

消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之決策分析

The Analysis of a Consumer's Decision on Selecting a New Market Entry of Weight Management and Nutrition Counseling Clinics.

朱培宏¹

國立高雄科技大學 企業管理系 副教授

peihung.chu@nkust.edu.tw

黃韻璇²

國立高雄科技大學 企業管理系碩士在職專班 研究生

j111257110@nkust.edu.tw

摘要

近年來，台灣醫療產業環境面臨轉型，中小型醫院逐漸退出市場，而基層診所則相對穩定增加，其中有一個重要的現象特別值得注意：隨著政府推廣及健康飲食行為等衛生教育的宣導，國人對預防保健和健康意識的提高，促使個人化健康服務需求不斷增加。在這樣的趨勢下，專業醫療團隊搭配營養師的新型態診所進入醫療市場。任何新進入市場的企業，對管理者而言都是一項重大的挑戰，同樣地，新型態的自費減重暨營養諮詢診所要成功地掌握競爭優勢打入市場，亟需要深入瞭解吸引消費者選擇之因素。

本研究經由相關文獻探討及資料蒐集，並發展出消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所構面與準則之層級架構，其中包含四大構面與十二項準則，利用層級分析法(AHP)透過專家問卷調查進行構面及準則之評比，並從供給端(主管階層、業務執行者)與需求端(顧客)不同面向，探討分析結果歸納出消費者選擇之優先順序，從研究結果得知，需求端最注重的為「解說與溝通能力」、「服務即時性」與「專業技術與資歷」；供給端最重視的為「解說與溝通能力」、「服務態度」、「專業價值觀」。

關鍵詞：層級分析法、消費者選擇、醫療服務品質、減重營養諮詢

1. 緒論

1.1 研究背景與動機

根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)指出，全球存在不同形式的營養不良，24億人口正面臨糧食不安全(food insecurity)議題，同時有6.7億成年人有體重過重及肥胖問題，雙重營養問題已經對我們的下一代的健康及經濟造成負面影響，對於醫療資源、健康保險成本增加並衍生社會生產力下降及阻礙經濟，為了應對這些問題需要全面的政策措施，健康議題的公共政策以WHO在1986年於會議制定了著名的渥太華健康促進憲章，強調健康促進的重要性同時提供原則及行動政策，其內容包含呼籲政府、社會和個人共同參與健康促進，政府部門的政策推行及資源分配、社區或醫療提供衛生教育資訊及個人透過教育做出更好的健康選擇。

衛生福利部國民健康署(簡稱國健署)於民國100年起推動「健康體重管理計畫」，提倡並強化預防勝於治療的預防醫學及健康促進的觀念，預防醫學行為措施，包括定期體檢、運動及營養(Clarke, 1974)，在預防保健中營養治療的目標是維持社區民眾的健康，可減少疾病的發生率和預防其嚴重程度，並促進健康和生活質量(Carey & Gillespie, 1995)，衛福部國健署於民國107年完成符合我國之「臺灣肥胖防治策略」，推動提升全民健康飲食識能，宣導健康飲食、增加國人對營養的認知。

國健署委託研究計劃國民營養健康狀況變遷調查成果報告顯示，106年至109年20-64歲民眾代謝症候群(Metabolic Syndrome)盛行率為24.8%，19歲以上成人過重及肥胖盛行率逐年增加，透過調整飲食，採用健康的生

活方式對於減少慢性疾病風險至關重要，選擇健康的醣類、脂肪和蛋白質來源，尤其如第二型糖尿病、肥胖和代謝症候群等病人 (Giugliano, Ceriello, & Esposito, 2006)。

國人健康意識抬頭，坊間出現健康管理師、營養照顧師、營養調理師等頭銜，依據台灣營養師法於民國 73 年 5 月公布後，規定營養師必須取得專業證照方可執業，未取得營養師資格者不得執行營養諮詢等相關業務。臨床營養照顧執行依循標準流程及術語，營養照顧流程(Nutrition Care Process, NCP) 是美國膳食營養學會(American dietetic association, ADA)所提出營養照顧步驟，包括「營養評估」、「營養診斷」、「營養介入」、「營養監測與評估」；營養照顧過程從營養評估需要瞭解且記錄病人的飲食或營養史、體位量測、生化數值、疾病史，營養介入針對營養問題制定改善方案、予以營養教育，最後的營養監測與評估為確認介入計畫是否有效，當病人有新的評估數據，營養師則需要重新營養評估、診斷、討論新的計畫，完整的營養照顧透過與病人協商的過程進入營養照顧循環，因此營養照顧需要花費時間於評估及溝通並接續回診追蹤安排。

台灣全民健保於民國 84 年開辦後在論量計酬情況下，使醫療費用支出高漲，醫療資源配置受到扭曲；各科醫療分別於民國 87 後推行總額支付制度，醫療院所為了因應制度的實施，開始擴展不同的醫療業務，由健保給付的項目經營轉為開發自費醫療服務市場，總額支付制度實施後，自費醫療服務項目以門診營養諮詢發展最為迅速；全民健保實施前至總額制度實施後(民國 83 年至 91 年)，自費醫療服務項目以門診營養諮詢、體重控制門診、自費健檢、骨密度檢測、雷射美容及住院營養諮詢之發展最為普遍 (王敏容, 王如萱, 王佳惠, & 郭乃文, 2005)。市場競爭下醫療產業發展多角化自費醫療項目，自費醫療市場蓬勃發展，現今多數民眾在就醫時可以接受多數自費少數健保費用，由此可瞭解國人為了提升健康程度願意在就醫消費時投入更多費用 (王怡婷, 2019)。

近年來台灣醫療服務產業丕變，小型地區醫院逐漸退出市場，基層診所相對持續穩定增加，醫療院所採取擴大規模經濟及提升醫療服務品質策略，來因應外部環境制度的變遷及市場的競爭 (陳金哲, 2008)，醫療院所相繼拓展自費醫療項目包含如減重相關醫療服務；各家醫療院所憑藉評鑑結果或公開品質資訊增加辨識度，作為民眾就醫選擇時的參考依據，以中華民國肥胖研究學會體重管理門診認證申請之高雄地區醫療院所，共計 11 家(見表 1-1 最後一列)，其中包含營養師參與的照護團隊共 7 家。

以下將 109 年及 112 年 08 月高雄醫療區域醫院開業及營養師執業現況資料整理，如表 1-1：

表 1-1 高雄醫療院所及營養師執業現況分析

項目 \ 場域	醫學中心	區域醫院	地區醫院	診所	營養諮詢中心
高雄醫療區域醫院截至民國 109 年底	84 家			2968 家	4 家
高雄醫療區域醫院截至民國 112 年 08 月	4 家	6 家	68 家	2990 家	6 家
營養師配置	4 家	6 家	26 家	46 位 ¹	14 位 ²
設有體重管理中心或減重門診	4 家	2 家	7 家	—	—
中華民國肥胖研究學會體重管理門診認證	2 家	1 家	1 家	7 家	—

註：¹資料來源為高雄市營養師公會統計截至 112 年 8 月 22 日；診所營養師部分會以兼職方式，向衛生局報備支援於不同場域執行營養師業務。

² 高雄市其他醫事機構暨人員開(執)業現況表截至民國 112 年 08 月底。

新型態診所崛起伴隨診所於市場中面臨的競爭問題，醫療設備和科技技術規劃、專業醫療人力需求、醫療服務體驗及建立良好的口碑等，消費者對於醫療服務的選擇受到多種新的評估因素影響，本研究擬從跨領域專業能力(專業技術與資歷、價值觀及溝通能力)、實體與遠距諮詢規劃(新型態的衛教工具、影音、圖文等)、設備與診所配置(內部空間、環境、動線、等候時間及儀器設備)、醫療服務品質(服務即時性、服務態度及其他服務措施)等綜合面向探討；過去研究醫療服務產業主要聚焦在大型醫院、一般診所、自費健診及醫療美容產業，大多數專家學者之意見集中在專業技術因素及提升醫療品質因素上，其意見無法區別顧客層對於新型態診所之期望，本研究以具有新型態診所選擇之消費者及相關體重控制經驗消費者做為研究對象，旨在精準瞭解客群需求與偏好，研究將從供給端及需求端兩個角度分別探討，以瞭解於不同構面的偏好及重視之差異分析。

