

婦女接受子宮頸抹片檢查 護理介入之成效

朱涓惠¹／陳靜敏²／張碧真³

1.臺北醫學院護理研究所碩士
2.美國印第安那大學博士
3.美國德州大學奧斯汀分校博士

崇右企專 護理教師
臺北醫學院護理學系 副教授
臺北醫學院護理學系 助理教授

摘要

本研究主要探討護理介入對婦女接受抹片檢查之成效。研究目的有：1.瞭解婦女對子宮頸癌及子宮頸抹片檢查的知識、信念及接受抹片檢查行為的現況；2.探討影響婦女對子宮頸癌及子宮頸抹片檢查的知識、信念及接受抹片檢查行為的相關因素；3.比較衛教措施前後，婦女對子宮頸癌及子宮頸抹片檢查的知識、信念及接受抹片檢查行為的變化差異；4.探討衛教措施對婦女接受抹片檢查行為的適用性。研究設計採縱貫式追蹤、類實驗研究法，在兩所醫院門診單位以方便取樣隔週收案，一週為實驗組，一週為控制組；收案日婦女自填問卷施行前測；前測施行後，實驗組以個別衛教介入，控制組未施以介入性措施；回收有效問卷 144 份。於收案日後兩星期以郵寄問卷方式進行第一部份後測，回收率 68.8%，第二部份後測於一個月電話訪談，參與率達 80.6%。

研究結果發現大多數婦女曾接受過抹片檢查（122 人，84.7%）；受檢主因為“自己覺得健康很重要應該去做檢查”、“到醫院順便做檢查”及為“健康檢查的項目之一”。大部分婦女並未定期受檢（89 人，61.8%），主因是“沒有時間”、“覺得做抹片檢查時要暴露身體，很不好意思”、“忘記了”。實驗組對子宮頸癌及抹片檢查的知識、罹患性認知及受檢的行為與意圖有明顯增加；而介入性措施後做抹片檢查的比率，為未有介入措施者的 2.65 倍。結果顯示護理人員利用婦女於門診候診時推薦抹片檢查，可增加婦女的知識，並提醒婦女定期受檢，培養婦女定期接受抹片檢查的行為習慣。

關鍵詞：衛生教育、門診、知識、健康信念、抹片檢查行為

前言

子宮頸癌是臺灣地區婦女發生率最高的癌症，依據民國84年衛生署癌症登記報告資料統計，有3,353位婦女罹患子宮頸癌，年齡標準化發生率為每十萬個婦女有30.95人（衛生署，民87a），顯然子宮頸癌已成為影響臺灣婦女健康極重要的疾病之一。然而，子宮頸癌和其他癌症不同處在於其可藉子宮

頸抹片檢查，早期發現、早期治療，以降低子宮頸癌的死亡率，是最有希望治癒的癌症（李、郭、陳、陳及周，民86）。但是，臺灣婦女抹片檢查利用率卻只有23%，值得醫療團隊人員進一步探討。

西元1940年代，美國防癌協會（American Cancer Society）首先推廣抹片檢查，至1950年代，全國性

通訊作者：陳靜敏

職稱：副教授

服務機關：臺北醫學院護理學系

地址：臺北市信義區吳興街 250 號

電話：(02) 27361661-733

抹片檢查計畫才被廣泛接受 (Howe & Bzduch, 1987)。四十多年來，世界各國普遍推展子宮頸癌篩檢計畫後，子宮頸癌的發生率及死亡率皆顯著的降低，因此，抹片檢查已被公認是偵測早期子宮頸癌的有效方法 (周及賴，民82)。而國內於民國63年12月起，即開始進行子宮頸癌全國性篩檢計畫，但婦女篩檢率並未明顯增加，所以，社區衛生護理人員需要以更積極的介入措施，以鼓勵婦女接受抹片檢查。

研究目的

- 一、瞭解婦女對子宮頸癌及抹片檢查的知識、信念及接受抹片檢查行爲的現況。
- 二、探討影響婦女對子宮頸癌及抹片檢查的知識、信念及接受抹片檢查行爲的相關因素。
- 三、比較衛教措施前後，婦女對子宮頸癌及抹片檢查的知識、信念及接受抹片檢查行爲的變化差異。
- 四、探討衛教措施對門診婦女接受抹片檢查行爲的適用性。

文獻探討

一、子宮頸癌與抹片檢查

子宮頸癌是臺灣婦女癌症發生率的第一位，其潛伏期長，經篩檢出並接受適當治療，五年存活率超過90% (Dewar, Hall & Perchalski, 1992; Peragallo, Alba & Tow, 1997)。目前病因學研究認為引起子宮頸癌是屬於多因子致病模式，包括婦女的年齡，較早初次性交年齡，多位性伴侶，抽菸習慣，某些性接觸傳染病等 (Dewar et al., 1992)。臨床上，罹患零期子宮頸癌的婦女往往無自覺症狀，大多數的病例是由抹片檢查時發現的 (嚴及謝，民81)。

自1943年Papanicolaou發明陰道內子宮頸脫落細胞抹片檢查以來 (Hakama, Chamberlain, Day, Miller & Prorok, 1985)，其已成爲篩檢子宮頸癌病人的簡

