

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 ☒ 成果報告
☐ 期中進度報告

健康素養、媒體素養、資訊素養對健康資訊尋求行為的影響
：一個跨學科的觀點

計畫類別：☒ 個別型計畫 ☐ 整合型計畫

計畫編號：NSC99-2410-H-320-010-SSS

執行期間：99 年 8 月 1 日至 100 年 7 月 31 日

執行機構及系所：慈濟大學傳播學系

計畫主持人：魏米秀

計畫參與人員：李襄、羅梓育

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)：☒ 精簡報告 ☐ 完整報告

本計畫除繳交成果報告外，另須繳交以下出國心得報告：

☐ 赴國外出差或研習心得報告

☐ 赴大陸地區出差或研習心得報告

☒ 出席國際學術會議心得報告

☐ 國際合作研究計畫國外研究報告

處理方式：除列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

☐ 涉及專利或其他智慧財產權，☐ 一年 ☒ 二年後可公開查詢

中 華 民 國 100 年 10 月 20 日

健康素養、媒體素養、資訊素養對健康資訊尋求行為的影響 ：一個跨學科的觀點

摘要

本研究主要目的在瞭解民眾的健康資訊行為，探討健康素養、媒體素養、個人數位程度對健康資訊尋求行為的影響關係。以台北市及花蓮縣 18 歲以上之成人為母群體，於每一行政區各招募 40 位自願者，共發出 1000 份問卷，回收有效問卷 935 份，其中台北市 448 份，花蓮縣 487 份。民眾在尋求健康資訊的各面向上表現出相對積極的尋求行為，包括主動尋求的動機、利用多種資訊管道、能將資訊運用於日常保健及醫療情境中。居住於花蓮、男性、年齡高、教育程度較低、收入較低及健康狀態較差者，其健康素養、媒體素養、個人數位程度及資訊行為的表現較不佳。整體來說，健康素養、媒體素養及個人數位程度與健康資訊行為均有顯著相關，顯示這三類素養均是個體表現執行健康資訊尋求行為的重要能力。依本研究結果，建議提昇民眾的健康資訊行為，在健康傳播實務上要應加強各類相關的素養能力。對處於不利條件的民眾，包括居住於鄉村、低教育程度、低收入、年齡大、健康狀態不佳者，應針對其不利條件設計合適的服務方案或介入策略。

關鍵詞：健康資訊、健康素養、媒體素養、資訊素養

The Influence of Health Literacy, Media Literacy, Information Literacy on Health Information Seeking Behavior: An Interdisciplinary Perspective

Abstract

The purpose of this study was to understand the health information seeking behaviors of the adults in Taiwan, and to explore the influences of health literacy, media literacy, and information literacy on the health information seeking behaviors. Study samples were collected from residents over 18 years old living in Taipei City and Hualien County. Totally 1000 adults voluntarily participated in the survey, 935 questionnaires were completed. In general, the level of health information seeking behavior, health literacy, media literacy and information literacy were lower among adults with older age, lower education level, lower household income, and living in less populated areas. Significant associations were also found between health information behaviors and health literacy, media literacy, information literacy. The results of this study provide a profile of how the public actually behave about health information seeking and suggestions for effective dissemination of health information.

Key Words: health information, health literacy, media literacy, information literacy

前言

健康傳播(health communication)是美國政府在 Healthy People 2010 及 2020 列出的國家健康目標之一，目的是希望透過健康傳播達到告知、影響及引發個人、組織與公眾對於重要健康議題的關心。其中健康資訊的暴露、尋求、傳遞及使用為健康傳播的一項重要任務(U.S. Department of Health and Human Services, 2001; 2011)。

資訊尋求(information-seeking)行為是指個人辨識到對於資訊的需求，而以任何方式尋求資訊、使用並解釋該資訊的活動(Wilson, 1999)。健康資訊尋求行為可視為是人們辨識到健康資訊的需求，為了獲取健康資訊而採取的行動和策略(Lambert & Loiselle, 2007)，也是個體試圖對健康事件獲得掌控的過程(Warner & Procaccino, 2004)。在個人層面，健康資訊可促進醫療情境的人際互動，提昇醫病溝通與合作。人們獲得健康促進及預防性的資訊，可做出較佳的健康決策。在社會層面，透過衛生教育宣導，傳佈健康訊息，可以塑造鼓勵健康行為的社會風氣、創造醒覺、改變態度與促發個人的健康行為(U.S. Department of Health and Human Services, 2001)。