1.2 研究目的

本研究以新進市場的減重暨營養諮詢診所為研究對象，因應台灣醫療產業環境轉型，醫療院所面對市場競爭下，需建立具有競爭力的經營模式，以符合現今消費者更加重視的醫療品質及整體服務感受。本研究採層級分析法 (Analytic Hierarchy Process, AHP)，從供需不同面向探討診所規劃與消費者期望及偏好，依據各個構面評估指標偏好的順序，於選擇減重暨營養諮詢診所時偏好的重要程度，並比較供給與需求端對於診所選擇偏好要素程度的異同，作為未來規劃或改善營運及行銷，在醫療市場中做出不同於其他醫療院所的特殊亮點，本研究目的及描述如下列三點：

1. 透過文獻探討瞭解消費者在選擇新進市場的減重暨營養諮詢診所的關鍵因素。
2. 經由 AHP 分析歸納後，找出消費者在選擇新進市場的減重暨營養諮詢診所的優先順序。
3. 依照權重評估研究結果提出結論與建議，透過研究意涵可供未來新進市場診所參考及發展之應用。

2. 文獻探討

2.1 減重暨營養諮詢現況及特性

現行營養諮詢可以分為三大類型：醫療院所營養諮詢、營養諮詢中心、線上營養諮詢；醫療院所會依據醫院規模及服務量設置不同的專責照護中心，如：糖尿病照護中心、體重管理中心等，中心所配置營養諮詢團隊大部分會配置專責營養師，採跨團隊的照護模式提供較有系統性及完整的照護，並在環境上有較獨立的空間，減少病人需要移動或等候的時間；醫療院所中營養諮詢門診以健保試辦計畫之項目之慢性病人做為衛生教育的第一防線，搭配定期生化數值檢驗、體位評估等，提供營養諮詢及飲食指導 (盧立卿, 余雅萍, & 李蕙蓉, 2004)；若有自費營養、自費減重需求或經醫師評估需要且有意願自費諮詢之病人，往往容易造成諮詢等候時間過長及提供的照護環境是具壓迫感，且約診制度不完善亦對營養介入後的追蹤成效較困難；營養諮詢中心及線上營養諮詢部分則可以採預約諮詢方式來減少等候時間，營養師進行諮詢的時間不易被壓縮，並可依據顧客需求提供個人化的營養衛教課程規劃，但會有缺乏個案的生化檢驗數值以及有部分疾病問題的顧客是無法提供照護等限制。

近年來營養諮詢市場為滿足不同顧客需求呈現多樣化發展，以下就分類及特色分析整理，如表 2-2：

表 2-2 營養諮詢市場分類及特色分析

分類	既有類型					新類型 ¹
項目	試辦計劃營養諮詢	一般營養諮詢	專責照護中心	營養諮詢中心	線上營養諮詢	減重營養診所
收費	健保	自費	健保/自費	自費	自費	自費
場域	醫院、診所	醫院、診所	醫院、診所	機構	機構	診所
特色	<ol style="list-style-type: none"> 1. 須符合健保收案條件。 2. 配合回診時間進行營養衛教。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 民眾可以自行掛號預約。 2. 就醫時經醫師評估後，須轉介營養諮詢且有意願自費者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配合專業照護團隊。 2. 有較獨立醫療環境空間。 3. 常見如：減重、糖尿病控制、癌症、健診中心等。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由營養師自行開業。 2. 有較獨立醫療環境空間。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透過通訊設備，採遠程營養諮詢。 2. 透過遠端監督系統，提供持續性的照護。 3. 節省交通的時間及費用。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結合專責照護、營養諮詢中心及線上營養之醫療特色。 2. 搭配功能醫學及基因檢測。
缺點	有時間間隔及次數限制	諮詢室安排大多為共用，需要與健保民眾共同等候諮詢。	大多設置於大型醫療院所中，易產生交通及停車問題。	需要先自行準備外院檢驗生化值。身體檢查或疾病診斷治療需轉醫療院所。	需要先自行準備外院檢驗生化值。身體檢查或疾病診斷治療需轉醫療院所。	特殊疾病別個案須搭配轉院追蹤。

註：¹ 新類型指結合既有類型項目之特色發展之醫療型態。

醫療市場競爭下各醫療管理者為了因應環境市場需求，改以顧客為中心的顧客導向服務，結合顧客導向之行銷策略，並透過跨部門溝通，發展創新的醫療服務設計，創造出差異化的醫療服務 (蔡雅芳;吳世望;林培剛, 2010)，以顧客價值為中心的營運管理方式，讓顧客價值導入自費醫療服務，使醫療服務能符合不同需求的顧客，醫療院所同時需建立 S 良好的市場口碑，以吸引顧客購買自費醫療服務 (劉燦宏, 任文瑗, 趙嘉成, 崔岡, & 邱文達, 2004)；醫療院所自費醫療服務的增加，受到市場競爭之外，包括科技進步及民眾需求有所增加，市場競爭程度越高的大都會區，其醫療院所開發的醫療自費服務項目越多 (王敏容 et al., 2005)，因此，促使醫療照護服務創造更高的價值且提供病人有利的服務，減重暨營養諮詢診所為了在市場中脫穎而出，結合專責照護、諮詢中心及線上服務特性，重視並建立顧客導向的服務流程，透過深入了解消費者的需求與期望，打造個人化的醫療解決方案，並採用新穎的設備環境、優化的醫療系統及建立即時的溝通渠道，為顧客提供更高品質的醫療服務，進而建立良好的口碑和忠誠度基礎。

M. A. Darzi, S. B. Islam, S. O. Khurshed, & S. A. Bhat (2023) 利用系統性回顧分析將醫療服務品質分為四大構面，分別為：服務場景、醫療人員、醫療管理及病人參與，研究中發現以 SERVQUAL 使用為廣泛的服務品質評估工具，服務品質是一種主觀的衡量標準，不同地區和不同醫療院所之間存在著差異，這些差異可能是由於病人的文

化背景和個人偏好所導致；現今科技及網路媒體發展對於醫療資訊的廣泛傳播，民眾對於醫療服務意識高漲，對醫療服務品質的要求也越來越高，醫療品質及服務資訊公開與透明化，有利於做為就醫時選擇參考依據（劉宜君, 2012），使民眾可以更好的參與醫療決策，瞭解可獲得的醫療服務及治療選項。根據國內外文獻探討消費者對於醫療選擇偏好及考量之因素，以下就各學者對消費者就醫選擇之分類整理如表 2-3。

表 2-3 消費者就醫選擇決策相關文獻整理

學者 (年份)	類型	就醫選擇決策內容
Stratmann (1975)	醫院 選擇	以病人理性決策模式解釋對門診醫療服務的選擇，病人的門診選擇就醫決策原因為：時間因素、經濟因素、醫護服務品質因素、方便性因素、社會心理因素。
高明瑞等 (1995)	醫院 選擇	民眾選擇醫院的五項因素，依序為：1.醫師醫術、2.醫德、3.服務態度、4.現代化的設備儀器、5.內部環境空間設計與布置。
林秀玲等 (2017)	醫院 選擇	民眾就醫選擇最重視醫療人員服務態度、就診流程(檢查完成時間)、醫院形象(儀器先進)。
曾倫崇 (1999)	診所 選擇	顧客就診考慮因素，依序為：1.醫德最重視、2.醫師的聲望、3.醫術、4.醫療設備。
蔡文正等 (2003)	診所 選擇	民眾選擇至診所就醫考慮因素中，傾向選擇至診所就醫的民眾，以「等候時間」、「交通時間」、「醫術」為主要考量。 民眾不選擇至診所的考量因素，為「醫術」、「儀器設備」、「醫師選擇性」。
林惠賢等 (2004)	診所 選擇	顧客選擇診所六大考量因素：硬體設備因素、醫師因素、其他服務人員因素、方便因素、藥品及經濟因素。
劉燦宏等 (2004)	自費 醫療 選擇	1.資訊：是否提供優良服務品質的資訊給顧客。2.溝通：是否提供顧客、便利、互動的溝通管道。3.交易：是否能提供安全方便的交易模式。4.配銷：是否能夠以快速、便利方式提供給顧客。5.服務：能否提供良好的售後服務。
趙政敏等 (2010)	自費 醫療 選擇	民眾考量之五項因素以：「健檢環境中的清潔考量」、「醫師的專業能力」、「護理人員的專業能力」、「先進的健檢儀器設備」、「護理人員的態度親切有禮」。
劉宜君 (2012)	自費 醫療 選擇	消費者在選擇自費醫療服務時，考慮因依序為：「醫療服務的效果」、「醫師的專業能力」、「新的儀器設備」、「病快好」、「等候時間短」。

