸分析

本研究在此討論新北市護理之家的老人應用健康照護模式行為意圖，各構面的績效預期、易用預期、社會影響、幫助條件為預測變項對使用行為施行多重迴歸分析以回應各構念的預測力證實假設研究的正當性。研究結果如表7所示。

表7 收入相異老人健康照護模式行為意圖各構面迴歸分析

依變數	自變項	B	標準誤	Beta (β)	t 值
行為意圖	截距	1.935	.729		2.665*
	績效預期	1.144	.062	.786	18.538***
R=.786 R 平方=.617		調整後 R 平方=.616	F=343.67***		
行為意圖	截距	2.748	.777		3.536***
	易用預期	1.639	.100	.747	16.336***
R=.747 R 平方=.557		調整後 R 平方=.555	F=266.877***		
行為意圖	截距	3.253	.711		4.576***
	社會影響	1.036	.060	.762	17.166***
R=.762 R 平方=.580		調整後 R 平方=.578	F=294.656***		
使用行為	截距	2.019	.609		3.315***
	幫助條件	0.693	.031	.835	22.121***
R=.835 R 平方=.698		調整後 R 平方=.696	F=489.347***		
使用行為	截距	1.514	.452		3.348***
	行為意圖	0.654	.029	.838	22.453***
R=.838 R 平方=.703		調整後 R 平方=.702	F=504.160***		

(一) 績效預期與行為意圖迴歸分析

本研究發現在應用健康照護模式行為意圖上，績效預期對行為意圖的相關係數為0.786，判定係數為0.617，調整後判定係數為0.616，共可解釋行為意圖依變項61.6%的變異量。從摘要表可得出績效預期已達顯著水準，其未標準化迴歸方程式為：行為意圖 = $1.935 + 1.144 \times \text{績效預期}$ 。由於未標準化迴歸係數包含截距，無法比較預測變項的相對重要性，因而需將原始迴歸方程式轉化為標準化迴歸方程式，標準化迴歸模式為：行為意圖 = $0.786 \times \text{績效預期}$ 。故**本研究假設H1：老人對應用健康照護模式績效預期愈正面，則行為意圖愈正面，呈現成立。**

(二) 易用預期與行為意圖迴歸分析

本研究發現護理之家的老人在應用健康照護模式行為意圖上，易用預期對行為意圖的相關係數為0.747，判定係數為0.557，調整後判定係數為0.555，共可解釋行為意圖依變項55.5%的變異量。從摘要表可得出易用預期已達顯著水準，其未標準化迴歸方程式為：行為意圖 = $2.748 + 1.639 \times \text{易用預期}$ 。由於未標準化迴歸係數包含截距，無法比較預測變項的相對重要性，因而需將原始迴歸方程式轉化為標準化迴歸方程式，標準化迴歸模式為：行為意圖 = $0.747 \times \text{易用預期}$ 。故**本研究假設H2：老人對應用健康照護模式易用預期愈正面，則行為意圖愈正面，呈現成立。**

(三) 社會影響與行為意圖迴歸分析

本研究發現護理之家的老人在應用健康照護模式行為意圖上，社會影響對行為意圖的相關係數為0.762，判定係數為0.580，調整後判定係數為0.578，共可解釋行為意圖依變項57.8%的變異量。從摘要表可得出社會影響已達顯著水準，其未標準化迴歸方程式為：行為意圖 = $3.253 + 1.036 \times \text{社會影響}$ 。由於未標準化迴歸係數包含截距，無法比較預測變項的相對重要性，因而需將原始迴歸方程式轉化為標準化迴歸方程式，標準化迴歸模式為：行為意圖 = $0.762 \times \text{社會影響}$ 。故**本研究假設H3：老人對應用健康照護模式社會影響愈正面，則行為意圖愈正面，呈現成立。**

(四) 幫助條件與使用的行為迴歸分析

本研究發現護理之家的老人在應用健康照護模式使用的行為上，幫助條件對使用行為的相關係數為0.835，判定係數為0.698，調整後判定係數為0.696，共可解釋使用行為依變項69.6%的變異量。從摘要表可得出幫助條件已達顯著水準，其未標準化迴歸方程式為：使用行為 = $2.019 + 0.693 \times \text{幫助條件}$ 。由於未標準化迴歸係數包含截距，無法比較預測變項的相對重要性，因而需將原始迴歸方程式轉化為標準化迴歸方程式，標準化迴歸模式為：使用行為 = $0.835 \times \text{幫助條件}$ 。故**本研究假設H4：老人對應用健康**