健康素養(health literacy)概念隨著健康促進的思潮一脈發展而來。WHO (1998)所提出的定義為：「健康素養是指決定個人動機和能力的認知和社會技能，用以接近、了解及使用資訊來促進及維持良好的健康」，此定義同時包含了個人技能和環境的近用條件。健康素養的不足會明顯限制健康資訊的有效散佈和理解(Parker & Krep, 2005)。低健康素養者會發生複雜的溝通困難，包括口語溝通、書面文字的理解、有限的問題解決能力、缺乏自我權能增長，並容易對新資訊感到困擾(Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, 1999)。低於基本健康素養程度的成人比起較高素養程度者，較少由文字媒介及電腦網路獲得健康資訊，如報紙、雜誌、書、小冊及網路；而較常由電視、廣播等媒體獲得。健康素養程度愈高，由家庭成員、朋友或同事獲得健康訊息的比例也愈高(National Center for Education Statistics, 2006)。

媒體素養較共通的定義是：「理解、分析、評估、近用和產製與傳遞訊息的能力」(吳翠珍, 2004)。教育部(2002)在「媒體素養教育政策白皮書」中列出媒體素養的基本能力有以下幾項：(1).瞭解媒體訊息內容；(2).思辨媒體再現；(3).反思閱聽人的意義；(4).分析媒體組織；(5).影響和近用媒體。實證研究發現，主動健康資訊尋求行為者，對各種型式媒體的健康訊息注意度較高、對媒體的信任度較高(Ramanadan & Vismanack, 2006)。對健康新聞的注意程度較高的民眾，其健康相關的知識表現較好(Stryker, Moriarty & Jensen, 2008)，暴露於大眾媒體健康資訊程度較高者，其健康行為表現較佳(Hay, Coup, Ford & DiBonaventura, 2009)。

各種新形態媒體的興起，創造了傳播健康訊息更多元便捷的管道，但傳播科技的發展也可能造成資訊擁有者與資訊未擁有者間的差距，即數位落差(digital divide)的現象(行政院研究考核發展委員會, 2008)。所謂數位落差是指個人家戶或組織在不同社經背景或居住地理區位上，接近使用資訊科技及依此參與各項活動的機會差距(李孟壕、曾淑芬, 2005)。這除了與環境資源所提供的資訊近用有關，也應一併考慮個體資訊素養的可能差距。資訊素養乃是個人在資訊社會「理解以及和外界做有意義溝通所需要的能力」，包含掌控及使用電腦技能、蒐集過濾資訊能力、與他人溝通的能

力及面對數位時代的態度(行政院研究考核發展委員會, 2008)。在獲取健康資訊環節中, 包括資訊的可及性(Gollop, 1997)、使用新科技的障礙(Maibach, Weber, Massett, Hancock & Price, 2006)、消費者本身的資訊技能(Borgers et al., 1993), 包括網際網路的搜尋技巧(Hsu, 2005)等, 都會影響資訊的獲取。實證研究發現, 某些弱勢族群較少以網路管道獲取健康服務(Miller, West & Wasserman, 2007)。

本研究從跨學科的觀點及健康促進的視角來研究健康資訊尋求的議題。針對民眾的健康資訊尋求行為進行量性調查, 可為國內民眾的健康資訊尋求行為概況建立基本輪廓。瞭解健康素養、媒體素養、資訊素養及資訊近用對於健康資訊行為的影響, 將能提供具跨學科視野的, 較為整合性的介入策略參考。本研究主要目的在瞭解民眾的健康資訊行為, 探討健康素養、媒體素養、個人數位程度對健康資訊尋求行為的影響關係。具體研究目的如下:

- 一、瞭解成年民眾的健康資訊尋求行為概況。
- 二、檢視人口學背景變項與健康資訊尋求行為、健康素養、媒體素養、個人數位程度的關係。
- 三、探討健康素養、媒體素養、個人數位程度對健康資訊尋求行為的影響關係。

研究方法

一、研究對象

本研究以台北市及花蓮縣 18 歲以上成人為抽樣範圍。選樣方式考慮地理區位平衡於兩縣市每一行政區中(台北市 12 個行政區; 花蓮縣 13 個鄉鎮)各選擇一個村/里/社區, 計 25 個樣本社區。於各村/里/社區中尋找一位當地的熱心人士(如村長/里長/社區幹部)為連絡人, 透過此連絡人協助招募自願參加者。每一樣本社區招募 40 人左右, 共發出 1000 份問卷(台北市 480 份, 花蓮縣 520 份)。回收有效問卷 935 份, 其中台北市 448 份, 花蓮縣 487 份, 回收率 93.5%。

二、研究工具

(一)健康資訊尋求行為量表

此部分由研究者發展自編量表, 主要參考美國 2007 健康資訊全國趨勢調查(Health Information National Trends Survey; HINTS)(National Cancer Institute, 2009)中與健康資訊傳播有關的題目, 以及 Warne & Procaccino (2004)和 Maibach 等(2006)的研究, 翻譯編修成適合本研究目的並符合國情的題目。此部分包含四個變項:

1. 尋求健康資訊的原因: 由受訪者自填最近是否曾因為該原因而尋求健康資訊, 作答項為有(1)/沒有(0), 共 13 題。各題得分加總分數愈高, 代表較會因為各種原因而去尋求健康資訊。
2. 獲得健康資訊的管道: 由受訪者勾選最近曾經從哪些管道獲得健康資訊, 共列出 12 項管道, 為複選題。加總分數愈高, 代表獲得健康資訊的管道愈多。
3. 運用健康資訊: 詢問受訪者對於找到的健康資訊的運用經驗, 作答項為是(1)/否(0), 共 5 題。加總分數愈高, 代表愈能多方面地運用健康資訊。
4. 尋求健康資訊困難度: 由受訪者自評在尋求健康資訊過程中的自覺困難程度, 共 4 題, 採 Likert

5 點量表，作答項為*非常同意~非常不同意*。平均分數愈高，代表自覺困難度愈高。

(二)健康識能評估表

「中文健康識能評估表」是針對台灣民眾並經過完整發展程序的本土化健康素養測量工具(蔡慈儀、李守義、蔡憶文、郭耿南，2010)。此量表題目內容包含四大面向：健康資訊、看診對話、用藥指引、醫療服務文件，除了測驗功能性的健康素養中基本閱讀和認知能力外，還考量了互動性及批判性健康素養的能力評估。題型為選擇測驗題，共 50 題，答對得 1 分，總分為 0~50 分。分數愈高，代表健康素養表現愈佳。內部一致性信度係數 $\alpha=.96$ 。總分 43-50 分為適當的(adequate)素養程度；31-42 分屬邊緣(marginal)程度；0-30 分屬不適當(inadequate)的素養程度(Tsai, Lee, Tsai, & Kuo, 2011)。

(三)媒體識讀量表

「世新傳播資料庫」自 2005 年開始即定期進行傳播主題之調查，並建置縱貫性的學術資料庫(世新大學傳播學院傳播產業研究中心，2007)。本研究採用其調查工具中的媒體識讀題組，共 30 題，分為四個構面：認識媒體(7 題)、媒體訊息(8 題)、文本解析(8 題)、閱聽人行動力(7 題)。為五點量表填答方式，反應項為*非常同意~非常不同意*。平均分數愈高，代表媒體素養表現愈佳。內部一致性信度係數 $\alpha=.74$ 。

(四)個人數位程度量表

採用行政院研究考核委員會(2010)「九十九年數位落差調查」中的問卷，擷取其中個人數位程度部分的測量題目，共 25 題。個人數位程度指標由三個構面組成，分別為資訊近用、資訊素養與資訊應用，各構面均由數個題組加權計算而得。各構面及整體指標分數為 0~100 分，分數愈高代表其在該構面的表現狀況愈佳。

