

以健康信念模式探討大腸癌篩檢陽性接受大腸鏡檢查意願之因素

The Factors of Performing Colonoscopy Behaviors among the Positive Cases of Colorectal Cancer Screening by Using Health Belief Model

廖師賢¹

中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系碩士在職專班

a_shine514@hotmail.com

摘要

根據衛生福利部公布之癌症登記報告資料，腸直腸癌的發生人數從民國95開始已連續數年成為癌症發生人數的第一名，並有逐年增加之趨勢。然而大部分患者在確診時往往已經進入晚期。而根據台灣大規模推動糞便潛血檢查的經驗，已證實能有效降低大腸癌死亡率。令人憂心的是經篩檢結果陽性個案卻還有高達三成民眾不肯做大腸鏡確診，不僅喪失提早發現的良機更導致後續醫療資源耗費。

本研究目的主要在探討影響大腸癌篩檢糞便潛血檢查陽性個案確診行為之相關因素，以了解已確診與未確診兩族群間之差異做為建議衛生單位追蹤策略之參考。

研究方法採橫斷式研究，以立意取樣及電訪問卷調查方式收集資料，研究對象為中部一區域醫院接受大腸癌篩檢結果陽性之個案為收案對象，共回收有效問卷200份。以 SPSS 20.0 統計套裝軟體進行樣本敘述性分析、t檢定、卡方檢定及羅吉斯迴歸分析來探討大腸癌篩檢陽性個案之人口學變項、健康信念模式、大腸癌相關知識對是否接受確診就醫行為之影響。

根據研究結果發現，一、本次研究對象的社會人口學變項及健康生活習慣中，是否有腸胃道相關過去病史為影響大腸癌篩檢陽性之後續確診行為之原因，即有痔瘡、大腸息肉、胃潰瘍等相關過去病史者，在篩檢呈陽性結果後較有意願接受大腸鏡檢查。二、在單變量分析中，大腸癌相關知識、自覺罹患性、自覺嚴重性、行動利益為正向顯著，表示當上述變項得分越高時，接受大腸鏡的機率越高。在多變量分析的部分可知，當考慮多個變數時，自覺罹患性跟行動利益仍達顯著，表示這兩個變數為影響接受腸鏡與否的相對重要因子。三、本次研究中行動線索並無法提供民眾於大腸癌篩檢陽性之後接受大腸鏡檢之正向影響。醫療院所及公共衛生單位可以依此研究結果加強對於民眾之大腸癌相關衛教，改善施檢措施，提高大腸癌篩檢陽性之確診率。

關鍵詞：大腸癌、篩檢、大腸鏡、健康信念模式。

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

根據衛生福利部公布之最新民國107年國人十大死因，自民國71年起，癌症即成為台灣10大死因之首。民國107年台灣共有48,784人死於惡性腫瘤，占所有死亡人數的28.2%。根據民國107年國民健康署最新公布癌症登記報告資料中可得知，在民國105年新診斷出來的癌症人數及排名上，共有1萬5,347人（標準化發生率41.29%）罹患大腸直腸癌，大腸直腸癌的發生人數從民國95開始已連續數年成為癌症發生人數的第一名，並有逐年增加之趨勢。然而大部分患者在確診時往往已經進入晚期，而每年有5千多人因大腸癌死亡（標準化死亡率14.45%）（中華民國105年癌症登記報告, 2018）。

美國在1960年代制定了「癌症防治法」，經過30年的努力，於1990年代，讓癌症的死亡率開始慢慢下降。從2000年到2009年，男性的死亡率下降了1.8%，女性是下降1.4%。美國使用的方法就是實施癌症篩檢來降低癌症的死亡率，他們從1980年代陸續推行子宮頸抹片、乳房攝影、糞便潛血等癌症篩檢。以大腸癌篩檢為例，2010年篩檢率達54%，當年其大腸直腸癌每十萬人發生率是29.2人，而每十萬人死亡率為19人(Edwards et al., 2014)，比起台灣在2010年的大腸直腸糞便篩檢率僅32.2%，大腸直腸癌每十萬人發生率是36.3人、死亡率為26.09人。所以從2003年臺灣開

始推行「癌症防治法」至今才十幾年，依照美國的經驗，還有一段努力的空間。

衛生福利部自民國93年起提供50歲至69歲民眾每兩年一次的免費糞便潛血檢查，但是民眾接受篩檢的意願並不高，近兩年內曾接受糞便潛血篩檢的民眾只有38%。經由國民健康訪問調查可了解，民眾不願意參與糞便潛血檢查原因是：自己覺得身體健康良好，身體沒有異狀，工作太忙碌沒時間進行檢查，也害怕檢查的結果不盡人意，加上篩檢的過程過於繁雜(106年健康進統計年報, 2018)。

糞便的檢查只是初步的篩檢，要真正知道是否罹患大腸癌還是需要靠進一步的檢查，例如：大腸鏡檢查、鉬劑灌腸攝影檢查等。但是後續糞便檢查是陽性而接受追蹤確診的比率一直無法提高。然而依據國民健康署民國106年健康進統計年報指出，全國平均只有74.9%的民眾完成後續大腸鏡確診檢查，為本國推動之癌症篩檢中最低的。許多陽性個案因為沒有完成後續的大腸鏡檢查而延誤診治，錯失治療機會，導致治療效果不佳及癒後不良的結果(衛生福利部國民健康署, 2018)。

近年來有關大腸癌篩檢探討的相關文獻中，主要著墨於民眾接受篩檢意願與健康認知行為等相關原因探討。而針對已接受大腸癌篩檢之陽性個案後續執行大腸鏡檢查確診相關因素探討之文獻卻相當少見。然個案延遲或不願確診因素涉及醫療院所、衛生單位後續追蹤及民眾個人健康認知等面向，每一個環節都可能影響確診時效及確診意願。本研究即以此為動機，擬針對大腸癌篩檢陽性個案，進行大腸鏡檢查確診行為與否之相關因素探討，期望能藉此研究，找出篩檢陽性個案進行大腸鏡檢查確診及不確診之主要影響因素，作為訂定大腸癌篩檢確診策略之參考，以規劃適當有效介入措施，提高篩檢陽性個案之大腸鏡檢查確診率，始能落實早期發現早期治療，進而提高大腸癌病人的存活率及生活品質並降低死亡率。

第二節 研究目的

本研究主旨在探討影響大腸癌篩檢糞便潛血檢查陽性個案確診行為之相關因素，研究目的歸納如下：

- 一、 探討大腸癌糞便潛血檢查陽性個案之社會人口學變項及健康生活習慣變項於大腸癌篩檢健康信念之表現。
- 二、 探討大腸癌糞便潛血檢查陽性個案大腸癌知識變項與大腸癌篩檢健康信念之相關性。
- 三、 探討大腸癌糞便潛血檢查陽性個案大腸癌知識變項與行動線索之相關性。
- 四、 探討大腸癌糞便潛血檢查陽性個案健康信念變項與行動線索之相關性。
- 五、 探討大腸癌糞便潛血檢查陽性個案之社會人口學、健康生活習慣、大腸癌知識、健康信念及行動線索等變項於確診行為之表現。
- 六、 探討影響大腸癌糞便潛血檢查陽性個案確診行為之預測因子。

第二章 文獻探討

第一節 癌症現況及相關統計

根據國民健康署癌症登記報告，民國105年癌症新發人數為11萬7504人（含侵襲癌及原位癌），男女合計的發生人數依次為大腸癌、肺癌、乳癌、肝癌、口腔癌（含口咽、下咽）、攝護腺癌、胃癌、皮膚癌、甲狀腺癌及食道癌。由國民健康署癌症登記報告分析可知，從長期的趨勢來看，我國整體癌症標準化發生率雖然是呈現上升趨勢，但死亡率是呈現趨緩情形。常見的癌症中也已有部分癌症的發生率呈現下降的現象，如肝癌、胃癌、攝護腺癌、皮膚癌等，其中肝癌、胃癌及皮膚癌等三種癌症的標準化發生率已連續5年呈現下降情形。而在癌症排名上，大腸癌的人數仍然排名在第一位（國民健康署, 2018）。

第二節 大腸癌簡介及流行病學

一、大腸癌的簡介

大腸癌又稱結腸直腸癌（colorectal cancer, CRC）是從正常黏膜經腺瘤階段進行至癌症，有研究顯示從正常的結腸直腸黏膜變成結腸直腸腺性息肉所需要的平均時間約為十年，從腺性息肉成為大腸癌則約需要五年至十年的時間（國家衛生研究院, 1998）。

