

台北市有偶婦女接受子宮頸抹片檢查影響因素之探討

簡大任¹ 季瑋珠²

本研究目的在針對台灣地區婦女接受抹片檢查比率偏低之現象，探討影響婦女接受抹片檢查之相關因素，所採用的理論模式架構為「PRECEDE衛生教育診斷架構」。本研究以台北市為研究社區，以「按人口比率機率抽樣法」抽出原始樣本有偶婦女600人，以家庭訪視方法完成問卷調查435人(完成率72.5%)，經統計分析後發現：台北市有偶婦女曾接受抹片檢查者有57.9%，其中定期接受抹片檢查者僅23.2%，從不接受抹片檢查之婦女高達42.1%；曾接受抹片檢查婦女的相關特性為：子宮頸癌基本常識認知較高、知識來源多、有固定婦產科醫院診所、有較多親友勸說或有親友較常勸說者。定期接受抹片檢查婦女的相關特性為：知識來源多、有固定之婦產科醫院診所、認為可方便找到抹片檢查場所、及有較多親友曾接受抹片檢查或親友較常接受抹片檢查者。而對抹片檢查態度消極者則對抹片檢查不論定期與否均較不可能接受。

根據以上結果，要使婦女接受抹片檢查，提早發現子宮頸癌，減少死亡率。政府應加強並擴大婦女之預防保健知識來源，提倡固定之醫病關係，提高抹片檢查之方便性，並鼓勵曾受檢者說服親友接受抹片檢查，以早期發現早期治療，減少醫療成本支出，同時確保婦女健康。而鑒於影響婦女是否曾或定期接受抹片檢查之因素往往不同，所以政府在制訂婦女醫療保健服務利用計畫時，應針對不同之目的，於計畫中考量不同影響因素，如此推動婦女醫療保健服務利用工作才能收事半功倍之效。(中華衛誌 1995；14(2)：111-128)

關鍵詞：抹片檢查，子宮頸癌

前言

聯合國世界衛生組織(W.H.O.)於1978年提出之阿拉木圖(Alma-Ata)宣言，指出「基

層醫療保健」(primary health care)為整體醫療保健服務及達到「公元2000年全民健康」(health for all by the year 2000)之基礎[1,2]，而預防保健工作又是基層醫療保健服務中的首要內容，就公共衛生之觀點而言，不論考慮效果、經濟效益或民眾健康均是預防勝於治療，但在衛生行政單位推動預防保健工作之時，卻常常遭遇各種限制與困難，阻礙了部份民眾接受預防保健服務，均值得公共衛生學術界與衛生行政機關加以研究與探討。

台灣地區居民死亡原因目前已由傳染性疾病轉變為慢性疾病，其中惡性腫瘤已自民

¹ 台北市立和平醫院

² 國立台灣大學公共衛生研究所

聯絡人：季瑋珠

台北市仁愛路一段1號

收稿日期：83年10月

接受日期：84年3月

國71年躍居十大死因之首位(以民國79年為例,惡性腫瘤死亡率為每10萬人口91.63人,高居所有死因之第一位)[3,4]。就婦女而言,子宮頸癌是其最常罹患之癌症,其發生率在民國74年為每10萬人口30.02人,民國75年為每10萬人口為23.69人,均居第一位,但其死亡率並非最高,以民國75年為例僅居所有婦女惡性腫瘤死亡率之第五位[5,6]。就預防醫學觀點而言,與其他惡性腫瘤相比,子宮頸癌是較容易早期發現之惡性腫瘤,只要能對其早期發現與治療,子宮頸癌之治癒率極高,可使生命不受威脅,故其預防工作值得大力推展。通常子宮頸癌可經由定期之抹片檢查,早期發現早期治療而痊癒,但一方面可能由於預算不足、宣導不週,且未建立完善之服務體系,許多婦女或因不了解子宮頸抹片檢查(以下簡稱抹片檢查)之重要性,或雖對抹片檢查有正確認知卻未採取行動接受檢查[7-13],或因健康保險及服務可近性上之障礙[14-16],或因心理上的不安與排斥[17],並未定期接受抹片檢查,以致子宮頸癌防治效果大打折扣;另一方面,因缺乏良好的衛生資訊及社區診斷,對此一篩檢服務的成效一直無法得到良好的評估,影響計畫之執行甚鉅。

雖然嚴孟祿、謝長堯[18]引用王耀文等[19,20]及崔玖[21]之研究推論由於抹片檢查的普及,使子宮頸癌能被早期診斷出來,劉秀鳳等[22]研究也指出子宮頸癌陽性個案的追蹤與治療效果甚佳,社區性子宮頸癌篩檢值得推廣,周碧瑟[23]探討各國子宮頸癌篩檢計畫,亦指出由於抹片檢查的效果,許多全面實施子宮頸抹片篩檢的國家,其子宮頸癌的發生率與死亡率均呈下降趨勢。但根據台灣地區以往之婦女接受抹片檢查研究,如王莉莉[7]研究(定期20%,從未42.4%)、周碧瑟[9]針對農村婦女研究(定期4.6%~10.7%,從未86.1%~76.5%)、周碧瑟[11]於鹿谷地區研究(從未89.2%,每年定期5.2%)、楊南屏等[12]研究(從未者為43.6%)、劉秀鳳等[22]研究(從未者達74%)、葉季森[24,25]研究(定期11.9%,從未58.8%),及台灣地區目前唯一已見文獻由中華民國防癌協會在1974

~84年分二階段執行之大規模子宮頸抹片篩檢,總篩檢率約為5.7% [26],和歐美各國約70%~80%之受檢率相比較[23],均明顯反映了台灣地區長期以來婦女接受抹片檢查比率偏低之情形。

材料與方法

一、研究架構

在常見之健康行為模式中,由於PRE-CEDE (predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation) 模式[27],除了考慮個案本身之認知、動機及社會人口特性外,同時兼具考慮自身以外如「能用」與「加強」等外在影響因素造成健康行為形成與否。故本研究採用PRE-CEDE模式中之教育診斷部分修改而成研究架構,探討衛生方案(子宮頸癌篩檢計畫)在受社會人口特性、先傾因素、能用因素、加強因素影響後,可能造成之健康行為(有偶婦女抹片檢查利用情形)。

二、研究對象及抽樣步驟

本研究以台北市30歲以上70歲以下之有偶婦女為研究對象。抽樣係採用「按人口比率機率抽樣法」(sampling strategy probability proportional to size, PPS),並依下列步驟完成:

