國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Department or Graduate Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master's Thesis

醫院提升婦女癌症篩檢率與陽性追蹤率之現況及關鍵成功因素探討

Exploring the Key Success Factors for Improving Hospital Women's Cancer Screening Rates and Positive Follow-up Rates

賴思羽

LAI, SI-YU

指導教授：鍾國彪博士

Advisor: Kuo-Piao Chung, Ph.D.

中華民國 115 年 01 月

January 2026

doi:10.6342/NTU202600045

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書

論文中文題目

醫院提升婦女癌症篩檢率與陽性追蹤率之現況及關鍵成功因素探討

論文英文題目

Exploring the Key Success Factors for Improving Hospital Women's Cancer Screening Rates and Positive Follow-up Rates

本論文係 賴思羽 君（學號 R13848004）在國立臺灣大學健康政策與管理研究所完成之碩士學位論文，於民國 114 年 12 月 24 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

陳姍秋

楊銘欽

程幼儀

鍾國彪

doi:10.6342/NTU202600045

致謝

在臺灣第一學府就讀，不免俗地會面對繁重的課業及研究壓力，但幸運的是我在公衛大樓裡遇到了一群和善且友愛的人們。包括老師、同學以及助教姊姊們等。其中，也很感謝邵羽、政榮、婕倫等同學對我碩士論文的幫助，同樣也很感謝願意參與本研究的所有人員、各家醫療單位以及審核本論文之口試委員。

在研究所中，最感謝且對我最重要的當然是我的生活導師以及指導教授-鍾國彪 教授/博士。感謝鍾教授聆聽我的各式需求，同時也盡力協助我完成碩士論文。此外，也特別感謝鍾教授在正式開學前，就包容不成熟的我，並給予我非常多的學習機會及空間。這讓我在這一年多的時光裡，不僅是完成修課規定，透過參與教授的研究計畫，也增進了自身的各式能力，其中包括:申請健保資料庫，並使用 SAS 進行分析；親自發放及回收問卷，並使用 JASP、SPSS 分析；使用視覺化軟體(TABELU、POWER BI)製作研究結果圖表，除此之外，也透過各式的課程，在研究所期間也學到 R、STATA、Arcgis Pro、Geoda 等等。在質性研究方面，也透過執行計畫，舉辦線上國際座談會、參與了多場的專家焦點團體以及個人訪談，甚至拜見政府單位等等。過程中，也學習如何使用 Nvivo 軟體協助進行質性分析，使我更加熟練地分析及完成自身碩士論文。除了執行研究外，我也在研究所期間處理了各式各樣的行政文件以及撰寫報告書，包括:計畫的開展及結案；IRB、REC 等文件申請；投稿文章、研討會；冗長及繁雜的各式行政報帳等等。而我也很感謝我的同學逸軒，除了當我的傾聽者外，面對複雜的行政流程，他也會不藏私地跟我分享他的經驗，並幫我一同想解方。同時，我也想感謝我大學時期的啟蒙老師-張偉斌教授以及莊秀文教授，感謝他們面對我的懵懂無知，仍然耐心教導以及給予我足夠的試錯空間，使我能提前奠定基礎的研究能力。

回顧在研究所的一年半時光，要感謝的人真的太多了，除了學校的老師同學外，

doi:10.6342/NTU202600045

我也想感謝一直愛著我的長輩、親戚朋友們以及曾經在我黑暗中伸出援手的人們。其中，最感謝的無疑是我的父母，感謝他們辛勞的付出且在各方面都無怨無悔的給予我支援。包容我任性及多變情緒的同時，也與我共同面對自身的疾病，竭力為我掃除陰霾，陪伴我靜待黎明的到來。

另外，我也想感謝從小即疼愛我的乾爸、乾媽以及我的哥哥們，感謝他們在我枯燥的生活中，增添不一樣的色彩。其中，也想特別感謝我的大哥，在這一年多來，多虧大哥撥空與我打拳擊、HIIT 以及重訓，使我能夠健康的釋放生活中的各式壓力，也感謝大哥總是能在我傾訴後，給予我實質建議及解方，這同時也讓我感受到來自家人無條件支持的溫暖及底氣，使我能夠勇敢面對下週未知的挑戰。

最後，我想感謝仙姑以及一路以來一直默默注視著我、愛著我的神明們。感謝祢們總是能在我最無助及迷茫時，即時回應我的呼喚及請求，擁抱我的黑暗及傷痛，在洗滌我的身心、治癒我的心靈的同時，也給予我走向光明的勇氣。

我始終相信，學無止盡、學海無涯，對我來說，碩士論文的完成僅僅是在我的學習生涯上，畫下邁向下一篇章的休止符。在未來我期許自己能將自身所學實際應用於社會。身為公衛人，我也期許自己能以「提升全民健康與社會福祉，消除健康不平等」為宗旨，帶著自身的初心，為社會盡一份心力。

祝福所有關心我的朋友們平安快樂

賴思羽謹致

國立台灣大學健康政策與管理研究所

中華民國一百一十五年一月

doi:10.6342/NTU202600045

中文摘要

背景（Background）:乳癌與子宮頸癌長期位居臺灣婦女癌症負擔的重要來源。儘管政府推動多項篩檢與追蹤政策，不同縣市及醫療院所在篩檢涵蓋率、陽性追蹤率與五年相對存活率方面仍存在明顯差異。另外，既有文獻多著重於障礙因素的探討，對於「成功經驗」與「組織層級的執行歷程」之研究相對不足，亦缺乏能連結政策、資源分布與院所實務運作的多層次整合視角。

目的（Objective）:本研究旨在整合量化趨勢與質性訪談資料，描繪臺灣乳癌與子宮頸癌防治表現的地區差異，並辨識高績效院所在篩檢與陽性追蹤過程中的關鍵成功因素，以提供可供政策與組織採行的可操作策略。

方法（Methods）:本研究分成兩部分進行，量化部分使用 99–112 年全國縣市層級之乳癌及子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率與五年相對存活率資料，進行時間趨勢與地區差異分析。質性部分採立意抽樣，邀請篩檢與追蹤績效優異之醫療院所進行半結構式訪談，質性資料以主題分析法進行編碼，後以社會生態模式（SEM）分析障礙因素，並結合 CFIR 架構歸納跨院所可複製的關鍵成功因素，再透過聚類分析進行雙重驗證。

結果（Results）:趨勢分析顯示乳癌與子宮頸癌之篩檢率與陽性追蹤率整體呈逐年改善，但縣市間差異持續存在，包括篩檢單位密度、確診可近性與巡迴服務覆蓋率均呈現不均。質性分析發現多層次障礙，包括健康識能不足、恐懼與疼痛預期、交通與時間限制、院內人力與流程負荷、設備空間與資訊系統不足、申報規定或誘因設計限制等。而根據院所在克服障礙過程中逐步制度化的經驗中，歸納出高績效院所普遍展現三項關鍵成功因素：（1）資訊支援與永續人力；（2）流程優化與資源彈性；（3）健康識能與心理支持策略。

結論（Conclusion）:本研究提供連結政策推動、資源配置與組織執行歷程的整合性分析視角，補足過往研究多聚焦於障礙的不足，並透過高績效院所提出具可複製性的關鍵成功因素。研究結果有助於強化癌症防治政策的設計，亦為醫療院所提供可行的策略，以促進婦癌篩檢與陽性追蹤服務的品質及效率。

關鍵字:癌症，癌症篩檢率，癌症篩檢後陽性追蹤率，深度訪談，政策評估及建議

doi:10.6342/NTU202600045

Abstract

Background: Breast and cervical cancers remain major contributors to the cancer burden among women in Taiwan. Despite the implementation of multiple national screening and follow-up programs, substantial variations persist across counties and healthcare institutions in screening coverage, positive follow-up rates, and five-year relative survival. Existing literature has largely emphasized barriers to screening and follow-up, with relatively limited attention to "successful practices" and the organizational processes that enable high performance. Furthermore, there is a lack of multi-level integrative analyses that link policy design, resource distribution, and institutional operations.

