



# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

網路<sup>1</sup>透過電腦聯繫了使用電腦的人們，也連結了人們的社會網絡(Wellman et al., 1996; 吳齊殷, 1997)，其獨特的媒體特性使其在資訊提供及增進人際溝通上的便利，逐漸對人們的日常生活產生影響。新近的網路使用行為研究顯示，經常使用網路的使用者會比非網路使用者有較高的信任層次和較大的社會網絡(Uslaner, 1999; Cole, 2000; Kestnbaum et al., 2002)，由網路帶來的線上生活形態，讓使用者透過網路建立或維持類似現實生活中的社會關係，並延伸真實生活裡的人際互動，虛擬與真實之間交疊的關係一直是網路文化研究關心的議題。

在探討科技傳佈和媒體效果的研究取向中，傳統社群對社會意涵(social implications)的討論不斷地被應用到虛擬社群，社群與社會資本(community and social capital)的關係即是其中的一項主要議題 ( DiMaggio et al., 2001 )。社會資本概念關切的是社會背景如何影響個體和集體行為，將社會資本應用在維持社群健康的研究發現，個體擁有的社會支持、社會網絡對個體健康促進具有正面效果 ( Kawachi et al., 1999b; Berkman, 2000; 鄭惠玲, 2000 )，這揭示了行動者(actor)之間所具有各種特定關係是行動者得以控制的社會資源，這些資源有助於個體的身心健康。

在健康傳播領域，網路興起之後，網路逐漸成為人們取得健康資訊的新管道，當行動者透過網路參與線上社會活動時，在其人際互動中可能潛藏特定的社會資本形式，例如，使用者與訊息來源是否建立起信任關係，藉由網路取得的資訊是否活絡個人在現實社會裡的社群網絡，是否積極參與網路裡的虛擬社群（如通訊群組、郵遞團體）等，都是觀察網路裡是否存在特定社會資本的主要面向。因此，本研究以在網路上使用健康資訊的使用者為研究對象，透過他們在網路上的健康資訊使用行為，來說明新媒體科技所提供的資訊服務如何潛藏特定的社會資本形式，以及社會資本是否影響其對健康相關服務的使用。

---

1 本研究所稱之網路係以全球資訊網 ( World Wide Web ) 為主。所稱之網路使用者亦以全球資訊網之使用者為主。

## 第二節 研究背景

### 一、 健康觀念的改變與新媒體的潛能

過去對健康的觀念著重在「預防」勝於「治療」，直到世界衛生組織召開以「健康促進」為主題的國際會議後，國際間對健康的觀念始由消極地預防朝向積極地「促進」。世界衛生組織對於健康的定義是最被廣而周知的，除了身體上沒有病痛，還要身體、心理、社會、心靈均處於安適狀態。也就是說，現代對健康的定義不但包括身體、心理，還包括社會及心靈各個層面。

五十年代興起的醫療社會學將社會學的觀點帶入傳統醫學對疾病的討論。新的觀點認為，病人並不是無辜的，應該對自己生病的事實擔負責任。受此觀點影響，不論歐美或台灣，醫療照護體系皆認為個體必須為自己的健康及醫療決定擔負越來越多的責任(Kassirer, 1995)，而「知識就是力量」，資訊是促進健康達到行為改變的方法之一，個體可以藉由資訊的協助幫助自己維持健康的生活形態，採取健康的行動、避免健康上的風險。在資訊社會，媒體的影響力日益增加，推廣媒體的教育功能也越來越受到重視（李月蓮，2002），提供合適的健康資訊以教育民眾，實踐有利健康的行為，已具有不容忽視的重要性（黃琪璘，1999），當健康資訊的取得與使用逐漸成為協助個體促進身心健康的有效途徑，網路的傳播功能也因此備受關注。

由電腦領導的資訊革命改變了人們取得資訊的方式和生活習慣（李英明、羅曉南，1997），網路因此成為各個學術領域討論的主題，在傳播學界，傳播已進入電子化的第四紀元，影響所及，在健康傳播領域，健康資訊也隨著網路新傳播科技的發展，成為民眾重要的醫藥資訊來源(JAMA News, 2000)。Arkin(1990)指出，傳統大眾傳播媒體的資訊提供功能，對設定健康相關議題和改變民眾生活形態及行為具有重大貢獻，民眾的確會依賴大眾媒體取得健康訊息<sup>2</sup>；但是，大部分的健康傳播學者卻也發現，舊世代的大眾媒體，如廣播、電視，對人們的健康行為影響甚少（陳婷玉，1999）。新傳播/溝通紀元來臨之後，網路科技的使用，讓個人或病友團體可以找到特殊需求的資訊，達到參與、互動的學習形態；當面對敏感資料時，使用者可以保有隱私權；並增加與醫療專業人員、同病症患者的互動機會；同時可以迅速、廣泛地傳播最新的治療訊息(陳婷玉，1999)，這些特

---

<sup>2</sup>一項美國的民意調查顯示，68%的美國人依賴電視以獲得健康訊息（Ratzan, Payue, and Massett, 1994；轉引自陳婷玉，1999）。

色使得網路具有優於傳統媒體在資訊提供方面的媒體潛能，讓健康傳播學者對新媒體發揮協助民眾照護健康的傳播效果寄予厚望。

近代醫療照護的觀念趨向於「個體必須為自己的健康及醫療決定擔負越來越多責任」，健康資訊的取得與使用的管道也逐漸強調提供資訊服務以滿足協助個體促進健康的期待，而網路的互動特質接近人類傳播的本質，傳播/溝通的控制權一部份掌握在接受者手中，參與者得以選擇興趣相符的團體，形成各種特色及目的的小眾團體，這種「去中心化」及「分眾化」的媒體特性，讓閱聽人在資訊使用上具有「主動」及「互動」的特色，Harris (1995)認為健康資訊結合網際網路互動性、串聯性及使用者主導的特質，可以提供多元的健康支援，依健康資訊使用者不同的學習習慣、速度、偏好及獨特的資訊需要，讓使用者更方便地接近使用健康資訊，陳婷玉（1999）也認同網路獨特的媒體傳播形式不但可以提供人們訊息，更能進一步做為公眾衛生教育的工具，幫助人們獲得事實、數據、理解、知識與技巧，減少危險行為。

網路作為傳播健康資訊的載具之所以受到衛教專家及健康傳播學者的高度期待，另一項主要的原因在於傳統健康資訊的提供者大部分是專業的醫療人員（如醫師、護士），消費者容易因為缺乏相關資訊，導致對健康的認知和了解不足，造成資訊來源的單一化，再加上醫學詞彙高度專業的特質，容易造成病患對病情掌控不易，而產生恐懼（陳婷玉，1999）。除了醫學知識高度專業的排他特質之外，醫療行為本身的不確定性，醫病之間不對等的關係，再加上國內醫學教育長期以來重視技術的養成，忽視醫療人員溝通技巧的培養，以及醫療環境管理制度的缺失，造成國人對台灣的醫療品質普遍感到不滿意（許芳菊，1998），就醫品質甚至有逐年下滑的趨向（醫改會，2000，2002），這些既存的實然面問題，在網路興起之後，其媒體潛能讓部分中外醫界人士期待透過網路提供健康訊息，以達到協助改善醫病關係，提升醫療品質的目的。

## 二、 社群與社會資本

吳齊殷（1997）認為，當個別使用者透過電腦網路串連在一起時，社會網絡的意義便開始浮現，網路的使用行為本身因此也具有社會意義。網路的媒體特性，得以讓具有共同興趣的人們跨越時間與空間距離，在虛擬空間中互相合作、交換意見、分享資訊、解決共同問題，從而聚集成各具特色的虛擬社群（virtual

communities)，傳統社群的相關討論中發現，當社群<sup>3</sup>（community）成員相互認同並創造社群意識時，所形成的社會網絡便具體實現了人們在日常生活中參與的人際間連結，社群成員在互動活動中，接觸與發展每日的人際關係，分享價值觀和興趣的能力提供社群成員之間發展凝聚力和信任感，凝聚力強的社群聯合創造一種安全感、歸屬感，進而肯定了我們的社會存在（Nelson, 1997）。

網路帶來新的線上社會關係和人際互動，在網路架構下的人際網絡，與真實社會中的網絡關係雖不盡相同，但是當人們對參與的社群產生了歸屬感及對彼此的認同，虛擬社群也會具備傳統社群的功能(Rheingold, 1993)。Beamish (1995) 即認為網路世界可以補充實體世界的不足<sup>4</sup>，在葉勇助和羅家德 (1999) 的研究中也指出，網路的人際關係是現實人際關係的複製品而非代替品，以人為主體的人際關係網絡並不能以虛擬和實體的空間概念截然二分，而是彼此的交融與重疊。而在社會網絡關係中最常掌握的是行動者可茲交換的社會資源(social resource)，或稱做社會資本與社會支持(social capital and social support) ( Marsden, 1990 )，應用於傳統社群的研究發現，這些深植於社會關係中的資源對個體的身心健康具有相當程度的重要性。近年來的網路研究趨向於社會意涵(implications)的討論，社群與社會資本即是其中一項主要議題<sup>5</sup> (DiMaggio, et al., 2001)，應用於虛擬社群探討社會資本的研究中發現，行動者在虛擬空間中進行人際互動時，其中的社會資本與行動者的社會關係及社會活動參與亟具關連性(Blanchard & Horan, 1998; Lin, 2000)，那麼，當關心健康議題的使用者在網路上使用健康資訊時，在其行為表現中又會存在哪些形式的社會資本？

### 三、 網路與健康資訊的使用

傳播研究中發現，閱聽人之所以使用媒體是為了解決在社會和心理情境中可能經歷的問題，滿足諸如：尋求資訊、社交接觸、社會學習和發展等需求(McQuail, 1994)。衛教專家認為資訊的使用有助於個體採取有益健康的行為，避免健康上

---

3 Community 一詞尚未有一致的定義，Danniel Bell 將 community 依語意區分為「實體的社區」與「因共同興趣或目的結合的社群」兩類，本研究採後者之詮釋。

4 Beamish (1995) [0]認為網路世界是補充實體世界的「third spaces」。

5 DiMaggio 等(2001)學者提出的討論主題主要有五大領域，除本研究中所提出的社群與社會資本 (community and social capital)外，尚包括：不均等（數位分隔）(inequality(the"digital divide")); 政治參與(political participation); 組織與其他經濟制度(organizations and other insitutions); 以及文化參與與文化差異(cultural participation and cultural diversity)。

的風險，媒體提供資訊服務的功能正是一個有利途徑。早期的使用與滿足研究發現，由於女性通常扮演家庭中健康照護者的角色，因此女性會比男性更傾向於接收與健康有關的訊息和節目(Feldman, 1966)。九十年代以後，媒體整合和傳播科技發展影響社會的傳播結構，許多學者認為新的傳播結構可能提供更多滿足機會(沈文英, 1996)，尤其是網路，其開放而平等的設計原則，可以讓使用者在資訊取得上更便利。隨著網路使用人口的增加，上網搜尋健康資訊不僅成為一種趨勢(Marshall & Haley, 2000)，更有研究發現，網路上的健康資訊會影響醫療消費者的醫療決策(Fox & Lee, 2001; Bessell et al., 2002)，對使用者避免危險行為的態度和結果都有正面影響(Bessell et al., 2002)。

在網路上提供健康資訊的有利資源之一即是「健康諮詢/資訊網站」。此類網站大部分是公益性質，如：提供綜合性健康相關資訊的 KingNet 國家網路醫院，及以心理衛生資訊為主要內容的心靈園地，均是藉由網路結合醫療照護諮詢及資訊取得的類型網站，針對一般民眾提供衛教諮詢或資訊服務，有別於以醫療專業人員為訴求的專業醫學資訊。這種類型網站除了提供健康相關資訊供使用者瀏覽、檢索，另一項特色是使用者可以針對自己的健康需求提出問題，透過網路直接與醫師線上諮詢(曾淑芬、張良銘, 2001)，本研究將這項服務稱之為「線上問診諮詢服務」。這類網站通常會發行以健康議題為主要內容的電子報供網站成員訂閱，並提供空間讓處境相似的使用者可以自行依其健康上的需要，自願聚集形成虛擬社群。

科技發展造成社會變遷，影響人類的生活形態，顯而易見的變化就出現在網路上，近幾年來台灣的網路使用行為調查<sup>6</sup>不但發現網路透過服務型態的變化已經逐漸進入每個人的生活，也改變了人們取得資訊的方式，以健康資訊為例，網路已經成為民眾重要的醫藥資訊來源(JAMA News, 2000)。當關心健康議題的使用者在網路上藉由資訊使用進行人際互動，在其社會關係中具有哪些型式的社會資本？社會資本是否影響使用者對健康資訊服務(如線上問診諮詢服務)的使用？當提供一般性醫學、健康資訊為主要內容的健康資訊/諮詢網站，成為民眾使用衛教諮詢與資訊服務的新選擇時，其資訊提供和諮詢服務的功能是否能協助改善醫病關係，提高醫療品質？是否能幫助使用者為促進自體健康擔負更多責任？

國內有關網路健康資訊使用的研究，有結合傳播科技與資訊使用的使用與滿足研究取徑(游智雯, 2001)，以及期待網路發揮衛生教育功能的研究取向(江

---

6 [http:// survey.yam.com/](http://survey.yam.com/)

怡瑩，1997；曾立邦，1997），關心健康資訊使用者社會關係的研究甚少，本研究希望藉由社會資本的相關討論，對使用者在線上社會關係中的社會資本進行初探性的描述；並以線上問診諮詢服務為例，觀察社會資本是否影響使用者對健康資訊服務的使用與評估；此外，本研究也將進一步關心在網路上的社會資本和對線上問診諮詢服務的使用評估是否影響使用者的就醫行為？本研究將針對網路健康資訊使用者在網路上的健康資訊的使用行為進行網路問卷調查研究，嘗試對前述問題進行初步的了解。

## 第二章 文獻探討

網路打破時間與空間的藩籬，讓資訊的取得與搜尋更便利，對普及健康資訊、促進個體健康來說，網路傳播被賦予高度的期待。在網路健康資訊使用者的健康資訊使用行為中，反映出何種社會意義？本研究將以社會資本作為討論主題，分四小節進行文獻探討。第一節討論社會資本的理論意涵及其表現形式；第二節討論社會資本與社群健康的關係；第三節探討網路中可能產生的社會資本；並於第四節中進一步探討網路健康資訊的使用及其對使用者實際就醫時的影響。

### 第一節 社會資本理論(social capital theory)

#### 一、何謂「社會資本」？

「社會資本」概念發展至今，尚未具備嚴謹的概念特徵，使得社會資本的定義呈現出多面向的特色。Bourdieu(1986)將社會資本定義為「真實或虛擬資源的總和，這些資源是通過一個持久的網絡或者在一定程度上制度化了的相互承認的關係，累積到個人或集體上」；Coleman(1990)認為：「社會資本存在於人際間的關係結構中」；而 Putnam(1993, 1995)則指出社會資本具有社會組織的特徵，包括網絡、規範和信任，可以促進彼此間相互利益的協調和合作。Burt(1997)將社會資本概括為一種在社會網絡中的結構洞(structure hole)，具有可以居中代理控制資訊和利益的流動。Lin (2001)則認為社會資本是帶有回報(return)期望的，是一種對嵌入社會網絡的資源的投資。

林林總總的看法莫衷一是，但社會資本(social capital)觀點在社會科學界正逐漸產生影響，從政治參與、社會流動，乃至於身心健康，都可以發現運用社會資本觀點來掌握社會要素以觀察個體和集體行為的研究取向。這些研究反映出社會科學家已確認個體和集體行為乃深受嵌入的社會背景所影響 (Lin, 2001)。

「資本」一詞，反映的是地位 (status) 的投資概念。根據「韋氏字典」(The



Merrian-Webster Dictionary)<sup>7</sup>對「資本」(capital)的解釋，所謂「資本」指的是「財富的累積」，特別是指生產更多的財富。簡單地說，「社會資本」如同一種財富（或利益），存在於個體的社會關係中，其核心要義在促進個體之間的價值創造 (Lesser, 2000)。

Lesser(2000)認為，社會資本是一種「最底層」(bottom-up)的現象，涉及人們之間建立網絡(networks)、規範(norms)及社會信任(trust)，且有助於團體成員基於共同利益而產生的合作關係。這些要素構成了社會網絡的基礎，使得社會資本具有社會組織(social organization)的特質，在這些社會關係當中，關係結構、存在結構中的人際互動、結構中的個體持有的共同脈絡/背景和語言，影響著這些相互利益的發展。

社會資本概念在各研究領域的應用相當廣泛，逐漸形成一種研究趨勢，其發展與學界開始關懷行動結構在各個領域的「意義」有關，不同領域對於社會資本概念的確認，即是建立在「個體和集體行為是受到社會背景影響」這個觀點上。早期有關社會資本的研究主要是應用在參與民主政治、預防犯罪等議題，而近幾年來公共衛生學者 Kawachi 等人將此概念運用在維持公共健康，關注的重點是社會資本與維持社群健康之間的關連，相關研究發現社會資本具有促進組織及社區支持的功效，會對人們的健康帶來影響。

## 二、社會資本的形式

社會資本來自於人們的社會關係，鑲嵌(embedded)在日常生活的運作中，以一種「資源」的形式顯現 (Marrow, 1999)。Bourdieu, Coleman 及 Putnam 對社會資本有諸多討論，並提出各種不同形式的社會資本，以下將分就學者們的觀點進行說明。

### (一) Pierre Bourdieu 對社會資本的探討

最早提出社會資本(social capital)概念的是法國社會學家 Pierre Bourdieu (1986)，他在 *The forms of capital* 一文中，採用一種泛經濟化的觀點，提出多種類型的資本，包括：物質資本、人力資本、文化資本、以及社會資本。「物質資本

---

<sup>7</sup> 1974 edition, P.115

」是有形的，可見的物質即是其存在形式，如金錢、商品；「人力資本」是肉眼看不見的，它存在於個人掌握的技能 and 知識中，與教育有關，如文憑、學歷證明即是；「文化資本」則有三種形式，包括在人體內長期且穩定地內化養成的稟性<sup>8</sup>和才能，也就是 Bourdieu 所謂的「生存心態」(habitus)，另一種是具有文化財產價值的文化商品，以合法的制度所確認的各種教育資格即是，如學銜、學位等皆為 Bourdieu 所指稱的文化資本。

「社會資本」基本上是无形的，體現在行動者所佔有的持續性的社會關係網絡中，它表現在人與人之間的關係，行動者所能掌握的社會資本不僅決定於他實際能夠動員的社會網絡的幅度，也決定於網絡中的成員所持有的各種資本（經濟資本、文化資本）（高宣揚，1998）。Bourdieu 假定「經濟資本是所有其他類型資本的根基」，並把其他類型的資本（包括社會資本）視為「變形的、喬裝的經濟資本」，這些資本可以「產生特殊的效用，從而掩飾了經濟資本是其根源的事實」，也就是說，「社會資本」對 Bourdieu 而言，是一種「喬裝的」和「變形的」經濟資本，它不是自然產生的，而是必須經過某種創建和維持性的交換活動才能形成（高宣揚，1998）。但 Bourdieu 終究未對「社會資本」一詞提出完整的概念界定（邱天助，1998）。

雖然 Bourdieu 未具體提出社會資本的形式（form）究竟為何，但他對社會資本概念的討論著重在「關係」(relationships)的表現。Bourdieu(1986)在「資本的形式」文中明確指出：「社會世界是積累的歷史」，「積累」(accumulation)一詞已明白表示了資本轉換與輸送的概念(邱天助，1998)。Bourdieu 認為，社會資本是個人所佔據的持續的社會關係網絡，有如個人的財富與資源，其確定及維持是建立在牢不可破的物質性交換（material exchange）和象徵性交換(symbolic exchange)的基礎上，因此社會關係網絡是實際的或潛在的資源的集合體。社會網絡與社會資源的關係，可用特定團體的會員制度作說明。一個特定團體內「會員」的身份乃是此團體的組成份子集體擁有且共同支持。而藉由「會員」身份的確認，例如藉由入會儀式、繳交年費及參與固定聚會等象徵的或實質的行動，此「會員網絡」也同時為每個會員提供特定的支持或服務，此乃「社會資本」概念中社會關係具有「可茲交換」的特質。資本在交換的過程中，或多或少地被以決定的形式確定下來，藉由此決定的形式，特定團體的地位或身份得以更進一步地維持和鞏固。

---

<sup>8</sup>如語言、思想、行為模式、價值觀等長期存在身體與心理的持久「性情」，即為 Bourdieu 所謂的「稟性」(disposition)。

因此對個人而言，藉由社會網絡而得到累積或支持的「社會資本」是可以通過一整套體制性的行為得到保障。而個人所擁有的社會資本多寡取決於其可有效動員的連結網絡的規模大小，以及關係網絡成員所擁有的資本量。團體成員的身份所產生的利潤是團體凝聚的基礎，成員藉由良好的組織匯集所有的社會資本，以發揮最大的利潤<sup>9</sup>( Bourdieu, 1983; 邱天助, 1998)。

## (二) James S. Coleman 提出的社會資本形式

Bourdieu 對社會資本的描述雖不易瞭解，但他的闡釋已含括社會資本的內涵精義，後續發展社會資本概念的學者們對社會資本的形式提出較明確地說明，但由於社會資本是由社會關係所組成，也因此具有各種不同的表現形式。

繼續發展社會資本概念的 James Coleman ( 1990: 302 ) 在定義社會資本時，亦將社會資本視為個人所擁有的資本財產，且存在於人際互動這種社會關係結構中。Coleman 認為，在人與人之間的關係結構中，存在著或多或少可以被行動者控制的資源，這些資源中存在著特定利益(benefits)，行動者為了實現各自的利益，相互進行各種資源的交換，形成了持續存在的社會關係(Coleman, 1988; 1990)。這些社會關係不僅被視為社會結構的組成部分，更是一種社會資源，而這種社會資源即是社會資本。Coleman 以家庭關係及社群關係來闡釋社會資本的存在，他認為無形的社會資本對個體的心理及社會化發展至關重要，為發展人力資本(human capital)提供許多有利的條件(Coleman, 1988)。Coleman(1990)在 Foundations of social theory 一書中具體舉出幾種社會資本的關係形式，包括：義務與期望、訊息的潛能、規範和有效的懲罰、權威關係，以下將分別就這些社會資本形式進行說明。

### 1. 義務與期望(Obligations and Expectations)

信任，是影響這類型社會資本的主要因素。在相互信任的社會環境中，人們總是「相互服務」，由互動的一方承擔義務或責任，另一方必定會得到報酬，人際之間具有一種互惠關係，人們相信對對方好會得到回報，所以人們會互相幫助、合作。這種互相合作的關係是建立在互信的基礎上。因此，信任是社會資本的一種形式，當社會資本體現在相互信任的系統內時，便具有極其重要的心理價值(Coleman, 1990)。這種型式的社會資本在傳統社群中最常見的是互助會，這是一種利用人際網絡集結，有效籌措小額資金的組織，其形成基礎是建立在對社會

