

計畫編號：DOH95-DC-1006

行政院衛生署疾病管制局九十五年度委託研究計畫

傳染病教育傳播宣導對民眾認知行為影響評估
—全國與特定縣市地區的檢視

研究報告

執行機構：台灣大學公衛學院公衛系

研究主持人：丁志音

研究人員：彭晴憶

執行期間：95年1月1日至95年12月31日

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見 *

摘要

目標：對疾病管制局近年來所進行之傳染病公共傳播宣導的成效，進行間隔一年的兩次觀察，以檢視宣導暴露所產生的影響，並瞭解民眾對此機構的認知。此外，並針對三個縣市進行特定傳染病公共傳播宣導成效的評估。

方法：(1)以類似前一年所使用的測量工具，對全國民眾進行電話訪問調查，並對間隔一年的兩次調查結果進行比較 (2) 選擇桃園縣、高雄縣與高雄市、以及屏東縣進行地區性公共傳播宣導成效的評價。而且根據各縣市所面臨的防疫狀況，以愛滋病與登革熱兩項疾病別進行檢視。

結果：全國調查共收集 2014 有效樣本，完訪率為 99.7%；而三縣市調查則共收集 2417 有效樣本，完訪率為 96.8%。重要發現如下：(1) 民眾對四大傳染病相關之宣導傳播訊息的知曉（暴露/接收）及認知與行為等，在一年當中維持穩定。整體而言，這四大傳染病的相關認知與行為仍有相當大的提升空間。(2) 民眾接收與個別疾病相關的名稱、符號、口號的比例仍偏低，而投注可觀資源的特殊計畫如減害計畫、都治計畫等，更僅被極少數的民眾知曉，這無論在全國或三縣市的調查結果皆如此。另外，連續兩年的分析皆顯示，一些被用

來評量「暴露-成效」的宣導暴露指標，的確與民眾的認知與行為有關，其測量可謂具有相當的效度。(3)民眾以「醫療照護機構及其專業人員」以及「網路」作為傳染病相關資訊搜尋來源的比例，於一年來大幅上升，大眾媒體則大幅下降。而為了因應地方性的傳染病如登革熱所發展出的地區性傳播宣導方法（多為「地面」類型），的確較能為當地民眾所接收且能發揮其效果。(4) 民眾對疾病管制局之機構名稱知曉的比例於過去一年快速上升，已達頂點（96%），然相對之下，民眾對疾病管制局主要掌管傳染病防治的角色與功能的掌握仍相當薄弱。

結論：(1)對四大傳染病應持續不斷的進行一般常規性的公共宣導教育，而特殊符號、標誌、口訣或名稱的使用值得設計、發展及使用，但須時時觀察及評估其效應，(2) 對較具地區性之傳染病如登革熱的宣導，應考量地區民眾之傳播行為特質，儘可能利用地方傳播資源，發展較具效能的地方宣導模式，(3)對於各年度因應特殊需求所發展的大型防治計畫如都治計畫、減害計畫等等，應確立對一般大眾進行相關宣導的主要目標為何，以發展有效的傳播宣導策略，(4)應將宣導傳播資源投注於民眾較有意願使用的管道上，(5) 疾病管制局應考量行銷己身的功能及特色，以確立其在傳染病防治的徵信度

(credibility)。

關鍵詞：疾病管制局、影響評價、公共傳播宣導、愛滋病、腸病毒、登革熱、肺結核

Abstract

Objectives: (1) To examine the effectiveness of public communication campaign for HIV/AIDS, enterovirus, dengue, and TB, and the general public's overall awareness of the major role and function of the Center for Disease Control over a one-year period. through a one-year-interval comparison of impact analysis, (2) To investigate the nature of campaign exposure to public communication campaign for HIV/AIDS and dengue and its impact on the local populations.

Methods: (1) A previously used instrument was modified and used to conduct the present one-year-after nation-wide telephone survey and the analysis was focused on pre- and post comparison. (2) Another telephone survey was carried out among the population in Taoyuan county, Kaohsiung City and County, and Pingtung County.

Results: Valid responses from 2014 (response rate=99.7%) and 2417 (response rate=96.8%) participants were obtained through nation-wide and three-county telephone surveys, respectively. Major findings are: (1) The extent of campaign exposure and KAP of the general public toward the four infectious diseases have maintained stable within one year. Yet there's still plenty of room for KAP enhancement. (2) Exposure to campaign slogans, symbols and terms developed particularly for each of the four diseases were still very limited. Moreover, the awareness of "DOTS" and "Harm Reduction," the two large scale national programs that cost a great amount of resources, was extremely poor, and the same situation was

also found among the populations in the three study counties. Both pre- and post- analyses have shown the potential validity of the exposure indicators, i.e., its association to KAP, in this study. (3) In the post analysis, the percentages of participants who reported Internet and health care organizations/professionals as the source they were most willing to consult to obtain information regarding infectious diseases have increased dramatically but the percentage for mass media has decreased significantly. The locally developed campaign methods, mostly belonging to the ground strategy, were effective for controlling disease which was epidemic in local areas, such as dengue. (4) The percentage of participants who have heard of “Center for Disease Control” has greatly mounted within one year, being up to 96%. However, people’s grasp of the CDC’s major role for the prevention and control of infectious diseases was relatively inadequate.

Conclusion: (1) Regular public communication campaign focused on the four major infectious diseases should be implemented continuously. The development and use of special communication slogans, symbols and terms is encouraged but assessments should be made regularly for their effectiveness. (2) Effective campaign methods and strategies which are sensitive to the local conditions should be developed to control for infectious disease epidemic in the local areas. (3) In response to the special communication needs of large scale national programs such as DOTS and Harm Reduction, the goal of communication campaign to the general public should be

determined beforehand to develop effective campaign strategies. (4) Resources should be invested in channels that were most preferably consulted by the general public. (5) The Center for Disease Control should “market” the institute’s role and function to the general public to build up its credibility in the prevention and control of infectious diseases.

Key words: Center for Disease Control, Impact Evaluation, Public communication campaign, HIV/AIDS, enterovirus, dengue, TB

目錄

一、	前言.....	1
二、	材料與方法.....	5
三、	結果.....	11
四、	討論.....	38
五、	結論與建議.....	48
六、	計畫重要研究成果及具體建議.....	51
七、	參考文獻.....	53
八、	表.....	55
附錄一：研究調查問卷		

表目錄

表 1.1 兩年社會人口學特質比較（加權前）.....	55
表 1.2 兩年社會人口學特質比較（加權後）.....	56
表 2.1 愛滋病相關訊息接收、認知、及對愛滋病患的接受程度.....	57
表 2.2 受訪者特質與愛滋病訊息接收、認知、及對愛滋感染者接受程度 之關係.....	58
表 2.3 愛滋病相關訊息接收與認知與對愛滋病患接受度的關係.....	60
表 2.4 減害計畫相關訊息接收及對針具交換服務藥局接受程度.....	61
表 3.1 登革熱相關訊息接收、認知、及預防行為.....	62
表 3.2 受訪者特質與登革熱訊息接收、認知、及衛生行為.....	63
表 3.3 知道孳生源與認知及注意積水之關係.....	65
表 4.1 腸病毒相關訊息接收、認知.....	66
表 4.2 受訪者特質與腸病毒訊息接收與認知.....	67
表 4.3 腸病毒相關訊息暴露接收與認知間的關係.....	69
表 5.1 肺結核相關訊息接收與認知.....	70
表 5.2 受訪者特質與肺結核訊息接收與認知.....	71
表 6 受訪者特質與訊息接收傳播管道之關係.....	73
表 7 受訪者特質與對疾病管制局的知曉與認知.....	74

表 8	三縣市受訪者之社會人口學特質.....	75
表 9	三縣市對傳染病的一般認知.....	76
表 10.1	四縣市居民之登革熱嚴重性認知.....	77
表 10.2	三縣市對登革熱因應方式及自覺可行程度.....	78
表 10.3	四縣市之登革熱宣導.....	79
表 11.1	三縣市居民之愛滋病嚴重性認知.....	81
表 11.2	三縣市對愛滋病因應方式及自覺可行程度.....	82
表 11.3	三縣市之愛滋病宣導.....	83
表 12.1	三縣市對減害計畫相關認知.....	84
表 12.2	三縣市對針具交換計畫與美沙酮替代療法之認知.....	85

一、前言

本研究延續上一年的一項全國調查，試圖觀察一年來疾病管制局（以下簡稱 CDC）各項公共傳播宣導（public communication campaign, PCC）對民眾暴露/接收特定訊息的情況，以及其對認知與態度之影響（即影響評價 impact evaluation）。除此之外，本年度研究還加上了對特定縣市 PCC 效果的評價，以瞭解地區 PCC 資源在一些地區盛行傳染病防治上所產生的效果。

在全國性的評價方面，本年度的研究將接著上一年所完成的前測調查，進行一年後的後測調查。主要針對全台灣地區 18 歲以上的民眾約 2000 人進行家戶電話訪問，訪問內容仍將包括：(1)個人的訊息接收與暴露之行為特質，(2)個人曾參與的傳染病教育宣導活動，或曾由特殊管道接收的相關訊息，以及(3)個人對傳染病防治的認知與行為。接著將針對前後測的資料，進行比較與分析，以便掌握「暴露—成效」間的關係。至於地區性的評價方面，將選取近年來頗受 HIV/AIDS 侵擾的桃園縣(疾病管制局，2006)，以及多年來登革熱持續盛行的高雄縣市進行檢視。

大致而言，PCC 混和了所謂的高空 (air) 及地面 (ground) 策略。所謂高空策略是指對大眾的媒體宣導；而地面策略，則是使用社區為基礎的傳播或草根性的組織活動 (Henry & Gordon, 2003)。在台灣，CDC 也發展出進行地面策略的管道，以 HIV/AIDS 的宣導教育或其他推廣行銷活動來說，

經由 CDC 的補助，透過各類民間組織或團體的小眾或人際間宣導傳播或教育活動，便是典型的地面策略。

而在目的方面，則亦可分為個人行為改變及提升公眾意願 (public will) 兩種型式。前者指的當然是影響個人信念及知識、態度等，最終目標是改變個人的行為，而此處的個人又特別針對「高風險」的次人口群，透過各種媒體、管道進行之。而後者則強調增加某項議題的能見度及重要性，提昇社會大眾對該議題的知覺，強化必要的知識，形塑社會氣候，以便影響決策或政策之制定等。這種宣導通常仍是以一般民眾為目標受眾，有時還包括決策者。值得強調的是，所謂公眾意願，非僅指民眾的意見或覺知 (awareness)，而是指民眾對某項議題形成採取行動予以支持的意願。有效的傳播宣導能讓民眾瞭解到他們可以做些什麼，讓他們肯定他們的行動能影響政策，而且是可以自己進行的 (Coffman, 2002)。

在針對 PCC 的三類評價類型：形成(formative)評價、過程(process)評價、總結(summative)評價中，本研究主要著力於總結評價中的影響(impact)評價，也就是呈現傳播及宣導暴露(communication campaign exposure)與民眾知識態度或其他認知情意特質改變之間的關係，以及對行為的影響(Valente, 2001)。

宣導暴露(campaign exposure)是指目標受眾接近(access to)、回想

(recall)、及辨識(recognize)這些傳播宣導的程度。宣導暴露的測量是評價中不可或缺的一環，不但可藉以掌握介入實施的程度，是否按照預定的目標與方式，而且可用以檢視介入與成效間的因果關係(Valente, 2001)。特別是在過程評價中，我們還可深入瞭解傳播宣導活動是如何推展進行的，這項資料可與影響評價中直接來自受眾自述的暴露資料，加以整合，如此更能將所觀察到的因果關係作進一步的驗證(verification)。

以往的研究顯示，國內的公共衛生傳播宣導，的確對民眾的知識、態度與行為產生正向的作用(例如，呂槃，1992；林東泰，1992；黃文鴻，1995；黃淑貞 & 徐美苓，2000；徐美苓等，2003；陳永富，2003)。然而這些研究有以下未著墨之處：

1. 對於訊息來源(而非管道)，並不特別指明由 CDC 所發散或傳播之訊息，而是所有與研究範疇相關的訊息。
2. 比較著重在某些特定衛生知識或行為之有無的觀察，例如「蚊子」叮咬會傳染登革熱，咳嗽三週會「看醫生」等。但是通常研究不會進一步進行如上述之宣導暴露（即：管道-暴露/接收-成效）分析。

此兩點將在本研究中進行更進一步的探索與釐清，由於強調 CDC 這個政府單位在公共傳染病相關宣導中扮演的角色，因此發展出辨識 CDC 宣導材料的方法，便成了本研究設計的關鍵所在。

在台灣，目前 CDC 的公共宣導項目大致可分為以下兩類：(1)針對疾病類別，相對於 (2)針對特殊防疫措施或策略。以前者而言，是著重特殊疾病如愛滋病、TB、腸病毒、登革熱、禽流感等的因應方式，是從單一疾病的類別來考量傳染途徑與預防方法。而以後者而言，則包括個人衛生行為 (hygiene behavior)，例如洗手、戴口罩等；保護行為(protective behavior)，例如接受預防注射（特別是流感、水痘）戴保險套（如今所宣導的效果除了預防性病、愛滋病之外，還包括子宮頸癌）等；以及生態環境行為 (pro-eco-environmental behavior)，例如適切使用抗生素，清除孳生源確保環境衛生等。上一年度的前測大致依此架構進行工具之設計及資料收集工作，然而今年度新推展的減害計畫成為 CDC 愛滋病防疫政策的重要方案，必須納入評價，為顧及電話訪問時間的限制，因此刪除非屬四大傳染病的題項。

本研究因此為延續前一年之第二年研究，研究目標為：

1. 瞭解疾病管制局一年來(2005年10月 2006年10月)所進行之公共傳播宣導對民眾的認知與行為所產生的影響。
2. 瞭解地方衛生機構對地區性特殊傳染病教育宣導被民眾接收的重要管道與訊息暴露接收的情形，以及傳播宣導的成效，特別是對民眾認知及行為所產生的影響。

二、材料與方法

此部分將對全國以及三縣市分別描述。首先看全國的部分。

全國

研究對象

為全台灣地區 18 歲以上之成年人。之所以選取 18 歲以上之民眾，是基於對傳播宣導暴露程度的考量。在此年齡以下之人口群，其相關知識之獲取及態度之形塑有極大比例是來自於學校的系統化教育。不僅如此，此年輕（幼）人口群的知識亦有極大部分來自家人，尤其是主要養育者的影響。為了區隔訊息暴露來源，以及顧及回應訪談的能力與成熟度，因此以全台灣地區 18 歲以上的民眾為研究對象。

抽樣方法

抽樣方式以台灣地區 23 縣市為分層基礎，再根據內政部公佈之最新人口普查資料分配各縣市樣本數，進行分層隨機抽樣。為求完整的涵蓋性，採用兩階段等機率抽樣方式。首先自各縣市內所有區域碼局碼中以 PPS (Probability Proportional to Size)方法抽出樣本局碼，再自中選的樣本局碼中以隨機方式產生後四碼，以構成完整的樣本電話號碼。電話接通後即針對家戶內第一個符合 18 歲以上條件的接聽者進行訪問。若該戶訪談失敗或無合格受訪者時，電腦系統將產生相同區域的替代樣本戶電話，再行撥號，

直到訪談成功，如此可維持樣本的結構不變，以確保樣本的代表性。同時，在調查過程中隨時監控樣本特質，持續將已完成之樣本與母群體特質（即縣市別人口比例）之分佈作比較，使選取戶中的受訪者特質可逐漸逼近母群體特質分佈。

研究工具

本研究採結構式問卷。由於此次全國調查之主要目的是與去年的結果進行比較，以瞭解民眾在經過近一年的時間之後，在傳染病的訊息暴露、認知與態度行為上有何變化，因此，為使兩年度的結果間具可比較性，問卷內容絕大部分維持與去年相同，只針對少數的題目或選項進行增刪或修改。題目的增加或刪除是以今年度的疫情及疾管局施政重點為考量，而細部的修改，如題目選項的增加，則是將去年民眾有回答，但原問卷中沒有設計的答項加入今年的選項內，以提升選項涵蓋的完整性。此外，在經費以及民眾答題耐心有限的考量之下，我們仍維持與去年相同的題目數。但因為今年新增加了一些題目(尤其是減害計畫)，所以刪除一些不屬於四大傳染病的題項，而且將少數題目以變動題意或選項的方式進行合併。凡問卷題目有所變動及其可能對民眾答項分佈的影響，我們將會在該題的研究結果分析時說明。

研究問卷共長 40 題，回答時間約 10-15 分鐘，主要內容與去年相同，

包括：個人基本資料、對登革熱、腸病毒、愛滋病、肺結核等傳染病的態度與行為（KAP）、傳染病的自覺風險、傳染病訊息來源與傳播管道、以及對疾管局的認知等。另外，有鑑於毒癮愛滋疫情的愈演愈烈，且疾管局近年也投入了許多人力與物力在減害計畫的執行與宣導工作上，因此今年的問卷特別增加民眾對於減害計畫內容及其相關措施（如：美沙酮療法、針具交換）之訊息暴露與認知的調查，以期能提供疾管局進行政策評價之參考。

資料收集

本研究委託某民意與市場調查研究中心採用電腦輔助電話訪問系統(Computer-Aid Telephone Interview, CATI)進行調查。為確保電話訪員的訪問品質，研究者於民國 95 年 9 月 21 日於該民調中心進行訪員訓練，說明問卷設計用意及解釋題意。且於調查進行時，由資深督導監看訪員的調查操作及訪問情形，以提高調查結果之可信度。本研究的資料蒐集自民國 95 年 9 月 21 日至 95 年 9 月 30 日執行，為避免白天調查家中接電話者多為家庭主婦或未就業者，造成抽樣與母體相差太遠，因此電話訪問時間為晚間 6 點至 10 點左右。

樣本回收

本次調查的有效接通數為 4846 人，其中 2388 位接電話即拒訪，338 位

戶中無合格受訪者，106 位受訪者中途拒訪，完成訪問者共 2014 名，其有效接通率為 41.56 %，完訪成功率(CATI 之樣本排除接電話即拒訪、戶中無合格受訪者)則為 99.7%。在 95%的信心水準下，抽樣誤差為 $\pm 2.18\%$ 。