2.2 跨領域專業能力

專業一詞定義，其中包含專業知識和技能、自主、信任、責任和正直、服務社會、與顧客互動、具權威的發言及專業執照 (Ellis, 2004)。專業醫療訊息過於複雜，消費者往往會藉由專家意見來減輕訊息處理的負擔 (Hibbard, Slovic, & Jewett, 1997)，在醫療市場中消費者與醫療人員間存在資訊落差，因此需要政府以證照政策來矯正市場與保障消費者的就醫品質 (黃松元, 2004)；醫療行業透過臨床研究、學者、醫療、醫事人員合作開發新改良技術、設備、藥物等，持續於醫療領域有創新的發展，為維持臨床醫療、醫事人員照護水準，醫生和其他醫療保 S 健專業人員有責任不斷更新的知識和技能 (Board, 2018)，依據我國醫事人員執業登記及繼續教育辦法，醫事人員每六年應完成一百二十點之繼續教育課程積分，確保營養師在執業期間持續保持專業素養，提供優質的營養諮詢和服務，同時有助於營養師繼續學習與進步，以應對快速變化的健康和營養領域，除了高考營養師證照，欲強化不同專業科別衛教和知識技術，各學會結合不同專業醫療職類推行核心課程、實習、口試及考試等審核機制，以強化不同疾病別照護的特殊需求，提升研究發展及治療水準，在臨床目前設有專科營養師之認證包括：體重管理營養師、糖尿病衛

教師、腎臟專科營養師、營養醫療專科營養師等，上述資格經審核後每六年需配合各學會要求完成一百二十至一百五十點之繼續教育積分。

醫療本質上是一項道德事業，因此其專業交流應該建立在道德健全的基礎上 (Pellegrino & Relman, 1999)，目前大多數國家，醫療保健專業人員都需要符合相關能力標準，因此在消費者的醫療選擇期望傾向於強調人道主義，且更加強調利他主義和平等價值 (Moyo, Goodyear-Smith, Weller, Robb, & Shulruf, 2016)，民眾會希望所依賴的醫療專業人員利用卓越的知識來促進病人的最大利益，醫療專業人員被期望在自身利益與病人利益之間解決衝突時，優先考慮病人的利益 (Blumenthal, 1994)。

迷你臨床演練評量(Mini- Clinical Evaluation Exercise)為美國內科醫學會 Norcini 等人設計之臨床技能評估工具，操作便利、可行性高且信效度已被許多研究證實，作為臨床教學評估工具應用在實習學生、PGY 訓練及新進人員等，臨床教師採直接觀察方式，評估學員的診療處置及操作，評量內容共分為七大項目：「醫療面談」、「身體檢查」、「人道專業」、「臨床判斷」、「諮商衛教」、「組織效能」、「整體適任」，學員透過臨床教師的直接回饋提升臨床技能，並更加重視「諮商衛教」及「人道專業」的培養及訓練 (Chen et al., 2022; 陳柏齡 et al., 2009)。

Vasiloglou, Fletcher, & Poulia (2019)提出尊重道德方面可以改善營養諮詢的結果，應遵循的主要道德價值觀如下述：

1. 提供準確資訊：在言行真實且可靠的基礎上，建立諮詢者與病人的信任關係。
2. 隱私性：與病人共享的資訊遵循保密義務，並妥善保管病歷資料。
3. 尊重自主權：提供之醫療建議，病人有選擇與決定之權利。
4. 不造成傷害：營養介入應遵循實證醫學，獲得安全的照護。
5. 公平性：所有的病人均接受同等的待遇，不因性別、種族、年齡、宗教、社經地位或其他因素而受歧視。

溝通可以被視為醫療照護的核心要素之一，醫療溝通已確認可以分為三個目標：建立良好人際關係、資訊交流、做出醫療照護決定 (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995)；溝通技巧會充分影響到臨床諮詢的適切性、病人滿意度、所提供建議的記憶、遵循程度以及潛在會感到不適的醫療程序及手術等影響 (Sanson-Fisher & Maguire, 1980)。當醫療資訊不對等，需要理解較複雜的信息時，消費者會不願意或無法將信息納入自己的選擇中 (Hibbard et al., 1997)，因此，需要以簡要概述關於實際可供消費者使用的醫療信息，提供利於做出決策的相關信息，以協助消費者做出健康保健的決策 (Lubalin & Harris-Kojetin, 1999)，通過溝通的過程在決策中納入各病人的健康目標，促進以病人為中心的照護 (Wynia, Latham, Kao, Berg, & Emanuel, 1999)，提供以病人需求為中心的諮詢方式，可以增加病人改變飲食模式，促進病人健康行為改變 (Ockene et al., 1995)。

2.3 實體與遠距諮詢規劃

在智慧醫療下的新健康管理模式更加關注患者的自我管理，強調對患者的即時自我監測，健康數據的直接反饋，以及適時的醫療行為介入 (Tian et al., 2019)。慢性病具有共同的風險因素，並且都與營養和健康有關，這些疾病的管理需要針對飲食攝取、身體活動和體重管理等多方面考慮因素 (Redfern, 2017)，慢性病管理中重要的項目包含自我管理支持，但由於培訓、時間和資源的限制，許多基層診所無法提供這類型支持 (Willard-Grace et al., 2013)。

數位醫療科技蓬勃發展透過遠距諮詢及教學之服務，我國於民國一百一十二年四月二十六日公告修正營養師法案，經事前報備主管機關得以通訊方式進行營養師業務，醫療專業人員是否能提供即時的諮詢服務至關重要，當提出疑問但無法得到回應或是得到回應的時間間隔過久，都會降低對諮詢服務的使用意願 (詹恭巨 & 林麗娟, 2005)，遠程營養諮詢透過行動裝置與應用程式，利用拍攝食物影像上傳並得到營養師的反饋，可以有效促使病人積極控制，其中包括幫助病人積極參與醫療保健的技能學習及增加信心 (Stein, 2015)。

依據國際營養基因學暨營養基因體學會(International Society of Nutrigenetics/Nutrigenomics, ISNN)指出，精準營養的討論應分為三個層面：傳統營養以一般群體的基本準則，依據年齡、性別、社會決定因素等區分；個人化營養納入個人當前營養狀況的相關信息，如人體測量、生化檢驗、代謝分析及身體活動等；基因型導向營養：基於罕見或常見的基因遺傳變異 (Ferguson et al., 2016)，在設計個人化或量身定制的飲食時，除了需考慮基因遺傳因素外，

亦包括身體活動、生活方式、代謝體學與腸道微生物等，均為精準營養領域中需納入評估的重要因素 (de Toro-Martín, Arsenault, Després, & Vohl, 2017)。透過更多的個人化服務來增加效益，應用個人化評估及檢測，提供特定微量營養素、飲食、運動安排等相關建議，然而挑戰在於需確保信息不變得過於複雜，導致病人遵從度降低 (Pillon, Loos, Marshall, & Zierath, 2021)。

營養衛教工具的來源包含政府部門資源、出版發行之工具書、基金會或學會提供的教學資料及學術期刊上發表的教育內容等，各種形式的營養衛教工具可以應用在臨床營養的多種領域中，但部分公開資源，閱讀困難度遠高於建議水平，且整體上並非以病人為中心設計 (Wasir, Volgman, & Jolly, 2023)。臨床營養衛教應用如個人化的菜單設計、飲食指引、食物代換技巧；顧客學習方式和準備改變行為是製定顧客教育計畫時需要考慮的因素，需要評估學習需求、決定教育程度、選擇最佳方法，並選擇適當的營養教育工具 (Delahanty & Heins, 2013)，發展完善的教育計畫及應用不同的教學工具，以確保教學工具能夠符合學習狀況 (Sophasath, Brisset, Rose, & Bémeur, 2023)，實踐將知識轉化為技能或能力。

2.4 設備與診所配置

醫療院所的環境配置的優化包含依據臨床需求空間安排、動線路徑規劃、可因應營運流量需求的可變性、醫療用品及藥物精益管控等 (Halawa, Madathil, Gittler, & Khasawneh, 2020)，其中移動的動線及等候的空間氛圍，會最直接影響消費者的體驗及感受，利用景觀環境、空間佈局、光線、噪音控制打造具療癒性的環境以降低顧客壓力、穩定情緒，並提升自我效能感、歸屬與認同感 (DuBose, MacAllister, Hadi, & Sakallaris, 2016)，對於候診區的環境設計提出可供參考的決策，如調整環境元素可利用調整服務環境的燈關與溫度，或採自然光與改善環境噪音等有效規劃和管理 (Lugosi, O'Brien, Olya, Pink, & Lavender, 2023)，並提供不同顏色的醫療設施，如色彩豐富的坐墊和窗簾，讓環境更加明亮，舒適的室內溫度，以及愉悅的室內香氣，這些都可以改善醫療院所冰冷的臨床形象，有助於吸引消費者並提升顧客的醫療體驗 (Majeed & Kim, 2023)。

