

計畫編號：DOH89-TD-1038

行政院衛生署八十八年下半年及八十九年度
科技研究發展計畫

民眾對癌症早期警訊之認知調查

研究報告

執行機構：國立台灣大學公共衛生學院

計畫主持人：宋鴻樟教授

協同主持人：林瑞雄教授
謝長堯教授

研究人員：王心怡

執行期間：88年7月1日至89年12月31日

89年12月15日初稿

90年1月20日修正

90年5月20日修正

本研究報告僅供參考，不代表本署意見

行政院衛生署科技研究發展計畫成果報告審查意見通知書

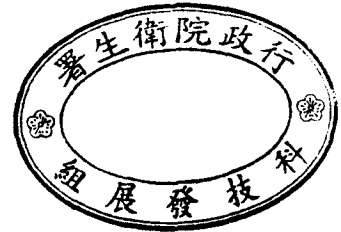
計畫編號	DOH89-TD-1038	執行年度	八十八年下半年 及八十九年度
執行機構	國立台灣大學	主持人	宋鴻樟教授所長
計畫名稱	民眾對癌症早期警訊之認知調查		
下列各項審查意見敬請參採，並請儘速辦理下列事項： 1.請對各項審查意見提出書面之答覆或補充說明。 2.如需修改報告者，敬請於報告中修正。(此份研究報告將會上衛生署、國科會科資中心網站及送交國家圖書館以供各界參考。) 3.請將書面之答覆意見、修正後之報告(一式捌份)及報告內容磁片於90年5月20日前寄回衛生署科技發展組。 (地址：台北市愛國東路100號8樓 電話：02-2321-0151 轉 627 古曉娟)			

審查意見：

- (一) 本報告之內容與原申請之計畫書相去無幾，僅增加結果分析以表格表現，應再充實內容，如增加國內文獻收集，特別是發表在期刊的論文，並作不同年代的比較。原計畫書有許多國外文獻，建議亦加以比較，提出國內癌症防治應該努力的方向。內容應刪去計畫書中不為成果報告的部分，例如預期成果、連續性計畫的執行成果摘要等。另報告中有些非專業化的用語，如 p.17「耳聞」宜蘭縣...p.32「意外的是」在公司工作.....。
- (二) 本報告抽樣部分和原計畫書所寫不同，且代表性頗有疑義。目前所作主要是以年齡作配額取樣，是屬於非機率取樣，每個年齡層皆取 400 人，但台灣地區的人口是每個年齡層均相同人數嗎？抽樣結果並未作母群體的檢定或取樣的加權處理，山地鄉和公教人員又是立意取樣，非機率抽樣，無法令人相信數值的正確性。建議作統計上的校正或在研究限制檢討時加以說明。
- (三) 有關研究工具部分，認知題目應作較嚴謹的信效度檢驗，以及難易度、鑑別度考驗。本報告均未提及，建議重作。如 p.23 提及「有關癌症認知

答對率在 14.6%-90.4%間，難易適中」，是作難易度的敘述，但這種說法不成立，難易度並不是這樣獲得的。

- (四) 本報告皆以認知的分數和自變項作卡方檢定，但是認知是 interval data，轉變為類別變項作卡方檢定後，會因切斷點不同而有不同的結果，並不是很好的分析方法。又如表 2-1，合計的方向百分比不對，沒有意義，建議也檢查其他表格，看是否有不妥之處。
- (五) 結論與建議提及篩檢的重要性，而不認同癌症警訊的認知重要性，這和本研究的主旨不符，何況 76 頁舉宜蘭縣為例，又是立意取樣，樣本的選取也是隨便取樣，比較的是子宮頸癌的行為和所有癌症的認知，也不相稱，這樣的推論並不嚴謹。反觀 p.48 的敘述「篩檢經驗和癌症的認知程度有相當明顯的關係」，後者不是較有實證基礎的說法嗎？
- (六) 原計畫書中關於醫病關係與癌症篩檢的探討，在結果報告中並未看見，請補充。



敬覆審查意見

(一) 國內的資料收入不多，已遵吩咐再略做補充。「耳聞」及「意外的是」等輕鬆字眼已修改。

(二) 本報告抽樣並未採取原擬的「隨機抽樣」，而是採取較少用的「年齡分層，亂碼抽樣」。這種非傳統的隨機抽樣，用意不在使樣本代表台灣人口的年齡分布，而是為了年齡層之間的比較有足夠的樣本。如果是按人口年齡分布抽樣，老人階層往往樣本數太小，有關篩檢問題的探討，年齡是重要因子，因此採取「分層取樣」的方式，相信能夠理解。這樣做，有助於標示需要特別注意的群體。

又，衛生署及計畫書審查委員要求，山地鄉需夠大樣本，由於原樣本取樣只得少數平地原住民樣本，因此採用立意取樣（限於預算不得不），這種樣本雖然是方便樣本，但採取沒有偏差的態度去做，實際已經突顯山地特色。

至於公教人員部分，是本計畫自願外加中小學女性教師，為的想了解中小學教師的一般狀況，以別於一般公教。是否能夠代表全台灣中小學教師，不敢說。結果與主樣本的公教部分未必一致，不無參考價值。

(三) 研究工具是拜託過數位從事癌症研究及問卷專門人員的一再修改，實際也在一所國中做了預測驗，其信度等已做補充。

本文中所述答對率在 14.6% 到 90.4%，是表示所擬的問題可以測出認知的程度。為免誤解已做修改。

(四) 合計的百分比不用傳統的呈現方法(100%)，目的是想呈現各分層的分佈。希望得到審查委員的理解，維持原呈現方式。

(五) 筆者並無「不認同癌症警訊認知的重要性」的用意。其實宜蘭的例子是說明如果有強力介入，認知導致的「去做篩檢的實踐」就不那麼有力。相信審查委員也知道，同樣教育程度的台灣婦女，

對子宮頸癌的認知不遜於美國婦女，我們的 Pap test 篩檢率就是這麼低。同樣美國非裔婦女的癌症認知不如白裔婦女，非裔婦女的乳癌篩檢率低得多，但是 Pap test 卻不下於白裔。原因是乳癌篩檢貴，Pap test 便宜，醫師又經常主動處方 Pap test。就以本調查做實例，在竹桃做的中小學教師的認知並不比一般公教人員低，但 Pap 篩檢率並不會較高。其實原 48 頁和原 76 頁的說法並不衝突。個人和審委一樣，認同癌症警訊認知重要性，但有時形勢比人強，不然，又為何有介入的必要？

目 錄

	頁 碼
封面	
審查委員審查意見答覆	
圖表目錄	
表目錄	(III)
圖目錄	(V)
壹、摘要	
中文	(1)
英文	(3)
貳、本文	
一、計畫緣起	(5)
二、計畫目的	(10)
三、實施方法及進行步驟	(12)
參、年度成果	
一、基本資料	(19)
二、癌症早期警訊認知的程度	(29)
三、癌症篩檢經歷及其他相關因子	(45)
四、山地鄉居民的認知程度和篩檢經歷	(58)
五、新竹縣桃園縣國民中、小學女老師的認知程度及篩 檢經歷	(66)
六、癌症警訊認知、篩檢與醫病關係	(69)
肆、討論	

一、 民眾癌症警訊認知差異的相關因子	(72)
二、 民眾癌症警訊認知和癌檢實踐	(73)
三、 民眾癌症警訊認知和篩檢行為--國內外比較	(76)
四、 研究限制	(78)
五、 結論	(79)
伍、 建議	(80)
陸、 參考文獻	(82)
柒、 附錄	
一、 含山地樣本的檳榔嚼食資料	(86)
二、 問卷	(93)
	共 101 頁

圖表目錄

表目錄

表 1-1 癌症認知調查參加民眾人口社會經濟基本資	(21)
表 1-2 受訪者對癌症早期警訊認知問題回答正確答案的男女 比較	(22)
表 1-3 受訪者對癌症早期警訊認知問題回答正確積分	(24)
表 1-4 受訪者的生活型態	(25)
表 1-5 受訪者的平時醫療行為	(26)
表 1-6 教育程度、年齡、籍貫、職業的居住地區差異—男性	(27)
表 1-7 教育程度、年齡、籍貫、職業的居住地區差異—女性	(28)
表 2-1 男性受訪者(N=1046)癌症早期警訊認知積分相關因素 分析--社會經濟因素	(30)
表 2-2 女性受訪者(N=1021)癌症早期警訊認知積分相關因素 分析--社會經濟因素	(31)
表 2-3 癌症早期警訊與癌症知識來源--男性(N=1046)	(32)
表 2-4 癌症早期警訊與癌症知識來源--女性(N=1021)	(32)
表 2-5 男性受訪者(N=1046)癌症早期警訊認知積分相關因素 分析--生活型態因素	(33)
表 2-6 女性受訪者(N=1021)癌症早期警訊認知積分相關因素 分析--生活型態因素	(34)
表 2-7 城鄉地區的癌症警訊認知及篩檢行為的差異	(42)
表 2-8 癌症認知程度不良 (積分 \leq 16) 的相關因子--以複選 輯迴歸分析	(43)
表 2-9 女性不曾做子宮頸癌抹片篩檢、乳癌篩檢的危險因子--	

以複邏輯迴歸分析	(44)
表 3-1 女性受訪者抹片檢查經歷及特徵(N=1021)	(47)
表 3-2 女性受訪者乳癌篩檢經歷及特徵(N=1021)	(48)
表 3-3 女性受訪者大腸癌篩檢經歷及特徵(50 歲以上， N=314)	(49)
表 3-4 男性受訪者大腸癌篩檢經歷及特徵(50 歲以上， N=521)	(50)
表 3-5 男性受訪者攝護腺癌篩檢經歷及特徵(50 歲以上， N=521)	(51)
表 3-6 女性受訪者生活型態與抹片檢查經歷(N=1021)	(52)
表 3-7 女性受訪者生活型態與乳癌篩檢經歷(N=1021)	(53)
表 3-8 女性受訪者(50 歲以上)生活型態與大腸癌篩檢經歷 (N=314)	(54)
表 3-9 男性受訪者(50 歲以上)生活型態與大腸癌篩檢經歷 (N=521)	(55)
表 3-10 男性受訪者(50 歲以上)生活型態與攝護腺癌篩檢經歷 (N=521)	(56)
表 3-11 癌篩檢經歷和每月收入	(57)
表 4-1 宜蘭縣等山地鄉受訪居民基本資料(N=226)	(59)
表 4-2 宜蘭縣等山地鄉受訪居民生活型態(N=226)	(60)
表 4-3 宜蘭縣等山地鄉男性受訪居民(n=110)癌症早期警訊認 知積分相關因素分析--社會經濟因素	(61)
表 4-4 宜蘭縣等山地鄉女性受訪居民(n=116)癌症早期警訊認 知積分相關因素分析--社會經濟因素	(62)
表 4-5 宜蘭縣等山地鄉男性受訪居民(n=110)癌症早期警訊認	

知積分相關因素分析—生活型態因素	(63)
表 4-6 宜蘭縣等山地鄉女性受訪居民(n=116)癌症早期警訊認	
知積分相關因素分析—生活型態因素	(64)
表 4-7 宜蘭縣及其他縣山地鄉受訪居民癌症早期警訊認知積分	(64)
表 4-8 山地鄉居民子宮頸抹片篩檢率--按認知積分及縣分	(65)
表 4-9 山地鄉居民乳癌篩檢率--按認知積分及縣分	(65)
表 4-10 山地鄉大腸/直腸癌和攝護腺癌篩檢率	(65)
表 5-1 新竹及桃園地區國中國小女性教師癌症早期警訊認知	
積分之年齡分佈(N=224)	(67)
表 5-2 新竹及桃園地區國中國小女性教師子宮頸癌抹片篩檢	
的危險因子	(67)
表 5-3 新竹及桃園地區國中國小女性教師乳癌篩檢的危險因子	(68)
表 5-4 新竹及桃園地區國中國小女性教師不曾做子宮頸癌抹	
片篩檢、乳癌篩檢的危險因子--以複邏輯迴歸分析	(68)
表 6-1 女性受訪者癌症早期警訊認知積分的醫病相關	
(N=1137)	(69)
表 6-2 女性受訪者子宮頸癌抹片篩檢的醫病關係(N=1137)	(70)
表 6-3 男性受訪者癌症早期警訊認知積分的醫病相關	
(N=1156)	(71)

圖目錄

圖 2-1 女性受訪者抹片檢查經歷與癌症早期警訊認知積分	(36)
圖 2-2 女性受訪者乳癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分	(37)
圖 2-3 女性受訪者(50 歲以上)大腸癌篩檢經歷與癌症早期警	
訊認知積分	(38)

圖 2-4 男性受訪者(50 歲以上)大腸癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分 (39)

圖 2-5 男性受訪者(50 歲以上)攝護腺癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分 (40)

壹、摘要

1. 中文摘要

關鍵詞：癌症警訊，篩檢，相關因子

這個計畫是應徵(保健類 4-7)調查一般民眾對癌症早期警訊認知程度，以便將來用為訂定防癌政策及宣導之參考。取樣方法期使調查結果能區分年齡、性別、地區(都市、鄉鎮及山地)、職業等因素與民眾認知差異之關係。我們相信教育只是影響民眾認知癌症早期警訊的一個重要因素。本計畫以問卷調查民眾對子宮頸癌、乳癌、肝癌、肺癌、大腸/直腸癌、胃癌、口腔癌和攝護腺癌等癌症早期警訊的認知程度。

問卷資料收集採取三方式。首先以全台灣成年居民為對象，自電信局電話簿上登記之全台灣電話號碼，分北、中、南三區隨機選取號碼，於夜間進行電話訪視，並考慮年齡分佈(20-29、30-39、40-49、50-59、60以上)，各年齡層平均選取電訪約各 400 人；其次，山地則取方便樣本面訪約 226 人；另外以方便取樣方式，請 224 名國民中學及小學女性老師，以自填方式完成問卷調查。

公、教、商/企業人士以隨機方式，以訪視或請其自填方式完成問卷調查。資料分析除探討民眾對癌症警訊認知的程度(合計 28 題選答式認知問題，每題一分計)，亦探討民眾的防癌篩檢實踐，探討影響警訊認知程度及防癌行為的因素。先以單變項分析，再以多變項分析，分別何種因素最具影響作用。因此之故，問卷採訪的內容除癌症警訊的認知，及防癌行為外，也包括重要人口社經因素及醫病關係等。

民眾的癌症警訊認知，城市居民優於鄉鎮居民及山地居民。以年齡區分認知程度，以 20 到 29 歲及 60 歲以上男性較差，分別有 40.2% 及 50.4% 的受訪者得分不到 17 分。籍貫差異不明顯。但山地鄉居民得分明顯偏低。教育程度與認知得分呈現明顯劑量效應關係。公司商場從業男性得分最佳，農工業者最低；女性則以軍公教及自由業者有較佳的認知。有不良生活習慣者認知亦明顯不如。

婦女的子宮頸抹片篩檢與癌症警訊認知有劑量關係，積分 16 或以下者約 37% 有過抹片篩檢，積分 22 或以上者 60% 有過，山地鄉原住民婦女的認知較差，反而有較佳的篩檢率(宜蘭縣山地鄉 84.1%，其他縣市山地鄉 66.0%)。乳癌篩檢率較低分別為 23%，29% 及 32.3%。

結論，癌症認知影響癌症篩檢的實踐，此與教育水準相關，但強勢介入可提高篩檢率。

2. 英文摘要

Keywords : Early cancer signs, cancer screening, barriers

The overall goal of the original "Request for Proposal" is to request a survey investigating into the level of knowledge in the awareness of cancer early signs for several sites among adults. Information collected will be later incorporated in designing cancer prevention strategies. Sampling method used for this survey should be able to differentiate awareness/knowledge level by participants' age, gender, area (urban, township and aborigine), occupation and other factors. We believe education is also an important factor associated with individuals' knowledge in the earliest cancer signs. This project proposed to use a questionnaire collecting above-mentioned information for cervical cancer, breast cancer, liver cancer, lung cancer, colon cancer, stomach cancer, and prostate cancer.

Using three sampling schemes, we first conducted phone questionnaire interviews with 2067 adults aged 20 and above from a randomly selected dialing, with sample sizes of approximately similar distribution by age, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 and 60+ years. Interviews in person with about 226 individuals of convenient samples were also conducted in aborigine villages. Subjects lastly recruited included 224 female teachers at elementary and middle schools. The questionnaires were administered to school faculty as self-reported documents.

The primary analyze of data for this study measured, by 28 questions, not only of populations' awareness/knowledge of cancer signs, but also history of cancer screening, barriers to obtain the knowledge of early cancer signs and barrier to cancer prevention practices. The analyses compared the proportions of subjects between those who are knowledgeable and not so, between those who comply with recommendations for obtaining screening

test and not so. Univariate analyses were utilized first and followed by multivariate analyses to identify variables that are predictive of knowledge of early cancer signs and of compliance with the screening behaviors.

Subjects with lower knowledge scores were younger men aged 20-29 years and the elderly aged 60 and above, 40.2% and 50.4% of them scored less than 17 points, respectively. Residents in urban apparently had higher level of cancer knowledge than that in rural townships had. Aboriginal residents had the lowest score, but had the highest Pap smear examination rate. There was a significant dose-response association between the knowledge level and educational level. White-collar men scored better than blue-collar men. Women employed in government agency and schools scored better than other women did. Individuals with unhealthy life style had reduced awareness of cancer signs. Cervical cancer screening history for women had a significant dose-response association with the awareness level. About 37% of women who scored 16 and less and 60% of women scored 22 and above received at least one Pap smear exam. Of interesting is that women in the aboriginal villages had a better Pap smear test rate, 84.1% in I-lan area and 66.0% in other aboriginal areas. Although, they were the least knowledgeable. Similar pattern was found for breast cancer screening for women but with lower rates. Screening rates for other cancer sites including colon and prostate for subjects aged 50 and above were low.

In conclusion, knowledge level influences the cancer screening practices and is educational level associated. However, intensive intervention may promote screening practice.

貳、本文

一、計畫緣起：

本計畫是應徵行政院衛生署 89 年度科技研究發展計畫保健類 4-7，為建立民眾對癌症早期警訊認知率資料而擬定提出。衛生署希望就乳癌、肺癌、大腸癌、胃癌、口腔癌、鼻咽癌等主要癌症中選擇調查，以作為宣導內容之訂定。設定宣導群體優先順序及易於評價宣導成效之依據。

癌症已經成為國人的第一大死因。民國 83 年惡性腫瘤的發生數有 32,327，發生率為 153×10^{-5} ，男女性分別佔 56.1% 和 43.9%；癌總死亡數則為 23,318 人，約為所有死亡人數的 20.8%，相當的死亡率為 111×10^{-5} (1)。

美國人在 1988-92 年間的癌發生率為 400×10^{-5} ，比國人的高出約 250×10^{-5} (2)，約為國人的 2.6 倍之多；他們同期間的癌死亡率為 173×10^{-5} ，比國人的高出約 60×10^{-5} ，也約為國人的 1.6 倍。

美國人的癌發生率及死亡率有相當明顯的種族差異(2)。白裔美國人的癌症發生率(男 584×10^{-5} ，女 357×10^{-5})低於非裔美國人(African-American, 即黑裔)的發生率(男 584×10^{-5} ，女 357×10^{-5})。死亡率則更低(男 213×10^{-5} 對 317 ，女 140×10^{-5} 對 168×10^{-5})。相對地，美國白人的總五年癌存活率為 57.9%，非裔則為 42.5%；非裔比白裔有過量死於癌的危險。其他弱勢少數裔的存活率也較低。

由兩國人口的癌發生率比及死亡率比來推論，國人的癌發生率只有美國人的 0.38，而國人對美國人的癌死亡率比則為 0.63。國人得到癌症之後，死於癌症的過量危險(excess risk)大約比對美國人多出 65%；如

果只和美國白人比較，則國人這種過量危險可達 73%，和黑人比較也仍高出 40%。

到目前為止尚無證據顯示種族本身和癌症的發生和存活率有關。Freeman(3)認為白裔和非裔美國人的存活差異，至少有一半是因為弱勢少數族裔的癌症未能早期診斷，預防不當所致。白裔的癌症早期診斷通常比非裔做得好，例如在亞特蘭大都會白裔與非裔的大腸/直腸癌發生率相當接近，但診斷時的癌期(cancer stage-at-diagnosis)卻有相當大的差異。非裔的局部期癌(localized stage)比白人低(24% 對 32%)(4)；相對地，轉位期癌(metastatic disease)則較高(26% 對 20%)，因此大腸/直腸癌的五年存活率，非裔比白人低，即使是同樣是非裔美國，鄉村的又比都市的五年存活率低(31% 對 49%)(4-5)。其他的癌症，也有類似種族存活差異及同種族的地區差異，例如攝護腺癌是美國男性發生率最高的癌，亞特蘭大非裔在診斷時的初期癌也比白裔低(58%對 66%)，鄉村非裔更低(47%)，非裔的攝護腺癌存活率因此低得多(42%對 68%)(4-5)。

這些數據在在說明癌症早期診斷對提高存活的影響。絕大部分的癌都有類似的白、非裔存活差異，白裔通常有較佳的存活。美國國家癌症研究院(National Cancer Institute, USNCI)因此在過去十年，不遺餘力推動各種計畫，教育民眾認識癌症，促使他們也力行癌的二級預防(secondary prevention)--癌篩檢(Cancer Screening)(6)。其中做得最積極的是子宮頸癌和乳癌，接著是直腸/大腸癌和攝護腺癌。這些癌已有較好、較可靠的篩檢法，有適當治療方法，存活率較高。

