國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所

碩士學位論文

指導教授：邱 銘 心 博士

第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為研究

A Study on Health Information Avoidance Behavior of Type 2 Diabetes Mellitus Patients

研究生：莊 雯 涵 撰

中 華 民 國 一 ○ 八 年 二 月

摘 要

隨著健康資訊取得便利，大眾健康意識的提升，健康資訊尋求被視為一個普遍的現象，但健康資訊迴避卻極少被大眾所察覺，而慢性疾病患者因接觸健康資訊頻率較一般大眾高，對資訊的接收或迴避直接影響患者的醫療決策和健康維持。因此本研究目的是為了深入瞭解健康資訊迴避現象，由揭示患者的健康資訊迴避行為和原因、發掘可減少健康資訊迴避之契機，協助衛教單位建置健康資訊、提醒患者檢視自身的資訊尋求行為，避免遺漏有益之資訊。

本研究以第二型糖尿病患者為對象，透過關鍵事件訪談法和質性資料分析法來蒐集和分析訪談資料，總共訪談了 10 位患者，研究結果發現：患者受到生理、心理、個人認知、外在環境四個層面的因素影響，會出現輕度迴避、選擇性迴避、潛在迴避、完全迴避四個不同程度之健康資訊迴避行為。從中發現促使患者減少迴避之契機包括急迫的健康資訊需求、對健康資訊內容產生興趣、醫生積極的回應、簡單易懂的資訊提供方式以及敘述完整的健康資訊內容。

依據研究結果整理出一個第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為框架，並提出結論如下：患者的資訊需求集中於飲食和藥物資訊、網際網路為患者首選的資訊來源管道、健康資訊迴避行為不限於病程之特定時期、健康資訊迴避行為與尋求行為可能同時發生、患者多因心理壓力而迴避資訊、患者在無法與健康資訊良好溝通時迴避資訊、與資訊提供者有良好的互動可減少資訊迴避、健康資訊內容引起關注可增強資訊需求。最後針對醫療照護等單位提出實務以及未來研究建議。

關鍵字：資訊迴避、健康資訊迴避、健康資訊行為、第二型糖尿病

Abstract

Because of convenient access to health information and increasing public health awareness, seeking health information is considered a common phenomenon. However, members of the general public are seldom aware of health information behavior. Patients with chronic diseases access health information more frequently than the general public, and receiving or avoiding health information may affect their health decisions and maintenance. To further investigate information avoidance in health contexts, this study aims to clarify the effects and causes of health information avoidance behavior among patients with chronic diseases and to identify strategies for minimizing such behaviors. The ultimate goals of this study are to assist health education providers in successfully providing health information, let the general public be aware of health information behavior, and ensure that patients do not miss helpful information.

This study recruited patients with type 2 diabetes as the research participants and employed the critical incident technique to collect data. There are ten patients interviewed. Qualitative data analysis, which included open coding and constant comparison, was used to organize and analyze the interview data. According to the research results, four types of health information avoidance behavior were determined to occur among patients with diabetes. In ascending order of degree of avoidance, they were mild avoidance, selective avoidance, potential avoidance, and total avoidance. These avoidance behaviors are affected by four types of factors, namely physiological, psychological, personal cognition, and external environmental. In addition, this study found that the key factors motivating patients to seek information and reduce information avoidance behavior included urgent health information needs, interest in health information, active responses from doctors and other health care

professionals, and the provision of simple, easy-to-understand, and detailed health information.

According to the findings, this study proposes a framework of health information avoidance for type 2 diabetics. The patients' information needs are focused on dietary and medicine information. The Internet was usually their primary source of information. The patients usually avoided health information because of psychological pressure. In addition, they avoided it when they experienced difficulty seeking or comprehending such information. Health information avoidance behavior is not limited to a specific period, and it may occur in combination with information-seeking behavior. Information avoidance behavior can be reduced if patients have positive interactions with information providers. Moreover, the provision of effective health information may encourage patients to proactively seek such information, especially when the contents are unknown to them. Finally, this study proposes practical suggestions for medical and health organizations regarding diabetes health education.

Keywords: information avoidance, health information avoidance, health information behavior, type 2 diabetes mellitus

目 次

第一章　緒論.....1
第一節　研究背景與動機.....1
第二節　研究目的與問題.....5
第三節　研究範圍與限制.....6
第四節　名詞解釋.....8
第二章　文獻探討.....10
第一節　病患之健康資訊行為.....10
第二節　健康資訊迴避.....19
第三節　健康素養.....29
第三章　研究設計.....34
第一節　研究方法.....34
第二節　研究對象.....37
第三節　前導研究.....40
第四節　資料蒐集.....44
第五節　資料分析.....48
第六節　研究倫理.....51
第七節　研究流程.....53
第四章　研究結果.....54
第一節　受訪者基本資料分析.....54
第二節　第二型糖尿病患者之健康資訊行為.....57
第三節　第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為.....64
第四節　第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因.....70
第五節　促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機.....79
第六節　綜合討論.....83

第五章　結論與建議.....89
第一節　研究結論.....89
第二節　研究貢獻.....94
第三節　建議.....96
參考文獻.....100
附錄一 徵求受訪者.....114
附錄二 研究參與同意書.....115
附錄三 訪談大綱.....117

表 次

表 3-1 訪談架構表 44

表 4-1 受訪者基本資料一覽表 54

圖 次

圖 2-1 患者/消費者健康資訊尋求行為和資訊使用擴充概念模式 13

圖 2-2 瞭解資訊迴避決策的架構 21

圖 2-3 Wilson, T. D.資訊行為模型 23

圖 2-4 健康素養：一個概念模型 30

圖 3-1 研究流程圖 53

圖 5-1 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為框架 90

第一章　緒論

現代社會資訊取得便利，各式健康資訊的傳播也亦趨快速簡易，像是健康維護、疾病諮詢和預防、醫師資訊、醫學新知等，消費者在產生資訊需求後都可從網際網路檢索並獲得解答，這樣的檢索過程，就構成資訊尋求行為。資訊尋求行為並不僅僅只是單方面地查資料、獲得資訊，其中包含了面對資訊的種種反應，無論是正面或負面反應。對慢性疾病患者而言，所經歷的治療時間較長，相對地接觸到健康資訊的頻率也較一般大眾高，因此，在長期需要接觸健康資訊的過程中，病患是否持續有資訊需求和資訊尋求行為，以及如何去接收資訊，甚或是在資訊取得過程中產生迴避行為，都有待進一步地探討研究。本章就研究主題進行說明，第一節描述研究背景與動機，第二節提出研究目的與問題，第三節說明研究範圍與限制，第四節解釋研究中重要之名詞。

第一節　研究背景與動機

網際網路的普及和通訊軟體的便利性讓現代人不需刻意尋找就能接收到大量的各類型資訊，包括飲食、交通、旅遊、健康等，都可以依照個人所需加以選擇和利用。其中，健康資訊更與穩定的日常生活和生命維持有很大的關連。無論生病與否，健康資訊都可幫助個人了解自身的生理和心理狀態以進行後續的健康決策，人們為了瞭解疾病、預防保健、日常照護等需求會主動尋求健康資訊，亦可能是被動接收他人分享之資訊，甚或是毫不關注。取得健康資訊的管道隨著科技演變也越趨快速和多樣化，包括人際傳播管道，例如：醫療專業人員、親朋好友、病友團體，以及媒體傳播管道，如：報章雜誌、電子及網路媒體（呂淑妤，2011）。網路社群媒體的資訊分享模式（例如 LINE 轉傳）更讓健康資訊的傳播毫無阻礙，當人們對自己的身體狀態產生疑惑時，都可自行檢索或是向他人諮詢健康資訊來解惑，而健康檢查則最能知曉個人實際健康狀態。

健康檢查，是民眾及早發現疾病及早治療的最佳管道，定期健康檢查對民眾

健康的維持和疾病的診斷有很大的幫助。因此各機關單位，像是學校或公司行號，都會要求學生和職員參與健康檢查，以瞭解學生和職員的健康狀態。這不僅僅是一種基本關懷，更能在學生或職員身體不適時第一時間採取應對措施和幫助。研究者在與身邊親友的對話過程中發現，多數人取得健康檢查報告的當下，除非醫生強烈要求複檢，否則通常會依照自身對疾病的認知和當下身體狀況來判讀報告結果，並決定後續的處理方式，例如：無症狀就不去複檢個人可能會因自覺症狀不嚴重、就醫不方便、上班沒有時間等情形而延遲就醫或拒絕複檢（許珍琳，2013；郭淑芬、林雅惠、鄭惠文，2018；鄔恒斐等人，2015），這些行為容易導致潛在疾病被輕忽，影響個人健康的維持。

若從慢性疾病患者的角度來看，無論是主動或被動，在長期配合治療的過程中，都較一般大眾容易接收到大量且龐雜的健康資訊，包括服藥、飲食控制、特殊的健康維持行為、併發症預防等。因此，在健康資訊充斥的狀態下，患者是否全盤接受相關資訊，或是會因某些因素出現忽視或排斥健康資訊之現象而形成健康資訊迴避行為，進而影響其治療情況，都是值得關注的議題。

根據世界衛生組織（World Health Organization，WHO）2014 年的全球非傳染性疾病狀況報告，慢性疾病是一種長期且進展緩慢的健康狀況或疾病，雖然不會透過人與人之間的接觸傳染，但無法自行痊癒也容易引起併發症，主要有心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病四種類型。而我國衛生福利部中央健康保險署（2016）所列的慢性疾病範圍則分為十六大項，包括癌症、糖尿病、高血脂、精神病、心臟病、高血壓等 104 種，在衛生福利部（2017）公布的 105 年國人前十大死因中，慢性疾病就占了八名，分別是癌症、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、腎炎、腎病症候群及腎病變和慢性肝病及肝硬化。一般民眾對慢性疾病的既定印象不外乎是難治癒、需要長期追蹤、併發症很危險等基本認知。面對疾病的當下，無論是患者或其家屬，在科技的發展下，都可借助網際網路的便利性和豐富的資料量來獲得疾病介紹、各種治療方法、病友經驗分享等資訊，且因應不同階段的治療，患者或家屬所關心的資訊內

容也會有所不同，連帶地對健康資訊也會產生多樣的反應，例如：未接受過化學治療之癌症患者會對化學治療後可能產生的結果感到害怕，因此想多了解化學治療對身體之影響以減少害怕感受（莊玟玲、金繼春，2002；陳世娟，2012）；此外，亦有民眾覺得只要忽略與身體潛在健康問題相關的資訊，該健康問題就不會發生（Barbour, Rintamaki, Ramsey, & Brashers, 2012）。由此可見，在不同狀態下，患者對健康資訊的態度和所產生之行為都存在著差異，無論是大量吸收或拒絕接收，都沒有一定的好與壞，端看個人如何去面對及後續對健康之影響。

慢性疾病中，糖尿病不僅會造成心臟和腦血管等併發症（行政院衛生署國民健康局，2006），更位居三高疾病（糖尿病、高血壓、高血脂）之首且在全球成長快速，依據國際糖尿病聯盟（International Diabetes Federation，IDF）發布的《全球糖尿病地圖（IDF Diabetes Atlas），第八版》統計，2017 年全球約有 4.25 億成人（20-79 歲）糖尿病患者，預計到 2045 年可能會達到 6.29 億人。在臺灣，截至 2017 年底糖尿病患者已高達 199 萬人（衛生福利部統計處，2018）。糖尿病是由於人體內胰島素供應不足或是因為身體細胞對於胰島素的利用能力降低所導致的一種慢性代謝疾病，主要依據糖化血色素數值、空腹血糖測試以及口服葡萄糖耐受試驗之結果來診斷。糖尿病的成因在一般大眾的認知裡，以先天家族遺傳和後天飲食習慣二種原因較廣為知曉，但其實糖尿病受遺傳基因、環境、生活習慣等因素影響包含了多種類型，根據美國糖尿病協會（American Diabetes Association, 2010）的分類，主要分為第一型糖尿病（Type 1 diabetes mellitus）、第二型糖尿病（Type 2 diabetes mellitus）、妊娠糖尿病（Gestational diabetes mellitus, GDM）和其他特定類型糖尿病四種。

第一型糖尿病，早期亦稱為胰島素依存型糖尿病，約占糖尿病患者的 5-10%，常見於兒童或青少年，主要是由於體內製造胰島素的 β 細胞遭受破壞導致缺乏胰島素所致，與遺傳、自身免疫系統有關，此類糖尿病的罹患率約占總糖尿病病例的 1-3%；第二型糖尿病，約占糖尿病患者的 90-95%，常見於成年人，通常會有胰島素抵抗並相對缺乏胰島素的狀況，但不全然要依靠胰島素來進行治療，其成

因雖多與體重、飲食習慣有關，可隨著對象的不同、環境的變化，確切發病原因又顯得更為複雜；婦女因懷孕期間生理變化較大，約有 2%-5%孕婦會患有妊娠型糖尿病，妊娠型糖尿病指婦女在懷孕期間發病或初次發現任何程度的葡萄糖耐受不良情況，亦有於妊娠前後發生的可能性；其他特定類型則有β細胞和胰島素的遺傳缺陷、內分泌、藥物引發的糖尿病等（馬賽藍，2015；American Diabetes Association, 2010）。其中以第二型糖尿病患者占絕大多數，且其成因和照護與生活習慣息息相關，吸菸、飲酒、不運動等都容易誘發糖尿病也不利於病情控制（丁彥伶，2016；陳釗偉，2019），因此患者於日常中就需長期接收相關照護資訊以良好控制血糖，預防併發症。

由於糖尿病患者確診後即需終生控制血糖並調節飲食，再者，糖尿病患者因不須長期住院治療，多半仰賴患者的自主管理或親屬的照護，而自主管理又與患者個人的健康素養有關，但臺灣一般民眾受到傳統社會風氣和價值觀影響，容易因為刻版印象而對疾病產生負面感受。倘若患者以前述所提面對健康檢查報告的態度，僅根據自身對疾病和症狀的認知來判斷健康狀況，不遵從醫囑或迴避健康資訊，就有可能因糖尿病帶來之急慢性併發症而危害其身體健康。因此，深入瞭解糖尿病患者之健康資訊迴避行為即為本研究之重點。

第二節　研究目的與問題

自我判斷健康檢查報告內容、不遵從醫囑、拒絕接受疾病資訊等，其實都可視為健康資訊迴避行為的一種，只是一般人多半不會察覺，因為它通常會與其他行為同時發生，而人們也會於不知不覺中因迴避行動而影響後續的健康決策。本研究目的即是為了更瞭解此類型健康資訊迴避現象，協助衛教單位建置健康資訊、提醒患者和患者家屬檢視自身的資訊尋求行為中是否有類似情況，避免其在判斷健康資訊內容時，為獲得符合自己期待的資訊而遺漏掉有幫助的訊息。

本研究透過訪談第二型糖尿病患者來瞭解患者產生健康資訊迴避行為之原因和其具體行為，期望能從中發現減少健康資訊迴避行為之方法，提供糖尿病患者照護機構相關解決對策和較佳之資訊提供方式，做為未來衛教資訊建置參考，減少健康資訊可能帶來的負面感受，藉此幫助第二型糖尿病患者妥善運用資訊和有效的進行疾病控制，延緩相關併發症的發生。

依據研究目的，本研究提出研究問題如下：

一、 第二型糖尿病患者之健康資訊行為為何？

二、 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為為何？

三、 第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因為何？

四、 促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機為何？

第三節　研究範圍與限制

本研究以慢性疾病中的第二型糖尿病患者為研究對象，採用關鍵事件訪談法（Critical Incident Technique）來蒐集資料。由於研究對象及迴避程度的認定以及研究方法之因素，故有其研究範圍和限制，試分述如下：

一、 研究範圍

糖尿病患者中以第二型糖尿病患者所占比例最高，患者年齡層也越趨廣泛，約占各類型糖尿病患者的 90-95%(馬賽藍，2015)，為求更貼近多數患者的現況，故以第二型糖尿病患者為主要研究對象。

根據衛生福利部 2017 年 12 月 28 日發布的「105 年度全民健康保險醫療統計年報」統計，國內約有 192 萬的糖尿病人口，男女性患者各占 51%及 49%；從年齡來看，則是以 40 至 64 歲的中年患者最多，約占糖尿病人口的二分之一，65 歲以上的老年患者則占 44%。雖然老年患者的比重與中年患者相差不大，但因本研究著重在瞭解患者與健康資訊接觸或是搜尋資訊過程中產生的行為，故預期患者能具備基本之資訊檢索技能，像是可自行透過網路、報章雜誌等管道查找糖尿病資訊。因此，考量到多數長輩需仰賴晚輩的協助來查找疾病相關資訊，較無法獨立進行資訊檢索，所以本研究以能使用各類型資訊設備的中年患者為主，並將研究對象年齡範圍訂在 40 歲至 60 歲之間。

對於資訊迴避的認定，在 Narayan、Case 與 Edwards（2011）以及 Sweeny 等人（2010）的研究定義中，皆提及使用者會積極去避開資訊或延遲獲得可用之資訊；但 Addison（2017）指出資訊迴避是存在於持續的資訊尋求行為中，不代表拒絕資訊尋求，使用者亦可能在獲得資訊後以自身的知識背景或信仰來理解資訊內容，透過有偏見的資訊解讀來迴避資訊（Golman, Hagmann, & Loewenstein, 2017）。因此，本研究的資訊迴避範圍不僅是探究主動的拒絕、不尋求、忽略等迴避行為，也包括使用者在被動接收資訊後所採取的行動，如放棄資訊、不運用資訊等。

二、 研究限制

在研究方法的使用上，本研究為了精準找出研究對象之健康資訊迴避行為和瞭解研究對象在行為中的感受而採用「關鍵事件訪談法」。因關鍵事件訪談法強調特定事件，容易使受訪者產生對資訊迴避行為的偏見、只針對某些特定情況來進行說明，且在要求受訪者描述單一健康資訊迴避過程時，亦可能遺漏不同資訊尋求過程下同時存在的迴避行為，無法全面性的蒐集到受訪者資訊尋求歷程中的迴避行動，再加上事件內容多仰賴受訪者的記憶，在精確度上亦有所限制（王梅玲，2012）。在僅仰賴受訪者描述事件的情況下，受訪者對迴避行為的感受和認知即會影響部份研究分析結果之普遍性和精確度。

在研究訪談對象徵求方面，本研究透過網路、實體單位以及親友介紹公開徵求受訪者，雖然尋得有意願且適宜之受訪者，但若徵求對象本身是處於完全迴避健康資訊之狀態，即便是親友的推薦，亦可能會連徵求訊息都不願理睬，更遑論接收訪談。這類型的研究對象是在進行健康資訊迴避相關研究、資料蒐集過程中較無法掌控之困難點。

第四節　名詞解釋

為幫助瞭解本研究用詞及未免誤解文意，本研究參考相關文獻，解釋和定義重要名詞。

一、 第二型糖尿病（Type 2 diabetes mellitus）

第二型糖尿病又稱「成人型糖尿病」，一般發生於 40 歲以上之成年人，特徵為高血糖。此類糖尿病的患病率約占總糖尿病病例的 90%，是最常見的一種類型。患病原因包括遺傳、年齡、體重、生活習慣等，部份患者在被確診為第二型糖尿病時，患者本身並不會表現出任何症狀。第二型糖尿病的治療初期通常可藉由飲食和運動來控制，接著使用降血糖藥，但當後期有明顯的胰島素不足或腎臟病變時，就仍需以注射胰島素的方式來治療；而患有妊娠型糖尿病之婦女，其發展成第二型糖尿病的風險亦較高（黃漢芬，2006；全民糖尿病觀測站，2010）。

二、 健康資訊行為

健康資訊可視是人們日常生活重要的資訊需求之一，民眾在健康時會希望獲得預防、自我照顧及新的醫療資訊（許麗齡，2002）。當民眾生病時，也期望能瞭解疾病的症狀和治療方式，掌握自己的身體狀況（葉乃靜，2007）。這時除了聽從醫生的指示，亦透過網路查找相關資料並自行過濾網路上健康資訊來獲得解答，這樣的查找過程就構成一種健康資訊行為。葉乃靜（2003）的研究亦歸納出健康資訊行為有民眾對政府提供健康資訊之需求強烈但卻無法獲得滿足、文化與健康資訊行為息息相關、健康資訊分享活動頻繁之特色。Jean（2017）也指出消費者健康資訊行為（Consumer Health Information Behavior）涵蓋人們對健康資訊的需求以及他們與健康資訊的互動或不互動的方式，並在人們預防、應對和管理慢性疾病的能力中扮演了重要的角色。

三、 資訊迴避

Information avoidance，中文譯為資訊逃避、資訊避免，又譯作資訊忽視（葉乃靜，2003），雖然此概念很早即出現於國外研究中，但在國內尚無明確和正式的定義。本研究為了更清楚表達使用者在面對健康知識、醫學用藥指示等資訊時產生的拒絕、排斥、閃躲、不遵從等行為，則統一以「資訊迴避」來進行論述。「資訊迴避」是一種防禦性反應，通常指人們為了保護自己的感受或表現，而用來阻止自己學習或獲得資訊的任何行為（Howell & Shepperd, 2017; Shepperd & Howell, 2015; Sweeny, Melnyk, Miller, & Shepperd, 2010），像是避免閱讀相關病例以減少害怕或不安情緒的產生、忽視醫學報導、拒絕醫院提供之疾病篩檢等，尤其人們身處的社會環境更會強烈地影響個人對資訊的處理態度（Yang & Kahlor, 2013）。

第二章　文獻探討

為充實本研究內容，將進一步探討本研究重要概念之理論基礎和相關研究內容，並詳述這些概念在本研究中的角色及影響，第一節探討病患之健康資訊行為，透過瞭解病患之資訊需求和尋求行為，發現資訊迴避和資訊超載現象；第二節提出資訊迴避與健康資訊迴避相關研究，瞭解不同對象之迴避原因和做法等，說明此兩種現象對個人之影響；第三節闡述健康素養之定義和對慢性疾病患者疾病管理的影響。

第一節　病患之健康資訊行為

病患在經醫師確診為第二型糖尿病後，會開始對疾病相關資訊產生需求並進而尋求解答，常見的資訊尋求行為像是徵詢親友意見、請親友協助搜尋疾病相關醫療資訊或是自行檢索，以求更了解疾病之嚴重程度和治療方式，但過多的資料量容易造成患者負擔，也有患者會先經過一段對患病的否定期後才能夠正視疾病相關資訊。

一、 健康資訊需求與尋求行為

(一) 資訊行為

資訊行為是指個人為了辨識和回應資訊需求，運用任何方式來搜尋並使用資訊的活動，資訊行為的內涵包括三大要素，資訊需求和促發需求的因素、回應需求的歷程與行動、影響回應的因素（Wilson, 1997），涵蓋了人們對資訊的需求、尋找、蒐集組織、評估利用等互動內容（黃慕萱，2001）。根據 Taylor（1968）的資訊需求模式，資訊需求分為四個層次：1.內藏式需求（visceral need）：只能意會不可言傳的感受性需求，人們無法清楚陳述模糊的概念；2.意識化需求（conscious need）：人們可以意識到自己對資訊的需求，但僅能勾勒出輪廓；3.正式化需求（formalized need）：人們可以用語言文字具體陳述需求；4.妥協後需求（compromised need）：以資訊系統所能瞭解的語言修正後之需求。經過這樣由

模糊到清晰、由潛意識到具體意識的需求認知過程可以得知，資訊需求是一個動態且主觀的概念，包含生理（如生活、薪資）、情感（如自我實現）、認知（如學習新技術）三方面的需求，當個人意識到自身的內在知識不足以解決外在問題時，會引發情緒上的不安或不確定感，為了減少這樣的感受就會產生資訊需求以改變現況，與個人所處的情境有很大的相關，像是心理狀態、工作、政治經濟環境等（范卉妤，2015；Dervin, 1992; Wersig, 1992; Wilson, 1981），而當個人有了資訊需求，就可能為了回應需求而出現尋找資訊的行動。

資訊尋求行為是指人們意識到自身的各種資訊需求，為滿足其需求而出現具目的性的一連串資訊利用行動（Wilson, 2000）。對於資訊尋求行為，學者們提出了不同的行為模式來進行說明，依照 Kuhlthau（1991）以使用者為主的資訊檢索過程（Information Search Process，簡稱 ISP），廣義的資訊尋求模式有六個階段：開始（initiation）、選擇（selection）、探索（exploration）、形成（formulation）、蒐集（collection）、呈現（presentation），在這六個階段中，分別會有不同的行動、認知和情感的變化。Savolainen（1995）的日常生活資訊檢索模式則認為人們的資訊尋求行為是用於引導每天的生活，獲得解決非工作相關問題之資訊，例如健康照顧及嗜好，將日常生活視為一種情境，主要分為生活方式（way of life）和生活支配（mastery of life）兩種架構，生活方式是依照個人喜好來維持日常事情的順序，生活支配是為了解決問題所採取的資訊行為，當原有的事情順序受到威脅或干擾時，個人就會展開行動以解決遭遇之問題，不只會因認知（樂觀與悲觀）與情感（防禦與悲觀）而異，也受價值觀與態度、所擁有的物質、社會、文化資本和目前生活狀況所影響，進而發展出不同的資訊尋求行為。

(二) 影響健康資訊尋求行為之因素

健康資訊可視為生活中最主要的資訊內容，健康資訊能夠協助個人促進健康、進行健康相關決策以及參與醫療體系（廖韋淳、邱立安、岳修平，2012），又可分為一般性資訊和就醫選擇資訊，前者為具通俗性、廣泛性與教育性之內容，後

者則是個人面對醫療決策等特定情境時產生之需求(邱培源,2002;楊誠恕,2003);亦有學者將健康資訊細分為疾病與藥物資訊、適應資訊、保健與預防醫學資訊、健康照護與醫學倫理資訊、身體功能資訊等五類（Horne, 1999）。當患者進行就醫選擇和疾病治療的同時就可能產生健康資訊尋求行為（health information-seeking behavior），健康資訊尋求行為是一種積極實踐需求的行為，受到個人因素（人口學、心理、認知效能和規範、健康信念）和社會背景因素（社區特性、鄰近的社會資本、媒體倡導）所影響（Jung, 2014）。Beisecker 與 Beisecker（1990）的研究亦顯示患者的健康資訊尋求行為與情境、患者參與醫療決策的態度或社會人口學特性有關。

Longo 等人（2005, 2010）在針對糖尿病患者自我管理的研究中提出一個「患者/消費者健康資訊尋求行為和資訊使用擴充概念模式」（如圖 2-1），這個模式顯示患者/消費者的健康資訊尋求行為和資訊使用會受到情境，包括患者本身的健康狀態、健康照護結構、親友有健康風險或醫藥問題、跨文化溝通、人際互動等；以及個人，像是人口學因素、社會經濟、遺傳、教育程度、文化、語言、健康素養等變項所影響，會進而出現主動尋求資訊或被動接收資訊兩種不同健康資訊行為。具體行動像是注意到資訊並試圖/不試圖取得它、找到資訊並能夠使用或不使用、接收資訊使用或不使用它、接收資訊且利用/不利用它去做健康照護決策等，藉以達成取得控制權、獲得滿足和健康、維持日常活動等目的。

由上述研究可得知患者的健康資訊尋求行為主要因個人本身條件和所處情境兩大方面因素而產生變化，即便是有相同目的之患者亦可能採取完全相反之資訊行為。Lambert 與 Loiselle（2007）分析了 1982 年到 2006 年約 105 篇健康資訊尋求行為相關文獻和報告後亦指出，健康資訊尋求行為被視為健康促進活動和面對疾病時心理調整的關鍵應對策略，多從應對健康威脅、參與醫療決策、以及行為改變和預防行為三個面向來進行檢視。

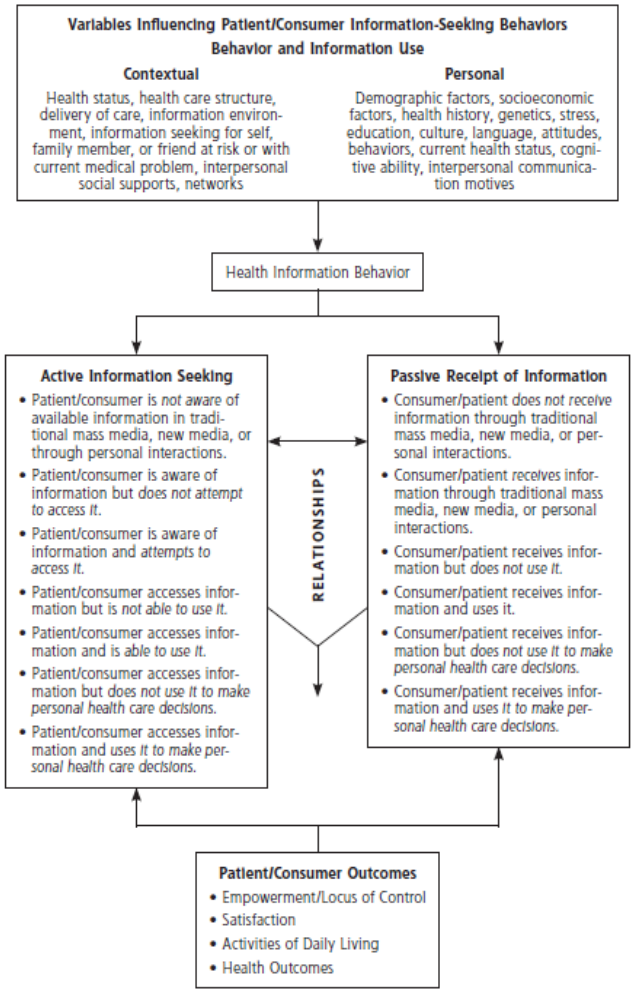

圖 2-1 患者/消費者健康資訊尋求行為和資訊使用擴充概念模式

資料來源：

Longo, D. R., Schubert, S. L., Wright, B. A., LeMaster, J., Williams, C. D., & Clore, J. N. (2010). Health information seeking, receipt, and use in diabetes self-management. *The Annals of Family Medicine*, *8*(4), 334-340. The figure was originally published in Longo, D. R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: A Comprehensive and integrated model. *Health Expectations*, *8*(3), 189-194.