三縣市

研究對象

本研究對象為居住在桃園縣、高雄縣市、屏東縣之 18 歲以上成年人。對於 PCC 的議題，將以 HIV/AIDS 以及登革熱兩項疾病為重點。前者則為近年來桃園地區疾病防治的重點，最近一兩年來，更因境內或周遭地區中具注射毒癮風險行為之毒癮者的 HIV 感染者比例快速增加，因此自去年開始試辦及進行減害計畫，且無論在清潔針具交換及替代療法兩方面皆積極規劃實施，因此的確需注入 PCC 資源進行介入與控制。而高雄縣市則自 1990 年代初便長年倍受登革熱盛行所苦，近兩年來更延燒至屏東縣市，疾管局在防治及宣導上亦以高高屏為一區域，因此有必要對 PCC 的效果進行評價

抽樣方法

本研究分別在桃園縣抽 1000 名、高雄縣市 800 名、屏東縣 600 名符合上述受訪資格的民眾進行電話調查。樣本的選取與全國性調查相仿，將先以 PPS (Probability Proportional to Size)方法分別抽出此兩縣市的樣本局碼，再自中選的樣本局碼中以隨機方式產生後四碼，以構成地方性樣本電

話號碼。訪談時以電話接通後第一位接聽的符合受訪資格者進行訪談，並在調查期間隨時監控所選取之樣本特質以挑選受訪者，使受訪者組合能與該縣市民眾之性別與年齡分佈相近，以提升樣本對於此地區之代表性。

研究工具

本研究採結構式問卷，研究者依據這三縣市衛生局所出版之衛教宣導品，以及至三縣市衛生局網站查詢其所發佈之新聞和舉辦活動，加以歸類、分析，研擬出一份初步問卷。其後將此初版問卷於九月初交由某大學的民意與市場調查研究中心進行電話訪談測試，再就其 26 名受訪者的回答情形，包括題意不明、語詞艱澀、選項複雜及不完整等作進一步的修正。

研究問卷依縣市別共分成三份，除桃園卷為 35 題外，其餘皆為 34 題，回答時間約 10-15 分鐘。問卷內容主要包括個人基本資料、傳染病認知、對三縣市衛生局所做登革熱、愛滋病的宣導成效評價以及對新興傳染病（禽流感）的關心程度等。

資料收集

本研究委託某民意與市場調查研究中心採用電腦輔助電話訪問系統 (Computer-Aid Telephone Interview, CATI) 進行調查。為確保電話訪員的訪問品質，研究者於民國 95 年 9 月 12 日於該民調中心進行訪員訓練，說明問卷設計用意及解釋題意。且於調查進行時，由資深督導監看訪員的調查操

作及訪問情形，以提高調查結果之可信度。本研究的資料蒐集自民國 95 年 9 月 12 日至 95 年 9 月 20 日執行，為避免白天調查家中接電話者多為家庭主婦或未就業者，造成抽樣與母體相差太遠，因此電話訪問時間為晚間 6 點至 10 點左右。

樣本回收

本次調查在桃園縣部分，有效接通數為 2513 人，其中 1305 位接電話即拒訪，157 位戶中無合格受訪者，48 位受訪者中途拒訪，完成訪問者共 1003 名，其有效接通率為 25 %，完訪成功率(CATI 之樣本排除接電話即拒訪、戶中無合格受訪者)則為 95.4%。在 95%的信心水準下，抽樣誤差為 $\pm 3.09\%$ 。

其次，在高雄縣市部分，有效接通數為 2191 人，其中 1242 位接電話即拒訪，126 位戶中無合格受訪者，21 位受訪者中途拒訪，完成訪問者共 802 名，其有效接通率為 18.3%，完訪成功率(CATI 之樣本排除接電話即拒訪、戶中無合格受訪者)則為 97.4%。在 95%的信心水準下，抽樣誤差為 $\pm 3.46\%$ 。

最後，在屏東縣部分，有效接通數為 1351 人，其中 651 位接電話即拒訪，77 位戶中無合格受訪者，11 位受訪者中途拒訪，完成訪問者共 612 名，其有效接通率為 15%，完訪成功率(CATI 之樣本排除接電話即拒訪、戶中無合格受訪者)則為 98.2%。在 95%的信心水準下，抽樣誤差為 $\pm 3.96\%$ 。

三、研究結果

此部分將分別呈現全國以及三縣市的調查結果。

全國

研究結果將包括四部分。第一部份描述研究樣本的特質；其次呈現個別傳染病重要的 PCC 訊息暴露情形與成效；第三部分針對傳播管道進行檢視；第四特別著重民眾對疾管局性的知曉與認知。由於今年的主要研究目的在於與去年結果進行比較，以觀察兩年間的變化，因此本章節的每一部份會以 94、95 兩年間的相互比較為呈現的重點，而不單獨對今年的結果進行描述或討論。

樣本特質

如表 1.1 所呈現，94 年共訪得 2052 份有效樣本，95 年則為 2014 份有效樣本。在樣本的性別分佈上，兩年都是以女性居多。而在年齡分佈上，最年輕者皆為最低受訪年齡 18 歲、最年長者分別為 94 年度的 90 歲，95 年度的 93 歲，若兩年度分別扣除掉拒答年齡者，則 94 年樣本平均年齡為 40.8 歲，95 年樣本平均年齡為 42.5 歲。由於樣本年紀分佈廣，因此在接下來的研究報告中，為了分析的方便，我們將兩年度樣本依年齡區分為四組：18-30 歲、31-40 歲、41-50 歲、51 歲及以上。由表 1.1 可知，在 94 年的樣本群中是以 41-50 歲者最多，31-40 歲及 18-30 歲次之，51 歲以上者最少，僅佔 22.6

%；而 95 年度的樣本群中則是 51 歲以上者最多，達 27.3%，41-50 歲次之，31-40 歲為最少（21.4%），顯見在年齡分佈上兩年度有明顯不同。

在教育程度方面，94 年度除了 23 人拒答之外，19.7% 的受訪者為國（初）中及以下程度，34.3% 為高中（職），其餘 44.9% 為大專及以上之教育程度。同樣的，95 年度的樣本教育程度分佈亦是以大專及以上者最多，將近一半，高中（職）者約三分之一，國（初）中及以下程度者最少（17.9%）。而受訪者居住地的分佈，則兩年度都是以北部所佔比例最高、南部次之，再者是中部，而東部地區 94 年則僅佔 3.7%，95 年為 4.6%，離島則極少（94 年 0.6%；95 年 0.7%）。由於離島地區樣本數太少，不足以做進一步的分析，故在研究結果的部份，將只針對北、中、南、東四區進行分析與呈現。

在職業部份，受訪樣本的職業型態多元，兩年度均以家管為最多（兩年度各約 18%），其次較多的則是一般職員、生產及體力工約佔受訪人口的一成，其餘還含括了服務工作人員、自營業、學生、以及無業或待業者。

上述為原始的樣本社會人口群特質分佈，而接下來的比較分析部份，為了讓樣本能更有效地代表母群體特質，並增加兩年度間的可比較性，我們以內政部戶政司所公布的 94 年 10 月及 95 年 8 月時的全國人口性別及年齡分佈為參考，對兩年度的原始資料分別進行加權。加權後的樣本人口群之社會人口學特質如表 1.2，由於是針對性別與年齡加權，所以凡是年齡為拒

答者(性別無拒答),將排除在加權的樣本之外。加權後樣本數為 94 年 1997 人(原樣本有 55 人拒答年齡),95 年 1974 人(原樣本有 40 人拒答年齡)。由表中可見,針對性別與年齡加權後,94 與 95 兩年的樣本人口在性別與年齡分佈上已十分相近,男女性比例均約 1:1,男性稍多於女性。年齡方面,94 年加權後平均年齡為 41.5 歲,95 年則為 42.4 歲,兩年度都是 51 歲以上者最多,分別是 30.2%(94 年)以及 31.0%(95 年),次多為 18-30 歲者,兩年度均約 27%,而 31-40 歲以及 41-50 歲兩組都是各佔其樣本數的五分之一人口數。

而在加權後教育程度分佈上,兩年間的差距有些微縮減,但各組分佈的比例則無太大改變,兩年度都維持大專及以上程度者最多,高中(職)次之,國中以下教育程度者最少。在居住地以及職業特質方面,兩年度在各組的分佈型態相近,唯相較之下,94 年北部受訪者所佔比率較 95 年多出許多(94 年 46.9%;95 年 41.8%)。職業方面,94 年擔任一般職員者較 95 年少,而擔任服務人員者則較 95 年多。

個別疾病訊息的接收與成效

這部分將針對愛滋病、登革熱、腸病毒及肺結核等四大傳染疾病的 PCC 成效分析結果,加以呈現及說明。在分析架構方面,我們先(1) 著重每一疾病進行 PCC 時,對特定傳播主題(communication theme)所提出的重要名

詞（概念）、口號、或符號的民眾暴露與接收程度、相關 KAP 等進行兩年度的比較，然後(2) 檢視上述的暴露接收及 KAP 與社會人口學特質及地區別間的關係在兩年度的變化，最後(3) 則探究暴露接收與 KAP 間的關連，以檢視兩年度的宣導成效。在認知的測量方面，除了個別疾病的相關知識重點之外，每一個疾病皆以「對於 X 疾病，政府要民眾注意什麼」的開放問題（不提示），來瞭解民眾對該疾病防治策略的認知與強調。

愛滋病

在重要相關訊息的知曉方面，特別針對紅絲帶（愛滋病的全球共識符號）及減害計畫（最新的政策，涉及一群被雙重歧視與烙印的邊緣族群）進行檢視。表 2.1 顯示，雖然 95 年的受訪者知道紅絲帶與愛滋有關的比率略有上升，而回答不知道或沒聽、看過紅絲帶的人也較去年度下降了 4%，但是回答不知道者比率仍超過七成，而曾聽過「減害計畫」的則連續兩年不到一成，甚至毫無進展。至於統合性的訊息接收測量則顯示，在政府宣導的相關訊息中，民眾印象最深的前三項兩年皆同，依序是「固定性伴侶」、「全程配戴保險套」、以及「不共用針頭」，只是 95 年度會指出「固定性伴侶」的受訪者在 95 年下降了 8%，而回答相似概念的「正確性觀念」的受訪者則較 94 年多出了 14%。其中，較可喜的改變則是，在 95 年能主動回答「不共用針頭」者已略有提升，同時，不知道愛滋預防之道的比率也下降了超

過 5%。

接下來則呈現受訪者對愛滋病患的態度。首先就整體的接受程度來說，兩年度間沒有明顯改變，皆是傾向不接受態度者比傾向接受態度者略多，而不願意表態者（回答「不知道」）則變得較少，但仍超過一成。而對於較特定層面的接受程度則 95 年稍有提高，無論是支持愛滋患者的工作權或就學權方面，都約上升了 3%。

接著，表 2.2 呈現出受訪者個人特質（性別、年齡及教育程度）及居住地區與訊息暴露接收、認知與態度的關係之兩年度比較。首先，就性別及其與訊息接收、預防之道、對愛滋患者接收度的關係而言，兩年度的分佈趨勢大致相同，唯 95 年男性在提出「全程戴保險套」為預防之道的比率上有所提升，顯示其對使用保險套的態度有正向的轉變。另外，男性對於愛滋病患的接受度部份，無論是就整體的或是工作、就學權方面，在 95 年也都有比較明顯的提升。

就年齡層而言，在愛滋訊息接收上，兩年度各年齡層對愛滋訊息的接收趨勢大致相同，都是愈年輕者愈佳，唯 41-50 歲者的增加幅度比其他年齡組的改變要大。而在預防之道方面，兩年度都顯示「51 歲以上」者能提出各項預防方法的比率都比其他年齡組低，而無法提出任何預防方法的比率則偏高，此外，在其他年齡組今年度答「不知道/未提出」的比率均明顯下降

的同時，51 歲以上者雖也有下降，但改善幅度卻最小。而特別值得重視的是，年輕的 18-30 歲族群回答「固定性伴侶」者竟明顯下降了一成，且答「全程戴保險套」者也是不增反減，此現象令人憂心。但是此一年輕族群對於近年強調的「不共用針頭」的提出，倒是提升了 8% 以上。而 31-40 歲族群則是在「全程戴保險套」的認知上提升了 8%。而在對愛滋病患的各方面接受度上，則兩年度皆呈現年齡愈大接受度愈低的趨勢，但是 41-50 歲以及 51 歲以上兩族群，卻也是今年對愛滋患者接受度提升最多的年齡層。

在教育程度方面，雖然兩年都維持相似的整體趨勢，亦即教育程度愈高者對訊息接收、預防之道的認知，以及對愛滋患者的接受度上都有較正向的表現，但是我們可以發現原先在 94 年度存在的 - 不同教育程度間有顯著認知差異的情形 - 在 95 年已消失不見。從表中看來，此種各教育程度間對愛滋認知的差異扁平化現象，主要是來自於（1）國中及以下教育程度者無論是在訊息接收、預防認知、對愛滋患者接受度上今年都有非常大的提升，甚至「未提出」預防之道者都比去年下降了 20%。（2）大專及以上教育程度者在訊息接收、預防認知、及對愛滋患者接受度上卻比 94 年明顯降低，尤其是在「固定性伴侶」與「全程戴保險套」兩者的提出更是各下降了 13.2% 以及 6.4%。以上兩種變化，同時縮減了不同教育組別間原先存在的差距。

在居住地區部份，東部民眾有較明顯的變化，以愛滋訊息接收而言就提

升了近乎 13%。但就預防之道「固定性伴侶」方面，除了東部幾乎不變之外，北部和中部提出此項的比率大幅減少。但是在「不共用針頭」的提出，東部地區卻下降，而南部則有明顯提升（10%），此種變化是否與台南自去年起即全力開辦的清潔針具計畫有關，值得進一步檢視討論。整體而言，各區在預防之道的提出都有改善，尤其是東部和南部民眾回答不知道愛滋預防之道的比率都下降了一成，而北部答不知道者下降的比率較小則可能是天花板效應(ceiling effect)所致。但是在接受態度方面，東部地區卻呈現了整體接受度提高、工作權及就學權的支持度卻下降的奇怪現象。

從表 2.3 可知訊息接收對民眾提出預防之道與對感染者接受度的影響方面，兩年度呈現相同的趨勢：曾接收或能正確指出宣導訊息內涵的受訪者，也愈能正確提出愛滋病的預防之道，且對愛滋感染者的接受度亦高出甚多。為了釐清訊息接受暴露與認知及對愛滋感染者接受度之間的關係，特別以 Logistic regression 先調整性別、年齡及教育程度的影響後，觀察上述所提到的關係。結果可發現兩年度都是：能指出紅絲帶與愛滋病有關的受訪者，也較能指出各項預防之道，且較不會回應「不知道」。其中，95 年在「知道紅絲帶與愛滋病有關」對「會提出全程戴保險套」的影響力更是比 94 年明顯增強。至於減害計畫的知曉與否，因聽聞過者太少，因此較無法適切進行進一步的分析。

減害計畫

由於今年疾病管制局正式全面在各縣市開辦減害計畫，不僅經由大眾媒體以及地方縣市政府、衛生局大力宣導，並透過藥局、醫院及一些地方機構執行其相關的配套措施，因此我們今年特別針對減害計畫內容與措施，對受訪民眾進行進一步宣導成效評估（對減害計畫的知曉已於愛滋病部分說明）。評估內容主要是民眾(1)對減害計畫服務對象的認知(2)對「針具交換計畫」、「美沙酮替代療法」的訊息接收程度(3)對提供針具交換服務藥局的態度。

由表 2.4 可知，在有聽過減害計畫的受訪者中，知道其對象是與吸毒行為有關的比率不到 5%（答吸毒的人 4.2%，可能吸毒的人 1.2%），而會聯想到愛滋病的也僅 7.1%，反而有 12.1% 的人回答「所有人」。最值得注意的是高達 65.1% 的人在聽過減害計畫一詞後，仍不知道其針對的對象為何。而對於減害計畫項下所含括的「針具交換計畫」、「美沙酮替代療法」兩者，反而各自有 12.7% 以及 16.7% 的知曉率，比減害計畫 7.4% 的知曉率還佳。此種對於大計劃（減害）的認知比其下所含計畫要低的現象，究竟是因疾管局刻意以項下計畫為宣導重點，還是減害計畫一詞及其所表達的字面含意不易掌握所導致，還待進一步探究。

最後，我們在問卷中解釋了何謂針具交換計畫，並接著詢問民眾是否會

排斥住家附近的藥局提供針具交換服務？結果顯示有 56.9% 傾向不排斥，36.4% 的民眾表示排斥，尚有 7% 的民眾回答「不知道」以迴避表態。若與民眾對愛滋病患的自述接受程度相比，民眾對針具交換場所之接受度，還比對愛滋病患的接受度要高，也比較願意表態。但整體而言，民眾對針具交換場所的接受度仍待繼續提升。

登革熱

從表 3.1 看來，95 年度聽過「孳生源」一詞的民眾比率似乎有非常明顯的提升（沒聽過者從 45.4% 下降至 17.3%），但究其原因可能是今年問卷題目與選項的改變所致（如表 3.1 註）。由於今年沒有先以「有沒有聽過孳生源」為前提，即直接詢問所有民眾「孳生源是什麼」（雖然訪員有提供「1. 沒聽過孳生源」的選項），可能引導部份其實沒聽過孳生源的民眾在聽完所有選項後，還是直接答覆（猜測）了「孳生源是什麼」，而未表示自己從未聽過孳生源，這也可解釋為何能正確知道孳生源是指有病媒蚊及其蟲卵處的比率僅較 94 年稍微多了 3%，而沒有明顯增加的原因。此外，在 95 年對有聽過孳生源者（即上題不是選 1. 沒聽過孳生源）再進一步詢問的「孳生源和哪個傳染病有關」中，能正確指出與登革熱有關的比率在有聽過的人（n=1633）中是 64%，在全部受訪者中（n=1974）則佔 53%，此數據正與 94 年聽過孳生源者所佔比率（54.6%）相近。因此我們認為聽過孳生源的

比率今年度所以大幅上升，應是題目改變所致，實際上兩年度民眾對孳生源的知曉程度沒有明顯變化。

在預防行為「是否會注意到不讓室內外有積水容器」方面，兩年度的分佈趨勢相似，沒有太大改變。至於對政府在宣導登革熱防治方面最強調的預防之道的認知，今年度能提出預防登革熱最關鍵的「避免積水（容器）」概念的比率有明顯提升，是可喜的現象，提出「避免蚊子叮咬」的人則減少一成以上，顯見民眾對各項防治方法的重要性認知在轉變，而不知道預防之道者也較去年少。