1. 根據年底台北市戶政人口統計資料,依序將台北市行政區440里之30歲以上有偶婦女人數列出並累計,共得總人數511,172人,再將511,172除以30,得到抽樣間距為17,039,然後於1到511,172之間隨機抽出一個樣本號碼(352,784)作為起始點,以系統抽樣方式選出30個樣本里。
2. 樣本里抽出後,將每個樣本里之鄰數查出,以系統抽樣抽出2樣本鄰。
3. 樣本鄰抽出後,研究人員前往各區戶政事務所,在各樣本鄰隨機抽出一起始家戶,再用修正之「Kish表」於該樣本家戶抽出合於條件之受訪者1名,並抄錄其年齡、住址等相關基本資料,如無合於條

件者則順延一戶，如此依序逐戶抄錄至額滿(10人)為止，如此共得到600位30-70歲有偶婦女為研究樣本。

三、調查方法

本研究於八十年十至十二月派出台北市家庭計畫推廣中心公衛護士37人依自擬之結構式問卷進行家庭訪視，共得有效問卷435份，回收率72.5%。

四、研究工具及變項定義

本研究之結構性問卷內容依研究架構包括抹片檢查間隔、社會人口學特性、先傾因素(包括子宮頸癌基本常識、個人婦科症狀、對抹片檢查之態度等)、能用因素(包括抹片檢查知識來源、婦科疾病求醫行為等)、加強因素(包括親友勸說、親友曾作抹片檢查等)。

本研究重要變項的定義如下：

1. 依變項

抹片檢查利用情形

(1) 是否曾接受檢查

曾接受檢查：包括檢查間隔固定、檢查間隔不定、及檢查情形不詳者。

從不檢查

(2) 是否定期接受檢查

定期檢查：曾接受檢查且於間隔三年內定期接受檢查者。

不定期檢查：曾接受檢查但檢查間隔超過三年以上、檢查間隔不定、及檢查情形不詳者。

2. 自變項

(1) 社會人口學特性

包括了受訪者年齡、教育程度、職業、婚姻年數、懷孕次數、家中設備等。

(2) 先傾因素

A. 子宮頸癌基本常識

以10題有關子宮頸癌常識是非題詢問受訪者，答對者得1分，答錯者得0分，如此累計其總得分，再將其分為三組：(1)得6分(含)以下者(2)得7-8

分者(3)得9分(含)以上者。

B. 個人婦科症狀

以10項婦科症狀詢問受訪者，採四點Likert尺度，每項分別給0至3分，如此累計其總得分，再將其分為三組：(1)得0分者，(2)得1-4分者，(3)得5分(含)以上者。

C. 對抹片檢查之態度

以9項有關抹片檢查看法之問題詢問受訪者，採四點Likert尺度，每項分別給1-4分，如此累計其總得分，再將其分為三組：(1)態度積極：得22分(含)以下者，(2)態度中性：得23-26分者，(3)態度消極：得27分(含)以上者。

(3) 能用因素

A. 抹片檢查知識來源

以14項衛生教育傳播管道供受訪者複選勾填，累計其抹片檢查知識來源數目，再分成三組：(1)無知識來源，(2)有1-2項知識來源者，(3)有3項(含)以上知識來源者。

B. 婦科疾病求醫行為

分別以固定婦產科醫師、固定婦產科醫院及診所、婦科求診情形、健康保險、抹片檢查方便性等問題之有無及受訪者所認定所需檢查時間長短分成兩組。

(4) 加強因素

分別針對9類人員對受訪者勸導情形及受訪者親友曾作抹片檢查情形詢問受訪者，均採四點Likert尺度，每項分別給0-3分，再將其均分為三組：(1)得0分者，(2)得1-2分者，(3)得3分(含)以上者。

五、統計分析

本研究係以SAS統計套裝軟體進行分析，包括資料之基本描述次數分配，及卡方檢定測定各自變項與依變項之相關，並另以多變項對數迴歸法(multiple logistic regression)估計控制其他變項後，各個自變項(社會人口學特性、先傾因素、能用因素、加強

因素)對依變項(抹片檢查利用情形)之影響。

結 果

一、受訪者抹片檢查利用情形

由表1-1及表1-2顯示，研究樣本對抹片檢查利用率不高，在435位受訪婦女中，曾接受抹片檢查之樣本有252位(佔57.9%)，其中每年至少作一次抹片檢查之樣本僅有78位(佔17.9%)，若加上三年以內為間隔之定期檢查者樣本合併視作定期接受抹片檢查者亦僅有101人(佔23.2%)而已，這表示，有高達76.8%之婦女未接受定期抹片檢查，且其中

表1-1 是否曾接受抹片檢查 (人數=435)

變 項	人數(%)
曾接受檢查	
至少每年作一次	78 (17.9)
一至三年(內)作一次	23 (5.3)
間隔三年以上才作一次	4 (0.9)
不一定，想到就作	127 (29.2)
不 詳	20 (4.6)
小 計	252 (57.9)
從不檢查	183 (42.1)

表1-2 是否定期接受抹片檢查 (人數=252)

變 項	人數(%)
定期檢查	
至少每年作一次	78 (31.0)
一至三年(內)作一次	23 (9.1)
小 計	101 (40.1)
不定期檢查	
不一定，想到就作	127 (50.4)
間隔三年以上才作一次	4 (1.5)
不 詳	20 (8.0)
小 計	151 (59.9)

有183人(佔42.1%)從來不接受抹片檢查，上述結果顯示本研究樣本接受抹片檢查之比率偏低。

二、相關因素的探討

(一)是否曾接受抹片檢查之相關因素的探討

1. 二變項分析

(1)社會人口學特性與是否曾接受抹片檢查之相關

由表2可知「年齡」、「教育程度」、「結婚年數」、「家中設備」(經濟狀況)與是否曾接受抹片檢查均呈顯著相關，懷孕次數與職業則和是否曾接受抹片檢查無顯著相關，其中又以40~49歲、專科以上教育程度、結婚11-25年、家中設備11-13項(經濟中等)之婦女曾接受抹片檢查之比率較高。

(2)先傾因素與是否曾接受抹片檢查之相關

由表3可知「子宮頸癌基本常識」、「對抹片檢查之態度」、「要求由女醫師作抹片檢查」與是否曾接受抹片檢查均呈顯著相關，其中又以子宮頸癌基本常識答對9題以上，對抹片檢查之態度積極，較不在乎是否由女醫師作抹片檢查之婦女曾接受抹片檢查之比率較高，其他先傾因素則與是否曾接受抹片檢查無顯著相關。

(3)能用因素及加強因素與是否曾接受抹片檢查之相關

由表4可知，在能用因素方面，「知識來源」、「婦產科求診頻率」、「固定婦產科醫師」、「固定婦產科醫院診所」、「健康保險」、「抹片檢查方便性」與是否曾接受抹片檢查均呈顯著相關，其中又以有3項以上知識來源、較常至婦產科求診、有固定婦產科醫師、有固定婦產科醫院

