

## 都市與偏遠社區成人的健康資訊尋求經驗： 焦點團體訪談結果

魏米秀\* 洪文綺\*\*

### 摘要

本研究以一般性健康資訊為主題，透過焦點團體訪談都市及偏遠地區的居民，目的在瞭解民眾的健康資訊尋求經驗，發掘可能影響資訊尋求行為的因素，並比較偏遠與都市地區的差異。採目的抽樣策略，以台北市（都市地區）及花蓮縣（偏遠地區）為範圍，各選取六個村里，每個村里進行一場焦點團體訪談，計十二場。共訪談95位居民，其中偏遠地區44位，都市地區51位。質性資料分析結果發現，健康資訊的需求來自其所處的個人及社會脈絡情境所引發的動機。影響健康資訊尋求的中介因素包括環境資訊可近性、人際社會支持及個人資訊獲取條件。偏遠與都市地區的差異呈現在環境資訊可近性、個人資訊獲取條件、傳播管道與型態及主動/被動的尋求行為。建議公共衛生教育要因地制宜，都市地區可運用多元的傳播管道，偏遠地區要善用人際傳播網絡。對於資訊獲取弱勢者，依其特殊需求設計健康資訊，並運用人際社會支持的功能。加強資訊弱勢地區的環境資源與提升民眾獲取資訊的能力都是重要的議題。

**關鍵詞：**健康資訊、健康傳播、偏遠地區、資訊尋求、衛生教育

---

\* 慈濟大學傳播學系副教授

\*\* 耕莘健康管理專科學校護理科助理教授

通訊作者：魏米秀

聯絡地址：97004花蓮市中央路三段701號

電話：03-8565301轉2820

E-mail: michelle@mail.tcu.edu.tw

## 壹、前言

資訊 (information) 泛指對個體知識或信念產生影響的環境刺激 (Brashers, Goldsmith, & Hsieh, 2002)。健康教育與促進術語聯合委員會 (Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, 2001) 定義健康資訊 (health information) 為有關個人、團體及社區健康議題的傳播內容，且必須是來自可信賴的來源。在內容上，凡是與個人健康有關的訊息，包括健康促進、預防性健康活動、健康危險行為、疾病及就醫資訊等，都屬於健康資訊的範疇 (Lambert & Loiselle, 2007)。資訊尋求行為 (information seeking behavior) 是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)。

人們常運用的健康資訊尋求行動或策略有：直接或間接發問、提出討論、與他人交換資訊、閱讀、觀察、瀏覽、傾聽等 (Lambert & Loiselle, 2007)。學者依行為的積極性將尋求行動分為主動尋求及被動接收 (Longo, 2005; Wilson, 1999)。主動尋求的過程為：對資訊產生醒覺、接近獲取、使用、做決定；被動接收則是：接收、使用、做決定。關於健康資訊的來源管道，有依使用的積極性來區分，而分為主動傳播管道（包括人際傳播、印刷品、網路等）及被動傳播管道（如電視、廣播） (Dutta-Bergman, 2004)。有依資訊的系統性而分為：正式管道（如健康專業人員、健康組織、圖書館、網路資訊）及非正式管道（如人際、網路社群、電子郵件等） (Warner & Procaccino, 2004)。也有以傳遞的直接程度而分為面對面管道（如人際互動）及中介管道（如經由媒介傳播資訊者） (Brashers et al., 2002)。

研究發現女性、高收入、高教育程度及年齡較輕者的健康資訊行為普遍較佳 (Ramanadan & Viswanath, 2006)。有較強的健康意識、較佳的健康信念、較強的健康行動意願 (Dutta-Bergman, 2004)、自覺健康狀態較差、自覺健康知識不足夠 (Radecki & Jaccard, 1995)，以及對於參與健康決定有較高涉入意願者 (Lambert & Loiselle, 2007)，有較佳的健康資訊尋求行為。社會網絡會影響資訊的流動，因此它可能是個體獲取健康資訊的促進因素，但也可能是阻礙因素 (Wathen & Harris, 2007)。所處環境的資訊可及性、接近資訊的障礙 (Maibach, Weber, Massett, Hancock & Price, 2006) 以及個人的資訊技能 (Borger et al., 1993) 都會影響資訊的獲取。綜上可看出影響個體健康資訊行為的因素從個體、人際到大環境層次各有其影響作用。

對於健康促進實務，健康資訊可發揮多面向的功能。在心理層面，資訊的獲得可增加控制感、希望感、充能，有助於減低焦慮及醫療不確定性 (Brashers, 2001)。

在行為層面，健康資訊的獲取可增進知識、促進態度改變、引發動機、瞭解行為改變所需的資源，幫助個人在資訊充分的情形下做決定，進而促發健康行為（Lambert & Loiselle, 2007）。在社會層面，透過衛生教育宣導，傳佈健康訊息，可以創造醒覺，塑造鼓勵健康行為的社會風氣（U.S. Department of Health and Human Services, 2001）。

綜觀健康訊息行為文獻，有些研究探討廣泛性、一般性的健康資訊（Courtright, 2005; Wathen & Harris, 2006）；有些聚焦於特定的健康範圍或主題，包括個別疾病（葉乃靜，2003；Mayer et al., 2007）或某項健康行為（葛梅貞、李蘭、蕭朱杏，1999；Szwajcer, Hiddink, Koelen, & van Woerkum, 2005）。許多研究關注少數族群的健康資訊行為（黃淑貞、陳金記、洪文綺，2005；陳美如、湯澡薰、鄭惠美、邱文祥，2007；Davies & Bath, 2002；Courtright, 2005），也有研究關心不同族群間的比較（Nguyen & Bellamy, 2006）。綜上可看出國內目前所累積的文獻較缺乏對於廣泛性、一般性健康資訊的研究，且大多僅探討健康資訊行為過程的其中一段環節，如資訊需求（謝慧欣、鄭守夏、丁志音，2000）、傳播管道（蔡鶯鶯、湯允一，1999），較少同時探討資訊行為前後過程的研究，如此可能限制了發掘資訊行為過程中各因素作用的可能性。

國外實證研究發現，鄉村與都市居民在尋求健康資訊時可能面臨不同的狀況，鄉村的資訊可近性是重要問題之一，健康資訊系統與鄉村民眾的實際需求之間常存有落差（Wathen & Harris, 2007）。國內數位落差調查報告顯示，民眾的資訊近用情形隨居住地區都市化程度不同呈顯著差異，都市化程度較低或偏遠鄉鎮的資訊發展較為不佳，居民在資訊應用表現上較無法善用網路資源（行政院研究發展考核委員會〔研考會〕，2008）。台灣都市化程度不同的社區在現有數位落差狀況之下，健康資訊的獲取是否也會有機會上的差距，是值得公共衛生教育關切的課題。

