

澎湖縣政府九十八年度自行研究計畫

澎湖縣 10 年以上未做子宮頸抹片檢查婦女
人類乳突狀病毒自採服務成效與探討



研究單位：澎湖縣政府衛生局

研究人員：張怡萍、賴淑燕、蔡文堂

完成日期：九十八年八月

摘要

從 1982 年至今惡性腫瘤一直保持國人十大死因之第一位，2003 年女性癌症發生率是子宮頸癌；而 2004 年子宮頸癌，在女性癌症死亡率佔第五位（行政院衛生署，2005）。全世界婦女子宮頸癌死亡名次中台灣位居第十位，幾乎每 10 萬婦女中有 50 人罹患此疾病，子宮頸癌之死亡率則每 10 萬人中就有 4 人（朱堂元，民 90）。93 年澎湖縣婦女十大癌症死因子宮頸癌排名為第五位，95 年排名在第七位。

澎湖縣子宮頸抹片篩檢人數一直無法提高，本縣婦產科醫療院所又均為男醫師，民風保守，婦女守舊觀念，多數無法接受男醫師檢查，歷年來澎湖縣政府衛生局協請台中榮總女醫師協助篩檢工作，篩檢率雖有提升但仍有許多不願接受採檢的婦女。本縣 40 歲至 69 歲婦女人口數為 15,469 人佔本縣人口數約為 16.7%，其中有 3108 人有 10 年以上未接受子宮頸抹片檢查，能提供這些婦女一種有效又方便的自我檢查方法(HPV 自採)，有助早日篩檢出異常早日治療，降低子宮頸癌之發生。

本研究的目的在於了解：1.澎湖縣未受檢婦女的基本特性；2.澎湖縣未受檢婦女的未受檢原因；3.澎湖縣未受檢婦女對 HPV 自我採檢的接受意願；4.願意接受 HPV 自採婦女人類乳突病毒檢查結果作為。

本研究得到以下結論：1.澎湖縣以都市型態的馬公市40-69歲婦女10年以上未做抹片婦女所佔比率最高達56.9%。2.在10年以上未做抹片檢查婦女中以40-49歲這年齡層婦女有四成未做抹片檢查比率最高。3.高達七成的未受檢婦女認為面對男性醫師及熟識的醫護人員會不好意思檢查，有心理層面的障礙。4.馬公市10年以上未做子宮頸抹片檢查婦女願意以HPV自採方式檢查接受度較高達58.4%。5.教育程度較低的婦女被醫護人員勸動願意接受檢查的比率也最高，有高達59.0%以上是小學程度以下的婦女。6.有近八成的HPV篩檢陽性率是在59歲以下的婦女，顯示較年輕的族群感染人類乳突狀病毒陽性結果的比率為較高。

根據以上結論，本研究提出以下建議：1.對婦女本身醫護人員要不斷的緊迫宣導勸說且透過家屬甚至丈夫的支持與鼓勵，以幫助提高篩檢意願，並協請女醫師來澎湖協助抹片採檢工作，降低婦女心理層面的障礙。2.建議中央提高 HPV 自採服務的採檢棒衛材數量，對抹片堅拒檢查婦女提供更多的自採意願，以提高整體婦女的抹片篩檢率，促進婦女的自我健康重視。3.對於 HPV 檢查陽性異常個案，醫護人員要積極協助個案再進一步抹片檢查並轉介到醫院做專業的處置。

關鍵詞：子宮頸癌、抹片檢查、人類乳突狀病毒、HPV 自採服務

目 錄

摘要	I
目錄	II
表目錄	III
第1章 緒論	1
第1節 研究背景與動機	1
第2節 研究目的	2
第2章 文獻探討	3
第1節 抹片篩檢與子宮頸癌	3
第2節 未受檢婦女的特性	4
第3節 知識教育與篩檢參與	7
第4節 未受檢原因與影響因素	8
第5節 人類乳突狀病毒與子宮頸癌	10
第3章 材料與方法	12
第1節 研究流程	12
第2節 樣本與資料來源	12
第4章 研究結果	13
第1節 研究樣本特性	13
第2節 未受檢原因之婦女特性	14
第3節 人類乳突狀病毒檢查結果與受檢婦女之特性	15
第五章 討論及建議	17
第1節 研究發現	17
第2節 研究限制	18
第3節 結論與建議	18
參考文獻	
20	
1、 中文部分	
20	
2、 英文部分	
23	

表目錄

表 4-1-1 澎湖縣 40-69 歲 10 年以上未做子宮頸抹片檢查人數統計分析表	13
表 4-2-1 澎湖縣 40-69 歲 10 年以上未做子宮頸抹片檢查原因描述分析	14
表 4-3-1 各鄉市衛生所篩檢人數及陽性異常個案比例統計分析表	15
表 4-3-2 HPV 自採檢查各年齡層篩檢結果統計分析表	16
表 4-3-3 HPV 自採檢查篩檢人數與教育程度分析表	16

第一章、緒論

第一節、研究背景與動機

壹、研究背景

從 1982 年起至今，惡性腫瘤一直保持國人十大死因之第一位，在 2003 年男性癌症發生率第一位是肝癌，女性第一位則是子宮頸癌，然而，2004 年子宮頸癌，在女性癌症死亡率中已佔上第五位（行政院衛生署，2005）。全世界婦女子宮頸癌死亡排序中台灣是位居在第十位，也就是說，幾乎每 10 萬婦女中就有 50 人罹患此疾病，子宮頸癌之死亡率則每 10 萬人中就有 4 人（朱堂元，民 90）。而 93 年本縣婦女十大癌症死因子宮頸癌排名為第五位，94 年時雖未列在 10 名之內，但 95 年排名又上升到第七位，基於癌症早期發現早期治療預後良好，因此加強民眾之宣導與篩檢工作是公共衛生之重要預防保健工作。

本縣由 64 個島嶼組成，行政區分為一市(馬公市)五鄉，其中望安、七美為本縣二、三級離島。96 年底全縣人口總數為 92,390 人，老年人口 13,870 人佔本縣總人口 15%，縣民以從事農漁業及社會服務工作為主。對外交通以飛機、輪船為主，偏遠離島地區則以交通船及民船為主。由於本縣以發展觀光事業為主無大型工廠，就業機會少，生活條件差，人口外流嚴重，年輕者多數赴台就業，留在本島者多為老年人；且因本縣有免徵收營業稅款、設籍本縣者機票七折優待及二、三級離島學生就學補助…等優惠條件，致使多數縣民遷入，尤其二、三級離島地區，造成戶在人不在的情況非常嚴重。再者，本縣婦女教育程度普遍偏低，民風淳樸觀念又非常保守，對婦女癌症防治之抹片檢查接受度低，尤其面對男醫師的檢查更有心理層面的障礙，接受的意願更低。

澎湖縣醫療資源分布不均，醫療院所大多集中在馬公市地區，二、三級離島民眾之健康較無法得到充足照護，尤其望安及七美 2 所之護理人員因調動頻繁多為新進人員，無法有效執行婦女之子宮頸抹片採檢工作，但是，為能普及化及提高抹片採檢品質，95 年度衛生局即協請台中榮總婦產科主任何師竹女醫師前來協助辦理本縣公共衛生護理人員抹片採檢技術訓練，總計有公共衛生護士 49 人參加，並由何師竹主任檢視抹片採檢品質，計有 47 位合格者發予證書。因此，96 年度起就由這 47 位公共衛生護士負責協助離島婦女民眾抹片採檢工作，以期提高本縣婦女抹片採檢之可近性。

婦女子宮頸發炎或病毒感染，初期是沒有病狀的，甚至子宮頸糜爛都不會疼痛，由於子宮頸表面缺乏痛覺神經末梢，所以有些人甚至在子宮頸切片時都不會有痛感，但若子宮頸接受擴張時就會劇烈疼痛。故病人在癌症初期沒有任何不適，病人也忽略了檢查，直到有出血或腹部疼痛時，才發現已經罹患癌症了；但這種現象出現後，往往已有遠處轉移的末期癌症了。然而子宮頸癌最可怕的地方就是它的潛在威脅，及毫無症狀地侵犯。子宮頸癌已成為婦女癌症中排名第一的常見殺手，死亡率為癌症中的第四名，它在許多先進國家中並不常見，但在臺灣子宮頸癌的罹病率及死亡率方面全世界排名竟高居三、四名，其危險性及普遍性可見一般。（國家衛生研究院：TCOG 子宮頸癌篩檢臨床指引，http://www.nhri.org.tw/nhri_org/ca/doc/gog1.pdf）

貳、研究動機

子宮頸癌是人類乳突病毒所引起的，乳突狀病毒有七十多型，在七十多型的乳突病毒中又以十六型與十八型是造成子宮頸癌最普遍的兩種型態，幸運的是這兩種型都可以在感染後以及敏銳的晶片方法偵測出。