單、快速的方法 (林，民83)。許多施行全面抹片篩檢的國家，如美國、加拿大、日本、北歐五國等，其子宮頸癌發生率與死亡率皆呈現顯著下降 (Boyes, 1981; Yajima, Mort, Sato, Wakisaka & Suzukis, 1982; Pettersson, Bjorkholm & Naslund, 1985; Laara, Day & Hakama, 1987; Dewar et al., 1992)。目前我國全民健保提供30歲以上婦女，每年一次免費抹片檢查，如檢查結果連續三年爲陰性，改每三年給付一次抹片費用 (中央健康保險局，民84)；而根據衛生署的資料顯示，86年度篩檢人數只佔30歲以上臺灣婦女人口的23% (衛生署，民87b)；與美國15~44歲婦女，約有67%定期受檢 (Wilcox & Mosher, 1993) 比較，我國衛生醫療團隊人員鼓勵臺灣婦女接受抹片檢查的預防行爲仍有待努力。

二、影響婦女接受子宮頸抹片檢查之相關因素

Calle, Flanders, Thun及Martin (1993) 的研究指出，預測與婦女接受抹片檢查有關的變項爲年齡、種族、收入、教育程度、婚姻狀態、居住地區都市化型態、行政區域、職業等。另一美國全國性調查研究歸納婦女未遵從做抹片檢查的原因爲：忽略 (put off) 認爲不需做、子宮切除者、費用或無保險者、沒有家庭醫師、未曾被建議做抹片檢查、困窘或害羞等 (Harlan, Bernstein & Kessler, 1991)。Goel (1994) 的Ontario Health Survey指出，預測加拿大婦女接受抹片檢查最具影響力的變項，依序爲性伴侶、增加接觸健康專業人員的數目。Harokopos & McDemott (1996) 整理的文獻回顧文章中指出，較高教育程度與收入、有健康保險、性活動活躍，是婦女受檢遵從性較佳的有關因素；也影響受檢遵從性的外在因素包括：傳播媒體，混淆的訊息及暴露身體部位的隱私處，覺得對不起自己的丈夫引發的罪惡感等。Peragallo等 (1997) 訪談芝加哥的墨西哥裔及波多黎各裔婦女，探討與其接受抹片檢查有關的因素，顯示種族 (墨西哥裔) 及年齡較長者對抹片檢查遵從性較低；研究中並指出，拉丁美洲婦女通常有一宿命態度 (fatalistic attitude)，而難以採行預防性健康行爲。

國內，黃（民73）於臺北市一衛生所的研究指出，23.7%的婦女是因為要做抹片檢查而到衛生所；拒絕受檢婦女的理由包括：沒時間、沒有不舒服、沒有心理準備、不願上檢查臺、怕痛；教育程度較高者，抹片檢查態度得分較高；自覺有生殖道症狀者及曾受醫護人員提醒者，受檢比率較高。另一比較城鄉婦女接受抹片檢查決定因子的研究，發現預測城市婦女受檢最強的變項依序為：年齡、抹片檢查知識、健康內外控信念、親友罹病經驗；預測鄉村婦女受檢最強的變項依序為：健康內外控信念、年齡、重要他人提醒者和抹片檢查的知識（邱，民82）。1990~1993年間，陽明十字軍下鄉訪視，從事婦女保健之衛生教育工作，發現有27%婦女曾聽說過抹片檢查；18%曾受檢，曾受檢者中有44%是定期受檢；年齡愈高、曾聽說過抹片檢查者曾受檢百分比也愈高；教育程度愈高者，定期受檢比例也愈高（陳、傅及周，民83）。簡與季（民84）的研究指出，臺北市有偶婦女接受抹片檢查的影響因素，包括對子宮頸癌基本常識認知愈正確、知識來源多、對抹片檢查態度較積極、教育程度愈高、經濟狀況愈好、愈多親友勸說或親友勸說頻率愈高、親友曾做過抹片、覺得抹片檢查方便等。黃、葉與林（民87）對全民健康保險抹片檢查利用度之研究，結果發現：抹片檢查整體利用率為26.11%，利用率和年齡成反比；未受檢的婦女中有63.1%是職業婦女；受檢地點偏好基層醫療院所；與婦女接受抹片檢查呈現顯著相關的變項包括：經親友提醒者、懷疑自己可能有問題者及醫護人員建議。

三、健康信念模式

Pender（1975）認為預防性健康行為是個人為了避免某健康問題所採取的行為。而適用於解釋人們預測採取預防性健康行為的理論模式“健康信念模式”（Health Belief Model）的基本組成要素，包括：罹患性認知（perceived susceptibility）、嚴重性認知（perceived severity）、有效性認知（perceived benefits of action）、障礙性認知（perceived barriers of action）、行動線索（cues to action）、修飾因素

