

健康信念與婦女參加子宮頸癌篩檢活動之研究

呂 昌 明

摘要：本研究利用健康信念模式的五個基本概念，即罹患性的認知、嚴重性的認知、有效性的認知、障礙性的認知及行動的線索，來驗證它是否能說明婦女之參加子宮頸癌篩檢活動。以篩檢經驗者（107 人），初次篩檢者（由社區健康推進員之鼓勵而參加者 56 人）、未曾篩檢者（系統抽出法 68 人）3 群來比較模式中的各概念及知識等項目。研究結果發現，1、總合性的認知強而男醫的子宮頸癌篩檢所引起的羞恥感中程度時，2、總合性的認知是中程度時，而男醫的子宮頸癌篩檢所引起的羞恥感弱時，在社區健康推進員之鼓勵刺激的條件下，均可導致參加篩檢的行動之發生。3、總合性的認知弱時，而男醫的子宮頸癌篩檢所引起的羞恥感強時，則參加篩檢之行動不會發生。4、利用女醫或女篩檢員實施篩檢及善用社區組織領袖或義工之面對面的個人影響力當可提高篩檢參加率。5、對罹患性的認知之測定，本研究也提供了一些知見。

健康信念模式（Health Belief Model）提供我們一個概念的架構以了解預防性健康行為的發生的原因(1)。這個模式由五個說明要因所組成：1、罹患性的認知，2、嚴重性的認知，3、對預防行為的有效性的認知，4、對預防行為的障礙性的認知，5、行動的線索。本研究利用這個架構來驗證它是否能說明婦女之參加子宮頸癌篩檢活動。本研究的焦點之一是把羞恥感（Embarrassment）視為參加篩檢活動之障礙要因。

羞恥感是每個人在社會生活中都經驗過的一種負向的感情。一般而言羞恥感是指「妨礙思考、言語、行動的某種影響」(2)。還有，羞恥感是不愉快的、困惑的、後悔的心理狀態，意味着人們都想逃離那種場面的一種感情(3)(4)。從這些定義來看，羞恥感是不愉快的心理狀態，人們在社會生活中遭遇到這種狀況都想逃離那種場面，並且為了避免羞恥感的發生，會適切地控制自己的行為。在很多狀況下會引起羞恥感，如違反禮儀、能力的欠如，過於顯眼等。本研究特別着重於因身體的暴露而引起的羞恥感。在原始民族和文明人都可因身體的暴露引起羞恥感，這是相當普遍的一種感情。Maslow 發現女人在醫學的身體檢查上，愈感羞恥，則想盡辦法逃離檢查(5)。加賀和篩檢醫師在調查

研究及經驗上也指出羞恥感是參加子宮頸癌篩檢活動的主要障礙(6)(7)。至於如何測定身體暴露所引起的羞恥感，過去可供參考的文獻不多，在本研究中算是新的嘗試。園原指出他人的視線是羞恥發生的必要條件(8)。Heider 在人際關係的研究中指出羞恥感發生的條件是(1)他者的存在，(2)個人覺得自己是他人注目的標的，(3)個人覺得自己被他人評斷(9)。根據上述的發生條件再加上筆者的分析，因身體暴露而引起羞恥感的發生場面包含 3 個要素，(1)個人（身體暴露者），(2)他人（觀察者），(3)個人及他人同時存在於某種情境（場所）。如果接受這個結論，一般而言，個人因身體暴露而引起的羞恥感之強弱直接受到(1)個人的身體之暴露程度，(2)觀察者和暴露者之間的關係，(3)情境的含意等 3 個要素的影響。根據這 3 個要素可設定不同的情境問題，科學地測定對這些問題的反應。