本研究以一般性健康資訊為主題，透過焦點團體訪談都市及偏遠地區的居民，目的在瞭解民眾的健康資訊尋求經驗，發掘可能影響資訊尋求行為的因素，並比較偏遠與都市地區的差異。藉由民眾真實生活經驗的發掘，可描繪出本土社區居民健康資訊尋求經驗的獨特樣貌。而透過偏遠地區與都市地區的比較，可發掘不同區位民眾尋求健康資訊的差異。對於民眾健康資訊尋求行為的理解，將可提供衛生教育做為擬訂健康資訊傳播策略及教育介入的參考。

## 貳、材料與方法

本研究以社區為單位，以焦點團體訪談為資料收集方法，主要是考慮健康資訊的傳播與社區內的環境脈絡有關，藉由同一社區內成員的互動與討論，除了發掘個人經驗外，也能探知社區中健康訊息的傳播現象。

### 一、研究對象

依學者建議，在資料豐富且不多增加團體的原則下，焦點團體的數量以6~8個團體為佳（胡幼慧，1998a）。本研究於都市與偏遠地區各進行六場焦點團體訪談，共十二場。採目的抽樣策略，考慮地區的資訊普及與人口密度特性。偏遠地區以花蓮縣為範圍，依研考會（2008）九十七年度數位落差調查報告，花蓮縣共有10個偏遠鄉鎮，由其中隨機選取6個鄉鎮。都市地區樣本以全台平均人口密度最高的台北市（行政院內政部，2009）為範圍，隨機選取6個行政區。於上述每個行政區內尋找一個有參與意願的社區，每個社區進行一場焦點團體訪談。首先在當地社區尋找一位熟悉社區事務之連絡人（多為里長、鄰長或社區發展協會幹部），由其協助召募志願受訪者。訪談對象的選取為長期居住於該社區18歲以上之成人，每一場焦點團體招募6至10位成員。

本研究共訪談95位居民（表1），其中偏遠地區44位、都市地區51位。全體受訪者中女性佔74.7%，年齡介於28至77歲，平均57.43歲，職業別以家管為最多。偏遠地區受訪者中除了水璉村有2位分別為外省及閩南族群外，其餘均屬當地族群；都市地區受訪者則沒有明顯的族群分別。都市與偏遠地區比較，兩群樣本的年齡分佈相當；教育程度的分佈以都市樣本有較高的傾向；職業別分佈以偏遠地區樣本有較多務農者；曾使用網路比例以都市地區稍高。

表1 焦點團體受訪者基本資料

	都市地區	偏遠地區
行政區域（代號）	大安區誠安里（A1）	鳳林鎮北平里（B1） <sup>a</sup>
	松山區復盛里（A2）	秀林鄉文蘭村（B2） <sup>b</sup>
	大同區鄰江里（A3）	壽豐鄉水璉村（B3） <sup>b</sup>
	信義區中坡里（A4）	光復鄉西富村（B4） <sup>b</sup>
	中山區中吉里（A5）	卓溪鄉卓溪村（B5） <sup>b</sup>
	北投區東華里（A6）	萬榮鄉紅葉村（B6） <sup>b</sup>

## 都市與偏遠社區成人的健康資訊尋求經驗：焦點團體訪談結果

人數（男性／女性）	51（15/36）	44（9/35）
年齡平均（最小值－最大值）	57.96（35-77）	57.25（28-76）
<b>教育程度n（%）</b>		
國小（含）以下	4（7.8%）	24（54.5%）
國中~高中	31（60.8%）	14（31.8%）
大專（含）以上	16（31.4%）	6（13.6%）
<b>職業n（%）</b>		
家管	26（51.0%）	20（45.5%）
有固定受僱工作	8（15.7%）	8（18.29%）
自由業	6（11.8%）	3（3.8%）
農	0（0.0%）	10（22.7%）
退休	9（17.6%）	2（4.5%）
待業	2（3.9%）	1（2.3%）
曾使用網路人數n（%）	22（43.1%）	18（40.9%）

a：客家村落； b：原住民村落。

## 二、研究工具

本研究參考學者Wilson (1999)的資訊行為模式（model of information behavior）及Longo (2005)的健康資訊尋求行為概念模式（conceptual model of health information seeking behavior）設計訪談題綱。訪談提綱如下：

1. 請舉例說明您曾看到、聽到或收到那些健康知識或訊息。
2. 您會在什麼情況下，從哪些地方、哪些人或哪些管道得到健康資訊？
3. 什麼情況下您會想要主動去尋找和健康有關的知識或訊息？這個時候通常會去那裏找？
4. 何種健康資訊是您想要得到的？
5. 有什麼因素會阻礙您獲得健康資訊？
6. 您認為什麼樣的措施可以幫助您獲得健康資訊？
7. 您所得到的健康資訊對您產生了什麼樣的影響？這些健康資訊有何用處？
8. 對於以往獲得的健康資訊，您的滿意度如何？您對這些健康資訊有什麼評價或意見？



### 三、資料收集與處理

焦點團體主持人由兩位作者分別擔任。偏遠地區每一場焦點團體均有一位通曉母語及國語的當地居民陪同協助翻譯，其中水璉村及西富村的部分訪談須佐以翻譯。訪談地點均在當地社區，訪談前徵得受訪者同意錄音，一場訪談時間約1~1.5小時。十二場焦點團體於2009年3月至6月完成。

資料分析是以歸納受訪者共同經驗為主，都市和偏遠地區的資料先分開登錄，而後再進行比較及合併。分析方式主要採編輯式分析（editing style）（胡幼慧，1998b），將文本資料進行編輯、剪裁、安排、再重組，直到找出類別之間的意義和關聯。資料分析由兩位作者共同進行，步驟如下：1.訪談錄音整理成逐字稿。2.反覆閱讀文本，劃出逐字稿中與研究主題相關的敘述句。3.找出可以完整表達一個現象、經驗或概念的段落，進行現象摘述。4.對所摘述的現象進行初步群聚歸類，以發現類屬。5.對已找出的類屬，將其群聚歸納成相互隸屬的層級關係，以形成高低層次的分類架構，並尋找類屬間的關係。6.統合所有場次的資料，進行反覆分析比較與討論，直至所摘取的概念類屬及架構與文本資料呈現穩定的契合狀態。