---

<sup>9</sup>包括物質利潤與象徵利潤。

環境的相互信任上。

## 2. 訊息的潛能(Information Potential)

存在於社會關係內的訊息潛能也是社會資本的一種形式。個人是否成為訊息來源足以成為觀察的指標。傳統的看法總認為個人成為他人獲得訊息來源的原因純粹只是因為消息靈通，但事實不止於此。Coleman在Katz & Lazarsfeld對兩級傳播(two-step flow of communication)的研究中發現，社會關係構成了一種社會資本，這種社會資本為意見領袖本身提供了某些便利，在某個領域有影響力的人，使自己消息靈通的動機不完全是為了自己，部份原因是為了保持意見領袖在這個領域裡的優勢地位，或許人們最初是為了個人目的獲取訊息，一旦有其他人受到此人傳播的訊息而獲益，並向其表示尊敬和感激，這個人便會盡力保持此一地位，這就是傳播學中所謂的意見領袖(opinion leader)。充分的資訊有助於個人產生正確的行動，因此，人們會利用因其他目的所維持的社會關係，去獲得有利於自己採取行動的資訊，例如透過朋友得到新資訊、或透過親友介紹工作機會。

## 3. 規範和有效的懲罰(Norms and Effective Sanctions)

「規範」(norms)這個概念反映的是社會系統的特徵，它是一個宏觀的概念，控制著處於微觀的個人行為，以解釋社會系統中的個人行動。Coleman指出，「規範」明確地說明了人們認為什麼樣的行動合乎系統，也指明什麼樣的行動是正確的。社會規範由人們有意創造，創造並維持規範的人認為，如果社會成員遵守規範，便會獲得利益；如果違背規範，將會受到傷害。因此，規範的實施常包括了賞罰措施，獎勵遵守規範或懲罰違反規範的人。Coleman認為，對規範涉及的各種行動進行控制的權力，不是由行動者掌握，而是由行動者之外的其他人掌握，也就是說，規範存在的唯一條件是行動者之外的其他人擁有影響行動者行動的權力。對行動者來說，規範可能已經內化，行動者會對自身行動進行獎賞或懲罰，當行動者的行動符合已內化的規範，他會感覺到受獎賞；如果行動者觸犯了規範，則會有受到譴責的感受。人類社會中有關道德約束、禮儀規範及談吐規範等均為社會規範的表現。

有效的規範可以構成極其重要的社會資本，規範不僅限制傷害他人的越軌行為，也壓制對眾人有利的非凡行為。例如在城市中，有效的規範可以制約犯罪，進而保護婦女夜間活動的安全，或對獨居老人的人身安全提供保障。有效的社會規範使社群成員放棄自利行為，依循社會整體利益行動，促成社會成員克服集體行動上的困難，具有互惠的特性，有助於利社會行為(pro-social behavior)的產生

，是一項相當有力的社會資本。

#### 4. 權威關係(Authority Relations)

社會成員意識到需要相對應的社會資本來解決共同性的問題，在特定的環境下，人們會賦予領導者權威，將相當程度的社會資本讓渡給領導者，以產生解決共同問題所需的社會資本。

### (三) Robert Putnam 的網絡互惠和信任形式

Coleman 提出的社會資本形式有些指涉的是存在於人的社會關係中的社會資本，有些社會資本形式是存在組織型態之中，在層次上雖有不同，但基本上對社會資本的闡釋，大部分仍放在「人的社會關係」這種基礎上來討論，屬於個體層次的範疇；而 Robert Putnam 於 1993 年出版的 *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy* 一書中則將社會資本提升到社區層次，進行更廣闊的討論。他在書中指出：社會資本具有提升社會產生利益的可能性的網絡(networks)、規範(norms)和信任(trust)，協助人們解決問題。Putnam(1995)以社會組織中的「網絡、規範和社會信任等有助於相互利益合作」的特色來描述社會資本。並以市民參與(civic engagement)來彰顯社會資本的形式，發現市民參與和政府或其他社會組織的運作有顯著的正相關。

在 Putnam 的討論中，市民參與的網絡之所以是社會資本的關鍵程序，在於個體經由人際互動可以學習到對另一個個體的信任，個體是否具有可信任性，是經由人際關係的社會網絡去取得資訊，Putnam (1995) 認為這種網絡關係可以增加社會資本。社會資本表現在網絡關係中有兩種關係型態，一是個體與他人的直接關係，如親人間的關係，屬於網絡關係中的強聯繫(strong ties)；另一則是在直接關係之外，透過個體本身聯繫與他人的關係，如朋友之間的關係或藉由親人、朋友再聯繫出去的關係，也就是網絡關係中的弱聯繫(weak ties)。不管是強聯繫或弱聯繫皆能為個體本身提供價值，而 Putnam 認為弱聯繫所提供的社會資本會更甚於強聯繫，最常見的例子即是透過親友介紹工作、取得重要資訊。

Putnam 在發展社會資本理論時是將關注的焦點放在增加社群聯繫的過程上。其中，網絡、規範和信任不僅相互關連且不可或缺，同時也提高了人們之間互相信任、彼此合作的可能性。儘管有各種行為規範構成社會資本，但在 Putnam 的論說中，互惠原則是最重要的，如此，有關「good acts」的信念或利社會行為

(prosocial behavior)才得以被交換。

#### (四) 社會資本的測量

綜合 Bourdieu, Coleman 及 Putnam 三人對社會資本的定義與討論, 可知社會資本是一種「關係」(relationships)的表現, 其關鍵特性是: 網絡、互惠、與信賴。杜克大學的 Lin Nan(2001)綜合各領域對社會資本的討論, 肯定社會資本應以網絡及其嵌入資源為基礎。Lin 以公共事務的參與為例, 提出社會資本的三個範式, 分別為: 社會網絡、民間參與和普遍信任。由此可見, 網絡參與、互惠原則、與信任感可以成為社會資本的測量指標。本研究也將就網絡參與、互惠原則及信任感等三項社會資本, 發展成社會資本量表, 以瞭解網路健康資訊使用者呈現出哪些形式的社會資本? 而這些社會資本又具有何種社會意義。

### 第二節 社會資本與健康

社會資本的概念整合了社會學、經濟學和政治學的觀點, 用來解釋某些社區的成員何以能夠克服集體行動上的困難, 為了共同目標彼此合作。相關研究指出, 一個地區或國家的社會資本如果充裕, 便能有效增進政治效能、發展經濟並減少犯罪率的發生(Kawachi et al., 1999b)。

社會資本與健康是如何連上關係的? 事實上, Durkheim(1897)在「自殺論」中即以社會整合(social integration)的觀點, 解釋法國社會中的自殺現象及其社會成因, 研究中發現社會整合的程度與人口自殺率的高低具有相關性, 孤立於社會的人(社會整合程度低)發生自殺的危險性較高, 強調的是社會關係對健康的重要性。在涂爾幹的研究之後, 公共衛生領域陸續發展出各種測量社會特性的概念, 除社會整合概念之外, 社會凝聚及社會資本亦是常被應用的概念(Lochner et al., 1999)。

Berkman(2000)即應用社會整合的概念探討社會支持(social support)、社會網絡(social networks)與社會凝聚(social cohesion)對健康的影響, 她認為個體特質就如同社會特質一般。在個體層次, 社會整合經由組織和成員之間自願組成的社會網絡, 去接近使用討論的管道。在社區層次, 社會整合的主要特色之一, 即是累積社會資本(Berkman, 2000)。社會資本具有聚集社群資源的特性, 如市民之間的信

任和互惠原則，可以協助共同利益的合作和協調（Berkman, 2000），亦即，社會資本與社交性、社會網絡和社會支持、信任社群及公民參與（civic engagement）的關連，促使個體認同身處的社會網絡和社群，對健康產生重要影響（Marrow, 1999）。美國政府綠皮書《更健康的國度：健康合約》中即強調「社會環境」是影響健康的重要因素，當健康促進專家察覺到健康行為的承襲與社會、社群息息相關時，社會資本也開始受到注意，公共衛生學者遂引進社會資本的概念，探討地區間的健康差異(Kawachi et al., 1997)。

率先將社會資本概念運用在公共衛生領域的是哈佛公共衛生學院的 Kawachi，他利用社會資本來檢視社區的健康狀況，發現缺乏社會資本的人健康風險會增加，社會連結弱的社群相較於社會連結強的社群，前者的死亡率會比後者高。這些證據顯示，人際網絡、社會參與和具支持性的社會關係對人們的健康具有正面影響。

Kawachi & Kennedy 等人發表系列研究探討社會資本對健康的影響。其中一份是由美國國家民意研究中心(National Opinion Research Center)舉辦的一般社會調查(General Social Surveys, GSS) (Kawachi et al., 1997a)，在一九八六到一九九一年所進行的普查，針對美國境內 39 個州，7,654 位 18 歲以上的成人，分析社會資本指標與死亡率的關連，並採取四項社會資本指標來測量，分別為：受訪者認為他人不公正、對他人感到不信任、認為社會缺乏互惠關係以及平均每人參加社團的數量。研究發現，所得不平等與社團參與數量、信任感及死亡率有顯著相關。在所得不平等的州，平均每人參與社團的數目越少；同時，所得不平等是透過社會資本的缺乏，導致死亡率增加。另一份研究仍採取前述四項指標，探討社會資本與自評健康(self-rated health)的關係(Kawachi et al., 1999b)，研究發現，認為他人不公正、對他人感到不信任、認為社會缺乏互惠關係以及每人平均參加社團的數目皆與自評健康達到統計上的顯著相關，亦即社會資本指標越低的州，民眾越傾向自評不健康。

Marrow (1999) 肯定發展社會資本概念來探討健康與社群網絡的關連。在 Putnam 對「社會資本」的闡釋中明確指出「社會資本」的構成要素包括信任、合作及互惠原則、公民參與（civic engagement）和社群認同。健康教育專家依循「有關健康的行為已在一些社會和社群因素中成形」的觀點，有關健康行為的研究取向也逐漸朝向個體的背景特性發展，從原先個人主義式的行為層面轉向行動者的心理需求（Gillies, 1998）。

社會資本對健康的影響雖然得到佐證，但是 Kawachi 和 Kennedy 認為其影響機制仍有待討論(1999a)，大抵上，社會資本對健康的影響可從物質環境、健康行為及心理社會環境等三方面來看。首先，在物質環境方面，民眾社團參與程度越高的地區，公共服務及社區環境越好；在民眾積極參與政治及監督公共預算等社會凝聚程度高的地區，有益大眾健康的公共設施及服務的可近性越高。其次，在健康行為方面，社會結構間的關係對個人的健康行為具有重要影響，社會資本充裕的社會有利於健康訊息的快速傳播，由於彼此之間互相信任，新的訊息因此容易被採納，抽煙、酗酒等不利健康的行為會受到較高的社會控制，使得大多數的成員都能有健康的行為。最後，就心理社會環境來看，缺乏社會資本的環境會傷害個人心理層面的健康，相反的，正向的社會關係可以提高個人的自尊、自我效能、自我價值和歸屬感，進而促進生理健康。

世界衛生組織在對健康的定義中明確指出，現代的健康不但包括身體、心理，還包括社會及心靈各個層面，而社會資本對健康的影響不僅在心理、生理層面，更廣及社會層面的健康。所謂社會層面的健康最早可追溯到功能主義大師 Parsons 對健康的社會定義，他對健康的解釋是：「個人扮演其社會化角色的最適能力狀況」，也就是說，Parsons 認為健康的關鍵在於社會角色及個人角色的扮演（劉仲冬，1998），他的出發點是社會功能，關心的是社會系統的平衡及穩定。

醫療社會學將傳統醫學對疾病的觀念帶入社會學的觀點，認為人不同於物，發生在每個人身上的事件對個人而言都帶有「意義」，生老病死也是如此。個人生病不僅是帶著他的軀體，也帶著價值判斷、思想經驗一起走進醫院。生病及醫療都是在大的文化鑄模中進行（劉仲冬，1998）。因此，疾病和病人在醫療體系中的處境並不因為醫學倫理的規範而大不相同，病人不需要對生病的事實負責其實是假象，現代醫學認為病人並不是無辜的，應該對自己生病的事實負責，影響所及，「個體必需為促進自體健康付出更多責任」的觀念，已是時勢所趨。「知識就是力量」，藉由資訊的可以協助個體掌握達到或維持健康狀況的動力。

### 第三節 網際網路與社會資本

社會資本與健康的意涵強調的是個人所存在的社會網絡對於維護身心健康的重要性，而科技在促進社會網絡的聯繫與擴張上，已隨著網路的普及逐漸嶄露其影響力。社會網絡具體化了人們日常活動中的人際間連結，是社會形態的具體



化實踐 (Nelson, 1997)。

由眾多電腦、伺服器架構出的網際網路，在相互連結的那一刻起，便具有社群特性，網路的出現讓社會網絡中的人際互動由現實轉至虛擬空間，行動者在網路上建構的「虛擬社群」，宛如日常生活中的個人人際網絡（吳齊殷，1997）。國內一份結合網絡分析的網路研究發現，大多數的網路使用者在網路上(on-line)和網路下(off-line)的社會網絡特質在型態上是相同的，也就是說，一個在網路下很活躍的人在網路上也是如此（葉勇助、羅家德，1999），網路提供了一個讓訊息快速傳散以及使用者高度自主的環境，使得網路上的人際互動得以產生類似日常生活的「利社會行為」(prosocial behavior)，這種人我之間互助合作的關係即是一種社會資本。

科技的發展造成社會變遷，當新媒體逐漸介入實體生活，也開始影響人類的生活型態。透過電腦結合的虛擬社群以共享的價值和利益為中心，將人們聚集在網路上，並且如同實際的生活經驗一樣，在網路上的人際互動也會發展出實質的支持(Rheingold, 1993)，所以虛擬社群與傳統社群之間並不是對立的，而是兩種不同的社群形式(Wellman et al., 1996)。當使用者基於共同的興趣和價值加入群體，原本是工具性且專殊化的網絡，可能因為時間的累積而對使用者個人產生實質上幫助或情感上的支持，因此，網路上的互動可以既專門又具有功能性，如資訊的搜尋、檢索；也可以廣闊而具有支持性，如對個人提供情感上的支持，這些變化肇因於使用者在網路上的互動隨著時間的增加而擴張了溝通的範圍(Wellman & Gulia, 1999)。

在社會網絡關係中，有弱聯繫(weak ties)與強聯繫(strong ties)的區分<sup>10</sup>，網路的優點在於容許與陌生人形成弱聯繫，因此特別適合發展多重的關係。以醫病之間的關係為例，醫師與病人存在著不對稱的互動模式，使得兩造之間的社會特徵會限制甚至阻礙溝通，但是網路平等的互動模式卻會降低這種影響。Castells(2000)指出，不論在網路連線或離線狀態，弱聯繫都促使不同社會特徵的人群相互連結，擴張社會網絡，網路可能可以在一個日趨個人化與公民冷漠的社會裡，幫助人們擴張社會聯繫的網絡幅度。Putnam(1995)認為即使是在只有弱聯繫的網路使用者之間，網路上也具有互惠的支持，虛擬社群應比觀察家所認定的要來得穩固。

---

10個體與他人的直接關係，如親人間的關係，屬於網絡關係中的強聯繫(strong ties)；另一則是在直接關係之外，透過個體本身聯繫與他人的關係，如朋友之間的關係或藉由親人朋友再聯繫出去的關係，也就網絡關係中的弱聯繫(weak ties)。

Wellman 和 Gulia(1999)比較虛擬社群和實體社會中的人際來往，發現絕大部分的人際聯繫屬於弱聯繫，這些弱聯繫是資訊、支持、伙伴關係和歸屬感的重要來源，網路的媒介特性恰可協助這些弱聯繫的擴張和強度，

Blanchard 和 Horan(1998)將網路中的虛擬社群區分為「去地域性的虛擬社群」與「具實體基礎的虛擬社群」，前者的成立是基於成員間的共同興趣，打破時間與空間的藩籬，是去地域性的結合，與實體社群的重疊性較低，如在網路空間中以提供健康資訊為主的健康資訊網站；後者則著眼於實體社會中既存的面對面社群，因新科技的發展，而延伸至虛擬空間的工具性使用，與實體社群的重疊性較高，如既有的病友團體在網路上建置的網站。在 Blanchard 和 Horan(1998)的研究中發現，這些以心理基礎發展的虛擬社群以及以實體社區為基礎的虛擬社群，都可能增加社會資本，此外，Blanchard 和 Horan 指出，由於具實體基礎的虛擬社群與實體社群的重疊性較高，因降低參與面對面社群而減少的社會資本，可以藉由提高參與虛擬社群得到補償。

在傳統社群中，人際關係的疏離、公共事務的冷漠、犯罪案件增加和環境品質惡化等問題的根源在於社會資本的流失（蔡吉源，1995），而網路建構的虛擬社群因具有資訊社會的技術特質，與傳統社群相較，網路在資訊傳送與交換的成本上相當低廉，而且技術上具有不易進行管制的特性，使得網路被認為是一個更民主的互動媒介，傳統社群因社會資本流失所衍生的問題，轉而期許網路能帶來一個新的公民社會(Frederick, 1993; Hamelink, 1991)，提供一種補償機制，讓人們得以獲得在公眾領域發表意見的機會。

在 Blanchard 和 Horan(1998)的研究中發現，虛擬社群在以下情況可能增加社會資本。首先，具實體基礎的虛擬社群和去地域性虛擬社群都能增加信任和互惠性，但是當虛擬社群與面對面社群相重疊，且有助於網絡聯繫的密度和資訊流動時，具實體基礎的虛擬社群更能增加社會資本，如傳統社群成員藉由網路形成虛擬社群，因而增加社群成員之間的聯繫時，這種型態的虛擬社群可以增加成員間的社會資本。其次，當公民參與的機會有助於實體基礎虛擬社區時，社會資本也會增加，如傳統社群成員藉由網路形成虛擬社群，因而提供社群成員參與活動、發表意見的機會時，成員間的社會資本也會增加。Wellman (1996)指出，虛擬社群中的成員關係是自願組成的，假定當給予社會環境機會時，人們會很自然地成社會性的發展，因此 Blanchard 和 Horan(1998)認為在公共事務參與方面，倘若具實體基礎虛擬社群的論壇在成員之間促成溝通/傳播，則網絡、規範和信任亦隨之增強，且社群中的社會資本也會提高。也就是說，傳統社群中的社會資本

也可能在虛擬社群中存在，而且是可以加以投資的。

人們承擔的義務之所以產生變化，部分原因在於社會變遷 (Coleman, 1990)，傳播科技的發展促使人們的生活空間延伸到由電腦網路架構的虛擬空間，虛擬世界的快速擴張，已然與實體世界形成交融和重疊，人的社會關係在虛擬空間的表現與實體世界有何異同之處？網路使用者是否亦如社會科學家對傳統社群的觀察，呈現出類同的社會資本形式？從各學者對社會資本的闡釋中可以發現，網絡參與、互惠原則和信任是呈現社會資本內涵的三項主要表現形式，而這些形式都可由心理面或行動面發展成為測量指標，以下我們將以網路來指稱由電腦架構的網絡社會，並結合網路相關研究，分別就網絡參與、互惠原則和信任感等三項社會資本特質，做進一步的檢視和討論。

## 一、網絡參與

網絡(networks)指的是因特定的人、目的或事件而連接的特定關係形式，團體中的資訊或社會支持的交換，是提供社會資本的要素，且這些交換皆表現在面對面團體和虛擬團體之中(Blanchard & Horan, 1998)。

人們藉由網路去地域性的特質，跨越全球，參與特定團體，分享共同的興趣和利益，創造出一種人與人之間交互溝通的地球村，形成一個大型的社區形式。儘管人的社會網絡足以延伸到虛擬空間，卻仍無法無限制的擴張人際關係網絡和溝通，僅能維持有限的聯繫成員(Wellman & Gulia, 1999)，虛擬空間仍然延續實體世界的人際網絡模式。但是，電腦中介傳播和虛擬社群促成地位均等和成員參與，所以可能會增加社會資本，並有助於弱聯繫，促進多重層面的人際關係(Wellman & Gulia, 1999)，且這些人際關係可能移至線下(off-line)，包括電話、通信和面對面溝通。

## 二、互惠原則

在面對面社群中，成員之間互相幫助的互惠行為最後會產生利益 (benefit)，資訊交換即是一種互惠行動的展現。在虛擬社群中，資訊交換亦被視為最基本的協助「行動」(Rheingold, 1993)，可能是直接經由個人的電子郵件或提供資訊給整個團體，團體成員也與其他成員交換社會支持，且偶爾會提供實際上的利益，如金錢上的幫助 (Rheingold, 1993)。互惠性的支持是虛擬社群中極為重要的部分

，它不僅是真實的存在(Wellamn & Gulia, 1999)，也因為協助成本低，使得人們能夠輕易地得到來自團體的幫助。Blanchard 和 Horan(1998)也認同協助性和支持性的互惠行動在虛擬社群中的重要性，而協助行動本身即在創造對虛擬社群的認同，成員基於對虛擬社群的參與而提高互惠行動，可以增進成員之間的信任感，因此對社群的參與行動本身即是對社會資本最直接的影響，倘若互惠行動可以增進成員之間的信任，那麼，一個互動頻密的虛擬社群也應存在充分的協助行動。

#### 四、 信任感

信任是社會資本中相當重要的部分，也是虛擬社群中的有趣概念。缺乏社會線索和匿名性是電腦中介傳播的特色。有些觀點相信，缺乏社會線索的互動方式會在電腦中介傳播環境中阻礙社會關係的發展，持相反觀點的學者則認為非語文資訊的缺乏可能有益於系統的運作(Walther, 1992)，個體會在仔細思考之後才發表意見(Rheingold, 1993; Walther, 1996)。此外，匿名性可以讓婦女、未成年者或其他弱勢族群參與團體討論，不必遭受來自實體世界刻板印象的標記(Rheingold, 1993; Schuler, 1996)。

社會線索的缺乏可能促使虛擬社群成員擴大他們對伙伴的認知，從而對團體成員有較強的身份認同(Walther, 1996)，純粹因網路而聚合的團體成員接收不到實體的線索，使得他們的伙伴有較多想像空間可以發揮，相較於實體社群，這些伙伴可能更具吸引力，例如社群成員之間對彼此的真實背景和身份並不瞭解，有些成員可能在社群活動中建構出另一個在網路上的身份，或在網路上表現出另一種與實體生活截然不同的人格特徵，抑或基於對某個議題的瞭解而在網路上具有意見領袖的地位。儘管這種所謂擴大的認知並未直接指出與信任的相關性，但Blanchard 和 Horan(1998)認為兩者仍有關連，他們比較去地域性虛擬社群和以實體為基礎的虛擬社群，假定少量的資訊經由個人與其他成員之間的社會網絡傳遞，則積極的成員可能會因為地理區域上的隔離，而對去地域性虛擬社群的成員有更高度的信任。

即使上述研究支持虛擬社群與信任感之間的關連，但是，仍有不少研究提出電腦中介傳播會降低虛擬社群的信任感，對社會信任有明顯的負面影響。最顯著的例子即是網路素養，個人或團體成員強烈而不友善的溝通通常會破壞網路素養；此外，伴隨著網路匿名特質的欺騙也是降低信任的主要因素，參與者在建立人際關係時因較少揭露個人資訊，所以有些人可能因此改變部分個人訊息，如體重、收入；有些人可能完全改變其身份認同，包括性別或主要的人格特徵 (Walther,

1996; Turkle, 1995)。Blanchard 和 Horan(1998)在比較去地域性虛擬社群和以實體為基礎的虛擬社群時便指出，在以實體為基礎的虛擬社群中，因具有面對面社群的背景因素，前述的欺騙行為不易成形，但是在去地域性虛擬社群中，較容易對信任產生傷害。