研究方法及對象

1979 年，在日本神奈川縣西邊的 Y 鎮，擁有人口 25277 人（8161 戶）。Y 鎮由 11 區所組成，住民以從事農、漁、觀光業為主，民風純樸保守。從 1971 年起，有子宮頸癌篩檢巡迴車到此提供服務，每年 3 次，每次服務 3～4 區的住民。每次篩檢能力約 150 人左右。參加篩檢的資格是 30～64 歲（但在 1979 年以前是 35～64 歲）。通常篩檢實施前，利用有線電、社區報紙、傳單等，提供衛生教育活動鼓勵參加篩檢。之後，由社區健康推進員（女性，計 22 名），發出篩檢申請簿，由各戶挨戶傳送，以供婦女自由申請。本研究實施於 10 月，正值提供第 2 次服務前，目的是為了比較篩檢經驗者，初次篩檢者、未曾篩檢者之異同。但根據 Y 鎮衛生行政人員所言，最近 5 年，每次篩檢，初次篩檢者只有 10 人左右。由於人數太少，不合研究目的，經與衛生行政人員商量後，在篩檢前要求與住民熟識的社區健康推進員（以下略稱為推進員）從事鼓勵未曾篩檢者申請參加篩檢。

研究對象的設定分為以下的 3 群，在申請參加篩檢後立即由推進員實施無記名自填式調查，3 天後回收。研究對象的群別分類，在實施調查時完全依賴推進員的判斷，而推進員的判斷恐有錯誤，因此，在問卷中設定問題予以核對，最後對照篩檢參加者的名簿予以區分。

- 1、篩檢經驗者（以下略稱為甲群）：過去曾參加篩檢（包括 Y 鎮以外的地方如市、鎮、村，所提供的），這次也申請參加者。此群在調查實施時共計 116 人，經核對確定後，最後分析可能的人數計 107 人。
- 2、初次篩檢者（以下略稱為乙群）：過去未曾申請，未曾參加過篩檢及在公私立醫院診所接受過子宮頸癌檢查者，此次因推進員的鼓勵，初次申請且實際參加篩檢者。

此群在調查實施時共計 103 人，經核對確定後，最後分析可能的人數計 56 人。

- 3、未曾篩檢者（以下略稱為丙群）：過去未曾申請，未曾參加過篩檢及在公私立醫院診所接受過子宮頸癌檢查者，此次也未申請參加者。此群是由住民戶籍簿，用系統抽出法抽出 149 人，經核對確定後，排除不合「未曾篩檢者」之定義者 69 人，遷移及對象不在者 10 人，問卷回答不全者 2 人，最後分析可能的人數計 68 人。

問卷內容及分析方法

自填式問卷包括 3 部分：研究對象的背景、健康信念模式的基本概念、及有關癌症的知識。罹患性的認知是測定個人預估罹患子宮頸癌的可能性；嚴重性的認知在此被解釋成個人知道自己罹患子宮頸癌時對家庭生活之可能影響之評估，因為癌症在醫學上普遍地被視為極其嚴重的疾病；有效性的認知是測定個人評估篩檢的早期發現之有效性及早期發現後早期治療的有效性。而對障礙性的認知則着重於身體暴露所引起的羞恥感，因為篩檢的費用只需 3 美金；篩檢花費的時間極短；及篩檢的地點方便（車程 15 分鐘），這些構成的障礙極小。有關身體的暴露的質問，全是假設的情境。首先，有許多的質問，經 2 次的預試（受試者前後計 28 人）及當場與受試者，對不當的，難以回答的，及質問的感情反應局限於羞恥感是否恰當進行討論。尤其是後者，因為質問的情境可能會引起混合的，或其他的感情反應（雖然頻度很低，如既羞恥又嫌惡等）⁽¹⁰⁾。經受試者認無不妥及刪除不適當的質問，最後剩下 19 個強迫評定羞恥反應的質問。這 19 個質問組成 4 大項目：一、日常生活上的暴露：(1)車內的授乳，(2)露天浴場的入浴，(3)在泳池邊穿普通泳裝，(4)公共浴場的入浴。)二、服裝的暴露：(5)穿熱褲，(6)露背裝，(7)無袖衣，(8)透明裝，外出時。)三、不適當的性的場合：(穿貼身衣讓(9)女性的友人，(10)夫，(11)父，(12)中學生的兒子，(13)男性友人，看見。)四、無病時的檢查及有病時的診療：(14)男醫的乳癌篩檢，(15)女醫的乳癌篩檢，(16)男醫的子宮頸癌篩檢，(17)女醫的子宮頸癌篩檢，(18)男醫的上半身診療，(19)男醫的下半身診療。)有關知識方面，共計 8 個質問，包括癌症的一般知識及子宮頸癌的知識：(1)癌在十大死因中之順位，(2)癌症中，女性罹患子宮頸癌之順位，(3)癌症的好發年齡，(4)癌症的自覺症狀，(5)癌症的治癒年數，(6)子宮頸癌的診斷法，(7)子宮頸癌的症狀，(8)出產與子宮頸癌的關係。以上的調查內容中，健康信念及羞恥感的測定均採用 7 階段評定法。