表2 社會人口學特性與是否曾接受抹片檢查之相關

變 項	曾作	不曾作	卡方值	P值
年齡				
30-39歲	114 (57.9%)	83 (42.1%)	12.650	0.002
40-49歲	90 (68.2%)	42 (31.8%)		
50歲以上	48 (45.3%)	58 (54.7%)		
教育程度				
未受教育，小學	70 (42.2%)	96 (57.8%)	26.942	<0.001
國(初)中，高中(職)	116 (66.7%)	58 (33.3%)		
專科以上	66 (69.5%)	29 (30.5%)		
職業				
家庭主婦	126 (61.5%)	79 (38.5%)	1.985	N.S.
職業婦女	126 (54.8%)	104 (45.2%)		
結婚年數				
10年(含)以下	66 (61.1%)	42 (38.9%)	9.101	0.011
11-25年	127 (63.2%)	74 (36.8%)		
26年(含)以上	59 (46.8%)	67 (53.2%)		
懷孕次數				
0-2次	61 (56.0%)	48 (44.0%)	3.055	N.S.
3-4次	110 (62.9%)	65 (37.1%)		
5次(含)以上	81 (53.6%)	70 (46.4%)		
家中設備				
10項(含)以下	43 (45.7%)	51 (54.3%)	7.354	0.025
11-13項	126 (61.8%)	78 (38.2%)		
14項(含)以上	83 (60.6%)	54 (39.4%)		

診所、有健康保險、認為可方便找到抹片檢查場所之婦女曾接受抹片檢查之比率較高，「所需檢查時間」則與是否曾接受抹片檢查無顯著相關。在加強因素方面，「親友勸說」、「親友曾作抹片檢查」及「親友曾罹患子宮頸癌」與是否曾接受抹片檢查呈顯著相關，其中又以「親友勸說得3分以上」者及「親友曾作抹片檢查得3分以上」、「有親友曾罹患子宮頸癌」之婦女曾接受抹片檢查之比率較高。

2. 多變項分析

將前述社會人口學特性、先傾、能用、加強四類因素中與是否曾接受抹片檢查有顯著相關者同時放入對數複迴歸模型中，結果詳見表5。

(1)社會人口學特性與是否曾接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，社會人口特性各種變項對是否曾接受抹片檢查均無顯著之相關。

(2)先傾因素與是否曾定期接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，先傾因素變項中僅「對抹片檢查態度」

表3 先傾因素與是否曾接受抹片檢查之相關

變 項	曾作	不曾作	卡方值	P值
子宮頸癌基本常識				
答對6題(含)以下	32 (30.8%)	72 (69.2%)	50.913	<0.001
答對7-8題	80 (56.7%)	61 (43.3%)		
答對9題(含)以上	140 (73.7%)	50 (26.3%)		
個人婦科症狀				
無(0分)	31 (55.4%)	25 (44.6%)	5.189	N.S.
偶而(1-4分)	120 (54.6%)	100 (45.4%)		
頻繁(5分以上)	86 (66.7%)	43 (33.3%)		
對抹片檢查之態度				
積極(22分以下)	84 (83.2%)	17 (16.8%)	49.339	<0.001
中性(23-26分)	130 (57.5%)	96 (42.5%)		
消極(27分以上)	38 (35.2%)	70 (64.8%)		
要求免費檢查				
不重要	25 (49.0%)	26 (51.0%)	5.703	N.S.
無意見	48 (50.5%)	47 (49.5%)		
重要	179 (61.9%)	110 (38.1%)		
要求檢查仔細				
不重要	117 (62.6%)	70 (37.4%)	3.277	N.S.
無意見	71 (56.4%)	55 (43.6%)		
重要	64 (52.5%)	58 (47.5%)		
要求保險支付檢查費用				
不重要	63 (58.3%)	45 (41.7%)	0.026	N.S.
無意見	56 (58.3%)	40 (41.7%)		
重要	133 (57.6%)	98 (42.4%)		
要求女醫師檢查				
不重要	83 (65.3%)	44 (34.7%)	13.624	0.011
無意見	68 (67.3%)	33 (32.7%)		
重要	101 (48.8%)	106 (51.2%)		
要求檢查結果通知本人				
不重要	6 (42.9%)	8 (57.1%)	2.348	N.S.
無意見	9 (47.4%)	10 (52.6%)		
重要	119 (58.9%)	83 (41.1%)		

有部分及「子宮頸癌基本常識」對是否曾作抹片檢查呈顯著相關，「對抹片檢查態度」消極者曾作抹片檢查之勝算比僅為中性

者之0.71倍(95%信賴區間為0.20~1.75)亦即對抹片檢查態度越消極者較不可能接受抹片檢查。而「對抹片檢查態度」積極者，曾

表4 能用因素及加強因素與是否曾接受抹片檢查之相關

變 項	曾作	不曾作	卡方值	P值
知識來源				
無	36 (23.5%)	117 (76.5%)	118.449	<0.001
1-2項	93 (70.4%)	39 (29.6%)		
3項(含)以上	123 (82.0%)	27 (18.0%)		
婦產科求診頻率				
從未，偶而	162 (51.6%)	152 (48.4%)	18.730	<0.001
有時，經常	90 (74.4%)	31 (25.6%)		
固定婦產科醫師				
有	120 (69.0%)	54 (31.0%)	14.489	<0.001
無	132 (50.6%)	129 (49.4%)		
固定婦產科醫院診所				
有	145 (72.9%)	54 (27.1%)	33.564	<0.001
無	107 (45.3%)	129 (54.7%)		
健康保險				
有	232 (60.4%)	152 (39.6%)	8.303	0.004
無	20 (39.2%)	31 (60.8%)		
抹片檢查方便性				
不便	69 (40.8%)	100 (59.2%)	33.170	<0.001
方便	183 (68.8%)	83 (31.2%)		
所需檢查時間				
30分鐘(含)以內	91 (83.5%)	18 (16.5%)	0.668	N.S.
30分鐘以上	120 (79.5%)	31 (20.5%)		
親友勸說				
無(0分)	36 (27.3%)	96 (72.7%)	78.630	<0.001
1-2分	101 (70.1%)	43 (29.9%)		
3分以上	109 (75.7%)	35 (24.3%)		
親友曾作抹片檢查				
無(0分)	70 (39.1%)	109 (60.9%)	48.059	<0.001
1-2分	96 (66.7%)	48 (33.3%)		
3分以上	82 (78.1%)	23 (21.9%)		
親友曾罹患子宮頸癌				
有	34 (72.3%)	13 (27.7%)	4.548	0.033
無	217 (56.1%)	170 (43.9%)		