以泛美衛生組織(Pan American Health Organization, PAHO)指出醫療設備被視為健康體系不可或缺的核心要素，隨著其安全及有效性不斷進步下，在疾病的預防、診斷、治療和康復上扮演著至關重要的角色，所能帶來的好處日益增加，醫療設備的持續發展，可以更加有效的瞭解飲食、運動及生活習慣對於個人健康代謝影響，並可以在無症狀的個案上發現相同食物對於餐後血糖調節的個體化差異 (Jarvis, Cardin, Nisevich-Bede, & McCarter, 2023)。

身體組成分析對於評估與監測營養不良的急性和慢性病人非常重要，相關研究在臨床營養與醫學已有悠久的歷史，新的概念和技術的發展擴大了身體組成測量的研究及臨床運用 (Heymsfield & Matmews, 1994)，生物電阻抗分析(Bioelectrical Impedance Analysis, BIA)是一種簡單、非侵入性、迅速、輕便、可重複且方便的測量身體組成與身體含水量的儀器，利用電流通過生物電阻抗的時間，可以分析身體中骨骼肌、體脂肪、骨骼重及身體含水量 (Brunani et al., 2021)，近幾年更是發展另一種新技術利用 3D 表面掃描作為人體測量及體型評估，3D 人體掃描儀 (Three-dimensional body scanner)是屬於非接觸、非侵入、無害的雷射掃描系統，利用光學三角測量計算身形體態，許多驗證研究顯示透過掃描與手動量測(如:腰圍、臀圍)進行比較更具可行性、可靠性和有效性 (Guarnieri Lopez, Matthes, Sob, Bender, & Staub, 2023)。

看診整體所需花費的時間，依據提供服務的過程可區分為三個時間定義，「實際等候時間」等待醫療服務或過程中需等待下一個醫療服務的時間；「實際服務時間」接受每項醫療服務所需花費時間；「實際看診時間」從掛號後完成醫療服務、領藥、結帳至離開花費的總時長 (Xie & Or, 2017)，較長的等待時間會導致整體滿意度下降 (Anderson, Camacho, & Balkrishnan, 2007; Camacho, Anderson, Safrit, Jones, & Hoffmann, 2006; McMullen & Netland, 2013)，更長的等待時間不僅影響滿意度，且會影響到醫療人員所提供的醫療資訊及整體照護看法 (Bleustein et al., 2014)。為了改善等候時間，部分醫療院所採預約時段安排，但可能會遇到顧客提前、準時或遲到等情形，研究指出顧客等候時間係以到達診所時開始，而非實際預約時間 (Medway, de Riese, de Riese, & Cordero, 2016)；營養衛諮詢及衛教的所需花費的即為營養師的時間成本，相對顧客而言需要花費時間與營養師進行特定次數的接觸，對部分人來說更多的接觸及花費較長時間會降低選擇的意願 (Morgan-Bathke et al., 2023)。

2.5 醫療服務品質

醫療服務即時性係指，當病人有需求時，應能夠聯繫到醫療專業人員，並取得即時的醫療協助 (Fletcher et al., 1983)，對於以病人為中心的服務應提供專業醫療的選擇與即時的預約服務，並在檢查或提供治療建議後能確保得到適當且即時的照護 (Bechtel & Ness, 2010)，病人在面對健康相關問題時往往會感到焦慮，特別是關於疾病或醫療保健的相關問題，病人會希望可以隨時與醫療專業人員進行諮詢與溝通，獲取所需要的指導與支持 (Shareef, Dwivedi, Archer, & Rahman, 2019)。

服務的提供是員工與顧客接觸時互動的過程中發生的，顧客接觸到的員工態度和行為會影響到顧客對服務的感受，積極應對的服務態度是以人為本的服務中員工行為的關鍵要素，服務組織應確保員工具有良好的積極性及健康的工作態度 (Lee, Lee, & Yoo, 2000)，積極服務態度是情緒傳遞的關鍵觸發和驅動因素，顧客的情緒狀態會受到員工的積極情緒表達程度影響，不僅影響到顧客在接受服務的感受，及後續的行為反應產生，如是否願意再次光顧或口碑行銷的意願 (Terblanche, 2016)，醫療專業人員幫助病人的意願表現、人員的關心態度並確保病人能準確及妥善接受到服務，可提升病人對於醫院的滿意度 (Meesala & Paul, 2018)，醫療專業人員對病人抱有同理心、關心且積極的態度，會增加病人對醫療服務的選擇意願 (Shareef et al., 2019)。

服務的無形性是與有形性的商品不同，服務在顧客消費之前無法感知 (Ramsay, 2006)，Maister & Lovelock (1982) 所提出的服務分類矩陣，醫療服務屬高度顧客接觸與高客製化服務，其服務措施的設計須滿足個人需求及偏好 (Mudie & Pirrie, 2006)，不僅是有形性商品亦包括無形性的服務措施的提供者應不斷檢視與調整以滿足顧客需求，以提升顧客的服務體驗感受 (Lee et al., 2000)，過去醫療服務是以供給者導向，現今醫療服務為了確保客源穩定，更加關注使用者需求，採取提供使用者導向的醫療服務措施執行 (侯建州, 2018)，服務措施提供專業醫療服務以外的顧客需求以提升顧客滿意度，診所服務措施提供醫療服務訊息、附加商品販售、舉辦優惠活動、協助安排及提醒回診時間、定期通知預約看診服務等 (李婉怡, 吳靜宜, & 林佳慧, 2007)。

3. 研究方法

本研究採層級分析法(AHP)作為研究工具，本章節針對層級分析法(AHP)的基本架構與理論基礎，探討消費者選擇新進市場的減重暨營養諮詢診所之構面層及各構面結構分析程序與步驟流程，分析各層級之權重以探討消費者選擇之關鍵因素。

3.1 層級分析法

層級分析法(AHP)是一種使用在多屬性決策(Multi-criteria decision-making method, MCDM)時的研究方法，幫助決策者應對多種相互衝突和主觀標準的複雜問題，Thomas L. Saaty (1972)最早提出層級分析法的理論；層級分析法提供了將主觀判斷轉化為客觀評估的方法，利用其簡單和靈活的數學運算使得決策過程更具科學性，AHP 一直是許多領域受歡迎的決策工具之一，包括工程、食品、商業、生態、醫療保健與管理等 (Sipahi & Timor, 2010)，AHP 的三個重要組成包含：將問題結構化包含目標和次要目標的層次結構、在每個層次對項目進行兩兩比較以及整合各階層的優先順序 (Daniel L. Schmoldt, 2001)。

Saaty (2008)為了有系統性的做出決策之優先順序，使用層級分析法將以下列步驟來處理決策問題：

1. 定義問題，並確認所需要的相關知識訊息。
2. 建構決策層次結構，從頂層決策目標、次要目標、最低級別目標及替代方案。
3. 建構成對比較矩陣，利用上層的每個目標比較下一層的次要目標。
4. 使用從比較中獲得的優先順序來衡量下一層級的優先順序，整合各階層的相對權重值並獲得其整體的優先順序。

3.2 研究構面與準則

在層級分析法應用中，分析研究的問題建立適當決策層次結構並確立決策的最終目標，蒐集各層級因素之文獻資料、提出定義、論點、廣泛不同觀點將複雜問題分解為最基本和最重要的組成部分。

Von Winterfeldt (1980)指出將決策問題建構為正式且可管理的格式是決策分析中最重要的一步；多目標決策分析時資訊應該滿足以下標準，應符合可取得的、可區分的、可抽象的、可理解的、可驗證的、可測量的、可推斷的及可使用的 (Brugha, 2004)，在建立層級分析系統的過程中，應確認目標與次級目標的問題關聯，並將同等重要的要素放在同一層級，這一步至關重要，因為不同的層級結構可能會導致不同的結果 (Ishizaka & Labib, 2011)，此外，層級內的要素最多不超過 7 個，過多要素可能會導致評比不一致情況，同時每個層級內的要素需要具備獨立性。如圖 3-1 所示，第一層為結構中的最終目標，第二層為層級構面，第三層為評估因素。