### 參、結果

民衆在健康資訊尋求行為的歷程及影響因素可用圖1表示。其中個體所處的脈絡引發尋求資訊的動機，屬於資訊行為的前端位置。在需求與尋求行為之間，有促進或阻礙的中介因素可能影響資訊尋求行為。

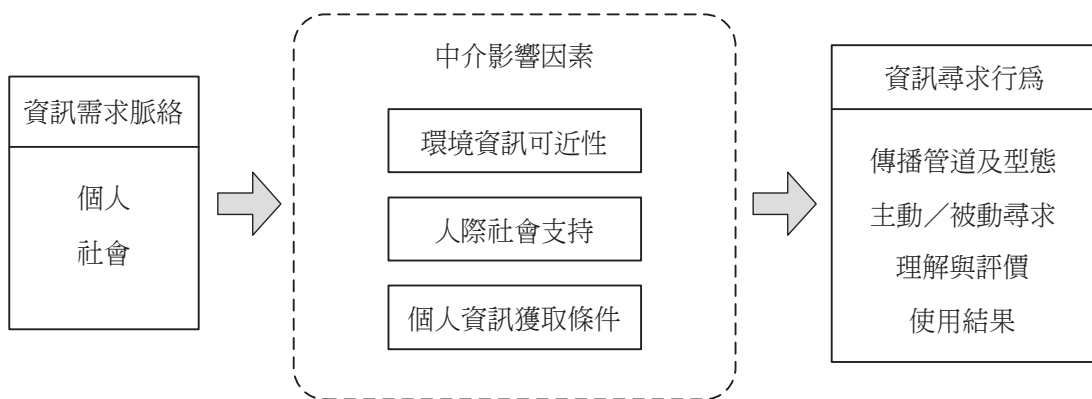


圖1 健康資訊行為的影響因素及作用歷程

## 一、健康資訊需求脈絡

健康資訊的需求可能來自其所處的個人及人際脈絡情境。個人的需求脈絡常發生在面臨健康威脅的時候，包括健康狀態的改變、疾病及健康檢查結果的警示等。且個人感受到的健康威脅程度愈嚴重，對資訊的需求也愈強。如：「基本上你需要的時候你才會去，平常不可能莫名其妙上去（網路）打一個心臟，一定是自己想知道要怎麼保健的」（A4）、「因為我也有開刀，所以有時候就會去那邊，那是乳癌協會，有時候就會去聽」（A1）、「如果說毛病症狀沒有很明顯的話，有時候就想說算了，因為沒有很明顯的感覺，所以就不必那麼積極去找，這一種情況就會想說算了」（A2）。

人際社會的需求脈絡同樣會發生在親友面臨健康威脅的時候，且親友與自己的關係愈親近，所面臨健康威脅程度愈高，需求也愈強。此外，他人的詢問以及大眾媒體訊息的刺激也會引發想進一步瞭解的動機。例如：「家裏或是親戚朋友有某些疾病的時候，我們才會去找（資訊）」（B5）、「因為親戚跟自己是至親啊，所以我會很積極去研究這個問題」（A2）、「知道說那個人有癌症，就趕快打聽啊，這癌是怎麼樣的？所以我們趕快把這個知識告訴不知道的人」（A1）、「電視上的名人啦，為什麼會得這個病啊，有時候會去查這個資料」（A2）。

以上的脈絡情境反映出個體尋求健康資訊的動機來自於對健康問題的覺察度以及在健康議題的涉入程度（involvement）。這些覺察與涉入往往與自己或親友的健康經驗及大眾媒體訊息有關。當個體覺察到該健康問題，或者認為該健康議題是重要的，與自己關聯性高的，愈容易產生較強的尋求動機。

## 二、影響健康資訊尋求的因素

### （一）環境資訊可近性

環境資訊可近性決定於地理區位的遠近及環境資源的多寡。地理區位的遠近以及交通便利性影響了個體接近資訊的成本，進而影響接近資訊的機會。對於偏遠或交通不便的社區居民來說，想要親身參與健康活動要付出較高的交通及時間成本，最終影響其參與的可能性和意願。如以下城鄉兩段談話的對比：「我們這裏離什麼都方便，最重要離榮總主要是醫院方便，學校呀，離捷運什麼都方便，…資源蠻豐富的啦」（A6）；「你如果是集中在玉里的話，那就不可能，你要召集那些人其實是有困難的，因為基本上卓溪鄉的老人家都沒有什麼交通代步…，一定是包車啊，他們不可能從村裡面爲了要聽一場演講就到這裡來，就來回坐500塊，划不來啦。」（B5）

資訊及資源進入的機會及多寡也和此因素有關。交通不便的劣勢，導致各類媒介管道的建置成本較高，包括網路線、有線電視路線的架設，以及無線電視、廣播的接收等，而使這些社區易處於資訊條件較差的環境。如：「那個第四台我們沒有裝，以前我女兒叫他去裝，他說你們那邊他們不要裝，只有你們家的人看…」(B1)、「離機房太遠，他是沒辦法拉網路」(B4)、「這邊(無線)廣播都收不到」(B3)。健康服務的提供也因成本較高而不易進入，許多服務無法於當地獲得，獲取健康資訊的資源相對缺乏。如以下社區：「離最近的診所就要20分鐘的車程，衛生室就一個禮拜來一天…這邊沒有藥局啦，那種巡迴的送藥包急救的還有」(B3)、「我們這裡是屬於秀林鄉公所，他辦一個活動只針對一個地方而已，因為秀林鄉很大，他都把那個集中在鄉公所那個位置」(B2)。

綜上可看出，社區地理位置與交通便利性是資訊獲取的關鍵性因素。都市與偏遠地區的差異明顯反映在環境資訊可近性上。都市地區交通便利，環境資源豐富，具有獲取資訊的優勢條件。反之，偏遠社區交通便利度差，居民個人接近資源的成本高，限制了尋求的行為及意願。且外部資源進入社區的成本相對較高，影響了社區資源的多寡，而資源多寡又再度影響居民獲取資訊的機會。

## (二) 個人資訊獲取條件

接收資訊的條件是個人層次的中介因素，本研究觀察到三項重要的條件分別為：生理條件、中文識讀能力及資訊素養。

許多老年人提到眼力不佳，因此老人通常比較喜歡有聲音的媒介型式，如廣播、電視以及人際的口語傳播，較不喜歡以文字為主的平面媒介如報紙、雜誌。「老人家，有時候給他們書，他們看字很小，就不容易看，所以就是要用講的比較快」(B4)。