至於分析方法，大致如下所述。1、有關健康信念及知識的質問及各質問的組合，原則上，依回答得點的分布分割成強、弱 2 種程度。2、有關羞恥感的質問，因各質問之間有相互比較的需要，一律規定得點 4 分以上為強，3 分以下為弱。3、3 群之間的比較，對有顯著差異的質問（ $P < 0.05$ ）；如甲群與丙群之間有顯著的差異，而乙群

與甲群，乙群與丙群之間無顯著差異時，依質問的性質，視甲群為強、多、高；視丙群為弱、少、低；視乙群為中程度，中間等，以相對的強度來表示。

結果與討論

對象的背景

在對象的背景中（見表一），平均年齡，甲群（43.9 歲）與丙群（44.6 歲）之間並無差異，而乙群（39.7 歲）比甲群，比丙群要年輕（均 $P < 0.01$ ）。以年齡分布來看，甲群以40~49歲的居多（46.7 %），乙群則以30~39歲居多（62.5 %）而丙群的分布較均勻。筆者曾指示推進員在鼓勵未曾篩檢者申請篩檢時，盡量使各年齡層的分布均勻。在調查後的討論會上，多數的推進員說：「鼓勵各年齡層的婦女申請，實在困難，因此年齡層的分布有偏向的情形。」事實上從今年起第一次允許30~34歲的婦女申請，對推進員而言鼓勵34歲以下的婦女申請是很自然的事，而乙群中35人屬於30~39歲，其中17人的年齡在34歲以下。是否年輕的婦女較容易被說服，尚待研究。在婚姻狀況中，甲群比丙群有更多的已婚者（96.9 %對 85 %， $P < 0.05$ ），而乙群居中間（91.7 %）。其餘在工作狀況、教育程度、懷孕次數等各群間並無顯著的差異存在。另外，甲群參加篩檢的次數平均為 2.9 次，其中 59 % 的人有 2 次以上的經驗。

因各群間之年齡差異恐怕會影響健康信念、知識、羞恥感等的調查結果，除了做各群間及年齡層別的比較外，也做了同年齡層的群間比較。

健康信念、知識、羞恥感

對罹患性的認知，不同的研究者使用不同的質問，測定罹患某種疾病的可能性。常見的一種質問型式如“你認為你得到某種疾病的可能性有多少？”，筆者認為罹患性的認知既然是一種主觀的概率，應該清楚地提及時間的元素。上述的質問型式。時間的元素非常曖昧。在設計問卷前，曾利用這種質問型式測試 5 人，並要他們回答時間的範圍，有些人認為在最近的將來（一年內）；有些人認為在老後，有罹患某種疾病的可能性。由於個人對時間範圍之設定不一樣，可能會影響罹患性的認知，因此，在本調查中，設定了 2 種型式的質問，1、請考慮所有的因素，你認為在 2 年以內你得到子宮頸癌的可能性有多少？2、請考慮所有的因素，你認為將來某日你得到子宮頸癌的可能性有多少？在預試時，發現同一對象對這 2 種質問有不同的回答。在本研究的結果中，對質問 1，各群之間的比較，並無顯著的差異，罹患性強者，甲群最多（35.2 %），乙群次之（29.6 %），丙群較少（24.2 %）。對質問 2，罹患性強者，甲群（62.9 %）與

丙群 (40.9 %) 之間有顯著的差異 ($P < 0.01$)，而乙群 (53.7 %) 與甲群，與丙群之間並無顯著差異，屬中程度 (見表二)。進一步的分析，各群對這 2 個質問，罹患性強者，都有顯著的增加 (McNemar Test, 均 $P < 0.01$)，其中甲群增加最多，乙群次之，兩群較少。由此可知，對象對這 2 種質問的型式之回答，顯然受到時間長短的影響，而甲群、乙群在罹患性的認知上，是更具未來取向的。筆者並不主張這 2 種質問型式，可適用於所有的預防性行為，只是這種結果顯示出有指明時間範圍的必要和測定上標準化之困難。