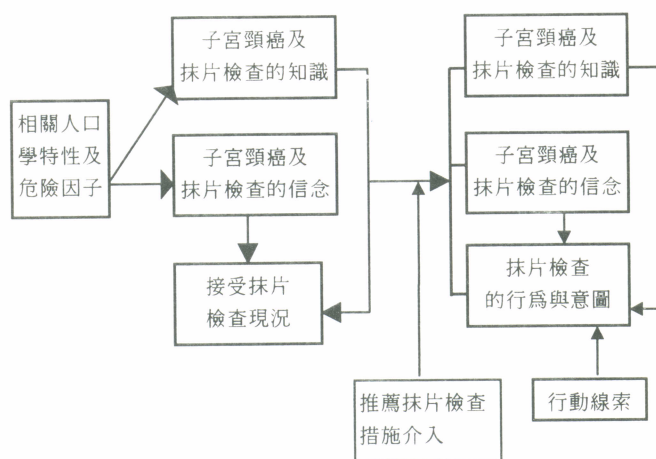
（modifying factors）等（Rosenstock, 1974）。

李及周（民76）分析鹿谷鄉男性鄉民的肝癌篩檢行為，發現正向動機愈強、篩檢障礙愈小者，參加篩檢的機會愈高。葉及周（民76）調查桃園縣國中生母親抹片檢查的因素，分析結果為：影響有無受檢的重要信念依序為障礙性認知、罹患性認知、嚴重性認知。另一對女教師乳房自我檢查行為的研究則發現：障礙性認知對實際執行乳房自我檢查頻率的影響力達統計上顯著水準；對日後是否執行乳房自我檢查的預期行為，具有顯著預測力的信念分別為障礙性認知及嚴重性認知（李，民86）。

綜合上述，發現研究中民衆對健康信念四要素的結果不盡相同。但此模式推測人們對疾病威脅時所引發的心理機轉與反應，應是普遍且相當類似，因其可相當有效預測某健康行為是否發生，所以，此模式仍廣被運用。

苗（民87）指出“衛生教育”在社區衛生護理實務中是一項重點，社區衛生護理人員可藉由個別或團體衛生教育將保健的知識和觀念告訴民衆，以達到“民衆有知的權利”之目標。而由文獻得知護理人員執行衛生教育對增加研究對象的知識，改變態度與行為有顯著成效（李、左及蔣，民86；蕭及張，民85；張、黃及李，民85；Dignan et al., 1996；Swaddiwudhipong et al., 1995）。

根據本研究目的及上述文獻後，發展本研究架構圖。



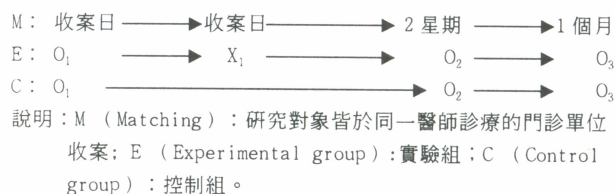
圖一：本研究架構圖

方 法

研究設計與對象

本研究設計採縱貫式追蹤、類實驗研究設計(見圖二)。研究場所為基隆市兩所醫院的內、外科門診單位,方便取樣方式徵求已婚、識字、能以國語或臺語溝通之婦女參與本研究,並填寫研究所需的問卷。

研究收案期間,共150位門診婦女同意參與本研究,有效問卷144份,其中控制組及實驗組分別為75、69人。



圖二：研究設計時間流程

資料收集過程

本研究前驅研究於民國87年10月至12月進行,藉由前驅研究結果行問卷效度、信度檢定並做適當修正。民國88年2月至6月進行正式研究,首先,經由行政協調,取得醫院同意提供研究場所;採隔週收案方式,一週為實驗組另一週為控制組,徵求符合選樣標準的婦女參與本研究。收案當日,婦女於就診前,自填(self-report)本研究所需之問卷,並請其留下聯絡地址、電話,以做為後測追蹤之用。實驗組收案當日,前測結束後,由研究者於婦女就診前配合“婦女保健手冊”,實施衛生教育推薦措施,對控制組不執行實驗處置,但基於倫理考量,於研究結束後,郵寄婦女保健手冊給控制組。第一部份後測於收案日後兩星期,郵寄問卷給研究對象,測其對子宮頸癌及抹片檢查的知識、健康信念等問題得分,及接受抹片檢查的行為與意圖,而內附回郵信封請其填寫後寄回;第二部份後測於收案日後一個月,電話訪談研究對象,以瞭解婦女已接受或

願意接受抹片檢查的行為與意圖,並以兩次電話聯絡為限,訪談約3-5分鐘。

研究工具

一、自擬問卷：

研究者參考國內外相關文獻後自擬問卷,包括四部分。第一部份有關於婦女對於子宮頸癌及子宮頸抹片檢查瞭解的知識,採是非題測試。第二部分有關於婦女對於接受抹片檢查的健康信念,包括罹患性認知、嚴重性認知、有效性認知及障礙性認知等四要素,均採Likert scale五點計分法。第三部分有關於婦女接受抹片檢查行為與意圖。第四部分為相關人口學特性與婦女是否具有子宮頸癌危險因子;另外,內、外在線索混合於第三、四部分。效度檢定採專家鑑別內容效度檢定(Content Validity Index; CVI),四部分題目CVI值均於0.94以上(Lynn, 1986);信度檢定以Chronbach's α 檢視其內在一致性,問卷預試後四部分題目Chronbach's α 均於0.65以上,正式研究中知識的Chronbach's α 為0.71,罹患性認知、嚴重性認知、有效性認知、障礙性認知的Chronbach's α 分別為0.45、0.70、0.54、0.67。

二、推薦婦女接受抹片檢查的內容：

推薦婦女接受子宮頸癌防治與抹片檢查的內容,研究者參考相關文獻及衛教單張後,採用衛生署出版“婦女保健手冊”(民84),其內容包括臺灣婦女罹患子宮頸癌的發生率及死亡率;女性生殖器構造;易罹患子宮頸癌的高危險群;子宮頸癌早期與一般症狀;早期發現子宮頸癌的方法與早期治療的重要性;做抹片檢查前應注意事項;抹片檢查的結果分析;簡介子宮頸癌病程特性、臨床分類、治療方法及治癒率等;並澄清婦女提出的問題與對抹片檢查的錯誤迷思等。研究者本人利用婦女於門診就診前,對於實驗組依推薦婦女抹片檢查操作手冊實施衛教介入,場所選擇不受干擾的診間,時間約為15~20分鐘。

