

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

台灣 50 至 69 歲婦女未接受乳房攝影篩檢
相關因素之探討

**Factors Associated with Non-Utilization of
Mammographic Screening Services in Women
Aged 50 to 69 Years in Taiwan**

指導教授：陳秋媛博士、辜美安博士

研究生：賴金英

中華民國 100 年 6 月

南華大學
自然醫學研究所
碩士學位論文

台灣 50 至 69 歲婦女未接受乳房攝影篩檢相關因素之探討
Factors Associated with Non-Utilization of Mammographic Screening
Services in Women Aged 50 to 69 Years in Taiwan

研究生：賴金英

經考試合格特此證明

口試委員：連秋媛
黃光華
林偉宏

指導教授：連秋媛
蕭建

系主任(所長)：連秋媛

口試日期：中華民國 100 年 6 月 9 日

致謝

踏入職場七年後，滿心期待的重溫求學之路，回想兩年的研究所生涯，獲得不少寶貴的經驗，本論文得以完成要感謝很多人的協助，在此致上無限的謝忱。

感謝指導老師辜美安老師及陳秋媛老師，有您們的悉心指導，論文才得以順遂進行，尤其遠在香港的辜老師，總是在關鍵時刻捎來關心、祝福與指導，您的及時雨化解我的困頓並滋長我前進的動力，讓我安然渡過論文撰寫的煎熬。

感謝口試委員黃光華老師、林俊宏老師，百忙之中撥冗審閱論文並提供寶貴建議；感謝論文初審時，林俊宏老師、葉月嬌老師的細心修改及精闢提點，使得本論文更臻周詳與完善。

感謝小游、芝嘉的知心陪伴及鼎力協助；感謝同事宗益的不吝指教；感謝單位主管弘美姊的支持，願意讓我請假進修；感謝同事珮瑄於這段期間，業務的協助。

感謝摯愛的爸爸、媽媽、姊姊及姊夫，於這段時間全心全意的協助，有您們所給予的無盡支持及付出，讓我不論遭遇任何困難，都能勇於面對，有持續努力的動力，迎向絢麗多彩的人生。

祝福所有我感謝的師長、朋友、同事及家人平安順心。

賴金英 謹致

中文摘要

研究背景：乳癌在台灣女性癌症的年發生率排名第一，死亡年齡中位數僅 56 歲，但民眾接受乳房攝影篩檢比例偏低。國外文獻指出乳房攝影篩檢行為與年齡、教育程度、種族及癌症病史等有關，可是台灣以代表性樣本的研究報告仍然缺乏。

研究目的：探討台灣 50 至 69 歲婦女未接受乳房攝影的相關因素。

研究方法：研究資料來源為國家衛生研究院「民國 94 年國民健康訪問調查個人問卷（12 至 64 歲及 65 歲以上）」，參考安德遜健康服務利用行為模式，針對可能影響台灣婦女乳房攝影篩檢行為之相關因子，利用單變項及多變項羅吉斯迴歸進行統計分析。

研究結果：台灣 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影篩檢比例僅佔 24.3%。在單變項分析中，與台灣中老年婦女未接受乳房攝影篩檢之顯著相關因子包括年齡、教育程度、籍貫、身體質量指數、每月平均收入、購買健保外之其他商業保險、居住地區、全身性健康檢查、因更年期接受荷爾蒙治療及喝酒習慣。多變項羅吉斯迴歸分析顯示，影響台灣中老年婦女未接受乳房攝影篩檢之顯著獨立因子包括較低教育程度、有工作、每月平均收入較低、沒有購買健保外之其他商業保險、從來沒有接受過全身性健康檢查及從來沒有因更年期接受過荷爾蒙治療。

結論：醫院及衛生單位在策劃乳房攝影篩檢方案時，可參考本研究發現的顯著相關因子，藉以加強婦女接受乳房攝影篩檢的意願，減少乳癌對女性生命之威脅。

關鍵詞：乳癌、乳房攝影、篩檢、國民健康訪問調查、安德遜健康服務利用行為模式

Abstract

Background: The morbidity of breast cancer ranks at the top of female cancers in Taiwan with a median age of mortality of only 56 years. However, the proportion of women with a history of mammographic screening was low. International literature indicated that the participation of mammographic screening was associated with age, education level, ethnicity, and previous history of cancer. Nevertheless, studies using nationally representative sample were not yet available for the Taiwan population.

Aim: The objective of the present study was to investigate factors associated with non-utilization of mammographic screening in women aged between 50 to 69 in Taiwan.

Methods: Data were obtained from the 2005 National Health Interview Survey in Taiwan. Based on the Andersen behavioral model of health services use, factors associated with mammographic screening was evaluated using univariate and multiple logistic regression analyses.

Results: Only 24.3% of the women aged 50 to 69 years had mammographic screening. Results from the univariate logistic regression

analysis indicated that mammographic screening was associated with age, education level, birthplace, body mass index, average monthly salary, having an insurance plan other than the National Health Insurance, levels of urbanization of home city, history of health examination, history of menopausal hormone replacement therapy, and alcohol use. Results from multiple logistic regression analysis indicated that the non-utilization of mammographic screening was associated with a lower level of education, having a job, a lower average monthly salary, not on an insurance plan other than the National Health Insurance, no history of health examination, and had never used menopausal hormone replacement therapy.

Conclusions: When hospitals and health units are planning for their mammographic screening programs, the factors associated with non-utilization of mammographic screening found in the present study can be used as a basis for enhancing the willingness of women to obtain mammography and thereby reducing the threat of breast cancer in Taiwan.

Keywords: breast cancer, mammography, screening, national health interview survey, Andersen behavioral model of health services use

目次

中文摘要	i
英文摘要	iii
目次	v
附表目次	viii
附圖目次	ix
表目次	x
圖目次	xi
第一章 緒論	1
1.1 研究背景與動機	1
1.2 研究目的	3
第二章 文獻探討	4
2.1 乳癌的流行病學	4
2.1.1 乳癌的形成與分期	4
2.1.2 乳癌發生率	7
2.1.3 乳癌死亡率	8
2.1.4 乳癌的危險因子	12
2.2 乳癌檢查	16
2.2.1 乳房自我檢查	16

2.2.2 乳房超音波	17
2.2.3 乳房攝影	18
2.2.4 核磁共振	22
2.2.5 正子電腦斷層掃描檢查	22
2.3 乳房攝影篩檢政策	24
2.4 健康行為	28
2.4.1 健康信念模式	28
2.4.2 安德遜健康服務利用行為模式	31
2.5 影響婦女接受乳房攝影篩檢之因素	37
第三章 研究材料與方法	43
3.1 研究架構	43
3.2 研究對象	45
3.3 資料來源	47
3.4 資料處理	51
3.5 統計方法	52
第四章 研究結果	53
4.1 研究樣本特性	53
4.2 婦女接受乳房攝影篩檢情形	63
4.3 婦女乳癌篩檢之認知	65

4.4 婦女未接受乳房攝影篩檢與相關因素之分析	67
4.4.1 單變項羅吉斯迴歸分析	67
4.4.2 多變項羅吉斯迴歸分析	79
第五章 討論	82
5.1 安德遜健康服務利用行為模式對於婦女是否接受乳房攝影 篩檢的影響	82
5.2 婦女接受乳房攝影篩檢比例與健康認知	83
5.3 婦女未接受乳房攝影篩檢之相關因素探討	84
5.4 研究限制	88
第六章 結論與建議	89
6.1 結論	89
6.2 建議	90
參考文獻	92
一、中文部分	92
二、英文部分	97
附錄 A	109

附表目次

附表 2.1	乳癌分期	5
附表 2.2	各國乳癌篩檢政策	27

附圖目次

附圖 2.1	2008 年乳癌發生率與死亡率的台灣與各國比較	9
附圖 2.2	癌症自然史與三段五級預防	11
附圖 2.3	健康信念模式	30
附圖 2.4	第一階段的安德遜健康服務利用行為模式	34
附圖 2.5	第五階段的安德遜健康服務利用行為模式：包含環境和 個人特質	35

表目次

表 2.1	利用健康服務利用行為模式之相關研究	36
表 2.2	探討影響婦女接受乳房攝影篩檢相關因素之研究	40
表 2.3	婦女接受乳房攝影篩檢與相關因素之相關性	41
表 4.1	研究樣本潛在因素特性之分佈	55
表 4.2	研究樣本促成因素特性之分佈	58
表 4.3	研究樣本需求因素特性之分佈	60
表 4.4	研究樣本健康行為因素特性之分佈	62
表 4.5	台灣 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影篩檢情形	64
表 4.6	台灣 50 至 64 歲婦女乳癌篩檢之認知	66
表 4.7	婦女未接受乳房攝影篩檢與潛在因素之單變項羅吉斯迴歸 分析	69
表 4.8	婦女未接受乳房攝影篩檢與促成因素之單變項羅吉斯迴歸 分析	73
表 4.9	婦女未接受乳房攝影篩檢與需求因素之單變項羅吉斯迴歸 分析	76
表 4.10	婦女未接受乳房攝影篩檢與健康行為因素之單變項羅吉斯 迴歸分析	78
表 4.11	婦女未接受乳房攝影篩檢與相關因素之多變項羅吉斯迴歸 分析.....	81

圖目次

圖 3.1 研究架構	44
圖 3.2 研究樣本篩選流程	46

第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

聯合國世界衛生組織資料顯示乳癌是女性最常見的癌症，在 2008 年估計有 138 萬乳癌新發生個案，佔女性癌症的 23% (International Agency for Research on Cancer, 2010)。依據國民健康局癌症登記 2008 年度報告指出，乳癌在台灣全人口癌症發生率居第一高位，女性乳癌發生率有逐年增加的趨勢，與 2007 年相比，每十萬人口增加 5.6%，十年間乳癌標準化發生率成長 16%。在 2009 年女性癌症死亡原因，乳癌是死亡率第四高的癌症，乳癌的死亡年齡中位數僅 56 歲，較所有癌症死亡年齡中位數少 13 歲 (衛生署，2010)，可見乳癌已嚴重威脅女性的健康。

已開發及開發中國家已普遍執行乳房攝影之乳癌篩檢計畫，台灣於 2002 年試辦 50 至 69 歲婦女二階段乳房攝影篩檢，並於 2004 年將乳房攝影篩檢納入全民健保補助，但台灣 50 歲以上婦女曾接受乳房攝影篩檢比例僅 22.4% (國民健康訪問調查，2005)，較歐美國家低 (Martín-López et al., 2010; National Health Interview Survey in Health, United States, 2007)。

國外已有許多文獻探討影響婦女接受乳房攝影篩檢的相關因素 (Lee, Kim, & Han, 2009; von Euler-Chelpin et al., 2008; Cullati, Charvet-Bérard, & Perneger, 2009; Martín-López et al., 2010; Rahman, Dignan, & Shelton, 2003), 但是目前仍缺乏具台灣代表性的研究報告。因此, 本研究希望透過健康服務利用行為模式 (Andersen, 1995) 探討台灣婦女未接受乳房攝影篩檢的相關因素。

1.2 研究目的

本研究目的如下：

- 一、 瞭解婦女接受乳房攝影篩檢情形。
- 二、 探討婦女對乳癌篩檢的認知情形。
- 三、 探討婦女未接受乳房攝影篩檢之相關因素。

第二章 文獻探討

2.1 乳癌的流行病學

2.1.1 乳癌的形成與分期

乳癌是因乳房乳腺管或腺泡細胞不正常分裂及繁殖，所形成之惡性腫瘤，除侵犯乳房外，更可能轉移到遠處重要器官，如：肺、肝、腦及骨骼等，造成身體之傷害，甚至危及生命(國家衛生研究院,2004)。常見的症狀及徵候以無痛性硬塊最常見，其他在乳頭部分為異常分泌物、濕疹樣皮膚、出血或凹陷，在乳房皮膚部分為紅腫、潰爛及橘皮樣變化，且腋下淋巴結出腺腫大(林惠文、顏啟華、應宗和,2006)。而綜合上述乳癌相關症狀，可藉由疾病分期，確立診斷及治療方式及評估預後狀況。

根據美國癌症委員會(American Joint Committee on Cancer, 2009)第七版所記載乳癌分期是依據腫瘤本身的狀況(primary tumor: T)、淋結轉移的程度(regional lymph nodes: N)及轉移到遠處的程度(distant metastases: M)等TNM方式區分乳癌為四期，如附表 2.1。

附表 2.1 乳癌分期

乳癌期別	臨床徵候
零期	沒有局部淋巴結轉移的原位性乳癌。
第一期	腫瘤小於 2 公分，沒有局部淋巴結轉移，沒有轉移到其他器官。
第二期 2a 期	腫瘤大於 2 至小於 5 公分，沒有局部淋巴結轉移或是腫瘤小於 2 公分，有腋下淋巴結轉移。
2b 期	腫瘤大於 2 至小於 5 公分，有腋下淋巴結轉移或者沒有局部淋巴結轉移或是腫瘤大於 5 公分，沒有局部淋巴結轉移，沒有轉移到其他器官。
第三期 3a 期	腫瘤大於 5 公分，有局部淋巴結轉移或是腫瘤小於 5 公分，有腋下淋巴結轉移，癌細胞侵犯胸腔及血管壁。
3b 期	腫瘤侵犯胸腔或皮膚，已轉移至鎖骨上、下淋巴結或是內乳淋巴結。
第四期	癌細胞侵犯且轉移到遠處重要器官如：骨骼、肝臟、肺臟的轉移性乳癌。

資料來源：American Joint Committee on Cancer, 2011

根據國民健康局癌症登記 2008 年度報告，乳癌發生人數之期別以第一期（28.7%）、第二期（35.5%）及第三期（17.2%）佔大多數，其治療方式以手術合併放射線、化療及荷爾蒙療法佔多數（19.8%），其次為手術合併化療及荷爾蒙療法（19.7%）、手術合併荷爾蒙療法（15.1%）。依據 2004 至 2008 年醫院申報癌症登記資料，零期的乳癌患者五年存活率可達 97%，第一期的乳癌患者接受治療後的五年存活率為 95%、第二期乳癌為 89%、第三期乳癌為 70%，而第四期乳癌預後的五年存活率則降為 21%（國民健康局，2010），可見乳癌早期發現、早期治療可增加五年存活率。

預後存活率的高低，影響層面之廣，小則影響病患個人生活素質，大則牽動社會醫療成本，以中央健保局（2010）在醫療費用分析結果發現乳癌治療後，再復發者之醫療費用是無病狀態者的 6.7 倍，而第四期乳癌病患醫療費用是零期的 5 倍多，是第一期病患的 3 倍多，可見末期乳癌病患在往後醫療給付將造成龐大的經濟負擔。

2.1.2 乳癌發生率

各國 2008 年女性乳癌的世界人口標準化發生率，最高的是西歐國家，每十萬人口發生率為 89.7 人；最低為非洲東部，每十萬人口發生率為 19.3 人，而乳癌發生率在已開發國家（日本除外，每十萬人口乳癌發生率超過 80 人）高於開發中國家（每十萬人口乳癌發生率低於 40 人）（International Agency for Research on Cancer, 2010）。

至於台灣，國民健康局統計 2008 年度癌症登記資料，乳癌發生個案數有 8,136 人，以 2000 年世界標準人口的年齡結構作調整計算，乳癌標準化發生率為每十萬人口 56.1 人（國民健康局，2010）。在台灣，乳癌發生率好發年齡約為 40 至 70 歲，乳癌各年齡層發生率皆較亞洲國家高，而較歐美國家低，如附圖 2.1（International Agency for Research on Cancer, 2010）。

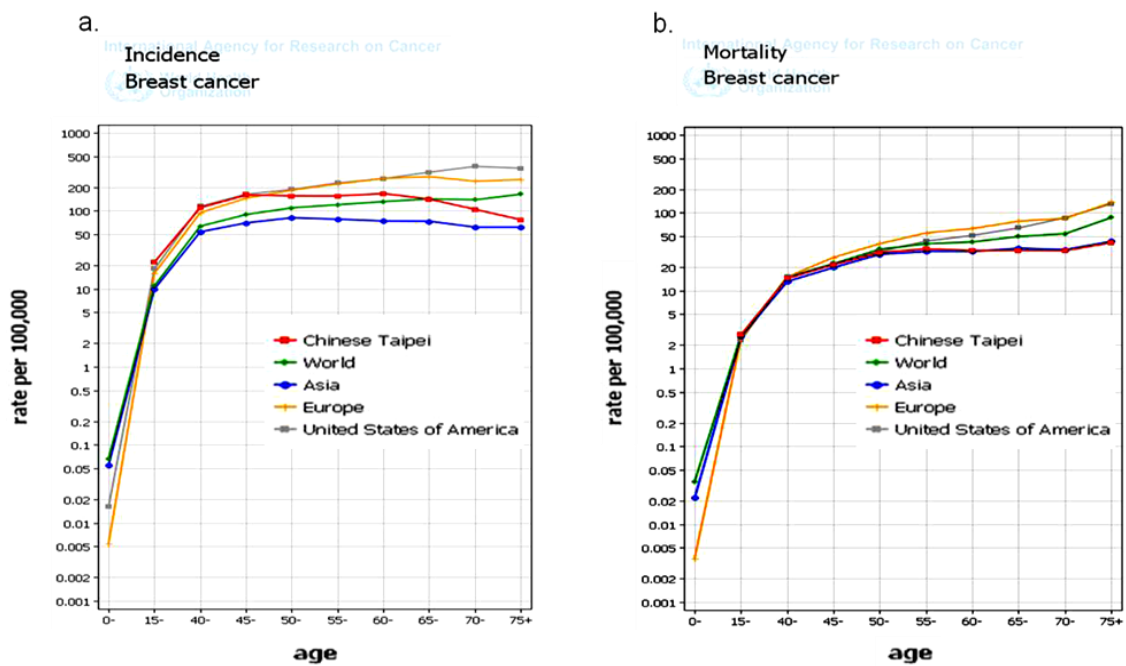
根據國民健康局癌症登記 2008 年度報告中，國人癌症年齡標準化發生率以女性乳癌排名第一，為每十萬人口 56.1 人，與 2007 年相比，增加 5.6%；2008 年乳癌年齡標準化發生率與 1999 年相比，十年間增加 16%，且發生率逐年上升（國民健康局，2010）。而國內醫療技術發達，零期的乳癌患者 5 年存活率可達 97%，若能早期發現、早期治療，將能有效增加乳癌 5 年存活率。

