

影響持續使用居家醫療服務因素之探討

王美雯^{1,2} 陳雅美^{2,*}

目標：居家醫療有助於提升患者的生活品質也能夠減輕醫療體系的壓力，長照政策在台灣受到大力的推動，為了提供並促進高效能的居家醫療服務持續使用，了解居家醫療訪視之案家的被訪意圖或者對於服務提供的期望是必要的。**方法：**本研究採立意抽樣方式由患者及其案家之家屬或照護者協助訪問研究。採用質性研究法藉由深度訪談來了解案家對於居家醫療訪視的使用持續意圖與態度與其相關因子。**結果：**依安德森模型歸納發現，使能因素的影響是最常被提起的因素，其餘依次為傾向、需求因素，其中以醫療品牌的選擇、隨時保持聯繫、多樣化的服務及有正向態度的服務提供者為最多，因此在討論提升居家醫療持續使用意圖時，使能及傾向因素應該是較需被重視的條件。**結論：**本研究從使能、傾向、需求及其成效探討了解案家期待在一個高度可近及可用性條件下的可選擇自己喜愛的醫療品牌，在固定的條件之下，獲得能同時照護到身心靈的居家醫療服務，並且讓患者能夠願意持續接受醫療服務。（台灣衛誌 2024；43(3)：241-254）

關鍵詞：居家醫療、持續使用意圖、安德森模型、長期照護、質性研究

前 言

高齡人口的增加是全世界的健康議題，隨之面對的便是長照需求的增加，台灣亦然[1]。台灣政府於2008年開始長期照護十年計畫，發展居家服務、居家護理等多元服務，並於2016年正式將居家醫療列為長期照護服務之一，增加提供到宅給藥、到宅檢驗、到宅醫療訪視等，鼓勵院所組成整合性照護團隊，強化醫療照護資源連結轉介，提供以病人為中心之整合照護[2]，其目的在於提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。居家醫療係指醫療團隊非於醫療院所提供醫療服務，而是至患者家中，以就照護可近性為目的，提供患者整合性的醫療服務，其中包括有各醫療領域專業的醫事人員（包含醫師、護理師、復

健師、營養師等），藉由居家訪視（home visiting）以達到促進健康預防、預防失能的目的[3]。居家醫療有助於提升患者的生活品質、維持對家庭生活的連結、也能夠減輕醫療體系的壓力。同時，我國亦於2013年起，提高居家醫療訪視之護理訪視及醫師訪視費用，其中醫師訪視費用調高比率高達150%[2]，在政策鼓勵的期待下，是否也能符合受照顧者其家屬的需求，進而達到持續使用居家醫療，是目前未知而意欲探討的。

過去研究已證實居家醫療成為緩解醫院壓力的有效途徑，可以減少醫院入住率[4]，提高醫療資源的使用效率。而有效的居家醫療訪視，與一般的居家訪視是不相同的，藉由對於醫師的專業性的崇拜及醫囑遵從，並且增加訪視情形亦可以使患者覺得受到重視，且不易對於治療產生負向概念[5]。過去研究亦顯示，居家醫療的使用有助減少患者健康狀態下降，同時亦可減少住院、急診醫療服務使用、死亡率或者入住護理之家的風險[4,6-9]。不過，過去文獻在探討居家訪視大多針對護理師、社工師、或者是一些自願關懷者對患者的健康影響，較少有探討醫療人員的居家訪視行為對於患者的持續使用影響[7-10]。過去文獻顯示慢性病如心臟疾病、糖尿病、洗腎病人等照護上，

¹ 財團法人基隆長庚紀念醫院家庭醫學部

² 國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

* 通訊作者：陳雅美

地址：台北市中正區徐州路17號

E-mail: chenymei@ntu.edu.tw

投稿日期：2024年4月10日

接受日期：2024年6月20日

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43\(3\).113025](http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).113025)



持續照護能有效減少再住院[11,12]，此外對於生活品質亦有增加的效果[13,14]，對於患者的情緒支持有相當的影響[15]。也有研究顯示持續使用居家服務，可改善或維持一般生活功能[16]。因此對於醫療服務的持續使用在患者身上有相當的益處。而民眾目前對於居家醫療這樣的照護模式還一知半解，不僅是醫師甚至是患者及其家屬都對於照護模式、照護成效以及如何節省醫療資源等都充滿期待又怕需面對家裡私領域可能需要被檢視的傷害[17,18]。因此在居家醫療使用後，是否能夠持續使用，而影響居家醫療持續使用的因素，目前是未知而需要被探討的。

過去研究中安德森健康照護利用模型（Andersen Model of Healthcare Utilization）常被用於評估或解釋病患或家人對於接受醫療或長照服務的使用意圖[19-22]。由傾向因素（Predisposing factors）、使能因素（Enabling factors）、及需求因素（Need factors）分別作為評估，傾向因素為無法改變的條件因素，使能因素為服務提供的條件因素，需求因素包為受照顧者的自身條件因素[23]。過去研究發現此模型中主要是使能因素及需求因素會影響老人長期照護服務使用[24]，而使能因素常是最為主要的影響因素也是較為被探討的因素，需求因素常被視為必要存在因素，而將滿意度只視為健康結果[23]。過去亦有許多研究僅證實，滿意度是影響行為使用與再使用意圖的因素之一[25-27]。卻鮮少討論居家醫療持續使用（使用與再使用）意圖及期望探討之相關實證與模式探討。已知長期使用居家醫療於健康成效具正向影響，因此，未來在於落實長期規劃居家醫療訪視之前，應了解居家醫療訪視是因案家被訪視意圖或是對於服務期望，以提供並促進高效能的持續居家醫療服務。目前已知有許多評估醫療使用意圖的研究[19-24,28,29]，卻未有對於居家醫療「持續」使用意圖影響之相關因子的研究。

因此，本研究將應用安德森健康照護利用模型以質性訪談方式，依目前台灣提供之居家醫療服務內容為基準進行資料蒐集，探討居家醫療持續使用之相關因素，以作為未來居家醫療發展評估及改進之參考。

材料與方法

研究對象與資料收集

研究對象部分，本研究採用立意抽樣方式招募研究樣本。研究對象為2019年於台灣北部區域（台北、新北、基隆）不同之居家護理所內至少接受三個月居家醫療服務接受者或其家屬。本研究納入符合十年長照計畫以及全民健保居家醫療照護整合計畫之居家照護20歲以上患者及其案家之家屬或照護者，均符合本研究之收案條件。由患者或照護者（家屬）協助訪問研究，共計訪問20個案家。

