

中國醫藥學院  
醫務管理研究所碩士論文  
編號：IHAS-278

影響女性乳癌篩檢因素之分析—  
以某區域教學醫院門診民眾為例



指導教授：蔡文正 博士

研究生：于家珩 撰

中華民國九十二年六月

## 摘要

台灣地區乳癌發生率在近年來有急遽上升的趨勢，目前女性乳癌佔女性癌症發病率中的第二位，為台灣地區所有癌症死亡原因第四名，也是女性癌症死亡原因第四名；台灣地區女性乳癌在第零期與第一期發現的比率僅有百分之卅，與美國女性乳癌之發生情形相比，早期發現比率偏低很多，而定期乳癌篩檢便是防治乳癌的第一步；本研究主要目的想瞭解國人對於乳癌篩檢的認知以及會做乳癌篩檢與不做乳癌篩檢兩族群究竟有何差異。

本研究對象以台中縣某區域教學醫院一般外科門診診療之女性為研究對象。由民國九十一年十一月至九十二年二月進行問卷收集。共回收 619 份有效問卷，其中未篩檢者問卷 338 份，已篩檢者問卷 281 份。以樣本整體性分析、敘述性分析、雙變項統計及羅吉斯迴歸分析來探討女性接受乳癌篩檢之人口學變項因素、健康信念因素、資訊來源因素、就醫選擇因素等對是否接受乳癌篩檢之影響及女性乳癌篩檢的經驗與滿意度。

研究結果發現在個人基本資料方面，受訪者年齡愈大、得過乳房疾病者，會進行乳癌篩檢的趨勢愈顯著。在資訊來源方面，則與是否會進行乳癌篩檢無關。在健康信念方面，顯示對於罹患乳癌的危險因子有認知、自認得乳癌機率較一般人高及有做乳房自我檢查者較會進行乳癌篩

檢。在就醫選擇因素方面，重視與醫師的熟識度者較會進行乳癌篩檢。

已篩檢者的乳癌篩檢經驗方面，以三年內做過一次乳癌篩檢者佔最多，四次者佔最少。已篩檢者至醫療機構檢查的頻率以不定期檢查者佔最多，每月檢查一次者最少。到何種醫療機構檢查方面以到醫院檢查者最多，到診所與衛生所檢查者都非常少。在滿意度方面，回答很滿意者佔最多，非常不滿意者最少，各項目滿意度以檢查時的隱私性及醫療機構的環境衛生為最佳，其次為醫師的醫術、醫師問診的態度、病情解說的詳細程度、護理人員的態度及儀器設備新穎、第三位為醫療機構的名氣與檢查結果的時效性，醫師的名氣反而居後；滿意度最差為候診時間的長短。

## ABSTRACT

Female breast cancer incidence has markedly increased in Taiwan recent years. Breast cancer accounted for the second highest incidence for female cancer. It was the fourth leading cause of death in all cancers and in female cancers in Taiwan. Only 30% of breast cancer cases were detected on stage 0 and stage I in Taiwan. The early detection rate was relatively low as comparing with breast cancer in the United States. Since regular screening examination for breast cancer was the first step to treat breast cancer. This study would like to realize the recognition of female to breast cancer screening in Taiwan and to explore the difference between females willing or not willing to do screening.

The sample of study was collected from female patients of outpatient service of general surgery department in one teaching hospital in Taichung County. The data collection period was from November 2002 to February 2003. There were 619 samples including 338 non-screeners and 281 screeners. The data was analyzed with descriptive statistics and Chi-square. Logistic regression analysis was used to determine the related factors, including demographics, health belief, information sources of breast cancer screening, importance of factors related to choose breast cancer screening, which might influence female willing to or not willing to do screening. The experience and satisfaction of breast cancer screening were also addressed.

The result of the study was as following. In demographic sector, The people with older age and who had history of breast disease was more willing to take breast cancer screen. In the sector of information source, there was no significant factor related to breast cancer screen. The people who had recognition of breast cancer risk factor, who had subjectively felt high risk of breast cancer and who carried out breast self examination were more willing for screen. When seeking for medical service , the people who was familiar with doctors will had more screen behavior.

On screen experience, within last three years, most people had breast cancer screen only once and least people had four times of screen. For the frequency of screen, most people were irregular, and

least people had screen once a month. The hospital was the screen place for majority of people and only few people had screen on public or private clinic. In the sector of satisfaction, most people very satisfy and least people told dissatisfacton. In the item of satisfaction, the privacy during examination and hospital environment were most satisfied. The following were doctor's technique, manner and explanation of the patient's condiiton, nurse's mannaer and hospital facility. The third was fame of the hospital, waiting period for examination data and fame of the doctors. The long waiting time for outpatient service was most dissatisfied.

## 誌 謝

在離開學校二十年後，回到教室重拾書本，過起學生的生活，是一件愉快的事，因為以往在工作上常是知其然而不知其所以然，現在經過理論的學習可以印證工作的經驗；兩年的研究所時光，是一段美好的回憶。它的起始是兩年多前在我所服務的童綜合醫院童瑞年院長派我去美國參加短期醫院管理課程，使我踏入醫務管理的領域，在我考上研究所之後，童院長也支持我得以一邊讀書一邊繼續工作，而當我在學校醫院兩頭忙的時候，鄒順生主任、江曉芳小姐與其他一般外科同仁替我分擔了不少工作，廖秀幸及石小沛兩位學姐也在我的課業上指導很多，非常謝謝他們的支持與協助。

在論文寫作方面，恩師蔡文正老師一步步的指導我由論文題目選定，問卷設計、結果判讀直到論文完成，最後楊志良老師與白佳原老師在口試時給我很多指正，而凱平學長與怡如學姐在我的論文寫作過程中，提供很多協助，在此表示由衷的感謝。

在這兩年求學過程中和雪芬姐、榕浚、菁蘭、佳瑤、崇銘與其他同學經歷不少歡樂時光，當然考試前的緊張與趕報告的壓力，也是大家共同的回憶；除了課業上的切磋外，要謝謝他們使我能在醫務工作之外，體驗不同的生活及觀念，是就讀研究所的另一大收穫。

于家珩 90.7.10.

## 目錄

第一章 緒論 .....	1
第一節 研究動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	5
第二章 文獻探討 .....	6
第一節 乳癌介紹 .....	6
第二節 消費者購買決策模式 .....	9
第三節 病人選擇就醫因素相關研究 .....	14
第四節 資訊來源 .....	17
第五節 健康信念 .....	21
第三章 研究方法 .....	27
第一節 研究架構 .....	27
第二節 研究假設 .....	28
第三節 研究變項定義及衡量 .....	29
第四節 資料來源與問卷設計 .....	32
第五節 資料分析方法 .....	33
第四章 研究結果 .....	34
第一節 樣本整體性分析 .....	34
第二節 敘述性及雙變項分析 .....	37

第三節 羅吉斯迴歸分析 .....	49
第五章 討論 .....	61
第一節 女性是否接受乳癌篩檢之人口學變項因素之探討 ..	61
第二節 女性是否接受乳癌篩檢之資訊來源因素之探討 ....	64
第三節 女性是否接受乳癌篩檢之健康信念因素之探討 ....	66
第四節 女性接受乳癌篩檢之就醫選擇因素之探討 .....	69
第五節 女性乳癌篩檢的經驗與滿意度之探討 .....	71
第六章 結論與建議 .....	72
第一節 結論 .....	72
第二節 建議 .....	75
第三節 研究限制 .....	77
附件一 問卷 .....	86



## 表目錄

表 2-1 四種購買行為類型.....	9
表 3-1 研究變項名稱、定義與屬性一覽表.....	30
表 4-1 基本資料.....	51
表 4-2 資訊來源.....	52
表 4-3 健康信念.....	53
表 4-3 健康信念 ( 續 ) .....	54
表 4-4 已篩檢者乳癌篩檢的滿意度.....	55
表 4-5 已篩檢者乳癌篩檢的經驗.....	55
表 4-6 已篩檢者就醫動機(複選).....	56
表 4-7 就醫選擇因素—卡方檢定.....	57
表 4-8 乳癌篩檢與醫師年齡之關係.....	58
表 4-9 羅吉斯迴歸分析結果.....	59

## 圖目錄

圖 2-1 購買決策過程的五階段模式.....	11
圖 3-1 研究架構.....	27

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

全世界婦女罹患乳癌數目年年激增，台灣地區也不例外，根據行政院衛生署民國 90 年統計資料顯示，女性乳癌佔女性癌症發病率中的第二位，對婦女健康已造成影響，衛生署公布最新國人十大癌症死因，女性乳癌高踞台灣所有癌症死亡原因第四名，也是女性癌症死亡原因第四名，且是死亡年齡最年輕的癌症，這些被乳癌奪去生命的女性，平均只有 55 歲。而民國 90 年台灣地區共有 1241 位女性死於乳癌，每十萬人口死亡率為 11.36 較 89 年的 10.61 增加 7.07%；就乳癌死亡率之趨勢來看，民國 70 年為 3.92% 至民國 80 年升高為 6.71%，於民國 90 年達到 11.36%，20 年間約升高 3 倍，成為台灣地區女性生命之一大威脅。然而乳癌若能早期發現早期治療，五年存活率相當高(衛生署，2002)。

根據世界衛生組織的統計乳癌為女性最常罹患的癌症，1995 年歐洲共有 32 萬個乳癌病例，佔歐洲癌症發生率第三位，為女性癌症發生率第一名，其中有 12 萬 4 仟例死亡，也是女性首要死亡原因 (Bray F, 2002)；而世界衛生組織預測 2001 年南美洲將有 7 萬個乳癌新病例，其中會有 3 萬例死亡(Schwartzmann G, 2001)。在美國乳癌為女性最常罹患的癌症，美國國家癌症研究所預測，八分之一的美國女性在其一生中會

罹患乳癌，2002年預計美國會有25萬7千個乳癌新病例，而會有3萬9千個病例死亡，每十萬人發生率為118.1，40歲以上的美國婦女有70.9%於最近兩年內做過乳房攝影來篩檢(National Cancer Institute, 2002)。

台灣地區由於過去數十年經濟快速地成長，致使乳癌危險因子（脂肪攝取量、晚婚及晚生育或初經提早等）的暴露增加，導致女性乳癌的發生率急遽上升，由民國84年至87年，發生率由十萬分之23.53增加至十萬分之31.48，共上升了33.79%。台灣乳癌患者死亡率偏高，主要是篩檢不普及，發現時多屬於晚期，而早期發現的重要性，是因為儘管乳癌治療技術如何突飛猛進，治療惡性腫瘤的方法再怎麼多，決定存活關鍵還是在於早期發現早期治療，才能達到最佳治療效果。

相較於歐美國家，我國並不是乳癌高發生率之國家，但台灣女性乳癌在第零期與第一期發現的比率僅有百分之卅，較美國女性乳癌有百分之七十在第零期與第一期即發現低很多，但國人乳癌在第二期及以後發現的比率佔百分之七十，較美國的百分之卅高許多，罹患乳癌的年齡層也較歐美地區年輕十歲(國民健康局，2002)。為早期診斷乳癌及早期治療以降低乳癌死亡率，婦女應該更加重視乳房自我檢查與定期至醫院做乳癌篩檢。台灣婦女往往因為害羞或以為自己不會罹患乳癌，沒有養成定期至醫院接受專科醫師檢查的習慣，女性必需改變這種觀念，定期做乳房篩檢才能避免悲劇。國外研究結果顯示，乳房自我檢查雖然簡單

而且成本較低，但多數女性無法正確執行，因此乳房自我檢查無法有效降低乳癌的死亡率，西方國家利用族群隨機試驗，證明乳房攝影術應用於五十歲以上婦女大規模篩檢時，每三年一次可以降低百分之卅的乳癌死亡率。基於此理由，針對五十歲以上的婦女，歐美國家乃制定每三年接受乳房攝影術檢查的篩檢政策(Bailey, 2000)。國內的研究分析也顯示無論由提升國民健康或成本效益的觀點來看，均應該將乳房超音波及乳房攝影列入女性健檢項目(陳美燕，2003)。

由於現今生活水準提高，傳播媒體發達，加上網際網路資訊流通之迅速便捷，使得個人在資健康資訊的取得非常方便，社會大眾對於個人的健康也越來越重視，針對預防保健的需求日益增加，以往是疾病發生症狀才到醫療院所接受治療，而現在的民眾則是定期進行疾病篩檢，以求達到早期發現早期治療的境界。然而由以上資料顯示台灣地區女性乳癌，在第二期及以後發現的比率佔百分之七十，可知對於乳癌的防治尚未達到定期篩檢，早期發現，早期治療的狀態，針對此種情況要如何改善，首先要了解接受乳癌篩檢與不接受乳癌篩檢之女性在各方面有何差異，本研究探討其差異可分為資訊來源因素、健康信念因素、人口學變項因素三個構面。再就醫療服務提供者而言，目前醫療機構可以提供的醫療服務項目雖然很多，但民眾對品質的要求卻是越來越高，究竟女性在接受乳癌篩檢時，何者才是其重視的就醫選擇因素及現有的服務有何

缺失，也是本研究之欲探討的項目，以便醫療服務提供者做為改善醫療品質的方向，及未來行銷的重點，進而提供更高品質的醫療服務。

## 第二節 研究目的

- 一、探討影響女性是否接受乳癌篩檢之相關因素
- 二、探討女性接受乳癌篩檢之就醫選擇因素
- 三、女性乳癌篩檢的經驗與滿意度

## 第二章 文獻探討

本章共分為五節，第一節乳癌介紹、第二節消費者購買決策模式、第三節病人選擇就醫因素相關研究、第四節資訊來源及第五節健康信念。

### 第一節 乳癌介紹

#### 一、 台灣乳癌現況

乳癌是由乳房乳腺管細胞或是腺泡細胞經由不正常分裂、繁殖所形成之惡性腫瘤。這些惡性腫瘤除了侵犯局部器官，更可能轉移到遠處器官如骨骼、肺、肝、腦等，而破壞身體重要器官的功能，造成身體健康之損害，甚至危害生命。民國八十三年癌症登記報告顯示，乳癌的發生率為女性好發癌症的第二位，每年約新增二千一百位乳癌患者，經由適當的治療，乳癌的十年存活率平均達百分之六十，第一期乳癌的存活率則高達百分之八十，零期乳癌甚至接近百分之百（國家衛生研究院，1998）。

#### 二、 乳癌的診斷

乳癌最重要的臨床表徵是可觸摸到的乳房腫塊。許多婦女摸到腫塊後，常因無其他症狀，如疼痛或表面皮膚變化，而自覺無事，延遲就醫，



延誤病情。婦女應於月經結束後一星期，自我檢查乳房，摸到任何腫塊，即刻就醫。但由於乳房自我檢查對早期乳癌的發現幫助有限，文獻報告能正確執行乳房自我檢查的比例在美國僅有 32% (Wei, 2000)，澳洲也只有 44% (Budden, 1995)，因此必需藉助其他方式，如乳房 X 光攝影及乳房超音波，偵測出觸診無法發現的零期或第一期乳癌，(周宜宏，1998) 以進一步降低死亡率。有危險因子的婦女，35 歲起應接受醫師檢查，並安排超音波檢查，40 歲開始做第一次乳房 X 光攝影，以後用乳房超音波及 X 光攝影交替檢查，50 歲後篩檢則以乳房 X 光攝影為主。若乳房 X 光攝影或超音波出現密集的顯微鈣化點或不規則邊緣腫塊、或其他疑似乳癌變化時，則應以立體定位做大範圍切除，並送病理組織石蠟切片檢查 (國家衛生研究院，1998)。

大規模使用乳房攝影來篩檢乳癌這方面在瑞典 Uppsala County 地區曾針對年齡介於 40-69 歲的四萬三千名女性進行大規模乳房攝影來篩檢乳癌，結果在每一千名受檢者可發現五個乳癌病例(Thurfjell, 1994)。而根據英國 NHS Breast Screening Program(NHSBSP)分別針對年齡介於 50-64 歲及 65-69 歲女性進行為期三年的大規模乳癌篩檢，結果顯示可以提高乳癌的診斷率且可以降低乳癌防治的成本 (Moss, 2001)。

