

以健康信念模式分析公共衛生護理人員執行* 乳房自我檢查之意圖

呂 昌 明**

本研究以健康信念模式為理論架構，針對台北市公共衛生護理人員執行乳房自我檢查意圖進行調查，結果發現此模式能有效地預測行為意圖，其中以對乳房自我檢查的障礙性認知最具預測力，其次為有效性認知，罹患性與嚴重性認知則未達統計上的顯著水準。並依據研究結果提出未來教育宣導重點與相關研究方向之建議。

關鍵字：健康信念模式 行為的意圖 乳房自我檢查

一、前 言

根據行政院衛生署生命統計資料顯示，台灣地區婦女罹患乳房惡性腫瘤而死亡的人數，由民國六十五年244人，逐年增加，至民國八十年為664人（行政院衛生署，民81），高居女性癌症死亡原因之前五位；相關研究報告亦指出台灣地區女性乳癌標準化死亡率逐年上升（鄭玉娟、民71；周碧瑟、民72）；行政院衛生署保健處已將防治乳癌的具體目標列入八十二至八十六年「國民保健計畫」中。

乳房對婦女而言，是具有特殊意義的器官，一旦罹患疾病，一則是面對疾病，甚至死亡的威脅；另則是乳房切除對女性身體形象完整性的破壞（Graydon，1984；張珏等，民77）；足見乳癌對女性身、心層面的重大威脅。乳癌在尚未轉移之前，如能早期發現早期治療，則其五年存活率高達85%，若有淋巴轉移或擴散後才治療，則其存活率降為56%（Schlueter，1982），因此乳癌的防治關鍵在於早期發現早期治療。乳癌的篩檢方法有許多，而其中乳房自我檢查法（Breast Self-Examination，以下行文簡稱為BSE）不需特殊儀器設備及專業人員操作，故較其他篩檢方法更具普遍性與經濟效益，已被公推為是每一婦女最佳的「護乳之道」（Miller et al，1985）。

公共衛生護理人員在提供初級健康照護上扮演著多重而重要的角色，例如：直接的護理服務、衛生教育、健康管理與諮詢....等（賴幼玲，民76），其本身既為婦女團體的一員，並兼負社區婦幼衛生教育之重責，而影響其執行BSE的原因何在？以及未來執行BSE的意圖如何？本研究將以健康信念模式(Health Belief Model)為理論架構，探討影響台北市公共衛生護理人員執行BSE意圖的相關因素，以做為對基層醫療單位護理人員之防癌教育參考。

* 本研究為一自費研究,特別謝謝劉翠媚小姐、李明憲先生在研究過程中的鼎力協助。

** 國立台灣師範大學衛生教育研究所副教授

二、理論架構

健康信念模式乃由Rosenstock等(1957)社會心理學家以價值期待理論(value expectancy theory)為基礎發展而來，主要以動機(motivation)及認知(perception)的因素來預測、說明與健康有關的行為。模式中的主要組成因素有下列各項：

(一) 罹患性認知(perceived susceptibility)：

個人主觀的評估自己罹患某種疾病的可能性。

(二) 嚴重性認知(perceived severity)：

個人覺得罹患某種疾病後的結果是否具嚴重性，如：該疾病是否會引起死亡、殘障等及其對心理、社會關係上或家庭方面的影響。

(三) 有效性認知(perceived benefits of action)：

個人對所欲採取之行動是否能預防或偵測疾病、維持個人健康或減少因疾病導致之不良後果等利益性的主觀評估。

(四) 障礙性認知(perceived barriers of action)：

個人對所欲採取的行動過程中可能存在的障礙評估，如：花費太高、不方便、花費時間、引起疼痛等。

(五) 行動的線索(cues to action)：

是指促成採取行動的刺激如：大眾傳播活動，醫師的提醒，親朋家人的疾病經驗等。

此模式認為：個人對疾病的罹患性與嚴重性認知是提供行動的動力，而有效性與障礙性認知的衡量與比較，則會影響個人最佳行動途徑的選擇，若再加上行動線索的刺激則會提升採行健康行為的可能性。此外，不同的人口學、社會心理和結構等因素，對個人的認知也有直接的作用，並間接的影響健康行為的表現。

本研究的主要目的是瞭解台北市公共衛生護理人員對乳癌的嚴重性與罹患性認知、對BSE的有效性與障礙性認知在其未來執行BSE意圖上的影響程度，也就是透過健康信念模式來預測受測者執行BSE的意圖。