由以上的討論可以發現，新傳播科技帶來新的社會互動場域。傳統社會學對社會資本的討論已羅列出主要的社會資本表現形式，將之移師至網路空間是否會得到相同的結果？仍須透過實證研究檢證。總結前三節對社會資本的意義界定、形式說明、社會資本與健康的關連，以及網路中可能存在的社會資本形式等相關討論，本研究關心的研究問題是：網路健康資訊使用者在網路上使用健康資訊的行為中表現何種形式的社會資本？

## 第四節 醫病溝通與健康資訊使用

### 一、健康資訊使用者的人口特徵

在資訊社會，網路已經成為使用者獲取資訊的重要通道，在諸多網路調查研究中均顯示，網路改變人們的生活形態。自 1996 年開始，蕃薯藤每年度均針對台灣的網路使用者進行網路使用行為調查<sup>11</sup>，長達六年的調查資料觀察台灣網路使用行為的變遷，發現網路透過服務型態的改變已逐漸進入每個人的生活。

台灣醫療改革基金會（以下簡稱「醫改會」）(2001)針對醫療資訊公開的網路民調<sup>12</sup>中，發現受訪樣本呈現出年輕(20 到 39 歲為大宗)、高學歷(大學為主)、女性居多的特質，使用族群集中在學生與醫事人員。國內外相關研究發現關心健康資訊的人幾乎皆呈現出這些特性（曾淑芬、張良銘，1998；<http://www.hon.ch/survey>，2002），這可能與網路本身的侷限有關。網路最大的限制在於實體世界的資源分佈不均，貧富差距經常在網路上被複製，形成上網的階級和技術門檻，使得網路使用者具有特定背景。各國針對網路使用人口特徵的研究皆顯示，網路使用者主要是社會中年輕、高教育的菁英份子（林鶴玲、鄭陸霖

---

11 <http://survey.yam.com/>

12 由蕃薯藤、醫生館及醫改會發現等三個國內網站共同主辦，調查執行時間為 2000 年 10 月，樣本數：1,099 份。

，2001）。此外，網路使用者以男性居多，但是就關心健康資訊的網路人口來看，通常是以女性居多，這項人口特徵被認為是複製實體世界中女性比較關心健康議題，且通常擔負家庭中健康照護者的角色有關（李廣均，2001）。

## 二、網路健康資訊的使用

在醫改會的網路民調（2001）中顯示，網路健康資訊使用者大多數認為醫療資訊的透明化是相當重要的。但是，醫改會在2000年及2002年進行的醫療品質調查卻發現國內的醫療品質持續惡化，與民眾的期待有明顯落差。在2002年的調查中<sup>13</sup>，有57%的民眾一次就診時間不到五分鐘，即使應詳加問診的初診，也有65%的民眾反應就診時間不及五分鐘，比對2000年的調查結果<sup>14</sup>，國人的就醫品質「每下愈況」，就診時間越來越短；實際問診時間（平均不到3分鐘）與民眾的期待（約9到15分鐘）差距太大，顯示醫病溝通有明顯落差；對民眾在病情病因、治療方式、保健常識以及藥品使用、標示方面的衛教諮詢，也被醫師及護理人員所輕忽。這樣的結果凸顯出台灣的醫學教育重視技術層面的訓練，卻不重視醫病溝通的技巧培養。美國醫學會期刊的研究報告(Cabana et al., 1999)也發現同樣的問題，大部分的醫師沒有受過專業的溝通技巧訓練，所以醫師不知道如何與病人溝通、向他們解釋重要的醫學與健康觀念，使得病人不知該如何正確地照顧自己。

台灣的醫療環境就醫便利性高，只要具有健保資格的民眾皆可直接至診所、醫院或醫學中心，接受立即的醫療服務，但也因為轉診機制未落實，大醫院忙著看小病，人潮縮短了看診時間，醫病溝通連帶也因看診時間不足而降低溝通品質（李廣鈞，2001），此外，醫療院所在管理制度上因醫療給付的按件計酬制，造成醫療人員追求醫療績效和更多的給付人數，出現「三長兩短」<sup>15</sup>的醫療現象，導致醫療人員無法與病患充分地溝通並進行意見交換。這些因素的累積，造成民眾就醫之後常因得不到適當的答覆，轉而尋求不同醫師的解答，從而產生「逛醫院」、「逛醫師」的醫療怪現象（張笠雲，1998）。因為國內醫療品質的低落以

---

13 由醫療改革基金會於2002年4月，針對近三個月有就醫經驗的二十歲以上成人進行的調查，樣本數1,084人。

14 2000年11月執行，有效樣本數：1,077人。調查結果顯示，有48%的民眾就診時間不及五分鐘。

15 「三長兩短」是台灣普遍存在的醫療現象。所謂「三長」指的是：等候看病時間長、掛號時間長、領藥時間長；「兩短」指的是：診療時間短及處置治療時間短。

及醫療制度的缺失，網路逐漸普及之後，利用網路提供健康資訊使民眾能自行上網瀏覽、詢問醫師，或與其他病友分享心得等衛生教育與諮詢功能，因此逐漸受到部分醫界人士的期待（鄭維理，2000）。

Slack(1995)相當肯定電腦在醫療照護上的正面功能，醫師與病人可以透過電腦提供、取得資訊，甚至進行醫療行為，改變醫病之間的溝通模式。大部分的醫病溝通是單向的由醫師提出指示，病人服從醫師的囑咐，隨著資訊時代的來臨，提供好的、完整的、可靠的、即時的、符合時勢的健康知識，讓具備讀寫能力的人得以接近使用，使得醫病之間的關係逐漸產生改變，而這種改變不僅僅是醫療上的問題，同時也是觀念的改變，醫師應盡可能地給予人們足夠的資訊，以幫助人們具備判斷能力決定是否尋求醫療上的幫助，為自己和家人達到並維持良好的健康狀態。

Slack(1995)認為，在這一波改變中，網路是一項相當有力的健康照護資源，當它進入人們的日常生活，不管是對患者或健康者都產生了影響，資訊的使用有助於人們維持或改善健康。就網路的媒介特性來看，使用者的媒介使用行為具有主動性，根據自己的需要尋求訊息以滿足需求(翁秀琪，1996)，同時也反映出使用者在其使用行為中的社會關係。

Lancet 醫學期刊報導，倫敦皇家自由醫院根據一般臨床門診醫師提供的名單，隨機抽選受試患者分成兩組，一組接受「虛擬網路門診」，另一組接受一般門診，接受「虛擬網路門診」的患者可以透過網路視訊會議的方式和醫療專家作雙向溝通。追蹤兩組患者後續約診的情形發現，患者與專家進行網路諮商令後續約診人次增加，同時也會改善患者的滿意度，並減少診斷測驗和醫事檢驗。後續針對耳鼻喉科和骨科患者的研究也得到同樣的結果。

英國的實證研究發現網路可以輔助實際診療，減少醫事檢驗的數量，並提高患者滿意度，而網路本身平等、開放的設計原則，則讓資訊的張貼及傳佈更便捷。美國非營利研究機構 Kaiser Family Foundation(2001)針對全美青少年的調查研究發現，有 75%的青少年會利用網路查詢健康、醫藥資訊。利用網路「查詢健康、醫藥資訊」的比率，次於「收發電子郵件」、「選擇就讀學校」、「看新聞」及「看娛樂消息」，在所有網路用途的使用中排行第五。尤其當青少年面對難以對父母及師長啟齒的性、嗑藥等健康問題時，網路的便利，讓青少年選擇上網尋求答案。青少年在網路上搜尋的健康資訊，主要是特殊疾病，約佔半數；其次則是以青少年為導向的健康議題，如：HIV/AIDS、避孕及性病資訊；此外，體重問題、

心理健康、藥物和酒精，以及暴力行為也是青少年關心的健康資訊類型。有四成左右的受訪者表示，在網路上發現的健康資訊改變了他們的行為和態度。另一份針對病患使用網路與電子郵件的研究也呈現出相似的結果(Mandl et al., 2000)，發現美國上網的人口逐年增多，這些會上網的使用者中，有三分之一會利用網路取得醫療資訊。Fox 和 Lee(2001, 2002)的研究結果也發現，美國的網路使用者上網尋找健康資訊的比率逐年升高<sup>16</sup>，並認為網路健康資訊會影響他們的醫療決策。另一份針對消費者使用線上健康資訊的研究檢視消費者經由網路進行戒煙計畫的醫療決策、對健康結果的評估以及消費者是否免於不實健康資訊的欺騙，發現使用線上健康資訊的消費者，在進行醫療決策、對健康的態度和結果均具有正面影響(Bessell et al., 2002)。

由此可知，網路不僅對醫院提升醫療服務、協助病患進行醫療決策有其幫助，上網尋求健康資訊已經成為一種趨勢(Marshall & Haley, 2000)，醫療專業人員必須體認利用網路提供健康訊息的重要性，應利用網路教育病患，並協助他們區別網路上優劣並存的健康資訊(Marshall & Haley, 2000)。

網路隱密、方便的特性促使健康資訊的流通可以提供衛生教育及諮詢，協助個體維持健康，但是網路匿名的特質也造成不實資訊及謠言，網路上的健康資訊良莠不齊，雖然使用網路健康資訊而受害的例子仍屬少數，但仍具有傷害使用者健康的潛在可能(Crocco et al., 2002)。前述針對全美青少年的調查研究(Kaiser Family Foundation, 2001)中發現，只有 17%的受訪者相信網路上的健康資訊，大部分的青少年對網路資訊存有戒心，仍傾向相信醫師所提供的健康資訊。Fox 和 Lee (2001)的研究結果也指出，有高達 86%的受訪者非常在意資料來源是否可靠。當網路逐漸成為取得健康資訊的新興管道時，醫師和病人都成為藉由網路獲得健康資訊的使用族群，然而醫師們卻假定在網路上傳遞的健康資訊大部分是不正確的，尤其是日常健康照護方面的訊息(Ferguson, 2002)，Purcell 等人(2002)主張應該為網路健康資訊的品質訂定評估標準。在安全性評估機制建立之前，如何在網路上瀏覽健康相關網站、如何取得健康相關訊息，專家學者有不同建議<sup>17</sup>，其中，消

---

16 Pew Internet & American Life Project 在 2001 年的研究結果顯示，有半數左右的美國成人曾經上網尋找健康資訊，2002 年的調查結果發現中有六成左右上網尋找與健康醫療相關的資訊，比 2000 年的調查結果高出四成。

17 如：3D 原則（康健，2000），包括 1.Dates(日期)：醫療知識更新汰換的速度相當快，搜尋時，要找最近日期的資料。2.Documentation(資訊出處、引證)：內容必須標示作者、譯者、其所屬機構等。3.Double-checking(驗證)：多查詢幾個網站的資訊，不要只倚靠單一網站的訊息。吳昭新(2000)以判斷健康資訊正確與否的標準來判斷網路健康資訊，使用者應注意資訊內容是



息來源和可信度都是判斷網路健康資訊時的重要依據（李廣鈞，2001）。

即使網路上的健康資訊良莠不齊，不可否認的是，資訊的使用已經逐漸影響人們的日常生活，網路健康資訊的使用對使用者的健康究竟是利是弊，結果仍有待檢驗，可以確信的是，網路使用者並非茫然無知地對網路上的健康資訊全盤接收，而網路作為提供健康資訊的便利性工具仍有其不容忽視的功能。進一步地來說，網路健康資訊的使用是否會延伸至真實生活，對實際就診時的醫病溝通產生助益？雖然尚未有明確地定論，但有學者認為，網路的溝通形式已經改變醫病之間的溝通模式，醫病之間的關係不再只是侷限於面對面診療，而是可以透過線上互動和電子郵件建立另一種線上醫病關係( Slack, 1995; Robinson et al., 1998; Mandl et al., 2000 )，Slack(1995)更認為，當病人提高對醫學知識的瞭解並獲得過去未能接近使用的醫學資訊之後，可能會產生足以挑戰醫生權威的「病人權力」(patient power)。

### 三、醫病關係模式與線上醫病關係

當人們選擇就醫，開始接觸醫師或醫療情境中的醫護工作人員時，便已形成醫病關係。醫病關係是人類基本的關係模式之一，現代的醫療社會學認為醫病關係不只是單向地由醫師向病人施以醫療技術和知識應用，還包括雙向互動的社會關係。醫病關係有三種模式(Szasz & Hollender, 1956)：一是主動-被動模式，通常是發生在病人失去任何自主能力的情況下，醫師處於主動，病人只能被動地接受治療；二是指導-合作模式，病人雖有一定程度的反應能力，但因知識差距或情況緊迫，必需接受醫療人員的指導；三是共同參與模式，醫病之間雖有一定程度的知識差距，在病情許可的情況下，病患及其家屬可以是主動的、學習的，在醫病之間建立信任和信心。不管是哪一種醫病關係模式，醫病之間都是處於不對稱的狀態，因為醫療服務是高度專業化的服務，醫師和病患在服務過程中處於資訊不對稱的情況，醫師在整個醫療過程中往往處於主導、權威的地位(王國裕，1997)，再加上醫學知識具有高度專業的色彩，不容易為一般民眾所近用，因此醫師和病人之間的關係往往是醫師處於協助者的立場關心患者的健康，並提供有關疾病和治療的訊息給患者，醫病之間的互動則是病人在診療過程中用語言表達意念給醫師，醫師將訊息回饋給病人，這種回饋包括醫師的聆聽與回覆。

---

否標示著者，歸屬於那個醫學單位，訊息應是公開傳佈的，且必須將公布時間標註清楚，內容也應即時更新。

但是影響醫病關係的關鍵可能是醫療人員的溝通技巧和醫療院所的組織管理制度（李廣均，2001）。直接去「看」醫生，與醫生面對面溝通，仍是國人求醫行為中最普遍的就診方式。台灣社會「逛醫院」、「逛醫師」的醫療文化現象，往往被認為是「浪費醫療資源」，而這與醫病關係的不對等不無關係，診斷和治療訊息等醫療資訊的透露向來掌握在醫師手中，傳統「以醫師為中心」的溝通方式，病人無法從醫師處得到足夠的資訊和滿意的回覆，不對等的醫病關係導致醫病溝通的落差，容易影響病人不遵從醫囑（胡幼慧，2001），是否取得充分的訊息對人們守護健康、進行醫療決策極具重要性。人類關係的存在是受到社會情境的影響，隨著傳統社會到資訊社會的發展，尋求健康資訊的管道與醫病關係都產生了改變，透過網路服務，查詢醫療院所及醫師專長、背景資料，藉由健康資訊網站提供的線上問診諮詢服務和醫師建立線上醫病關係，網路似乎幫助病患做到「逛醫院」、「逛醫師」的可能，這些健康資訊網站不但成為一般民眾與醫療專業人員尋找健康資訊的新媒體，也成為醫病互動的新管道，建立另一種線上醫病關係（李廣均，2001）。

網路上的健康資訊網站以提供健康資訊為主要內容，訴求對象可分為一般民眾和醫療專業人員，網站提供者則分別為政府衛生機構、社會公益團體、醫學專業團體、醫療院所、醫師個人、非主流醫療業者。部份健康資訊網站會提供線上問診諮詢服務，召集專業醫師在網路上回答網友提出的健康問題，這種線上醫病關係是透過網路發展出來的互動模式，讓醫師與病人之間可以藉由網頁、電子郵件、線上資料庫等傳播科技進行健康相關問題的諮詢、輔導和建議。應注意的是，醫師在線上問診諮詢服務的回覆只能作為參考意見，不能取代實際就診的診療行為（診斷或開立處方），線上醫病關係仍有別於傳統面對面互動的臨床醫病關係。

根據國內的調查顯示，國人對醫療品質普遍不滿意（許芳菊，1998），但是台灣的醫療品質並未因這些不滿意的態度表達而得到改善，近幾年的調查更顯示出每況愈下的情形（醫改會，2000，2002），每位求醫病患就診時間不到五分鐘的窘境，促使衛教單位只能從民眾本身下手，指導民眾如何在與醫師面對面的短短數分鐘時間內，清楚陳述自己的病情，掌握與醫師溝通的要訣，而這仍有賴於民眾對健康訊息的運用和理解。資訊社會來臨，網路健康資訊正可幫助有能力使用網路的民眾上網搜尋健康方面的訊息，當民眾具備基本醫療知識後，不但可以避免問錯問題，與醫生之間的地位也比較對等（藍麗娟，2000）。猶如過去各種新傳播科技的出現一樣，網路的發展同樣被賦予革命意涵，在醫療領域也同樣被寄予厚望。在這一波改變中，資訊的使用便是一個值得觀察的面向。因此，本研究關心的研究問題是：網路健康資訊使用者對線上問診諮詢服務的使用評估如何

？當網路成為使用健康資訊的有力管道，是否影響網路健康資訊使用者在實際就診時與醫師互動的關係？

## 第五節 小結

網路進入人們的日常生活，逐漸改變人們的生活型態，虛擬與實體的生活世界並非截然不同，兩者的重疊在健康照護方面已經造成改變，人們藉由網路本身快速處理大量數位化資訊、迅速傳送交換資料的技術特質，搜尋、使用健康資訊以守護健康，從而建立在網路上的社會關係。行動者在網路架構的社會網絡中，可能複製實體生活中的社會關係，表現出諸如參與社群、互惠行動、信任等社會資本嗎？網路健康資訊使用者在其資訊使用行為中如何展現社會資本？隨著新傳播科技發展出的線上問診諮詢服務，網路健康資訊使用者如何評估這項新型態的服務功能？網路健康資訊的使用對其實際就診時的醫病關係又有何影響？我們希望透過本研究對這些問題有所發現。

# 第三章 研究方法

## 第一節 研究問題、定義與架構

### 一、研究架構

本研究欲檢視四個變項，分別為：網路健康資訊使用者在網路上的社會資本；網路健康資訊使用者對線上問診諮詢服務的使用評估；網路健康資訊使用者實際就診時的就醫行為；以及網路健康資訊使用者的人口變項。將回收資料以因素分析進行效度考驗後（見第四章第一節），重新整理變項定義。社會資本量表共抽取出五個共同因素，分別命名為：「網絡參與，發表意見」、「資訊分享，人己互惠」、「信任非專家來源資訊」、「社會支持」、「信任專家來源資訊」，本研究以「社會資本因素」統稱之；在線上問診諮詢服務使用評估部份得到一個共同因素，將變項重新命名為「正向評估線上問診諮詢服務」；在實際就診時的臨床醫病關係部份抽出一個共同因素，將變項重新命名為「就醫行為主動性」。本研究，並提出研究架構如圖 3-2-1。

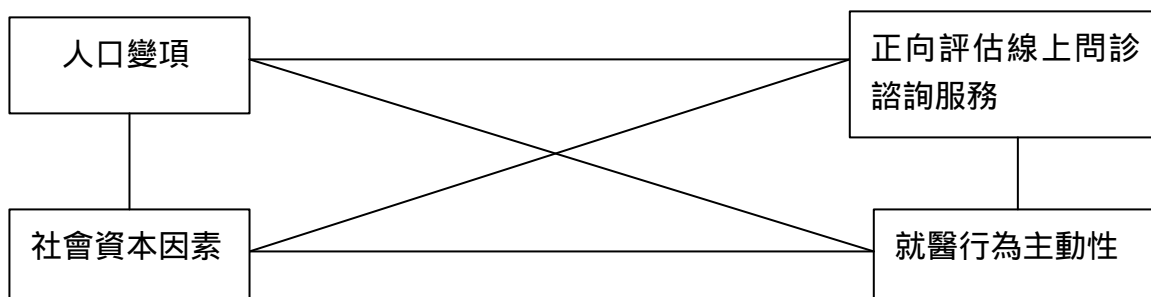


圖 3-2-1 本研究之研究架構圖

### 二、研究問題及目的

經效度考驗重新定義變項後，本研究進一步提出研究命題如下：

1. 網路健康資訊使用者在健康資訊的使用行為中具有哪些形式的社會資本？

與傳統社群對社會資本的討論有何相同或相異之處？是否因實踐場域的差異而有特定形式的社會資本存在？

2. 人口變項與社會資本因素之間是否具有顯著差異？
3. 社會資本因素和正向評估線上問診諮詢服務、就醫行為主動性之間是否具有顯著相關？
4. 社會資本因素是否可以有效地預測使用者正向評估線上問診諮詢服務及就醫行為主動性？社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務對就醫行為主動性是否具有預測力？其預測力如何？

## 五、 概念型定義及操作型定義

### （一）網路健康資訊使用者

本研究以「網路健康資訊使用者」為研究對象，所謂網路健康資訊使用者指的是在網路上搜尋、瀏覽、檢索健康相關訊息的使用者。在人口變項方面，包括研究對象的性別、年齡、教育程度、是否具備健康相關專業背景、關心的健康資訊類型等項目，以瞭解網路健康資訊使用者的人口特徵，並進一步檢視與其他變項之間的關係。

### （二）社會資本因素

本研究歸納文獻中對社會資本概念的描述，以及對社會資本形式的討論，將社會資本界定為「一種無形的，存在於人的社會網絡中的一種關係形式，具有相互合作、參與的行為表現，並可能被行動者託付以信任感，有助於人際之間的相互協調與合作，可能對行動者本身產生利益，或幫助行動者維持自身的利益」。本研究以使用者在網路上使用健康資訊的行為及其在網路上的社會關係，檢測使用者在網路空間中表現出的社會資本形式。本研究對社會資本變項的建構是以三種形式的社會資本為基礎概念，並經由研究對象的訪談，研究者對網路健康資訊的使用、參與健康相關虛擬社群等線上活動的參與觀察，以網絡參與、互惠原則與信任感等三大面向發展本研究的社會資本量表，「網絡參與」的操作型定義為

：網路健康資訊使用者在網路上參加健康相關虛擬社群及其線上的人際互動；「互惠原則」的操作型定義為：轉寄健康相關內容的電子郵件，以及為自己或他人搜尋、檢索、瀏覽健康資訊等互助行為；「信任感」的操作型定義則是：網路健康資訊使用者對網路上健康相關資訊的內容及其提供者的信任程度。

經以因素分析考驗社會資本量表的建構效度，共得到五個社會資本因素，分別為：「網絡參與，發表意見」、「資訊分享，人已互惠」、「信任非專家來源資訊」、「社會支持」、「信任專家來源資訊」。所謂「網絡參與，發表意見」指的是使用者藉由網路參與健康相關虛擬社群的人際互動，並在互動過程中發表自己的看法；「資訊分享，人已互惠」則是指使用者在網路上利用電子郵件等通訊功能傳送或接收健康方面的訊息給社會網絡中的成員，如家人、朋友，分享健康相關資訊，協助自己和親友達到或維持健康等目的；「社會支持」指的是使用者藉由與網友的線上活動得到心理上的支持；「信任非專家來源資訊」和「信任專家來源資訊」指的是使用者對不同形式或身份的訊息來源所賦予的信任感，前者是經由電子郵件、特定議題討論區等非專業人士或機構提供的訊息來源，後者則是經由健康資訊/諮詢網站和醫療專業人士提供的健康資訊。

### （三）正向評估線上問診諮詢服務

線上問診諮詢服務是一種利用新傳播科技雙向互動的特質，發展出的新型態健康支援管道，透過電腦中介傳播與專業醫師建立「線上醫病關係」，讓醫師與病人可以藉由網頁、電子郵件、線上資料庫等傳播科技進行健康相關問題的諮詢、輔導和建議。在「線上問診諮詢服務使用評估」中包括健康資訊使用者對這項服務的使用，在態度上賦以正面或負面評估。經因素分析得到一個共同因素，將之命名為：「正向評估線上問診諮詢服務」，指的是使用者對新型態線上問診諮詢服務的使用持正面的評估態度。