社會人口學特質及地區別的影響比較列於表 3.2。在性別方面，整體而言，今年兩性間的認知差距比去年減小，無論是在訊息接收、對孳生源的正確認知以及避免積水方面，男性都急起直追、與女性相近，在兩性別間已無顯著差異。唯獨在提出「打掃環境」為預防之道以及「注意室內積水」此種居家清潔習慣方面，女性仍是比男性顯著，而男性「不知道」預防之道者則比女性多，與去年相同。

在年齡方面，兩年度均顯示最高年齡層的知曉程度與較年輕的其他受訪者差距甚遠（兩年皆 $P < 0.001$ ），但此種差異在今年有縮小的趨勢。而各年齡層對「孳生源為何」的認知，兩年分佈趨勢相似：隨著年齡增加，正確認知孳生源的比率反呈階梯型下降。但是 51 歲以上人口能提出「避免積

水」為防治之道的比率，在今年增加的幅度比其他年齡層更明顯，也使得去年原有年齡層間的顯著差異在今年消失。而雖然會提出「避免蚊子叮咬」的人口仍是以年齡長者居多，在各年齡層間持續有顯著差異，但是 51 歲以上回答此項的人已大幅減少 20%。而在「注意室內外積水」行為方面，雖然年齡層間持續存有顯著差異，但可喜的改變是 18-30 歲此一年輕族群會注意室內積水的比率明顯增加了。

在教育方面，去年度隨著教育程度的提高，知曉程度、孳生源正確認知、提出「避免積水」的比率以階梯型態提升的顯著情形，在今年已不復見。整體而言，今年國中及以下教育程度組，在各方面的登革熱認知、以及防治行為上都有提升，除了「不知道」預防之道比率仍較多之外，其餘都與較高教育程度者無顯著不同。

在地區別方面，在對孳生源的知曉上，今年南部地區竟從去年的最高知曉率地區，降為第三，僅略高於東部地區，且有著顯著差異 ($P < 0.001$)。此外，在聽過孳生源的人當中，在今年能夠正確指出「登革熱是什麼」的四區比較上，也出現與去年度大相逕庭的現象，原是正確認知率較高的北區與南區，今年反而落後於東區與中區的民眾。至於提出「避免積水」為預防之道部份，也是以中部及東部地區提升最多。而在登革熱預防行為上，則今年在各區已無顯著差異。整體來說，由此表可看出，雖然南部地區是

登革熱疫情最嚴重的區域，但該地區民眾對於登革熱的訊息與認知卻沒有比較好。

表 3.3 呈現知曉孳生源與否與認知及行為間關係的兩年比較，並以 Logistic regression 調整性別、年齡、教育程度及地區別的作用。大致而言，兩年的趨勢相同，聽或看過孳生源一詞者能舉列各項預防之道的比例皆較高，但未提出任何項目則較低，且控制了社會人口學及地區別的作用後，在提出「避免積水」、「不知道」預防之道，以及注意積水行為上，都是有接收過孳生源訊息者表現較好，且兩年皆達統計顯著水準。

腸病毒

表 4.1 顯示，兩年度在「洗、搓、沖、捧、擦」的知曉度上沒有太大的變化，都是七成左右的受訪者聽過此口訣，再進一步詢問有聽過的人，其所指為何，則發現回答這是教民眾如何洗手的比率兩年都維持超過四成，而較樂見的改變是今年能將此口訣聯想到腸病毒預防的民眾增加了，同時，誤將此口訣與燙傷處理（沖脫泡蓋送）相混淆的比率則明顯下降。可見民眾對於訊息的正確認知有所提升。

至於對政府在宣導腸病毒防治方面最強調的預防之道的認知，回答「正確洗手」的比率沒有太大變化，僅稍微減少了 3%，但是在其它與個人生活習慣有關的方面如：「環境/個人衛生」、「注意飲食衛生」、「減少出入公共場

所」等三項，今年都有較高的提出率。可見民眾對於預防腸病毒的方法認知，已能從單一的洗手行為擴散到更廣泛的各項生活層面。但是「腸病毒症狀」的重要性則持續減少。而今年無法提出任何防治之道的比率則略微改善。

接下來就受訪者對腸病毒症狀的認知部分，顯示「發燒」仍是大多數受訪者判斷罹患腸病毒的指標。今年回答「腹瀉」症狀的比率略上升，其餘的症狀認知在兩年間無明顯不同。而回答「不知道」者降低了至少 5%。

再者，除了最為人知曉的預防方法-勤洗手之外，民眾在其他預防方法知曉程度的變化顯示：今年有更多的民眾能回答「常常用手摸口鼻」，而今年雖然回答「避免被蚊蟲叮咬」的人減少了，卻仍維持兩成以上，顯見仍有一定比例的民眾對腸病毒的傳染途徑缺乏正確的認識。

以正確洗手五字訣為主要訊息的腸病毒宣導傳播，其暴露接受程度與性別持續有顯著相關，仍是女性遠高於男性。而在「洗搓沖捧擦」的目的認知，今年男性能正確回答的比率有明顯提升，與女性已無顯著落差。但是在預防之道的提出、罹患腸病毒可能有長水泡症狀，以及應避免用手摸口鼻等認知，男性仍明顯低於通常扮演主要育兒角色的女性。

表 4.2 在各年齡層對腸病毒訊息接收與認知兩年比較部分，整體趨勢相似，都顯示在腸病毒訊息接收與各項認知上，各年齡間仍持續有顯著的差

異。雖然最年長者的知曉率最低，不過在較年輕的族群中，最年輕的 18-30 歲受訪者的知曉率遠低於正處育兒期的 31-40 歲及 41-50 歲兩組年齡層，由此看來，此種年齡層間的顯著認知差異，應是與是否處於養育小孩的階段較有關。

在教育程度的變化方面，值得注意的現象是原先在各教育程度組間的訊息接收以及認知差異今年已完全消失，教育程度不再是區分民眾對腸病毒認知的重要人口學特質。其中主要的變化來自於國中及以下教育程度者，在各項正確認知（聽過五字訣、洗手預防腸病毒、腸病毒症狀、避免用手摸口鼻）都有大幅提升，而今年誤把「洗搓沖捧擦」與燙傷處理混淆，或是以為蚊子叮咬會得腸病毒的比率也都明顯下降。可見低教育程度者對於腸病毒的認識確實有全面性的提升。反而是最高教育程度組今年提出正確洗手為預防之道的比率下降了 7%，而會提出錯誤觀念-避免蚊子叮咬的人，卻仍佔兩成，沒有比去年進步。

至於地區別的變化方面，則發現東部地區民眾，雖然今年聽過五字訣的民眾變少了，但是聽過的人當中能正確指出訊息目的者則持續高於其他地區，在指出正確洗手為預防之道的比率上也從去年的墊底，一躍為各區之冠，足見今年有顯著的提升。在症狀各項目，我們發現各地區間對症狀的認知已無明顯差異，且東部地區回應「不知道」的民眾也下降了 10%。就

應避免的動作而言，主要是以南部及東部地區民眾進步較多，北部民眾對應避免「接觸感染者摸過的東西」、「接觸感染者口水」兩項風險行為的認知減少了，但是北部能正確區別出錯誤傳染途徑（蚊子叮咬）的人增加了。反倒是南部民眾，不知是否出於對登革熱病媒蚊的恐懼延伸，回答預防腸病毒應避免蚊子叮咬的人不減反增了 5%。

訊息的接收暴露及認知間的關係比較呈現於表 4.3。大致來說，兩年趨勢相似：曾聽過五字訣的受訪者的確在預防方法（洗手）罹患腸病毒症狀、及洗手之外的預防方法上，皆呈現較高程度的認知，即使在調整社會人口學的影響作用之後，仍顯現如此的趨勢。但是今年有聽過五字訣對民眾症狀認知的影響只表現在「發燒」、「皮膚長水泡」上，而對於應避免的動作，聽過的人也只在「接觸感染者口水」一項上比沒聽過的人有更好認知。整體而言，由兩年的變化來看，「洗搓沖捧擦」已不是預測民眾腸病毒正向認知的有效指標。

肺結核

在民眾對肺結核相關訊息的接收方面。從表 5.1 可看出，雖然今年度「都治計畫」仍是衛生單位所主要推行的肺結核防治策略，且今年疾管局還於各縣市廣為實施送藥服務員的配套措施，但受訪者中知曉「都治計畫」的人卻愈來愈少，今年更只有只有 3.5% 的人聽過或看過「都治計畫」。幸而

在接收過訊息的人當中，能將此一名詞正確與肺結核相連結的比率上升了，而回應「不知道」它與哪種傳染病相關的人則微幅下降，可見民眾對於所接收的訊息已較能正確掌握。

至於對政府強調的預防之道，兩年度民眾所回答的範疇都是相當多元，而沒有明顯集中於特定的預防方法。然而，今年民眾在「咳嗽早處理」以及「感染肺結核症狀」、「提早就醫」、「服藥」這類與早期發現、早期治療有關的注意力則持續下降中。相對的，對於自我保護、減少暴露相關概念的提出則明顯上升，如：「少去公共場所」、「戴口罩」、「避免被傳染」、「少接觸患者」等。其中，愈來愈多民眾提出的「少接觸患者」的想法，還與現在宣導中強調的「肺結核/病人不可怕」理念相悖。就此也顯示出不僅民眾有無接收訊息值得重視，民眾究竟如何解讀所接收到的訊息、如何將之化為個人行動應用在生活中，都是攸關宣導是否真正有效的關鍵過程。尚堪足慰的是今年答「不知道」肺結核預防方法的人下降了 8%，但仍高達 42.6%，顯示民眾對肺結核預防之道依舊陌生。

在服藥的療癒信念上，今年與去年相似，約七成的民眾持正向信念。而在「懷疑有肺結核時，該做何種檢查？」此一項目，今年答「X 光」者減少了，而答含括胸部 X 光的「肺部檢查」者則增加了，故此現象可能是因為兩年間訪員歸碼不同所致。但在政府強調的「驗痰」一項，則依舊鮮少

人提及。同樣地，兩年皆有有相當高比例的民眾表示「不知道」該做何種檢查。

而「咳多久該驗痰？」，我們發現連續兩年只有不及一半的民眾，會在政府建議的三週內進行驗痰，也仍有三成的民眾，認為咳嗽 3 週以上才需驗痰，且持續高達二成的受訪民眾，表示「不知道」咳多久該驗痰檢查，可見民眾認知不足或輕忽久咳的處理態度，在今年並沒有改善。甚至從僅有約四分之一的受訪者能指出肺結核是每年死最多人的傳染病來看，民眾對肺結核的嚴重性，依然認知不足。

接著進一步探討各項社會人口學特質與肺結核訊息接收、認知的關係比較。表 5.2 顯示，整體而言，不同性別對肺結核的認知確有差異，兩年皆如此。其中，女性持續在訊息接收與正確認知「都治計畫」有較好的表現，弔詭的是，雖然女性比較會提出「咳嗽早處理、肺結核症狀、提早就醫、服藥」等項目，但是連續兩年認為咳 3 週以上才需驗痰的女性比率，皆遠高於男性許多。而從兩年都是男性較能指出肺結核是死亡最多人的傳染病則可看出，男性對肺結核的嚴重性認知比女性要佳。在服藥的治癒信念方面則兩性別沒有不同。

在年齡層的認知差異上，兩年的趨勢相似。除了訊息接收外，在肺結核認知上各年齡層間呈現顯著不同，尤其 51 歲以上人口對肺結核的認知較

差，在各項答「不知道」的比率也高於他組（除了懷疑 TB 該作何項檢查）。另外值得注意的是，年輕的 18-30 歲族群能提出各項預防之道的比率也較低，雖然對於肺結核的嚴重性認知兩年皆是各年齡群之首，但是對於藥物治療的信念最悲觀，且不知道懷疑肺結核該做何種檢查，顯現其對肺結核的認知是態度恐懼但認識不足。

至於教育程度方面，如同前三項傳染病，去年有的教育程度間的認知顯著差異，今年也消失了。今年主要的改變是國中及以下教育程度者在都治計畫的目的、減少接觸暴露、肺結核應驗痰、以及肺結核的嚴重性（每年死最多人）等項目的認知都比其他組有更明顯的提升，但同時，此族群的人對於咳嗽的處理、服藥的治癒信念卻也變得較消極。

居住地區間的差異，兩年度間在趨勢上沒有太大的變化。只有在預防之道的提出上，東部地區民眾提出「咳嗽早處理、肺結核症狀、服藥」的比率減少的幅度比他組明顯，而在提出「減少接觸暴露」上則增加的比其他地區要多。此外，東部地區在對肺結核嚴重性認知降低之際，對於服藥的治癒信念卻呈現比去年消極的情形。此種變化是否會導致民眾延遲就醫、服藥意願降低的情形值得注意。

至於訊息接收與暴露及認知間的關係，因兩年聽聞過都治計畫的受訪者比例都過低，因此將略過這部分的分析。

傳播管道

表 6 顯示民眾主動搜尋傳染病訊息時的消息來源，整體而言，今年在所有受訪者中，表示會詢問醫師與醫療專家或院所的比率比去年更高，仍然是受訪者最依賴的資訊來源，而從大眾媒體搜尋傳染病資訊的意願則降低，值得注意的是使用網路為資訊來源的意願大幅增加，尤其可喜的則是回應「不管它」或「不知道」的比率都下降了，顯示整體民眾對傳染病訊息的搜尋意願變得更加積極。

進一步探討各社會人口特質在傳染病訊息搜尋上的變化。首先就性別而言，男女性別間的差異較去年少，但女性今年在以網路為訊息來源上明顯高於男性，同時今年也比較願意向政府機構搜尋傳染病訊息。在年齡方面，兩年度在各年齡層的資訊搜尋行為趨勢大致相同，都是年紀大的族群比較信賴醫療專家與政府機構，而在使用網路方面，雖然老年族群使用網路增加的幅度不若其他年齡層多，但也提高了 8%，是很特別的現象。在以人際親友為訊息來源方面，18-30 歲族群回答此項的比率下降許多，而 51 歲以上者則持續增加，並與其他年齡組呈現顯著差異。然而，今年的結果卻也顯示年紀大者回答「不知道、不管它」的比率在上升，對傳染病資訊的搜尋有轉趨消極的現象。

教育程度方面，則有明顯的變化，原來在各教育程度間存在的訊息來源

差異，今年都已消失不見。主要的變化是大專及以上教育程度者今年仰賴醫療專家及機構的意願增強了，而使用網路的比率反而降低。相對的，教育程度低者，在使用網路的意願上卻大幅提昇，尤其是國中及以下教育程度者，竟大舉提升了 34%。此外，在大眾媒體方面，也出現了在各教育程度間翻轉的現象，原是教育程度低者較依賴大眾媒體，今年卻下降了，反成為大專及以上者最願意使用大眾媒體作為訊息來源。最後，國中及以下教育程度者，對於傳染病訊息搜尋的意願也變得更加積極。

居住地區的影響今年則轉弱。然而，南部民眾仰賴醫師/醫療院所之比率則今年明顯上升了 18%，對於機構的依賴也有增加。東部地區則是對大眾媒體的仰賴程度不變，但是使用網路為消息來源的比率大幅增加了近 20%。而在訊息搜尋的意願方面，則可發現南部地區主動搜尋傳染病資訊的意願增強了。

對疾病管制局的知曉及認知

就整體受訪者而言，今年對於疾病管制局的知曉率有大幅提昇，整體知曉度已超過 95%，而在知曉疾病管制局的民眾當中，對疾管局業務範疇的正確認知（不包括非傳染病）率也略微升高，但是仍有超過三成的民眾回答「不知道」疾管局是否有管心臟病、糖尿病、高血壓、和癌症等四項傳染病，可見疾管局在向民眾介紹其傳染病專責管理機構的角色宣導上，還

有許多可著力的空間。

在社會人口學特質與對疾管局認知的關係比較方面，由表 7 可見今年兩性別間已無顯著差異。就年齡而言，51 歲以上的人對疾管局的知曉低於其他年齡層，且有顯著差距，但此差異今年有縮小的趨勢。而對於疾管局業務範疇認知部分，也是以年紀較大者認識愈不足，51 歲以上者高達 40% 的人回答「不知道」，幸而正確認知的比率已比去年有所改善。在各教育程度組別方面，去年知曉率是隨教育程度而呈階梯狀上升，但今年已無顯著差異，且認知比率近乎相同。同樣地，各教育程度在對業務範疇的認知上，也無明顯分別，可喜的是國中及以下教育程度組的正確認知提升，但要注意的則是大專及以上的正确認知率反而明顯下降，甚至表示「不知道」者都提高了一成。而就地區別而言，雖然各區的認知率都提升，但是東部地區對於疾管局的知曉率與其他地區的落差反而更為顯著，就業務範疇言，則雖然東部地區仍是認知率較低，但今年已與其他地區無顯著差異。

三縣市

本研究結果將包括四部分。第一部份描述三縣市之研究樣本的特質；其次呈現對傳染病的一般認知情形；第三部分針對登革熱及愛滋病的認知、重要的 PCC 訊息暴露情形與成效傳播管道進行檢視；第四特別著重區間分

眾比較。

樣本特質

如表 8 所呈現，三縣市樣本數分別為桃園 1003 人、高雄 802 人、屏東 612 人。在性別方面除了屏東縣為男稍多於女之外，其餘兩縣市皆為女多於男。而在年齡分佈上，桃園縣最年輕者 18 歲、最年長者 92 歲，扣除掉 28 位拒答年齡者，則樣本平均年齡為 40.6 歲。高雄縣市最年輕者 18 歲、最年長者 84 歲，扣除掉 24 位拒答年齡者，則樣本平均年齡為 41.9 歲。屏東縣最年輕者 18 歲、最年長者 88 歲，扣除掉 20 位拒答年齡者，則樣本平均年齡為 42.9 歲。若從年齡分層上來看，呈現南北上的差異，在桃園地區，則以 18-30 歲為最多，51 歲及以上所佔比例最少。而在高雄、屏東的分佈相似，皆以 51 歲及以上為最多，31-40 歲所佔比例最少。