三、文獻探討

採用健康信念模式所做過的研究極多，一般而言，此模式可以有效的預測預防性健康行為；Janze & Becker(1984)發現1974~1984年間所有運用健康信念模式以了解預防性健康行為的研究中，有93%支持障礙性認知與該研究健康行為間具有顯著相關，其他依次為罹患性認知(86%)、有效性認知(74%)、嚴重性認知只佔50%；而與BSE有關的研究結果如下：

(一) 罹患性認知方面

許多學者發現婦女對乳癌的罹患性認知與BSE的執行頻次無關(Trotta, 1980, Howe

.1981, Mamon.1982, Schlueter.1982, Bennett et al.1983, Champion.1984.1985.1987, Siero et al.1984, Lashley.1987)但亦有些研究則發現覺得自己罹患乳癌的可能性較高的婦女,較多能規律的執行BSE(Hallal.1982, Brailey.1986, Massey.1986, Champion.1988, Redeker.1989, Gray.1990, Wyper.1990), Champion(1988)也發現罹患性認知與做BSE的意圖之間有顯著的正相關。

(二) 嚴重性認知方面

大部分的研究發現婦女對乳癌嚴重性認知的強弱與其是否規律地執行BSE並無關係 (Bennett et al.1983, Champion.1984.1985.1987, Siero et al.1984, Rutledge.1987, Gray.1990, Wyper.1990), 但Champion(1988)研究指出, 婦女對乳癌的嚴重性認知強者, 其未來傾向於做BSE的意圖較高。

(三) 有效性認知方面

對BSE的有效性認知較強者其執行BSE頻次較高 (Hallal. 1982, Champion. 1985, Brailey.1986, Rutledge.1987, Redeker.1989, Gray.1990), 也有發現此項認知在引發執行BSE的頻次(Trotta.1980, Schlueter.1982, Champion.1984.1987, Lashley.1987, Wyper.1990)或未來執行意圖上無關(Champion.1988)。

(四) 障礙性認知方面

大部分的研究皆支持婦女對執行BSE的障礙性認知較強則其執行BSE的頻次愈低 (Trotta.1980, Howe.1981, Mamon.1982, Champion.1984.1985.1987, Norman.1986, Wyper.1987.1990, Lashley.1987, Rutledge.1987, Gray.1990), 或其未來的執行意圖也較低 (Champion.1988)。

四、方法

(一) 研究對象：

本研究的母群體是指民國七十八年服務於台北市十六個行政區的衛生所護理人員, 根據台北市衛生局所提供的名冊, 共計187人, 皆列為實際調查的對象。

(二) 研究工具

以自編的結構式問卷為工具、內容除了人口學基本資料外, 還有測量罹患性認知, 例如: 考慮所有因素, 我認為1.在未來5年內2.在將來的某一天我得到乳癌的可能性3.與一般婦女相比, 我得到乳癌的可能性共3項, 嚴重性認知例如, 乳癌是一極嚴重的疾病等共5項, 有效性認知, 例如: 做BSE是發現乳房腫塊的有效方法等共5項, 障礙性認知。例如: 做: BSE需要花費很多時間等6項, 行動的線索(3項), 如親朋的患病經驗, 有無人提醒做BSE。另外依變項「做BSE的行為意圖」分別由1.在未來1個月中, 我做乳房自我檢查的可能性(以下行文略稱為意圖1) 2.在未來6個月中, 我每個月都做乳房自我檢查的可能性(以下行文略稱為意圖2) 等兩項來測量。問卷設計除了「做BSE的行為意圖」採Likert 5 點量表外(非常可能給5分, 非常不可能給1分), 其他認知變項皆

採6點量表，由非常同意，可能（給6分）到非常不同意，不可能（給1分）反向題則反計之。

（三）施測過程

本研究工具以台北縣、中和、永和衛生所15名護士進行預試，經修改後，將結構式問卷交給台北市16個衛生所護理長，經說明後由其轉交該所護理人員（共187人）採不記名各別填寫，共回收184份；經逐一檢查問卷後，有效問卷共169份，有效回收率為91.8%。

回收後的問卷，各重要變項的信度考驗採 Cronbach α 係數，罹患性認知，嚴重性認知、有效性認知、障礙性認知4部份的分測驗 α 值各為0.77，0.78，0.92，0.91，皆達0.7以上。