### （四）就醫行為主動性

本研究除關心健康資訊使用者在網路上的社會關係，亦希望能進一步瞭解關心健康資訊的網路使用者在實際就診時與醫護人員的醫病關係具有何種特質，因此在「實際就診時的臨床醫病關係」即以網路閱聽人實際就診時與醫師的溝通、互動為主。經因素分析抽取出一個共同因素，並將之命名為：「就醫行為主動性」，指的是使用者在實際就診時，能主動關心自己的健康問題，清楚陳述病徵，並就自己的健康需要向醫師提出問題，或要求醫師真對病情、病因清楚說明。

## 第二節 調查方法與研究對象

### 一、調查方法

本研究針對網路上的健康資訊使用者進行調查，探討網路使用者在資訊使用行為中是否具有類同或異於傳統社群的社會資本形式，故採用網路問卷調查法進行調查研究。

### 二、研究對象

本研究的調查對象是針對具特定使用經驗的網路閱聽人，在研究對象的擇定方面，具備網路使用經驗是必要條件之一，且使用者必須具有使用網路健康資訊，在使用行為方面需具備下述三項使用經驗之一，方能符合本研究界定的調查對象：(1)曾經在健康資訊網站瀏覽、檢索或搜尋健康資訊；(2)曾利用電子郵件傳送或接收健康方面的訊息；(3)曾經利用網路向醫師詢問過健康方面的問題。

## 第三節 資料收集

### 一、資料收集方法

本研究參考的抽樣群體是具有在網路上使用健康資訊經驗的網路使用者，為有效觸及目標群體，我們篩選提供雙向互動線上問診諮詢服務的健康資訊網站，請網站方面提供協助，在網頁上建置本研究的問卷超連結，以邀請具有使用健康資訊經驗的受訪者填寫網路問卷。

### 二、網路問卷調查的限制與處理

網路問卷調查法是調查網路使用人口的主要資料收集方法，具有立即性、高

效率<sup>18</sup>及低成本等特性（施依萍，1997；林夏萍，1998；葉恆芬，2000），然而網路問卷調查法也有其缺點和限制，包括無法推論母體、研究結果偏差、問卷長度與形式受限、必須以行銷方式誘答、無法嚴密控制答案的嚴密性等（施依萍，1997；林夏萍，1998；葉恆芬，2000）。本研究也將盡可能地將這些缺點和限制降到最低。

首先，由於無法確知網路使用人口確切的總人數，網路問卷調查所得到的結果無法推論母體，因此本研究調查所得結果僅能用來描述收集到的樣本特性。其次，願意填答問卷者可能有其族群特性，易導致研究結果偏差，因此必須提高問卷曝光率，以增加樣本數。在問卷長度與形式受限方面，為避免網頁傳輸速度影響受訪者填寫問卷的意願，因此網頁的程式語言以純文字格式編寫，以避免檔案傳輸過慢，導致受訪者放棄填寫意願，也可避免因顯示器的差異影響受訪者對問卷的讀寫；此外，問卷形式以清楚為原則，受訪者直接點選超連結即可進入網頁填寫問卷，不另加入調查廣告說明頁；同時，為便利網友填寫問卷，全卷僅一道題目中有「其他」項，所有題項均以滑鼠點選即可作答。在行銷誘答方面，本研究提供圖書禮券抽獎活動以吸引網友填寫問卷。最後，有關問卷填答的嚴密性，是研究者最難監控的部份，讓受訪者以自我報告的方式填寫問卷，研究者很難監控答案的正確性，對於這項限制，僅能靠研究者的主觀判斷來取捨答案的內容，因此，回收資料中如有重複填卷者、郵件地址相同者，本研究將只保留一份為有效樣本，有漏答選項者，將特別標出，以受訪者登錄的郵件地址寄出電子郵件，請受訪者填上缺漏的答案，如對方未予回覆則視為無效問卷處理。

---

18施依萍（1997）、林夏萍（1998）及葉恆芬（2000）的研究對象為「網路使用者」，其研究回收樣本均達到千份以上，在本調查研究實際回收樣本時，發現問卷的回收率不如預期理想，推測可能的原因有二：相較於針對「網路使用者」進行的調查研究，本研究的樣本限定在具某種特定資訊使用經驗的網路使用者，而這群使用者只是網路使用族群中的一部份，無法廣泛觸及，這可能是本研究實際回收樣本時，在回收數量上所受到的限制；其次，相較於面訪，網路問卷調查因具有電腦中介傳播缺乏社會線索的特色，網友的拒答率相當高，即使由研究者主動發信到受訪者的電子信箱，受訪者仍可輕易選擇不填答，推測這可能與網路上資訊氾濫、廣告郵件過多有關。根據本調查研究的經驗顯示，網路問卷是否仍具備高效率的特質，可能將隨網路環境的變遷而有所改變。



## 第四節 問卷設計

本研究探討相關文獻、配合研究問題，並藉由學理上對社會資本的概念界定，以及研究對象的訪談，研究者對網路健康資訊使用、加入健康相關虛擬社群等線上活動的參與觀察，設計問卷內容，並以 Likert 量表測量之。

由於本研究界定的研究對象為具有特定使用經驗的網路使用者，因此問卷建構的初期作業即是由研究者先進行參與觀察，包括加入健康資訊網站的會員並觀察線上問診諮詢服務的醫病互動，訂閱健康相關電子報，加入健康相關虛擬社群觀察社群成員的互動及資訊轉寄的型態與內容。然後以滾雪球方式尋找符合本研究對象界定的使用者進行訪談。訪談的進行是以開放的談話方式，請受訪者表達他們「在網路上參與健康相關社群的原因及與網友的互動經驗」、「在網路上搜尋、檢索、瀏覽或轉寄電子郵件等使用健康相關資訊的原因與經驗」、「實際就診時的醫病互動情形」、及「是否搜尋、檢索、瀏覽過醫師在線上問診諮詢服務的回覆及對這項服務的使用經驗」。在進行參與觀察與訪談之後，進一步將本研究的相關理論對照前述兩項研究行動的結果，發展出四個變項：社會資本、線上問診諮詢服務使用評估、實際就診時的臨床醫病關係、以及人口變項，做為本研究的初期架構。

本研究以社會資本理論為基礎，在檢閱學者們對社會資本理論的探討後，以參與、互惠及信任等三種形式的社會資本作為發展研究問卷的概念基礎，並藉由研究對象訪談，對網路健康資訊使用和健康相關虛擬社群的參與觀察，以「網絡參與」、「互惠原則」與「信任感」等三個主要面向來發展問卷內容。其中「網絡參與」指的是網路健康資訊使用者在網路上參加健康相關社群及其在網路上的人際互動，發展出十個問卷題目；「互惠原則」指的是轉寄健康相關內容的電子郵件，以及使用者為自己或他人搜尋、檢索、瀏覽健康資訊等互助行為，發展出九個問卷題目；「信任感」指的則是網路健康資訊使用者對網路上健康相關資訊的內容及其提供者感到信任的程度，發展出十一個問卷題目，合計「社會資本量表」共有三十個題目。「線上問診諮詢服務使用評估」及「實際就診時的臨床醫病關係」則分別發展七個及五個題目。以上三個變項均以 Likert 量表加以測量。人口統計變項則包括性別、年齡、教育程度、是否具備醫藥衛生專業背景以及關心的健康資訊類型等，藉由這些問項對網路健康資訊使用者的族群特性進行描述性的敘述。

問卷內容在正式施測之前均經過信度檢定(reliability)，調整問卷敘述的反向題並刪除不合適的題目之後，具有相當高的信度。根據附錄一表 3-4-1 整理各變項前測階段的 Cronbach 值，分別為：社會資本 0.90（分別檢測網路參與的信度水準為 0.91，互惠原則的信度水準為 0.82，信任感的信度水準為 0.70），線上問診諮詢服務使用評估 0.96，實際就診時的臨床醫病關係 0.71。

後續並針對回收資料以因素分析進行效度考驗，刪除信度及效度水準不足的題目，詳細問卷內容請見附錄二。研究變項也依因素分析結果加以調整並重新命名為：「社會資本因素」（包括：「網路參與，發表意見」、「資訊分享，人己互惠」、「信任非專家來源資訊」、「社會支持」、「信任專家來源資訊」）、「正向評估線上問診諮詢服務」、「就醫主動性」、及「人口變項」。

## 第五節 問卷執行與回收

### 一、問卷執行

#### （一）前測

本研究在問卷發展完成之後即於 2002 年 9 月開始進行第一次前測，以滾雪球方式利用電子郵件轉寄發放問卷，邀請受訪者針對問卷設計的題意是否清楚、用字是否明確、填答形式是否方便等提出意見。第二次前測則限定受訪者需具備網路健康資訊的使用經驗，由於受訪者在第二次前測反應問題數量太多，經檢討後將部分反覆檢證受訪者態度意向的題目加以篩選、合併或刪除。第三次前測則邀請特定健康相關虛擬社群的網友填寫問卷，經觀察網友對問卷內容及形式的反應大致良好，問卷設計至此大致底定。經此三階段前測，反覆修正問卷題目的敘述與形式，資料回收後刪除不符合的樣本與無效問卷，總計回收 32 份前測資料，經信度檢定刪除信度過低的問項，確定正式施測的問卷內容。

#### （二）問卷宣傳與行銷誘答方式

##### 1. 尋求健康資訊網站協助張貼本調查訊息

本調查的研究對象界定在具健康資訊使用經驗的網路使用者，為有效觸及此

一族群，本研究共針對健康資訊網站及其負責人發出十三封邀請信，商請網站方面能協助張貼網路問卷之超連結，並在網頁上公布調查訊息。總計邀請的對象為：KingNet 國家網路醫院、seednet 網路醫療村、Hinet 健康網、TrustMed 健康醫網、台灣醫療改革基金會、台灣健康資訊網、歲達健康網、春暉醫星球、OHAYO 元氣早安健康生活網、心靈園地、網路醫療村 MedicalVillage、中華民國類風濕性關節炎之友協會、台北市立性病防治所。

發出的十三封邀請信中，網路醫療村 MedicalVillage 由於正規劃轉型無法提供協助，中華民國類風濕性關節炎之友協會則因網頁翻修亦無法協助本調查，同意協助本調查研究者有：KingNet 國家網路醫院、心靈園地及台北市立性病防治所。其他網站則未給予回覆。願意提供協助的網站均屬公益性質，符合本研究的學術屬性。以上協助網站放置本研究問卷超連結的訊息張貼處為：KingNet 國家網路醫院首頁「強打專區」<sup>19</sup>，心靈園地的「園地訊息」<sup>20</sup>，心靈園地每週定期發送的「心靈電子報」，台北市立性病防治所問卷連結網頁<sup>21</sup>，以及中正大學蓋世搜尋引擎免費服務網頁<sup>22</sup>。

## 2. 主動發送調查訊息至受訪者信箱

為提高問卷曝光率，研究者亦同步於心靈園地的「心靈之友郵遞團體」寄送邀請信至網友的電子信箱，邀請網友上網填寫問卷。由於該郵遞團體設置於入口網站「Yahoo！奇摩」的聯盟專區，聯盟對網友的郵件地址均設有保護措施，未能顯示完整的郵件地址，研究者必須針對每一位會員發送電子郵件告知本調查訊息，總計共針對該郵遞團體的全部會員寄出 1,918 封邀請信。

此外，「Yahoo！奇摩」聯盟中尚有其他與健康有關的虛擬社群，包括：健康天地電子報精簡版（225 名會員）、mental-taiwan（261 位會員）、台灣心理治療學會（139 位會員）、台灣衛生教育推廣小組（169 位會員），本研究亦針對有公布電子郵件地址的信箱寄發邀請信，總計共發出近三千封邀請信。

---

<sup>19</sup> KingNet 國家網路醫院 <http://www.webhospital.org.tw/>

<sup>20</sup> 心靈園地 <http://www.mental.idv.tw/>

<sup>21</sup> 台北市立性病防治所網站 [http://163.29.40.76/vdci/srv\\_link/index.asp](http://163.29.40.76/vdci/srv_link/index.asp)

<sup>22</sup> 相較於網路興起之初，網路生態已有所改變，本研究欲爭取免費的廣告連結實有困難，如以購買廣告方式發佈研究訊息，所費不貲，亦超出研究者物力上的擔負。再加上近幾年來醫藥衛生的市場潛能受到重視，許多健康資訊網站開始發展電子商務，基於本研究的學術特性，我們希望獲得的是不具商營色彩的網站，評估協助網站的經營特性，均能符合本研究的需求。

### 3. BBS 醫藥保健公佈欄張貼訊息

為提高問卷曝光率、增加樣本數以降低研究結果偏差，本研究亦透過電子布告欄（BBS）的 News 功能<sup>23</sup>，在醫藥保健版張貼填寫問卷的訊息，每日張貼一次，直到調查截止日為止。在張貼的訊息中均註明條件<sup>24</sup>以盡量達到過濾不合適樣本的效果，同時，張貼的 BBS 版以醫藥保健類為主，以網路具有的分眾特性而言，應可有效觸及符合本研究取向的樣本。

### 4. 行銷誘答

欲增加樣本回收的數量，本研究除提高問卷曝光率外，亦以抽獎活動吸引網友填寫問卷，獎品內容為誠品書店圖書禮券。

## （三）正式施測

研究正式調查時間自 10 月 28 日起至 11 月 17 日止，為期共三週。施測期間，研究者監控問卷回收狀況，並同步針對心靈之友郵遞團體的會員發出邀請信。初期的問卷回收狀況並不理想，經調整邀請信的主旨強調有抽獎活動後，回收率稍有提高。在對「Yahoo！奇摩」聯盟中與健康有關的虛擬社群成員全數發送完邀請信之後，回收狀況也隨著研究者主動邀請填卷的停止而略有停擺。

## 二、回收資料處理

至本研究施測截止日，已全面停止主動發送調查訊息至受訪者電子信箱的動作，同時亦停止在 BBS 醫藥保健版張貼研究調查訊息，但問卷連結仍未撤除，繼續觀察問卷後續回收的情形，以避免遺漏較晚收到邀請郵件的樣本。由本調查資料回收經驗可知，欲提高網路問卷回收率，仍有賴研究者主動告知及贈獎活動方能促進受訪者填寫的意願，經四天的觀察期，確定問卷回收已無進度，本研究於 11 月 21 日正式終止問卷回收動作，共計回收 582 份問卷，扣除重複填寫及無

---

<sup>23</sup> 透過此項功能，只要是加入全國連線版的醫藥保健 BBS 界面上均可出現此一訊息。

<sup>24</sup> 在張貼的訊息中註明符合以下三項條件者即為本研究的研究對象：(1)曾經在健康資訊網站瀏覽、檢索或搜尋健康資訊；(2)利用電子郵件傳送或接收健康方面的訊息；(3)曾經利用網路向醫師詢問過健康方面的問題。

效問卷，共取得 545 份有效問卷。

## 第六節 回收資料處理及分析方法

### 一、回收資料處理

本研究乃針對特定資訊使用經驗的網路使用者進行調查研究，受到研究對象界定的限制，無法像針對一般網路使用者的調查一樣，力求研究訊息得以被廣泛週知<sup>25</sup>，資料收集已屬不易。另外，為顧及網路問卷調查答案嚴密性控制不易的缺點，本研究將回收資料中重複填卷者、郵件地址相同者，均只保留一份為有效樣本，以控制答案的正確性。回收問卷中如有漏答選項者，將特別標出受訪者未予答覆的部份，以受訪者登陸的郵件地址<sup>26</sup>寄出電子郵件，請受訪者填上缺漏的答案，如對方未予回覆則視為無效問卷處理。

### 二、統計分析方法

本研究以 SPSS for windows 統計套裝軟體 10.0 版本進行資料分析，以下將簡介本研究所採用的統計方法，並將統計結果整理在第四章的資料分析。

#### （一）內在信度

Likert 量表最常用的信度考驗方法是 Cronbach's  $\alpha$  係數，一般學者認為信度係數如果在 0.7 以上是可接受的最小信度值（吳明隆，2000），因此本研究亦將信度係數訂為 0.7。

#### （二）因素分析

因素分析常用於考驗量表的建構效度，本研究依據研究問題及目的，針對第一部份的社會資本量表、第二部份的線上問診諮詢服務使用評估量表、第三部份

---

<sup>25</sup> 網路具有分眾性質，各處張貼可能會收集到不符合本研究屬性的樣本，導致更多研究者難以控制的樣本偏誤。

<sup>26</sup> 本研究採取抽獎活動作為行銷誘答的方式，因此要求受訪者留下電子郵件帳號。

實際就診時的臨床醫病關係進行因素分析，找出測量結果潛在的共同因素。

在進行因素分析之前，必須先進行 KMO 抽樣適當性參數(Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)及 Bartlett's 球形檢定(Bartlett's Test of Sphericity)，以確立量表是否具有共同因素存在，是否適合進一步進行因素分析，KMO 值越大表示變項間的共同因素越多，越適合進行因素分析，學者 Kaiser(1974)指出，當 KMO 值小於 0.5 時，不適宜進行因素分析，因此本研究將 KMO 抽樣適當性參數的標準定為 0.5。為使研究問卷更具解釋力，必須刪除解釋力不足的題目，因此本研究將效度（即共同性 communalities）及因素負荷量(factor loadings)定為 0.5，作為淘汰題目的標準，低於 0.5 的題目將予以刪除。

在抽取共同因素時，最常用的方法主成分分析法(principal factor solution)，在轉軸方法的選取上，王保進（1999）認為研究者應把握保留最少因素，但可以解釋最大變異量的原則，不需過度考慮直交或斜交的問題，因素分析的目的如屬初探性，在選擇轉軸方法時，應採直交轉軸，以利於因素的瞭解與解釋，為使每一個因素能解釋的變異量達到最大，則應採最大變異法(varimax)。因此本研究以主成分分析法選取社會資本因素，並利用最大變異法（varimax）進行直交轉軸，以抽取出適當的因素。

在因素分析的執行標準方面，一般認為可以採用的判斷標準有二：一為抽取特徵值(eigen value)大於 1 者，其次則是 Cattell 倡導的特徵值圖形陡坡考驗，兩者均適合做為挑選因素個素的參考，為謹慎判斷因素抽取的適當性，本研究兼採兩種判斷法。轉軸後的因素負荷量(factor loading)絕對值大於 0.3 即可稱為非常顯著，此外，累積變異解釋量達 40% 以上即可達到因素分析的標準。為提高共同因素的解釋力，本研究將效度（即共同性）及轉軸後的因素負荷量標準定為 0.5，並嘗試為這些共同因素命名。

### （三）頻率與百分比

針對人口變項、社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務、就醫行為主動性計算其次數分配、百分比、平均數與標準差，瞭解樣本分佈情形及答案分配。

### （四）T 檢定與單因子變異數分析

為瞭解人口變項與社會資本因素是否具有差異性，本小節將是否具備健康相

關專業背景重新編碼為「具備健康相關專業背景」與「未具備健康相關專業背景」兩組，以及性別，分別與「社會資本因素」、「正向評估線上問診諮詢服務」、「就醫行為主動性」進行 t 檢定 ( $p < .05$ ,  $p < .01$ )。本研究將年齡分為「19 歲以下」、「20-29 歲」、「30-39 歲」、「40-49 歲」及「50 歲以上」共五組，將「20-29 歲」和「30-39 歲」合併，「40-49 歲」和「50 歲以上」合併，重新區分為「低」、「中」、「高」三組，與「社會資本因素」、「正向評估線上問診諮詢服務」、「就醫行為主動性」進行單因子變異數分析；將教育程度分為「研究所(含)以上」、「大學院校或科技大學、技術學院」、「專科或高中、高職」、「國中、國小」四組，與「社會資本因素」、「正向評估線上問診諮詢服務」、「就醫行為主動性」進行單因子變異數分析。

進行單因子變異數分析時，必須依 Levene 法的 F 考驗結果判斷資料是否違反變異數同質性檢定的原則。王保進(1999)認為，研究性質屬初步的探索性研究，應考慮強調統計的強韌性(即較容易達到顯著)，盡量找出可能存在的差異，故本研究採取強調統計強韌性的 LSD 法進行「社會支持」的事後考驗，如資料違反變異數同質性檢定的原則，則以 Dunnett's C 法進行事後比較。

## (五) 皮爾森積差相關分析

檢定社會資本因素、線上問診諮詢服務使用評估因素、實際就診時的臨床醫病關係因素之間是否達到顯著相關。

## (六) 迴歸分析

採逐步迴歸法(stepwise)，決定哪些自變項可以進入迴歸模式，以瞭解人口變項、社會資本因素對正向評估線上問診諮詢服務是否具有預測力；人口變項、社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務對就醫行為主動性是否具有預測力。

## 第四章 資料分析

根據研究問題及目的，本章節在第一節利用因素分析針對各量表進行建構效度的考驗，並依因素分析結果將抽取出的因素加以命名，再以因素分數進行進一步的統計分析。第二節則是針對因素分析結果與人口變項進行描述性分析。第三節則針對人口變項與各因素進行變異數分析，第四節、第五節則針對社會資本因素與線上問診諮詢服務使用評估因素、實際就診時的臨床醫病關係因素進行相關分析及迴歸分析，以確定社會資本因素與兩變項間的關連性。

### 第一節 以因素分析考驗建構效度

#### 一、社會資本量表因素分析

##### (一) 是否適合進行因素分析

社會資本量表的 KMO 值為 0.891，高於本研究的設定標準。此外，Bartlett's 球形檢定的  $\chi^2$  值為 7020.067 (自由度為 435)， $p < 0.001$ ，達顯著水準，代表母群體的相關矩陣間有共同因素存在，表示社會資本量表適合進行因素分析。詳見表 4-1-1 第一次因素分析的數值整理。

##### (二) 主成分分析法刪除解釋力低的題項

根據第一次因素分析的結果刪除七道問卷題目。第二次因素分析以保留下來的 23 道題目進行 KMO 值與 Bartlett's 球形檢定，結果顯示 KMO 值為 0.879，Bartlett's 球形檢定的  $\chi^2$  值為 5455.700 (自由度為 253)， $p < 0.001$ ，達顯著水準，適合進行因素分析。相關數值詳見表 4-1-1 第二次因素分析的數值整理。第二次因素分析後，問卷的效度與因素負荷量皆已達到研究設定標準，顯示問卷題目均具有相當程度的解釋力。



### (三) 因素數目的考量與挑選

社會資本量表經刪選解釋力不足的題目後，總計有 23 個成分因素的特徵值，總和為 23（即題目數）。在整體可解釋的變異量方面，經主成分分析法抽取後，得到未經轉軸的整體解釋變異數，抽取特徵值大於 1 的共同因素，共有五個，詳見表 4-1-2。此外，從圖 4-1-1 的陡坡圖中可以看出自第五個因素以後，坡度線趨於平坦，顯示保留五或六個因素是適當的，本研究參考這兩項結果作為挑選共同因素的判斷依據，抽取出五個因素。

經最大變異法轉軸後，五個因素的特徵值分別為：4.485, 2.749, 2.511, 2.174, 2.103；抽取出的五個因素，可解釋的變異量分別為：19.498%，11.953%，10.916%，9.452%，9.145%；這五個共同因素可以解釋的總變異量為 60.965%，均達到因素分析標準，整理如表 4-1-3。