2.1.3 乳癌死亡率

世界各國女性乳癌的世界人口標準化死亡率為每十萬人口 6 至 19 人；在台灣，2009 年乳癌死亡率為每十萬人口 13.9 人（衛生署，2010），女性 0 至 74 歲平均一生中，因乳癌死亡的機率為 1.1%，乳癌各年齡層死亡率與亞洲國家相當，較世界、歐美國家低，如附圖 2.1（International Agency for Research on Cancer, 2010）。

衛生署統計 2009 年女性癌症死亡原因中，乳癌死亡率排名第四，乳癌死亡人數有 1588 人，發生死亡比（發生人數÷死亡人數）為 5.3。女性乳癌於 1996 年起，死亡率首度超越子宮頸癌，於 1996 至 2008 年間，乳癌標準化死亡率每十萬人口增加 5.9 人，之後仍持續蟬聯主要威脅女性生命之頭號癌症（衛生署，2010）。

衛生署衛生統計動向之死因資料顯示，女性乳癌死亡率逐年上升，死亡年齡中位數為 56 歲；女性乳癌死亡人數有超過 9 成是集中於 40 歲以上，可見乳癌在婦女健康層面影響甚鉅（衛生署，2010）。



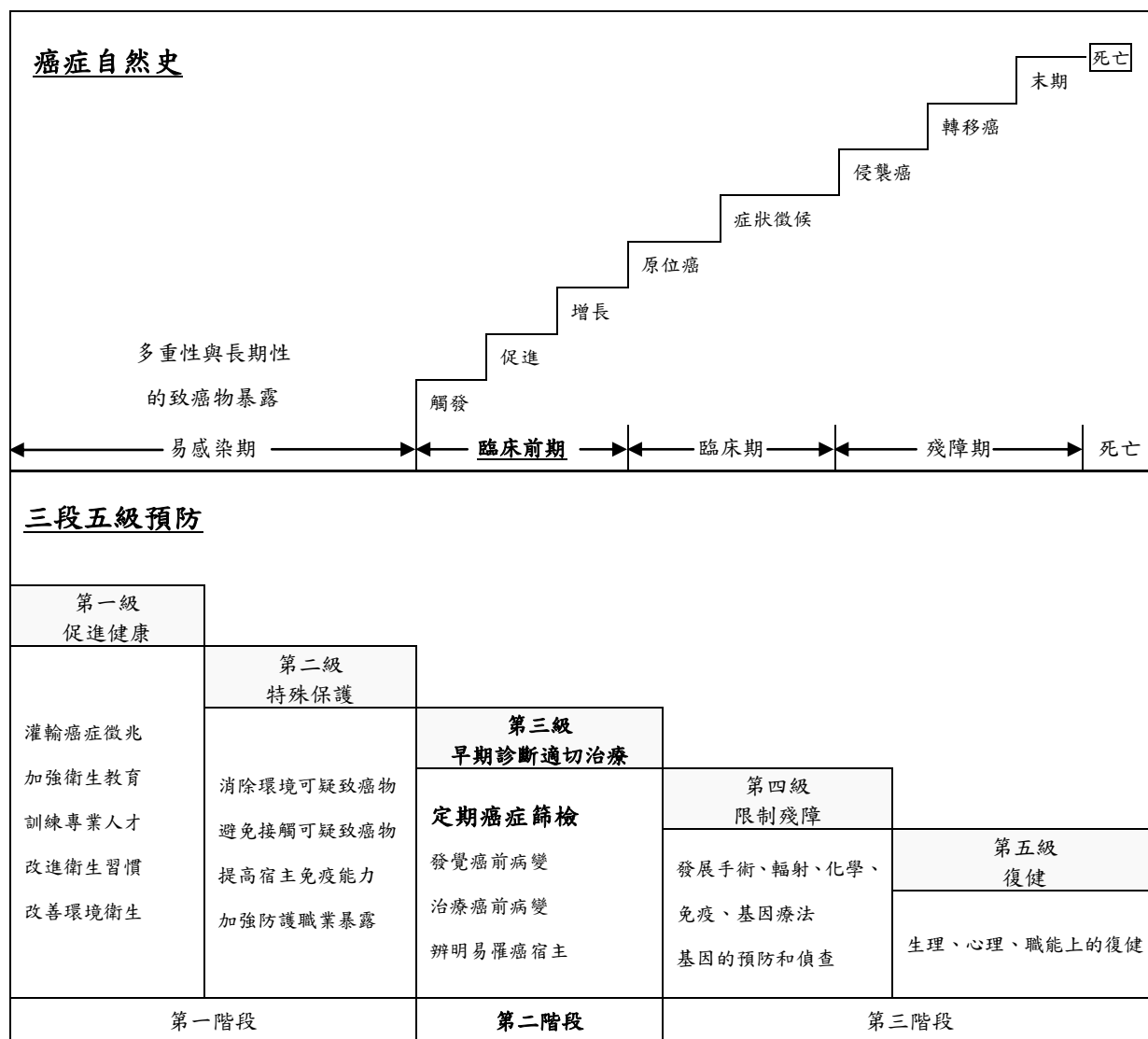
附圖 2.1 2008 年乳癌各年齡發生率 (a) 與死亡率 (b) 的台灣與各國比較

資料來源：International Agency for Research on Cancer, 2010

面對乳癌發生率及死亡率攀升，以流行病學角度從疾病自然史五個階段中，找出可能的病因及特徵，第一階段易感染期（stage of susceptibility）為疾病尚未形成，但危險因子已形成；第二階段臨床前期（stage of presymptomatic disease）為身體已出現病理變化，但臨床症狀尚未出現；第三階段臨床期（stage of clinical disease）為臨床症狀和徵候已出現；第四階段殘障期（stage of disability）為疾病遺留暫時性或永久性後遺症或缺陷；第五階段死亡（death）為疾病持續惡化導致嚴重殘障病人死亡。

經由疾病自然史五個階段，再擬定相關疾病預防措施，可分為三段五級，第一階段（primary prevention）是針對易感染期，可再分成兩級，第一級促進健康（health promotion）為增進宿主身心健全，抵抗病原的侵襲；第二級特殊保護（specific promotion）為針對特定疾病採行預防措施；第二階段（secondary prevention）是針對臨床前期及臨床期，第三級為透過篩檢方法，早期診斷和早期適當治療（early diagnosis and prompt treatment）；第三階段（tertiary prevention）是針對殘障期可再分成兩級，第四級限制殘障（disability limitation）為臨床疾病獲得控制，不再出現暫時性及永久性殘障；第五級復健（rehabilitation）為遭受永久性殘障病人能恢復其獨立自主能力。以上三段五級預防工作，在預防醫學的觀點中，預防重於治療，預防工

作才是上策，而運用第二階段第三級觀念，利用篩檢達到早期診斷和及時適當治療，以降低乳癌對生命的威脅，癌症自然史與三段五級預防如附圖 2.2。



附圖 2.2 癌症自然史與三段五級預防

資料來源：陳建仁編著（1999）。流行病學：原理與方法

2.1.4 乳癌的危險因子

有關乳癌的危險因子，近來也成為政府及醫療研究單位關切的課題，包括遺傳基因、荷爾蒙相關因子如：生育、月經與荷爾蒙補充治療、生活習慣相關因子如飲食、抽菸與酒精攝取、肥胖、再次罹病及環境荷爾蒙等，依文獻資料說明如下：

遺傳基因

依研究統計資料顯示，將近 5 至 8% 乳癌個案是屬於遺傳性，且有一半可歸咎於兩個腫瘤抑制基因 BRCA1 (breast cancer 1) 及 BRCA2 (breast cancer 2) 的突變，而這類遺傳性乳癌個案多發生於停經前，一般好發於雙側乳癌且往往會影響三代以上的家庭成員，而家族有乳癌病史，尤其是母親或姊妹等直系血親皆為高危險群(林惠文等，2006)。

荷爾蒙相關因子

一項包含超過280,000位婦女的乳癌篩檢計畫，以種族和年齡配對，進行病例對照研究，研究組乳癌個案共計2,908人，對照組共計3,180人。該研究指出初經年齡小於12歲者，比初經年齡大於15歲者罹患乳癌的機率增高為1.3倍。在 55 歲以後停經的婦女，比停經年齡小於45歲者罹患乳癌的機率增高為1.22倍。沒有生育經歷的婦女或在30歲以上生第一胎的婦女，比小於 20 歲生第一胎的婦女罹患乳癌

的機率增高分別為1.67倍、2.23倍。研究進一步顯示第一胎的早期懷孕但沒有足月生產，並不會降低罹患乳癌的機率（Brinton, Schaiere, Hoover, Fraumeni, 1988; Brinton, Hoover, Fraumeni, 1983a; Brinton, Hoover, Fraumeni, 1983b）。這可能與第一胎的懷孕後期和哺乳期間的乳房細胞分化有關（Singletary, 2003）。

乳癌的危險因子包含婦女初經年齡、生產年齡、荷爾蒙補充療法及更年期年齡，都可能是導致發生率持續攀高的原因（Althuis, Dozier, Anderson, Devesa, & Brinton, 2005）。但是，仍有學者表示停經後荷爾蒙治療與乳癌有因果關係尚未獲得證實，縱使如此，長期使用荷爾蒙治療與乳癌之可能危險性仍不容忽視（Chen, 2009）。

在2002至2004年，國民健康局推行二階段乳癌篩檢中，第一階段問卷調查已將上述之危險因子列入問卷內容。

生活習慣相關因子

Lee、Chang 及 Horng（2005）指出台灣地區乳癌個案中，分析其飲食攝取的油脂，發現顯著比對照組高，與許多臨床研究所提出飲食中的油脂和乳癌發生率有正相關。林惠文等（2006）提出可藉由改變飲食習慣，如攝取高纖低脂的飲食、減少飲酒等來降低其罹患的機率。

在抽菸與酒精攝取方面，Morabia 和 Costanza（2000）研究顯示常抽菸或吸二手菸者，相較於不抽菸或未吸二手菸者罹患乳癌的機

率增加為 2 至 3 倍；Mcperson、Swenson 及 Jolitz (1997) 利用世代追蹤 30 多萬人，發現每天飲用酒精量 30 至 60 公克者，相較於低酒精量者，罹患乳癌的機率增加為 1.41 倍。

肥胖

Sonnenschein 等 (1999) 利用回溯追蹤四千多名個案，發現身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 大於 27.5 者，相較於 BMI 小於 22.3 者，罹患乳癌個案數增加為 2.4 倍。

再次罹病

婦女罹患單側乳癌後，其得對側乳癌之機會比一般未罹患乳癌而初次得乳癌者高 2 至 6 倍，對側乳癌年發生率約為 0.5 至 1.0%，10 年累積發生率約為 6 至 11% (Chang, 2009)。

環境荷爾蒙

研究發現環境中的多氯聯苯 (polychlorinated biphenyls, PCBs)、2,3,7,8-四氯戴奧辛 (2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-*p*-dioxin, TCDD) 及多環芳香族碳氫化物 (polyaromatic hydrocarbons, PAHs) 會干擾人體荷爾蒙的平衡，影響乳癌的發生和形成。

這些親脂特性 (lipophilic) 的外來物質經由食物、水、空氣或使用含雌激素活性的化妝保養品進入人體，在人體乳房的脂肪組織中干擾身體內分泌的平衡及調節，會提升乳癌的發生率 (邵東子, 2010; Brody et al., 2007)。

2.2 乳癌檢查

乳癌是一種多因性疾病，而非單一因素可解釋，因此目前並無一個有效又適合所有女性的第一階段預防措施，因此，乳癌的預防需仰賴第二階段的乳癌篩檢（陳碧芳，2010）。而篩檢是指定期執行某種檢查的防治措施，以達早期發現病兆並早期治療的目的，定期的乳癌篩檢如同大腸直腸癌的糞便潛血篩檢及子宮頸癌的抹片檢查一般，可較容易發現早期的異常情形。目前乳癌的檢查方法有乳房自我檢查（Breast Self-Examination, BSE）、乳房超音波（Ultrasound）、乳房攝影（Mammography）、核磁共振（Magnetic Resonance Imaging, MRI）及正子電腦斷層掃描檢查（Positron Emission Tomography, PET），將依序分別說明不同檢查方式：

2.2.1 乳房自我檢查

女性執行乳房自我檢查的優點包括簡單、成本低且定期檢查可提早發現腫瘤，估計可以減少死亡率約 18 至 27%（Anonymous, 1999）。但是，亦有研究發現 20 歲以上乳癌病患之一等親女性，每月定期執行乳房自我檢查僅佔 27.2%，執行率低的原因包括忘記、對自己檢查沒有信心、害怕查出問題及沒時間（羅雪、陳品玲、陳靜敏、李從業、謝家明，2001）。

檢查方法的敏感性（亦稱為敏感度）（sensitivity）是指罹病的個體中，檢查結果為陽性者的比例。高敏感性的篩檢方法，將可早期發現罹病患者，進而早期治療，可避免病程延宕，錯失治療黃金期。黃獻樑和程勁儀(2006)指出，女性乳房自我檢查預期的敏感性約 20%，歐美大型研究以社區及基層醫療專業人員所做的乳房觸診敏感性約 28 至 36%，乳房自我檢查及醫療專業人員觸診敏感性皆偏低。

有文獻指出乳房自我檢查及醫療專業人員觸診是不被建議的篩檢方法（Kösters, & Gøtzsche, 2003）。台灣癌症臨床研究合作組織（2004）指出乳房自我檢查對早期乳癌發現幫助有限，必須藉助其他方式，如：乳房攝影及乳房超音波，偵測出觸診無法發現的零期或第一期早期乳癌，以早期治療。

2.2.2 乳房超音波

乳房超音波是利用高頻率聲波顯示囊腫影像，因不具侵入性為目前普遍使用於乳癌診斷的輔助工具（方淑華、李茹萍、張淑娟、王麗花、張惠冠，2010）。乳房超音波掃描對於軟組織有較佳的解析度，更適合用來鑑別乳房硬塊為實質腫瘤或囊腫，避免沒有必要的手術。對於 35 歲以下女性或懷孕或正在哺乳或對 X 光敏感者，若出現乳房症狀可優先考慮超音波檢查。但是，超音波無法偵測大多數的細微鈣

化點，因此乳房超音波無法取代乳房攝影成為乳癌篩檢首要工具（許居誠、林文瓊，2008）。

2.2.3 乳房攝影

乳房攝影是利用夾板壓平乳房來照射乳房組織狀況，針對臨床無法觸摸到與無症狀之早期乳癌，乳房攝影可發現乳房微小鈣化點，至目前為止仍是乳癌篩檢的主要影像工具（周宜宏、刁翠美，1998；許居誠、林文瓊，2008）。

有文獻指出乳房攝影篩檢可減少 40 至 49 歲婦女 15 至 20% 的乳癌死亡率，而 50 至 69 歲婦女則可降低 16 至 35% 的乳癌死亡率（Humphrey, Helfand, Chan, & Woolf, 2002），乳房攝影篩檢與降低 50 至 69 歲婦女乳癌死亡率有關（Kalager, Zelen, Langmark, & Adami, 2010）。在 2007 年，美國專科醫學會有系統的檢視相關研究，指出 40 多歲婦女相較於 50 歲以上婦女，乳房攝影篩檢的整體效益較不明確（Qaseem et al., 2007）。另外，尚有文獻指出乳房攝影篩檢對於降低女性乳癌死亡率沒有相關（Jørgensen, Zahl, & Gøtzsche, 2010）。

乳房攝影的敏感性為 75%（Carney et al., 2003），亦有文獻顯示 65 歲以上婦女接受乳房攝影篩檢其敏感性為 81 至 94%，而 40 歲以下婦女因乳房緻密度高，其敏感性低，下降至 54 至 58%（Rosenberg, Hunt,

& Chan, 1998; Kerlikowske, Grady, Barclay, Sickles, & Ernster, 1996)。

台灣國家癌症防治五年中程計畫（執行期間自2005年1月1日至2009年12月31日止）研究初步結果顯示，乳房攝影對40至49歲婦女初次乳癌篩檢的敏感度高達90%，乳房超音波為55%。乳房攝影之敏感性與許多因素有關，其中包括乳腺緻密度、病患年紀、腫瘤的病理型態、影像品質及醫師判讀因素等影響（許居誠、林文瓊，2008）。

在乳房攝影檢查的輻射劑量方面，美國放射學會依據美國放射學院（American College of Radiology, ACR）和美國乳房攝影品質標準法案（Mammography Quality Standards Act, MQSA）的要求，以標準假體（成分為50%的腺體，50%的脂肪組織）與壓迫後4.5公分的厚度為參考，平均乳腺輻射劑量不應該超過3毫戈雷（milligray, mGy）（Hendrick, Bassett, & Botsco, 1999）；董傳中（2005）研究報告中所提及乳房攝影之品質作業準則，要求單次照射的平均乳腺吸收劑量不可超過3毫戈雷（milligray, mGy），國內外針對乳房攝影所暴露之輻射線劑量控管是一致的。

乳腺緻密度的差別與乳房的厚度是影響輻射劑量最大的關鍵，隨著緻密度的提高則劑量就相對提高，隨著壓迫厚度的增加則輻射劑量也就相對提高（游淑敏等，2008）。Mettler、Upton及Kelsey（1996）指出50至70歲的婦女每年接受乳房攝影篩檢，能早期發現乳癌而