(三) 健康資訊需求

患者的健康資訊行為在未就醫前就已開始，當患者想確認身體症狀是否跟某疾病有關，及其所採取的治療方式時，就會產生健康資訊需求，並在就醫前即渴望獲得疾病資訊，藉以瞭解自身疾病症狀的嚴重程度，評估找醫師諮詢的必要性。在確認需要進一步診療後，則會想獲得有良好醫療經歷的醫生資訊，且在看診之

前，也會想知道該如何準備以利後續診斷（Attfield, Adams, & Blandford, 2006）。

在所有健康資訊需求中，多數患者最希望獲得之健康資訊為醫師相關資訊，像是醫師專長、醫師的醫術和評價，以及是否願與病患溝通，再來是醫療機構的軟硬體條件，包括醫院距離的遠近、醫療環境的優劣等（邱培源，2002），而重大傷病病患因考量到日後長期的照護和可能會有的醫療處遇，像是手術、住院等，打聽醫師資訊之比例更是高於一般門診病患（張淳茜，2000）。

患者的健康資訊需求隨著醫療過程每一階段的進行而不斷增加，確診後，患者需要與病情有關之資訊；進入治療階段後，會是患者最大量需要獲得和接觸健康資訊的時期，這個時期的資訊需求以治療相關資訊為主，治療前，仍可能對診斷結果存疑，需要醫療單位之診斷資訊，以及未來治療方式的合適性、預期效果或其他較佳的治療方法、藥物的效用及潛在的副作用、併發症等詳盡資訊；正式接受治療後，患者開始關心後續健康管理和照護資訊、治癒所需時間、藥品供應資訊和管理策略、保險資訊、可利用的支持系統等，透過了解各項資訊，患者可提前對日常生活進行必要的調整，為未來可能的疾病變化做好準備（Attfield, et al., 2006; Hummelinck & Pollock, 2006）。在整個治療過程中，健康資訊變成患者日常生活最關切的內容，在邱培源（2002）的研究中亦提到，有 96%的病患認為健康資訊對他們而言是很重要的，超過一半會主動詢問健康資訊，當自己身體不適或生病、家人或朋友生病時亦會使他們主動去尋找相關資訊，但在健康資訊尋求過程中仍舊會有不知道如何去尋找所需資訊的困擾，對健康資訊的取得充滿不確定性。

(四) 健康資訊來源

患者健康資訊的來源以親友建議和網際網路為主，考量到資訊的可信度和權威性，醫療機構和健康保健單位應為最主要之資訊取得途徑，但多數患者資訊取得方式主要仍為詢問親友、尋求病友意見和大眾傳播媒體的介紹，藉以獲得檢驗和治療等資訊，若仍有需要才會正式求助於醫療專業人員。親友的經驗談和媒體

的介紹都屬於非專業性的「口耳相傳」，卻會對患者的醫療決策產生很大的影響，尤其在選擇醫師時更是如此（張淳茜，2000；詹志洋，2013；Attfield, Adams, & Blandford, 2006; Sullivan & Wyatt, 2008）。

再者，隨著網際網路和資訊科技的運用，健康資訊的取得和傳播越趨便利，網際網路也逐漸成為主要取得來源，甚至可進行線上醫療諮詢，促使患者普遍偏向於網路尋求解答，尤其是加入患有相同疾病之病友社團來詢問病友意見，病友們的經驗談和建議反而較醫療專業人員更易獲得病患認同。然而，這並不表示患者完全不重視醫療機構所提供的資訊，相反地，他們普遍認為醫院應主動提供健康資訊，像是提供小冊子或是於醫院設置固定的健康服務場所，只是有很多時候他們不知道醫院有提供這類型服務（邱培源，2002）。研究者實際觀察目前各大醫院網站，已有許多醫院成立特定疾病之資源中心，建立完整的之健康資訊網供病患和家屬們參考。

綜上所述，多數患者渴望獲得健康資訊，資訊來源亦相當多元，雖然健康資訊尋求行為會因患者的態度和社會背景條件以及所處情境而有所不同，但都期望可藉由此行為來幫助患者擬定健康管理策略和進行醫療決策。

二、 慢性疾病患者之健康資訊行為

慢性疾病患者與一般感冒患者最大的不同在於治療時間的長短和階段性治療方式的變化，不像感冒可於短時間內痊癒，慢性疾病可能需花上好幾個月、甚至是好幾年的時間來治療和控制，在這段期間，隨著不同階段的疾病治療、照護以及復健過程，患者就可能經歷多次的健康資訊尋求行為。患者關注的不僅有用藥、照護方法等治療資訊，也重視復健與健康促進資訊，包括飲食、運動、睡眠等（胡月娟、林豐裕，2005；Hwu, Coates, & Boore, 2001）；當患者有醫療需求時，則會尋求醫院和醫師評價、病友就醫經驗等資訊以決定就醫之醫療院所（梁嘉玲，2015），而不同慢性病患著重的資訊內容則會有些許的差異。

(一) 癌症患者

以癌症患者為例，患者健康資訊的搜尋方式有主動尋找資訊、被動接收資訊、或是不尋找資訊，即便收到資訊也會表現出不同的使用狀況，每一個行為都受到患者本身教育程度、年齡、性別、收入等因素之影響（Longo, 2005; Longo et al., 2009; Mayer et al., 2007）。

1. 癌症患者的資訊需求

癌症患者的資訊需求會隨著癌症治療歷程而有所變化，尤其診斷初期會影響患者後續的照護（Leydon et al., 2003），所以瞭解患者每個階段的資訊需求有助於協助患者進行健康管理。研究發現，癌症患者最常關注的是治療相關資訊和特定癌症資訊。

在確診後治療前階段，患者會想瞭解疾病歷程和具體的診斷資訊、治療方法和建議、治療副作用、治療風險和預期成效等資訊；在進行放射線治療或化學治療期間，除了治療相關檢驗結果、特定癌症之診斷和照護方式，治療過程的心理資訊亦為患者所需之資訊內容；治療後階段，患者則轉而關注副作用的減緩、飲食選擇、身體自我保健和護理、預後調理等復原資訊（莊玟玲、金繼春，2002；陳世娟，2012；Lin & Tsao, 2004; Rutten, Arora, Bakos, Aziz, & Rowland, 2005）。

當結束治療進入追蹤階段後，患者較需要的則是如何預防復發和健康維持等資訊，每一階段的資訊都是在幫助患者評估並做重要的健康決策，例如是否要接受手術、選擇何種治療方式等（陳世娟，2012；Talosig-Garcia, & Davis, 2005）。由上述研究可知，癌症健康資訊可幫助患者瞭解每階段之疾病治療過程，減少不確定感和恐懼（Leydon et al., 2000），增加對醫療決策的信心程度。進一步探究癌症患者產生資訊需求之動機則可發現，患者會因從醫護人員獲得之資訊不夠充足、想明確知道治療所帶來的變化而渴望獲得更多資訊以減少不確定感，另有患者希望能夠有所準備，明確控制自身的治療狀況（莊玟玲，2002）。

2. 癌症患者的資訊來源

癌症患者資訊來源有醫療專業人員、病友、家人朋友、衛教文宣資料（如小

冊子）、報章雜誌、圖書、網際網路等，癌症患者在診斷和治療階段最常從醫療專業人員獲得癌症專業資訊，與醫護人員面對面的溝通最能滿足患者的資訊需求。醫療專業人員以外的資訊來源，則以網際網路和書籍報章雜誌較常被患者提及，部份患者使用網際網路作為主要的資訊檢索管道，但亦有部分患者依賴書籍和報章雜誌來獲得健康資訊，傳統紙本印刷資料雖然不具備網際網路的即時性，但在內容上已可解決患者大部分之資訊需求（Rutten et al., 2005; Lambert, Loiselle, & Macdonald, 2009; Longo, 2005; Mayer et al., 2007）。

病友之間的經驗交流則是一種資訊分享行為（information sharing），患者分享彼此獲得之最新資訊並學習治療過程中可能會遇到的狀況（Lloyd, Bonner, & Dawson-Rose, 2014），有助於患者的自我照護。然而，並非所有癌症患者皆願意接收這麼多的健康資訊，部分患者為了持續過正常的生活、穩定情緒、保持希望，會有限度地尋求資訊或者拒絕資訊，特別是太詳細或不安全的資訊（Lambert et al., 2009b; Leydon et al., 2000; Mayer et al., 2007），全然取決於患者面對癌症時的態度。

(二) 糖尿病患者

對糖尿病患者而言，疾病的照護和控制是長期且極需耐心的過程，治療方式包括飲食治療、體重控制、自我血糖監測、口服降血糖藥或注射胰島素等（王璟璇、王瑞霞、林秋菊，1998；Polly, 1992）。Longo 等人（2010）於糖尿病自我管理者的健康資訊行為研究中，針對糖尿病患者如何尋求和使用健康照護資訊提出了說明。多數患者是被動地接收糖尿病相關資訊，患者不會積極尋找健康資訊，僅會在日常活動（像是看電視、閱讀報紙或雜誌）過程中自然而然地看到糖尿病相關健康資訊；患者會主動組織自身的資訊來源網絡，包括網際網路、平面印刷資料、人際關係、健康照護專業人員等，並將網路視為管理糖尿病的重要資訊來源，蒐集糖尿病專業網站（如 diabetes.com, WebMD, American Diabetes Association 等）和有助於健康管理的飲食運動類網頁。患者也持續使用書籍和小冊子，親友

亦常是患者管理糖尿病的諮詢對象，尤其是有糖尿病史的家庭，家人間的討論有助於患者理解和使用糖尿病治療照護資訊。而患者雖可於各來源網絡輕易獲得健康資訊，但隨著資訊量的日益增加和多樣化，資訊超載反而成為患者自我健康管理的阻礙。

因此，當患者無法理解資訊內容或當親友提供的資訊內容與其他資訊來源產生矛盾時，患者會選擇與健康照護專業人員進行討論，透過健康照護專業人員的幫助來理解和管理資訊。這一連串資訊接收、理解和溝通過程與患者本身的健康素養有關，健康素養會使患者理解和使用資訊的能力有所改變，進而造成資訊行為的差異，所以患者即便擁有基本閱讀能力，亦要能運用資訊才有助於疾病的自我管理。

綜上所述，慢性疾病患者的資訊行為在個人內在條件和外在環境等各種因素影響下，已逐漸多元和複雜化，不僅僅只是單方面的接受資訊、資訊來源也不僅限於醫療單位，而是會依照患者個人的疾病歷程及在不同情境下產生的資訊需求來進行調整，透過理解資訊內容或與他人溝通等多方面的互動過程，學習管理來自四面八方的健康資訊並做出健康決策。

第二節　健康資訊迴避

身處於資訊時代，人們每天會接觸到相當多資訊，每一分鐘都在產生成千上萬筆的資料搜尋內容，但真正使用到的可能只是冰山一角。在這許多的資訊尋求行為中，並非所有資訊的取得都是正面積極的。有些資訊的取得會伴隨負面影響，尤其是跟人生命息息相關的健康問題更加受到重視。患者在確認自己得到慢性疾病並接受治療的過程中，除了主動查找或被動接受健康資訊之外，其實也可能伴隨著拒絕或避免接受資訊的行為，只是常不易被人們察覺，這樣的現象即可視為健康資訊迴避。

一、 資訊迴避

減肥時偏向不主動知道甜點的卡路里、高風險疾病者拒絕進行篩檢、選擇性瀏覽符合個人政治傾向的新聞等，當人們認為某些資訊會讓自己痛苦，他們通常會避免那些可幫助他們做出更好決策的訊息（Rea, 2017），這類型的行為都可視為資訊迴避。

資訊迴避（information avoidance）在國外很早即有相關研究且越來越受到關注，但在國內卻甚少被提及或僅是簡略敘述，並未深入探究，尤其當資訊行為廣泛被探討的同時，資訊迴避仍甚少被提及。其實資訊迴避常伴隨個人資訊尋求一起出現，且存在於持續性的資訊尋求行為中，非單次性的反應，也不代表拒絕資訊尋求（Addison, 2017）；葉乃靜（2003）針對 SARS 流行期間民眾健康資訊行為的研究即發現在大量訊息持續性出現的情境下，民眾會出現資訊迴避（information avoidance）的現象。Johnson（1997）在探究癌症相關資訊尋求行為、評估資訊取得便利性時則提及，若資訊取得不易可能會使人們選擇迴避資訊（avoid information）。

國外一項資訊行為研究，分析了 2305 則網路日誌內容、共 468 位參與者的研究結果亦顯示，資訊迴避是常見的日常現象，參與者會為了維持現狀、不願影響已決定事項或不想干擾目前的思維方式而積極地迴避資訊。這樣的情況主要顯

現在財務、醫療、宗教和某些政治問題上，像是教徒拒絕與其信仰有所抵觸的任何資訊、個人因擔心壞消息所以避免瞭解自身財務狀況、懷疑疾病會嚴重改變目前生活方式而避免尋求醫學診斷等，亦有參與者在與他人資訊交流過程中，為減輕傷害或避免造成對方痛苦，會避免提供特定資訊。這些現象包括了主動迴避（例如要求他人不要提供資訊）和被動迴避（例如不問他人會透露資訊的問題），無論何者都會對人們的健康、經濟、個人關係產生影響（Narayan, Case, & Edwards, 2011; Sweeny, 2010）。因此，我們可以看出資訊迴避與個人當下所處的環境、心理和生理狀態有極大的相關，對生活也會產生很大的影響，所以不僅是在資訊科學，在心理學、經濟學等領域都逐漸收到重視。

從心理學的觀點來看，Sweeny 等人（2010）整合了多領域資訊迴避的研究成果，探討何謂資訊迴避、何時會產生資訊迴避、為何發生，以及資訊迴避者之間的個體差異，並歸納出一個廣泛的資訊迴避決策架構（如圖 2-2），將資訊迴避定義為任何防止或延遲獲得可用，但可能不想要的資訊的行為。原因有兩面向，一個是個人在應對資訊上的差異（如管理不確定之資訊），另一個是情境因素，像是想控制資訊的結果、資訊處理能力的程度、資訊的可用性和可近性以及對資訊內容的期望。根據這兩個面向整理出個人迴避資訊的三個主要動機：

1. 調節自身情緒：為了減緩負面感受。
2. 採取行動的義務：行動的義務意指資訊可能會強制個人採取不願意的行為。
3. 威脅到個人信仰或信念：資訊內容與個人一直以來的信念相悖。

在這些動機影響下個人就容易對資訊產生質疑，並進而做出資訊決策、決定要繼續尋求或迴避資訊。透過圖 2-2 的架構可以發現，特定情境或事件會影響資訊的接收。對患者而言，生病所帶來的心理變化更可能對患者行為產生顯著的影響，因此根據本研究目的，將以心理學觀點所建置的資訊迴避決策架構圖為基礎，作為後續進行研究設計時定義健康資訊迴避、決定研究方法時的參考依據。

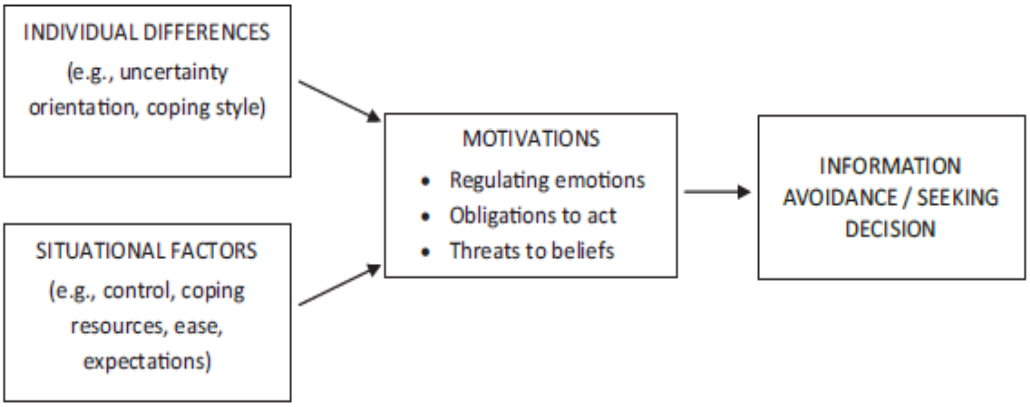

圖 2-2 瞭解資訊迴避決策的架構

資料來源：

Sweeny, K., Melnyk, D., Miller, W., & Shepperd, J. A. (2010). Information avoidance: Who, what, when, and why. *Review of General Psychology*, *14*(4), 340-353. doi:10.1037/a0021288

近年，經濟學領域對資訊迴避也愈趨重視，在進行經濟決策分析時，資訊具備一定程度上的價值，且通常有助於做較佳之決策。Golman、Hagmann 與 Loewenstein（2017）三位學者從經濟學等學科領域的角度來說明影響人們資訊迴避的因素和行為，並進一步探討資訊迴避造成的個人及社會成本。

資訊迴避原因有享樂導向（hedonically driven information avoidance）和策略導向（strategically driven information avoidance）兩種類型。以享樂主義為主的資訊迴避主要與心理狀態相關，Golman 等人（2017）歸納出七個會使個人產生資訊迴避的原因：違反預期效用的風險偏好、厭惡失望、減少焦慮、厭惡後悔、注意到不利資訊、想保持樂觀和信念投資。人們預期資訊會影響到自己未來的行為或其他行動時，就會迴避資訊以達成自己的目的，這樣的方式稱為策略導向的資訊迴避，包括自我的策略迴避（intrapersonal strategic avoidance）和人際的策略迴避（interpersonal strategic avoidance）。自我的策略迴避是指當一個人內心出現衝突矛盾時就會策略性地迴避資訊以作選擇，就好比在吃蛋糕和維持健康之間作抉擇時，人們會不想知道蛋糕對身體的影響以便當下能安心享用，或是運動員迴避競爭對手的相關資訊以維持訓練意志，內心衝突亦可能來自於偏見等各種心理

機制；而在人際交往中，資訊則會因為影響對方行為而被公開地避免，亦即在某些情況下，資訊的獲得反而會產生問題，例如慈善機構允許外部研究人員評估機構整體有效性時就可能導致內部資訊被公開。Golman 等人（2017）提出的資訊迴避行為則包括：

1. 具體行動的迴避（physical avoidance）：人們可以選擇避免閱讀特定的報章雜誌、收看特定電視節目以及與特定對象對話，有些人則是避免暴露於這類資訊中，像是拒絕回診以逃避醫學檢驗結果。
2. 不注意（inattention）：享樂動機會使人們分配其注意力，比起資訊的有用程度，人們更會選擇注意積極的資訊，而不去注意對其不利或具威脅性的資訊。
3. 有偏見的資訊解讀（biased interpretation of information）：人們為了維持心理上的安定，會選擇以不違背自己信念和信仰的方式來解釋資訊內容，當資訊與信念和信仰產生衝突時，人們會轉而質疑其公正性，反之，則是運用其知識背景來強化資訊觀點。
4. 遺忘（forgetting）：忘記已獲得的資訊也是常見的迴避資訊策略，人們選擇排除負面資訊來面對不愉快的生活經驗。
5. 自我妨礙（self-handicapping）：自我妨礙是一個高度專業的資訊迴避策略，也可視為一種預防措施，個人為了避免可能產生的挫敗和不利結果而選擇與自身能力相當或減弱其表現的行動，為自己後續的成敗製造可信的藉口以保護自我價值和自尊，例如故意拖延、考試前不複習等。

在眾多的資訊（尋求）行為模型中，Wilson（1997）提出的資訊行為模型（如圖 2-3）雖未明確地標示出資訊迴避現象，但模型中的壓力/因應（stress/coping theory）理論解釋部分資訊需求會因壓力而不被使用於資訊尋求行為，意即個人在壓力的影響下會捨棄部分資訊需求，顯示個人資訊行為不一定都是積極主動地尋求，也會考量到迴避行為（avoidance behaviors）（李明昌，2015；陳世娟，2012）。

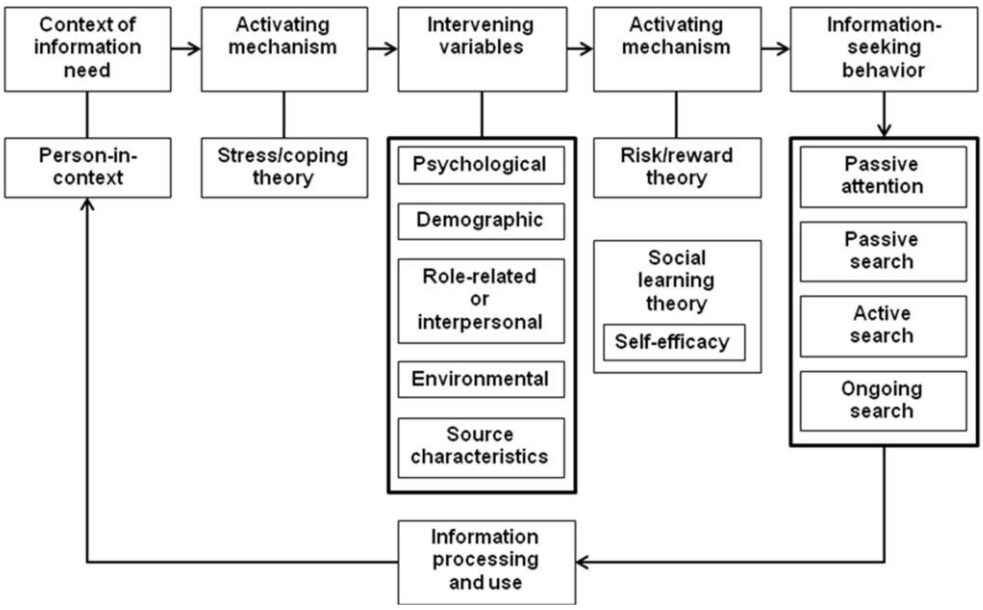

圖 2-3 Wilson, T. D.資訊行為模型

資料來源:

Wilson, T. D. (1997). Information behaviour: An Interdisciplinary perspective. *Information Processing & Management*, *33*(4), 551-572. doi: https://doi.org/10.1016/S0306-4573(97)00028-9

壓力/因應跟個人的心理狀態有很大的相關性，過大的壓力帶來的心理感受會促使個人發展出各種因應策略，一種是問題焦點的因應（problem-focused coping），個人會嘗試尋找可解決壓力問題來源的具體方法，擬訂計畫並確實執行；另一種則是情緒焦點的因應（emotion-focused coping），個人運用各種防衛機制如壓抑、替代、否認、反向行動和投射等來減少或控制壓力事件所帶來的不安、沮喪感、痛苦、緊張等負面情緒，像是轉換自我對情境的認知、抑制衝動行為、下意識遺忘某些經驗、強化正面思考或暴飲暴食等（Billings & Moos, 1984; Lazarus & Folkman, 1984）。

除此之外，亦有學者將壓力/因應分為接近（approach）和迴避（avoidance）兩種模式，並進一步從認知和行為兩方面來檢視個人的因應策略，在認知上，個人會選擇積極面對壓力事件，在接受現況的同時調整自己的心理狀態到適合的情況，或是出現否定壓力事件、消極接受現況並說服自己不嚴重等迴避心態；在行為上，則是尋求協助，以具體行動來處理壓力事件，或是用新的活動來取代壓力

事件，藉以發洩和舒緩緊繃的情緒（Moos & Schaefer, 1993; Roth & Cohen, 1986）。

由此可知，在壓力事件的影響下，人們並不完全會面對和解決問題，也可能出現逃避和選擇遺忘等行為（陳世娟，2012）。而焦慮、不確定感、恐懼等都是慢性疾病患者常有的負面情緒（Thomas-Hawkins & Zazworsky, 2005），在這樣的負面情緒下，會讓患者產生一定程度的壓力反應。傳統社會對糖尿病及其併發症的刻板印象，也對患者產生極大壓力，致使患者選擇隱瞞病情而不去看醫生、誤信偏方，使病情惡化（林秋菊，2011）。因此，壓力情境可視為促使患者產生健康資訊迴避的重要因素之一。

二、 健康資訊迴避

儘管健康資訊是人們生活中很重要的資訊，且大部分的資訊尋求過程和心理理論中，人們會積極地尋找資訊，但有時人們為避免心理不適會選擇迴避接觸到的疾病知識，無論是與自己本身或他人相關，如逃避癌症遺傳檢測（Case, Andrews, Johnson, & Allard, 2005）、不想知道伴侶或配偶是否有遲發性遺傳疾病（Yaniv, Benador, & Sagi, 2004）。健康資訊迴避是一種根據情境產生且會在資訊尋求過程中經常發生的資訊行為，受到個人人格特質（健康動機和健康認知）、特殊情緒（害怕、厭惡、不感興趣）、資訊來源（如傳統醫療機構、病友、其它健康從業人員）影響所致（Addison, 2017）。

當人們感受到會有負面情緒的風險或是不符合個人需求（Hummelinck & Pollock, 2006; Sairanen & Savolainen, 2010）、缺乏個人和人際資源或社會支持（Howell & Shepperd, 2017; Howell, Crosier, & Shepperd, 2014）、對癌症的恐懼（Nelissen, Beullens, Lemal, & Van den Bulck, 2015）等因素都會促使個人出現選擇性的取得健康資源、避開醫療人員、避免思考健康議題、拒絕健康資訊（Hummelinck & Pollock, 2006; Persoskie, Ferrer, & Klein, 2014; Sairanen & Savolainen, 2010）、避開篩檢以迴避癌症風險資訊等行為（Emanuel et al., 2015）。

在 Addison 與 Freund（2015）一項壓力對健康資訊網站選擇影響的實驗研究前測統計就顯示，有 7%的參與者在面對一個有壓力的醫療環境時會出現某種程度的健康資訊迴避現象，原因在於那樣的環境讓參與者擔心害怕，或是參與者選擇相信其醫療團隊而拒絕其他資訊等。Barbour 等人（2012）以大學生和社區居民為對象、探討不確定性和資訊管理模型發展的調查研究結果也指出，超過半數的受試者表示他們不想聽到健康相關議題或是曾試圖迴避健康資訊，並進一步整理出人們迴避健康資訊的原因和行為，迴避的原因有：

1. 維持希望或否認（maintain hope or deniability）：疾病高風險族群相信只要忽略與健康問題相關的資訊，那個疾病就不會發生。
2. 抵抗過度曝光的資訊（resist overexposure）：過多又重複的健康議題會讓人們覺得疲憊。
3. 接受行動上的限制（accept limits of action）：當人們覺得沒有即時性或是無有效阻止疾病的方法時就寧願選擇迴避。
4. 管理有缺陷的資訊（manage flawed information）：人們對不具專業性和來源不夠明確的資訊會存疑或避而不談。
5. 維持界線（maintain boundaries）：在某些情況下，健康資訊的提及和獲得是不適當甚至是被禁止的，例如談論他人的疾病症狀、治療狀態等。
6. 維持現狀（continue with life=activities）：人們不願原本習慣或樂在其中的生活或活動因健康問題而被干擾或中斷。

文獻中也指出健康資訊迴避的行動包括移除或忽視刺激（removing or ignoring stimuli），如避開可能提供健康建議（如醫生）的人；以及控制對話（controlling the conversation），如轉移話題、調整對話內容、保留對疾病症狀的描述以降低其他相關資訊被提及的機會。前述研究顯示健康資訊迴避現象包括了正負面的影響，就正面而言，避免來源不明的資訊可減少錯誤訊息的傳遞、維護他人疾病隱私則是一種尊重；反之，當個人說服自己避免健康資訊疾病就不會發生、輕忽治療即時性，就容易錯過疾病發現和治療的黃金時期。

對慢性疾病患者而言，服用藥物通常會是主要的治療方式，但隨著治療時間拉長，會使患者產生倦怠感或是害怕對藥物產生依賴性，再加上慢性疾病藥品種類多、藥物產生的副作用、藥物價格等因素，進而使患者出現不遵從醫囑、自行減低藥量或停藥的迴避行為（Hussar, 1975）。尤其第二型糖尿病患者中有相當大的比例容易出現服藥不遵從的狀況，原因包括複雜的給藥方式、安全考量、社會經濟議題、患者教育和信仰、社會支持等（Bailey & Kodack, 2011），但不服藥會導致疾病控制不佳、加速病情的惡化，危害患者健康。