中文識讀的問題可能發生在低教育程度(國小以下)，或是對中文有識讀障礙的受訪者身上，這些人大多為老年人。偏遠地區樣本中，部分原住民老年人因語言隔閡而有中文識讀的問題，造成他們在接收健康資訊以及與醫護人員溝通上的困難。如「部落老人大部分都是原住民，都看不懂中文」(B4)、「看醫生時醫生會問，如果是聽不懂的話，語言不通的話，就只好用手指說，這邊痛、那邊痛，比手畫腳…」(B4)。在尋求健康資訊過程中，這些居民運用了一些因應的方法，如「年紀大的找孩子一起陪伴，除了聽得懂以外，還有一些協助翻譯的部分…如果沒有小孩子的話，他會去選擇懂得自己母語的醫師去就醫…」(B3)、「他們(居民)請那個當地衛生



所那個就是語言可以跟他們溝通的來講」（B5）。因此在這類型村落中，健康資訊的傳遞必需考慮語言的特性而採取特殊的作法，包括宣導教材的設計和人際傳播情境中母語環境的配合。如：「最好是有羅馬字」（B4）、「有些他們衛生所電腦會自己打，會自己做然後字大一點，啊他們會注音」（B5）、「我們這邊就有配一個原住民的護理室的助理啊」（B2）、「活動也會有人翻譯母語」（B5）。

資訊素養反映出個人資訊科技的使用能力，例如網路和電話語音系統的使用。對於不會使用網路的民衆，除非有他人協助，否則便無法透過網路來獲取健康資訊。以下談話是一位資訊素養不足的受訪者所遇到的狀況：「像我們不知道要怎麼樣打（電話），有一次我也是要跟他（醫院）預約啊，聽不懂，你打幾號，啊你這樣，乾脆我掛掉我不要，直接自己去就好。…後來我媳婦住在台北，她用那個電腦打，打說哪一天你去找誰（哪一個醫師），這樣說還打得出來…」（B1）。

在這三項個人資訊獲取條件中，偏遠地區居民在中文識讀能力及資訊素養兩項條件上較有機會處於不利的位置。本研究偏遠地區受訪者中，有較多為國小（含）以下的低教育程度者，也有許多不諳中文的原住民老年人，他們在語言條件上相對弱勢。而個人資訊素養的培養需要支持性的環境，對於缺乏資訊設備、接近資訊不利、環境資源少的偏遠地區居民來說，學習資訊素養的機會也就相對缺乏。

### （三）人際社會支持

人際社會支持對於健康資訊的尋求可能發揮的功能包括：1.親友可做為健康資訊的提供者或傳遞者，如「我兒子每個月的那個雜誌都會寄過來給我」（B5）、「小孩如果從網上看到什麼就叫我媽你來看」（A2）、「爸爸上班的這種，他們的資訊來源就靠老婆」（A6）。2.對一些有接收資訊困難或缺乏資訊技能者，親友可代為尋求資訊，扮演代理人角色。如「電話預約掛號叫年輕人去給我預約」（B1）、「看不懂，帶回去給他們小孩子或者是孫子看」（B5）、「朋友之間，不懂的就會請我們幫忙（上網）」（A3）。3.親友可教導或輔助受訪者使用資訊科技，輔助其提升資訊素養，如「電腦是我女兒教的，我女兒要去美國的時候就把電腦組裝好了，他說媽媽你要用電腦跟我聯絡」（A1）。4.受訪者會與親友們一起結伴參加衛教活動，發揮友伴的功能，「醫院上課，朋友都會一起過去上課，大家就會一個拉一個」（A5）。

由上可看出，如果個人資訊獲取條件不佳，生活中又缺乏親友關懷幫忙者（如獨居老人），在尋求健康資訊上便處於相當不利的位置。在本研究的都市及偏遠地區樣本中，都有處於上述條件下的受訪者，他們也表達出資訊協助方面的不足。如：「我

是那個獨居老人，兩個老的住在一起而已，很可憐…整天都是電視」（A1）、「家裡都沒有人，你要跟誰討論」（B1）、「年紀大的，小孩子有在會幫忙看（衛教單張），小孩子不在的話就看沒有」（B4）。

### 三、健康資訊尋求行為

#### （一）傳播管道及型態

關於健康資訊的傳播管道，本研究採用Brashers等（2002）的分類，分為：人對人的人際傳播及透過媒介的媒介傳播。

人際傳播部分，資訊交流常發生在日常生活中與親友的互動，以及與衛生專業人員的溝通情境，包括就診、公衛護士家訪或電話追蹤、社區藥局拿藥及各類諮詢電話專線等。如：「子女或長輩直接對我們講，是我們第一個能接收到的」（A2）、「社區的診所醫生我們常常去看他，久了就很熟比較好問」（A4）。

小眾傳播的情境多是在親身參加各類活動中接收到健康訊息。除了各類健康活動外，許多社區原有的聚會或活動也有接觸健康資訊的機會，例如里民聚會、學校母姐會、教會禮拜或部落慶典等，如「像你說的健康資訊其實也透過教會的禮拜天他們都會報告的，如果說明天有什麼健康檢查，他們都會來教會，每一個教會都會跑。…有時候在教會做禮拜完，因為裡面有一些部落的幹部，或是農會的一些幹部，都會另外再做宣布」（B4）、「學校有辦母姐會、運動會，那個是最好的（宣導）機會」（A6）。

媒介傳播管道部分，電視是大多數人覺得最便利的管道，「電視最方便啊」（B5）。會使用網路的受訪者表示網路方便快捷，且有穩私上的優點，「不好意思不敢問人時，自己上網去查」（A3）。部落的擴音廣播是本研究偏遠社區中重要的傳播工具，許多部落有定點的擴音設備或巡迴廣播車，由村、里長或頭目負責廣播重要訊息。「像我們有十八個部落，每一個部落都有那個擴音器」（B5）、「衛生所如果有交代那個村長，村長都會廣播，我們七八個村落全部都會聽得到」（B4）。

綜上可發現一般社區民衆生活中接觸到健康資訊的機會非常多元，受訪者對於各種傳播管道的運用常是多管道、多來源、多種類地進行。民衆如果無法滿足某些管道所獲得的資訊，他們會嘗試從其他管道尋求，以補足對資訊的需求。如「這個醫生很忙的話基本上他不會告訴你很多，就變成大概你有問他才有答，你不能一直問他，大概五分鐘就要出來，基本上我是大概問重點，回家後再找網路的資料下來」（A4）。