得到的好處，仍遠遠超過輻射所引起的危險。黃俊升和張金堅(1999)指出一般醫學影像檢查導致的低劑量輻射，是否會增加乳癌機率，則尚未有明顯證據。

乳房攝影篩檢的缺點包含有檢查結果的偽陽性、偽陰性、受檢者檢查過程疼痛及不舒服。一項研究顯示 50% 美國婦女接受乳房攝影篩檢至少有一次偽陽性檢查結果，該結果與受檢者心理焦慮、不必要的花費及乳癌發生率有關 (Elmore, Barton, Mocerri, et al., 1998)；接近 20 至 40% 乳癌婦女接受乳房攝影有偽陰性結果 (Carney et al., 2003)；乳房攝影檢查過程會壓迫乳房組織，將造成受檢者感到疼痛及不舒服 (Dullum, Lewis, & Mayer, 2000)。

一項根據 7 個隨機對照實驗結果的分析，研究共 600,000 名女性，歸納出乳房攝影可降低乳癌死亡率和延長乳癌個案壽命，有接受乳房攝影者的乳癌死亡率顯著較沒有接受者為低 (勝算比=0.81, 95% 信賴區間=0.74, 0.87)。但同時亦會造成 30% 的錯誤診斷 (假陽性) 或治療，並對婦女帶來不必要的心理壓力，因此，該研究作者建議女性在乳房攝影篩檢前，應充分了解篩檢的效益及風險 (Gøtzsche & Nielsen, 2009)。

許多文獻指出乳房攝影篩檢可降低女性乳癌死亡率（Shapiro, Venet, Strax, Venet, & Roeser, 1982; Humphrey et al., 2002; Kalager et al., 2010），但是有不同文獻指出乳房攝影篩檢對降低女性乳癌死亡率沒有相關（Jørgensen, Zahl, & Gøtzsche, 2010）。因此，婦女接受乳房攝影篩檢能否降低女性乳癌死亡率的效益仍有爭論。然而，相關研究要隨機分配篩檢族群是很困難的，可能有研究方法學上的偏差，篩檢工具考慮的因素包括乳癌的發生率、嚴重度、早期偵測疾病的可行性、陽性篩檢結果個案有效介入的可行性，以及早期偵測計畫整體成本效益的計算（Gordis, 2009）。乳房攝影與其他乳房檢查方法比較，仍是目前許多國家最主要的乳癌篩檢工具（周宜宏、刁翠美，1998；許居誠、林文瓊，2008；Elmore, Armstrong, Lehman, & Fletcher, 2005）。

2.2.4 核磁共振

核磁共振檢查運用在乳房腫塊的診斷上，一般建議用來評估使用矽膠隆乳病人之乳房，或當乳房超音波及乳房攝影評估後都懷疑有異狀時提供進一步評估。核磁共振偵測出乳癌的敏感性比乳房攝影為高，核磁共振檢查的敏感性約為85至100%，且核磁共振檢查可以區分出良性或惡性病灶（林惠文等，2006）。但是，核磁共振檢查的費用昂貴，檢查所需時間較久，也需要靜脈注射顯影劑，並不適合用於社區群體篩檢（黃獻樑、程勁儀，2006）。

2.2.5 正子電腦斷層掃描

正子電腦斷層掃描檢查乃是藉由注射帶有正子的氟-18 去氧葡萄糖（18- fluoro-2-deoxyglucose, FDG），透過電腦斷層掃描影像去偵測生長不受控制及代謝旺盛的癌細胞（曾屏輝等，2009）。

在一個日本的研究中，假設癌症盛行率0.5%之下，對於無症狀的50至59歲民眾，接受正子電腦斷層掃描癌症篩檢的分析發現，正子電腦斷層掃描檢查得到陽性預測值約只有3.3%，卻導致許多偽陽性的民眾接受了至少6.34毫西弗(mSv)的輻射暴露，而沒有任何效益(Ghotbi, Iwanaga, Ohtsuru, Ogawa, Yamashita, 2007)。因此，目前正子電腦斷

層掃描檢查是否適合用於無症狀或低癌症風險民眾的常規健康檢查或大規模癌症篩檢，仍需要進一步的研究。

篩檢工具的有效性分為敏感性（亦稱為敏感度）（sensitivity）與特異性（亦稱為特異度）（specificity）。敏感性是指正確的偵測出確實為罹病個體的能力，特異性是指正確的偵測出確實沒有罹病個體的能力。綜合上述乳癌的檢查方法，有學者指出由醫療專業人員乳房觸診、乳房攝影及核磁共振之敏感性分別為17.9%、40%及71%；其特異性依序為98.1%、95%及89.8%（Kriege et al., 2004）。相較之下，醫療專業人員乳房觸診敏感性低，特異性高，受檢者仍需配合其他乳癌篩檢以助於乳房異常診斷。

有文獻比較乳房攝影與核磁共振檢查，乳房攝影特異性較高，核磁共振檢查敏感性較高、花費成本較高、檢查較耗費時間，且核磁共振篩檢結果偽陽性機率較高，易增加不必要的醫療行為（Joann, Katrina, Constance, & Suzanne, 2005）。

有關乳癌篩檢偵測早期疾病，若運用乳房超音波檢查，無法有效呈現微小鈣化點，且乳房超音波偽陽性較乳房攝影高，需藉由乳房攝影補強篩檢效果。至於小於3mm的病灶例如：原位性乳癌、原位乳腺管癌，使用核磁共振偵測效果較乳房攝影差。另外，正子電腦斷層掃

瞄檢查對癌症篩檢敏感性高，但對於小於5mm的病灶，準確性欠佳(曾屏輝等，2009；林惠文等，2006)。

由此可知，乳癌篩檢方法除了敏感性、特異性及整體成本效益不同外，各有其優缺點，如何評估與判斷接受篩檢婦女過程或結果的效益，而選擇適合各國不同的乳癌篩檢政策，仍為醫療專家、學者和政策制定者的共同探討主題。

2.3 乳房攝影篩檢政策

有提供一般婦女乳癌篩檢的國家，目前仍以乳房攝影為主要篩檢工具，包含有台灣、日本、新加坡、韓國、香港、英國、瑞典及美國，篩檢年齡介於40至69歲之間，篩檢間隔為1至3年。篩檢的起始年齡美國從40歲開始、英國及瑞典則是50歲，亞洲國家中的日本、新加坡、韓國及香港從40歲開始，但仍有中國、印度、印尼、泰國無提供乳癌篩檢，各國乳癌篩檢政策詳見附表2.2（國民健康局，2005）。

回顧台灣乳癌篩檢政策，國民健康局推廣乳癌篩檢可分為三個階段，第一階段為1992至1997年，以推廣乳房自我檢查為主，結合衛生局所及民間團體，指導婦女如何正確乳房自我檢查方法並強調乳房自我檢查的重要性。第二階段為1997至1998年期間，推廣乳癌篩檢，運用專業醫護人員提供乳房觸診，以早期發現乳癌

並宣導婦女應定期作乳房自我檢查。第三階段為1999至2001年期間，推動「社區到點三年篩檢計畫」共完成100萬名婦女乳房觸診檢查，並發現734名乳癌患者。此外，國民健康局自2002年7月試辦50至69歲婦女二階段乳房攝影篩檢，2004年7月轉由健保局續辦50至69歲婦女每二年可免費接受一次乳房攝影篩檢，2009年11月17日更擴大婦女篩檢範圍，提供篩檢年齡下修為45至69歲，並自2010年1月增加40至44歲且其二等親以內血親曾患有乳癌之婦女，可每二年補助一次接受乳房攝影篩檢。

此外，國民健康局委託中華民國放射線醫學會辦理乳房攝影影像品質提升及人員培訓計畫，以提升乳癌篩檢及監測品質，針對放射師與醫師資、儀器設備要求、日常品管監測、影像品質鑑定與影將判讀報告等，分別訂出標準並提出人員教育訓練、臨床實地評核與提供輔導機制以提升篩檢及監測品質。

依據國民健康局推動現階段癌症篩檢政策，乳癌篩檢應完成之人數 2011 年至 2013 年分別為 50 萬、57 萬及 58 萬人，訂定應完成篩檢人數逐年增加（國民健康局，2011）。

台灣公共衛生年報指出2009年共篩檢23萬9千名婦女接受乳癌篩檢服務，2年篩檢率11%，經篩檢發現之乳癌約有5成以上屬於零期或一期之個案。可見，乳房攝影篩檢能發現早期癌前病變及無症狀之零

期乳癌，將有助於乳癌防治工作（衛生署，2010）。但是，根據台灣國民健康局癌症登記2008年度報告，乳癌發生人數之期別以第二期（35.5%）佔最多數，可見，如何早期偵測乳癌仍有可努力的空間。台灣目前乳癌篩檢政策為推動乳房攝影檢查，本研究探討婦女接受乳癌篩檢的方法為乳房攝影篩檢。

依據台灣國家衛生研究院（2005）「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告，曾接受乳房攝影檢查比例，50至64歲女性為26%，而65歲以上女性為16.7%。另外，美國2005年國民健康訪問調查顯示，過去2年曾接受乳房攝影的比例，50至64歲女性達71.8%，65歲以上女性為63.8%，可見台灣婦女接受乳房攝影篩檢率遠低於美國，其箇中影響因素深值研究探討。

附表 2.2 各國乳癌篩檢政策

國家	篩檢工具	篩檢年齡	篩檢間隔	備註
臺灣	乳房攝影	45 至 69 歲	每 2 年一次	2002 年 7 月開始，篩檢年齡為 45 至 69 歲；2010 年更擴大篩檢年齡，下修為 45 至 69 歲。
日本	乳房攝影	40 歲以上	每 2 年一次	2005 年 4 月開始，在老人健康及醫療服務法規範下
新加坡	乳房攝影	40 至 49 歲	每 1 年一次	
		50 至 64 歲	每 2 年一次	2002 年開始
韓國	乳房攝影	40 歲以上	每 2 年一次	2002 年開始
印度	無			
印尼	無			
香港 ^a	乳房攝影	40 歲以上	每 2 年一次	香港乳癌基金會於 2008 年 9 月開始，針對低收入婦女推出免費乳房 X 光攝影檢查計畫
中國	無			正在進行大型乳癌篩檢試驗計畫
泰國	乳房自我檢查			
英國	乳房攝影	50 至 64 歲	每 3 年 1 次	
瑞典	乳房攝影	50 至 69 歲	每 2 年 1 次	
美國	乳房攝影	40 至 49 歲	每 2 年 1 次	
		50 至 69 歲	每年 1 次	

資料來源：<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=200712250147;>

^a <http://www.hkbcf.org/content.php?tid=3&cid=64&lang=chi>

2.4 健康行為

健康行為依照Kasl和Cobb（1966）可分為三大類：

- 一、防患未然的「預防性健康行為」（health behavior）。
- 二、自覺有病後所採行的「疾病行為」（illness behavior）。
- 三、經醫師診斷有病後所採行的「疾病角色行為」（sick-role behavior）。

篩檢（screening）主要目的在於病人尚未求醫前，早期發現，以及時治療。探討影響健康行為理論模式眾多，而於個人層面，健康信念模式及健康服務利用行為模式已被廣泛應用，簡介二模式如下。

2.4.1 健康信念模式

健康信念模式是由Rosenstock於1960年代提出，包括了三大主要影響健康行為的因素：

- 一、個體的主觀判斷：包括個體對某疾病所自覺的「罹患性」（susecptibility），和自覺的疾病「嚴重性」（severity）。「罹患性」指個人認為自己會得某一疾病的可能性，「嚴重性」指某疾病對個人身心社會各方面所可能造成的影響程度，而這些認知會影響個體感受到該疾病的威脅。

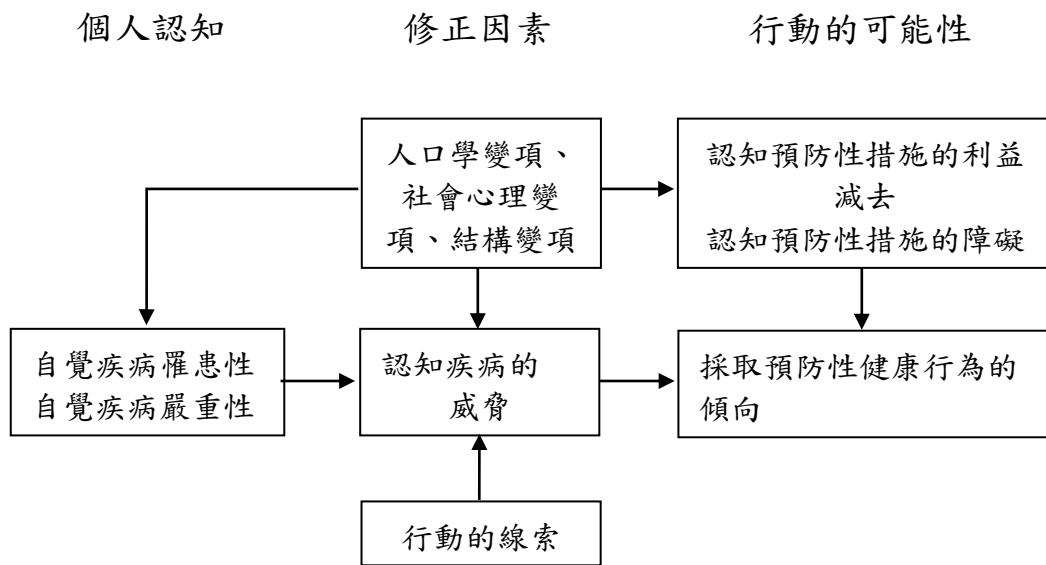
二、修正因素：

1. 人口學（年齡、性別、種族、籍貫）、社會心理（人格、社會階層、同儕壓力及參考族群）及結構（對該疾病的知識、接觸經驗）等因子。
2. 行動的線索：如大眾傳播媒體報導、他人的勸告、醫療院所的通知單、家人或朋友罹病情形、報章雜誌的報導。
3. 感受到該疾病的威脅。

三、行動的可能性：個體對預防性行為利益的認知若高於個體對預防性行為障礙的認知，則較有可能採取行動改變自身的行為。

健康信念模式主要從信念、態度來解釋個人的健康行為，主張個人的心理決定在某情境中的行為。然而，與人相關之社會環境及經濟因素對個人行為的影響，未能涵蓋於健康信念模式，因此此模式在解釋健康行為仍有限制。不過健康信念模式理論易於明瞭與應用，從實用性考量，已為許多研究人員或專業人員應用的理論基礎（陳曉悌、李怡娟、李汝禮，2003）。

健康信念模式主要的立足點在心理層面，其架構如附圖 2.3。



附圖 2.3 健康信念模式

資料來源：“Historical origins of the health belief model” Rosentock, I. M., 1974,

Health Educational Monographs, 2(4), pp. 328-335.

2.4.2 健康服務利用行為模式

安德遜 (Andersen) 的健康服務利用行為模式 (Behavioral Model of Health Services Use) 於 1960 年代提出，目的是為定義及測量民眾醫療照護資源可近性的差異原因及協助政策推展，利用國民健康調查資料發展而來，第一階段理論架構如附圖 2.4，將影響個人健康服務使用行為的因素分為潛在因素 (predisposing factors)、促成因素 (enabling factors) 及需求因素 (need factors)，分述如下：

一、潛在因素 (predisposing factors) (亦稱傾向因素、先傾因素)：

指個人使用健康服務潛在的基本特質，包括三個部分：

1. 人口學特質 (demographic)：如年齡、性別。
2. 社會結構 (social structure)：如教育程度、職業類別、種族。
3. 健康信念 (health beliefs)：如個人對健康及健康服務的態度、價值與知識。

二、促成因素 (enabling factors) (亦稱能用因素、使能因素)：

指個人使用健康服務的促成能力。包括二個部分：

1. 個人或家庭資源 (personal/ family resources)：如經濟收入、保險、是否有固定健康照護資源等。
2. 社區資源 (community resources)：如社區健康資源的多寡與分佈、健康服務價格與時間。

三、需求因素 (need factors) (亦稱需要因素) :

包括對健康問題的主觀認知與客觀評估診斷。

1. 認知 (perceived) : 個人主觀自評健康狀況等。
2. 評估 (evaluated) : 醫療專業人員對個人生理、心理及社會健康狀況的客觀臨床評估等。

第一階段理論架構提出後，歷經 40 年的增修及擴充，於 2008 年完成第五階段的模式，為一個動態且循環的回饋模式，如附圖 2.5 (Andersen, 2008)。整個模式的四大區塊簡介以下：

一、外在環境 (contextual characteristics) :

分為潛在因素 (predisposing factors)，如社區年齡結構；促成因素 (enabling factors)，如衛生政策、醫療人力及設備的提供；需求因素 (need factors)，如疾病發生率、死亡率及失能比率。

二、個人特性 (individual characteristics) : 如上述第一階段模式。

三、健康行為 (health behaviors) :

除包括健康服務利用行為外，擴大對健康行為的探討層面，個人健康習慣 (personal health practices)，例如飲食、運動等，彼此互相影響，並加入健康照護過程，進而影響結果層面的健康狀況。

四、結果 (outcomes) : 含健康狀況及消費者滿意度。

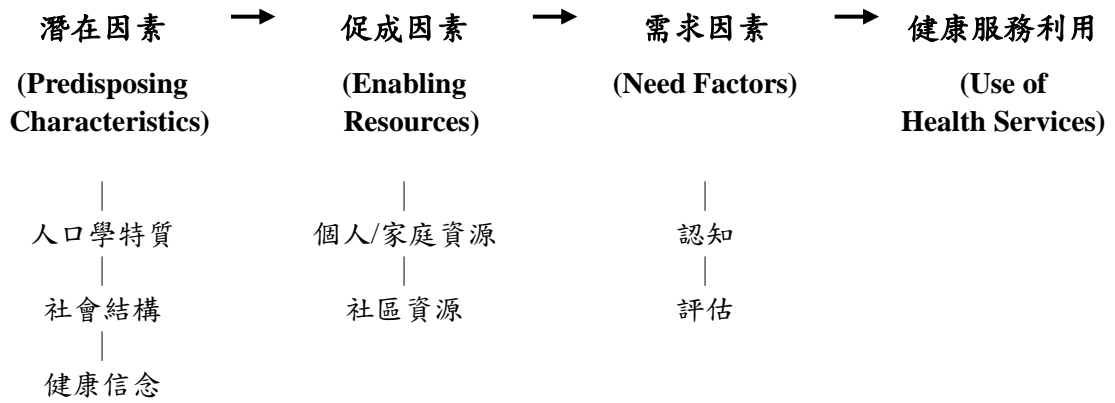
健康服務利用行為模式係從綜合性多角度面向來詮釋個人的健康服務使用行為，已被多數研究引用來探討健康服務利用之預測因素，相關文獻如表2.1。