從慢性病患者停藥因素和前述研究提出的健康資訊迴避原因可以發現，健康資訊迴避與健康信念模式（Health Belief Model）亦有相關，健康信念模式是一套適用於解釋民眾預防性健康行為和醫囑遵從行為的理論模式，包括了幾個重要元素（紀雪雲，2000）：1.自覺罹患性：個人對罹患疾病之可能性的主觀評估，如質疑診斷結。2.自覺嚴重性：個人對罹患某種疾病之嚴重性的感受，如症狀輕微而不就。3.自覺行動利益：個人對所採取之行動能否降低罹患和嚴重程度的主觀性評估，如覺得治療方法不會帶來太大效果而不採。4.自覺行動障礙：個人對行動過程中可能存在之障礙的評估，如花費太高、會痛、有副作用。5.其他變項：修飾因子和行動線索，修飾因子指人口學變項（如年齡、性別等）、社會心理學變項（如社經水準等），以及結構變項（如對疾病的認知和接觸等）；行動線索包括內在的（如疾病的症狀）和外在的（如大眾傳播的報導、人際互動和健康檢查結果通知等）。顯見個人面對疾病時的反應和認知會促使健康資訊迴避行為的發生。

從文獻中亦可得知健康資訊迴避會在某種情境中出現，較一般大眾所認知的常見，健康資訊迴避行為的產生並非代表不健康，而是個人透過迴避健康資訊的方式來達成多種的溝通目標（Barbour et al., 2012）。不遵從醫囑也不應視為一種行為偏差，而是患者經思考後選擇表現的行為（Osterberg & Blaschke, 2005），就好比部分慢性病患者不盡然會完全遵從醫護人員的指示來執行健康維護，而是根據自己的生活經驗、想法、知識來判斷何者對自己有益後選擇忽略或避免相關資

訊（Bakker, Kastermans, & Dassen, 1995; Leydon et al., 2000）。這樣的做法並不表示患者就無法有效地管理疾病，而是患者根據自己的學習經驗所做出的認知性抉擇（Bakker et al., 1995），就如 Golman（2017）所說，人們資訊迴避都是有理由的，不接受基因檢測的人覺得可以享受生活，直到他們的疾病無法被忽視為止（Rea, 2017），端看患者本身對疾病的態度而定。

綜合上述，健康資訊迴避可說是人們在不同情境下的資訊尋求過程中，因個人心理、生理需求、環境變化等內外在因素而對健康資訊產生避免、閃躲、拒絕接受等主動或被動迴避行為，進而影響個人健康狀況、健康決策，以及社會醫療照護之重要現象。

三、 資訊超載

從懷疑罹患疾病、進行檢查、確診，到疾病治療的過程中，患者除了自己主動尋求的資訊之外，也同時被動地收到來自親友、大眾傳播媒體、醫療衛生機構所提供的各種相關健康資訊，像是治療方法、飲食指南、照護手冊等等，尤其慢性疾病患者更容易因多階段的治療而取得醫療單位許多的衛教說明文件，加上醫療專業人員為使患者更了解自己的疾病，會反覆進行衛教提醒，在這樣的過程中，患者可能會因資訊量過多而感到混淆。當資訊無法有效地幫助到使用者，反而成為一種阻礙、讓使用者感到不知所措時，就會產生「資訊超載（information overload）」的現象（Bawden, Holtham, & Courtney, 1999）。

資訊超載對一般大眾而言，是指當資料量太過龐大，個人面對超過其認知能力所能處理的情境、無法從中萃取出想要的資訊並進行有效處理，或是負荷的資訊量讓個人感到壓力或工作效能降低時所產生的一種心理狀態，包括內在的焦慮情緒，和為了使內在心理恢復平靜而產生，刻意忽視過多資訊的外顯行為；亦有因資訊過多或接收太快無法自我整合而錯誤解讀資訊的情況發生，進而影響個體做重要決策，在極端情況下更有可能損害到個體之健康（李元喬，2011；賴玲玲，2013；Bawden, 1999; Nelson, 1994）。從相關文獻研究中可以歸納得知，個人產

生資訊超載的原因主要有負荷的資訊量太大、資訊過於複雜和多樣化、資訊內容模糊不明、資訊過於分散等（許文綺，2002；Bawden, 2001; Hahn, Lawson, & Lee, 1992; Labor, Schommer, & Pathak, 1995; Schneider, 1987），著重在個人面對資訊環境時所產生的認知感受。

資訊超載為個人帶來的影響涵蓋生理、心理與社會效應問題（許文綺，2002），資訊超載會使個人在搜尋資訊時常常無法快速找到自己所需之資訊，從而影響個人決策品質（曹傑能，2009；劉忠峰、林宏榮，2014），張愛華等人（2012）探討網路資訊超載對購物決策影響之研究即證實資訊超載對個人決策正確性和信心有顯著的影響。

對患者而言，診斷或治療期間會收到像是醫院政策方針、藥物副作用說明單、照護經驗分享、醫學照護知識等衛教資訊（Hanka & Fuka, 2000），當資訊量過多或是資訊中有醫學專業術語，患者無法順利解讀內容或找到特定問題答案時會開始感到困惑、焦慮或壓力，造成醫療決策上的困難。在這樣的情境下，患者會利用自身的過濾機制來進行調節並篩選資訊，藉以減輕資訊超載之壓力，從而於資訊尋求過程中出現資訊迴避行為（Addison, 2017; Hummelinck & Pollock, 2006），相關研究即指出癌症資訊超載(CIO, cancer information overload)可用來預測患者的癌症資訊迴避狀況(CIA, cancer information avoidance)，患者面對不確定資訊所出現的焦慮情緒也會透過癌症資訊超載間接造成患者產生癌症資訊迴避（Chae, 2016）；劉忠峰與林宏霖（2014）的研究更證實資訊超載會影響慢性疾病患者利用衛教資訊來執行自我健康管理的意願。

從上述研究中可以得知，無論是對一般大眾或患者，資訊超載皆會影響其心理狀態，尤其是產生負面情緒，進而出現資訊接收不良的狀況，連帶出現資訊迴避行為，進而影響一般大眾的資訊決策以及患者的健康決策，降低患者疾病控制管理的品質。

第三節　健康素養

健康素養可以視為個人實踐健康資訊的重要要素（Lloyd et al., 2014），隨著醫學的快速發展和知識傳播形式的轉變，無論是醫學專業知識、基本健康管理或是疾病治療照護等有助於人們維持健康的資訊量越來越多且都能輕易取得。個人在尋求健康資訊的過程中，對資訊內容的理解力、資訊正確性的判斷力、選擇資訊的方式，以及如何去運用資訊都可能會影響個人決定拒絕或接收健康資訊，甚至是後續的醫療決策，而這些理解判斷的能力都可視為個人的健康素養。因此，探究健康素養對個人甚至是患者的影響就顯得為重要，也有助於發現產生健康資訊迴避行為的原因。

一、 病患的健康素養

(一) 健康素養的定義

依照美國國家醫學圖書館（National Library of Medicine）的定義，健康素養是「為作成合適之健康決策之所需，個人所具備之獲取、操作及了解基本健康資訊與服務知能之程度」（蘇哲能等，2008）。在健康醫學領域中是相當受到重視的一環。過去人們接觸醫學相關知識之機會不高，故罹患疾病時多以醫囑為依歸，但現今在網際網路的助力下，各種保健食品、用藥資訊甚至醫療諮詢都可快速於網路上獲得解答，在多樣且來源不一的資訊中，如何從中去判斷和選擇最符合需求且正確的資訊來做為健康管理的依據就端看個人的健康素養（Brey, Clark, & Wantz, 2008; Escoffery et al., 2008）。

健康素養不僅僅是閱讀資料、看得懂衛教資訊和藥物說明，更是一種能應用和分析健康資訊的能力。在 Nutbeam（2000）提出的健康素養模式中即指出個人健康素養包括三個層面：1.功能性健康素養：基本的讀寫能力，能瞭解健康風險和使用基本健康服務系統；2.互動性健康素養：在前項的基礎下擁有能獨自與不同資訊來源管道溝通的能力；及 3.批判性健康素養：分析和應用健康資訊的能力，有助於個人因應社會和經濟變化來進行健康決策。Mancuso（2008）的研究中更

進一步提出結合文化、互動、情境、溝通和自主管理等涵蓋多面向的新定義：「健康素養是一個不斷發展的過程，包含基本才能、理解能力和溝通能力。」（如圖2-4），透過這樣的解釋來全面反應現代人面對多元資訊下所應具備的重要技能。

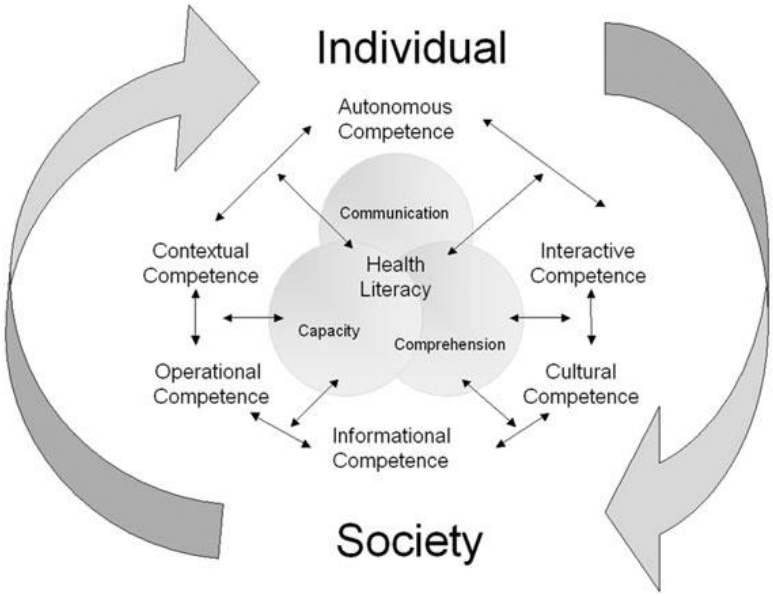

圖 2-4 健康素養：一個概念模型

資料來源：

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A Concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, *10*(3), 248-255.

(二) 對患者的重要性

健康素養被視為是衡量患者閱讀、理解和執行醫囑能力的一項重要指標，對患者疾病與自我健康管理知識之了解有很大的影響（Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008; Lee, Arozullah, & Cho, 2004; Schillinger et al., 2002）。低健康素養的患者對書面資訊的理解能力較低，可能造成資訊超載的感受；反之，擁有高健康素養的患者較能理解並遵從醫囑指示，進而做出較佳的決策以得到疾病控制的療效（劉忠峰、林宏榮，2014；Baker et al., 2011; Hope, Wu, Tu, Young, & Murray, 2004; Juzych et al., 2008; Muir et al., 2006; Osborn, Paasche-Orlow, Davis, & Wolf, 2007）。

從慢性疾病患者角度而言，健康素養已被認定為一種在疾病治療過程中逐步練就且必備之技能，可視為一種社會導向的健康資訊實踐，將人們與知識連接起

來，並使人們能夠從一系列資訊來源中去作出決策；將健康素養從功能觀點重新定位為社會文化實踐的角色（Lloyd et al., 2014）。慢性疾病患者的健康素養會影響其對於衛教資訊的態度、主觀規範、認知行為控制以及使用衛教資訊來自我健康管理的意向（劉忠峰、林宏榮，2014），因此健康素養的提升，不只能使個人擁有更好的健康狀況，也能改善患者的健康行為，避免醫療資源的浪費，對國家社會經濟的發展是有所助益的（廖嘉音，2010；Baker et al., 2007）。

健康素養在患者的健康決策過程中扮演著重要的角色，要瞭解患者的健康素養，除了進行健康素養檢測之外，最簡單的方式就是看患者是否能理解醫生說明和用藥指示，以及是否能與醫護人員進行溝通、提出自己的健康需求，醫生和病患之間可透過互信尊重的交流，彼此分享資訊，共同找出最有利於疾病控制與日常生活照護的策略（林秋菊，2011；Curtin et al., 2005）。而最明顯能驗證健康素養對患者重要性的部分，則是看患者的自我健康管理能力，現今醫病關係比起過往以醫療專業人員為主的模式，逐步轉為以患者為中心（林秋菊，2011），強調患者所擁有的賦權（patient empowerment），即患者對其健康事務決定的權力，患者在擁有基本運用健康資訊的能力之後，可主動使用這個權力來選擇對自己有意義的資訊和行動，尤其著重在提高患者對自我疾病的認識、以及能理解治療期間的各項照護方式等，醫療專業人員傾向於扮演從旁輔助、給予資訊、提供諮詢的角色，最終決策者還是在患者本身，而非以醫囑為依歸。

綜上所述，慢性疾病患者具備之健康素養在其長期的疾病控制中就成為很重要的一環，尤其糖尿病是一個複雜的疾病，若患者對健康資訊有良好的理解能力，更有助於患者自我健康管理和醫護人員的照護（Stiles, 2011）。王瑞霞（2016）在探討賦權與健康素養對糖尿病患者自我健康管理行為的影響中就提到：「健康專業人員在賦權給糖尿病患者主動參與健康事務的決定之前，須確認其具有足夠的健康素養能做出合理且明智的決定。」足見健康素養對患者健康維持的重要程度。

二、 缺乏健康素養的影響

(一) 對一般大眾而言

個人缺乏健康素養，不僅降低對疾病、用藥和治療方式的理解能力、增加疾病管理上的執行困難、更無法利用保健系統來取得照護服務；對個人疾病的預防篩檢也有不良的影響，Davis 等人（1996）的研究指出低健康素養可能是造成婦女乳房攝影篩檢利用率不高的主因之一，疾病預防保健知識的不足會延誤防治的最佳時機、增加併發症的發生率（張慶華、黃菲菲、朱愛群、張靜平，2014），連帶產生較高的醫療費用，美國即曾有研究指出因成年人缺乏健康素養導致每年增加了 690 億美元之醫療費用（Primack, Bui, & Fertman, 2007），造成國家醫療保健服務的負擔。

健康素養的缺乏對醫病關係也會有很大的影響，部分患者會過度依賴醫護人員而無法進行自主健康管理，也有部分患者因誤解醫生建議或是不能理解用藥指示說明而造成服藥劑量與時間的錯誤，增加醫療風險。相關研究更指出，當醫生和病患之間缺乏互動，病患無法主動諮詢醫生、只是單方面接受醫生問話或回應時，會使病患遵從醫囑的意願降低，醫病溝通不良不只阻礙醫生掌握患者的健康狀況、降低醫療照護品質，更會導致患者漸漸不信任整個醫療體系（郭淑珍、吳筱筑，2016；Seurer & Vogt, 2013; Shea et al., 2006; Shrank & Avorn, 2007），影響患者整體的治療成效。

(二) 對糖尿病患者而言

孫嘉慧與林秋菊（2013）的研究則以糖尿病腎病變患者為例進行個案探討，明確指出當患者無法理解衛教內容、無法與醫護人員討論症狀、也無法區分糖尿病和腎臟病的飲食差異時，就容易造成不當的飲食調整而影響疾病控制。這其中即包含了前述所提的功能性、互動性、批判性三層面的健康素養，尤其功能性健康素養的缺乏更是醫護人員為慢性疾病患者進行衛教時的一大阻礙（Williams, 1998），若無法理解基本之護理方式和用藥資訊，就會影響患者基本的健康管理，

甚至產生焦慮或壓力（劉忠峰、林宏榮，2014）等心理上的反應。

第二型糖尿病患者初期多藉由飲食、運動來做疾病控制，而後可合併服用降血糖藥來維持血糖，但當後期有明顯的胰島素不足或腎臟病變時，仍需以注射胰島素的方式來進行治療，無論是飲食、運動、服用降血糖藥物、打胰島素（針劑），都仰賴第二型糖尿病患者的自主管理。其中最重要的是對藥物資訊的理解，患者需明確知道藥物和胰島素針的使用方式、藥物/胰島素的用途、服藥/打針的劑量和時間點、需注意的副作用和藥物儲存方式等（Crichton, Smith & Demanuele, 1978），用藥/打針錯誤可能會導致患者血糖過度下降引發休克，因此若在患者缺乏健康素養的狀態下給予自行做健康決策的權力，可能會使其變成危險的自我管理者（王瑞霞，2016）並造成疾病的惡化。

Schillinger 等人（2002）實際觀察 408 名 30 歲以上第二型糖尿病患者並使用健康素養測試（s-TOFHLA）評估患者健康素養之研究結果更指出，健康素養與血糖控制有很大的相關性，缺乏健康素養會導致血糖控制不佳、視網膜病變等糖尿病併發症發生機率提高、增加糖尿病弱勢族群的醫療負擔等，對患者帶來許多不利影響。Kim、Love、Quistberg 與 Shea（2004）在研究健康素養與糖尿病患者自我管理行為間關係時亦指出表現較差的慢性疾病自我管理者通常與低健康素養有關，需透過糖尿病相關衛教來改善其自我管理行為。

透過上述的探討可看出健康素養在個人健康管理過程中具有一定的重要性，不僅影響個人決定如何應用健康資訊，也會影響患者在治療上的健康決策。尤其糖尿病患者通常有較高的健康自主權，若於疾病控管過程中無法理解資訊內容時，就容易出現不遵從醫囑等迴避行為，對健康產生不良的影響。本研究之健康素養即是著重於人們在患病時對自我健康狀態的了解，以及是否懂得使用社會文化資源來獲得並運用健康資訊，進行自我健康管理，在與資訊、醫護人員互動過程中作出健康決策之現狀，從患者自覺的健康素養狀態來看對其健康資訊迴避行為的影響。

第三章　研究設計

根據研究目的與研究問題，本研究期以半結構式深度訪談法結合關鍵事件法來瞭解糖尿病患者之健康資訊迴避行為，並深入探究其產生資訊迴避之原因。本章將針對研究進行方式和內容做說明，第一節為研究方法，第二節為研究對象，說明樣本選擇的方式與條件，第三節為前導研究之實施和分析，第四節介紹資料蒐集工具及方法，第五節說明資料分析過程，第六節為研究倫理之維護，第七節為研究流程，闡述研究實施步驟。

第一節　研究方法

在文獻探討的過程中發現，健康資訊迴避相關研究文獻多以量化研究來調查一般大眾避免健康資訊的原因，以質性研究來進行者則較少。而在相關量化研究中，主要以大量的樣本數來取得不同身分民眾之健康資訊迴避現象，像是大學生、癌症患者、社區民眾等，透過廣泛的問卷調查來取得民眾的健康資訊迴避情形，但這樣的調查方式容易偏向研究者對資訊迴避行為的客觀認知，較無法得知患者本身真正的想法。

本研究為求深入了解患者本身產生健康資訊迴避行為的原因、行為模式和行為可能帶來的影響，故採用的是質性研究法中的深度訪談法，質性研究使用的是充滿「個案與脈絡」以及文化意義的語言，強調對社會生活中自然發生的特定個案進行詳盡檢視，並試圖獲取關於研究情境深入且第一手的知識（Neuman, 2014）。在質性研究方法中，深度訪談法可透過訪談取得一些重要且非用面對面普通訪談就能得到結果的因素（文崇一、楊國樞，2000），藉此探究受訪者真正的想法，得到更多且真實的資訊。

深度訪談法又分為「結構式訪談」、「半結構式訪談」、「非結構式訪談」三種類型，本研究選擇了「半結構式訪談法」（semi-structured interviews）來進行資料的蒐集與分析，原因在於半結構式訪談法是根據訪談大綱進行，不致偏離主軸

方向，且採用半開放式的方式來詢問受訪者，不需依照大綱題目的順序，可於訪談中視受訪者知識程度和不同經驗來進行調整，彈性較大；對研究者而言，透過訪談大綱可讓訪談更加順利的進行，也能夠藉由深入詢問以瞭解受訪者真正的感受、認知和內在想法（潘淑滿，2003）。而本研究為使訪談內容能更明確聚焦於受訪者的健康資訊迴避行為上，故結合「關鍵事件法」來進行研究資料的蒐集。

關鍵事件法（Critical Incident），又稱關鍵事件訪談法（Critical Incident Technique），最早是由 Flanagan 於 1954 年提出，它是一套透過直接觀察與蒐集人類行為的程序，藉此了解研究對象在解決實際問題時，所使用的潛在方法，並且發展出可視現狀靈活應用之原則。目的是透過個人的觀點來獲得對於某事件的理解，並同時考量到認知、情感、和行為這三個元素（林孟瑢，2017）。觀察人類行為這件事並非是一個很新穎的方式，自古以來的各種軼事即是經過觀察紀錄得來，但只所以被稱為軼事，即代表其內容的完整性和真實性可能隨著時間的推移逐漸地降低；而關鍵事件法就是建立出一套明確收集和分析資料的程序來將軼事轉換為有科學根據的資料，強調在於能將人類行為中成功與失敗之間的差異事件—關鍵事件提供一個客觀明確的需求清單（FitzGerald, 2008）；事件，則是指任何可觀察且足以推論或預測其行為之人類活動，必須在符合研究目的並有明確結果或定義的情況下產生（王梅玲，2012）。

關鍵事件法的操作方式為要求受訪者去回想並詳細描述他們過去關鍵事件或經驗的原因、過程和結果等，在訪談中，受訪者不會被限制於任何特定的框架，可以自由地使用他們熟悉的語言文字和表達方式來回應，因此，可蒐集到最貼近受訪者本身、更具體且明確的資料，訪談過程中不只全面性地紀錄受訪者的回應，也同步觀察受訪者對事件或經驗的認知與感受（Stauss & Weinlich, 1997; Gabbott & Hogg, 1996）。接著，研究者將蒐集到之事件分門別類後進行分析，從共通的事件中找出其活動的普遍性和一致性。此種方法最早應用於美國航空心理學課程，為參與第二世界大戰的飛行員進行空軍飛行分析，後來廣泛應用於健康照顧、醫療、組織發展、市場研究、服務品質管理等各領域，資訊尋求行為亦常使用此法

來瞭解使用者行為型態（王梅玲，2012；林孟瑢，2017）。

本研究即期望透過關鍵事件的提出，協助受訪者與日常生活建立連結，以獲得受訪者的共鳴，幫助受訪者更清楚研究內容和訪談問題，將訪談內容集中於受訪者的健康資訊迴避事件上，藉此在訪談過程中挖掘出患者更多面向的健康資訊迴避現象，瞭解其健康資訊迴避行為模式、原因及影響，以回應本研究之研究問題。

第二節　研究對象

根據行政院衛生福利部（2017）的 105 年死因統計資料，糖尿病為慢性疾病中的第五大死因，且近幾年糖尿病患者之死亡率亦居高不下，顯示糖尿病患者在慢性疾病患者中比例仍舊偏高，在需長期控制疾病的情況下，除了基本的健康資訊尋求行為，其在尋求過程中的健康資訊接收和迴避情形就更須關注。因此本研究選擇糖尿病患者為特定的母群體，因糖尿病種類較多，故又以其中占最大比例的第二型糖尿病患者為主要受試對象。

第二型糖尿病患者除了一般常發生於 40 歲以上成人的「成人型糖尿病」之外，又包含年輕型糖尿病（Maturity-onset diabetes of the young , MODY）和早發型第二型糖尿病（early-onset type 2 diabetes）兩種類型，年輕型糖尿病病人常在 25 歲以前發病，初期多不需使用胰島素治療且較少見併發症；而早發型第二型糖尿病發病年齡約為 25-40 歲，相對於年輕型糖尿病，受家族遺傳影響較深，病程也較快，常短期內就需接受胰島素治療且慢性併發症發生機率較高（Tattersall & Mansell, 1991；O'Rahlly & Turner, 1988；轉引自黃漢芬，2006）。根據台灣地區社區性流行病學研究顯示，40 歲以上成年人的糖尿病盛行率約為 6-12% （賴美淑、邱淑媞，2002），衛生福利部（2017）統計資料也顯示台灣糖尿病患者年齡層多集中於 5、60 歲或以上，因本研究主要在瞭解患者面對健康資訊或是搜尋健康資訊過程中產生的行為，考量到老年患者相對較晚接觸資訊設備，多數需仰賴晚輩的協助來進行檢索，在基本資訊檢索能力的表現上普遍較青少年或中年人差，因此將研究對象年齡層定於 40 歲至 60 歲之間，此處之年齡非指發病年齡，而是以患者當前年齡為標準。

本研究因以第二型糖尿病患者為特定之研究對象，主要探究患者之健康資訊迴避行為，為尋得曾經或現有資訊迴避行為之對象，故採用立意取樣的方式來選擇受訪者，明確設定徵求對象之條件，以找到最適切之受訪者。立意取樣主要應用於探索性研究，取樣時會利用各種不同方法，蒐集所有符合特定標準的個案

（Neuman, 2014）。具體徵求對象條件如下：

一、 年齡 40 至 60 歲

考量到第二型糖尿病患者多為 40 歲以上之成年人，且 60 歲以上或更年長之長者多由晚輩或照護者協助蒐集資訊，加上確診糖尿病之患者年齡層越趨下降，故將研究對象設定為 40 到 60 歲之成年患者。並透過網路徵求表單的回應來確保研究對象具基本資訊檢索能力，藉以檢視其在健康資訊尋求過程中的資訊迴避行為，並進一步觀察患者之間迴避資訊時的行為差異。

另外，根據衛生福利部 2017 年 12 月 28 日發布的 105 年度全民健康保險醫療統計年報，2016 年糖尿病門、住診就診患者人數合計有 1,924,861 人，男女性患者各占 51%及 49%，男女比例約各半。因此，本研究為求能同時了解男女性患者的看法，避免有所偏頗，故研究對象男女性別比亦各占一半。

二、 確診為第二型糖尿病（Type 2 diabetes mellitus）

因第二型糖尿病為現代文明病中普遍存在的慢性疾病，患者人數比例在糖尿病各類型中所占比例最高，發病原因多與個人生活習慣相關，且糖尿病相關的資訊內容也較易被大眾所忽略，故第二型糖尿病患者為本研究認定之主要研究對象，因此接受訪談之對象必須經醫療單位確定診斷為第二型糖尿病，病齡不限。

曾有健康資訊迴避行為

依據資訊迴避及健康資訊迴避相關文獻可知，一般大眾在面對疾病相關資訊的過程中，可能會有刻意忽略或拒絕閱讀某部分訊息，或是曾未遵照醫生指示用藥之情況，舉例來說，像是在網路瀏覽他人分享的自身經驗或報導時會選擇不閱讀內容並快速跳過，或是自己停藥、忽略醫院提供的保健資料、不按時複診、避開疾病相關討論等避免自身獲得健康資訊的行動。因此，歸納文獻內容並根據糖尿病患者的日常治療照護調整用詞後列出 8 項糖尿病患者可能出現之健康資訊迴避行為，研究對象於過去一年內曾有如下所列之任一健康資訊迴避行為即符合

徵求條件：避免閱讀糖尿病相關報導或病例、選擇性瀏覽網友分享之糖尿病訊息、避免收看糖尿病相關議題節目、選擇性遺忘飲食注意事項、談話時避免聊到糖尿病相關內容、選擇性吃藥、拒絕測血糖（迴避血糖資訊）、測血糖前大量喝水（控制血糖資訊）以及其他(Golman et al., 2017; Hummelinck & Pollock, 2006; Persoskie et al., 2014; Sairanen & Savolainen, 2010; Sweeny et al., 2010)。

根據研究對象徵求條件，擬定徵求受訪者內容（詳見附錄一）、使用 Google 表單來建立受訪者徵求文件，接著透過不同管道來徵求受訪者。一個是尋求糖尿病衛教、病友團體或家醫科診所等實體單位的協助，透過電子郵件或電話方式聯絡「社團法人中華民國糖尿病病友全國協會」、「財團法人糖尿病關懷基金會」、地區健康服務中心、病友聯誼會等單位，敘明研究目的、訪談對象徵求內容等資訊，在取得單位同意後張貼徵求訊息。

另一個徵求管道則是在普遍被應用來傳播分享資訊、使用率高之網路社群媒體發佈受訪者徵求資訊，研究者搜尋瀏覽 Facebook 中的糖尿病相關社團後，選擇成員數多、更新頻率較高之「糖尿病*活九九」社團，該社團至 2018 年 4 月 17 日共有 15,645 名成員，為了維護成員安全和隱私、免除不實廣告騷擾，社團會針對欲加入之成員進行審核，若非為糖尿病醫護人員、患者本人及親友家屬皆無法加入，因此，研究者先透過已在社團中的親友引薦後申請加入，經取得社團管理者同意後再張貼訊息。

除此之外，研究者亦透過身邊親友轉發徵求訊息，利用滾雪球法尋找更多符合條件且有意願之受訪者。也因預期訪談對象能夠具有基本資訊檢索能力，因此以網路徵求為主、實體單位徵求為輔。自 2018 年 4 月 23 日至 6 月 23 日止，合計有 13 位回填徵求表單，在排除 2 位年齡不符以及 1 位無法取得聯繫之對象後，共徵得 10 位受訪者。