Objective: This study aims to integrate quantitative trends with qualitative interview data to map regional disparities in breast and cervical cancer prevention outcomes in Taiwan, and to identify key success factors adopted by high-performing institutions during screening and follow-up processes. The findings aim to inform actionable strategies for both policy development and organizational implementation.

Methods: This study consisted of two components. The quantitative analysis examined county-level breast and cervical cancer screening rates, positive follow-up rates, and five-year relative survival from 2010 to 2023 (Years 99–112), assessing temporal trends and regional differences. The qualitative component adopted purposive sampling to recruit healthcare institutions with outstanding screening and follow-up performance for semi-structured interviews. Data were coded using thematic analysis. Barriers were analyzed using the Social Ecological Model (SEM), and cross-institutional key success factors were synthesized using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), with cluster analysis applied for triangulation.

Results: Trend analyses revealed overall improvements in breast and cervical cancer screening and positive follow-up rates, yet persistent regional disparities remained. Counties varied notably in screening unit density, access to diagnostic services, and mobile screening coverage. Qualitative findings identified multi-level barriers, including low health literacy, fear and anticipated pain, transportation and time constraints, workforce and workflow burdens within hospitals, limited space or equipment, inadequate information systems, and regulatory or incentive-related constraints. From the institutionalized practices used to overcome these challenges, three cross-cutting key

doi:10.6342/NTU202600045

success factors emerged among high-performing institutions: (1) robust information support and sustainable workforce capacity; (2) streamlined workflows and flexible resource allocation; and (3) health-literacy–oriented and psychologically supportive patient engagement strategies.

Conclusion: This study provides an integrated perspective linking policy implementation, resource distribution, and organizational processes, addressing gaps in prior research that focused predominantly on barriers. By highlighting replicable key success factors from high-performing institutions, the findings offer evidence-informed guidance for enhancing cancer prevention policies and supporting healthcare organizations in optimizing workflows, strengthening team coordination, and improving patient-centered support. These insights can contribute to improving the quality and efficiency of women's cancer screening and positive follow-up services in Taiwan.

Keywords: cancer, cancer screening rate, positive follow-up rate, in-depth interviews, policy evaluation and recommendations

doi:10.6342/NTU202600045

目次

口試委員會審定書 i

致謝 ii

中文摘要 iv

Abstract v

圖次 ix

表次 xi

第一章 緒論 1

第一節 研究背景與動機 1

第二節 研究重要性 4

第三節 研究目的 5

第二章 文獻探討 6

第一節 健康公平 6

第二節 癌症防治 17

第三節 乳癌及子宮頸癌介紹 29

第四節 影響篩檢及陽性追蹤的相關因素 41

第三章 研究設計與方法 58

第一節 研究設計及研究架構 58

第二節 研究對象 60

第三節 訪談大綱 63

第四節 資料處理與分析方法 64

第四章 研究結果 67

第一節 乳癌及子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率及五年相對存活率趨勢分析 .. 67

doi:10.6342/NTU202600045

第二節 各縣市乳癌與子宮頸癌篩檢單位之數量比較 85
第三節 訪談對象與服務醫院基本資料 89
第四節 質性研究結果 92
第五章 研究討論 182
第一節 台灣癌症篩檢與陽性追蹤的區域落差 182
第二節 從障礙到解方的轉化歷程 187
第三節 關鍵成功因素的聚類與組織層面分析 195
第四節 研究限制 212
第六章 結論與建議 213
第一節 結論 213
第二節 建議 215
參考文獻 217
附錄 1 IRB 審核認證 231
附錄 2 資料蒐集表 232
附錄 3 訪談大綱 233
附錄 4 知情同意書 236

doi:10.6342/NTU202600045

圖次

圖一、 社會生態模式（Social Ecological Model, SEM） 42

圖二、 研究架構圖 60

圖三、 訪談研究流程圖 62

圖四、 質性研究分析圖 66

圖五、 民國 99 年-112 年婦女乳房攝影檢查服務利用率 69

圖六、 婦女乳房攝影檢查服務利用率(年齡、年度別) 69

圖七、 99-112 年平均婦女乳房攝影檢查服務利用率 70

圖八、 歷年乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率 72

圖九、 整體全國乳癌五年相對存活率 74

圖十、 0-34 歲全國乳癌五年相對存活率 74

圖十一、 35-49 歲全國乳癌五年相對存活率 75

圖十二、 50-65 歲全國乳癌五年相對存活率 75

圖十三、 >65 歲全國乳癌五年相對存活率 75

圖十四、 各年齡層全國乳癌五年相對存活率 76

圖十五、 乳癌五年相對存活率縣市比較 76

圖十六、 民國 101 年至 112 年各年齡層別子宮頸癌篩檢率 78

圖十七、 子宮頸癌篩檢率 78

圖十八、 民國 101 年至 112 年各縣市子宮頸癌平均篩檢率 79

圖十九、 子宮頸癌陽性個案追蹤完成數/率 80

圖二十、 整體全國子宮頸癌五年相對存活率 83

圖二十一、 子宮頸癌陽性個案追蹤完成數/率 83

圖二十二、 35-49 歲全國子宮頸癌五年相對存活率 83

doi:10.6342/NTU202600045

圖二十三、 50-65 歲全國子宮頸癌五年相對存活率 84
圖二十四、 >65 歲全國子宮頸癌五年相對存活率 84
圖二十五、 各年齡層子宮頸癌五年相對存活率 84
圖二十六、 不分年齡層子宮頸癌五年相對存活率縣市比較 85
圖二十七、 提及次數比較_民眾抗拒原因 93
圖二十八、 提及次數比較_醫院組織端之障礙 102
圖二十九、 提及次數比較_政策層面之障礙 113
圖三十、 提及次數比較民眾之障礙解方 121
圖三十一、 提及次數比較_醫院組織端之障礙解方 146
圖三十二、 民眾解方-按項目字碼編寫 177
圖三十三、 醫院解方-按項目字碼編寫 178
圖三十四、 各類別之間關聯圖 178
圖三十五、 聚類分析示意圖 179
圖三十六、 篩檢及追蹤障礙和影響因素文字雲 189
圖三十七、 篩檢及追蹤障礙解方文字雲 189
圖三十八、 對應訪綱第六題-關鍵因素文字雲 197
圖三十九、 CFIR 架構圖 197
圖四十、 障礙—解方的轉化示意圖 200