比之美國，國人罹癌而死於癌的危險相對較高，過去沒有積極做癌預防可能是個重要因素。行政院衛生署有鑑於此，因此開始倡導，為了肺癌的一級預防而倡導禁菸、戒菸，為了口腔癌的一級預防，而勸導戒

嚼檳榔，為了早期診斷子宮頸癌而教育婦女做抹片檢查(Pap smear test)

。美國 NCI 已經使成年人的吸菸率降到 27%(7)，肺癌的死亡率因此已經開始下降，子宮頸癌篩檢成功，死亡率已降到婦女的前十大癌死因之外(2)，婦女乳癌篩檢率及大腸/直腸癌篩檢則大幅提升，他們希望在 20 年內達成癌症篩檢率提高四倍的目標(6)。反觀我們成年男性吸菸率仍有 55%左右(8)，子宮頸癌篩檢做的最好的地區，也不到 30%(9)。

我國癌防制之道，順理成章，應再積極做好一級預防的抽菸防治，及二級預防的篩檢，但民眾並未普遍去利用。子宮頸癌是婦女最多的癌症，民國 83 年的發生率達 $27.8\% \times 10^{-5}$ ，也是死亡率第二高(11.2×10^{-5})的婦女癌症，其篩檢率尚且如此，更不論乳癌、大腸癌的篩檢，或攝護腺癌的篩檢，國人得癌死於癌的危險，比美國人高就難以迴避了。

如果詳細檢視國人重要癌症就更清楚了。下面是依照國人前五大癌發生率來檢視國人的死亡率並與美國人比較：

癌部位	國人(1994)		美國人(1988-1992 平均)	
	發生率	死亡率	發生率	死亡率
子宮頸	27.8	9.8	8.6	3.0
女性乳房	19.8	8.0	109.6	27.1
肝	19.6	24.3	3.2	2.9
肺	25.2	28.9	81.7	74.4
結腸，直腸	18.3	10.0	58.2	23.1

*本表整理自行政院衛生署 83 年度癌症登記報告及 USNCI SEER Cancer Statistic Review, 1973-1992, 單位為每 10^5 人

子宮頸癌的存活率可達 68%，美國婦女絕大部分在原地(in situ)就篩檢出來醫治了，因此不計入發生率，不似我們較多演變成侵入性，使發生率高達 27.8×10^{-5} 。得乳癌、結腸/直腸癌而死於癌的「相對」死亡危險比美國人高；肝癌和肺癌更不用說，竟然死亡率高於發生率；除了歸因癌症登記系統可能有缺失，就必須歸因於早期診斷的欠缺，直到死亡才記入。

癌症二級預防的篩檢未能為民眾善加利用，可能的原因包括：

- 高危險群不知道癌症可以早期篩檢或不知道其必要性；
- 不知道如何取得篩檢照護；
- 醫護人員不積極推動篩檢；
- 無力負擔篩檢費用；
- 不懂利用像子宮頸抹片之類的免費篩檢；
- 對癌症的早期警訊認知不足。

對癌症的早期症兆無法預警是癌症診斷太晚的重要因素，例如子宮頸癌的警兆是不正常的出血或分泌，疼痛時已經是疾病的散佈期了；大

腸/直腸癌可能有便血或排便習慣異常等象徵；乳癌的最早預警需要仰賴乳房攝影(mammogram)，乳癌長到有生理變化時，乳房可能有諸如硬塊、增厚、腫脹、分泌、痛、緊等現象；肺癌則有長期咳嗽、血痰、胸痛、肺炎、支氣管炎等症候。

不過，由明顯生理變化的預警，往往已經錯過了早期診斷。癌症的早期預警應該包括明白自己是不是高危險群，必須認知自己需要力行篩檢。例如排便帶血，經大腸鏡檢查，發現是贅息肉(polyp)，有息肉的人得到大腸/直腸癌的機會較大，更應做定期篩檢(10)。

事實上，對癌症早期警訊的認知不應限於上述明白的生理、病理現象的出現，而是去超越它，更向前。也就是民眾需要具備癌發生的相關因子，對這些相關因子有所警覺，例如抽菸的人、有職業空氣污染暴露的人，應該警覺罹患肺癌的相對危險，例如有乳癌家族史的婦女，應該警覺乳癌篩檢的重要，例如配偶或個人有多重伴侶的婦女，應該警覺個人是在罹患子宮頸癌的高危險群中，更應做定期抹片篩檢。

鑑於國人癌症篩檢率的低落，這個計畫不僅要調查民眾對癌症早期生理變化警訊的認知程度，尚且要探究民眾對癌症發生的危險因子認知的程度。利用這個調查分析民眾對癌症早期生理變化警訊的認知和對癌症發生的危險因子的認知，及與人口社經地位差異的關係。例如，受過較高教育的民眾究竟是否對癌的認知，會比受過較少教育的人好？城鄉之間是否會有差異？認知的程度如何在不同年齡層的民眾表現出來等等，這些都是將來進入早期診斷篩檢介入必需具備的資料。利用這個計畫尚可觀察警訊認知的差異由來，可觀察這種差異如何影響實際的疾病預防行為。年紀大的，由於教育程度較低，需要更有效的簡單語文，才能達成溝通效果，將會是相當的挑戰。

二、計畫目的：

A. 目的

依據行政院衛生署的十大疾病死因分類法，將癌症列為第一大死因。但多年來防癌宣導工作成效不佳，例如子宮頸癌抹片篩檢率仍偏低，大腸癌及乳癌篩檢更低，理由之一，可能是民眾對癌症的早期警訊缺乏認知，也缺乏一般癌症及防癌知識。本計畫原擬利用江東亮等(11)在從事國民健康調查時建立之取樣架構，在台北市/台中市、和隨機抽樣 10 個縣的 20 個鄉鎮及 5 個山地鄉，進行民眾對子宮頸癌、乳癌等癌症早期警訊知識的調查。其後加以修改以完成下述目的：

1. 以隨機亂碼篩檢方式，以電話訪問選擇各縣市 20 歲以上民眾做問卷調查，其次在山地鄉對原住民做面訪，再對部分隨意取樣國民中學及國民小學教師自填問卷調查。
2. 根據性別、年齡、地區、職業、及教育程度等區分民眾對癌症早期警訊認知的差異，並探討影響認知程度的因素。
3. 根據性別、年齡、地區、職業、教育、癌症認知及醫病關係等因素，區分民眾實行癌症篩檢的差異，並探討影響民眾實行癌症篩檢的因子。
4. 依據調查結果，建議對不同群體民眾進行宣導之策略。

B. 預計完成工作項目及具體成果

1. 建立國人常見癌症早期警訊基本資料庫。

2. 在計畫第一年完成半數調查工作。第二年上半年完成所有田野工作。
3. 預期都市地區民眾對癌症早期警訊認知比鄉鎮民眾及山地民眾佳，對癌症篩檢之實行亦較佳。
4. 預期公教人員的知識較佳，實行癌症篩檢率亦較高。
5. 預期民眾教育程度及醫病關係是影響癌症認知及防癌行為的重要因素。
6. 根據所得結果，設計宣導策略。

三、實施方法及進行步驟

〈一〉主題癌症

衛生署雖建議就乳癌、肝癌、肺癌、大腸癌、胃癌、口腔癌、鼻咽癌等主要癌症中選擇一項，但本計畫擬除包括這七項癌症之外，擬加上子宮頸癌和攝護腺癌，主要的原因是子宮頸癌在民國 83 年仍是台灣女性發生率($28.8/10^5$)最高、死亡率($9.8/10^5$)第三高的癌症。衛生署計畫徵求說明未將子宮頸癌列入，是因為另一計畫 "4-8 影響各地區婦女接受子宮頸樣體檢查的差異及相關因素" 會涉及，但本計畫仍擬列入，以為比較。加入攝護腺癌是因為攝護腺和口腔癌是近年男性癌症中發生率增加最快的癌症，83 年的癌症死亡順位分別為第九和第八有其重要性，而且攝護腺癌已有早期的篩選法，因此列入本計畫。

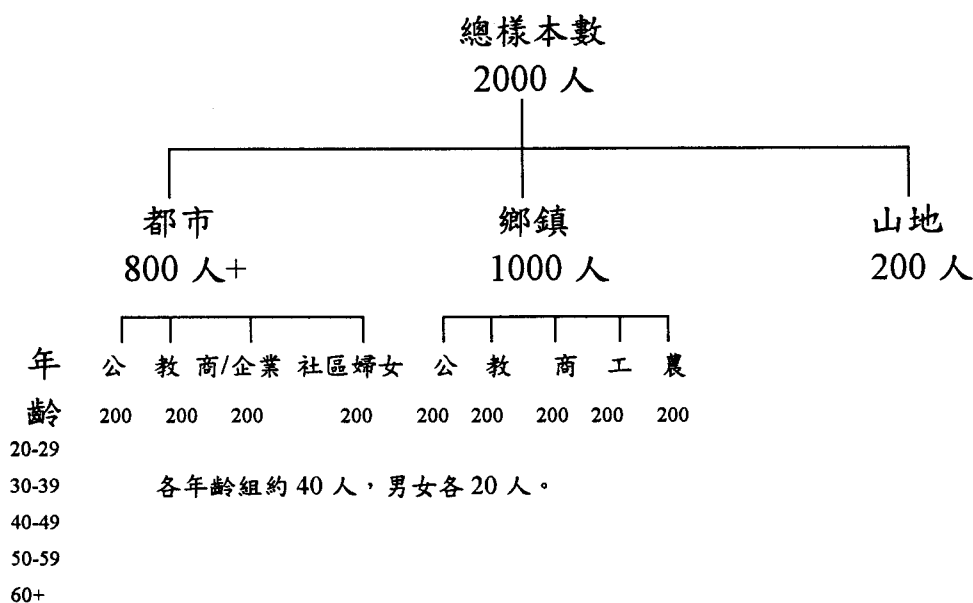
〈二〉調查對象及抽樣方法

計畫徵求"建立民眾對癌症在早期警訊認知資料"，需依(1)年齡(2)性別(3)地區(都市、鄉鎮、山地)(4)職業別(5)其它等分類，如果需就前四項變項分類，再做細部比較，將會是個相當龐大的計畫。為了使本計畫在調查的人力、物力、及時間等資料能夠精簡，抽樣改以年齡為主軸，分 20-29，30-39，40-49，50-59 及 60 歲以上，等量以亂碼方式在夜間電訪，次考慮地區及性別取樣。樣本數的計算分別北中南地區別為主，地區及職業別自然形成。它的缺點是缺少了適當的山地族群樣本數，因此特別加入宜蘭、花蓮、台東、台中及台北等縣山地鄉。宜蘭縣面訪方便樣本 126 人，其他各縣共面訪方便樣本 100 人，以與宜蘭縣比較，進而以方便選樣在新竹縣及桃園

縣請國民中小學教師以自填方式完成問卷調查。

1. 樣本數：

1.1 本計畫原擬取樣 2000 人，男女各半，其中都市 800-1000 人，鄉鎮合計 800-1000 人，山地 200 人，都市及鄉鎮組又分公、教、商/企業、工、農等。山地則為不分職業別，以成人為對象之便利樣本。如下圖：

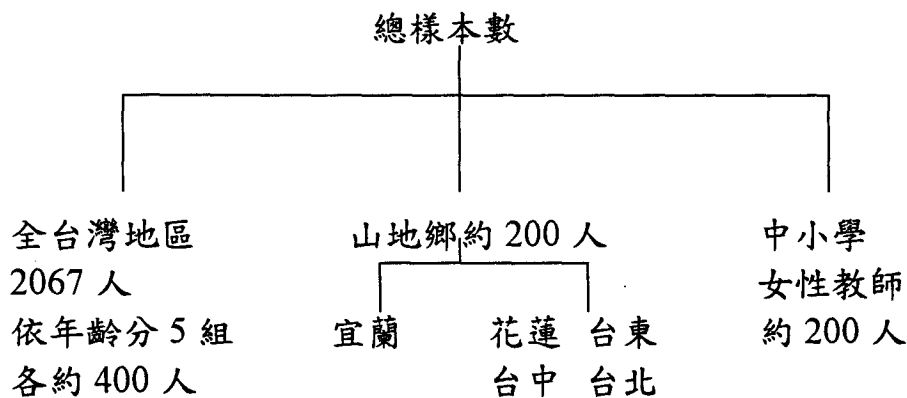


40-59 歲取樣較多，是預防醫學的觀點。他們是應該開始積極從事癌症篩檢的年齡；由於家庭主婦為社區人口的主要成員，在女性防癌方面又是較被疏忽的一個群體，因此在都會地區加以獨立成組；在各職業組別中，比例上較偏多公教人員，理由是公教人員多為高知識階層，對癌症的早期警訊認知及防癌知識和力行，應比其它階層來得好。依據文獻比較，國人知識份子的防癌實踐遠遜於西方人。因此，如果其它從業人員在這方面的認知當比公教人員低得多，甚至有閱讀的

困難，則防癌的教育起步應先著手於公教人員，由公教人員影響其它行業。

1.2 修正計畫樣本

原擬計畫樣本之選取過於複雜，在執行之初即感受滯礙難行，因此改依衛生署要求以年齡分佈為主軸，考慮北中南地區人口均衡及山地鄉特殊需求，做以下取樣設計，再另外選取國民中小學女性教師為問卷收集對象。山地鄉及國民中小學樣本均為方便樣本。由於在訪查過程中發現，宜蘭山地鄉的抹片檢查較普及，因此山地鄉一半樣本來自宜蘭縣以與他山地鄉比較。



宜蘭山地鄉包括大同鄉與南澳鄉，花蓮為萬榮鄉，台東為金豐鄉，台中為和平鄉，台北為烏來鄉。中小學教師則選自新竹縣新湖及新社國民小學，新竹縣新埔國民中學及桃園縣平興國民中學。

2. 檢定能力

本計畫對調查主題的探討，將以比較地區差異為主，即就都市與鄉鎮的比較而言，本計畫的樣本接近 2000，兩者相較，差異小至

5%，即可有 $p \leq 0.05$ 水準，99%的檢定能力。如果做階層分析，各組 100 人的樣本，若相差 20%，也可有 80%的檢定力。

因此本計畫樣本數已經夠大，足以辨明不同階層的差異。

〈三〉問卷設計

資料的收集以探究民眾對癌症的認知為主，尤其是早期的警訊，但是有關癌症的其它知識及預防方法、態度及實際預防之實行，亦應列入。

計畫主持人過去參加美國國家癌症研究院(NCI)的研究計畫時，曾經用過的問卷以及 NCI 和美國癌症協會(American Cancer Society)的教育資料，都加以參考改寫使用，有些問題不適合國人，另擬問題經協同主持人及其它相關領域的專業審查建議做決定，並進行預試驗(pilot study)，修改問卷內容及表現方法。由預試驗施測資料分析，信度介於 0.80 和 0.87 之間。

問卷內容包括：

1. 癌症早期警訊和防癌知識：包括癌的早期現象及症狀，危險因子，早期篩選及診斷的知識、預防方法、治療方法和知識來源等。
2. 過去癌症篩選及其它防癌的實際經驗：包括篩檢項目、方法日期及動機等。
3. 平時醫療行為：接受醫療頻率、醫病關係等〈文獻指出醫師與病人的關係影響病人的防癌行為相當明顯，國人是否有相同現象值得探討〉。
4. 生活習性：如菸、酒、檳榔的使用及運動等。

5.人口社經資料：如年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、職業、戶籍所在地和家庭收入等，這些項目提供問卷回應人的背景資料，也可以說明造成民眾有關癌症早期預警及防癌知識、態度及力行防癌行為等差異的原因。

〈四〉資料分析

問卷之檢查、除錯、輸入及分析在臺灣大學公共衛生學院進行。本計畫之主要目的是按照性別、年齡、地區及職業別，探討民眾對癌症先期警訊的認知程度，做為衛生單位推行防癌措施的參考，因此資料分析可就此四變項先行比較。這四個變項中，可能以教育及職業的影響最重要。實際上與癌症先期警訊相關最重要的因素是教育程度，這個變項雖然保健處未在計畫徵求說明中特別要求，這個變項，實際在調查分析時可以照顧到，應無庸擔心。資料分析做如下處理：

1.品質管制：

為確定電腦資料輸入無誤，每一變項均需經頻數分佈(frequent distribution)檢查，檢視不合理數值，有誤即加以校正。

2.癌症先期警訊認知單變項及分層比較：

依照不同癌症做先期警訊比較。由於問卷將以選題方式處理認知程度，以答對與否計分。做單變項比較時，可用性別、年齡、地區或職業別平均值做 t-test 比較，或以無母數做卡方檢定。也可用 ANOVA 比較多組差異。

資料分析亦將分開男女做不同年齡層、地區或職業的分層比較、觀察，不同因子影響。教育程度是相當重要的，本計畫擬觀察相同職業不同教育程度的差異，對將來防癌教育，將是重要參考資訊。

3. 癌症先期警訊認知 ”佳與不佳” 的比較：

這個步驟是將整個樣本，不分都市、鄉鎮和山地，先進行頻數分佈觀察，包括以先期警訊認知分數分為大約三等分，分組分析。先以單項及分層分析觀察與認知優良與不良相關的因子。相關因子除了年齡、地區、職業和教育，可以包括其它可能相關因子逐一檢視。相關明顯的因子，可用複邏輯迴歸影響計算 odds ratios 評估各因子對認知的差異性。

4. 過去防癌行為的比較：

本分析將偏重過去對各種癌症的篩檢行為進行分析，以婦女子宮頸抹片檢查為例，先將樣本就過去的抹片檢查史區分為按期（應為每年至少一次，如果篩檢率太低，考慮以其它方式區分，如曾經和不曾篩檢等視情況而定），先以單變項分析，找出明顯的相關因子，並用複邏輯迴歸評估相關因子的影響程度。

5. 其它分析：

文獻上有關早期警訊認知及篩檢或其它防癌行為的國外研究相當多。各種影響因素中，醫病之間的關係相當重要，國人在這一方面的文獻相當少見，值得去探究。

〈五〉 實施期間

本計畫由於取樣的考慮因素多需分別性別、年齡、地區及職業，

資料收取相當複雜，擬以一年半時間完成，前三個月準備工作，包括問卷的測試及調查地區的篩選安排。第4個月到第15個月全力完成收案工作，第16到18個月完成資料處理及分析。

參、年度成果

本計畫旨在以問卷調查方式，建立國人常見癌症早期警訊之基本資料。問卷設計經國內癌症臨床及疾病預防研究人員審查提供意見，並測試。問卷內容包括乳癌、肝癌、肺癌、大腸癌、口腔癌、子宮頸癌等的早期警訊和防癌知識，過去癌症篩檢史，平時醫療行為，生活型態和人口社經資料等。原擬只選十個縣市，包括二個有山地鄉的縣份，做為調查地區，後來修改為將台灣地區分為北、中、南三個區，以亂碼抽樣方式，每個年齡層（20-29、30-39、40-49、50-59及60歲以上）各抽樣約400人，共計2067人，其中男女約各半，另外山地鄉226人，及國民中小學女老師人，亦已收案409件，符合預期進度。所有收案在八十九年十一月完成。

一、基本資料

目前計畫收案的2067件中有1046名（50.6%）男性和1021名（49.4%）女性。各年齡層分佈由20-29歲起每10歲一階觀察，受訪者女性多較男性年輕，44.6%女性和36.4%男性不到40歲（表1-1），男女年齡分佈差異明顯。樣本中閩南籍佔70.0%。有31.0%的人受過大專以上教育，31.0%高中畢業，國中以下的有33.5%；受者有20.6%未婚，有24.8%從事軍公教自由業，公司企業從商人士亦達21.6%，有21.7%藍領人士，家管有15.8%；有三分之二受訪者居住在縣轄市，台北市和高雄市有15.7%，省轄市則為11.3%。

有關癌症認知的問題共有 28 題，答對率在 14.6%到 90.4%（嚼食檳榔是造成國人口腔癌的重要原因之一）之間。（表 1-2），我們相信教育程度是影響癌症認知的重要因素。有關乳癌、鼻咽癌和攝護腺癌的認知例如，有 62.0%國中程度或以下的受訪者知道乳癌有硬塊但沒有痛覺，仍有罹患乳癌的可能而需警覺。81.7%高中程度的受訪者和 88.6%大專以上程度受訪者亦有此認識（ $p=0.001$ ）。理解鼻子常有帶血絲的分泌物及鼻塞的現象，而需懷疑是不是患鼻咽癌的，也分別有 48.6%、58.4%和 62.5%，但是也分別有 25.0%、38.7%和 45.0%的人錯以為頻尿或小便不易解乾淨多半是因為患了攝護腺癌。

在 28 題認知問題中，答對 16 題以下的有 35.0%的受訪者，答對 17-21 題的有 34.3%，答對 22 題以上的有 30.7%（表 1-3）。比較男女差異，顯示男性的癌症認知程度較差，答對 17 題以上的包括 58.4%的男性和 71.8%的女性。

受訪男性有抽菸經驗者達 56.7%，其中 11.7%已戒，仍抽菸的人口有 45.1%，其中 19.7%每天抽 20 支以上；有 12.7%的男性經常飲酒；有 12.1%男性嚼食檳榔，16.7%已經戒除。這些抽菸習性，女性均低，抽菸率為 4.3%，不到 1%女性嚼檳榔塊。有運動活動習慣的以男性比女性多。（表 1-4）