依據美國癌症協會的定義，大腸癌又可分為結腸癌（colon cancer）與直腸癌（rectal cancer）。大腸的任何部位

都有可能發生腫瘤，其中近端結腸佔41%，遠端結腸佔22%、直腸為28%、其他為8%。依組織學可將大腸的惡性腫瘤大致分為腺癌(Adenocarcinoma)、類癌(Carcinoid tumor)、胃腸道基質瘤(Gastrointestinal stromal tumors (GISTs))、淋巴瘤(Lymphoma)、惡性肉瘤(Sarcoma)，其中最常見為腺癌，大約有95%以上的大腸癌屬於腺癌(American Cancer Society, ACS, 2017)。大腸癌可直接侵犯到鄰近器官或經由淋巴系統或血液循環轉移擴散到身體的其他部位，最常見轉移至肝臟，其次為肺臟。

二、大腸癌流行病學

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於2012年統計指出，大腸直腸癌在世界各地的發生率和死亡率有顯著差異。大腸直腸癌是全世界男性癌症的第三位，是女性癌症的第二位，其中新診斷出的病例大約有140萬。估計在2012年將近有694,000人是因大腸直腸癌而死亡(Stewart & Wild, 2017)。大腸直腸癌在男性的發生率比女性高，較易發生於年紀大者。一般而言從40-45歲開始隨年紀增加而增加。但近年來年輕的病例有增加之趨勢(Jemal A et al., 2011)。

有研究顯示，在實施大腸癌篩檢及有效的輔助治療在廣泛使用之前，大腸癌的死亡率就有慢慢在降低(Lee & Sonnenberg, 2013)。另一項統計也顯示，美國和許多其他西方國家，自1980年代中期以來，其大腸癌的死亡率就有慢慢下降的趨勢(Jemal et al., 2017; Rebecca L. Siegel et al., 2017)。然而會有這樣的結果部分原因是由於推行大腸癌篩檢和大腸鏡檢查及結腸息肉切除，達到了早期檢測及發現，再輔以更有效的初級和相關治療。

在美國，大腸直腸癌的預後是相當好的國家，根據美國國家癌症研究所(SEER)統計數據顯示，在所有接受大腸癌治療的患者中，其5年存活率達到61%。相對的，在許多醫療資源和衛生設備不足的國家，特別是中南美洲和東歐，其大腸癌的死亡率仍然是在持續的增加中(Center, Jemal, Smith, & Ward, 2009)。

第三節 大腸直腸癌之相關危險因子

環境和遺傳因素與大腸直腸癌的發生有著相當程度的關係，遺傳細胞基因的改變造成細胞的癌化，但這改變並非一夕之間形成的，是由多種不同因素刺激的結果(Chan & Giovannucci, 2010)。大腸癌的發生也和年齡增長、飲食及生活習慣等因素有關。另外，某些危險因子如：家族性腺瘤性息肉病(Familial adenomatous polyposis, FAP)及其變體(Gardner綜合徵, Turcot綜合徵和減弱的家族性腺瘤性息肉病)以及Lynch syndrome(hereditary nonpolyposis colorectal cancer, HNPCC)，與大腸癌都有密切關係(Yurgelun et al., 2017)。慢性潰瘍性結腸炎和結腸腫瘤之間也有明顯的關聯，疾病的嚴重程度和持續時間是主要決定因素(Ekbom, Helmick, Zack, & Adami, 1990b)。另一疾病，克隆氏症(Crohn's disease)是一種局部性發炎性的腸道疾病，可能影響腸胃道從口腔至肛門的任何部分，也會造成大腸癌的發生(Ekbom, Helmick, Zack, & Adami, 1990a)。這些發炎性腸道疾病都是大腸癌的危險因子。

腺瘤性息肉切除後一定要作定期追蹤檢查，因為小的息肉在鏡檢時常被忽略，或被大腸之粘膜摺皺所隱藏，而腺瘤性息肉之復發率相當高而且與大腸癌的關係極為密切(Loberg et al., 2014)。腺瘤通常好發於年紀較大的民眾，在為五十至七十五歲的腺瘤盛行率約21.3%，七十五歲以上的腺瘤盛行率約26.0%，因此五十歲以上的群眾應做定期的糞便潛血篩檢(Strul et al., 2006)。對於高危險群的群眾，例如：有家族大腸癌或其他癌症病史者，曾患大腸癌並接受切除治療者，更應提早檢查。大腸鏡檢查時發現有異常顏色變化之粘膜也應作切片檢查或切除。大約85%的大腸癌是散發性的，並沒有家族病史。其他約15%的大腸癌是有家族傾向的(Tuohy et al., 2014)。

第四節 大腸癌的診斷及治療

一、大腸直腸癌的診斷

大多數的早期大腸癌患者是沒有症狀，雖然越來越多患者是經由篩檢被診斷出來，但在臨床上大多數大腸癌患者(約70%至90%)是在產生症狀後才被診斷出來(Moreno et al., 2016)。大腸癌的診斷方面，肛門指檢為必要的步驟，肛門指檢可檢查到約十公分以內的直腸癌，直腸癌大約佔所有大腸直腸癌之10%(Rebecca L. Siegel et al., 2017)。全大腸的檢查則需要藉由纖維大腸鏡檢查或鋇劑灌腸X光攝影檢查。纖維大腸鏡的功能是除了檢查外，還可作病理切片、息肉切除，甚至可經大腸鏡做鐳射燒灼治療，其檢測靈敏度為94.7%，缺點是腫瘤太大時大腸鏡無法通過而無法完成全大腸鏡檢(Pickhardt, Hassan, Halligan, & Marmo, 2011)。鋇劑灌腸攝影多半用於無法執行腸鏡

檢查時，作為大腸癌的輔助診斷工具。研究統計指出：單獨使用雙重對比鋇劑灌腸或雙重對比鋇劑灌腸加軟式乙狀結腸鏡檢查的診斷率均低於大腸鏡檢查，所以大腸鏡仍然是全大腸檢查確診大腸癌的首選（Irvine et al., 1988）。腹部電腦斷層檢查通常是在罹患大腸直腸癌後作為檢查腫瘤侵犯的程度或有無遠處轉移用，雖然也可作為診斷大腸直腸癌的工具（CT colography），但是仍不如大腸鏡來得直接且經濟（Levine & Yee, 2014）。

二、大腸直腸癌的分期

依美國癌症聯合委員會（AJCC）/國際聯合癌症委員會（UICC）將大腸直腸癌以TMN分期來描述病人的疾病狀況。T為腫瘤大小；N為淋巴結轉移；M為遠處轉移（Edge & Compton, 2010）：

第一期：是指腫瘤僅局限於大腸直腸黏膜層，沒有向下侵犯到腸壁肌肉層，也沒有淋巴腺轉移者，預後最佳。

第二期：是指腫瘤已經由腸道黏膜層向下侵犯到腸壁肌肉，但沒有淋巴腺轉移者，預後次佳。

第三期：是指除了有腸道腫瘤外，已經有淋巴腺轉移者，預後稍差。

第四期：是指大腸直腸癌的腫瘤已經有遠端（如肝、肺）轉移者，預後最差。

三、大腸癌的治療

（一）大腸癌的手術治療

大腸直腸癌之治療主要還是以手術為主，唯有接受手術的切除，病人才有根治的機會。手術的原則是：（1）完全切除腫瘤並達到足夠的安全切除距離，（2）合併切除主要的淋巴組織、血管、周圍肌膜、脂肪及軟組織，（3）避免癌細胞在手術中因操作而直接傳播、散佈（Ikematsu et al., 2013）。

大腸直腸癌病患在診斷時大約有百分之二十至三十已經發現有局部侵犯或遠處轉移而無法作根治性手術切除（Meyerhardt & Mayer, 2003; R. L. Siegel, Miller, & Jemal, 2016）。但是對於這類病患一般認仍為要採積極的治療。因為大腸直腸癌相對於與其他癌症例如肝癌、肺癌，仍是生長速度較慢之癌症，即使無法治癒病人，緩解手術對病人生活品質仍是有所幫助。大腸直腸癌如不進行切除，可能會造成阻塞、出血或侵犯到鄰近器官，勢必導致病人腸道阻塞、營養不良或泌尿系統的併發症（Hamilton, Round, Sharp, & Peters, 2005）。

（二）化學治療

大腸直腸癌的輔助性化學治療在大腸直腸癌的角色已經由傳統之針對晚期、轉移性疾病作緩解性治療，進展到對較早期的病患進行手術後的輔助性化學治療，針對特定病患也會給予手術前輔助性化療以提高切除的機會（Qiu et al., 2016）。

（三）放射治療

放射線治療在直腸癌之使用極廣，包括單獨放射根治性治療，手術前或手術後放射線治療，手術中或補救性放射線治療，及姑息性放射線治療。放射線治療配合化學藥物治療，可增進直腸癌患者之局部控制率、存活率，並且減輕病人的痛苦（Xu et al., 2014）。