爲了澎湖縣婦女民眾的健康，並配合中央政策加強推動子宮頸抹片檢查工作，也爲提高抹片篩檢目標數，過去幾年來衛生局、所護理人員積極以各種策略方式介入，除利用成人健康檢查、各種篩檢活動、門診掛號看診時由志工鼓勵婦女受檢外；也以二人一組挨家挨戶到宅方式鼓勵婦女接受檢查，更協請台中榮總婦產科主任何師竹女醫師前來協助深入村里社區設站採檢服務，然婦女民眾接受檢查意願仍低，篩檢率的提升有限，仍有許多婦女不曾做過抹片篩檢，這些未做抹片檢查之婦女均是子宮頸癌高危險族群。本縣 40 歲至 69 歲婦女人口數爲 15,469 人，佔本縣人口數約爲 16.7%，有高達 3108 人有 10 年以上未接受子宮頸抹片檢查的紀錄（約佔 20.1%），爲能提供這些婦女一種有效又方便的自我檢查方法(HPV 自採)，有助早日篩檢出異常，並且能夠早日治療，降低子宮頸癌之發生，對本縣實是有助子宮頸癌防治推動之必要。

第二節、研究目的

本研究對象爲澎湖縣 40-69 歲 10 年以上未做子宮頸抹片檢查之婦女（以下簡稱未受檢婦女），本研究的目的是在於了解：

- 1、 澎湖縣未受檢婦女的基本特性
- 2、 澎湖縣未受檢婦女的未受檢原因
- 3、 澎湖縣未受檢婦女對 HPV 自我採檢的接受意願
- 4、 願意接受 HPV 自採婦女人類乳突病毒檢查結果作爲

希望對 10 年以上曾經沒有意願受檢婦女能改變接受以自我採檢方式檢查，以提高澎湖縣整體的篩檢率，對提升澎湖縣子宮頸抹片檢查受檢率有所助益，也促進婦女對自我健康的重視。

第二章、文獻探討

第一節、抹片篩檢與子宮頸癌

子宮頸抹片篩檢的目的在於早期發現病變。子宮頸癌肇因於子宮頸細胞的突變形成癌細胞，最先發生於子宮頸黏膜上皮內，隨著增殖向四周發展，進而侵犯鄰近器官。臨床評估上依據癌細胞的侵犯程度分為零期(原位癌)及一至四期：零期時癌細胞只侵犯上皮組織，治療成效最佳，手術治癒率高達百分之百；一期仍侷限在子宮頸內，治療成效良好，治療上也可選擇保留生育力之療法，IA期五年存活率超過95%，IB期亦有80%以上。二期時癌細胞已開始往陰道及骨盆腔發展，視腫瘤大小施行根治性子宮切除和鄰近器官切除或淋巴結摘除，併行放射線與化學治療，IIA期五年存活率仍有80-90%，但IIB期因已侵犯其他器官組織，主要以放射線進行治療，五年存活率僅65%。癌細胞在三期時已蔓延至骨盆腔器，四期時蔓延到膀胱及直腸的黏膜，甚至發生遠端器官的轉移，此兩期腫瘤侵襲其他器官，病情已趨晚期，以放射線治療為主，五年存活率分別為40%及小於20%。臨床觀察所得的數據顯示，子宮頸癌愈早治療，成效愈好，若癌細胞發生轉移並侵犯其他器官後，預後其實並不好。但IIA前的早期子宮頸癌患者多數沒有症狀，往往易被婦女所忽略。大部分子宮頸癌是由子宮頸癌前期(preinvasive lesion)慢慢演進而成，抹片檢查已被證實能有效偵測出癌前期的可能病變細胞，有助早期發現癌變情形，以利早期治療，降低子宮頸侵襲癌的發生及死亡(國際厚生園區a，2009；蔡美鈴、林綺珊，民94)。每年定期做子宮頸抹片篩檢可以降低子宮頸癌的危險性93.5%，每兩年做一次篩檢的話，可以降低92.5%的危險性，每三年做一次的話，可以降低90.8%的危險性(Sadovsky，1997)。

抹片檢查是Papanicolaou醫生於1943年所發明，目前的採檢方式是內診時由檢查員以窺陰器擴大陰道，採檢子宮頸處之細胞製作成抹片後，交由病理單位進行細胞學檢查。因為不需要手術且可以在短時間之內取樣進行檢查，是最常用來篩檢子宮頸癌的方法。子宮頸抹片篩檢的目的在於早期發現病變，因此，北歐、北美藉由抹片檢查的普遍推動，使子宮頸癌的發生率及死亡率降低70%以上(國際厚生園區b，2009)。臨床研究亦發現，49-72%的子宮頸癌患者是從未做過抹片檢查或未適當進行抹片檢查者，抹片檢查的推動被認為是近代以來降低子宮頸癌死亡率的最重要因素(楊育正，民87)。

隨著醫療科技的發展，對於子宮頸癌的危險因子了解愈多。美國癌症學會(American Cancer Society, ACS)認為子宮頸癌的危險因子包括：HPV的感染、抽菸、HIV(human immunodeficiency virus)感染、衣原體感染、飲食(缺少蔬果及過重)、使用口服避孕藥、多次懷孕、低社經地位、乙炔雌酚類的荷爾蒙使用及有子宮頸癌的家族病史。其中HPV感染被認為是子宮頸癌的最大危險因子，多型的HPV被證實會經由感染，誘發子宮頸上皮細胞病變並癌化，半數以上的子宮頸癌可歸因於HPV16型及18型的感染(American Cancer Society，2006)。子宮頸癌的預防隨著主要危險因子的發現，發展出新的篩檢技術——人類乳突病毒檢查(HPV DNA test)，美國癌症學會建議用以輔助抹片的判定；HPV疫苗臨床試驗頗有成效，國內正積極計畫上市使用，用以預防若干類型的HPV感染。但HPV篩檢及HPV疫苗目前仍未納入健保給付，民眾仍需自費；而HPV疫苗產生抗體的效果雖幾乎百分之百，但只針對特定的病毒型有效，目前開發的疫苗，受限於病毒型的種類，保護力最多約七至八成，仍有二至三成無法涵蓋，醫界仍建議須做抹片檢查以預防監測(薛桂文，民95)。故抹片檢查仍是目前最符合效益的子宮頸癌預防方法。

台灣地區全民健保已免費提供抹片檢查服務，並由國民健康局主導推動台灣地區子宮頸抹片篩檢計畫，辦理抹片篩檢宣導教育、主動提示篩檢及社區設站篩檢等服務；並委託台灣公共衛生學會辦理子宮頸癌篩檢登記系統（Cervix Cancer Screening Registration System CXR）工作計畫，統合進行台灣地區抹片篩檢確診及陽性個案追蹤等工作(子宮頸癌篩檢登記工作，民95)。但抹片篩檢利用率一直難有顯著的提升，為落實子宮頸癌防治工作，如何促進婦女的參與意願仍為預防工作的要項。

第二節、未受檢婦女的特性

雖然抹片檢查對子宮頸癌的防治成效良好，但篩檢率偏低一直是影響台灣地區子宮頸癌防治成果的原因之一。因此確認哪些因素會影響婦女持續接受抹片檢查，將有助於了解推廣的目標族群的特性，也就是未受檢婦女的特性，在政策規劃上才能有效貼近並落實篩檢涵蓋率的提昇。

從抹片檢查推廣以來，國內外相關探討婦女受檢情形與影響因素的研究頗多，亦利用許多健康行為模式做探討，如：健康信念模式、計劃行為理論、PRECEDE模式(Predisposition, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation Model)等。其中，PRECEDE模式是由Green與Kreuter共同發展出來的一套計畫健康促進行為的理論架構，研究的主要過程，在於對健康相關行為做診斷或需求評估後，再以教育等方式介入行為的過程，達到健康促進的目的，常被應用於作為社區分析與計畫發展的基本架構，目前亦廣為應用於健康相關議題的理論與實務研究。PRECEDE 模式強調診斷的動作，認為在籌劃一個健康促進計畫時，應包含社會學診斷（social diagnosis）、流行病學診斷（epidemiological diagnosis）、行為與環境診斷（behavioral and environmental diagnosis）、教育與組織診斷（educational and organizational diagnosis）及策略與政策診斷（administrative and policy diagnosis）五個階段，PRECEDE 模式的優點即在於藉由診斷可確認影響個體決策及行動的因素，並根據此應用訊息來發展合適的計畫與行為改變策略(Glanz, Rimer, and Lewis, 2002；姜逸群、黃雅文，民81)。