照護模式幫助條件愈正面，則使用的行為愈正面，呈現成立。

(五) 行為意圖與使用行為迴歸分析

本研究發現護理之家的老人在應用健康照護模式使用的行為上，行為意圖對使用行為的相關係數為 0.838，判定係數為 0.703，調整後判定係數為 0.702，共可解釋使用行為依變項 70.2% 的變異量。從摘要表可得出行為意圖已達顯著水準，其未標準化迴歸方程式為：使用行為 = 1.514 + 0.654 × 行為意圖。由於未標準化迴歸係數包含截距，無法比較預測變項的相對重要性，因而需將原始迴歸方程式轉化為標準化迴歸方程式，標準化迴歸模式為：使用行為 = 0.838 × 行為意圖。故本研究假設 H5：老人對應用健康照護模式行為意圖愈正面，則使用行為愈正面，呈現成立。

伍、 研究建議與發展

本研究目的為：1.護理之家老人對健康照護的行為意圖。2.不同背景變項護理之家的老人應用健康照護模式的情況。3.探討護理之家的老人行為意圖與使用行為之關係。據此，本研究各項假設驗證結果如表 8 所示：

表 8 本研究各項研究假設之驗證結果一覽表

編號	說明	結果
H1	應用健康照護模式績效預期愈正面，則行為意圖愈正面	成立
H2	應用健康照護模式易用預期愈正面，則行為意圖愈正面	成立
H3	應用健康照護模式社會影響愈正面，則行為意圖愈正面	成立
H4	應用健康照護模式幫助條件愈正面，則使用行為愈正面	成立
H5	應用健康照護模式行為意圖愈正面，則使用行為愈正面	成立
H6-1	不同性別老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異	部分成立
H6-2	不同年齡老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異	部分成立
H6-3	職業不同老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異	部分成立
H6-4	不同教育程度老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異	部分成立
H6-5	不同月收入老人對應用健康照護模式行為意圖有顯著差異	部分成立

依據本研究對新北市護理之家的老人所做的調查分析；在二大構面當中，行為意圖與使用行為當中其平均數值分別為 3.85、3.83 皆大於中間值 3 顯示護理之家老人對行為意圖、使用行為的觀感，介於同意與非常同意之間。依據統計結果顯示，老人對健康照護模式的行為意圖之平均得分皆高於中間值，以健康照護的引進將會改變了學習方式與思維。用短時間作有效的學習為最高，以部分消費者之使用習慣與過去研究相似為最低。顯示健康照護用短時間作有效的學習很重要但是不重視使用習慣。

在幫助條件之平均值中以本研究證實表現期望、努力期望、社會影響正影響使用意圖為最高分，以提供驗證機制設計的方向與參考為最低分，顯示護理之家老人對於證實使用意圖超越設計方向與參考。而使用行為之平均值以銀髮族的實際需求影響實際使用

等相關因素為最高，以老人服務科技若有好的效果、低操作障礙會增加長者使用行為為最低。顯示銀髮族之實際使用需求遠超過低操作障礙。

相異學歷的護理之家老人在應用健康照護模式之績效預期、易用預期、社會影響、幫助條件、行為意圖、已達顯著差異水準而使用行為未達顯著差異。再以 Scheffe 方式施行事後比較發現在績效預期方面國中學歷者勝過碩士學歷，高中職學歷者勝過碩士學歷。易用預期方面國中學歷勝過大專學歷，高中職超越大專學歷。在社會影響方面國中學歷勝過大專學歷，高中學歷勝過大專學歷；在幫助條件方面，國高中大於大專學歷。行為意圖方面國中學歷勝大專學歷，使用行為方面未達顯著差異。

在健康照護模式行為意圖上，不同性別的老人有顯著差異，而女性平均值大於男性即應用健康照護模式的行為高於男性。工作類別不同老人在健康照護模式行為意圖上有顯著差異。從事軍事行業的老人較重視健康照護模式行為。本研究行為意圖以從事勞工工作的老人平均數最高。學歷不同的老人應用健康照護模式的行為意圖有顯著差異，在行為意圖部分，平均數最高的是具有碩士學歷的老人，平均數最低者為大專學歷的老人。具有碩士學位的老人在行為意圖，平均分數高於其他學歷老人，應用健康照護模式於老人的行為意圖較高。本研究在於探討運用科技接受模式理論架構，包括行為意圖、使用行為。影響效果為 0.388，當行為意圖越正面使用行為越高；相反則使用行為越低。

本研究建議後續研究在题目的描述上要考量高齡者的語文理解能力，儘量淺顯易懂為宜；此外，可能尚有其他影響高齡者對於健康照護模式接受度潛藏因素並未列入考量，因而影響研究結果之完整性，建議後續研究可調整或增加研究的層面及變項，找出是否有其他更有力的因素影響高齡者對於健康照護模式接受度。另外，高齡者在填答問卷時發現：用以區分家庭社經地位中缺乏其他一職，建議後續研究者應將其加入以增加問卷完整性。因人力及時間的限制，本研究只採量化的問卷調查法作為主要的研究方法，建議日後在各方條件許可之下，可佐以質性研究方法，如焦點團體、深度訪談等加以輔助，以達到質化與量化兼具的研究優點，深入了解不同群組高齡者對於健康照護模式接受度的差異，且在質與量的研究結果相互印證下，將使研究更加客觀及周延。