五、結果

（一）受測者背景：

受測者的年齡分布為21~59歲，平均年齡是38歲；91.7%是已婚者；教育程度以專科以上畢業者較多佔57.7%；受測者本身或其親戚各有80%以上沒有罹患過乳房疾病，在其朋友方面曾經有乳房疾病的佔51.2%。約30%的受測者表示會定期到醫院做健康檢查（項目包含乳房檢查）；66.3%曾經接受過別人提醒她要做BSE，其提醒者以防癌工作人員最多佔26.9%，醫師，女同事次之，約各佔23%，最少者是先生佔5.7%。

（二）做BSE的經驗

在執行BSE的情形上，85.2%的受測者有做過BSE的經驗，做過BSE者中，已養成習慣的近乎半數；在這些已養成習慣的受測者中，以平均每個月執行多於1次（包括1次）的居多佔60.3%，也就是說在所有受測中有24.4%能習慣地至少每個月做一次BSE。有無習慣做BSE和意圖1之間的相關是 $r=0.15$ 未達顯著水準；而與意圖2之間的相關是 $r=0.36$ ， $P<0.01$ 達顯著水準。

把受測者的年齡分成3組（34歲以下，35~44歲，45歲以上）來看，隨著年齡的增加，有做BSE的習慣者也愈多， $X^2(df=2, N=166)=15.02, P<0.01$ ；可是在做BSE的意圖上（前述2種意圖），3個年齡組別之間則無差異存在。

本身有過乳房疾病的人，有做BSE習慣的也愈多， $X^2(df=1, N=168)=3.896, P<0.05$ ；有定期做健康檢查的人，有做BSE習慣的也愈多， $X^2(df=1, N=167)=11.741, P<0.001$ 。

（三）模式的評價

為了驗證健康信念模式預測意圖的能力，進行複迴歸分析以決定罹患性、嚴重性、有效性、障礙性等認知何者對做BSE的意圖影響力最大。根據表1可知健康信念模式中的4個變項一共可解釋意圖1，18%的變異量並達到統計上的顯著水準($F=7.77, P<0.01$)其中僅障礙性及有效性的認知的影響力達到統計的顯著水準。從表2，同樣地可知這4個變項一共可解釋意圖2，13%的變異量並達到統計上的顯著水準($F=5.03, P<0.01$)，其中僅障礙

性認知的影響力達到統計上的顯著水準。由上可知健康信念模式對2種意圖，可解釋的變異量不大。

表1 4個健康信念與意圖1之複迴歸分析

變 項	R	R2	F	B	r
罹患性				-0.11	-0.12
嚴重性				0.12	-0.04
有效性	0.42	0.18	7.77**	0.19*	0.28
障礙性				-0.31**	-0.34

*P<0.05 **P<0.01 r為各變項與意圖1之相關係數

表2 4個健康信念與意圖2之複迴歸分析

變 項	R	R2	F	B	r
罹患性				-0.12	-0.15
嚴重性				0.09	-0.03
有效性	0.36	0.13	5.03**	0.13	0.17
障礙性				-0.27**	-0.26

*P<0.05 **P<0.01 r為各變項與意圖2之相關係數

(四) 信念與做BSE的意圖

爲了瞭解有那些特殊信念與做BSE的意圖有關，進行皮爾遜積差相關考驗。由表3可知，障礙性認知全部6個信念，每個都與意圖1有顯著的負相關(P<0.01)；而與意圖2除了「觸摸乳房不舒服」及「要有獨處且隱密的地方」2信念外，其餘4個信念也都達到顯著的負相關(P<0.01)。從平均值來看，較大的障礙是「記得特定時間很困難(3.32，得分範圍1~6)」，「要判別異常結構不容易(3.28)」，「要花費很多時間(2.65)」。

至於有效性認知，由表4可知，全部5個信念每個都與意圖1有顯著的相關(P<0.01)；而與意圖2，除了「比給醫生檢查更能提早發現異常」外，其餘4個信念也都達到顯著的相關。從平均值來看，每個信念得分都在5.30上下(得分範圍1~6)表示受測者認爲做BSE可帶來極大的效益。