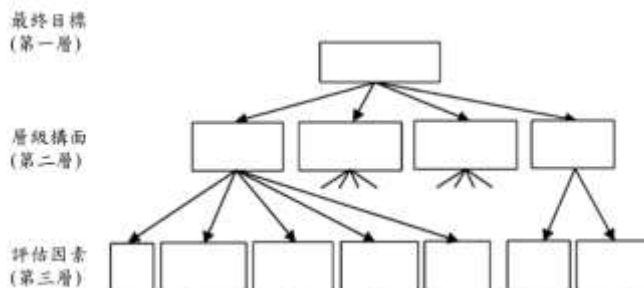


圖 3-1 層級結構圖範例 (Akarte, Surendra, Ravi, & Rangaraj, 2001)

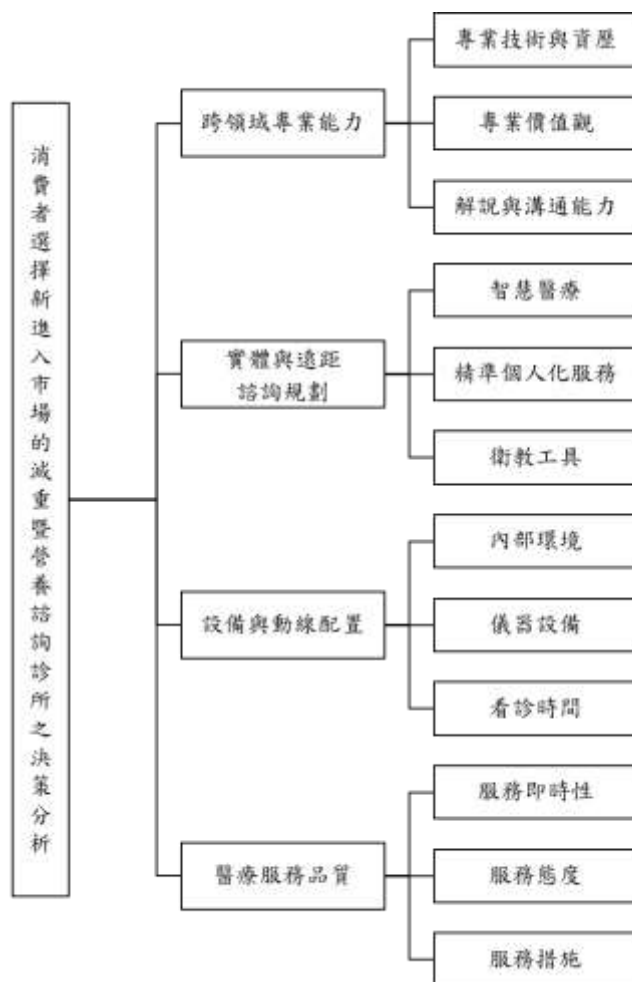


圖 3-2 研究層級架構圖

3.3 衡量指標與階層關係

依據第二文獻探討所彙整分析消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所考量的跨領域專業能力、實體與遠距諮詢規劃、設備與診所配置及醫療服務品質等四個構面；綜合構面相關因素整理十二項研究準則，建立探討消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之關鍵因素衡量指標與階層關係，各層級之操作型定義說明，如表 3-1：

表 3-1 消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之關鍵因素操作型定義

構面	次評定準則	定義說明
跨領域專業能力	專業技術與資歷	具備相關專科證照、具相關經歷，搭配定期專業訓練
	專業價值觀	以病人(顧客)為中心的醫療決策
	解說與溝通能力	對於專業醫療的解說與溝通，能將專業醫療術語轉化為顧客可理解的內容，並利用動機式晤談，協助顧客察覺問題、著手改變並達成目標
實體與遠距諮詢規劃	智慧醫療	應用資訊科技以支援顧客的服務，持續性的營養照護服務，如：飲食紀錄 APP、生活數據紀錄、體位量測分析紀錄、連續血糖監測儀器
	精準個人化課程	依據個人的量測、生化檢驗及基因檢測等，規劃個人化的飲食保健課程
	衛教工具	影音衛教工具、主題衛教課程文章、飲食評估調整回饋
設備與診所配置	內部環境	空間寬敞、明亮、整潔、具備隱私性
	儀器設備	Inbody 測量、體組成分析、3D 人體掃描機、肌肉管理設備
	看診時間	顧客於候診區等待與看診花費的時間
醫療服務品質	服務即時性	客服諮詢(電話、線上)、健康顧問，提供即時性的訊息回覆
	服務態度	感受到親切且樂意服務的態度
	服務措施	定期提供醫療訊息、體驗服務、附加商品等，如：保健食品、儀器使用、運動課程等

3.4 問卷設計與調查

評估是以每一個層級的上一層要素，作為下一層要素評估的依據，採用名目尺度(Nominal Scales)進行評估兩個要素間對於目標的相對貢獻或重要程度，名目尺度又稱為分類尺度，數字本身不具任何意義，AHP 評估尺度基本劃分為五項，另外有四項介於五個基本尺度間，區分為九個等級如表 3-2 所示：

表 3-2 AHP 評量尺度意義與說明

評量尺度	定義	解釋
1	同等重要(Equal importance)	兩項準則對目標的貢獻同等的。
3	稍微重要(Weak importance)	依據判斷是稍微傾向於某一方準則。
5	非常重要(Strong importance)	依據判斷是強烈偏向某一方準則。
7	極為重要(Demonstrated importance)	可判斷非常強烈支持某一方準則。
9	絕對重要(Absolute importance)	可判斷具備充分證據支持某一方準則。
2, 4, 6, 8	與相鄰兩個尺度之中間值(Intermediate values)	當需要折衷值時。

資料來源：Saaty (1977)

3.5 建立 AHP 比較矩陣

利用層級結構處理具有多個標準和多個選擇的問題，並將各項構面及準設計成簡易明瞭的成對比較來做評比，成對比較的步驟為，若有 n 個要素依照成對組合方式，以 $n(n-1)/2$ 個成對比較。將 n 個因素進行成對比較，利用成對比較矩陣整理資料，其中上三角形部分的數值為下三角形的部分相對位置數值的倒數。

3.6 一致性檢定

因要求決策者成對比較時，達到前後連貫是較困難的，故為確認結果需進行一致性指標(Consistency Index, CI)之檢定，其一致性指標定義如表 3-3。

表 3-3 一致性指標定義

CI 值	定義解釋
= 0	評比前後判斷具一致性
≤ 0.1	矩陣的一致性程度於可以接受的範圍
≥ 0.1	表示矩陣前後不連貫

在不同的階數下產生不同的 CI 值，稱為隨機指標(Random Index, RI)，階數 n 及其相對應的隨機指標 RI 值如下表 3-4 所示：

表 3-4 隨機指標表

n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RI	0.00	0.00	0.58	0.90	1.12	1.24	1.32	1.41	1.45	1.49

資料來源：Saaty (1977)

接續進行一致性比率(Consistency Ratio, CR)的檢定，CR 值指在相同 n 階數的矩陣下是否達到水平的一致性，公式為： $CR=CI/RI$ 若 $CR \leq 0.1$ 時，則表示矩陣內的一致性為合理的。

3.7 研究對象

本研究以供給與需求的角度分別探討消費者對於選擇新進市場的減重暨營養諮詢診所選擇偏好需求，因此問卷發放填寫之對象，於供給端部份以經營管理者（主管階層）和業務執行專業人員（營養師）；於需求端部份則針對有減重及營養諮詢需求之個案，且目前選擇至新型態診所就診之顧客為主要專家對象。

4. 研究結果

4.1 基本資料分析

本研究問卷發放給於供給端專家（以經營管理者和業務執行專業人員）及需求端專家（有減重及營養諮詢需求之個案，且目前選擇至新型態診所就診之顧客），問卷總共發放 16 份，供給端專家 8 份、需求端專家 8 份。

4.2 權重分析結果

本研究藉由多準則協同決策支援分析軟體 Power Choice，進行消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之決策分析。本研究之衡量分析分為四個構面、十二項準則，分別由減重暨營養諮詢診所之供給端專家與具減重製診所之需求端專家進行比較。

供給端因素與消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之權重分析

本研究以供給端部分作為分群，其重要性順序為跨領域專業能力(0.447276)>醫療服務品質(0.27774)>實體與遠距諮詢規劃(0.164978)>設備與診所配置(0.110005)。其 $\lambda_{\max} = 4.01928$ ；C.I. = 0.00643 < 0.1；C.R. = 0.00714 < 0.1，結果顯示符合一致性，如表 4-1：