doi:10.6342/NTU202600045

表次

表 2-1 健康公平與健康不平等定義.....8
表 2-2 近年探討社會決定因素對於健康不平等之影響的相關研究.....11
表 2-3 探討癌症篩檢健康不平等的相關研究.....13
表 2-4 篩檢計畫類型整理.....27
表 2-5 乳癌篩檢工具整理.....33
表 2-6 子宮頸癌篩檢工具整理.....38
表 2-7 SEM 社會生態模式五層面影響因子整理.....48
表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻.....50
表 3-1 CFIR 構面.....66
表 4-1 各縣市乳癌篩檢、確診以及巡迴車單位數量及密度.....87
表 4-2 各縣市子宮頸癌篩檢及確診單位數量及密度.....89
表 4-3 納入分析之受訪者其所在組織分布.....90
表 4-4 合併多重職務後受訪者特性統計.....91
表 4-5 去識別代號與受訪者角色.....91
表 4-6 民眾端之障礙 訪談內容編碼與歸納.....93
表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述.....94
表 4-8 醫院組織端之障礙 訪談內容編碼與歸納.....102
表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述.....103
表 4-10 政策層面之障礙 訪談內容編碼與歸納.....113
表 4-11 政策層面之障礙 訪談結果之引述.....114
表 4-12 民眾端障礙解方 訪談內容編碼與歸納.....120
表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述.....122
表 4-14 醫院組織端障礙解方 訪談內容編碼與歸納.....145
表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述.....147
表 4-16 根據聚類分析歸納三大群組.....179
表 4-17 聚類分析_各次類別之 Jaccard 係數.....180
表 5-1 三大群組對應 CFIR 構面.....198
表 5-2 障礙—解方的轉化表格.....199

doi:10.6342/NTU202600045

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

全世界有五分之一的人在一生中罹患癌症(Lyon, 2024)，而癌症自 71 年起，已連續 42 年居國人 10 大死因之首，依據衛生福利部死因統計及國民健康署癌症登記資料顯示，民國 112 年每十萬人口中因癌症死亡人數為 227.6 人，較 111 年上升 2.2%，標準化死亡率為每十萬人口 115.4 人，下降 0.5%(衛生福利部統計處, 2024)。

乳癌是絕大多數國家女性最常見的癌症，根據世界衛生組織國際癌症研究機構（IARC）2020 年最新數據顯示，乳腺癌新增人數達 226 萬，死亡人數達 68 萬人，為全球女性癌症死因第一位。子宮頸癌則是全球第八大常見癌症，也是第九大癌症死亡原因，全球每年有 661,044 例新病例和 348,186 例死亡病例(Lyon, 2024) (WHO, 2025a)。我國同樣以子宮頸癌及乳癌為台灣婦女常見癌症，根據衛福部統計，我國乳癌發生率及死亡率逐年攀升，112 年中乳癌亦為我國女性十大癌症死因中第二順位。而子宮頸癌 109 年有 1,436 人發生，發生率為每十萬人 7.8 人，111 年 608 人死於子宮頸癌，死亡率為每十萬人 2.7 人(衛生福利部統計處, 2024)。

根據目前的研究，至少 40% 的癌症病例可以透過有效的一級預防措施來預防或緩解，且子宮頸癌及乳癌皆屬於女性常見且可經由篩檢早期發現早期治療之癌症(Islami et al., 2018; WHO, 2025a)。Tabár et al. (2021) 也透過實證分析指出，早期發現能改善不同社會經濟群體間的存活率差異，有助於縮小不平等。研究亦指出政策可以影響人民的行為及健康並且降低癌症風險(Gapstur et al., 2018)。然而，Wang et al. (2018)在探討臺灣在有全民健保制度下，不同所得群體癌症死亡率、生命年損失 (EYLL) 的差異時，表示即使有全民健保覆蓋，低所得者在醫療服務利用、癌症發生率改善與死亡率改善程度上仍可能落後；換句話說，保險覆蓋不足以完全消除社會經濟地位在癌症結果上的不平等。另外，根據世衛組織對癌症患者的全球調查，高低收入國家對於提供癌症預防、照護服務的機率存在顯著的差異。其中，篩檢計畫的成功取決於它涵蓋整個目標「高風險」人群的覆蓋率，但這種機會性篩檢

doi:10.6342/NTU202600045

通常只涵蓋一小部分人口，並且較富裕和高等教育的民眾觸及的機率也較高(Gupta et al., 2014; WHO, 2024b)，這也顯示全球醫療服務存在顯著的不平等。Inchai et al. (2022)在討論不同群體取得乳癌篩檢的難易度以及障礙時，也提到就醫可及性的落差，包含交通、醫療設施分布不均、殘障者障礙等，對各族群健康效果亦會有落差。換而言之，若政策及資源未經良好的分配，反而會加劇國人之間的健康不平等。

子宮頸癌是一個疾病發展相當緩慢的癌症，只要定期抹片檢查就可早期發現，且子宮頸原位癌治癒率非常之高(Johnson et al., 2019; Passarello et al., 2019)。WHO 更提出 2030 年加速消除子宮頸癌的「90-70-90」目標，其呼籲從預防、篩檢與治療方面著手，讓 90%女孩在 15 歲前完整接種 HPV（全稱 Human papillomavirus，人類乳突病毒）疫苗、70%女性在 35 歲前及 45 歲各接受一次高效能子宮頸癌篩檢、90%確診子宮頸癌的女性能得到治療及照護。此外，目前國際上最具醫學實證，可以有效提早發現並改善預後的乳癌篩檢方法是乳房 X 光攝影(Kolak et al., 2017; Primic-Zakelj, 1999; Winkler & Hetjens, 2024)，我國亦自 91 年起陸續投入資源於癌症防治中，然而，我國的乳癌篩檢率在這十年間除了 2018 年有達 40.7%外，其餘皆未達 4 成。而縣市間的差距，以台北市及台東市為例，在 2018-2019 年間，乳癌篩檢率差異達 7.4%(34.1-41.5)；子宮頸癌篩檢率在 2017-2019 年間差異達 6.6%(46.9-53.5)。

我國政府自 1982 年即推動早期發現與治療，以提高癌症患者五年存活率。後續亦推動一系列以提升癌症診療品質為目標的政策與計畫。這些計畫涵蓋了篩檢服務、法律制定、品質保障以及全方位防治策略。而我國為了評量各醫療院所的癌症診療品質，亦推動「癌症診療品質認證」制度，並於民國 95 年開始試辦，96 年完成 10 家醫院試評，97 年起認證制度正式施行，將認證納入醫院評鑑。又為了提升院內癌症診療與篩檢品質，保障患者安全並提升照護服務，在後續也持續的進行認證基準修訂(衛生福利部國民健康署癌症防治組, 2024)。在最新的強化國家癌症防治計畫中也提出目標在 2030 年台灣癌症的死亡能減少三分之一，透過提升早期

doi:10.6342/NTU202600045

癌症篩檢、精準醫療、癌症新藥可及性等降低癌症死亡率，且在國家癌症防治策略中的第一項便是提高重要癌症篩檢率及陽性個案追蹤率，協助全國國民早期發現癌症、早期治療。然而癌症治療過程相當複雜，確認診斷之後，病人必須接受一連串包括手術、化學治療、放射線治療等，就醫過程通常涉及多次往返醫療機構，選擇交通便利或靠近居住地的醫院可以減輕病人與家屬的負擔，但是我國的醫療資源分布在城鄉間有著顯著的差距。根據研究，社會經濟健康差距之所以持續存在，是因為即便醫學與科技不斷進步，弱勢群體仍然無法獲取足夠的資源來保護和改善自身健康(Link & Phelan, 1995)。2022 年 Don Berwick 和 IHI 的團隊推出了五目標((The Quintuple Aims)的倡議，主張只有品質改善卻沒有強調公平，會是一種空洞的勝利(Hollow victory)，品質改善的努力卻沒有強調「減少不公平」(disparity reduction)，能夠達到的效果會有限制，甚至可能非預期的加深了不公平(Nundy S, 2022)。