作抹片檢查之勝算比為中性者之
2.11倍(95%信賴區間為1.44~

3.50)，但在多變項分析的模式中
仍並未達統計上顯著意義。「子

表5 是否曾接受抹片檢查之多變項對數迴歸分析

變 項	參考組	勝算比	95%信賴區間 下 限——上 限		P值
社會人口學特性					
教育程度					
國(初)中, 高中	未受教育, 小學	1.18	0.53	2.60	0.6853
(專)科以上		1.23	0.65	2.33	0.5317
先傾因素					
子宮頸癌基本常識					
答對7-8題	答對6題(含)以下	2.47	1.24	4.93	0.0104
答對9題(含)以上		3.48	1.75	6.90	0.0004
對抹片檢查之態度					
消極(27分以上)	中性(23-26分)	0.71	0.20	1.75	0.0377
積極(22分以下)		2.11	1.44	3.50	0.2713
能用因素					
知識來源					
1-2項知識來源	無知識來源	4.72	2.55	8.74	0.0000
3項(含)以上知識來源		7.81	4.11	14.85	0.0000
固定婦產科醫院診所					
有	無	2.10	1.26	3.52	0.0047
加強因素					
親友勸說					
1-2分	無(0分)	3.77	1.99	7.13	0.0000
3分以上		4.25	2.24	8.30	0.0000

宮頸癌基本常識」答對7-8題者曾作抹片檢查之勝算比為僅答對6題(含)以下者之2.47倍(95%信賴區間為1.24~4.93),「子宮頸癌基本常識」答對9題(含)以上者曾作抹片檢查之勝算比為僅答對6題(含)以下者之3.48倍(95%信賴區間為1.75~6.90),亦即對子宮頸癌基本常識認知越正確者,越可能接受抹片檢查。

(3)能用因素與是否曾接受抹片檢查之相關:

在控制其他變項後,僅有「知識來源」、「固定婦產科醫院

診所」、等二個變項與是否曾接受抹片檢查呈顯著之相關。「在知識來源」方面:以「無知識來源」為參考組,「1~2項知識來源」者之勝算比為4.72(95%信賴區間為2.55~8.74),「3項以上知識來源」者之勝算比為7.81(95%信賴區間為4.11~14.85)。

「在固定婦產科醫院診所」方面:以「無固定婦產科醫院診所」為參考組,「有固定婦產科醫院診所」者之勝算比為2.10(95%信賴區間為1.26~3.52)。

(4)加強因素與是否曾接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，「親友勸說」與是否曾接受抹片檢查呈顯著之相關。以「無親友勸說」為參考組，「親友勸說檢查得3分以上」者之勝算比為4.25 (95%信賴區間為2.24~8.30)，而「親友勸說得1-2分」者之勝算比為3.77 (95%信賴區間為1.99~7.13)，亦即越多親友勸說或親友勸說頻率越高者越可能接受抹片檢查。

(二)是否定期接受抹片檢查之相關因素的探討：

針對前述435位受訪婦女中之252位曾接受抹片檢查者，再將其分成定期、不定期接受抹片檢查等兩組，作其相關因素的探討。

1. 二變項分析

(1)社會人口學特性與定期接受抹片檢查之相關：

由表6可知僅有「教育程度」、「家中設備」(經濟狀況)與是否定期接受抹片檢查呈顯著相關，年齡、結婚年數、職業、懷孕次數則和是否定期接受抹片檢查無顯著相關，其中又以專科以上教育程度、家中設備14項以上(經

表6 社會人口學特性與定期接受抹片檢查之相關

變 項	定期	不定期	卡方值	P值
年齡				
30-39歲	51 (44.7%)	63 (55.3%)	4.445	N.S.
40-49歲	37 (41.1%)	53 (58.9%)		
50歲以上	13 (27.1%)	35 (72.9%)		
教育程度				
未受教育，小學	20 (28.6%)	50 (71.4%)	16.552	<0.001
國(初)中，高中(職)	41 (35.3%)	75 (64.7%)		
專科以上	40 (60.6%)	26 (39.4%)		
職業				
家庭主婦	44 (34.9%)	82 (65.1%)	2.792	N.S.
職業婦女	57 (45.2%)	69 (54.8%)		
結婚年數				
10年(含)以下	34 (48.5%)	32 (51.5%)	5.963	N.S.
11-25年	49 (38.6%)	78 (61.4%)		
26年(含)以上	18 (30.5%)	41 (69.5%)		
懷孕次數				
0-2次	31 (50.8%)	30 (49.2%)	4.846	N.S.
3-4次	37 (33.6%)	73 (66.4%)		
5次(含)以上	33 (40.7%)	48 (59.3%)		
家中設備				
10項(含)以下	13 (30.2%)	30 (69.8%)	6.332	0.044
11-13項	46 (36.5%)	80 (63.5%)		
14項(含)以上	42 (50.6%)	41 (49.4%)		

濟較富裕)之婦女定期接受抹片檢查之比率較高。

(2)先傾因素與定期接受抹片檢查之相關：

由表7可知「子宮頸癌基本常識」

、「對抹片檢查之態度」與是否定期接受抹片檢查均呈顯著相關，其中又以子宮頸癌基本常識答對9題以上，對抹片檢查之態度積極，其他先傾因素則與是否

表7 先傾因素與定期接受抹片檢查之相關

變 項	定期	不定期	卡方值	P值
子宮頸癌基本常識				
答對6題(含)以下	9 (28.1%)	23 (71.9%)	6.726	0.035
答對7-8題	26 (32.5%)	54 (67.5%)		
答對9題(含)以上	66 (47.1%)	74 (52.9%)		
個人婦科症狀				
無(0分)	14 (45.2%)	17 (54.8%)	1.805	N.S.
偶而(1-4分)	52 (43.3%)	68 (56.7%)		
頻繁(5分以上)	30 (34.9%)	56 (65.1%)		
對抹片檢查之態度				
積極(22分以下)	45 (53.6%)	39 (46.4%)	17.874	<0.001
中性(23-26分)	51 (39.2%)	79 (60.8%)		
消極(27分以上)	5 (13.1%)	33 (86.9%)		
要求免費檢查				
不重要	13 (52.0%)	12 (48.0%)	1.927	N.S.
無意見	17 (35.4%)	31 (64.6%)		
重要	71 (39.7%)	108 (60.3%)		
要求檢查仔細				
不重要	48 (41.0%)	69 (59.0%)	2.187	N.S.
無意見	32 (45.1%)	39 (54.9%)		
重要	21 (32.8%)	43 (67.2%)		
要求保險支付檢查費用				
不重要	28 (44.4%)	35 (55.6%)	0.681	N.S.
無意見	22 (39.3%)	34 (60.7%)		
重要	51 (38.3%)	82 (61.7%)		
要求女醫師檢查				
不重要	38 (45.8%)	45 (54.2%)	2.397	N.S.
無意見	28 (41.2%)	40 (58.8%)		
重要	35 (34.7%)	66 (65.3%)		
要求檢查結果通知本人				
不重要	3 (50.0%)	3 (50.0%)	1.459	N.S.
無意見	2 (22.2%)	7 (77.8%)		
重要	96 (64.0%)	54 (36.0%)		