四、大腸直腸癌的篩檢

文獻顯示，由篩檢發現的大腸直腸癌，早期癌之比率較高，但如果對群眾作大規模的篩檢則勢必影響醫療資源之分配。較可行的方法是對高危險群之民眾，例如：高齡、有大腸直腸癌或其他癌症家族史者、或曾經患大腸直腸癌者作篩檢。（陳哲民 et al., 2006）。

糞便潛血檢查是最常作大腸直腸癌篩檢的工具。糞便潛血檢查（FOBT）是在檢測腸道內可能的出血症狀，找出潛在的大腸癌，並不是檢測有無大腸癌，潛血反應陽性者必須進一步作纖維大腸鏡檢查或鋇劑灌腸攝影檢查。而最準確之檢查工具為大腸纖維鏡，可以更精準的發現病兆並即早處理，且相較於其他篩檢工具有較高之敏感度及特异性。只是纖維大腸鏡檢查需要好的腸道準備，檢查操作者需具專業的訓練，且病人承受比較大的痛苦，所耗費的人力和物力較多，且反而會降低民眾接受篩檢的意願。要大規模以大腸鏡檢查作為篩檢工具有實際上的困難（Lin et al., 2016）。

第五節 大腸直腸癌篩檢及追蹤確診

一、大腸直腸癌篩檢政策

大腸癌早期並無症狀，但可以經由定期接受篩檢而早期發現早期治療。而大腸癌主要是由大腸內的腺瘤瘻肉癌化所造成，如果能早期發現腺瘤瘻肉切除，就可以減少大腸癌的發生。確診時效的把握是非常重要的，大腸癌延遲治療天數越長，病患死亡風險比會越高（王冠中, 2014）。若能減少大腸鏡的等待及進一步治療的時間，可明顯發現早期癌（Valentin, Ferrandiz, Blasco, Morillas, & Ruiz., 2012）。據歐美國家經驗，每一至二年糞便潛血篩檢大約可降低18%至33%的大腸癌死亡率（Mandel et al., 2000; Mandel, Church, Ederer, & Bond, 1999）。所以，台灣自2004年起，開始推動50-69歲大腸癌篩檢服務；由衛生局推動，搭配社區整合式篩檢活動或委託醫院提供篩檢的服務，對於糞便潛血陽性個案則由衛生局轉介至醫院作進一步的檢查並予以適當的追蹤，以確保陽性個案能接受大腸鏡或乙狀結腸鏡加鉸劑攝影，經確診後可以即早接受適當的治療。更進一步，自2010年起將大腸癌糞便潛血篩檢服務納入預防保健服務項目正式於全國推行，並於2013年6月起將篩檢年齡調整為50-74歲。依據國健署資料統計，2017年50-69歲民眾近2年曾接受糞便潛血檢查比率達41.0%，但是仍然有努力的空間。

台灣在2004-2008年間篩檢政策的執行成果不是很理想，每年完成篩檢人數約20-40萬，2年篩檢率僅10%左右（衛生福利部國民健康署, 2015），這些數據都遠低於歐美國家。國民健康署癌症醫療品質管理考核系統資料顯示，2017年全國大腸癌篩檢 118萬89人，陽性個案 8 萬 1,163 人，陽性率 8.22%，轉介完成確診率 74.9%。是目前政府推動之四癌篩檢政策中，轉介完成確診率最低的。仍有近3成民眾後續未再進一步做大腸鏡檢查。且統計資料顯示大腸癌篩檢每21人就有1人發現大腸病變或甚至已有癌症，而且在沒有症狀的篩檢陽性民眾中，兩個就有一個是大腸病變或大腸癌，所以已篩檢陽性個案若不願確診，不僅浪費醫療資源，更是喪失了早期診斷及治療的先機。

二、影響大腸直腸癌篩檢陽性追蹤確診的因素

國內外文獻較多大腸癌篩檢相關研究，而探討大腸癌進一步確診行為之文獻較少，但篩檢與確診皆屬疾病診斷過程，其接受檢查之影響因素有其共通性及相關性，在篩檢部分經搜尋相關資料，經綜合整理如下：

（一）影響大腸直腸癌篩檢及大腸鏡追蹤確診的主觀因素

有許多癌症防治策略，在政府的推行下積極的展開，但是民眾參與的意願總是不高，這跟很多因素有關；可能與接收的癌症篩檢訊息不足及認知上有誤差有關係（陳怡君, 吳坤和, 林為森, 2010）。也有人認為出血主要是因為痔瘡所致、自覺身體狀況良好無異狀、找藉口說沒時間或不知道相關資訊而未受檢等都可能影響完成或延遲大腸鏡確診的因素（黃玉燕、陳秀月、劉珍如, 2009）。有些人覺得大腸鏡是侵入性檢查，對檢查過程感到恐懼及害怕疼痛，也會擔憂大腸鏡檢查會造成腸破裂、出血或無痛大腸鏡的麻醉風險等因素，而不願接受確診（Janz et al., 2007; 歐吉性 et al., 2012）。國外研究認為臨床醫師若能了解大腸癌糞便潛血篩檢及追蹤確診的重要性而詳加解釋，也會直接影響病人對檢查治療的順應性（Javanparast, Ward, Carter, & Wilson, 2012）。

蔡文正（2017）在衛生福利部國民健康署科技研究報告中指出，在質性的訪談後發現，民眾不願意接受癌症篩檢的原因有：1. 在疾病罹患性認知不足，民眾會有逃避的心態、僥倖的心態、自覺不會罹癌；2. 在疾病嚴重性有錯誤的認知，一般人會聽取親友意見、會順其自然、會尋求替代方案；3. 在行動利益構面上，民眾會覺得沒有動力及誘因、會有不信任篩檢的心態及不信任醫療的專業能力及環境；4. 在行動障礙方面，自身或親友曾經有過對於檢查的負面經驗、覺得篩檢過程尷尬、不舒服、麻煩、性別文化上的糾結、個人隱私因素、自認為沒時間；5. 而在行動線索方面，民眾對篩檢資訊獲得不足。

而民眾在接受癌症篩檢後，篩檢結果是陽性卻不確診的原因，則包含：1. 對疾病罹患性認知不足，民眾本身無病識感、感覺並未影響生活；2. 對疾病嚴重性認知上，與其生活背景有關、自覺無人關心、存有隨緣觀念；3. 缺乏行動利益，想靠自己調整身體狀況、不信任篩檢或醫療專業；4. 行動障礙方面，民眾會恐懼檢查結果、害怕治療、經濟的因素、時間上的因素、覺得確診流程不舒服及麻煩，或者無法自行就醫，以及5. 行動線索不足，無人提醒確診、對確診流程認知不足、擔心是詐騙、對醫師建議或聯繫溝通有誤解。（蔡文正 et al., 2017）。

（二）影響大腸直腸癌篩檢及大腸鏡追蹤確診的客觀因素

影響民眾接受大腸鏡確診的客觀因素相當廣泛且複雜，無論社會人口學方面、社會經濟及教育程度方面、大腸直腸癌的相關知識方面、共病狀況或癌症家族史方面及健康信念模式等因素都有程度上的關係。

在年齡及性別上，參加癌症篩檢的意願會隨著年齡不同而有所不同，也是影響一個人是否願意接受癌症篩檢的意願（Dimitrakaki et al., 2009; Shureiqi et al., 2001），大部份的癌症發生的機率會隨著年齡的增加而上升，一般人對於癌症的警覺性也會隨著年齡的增加而增加，但對老年人而言，常因自覺預期壽命不長而減少接受癌症篩檢的意願（Walter et al., 2009）。而2004-2006年間在美國被診斷為大腸直腸癌的病人中，大約有一半是較末期，尤其是老人與黑人（Control & Prevention, 2006）。部分研究發現男性接受癌症篩檢或接受大腸鏡檢查的意願也比女性高（Meissner, Breen, Klabunde, & Vernon, 2006）（Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006）。

有保險的、教育程度較高的、易取得醫療資源者通常是篩檢率較高的民眾（Cokkinides, Chao, Smith, Vernon, & Thun, 2003; Control & Prevention, 2008）（Thompson, Coronado, Neuhauser, & Chen, 2005）。另一研究也發現病患之求醫行為、教育程度及知識程度愈高者，其參與篩檢的行為愈強（Harewood, Wiersema, & Melton, 2002）。這顯示民眾對篩檢的瞭解程度、就醫的方便性及社會經濟因素，均會影響大腸直腸癌預防及診斷治療。