在教育程度方面，三縣市皆以大專及以上佔最多，其次是高中（職），最少為國（初）中以下。最後，在職業部份，三縣市受訪樣本的職業型態相似，皆以家管為最多，其次較多的則是一般職員、生產及體力工、以及服務工作人員，其餘還含括了專門技術人員、自營業、學生、以及無業或待業者。

對傳染病的一般認知

表 9 包括兩部分，一是自覺居住地區最嚴重的傳染病，在桃園，「流感」被提出的比例最高(12.5%)，而在高雄、屏東皆以「登革熱」最高(分別是 63.7%與 39.7%)。值得注意的是三縣市回答「不知道」者很多，在桃園竟高達 65.6%。

而對禽流感的關心程度方面，表示「非常關心」及「關心」的比例，在三縣市皆為中等，以桃園縣最高(66.3%)、屏東縣次之(61.2%)、高雄縣市最低(56.7%)，但並未達統計顯著的差異。

登革熱

此部分包括對各地居民登革熱嚴重性認知、登革熱因應方式及自覺可行程度、以及登革熱宣導等三部分。

首先，針對登革熱最嚴重地區的認知來看，基於高雄縣市疫情發展不同，因此資料分析時將兩地區分開檢視。由表 10.1 結果顯示，這四個縣市居民皆認為「高高屏」是登革熱最嚴重的縣市，其中特別以高雄縣是最多受訪者指出的嚴重地區，就連高雄縣的民眾也覺得如此。

而在造成登革熱嚴重的原因方面，四縣市皆約有三到四成受訪者覺得是「環境髒亂」的問題。值得欣慰的是，當問到居住地登革熱問題能否改善時，高高屏三縣市的受訪者所持的態度不但正向，而且還超乎非處登革熱

盛行區的桃園縣市居民，特別是高雄縣市兩區的受訪者更是如此。

再者是有關登革熱因應方式及自覺可行程度，表 10.2 顯示三縣市皆有六成左右民眾贊成政府在登革熱盛行社區插紅旗警示。高達七成認為政府宣導登革熱最要民眾注意的是「避免積水」，其次為「打掃環境」。而在自覺最難做到之因應方式上以「避免蚊子叮咬」為最多，其次是「打掃環境」及「避免積水」，且三個地區的差異不大。有趣的是，有二到三成的民眾表示對所有的因應方式「都容易做到」，且以屏東縣的受訪者信心最足。

最後，在登革熱宣導部分(10.3)，同樣是將高雄縣、高雄市分開來看。首先，對於居住地區政府的登革熱宣導，民眾的知覺與該地區的盛行情形有關。比起桃園地區的受訪者，居住於高高屏三區的居民有明顯較高的比例指出政府對登革熱的宣導「很多」或「有一些」。再者，問到聽過或看過哪些登革熱宣傳方式，四縣市皆以「電視宣傳」(31.6%~43.4%)、「掛紅布條或貼海報」、「報紙」及「傳單文宣」、「社區廣播」等四種方式較為普遍，雖然屏東地區回應「傳單文宣」者比起其他三地區，明顯較少。此外，高高屏三區的受訪者提到「衛生工作人員家訪」的比例(39.6%~49.6%)遠高於桃園者(6.0%)，顯示在這些登革熱盛行區，的確存在一些特殊的宣導方式。若續問這些宣導方式哪種最有效，除屏東答「衛生工作人員家訪」外，其餘三縣市仍以「電視宣導」為最有效的宣導方式。對那些回答都無效者

進一步詢問如何宣導才有效時，四縣市受訪者仍以「電視宣導」為最佳宣導方式，其次為「社區廣播」、「里民大會」、「掛紅布條或貼海報」，而「衛生工作人員家訪」在高高屏三地區被提出的比例，的確又遠比桃園縣者為高。另外，高高屏三地區的受訪者表示不知道、都無效的比例，也遠高於桃園地區的民眾。

愛滋病

此部分包括各地居民對愛滋病嚴重性認知、愛滋病因應方式及自覺可行程度、以及愛滋病宣導等三部分。

首先，對愛滋病最嚴重地區的認知來看，表11.1顯示三的地區的受訪者皆以台北市為首選（皆約為三分之一），其次為台北縣及台中市，再者為高雄市。值得一提的是，對此回答不知道的比例極端的高(54.5%~57.9%)，顯示民眾不認為愛滋病的嚴重性有明顯的縣市別區隔。當要民眾進一步就其舉出嚴重的縣市，提出其之所以嚴重的原因時，三地區之居民皆以「民眾知識不足/觀念不正確」之理由居冠(24.5%~29.3%)，其次則為「色情行業較多」(16.7%~28.4%)、「吸毒人口多」(13.3%~16.8%)及「外勞人口多」(3.6~15.5%)，桃園居民歸咎外勞人口多的比例明顯高於其他兩區。而自覺愛滋病在居住地區改善之可能性上，三縣市民眾所持態度還算正向，特別是桃園地區的民眾更是如此。

再者是關於愛滋病因應方式及自覺可行程度，表 11.2 的結果顯示，三縣市居民皆以「全程戴保險套」、「固定性伴侶」及「不共用針頭」為政府最強調的因應方式。三縣市受訪者自覺最難做到之因應方式是「不歧視愛滋病患」，其次是「不共用針頭」與「固定性伴侶」。

最後，在愛滋病宣導部分（表11.3），我們可以看到三縣市在自覺居住地方政府有在做愛滋宣導，表示「從來沒有」者稍高於「有一些」。而問到曾聽過或看過哪些宣導時，三縣市皆以回答「電視宣導」為最，其次是答「掛紅布條或貼海報」、「單張、小冊」。若續問覺得哪種宣導方式最有效，三縣市仍同樣回答「電視宣導」最有效，其次是答「不知道」者；而不管在曾聽過或自覺有效宣導方式，桃園在答「單張、小冊」上明顯高於其他兩縣市。另外，回答都無效者，再進一步詢問如何宣導才有效時，三縣市還是認為「電視宣導」是最佳宣導方式，這令人十分不解。

減害計畫

減害計畫是今年 CDC 極度重視的一項全國性的防治政策，某些縣市更是投注可觀的資源來實施該項計畫。然而表 12.1 顯示三縣市均只有極低的比例聽聞過此計畫（名詞）（3.9%~5.5%），且在這極少數的民眾當中，仍有高達半數的人「不知道」此計畫的對象為何，知道者僅有 10% 左右。不過，與其他兩地區的民眾比較起來，屏東地區民眾顯然有較正確的掌握，有高

達 20.8%的屏東受訪者指出此計畫的對象為愛滋病患。接下來，進一步詢問該計畫服務內容，三縣市皆有八成民眾回答「不知道」，答對者很低。最後，只針對桃園民眾詢問是否聽過桃園縣政府推動的「毒癮愛滋防治網絡建置計畫」，也是有八成民眾沒聽過該計畫。

由於整體減害計畫之下包含兩項策略：針具交換與替代療法，因此進一步瞭解民眾對此兩項計畫的認知。表 12.2 顯示，三縣市皆僅有不到三成 (21.2%~23.8%) 的民眾知道衛生局提供乾淨針具給吸毒者，這些人當中，有最高比例 (38.5%~40.0%) 指出能在「衛生局」取得針具，其次才是「藥局」(6.8%~13.8%)及「醫院」(5.4%~12.3%)。值得注意的是答「便利商店」的民眾還不少 (10.0%~13.1%)。而在對於有參與針具交換計畫的藥局，民眾使用該藥局的意願又如何呢？三縣市均有四成左右(40.7%~47.5%)的民眾表達「還是會」使用，且以桃園、高雄民眾意願較高，屏東意願稍低。再來則檢視民眾對美沙酮替代療法之認知，三縣市仍僅有一成左右 (10.5%~12.6%)，而聽過者當中，有高達六成以上(63.1%~69.7%)的受訪者仍願意使用實施該療法的醫院，比對藥局的意願還要高。

四、討論

此部分分別針對全國、三縣市探討。首先看全國的部分。

全國

一、對特定宣導符號、標幟及口號的暴露與認知

總括而言，雖然經過了將近一年的時間，民眾對於四大傳染病的重要宣導符號、標幟及口號，其暴露或接收程度相若，有些維持原狀（如減害計畫）有些是些微的上升（如紅絲帶、孳生源、洗搓沖捧擦），有些則是些微下降（如都治計畫），其中特別是都治計畫的被接收率一直相當的低（去年 5.2%，今年 3.5%），不過聽聞過此名稱的民眾當中，可以正確將其關聯至肺結核的比率卻上升了。在這些專屬的符號或名詞中，只有紅絲帶是非文字的全球性圖像符號，應仍有擴散的空間；都治計畫則直接由 DOTS 音譯而來，親和力不足。而孳生源一詞更是如此，breeding site 在英文中相當直接且口語化，但以孳生源一詞代表相同的概念時，卻令人深感艱澀生硬，相當不能融入日常口語中，值得宣導單位考量修飾。也許可以思考用民眾較能掌握的語言，重新為 breeding site 發展一個新的名詞。而類似像源自全球以英文流通的特殊防治計畫名稱，如都治（DOTS）及減害（Harm Reduction）等，應除了原有音譯或意譯過來的名稱之外，再設計更貼近本土語言的口號或名詞，不但對主要的目標人口群（如肺結核病患及

IDU/HIV(+)), 同時也利對一般大眾進行宣導。

二、暴露及接收的效應

持續兩年的研究顯示, 若民眾曾暴露於或曾接收個別傳染病相關的宣導符號標誌或口號名稱時, 的確會對認知與行為發生效果, 而且是經過調整了社會人口學特質(性別、年齡、教育程度)之後, 仍舊如此。這樣的結果當然支持了持續 PCC 的重要性, 不過值得注意的是, 當暴露或接收的比例太低, 譬如對「都治計畫」、「減害計畫」等, 則根本談不上效益的觀察評量。因此仍應先回到先前的議題, 即必須首要斟酌與講究 PCC 的訊息設計。

三、傳染病訊息搜尋

要進行有效的 PCC, 首先應明瞭民眾搜尋傳染病訊息時所主動採用或依賴的管道。兩年的比較顯示, 除了大眾媒體之外, 民眾所提出的其他管道之比例皆上升了。而相對的, 回應「不管他」及「不知道」的民眾比例也明顯的下降了。在民眾有意願作為搜尋傳染病訊息來源的管道當中, 兩年來以「網路」這個項目的上升最多, 其次為醫師/專家/醫療院所。而且本研究還顯示出, 以網路搜尋傳染病訊息的比例於過去一年普遍在每一個年齡層皆爬升, 連最年長的人口群(51+)亦不例外(雖然其幅度較低)。此一結果明顯地指出未來網路 PCC 的潛力。另一方面, 醫師/專家/醫療院所受

青睞程度的上升，特別於高年齡層幅度最大。未來為了強化對此「求醫/門診」率最高之族群的傳染病宣導教育，醫療院所內各類資源的應用愈顯必要。而民眾對大眾媒體依賴度的降低，除了因大眾媒體的訊息接收無論在時間頻道上皆無法掌握之外，似乎也無法符合個人需求來量身定做 (tailoring)，未來除了引發大眾知覺 (awareness) 及注意 (attention) 為目的的 PCC 之外，其餘更深入、精確的訊息傳播應以其他管道為主。

四、重點計畫的宣導

在本研究中，暴露及接收率最低的宣導名詞為「都治計畫」及「減害計畫」，不過在過去一年來，這兩項不為民眾所熟知的計畫卻是 CDC 的重點計畫。在經費的投注上雖可觀，但其中 PCC 所佔比例若干卻不得而知。這兩項計畫的重要目標人口群皆非一般民眾，而也可能是因為這個原因，以致於民眾對此兩項計畫顯現生疏，談不上效果。不過就如同愛滋病一般，所有的傳染病的宣導傳播，除了直接針對高風險人口群之外，民眾在態度及行動上的正向反應，包括不排斥、歧視病患，形成支持性的社會氣候，甚至在瞭解及掌握問題癥結之後，還能進一步參與到形成輿論及政策制定的過程中，也就是所謂的公民或社區參與，則對計畫的成功推動及防治的成效來說，更有無比的助力。就這樣的目標來說，CDC 於未來針對類似的大型防治計畫，也應逐步投注 PCC 的資源，否則僅侷限於對高風險或目標

人口群進行宣導教育，其成效是緩慢且有限的。當然在策略上，我們無須一定要以「減害計畫」、「都治計畫」或「替代療法」等由專家學者所發展出的概念進行 PCC，相反的，應設計更能符合一般民眾認知特質及具語言或符號親和力的名詞或標示圖像等，來對其相關的策略進行宣導教育。

五、不確定之回應及不回應

經過加權處理之後，今年的整體分析結果與去年相較後顯示，所有題項被回應「不知道」的漏失值比例皆下降，無一例外。如此全面降低的現象顯示出民眾對傳染病相關議題的覺知愈來愈佳，也愈來愈能掌握其中的內涵。而在所有題項中，以對各類傳染病舉出政府強調的方法進步最多。換言之，民眾愈來愈能掌握四大傳染病的預防方法，心中存有的疑惑或不確定性愈來愈少。相對於面訪或自填問卷，電話訪問本就有比較高拒答或不知道的回應在比例，能使類似回應的比例減至最低，除了題目本身的設計之外，當然也與受訪者認知的普遍提升有關。至於這究竟源於 PCC 的效果，亦或一種自然的現象，則有待來年的繼續觀察。

六、對 CDC 的知曉

對 CDC 之機構名稱「疾病管制局」之知曉，其上升幅度之大，可能是本研究最令人矚目的結果之一。本年所調查出超過 96.2% 之知曉率，恐怕已達極限（ceiling），而達大幅度上升的主要貢獻來自於最高年齡層的民眾

(74.3%→93.6%)，為何會有如此「短期內的宏大變化」，在此無法提出有力的解釋，不過，未來 CDC 對自身機構的宣導（公共關係），應持續著眼於 CDC 的功能上。本研究顯示，雖然有小幅度的增進，但是民眾對於 CDC 只掌管負責傳染病防治的認知上，仍有極大的加強空間。

七、分眾的效果檢視

當進行社會人口特質的分眾效果檢視時，本研究最令人感到訝異的研究結果，便是教育程度的作用在今年的調查中幾乎全然消失，而且是跨越所有四大傳染病的訊息接收暴露及認知行為的項目。本研究對此「違反常態」的現象無法提出足以徵信的解釋。由於兩年調查所採的抽樣方法一致，實施程序一致，本研究也對回收樣本採取了加權處理，這樣的現象是隨機發生的，亦或是一種「效應」的呈現，皆有待進一步的細緻分析及檢視，以及未來的持續觀察，方能有客觀的結論。不過另一種可能的解釋是，本研究所選取的各項暴露/接收及認知行為指標，已無法透過教育程度的差異來顯現人群間的區隔。較正向的意義是，教育程度在傳染病的 PCC 作用上，再也不是一項具影響力的前置變項，這個被視為是文化資本（cultural capital）的來源，雖然在常民生活的其他層面具有極重要的作用，但是在傳染病防治上的重要性逐漸式微，也就是說只要持之以恆長期宣導，PCC 的作用可凌駕教育程度的限制，來發揮影響力，這是樂觀的一面。

三縣市

一、對所居住地區傳染病的知覺

三縣市的居民所認定之該區最嚴重的傳染病無論在類別或共識程度上皆有所不同。值得注意的是，縱然桃園縣在過去一年來投注相當的資源進行減害相關政策，不過民眾並未以愛滋病為首要嚴重傳染病，反倒是流感（12.5%）及腸病毒（8.7%），可能的原因是：（1）減害計畫的實施並未同時強力進行 PCC，而且該不該進行大幅度的 PCC，也需要審慎考量規劃，（2）減害計畫與 HIV/AIDS 的關聯性並未被強調，民眾也較不易建立認知上的連結。

倒是其他兩個登革熱的盛行區，雖然受訪民眾皆有較高比例以該病為該區最嚴重的疾病，不過兩地區民眾的共識程度差異極大。高雄縣市民眾的共識（63.7%）遠大於屏東縣民眾（39.7%）。顯然屏東縣民眾並未一致強烈地感受到登革熱的嚴重程度。

二、高高屏居民的登革熱認知

上述這種現象也在另一項問題的結果反映出來，當被詢問登革熱最嚴重之縣市為何時，高雄縣被本次受訪的民眾指為最嚴重的地區，連高雄縣民本身亦如是。雖然實際的情況可能的確如此，可是與高雄市及高雄縣的居民比較起來，屏東縣民眾的風險知覺的確偏低，「自指」本鄉本土登革熱情

況嚴重的傾向較弱。

包括桃園縣在內的所有受訪民眾都將登革熱嚴重的原因歸咎於與環境相關的種種問題，特別是環境的髒亂，可謂值得欣慰的認知；可是相對之下，僅有極少數比例的民眾會認為是人的問題，或居民的習慣不好，此種懸殊的指涉值得進一步探究。誰該對這樣的環境負責呢？特別是家戶外公共場域環境衛生的維護，似乎應進一步透過 PCC 或其他更落實的地區方案來推動。

此外就 PCC 的效果來說，民眾們有意識或知覺到的防範途徑也都相當正確，特別是極高比例指出避免積水、打掃環境等，的確顯示民眾能拿捏到 PCC 對環境介入的重視。也與上一段的結果相互呼應。不過最有趣也最值得注意的是，民眾竟然一致地認為在這些因應或防治途徑中，最難做到的是避免蚊子叮咬，而非政府 PCC 最強調的打掃環境與避免積水，看似令人感到鼓舞，但是以最近高高屏地區登革熱肆虐無度的情況看來，民眾的環境知覺與看法、作法等，有必要進行更細緻的檢視。這樣「凡事皆掌握中」的心態似乎也可反映在高高屏居民對登革熱控制的樂觀態度上，特別是被自己區域也被其他縣市居民視為嚴重的地區，居民的樂觀更強（如高雄縣市），反倒是自覺或他覺較不嚴重的屏東，其居民對登革熱的控制，在態度上較為保守宿命。