PRECEDE模式認為個人是否採取某種健康行為是受到先傾因素(predisposing factors) 促使因素(enabling factors)及加強因素(reinforcing factors)所影響(Glanz et al., 2002；姜逸群、黃雅文，民81；葉季森，民91)。以下將先分別從先傾因素、促使因素及加強因素等方面，探討影響婦女接受抹片檢查的因素，並藉以了解未受檢婦女的可能特性。

一、先傾因素：

先傾因素指促進或阻礙個人採取行動的動機和理由，多屬於心理層面，包含個人對行為相關的知識、態度、信念等，及社會人口學因素(Glanz et al., 2002；葉季森，民91)。一般認為，知識是促成態度與行為的根本要項，而透過社會人口學的了解，可協助決定對不同團體的介入措施。

在社會人口學因素的討論方面，普遍認為年齡及社經地位是影響婦女受檢情形的重要因素，年齡愈大、社經地位愈低者，定期受檢或曾受檢的情況都較差，對於抹片檢查的參與也較為消極(Hewitt, Devesa, and Breen, 2004；Park et al., 2005；尤素娟，民93；王本仁、黃心苑、周穎政等，民94；李翠鳳等，民86；黃月桂等，民87；陳錫中、周碧瑟，民84；蔡明芸，民95；簡大任、季瑋珠，民84)。

國外的研究發現種族是另一重要的影響因素。美國2000年NHIS(National Health Interview Survey)的調查分析即發現，亞裔婦女，即使社經地位不低，受檢參與率仍不高(Hewitt et al., 2004)。而一項在舊金山對5年以上未參與受檢、40-75歲的低收入婦女所進行的社區調查也發現，無法以英語溝通的中國籍婦女曾受檢率僅二成(Hiatt et al., 2001)。美國並無開辦全民健保，並非全部的婦女都可如我國一般可每年免費受檢一次，經濟因素是影響是否受檢的重要因素(Hewitt et al., 2004；Park et al., 2005)。但當經濟因素被控制時，亞裔婦女的受檢率仍較其他種族為低(Hewitt et al., 2004；Hiatt et al., 2001)，影響其未受檢的原因可能是更複雜的文化心理因素。

我國在全民健保實施前後，均有學者針對抹片檢查利用情形此議題進行相關研究。除發現年齡與社經地位的重要影響外，當同時考量其他知識態度、社會支持等因素時，教育程度仍與受檢率有高度相關(尤素娟，民93；陳錫中、周碧瑟，民84；蔡明芸，民95；簡大任、季瑋珠，民84)。健保實施之後，透過健保資料庫，擴大了可研究的對象。黃月桂等(民87)與王本仁等(民94)對30歲以上婦女的研究都發現居住或設籍地區與受檢頻率之間的關係。王本仁等(民94)分析1997-2000年國家衛生研究院30歲以上婦女承保的個體時間序列資料發現，低社經地位與設籍山地離島的婦女，更有可能長期未參與受檢。顯示除年齡與社經地位外，居住地區可能是另一影響婦女受檢的重要因素。瑞典的研究亦發現，居住在農村的婦女5年以上未受檢率高，但與社經地位的相關性不大(Eaker, Adami, and Sparen, 2001)。

社會人口學特性發現，教育程度與抹片檢查利用之間的關聯，並不因同時考量其他因素而消失(陳錫中、周碧瑟，民84；簡大任、季瑋珠，民84)，顯見教育程度的影響性。而教育程度普遍被認為是影響癌症知識最重要的因素(李翠鳳等，民86)。Neilson與Jones(1998)認為對子宮頸癌及抹片檢查的知識，可以解釋92%是否曾受檢的原因。頗多國內外研究都發現，對子宮頸癌或抹片檢查有正確知識的婦女，參與受檢的意願或曾受檢的比例愈高(Buller, 1998；Lee, 2000；Neilson and Jones, 1998；李翠鳳等，民86；林惠賢等，民92；趙明玲，民89；葉季森，民91；簡大任、季瑋珠，民84)，似乎顯示知識與受檢率間有高度相關，提昇知識應能促進篩檢行為的改變。但教育程度高者，認知百分比高，但行為並不一定會改變(周碧瑟，民72)。

但亦有研究發現，若同時考量社會人口學特性、促使因素等時，知識高低並不影響定期檢查的利用情形(簡大任、季瑋珠，民84)；更有研究指出，抹片利用的情形與知識相關性低，與年齡的相關性較高(Breitkopf et al., 2005；黃月桂等，民87)。知識對於抹片檢查的利用是否有影響，仍無絕對的定論。

從健康行為中認為知識的提升後方能改變態度，傳統觀念認為態度改變後即可改變行為(姜逸群、黃雅文，民81)。國內外研究也都發現，對子宮頸癌及子宮頸抹片的態度消極，參與受檢的意願或曾受檢的比例相較態度積極者低(Rolnick, LaFerla, Jackson, Akkerman, and Compo, 1999；李翠鳳等，民86；陳協勝、吳濟華、朱斌好，民91；簡大任、季瑋珠，民84)；和認知一樣，當同時考慮其他社會人口學特性、促使因素等變項時，並不一定足以解釋受檢的情形(李翠鳳等，民86)。知識的提升是促使態度改變的重要契子，但要能促成行為的改變，似乎仍有些因素與障礙需要克服。

而哪些態度會影響婦女受檢的意願呢？周碧瑟(民89)認為，影響台灣婦女受檢的重要態度為是否認同抹片檢查的功效、擔心拖累家庭、不願暴露身體等。Buller等(1998)對墨西哥裔美國人的研究則發現，因抹片檢查感到的心理壓力愈高或過程中感到疼痛者，較不可能

接受抹片檢查。檢查過程中感受到的生理或心理的不舒服，都會影響婦女再次受檢的意願。

二、促使因素：

促使因素指促使或阻礙動機實現的因素，包含環境中資源的可利用性及可近性、生活狀況中執行行動的障礙、改善行為或環境的能力或技巧等(Glanz et al., 2002；葉季森，民91)。簡大任等(民84)認為，促使因素是預測曾受檢及定期受檢的重要因素。

2000年美國的NHIS分析發現：無保險者、無固定的醫療照護來源者，從未受檢比率及三年以上未受檢比率都較高(Hewitt et al., 2004)。瑞典的研究也發現：5年以上未受檢者多為不使用口服避孕藥、常使用保險套避孕、沒有固定的婦科醫師、看醫師頻率極低等不常使用醫療照護者(Eaker et al., 2001)。有固定醫療照護來源者，可能是就醫可近性較高的族群，能獲得的受檢資訊與服務相對較多較好，受檢的情形也較佳。

國內研究也發現，婦科症狀求醫情形，會影響受檢的情形，有婦科症狀並有就醫者，定期受檢與曾受檢的比例都較高(李翠鳳等，民86；林惠賢等，民92；葉季森，民91)。葉季森(民91)的研究發現，曾受檢者較偏好基層醫療院所受檢，從未受檢者則無明顯偏好。顯示醫療資源的可近性對於受檢的影響。

除探討婦科疾病史、醫療利用的影響外，檢查者性別是國內研究另一項討論重點。簡大任等(民84)與葉季森(民91)的研究都發現，在乎檢查者性別者，曾受檢率低；但在迴歸中並未達到顯著差異(簡大任、季瑋珠，民84)。李翠鳳等(民86)及趙明玲(民89)的研究中各有41.6%及35.8%的婦女在意檢查者的性別對受檢意願的影響，但都未達顯著差異。

受檢的可近性也會影響受檢的參與，覺得受檢方便(周碧瑟，民89；簡大任、季瑋珠，民84)、知道受檢的時間地點(李翠鳳等，民86；周碧瑟，民89)的婦女，受檢的情況都較好，受檢的意向也較高(陳協勝等，民91)。Kottke及Trapp(1998)對墨西哥裔美國人的研究發現，曾做過抹片者，極大比例會再次接受檢查。

簡大任等(民84)認為，婦女對抹片檢查有正確的知識，但不採取受檢行動的原因，可能是因健康保險及服務可近性上的障礙，或心理上的不安或排斥。

三、加強因素

加強因素指行為發生後，接受到的週遭的正向或負向回饋，影響行為的持續或消弱的因素，包含重要他人的態度或行為等(Glanz et al., 2002；葉季森，民91)。

國外研究發現，是否有醫護人員的建議提醒，是影響是否受檢與定期受檢的重要因素(Hsia et al., 2000；Eaker et al., 2001；Hewitt et al., 2004)。國內研究也發現醫護專業人員是資訊及認知的重要提供者，會影響婦女受檢的意願；而有婦科症狀的婦女，可能因就醫而有更多接觸醫護人員資訊的機會，受檢率高；親友提醒、親友受檢經驗、醫護人員提醒、與醫護人員的熟悉程度等為重要影響因素(李翠鳳等，民86；葉季森，民91；簡大任、季瑋珠民84)，對50歲以上婦女更是重要(黃月桂等，民87)。