參考文獻

- 王敏男 (2015)。國中生參與健康休閒行為意圖之研究—以新北市板橋區公立國中為例。經國管理暨健康學院碩士論文，基隆市。
- 朱淑惠 (2010)。宜蘭地區實施遠距健康照護服務發展計畫之評估研究。中臺科技大學碩士論文，台中市。
- 李欣芳 (2017)。就業服務提供者對智能障礙者性議題態度之研究。國立高雄師範大學碩士論文。高雄市。
- 李建勳 (2007)。以整合性科技接受模式探討影響ERP系統使用意向之關鍵因素。國立台灣科技大學碩士論文，臺北市。
- 林良諺 (2013)。以UTAUT模式分析擴增實境科技應用於智慧型手機之行為意圖研究—以台灣「hipage搜go」軟體為例。台灣藝術大學碩士論文，新北市。
- 林芄君 (2013)。以事件關聯電位探討運動類型對女性老年人抑制功能的影響。國立台北市立教育大學碩士論文，臺北市。
- 林尚儒 (2015)。以整合性科技接受模式探討採用LINE貼圖的研究。吳鳳科技大學碩士論文，嘉義縣。
- 林虹妤 (2012)。3C產品使用者採用模式的研究-整合性科技接受模式觀點。國立成功大學碩士論文，台南市。
- 林筱瀟 (2012)。運用整合性科技接受使用理論探討銀髮族開車行為意向。南開科技大學碩士論文，南投縣。
- 金柏廷 (2012)。科技產品與消費者科技準備關係—以智慧型手機的工作與娛樂功能為例。國立成功大學碩士論文，台南市。
- 洪小雲 (2012)。跳舞機運動介入對女性老年人大腦神經功能的影響。國立台北市立教育大學碩士論文，臺北市。
- 洪家徽 (2015)。雲端技術應用於門診資訊查詢系統的績效評估與持續使用意圖。吳鳳科技大學碩士論文，嘉義縣。
- 徐鈞庭 (2015)。社會效益如何存在?弱勢婦女創業之投資社會效益(SROI)個案研究。輔仁大學碩士論文，新北市。
- 徐聖鈞 (2000)。選舉部落格使用動機與媒體可信度相關性分析。亞洲大學碩士論文，台中市。
- 馬健萍 (2016)。我國中高齡者社會資本與身心健康的關係。玄奘大學碩士論文，新竹市。
- 陳文玉 (2014)。長期照護服務人力專業向度之研究 —以長照十年計畫服務輸送為核心。南開科技大學碩士論文，南投縣。
- 陳寬裕、王正華 (2013)。結構方程模型分析實務AMOS的運用。臺北市：五南。
- 曾邑涵 (2016)。醫院服務品質、醫病關係、顧客滿意度與忠誠度關係之研究—以員林基督教為例。大葉大學碩士論文，彰化縣。
- 黃俊英 (2007)。多變量分析，第七版。臺北市：翰蘆出版社。
- 黃淑惠 (2014)。民眾對遠距居家照護照顧慢性病患意向之研究--以中台灣為例。亞洲大學碩士論文，台中市。
- 萬育維、蔡宏昭 (1993)。臺北市老人消費行為與老人福利產業之研究。臺北市政府，臺北市。
- 廖上慧 (2011)。影響U化健康照護系統使用意願因素。亞洲大學碩士論文，台中市。
- 廖淑真 (2013)。老年農家住民健康生活促進型態之探討。國立台北護理健康大學碩士論文，臺北市。
- 劉柏廷 (2006)。科技接受模式，結合計劃行為理論與科技接受模式，科技接受與使用統一理論之實證分析與比較：以台北市停車收費採用PDA為例。國立交通大學運輸科技與管理學系碩士論文，新竹市。
- 謝育明 (2007)。建立網路社群中知識分享意願的模式。國立台南大學碩士論文，台南市。
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organization Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: conceptual and ethodological considerations. Retrieved December 3, 2007, from <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/index.html>
- Ajzen, I., and Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Anderson, J. C. and Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423.
- Bagozzi, R. P. and Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Academic of Marketing Science*, 16, 76-94.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research, Reading*. MA, Addison-Wesley.
- Fornell, C. and Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Gaski, J. F. and Nevin, J. R. (1985). The differential effects of exercised and unexercised power sources in a

marketing channel. **Journal of Marketing Research**, **22**, 130-142.

Gefen, D., Straub, D. and Boudreau, M. C. (2000). Structural equation modeling and regression: Guidelines for research practice. **Communications of AIS**, **4**, 1-80.

Kaiser, H. F. (1960).the application of electronic computers to factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, **20**, 141-151.

Taylor, S. and Todd, P. (1995). Decomposition and crossover effects in the theory of planned behavior: a study of consumer adoption intentions. **International Journal of Research in Marketing**, **12**, 137-155.