### 三、 乳癌的危險因子

依國家衛生研究院(1998)之乳癌危險因子之定義：

1. 高危險群 (致癌相對機率大於4倍) :

一側乳房得過乳癌、特殊家族史 (停經前得過兩側乳癌) 及乳房切片有不正常細胞增生現象者。

2. 次高危險群 (致癌相對機率大於2-4倍) :

母親或姐妹得過乳癌、第一胎生育在三十歲以後、未曾生育者、停經後肥胖、卵巢癌及子宮內膜癌患者及胸部大量放射線照射者。

3. 略高危險群 (致癌相對機率1.1-1.9倍) :

中量飲酒、初經在12歲以前及停經在55歲以後者。

4. 可能危險因子 (未確定)

口服避孕藥及更年期荷爾蒙補充者。

#### 四、乳癌的分期

依 Singletar (2000)之乳癌分期定義 :

零期：即原位癌，為最早期乳癌，癌細胞仍在乳腺管基底層內。

第一期：腫瘤小於兩公分以下的浸潤癌且腋下淋巴結無癌轉移。

第二期：腫瘤在兩公分至五公分之間的浸潤癌;或腫瘤小於兩公分但腋下淋巴結有癌轉移。

第三期：局部廣泛性乳癌，腫瘤大於五公分的浸潤癌且腋下淋巴結有任何癌轉移或有胸壁皮膚的浸潤乳癌。

第四期：轉移性乳癌，已有遠處器官轉移(如肝、肺、骨)等。

## 第二節 消費者購買決策模式

Engel (1993) 認為購買行為有兩種含意，可分為狹義及廣義之定義。狹義購買行為，指「個人以金錢代替品交換財貨及勞務之行動，以及導致此行動之決策過程」。而廣義購買行為則除了消費者行為外，尚包括社交組織以及各級中間商之採購行為。故本節將購買決策過程相關理論作探討。

### 一、 購買行為類型

Kotler (2000) 認為購買行為乃消費者整個冗長的決策過程中最終結果。其消費決策亦隨購買決策類型而異，複雜與昂貴的購買決策需要購買前的深思熟慮及更多參與者。Assael 根據購買者涉入程度和品牌間差異性，區別出四種消費者購買行為類型。如下圖。

表 2-1 四種購買行為類型

	高涉入	低涉入
品牌間差異大	複雜購買決策	尋求變化的購買決策
品牌間差異小	降低失調的購買決策	習慣性購買決策

資料來源:Henry Assael, 1987

所謂複雜購買決策是指，消費者在一購買中，知道品牌間有顯著差異。當產品昂貴，不經常購買，且需高度自我表達特色，消費者會高度涉入此種決策。一般而言，消費者並不熟悉產品類別，必須多方學習。消費者經由先發展對某一產品，及其屬性的信念，然後作一謹

慎購買選擇決策的學習過程。

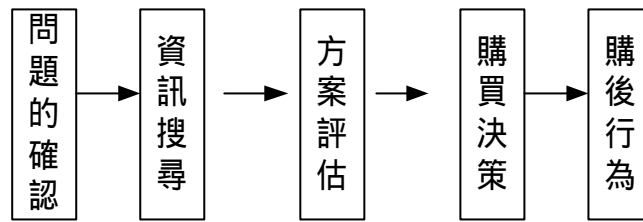
降低失調的購買決策是指消費者對一購買是高度涉入，但看不出品牌間有何差異。之所以高涉入，是因產品昂貴、不經常買、且高風險。此時，消費者可能基於價格合理或便宜或購買方便，很快下決策。

習慣性購買決策是指許多產品是在低涉入與無顯著的產品差異情況下購買。若拿與以前相同的品牌，是出於習慣，並非品牌忠誠度高。消費者於低成本、經常購買的產品涉入極低。

尋求變化的購買決策是指，有些購買決策是低涉入，但品牌間有顯著差異，因此消費者常作品牌轉換。

## 二、 購買決策過程

Engel ( 1993 ) 認為消費者購買決策模式可分為五個階段：問題的確認 ( problem recognition )、資訊搜尋 ( information search )、方案評估 ( evaluation of alternatives )、購買決策 ( purchase decision )、購後行為 ( post purchase behavior )。此一模式意謂著消費者在購買一項產品時，均會經歷所有的五個階段。更清楚來說，購買過程在真正購買以前即開始，且購買後很久才有歸結。



資源來源：Kotler( 2000) , Marketing management

圖 2- 1 購買決策過程的五階段模式

以下為購買決策過程的五階段模式：

### 1. 問題的確認

購買過程乃始於消費者感受到實際狀況與其所欲狀況間存在的差距，消費者受到刺激而想要縮短這個差距。

### 2. 資訊搜尋

購買者在確認需要之後，消費者資訊的來源可歸類為四種。

(1)個人來源 ( personal source )：包括家庭、朋友、鄰居及熟人。

(2)商業資訊 ( commercial source )：包括廣告、銷售員、經銷商、包裝及展示。

(3)公共來源 ( public source )：包括大眾傳播媒體、消費者評鑑機構。

(4)經驗來源 ( experiential source )：包括處理，檢查及使用的經驗。

### 3. 方案評估

消費者蒐集資訊之後，即須評估各種可能的方案，方案評估最常用的是認知導向（cognitively oriented）模式。該模式認為消費者主要是基於有意識及理性基礎，來作產品的判斷。消費者為要滿足其需要，會從一些產品組合中去尋找某些利益。消費者會將每一項產品看成一組屬性的組合，消費者應用不同的評估程序在具有多種屬性的事物之間作一抉擇。

### 4. 購買決策

Kotler（2000）認為，影響決策過程的因素，可分為個人特性差異、人員影響的角色、產品特性對採用速度的影響等三大項。依序說明如下：

#### (1) 個人特性差異

創新的公司應該研究早期採用者的人口統計變數、心理變數和媒體特性，以便能直接溝通。

#### (2) 人員影響的角色

人員影響在新產品採用上有相當的作用。此是指一個人透過對產品敘述及印象，影響另一個人的態度和購買意向。但是人員影響的強度，在不同國家和產品類別間仍有差異。像日本、南韓及台灣等國具高脈絡文化，人口組成單純，有

相近的文化、社會背景，人際間理念溝通和傳遞。因此口碑效果的影響在日本、南韓及台灣等國家較顯著。

#### 5. 購買後評估

雖然購買行為已經發生，但是購買後評估的好壞可以決定消費者是否認可這一次的購買經驗以及未來如果有相似需求時，消費者是否會再一次購買。

### 第三節 病人選擇就醫因素相關研究

醫療服務在目前愈趨競爭的醫療環境下，了解民眾的需求是非常重要的。在非急診的緊急情況下，如果要尋求醫療服務，民眾通常會有足夠的時間來考慮其選擇方案，如醫院因素、醫師因素、醫療品質、交通便利因素等，在眾多的影響因素中，民眾對每一項因素的重視程度不同，進而影響其選擇。

在各項民眾選擇醫療機構各項因素相關研究方面，國外的研究有部份學者( Berkowitz and Flexne, 1981; Egunjoubi, 1983 )研究結果顯示「醫療品質」為民眾選擇醫療機構因素中最重要。另外，也有學者( Taylor and Capella, 1996 )的研究結果顯示「離家近/方便性」為民眾醫療機構因素中最重要。其他，還有「新科技與設備」( Inguanzo and Harju, 1985 )、「員工的素質」( Lane and Lindquist, 1988 )、「有禮貌的醫院員工」( Powills, 1987 )、「醫師的推薦」( Fisher and Anderson, 1990 )為最重要選擇因素。

在國內選擇醫療機構因素的相關研究中，研究結果發現最重要的因素大多均與醫師相關，部份學者( 高明瑞等，1995；王乃弘等，1996；周鴻儒，1997 )指出「醫術」最重要。另有部份學者( 曾倫崇，1999 )的研究結果則指出「醫德」最重要。

在探討某健檢診所會員對服務屬性之期望水準與組織績效之研



究結果發現需迫切改善的屬性，包括「醫師解說清楚」、「專科醫師會診」、「專科醫師會診」及「後續服務」等，大部分與醫療專業水準有關（羅萱，2001）。而針對台北市三家醫學中心眼科門診 184 位就診民眾就醫選擇原因與滿意度研究結果，發現就醫選擇原因方面，病人會選擇醫學中心的原因，多數是因為醫師的醫術好，其次是醫院聲譽好、離家近交通方便及親朋好友介紹等因素。就滿意程度方面，眼科門診病人對護理人員、眼科醫師之服務態度表示非常滿意及滿意者居多；而令人最不滿意的是「等待看病時間」以及「等掛號排隊時間」（徐淑芬，2001）。探討高雄縣市婦產科醫院之預產婦選擇醫院之關鍵因素及其決策行為所做的研究結果，發現預產婦對醫師之醫德、醫術、及態度、醫療儀器先進及齊全、環境空間整潔舒適等因素最為重視，此外，在基層醫療院所，儀器先進齊全特別重要；科別完整性則為醫學中心及區域醫院預產婦所關注。對醫院的態度和就醫後的滿意度也呈現顯著正相關。大專以上學歷、或家庭月所得 10 萬元以下之預產婦對醫院之滿意度稍低（陳筱華，2001）。

以中部某區域醫院的門診患者以問卷方式進行就醫因素重要性調查結果：(1)病患返院就醫因素重要性前五名依序為：醫療儀器、醫術、醫師的素質與陣容、醫院的環境與衛生、醫師對病情的解說，而醫療儀器首先躍升為民眾最重視的考慮因素。(2)就醫態度前五名依

序為：醫術，護理人員的服務態度，醫師的親切度，醫師對病情的解說，醫療儀器。(3)在返院就醫因素重要性的因素分析中共有五個因素分別是：醫護品質，儀器設備，等候時間，停車方便性及地點(張肅婷，2000)。

在民眾選擇醫師因素相關研究方面，國外的研究方面，Gochman (1985)指出「溝通」為最重要因素；MacStravic(1987)指出「關心」為最重要因素；Schleff and Shaffer(1987)指出「禮貌」為最重要因素等。

本研究架構中之就醫選擇因素，將國內外選擇醫療機構相關因素及選擇醫師相關因素匯整於此問卷量表中，以衡量民眾在選擇接受乳房篩檢時考慮之因素。

## 第四節 資訊來源

根據不同的資訊來之分類方式，一般的分類是將資訊來源區分為非人際來源及人際來源兩大類，前者主要是大眾傳播媒體，後者則為一般所謂之口傳資訊。

在 Westbrook & Fornell ( 1979 )的研究中，嘗試將家電用品消費者分為不同的四種資訊搜尋類型，其用三方面資訊來源：人際來源、店內來源及中立來源來衡量搜尋程度。

Beak、Mazis、Salop & Stalien ( 1981 )將外部資訊分為直接檢驗產品、公正第三者和賣方來源三種。

Robertson、Zielinski & Ward ( 1984 )於所著的消費者行為書中，以是否為行銷人員可控制及是否為人際來源兩個構面將資訊來源分為下列四種：

- (1) 可為行銷人員控制且屬人際來源，如銷售員。
- (2) 可為行銷人員控制且非人際來源，如廣告和銷售點展示。
- (3) 不可為行銷人員控制且屬人際來源，如親友之口碑和專家意見。
- (4) 不可為行銷人員控制且非人際來源，如社論或新聞。

Berkman & Gilson( 1986 )的研究發現消費者的資訊來源主要有下列方面：

- (1) 行銷人員可支配的來源，如廣告、零售據點展示。
- (2) 人際來源，如親戚、朋友、同學和銷售人員。
- (3) 客觀來源，如消費者報導和新聞。

Brown & Reingen (1987) 認為在決策過程中的資訊來源，在人際來源的部分，可依消費者與建議來源間關係的密切程度加以分類，可分為下列兩種：

- (1) 親密關係者：與消費者的關係相當密切且相當了解消費者。如家人、親戚、朋友等。
- (2) 疏遠關係者：與消費者的關係相識或者根本完全不認識。如消費者基金會的人員或一些專業機構單位的專家。

Peter & Olson (1993) 則將資訊來源分為以下五大類：

- (1) 內部資訊來源：這個資訊來源消費者僅需較低的努力就可取得而且可信度高。
- (2) 人際關係資訊來源：這個資訊來源消費者也是僅需較低的努力就可取得而且可信度高。
- (3) 行銷資訊來源：這個資訊來源消費者同樣也是僅需較低的努力就可取得但是可信度較低。
- (4) 公共報導：這個資訊來源消費者需要較高的努力才可取得但是可

信度高。

- (5) 經驗：這個資訊來源消費者同樣需較高的努力才可取得但是可信度高。

但並非所有的消費者對所有的來源都有相同程度的重視，有關各種訊息來源的相對重要性的研究相當多，Engel 等人( 1993 )提出五點一般性的結論：

- (1) 消費者很少僅參考一種來源，大部份都使用多種來源。而且，不同的媒體通常都是互補的而非替代的。
- (2) 大眾傳播媒體，不管是否由行銷人員所控制，在高涉入決策裡，都僅扮演告知的功能。
- (3) 在高涉入的決策情況中，印刷媒體較電傳媒體重要。
- (4) 就決定性影響上而言，非由行銷人員所控制的來源，特別是口傳，是最重要的。因為由親戚或朋友口中得知的消息是比較可信可靠且清楚的。
- (5) 由行銷人員控制的來源，在必須提供屬性資料以供消費者判斷產品或服務的性質時，扮演著很重要的角色。

一般而言，人際—非行銷人員所能控制的來源，是最重要的訊息來源，其次是人際—行銷人員所能控制的來源，最後則是非人際—非行銷

人員所能控制的來源。

近年來大規模的媒體宣導活動，如全民健康保險的宣導已顯現在經費分配與民眾獲知消息來源之排序上有所差距。根據蔡鶯鶯(1999)之研究，八十六年度的健保教育宣導經費其中利用的宣導管道所支出的經費中比較分析發現，健保宣導使用的媒體管道經費分配，以平面媒體(35%)與宣導活動(29%)為主。而民眾主要獲知健保訊息的管道以電視為最(70%)，其次為平面媒體。且民眾自健保局主辦的活動獲知健保訊息的比例較低，此一現象呈現出媒體管道的經費配置與受訪者知悉健保訊息管道來源有差距。

國外研究顯示是否願意定期做完整乳癌與子宮頸癌篩檢與是否了解此兩種癌症危險因子、存活率、家庭收入、教育程度均有關係(Pearlman, 1999)。針對40歲以上非洲裔美國婦女研究顯示年齡、婚姻狀態、教育程度、與朋友討論及相信早期發現乳癌可以治癒對於接受乳房攝影來篩檢有正向影響(Husaini, 2001)。而要促進婦女參加乳癌篩檢以下五種策略較為有效包括寄邀請函、寄衛教資料、打電話、寄邀請函合併打電話、舉辦活動直接提醒(Bonfill, 2001)。

## 第五節 健康信念

健康信念模式是從 1950 年代開始發展，早期的研究者 Becker (1974)，Rosentock (1988)和 Kirscht (1988)等人發展出健康信念模式主要的變項包括：

- (一) 自覺罹患性(perceived susceptibility):是指一個人感覺自己會罹患某種疾病的可能性。
- (二) 自覺嚴重性(perceived severity):是指一個人感覺罹患某種疾病的嚴重程度；嚴重程度的高低可由兩方面來判斷，一是當一個人想到此病時引起的情緒高低(emotion arousal)，一是個人認為此病對他可能造成的阻礙大小(difficulty)。
- (三) 自覺行動利益(perceived benefits of taking action):一個人會採取某種健康行為，可能因這種行為會減少疾病的威脅；即個人覺得某種行為愈會降低自己罹患某種疾病的可能性或嚴重性，則他愈會去實行這種行為。
- (四) 自覺行動障礙(perceived barriers of taking action):指個人所感覺到的採取某種行為是有益的，但採取了這種行為後卻造成不方便或不愉快、花錢、花時間，甚至痛苦、挫折等，則此障礙就會影響行為。
- (五) 行動的線索(cues to action):是指某些因子可以激發個人採取某種

健康行為，這些因子可以是內在的(如對自己身體狀況的感覺)或外在的(如大眾傳播、人際間的互動)。當自覺罹患性及自覺嚴重性程度愈低時，所須的激發因子的刺激強度就要愈強。