目前已經有相當多的研究探討癌症照護上的不平等(Berchet et al., 2023; Clegg et al., 2009; Sandström et al., 2023; Shack et al., 2008; 林明賢, 2014)，也有許多介入預措施已被證明能夠改善因社會經濟階層、種族或年齡而處於不利地位的群體的健康狀況(Arblaster et al., 1996; Barsanti et al., 2017; Mohan & Chattopadhyay, 2020)。Barsanti 等人提出如果正在執行某些促進健康狀況改善的介入措施，則應該有證據表明它對健康狀況有影響，且應關注介入措施的實施方式和計劃的特點，以促進實施，而多項研究表明減少健康差異的成功幹預措施的特點包括:公平地將資料蒐集、確保介入措施能夠滿足目標族群所表達的或已確定的需求、同業在介入措施實施上的參與，並再次將資料收集、分析、解釋和傳播實踐(Adsul et al., 2023; Barsanti et al., 2017; Chebli et al., 2023)，透過這樣的知識轉化及後續的經驗分享，亦可更進一步促進介入措施的成功。

我國雖然在增進健康照護品質上已做出許多的努力，並也有相當多的健康照護政策或相關研究都在探討品質以及健康不平等的議題，但是仍然少有研究從前

doi:10.6342/NTU202600045

端的癌症防治至診療品質一系列的探討我國癌症照護上的落差(difference)趨勢，且對解決癌症照護上不平等的實際介入措施及政策評估仍相當缺乏。而在台灣醫療資源分布不均的情況下，且癌症已經連續 42 年位居國人 10 大死因之首的背景下，這更是值得探討的議題。

第二節 研究重要性

促進健康並消弭健康不平等是聯合國永續發展目標(United Nations Sustainable Development Goals)中第三個目標「健康與福祉」與第十個目標「減少不平等」的交集，也是現代公共衛生研究與政策最主要的標的之一。在台灣健康不平等報告中(Shu-Ti Chiou, 2016)，Michael Marmot 亦指出為消弭健康不平等，除了提供篩檢或預防措施外，更要關注醫療資源可近性、品質與醫療體系內部差異等。另外，縮減社會健康不平等，除了要有清楚的策略，針對健康的社會決定因素採取行動，也要有監控機制，來瞭解執行的成果。藉由觀察社會中的資源是否分配公平，並分析不同群體之間可避免的健康差異，便能深入探索國家中社會公平性的情況。而透過比較不同族群的健康差異情況，更可以進一步探究這些差異背後的制度性因素，並尋求改善的對策。

其中，癌症篩檢與陽性個案追蹤是降低死亡率與提升存活率的重要策略。但既有文獻多聚焦於探討病人層面之障礙因子（barriers），此外，雖然目前有相關研究在探討吸引民眾前來的文宣品或溝通工具，然而 Blum et al. (2025)的文章中提到變革的建議，包括整合資訊以供跨機構或部門資訊交流。但目前仍缺乏針對組織內的資訊系統與智慧管理之探討，對於醫療院所如何有效提升篩檢率與追蹤率的制度性措施與成功經驗，相關研究亦付之闕如。此一缺口使得政策與實務端雖掌握了影響因素，卻缺乏可操作的策略模式作為介入或推廣的依據。

台灣雖建立了全民健保制度與多層級癌症防治計畫，但不同縣市及醫院層級間婦癌篩檢率與追蹤率的差異，顯示執行成效仍不均衡。若能系統性歸納篩檢與追蹤表現佳之醫療院所的關鍵成功因素，不僅可補足現有文獻之不足，亦可作為跨機

doi:10.6342/NTU202600045

構學習與政策改善的重要依據。

綜上所述，本研究預計在了解目前各縣市台灣癌症預防資源上的落差(difference)後，藉由質性訪談與資料分析，試圖建構醫療院所提升篩檢與追蹤率之實務模式，以提供具體經驗與政策建議。此不僅回應國際健康公平與永續發展目標，亦能為癌症防治政策的精進提供理論與實務雙重貢獻。

第三節 研究目的

綜上所述，本研究之主要研究目的如下:

一、描述篩檢單位於各縣市之數量，以及觀察台灣乳癌及子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率及五年相對存活率隨時間變化的趨勢及縣市間的差異，以此了解台灣癌症預防資源在縣市之間差距的現況(difference)。

二、探討癌症篩檢效率和陽性追蹤率高的醫療院所，其執行上的歷程及關鍵成功因素，進而提出給予未來其他院所的建議。

doi:10.6342/NTU202600045

第二章 文獻探討

本章共分成四節，第一節為健康公平，第二節為癌症防治，第三節為乳癌及子宮頸癌介紹，第四節為影響篩檢及陽性追蹤的相關因素。

第一節 健康公平

一、健康公平定義

根據文獻，最被廣泛引用的綜合性健康公平定義是：「每個人都有公平且公正的機會達到可能達到的最健康狀態」(Kim & Backonja, 2025; Ward & Ganjoo, 2023)。另一種定義指出，健康公平是每個人都有機會發揮其全部健康潛力，並且沒有人因為社會地位或任何其他社會定義的環境而無法實現這種潛力。換而言之，健康公平就是所有人都有公平且公正的機會實現其全部健康潛力，不受個人特徵、歷史壓迫和社會所影響(Lewis et al., 2023)。Chao and Adler (2024)也提及健康公平是健康領域的最終願景，而要實現健康公平，需要同等重視每一個人，這也需要持續且集體的社會努力來處理可避免的不平等、歷史和當代的不公正，以及消除健康和醫療保健差距(Kim & Backonja, 2025)。

而最常被混淆地是健康差距(health disparity)或健康不平等 (Health Inequality)。健康差距 (Health Disparity) 是衡量人群健康的指標，透過經驗衡量，反映任意給定健康結果比率上，不成比例地影響社會弱勢群體(Braveman, 2014)。健康差距是不公平地發生的，也就是說它不是隨機或偶然發生，這是由於社會和結構性因素造成的，例如污名、被剝奪公民權和歷史性邊緣化，最後以「健康不平等 (Health Inequities)」的形式呈現(Ward & Ganjoo, 2023)。

根據文獻，健康差距 (Health Disparities) 指出了「存在什麼」，反映了「可衡量的」流行病學數據。而健康公平 (Health Equity) 則反映了「應該是什麼」和「可能是什麼」(Ward & Ganjoo, 2023)。另一篇文獻則更具像化的說明健康公平與健康差距地不同在於，健康差距是衡量實現健康公平進展的指標(Lewis et al., 2023)，換而言之，我們可以藉由健康差距(health disparity)或健康不平等 (Health Inequality)

doi:10.6342/NTU202600045

釐清我們距離實現健康公平(health equity)還有多遠。文獻強調，健康公平的關鍵組成部分是識別和理解由於缺乏公平公正機會而非個人偏好導致的健康結果差異的根本原因(Lewis et al., 2023)。