定期接受抹片檢查無顯著相關。
(3)能用因素及加強因素與定期接受

抹片檢查之相關：
由表8可知，在能用因素方面

表8 能用因素及加強因素與定期接受抹片檢查之相關

變 項	定期	不定期	卡方值	P值
知識來源				
無	4 (12.5%)	32 (87.5%)	16.460	<0.001
1-2項	37 (44.6%)	56 (55.4%)		
3項(含)以上	60 (48.8%)	63 (51.2%)		
婦產科求診頻率				
從未，偶而	52 (32.1%)	110 (67.9%)	12.032	<0.001
有時，經常	49 (54.4%)	41 (45.6%)		
固定婦產科醫師				
有	58 (48.3%)	62 (51.7%)	6.499	0.011
無	43 (32.6%)	89 (67.4%)		
固定婦產科醫院診所				
有	72 (49.7%)	73 (50.3%)	13.039	<0.001
無	29 (27.1%)	78 (72.9%)		
健康保險				
有	95 (40.9%)	137 (59.1%)	0.919	N.S.
無	6 (30.0%)	14 (70.0%)		
抹片檢查方便性				
不便	15 (21.7%)	54 (78.3%)	13.308	<0.001
方便	86 (47.0%)	97 (53.0%)		
所需檢查時間				
30分鐘(含)以內	44 (48.4%)	47 (51.6%)	0.042	N.S.
30分鐘以上	53 (44.2%)	67 (55.8%)		
親友勸說				
無(0分)	12 (33.3%)	24 (66.7%)	0.892	N.S.
1-2分	40 (39.6%)	61 (60.4%)		
3分以上	46 (42.2%)	63 (57.8%)		
親友曾作抹片檢查				
無(0分)	17 (24.3%)	53 (75.7%)	14.860	<0.001
1-2分	37 (38.5%)	59 (61.5%)		
3分以上	45 (54.9%)	37 (45.1%)		
親友曾罹患子宮頸癌				
有	15 (44.1%)	19 (55.9%)	0.300	N.S.
無	85 (39.2%)	132 (60.8%)		

，「知識來源」、「婦產科求診頻率」、「固定婦產科醫師」、「固定婦產科醫院診所」、「抹片檢查方便性」與是否定期接受抹片檢查均呈顯著相關，其中又以有3項以上知識來源、較常至婦產科求診、有固定婦產科醫師、有固定婦產科醫院診所、認為可方便找到抹片檢查場所之婦女定期接受抹片檢查之比率較高，「所需檢查時間」則與是否定期接受抹片檢查無顯著相關。在加強因素方面，僅有「親友曾作受抹片檢查」與是否定期接受抹片檢查呈顯著相關，其中又以「親

友曾作抹片檢查得3分以上」之婦女定期接受抹片檢查之比率較高，「親友勸說」及「親友曾罹患子宮頸癌」則與是否定期接受抹片檢查無顯著相關。

2. 多變項分析

將前述社會人口學特性、先傾、能用、加強四類因素中與是否定期接受抹片檢查有顯著相關者同時放入對數複迴歸模型中，結果詳見表9。

(1)社會人口學特性與定期接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，社會人口特性變項中僅教育程度有部分

表9 是否定期接受抹片檢查之多變項對數迴歸分析

變 項	參考組	勝算比	95%信賴區間		P值
下 限——上 限					
社會人口學特性					
教育程度					
國(初)中，高中	未受教育，小學	1.08	0.53	2.17	0.8510
(專)科以上		4.06	1.66	9.91	0.0021
先傾因素					
對抹片檢查之態度					
消極(27分以上)	中性(23-26分)	0.27	0.09	0.81	0.0196
積極(22分以下)		1.30	0.68	2.51	0.4289
能用因素					
知識來源					
1-2項知識來源	無知識來源	6.85	2.01	23.30	0.0021
3項(含)以上知識來源		8.23	2.51	27.03	0.0005
固定婦產科醫院診所					
有	無	2.48	1.29	4.75	0.0069
抹片檢查方便性					
方便	不方便	3.25	1.51	7.01	0.0026
加強因素					
親友曾作抹片檢查					
1-2分	無(0分)	1.33	0.60	2.96	0.4828
3分以上		2.66	1.14	6.22	0.0240

對定期作抹片檢查呈顯著之相關。「教育程度」為專科以上者，定期作抹片檢查的勝算比為未受教育或小學者之4.06倍(95%信賴區間為1.66~9.91)。

(2)先傾因素與定期接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，先傾因素變項中僅「對抹片檢查態度」有部分對定期作抹片檢查呈顯著相關，「對抹片檢查態度」消極者定期作抹片檢查之勝算比僅為中性者之0.27倍(95%信賴區間為0.09~0.81)，亦即對抹片檢查態度越消極者較不可能定期接受抹片檢查，而「對抹片檢查態度」積極者，定期作抹片檢查之勝算比為中性者之1.30倍(95%信賴區間為0.68~2.51)，但在多變項分析的模式中仍並未達統計上顯著意義。

(3)能用因素與定期接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，總共有「知識來源」、「固定婦產科醫院診所」、及「抹片檢查方便性」等三個變項與是否定期接受抹片檢查呈顯著之相關。「在知識來源」方面：以「無知識來源」為參考組，「1~2項知識來源」者之勝算比為6.85 (95%信賴區間為2.01~23.30)，「3項以上知識來源」者之勝算比為8.23 (95%信賴區間為2.51~27.03)。「在固定婦產科醫院診所」方面：以「無固定婦產科醫院診所」為參考組，「有固定婦產科醫院診所」者之勝算比為2.48 (95%信賴區間為1.29~4.75)。「在抹片檢查方便性」方面：以「認為抹片檢查不知；普通；不便」者為參考組，「認為抹片檢查方便或很方便」者之勝算比為3.25 (95%信賴區間