表一、對象的背景

對象的背景	甲 群		乙 群		丙 群	
	No.	%	No.	%	No.	%
年 齡 *						
30~39	34	31.8	35	62.5	22	32.4
40~49	50	46.7	13	23.2	22	32.4
50 以上	<u>23</u> 107	<u>21.5</u> 100.0	<u>8</u> 56	<u>14.3</u> 100.0	<u>24</u> 68	<u>35.2</u> 100.0
結婚狀況 *						
未 婚	3	3.1	4	8.3	9	15.0
已 婚	<u>96</u> 99	<u>96.9</u> 100.0	<u>44</u> 48	<u>91.7</u> 100.0	<u>51</u> 60	<u>85.0</u> 100.0
教育程度						
10年未滿	43	41.0	23	41.1	33	50.0
10年以上	<u>62</u> 105	<u>59.0</u> 100.0	<u>33</u> 56	<u>58.9</u> 100.0	<u>33</u> 66	<u>50.0</u> 100.0
工作狀況						
每日上班	50	47.2	24	43.6	38	56.7
兼 職	29	27.4	15	27.3	9	13.4
無 職	<u>27</u> 106	<u>25.4</u> 100.0	<u>16</u> 55	<u>29.1</u> 100.0	<u>20</u> 67	<u>29.9</u> 100.0
懷孕次數						
4 次未滿	54	50.9	33	60.0	40	62.5
4 次以上	<u>52</u> 106	<u>49.1</u> 100.0	<u>22</u> 55	<u>40.0</u> 100.0	<u>24</u> 64	<u>37.5</u> 100.0

* 代表各群之間相互比較時有顯著差異者。

註：除年齡一項 (平均年齡用 t 檢定) 外，其餘用 χ^2 檢定。

嚴重性的認知與是否參加篩檢也有關連（見表二）。嚴重性的認知強的，甲群（71 %）與丙群（50 %）之間有顯著的差異（ $P < 0.01$ ），而乙群（59.3 %）與甲群，與丙群之間並無顯著差異，屬中程度。由此可知，至少中程度以上之嚴重性的認知在引起參加篩檢的動機上是必要的。

有效性的認知與是否參加篩檢沒有關連（見表二），有效性認知強的，甲群（58.9 %）與乙群（37 %）之間有顯著的差異（ $P < 0.01$ ），而丙群（44.1 %）與甲群，與乙群之間並無顯著差異，屬中程度偏弱。由此可知有效性的認知，在不是自發地參加篩檢時，顯得並不重要。

至於知識的比較，共有8個質問組合起來測定知識。其結果（見表二），知識高者，甲群（65.7 %）與乙群（48.1 %）之間；與丙群（43.1 %）之間，均有顯著的差異（前者 $P < 0.05$ ，後者 $P < 0.01$ ），而乙群與丙群之間則無差異。從乙群來看，知識的高低與是否參加篩檢沒有關連。上述之健康信念及知識之各群間比較結果，有顯著差異者，均非起因於年齡差異之影響。