李卓倫（1992）探討民眾尋求與利用健康服務的行為模式，指出健康服務利用模式是最常被用來進行實際調查的研究模式，該模式同時兼顧理論上的完整性及實證上的可行性。李卓倫、紀駿輝、賴俊雄（1996）歸納回顧國內定量健康醫療需求之研究文獻後，指出 1983 年以前較著重以心理學及社會學變項解釋民眾的健康醫療需求；1984 年以後，開始加入健康保險、固定就醫場所、當地醫療資源等變項；1990 年以後的研究則開始注意到個體健康狀況對健康醫療需求的影響。健康服務利用模式中的潛在、促成和需求變項幾乎涵蓋研究中所探討的變項。

健康服務利用模式以整體的觀點研究影響健康行為的因素，可以稱得上是一個完整的理論體系，但也使得實證上無法用單一的研究來驗證整個模式中的所有變項，但是，該模式卻是研究健康行為與健康服務利用情形的一個很好的思考方向（李卓倫，1992）。

本研究旨在探討影響個人接受乳房攝影篩檢行為的因素，而第一階段健康服務利用行為模式，是由系統性的角度來探討個人健康服務利用的影響因素，且經由回顧文獻研究架構之引用，故本研究主要採

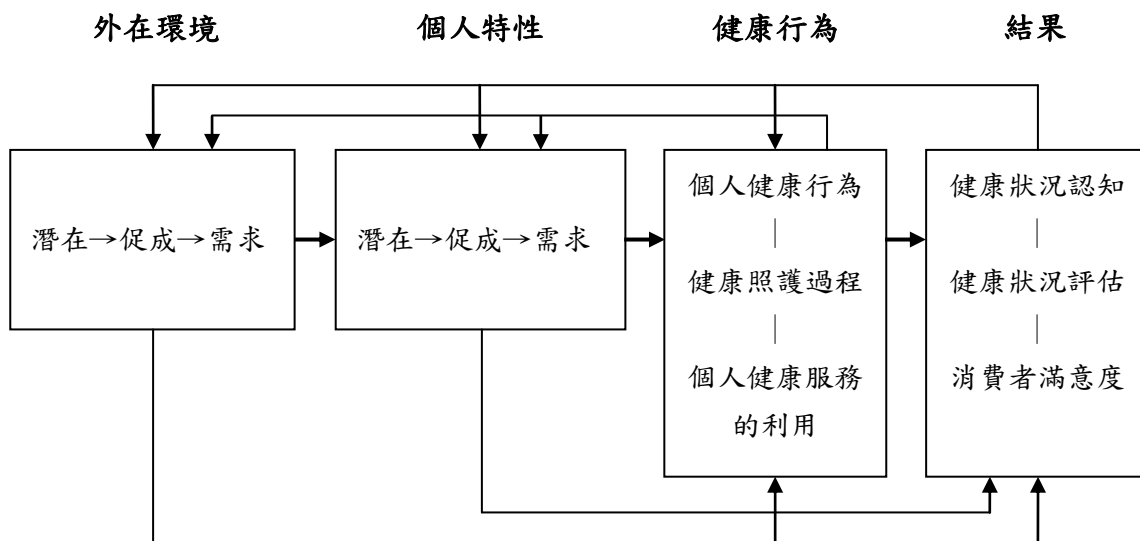
用第一階段的健康服務利用行為模式為研究架構理論基礎。



附圖 2.4 第一階段的健康服務利用行為模式

資料來源：“Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?”

Andersen, R. M., 1995, *Journal of Health Social Behavior*, 36, pp. 1-10.



附圖 2.5 第五階段的安德遜健康服務利用行為模式：包含環境和個人特質

資料來源：“National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use”

Andersen, R. M., 2008, *Medical Care*, 46, pp. 647-653.

表2.1 利用健康服務利用行為模式之相關研究

研究者 (年代)	研究主題	統計顯著相關因子
Chang, Lan, Ho & Lan (2010)	Factors affecting the use of health examinations by the elderly in Taiwan (影響臺灣老年人接受健康檢查的相關因素)	潛在因素：年齡、婚姻狀況、種族、教育程度、就醫行為、認知功能 促成因素：身體功能限制 需求因素：高血壓、身體疼痛 健康相關行為因素：抽菸、運動
Brown, Barer, Bohman & Richards (2009)	A multivariate test of an expanded Andersen health care utilization model for complementary and alternative medicine (CAM) use in African Americans (利用Andersen健康照護使用模式探討非洲裔美國人使用補充及另類醫療的相關因子)	潛在因素：年齡、教育程度、性別 促成因素：居住區域 需求因素：健康狀況、疾病狀況、看醫生情形、使用處方藥、運動、日常生活活動限制 疾病狀況：有關節痛、身體經常性疼痛、偏頭痛
Lopez, Khoury, Dailey, Hall & Chisholm (2009)	SCREENING MAMMOGRAPHY A cross-sectional study to compare characteristics of women aged 40 and older from the deep South who are current, overdue, and never screeners (以橫斷式研究來比較南美40歲以上婦女接受乳房攝影篩檢的相關因素)	潛在因素：種族、健康信念 促成因素：年度健康檢查、健康保險、社會支持、競爭性的需求、健康照護來源 需求因素：健康照護提供者的建議
Miller & Champion (1993)	Mammography in women ≥ 50 years of age (50歲以上婦女的乳房攝影)	潛在因素：年齡、教育程度、子宮頸抹片接受次數、宗教信仰、個人乳房疾病史、醫師建議 促成因素：收入、經常性的健康照護地點、願意自付費用接受篩檢
Rahman, Dignan & Shelton (2005)	A theory- based model for predicting adherence to guidelines for screening mammography among women age 40 and older (以一個理論基礎模式來研究40歲以上婦女遵從乳房攝影篩檢指引的預測因素)	潛在因素：種族、教育程度 促成因素：保險、經濟狀況 需求因素：乳癌家族史

資料來源：本文作者整理

2.5 婦女接受乳房攝影篩檢之相關因素

乳房攝影篩檢已普遍成為已開發及開發中國家的預防保健政策，目前世界各國除了持續研究乳房攝影效果外，也重視未接受乳房攝影婦女之權益，陸續有探討影響婦女接受乳房攝影篩檢相關因素的期刊論文發表，如表2.2，彙整婦女接受乳房攝影篩檢與相關因素之相關性如表2.3，各因素分述如下：

社會人口學特性

婦女的社會人口特性顯著的影響接受乳房攝影篩檢行為，最常測量的變項包括年齡、婚姻狀況、教育程度、種族等。多項研究顯示這些社會人口特性與婦女接受乳房攝影篩檢行為有關（Lee et al., 2009; von Euler-Chelpin et al., 2008; Cullati et al., 2009; Martín-López et al., 2010; Rahman et al., 2003）。但是，年齡、教育程度於不同研究中，所呈現的研究結果卻不一致，在 Lee 等（2009）所發表的研究結果指出，年齡愈大接受乳房攝影篩檢的機率較高，然 Martín-López 等（2010）的研究結果卻反之；Martín-López 等（2010）的研究結果發現，高教育程度者比較會接受乳房攝影篩檢，然 von Euler-Chelpin 等（2008）發表的文獻中，高等教育程度者相較於中等教育程度，較不易接受乳房攝影篩檢。

健康照護使用

von Euler-Chelpin等（2008）研究不同地理區域婦女接受乳房攝影篩檢的預測因子，研究結果顯示不會接觸基層照護醫師的婦女；沒有牙醫照護的婦女不曾接受乳房攝影篩檢機率較高。Martín-López 等（2010）也有相同研究結果，會看醫生或婦產科醫生的婦女接受乳房攝影比例較高。

文化因素

有研究指出，對於接受乳房攝影檢查，暴露身體的尷尬或是否使用東方醫療，為亞洲婦女接受乳房攝影的障礙因素（Maxwell et al., 1998；Kwok et al., 2005；Tang et al., 2000）；部分研究指出這些因素沒有相關（Lee, Kim & Han, 2009）。

經濟狀況及保險

文獻回顧中發現經濟狀況及私人健康保險是顯著影響婦女接受乳房攝影篩檢的重要因素，每月收入與篩檢行為呈正相關（Cullati, Charvet-Bérard, & Perneger, 2009），有私人保險的婦女有較高的乳房攝影篩檢比例（Martín-López et al., 2010）。

健康狀況及慢性疾病

有骨骼肌肉方面疾病或有癌症病史的婦女接受乳房攝影篩檢機率較高（Cullati, Charvet-Bérard, & Perneger, 2009; Martín-López et al., 2010）。

健康行為

健康行為與婦女接受乳房攝影篩檢顯著相關。有抽煙習慣的婦女接受乳房攝影篩檢比例顯著較低，有運動生活習慣的婦女接受乳房攝影篩檢比例明顯較高（Martín-López et al., 2010）。

心理因素

部分研究結果顯示婦女害怕發現身體異常或不想得知身體有異狀是婦女接受乳癌篩檢的障礙因素（Austin, Ahmad, McNally, & Steward, 2002; Aro, de Koning, Absetz, & Schreck, 2001）。但是，仍有部分研究指出，害怕得到乳癌的婦女會有較高比例接受乳房攝影篩檢（Edwards & Jones, 2000）。

表 2.2 探討影響婦女接受乳房攝影篩檢相關因素之研究

作者 (年代)	研究主題	研究方法	研究對象	研究地點
Lee, Kim, & Han (2009)	Do cultural factors predict mammography behaviour among Korean immigrants in the USA? (文化因素是否可預測韓裔美國人乳房攝影行為?)	橫斷式問卷調查	40 歲以上韓裔美國婦女；100 人	美國
von Euler-Chelpin, Olsen, Njor, Vejborg, Schwartz, & Lynge (2008)	Socio-demographic determinants of participation in mammography screening (接受乳房攝影篩檢的社會經濟決定因素)	利用二地區乳房攝影篩檢計畫及其他相關單位資料分析	50 至 69 歲婦女；Copenhagen：33,550 人、Funen：39,865 人	丹麥
Cullati, Charvet-Bérard, & Perneger (2009)	Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes (中年人的癌症篩檢：行為和態度的相關因素)	郵寄問卷調查 (含五種癌症)	30 至 60 歲婦女；2,301 人	瑞士 日內瓦
Martín-López, Hernández-Barrera, De Andres, Garrido, De Miguel, & García (2010)	Breast and cervical cancer screening in Spain and predictors of adherence (西班牙的乳癌和子宮頸癌篩檢及接受篩檢的預測因子)	西班牙國民健康調查	50 至 69 歲婦女；3,840 人	西班牙
Rahman, Dignan, & Shelton (2003)	Factors influencing adherence to guidelines for screening mammography among women aged 40 years and older (40 歲以上婦女接受乳房攝影篩檢的影響因素)	科羅拉多乳房攝影篩檢計畫資料庫分析	40 至 90 歲婦女；27,778 人	美國 科羅拉多

資料來源：本文作者整理

表 2.3 婦女接受乳房攝影篩檢與相關因素之相關性

相關因素	相關性	參考文獻
社會人口學因素		
年齡	+ -	Lee et al., 2009; von Euler-Chelpin et al., 2008; Cullati et al., 2009; Martín-López et al., 2010
婚姻狀況	+	von Euler-Chelpin et al., 2008; Martín-López et al., 2010; Rahman et al., 2003
教育程度	+ -	von Euler-Chelpin et al., 2008; Cullati et al., 2009; Martín-López et al., 2010; Rahman et al., 2003
移民國籍	-	von Euler-Chelpin et al., 2008
黑人種族 (相對於白人)	-	Rahman et al., 2003
健康照護使用		
住院天數	+ -	von Euler-Chelpin et al., 2008
看醫生	+	von Euler-Chelpin et al., 2008; Cullati et al., 2009; Martín-López et al., 2010
看牙醫	+	von Euler-Chelpin et al., 2008
最近一個月看婦產科醫生	+	Martín-López et al., 2010

表 2.3 (續) 婦女接受乳房攝影篩檢與相關因素之相關性

相關因素	相關性	參考文獻
經濟狀況及保險		
每月收入	+	Cullati et al., 2009
私人保險	+	Martín-López et al., 2010
慢性疾病		
癌症病史	+	Cullati et al., 2009
骨骼肌肉疾病	+	Martín-López et al., 2010
生活型態/ 健康行為		
抽菸	-	Martín-López et al., 2010
運動習慣	+	Martín-López et al., 2010
心理因素	+ -	Edwards & Jones, 2000; Aro et al., 2001; Austin et al., 2002

註：“+”表示正相關；“-”表示負相關。

資料來源：本文作者整理

第三章 研究材料與方法

3.1 研究架構

本研究架構主要參考安德遜 (Ronald M. Andersen) 在 20 世紀 60 年代所發展的「健康服務利用行為模式」(Behavioral Model of Health Services Use) 理論，並參考相關文獻 (Chang et al., 2010; Brown et al., 2009; Lopez, 2009; Miller & Champion, 1993; Rahman et al., 2005) 歸納各因素的變項，依「潛在因素」(Predisposing factors)、「促成因素」(Enabling factors)、「需求因素」(Need factors)，並增加「健康行為因素」(Health-related behavioral factors) (Chang et al., 2010)，整理成為影響 50 至 69 歲婦女未接受乳房攝影篩檢相關因素之研究架構，如圖 3.1。

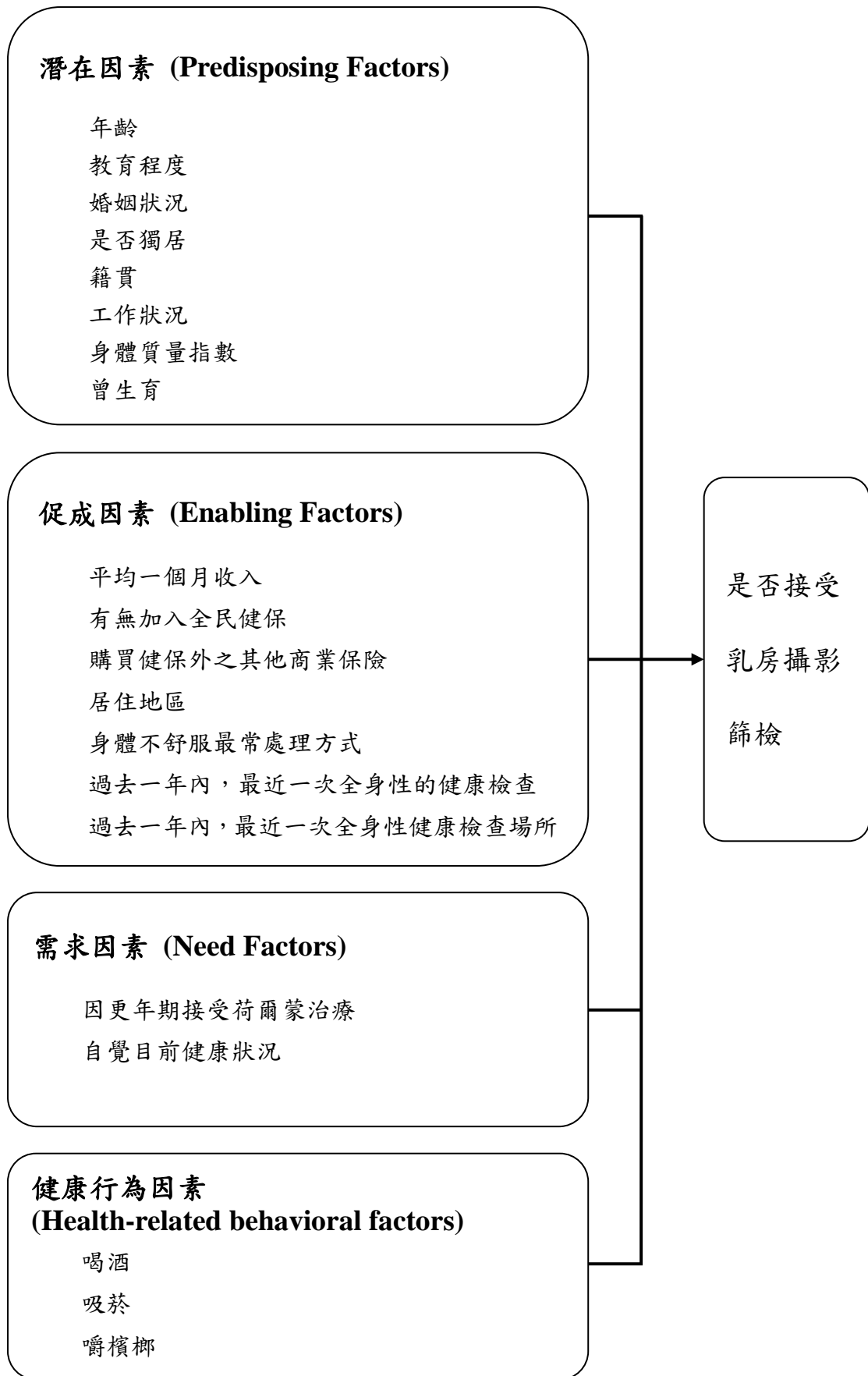


圖 3.1 研究架構

3.2 研究對象

本研究為利用 2005 年的國民健康訪問調查資料，當時乳癌篩檢政策為全民健康保險給付 50 至 69 歲婦女乳房攝影篩檢，故本研究對象為 50 至 69 歲的婦女。