第三節　前導研究

在正式徵求研究對象前，本研究先進行前導研究，前導研究訪談對象是透過研究者身邊親友介紹徵得，訪談前先將研究參與同意書（附錄二）和依研究問題擬定之訪談大綱（附錄三）寄給有意願且符合徵求條件之受訪者參考，截至 2017 年 12 月底共訪問了兩位第二型糖尿病患者。第一位受訪者 A 為早發性第二型糖尿病患者，女性，41 歲，病齡 20 年；第二位受訪者 B 為成人第二型糖尿病患者，女性，40 歲，病齡 10 個月。訪談結束後，將兩場訪談內容轉為逐字稿，並進行初步分析，以做為後續訪談和資料分析編碼之參考。

一、 前導研究初步研究結果

透過前導研究，發現兩位受訪者因為確診年齡、知識背景和家庭成員對疾病態度的不同，對疾病的認知和瞭解程度也會進而有所差異、連帶影響受訪者後續的照護方式和資訊行為。根據前導研究訪談內容，歸納出初步之研究結果以作為後續訪談大綱調整之參考：

(一) 第二型糖尿病患者之健康資訊行為

第二型糖尿病患者在進行健康資訊檢索時，除了透過網路搜尋引擎查找，也會與家人朋友討論、閱讀專書、或是詢問醫療專業人員，不會僅依賴單一資訊來源管道，但因患者家族成員中亦有糖尿病患者，因此多與親友討論或是網路搜尋資訊為主，並未加入醫院推薦或社群媒體上的任一病友團體。

此外，因糖尿病的普遍性和醫療照護知識的普及，患者基本上都對糖尿病症狀、治療方式有基本的瞭解，且都能與之和平共處，不只會依照個人知識背景來獲取糖尿病相關資訊，也會運用身邊各項資源工具來進行查詢；面對網路上眾多健康資訊時，不僅會自己進行查證，亦會再與醫護人員溝通確認、不會妄下定論及自行做診斷，具備良好之健康素養。

(二) 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為

於前導研究中發現，患者在不同治療階段會出現不同的健康資訊迴避行為，在確診之前，患者會否定患病之可能性，即使家族成員有糖尿病史也不做例行檢查或注意相關資訊；確診初期，患者出現拖延轉診時間、質疑檢查結果之行動，並試圖說服自己只是檢查當天身體狀態較差而已；在疾病治療和控制階段，因需要長時間的照護，患者的健康資訊迴避行為也較易發生，像是不忌甜食，未遵守醫療單位建議之飲食指南、忽略食物成分對身體之影響、自主停藥、對藥物副作用產生疑慮故選擇性服藥、未進行血糖監測、不願打胰島素（針劑）。即便是在面對醫護人員的當下，患者仍舊會試圖迴避疾病相關資訊，像是在測血糖前不斷喝水以求獲得良好之檢測值，降低醫生提出其它健康建議的機會，或是當醫生建議患者嘗試用新藥來控制血糖時，患者也會因藥物副作用或費用而不願更改。根據上述行為可得知患者會因應當下身體狀況和環境變化而產生不同的行為模式，包括心理認知和具體行動兩種，兩者皆會影響到患者後續疾病之控管。

(三) 第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因

探究患者健康資訊迴避行為的發生，主要受到四方面的影響，第一是患者為了減輕心理上負面的感受，像是心情不好、擔心藥物副作用；第二是為了減少生理上的不適，如服用藥物引起的脹氣、沒食慾等，而女性患者更可能因懷孕期間的生理變化而產生迴避行為，如患者 A 因害怕打針吃藥會影響到小孩所以決定不接受治療；第三是遭遇外在環境的變化，讓患者選擇不遵從醫囑，像是出國不方便取得藥物；第四則是經濟上的考量，血糖控管過程中檢測血糖之試紙所費不貲，造成患者的負擔。

> 有時候在換藥的時候，換藥後會讓你非常排斥，因為每個藥物的副作用是不一樣的，事實上降血糖藥物有很多會對胃部的刺激很大…它讓你覺得吃東西這件事不愉快、不舒服，因為你胃脹氣的很厲害，你就吃得比較少比較差....（A）

> 我從大二一直到大四都沒有吃藥，都還是飲食控制，大四以後大概吃了快半年的藥，然後我就自主停藥兩年，我大四以後在台灣又留了一年，自主停藥兩年是因為我出國。…就是飲食控制，比較少（測血糖），對那個年紀的人

來講，血糖試紙很貴，因為我也覺得血糖試紙很貴。（A）

(四) 促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機

疾病控制不當，相對地也會造成患者心理上的壓力，因此當患者希望對疾病能有良好的控制時，就會再重新查找糖尿病治療及照護相關資訊。而當患者對疾病產生疑慮時，尤其是在剛看完醫生或剛拿到檢查報告的當下，也會期望醫生能就檢查報告結果做進一步的詳細說明。因此，瞭解患者不同階段的心理和生理等背景狀態並給予適切的資訊內容，有助於提高患者健康資訊的接受度。

二、 前導研究後之調整

(一) 調整訪談提問順序及用詞

在結束訪談之後，兩位受訪者都表示可以理解題意，但研究者發現針對資訊行為之提問有點分散，故重新擬定訪談策略，將健康資訊迴避行為相關提問移至訪談最初，先著重瞭解受訪者的健康資訊迴避事件，再進一步挖掘受訪者健康資訊尋求經驗和資訊需求，以免受訪者覺得被重複詢問類似問題。

訪談中部份提問之回應內容也因受訪者病齡的不同而有所差異，病齡較長之受訪者對最初患糖尿病時的感受和記憶就較另一位受訪者薄弱，須不斷提供更多的情境或是從其他查找資訊、疾病控制經驗中來幫助聯想；病齡較短之受訪者則較能描述最初確診時疾病治療過程中的細節，因此，正式訪談時對每一位受訪者提問的方式和角度、使用的詞彙就會視受訪者的病齡來進行調整。

(二) 列舉迴避行為實例

對於「健康資訊迴避」一詞，受訪者雖然表示可以理解，但仍舊需要更多的實例和研究者的補充說明才能具體聯想到實際的行動，有鑑於此，研究者從過往研究文獻中整理出幾個資訊迴避實例，如避免閱讀相關病例、不遵守用藥指示、忽視相關報導、拒絕醫院提供之疾病篩檢等，並從患者之角度來調整用詞，將實例新增於訪談大綱和研究說明文件上，有助於受訪者從相關事件中去回想自身的健康資訊行為，進而獲得更多迴避行為描述。

(三) 增進糖尿病知識

在與受訪者對話過程中，其中一位受訪者表示研究者對糖尿病的瞭解仍稍嫌不足，因此研究者必須對糖尿病患者日常的血糖控制方式、照護流程、治療過程中可能會遇到的問題等疾病內容有深入的認識，才能在訪談過程中觸發受訪者更多的經驗分享。所以，為了強化對第二型糖尿病的認識，研究者透過詢問身邊有糖尿病照護經驗的親友、瀏覽 Facebook 糖尿病社團中的病友（家屬）貼文、追蹤糖尿病專科醫師粉絲專頁、閱讀糖尿病相關新聞等方法來瞭解當前第二型糖尿病患者控制血糖和治療的經驗、過程中可能會遇到的問題，以及糖尿病藥物、血糖控制設備等相關新知。

第四節　資料蒐集

本研究為使資料內容能明確聚焦於受訪者的健康資訊迴避行為上，故以關鍵事件訪談法來蒐集資料，在正式招募受訪者前先進行兩次前導研究，依照前導研究分析結果修正需調整之處，調整的內容主要有：1.重新擬定訪談大綱(附錄三)，強調受訪者之健康資訊迴避事件，從事件發生的背景和過程開始談起，以更切合研究主題；2.明確定義「健康資訊迴避行為」並舉實例以幫助受訪者理解。

研究者亦進一步查詢糖尿病專科書籍、瀏覽糖尿病社團貼文和專科醫師粉絲專頁之文章，藉以熟悉糖尿病相關醫學名詞，加強訪談時詞彙之應用。以下列出本研究擬定之訪談架構表，以表 3-1 呈現。

表 3-1 訪談架構表

研究問題	研究目的	訪談問題
第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為及原因為何？	瞭解患者健康資訊迴避行為	請描述您曾經有過的資訊迴避行為，如發生的過程等。
		資訊迴避行為帶給您怎樣的感受?
		資訊迴避行為對您後續生活(如疾病控制和治療)的影響?
		在治療過程中，還有其他迴避/排斥健康資訊的行動嗎?
	瞭解患者健康資訊迴避之原因	為何會產生前述的資訊迴避行為? 持續多久?
		何種情況下會使您不願接觸或避開健康資訊？
		最初得知自己患糖尿病時，

研究問題	研究目的	訪談問題
		您的感受和採取的做法是？
	瞭解患者之健康資訊需求和尋求行為 (尋求過程中可能產生之健康資訊迴避行為)	請問您平常如何獲得第二型糖尿病相關資訊? 查找的方式?
		個人經歷或信仰、親友對糖尿病的看法等對您獲得健康資訊之態度或方式的影響？
		當家人朋友分享糖尿病相關資訊給您時，您通常會怎麼處理？
		請問您曾閱讀醫院提供的健康照護手冊或疾症簡介嗎？通常如何處理這些資料呢？
		請問您曾(正)加入任一糖尿病相關實體社團/群組嗎？有無退出或取消追蹤之經驗?
促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機為何？	挖掘患者減少健康資訊迴避行為之契機	請問您在何種情況下會想主動獲得糖尿病相關資訊？
		何種形式的健康資訊最有助於您閱讀和接受？
		何種資訊內容可減少您對健康資訊可能產生的負面感

研究問題	研究目的	訪談問題
		受?

經由前導研究修正並改善訪談架構表及訪談大綱後，即開始透過網路和實體單位徵求受訪者，在獲得受訪者回應後即與受訪者約定時間地點，陸續於國立臺灣師範大學圖書館研究室、受訪者方便之地點，如咖啡廳、麥當勞等進行約 40 至 60 分鐘的面對面訪談，並視情況彈性調整時間長度，每次訪談前會先向受訪者說明研究內容和表明隱私權保護，在受訪者同意下全程錄音和同步筆記。此外，考量到部分受訪者時間和交通上的便利性，亦採用線上訪談的方式來進行資料的蒐集。

訪談第一部分，為了解受訪者個人基本狀況，會先詢問受訪者性別、年齡、教育程度、病齡、曾有過的健康資訊迴避行為並進行基本健康素養調查。其中，病齡指從確定診斷為第二型糖尿病至今與糖尿病共處之期間。曾有過之健康資訊迴避行為則是以文獻中提及之行為為基礎，提出 8 項第二型糖尿病患者可能產生之健康資訊迴避行為：避免閱讀糖尿病相關報導或病例、選擇性瀏覽網友分享之糖尿病訊息、避免收看糖尿病相關議題節目、選擇性遺忘飲食注意事項、談話時避免聊到糖尿病相關內容、選擇性吃藥、拒絕測血糖、測血糖前大量喝水以及其他，透過實例來幫助受訪者理解健康資訊迴避之概念和後續訪談的進行。基本健康素養調查則以 Nutbeam（2000）提出的功能性、互動性、批判性三層面健康素養概念為題，透過受訪者的自我評斷來檢視受訪者面對健康資訊時的態度和後續行動、探究可能的健康資訊迴避行為。

訪談第二部分一開始即著重於受訪者迴避行為事件回顧，會請受訪者仔細回想並詳細描述曾經歷過之健康資訊迴避行為，包括行為於何時、何地、何種情況下發生，行為產生時的所面對的人、事、物以及受訪者的心情等，並深入詢問發生之原因，接著再針對受訪者的糖尿病相關健康資訊尋求歷程和健康資訊需求來進行訪談。從訪談中的陳述來瞭解受訪者的迴避行為、心理感受、可能遭遇的問

題、對疾病的熟悉程度，以及迴避行為對受訪者健康資訊尋求過程、進行醫療決策時之影響等，透過受訪者的回應來蒐集資料以進行後續分析，藉此找出更多隱藏的健康資訊迴避行為、發掘減少迴避之契機。

第五節　資料分析

本研究透過受訪者的回覆來蒐集資料，在訪談結束後，使用描述性統計分析和質性內容分析法進行後續整理與分析蒐集到的訪談資料，藉此回應研究問題。質性資料編碼可以把原始資料組織成概念，並在資料分析過程中找出較高層次的概念、創造出主題或概念（Neuman, 2014）。因此在訪談後，使用 oTranscribe 線上工具將訪談錄音檔轉錄至文書處理軟體 Word 上為逐字稿，註明訪談對象、時間和地點，並於 OneNote 進行編碼分析。

資料分析分為兩部分來進行，首先將受訪者依訪談時間先後順序給予代碼（P01, P02,…）並整理出受訪者基本資料一覽表（見表 4-1），藉以提出受訪者性別比例、年齡範圍、病齡長短差距、教育程度等內容。接著參照 Neuman（2014）的編碼步驟來分析每份訪談資料，研究者先以「開放式編碼」初步檢視逐字稿和現場筆記，找出拒絕、看標題不看內容、不上衛教、害怕、丟臉、沒有意識到有併發症等關鍵詞彙，蒐集到完全迴避、選擇性迴避、減少副作用不適、對併發症的恐懼、疾病背景知識不足、醫病互動不佳等概念。再透過「主軸式編碼」回顧初次的編碼，依照受訪者對健康資訊內容的排斥和接受狀況整合出不同程度之行為、四個範疇之原因，並保持理論觸覺，不侷限於已建立之編碼內容，透過訪談資料和文獻中提及之概念來挖掘更多新概念，意即於過程中以持續比較法（Constant Comparison）不斷地比較受訪者間健康資訊迴避行為和原因的相似度及差異，反覆檢視直到概念完善、無法產生新概念和有足夠核心主題後，才以「選擇性編碼」有系統地篩選所有概念並歸類，得出研究結果（吳寂絹，2014；陳向明，2002）。

> 只有一開始的時間，就是頭兩年有認真吃藥，可是就是除了醫生叫我要幹嘛，我就照做之外，其他事情都拒絕（行為），因為會有點抗拒，而且有一些錯誤的資訊，以為糖尿病除了疾病本身病徵而已，沒有意識到有併發症（原因：疾病背景知識的不足）…就勉強配合吃藥，可是吃了兩年之後就覺得好像有比較穩定了，自己覺得，然後就斷藥…我甚至連上衛教我都不願意去上（行為）…（P02）

最後，結合兩部份之資料內容，根據整體脈絡對研究主題進行分析說明。本研究主題共分四個面向，每一面向之分析說明如下：

一、 第二型糖尿病患者之健康資訊行為

在瞭解第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為的同時，也進一步探知患者可能的健康資訊需求和尋求行為，包括患者關注的健康資訊類型、健康資訊來源，以及如何獲得資訊。健康資訊類型可用來瞭解患者的需求，健康資訊來源管道的多寡和種類則可得知受訪者的健康資訊觸及頻率、對來源管道的信賴程度，瞭解患者如何取得資訊則有助於釐清患者與健康資訊提供者的互動。

在患者尋求與獲得健康資訊的過程中，與資訊來源的互動和患者本身的健康素養會對患者健康資訊的接收運用產生一定程度的影響，健康素養的不足更會對疾病的長期管理形成一個阻礙。因此，為瞭解第二型糖尿病患者的健康資訊接收情形，研究者透過三個面向的是非問題來檢視受訪者的基本健康素養：1.功能性健康素養，是否能清楚理解醫生或護理師的疾病說明和用藥指示，確認受訪者對第二型糖尿病治療方式和療程、飲食控制方法等資訊的理解狀況；2.互動性健康素養，是否能透過各種管道找到所需的糖尿病資訊，檢視受訪者與資訊來源管道溝通的能力；3.批判性健康素養，在遇到不懂之疾病或藥物資訊是否會與醫護人員討論並做後續治療決定，瞭解受訪者分析和應用健康資訊的能力。

二、 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為

因糖尿病治療是一個需長期控制且無法治癒的歷程，且從文獻研究中發現個人所處的情境會影響其資訊迴避行為，故本研究會從患者的迴避事件描述中，將其產生之行為提出進行概念分析，並將受訪者迴避行為中相似或重複的概念依照迴避的輕重程度歸類出一個更高層次的概念，無法歸類者則賦予概念意義，經由不斷檢視比較來確保概念的完善，並進一步建置概念中第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為模式。

整體而言，健康資訊迴避行為分析即是從健康資訊迴避事件開始，再到糖尿病資訊查找的歷程，透過受訪者詳實的描述來探究受訪者在疾病控制和治療的過程中具體之健康資訊迴避行為和行為帶給受訪者之感受，這樣的資訊迴避行為多為個別產生、抑或是於資訊尋求歷程中發生，以及受訪者接收之資訊來源和類型對其行為造成之影響。

三、 第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因

健康資訊迴避行為的產生，無論是主動或被動，都可能對第二型糖尿病患者的健康維持產生程度不一的影響，因此，本研究試圖瞭解第二型糖尿病患者迴避健康資訊之原因，說明會促使第二型糖尿病患者決定迴避健康資訊的內外在條件。根據文獻探討發現心理、生理、環境是講述資訊迴避原因時最常被提及的範疇，因此依照前述的編碼步驟，先以開放式編碼蒐集訪談資料中與資訊迴避原因相關之描述，將描述概念化，並將概念先按心理、生理、外在環境三個範疇進行分類，無法納入之概念，則持續比較概念與其他編碼之相容性，建立出個人認知這項新範疇，也進一步於範疇中建立新層次之概念，直到每項範疇皆無新概念出現後，再逐項說明本研究中健康資訊迴避行為發生原因之內容。

四、 促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機

透過受訪者描述的健康資訊迴避行為、健康資訊尋求歷程，進一步從訪談資料中蒐集受訪者的健康資訊迴避原因、健康資訊需求和需求產生之情境，在整合受訪者之間的迴避原因和健康資訊需求之後，探究第二型糖尿病患者在何種情境下會積極主動查找第二型糖尿病相關資訊，甚至是改變先前的醫療決策，促使受訪者減少或停止健康資訊迴避行為，以此作為契機來檢視當前醫療相關單位之衛教資訊內容和提供方式並提出相應之衛教建議。

第六節　研究倫理

本研究為保護受訪者的疾病隱私和權益，於正式訪談前請受訪者簽屬研究參與同意書，同意書上清楚註明研究性質和目的、研究步驟、訪談時間長度、如何進行資料保密和處理紀錄文件、研究者資訊等，並向受訪者表明對研究資料的保護和正當使用。

早期，在塔斯基吉梅毒實驗的影響下，研究倫理多著重於醫學界人體實驗研究規範的建立，但隨著各學科領域的發展和人權意識的提升，人文社會科學研究的相關準則也陸續被訂定，尤其近年民眾對個人隱私權保護的重視、學術論文抄襲事件的頻傳，更讓研究倫理成為各領域學術研究極度受到重視的一環。也因為各學科研究行為的多樣性，倫理標準變得較複雜，不同領域之間對研究倫理規範的共識也不完全相同，但仍有一些基本、核心的倫理規範是已被學術研究界所廣泛認同，並訂立出實務上的操作原則，即是研究倫理規範。

研究倫理規範，依照「臺灣學術倫理教育資源中心」的介紹，早期的研究倫理規章有《紐倫堡宣言》、《赫爾辛基宣言》和《貝爾蒙特報告書》等，近期較廣為人知的則有美國心理學會（American Psychological Association）2010 年出版之《心理學家倫理原則與行為守則》（Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct），以及國際電機電子工程師學會（Institute of Electrical and Electronics Engineers）於 2006 年所出版之工程師《倫理規範》（Code of Ethics）等。本研究因主要與研究對象之外顯行為和影響其行為之內在心理因素有關，故遵循美國心理學會訂定之倫理規範為研究之主要準則，以下即針對配合準則所採取的研究方式進行說明（American Psychological Association, 2010, 2016 Amendments）：

一、 研究者自身能力和對專業學科的了解（Competence）

因研究對象疾病的專業性，研究者在訪談前及研究進行過程中須不斷學習糖尿病相關知識，藉由書籍、糖尿病相關網站（如中華民國糖尿病衛教學會等）、專科醫師個人網頁等多元管道來了解糖尿病患者的治療、照護、併發症、疾病相

關新知等資訊，並在自己的能力和知識範圍內來進行訪談，避免不當發言和先入為主的假設或讓受訪者有不被重視的感受。

二、 知情同意（Informed Content）

在徵得符合條件之研究對象、正式進行訪談前，研究者提供書面之研究參與同意書予研究對象，並確認研究對象都能理解研究目的、內容和研究參與方式，說明研究對象應有的權利與義務，讓研究對象有時間考量是否繼續參與，在取得許可後方能進行訪談。

三、 隱私與保密（Privacy and Confidentiality）

研究者採取合理的措施來保護儲存在任何媒介的研究對象資料，在錄音前徵求研究對象的同意；訪談中亦須著重予研究相關之資訊，避免侵犯到研究對象個人其他隱私內容；將訪談資料用於研究中時，會在研究對象同意授權下以匿名方式進行。訪談錄音檔的儲存、轉移和處理，無論是書面資料或電子檔都維持其保密性，書面資料以密封之文件夾歸檔、電子檔案於存放之資料夾進行加密設定，當紀錄涉及研究對象之隱私資訊或研究對象不同意研究者之紀錄方式時，研究者會使用代碼或其他技術來避免研究對象個人識別資訊被洩漏。

四、 研究與發表（Research and Publication）

研究者徵集研究對象時，僅在合理的範圍內提供研究對象參與研究的誘因，會避免過度或不當的金錢誘因；蒐集資料時，除非是可在公開場合觀察取得之資源，錄製研究對象聲音前皆取得研究對象的同意，使用資料時也以不洩漏研究對象身分和造成傷害之方式來進行。當要發表研究結果時，研究者更保持誠信原則，避免虛假或欺騙之陳述，若研究者發現研究數據有誤，會提出合理的改善措施來修正錯誤。

第七節　研究流程

本研究流程如圖 3-1 所示，在設定研究主題後，即開始蒐集國內外與資訊迴避、健康資訊迴避、健康素養、資訊行為、慢性疾病病患健康資訊行為等相關研究文獻，閱讀文獻並整理歸納內容，訂定研究問題、進行研究設計和決定研究對象，再根據研究問題擬定訪談大綱。正式訪談前研究者先透過身邊親友介紹，徵求符合條件之受訪者進行前導研究，並事先提供研究參與同意書給受訪者簽署，再與受訪者約定時間地點進行約 40 至 60 分鐘之訪談，訪談前亦再次聲明訪談過程會全程錄音和筆記。

接著依據前導研究訪談之內容重新調整訪談大綱，並擬訂受訪者徵求說明文件，徵得符合條件之受訪者後，約定訪談時間地點即進入正式訪談；訪談開始前研究者會先就「研究參與同意書」跟受訪者說明本次研究目的、同步錄音的需要及資料處理方式、受訪者身分和個資的保護，並在徵求受訪者同意後，請受訪者於研究參與同意書上簽名。最後將蒐集到之訪談資料透過 oTranscribe 線上工具逐份轉錄至文書處理軟體 Word 上為逐字稿、於 OneNote 進行編碼分析並透過持續比較法（constant comparative method）來提出結論與建議。

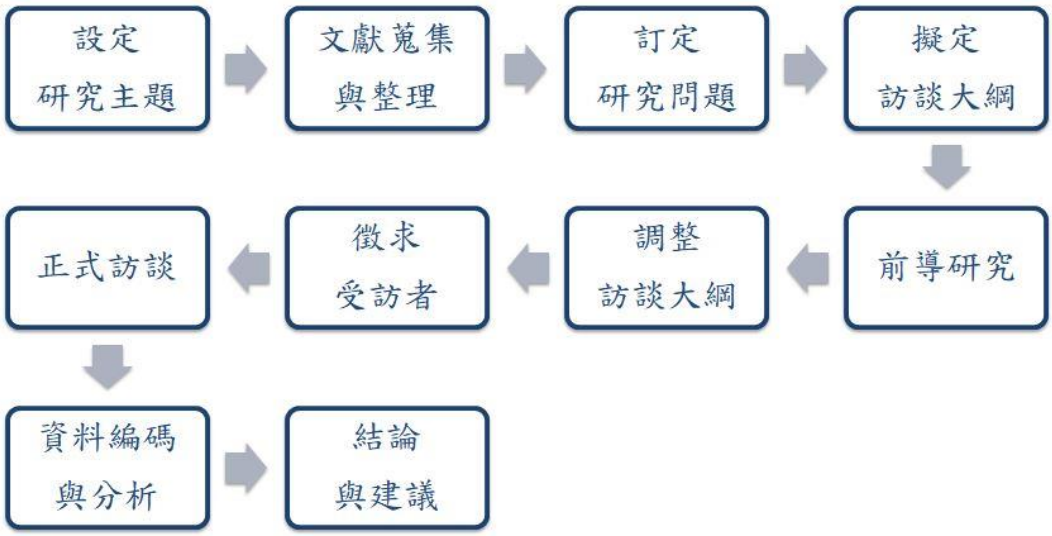

圖 3-1 研究流程圖

第四章　研究結果

本章根據訪談蒐集到的研究資料以及研究目的和問題，將分成五小節來做討論，第一節「受訪者基本資料分析」，介紹受訪者背景、病齡及受訪者自我評斷之健康素養調查結果。第二節「第二型糖尿病患者之健康資訊行為」，了解患者的健康資訊需求和資訊來源管道。第三節「第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為」，分析患者迴避健康資訊的行為及其對患者疾病自我管理的影響。第四節「第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因」，探究患者發生健康資訊迴避行為的動機。第五節「促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機」，從患者的角度來探討其健康資訊迴避行為和動機中所隱含的資訊需求，挖掘能減少甚或停止迴避行為之資訊內容和資訊尋求情境。

第一節　受訪者基本資料分析

本研究訪談於 2018 年 4 月 23 日至 6 月 23 日間進行，共訪談了 10 位受訪者。受訪者背景資料如表 4-1 所示，有女性 5 位，男性 5 位，男女性別比各半，年齡 40 歲到 50 歲有 6 人、51 歲到 60 歲有 4 人，教育程度介於國中至博士之間，病齡涵蓋範圍主要在 6 年（含）以內，6 年以上的則有 4 位，從確診為糖尿病不滿一年到已與糖尿病共處三十多年者皆有。

表 4-1 受訪者基本資料一覽表

編號	性別	年齡	教育程度	病齡
P01	女	56	高中	3 年
P02	女	42	碩士	5-6 年
P03	男	41	工專	8 個月
P04	男	44	專科	2 年
P05	男	55	高職	10 幾年
P06	女	60	國中	8 年
P07	女	60	大專	34 年

編號	性別	年齡	教育程度	病齡
P08	男	43	碩士	6 年
P09	男	40	高中	5 年
P10	女	47	博士	6-7 年

*病齡指從確定診斷為第二型糖尿病至今與糖尿病共處之期間

在研究者根據文獻提出的 8 項糖尿病患者可能曾有過的健康資訊迴避行為中，透過受訪者的自我勾選，每一種迴避行為皆有受訪者表示曾發生過，其中拒絕測血糖、選擇性吃藥和選擇性遺忘飲食注意事項是過半數受訪者經歷過的健康資訊迴避行為，而這些行為背後都有其緣由，會在後續患者健康資訊迴避行為原因一節中進一步探討說明。

接著，透過受訪者自我檢視的基本健康素養調查發現，有八位受訪者表示可清楚理解醫護人員的說明和指示，並懂得使用基本健康服務系統，符合 Nutbeam（2000）所定義的功能性健康素養應具備之基本讀寫能力，僅有兩位受訪者表示不一定每次都能理解，像是醫生使用專有名詞時對病症產生混淆，或是當醫生對藥物副作用說明不清時都會使受訪者在理解資訊時產生困難。在與健康資訊的互動方面，與功能性素養一樣，有八位受訪者可透過自己熟悉的方式和管道來找到所需的資訊，對他們而言，糖尿病資訊的取得並不困難，但有兩位受訪者表示不會主動去查找糖尿病相關資訊，有看到時才會瀏覽。

而受訪者在分析和應用健康資訊的表現，即批判性健康素養，就較前述兩項差，雖然有七位受訪者會主動跟醫護人員諮詢不確定之藥物資訊，但其中一位受訪者 P07 即表示雖曾試圖與醫生討論，但因醫生不願聽從受訪者 P07 對疾病治療方式的想法以致對談經驗不佳，降低受訪者 P07 再次瞭解資訊內容的意願；另外，有兩位受訪者選擇不與醫護人員討論，一位則表示因無法隨時與醫護人員聯繫所以需視情況而定，除非資訊內容對生活有影響或可預防疾病，才會有進一步的諮詢行動。

其實真的，以我現在，除非是我有吃到的藥，我需要吃的藥，我才會去詢問，要不然說實在話，因為藥這種東西，你是不可能無緣無故去詢問，你一定是要有吃；可是如果你屬於說疾病方面我們要預防的話，或許遇到相關的醫生我們會去詢問他（P03）