資料分析

將所收集的資料編碼、譯碼登記後輸入電腦,

運用SPSS套裝統計軟體進行分析。採用的統計方法有百分比、平均數、標準差、最大值、最小值、Student's t test、Paired t test、 χ^2 test、McNemar test及Logistic Regression等。

結果與討論

本研究主要目的在探討由護理人員推薦門診婦女接受抹片檢查之成效。研究期間收案150位門診婦女，有效問卷144份。而第一部份後測問卷回收率68.8%，第二部份後測，電話訪談參與率為所有參與研究者的80.6%。本研究研究結果與討論由以下四方面做說明。

一、研究對象人口學基本資料及接受抹片檢查的現況

首先以t test與 χ^2 test檢定實驗組、控制組的人口學基本資料及衛教措施介入前對子宮頸癌及抹片檢查的知識、信念、行為差異，結果兩組並無統計上顯著意義，顯示兩組同質性高。研究中婦女年齡範圍由19~68歲之間，平均37.8歲；性生活累積年數平均14.6年；大多數研究對象為高中（職）畢業（54.2%）；已婚（88.2%）；職業婦女（54.2%）；信奉佛教（61.8%）；閩南人（78.5%）；全家每月的總收入約40,000~60,000（31.9%）；大部分居住於基隆市（80.6%）（見表一）。所有研究對象都聽過抹片檢查（100%），此比陳等（民83），李等（民86）及Seow等（1995）所做的研究高出許多。而有122位（84.7%）曾做過抹片檢查，此數據也比國內先前葉與周（民76），陳等（民83），簡與季（民84），李等（民86），黃等（民87）所做的研究高，可能是大多數研究對象居住於市區中，對於使用醫療資源的可近性（accessibility）、方便性（availability）有關。本研究中自述定期受檢者有54人（37.5%），此結果比葉與周（民76），簡與季（民84）的研究高，但與歐美國家婦女定期抹片檢查篩檢率達75~80%之間（Wilcox & Mosher, 1993），仍有一段差距；而如又以行政院衛生署鼓勵婦女每年定期檢查一次做為“定期”的定義，本研究每9~15個月（ 12 ± 3 個月）

做一次抹片檢查的確實定期受檢者只有20人（13.9%），平均約14個月檢查一次，表示研究對象並不清楚“定期”指的是做抹片檢查需間隔多久時間做一次，或有可能因為在社會期待（social desirability）下，而自認為有“定期”做檢查（見表二）。

表一：研究對象人口學基本資料

變項	控制組 n=75		實驗組 n=69	
	人數	%	平均值	標準差
年齡			37.44	6.86
性生活累積年數			14.54	6.31
教育程度				
識字	0	0.0		
小學	5	6.7		
國（初）	17	22.7		
中				
高中	44	58.7		
專、大學	9	12.0		
研究所以上	0	0.0		
婚姻狀況				
已婚	64	85.3		
同居	3	4.0		
離婚或分居	6	8.0		
喪偶	2	2.7		
職業				
雇主	5	6.7		
自營作業者	7	9.3		
私人雇用	21	28.0		
政府雇用	7	9.3		
家庭主婦	31	41.3		
其他	3	4.0		
Missing	1	1.3		

表二：研究對象定期抹片檢查受檢人數之比較

變項	自陳定期受檢者		確實定期受檢者 ^a		χ^2 值	p值
	人數	百分比	人數	百分比		
有	54	37.5	20	13.9	13.27	0.00*
沒有/不確定	89	61.8	32	22.2		
Missing	1	0.7	92	63.9		

註：^a = 每9-15個月檢查一次；*p < 0.05

所有研究對象五年內檢查次數介於1~8次之間，平均受檢次數為2.62次，比葉與周（民76）的1.26次，李等（民86）2.08次的研究結果多（葉與李等

是統計所有研究對象的平均受檢次數)，此發現可能與近年來中央及地方的衛生主管單位大力推廣抹片檢查此預防性健康行為，促使婦女接受抹片檢查的次數增加有關；而定期受檢者每年檢查次數介於1~8次之間，平均3.44次，大約平均14個月檢查一次，此數據與行政院衛生署推廣定期每年一次抹片檢查明顯不一致，可能因為國內對於不同年齡層婦女沒有一標準化抹片檢查間隔期間（standard guideline），或行政院衛生署對於宣傳抹片檢查間隔期間的內容說明不清楚，也可能因研究對象自陳資料方式的限制有關。如同Griffith及Williams（1992）指出民衆接受癌症篩檢的障礙之一為大眾傳播或醫護人員間傳遞訊息不一致，而引起民衆的混淆。