國內的研究也發現，配偶的態度與存在角色對婦女受檢情形有相當的影響。趙明玲(民

89)的研究發現，29.8%的婦女在做抹片檢查前會詢問配偶的意見，與是否曾受檢相關；葉季森(民91)則發現，雖未達統計顯著差異，從未受檢者中丈夫角色的影響高於曾受檢者。且具影響力的有意義他人多半為丈夫、醫師(葉季森、周碧瑟，民76)。陳雲娟等(民87)則認為，寡居或離婚者，易對子宮頸癌知識產生不足或忽略的現象，而影響受檢參與。

綜合上述各項因素，未受檢的婦女被認為是年齡大、社經地位低、居住於非都市地區、子宮頸癌及抹片檢查的認知知識較差、態度較負向、醫療照護的可近性差、缺乏重要他人支持的族群。但教育程度高者，雖然認知度百分比高，但並不一定會改變接受子宮頸抹片的檢查行為。

第三節、知識教育與篩檢參與

國內學者陳錫中等(民84)認為：健康行為的形成包含知識、態度與行為三個層次，態度的形成與行為的採取都源自知識。雖然知識與利用率間的關係仍未定論，有知識並不一定能促使行為的改變，然基於及健康教育的K.A.P.(Knowledge Attitude Practice)模式的進展，利用各種管道提供衛生教育，提升未受檢婦女的知識，以促進婦女抹片檢查的參與率，仍是衛政單位常使用的政策。

衛生教育是利用營造能促進知識的環境，來促成個人知識的提升，進而改變態度與行為。而認知產生的最初，在於個人是否對環境有知覺。Marcus及Crane(1998)回顧過去抹片篩檢的介入計畫，探討對促進受檢提升的效益，在衛生教育方面發現：若單獨只使用大眾傳播作介入，成效是非常小的，但若作為減低篩檢障礙計畫(如：免費篩檢、社區篩檢)的宣傳方式時，效用最好；而郵寄通知的方式，對於提醒婦女定期受檢是有相當的效益(Somkin et al., 1997; Tseng, Cox, Plane, and Hla, 2001)，但並非是大量散發的方式，應是視介入對象做通知內容的調整，並搭配名冊的建立與電腦化管理增進效率(尤素娟，民93)。而由護理人員提供衛生教育宣導是最符合成本效用的方式。但相較於健康諮商或與預防接種的衛教介入成效，預防性篩檢的成效較差(郭鍾隆、Gottlieb、黃久美，民91)。

國外也有頗多研究發現，以郵寄篩檢通知的方式，對促進婦女參與篩檢是有效的(Somkin et al., 1997)；但亦有部份研究發現未必如此(Hogg, Bass, Calonge, Crouch, and Satenstein, 1998)。Tseng(2001)以Meta-analysis探究發現：對於低社經地位者，可能因為其未投保健康保險，或雖提供免費抹片檢查，卻因無法理解郵寄通知內涵而造成受檢的障礙，郵寄篩檢通知的效用不大。似乎婦女能否參與受檢的主因仍是在於社經地位與知識障礙。

但對從未受檢或長期未受檢的婦女來說，知識不足似乎並非是未受檢的主因。從國內學者周碧瑟的研究指出，雖然教育程度高者，認知度百分比高，但願意接受的行為卻並不一定會改變(周碧瑟，民72)。McKie(1993)對從未受檢婦女進行的前導式護理衛教研究後認為，相較於客觀環境上的問題，如：經濟障礙，婦女對抹片檢查的信念與態度更是影響不受檢的主因，而護理衛教有助認知的促進與行為的改善。但另一項對長達15年以上未受檢婦女的受檢率提升的研究卻發現，無論是護理人員以電話進行衛教或郵寄文宣等方式，對於長期未受檢婦女的效用都未達統計上的顯著意義，此族群婦女不受檢的原因應進一步探討(Stein, Lewendon, Jenkins, and Davis, 2005)。按理說，由醫護提供的受檢建議應該是最完善的，上一節的文獻回顧也發現醫護人員建議對於婦女受檢的影響，但在上述的研究中都發現，在探討婦女未受檢原因時，即便知識的提昇可以改變態度，但心理層面的障礙仍不容忽視。

國內研究亦發現類似的情形。一項在工作場所對職業婦女進行的教育介入發現，實行團體衛教或僅郵寄衛教手冊的方式，對於提升婦女抹片檢查的知識、態度及受檢率都有達到顯著意義，實行團體衛教的成效更佳(黃秀梨、張媚，民89)。但另一項經由醫院門診收案，對年齡19-68歲的婦女進行的護理衛教介入研究則發現，教育介入的成效僅對願意接受抹片推薦的婦女有效(朱湄惠、陳靜敏、張碧真，民89)。那些已具備知識的婦女，為何不願意參與？是否因某些特性或障礙造成不願或不能參與？

綜上所述，認知的提升對於婦女受檢情形的改善可能僅對某群能克服參與障礙、心理上願意接受抹片宣導的婦女才是有效的，婦女未能參與篩檢的障礙，並不是僅靠知識的提昇就能全盤解決。

第四節、未受檢原因與影響因素

衛生保健計畫通常是為了解決當前或可能預視到的問題；若能掌握最關鍵的問題，針對可能引發此問題的因素做控制與改善，效益會愈大。

Lee(2000)認為影響婦女未受檢的原因可以分為三類：一、結構障礙：包含經濟、時間或語言等所造成的問題；二、心理性社會文化的障礙：知覺、社會風俗、文化導致的信仰和態度、對癌症或疾病的恐懼、宿命的態度、沒有感覺身體有不舒服、對篩檢過程的厭惡(如：感覺不舒服、對暴露下體感到困窘、排斥男性的檢查員、對預防檢查不熟悉等)、拒絕受檢等；三、生物性社會文化的影響：包含年齡、種族、教育、社經地位、親友給予的意見或分享的經驗等。有些研究者認為，主觀心理認知上的不願參與遠較客觀環境障礙造成的不能參與影響更深(McKie, 1993; Lee, 2000; 簡大任、季瑋珠，民84)。

Neilson及Jones(1998)的質性研究發現，婦女未受檢的原因，最常見的是對篩檢通知的反應、抹片檢查的知識與態度及自認是否具有自己以為的子宮頸癌危險因子等主觀認知上的障礙；其他可能的原因是參與過程的障礙、檢查者的性別及專業等客觀環境的影響。但仍有許多原因值得探討。

美國一項全國性的研究調查發現，婦女未受檢的原因主要為：認為不需要做、子宮已切除、無保險或經濟無法負荷受檢所需花費、沒有家庭醫師提醒、未曾被建議或被提醒要受檢、害羞或困窘(Harlan, Bernstein and Kessler, 1991)。而2000年的NHIS調查發現，婦女未受檢原因依次為：醫師沒建議要做、身體健康不需要、經濟障礙、不知道需要做、忘了要做等。45-64歲婦女主因為身體健康不需要、經濟障礙、忘了要做，65歲以上婦女主因為醫師沒建議要做及不知道需要做；年齡不同，未受檢原因亦不同(Hewitt et al., 2004)。

目前，台灣地區對於三年以上未參與受檢的婦女都會寄發明信片通知受檢。Elkind等(1988)認為有通知系統提醒受檢但婦女仍未受檢的原因可歸因為以下三點：一、資料庫的錯誤造成婦女未接獲通知；二、政策及服務提供者的問題：未提供婦女正確的認知，或篩檢時間地點安排的不適當，無法達到服務的可近性；三、婦女本身特性造成的參與障礙：常見的原因是對抹片檢查感到困窘。國內尤素娟(民93)對花蓮地區三年以上未受檢婦女，進行改良式及傳統式郵寄通知的比較即發現：花蓮地區郵寄過程漏失率高，且資料庫資料有誤，影響此策略功效；但郵寄內容的改良，對婦女關懷及提供資訊仍能提高婦女受檢意願。

一項對台閩地區30歲以上婦女的電訪調查發現，婦女不曾受檢的原因主要為時間因素

與覺得不需要做，佔65.96%；覺得不需要、不好意思受檢、不知道什麼是抹片檢查佔40.09%。職業婦女偏好非上班時間受檢，從未受檢原因為沒時間或時間無法配合者，63.51%是職業婦女(黃月桂等，民87)。朱湄惠等(民89)對醫院門診已婚婦女進行的方便取樣研究發現，婦女未受檢的主要原因，前三項為沒時間、不好意思及忘記了，其中沒時間受檢的婦女大多為職業婦女。尤素娟(民93)於花蓮的研究也發現，職業婦女未能參與受檢的主因多為時間無法配合。