總而言之，不同群體之間的健康差異(disparities)，在某些狀況下，會被視為應矯正的健康不平等，甚至是不正義，也就是健康不公平。兩者差異主要為健康不平等指的是個人或群組之間的健康存在差異。而健康不公平是指由社會制度造成的健康差異，且不公平地分佈社會之中。健康的不公平情況並非必然，而是源於社會、經濟及政治制度上的不正義，也就是以人類的選擇能夠影響的因素，或是說當健康差異是可避免(avoidable)、非必要(unnecessary)時，就會被視為 應該被消弭的健康不平等(Whitehead, 1992)。

世界衛生組織憲章明述：「不分種族、宗教、政治信仰、經濟或社會條件，享受最高可能水準的健康是每一個人的基本權利」(Bautmans et al., 2022)。總結來說，健康公平可以被定義為透過全人照護方法為所有人實現最佳健康，且明確承認文化、社會和結構性健康決定因素等是影響健康公平地重要因素(Chao & Adler, 2024)。實現健康公平涉及解決在情境上複雜的社會、經濟和體制因素，包括政策中所包含的歧視(Kim & Backonja, 2025)，且健康公平不僅影響個人的健康還有獲得健康服務的機會。而根據上述對於健康不平等與健康公平之間的關係地釐清，為了促進健康公平，我們可以採用監測健康差異作為促進健康公平的指標工具。而為了達成全球一致目標，我們都需要積極處理導致不公平、可避免的健康差距/不平等的社會及結構性因素。本文將學者所提出有關健康公平以及健康不平等的定義整理於下表 2-1。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-1 健康公平與健康不平等定義

文獻出處	年份	定義
Whitehead	1992	健康不平等為健康上的差異，而此種差異是不公平且可避免地。
Whitehead Dahlgren & WHO	2006	橫跨不同社會人口群體之間，健康結果與暴露中不公正、可避免且可預防的差異
Braveman	2014	理想上每個人都應有公平機會發揮其全部健康潛力，且若可避免，不應有人因處境不利而無法實現此潛力。
Ward & Ganjoo	2022	每個人都有公平且公正的機會達到可能達到的最健康狀態。
August, Tadesse	2022	在全球範圍內，透過互利且權力平衡的夥伴關係和過程，達成公平的人類與環境健康成果 (產品)。
Lewis, Yan, Williams	2023	所有人都有公平且公正的機會實現其全部健康潛力，不受個人特徵、歷史壓迫和社會影響的影響。
Chao & Adler	2024	透過全人照護方法為所有人實現最佳健康，且明確承認文化、社會和結構性健康決定因素等是影響健康公平地重要因素。
K. K. Kim and U. Backonja	2025	1.「所有人達到最高健康水平」並需處理可避免的不平等與差距。 2.更進一步地定義「數位健康公平」:確保每個人都能透過公平且公正地取得科技支援的健康資源與服務，達到他們最高健康水平。

doi:10.6342/NTU202600045

二、健康不平等現況

多數衛生政策和相關行動的目標都是希望縮小現有差距，並實現健康公平，而監測健康不平等對於提供證據來制定政策、規劃和實踐至關重要(Kirkby et al., 2022)。

健康不公平源於社會、經濟及政治制度上的不正義，而造成健康差異的成果。常見的社會決定因素有社會經濟地位、教育、居住地、性別、種族等(Lee et al., 2020)，這些不平等體現在多個層面：例如，較低的社會經濟地位經常與較差的認知健康和身體健康結果相關聯(Bernini et al., 2024; Li et al., 2025; Streur et al., 2025)。同時，貧困地區或農村地區可能面臨較高的可避免死亡率或基礎數據（如死亡登記）登記不全的問題(Rojas-Botero et al., 2025; Singh et al., 2025)。此外，資料也顯示特定疾病的研究資金分配存在不平衡(Lee et al., 2020)。這些來自不同國家的例子，都共同指出健康不平等屬於全球性的挑戰，各界皆須重視，且迫切需要針對性的政策和相關干預措施來解決。詳細整理於表 2-2 近年探討社會決定因素對於健康不平等之影響的相關研究。

臺灣的衛生政策一直以來皆致力於提升群體健康，且自民國 84 年健保開辦以來，也確實為民眾健康帶來許多實際可見的正面效應，然而儘管臺灣政府長年以來持續的關注國內健康不平等的問題，但健康不平等仍然持續存在且成為多數政府機關的挑戰。

在國家衛生研究院於 2023 年出版的「縮短臺灣健康不平等之政策研議」中將臺灣臺東縣(健康最劣勢地區)與臺北市(最優勢地區)的健康差距進行探討，其中可以看出在社會及經濟層面、種族、教育程度、勞動類型及人口、經濟及醫療保健支出等都存在著顯著差異，而且社會地理環境、交通環境以及健康危害行為等中介健康之社會決定因子，臺東縣也顯著較差。文中亦指出在成人預防保健服務利用情形方面，臺東縣符合成人預防保健資格者使用服務的比率，遠高於臺北市，但在四大癌症(子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌)篩檢的利用率卻比臺北市

doi:10.6342/NTU202600045

低，其中在 2019 年，差距最多的是女性 30-69 歲婦女最近三年內曾經接受過子宮頸抹片篩檢率以及 45-69 歲婦女最近兩年內接受乳房 X 光攝影篩檢率，分別為 6.6%(46.9 V.S. 53.5)、7.4%(34.1 V.S.41.5)。此外，篩檢後陽性追蹤率在訂定癌症防治計畫時即列入衛福部國健署國家癌症防治計畫中的工作重點內容，且臺灣在民國 92 年通過的「癌症防治法」中，也明訂了癌症篩檢機構應主動催促其篩檢之癌前期及癌症陽性個案回院確診，但根據「縮短臺灣健康不平等之政策研議」中，亦可看出在衛福部在 2019 年公布的癌症篩檢陽性個案追蹤率結果中，臺東縣四癌篩檢陽性個案追蹤率均低於臺北市。

這些健康之社會決定因子的表現也體現在對健康福祉公平的影響，其中，「縮短臺灣健康不平等之政策研議」(國家衛生研究院, 2023)也揭示了衛福部於 2019 年公布的十大標準化死因，而臺東縣十大死因的標準化死亡率均遠高於臺北市，其中，在惡性腫瘤方面，全國標準化死亡率為 121.3，臺北市 99.5，而臺東縣遠高於臺北市以及全國水準，其標準化死亡率為 150.9。文中也針對其所揭露的臺灣健康不平等給予政策治理之建言，包括與國際接軌建置健康不平等的指標監測、提升健康識能以及慢性病管理與照護品質等等。然而針對前述所提及的癌症預防上的差異，仍未提出具體可行的縮小健康差異之建言。但是，其有提出建議在倡議和鼓勵建構全社會的健康平等夥伴關係，這包括組織與組織間的夥伴關係，例如組織與組織間可以透過資訊交流或資源結合，共同規劃和推動行動方案。

健康平等是 WHO 以及聯合國 SDGs 的重要目標，各國都積極的以全政府全社會參與的模式推動健康平等。總結上述，在縮短臺灣健康不平等上我們可以更多的去關注於惡性腫瘤上，其中有關癌症預防層面，女性乳房篩檢率以及子宮頸癌篩檢率是我們需要迫切減少縣市間差距的指標，而透過組織間的資訊交流或資源結合，並且共同討論提出行動方案，是我們可以著手進行的方向。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-2 近年探討社會決定因素對於健康不平等之影響的相關研究