本研究也觀察到人際傳播和媒介傳播的效果各有不同，普及性高的媒介傳播接收容易；人際傳播則在說服上具有較強的影響力。人際傳播一來較有可能透過互動找到符合自己需求的訊息，二來常有機會接收到親身實證的經驗分享而增加有效性的感受，三來人際間彼此的關係也發揮了信任和規範的無形力量。如以下三段談話：「電視這樣子的一個管道或者說廣播這樣子的管道，我覺得比較不深入，表面帶過看過就忘了。…我覺得one by one我覺得感覺起來是最有效的」（A4）。「像我那個在做治療的時候，你在旁邊就會聽到有人說這個很好你吃看看！因為大家都是同樣是那種病的人，他有吃過你才敢去嘗試」（A2）。「我介紹我朋友的話，他們就是相信我，他們就會接受這種東西（保健方法），但如果他們不相信的話，感覺上就會覺得不夠誠意。我覺得不錯的話，我介紹他們的話，他們都可以信任」（A5）。

偏遠和都市地區在生活型態、人際關係與空間特性上有若干不同，資訊傳播方式也呈現出不同樣貌。都市地區居民較能利用多樣的傳播管道，如「訊息出來的話，從電子媒體、影視媒體，然後衛生所，就一起下來…雜誌、報紙、朋友…要不然來社區發展協會也會提供訊息，管道還蠻多的」（A3）。偏遠地區居民務農比例較高，生活型態及村落空間分佈使得人與人關係緊密，「部落的凝聚力很好，白天做農晚上可以聊天」（B4）、「鄉下方便打招呼，有分享的習慣」（B3）、「我們和地段（護士）小姐都很熟」（B5）。因此村落中的資訊傳播相對較為倚重人際網絡的傳播，此特性反映在居民間訊息的傳遞通路與方式上，「聽到的就會開始傳，再利用口耳相傳傳出去」（B6）、「每戶每戶都會講，經過有空都會說」（B2）、「護士她要發通知單的話，會拿給鄰長發給我們」（B1）；也反映在醫護人員與居民的互動上，如「（衛生所）護士就盯得很緊啊，每個人都要做（子宮頸抹片檢查），每天都去你家，還電話追蹤。不是只有他會盯我們，我們也會盯她呢，我三不五時沒事就會去找她啊，找她問東問西。」（B2）。

## （二）被動接收與主動尋求

民衆的健康資訊尋求行為呈現出主動尋求與被動接收兩種方式並存的現象。主動尋求行為指主動接近以獲取資訊之行動，包括詢問、搜尋、參加活動等。被動接收為機會性的暴露在人際或媒介管道下而接收到健康資訊。例如電視可能是「打開就看，剛好看到健康的（節目）就看一下」（B5），「衛生所會拿宣傳單啦，偶而會看一下啦，發給你就看一下，看一看就丟在旁邊，那個沒有關的就不用看」（B3）。

城鄉比較起來，都市地區居民在需要主動接近媒介方能獲取資訊的行為上表現較

積極，如：「會到圖書館」（A5）、「請教一些比較專業的，或是上網去看看，譬如雅虎知識上的知識網站。」（A4）、「我有去參加那個公保大樓，他們每個月都會在禮拜六下午會有健康講座，…不是上班族的很多，衛生所星期六、假日的話都有一百多個人…」（A6）。偏遠地區居民在需要親身參與的尋求行為上表現得較不積極。如 B3 受訪者談到他們村落的狀況：「衛生所曾經辦講座啦，寥寥幾個，大概是十幾個人參加，晚上辦，大部分都是看連續劇的，白天大家要工作…。教會禮拜結束以後或是廟會的時候，或是活動結束時候，插入一些活動可能會有效果」。本研究觀察到偏遠地區居民參加衛教活動常是附加在其他聚會（如做禮拜）之中，雖然參與該活動是主動的，但尋求健康資訊的動機則偏向被動，屬於 Wilson（1999）提出的「被動尋求」類型。

此城鄉差異的現象與環境資訊可近性及個人資訊獲取條件兩者都有關係。當資訊近用不易、近用成本高〔公車班次不多（B6）〕，當地資源缺乏〔部落很需要書（B4）〕，主動尋求的機會和意願也因此降低。個人資訊獲取條件的不足則限制了某些需先備資訊素養的尋求行為（如上網），同時也阻礙了獲取更多服務的機會。下面這段談話顯示出一個資訊獲取能力不足的居民也同時失去參與健康服務的機會：「因為不知道啦，要向哪裡申請（老人日托），這個是一個資訊，資訊沒有到這邊啦，不曉得要怎麼樣申請，沒有窗口」（B4）。

### （三）對健康資訊的理解與評價

有多位受訪者表示對於接收到的知識性健康資訊或者與醫護人員溝通時，常有無法完全理解的經驗。如：「醫學我會稍微看一下，太深奧的我就沒有辦法，看那個比較淺顯的瀏覽一下看一看。」（A2）、「若用專用名詞，就不懂的也是沒辦法。」（A1）、「那個藥很大包，看不懂那些藥是要做什麼，醫生會解釋，結果還是聽不懂」（B4）。可看出對於一般民衆來說，健康知識的專業度仍有理解上的困難。

值得注意的是，每一個受訪團體都提到各類商業行銷中所挾帶的健康資訊，包括廣播、電視及社區巡迴的賣藥車，並表示這類資訊在生活中出現的頻率並不低。「真的轉到哪一台都是這個，賣東西、賣藥、賣減肥藥、賣什麼藥，到處都是」（A3）、「賣藥的差不多一個月一次，兩個月來一次」（B4）。多數的受訪者對於這類健康資訊存有警覺性，甚至會指出其媒體操作的手法，如：「最可怕的是置入性行銷，它偽裝成節目」（A4）、「我可以告訴你們他們（賣藥）玩什麼遊戲…」（B2）、「電視上廣告的藥，我們都把它打折」（A2）、「那個藥不能買」（B1）。但卻也有部分受



訪者經驗到這些資訊的負面影響，包括疑惑或混淆、錯誤的認知或推論、購買服用、甚至金錢與健康的損失。以下談話分別顯示出上述的負面影響：「聽（賣藥）廣播會把食療和治療混在一起，有些老人家分不清楚」（A5）、「像我們吃大蒜精比較預防小孩子不會感冒，那個有效嗎？」（B2）、「廣告上那麼多的保肝丸什麼的，表示說肝真的很容易生病啊！」（B2）、「我是買那個葉黃素，我那個小孩子假性近視，我看他講的那樣子，好吧索性試試」（B2）、「那個我有經驗自己買那個減肥的，那個什麼一整盒，我買兩千八，結果我變那個什麼停經，所以我三十六歲就停經了，然後吃那個身材比例變這樣子，吃了兩年，然後我就給它停了」（B5）。