資料收集部分，本研究採用質性研究法中的半結構式訪談法，藉由深度訪談來了解案家對於居家醫療訪視的使用持續意圖與態度與其相關因子。本研究已取得長庚醫療財團法人人體試驗倫理委員會臨床試驗同意證明（案號：102-2296B、201601963B0、201702282B0）。

研究工具與資料分析

訪談大綱部分，研究者依過去文獻回顧與討論，依照安德森健康照護利用模型擬定訪談大綱，包括傾向因素（如照護者特質等）、使能因素（如訪視的程序及內容等）及需求因素（包括受照護者生理狀態等）等並邀請公共衛生、長期照護及居家醫療等領域的專家學者協助審查研究工具之內容，以作為修改訪談大綱的依據。訪談大綱請參見表一。

本研究於訪談過程當中，知情同意情況下予以錄音，並於訪談結束後將訪談內容逐字撰寫為文稿，將所得資訊，進行歸納，找出重要的主題概念與重要類項，以供內容分析之用。依質性研究常用之內容分析法（Content analysis）透過量化解析與質化分析，以客觀角度對文件內容進行系統性的分析[30,31]，所有資料將以編號或編碼之對照資料上鎖處理。並依安德森模型架構為基礎，建構初步的譯碼架構（coding scheme），並有兩位以上的譯碼者進行分類和譯碼，並以Nvivo質性研究軟體執行程序協助，於編碼歸類的過程，將再反覆分析調整編碼架構，並依內容分析法中的概念分析（conceptual analysis）和相關分析

表一 訪談大綱

類別	訪談內容
基本資料	Q1：請您稍微簡單地自我介紹一下 Q2：請您簡短說明一下目前患者有的保險以及目前經濟負擔
居家照護服務概況	Q1：請略述您和您的家人接受居家照護服務的緣由與時間及內容？ Q2：您如何接觸居家醫療？目前對於使用上的經驗如何？ Q3：您目前所了解的居家照護服務範疇為何？並且對患者有什麼影響 Q4：請分享目前與服務人員溝通的管道與經驗 Q5：您對居家服務的期待和經驗以及認為可能有的影響是？
居家醫療訪視持續使用意圖探訪	Q1：您認為有什麼因素可能影響您接受居家訪視的意願 Q2：您對於部分負擔或目前的經濟狀況有什麼想法 Q3：目前您所接受的服務當中，您認為有那些項目或者因素可能影響您後續使用居家訪視 Q4：您認為除了服務內容外還有哪些可能影響您接受居家訪視的因素 Q5：您認為居家醫療對於您與您的家庭的影響是？

（relational analysis）確立特定概念（編碼項目）在分析文件中存在和其出現的次數並探索在分析文件中編碼概念之間的關係。以呈現受訪者對於居家醫療服務持續使用意圖之影響因子。

結 果

本研究因使用者多數行動不良或長期臥床無法正常回覆反應，故對20位家中有患者接受居家醫療服務之主要照護家屬進行訪談，其中女性佔多數。患者平均年齡為72歲，多數為小學畢業，且為鰥寡狀態，具有宗教信仰，受訪者特質如表二。

依訪談大綱對個別進行訪談，每次訪談時間約40-60分鐘，後續依逐字稿紀錄進行內容分析，將逐字稿進行歸納及整理後，依照安德森模型歸納發現，最常被提出的影響因素為使能因素（共計100次），其餘依次為傾向（46次）、需求（21次）因素，另再細分為七個主題；(1)醫療資源可用及可近性(使能，81次)、(2)醫療服務價格影響（使能，19次）、(3)服務提供條件（傾向，27次）、(4)提供訪視條件（傾向，19次）、(5)失能程度（需求，10次）、(6)心理健康（需求，11次），並加上「成效」因素，包括(7)身心層面成效（16次）請見表三，以下將各項詳述之。

使能因素為最常被提到的影響因素

本研究歸納出影響居家醫療持續使用

表二 受訪者特質（N=20）

性別	n
男	2
女	18
受照顧者平均年齡	72
受訪者平均年齡	48
受訪者教育程度	
國小	6
國中	4
高中	8
大學	2
受照顧者婚姻狀況	
已婚	6
鰥寡	14
宗教	
佛教	18
道教	2
受訪者與受照顧者關係	
本人	2
受照顧者親屬（照顧者）	18
受照顧者親屬（非照顧者）	0

之使能因素，包含(1)醫療資源可用及可近性、(2)醫療服務價格影響等。使能因素係指影響家庭或個人是否可以去使用某些資源的條件，與服務選擇與接受有較高的相關性。以下將依結果各項逐一說明。

(一) 醫療資源可用及可近性

醫療資源可用及可近性部分，為增加

表三 訪談編碼與結果

主 題	次主題	次數	主題 次數
使能 (1) 醫療資源可用及可近性(81)	選擇期望的醫療品牌（長庚+任何一種服務如醫療）	26	100
	隨時保持聯繫的方式（LINE/專線/專屬電話）	23	
	多樣化服務（兩樣以上服務內容）	17	
	即時聯絡醫師（即時/隨時/趕快/馬上/直接+醫師）	10	
	增加訪視次數（多來/多/常來/來多一點）	5	
(2) 醫療服務價格影響(19)	合理付費（該給/要付/合理/當然+付錢/不+貴）	12	
	節省資源（不浪費資源/不自私/不增加訪視次數）	7	
傾向 (3) 服務提供者條件(27)	正向態度的服務提供者（開朗/熱情/樂觀/耐心/主動/細心/笑/熱心）	17	46
	固定的醫療服務人員（個管師/醫師/護士/護理師/人員+固定）	6	
	符合需求的多元專業人員（需求/需要+醫師/復健師/護理師/醫療人員）	4	
	(4) 配合訪視的條件(19)	13	
	固定訪視時段（最好/盡量/固定+時間、早上、下午）	13	
	固定訪視次數（固定+來）	6	
需求 (5) 失能程度(10)	行動限制（臥床/不方便/輪椅）	10	21
	(6) 照顧者心理健康需求	7	
	(11)	4	
成效 (7) 身心層面成效	患者與家屬心理層面改善（配合/開朗/乖/變好/心情+好/有差/願意）	10	16
	健康成效（健康+保持/有差/變好/維持）	6	

醫療訪視被持續使用的最主要使能因素，共計提到81次。當醫療資源容易獲得，減少對於行動不便患者的移動，更甚減少其移動所造成的風險，醫療資源的可近性顯得十分重要，且提供之醫療服務項目如所被接受或可用程度較高者，使用頻率自然也會增加。此主題下有五個次主題：