為1.51~7.01)。

(4)加強因素與定期接受抹片檢查之相關：

在控制其他變項後，「親友曾作抹片檢查」有部份與是否定期接受抹片檢查呈顯著之相關。以「無親友曾作抹片檢查」為參考組，「親友曾作抹片檢查得3分以上」者之勝算比為2.66 (95%信賴區間為1.14~6.22)，而「親友曾作抹片檢查得1-2分」者之勝算比為1.33 (95%信賴區間為0.60~2.96)，但其在多變項分析的模式中並未與得3分以上者一樣達統計上顯著意義。

討 論

以下將就研究的限制和代表性及結果解釋與推論、重要發現加以討論。

(一)研究的限制

1. 研究架構及因果判定之限制

由於本研究架構係擷取「PRECEDE衛生教育診斷架構」之一部份，只能針對先傾、能用、加強等三種指標研究個人決定因素方面對預防保健服務利用之影響，加上受到受訪者背景、訪問期間之限制，無法得知社會決定因素(如政策介入、經濟誘因)等外在決定因素對預防保健服務利用之影響，且運用追蹤式研究(longitudinal study)於大規模之社區樣本有實行上的困難，故本研究採用橫截面研究(cross-sectional study)，以詢問受訪者的方式，根據其回憶過去一定時間內之行為表現後之陳述結果加以運算，所探討而得之變項間之關係只是某種「相關」，由於其影響因素和所要預測的行為同時測量，沒有先後順序，故所得之研究結果只能作為是否相關的判斷，而無法作因果推論。而目前

之分析只能找出自變項與依變項之關係，缺少各自變項間對預防保健服務利用之交互作用解釋之研究，其預測性可能會減低。

2. 測量及分組之限制

如何準確及有效地測量行為，一直是行為科學研究之重大課題，由於行為本身之不穩定性加上受訪者本身對問題之認知及記憶上之誤差會影響到受訪者自行陳述行為頻率、態度等之正確性，加上訪員之差異及訪視環境、訪談情形之不同，均可能造成測量之誤差，在解釋其結果時須加以注意。且由於許多社會人口學特性、先傾、能用、加強變項之分組並無一定客觀之標準可供遵循，本研究對許多變項大抵皆依平均分佈原則對變項加以分組，對分組難免失之武斷，在解釋其結果時須加以注意。

3. 推論之限制

本研究之樣本僅限於所抽出之台北市600名30-70歲之有偶婦女，這些有偶婦女均為都會地區居民，故根據本研究之結果要推論其他地區婦女接受抹片檢查之情形恐有困難。

(二)樣本之代表性

本研究係採用「按人口比率隨機抽樣法」(Sampling Strategy Probability Proportional To Size, PPS)，自臺北市隨機抽取600位30-70歲有偶婦女作為原始樣本，經實地訪視後共完訪有效樣本435人，受訪率為72.5%。但各區之完訪率差別很大，最高之松山區完訪率高達87.5%。而最低之中山區卻僅有38.3%，對於地區人口比率代表性可能稍有影響。另以卡方檢定有效樣本及無效樣本之年齡層分佈，兩者之間有顯著差異存在，這是因為年齡較大之受訪者拒訪或無法受訪之比率較高，造成無效樣本以50歲以上婦女居多的緣故。如前所述，年紀較大者受訪率較低，且由於考慮訪視之可行性，本研究並未將70歲以上之婦女納入樣本，再以適合度(卡方)檢定有效樣本與母群體之年齡層

分佈後，發現兩者有顯著之差異存在，有效樣本50歲以上人口比率偏低，故如要將研究結果用於解釋台北市50歲以上婦女抹片檢查利用情形時需有所保留。

(三)結果解釋及推論

本研究發現從未接受過抹片檢查之有偶婦女高達42.1%，只有57.9%之有偶婦女曾接受抹片檢查，且僅有23.2%是在間隔三年內定期接受抹片檢查，比率偏低。此結果與王莉莉[7] (定期20%，從未42.4%)，周碧瑟[9] (定期4.6%~10.7%)，楊南屏等[12] (從未43.6%)，葉季森[24,25] (定期11.9%，從未58.8%)等之研究結果一致。如前所述，越早發現子宮頸癌予以治療，其治癒之可能性越大，所以應提倡定期接受抹片檢查，並針對抹片檢查間隔加以研究，以確保婦女健康。

另外周碧瑟[9]於農村(從未86.1%~76.5%)，周碧瑟[11]於鹿谷(從未89.2%)，劉秀鳳等[22] (從未74.0%)研究，其受訪婦女從未接受抹片檢查之比率更高達七至九成，情形更為嚴重，這可能是由於其受訪婦女均來自農村，知識來源及醫療資源均較城市不足所致。

雖然在二變項分析裡，有部份社會人口學變項與是否曾接受抹片檢查相關，在對數複迴歸分析模式中，當控制其他變項之後，並無任何社會人口學變項呈現顯著之相關。在是否定期接受抹片檢查方面，在對數複迴歸分析模式中，當控制其他變項之後，社會人口學變項之相關性，僅有「教育程度」中「受過專科以上教育」之影響有顯著水準，和黃氏等[8,24,25,29,31]研究結論相符，但與王氏[7]研究指出高教育程度者不易接受抹片檢查之研究結果相反。除可能是高教育程度要在婦女接受抹片檢查以後，才會對其是否持續定期利用有顯著影響以外，並可能是王氏研究之樣本主要來自以育齡婦女為主之婦幼醫院患者之年齡組成較低、教育組成較高所致。

可能是由於社會人口學特性與影響力更大之先傾、能用及加強因素相關度頗高，控制這些變項後便失去其相關性，亦即社會人

口學特性與定期接受抹片檢查大多係屬間接之相關。值得強調的是雖然社會人口學特性多難改變，但仍不能忽視，更不能據此冒下結論，謂社會人口學特性對健康行為沒有影響，應積極致力於找出更具影響力，且更可能介入改變之各項因素，將會對子宮頸抹片檢查的推廣更有助益。

雖然在二變項分析中，不論在探討是否曾與是否定期接受抹片檢查，知識與態度均呈顯著相關，但在對數複迴歸分析模式中之結果二者均僅有「對抹片檢查態度消極」對定期或曾接受抹片檢查有負面影響力，兩種不同之分組結果均與王氏等[7,24,25,31]研究不符。而認知高低與是否定期接受抹片檢查並無顯著相關，確和王氏等[7,9,12-13]研究相符，但與葉氏[24,25]研究不符。但認知高低與是否曾接受抹片檢查則呈顯著相關，又和王氏等[7,9,12-13]研究不符，但與葉氏[24,25]研究相符。這可能是認知高低會影響健康行為之發生，但對行為之固定持續則無顯著相關。在認知及在對抹片檢查態度方面，各研究往往呈現不同之結果，這可能是由於各研究對認知、態度之測量與分組方式不同所致。