Rosenstock, Strecher及Becker（1988）指出“健康動機”是指個人關心自己一般健康的信念和行為，具有健康動機者願意尋求資源以促進自身的健康。研究對象受檢原因以“自己覺得健康很重要應該去做檢查”（44.3%）佔首要，其次原因為“到醫院順便做檢查”（32.0%），此與文獻指出大多數婦女因泌尿生殖器官感染、懷孕或服用口服避孕藥等理由而求診婦產科，順便做抹片檢查（Peters et al., 1989）的結果類似。而未受檢及未定期受檢的主要理由是“沒有時間”，這與黃（民73），葉與周（民76），黃等（民87）所做的研究結果相同，或許因為超過半數的研究對象是職業婦女有關，其次原因為“覺得做抹片檢查時要暴露身體，很不好意思”，此與李等（民86），Seow等（1995）及Peragallo等（1997）的研究有相同的結果，表示雖然在現今思想開放的年代，大多數的研究對象仍較無法接受暴露隱私處的預防性健康檢查；而第三個原因是“忘記了”，顯示研究對象容易忽略沒有疾病症狀的預防性檢查行為。Griffith及Williams（1992）指出有一項提醒策略（reminder），對於民衆的篩檢遵從性有極大效果。故衛生單位有必要建立一套抹片檢查提醒系統（reminder system）。少數研究對象“沒聽過子宮頸癌”（9人，6%），“不知道要定期做抹片檢查”（7人，5%），“認為上次做正常，可以不要做了”（7人，5%），亦即在衛生單位大力推廣抹片檢查下，部

份研究對象對於子宮頸癌疾病及定期做抹片檢查的重要性仍不甚清楚。有關接受抹片檢查的外在行動線索上，有54人（37.5%）表示有親友罹患癌症；而有研究指出大眾傳播媒體是婦女得到抹片消息的主要來源（葉及周，民76；簡及季，民84），而本研究對象獲得抹片消息也以“電視或收音機”為最主要來源，顯示應繼續運用各種傳播媒體，加強預防保健知識的宣導，其次為“同事、朋友、同學”、“醫師”，Wisner等（1998）的研究結果發現韓裔美國婦女獲得抹片消息來源最主要是得自親友的告知；表示親友同儕對於訊息交換的影響力不容忽視。Griffith及Williams（1992）認為每一位醫師有責任為他（她）服務的民衆，從事預防性健康行為的服務。顯然，醫師對於婦女抹片篩檢的行為扮演一重要角色。而根據黃於民國73年的一份研究結果指出有59%接受抹片檢查的婦女受檢理由是護理人員的建議。然而，本研究中有109人（75.7%）表示並未接受過來自護理人員的訊息，顯然，護理人員仍有許多努力的空間。

二、由研究對象於子宮頸癌及抹片檢查的知識與健康信念得分、受檢行為與意圖探討推薦措施介入之成效

衛教推薦措施介入後，實驗組對子宮頸癌及抹片檢查的知識平均得分增加1.9分（最小值得到10分，比措施介入前高出8分），而控制組平均得分僅增加0.5分，並且，此得分增加顯著高於控制組（見表三）；又分析實驗組於前、後測知識得分亦呈現顯著差異（ $t = -3.72, p < 0.001$ ），後測比前測增加了1.03分。此與國內許多以衛生教育方式促進民衆（或病人）瞭解疾病知識的研究結果相同（蕭及張，民85；張、黃及李，民85）；也和國外Dignan等（1996），Swaddiwudhipong等（1995）的研究結果相同。本研究處置確實能增加研究對象對有關子宮頸癌與抹片檢查的知識。

根據健康信念模式指出：個人對某疾病的罹患性認知與嚴重性認知愈高，採取對某疾病的預防性健康行為有效性認知愈高、障礙性認知愈低，則愈可能採取對某疾病的預防性健康行為。Becker（1974）

認為應增加民衆對健康行爲的利益性認知及提供行動線索，以促進民衆改變其健康行爲。而本研究於措施介入前、後測中，兩組研究對象對於抹片檢查的健康信念四要素得分排序，均以有效性認知平均得分最高，其次依序爲罹患性認知、嚴重性認知、障礙性認知；顯示兩組推薦措施介入前、後，都傾

向對採取抹片檢查的有效性給予正面肯定，而傾向不同意在採取抹片檢查行爲上有障礙。然而，兩組的健康信念四要素認知得分平均數沒有顯著差異（見表三）。分析實驗組於前、後測的健康信念部分，僅罹患性認知得分，於後測時顯著高於前測（ $t = -2.21, p < 0.05$ ）。

表三：研究對象對子宮頸癌及抹片檢查知識、健康信念得分平均數差異檢定（後測）

變項	控制組 n=53				實驗組 n=46				t 值	p 值
	平均值	標準差	最小值	最大值	平均值	標準差	最小值	最大值		
知識	11.04	2.25	5.00	14.00	12.54	1.27	10.00	15.00	-3.93	0.00**
信念										
罹患性認知	3.92	0.63	2.50	5.00	3.98	0.73	1.00	5.00	-0.42	0.68
嚴重性認知	3.67	0.76	1.75	5.00	3.50	0.90	1.75	5.00	0.97	0.33
有效性認知	4.10	0.58	2.50	5.00	4.19	0.49	3.25	5.00	-0.85	0.40
障礙性認知	2.48	0.43	1.57	3.86	2.38	0.57	1.14	4.43	0.96	0.34

註. ** $p < 0.001$

由表四得知第一部份後測中，兩組研究對象自陳對於定期接受抹片檢查的行爲與意圖上，無統計上顯著差異（ $\chi^2 = 0.24, p > 0.05$ ），有可能因只追蹤兩星期後行爲意圖之改變，爲期較短，所以，看不出推薦措施的成效；然而第二部分後測時實驗組對於預計接受抹片檢查的行爲與意圖程度，顯著高於控制組（ $\chi^2 = 4.25, p < 0.05$ ），此與國內、外許多以衛生教育介入方式以增進研究對象自我照顧行爲的研究結果相同（蕭及張，民85；李等，民86；Dignan et al., 1996；Swaddiwudhipong et al., 1995）。顯然，推薦措施介入的方式能增加研究對象的健康行爲。