轉軸的主要目的在於重新安排題項在每個共同因素的因素負荷量，題項在所屬的因素層面依照因素負荷量的高低排序，即為轉軸後的因素矩陣，見表 4-1-4，為使共同因素更易於被辨識，表 4-1-4 僅保留各題項中因素負荷量的最大值。

### (四) 共同因素的命名

根據第二次因素分析的結果，社會資本的構面被重新區分，總計有五個構面，23 道題目，由因素矩陣圖中可以發現，「網路參與，發表意見」是由第 1、2、5、6、7、8、9 題所構成；「資訊分享，人己互惠」是由第 11、12、15、16、17 題所構成；「信任非專家來源資訊」是由第 20、25、26、30 題所構成；「社會支持」是由第 18、19、27、28 題所構成；「信任專家來源資訊」是由第 22、23、24 題所構成。本研究將五個抽取出的共同因素加以命名：

- 「因素 1」：「參與網絡，發表意見」，可解釋的變異量為 19.498%。
- 「因素 2」：「資訊分享，人己互惠」，可解釋的變異量為 11.953%。
- 「因素 3」：「信任非專家來源資訊」，可解釋的變異量為 10.916%。
- 「因素 4」：「社會支持」，可解釋的變異量為 9.452%。
- 「因素 5」：「信任專家來源資訊」，可解釋的變異量為 9.145%。

將這五個因素累加之後，可解釋的總變異量為 60.965%。

## (五) 共同因素的描述分析

將各題目的內容及分屬的共同因素，依照因素負荷量的高低排序，並加以命名整理如表 4-1-5 的摘要表。同時將每個共同因素所組成的題目予以加總，計算其平均數，在研究設計方面，「非常同意」/「非常相信」得 1 分，「同意」/「相信」得 2 分，「沒意見」得 3 分，「不同意」/「不相信」得 4 分，「非常不同意」/「非常不相信」得 5 分，計算平均數之後，得分在 3 分以下，表示受訪者的態度傾向於「同意」，得分在 4 分以上表示受訪者的態度傾向於「不同意」。由表 4-1-6 可知，「信任專家來源資訊」的平均得分最低(M=2.1003)，「網路參與，發表意見」的平均得分最高(M=2.998)，平均得分皆低於 3，各因素的平均數皆居於中等範圍以下，可見得受訪樣本在社會資本量表的題目敘述方面所抱持的態度均傾向於「同意」和「相信」。

## 二、線上問診諮詢服務使用評估因素分析

### (一) 因素分析結果

本研究設計七個問卷題目，由表 4-1-7 因素分析結果顯示，KMO 抽樣適當性參數值為 0.935，Bartlett's 球形檢定的  $\chi^2$  值為 6480.096 (自由度為 21)， $p < 0.001$ ，達顯著水準，線上問診諮詢服務使用評估的量表適合進行因素分析。

根據表 4-1-8 的統計結果顯示，七個題目的效度(共同性)及因素負荷量皆達到 0.5 的標準，顯示這七個問卷題目均具有相當程度的解釋力。

### (二) 共同因素的命名與描述分析

經由主成分分析法抽取後，得到一個共同因素，特徵值為 6.323，可解釋的變異量達 90.335%，見表 4-1-9。根據表 4-2-6 的統計資料顯示，使用過線上問診諮詢服務的網路健康資訊使用者對這項諮詢服務的使用結果持正面態度，且在因素分析時具有共同性，因此本研究將這項因素命名為：「正向評估線上問診諮詢服務」。

### 三、實際就診時的臨床醫病關係因素分析

#### (一) 因素分析結果

在實際就診時的醫病關係部份，本研究設計五個問卷題目，第一次因素分析結果，第 1、2 題的共同性低於 0.5，將予以淘汰，再進行第二次因素分析，三道題目的效度（共同性）和因素負荷量均已達到 0.5 的標準，由表 4-1-10 因素分析結果顯示，KMO 抽樣適當性參數值為 0.688，Bartlett's 球形檢定的  $\chi^2$  值為 372.356（自由度為 3）， $p < 0.001$ ，達顯著水準。

#### (二) 共同因素的命名與描述分析

第二次因素分析抽取出一個共同因素，特徵值為 1.993，可解釋的變異量為 66.417%，統計結果請見表 4-1-11 及表 4-1-12。根據表 4-1-7 的描述分析發現，樣本對共同因素所包含的三個題目均表現出「同意」的態度，在實際就診時能清楚說明病情、請醫師說明病情、並針對病況向醫師提出問題，在與醫師溝通互動的醫病關係方面具有主動性，故將此因素命名為：「就醫行為主動性」。

### 四、小結

根據因素分析結果，本研究的量表均具有不錯的建構效度。社會資本量表共抽取五個共同因素，命名為：「網絡參與，發表意見」、「資訊分享，人己互惠」、「信任非專家來源資訊」、「社會支持」、「信任專家來源資訊」，分別代表五種社會資本形式；線上問診諮詢服務使用評估量表則抽取出一個共同因素，命名為：「正向評估線上問診諮詢服務」，代表網路健康資訊使用者對線上問診諮詢服務的使用持正面態度；實際就診時的臨床醫病關係抽取出一個共同因素，命名為：「就醫行為主動性」，表示網路健康資訊就診時能主動陳述病徵、向醫師提出問題，並要求醫師清楚說明。研究結果得出的因素分數將進一步以其他統計方法分析研究變項間的關係。

## 第二節 研究結果描述分析

本小節將針對人口變項進行描述性分析，以瞭解樣本分佈與特性。

### 一、人口變項描述分析

#### (一) 性別

在本調查 545 份有效樣本中，男性有 183 人，佔樣本總數的 33.6%；女性有 362 人，佔樣本總數的 66.4%，兩性樣本分配見表 4-2-1。女性所佔的比例遠多於男性，樣本組成明顯以女性居多。

#### (二) 年齡

統計結果顯示，本調查受訪者中年齡 20 到 29 歲的青年族群為大宗，佔 60.7%；其次為 30-39 歲者，佔 20.7%；19 歲以下者佔 9.5%，40-49 歲者佔 5%，50 歲以上者佔 4%。見表 4-2-2。樣本組成以青、壯年族群為主。國內歷年針對網路使用人口進行的調查研究顯示，國內的網路使用者集中在年輕族群<sup>27</sup>，本研究結果中以 20-29 歲者居多，約佔整體樣本的六成，符合年度大調查的樣本描述。

#### (三) 教育程度

本研究的教育程度共區分為：研究所（含）以上、大學院校、專科及高中職、國中及小學等五個等級，統計結果顯示樣本的教育程度以大學院校佔最多數，比例為 55.2%；其次為研究所（含）以上，佔 23.7%；專科及高中職佔 20.7%；國中及小學佔 1.1%。見表 4-2-3。樣本組成以大學、研究所（含）以上教育程度等高學歷者居多。國內歷年針對網路使用人口進行的調查研究顯示，國內網路使用者的教育程度集中在高學歷<sup>28</sup>，本研究結果中以大學、研究所（含）以上教育程度的研究樣本佔 78.9%，佔整體樣本的絕大多數，符合年度大調查中網路使用族群集中在高學歷族群的樣本描述。值得注意的是，本研究樣本中研究所（含）以上者佔二成多，顯示這群受高等教育的網路使用者對健康資訊的使用及需求值得關心。

---

27見蕃薯藤歷年網路使用行為調查：<http://www.yam.com.tw/survey>；醫改會在 2002 年針對醫療資訊公開的網路民調中意呈現出這種樣本特性。

28見蕃薯藤歷年網路使用行為調查：<http://www.yam.com.tw/survey>

#### (四) 受訪者是否具備健康相關專業背景

在回收的有效樣本中，樣本從事的職業與所學專長具有醫學、藥學、健康照護專業背景者佔 36.2%，非專業背景者佔 62.6%，見表 4-2-4。調查結果顯示，受訪樣本中有六成以上不具備健康相關專業背景。

#### (五) 關心的健康資訊類型

本研究列舉出六項健康資訊類型，並加註其他項，以顧及未能窮盡的選項，調查發現受訪者關心的健康資訊類型分佈在養生及居家護理、特定疾病及心理衛生等項目，分別佔 24.8%，23.7%，21.8%；其次為美容美體，佔 19.4%；婦女衛生及性知識所佔比例較少，分別為 5.9% 及 3.1%。在其他項部分，填具「減重」者，本研究歸類為美容美體；「飲食及健康促進相關」、「育兒」歸類為養生及居家護理；「精神科」、「憂鬱症」、「暴食症」歸類為心理衛生；「運動傷害」及「慢性病」歸類為特定疾病；本研究題項未含括者為：衛生政策，此外認為各類健康資訊皆關心者亦歸為其他項，總計共佔 1.3%。

根據表 4-2-5 的統計結果發現，養生及居家護理、特定疾病、心理衛生等是本研究樣本較為關心的健康資訊類型。

## 二、正向評估線上問診諮詢服務描述分析

在 545 份有效樣本中，有 286 位受訪者使用過線上問診諮詢服務，佔 52.5%；有 259 位受訪者未使用過這項服務，佔 47.5%，整理如表 4-2-6。

為了使網路健康資訊使用者對線上問診諮詢服務的看法可以更清晰地呈現，本研究將題目的選項重新編碼，並換算百分比，統計結果顯示出，在使用過線上問診諮詢服務的受訪樣本中，有 41% 的受訪者同意會找在線上問診諮詢時回覆問題的醫師就診。研究發現，有 48.2% 的網路健康資訊使用者對於「醫師在線上問診諮詢服務中的回覆較為專業」並未表達出其態度意向，39.8% 對於是否可以「從醫師在線上問診諮詢服務中的回覆得到所需答案」亦未表達出其態度意向，使用者對該服務的功能評估仍有待觀察。但是使用者皆同意透過網路取得的健康資訊對其實際就診有所幫助。研究顯示，使用過這項服務的樣本中有 67.8% 的受訪者同意在網路上得到的健康資訊可以作為實際就診時的參考；有 56.1% 的受

訪者同意在線上問診諮詢服務中得到的建議能節省就醫選擇的時間。整體來說，43%的受訪樣本對線上問診諮詢服務的使用感到滿意，45.3%的受訪樣本對線上問診諮詢服務輔助面對面診療的功能感到滿意。根據研究結果，使用過線上問診諮詢服務的研究樣本對這項諮詢服務的使用傾向於正面態度。

### 三、就醫行為主動性描述分析

本研究的研究對象是具有在網路上使用健康資訊經驗的網路使用者，網路作為資訊傳佈與流通的新媒體，這群具特定使用經驗的網友在實際就診時與醫師溝通互動的醫病關係情形如何，實有加以瞭解的必要。根據表 4-2-7 的統計資料顯示，實際就診時，有 89%的受訪者同意能針對自己的病情向醫師提出問題；83.5%的受訪者表示會請醫師清楚地說明自己的病情；80.4%的受訪者能清楚地說明自己的病情。根據統計結果發現，研究樣本會想要主動瞭解病因和病情，並能針對自己的病情向醫師提出問題，同時也會要求醫師針對自己的病因、病情加以說明。

### 四、小結

將各個研究變項進行描述性分析後發現，網路健康資訊使用者的人口特徵以女性、年輕、高學歷、不具備健康相關專業背景者居多，在女性、年輕、高學歷的人口特質上符合國內外相關研究對網路健康資訊使用者的樣本描述（醫改會，2001；曾淑芬、張良銘，1998；Fox & Lee, 2002），顯示本研究能依據研究目的觸及合適的研究對象。這群使用者關心的健康資訊類型主要為養生及居家護理、特定疾病和心理衛生。對於新型態的線上問診諮詢服務，使用過的研究樣本大致上呈現出正面的態度。當實際就診時，研究樣本不但會想主動關心，能主動對醫師提出問題，並且會要求醫師對自己的病情、病因清楚說明，顯示網路健康資訊使用者在實際就診時，對病情、病因的陳述、瞭解，就醫行為相當具有主動性。

## 第三節 人口變項與各變項間之關係

為了瞭解人口變項與社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務、就醫行為主動性等因素間是否具有差異性，本小節將進行 t 檢定與單因子變異數分析。

## 一、人口變項與社會資本因素

### (一) 性別、健康相關專業背景與社會資本因素之間的關係

由表 4-3-1 和表 4-3-2 的統計結果可知，性別、是否具備健康相關專業背景與社會資本因素無顯著差異。

### (二) 年齡、教育程度與社會資本因素之間的關係

在年齡與社會資本的關係部份，由統計結果（表 4-3-3，表 4-3-4，表 4-3-5）可知，「中組」(M=0.38)（20-29 歲和 30-39 歲的樣本）比「低組」(M=-0.38)（19 歲以下的樣本）具有「網絡參與，發表意見」的社會資本；「中組」(M=0.31)（20-29 歲和 30-39 歲的樣本）比「低組」(M=-0.31)（19 歲以下）具有「社會支持」的社會資本。研究結果顯示 20-29 歲和 30-39 歲的網路健康資訊使用者會表現出「網絡參與，發表意見」和「社會支持」，這兩個年齡分佈的樣本正是網路健康資訊的主要使用族群，較能夠接受網路的互動形式參與網絡、發表意見，這些年輕族群佔網路使用者的大宗，對網路的互動及傳播形式較沒有接受或適應上的困難，因此得以在網路上發展出的社會關係中獲得心理上的社會支持。

在教育程度與社會資本的關係部份，統計資料顯示（表 4-3-6，表 4-3-7，表 4-3-8），在「網絡參與，發表意見」這個社會資本因素上，第 1 組(M=0.51; M=0.8) 優於第 2 組(M=-0.51)、第 3 組(M=-0.8)，第 2 組(M=0.29)優於第 3 組(M=-0.29)，可知教育程度越高者會表現出「網絡參與，發表意見」因素；在「資訊分享，人己互惠」這個社會資本因素上，第 1 組(M=0.23; M=0.38)優於第 2 組(M=-0.23)、第 3 組(M=-0.38)，顯示教育程度高者會表現出「資訊分享，人己互惠」這個社會資本因素；在「社會支持」方面，第 1 組(M=0.95)優於第 4 組(M=-0.95)，第 2 組(M=0.24; M=0.97)優於第 3 組(M=-0.24)、第 4 組(M=-0.97)，顯示教育程度高者會表現出「社會支持」因素。研究結果顯示研究所以教育程度的網路健康資訊使用者會表現出「網絡參與，發表意見」、「資訊分享，人己互惠」和「社會支持」。

## 二、人口變項與正向評估線上問診諮詢服務之關係

將人口變項與「正向評估線上問診諮詢服務」進行平均數差異檢定，由表 4-3-9 到表 4-3-14 的統計結果顯示，人口變項中的性別、是否具備健康相關專業

背景、以及年齡、教育程度高低與正向評估線上問診諮詢服務無顯著差異。

### 三、人口變項與就醫行為主動性之關係

將人口變項與「就醫行為主動性」進行平均數差異檢定，由表 4-3-15 到表 4-3-20 的統計結果顯示，人口變項中的性別、是否具備健康相關專業背景、以及年齡、教育程度高低與就醫行為主動性無顯著差異。

### 四、小結

研究結果發現，年齡和教育程度上的差異與社會資本因素有顯著差異，但正向評估線上問診諮詢服務和就醫行為主動性與人口上的差異無關。年輕、高教育程度的人口特質會表現出「網絡參與，發表意見」、「社會支持」這兩個社會資本，教育程度高者還會表現出「資訊分享，人己互惠」此一社會資本因素，這應與使用者本身有較佳的讀寫能力有關。

## 第四節 社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務、就醫行為主動性的關連性分析

本研究欲關心的研究面向尚包括使用者的社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務、就醫行為主動性之間是否具有關連性？以下我們將以皮爾森積差相關檢視三者之間的相關性。

### 一、社會資本因素與正向評估線上問診諮詢服務相關分析

將正向評估線上問診諮詢服務的因素分數與五個社會資本因素進行皮爾森積差相關分析，根據表 4-4-1 的統計結果顯示，「信任專家來源資訊」、「信任專家來源資訊」與正向評估線上問診諮詢服務成正相關，也就是說，表現出信任專家來源資訊的網路健康資訊使用者會正向評估線上問診諮詢服務。這可能是因為線上問診諮詢服務的駐診醫師均為專業人員，提供這項服務的網站會公佈駐診醫師的專長與背景資訊，這群使用者本身便對專業權威的資訊來源較能賦予信任感，因此在使用這種新型態的健康諮詢服務時，能對這項服務功能給予正向評估。



## 二、社會資本因素與就醫行為主動性相關分析

將就醫行為主動性的因素分數與五個社會資本因素進行皮爾森積差相關分析，根據表 4-4-2 的統計結果顯示，「資訊分享，人己互惠」、「信任專家來源資訊」與就醫行為主動性成正相關，為進一步了解兩個社會資本因素與就醫行為主動性之間的關係強弱與順序，下一小結將進行逐步迴歸分析，以確定社會資本因素與就醫行為主動性之間的關係。

## 三、正向評估線上問診諮詢服務 就醫行為主動性相關分析

將正向評估線上問診諮詢服務與就醫行為主動性進行皮爾森積差相關分析，根據表 4-4-3 的統計結果顯示，正向評估線上問診諮詢服務與就醫行為主動性成正相關。

## 第五節 影響正向評估線上問診諮詢服務、就醫行為主動性之迴歸分析

根據第四節的相關分析發現，網路上的社會資本因素與正向評估線上問診諮詢服務具有顯著相關，本研究希望能進一步瞭解社會資本因素是否可以有效地預測使用者正向評估線上問診諮詢服務？其預測力如何？影響順序又是如何？以下亦將人口變項加以考慮，利用迴歸分析找出可能影響正向評估線上問診諮詢服務的因素，以及影響就醫行為主動性的因素。

### 一、社會資本因素與正向評估線上問診諮詢服務迴歸分析

將人口變項、社會資本因素與正向評估線上問診諮詢服務進行逐步進入迴歸分析，經表 4-5-1 的統計資料顯示，進入迴歸模式的是「信任專家來源資訊」，可解釋線上問診諮詢服務使用行為的解釋量為 0.8%<sup>29</sup>。由迴歸分析結果可知，表現出信任專家訊息來源的使用者，對線上問診諮詢服務的使用能賦予正面評估。

---

29 本研究的統計結果顯示，R<sup>2</sup>總解釋變異量對依變項的解釋力只有 0.8%，故迴歸預測分析結果僅供參考。

## 二、影響就醫行為主動性迴歸分析

將性別、年齡、教育程度、是否具備健康相關專業背景等人口因素，及五個社會資本因素、正向評估線上問診諮詢服務等進行逐步迴歸，進入迴歸模式，影響就醫主動性的有：「資訊分享，人己互惠」、「信任專家來源資訊」、「正向評估線上問診諮詢服務」。根據表 4-5-2 到 4-5-4 的三個迴歸模式可知，模式 1 是「資訊分享，人己互惠」，可解釋就醫行為主動性的解釋量為 8.9%；模式 2 是「資訊分享，人己互惠」及「信任專家來源資訊」，可解釋就醫行為主動性的解釋量為 11.9%；模式 3 是「資訊分享，人己互惠」、「信任專家來源資訊」及「正向評估線上問診諮詢服務」，可解釋就醫行為主動性的解釋量為 13.7%。顯示「資訊分享，人己互惠」、「信任專家來源資訊」、「正向評估線上問診諮詢服務」對就醫行為主動性具有預測力。

## 三、小結

網路健康資訊使用者對專家來源資訊的信任感是促使其正向評估線上問診諮詢服務的主要因素；在網路上的資訊分享行為是影響這群使用者就醫行為主動性的主要因素，另一項影響使用者就醫行為主動性的因素是對專家資訊來源資訊的信任感；能主動評估線上問診諮詢服務者亦在就醫行為上表現出主動性。

## 第五章 結論

本研究旨在探討網路健康資訊使用者在資訊使用行為中表現出哪些社會資本，將研究對象界定為具有使用健康資訊經驗的網路使用族群，並針對這群網路健康資訊使用者對線上問診諮詢服務的使用評估，以及當他們實際就診時，在與醫師溝通、互動的臨床醫病關係上具有何種特質。本研究經由調查的執行，對以上問題已有初步發現。以下先說明研究結果與發現，並藉由對本研究的檢討與討論，進一步提出研究限制及對後續相關研究的建議。

### 第一節 研究結果與發現

#### 一、樣本特性

根據歷年來的網路使用人口調查研究顯示，國內網路使用人口的分佈以男性、高學歷的年輕族群居多，但是這些大型調查的研究對象通常是一般性的網路使用人口，本研究基於研究目的，將研究對象界定在「具使用健康資訊經驗」的網路使用者，除年齡分佈與教育程度符合大調查的樣本組成外，在性別方面則呈現出歧異性。本研究結果顯示，網路健康資訊使用者的樣本組成明顯以女性居多，比例上幾乎是男性的兩倍。國外針對使用健康資訊的網路族群所做的研究發現 (Fox & Lee, 2000)，女性比男性要來得關心健康資訊，國內相關研究也顯示出這種樣本特性 (曾淑芬、張良銘, 1998；醫改會, 2001)，在本調查中亦呈現出這種趨向，符合國內外的調查研究結果，顯示女性確實比男性要來得關心健康方面的訊息。

本研究對象的年齡分佈和教育程度大致上符合一般網路使用人口的背景描述，亦具有年輕、高學歷的人口特質，年齡分佈集中在 20-39 歲，教育程度集中在大學程度，但有兩成左右為研究所 (含) 以上。一般來說，20-39 歲的人口正值青壯年階段，是社會的中堅份子，通常正要邁入家庭，或已經是家庭中的主要經濟來源或維持者，其社會角色不僅是家庭中的主要支柱，更是經濟、勞務活動的主力人口。一般來說，青壯年階段已逐漸脫離青少年時期身體機能屬於較少病痛的階段，依照社會化的發展歷程，此階段對自我角色扮演和社會角色的建立已

漸趨成熟，青壯年階段通常開始擔負起家庭和經濟責任，是家庭成員（如老人、小孩）生活倚賴的對象，再加上此階段的身體機能即使仍屬良好的狀態，但因處於邁入中老年的前哨站，便開始對健康方面的議題產生關心、注意。在性別方面，健康資訊的使用人口，女性遠多於男性，這與傳統社會「男主外，女主內」的性別角色分工大有關係，女性向來扮演家庭中健康照護的第一線角色，從大眾媒體時代，女性就比男性關心、注意健康方面的訊息和節目(Feldman, 1966)，到了資訊社會，女性依然是關心健康議題的主要族群，的確讓新傳播科技發揮達到身心健康或協助自己和家庭成員維持健康狀態的傳播效果充滿期待。

另外，有六成左右(62.6%)的使用者不具備健康相關專業背景，顯示在網路上使用健康資訊的人口仍以一般使用者居多，健康資訊網站提供的健康資訊得以被不具備健康專業背景的網友使用，對於醫學知識及衛生教育的傳播來說，網路新媒體作為提供一般民眾衛教諮詢、尋求資訊的新管道具有實質上的應用價值。

值得注意的是，網路健康資訊使用者在教育程度上呈現出高學歷的特性，雖符合網路人口的特性，但是研究發現有兩成左右的人口是研究所（含）以上的高知識份子，以數位區隔(digital divide)的觀點來看，社會資源的分佈不均使得有能力接近使用網路的人口集中在一定程度以上的教育程度（高文化資本）和一定程度以上的經濟能力（高經濟資本），造成網路使用者的族群特性乃位居於較高的社會階層，而網路健康資訊使用者尚比一般網路使用者具有更高的教育水準，顯示這群使用者應涵括社會中的菁英份子。在本研究中發現有三成六左右的使用者具備健康相關專業背景，比對高學歷部份的資料，網路健康資訊使用者除了具有高學業成就，也極有可能是擁有專業證照如醫師、護士、營養師、心理師等專門職業技術人員。