研究樣本的篩選流程為合併資料庫中完成訪問的 12 至 64 歲個人問卷資料及 65 歲以上個人問卷資料，個案數共計 20,826 人。排除對象包括 (1) 男性 (排除 10,635 人)、(2) 年齡小於 50 歲及 70 歲及以上者 (排除 7,841 人)。排除對象後為 2,350 人，再扣除調查資料漏答是否接受乳房攝影的 19 人及自變項含遺漏值或代答的 115 人，最後研究樣本數為 2,216 人 (詳見圖 3.2)。

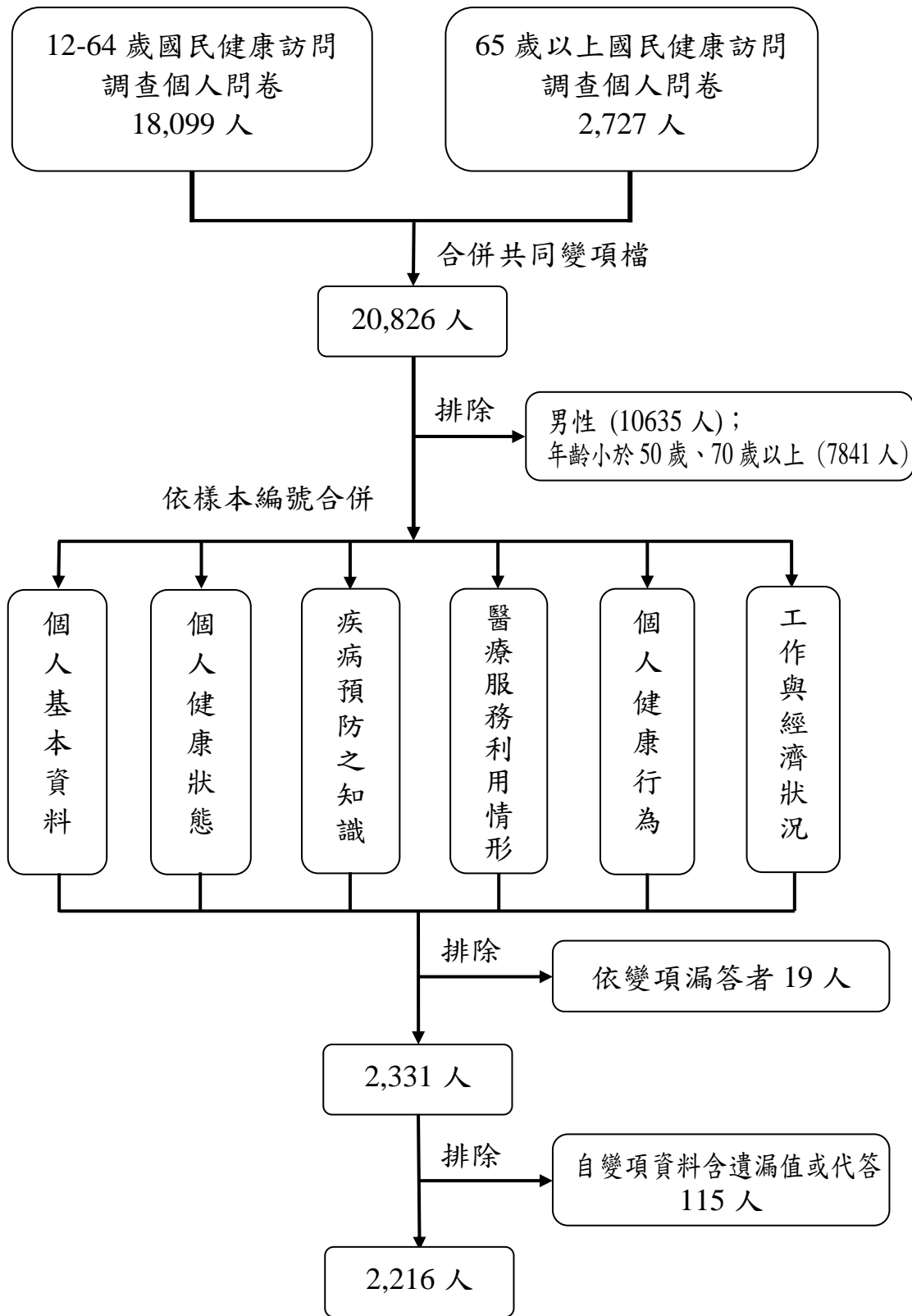


圖 3.2 研究樣本篩選流程

3.3 資料來源

本研究為使用 2005 年國民健康訪問調查 (National Health Interview Survey, NHIS) 資料庫, 該全國性調查是由國家衛生研究院、國民健康局及管制藥品管理局合作進行, 自 2001 年起辦理第一次調查, 之後每 4 年定期執行, 2005 年執行內容如下:

一、抽樣設計:

衛生署統計室所提供的 2004 年 12 月 31 日「台灣地區個人戶籍資料檔」之戶籍人口資料作抽樣, 母群體總人口數為 22,615,307 人, 以「人」為基本抽樣單位。

樣本的選取採用多階段分層系統抽樣設計, 在各縣市內的分層上, 主要是考量各「鄉鎮市區」的地理位置、人口分布、都市化程度與田野調查等因素來作分層, 共分成 53 個層別, 各層內採用抽取率與單位大小成比例、等距抽樣法逐步抽出「鄉鎮市區」或「村里」、「鄰」、「人」。台灣地區 23 個縣市共抽出 187 個「鄉鎮市區」, 共抽出 30,680 人, 樣本具有全國代表性。

二、問卷設計及內容:

問卷內容的設計除考量影響健康的主要因素, 包括生物、環境(如物質環境和社會環境)、個人行為與醫療保健政策(如醫療保健系統

之品質和可近性)等外,同時採納專家意見及衛生署各處室健康指標之需求,再根據訪問調查之屬性和各健康指標的優先順序決定問卷設計的主要方向。問卷初稿設計後,經國內、外專家所組成的問卷審查小組審閱,經過專家意見、建立問卷初稿、數次討論、預試之後定稿。

面訪問卷針對不同年齡層的健康問題,分為3大部分:12歲以下個人問卷、12至64歲個人問卷及65歲以上個人問卷,3份個人問卷均含有:

一、基本資料:性別、年齡、教育程度、居住安排、婚姻狀況、

父母親籍貫、宗教信仰;

二、健康狀況:慢性病、聽力、視力、牙齒健康、輔具使用、事

故傷害等;

三、健康行為:交通安全、口腔衛生、個人衛生習慣、飲食型態、

體重控制、日常生活行為等;

四、醫療服務利用:最常之處理方式、沒去看醫師的原因、急診、

住院、牙科門診、中、西醫門診、民俗療法、

預防保健利用;

五、居家環境:二手菸、其他化學氣體之暴露、過敏原的有無

六、經濟狀況

健康狀況方面，主要是調查有關該年齡層高盛行率的疾病，12至64 歲問卷內容，例如：心臟血管相關疾病之家族史、疾病狀況、活動限制；65 歲以上問卷內容，例如：氣喘、腎臟病、疾病狀況、活動功能及婦女懷孕與更年期經驗。

健康行為方面，12至64 歲和 65 歲以上問卷除上述健康行為相同內容外，加入喝酒、吸菸、嚼檳榔、戒檳榔、勞力性工作、運動及日常生活行為等內容。

經濟狀況方面，12至64 歲和 65 歲以上問卷包括工作及保險利用。

12至64 歲問卷內容增添生活品質問卷(Short-Form Health Survey, SF-36);65 歲以上因為關節炎、跌倒和骨折經驗是老人常有的問題，因此在這方面有深入問卷內容，包含：日常活動功能、工具性日常活動功能、藥物及營養補品、生活參與、老人的長期照護服務使用及居住安排、「流行病學研究中心憂鬱量表」(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) 評量心理健康及「簡短智能測驗」(Mini-Mental State Exam, MMSE) 評量心智功能(郭耿南、蕭美玲、簡俊生，2007)。

本研究旨在探討在全民健康保險給付乳房攝影篩檢政策下，影響婦女未接受乳房攝影篩檢之相關因素，利用 2005 年國民健康訪問調

查資料之「12至64歲」及「65歲以上」個人問卷資料庫，擷取具全國代表性的50至69歲婦女問卷資料，分析內容包含人口學特性、個人健康狀態、疾病預防之知識、醫療服務利用情形、個人健康行為、工作與經濟狀況。

三、 訪問調查執行方式：

問卷是以面對面之訪問方式進行，執行期間為2005年4月9日開始實地訪查，絕大部份樣本於7月底完成，僅有少部份地區因完成率較低或替換訪員因素，延至8月30日結束。以台灣地區23個縣市合併的樣本數來計算完訪率：面訪問卷的應訪樣本數有30,680人，12歲以下問卷完訪3,900案、12至64歲問卷完訪18,099案、65歲以上問卷完訪2,727案，共計完訪24,726案，整體完訪率達80.59%（郭耿南等，2007）。

3.4 資料處理

一、依變項：

是否曾經做過乳房攝影檢查，此為二元（binary）類別變項。

二、自變項：

本研究所探討的影響因素分為潛在因素（predisposing factors）、促成因素（enabling factors）、需求因素（need factors）及健康行為因素（health-related behavioral factors）四個構面，各因素的各變項之操作型定義及測量方式見附錄 A。

3.5 統計方法

依本研究架構，利用 SPSS 17.0 統計套裝軟體進行國民健康訪問調查資料檔合併及分析。

在描述性統計方面，以人數、百分比、平均數及標準差分析研究對象之基本特性。

在推論性統計方面，將研究對象分為不曾接受乳房攝影篩檢與曾接受乳房攝影篩檢兩組，以卡方檢定 (χ^2 test) 檢驗乳癌篩檢認知變項與是否接受乳房攝影篩檢之相關。並將自變項各別以強迫進入法 (enter) 進行單變項羅吉斯迴歸 (univariate logistic regression) 統計，估計各變項對於是否接受乳房攝影篩檢之勝算比 (Odds Ratio, OR) 和 95% 信賴區間 (95% Confidence Interval, 95% CI)，繼而再合併採取向後概似比檢定法 (backward: likelihood ratio test) 進行多變項羅吉斯迴歸 (multiple logistic regression) 調整分析選取顯著因子。以 p 值小於 0.05 為具有統計學上顯著差異。

第四章 研究結果

4.1 研究樣本特性

2005 年國民健康調查抽樣之 50 至 69 歲婦女共計 2,350 人，扣除資料填寫不齊全或代答者 134 人 (5.7%)，本研究樣本總計有 2,216 人。

(一) 潛在因素

本研究之潛在因素包含年齡、教育程度、婚姻狀況、多少人同住、籍貫、工作狀況、身體質量指數 (BMI) (kg/m^2) 及曾生育，其分布情形詳見表 4.1。

研究樣本平均年齡為 58.2 歲 (標準差 5.9 歲)，50 至 54 歲之間的比例佔 35.6% 最高，其次 55 至 59 歲之間佔 23.6%，60 至 64 歲之間佔 21.1%，65 至 69 歲之間佔 19.7%。

教育程度方面，識字或小學佔 47.5% 最多數，其次不識字佔 22.8%，大專以上 (含空中大學、行專) 比例佔 6.5% 最低。

婚姻狀況方面，已婚與配偶同住佔多數，為 73.8%，已婚未經常與配偶同住或曾經結過婚佔 18.5%，而未婚為 7.8%。

有 95.4% 不是自己一個人住，一個人住佔 4.6%。

籍貫方面，本省閩南人（含金門/馬祖）居多，佔 78.7%，本省客家人次之，佔 14.2%，大陸省份佔 4.8%，原住民佔 2.3%。

工作狀況方面，沒有工作的佔 65.5%，而有工作的佔 34.5%。

身體質量指數（BMI）正常範圍（18.5 至 24）佔 44.2%，BMI 於 24 至 27 之間佔 28.6%，BMI 於 27 至 30 之間佔 16.0%，BMI 大於等於 30 佔 7.2%，BMI 小於 18.5 佔最少數，比例為 4.1%。

有生過小孩居多佔 97.2%，不曾生過小孩佔 2.8%。

表 4.1 研究樣本潛在因素特性之分佈

(總人數=2216)

變項	平均值 ± 標準差	人數	(%)
年齡 (歲)	58.2 ± 5.9		
50 至 54		789	(35.6)
55 至 59		522	(23.6)
60 至 64		468	(21.1)
65 至 69		437	(19.7)
教育程度			
不識字		505	(22.8)
識字或小學		1052	(47.5)
初中		236	(10.6)
高中		279	(12.6)
大專以上 (含空中大學、空中行專)		144	(6.5)
婚姻狀況			
已婚與配偶同住		1635	(73.8)
已婚未經常與配偶同住或曾經結過婚		409	(18.5)
未婚		172	(7.8)
是否獨居			
否		2113	(95.4)
是		103	(4.6)
籍貫			
本省閩南人 (含金門/馬祖)		1744	(78.7)
本省客家人		315	(14.2)
大陸省份		107	(4.8)
原住民		50	(2.3)
工作狀況			
沒有工作		1451	(65.5)
有工作		765	(34.5)
身體質量指數 (BMI) (kg/m ²)	24.5 ± 3.7		
<18.5		90	(4.1)
18.5 ≤ BMI < 24		980	(44.2)
24 ≤ BMI < 27		633	(28.6)
27 ≤ BMI < 30		354	(16.0)
≥30		159	(7.2)
曾生育			
否		62	(2.8)
是		2154	(97.2)

(二) 促成因素

本研究之促成因素包含收入、參加健康保險、購買健保外之其他商業保險、居住地區、身體不舒服最常處理方式、是否接受過全身性的健康檢查及全身性健康檢查場所，其分布情形詳見表 4.2。

平均一個月收入方面，沒有收入佔最多數，為 32.2%，其次 9,999 元以下，佔 28.6%，20,000 元以上佔 20.4%，10,000 至 19,999 元以下佔 18.9%。

沒有參加全民健保僅 7 人 (0.3%)，高達 99.7% 有參加全民健康保險。

沒有購買健保外之其他商業保險佔 51.6%，另外有購買商業保險佔 48.4%。

居住地區以中度都市化市鎮較多，佔 29.2%，其次為一般鄉鎮市區佔 20.1%，高齡化市鎮或農業市鎮或偏遠鄉鎮最少，佔 15.2%。

身體不舒服會看醫師 (含中、西醫) 佔 78.0%，不會看醫生 (含中、西醫) 佔 22.0%。

過去一年內，沒有接受過全身性的健康檢查高達 77.1%，有接受全民健保支付的成人預防保健服務佔 12.9%，有接受非全民健保支付的檢查佔 10.0%。

過去一年內，最近一次全身性健康檢查的地方以醫療院所（含健檢中心）較多，佔 16.2%，社區設點及其他佔 6.8%，其餘 77.1% 沒有接受過全身性的健康檢查。

表 4.2 研究樣本促成因素特性之分佈

(總人數=2216)

變項	人數	(%)
每月平均收入 (元)		
沒有收入	713	(32.2)
9,999 以下	634	(28.6)
10,000 至 19,999 以下	418	(18.9)
20,000 以上	451	(20.4)
參加全民健康保險		
沒有	7	(0.3)
有	2209	(99.7)
購買健保外之其他商業保險		
沒有	1143	(51.6)
有	1073	(48.4)
居住地區		
高度都市化市鎮	377	(17.0)
中度都市化市鎮	648	(29.2)
新興市鎮	410	(18.5)
一般鄉鎮市區	445	(20.1)
高齡化市鎮或農業市鎮或偏遠鄉鎮	336	(15.2)
身體不舒服最常處理方式		
不會看醫生 (含中、西醫)	487	(22.0)
會看醫生 (含中、西醫)	1729	(78.0)
過去一年內，最近一次全身性的健康檢查		
沒有接受過	1708	(77.1)
有接受全民健保支付的服務	286	(12.9)
有接受非全民健保支付的檢查	222	(10.0)
過去一年內，最近一次全身性健康檢查場所		
沒有接受過	1708	(77.1)
醫療院所 (含健檢中心)	358	(16.2)
社區設點及其他	150	(6.8)

(三) 需求因素

本研究之需求因素包含因更年期接受荷爾蒙治療及自覺目前健康狀況，其分布情形詳見表 4.3。

從來沒有因更年期接受荷爾蒙治療的有 81.5%，曾有或目前有佔 18.5%。

自覺目前健康狀況方面，普通佔 44.3%；好 27.7%；很好 14.5%；不好 11.6%；極好的最少，佔 1.8%。

表 4.3 研究樣本需求因素特性之分佈

(總人數=2216)

變項	人數	(%)
因更年期接受荷爾蒙治療		
從來沒有	1806	(81.5)
曾有或目前有	410	(18.5)
自覺目前健康狀況		
極好的	40	(1.8)
很好	322	(14.5)
好	614	(27.7)
普通	982	(44.3)
不好	258	(11.6)



(四) 健康行為因素

本研究之健康行為因素包含喝酒、吸菸、嚼檳榔，其分布情形詳見表 4.4。

喝酒方面，以沒有喝酒習慣居多，佔 83.3%。而有喝酒的量以喝酒頻率及喝醉程度加總分數區分，每月喝酒不到 1 次或每月 1 至 2 次、不醉，及每月喝酒不到一次、半醉，歸類為低量，佔 12%；其餘歸類為中量至高量，佔 4.7%。

吸菸方面，沒有吸菸或僅嘗試幾次為最多數，佔 96.2%；有吸菸佔 3.4%；已經戒菸佔 0.4%。

嚼檳榔方面，從未嚼過或只嚼過 1 至 2 次佔 97.5%；最近 6 個月有嚼佔 2.1%；以前嚼、最近 6 個月不嚼佔 0.4%。

表 4.4 研究樣本健康行為因素特性之分佈

(總人數=2216)