(五)社會人口學變項

包括性別、年齡、教育程度、職業、族群、居住區域、健康狀況等變項。其中健康狀況採用 SF-36 台灣版(盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅，2002)中的「一般健康狀況」(general health)次量表，為五點量表，共 5 題，平均分數愈高，代表自評健康狀況愈佳。內部一致性信度係數 $\alpha=.63$ 。

三、資料收集

先於樣本社區以外的村/里/社區，於台北市、花蓮縣各選擇一個村/里/社區為預試樣本社區，每社區各招募 50 人，計 100 人為預試樣本。預試後依受試者填答反應及內部一致性信度分析結果進行修訂。正式資料收集採個別面訪方式，由事先訓練的訪員至當地施測，識字者自行填寫問卷，少數不識字者(6.2%)由訪員面訪。作答時間約 30~50 分鐘。調查訪問於 2011 年 4~6 月完成。

四、資料分析

資料回收後，以 SPSS for Windows 進行描述性統計和變項間的相關性分析。使用的統計方法包括描述性統計量數、相關分析、t-test 等。

結果

一、樣本特性

樣本中女性(66.0%)較多，年齡平均 50.17($SD=16.26$)歲，最年輕為 18 歲，最老 88 歲。族群分佈客家人占 21.7%、原住民 17.8%。教育程度以高中(職)占最大比例(29.6%)，高中(職)以下者有 33.5%，以上者有 36.8%。家庭月收入在 3 萬元以內者有 32.6%、3~7 萬之間者有 36.7%、高於 7 萬元以上者有 30.7%。自評健康狀態平均為 3.37($SD=0.69$)，屬中間稍佳的程度，詳表 1。

表 1 樣本背景變項分佈

變項	N	%
區域		
台北市	448	47.9
花蓮縣	487	52.1
性別		
男	318	34.0
女	617	66.0
族群		
客家人	193	21.7
原住民	158	17.8
其他	538	60.5
教育程度		
不識字	57	6.2
小學	144	15.6
國中或初中	108	11.7
高中、高職	273	29.6
專科	129	14.0
大學	183	19.8
研究所以上	28	3.0
家庭收入		
未滿 2 萬	146	19.6
2~3 萬	97	13.0
3~4 萬	84	11.3
4~5 萬	75	10.1
5~7 萬	114	15.3
7~9 萬	80	10.7
9~11 萬	57	7.6
11~13 萬	36	4.8
13~15 萬	12	1.6
15 萬以上	45	6.0
	<i>M</i> (Min, Max)	<i>SD</i>
年齡	50.17(18, 88)	16.26
自評健康狀態	3.37(1, 5)	0.69

註：因遺漏值致各變項總人數不同。

二、健康素養、媒體素養、個人數位程度

健康素養平均分數為 41.27($SD=10.24$)分。其中屬於適當素養程度者占 62.9%、邊緣程度者有

26.6%、素養程度不適當者有 10.5%。媒體素養平均為 3.09($SD=0.36$)，屬中間程度。三大構面中，以媒體內容的素養表現最佳($M=3.33$ $SD=0.49$)，其次為刻板印象($M=3.14$ $SD=0.55$)，對媒體結構($M=2.90$ $SD=0.65$)的認識表現最差。個人數位程度指標為 35.15 分($SD=28.75$)，三大構面中以資訊近用($M=54.16$ $SD=37.46$)表現最好，其次為資訊素養($M=30.23$ $SD=31.19$)，最差者為資訊應用($M=29.26$ $SD=26.58$)，從標準差來看，個人數位程度好壞差異相當大(表 2)。

表 2 健康素養、媒體素養、個人數位程度描述

變項	M(Min, Max)	SD	分數範圍
健康素養	41.27(0, 50)	10.24	0-50
健康資訊	7.81(0, 10)	2.34	0-10
看診對話	10.56(0, 12)	2.47	0-12
用藥指引	14.32(0, 17)	3.85	0-17
醫療服務文件	8.60(0, 11)	2.50	0-11
媒體素養	3.09(1.81, 4.25)	0.36	1-5
媒體結構	2.90(1.00, 5.00)	0.65	1-5
媒體內容	3.33(1.75, 5.00)	0.49	1-5
刻板印象	3.14(1.00, 4.75)	0.55	1-5
行動力	3.00(1.29, 4.57)	0.56	1-5
個人數位程度	35.15(4.32, 93.22)	28.75	0-100
資訊近用	54.16(8.57, 99.59)	37.46	0-100
資訊素養	30.23(0.00, 100.00)	31.19	0-100
資訊應用	29.26(4.67, 98.58)	26.58	0-100