表3 障礙性認知的各信念的平均值及與意圖1，意圖2之相關

項 目	平均值	人數	與意圖1的 相關係數(r)	與意圖2的 相關係數(r)
看到自己的乳房 覺得不好意思	2.63	168	-0.34**	r=-0.21**
觸摸乳房覺得不 舒服	2.46	167	-0.26**	r=-0.11
需記得特定時間 很困難	3.32	166	-0.31**	r=-0.39**
要有獨處且隱密 的地方不容易	2.64	167	-0.20**	r=-0.15
需花費很多時間	2.65	166	-0.29**	r=-0.21**
要判別異常結構 不容易	3.28	166	-0.22**	r=-0.29**

**P<0.01 得分範圍1~6分

表4 有效性認知的各信念的平均值及與意圖1意圖2之相關

項 目	平均值	人數	與意圖1的 相關係數(r)	與意圖2的 相關係數(r)
發現乳房腫塊的 好方法	5.33	168	0.27**	0.17*
為早期發現腫塊， 做BSE是值得的	5.36	168	0.25**	0.22**
可增加未來健康 保障	5.37	168	0.26**	0.19*
可減少婦女因 得乳 癌而死亡的人數	5.35	168	0.26**	0.16*
比給醫生檢查更能 提早發現乳房異常	5.21	168	0.22**	0.06

*P<0.05 **P<0.01 得分範圍1~6分

(五) 行動的線索

在行動的線索的三個項目中，親戚有乳房疾病經驗的受測者，有做 BSE習慣的也愈多， $X^2 (df=1, N=168) = 10.424, P < 0.01$ ；但在朋友有乳房疾病經驗的受測者，則無此現象。另外，有人提醒做BSE者，有做BSE習慣的也愈多加標點， $X^2 (df=1, N=169) = 6.931, P < 0.01$ 。

六、討論

受測者中能習慣性地至少每個月做一次BSE的有24.4%，此項結果皆高於金春華（民57）、吳盈江（民69）及周蕙娟（民76）對不同婦女所做的調查結果（都在5%以下）。同樣地受測者中有30%的人定期到醫院做健康檢查（包括乳房檢查）。與一般婦女相較，這反映專業上的差異，受測者，具備BSE相關的知識，技能及工作環境等，因此有較高的執行率。但從公共衛生護理人員須做為改變元(change agent)及BSE的教育者的角色來看，今後在策略上對一般婦女推廣普及BSE之前，應先考量如何大大地提升醫護人員的執行率。

由於理性行為理論(the theory of reasoned action)中的假設(Ajzen & Fishbein, 1980)，在意志控制下的行為，人們是否採行該項行為的行為意圖(behavioral intention)是該行為發生與否的立即決定因子(immediate determinant)，這個假設在許多的實徵研究中，得到支持，因此本研究以做「BSE的意圖」代替實際去做「BSE的行為」作為主要的依變項。

健康信念模式中的各變項，僅障礙性認知，有效性認知對意圖1有預測力；對意圖2僅障礙性認知有預測力，障礙性認知對意圖1、意圖2，都有最大的影響力。模式中的各變項對意圖1、意圖2所能解釋的變異量也不大（分別是18%，13%）。其可能原因是受測者對意圖1、意圖2的回答，認為自己不可能去做BSE的人數較少使得全體的得分偏離正規分布所致。為什麼會造成這種現象呢？第1.對意圖的測定似欠妥當，如意圖1「在下個月中，做BSE的可能性是....」（原本打算在1個月後追蹤其行為）這樣的問法並不能測出規律地做BSE的習慣，讓受測者輕易地認為有可能去做。意圖2「在未來6個月中，每個月都做BSE的可能性是....」這種問法較能顯現做BSE的習慣（可是只限定在6個月內也欠妥當），因此受測者有可能去做的人數減少了。由於測定上的差異，也說明了「有無習慣做BSE」和意圖1之間的相關比意圖2低且未達顯著水準的原因。第2.受測者是醫護人員對意圖1、意圖2的反應，可能會考量自己的角色，以符合社會的期待來作答，因此，「不可能做BSE」的人數也就偏低。第3.對意圖1、意圖2或整份問卷的回答本身有可能是刺激做BSE意圖的「行動線索」，這也許也是受測者「有可能去做BSE的人」多的理由。以上考察的3個論點都有可能是解釋受測者中有意圖去做BSE的人多的理由；同時亦可說明年齡組別在做BSE的習慣上有差異，而在做BSE的意圖上沒有差異存在