或許是因為生活中的健康資訊良窳並存，因此對於健康資訊的評價，受訪者認為最重要的是資訊來源的信任度，來自公部門或專業的資訊被視為可信度較高者。在資訊內容上，要能有助於解決實際問題。資訊的呈現方式，則希望能簡單、具體、生活化、清楚易懂。「公共部門單位我覺得比較可信」（A3）、「能直接可以針對問題去解決的，才比較有用」（A4）、「不要講得太專業，要很生活化，講得很活潑，講的話要簡單明瞭」（A6）、「比較具體，除了影片之外，輔助器材會拿出來，讓他們去實際去操作」（B5）。

#### （四）健康資訊使用結果

健康資訊的使用結果，在心理上可以減低面對無知狀態的不確定感，如：「你們講哪一種比較健康，我們就接受哪一種啊，因為我們哪知道，不曉得哪一種好哪一種壞。」（B1）、「更有信心跟著做」（A4）。在行為部分，訊息可增加知識、有助於做決定，引導行為的表現，如「可以瞭解說從飲食中哪些需要攝取」（B2）、「判斷那一個是最適合我們的」（A2）。但也有受訪者提到「聽知識很簡單，但是要做到很難」（A6），可見單靠資訊對於行為改變仍有一定限度。對於健康結果的影響，多數受訪者都表示有正向幫助。健康資訊的獲得也有助於醫病溝通及醫療服務的利用，如「比較聽得懂那些東西」（A5）、「遇到問題的時候，可以說比較清楚，或是甚至還可以問得到更多的資訊」（A3）、「比較知道去醫院掛哪一科」（A5）。

### 肆、討論

本研究與以往國內相關研究最大不同在於以社區為單位的焦點團體訪談，可呈現出社區中健康資訊傳播的互動關係與地區條件的影響。樣本包含偏遠地區及都市地



區，有利於城、鄉差異的比較。此外，同時關注民衆健康資訊尋求行爲的前後過程，則有助於從中發掘相關變項間的可能關聯。

研究結果中有關健康資訊尋求行爲的描繪，可看出不管在資訊傳播管道及型態，或是主動／被動尋求型態上，都呈現出多管道、多來源並存的現象。此現象支持了「補足理論」(Complementary Theory) (Tian & Robinson, 2008)，即人們爲了滿足健康資訊的需求，會同時運用不同管道尋求健康資訊。這種多元資訊來源的合併運用反映了人們對於所需健康資訊的渴望 (Lambert & Loisells, 2007)。

面對所接收的健康資訊，受訪者面臨的問題是必需在大量良莠不齊，且可能有商業行銷意圖的健康資訊中篩選判斷；而面對信任度高的醫學專業來源的健康資訊，又常有專業理解上的困難。研究發現不正確的健康資訊與資訊過度負荷同樣是健康資訊尋求的障礙因素 (Maibach et al., 2006)。對於各式媒體中健康資訊的篩選判斷，反應出媒體素養 (media literacy) 的重要 (教育部, 2002)；而對健康資訊的瞭解及使用，則需要健康素養 (health literacy) 加以配合，不足的健康素養會明顯限制健康資訊的有效散佈和理解 (Parker & Kreps, 2005)。在媒體愈加發達的今日，個體的媒體素養及健康素養在健康資訊尋求過程中扮演的角色愈發重要。

在健康資訊的傳播管道及型態上，民衆大多可從普及率較高的媒介管道接收健康資訊，人際傳播則在說服上具有較強的影響力。偏遠與都市地區比較起來，都市地區居民較善於利用各種媒介傳播管道，偏遠地區則呈現出較為倚重人際傳播。偏遠地區傳播型態的特色在國內其他研究也有相似的結果。如葛梅貞等 (1999) 發現，居住山地地區者較多由人際管道接收檳榔訊息；黃淑貞等 (2005) 發現泰雅族人除了電視以外，衛生所醫護人員的人際傳播爲原住民社會中的重要管道；毛榮富 (2005) 則指出教會在原住民部落健康訊息的傳播扮演核心角色，且人際傳播效果強於大眾傳播。因此衛生教育必須因地制宜，運用不同的傳播策略。都市地區可運用各式傳播管道，提高健康資訊的質量。偏遠地區除了運用電視、廣播等普及率較高的媒體外，更要善用社區中特有的傳播網絡。例如運用緊密的人際關係，以社區中具影響力 (如頭目) 或在地居民來傳佈訊息。社區生活中原有的集會或活動 (如教會禮拜、慶典、里民聚會、學校母姐會)，常是居民人際連繫的重要機會，既可進行健康資訊的小衆傳播，也可藉由人際影響力加強說服效果。

本研究發現環境資訊可近性是相當重要的中介因素，地理區位的遠近及交通便利性不但對健康資訊尋求行爲有直接的作用，也會間接影響環境資源的多寡。都市與偏遠地區在此因素上有非常明顯的差異，偏遠地區在本研究呈現出的資訊環境的不利

條件，包括數位發展（研考會，2008）、廣播電視的收訊（陳清河，2004），乃至健康服務的取得（張慈桂、李燕鳴、蕭正光，1998）等，在以往研究中也有一致性的發現。

個體的生理條件、中文識讀能力以及資訊素養是重要的個人資訊獲取條件。在本研究樣本中，中文識讀能力的障礙主要發生在教育程度國小以下及原住民老年人。目前台灣社會中可能有中文識讀障礙者除了上述群體外，另一個可能的群體為新住民。雖然本研究受訪者中並沒有新住民，但國內一項研究指出中文溝通障礙會影響新住民對於健康宣導資訊的接收（陳美如等，2007）。對於這些健康資訊獲取弱勢者，應針對其特殊需求設計衛教教材，例如多運用聲音及影像的媒介代替大量的文字、注意字體大小、加以母語輔助等，也可運用人際影響及社會支持補強媒介傳播的不足。