三、健康資訊尋求行為

(一)尋求健康資訊的原因

在尋求健康資訊的原因中，有超過半數以上受訪者勾選的項目依序為：想知道日常保健的資訊、想知道特定疾病的資訊、想對健康檢查結果有更多瞭解、想對藥物有更多瞭解、想為他人找尋健康資訊、醫療人員建議我去瞭解某些健康問題、想靠自己找到更多健康資訊、想要知道特定健康行為的資訊、需要對醫療處置做決定等，以上多數屬於較積極的尋求動機(表 3)。少於半數受訪者勾選的項目有：沒有時間詢問醫療人員、不太敢請教醫療人員、醫療人員提供的健康資訊不清楚，及醫療人員提供的健康資訊不足夠，這些則屬於較被動的尋求動機。由上看來，民眾尋求健康資訊的原因是相對較為主動積極的。加總分數平均為 8.13($SD=3.00$)，可看出民眾會因多種原因而引起尋求健康資訊的動機。

表 3 尋求健康資訊的原因

項目	N	%
想要知道有關日常保健的資訊	762	86.0
想要知道有關特定疾病的資訊	741	84.2
想要對健康檢查結果有更多瞭解	742	83.7
想要對藥物有更多瞭解	695	78.6
想要為他人找尋健康資訊	635	71.8
醫療人員建議我去瞭解某些健康問題	635	70.9
想靠自己找到更多健康資訊	610	68.7
想要知道有關特定健康行為的資訊	585	66.3

需要對醫療處置做決定	561	63.1
沒有時間詢問醫療人員更多問題	434	49.3
不太敢請教醫療人員	310	35.0
醫療人員提供的健康資訊不清楚	307	34.7
醫療人員提供的健康資訊不足夠	288	32.5

(二)獲得健康資訊的管道

獲得健康資訊的管道最多的為電視(79.5%)，其次依序為醫療人員、報紙、朋友同事、網路等(表 4)。可看出普遍性高的大眾傳播媒體仍占有非常重要的影響力，此外人際傳播也同等重要。較少勾選的項目，如傳單手冊、團體組織、民俗醫療人員等，則較屬於小眾的傳播管道。加總分數平均為 5.19 ($SD=2.78$)，可看出民眾會同時運用多種管道來尋求健康資訊。

表 4 獲得健康資訊的管道

項目	N	%
電視	734	79.5
醫療人員	605	64.9
報紙	592	64.6
朋友同事	581	62.3
網路	453	48.6
雜誌	416	45.6
書	368	39.5
家人	291	31.2
廣播	264	28.7
傳單手冊	224	24.0
團體組織	184	19.7
民俗醫療人員	131	14.1

(三)運用健康資訊

對於所收集到的健康資訊對民眾發生的作用，較多的三項為：改善日常保健的方式、改變健康行為、影響照顧他人的方法，比較屬於個人日常保健(表 5)。較少的兩項為：與醫療專業人員討論找到的健康資訊、影響對醫療方式的決定，這兩項則是屬於醫療情境。加總分數平均為 3.56 ($SD=1.56$)，且所有項目的勾選率都超過 50% 以上，可看出多數民眾會在多種情境中運用健康資訊。

表 5 運用健康資訊的經驗

項目	N	%
健康資訊曾經改善您日常保健的方式	715	78.5
健康資訊曾經改變您的健康行為	636	70.0
健康資訊曾經影響您照顧他人的方法	632	69.1
與醫療專業人員討論您找到的健康資訊	578	63.0
健康資訊曾經影響您對醫療方式的決定	540	58.9