三、 桃園縣居民的愛滋病認知

就風險知覺來說，桃園縣民並未比高高屏地區的居民有更高的愛滋病風險知覺，不過比較不同的是，桃園地區的受訪者會將該區愛滋病的嚴重歸咎於外勞人口，此可能與該地區的特質有明顯的關係。而在防治的成效來看，桃園地區的居民對居住地區愛滋病的防治是最樂觀最具信心的。在 PCC 的知覺與暴露方面，比起高高屏民眾，桃園地區民眾暴露於全程戴保險套及固定性伴侶的訊息的確較強，但是，較令人疑惑的是，桃園地區受訪者對「不共用針頭」訊息的接觸反倒較弱。雖然對減害計畫所投注的資源當中，有相當高的比例與「針頭」有關，不過像這樣針對特殊受眾（IDU）所進行的防治計畫，其成效似乎無法藉一般人口群的認知反映出來。最後，令人覺得相當遺憾的是，三個地區的受訪者皆有最高比例指出「不歧視愛滋病患」是最難做到的愛滋病因應方式。這個結果透露出未來愛滋病 PCC 在各地區進行時所該著力的方向。

四、 PCC 的管道

和桃園地區相比，高高屏地區民眾的確有較高比例指出政府有在進行登革熱的宣導；可是我們原先預測桃園地區民眾會反過來有較高比例知覺到政府對愛滋病的宣導，卻並未呈現。這也再次的顯示桃園縣過去一年較著力的減害計畫，不是未被民眾知曉，就是並未被一般民眾視為屬於愛滋病

防治的一環。

在民眾所知覺到的傳播宣導管道方面，我們發現民眾所指出的登革熱 PCC 管道，比起他們所指出的愛滋病宣導管道，有以下特色：(1) 較為多樣性，(2) 較屬於社區或人際互動的地面方式（如社區廣播、里民大會、傳單文宣，以及家訪），(3) 有較高比例自述曾暴露/接觸相關的訊息，顯示登革熱的宣導量較多，(4) 登革熱仰賴電視宣導的程度較弱。

不過，無論是愛滋病或登革熱的 PCC，皆以電視為最大宗的訊息接收管道。在此我們並未對民眾所指出的管道項目進一步確認，譬如詢問其究竟曾在電視或里民大會看到什麼？聽到什麼？無法交叉檢驗其回應的有效性。不過可以肯定的是，由於登革熱的傳播性質及地區聚集性，以地區為範疇來考量地方特質，並仰賴社區網路及人際互動的「地面」(ground) PCC 模式是值得繼續採行及鼓勵的。

五、 減害計畫的 PCC 特質

總體來說，「減害計畫」這四個字或這個名稱並未留駐這三地區民眾的印象，是一個相當陌生的名詞。桃園地區的民眾也並未有較高的知覺，就連其所特別推出的「毒癮愛滋防治網絡建置計畫」也僅被近兩成（19.0%）的民眾所知曉，不過這個計畫的推出時間不久（94 年提出），這個比例已屬不錯，倒是曾聽聞過減害計畫的受訪者當中，無論是對減害計畫目標

人口群或減害計畫的策略及內容，認識都相當貧乏，有很大的改善空間。

比較令人欣慰的是，當對民眾說明政府是以藥局作為針具交換計畫推行的場所，而以醫院作為替代療法提供的據點時，受訪的民眾並未對參與的藥局或醫院有過度的排斥。相較之下，藥局被排斥的程度比醫院為高，可能是因醫院的選擇性較小，而且醫院的建築龐大，不見得會有機會接觸到替代療法之使用者；而藥局的家數較多，有較多選擇，因此可以容許排斥的產生。

五、結論與建議

針對本研究所進行之全國民眾調查及三縣市地區調查的分析結果，在此提出以下之結論：

1. 民眾對四大傳染病相關之 PCC 的知曉（暴露/接收）及認知與行為等，在一年當中維持穩定。即便有改變，幅度亦不大。就個別傳染病而言，愛滋病的去烙印歧視、登革熱的重視積水問題、腸病毒的個人行為防護，及肺結核的個人行為防護是認知較見提升的部份。然而整體而言，這四大傳染病的相關認知與行為仍有相當大的提升空間。
2. 民眾接收與個別疾病相關的名稱、符號、口號的比例仍偏低，其中像「孳生源」、「洗搓沖捧擦」這兩個政府在過去長期使用與密集宣導的名詞，仍不見被民眾廣泛的知曉；另一方面，現身許久的紅絲帶 – 一個國際性的愛滋病符號/標示，也僅被五分之一的民眾「接收」到；而龐大且投注可觀資源的特殊計畫如減害計畫、都治計畫等，更僅被極少數的民眾知曉，這無論在全國或三縣市的調查結果皆如此。另外，連續兩年的分析皆顯示，當以這些符號、名稱、口號等作為測量民眾暴露/接收 CDC 所推展公共衛生傳播宣導的指標，則發現其對民眾之認知與行為有顯著的影響。換言之，這些指標在評量認知與行為可謂具有相當的效度。
3. 民眾以「醫療照護機構及其專業人員」以及「網路」作為傳染病相關資

訊搜尋來源的比例，於過去一年大幅上升，大眾媒體則大幅下降。而為了因應地方性的傳染病如登革熱所發展出的地區性傳播宣導方法(多為「地面」類型)，的確能讓民眾加強接收/暴露於特殊的訊息之下，特別是人際間的傳播方式，有助於民眾對訊息的深入掌握。

4. 民眾對疾病管制局之機構名稱的知曉比例於過去一年快速上升，已達頂點，然相對之下，民眾對疾病管制局主要掌管傳染病防治之功能的區隔仍相當不清楚。

針對上述結論，本研究提出以下的建議：

1. 對四大傳染病相關的公共傳播宣導應持續不斷的進行一般常規性的宣導教育，因為民眾當中永遠都有未暴露於或未接收重要訊息的成員，且目前民眾的認知行為仍未臻理想。特殊符號、標誌、口訣或名稱的使用值得設計、發展及使用，但須時時觀察及評估其效應。若效果不錯，則應持續使用，勿經常更換，否則無法全面產生「知曉-吸引-信任-採行-固著」的效果；而若效應不佳（例如孳生源），則應少用或停止使用，以免浪費宣導資源。
2. 對較具地區性之傳染病如登革熱的宣導，應考量地區民眾之傳播行為特質，儘可能利用地方傳播資源，發展較具效能的地方宣導模式。本研究中所顯示的「地面傳播」（家訪、地方報紙傳單文宣、海報、懸掛布條等

等) 頗能在民眾腦海駐足, 至少產生了訊息暴露與接收的效應, 而若要達到行為變化的目標, 則應多發展利用各類型人際傳播的管道。

3. 各年度因應特殊需求所發展的大型防治計畫如都治計畫、減害計畫等等, 應針對計畫目標, 確認不同的目標受眾。例如都治計畫的對象除了 TB 病患之外, 還應包括其家屬及觀察員等。而減害計畫除了 IDU 之外, 還應包括參與該計畫之藥局、醫療院所的相關人員。進一步的, CDC 有必要思考, 類似的防治計畫在推行時, 民眾被期望應該扮演何種角色, 例如去歧視烙印? 在態度上支持政府政策? 或者僅是告知民眾這些計畫的實施即可? 唯有當民眾的位置被確認定位後, 才能發展對應的大眾傳播宣導策略。
4. 當民眾已針對若干特殊管道如網路或醫療院所/專業人員, 表達其賴以搜尋傳染病相關知識的意願後, CDC 應特別將傳播資源投注於這些管道上, 並定期進行小規模的評估。
5. 本研究顯示 CDC 的名號已響, 然民眾仍搞不清這機構在疾病防治的特殊性。這對民眾的求助、資訊搜尋等, 都產生一定的阻礙。針對此, CDC 應考量行銷己身的功能及特色, 以確立其徵信度 (credibility), 並與其他機構 (如國民健康局) 區隔。

六、計畫重要研究成果及具體建議

1.計畫之新發現或新發明

- (1)呈現 CDC 過去幾年對四大傳染病所進行之公共傳播宣導之成效，包括
(a) 宣導暴露的程度偏低，(b) 宣導暴露的程度的確能影響)對相關傳染病重要的 KAP，(c) 四大傳染病相關的 KAP 皆存有可再提升的空間。
- (2)特定地區針對當地較為嚴重之傳染病之防治所發展出的傳播宣導方法與策略，的確能增加對民眾的訊息來源暴露，並具有一定的成效。
- (3)民眾對疾病管制局名稱知曉的比例已達頂點 (96%)，然相對之下，民眾對疾病管制局主要掌管傳染病防治的角色與功能的掌握仍相當薄弱。

2.計畫對民眾具教育宣導之成果

不符合本計畫目的，無法回答。

3.計畫對醫藥衛生政策之具體建議

- (1)對四大傳染病應持續不斷的進行一般常規性的公共宣導教育，而特殊符號、標誌、口訣或名稱的使用值得設計、發展及使用，但須時時觀察及評估其效應。

- (2) 對較具地區性之傳染病如登革熱的宣導，應考量地區民眾之傳播行為特質，儘可能利用地方傳播資源，發展較具效能的地方宣導模式。
- (3) 對於各年度因應特殊需求所發展的大型防治計畫如都治計畫、滅害計畫等等，應確立對一般大眾進行相關宣導的主要目標為何，以發展有效的傳播宣導策略。
- (4) 應將宣導傳播資源投注於民眾較有意願使用的管道上。
- (5) 疾病管制局應考量行銷己身的功能及特色，以確立其在傳染病防治的徵信度 (credibility)。

七、參考文獻

呂槃：台灣客運車站衛教看板傳播效果評估。行政院衛生署委託計畫 (DOH81-HP-108), 1992。

林東泰：行政院衛生署製播衛生教育宣導短片之效果研究。行政院衛生署委託計畫, (DOH81-OP-05) 1992。

徐美苓、蔡淑芬、石玲如、周淑玫等：愛滋防治宣導效益評估。愛之關懷 2003;45:14-21。

疾病管制局：台灣地區法定傳染病統計 - 94 年(年報)。 Available from:

URL:http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=2426

黃文鴻：後天免疫缺乏症候群衛生教育宣導計畫之績效評估。行政院衛生署委託計畫 (DOH84-DC-14), 1995。

黃淑貞、徐美苓：大臺北地區愛滋病媒體宣導與民眾知識、信念與預防行為意向研究。衛生教育學報 2000;13:143-64。

陳永富：媒體有關登革熱衛教宣導對民眾行為的影響 - 以臺中市東區為例。臺中健康暨管理學院健康管理研究所碩士論文, 2003。

Coffman J. Public communication campaign evaluation: An environmental scan of challenges, criticisms, practice, and opportunities. Available from: URL:<http://www.gse.harvard.edu/hfrp/pubs/onlinepubs/pcce/index.html>. 2002.

Henry GT, Gordon CS. Driving Less for Better Air: Behavioral Impacts of a Public Information Campaign. *Journal of Policy Analysis and Management* 2003;22:45-64.

Valente TW. Evaluating communication campaigns. In RE Rice, CK Atkin. (Eds.). *Public Communication Campaign*. 3rd edition. Newbury Park: Sage, 2001. pp.105-123.

八、表

表 1.1 兩年社會人口學特質比較 (加權前)

	94 年 (N = 2052)	95 年 (N = 2014)		94 年 (N = 2052)	95 年 (N = 2014)
<u>性別</u>			<u>職業</u>		
男	44.5	46.1	家管	17.7	17.6
女	55.5	53.9	一般職員	13.6	16.6
			生產及體力工	11.6	11.6
<u>年齡</u>			服務人員	11.5	8.6
18-30	24.2	23.6	學生	7.7	8.6
31-40	24.3	21.4	專門技術性	8.5	8.0
41-50	26.2	25.7	自營商店老闆	7.6	6.9
51 歲以上	22.6	27.3	無(待)業	6.0	5.8
拒答	2.7	2.0	退休	5.2	6.5
			農林漁牧狩獵	2.3	1.6
<u>教育程度</u>			買賣人員	2.6	3.8
國(初)中以下	19.7	17.9	大中小企業主	1.4	0.7
高中(職)	34.3	32.3	行政及主管	1.8	2.0
大專及以上	44.9	48.8	現役軍人	0.8	0.9
拒答	1.1	1.0	拒答	1.6	1.0
<u>居住地</u>					
北部	46.6	42.0			
中部	22.4	24.9			
南部	26.8	27.8			
東部	3.7	4.6			
離島	0.6	0.7			

表 1.2 兩年社會人口學特質比較 (加權後)

	94 年 (N = 1997)	95 年 (N = 1974)		94 年 (N = 1997)	95 年 (N = 1974)
性別			職業		
男	50.4	50.3	家管	15.9	17.7
女	49.6	49.7	一般職員	12.6	16.5
			生產及體力工	12.2	11.6
年齡			服務人員	11.2	8.4
18-30	27.7	27.3	學生	8.8	8.7
31-40	21.1	20.7	專門技術性	8.5	8.1
41-50	21.1	21.0	自營商店老闆	7.6	6.8
51 歲以上	30.2	31.0	無(待)業	6.7	5.7
			退休	6.5	6.6
教育程度			農林漁牧狩獵	2.7	1.6
國(初)中以下	20.9	18.2	買賣人員	2.5	3.7
高中(職)	33.7	32.4	大中小企業主	1.6	0.8
大專及以上	45.2	48.4	行政及主管	1.5	2.1
拒答	0.3	0.9	現役軍人	1.0	0.9
			拒答	0.8	1.0
居住地					
北部	46.9	41.8			
中部	22.0	25.1			
南部	26.8	27.8			
東部	3.6	4.6			
離島	0.6	0.7			

表 2.1 愛滋病相關訊息接收、認知、及對愛滋病患的接受程度 (%)

	94 (N=1997)	95 (N=1974)		94 (N=1997)	95 (N=1974)
<u>訊息接收</u>			<u>對愛滋病患的態度</u>		
<u>「紅絲帶」和哪個病有關</u>			<u>對愛滋病患的接受程度</u>		
愛滋病	22.9	26.1	非常接受	6.6	4.7
認知錯誤	2.6	3.5	有點接受	33.9	37.6
不知道/沒聽看過	74.5	70.4	有點不接受	19.7	26.9
			非常不接受	21.9	18.5
<u>聽過「減害計畫」</u>			不知道	15.6	12.3
沒聽過	92.3	92.6			
<u>政府最強調愛滋預防 (複選)</u>			<u>得到愛滋病的人可不可以繼續工作</u>		
固定性伴侶	47.4	39.3	可以	64.9	67.6
全程戴保險套	36.1	37.1	不可以	18.4	15.7
不共用針頭	25.0	28.9	不知道	5.4	4.4
正確的性觀念	2.4	16.0	視病情而定	5.2	4.0
不歧視愛滋病患	0.8	0.8	衛生/隔離措施	3.6	4.2
少接觸愛滋病患	1.0	2.9	同事接受程度	0.4	0.5
不知道	19.9	14.3	視工作性質	2.1	3.7
			<u>得到愛滋病的人可不可以繼續上學</u>		
			可以	69.4	73.7
			不可以	17.1	13.8
			不知道	4.5	3.8
			視病情而定	4.1	2.3
			衛生/隔離措施	4.2	6.1

表 2.2. 受訪者特質與愛滋病訊息接收、認知、及對愛滋感染者接受程度之關係

	性別				年齡							
	94 年		95 年		94 年				95 年			
	男 (1006)	女 (991)	男 (993)	女 (981)	18-30 (553)	31-40 (421)	41-50 (421)	51+ (603)	18-30 (475)	31-40 (432)	41-50 (518)	51+ (549)
訊息接收												
紅絲帶 (知道與愛滋有關)	15.6	30.0 ⁺⁺	21.8	30.4 ⁺⁺	33.5	28.0	18.8	12.4 ⁺⁺	36.5	29.2	24.3	15.9 ⁺⁺
減害計畫 (聽過)	6.9	8.5	6.9	8.0	6.9	6.9	9.2	7.8	6.3	7.6	9.4	7.0
知道的預防之道												
固定性伴侶	48.5	46.3	39.7	38.9	42.9	50.2	50.8	47.1	32.7	44.6	43.4	38.8 ⁺⁺
全程戴保險套	39.5	32.6 ^{**}	42.6	31.6 ⁺⁺	46.7	39.3	33.3	26.1 ⁺⁺	44.0	47.4	33.7	26.5 ⁺⁺
不共用針頭	22.0	28.1 ^{**}	25.2	32.7 ⁺⁺	24.1	27.6	29.9	20.8 ^{**}	32.9	30.9	30.6	23.0 ^{**}
未提出	19.8	20.1	14.3	14.2	18.4	15.4	16.8	26.6 ⁺⁺	12.2	8.8	10.8	22.1 ⁺⁺
對愛滋感染者接受度												
能接受愛滋病患	40.4	40.8	43.6	41.1	60.2	45.4	35.5	22.7 ⁺⁺	58.3	44.5	40.0	28.5 ⁺⁺
愛滋病患可以繼續工作	63.7	66.3	68.4	66.8	78.3	71.4	63.4	49.3 ⁺⁺	79.6	70.1	67.5	55.4 ⁺⁺
愛滋病患可以就學	66.9	71.8	72.8	74.5	82.1	74.8	66.5	55.9 ⁺⁺	83.7	76.8	73.6	62.8 ⁺⁺

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 2.2. 受訪者特質與愛滋病訊息接收、認知、及對愛滋感染者接受程度之關係 (續)

	教育程度						居住地區							
	94 年			95 年			94 年				95 年			
	國中 及以下 (416)	高中 職 (673)	大專 及以上 (902)	國中 及以下 (360)	高中 職 (639)	大專 及以上 (956)	北 (937)	中 (439)	南 (535)	東 (73)	北 (825)	中 (496)	南 (549)	東 (90)
訊息接收														
紅絲帶 (知道與愛滋有關)	7.9	21.4	30.9 ⁺⁺	22.5	24.3	28.6 [*]	23.4	22.6	22.2	20.5	25.3	28.0	24.6	33.3
減害計畫 (聽過)	6.7	8.0	7.9	6.7	8.6	7.1	6.9	8.4	8.6	6.9	7.9	6.0	7.7	8.9
知道的預防之道														
固定性伴侶	36.0	49.6	51.4 ⁺⁺	38.1	41.3	38.2	47.9	48.2	46.6	40.3	36.6	41.0	41.9	38.9
全程戴保險套	23.7	33.8	43.7 ⁺⁺	35.9	37.3	37.3	37.5	35.5	34.6	37.5	36.0	36.4	39.2	41.1
不共用針頭	17.8	24.4	28.9 ⁺⁺	28.1	28.8	29.5	26.9	23.2	23.7	26.4	27.7	27.6	33.3	20.0 [*]
未提出	36.9	18.3	12.8 ⁺⁺	16.9	13.8	13.7	16.8	20.5	23.6	26.0 ^{**}	12.7	16.4	13.9	16.7
對愛滋感染者接受度														
能接受愛滋病患	24.2	39.4	49.1 ⁺⁺	39.3	41.8	43.9	40.7	39.0	42.2	36.1	42.5	42.2	41.8	42.2
愛滋病患可以繼續工作	47.5	66.1	72.1 ⁺⁺	67.8	66.7	68.1	64.0	65.6	65.7	68.1	70.2	65.7	67.2	57.8
愛滋病患可以就學	52.9	68.5	77.7 ⁺⁺	75.8	74.1	72.3	68.7	67.0	72.0	70.8	75.3	71.2	74.3	68.9