的原因，今後對「做BSE意圖」的測定可修改成「從今以後，我每個月都會做BSE的可能性是.....」，這樣也許能提升模式的預測力。另外，最近有人主張在模式內導入自我效能（self-efficacy）變項以提升對健康行為的預測力（Rosenstock，1990），今後的研究可嚐試這個方向。

障礙性認知6個信念中有4個信念同時與意圖1及意圖2有顯著的負相關，其中較大的障礙是「需記得時間很困難」、「要判別異常結構不容易」、「需花費很多時間」，針對「需記得時間很困難」，可設法養成在月曆上做記號的習慣來克服。另外可發揮提醒者的「行動的線索」的功能，除了醫護人員的相互提醒做BSE外，先生、家人應是提醒不忘做BSE的最佳資源人物。「要判別異常結構不容易」連醫護人員也視為障礙因素更何況一般婦女。將來在教育活動中，可採用實際演練的方法，反復練習，直到習得熟練、正確的技術為止。今後的研究在依變項方面應考慮、質、量兼顧的問題，換言之，不只是做BSE頻度的問題，同時要注意到技術的精熟度，是否能確實找出腫塊。

有效性認知5個信念中有4個信念與意圖1及意圖2有顯著的相關存在，將來在教育活動中可強調做BSE是能早期發現腫塊的好方法，可增加對健康的保障及減少死亡等正面效益以提升做BSE的動機。

綜上所述今後要普及推廣BSE活動前，應先提升醫護人員能正確地執行BSE的比率，在教育策略上，應先診斷出執行BSE的障礙因素以掃除障礙，另外在內容上可強調做BSE的效益，縱然需花費時間也是值得的。

參考文獻

壹、中文部份

行政院衛生署（民81）。衛生統計。台北：行政院衛生署

行政院衛生署（民81）。台灣地區民國七十三年癌症登記調查報告。台北：行政院衛生署

行政院衛生署（民82）。當前醫療衛生政策。台北：行政院衛生署

✓吳盈江（民69）。護理活動對大安區婦女乳房自我檢查知識與態度及實行影響。護理雜誌。27(1):86-101。

✓金春華（民70）。婦女乳癌知識調查報告。護理雜誌。16(1):7-13。

林國妃（民75）。護理人員對乳房自我檢查認知程度之研究。榮總護理，3(2):133-192。

呂昌明、陳瓊珠（民72）。所謂健康信念模式。健康教育，51:32-34。

周碧瑟（民72）。1983中美兩國癌瘤統計。台北：中華民國防癌協會

✓周蕙娟（民72）。中等以上學校婦女乳癌知識及乳房自我檢查之調查研究。致理學報。72年。71-104。

- 陳光耀（民74）。乳房自我檢查法。當代醫學，4(10):108-111。
- 張 珏・黃梅羹・林弘崇（民77）。乳癌病人的壓力與調適初步探討。中華衛誌。8(2):109-123。
- 張金堅（民70）。乳癌不再可怕。健康世界，66:8-16。乳房的自我檢查。健康世界，67:16-18。
- 楊國樞等編（民74）。社會及行為科學研究法。台北：東華書局。
- 鄭玉娟・戴桂英・林東明（民73）。女性生殖器癌症死亡趨勢之研究。China Medical Journal.34:601-607。
- 賴幼玲（民76）。公共衛生護理與衛生教育。護理雜誌。34(4):19-23。

貳、英文部份

- Bennett, S.E etal. (1983). Profile of women practicing breast self-examination. JAMA, 249(4):488-491.
- Braley, L.J (1986). Effects of health teaching in workplace on women's knowledge, beliefs, and practices regarding breast self-examination. Research in Nursing & Health, 9:223-231.
- Calnan, M. & Rutter, D.R(1986). Do health belief predict health behavior? An analysis of breast self-examination. Social Science & Medicology, 22(6):673-678.
- (1988)Do health belief predict health behavior? A follow-up analysis of breast self-examination. Social Science & Medicology, 26(4):463-465.
- Celentano, D.D & Holtzman, D.(1983).Breast self-examination competency:an analysis of self-reported practice and associated characteristics. American Journal Public Health, 73(11):1321-1323.
- Champion, V.L(1984). Instrument development for health belief model constructs. Advances in Nursing Science, 6(3):73-85.
- Champion, V.L(1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. Research in Nursing & Health, 8:373-379.
- ✓ Champion, V.L(1987). The relationship of breast self-examination to health belief model variables. Research in Nursing & Health, 10:375-382.
- Champion, V.L(1988). Attitudinal variables related to intention, frequency and proficiency of breast self-examination in women 35 and over. Research in Nursing & Health, 11:283-291.
- Costanza, M.C & Foster, R.S(1984). Relationship between breast self-examination and from breast cancer by age groups. Cancer Detective Prevention, 7(2):103-108.
- Davidson, A.R & Jaccard, J.J(1975). Population psychology: A new look at an old problem. Journal of Personality and Social Psychology, 31(6):1073-1082.