(四)尋求健康資訊困難度

研究對象自覺尋求健康資訊的困難度平均為 3.35($SD=.63$)分，屬中等偏高程度的困難感受。

四、人口學背景變項與健康素養、媒體素養、個人數位程度的關係

居住區域不同的成人，其健康素養($t=8.47$ $p<.001$)、媒體素養($t=11.38$ $p<.001$)及個人數位程度($t=7.08$ $p<.001$)均呈顯著差異，台北市成人在上述三項素養的表現均優於花蓮縣成人。性別部分僅在媒體素養($t=-.293$ $p<.01$)的表現呈顯著異，女性優於男性。年齡與三項素養均呈顯著負相關，即年齡愈大，各類素養的表現愈差($r=-.31, -.10, -.49$)，尤其是個人數位程度。教育程度及家庭收入與三項素養的關係則都呈顯著正相關，教育程度愈高、家庭收入愈高者，三項素養的表現愈佳。其中教育程度與三類素養的相關均達中等至高程度的相關值，詳表 6。

表 6 人口學背景變項與健康素養、媒體素養、個人數位程度的關係

	健康素養			媒體素養			個人數位程度		
	n	M(SD)	t	n	M(SD)	t	n	M(SD)	t
區域			8.47***			11.38***			7.08***
台北市	448	44.06(6.40)		447	3.22(0.35)			42.42(27.93)	
花蓮縣	474	38.63(12.29)		486	2.97(0.33)			28.77(27.97)	
性別			-0.24			-2.93**			.52
男	316	41.16(9.90)		318	3.05(0.37)		292	35.86(29.05)	
女	606	41.33(10.41)		615	3.12(0.35)		551	34.77(28.62)	
	n	r		n	r		n	r	
年齡 ^a	922	-.31***		933	-.10**		843	-.49***	
教育程度 ^b	909	.43***		920	.40***		832	.66***	
家庭收入 ^b	743	.37***		744	.34***		673	.41***	

a: r 值為 Pearson correlationb: r 值為 Spearman's rho**: $p<.01$ ***: $p<.001$

五、人口學背景變項與健康資訊尋求行為的關係

居住在台北市者比花蓮縣者尋求健康資訊的原因較多($t=4.8$ $p<.001$)、獲得健康資訊的管道較多($t=5.2$ $p<.001$)、運用健康資訊的情境較多($t=2.8$ $p<.01$)，但兩者自覺尋求資訊的困難度並無顯著差異($t=-1.8$ $p=.067$)(表 7)。性別的差異發生在尋求管道及資訊運用上，女性較男性能利用多種資訊管道($t=-3.2$ $p<.01$)、並能運用健康資訊於多種情境($t=-2.0$ $p<.05$)。年齡愈大者，其所利用的資訊管道愈少($r=-.11$ $p<.01$)，感受到尋求資訊的困難度愈高($r=.15$ $p<.01$)。教育程度與家庭收入愈高者，尋求健康資訊的原因愈多、獲得資訊的管道愈多、運用資訊的情境愈多，所感受到的困難度愈低。自評健康狀態愈佳者，愈會因多種原因尋求健康資訊、能運用資訊於多種情境中，感受到的困難度愈低。

表 7 人口學背景變項與健康資訊尋求行為的關係

	尋求原因			尋求管道			資訊運用			尋求困難		
	n	M(SD)	t	n	M(SD)	t	n	M(SD)	t	n	M(SD)	t
區域			4.8***			5.2***			2.8**			-1.8
台北	428	8.6(2.8)		448	5.7(2.8)		440	3.5(1.6)		440	3.3(.7)	