## 二、網路上的社會資本

社會資本深植於行動者的社會關係，在人的社會網絡中所存在的種種可茲利用的社會資源即是所謂的社會資本，傳統社群的相關研究對社會資本的存在形式已有諸多發現(Coleman, 1990; Putnam, 1993; Lin, 2001)，對於促進個體健康等實質利益已累積不少實證結果(Kawachi et al., 1997a, 1999a, 1999b; Berkman, 2000; 鄭惠玲, 2000)。移師到虛擬空間，我們發現社會資本的概念依然是存在的(Blanchard & Horan, 1998; Lin, 2001)。但由於這個概念在社會科學界正開始被廣泛討論，國內有關社會資本的研究仍相當缺乏，尚未見相關研究將此概念應用至虛擬空間，本研究稱得上是一個初步的嘗試。

本研究以透過網路使用健康資訊的「網路健康資訊使用者」為研究對象，以三個主要的社會資本概念（參與、互惠、信任）為基礎，並藉由研究對象訪談、對網路健康資訊使用與健康相關虛擬社群的參與觀察，發展出社會資本量表，經因素分析抽取出：「參與網絡，發表意見」、「資訊分享，人己互惠」、「信任非專家來源資訊」、「社會支持」及「信任專家來源資訊」等五個社會資本因素。比對理論架構中的三種主要社會資本形式，本研究抽取出的社會資本因素可獲得理論上的支持，另有其他社會資本可能存在特定的實踐場域與社會關係當中，如網路上。以下將分就這些在網路上的社會資本加以討論。

### （一）參與網絡，發表意見

「參與網絡，發表意見」指的是網路健康資訊使用者在網路上參與人際互動的社會活動，表現形式集中在與網友的互動，可符合理論架構中對「網絡參與」概念的闡釋。受訪者在線上社會網絡的參與具有主動性，在其社會關係中可以得到網友提供就醫選擇的參考意見、介紹醫師、向網友傾訴、和網友發展友誼等網絡參與的特性。除了參與線上社會網絡，研究樣本亦能依自己的需要加入特定群體、發表自己的意見、利用網路向專業人員提出問題等主動行為，達到情緒發洩、洗滌、求救、收集參考意見等目的。這種主動性應與網路閱聽人具有主動使用媒體的特質有關，而這樣的特質在使用者的健康資訊使用行為中得以被發現，顯示使用者可以依照自己在健康上的需要，為維持自體健康付諸行動。

### （二）資訊分享，人己互惠

「資訊分享，人己互惠」表現在透過電子郵件轉寄健康相關資訊的分享行為，藉由電子郵件的接收和傳送，幫助別人也幫助自己取得符合健康需求的資訊，這個因素的表現符合理論架構中的「互惠原則」，網路上的互助行動被認為與真實社會中的「利社會行為」相類似，藉由傳送或接收健康資訊的分享行為可以讓收受雙方都受益。與理論不同的發現在於「資訊分享，人己互惠」具有「意見領袖」的內涵，健康資訊不僅能成為生活中與人討論的話題，並能因時常接觸健康資訊而足以提供家人、朋友就醫選擇方面的意見和影響力，這種意見領袖的地位之所以具有互惠性，其意義可能來自於使用者因常接觸健康資訊而較具使用經驗，並有較豐富的來源可以取得健康方面的訊息，得到的「好處」不僅在於提供意見使他人受益，使用者本身可能才是最大受益者，除了可以獲得資訊守護自己和親友的健康外，這種因「消息靈通」得到的好處應該還包括在其人際網絡中對健康議題的熟悉，而得以維持「意見領袖」的「地位」。

### （三）信任專家與非專家來源資訊

新傳播科技的發展影響社會的傳播結構，網路也因其獨特的媒體特性成為傳播健康資訊的新管道，在網路上流傳的健康訊息來源包括不同的「內容形式」和「提供者」，若以消息來源區分，可概分為兩大類，包括由專家、非專家提供的健康資訊。專家來源資訊較易被辨識，它是由醫師、專業人員或健康資訊網站所提供。而非專家提供的健康資訊則是相對於專家提供的健康資訊，在網路上，排除由「專家」提供的健康資訊幾乎都可含括在非專家來源資訊中，訊息來源顯得相當廣泛，例如以電子郵件轉寄的健康資訊及轉寄電子郵件的寄件者、在特定健康議題討論區張貼的健康資訊或經常在討論區中發表意見的人，經由這些管道提供的健康資訊，其「內容形式」和「提供者」都屬於非專家來源資訊的健康訊息。各種由專家、非專家提供的訊息在網路上並存競爭，使得網路上的健康資訊良莠不齊，而其問題已經不在於資訊提供得太少，而在於資料太多，造成資訊內容正確性的把關與評估不易。但是本研究卻發現，不管是專家或非專家提供的網路健康資訊，研究樣本均傾向於賦予信任感。

國內的醫學教育向來是以西方醫學的「生物論」為主，醫學知識強調的是科學根據，不是建立在科學基礎上的，都會被排除在主流醫學之外，顯而易見的例子即是中醫和另類醫療。但中國人獨有的醫學文化與西方對主流醫學的建構並不相同，東方色彩濃厚的養生知識在西方醫學中「毫無科學根據」，但是在東方的知識體系中卻廣為人所信賴，因此當此類知識在網路上流傳時，可能因其文化上的貼近而容易為人接受，站在西方主流醫學的觀點，這些沒有專家把關、科學背書的資訊，讓專業醫師認為網路健康資訊的內容正確性值得憂慮。但是，以電子郵件形式或在特定健康議題討論區張貼的健康資訊，以及經常轉寄電子郵件的寄件者和經常在討論區張貼訊息的人，這些不是專家來源的健康資訊就代表那是不正確的資訊？可能對使用者的健康造成危險嗎？使用者的背景知識會對訊息內容的信任感造成影響，因為使用者對資訊內容的判斷與其教育程度和經驗有關（李廣均，2001），一般人在身心健康的狀態對健康資訊可能具有「寧可信其有」的心態，不管訊息內容是否真確，只要對健康無害或能對健康照護產生警惕之心的訊息，皆能賦予信任感。因此，本研究認為使用者對於網路健康資訊應具有「普遍信任」的特色。

#### (四) 社會支持

所謂社會支持是指對自己或他人親身經驗的分享，例如由病友分享生病經驗、經由網友知悉他人的生病經驗，亦或是與相同處境的網友互動而有同病相憐的感受、願意與相同處境的網友分享心裡的感觉等等，顯示出不管是他人的生病經驗、或是與自己處境相同的病友，彼此的經驗分享和交流在使用者的心理上會出現同理心和情感上的支持，這種形態的社會資本因素，本研究將之命名為「社會支持」。

### 三、年輕、高教育程度與社會資本的關係

網路健康資訊使用者的人口特徵具有年輕、高教育程度的特色，這群使用者在使用網路上的健康資訊時，會表現出「網絡參與，發表意見」、「社會支持」這兩個社會資本因素，由於他們也是網路使用者的一員，對於網路的互動及傳播形式沒有接受或適應上的困難，因此可以在接觸網路之後進行線上社會活動，發展線上社會關係，發表自己的意見，並獲得心理上的社會支持。此外，教育程度高者亦表現出「資訊分享，人己互惠」的社會資本，這群透過網路使用健康資訊的族群高教育程度的人口特質顯示他們有較好的讀寫能力，同時也對健康資訊有較多接觸，這項研究結果符合李廣鈞的觀察，網路健康資訊的使用與使用者本身的經驗及教育程度有關。

一般認為接近使用網路的人口在經濟上和教育程度上具有一定程度的水準，應處於中上社會階層，網路健康資訊使用者雖是網路使用者中的一部份，但與一般網路使用人口不盡相同的是，網路健康資訊使用者雖然亦屬於年輕族群，但集中在青壯年階段，正是家庭的主要支持者，亦是社會、經濟活動的主要人口，教育程度亦偏高，推測這群使用者的人口組成中應包含社會菁英份子，如醫療從業人員，其社會地位和社會階層應具有影響他人健康意識的能力。

### 四、對專家來源資訊的信任感影響使用者對線上問

#### 診諮詢服務持正向評估

健康專業網站是網路上提供健康資訊的主要來源之一，同時也會提供線上問

診諮詢服務，由網站集合專業醫師提供網友線上諮詢。由於網友在線上問診的諮詢對象皆為專業醫師，網站也會公佈醫師的專長、背景和服務單位，讓網友自行選擇合適的科別或信任的醫師提出問題並得到醫師的回應，這種諮詢服務提供的即是一種專家導向的訊息來源。衛生教育專家認為提供正確的醫學知識有助於個體維持或促進健康，不正確的醫學知識，可能會造成健康上的風險，但是醫學知識本身的專業性，不易為一般民眾近用，正確性的辨識不易，因此醫學知識的傳播必須在呈現方式上讓民眾易於理解、閱讀、接受，以協助促進健康；另一項接近使用醫學知識的管道即是尋求專家意見，而線上問診諮詢服務正好可以發揮這項功能。本研究發現，「信任專家來源資訊」與「正向評估線上問診諮詢服務」成正相關，對專家來源資訊表現出信任感的使用者在有健康需要時，能尋求「專業」的協助，且能對這項服務功能給予正向評估，其間的關連性顯示使用者對專家資訊相當重視。

## 五、資訊分享、信任專家與就醫行為主動性有關

「資訊分享，人己互惠」、「信任專家來源資訊」與「就醫行為主動性」成正相關，經逐步迴歸後，這兩個社會資本因素亦進入迴歸模式，顯示「資訊分享，人己互惠」、「信任專家來源資訊」是影響網路健康資訊使用者就醫行為主動性的主要因素。從影響使用者就醫行為主動性的兩項因素中可以發現，網路上的資訊分享行為與日常生活中人際間的口耳相傳有類似的資訊傳遞功能，使用者藉由轉寄或接收電子郵件，不僅在透過網路聯繫的人際活動中將健康資訊分享給他人，也得到由他人分享過來的健康資訊，這種藉由電腦中介傳播相互傳遞、流動的健康訊息，讓使用者本身得以獲得更多健康方面的訊息，而資訊的使用有助於建立基本的醫療知識，幫助對生病事實的理解，從而在實際就診時能對自己的健康投以更多主動性的關注。

此外，使用者對專家來源健康資訊的信任感，也影響其就醫行為的主動性，這又再次突顯出專家意見對使用者尋求健康服務時的影響力，當健康問題具體出現，信任專家資訊的使用者在尋求專業醫師的診治時，能夠清楚地陳述病情，同時針對自己的病情向醫師提出問題，並要求醫師清楚說明，顯示尋求專家意見對網路健康資訊使用者來說相當重要。



## 六、小結

網路健康資訊使用者以年輕、高學歷者為主要族群，不論是專家和非專家來源資訊，健康資訊使用者都能賦予信任感，顯示這群使用者對於網路上的健康資訊具有普遍信任的特色。

網路健康資訊使用者雖然對網路上的健康資訊具有普遍信任的特色，但是當具有健康方面的問題時，對專家來源資訊的信任感會影響使用者在網路上向專業醫師諮詢；實際就診時，豐富的健康資訊來源和對專家資訊的信任感能促使其成為一名主動的求醫者，對自身健康投注更多關注，也就是說，當健康問題具體出現時，使用者仍會主動尋求專家的意見、建議和診斷，顯示網路健康資訊使用者不僅具備表達健康問題和需要的能力，站在預防醫學的角度，這群使用者亦具有應尋求健康專業協助的觀念。

## 第二節 研究結論

### 一、主動性為健康把關擔負更多責任

本研究經由網路使用者在網路上使用健康資訊的行為及其在虛擬社群的人際互動中發現，傳統社群討論的社會資本也存在於虛擬空間的人際互動，證明傳統社群與虛擬社群的表現形式雖不相同，但是以人為主體的社會活動在實體與虛擬空間中是重疊的、交會的，網路的使用行為是延伸真實社會裡的人際互動，也複製其關係建立和維持的模式，符合電腦所架構起來的亦是一個社會網絡的論說基礎，使用者藉由電腦和網路的串聯，發展出類似傳統社群的網絡形構，使用者在其中所進行的社會活動及其所建立的社會關係，也表現出傳統社群中的社會資本形式。

虛擬空間中的人際互動雖然延伸了實體社會的關係形式，但並不是全然地將實體社會的關係形式複製到網路上，在網路上的社會資本也反映了網路這個實踐場域獨特的媒介特性。本研究認為，這項特質的表現便是「主動性」。

事實上閱聽人對於網路具有主動接近、使用的特質，以媒體特性來說，傳統

媒體的資訊提供方式，讓閱聽人處於被動接收資訊的地位，而網路作為傳遞資訊的載具，使用者必須主動搜尋、瀏覽符合自己需要的訊息，閱聽人因而具有主動的地位。因此，關心健康資訊的使用者可以在網路上透過健康資訊網站、加入健康虛擬社群等管道，取得、接收健康方面的訊息，當出現健康方面的問題時，使用者也可以主動利用線上問診諮詢服務尋求專業醫師的意見和求診建議，突顯了網路上的資訊尋求行為乃建立在閱聽人的主動意願上。

當閱聽人在網路上使用健康資訊時，這種主動性也表現在其社會關係當中。「參與網絡，發表意見」的內涵便因網路這個實踐場域的媒介特性，使得網路健康資訊使用者在資訊使用行為中表現出主動性，這揭示了網路閱聽人能依照自己的需求主動尋找有用的資訊幫助維持自己的健康，這些行動對照護自體健康相當有幫助。當健康問題具體出現時，這種主動性也反映在使用者實際就醫時與醫師溝通互動的行為表現上，他們能清楚陳述病徵、提出問題，並要求醫師說明病情，能主動為自己的健康擔負更多責任。

## 二、互助行為在幫誰？其實大家都受益

在針對醫院門診病患的求醫行為研究中發現，口耳相傳是民眾獲得就醫資訊的主要來源（張雅惠，1998），顯示日常生活的人際關係網絡是取得健康訊息的重要管道，新傳播科技發展正逐漸對人們的日常生活產生影響，網路雙向互動的媒體特性，特別是電子郵件的使用，讓資訊的傳送、接收具有類似於人際關係口耳相傳的資訊傳遞功能，而這種資訊分享行為也與使用者實際就醫時對自身健康的主動性有關。網路作為傳佈健康訊息的有力管道，幫助使用者獲得足夠的資訊，照護自己的健康，可以說是使用網路健康資訊最顯而易見的好處。

但是使用者得到的好處可能還比實際利用資訊來得多，在幫助自己關心健康問題外，使用者還能提供健康方面的訊息、觀念、建議，協助其人際網絡中的家人、朋友守護健康，這種因訊息使用而潛藏的好處有利於讓網路健康資訊使用者成為群體中的意見領袖，人己之間的互惠性不僅落實在使用者的互助行為上，對維持個人在群體中的地位可能為網路健康資訊使用者帶來更多無形的「利益」。此外，當這種互助行為以情感交流、撫慰、生病經驗分享的形式表現時，便成為一種社會支持，這也是一種無形的好處，可以提供人們心理上的安適。

現代對健康的定義不只是侷限在生理方面，更廣及心理和社會層面的健康，

傳統社群的討論認為社會資本有助於維持健康，其中所謂的健康定義即是現代對健康的的要求。社會資本可以提供具支持性的網絡關係，如個體之間的情感交流、分享，同時良好的人際關係建立也能讓個體得到心靈上的滿足，這些好處似乎頗符合現代對健康的定義，其影響範圍不只在個體的身心健康，應已廣及社會層面的健康狀態。

### 三、普遍信任值得憂慮？專家權威仍不容質疑

傳統社群的功能是否得以發揮，鑲嵌於社會網絡的社會資本佔有重要地位，各種形式的社會資本彼此相互影響，信任感一直在其中扮演要角，「信任」之所以特別受到重視，是因為它可以是影響社群成員參與活動、發展互惠行動的基礎。研究發現，信任感這個社會資本也存在於網路上，而且具有「普遍信任」的特色。使用者對網路上的健康資訊來源，不管是具有專家權威背書的健康資訊，亦或是非專家來源提供的健康資訊，使用者都會賦予信任。醫學專業人士向來都對網路上的健康資訊感到擔憂，他們假定網路上的健康資訊都是不正確的(Ferguson, 2002)，有可能對使用者的健康造成傷害(Crocco et al., 2002)，不斷提醒使用網路上的健康資訊時應小心謹慎，以免導致危險或建立錯誤的觀念。專業醫師的憂慮其來有自，因為網路上的健康資訊最大的問題不在資訊太少，而在資訊太多，各種來源的健康資訊在網路上並存競爭，使得網路健康資訊良莠不齊，使用者表現出來的普遍信任特質似乎令人倍感憂心。但是網路上的健康資訊真的如此危險？當它逐漸成為民眾獲取健康資訊的管道時，這些內容評估與正確性把關不易的訊息是否會增加使用者健康上的風險？這樣的憂慮是否可能言過其實？事實上，網路健康資訊雖然具有潛在的可能性，因為使用網路健康資訊而受害的例子畢竟仍屬少數(Crocco et al., 2002)，更重要的原因是，即便網路健康資訊確實潛藏風險，面對安全性把關和評估機制仍不易建立的現況，似乎更需要回歸到對「人」的關注，資訊使用行為是以人為主體，這些使用者如何看待網路上的健康資訊？

網路使用者具有年輕、高學歷的人口特質，這群人正是目前社會中的中堅份子，他們對網路環境較易接受、適應，能夠利用網路取得符合需要的資訊，他們如何取得正確的健康資訊？如何正確的使用健康資訊？讓醫護專業人士、衛教專家、健康傳播學者對這群使用者在網路上的健康資訊使用行為倍感關注，而這些具有網路使用能力的族群，是否可以妥善利用網路功能維持自己和家人的健康，更讓新傳播科技被寄予厚望，期待能發揮健康照護的功能，協助個體達到或維持健康狀態。研究發現，信任專家來源健康資訊這項社會資本仍是影響使用者在尋求健康諮詢、使用健康服務時的主要影響因素，這項信任專業的社會資本讓使用

者對於線上問診諮詢服務的使用有正向評估，在實際就醫時的行為表線上具有主動關心、瞭解、詢問的特性，是相當主動的求醫者，由此可知，對專家權威的信任感仍是使用者在尋求醫療照護支援及服務時，最重要的影響因素，雖然網路開放的媒體特性讓健康資訊的存在備受憂慮，但是網路健康資訊使用者並不是茫然無知地全盤接收，在身心健康的狀態下，對各種形式、來源的健康資訊雖具有普遍信任的特色，但是當具有健康上的疑問，或身體出現健康方面的問題時，這群使用者會尋求專業的協助，並主動關心自己的健康，符合現代醫療照護體系的觀念，顯示這群使用者能為自己的健康負起責任。

### **第三節 研究限制、建議與貢獻**

#### **一、研究貢獻**

##### **(一) 將社會資本理論應用至網路研究**

社會資本概念近幾年開始受到廣泛的討論和注意，本研究是一個初步的嘗試，將之應用至虛擬空間，探討傳統社群中的社會資本是否也存在網路上的人際互動。

##### **(二) 發現網路上的社會資本**

本研究透過網路使用者對健康資訊的使用行為，得到五種形式的社會資本，比對傳統社群中的社會資本，發現虛擬空間中的社會資本與實體社會中的社會資本具有共通性，而部份社會資本也反映出網路環境的人際特色。

#### **二、研究限制**

##### **(一) 研究概念上的限制**

本研究將網路視為一個實踐社會關係的場域，應用傳統社群對社會資本的討論及意義建構，將之應用到虛擬空間，此舉雖極具嘗試性，但傳統社群與虛擬社群的差異，使得社會資本概念應用於網路空間時，難以對網路上的人際互動做全

面性地觀察，以含括網路中獨特的人際互動，以致於研究結果只能提供初步的說明，對於更精確的解釋及因果關係的釐清仍待後續研究繼續進行。

## （二）研究方法上的限制

本研究基於研究目的，將研究對象界定在特定使用經驗的網路使用者，在研究方法上雖已力求蒐集到符合研究屬性的樣本資料，但仍難以避免網路問卷調查法中的缺點與限制，如受訪者自我報告、樣本同質性較高等網路問卷調查的先天限制；同時，網路問卷調查往往以行銷誘答的方式提高樣本數，因本研究只提供一種贈品（誠品書店圖書禮券），可以因此吸引到特定人口特性（如女性）的樣本，在資料收集前測階段是以滾雪球方式，可以因研究者本身的社會背景，促使某種人口特性的樣本偏多（如高教育程度），這些因素皆可能造成本調查樣本有所偏差，影響樣本代表性。

## （三）測量工具上的限制

國內外將社會資本應用至網路空間的研究相當少，本研究因此受限於沒有一套完整適合的測量工具可供參考，必須根據理論概念、研究對象的訪談及參與觀察發展測量工具，在問卷發展階段，盡量在問卷陳述句上做修正，以避免在測量受訪者態度意向和行為經驗時出現混淆，但仍因過度考慮正式施測時間卷傳輸等問題，未能將這份缺失降到最低。

# 三、 後續研究建議

## （一）豐富研究概念

本研究在社會資本量表的設計上，是以三個主要的社會資本作為問卷設計的主軸，但是社會資本是個相當豐富的概念，學者們對社會資本形式各有不同的界定與分類，建議後續研究可以再加入其他社會資本概念，發展出更適合在網路上測量的社會資本指標。

另外，本研究以研究對象在網路上社會關係中的社會資本作為研究重心，在研究設計上並未特別強調使用者的人口特徵，建議後續研究可將文化資本、經濟

資本等因素一併納入，以檢證文化資本和經濟資本與網路社會資本之間的關係。

## （二）研究方法上的改進

本研究在執行調查時，以抽獎致贈圖書禮券的方式希望能提高網友填寫問卷的意願，雖然研究結果顯示本研究的樣本分布符合國內外相關調查研究對健康資訊使用者的樣本描述，但這仍可能是影響女性樣本偏多的潛在因素。建議後續研究可以增加禮品的變化性，以避免造成研究樣本的系統性偏誤。

## （三）測量工具的改進

由於本研究在測量工具上所受到的限制，為使這份研究結果可以進行合理的推論，在施測前後均對研究量表進行嚴格的信度及效度檢定，以刪除不適合、解釋力不足的題目，即使如此，對於發展一份適合測量網路社會資本的指標，這樣的作法仍嫌不足，有待後續研究繼續檢討、修正，並加以改進。

## （四）同時運用質化與量化研究方法

本研究屬初探性質，雖在前測階段運用部份質性研究的方法，但測量指標的建構仍有相當大的改進空間，建議後續研究可進行質性研究，進行更深入的探討；或是在計量研究的方法上力求改善，增加樣本數量並降低樣本偏差，累積更具參考性的資料。