(六) 自我效能(self-efficacy):自我效能是指一個人相信自己能成功地執行一項可以達到預期健康結果的健康行為,尤其是和生活習慣有關的行為改變及養成。

(七) 健康動機(health motivation):動機是指一個人採取行為的傾向 (general tendency to engage in), 例如個人是否平日注重身體健康的保養、有做例行性身體檢查等,並且願意尋求資源以促進身體健康。

民眾利用醫療行為的目的在恢復或維持健康狀態，其涉及了文化、政治、經濟、社會、心理等因素，因為醫療的專業性及資訊的不對等使其與一般消費行為不同，為瞭解民眾對於利用醫療行為與醫療照護體系實際的差異，學者專家開始發展健康信念模式，其中以 Andersen 的醫療服務利用行為模式較為廣泛應用。

Andersen 的模式自 1968 年提出，至今已約 35 年的歷史，並廣泛地被醫療經濟學家或心理學家應用。本模式跳脫僅由個人觀點考量的理論，以整個可能影響醫療服務利用的系統性觀點來研究行為，同時兼顧理論的完整性和實證的可行性，故此模式被廣泛應用於利用醫療行為和



醫療服務利用的研究。1995年時 Andersen 本身對此模式的發展作了回顧，將模式發展分成四個時期，目的是希望使此模式更加完整而且釐清影響醫療服務利用的因素，此處僅敘述其第一階段醫療服務利用行為模式。

- 第一階段醫療服務利用行為模式

醫療服務利用行為模式開始發展於 1960 年代晚期，初期模式將影響人們使用醫療服務的因素區分為三類：

1. 傾向因素 ( predisposing characteristics )

指疾病發生之前，有哪些特質的人比較傾向於使用醫療服務。共有三個層面：人口學特徵 ( demographic ) 如年齡、性別、婚姻狀況、家庭成員數等。社會結構 ( social structure ) 如教育程度、職業類別、社經地位、宗教信仰等。健康信念 ( health beliefs ) 如個人對健康及健康服務的態度、價值及知識等。

2. 能力因素 ( enabling resources )

指個人獲得醫療服務的能力。共包括兩個層面：個人/家庭資源 ( personal/family resources )：如家庭收入、存款、健康保險等。社會資源 ( community resources )：如社區醫療資源的多寡、醫療資源的可近性、醫療服務價格、就醫時間與候診時間等。

3. 需要因素 ( need )

指個人感受到某些醫療需要後才產生求醫行為。亦包括兩個層面：自覺健康與疾病狀況 (perceived)：如自述身體功能障礙、自述病徵與自評健康狀況等。疾病的臨床評估 (evaluated)：如醫護人員在臨床對個人生理、心理及社會健康狀況的評估等。

上述三類因素的關係為傾向因素直接影響能力因素，再影響需要因素，最後影響健康服務的使用，其關係如圖二表示。

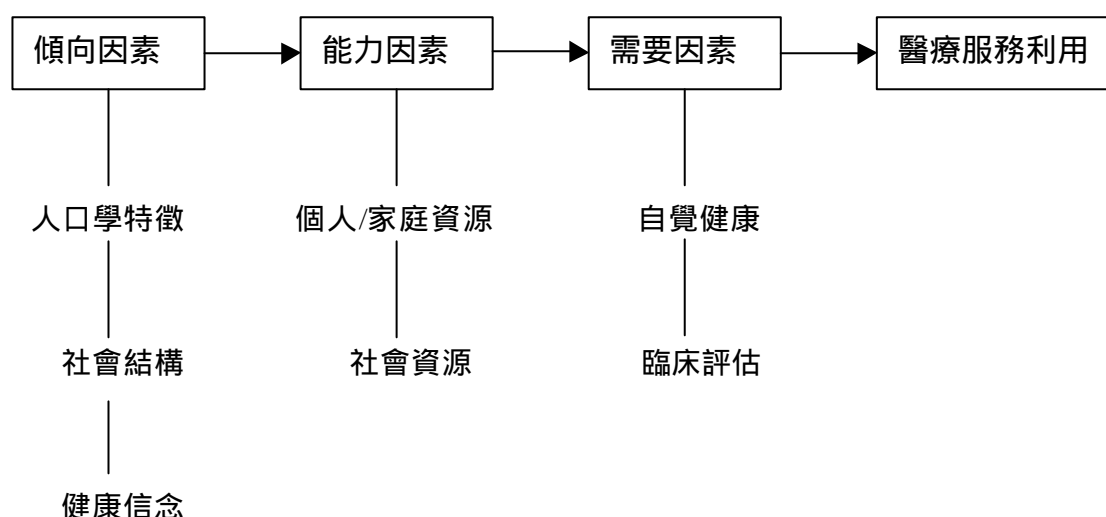


圖 2-2 第一階段醫療服務利用行為模式

(資料來源：Andersen,1995)

在此發展階段中，Andersen 特別指出模式中各個概念可改變的程度不一可供醫療政策擬定之參考。

在以健康信念模式分析鹿谷鄉民的肝癌篩檢行為的研究發現，年齡、篩檢行為與正向動機呈顯著正相關，與罹患性的認知呈顯著負相關。此外是否務農與肝癌篩檢行為呈顯著負相關。未來篩檢的意願與篩檢利益呈顯著正相關，與篩檢障礙呈顯著負相關。此外未來篩檢的

意願與目前的篩檢行為也呈顯著正相關。該研究發現正向動機與篩檢利益的認知，會分別影響篩檢行為與未來接受篩檢的意願。該研究也發現篩檢障礙與篩檢行為和與將來接受篩檢的意願均呈負相關(李卓倫，1987)。

另一研究發現年齡、婚姻、教育程度、職業、健康信念與醫療服務利用具有顯著性相關；高、低利用者之社會支持程度在統計上並無顯著之差異，惟高利用者略高於低利用者；在交通時間、就醫總花費時間、自覺健康狀況、自覺疾病數及自覺症狀數與醫療服務利用，在統計上各具有顯著性差異；年齡、婚姻、自覺健康狀況、自覺症狀數、自覺疾病數是影響保險對象醫療服務利用的重要因素(林四海，2000)。

針對影響乳癌高危險群婦女執行乳癌篩檢行為之因素研究結果顯示 20(含)歲以上乳癌高危險群婦女，能夠每月定期執行乳房自我檢查為 27.2%；35 歲(含)以上之乳癌高危險群婦女，能夠每年定期執行乳房攝影檢查及臨床乳房檢查各為 33.7%，39.4%；因此年齡、定期乳房自我檢查及乳癌知識，能影響乳癌高危險群婦女執行乳房自我檢查(羅雪，2001)。

針對自費健康檢查的民眾所做的研究顯示 73.2%，檢查動機為自發的，而年齡與癌症家族史與檢查動機有顯著相關(唐憶淨，1997)。

對於全民健康保險子宮頸抹片檢查之利用度的研究顯示低年齡、

家庭主婦及教育程度在高中畢業者的利用率較高，高齡、農林漁牧工作者、國小(含)教育程度以下者利用率較低 (黃月桂，1998)。

美國國家癌症研究所於 1999 年所做的研究利用電話訪談 814 位年齡在 65 歲以上的女性發現僅有 57% 的受訪者知道每 1-2 年應接受乳房攝影以做篩檢，約有 1/3 的受訪者表示不再像年輕時那麼在意罹患乳癌(Eisner EJ, 2003)。在 1994-95 年於美國 North Carolina 針對兩所大學醫學中心的 71 位非洲裔婦女與 71 位白種婦女(均為乳癌患者的一等親，為乳癌高危險群)進行電話訪談，發現對乳癌危險因子有無正確知識並不影響其篩檢行為(Royak-Schaler R, 2002)。

### 第三章 研究方法

本研究方法共分為五節，第一節為研究架構、第二節為研究假設、第三節為研究變項定義及衡量、第四節為資料來源與問卷設計及第五節資料分析方法。

#### 第一節研究架構

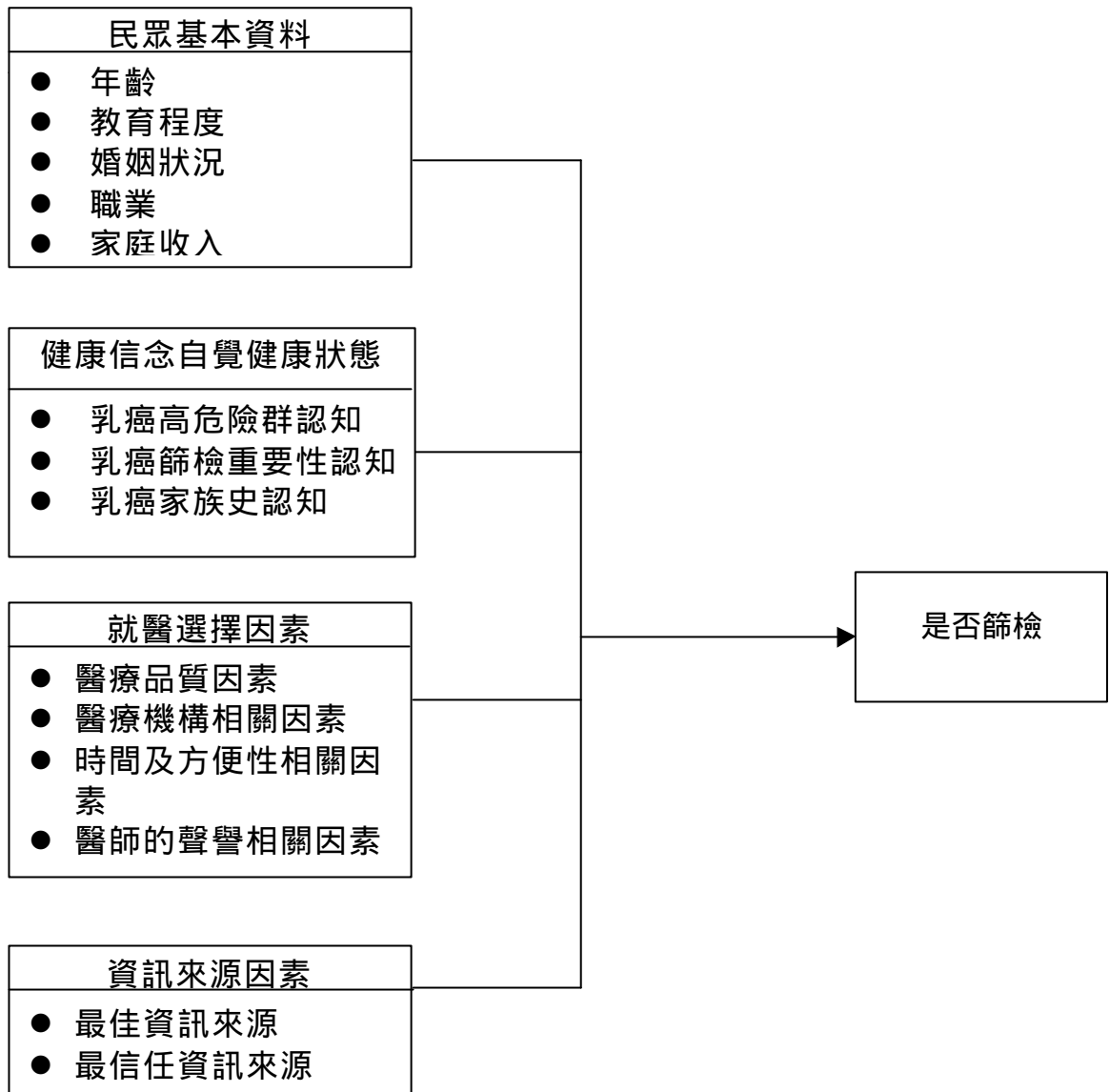


圖 3- 1 研究架構

## 第二節 研究假設

本研究的假設：

- 一、 民眾基本資料對有無乳房篩檢有顯著影響
- 二、 民眾資訊來源對有無乳房篩檢有顯著影響
- 三、 民眾健康信念對有無乳房篩檢有顯著影響
- 四、 民眾就醫選擇因素對有無乳房篩檢有顯著影響

### 第三節 研究變項定義及衡量

本研究之變數由研究架構中衍生而來，包括民眾基本資料、健康信念、就醫選擇因素、媒體接觸行為變項。

1. 民眾基本資料：包括年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、家庭收入、生育子女數、是否得過乳房疾病。
2. 健康信念：包括自覺健康狀態、乳癌高危險群認知、乳癌篩檢重要性認知、乳癌家族史認知。
3. 就醫選擇因素：包括醫療品質因素、醫療機構相關因素、時間及方便性相關因素、醫師的聲譽相關因素。
4. 資訊來源：包括最佳資訊來源、最信任資訊來源。

表 3- 1 研究變項名稱、定義與屬性一覽表

變項名稱	變項操作型定義	變項種類
● 民眾基本資料		
年齡	民眾實際年齡，資料處理時以類別處理之	類別變項
教育程度	國小(含)以下、國中、高中職、專科、大學(含)以上	類別變項
職業	無、學生、軍公教、工、商、自由業、服務業、其他	類別變項
家庭平均月收入	3 萬元以下(含 3 萬元)、3-6 萬元(含 6 萬元)、6-9 萬元(含 9 萬元)、9-12 萬元(含 12 萬元)、大於 12 萬元等五項	序位變項
婚姻狀況	已婚(包含離婚、分居、喪偶)、未婚	類別變項
生育子女數	無生育、1 個子女、2 個子女、3 個子女、4 個子女(含以上)	類別變項
知道罹患乳癌的危險因子	知道、不知道	類別變項
● 健康信念		
您得乳癌的機率與一般人相比	低、一樣、高、不知道	類別變項
乳癌篩檢對乳癌預防及早期發現的重要性	非常重要、很重要、重要、不重要、非常不重要	序位變項
罹患乳癌的恐懼感	非常不擔心、不擔心、有點擔心、擔心、非常擔心	序位變項
乳癌篩檢後可以消除多少	完全消除、大部分消除、部分消除、大部分不會消除、	序位變項
您對罹患乳癌的恐懼程度	完全不會消除	序位變項
做乳房自我檢查	是、否	類別變項
乳房自我檢查技巧的熟悉度	不熟悉、略熟悉、熟悉、非常熟悉	類別變項
乳房自我檢查結果的正確性	沒把握、略有把握、有把握、非常有把握	類別變項
多久再自我檢查乳房一次	未再檢查過、不定期、每週、每月、每三個月、每六個月、每年、其他	類別變項
多久至醫療機構檢查乳房一次	未再檢查過、不定期、每月一次、每三個月一次、每六個月一次、每年一次、每兩年一次	類別變項
平常到何種醫療機構檢查	衛生所、診所、醫院	類別變項
周邊認識的人有得乳癌的情形	沒有、有(對象為家人、其他親戚、朋友、同事)	類別變項
● 資訊來源構面		
最方便取得「乳癌」相關資訊的途徑	「聽親友談過」、「聽收音機廣播」、「從醫療院所衛教單張」、「翻閱報章、雜誌廣告專題」、「診間的宣傳海報」、「看電視專題報導」、「醫師主動告知」、「查閱相關書籍」、「透過網際網路」、「其他」等十項	類別變項
最佳資訊之來源	「聽親友談過」、「聽收音機廣播」、「醫療院所衛教資料」、「報章、雜誌廣告專題」、「相關書籍」、「電視專題報導」、「透過網際網路」、「其他」等八項	類別變項



變項名稱	變項操作型定義	變項種類
● 就醫選擇因素		
	[ 採李克特量表五分法 ( Likert Scale ) 1~5 分來計分：非常重視為 5 分，重視為 4 分，普通為 3 分，有點重視為 2 分，不重視為 1 分 ]	
醫師的醫術		等距變項
醫師的名氣		等距變項
醫師是否為熟識的醫師		等距變項
醫師是否為女性醫師		等距變項
醫師問診的態度		等距變項
病情解說的詳細程度		等距變項
護理人員的態度		等距變項
親朋好友推薦		等距變項
檢查時的隱私性		等距變項
醫療機構的環境衛生		等距變項
醫療機構的名氣		等距變項
儀器設備新穎		等距變項
檢查結果的時效性		等距變項
候診時間的長短		等距變項
交通時間的長短		等距變項
停車的方便性		等距變項
就醫師年齡來說，您希望	年輕(30-40 歲)、中年(40-50 歲)、年長(50 歲以上)、	類別變項
看診醫師的年齡	無意見	