變項	人數	(%)
喝酒 ^a		
沒有	1847	(83.3)
低量	265	(12.0)
中量至高量	104	(4.7)
吸菸		
沒有吸過或僅嘗試幾次	2132	(96.2)
已經戒菸	9	(0.4)
有吸菸	75	(3.4)
嚼檳榔		
從未嚼過或只嚼過 1 至 2 次	2161	(97.5)
以前嚼，最近 6 個月不嚼	9	(0.4)
最近 6 個月有嚼	46	(2.1)

註：^a有喝酒的量以喝酒頻率及喝醉程度加總分數區分，每月喝酒不到 1 次或每月 1 至 2 次、不醉，及每月喝酒不到 1 次、半醉，歸類為低量；其餘歸類為中量至高量。

4.2 婦女接受乳房攝影篩檢情形

台灣 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影篩檢情形詳見表 4.5。

本研究發現台灣 50 至 69 歲婦女不曾接受乳房攝影篩檢比例高達 75.7%；有接受過乳房攝影篩檢僅 24.3%。

有關最近一次接受乳房攝影篩檢過程是否有不舒服的感覺，沒有不舒服佔最多數，為 44.1%；其次為不太舒服佔 24.4%；非常不舒服佔 16.6%；普通佔 14.9%。所以，沒有不舒服加上普通佔 59%，而非非常不舒服加上不太舒服佔 41%。

關於有接受過乳房攝影篩檢的婦女，是否知道全民健康保險有提供每 2 年一次檢查，有 56.7% 婦女不知道，僅 43.3% 婦女知道。

表 4.5 台灣 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影篩檢情形

(總人數=2216)

篩檢情形	人數 (%)	人數 ^a (%)
不曾做過檢查	1678 (75.7)	
曾做過檢查	538 (24.3)	
最近一次檢查過程會不會有不舒服的感覺		
非常不舒服		89 (16.6)
不太舒服		131 (24.4)
普通		80 (14.9)
沒有不舒服		237 (44.1)
全民健康保險有提供每 2 年一次檢查		
不知道		304 (56.7)
知道		232 (43.3)

註：^a人數總和與總樣本數之差為遺漏值或拒答所致(百分比之計算不含遺漏值)。

4.3 婦女乳癌篩檢之認知

台灣 50 至 64 歲婦女乳癌篩檢之認知詳見表 4.6。

「預防乳癌只要做乳房自我檢查就可以了」這種說法：不同意佔 48.3%，同意佔 30.1%，不知道佔 21.6%，與是否接受乳房攝影篩檢進行交叉分析，卡方檢定的結果，發現有顯著相關 ($p<0.001$)。

35 歲以上婦女應該每年給專科醫師檢查乳房：知道佔 61.5%，不知道佔 38.5%，與是否接受乳房攝影篩檢進行交叉分析，卡方檢定的結果，發現有顯著相關 ($p<0.001$)。

表 4.6 台灣 50 至 64 歲婦女乳癌篩檢之認知

認知項目	人數 (%)			p 值 (χ^2 檢驗)
	50 至 64 歲婦女 1778 (100)	不曾篩檢 1335 (75.1)	曾篩檢 443 (24.9)	
「預防乳癌只要做乳房自我檢查就可以了」這種說法				<0.001
同意	536 (30.1)	441 (33.0)	95 (21.4)	
不同意	858 (48.3)	543 (40.7)	315 (71.1)	
不知道	384 (21.6)	351 (26.3)	33 (7.4)	
35 歲以上婦女應該每年給 專科醫師檢查乳房				<0.001
不知道	685 (38.5)	583 (43.7)	102 (23.0)	
知道	1093 (61.5)	752 (56.3)	341 (77.0)	

4.4 婦女未接受乳房攝影篩檢與相關因素之分析

以婦女是否曾接受乳房攝影篩檢為依變項，針對其潛在因素、促成因素、需求因素及健康行為因素，以強迫進入法進行單變項羅吉斯迴歸統計。

4.4.1 單變項羅吉斯迴歸分析

(一) 潛在因素

單變項分析潛在因素中，以年齡、教育程度、籍貫、身體質量指數 (BMI)，具有統計學上顯著意義 ($p < 0.05$)，各變項對於是否曾接受乳房攝影篩檢之人數、百分比、勝算比和 95% 信賴區間，詳見表 4.7。

年齡而言，以「50 至 54 歲」為參考組，「65 至 69 歲」、「60 至 64 歲」其未接受乳房攝影篩檢的風險較高，分別為 1.33 倍 (95% CI= 1.01, 1.76) 及 1.47 倍 (95% CI= 1.12, 1.94)。

教育程度方面，以「大專以上」為參考組，「不識字」、「識字或小學」、「初中」其未接受乳房攝影篩檢的風險皆較高，分別為 4.89 倍 (95% CI= 3.23, 7.39)、2.57 倍 (95% CI= 1.79, 3.67) 及 2.83 倍 (95% CI= 1.80, 4.44)，教育程度較低者其未接受乳房攝影篩檢的風險較高。

籍貫為大陸省份者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較本省閩南人（含金門/馬祖）低（OR=0.45, 95% CI= 0.30, 0.68）。即大陸省份婦女與本省閩南婦女比較，接受乳房攝影篩檢機率較高。

身體質量指數（BMI）為 30 以上者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較 BMI 正常範圍（18.5 至 24）者為高（OR=2.03, 95% CI= 1.29, 3.21）。

表 4.7 婦女未接受乳房攝影篩檢與潛在因素之單變項羅吉斯迴歸分析

變項	人數 (%)		粗勝算比	(95%信賴區間)	p 值
	不曾篩檢 1678 (75.7)	曾篩檢 538 (24.3)			
年齡 (歲)					
50 至 54	576 (73.0)	213 (27.0)	1.00		
55 至 59	386 (73.9)	136 (26.1)	1.05	(0.82, 1.35)	0.705
60 至 64	374 (79.9)	94 (20.1)	1.47	(1.12, 1.94)	0.006
65 至 69	342 (78.3)	95 (21.7)	1.33	(1.01, 1.76)	0.042
教育程度					
大專以上 (含空中大學、空中行專)	80 (55.6)	64 (44.4)	1.00		
不識字	434 (85.9)	71 (14.1)	4.89	(3.23, 7.39)	<0.001
識字或小學	802 (76.2)	250 (23.8)	2.57	(1.79, 3.67)	<0.001
初中	184 (78.0)	52 (22.0)	2.83	(1.80, 4.44)	<0.001
高中	178 (63.8)	101 (36.2)	1.41	(0.94, 2.12)	0.100
婚姻狀況					
已婚與配偶同住	1224 (74.9)	411 (25.1)	1.00		
已婚未經常與配偶同住或曾經結過婚	318 (77.8)	91 (22.2)	1.17	(0.91, 1.52)	0.225
未婚	136 (79.1)	36 (20.9)	1.27	(0.86, 1.86)	0.225
是否獨居					
否	1598 (75.6)	515 (24.4)	1.00		
是	80 (77.7)	23 (22.3)	1.12	(0.70, 1.80)	0.637
籍貫					
本省閩南人 (含金門/馬祖)	1337 (76.7)	407 (23.3)	1.00		
本省客家人	236 (74.9)	79 (25.1)	0.91	(0.69, 1.20)	0.503
大陸省份	64 (59.8)	43 (40.2)	0.45	(0.30, 0.68)	<0.001
原住民	41 (82.0)	9 (18.0)	1.39	(0.67, 2.88)	0.380

表 4.7 (續) 婦女未接受乳房攝影篩檢與潛在因素之單變項羅吉斯迴歸分析

變項	人數 (%)		粗勝算比	(95%信賴區間)	p 值
	不曾篩檢 1678 (75.7)	曾篩檢 538 (24.3)			
工作狀況					
沒有工作	1097 (75.6)	354 (24.4)	1.00		
有工作	581 (75.9)	184 (24.1)	1.02	(0.83, 1.25)	0.857
身體質量指數 (BMI) (kg/m ²)					
18.5 ≤ BMI < 24	720 (73.5)	260 (26.5)	1.00		
< 18.5	66 (73.3)	24 (26.7)	0.99	(0.61, 1.62)	0.978
24 ≤ BMI < 27	482 (76.1)	151 (23.9)	1.15	(0.91, 1.45)	0.229
27 ≤ BMI < 30	275 (77.7)	79 (22.3)	1.26	(0.94, 1.68)	0.119
≥ 30	135 (84.9)	24 (15.1)	2.03	(1.29, 3.21)	0.002
曾生育					
否	41 (66.1)	21 (33.9)	1.00		
是	1637 (76.0)	517 (24.0)	1.62	(0.95, 2.77)	0.077

(二) 促成因素

單變項分析促成因素，以平均一個月收入、購買健保外之其他商業保險、居住地區、過去一年內的全身性健康檢查、過去一年內最近一次全身性健康檢查地方，具有統計學上顯著意義 ($p < 0.05$)，各變項對於是否曾接受乳房攝影篩檢之人數、百分比、勝算比和 95% 信賴區間，詳見表 4.8。

平均一個月收入方面，以「20,000 元以上」為參考組，「沒有收入」、「9,999 元以下」及「10,000 至 19,999 元以下」其未接受乳房攝影篩檢的風險皆較高，分別為 1.69 倍 (95% CI= 1.30, 2.19)、2.49 倍 (95% CI= 1.88, 3.30) 及 1.66 倍 (95% CI= 1.23, 2.23)。

沒有購買健保外之其他商業保險者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較有購買者為高 (OR=1.94, 95% CI= 1.59, 2.36)。

居住地區而言，以「高度都市化市鎮」為參考組，「中度都市化市鎮」、「新興市鎮」、「一般鄉鎮市區」及「高齡化市鎮或農業市鎮或偏遠鄉鎮」其未接受乳房攝影篩檢的風險皆較高，分別為 1.45 倍 (95% CI= 1.09, 1.92)、1.43 倍 (95% CI= 1.05, 1.95)、1.79 倍 (95% CI= 1.31, 2.46) 及 1.87 倍 (95% CI= 1.33, 2.65)。

過去一年內沒有接受過全身性健康檢查者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較有接受全民健保支付服務者為高(OR=1.82, 95% CI= 1.39, 2.40)。

過去一年內沒有接受過全身性健康檢查者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較有前往醫療院所(含健檢中心)者為高(OR=2.32, 95% CI= 1.82, 2.96)。

表 4.8 婦女未接受乳房攝影篩檢與促成因素之單變項羅吉斯迴歸分析

變項	人數 (%)		粗勝算比	(95%信賴區間)	p 值
	不曾篩檢 1678 (75.7)	曾篩檢 538 (24.3)			
每月平均收入 (元)					
20,000 以上	295 (65.4)	156 (34.6)	1.00		
10,000 至 19,999 以下	317 (75.8)	101 (24.2)	1.66	(1.23, 2.23)	0.001
9,999 以下	523 (82.5)	111 (17.5)	2.49	(1.88, 3.30)	<0.001
沒有收入	543 (76.2)	170 (23.8)	1.69	(1.30, 2.19)	<0.001
參加全民健康保險					
有	1671 (75.6)	538 (24.4)	1.00		
沒有	7 (100.0)	0 (0.0)	不適用	不適用	不適用
購買健保外之其他商業保險					
有	746 (69.5)	327 (30.5)	1.00		
沒有	932 (81.5)	211 (18.5)	1.94	(1.59, 2.36)	<0.001
居住地區					
高度都市化市鎮	257 (68.2)	120 (31.8)	1.00		
中度都市化市鎮	490 (75.6)	158 (24.4)	1.45	(1.09, 1.92)	0.010
新興市鎮	309 (75.4)	101 (24.6)	1.43	(1.05, 1.95)	0.025
一般鄉鎮市區	353 (79.3)	92 (20.7)	1.79	(1.31, 2.46)	<0.001
高齡化市鎮或農業市鎮或偏遠鄉鎮	269 (80.1)	67 (19.9)	1.87	(1.33, 2.65)	<0.001

表 4.8 (續) 婦女未接受乳房攝影篩檢與促成因素之單變項羅吉斯迴歸分析

變項	人數 (%)		粗勝算比	(95%信賴區間)	p 值
	不曾篩檢 1678 (75.7)	曾篩檢 538 (24.3)			
身體不舒服最常處理方式					
會看醫生 (含中、西醫)	1309 (75.7)	420 (24.3)	1.00		
不會看醫生 (含中、西醫)	369 (75.8)	118 (24.2)	1.00	(0.79, 1.27)	0.978
過去一年內最近一次全身性的健康檢查					
有接受全民健保支付的服務	193 (67.5)	93 (32.5)	1.00		
有接受非全民健保支付的檢查	134 (60.4)	88 (39.6)	0.73	(0.51, 1.06)	0.097
沒有接受過	1351 (79.1)	357 (20.9)	1.82	(1.39, 2.40)	<0.001
過去一年內最近一次全身性健康檢查場所					
醫療院所 (含健檢中心)	222 (62.0)	136 (38.0)	1.00		
社區設點及其他	105 (70.0)	45 (30.0)	1.43	(0.95, 2.15)	0.087
沒有接受過	1351 (79.1)	357 (20.9)	2.32	(1.82, 2.96)	<0.001

(三) 需求因素

單變項分析需求因素，以更年期關係接受荷爾蒙治療，具有統計學上顯著意義 ($p < 0.05$)，各變項對於是否曾接受乳房攝影篩檢之人數、百分比、勝算比和 95% 信賴區間，詳見表 4.9。

從來沒有因更年期接受荷爾蒙治療者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較曾有或目前有者為高 ($OR = 2.32, 95\% CI = 1.85, 2.92$)。

表 4.9 婦女未接受乳房攝影篩檢與需求因素之單變項羅吉斯迴歸分析

變項	人數 (%)		粗勝算比	(95%信賴區間)	p 值
	不曾篩檢 1678 (75.7)	曾篩檢 538 (24.3)			
因更年期接受荷爾蒙治療					
曾有或目前有	253 (61.7)	157 (38.3)	1.00		
從來沒有	1425 (78.9)	381 (21.1)	2.32	(1.85, 2.92)	<0.001
自覺目前健康狀況					
極好的	31 (77.5)	9 (22.5)	1.00		
很好	248 (77.0)	74 (23.0)	0.97	(0.44, 2.14)	0.946
好	450 (73.3)	164 (26.7)	0.80	(0.37, 1.71)	0.559
普通	737 (75.1)	245 (24.9)	0.87	(0.41, 1.86)	0.726
不好	212 (82.2)	46 (17.8)	1.34	(0.60, 3.00)	0.480

(四) 健康行為因素

單變項分析健康行為因素，以喝酒習慣具有統計學上顯著意義 ($p < 0.05$)，各變項對於是否曾接受乳房攝影篩檢之人數、百分比、勝算比和 95% 信賴區間，詳見表 4.10。

有低量飲酒習慣者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較沒有喝酒習慣者低 ($OR = 0.66, 95\% CI = 0.50, 0.88$)。即有低量喝酒習慣者接受乳房攝影篩檢機率較沒有喝酒習慣者為高。

表 4.10 婦女未接受乳房攝影篩檢與健康行為因素之單變項羅吉斯迴歸分析

變項	人數 (%)		粗勝算比	(95%信賴區間)	p 值
	不曾篩檢 1678 (75.7)	曾篩檢 538 (24.3)			
喝酒					
沒有	1412 (76.4)	435 (23.6)	1.00		
低量	181 (68.3)	84 (31.7)	0.66	(0.50, 0.88)	0.004
中量至高量	85 (81.7)	19 (18.3)	1.38	(0.83, 2.29)	0.217
吸菸					
沒有吸過或僅嘗試幾次	1609 (75.5)	523 (24.5)	1.00		
已經戒菸	7 (77.8)	2 (22.2)	1.14	(0.24, 5.49)	0.872
有吸菸	62 (82.7)	13 (17.3)	1.55	(0.85, 2.84)	0.156
嚼檳榔					
從未嚼過或只嚼過 1 至 2 次	1630 (75.4)	531 (24.6)	1.00		
以前嚼，最近 6 個月不嚼	8 (88.9)	1 (11.1)	2.61	(0.33, 20.88)	0.367
最近 6 個月有嚼	40 (87.0)	6 (13.0)	2.17	(0.92, 5.15)	0.078

4.4.2 多變項羅吉斯迴歸分析

將潛在因素、促成因素、需求因素及健康行為因素之各自變項，採取向後概似比檢定法 (backward: likelihood ratio test) 進行多變項羅吉斯迴歸分析，結果顯示：潛在因素中教育程度及工作狀況；促成因素中平均一個月收入、購買健保外之其他商業保險及過去 1 年內全身性健康檢查；需求因素中因更年期接受荷爾蒙治療，為 50 至 69 歲婦女未接受乳房攝影篩檢之重要影響因子，詳見表 4.11。

(一) 潛在因素

教育程度而言，「不識字」、「識字或小學」、「初中」比「大專以上」者，其未接受乳房攝影篩檢的風險皆較高，分別為 3.08 倍 (95% CI= 1.92, 4.95)、1.94 倍 (95% CI= 1.29, 2.91) 及 2.51 倍 (95% CI= 1.54, 4.08)。

工作狀況為有工作者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較沒有工作者高 (OR=1.36, 95% CI= 1.05, 1.76)。

(二) 促成因素

每月平均收入為 9,999 元以下者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較 20,000 元以上者高 (OR=1.60, 95% CI= 1.13, 2.27)。

沒有購買健保外之其他商業保險者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較有購買者高（OR=1.55, 95% CI= 1.25, 1.92）。

過去 1 年內，沒有接受過全身性健康檢查者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較最近一次有至醫療院所（含健檢中心）檢查者高（OR=1.55, 95% CI= 1.25, 1.92）。