另可能如同社會人口學變項一樣，或許「先傾因素」中各自變項與依變項相關程度不及「能用因素」與「加強因素」高，與其間又有某程度之相關，當控制該二組因素後，其相關性便行消失。而測量上的不夠準確，也是應考慮的因素。

另外個人婦科症狀對是否曾與定期接受抹片檢查影響及相關均甚低，與許多文獻不符[7,8,24,25,29,31]，除可能是本研究在婦科症狀之計分、分組方式尚有待研究改進外，亦可能表示婦女有病或自覺有病可能只尋求醫療照護外，並不同時尋求預防性的服務。

在對數複迴歸分析模式中，能用因素中有兩個變項對是否曾接受抹片檢查有顯著之相關，分別是1. 知識來源：(1) 1-2項知識來源(勝算比4.72)，(2) 3項以上知識來源(勝算比7.81)，2. 有固定婦產科醫院診所(勝算比2.10)。在是否定期接受抹片檢查方面，對數

複迴歸分析模式中，能用因素中有三個變項與其呈現顯著之相關，分別是1. 知識來源：(1) 1-2項知識來源(勝算比6.85)，(2) 3項以上知識來源(勝算比8.23)，2. 有固定婦產科醫院診所(勝算比2.48)，3. 認為可方便找到抹片檢查場所(勝算比3.25)，勝算比均遠高於參考組。

由此可見在本研究中「能用因素」對是否曾與定期接受抹片檢查均確有極大之相關。「Anderson行為模式」及「PRECEDE模式」均強調了能用因素對健康行為有很大的影響，與本研究結果相符[14-16,28]。其中知識來源較多、有較固定之醫病關係，較傾向接受且定期接受抹片檢查[8,10,24,25,29]。而認為檢查方便者亦較傾向於定期接受抹片檢查[14-16]，本研究之結果均與上述實證研究相符。另檢查方便性亦可能要在婦女接受抹片檢查以後，才會對其是否持續定期利用有顯著影響。但將上述結果與婦女定期接受抹片檢查比率偏低之情形一併考慮，除可能是有前述行為之婦女較重視自己的健康外，最可能之解釋是醫師雖有影響力，但整體而言其對推介婦女定期接受抹片檢查工作卻不積極，此與王氏[7]、周氏[10,11,32]、楊氏[12]之研究結果類似。但與外國研究結果指出醫師介入會明顯影響抹片檢查比率不符[13,29-31]，是否真如楊氏及周氏[12]所言「這是傳統的倫理觀念使然？或是台灣的醫師在防癌的工作上未善盡職責？值得檢討。」

另在對數複迴歸模式中，當控制其他變項後，加強因素中僅有「親友曾作抹片檢查」中之「親友曾作抹片檢查得3分以上」者其定期接受抹片檢查之勝算比顯著較參考組為高。但就是否接受抹片檢查而言，加強因素中之「親友勸說」中有親友勸說者之各組其勝算比均明顯高於參考組，與葉氏[24,25]研究指出親友勸說會影響婦女接受抹片檢查結果比較，較可能的解釋是親友的勸說會影響婦女是否接受抹片檢查，但親友接受抹片檢查多寡則可能會影響日後婦女是否能持續定期的接受抹片檢查。

(四)結論

1. 本研究發現僅有23.2%之有偶婦女是在間隔三年內定期接受抹片檢查，從未接受過抹片檢查之婦女高達42.1%。再度證實了台灣地區婦女定期接受抹片檢查比率偏低之情形。
2. 本研究亦發現如「Anderson行為模式」及「PRECEDE模式」所強調的，和許多實證研究所發現之結果一樣，「能用因素」對健康行為(醫療保健服務利用)有重大之影響。
3. (1)由表5可發現子宮頸癌基本常識認知較高、有較多知識來源、有固定婦產科醫院診所、有較多親友勸說或有親友較常勸說之婦女較有可能接受抹片檢查。而對抹片檢查態度較消極者，較不可能接受抹片檢查。
(2)由表9可發現教育程度在專科以上、有較多知識來源、有固定婦產科醫院診所、認為可方便找到抹片檢查場所、有較多親友曾接受或有親友較常接受抹片檢查之婦女較可能有成為定期接受抹片檢查者之傾向。而對抹片檢查態度較消極者，較不可能定期接受抹片檢查。
4. 除了部份相同之能用因素對婦女是否曾與定期接受抹片檢查皆有顯著相關外，有許多社會人口、先傾、加強因素對上述兩種看來近似之行為，往往有不同之影響，不可一概而論。亦即有些因素雖然會與婦女採取某些健康行為有顯著相關，但卻與婦女是否定期持續此類健康行為沒有顯著相關，有些因素則恰好相反，必需加以注意。

建 議

- (一)鑑於研究結果指出認知、態度等先傾因素往往對於醫療服務之持續利用沒有顯著相關，而「能用因素」對於醫療保健服務利用(不論隨機或持續)才有顯著相

關，故衛生行政單位應將預防保健工作重點放在「能用因素」，作為其政策介入之切入點，不應僅將預算資源用在提高民眾認知或改變其態度。

- (二)針對「能用因素」所提及之內容，衛生行政單位應採取下列措施：

1. 衛生教育之傳播方式應更加靈活，善於運用各種傳播媒體管道(如電視、廣播、報紙等)，加強各種預防保健知識之傳播頻率及範圍，增加並擴大婦女預防保健知識來源。
2. 由於有「固定婦產科醫院診所」之婦女較有可能接受抹片檢查(不論隨機或定期)，所以應提倡良好而固定之醫病關係。
3. 由於抹片檢查方便與否對於婦女是否定期接受抹片檢查有顯著相關，衛生單位應考慮將抹片檢查納入健康保險給付範圍，或對抹片檢查予以補助，增加檢查場所，並簡化檢查之手續與流程。使抹片檢查能有如B型肝炎疫苗注射推展一般，整合所有公私醫療資源，廣設抹片檢查場所，提高檢查之方便性，當有助於婦女抹片檢查率之提升。

- (三)由於較多親友勸說或有親友較常勸說對於婦女是否接受抹片檢查有顯著之相關，且由於較多親友曾作或有親友較常作抹片檢查對於婦女是否定期接受抹片檢查有顯著之相關，所以各醫療單位在作抹片檢查時，應鼓勵曾受檢者能說服親友也前來接受抹片檢查。

- (四)由於如結論4所言，對於影響婦女是否曾或定期接受抹片檢查之先傾、加強甚至部份能用因素往往不同，所以政府在制定婦女醫療保健服務利用計畫時，應先明瞭計畫之目的究係僅在提昇婦女醫療保健服務利用率抑或要加強婦女醫療保健服務利用之持續性與定期性，針對不同之目的，於計畫中考量不同影響因素，避免將其似是而非的混為一談，如此推動婦女醫療保健服務利用工作才能收事半功倍之效。