#### 第四節 資料來源與問卷設計

本研究對象以台中縣某區域教學醫院一般外科門診診療之女性為研究對象。主要樣本從某區域教學醫院一般外科門診診療之女性，以立意取樣的方式，由民國九十一年十一月至九十二年二月進行收集。

本研究共發出 1000 問卷，回收 619 份有效問卷，回收率為 61.9%，有效問卷其中未篩檢者問卷 338 份，已篩檢者問卷 281 份。本研究的測量工具為參考相關文獻及研究而設計的結構式問卷。由訪員以面對面方式訪問。問卷效度評估以專家效度評估，在擬定問卷初稿之後，請國內的學者專家與醫師，協助評估問卷內容的適切性。再根據學者專家與醫師所提供的建議，修訂問卷的內容。問卷信度方面，本研究以受訪者就醫選擇因素而言，Cronbach 係數為 0.86，受篩檢者滿意度而言，Cronbach 係數為 0.93。

## 第五節 資料分析方法

### 一、 樣本總體性分析

主要針對回收的問卷調查，以次數及百分比的方式，描述整體樣本中民眾基本資料、資訊來源、健康信念的分布情形及趨勢。

### 二、 敘述性及雙變項分析

針對未篩檢者及已篩檢者兩群，以次數及百分比的方式，說明民眾基本資料、資訊來源、健康信念、乳癌篩檢經驗及滿意度與就醫選擇因素，使用卡方檢定是否接受乳癌篩檢之女性在各因素是否有顯著差異。

### 三、 羅吉斯(Logistic)迴歸分析

本研究為進一步了解影響女性是否進行乳癌篩檢之相關因素，因此進行羅吉斯(Logistic)迴歸分析，以探討女性是否接受乳癌篩檢之影響因素。

## 第四章 研究結果

本研究結果共分為三節，第一節為樣本整體性分析，主要針對回收的問卷調查描述整體樣本分布情形及趨勢；第二節為敘述性及雙變項分析，描述未篩檢者及已篩檢者兩群樣本分布情形，及利用卡方檢定來分析變項之間是否達到統計上的相關；第三節為針對是否接受乳癌篩檢之女性在卡方檢定中有顯著差異者進行羅吉斯迴歸分析之結果。

### 第一節樣本整體性分析

#### 一、 整體樣本之人口學變項因素

回收有效問卷之人口學變項因素(表 4-1)，其中整體樣本年齡之分布，以 40-49 歲佔 30.26% 最多，其次為 30-39 歲佔 29.93%，以 60 歲以上佔 3.62% 最少，是否如國外文獻報告 (Eisner EJ, 2003) 超過 65 歲以後，做乳癌篩檢的意願就大幅降低，因此 60 歲以上受訪者很少。就學歷來看，整體樣本以專科佔 35.06% 最多，其次為高中職佔 20.94%，國中佔 12.18% 最少。

就職業別來看，整體樣本以『其他職業』佔 36.72% 為最多，其次為自由業佔 20.82%，此外學生佔 3.77% 為最少，可能和年齡因素有關。就平均月收入來看，整體樣本以 3-6 萬元佔 37.40% 為最多，其次為 3 萬元以下佔 32.45%，每月收入在 12 萬元以上者佔 3.62% 最少。

就婚姻狀況來看，整體樣本已婚佔 74.68%。就生育子女數來看，整體樣本以有兩個子女者佔 30.51%最多，其次為無子女者佔 27.90%，一個子女者佔 8.97%最少。是否得過任何的乳房疾病此項目，結果顯示整體樣本中 76.87%沒有得過任何乳房疾病，23.13 %得過乳房疾病。

## 二、 整體樣本之資訊來源因素

資訊來源因素(表 4-2)中，最方便取得乳癌相關資訊的來源此項，結果整體樣本以醫療院所衛教資料佔 36.57%為最多，其次方便資訊來源是看電視專題報導佔 16.34%，第三方便取得乳癌相關資訊的來源為翻閱報章、雜誌廣告專題佔 12.78%。除醫師外最信任的資訊來源，此項結果整體樣本以醫療院所衛教資料佔 61.40%為最多，其次信任資訊來源是看電視專題報導佔 11.07%，第三信任資訊的來源為相關書籍佔 10.75%。

## 三、 整體樣本之健康信念因素

健康信念因素(表 4-3)中，就罹患乳癌危險因子認知來看，整體樣本中答不知道者佔 38.44%，知道者佔 61.56%。對於自認得乳癌機率之了解來看，此項結果整體樣本以自認機率較高者佔 39.74%為最多，其次為自認機率較低者佔 29.74%。

針對乳癌篩檢對乳癌預防及早期發現的重要性來看，整體樣本以自認非常重要者 70.80%為最多；其次整體樣本是自認很重要者佔 22.35%；整體樣本自認非常不重要者是 0%。

就罹患乳癌恐懼感此項目來看，整體樣本以自認有點擔心者佔 41.75% 最多，其次是自認擔心者佔 26.05%，以非常不擔心者佔 1.13% 為最少。認為乳癌篩檢可以消除罹患乳癌恐懼感來看，此項整體樣本以大部分消除者佔 47.48% 為最多；其次為部分消除佔 34.73%；以完全不會消除者佔 1.68% 為最少。

是否進行乳房自我檢查此項，結果顯示整體樣本 77.02% 有進行乳房自我檢查；對乳房自我檢查技巧的熟悉度此項，整體樣本答略熟悉者佔 51.66% 為最多；其次為自認熟悉者佔 28.63%；自認非常熟悉者佔 2.90% 最少。對乳房自我檢查正確性有無把握此項目，整體樣本以有把握者佔 47.05% 為最多；其次為略有把握者佔 37.34%；沒把握者佔 0.21% 最少。對乳房自我檢查的頻率此項目，整體樣本以不定期檢查者佔 62.08% 為最多；其次為每月檢查者佔 23.96%；其餘自我檢查的頻率均少於 10%。就認識的人得乳癌情形此項目，整體樣本答有者佔 43.28%。

## 第二節敘述性及雙變項分析

### 一、 女性是否接受乳癌篩檢之人口學變項因素

回收有效問卷之人口學變項因素(表 4-1), 其中受訪者年齡之分布以未篩檢者中 29 歲以下佔 39.47%, 其次為 30-39 歲佔 30.86%, 60 歲以上佔 2.97% 最少; 已篩檢者中以 40-49 歲佔 42.28% 最多, 其次為 30-39 歲佔 28.68%, 60 歲以上佔 4.41% 最少; 卡方檢定分析可以看出受訪者年齡與是否接受乳癌篩檢達到統計顯著差異(  $p < 0.05$  )。

就受訪者學歷來看, 未篩檢者以專科佔 43.20% 最多, 超過其他年齡層兩倍以上, 其次為大學以上佔 19.23%, 國中佔 7.99% 最少; 已篩檢者在高中職(26.98%)、專科(25.18%)及國小以下(22.30%)三者比例較接近, 以大學以上佔 8.27% 最少; 卡方檢定分析可以看出受訪者學歷與是否接受乳癌篩檢達到統計顯著差異(  $p < 0.05$  )。

就受訪者職業別來看, 未篩檢者及已篩檢者均以『其他職業』為最多, 分別是未篩檢者佔 44.71%, 已篩檢者佔 26.16%; 未篩檢者次多職業為自由業佔 24.77%, 其餘職業均在 10% 以下; 已篩檢者次多職業為無職業者佔 21.51%, 其餘職業較少; 卡方檢定分析可以看出是否接受乳癌篩檢與受訪者職業達到統計顯著差異(  $p < 0.05$  )。

就受訪者平均月收入來看, 未篩檢者及已篩檢者均以 3-6 萬元為最多, 分別是未篩檢者佔 36.36%, 已篩檢者佔 38.63%, 其次未篩檢者及

已篩檢者均以 3 萬元以下為最多，分別是未篩檢者佔 34.55%，已篩檢者佔 29.96%，每月收入在 12 萬元以上者在未篩檢者(3.64%)及已篩檢者(3.61%)均最少；卡方檢定分析可以看出是否接受乳癌篩檢與受訪者平均月收入未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )，此可能是在全民健保制度下，民眾就醫較沒有財務上負擔的關係。

就受訪者婚姻狀況來看，未篩檢者已婚佔 61.72%，未婚佔 38.28%；已篩檢者大多已婚佔 90.32%，未婚佔 9.68%。卡方檢定分析可以看出是否接受乳癌篩檢與受訪者婚姻狀態達到統計顯著差異(  $p<0.05$  )，此可能是未篩檢者平均年齡較輕的原因。

就受訪者生育子女數來看，未篩檢者以無子女者佔 41.37%最多，其次為有兩個子女者佔 25.00%，有一個子女者佔 8.33%最少；已篩檢者以有兩個子女者佔 37.18%最多，其次為有三個子女者佔 29.60%，有一個子女者佔 9.75%最少。卡方檢定分析可以看出是否接受乳癌篩檢與受訪者生育子女數達到統計顯著差異(  $p<0.05$  )。

受訪者是否得過任何的乳房疾病此項目，結果顯示未篩檢者中 96.13% 沒有得過任何乳房疾病，3.87% 得過乳房疾病；已篩檢者中 53.60% 沒有得過任何乳房疾病，46.40% 得過乳房疾病。卡方檢定分析可以看出是否接受乳癌篩檢與受訪者是否得過乳房疾病此因素達到統計顯著差異(  $p<0.05$  )



## 二、 女性是否接受乳癌篩檢之資訊來源因素

受訪者資訊來源因素(表 4-2)中,最方便取得乳癌相關資訊的來源此項,結果未篩檢者及已篩檢者均以醫療院所衛教資料為最多,分別是未篩檢者佔 39.64%,已篩檢者佔 32.86%;其次方便資訊來源未篩檢者及已篩檢者均是看電視專題報導,分別是未篩檢者佔 17.16%,已篩檢者佔 15.36%,最方便取得乳癌相關資訊的來源第三位均為翻閱報章、雜誌廣告專題,分別是未篩檢者佔 10.95%,已篩檢者佔 15.00%,已篩檢者第四位是醫師主動告知僅佔 14.29%。進行卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者最方便取得乳癌相關資訊的來源』均達到統計顯著差異( $p<0.05$ )。

在一般民眾心目中,醫師當然是最信任的醫療資訊來源,本研究先將醫師排除,再看民眾心目中何者是最信任的資訊來源,此項結果未篩檢者及已篩檢者仍均以醫療院所衛教資料為最多,分別是未篩檢者佔 61.40%,已篩檢者佔 62.72%,其次信任資訊來源,未篩檢者是相關書籍佔 14.29%,已篩檢者是看電視專題報導佔 11.47%;卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者除醫師外最信任的資訊來源』均達到統計顯著差異( $p<0.05$ )。

## 三、 女性是否接受乳癌篩檢之健康信念因素

受訪者健康信念因素(表 4-3)中,就罹患乳癌危險因子認知來看,未

篩檢者不知道佔 32.63%，知道者佔 67.37%；已篩檢者不知道佔 45.36%，知道者佔 54.64%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者罹患乳癌危險因子認知』達到統計顯著差異( $p<0.05$ )。

對於受訪者自認得乳癌機率之了解來看，此項結果未篩檢者及已篩檢者均以自認機率較高者為最多，分別是未篩檢者佔 46.25%，已篩檢者佔 32.26%；其次為自認機率較低者，未篩檢者佔 29.13%，已篩檢者佔 30.47%；已篩檢者不知道者佔 22.58%。進行卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者自認得乳癌機率』達到統計顯著差異( $p<0.05$ )。

受訪者針對乳癌篩檢對乳癌預防及早期發現的重要性來看，未篩檢者及已篩檢者均自認非常重要者為最多，分別是未篩檢者佔 66.37%，已篩檢者佔 76.17%；其次未篩檢者及已篩檢者均是自認很重要者，分別是未篩檢者佔 24.70%，已篩檢者佔 19.49%；未篩檢者與已篩檢者自認非常不重要者都是 0%。進行卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者乳癌篩檢對乳癌預防及早期發現的重要性』達到統計顯著差異( $p<0.05$ )。

就受訪者罹患乳癌恐懼感此項目來看，未篩檢者以自認有點擔心者佔 47.63%最多，其次是自認擔心者佔 25.44%；已篩檢者也是以自認有點擔心者佔 34.64%最多，其次是自認非常擔心者佔 33.21%；以非常不

擔心者為最少，分別是未篩檢者佔 0.89%，已篩檢者佔 1.43%。進行卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者罹患乳癌恐懼感』達到統計顯著差異(  $p < 0.05$  )。

受訪者認為乳癌篩檢可以消除罹患乳癌恐懼感來看，此項未篩檢者及已篩檢者均以大部分消除者為最多，分別是未篩檢者佔 50.78%，已篩檢者佔 43.68%；其次未篩檢者及已篩檢者均為部分消除，分別是未篩檢者佔 34.48%，已篩檢者佔 35.02%；以完全不會消除者為最少，分別是未篩檢者佔 0.63%，已篩檢者佔 2.89%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者認為乳癌篩檢可以消除罹患乳癌恐懼感』未達到統計顯著差異(  $p > 0.05$  )。

受訪者是否進行乳房自我檢查此項，結果顯示未篩檢者 69.53%有進行乳房自我檢查，30.47%未進行乳房自我檢查；已篩檢者 86.07%有進行乳房自我檢查，13.93%未進行乳房自我檢查。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者是否進行乳房自我檢查』達到統計顯著差異(  $p < 0.05$  )。

受訪者對乳房自我檢查技巧的熟悉度此項，未篩檢者及已篩檢者超過一半受訪者均以略熟悉為最多，分別是未篩檢者佔 50.00%，已篩檢者佔 53.31%；其次未篩檢者及已篩檢者均為自認熟悉者，分別是未篩檢者佔 31.67%，已篩檢者佔 25.62%；自認非常熟悉者在未篩檢者及已篩檢

者最少，分別是未篩檢者佔 2.08%，已篩檢者佔 3.72%。卡方檢定分析。由表可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者乳房自我檢查技巧的熟悉度』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

受訪者對乳房自我檢查正確性有無把握此項目，未篩檢者及已篩檢者均以有把握為最多，分別是未篩檢者佔 50.42%，已篩檢者佔 42.74%；其次未篩檢者及已篩檢者均為略有把握，分別是未篩檢者佔 32.77%，已篩檢者佔 41.08%；沒把握者在未篩檢者及已篩檢者均最少，分別是未篩檢者佔 0.42%，已篩檢者佔 0%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者乳房自我檢查正確性有無把握』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

受訪者對乳房自我檢查的頻率此項目，未篩檢者及已篩檢者均以不定期檢查者為最多，分別是未篩檢者佔 66.39%，已篩檢者佔 57.85%；其次未篩檢者及已篩檢者均為每月檢查者，分別是未篩檢者佔 18.07%，已篩檢者佔 29.75%；其餘自我檢查的頻率均少。在認識的人得乳癌此項目，未篩檢者答沒有者佔 59.52%，認識的人有得乳癌者佔 40.48%；已篩檢者答沒有者佔 53.28%，認識的人有得乳癌者佔 46.72%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『受訪者自我檢查的頻率』因素達到統計顯著差異(  $p<0.05$  )。

#### 四、 女性乳癌篩檢的經驗與滿意度

已篩檢者乳癌篩檢的滿意度，本項目以 Likert's 五分評量法將滿意度分為非常不滿意(1分)、不滿意(2分)、普通(3分)、滿意(4分)、非常滿意(5分)，各項目滿意度平均值(表 4-4)以檢查時的隱私性(4.2)及醫療機構的環境衛生(4.2)為最佳；其次為醫師的醫術(4.1)、醫師問診的態度(4.1)、病情解說的詳細程度(4.1)、護理人員的態度(4.1)及儀器設備新穎(4.1)；醫師的名氣(3.9)反而居後；滿意度最差為候診時間的長短(3.4)。