整體而言，即便受訪者教育程度不一且有落差，但隨著現今衛教資訊在內容、呈現方式不斷地推陳出新下，除非是過於專業之資訊，多數受訪者對醫護人員所提供的訊息皆可以清楚理解並遵循以進行疾病控制，亦能自行透過不同管道來解決健康資訊需求，當資訊內容不明確時也多會尋求專業人員的協助。

第二節　第二型糖尿病患者之健康資訊行為

透過研究訪談探究患者的健康資訊迴避行為的同時可發現，即便患者出現健康資訊迴避現象，疾病所帶來的健康資訊需求和尋求行為仍舊會出現於患者的生活中，在部分情況下，健康資訊迴避行為更會在患者尋求健康資訊時產生，只是患者本身並不覺得那是在迴避資訊。本研究根據訪談結果整理出第二型糖尿病患者主要的健康資訊需求和健康資訊來源，藉以找出病患本身的健康資訊行為與資訊迴避間的關聯。

一、 第二型糖尿病患者的健康資訊需求

有鑑於健康資訊充斥於各種媒體中，通常在確診為糖尿病前，患者可能就已接觸過糖尿病相關之健康資訊但未留意，多數患者會在確診後才開始關注相關資訊，而第二型糖尿病患者在疾病管理過程中最重要的一環即是如何在日常生活中控制好血糖。血糖控制的好壞連帶影響患者及患者家人的生活品質，為了能夠良好地進行血糖控管、維持身體機能運作和生活品質，獲得與血糖控制相關的飲食、運動、藥物等資訊，就成為患者和患者身邊親友所關注的焦點。以下就研究訪談結果將受訪者所需之資訊內容分為四類來進行說明：

(一) 飲食資訊

在研究訪談中，每位受訪者在提及所查找的糖尿病相關資訊時皆提到「飲食」資訊，像是可吃、要少吃與不可吃之食物，而受訪者為了能減少藥物的服用，更進一步想知道的是三餐如何料理、如何吃、進食的先後順序，以及吃什麼對降血糖有幫助等有助於血糖調節的飲食訊息。可見飲食資訊對第二型糖尿病患者的重要性，飲食不僅佔據患者日常生活重要的一大部分，飲食所帶來的影響也會直接表現在患者的血糖指數上，所以患者在面對糖尿病相關資訊的同時，最常提及且優先被提醒的即為飲食資訊。

> 我跟他們(朋友)問說要怎麼吃，有的有得到，我就問他說，你怎麼改善的，吃完有沒有比較好這樣（P01）

因為醫生他只能跟你說，你飯不能吃太飽、量就是要控制多少，你就是要吃水果，但是不能吃多少，他只是跟你說這樣，他並沒有跟你分析說什麼東西先吃比較好、什麼東西要比較後面吃比較好或怎麼樣（P04）

最想知道的是如何利用食物來控制血糖，因為不太想依賴降血糖藥物（P09）

(二) 藥物資訊

在疾病長期的健康管理過程中，藥物成為患者在飲食外最常接觸的物品。本研究受訪者過半數是採取飲食結合口服藥物的方式來進行血糖控制，僅有兩位是以注射胰島素的方式來維持正常血糖值。在拿到醫生開立的處方後，受訪者除了想知道藥物服用的時間點、劑量之外，亦重視藥物所帶來的效果、藥效持續的時間長短、藥物如何與飲食進行搭配、不同慢性病藥物間是否會有影響，以及藥物會產生怎樣的副作用和應對副作用的方法。

一般而言，藥物的成效會受患者患病時間長短、疾病嚴重程度，以及患者個人體質影響而有所差異，即便是同一種藥物，在不同患者身上亦可能出現完全不同的副作用反應。受訪者 P04 即表示曾在某種藥物副作用上同時看到腹瀉和便祕兩種極端情況，是在服藥後才確認自己屬於哪一種副作用並採取應對方式。亦有受訪者提及在糖尿病治療過程中，醫生會根據受訪者血糖控制情況來斟酌換藥，每當換藥時，受訪者對藥物所涵蓋的資訊內容需求也就相對的提高。

我會問他說，這個藥吃了會怎麼樣或怎麼樣，他會跟你解釋清楚，這個就是屬於某方面的，他都會跟你解釋，因為糖尿跟三高、高血壓的、血脂的啦，我都會問清楚怎麼吃，要跟什麼藥分開。（P06）

可能就是會看一些自己的狀況發生的一些問題、吃藥之後的反應，因為每個人吃的藥又不太一樣，然後就是他吃的那個藥會產生什麼樣的效果…因為現在都是慢性病的藥一定要吃、要吃的話你一定會看說，你的藥會帶給你什麼樣的副作用或者是後遺症。（P04）

而雖然糖尿病的形成與人體內胰島素的供應以及身體細胞對胰島素的利用能力有極大的關連，但從訪談結果來看，並非每位受訪者都熟悉或是會尋求胰島素資訊，而是會因受訪者的血糖控管方式而異。透過改善飲食和口服藥物來控制

血糖的受訪者，在描述資訊尋求過程時，最先提及的是飲食或口服藥物資訊，對胰島素的認識較不深入;但對以施打胰島素的方式來控制血糖並維持身體機能運作的受訪者來說，胰島素的生成、施打胰島素的作用、胰島素劑量的調整等就成為其主要的健康資訊需求。

（目前比較關注那部分的健康資訊?） 施打胰島素計量與作用（P02）

(三) 血糖測量相關資訊

血糖指數和糖化血色素是判斷糖尿病患者血糖控制情況好壞的主要指標，醫生可透過血糖數值來掌握患者的病況並適時地調整用藥。為了良好維持血糖，部分受訪者在醫生的要求或自我健康管理下，會於每日飯前或飯後自行量測血糖指數並做紀錄，而為了紀錄血糖指數，血糖測量設備就成為受訪者會去留意的資訊內容，像是不同品牌血糖機的準確度和操作方式、血糖試紙的價格與交換贈送等。對受訪者而言，測血糖不僅是想知道數值是否有在標準範圍內，亦是藉由這些數值來確認自己的飲食是否合適或需調整。

想多了解其他糖友是如何在日常生活中去照料自己的血糖，有時會提問跟糖尿病有相關的經驗跟方法（P09）

(四) 疾病本身的資訊

患病初期的受訪者期望能對第二型糖尿病有基本了解，包括病徵的說明、治療方式和日常照護方法等。但對已接受一段時間治療、疾病獲得控制的受訪者而言，疾病產生的原因、什麼情況下得到糖尿病則是他們想深入探究的內容，並且會開始關注以往未曾留意的健康醫學資訊，期望可獲得解答。而從研究結果更發現，受訪者不只會為了加強自身疾病管理而產生疾病資訊需求，也會因應身邊親友的健康變化而想獲得疾病相關資訊，像受訪者 P03 和受訪者 P10 都是因家人或長輩罹患癌症而開始關注和熟悉特定癌症資訊，或是疾病預防方法等，且受訪者對這類資訊的尋求甚至較糖尿病資訊更為積極主動。

有阿！看那個癌症的粉絲團，有一個乳癌的，我最近才加入因為我的 OO 得乳癌，所以我就幫她查一些資訊。（P10）

二、 第二型糖尿病患者的健康資訊來源

因應資訊載體的多樣化，每位患者都有多種方式可以取得自己所需的健康資訊內容，在各種資訊管道充斥的情況下，患者會選擇符合自己需求並習慣的資訊來源，但不會僅使用單一管道來尋求資訊，也會運用不同管道來獲得最確切且即時的資訊。以下整理受訪者所提及且常用的資訊來源管道來作說明：

(一) 醫療照護單位

依照研究訪談內容，受訪者通常在確診的第一時間即開始從醫療機構獲得疾病相關資訊，像是醫生對病症和治療方式的解說、護理師和營養師的照護說明、醫院安排參與的衛教課程、醫療機構製作之健康手冊、宣導海報等都包含了大量的資訊內容。當受訪者對治療藥物有所疑慮時，醫生就是主要的諮詢對象，醫院設立的病友支持團體或其他照護單位亦可取得相關資源。除此之外，智慧型手機的普及改變了現代人的資訊尋求習慣，因此越來越多醫療院所推出新的資訊提供方式，像受訪者 P02 即使用醫院自行開發的行動應用程式（mobile application，簡稱 app）來接收醫院的醫療服務和衛教資訊，透過雲端來管理健康資訊和進行健康照護。

> 那時才剛兩三年的時候，每次都要去衛教室就是說，營養師都會教我們如何吃，就要跟營養師說平常吃什麼，營養師會記下來這樣（P01）。

> 醫生他就有跟我講說，他們其實也有這種東西（app?）對，因為最近很夯，他就說：「妳也不是資訊不行，然後年紀也沒有到很大，要不要參加我們的雲端？」我說好啊，那就來參加一下好了。它都會有這些諮詢或是說可能會有一些衛教資訊，所以我部分衛教資訊是從這邊來的。（P02）

> 有閱讀過醫院提供的糖尿病的健康手冊，會依照手冊上的建議事項跟方法來進行生活，並且跟家人分享讓他們更了解糖尿病患的應注意事項（P09）

(二) 親朋好友

對本研究受訪者而言，來自身邊親朋好友的資訊量不只多，亦是最易接觸到的資訊來源。在確診為第二型糖尿病之後，受訪者即會開始接觸到來自家人或朋

友主動提供的各式各樣健康訊息，像是治療糖尿病的方法、降血糖的草藥或食譜等。其中不乏許多口耳相傳的偏方和患有同樣疾病的親友經驗談，針對這些資訊，部分受訪者選擇被動接受並嘗試、部分受訪者則持懷疑態度並求證；亦有受訪者會主動與朋友進行討論，互相交流分享彼此獲得之資訊，如對血糖控管有益的食物，吃了這些食物之後的效果等。

> 因為得了還是會怕，還是自己找、注意自己的身體，也是要看別人怎麼說，吃一些草藥，草藥我也有試過……是人家會報給我知道，說這個吃對糖尿病有效，妳要不要試試看這樣（P01）

> 因為我父母親都是比較養生的那一種，他們有時候會看那個、什麼醫學報導的電視，類似什麼健康好生活啊，都是醫師在講你要吃什麼，還是怎麼樣，她都會、如果不錯的話，他們就會傳給我看啦（P03）

(三) 網際網路

根據研究訪談結果，網際網路是受訪者在產生健康資訊需求時首要使用的資訊來源管道，並可再分出三種不同的使用途徑。首先是網路上的病友支持社團，此類型社團更是較醫院或基金會等創立的病友團體為多數受訪者所知曉，在 10 位受訪者中，即有 5 位加入「糖尿病*活久久」這個 Facebook 社團，即便是未加入者亦曾聽聞，且因該社團人數眾多，故受訪者可從中獲得、分享資訊或尋求許多病友的建議。接著是部落格，有受訪者是透過追蹤醫療專業人員經營之部落格來接收疾病相關資訊，受訪者選擇關注自己信任或熟悉之醫護人員的粉絲專頁以求取得最新和準確的資訊。

最後則是行動應用程式（app），隨著手機功能的不斷開發成長，行動應用程式已成為網際網路中常見且廣為使用的一項資訊取得工具。無論來自官方或私人單位，以糖尿病為主題的免費應用程式數量亦相當的多，內容包含血糖紀錄、食譜、照護防治、醫療新知、學術文獻等，其中「智抗糖」即為應用程式商店醫療類排名第二的熱門免費項目（以 2018 年 10 月 14 日之數據為基準），也是部分受訪者在接受推薦後持續使用中之軟體，受訪者藉由程式內建的功能來記錄並觀察

血糖數值變化，或是透過付費的方式來尋求專業諮詢。

從上述的資訊來源途徑可知，網際網路的便利性讓患者可快速的查得想要的資訊內容並獲得解答，尋求病友的經驗分享是患者使用網路的主要目的之一，而為了確保網路資訊內容的正確性，患者會選擇使用多數人推薦或是專業人士經營之網路資訊來源。

> 自己去網路上找那個期刊，還有一些 app、軟體，...有一個 app 還蠻不錯的，因為現在醫院陸續都有在推，叫做「智抗糖」，它有一些統計或是說可以做一些指數的分析，然後它本身有另外一個付費軟體，如果有（付費）就會有衛教師在線上跟你（溝通），他會看你的這一陣子來的血糖變化、體重變化等（P02）

> 因為我都會去看這個糖尿病活久久，然後身體如果有一些狀況，就會稍微去問一下說，阿我這個狀況有沒有人知道這個問題這樣…然後就會有很多的分享、都是一些親身體驗，所以那個資訊非常的豐富…其實我很多資訊都是從那邊來的。（P04）

(四) 電視媒體

對年紀較長的受訪者而言，在不熟悉網路的使用之前，電視的操作便利性反而讓他們更傾向於透過電視節目的介紹來獲得糖尿病相關健康知識，例如受訪者 P06 會觀賞《健康 2.0》這個節目，並從節目中的糖尿病治療和料理單元來獲得糖尿病日常照護健康資訊。電視媒體和網際網路一樣，都是可讓大量健康資訊廣為周知的資訊傳播管道，電視上眾多頻道、媒體和主題的節目全天候不間斷的播放，讓觀眾可依個人時間自由選擇觀看，因此患者仍會透過電視媒體來獲得許多健康資訊，是日常中不可忽視的一項重要資訊來源。

> 那就看電視阿，電視有什麼健康 2.0 啦、什麼有的沒的，有一些什麼生活，不過那個看到的話我就會去看它，可是他們炒的菜很麻煩，它會教你說糖尿病要吃什麼…都有醫生跟營養師上節目，而且他會說你要怎麼治療、你要怎麼控制、他們也會叫廚師來教學（P06）

(五) 書籍雜誌

書籍雜誌以往是個人尋求資訊的主要工具，然而隨著資訊傳播方式的轉變，

書籍雜誌已非現今一般大眾產生資訊需求時首選的資訊尋求管道。雖然現今資訊取得方便，但在網際網路和電視媒體的大量資訊充斥下，有受訪者即表示，片段零散的資訊、重複的內容或是來自四面八方的說法都容易造成混亂，為了尋求完整詳細且正確的資訊，受訪者會轉而查找糖尿病專門書籍或健康醫療類型之期刊雜誌來閱讀，而在大量的健康醫學類出版品中，受訪者熟悉且信任之醫護人員所撰寫的書籍更容易成為受訪者參考並採用的首要選擇。

我都看一些就是、糖尿病的雜誌，應該是它有一些像是生酮飲食阿，我有買三本，一本都 100 元那種，就是簡單的而已（P04）

還有一個是我的好友，那個陳Ｏ文醫生，他是宜蘭博愛醫院的新陳代謝科的主任，他還寫了一本糖尿病飲食相關的書，所以我會去瀏覽這些人；那就是那個糖尿病資訊有時候也會看一下，醫生提供的，新聞報導反而沒有那麼注意，因為我覺得有的都亂寫說什麼要吃什麼（P10）

三、 對資訊呈現形式的偏好

根據受訪者所使用的健康資訊尋求管道可以發現，健康資訊呈現的方式在載體和工具的多樣化下，內容也越趨多元，有平面文宣、動態影像、圖像化資訊等等。而隨著受訪者個人知識程度及資訊素養的差異，對各種資訊呈現方式的喜好及接收程度也進而有所不同，有受訪者覺得文字說明較清楚有脈絡，有受訪者覺得簡短影片的說明可幫助資訊的吸收，亦有受訪者喜歡圖片解說。整體而言，相較於密密麻麻、一堆文字或專有名詞的解說宣傳單，淺顯易懂、可於短時間內理解的文字結合圖像之資訊更易為患者所接受。

文字附帶圖片的方式是我最習慣的閱讀方式（P09）

當然是有圖表，有圖片會比較那個…很多主治醫師去講，他們去宣導的時候是拿那個，都很多文字就對了，就比較少那種好像比較容易一目瞭然的，那有的醫生是很學術導向，就是好像在講他的 paper（P10）

第三節　第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為

在正式訪談前，由受訪者自行勾選曾發生之健康資訊迴避行為中，以 6 位拒絕測血糖者最多，選擇性吃藥和遺忘飲食注意事項者有 5 位居次，談話時避免聊到糖尿病相關內容有 3 位，避免收看糖尿病相關議題節目、選擇性瀏覽網友分享之訊息行為和測血糖前大量喝水都有 2 位，避免閱讀相關報導或病例則有 1 位。根據上述受訪者自行選擇的迴避行為統計，可以得知第二型糖尿病患者的健康資訊迴避行為中以逃避血糖值資訊居多，藉由迴避血糖值過高或過低的訊息以減少需要面對其他醫療照護資訊的機會，這樣的逃避行為會直接影響到患者的身體健康狀態。

進一步從訪談過程中亦發現，部分受訪者在健康資訊尋求過程中會出現他們未選擇之健康資訊迴避行為，像是避免閱讀糖尿病相關報導或病例，可見健康資訊迴避行為有時是不易被患者所察覺，且呈現多種形式。本節即根據研究訪談內容，將受訪者的健康資訊迴避行為依照迴避程度分別說明如下：

一、 輕度迴避—不排斥但有限度運用資訊

輕度迴避行為指患者通常不排斥獲得健康資訊，但會在接收和運用健康資訊時表現出抗拒未來可能面對之健康資訊的行動，藉以避開不願面對或會產生負面情緒的資訊內容，這類型患者根據健康資訊取得態度上的差異又分為主動查找資訊及被動接受資訊兩種，以下就這兩種行為來做更進一步的說明：

(一) 主動查找但策略性的控制部分資訊

受訪者雖然會依循醫囑按時吃藥、不會拒絕糖尿病相關資訊，甚至是會主動去查找有助於疾病控制的治療方式，但若受訪者預期即將遭遇到的健康訊息會造成心理壓力，受訪者即會採取一些事前行動，有計畫的避開或調整資訊內容以減輕壓力，且這些行動多發生在受訪者每三個月一次的回診之前，這樣的行為即視為輕度迴避行為。每三個月一次的回診是為了檢視藥物和日常飲食對患者血糖控

制是否達到一定的成效，若無達到成效則需考慮換藥，換藥後患者無論是身體和心理都需重新適應，也需重新熟悉藥物資訊。有受訪者即表示在回診前，會用大量喝水或停止喝含糖飲料的方式來確保檢測出來的血糖指數能維持在正常範圍值內，減少因過高的血糖值而被醫生責備或需換藥的情況發生。

第二次回診的時候，我就是有投機取巧心，就是想說，那多喝點水，應該是會把那個沖淡（P03）

(二) 被動接受資訊

受訪者雖然定期回診，但會忘記吃藥、不測血糖，不抗拒獲得資訊但也不主動查找資訊，以被動消極的接受資訊為主，接受資訊後不會利用資訊去採取任何行動，對資訊關注的程度較低，屬於輕度迴避行為的一種。對被動接受資訊的受訪者而言，若親友有提供醫療照護保健之訊息就閱讀，或是剛好有看到文宣即快速瀏覽但不會再進一步檢索，也不會跟他人討論糖尿病相關話題，只要回診時測出來的血糖數值在標準範圍內即可，其他的資訊內容可不予理會，也可避免因瞭解太多而感到害怕。受訪者 P05 即認為知道越多只是越害怕而已，所以不會去查找相關資訊，反正自己清楚自己的身體狀況就好；受訪者 P06 亦表示在等待看診時，若有糖尿病衛教宣傳海報會瀏覽，但也不會看得很仔細。

我不會故意去找那個資訊…每天記血糖很無聊，就自己知道自己的狀況就好（P05）

以上兩種健康資訊輕度迴避行為的差異在於對資訊關注程度不同，共同點則在於受訪者皆預期自己的血糖值能在標準範圍以內，著重在血糖數值控制得宜、健康狀態維持良好，避免被提醒或聯想到血糖控制不佳後可能引發的併發症，減輕疾病所帶來的心理壓力。

二、 選擇性迴避—迴避部分資訊

由於健康資訊的充斥，對第二型糖尿病患者而言，其實無法完全避開疾病相關資訊，且雖然疾病會帶來較多負面之感受，但患者也並非會全然排斥所有的健

康資訊，而是會選擇避開讓患者產生不愉快情緒的資訊內容，選擇性的健康資訊迴避行為主要針對飲食和併發症兩種類型資訊而產生：

(一) 故意忽略飲食注意事項

對糖尿病患者而言，飲食是疾病管理中最常被強調的項目，但生活中最無法迴避的就是飲食資訊。受訪者 P10 即指出，當她想如一般人生活或是想享用喜愛的食物時就會故意忽略飲食注意事項，並用各種理由來說服自己不會影響到病情；或是當親友提醒飲食禁忌時，忽略親友提醒並以偶爾為之來說服親友。就如同受訪者 P05，雖知道要透過飲食運動來調整身體健康，但不願接受家人勸阻，仍舊持續地飲酒，並認為自己只要在進行血糖檢測前三天不喝即可。

有定期回診，回診前三天不喝酒就好（P05）

有時候電視新聞說，手搖茶，然後一杯裡面有幾塊方糖，那個看了就先不要管他，對阿，你就看完新聞，然後我弟買飲料回來了，還是照喝！下次就不要買（P10）

(二) 迴避特定（議題）資訊

依據研究訪談內容，過半數受訪者表示不會完全排斥健康資訊，有受訪者反而會積極地尋求新知，但碰到特定資訊時就會出現迴避行為，疾病所引發的併發症資訊即是受訪者最不願面對的一項重要健康資訊。即便併發症資訊通常會在確診時透過醫療院所的衛教課程取得，但幾乎每位受訪者對第二型糖尿病併發症的看法都是併發症會嚴重影響自理能力，連帶家人的生活也會跟著轉變，容易帶給受訪者害怕不安的感受，所以受訪者皆極力避免閱讀與併發症相關文獻、強迫自己不要去想併發症相關實例。

糖尿病的慢性病會有併發症阿，會有一些可能就是神經病變或者是腎臟病變阿，或者是一些比較沒有辦法去、不可逆的東西，像一些視網膜病變…當然你知道了之後你就會去注意，但是有一些它的訊息出來，它是已經病變到某種程度了，或者是你的視網膜病變…已經出現到比較嚴重的，你就會不要去看，就是越看會越怕。（P04）

就是關於糖尿方面的，會怕就是有個疙瘩在，就是說為什麼會這樣子，你在

看衛教的時候，有時候看起來很恐怖（如後續治療或併發症?）對，我想不看還好，自己控制就好（P06）

三、 潛在迴避—隱藏患病事實

在研究訪談過程中可以發現，多數受訪者雖已接受疾病，找到自己與疾病和平共處的方式，也表現出對疾病相關健康資訊的關注，但仍有受訪者（如 P04）會因為擔心被他人發現患有糖尿病而出現不顯著的迴避行動，屬於潛在的健康資訊迴避者。所表現出的迴避行動有：較不願跟他人面對面談論疾病內容，也不主動加入討論，即便談論也語帶保留，多在網路上瀏覽他人分享的資訊或尋求解答為主。雖然透過網路網路，患者可在不實際接觸的情況下獲得病友分享的資訊，更不用擔心被身邊除了親友以外的人發現患有糖尿病，但若長期僅依賴網路資訊，可能會因而接收到錯誤資訊，不利於患者健康的維持。

不好意思讓人家知道，怎麼會那麼年輕就得到糖尿病這樣….沒有，我沒有在發文，我瀏覽而已，我好像有一些問題問過這樣子（P04）

因為在外面我也不想跟人家聊這個，總不能碰到人說，唉我有三高…碰到的話，（朋友）知道的話會說你今天有沒有吃清淡，我就會說有喔，吃很清淡，就是少吃什麼油炸的拉、甜食，再怎麼講就是一樣的意思啦（P06）

四、 完全迴避—與疾病相關資訊皆不接觸

對於完全迴避健康資訊的患者而言，不吃藥、不回診，也不控制飲食，任何與疾病相關之人事物都完全不想也不願去接觸。患者會透過各種行動來避開可能遇到的疾病相關資訊，這樣的完全迴避行為跟患者罹患疾病的時間長短無關，也不僅僅會在治療的某一個歷程中發生。本研究發現即指出，無論受訪者是在確診初期或已持續治療一段時間，都有可能出現完全迴避資訊之行為，只是在迴避的具體行為上會有些微差異，以下就發生於確診初期和持續治療期兩個不同時間點的患者健康資訊完全迴避行為做說明：

(一) 確診初期的完全迴避

透過訪談中受訪者講述的確診過程可以發現，多數受訪者在初次確認得到第

二型糖尿病的當下，基本上都會配合治療、尋求血糖控制方法，但有四位受訪者因無法接受而選擇逃避現實，進而出現一連串抵抗的行動，像是不願回診、不測血糖、拒絕談論糖尿病相關訊息、避免閱讀相關病例、退掉醫院安排的衛教課程、不刻意調整飲食等，以拒絕所有疾病相關資訊的方式來拖延「面對糖尿病治療」這件事。對受訪者而言，只要不去接觸糖尿病相關資訊就不用去考慮後續治療，也不用擔心疾病帶來的轉變，可以如往常般生活。

最初很排斥家人談論有關糖尿病的事情以及很多人會說哪個人如何控制，每次聽到家人朋友談論建議我都會莫名感到生氣…後來慢慢地接受加朋友分享的經驗跟案例，自己也會去嘗試各種方法來降低血糖（P09）

(二) 持續治療期的完全迴避

多數受訪者都表示在確診後會配合醫生指示用藥、定期回診以維持健康，但在疾病治療一段時間後，部分受訪者在接收大量糖尿病資訊，逐漸熟悉自身治療和照護的程序後，會因習慣照護流程、對疾病倦怠或自覺身體健康狀況良好等因素，開始未經過醫生指示自行調整飲食、停藥、避開會出現或聯想到糖尿病資訊的場合、逃避病情討論等，且迴避的行為會越來越多，甚至是自行中止回診、拒絕接受治療。本研究訪談中的受訪者 P02 即是在治療一段時間後，自覺身體無大礙的情況下，開始不回診也完全不談論任何疾病資訊，並曾在家人詢問健康狀態時，謊稱血糖檢查結果一切良好來減少家人的關注。

只有一開始的時間，就是頭兩年有認真吃藥…可是就是除了醫生叫我要幹嘛，我就照作之外，其他的事情都拒絕…感覺醫生說也沒那麼嚴重了，那我是不是就可以不用那麼認真的吃藥了，後來就漸漸把藥都停了，那也沒有回診（P02）

都會接觸到（資訊），可是我就裝作沒看到這樣子，或是可能就不太想去搭裡它這樣子，我連打開來都不太想打開，看到那三個字就算了（P02）

我現在已經有 3n 年，那我也不想我的生命全部都活在糖尿病的陰影裡面，我也想要有正常的生活啊，所以就是到後來當人家講糖尿病什麼，有時候我就會走開不想聽這樣（P07）

上述兩個時期的健康資訊完全迴避行為主要的差別在於，確診初期的患者一開始即拒絕一切糖尿病相關資訊和治療，尚不會出現醫囑不服從、自行停藥的行為，而為了身體健康著想，患者在一段時間的適應期過後可能會逐漸接受患病事實並開始治療，進而停止迴避、重新尋求保健資訊；持續治療期之患者則是一開始會接收治療和各種保健資訊，但當治療時間變長，會使患者疲於接收資訊，再加上患者在治療初期會逐步累積糖尿病知識，若資訊內容重複即無法引起患者注意，患者會因而倚賴現有知識來迴避其他健康資訊，導致迴避時間被延長，而且因持續治療中的患者病情趨於和緩，較無新的健康資訊需求，因此減少或停止迴避資訊的機會也相對較確診初期完全迴避資訊之患者少。

五、 持續迴避資訊

從研究結果可以發現，多數受訪者是在保有基本疾病知識的同時發生健康資訊迴避行為，但受到醫病互動、身體狀況變差等內外在條件的影響，多已重新尋求健康資訊。然而，病齡較長的兩位受訪者 P05 和受訪者 P07 憑藉著對自身健康狀態的瞭解以及久病的倦怠，仍舊以「自己」所認定不影響健康的方式持續在迴避健康資訊。其中，已確診 10 幾年的受訪者 P05 在訪談過程中更強調，只要清楚自身狀況就無需跟醫師討論或是去尋求健康資訊，即便常使用之社群媒體（如 Line）有健康資訊分享群組也不會想加入，消極應對相關資訊內容。

第四節　第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因

根據 Sweeny 等人於 2010 年提出的資訊迴避決策架構，調節自身情緒、採取行動的義務、威脅到個人信仰或信念為個人主要的三個資訊迴避動機，著重在個人心理層面的因素。本研究根據訪談內容發現台灣社會第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為的原因則可細分出生理、心理、個人認知、以及外在環境四個不同的面向，以下就各面向來進行說明：

一、 生理層面

對一般人而言，生理上的變化和疼痛感受都是最直接且迫切需解決的，當疼痛產生，人們就會立即尋求舒緩或是能馬上止痛的方法，以求停止身體上的不適感受。根據本研究發現的生理因素可以得知，對患者而言，接受治療的過程中更容易面對治療方法所帶來的一連串生理變化，致使患者因無法或不願承受而選擇逃避會造成不適的疾病相關資訊。