表四：研究對象定期接受抹片檢查行爲與意圖的差異性

變項	控制組		實驗組		χ^2 值	p 值
	人數	百分比	人數	百分比		
第一部份後測:	53		46		0.24	0.60
不確定	11	20.76	7	15.22		
願意	40	75.47	38	82.61		
Missing	2	3.77	1	2.17		
第二部份後測:	63		53		4.25	0.03*
不確定	24	38.1	10	18.9		
願意	39	61.9	43	81.1		

註. * $p < 0.05$

表五：實驗組接受抹片檢查行爲與意圖改變顯著性檢定

	第一部份後測		McNemar test p 值
	不確定	願意	
前測現況			
不確定/沒有	7	17	0.00*
有	0	21	
第二部份後測			
前測現況			0.00*
不確定/沒有	9	21	
有	1	22	
第一部份後測			
不確定	4	2	1.00
願意	3	32	

註. * $p < 0.05$

再以McNemar test統計分析研究對象在研究期間的不同時段對接受抹片檢查的行爲與意圖之改變情形；結果顯示兩組在第一部份後測和前測現況比較，及第二部分後測和前測現況比較，均呈現統計學上顯著差異（ $p < 0.05$ ）（見表五）；控制組並未

接受推薦措施介入，但對於接受抹片檢查的行為與意圖改變也有顯著改變，可能是因為其知道參與本研究，而於研究期間對於衛生單位宣導抹片檢查的訊息特別注意，誘導對抹片檢查行為與意圖的改變，即產生霍桑效應 (Hawthorne effect)，所以，控制組亦顯著改變對定期接受抹片檢查的行為與意圖；而兩組研究對象在第一部分與第二部分後測的比較，則無統計上顯著差異，顯示兩次後測間的改變比較不顯著。而於第二部分後測電話詢問中，進一步訪談回答不確定是否要定期受檢者，其原因大多數回答為“很忙，沒有時間”，或許因為大多數研究對象是職業婦女有關。

三、不同的接受抹片檢查行為與意圖者其子宮頸癌與抹片檢查知識、健康信念之差異

以簡單邏輯迴歸 (simple logistic regression) 統計分析，預測與門診婦女接受抹片檢查的行為與意圖之各自變項，包括人口學基本資料、知識、健康信念、內在及外在行動線索等，結果只有接受推薦措施預測或解釋與門診婦女接受抹片檢查的行為與意圖，具統計上顯著差異 (OR= 2.65, $p < 0.05$, 95%CI=1.13~6.23)，表示接受推薦措施者會去做抹片檢查的機率，為未接受推薦措施者的2.65倍。此與過去許多研究健康信念預測預防性健康行為的結果不盡相同 (李及周，民76；李，民86；葉及周，民76)。Kegeles (1969) 的研究指出健康信念的改變不一定會造成接受抹片檢查行為的改變。而一研究以社區為基礎的介入，由同儕角色模範 (peer role model) 方式來增進婦女接受抹片檢查及乳房攝影篩檢，結果呈現婦女接受乳房攝影篩檢顯著增加，但在接受抹片檢查的行為上並沒有顯著的改變 (Suarez, Nichols & Brady, 1993)。Swaddiwudhipong等 (1995) 在泰國的研究結果指出以機動性衛生單位提供婦女衛生教育服務及抹片檢查，對於增加婦女子宮頸癌的知識與抹片檢查行為極顯著。由以上可知，接受抹片檢查的行為和知識增加、信念改變並不一致。

國內過去的研究指出影響婦女接受抹片檢查的因素包括婦女有無看婦科醫師、重要他人提醒、年齡、教育程度、有無自覺症狀及其居住地區、婦女

自覺健康狀況、親友曾做抹片檢查、親友罹病經驗等 (葉及周，民76；邱，民82；簡及季，民84；李等，民86)。然而，本研究有關人口學與子宮頸癌危險因子的變項對於研究對象是否定期接受抹片檢查並不具解釋力，有可能因為不同研究收集資料的方式不同，或因為近年來政府衛生單位大力推廣婦女接受抹片檢查，許多婦女都已知且已做過抹片檢查，所以，有關人口學與子宮頸癌危險因子的變項顯示不出其預測力。

結論與建議

整體而言，本研究中接受衛教推薦措施的實驗組在“知識”、“罹患性認知”及“接受抹片行為與意圖”均優於控制組。而根據研究結果提出以下四點建議：

1. 本研究中預測接受推薦措施者受檢的機率，為未接受推薦措施者之2.65倍。門診是婦女經常利用的醫療單位，故護理人員應把握婦女於門診候診時接觸婦女的機會，加強衛教推薦介入，以提高婦女抹片篩檢率。
2. 由研究結果得知，大多數研究對象從未檢查與未定期受檢的原因有“覺得做抹片檢查時要暴露身體，很不好意思”，少部分“覺得由男醫師做子宮頸抹片檢查，很難為情”，故建議推動立法通過“專科護理師法”，使現今大多數護理人員(女性)經由特殊科別的專業訓練後(如婦產科專科訓練)，能獨立執行某些侵入性檢查(如抹片檢查)，以減少婦女抹片篩檢之障礙。
3. 本研究中研究對象未受檢的另一主要原因是“忘記了”，為建立提醒婦女受檢的提醒系統 (reminder system)，建議中央健康保險局與全國戶政機關之電腦連線，透過技術合作，將三十歲以上之婦女名單相配合，再由衛政單位以電訪或郵寄通知單等方式告知婦女，而達發揮提醒婦女受檢的效用。