致 謝

本研究承蒙行政院衛生署保健處經費支助，計畫編號DOH81-HP-402。台大公共衛生學系蔡怡樺、丁玫琦、施淑清、葉德豐、符春花負責抽樣抄錄，台北市家庭計畫推廣中心派駐各衛生所公衛護士進行問卷調查，台北市各區戶政事務所提供相關戶政資料，使本研究得以順利完成，特此誌謝。

參考文獻

1. World Health Organization: Primary Health Care, Report of International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978 September: 6-12.
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. WHO Chronicle 1979; **33**: 128-130.
3. 行政院衛生署：中華民國台灣地區公共衛生概況，1991：12-13。
4. 行政院衛生署：中華民國七十九年衛生統計(二)，1991：33。
5. 行政院衛生署：台灣地區民國七十四年癌症登記調查報告，1989。
6. 行政院衛生署：台灣地區民國七十五年癌症登記調查報告，1991。
7. 王莉莉：影響婦女保健服務利用模式相關因素之探討——以子宮頸抹片檢查為例。東海大學社會工作研究所碩士論文，1991。
8. 黃璉華：婦女接受子宮頸細胞抹片檢查動機之探討。公共衛生 1983；**10**(1)：99-106。
9. 周碧瑟：台灣地區農村婦女對子宮頸癌抹片檢查認知與接受之分析研究。中華醫誌 1983；**31**(4)：302-11。
10. 周碧瑟：台灣地區農村婦女對子宮防癌抹片檢查的消息來之探討。中華醫誌 1983；**31**：446-56。
11. 周碧瑟、李卓倫、張鴻仁：鹿谷鄉民對癌症的知識、態度與行為。公共衛生 1987；**14**：140-6。
12. 楊南屏、周碧瑟：國小老師對癌症的知識、態度與行為。中華醫誌 1991；**47**：271-9。
13. Warnecke RB, Ph.D., Saoan G. Kaxam, Ph.D. Characteristics of Black Obtaining Papanicolaou Smear. Cancer 1976; **37**: 2015-25.
14. Andersen R, & Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in United States. Health and Society 1973; **51**(1): 95-124.
15. Andersen AS, & Leake PA. Causal Model for Physician Utilization: Analysis of Norwegian Data. Medical Care 1983; **21**: 266.
16. Andersen AS, & Leake PA. Model for Physician Utilization within 2 Weeks: Analysis of Norwegian data. Medical Care 1987; **25**(4): 300-10.
17. 呂昌明：健康信念與婦女參加子宮頸癌篩檢活動之研究。衛生教育論文季刊，1985；**1**：67-75。
18. 嚴孟祿、謝長堯：子宮頸癌在台灣。台灣醫誌，1992；**91**(附冊1)：s19-26。
19. Wang YW, Hung CS, Wen HK. Changing Trend of Clinical Staging of the Patients of Cervical Cancer in NTUH During the Period from 1948 to 1962. J Obstet Gynecol R.O.C. 1963; **2**: 9-11.
20. Wen HK, Huang SC, Hwang MF, Lee CJ, Wang YW. Changing Trend of Clinical Parameters of Cervical Cancer Treated at National Taiwan University Hospital (1963-79). J Obstet Gynecol R.O.C. 1981; **20**: 24-30.
21. Tsuei JJ, Wang TS. Detection of Early Cervical Cancer by Routine Pap Smear Screening-a 30 Months Report. J Obstet Gynecol R.O.C. 1973; **12**: 164-71.
22. 劉秀鳳、周碧瑟、江宏：鹿谷鄉社區性子宮頸癌篩檢的分析與評估。中華醫誌，1988；**41**：43-6。
23. 周碧瑟、賴明芸：各國子宮頸癌篩檢計畫之初探。公共衛生，1993；**19**(4)：384-94。
24. 葉季森：影響婦女抹片檢查之有關因素研究。國立師範大學衛生教育研究所碩士論文，1987。
25. 葉季森、周碧瑟：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，1987；**8**：58-77。
26. Pesus Chou, DrPH, & Vivien Chien, Ph.D. Mass Screening for Cervical Cancer in Taiwan from 1974 to 1984. Cancer. 1989; **64**: 962-68.
27. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, & Partridge KB. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Company, 1980; 58-64.
28. 晏涵文：衛生教育與促進健康(衛生教育)，公共衛生學，臺北，巨流出版公司，1988：552-56。
29. Guglielmo Ronco, Nereo Segman, and Antonio Ponti.. Who Has Pap Tests?: Variables Associated With The Use of Pap Tests in Absence of Screening Programmes. International Journal of Epid 1991; **20**(2): 349-53.
30. Teitelbaum MS, Weisman CS, Klassen AC. Pap Testing Intervals: Specialty Differences in Physicians' Recommendations in Relation to Woman Pap Testing Behavior. Medical Care 1988; **26**(6): 607-18.
31. Ruth. K. Peters, Sc. B, Moraye B. Bear MS, Ducan Thmas, Ph.D., Barrier to Screening for Cancer of the Cervix. Preventive Medicine 1989; **18**: 133-46.
32. 周碧瑟、李翠鳳：台灣地區婦女對子宮頸癌篩檢與求醫行為之探討。婦女與健康學術研討會論文集，1990。

THE UTILIZATION OF PAP SMEAR OF MARRIED WOMEN IN TAIPEI

TA-JEN, CHIEN¹, WEI-CHU, CHI²

The rate of women's taking Pap smear in Taiwan, compared with that in the developed countries, is much lower. Based on Green's PRECEDE Model, this study tried to find out the possible propagation difficulties and help our government advocate Pap smears.

According to sampling with probability proportional to size, Six hundred married women in Taipei were chosen. Totally 435 women were successfully interviewed. These interviewees aged from 30 to 70, The completion rate was 72.5 percent.

There were 23.2 percent of the subjects taking Pap smears annually. It was concluded that the enabling factors included. well in-

formed, being influenced by the relatives taking Pap smear, and having obstetrical check-ups easily and regularly.

In order to increase the rate of women's taking Pap smear, spreading the health knowledge and establishing the doctor-patient ties should be encouraged. It was also suggested that the costs of Pap smears should be either covered by the health insurance or subsidized by the national exchequer. Based on these suggestion, cervical cancer will be detected earlier and women's health can be protected. (*Chin J Public Health (Taipei)*: 1995; 14(2): 111-128)

Key words: *Pap smear, cervical cancer*

¹ Dept. of Medical Record, Taipei Municipal Ho-Ping Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² Dept. of Public Health, School of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.