表 1-1 癌症認知調查參加民眾人口社會經濟基本資料

	男 N=1046 n(%)	女 N=1021 n(%)	合計 N=2067 n(%)	p
年齡，歲				0.001
20-29	177(19.6)	223(21.8)	400(19.4)	
30-39	176(16.8)	233(22.8)	409(19.8)	
40-49	172(16.4)	251(24.6)	423(20.5)	
50-59	229(21.9)	170(16.7)	399(19.3)	
60+	282(27.0)	120(11.8)	402(19.5)	
不詳	10(0.96)	24(2.4)	34(1.64)	
籍貫				0.001
原住民	11(1.05)	22(2.15)	33(1.6)	
客屬	117(11.2)	107(10.48)	224(10.8)	
閩南	724(69.2)	722(70.71)	1446(70.0)	
其他	159(15.2)	110(10.77)	269(13.0)	
不詳	35(3.35)	60(5.88)	95(4.6)	
教育程度				0.013
小學	223(21.3)	206(20.2)	429(20.8)	
國/初中	145(13.9)	117(11.5)	262(12.7)	
高中	296(28.3)	345(33.8)	641(31.0)	
專科	167(16.0)	159(15.6)	326(15.8)	
大學/研究所	176(16.8)	139(13.6)	315(15.2)	
不詳	39(3.7)	55(5.4)	94(4.6)	
婚姻狀況				0.247
未婚	226(21.6)	199(19.5)	425(20.6)	
已婚	739(70.7)	726(71.1)	1465(70.9)	
其他/不詳	81(7.7)	96(9.4)	177(8.6)	
職業				0.001
軍、公、教	193(18.5)	125(12.2)	318(13.4)	
公司/商	244(23.3)	203(19.9)	447(21.6)	
工	259(24.8)	84(8.2)	343(16.6)	
農	78(7.5)	28(2.7)	106(5.1)	
自由	122(11.7)	113(11.1)	235(11.4)	
家管	8(0.8)	318(31.2)	326(15.8)	
其他/不詳	142(13.6)	150(14.7)	292(14.1)	
居住地區				0.151
院轄市	160(15.3)	165(16.2)	325(15.7)	
省轄市	103(9.9)	131(12.8)	234(11.3)	
縣轄市	345(33.8)	333(32.6)	687(33.2)	
鄉鎮	332(31.7)	290(28.4)	622(30.1)	
不詳	97(9.3)	102(10.0)	199(9.6)	

表 1-2 受訪者對癌症早期警訊認知問題回答正確答案的男女比較

問 題	男 N=1046 n(%)	女 N=1021 n(%)	合計 N=2067 n(%)	p
1.肝癌在早期，會出現右上腹部疼痛、食慾不振、黃疸等現象。(V10.1)	155(14.8)	147(14.4)	302(14.6)	0.002
2.罹患肝硬化或慢性肝炎的人，罹患肝癌的機會較大。(V10.2)	759(72.6)	767(75.1)	1526(73.8)	0.607
3.子宮頸癌的早期，陰道會分泌帶有血絲的液體。(V10.3)	368(35.2)	646(63.3)	1014(49.1)	0.001
4.子宮頸癌到了晚期，不僅陰道會出血，也有腰痛及下肢疼痛等症狀。(V10.4)	410(39.2)	573(56.1)	983(47.6)	0.001
5.國內婦女乳癌的發生率有逐年增加的趨勢。(V10.5)	806(77.1)	859(84.1)	1665(80.6)	0.001
6.乳房有硬塊，但沒有痛的感覺，仍有罹患乳癌的可能性。(V10.6)	726(69.4)	824(80.7)	1550(75.0)	0.001
7.乳頭流出血樣分泌物，或是乳頭原本正常而變成下陷，通常只是乳管發炎。(V10.7)	277(26.5)	531(52.0)	808(39.1)	0.001
8.乳房有腫脹的情形時，不一定是因為乳癌造成的。(V10.8)	560(53.5)	734(71.9)	1294(62.6)	0.001
9.乳房的皮膚有下陷情形，或發生如橘子皮樣的粗糙變化，需小心乳癌。(V10.9)	546(52.2)	745(73.0)	1291(62.5)	0.001
10.乳房的 X 光攝影或超音波可以早期診斷乳癌。(V10.10)	717(68.6)	764(74.8)	1481(71.7)	0.001
11.肺癌對國人來說，是一種發生率較高，卻不易早期發覺的癌症。(V10.11)	739(70.7)	699(68.5)	1438(69.6)	0.233
12.長在氣管或大支氣管上的肺癌，會在比較早期出現咳嗽、咳血、喘鳴或呼吸困難等現象。(V10.12)	749(71.6)	721(70.6)	1470(71.1)	0.840
13.國人的鼻咽癌比西方人較常發生。(V10.13)	634(60.6)	679(66.5)	1313(63.5)	0.017
14.鼻咽癌可能引起耳鳴、耳塞、聽力不好的現象。(V10.14)	658(62.9)	680(66.6)	1338(64.7)	0.364

表 1-2 受訪者對癌症早期警訊認知問題回答正確答案的男女比較(續)

問 題	男 N=1046 n(%)	女 N=1021 n(%)	合計 N=2067 n(%)	p
15.如果經常發現鼻子有帶血絲的分泌物及鼻塞的現象，應懷疑可能罹患鼻咽癌。(V10.15)	619(59.2)	606(59.4)	1225(59.3)	0.034
16.胃癌常見的症狀是上腹部有不適的感覺，伴隨有消化不良或食慾減退的現象。(V10.16)	672(64.2)	714(69.9)	1386(67.1)	0.050
17.胃癌病人會因上消化道出血而排出黑色的糞便。(V10.17)	657(62.8)	641(62.8)	1298(62.8)	0.222
18.胃癌的症狀，和胃炎或胃潰瘍很像，因此容易被忽略而延誤早期發現的機會。(V10.18)	826(79.0)	876(85.8)	1702(82.3)	0.001
19.直腸癌會引起裏急後重的症狀。(V10.19)	356(34.0)	320(31.3)	676(32.7)	0.065
20.發現有血便、腹痛、排泄黏液、不明原因的腹瀉、大便習慣改變、腹部腫塊等，有可能是大腸癌的症狀。(V10.20)	731(69.9)	786(77.0)	1517(73.4)	0.003
21.大腸長了息肉的人罹患大腸癌的機會大。(V10.21)	640(61.2)	647(63.4)	1287(62.3)	0.509
22.攝護腺癌的發生多半不會有早期警訊。(V10.22)	465(44.5)	438(42.9)	903(43.7)	0.883
23.有頻尿或小便不易解乾淨，多半是因為患了攝護腺癌。(V10.23)	218(20.8)	212(20.8)	430(20.8)	0.439
24.攝護腺癌到較晚期時，會有血尿或背痛的現象。(V10.24)	606(57.9)	532(52.1)	1138(55.1)	0.006
25.口腔常發生潰瘍又不易癒合，需小心口腔癌。(V10.25)	859(82.1)	862(84.4)	1721(83.3)	0.458
26.嚼食檳榔是造成國人口腔癌的重要原因之一。(V10.26)	927(88.6)	941(92.2)	1868(90.4)	0.041
27.肝癌是目前我國男性發生最多的癌症。(V10.27)	808(77.3)	752(73.7)	1560(75.5)	0.092
28.子宮頸癌是目前我國女性發生最多的癌症。(V10.28)	756(72.3)	854(83.6)	1610(77.9)	0.001

表 1-3 受訪者對癌症早期警訊認知問題回答正確積分

積 分	男 N=1046	女 N=1021	合計 N=2067	p
0-10	194(18.6)	123(12.1)	317(15.3)	0.001
11-16	242(23.1)	165(16.2)	407(19.7)	
17-21	329(31.5)	379(37.1)	708(34.3)	
22-28	281(26.9)	354(34.7)	635(30.7)	
合計	1046(100)	1021(100)	2067(100)	

表 1-4 受訪者的生活型態

	男 N=1046	女 N=1021	合計 N=2067	p
抽菸	n(%)	n(%)	n(%)	0.001
不抽	453(43.3)	972(95.2)	1425(68.9)	
已戒	122(11.7)	16(1.6)	138(6.7)	
≤10 支/天	101(9.7)	19(1.9)	120(5.8)	
1-20 支/天	164(15.7)	11(1.1)	175(8.5)	
>20 支/天	206(19.7)	3(0.3)	209(10.1)	
喝酒				0.001
不喝/偶爾	913(87.3)	1012(99.1)	1925(93.1)	
經常	72(6.9)	8(0.8)	80(3.9)	
每天	61(5.8)	1(0.1)	62(3.0)	
檳榔				0.001
不吃	743(71.0)	1005(98.4)	1748(84.6)	
已戒	175(16.7)	10(1.0)	185(9.0)	
≤5 粒/天	26(2.5)	3(0.3)	29(1.4)	
>5 粒/天	100(9.6)	3(0.3)	103(5.0)	
拒答	2(0.2)	0(0.0)	2(0.1)	
運動習慣				0.001
沒有	352(33.7)	423(41.4)	775(37.5)	
有(輕度的)	387(37.0)	466(45.6)	853(41.3)	
有(劇烈的)	307(29.4)	131(12.8)	438(21.2)	
拒答	0(0.0)	1(0.1)	1(0.05)	

表 1-5 受訪者的平時醫療行為

	男 N=1046	女 N=1021	合計 N=2067	p
是否有慢性病	n(%)	n(%)	n(%)	0.001
心血管疾病(高血壓及/或高血脂)	230(22.0)	126(12.3)	356(17.2)	
癌症	4(0.4)	5(0.5)	9(0.4)	
糖尿病	24(2.3)	20(2.0)	44(2.1)	
其他	54(5.2)	30(2.9)	84(4.1)	
沒有/不知道	735(70.1)	840(82.3)	1574(76.2)	
常去的醫療機構				0.001
衛生所	12(1.2)	9(0.9)	21(1.0)	
診所	440(42.1)	525(51.4)	965(46.7)	
醫院	435(41.6)	337(33.0)	772(37.4)	
不一定	104(9.9)	97(9.5)	201(9.7)	
拒答/不知道	55(5.3)	53(5.2)	108(5.2)	
知道自己的血壓				0.001
不知道	624(59.7)	721(70.6)	1345(65.1)	
知道	422(40.3)	300(29.4)	722(34.9)	

受訪者男性有 40.3% 知道自己的血壓，女性則只有 29.4% (表 1-5)，男性有 22.0% 回答自己是高血壓或高血脂患者，女性則只有 12.3%。診所是較常去的就醫機構，尤其是女性。職業和教育程度具有城鄉差異。(表 1-6, 1-7)

表 1-6 教育程度、年齡、籍貫、職業的居住地區差異—男性

相關因子	居住地區			合計	p
	省/院轄市	縣轄市	鄉鎮		
年齡，歲	N=263	N=354	N=332	N=949	0.218
20-29	51(19.4)	56(15.8)	57(17.2)	164	
30-39	49(18.6)	66(18.6)	52(15.7)	167	
40-49	42(16.0)	69(19.5)	48(14.5)	159	
50-59	53(20.2)	86(24.5)	75(22.6)	214	
60+	68(25.9)	77(21.8)	100(30.1)	245	
籍貫	N=261	N=353	N=329	N=943	0.003
原住民	4(1.5)	4(1.1)	3(0.9)	11	
客屬	20(7.7)	35(9.9)	52(15.8)	107	
閩南	183(70.1)	253(71.7)	239(72.6)	675	
其他	54(20.7)	61(17.3)	35(10.6)	150	
職業	N=263	N=354	N=332	N=949	0.001
軍、公、教、自由	90(34.2)	119(33.6)	88(26.5)	297	
公司/商	72(27.4)	100(28.3)	53(16.0)	225	
工/農	57(21.7)	102(28.8)	159(47.9)	318	
家管/其他	44(16.7)	33(9.3)	32(9.6)	109	
教育程度	N=262	N=352	N=329	N=943	0.001
國/初中以下	69(26.3)	119(33.8)	158(48.0)	346	
高中職	76(29.0)	110(31.3)	96(29.2)	282	
專科以上	117(44.7)	123(34.9)	75(22.8)	315	

表 1-7 教育程度、年齡、籍貫、職業的居住地區差異—女性

相關因子	居住地區			合計	p
	省/院轄市	縣轄市	鄉鎮		
年齡，歲	N=294	N=333	N=290	N=917	0.004
20-29	68(23.1)	86(25.8)	57(19.7)	211	
30-39	66(22.5)	82(24.6)	72(24.8)	220	
40-49	69(23.5)	93(27.9)	70(24.1)	232	
50-59	51(17.4)	56(16.8)	47(16.2)	154	
60+	40(13.6)	16(4.8)	44(15.2)	100	
籍貫	N=295	N=325	N=287	N=907	0.251
原住民	7(2.4)	4(1.2)	9(3.1)	20	
客屬	28(9.5)	43(13.2)	31(10.8)	102	
閩南	223(75.6)	236(72.6)	222(77.4)	681	
其他	37(12.5)	42(12.9)	25(8.7)	104	
職業	N=296	N=333	N=290	N=919	0.001
軍、公、教、自由	87(29.4)	78(23.4)	64(22.1)	229	
公司/商	69(23.3)	83(24.9)	41(14.1)	193	
工/農	17(5.7)	32(9.6)	57(19.7)	106	
家管/其他	123(41.6)	140(42.0)	128(44.1)	391	
教育程度	N=295	N=330	N=286	N=911	0.001
國/初中以下	73(24.8)	99(30.0)	130(45.5)	302	
高中職	108(36.6)	128(38.8)	95(33.2)	331	
專科以上	114(38.6)	103(31.2)	61(21.3)	278	

二、癌症早期警訊認知的程度

1. 認知程度和社經因素及生活型態的相關

依據表 1-3 癌症警訊認知積分分佈的結果，將認知積分以大約三等分的方式分成 16 分以下、17-21 分和 22 分以上。表 2-1 說明認知積分影響因子的相關分析，年輕及年老男性的癌症認知較差；20-29 歲男性有 40.2%，60 歲以上男性有 50.4%，其認知積分是 16 分以下的，40-49 歲男性則只有 27.3%是如此，其積分達 22 分以上者有 39.5%；閩南籍男性的積分較差，但差異並不顯著。教育程度顯然是影響癌症認知的重要因素，隨著教育程度的增減，知識積分隨著增減，呈現劑量效應關係。結婚的男性比目前未婚的有較佳的知識。癌症認知也有職業別差異，在公司工作或從事商業行為的男性有最佳的知識水準，從事工農者較差。另外鄉鎮居民比城市居民稍不如，但統計明顯($p=0.026$)。

女性的癌症知識積分與社會經濟因素的相關特徵和男性大致相似（表 2-2），不過客屬女性的認知水準較閩南籍低，正好和男性的情況相反，另外值得注意的是，從事軍公教及自由業的女性有較佳的癌症認知。

對癌症的認知程度，亦有性別差異（表 2-3 及表 2-4）。抽菸、喝酒、嚼檳榔或不運動的男性，呈現較差的癌症認知程度（表 2-5），女性的生活習性和癌症認知程度的相關亦有類似的傾向（表 2-6），但由於抽菸的婦女不多，差異並不明顯，喝酒的婦女反而未必就有較低的癌症認知水準，但吃檳榔的女性卻有 68.8%的人，其癌症認知積分是 16 分以下的。

表 2-1 男性受訪者(N=1046)癌症早期警訊認知積分相關因素分析--社會經濟因素

	積分			合計 n(%)	p
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)		
年齡，歲					0.001
20-29	80(40.2)	64(36.2)	33(18.6)	177(16.9)	
30-39	70(39.8)	60(34.1)	46(26.1)	176(16.8)	
40-49	47(27.3)	57(33.1)	68(39.5)	172(16.4)	
50-59	91(39.7)	69(30.1)	69(30.1)	229(21.9)	
60+	142(50.4)	76(27.0)	64(22.7)	282(27.0)	
不詳	6(60.0)	3(30.0)	1(10.0)	10(1.0)	
籍貫					0.095
原住民	3(27.3)	6(54.6)	2(18.2)	11(1.1)	
客屬	40(34.2)	41(35.0)	36(30.8)	117(11.2)	
閩南	308(42.5)	228(31.5)	188(26.0)	724(69.2)	
其他	63(39.6)	47(29.6)	49(30.8)	159(15.2)	
不詳	22(62.9)	7(20.0)	6(17.1)	35(3.4)	
教育程度					0.001
國/初中以下	209(56.8)	96(26.1)	63(17.1)	368(35.2)	
高中	110(37.2)	106(35.8)	80(27.0)	296(28.3)	
大專以上	93(27.1)	119(34.7)	131(38.2)	343(32.8)	
不詳	24(61.5)	8(20.5)	7(18.0)	39(3.7)	
婚姻狀況					0.001
已婚	289(39.1)	228(30.9)	222(30.0)	739(70.7)	
其他/未婚	147(47.9)	101(32.9)	59(19.2)	307(29.3)	
職業					0.001
軍公教自由	126(40.0)	91(28.9)	98(31.1)	315(30.1)	
公司/商	72(29.5)	89(36.5)	83(34.0)	244(23.3)	
工/農	169(50.2)	104(30.9)	64(19.0)	337(32.2)	
家管/其他/不詳	69(46.0)	45(30.0)	36(24.0)	150(14.3)	
居住地區					0.026
省/院轄市	101(38.4)	78(29.7)	84(31.9)	263(25.1)	
縣轄市	136(38.4)	118(33.3)	100(28.3)	354(33.8)	
鄉鎮	148(44.6)	111(33.4)	73(22.0)	332(31.7)	
不詳	51(52.6)	22(22.7)	24(24.7)	97(9.3)	
合計	436(41.7)	329(31.5)	281(26.8)	1046(100.0)	

表 2-2 女性受訪者(N=1021)癌症早期警訊認知積分相關因素分析--社會經濟因素

	積分			合計 n(%)	p
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)		
年齡，歲					0.001
20-29	58(26.0)	113(50.7)	52(23.3)	223(21.8)	
30-39	46(19.7)	86(36.9)	101(43.4)	233(22.8)	
40-49	50(19.9)	89(35.5)	112(44.6)	251(24.6)	
50-59	52(30.6)	63(37.1)	55(32.3)	170(16.7)	
60+	70(58.3)	21(17.5)	29(24.2)	120(11.8)	
不詳	12(50.0)	7(29.2)	5(20.8)	24(2.4)	
籍貫					0.003
原住民	10(45.4)	6(27.3)	6(27.3)	22(2.2)	
客屬	30(28.0)	43(40.2)	34(31.8)	107(10.5)	
閩南	190(26.3)	273(37.8)	259(35.9)	722(70.7)	
其他	27(24.5)	40(36.4)	43(39.1)	110(10.8)	
不詳	31(51.7)	17(28.3)	12(20.0)	60(5.9)	
教育程度					0.001
國/初中以下	151(46.7)	92(28.5)	80(24.8)	323(31.6)	
高中	70(20.3)	139(40.3)	136(39.4)	345(33.8)	
大專以上	38(12.7)	132(44.3)	128(43.0)	298(29.2)	
不詳	29(52.7)	16(29.1)	10(18.2)	55(5.4)	
婚姻狀況					0.001
已婚	193(26.6)	252(34.7)	281(38.7)	726(71.1)	
其他/未婚	95(32.2)	127(43.1)	73(24.7)	295(28.9)	
職業					0.001
軍公教自由	39(16.4)	102(42.9)	97(40.8)	238(23.3)	
公司/商	44(21.7)	77(37.9)	82(40.4)	203(19.9)	
工/農	52(46.4)	28(25.0)	32(28.6)	112(11.0)	
家管/其他/不詳	153(32.7)	172(36.8)	143(30.6)	468(45.8)	
居住地區					0.001
省/院轄市	69(23.3)	118(39.9)	109(36.8)	296(29.0)	
縣轄市	82(24.8)	119(35.7)	132(39.6)	333(32.6)	
鄉鎮	93(32.1)	109(37.6)	88(30.3)	290(28.4)	
不詳	44(43.1)	33(32.4)	25(24.5)	102(10.0)	
合計	288(28.2)	379(37.1)	354(34.7)	1021(100.0)	

表 2-3 癌症早期警訊與癌症知識來源--男性(N=1046)

知識來源	積分			合計 n(%)
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)	
報章雜誌書本	206(47.3)	224(68.1)	214(76.2)	644(61.6)
電視廣播	196(45.0)	192(58.4)	158(56.2)	546(52.2)
親友	72(16.5)	72(21.9)	62(22.1)	206(19.7)
課堂	5(1.2)	18(5.5)	12(4.3)	35(3.4)
其他/不知/拒答	137(31.4)	63(19.1)	52(18.5)	252(24.1)

此題為複選題

表 2-4 癌症早期警訊與癌症知識來源--女性(N=1021)

知識來源	積分			合計 n(%)
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)	
報章雜誌書本	113(39.2)	294(77.6)	294(83.1)	701(68.7)
電視廣播	104(36.1)	225(59.4)	214(60.5)	543(51.2)
親友	71(24.7)	102(26.9)	91(25.7)	264(25.9)
課堂	9(3.1)	38(10.0)	39(11.0)	86(8.4)
其他/不知/拒答	120(41.7)	51(13.5)	60(17.0)	231(22.6)

此題為複選題

表 2-5 男性受訪者(N=1046)癌症早期警訊認知積分相關因素分析--生活型態因素

	積分			合計 n(%)	p
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)		
抽菸					0.031
不抽	177(39.1)	132(29.1)	144(31.8)	453(43.3)	
已戒	51(41.8)	39(32.0)	32(26.2)	122(11.7)	
仍抽	208(44.2)	158(11.9)	105(22.3)	471(45.0)	
喝酒					0.003
不喝	296(42.5)	197(28.3)	204(29.3)	697(66.6)	
喝	140(40.1)	132(37.8)	77(22.1)	347(33.4)	
檳榔					0.011
吃	295(39.7)	229(30.8)	219(29.5)	743(71.2)	
不吃	140(46.5)	99(32.9)	62(20.6)	301(28.8)	
運動習慣					0.002
沒有	170(48.3)	110(31.3)	72(20.4)	352(33.7)	
有(輕度的)	148(38.2)	114(29.5)	125(32.3)	287(37.0)	
有(劇烈的)	118(38.4)	105(34.2)	84(27.4)	307(29.4)	