患有慢性疾病，有大腸直腸癌家族史，並且有從事其他癌症預防篩檢的民眾接受大腸直腸癌篩檢的情況會比較好（Christman et al., 2004）。另一研究也顯示，有過去相關疾病史、家族史有過大腸直腸癌、或有其他癌症家族史及有罹患癌症的危險因子者較會參與癌症篩檢（Tessaro et al., 2006）。

環境因素方面，在過去相關的資料及研究報告中指出，大腸直腸癌的篩檢率呈現都市地區比鄉村地區高的現象（James, Greiner, Ellerbeck, Feng, & Ahluwalia, 2006）。都市化的差距也影響民眾接受大腸鏡檢查的比例，所以政府應該對鄉村地區的篩檢工作做更大的努力（Coughlin & Thompson, 2004）。

第六節 健康信念模式之運用

健康信念模式發展之初是為了用來解釋及預測人們參與預防保健及疾病篩檢計畫等健康行為之影響因素，而後又用以探討民眾之疾病、病人角色行為以及關於慢性病等健康行為。現已廣被醫療專業、衛生、教育人員、大眾傳播...等專業應用於解釋、預測人們信念及其與健康相關行為間的關係（陳曉悌、李怡娟、李汝禮，2003）。經整理相關健康信念模式與篩檢有關之研究，其影響關係分述如下：

（一）自覺罹患性：

指個人對罹患疾病之可能性的主觀評估，在健康信念模式中認為自覺罹患性越強，則越容易採取行動（李翠鳳、郭旭崧、陳錫中、陳天順、周碧瑟，1997）。石（2009）之研究顯示自覺罹患性之認知越高其接受癌症篩檢率高於沒有自覺風險者，Abbaszadeh, Haghdoost, Taebi, & Kohan, (2007); Secginli, & Nahcivan, (2006) 也有相同結果。Cyr, Dunnagan and Haynes (2010) 研究發現有加大腸癌疾病史者自覺罹患性較高。而張（2009）研究之子宮頸癌篩檢自覺罹患性之受檢與未受檢兩者之間並無顯著差異。因這是一個主觀的變項，所以個人感受差異非常大。另外也有運用在健康生活習慣之罹病性感受，如有抽菸等不健康嗜好，則有較高的子宮頸罹患之可能性（黃，2007; Denny-Smiyh, Bairan & Page., 2006）。

（二）自覺嚴重性：

指個人對罹患某病嚴重性的感受，在健康信念模式中認為自覺嚴重性越強，則越容易採取行動。Becker 認為自覺罹患性與自覺嚴重性是很強的認知變項，所以會受到知識的影響。根據相關研究顯示，知識、自身的健康狀態會影響自覺嚴重性（黃素真，2007），個人認知疾病的嚴重性越高，執行預防疾病行為所產生的好處就越多（周宜慧，2008），篩檢行為效益也越高（Abbaszadeh et al., 2007; Secginli, & Nahcivan, 2006）。

（三）行動利益：

指個人對所採取之行動能否降低罹患和嚴重程度的主觀性評估。自覺行動利益越強，則越容易採取行動，Taylor et al (2004) 研究顯示，多數持續參與篩檢的婦女認為規律做子宮頸抹片篩檢，可降低子宮頸癌的發生，且能早期發現疾病及早治療。亦有研究發現，自覺行動利益越強其參與乳房攝影檢查的行動也越強（Abbaszadeh et al., 2007; Secginli & Nahcivan, 2006）。莊（2015）指出健康信念模式相當適合用於採取糞便潛血檢查行為可能性，特

別是自覺行動利益,而行動利益以可以提供家人有利的訊息最為顯著 (Cyr et al.2010)。

(四) 行動障礙：

指個人在行動過程中對可能存在障礙的評估。行動障礙與健康行為密切相關，知識、自覺健康狀態及衛教的介入會影響行動障礙的評估 (周,2008)。Taylor et al. (2004) 研究婦女因擔心檢查會「痛或不舒服」和「怕結果為癌症」而不敢接受篩檢。國內研究亦指出癌症篩檢及確診與障礙性認知呈現負相關 (鄒,2013;韓,2015)。

(五) 行動線索：

指引發健康行為的線索。若自認健康狀況較差，其內在線索會影響健康行為，會增加就醫或預防性的自我檢查 (莊,2006)。而外部線索越多，則對疾病認知越多，也會影響個人的健康行為 (周,2008;張,2015)。韓 (2015) 在大腸癌篩檢陽性確診研究發現，行動線索越多，接受大腸鏡檢查之確診就醫行為就越強。而 Taylor et al. (2004) 的研究中，相關行動線索以社區醫師建議者占最多，其次分別是醫師要求、家人建議和朋友建議等，Secginli&Nahcivan (2006)、R.K.Wong et al. (2013) 等人研究也有相同結果。

由上述相關文獻得知，在社會人口學變項、大腸癌及癌症知識、疾病防治相關知識以及健康信念等各個組成要素，都可能是影響民眾是否要接受大腸癌篩檢及確診的重要影響因素，而且變項之間亦會相互影響。當行動者自覺疾病罹患行及嚴重性高，評估行動利益高於行動障礙，且擁有疾病知識和罹病經驗時，健康行動之發生機率就越高，反之，當行動障礙高於行動利益，則健康行動之發生機率就越低。因此本研究擬將上述變項設計於研究架構中，以探討大腸癌篩檢陽性個案確診行為之決策因素。

第三章 研究方法

本研究採橫斷式相關性研究，茲就研究設計、研究架構、研究問題、研究對象、研究工具、研究工具信效度、研究倫理考量、資料蒐集與分析等八節加以說明。

第一節 研究設計

本研究採橫斷式相關性研究，以立意取樣受試者，及使用修編的結構式問卷調查收集資料，其目的是以健康信念模式中的基本概念即罹患性、嚴重性、利益性、障礙性及行動線索與人口學、健康生活習慣、大腸癌知識等修正因素來探討大腸癌篩檢陽性個案確診行為。

第二節 研究假說

依據研究目的、文獻探討，驗證之研究假說如下：

假說 1: 研究對象之社會人口學變項於確診行為表現有顯著差異

假說 2: 研究對象之健康生活習慣於確診行為表現有顯著差異

假說 3: 研究對象之大腸癌知識於確診行為表現有顯著差異

假說 4: 研究對象之健康信念於行動線索有顯著差異

第三節 研究對象及資料收集過程

本研究對象收案過程為當符合收案條件之民眾接受國民健康署補助免費糞便潛血檢查，檢驗結果為陽性之受檢者。

邀請接受問卷訪談，同意者留下聯絡方式，後續由研究者與研究對象聯繫，於研究對象同意之地點進行資料蒐集。收案後於篩檢日起計算 3 個月，檢視研究對象是否完成確診行為並做成紀錄。

一、納入條件如下：

(一)於中部一區域醫院接受國民健康署補助免費糞便潛血檢查且檢驗結果為陽性者。

(二)年齡為 50-74 歲之間。

(三)意識清楚且能溝通表達者。

(四)同意參與研究者。

二、排除條件如下：

- (一)拒絕接受問卷調查者。
- (二)意識不清楚，無法清楚描述感受及想法。
- (三)長期臥床者。

第四節 研究工具

本研究之測量工具是以結構式問卷為主，問卷的設計是參考韓(2015)發表之碩士論文，針對研究目的及研究架構自行設計之問卷，將經專家進行內容審核及信效度檢定後，修正成正式施測問卷。

研究工具之問卷設計共分為四大部分：第一部分為基本資料、第二部分為健康生活習慣、第三部分為大腸癌知識量表、第四部份為大腸癌健康信念模式量表，問卷內容分述如下：

一、基本資料

社會人口學變項，包括篩檢單位、性別、年齡、教育程度、工作狀況、婚姻狀況、經濟狀況、居住狀況、居住地、疾病史、家族史及大腸癌篩檢相關經驗等。

二、健康生活習慣

包括菸酒檳行為、飲食及運動習慣史等，以了解健康生活型態，內容含有無菸酒檳習慣、每天吃 5 份以上蔬果、每周運動習慣、每週外食次數等共 6 題。

三、大腸癌知識量表

包含大腸癌知識及大腸癌篩檢知識，大腸癌知識指發生大腸癌危險因子、高危險族群、大腸癌症狀、大腸癌流行現況、大腸癌篩檢之糞便潛血檢查報告陽性之處置等共 10 題。內容包括正向題及反向題，採三分法方式計分，答對得 1 分，答錯及不知道給 0 分，分數越高，表示大腸癌及大腸癌篩檢相關知識越正確。

四、大腸癌篩檢健康信念模式量表

(一)自覺罹患性：

指個人主觀認為自己未來罹患大腸癌的機會，共 4 題，例如：我覺得自己這輩子會罹患大腸癌的可能性為何。採 Likert's 五分法，由「絕不可能」為 1 分到「非常可能」為 5 分之方式計分，得分越高表示自覺罹患疾病的可能性越高。