作者	國家	研究目的	資料來源	研究結果
Lee et al. (2020)	美國	從人口健康角度定義並闡釋健康不平等、健康差距和健康公平等概念的含義。	美國國立衛生研究院	澄清了健康不平等、健康差距和健康公平的概念。透過例子體現健康公平的概念，例如世界上最常見的遺傳性疾病鐮狀細胞貧血症在美國國立衛生研究院獲得的研究資金遠少於受影響人數僅為其三分之一的囊性纖維化。這顯示了研究資金分配上的不平等。
Bernini et al. (2024)	義大利	調查社會經濟地位和生活方式對居住在社區的義大利老年人輕度認知障礙(MCI) 的個別及聯合影響。	觀察性橫斷面研究數據，共包含 773 位 65 歲及以上的社區居民。	高社會經濟地位和健康的生活方式與較低的輕度認知障礙發生率相關。而健康生活方式對認知功能的益處在社會經濟地位較低的參與者中最為顯著。研究結果強調了積極的生活方式在減少社會經濟健康不平等方面的作用。
Singh et al. (2025)	印度	檢視印度在各地區間的死亡登記模式，主要探討地理和社會經濟差異。	印度 2019-21 年第五輪全國家庭健康調查 (NFHS-5) 。	研究顯示印度全國範圍內存在嚴重的死亡未登記問題，超過 30% 的死亡未被登記。在各地區之間存在顯著的地理差異，東部和東北部的登記率普遍較低。較高的無正規教育家庭比例、農村家庭比例、最貧困家庭比例以及穆斯林和預定部落家庭比例的地區，死亡登記率顯著較低。
Xie et al. (2025)	中國	探討社會經濟、社會心理和健康相關因素（包括居住的城市化程度）與健康結果之間的關聯。	中國健康與退休追蹤調查 。	分析探討了城市化分數與衰弱之間的非線性關聯，並考量了當前工作狀態、家庭消費、家庭支持、社會活動參與、吸煙、飲酒、公共健康保險、慢性病、PM2.5 暴露等因素與健康結果之間的關聯。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-2 近年探討社會決定因素對於健康不平等之影響的相關研究(續)

作者	國家	研究目的	資料來源	研究結果
Rojas-Botero et al. (2025)	哥倫比亞	透過分析兒童可避免死亡率 (AMRC) 的軌跡，描述 2000 年至 2022 年哥倫比亞各省兒童健康的地區不平等現象。	哥倫比亞的次級數據、2015 年哥倫比亞社會健康不平等國家報告	哥倫比亞在 2000 年至 2022 年期間可避免的五歲以下兒童死亡率總體下降，但各省之間仍然存在顯著的地區不平等，特別是在貧困程度較高、基本需求得不到滿足和交流有限的地區。 沃普埃斯、維查達、喬科和瓜伊尼亞等省形成了可避免的五歲以下兒童死亡率最高的軌跡，這些省份也與較高的貧困率、青少年出生率和女性文盲率。凸顯社會決定因素加劇了健康不平等，研究結果強調，迫切需要加強初級衛生保健（PHC）並實施跨部門協作等方式，以此減少最脆弱地區可避免的兒童死亡率。
Streur et al. (2025)	美國	檢視社會健康決定因素 (SDOH) 是否與植入式心臟轉復除顫器 (ICD) 植入後第一年的 ICD 電擊、全因住院、死亡或患者報告結果 (PROs) 相關聯	次級資料分析。數據在初次串 ICD 檔後也對參與者追蹤了 12 個月。	植入式心臟轉復除顫器 (ICD) 的植入率和出院存活率存在差異，對黑人、女性或社會經濟地位較低的人群產生不利影響，且進一步增加個人面臨健康不公平的風險。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-3 探討癌症篩檢健康不平等的相關研究

作者	主題	資料來源	研究結果	研究限制
Chiou et al. (2014)	台灣實施子宮頸癌篩檢計畫後，社會不平等程度的變化	利用 2001 年與 2009 年「國民健康訪問調查」(NHIS)資料，計算 SII／RII（絕對與相對不平等指數）	從 2001→2009 年，整體篩檢使用率各組別皆上升；但以教育與城鄉為指標的不平等（SII／RII）有顯著下降；以所得（收入）為指標的不平等則有上升趨勢	1. 回憶偏差。 2. 2005 年全國健康訪問調查中期子宮頸癌篩檢問題無法進行比較。 3. 2009 年一輪的資料中，受訪者的無回覆率和收入資訊缺失率較高，這將影響對結果的解讀。
李佳綺 and 李妙純 (2018)	乳癌與大腸癌篩檢之收入不平等與時間趨勢	利用國民健康訪問調查（NHIS）2001、2005、2009、2013 年資料，估算 ECI、RII 等指標	乳房攝影與糞便潛血篩檢率在這幾年明顯提升；篩檢傾向於收入較高群體（高收入者篩檢率較高）；但隨整體率提升，不平等程度有縮小的趨勢（符合「反轉公平假說」）	1. 推論個人採用新介入服務的早晚是影響群體使用差異的原因之一，但研究缺乏相關資料，因此無法將此因素納入分析。 2. 模型使用的縣市別醫院數未考量多階層變項的效果，因此可能低估了地區醫療資源的實際影響。 3. 研究集中於篩檢利用的社會不平等，未考量篩檢品質及後續醫療照護的社會不平等。 4. 癌症篩檢是否會擴大死亡率的社會不平等，還必須考量篩檢陽性後的就醫機會及醫療利用行為，以及篩檢品質及後續醫療照護之社會不平等，而研究未能涵蓋這些面向。
Yang et al. (2020)	城鄉差距：子宮頸抹片篩檢使用與子宮頸癌風險	利用健保資料比對臺中（都市）與雲林（農村）女性的抹片使用狀況與癌症風險	發現農村地區女性在子宮頸抹片使用率較低，且抹片與癌症風險之間的比較在不同區域存在差異	1. 無法觀察抹片利用和癌症篩檢是否與婦女的教育程度相關，以及無法評估這與她們對於癌症預防的知識和態度之間的關聯。 2. 沒有使用追蹤（follow-up）方法來計算罹患子宮頸癌的發生率和風險比（hazard ratio）。作者指出，使用追蹤設計所估算的癌症風險結果，可能會與研究的發現有所不同。 3. 無法獲得癌症分期的相關資訊，因此無法評估。 4. 進行年齡、就診頻率和收入等變項的分層分析時，大部分結果不具顯著性，很可能是因為分層分析中的病例群體規模較小。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-3 探討癌症篩檢健康不平等的相關研究(續)