表 2-6 女性受訪者(N=1021)癌症早期警訊認知積分相關因素分析--生活型態因素

	積分			合計 n(%)	p
	≤16 n(%)	17-21 n(%)	≥22 n(%)		
抽菸					0.195
不抽	269(27.7)	363(37.3)	340(35.0)	972(95.2)	
已戒	4(25.0)	5(31.2)	7(43.8)	16(1.6)	
仍抽	15(45.4)	11(33.3)	7(21.2)	33(3.2)	
喝酒					0.652
不喝	263(28.4)	340(36.7)	324(34.9)	927(90.8)	
喝	25(26.6)	39(41.5)	30(31.9)	94(9.2)	
檳榔					0.001
吃	277(27.6)	375(37.3)	353(35.1)	1005(98.4)	
不吃	11(68.8)	4(25.0)	1(6.2)	16(1.6)	
運動習慣					0.063
沒有	138(32.6)	153(36.2)	132(31.2)	423(41.5)	
有(輕度的)	120(25.7)	172(36.9)	174(37.3)	446(45.7)	
有(劇烈的)	29(22.1)	54(41.2)	48(36.6)	131(12.8)	

1. 認知程度和癌症篩檢經驗

圖 2-1 說明癌症認知積分不同婦女的子宮頸抹片篩檢經驗的差異。積分小於等於 16 的婦女約有 37% 有過抹片篩檢，其中 17% 是過去一年內的經驗。隨著癌症認知積分的增加，有過篩檢經驗的婦女也增加；積分達 22 分以上時，60% 的婦女曾經接受過篩檢，其中 29% 是在最近一年內完成的。

乳癌的篩檢率較低，癌症認知積分 16 分以下的婦女，有 17% 曾經接受過篩檢，積分 17 到 21 分的婦女篩檢率增加到 23%，積分達 22 分以上時，有 29% 的婦女有過乳癌篩檢的經驗（圖 2-2）。

大腸癌的篩檢似較不具癌症認知的劑量效應，圖 2-3 是 50 歲以上婦女癌症認知積分別的大腸癌篩檢率，積分 16 分以下的婦女，有 17% 有過大腸癌篩檢經驗，積分 17 到 21 分的篩檢率加到 27%，積分 22 分以上時篩檢率反而降到 22%。男性的大腸癌篩檢模式，類似婦女的情形（圖 2-4），但篩檢率較低。

50 歲以上男性的攝護腺癌篩檢率很低，但亦有癌症認知積分的劑量效應。積分 16 分以下時，只有 7% 的人有過攝護腺癌篩檢經驗，積分 22 分以上時，篩檢率則達 25%（圖 2-5）。

圖2-1 女性受訪者抹片檢查經歷與癌症早期警訊認知積分

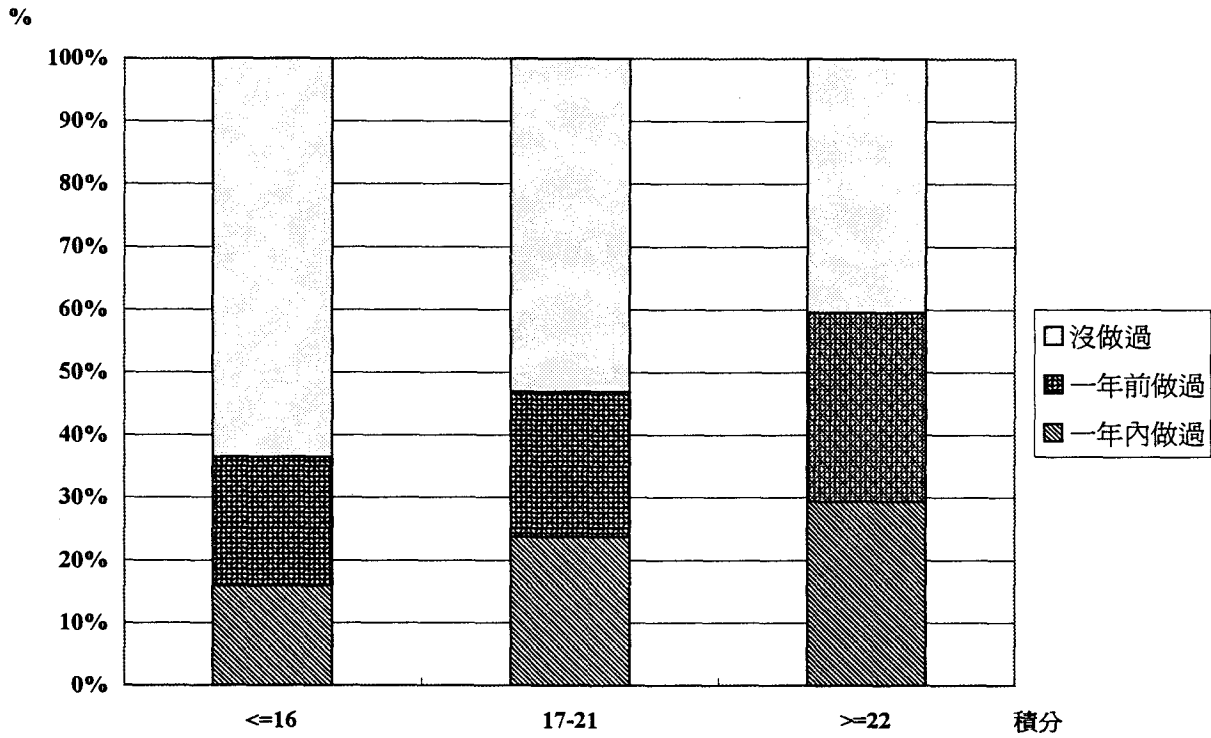


圖2-2 女性受訪者乳癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分

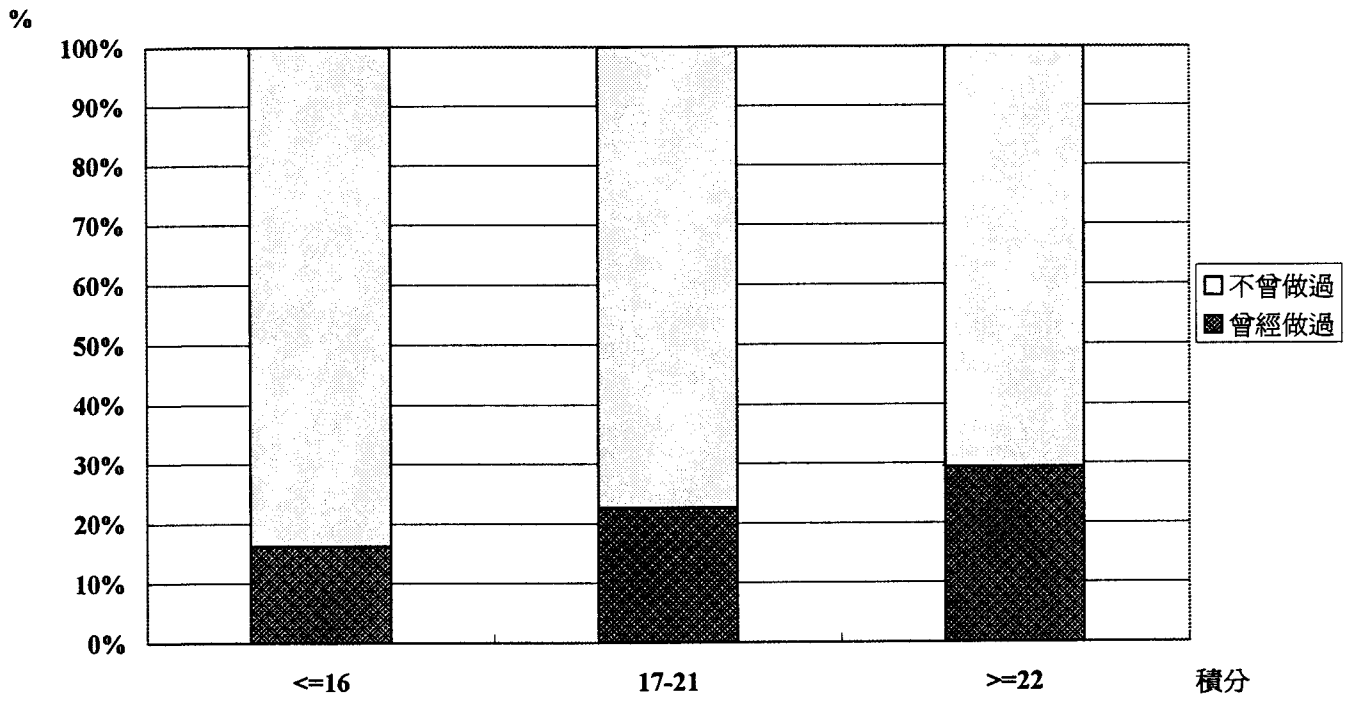


圖2-3 女性受訪者(50歲以上)大腸癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分

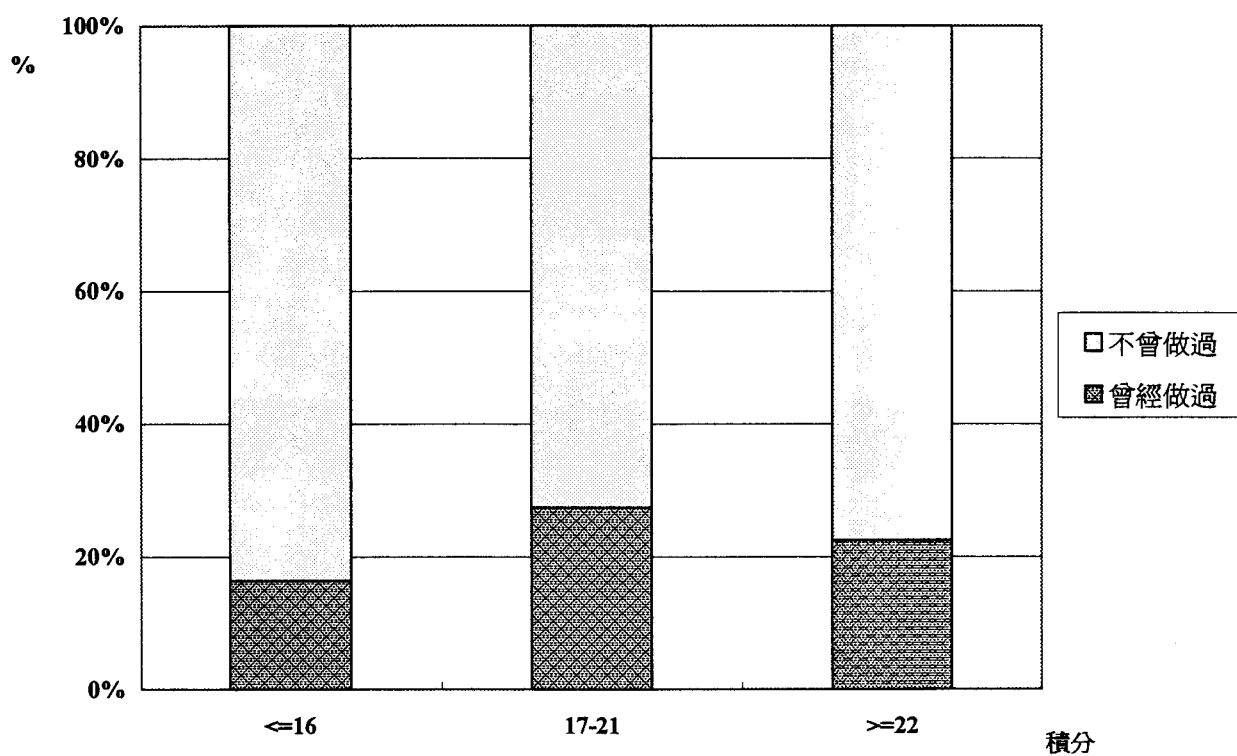


圖 2-4 男性受訪者(50歲以上)大腸癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分

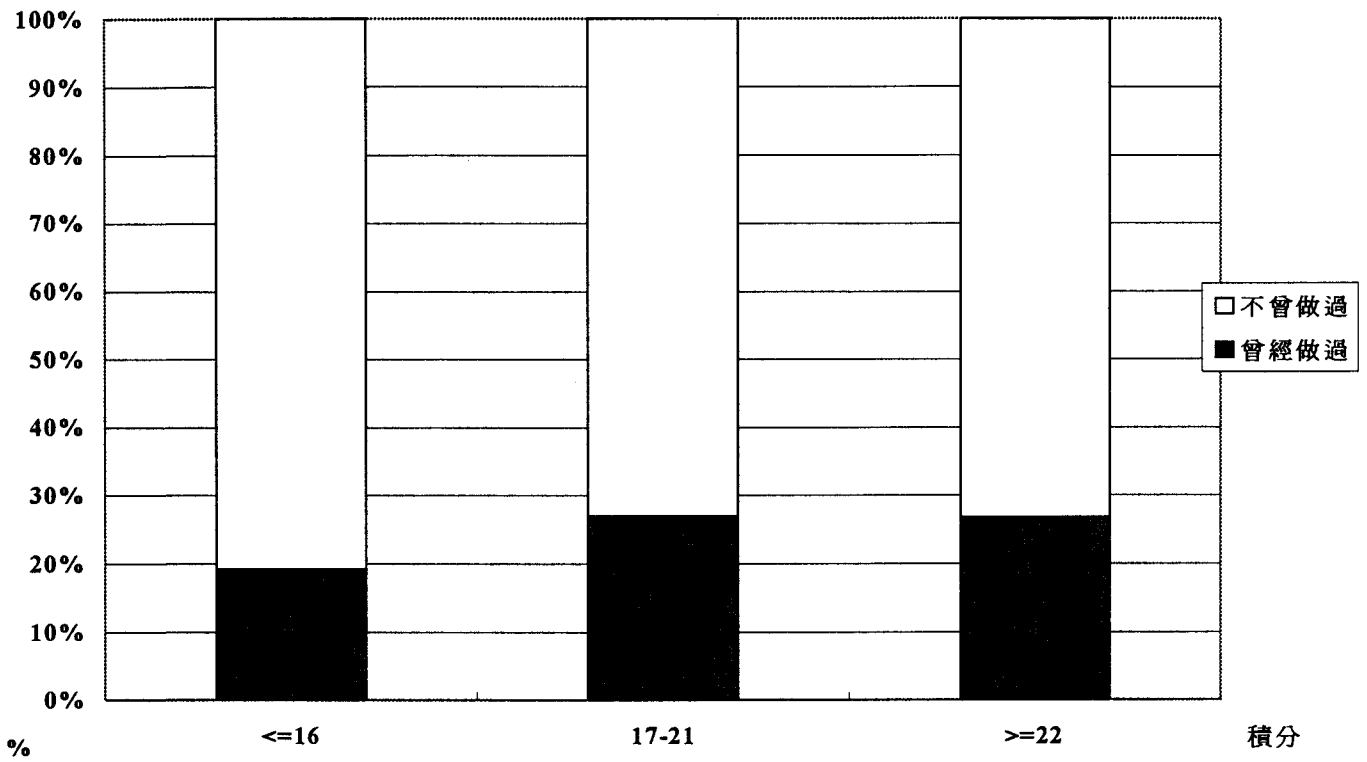
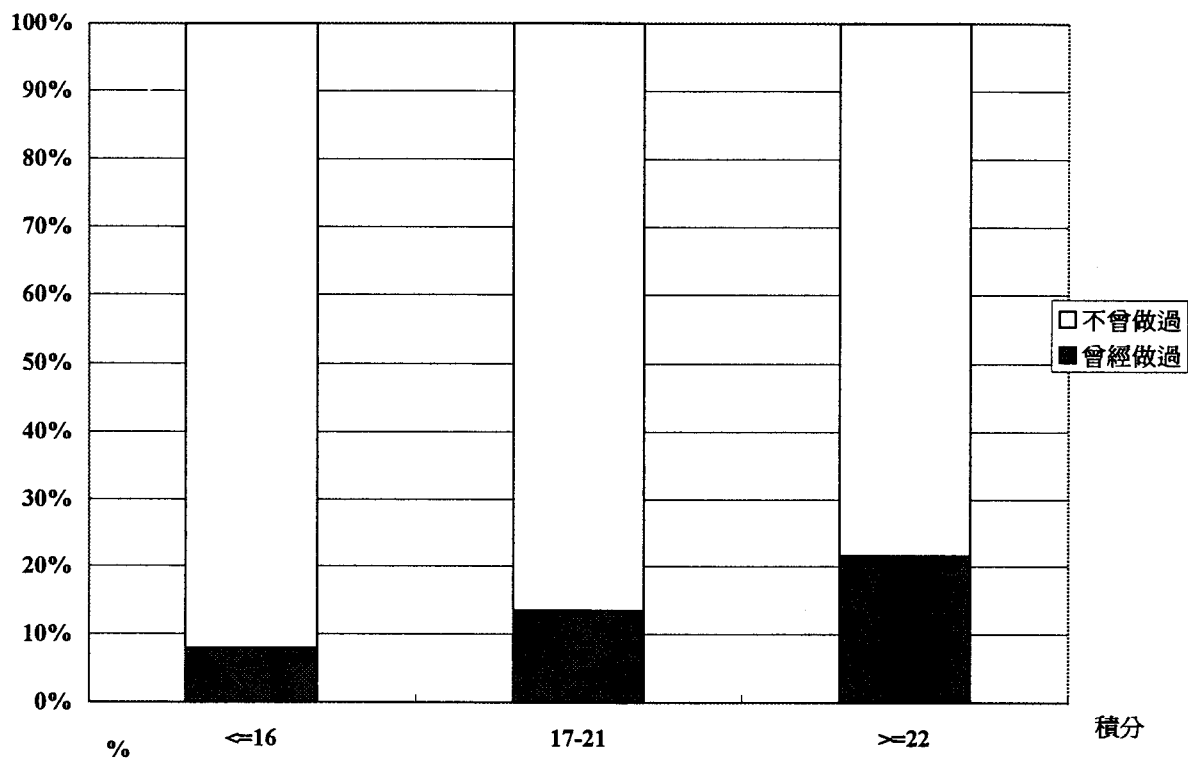


圖2-5 男性受訪者(50歲以上)攝護腺癌篩檢經歷與癌症早期警訊認知積分



3. 癌症警訊認知程度的城鄉地區差異

癌症警訊認知程度的城鄉地區差異是衛生署所關切的項目，如表 2-7 所示。院轄市居民具有較佳的癌症警訊認知，得分 22 分以上的有 34.5%，其次為縣轄市居民，鄉鎮居民則只有 25.9%。雖然統計上差異明顯，但相差主要出於鄉鎮居民，篩檢行為則較無城鄉差異。

表 2-7 城鄉地區的癌症警訊認知及篩檢行為的差異

	院/省轄市	縣轄市	鄉鎮	合計	p
認知積分	N=559	N=687	N=622	N=1868	0.003
≤16	170(30.4)	218(31.7)	241(38.8)	629	
17-21	196(35.1)	237(34.5)	220(35.4)	653	
≥22	193(34.5)	232(33.8)	161(25.9)	586	
篩檢史					
子宮頸抹片	N=296	N=333	N=290	N=919	0.398
有	156(52.7)	163(48.9)	137(47.2)	463	
無	140(47.3)	170(51.1)	153(52.8)	456	
乳癌篩檢	N=296	N=333	N=290	N=919	0.881
有	71(24.0)	76(22.8)	71(24.5)	218	
無	225(76.0)	257(77.2)	219(75.5)	701	
大腸/直腸癌篩檢 (≥50 歲)	N=345	N=452	N=356	N=1153	0.120
有	41(11.9)	45(10.0)	26(7.3)	112	
無	304(88.1)	407(90.0)	330(92.7)	1041	
攝護腺癌篩檢 (≥50 歲)	N=142	N=191	N=157	N=490	0.036
有	4(2.8)	1(0.5)	0(0)	5	
無	138(97.2)	190(99.5)	157(100)	485	

不詳者不計

表 2-8 癌症認知程度不良 (積分 ≤ 16) 的相關因子--以複邏輯迴歸分析

	OR	95% CI
性別		
男性	1.0	1.0
女性	0.6	0.4-0.7
年齡		
20-29	2.7	1.8-4.0
30-39	1.9	1.3-2.7
40-49	1.0	1.0
50-59	1.4	1.0-2.0
60+	2.4	1.7-3.4
籍貫		
原住民	1.2	0.5-2.6
客屬	0.9	0.6-1.3
閩南	1.0	0.7-1.3
其他	1.0	1.0
教育程度		
國中以下	5.1	3.7-7.0
高中職	1.7	1.3-2.2
大專	1.0	1.0
婚姻		
已婚	1.0	1.0
其他/未婚	1.3	1.0-1.7
職業		
軍公教自由	1.0	1.0
公司/商	0.9	0.7-1.2
公/農	1.3	1.0-1.8
家管/其他	1.0	
城鄉		
院/省轄市	1.0	1.0
縣轄市	0.9	0.7-1.1
鄉鎮	0.9	0.7-1.2