(二)自覺嚴重性：

主要測量個人主觀認為罹患大腸癌的後果是否嚴重，包括對個人、家庭、經濟、生活品質的影響，共 5 題。採 Likert's 五分法，由「非常不同意」為 1 分到「非常同意」為 5 分之方式計分，得分越高表示自覺罹患疾病的嚴重性越高。

(三)行動利益：

主要測量個人認為採取大腸癌篩檢及大腸鏡確診行為可確保健康及早期發現疾病及早治療，共 5 題。採 Likert's 五分法，由「非常不同意」為 1 分到「非常同意」為 5 分之方式計分，得分越高表示自覺採取大腸鏡檢查的行動利益越高。

(四)行動障礙：

主要測量影響個人不進一步執行大腸鏡確診之障礙，例如：覺得自己身體很健康、擔心萬一檢查出大腸癌、有經濟壓力、沒人載送、太忙，沒時間、怕疼痛、不安全...等，共 15 題。採 Likert's 五分法，由「非常不同意」為 1 分到「非常同意」為 5 分之方式計分，得分越高表示自覺採取大腸鏡檢查的行動障礙越高。

(五)行動線索：

主要測量刺激個人採取大腸鏡確診行為之相關行動線索，共 10 題。包括內部行動線索 3 題，如：覺得自己的身體健康狀況越來越不好、最近一年，肚子有時會不舒服等，外部行動線索 7 題，如：親朋好友的建議、接收大眾傳播媒體宣導、醫護人員建議、接獲衛生所通知..等。

第五節 資料收集與分析

一、資料收集

本問卷由研究者進行電話訪問完成，說明如下：

- (一) 研究內容解釋：說明本研究計畫調查目的與背景，並告知個案權利與責任。
- (二) 問卷內容說明：依問卷內容每部分之題型、涵意進行說明，以使問卷填答能具一致性。

二、資料分析

問卷收集完畢後將問卷結果之資料整理、電腦建檔並進行編碼(coding)，經檢視無異常資料，以 SPSS 進行資料整理及分析，採用之統計方法如下：

- (一) 描述性統計：
經由次數分配、百分率、平均數、標準差來描述研究對象之基本特性，例如：社會人口學變項、疾病狀況、健康生活習慣等分佈情形。
- (二) t 檢定、單因子變異數分析、卡方檢定：
以 t 檢定及單因子變異數分析探討社會人口學特性、健康生活習慣、大腸癌知識、健康信念及行動線索間之相關性，以卡方檢定、t 檢定探討社會人口學特性、健康生活習慣、大腸癌知識、健康信念及行動線索於確診行為的表現之相關性。
- (三) 羅吉斯迴歸分析(Logistic regression)：
探討影響大腸癌篩檢陽性個案確診因素之勝算比。

第四章 研究結果

第一節 背景次數分配

本研究共計回收200份有效問卷，採用人數和百分比說明人口變項之分布情況，性別以「女性」為居多，共計120位，占總樣本數60.0%；居住地以「非南投市」為居多，共計101位，占總樣本數50.5%；婚姻狀況以「已婚」為居多，共計174位，占總樣本數87.0%；教育程度以「國小以下」為居多，共計68位，占總樣本數34.0%；目前工作以「退休」為居多，共計76位，占總樣本數38.0%；個人每月平均收入以「<20000元」為居多，共計76位，占總樣本數38.0%；大腸癌檢查經驗以「是」為居多，共計184位，占總樣本數92.0%；家族史以「否」為居多，共計179位，占總樣本數89.5%；疾病史以「無」為居多，共計131位，占總樣本數65.5%。

表 4-1 樣本結構分析表

背景變數	細項	人數	百分比(%)
性別	男性	120	60.0
	女性	80	40.0
居住地	南投市	99	49.5
	非南投市	101	50.5
婚姻狀況	未婚	26	13.0
	已婚	174	87.0
居住狀況	獨居/其他	14	7.0
	僅與配偶同住	38	19.0
	與家人同住	148	74.0
教育程度	國小以下	68	34.0
	國中	48	24.0
	高中/職	57	28.5
	大學專科以上	27	13.5

表 4-1 樣本結構分析表(續)

背景變數	細項	人數	百分比(%)
目前工作	固定工作	68	34.0
	兼差	14	7.0
	家管	6	3.0
	失業或待業/其他	29	14.5
	退休	76	38.0
個人每月平均收入	<20000 元	76	38.0
	20000 元~30000 元	31	15.5
	30001 元~40000 元	60	30.0
	30001 元~40000 元	21	10.5
	40001 元-50000 元	12	6.0
大腸癌檢查經驗	是	184	92.0
	否	16	8.0
家族史	是	15	7.5
	否	179	89.5
	不知道	6	3.0
疾病史	痔瘡	14	7.0
	大腸憩肉	33	16.5
	胃潰瘍	12	6.0
	潰瘍性大腸炎	2	1.0
	其他	8	4.0
	無	131	65.5

第二節 描述性統計

(一) 健康生活習慣

表 4-2 為健康生活習慣願之描述性統計，在過去一年吸菸情況以「從不吸菸」為居多，共 128 人，占整體 64.0%；過去一年喝酒情形以「不喝酒」為居多，共 135 人，占整體 67.5%；過去一年嚼檳榔情形以「不嚼檳榔」為居多，共 186 人，占整體 93.0%；每天吃五份以上的蔬菜和水果以「每天都有」為居多，共 58 人，占整體 29.0%；每週運動習慣以「有，每週 100-150 分鐘」為居多，共 80 人，占整體 40.0%；三餐外食頻率(早餐)以「每周 0 次」為居多，共 143 人，占整體 71.5%；三餐外食頻率(午餐)以「每周 0 次」為居多，共 107 人，占整體 53.5%；三餐外食頻率(晚餐)以「每周 0 次」為居多，共 135 人，占整體 67.5%。

表 4-2 健康生活習慣之描述性統計

健康生活習慣	細項	人數	百分比(%)
過去一年吸菸情形	從不吸菸	128	64.0
	已戒菸	32	16.0
	每天 10 支以下	21	10.5
	每天 10-20 支	13	6.5
	每天 20 支以上	6	3.0

表 4-2 健康生活習慣之描述性統計(續)

健康生活習慣	細項	人數	百分比(%)
過去一年喝酒情形	不喝酒	135	67.5
	已戒酒	11	5.5
	偶爾應酬	48	24.0
	每天 500cc 以下	4	2.0
	每天 500cc-1000cc	1	.5
	每天 1000cc 以上	1	.5
過去一年嚼檳榔情形	不嚼檳榔	186	93.0
	已戒檳榔	8	4.0
	每天 10 顆以下	5	2.5
	每天 10 顆-20 顆	0	0
	每天 20 顆以上	1	0.5
每天吃五份以上的蔬菜和水果	每天都有	58	29.0
	一週有 4-6 天	57	28.5
	一週有 1-3 天	77	38.5
	每天都沒有	8	4.0
每週運動習慣	有，每週達 150 分鐘以上	46	23.0
	有，每週 100-150 分鐘	80	40.0
	有，每週 100 分鐘以下	35	17.5
	沒有	39	19.5
三餐外食頻率(早餐)	每周 0 次	143	71.5
	每周 1-2 次	13	6.5
	每周 3-4 次	23	11.5
	每周 5 次以上	21	10.5
三餐外食頻率(午餐)	每周 0 次	107	53.5
	每周 1-2 次	28	14.0
	每周 3-4 次	31	15.5
	每周 5 次以上	34	17.0
三餐外食頻率(晚餐)	每周 0 次	135	67.5
	每周 1-2 次	27	13.5
	每周 3-4 次	19	9.5
	每周 5 次以上	19	9.5

(二)大腸癌相關知識

表4-3為大腸癌相關知識之描述性統計，整體大腸癌相關知識平均得分為3.640，標準差為2.160，大腸癌相關知識的題目中平均得分最高為，第3題「你知道大便習慣改變(如便秘或不規則)、肛門出血、血便，有可能是大腸癌症狀，需趕快就醫檢查?」，平均得分為0.815，平均得分最低的為第7題「癌症死亡率中，大腸癌居所有癌症死亡率第一名?」，平均得分為0.010。