花蓮	470	7.7(3.1)		485	4.7(2.7)		484	3.2(1.6)		485	3.4(.6)
性別			-1.7			-3.2**			-2.0*		1.3
男	305	7.9(3.1)		318	4.8(2.7)		317	3.2(1.6)		317	3.4(.6)
女	593	8.3(2.9)		615	5.4(2.8)		607	3.4(1.5)		608	3.3(.6)
	n	r		n	r		n	r		n	r
年齡 ^a	898	.06		933	-.11**		924	.05		925	.15**
教育程度 ^b	887	.17***		920	.30***		911	.19***		912	-.15***
收入 ^b	719	.17***		744	.23***		738	.21***		737	-.15***
健康狀態 ^a	890	.10**		924	.06		919	.08*		919	-.17***

a: r 值為 Pearson correlation

b: r 值為 Spearman's rho

*: $p < .05$ **: $p < .01$ ***: $p < .001$

六、健康素養、媒體素養、個人數位程度與健康資訊尋求行為的關係

由表 8 可看出，三項素養與健康資訊的尋求原因、尋求管道以及資訊運用均呈顯著正相關，而與尋求的困難度呈顯著負相關。即素養程度愈佳，其尋求健康資訊的動機愈多、尋求管道愈多、資訊運用得愈多，尋求的困難度則愈低。其中，與尋求原因及尋求困難度相關性較高的是健康素養。媒體素養及個人數位程度則與尋求管道有較高的關連。

表 8 健康素養、媒體素養、個人數位程度與健康資訊尋求行為的相關

變項	尋求原因		尋求管道		資訊運用		尋求困難	
	n	r	n	r	n	r	n	r
健康素養	885	.20***	920	.20***	911	.25***	912	-.14***
媒體素養	897	.13***	931	.25***	922	.12***	923	-.18***
個人數位程度	815	.13***	841	.26***	837	.18***	836	-.13***

***: $p < .001$

討論

本研究對象在健康素養的平均得分為 41.27，邊緣及不適當程度者合計 37.1%。此結果與 Lee 等(2010)的調查結果(上述值各為 39.2、30.2%)相比，平均值稍高，但素養程度適當者的比例則較低。居住於鄉村地區、教育程度及收入較低、年齡較大者較易有素養程度不足的狀況，此現象與 Lee 等的結果相同。由上看來，估計台灣成人約有三成以上者為健康素養程度不足，是值得公共衛生教育注意的議題。

個人數位程度的表現，本研究對象平均分數為 35.15，三大構面的得分高低依次為資訊近用、資訊素養、資訊應用，此結果與 99 年數位落差調查(行政院研考會，2010)結果相近。顯示台灣成人接觸電腦的機會不少，但操作電腦能力及資訊應用能力仍有提昇空間。在 99 年數位落差調查結果中，男性的個人數位程度比女性稍高，但在本研究中性別並未達顯著差異。其他人口學變項的差異，包括居住地、教育程度、收入及年齡的差異方向，兩份研究結果相同。

媒體素養的表現，平均分數為 3.09(相當於百分數的 62.3 分)。與 2008 年世新大學傳播資料庫的調查結果(平均 59.8 分)相比，平均分數相近稍高。四大構面中，兩份研究結果民眾表現最好的都是媒體內容。人口學背景變項的差異表現在居住地、性別、年齡、教育程度及收入上。

民眾在健康資訊行為的各方面都表現出相對較為積極的尋求行為，包括會主動產生尋求的動機、會利用多種管道、能將資訊運用於日常保健及醫療情境中。居住於花蓮、男性、年齡高、教育程度較低、收入較低及健康狀態較差者，其資訊行為的表現較不佳。整體來說，健康素養、媒體素養及個人數位程度都對健康資訊行為有顯著的關連，顯示出各類素養程度對於健康資訊行為的重要性。

在健康傳播實務上，要提昇民眾的健康資訊行為，應加強其各類相關的素養能力，包括健康素養、媒體素養及個人數位程度。對於不利條件的民眾，例如居住於都市化程度較低者、低教育程度、低收入、年齡大、健康狀態不佳者，應針對其不利條件設計合適的服務方案或介入策略。

本研究在取樣上橫跨了都市化向度上最都市化至最偏遠化的連續光譜，調查的內容以跨學科的觀點，收集了健康、媒體及數位資訊多面向的資料。研究結果可為國內民眾的健康資訊尋求行為概況建立基本輪廓。本研究的限制首先是取樣，由於研究對象是以招募方式組成，為自願參加，可能有樣本自我選擇的偏差。其次，本研究僅以台北市及花蓮縣為取樣範圍，研究結果不能推論至全台灣地區。

註：參考文獻略。