表 2-9 女性不曾做子宮頸癌抹片篩檢、乳癌篩檢的危險因子--以複邏輯迴

歸分析

因子	不曾抹片檢查 OR(95% CI)	不曾乳癌篩檢 OR(95% CI)
癌症認知積分		
<=16	2.3(1.6-3.4)	1.9(1.2-2.9)
17-21	1.4(1.0-2.0)	1.2(0.9-1.8)
>=22	1.0	1.0
籍貫		
原住民	1.1(0.4-3.0)	1.2(0.4-3.8)
客屬	0.8(0.5-1.6)	1.2(0.6-2.4)
閩南	1.1(0.7-1.7)	1.1(0.7-1.8)
其他	1.0	1.0
教育程度		
國中以下	1.3(0.9-2.0)	1.5(0.9-2.3)
高中職	0.9(0.6-1.3)	1.5(1.0-2.2)
大專	1.0	1.0
婚姻		
已婚	1.0	1.0
其他/未婚	7.6(5.2-11.3)	2.9(1.8-4.4)
職業		
軍公教自由	1.0	1.0
公司/商	1.5(1.0-2.3)	2.0(1.2-3.3)
公/農	1.1(0.6-1.9)	1.3(0.7-2.4)
家管/其他	1.0(0.7-1.5)	1.1(0.7-1.6)
城鄉		
院/省轄市	1.0	1.0
縣轄市	1.1(0.8-1.5)	1.1(0.7-1.5)
鄉鎮	1.2(0.8-1.7)	1.0(0.7-1.4)

三、癌症篩檢經歷及癌症認知外之相關因素

1. 社會經濟因素

子宮頸癌篩檢

前述分析顯示受訪民眾的癌症篩檢率雖然不高，但篩檢經驗和癌症認知的程度有相當明顯的關係。由於影響癌症認知程度的因素也可能和篩檢行為有關，有必要加以分辨。表 3-1 說明女性抹片檢查的經驗與人口社經因子的相關，年輕女性與年老婦女不曾有過子宮頸抹片檢查的比例相當高，分別有 81.2%和 63.3%，受檢率最高的 40-49 歲的婦女(69.63%)，其中有 38.7%是在最近一年內接受檢查。原住民和客屬婦女的受檢率稍高，但族群差異不明顯。高中職教育背景的婦女有較高的篩檢率(56.9%)，結婚的女性亦有較高的篩檢率(53.9%)，職業與居住地區的關係似不明顯。

乳癌篩檢

乳癌篩檢率也是年輕女性和老年婦女的較低(表 3-2)，前者有 85.6%後者有 95.0%的人不曾接受過乳癌篩檢，總計 23.2%的婦女有過乳癌篩檢經驗。大專以上教育程度婦女、已婚婦女篩檢率稍高，但統計上具顯著差異，而大專以上教育程度的婦女有 18.5%是在一年前做的篩檢。至於籍貫別、職業別和城鄉差異的區別則不具統計明顯性。

大腸癌篩檢

依具美國癌症協會(ACS)的標準，年到 50 歲才需做定期大腸癌篩檢。本次調查有 314 位婦女和 521 位男性是 50 歲或以上，前者有 21.3%(表 3-3)，後者有 21.5%(表 3-4)做過大腸/直腸癌篩檢。女

性除了大專畢業者有較佳的篩檢率(38.5%， $p=0.065$)外，不具明顯社會經濟因素的差異。男性的大腸癌篩檢率具有明確的籍貫或職業別差異，其他省籍或軍公教自由業人士有較高的篩檢率，分別為24.3%及29.5%。

攝護腺癌篩檢

年屆50歲的男士，只有13.1%($n=67$)曾經有過攝護腺癌篩檢經驗，且以年齡60歲以上的為主，顯示篩檢習慣尚成立(表3-5)。

2. 生活習性的相關

不同生活型態婦女之間的子宮頸癌篩檢的差異均不具明顯度(表3-6)，乳癌篩檢經驗亦有抽菸、飲酒和檳榔嚼食習性的差異，但多做運動者比不做運動者的篩檢率較高(表3-7)，不過抽菸及/或喝酒的婦女反而明顯地較多做大腸癌篩檢(表3-8)。吃檳榔的男性則明顯地較不做大腸癌篩檢($p=0.05$ ，表3-9)，或較不做攝護腺癌篩檢($p=0.07$ ，表3-10)，抽菸的男性亦較傾向不做攝護腺癌篩檢($p=0.05$)。

3. 家庭收入的相關

收入較高的家庭傾向有較佳的婦女抹片檢查及乳癌篩檢，可能是教育程度的反映。其他癌症的篩檢則無家庭收入的相關。

表 3-1 女性受訪者抹片檢查經歷及特徵(N=1021)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	p
年齡，歲					0.001
20-29	23(10.3)	19(8.5)	181(81.2)	223	
30-39	63(27.1)	75(32.2)	95(40.8)	233	
40-49	97(38.7)	77(30.7)	77(30.7)	251	
50-59	44(25.9)	45(26.5)	81(47.6)	170	
60+	13(10.8)	31(25.8)	76(63.3)	120	
不詳	0(0)	7(29.2)	17(70.8)	24	
籍貫					0.031
原住民	7(31.8)	4(18.2)	11(50.0)	22	
客屬	31(29.0)	23(21.5)	53(49.5)	107	
閩南	174(24.1)	181(25.1)	367(50.8)	722	
其他	24(21.8)	33(30.0)	53(48.2)	110	
不詳	4(6.7)	13(21.7)	43(71.7)	60	
教育程度					0.002
國/初中以下	70(21.7)	83(25.7)	170(52.6)	323	
高中	98(28.4)	95(27.5)	152(44.1)	345	
大專以上	67(22.5)	65(21.8)	166(55.7)	298	
不詳	5(9.1)	11(20.0)	39(70.9)	55	
婚姻狀況					0.001
已婚	220(30.3)	216(21.2)	290(39.9)	726	
其他/未婚	20(6.8)	38(12.9)	237(80.3)	295	
職業					0.480
軍公教自由	60(25.2)	60(25.2)	118(49.6)	238	
公司/商	48(23.6)	40(19.7)	115(56.6)	203	
工/農	28(25.0)	26(23.2)	58(51.8)	112	
家管/其他/不詳	104(22.2)	128(27.4)	236(50.4)	468	
居住地區					0.101
省/院轄市	81(27.4)	75(25.3)	140(47.3)	296	
縣轄市	75(22.5)	88(26.4)	170(51.1)	333	
鄉鎮	70(24.1)	67(23.1)	153(52.8)	290	
不詳	14(13.7)	24(23.5)	64(62.8)	102	
合計	240(23.5)	254(24.9)	527(51.6)	1021	

表 3-2 女性受訪者乳癌篩檢經歷及特徵(N=1021)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	p
年齡，歲					0.002
20-29	12(5.4)	20(9.0)	191(85.6)	223	
30-39	19(8.1)	34(14.6)	180(77.3)	233	
40-49	35(13.9)	36(14.3)	180(71.7)	251	
50-59	29(17.1)	19(11.2)	122(71.8)	170	
60+	13(10.8)	17(14.2)	90(75.0)	120	
不詳	0(0)	3(12.5)	21(87.5)	24	
籍貫					0.103
原住民	2(9.1)	3(13.6)	17(77.3)	22	
客屬	6(5.6)	17(15.9)	84(78.5)	107	
閩南	83(11.5)	90(12.5)	549(76.0)	722	
其他	15(13.6)	16(14.6)	79(71.8)	110	
不詳	2(3.3)	3(5.0)	55(91.7)	60	
教育程度					0.004
國/初中以下	37(11.5)	35(10.8)	251(77.7)	323	
高中	43(12.5)	36(10.4)	266(77.1)	345	
大專以上	26(8.7)	55(18.5)	217(72.8)	298	
不詳	2(3.6)	3(5.5)	50(90.9)	55	
婚姻狀況					0.001
已婚	97(13.4)	103(14.2)	526(72.5)	726	
其他/未婚	11(3.7)	26(8.8)	258(87.5)	295	
職業					0.101
軍公教自由	28(11.8)	41(17.2)	169(71.0)	238	
公司/商	17(8.4)	17(8.4)	169(83.3)	203	
工/農	11(9.8)	13(11.6)	88(78.6)	112	
家管/其他/不詳	52(11.1)	58(12.4)	358(76.5)	468	
居住地區					0.743
省/院轄市	35(11.8)	36(12.2)	225(76.0)	296	
縣轄市	37(11.1)	39(11.7)	257(77.2)	333	
鄉鎮	28(9.7)	43(14.8)	219(75.5)	290	
不詳	8(7.8)	11(10.8)	83(81.4)	102	
合計	108(10.6)	129(12.6)	784(76.8)	1021	

表 3-3 女性受訪者大腸癌篩檢經歷及特徵(50 歲以上，N=314)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	P
年齡，歲					0.330
50-59	11(6.5)	19(11.2)	140(82.4)	170	
60+	11(9.2)	22(18.3)	87(72.5)	120	
不詳	1(4.2)	3(12.5)	20(83.3)	24	
籍貫					0.621
原住民	0(0)	2(33.3)	4(66.7)	6	
客屬	1(3.6)	4(14.3)	23(82.1)	28	
閩南	17(7.8)	29(13.3)	172(78.9)	218	
其他	3(13.0)	5(21.7)	15(65.2)	23	
不詳	2(5.1)	4(10.3)	33(84.6)	39	
教育程度					0.065
國/初中以下	9(5.1)	23(13.1)	144(81.8)	176	
高中	7(11.9)	6(10.2)	46(78.0)	59	
大專以上	4(10.3)	11(28.2)	24(61.5)	39	
不詳	3(7.5)	4(10.0)	33(82.5)	40	
婚姻狀況					0.954
已婚	17(7.1)	34(14.2)	188(78.7)	239	
其他/未婚	6(8.0)	10(13.3)	59(78.7)	75	
職業					0.275
軍公教自由	4(6.9)	14(24.1)	40(69.0)	58	
公司/商	1(3.7)	2(7.4)	24(88.9)	27	
工/農	3(6.3)	6(12.5)	39(81.3)	48	
家管/其他/不詳	15(8.3)	22(12.2)	144(79.5)	181	
居住地區					0.515
省/院轄市	11(11.8)	12(12.9)	70(75.3)	93	
縣轄市	4(5.6)	10(13.9)	58(80.6)	72	
鄉鎮	6(6.6)	15(16.5)	70(76.9)	91	
不詳	2(3.4)	7(12.1)	49(84.5)	58	
合計	23(7.3)	44(14.0)	247(78.7)	314	

表 3-4 男性受訪者大腸癌篩檢經歷及特徵(50 歲以上，N=521)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	p
年齡，歲					0.170
50-59	20(8.7)	25(10.9)	184(80.4)	229	
60+	27(9.6)	47(16.7)	208(73.8)	282	
不詳	0(0)	3(30.0)	7(70.0)	10	
籍貫					0.040
原住民	1(25.0)	0(0)	3(75.0)	4	
客屬	5(8.3)	6(10.0)	49(81.7)	60	
閩南	24(7.4)	42(12.9)	260(79.7)	326	
其他	16(15.2)	20(19.1)	69(65.7)	105	
不詳	1(3.9)	7(26.9)	18(69.2)	26	
教育程度					0.068
國/初中以下	23(8.3)	34(12.2)	221(79.5)	278	
高中	7(6.7)	14(13.3)	84(80.0)	105	
大專以上	16(14.8)	20(18.5)	72(66.7)	108	
不詳	1(3.3)	7(23.3)	22(73.3)	30	
婚姻狀況					0.692
已婚	41(9.4)	64(14.7)	331(75.9)	436	
其他/未婚	6(7.1)	11(12.9)	68(80.0)	85	
職業					0.003
軍公教自由	24(12.6)	32(16.8)	134(70.5)	190	
公司/商	3(9.4)	8(9.4)	8(81.2)	19	
工/農	13(8.0)	15(9.2)	135(82.8)	163	
家管/其他/不詳	2(2.4)	20(24.1)	61(73.5)	83	
居住地區					0.926
省/院轄市	14(11.6)	15(12.4)	92(76.0)	121	
縣轄市	15(9.2)	24(14.7)	124(76.1)	163	
鄉鎮	13(7.4)	27(15.4)	135(77.1)	175	
不詳	5(8.06)	9(14.5)	48(77.4)	62	
合計	47(9.0)	75(14.4)	409(78.5)	531	

表 3-5 男性受訪者攝護腺癌篩檢經歷及特徵(50 歲以上，N=521)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	p
年齡，歲					0.013
50-59	8(3.5)	10(4.4)	211(92.1)	229	
60+	26(9.2)	24(8.5)	232(82.3)	282	
不詳	0(0.0)	0(0.0)	10(100.0)	10	
籍貫					0.225
原住民	0(0.0)	0(0.0)	4(100.0)	4	
客屬	3(5.0)	3(5.0)	54(90.0)	60	
閩南	17(5.2)	19(5.8)	290(89.0)	326	
其他	13(12.4)	10(9.5)	82(78.1)	105	
不詳	1(3.9)	2(7.7)	23(88.5)	26	
教育程度					0.288
國/初中以下	14(5.0)	18(6.5)	246(88.5)	278	
高中	5.0(4.8)	6.0(5.7)	94(89.5)	105	
大專以上	13(12.0)	8(7.4)	87(80.6)	108	
不詳	2(6.7)	2(6.7)	26(86.7)	30	
婚姻狀況					0.757
已婚	27(6.2)	28(6.4)	381(87.4)	436	
其他/未婚	7(8.2)	6(7.1)	72(84.7)	85	
職業					0.890
軍公教自由	15(7.9)	12(6.3)	163(85.8)	190	
公司/商	5(5.9)	6(7.1)	74(87.1)	85	
工/農	8(4.9)	9(5.5)	146(89.6)	163	
家管/其他/不詳	6(7.2)	7(8.4)	70(84.3)	83	
居住地區					0.379
省/院轄市	13(10.7)	8(6.6)	100(82.6)	121	
縣轄市	10(6.1)	13(8.0)	140(85.9)	163	
鄉鎮	9(5.1)	10(5.7)	156(89.1)	175	
不詳	2(3.2)	3(4.8)	57(91.9)	62	
合計	34(6.5)	34(6.5)	453(87.0)	521	

表 3-6 女性受訪者生活型態與抹片檢查經歷(N=1021)

生活型態	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	p
抽菸					0.216
不抽	235(24.2)	241(24.8)	496(51.0)	972(100.0)	
已戒	2(12.5)	5(31.2)	9(56.3)	16(100.0)	
仍抽	3(9.1)	8(24.2)	22(66.7)	33(100.0)	
喝酒					0.725
不喝	217(23.4)	228(24.6)	482(52.0)	927(100.0)	
喝	23(24.5)	26(27.7)	45(47.9)	94(100.0)	
檳榔					0.849
不吃	236(23.5)	251(25.0)	518(51.5)	1005(100.0)	
吃	4(25.0)	3(18.7)	9(56.3)	16(100.0)	
運動習慣					0.591
沒有	95(22.5)	101(23.9)	228(53.7)	424(100.0)	
有(輕度的)	108(23.2)	120(25.7)	238(51.1)	466(100.0)	
有(劇烈的)	37(28.2)	33(25.2)	61(46.6)	131(100.0)	
合計	240(23.5)	254(24.9)	527(51.6)	1021(100.0)	

表 3-7 女性受訪者生活型態與乳癌篩檢經歷(N=1021)

生活型態	曾經做過 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	p
抽菸				0.081
不抽	230(23.7)	742(76.3)	972(100.0)	
已戒	0(0.0)	16(100.0)	16(100.0)	
仍抽	7(21.2)	26(78.8)	33(100.0)	
喝酒				0.963
不喝	215(23.2)	712(76.8)	927(100.0)	
喝	22(23.4)	72(76.6)	94(100.0)	
檳榔				0.443
不吃	232(23.08)	773(76.92)	1005(100.0)	
吃	5(31.25)	11(68.75)	16(100.0)	
運動習慣				0.014
沒有	79(18.7)	345(81.3)	423(100.0)	
有(輕度的)	125(26.8)	341(73.2)	466(100.0)	
有(劇烈的)	33(25.2)	98(74.8)	131(100.0)	
合計	237(23.2)	784(76.8)	1021(100.0)	

表 3-8 女性受訪者(50 歲以上)生活型態與大腸癌篩檢經歷(N=314)

生活型態	曾經做過 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	p
抽菸				0.023
不抽	63(20.7)	241(79.3)	304(100.0)	
已戒	2(100.0)	0(0.0)	2(100.0)	
仍抽	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)	
喝酒				0.037
不喝	57(19.9)	230(80.1)	287(100.0)	
喝	10(37.0)	17(63.0)	27(100.0)	
檳榔				0.365
不吃	67(21.5)	244(78.5)	311(100.0)	
吃	0(0.0)	3(100.0)	3(100.0)	
運動習慣				0.333
沒有	19(17.4)	90(82.6)	109(100.0)	
有(輕度的)	37(22.4)	128(77.6)	165(100.0)	
有(劇烈的)	11(28.2)	28(71.8)	39(100.0)	
合計	67(21.3)	247(78.7)	314(100.0)	

表 3-9 男性受訪者(50 歲以上)生活型態與大腸癌篩檢經歷(N=521)

生活型態	曾經做過 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	P
抽菸				0.060
不抽	68(28.0)	175(72.0)	243(100.0)	
已戒	17(21.8)	61(78.2)	78(100.0)	
仍抽	37(18.5)	163(81.5)	200(100.0)	
喝酒				0.517
不喝	85(22.7)	290(77.3)	375(100.0)	
喝	37(25.3)	109(74.7)	146(100.0)	
檳榔				0.051
不吃	103(25.4)	302(74.6)	405(100.0)	
吃	19(16.7)	95(83.3)	114(100.0)	
運動習慣				0.963
沒有	30(18.1)	136(81.9)	166(100.0)	
有(輕度的)	61(24.6)	187(75.4)	248(100.0)	
有(劇烈的)	31(29.0)	76(71.0)	107(100.0)	
合計	122(23.4)	399(76.6)	521(100.0)	

表 3-10 男性受訪者(50 歲以上)生活型態與攝護腺癌篩檢經歷(N=521)

生活型態	曾經做過 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	p
抽菸				0.050
不抽	38(15.6)	205(84.4)	243(100.0)	
已戒	13(16.7)	65(83.3)	78(100.0)	
仍抽	17(8.5)	183(91.5)	200(100.0)	
喝酒				0.760
不喝	50(13.3)	325(86.7)	375(100.0)	
喝	18(12.3)	128(87.7)	146(100.0)	
檳榔				0.071
不吃	58(14.3)	347(85.7)	405(100.0)	
吃	9(7.9)	105(92.1)	114(100.0)	
運動習慣				0.075
沒有	14(8.4)	152(91.6)	166(100.0)	
有(輕度的)	40(16.1)	208(83.9)	248(100.0)	
有(劇烈的)	14(13.1)	93(86.9)	107(100.0)	
合計	68(13.0)	453(87.0)	521(100.0)	

表 3-11 癌篩檢經歷和每月收入

篩檢項目	<20,000 N=494	20,000-49,999 N=757	50,000-99,999 N=364	>=100,000 N=103	合計	p
抹片檢查						0.001
一年內	65(22.2)	74(20.1)	48(33.6)	16(40.0)	203	
超過一年	69(23.6)	79(21.5)	53(37.1)	10(25.0)	211	
不曾有	155(53.1)	214(58.2)	40(28.0)	14(35.0)	423	
不詳	3(1.0)	1(0.3)	2(1.4)	0(0.0)	6	
合計	292(100.0)	368(100.0)	143(100.0)	40(100.0)	843	
乳癌篩檢						0.001
一年內	32(11.0)	33(9.0)	20(14.0)	12(30.0)	97	
超過一年	42(14.4)	39(10.6)	26(18.2)	3(7.5)	110	
不曾有	215(73.6)	295(80.2)	97(67.8)	25(62.5)	632	
不詳	3(1.0)	1(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	4	
合計	292(100.0)	368(100.0)	143(100.0)	40(100.0)	843	
*大腸癌篩檢 (男性)						0.798
曾有過	113(77.4)	108(77.1)	68(76.4)	20(69.0)	309	
不曾有	33(22.6)	32(22.9)	21(23.6)	9(31.0)	95	
合計	146(100.0)	140(100.0)	89(100.0)	29(100.0)	404	
*大腸癌篩檢 (女性)						0.098
曾有過	97(78.9)	45(86.5)	24(64.9)	6(85.7)	172	
不曾有	26(21.1)	7(13.5)	13(35.1)	1(14.3)	47	
合計	123(100.0)	52(100.0)	37(100.0)	7(100.0)	219	
*攝護腺癌篩檢						0.789
曾有過	121(82.9)	123(87.9)	78(87.6)	25(86.2)	347	
不曾有	24(16.4)	17(12.1)	11(12.4)	4(13.8)	56	
不詳	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1	
合計	146(100.0)	140(100.0)	89(100.0)	29(100.0)	404	

*>=50 歲

四、山地鄉居民的癌症警訊認知及癌症篩檢經驗

山地鄉取樣地區採方便樣本，表 4-1 是 226 名男女受訪者的基本資料，其中 126 為宜蘭山地居民。男女年齡分佈相近，唯男性教育程度較高，且以軍公教人數為多。男女抽菸、飲酒和嚼檳榔的比率均高於平地居民(表 4-2)。表 4-3 及 4-4 分別說明男女受訪者癌症警訊認知的積分，和社會經濟因素的相關。認知程度多數在 16 分以下(男性為 65.5%，N=110，及女性為 61.2%，N=116)，此與教育程度明顯相關。男性以 30 到 49 歲認知程度稍高，知道戒菸的男性、或有運動習慣的人，亦有較佳的認知($p \leq 0.02$ ，表 4-5 及 4-6)，但嚼檳榔的女性卻有較佳的認知($p=0.03$ ，表 4-6)。