已篩檢者乳癌篩檢的經驗(表 4-5)在從以前至現在共做過幾次乳癌篩檢此項目，回答一次者佔 38.49%最多，其次為回答二次者佔 23.74%，回答四次者佔 7.55%最少。對上一次乳癌篩檢結果是否滿意此項目(表 4-5)，回答很滿意者佔 38.99%最多，其次為滿意者佔 29.60%，非常不滿意者(1.44%)最少。已篩檢者至醫療機構檢查的頻率此項目(表 4-5)，以不定期檢查者佔 39.1%為最多，其次為每年檢查一次者佔 19.4%，每三個月檢查一次者佔 13.3%。到何種醫療機構檢查的項目中(表 4-5)，到醫院檢查者佔 90.77%最多，到診所檢查者(5.90%)與到衛生所檢查(3.32%)都非常少。

在自覺有無乳房方面症狀與篩檢動機此項目(為複選，表 4-6)自覺有乳房症狀者，回答身體健康檢查有異常者佔 38%最多，其次為醫師宣導者佔 25%及媒體宣導者佔 25%，其他者佔 9.7%最少；自覺沒有乳房症

狀者回答其他者佔 90% 最多，其次為查閱過書籍者佔 84%。

## 五、 女性接受乳癌篩檢之受訪者就醫選擇因素

本項目將就醫選擇因素分為不重視、有點重視、普通、重視及非常重視，各項目結果如下(表 4-7)：醫師的醫術此項目，未篩檢者及已篩檢者均以非常重視為最多，分別是未篩檢者佔 58.6%，已篩檢者佔 57.9%，其次未篩檢者及已篩檢者均為重視，分別是未篩檢者佔 35.8%，已篩檢者佔 36.8%，未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0.3%，已篩檢者佔 0%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『醫師的醫術』就醫選擇因素未醫師的名氣此項目，未篩檢者及已篩檢者均以重視為最多，分別是未篩檢者佔 44.9%，已篩檢者佔 52.9%；其次未篩檢者為普通(33.3%)，而已篩檢者為非常重視(25.0%)。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『醫師的名氣』達到統計顯著差異( $p > 0.05$ )。

是否為熟識的醫師此項目，未篩檢者及已篩檢者均以重視為最多，分別是未篩檢者佔 39.1%，已篩檢者佔 41.6%；其次未篩檢者為普通(28.9%)，而已篩檢者為非常重視(27.7%)。醫師是否為女性醫師此項目，未篩檢者及已篩檢者均以重視為最多，分別是未篩檢者佔 32.8%，已篩檢者佔 32.4%；其次未篩檢者及已篩檢者均為普通，分別是未篩檢者佔

27.6%，已篩檢者佔 29.3%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『醫師是否為熟識的醫師』達到統計顯著差異( $p < 0.05$ )。

醫師問診的態度此項目，未篩檢者及已篩檢者均以非常重視為最多，分別是未篩檢者佔 51.2%，已篩檢者佔 50.7%；其次未篩檢者及已篩檢者均為重視，分別是未篩檢者佔 40.5%，已篩檢者佔 41.4%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0%，已篩檢者佔 0.3%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『醫師問診的態度』未達到統計顯著差異( $p > 0.05$ )。

病情解說的詳細程度此項目，未篩檢者及已篩檢者均以非常重視為最多，分別是未篩檢者佔 57.9%，已篩檢者佔 54.5%；其次未篩檢者及已篩檢者均為重視，分別是未篩檢者佔 35.9%，已篩檢者佔 39.4%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0%，已篩檢者佔 0.3%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『病情解說的詳細程度』未達到統計顯著差異( $p > 0.05$ )。

護理人員的態度此項目，未篩檢者及已篩檢者均以重視為最多，分別是未篩檢者佔 47%，已篩檢者佔 47.1%；其次未篩檢者及已篩檢者均為非常重視，分別是未篩檢者佔 35.2%，已篩檢者佔 42.5%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『護理人員的態度』未達到統計顯著差異( $p > 0.05$ )。

親朋好友推薦此項目，未篩檢者以普通為最多佔 36.2%，其次為重視佔 35.9%；已篩檢者以重視為最多佔 35.7%，其次為非常重視佔 28.2%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 2.6%，已篩檢者佔 3.2%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『親朋好友推薦』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

檢查時的隱私性此項目，未篩檢者及已篩檢者均以非常重視為最多，分別是未篩檢者佔 58.9%，已篩檢者佔 56.3%；其次未篩檢者及已篩檢者均為重視，分別是未篩檢者佔 29.3%，已篩檢者佔 34.8%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『檢查時的隱私性』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

醫療機構的環境衛生此項目，未篩檢者及已篩檢者均以非常重視為最多，分別是未篩檢者佔 46.6%，已篩檢者佔 52.5%；其次未篩檢者及已篩檢者均為重視，分別是未篩檢者佔 45.1%，已篩檢者佔 42.9%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0%，已篩檢者佔 0%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『醫療機構的環境衛生』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

醫療機構的名氣此項目，未篩檢者以重視為最多佔 47.3%，其次為普通佔 29.6%；已篩檢者以重視為最多佔 51.1%，其次為非常重視佔 29.6%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『醫療機構的



名氣』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

儀器設備新穎此項目，未篩檢者以重視為最多佔 45.6%，其次為非常重視佔 45.3%；已篩檢者以非常重視為最多佔 53.9%，其次為重視佔 39.6%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0%，已篩檢者佔 0%。檢查結果的時效性此項目，未篩檢者及已篩檢者均以非常重視為最多，分別是未篩檢者佔 41.7%，已篩檢者佔 45.4%；其次未篩檢者及已篩檢者均為重視，分別是未篩檢者佔 39.6%，已篩檢者佔 42.5%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0%，已篩檢者佔 0.71%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『儀器設備新穎』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

候診時間的長短此項目，未篩檢者及已篩檢者均以重視為最多，分別是未篩檢者佔 46.5%，已篩檢者佔 47.3%；其次未篩檢者為普通佔 26%，已篩檢者為非常重視佔 32.6%；未篩檢者及已篩檢者均以不重視為最少，分別是未篩檢者佔 0.8%，已篩檢者佔 1.4%。卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『候診時間的長短』達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

希望看診醫師的年齡此項目，未篩檢者及已篩檢者均以中年為最多，分別是未篩檢者佔 44.65%，已篩檢者佔 39.71%，其次未篩檢者及已篩檢者均為無意見，分別是未篩檢者佔 33.33%，已篩檢者佔 35.38%。

卡方檢定分析可以看出『是否接受乳癌篩檢』與『希望看診醫師的年齡』未達到統計顯著差異(  $p>0.05$  )。

### 第三節羅吉斯迴歸分析

此部份對本研究「民眾基本資料」、「資訊來源」、「健康信念」及「就醫選擇因素」之四大自變項進行多變項分析(詳見表 4-9)。依變項為「是否做過乳癌篩檢」，針對雙變項分析中有達到統計上顯著意義的各變項，採用羅吉斯迴歸(Logistic Regression)分析，探討在控制其他變項後，各自變項和依變項之相關。

整個羅吉斯迴歸模式中，當某一自變項的勝算比(Odds Ratio)為 1 時，表示在控制其他變項之效應時，此自變項與依變項沒有相關；但若勝算比大於 1 時，表示在控制其他變項之效應時，此自變項與依變項存在正相關；但若勝算比小於 1 時，表示在控制其他變項之效應時，此自變項與依變項存在負相關。

在個人基本資料方面，控制其他變項之效應後，「受訪者年齡」、「受訪者是否得過乳房疾病」和「受訪者是否有做乳癌篩檢」達到統計之顯著水準( $p < 0.05$ )，其他因素則不顯著；由表 4-9 中進一步得知，在受訪者年齡方面，每增加一歲，其預期勝算比為 1.05，表示受訪者年齡每大一歲，其會進行乳癌篩檢的機率便增加 1.05 倍，愈會進行乳癌篩檢；受訪者得過乳房疾病者較沒有得過乳房疾病者，其預期勝算比為 16.89，表示得過乳房疾病者，會進行乳癌篩檢的機率為沒有得過乳房疾病者的 16.89 倍。在受訪者資訊來源方面，控制其他變項之效應後，「是否有做

乳癌篩檢」和資訊來源因素均未達到統計之顯著水準。

在受訪者健康信念方面，控制其他變項之效應後，「乳癌的危險因子認知」、「自認得乳癌機率認知」、「是否有做乳房自我檢查」和「是否有做乳癌篩檢」等三項因素達到統計之顯著水準 ( $p < 0.05$ )，其他因素則不顯著；由表 4-9 中進一步得知，在受訪者乳癌的危險因子認知方面，知道者較不知道者會進行乳癌篩檢之機率為 0.475 倍，顯示對於罹患乳癌的危險因子有認知，反而不會進行乳癌篩檢；在受訪者自認得乳癌機率較一般人相比方面，自認得乳癌機率比一般人高者相較於不知道者，其會進行乳癌篩檢之機率為 2.41 倍；在受訪者是否有做乳房自我檢查方面，有做乳房自我檢查者較沒有做乳房自我檢查者會進行乳癌篩檢之機率為 4.12 倍。顯示對於受訪者中自認得乳癌機率較一般人高及有做乳房自我檢查者較會進行乳癌篩檢。

在受訪者就醫選擇因素方面，控制其他變項之效應後，「重視與醫師的熟識度」和「是否有做乳癌篩檢」達到統計之顯著水準 ( $p < 0.05$ )，其他因素則不顯著；由表 4-9 中可以進一步得知，「與醫師的熟識度」的重視程度答普通者會進行乳癌篩檢之機率為答非常不重視者之 3.3 倍，答重視者會進行乳癌篩檢之機率為答非常不重視者之 2.74 倍，答非常重視者會進行乳癌篩檢之機率為答非常不重視者之 6.02 倍，顯示受訪者中重視與醫師的熟識度者較會進行乳癌篩檢。

表 4-1 基本資料

	總數		未篩檢		已篩檢		$\chi^2$ 檢定
	N	%	N	%	N	%	
<b>年齡</b>							
29 歲以下	162	26.64	133	39.47	29	10.66	
30-39	182	29.93	104	30.86	78	28.68	
40-49	184	30.26	69	20.47	115	42.28	82.75*
50-59	58	9.54	20	5.93	38	13.97	
60 歲以上	22	3.62	10	2.97	12	4.41	
<b>學歷</b>							
國小以下	108	17.53	46	13.61	62	22.30	
國中	75	12.18	27	7.99	48	17.27	
高中職	129	20.94	54	15.98	75	26.98	53.77*
專科	216	35.06	146	43.20	70	25.18	
大學以上	88	14.29	65	19.23	23	8.27	
<b>職業</b>							
無	91	14.92	31	9.37	60	21.51	
學生	23	3.77	17	5.14	6	2.15	
軍公教	40	6.56	12	3.63	28	10.03	
工	66	10.82	26	7.85	40	14.34	64.81*
商	39	6.39	15	4.53	24	8.60	
自由業	127	20.82	82	24.77	45	16.13	
其他	224	36.72	148	44.71	76	26.16	
<b>平均月收入</b>							
3 萬以下	197	32.45	114	34.55	83	29.96	
3-6 萬元	227	37.40	120	36.36	107	38.63	
6-9 萬元	104	17.13	55	16.67	49	17.69	1.55
9-12 萬	57	9.39	29	8.79	28	10.11	
大於 12 萬	22	3.62	12	3.64	10	3.61	
<b>婚姻狀況</b>							
已婚	460	74.68	208	61.72	252	90.32	66.63*
未婚	156	25.32	129	38.28	27	9.68	
<b>生育子女數</b>							
無	171	27.90	139	41.37	32	11.55	
1 個	55	8.97	28	8.33	27	9.75	
2 個	187	30.51	84	25.00	103	37.18	71.12*
3 個	133	21.70	51	15.18	82	29.60	
4 個以上	67	10.93	34	10.12	33	11.91	
<b>是否得過任何的乳房疾病</b>							
沒有	472	76.87	323	96.13	149	53.60	154.81*
有	142	23.13	13	3.87	129	46.40	

\* : p<0.05

表 4-2 資訊來源

	總數		未篩檢		已篩檢		x <sup>2</sup> 檢定
	N	%	N	%	N	%	
最方便資訊來源							22.13*†
聽親友談過	52	8.41	28	8.28	24	8.57	
聽收音機廣播	12	1.94	9	2.66	3	1.07	
從醫療院所衛教資料	226	36.57	134	39.64	92	32.86	
翻閱報章、雜誌廣告專題	79	12.78	37	10.95	42	15	
診間的宣傳海報	34	5.50	18	5.33	16	5.71	
看電視專題報導	101	16.34	58	17.16	43	15.36	
醫師主動告知	62	10.03	22	6.51	40	14.29	
查閱相關書籍	31	5.02	20	5.92	11	3.93	
透過網際網路	13	2.10	10	2.96	3	1.07	
其他	8	1.29	2	0.59	6	2.14	
最信任資訊來源							23.69*†
親友推薦	49	7.98	26	7.74	23	8.24	
收音機廣播	11	1.79	9	2.68	2	0.72	
醫療院所衛教資料	377	61.40	202	60.12	175	62.72	
報章、雜誌廣告專題	33	5.37	11	3.27	22	7.89	
相關書籍	66	10.75	48	14.29	18	6.45	
電視專題報導	68	11.07	36	10.71	32	11.47	
透過網際網路	4	0.65	3	0.89	1	0.36	
其他	6	0.98	1	0.30	5	1.79	

\* : p<0.05 † : Fisher's exact p-value

表 4-3 健康信念

	總數		未篩檢		已篩檢		$\chi^2$ 檢定
	N	%	N	%	N	%	
罹患危險因子							10.41*
不知道	236	38.44	109	32.63	127	45.36	
知道	378	61.56	225	67.37	153	54.64	
得乳癌機率							24.01*
低	182	29.74	97	29.13	85	30.47	
一樣	91	14.82	50	15.02	41	14.7	
高	244	39.74	154	46.25	90	32.26	
不知道	95	15.47	32	9.61	63	22.58	
及早發現重要性							11.84*†
非常不重要	0	0.0	0	0	0	0	
不重要	8	1.31	8	2.38	0	0	
重要	34	5.55	22	6.55	12	4.33	
很重要	137	22.35	83	24.7	54	19.49	
非常重要	434	70.80	223	66.37	211	76.17	
患乳癌恐懼感							55.68*†
非常不擔心	7	1.13	3	0.89	4	1.43	
不擔心	62	10.03	51	15.09	11	3.93	
有點擔心	258	41.75	161	47.63	97	34.64	
擔心	161	26.05	86	25.44	75	26.79	
非常擔心	130	21.04	37	10.95	93	33.21	
消除恐懼感							0.32†
完全不會消除	10	1.68	2	0.63	8	2.89	
大部分不會消除	25	4.19	13	4.08	12	4.33	
部分消除	207	34.73	110	34.48	97	35.02	
大部分消除	283	47.48	162	50.78	121	43.68	
完全消除	71	11.91	32	10.03	39	14.08	
自我檢查							23.68*
否	142	22.98	103	30.47	39	13.93	
是	476	77.02	235	69.53	241	86.07	
自我檢查--熟悉度							2.99
不熟悉	81	16.80	39	16.25	42	17.36	
略熟悉	249	51.66	120	50	129	53.31	
熟悉	138	28.63	76	31.67	62	25.62	
非常熟悉	14	2.90	5	2.08	9	3.72	

\* :  $p < 0.05$  † : Fisher's exact p-value

表 4-3 健康信念 (續)

	總數		未篩檢		已篩檢		$\chi^2$ 檢定
	N	%	N	%	N	%	
自我檢查--正確性							4.98†
沒把握	1	0.21	1	0.42	0	0	
略有把握	177	37.34	78	32.77	99	41.08	
有把握	223	47.05	120	50.42	103	42.74	
非常有把握	73	15.40	37	15.55	36	14.94	
自我檢查--多久檢查							19.02*†
從未檢查過	25	5.21	19	7.98	6	2.48	
不定期	298	62.08	158	66.39	140	57.85	
每月	115	23.96	43	18.07	72	29.75	
每三個月	18	3.75	9	3.78	9	3.72	
每六個月以上	9	1.88	3	1.26	6	2.48	
其他	15	3.13	6	2.52	9	3.72	
認識的人得乳癌情形							6.19
沒有	346	56.72	200	59.52	146	53.28	
有	264	43.28	136	40.48	128	46.72	