表 4-1 供給端因素與消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之構面權重

構面	權重	排序	λ_{\max}	C.I.	C.R.
跨領域專業能力	0.447276	1	4.01928	0.00643	0.00714
實體與遠距諮詢規劃	0.164978	3			
設備與診所配置	0.110005	4			
醫療服務品質	0.27774	2			

以供給端部分作為分群其權重分析順序，解說與溝通能力(0.244482)最為重要，依次分別為服務態度(0.156917)、專業價值觀(0.138375)、精準個人化課程(0.110822)、服務即時性(0.085856)、專業技術與資歷(0.06442)、儀器設備(0.042777)、內部環境(0.035565)、服務措施(0.034968)、看診時間(0.031663)、衛教工具(0.027359)、智慧醫療(0.026797)。相對應最大特徵質與整合度指數如表 4-2：

表 4-2 供給端因素與消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之評估因素權重

評估因素	權重	排序	λ_{\max}	C.I.	C.R.
專業技術與資歷	0.06442	6	3.00389	0.00194	0.00335
專業價值觀	0.138375	3			
解說與溝通能力	0.244482	1			
智慧醫療	0.026797	12	3.00894	0.00447	0.0077
精準個人化課程	0.110822	4			
衛教工具	0.027359	11			
內部環境	0.035565	8	3.00000	0.00000	0.00000
儀器設備	0.042777	7			
看診時間	0.031663	10			
服務即時性	0.085856	5	3.01658	0.00829	0.01429
服務態度	0.156917	2			
服務措施	0.034968	9			

需求端因素影響消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之分析

本研究以需求端部分作為分群，其重要性順序為跨領域專業能力(0.477109)>醫療服務品質(0.254039)>設備與診所配置(0.141709)>實體與遠距諮詢規劃(0.127142)。其 $\lambda_{\max} = 4.01909$ ；C.I. = 0.00636 < 0.1；C.R. = 0.00707 < 0.1，結果顯示符合一致性，如表 4-3：

表 4-3 需求端因素與消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之構面權重

構面	權重	排序	λ_{\max}	C.I.	C.R.
跨領域專業能力	0.477109	1	4.01909	0.00636	0.00707
實體與遠距諮詢規劃	0.127142	4			
設備與診所配置	0.141709	3			
醫療服務品質	0.254039	2			

以需求端部分作為分群其權重分析順序，解說與溝通能力(0.244506)最為重要，依次分別為服務即時性(0.14174)、專業技術與資歷(0.134622)、專業價值觀(0.097982)、精準個人化課程(0.084946)、服務態度(0.071161)、儀器設備

(0.068601)、看診時間(0.045262)、服務措施(0.041138)、智慧醫療(0.028612)、內部環境(0.027846)、衛教工具(0.013585)。相對應最大特徵質與整合度指數如表 4-4：

表 4-4 需求端因素與消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之評估因素權重

評估因素	權重	排序	λ_{max}	C.I.	C.R.
專業技術與資歷	0.134622	3	3.00072	0.0036	0.0062
專業價值觀	0.097982	4			
解說與溝通能力	0.244506	1			
智慧醫療	0.028612	10	3.00672	0.00336	0.0058
精準個人化課程	0.084946	5			
衛教工具	0.013585	12			
內部環境	0.027846	11	3.0001	0.00005	0.00009
儀器設備	0.068601	7			
看診時間	0.045262	8			
服務即時性	0.14174	2	3.00839	0.0042	0.00724
服務態度	0.071161	6			
服務措施	0.041138	9			

5. 結論與建議

本研究透過專家問卷調查，包含供給端專家診所經營管理者、營養師，及需求端專家具有減重相關需求及減重經驗者，蒐集並分析對於新進入市場的減重暨營養諮詢診所選擇的不同看法與經驗，以探究消費者選擇之關鍵因素，其問卷結果分析後，一致性均符合 $C.I. \leq 0.1$ 及 $C.R. \leq 0.1$ ，本研究將專家分為供給端與需求端兩類型進行分析比較，藉此瞭解雙方在選擇偏好上的評選觀點與考量，可作為診所未來實務管理規劃之參考；本研究經彙整消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之關鍵因素指標四個構面及十二項準則的權重分析結果如下：

在跨領域專業能力構面評估上，供給端與需求端專家均最為重視「解說與溝通能力」，供給端認為其次重要為「專業價值觀」，最後為「專業技術與資歷」；需求端專家認為「專業技術與資歷」的重要性大於「專業價值觀」的需求。當面臨專業醫療問題時顧客往往無法直接做出選擇，而供給端如何將醫療專業資訊以簡單明瞭的方式說明，良好的解說與溝通亦包括在溝通的過程中的理解與傾聽，運用清楚的邏輯及組織思維，協助顧客統整需求與期望，以清晰的表達方式提供可以解決或改善的建議。

在醫療服務品質構面評估上供給端認為「服務態度」是最為重要的因素，供給端認為其次重要為「服務即時性」，最後為「服務措施」；而需求端則是認為「服務即時性」最為重要，其次重要為「服務態度」，最後為「服務措施」的需求。以供給端提供服務的角度認為第一線人員與顧客服務最直接的感受為微笑服務的情緒渲染，提供積極、關心、熱情的情緒表現，有助於提高工作表現與顧客間的和諧關係建立，不過在提升醫療服務品質中應更加注重服務的結果，確保可以提供高質量且具有真實及有效的服務 (Woo & Chan, 2020)，如同於需求端更為再意的是與過往醫療服務不同的服務即時性，透過電話、通訊軟體等，為顧客提供即時的醫療專業建議與指導。

在設備與診所配置構面評估上供給端與需求端專家均最為重視「儀器設備」，供給端認為其次重要為「內部環境」，最後為「看診時間」；需求端專家認為「看診時間」的重要性大於「內部環境」的需求。針對不同群族的減重個案有著不同風險，對於超重個案、老年族群或是有疾病的個案，需要定期監測其體組成，減少肌肉、骨質流失、脫水之風險，藉由更完善的儀器設備顧客亦可經由數據資料更瞭解自己的健康狀況。

在實體與遠距諮詢規劃構面評估上供給端與需求端專家均最為重視「精準個人化課程」，供給端認為其次重要為「衛教工具」，最後為「智慧醫療」；需求端專家認為「智慧醫療」的重要性大於「衛教工具」的需求。現今資訊爆炸的時代，民眾可以自行搜尋到各種健康資訊，並逐漸意識到豐富的健康資訊資源中，存在每個人健康狀況與需

求的個體差異，透過精準醫學整合大數據以及考慮個體化的差異，提供客製化的飲食建議。

5.1 管理意涵

本研究針對消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所之決策分析，研究結果期望提供診所、諮詢中心及其他相關業者在未來規劃發展的參考及建議。

1. 在職教育訓練規劃

本研究比較結果中，供給端與需求端最為重視解說與溝通能力，營養師培訓的發展，台灣於民國 89 年公布並陸續修改高等考試營養師考試規則，以確保營養師具備專業知識、技能與經驗，除了應試學科之外還包含實習限制，從 104 學年度及之後應屆畢業者更增加實習時數規範，將臨床營養 192 小時增加至 216 小時營養評估及諮詢安排，實習規範強化營養師對於營養評估介入的實施訓練，從跨理論模式的行為改變階段進行評估顧客狀態，並提供該階段的營養健康知識，但缺乏引起顧客改變動機的訓練，營養照護流程(NCP)中的營養介入，研究證實，有理論基礎的營養介入比不具理論的營養介入能更有效的促進行為改變，營養諮詢策略採動機式晤談、認知行為治療等 (Tate, 2022)，以顧客為中心的放式建立改變計畫與問題解決方法，改變過去單向的營養知識介入，業務執行族群透過定期安排相關教育訓練搭配實際模擬的演練，靈活運用動機式晤談的溝通方式採開放式的問題、予以肯定、反思與總結，提供喚起顧客改變的動機，更注重個人化的安排，增加顧客的參與和自主性，達到更有效的行為改變和健康促進。

2. 提升服務品質之策略

顧客對於較不熟悉的產品或服務的處於初步評估階段時，顧客支援及顧客體驗的對於提高滿意度至關重要，顧客支援服務(Customer support service)的定義，在進行顧客旅程時透過流程、能力和資源幫助顧客解決問題和挑戰 (Sheth, Jain, & Ambika, 2023)；顧客體驗(Customer Experience, CX)為企業依據個別的顧客需求與偏好，透過客製化互動(即接觸點)，使顧客從互動引起對產品或服務感受到正向反應 (Weidig, Weippert, & Kuehnl, 2024)。