1. 選擇期望的醫療品牌

這是在醫療服務可用及可近性上最受到重視的，提到的次數也是最多的項目。如同一般的品牌迷思[32]，患者對於照護來源的選擇也有品牌迷思和要求，在增加可近性的同時，品牌的效果也可以增加可用性，案家常把品牌與專業程度畫上等號，也同時會增加受訪意願。

「長庚的醫師啊，其他的我們不要啦，覺得不是很專業」（案2）

2. 隨時保持聯繫的方式

即時聯繫對案家來說也是一個十分受到重視的因素，提到的次數是第二多的。當患者醫療病況或者所需接受的服務改變的時候，往往需要專業人員的諮詢與討論，藉由目前電子通訊的進步，家屬可以在家中方便

快速的有窗口可以聯繫，期望有專線可以提供協助，或有固定的聯絡個管師協助處理患者即時病況及即使處理家屬情緒。這些都是患者所期待可以在居家醫療服務當中得到的，亦為增強持續使用意圖因素。

「希望可以有個專線吧，只要可以及時地接到電話，可以解決很多焦慮，有時候用line還要等，不是即時」（案10）

3. 多樣化服務

服務方面，已經與過去單純的醫療訪視較為不同，當失能的層級越高，所需要的協助也就越多，患者及其家屬的期待也就越多，服務也不僅只有在於在宅看診而已，同時，也因整合性計畫，案家對於服務的多樣化、交通服務或心理支持等也會有所期待，當服務越多的時候，對於外界的依賴度越高，也越能增加服務持續使用的需求。尤其是交通需求，是最為受到重視的。因此，雖然對於居家醫療可提供的服務內容不一定完全了解的情況下，患者及其家屬可能存在需求期望，甚至自由選擇權的權利，也都是增加使用意圖的因素。

「我們可以自行決定嗎？像是居家照顧阿復健等等，可以的話我的意願就變大了喔」（案10）

「看診，換藥，換管，復建啊，但大部分的我都可以自己處理啦」（案12）

「交通跟復健可以幫忙多多安排協助」（案8）

4. 即時聯絡醫師

有部分家屬對於個管師因為無法進行醫療決策建議仍有些不信任感，主要還是希望能夠與醫師直接溝通，也可以即時對患者病況做緊急的討論，多半因為出自於自身非醫療人員，對於自身能力的懷疑，因此，可以增加即時聯絡醫師的服務項目，也可以增加案家對於接受醫療訪視的意圖。

「有時候會想跟醫師直接講話……」（案17）

「如果可以直接跟醫師對話就好了，……，就想趕快解決而已」（案4）

5. 增加訪視次數

提高居家醫療的可近性，增加訪視的次數是很好的方式之一，可以讓患者接受到比較完整照顧或評估，在案家期待下增加訪視次數，也會增加居家照護的信心。

「那就請醫師多來家裡找我們老人家，多培養感情吧」（案7）

(二) 醫療服務價格影響

醫療費用的支出在於討論使能因素當中案家是否有能力且有意願支付相關費用以獲得醫療資源。醫院端或案家端所應付出的時間成本亦為相關影響使能因素。傳統就醫模式是患者到醫院等待醫師看診，花掉的不僅僅是金錢費用，還有案家等待的時間成本，而居家醫療模式，則是在案家付出部分負擔及醫療人員交通成本，到居家提供醫療資源，因此金錢負擔、能獲得的政府補助和資源評估是使能因素重要的條件之一。

1. 合理付費

醫療資源到家中提供服務的對價負擔，即便在需要增加醫師訪視的部分負擔費用，對於家屬而言，只要在部分負擔是可負擔且

合理的情況之下，又可以減少患者進出醫院或者家中資源耗費的成本為前提下，會願意接受醫療訪視服務以達成促進健康目的。以達到持續使用之目的。

「合情合理的，多少都必須要付，希望補助可以多點，不要一直砍，沒意義啊」（案6）

「部分負擔很合理啊，給就給，不用擔心，健康無價的」（案15）

2. 節省資源

有些家屬對於長期進出醫院其實是感到不悅的，甚至可能因患者行動不便也往往是勞動大眾，因此資源的節省不僅僅是在醫療資源上，而是人事成本、以及包含家屬後端應該要動用的資源都包含在內，如果可以節省照護成本上的付出，自然會增加接受醫療訪視的意願。

「……不用常常跑到醫院也浪費資源啊」（案13）

「如果是有用到的要多少都付，不要浪費醫療資源，錢不好賺啊」（案17）

傾向因素為次要影響因素

所謂傾向因素即在疾病或服務需求發生之前，個人、家庭或服務提供者既已存在之特質或條件，這些特質或條件可能對於服務使用上存在影響，進而影響是否使用服務之決定。傾向因素當中包含服務提供者的條件或可提供的服務內容條件等相關因素。

(三) 服務提供者條件

服務提供者的條件與特質是服務使用的背景條件之一，包括服務人員的特質與符合需求的專業條件，能否提供足夠的服務，是對於是否持續使用服務的重要因素之一。尤其是服務人員特質，在居家醫療服務使用的接受度上，似乎也扮演著很重要的角色。

1. 正向態度的服務提供者

照護人員是直接面對患者與家屬的，因此照護人員的表現、能力與態度往往也會在第一時間影響案家，開朗、熱情、正向、主動、細心等相關的正向特質可以讓其有所感染，也不會持續在低氣壓當中面對壓力與疾病，也較能積極面對疾病與未來，同時擁有

專業的表現，也可以讓溝通更加順暢，讓服務的進入更加能被接受。

「樂觀的可以帶來希望的，還要可以回答任何問題的」（案3）

「要有耐心啊，不要像醫院裡面的那樣，不用趕時間，親切點好，我又沒欠他」（案5）

2. 固定的醫療服務人員

固定的醫療服務人員首先對於患者病況的了解最為清楚，此外也可以減少每次的醫病溝通的時間，讓訪視的可用性可大大的提升，亦可增加醫療訪視意圖的機會。

「時間啊，人員阿，固定很重要，不然好不容易習慣了又要改，很沒意思啊」（案4）

3. 符合需求的多元專業人員

在居家醫療服務中，針對失能患者醫療單位可提供各種專業人士的介入，舉凡像醫師、護理師、營養師、復健師、或藥師等，當患者有需求的時候，都可以透過居家醫療或者居家服務的計畫提出申請，由醫院或長期照顧管理師協助媒合指派，其中需求最高的主要還是以醫師為主。