趙明玲(民89)對基隆市中山區20歲以上、包含單身、已婚及離婚者婦女的方便取樣調查則發現，不願意受檢者的主因為認為身體健康不需要(46.3%)及自認不會罹癌(36.2%)。烏日鄉的研究則發現，20-70歲已婚婦女中，從未受檢的原因，45.8%不喜歡內診、34.3%不知道有此檢查、32.8%沒有時間、24.4%身體健康不需要及10.5%怕被傳染疾病(葉季森，民91)。李翠鳳等(民86)對金門縣30-64歲已婚婦女的抽樣家訪則發現，從未受檢者的主因為沒聽過抹片檢查、覺得抹片很可怕、怕拖累家庭及覺得年紀大了不需要，沒聽過抹片檢查、覺得抹片很可怕及不知道抹片時間地點者佔了六成；未受檢的原因為沒有時間及上次結果為陰性。

陳協勝等(民91)以計畫行為理論探討受檢意向高低的研究發現：學歷低、年齡大、無職業、喪偶、無受檢經驗者，受檢意向偏低；態度愈正向、感受的主觀規範愈正向、對行為的實際助益愈多，受檢意向愈高。對抹片檢查生理上感到疼痛、擔心拖累家庭者，受檢的意願較低(周碧瑟，民89)。

綜上研究所述，認為不需要做、不知道要做、沒有時間、困窘或害羞等是台灣地區婦女未受檢的主要原因。總括來說，婦女未受檢的原因可歸類為：客觀環境的障礙造成不能參與，如：沒有時間、經濟障礙、對篩檢環境或篩檢人員的需求不能滿足等，及主觀心理認知的不願參與，如：自覺健康不需要、不知道要做/未被提醒要做、害羞或困窘、子宮已切除等。

各研究的族群、地區、時間等互異，結果亦有不同，年齡、工作狀況與是否曾受檢是目前研究中被提出認為與未受檢原因有關的因素，年長者多因知識不足、有工作者受限時間障礙、從未受檢者較排斥受檢。另外，地區與婚姻狀態亦可能影響未受檢原因的分布，鄉村有偶婦女知識不足及不好意思受檢的比例都較高。

對於會影響婦女受檢意願的因素，先傾因素中的知識態度與社會人口學方面，如：年齡、教育程度、職業有無及婚姻狀態等，促使因素中的受檢經驗及受檢可近性等，與加強因素中重要他人的意見等，都會影響受檢行為的意向是消極或是積極，對受檢行為消極者，愈不願意受檢。

第五節、人類乳突狀病毒與子宮頸癌

感染人類乳突狀病毒已被證實與發展成子宮頸癌有高度相關性。雖然人類乳突病毒在年輕女性往往也只是短暫性的感染，但從病因學來看，子宮頸癌是一種傳染性疾病，簡單來說是由人類乳突狀病毒(Human Papillomavirus, HPV)對子宮頸上皮細胞的感染所引起，95%以上的子宮頸癌細胞中都可以找到人類乳突狀病毒(朱堂元，民90；林政道等，民88；李家祥、劉偉民，民86；邱燕坤，民86；Daley, 1998；Kenney, 1996)。人類乳突狀病毒目前與子宮頸癌較相關者約有三十幾種，尤其是第16型、18型、31型及33型等(邱燕坤，民86；林政道等，民88；陳祈安，民91；Kenney, 1996)。自1970年中期Ehrlich發表人類乳突狀

病毒有可能是導致生殖道腫瘤的病因後，有關人類乳突狀病毒與子宮頸癌的關係就被大家所重視。Chen等人(1994)利用聚合酵素連鎖反應(Polymerase chain reaction, PCR)，在397個子宮頸癌標本中，檢測出HPV陽性偵測值為77.2%，其中HPV-16佔了48.6%。這個結果是支持人類乳突狀病毒可能在子宮頸細胞的癌化上扮演一個極重要的角色。

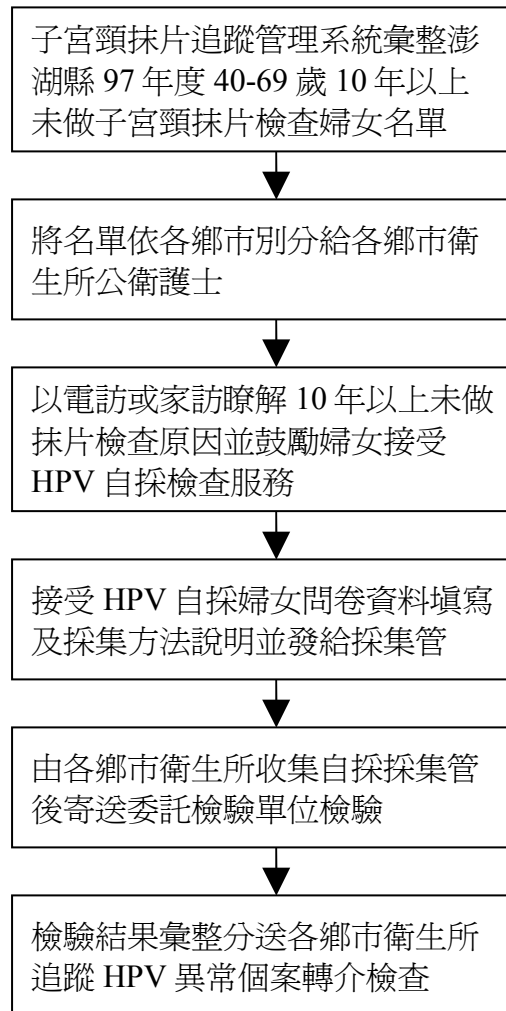
在美國，人類乳突狀病毒在子宮頸的盛行率約為14%至35%之間，其中以16型最多，約佔3%-9%。根據Nubia (Nubia et al., 2003)一項對9個不同國家1918位罹患子宮頸癌婦女所做的調查研究發現，有1739位(90.7%)婦女具有人類乳突狀病毒。Yolanda等人(2002)使用病例對照研究法，來探討曼谷地區265位婦女感染人類乳突病毒，與罹患子宮頸原位癌和侵襲癌的關係。研究結果發現，在79%的罹患侵襲癌婦女中發現了人類乳突病毒的存在；在罹患原位癌的婦女中，則有57%的婦女，在其子宮頸內上皮細胞的腫瘤中發現人類乳突病毒；而罹患子宮頸原位癌的婦女，有4倍的機會因感染人類乳突病毒第16型及第18型而轉變成侵襲癌($OR=4.0$) (Yolanda et al., 2002)。另外，一項以荷蘭77位婦女罹患子宮頸癌為病例組的病例對照研究顯示，罹患子宮頸癌的婦女中有55位(71%)感染HPV，沒有子宮頸癌婦女中則有31位(12%)感染HPV，罹患子宮頸癌婦女HPV感染的危險性為對照組的19.2倍($OR=19.2$, 95% $CI=10.3-35.7$) (Bosch et al., 2002)。

在台灣，一般抹片正常的婦女可驗出人類乳突狀病毒DNA者約為9%至12.5%，而在高度鱗狀細胞上皮病灶(high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL)子宮頸癌病人身上，則為92%（陳祈安，民91）。此外，Chang等人(2003)對台灣154位婦女的研究發現，在輕度抹片不正常的台灣婦女之中，人類乳突狀病毒有很高的發生率，有71人(46.1%)被檢測出有人類乳突狀病毒，其中以第16、33、58、52、53型居多。由此可知，人類乳突狀病毒在台灣罹患子宮頸癌婦女身上，有極高的盛行率。

第三章、材料與方法

第一節、研究流程

本研究流程如下：



第二節、樣本與資料來源

本研究資料來源為子宮頸抹片追蹤管理系統彙整出澎湖縣97年度40至69歲10年以上未做子宮頸抹片檢查婦女名單，總計有3108人，依鄉市別區分將名冊分給各鄉市衛生所公衛護士以電訪或家訪未做抹片婦女詢問10年以上未檢因素以及鼓勵其接受HPV自我採檢服務意願，預計HPV自我採檢篩檢目標數400案，總計完成篩檢數419案（佔澎湖縣40至69歲10年以上未做抹片檢查婦女數13.5%）。HPV自採服務篩檢目標完成率為104.8%。

第四章、研究結果

第一節、研究樣本特性

本研究對象澎湖縣40-69歲10年以上未做子宮頸抹片檢查共3108人，馬公市第一衛生所轄區佔最多有1768人，約佔未做抹片婦女人口數56.9%，馬公市第二衛生所轄區237人，湖西鄉衛生所轄區435人，白沙鄉衛生所轄區236人，西嶼鄉衛生所轄區175人，望安鄉衛生所轄區171人，七美鄉衛生所轄區86人。平均年齡53.6歲，以西嶼鄉衛生所轄區的平均年齡最低為52.3歲，七美鄉衛生所轄區的平均年齡最高為55.7歲。未做抹片人數中又以40-44歲所佔人數最多為634人，佔20.4%，其次45-49歲為616人，佔19.8%，而以60-64歲所佔人數比最低為12.8%。（表4-1-1）