表 4-3 大腸癌相關知識之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.你知道喜愛食紅肉(如豬肉、牛肉、羊肉)的習慣會增加得大腸癌發生機率?	0.440	0.498
2.你知道有家族性大腸疾病史的人，是大腸癌的高危險群?	0.460	0.500
3.你知道大便習慣改變(如便秘或不規則)、肛門出血、血便，有可能是大腸癌症狀，需趕快就醫檢查?	0.815	0.389
4.你知道定期篩檢是預防及及早發現大腸癌的方法之一?	0.810	0.393
5.癌症發生率中大腸癌為男性癌症發生率第一名?	0.210	0.408
6.如果早期發現大腸直腸癌，5 年存活率也不到 50%?	0.070	0.256
7.癌症死亡率中，大腸癌居所有癌症死亡率第一名?	0.010	0.100
8.大腸癌近 8 年來已經蟬聯所有癌症發生率第一名?	0.160	0.368
9.糞便潛血檢查報告結果為陽性，可再重做一次糞便潛血檢查，若結果為陰性就代表正常，不需再做大腸鏡?	0.265	0.442
10.若糞便潛血檢查結果陽性，就算身體若是沒有什麼不舒服，仍需要進一步做大腸鏡檢查?	0.400	0.491
整體大腸癌相關知識	3.640	2.160

(三)自覺罹患性

表4-4為自覺罹患性之描述性統計，整體自覺罹患性平均得分為2.620，標準差為0.876，自覺罹患性的題目中平均得分最高為，第2題「你知道有家族性大腸疾病史的人，是大腸癌的高危險群?」，平均得分為2.845，平均得分最低的為第3題「你知道大便習慣改變(如便秘或不規則)、肛門出血、血便，有可能是大腸癌症狀，需趕快就醫檢查?」，平均得分為2.450。

表 4-4 自覺罹患性之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.你知道喜愛食紅肉(如豬肉、牛肉、羊肉)的習慣會增加得大腸癌發生機率?	2.655	0.906
2.你知道有家族性大腸疾病史的人，是大腸癌的高危險群?	2.845	1.641
3.你知道大便習慣改變(如便秘或不規則)、肛門出血、血便，有可能是大腸癌症狀，需趕快就醫檢查?	2.450	0.861
4.你知道定期篩檢是預防及及早發現大腸癌的方法之一?	2.530	0.913
整體自覺罹患性	2.620	0.876

(四)自覺嚴重性

表4-5為自覺嚴重性之描述性統計，整體自覺嚴重性平均得分為4.050，標準差為0.572，自覺嚴重性的題目中平均得分最高為，第4題「罹患大腸癌會使生活品質變差?」，平均得分為4.215，平均得分最低的為第2題「罹患大腸癌會擔心家人或家事會無人照料?」，平均得分為3.850。

表 4-5 自覺嚴重性之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.大腸癌是嚴重的疾病?	4.200	0.665
2.罹患大腸癌會擔心家人或家事會無人照料?	3.850	0.917
3.罹患大腸癌會拖累家中經濟?	3.895	0.829
4.罹患大腸癌會使生活品質變差?	4.215	0.575
5.罹患大腸癌會造成家人負擔，使家庭功能運作變差?	4.090	0.628
整體自覺嚴重性	4.050	0.572

(五)行動利益

表4-6為行動利益之描述性統計，整體行動利益平均得分為4.180，標準差為0.606，行動利益的題目中平均得分最高為，第1題「早期發現大腸癌並早期治療效果比較好?」，平均得分為4.355，平均得分最低的為第3題「若是不到醫院做大腸鏡檢查，會讓家人擔心?」，平均得分為3.935。

表 4-6 行動利益之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.早期發現大腸癌並早期治療效果比較好?	4.355	0.592
2.接受大腸鏡或大腸攝影檢查，可以幫助您早期發現大腸癌?	4.280	0.659
3.若是不到醫院做大腸鏡檢查，會讓家人擔心?	3.935	0.815
4.了解大腸癌及大腸鏡檢查過程後會比較願意接受大腸鏡檢查?	4.125	0.856
5.定期健康檢查對自己的健康很重要，可以了解自己的健康狀態?	4.205	0.785
整體行動利益	4.180	0.606

(六)行動障礙

表4-7為行動障礙之描述性統計，整體行動障礙平均得分為2.222，標準差為0.674，行動障礙的題目中平均得分最高為，第11題「檢查前的準備過程太麻煩(需要吃瀉藥，無法一次完成)?」，平均得分為2.810，平均得分最低的為第5題「有經濟壓力，所以不去做大腸鏡檢查?」，平均得分為1.775。

表 4-7 行動障礙之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.目前覺得自己身體很健康，所以不需要去做大腸鏡檢查?	2.640	1.191
2.我自己的身體自己明白，不用再多做檢查?	2.580	1.221
3.擔心萬一檢查出大腸癌，所以不去做大腸鏡檢查?	1.860	0.891
4.講解大腸癌篩檢報告的醫師認為沒必要再做任何檢查?	2.095	1.040
5.有經濟壓力，所以不去做大腸鏡檢查?	1.775	0.811
6.沒人載送陪同，所以無法去做大腸鏡檢查?	1.970	1.012
7.無法配合醫院安排大腸鏡檢查的時間?	1.910	0.931
8.工作太忙，沒時間去做檢查?	2.195	1.172
9.怕大腸鏡檢查會導致疼痛、不舒服?	2.160	1.205
10.覺得做大腸鏡不安全(擔心出血、穿孔、併發症)?	2.185	1.224
11.檢查前的準備過程太麻煩(需要吃瀉藥，無法一次完成)?	2.810	1.217
12.覺得只是有痔瘡出血?	2.410	1.013
13.大腸鏡檢查的地點太遠，交通不便?	1.985	0.974
14.不相信糞便潛血檢查的準確性?	2.165	0.878
15.曾經做過大腸鏡報告無異常，所以糞便潛血檢查陽性也沒關係，不需再做一次大腸鏡檢查?	2.590	0.898
整體行動障礙	2.222	0.674

(七)內部線索

表4-8為內部線索之描述性統計，整體內部線索平均得分為1.953，標準差為0.211，內部線索的題目中平均得分最高為，第2題「最近一年大便時，肛門會流血?」，平均得分為1.975，平均得分最低的為第1題「覺得自己的身體健康狀況越來越不好?」，平均得分為1.935。

表 4-8 內部線索之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.覺得自己的身體健康狀況越來越不好?	1.935	0.285
2.最近一年大便時，肛門會流血?	1.975	0.234
3.最近一年，肚子有時會不舒服?	1.950	0.279
整體內部線索	1.953	0.211

(八)外部線索

表4-9為外部線索之描述性統計，整體外部線索平均得分為1.567，標準差為0.258，外部線索的題目中平均得分最高為，第1題「曾經從電視、廣播、網路或報紙得知大腸鏡檢查訊息?」，平均得分為1.975，平均得分最低的為第3題「醫師或護理師有叮嚀提醒我到醫院做大腸鏡檢查?」，平均得分為1.045。

表 4-9 外部線索之描述性統計

題目	平均數	標準差
1.曾經從電視、廣播、網路或報紙得知大腸鏡檢查訊息?	1.965	0.746
2.親朋好友分享做大腸鏡檢查的親身經驗，提醒我去檢查?	1.690	0.562
3.醫師或護理師有叮嚀提醒我到醫院做大腸鏡檢查?	1.045	0.231
4.曾接到衛生所護理師的電話，提醒我要做大腸鏡檢查?	1.630	0.561
5.醫師或護理師對您需要接受大腸鏡檢查的原因，有進一步說明清楚到讓您瞭解?	1.090	0.378
6.衛生所人員對您需要接受大腸鏡檢查的原因，有進一步說明清楚到讓您瞭解?	1.850	0.556
7.我曾參加社區健康篩檢活動，所以我知道大腸癌篩檢報告異常應該要進一步做大腸鏡檢查?	1.700	0.593
整體外部線索	1.567	0.258

第三節 有無接受腸鏡在社會人口學及健康生活習慣之差異

根據表4-10分析結果所示，僅疾病史($\chi^2 = 30.739, p < .05$)、過去一年嚼檳榔情形($\chi^2 = 8.396, p < .05$)與有無接受腸鏡的關聯性，達統計顯著差異水準。

表 4-10 有無接受腸鏡在社會人口學及健康生活習慣之差異 (N= 200)

變項	有接受腸鏡		無接受腸鏡		統計值	
	人數	%	人數	%	χ^2/t -test	p 值
性別					.003	.954
男	68	56.7	52	43.3		
女	45	56.3	35	43.8		
年齡	113	65.68(6.51)	87	63.95(6.93)	1.795	.074
居住地					.347	.556
南投市	58	58.6	41	41.4		
非南投市	55	54.5	46	45.5		
婚姻狀況					1.302	.254
未婚	12	46.2	14	53.8		
已婚	101	58.0	73	42.0		
居住狀況					1.764	.414
獨居/其他	7	50.0	7	50.0		

表 4-10 有無接受腸鏡在社會人口學及健康生活習慣之差異 (N= 200)(續)