作者	主題 / 關注	資料來源	研究結果	研究限制
戴晨芝 (2024)	城鄉差距在子宮頸癌與乳癌篩檢利用上的影響	使用問卷、統計分析、回歸模型	探討城鄉婦女在乳癌與子宮頸癌篩檢率上的差異，發現偏鄉婦女的篩檢利用率較低，且在控制其他變項後仍有顯著差距	1. 研究無法取得研究對象的真實居住地。 2. 城鄉定義資料的時效性。 3. 無法得知 40-44 歲具乳癌家族史婦女的情況。 4. 無法得知研究對象自費進行子宮頸癌及乳癌篩檢的資料。
C.-T. Shen et al. (2024)	乳癌篩檢（行動車／外展篩檢）及其社經不平等變化	國家層級觀察研究，連結多個全國資料庫，分析 2005–2009 年與 2010–2014 年兩段期間	外展 (mobile mammography unit, MMU) 使用率大幅提升；社經變數（年齡、收入、城鄉化程度）的 SII／RII 在 CAQIP 後多數下降；但教育水準的不平等（SII、RII）有反向變化	1. 未分析 45 至 49 歲婦女在 2010–2014 年期間的利用情況。 2. 由於次級資料限制，研究未調查未接受乳房攝影篩檢的婦女及其社經地位。 3. 研究僅分析首次接受乳房攝影篩檢的婦女，未包含第二次或第三次（重複）篩檢者。 4. 由於是次級資料分析，研究中無法觀察到的潛在因素，例如移民身份、語言障礙或缺乏健康服務知識等。 5. 研究結果可能無法推廣至其他國家。

doi:10.6342/NTU202600045

三、促進癌症健康公平

癌症是世界各國最大的死亡原因，也是延長壽命的重要障礙。全球癌症發生率和死亡率的負擔正在迅速增長，根據文獻，預計 2040 年全球癌症負擔將達到 2,840 萬例，比 2020 年增加 47%(Sung et al., 2021)。因此許多研究都指出全球迫切需要在衛生醫療服務中投入足夠的資源來適當治療和管理日益增加的癌症，因為如果不加以控制，不斷增加的癌症負擔可能會使許多國家的醫療保健系統不堪重負。

而國際上不斷地開發有關癌症治療及控制的新藥或新治療方式，但其發生率、死亡率和預後結果在全球仍然長期存在著健康差異。Sung et al. (2021)指出，總體而言，2020 年全球所有癌症的發生率，男性（每 10 萬人 222.0 人）比女性（每 10 萬人 186 人）高出 19%，儘管不同地區的發病率差異很大。在男性中，發病率幾乎相差 5 倍；在女性中，發病率相差近 4 倍，這些差異很大程度上源自於接觸風險暴露因子和相關癌症（癌症組合）的差異以及高品質癌症預防和早期發現的障礙。而弱勢群體總是面臨許多參與癌症預防、篩檢和治療的障礙。這可能包括交通便利性、食品安全和財務困難等基本需求的挑戰。此外，弱勢群體在臨床研究試驗中也因為存在參與障礙，故代表性也時常不足(Lee et al., 2020)。

根據來自加拿大的研究(Malagón et al., 2025)，癌症存活率的差異多數是由於不同社會群體之間在及時、適當和獲取高品質醫療等方面存在不平等的情形，促成這種不公平獲取的社會風險因素，其中就包括社會經濟地位。Malagón et al. (2025)提及不同種族、移民身份、家庭收入和教育程度的人群，其相對癌症存活率存在差異，尤其原住民、收入最低的人群以及教育程度最低的人群，其整體癌症存活率通常較低，且體現在多種癌症。此外，根據美國癌症協會在 2023 年公布的數據(Siegel et al., 2023)，各種族在癌症負擔上的懸殊，很大程度上反映了社會經濟地位和獲得高品質醫療照護上長期的不平等。而我們對這些差異與健康結果之間的因果關係以及強度仍然缺乏充分理解，也尚未有效納入癌症防治策略中，

doi:10.6342/NTU202600045

以此解決社會決定因素對健康的影響。

儘管如此，不可否認的是解決癌症健康不平等對於實現癌症控制的進步和健康公平至關重要。密西根州癌症聯盟(MCC)致力於透過要求將健康公平支柱納入所有癌症計畫工作來減少癌症差異，並提及實現這一目標的方法是解決影響健康的社會問題並促進獲得高品質的癌症服務(The Michigan Cancer Consortium, 2025)。美國癌症協會設定了一個目標，即到 2035 年將調整年齡後的癌症死亡率降低40%以及希望降低存活率上的差異，並認為實現這一目標需要針對弱勢群體採取重點介入措施，以及更關注任何可能導致弱勢族群獲取醫療資源不平等的社會風險因素(Alcaraz et al., 2020)。Sung et al. (2021)也進一步指出，初級預防是控制癌症特別有效的方法，多達一半的癌症是可以預防的。然而，還需要做很多工作來將當前的有效介入措施整合到現有的健康計劃中，同時培育新的介入措施，以應對全球日益增加的癌症負擔。

doi:10.6342/NTU202600045

第二節 癌症防治

一、各國癌症防治

I. 美國

多項研究中已實證透過篩檢早期發現癌症可以減少乳癌、子宮頸癌、大腸癌和肺癌的死亡，其中，透過篩檢大腸直腸癌和子宮頸癌，還可以識別可以切除的癌前區域，從而預防這些癌症。美國自 1971 年《國家癌症法案》實施以來，長期致力於癌症的研究與防治，在降低標準化死亡率上，不僅推出了不同的研究以及方案，各州亦發展不同的防治計畫。然而美國癌症協會（ACS）對美國 2018 年和 2019 年癌症預防和早期發現措施的審查顯示，雖然吸菸率顯著的下降，但肥胖率仍然很高且癌症篩檢和人類乳突病毒 (HPV) 疫苗接種率不足以實現無癌症世界的預期進展。此外，種族和社會經濟差異在大多數主要可改變的癌症風險因素和預防措施中仍然存在(Bandi et al., 2021; Staff, 2021)。

美國癌症研究協會（American Association for Cancer Research, AACR）於近年發布的白皮書《AACR White Paper: *Shaping the Future of Cancer Prevention – A Roadmap for Advancing Science and Public Health*》，亦闡述了當前癌症預防領域的發展現況與未來願景。文中明確指出，透過個人與群體層級的介入措施，能有效降低因不健康生活型態與有害環境暴露所導致的癌症風險。在預防策略層面，AACR 將癌症預防細分為四大類型：（1）初級預防（Primary Prevention），包括避免致癌物暴露、推動疫苗接種（如 HPV 疫苗）、促進健康行為等；（2）癌症攔截（Cancer Interception），著眼於偵測癌前變化並在早期介入，預防癌症發展；（3）二級預防（Secondary Prevention），即傳統的癌症篩檢與早期診斷措施；（4）三級預防（Tertiary Prevention），則聚焦於癌症診斷後的復原、復健與生活品質維護，亦即所謂的「癌症存活期照護」（survivorship care）。

此外，該白皮書亦針對多項與癌症風險密切相關之可調整因素，提出具體、證據導向的介入行動，包括吸菸、過量飲酒、肥胖、身體活動不足、不健康飲食、

doi:10.6342/NTU202600045

紫外線暴露與病毒感染等。另外，AACR 強調健康不平等在癌症預防政策中不可忽視的地位。儘管近年癌症篩檢與預防措施有所進展，然其資源與效益並未平均分配至各族群，特定經濟弱勢或族裔群體仍面臨明顯的可及性差距。白皮書呼籲聯邦政府應設立統籌性的癌症控制機制與具代表性的領導單位，並提升對預防研究及社區導向介入行動的資源投入。