(一) 藥物的副作用

對糖尿病患者而言，血糖控制須長期服藥，而藥物會對人體產生不同的副作用，像是胃酸、腹瀉、嘔吐、便秘等，甚至會有找不出原因的不舒服感受。本研究中，過半數受訪者因預期吃藥會帶來不適，致使受訪者不遵從醫囑來吃藥並對藥物產生排斥感；另外，糖尿病藥物亦導致受訪者體重遽然上升或下降，致使受訪者外型上產生變化，最常見的即為變胖，變胖不僅讓受訪者需調整和適應新的生活習慣，他人的視線也造成受訪者心理上的壓力。由此可知，為了減少副作用所帶來的不適，患者會選擇自行減用或停用藥物。

> 我就想說，吃藥還有一些副作用，就是會開始一直胖，然後會很不舒服，還有頭痛之類的問題，然後就想說，既然感覺醫生說也沒那麼嚴重了，那我是不是就可以不用那麼認真的吃藥了，後來就漸漸把藥都停了（P02）

(二) 測血糖造成疼痛

糖尿病患者需透過血糖指數來確認自己的血糖控制狀況，而為獲得血糖指數患者通常需使用專門的設備於身體上扎針、取得血液後進行測量，但血糖指數並非僅看單一次的數值，而是須長期觀察記錄進行比較後才能知曉患者的血糖控管是否維持在良好的狀態。受訪者被要求於飯前飯後皆須測量並記錄以利醫生評估，但每天不只一次的扎針動作對極度怕痛的受訪者而言，就易造成心理上的負擔，再加上糖尿病患者每三個月皆須定期回診，回診時醫療院所一定會進行檢測，致使受訪者選擇放棄紀錄血糖指數，不測血糖以減少疼痛次數。

說實在話，每天都要扎針、想到就痛，每天都三餐吃還要痛，餐前要痛一次，餐後還要痛，那蠻麻煩的，我都沒有在測，回診的時候就去讓他扎。（P03）

二、 心理層面

心理上的壓力可視為促使患者產生健康資訊迴避行為的最主要原因，有極大比例的迴避行為都是由心理層面的因素而生。本研究中每一位受訪者都曾為了調適自身的心理感受而產生程度不一的迴避行為，這樣的心理感受有正面亦有負面。受訪者會為了維持正面情緒而迴避讓人不愉快的資訊，也會為了排除負面情緒而停止接觸與疾病相關的訊息，尤其負面感受更易讓受訪者產生防衛機制，進而下意識地逃避健康資訊。以下就受訪者所經歷的正負面心理感受來進行說明：

(一) 久病不癒的倦怠感

無論是哪一種疾病，在確診的當下都會讓患者感受到一定程度的心理負擔，面對緊接而至的後續治療、他人對疾病的看法，在疾病痊癒之前都會於無形中帶給患者壓力，尤其對需要長時間進行治療的慢性疾病患者而言更是如此。根據研究結果，受訪者們因糖尿病需長期進行血糖控制和照護，也需配合疾病調整個人飲食和作息，久而久之受訪者會對疾病的治療照護感到疲倦和厭煩、不願自己的生活都與糖尿病相關，迫使受訪者轉而避開與糖尿病有關之資訊和場合，藉以減輕長期面對疾病所帶來的壓力。

因為已經厭倦了，我就想說我也可以是不是、就只是過著平常人的生活…那我也有在吃藥，現在甚至有在打胰島素阿，醫生叫我做我都會做，但是他

之前叫我每天量血糖，我真的覺得非常厭倦，每天早上起來還沒吃飯要量血糖，天天、你想想 3n 年，沒辦法…到後來我也不想量了（P07）

(二) 血糖控制不佳的挫敗感

血糖控管是糖尿病患者生活中最主要的一環，除了患者本身自主的檢測以外，每三個月一次於醫院的回診，也是在檢視患者血糖控制是否良好。受訪者為了讓血糖值維持在標準內，除了依照醫生指示服用藥物，亦會進行一連串的飲食調整、規律運動等。然而，並非每位受訪者都能良好的控制血糖，有三位受訪者即表示，當控制飲食、配合吃藥後仍無法使血糖指數下降、反而有升高的情況發生時，就會讓受訪者感到沮喪、產生挫敗感、不知所措，進而開始失去自己健康管理的信心、懷疑醫生的建議、忽視血糖數值，甚至放棄飲食控制和相關照護資訊。

包括什麼減重、運動啊，這些會都是一股腦全部丟到旁邊去…因為就感覺它就是一個我不太想花力氣在上面，或是一個努力可能也覺得效果不彰的東西，就是無力感阿、就會轉為挫折感阿，然後就是逃避它阿之類的…或者是說，那時候靠吃藥調整的沒有很好（P02）

有一段時間覺得不知道該如何飲食，覺得吃這個也不對吃那個也不對，慢慢放棄對飲食控制（P09）

(三) 病友經驗帶來的負擔感

多數受訪者在確診後雖可獲得醫療單位的專業治療說明，但仍會尋求病友的經驗分享，藉以作為未來面對治療時的參考，從病友經驗中，受訪者可獲得相似病症的處理方式，以及其他病友避免血糖過高的飲食控制方法等。然而，受訪者在徵求或接收病友建議的過程中，亦同時受到病友態度所影響。以受訪者 P07 加入 Facebook 社團的使用經驗為例，部分病友（指社團管理者或較常發表文章之成員）在回應問題時過度積極的態度、對其他病友（僅提問或留言）經驗表示不贊同或帶有指責的語氣，以及描述經驗時所使用的過度指導性言詞等，都反而讓受訪者 P07 產生壓迫感、甚至覺得被威脅，好像其他病友的疾病控制方式（主要為飲食）很差、有很大錯誤，因為這樣的氛圍，導致受訪者 P07 漸漸不願瀏覽

社團的糖尿病資訊。

> 我有一陣子很想退出，因為大家好像都戒慎恐懼，那裡面充滿了威脅性的東西：你如果不好好吃會怎麼樣、有一些老的會說怎麼樣，講話充滿了恐嚇威脅…我覺得大家是來切磋新知，它也的確有幫到我，可是有時候講話充滿了威脅的時候我也很不想要聽，所以我曾經也想要退出，不過後來還是沒有退出，就不去看這樣…（P07）

(四) 對併發症的恐懼感

疾病若未加以控制，除了疾病本身帶來的不適之外，其所引發的併發症亦會對患者的生命造成威脅，因此併發症是患者在接受治療時常會接觸到的重要資訊，且通常會被安排在醫療單位的衛教課程中。糖尿病併發症一旦發生，即會嚴重威脅到患者的日常生活和生命安全，從訪談中即發現，每位受訪者因為併發症的高威脅性，在提及併發症資訊時皆出現顯著之負面感受。受訪者 P10 即表示，因身邊親友曾有人承受過相關併發症，在看到親友的實際經歷後，擔心相同情況發生在自己身上，所以選擇迴避併發症資訊以減少害怕的感受並降低產生過多聯想的機會。

> 我們會知道這種嚴重性啦，到底事實上它會影響到你身體怎麼樣那個很深入的那種，我是沒有再去看那個啦……阿你既然眼睛看不到了，我就乾脆去死好了，有時候會變成這樣，其他的就不敢去想（P03）

> 而且那時候心裡會有恐懼….因為你有看到說家裡的長輩他們都死的…因為糖尿病的人他們都很早就知道自己的問題，所以他們就會開始保養，可是每個人都走得很辛苦，因為身體很多的併發症，像洗腎、講到洗腎我就會很害怕（P10）

(五) 享受當前的快樂

在疾病治療的過程中，患者為維持健康狀態，生活上就會相對地產生許多限制，對糖尿病患者而言，最先面對且主要的治療方式即為飲食控制和服藥，為了將血糖指數維持在正常值範圍內，患者不僅無法隨心所欲的吃喝，還需長期按時服藥，亦可能時刻被親友提醒著許多大大小小的飲食禁忌。從研究中發現，部分

受訪者會為了跟朋友聚會或享用美食忽視飲食注意事項;甚或是維持跟未患病前一樣的生活，以求保有當下的愉快情緒。由此可知，在某些特定情境下，患者為了維持快樂情緒，會選擇迴避飲食禁忌等資訊。

> 可是我知道我要去大吃大喝之前，我都不想量血糖，因為我知道那會打擾我的興致（P10）

三、 個人認知層面

影響患者產生健康資訊迴避的原因除了生理上的不適和疾病治療過程中引發的心理壓力之外，亦常是由於患者本身對疾病認知上的差異所引起的。患者對疾病的了解程度及看法會反映在患者面對疾病資訊時的態度，當資訊內容與患者個人認知有所牴觸時，患者會進行自我調整以減少牴觸所帶來的不適感，進而出現迴避健康資訊的行動，並影響患者後續的治療決策。以下就研究訪談結果中會使患者產生迴避行為之認知差異情況來進行說明：

(一) 對疾病的錯誤印象

糖尿病雖已是一種社會文明病，但傳統社會所流傳下來的觀感卻仍深深影響著一般大眾對糖尿病的看法。在本研究訪談中，受訪者 P02 是在確診糖尿病兩年後，因併發症開刀住院才發現原來其家人亦有糖尿病，在此之前，即便已知家族中有糖尿病病史，受訪者 P02 也未特別關注自身狀況、家人之間也不會就糖尿病來進行討論。研究也發現，多數受訪者對糖尿病併發症和治療方式會有一些先入為主的想法，像是會失明、截肢、未來要洗腎、打胰島素很嚴重等，但受訪者多半會因恐懼選擇避開併發症相關資訊，並不會主動去了解更多細節或探究傳統觀念的正確性。

個人價值觀會於家庭教育中潛移默化的形成，對個人有極大的影響，過去傳統社會因對糖尿病瞭解不多，故常產生錯誤的解釋和看法，這樣的觀感持續傳承至後代，不僅會使患者提出不利於健康維持的醫療決策（如不接受治療），更會導致患者因得到糖尿病而覺得丟臉、難以啟齒，並產生會被人嘲笑的過多聯想，

以於致患者不想甚至是害怕被他人知道，即便是家人之間也會因在意糖尿病所帶來的眼光而避免談論糖尿病這個疾病。

有些錯誤觀念就會覺得，這個東西好像難以啟齒，你不太好跟人家講，因為年紀這麼小、那時候才 30 幾歲（P02）

會打針已經是很嚴重了（P05）

因為覺得得到糖尿病很丟臉，大概持續半年左右慢慢接受自己是糖尿病患（P09）

(二) 疾病背景知識的不足

傳統價值觀會影響患者對糖尿病的觀感，而患者所具有的背景知識則可幫助患者判斷接受到的健康資訊並進行決策。然而，多數受訪者較少接觸也不易理解專門的醫學知識，像受訪者 P02 即認為糖尿病只有吃多喝多尿多，並未意識到併發症也不願多瞭解，導致發生時已相當嚴重。由此可見，當患者對糖尿病的認識不足、在理解健康醫學資訊產生困難時，患者就越容易產生迴避行為，或是選擇依循傳統價值觀來看待糖尿病，甚至對胰島素治療產生錯誤的看法，無法對藥物作用和疾病症狀做即時的因應。在本研究中，無論知識程度高低皆有完全迴避資訊之受訪者，顯示患者的知識程度跟健康資訊迴避行為沒有絕對的正反關係，但若患者能具有基本的知識背景，則有助於健康資訊的吸收和運用。

因為會有點抗拒 而且有一些錯誤的資訊，以為糖尿病除了疾病本身病徵(吃多喝多尿多）而已，沒有意識到有併發症。（P02）

說真的啦！要說白話文啦！如果太過於專業術語，說實在話，我也聽不懂阿！對阿！你有時候說一些醫學上的名詞，說的落落長，到最後是糖尿病三個字，一句話可以解決。（P03）

(三) 自覺身體健康狀況良好

「久病成良醫」這句話雖非百分之百準確，但對部份五年以上的受訪者而言，經過長期的治療過程，受訪者在逐漸熟悉自己的身體狀況和藥物對自身影響的狀態下，會因習慣而開始有一套屬於自己的疾病控制方式，並自行決定是否繼續吃

藥。尤其當受訪者發現自己按時服藥但卻對血糖控制沒有太大的成效，或是覺得身體狀況已改善很多，在不願一直處於吃藥的狀態或是想減少藥物副作用影響的因素下，受訪者會未經醫生的同意自行停藥，甚或是停止回診，減少關注疾病資訊。

> 吃了兩年之後就覺得好像有比較穩定了，自己覺得，然後就斷藥，中間大概有兩年多的時間都沒有吃藥（P02）

四、 外在環境層面

迴避健康資訊的原因除了患者本身的生理、心理狀態及個人認知之外，亦有許多情況是受到患者所處外在環境影響，致使患者選擇性的避免獲得健康資訊，甚至將外在環境條件的限制用來合理化自身的迴避行為，其中影響患者較多的外在環境因素主要有患者所處的生活環境和習慣改變不易、患者與接觸到的資訊提供者之間互動不良，以及資訊內容讓患者無所適從三種情況。

(一) 生活習慣調整不易

生活習慣的調整是第二型糖尿病患者開始治療後首要的改變，尤其是配合飲食藥物或胰島素注射所帶來的作息調整最為顯著，患者需要定時吃藥或打胰島素，也需經過一段時間去習慣新的飲食方式，像是要避免食用容易使血糖升高的食物、壓抑對部分食物的食慾，無法盡情的享受吃喝。為了健康，過半數受訪者皆表示曾配合調整，但當工作忙碌或工作型態無法配合治療要求時，受訪者就會忘記吃藥或是忽略飲食上的注意事項，就如同以遊覽車司機為業的受訪者 P03，長時間的車程導致他的三餐無法定時定量，外出用餐也無法隨時找到合適的飲食，疾病的照護相當不便利。

另外，血糖控制方式執行不易，以及患者不願意改變原有生活方式和喜好都會使患者轉而逃避相關的疾病照護資訊，如受訪者 P06 即覺得健康節目中所提及的飲食限制和方法難以實行，受訪者 P09 則是因改變不了飲食習慣，所以在遇到自己喜愛的食物時會刻意迴避食物對血糖影響之資訊。

變成說很多事情都要遷就工作……那你還要去想說，我何時要吃什麼、血糖多高怎樣，變成說有可能就是都忘記…你也不可能說我每天都固定吃這攤、我固定都吃這三樣…反正我就是抓個大概啦，最基本的就是糖類的飲料不要喝（P03）

大概是飲食部分還無法改變的時候，會刻意忽略底 GI 食物的部分，因為飲食習慣很難改變，而且喜歡吃的食物都不能吃就會刻意迴避食物高或低 GI 的資訊（P09）

(二) 與資訊提供者互動不佳

於研究結果可知，第二型糖尿病患者常見的健康資訊提供者有親友、醫生、病友等。親友大多是從旁提醒受訪者注意飲食，但當受訪者為了避免家人擔心或是家人對糖尿病避而不談，受訪者就會跟著不願提及或討論疾病有關之訊息。而在與醫生的互動上，有五位受訪者表示，因大型醫院病患較多，醫生無法於門診給予受訪者足夠的諮詢時間，致使受訪者認為回診只是測血糖和領藥而已，醫生的角色也僅是診斷和開立治療藥物，無法就糖尿病相關資訊有進一步的討論及交流。即便有進行討論，若醫生回應態度冷淡，或是不願了解患者所提出的治療方式時，就會使患者漸漸避而不談糖尿病相關資訊，在本次研究訪談中，受訪者 P05 即認為提問只會被醫護人員嘲笑而不願與醫護人員有太多的互動。

病友的經驗分享或是相關醫學報導亦是受訪者常接收到的訊息，當受訪者對接收到的健康資訊有疑惑時，理應向具有專業知識的醫生諮詢，但多數受訪者傾向於自行尋求解答。由上述內容可知，患者多依照個人需求去查找資訊，但若資訊是來自於他人，資訊提供者對資訊以及對患者的態度就會直接影響患者的感受，連帶牽動患者後續的資訊運用行為，當資訊提供者態度消極或不回應患者時，就容易使患者逐漸避談健康資訊。

你看他們（指家人）也不知道我沒吃藥，也不曉得我...他們知道我有，可是他們也沒注意到我的吃藥，我們大家都不太會講這個（P02）

因為我之前是在醫院看，可是醫院我覺得很麻煩，我就改到診所去看…去醫院看的時候…一個門診就要等很久，比如說你掛第二個來講，他第一個有時

候看很久，可是我們只要大概看兩三分就好了（P06）

我外公就糖尿病、然後我媽媽就糖尿病，我媽媽他們自己都不太管…我媽媽她就是，她自己也糖尿病受苦了，所以她聽到我是糖尿病她就很焦慮很焦慮，所以不要讓她焦慮就盡量不要跟她談這些事，免得她擔心。（P07）

(三) 無所適從的資訊內容

隨著醫學發展和資訊的快速傳播，糖尿病治療照護方法亦不斷地被檢查和更新，當有新的研究發現，治療照護方法也會跟著改善甚至是被修正；隨著健康資訊量越來越多，各種對血糖控制的說法也如雨後春筍般冒出。從研究結果可得知，當資訊量過度龐雜、重複性高、資訊內容品質不一，甚至在飲食和治療方法上出現完全相反之看法時，就會使受訪者因無法找到所需資訊而感到不知所措，出現資訊超載現象，受訪者 P07 即指出，以前採信的說法不斷被推翻，到後來就決定不看相關資訊了。這類的情況就容易使患者不知該採用哪些資訊來進行後續的疾病照護，並感到無所適從，進而選擇放棄關注這些訊息。

早期我喜歡那個中華日報健康版，奉為圭臬這樣…可是看那些資訊有很多很多的挫折，因為過幾年他們又推翻了他們的說法…我就覺得疲倦了，你現在把它存進去，不曉得哪天又要把它推翻，那幹嘛浪費我的腦子去看這些東西。（P07）

新聞報導反而沒有那麼注意 因為我覺得有的都亂寫說什麼要吃什麼（P10）

第五節　促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機

從上述健康資訊迴避行為和原因可以得知，迴避行為經常發生於患者與資訊接觸的日常生活中，因此，為了能減少患者迴避健康資訊的情況、幫助患者維持良好的健康管理，本節根據研究訪談結果所歸納出的健康資訊迴避原因和行為模式，提出能減少第二型糖尿病患者迴避健康資訊的契機，以此做為衛教資訊建置參考並達到提醒患者正視疾病資訊的成效。

一、 急迫的健康資訊需求

最直接迫使患者重視自身的健康狀態，主動去尋求健康資訊的契機即是患者的身體健康狀況在迴避健康資訊的過程中產生了變化，且需要迫切的醫療處遇，使患者不得不重新關注疾病的治療和相關資訊。受訪者 P02 在因糖尿病引起的急性併發症酮酸中毒而需進行手術之前，即是處於拒絕任何糖尿病資訊和停藥的狀態，是在手術之後花了幾個月時間調養身體，才重新開始積極面對糖尿病，並加入網路社群團體以尋求更多資訊；若非有這樣的經歷，受訪者 P02 仍舊會持續迴避健康資訊和拒絕治療。此外，受訪者 P03 亦表示，是因為親友生病才促使他積極的去尋求疾病相關資訊。雖說這樣的契機可直接迫使患者減少迴避資訊，但卻會對患者的身體造成極大的傷害，因此揭示健康資訊迴避行為及其所帶來之影響，可達到提醒患者減少迴避健康資訊的作用，降低併發症發生的機率。

> 一直到今年年初就因為身上有細菌感染，然後又因為血糖的指數很高，我那時候驗出來是 13.8 糖化血色素…然後我那時候不曉得糖尿病會這麼嚴重，還有那麼多併發症的問題，因為後面就開刀，然後開刀之後就是，本來只是吃藥，現在變得要吃藥兼打胰島素。（P02）

> 也不只是糖尿病啦，有些人、癌症或什麼，因為我 OO 是乳癌末期嘛…說實在我也不是讀醫科，我怎麼會知道到底是怎麼樣，對不對，那其實這種東西真的是說，你真的遇到了你才會想去了解。（P03）

二、 對健康資訊內容產生興趣

依照研究訪談結果，多位受訪者在遇到對未來疾病治療或後代有幫助之資訊時，會較積極去關注和參與討論；若資訊內容與受訪者之前接收到的有所差異、以不同角度來闡述，亦會提起受訪者對資訊之興趣並主動去瞭解更多。由此可見，減少患者迴避健康資訊的方式亦可從引發患者對健康資訊的興趣著手。尤其對有輕度迴避和選擇性迴避行為的患者而言，在迴避健康資訊的過程中亦同時在慢慢熟悉糖尿病所帶來的生活轉變，以求能與疾病和平共處，雖然對疾病未來的變化仍舊會感到不安，但患者會為了恢復健康而吸收糖尿病相關資訊，受訪者 P08 即是在瞭解後慢慢接受患有糖尿病這個事實，並產生對健康資訊的興趣和需求。因此，提升患者對健康資訊的興趣對減少資訊迴避行為是有所助益的。

> 看久了以後，有一些你可能都知道，可是有一些他會突然寫出你不知道的事情，那你無形中又吸收到了…譬如說，醫生十個裡面…九個是不能吃什麼，第十個他說可以吃什麼，你就會去看他的報導（P03）

三、 醫生積極的回應

從研究中可以發現，醫生的態度不僅會降低受訪者回診的意願，更會影響受訪者健康資訊的接收。醫病互動是疾病治療照護中相當重要且常被討論的一環，醫生依照自身的專業給予患者治療和照護建議，通常患者在接受醫護人員的專業指導後，除了按部就班的執行醫療指示外，因應各類型資訊的公開且快速傳播流通，患者也可自行查找疾病相關治療方法和病友的經驗分享。

本研究多數受訪者在獲得資訊後會自行嘗試或詢問醫護人員，以求能獲得較佳的疾病照顧方法和效果，但受訪者 P07 提到，在跟醫生諮詢的過程中，因醫生一味地否決或忽略她的疑問、僅要她接受指示即可，讓她覺得不被重視，進而降低對健康資訊尋求的積極度。顯見醫生的回應態度對患者的健康資訊尋求行為會產生最直接的影響，雖然患者自行尋得的資訊並不一定正確，醫生也可能會因過多誤傳的資訊而感到困擾，但患者為了能恢復身體健康，亦積極的在尋求最適合自己的治療方式。因此，醫生在面對患者諮詢時若能積極正面的應對，並相信患者皆具有自我判斷能力，提供患者疾病可能發生的各種狀況，對患者後續的治療

和健康資訊的接收都會有很大的幫助。

> 我就有一年我全部藥都停…我就自己控制飲食跟運動，過一年以後我就回去看醫生，我的血糖量出來是我吃藥以前最好的狀態，就是說比我吃藥都還維持得好，我那時候量出來還只有 7，然後我說你看我不是自己的方式進步了嗎?...那醫師還是勸我吃藥，我那個時候真的對醫師很絕望，他不看清楚說對我來說、我是很認真要參與自己的健康嘛，可是他認為 7 還是高，他還是叫我吃…我一吃以後，血糖就沒有回到 7 過了…所以有時候醫師的觀點不見得適合我們…而且我到現在都很後悔我那時候又聽他的話去吃藥.....可是我覺得他如果、如果醫生願意協助我就只是先觀察，然後不要叫我再吃藥，我覺得會更好（P07）

四、 簡單易懂的資訊提供方式

在健康醫學資訊中，大部分的醫療資訊和用詞並非一般患者所能理解，即使患者普遍受過國民基本教育，在醫學方面的知識仍相當有限，多數患者僅能就字面意思或是耳聞來的資訊來理解疾病，至於疾病的成因、治療等更進一步的內容，雖然可從專門書籍中尋求解答，但透過網際網路和醫療單位來認識醫學資訊者仍占多數。

依據研究結果發現，受訪者們對健康資訊的呈現多傾向於容易理解且好記的圖文形式，過於冗長和過多的專業用語不易被受訪者所吸收；在資訊內容用詞上，採用肯定的表達方式會較否定詞彙更易被受訪者所注意和接受，受訪者 P03 即指出，比起飲食禁忌，會傾向看醫生說「可以」吃什麼的報導內容。對糖尿病患者而言，最常接收到的是禁止吃什麼、不能喝什麼等訊息，但一味禁止或絕對遵從這樣的資訊內容反而容易使患者產生負面感受及反抗心理。對疾病的負面感受會讓患者對健康資訊產生排斥感，若再接觸到複雜難懂的資訊內容，會使患者更易產生資訊迴避行為，因此健康資訊的建置應以簡單易懂為主。

> 因為醫生他只能跟你說，你飯不能吃太飽，量就是要控制多少…他並沒有跟你分析說什麼東西先吃比較好…它只是說妳的吃應該要定時定量這樣…有衛教讓你去跟他討論，但是一個糖尿病你沒有對這種東西非常瞭解的情況之下，你不知道要問什麼。（P04）

五、 敘述完整的健康資訊內容

即便資訊簡單易懂有助於患者吸收，但在這個前提下，衛教資訊建置前更應多加注意欲傳達之健康資訊本身的準確性和完整度。從研究訪談中發現，過度簡略的內容讓部分受訪者對資訊內容有錯誤的理解，不利於受訪者的資訊吸收和運用，尤其現今健康資訊氾濫，多數受訪者接收到的皆為片段、重複之訊息，久而久之，受訪者會對重複又不完整的訊息感到厭煩、無信任感，也間接影響受訪者面對醫療機構所提供之健康資訊的態度，對糖尿病衛教資訊的推廣造成阻礙。所以，內容一致且有系統的資訊內容可大幅降低患者對資訊內容誤解的機率，減少對資訊的不信任感。

> 譬如說今天是這個 A 護理師講，可能下個星期換成 B…所講的內容也是有大同小異，細節上就是有差別，很細節的事情沒有講到，變成說你可會想說就大概…少吃，那乾脆不要吃好了（P03）

第六節　綜合討論

資訊迴避，是個人為了防止或延遲獲得可用但可能不想要的資訊所產生的行為（Sweeny, et al., 2010），而健康資訊迴避行為是會根據情境且會在資訊尋求過程中經常發生，受到個人人格特質、特殊情緒、資訊來源影響所致（Addison, 2017）。對第二型糖尿病患者而言，在長期與健康資訊互動的過程中，為了保護自身的感受，更無法避免迴避行為的發生，本節將根據研究結果與相關文獻之差異以及研究結果之間的關聯來進行延伸探討。

一、 第二型糖尿病患者之健康資訊行為

患者的健康資訊需求和尋求行為主要根據患者的疾病治療歷程而生。在慢性疾病患者中，癌症患者的健康資訊行為較常被提及和討論，癌症患者的健康需求會跟著不同治療階段而有所變化，尤其治療初期的醫療處遇會對患者後續的照護產生影響（Leydon et al., 2003）；在本研究中，第二型糖尿病患者的健康資訊行為雖也會受到治療歷程影響，但因第二型糖尿病的治療歷程在確診之後，即開始自行口服藥物或注射胰島素來進行長期控制照護，與癌者患者所經歷的確診、治療前準備、正式治療（手術或化學治療等）、治療後控制追蹤等歷程有顯著的差異，因此第二型糖尿病患者的健康資訊需求與癌者患者不同，第二型糖尿病患者以飲食和藥物資訊需求為主，癌症患者則是尋求治療相關資訊和特定癌症資訊。

對癌症患者而言，醫療專業人員是最主要的健康資訊來源，患者傾向於與醫護人員當面的溝通，接著才是網際網路和書籍雜誌（Lambert et al., 2009a; Longo, 2005; Mayer et al., 2007; Rutten, Arora, Bakos, Aziz, & Rowland, 2005）。Longo 等人（2010）對糖尿病患者健康資訊行為的研究中則指出，糖尿病患者在尋求健康資訊的時候，會將網路視為管理糖尿病的重要資訊來源，蒐集糖尿病專業網站和有助於健康管理的飲食運動類網頁。而從本研究結果可以發現第二型糖尿病患者多被動接收醫療單位提供的資訊，雖然以網際網路為首要的資訊來源管道，但所蒐集的資訊不是來自於糖尿病專門網頁（如中華民國糖尿病衛教學會）或是政府

衛生主管單位建置的網站，而是以加入病友所組成的網路社群團體為主，積極尋求病友的血糖控制經驗談，透過病友間的資訊分享行為，患者可獲得最新資訊並學習治療過程中可能會遇到的狀況（Lloyd et al., 2014）和應對措施等相關資訊，有助於患者面對未來的疾病照護。

二、 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為

無論是患病初期或治療照護期，第二型糖尿病患者都有機會出現健康資訊迴避行為，同一位患者在不同情境下會出現不同程度之迴避行為。出現輕度迴避行為之患者會主動查找資訊，但策略性的控制部分資訊，不排斥健康資訊，但會想辦法減少不利於自己的資訊內容，與 Golman 等人（2017）所提及的「自我妨礙」資訊迴避方法相似，都是個人為了維持現狀、避免可能產生的挫敗和不利結果所出現的預防性行動，但患者是透過強化自身的表現，如回診前大量喝水或不吃甜食來控制血糖指數，而非減弱自身表現（如忘記吃藥）以製造藉口來保護自我價值；另一種輕度迴避的患者則是不抗拒也不主動查找、被動地接受資訊，患者會因恐懼或自覺身體狀況良好而不查找資訊，在接收到資訊後也不會再進一步去瞭解細節，Narayan、Case 與 Edwards（2011）亦指出由於個人無法完全避開資訊，故不會拒絕資訊，但會選擇不處理資訊。