變項	有接受腸鏡		無接受腸鏡		統計值	
	人數	%	人數	%	χ^2/t -test	p 值
僅與配偶同住	25	65.8	13	34.2		
與家人同住	81	54.7	67	45.3		
教育程度					4.885	.180
國小以下	38	55.9	30	44.1		
國中	33	68.8	15	31.3		
高中/職	30	52.6	27	47.4		
大學專科以上	12	44.4	15	55.6		
目前工作					3.930	.415
固定工作	36	52.9	32	47.1		
兼差	9	64.3	5	35.7		
家管	14	48.3	15	51.7		
失業或待業/其他	5	41.7	7	58.3		
退休	48	63.2	28	36.8		
個人每月平均收入					4.591	.332
<20000 元	45	59.2	31	40.8		
20000 元~30000 元	19	61.3	12	38.7		
30001 元~40000 元	31	51.7	29	48.3		
30001 元~40000 元	14	66.7	7	33.3		
40001 元-50000 元	4	33.3	8	66.7		
大腸癌檢查經驗					1.150	.283
是	106	57.6	78	42.4		
否	7	43.8	9	56.3		
家族史					1.941	.379
是	10	66.7	5	33.3		
否	101	56.4	78	43.6		
不知道	2	33.3	4	66.7		
疾病史					30.739	.000***
痔瘡	11	78.6	3	21.4		
大腸息肉	29	87.9	4	12.1		
胃潰瘍	10	83.3	2	16.7		
潰瘍性大腸炎	1	50.0	1	50.0		
其他	6	75.0	2	25.0		
無	56	42.7	75	57.3		
過去一年吸菸情形					3.762	.439
從不吸菸	75	58.6	53	41.4		
已戒菸	17	53.1	15	46.9		
每天 10 支以下	9	42.9	12	57.1		
每天 10-20 支	76	53.8	6	46.2		

表 4-10 有無接受腸鏡在社會人口學及健康生活習慣之差異 (N= 200)(續)

變項	有接受腸鏡		無接受腸鏡		統計值	
	人數	%	人數	%	χ^2/t -test	p 值
每天 20 支以上	5	83.3	1	16.7		
過去一年喝酒情形					3.628	.604
不喝酒	77	57.0	58	43.0		
已戒酒	8	72.7	3	27.3		
偶爾應酬	24	50.0	24	50.0		
每天 500cc 以下	2	50.0	2	50.0		
每天 500cc-1000cc	1	100.0	0	0.0		
每天 1000cc 以上	1	100.0	0	0.0		
過去一年嚼檳榔情形					8.396	.038*
不嚼檳榔	106	57.0	80	43.0		
已戒檳榔	6	75.0	2	25.0		
每天 10 顆以下	0	0.0	5	100.0		
每天 20 顆以上	1	100.0	0	0.0		
每天吃五份以上的 蔬菜和水果					1.230	.746
每天都有	36	62.1	22	37.9		
一週有 4-6 天	30	52.6	27	47.4		
一週有 1-3 天	43	55.8	34	44.2		
每天都沒有	4	50.0	4	50.0		
每週運動習慣					6.189	.103
有, 每週達 150 分鐘以上	32	69.6	14	30.4		
有, 每週 100-150 分鐘	43	53.8	37	46.3		
有, 每週 100 分鐘以下	15	42.9	20	57.1		
沒有	23	59.0	16	41.0		
三餐外食頻率(早餐)					3.103	.376
每周 0 次	86	60.1	57	39.9		
每周 1-2 次	6	46.2	7	53.8		
每周 3-4 次	12	52.2	11	47.8		
每周 5 次以上	9	42.9	12	57.1		
三餐外食頻率(午餐)					5.995	.112
每周 0 次	69	64.5	38	35.5		
每周 1-2 次	13	46.4	15	53.6		
每周 3-4 次	15	48.4	16	51.6		
每周 5 次以上	16	47.1	18	52.9		
三餐外食頻率(晚餐)					4.376	.224
每周 0 次	82	60.7	53	39.3		
每周 1-2 次	11	40.7	16	59.3		
每周 3-4 次	11	57.9	8	42.1		
每周 5 次以上	9	47.4	10	52.6		

* $p < .05$, ** $p < .01$.

第四節 羅吉斯迴歸分析

本研究檳榔食用情形由於10顆以下跟20顆以上的受試者人數過少(皆有實驗組或控制組0人的情況)，因此將所有非不嚼檳榔者列為其他進行分析。

在羅吉斯迴歸分析中，將前述有顯著的變數分別放入單變量(Univariate)及多變量(Multivariate)邏輯斯迴歸，結果發現疾病史可顯著預測有無接受腸鏡($p < .05$)，其中曾有痔瘡(Odds ratio=4.971)、大腸瘻肉(Odds ratio=9.970)、胃潰瘍(Odds ratio=6.496)之患者有較高的機率接受大腸鏡檢。

表 4-11 社會人口學及健康生活習慣之羅吉斯迴歸分析

變數	單變量		多變量	
	Odds ratio	p-Value	Odds ratio	p-Value
疾病史(無=0)				
疾病史(痔瘡)	4.911	.018*	4.971	.018*
疾病史(大腸瘻肉)	9.710	.000*	9.970	.000*
疾病史(胃潰瘍)	6.696	.017*	6.496	.019*
疾病史(潰瘍性大腸炎)	1.339	.838	1.299	.854
疾病史(其他)	4.018	.096	4.500	.078
檳榔情形(不嚼檳榔)				
其他	0.755	.612	0.770	.405

註：疾病史的參照點為「無疾病者」；過去一年嚼檳榔情形的參照點為「不嚼檳榔者」

* $p < .05$

由4-12表可知在單變量分析中，除了內部線索外其餘變數皆達顯著，其中大腸癌相關知識、自覺罹患性、自覺嚴重性、行動利益為正向顯著(odds ratio>1)，表示當上述變項得分越高時，接受大腸鏡的機率越高。此外，行動障礙跟外部線索的部份為負向顯著(odds ratio<1)，表示當這兩個變項得分越低時，接受大腸鏡的機率越高。

在多變量分析的部分可知，當考慮多個變數時，自覺罹患性跟行動利益仍達顯著，表示這兩個變數為影響接受腸鏡與否的相對重要因子。

表 4-12 大腸癌相關知識及健康行為模式之羅吉斯迴歸分析

變數	單變量		多變量	
	Odds ratio	p-Value	Odds ratio	p-Value
大腸癌相關知識	1.300	<.001*	.992	.935
自覺罹患性	1.903	.001*	1.597	.028*
自覺嚴重性	2.325	.002*	.775	.484
行動利益	6.438	<.001*	4.795	<.001*
行動障礙	.281	<.001*	.603	.117
內部線索	.252	.436	.476	.368
外部線索	.028	.007*	.638	.530

* $p < .05$

第五章 結論與建議

第一節 結論

本研究目的主要是探討影響是否接受轉介確診就醫行為之相關因素，綜合本研究結果與討論，提出以下結論：

- 一. 本次研究對象的社會人口學變項及健康生活習慣中，是否有腸胃道相關過去病史為影響大腸癌篩檢陽性之後續確診行為之原因，即有痔瘡、大腸瘻肉、胃潰瘍等相關過去病史者，在篩檢呈陽性結果後較有意願接受大

腸鏡檢查。

- 二. 在單變量分析中，大腸癌相關知識、自覺罹患性、自覺嚴重性、行動利益為正向顯著，表示當上述變項得分越高時，接受大腸鏡的機率越高。在多變量分析的部分可知，當考慮多個變數時，自覺罹患性跟行動利益仍達顯著，表示這兩個變數為影響接受腸鏡與否的相對重要因子。
- 三. 本次研究中行動線索並無法提供民眾於大腸癌篩檢陽性之後接受大腸鏡檢之正向影響。

第二節 建議

- 一. 電訪過程中發現仍有部分民眾沒接收醫院或衛生單位篩檢陽性結果的提醒，可能原因之一是個人聯絡資料的錯誤，建議相關單位可再多加強民眾基本資料的正確性及資料的整合以減少遺漏給民眾相關訊息。
- 二. 行動利益的加強、行動障礙減少及行動線索的導正均需要倚賴知識的宣導，如何把大腸癌確診相關知識深植在民眾心中，將是未來醫療院所和公衛部門需加強的部份。建議在知識宣導的部分，可以先了解民眾平時的生活習慣及對大腸癌的刻板印象，配合時事將宣導內容融入各式廣播媒體裡。讓這個民眾印象更深刻。也可深入社區各式社團活動、社區發展協會、與社區較有影響力、說服力的社區領導人合作一起宣導，透過小型座談會以有獎徵答的講座方式來提升社區民眾對大腸癌篩檢陽性後續轉介相關知識及不正確觀念的澄清，依據知識較為不足的部份加強宣導。
- 三. 本次研究中可發現外部行動線索並無法提供民眾於大腸癌篩檢陽性之後接受大腸鏡檢之正向影響，可能是因為接受轉介之醫師沒有針對民眾給予完整且易懂的相關建議，導致民眾對於後續確診行為仍有所疑慮。建議醫院內部訂定統一的衛教單張及文稿，幫助醫療人員能有效的提供正確訊息，消除民眾對於大腸鏡檢的疑慮，提高確診意願。