4. 根據研究結果可知，大多數研究對象受檢的原因是“到醫院看病時順便做檢查”及“抹片檢查是健康檢查的項目之一”，故建議未來經由行政協調，聯合各項有關婦女保健之科別，增闢婦女保健門診以提供婦女方便就診檢查（如乳癌篩檢、骨質密度檢查等）。

研究限制

- 一、本研究工具－問卷，信度與效度雖然經由前驅研究測試後，專家內容效度與內在一致性信度皆可接受，但於正式研究中，部分題目之 Cronbach's Alpha 值偏低，而為影響本研究結果的限制。建議未來問卷設計應加以考量國情、文化因素，再經由長期多次測試，而建立一套標準化測量的工具，以供使用。
- 二、本研究受限於時間、人力不足，無法做到完全隨機抽樣，又只取樣自願參與的婦女，其代表性不足。
- 三、婦女居住地不同可能影響其對於接受抹片檢查之行爲與意願，而為本研究限制之一。
- 四、本研究採縱貫式追蹤設計，難免流失 (mortality) 研究對象，而威脅本研究的內在效度。另外，威脅外在效度的情況有選擇性 (selective) 與霍桑效應 (Hawthorne effect)。又本研究對象回溯其接受抹片檢查的經驗做為資料來源，有產生回憶偏差 (recall bias) 之虞，亦影響研究結果。
- 五、本研究只追蹤推薦措施執行後兩星期及一個月的短期衛教推薦成效，故未來研究若能延長研究期間，便能評值實驗處置的延宕效果。

參考資料

- 中央健康保險局 (民84)·全民健康保險業務手冊，臺北：作者。
- 行政院衛生署 (民87a)·中華民國八十四年癌症登記報告，臺北：作者。

行政院衛生署 (民87b)·中華民國公共衛生概況，臺北：作者。

行政院衛生署 (民84)·婦女保健手冊－子宮頸癌、乳癌防治，臺北：作者。

李從業 (民86)·以健康信念模式分析臺北市中、小學女性老師乳房自我檢查行爲·護理研究，5 (4)，366-375。

李從業、左如梅、蔣美蘭 (民86)·團體衛教對女性老師乳房自我檢查率的影響·榮總護理，14 (3)，241-250。

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

李卓倫、周碧瑟 (民76)·以健康信念模式分析鹿谷鄉民的肝癌篩檢行爲·公共衛生，14 (3)，236-249。

林幼平 (民83)·子宮頸癌篩檢工具之評估·臺灣大學公共衛生研究所流行病學組碩士論文。

邱燦宏 (民82)·城市鄉村婦女接受子宮頸抹片檢查決定因子之比較研究，DOH-82-HP-50，行政院衛生署保健處委託計畫。

周碧瑟、賴明芸 (民82)·各國子宮頸癌篩檢計畫之初探·公共衛生，19 (4)，384-395。

苗迺芳 (民87)·衛生教育於社區護理之運用·於陳靜敏總校閱，社區衛生護理學 (pp.193-223)，臺北：華杏。

陳錫中、傅瓊瑤、周碧瑟 (民83)·臺灣鄉村婦女對「子宮頸抹片檢查」的認知及參與之調查研究，DOH-83-HP-16-4S04，行政院衛生署保健處委託計畫。

張淑紅、黃璉華、李源德 (民85)·個別衛教介入對高脂血個案知識、健康信念、自我效能、行爲的影響·中華衛誌，15 (3)，188-195。

黃璉華 (民73)·婦女接受子宮頸細胞抹片檢查動機之探討·公共衛生，10 (1)，99-106。

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

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

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

蕭雅竹、張媚 (民85) · 衛生教育介入對高血壓個案認知、健康信念與行爲影響之探討 · 長庚護理, 7 (4), 41-51。

嚴孟祿、謝長堯 (民81) · 子宮頸癌在臺灣 · 臺灣醫學會雜誌, 91 (附冊1), S19-S26。

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs, 2 (4), 409-419.

Boyes, D. A. (1981). The value of a smear program and suggestions for its implementation. Cancer, 48, 613-621.

Calle, E. E., Flanders, W. D., Thun, M. J., & Martin, L. M. (1993). Demographic predictors of mammography and pap smear screening in US women. American Journal of Public Health, 83 (1), 53-60.

Dewar, M. A., Hall, K., & Perchalski, J. (1992). Cervical cancer screening: Past success and future challenge. Primary Care, 19 (3), 589-605.

Dignan, M., Michielutte, R., Blinson, K., Wells, H. B., Case, L. D., Sharp, P., Davis, S., Konen, J., & McQuellon, R. P. (1996). Effectiveness of health education to increase screening for cervical cancer among eastern-band Cherokee Indian women in North Carolian. Journal of the National Cancer Institute, 88 (22), 1670-1676.

Goel, V. (1994). Factors associated with cervical cancer screening: Results from the Ontario health survey. Canadian Journal of Public Health, 85 (2), 125-123.

Griffith, R. S., & Williams, P. A. (1992). Barriers and incentives of physicians and patients to cancer screening. Primary Care, 19 (3), 535-556.