選擇性迴避資訊之患者拒絕面對第二型糖尿病部分資訊，尤其是併發症相關內容，當患者認為接觸到的資訊會讓自己產生負面情緒或是無法享受當下生活時，患者會選擇避免閱讀這類型資訊，亦即當資訊內容讓患者內心出現衝突矛盾時，就會使患者策略性地迴避資訊（Golman et al., 2017）。潛在迴避之患者會關注資訊但不願與他人面對面談論相關資訊，即便對談亦不會說明太多，以瀏覽網路資源為主，對照 Barbour 等人（2012）提出之健康資訊迴避方法與原因可以發現，控制對話內容的確是個人會出現的一種健康資訊迴避行為，但患者有潛在迴避行為並非如文獻所述是因健康資訊不適合被提起或取得，而是為了隱藏自身患有糖尿病的事實。完全迴避的患者會透過各種行動來迴避任何糖尿病相關資訊，確診

初期，在不接受疾病的狀況下，患者會積極的抵抗任何健康資訊，尤其是來自醫療機構的資訊；持續治療期，患者則是在長期治療過程中對過多健康資訊感到厭倦而出現迴避行為。Sairanen 與 Savolainen（2010）和 Barbour 等人（2012）的研究也指出個人為了避免自己暴露於不喜歡的資訊中，會避開提供健康建議的醫療人員或抗拒健康議題，以求維持希望和減少負面感受。

總結來說，第二型糖尿病患者的健康資訊迴避行為，可能是全面的抗拒、選擇性地取得資訊，亦可能是被動地接收資訊，端視引發行為的動機而定，即便患者具有基本健康素養也可能出現迴避行為；而在具體的健康資訊迴避行為上，雖然「遺忘」已獲得的資訊是常見的資訊迴避方式（Golman et al., 2017），但本研究發現第二型糖尿病患者比起忘記獲得之資訊，反而會在獲得資訊前即選擇不關注資訊，與其得到訊息後再忘記，不如一開始即不知道會較不影響患者的情緒，多以忽略或避而不談的方式來逃避。

三、 第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為之原因

Longo 等人（2005, 2010）的研究指出患者的健康資訊行為和資訊使用受到個人和情境因素影響會出現主動尋求或被動接受資訊的行動。本研究探究第二型糖尿病患者的健康資訊迴避原因，則可從生理、心理、個人認知以及外在環境四個方面談起。生理上的不適有藥物副作用和血糖檢測時的疼痛感，患者會為了減少副作用對身體的影響和疼痛而拒絕治療，產生醫囑不服從之行為。而在本研究中，每一位受訪者迴避健康資訊的原因皆包括心理層面的因素，並以負面感受帶來的心理壓力為主，這些壓力來源除了來自患者本身，亦可能來自於他人。

陳世娟（2012）的研究提到人們在面對壓力事件時，並不完全會解決問題，也可能出現逃避行為；Golman 等人（2017）所歸納出的 7 個迴避資訊原因中即包含了 4 個負面的心理狀態。而糖尿病患者從確診到持續治療會經歷一連串不同程度和順序的情緒挑戰，像是否認、憤怒、害怕或焦慮、內疚、悲傷難過、沮喪（DeCoster, 2001），為了調整這些情緒，患者就會開始迴避疾病相關資訊。根據

文獻探討和研究結果可發現，無論是國外或臺灣患者產生健康資訊迴避行為的主要心理壓力來源皆包含對疾病的恐懼（Nelissen, S. et al., 2015），但文獻較少提及病友經驗談所帶來的影響，而根據本研究可得知患者會仰賴病友的經驗分享來進行血糖控管，當病友有過度指導性的言詞就會造成患者的負擔，致使患者不願再接觸相關資訊。

個人認知與患者本身擁有的知識和信念有很大的關聯，當健康資訊牴觸患者的認知時，會使患者對疾病治療產生負面感受，連帶影響患者後續的醫療決策及健康資訊運用，進而出現迴避行為。Sweeny 等人（2010）和 Golman 等人（2017）的研究即發現當個人一直以來的信念被威脅時會開始感到不安，這時個人即會採取一些行動來減少不安感，像是以自己的方式來解釋資訊或是質疑資訊內容。以此研究結果來看，臺灣第二型糖尿病患者迴避健康資訊的原因跟國外最大的不同即在於，患者受華人社會傳統價值觀影響甚深，對糖尿病的錯誤印象所帶來的羞恥感及想隱藏疾病的心態，反而成為多數患者的心理壓力來源，研究中每一位受訪者都曾因傳統觀感產生程度不一的資訊迴避行為；即便糖尿病已是現代社會的一種文明病，且普遍被大眾所知曉，但大多數民眾對糖尿病的認識不足、健康概念建立的不完全，不同年齡層有落差的健康關注程度等，都會讓患者避談糖尿病，成為迴避健康資訊重要的因素。

外在環境的干擾包括生活習慣調整不易、與資訊提供者互動不佳以及讓人無所適從的健康資訊內容。個人會為了維持原有生活方式和喜好而迴避健康資訊（Barbour et al., 2012; Golman et al., 2017; Narayan, Case, & Edwards, 2011），為了疾病照護，患者須調整飲食和按時測血糖，若執行有困難就會使患者逐漸逃避相關資訊，進而影響治療成果，吳月珠（2017）的研究亦指出無法調整生活習慣是影響中年糖尿病患者血糖自我監控的主要因素之一。而與資訊提供者或健康資訊內容的互動對患者迴避行為的影響則更為顯著，本研究受訪者雖普遍擁有基本健康素養，可理解、查找、批判健康資訊，但當受訪者與資訊提供者互動不佳時就會阻礙資訊的吸收。此外，雖然 Johnson（1997）的研究顯示資訊取得不易會使

癌症患者選擇迴避資訊，但現代社會資訊取得便利，從本研究結果可發現，受訪者皆可快速取得所需的疾病相關資訊，對資訊本身的關注著重在資訊的來源、資訊內容的呈現以及內容所帶來的影響，當資訊不易理解時，受訪者即會選擇迴避資訊。資訊迴避的程度從選擇性迴避到完全迴避，都取決於健康問題和提供健康資訊的來源背景（Sairanen & Savolainen, 2010），當人們面對非專業及來源不明資訊的時候就容易選擇避而不談（Barbour et al., 2012）。

綜合文獻與本研究發現之健康資訊迴避原因可以得知，無論國內外，第二型糖尿病患者的健康資訊迴避行為多是由於「生病」這件事所帶來的內外在壓力而產生，包括了生理、心理、個人認知和外在環境多方面的原因，這些原因可能個別出現或同時發生，也不局限於某一特定情境，患者會為了維持患病前的生活模式或害怕併發症而選擇忽略相關資訊，也會為了減少負面情緒或無法消化資訊內容而避開資訊。不同層面的原因之間會互相影響，生理、個人認知和外在環境都可能間接造成患者的心理壓力，牽動著患者的治療決策和對健康資訊的選擇。

四、 促使第二型糖尿病患者減少迴避健康資訊之契機

在健康資訊迴避行為相關文獻中，多在瞭解一般民眾或患者迴避資訊的動機或方法，對於減少迴避健康資訊的方式則著墨不多，因此本研究從減少不利於患者接收健康資訊的角度為出發點來探討，透過患者所反映出的健康資訊迴避行為及原因挖掘出可減少迴避健康資訊的契機點，包括醫生積極的回應、簡單易懂的資訊提供方式、敘述完整的健康資訊內容、對健康資訊內容產生興趣，以及急需醫療處遇。從所發掘的契機點可以發現，健康資訊迴避與患者在接觸健康資訊當下的情境以及資訊內容有最直接的關聯，患者會在自己或家人朋友身體不適時主動尋求健康資訊（邱培源，2002）；魏米秀與洪文綺（2010）的研究亦提及，健康資訊需求的發生與個人所處的情境或是人際社會有關，當個人或親友面臨健康威脅時，就會增加對健康問題的關注，產生較強的資訊尋求動機。

此外，在與醫療單位接洽的過程中，藉由醫護人員的說明得知資訊迴避相關

研究在醫學界已被探討多年，國外相關文獻中也有許多以一般大眾或癌症患者為對象之研究。但研究者在徵求受訪者時發現，臺灣社會一般民眾對這個概念普遍相當地陌生，需在研究者提出實例和說明後，方可引起徵詢對象對健康資訊迴避行為之共鳴，並進一步找出身邊的健康資訊迴避者。由此可知，無論是針對一般大眾或患者，健康資訊迴避行為和原因的揭示，以及找出減少迴避健康資訊之方式和時機點確實有其重要性。

五、 小結

整體而言，健康資訊尋求和健康素養已是第二型糖尿病患者普遍具有的能力，患者具備的健康素養有助於患者對健康資訊的理解、取得和應用，但在取得健康資訊的過程中，健康資訊迴避行為雖較不顯著，但仍持續存在於患者的資訊尋求行為中。

針對研究結果所提出的健康資訊迴避行為和產生迴避行為之原因可以發現，即便是程度相同之迴避行為，亦可能同時由不同層面之原因所引發，而同一原因也可能出現不同程度之迴避行為，如對併發症的恐懼感，會使患者選擇性迴避所有併發症相關資訊，亦有患者消極面對資訊，即便收到資訊也不做任何因應；久病不癒的倦怠感加上自覺身體健康狀況良好，則容易促使完全迴避行為的發生。

從減少迴避健康資訊的契機則可得知，急迫的健康資訊需求對於減少或中止完全迴避資訊行為可產生立即的效果；對於輕度和選擇性迴避行為而言，提高對健康資訊的興趣和簡單易懂的資訊提供方式都有助於患者重新產生健康資訊需求，並再次尋求資訊。

第五章　結論與建議

本研究主要在探究第二型糖尿病患者的健康資訊迴避行為，透過關鍵事件訪談法來蒐集資料，藉以瞭解患者的健康資訊行為、健康資訊迴避行為及原因，從中尋求可減少患者迴避健康資訊之契機點，不僅能供衛教機構參考，也提高資訊迴避的關注度，促使其他研究者從不同角度來探究資訊行為。本章根據研究訪談內容分析結果歸納出結論，闡明研究貢獻，並進一步提出可改善健康資訊迴避情況之實務建議，以及未來後續研究建議。

第一節　研究結論

整合前述研究分析結果，本研究提出一個第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為框架（如圖 4-1）。透過此框架可以發現患者的健康資訊迴避行為與 Sweeny 等人（2010）的資訊迴避決策架構中的迴避動機相似，都是為了減緩負面感受或不願違背個人信念等而產生，Sweeny 等人（2010）的架構並指出，動機會影響資訊使用者決定後續要迴避或尋求資訊；但本研究發現，資訊迴避和尋求行為並非完全獨立進行，患者在面對疾病、尋求健康資訊的同時，即會因生心理狀態、個人認知，以及尋求資訊時的環境等因素而產生不同程度之健康資訊迴避行為，患者可能會控制資訊內容、選擇性迴避部分資訊、避談患病事實或全然不接觸資訊。

然而，在患者迴避健康資訊期間，若能獲得醫護人員積極的回應、可透過簡易的方式取得資訊，或是健康資訊內容與患者親友切身相關、有突發且緊急的健康資訊需求，都有機會促使患者減少迴避資訊，正視自身的健康狀態並重新尋求資訊。

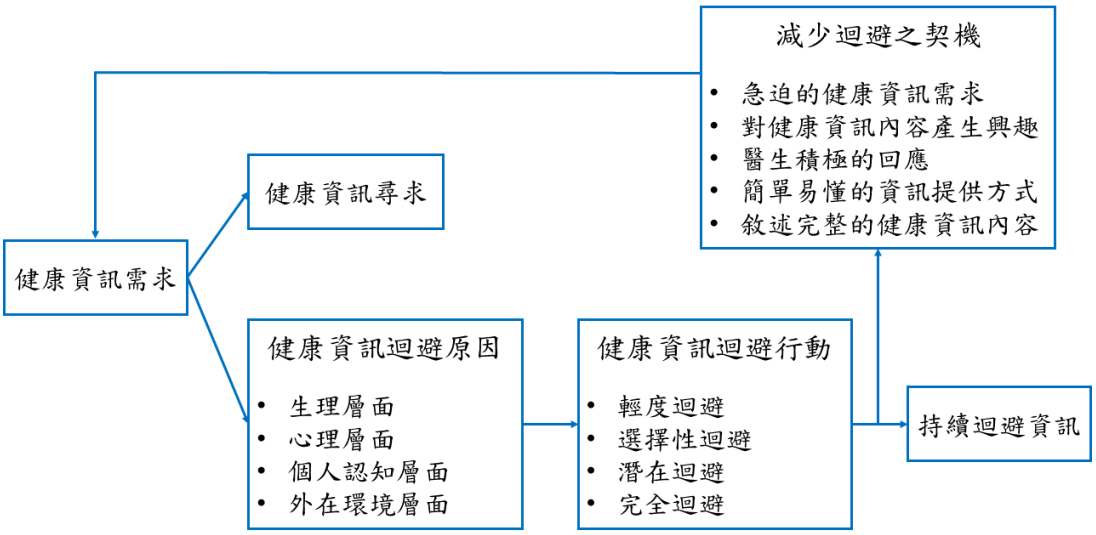

圖 5-1 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為框架

註：本圖健康資訊迴避之「原因層面」係經由 Barbour et al.（2012）、Golman et al.（ 2017）、Narayan、Case 與 Edwards（2011）、Sweeny et al.（2010）等文獻探討歸納發展得出。

接著歸納第二型糖尿病患者的健康資訊行為、健康資訊迴避行為、產生迴避行為之原因以及促使患者減少健康資訊迴避行為之契機，根據研究問題提出 8 項結論如下：

一、 患者的資訊需求集中於飲食和藥物資訊

第二型糖尿病患者的健康資訊需求主要有飲食、藥物、血糖測量相關以及疾病本身資訊四種，而取得這四種資訊的目的都是為了能掌握自身的身體狀況並良好地控制血糖。大多數患者的治療方式是透過服用藥物來控制血糖，打胰島素者則在少數，但無論是吃藥或是打胰島素，都需同時配合調整飲食，所以飲食資訊即成為患者首要關注且積極瞭解的重點。定期服用藥物則是患者在長期的疾病治療過程中無法避免的一環，藥物會對身體帶來最直接即時的反應，因此患者為了因應來自藥物的各種副作用，會主動去尋求所服用藥物之相關資訊。

二、 網際網路為患者首選的資訊來源管道

多樣化的資訊來源管道讓患者可毫無阻礙的獲得各種想知道的訊息，無論是

醫療照護單位、親朋好友、網際網路、電視媒體、書籍雜誌都可幫助患者取得糖尿病相關健康資訊，因行動裝置的普及和便利性，當患者有資訊需求時，為了可快速獲得解答，患者會優先選擇網際網路來查找資訊，當網路資訊不足或無法確認其正確性時，患者即會再詢問身邊親友或尋求醫護人員專業協助。整體而言，為了尋求所需的健康資訊，患者會運用各種來源管道來獲得幫助和解惑，不會僅依賴單一來源；即便患者不主動尋找，亦會接觸到各種糖尿病相關訊息，這時患者會依照個人的認知、經驗以及與資訊接觸的感受來進行判斷並決定是否要採用或是不予理會。

三、 健康資訊迴避行為不限於病程之特定時期

患者的健康資訊行為會因疾病治療歷程而有所變化，但健康資訊迴避行為的發生並不會特定出現於患者的某一治療階段，僅在於迴避行為程度的不同，無論是治療初期或穩定期的患者都有可能出現健康資訊迴避行為，只是在實際行動上因迴避程度而有些微差異，包括輕度迴避，主動或被動接收資訊、選擇性迴避，迴避特定資訊、潛在迴避，隱藏患病事實、完全迴避四種；除了完全迴避資訊之患者任何疾病相關資訊皆不願接觸，其他三種迴避程度之患者仍舊會接收甚至是主動尋求資訊。

四、 健康資訊迴避行為與尋求行為可能同時發生

患者有健康資訊迴避行為不代表患者就不會有資訊需求或不尋求糖尿病相關健康資訊，相反地，患者在尋求資訊的過程中會出現程度不一的健康資訊迴避行為，且會隨著患者所處的情境而有所變化。患者最顯著出現迴避行為的資訊尋求情境像是主動查找資訊，但策略性的控制資訊以避開不利現況的檢查資訊、查找健康資訊時選擇性的忽略特定資訊，以及在與人交談的過程中避開糖尿病相關話題，或是隱藏患有糖尿病這個事實。

五、 患者多因心理壓力而迴避資訊

第二型糖尿病患者產生健康資訊迴避行為的原因有生理不適、心理壓力、抵觸個人認知、外在環境的干擾四個面向，其中心理壓力不僅占了極大比例，也是每位患者治療過程中皆會面臨到的課題。心理壓力包括患者在疾病治療過程中所產生的久病不癒的倦怠感、血糖控制不佳的挫敗感、併發症引起的恐懼感，以及想維持快樂情緒等正負面感受。在個人認知中，對疾病的錯誤印象除了影響疾病治療決策之外，亦會帶來羞恥、丟臉等負面感受，顯見心理壓力多源自於患者本身面對疾病時的態度。同時，來自他人、具負擔感的病友經驗談，亦容易為患者帶來心理上的壓力，為了調適接二連三出現的心理壓力，患者就因而出現健康資訊迴避行為。

六、 患者在無法與健康資訊良好溝通時迴避資訊

探究患者迴避健康資訊的原因，雖以患者本人內在的生理、心理、認知因素為主，但外來條件和患者所處的資訊環境亦具有一定的影響力和重要性。當患者遇到健康資訊時，無論是主動或是被動，健康資訊提供者對資訊所表現出的反應、對患者的回應態度、健康資訊內容是否完整好理解、資訊量能否負荷，以及資訊呈現方式都會影響患者接收資訊的意願，當患者在尋找及運用資訊的過程中出現困難，就會使患者轉而放棄與資訊互動，連帶其他健康資訊亦無法順利傳達給患者。

七、 與資訊提供者有良好的互動可減少資訊迴避

患者在查找、接收健康資訊的同時會受到資訊來源的影響，無論是何種資訊來源，資訊提供者所表現出的態度以及對資訊的看法會連帶影響患者，促使患者決定是否接納資訊內容。舉例來說，當家人親友過度強調飲食注意事項或是避而不談、醫護人員無太多時間與患者討論治療方式等，都會促使患者逐漸失去對資訊的關注。因此，若資訊提供者能在患者有資訊需求時，給予肯定的回應，並能從患者的角度來提供符合需求的資訊內容，對減少健康資訊迴避行為和提高資訊

接收度會有顯著的助益。

八、 健康資訊內容引起關注可增強資訊需求

對糖尿病患者而言，因健康資訊來源管道眾多，疾病相關資訊的取得並不困難，但也因此而容易收到過多重複、不符合需求的資訊，讓患者感到無所適從，進而出現資訊超載現象，致使患者不願再去接觸其他健康資訊。這時，患者未接觸過的新知會較容易引起患者的注意，尤其是對糖尿病治療有所幫助的醫學新知或健康知識；同時，因糖尿病患者已長期接觸相關資訊，比起資訊量，患者會更重視資訊內容的品質，當資訊呈現方式易懂以及內容較完整時都可促使患者再重新接受並運用資訊。

第二節　研究貢獻

瞭解患者的資訊需求和尋求行為固然重要，但尋求資訊過程中隱藏的迴避行為對患者健康狀態的維持亦有相當大的影響。Howell 與 Shepperd（2013）的研究證實，讓人們思考其迴避資訊的原因反而可促使他們接受糖尿病風險資訊。因此，本研究透過另一個角度來思考糖尿病患者的健康資訊行為，透過挖掘出隱藏於健康資訊行為中患者的健康資訊迴避現象，瞭解其迴避原因和行為模式，以此來幫助第二型糖尿病患者妥善的運用資訊，並提供醫療單位衛教建置參考，具體研究貢獻如下：

一、 發掘減少迴避資訊之契機

當患者產生健康資訊迴避行為的同時就可能拖延到接受醫學治療的時間，進而提高疾病惡化的風險，因此了解第二型糖尿病患者在疾病治療過程中迴避健康資訊的原因和行動，不只可以找出促使患者減少健康資訊迴避、重啟健康資訊尋求行為的契機和方法，更能作為照顧者在面對患者健康資訊迴避行為時的應對方式，期能減少健康資訊迴避行為的發生，幫助患者進行自我健康管理、維持良好的日常生活品質。

二、 促使大眾檢視自身健康資訊行為

透過健康資訊迴避行為和原因的揭示，可進一步提醒糖尿病患者、高風險族群或是一般大眾多加重視相關健康資訊。無論是患者、患者家屬、一般大眾，都有可能正在產生健康資訊迴避行為而不自知，根據世界衛生組織 2016 年的「全球糖尿病報告」指出糖尿病患者有越趨年輕化的現象，隨著年紀增長，成年人新陳代謝減慢、身體機能開始老化，健康資訊迴避行為對其後續健康維護和疾病管理的影響會更加顯著。本研究經由提出具體之健康資訊迴避行為，提高各年齡層族群對身體健康的警覺心，期可達到提醒之作用，促使個人—無論是青少年或中老年人—重新檢視自己對健康資訊的態度和行動，預防罹患糖尿病、減少糖尿病

年齡層的下降，或延緩糖尿病併發症的發生，達到及早發現及早治療的效果。

三、 協助醫病間的資訊溝通

在臺灣，民國 103 年至 105 年間糖尿病門、住診合計（包括急診）醫療費用逐年上升（衛生福利部醫療統計年報，2017），顯示出糖尿病患者的高醫療需求度，隨著醫療需求的增高，醫病間的資訊溝通機會也相對的提高，在治療的過程中，患者和醫護人員的互動會連帶影響健康資訊的傳遞。因此，瞭解患者的健康資訊迴避原因及行為不僅可協助醫護人員以不同角度和方式來進行醫病溝通，亦有助於公私立衛教機構在健康資訊建置上更貼近患者需求、有效的傳達正確之健康資訊給患者，提高糖尿病衛教的執行成效。

第三節　建議

根據本研究所提出之第二型糖尿病患者迴避健康資訊之原因、行為及減少迴避之契機，可以發現資訊提供者的態度和資訊提供方式會影響患者資訊的接收，故研究者從醫療照護單位的角度來提出衛教宣導內容及策略上的建議，並在最後依研究操作過程中所遭遇之問題提出未來研究建議：

一、 改善健康資訊提供方式

(一) 以患者親友為資訊提供之對象

醫療照護單位在替病患進行衛教時，不僅僅是患者本人，更應以患者身邊親友為主要衛教對象，即便患者為主要的健康資訊接收者和使用者，但在疾病治療過程中，患者常會需要親友來幫助接收並瞭解疾病各項資訊以專心治療，而親友通常也會因為患者而開始對健康資訊有高度的關注。在本研究訪談中，即有兩位受訪者因親人、長輩或朋友罹患慢性疾病，促使他們對親友疾病相關之健康資訊產生較多的關注，甚至比對自身的疾病資訊還熱衷且具有相當程度的瞭解。而從前述「對疾病的錯誤印象」這個健康資訊迴避原因亦可發現，親友看待疾病的態度會影響患者對疾病的接受程度和治療決策。因此，醫療照護單位或衛生主管機關若能加強患者親友對疾病健康資訊的重視和瞭解，不只有助於患者的健康照護，亦可同時減少錯誤健康資訊的傳播。

(二) 依不同患病時期給予對應之資訊

瞭解第二型糖尿病患者在不同治療階段的真正需求應是未來醫療照護單位極需努力的目標方向。確診初期之患者有兩種類型，一種是不願接受罹患疾病的事實，拒絕接受糖尿病相關資訊，對於仍處於此狀態之患者，應可為其安排心理諮商，讓患者試著面對並配合治療，透過減輕疾病所帶來的壓力以提高患者對糖尿病相關資訊的接受程度；另一種則是積極想獲得糖尿病發生原因、治療控制等資訊以求熟悉和掌控疾病，這時醫療照護單位除了一般性的照護資訊以外，還可提供醫學研究上的知識，減少患者對疾病的疑惑，避免患者自行猜測或尋求到錯

誤資訊。

在服藥治療初期應著重提供的健康資訊內容為：藥物副作用產生後的因應方式和心理調適。根據研究者的觀察，目前醫療單位在給藥前都會提醒患者可能產生之副作用，藥袋上亦會明確註明各藥物副作用；但在服藥一段時間後，應多提供副作用的因應方法，不應只告知患者服用減緩副作用的藥物即結束，而需再給予患者面對副作用的心理準備，明確告知副作用帶來的生理和心理變化，必要時提供心理諮詢，減緩副作用帶來的不適感。

而對於治療一段期間後的患者，因患者逐漸開始有一套自己的疾病控制方式，對類似資訊的接收度和關注程度會降低，或是因自覺患病時間長、已大致熟悉病程而對健康資訊漠不關心，因此建議醫療照護單位可於患者定期的回診中，主動提供疾病新知，以此來提升患者對疾病治療的積極度。

二、 扭轉大眾對糖尿病的錯誤印象

從第二型糖尿病患者迴避健康資訊的原因中可以發現，患者對糖尿病都會有部分的錯誤認知，而這些錯誤的認知反而會讓原本正確的健康資訊被患者所忽略。因此醫療照護單位或衛生主管機關在進行健康資訊推廣及衛教宣導、提供糖尿病健康資訊時，比起不斷強調飲食和運動的重要性，更應加強糖尿病治療方式的介紹，讓患者多熟悉各種治療方法，著重在轉變患者對治療方式和糖尿病併發症的刻板印象，如打胰島素就代表病情已經很嚴重的錯誤想法。

扭轉大眾對糖尿病認知的對象不僅限於患者，其實一般民眾對糖尿病治療多不甚了解，根據健康醫療網的報導（柯欣妤，2018），民眾對於胰島素有「傷腎、很痛、罪惡、上癮」四種迷思，但專科醫師解釋，高血糖才會對腎臟產生傷害，若患者能使用胰島素將血糖控制好，反而可保護腎臟，且因胰島素是注射在皮下，針管經過改良，疼痛感也會隨之降低。透過注射胰島素來控制血糖已非一項「逼不得已」的選擇，而是為了能使身體器官持續保有正常機能而採取的必要治療方式。因此，撇除舊認知、讓正確的保健資訊能從個人基本生活中建立起，不僅能

提醒一般民眾多注意隱性糖尿病，更有助於民眾遠離糖尿病並降低患者迴避健康資訊的機率。

三、 改善醫護人員與患者的互動方式

患者在治療控制的過程中，最頻繁接觸的對象即是醫護人員，與醫護人員的互動過程會直接影響到患者對疾病的看法和對治療方式的態度，於本研究訪談中，即有半數受訪者提及在大型醫療院所的看診經驗較一般診所為差，這樣的經驗也連帶影響患者後續治療的意願。因此，醫護人員和患者之間若能建立良好的互動，相信會對後續健康資訊的傳達與接收有很大的幫助，具體作法如下：（一）減少誤解，醫護人員應清楚說明並確保患者能理解所提供之治療照護方式，減少患者對醫療方式的誤解；（二）尊重患者，對患者提出的治療疑問能夠給予回應和溝通討論；（三）同理患者，能從患者角度思考後再做回應；（四）尊重醫護人員的專業，提醒患者不輕信無根據之健康資訊，亦勿自行對身體做診斷，擅自停藥或服用其他藥物；（五）完善的醫療分流制度，建議可結合醫療保健系統將患者轉至診所看診，減輕大醫院醫生的負擔、節省患者等待的時間、增加與診所醫生的互動。透過上述作法，期能改善醫護人員和患者之間的溝通方式，降低患者迴避健康資訊的機率。

四、 未來研究建議

本節就研究執行過程中所遇到之問題來進行說明，並以此對後續研究提出建議，主要從研究對象和研究方法兩個方面來討論，期望能對未來健康資訊迴避行為相關研究有實質上的助益。

(一) 擴展研究對象

本次研究對象是透過網路徵求 40 歲至 60 歲之中年患者，考量到老年患者多由晚輩協助檢索資訊，因而事先排除 60 歲以上之老年患者，但老年患者在教育方式、思想、社會經歷上都與中年患者有許多的不同，連帶的也會影響老年患

者進行健康決策和面對資訊所產生的行為及態度。因此，研究者建議日後可再深入分析比較不同年齡層患者之間的健康資訊迴避行為差異。

而在研究訪談對象徵求方面，若患者處於完全迴避健康資訊之狀態，可能會完全不知曉徵求訊息，更遑論主動接受訪談，是在研究資料蒐集過程中較無法掌控之困難點，建議日後亦可考慮以患者親友為徵詢對象，藉此挖掘出更多完全迴避之行動。

(二) 輔以觀察法

本研究之研究方法雖是藉由患者自行描述之健康資訊迴避過程來挖掘迴避原因和行為，但亦可能遺漏患者在不同資訊尋求過程中之迴避行為，因此研究者建議日後可再輔以觀察法，實際檢視研究對象之健康資訊尋求行為，紀錄其查獲資訊後所採取的動作，以及產生了何種醫療決策，以期能更深入探究健康資訊迴避行為。