「當然是符合需求的醫師來啊，總不能我要復健你們來個外科醫師吧，藥師好像也很需要……」（案19）

(四) 配合訪視的條件

醫療訪視的提供除了內容與人員之外，另外是配合的時段與次數等相關條件。目前醫療訪視以醫療人員與案家每次約定訪視時段，因可能醫療人員有其他臨床業務，或患者可能因緊急就醫住院等因素，需每月另行約定訪視時間；此外，訪視次數亦受到患者需求或醫護同仁是否有足夠時間與次數，有時可能於居家需協助流感疫苗施打就會有增加訪視次數，但有時可能因為臨床評估病況穩定就依規定四個月訪視一次或減少醫師訪視時間[33]，在過去居家醫療剛開始實施時，有部分患者可能一年只有打流感的時候會看到一次，有時候連一次都不一定會有。因此各案家仍有相當的不同。

1. 固定訪視時段

雖然臨床上會有很多可能影響訪視安排的因素，但對患者或家屬而言，穩定或者固定沒有變動，才不會造成照護上的負擔，此外有些患者的生活習慣亦須配合，如非穩定訪視時間亦造成照護者困擾與安排困難。因此固定訪視時段對照護者而可以減少變動的不安全感且對於患者的生活作息影響較不會混亂。

「時間啊，……，固定很重要，……」（案4）

「在時間上的安排，可以的話儘量早上訪視啦，……」（案13）

2. 固定訪視次數

固定對於案家而言存在著穩定的意義，次數上的要求也許不是最重要的，但是能夠在一定頻率之下看到醫護人員，或者知道有醫護人員會協助看顧在家中的患者，對於照顧者或受照顧者而言，能穩定個案的安排就是最好的安排。

「一週最好就2次吧，不用太密集，……，只是希望可以固定然後穩穩的過」（案5）

需求因素在使用動機上也許很重要，但在持續使用意圖上是基本因素

當失能的條件成立時，就會增加的需求，當需求增加時，對於服務的依賴的也會增加，因此也能延續服務持續使用意圖。

(五) 失能程度

失能程度是在需求層面中最基本評估患者條件與需求因素最直接的條件，雖然可參與居家醫療患者在本質條件上均為困難就醫者[33]，然仍有些微差異性，有些完全臥床，有些可輪椅活動等，理論上失能程度越高，對於需求也會增加。

「醫院麻，老人家去也不方便」（案17）

「像我家這樣，長期臥床的，……，越符合需求越好」（案12）

(六) 心理健康

照護者面臨的需求和壓力被歸納為一個因素，同時也是居家照護中的重要焦點。當

照護者面對生活和心理上的重大變化時，他們所承受的壓力不僅來自患者，還包括自身的生活和心理衝擊。在這種情況下，提供心理支持及減輕壓力亦為需求層面的一部分，且當家屬能減輕壓力時，將提高對患者接受醫療服務的支持，增進醫療服務持續使用。

1. 照顧者減少壓力

當照顧者能夠有效減輕自身的壓力，有助於提高他們對患者接受醫療服務的支持度。減少照顧者的焦慮和負擔，促進患者更積極地參與治療。因此，減輕照顧者壓力有助於營造更支持的家庭環境，進而促進患者更好地接受和遵從醫療建議，並能增進居家醫療持續使用意圖。

「以前開始難過的時候，……，差點撐不下去，今年開始你們長庚的開始有人來家裡照顧，才真的覺得可以鬆口氣了」（案4）

「只是最近多了你們來家裡真的也不錯，至少輕鬆很多」（案9）

2. 照顧者受到重視

照顧者的身心健康直接影響患者的照護品質。重視照顧者的需求和壓力，不僅提高了醫療服務的效果，也使得照顧者更有動力遵從醫療建議。結合患者、家屬和照顧者的全面支持，進一步提升整體醫療遵從性和結果，亦可增強持續使用居家醫療意圖。

「我覺得你們的服務真的很棒，真心的為我們家屬著想」（案9）

成效是居家醫療的附加價值

在居家醫療中，收案的受照顧者應為有長期慢性照護需求者，因此，健康成效的改善已知是有限的，因此，在心理層面的改善與支持，會是影響服務持續使用的重要因素與重要附加價值。

(七) 身心層面成效

1. 患者與照顧者心理層面改善

患者與照顧者的心理層面改善對於患者而言能更容易積極參與治療，促進康復過程。同時，照顧者的情緒支持能建立積極的家庭環境，有助於患者在治療過程中感受到愛和關懷。心理層面的積極改善還能減輕患者和照顧者的焦慮。因此，重視心理健康，

不僅改善患者生活品質，也對整體醫療效果產生積極影響。

「有變得比較願意配合，且心情也變得比較開朗吧，很久沒看到的笑容最近常常出現，長輩開心我們也自然會開心起來，這是全家的事情」（案3）

「談真的有比較願意走出門曬太陽了耶，在基隆常常下雨心情當不好，可是你們常常來他又會覺得有被重視到的感覺，身體也可以保持健康」（案6）

2. 健康成效

在持續居家醫療使用上，健康成效不一定要看到有明顯改善，或者健康狀態的維持，對案家來說是一種相對健康成效的表現，例如患者食量的改善等等。因此，對於保持狀態和預防急性疾病而言，持續使用居家照護是不可或缺的關鍵元素。

「就這樣啊，沒有多大的變化，只是感覺食量有變好了，也不是愁眉苦臉這樣子。」（案5）

「有差喔，有乖喔，然後就是保持健康真的很重要。」（案10）

研究結果以使能因素中，醫療品牌的選擇(26次)、隨時保持聯繫(23次)和多樣化的服務(17次)，有多於15次以上的提出，而傾向方面則是重視有正向態度的服務提供者(17次)，因此在討論提升居家醫療持續使用意圖時，使能及傾向因素應該是較需被重視的條件。

討 論

安德森健康照護模型（Anderson Model of Healthcare Utilization）是目前經常被應用於探討醫療服務應用的理論模式，其主要目的為了解使用醫療服務的緣由與路徑，進而探討醫療可近性的政策平等議題。藉由完整的架構與模型內涵，在過去的研究已經證實，本模型適用於個體醫療服務利用行為的所有階段，包括影響個體就醫方式選擇、個體醫療花費的影響、疾病篩檢或藥物使用的影響等[28,34,35]。在過去的研究中，「需求因素」與是否使用醫療服務具有相當高度的關連性，而「傾向因素」和「使能因素」