在資訊素養部分，從擁有資訊科技與否到使用資訊科技中間還有一段距離。個人如果缺乏應用資訊科技設備的能力，即使有設備，仍可能居於資訊社會中的劣勢（李孟壕、曾淑芬，2005）。本研究都市與偏遠地區樣本曾使用網路的比例差異雖然不大，值得注意的是，實證調查顯示台灣近年來鄉村地區的個人資訊近用雖有提升，但這些網路人口中許多人對於網路功能仍相當陌生（研考會，2008）。本研究質性資料結果發現偏遠地區居民的資訊素養較有可能處於不利位置，包括缺乏資訊設備、近用及學習的機會。由此觀之，這些曾使用電腦的居民中，有多少比例能「善用」電腦，應是另一個值得觀察的面向。

人際社會支持對於健康資訊的尋求可發揮多面向的功能，包括資訊提供者、資訊代理人、資訊素養教導者及尋求資訊的友伴。由此觀之，對於個人資訊獲取條件不佳的居民來說，人際社會支持是值得善用的輔助力。例如有學者提出推動家戶資訊代理人（information agent）的概念，讓資訊弱勢者能透過家人幫忙查詢所需資訊，或應用相關技能（葉俊榮，2006）。在本研究中，受訪者會請親友幫忙上網、打電話掛號、代為閱讀、陪同就診代為與醫師溝通等，即相當於資訊代理人的功能，此應為可行策略之一。但如缺少親友支持（如獨居老人），且資訊獲取能力不佳的居民，便極可能成為缺乏健康資訊的高危險群。此時可能需要發揮社區組織的功能，以社區力量來代替親友支持。

整體來說，偏遠地區在獲取健康資訊上處於相對弱勢，此弱勢同時存在於個體及環境層次。健康不平等乃是發生在獲取健康機會的差異（World Health Organization [WHO], 1998），接近資訊的不平等，將可能導致對健康的注意、資訊理解及產生行動的能力也有落差（Ramanadhan & Viswanath, 2006）。本研究也發現個人資訊獲取條件

的不足可能阻礙獲取更多健康服務的機會。偏遠地區民衆在獲取健康資訊上的弱勢，有可能拉大健康不平等的差距。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

成人健康資訊的需求來自其所處的個人及社會脈絡情境所引發的動機。影響健康資訊尋求的中介因素包括環境資訊可近性、人際社會支持及個人資訊獲取條件。健康資訊傳播管道包括人際傳播及媒介傳播，且民衆會合併運用多種管道及資源。資訊尋求行為呈現被動接收與主動尋求等不同型態。民衆常需在良莠不齊的健康資訊中判斷篩選，且對知識性健康資訊常有專業理解上的困難。使用健康資訊的結果可對心理、行為、健康及提高醫療服務效能產生正向作用。偏遠與都市地區的差異呈現在環境資訊可近性、個人資訊獲取條件、資訊傳播管道與型態、及主動 / 被動的資訊尋求行為。

### 二、建議

在健康促進實務，衛生教育必須因地制宜，運用不同的傳播策略。都市地區可運用多元的傳播管道，充實健康資訊的提供方式及內容；偏遠地區則要善用人際傳播及社會支持影響力。對於健康資訊獲取弱勢者，應針對其特殊需求設計衛教方案，並運用人際社會支持的功能。健康資訊的內容應注意可親性及易讀性，對於各式商業行銷中的健康資訊，主管機關應謹慎評估其影響並善盡管理之責。整體來說，加強民衆的健康素養、媒體素養及資訊素養以提高個人獲取資訊的能力，應列為有系統的長期性工作。資訊弱勢地區環境資源及條件的改善，更是力求健康平等性的必要工程。

有關影響資訊尋求的心理因素，由於涉及個人內在領域，受訪者可能較不願在焦點團體訪談中表露，因此在本研究資料中較少出現。未來研究可再就此面向，設計合適的研究方法來收集資料。本研究為質性取向，且是以團體為分析單位，有些變項不易經由質性資料加以釐清，未來可進行量化資料的收集，進一步探究變項間的作用機轉。本研究探討的是廣泛性的健康資訊經驗，對於特定健康議題或者不同群體的資訊尋求行為可能有不同樣貌，值得未來繼續研究。

本研究受訪者來自於招募志願者，可能會有選樣上的偏差。樣本中女性佔七

成以上，國外文獻發現婦女往往是家庭中健康資訊的主要提供者（Wathen & Harris, 2006），有可能本研究的訪談主題對於婦女較能引起參加的興趣。而從職業別中半數為家管來看，推測也有可能受訪者為家庭中較有閒暇者。此外，花蓮縣10個偏遠鄉鎮全部都屬於原住民鄉鎮（行政院研考會，2008），本研究偏遠地區社區便以原住民族佔多數。因此在都市及偏遠地區的比較結果也可能有族群因素的影響。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台灣其他鄉鎮。作者在社區訪談時，觀察到居住於同一社區的民眾間存有很大的個別差異。本研究結果所呈現的乃是社區中的整體平均樣貌，並非社區中個體的個別情形。

## 誌謝

本研究為行政院國家科學委員會專題研究計畫（NSC97-2410-H-320-004）之部分研究成果。作者感謝所有參與本研究訪談之社區民眾，暨兩位匿名審查委員對本文所提出之寶貴意見。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 毛榮富（2005）。社區中健康訊息的傳播模式：花蓮縣原住民社區的個案研究。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告（計畫編號：NSC93-2412-H-320-003-SSS）。
- 行政院內政部（2009）。戶籍人口統計年報：97年度。2009年1月30日，取自內政部戶政司全球資訊網網址<http://www.ris.gov.tw/ch4/static/y0s609700.xls>
- 行政院研究發展考核委員會（2008）。九十七年數位落差調查報告。2009年11月1日，取自行政院研究發展考核委員會網址<http://www.rdec.gov.tw/public/Attachment/92313455871.pdf>
- 李孟壕、曾淑芬（2005）。數位落差再定義與衡量指標之研究。資訊社會研究，9，89-124。
- 胡幼慧（1996a）。焦點團體法。載於胡幼慧（主編），質性研究：理論、方法及本土女性研究實例（頁223-237）。台北市：巨流圖書。
- 胡幼慧（1996b）。質性研究的分析與寫成。載於胡幼慧（主編），質性研究：理論、方法及本土女性研究實例（頁159-170）。台北市：巨流圖書。
- 陳向明（2002）。社會科學質的研究。台北市：五南出版。