比較宜蘭縣的山地鄉居民和其他縣山地鄉居民，前者的癌症警訊認知較不如(表 4-7)，積分大於等於 17 以上男性分別為 22.2%和 51.1%($p=0.002$)，女性分別為 34.9%及 62.3%。

不過，居民子宮頸抹片篩檢率卻以宜蘭縣較高(84.1%對 66.0%， $p=0.023$ ，表 4-8)。癌症警訊認知程度並不影響篩檢率。乳癌的篩檢率兩組相近，宜蘭縣為 32.3%，其他山地為 35.8%(表 4-9)。癌症警訊認知的相關亦不明顯。

至於居民的大腸/直腸癌篩檢率，宜蘭縣的和其他山地鄉的都低。癌症認知較佳者，卻有較佳的大腸/直腸癌篩檢率(6.5%對 1.5%， $p=0.048$)，唯人數不多。

表 4-1 宜蘭縣等山地鄉受訪居民基本資料(N=226)

	男性 (N=110)	女性 (N=116)	合計 (N=226)	P
縣分	n(%)	n(%)	n(%)	
宜蘭縣	63(57.3)	63(54.3)	126(55.8)	
其他三縣	47(42.7)	53(45.7)	100(44.2)	
年齡，歲				
20-29	19(17.3)	26(22.4)	45(19.9)	0.774
30-39	25(22.7)	22(19.0)	47(20.8)	
40-49	23(20.9)	22(19.0)	45(19.9)	
50-59	23(20.9)	21(18.1)	44(19.5)	
60+	20(18.2)	25(21.6)	45(19.9)	
籍貫				
原住民	99(91.7)	108(93.1)	207(91.6)	0.319
客屬	1(0.9)	4(3.5)	5(2.2)	
閩南	7(6.5)	3(2.6)	10(4.4)	
其他	1(0.9)	1(0.9)	2(0.9)	
教育程度				
國/初中以下	62(56.4)	84(72.4)	146(64.6)	0.002
高中	32(29.1)	29(25.0)	61(27.0)	
大專以上	16(14.6)	2(1.7)	18(8.0)	
不詳	0(0.0)	1(0.9)	1(0.4)	
婚姻狀況				
已婚	79(71.8)	90(77.6)	169(74.8)	0.318
其他/未婚	31(28.2)	26(22.4)	57(25.2)	
職業				
軍公教自由	44(41.1)	15(13.2)	59(26.1)	0.001
公司/商	2(1.9)	2(1.8)	4(1.8)	
工/農	40(37.4)	12(10.5)	52(23.0)	
家管/其他/不詳	21(19.6)	85(74.6)	106(46.9)	
居住地區				
縣轄市	4(3.9)	3(2.6)	7(3.1)	0.585
鄉鎮	98(96.1)	112(97.4)	210(92.9)	
不詳			9(4.0)	

表 4-2 宜蘭縣等山地鄉受訪居民生活型態(N=226)

生活型態	男性	女性	合計	P
	(N=110)	(N=116)	(N=226)	
	n(%)	n(%)	n(%)	
抽菸				
不抽	35(32.4)	76(65.5)	111(49.1)	0.001
已戒	20(18.5)	15(12.9)	35(15.5)	
仍抽	53(49.1)	25(21.6)	78(34.5)	
喝酒				
不喝	43(39.1)	57(49.1)	100(44.2)	0.129
喝	67(60.9)	59(50.9)	126(55.8)	
檳榔				
不吃	49(45.8)	79(68.1)	128(56.6)	0.001
吃	58(54.2)	37(31.9)	95(43.4)	
運動習慣				
沒有	49(45.4)	45(40.2)	94(41.6)	0.005
有(輕度的)	24(38.9)	62(55.4)	86(38.1)	
有(劇烈的)	17(15.7)	5(4.5)	22(9.7)	

表 4-3 宜蘭縣等山地鄉男性受訪居民(n=110)癌症早期警訊認知積分相關因素分析--社會經濟因素

	積分		合計(N=110) n	P
	≤16 (N=72) n(%)	≥17 (N=38) n(%)		
年齡，歲				
20-29	14(73.7)	5(26.3)	19	0.043
30-39	12(46.0)	13(52.0)	26	
40-49	12(52.2)	11(47.8)	23	
50-59	17(73.9)	6(26.1)	23	
60+	17(85.0)	3(15.0)	20	
教育程度				
國/初中以下	48(77.4)	14(22.6)	62	0.003
高中/大專以上	24(50.0)	24(50.0)	48	
婚姻狀況				
已婚	48(60.8)	31(39.2)	79	0.098
其他/未婚	24(77.4)	7(22.6)	31	
職業				
軍公教自由	24(54.5)	20(45.5)	44	0.139
公司/商/工/農	31(73.8)	11(26.2)	42	
家管/其他/不詳	15(71.4)	6(28.6)	21	

表 4-4 宜蘭縣等山地鄉女性受訪居民(n=116)癌症早期警訊認知積分相關因素分析--社會經濟因素

	積分		合計 (N=116)	P
	<=16 (N=61)	>=17 (N=55)		
	n(%)	n(%)	n	
年齡，歲				
20-29	13(50.0)	13(50.0)	25	0.724
30-39	12(54.5)	10(45.5)	22	
40-49	10(45.5)	12(54.5)	22	
50-59	10(47.6)	11(52.4)	21	
60+	16(64.0)	9(36.0)	25	
不詳				
教育程度				
國/初中以下	50(59.5)	34(40.5)	84	0.022
高中/大專以上	10(32.3)	21(67.7)	31	
不詳	1(100.0)	0(0.0)	1	
婚姻狀況				
已婚	47(52.2)	43(47.8)	90	0.884
其他/未婚	14(38.9)	12(61.1)	26	
職業				
軍公教自由	4(26.7)	11(73.3)	15	0.084
公司/商/工/農	7(50.0)	7(50.0)	14	
家管/其他/不詳	49(57.6)	36(42.4)	85	

表 4-5 宜蘭縣等山地鄉男性受訪居民(n=110)癌症早期警訊認知積分相關因素分析—生活型態因素

	積分		合計 (N=110) n	p
	≤16 (N=72) n(%)	>=17 (N=38) n(%)		
抽菸				0.024
不抽	24(68.6)	11(31.4)	35	
已戒	8(40.0)	12(60.0)	20	
仍抽	39(73.6)	14(26.4)	53	
喝酒				0.088
不喝	24(55.8)	19(44.2)	43	
喝	48(71.6)	19(28.4)	67	
檳榔				0.991
不吃	33(67.3)	16(32.7)	49	
吃	39(67.2)	19(32.8)	58	
運動習慣				0.006
沒有	39(79.6)	10(20.4)	49	
有(輕度的)	20(47.6)	22(52.4)	42	
有(劇烈的)	11(64.7)	6(35.3)	17	

表 4-6 宜蘭縣等山地鄉女性受訪居民(n=116)癌症早期警訊認知積分相關因素分析—生活型態因素

	積分		合計 (N=116)	P
	<=16 (N=61)	>=17 (N=55)		
	n(%)	n(%)	n	
抽菸				0.997
不抽	40(52.6)	36(47.4)	76	
已戒	8(53.3)	7(46.7)	15	
仍抽	13(52.0)	12(48.0)	25	
喝酒				0.463
不喝	28(49.1)	29(50.9)	57	
喝	33(55.9)	26(44.1)	59	
檳榔				0.029
不吃	47(59.5)	32(40.5)	79	
吃	14(37.8)	23(62.2)	37	
運動習慣				0.025
沒有	30(66.7)	15(33.3)	45	
有(輕度的)	25(40.3)	37(59.7)	62	
有(劇烈的)	3(60.0)	2(40.0)	5	

表 4-7 宜蘭縣及其他縣山地鄉受訪居民癌症早期警訊認知積分

	積分		P
	<=16 n(%)	>=17 n(%)	
男性(N=110)			0.002
宜蘭縣(N=67))	49(77.8)	14(22.2)	
其他山地鄉(N=47)	23(48.9)	24(51.1)	
女性(N=116)			0.003
宜蘭縣(N=63)	41(65.1)	22(34.9)	
其他山地鄉(N=53)	20(37.7)	33(62.3)	

表 4-8 山地鄉居民子宮頸抹片篩檢率--按認知積分及縣分

	積分			P
	<=16	>=17	合計	
	n(%)	n(%)	n(%)	
宜蘭縣	34(82.9)	19(86.4)	53(84.1)*	0.72
其他山地鄉	13(65.0)	22(66.7)	35(66.0)*	0.75
合計	47(77.0)	41(74.5)	88(75.0)	0.75

* P=0.023

表 4-9 山地鄉居民乳癌篩檢率--按認知積分及縣分

	積分			P
	<=16	>=17	合計	
	n(%)	n(%)	n(%)	
宜蘭縣	10(26.3)	6(31.6)	16(32.3)*	0.68
其他山地鄉	8(40.0)	11(33.3)	19(35.8)*	0.68
合計	18(31.0)	17(32.7)	35(30.2)	0.55

* P=0.37

表 4-10 山地鄉大腸/直腸癌和攝護腺癌篩檢率

	宜蘭縣	其他山地鄉	P
	n(%)	n(%)	
大腸/直腸癌(全體)*	5(4.0)	3(3.0)	0.70
大腸/直腸癌(50歲+)	2(4.1)	2(5.0)	0.84
攝護腺癌(50歲+)	1(4.0)	0(0.0)	0.39

*有 6 人(6.5%)是癌症警訊認知積分>=17

有 2 人(1.5%)是癌症警訊認知積分<=16(p=0.048)

五、國民中小學女老師癌症警訊認知及癌症篩檢經驗

以方便取樣方式，自新竹縣和桃園縣四間國民中小學，請女老師以自報方式填答本計畫之問，共完成 224 案，完成率 89.2% (N=251)。

近 60% 的女老師其癌症認知達 22 分以上，只有 15.2% 在 16 分以下 (表 5-1)，癌症警訊認知程度，與癌症篩檢經驗亦有相關，但顯著程度不強。癌症警訊認知積分 16 分下，有過抹檢查的有 38.2%，11 到 21 分的為 60.7%，積分 22 分以上的為 56.0% ($p=0.099$) (表 5-2)。有 30% 女老師有過乳癌篩檢經驗，與癌症警訊的認知相關不大 ($p=0.44$)。年齡與女老師的上述兩種癌症經驗有明顯相關。

30 歲以上女老師有過抹片檢查的達 60.0% 以上，40 到 49 歲的老師最高，有 70.8%，20 到 29 歲的年輕女老師則只有 11.4% ($p=0.001$) (表 5-2)。乳癌篩檢率，30 歲以上老師達 30% 以上，年輕老師則不到 10% (表 5-3)。

表 5-4 的複邏輯迴歸分析顯示，比起 40 到 49 歲的女老師，20 到 29 歲女老師未做過抹片檢查的勝算比是 17.2，比起 50 到 59 歲的女老師，20 到 29 歲女老師未做過抹片檢查的勝算比是 10.1。比起癌症認知積分為 17 到 21 分的老師，認知積分在 16 分以下的老師較多未做過抹片檢查 (OR=4.2，95% 可信限為 1.6-11.7) 和乳癌檢查 (OR=2.5，95% 可信限為 0.9-7.1)。

表 5-1 新竹及桃園地區國中國小女性教師癌症早期警訊認知積分之年齡分佈(N=224)

	積分			合計 n(%)	p
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)		
年齡，歲					0.100
20-29	5(14.3)	13(37.1)	17(48.6)	35(15.6)	
30-39	9(9.9)	22(24.2)	60(65.9)	91(40.6)	
40-49	8(16.7)	9(18.8)	31(64.6)	48(21.4)	
50-59	6(20.0)	5(16.7)	19(63.3)	30(13.4)	
60+	2(50.0)	2(50.0)	0(0.0)	4(1.8)	
不詳	9(25.0)	5(31.3)	7(43.7)	16(7.1)	
合計	34(15.2)	56(25.0)	134(59.8)	224(100.0)	

表 5-2 新竹及桃園地區國中國小女性教師子宮頸癌抹片篩檢的危險因子

因子	做過抹片檢查 n(%)		未做過抹片檢查 n(%)	P
	<=1 年	>1 年		
癌症認知積分				0.309
<=16	4(11.8)	9(26.5)	21(61.8)	
17-21	13(23.2)	21(37.5)	22(39.3)	
>=22	28(20.9)	47(35.1)	59(44.0)	
年齡，歲				0.001
20-29	1(2.9)	3(8.6)	31(88.6)	
30-39	24(26.4)	31(34.1)	36(39.6)	
40-49	8(16.7)	26(54.2)	14(29.2)	
50-59	9(30.0)	9(30.0)	12(40.0)	
60+	1(25.0)	3(75.0)	0(0.0)	
不詳	2(12.5)	5(31.3)	9(56.2)	
合計	45(20.1)	77(34.4)	102(45.5)	

表 5-3 新竹及桃園地區國中國小女性教師乳癌篩檢的危險因子

因子	做過乳癌篩檢 n(%)		未做過乳癌篩檢 n(%)	P
	<=1 年	>1 年		
癌症認知積分				0.503
<=16	1(3.0)	6(18.2)	26(78.8)	
17-21	3(5.4)	16(28.6)	37(66.1)	
>=22	12(9.0)	29(21.6)	93(69.4)	
年齡，歲				0.077
20-29	1(2.9)	2(5.7)	32(91.4)	
30-39	6(6.7)	21(23.3)	63(70.0)	
40-49	3(6.3)	12(25.0)	33(68.8)	
50-59	5(16.7)	11(36.7)	14(46.7)	
60+	0(0.0)	1(25.0)	3(75.0)	
不詳	1(6.3)	4(25.0)	11(68.8)	
合計	16(7.2)	51(22.9)	156(70.0)	

表 5-4 新竹及桃園地區國中國小女性教師不曾做子宮頸癌抹片篩檢、乳癌篩檢的危險因子--以複邏輯迴歸分析

因子	不曾抹片檢查 OR(95% CI)	不曾乳癌篩檢 OR(95% CI)
癌症認知積分		
<=16	4.2(1.6-11.7)	2.5(0.9-7.3)
17-21	1.0	1.0
>=22	1.6(0.8-3.4)	1.4(0.7-2.8)
年齡，歲		
20-29	17.2(5.2-56.8)	10.1(2.7-38.6)
30-39	1.3(0.7-2.6)	2.1(1.0-4.6)
40-49	1.0	1.9(0.8-4.5)
50-59	1.2(0.5-2.9)	1.0
60+	0.0(0.0-999.0)	2.4(0.2-27.0)

六、癌症警訊認知、篩檢與醫病關係

表 6-1 說明女性受訪者的醫病關係。癌症認知積分較低的婦女，以有高血壓的居多，較常去醫學中心之外的醫療機構，尤其是衛生所，也可能較無固定的醫師，就上次量血壓時間觀察，也較無這類篩檢(量血壓)實踐；血壓篩檢的實踐，和抹片檢查的實踐有明顯的相關(表 6-2)。這些差異在男性均不明顯(表 6-3)。

表 6-1 女性受訪者癌症早期警訊認知積分的醫病相關(N=1137)

	積分			合計 n(%)	P
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)		
有高血壓、高血脂或糖尿病					0.001
有	87(46.8)	51(27.4)	48(25.8)	186(100.0)	
沒有	239(27.0)	335(37.9)	310(35.1)	884(100.0)	
不知道/其他	23(35.4)	22(33.9)	20(30.8)	65(100.0)	
平時有固定照護醫師或醫療機構					0.019
是	242(28.9)	302(36.0)	294(35.1)	838(100.0)	
否	91(33.7)	99(36.7)	80(29.6)	270(100.0)	
其他	16(55.2)	7(24.1)	6(20.7)	29(100.0)	
常去的醫療機構類型					0.001
衛生所	20(51.3)	5(12.8)	14(35.9)	39(100.0)	
診所	157(28.0)	225(40.1)	179(31.9)	561(100.0)	
地區/區域醫院	106(33.9)	94(30.0)	113(36.1)	313(100.0)	
醫學中心	7(14.3)	19(38.8)	23(46.9)	49(100.0)	
其他	53(32.5)	62(38.0)	48(29.5)	163(100.0)	
最近一次量血壓的時間					0.006
一年內	113(28.5)	139(35.0)	145(36.5)	397(100.0)	
一年以上	69(40.8)	48(28.4)	52(30.8)	169(100.0)	
不曾	154(28.0)	219(39.8)	177(32.2)	550(100.0)	

表 6-2 女性受訪者子宮頸癌抹片篩檢的醫病關係(N=1137)

因子	做過抹片檢查 n(%)		未做過抹片 檢查 n(%)	合計	P
	≤1 年	>1 年			
有高血壓、高血脂或糖尿病					0.021
有	56(30.8)	54(29.7)	72(39.6)	182(100.0)	
沒有	199(22.6)	228(25.9)	452(51.4)	879(100.0)	
不知道/其他	21(32.3)	14(21.5)	30(46.2)	65(100.0)	
平時有固定照護醫師或醫療機構					0.827
是	204(24.6)	213(25.7)	412(49.7)	829(100.0)	
否	68(25.3)	74(27.5)	127(47.2)	269(100.0)	
其他	5(17.2)	9(31.0)	15(51.7)	29(100.0)	
常去的醫療機構類型					0.047
衛生所	11(30.6)	9(25.0)	16(44.4)	36(100.0)	
診所	126(22.7)	134(24.1)	296(53.2)	556(100.0)	
地區/區域醫院	76(24.4)	86(27.7)	149(47.9)	311(100.0)	
醫學中心	20(40.8)	10(20.4)	19(38.8)	49(100.0)	
其他	37(22.7)	54(33.1)	72(44.2)	163(100.0)	
最近一次量血壓的時間					0.001
一年內	127(32.1)	115(29.0)	154(38.9)	396(100.0)	
一年以上	41(24.6)	39(23.4)	87(52.1)	167(100.0)	
不曾	108(19.7)	131(23.9)	309(56.4)	548(100.0)	

表 6-3 男性受訪者癌症早期警訊認知積分的醫病相關(N=1156)

	積分			合計 n(%)	p
	<=16 n(%)	17-21 n(%)	>=22 n(%)		
有高血壓、高血脂或糖尿病					0.451
有	140(47.8)	76(25.9)	77(26.3)	293(100.0)	
沒有	331(42.9)	238(30.9)	202(26.2)	771(100.0)	
不知道/其他	37(40.2)	31(33.7)	24(26.1)	92(100.0)	
平時有固定照護醫師或醫療機構					0.124
是	310(41.8)	225(30.4)	206(27.8)	741(100.0)	
否	168(46.9)	109(30.5)	81(22.6)	358(100.0)	
其他	30(52.6)	11(19.3)	16(28.1)	57(100.0)	
常去的醫療機構類型					0.092
衛生所	19(57.6)	7(21.2)	7(21.7)	33(100.0)	
診所	198(41.5)	143(30.0)	136(28.5)	477(100.0)	
地區/區域醫院	153(41.5)	125(33.9)	91(24.7)	369(100.0)	
醫學中心	38(43.2)	25(28.4)	25(28.4)	88(100.0)	
其他	94(53.4)	43(24.4)	39(22.2)	176(100.0)	
最近一次量血壓的時間					0.505
一年內	199(41.4)	142(29.5)	140(29.1)	481(100.0)	
一年以上	80(42.6)	60(31.9)	48(25.5)	188(100.0)	
不曾	213(45.4)	142(30.3)	114(24.3)	469(100.0)	

肆、討論

一、民眾癌症警訊認知差異的相關因子

這次有關癌症認知的調查，是為了解一般民眾及特定族群的認知程度及其相關因子，並探討認知程度和癌症篩檢實踐的相關。我們的取樣設計及問卷內容在計畫執行時加以調整，改變了取樣方法，不按照人口分佈取樣，只考慮年齡及性別分佈。原期望取樣成年人五個年齡層的各年齡層性別分佈會一樣，實際執行略有偏差，不過，樣本數夠大，因而沒有妨礙到其他相關因子的觀察，包括城鄉、職業、教育程度等人口、社會經濟因子自然呈現，利用這些因子的認知差異，即可辨別不同群體的特徵，因此衛生署所期待城鄉差異的分析可以涵括。

由於取樣方法以電話訪問為主，採取隨機亂碼的方式，山地鄉居民較不會被抽訪到，因此山地居民受訪者另案收取。同時本計畫考慮中小學老師可能是一組好的指標，因而以方便樣本的方式選擇國民中小學老師做自填問卷調查。

由本計畫的結果可以看出，居民癌症的認知的確有城鄉的差異，省/院轄市比縣轄市要好一點，鄉鎮較差，差距並不十分巨大(雖然統計上明顯)。原住民顯然是較缺乏認知的。我們認為，城鄉居民的認知差異乃是由於教育程度所致。大專以上教育程度居民的認知積分達 22 分以上的有 38.2%，比高中程度的居民高 11.2%，比國/初中以下多了 22.1%。城市的高學歷居民比鄉鎮多，接觸面也較廣，因此城市居民會有較好的認知。癌症認知程度就按職業別的差異，也是一種教育程度差異的反應，因此白領階層認知程度積分 22 以上的比藍領階層的要

高。較難以理解的是男性軍/公教/自由業的積分 16 或以下的情況相當的普遍(40.0%)，女性則否(16.4%)，軍/公教/自由業女性明顯是較優秀族群。不過，由新竹縣和桃園縣方便取樣教師來看，國中、小學女老師的認知更佳，積分 22 分以上的達 60%。