\* :  $p < 0.05$  † : Fisher's exact p-value



表 4- 4 已篩檢者乳癌篩檢的滿意度

	非常不滿意 (1)		不滿意 (2)		普通 (3)		滿意 (4)		非常滿意 (5)		平均數	標準差
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1.醫師的醫術	0	0	3	1.1	43	15	148	53	86	31	4.09	0.7
2.醫師的名氣	0	0	2	0.7	63	23	141	51	70	25	3.91	0.7
3.醫師是否為熟識的醫師	3	1.2	6	2.4	74	30	109	44	54	22	3.80	0.9
4.醫師是否為女性醫師	6	2.7	17	7.6	78	35	93	42	29	13	3.60	0.9
5.醫師問診的態度	0	0	4	1.4	40	14	147	53	88	32	4.08	0.7
6.病情解說的詳細程度	1	0.4	8	2.9	46	16	140	50	84	30	4.09	0.8
7.護理人員的態度	1	0.4	2	0.7	46	16	151	54	79	28	4.10	0.7
8.檢查時的隱私性	1	0.4	3	1.1	47	17	135	49	91	33	4.24	0.7
9.醫療機構的環境衛生	0	0	2	0.7	35	13	152	54	91	33	4.22	0.6
10.醫療機構的名氣	0	0	1	0.4	54	19	160	58	62	22	3.98	0.6
11.儀器設備新穎	0	0	3	1.1	43	15	158	57	74	27	4.08	0.7
12.檢查結果的時效性	1	0.4	4	1.4	67	24	143	51	63	23	3.97	0.7
13.候診時間的長短	4	1.4	33	12	83	30	114	41	45	16	3.43	1.0
14.交通時間的長短	1	0.4	16	5.9	105	38	108	40	43	16	3.50	0.9
15.停車的方便性	3	1.1	18	6.5	89	32	109	39	57	21	3.52	0.9

註：此評量方式以 Likert's 五分量表評量

表 4- 5 已篩檢者乳癌篩檢的經驗

	N	%
已篩檢者從以前至現在共做過幾次乳癌篩檢		
一次	107	38.49
二次	66	23.74
三次	41	14.75
四次	21	7.55
五次以上	43	15.47
已篩檢者對上一次乳癌篩檢結果是否滿意		
非常不滿意	4	1.44
不滿意	8	2.89
滿意	82	29.60
很滿意	108	38.99
非常滿意	75	27.08

	N	%
已篩檢者至醫療機構檢查時間		
未再檢查過	21	7.53
不定期	109	39.06
每月一次	3	1.08
每三個月一次	37	13.26
每六個月一次	45	16.13
每年一次	54	19.35
每兩年一次	10	3.58
已篩檢者受檢機構		
衛生所	9	3.32
診所	16	5.90
醫院	246	90.77

表 4- 6 已篩檢者就醫動機(複選)

	有自覺有乳房症狀		未自覺有乳房症狀	
	N	%	N	%
家人親友有得乳房疾病	57	24	181	76
家人親友的建議	49	21	189	79
醫師宣導	59	25	179	75
媒體宣導	59	25	179	75
查閱過書籍	38	16	200	84
身體健康檢查有異常	91	38	147	62
其他	23	97	215	90

表 4- 7 就醫選擇因素—卡方檢定

		不重視	有點重視	普通	重視	非常重視	$\chi^2$ 檢定
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
1. 醫師的醫術	未篩檢	1(0.3)	4(1.18)	14(4.14)	121(35.8)	198(58.6)	4.99†
	已篩檢	0(0.0)	0(0.0)	16(5.7)	103(36.8)	161(57.5)	
2. 醫師的名氣	未篩檢	9(2.68)	10(2.98)	112(33.3)	151(44.9)	54(16.1)	25.19*†
	已篩檢	7(2.5)	1(0.36)	54(19.3)	148(52.9)	70(25.0)	
3. 醫師是否為熟識的醫師	未篩檢	34(10.79)	20(6.35)	91(28.9)	123(39.1)	47(14.9)	23.35*
	已篩檢	14(5.24)	7(2.62)	61(22.9)	111(41.6)	74(27.7)	
4. 醫師是否為女性醫師	未篩檢	33(10.71)	25(8.12)	85(27.6)	101(32.8)	64(20.8)	62.63
	已篩檢	42(16.41)	15(5.86)	75(29.3)	83(32.4)	41(16.0)	
5. 醫師問診的態度	未篩檢	0(0.0)	4(1.19)	24(7.14)	136(40.5)	172(51.2)	1.62†
	已篩檢	1(0.36)	2(0.71)	19(6.79)	116(41.4)	142(50.7)	
6. 病情解說的詳細程度	未篩檢	0(0.0)	4(1.19)	17(5.04)	121(35.9)	195(57.9)	5.47†
	已篩檢	1(0.36)	0(0.0)	16(5.73)	110(39.4)	152(54.5)	
7. 護理人員的態度	未篩檢	4(1.18)	3(0.89)	53(15.7)	159(47.0)	119(35.2)	8.05†
	已篩檢	2(0.71)	2(0.71)	25(8.93)	132(47.1)	119(42.5)	
8. 親朋好友推薦	未篩檢	9(2.67)	24(7.12)	122(36.2)	121(35.9)	61(18.1)	12.04*
	已篩檢	9(3.21)	19(6.79)	73(26.1)	100(35.7)	79(28.2)	
9. 檢查時的隱私性	未篩檢	2(0.59)	5(1.48)	33(9.76)	99(29.3)	199(58.9)	4.23†
	已篩檢	2(0.72)	1(0.36)	22(7.89)	97(34.8)	157(56.3)	
10. 醫療機構的環境衛生	未篩檢	0(0.0)	4(1.19)	24(7.12)	152(45.1)	157(46.6)	4.66†
	已篩檢	0(0.0)	1(0.36)	12(4.29)	120(42.9)	147(52.5)	
11. 醫療機構的名氣	未篩檢	4(1.18)	7(2.07)	91(26.9)	160(47.3)	76(22.5)	12.41*†
	已篩檢	5(1.79)	4(1.43)	45(16.1)	143(51.1)	83(29.6)	
12. 儀器設備新穎	未篩檢	0(0.0)	1(0.3)	30(8.88)	154(45.6)	153(45.3)	5.18†
	已篩檢	0(0.0)	1(0.36)	17(6.07)	111(39.6)	151(53.9)	
13. 檢查結果的時效性	未篩檢	0(0.0)	7(2.07)	56(16.6)	134(39.6)	141(41.7)	8.42†
	已篩檢	2(0.71)	3(1.07)	29(10.4)	119(42.5)	127(45.4)	
14. 候診時間的長短	未篩檢	3(0.89)	9(2.66)	88(26.0)	157(46.5)	81(24.0)	10.94*†
	已篩檢	4(1.43)	5(1.79)	47(16.9)	132(47.3)	91(32.6)	
15. 交通時間的長短	未篩檢	6(1.78)	13(3.86)	105(31.2)	147(43.6)	66(19.6)	4.92
	已篩檢	6(2.16)	8(2.88)	69(24.8)	125(45.0)	70(25.2)	
16. 停車的方便性	未篩檢	11(3.27)	13(3.87)	97(28.9)	145(43.2)	70(20.8)	6.29
	已篩檢	5(1.8)	8(2.88)	67(24.1)	120(43.2)	78(28.1)	

\* :  $p < 0.05$  † : Fisher's exact p-value

表 4- 8 乳癌篩檢與醫師年齡之關係

	未篩檢		已篩檢		$\chi^2$ 檢定
	N	%	N	%	
無意見	106	33.33	98	35.38	8.70
年輕	24	7.55	11	3.97	
中年	142	44.65	110	39.71	
年長	46	14.47	58	20.94	

表 4-9 是否接受乳癌篩檢的羅吉斯迴歸結果

變項	迴歸係數	標準誤	Odds Ratio
常數項	-6.77	2.29	
年齡	0.05	0.02	1.05**
學歷(國小以下 <sup>a</sup> )			
國中	0.53	0.47	1.70
高中職	0.77	0.45	2.15
專科	0.81	0.51	2.24
大學以上	-0.37	0.57	0.69
職業(無職業 <sup>a</sup> )			
學生	0.36	0.80	1.43
軍公教	0.47	0.57	1.60
工	0.26	0.48	1.30
商	0.35	0.61	1.42
自由業	-0.64	0.44	0.53
其他	-0.33	0.42	0.72
婚姻狀態(未婚 <sup>a</sup> )			
已婚	0.17	0.44	1.19
生育子女數(無 <sup>a</sup> )			
一位子女	0.73	0.62	2.07
兩位子女	0.72	0.56	2.06
三位子女以上	0.73	0.56	2.07
乳房疾病史(無 <sup>a</sup> )			
有乳房疾病	2.83	0.38	16.89**
資訊來源			
最方便資訊(親友推薦 <sup>a</sup> )			
收音廣播	-0.59	1.11	0.56
院所衛教	0.25	0.49	1.28
報章雜誌	0.03	0.57	1.03
宣傳海報	-0.31	0.68	0.74
電視專題	0.26	0.53	1.30
醫師告知	0.64	0.61	1.89
查閱書籍	0.60	0.74	1.82
網際網路	-0.18	0.98	0.84
其他	0.56	1.24	1.74
最信任資訊(親友推薦 <sup>a</sup> )			
收音廣播	-0.08	1.16	0.92
院所衛教	0.14	0.48	1.15
報章雜誌	0.92	0.70	2.50
查閱書籍	-0.93	0.65	0.40
電視專題	-0.24	0.58	0.79
網際網路	-2.45	2.67	0.09

表 4-9 是否接受乳癌篩檢的羅吉斯迴歸

變項	迴歸係數	標準誤	Odds Ratio
<b>對乳癌健康信念</b>			
知道乳癌危險因子(不知道 <sup>a</sup> )	-0.74	0.31	0.48*
自認得乳癌機率(不知道 <sup>a</sup> )			
低	0.56	0.39	1.75
一樣	0.44	0.33	1.56
高	0.88	0.43	2.41*
乳癌篩檢對早期發現重要性 (非常不重要 <sup>a</sup> )			
不重要	2.15	1.37	8.61
重要	2.46	1.34	11.69
很重要	2.35	1.33	10.51
罹患乳癌的恐懼感(非常不擔心 <sup>a</sup> )			
不擔心	-1.66	1.10	0.19
有點擔心	-1.06	1.02	0.35
擔心	-0.75	1.03	0.47
非常擔心	-0.34	1.04	0.71
有乳房自我檢查(沒有 <sup>a</sup> )	1.42	0.50	4.12**
自我檢查頻率(從未檢查 <sup>a</sup> )			
不定期	-0.44	0.45	0.64
每個月	0.76	1.19	2.14
每三個月	0.72	0.51	2.05
每六個月及以上	-0.18	0.78	0.83
<b>就醫選擇因素(非常不重視<sup>a</sup>)</b>			
醫師名氣			
不重視	-1.63	1.51	0.20
普通	-0.45	0.77	0.64
重視	-0.37	0.75	0.69
非常重視	-1.08	0.81	0.34
與醫師熟識			
不重視	-0.24	0.78	0.79
普通	1.20	0.45	3.30*
重視	1.01	0.43	2.74*
非常重視	1.79	0.50	6.02**
親友推薦			
不重視	-0.27	0.81	0.76
普通	-0.37	0.70	0.69
重視	-0.05	0.70	0.95
非常重視	0.33	0.74	1.40
候診時間長短			
不重視	0.32	1.42	1.38
普通	-0.27	1.09	0.77
重視	0.12	1.08	1.13
非常重視	0.06	1.10	1.06

a : 代表參考組

\*\* : p<0.01

\* : p<0.05

## 第五章 討論

### 第一節 女性是否接受乳癌篩檢之人口學變項因素之探討

年齡與是否接受乳癌篩檢具有統計上之顯著意義，可能是因為台灣地區乳癌好發年齡乃由 35 歲開始( 國家衛生研究院，1998)，雖然 35 歲以下仍有乳癌發生的案例，但畢竟是少數，所以年輕女性雖然偶而會有乳房方面的症狀，但較不會感受乳癌的威脅，因此較不會有乳癌篩檢的需要，此與黃月桂( 1998 )所做子宮頸抹片檢查之利用度研究，顯示低年齡者利用率較低有相似的結果。就學歷來看總體樣本以專科及高中職較多，未篩檢者以專科、大學較多；已篩檢者反而以國小以下佔 22.3% ，加上國中佔 17.2%，合計 39.5%，較未篩檢者合計 21% 為多，可能反映出因為教育程度低，使其對乳癌不瞭解而有恐懼才來篩檢，未篩檢者因學歷較高，對乳癌危險因子及自己得乳癌的機率較明白，反而不做篩檢；就職業別來看，總體樣本以其他佔 36.7%，其次為自由業 20.8% 為最多；未篩檢者以「其他」佔 44.7% 為最多，其次為自由業佔 24.7%，其餘分佈均少；已篩檢者以其他佔 26.1% 及無業佔 21.5%，合計 47.6% 為最多，其餘分佈均少；答「其他」者最多，可能與某些受訪者為打零工，或兼做家庭代工無法明確歸類有關，此外也發現受訪者對於自由業的定義不清楚，無法正確回答；雖然卡方檢定分析呈現教育程度對於是

否篩檢具有統計上之顯著意義( $p<0.001$ )，但因為回答「其他」類別在未篩檢者佔 44.71%，而已篩檢者佔 26.16%，故無法做出有意義之結論。

就平均月收入來看，雖然國外的文獻有報告家庭收入與是否進行乳癌篩檢有相關(Pearlman, 1999)，但本研究卡方檢定分析呈現平均月收入之多寡對於是否篩檢並無統計上之顯著意義，此可能顯示出在全民健保制度下，民眾就醫的財務負擔低，進行乳癌篩檢並不會對民眾造成財務上的壓力。就婚姻狀況來看，未篩檢者以已婚佔 62.7%，已篩檢者以已婚佔 90.3%；卡方檢定分析呈現婚姻狀況對於是否篩檢具有統計上之顯著意義，也反應出已篩檢者一般年齡較大而已進入適婚年齡，所以已婚的情形會佔大多數。就生育子女數來看，未篩檢者以無子女者佔 41.37%最多，其次有兩個子女者佔 25%，；已篩檢者以有兩個子女者佔 37.18%及有三個子女者佔 29.6%，兩者即合計超過三分之二，無子女者反只有佔 11.55%，卡方檢定分析呈現生育子女數對於是否篩檢具有統計上之顯著意義( $p<0.001$ )，此種現象與年齡及婚姻狀況有相同之意義，因為未篩檢者年齡較輕且未婚者較多，而已篩檢者多數已結婚自然子女數較多。是否得過任何的乳房疾病此項目，結果顯示未篩檢者中 3.9%有得過任何乳房疾病，已篩檢者中 46.4%有得過任何乳房疾病；卡方檢定分析呈現是否得過任何的乳房疾病與是否篩檢具有統計上之顯著意義( $p<0.05$ )。羅吉斯迴歸分析顯示得過乳房疾病者會進行乳癌篩檢的機率



為沒有得過乳房疾病者的 16.89 倍，加上已篩檢者幾乎有一半得過乳房疾病，或許在與醫療人員的接觸中，得到更多的資訊，對疾病的認知及定期乳癌篩檢的重要性有深切的體會，所以進行乳癌篩檢的趨勢非常顯著；而未篩檢者中有乳房疾病者非常少，所以沒有動機促使其進行乳癌篩檢。