## 參考文獻

### 中文部分

- 王保進（1999）。《視窗版 SPSS 與行為科學研究》。台北：心理出版社。
- 王國裕（1997）。《醫療問題面面觀：風雲對話》。台北：健康世界雜誌。
- 包亞明主編（1997）。《布爾迪厄訪談錄：文化資本與社會煉金術》。上海，人民出版社。
- 台灣醫療改革基金會（2000）。醫療品質民意調查(1) , <http://www.thrf.org.tw/Knowledge/Knowledge-1-1.htm>。
- 台灣醫療改革基金會（2001）。民眾最想知道的醫療資訊網路調查 , <http://www.thrf.org.tw/Knowledge/Knowledge-1-2.htm#b>。
- 台灣醫療改革基金會（2002）。醫療品質民意調查(2) , <http://www.thrf.org.tw/Knowledge/Knowledge-1-3.htm>。
- 江怡瑩（1997）。《大學生全球資訊網健康訊息需求調查暨發展研究—以交大學生為例》。交通大學傳播研究所碩士論文。
- 李廣均（2001）。初探網路醫療的發展與限制—以醫療資訊網站為例 , 《醫護科技學刊》, 3 (2) : 200--214。
- 李月蓮（2002）。香港傳媒教育運動：「網絡模式」的新社會運動 , 《新聞學研究》, 71 : 107--131。

- 李英明、羅曉南（1997）。 資訊科技與人的處境 ，《中央研究院資訊科學研究所：資訊科技對人文、社會的衝擊與影響期末研究報告》 ，  
[http://www.sinica.edu.tw/~cdp/project/01/3\\_1.htm](http://www.sinica.edu.tw/~cdp/project/01/3_1.htm)。
- 沈文英（1996）。 「媒體使用與需求滿足」理論之發展 ，《廣播與電視》 ，  
2（4）：45--81。
- 邱天助（1998）。《布爾迪厄文化再製理論》。台北：桂冠出版社。
- 林南（2001）。 社會資本：爭鳴的範式和實證的檢驗 ，《香港社會學學報》  
，2：1--38。
- 林夏萍（1998）。《台灣地區網際網路消費者購物資訊搜尋行為之初探》。中正  
大學電訊傳播研究所碩士論文。
- 林鶴玲，鄭陸霖（2001）。 台灣社會運動網路經驗：一個探索性的分析 ，《台  
灣社會學刊》 ，25：111--156。
- 林綺雲（1998）。 醫病關係—人際互動理論分析 ，《諮商與輔導》 ，149：  
8--12。
- 吳齊殷（1997）。 電腦架構的社會網絡 ，《國家政策雙週刊》 ，168：2--4。
- 吳齊殷（2001）。 網路使用者與非網路使用者的社會意向 ，《圖書館學與資  
訊科學》 ，27：16--36。
- 吳明隆（2000）。《SPSS 統計應用實務》。台北：松崗出版。
- 吳慧芬（2002年5月15日）。 就診時間，五成七不到五分鐘 ，《中時電子  
報》。



吳昭新、李友專、簡文山（1999）。 台灣大眾健康資訊網站網頁評論（1999年版）：(1996.1~1999.3) , <http://olddoc.tmc.edu.tw/chiaungo/tmw-guide/introd.htm>。

吳昭新（2000）。 台灣網上醫學教育資訊的內容品質—現況與建議 , <http://olddoc.tmc.edu.tw/chiaungo/tmw-guide/critic-1.htm>。

施依萍（1997）。《台灣網路使用行為之研究--網路素養資訊觀層面之分析》。中正大學電訊傳播研究所碩士論文。

胡幼慧（2001）。《新醫療社會學—批判與另類的視角》。台北：心理出版社。

洪千鵬（2001）。《誤診對醫師及醫病關係的影響》。中正大學企業管理研究所碩士論文。

翁秀琪（1996）。《大眾傳播理論與實證》。台北：三民書局。

高宣揚（1998）。《當代社會理論（上）》。台北：五南出版。

高宣揚（1998）。《當代社會理論（下）》。台北：五南出版。

夏鑄九、王志弘等譯（2000）。《網絡社會之崛起》，台北：唐山。（原書 Castells, M. [1996]. The rise of the network society. MA: Blackwell Publishers）

許芳菊（1998）。 健康品質大調查，台灣人將以什麼面貌走進 21 世紀？ , 《康健雜誌》1 , <http://www.commonhealth.com.tw/search/frame.htm>。

許芳菊（1998）。 2000 年大趨勢，當你可以活到 150 歲 , 《康健雜誌》18 , <http://archive.cw.com.tw/ch/康健第 018 期.doc/110446740.4.htm>。

陳婷玉（1999）。 網際網路與健康傳播 , 「一九九九年中華傳播學會會暨論文研討會」論文。新竹，關西。

陳世運 (2002 年 4 月 10 日)。 NetValue 公布 2002 年二月份台灣網際網路研究報告 , <http://www.find.org.tw/>。

游智雯 (2001)。《網路健康資訊的使用與滿足—從網路與閱聽人特性之觀點探討》。中正大學電訊傳播研究所碩士論文。

曾立邦 (1997)。《網際網路在衛生教育應用之研究》。台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。

曾淑芬、張良銘 (1998)。 醫療資訊網站之內容分析及使用者調查 , 《醫療資訊雜誌》, 8 : 54--72。

曾淑芬、張良銘 (2001 年 2 月 4 日)。 另類醫療行為模式：醫療諮詢網站的發展與應用 , <http://www.ios.sinica.edu.tw/SEMINAR/infotec2/曾淑芬.htm>。

曾淑芬、張良銘、張嘉豪、黃立凱 (2000)。 另類醫病關係：醫療諮詢網與傳統醫療服務之比較 , 《醫療資訊雜誌》, 11 : 1--15。

黃琪璘 (1999)。 一項值得社會行銷的產品—健康生活形態 , 《國教之聲》, 33 (1) : 18-26。

黃惠鈴 (2000)。 上網搜尋健康 , 《康健雜誌》18: 107-112。

張笠雲 (1998)。 「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析 , 《台灣社會學刊》, 21 : 59--87。

張雅惠 (1999)。《病患健康資訊來源及其相關因素之研究》。中國醫藥學院醫藥管理研究所碩士論文。

張紹勳, 張紹評, 林秀娟 (2000)。《SPSS for Windows 統計分析—初等統計與高等統計 (下冊)》。台北：松崗出版。

葉恆芬 (2000)。《網路媒體可信度及其影響因素初探研究--以台灣地區網路使

用者為例》。中正大學電訊傳播研究所碩士論文。

葉勇助、羅家德（1999）。線上社會網絡研究，「一九九九年第三屆資訊科技與社會轉型研討會」論文。南港，中央研究院。

葉勇助、羅家德（2001）。虛擬關係是真實關係的鏡射嗎？，《資訊社會研究》，1：33--55。

劉芳梅（2002/04/04）。台灣電子郵件普及率居亞洲四小龍之冠，<http://www.find.org.tw/>。

劉立、李友專（1997）。網際網路在醫學上之應用，《台灣醫學》，1（6）：727--732。

劉仲冬（1997）。疾病的社會學觀，《醫望雜誌》，23：123-125。

鄭維理(2000)。E世代的醫病關係大不同，<http://www.trustmed.com.tw/>。

鄭惠玲（2001）。《社會資本與自評健康》。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。

蔡吉源（1995）。論台灣地區社會資本、社區意識與社區社會之重建，《台灣經濟》，228：1—12。

藍麗娟（2000），網路醫生為健康把脈，《天下雜誌》213，<http://www.commonhealth.com.tw/Med/issue006/NetHospt.htm>。

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。

譚天、吳佳真譯（1998）。《虛擬化身—網路世代的身份認同》，台北：遠流。（原書Turkle, S. [1995]. Life on the screen: Identity in the age of the internet. New York: Simon & Schuster.）

健康網站基金會 ( Health On the Net Foundation , HON ) 網路健康資訊使用行為調查 , <http://www.hon.ch/survey>。

蕃薯藤歷年網路使用行為調查 , <http://survey.yam.com>。

## 英文部分

Atkin, C., & Wallack, L. (1990). Mass communication and public health: Complexity and conflicts. Newbury Park, CA: Sage.

Blanchard, A., & Horan, T. (1998). Virtual communities and social capital, *Social Science Review*, 16: 3, 293-307.

Baum, F. (1999). Social capital: Is it good for your health? Issue for a public health agenda, *Journal of Epidemiol Community Health*. 53: 4, 195-196.

Beamish, A. (1995). Communities on-line: Community-based computer network, MA thesis, MIT.

Berkman, L. F. (2000). Social support, social networks, social cohesion and health, *Social Work in Health Care*, 31, 3-14.

Bessell, T. L., McDonald, S., Silagy, C. A., Anderson, J. N., Hiller, J. E., & Sansom, L. N. (2002). Do internet interventions for consumers cause more harm than good? A systematic review, *Health Expectations*, 5: 1, 28-38.

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In Richardson, J. G. (Eds.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*. (pp. 241-258)New York: Greenwood Press.

Burt, R. (1997). The contingent value of social capital, *Administrative Science Quarterly*, 42, 339-365.

- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?—A framework for improvement, *Journal of the American Medical Association*, 282, 1458-1465.
- Cole, J. (2000). *Surveying the digital future*, Los Angeles: UCLA Center for Communication Policy, <http://www.ccp.ucla.edu>.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation human capital, *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- Coleman, J. S. (1990). *The foundations of social theory*. Mass: Harvard University Press.
- Crocco, A. G., Villasis-Keever, M., & Jadad, A. R. (2002). Analysis of cases of harm associated with use of health information on the internet, *Journal of the American Medical Association*, 287: 21, 1869-1872.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. The Free Press.
- DiMaggio, P., Hargittai, E., Neuman, W. R., & Robinson, J. P. (2001). Social implications of the internet, *Annual Review of Sociology*, 29: 3, 307-336.
- Feldman, J. J. (1966). *Dissemination of health information*. Chicago: Aldine.
- Ferguson, T. (2002). From patients to end users, *British Medical Journal*, 324: 7337, 555-557.
- Flap, H. D., & De Graaf, N. D. (1986). Social capital and attained occupational status, *The Netherlands' Journal of Sociology*, 22, 145-161.
- Fox, S. & Lee, R. (2002, May). *Vital decisions—How internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick*. Washington: Pew Internet & American Life Project.

Fox, S. & Lee, R. (2000, November) The online health care revolution: How the web helps Americans take better care of themselves. Washington: Pew Internet & American Life Project: Online life report.

Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion, *Health Promotion International*, 13: 2, 99-120.

Harris, L. M. (1995). Differences that make a difference. In L. Harris (Eds.). *Health and the New Media: Technologies Transforming Personal and Public Health* (pp. 3-18). Dartmouth.

How young people use the internet for health information. (2001, December). Kaiser Family Foundation Survey.

Internet: A popular source of medical information. (2000). *Journal of the American Medical Association*, 284, 1962-1964.

Kassirer, J. P. (1995). The next transformation in the delivery of health care, *The New England Journal of Medicine*, 332: 52-53.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner K., & Prothrow-Stith, D. (1997a). Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, 87: 9, 1491-1498.

Kawachi I., & Kennedy B. P. (1997b). Health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314, 1037- 1040.

Kawachi I., & Kennedy B. P. (1999a). Income inequality and health: Pathways and mechanisms, *Health Services Research*, 34: 1, 215-227.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999b). Social capital and self-rated health: A contextual analysis, *American Journal of Public Health*, 89: 8, 1187-1193.

Keating, D. D. (2000). Social capital and development health: Making the connection,

Developmental and Behavioral Pediatrics, 21: 1, 50-52.

Lesser E. L. (2000). Leveraging social capital in organizations. In Lesser E. L. (Eds.), Knowledge and Social Capital: Foundations and Application (pp.3-16). Boston: Butterworth Heinemann.

Lin, N. (2001). Social capital: A theory of social structure and action. Cambridge University Press.

Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: A guide to its measurement, Health Place, 5, 259-270.

Lynch, J., Due, P., Muntaner, C., & Smith, G. D. (2000). Social capital—Is it a good investment strategy for public health? Journal of Epidemiol Community Health, 54: 6, 404-408.

Mandl, K. D., Feit S., Pena, B. M. G., & Kohane, I. S. (2000). Growth and determinants of access in patient e-mail and internet use, Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 154, 508-511.

Marsden, P. V. (1990). Network data and measurement. Annual Review of Sociology, 6: 79-141.

Marshall, W. W., & Haley, R. W. (2002). Use of a secure internet web site for collaborative medical research, Journal of the American Medical Association, 284: 14, 1843-1849.

McQuail, D. (2000). McQuail ' s mass communication theory. London: Sage.

Morrow, V. (1999). Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: A critical review, Sociological Review. 47: 4, 744-766.

Nelson, S. (1997, June 30). Strengthening community networks: The basis for sustainable community renewal (Formative evaluation), <http://www.nwrel.org/ruraled/Strengthening.html>.

- Purcell, G. P., Wilson, P., & Delamothe, T. (2002). The quality of health information on the internet, *British Medical Journal*, 324: 7337, 557-559.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital, *Journal of Democracy*, 6, 65-78.
- Rheingold, H. (1993). *The virtual community: Homesteading on the electronic frontier* reading. Boston: Addison Wesley.
- Kestnbaum, M., Robinson, J. P., Neustadt, A., & Alvarez, A. (2002). Information technology and social time displacement, *IT & Society*, 1: 21-37.
- Robinson, T. N., Patrick, K., Eng, T. R., & Gustafson, D. (1998). An evidence-based approach to interactive health communication: A challenge to medicine in the information age, *Journal of the American Medical Association*, 280: 14, 1264-1269.
- Sandefur, R., & Laumann, E. O. (1998). A paradigm of social capital. In Lesser E. L. (Eds.), *Knowledge and Social Capital: Foundations and Application* (pp.69-87). Boston: Butterworth Heinemann.
- Schuller, D. (1996). *New community network: Wired for change*. New York: ACM Press.
- Schuller, T., Baron, S., & Field, J. (2000). Social capital: A review and critique. In Schuller, T., Baron, S., & Field, J. (Eds.), *Social Capital: Critical Perspectives* (pp. 1-38). New York: Oxford University Press.
- Slack, W. V. (1995). *Cybermedicine—How computer empowers doctors and patients for better health care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.



Szasz, T. S., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 97: 585-588.

Thomas, D. R. (2000). How is social capital relevant to public health?  
<http://www.auckland.ac.nz/mch/hrmas/socialcapital.htm>

Uslaner, E. (2001). The internet and social capital.  
<http://www.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/netadd/hungarian-article2>

Walther, J. B. (1992). Interpersonal effects in computer-mediated interaction: A relational perspective, *Communication Research*, 19, 52-90.

Walther, J. B. (1996). Computer mediated communication: Impersonal, interpersonal and hyperpersonal interaction, *Communication Research*, 23, 3-43.

Wellman, B., Scalaff, J., Dimitrova, D., Garton, L., Gulia, M., & Haythornthwaite, C. (1996). Computer networks as social networks: Virtual community, computer supported cooperative work and telework, *Annual Review of Sociology*, 22, 213-238.

Wellman, B. & Gulia, M. (1999). Net surfers don ' t ride alone: Virtual communities as communities. In Wellman, B. (Eds.), *Networks in the Global Village*, (pp. 331-366). Boulder, CO: Westview Press.

Wellman, B. & Frank, K. (2001). Network capital in a multilevel world: Getting support from personal communities. In Lin, N., Cook, K., & Burt, R. S. (Eds.), *Social Capital: Theory and Research*. New York: Hawthorne.

Whitehead, M., & Diderichsen, F. (2001). Social capital and health: Tip-toeing through the minefield of evidence, *The Lancet*: 358, 165-166.

# 附錄一

表 3-4-1 前測信度值

	社會資本量表	線上問診諮詢服務 使用評估	實際就診時的 臨床醫病關係
信度係數 ( )	0.90	0.98	0.71

表 4-1-1 社會資本因素分析的 KMO 值與 Bartlett's 球形檢定 2值

	第一次因素分析	第二次因素分析
KMO 值	.891	.879
Bartlett's 球形檢定 2	7020.067	5455.700
自由度 df	435	253
顯著性 Sig.	.000	.000

表 4-1-2 整體解釋的變異數—未轉軸前的數據

因素	未轉軸的特徵值			取特徵值大於1者		
	特徵值	變異數百分比	累積解釋變異數的百分比	特徵值	變異數百分比	累積解釋變異數的百分比
1	7.132	31.008	31.008	7.132	31.008	31.008
2	2.591	11.267	42.275	2.591	11.267	42.275
3	1.916	8.332	50.608	1.916	8.332	50.608
4	1.301	5.657	56.264	1.301	5.657	56.264
5	1.081	4.700	60.965	1.081	4.700	60.965
6	.948	4.120	65.085			
7	.841	3.656	68.741			
8	.791	3.441	72.182			
9	.761	3.311	75.492			
10	.612	2.663	78.155			
11	.553	2.404	80.559			
12	.524	2.280	82.839			
13	.499	2.170	85.009			

14	.464	2.019	87.027			
15	.422	1.835	88.862			
16	.404	1.758	90.620			
17	.391	1.701	92.321			
18	.385	1.672	93.993			
19	.356	1.546	95.539			
20	.308	1.341	96.880			
21	.259	1.125	98.005			
22	.242	1.053	99.059			
23	.216	.941	100.000			

表 4-1-3 整體解釋的變異數—轉軸後的數據

轉軸後的特徵值	解釋的變異量百分比	累積的百分比
4.485	19.498%	19.498%
2.749	11.953%	31.451%
2.511	10.916%	42.367%
2.174	9.452%	51.819%
2.103	9.145%	60.965%

表 4-1-4 轉軸後的因素矩陣

轉軸後的因素負荷量（保留最大值）

	共同因素				
	1	2	3	4	5
網友意見	.777				
表示意見	.777				
網友介紹	.776				
網友討論	.763				
加入社群	.722				
變成朋友	.692				
專家意見	.609				
轉寄需要		.765			
轉寄所有		.711			
討論話題		.677			
影響親友		.627			
有用		.618			
電子郵件			.749		
常寄電郵			.728		
討論區			.562		
常表意見			.548		
病友分享				.734	
網友分享				.684	
同病相憐				.560	
與人分享				.525	
專業人員					.786
駐診醫師					.729
健康網站					.712

表 4-1-5 社會資本因素分析摘要表（本研究整理）

因素命名	問卷內容	特徵值	可解釋變異量 %	累積的解釋變異量 %	因素 1	因素 2	因素 3	因素 4	因素 5
參與網絡，發表意見	1-7 當我有健康上的問題需要詢問時，與我有相同健康問題的網友，能提供我選擇就醫時的參考意見和建議	4.485	19.498	19.498	.777				
	1-2 我有在健康相關討論區或分享團體中發表意見的經驗				.777				
	1-6 當我有健康上的需要時，與我有相同健康問題的網友曾經介紹我向特定的醫師求診				.776				

見	1-5 當我有健康上的困擾時，我會跟網路上的朋友討論、傾訴				.763				
	1-1 我有加入特定健康議題討論區或分享團體的經驗				.722				
	1-9 我曾經和與我有相同健康問題的網友成為朋友的經驗				.692				
	1-8 當我有健康上的疑惑時，我會在網路上詢問專業人員的意見，如：醫師、藥師、營養師或護理人員				.609				
資訊分享，人已互惠	1-12 當親友有健康上的需求時，我會轉寄符合他們健康需求的電子郵件給他們	2.749	11.953	31.451		.765			
	1-11 只要是與健康有關的電子郵件，我都會轉寄給通訊群組中所有的人					.711			
	1-16 健康資訊往往能提供我跟他人談論健康議題時的話題					.677			
	1-17 當家人或朋友有健康上的問題時，我的意見和態度對他們在就醫選擇方面會造成影響					.627			
	1-15 對於別人轉寄給我的健康資訊，我常覺得很有用					.618			
非專家資訊	1-20 對於網路上以電子郵件轉寄的健康資訊，我的信任程度是	2.511	10.916	42.367			.749		
	1-30 對於經常轉寄電子郵件的朋友所提供的健康資訊，我的信任程度是						.728		
	1-25 對於在特定健康議題討論區上張貼的健康資訊，我的信任程度是						.562		
	1-26 對於在特定健康議題討論區中經常發表意見的人所提供的健康資訊，我的信任程度是						.548		
社會支持	1-27 對於病友分享親身經驗的健康資訊內容，我的信任程度是	2.174	9.452	51.819				.734	
	1-28 對於網友分享他人生病經驗的健康資訊內容，我的信任程度是							.684	

	1-18 我覺得跟有特定健康問題的網友互動，會讓我在心理上有同病相憐的感受							.560	
	1-19 比起身邊的親友，我比較願意跟與我有相同健康困擾的網友分享心裡的感覺							.525	
專家資訊	1-23 對於醫師或專業人員提供的健康資訊，我的信任程度是	2.103	9.145	60.965					.786
	1-24 對於線上問診諮詢服務中，駐診醫師對網友的回覆，我的信任程度是								.729
	1-22 對於健康專業網站提供的健康資訊，我的信任程度是								.712

表 4-1-6 社會資本因素的描述性分析

社會資本因素	網路參與， 發表意見	資訊分享， 人己互惠	信任非專家 來源資訊	社會支持	信任專家 來源資訊
平均數	20.99	11.88	10.45	10.75	6.30
標準差	6.56	3.59	2.32	2.85	1.73
平均得分	2.998	2.376	2.6133	2.6867	2.1003

表 4-1-7 線上問診諮詢服務使用評估的 KMO 值與 Bartlett's 球形檢定 2 值

KMO 值	.935
Bartlett's 球形檢定 2	6480.096
自由度 df	21
顯著性 Sig.	.000

表 4-1-8 線上問診諮詢服務使用評估因素的效度（共同性）及因素負荷量

題次	效度（共同性）	因素負荷量
1	.857	.926
2	.912	.955
3	.930	.964
4	.881	.939
5	.880	.938
6	.935	.967
7	.929	.964

表 4-1-9 線上問診諮詢服務使用評估因素整體解釋的變異量

特徵值	解釋的變異量百分比
6.323	90.335%

表 4-1-10 實際就診時臨床醫病關係因素分析結果

	第一次因素分析	第二次因素分析
KMO 值	.815	.688
Bartlett's 球形檢定 2	723.3	372.356
自由度 df	10	3
顯著性 Sig.	.000	.000

表 4-1-11 實際就診時臨床醫病關係因素的效度（共同性）及因素負荷量

題次	效度（共同性）	因素負荷量
1	.643	.802
2	.655	.810
3	.694	.833

表 4-1-12 實際就診時臨床醫病關係因素整體解釋的變異量

特徵值	解釋的變異量百分比
1.993	66.417%

表 4-2-1 性別百分比統計表

	男	女	總計
人數	183	362	545
百分比	33.6%	66.4%	100%

表 4-2-2 年齡百分比統計表

	19歲以下	20-29歲	30-39歲	40-49歲	50歲以上	總計
人數	52	331	113	27	22	545
百分比	9.5%	60.7%	20.7%	5.0%	4.0%	100%

表 4-2-3 教育程度百分比統計表

	研究所(含)以上	大學院校	專科及高中職	國中小學	總計
人數	129	301	109	6	545
百分比	23.7%	55.2%	20.0%	1.1%	100%

表 4-2-4 是否具備健康相關專業背景百分比統計表

	完全相關	有些相關	不知道	不太相關	完全不相關	總計
人數	93	104	7	85	256	545
百分比	17.1%	19.1%	1.3%	15.6%	47.0%	100%
	36.2%		1.3%	62.6%		100%