Howe, H. L., & Bzduch, H. (1987). Recency

of pap smear screening: A multivariate model. Public Health Reports, 102 (3), 295-301.

Harlan, L. C., Bernstein, A. B., & Kessler, L. G. (1991). Cervical cancer screening: Who is not screened and why? American Journal of Public Health, 81 (7), 885-890.

Hakama, M., Chamberlain, J., Day, N. E., Miller, A. B., & Prorok, C. (1985). Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. British Journal Cancer, 52, 669-673.

Harokopos, V., & McDermott, R. J. (1996). Cervical cancer screening: Benefits and barriers. Journal of Health Education, 27 (6), 351-356.

Kegeles, S. S. (1969). A field experimental attempt to change beliefs and behavior of women in an urban ghetto. Journal of Health and Social Behavior, 10 (2), 115-125.

Laara, E., Day, N. E., & Hakama, M. (1987). Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: Association with organised screening programmes. The Lancet, 1, 1247-1249.

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35 (6), 382-385.

Pender, N. J. (1975). A conceptual model for preventive health behavior. Nursing Outlook, 23 (6), 385-390.

Peragallo, N. P., Alba, M. L., & Tow, B. (1997). Cervical cancer screening practices among Latino women in Chicago. Public Health Nursing, 14 (4), 251-255.

Pettersson, F., Bjorkholm, E., & Naslund, I. (1985). Evaluation of screening for cervical cancer in Sweden: Trends in incidence and mortality 1958-1980. International Journal of Epidemiology, 14 (4), 521-527.

Peters, R. K., Bear, M. B., & Thomas, D. (1989). Barriers to screening for cancer of the cervix. Preventive Medicine, 18, 133-146.

Rosenstock, I. M. (1974). I. Historical origins of

the health belief model. Health Education Monographs, 2 (4), 328-335.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly, 15 (2), 175-183.

Seow, A., Wong, M. L., Smith, W. C. S., & Lee, H. P. (1995). Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: A community-based study in Singapore. Preventive Medicine, 24 (2), 134-141.

Suarez, L., Nichols, D. C., & Brady, C. A. (1993). Use of peer role models to increase pap smear and mammogram screening in Mexican-American and black women. American Journal of Preventive Medicine, 9 (5), 290-296.

Swaddiwudhipong, W., Chaovakiratipong, C., Nguntra, P., Mahasakpan, P., Lerdlukanavong, P., & Koonchote, S. (1995). Effect of a mobile unit on changes in knowledge and use of cervical cancer

screening among rural Thai women. International Journal of Epidemiology, 24 (3), 493-497.

Wilcox, L. S., & Mosher, W. D. (1993). Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. Public Health Report, 108 (1), 76-86

Wisner, B. A., Moskowitz, J. M., Chen, A. M., Kang, R. L., Novotny, T. E., Min, K., Lew, R., & Tager, I. B. (1998). Rates and independent correlates of pap smear testing among Korean-American women. American Journal of Public Health, 88 (4), 656-660.

Yajima, A., Mort, T., Sato, S., Wakisaka, T., & Suzukis, M. (1982). Effect of cytologic screening on the detection of cervical carcinoma. Obstetrics Gynecology, 59, 565-568.

Pap Smear behavior in Women: A Nursing Education Intervention

Mei-Hui Chu¹ / Ching -Min Chen² / Pi-Jen Chang³

1.MSN, RN, Instructor, Chung-Yu Junior College of Business Administration

2.DNS, RN, Associate Professor, School of Nursing, Taipei Medical College

3.Ph.D, RN, Assistant Professor, School of Nursing, Taipei Medical College

Abstract

The purposes of this study included: (1) to explore and to identify factors related to women's knowledge and health beliefs about cervical cancer and Pap smears and current Pap smear behavior; (2) to compare the effects of nurse's intervention on women's Pap smear behavior; and (3) to explore the effectiveness of nursing intervention in OPD for women's Pap smear behavior. Through longitudinal follow-up and quasi-experimental research design, this study was carried out using convenient sampling in OPD of two hospitals. To avoid contamination, subjects were separated. The experimental group was studied for one week, and the control group for another week. Data were collected through questionnaires. The experimental group received nurse's intervention and recommendations while the control group did not. 150 subjects participated in this study and 144 effective questionnaires were returned. The first part of post-test was carried out by mailed questionnaires two weeks after pre-test with a 68.8% response rate. The second part of post-test was done by telephone interview four weeks after pre test with a response rate of 80.6%.

Major findings included: Most of women have Pap smears before (122, 84.7%). The major reasons for having Pap smear were "belief that the health is very important", "part of hospital visit" and "part of a physical check up", Women who did not regularly have Pap smear replied that (89, 61.8%) "having no time", "being ashamed to expose bodies", and "just forgetting it" were leading causes. The experimental group who received nursing recommendations had improved in knowledge, perceived susceptibility score and improved behavior and intention to give a Pap smear. Nursing intervention was the only variable predicting the change of pap smear utilization behavior (OR=2.65, 95%CI=1.13-6.23).

Based on this study nursing intervention has effectively improved OPD women's knowledge level and health belief of cervical cancer and as well as improving their Pap smear behavior.

Key Words: nursing intervention, ambulatory setting, knowledge, health beliefs, Pap smear behavior

Correspondence : Ching-Min Chen, Associate Professor

School of Nursing, Taipei Medical College

250 Wu-Hsing Street, Taipei, Taiwan, R.O.C. TEL : (02) 27361661*733