表4-1-1 澎湖縣40-69歲10年以上未做子宮頸抹片檢查人數統計分析表（n=3108）

	合計(人)	40-44歲	45-49歲	50-54歲	55-59歲	60-64歲	65-69歲
馬公第一衛生所	1768	352	362	319	301	225	209
馬公第二衛生所	237	54	39	43	44	29	28
湖西鄉衛生所	435	94	91	62	65	55	68
白沙鄉衛生所	236	50	46	31	43	26	40
西嶼鄉衛生所	175	46	32	28	26	17	26
望安鄉衛生所	171	22	36	23	29	27	34
七美鄉衛生所	86	16	10	8	17	18	17
總計人數	3108	634	616	514	525	397	422
佔百分比	100%	20.4%	19.8%	16.5%	16.9%	12.8%	13.6%

註：此為40-69歲未做抹片篩檢全部婦女數，並未去除未婚者

第二節、未受檢原因之婦女特性

HPV 自採服務計畫由各鄉市衛生所公衛護士，依 10 年以上未做抹片檢查名冊比對個人所負責地段的家戶名冊核對資料的正確性。由於 HPV 自採採集管數量有限，因此規劃篩檢目標數為 400 案，最終完成篩檢數 419 案，由各鄉市衛生所地段護士依名冊電訪或家訪方式詢問篩檢意願，並對於過去 10 年以上未做抹片原因了解其因素。公衛護士在電訪或家訪詢問鼓勵未做抹片婦女詳細說明 HPV 自我採檢的方式時，仍然碰到很多拒絕受檢的阻力，對於 HPV 自我採檢，無須透過醫護人員的幫忙採集，只要將 HPV 採集管攜帶回家依說明將抹片棒伸到陰道裡抹一下，放進密封的試管中，再將檢體交給所轄當地衛生所的公衛護士即可，透過實驗室檢驗就能得知是否遭到人類乳突狀病毒感染，對這項隱密性的自我採檢方式，有很多婦女依然拒絕受檢。由各轄區衛生所詢問彙整的資料統計，未做子宮頸抹片的婦女原因，由於澎湖地區婦女教育程度普遍不高，民風保守，對於未檢原因描述中，仍以澎湖本地婦科都是男性醫師所以不好意思所佔比例最高達 48.2%，面對認識的醫護人員也會不好意思佔 22.4%，自認身體健康佔 18.1%，不喜歡內診的感覺佔 16.5%等因素（表 4-2-1）。民風保守、個人心理因素仍然是佔澎湖縣未檢原因最多的因素。

表4-2-1 澎湖縣40-69歲10年以上未做子宮頸抹片檢查原因描述分析（n=419）

變項名稱	描述分析百分比（%）	
未受檢主因 （複選）	以前檢查正常，不知道還是要持續檢查	2.1
	自認為身體健康，不需要檢查	18.1
	面對認識的醫護人員會不好意思	22.4
	曾經檢查時擔心環境不隱密	8.1
	工作忙沒有時間	7.6
	擔心害怕檢查結果異常	1.7
	等待檢查時間費時	1.4
	已經沒有性生活，所以不需要再檢查	5.5
	不喜歡內診的感覺	16.5
	擔心檢查台及器具不乾淨會感染	1.7
	年紀大了，不需要再檢查	8.1
	面對男性醫師會不好意思	48.2
	其他	3.1

第三節、人類乳突狀病毒檢查結果與受檢婦女之特性

本研究計畫預計篩檢目標數 400 案，最終完成篩檢數為 419 案，佔澎湖縣 40-69 歲 10 年以上未做抹片檢查婦女 13.5%，目標完成率 104.8%，共有 24 案異常個案，皆請個案轄區衛生所公衛護士追蹤轉介檢查。

各鄉市衛生所完成篩檢數以馬公市第一衛生所完成 200 案最多，佔篩檢比率 47.7% 最高，湖西鄉衛生所完成篩檢 57 案次之，佔篩檢比率 13.6%。篩檢異常個案 24 案，以馬公市第一衛生所轄區最多 11 人，馬公市第二衛生所轄區異常個案 5 人次之，白沙鄉衛生所及西嶼鄉衛生所轄區各 3 人異常，望安鄉衛生所轄區有 2 人異常。篩檢數陽性異常比例則以馬公市第二衛生所轄區最高達 11.1%，望安鄉衛生所轄區佔 10.5% 次之，湖西鄉及七美鄉衛生所則未篩檢出有異常個案。（表 4-3-1）

表 4-3-1 各鄉市衛生所篩檢人數及陽性異常個案比例統計分析表（n=419）

鄉 市 衛 生 所	篩檢數 (人)	篩檢比率 (%)	陰性人數	陰性比例	陽性人數	陽性比例
馬公市第一衛生所	200	47.7	189	94.5	11	5.5
馬公市第二衛生所	45	10.7	40	88.9	5	11.1
湖 西 鄉 衛 生 所	57	13.6	57	100	0	0
白 沙 鄉 衛 生 所	43	10.3	40	93.0	3	7.0
西 嶼 鄉 衛 生 所	41	9.8	38	92.7	3	7.3
望 安 鄉 衛 生 所	19	4.5	17	89.5	2	10.5
七 美 鄉 衛 生 所	14	3.3	14	100	0	0
合 計	419	100	395	94.3	24	5.7

HPV自採篩檢數419人，就篩檢年齡層的分析，以50-54歲的篩檢人數最多84人，佔篩檢數比例最高20.1%，其次是55-59歲的年齡層83人，佔篩檢數比例為19.8%，45-49歲的年齡層再次之有79人，佔篩檢數比例為18.9%。篩檢陽性異常數24人，則以55-59歲年齡層最多8人，佔篩檢數陽性比例最高9.6%，佔總陽性比為33.3%，其次則以40-44歲年齡層有5人陽性異常反應，佔篩檢數陽性比例為7.1%，佔總陽性比為20.8%，再其次為60-64歲年齡層有3人陽性反應，佔篩檢數陽性比例為5.5%，佔總陽性比為12.5%，。（表

4-3-2)

表4-3-2 HPV自採檢查各年齡層篩檢結果統計分析表（n=419）

年齡層	篩檢人數 (人)	篩檢人數比率 (%)	陽性反應 (人)	陽性比率 (%)	佔總陽性比 (%)
40-44	70	16.7	5	7.1	20.8
45-49	79	18.9	3	3.8	12.5
50-54	84	20.1	3	3.6	12.5
55-59	83	19.8	8	9.6	33.3
60-64	55	13.1	3	5.5	12.5
65-69	48	11.5	2	4.2	8.3
合計	419	100	24	5.7	100

在HPV自採篩檢數的419案，就教育程度的變項分析，以小學程度所佔人數最多為150人，佔篩檢人數的35.8%最高，其次是不識字的有97人，佔篩檢人數的23.2%，再其次則以高中/職程度的有76人，佔篩檢人數的18.1%，篩檢數最低的為專科程度有12人，佔篩檢人數的2.9%，以及大學程度的有17人，佔篩檢人數的4.1%。在澎湖地區婦女教育程度愈高，對抹片篩檢參與意願相對保守。（表4-3-3）

表4-3-3 HPV自採檢查篩檢人數與教育程度分析表（n=419）

教 育 程 度	篩 檢 人 數 (人)	篩 檢 比 率 (%)
無	97	23.2
小學	150	35.8
初中	64	15.3
高中/職	76	18.1
專科	12	2.9
大學	17	4.1
不明	3	0.7
合計	419	100

第五章、討論及建議

第一節、研究發現

一、未受檢婦女的基本特性

研究結果顯示，本研究對象以馬公市40-69歲10年以上未做抹片檢查婦女人數所佔比率最高達56.9%，年齡以40-44歲及45-49歲的年齡層對於抹片檢查的篩檢率是較低的，有高達各佔約二成的比率是10年以上未做抹片檢查。過去的研究，認為鄉村的知識教育比較不普及，婦女的觀念比較保守，接受子宮頸抹片檢查的意願較低，本研究卻發現澎湖縣屬都市型態的馬公市40-69歲婦女有較高比率10年以上未做抹片檢查。

澎湖縣40-69歲10年以上未做抹片檢查婦女中，40-44歲佔20.4%，45-49歲佔19.8%，50-54歲佔16.5%，55-59歲佔16.9%，60-64歲佔12.8%，65-69歲佔13.6。過去研究認為年長者受檢情形較差，但本研究結果年齡54歲以下者佔了大半數以上，過去的研究可能太過強調年長者未受檢的情形，忽略了較年輕族群未受檢原因的探討。