- Edwards, V. (1980). Changing breast self-examination. *Nursing Research*, 29(5):301-306.
- Foster, R.S & Costanza, M.C (1984) . Breast self-examination practices and breast cancer survival. *Cancer*, 53(4):999-1005.
- Gray, M.E(1990). Factors related to practice of breast self-examination in rural women. *Cancer Nursing*,13(2):100-107.
- Hallal, J.C (1982) . The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing Research*, 31(3):137-142.
- Howe, H.L(1981). Social factors associated with breast self-examination among high risk women. *American Journal Public Health*, 71(3):251-255.
- Jazek, N.K & Becker, M.H (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1):1-47.
- Lashley, M.E(1987). Predictors of breast self-examination practice among elderly women. *Advances in Nursing Science*, 9(4):25-34.
- Lauver, D.(1987). Theoretical perspectives relevant to breast self-examination. *Advances in Nursing Science*, 9(4):16-24.
- Lauver, D & Angerame, M.(1988). Development of a questionnaire to measure beliefs and attitudes about breast self-examination. *Cancer Nursing*, 11(1):51-57.
- Maiman, L.A. & Zapka, J.G(1982). Integration of theory, practitioner standards, literature findings, and basing data: A case study in planning breast self-examination education. *Health Education Quarterly*, 9(4):330-357.
- Massey, V.(1986). Perceived susceptibility to breast cancer and practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 35(3):133-185.
- Norman, R. & Tudiver, F.(1986). Predictor of breast self-examination among family practice patients. *The Journal of Family Practice*, 22, 149-153.
- Roberts, M.M et al.(1984). Breast cancer and breast self-examination: What do Scottish women know? *Social Science Medical*, 13(9):721-797.
- Rosenstock, I.M(1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4):328-335.
- Rosenstock, I.M(1974). The health belief model and preventive behavior. *Health Education Monographs*, 2(4):354-386.
- Rosenstock, I.M(1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rutledge, D.N(1987). Factors Related to Women's Practice of Breast Self-Examination. *Nursing Research*, 36(2):117-121.

- Schlueter, L.A(1982). Knowledge and belief about breast cancer and breast self examination among athletic and nonathletic women. *Nursing Research*, 31(6):348-353.
- Siero S.Kok G.Pruyn J(1984). Effects of public education about breast cancer and breast self examination. *Social Science & Medicolog*, 18:881-888.
- Stillman, M.J(1977), Women's health beliefs about breast cancer an breast self examination. *Nursing Research*, 26(2):121-127.
- Taylor, S.E(1984). Breast self-examination among diagmosed breast caner patients.*Cancer*, 54 (11):2528-2532.
- Trotta, P(1980).Breast self-examination:FActors influencing compliance.*Oncology Nursing Forum*, 7, 13-17.
- Wyper, M.A(1990). Breast self-examination and the health belief model:variations on a theme. *Research in Nursing & Health*, 13:421-428.
- Wyper, M.A(1987). Psychosocial correlates of Breast self-examination practice.*Health Sciences*, 1987. 248pp.

Factors Influencing Public Health Nurse to Perform Breast Self-Examination -Testing the Health Belief Model-

Chang-Ming Lu

Abstract

This study investigated whether the Health Belief Model would predict public health nurses' intention to perform breast self-examination(BSE). Results showed that the model was a significant predictor of intention. Statistically associations were found between the intention to perform BSE and perceived barriers and benefits of action. Implications for use of this knowledge by health educators in developing relevant interventions to enhance BSE practice are discussed.

Key Words: Health Belief Model; Breast Self-Examination; Behavioral Intention