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 2.3 愛滋病相關訊息接收與認知與對愛滋病患接受度的關係

	紅絲帶						減害計畫					
	94 年		OR	95 年		OR	94 年		OR	95 年		OR
	愛滋 (457)	認知不足 (1541)		愛滋 (515)	認知不足 (1459)		有聽過 (153)	無聽過 (1844)		有聽過 (147)	無聽過 (1827)	
<u>知道的預防之道</u>												
固定性伴侶	52.1	46.0 [*]	1.3 (1.0-1.6)	41.3	38.6	1.2 (0.9-1.4)	51.6	47.1	1.1 (0.8-1.6)	42.9	39.0	1.1 (0.8-1.6)
全程戴保險套	40.9	34.7	1.0 (0.9-1.4)	47.7	33.4 ⁺⁺	1.8 (1.4-2.2)	34.6	36.2	1.0 (0.7-1.4)	40.4	36.9	1.2 (0.8-1.7)
不共用針頭	34.8	22.1 ⁺⁺	1.7 (1.3-2.1)	36.1	26.4 ^{**}	1.4 (1.1-1.8)	20.1	25.5	0.7 (0.5-1.0)	30.8	28.8	1.1 (0.7-1.6)
不知道	12.0	22.2 ^{**}	0.6 (0.4-0.8)	5.8	17.3 ⁺⁺	0.3 (0.2-0.5)	14.4	20.3	0.7 (0.4-1.1)	12.2	14.4	0.9 (0.5-1.5)
<u>對愛滋感染者接受度</u>												
不接受愛滋病患	46.8	63.2 ^{**}	0.7 (0.6-0.9)	43.3	62.8 ⁺⁺	0.5 (0.4-0.6)	57.5	59.6	0.9 (0.6-1.3)	59.2	57.6	1.1 (0.8-1.5)
愛滋病患不可以工作	23.0	38.6 ^{**}	0.6 (0.5-0.8)	23.3	35.6 ⁺⁺	0.6 (0.5-0.8)	35.3	35.0	1.0 (0.7-1.4)	36.1	32.1	1.2 (0.8-1.7)
愛滋病患不可以就學	19.5	34.0 ^{**}	0.7 (0.5-0.9)	17.3	29.5 ⁺⁺	0.6 (0.4-0.7)	31.4	30.6	1.0 (0.7-1.5)	26.5	26.3	1.0 (0.7-1.5)

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 2.4 減害計畫相關訊息接收及對針具交換服務藥局接受程度 (%)

	加權前	加權後
訊息接收		
聽過「減害計畫」		
沒聽過	92.5	92.6
有聽過	7.5	7.4
此計畫是針對誰 (n=152, 複選)		
吸毒的人	4.6	4.2
愛滋病人	7.2	7.1
可能吸毒的人	2.0	1.8
所有人	11.8	12.1
青少年	5.3	5.4
不知道	65.1	65.4
聽過「針具交換計畫」		
沒聽過	87.3	87.4
有聽過	12.7	12.6
聽過「美沙酮替代療法」		
沒聽過	83.3	82.9
有聽過	16.7	17.1
對針具交換服務藥局接受程度		
排斥提供針具交換服務的藥局		
非常排斥	15.6	15.3
排斥	20.7	21.1
不排斥	42.6	43.0
非常不排斥	14.1	13.9
不知道	7.1	6.7

表 3.1 登革熱相關訊息接收、認知、及預防行為 (%)

	94 (N = 1997)	95 (N = 1974)		94 (N = 1997)	95 (N = 1974)
訊息接收			預防行為		
孳生源是什麼 (N=1997, 1974)			注意不讓室內外有積水		
沒聽過孳生源	45.4	17.3	非常注意	58.5	58.9
有病媒蚊的地方	30.5	33.4	偶爾注意	30.4	33.8
有細菌的地方	8.9	10.4	不太注意	7.8	5.5
有水的地方	3.2	10.1	完全不在乎	2.6	1.5
髒亂的地方	5.1	24.0	不知道	0.8	0.3
傳染病來源/帶原者	0.5	1.3			
不知道	6.4	3.5			
孳生源和哪個傳染病有關 (聽過者, n=1633) 政府最強調登革熱預防 (複選)					
登革熱	64.1		避免積水	57.9	66.1
禽流感	6.1		打掃環境	48.1	45.5
腸病毒	5.3		避免蚊子叮咬	27.4	15.7
肺結核	1.4		登革熱的症狀	1.7	0.8
所有病都有關	1.8		儘早就醫	0.6	0.6
其他	2.2		勤洗手	0.6	0.6
不知道	19.1		不知道	8.7	6.3

註：題目更動

94 年題目為：

您有聽過或看過「孳生源」這三個字嗎？ (1)有 (2)沒有

您認為「孳生源」是什麼？(1)有細菌的地方 (2)可能產生蟲卵、幼蟲或有病媒蚊的地方 (3)有水的地方 (4)髒亂的地方 (77)不知道 (88)其他

95 年題目為：

您認為「孳生源」是什麼？(1)沒聽過孳生源 (2)有細菌的地方 (3)可能產生蟲卵、幼蟲或有病媒蚊的地方 (4)有水的地方 (5)髒亂的地方 (77)不知道 (88)其他

就你所知，孳生源和哪個傳染病有關？(1)登革熱 (2)腸病毒 (3)愛滋病 (4)肺結核 (5)禽流感 (6)肝炎 (77)不知道 (88)其他

表 3.2 受訪者特質與登革熱訊息接收、認知、及衛生行為

	性別				年齡							
	94 年		95 年		94 年				95 年			
	男 (1006)	女 (991)	男 (993)	女 (981)	18-30 (553)	31-40 (421)	41-50 (421)	51+ (603)	18-30 (539)	31-40 (408)	41-50 (415)	51+ (612)
訊息接收												
孳生源 (聽過或看過)(註)	57.1	52.2*	82.2	83.3	56.1	61.7	60.3	44.4 ⁺⁺	83.3	88.7	85.3	76.5 ⁺⁺
孳生源為何 (僅聽過孳生源者)												
有細菌的地方	16.3	16.2	11.2	14.0	13.9	16.2	22.0	13.8*	12.9	13.0	10.2	13.7
產生蟲卵的地方	54.3	57.6	40.2	40.8	61.2	55.2	53.5	52.6	46.3	41.4	37.9	36.0
有水的地方	6.6	5.0	12.4	12.1	4.2	5.0	7.5	7.5	9.6	10.5	15.0	14.1
髒亂的地方	9.7	9.1	30.0	28.1	6.8	12.4	7.5	11.2	26.7	30.7	29.1	30.0
不知道	11.8	11.4	4.9	3.4	13.3	10.0	9.1	13.4	3.3	3.0	5.9	4.7
知道的預防之道												
避免或清除積水 (容器)	55.1	60.7*	65.4	66.9	62.0	58.4	59.2	52.7*	66.2	67.4	67.0	64.6
打掃環境	43.1	53.1 ⁺⁺	41.8	49.2 ^{**}	43.7	50.6	53.6	46.7*	38.6	46.9	50.6	47.1 ^{**}
避免蚊子叮咬	27.4	27.4	15.6	15.8	17.5	26.0	27.7	37.3 ⁺⁺	10.0	17.9	18.0	17.7 ⁺⁺
不知道	11.3	6.1 ⁺⁺	7.5	5.0*	11.1	7.1	7.1	8.8	8.9	2.4	4.6	7.7 ⁺⁺
不讓室內外有積水												
非常/偶爾注意	87.7	91.4 ^{**}	90.8	94.5 ^{**}	81.0	91.6	93.1	93.5 ⁺⁺	88.3	93.6	95.4	93.8 ⁺⁺
不在意/不在乎	12.3	8.6	9.2	5.5	19.0	8.4	6.9	6.5	11.7	6.4	4.6	6.2

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

註：94 年題目為：您有聽過或看過「孳生源」這三個字嗎？(1)有 (2)沒有；您認為「孳生源」是什麼？(1)有細菌的地方 (2)可能產生蟲卵、幼蟲或有病媒蚊的地方 (3)有水的地方 (4)髒亂的地方 (77)不知道

95 年題目為：您認為「孳生源」是什麼？(1)沒聽過孳生源 (2)有細菌的地方 (3)可能產生蟲卵、幼蟲或有病媒蚊的地方 (4)有水的地方 (5)髒亂的地方 (77)不知道。

此表中 95 年「聽過或看過孳生源者」為此題答項非 (1) 的人。

表 3.2 受訪者特質與登革熱訊息接收、認知、及衛生行為 (續)

	教育程度						居住地區							
	94 年			95 年			94 年				95 年			
	國中 及以下 (416)	高中 職 (673)	大專 及以上 (902)	國中 及以下 (359)	高中 職 (640)	大專 及以上 (956)	北 (937)	中 (439)	南 (535)	東 (73)	北 (825)	中 (495)	南 (549)	東 (90)
訊息接收														
孳生源 (聽過或看過)	30.0	56.5	65.0 ⁺⁺	82.7	82.2	82.9	55.1	48.3	59.7	55.6	87.4	82.0	77.8	75.6 ⁺⁺
孳生源為何 (僅聽過孳生源者)														
有細菌的地方	14.5	16.8	16.4 ^{**}	11.8	15.3	11.2	15.7	19.8	16.0	5.0	13.2	13.3	11.6	8.7
產生蟲卵的地方	42.7	53.5	60.1	41.4	40.5	40.2	58.1	53.3	55.2	50.0	39.4	42.3	40.3	43.5
有水的地方	8.9	5.5	5.5	12.5	11.6	12.5	5.4	4.7	7.8	2.5	11.0	12.8	14.2	8.7
髒亂的地方	12.9	10.0	8.4	29.0	27.5	30.1	10.1	8.0	8.5	15.0	29.7	27.0	28.5	36.2
不知道	21.0	13.4	8.4	4.7	3.8	4.0	10.1	13.2	11.6	25.0	4.9	3.9	3.3	2.9
知道的預防之道														
避免或清除積水 (容器)	51.1	56.6	62.3 ⁺⁺	64.3	67.8	65.5	59.8	53.2	59.5	52.8	63.8	70.3	65.9	65.6
打掃環境	50.6	46.8	48.1	44.4	47.1	45.1	45.8	55.0	44.8	56.9 [*]	44.4	43.0	48.3	54.4
避免蚊子叮咬	25.9	26.6	28.4	18.6	14.2	15.8	27.5	25.1	29.5	27.8	13.9	16.1	18.8	11.1
不知道	10.8	10.4	6.7 ^{**}	9.4	5.2	5.6 [*]	9.1	8.6	8.6	5.6	7.5	5.0	6.0	4.4
不讓室內外有積水														
非常/偶爾注意	88.6	90.1	89.5	93.1	92.0	93.0	89.6	86.6	90.6	97.2 [*]	93.9	90.7	92.9	90.0
不在意/不在乎	11.4	9.9	10.5	6.9	8.0	7.0	10.4	13.4	9.4	2.8	6.1	9.3	7.1	10.0

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 3.3 知道孳生源與認知及注意積水的關係

	聽過看過孳生源					
	94 年		OR	95 年		OR
	有 (1091)	沒有 (906)		有 (1633)	沒有 (341)	
<u>知道的預防之道</u>						
避免或清除積水	62.0	53.0**	1.3 (1.1-1.6)	67.1	61.6*	1.3 (1.0-1.7)
打掃環境	49.6	46.2	1.2 (1.0-1.4)	46.2	41.9	1.2 (0.9-1.5)
避免蚊子叮咬	28.8	25.8	1.2 (0.9-1.4)	15.3	17.8	0.9 (0.7-1.3)
不知道	5.4	12.8 ⁺⁺	0.4 (0.3-0.6)	5.3	10.9 ⁺⁺	0.5 (0.3-0.7)
<u>不讓室內外有積水</u>						
非常注意/偶爾注意	91.7	86.8**	1.6 (1.2-2.2)	93.4	89.1**	1.7 (1.2-2.6)
不注意/不在乎	8.3	13.2	--	6.6	10.9	--

*P < 0.05 ** P < 0.01 ⁺⁺P < 0.001

表 4.1 腸病毒相關訊息接收、認知 (%)

	94 (N = 1997)	95 (N = 1974)		94 (N = 1997)	95 (N = 1974)
訊息接收			對腸病毒的認知		
聽過或看過洗搓沖捧擦			罹患腸病毒的症狀 (複選)		
沒有	32.0	30.4	發燒	61.0	62.5
			長水泡/膿泡	23.9	21.4
洗搓沖捧擦是教你什麼			腹瀉	25.5	31.4
洗手	42.7	42.0	嘔吐	14.8	16.7
預防腸病毒	19.8	26.5	嗜睡/活動力不佳	4.0	4.4
處理燙傷	21.8	14.5	咳嗽	2.8	4.0
個人衛生保健	1.7	5.0	不知道	18.1	12.7
其他	1.1	1.4			
不知道	12.9	10.7			
			除了勤洗手外，還需避免哪個動作		
政府最強調腸病毒預防 (複選)			常常用手摸口鼻	56.4	63.2
正確洗手	81.8	78.9	接觸到感染者的口水	49.0	51.6
環境/個人衛生	5.1	18.4	接觸感染者摸過的東西	49.2	45.9
注意飲食衛生	4.0	9.0	被蚊蟲叮咬	25.7	22.1
腸病毒的症狀	3.5	0.8	不知道	9.7	6.3
減少出入公共場所	1.9	4.3			
提早就醫	1.2	0.7			
不知道	9.9	7.6			

表 4.2 受訪者特質與腸病毒訊息接收與認知

	性別				年齡							
	94 年		95 年		94 年				95 年			
	男 (1006)	女 (991)	男 (993)	女 (981)	18-30 (552)	31-40 (420)	41-50 (422)	51+ (602)	18-30 (539)	31-40 (409)	41-50 (415)	51+ (611)
訊息接收												
洗搓沖捧擦 (聽過)	60.8	75.3 ⁺⁺	63.5	75.6 ⁺⁺	65.0	78.8	75.8	57.8 ⁺⁺	67.3	83.1	77.3	57.1 ⁺⁺
洗搓沖捧擦的目的	(612)	(746)	(630)	(743)	(360)	(332)	(320)	(348)	(364)	(339)	(322)	(349)
洗手/預防腸病毒	58.2	65.9 [*]	67.3	69.6	69.5	68.4	52.8	58.3 ⁺⁺	71.4	76.1	66.5	59.9 ⁺⁺
處理燙傷	22.4	21.3	13.5	15.2	14.4	19.6	29.4	24.4	9.9	11.8	17.7	18.9
其他	4.2	1.7	6.7	6.1	1.9	2.7	5.0	2.3	3.8	6.2	6.5	8.9
不知道	15.2	11.0	12.5	9.2	14.2	9.3	12.8	14.9	14.8	5.9	9.3	12.3
知道的預防之道												
正確洗手	78.2	85.6 ⁺⁺	76.8	80.9 [*]	82.6	82.9	83.2	79.4	83.6	86.8	80.2	68.5 ⁺⁺
不知道	12.9	6.9 ⁺⁺	10.0	5.2 ⁺⁺	10.7	7.8	7.1	12.6 [*]	6.5	3.4	6.5	12.1 ⁺⁺
罹患腸病毒症狀												
發燒	57.9	64.1 [*]	60.4	64.6	59.5	63.4	65.6	57.4 [*]	64.7	62.8	63.9	59.5
皮膚/口腔長水泡	17.4	30.5 ⁺⁺	10.1	19.5 ⁺⁺	19.0	40.1	26.1	15.4 ⁺⁺	12.1	26.2	14.9	9.3 ⁺⁺
嘔吐	13.9	15.7	17.5	15.8	16.8	12.4	15.7	13.8	17.8	15.7	18.3	15.4
腹瀉	24.7	26.3	30.0	32.8	20.3	20.0	28.7	31.7 ⁺⁺	27.5	23.7	37.8	35.6 ⁺⁺
不知道	24.2	11.9 ⁺⁺	16.4	9.0 ⁺⁺	19.9	11.4	15.4	23.1 ⁺⁺	12.1	7.1	9.2	19.5 ⁺⁺
除了洗手外，應避免的動作												
常用手摸口鼻	54.4	58.5	59.9	66.6 ^{**}	60.3	56.3	57.3	52.3	65.9	63.6	61.7	61.5
接觸感染者摸過的東西	47.0	51.3	44.3	47.5	42.2	51.8	49.8	53.2 ^{**}	39.1	45.0	48.3	50.7 ^{**}
接觸感染者口水	47.2	50.8	51.3	51.9	44.1	51.0	50.7	50.9	49.2	49.6	53.7	53.6
被蚊子叮咬	25.9	25.4	22.8	21.5	15.8	23.8	33.6	30.5 ⁺⁺	13.5	18.1	27.5	28.8 ⁺⁺
不知道	10.9	8.5	7.7	5.0 [*]	7.4	5.9	10.4	14.1 ⁺⁺	4.6	4.4	4.6	10.5 ⁺⁺