表 4-2-5 關心的健康資訊類型百分比統計表

	美容美體	特定疾病	婦女衛生	養生及居家護理	性知識	心理衛生	其他	總計
人數	106	129	32	135	17	119	7	545
百分比	19.4%	23.7%	5.9%	24.8%	3.1%	21.8%	1.3%	100%



表 4-2-6 正向評估線上問診諮詢服務百分比統計表

	非常 同意	同意	沒意見	不同意	非常 不同意	累積 百分比
就診時，我會找在線上問診諮詢 時回覆我問題的醫師	3.9%	17.6%	16.5%	9.9%	4.6%	52.5%
	21.5%			14.5%		
	41%		31.4%	27.6%		100%
我覺得醫師在線上問診諮詢服務 中的回覆較為專業	2.9%	13.4%	25.3%	9.0%	1.8%	52.5%
	16.3%			10.8%		
	31.0%		48.2%	20.6%		100%
我能從醫師在線上問診諮詢服務 中的回覆，得到所需的答案	3.1%	17.1%	20.9%	10.1%	1.3%	52.5%
	20.2%			11.4%		
	38.5%		39.8%	21.7%		100%
在線上問診諮詢服務中得到的建 議能節省我就醫選擇時的時間	4.0%	25.5%	14.7%	6.6%	1.7%	52.5%
	29.5%			8.3%		
	56.1%		28%	15.8%		100%
在網路上得到的健康資訊會成為 我實際就診時的參考依據	4.2%	31.4%	12.5%	3.7%	0.7%	52.5%
	35.6%			4.4%		
	67.8%		23.8%	8.38%		100%
整體來說，我對線上問診諮詢服 務的使用感到滿意	3.7%	18.9%	20.6%	7.2%	2.2%	52.5%
	22.6%			9.4%		
	43%		39.2%	17.9%		100%
整體來說，我對線上問診諮詢服 務輔助面對面診療的功能感到滿 意	4.0%	19.8%	20.7%	5.9%	2.0%	52.5%
	23.8%			7.9%		
	45.3%		39.4%	15%		100%

表 4-2-7 實際就診時的臨床醫病關係百分比統計表

	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同意	累積百分比
當我到醫院就診時，我能對自己的病情有所瞭解	16.3%	66.2%	11.0%	5.3%	1.1%	100%
	82.5%			6.4%		
當我到醫院就診時，我會想瞭解自己的病情	48.1%	47.7%	3.5%	0.4%	0.4%	100%
	95.8%			0.8%		
當我到醫院就診時，我能清楚地說明我的病情	21.3%	59.1%	15.4%	3.7%	0.6%	100%
	80.4%			4.3%		
當我到醫院就診時，我會請醫師清楚地說明我的病情	29.7%	53.8%	12.8%	2.9%	0.7%	100%
	83.5%			3.6%		
當我到醫院就診時，我能針對自己的病情向醫師提出問題	25.5%	63.5%	8.6%	1.8%	0.6%	100%
	89%			2.4%		

表 4-3-1 性別與社會資本因素的 T 檢定統計量

社會資本因素	性別	樣本數	平均數	標準差	T 值	Sig.
網路參與，發表意見	男	183	-.13	1.00	-2.145	.963
	女	362	6.51E-02	.99		
資訊分享，人己互惠	男	183	3.37E-02	.99	.559	.677
	女	362	-1.70E-02	1.01		
信任非專家來源資訊	男	183	.19	1.03	3.188	.207
	女	362	-9.63E-02	.97		
社會支持	男	183	-4.71E-02	1.03	-.782	.454
	女	362	2.38E-02	.99		
信任專家來源資訊	男	183	.14	1.00	2.381	.726
	女	362	-7.22E-02	.99		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-2 是否具備健康相關專業背景與社會資本因素的 T 檢定

社會資本因素	是否具備健康相關專業背景	樣本數	平均數	標準差	T 值	Sig.
網路參與，發表意見	是	197	7.15E-02	1.05	1.085	.108

見	否	341	-2.55E-02	.97		
資訊分享，人已互惠	是	197	-6.84E-02	1.00	-1.315	.518
	否	341	4.95E-02	1.00		
信任非專家來源資訊	是	197	.21	.98	3.671	.560
	否	341	-.12	.99		
社會支持	是	197	4.30E-02	.93	.623	.099
	否	341	-1.29E-02	1.04		
信任專家來源資訊	是	197	1.07E-02	.96	.280	.607
	否	341	-1.44E-02	1.03		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表4-3-3 年齡與社會資本因素的變異數同質性檢定

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
網路參與，發表意見	5.727	2	542	.003
資訊分享，人已互惠	2.514	2	542	.082
信任非專家來源資訊	2.470	2	542	.086
社會支持	2.315	2	542	.100
信任專家來源資訊	.624	2	542	.536

表 4-3-4 年齡與社會資本因素的變異數分析摘要表

		SSE	df	MSE	F	Sig.
網路參與，發表意見	組間差異	7.337	2	3.668	3.705*	.025
	組內差異	536.663	542	.990		
	總計	544	544			
資訊分享，人已互惠	組間差異	1.902	2	.951	.951	.387
	組內差異	542.098	542	1.000		
	總計	544	544			
信任非專家來源資訊	組間差異	4.720	2	2.360	2.372	.094
	組內差異	539.280	542	.995		
	總計	544	544			
社會支持	組間差異	7.277	2	3.639	3.674*	.026
	組內差異	536.723	542	.990		
	總計	544	544			

信任專家來源資訊	組間差異	.314	2	.157	.157	.855
	組內差異	543.686	542	1.003		
	總計	544	544			

\* p <.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-5 年齡與「網路參與，發表意見」、「社會支持」之事後比較表

Dependent Variable	事後比較法	(I)年齡	(J) 年齡	Mean Difference (I-J)	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
網路參與，發表意見	Dunnett C	低	中	-.38*	.15	-.67	-8.32E-02
			高	-.20	.20	-.60	.19
		中	低	.38*	.15	8.32E-02	.67
			高	.17	.15	-.14	.49
		高	低	.20	.20	-.19	.60
			中	-.17	.15	-.49	.14
社會支持	LSD	低	中	-.31*	.15	-.59	-2.13E-02
			高	-2.20E-02	.20	-.41	.37
		中	低	.31*	.15	2.13E-02	.59
			高	.29	.15	-8.42E-03	.58
		高	低	2.20E-02	.20	-.37	.41
			中	-.29	.15	-.58	8.42E-03

\* p <.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-6 教育程度與社會資本因素的變異數同質性檢定

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
網路參與，發表意見	5.445	3	541	.001
資訊分享，人已互惠	1.522	3	541	.208
信任非專家來源資訊	1.795	3	541	.147
社會支持	.800	3	541	.494
信任專家來源資訊	.160	3	541	.923

表 4-3-7 教育程度與社會資本因素的變異數分析

		SSE	df	MSE	F	Sig.
網路參與，發表意見	組間差異	40.384	3	13.461	14.461***	.000
	組內差異	503.616	541	.931		
	總計	544	544			
資訊分享，人已互惠	組間差異	11.158	3	3.719	3.776*	.011
	組內差異	532.842	541	.985		
	總計	544	544			
信任非專家來源資訊	組間差異	6.197	3	2.066	2.078	.102
	組內差異	537.803	541	.994		
	總計	544	544			
社會支持	組間差異	9.753	3	3.251	3.292*	.020
	組內差異	534.247	541	.988		
	總計	544	544			
信任專家來源資訊	組間差異	2.837	3	.946	.945	.418
	組內差異	541.163	541	1.000		
	總計	544	544			

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-8 教育程度與「網路參與，發表意見」、「資訊分享，人已互惠」、「社會支持」

事後比較表

Dependent Variable	事後比較法	(I) 教育程度	(J) 教育程度	Mean Difference (I-J)	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
網路參與，發表意見	Dunnett C	1	2	.51*	.10	.23	.23
			3	.80*	.13	.50	.50
			4	.48	.40	-1.10	-1.10
		2	1	-.51*	.10	-.79	-.79
			3	.29*	.11	4.99E-02	4.99E-02
			4	-2.80E-02	.40	-1.61	-1.61
		3	1	-.80*	.13	-1.10	-1.10
			2	-.29*	.11	-.52	-.52
			4	-.31	.40	-1.90	-1.90

		4	1	-.48	.40	-2.07	-2.07
		4	2	2.80E-02	.40	-1.55	-1.55
		4	3	.31	.40	-1.27	-1.27
資訊分享 ， 人己互惠	LSD	1	2	.23*	.10	.026	2.83E-02
			3	.38*	.13	.004	.12
			4	-.41	.41	.319	-1.23
		2	1	-.23*	.10	.026	-.44
			3	.14	.11	.197	-7.47E-02
			4	-.65	.41	.114	-1.45
		3	1	-.38*	.13	.004	-.63
			2	-.14	.11	.197	-.36
			4	-.79	.42	.058	-1.61
		4	1	.41	.41	.319	-.40
			2	.65	.41	.114	-.16
			3	.79	.42	.058	-2.72E-02
社會支持	LSD	1	2	-1.49E-02	.10	.886	-.22
			3	.22	.13	.085	-3.05E-02
			4	.95*	.42	.022	.14
		2	1	1.49E-02	.10	.886	-.19
			3	.24*	.11	.032	2.02E-02
			4	.97*	.41	.019	.16
		3	1	-.22	.13	.085	-.48
			2	-.24*	.11	.032	-.46
			4	.73	.42	.081	-8.95E-02
		4	1	-.95*	.42	.022	-1.77
			2	-.97*	.41	.019	-1.77
			3	-.73	.42	.081	-1.55

\* p < .05

表 4-3-9 性別與正向評估線上問診諮詢服務的 T 檢定統計表

	性別	樣本數	平均數	標準差	T 值	Sig.
正向評估 線上問診諮詢服務	男	183	1.38E-02	.97	.229	.176
	女	362	-6.99E-03	1.01		

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

表 4-3-10 是否具備健康相關專業背景與正向評估線上問診諮詢服務的 T 檢定統計量

	是否具備健康 相關專業背景	樣本數	平均數	標準差	T 值	Sig.
正向評估 線上問診諮詢服務	是	197	7.07E-02	1.03	1.191	.165
	否	341	-3.59E-02	.98		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-11 年齡與正向評估線上問診諮詢服務的變異數同質性檢定

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
正向評估線上問診諮詢服務	6.492	2	542	.002

表 4-3-12 年齡與正向評估線上問診諮詢服務的變異數分析

	SSE	df	MSE	F	Sig.
組間差異	2.604	2	1.302	1.303	.272
組內差異	541.396	542	.999		
總計	544	544			

\* p <.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-13 教育程度與正向評估線上問診諮詢服務的變異數同質性檢定

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
正向評估線上問診諮詢服務	5.669	3	541	.001

表 4-3-14 教育程度與正向評估線上問診諮詢服務的變異數分析

	SSE	df	MSE	F	Sig.
組間差異	.151	3	5.030E-02	.050	.985
組內差異	543.849	541	1.005		
總計	544	544			

\* p <.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-15 性別與就醫行為主動性的 T 檢定統計量

	性別	樣本數	平均數	標準差	T 值	Sig.
就醫行為主動性	男	183	4.18E-03	1.07	.069	.781
	女	362	-2.11E-03	.97		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-16 是否具備健康相關專業背景與就醫行為主動性的 T 檢定統計量數

	是否具備健康 相關專業背景	樣本數	平均數	標準差	T 值	Sig.
就醫行為主動性	是	197	-9.04E-02	.94	-1.577	.595
	否	341	5.01E-02	1.03		

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-17 年齡與就醫行為主動性的變異數同質性檢定

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
就醫行為主動性	6.492	2	542	.002

表 4-3-18 年齡與就醫行為主動性的變異數分析

	SSE	df	MSE	F	Sig.
組間差異	2.604	2	1.302	1.303	.272
組內差異	541.396	542	.999		
總計	544	544			

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-3-19 教育程度與就醫行為主動性的變異數同質性檢定

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
就醫行為主動性	1.215	3	541	.304



表 4-3-20 教育程度與就醫行為主動性的變異數分析

	SSE	df	MSE	F	Sig.
組間差異	6.899	3	2.300	2.316	.075
組內差異	537.101	541	.993		
總計	544	544			

\* p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-4-1 社會資本因素與正向評估線上問診諮詢服務的相關分析

		網路參與， 發表意見	資訊分享， 人已互惠	信任非專家 來源資訊	社會支持	信任專家 來源資訊
正向評估線上 問診諮詢服務	Pearson Correlation	-.059	.009	.008	.009	.100*
	Sig. (2-tailed)	.168	.841	.854	.836	.020

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-4-2 社會資本因素與就醫行為主動性的相關分析

		網路參與， 發表意見	資訊分享， 人已互惠	信任非專家 來源資訊	社會支持	信任專家 來源資訊
就醫行為 主動性	Pearson Correlation	.054	.301***	.043	.049	.179***
	Sig. (2-tailed)	.206	.000	.319	.252	.000

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-4-3 正向評估線上問診諮詢服務與就醫行為主動性的相關分析

		正向評估 線上問診諮詢服務
就醫行為主動性	Pearson Correlation	.159***
	Sig. (2-tailed)	.000

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-5-1 社會資本因素與正向評估線上問診諮詢服務的迴歸分析

自變項	多元相關係數 R	決定係數 R2	R2 總解釋變異量	標準化迴歸 係數 (Beta)	t 值	Sig.
信任專家來源資訊	.100	.010	.008	.100	2.331*	.020
Constant=3.510E-16						

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-5-2 影響就醫行為主動性的迴歸分析（模式 1）

自變項	多元相關係數 R	決定係數 R2	R2 總解釋變異量	標準化迴歸 係數(Beta)	t 值	Sig.
資訊分享， 人已互惠	.301	.091	.089	.301	7.351***	.000
Constant=1.122E-17						

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-5-3 影響就醫行為主動性的迴歸分析（模式 2）

自變項	多元相關係數 R	決定係數 R2	R2 總解釋變異量	標準化迴歸 係數(Beta)	t 值	Sig.
資訊分享 ，人已互惠	.350	.122	.119	.301	7.476***	.000
信任專家 來源資訊				.179	4.439***	.000
Constant=5.249E-17						

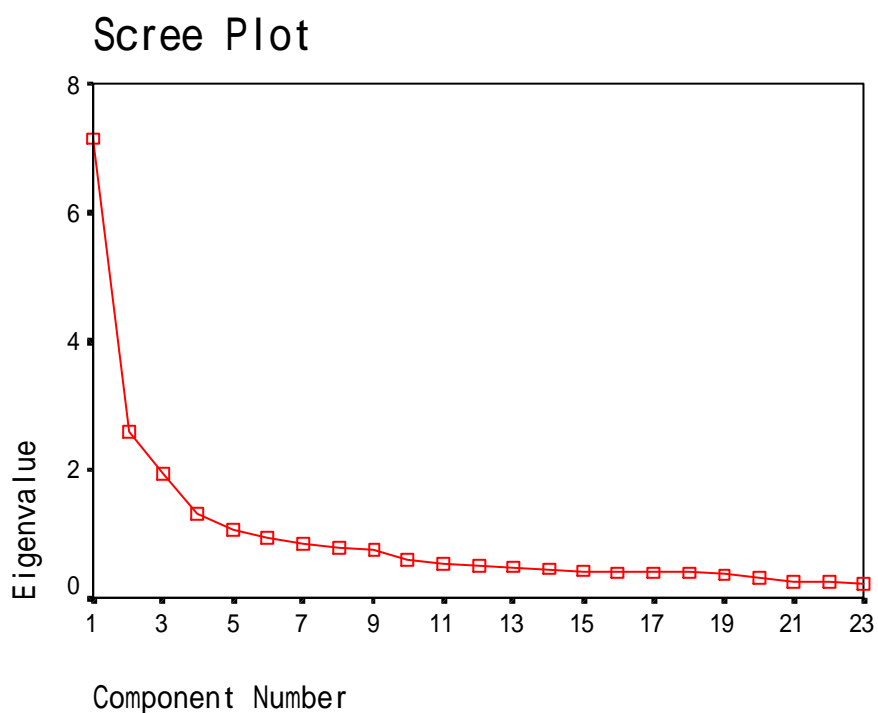
\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

表 4-5-4 影響就醫行為主動性的迴歸分析 (模式 3)

變項	多元相關係數 R	決定係數 R2	R2 總解釋變異量	標準化迴歸 係數(Beta)	t 值	Sig.
資訊分享 ，人已互惠	.376	.142	.137	.300	7.522***	.000
信任專家 來源資訊				.165	4.115***	.000
正向評估 線上問診 諮詢服務				.140	3.486***	.000
Constant=3.645E-18						

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

圖 4-2-1 第二次因素分析陡坡圖



## 附錄二

親愛的網路族朋友，您好：

您關心身材、外貌以及與特定疾病、心理健康相關的健康問題嗎？我們希望進一步瞭解您的需要。南華大學傳播管理學系碩士班研究生目前正在進行一項網路文化研究，針對網友在網路上的健康資訊使用行為進行問卷調查，希望您能撥出幾分鐘時間協助我們完成這份問卷。本問卷採不記名的方式進行，您所填具的意見將作為學術分析使用，不會淪為商業用途，請您放心，並請依據實際經驗回答。為感謝您對國內傳播研究的貢獻，請留下聯絡信箱，我們會隨機抽取得獎者提供誠品書店的圖書禮券致謝！最後也拜託您幫忙宣傳，將有在網路上使用健康資訊經驗的親朋好友拉...拉...拉...進來填寫問卷！謝謝！！

南華大學傳播管理研究所

指導教授：唐士哲 博士

陳婷玉 博士

研 究 生：李佳純 敬上

有任何問題，歡迎與我聯絡：

[g8312012@mail1.nhu.edu.tw](mailto:g8312012@mail1.nhu.edu.tw)

請以您在網路上搜尋、使用健康資訊的經驗回答下列問題。健康資訊的範圍包括：美容、減肥、疾病預防、心理衛生、及日常保健.....等等在網站上公開或以email 流通，與你的健康有關的訊息。請留意每一道題項，並請依據實際情況回答。開始囉！ ^\_^

● 第一部份

題次	以下說法，有些人同意，有些人不同意，請問您對這些意見的看法如何？請依您在網路上使用健康資訊的經驗回答。	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同意
1	我有加入特定健康議題討論區或分享團體的經驗					
2	我有在健康相關討論區或分享團體中發表意見的經驗					
3	我有訂閱健康相關電子報的經驗					
4	我有建立個人網站，並在網站上提供健康相關資訊的經驗					
5	當我有健康上的困擾時，我會跟網路上的朋友討論、傾訴					
6	當我有健康上的需要時，與我有相同健康問題的網友曾經介紹我向特定的醫師求診					
7	當我有健康上的問題需要詢問時，與我有相同健康問題的網友，能提供我選擇就醫時的參考意見和建議					
8	當我有健康上的疑惑時，我會在網路上詢問專業人員的意見，如：醫師、藥師、營養師或護理人員					
9	我曾經和與我有相同健康問題的網友成為朋友的經驗					
10	我曾經使用過網站提供的免費線上問診諮詢服務，幫家人、親戚或朋友，詢問、瀏覽或檢索健康方面的問題					
11	只要是與健康有關的電子郵件，我都會轉寄給通訊群組中所有的人					
12	當親友有健康上的需求時，我會轉寄符合他們健康需求的電子郵件給他們					
13	我常收到家人或朋友轉寄給我的健康資訊					

14	對於別人轉寄給我的健康資訊，我會仔細閱讀					
15	對於別人轉寄給我的健康資訊，我常覺得很有用					
16	健康資訊往往能提供我跟他人談論健康議題時的話題					
17	當家人或朋友有健康上的問題時，我的意見和態度對他們在就醫選擇方面會造成影響					
18	我覺得跟有特定健康問題的網友互動，會讓我在心理上有同病相憐的感受					
19	比起身邊的親友，我比較願意跟與我有相同健康困擾的網友分享心裡的感覺					

題次	以下說法，有些人相信，有些人不相信，請問您對這些說法的相信程度如何？請依您在網路上實際使用健康資訊的經驗回答。	非常相信	相信	沒意見	不相信	非常不相信
20	對於網路上以電子郵件轉寄的健康資訊，我的信任程度是					
21	對於未標示作者名稱及消息來源的健康資訊，我的信任程度是					
22	對於健康專業網站提供的健康資訊，我的信任程度是					
23	對於醫師或專業人員提供的健康資訊，我的信任程度是					
24	對於線上問診諮詢服務中，駐診醫師對網友的回覆，我的信任程度是					
25	對於在特定健康議題討論區上張貼的健康資訊，我的信任程度是					
26	對於在特定健康議題討論區中經常發表意見的人所提					

	供的健康資訊，我的信任程度是					
27	對於病友分享親身經驗的健康資訊內容，我的信任程度是					
28	對於網友分享他人生病經驗的健康資訊內容，我的信任程度是					
29	對於具醫藥衛生專業背景的網友所分享的健康資訊，我的信任程度是					
30	對於經常轉寄電子郵件的朋友所提供的健康資訊，我的信任程度是					

● 第二部分

請問您有沒有使用過線上問診諮詢服務？如果有使用過這項功能，請續答以下各題；如果從未使用過，請跳答此部分的題項，直接回答第四部分的題目。

題次		非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同意
	下列說法，有些人同意，有些人不同意，請問您對這些意見的看法如何？請依據您使用線上問診諮詢服務的經驗回答。					
1	就診時，我會找在線上問診諮詢時回覆我問題的醫師					
2	我覺得醫師在線上問診諮詢的回覆較為專業					
3	我能從醫師在線上問診諮詢的回覆，得到所需的答案					
4	線上問診諮詢得到的建議能節省我就醫選擇時的時間					
5	在網路上得到的健康資訊會成為我實際就診時的參考依據					
6	整體來說，我對線上問診諮詢服務的使用感到滿意					
7	整體來說，我對線上問診諮詢服務輔助面對面診療的功能感到滿意					

● 第三部分

題次	以下有關醫病溝通的說法，有些人同意，有些人不同意，請問您對這些意見的看法如何？請依您實際就診的經驗回答。	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同意
1	當我到醫院就診時，我能對自己的病情有所瞭解					
2	當我到醫院就診時，我會想瞭解自己的病情					
3	當我到醫院就診時，我能清楚地說明我的病情					
4	當我到醫院就診時，我會請醫師清楚地說明我的病情					
5	當我到醫院就診時，我能針對自己的病情向醫師提出問題					

● 第五部分

題次	請問您從事的職業或所學專長是否與醫學、藥學、健康照護方面有相關？	勾選
1	完全相關	
2	有些相關	
3	不知道	
4	不太相關	
5	完全不相關	



題次	請問您比較關心哪方面的健康資訊？（單選）	勾選
1	美容、美體	
2	特定疾病	
3	婦女衛生問題	
4	養生及居家護理	
5	性知識	
6	心理衛生	
7	其他（請註明）：	

題次	請問您的性別是：	勾選
1	男	
2	女	

題次	請問您的年齡是：	勾選
1	19 歲以下	
2	20-29 歲	
3	30-39 歲	
4	40-49 歲	
5	50 歲以上	

題次	請問您的教育程度是：	勾選
1	研究所（含）以上	
2	大學院校或科技大學、技術學院	
3	專科或高中、高職	
4	國中、國小	

問卷到此結束，謝謝您的配合！

請留下您的 email：\_\_\_\_\_，本研究結束調查之後，將隨機抽取得獎者致贈誠品書店圖書禮券以感謝你的熱情參與！