## 第二節 女性是否接受乳癌篩檢之資訊來源因素之探討

就最方便取得乳癌相關資訊的途徑而言，整體樣本、未篩檢者、已篩檢者均以醫療院所衛教資料為最多，顯示醫療院所衛教資料由於取得方便，而且閱讀較不受時間與空間的限制，所以方便性最佳，但此種資訊的傳遞就醫療機構而言是單向的，無法與民眾有互動，而且資訊傳遞的主動權在於民眾，Bonfill (2001) 之研究也發現寄衛教資料給婦女可以促進其參加乳癌篩檢；其次方便資訊來源在整體樣本、未篩檢者、已篩檢者均是看電視專題報導，但均在 20% 以下，在目前電子媒體極端發達的環境下，看電視可說是每個人每天都會進行的活動，或許與醫療法禁止醫療廣告有關；第三方便取得乳癌相關資訊的來源也都是翻閱報章、雜誌廣告專題，但比例都在 15% 以下，與看電視專題報導之比例偏低的原因應該一樣；最方便取得乳癌相關資訊的途徑由醫師主動告知此項已篩檢者佔 14.3%，較未篩檢者佔 6.5% 超過兩倍，代表已篩檢者較會經由就醫行為而獲得資訊。就除醫師外最信任的資訊來源，此項結果整體樣本、未篩檢者及已篩檢者也都以醫療院所衛教資料為最多，超過 60%，顯示醫療院所衛教資料在民眾心中具有一定之專業性，其次信任資訊來源也都是看電視專題報導，第三信任資訊的來源同樣為翻閱報章、雜誌廣告專題。雖然目前網際網路非常的發達，但在最方便取得與除醫師外最信任兩項資訊來源都在 3% 以下，可能與醫院位在梧棲鎮並非都會

區，或是女性較少使用網際網路有關；收音機廣播在最方便取得與除醫師外最信任資訊來源也都在 3% 以下，反映出現在生活形態中廣播已不是主要傳播媒介。卡方檢定分析呈現最方便取得乳癌相關資訊的途徑及除醫師外最信任的資訊來源與是否篩檢具有統計上之顯著意義，主要在於最方便取得乳癌相關資訊此項目醫師主動告知此項已篩檢者較未篩檢者過兩倍的关系。

### 第三節女性是否接受乳癌篩檢之健康信念因素之探討

就是否罹患乳癌危險因子認知來看，未篩檢者知道者佔 67.4%；已篩檢者知道者佔 54.6%，雖然國外文獻報告對乳癌危險因子有無正確知識不影響其篩檢行為( Royak-Schaler R, 2002 )，但本研究卡方檢定分析呈現是否罹患乳癌危險因子對於是否篩檢具有統計上之顯著意義 (  $p < 0.05$  )，此項可能為未篩檢者知道自己並非高危險群，因此不做篩檢；而已篩檢者因為處於不知道的狀態，造成心理不安，而來進行乳癌篩檢以求得確定之診斷。對於自認得乳癌機率之了解來看，卡方檢定分析呈現自認得乳癌機率之了解對於是否篩檢具有統計上之顯著意義 (  $p < 0.05$  )，而已篩檢者對自認得乳癌機率回答不知道者佔 22.6%，未篩檢者回答不知道者佔 9.6%，可視為已篩檢者對自認得乳癌機率與乳癌危險因子認知一樣處於不知道的狀態，因而造成心理不安，所以進行乳癌篩檢以求得確定之結果。可是未篩檢者自認機率較高者佔 46.3% 反而較多，是否因為其年齡較輕尚未進入好發年齡所以不篩檢。有關乳癌篩檢對乳癌預防及早期發現的重要性來看，未篩檢者自認非常重要者佔 66.37%，已篩檢者自認非常重要者佔 76.17%，兩者均高居首位，而已篩檢者自認非常不重要者與不重要者均為 0%，顯示已篩檢者較能體會乳癌篩檢對及早期發現的重要性，但未篩檢者自認非常重要者雖佔 66.37% 卻不篩檢，也可能是其年齡較輕尚未進入好發年齡層，所以不篩檢與前

兩項為同一因素；很重要與非常重要兩者合計在未篩檢者佔 91.1%，而在已篩檢者也合佔 95.6%，顯示民眾對於早期發現的重要性都有深刻的體認。

就罹患乳癌恐懼感而言，已篩檢者自認擔心者及非常擔心者共佔 60%，而未篩檢者自認擔心及非常擔心者僅佔 36%，顯示罹患乳癌恐懼感為促使其進行篩檢的重要因素。而認為乳癌篩檢可以消除恐懼感此項，未篩檢者與已篩檢者均集中於部分消除者及大部分消除者（各合計佔 85.1%及 78.7%），顯示乳癌篩檢無法完全去除女性心中之疑慮，此又可視為現今乳癌篩檢技術無法達到百分之百正確或是女性心理不安使然。是否進行自我檢查此項目，結果顯示民眾是否自我檢查乳房對於是否進行乳癌篩檢具有統計上之顯著意義，其意味著已篩檢者雖然自我檢查較多，但並無法消除恐懼感，此項又與乳房自我檢查正確性及熟悉度有無把握有關。乳房自我檢查正確性及熟悉度有無把握此項，卡方檢定分析呈現與是否篩檢均不具有統計上之顯著意義。乳房自我檢查熟悉度在已篩檢與未篩檢都有一半受訪者答略熟悉，答非常熟悉者均在 2-3%之間顯示衛教工作仍須加強，此結果可能為乳房自我檢查無法取代乳房超音波檢查及乳房攝影的緣故。在自我檢查的頻率項目，未篩檢者不定期檢查者佔 65.1%，與已篩檢者中不定期檢查者佔 56.2%，顯示超過一半的受訪者並未養成定期自我檢查的習慣，可能與前兩項之熟悉度與正

確性有關，次多之頻率出現在每月一次則是與月經有相關，因為乳房自我檢查在有月經的女性是在月經結束後一週內檢查。到何種醫療機構檢查的項目中，以到醫院檢查者佔 90.77% 最多，其次為到診所檢查者佔 5.9%，最後才是衛生所檢查者佔 3.32%；這顯示民眾仍習慣到醫院檢查，一方面是儀器設備較充足可以做超音波或乳房攝影，另一方面是有需要手術時也可立即處理，不需再轉介，符合目前民眾希望一次購足( one stop buy )的行為模式。在認識的人得乳癌此項目，未篩檢者答沒有者佔 59.52%，已篩檢者中答沒有者佔 53.28%，兩者差距不大，可以解釋為進行乳癌篩檢乃基於其他因素。使用羅吉斯迴歸分析在控制其他變項之效應後，「乳癌的危險因子認知」、「自認得乳癌機率認知」、「是否有做乳房自我檢查」和「是否有做乳癌篩檢」等三項因素達到統計之顯著水準 ( $p < 0.05$ )，其他因素則不顯著；由表中進一步得知，在乳癌的危險因子認知方面，知道者較不知道者會進行乳癌篩檢之機率為 0.475 倍；顯示知道者由於對於乳癌的危險因子認知而自認並非高危險群，反而不進行篩檢；在自認得乳癌機率較一般人相比方面，自認得乳癌機率比一般人高者相較於不知道者，其會進行乳癌篩檢之機率為 2.41 倍；在是否有做乳房自我檢查方面，有做乳房自我檢查者較沒有做乳房自我檢查者會進行乳癌篩檢之機率為 4.12 倍，以上兩項可以用 Andersen( 1995 )的醫療服務利用行為模式中的需要因素來解釋。

#### 第四節 女性接受乳癌篩檢之就醫選擇因素之探討

由表 4-7 中可以看出醫師的名氣、醫師是否為熟識的醫師、親朋好友推薦、醫療機構的名氣、候診時間的長短等就醫選擇因素與是否接受乳癌篩檢均達到統計顯著差異( $p < 0.05$ )；在醫師的名氣方面現今為追求專業的時代，而名氣便代表一定的專業水準；醫師是否為熟識的醫師此部份因為乳癌篩檢是一種較私密的診療行為，因此自然會重視與醫師的熟識程度，況且乳癌篩檢是每年至少一次定期性的行為，固定一位醫師也比較能了解前後變化的情況；親朋好友推薦其實可視為與醫師的熟識程度是同一件事，代表對醫師專業水準的了解；如果對醫師不熟識則自然會以醫療機構的名氣來做判斷的依據，這也可視為品牌的效應，與醫師的名氣是異曲同工；候診時間的長短、交通時間的長短及停車的方便性三項乃在於現今是工商社會，大家都要求效率且時間寶貴，因此不耐久候，況且國內看病向來有三長兩短的情形，並非僅限於乳癌篩檢；而是否接受乳癌篩檢與醫師的醫術、醫師是否為女性醫師、醫師問診的態度、病情解說的詳細程度、護理人員的態度、檢查時的隱私性、醫療機構的環境衛生、儀器設備新穎、檢查結果的時效性、交通時間的長短、停車的方便性及看診醫師的年齡則未達到統計顯著差異( $p > 0.05$ )；以上各項可能是因為乳癌篩檢只是單純的門診檢查行為；但就看診醫師年齡此項以中年為最多也反應出對醫師專業水準的要求，因為年輕醫師會予

人經驗不足的印象，但年長醫師是否因為被懷疑知識技術跟不上時代，反而不如中年醫師受人歡迎。



## 第五節 女性乳癌篩檢的經驗與滿意度之探討

在從以前至現在共做過幾次乳癌篩檢此項目，以回答一次者佔 38% 最多，其次為回答二次者佔 24%，兩者合計 62%，這可能與該醫院剛遷移至現址才兩年有關，因為乳癌篩檢此項醫療行為並未具有急迫性，但因為民眾為講求就診方便，會有較強的地緣性。對上一次乳癌篩檢結果是否滿意此項目回答滿意以上者佔共 96%，但仍有 4% 為不滿意或非常不滿意者，值得注意改進。已篩檢者乳癌篩檢的經驗及滿意度各項目滿意度平均值以檢查時的隱私性(4.2)及醫療機構的環境衛生(4.2)為最佳，可能是該醫院為新建的大樓，診療室也有經過規劃有關；其次為醫師的醫術(4.1)、醫師問診的態度(4.1)、病情解說的詳細程度(4.1)、護理人員的態度(4.1)及儀器設備新穎(4.1)；但是醫療機構的名氣(4.0)與醫師的名氣(3.9)居後可能與其為區域醫院並非醫學中心有關；滿意度最差三項分別為交通時間的長短(3.5)、停車的方便性(3.5)及候診時間的長短(3.4)則是大型醫院門診的通病，並非乳癌篩檢所獨有。但是候診時間的長短平均分數最低，這也反映出如果看診流程加以改進，則民眾的滿意度便會提高。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

台灣地區乳癌發生率在近年來有急遽上升的情形，一旦罹患乳癌，治療的過程既漫長又痛苦，雖然治療的方法非常多，也一直在進步，後面卻意味著龐大的醫療的開支；對任何疾病而言，早期發現早期治療才能得到最好的治療效果，面對不斷增加的乳癌病例，必須從源頭做起，而定期乳癌篩檢便是防治乳癌的第一步；目前我國婦女 30-64 歲人口約有 500 萬人，40-64 歲人口約有 307 萬人，如以乳房超音波每三年篩檢一次，篩檢率 50%，篩檢年齡由 30 歲開始，每年須五億經費，若篩檢年齡由 40 歲開始，每年須三億經費，相較每年 3000 億健保支出比例很小(陳美燕，2003)；而且台灣地區女性乳癌在早期發現的比率僅有百分之卅，在第二期及以後發現的比率佔百分之七十(國民健康局，2002)，早期發現比率偏低很多，對於後期的患者來說，此種情況的治療既增加患者的痛苦及親友的煎熬，治療效果也不好，財務上醫療的開支也增加非常多，針對台大醫院病患的研究顯示每位乳癌病患的直接醫療成本為 126528 元，間接醫療成本為 103292 元，罹病成本中估值為 231097 元(蔡宜樺，2003)，在全民健保的體制下，無異加重全民的財務負擔。

依據美國國家癌症研究所預測，八分之一的美國女性在其一生中會

罹患乳癌(National Cancer Institute, 2002 )，因此做乳癌篩檢，應該視為長期性而且是定期性的工作，本研究結果發現「年齡」與「是否有做乳癌篩檢」有明顯相關，但是 60 歲以上的民眾做乳癌篩檢呈現很少的比例，而未篩檢者的年齡層也較低，有乳房疾病史者相較於沒有乳房疾病史者，則有很高的機率進行乳癌篩檢；資訊來源方面，雖然各項資訊來源因素與是否會進行乳癌篩檢沒有顯著相關，但是由整體來看，「最方便取得乳癌相關資訊的來源」及「除醫師外最信任的資訊來源」兩項都是以醫療院所衛教資料高居首位，日常生活中最熟悉的傳播媒體電視雖位居第二位，但比例上相差很多，顯示醫療院所衛教資料在民眾心中具有一定之專業性，也是最容易傳遞給民眾有關醫療資訊的媒介。在健康信念方面，雖然只有「罹患乳癌的危險因子認知」、「自認得乳癌機率較一般人高」和「是否有做乳房自我檢查」等三項因素與「是否有做乳癌篩檢」有明顯的相關，但就整體性而言，顯示現今民眾對於健康信念有良好的認知，更會注重自己身體的健康。在就醫選擇因素方面，雖然僅有「重視與醫師的熟識度」與「是否有做乳癌篩檢」達到統計之顯著相關，其他因素則不顯著；但在 16 項就醫選擇因素中，無論未篩檢者或已篩檢者，幾乎都回答重視或非常重視，代表著在全民健保支付制度下，由於民眾就醫幾乎沒有任何障礙，可以選擇的醫療院所很多，自然會注重整體的醫療服務品質，進而造成各醫院相繼在醫療服務品質上做

改進，因此對臨床醫療人員與醫務管理工作者來說，對醫療服務品質的要求，在任何一個環節都不能鬆懈。

展望將來，台灣地區健康保險制度有可能漸漸朝向以論人計酬給付方式來發展，因此現今的醫療機構，不應該只是局限於治療民眾急慢性的疾病，而應該更宏觀的自許為民眾健康的管理者與守護神；針對乳癌篩檢這種長期性且是定期性的工作，致力提升民眾的健康信念，提供高品質的乳癌篩檢服務，醫師強化與病患的醫病關係，同時對已篩檢者特別是有乳房疾病史者加強追蹤管理，以求做到全面性、持續性的乳癌篩檢，才能對乳癌早期發現早期治療，得到最好的治療效果，進而降低其死亡率及減少治療的成本。

## 第二節 建議

- 1.目前政府機關僅有國民健康局針對 50 歲以上且具有乳癌危險因子者以乳房攝影進行乳癌篩檢，因為台灣地區乳癌好發年齡由 35 歲開始，似可考慮國外之經驗及考量成本效益，採行更大規模的篩檢，以找出更多的早期乳癌患者。
- 2.醫療機構應該在女性年齡 35 歲進入乳癌好發期，開始定期乳癌篩檢時，利用醫療資訊系統加以建立檔案，評估其是否具有乳癌危險因子，再利用醫師告知，衛教資料等來教育民眾，使其具有良好的健康信念及正確的乳癌篩檢知識，進而定期進行乳癌篩檢。
- 3.研究結果發現最方便取得乳癌相關資訊的途徑是醫療院所衛教資料，同時在除醫師外最信任的資訊來源此項以醫療院所衛教資料佔最多之比例，顯示醫療院所衛教資料具有方便性及專業性，況且衛教資料的成本相對較低，因此應該加強衛教資料的內容及時時更新，普遍發送以方便民眾取得，但是如果由民眾到醫院才取得，較為被動，更積極的作法是以書面或電子郵件主動寄發。
- 4.乳房自我檢查熟悉度在已篩檢與未篩檢都有一半受訪者答略熟悉，答非常熟悉者僅有 2-3%，顯示乳房自我檢查的衛教工作仍須加強，除了以往的平面紙張外，可以考慮製作動畫的形態以光碟片或電子郵件發送。

5.依據本研究結果，與醫師的熟識度會影響乳癌篩檢的意願，因此醫師除了提升乳癌篩檢的品質外，更應加強醫病關係的建立，從而提升篩檢者的篩檢意願。

### 第三節 研究限制

1. 本研究的對象以台中縣某區域教學醫院一般外科門診診療之女性為研究對象，由民國九十一年十一月至九十二年二月進行收集。因為台中縣與台灣地區在人口學特性上有所差異，取樣又是在區域教學醫院進行，考慮到民眾就診醫院的習慣性也會有所不同，因此本研究結果之外推性會有所限制。
2. 本研究主要樣本為某區域教學醫院一般外科門診診療之女性，因為有些民眾會在婦產科及家庭醫學科進行乳癌篩檢，因此可能無法充分代表該醫院患者的特性。
3. 本研究的對象收集時間為民國九十一年十一月至九十二年二月進行收集，共收集四個月，且係集中於冬季；而且由結果中得知，有 29% 民眾篩檢期間為六個月或以上，不定期者也有 39%，因此無法達到收集一整年的代表性。

## 參考文獻

### ● 英文文獻

1. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Dose It Matter? *Journal of the Health and Social Behavior* 1995;36:1-10.
2. Bailey K. The nurse's role in promoting breast awareness. *Journal of Nursing Standard* 2000 ;14:34-36
3. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education* 1974;2:326-385.
4. Berkman WH, Christopher GC. *Behavior: Concept and Strategies* 3<sup>rd</sup> edition. Boston, Mass. :Kent Pub. Co.
5. Berkowitz, EN. Flexner WA. The Market for Health Care Services : Is there a non-traditional consumer ? *Journal of Health Care Marketing* 1981;1:25-34.
6. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, et. al. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *Cochrane Database System Review*. 2001;(1):CD002943.
7. Bray F, Sankila R. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *European Journal of Cancer* 2002;38: 99-166.