在預測醫療服務使用行為的效果上則顯得比較不顯著。此模型廣泛應用於評估醫療服務使用情形[19,22-24,28,29]。且在過去使用安德森模型探討影響老年人長照需求的研究中也發現，收入、生理功能、心理社會因素、年齡及性別等（傾向因素、需求因素）是影響長照服務需求與使用的重要因素[21,36]。然於本研究中，使能因素所呈現的比率大於需求因素，可能在於服務使用的意圖，存在有開始使用及持續使用不同的動機；開始使用是從未知而接受，而持續使用是以已知再接受。即探討使用者在接受或學習某服務或系統之後，是否願意繼續使用該服務，亦是該服務能否成功經營的重要關鍵因素，而使用的服務是否符合需求，則是影響持續使用意圖的重要因素[37,38]。因此在居家醫療整合計畫實施後，醫師可於家中提供藥物開立等相關服務，且所提供的服務是民眾所期待，此外，當基本需求達到後，民眾對於服務提供能有掌控選擇權，更能提升使用持續性。因過去研究了解，居家醫療確實對於健康成效有明顯效益[8,39]，因此，我們可以以傾向與需求使用因素以促發開始使用居家醫療之意圖，而若需延續使案家願意持續使用居家醫療，則應加強相關使能或傾向因素。需求因素在居家醫療持續使用的概念上，成為一種條件因素而非增強因素。安德森的理論中，亦說明如果需求的動機不存在，則即便有足夠的傾向與使能因素，服務也不會被採納或啟動，但在本研究當中探討的是已經必要存在的需求因素，而驅動服務持續使用的動機，因此，需求的影響會被認為是背景條件，此研究結果對於未來醫療院所或者政府相關單位欲推動居家醫療政策，可作為政策推動的誘因評估與執行計劃設計的重要因素。

可用與可近性是影響持續居家醫療照護的重要因素

本研究驗證在實務經驗上，使能因素中醫療資源的可用與可近性即為居家醫療成功推行的因素。在過去的研究及臨床實務報告當中，居家醫療的服務往往受到案家願不願意讓醫療團隊到家裡面去、案家的特質、以及醫療團隊的特質有關，因此即便政策定義，多數患者仍不依計畫次數而拒絕頻

繁醫訪，例如部分有些個案會因為家裡太小、太髒而拒絕團隊至家裡訪視等[18]。而本研究更深入了解可能影響居家醫療持續使用之相關因素，根據美國推展「居家基層醫療」（Home-Based Primary Care）的經驗，理想的居家醫療必須是持續性、周全性的照護[40]，因此根據我國地區醫院經驗，建立與家屬之間良好的信任關係、跨團隊的整合式照護、與長期間持續性的照護提供會是提供高價值居家醫療照護模式的重要因素[41]，而在本研究上，是否能隨時保持聯繫方式的因子受到相當重視。保持即時性的聯繫方式，亦可提升服務的可近性，也能在第一需要的時間上，提供相對應的服務，因此為重要的條件因素之一。遠程醫療監測目前為美国家庭醫療保健中常見的做法，雖然其效益目前仍無明確的定論，或對部分疾病可能較有明顯效益，但確實也因此可以讓訪視更加容易，亦可提供可能原本無法訪視的案家，提供服務量能[42,43]。目前台灣在遠距醫療監測產業發展上都如火如荼發展中，包括現物聯網IOT設備、遠端病患監護（Remote Patient Monitoring）、遠距視訊等，另外今年通訊診療辦法[44]也修法通過，未來本研究中的始能因子一保持聯繫，在這些產業與政策的支持下將有更進一步的發展。然即時性的服務除了患者的生理監測以外，應該還包含有對於患者家屬疑問的解釋或者情緒支持，而遠距醫療或者通訊診療是否能滿足這樣的需求是未來仍需要再確認的。相對於急性短期照護不同的情況，居家醫療使用意圖探討是長期照護的持續再使用意圖，過去的研究多半探討影響成效之相關因子，而再使用意圖將會是居家醫療長期發展的重要課題。

醫療品牌選擇影響持續使用意圖

此外醫療資源的可用與可近性當中，醫療端提供的服務是持續使用的重要因素，本研究發現除了是否能隨時保持聯繫之外，醫療服務端的品牌亦最受到重視，在過去的社會行為科學也證實，在商業上，品牌與滿意度的影響是成極大正相關[32]，而滿意度又是影響持續使用意圖的重要因素，因此，品牌的經營亦為醫療服務持續提供的重要因素。無論是在自費或者非自費市場，醫療服

務的提供，品牌亦扮演著相當的角色，醫療院所如想持續受到民眾信任，在社會上維持一定的品牌形象與地位是必要的[45,46]。同理，如能提供受到民眾所喜愛或者支持的品牌所提供的居家醫療服務，亦為可增進滿意度，為居家醫療持續使用的加分因素。然本研究大多數的訪談對象為都會區的案家，僅有一位收案者居住於相對非都會區域，在非都會區的案家，可能因居家醫療的選擇性少，反而對於是否有品牌的服務提供並沒有提到相關的內容，在都會區因可提供醫療服務提供者多，抑或是因台灣醫療容易獲得，因此品牌的使能因素會同商業市場上的受到重視，但在相對醫療資源不足地區，因選擇性少，考慮的層面就會相對不同。因此本研究提供在醫療資源相對豐富地區的居家醫療經營模式指引，未來在醫療方便的地區，推動居家醫療則須多注意使能因素的影響。而這也反應出當醫療需求存在，醫療服務可以提供，進一步案家的需求可能會進階成主導權的期待及重視照顧者的需求[47]，但對於醫療上的健康識能是否足以給予主導權或是否影響居家醫療持續使用，需要在更進一步的討論與觀察。

「固定」是期待

傾向因素通常是患者、家屬／照顧者、或者醫療服務提供者的特質，過去研究關於傾向因素條件的結果多半來自於質性研究結果，其中包括年齡越大或獨居者更容易使用醫療服務[48]、家庭收入與醫療服務具有正相關等[49]；然在本研究中，因以質性訪談的結果，相關的條件其實較難在訪談中討論，反之，較多被提到的是關於「固定」的想法，包括固定的人員、固定的時段、固定的次數、固定的窗口、固定的服務項目等等，固定對於已經需要接受居家醫療的案家而言相對重要，與固定相關的項目提到次數高達25次，固定可能與穩定對案家是有相似的效果與感受，案家害怕疾病的改變或者不確定性的變動或對生活的變動，因此，與其他疾病治療不同的是，居家醫療患者的照顧追求的是穩定，強調「固定」對居家醫療的持續使用會是一個重要的因素。然而，需要固定的團隊服務，亦需要完整的周全性照護

[18,50]，因此團隊照護對於居家醫療而更顯重要，很難只有靠少數人或少數科別完成，因此在部分非都會型的中小型醫院就可能因此有人力上提供的困難度或者可能很難由固定團隊的長時間服務，政府需要可能需更大的誘因維持居家醫療的服務。