（三）需求因素

從來沒有因更年期接受荷爾蒙治療者，其未接受乳房攝影篩檢的風險較曾有或目前有者高（OR=2.07, 95% CI= 1.63, 2.63）。



表 4.11 婦女未接受乳房攝影篩檢與相關因素之多變項羅吉斯迴歸分析

變項	調整勝算比	(95%信賴區間)	P 值
潛在因素 (predisposing factors)			
教育程度			
大專以上 (含空中大學、空中行專)	1.00		
高中	1.31	(0.85, 2.02)	0.222
初中	2.51	(1.54, 4.08)	<0.001
識字或小學	1.94	(1.29, 2.91)	0.001
不識字	3.08	(1.92, 4.95)	<0.001
工作狀況			
沒有工作	1.00		
有工作	1.36	(1.05, 1.76)	0.018
促成因素 (enabling factors)			
每月平均收入 (元)			
20,000 以上	1.00		
10,000 至 19,999 以下	1.19	(0.85, 1.66)	0.311
9,999 以下	1.60	(1.13, 2.27)	0.007
沒有收入	1.32	(0.95, 1.84)	0.101
購買健保外之其他商業保險			
有	1.00		
沒有	1.55	(1.25, 1.92)	<0.001
過去一年內最近一次全身性健康檢查場所			
醫療院所 (含健檢中心)	1.00		
社區設點及其他	1.40	(0.91, 2.15)	0.123
沒有接受過	2.26	(1.75, 2.92)	<0.001
需求因素 (need factors)			
因更年期接受荷爾蒙治療			
曾有或目前有	1.00		
從來沒有	2.07	(1.63, 2.63)	<0.001

第五章 討論

5.1 安德遜健康服務利用行為模式對於婦女是否接受乳房攝影篩檢的影響

本研究架構以安德遜健康服務利用模式的潛在因素、促成因素及需求因素，另外加上健康行為因素為自變項，探討其對於婦女接受乳房攝影篩檢之影響，以 VIF (variance inflation factor) 檢定自變數之間的共線性關係，結果顯示沒有共線性問題。

研究結果發現「潛在因素」中教育程度及工作狀況；「促成因素」中每月平均收入、購買健保外之其他商業保險及過去一年內全身性健康檢查；「需求因素」中因更年期接受荷爾蒙治療，在多變項羅吉斯迴歸分析模型中有達到統計學上顯著意義，其餘則無統計學上顯著意義，驗證結果與安德遜健康服務利用模式相符。

本研究健康行為因素包含喝酒、吸菸、嚼檳榔，研究發現在單變項羅吉斯迴歸分析僅低量飲酒習慣與接受乳房攝影篩檢有相關，但多變項迴歸分析中，婦女健康行為因素與接受乳房攝影篩檢則無顯著相關，而 Martín-López 等 (2010) 研究顯示健康行為與接受乳房攝影篩檢有顯著相關，有不一致結果。依據安德遜健康服務利用模式，婦女接受乳房攝影篩檢與本研究探討的健康行為因素同屬健康行為，多

變項迴歸分析健康行為因素未達顯著，表示有其他的自變項在統計上比健康行為因素具有更強可解釋依變項的能力。

5.2 婦女接受乳房攝影篩檢比例與健康認知

本研究顯示台灣 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影篩檢比例為 24.3%，而國家衛生研究院 2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告指出 50 歲以上婦女接受乳房攝影篩檢比例為 22.4%，因納入計算年齡層有所不同，篩檢比例稍有差異。

美國 2005 年國民健康訪問調查指出，過去 2 年曾接受乳房攝影的比例，50 至 64 歲及 65 歲以上婦女比例分別為 71.8% 及 63.8%；Martín-López 等（2010）的研究利用 2006 年西班牙國民健康訪問調查結果，顯示 50 至 69 歲婦女過去 2 年接受乳房攝影篩檢比例為 84.1%，可見台灣婦女接受乳房攝影篩檢比例與歐美國家相較為甚低。

對於「預防乳癌只要做乳房自我檢查就可以了」之健康認知，本研究發現 50 至 64 歲婦女同意佔了 30.1%，而此健康認知與是否接受乳房攝影篩檢有顯著相關，亦有文獻指出婦女的癌症篩檢知識對於接受乳房攝影篩檢有顯著影響（Schueler, Chu, & Smith-Bindman, 2008），婦女對於乳癌篩檢的不正確健康認知，導致乳房攝影篩檢率偏低的情形，值得關注。

5.3 婦女未接受乳房攝影篩檢之相關因素探討

本研究採用健康服務利用行為模式為研究架構，以下針對潛在因素、促成因素及需求因素，與婦女是否接受乳房攝影篩檢之相關性予以探討。

(一) 潛在因素

教育程度對於婦女是否接受乳房攝影篩檢的相關性，本研究結果顯示教育程度較低者較不會接受乳房攝影篩檢，與 Martín-López 等 (2010) 的研究結果相同，但 von Euler-Chelpin 等 (2008) 的研究結果，則顯示在某一地區教育程度較高者，較不會接受乳房攝影篩檢，雖然研究樣本教育程度組成相似，可能因 von Euler-Chelpin 等 (2008) 的研究，在該地區之研究樣本年齡組成方面，以老年人比例較低，導致有不一致的結論。

工作狀況方面，本研究結果顯示有工作者較不會接受乳房攝影篩檢，本研究結果與相關文獻 (陳秋珍, 2009; Cullati et al, 2009) 結果一致。

肥胖 ($BMI \geq 30$) 對婦女是否接受乳房攝影之影響，本研究發現在單變項羅吉斯迴歸分析中有顯著相關，而在多變項羅吉斯迴歸分析中卻無顯著相關，研究結果與 Martín-López 等 (2010) 一致，但有文

獻指出肥胖為乳癌的危險因子 (Sonnenschein et al, 1999)，仍需重視肥胖婦女接受乳房攝影的篩檢率。

有國外研究指出移民國籍與婦女接受乳房攝影有顯著相關 (von Euler-Chelpin et al., 2008)，而 2005 年國民健康訪問調查，以衛生署統計室所提供的 2004 年 12 月 31 日「台灣地區個人戶籍資料檔」為抽樣底冊，問卷內容為調查受訪者的父親或母親是否為外國籍，而非受訪者本身原屬國籍，故有關移民國籍與婦女接受乳房攝影的相關性，本研究無法與文獻比較。且依據內政部戶政司統計，自 2009 年歸化人數有漸減趨勢，20 年來歸化人數共計約有 93,300 人，以女性居多，九成以上歸化原因為配偶，外籍配偶中 45 歲以上所佔比例不到 4.0% (內政部戶政司，2011)，故本研究對象 50 至 69 歲婦女中為移民國籍的人數比例相當低，應不影響統計結果。

在年齡、籍貫及身體質量指數與婦女是否接受乳房攝影篩檢之相關性，單變項羅吉斯迴歸分析顯示有顯著相關，但在多變項羅吉斯迴歸分析卻沒有顯著相關，可能是有其他自變數在調控相關性所致，要釐清關係需進一步分析。

(二) 促成因素

收入方面，本研究結果顯示收入較低者較不會接受乳房攝影篩檢，與相關文獻(陳秋珍，2009; Cullati et al., 2009; Martín-López et al., 2010)

結果一致。台灣推行全民健保制度，有補助婦女接受乳房攝影篩檢，經濟障礙可能不完全能解釋影響婦女接受篩檢的因素，Cullati 等（2009）研究指出，民眾癌症篩檢的態度可調控收入因素對癌症篩檢的影響，可見態度對於癌症篩檢扮演重要的角色，而台灣婦女乳癌篩檢的態度因素是否與接受乳房攝影篩檢有關，仍待進一步探討。

有關健康保險，Martín-López 等（2010）研究指出個人健康保險與婦女接受乳房攝影篩檢有關，本研究亦顯示未購買健保以外商業保險的婦女，較不會接受乳房攝影篩檢。而有文獻回顧 1988 至 2007 年所發表的 221 個研究，指出對於華人婦女，沒有醫療保險者較會接受免費或低花費的乳房攝影（Schueler et al., 2008）。反觀台灣婦女接受乳房攝影比例仍低，應加強宣導政府有提供定期乳房攝影篩檢補助，以提高婦女接受乳癌篩檢的比例。

台灣推行全民健保制度，本研究只有 7 人沒有全民健保，皆沒有接受乳房攝影篩檢，但因樣本數太少，未納入全民健保與是否接受乳房攝影篩檢的相關性，未能作進一步統計分析。

居住地區而言，單變項羅吉斯迴歸分析顯示居住地區的都市化與接受乳房攝影篩檢有顯著相關，多變項羅吉斯迴歸分析卻沒有顯著相關，表示其他的自變項同時存在時，居住地區對是否接受乳房攝影篩檢的關係可被其他自變項所取代。

個人就醫習慣方面，本研究結果顯示，婦女身體不舒服是否會看醫生，與是否接受乳房攝影篩檢並無呈現顯著相關，但國外研究則發現有顯著的相關（von Euler-Chelpin et al., 2008; Cullati et al., 2009; Martín-López et al., 2010）。有文獻指出文化因素含暴露身體的尷尬或使用東方醫療，為接受乳房攝影篩檢的障礙因素（Maxwell et al., 1998; Kwok et al., 2005），台灣婦女接受乳房攝影篩檢是否與文化因素相關，仍值得研究探討。

（三）需求因素

本研究顯示曾有或目前有因更年期接受荷爾蒙治療者，其接受乳房攝影篩檢的機率較從來沒有篩檢者為高。Althuis、Dozier 及 Anderson（2005）提出荷爾蒙補充療法為影響乳癌的危險因子之一，醫護人員需告知婦女荷爾蒙補充的副作用。而台灣 2002 至 2004 年推行二階段乳房攝影篩檢政策，荷爾蒙補充療法已列入第一階段問卷調查內容，該調查可能提醒及加強婦女接受乳房攝影意願，影響婦女接受荷爾蒙補充療法與乳房攝影篩檢相關性的分析結果。

5.4 研究限制

本研究使用國民健康訪問調查資料，進行次級統計分析，雖然該調查所涵蓋的健康面向廣泛，但是難免仍有資料分析上的限制，例如：問卷無法得知乳癌與接受乳房攝影先後關係，無法針對罹患乳癌因素是否增加乳房攝影篩檢率進行分析，且無法得知乳癌個案是否經由乳房攝影篩檢而發現罹病。此外，研究數據是將「12-64歲」和「65歲以上」的2份問卷合併而成，一些變項包括是否同意預防乳癌只要作乳房自我檢查就可以了這種說法、知不知道35歲以上婦女應該每年給專科醫師檢查乳房、最近一年內是否有子宮卵巢疾病、初經年齡、停經年齡，在2份問卷中沒有同時存在，因此，合併資料無法對所有研究對象進行分析。

另外，國民健康訪問調查雖然以面訪方式進行，應可減低因不瞭解問題錯誤回答所造成的偏差，尤其是在年齡較大及教育水平較低者的身上發生，但是，因受訪對象需要回想過去一段時間內之行為表現，回憶誤差是難以避免。

第六章 結論與建議

6.1 結論

藉由 2005 年國民健康訪問調查資料分析，台灣 50 至 69 歲婦女僅有 24.3% 接受乳房攝影篩檢，從未接受過乳房攝影篩檢高達 75.7%，因此，台灣婦女接受乳房攝影篩檢比例有明顯偏低情形。

探討影響台灣中老年婦女未接受乳房攝影篩檢之相關因素，本研究發現 50 至 64 歲婦女對於乳癌篩檢的健康認知，與是否接受乳房攝影篩檢有顯著相關；影響 50 至 69 歲婦女未接受乳房攝影篩檢之顯著相關因素，驗證結果與健康服務利用行為模式相符，顯著獨立因子包括：較低教育程度、有工作、每月平均收入較低、沒有購買健保外之其他商業保險、從來沒有接受過全身性健康檢查及從來沒有因更年期接受過荷爾蒙治療。

本研究找出影響中老年婦女未接受乳房攝影篩檢之顯著相關因素，可以提供衛生相關單位推動乳癌篩檢參考，以提高婦女接受乳房攝影篩檢比例。

6.2 建議

鑑於上述研究結果與討論，提供以下建議：

- (一) 婦女不正確之乳癌篩檢認知是造成乳房攝影篩檢接受比例不彰的顯著因素，而且曾接受乳癌篩檢的婦女中，不到半數知道全民健保有提供乳房攝影補助，建議應除了加強宣導乳房攝影篩檢能夠早期診斷乳癌，政府也有提供定期乳房攝影篩檢補助，以提高婦女接受乳癌篩檢的權益及參與度。
- (二) 較低教育程度婦女較不會接受乳房攝影篩檢，推廣婦女接受乳房攝影篩檢時，宣導內容應考量較低教育程度婦女教育程度，以淺顯易懂方式呈現內容。
- (三) 有工作的婦女接受乳房攝影篩檢比例較低，衛生相關單位可與職場結合，定期辦理相關篩檢活動。
- (四) 可利用政府相關取得低收入戶的名冊，追蹤管理收入較低婦女接受乳房攝影篩檢情形，利用全民健保醫療給付或公務預算補助乳房攝影篩檢。
- (五) 乳癌篩檢的推動或追蹤管理可結合從來沒有接受過全身性健康檢查的婦女，加強宣導預防性健康檢查及篩檢的意義，以期增加婦女接受乳癌篩檢的意願。

針對本研究限制，以及為了更全面的瞭解影響婦女未接受乳房攝影的相關因素，未來的研究可以進一步探討如下：

- (一) 未來研究可以考慮心理層面影響因素，探討婦女認知及態度對接受乳房攝影篩檢的影響，以改善婦女未接受乳房攝影篩檢比例偏高的情形。
- (二) 本研究乳房攝影篩檢定義為是否曾經接受過，乳癌「定期」篩檢有其重要性，未來研究可考慮將曾接受乳房攝影篩檢區分是否定期接受篩檢。
- (三) 本研究對象為 50 至 69 歲婦女，台灣 40 至 49 歲的婦女乳癌發生率高，目前全民健康保險給付 45 至 69 歲及 40 至 44 歲二等親以內血親曾患有乳癌的婦女，每二年可免費接受一次乳房攝影篩檢，建議未來研究對象可為 40 至 49 歲的婦女。
- (四) 2011 年政府已於 6 個縣市衛生局打造數位乳房攝影巡迴車，有關交通方便性影響台灣婦女接受乳房攝影篩檢情形，值得加以探討。

參考文獻

中文參考文獻

Gordis, L. (2009)。流行病學(葉錦瑩、陳怡樺、王豐裕譯)。臺北市：
台灣愛思唯爾。(原著出版於2008)

內政部戶政司(2011)。內政統計年報：國籍之歸化取得人數。2011
年5月16日，取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>

方淑華、李茹萍、張淑娟、王麗花、張惠冠(2010)。花蓮地區婦女
對乳癌疾病及篩檢知識之探討。志為護理，9(5)，80—89。

行政院衛生署(2010)。98年死因統計結果分析。2010年10月23日，
取自：

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11397&class_no=440&level_no=4

行政院衛生署(2010)。亞洲癌症篩檢研討會。2010年10月23日，
取自：

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=200712250147>

行政院衛生署（2010）。97年衛生統計指標。2010年10月23日，

取自：

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10251&class_no=440&level_no=1

行政院衛生署國民健康局（2010）。中華民國97年癌症登記報告。新

北市：行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署中央健康保險局（2010）。全民健康保險乳癌醫療給付

改善方案試辦計畫。2010年10月23日，取自：

<http://www.nhi.gov.tw/search/search.aspx>

行政院衛生署（2010）。公共衛生年報。台北市：行政院衛生署。

行政院衛生署國民健康局（2010）。國家癌症防治五年計畫成果別冊。

2011年5月20日，取自：

http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250030&Class=0&No=201009170001

李卓倫（1992）。民眾尋求與利用健康服務的行為模式。於譚文海主

編，衛生教育第四輯（108—138頁）。台北縣：台灣省公共衛生

研究所。

周宜宏、刁翠美（1998）。乳房超音波檢查近況。《臨床醫學》，426，440—454。

邵東子（2010）。化妝（保養）品、環境荷爾蒙—乳癌之誘因。《美容科技學刊》，7（1），123—134。

林惠文、顏啟華、應宗和（2006）。乳癌的篩檢與診斷。《基層醫學》，21（12），352—358。

香港乳癌基金會（2008）。免費乳房 X 光造影檢查計劃。2011 年 5 月 19 日，取自：

<http://www.hkbcf.org/content.php?tid=3&cid=64&lang=chi>

財團法人國家衛生研究院（2007）。2005 國民健康訪問暨藥物濫用調查。2010 年 6 月 19 日，取自：

<http://nhis.nhri.org.tw/2005download.html>

許居誠、林文瓊（2008）。乳房影像診斷之發展。《中華癌醫會誌》，24（2），98—101。

郭耿南、蕭美玲、簡俊生（2007）。2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告：No 1 國民健康訪問調查。苗栗縣：國家衛生研究院。

張金堅、郭文宏、王明暘（2008）。台灣乳癌之流行病學。中華民國
癌症醫學會雜誌，24（2），85—93。

國家衛生研究院（2004）。乳癌診斷與治療共識。台北市：台灣癌症
臨床合作組織。

陳建仁（1999）。流行病學：原理與方法。臺北市：聯經。

陳碧芳（2010）。乳房超音波引導細針抽吸細胞學檢查簡介。家庭醫
學與基層醫療，25（9），350—354。

陳曉悌、李怡娟、李汝禮（2003）。健康信念模式之理論源起與應用。
台灣醫學，7（4），632—639。

曾屏輝、林鴻儒、邱瀚模、李百卿、吳明賢、陳明豐（2009）。從實
證醫學角度看自費健康檢查。內科學誌，20，532—543。

黃俊升、張金堅（1999）。低劑量輻射與乳癌致癌危險性（國立臺灣
大學醫學院外科研究計畫，Item 246246/29848）。台北市：台灣
大學圖書館。

黃獻樑、程劭儀（2006）。乳癌的篩檢。基層醫學，21（8），225—
228。

董傳中（2005）。X 射線劑量評估研究（行政院原子能委員會委託研究計畫，952001INER009）。新竹市：國立清華大學。

游淑敏、蔡惠予、葉貞薰、李建穎、姚學華、許居誠（2008）。比較數位乳房攝影自動選取與手動選取AEC位置對輻射劑量的影響。中華放射線技術學雜誌，32（1），11—18。

羅雪、陳品玲、陳靜敏、李從業、謝家明（2001）。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，48（6），59—68。

英文參考文獻

- Althuis, M. D., Dozier, J. M., Anderson, W. F., Devesa, S. S., & Brinton, L. A. (2005). Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 405-412.
- American Joint Committee on Cancer. (2011, Feb 28). *Cancer Staging Poster Series*. Retrieved March 9, 2011, from <http://www.cancerstaging.org/staging/>
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Anonymous (1999). 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. *Lancet*, 353(9168), 1909-1914.
- Aro, A. R., de Koning, H. J., Absetz, P., & Schreck, M. (2001). Two distinct groups of non-attenders in an organized mammography screening program. *Breast Cancer Research and Treatment*, 70(2), 145-153.