- 陳美如、湯澡薰、鄭惠美、邱文祥（2007）。台北市新移民健康宣導資訊來源管道之分析。  
*健康促進暨衛生教育雜誌*，27，115-132。
- 陳清河（2004）。科技、政治與弱勢傳播：以台灣原住民族之廣電媒體近用為例。*台灣民主季刊*，1(4)，109-138。
- 教育部（2002）。*媒體素養教育政策白皮書*。2009年10月10日，取自教育部社會教育司網址 [http://www.edu.tw/society/publication\\_list.aspx?publication\\_sn=494&pages=7&site\\_content\\_sn=5501](http://www.edu.tw/society/publication_list.aspx?publication_sn=494&pages=7&site_content_sn=5501)
- 張慈桂、李燕鳴、蕭正光（1998）。全民健康保險實施後花蓮偏遠地區民衆醫療可近性之探討。*慈濟醫學*，10，201-209。
- 黃淑貞、陳金記、洪文綺（2005）。泰雅族人健康訊息接收管道與使用衛生所服務之影響因素研究。*醫護科技學刊*，7(1)，71-86。
- 葛梅貞、李蘭、蕭朱杏（1999）。傳播管道與健康行為之關係研究：以嚼檳榔為例。*中華公共衛生雜誌*，18(5)，349-362。
- 葉乃靜（2003）。SARS流行期間民衆健康資訊行為研究。*圖書資訊學刊*，1(2)，95-110。
- 葉俊榮（2006）。台灣數位落差的現狀與政策。*研考雙月刊*，30(1)，3-16。
- 蔡鶯鶯、湯允一（1999）。健保資訊的接觸管道對全民健保預防保健服務利用之影響。*新聞學研究*，61，73-98。
- 謝慧欣、鄭守夏、丁志音（2000）。住院病患對就醫選擇資訊之需求：初步調查發現。*中華公共衛生雜誌*，19(6)，437-445。

## 二、英文部分

- Borgers, R., Mullen, P.D., Meertens, R., Rijken, M., Eussen, G., Plagge, I. et al. (1993). The information-seeking behavior of cancer outpatients: A description of the situation. *Patient Education and Counseling*, 22(1), 35-46.
- Brashers, D.E. (2001). Communication and uncertainty management. *Journal of Communication*, 51, 477-497.
- Brashers, D.E., Goldsmith, D.J., & Hsieh, E. (2002). Information seeking and avoiding in health contexts. *Human Communication Research*, 28(2), 258-271.
- Courtright, C. (2005). Health information-seeking among Latino newcomers: An exploratory study. *Information Research*, 10(2), 1-1.
- Davies, M.M., & Bath, P.A. (2002). Interpersonal sources of health and maternity information for Somali women living in the UK. *Journal of Documentation*, 58(3), 302-318.



- Dutta-Bergman, M.J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication, 16*(3), 273-288.
- Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology (2001). Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *American Journal of Health Education, 32*(2), 89-104.
- Lambert, S.D., & Loiselle, C.G. (2007). Health information-seeking behavior. *Qualitative Health Research, 17*(8), 1006-1019.
- Longo, D.R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: A comprehensive and integrated model. *Health Expectations, 8*, 189-194.
- Maibach, E.W., Weber, D., Massett, H., Hancock, G.R. & Price, S. (2006). Understanding consumers' health information preferences: Development and validation of a brief screening instrument. *Journal of Health Communication, 11*, 717-736.
- Mayer, D.K., Terrin, N.C., Kreps, G.L., Menon, U., MaCance, K., Parsons, S.K. et al. (2007). Cancer survivors information seeking behaviors: A comparison of survivors who do and do not seek information about cancer. *Patient Education and Counseling, 65*, 342-350.
- Nguyen, G.T., & Bellamy, S.L. (2006). Cancer information seeking preferences and experiences: Disparities between Asian Americans and whites in the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication, 11*, 173-180.
- Parker, B.R., Kreps, G.L. (2005). Library outreach: Overcoming health literacy challenges. *Journal of the Medical Library Association, 93*(4), S81-S85.
- Radecki, C.M., & Jaccard, J. (1995). Perceptions of knowledge, actual knowledge, and information search behavior. *Journal of Experimental Social Psychology, 31*, 107-138.
- Ramanadhan, S., Viswanath, K. (2006). Health and the information nonseeker: A profile. *Health Communication, 20*(2), 131-139.
- Szwajcer, E.M., Hiddink, G.J., Koelen, M.A., & van Woerkum, C.M.J. (2005). Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: Consequences for nutrition communication. *European Journal of Clinical Nutrition, 59*(S1), S57-S65.
- Tian, Y., Robinson, J.D. (2008). Media use and health information seeking: An empirical test of complementarity theory. *Health Communication, 23*, 184-190.

- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Healthy people 2010*. Mclean, Virginia: International Medical Publishing.
- Warner, D., & Procaccino, J.D. (2004). Toward wellness: Women seeking health information. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 55(8), 709-730.
- Wathen, C.N., & Harris, R.M. (2007). "I try to take care of it myself." -How rural women search for health information. *Qualitative Health Research*, 17(5), 639-651.
- Wilson, T.D. (1999). Models in information behaviour research. *Journal of Documentation*, 55(3), 249-270.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Retrieved June 10, 2009, from World Health Organization Web site: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

收稿日期：99年 4 月21日

修改日期：99年10月29日

接受日期：99年11月24日

# Health Information Seeking Experiences of Adults in Urban and Remote Communities: Results of Focus Group Discussions

Mi-Hsiu Wei \*   Wen-Chi Hung \*\*

## Abstract

The purpose of the study was to understand the health information seeking experiences of adults living in urban and remote communities, and to explore possible affecting factors on health information seeking. This study also focused on the differences between remote and urban area. Purposive sampling was used. Six communities were selected from remote areas, while six from urban areas. A focus group interview was conducted in each community. A total of 95 residents participated in the 12 focus group interviews, 44 were from the remote areas, while 51 from the urban areas. Personal and social context induce health information needs. The mediating factors include environmental accessibility of information, interpersonal-social support, and personal ability of obtaining information. The differences in health information communication between remote and urban areas were presented by environmental information accessibility, communication channels and types, personal information ability, and active/passive seeking type. The results suggested that health education needs to apply different communication strategies according to local conditions. In urban areas health educators could use diversified channels; while in remote areas could make the best use of interpersonal communication. For the poor informed people,

---

\* Associate Professor, Department of Communication Studies, Tza Chi University.

\*\* Assistant Professor, Department of Nursing, Cardinal Tien College of Healthcare & Management.

their specified needs and social support should be considered. Improve environmental resources in disadvantaged areas and enhancing public' s ability to obtain information were also important issues.

**Key words: health communication, health education, health information, information seeking behavior, remote area**