心理層面的影響在居家醫療中是重要的核心價值

在安德森模型當中，當傾向、使能、需求三大因素影響醫療服務使用之後，便會產生成效，而成效的結果亦會是回饋到影響因素以及服務使用的條件。基本成效呈現在健康的價值上，而進階在於討論心理層面的改善。在過去探討居家醫療成效部分，多數以生理需求或生理結果為主要探討項目[36]，然而在本研究當中，無論是在需求因素或者成效結果當中的討論，心理層面的討論是較多的部分，在過去居家老人的研究當中，也說明在居家老人可能存在較多被低估的精神相關疾病[51]，而在照顧者壓力的研究當中也顯示，照顧提供者在照顧居家患者上，有更高的比率會罹患憂鬱或具有較差的生活品質和精神狀態[52,53]，因此，居家醫療的照顧不僅僅應該只重視生理評估，對於照顧者或者受照顧者的心理層面影響，無論是在成效或者傾向的討論都應該是重要的影響因素；此外，對於長期照顧與急性照顧最大的不同就是照護的連續性與時間，在長期的高度壓力影響下，對於心理層面的需求應該也會隨之提升。在台灣因醫療資源取得容易，也就是生理照護需求是容易被取得的情況之下，心理層面的照護與需求亦容易相對提升，而在過去研究中被低估的居家老人的精神疾病狀態，可能也不一定是真的精神方面的疾病，而存在對於照顧者與被照顧者之間的孤寂感，當居家醫療想持續介入同時，因生理層面照護需求已容易被滿足，但更多時候被在乎的是心理層面的照顧。因此，探討提供心理壓力相關因素照護可能亦會影響居家醫療持續使用，未來可以朝向討論增進居家患者或家屬社會性關係或心理照顧的維持，也許在傳染病或居家限制的條件下，線上共餐或增加居家醫療互動服務，將會是未來居家醫療發展的創新價值。

研究限制

本研究採立意抽樣方式取得樣本，樣本所在地區均在台灣北部，地區的經濟及生活條件與其他地區可能存在差異性，因此可能造成照護上與認知上的差別，且20位受訪者僅一位在非都會區，未來可延伸討論非都會區居家持續使用因素，亦可以量性研究了解都會區與非都會區的差異性。此外，因受限於研究內容，居家受照護者通常臥病在床或多為行動不便者，多數無法參與訪談，因此接受訪談的均為照護者的家屬或主要照顧者，應可反映出照護家庭需求，然是否為完整受照護者需求，則無法確認。此外，受限於研究經費與時間影響考量，本研究為半結構式訪問，可能有存在相關題目以外的想法或在重點，無法藉由訪談完整表達，且訪談人數僅20位，是否能反映出多數照護者的相同想法，可能對於整體的資料豐富度略顯不足。此外，本研究發現心理層次的重要性，期未來能有針對此方面的重要研究，可預期更完整了解居家案家之心理層面需求或想法。然，本研究從了解受照護者家庭需求出發，想了解在目前長期照護資源大量投入的同時，是否有切合受照護者需求，並能驅使其增加持續使用意圖，並以作為相關研究之開端，期後續研究可就此結果再以量性方式進行，以了解確實需求，且於未來發展居家醫療或持續居家醫療資源提供時，能切實民眾需求，增進其滿意度，以達到持續使用之目的，最終增進使用成效，以落實居家醫療之目的與效用。

結論

本研究利用安德森健康照護模型從使能、傾向、需求及其成效，以質性訪談的方式探查影響居家醫療持續使用的因素。在需求成為必需條件因素時，反而使能及傾向因素更能影響持續使用意圖。案家期待在一個高度可近及可用性條件下的可選擇自己喜愛的醫療品牌，在固定的條件之下，獲得能同時照護到身心靈的居家醫療服務，期未來居家醫療能永續發展其價值，並且讓患者能夠願意持續接受醫療服務，讓居家醫療落實確實發揮其功效，本研究以居家醫療作為出發點，期未來亦可應用於整合性居家長期照護服務，服務的提供固然皆有其意義與益處，

然真正能提供需求及將資源應用在重要且必要的項目上，將會是未來長期照護發展相當重要且須逐步探討的問題。

致 謝

研究團隊感謝參與本研究的長期照護患者、他們的家人及照顧者、居家照護醫師及護理師、財團法人基隆長庚紀念醫院以及國立台灣大學公共衛生研究所。在他們的合作、贊助（CMRPG2K0111, CMRPG2M0061）、和洞察力下，本研究得以順利進行。

參考文獻

1. 衛生福利部：長期照顧十年計畫2.0—長照服務涵蓋率。https://www.mohw.gov.tw/dl-88608-9d7a650b-ac63-43cb-a469-7d1cb37a2d77.html。引用2023/12/20。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The Ten-Year Long-Term Care Plan 2.0 -- coverage rate of long-term care services. Available at: https://www.mohw.gov.tw/dl-88608-9d7a650b-ac63-43cb-a469-7d1cb37a2d77.html. Accessed December 20, 2023. [In Chinese]
2. 衛生福利部：長期照顧十年計劃2.0（106-115年）（核定本）。https://ltc-learning.org/base/10001/door/co_message/10/10_1051219%E9%95%B7%E7%85%A72.0%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E6%9C%AC.pdf。引用2023/12/20。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The Ten-Year Long-Term Care Plan 2.0 (2017-2026) (Approved version). Available at: https://ltc-learning.org/base/10001/door/co_message/10/10_1051219%E9%95%B7%E7%85%A72.0%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E6%9C%AC.pdf. Accessed December 20, 2023. [In Chinese]
3. Österle A. Chapter 12: long-term care. In: Powell M, Agartan AI, Béland D eds. Research Handbook on Health Care Policy. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, 2024. doi:10.4337/9781800887565.
4. Lee YH, Lu CW, Huang CT, et al. Impact of a home health care program for disabled patients in Taiwan: a nationwide population-based cohort study. Medicine (Baltimore) 2019;**98**:e14502. doi:10.1097/MD.00000000000014502.
5. Brocklehurst JC. Health visiting and the elderly -- a geriatrician's view. Health Visit 1982;**55**:356-7.
6. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002;**287**:1022-8. doi:10.1001/jama.287.8.1022.