癌症警訊認知程度的年齡別相當有趣，反而是 40 到 49 歲的最佳，50 到 59 歲的其次。除了教育程度的差異，相信這二個年齡層的歷練及接觸面較廣。60 歲以上的老年人的癌症認知不夠，教育程度較低，有半數的人的得分是 16 以下，不難理解。至於 20 到 29 歲的受訪者，其認知程度未必優於 60 歲以上的老人，就較難解釋，這一個年齡層也應列為認知欠缺的族群，需要加以了解，並給予教育。

由生活型態分析所顯示的抽菸人口、喝酒的人和檳榔族傾向於認知較低，相信也是教育程度的反映。尤其是吃檳榔人口，男性有 46.5%，女性有 68.8%的認知積分 16 以下，這也反映了工農階層在這方面的不足。

由上所述一般人口對癌症警訊的認知，有一規則可循，即社會經濟階層較低或者年紀較大(60 歲以上)者，是較欠缺認知的，20 到 29 歲的年輕人也是較欠缺者。如果需要推動認知介入，應以社會階層較低者為主要推動對象。20 到 29 歲年輕人的致癌危險性尚不顯著，往後也會逐漸接觸，應當作第二對象。不過，社會階層較低者，可能也是較不易接觸者，需要較多的努力。20 到 29 歲年輕人的認知程度較低，可以顯示衛生教育之不足，學校衛生教育有改善的空間。

二、民眾癌症警訊認知和篩檢實踐

探究民眾癌症早期警訊認知的目的，是在了解民眾所具備的癌症

知識。理論上，具備這方面的知識，一旦癌症早期症狀發生時，有助於發現及警剔，進而尋求診察，得到早期診斷，以獲得早期治療。其潛在含意具有自我篩檢之意，因之達到二級預防的部分功能。其實，更重要的是希望能更進一步，不待有早期症狀，即做定期篩檢。預防醫學講求 KAP(Knowledge, Attitude and Practice，即知識、態度和實踐)，已是共識，即是冀望在疾病預防及健康促進，能夠具備必要的知識，以為督促的驅動力。本計畫發現國民中小學女老師的癌症認知比一般人要好得多，積分 22 分以上的是 59.8%對 34.7%，若依癌症認知程度比較，其抹片篩檢經驗和乳癌篩檢經驗並未高於一般婦女，顯示有此知識未必足以成事，亦需有意願採取行動加以實踐(17)。固然還有其他因素干擾從認知到實踐的進程，KAP 一向是基本的訴求。其間看似單純，卻往往不易超越，癌症篩檢即是一例。從具備癌症早期警訊認知到自行力行實踐，明顯有一段障礙需要克服，不然，何以國人的種種癌症篩檢率如此低落。由本計畫調查結果發現觀之，國人癌症知識未必淺漏。

例如，知道排便習慣改變、或有潛血、或有腸道息肉，可能與大腸癌有關的人不在少數，有超過三分之二的人理解，但立意去做定期檢查的人並不多。在本計畫調查中，50 歲以上受訪者曾經做過大腸癌篩檢的篩檢率僅有 20%。也許絕大部分的受訪者，從不覺得有排便習慣改變，從不知道有潛血，當然因為不曾做過糞便潛血、或指診、或大腸鏡檢查、也就不知道是否有息肉，因此，篩檢率不高。

事實上，大腸癌的篩檢，較積效的實踐應是大腸鏡的內視檢查，這是比較麻煩的實踐，也需要較大的花費及較多的時間和程序，一般人較不易做。

上了年紀的男性排尿有困難或頻尿，也許知道是攝護腺腫大了，也許長了瘤了，相信會去看醫師的不在少數。實際上做指診、前列腺特異抗原(PSA)試驗，乃至超音波檢查的，並不多見，這和知識固然有關，但來自醫療提供者的障礙也許更重要。醫療提供者未必具有指診的訓練，未必具備 PSA 檢查的警覺，也未必建議做超音波等侵入性的檢查。樣本中 50 歲以上男性，有過攝護腺癌篩檢經驗的，大約只有 10%，或許與許多男士也理解國人的攝護腺癌發生率低有關。

乳癌是婦女的重要癌症，是西方婦女發生率最高的癌症，也是我國婦女發生率第二高的癌症。有的早期警訊較容易認知，例如本計畫的調查發現，受訪者有 80% 了解「乳房有硬塊，但沒有痛覺，仍有罹患乳癌的可能。」但是有乳癌篩檢經驗的婦女，不過 20% 多些。

乳房小腫瘤的觸診需要仰賴有訓練的醫護人員，更小的腫瘤需仰賴乳房攝影(mammography)或超音波，不是自我檢查能取代的，只有仰賴定期檢查。很顯然，目前國人婦女的篩檢率相當低，50 歲以上的只有 20% 曾經做過，然而這個篩檢率並未區分是醫護人員的觸診或乳房攝影或超音波檢查。反觀美國 40 歲以上婦女，1998 年調查，二年內有過乳房攝影(mammography)檢查的白人有 68.1%，非裔也進步到 65.9%，西裔有 60.7%，亞裔亦有 60.7%(18)。固然美國婦女乳癌的發生率是她們最高的一種，而有所警覺，不過，相信這是美國各級衛生機構、學術單位等不斷宣導有以致之。雖然癌症警訊的知識會是他們宣導的部分內容，他們通常強調自我檢查，灌輸篩檢的重要性，也積極鼓勵醫師注意病人是否定期篩檢，教育醫師力行篩檢，嚴肅認真。

然而，我國醫療提供者實際把乳癌觸診當作例行醫療行為去執行的報導尚付闕如，以常識判斷應相當低，主動開處方要求婦女做乳房

攝影或超音波檢查的，估計也相當少。

各種癌症篩檢需要借重醫護專業者，能持續提供服務，最具重要性且最可行的自然是抹片檢查(Pap smear test)。Pap 抹片檢查就像臨床乳癌觸診之於乳癌，是簡易而有效的二級子宮頸癌預防方法(19-21)，在西方國家行之多年且普及，篩檢效果均已受肯定，發揮了早期診斷早期治療之功能。美國婦女的子宮頸癌死亡率已經降到 $2.8/10^5$ ，固然其發生率已經降到 $7.9/10^5$ 是主要原因(22)，Pap 抹片檢查的普及以及高接受率，應該是因素之一；Devesa (22)認為自 1940 年代開始用 Pap 抹片檢查，子宮頸癌死亡率在 40 年間下降了 75%，原因在此。自 1988 年起，根據美國疾病管制中心的調查，美國婦女的 Pap 抹片檢查，每年的檢查率即有 82% 以上(21)。反觀國內婦女，乳癌在 1995 年的發生率 $32.5/10^5$ ，仍然是女性癌症第一位，死亡率也高達 $9.8/10^5$ 。這次的調查發現有 83% 的婦女知道子宮頸癌的高發生率，但是有此認知不一定會採取行動去做，顯然有很大的努力空間。

三、民眾癌症警訊認知和篩檢行為--國內外比較

推動疾病預防，第一要件是先提供教育，使對象有所知，即增進其知識，繼而改變其態度、信念或行為，願意去採取行動實施預防實踐。這是歷來推動疾病防治，特別是慢性病的防治，採用的方式，因之需要知道民眾的基本認知。民眾認知的測驗問題必需簡易，這一次的調查似乎符合這項要求；共有 28 題，得分在 16 或以下，17-21 分，和 22 分或以上各佔約三分之一，女性得分較佳，資料分析也顯示，得分較好的有較佳的篩檢行為。

一般都認為，以介入教育的方式提昇民眾知識，有助於疾病防

治。依據在亞特蘭大從事乳癌及子宮頸癌篩檢的介入教育的經驗(24)，介入之後，的確提升了參加者的癌症認知程度，但數月之後，測驗分數就退步到與介入前差異不大的程度；然而，篩檢實踐卻仍然提昇了，也就是說，介入教育知識雖消退，篩檢實踐必要性的印象仍然存在，這對於介入前不曾做篩檢的人，尤有特別的提升作用(24)。過去幾年美國 NCI 及 CDC 等機構強力推動癌症篩檢運動，是非裔婦女的乳癌篩檢和 Pap 抹片檢查能夠提升的原因，尤其是 Pap 抹片檢查，即便是城內醫療照護最欠缺的弱勢族群，1986 年的篩檢率也有 56%(25)。Sung 等 1990 年在亞特蘭大調查城內弱勢社區居民，也有 51%(23)，即便如此，就已經比今日的國人高得多了。

子宮頸癌是和社會經濟地位有密切關係的癌症，弱勢族群不僅發生率較高，死亡率也較高。Sung 等(26)曾經分析美國 Medicaid 人口的發生率和盛行率，存在著相當明顯的種族差異和城鄉差異，白裔的發生率是非裔的 3.7 倍，城市非裔是鄉間的 6 倍。但是他們能突破各種障礙提升篩檢率，很難相信國內婦女的癌症認知會不如美國弱勢團體。

對癌症有認知，應該有助於尋求篩檢的動機，但並不是絕對的，美國弱勢族群可以有高的篩檢率便是。我們在這次的調查也發現類似的現象，山地居民的癌症認知不如一般民眾甚多，但是她們的 Pap 抹片使用率卻遠優於一般民眾，相信是各地衛生局強力介入的關係。

這次調查顯示，一般婦女的 Pap 抹片使用率的確有些進展，比起周氏報告(27)1979 到 1984 年的 4.5% 篩檢率，陽明十字軍 1990 到 1993 年對 40 歲以上婦女調查 18% 做過要高(28-30)，但季氏等(31, 32)在 1992 年發現台北市的定期篩檢率達 23.2%，比起黃氏等(33)在 1997

年的調查結果(32%)也高。本次的調查顯示，即便認知積分 16 以下的篩檢率亦達 37%，其中約 17%是一年內做的。這種進展是否與民眾的一般癌症認知的提升有關，有待探討，近年來強力的宣導執行應是較可能的理由。不過，依據黃氏(33)的研究，全民健康保險的實施，也是提升篩檢率的一個因素。黃氏(33)等亦有相似的看法，1996 年的利用率為 26.1%。

四、研究限制

本計畫的主體調查是希望了解城鄉的癌症早期警訊認知差異，研究設計並未特意挑選出代表性的城市和鄉野，而是採取全面性各年齡層相等人數的普查方式，利用電話亂碼選訪，在夜間進行為主，這種普查方式可能更具比較性，不過城鄉之間的對比並不夠尖銳，所幸樣本數還足以顯示城鄉的普遍性。

由於電話訪問以夜間進行為主，較容易獲取上班族的案例。電訪的缺點是沒有電話的弱勢族群沒法接觸到，這也是醫療接受不足的部分，需要獲得額外的照顧。由資料分析結果，也足以推估，他們是認知不足的，需要提升，需要更強力的介入。

本計畫的山地鄉訪視雖然是一種方便樣本，取樣模式仿照主體樣本採樣方式，分性別及年齡層，各層取樣盡可能在 20 到 25 之間，受訪鄉鎮給予定額，在村落中按照隔戶訪視的方式，產生癌症認知及篩檢史偏差的機會不大。當然這種取樣方式會錯過散居獨立住戶，這些很可能是醫療照護（包括山地篩檢計畫）不易及者。至於竹桃國民中小學女教師的問卷調查，純然是方便樣本。雖然是方便樣本，但各校之間仍有相近之處。從預防醫學以特定群體為對象，如擬從事介入活

動的立場而言，這種取樣方式可以顯示這些老師的特徵。

五、結論

一般而言，癌症警訊的認知具城鄉別，鄉鎮居民較差，但對篩檢實踐的城鄉差異相關不大。認知差異主要影響到女性抹片檢查及乳癌篩檢，這可能是教育程度的反映，認知較佳者傾向於由文字的閱讀得知識。山地鄉居民的高抹片檢查率，乃是強勢介入的結果與認知的相關不明顯。至於其他癌症篩檢率之低落，顯示風氣未開。本計畫顯示國人已有相當程度的癌症警訊認知，但癌症篩檢的實踐相當不足，是必需面對的挑戰。

伍、建議

公共衛生先進的西方國家推動防癌措施已經有相當的歷史不論是一級預防的抽菸防治、飲食控制乃至健康提升運動等，或二級預防的疾病篩檢，或三級預防的遵醫治療等，都含有認知教育的介入。推動癌症警訊認知的目的，既然是喚起民眾實踐篩檢行為，就需要做項目的選擇。世界衛生組織所揭示的群體篩檢原則(31)，是要以重要健康問題為目標，疾病明顯可診斷，有適當治療依據，有適當篩檢方法可持續，篩檢費用合理經濟等(CDC)。衡諸各種癌症，篩檢應用最多的國家莫不以Pap抹片檢查和乳癌篩檢為首要，其次為大腸癌和攝護腺癌，其他癌症篩檢的倡導就不具熱度。

觀諸國人的癌症問題，由於子宮頸癌仍然是女性發生率首要的癌症，乳癌緊追其後，因此也一如西方國家把這兩種癌症的篩檢列為女性癌症篩檢的首要項目，衛生主管機構也實際如此規劃，成效亦逐漸顯現，至於是否需要從民眾的癌症警訊認知著手，則尚需思考。主要的理由是，我國的衛生預算，比起西方國家，是十分的侷限。從認知介入著手亦需要人力、物力，不如將此人力、物力投入篩檢的執行。宜蘭縣等山地鄉居民癌症認知的積分並不好，但是Pap抹片檢查執行率高，乳癌篩檢率卻又不高，就是直接篩檢介入採取的措施有緩急的關係。Pap抹片檢查比乳癌篩檢又較容易推行，因此強力介入，效果很快呈現，其他篩檢必竟有較多的困難。因此，衛生主管機構在預算容許的範圍需要考慮優先順序，對社會階層較低的女性居民進行強勢介入，就如宜蘭等縣對山地居民所採用的方式。然而，癌症防治不是止於篩檢，需要有後繼的措施。美國對弱勢團體有特別的措施，以

其國會在 1990 年立法，Public Law 101-345(32)為例，該法案是慢性病防治重要的里程碑，要求州政府設立計畫進行下列六大工作：

1. 為醫療服務欠缺的婦女進行乳癌和子宮頸癌篩檢；
2. 為篩檢陽性的婦女提供適宜的醫療，並確實追蹤；
3. 教育民眾相關之癌症知識及防治；
4. 提升醫護人員篩檢防治訓練；
5. 建立篩檢品質及判定監督之機制；
6. 利用監視系統評估成效。

上述六項工作也是我國衛生主管及學術單位可以借鏡者，今後的篩檢將會因為宣導的提升，及地方單位的逐次提升篩檢活動而增加，篩檢所需設施及有訓練的篩檢和判讀人力是否成一定比例平行增長則需善加規劃。

陸、參考文獻

1. Cancer Registry Annual Report, Republic of China, 1994. Department of Health, the Executive Yuan, ROC. June 1997.
2. Kosary CL, Ries LAG, Miller BA, Hankey BF, Harras A, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1973-1992: Tables and Graphs, National Cancer Institute. NIH Pub No. 96-2789. Bethesda, MD, 1995.
3. Freeman HP. Cancer in the Socioeconomically disadvantaged CA Cancer. J. Clin. 1989;39:266-288.
4. Greenberg RS, Sung JFC, Liff JM, Clark WS, Incidence and Survival rates for cancer in Atlanta, 1975-85. J Med Assoc Georgia 1988; 77:612-617
5. Greenberg RS, Liff JM, Clark WS, Sung JFC, Report of the Georgia Status Cancer Registry, 1975-85. J Med Assoc Georgia 1988; 77:850-900
6. USDHHS. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. DHHS Publication No. (PHS) 91-50212, U.S. Govt. Printing Office, Washington D.C, 1991.
7. USDHHS. Smoking and Health—A National Status Report. A Report to Congress. 2nd Ed. DHHS Pub. No.(CDC)87-8396 (Revised 02190)
8. Yen LL, Pan LY, Yen HW, Lee LA, The Smoking Status in Taiwan Area: Prevalence rates and risk factors. Chinese J. Pub Health (Taipei) 1995; 14: 150-158
9. 涂醒哲。台北市子宮頸抹片檢查評估。
10. Winawer SJ, Shike M. Prevention and Control of Colorectal Cancer in Greenwald P, Kramer BS, Weed DL: Cancer Prevention and Control. Marcel Dekker, Inc. New York, 1995.
11. 江東亮，張正明，洪永泰。一九九四年國民醫療健調查期末報告。

CHPR/HCR-95-R01, 1995.

12. Liff J, Sung JFC, Chow WH, Greenberg RS. Does increased detection account for the rising incidence of breast cancer? *AJPH* 1991; 81:458-461
13. Sung JFC, Harris-Hooker S, Alema-Mensah E, Mayberry R. Racial difference in the occurrence of hypertension in Georgia Medicaid population. *Ethnicity Dis* 1997;7:19-26.
14. Sung JFC, Blumenthal DS, Alema-Mensah E, McGrady GA. Racial and urban/rural differences in cervical carcinoma in Georgia Medicaid recipients. *Cancer* 1997;80:231-236.
15. Sung JFC. Colorectal cancer screening in members of senior citizen club. submitted 1997, in revision.
16. Salive ME, Guralnik JM, Brock D. Preventive services for breast and cervical cancer in U.S. office-based practices. *Prev Med* 1996; 25: 561-568.
17. Milio N. Priorities and Strategies for promoting community-based prevention policies. Brownson RC, et al. *Community-Based Prevention: Program that Work*. Guthersburg: Aspen Pub, Inc. 1999:20-42.
18. CDC. Data on Health Disparities. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Pub. #1-0029, 10/2000.
19. Warneck RB and Graham S.: Characteristics of blacks obtaining Papanicolaou smears. *Cancer* 1976; 37: 2015-2025.
20. Pap smear screening --Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1988 *MMWR* 1989; 38: 777-779.
21. Makuc DM, Fried MV, Kleinman JC: National trends in the use of preventive health care by women. *Am J Public Health* 1989; 79: 21-26.
22. Devesa SS: Recent trends in cerviuteri cancer. *Cancer* 1989; 64: 2184-

- 90.
23. Sung JFC, Coates RJ, Williams JE, et al. Cancer Screening Intervention among black women in inner-city Atlanta--Design of a study. *Pub Health Dep.* 1992; 107: 381-8.
 24. Sung JFC, Williams JE, Blumenthal DS: Effect of a cancer screening intervention conducted by lay health workers among inner-city women. *Am J Prev Med* 1997; 13: 51-7.
 25. Mamon JA: Inner-city women at risk for cervical cancer: behavioral and utilizational factors related to inadequate screening. *Prev Med* 1990; 19: 363-376.
 26. Sung JFC, Blumenthal DS, Alema-Mensah E, McGrady GA: Racial and urban/rural differences in cervical carcinoma in Georgia Medicaid recipients. *Cancer* 1997; 80: 231-6.
 27. Chou P, Chen V. Mass Screening for cervical cancer in Taiwan from 1974 to 1984. *Cancer* 1989; 64: 962-968.
 28. 陳錫中：台灣鄉村婦女「子宮頸抹片檢查」的認知及參與之調查研究。衛生署科技計畫 DOH83-HP-16。
 29. Chou P. Screening for cervical cancer in Taiwan. *Biomed Eng Appl Basis Comm* 1996; 8: 123-131.
 30. 陳錫中、周碧瑟：台灣鄉村婦女「子宮頸防癌抹片檢查」的認知及參與之調查研究。中華衛誌 1995; 6: 494-501。
 31. 季瑋珠：都市地區有偶婦女子宮頸抹片篩檢服務使用率與供給者分析。衛生署科技計畫 DOH81-HP-402。
 32. 簡大任、季瑋珠：都市地區有偶婦女接受子宮頸抹片檢查影響因素之探討。中華衛誌 1995; 14: 111-128。
 33. Huang CP, Chi LY, Chang HJ, Chou P.: Cognition and utilization of

Papanicolaou testing after the implementation of National Health Insurance in Rural Taiwan. *J Formos Med Assoc* 1999; 98:19-23.

34. Huang YG, Yeh MY, Lin CF.: The utilization of Pap smear service provided by the National Health Insurance. *Chin J Public Health (Taipei)* 1998; 17:28-35.
35. CDC. 1992 EIS Summer Course.: Screening for antibody to the human immunodeficiency virus. Atlanta. 1992.
36. Henson RM, Wyatt SW, Lee NC.: The national breast and cervical cancer early detection program in Brownson RC, et al. Ed. *Community Based Prevention--Programs that work*. Gaithersburg, MD: Aspen Pub., Inc. 1999:122-139.