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

	教育程度						居住地區							
	94年			95年			94年				95年			
	國中 及以下 (416)	高中 職 (672)	大專 及以上 (902)	國中 及以下 (360)	高中 職 (639)	大專 及以上 (957)	北 (937)	中 (439)	南 (536)	東 (72)	北 (825)	中 (495)	南 (548)	東 (90)
訊息接收														
洗搓沖捧擦 (聽過)	53.6	71.7	72.1 ⁺⁺	68.6	68.5	70.3	68.1	70.2	65.7	75.0	72.1	65.9	70.8	63.3
洗搓沖捧擦的目的	(224)	(482)	(649)	(247)	(437)	(673)	(637)	(308)	(351)	(54)	(595)	(326)	(388)	(57)
洗手/預防腸病毒	50.0	62.8	66.3 ⁺⁺	66.4	66.6	71.2	60.4	65.9	61.3	74.1	66.4	66.9	71.4	78.9
處理燙傷	23.7	23.7	19.7	15.0	15.1	13.5	22.9	17.2	24.8	14.8	15.5	14.1	13.7	12.3
其他	5.8	2.7	2.2	7.3	7.6	5.3	3.0	3.6	1.7	1.9	6.7	8.0	5.2	0.0
不知道	20.5	10.8	11.9	11.3	10.8	10.0	13.7	13.3	12.3	9.3	11.4	11.0	9.8	8.8
知道的預防之道														
正確洗手	78.9	79.6	85.0 ^{**}	77.5	80.8	78.2	82.2	82.7	82.1	72.2	80.8	79.8	74.3	87.8 ^{**}
不知道	14.4	11.4	6.7 ⁺⁺	9.2	6.9	7.4	9.5	8.7	10.3	18.1	7.2	6.7	9.8	4.4
罹患腸病毒症狀														
發燒	51.3	61.6	64.9 ⁺⁺	57.1	64.5	63.0	64.1	60.6	57.3	53.4 [*]	63.4	62.2	62.7	52.2
皮膚/口腔長水泡	17.8	25.6	25.5 ^{**}	13.1	16.1	14.7	22.2	25.3	25.7	23.3	13.5	13.9	17.5	13.3
嘔吐	13.2	15.3	15.0	17.2	16.0	16.8	14.6	16.4	14.2	11.0	16.0	16.8	17.2	18.9
腹瀉	19.9	26.2	27.6 [*]	32.8	31.6	30.6	28.7	19.3	25.7	22.2 ^{**}	30.9	33.3	31.0	30.0
不知道	30.9	16.6	13.4 ⁺⁺	15.0	12.4	12.2	15.8	18.4	20.1	29.2 [*]	11.0	14.3	12.8	20.0
除了洗手外，應避免的動作														
常用手摸口鼻	47.2	55.8	61.0 ⁺⁺	62.4	66.7	61.4	58.5	57.4	53.6	49.3	58.4	63.9	69.9	60.0 ⁺⁺
接觸感染者摸過的東西	46.3	50.2	49.7	45.6	46.9	45.4	51.5	50.5	43.7	54.2 [*]	37.7	52.4	51.5	48.9 ⁺⁺
接觸感染者口水	48.1	49.9	48.6	52.8	54.0	49.5	49.9	51.1	45.7	49.3	44.5	55.8	58.3	54.4 ⁺⁺
被蚊子叮咬	30.0	29.0	21.2 ⁺⁺	21.9	24.8	20.6	27.5	24.8	23.6	21.9	16.9	24.4	28.6	17.8 ⁺⁺
不知道	18.5	8.2	6.9 ⁺⁺	6.4	5.6	6.8	8.1	9.1	11.8	16.4 [*]	8.5	4.0	5.1	7.8 ^{**}

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 4.3 腸病毒相關訊息暴露接收與認知間的關係

	聽過「洗搓沖捧擦」					
	94 年		OR	95 年		OR
	有 (1358)	沒有 (640)		有 (1374)	沒有 (600)	
<u>知道的預防之道</u>						
正確洗手	84.5	76.3**	1.5 (1.2-1.9)	82.0	71.8**	1.5 (1.2-1.9)
不知道	7.4	15.2 ⁺⁺	0.6 (0.4-0.8)	6.3	10.7	0.7 (0.5-1.1)
<u>罹患腸病毒的症狀</u>						
發燒	64.4	53.8**	1.4 (1.1-1.7)	65.2	56.3**	1.4 (1.1-1.7)
皮膚長水泡	29.1	12.8 ⁺⁺	2.1 (1.6-2.8)	17.7	8.0 ⁺⁺	1.9 (1.3-2.6)
嘔吐	15.9	12.3*	1.4 (1.0-1.8)	16.8	16.5	1.0 (0.8-1.3)
腹瀉	27.3	21.6*	1.4 (1.1-1.7)	32.0	30.2	1.1 (0.9-1.4)
不知道	12.9	29.2 ⁺⁺	0.5 (0.4-0.6)	9.0	21.3 ⁺⁺	0.5 (0.3-0.6)
<u>除了洗手外，應避免的動作</u>						
常用手摸口鼻	59.5	49.8**	1.4 (1.1-1.7)	63.8	61.8	1.1 (0.9-1.3)
接觸感染者摸過的東西	51.1	44.9*	1.2 (1.0-1.5)	46.5	44.5	1.1 (0.9-1.3)
接觸感染者口水	51.5	43.8**	1.4 (1.1-1.6)	53.2	47.8*	1.3 (1.0-1.6)
被蚊子叮咬	26.0	25.0	1.1 (0.8-1.3)	22.7	21.0	1.2 (0.9-1.5)
不知道	6.8	16.0 ⁺⁺	0.5 (0.3-0.6)	4.8	9.8**	0.6 (0.4-0.8)

*P < 0.05 **P < 0.01 ⁺⁺P < 0.001

表 5.1 肺結核相關訊息接收與認知 (%)

	94 (N = 1997)	95 (N = 1974)		94 (N = 1997)	95 (N = 1974)
訊息接收			對肺結核的認知		
聽過或看過都治計畫			吃藥可以治好肺結核		
有聽過	5.2	3.5	一定可以	20.8	19.6
			應該可以	45.5	49.3
都治計畫和哪種傳染病有關 (僅聽過者)			不太可以	19.6	19.0
肺結核	7.9	14.2	絕對不可以	4.0	3.6
登革熱	10.6	8.0	不知道	10.1	8.5
腸病毒	6.5	5.0			
愛滋病	2.7	6.9	懷疑有肺結核該做何種檢查		
其他	3.7	0.0	照 X 光	61.5	52.7
不知道	68.8	65.8	驗痰	7.1	5.5
			抽血	2.9	3.7
政府最強調肺結核預防 (複選)			肺部檢查	2.9	18.1
咳嗽早處理	10.8	6.2	全身檢查	0.8	0.3
感染肺結核的症狀	7.3	2.8	其他	0.3	0.5
提早就醫	6.5	4.5	不知道	24.6	19.2
少去公共場所	6.3	19.6	咳多久該驗痰		
戴口罩	5.7	14.1	少於 3 週	40.7	43.2
避免被傳染	4.3	9.9	3 週	6.5	4.5
少抽菸	3.7	6.1	3 週 1 個月	8.9	7.4
要吃藥	3.6	3.5	1 個月以上	20.7	24.5
不要歧視患者	1.6	0.4	不知道	23.1	20.3
少接觸患者	2.1	6.2	每年死最多人的傳染病		
不知道	50.4	42.6	肺結核	26.8	24.6
			腸病毒	27.9	30.5
			愛滋病	16.7	20.8
			登革熱	7.2	8.7
			不知道	21.3	15.4

表 5.2 受訪者特質與愛肺結核訊息接收、認知之關係

	性別				年齡							
	94 年		95 年		94 年				95 年			
	男 (1007)	女 (990)	男 (993)	女 (982)	18-30 (552)	31-40 (421)	41-50 (422)	51+ (602)	18-30 (539)	31-40 (408)	41-50 (415)	51+ (612)
訊息接收												
都治計畫 (聽過)	4.9	5.5	2.4	4.7**	5.1	5.5	4.0	5.8	3.2	2.5	3.1	4.7
為了防治肺結核	6.3	9.3	8.3	17.0	3.6	18.2	5.9	2.9	17.6	9.1	26.7	7.1
相關認知												
政府強調的項目												
咳嗽早處理	9.6	12.0	5.1	7.3*	7.8	12.6	11.1	12.1	3.3	8.1	6.0	7.7**
肺結核症狀	6.7	7.9	2.5	3.2	6.0	6.7	8.1	8.5	2.0	3.4	5.1	1.5**
提早就醫	6.7	6.7	4.3	4.6	4.3	6.4	7.8	8.1*	3.3	3.9	5.5	5.1
服藥	2.4	4.8**	3.1	3.8	2.9	3.3	3.3	4.6	2.0	3.7	4.1	4.2
減少接觸暴露 a	18.3	20.5	36.8	40.7	20.5	16.2	18.5	21.3	36.4	41.2	41.4	37.3
生活方式 b	8.2	10.4	10.0	9.7	6.1	9.5	11.4	10.4*	6.1	5.9	9.6	15.7**
懷疑感染 TB 應作之檢查												
X 光	62.5	60.6**	52.2	53.0*	52.0	66.8	67.1	62.7**	44.1	57.1	58.6	53.2**
驗痰	5.0	9.2	4.5	6.4	6.0	7.4	5.9	8.6	2.8	5.6	6.5	7.0
肺部上呼吸道檢查	2.1	3.6	18.7	18.1	2.2	2.9	2.8	3.5	19.3	16.2	17.3	19.8
其他	3.9	4.0	3.3	5.3	4.3	3.1	5.0	3.6	5.2	5.6	3.9	2.8
不知道	26.5	22.5	21.2	17.2	35.6	19.8	19.2	21.6	28.6	15.4	13.7	17.2
咳嗽多久該驗痰												
3 週	6.6	6.5**	4.7	4.2**	6.9	6.4	6.9	6.0**	5.0	5.1	4.1	3.9**
少於 3 週	44.7	36.6	47.8	38.7	44.7	42.4	41.5	35.4	48.2	43.9	42.7	38.9
3 週以上	20.6	38.8	23.4	41.3	28.8	32.4	31.0	27.6	32.5	32.8	34.0	30.5
不知道	28.2	18.1	24.1	15.8	19.7	18.8	20.6	31.1	14.3	18.1	19.3	26.7
吃藥可以治好肺結核												
一定可以	19.2	22.5	18.9	20.3	11.4	20.5	23.5	27.9**	9.8	17.8	24.3	26.2**
應該可以	45.6	45.4	48.3	50.3	40.0	46.4	47.5	48.4	46.5	50.1	53.0	48.7
不太/絕對不可以	24.7	22.4	23.1	22.1	38.7	21.7	20.0	13.8	36.7	21.8	15.7	15.4
不知道	10.5	9.7	9.7	7.3	9.9	11.4	9.0	10.0	7.0	10.3	7.0	9.7
每年死亡最多傳染病												
肺結核	30.1	23.5**	28.1	21.1**	31.1	25.2	23.5	26.2**	30.4	26.4	21.7	20.3**
其他病	50.0	53.8	57.1	62.9	56.2	55.0	51.9	45.6	61.3	61.4	62.4	56.3
不知道	20.0	22.7	14.8	16.0	12.7	19.8	24.6	28.2	8.3	12.2	15.9	23.4

*P < 0.05 **P < 0.01 **P < 0.001

	教育程度						居住地區							
	94年			95年			94年				95年			
	國中 及以下 (416)	高中 職 (672)	大專 及以上 (902)	國中 及以下 (359)	高中 職 (639)	大專 及以上 (956)	北 (937)	中 (439)	南 (536)	東 (73)	北 (826)	中 (495)	南 (549)	東 (90)
訊息接收														
都治計畫 (聽過)	6.5	5.2	4.4	2.5	3.1	4.1	4.5	4.6	7.5	1.4*	3.8	4.0	3.1	2.2
為了防治肺結核	3.7	8.6	10.0	20.0	15.0	12.5	2.4	19.0	7.7	0.0	6.5	20.0	23.5	0.0
相關認知														
政府強調的項目														
咳嗽早處理	10.6	12.3	9.8	7.8	7.2	4.9	9.8	9.6	12.9	15.3	4.7	7.9	7.7	2.2*
肺結核症狀	5.5	8.0	7.5	1.7	2.5	3.5	7.3	8.0	6.2	9.7	1.5	4.4	2.9	4.4**
提早就醫	5.5	5.9	7.8	4.7	4.1	4.8	7.1	4.8	7.1	6.9	3.9	4.8	5.3	4.4
服藥	2.9	3.1	4.3	3.6	3.9	3.2	3.6	3.9	2.8	8.3	2.2	5.3	3.5	3.3*
減少接觸暴露 a	11.3	19.5	23.1 ⁺⁺	37.8	37.4	39.7	22.2	15.7	18.1	15.1*	39.3	35.5	40.5	42.2
生活方式 b	9.1	9.5	9.1	9.2	11.9	8.7	9.4	8.7	8.6	12.5	9.0	11.2	9.8	10.0
懷疑感染 TB 應作之檢查														
X光	54.3	59.8	66.3 ⁺⁺	51.5	55.0	51.8	63.9	58.3	60.8	60.3	54.3	52.4	50.3	54.4
驗痰	4.8	7.4	7.9	7.5	5.6	4.6	6.2	6.8	8.4	9.6	4.6	7.7	4.9	4.4
肺部上呼吸道檢查	3.1	3.6	2.2	18.7	16.7	19.4	3.1	2.9	2.4	2.7	17.9	16.9	19.9	22.2
其他	4.3	4.8	3.1	5.0	3.8	4.3	4.1	4.8	3.4	2.7	4.8	4.0	3.8	3.3
不知道	33.4	24.4	20.5	17.3	18.9	20.0	22.7	27.2	25.0	24.7	18.3	19.0	21.1	15.6
咳嗽多久該驗痰														
3週	5.8	7.1	6.5 ⁺⁺	4.2	4.7	4.6	6.5	8.2	6.2	1.4	5.1	4.0	4.6	1.1
少於3週	35.3	42.5	41.8	41.4	44.1	43.0	41.4	41.1	38.8	35.6	43.7	40.7	44.5	41.6
3週以上	24.7	30.9	31.1	35.0	31.6	32.0	29.1	28.6	31.3	34.2	30.8	34.1	32.7	36.0
不知道	34.3	19.5	20.5	19.4	19.7	20.4	22.9	22.0	23.7	28.8	20.5	21.2	18.2	21.3
吃藥可以治好肺結核														
一定可以	22.8	18.4	21.6 ⁺⁺	18.9	18.6	20.5	19.3	18.6	25.2	20.8	18.3	20.0	21.0	21.1
應該可以	41.2	46.2	46.9	46.4	50.7	49.2	46.5	43.6	43.8	55.6	51.4	47.8	48.5	41.1
不太/絕對不可以	19.9	25.9	23.8	25.6	21.1	22.6	24.2	25.7	22.0	15.3	21.6	24.0	22.4	25.6
不知道	16.1	9.5	7.7	9.2	9.5	7.7	9.9	12.0	9.0	8.3	8.7	8.3	8.0	12.2
每年死亡最多傳染病														
肺結核	22.8	25.0	30.2 ⁺⁺	28.3	23.6	23.9	26.9	28.2	25.4	29.2	24.8	23.8	26.0	19.8
其他病	45.6	52.8	54.1	58.9	61.0	60.0	52.7	52.0	51.7	40.3	59.6	59.5	60.3	64.8
不知道	31.7	22.2	15.7	12.8	15.3	16.1	20.4	19.8	22.9	30.6	15.6	16.7	13.7	15.4

表 6 受訪者特質與訊息接收傳播管道之關係

	性別				年齡							
	94 年		95 年		94 年				95 年			
	男	女	男	女	18-30	31-40	41-50	51+	18-30	31-40	41-50	51+
	(1006)	(991)	(993)	(981)	(552)	(420)	(422)	(603)	(539)	(408)	(415)	(611)
傳染病訊息搜尋												
醫師/專家/醫療院所	40.6	39.7	48.1	45.6	30.3	38.8	41.7	48.9 ⁺⁺	33.8	43.9	49.9	58.3 ⁺⁺
政府衛生機構	20.5	15.9 ^{**}	19.5	20.0	6.3	21.0	24.9	22.4 ⁺⁺	10.8	19.6	23.9	25.0 ⁺⁺
大眾媒體	9.9	13.0 [*]	7.4	9.1	8.3	14.0	14.0	10.8 [*]	5.6	8.8	9.2	9.5
網路	25.2	28.8	35.2	39.8 [*]	48.7	34.0	18.3	8.3 ⁺⁺	60.7	46.1	29.8	16.7 ⁺⁺
人際親友	7.5	10.7 [*]	7.7	8.0	11.6	6.9	8.3	8.8	5.8	4.4	8.9	11.5 ⁺⁺
不管它	5.4	2.7 ^{**}	2.6	1.1 [*]	4.3	2.1	4.3	5.0	1.3	1.0	2.4	2.5
不知道	6.2	5.9	3.5	2.2	5.1	3.3	5.2	9.3 ⁺⁺	2.4	1.2	2.9	4.6 [*]

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

	教育程度						居住地區							
	94 年			95 年			94 年				95 年			
	國中 及以下	高中 職	大專 及以上	國中 及以下	高中 職	大專 及以上	北	中	南	東	北	中	南	東
(417)	(672)	(901)	(360)	(639)	(956)	(937)	(439)	(536)	(73)	(825)	(495)	(549)	(90)	
傳染病訊息搜尋														
醫師/專家/醫療院所	47.2	41.4	35.8 ⁺⁺	46.7	48.4	45.8	43.2	40.1	34.0	46.6 ^{**}	43.8	45.3	52.1	53.3 [*]
政府衛生機構	21.2	18.6	16.6	23.1	20.2	18.4	16.6	22.6	16.4	22.2 [*]	19.1	19.4	20.9	23.3
大眾媒體	13.0	13.2	9.5 [*]	6.7	7.3	9.5	11.2	9.8	13.4	12.3	9.0	7.7	6.6	12.2
網路	3.4	19.8	43.1 ⁺⁺	37.6	34.7	39.4	29.9	24.4	24.7	21.9 [*]	39.3	36.0	35.9	40.9
人際親友	7.9	11.3	8.0	6.7	8.3	7.8	9.4	8.4	9.7	2.8	7.4	6.9	8.7	6.7
不管它	6.5	4.6	2.6 ^{**}	1.7	2.0	1.9	3.6	3.9	5.2	2.8	1.6	2.2	2.0	1.1
不知道	11.3	6.1	3.4 ⁺⁺	3.3	3.6	2.2	4.6	5.7	9.1	2.8 ^{**}	3.6	2.6	2.2	2.2