7. Eltaybani S, Kawase K, Kato R, et al. Effectiveness of home visit nursing on improving mortality, hospitalization, institutionalization, satisfaction, and quality of life among older people: umbrella review. *Geriatr Nurs* 2023;**51**:330-45. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.03.018.
8. Huss A, Stuck A, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;**63**:298-307. doi:10.1093/gerona/63.3.298.
9. Kono A, Kanaya Y, Fujita T, et al. Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012;**67**:302-9. doi:10.1093/gerona/glr176.
10. Kono A, Kanaya Y, Tsumura C, Rubenstein LZ. Effects of preventive home visits on health care costs for ambulatory frail elders: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2013;**25**:575-81. doi:10.1007/s40520-013-0128-4.
11. Wang Y, Li M, Zhao X, et al. Effects of continuous care for patients with type 2 diabetes using mobile health application: a randomised controlled trial. *Int J Health Plann Manage* 2019;**34**:1025-35. doi:10.1002/hpm.2872.
12. Taylor RS, Dalal H, Jolly K, Moore S, Moxham T, Zawada A. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD007130. doi:10.1002/14651858.CD007130.pub2.
13. Kayhan SA, Nural N. The effect of web-based education delivered as part of cardiac rehabilitation on healthy lifestyle behaviors, and quality of life in patients with coronary artery disease in Turkey: a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2024;**119**:108082. doi:10.1016/j.pec.2023.108082.
14. Xia L. The effects of continuous care model of information-based hospital-family integration on colostomy patients: a randomized controlled trial. *J Cancer Educ* 2020;**35**:301-11. doi:10.1007/s13187-018-1465-y.
15. Zhang QL, Zhang Y, Lin LL, Meng F, Yan L. A review of mobile device interventions for continuous nursing of patients undergoing maintenance haemodialysis. *J Multidiscip Healthc* 2024;**17**:317-24. doi:10.2147/JMDH.S447715.
16. Chiu TY, Yu HW, Chen YM. Continuous use of home care services and functional performance: a population-based approach. *J Appl Gerontol* 2022;**41**:736-43. doi:10.1177/07334648211032419.
17. 黃信彰：全民健康保險居家照護個案醫師訪視費之爭議案例討論及衍生之長期照護議題。https://service.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/dmc_history/PeriodicalHistory.html。引用2023/12/20。
18. Huang HC. Dispute on physician fee of home care visit under the National Health Insurance and related long term care issues. Available at: https://service.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/dmc_history/PeriodicalHistory.html. Accessed December 20, 2023. [In Chinese]
19. 王實之、黃肇明、翁林仲、王如娥、黃勝堅：P4 醫學精神在居家醫療整合照護的實踐—北市聯醫的經驗。北市醫學雜誌 2016；**13**：248-62。doi:10.6200/TCMJ.2016.13.2.15。
20. Wang SC, Huang CM, Woung LC, Wang JO, Huang SJ. The realization of P4 medicine spirit in integrated home medical care: the experience of Taipei City Hospital. *Taipei City Med J* 2016;**13**:248-62. doi:10.6200/TCMJ.2016.13.2.15. [In Chinese: English abstract]
21. Dhingra SS, Zack M, Strine T, Pearson WS, Balluz L. Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's behavioral model of health services use. *Psychiatr Serv* 2010;**61**:524-8. doi:10.1176/ps.2010.61.5.524.
22. Canizares M, Gignac M, Hogg-Johnson S, Glazier RH, Badley EM. Do baby boomers use more healthcare services than other generations? Longitudinal trajectories of physician service use across five birth cohorts. *BMJ Open* 2016;**6**:e013276. doi:10.1136/bmjopen-2016-013276.
23. Fu YY, Guo Y, Bai X, Chui EW. Factors associated with older people's long-term care needs: a case study adopting the expanded version of the Anderson Model in China. *BMC Geriatr* 2017;**17**:38. doi:10.1186/s12877-017-0436-1.
24. Alkhawaldeh A, AlBashtawy M, Rayan A, et al. Application and use of andersen's behavioral model as theoretical framework: a systematic literature review from 2012-2021. *Iran J Public Health* 2023;**52**:1346-54. doi:10.18502/ijph.v52i7.13236.
25. Anderson RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving access to care. In: Kominski GF ed. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2014; 33-70.
26. Lederle M, Tempes J, Bitzer EM. Application of Andersen's behavioural model of health services use: a scoping review with a focus on qualitative health services research. *BMJ Open* 2021;**11**:e045018. doi:10.1136/bmjopen-2020-045018.
27. Ranaweera C, Bansal H, McDougall G. Web site satisfaction and purchase intentions: impact of personality characteristics during initial web site visit. *Manag Serv Qual* 2008;**18**:329-48. doi:10.1108/09604520810885590.