需求端所注重的服務即時性，即應用於顧客支援對提供的產品或服務有疑問時提供協助的人員及團隊，確保顧客可以成功解決至診所需要協助改善的任何問題，持續改善更完善的即時溝通渠道，監測訊息機制，確認顧客的問題來源及頻率，即時調整和優化服務流程，已知答覆善用自動化工具，如：約診日期、身體數值追蹤頻率、腰圍量測部位等；診所核心價值的建立，有效率的處理顧客的問題與需求，顧客支援透過以消費者為中心的思維運作，確保在整個顧客旅程中提供卓越的顧客體驗，以獲得競爭的優勢。

3. 發掘顧客特質分群與定位

本研究問卷蒐集需求端族群類型可以發現部分相似性，藉由第一線服務人員瞭解顧客特徵，並聚焦於顧客後續所接觸到的服務互動、感官、知覺、環境所得到體驗保持一致，管理者依據自身服務環境，從行銷和營運的角度，觀察並培養顧客特徵相似性，發掘具有影響力的顧客特徵，並採策略性的規劃提升顧客體驗方式 (Nguyen, Ferraro, & Sands, 2020)；營養師對於顧客的瞭解透過執行營養照護流程(NCP)的第一步營養評估，蒐集顧客基本資料其中包含明確資料及隱含資料，直接瞭解顧客偏好與意圖或是被動資料瞭解顧客背景、過去經驗等，藉由人員對於資訊的彙整與分析，為顧客量身製訂個人化互動，確實瞭解顧客在顧客旅程中不同階段的目標和需求，提供相對應的資訊和服務，以最大程度的方式滿足顧客期望(Weidig et al., 2024)，。

5.2 研究限制與未來研究建議

本研究致力規劃完善的研究架構與方法，並進行文獻探討及數據分析，研究嘗試以不同的角色觀點探討，以管理階層、業務執行者及顧客作為區分，並從供給端與需求端的面向去探討消費者對於新型態的診所規劃及選擇的偏好，但受限於時間與人力限制，仍有許多不足之處，以下提供未來研究方向之建議：

1. 研究限制

(1) 本研究透過紙本問卷形式，利用層級分析法進行多個構面與準則的成對比較，如果沒有直接與受訪者當面或是視訊通話解釋說明，可能會出現問題結果邏輯不一致情況，且回答問題的過程中受訪者需要反復於多層次的選

項進行思考與評比，使得填寫過程變得複雜和冗長。

(2) 本研究問卷蒐集供給端專業人員僅針對營養師做發放，未包含診所其他職務類型專業人員觀點，需求端蒐集顧客減重經驗缺乏對於減重經驗類型的資料。

2. 後續研究建議

(1) 因為受訪者不同的立場及生活文化差異與需求，建議未來加入探討不同職務的觀點、消費者的價值觀、消費行為、與個人經驗等，獲得更有深度及廣度的建議與價值。

(2) 本研究運用消費者選擇新進入市場的減重暨營養諮詢診所建立層級架構，以營養諮詢與診所之結合經營為研究主軸，在不同科別的醫療產業中，所發展的經營方式與消費者偏好情況也會有所不同，建議相關醫療產業研究者參酌本研究之研究結果，發展適合於自身醫療產業的策略。

6. 參考文獻

6.1 中文部份

1. 王怡婷 (2019)，以健康行為模式探討健保民眾選擇自費醫療的利用情形，(碩士)，國立中山大學，高雄市。
2. 王敏容，王如萱，王佳惠，郭乃文(2005)，市場競爭程度對醫院開發自費醫療服務之影響，北市醫學雜誌 2(10)，895-906。
3. 李婉怡，吳靜宜，林佳慧(2007)，醫療院所服務品質與顧客滿意之關係探討—以南部某牙醫聯盟為例，品質學報 14(2)，181-196。
4. 侯建州 (2018)，新管理主義對於醫院醫療服務之影響：給醫務社會工作的啟示，臺灣社會工作學刊(21)，37+39-78。
5. 陳金哲 (2008)，地方公立醫院合併之研究—高雄市立聯合醫院、臺北縣立醫院及臺北市立聯合醫院為例，政治科學論叢(36)，67-119。
6. 陳柏齡，鄭修琦，謝棟漢，林威宏，劉嚴文，蔡良敏 (2009)，Mini-CEX 應用於畢業後一般醫學訓練第一年住院醫師之內科教學—成大經驗，Journal of Medical Education 13(4)，249-257。
7. 黃松元 (2004)，美國衛生教育專業人員培育及證照制度之研究，學校衛生(44)，77-98。
8. 詹恭巨，林麗娟 (2005)，線上諮詢式教學對臨床營養課程學習之探討，中華民國營養學會雜誌 30(2)，90-98。
9. 劉宜君 (2012)，醫院經營自費醫療服務之實證研究，競爭力評論(15)，41-64。
10. 劉燦宏，任文瑗，趙嘉成，崔岡，邱文達 (2004)，以顧客關係管理觀點探討自費醫療服務，醫務管理期刊 5(3)，304-321。
11. 蔡雅芳，吳世望，林培剛 (2010)，醫療機構市場導向、創新與內部行銷關聯之探討，產業與管理論壇 12(1)，42-59。
12. 盧立卿，余雅萍，李蕙蓉 (2004)營養諮詢需求評估：痛風患者、醫護人員與營養師之觀點，中華民國營養學會雜誌 29(1)，48-58。

6.2 英文部份

1. Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC Health Serv Res, 7, 31.
2. Bechtel, C., & Ness, D. L. (2010). If You Build It, Will They Come? Designing Truly Patient-Centered Health Care. Health Affairs, 29(5), 914-920.
3. Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. Am J Manag Care, 20(5), 393-400.

4. Blumenthal, D. (1994). The Vital Role Of Professionalism In Health Care Reform. *Health Affairs*, 13(1), 252-256.
5. Board, E. (2018). The future of continuing medical education: the roles of medical professional societies and the health care industry: Position paper prepared with contributions from the European Society of Cardiology Committees for Advocacy, Education and Industry Relations, Endorsed by the Board of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 40(21), 1720-1727.
6. Brugha, C. M. (2004). Structure of multi-criteria decision-making. *Journal of the Operational Research Society*, 55(11), 1156-1168.
7. Brunani, A., Perna, S., Soranna, D., Rondanelli, M., Zambon, A., Bertoli, S., . . . Canello, R. (2021). Body composition assessment using bioelectrical impedance analysis (BIA) in a wide cohort of patients affected with mild to severe obesity. *Clinical Nutrition*, 40(6), 3973-3981.
8. Camacho, F., Anderson, R., Safrit, A., Jones, A. S., & Hoffmann, P. (2006). The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N C Med J*, 67(6), 409-413.
9. Carey, M., & Gillespie, S. (1995). Position of The American Dietetic Association: Cost-Effectiveness of Medical Nutrition Therapy. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(1), 88-91.
10. Chen, Y.-Y., Chiu, Y.-C., Chu, T.-S., Hsu, H.-Y., Chen, H.-L., Wu, C.-C., & Huang, T.-S. (2022). Is the rating result reliable? A new approach to respond to a medical trainee's concerns about the reliability of Mini-CEX assessment. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(5), 943-949.
11. Clarke, E. A. (1974). What is Preventive Medicine? *Can Fam Physician*, 20(11), 65-68.
12. Daniel L. Schmoldt, J. K., G. A. Mendoza. (2001). Chapter 1 - Basic Principles of Decision Making in Natural Resources and the Environment. In *The Analytic Hierarchy Process in Natural Resource and Environmental Decision Making* (pp. 1-13): Springer Dordrecht.
13. de Toro-Martín, J., Arsenault, B. J., Després, J. P., & Vohl, M. C. (2017). Precision Nutrition: A Review of Personalized Nutritional Approaches for the Prevention and Management of Metabolic Syndrome. *Nutrients*, 9(8).
14. Delahanty, L. M., & Heins, J. M. (2013). Chapter 10 - Tools and Techniques to Facilitate Nutrition Intervention. In A. M. Coulston, C. J. Boushey, & M. G. Ferruzzi (Eds.), *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease* (Third Edition) (pp. 169-189): Academic Press.
15. DuBose, J., MacAllister, L., Hadi, K., & Sakallaris, B. (2016). Exploring the Concept of Healing Spaces. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 43-56.
16. Ellis, P. (2004). Have changes in the context of doctors' work altered the concept of the professional in medicine? *Medical Teacher*, 26(6), 529-533.
17. Ferguson, L. R., De Caterina, R., Görman, U., Allayee, H., Kohlmeier, M., Prasad, C., . . . Martinez, J. A. (2016). Guide and Position of the International Society of Nutrigenetics/Nutrigenomics on Personalised Nutrition: Part 1 - Fields of Precision Nutrition. *Journal of Nutrigenetics and Nutrigenomics*, 9(1), 12-27.
18. Fletcher, R. H., O'Malley, M. S., Earp, J. A., Littleton, T. A., Fletcher, S. W., Greganti, M. A., . . . Taylor, J. (1983). Patients' Priorities for Medical Care. *Medical Care*, 21(2), 234-242.
19. Giugliano, D., Ceriello, A., & Esposito, K. (2006). The Effects of Diet on Inflammation: Emphasis on the Metabolic Syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(4), 677-685.
20. Guarnieri Lopez, M., Matthes, K. L., Sob, C., Bender, N., & Staub, K. (2023). Associations between 3D surface scanner derived anthropometric measurements and body composition in a cross-sectional study. *European Journal of Clinical Nutrition*.
21. Halawa, F., Madathil, S. C., Gittler, A., & Khasawneh, M. T. (2020). Advancing evidence-based healthcare facility design: a systematic literature review. *Health Care Management Science*, 23(3), 453-480.