8. Budden L. Young women's breast self-examination knowledge and practice. *Journal of Community Health Nursing* 1995;12:23-32
9. Egunjobi L. Factor Influencing choice of hospital: A case study of the northern part of oyo state, Nigeria. *Social Science & Medicine* 1983;17:585-589.
10. Eisner EJ, Zook EG, Goodman N, et.al. Knowledge, attitudes, and behavior of women ages 65 and older on mammography screening and Medicare: results of a national survey. *Women Health* 2003;36: 1-18.
11. Engel JF, Blackwell RD, Miniard PW. *Consumer Behavior*, 7<sup>th</sup> edition. New York: The Dryden Press 1993.
12. Fisher CM, Anderson CJ. Hospital Advertising: Does It Influence Consumers? *Journal of Health Care Marketing* 1990;10:40-46.
13. Gochman DS, Studenborg GJ, Feler A. The Ideal Physician: Implications for Contemporary Hospital Marketing. *Journal of Health Care Marketing* 1979;6:17-25.
14. Hanna N, Schoenbachler D, Gordon G. Physician Choice Criteria: Factors influencing Patient Selection of Generalists versus Specialists. *Health Marketing Quarterly* 1994 ;12:29-41.
15. Henry A. *Consumer Behavior and Marketing Action*.

16. Husaini BA, Sherkat DE, Bragg R, et. al. Predictors of breast cancer screening in a panel screening study of African American. *Women Health* 2001;34:35-51.
17. Inguanzo JM, Harju M. What Makes Consumer Select a Hospital. *Hospital* 1985;59:90-94 .
18. Kirscht JP. The Health Belief Model and Predictions of Health Actions In: Gochman DS ed. *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York and London: Plenum Press 1988:27-38.
19. Lane PM, Lindquist JD. Hospital Choice: A Summary of the Key Empirical and Hypothetical Finding of the 1980s. *Journal of Health Care Marketing* 1988;8:5-20.
20. MacStravic RS. Manageable Evidence in Medical Care Marketing. *Journal of Health Care Marketing* 1987;7:5-59.
21. McGlone M, Butler S, Factors influencing Consumers' Selection of Primary Care Physician. *Health Marketing Quarterly* 2002;19:21-37.
22. Moore S, Bopp K. How Consumers Evaluate Health Care Quality: Part III. *Health Marketing Quarterly* 1999;17:1-6.
23. Moss S, Brown D, et al. Routine breast screening for women aged 65-69: results from evaluation of the demonstration sites . *British Journal*

- of Cancer 2001;85:1289-1294.
24. National Cancer Institute: Lifetime Probability of Breast Cancer in American Women 2002 [http://www.nci.nih.gov/cancer information/](http://www.nci.nih.gov/cancer_information/).
  25. Pearlman DN. et al. Screening for breast and cervical cancer:the importance of knowledge and perceived cancer survivability. Women Health 1999;28:93-112.
  26. Powills S, Influence on Consumers Waning Slightly. Hospital 1987;61:44-50.
  27. Rosenstock IM. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education 1988;5:175-183.
  28. Royak-Schaler R, Klabunde CN, Greene WF, et. al. Communicating breast cancer risk: patient perceptions of provider discussions. Medscape Womens Health 2002;7:2-5.
  29. Schleff T, Shaffer M . How Do Consumers Select Physicians? Medical Group Management 1987;May-June:32-36.
  30. Schwartsmann G. Breast cancer in South America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. Journal of Clinical Oncology 2001;19:118S-124S.
  31. Sonja ES. Comparison Guide : AJCC Cancer staging manual, fifth

versus sixth edition Springer-Verlag 2002.

32. Taylor SL, Capella LM. Hospital Outshopping: Determinant attributes and hospital choice. *Health Care Management Review* 1996;21:33-44 .
33. Thurfjell EL, Lindgren JA. Population-based mammography screening in Swedish clinical practice:prevalence and incidence screening in Uppsala County. *Radiology* 1994;193:351-357.
34. Wei G, Borum ML. Breast self-examination in women in two primary care setting: An evaluation of the impact of insurance status. *Journal of Women Health & Gender-based Medicine* 2000;9:311-314
35. Westbrook A. Robert.R. “Patterns of Information Research 1979;16(8):303-312 .

● 中文文獻

1. 王乃弘：民眾就醫選擇之研究--分析層級程序法之應用。 *中華衛誌* 1999 ; 18 : 138-151。
2. 王乃弘、黃松共：民眾對選擇醫院因素及態度之研究—以中部數家醫院為例。 *醫院* 1996 ; 29 : 1-15。
3. 李卓倫、周碧瑟：以健康信念模式分析鹿谷鄉民的肝癌篩檢行為。 *公共衛生* 1987 ; 14 : 236-249。

4. 林四海、楊惠真、陳墩仁、邱惠慈：中部地區醫療服務高低利用者之相關因素研究。醫務管理期刊 2000；1：57-70。
5. 林玉淨、胡淑貞：乳癌婦女延遲就醫、診斷與治療之相關因子研究：以南部某醫學中心為例。公共衛生 2001；27：287-300。
6. 周宜宏、刁翠美：乳房超音波檢查近況。臨床醫學 1998；42：440-454。
7. 周鴻儒、高森永、陳育忠：國軍醫院門診病患就醫選擇因素調查研究。國防醫學 1997；25：423-430。
8. 高明瑞、楊東震：民眾就醫行為重要影響因素與醫院行銷之研究—以高雄都會區為例。中山管理評論 1995；3：55-73。
9. 徐淑芬、王炳龍、蔡明霖：台北市醫學中心眼科門診病人就醫選擇原因與滿意度調查之研究。醫務管理期刊 2001；2：137-145。
10. 唐憶淨、王玉潯、張文道、張文瀚：某醫學中心自費健康檢查民眾的動機與追蹤就醫之先驅研究。中華家醫誌 1997；7：43-51。
11. 張肅婷、胡庭禎、王乃弘：門診病患對返院就醫因素及態度之研究--以中部某區域醫院為實證。弘光學報 2000；36：73-104。
12. 陳筱華、祝道松、徐永新：病患選擇醫院之關鍵因素及決策行為 - 以產科病人為例。醫務管理期刊 2001；2：77-91。
13. 陳美燕、楊瑞珍、毛潤芝：從研究資料分析我國女性乳癌篩檢之

- 政策。慈濟護理雜誌 2003 ; 2 : 20-26。
14. 黃月桂、葉明義、林勤豐：全民健康保險子宮頸抹片檢查之利用度研究。中華衛誌 1998 ; 17 : 27-33。
  15. 曾倫崇：顧客選擇醫院就診因素之研究--以行銷觀點。醫院雜誌 1997 ; 30 : 28-37 。
  16. 蔡宜樺、楊銘欽、季瑋珠：乳癌確診後之初期罹病成本與相關因子之探討—以台大醫院病患為例。中華衛誌 1998 ; 17 : 242-252。
  17. 蔡鶯鶯、湯允一：健保資訊的接觸管道對全民健保預防保健服務利用之影響。新聞學研究 1999 ; 61 : 73-98。
  18. 羅雪：乳癌高危險群婦女執行乳房自我檢查之健康信念與行為。護理雜誌 2001 ; 48 : 59-68 。
  19. 羅萱、劉怡伶、林秀碧：健檢服務品質認知之研究 - 重要性 / 績效分析法之應用。醫務管理期刊 2001 ; 2 : 72-83。
  20. 嚴明芳：利用馬可夫鏈模式評估臺灣地區多中心乳癌高危險群篩檢計畫。中華衛誌 1999 ; 18 : 95-104。
  21. 國家衛生研究院：乳癌診斷與治療共識。台北，1998。
  22. 衛生署：台灣地區主要癌症死亡原因。台北，2002。
  23. 國民健康局：台灣地區乳癌篩檢計畫。台北 ss，2002。
  24. Engel et al. 著，王志剛、謝文雀譯：消費者行為。台北：華泰書局，1995。

25. Kotler 著，方世榮譯：行銷管理學：分析，計畫，執行與控制。  
台北：東華書局，2000。

## 附件一 問卷

您好：

這是一個純學術性的研究計劃，主要目的在於瞭解「影響女性乳癌篩檢之因素研究」。希望藉由您提供的寶貴意見協助本研究能順利完成。本問卷採不記名方式填寫內卷內容，請您安心作答，感謝您的幫忙。

中國醫藥學院醫務管理學研究所

指導教授：蔡文正 助理教授

研究生：于家珩

### 一、資訊來源構面

1. 請問您是否有做過「乳癌篩檢」 有 沒有
2. 您是否得過任何的乳房疾病 有（ 良性； 惡性） 沒有
3. 您覺得最方便取得「乳癌」相關資訊的途徑是下列哪一項（請勾選“ ”一項最具代表性的答案）
  1. 聽親友談過
  2. 聽收音機廣播
  3. 從醫療院所衛教資料
  4. 翻閱報章、雜誌廣告專題
  5. 診間的宣傳海報
  6. 看電視專題報導
  7. 醫師主動告知
  8. 查閱相關書籍
  9. 透過網際網路
  - 10.其他 \_\_\_\_\_
4. 除醫師之外，有關「乳癌篩檢」的資訊您認為何種方式是您最信任的資訊來源？（請勾選“ ”一項最具代表性的答案）
  1. 親友推薦
  2. 收音機廣播
  3. 醫療院所衛教資料
  4. 報章、雜誌廣告專題
  5. 相關書籍
  6. 電視專題報導
  7. 透過網際網路
  8. 其他 \_\_\_\_\_

### 二、乳癌篩檢的經驗與滿意度（未做過乳癌篩檢者不用答）

1. 您從以前至現在共做過幾次乳癌篩檢  
一次 二次 三次 四次 五次(含以上)  
您對上一次乳癌篩檢結果是否滿意？依滿意的程度您覺得  
非常滿意(100-81分)：\_\_\_\_\_分 很滿意(80-61分)：\_\_\_\_\_分



滿意(60-41 分)：\_\_\_\_\_分

不滿意(40-21 分)：\_\_\_\_\_分

非常不滿意(20-0 分)：\_\_\_\_\_分

3.若您有做過乳癌篩檢，請問是什麼動機促使您來做「乳癌篩檢」

自己覺得有乳房方面症狀（可複選）

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 家人親友有得乳房疾病 | 2. 家人親友的建議   |
| 3. 醫師宣導       | 4. 媒體宣導      |
| 5. 查閱過書籍      | 6. 身體健康檢查有異常 |
| 7. 其他         |              |

自己不覺得有乳房方面症狀（可複選）

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 家人親友有得乳房疾病 | 2. 家人親友的建議   |
| 3. 醫師宣導       | 4. 媒體宣導      |
| 5. 查閱過書籍      | 6. 身體健康檢查有異常 |
| 7. 其他         |              |

4.上一次您接受「乳房篩檢」時，您對於下列各項之滿意程度。請您依滿意的程度，在適當的五個方格內，分別勾選“ ”一格。「非常滿意」為5分；「滿意」為4分；「普通」為3分；「不滿意」為2分；「非常不滿意」為1分。

非	滿	普	不	非常
常			滿	不
滿			意	滿
意	意	通		意
5	4	3	2	1

醫師的醫術  
醫師的名氣  
醫師是否為熟識的醫師  
醫師是否為女性醫師  
醫師問診的態度  
病情解說的詳細程度  
護理人員的態度  
檢查時的隱私性  
醫療機構的環境衛生  
醫療機構的名氣  
儀器設備新穎  
檢查結果的時效性  
候診時間的長短  
交通時間的長短  
停車的方便性

### 三、就醫選擇因素

您接受「乳房篩檢」時，您對以下各項之重視程度。請您依重視的程度，在適當的五個方格內，分別勾選“ ”一格。「非常重視」為5分；「重視」為4分；「普通」為3分；「有點重視」為2分；「不重視」為1分。

	非 常 重 視	重 視	普 通	有 點 重 視	不 重 視
	5	4	3	2	1
醫師的醫術					
醫師的名氣					
醫師是否為熟識的醫師					
醫師是否為女性醫師					
醫師問診的態度					
病情解說的詳細程度					
護理人員的態度					
親朋好友推薦					
檢查時的隱私性					
醫療機構的環境衛生					
醫療機構的名氣					
儀器設備新穎					
檢查結果的時效性					
候診時間的長短					
交通時間的長短					
停車的方便性					
就醫師年齡來說，您希望看診醫師的年齡					
年輕；30-40歲		中年；40-50歲		年長；50歲以上	無意見

### 四、健康信念

1. 您是否知道什麼是容易罹患乳癌的危險因子      知道      不知道
2. 您認為您得乳癌的機率與一般人相比為      低      一樣      高      不知道
3. 您認為乳癌篩檢對乳癌預防及早期發現的重要性如何：依重要程度您覺得  
 非常重要(100-81分)：\_\_\_\_分      很重要(80-61分)：\_\_\_\_分  
 重要(60-41分)：\_\_\_\_分      不重要(40-21分)：\_\_\_\_分  
 非常不重要(20-0分)：\_\_\_\_分

4. 您對罹患乳癌的恐懼感  
 非常不擔心      不擔心      有點擔心      擔心      非常擔心
5. 做過乳癌篩檢後可以消除多少您對罹患乳癌的恐懼程度  
 完全消除(100% )      大部分消除( 75%)      部分消除(50%)  
 大部分未消除(25%)      完全未消除(0%)
6. 您是否做乳房自我檢查      是      否      若答否 請接第 7 題
- 6.1 您對乳房自我檢查技巧的熟悉度  
 不熟悉      略熟悉      熟悉      非常熟悉
- 6.2 您對乳房自我檢查結果的正確性  
 沒把握      略有把握      有把握      非常有把握
- 6.3 您多久自我檢查乳房一次  
 從未檢查過      不定期      每週      每月      每三個月  
 每六個月      每年      其他
7. 您多久至醫療機構檢查乳房一次  
 從沒有檢查過      不定期      每月一次      每三個月一次  
 每六個月一次      每年一次      每兩年一次      其他(含兩年以上)
8. 您平常到何種醫療機構檢查  
 衛生所      診所      醫院
9. 您周邊認識的人有得乳癌的情形  
 沒有      有；對象為      母親      姐妹      其他親戚      朋友、同事

## 五、個人基本資料

1. 您的年齡為\_\_\_\_\_歲
2. 您的最高學歷為  
 國小(含)以下      國中      高中職      專科      大學      研究所(含)以上
3. 您的職業為  
 無      學生      軍      公      教      工      商      農林漁牧  
 自由業      其它\_\_\_\_\_
4. 您的家庭平均月收入為  
 3 萬元以下 ( 含 3 萬元 )      3-6 萬元 ( 含 6 萬元 )  
 6-9 萬元 ( 含 9 萬元 )      9-12 萬元 ( 含 12 萬元 )  
 大於 12 萬元
5. 您的婚姻狀況為  
 已婚      單身( 未婚； 離婚； 分居； 喪偶 )
6. 生育子女數  
 無生育      1 個子女      2 個子女      3 個子女      4 個子女(含以上)