二、未受檢婦女的未受檢原因

本研究結果顯示，對於澎湖縣40-69歲10年以上未做抹片檢查之婦女，對於過去未做抹片檢查的描述，除了有高達48.2%的婦女認為面對男性醫師的檢查會不好意思，也有高達22.4%的婦女認為面對認識的醫護人員檢查時也會有不好意思的心理障礙，另外也有16.5%的婦女描述不喜歡內診的感覺，由於澎湖地區的婦產科醫師都是男性，造成民風保守的澎湖婦女對抹片檢查的怯步，也由於人口結構較集中，彼此生活中都相互認識，因此，造成公衛護士要幫忙婦女採集抹片時，要其在護士面前脫下褲子接受採檢的心理障礙還是非常的大，因此，可以透過安排協請台灣的女醫師前來協助抹片採檢似可以提高婦女接受採檢的意願，但受限時空與時間的限制，能夠安排的時間緊迫，對於提升整體的篩檢率還是有限，未來還是要靠在地公衛護士積極宣導婦女接受抹片檢查的重要性，如何去除婦女抹片檢查的恐懼心理，仍然有賴公衛護士的耐心鼓勵，以及爭取提供採集棒以自採方式讓婦女能夠在家自我採檢服務，提升整體的篩檢率，也能促進婦女對自我健康的重視。

三、未受檢婦女對HPV自我採檢的接受意願

本研究發現，仍然有很多婦女對自我健康的關心程度較薄弱，所以，公衛護士在電訪或家訪時，亦遭遇很多婦女的拒絕採檢說明，她們就直接表明了，不會接受檢查，這些拒檢的婦女大多認為身體健康無需檢查，另外也有的是害怕檢查的結果會異常時，心理無法承擔的懼怕感，所以，對於HPV自我採檢如此簡易，又非常隱密的自我採檢方式，仍然不願意接受。

本研究由各鄉市衛生所地段護士電訪或家訪篩選總計419人，不斷遊說鼓勵婦女接受HPV自採檢查，這其中仍然碰到很多推動上的困難，但是在公衛護士的耐心說明與鼓勵下最後都能接受自我採檢的服務。以馬公市婦女接受HPV自採所佔比率較高，馬公第一衛生所及馬公第二衛生所轄區婦女接受此種方式採檢意願較高達58.4%，而鄉下或離島的婦女以此篩檢的比率較低，鄉下離島地區的教育較不普及，婦女的識字程度較低，是否會影響其對自我採檢的接受度，仍值得再探討。對於不願意做抹片檢查的婦女，可以利用此項HPV自採檢查的方式，提供這些婦女另外可以選擇的檢查方式，是值得延續的做法，讓這些婦女可以落實關心自己的健康。

四、HPV自採婦女人類乳突病毒檢查結果發現

本研究結果，完成419案採檢，共有24案異常個案，佔篩檢陽性比率5.7%，以55-59歲所佔陽性率最高，佔總陽性比33.3%，其次為40-44歲的年齡層佔總陽性比20.8%，再以參與篩檢的人數以教育程度變項分析來看，有59.0%以上是小學程度以下的。從研究結果發現，教育程度較低的婦女被醫護人員勸動願意接受健康篩檢的接受度似乎較高，另外，愈年輕的族群感染人類乳突狀病毒陽性的比例似乎較高。

總括而論，都市型態的、教育程度較高的、年輕族群的對於抹片的篩檢接受度不願參與的比率較大。而鄉村型的婦女、教育水平程度不高、年齡較長的婦女似乎對於公衛護士不斷衛教宣導的結果較能勸動接受參與。

第二節、研究限制

本研究僅針對40-69歲10年以上未做抹片婦女之自採服務，無法向下擴及到30歲的婦女（台灣的健保制度提供女性在30歲後，每年1次的抹片篩檢），整體的篩檢率還是無法提升。另外，篩檢用自採採集棒數量不夠，僅能提供400人份使用（自採採集棒成本費用較高昂），所佔未檢婦女人數比例偏低，無法提供因民風保守、面對醫護人員會不好意思脫下褲子來受檢的婦女更多是否有意願能以自我採檢方式的篩檢服務，篩檢研究結果無法完全解釋整體澎湖縣婦女對HPV自採服務的接受參與度。中央政策的評核機制，是以個案三年的抹片檢查結果為依據評分，因此，本研究的年齡層對象篩檢數對提升整體篩檢率的成效仍然有很大的差異。

第三節、結論與建議

本研究對於澎湖縣40-69歲10年以上未做子宮頸抹片檢查婦女原因描述分析發現，未受檢的主因仍是不好意思面對醫護人員的心理障礙佔七成。透過醫護人員對篩檢意願仍持疑惑態度的婦女不斷的接觸勸說以加強婦女對自我本身健康觀念上的加強宣導重視外，亦可從家屬甚至丈夫等加強著重宣導，以提高篩檢意願。並安排協請婦科女醫師來協助抹片採檢工作，降低婦女對抹片檢查的心理障礙。

對於10年以上未做抹片檢查的婦女提供以HPV自採服務的方式，降低婦女對抹片檢查心理層面的恐懼，以提高整體婦女抹片檢查的篩檢率，早期發現，早期治療，促進婦女的健康重視，對於抹片檢查有恐懼排斥的婦女，堅持拒檢的婦女，以HPV自採檢查方式，對於民風保守的離島婦女，是良好的美意。雖然採檢棒成本較高，但對於健康的權益，是無法以金錢衡量，況且對於民風保守的婦女，以提供自採的方式，較能解決拒採婦女提高檢查的意願。政策的策略，可以針對不同地區族群的策略方式進行，才是政府照顧人民的美意德政。

由篩檢結果（表4-3-2）分析發現，異常個案的年齡層多落於55-59歲、40-44歲及60-64歲這三個年齡層較多，未來可請地段公衛護士鼓勵40-64歲的婦女加強抹片的篩檢工作，以期能早期發現早期治療，以促進婦女的健康照護。

研究發現接受篩檢的婦女民眾，教育程度普遍不高，多集中在小學以下的教育程度，未來請衛生所護理人員在社區辦理活動時，可針對轄內婦女民眾加強宣導相關保健與家庭家人之間幸福安定的觀念，以其提高民眾的篩檢意願。

要提高民眾篩檢率，須從多方面著手，除提供篩檢可近性、便利性外，加強宣導說明採檢過程以消除民眾對篩檢的恐懼，亦須定期讓公衛護士接受相關的教育訓練以增護理人員本身的素質。民眾觀念上的改變需要時間，要讓民眾覺得接受篩檢不再麻煩、不再恐懼，才能有效的提高篩檢工作，才能保障更多婦女的健康。

參考文獻

一、中文部分

子宮頸癌篩檢登記工作(無日期)。子宮頸癌篩檢登記系統。98年8月28日，取自：

<http://pap.cph.ntu.edu.tw/user.aspx>

尤素娟(民93)。規劃建立子宮頸癌篩檢主動通知系統計畫(行政院衛生署國民健康局九十三年度委託工作計劃期末報告，DOH 92133A)。花蓮縣花蓮市：慈濟大學。

王本仁、黃心苑、周穎政、李丞華、張鴻仁(民94)。全民健保子宮頸抹片檢查受檢情形影響因子分析--個體時間序列資料之實證研究，1997-2000。臺灣公共衛生雜誌，24(1)，33-42。

行政院衛生署，中華民國94年台灣地區死因結果統計摘要，2005。

李翠鳳、郭旭崧、陳錫中、陳天順、周碧瑟(民86)。金門縣婦女子宮頸防癌抹片檢查的影響因素。中華公共衛生雜誌，16(3)，198-209。

朱堂元(民90)。人類乳突病毒與子宮頸癌的預防篩檢。臺北市醫師公會會刊，44(5)，49-53。

朱後穗(2000)。如何預防子宮頸癌。當代醫學，27(11)，930-937

朱湄惠、陳靜敏、張碧真(民89)。婦女接受子宮頸抹片檢查護理介入之成效。新台北護理期刊，2(1)，37-48。

李家祥、劉偉民(民86)。人類乳突病毒與子宮頸癌。臨床醫學，40(4)，208-211。

邱燕坤(民86)。子宮頸癌的病因與預防。台灣醫界，40(4)，25-28。

林政道、曾志仁、張廷彰、黃寬仁、周宏學、賴瓊慧、宋永魁(民88)。子宮頸癌前期及子宮頸癌：致癌型的人類乳突狀病毒感染與年齡為最重要因素及文獻回顧。台灣醫界，42(7)，10-12。