22. Heymsfield, S. B., & Matmews, D. (1994). Body Composition: Research and Clinical Advances—1993 A.S.P.E.N. Research Workshop. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 18(2), 91-103.
23. Hibbard, J. H., Slovic, P., & Jewett, J. J. (1997). Informing Consumer Decisions in Health Care: Implications from Decision-Making Research. *The Milbank Quarterly*, 75(3), 395-414.
24. Ishizaka, A., & Labib, A. (2011). Review of the main developments in the analytic hierarchy process. *Expert Systems with Applications*, 38(11), 14336-14345.
25. Jarvis, P. R. E., Cardin, J. L., Nisevich-Bede, P. M., & McCarter, J. P. (2023). Continuous glucose monitoring in a healthy population: understanding the post-prandial glycemic response in individuals without diabetes mellitus. *Metabolism*, 146, 155640.
26. Lee, H., Lee, Y., & Yoo, D. (2000). The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Services Marketing*, 14(3), 217-231.
27. Lubalin, J. S., & Harris-Kojetin, L. D. (1999). What do Consumers Want and Need to Know in Making Health Care Choices? *Medical Care Research and Review*, 56(1_suppl), 67-102.
28. Lugosi, P., O'Brien, C., Olya, H., Pink, R. C., & Lavender, V. (2023). Evaluating impacts of the physical servicescape on satisfaction in cancer care waiting experiences. *International Journal of Hospitality Management*, 112, 103386.
29. Majeed, S., & Kim, W. G. (2023). Toward understanding healthcare hospitality and the antecedents and outcomes of patient-guest hospital-hotel choice decisions: A scoping review. *International Journal of Hospitality Management*, 112, 103383.
30. McMullen, M., & Netland, P. A. (2013). Wait time as a driver of overall patient satisfaction in an ophthalmology clinic. *Clin Ophthalmol*, 7, 1655-1660.
31. Medway, A. M., de Riese, W. T., de Riese, C. S., & Cordero, J. (2016). Why patients should arrive late: The impact of arrival time on patient satisfaction in an academic clinic. *Healthc (Amst)*, 4(3), 188-191.
32. Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
33. Morgan-Bathke, M., Raynor, H. A., Baxter, S. D., Halliday, T. M., Lynch, A., Malik, N., . . . Rozga, M. (2023). Medical Nutrition Therapy Interventions Provided by Dietitians for Adult Overweight and Obesity Management: An Academy of Nutrition and Dietetics Evidence-Based Practice Guideline. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 123(3), 520-545.e510.
34. Moyo, M., Goodyear-Smith, F. A., Weller, J., Robb, G., & Shulruf, B. (2016). Healthcare practitioners' personal and professional values. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 21(2), 257-286.
35. Mudie, P., & Pirrie, A. (2006). Chapter 3 - Design of the service. In P. Mudie & A. Pirrie (Eds.), *Services Marketing Management (Third Edition)* (pp. 47-64). Oxford: Butterworth-Heinemann.
36. Nguyen, J., Ferraro, C., & Sands, S. (2020). Similarity over difference: How congruency in customer characteristics drives service experiences. *Journal of Business Research*, 121, 592-603.
37. Ockene, J. K., Ockene, I. S., Quirk, M. E., Hebert, J. R., Saperia, G. M., Luippold, R. S., . . . Ellis, S. (1995). Physician Training for Patient-Centered Nutrition Counseling in a Lipid Intervention Trial. *Preventive Medicine*, 24(6), 563-570.
38. Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
39. Pellegrino, E. D., & Relman, A. S. (1999). Professional Medical Associations Ethical and Practical Guidelines. *JAMA*, 282(10), 984-986.

40. Pillon, N. J., Loos, R. J. F., Marshall, S. M., & Zierath, J. R. (2021). Metabolic consequences of obesity and type 2 diabetes: Balancing genes and environment for personalized care. *Cell*, 184(6), 1530-1544.
41. Ramsay, S. (2006). Chapter 1 - Introducing services. In P. Mudie & A. Pirrie (Eds.), *Services Marketing Management* (Third Edition) (pp. 1-25). Oxford: Butterworth-Heinemann.
42. Redfern, J. (2017). Smart health and innovation: facilitating health-related behaviour change. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(3), 328-332.
43. Sanson-Fisher, R., & Maguire, P. (1980). SHOULD SKILLS IN COMMUNICATING WITH PATIENTS BE TAUGHT IN MEDICAL SCHOOLS? *The Lancet*, 316(8193), 523-526.
44. Shareef, M. A., Dwivedi, Y. K., Archer, N., & Rahman, M. M. (2019). Patient attitudes toward physicians. *Benchmarking: An International Journal*, 26(1), 19-47.
45. Sheth, J. N., Jain, V., & Ambika, A. (2023). The growing importance of customer-centric support services for improving customer experience. *Journal of Business Research*, 164, 113943.
46. Sipahi, S., & Timor, M. (2010). The analytic hierarchy process and analytic network process: an overview of applications. *Management Decision*, 48(5), 775-808.
47. Sophasath, M., Brisset, A., Rose, C. F., & Bêmeur, C. (2023). Nutritional education strategies for patients with cirrhosis: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 115, 107878.
48. Stein, K. (2015). Remote Nutrition Counseling: Considerations in a New Channel for Client Communication. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(10), 1575-1576.
49. Tate, C. (2022). Behavioral Approaches to Nutrition Counseling in the Primary Care Setting. *Medical Clinics of North America*, 106(5), 809-818.
50. Terblanche, N. S. (2016). Measuring word-of-mouth activity after a service encounter: are we measuring what customers communicate? *Service Business*, 10(2), 283-299.
51. Tian, S., Yang, W., Grange, J. M. L., Wang, P., Huang, W., & Ye, Z. (2019). Smart healthcare: making medical care more intelligent. *Global Health Journal*, 3(3), 62-65.
52. Wasir, A. S., Volgman, A. S., & Jolly, M. (2023). Assessing readability and comprehension of web-based patient education materials by American Heart Association (AHA) and CardioSmart online platform by American College of Cardiology (ACC): How useful are these websites for patient understanding? *American Heart Journal Plus: Cardiology Research and Practice*, 32, 100308.
53. Weidig, J., Weippert, M., & Kuehnl, C. (2024). Personalized touchpoints and customer experience: A conceptual synthesis. *Journal of Business Research*, 177, 114641.
54. Willard-Grace, R., DeVore, D., Chen, E. H., Hessler, D., Bodenheimer, T., & Thom, D. H. (2013). The effectiveness of medical assistant health coaching for low-income patients with uncontrolled diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: protocol for a randomized controlled trial and baseline characteristics of the study population. *BMC Family Practice*, 14(1), 27.
55. Woo, K.-s., & Chan, B. (2020). "Service with a smile" and emotional contagion: A replication and extension study. *Annals of Tourism Research*, 80, 102850.
56. Wynia, M. K., Latham, S. R., Kao, A. C., Berg, J. W., & Emanuel, L. L. (1999). Medical Professionalism in Society. *New England Journal of Medicine*, 341(21), 1612-1616.
57. Xie, Z., & Or, C. (2017). Associations Between Waiting Times, Service Times, and Patient Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey. *Inquiry*, 54, 46958017739527.