Austin, L., Ahmad, F., McNally, M. J., & Steward, D. (2002). Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the Health Belief Model. *Women's Health Issues, 12*(3), 122-128.

Brinton, L. A., Schaiere, C., Hoover, R. N., Fraumeni, J. F. Jr. (1988). Menstrual factors and risk of breast cancer. *Cancer Investigacion, 6*(3), 145-154.

Brinton, L. A., Hoover, R., Fraumeni, J. F. Jr. (1983a). Reproductive factors in the aetiology of breast cancer. *British Journal of Cancer, 47*(6), 757-762.

Brinton, L. A., Hoover, R., Fraumeni, J. F. Jr. (1983b). Epidemiology of minimal breast cancer. *Journal of the American Medical Association, 249*(4), 483-487.

Brody, J. G., Moysich, K. B., Humblet, O., Attfield, K. R., Beehler, G. P., & Rudel, R. A. (2007). Environmental pollutants and breast cancer. *Cancer, 109*(Supplement 12), 2667-2711.

Brown, C., Barner, J., Bohman, T., & Richards, K. (2009). A multivariate test of an expanded Andersen Health Care utilization model for complementary and alternative medicine (CAM) use in African Americans. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(8), 911-919.

Carney, P. A., Miglioretti, D. L., Yankaskas, B. C., Kerlikowske, K., Rosenberg, R., Rutter, C. M., Geller, B. M., Abraham, L. A., Taplin, S. H., Dignan, M., Cutter, G., & Ballard-Barbash, R. (2003). Individual and combined effects of age, breast density, and hormone replacement therapy use on the accuracy of screening mammography. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 168-175.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Percentage of U.S. Women Aged 40 and Older Who Have Had a Mammogram in the Last 2 Years by Age. Retrieved June 19, 2010, from <http://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/screening.htm>

Chang, K. J. (2009). Bilateral breast cancer. *Formosan Journal of Surgery*, 42(3), 139-145.

- Chang, W. C., Lan, T. H., Ho, W.C., & Lan, T. Y. (2010). Factors affecting the use of health examinations by the elderly in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(supplement1), S11-S116.
- Chen, F. P. (2009). Postmenopausal hormone therapy and risk of breast cancer. *Chang Gung Medical Journal*, 32(2), 140-147.
- Cullati, S., Charvet-Bérard, A. I., & Perneger, T. V. (2009). Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health*, 9(118), 1-11.
- Dullum, J. R., Lewis, E. C., & Mayer, J. A. (2000). Rates and correlates of discomfort associated with mammography. *Radiology*, 214(2), 547-552.
- Edwards, N. I., & Jones, D. A. (2000). Uptake of breast cancer screening in older women. *Age and Ageing*, 29(2), 131-135.
- Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., & Fletcher, S. W. (2005). Screening for breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 293(10), 1245-1256.

Elmore, J. G., Barton, M. B., Mocerri, V. M., Polk, S., Arena, P. J., & Fletcher, S. W. (1998). Ten-year risk of false-positive screening mammograms and clinical breast examinations. *New England Journal of Medicine*, 338(16), 1089-1096.

Ghotbi, N., Iwanaga, M., Ohtsuru, A., Ogawa, Y., & Yamashita, S. (2007). Cancer screening with whole-body PET/CT for healthy asymptomatic people in Japan: re-evaluation of its test validity and radiation exposure. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 8(1), 93-97.

Gøtzsche, P. C., & Nielsen, M. (2009). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001877.

Hendrick, R. E., Bassett, L., & Botsco, M. A. (1999). *Mammography Quality Control Manual*. Reston, VA: American College of Radiology.

Humphrey, L. L., Helfand, M., Chan, B. K., & Woolf, S. H. (2002).

Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 137(5 part 1), 347-360.

International Agency for Research on Cancer. (2010). *GLOBOCAN 2008:*

Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. Retrieved April 15, 2011, from <http://globocan.iarc.fr/>

Jørgensen, K. J., Zahl, P. H., & Gøtzsche, P. C. (2010). Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *British Medical Journal*, 340, c1241.

Kalager, M., Zelen, M., Langmark, F., & Adami, H. O. (2010). Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *New England Journal of Medicine*, 363(13), 1203-1210.

Kasl, S. V., Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246-266.

Kerlikowske, K., Grady, D., Barclay, J., Sickles, E. A., & Ernster, V.

(1996). Likelihood ratios for modern screening mammography. Risk of breast cancer based on age and mammographic interpretation.

Journal of the American Medical Association, 276(1), 39-43.

Kösters, J. P., & Gøtzsche, P. C. (2003). Regular self-examination or

clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, 2, CD003373.

Kriege, M., Brekelmans, C. T., Boetes, C, Besnard, P. E, Zonderland, H.

M., Obdeijn, I. M., Manoliu, R. A., Kok, T., Peterse, H.,

Tilanus-Linthorst, M. M., Muller, S. H., Meijer, S., Oosterwijk, J. C.,

Beex, L. V., Tollenaar, R. A., de Koning, H. J., Rutgers, E. J., Klijn,

J. G., Magnetic Resonance Imaging Screening Study Group. (2004) .

Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in

women with a familial or genetic predisposition. *New England*

Journal of Medicine, 351(5), 427-437.

Kwok, C., Cant, R., & Sullivan, G. (2005). Factors associated with mammography decisions of Chinese-Australian women. *Health Education Research, 20*(6), 739-747.

Lee, M. M., Chang, I. Y., Horng, C. F., Chang, J. S., Cheng, S. H., & Huang, A. (2005). Breast cancer and dietary factors in Taiwanese women. *Cancer Causes and Control, 16*(8), 929-937.

Lee, H., Kim, J., & Han, H. R. (2009). Do cultural factors predict mammography behaviour among Korean immigrants in the USA? *Journal of Advanced Nursing, 65*(12), 2574-2584.

Lopez, E. D., Khoury, A. J., Dailey, A. B., Hall, A. G., & Chisholm, L. R. (2009). Screening mammography: a cross-sectional study to compare characteristics of women aged 40 and older from the deep South who are current, overdue, and never screeners. *Women's Health Issue, 19*(6), 434-445.

Martín-López, R., Hernández-Barrera, V., De Andres, A. L., Garrido, P.

C., De Miguel, A. G., & García, R. J. (2010). Breast and cervical cancer screening in Spain and predictors of adherence. *European Journal of Cancer Prevention, 19*(3), 239-245.

Maxwell A. E., Bastani R., & Warda U. S. (1998). Mammography

utilization and related attitudes among Korean-American women. *Women and Health, 27*(3), 89-107.

Mettler, F. A., Upton, A. C., Kelsey, C. A., Ashby, R. N., Rosenberg, R.

D., & Linver, M. N. (1996). Benefits versus risks from mammography. A critical reassessment. *Cancer, 77*(5), 903-909.

Miller, A. M. & Champion, V. L. (1993). Mammography in women > or

= 50 years of age. Predisposing and enabling characteristics. *Cancer Nursing, 16*(4), 260-269.

Qaseem, A., Snow, V., Sherif, K., Aronson, M., Weiss, K. B., Owens, D.

K.; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. (2007) Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 146(7), 511-515.

Rahman, S. M., Dignan, M. B., & Shelton, B. J. (2003). Factors influencing adherence to guidelines for screening mammography among women aged 40 years and older. *Ethnicity and Disease*, 13(4), 477-484.

Rahman, S. M., Dignan, M. B., & Shelton, B. J. (2005). A theory-based model for predicting adherence to guidelines for screening mammography among women age 40 and older. *International Journal of Cancer Prevention*, 2(3), 169-179.

Rosentock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model, *Health Educational Monographs*, 2(4), 328-335.

- Rosenberg, R. D., Hunt, W. C., Williamson, M. R., Gilliland, F. D., Wiest, P. W., Kelsey, C. A., Key, C. R., & Linver, M. N. (1998). Effects of age, breast density, ethnicity, and estrogen replacement therapy on screening mammographic sensitivity and cancer stage at diagnosis: review of 183,134 screening mammograms in Albuquerque, New Mexico. *Radiology*, *209*(2), 511-518.
- Schueler, K. M., Chu, P. W., & Smith-Bindman, R. (2008). Factors associated with mammography utilization: A systematic quantitative review of the literature. *Journal of Women's Health*, *17*(9), 1477-1498.
- Shapiro, S., Venet, W., Strax, P., Venet, L., & Roeser, R. (1982). Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. *Journal of the National Cancer Institute*, *69*(2), 349-355.
- Singletary, S. E. (2003). Rating the Risk Factors for Breast Cancer. *Annals of Surgery*, *237*(4), 474-482.

Sonnenschein, E., Toniolo, P., Terry, M. B., Bruning, P. F., Kato, I.,

Koenig, K. L., & Shore, R. E. (1999). Body fat distribution and obesity in pre- and postmenopausal breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 28(6), 1026-1031.

von Euler-Chelpin, M., Olsen, A. H., Njor, S., Vejborg, I., Schwartz, W.,

& Lynge, E. (2008). Socio-demographic determinants of participation in mammography screening. *International Journal of Cancer*, 122(2), 418-423.

Wu, M. H., Chou, Y.C., Yu, J.C., Yu, C. P., Wu, C. C., Chu, C. M., Yang,

T., Lai, C. H., Hsieh, C. Y., You, S. L., Chen, C. J., & Sun, C. A. (2006). Hormonal and body-size factors in relation to breast cancer risk: a prospective study of 11,889 women in a low-incidence area. *Annals of Epidemiology*, 16(3): 223-229.

附錄 A 研究變項與測量

變數類別	變項名稱	變項數值	問卷原始變項數值	備註
依變項				
	是否曾經做過乳房攝影檢查	0. 曾做過 1. 不曾做過	0. 不曾做過 1. 曾做過	
自變項				
潛在因素	年齡	1. 50 歲至 54 歲 2. 55 歲至 59 歲 3. 60 歲至 64 歲 4. 65 歲至 69 歲	依據調查日，個案實際年齡	
	教育程度	0. 不識字 1. 識字或小學 2. 初中 3. 高中 4. 大專以上(含空中大學、空中行專)	00. 不識字 01. 小學或初等科(日制)一年級 02. 小學或初等科(日制)二年級 03. 小學或初等科(日制)三年級 04. 小學或初等科(日制)四年級 05. 小學或初等科(日制)五年級 06. 小學或初等科(日制)六年級 07. 初中(職)或高等科(日制)一年級 08. 初中(職)或高等科(日制)二年級 09. 初中(職)或高等科(日制)三年級 10. 高中(職)或五專一年級 11. 高中(職)或五專二年級 12. 高中(職)或五專三年級 13. 大學(二、三專/四技)一年級或五專四年級 14. 大學(二、三專/四技)二年級或五專五年級 15. 大學(三專/四技)三年級或二技一年級 16. 大學(四技)四年級或二技二年級 17. 研究所及以上 91. 空中大學肄業 92. 空中行專肄業 90. 識字	

附錄 A (續) 研究變項與測量

變數類別	變項名稱	變項數值	問卷原始變項數值	備註
潛在因素	婚姻狀況	1. 已婚，與配偶同住 2. 已婚或曾經結過婚，現在未經常與配偶同住 3. 未婚	1. 已婚，與配偶同住 2. 已婚，現在未經常與配偶同住 3. 離婚 4. (正式) 分居 5. 喪偶 6. 同居 7. 未婚 8. 其他	離婚、正式分居、喪偶歸類為已婚或曾經結過婚，現在未經常與配偶同住；同居歸類為未婚
	是不是一個人住	0. 不是 1. 是	0. 不是 1. 是	
	籍貫	1. 本省閩南人(河洛人) 2. 本省客家人 3. 大陸省份(外省人) 4. 原住民	您的父親哪裡人 1. 本省閩南人(河洛人) 2. 本省客家人 3. 大陸省份(外省人) 4. 原住民 5. 金門/馬祖 6. 外國籍	金門/馬祖歸類為本省閩南人
	工作狀況	0. 目前沒有工作 1. 目前有工作	(12 至 64 歲) 0. 沒有工作 1. 有工作 (65 歲以上) 1. 未曾工作過 2. 現在沒有，但以前有工作過 3. 目前仍有在工作	
	身體質量指數 (Body Mass Index, BMI)	1. <18.5 2. $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ 3. $24 \leq \text{BMI} < 27$ 4. $27 \leq \text{BMI} < 30$ 5. ≥ 30	口述或實際測量現在的體重 口述或實際測量現在的身高	$\text{BMI} = \frac{\text{體重 (kg)}}{\text{身高 (m)}^2}$
	生過小孩	0. 沒有 1. 有	0. 沒有 1. 有	

附錄 A (續) 研究變項與測量

變數類別	變項名稱	變項數值	問卷原始變項數值	備註
促成因素	平均一個月收入	0.沒有收入 1. 9999 元以下 2. 10000 元~19999 元以下 3. 20000 元以上	0.沒有收入 1. 4999 元以下 2. 5000 元~9999 元以下 3. 10000 元~14999 元以下 4. 15000 元~19999 元以下 5. 20000 元~39999 元以下 6. 40000 元~59999 元以下 7. 60000 元~79999 元以下 8. 80000 元~99999 元以下 9. 100000 元以上	
	有無加入全民健保	0.沒有 1.有	0.從未加入健保 1.有加入健保 2.中斷健保 3.其他	中斷健保歸類為沒有
	購買健保外之其他商業保險	0.沒有 1.有	0.沒有 1.有	
	居住地區	1.高度都市化市鎮 2.中度都市化市鎮 3.新興市鎮 4.一般鄉鎮市區 5.高齡化市鎮或農業市鎮或偏遠鄉鎮	1.高度都市化市鎮 2.中度都市化市鎮 3.新興市鎮 4.一般鄉鎮市區 5.高齡化市鎮 6.農業市鎮 7.偏遠鄉鎮	

附錄 A (續) 研究變項與測量

變數類別	變項名稱	變項數值	問卷原始變項數值	備註
促成因素	身體不舒服最常處理方式	0.不會看醫生(含中、西醫) 1.看醫生(含中、西醫)	1.看西醫 2.看中醫 3.去藥房買藥吃 4.使用民俗療法或宗教治療 5.不理他，未做處理 6.其他	去藥房買藥吃、使用民俗療法或宗教治療、不理他歸類為不會看醫生
	過去一年內，最近一次全身性的健康檢查	0.沒有接受過全身性健康檢查 1.有接受全民健保支付的成人預防保健服務 2.有接受非全民健保支付的全身性健康檢查	全身性的健康檢查 0.沒有 1.有 最近一次全身性的健康檢查由誰提供 1.自費(醫院提供的套裝檢查) 2.全民健保支付，即成人預防保健服務 3.縣市政府提供 4.服務單位支付 5.商業保險支付 6.學校健康檢查/兵役體檢 (65歲以上問卷無此項) 7.其他 (65歲以上問卷為編碼 6)	
	過去一年內，最近一次全身性健康檢查的地方	0.沒有接受全身性健康檢查 1.醫療院所(含健檢中心) 2.社區設點及其他	全身性的健康檢查 0.沒有 1.有 最近一次全身性的健康檢查是在什麼地方 1.醫療院所 2.健檢中心 3.社區設點之篩檢地點 4.其他	

附錄A (續) 研究變項與測量

變數類別	變項名稱	變項數值	問卷原始變項數值	備註
需求因素	是否曾經因為更年期的關係，接受過荷爾蒙的治療	0.從來沒有 1.曾有或目前有	0.從沒有接受過 1.現在沒有，過去有 2.現在有接受治療	
	自覺目前健康狀況	1.極好的 2.很好 3.好 4.普通 5.不好	1.極好的 2.很好 3.好 4.普通 5.不好	

附錄 A (續) 研究變項與測量

變數類別	變項名稱	變項數值	問卷原始變項數值	備註
個人健康 行為因素	喝酒	0.沒有 1.低量 2.中高量	目前是否有喝酒 0.沒有(滴酒不沾) 1.有(偶爾或應酬時才喝也算) 大約多久喝一次 1.每月不到一次 2.每月一、二次 3.每週一次 4.兩、三天喝一次 5.(幾乎)每天喝 通常喝到什麼程度 1.淺醉(不醉) 2.微醺(半醉) 3.常喝醉(爛醉)	大約多久喝一次分數與通常喝到什麼程度分數加總，2至3分歸類為低量，4至8分歸類為中高量
	吸菸	0.沒有吸過或僅嘗試幾次 1.已經戒菸 2.有吸菸	0.沒有吸過 1.僅嘗試吸過幾次而已 2.有吸過，從以前到現在沒有吸超過5包(100支)菸 3.有吸過，從以前到現在有吸超過5包(100支)菸 過去一個月內是否有吸菸 1.(幾乎)每天吸 2.偶爾吸 3.已經戒菸	
	嚼檳榔	0.從未嚼過或只嚼過1至2次 1.以前嚼，最近6個月不嚼 2.最近6個月有嚼	0.從未嚼過 1.從過去到現在只嚼過1-2次 2.以前嚼，現在不嚼(最近6個月沒有嚼) 3.現在嚼(包括最近6個月曾嚼過)	

資料來源：<http://nhis.nhri.org.tw/2005download.html>