對身體的暴露引起的羞恥感，4項目19個質問的全部組合，各群間均無顯著的差異，羞恥感強者，以丙群較多，甲群次之，乙群較少。從每個質問來看，19個質問中，僅2個質問，各群間有顯著的差異即質問「(1)車內的授乳及質問(10)男醫的子宮頸癌篩檢」，前一個質問，隨著年齡的增加羞恥感減弱；羞恥感強者，乙群（14.6 %）與甲群（29.3 %），與丙群（30.9 %）之間，各有顯著的差異（都 $P < 0.05$ ）。後一個質問，各年齡層的比較，並無顯著的差異，羞恥感強者，乙群（46.4 %）與丙群（64.7 %）之間有顯著的差異（ $P < 0.05$ ），而甲群（58.8 %）與乙群，與丙群之間並無顯著差異屬中程度偏強。從同年齡層的群間比較來看，上述2個質問之群間比較結果，有顯著差異者，並非起因於年齡差異之影響。而露天浴場的入浴，穿貼身衣，讓父親看見，男醫的乳癌篩檢，女醫的子宮頸癌篩檢等質問，隨著年齡的增加，羞恥感減弱。從同年齡層之群間比較來看3群間如無年齡的差異，則群間之顯著差異是可期待的。還有，對「服裝的暴露」、「不適當的性的場合」等項目，各群呈現大致相同的反應，這些質問不夠敏感，將來的研究須予以廢除。而「日常生活上的暴露」、「無病時的檢查，有病時的診療」等項目所引起的羞恥感，個人差較為顯著，將來的研究，這類的質問須再加以修正及發展，則各群間的顯著差異也許是可期待的。

另外有趣的發現是對象在不同的情境，顯示出不同程度的羞恥感，當比較質問14與15，質問16與17時，女醫比男醫的乳癌篩檢（羞恥感強者，由8.8 %升至38.5 %）；女醫比男醫的子宮頸癌篩檢（羞恥感強者，由32 %升至57.6 %）羞恥感都要弱（McNemar Test，均 $P < 0.001$ ），因此採用女醫或女篩檢員實施篩檢，當可提高參加之人數。

表二、健康信念、知識、羞恥感之群別比較

信念、知識、羞恥感	甲 群		乙 群		丙 群	
	No.	%	No.	%	No.	%
將來的罹患性 *						
弱	39	37.1	25	46.3	39	59.1
強	<u>66</u>	<u>62.9</u>	<u>29</u>	<u>53.7</u>	<u>27</u>	<u>40.9</u>
	105	100.0	54	100.0	56	100.0
嚴重性的認知 *						
弱	31	29.0	22	40.7	34	50.0
強	<u>76</u>	<u>71.0</u>	<u>32</u>	<u>59.3</u>	<u>34</u>	<u>50.0</u>
	107	100.0	54	100.0	68	100.0
有效性的認知 *						
弱	44	41.1	34	63.0	38	55.9
強	<u>63</u>	<u>58.9</u>	<u>20</u>	<u>37.0</u>	<u>30</u>	<u>44.1</u>
	107	100.0	54	100.0	68	100.0
知 識 *						
低	36	34.3	28	51.9	37	56.9
高	<u>69</u>	<u>65.7</u>	<u>26</u>	<u>48.1</u>	<u>28</u>	<u>43.1</u>
	105	100.0	54	100.0	65	100.0
男醫子宮頸癌 *						
的篩檢之羞恥感						
弱	44	41.2	30	53.6	24	35.3
強	<u>63</u>	<u>58.8</u>	<u>26</u>	<u>46.4</u>	<u>44</u>	<u>64.7</u>
	107	100.0	56	100.0	68	100.0

* 代表各群之間相互比較時有顯著差異者 (χ^2 檢定)

當比較質問14與18，有病時男醫的上半身診療比無病時男醫的乳癌篩檢，羞恥感要弱，（羞恥感強者由19.9%升至38.5%，McNemar Test, $P < 0.001$ ）。由此可知，有必要暴露上半身的診療時，對象在採取行動時的障礙較小。這個現象，依 Scheler 的解釋(11)(12)，有病時的診療，對象在醫師（普遍者）面前，能以患者（普遍者）的角色來行動，而無病時，對象以1個健康人（個體者）的角色來行動之故。換言之，在普遍者與個體

者兩者之間，產生認知上的分歧，因此羞恥感變強。而比較質問16與19時，羞恥感強者的百分比幾乎沒有發生變化（60 %左右），這意味無論是有病或無病，下半身的診療或檢查均感到極度的羞恥，羞恥感的減弱或增強到達了限界，前述的解釋在此就不適用了。

最後，對象的年齡，結婚狀況，教育程度，懷孕次數的多少，子宮頸癌篩檢之參加次數的多少等都與男醫的子宮頸癌篩檢所引起的羞恥感的強弱之間沒有關連。由此可知羞恥感的改變之困難性及身體的暴露所引起的羞恥感是屬於人格的1特性。將來的研究有必要究明羞恥感的強弱與何種人格類型有關，進而可究明人格類型與參加子宮頸癌篩檢之間的關連。