最後，各類型糖尿病的成因、易發年齡層、症狀和治療方式皆不同，本研究以占糖尿病患者最高比例、與個人日常生活習慣最相關卻也最易被輕忽的第二型糖尿病患者為主要研究對象。第二型糖尿病雖為慢性疾病之一種，但有鑑於各慢性疾病之症狀、醫療處遇、照護方式皆不相同，病患在疾病治療歷程中對健康資訊之需求和尋求方式也會因而有所差異，故第二型糖尿病患者之健康資訊迴避行為僅可作為參考，無法全然說明所有慢性疾病患者之資訊迴避行為模式，建議日後可再針對不同對象做進一步的了解，以期未來各類型健康資訊的提供都能更切合患者們的需求。

參考文獻

文崇一、楊國樞（2000）。社會及行為科學研究法下冊。臺北市：東華。

丁彥伶（2016）。照護糖尿病患者　提升生活品質。*全民健康保險季刊*，*119*，24-27。

王梅玲（2012）。關鍵事件法。檢自：http://terms.naer.edu.tw/detail/1679272/

王瑞霞（2016）。病人賦權與健康素養。*中華民國糖尿病衛教學會會訊*，*12*（4），20-22。

王璟璇、王瑞霞、林秋菊（1998）。門診診斷初期非胰島素依賴型糖尿病患者的自我照顧行為及其相關因素之探討。*護理雜誌*，*45*（2），60-74。doi:10.6224/JN.45.2.60

全民糖尿病觀測站（2010）。糖尿病簡介-什麼是糖尿病? 檢自 http://www.diabetes.org.tw/wddt_heduc01.jsp?P_TNO=EDUC990010001&P_HCTG=A

行政院衛生署國民健康局編著（2006）。遠離糖尿病完全學習手冊：糖尿病高危險群健康促進教材—社區民眾版。臺中市：行政院衛生署國民健康局。

吳月珠（2017）。*中年糖尿病胰島素治療患者血糖自我監控行為之探究*（未出版之碩士論文）。國立臺中教育大學諮商與應用心理學系碩士班，臺中市。

吳寂絹(2014)。*社會性問答服務之健康資訊提問分析研究*(未出版之博士論文)。國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所，臺北市。

呂淑妤（2011）。當白袍遇上麥克風。臺北市：五南。

李元喬(2011)。*資訊超載與知覺風險對信心、決策滿意度及轉換意圖之影響*(未出版之碩士論文)。真理大學企業管理學系，新北市。

李明昌（2015）。*嬰兒潮世代健康資訊需求與資訊尋求行為之研究*（未出版之碩士論文）。實踐大學家庭研究與兒童發展學系，臺北市。

林孟瑢（2017）。*從資訊設計探討健康食品包裝資訊之易讀性、可讀性與尋獲度*

研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所，臺北市。

林秋菊（2011）。慢性病患者之自我管理。*臺灣腎臟護理學會雜誌，10*（1），1-18。

邱培源（2002）。*病患健康資訊需求與尋求行為之研究*（未出版之碩士論文）。淡江大學資訊與圖書館學系，新北市。

柯欣妤（2018 年 5 月 5 日）。他肛門傷口化膿 竟檢查出糖尿病。健康醫療網。檢自：https://www.healthnews.com.tw/news/article/37820

紀雪雲（2000）。健康信念模式。檢自：http://terms.naer.edu.tw/detail/1309109/

胡月娟、林豐裕（2005）。慢性病患之疾病衝擊、健康行為與因應結果之模式檢定。*實證護理，1*（2），140-148。doi:10.6225/JEBN.1.2.140

范卉妤（2016）。*罕見疾病兒童與青少年之主要照護者資訊行為研究*（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所，臺北市。

紐曼（Neuman, W.L.）（2014）。當代社會研究法：質化與量化取向（王佳煌、潘中道、蘇文賢、江吟梓譯）。臺北市：學富文化。（原作 2011 年出版）

馬賽藍（2015）。健康飲食運動一起來：控制糖尿病小知識。*全民健康保險雙月刊，114*，36-40。

張淳茜（2000）。*病患健康資訊來源及其相關因素之研究*（未出版之碩士論文）。中國醫藥學院醫務管理研究所，臺中市。

張愛華、曾忠蕙、黃育盈（2012）。資訊超載對網路購物決策之影響—中介效果之探討。*電子商務學報，14*（3），411-440。

張慶華、黄菲菲、朱爱群、张静平（2014）。国内外慢性病健康素养的研究进展。*中国全科医学，17*（7），814-817。

曹傑能（2009）。*運用認知失調理論建構資訊超載環境下之線上資訊處理模型*（未出版之碩士論文）。 義守大學資訊管理學系碩士班，高雄市。

莊玟玲、金繼春（2002）。一位初診斷為乳癌婦女的訊息需求。*醫護科技學刊，4*（2），126-135。

許文綺（2002）。*網路資源使用之資訊超載現象--以輔仁大學管理學院研究生為*

例（未出版之碩士論文）。輔仁大學圖書資訊學系，新北市。

許麗齡（2002）。健康/醫療網站之需求與功能。*臺灣醫學*，*6*（4），585-589。

許珍琳（2013）。臺北市立龍山國中實踐健康促進學校之作法。*中等教育*，*64*（1），188-194。doi:10.6249/SE.2013.64.1.12

郭淑芬、林雅惠、鄭惠文（2018）。以大腸癌篩檢探討民眾健康行為。亞洲健康識能學會主編，第六屆亞洲健康識能國際會議（頁 1-3）。臺灣：編者。doi:10.6881/AHLA.201810.SM01

郭淑珍、吳筱筑（2016）。醫病互動對失眠者使用藥物行為的影響。*人文社會與醫療學刊*，*3*，177-201.

陳世娟（2012）。*癌症病患家庭照護者之資訊行為研究*（未出版之博士論文）。國立臺灣大學圖書資訊學研究所，臺北市。

陳向明（2002）。社會科學質的研究。臺北市：五南。

陳釗偉（2019）。糖尿病 8 種症狀，預防與控制飲食訣竅。檢自 https://www.ihealth.com.tw/article/%E7%B3%96%E5%B0%BF%E7%97%85/

黃漢芬（2006）。*細胞色素 P4502J2*7 基因多型性與國人年輕具家族史第二型糖尿病之關聯性研究*（未出版之碩士論文）。國立中山大學生物科學系研究所，高雄市。

黃慕萱（2001）。成人讀者之資訊尋求行為。*臺北市立圖書館館訊*，*19*（2），8-23。

楊誠恕（2004）。*岡山地區軍人健康資訊需求與就醫選擇之研究*（未出版之碩士論文）。 高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班，高雄市。

葉乃靜（2003）。SARS 流行期間民眾健康資訊行為研究。*圖書資訊學刊*，*1*（2），95-110。

葉乃靜（2007）。癌症網站資訊需求研究。*圖書資訊學研究*，*1*（2），71-89。

詹志洋（2013）。*病人的醫療資訊需求、尋求、與就醫選擇行為*（未出版之碩士論文）。國立清華大學科技管理學院高階經營管理碩士在職專班，新竹市。

鄔恒斐、林麗華、蘇淑娟、許庭綾、王采芷（2015）。延遲就醫之概念分析。*台*

灣專科護理師學刊，*1*（1），50-56。

廖韋淳、邱立安、岳修平（2012）。鄉村地區老年人健康資訊需求與尋求行為之研究。 圖書資訊學刊，*10*（1），155-204。

廖嘉音（2010）。糖尿病友健康素養教育方案之實施與成效。*中華民國糖尿病衛教學會會訊*，*6*（2），40-43。

劉忠峰、林宏榮主持（2014）。以擴充的計畫行為理論探討病人使用健康資訊之意願（國科會專題研究計畫成果報告，NSC 102-2410-H041-002 ）。臺南市，嘉南藥理科技大學。

潘淑滿（2003）。質性研究：理論與應用。臺北市：心理。

衛生福利部（2017）。105 年國人死因統計結果。檢自：https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html

衛生福利部中央健康保險署（2016）。慢性疾病範圍。檢自：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=0205B47A1C459B5A&topn=D39E2B72B0BDFA15

衛生福利部統計處（2017）。死因統計[原始數據]。檢自 http://data.gov.tw/node/5965

衛生福利部統計處（2018）。全民健康保險醫療統計。檢自：https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-1918-113.html

賴玲玲（2013）。*資訊超載*。檢自：http://terms.naer.edu.tw/detail/1954773/

賴美淑、邱淑媞（2002）。糖尿病共同照護之概念與內涵。*臺灣醫學*，*6*（4），560-568。

魏米秀、洪文綺（2010）。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。*健康促進與衛生教育學報*，*34*，93-114。

蘇利文（Sullivan, F.）、魏雅特（Wyatt, J. C.）（2008）。健康資訊學 ABC（張雅倫編譯）。臺北市：合記圖書。（原作 2006 年出版）

蘇哲能等（2008）。臺灣健康知能量表之初探性研究。*臺灣醫學*，*12*（5），525-526。

Addison, C. V. (2017). The Issue of avoidance : Information avoidance in the context of personal health concerns (T). University of British Columbia. Retrieved from https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/24/items/1.0354265

American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, *33*(Suppl 1), S62–S69. doi:10.2337/dc10-S062

American Psychological Association (2010, 2016 Amendments). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retrieved from http://www.apa.org/ethics/code/

Attfield, S. J., Adams, A., & Blandford, A. (2006). Patient information needs: Pre- and post-consultation. *Health Informatics Journal*, *12*(2), 165-177. doi:10.1177/1460458206063811

Bailey, C. J., & Kodack, M. (2011). Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Practice*, *65*(3), 314-322.

Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., ... & Pignone, M. (2011). “Teach to goal”: Theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *Journal of Health Communication*, *16*(sup3), 73-88.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, *167*(14), 1503-1509.

Bakker, R. H., Kastermans, M. C., & Dassen, T. W. N. (1995). An analysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem’s self-care deficit theory of nursing. *Nursing Diagnosis*, *6*(4), 161-166.

Barbour, J. B., Rintamaki, L. S., Ramsey, J. A., & Brashers, D. E. (2012). Avoiding

health information. *Journal of Health Communication*, *17*(2), 212-229. doi: 10.1080/10810730.2011.585691

Bawden, D. (2001). Information overload. London, England: South Bank University.

Bawden, D., Holtham, C., & Courtney, N. (1999). Perspectives on information overload. *ASLIB Proceedings*, *51*(8), 249-255. doi:10.1108/EUM0000000006984

Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, *28*(1), 19-28.

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(4), 877-891.

Brey, R. A., Clark, S. E., & Wantz, M. S. (2008). This is your future: A Case study approach to foster health literacy. *Journal of School Health*, *78*(6), 351-355.

Case, D. O., Andrews, J. E., Johnson, J. D., & Allard, S. L. (2005). Avoiding versus seeking: The Relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*, *93*(3), 353-362.

Chae, J. (2016). Who avoids cancer information? Examining a psychological process leading to cancer information avoidance. *Journal of Health Communication*, *21*(7), 837-844. doi:10.1080/10810730.2016.1177144

Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, *66*(8), 1809-1816.

Crichton, E. F., Smith, D. L., & Demanuele, F. (1978). Patient recall of medication information. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, *12*(10), 591-599.

Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: Exploring domains

and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, *32*(4), 389-395.

Davis, T. C., Arnold, C., Berkel, H. J., Nandy, I., Jackson, R. H., & Glass, J. (1996). Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer*, *78*(9), 1912-1920.

DeCoster, V. A. (2001). Challenges of type 2 diabetes and role of health care social work: A Neglected area of practice. *Health & Social Work*, *26*(1), 26–37.

Dervin, B. (1992). From the mind's eye of the user: The Sense-Making qualitative-quantitative methodology. In J. D. Glazier & R. R. Powell (Eds.), *Qualitative research in information management* (pp. 61-84). Englewood, CO: Libraries Unlimited.

Emanuel, A. S., Kiviniemi, M. T., Howell, J. L., Hay, J. L., Waters, E. A., Orom, H., & Shepperd, J. A. (2015). Avoiding cancer risk information. *Social Science & Medicine*, *147*, 113-120. doi:10.1016/j.socscimed.2015.10.058

Escoffery, C., DiIorio, C., Yeager, K. A., McCarty, F., Robinson, E., Reisinger, E., ... & Koganti, A. (2008). Use of computers and the Internet for health information by patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *12*(1), 109-114.

FitzGerald, K., Seale, N. S., Kerins, C. A., & McElvaney, R. (2008). The Critical incident technique: A Useful tool for conducting qualitative research. *Journal of Dental Education*, *72*(3), 299-304.

Gabbott, M., & Hogg, G. (1996). The Glory of stories: Using critical incidents to understand service evaluation in the primary healthcare context. *Journal of Marketing Management*, *12*(6), 493-503.

Golman, R., Hagmann D., & Loewenstein, G. (2017). Information avoidance. *Journal of Economic Literature*, *55*(1), 96-135. doi:10.1257/jel.20151245

Hahn, M., Lawson, R., & Lee, Y. G. (1992). The Effects of time pressure and information load on decision quality. *Psychology & Marketing*, *9*(5), 365-378.

Hanka, R., & Fuka, K. (2000). Information overload and “just-in-time” knowledge. *The Electronic Library*, *18*(4), 279-285.

Hope, C. J., Wu, J., Tu, W., Young, J., & Murray, M. D. (2004). Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *61*(19), 2043-2049.

Howell, J. L., & Shepperd, J. A. (2013). Reducing health-information avoidance through contemplation. *Psychological Science*, *24*(9), 1696-1703. doi:10.1177/0956797613478616

Howell, J. L., & Shepperd, J. A. (2017). Social exclusion, self-affirmation, and health information avoidance. *Journal of Experimental Social Psychology*, *68*, 21-26. doi:10.1016/j.jesp.2016.05.005

Howell, J. L., Crosier, B. S., & Shepperd, J. A. (2014). Does lacking threat-management resources increase information avoidance? A Multi-sample, multi-method investigation. *Journal of Research in Personality*, *50*, 102-109. doi:10.1016/j.jrp.2014.03.003

Hummelinck, A., & Pollock, K. (2006). Parents’ information needs about the treatment of their chronically ill child: A Qualitative study. *Patient Education and Counseling*, *62*(2), 228-234.

Hussar, D. A. (1975). Pharmacy practice--the importance of effective communications. *American Journal of Pharmacy and the Sciences Supporting Public Health*, *148*(5), 136-147.

Hwu, Y. J., Coates, V. E., & Boore, J. R. P. (2001). The health behaviors of Chinese people with chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, *38*(6), 629-641.

International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes Atlas: Eighth edition 2017.

Retrieved from http://www.diabetesatlas.org/

Johnson, J. D. (1997). Cancer-related information seeking. Hampton Press.

Jung, M. (2014). Determinants of health information-seeking behavior: Implications for post-treatment cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *15*(16), 6499-6504.

Juzych, M. S., Randhawa, S., Shukairy, A., Kaushal, P., Gupta, A., & Shalauta, N. (2008). Functional health literacy in patients with glaucoma in urban settings. *Archives of Ophthalmology*, *126*(5), 718-724.

Kim, S., Love, F., Quistberg, D. A., & Shea, J. A. (2004). Association of Health Literacy With Self-Management Behavior in Patients With Diabetes. *Diabetes Care*, *27*(12), 2980.

Kuhlthau, C. C. (1991). Inside the search process: Information seeking from the user's perspective. *Journal of the American society for information science*, *42*(5), 361-371.

Labor, S. L., Schommer, J. C., & Pathak, D. S. (1995). Information overload with written prescription drug information. *Drug Information Journal*, *29*(4), 1317-1328.

Lambert, S., Loiselle, C., & Macdonald, M. E. (2009a). An In-depth exploration of information-seeking behavior among individuals with cancer part 1: Understanding differential patterns of active information seeking. *Cancer Nursing*, *32*(1), 11-23. doi:10.1097/01.NCC.0000343372.24517.bd

Lambert, S., Loiselle, C., & Macdonald, M. E. (2009b). An In-depth exploration of information-seeking behavior among individuals with cancer part 2: Understanding patterns of information disinterest and avoidance. *Cancer Nursing*, *32*(1), 26-36. doi:10.1097/01.NCC.0000343373.01646.91

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY :

Springer.

Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: A Research agenda. *Social Science & Medicine*, *58*(7), 1309-1321.

Leydon, G. M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., & McPherson, K. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: In Depth interview study. *BMJ*, *320*(7239), 909-913.

Lin, W. C., & Tsao, C. J. (2004). Information needs of family caregivers of terminal cancer patients in Taiwan. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, *21*, 438-444. doi:10.1177/104990910402100609

Lloyd, A., Bonner, A., & Dawson-Rose, C. (2014). The Health information practices of people living with chronic health conditions: Implications for health literacy. *Journal of Librarianship and Information Science*, *46*(3), 207-216.

Longo, D. R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: A Comprehensive and integrated model. *Health Expectations*, *8*(3), 189-194.

Longo, D. R., Ge, B., Radina, M. E., Greiner, A., Williams, C. D., Longo, G. S., ... & Salas-Lopez, D. (2009). Understanding breast-cancer patients' perceptions: Health information-seeking behaviour and passive information receipt. *Journal of Communication in Healthcare*, *2*(2), 184-206.

Longo, D. R., Schubert, S. L., Wright, B. A., LeMaster, J., Williams, C. D., & Clore, J. N. (2010). Health information seeking, receipt, and use in diabetes self-management. *The Annals of Family Medicine*, *8*(4), 334-340.

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A Concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, *10*(3), 248-255.

Mayer, D. K., Terrin, N. C., Kreps, G. L., Menon, U., McCance, K., Parsons, S. K., & Mooney, K. H. (2007). Cancer survivors information seeking behaviors: A

Comparison of survivors who do and do not seek information about cancer. *Patient Education And Counseling*, *65*(3), 342-350.

Muir, K. W., Santiago-Turla, C., Stinnett, S. S., Herndon, L. W., Allingham, R. R., Challa, P., & Lee, P. P. (2006). Health literacy and adherence to glaucoma therapy. *American Journal of Ophthalmology*, *142*(2), 223-226.

Narayan, B., Case, D. O., & Edwards, S. L. (2011). The role of information avoidance in everyday-life information behaviors. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, *48*(1), 1-9.

Nelissen, S., Beullens, K., Lemal, M., & Van den Bulck, J. (2015). Fear of cancer is associated with cancer information seeking, scanning and avoiding: A Cross-sectional study among cancer diagnosed and non-diagnosed individuals. *Health Information & Libraries Journal*, *32*(2), 107-119. doi:10.1111/hir.12100

Nelson, M. R. (1994). We have the information you want, but getting it will cost you!: Held hostage by information overload. *XRDS: Crossroads, the ACM Magazine for Students*. *1*(1), 11-15. doi:10.1145/197177.197183

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A Challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267.

Osborn, C. Y., Paasche-Orlow, M. K., Davis, T. C., & Wolf, M. S. (2007). Health literacy: An Overlooked factor in understanding HIV health disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, *33*(5), 374-378.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, *353*(5), 487-497.

Persoskie, A., Ferrer, R. A., & Klein, W. M. P. (2014). Association of cancer worry and perceived risk with doctor avoidance: An Analysis of information avoidance in a nationally representative US sample. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(5),

977-987. doi: 10.1007/s10865-013-9537-2

Polly, R. K. (1992). Diabetes health beliefs, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, *18*(4), 321-327

Primack, B. A., Bui, T., & Fertman, C. I. (2007). Social marketing meets health literacy: Innovative improvement of health care providers' comfort with patient interaction. *Patient Education and Counseling*, *68*(1), 3-9.

Rea, S. (2017). Information avoidance: How people select their own reality. Retrieved from https://www.cmu.edu/news/stories/archives/2017/march/information-avoidance.html

Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, *41*(7), 813-819.

Rutten, L. J. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: A Systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling*, *57*(3), 250-261.

Sairanen, A., & Savolainen, R. (2010). Avoiding health information in the context of uncertainty management. *Information Research*, *15*(4), 15-14.

Savolainen, R. (1995). Everyday life information seeking: Approaching information seeking in the context of "way of life". *Library & information science research*, *17*(3), 259-294.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, *288*(4), 475-482.

Schneider, S. C. (1987). Information overload: Causes and consequences. *Human*

Systems Management, *7*(2), 143-153.

Seurer, A. C., & Vogt, H. B. (2013). Low health literacy: A Barrier to effective patient care. *South Dakota Medicine*, *66*(2), 51, 53-57.

Shea, J. A., Guerra, C. E., Ravenell, K. L., McDonald, V. J., Henry, C. A., & Asch, D. A. (2006). Health literacy weakly but consistently predicts primary care patient dissatisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(1), 45-49.

Shepperd, J. A., & Howell, J. L. (2015). Responding to psychological threats with deliberate ignorance: Causes and remedies. In P. J. Carroll, R. M. Arkin, & A. Wichman (Eds.), *Handbook of personal security* (pp. 257-274). New York, NY: Taylor & Francis.

Shrank, W. H., & Avorn, J. (2007). Educating patients about their medications: The Potential and limitations of written drug information. *Health Affairs*, *26*(3), 731-740.

St. Jean, B. (2017). Factors motivating, demotivating, or impeding information seeking and use by people with type 2 diabetes: A Call to work toward preventing, identifying, and addressing incognizance. *Journal of the Association for Information Science & Technology*, *68*(2), 309-320. doi:10.1002/asi.23652

Stauss, B., & Weinlich, B. (1997). Process-oriented measurement of service quality: Applying the sequential incident technique. *European Journal of Marketing*, *31*(1), 33-55.

Stiles, E. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing Standard*, *26*(8), 35-40.

Sweeny, K., Melnyk, D., Miller, W., & Shepperd, J. A. (2010). Information avoidance: Who, what, when, and why. *Review of General Psychology*, *14*(4), 340-353. doi:10.1037/a0021288

Taylor, R. S. (1968). Question-negotiation and information seeking in libraries.

College & research libraries, *29*(3), 178-194.

Thomas-Hawkins, C. & Zazworsky, D. (2005). Self-management of chronic kidney disease. *American Journal of Nursing*, *105*, 40-47.

Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A Study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, *158*(2), 166-172.

Wilson, T. D. (1981). On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, *37*(1), 3-15.

Wilson, T. D. (1997). Information behaviour: An Interdisciplinary perspective. *Information Processing & Management*, *33*(4), 551-572. doi:10.1016/S0306-4573(97)00028-9

Wilson, T. D. (2000). Human Information Behaviour. *Informing Science*, *3* (2), 49-55. doi:10.28945/576

World Health Organization (2010). Noncommunicable diseases. Retrieved from http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

Yang, Z. J., & Kahlor, L. (2013). What, me worry? The Role of affect in information seeking and avoidance. *Science Communication*, *35*(2), 189-212.

Yaniv, I., Benador, D., & Sagi, M. (2004). On not wanting to know and not wanting to inform others: Choices regarding predictive genetic testing. *Risk Decision and Policy*, *9*(4), 317-336.

附錄一 徵求受訪者

您好，

我是國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所的碩士生，目前正進行「第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為研究」。此研究主要在探討第二型糖尿病患者在面對健康資訊時，產生*資訊迴避之原因及具體行為，期能從中發現減少迴避行為之方法，幫助糖尿病患者妥善運用資訊，延緩併發症的發生。

*資訊迴避：是一種防禦性反應，通常是指人們為了保護自己的感受或表現，而用來阻止或避免自己學習/獲得資訊的任何行為。

為深入了解第二型糖尿病患者的想法和資訊迴避行為，欲徵求數名受訪者進行訪談：

- 訪談方式：面對面或線上訪談
- 訪談所需時間：40-60 分鐘
- 訪談地點：配合受訪者(另約)或線上通訊軟體
- 徵求條件如下：
  1. □確診為第二型糖尿病患者
  2. □年齡為 40-60 歲
  3. 過去一年內曾有下列任一資訊迴避行為

  □避免閱讀糖尿病相關報導或病例 □選擇性瀏覽網友分享之糖尿病訊息
  □避免收看糖尿病相關議題節目 □選擇性遺忘飲食注意事項
  □談話時避免聊到糖尿病相關內容 □選擇性吃藥
  □拒絕測血糖 □測血糖前大量喝水 □其他

- 注意事項：
  1. 訪談的過程中將全程錄音、紀錄，以做為研究分析之憑據。
  2. 訪談結束將致贈現金 250 元。
  3. 論文撰寫中所有可能被辨認出您個人資料皆以匿名呈現，以保護您的個人權利與維持研究倫理。

- 聯絡方式：

  手機：0963-XXX-307 Email:weXXXXXhuang@gmail.com

誠摯希望能獲得您的回覆，謝謝您!

祝 平安順利

國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所碩士生 莊雯涵 敬上

附錄二 研究參與同意書

國立臺灣師範大學圖書資訊學研究所

研究參與同意書

論文名稱: 第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為研究

研究生: 莊雯涵

weXXXXXhuang@gmail.com

指導教授: 邱銘心 博士

phXXXXXhiu@ntnu.edu.tw

研究目的

本研究主要在探討第二型糖尿病患者在健康資訊尋求過程中，產生健康資訊迴避行為之原因和其具體行為，並從中發現減少健康資訊迴避行為之方法，提供糖尿病患者照護機構相關解決對策和較佳之資訊提供方式，做為未來衛教資訊建置參考，期能減少健康資訊可能帶來的負面感受，幫助糖尿病患者妥善運用資訊並長期有效的進行疾病控制，延緩併發症的發生。

研究參與

本研究採質性研究方法，以訪談方式進行資料蒐集，訪談對象為第二型糖尿病患者。訪談時間約 40-60 分鐘，訪談內容將會以數位方式錄音保存。基於自願性的研究參與，研究參與者有權在研究時程的任何時間與進度要求退出參與，退出研究將不會影響參與者與研究團隊之間的專業關係。若參與者完成訪談，則可提出信函要求研究成果資訊之分享。

保密

基於研究倫理，研究參與者所提供之個人資料與意見，將會以匿名方式處理，研究成果報告以及後續的出版中也同樣會保護當事人之身分；此外，所有個人資料與意見會儲存於研究生之電腦專屬資料夾中，基於保密，資料夾將會以密碼保護，只有研究生有權使用相關資料夾。

同意聲明書

我簽名於末端，表示詳讀前述研究過程的解釋，因此，我完全給予同意自願參加這個研究：「第二型糖尿病患者健康資訊迴避行為研究」。

參與者簽名　　日期

研究者簽名　　日期

附錄三 訪談大綱

第一部分、基本資料

1.訪談日期：
2.性別：
3.年齡：
4.教育程度：
5.病齡*：
6.曾有過的健康資訊迴避行為：

□避免閱讀糖尿病相關報導或病例 □選擇性瀏覽網友分享之糖尿病訊息
□避免收看糖尿病相關議題節目 □選擇性遺忘飲食注意事項
□談話時避免聊到糖尿病相關內容 □選擇性吃藥
□拒絕測血糖 □測血糖前大量喝水 □其他

7.基本健康素養調查：
(1)能清楚理解醫生或護理師的疾病說明和用藥指示？ 是□ 否□
(2)能透過各種管道找到所需的糖尿病資訊? 是□ 否□
(3)遇到不懂之疾病或藥物資訊會與醫護人員討論並做後續治療決定?是□ 否□

*病齡指從確定診斷為第二型糖尿病至今與糖尿病共處之期間

第二部分、第二型糖尿病患者之健康資訊迴避行為

※資訊迴避：是一種防禦性反應，通常是指人們為了保護自己的感受或表現，而用來阻止自己學習/獲得資訊的任何行為，像是避免閱讀相關病例以減少害怕或不安情緒的產生、不遵守用藥指示、忽視相關報導、拒絕醫院提供之疾病篩檢等。

<u>健康資訊迴避行為</u>

- 請描述您曾經有過的資訊迴避行為，如發生的過程等。
- 資訊迴避行為帶給您怎樣的感受?
- 資訊迴避行為對您後續生活(如疾病控制和治療)的影響?
- 在治療過程中，還有其他逃避/排斥健康資訊的行動嗎?

<u>健康資訊迴避原因</u>

- 為何會產生前述的資訊迴避行為? 持續多久?
- 何種情況下會使您不願接觸或避開健康資訊？
- 最初得知自己患糖尿病時，您的感受和採取的做法是?

瞭解患者之健康資訊需求和尋求行為

- 請問您平常如何獲得第二型糖尿病相關資訊？查找的方式?
- 個人經歷或信仰、親友對糖尿病的看法等對您獲得健康資訊之態度或方式的影響？
- 當家人朋友分享糖尿病相關資訊給您時，您通常會怎麼處理？
- 請問您曾閱讀醫院提供的健康照護手冊或疾病簡介嗎？通常如何處理這些資料呢？
- 請問您曾(正)加入任一糖尿病相關實體或線上社團嗎？有無退出或取消追蹤之經驗?

減少迴避之契機

- 請問您在何種情況下會想主動獲得糖尿病相關資訊？
- 何種形式的健康資訊最有助於您閱讀和接受？
- 何種資訊內容可減少您對健康資訊可能產生的負面感受?