26. Naik Jandavath RK, Byram A. Healthcare service quality effect on patient satisfaction and behavioural intentions in corporate hospitals in India. *Int J Pharm Healthc Mark* 2016;**10**:48-74. doi:10.1108/IJPHM-07-2014-0043.
27. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: a systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare* 2023;**11**:639. doi:10.3390/healthcare11050639.
28. Alkhawaldeh A, ALBashtawy M, Rayan A, et al. Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: a systematic literature review from 2012-2021. *Iran J Public Health* 2023;**52**:1346. doi:10.18502/ijph.v52i7.13236.
29. Yu HW, Chen DR, Chiang TL, Tu YK, Chen YM. Disability trajectories and associated disablement process factors among older adults in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2015;**60**:272-80. doi:10.1016/j.archger.2014.12.005.
30. Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. 2nd ed., Washington DC: Sage Publications, 2003.
31. 林金定、嚴嘉楓、陳美花：質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。身心障礙研究季刊 2005；**3**：122-36。doi:10.30072/JDR.200506.0005。
Lin JD, Yen CF, Chen MH. Qualitative research method: models and steps of interviewing. *J Disabil Res* 2005;**3**:122-36. doi:10.30072/JDR.200506.0005. [In Chinese: English abstract]
32. Sahin A, Zehir C, Kitapçı H. The effects of brand experiences, trust and satisfaction on building brand loyalty; an empirical research on global brands. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;**24**:1288-301. doi:10.1016/j.sbspro.2011.09.143.
33. 衛生福利部：我國長期照顧十年計畫摘要本（核定本）。<https://www.scribd.com/doc/46451095/%E9%95%B7%E7%85%A7%E5%8D%81%E5%B9%B4%E8%A8%88%E7%95%AB%E6%91%98%E8%A6%81%E6%9C%AC>。引[用2023/12/20]。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The Ten-Year Long-Term Care Plan 2.0 in Taiwan (Approved version). Available at: <https://www.scribd.com/doc/46451095/%E9%95%B7%E7%85%A7%E5%8D%81%E5%B9%B4%E8%A8%88%E7%95%AB%E6%91%98%E8%A6%81%E6%9C%AC>. Accessed December 20, 2023. [In Chinese]
34. Evashwick C, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Serv Res* 1984;**19**:357-82.
35. Heider D, Müller H, Saum KU, et al. Health care costs in the elderly in Germany: an analysis applying Andersen's behavioral model of health care utilization. *BMC Health Serv Res* 2014;**14**:71. doi:10.1186/1472-6963-14-71.
36. Shih CY, Chen YM, Huang SJ. Survival and characteristics of older adults receiving home-based medical care: a nationwide analysis in Taiwan. *J Am Geriatr Soc* 2023;**71**:1526-35. doi:10.1111/jgs.18232.
37. Rabaa'I AA, AlMaati S. Exploring the determinants of users' continuance intention to use mobile banking services in kuwait: extending the expectation-confirmation model. *Asia Pac J Public Health* 2021;**31**:141-84. doi:10.14329/apjhs.2021.31.2.141.
38. Zhao J, Wang T, Fan X. Patient value co-creation in online health communities: social identity effects on customer knowledge contributions and membership continuance intentions in online health communities. *J Serv Manag* 2015;**26**:72-96. doi:10.1108/JOSM-12-2013-0344.
39. Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr* 2017;**17**:53. doi:10.1186/s12877-017-0449-9.
40. Akhtar S, Pham TN. A Canadian Provider's Handbook to Home-Based Primary Care. Toronto, ON: Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 2015.
41. 施至遠、孫文榮、徐慷萱等：建構以價值為導向的居家醫療照護模式。北市醫學雜誌 2017；**14**：59-68。doi:10.6200/TCMJ.2017.14.SP.06。
Shih CY, Sun WJ, Hsu SH, et al. Establishing a value-based home health care model. *Taipei City Med J* 2017;**14**:59-68. doi:10.6200/TCMJ.2017.14.SP.06. [In Chinese: English abstract]
42. Aikman H, Coppin P. Digital homecare experiences: remote patient monitoring. In: Yogesana K, Bos L, Brett P, Gibbons MC eds. Handbook of Digital Homecare. Series in Biomedical Engineering. Berlin, Heidelberg: Springer, 2009. doi:10.1007/978-3-642-01387-4_15.
43. Rosati RJ. Evaluation of remote monitoring in home health care. Available at: <https://info.computer.org/csdl/proceedings-article/etelemed/2009/3532a151/12OmNx1IwaB>. Accessed December 20, 2023. doi:10.1109/etelemed.2009.48.
44. 衛生福利部：通訊診療治療辦法。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020197>。引[用2023/12/20]。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). Rules of Medical Diagnosis and Treatment by Telecommunications. Available at: <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020197>. Accessed December 20, 2023.
45. Kalhor R, Khosravizadeh O, Kiaei MZ, Shahsavari S, Badrlo M. Role of service quality, trust and loyalty

- in building patient-based brand equity: modeling for public hospitals. *Int J Healthc Manag* 2021;**14**:1389-96. doi:10.1080/20479700.2020.1762053.
46. Cham TH, Lim YM, Sigala M. Marketing and social influences, hospital branding, and medical tourists' behavioural intention: before-and after-service consumption perspective. *Int J Tour Res* 2022;**24**:140-57. doi:10.1002/jtr.2489.
 47. Bressan V, Visintini C, Palese A. What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. *Health Soc Care Community* 2020;**28**:1942-60. doi:10.1111/hsc.13048.
 48. Joosten DM. Social work decision-making: need factors of older adults that affect outcomes of home- and community-based services. *Health Soc Work* 2015;**40**:34-42. doi:10.1093/hsw/hlu043.
 49. Valtorta NK, Moore DC, Barron L, Stow D, Hanratty B. Older adults' social relationships and health care utilization: a systematic review. *Am J Public Health* 2018;**108**:e1-10. doi:10.2105/AJPH.2017.304256.
 50. 黃喬煜、黃勝堅：高價值居家醫療整合照護—臺北市立聯合醫院的經驗與願景。長期照護雜誌 2018；**22**：15-23。doi:10.6317/LTC.201805_22(1).0003。Huang CY, Huang SJ. High value home healthcare system-experience from Taipei City Hospital. *J Long-Term Care* 2018;**22**:15-23. doi:10.6317/LTC.201805_22(1).0003. [In Chinese: English abstract]
 51. Chen T, Zhou R, Yao NA, Wang S. Mental health of homebound older adults in China. *Geriatr Nurs* 2022;**43**:124-9. doi:10.1016/j.gerinurse.2021.11.012.
 52. Omar O, Abdul Aziz AF, Ali MF, Ali Ja SEH, Eusof Izzudin MP. Caregiver depression among home-bound stroke patients in an urban community. *Cureus* 2021;**13**:e17948. doi:10.7759/cureus.17948.
 53. Choi KC, Rah UW, Yoon SH, et al. Quality of life in primary caregivers for the home-bound severe stroke patients. *J Korean Acad Rehabil Med* 2005;**29**:568-77. [In Korean: English abstract]

Exploring factors influencing continuation of home healthcare services

MEI-WEN WANG^{1,2}, YA-MEI CHEN^{2,*}

Objectives: Home healthcare contributes to improving patients' quality of life and alleviating pressure on the healthcare system. As such, long-term care policies have been vigorously promoted in Taiwan. To provide and promote the continuous use of efficient home healthcare services, it is essential to understand the intentions or service expectations of patients and their families regarding home healthcare visits. **Methods:** Employing purposive sampling, interviews were conducted with patients and their family members or caregivers. A qualitative research method was adopted using in-depth interviews to understand the intentions of and attitudes toward the continuous use of home healthcare visits and their related factors. **Results:** According to the Andersen Healthcare Utilization Model, enabling factors are the most frequently mentioned influences, followed by predisposing factors and need factors. Among these, the most critical aspects include having the choice of healthcare brand, maintaining constant communication, and having access to diversified services, and service providers with positive attitudes. Therefore, in order to enhance the intentions to continue using home healthcare utilization, enabling and predisposing factors should be prioritized. **Conclusions:** This study explores the importance and effectiveness of enabling, predisposing, and need factors, and how they impact home healthcare. Being able to choose a healthcare brand is an enabling factor that is crucial for patients when deciding to use home healthcare. Given consistent conditions, the availability of home healthcare services that address physical, mental, and spiritual well-being encourage patients to receive medical care continually. (*Taiwan J Public Health*. 2024;**43**(3):241-254)

Key Words: *Home healthcare, continuance intention, Andersen Model of healthcare utilization, long-term care, qualitative research*

¹ Department of Family Medicine, Keelung Chang Gung Memorial Hospital, Keelung, Taiwan, R.O.C.

² Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, No. 17, Xuzhou Rd., Zhongzheng Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author E-mail: chenymeai@ntu.edu.tw

Received: Apr 10, 2024 Accepted: Jun 20, 2024

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43\(3\).113025](http://doi.org/10.6288/TJPH.202406_43(3).113025)