健康信念模式全體之討論

在心理學上的「接近—回避型的衝突」中，同一目標是具有正、負兩誘意性⁽¹³⁾；同樣地子宮頸癌篩檢之參加（目標）也具有正、負兩誘意性。在健康信念模式中，罹患性的認知，嚴重性的認知，有效性的認知是屬於正的誘意性；而身體的暴露所引起的羞恥感是屬於負的誘意性。參加篩檢的行動之發生，正是由正、負兩誘意性的強弱來決定。在此，依據這個原則來進行整體的討論。

(1)甲群是篩檢經驗者，其罹患性，嚴重性，及有效性的認知較強；把這3個認知之總合當做總合的認知，則其總合的認知也強，而其「男醫的子宮頸癌篩檢」所引起的羞恥感是中程度的，這正是正的誘意性比負的誘意性強時，導致參加篩檢行動之發生。

(2)乙群是推進員的鼓勵，初次參加篩檢的。其罹患性、嚴重性的認知是中程度的；有效性的認知則弱，其總合的認知可算是中程度的。而其「男醫的子宮頸癌篩檢」所引起的羞恥感則弱。雖總合的認知不怎麼強，而羞恥感弱時，在推進員之鼓勵的刺激（行動的線索）條件下，導致參加篩檢的行動之發生是可能的。這意味著推進員的面對面之個人的影響力對個人做意思決定及導致參加篩檢行動之發生，比篩檢前的大眾傳播教育活動還有效。今後要提高篩檢率，除了大眾傳播教育活動之外，應多活用社區組織的領袖及義工的個人的影響力。

(3)丙群是未曾參加者。其罹患性，嚴重性的認知比較弱；有效性的認知也接近弱的程度，其總合的認知可算是弱，而其「男醫的子宮頸癌篩檢」所引起的羞恥感比較強。當總合的認知弱時，而羞恥感強時，參加篩檢的行動就不會發生。

研究的限制

雖本研究的結果與應用健康信念模式的其他研究大致相同，但(1)研究的對象並非具有代表性的樣本，(2)調查實施在對象決定申請參加篩檢直後，對罹患性、嚴重性、有效

性的認知及羞恥感的測定或多或少有所影響。因此研究結果要概推至其他場合，仍有許多的限制。今後的研究，理想上應採用實驗的設計，以評估改變罹患性、嚴重性、有效性及障礙性的認知之可能性，以提高篩檢活動之參加率。

最後本研究能順利完成要對湯河原鎮22位健康推進員及宮坂忠夫教授，致最大的謝意。

引用及參考文獻

1. Rosenstock, I.M. : The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, Health Edu. Monogr. 2 : 372-386, 1974.
2. Sattler, J.M. : Embarrassment and Blushing : A Theoretical Review, J. Soc. Psychol, 69 : 117, 1966.
3. Warren, H.C. (Ed.) : Dictionary of Psychology, 91, Boston, Houghton Muffin Co. 1934
4. Davitz, J.R. : The Language of Emotion, 51, Academic Press, New York, 1969
5. Maslow, A.H. : Dominance, Personality and Social Behavior in Women, J. Soc. Psychol., 10, 19-20, 1939.
6. 加賀キヌ；受診者の選擇意識，第7回婦人科集團檢診シンポジウム記錄，29-31，1976，財團法人，日本對がん協會。
7. 武田敏：婦人科檢診のあい路とその打開策，第5回婦人科集團檢診シンポジウム記錄 34-36，1974，財團法人日本對がん協會。
8. 園原太郎：羞恥感の心理學的一研究，心理學研究第九卷，第五、六輯，880-881，1934。
9. 同前掲文獻 2，125 頁。
10. 同前掲文獻 8，847-868 頁。
11. 井上忠司：「はじ」の社會心理學の序説，人文學報 29 : 51-52，1970，京都大學人文科學研究所。
12. 浜田義文，他譯：ユーラ著作集 15. 27-32，白水社，1978。
13. 大山正，他編：心理學小辭典，91 頁，有斐閣，1978。