林惠賢、王琳華、劉淑敏、康啓杰(民92)。屏東地區婦女接受子宮頸抹片檢查之相關因素。臺灣公共衛生雜誌，22(2)，127-133。

周碧瑟(民72)。台灣地區農村婦女對子宮頸防癌抹片檢查認知與接受之分析研究。中華醫

誌，31(4)，302-311。

周碧瑟(民89)。影響臺灣婦女接受子宮頸抹片檢查之因素。生命科學簡訊，14(6)，10-15。

姜逸群、黃雅文(民81)。衛生教育與健康促進，第三章衛生教育與行為理論模式。台北市文景出版社出版，30-40。

國際厚生健康園區a(無日期)。子宮頸癌的預後。民98年8月30日，取自：
http://www.24drs.com/Special_Report/Cervical_Cancer/treatment_3.asp

國際厚生健康園區b(無日期)。對抗子宮頸癌預防重於治療。民98年8月30日，取自：
http://www.24drs.com/Special_Report/Cervical_Cancer/prevention_1.asp

郭鍾隆、Nell H. Gottlieb、黃久美(民91)。以綜合分析法量化臨床作業系統和衛生教育介入方案對影響預防保健服務提供的成效。台灣公共衛生雜誌，21(1)，36-51。

陳祈安(民91)。人類乳突病毒檢測在子宮頸癌篩檢的角色。台灣醫學，6(4)，613-617。

陳協勝、吳濟華、朱斌好(民91)。婦女接受子宮頸抹片檢查行為意向模式之研究。中華心理衛生學刊，15(3)，31-66。

陳雲娟、張遠萍、許玲女(民87)。某醫學中心婦女做子宮頸抹片檢查與其影響因素之探討。長庚護理雜誌，9，22-23。

陳錫中、周碧瑟(民84)。台灣鄉村婦女對「子宮頸防癌抹片檢查」的認知及參與之調查。中華公共衛生雜誌，4(6)，494-501。

黃月桂、葉明義、林勤豐(民87)。全民健康保險子宮頸抹片檢查之利用度研究。中華公共衛生雜誌，17(1)，28-35。

黃秀梨、張媚(民89)。兩種教育方案介入對工作場所婦女接受子宮頸抹片檢查之知識、健康信念及行為的影響。護理研究，8(1)，111-123。

葉季森、周碧瑟(民76)。以健康信念模式分析桃園縣婦女的抹片檢查行為。衛生教育，8，58-77。

葉季森(民91)。烏日鄉已婚婦女接受子宮頸抹片檢查影響因素研究。中臺學報：醫護卷，13，1-12。

楊育正(民87)。綜論子宮頸癌篩檢之新進展。臺北市醫師公會會刊，42(3)，39-42。

蔡美玲、林綺珊(民94)。子宮頸癌。藥學雜誌，21(1)，78-85。

蔡明芸(民95)。影響婦女接受子宮頸抹片檢查相關因素之探討—以花蓮地區篩檢站婦女為例。慈濟大學醫學研究所碩士論文。

趙明玲(民89)。基隆市中山區婦女執行子宮頸抹片檢查行為影響因素之探討。德育學報，16，137-147。

薛桂文(民95)。子宮頸癌疫苗保護力僅七八成。民98年8月28日，取自：
<http://tw.news.yahoo.com/060608/15/37wyo.html>

簡大任、季瑋珠(民84)。臺北市有偶婦女接受子宮頸抹片檢查影響因素之探討。中華公共衛生雜誌，14(2)，111-128。

二、英文部分

- American Cancer Society (n.d.). What Are the Risk Factors for Cervical Cancer? Retrieved August 28, 2009, from http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_cervical_cancer_8.asp?sitearea=
- Bosch, F. X., Lorincz, A., Munoz, N., Meijer, C. J., & Shah, K. V. (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*, 55(4), 244-265.
- Breitkopf CR, Pearson HC, Breitkopf DM (2005). Poor knowledge regarding the Pap test among low-income women undergoing routine screening. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 37(2), 78-84.
- Buller D, Modiano MR, Guernsey de Zapien J, Meister J, Saltzman S, Hunsaker F (1998). Predictors of cervical cancer screening in Mexican American women of reproductive age. *Journal of health care for the poor and underserved*, 9(1), 76-95.
- Chang, S. J., Chen, T. C., Chang, C. L., Wang, K. L., Chen, H. S., Wu, T. Y., Chen, M. L., Wang, K. G., Su, T. H., & Yang, Y. C. (2003). Excessive human papillomavirus types 58, 52 and 53 in Taiwanese women with mildly abnormal papanicolaou smears. *Taiwanese Journal of Obstetrics Gynecology*, 42(1), 19-24.
- Chen, T. M., Chen, C. A., Wu, C. C., Hung, S. U., Chang, C. F., & Hsieh, C. Y. (1994). The genotypes and prognostic significance of human papillomavirus in cervical cancer. *International Journal of Cancer*, 57, 181-184.
- Daley, E. M. (1998). Clinic update on the role of HPV and cervical cancer. *Cancer Nursing*, 21(1), 31-35.
- Eaker S, Adami HO, Sparen P (2001). Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Preventive medicine*, 32(6), 482-491.
- Elkind AK, Haran D, Eardley A, Spencer B (1988). Reasons for non-attendance for computer-managed cervical screening: pilot interviews. *Social science & medicine*, 27(6), 651-60.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (2002). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (3rd ed), Chapter eighteen: Using the PRECEDE-PROCEED

- planning model to apply health behavior theories. San Francisco: Jossey-Bass, 417-419.
- Harlan LC, Bernstein AB, Kessler LG (1991). Cervical cancer screening: who is not screened and why? *American journal of public health*, 81(7), 885-890.
- Hewitt M, Devesa SS, Breen N (2004). Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Preventive medicine*, 39(2), 270-278.
- Hiatt RA, Pasick RJ, Stewart S, Bloom J, Davis P, Gardiner P, Johnston M, Luce J, Schorr K, Brunner W, Stroud F (2001). Community-based cancer screening for underserved women: design and baseline findings from the Breast and Cervical Cancer Intervention Study. *Preventive medicine*, 33(3), 190-203.
- Hogg WE, Bass M, Calonge N, Crouch H, Satenstein G (1998). Randomized controlled study of customized preventive medicine reminder letters in a community practice. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 44, 81-88.
- Hsia J, Kemper E, Kiefe C, Zapka J, Sofaer S, Pettinger M, Bowen D, Limacher M, Lillington L, Mason E (2000). The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the Women's Health Initiative. *Preventive medicine*, 31(3), 261-70.
- Kenney, J. W. (1996a). Ethnic differences in risk factors associated with genital human papillomavirus infections. *Journal of Advanced Nursing*, 23(6), 1221-1227.
- Kenney, J. W. (1996b). Risk factors associated with genital HPV infection. *Cancer Nursing*, 19(5), 353-359.
- Kottke TE, Trapp MA (1998). The quality of Pap test specimens collected by nurses in a breast and cervical cancer screening clinic. *American journal of preventive medicine*, 14(3), 196-200.
- Lee MC (2000). Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. A focus group approach. *Cancer nursing*, 23(3), 168-175.
- Marcus AC, Crane LA (1998). A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. *Preventive medicine*, 27(1), 13-31.

- McKie L (1993). Women's views of the cervical smear test: implications for nursing practice-- women who have had a smear test. *Journal of advanced nursing*, 18(8), 1228-1234.
- Neilson A, Jones RK (1998). Women's lay knowledge of cervical cancer/cervical screening: accounting for non-attendance at cervical screening clinics. *Journal of advanced nursing*, 28(3), 571-575.
- Nubia, M., F. Xavier, B., Silvia, S., Rolando, H., Xavier, C., Keerti, V. S., Peter, J. F., & Chris, J. L. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 348, 518-527.
- Park S, Chang S, Chung C (2005). Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public health nursing*, 22(4), 289-98.
- Rolnick SJ, LaFerla JJ, Jackson J, Akkerman D, Compo R (1999). Impact of a new cervical pap smear screening guideline on member perceptions and comfort levels. *Preventive medicine*, 28(5), 530-534.
- Sadovsky R. (1997). Identification of barriers to cervical cancer screening. *American Family Physician*, 56, 579-581.
- Somkin CP, Hiatt RA, Hurley LB, Gruskin E, Ackerson L, Larson P (1997). The effect of patient and provider reminders on mammography and Papanicolaou smear screening in a large health maintenance organization. *Archives of internal medicine*, 157(15), 1658-64.
- Stein K, Lewendon G, Jenkins R, Davis C (2005). Improving uptake of cervical cancer screening in women with prolonged history of non-attendance for screening: a randomized trial of enhanced invitation methods. *Journal of medical screening*, 12(4), 185-189.
- Tseng DS, Cox E, Plane MB, Hla KM (2001). Efficacy of patient letter reminders on cervical cancer screening: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 16(8), 563-8.
- Yolanda, V. D. G., Anco, M., Heleen, D., & Wim, Q. (2002). Human papillomavirus and the long term risk of cervical neoplasia. *American Journal of Epidemiology*, 156(2), 158-164.