柒、附錄

一、含山地樣本的檳榔嚼食資料

表 7-1 受訪者社會經濟基本資料--含宜蘭等山地樣本(N=2293)

	男性 (n=1156)	女性 (n=1137)	p
年齡，歲			0.001
20-29	196(17.0)	249(21.9)	
30-39	201(17.4)	255(22.4)	
40-49	195(16.9)	273(24.0)	
50-59	252(21.8)	191(16.8)	
60+	302(26.2)	145(12.8)	
不詳	10(0.9)	24(2.1)	
籍貫			0.002
原住民	110(9.5)	130(11.4)	
客屬	118(10.2)	111(9.8)	
閩南	731(63.3)	725(63.8)	
其他	160(13.9)	111(9.8)	
不詳	35(3.0)	60(5.3)	
教育程度			0.008
國/初中以下	430(37.2)	407(35.8)	
高中	328(28.4)	374(32.9)	
大專以上	359(31.1)	300(26.4)	
不詳	39(3.4)	56(4.9)	
婚姻狀況			0.594
已婚	818(70.8)	816(71.8)	
其他/未婚	338(29.2)	321(28.2)	
職業			0.001
軍公教自由	359(31.1)	253(22.3)	
公司/商	246(21.3)	205(18.1)	
工/農	377(32.7)	124(10.9)	
家管/其他/不詳	171(14.8)	553(48.7)	
居住地區			0.302
省/院轄市	263(22.9)	296(26.1)	
縣轄市	358(31.2)	336(29.6)	
鄉鎮	430(37.5)	402(35.4)	
不詳	97(8.5)	102(9.0)	

表 7-2 受訪者生活習慣基本資料--含宜蘭等山地樣本(N=2293)

	男性 (n=1156)	女性 (n=1137)	p
抽菸			0.001
不抽	488(42.3)	1048(92.2)	
已戒	142(12.3)	31(2.7)	
仍抽	524(45.4)	58(5.1)	
喝酒			0.001
不喝	740(64.0)	984(86.5)	
喝	416(36.0)	153(13.5)	
檳榔			0.001
不吃	792(68.8)	1084(95.3)	
吃	359(31.2)	53(4.7)	
運動習慣			0.001
沒有	401(34.8)	468(41.3)	
有(輕度的)	429(37.2)	528(46.6)	
有(劇烈的)	324(28.1)	136(12.0)	

表 8-1 男性受訪者嚼食檳榔相關因素分析--社會經濟因素，含宜蘭等山地樣本(N=1156)

	嚼食檳榔 n(%)		p
	沒有過	有過	
年齡，歲			0.001
20-29	121(61.7)	75(38.3)	
30-39	129(64.8)	70(35.2)	
40-49	113(58.0)	82(42.0)	
50-59	168(67.2)	82(32.8)	
60+	252(83.7)	49(16.3)	
不詳	9(90.0)	1(10.0)	
籍貫			0.001
原住民	50(46.7)	57(53.3)	
客屬	76(64.4)	42(35.6)	
閩南	497(68.2)	232(31.8)	
其他	138(86.3)	22(13.7)	
不詳	31(88.6)	4(11.4)	
教育程度			0.001
國/初中以下	265(61.9)	163(38.1)	
高中	203(62.1)	124(37.9)	
大專以上	291(81.5)	66(18.5)	
不詳	33(84.6)	6(15.4)	
婚姻狀況			0.358
已婚	566(69.6)	247(30.4)	
其他/未婚	226(66.9)	112(33.1)	
職業			0.001
軍公教自由	263(73.5)	95(26.5)	
公司/商	182(74.3)	63(25.7)	
工/農	215(57.2)	161(42.8)	
家管/其他/不詳	132(78.1)	37(21.9)	
居住地區			0.001
省/院轄市	208(79.1)	55(20.9)	
縣轄市	255(71.6)	101(28.4)	
鄉鎮	247(57.9)	180(42.1)	
不詳	80(82.5)	17(17.5)	
合計	792(68.8)	359(31.2)	

表 8-2 女性受訪者嚼食檳榔相關因素分析--社會經濟因素，含宜蘭等山地樣本(N=1137)

	嚼食檳榔 n(%)		p
	沒有過	有過	
年齡，歲			0.784
20-29	239(96.0)	10(4.0)	
30-39	241(94.5)	14(5.5)	
40-49	261(95.6)	12(4.4)	
50-59	180(94.2)	11(5.8)	
60+	139(95.9)	6(4.1)	
不詳	24(100.0)	0(0.0)	
籍貫			0.001
原住民	90(69.2)	40(30.8)	
客屬	107(96.4)	4(3.6)	
閩南	718(99.0)	7(1.0)	
其他	110(99.1)	1(0.9)	
不詳	59(98.3)	1(1.7)	
教育程度			0.001
國/初中以下	367(90.2)	40(9.8)	
高中	363(97.1)	11(2.9)	
大專以上	299(99.7)	1(0.3)	
不詳	55(98.2)	1(1.8)	
婚姻狀況			0.991
已婚	778(95.3)	38(4.7)	
其他/未婚	306(95.3)	15(4.7)	
職業			0.100
軍公教自由	245(96.8)	8(3.2)	
公司/商	200(97.6)	5(2.4)	
工/農	115(92.7)	9(7.3)	
家管/其他/不詳	523(94.6)	30(5.4)	
居住地區			0.001
省/院轄市	292(98.7)	4(1.4)	
縣轄市	334(99.4)	2(0.6)	
鄉鎮	357(88.8)	45(11.2)	
不詳	101(99.0)	1(1.0)	
合計	1084(95.3)	53(4.7)	

表 8-3 男性受訪者嚼食檳榔相關因素分析--生活習慣因素，含宜蘭等山地樣本(N=1156)

	嚼食檳榔 n(%)		p
	沒有過	有過	
抽菸			0.001
不抽	429(88.1)	58(11.9)	
已戒	102(71.8)	40(28.2)	
仍抽	260(50.0)	260(50.0)	
喝酒			0.001
不喝	559(75.9)	178(24.2)	
喝	233(56.3)	181(43.7)	
運動習慣			0.001
沒有	238(59.4)	163(40.6)	
有(輕度的)	329(77.2)	97(22.8)	
有(劇烈的)	223(69.4)	99(30.6)	
合計	792(68.8)	359(31.2)	

表 8-4 女性受訪者嚼食檳榔相關因素分析--生活習慣因素，含宜蘭等山地樣本(N=1137)

	嚼食檳榔 n(%)		p
	沒有過	有過	
抽菸			0.001
不抽	1022(97.5)	26(2.5)	
已戒	25(80.6)	6(19.4)	
仍抽	37(63.8)	21(36.2)	
喝酒			0.001
不喝	963(97.9)	21(2.1)	
喝	121(79.1)	32(20.9)	
運動習慣			0.060
沒有	442(94.4)	26(5.6)	
有(輕度的)	502(95.1)	26(4.9)	
有(劇烈的)	135(99.3)	1(0.7)	
合計	1084(95.3)	53(4.7)	

表 8-5 男性從事農、工職業者嚼食檳榔經驗之社會經濟特徵--含宜蘭等山地樣本

	工業(%)			農業(%)		
	沒有過	有過	p	沒有過	有過	p
年齡，歲			0.058			0.004
20-29	26(49.1)	27(50.9)		0(0.0)	3(100.0)	
30-39	30(48.4)	32(51.6)		4(50.0)	4(50.0)	
40-49	35(64.8)	19(35.2)		5(33.3)	10(66.7)	
50-59	34(57.6)	25(42.4)		12(42.9)	16(57.1)	
60+	36(72.0)	14(28.0)		33(75.0)	11(25.0)	
籍貫			0.003			0.953
原住民	6(25.0)	18(75.0)		12(57.1)	9(42.9)	
客屬	15(50.0)	15(50.0)		7(58.3)	5(41.7)	
閩南	123(62.4)	74(37.6)		33(53.2)	29(46.8)	
其他	17(65.4)	9(32.6)		2(66.7)	1(33.3)	
教育程度			0.016			0.036
國/初中以下	80(54.4)	67(45.6)		48(61.5)	30(38.5)	
高中	43(53.1)	38(46.9)		5(33.3)	10(66.7)	
大專以上	38(76.0)	12(24.0)		1(20.0)	4(80.0)	
婚姻狀況			0.045			0.495
已婚	126(61.5)	79(38.5)		49(56.3)	38(43.7)	
其他/未婚	35(47.9)	38(52.1)		5(45.5)	6(54.5)	
居住地區			0.499			0.340
省/院轄市	34(65.4)	18(34.6)		4(80.0)	1(20.0)	
縣轄市	55(60.4)	36(39.6)		6(46.2)	7(53.8)	
鄉鎮	62(53.5)	54(46.5)		42(53.9)	36(46.2)	
不詳	10(58.8)	7(41.2)		2(100.0)	0(0.0)	
抽菸			0.001			0.001
不抽	80(80.8)	19(19.2)		28(84.9)	5(15.1)	
已戒	18(62.1)	11(37.9)		5(55.6)	4(44.4)	
仍抽	63(42.0)	87(58.0)		21(38.2)	34(61.8)	
喝酒			0.001			0.106
不喝	106(66.7)	53(33.3)		38(61.3)	24(38.7)	
喝	55(46.2)	64(53.8)		16(44.4)	20(55.6)	
運動習慣			0.001			0.303
沒有	51(45.9)	60(54.1)		28(58.3)	20(41.7)	
有(輕度的)	67(71.3)	27(28.7)		16(61.5)	10(38.5)	
有(劇烈的)	43(58.9)	30(41.1)		10(41.7)	14(58.3)	
合計	161(57.9)	117(42.1)		55(55.1)	44(44.9)	

二、問卷 行政院衛生署委託國立台灣大學公共衛生學院執行
「民眾對癌症早期警訊之認知調查」計畫問卷

主持人：宋鴻樟
計畫編號：DOH89-TD-1038
Version II (2000/8/11)

受訪者電話_____

訪員自我介紹：

您好，我是國立台灣大學公共衛生學院的訪員，我姓____，我們目前正在進行一項有關「民眾對癌症認知調查」，麻煩請府上廿歲及以上的家人來接聽電話，我們想請教她／他幾個問題，謝謝您。

您好，我是國立台灣大學公共衛生學院的訪員，我姓____，我們目前正在進行一項有關「民眾對癌症認知調查」，麻煩耽誤您幾分鐘時間，請教您一些問題。

S1. 性別：

- 1. 男
- 2. 女

首先，想請問您生活上的嗜好

(A).抽菸

1. 請問您是否有抽菸？

- 1. 從來沒有 →跳問第 2 題
- 2. 以前抽過，現在戒菸了 →跳問第 2 題
- 3. 現在有，每天抽個一、兩根 →續問第 1.1 題
- 4. 有，每天抽三根及以上，半包以下 →續問第 1.1 題
- 5. 有，每天抽半包及以上，但不到一包→續問第 1.1 題
- 6. 有，每天抽一包及以上，但不到兩包→續問第 1.1 題
- 7. 有，每天抽兩包及以上 →續問第 1.1 題
- 9. 拒答→跳問第 2 題

1.1. 如果您還有抽菸，請問您抽菸到現在有多久了？：_____年_____個月。

(B).喝酒

2. 請問您喝酒的頻率是？

- 1. 不喝或很少
- 2. 偶爾喝 (每月二、三次)
- 3. 經常喝 (每星期兩三次)

- 4. 幾乎每天喝
- 9. 拒答

(C). 檳榔

3. 請問您是否嚼檳榔或以前曾嚼過檳榔？
- 1. 沒有 →跳問第 4 題
 - 2. 以前有，現在沒有→跳問第 4 題
 - 3. 有 →續問第 3.1 題
 - 9. 拒答→跳問第 4 題
- 3.1. 那麼，您吃檳榔有幾年了？_____年
- 97. 不到一年
 - 99. 拒答
- 3.2. 平均一天大約吃幾粒？_____粒
- 99. 拒答

(D). 運動

4. 請問您是否有運動的習慣？
- 1. 沒有 →跳問第 5 題
 - 2. 有，散步之類輕度的→續問第 4.1 題
 - 3. 有，劇烈的或運動到出汗為止→續問第 4.1 題
 - 9. 拒答→跳問第 5 題
- 4.1. 您大約每週運動幾次？_____次
- 99. 拒答
- 4.2. 每次幾分鐘？_____分鐘
- 999. 拒答

二、平時醫療行爲

5. 請問您有沒有下列慢性病（請提示 1-4 選項，可複選）
- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 高血壓 | <input type="checkbox"/> 2. 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 3. 高血脂（膽固醇） | <input type="checkbox"/> 4. 癌症 |
| <input type="checkbox"/> 5. 都沒有 | <input type="checkbox"/> 6. 其他_____ |
| <input type="checkbox"/> 8. 不知道 | <input type="checkbox"/> 9. 拒答 |
- 5.1. 您上次到醫院或診所看醫生是什麼時候？是民國_____年_____月
- 9898. 忘記了／不知道
 - 9999. 拒答

6. 您上一次去看醫生，是因為？(單選，訪員提示 1-7 選項)
- 1. 生病或受傷，去看西醫
 - 2. 簡單的健康檢查
 - 3. 全身體檢
 - 4. 去牙醫診所
 - 5. 去中醫診所
 - 6. 慢性病例行回診
 - 7. 復健科門診
 - 8. 其他，請說明_____
 - 9. 拒答
7. 當您生病或有任何健康問題的時候，您通常會去找同一個醫生或同一家醫院診所嗎？
- 1. 會
 - 2. 不會
 - 8. 不知道
 - 9. 拒答
8. 您通常去那一種醫療機構就醫？
- 1. 衛生所
 - 2. 診所
 - 3. 地區醫院
 - 4. 區域醫院
 - 5. 醫學中心
 - 6. 若不清楚，請註明醫院名稱_____
 - 7. 不一定，看情況
 - 9. 拒答
9. 請問您最近是否曾量血壓？
- 1. 不曾量過→跳問第 10 題
 - 2. 是→續問第 9.1 題
 - 9. 拒答→跳問第 10 題
- 9.1. 請問，您最近一次量血壓，是在民國_____年_____月
- 9898. 忘記了/不知道
 - 9999. 拒答
- 9.2. 您知道最近量的心縮壓（高壓）是多少(mmHg)？_____
- 998. 不知道
 - 999. 拒答
- 9.3. 您知道最近量的心舒壓（低壓）是多少(mmHg)？_____
- 998. 不知道
 - 999. 拒答

三、癌症認知

10. 有的癌症的發生有一些早期警訊，但是不易察覺辨識，為探討民眾在這方面的認知和癌症知識，請您就下列要問的問題，儘可能回答「對」或「不對」。如果沒有什麼概念或不知道，就圈答 3. 不知道

- | | 對 | 不
對 | 不
知
道 | 拒
答 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1. | 2. | 3. | 9. |
| (1) 肝癌在早期，會出現右上腹部疼痛、食慾不振、黃疸等現象。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 罹患肝硬化或慢性肝炎的人，罹患肝癌的機會較大 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 子宮頸癌的早期，陰道會分泌帶有血絲的液體 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 子宮頸癌到了晚期，不僅陰道會出血，也有腰痛及下肢疼痛等症狀。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 國內婦女乳癌的發生率有逐年增加的趨勢 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 乳房有硬塊，但沒有痛的感覺，仍有罹患乳癌的可能性。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 乳頭流血樣分泌物，或是乳頭原本正常而變成下陷，通常只是乳管發炎。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 乳房有腫脹的情形時，不一定是因為乳癌造成的。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) 乳房的皮膚有下陷情形，或發生如橘子皮樣的粗糙變化，需小心乳癌。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) 乳房的 X 光攝影或超音波可以早期診斷乳癌 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) 肺癌對國人來說，是一種發生率較高，卻不易早期發覺的癌症。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) 長在氣管或大支氣管上的肺癌，會在比較早期出現咳嗽、咳血、喘鳴或呼吸困難等現象。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) 國人的鼻咽癌比西方人較常發生。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) 鼻咽癌可能引起耳鳴、耳塞、聽力不好的現象。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) 如果經常發現鼻子有帶血絲的分泌物及鼻塞的現象，應懷疑可能罹患鼻咽癌。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

對 不 不 拒
對 對 知 答
道

1. 2. 3. 9.

- (16) 胃癌常見的症狀是上腹部有不適的感覺，伴隨有消化不良或食慾減退的現象。
- (17) 胃癌病人會因上消化道出血而排出黑色的糞便。
- (18) 胃癌的症狀，和胃炎或胃潰瘍很像，因此容易被忽略而延誤早期發現的機會。
- (19) 直腸癌會引起裏急後重的症狀。
- (20) 發現有血便、腹痛、排泄黏液、不明原因的腹瀉、大便習慣改變、腹部腫塊等，有可能是大腸癌的症狀。
- (21) 大腸長了息肉的人罹患大腸癌的機會大
- (22) 攝護腺癌的發生多半不會有早期警訊。
- (23) 有頻尿或小便不易解乾淨，多半是因為患了攝護腺癌。
- (24) 攝護腺癌到較晚期時，會有血尿或背痛的現象。
- (25) 口腔常發生潰瘍又不易癒合，需小心口腔癌。
- (26) 嚼食檳榔是造成國人口腔癌的重要原因之一。
- (27) 肝癌是目前我國男性發生最多的癌症。
- (28) 子宮頸癌是目前我國女性發生最多的癌症。

11. 您曾去醫生那裡做過大腸/直腸癌的篩檢嗎？

1. 不會→跳問第 12 題 2. 做過→續問第 11.1 題
 9. 拒答→跳問第 12 題

11.1. 最近的一次是在_____年_____月做的。

9898. 忘記了/不知道
 9999. 拒答

12. 請問，診斷早期子宮頸癌最常用的方法是？(單選，訪員提示 1-3 選項)

1. X 光檢查
 2. 子宮頸抹片檢查
 3. 症狀
 8. 不知道
 9. 拒答

13. (限女性回答) 您有去做過子宮頸癌篩檢嗎？
1. 不會→跳問第 14 題 2. 做過→續問第 13.1 題
9. 拒答→跳問第 14 題
- 13.1. 最近的一次距現在約_____年_____月。
9898. 忘記了/不知道
9999. 拒答
14. (限女性回答) 您曾去醫師那裡做過任何乳癌篩檢嗎？
1. 不會→跳問第 15 題 2. 做過→續問第 14.1 題
9. 拒答→跳問第 15 題
- 14.1. 最近的一次距現在約_____年_____月。
9898. 忘記了/不知道
9999. 拒答
15. (限男性回答) 您曾去醫生那裡做過攝護腺癌的篩檢嗎？
1. 不會→跳問第 16 題 2. 做過→續問第 15.1 題
9. 拒答→跳問第 16 題
- 15.1. 最近的一次距現在約_____年_____月。
9898. 忘記了/不知道
9999. 拒答
16. 您自己或家人(父母兄弟姊妹子女)，有人得過癌症嗎？
1. 都沒有 2. 自己有
3. 家人有 4. 自己和家人有過
9. 拒答
17. 除了全民健康保險之外，您有參加其他的健康保險嗎？(可複選，不提示選項)
1. 沒有 2. 有，一般健康保險
3. 有，癌症保險 4. 有，其他_____
8. 不知道 9. 拒答
18. 您有關癌症的知識主要從那裡得到的？(可複選，不提示選項)
1. 報章雜誌書本 2. 電視廣播
3. 親友 4. 課堂
5. 其他_____
8. 不知道 9. 拒答
19. 您自己或家人(父母兄弟姊妹子女)有從事醫藥衛生相關工作或事業的嗎？
1. 沒有 2. 自己就是
3. 家人 4. 自己和家人都是。
9. 拒答

20. 爲了分別國民的癌症篩檢行爲是不是受經濟因素影響，請問您的平均月收入

- 1. 19999 元以下
- 2. 20000-49999 元
- 3. 50000-74999 元
- 4. 75000-99999 元
- 5. 100000-149999 元
- 6. 150000 元及以上
- 8. 不知道
- 9. 拒答

20.1. 此收入爲

- 1. 夫妻總收入
- 2. 單身收入
- 3. 家庭總收入
- 9. 拒答

最後，請教您一些個人的基本資料，我們將僅使用這些資料做研究分析，絕不會洩漏給其他人。

21. 年齡: _____ 歲

99. 拒答

22. 您請問您的省籍是：

- 1. 原住民
- 2. 客家人
- 3. 閩南人
- 4. 其他省籍
- 9. 拒答

23. 教育程度：

- 1. 小學或未受正規教育
- 2. 國(初)中
- 3. 高中(職)
- 4. 專科
- 5. 大學
- 6. 研究所
- 9. 拒答

24. 婚姻狀況：

- 1. 未婚
- 2. 已婚
- 3. 離婚或分居
- 4. 鰥寡
- 9. 拒答

25. 職業類別 (如已經退休，請選退休前的職業)：

- 1. 軍、公
- 2. 教
- 3. 公司或商
- 4. 工
- 5. 農
- 6. 自由業_____
- 7. 家管
- 8. 其他(請記錄)_____
- 9. 拒答

26. 請問，您目前居住在那一個縣市？

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 台北市 | <input type="checkbox"/> 2. 高雄市 | <input type="checkbox"/> 3. 基隆市 | <input type="checkbox"/> 4. 新竹市 |
| <input type="checkbox"/> 5. 台中市 | <input type="checkbox"/> 6. 嘉義市 | <input type="checkbox"/> 7. 台南市 | <input type="checkbox"/> 8. 台北縣 |
| <input type="checkbox"/> 9. 宜蘭縣 | <input type="checkbox"/> 10. 桃園縣 | <input type="checkbox"/> 11. 新竹縣 | <input type="checkbox"/> 12. 苗栗縣 |
| <input type="checkbox"/> 13. 台中縣 | <input type="checkbox"/> 14. 彰化縣 | <input type="checkbox"/> 15. 南投縣 | <input type="checkbox"/> 16. 雲林縣 |
| <input type="checkbox"/> 17. 嘉義縣 | <input type="checkbox"/> 18. 台南縣 | <input type="checkbox"/> 19. 高雄縣 | <input type="checkbox"/> 20. 屏東縣 |
| <input type="checkbox"/> 21. 台東縣 | <input type="checkbox"/> 22. 花蓮縣 | <input type="checkbox"/> 23. 澎湖縣 | <input type="checkbox"/> 99. 拒答 |

27. 您是住在哪一個行政區或市鄉鎮 (都市分級)：

- 1. 院轄市 (例如台北市、高雄市)
- 2. 省轄市 (例如台南市、台中市、基隆市)
- 3. 縣轄市 (例如三重市、板橋市、新莊市等)
- 4. 鄉鎮 (例如淡水鎮、三芝鄉等)
- 9. 拒答

我們的訪問到此全部結束，謝謝您接受我們的訪問