參考文獻

中文部分

- 國家衛生研究院. (1998). 大腸直腸癌診斷與治療之共識. Retrieved from <http://www.nhri.org.tw>
- 國民健康署. (2018). 民國 107 年國民健康訪問調查. Retrieved from <http://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=364&pid=6543>
- 國民健康署. (2018). 民國 106 年癌症登記報告. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=269&pid=7330>
- 張珮涵、陳婷婷、江美鳳(2013)，提昇大腸癌篩檢陽性個案追蹤完成率之專案，護理雜誌，60(6)，76-83.
doi:10.6224/jn.60.6.76
- 歐吉性，余方榮，許文鴻，王聖雯，吳登強，& 胡晃鳴. (2012). 大腸直腸癌的篩檢與監測及台灣施行現況. 臺灣醫界，55(3)，124-127.
- 蔡文正，龔佩珍，洪耀卿，蔡銘修，陳自諒，& 劉良智. (2017). 癌症早期發現相關策略研究-應用質性研究探討民眾未參與癌症篩檢及篩檢陽性民眾未接受確診原因，並發展具地區性之可行建議(105-106 年) (RG10512-0796). Retrieved from <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11643329&docId=475253>
- 衛生福利部國民健康署. (2014). 第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢. Retrieved from [https://www.hpa.gov.tw/file/ThemeDocFile/20070820122356/%E7%AC%AC%E4%BA%8C%E6%9C%9F%E5%9C%8B%E5%AE%B6%E7%99%8C%E7%97%87%E9%98%B2%E6%B2%BB%E8%A8%88%E7%95%AB-%E5%9F%B7%E8%A1%8C%E6%88%90%E6%9E%9C%E6%9A%A8%E6%AA%A2%E8%A8%8E%E5%A0%B1%E5%91%8A\(%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E7%89%88\).pdf](https://www.hpa.gov.tw/file/ThemeDocFile/20070820122356/%E7%AC%AC%E4%BA%8C%E6%9C%9F%E5%9C%8B%E5%AE%B6%E7%99%8C%E7%97%87%E9%98%B2%E6%B2%BB%E8%A8%88%E7%95%AB-%E5%9F%B7%E8%A1%8C%E6%88%90%E6%9E%9C%E6%9A%A8%E6%AA%A2%E8%A8%8E%E5%A0%B1%E5%91%8A(%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E7%89%88).pdf)
- 衛生福利部國民健康署. (2018). 歷年 50-69 歲民眾最近兩年內接受大腸癌篩檢率. Retrieved from <http://data.hpa.gov.tw/dataset/143070675847/resource/39ef04e8-6fdc-4902-87ec-03afb6a56007>

- 衛生福利部國民健康署. (2018). 歷年大腸癌篩檢陽性個案追蹤完成率. Retrieved from <http://data.hpa.gov.tw/dataset/143070777749/resource/4c521ab3-96f6-47ff-897f-c5f4dabab316>
- 陳哲民, 李熹昌, 林光洋, 陳建志, 郭冠良, 黃惠娟, & 吳岱穎. (2006). 大腸直腸癌篩檢. [Colorectal Cancer Screening]. 北市醫學雜誌, 3(1), 1-10. doi:10.6200/tcmj.2006.3.1.01
- 陳怡君, 吳坤和, & 林為森. (2010). 高雄地區民眾大腸癌篩檢行為及其影響因子. [The Behavior of Colorectal Cancer Screening and Its Affected Factors of Residents in Kaohsiung Area]. 嘉南學報 (科技類) (36), 291-301.
- 黃玉燕, 陳秀月, & 劉珍如. (2009). 提昇某區域教學醫院子宮頸抹片篩檢人數之改善專案. [The Project of Increasing Participant Numbers to Receive Pap Smear Screening in Research Hospitals]. 高雄護理雜誌, 26(2), 23-34. doi:10.6692/kjn-2009-26-2-3
- 劉介宇, 洪永泰, 莊義利, 陳怡如, 翁文舜, 劉季鑫, & 梁賡義. (2006). 台灣地區鄉鎮市區發展類型應用於大型健康調查抽樣設計之研究. 健康管理學刊, 4(1), 1-22.

英文部分

- Alexandraki,I., Mooradian, A. D. (2010). Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *Journal of the National Medical Association*,102 (3), 206-218.
- Atkin, W. S., R. Edwards, et al. (2010). "Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial." *Lancet* 375(9726): 1624-1633.
- Abbaszadeh,A., Haghdoost, A., Taebi, M., Kohan, S.(2007). The Relationship Between Women's Health Beliefs and Their Participation in Screenin Mammography. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*,8, 471-475.
- Beydoun, H. A., & Beydoun, M. A. (2008). Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. *Cancer Causes and Control*, 19(4), 339-359.
- Codori, A. M., Petersen, G. M., Miglioretti, D. L., & Boyd, P. (2001). Health beliefs and endoscopic screening for colorectal cancer: Potential for cancer prevention. *Preventive Medicine*, 33(2), 128-136.
- Canbulata N., Uzunb,O.,(2008) .Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* ,12, 148 - 156.
- Cannas,K.,Rosemary,C.,Gerard,S. (2005) .Factors associated with mammpgraphic decisions of Chinese-Australian women.*Health Education Research*,20 (6) ,739-747.
- Farmer, D., Reddick, B., D'Agostino, R.,Jr., & Jackson, S.A.(2007) Psychosocial correlates of mammography.Screening in older African American women. *Oncology nursing forum*,34(1),118-123.
- Ham, K.O.,(2006). Factors Affecting Mammography Behavior and Intention Among Korean Women. *Oncology nursing forum*,33(1),113-119.
- Javanparast, S., Ward, P. R., Carter, S. M., & Wilson, C. J. (2012).Barriers to and facilitators of colorectal cancer screening in different population subgroups in Adelaide, South Australia.*The Medical Journal of Australia*, 196(8), 521 – 523.doi:10.5694/mja11.10701
- Lieberman, D. A., D. G. Weiss, et al. (2000). "Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380." *N Engl J Med* 343(3): 162-168.
- Ng, E.S., Tan, C.H., Teo, D.C., Seah, C.Y., & Phua, K.H.(2007) .Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese--a community-based survey in Singapore. *Prevention Medicine*,45(5),332-335.
- Provenzale D, Gray RN (2004). Colorectal cancer screening and treatment: review of outcomes research, *J Natl Cancer Inst Monogr*,2004(33), 45-55.
- Pickhardt, P. J., J. R. Choi, et al. (2003). "Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults." *N Engl J Med* 349(23): 2191-2200.

- Royak-Schaler, R., Klabunde, C.N., Greene, W.F., Lannin, D.R., DeVellis, B., Wilson, K.R., Cheuvront, B. (2002). Communicating breast cancer risk: patient perceptions of provider discussions. *Medscape Womens Health*, 7(2), 2-5.
- Rockey, D. C., Paulson, E., Niedzwiecki, D., Davis, W., Bosworth, H. B., Sanders, L., et al. (2005). Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison. *Lancet*, 365(9456), 305-311.
- Segnan, N., Senore, C., Andreoni, B., Arrigoni, A., Bisanti, L., Cardelli, A., et al. (2005). Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(5), 347-357.
- Siegel, R., Ward, E., Brawley, O., & Jemal, A. (2011). Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin*, 61(4), 212-236.
- Sung, J. J., J. Y. Lau, et al. (2005). "Increasing incidence of colorectal cancer in Asia: implications for screening." *Lancet Oncol* 6(11): 871-876.
- Stock, C., A. B. Knudsen, et al. (2011). "Colorectal cancer mortality prevented by use and attributable to nonuse of colonoscopy." *Gastrointest Endosc* 73(3): 435-443 e435.
- Soskolne, V., Marie, S., & Manor, O. (2007). Beliefs, recommendations and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. *Health Educ Res*, 22(5), 665-676.
- Secginli, S., Nahcivan, N.O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women. A questionnaire survey. *Int J Nursing Studies*, 43, 161-77.
- UK Colorectal Cancer Screening Pilot Group. (2004). Results of the first round of a demonstration pilot of screening for colorectal cancer in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 329 (7458), 1-5.