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 7 受訪者特質與對疾病管制局的知曉與認知

	性別				年齡							
	94 年		95 年		94 年				95 年			
	男 (1006)	女 (991)	男 (993)	女 (981)	18-30 (552)	31-40 (420)	41-50 (422)	51+ (602)	18-30 (539)	31-40 (408)	41-50 (415)	51+ (611)
聽過疾病管制局	85.4	80.5**	96.5	95.8	82.8	92.1	86.7	74.3 ⁺⁺	97.8	96.6	97.3	93.6**
疾病管制局涵蓋四項非傳染病之認知												
包括 (錯誤認知)	26.9	25.9*	25.3	23.5	36.2	22.6	19.4	25.0 ⁺⁺	33.5	21.1	18.4	22.7 ⁺⁺
不包括 (正確認知)	37.3	42.7	41.1	46.2	41.5	51.7	41.5	29.4	43.0	51.0	46.2	37.2
不知道	35.8	31.4	33.6	30.3	22.3	25.7	39.1	45.6	23.6	27.9	35.5	40.0

*P < 0.05 **P < 0.01 ⁺⁺P < 0.001

	教育程度						居住地區							
	94 年			95 年			94 年				95 年			
	國中 及以下 (417)	高中 職 (672)	大專 及以上 (902)	國中 及以下 (360)	高中 職 (639)	大專 及以上 (956)	北 (937)	中 (439)	南 (536)	東 (72)	北 (825)	中 (495)	南 (549)	東 (90)
聽過疾病管制局	62.8	84.4	91.6 ⁺⁺	96.9	96.1	96.0	84.6	83.4	81.5	73.6	97.5	96.2	95.1	91.1**
疾病管制局涵蓋四項非傳染病之認知														
包括 (錯誤認知)	25.2	27.5	26.4 ⁺⁺	26.1	24.3	23.7	25.0	28.4	27.1	30.6*	23.8	26.9	22.4	30.5
不包括 (正確認知)	20.6	35.1	52.4	46.0	41.9	44.2	43.4	33.9	39.9	31.9	43.5	42.6	45.6	35.4
不知道	54.2	37.4	21.2	27.9	33.9	32.1	31.6	37.7	33.0	37.5	32.7	30.5	32.0	34.1

*P < 0.05 **P < 0.01 ⁺⁺P < 0.001

表 8 三縣市受訪者之社會人口學特質

	桃園縣 (n = 1003)	高雄縣市 (n = 802)	屏東縣 (n = 612)
性別			
男性	455 (45.4)	362 (45.1)	311 (50.8)
女性	548 (54.6)	440 (54.9)	301 (49.2)
年齡			
18-30	271 (27.8)	192 (24.7)	140 (23.6)
31-40	234 (24.0)	183 (23.5)	117 (19.8)
41-50	243 (24.9)	193 (24.8)	152 (25.7)
51 歲以上	227 (23.3)	210 (27.0)	183 (30.9)
拒答	28 (2.8)	24 (3.0)	20 (3.3)
教育程度			
國(初)中以下	152 (15.4)	129 (16.3)	136 (22.6) ⁺⁺
高中(職)	340 (34.4)	255 (32.2)	231 (38.3)
大專及以上	497 (50.3)	408 (51.5)	236 (39.1)
拒答	14 (1.4)	10 (1.2)	9 (1.5)
職業別			
家管	167 (16.7)	165 (20.6)	116 (19.0) ⁺⁺
一般職員	158 (15.8)	123 (15.3)	62 (10.1)
生產及體力工	138 (13.8)	94 (11.7)	64 (10.5)
服務人員	120 (12.0)	72 (9.0)	60 (9.8)
專門技術性	107 (10.7)	90 (11.2)	41 (6.7)
學生	86 (8.6)	74 (9.2)	57 (9.3)
自營商店老闆	65 (6.5)	44 (5.5)	43 (7.0)
無(待)業	37 (3.7)	28 (3.5)	33 (5.4)
退休	52 (5.2)	46 (5.7)	51 (8.3)
買賣人員	17 (1.7)	20 (2.5)	21 (3.4)
農民漁牧狩獵	10 (1.0)	14 (1.7)	41 (6.7)
行政及主管	17 (1.7)	7 (0.9)	7 (1.1)
大中小企業主	10 (1.0)	6 (0.7)	6 (1.0)
現役軍人	6 (0.6)	8 (1.0)	5 (0.8)
拒答	13 (1.3)	11 (1.4)	5 (0.8)

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 9 三縣市對傳染病的一般認知(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄縣市 (n = 802)	屏東縣 (n = 612)
自覺居住地區最嚴重之傳染病			
愛滋病	1.6	0.6	0.5 ⁺⁺
腸病毒	8.7	3.5	2.9
登革熱	3.0	63.7	39.7
肺結核	1.0	0.7	1.3
流感	12.5	3.1	2.8
禽流感	0.9	0.4	0.0
無	5.8	3.4	4.4
不知道	65.6	23.9	47.5
對禽流感消息的關心程度			
非常關心	12.6	13.3	15.5 ⁺⁺
關心	53.7	43.4	46.7
不太關心	28.8	39.0	30.4
非常不關心	3.2	3.1	4.1
不知道	1.7	1.1	3.3

⁺⁺P < 0.001

表 10.1 四縣市居民之登革熱嚴重性認知(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄市 (n = 477)	高雄縣 (n = 325)	屏東縣 (n = 312)
自覺登革熱最嚴重之縣市(複選題)				
基隆市	9.4	10.7	7.7	14.9**
台北市	10.4	1.3	8.9	16.5**
台北縣	10.6	11.5	8.6	15.5**
桃園縣	0.4	0.0	0.3	0.2
雲林縣	2.4	0.6	0.9	0.7**
嘉義市	3.4	0.8	0.6	0.5**
嘉義縣	3.6	1.0	1.8	0.7**
台南市	13.7	4.0	4.3	2.1**
台南縣	15.3	4.6	5.5	3.1**
高雄市	56.4	49.7	42.8	39.7**
高雄縣	61.7	59.1	54.5	52.6**
屏東縣	22.5	23.5	19.4	35.8**
都很嚴重	1.1	1.5	1.2	1.0
都不嚴重	0.3	2.1	3.1	1.5**
不知道	17.3	17.6	24.0	25.0**
造成登革熱在該居住地區嚴重的原因(複選題)				
環境的問題(廢棄物、空地...)	37.2	43.2	45.5	44.9**
環境髒亂	42.4	33.5	36.0	37.3**
廢棄房屋	4.5	4.8	4.0	3.4
氣候的問題	1.7	3.6	4.0	3.3*
雨量多潮濕	5.9	9.9	10.2	5.2**
天氣熱	1.0	3.4	6.5	3.8**
人的問題	3.8	5.7	5.2	5.9
居民習慣不好	5.0	10.7	7.4	8.0**
政府防治無效	1.0	2.5	1.8	2.5
外地傳入	1.1	1.0	0.6	0.5
積水/排水問題	4.0	4.8	2.8	2.0*
不覺得登革熱在該縣市嚴重	7.4	1.9	0.3	4.2**
不知道	10.6	9.2	9.2	10.0
自覺登革熱在居住地區改善之可能性				
非常有可能	11.8	22.4	16.9	13.7**
可能	55.8	55.3	63.1	56.0
不可能	10.2	11.3	6.9	11.8
絕對不可能	2.2	2.1	1.0	2.6
本來就沒有登革熱的問題	15.4	1.7	1.5	5.9
不知道	9.2	7.1	6.2	10.0

*P < 0.05 **P < 0.01 **P < 0.001

表 10.2 三縣市對登革熱因應方式及自覺可行程度(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄縣市 (n = 802)	屏東縣 (n = 612)
是否贊成在社區插紅旗顯示危險區			
非常贊成	15.7	22.2	23.5 ⁺⁺
贊成	45.6	41.5	41.5
不贊成	27.8	24.7	21.1
非常不贊成	4.7	5.6	5.9
不知道	6.3	6.0	8.0
自呈政府強調之登革熱因應方式			
避免蚊子叮咬	9.4	7.4	6.2
避免積水	69.0	73.3	73.9 [*]
打掃環境	50.9	49.4	44.3 [*]
登革熱的症狀	0.3	0.5	0.5
儘早就醫	0.2	0.4	0.5
不知道	7.3	7.7	9.0
自覺最難做到之因應方式			
避免蚊子叮咬	31.5	28.6	24.5 ⁺⁺
打掃環境	19.3	21.6	14.2
避免積水	11.5	12.1	14.1
儘早就醫	11.0	8.9	8.5
都很難做到	1.2	0.7	1.1
都容易做到	24.1	25.8	34.2
不知道	1.4	2.4	3.4

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 10.3 四縣市之登革熱宣導(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄市 (n = 477)	高雄縣 (n = 325)	屏東縣 (n = 312)
自覺居住地區政府之登革熱宣導				
很多	5.7	21.6	17.5	16.8 ⁺⁺
有一些	41.7	54.3	56.6	53.8
從來沒有	46.8	21.8	20.0	25.5
不知道	5.9	2.3	5.8	3.9
曾聽過或看過的宣導				
電視	43.4	36.2	37.3	31.6
掛紅布條或貼海報	25.8	24.9	16.5	19.3
報紙	10.1	14.2	11.2	10.1
傳單、文宣	11.0	11.8	10.8	3.7
社區廣播	9.9	15.5	11.9	10.3
衛生工作人員家訪	6.0	30.6	25.0	49.6
演講	3.9	2.9	6.2	3.7
里民大會	3.7	4.8	5.0	3.7
電台廣播	4.1	9.1	5.4	4.8
從不曾看過或聽過	7.5	2.4	6.9	6.1
網路	0.9	0.8	1.5	1.1
學校宣導	5.6	5.9	3.5	2.4
不知道	12.4	7.8	10.4	6.4
自覺最有效之宣導方式				
掛紅布條或貼海報	8.3	7.1	5.4	3.0
演講	1.4	0.3	1.7	1.9
里民大會	2.4	4.4	3.7	2.3
社區廣播	7.1	6.6	4.1	3.3
電視宣導	36.0	19.2	25.6	20.1
電台廣播	1.8	1.9	0.8	1.6
報紙宣導	3.2	1.6	2.9	3.3
衛生工作人員家訪	2.8	15.4	18.2	31.5
網路	0.2	0.5	0.0	0.0
傳單、文宣	3.4	3.0	2.1	0.0
學校教育	2.2	3.0	1.2	0.5
都有效	7.1	9.3	7.9	13.6
不知道	18.0	14.3	16.1	11.0
都無效	5.9	13.2	10.3	7.9
認為有效之方式				
電視宣導	41.6	28.8	28.4	30.7
社區廣播	21.4	12.9	14.7	11.1
里民大會	16.5	16.0	12.8	12.4
掛紅布條或貼海報	7.4	4.3	6.4	4.9
電台廣播	9.1	5.5	5.5	5.8
衛生工作人員家訪	5.0	15.3	17.4	18.2
演講	3.2	5.5	3.7	2.2

報紙宣導	11.0	4.9	0.9	6.7
網路	1.9	0.6	2.8	0.4
傳單、文宣	4.3	4.3	1.8	1.3
醫院人員宣傳	1.5	1.2	3.7	0.4
學校教育	3.7	4.3	1.8	1.8
實際執行消毒	2.4	7.4	3.7	2.2
不知道	17.3	22.1	26.6	26.2
都無效	0.0	2.5	2.8	1.8

*P < 0.05 **P < 0.01 ***P < 0.001

表 11.1 三縣市居民之愛滋病嚴重性認知(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄縣市 (n = 802)	屏東縣 (n = 612)
自覺愛滋病最嚴重之縣市			
台北市	31.1	31.5	31.4
台北縣	13.0	9.6	10.6
桃園縣	2.7	1.1	1.1*
台中縣	3.4	1.6	3.4*
台中市	10.2	11.8	14.5
雲林縣	0.9	1.0	0.2
高雄縣	2.2	1.0	2.6
高雄市	7.5	6.1	10.3*
屏東縣	0.5	0.2	1.0
都很嚴重	2.1	1.7	2.1
都不嚴重	1.7	2.2	1.8
不知道	54.5	57.9	57.5
造成愛滋病在該居住地區嚴重的原因			
民眾知識不足/觀念不正確	24.5	29.3	29.1*
色情行業較多	28.4	25.3	16.7 ⁺⁺
吸毒人口多	14.0	13.3	16.8
外勞人口較多	15.5	4.7	3.6 ⁺⁺
居民人口多	1.4	2.1	0.8
有機場	0.8	0.2	0.3
政府推廣不力	3.6	2.6	2.5
同性戀問題多	1.1	3.1	2.0 ^{**}
不當輸血	0.8	2.9	2.5 ^{**}
不覺得愛滋病在該縣市嚴重	5.4	7.2	16.3 ⁺⁺
不知道	22.0	27.7	22.7*
自覺愛滋病在居住地區改善之可能性			
非常有可能	4.5	5.4	3.1 ⁺⁺
可能	41.2	34.4	33.5
不可能	22.2	21.4	15.8
絕對不可能	4.5	5.9	4.1
沒有愛滋病的問題	7.5	7.6	18.5
不知道	20.1	25.3	25.0

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 11.2 三縣市對愛滋病因應方式及自覺可行程度(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄縣市 (n = 802)	屏東縣 (n = 612)
自呈政府強調之愛滋病因應方式			
固定性伴侶	47.9	43.3	39.9**
全程戴保險套	49.7	39.5	31.7++
不共用針頭	23.2	26.2	35.3++
不歧視愛滋病患	0.4	0.5	0.3
不要吸毒	5.0	4.5	3.8
注意自身安全/少去不良場所	2.6	3.7	2.1
衛生問題	1.5	1.5	1.3
減少危險接觸 (不捐血、穿耳洞、刺青)	3.0	5.2	3.3*
不知道	17.9	23.3	25.5**
自覺最難做到之因應方式			
不歧視愛滋病患	38.2	36.3	28.1
不共用針頭	11.0	12.0	10.6
固定性伴侶	10.4	10.1	10.0
全程戴保險套	8.2	8.0	6.7++
都很難做到	2.9	3.7	2.0
都容易做到	24.2	22.3	32.0
不知道	5.2	7.6	10.6

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001

表 11.3 三縣市之愛滋病宣導(%)

	桃園縣 (n = 1003)	高雄縣市 (n = 802)	屏東縣 (n = 612)
自覺居住地區政府之愛滋病宣導			
很多	3.5	5.0	2.9
有一些	37.1	38.0	35.0
從來沒有	46.9	46.9	47.2
不知道	12.6	10.1	14.9
曾聽過或看過的宣導			
電視宣導	42.8	48.4	44.9
單張、小冊	27.2	19.7	15.5
掛紅布條或貼海報	19.3	20.4	21.4
報紙宣導	9.0	12.4	8.0
演講	9.9	7.7	10.8
電台廣播	4.7	7.0	4.6
網路	1.7	1.4	0.9
學校教育宣導	4.1	5.4	5.0
不知道	18.8	20.0	20.7
自覺最有效之宣導方式			
電視宣導	31.5	33.6	33.7
掛紅布條或貼海報	4.9	4.0	8.0
演講	3.6	3.5	5.9
單張、小冊	9.6	4.9	4.3
電台廣播	1.1	2.3	0.0
報紙宣導	3.6	3.3	2.2
網路	0.6	0.2	0.3
都沒效	8.1	9.6	7.1
都有效	9.9	6.8	5.3
學校教育宣導	2.1	3.1	3.1
不知道	23.8	27.5	28.8
認為有效之方式			
掛紅布條或貼海報	6.6	7.7	6.4
演講	6.6	8.9	8.6
單張、小冊	15.4	13.7	8.0
電視宣導	47.8	35.0	34.7
電台廣播	13.3	5.3	7.3
報紙宣導	10.9	8.6	7.3
網路/電子郵件	2.1	1.9	1.9
學校健康教育	16.0	18.7	17.2
都沒效	1.0	1.9	2.9
衛生人員家訪	2.1	3.8	4.8
對特定族群/行業宣導	1.2	1.9	0.3
不知道	18.1	23.0	27.7

P < 0.05 **P < 0.01 +++P < 0.001

表 12.1 三縣市對減害計畫相關認知(%)

	桃園縣 (n=1003)	高雄縣市 (n=802)	屏東縣 (n=612)
有聽過減害計畫			
有	5.5	4.6	3.9
沒有	94.5	95.4	96.1
減害計畫對象 (僅包括聽過者)			
吸毒者	9.1	13.5	12.5
愛滋病人	9.1	2.7	20.8
可能吸毒者	3.6	0.0	4.2
青少年	10.9	10.8	4.2
所有人	9.1	10.8	4.2
不知道	58.2	64.9	54.2
減害計畫提供服務 (僅包括聽過者)			
發放針具/針具交換	3.1	8.1	4.2
美沙冬替代療法	2.1	2.7	0.0
戒毒/諮商輔導	8.9	2.7	12.5
不知道	86.4	86.5	83.3
拒答			
有聽過「毒癮愛滋防治網絡建置計畫」(僅針對桃園地區)			
有	19.0	---	---
沒有	81.0	---	---

*P < 0.05 **P < 0.01 ***P < 0.001

表 12.2 三縣市對針具交換計畫與美沙酮替代療法之認知(%)

	桃園縣 (n=1003)	高雄縣市 (n=802)	屏東縣 (n=612)
針具交換計畫			
知道衛生局提供乾淨針具給吸毒者			
知道	23.8	23.8	21.2
不知道	76.2	76.2	78.8
知道何處可取得針具 (僅針對知道該計畫者)			
藥局	9.6	6.8	13.8
醫院	5.4	9.4	12.3
衛生所	38.5	39.3	40.0
檢驗所	0.4	0.0	0.8
警察局	0.0	0.0	1.5
便利商店	10.0	14.1	13.1
不知道	45.2	41.9	39.2
使用參與針具交換計畫之藥局的意願			
還是會	47.5	44.9	40.7 ⁺⁺
可能會	10.5	13.8	10.5
不會	25.9	19.6	23.5
一定不會	10.9	14.3	16.7
不知道	5.3	7.4	8.7
美沙酮替代療法計畫			
有聽過美沙酮替代療法			
有	12.6	12.3	10.5
沒有	87.4	87.7	89.5
使用提供美沙酮替代療法之醫院的意願			
還是會	69.1	66.5	63.7 ⁺⁺
可能會	13.6	12.8	12.1
不會	12.0	11.1	10.3
一定不會	2.8	4.5	5.9
不知道	2.6	5.1	8.0

*P < 0.05 **P < 0.01 ++P < 0.001