總之，AACR 白皮書所提出之癌症預防策略，除涵蓋生活型態調整、疫苗與篩檢、醫療與政策整合外，亦強調跨領域合作與健康平權。在 2022 年，拜登政府重新啟動「癌症登月計畫（Cancer Moonshot 2.0）」(Agus et al., 2021)，作為回應美國癌症死亡率雖持續下降，但健康不平等與罹癌負擔仍高度存在的現況。此計畫以降低癌症死亡率 50%為主軸，發展出數項策略性目標，1)推動跨癌別、多癌種的早期檢測研究與實證，發展多癌種篩檢工具。2)改善癌症患者照護體驗，提升照護品質與連續性。3)強化全國性癌症數據整合平台，促進研究與政策制定的依據建構。4)注重社會弱勢族群的癌症預防與治療可及性，減少地理與族群差距。其推動手段包括強化國家癌症研究院（NCI）預算，鼓勵跨學科研究團隊合作；並透過行政命令建立跨部會協作機制。此外，公共衛生署也推動增加酒精產品的癌症風險標示，與 AACR（美國癌症研究協會）倡議改善飲食與戒菸等生活習慣，以降低癌症風險因子。

II. 英國

英國國民保健署（NHS）將初級預防、篩檢、診斷、治療、照護，以及人力、設備、藥品、技術治療及資訊系統等投入一併整合考量，並於 2000 年提出 10 年癌症計畫(Cancer Plan)。其計畫目標是:1)拯救更多生命、2)確保癌症病人獲得適當的醫療支持與照護，以及最好的治療、3)解決健康不平等問題、4)透過癌症人力的投入、精實的研究、基因遺傳的變革為未來做準備。而英國於 2011 年發布的《Improving Outcomes: A Strategy for Cancer》旨在提升癌症存活率，並縮小與歐洲其他國家之間的差距。其核心目標包括:1)早期診斷：強調提高公眾對癌症症

doi:10.6342/NTU202600045

狀的認識，並改善初級照護中的診斷流程，以便及早發現癌症。2)預防措施：推動健康生活方式，減少可預防的癌症風險因素，如吸菸和肥胖。3)篩檢計畫：擴大現有的癌症篩檢計畫，並引入新的篩檢技術。4)治療與照護：確保所有患者都能獲得最佳的治療和照護，包括先進的放射治療和化療服務。5)數據收集與研究：加強對癌症診斷、治療和結果的數據收集與分析，以支持政策制定和資源配置 。

為實現上述目標，英國政府投入超過 7.5 億英鎊的資金，用於提升診斷能力、擴大篩檢覆蓋率、加強公眾教育，以及改善治療設施。此外，政府還推動了多項具體措施:1)公眾教育活動：例如「Be Clear on Cancer」運動，旨在提高公眾對癌症早期症狀的認識，促使民眾及早就醫。2)數據驅動的決策：建立更完善的數據收集系統，以監測策略實施的效果，並根據數據調整政策方向。3)資源再分配：根據地區需求和健康不平等情況，調整資源配置，確保弱勢群體也能獲得適當的癌症防治服務。在第四次年度報告中，其策略在提高早期診斷率、擴大篩檢覆蓋率和改善治療可及性方面取得了顯著成果。然而，報告也指出，仍需進一步努力以解決地區間的健康不平等問題，並確保所有患者都能獲得高品質的癌症照護。

在 2022 年 2 月，時任衛生與社會安全部長(Department of Health &Social Care)委託英國國家篩檢委員會 (UKNSC)收集證據，以此為制定英格蘭十年癌症計畫提供參考，其結果可歸納為以下六點:1)提高對癌症病因的認識、2)發現癌症的徵兆和症狀、3)讓更多人更快得到診斷、4)改善癌症治療的可近性和治療體驗、5)後期照護和臨終關懷、6)最大限度地發揮研究和數據的影響(Health & Social Care, 2023)。

解決癌症不平等之現象向來是英國癌症防治工作中最具挑戰的目標。綜合而言，英國的癌症防治策略除了展現出跨部門協作精神，從強化初級預防與早期診斷到擴大數據應用與研究影響力，均體現以病患為中心並兼顧公平可近的公共衛生治理思維。然而，健康不平等依然是英國在政策實施過程中亟需克服的挑戰，亦凸顯即使在資源豐沛與系統完備的情境下，癌症防治政策的成效仍高度依賴其

doi:10.6342/NTU202600045

在地落實與持續監測機制。

III. 日本

自 1981 年以來，日本癌症已成為國人主要死亡原因，因此克服癌症的防治對策逐漸被重視。日本自 1984 年起實施「綜合 10 年癌症防治計畫」，1994 年接續推動「新 10 年克服癌症策略」，並實施第三期綜合計畫，促進癌症相關技術、診斷及治療方法的進步。

日本癌症防治政策由厚生勞動省主導，與國立癌症研究中心密切合作。目標在於減少癌症相關死亡率與罹患率、強化癌症登錄與流行病學資料應用、提高癌症早期發現與治療率，以及降低國民醫療費用與經濟負擔。為達成這些目標，日本政府實施了多項措施，包括發展癌症預防科學與多中心研究、進行國內癌症歸因因子之計量分析、投資於癌症診療標準化與提升地區醫療資源，並強化對患者生活品質的重視。此外，其亦與國際癌症研究機構（IARC）推出了《世界抗癌框架規範》，以推廣針對特定地區的癌症指導方針。依照這個框架，預防司和國際衛生政策研究司一直在與國際癌症研究機構和亞洲國家癌症中心聯盟（ANCCA）合作，協調制定針對亞洲國家的癌症預防指南。

而近年推動動機主要來自高齡化社會中癌症負擔上升，以及對可預防癌症因子（如吸菸、感染等）的公共衛生應對需求。為提升早期發現，日本政府致力於提高癌症篩檢率與陽性個案的追蹤效率。儘管有上述努力，日本的癌症篩檢參與率仍相對較低。例如，乳癌篩檢率僅為 44%，遠低於美國（超過 80%）和義大利、荷蘭（超過 70%）等國家。研究指出，教育程度、收入水平和家庭中有無癌症病史等因素與篩檢行為有關。特別是在育兒年齡層中，女性的篩檢率高於男性，但整體而言，仍需提升篩檢參與率(Manami Inoue & Md. Shafiur Rahman, 2023)。另外，日本的每個市政當局都會向符合條件的人發送訊息，但如果無法成功吸引民眾興趣，則此舉亦無助於提升篩檢率。因此當地研究亦指出應該釐清人們不參加癌症篩檢的原因，並利用 SNS 和訊息應用程式傳播訊息和發送提醒，才能提升

doi:10.6342/NTU202600045

民眾參與癌症篩檢(Okayama et al., 2022)。

總體而言，日本在提高癌症篩檢率方面仍面臨挑戰，特別是在教育程度較低和收入較低的族群中。未來，需持續推動政策和措施，提升民眾對篩檢的參與度，並確保所有人都能獲得高品質的癌症防治服務。

IV. 韓國

癌症一直是韓國的主要死因，該國亦有許多當地研究表示癌症可以通過避免風險因素和實施預防策略來預防。因此韓國也發布了國家癌症預防建議，並將癌症管理視為主要的政策目標。在過去 25 年來，韓國已經完成了三期的國家癌症防治計畫 (NCCP)，內容涵蓋從癌症預防到生存的各個方面，並取得了顯著成果。主要的成就包括：1) 建立國家和區域癌症防治系統，包括國家癌症中心。2) 頒布《癌症防治法》並建立基本統計系統。3) 引入國家癌症篩檢計畫 (NCSP)。4) 癌症 5 年相對存活率從 1995 年的 42.9% 提高到 2019 年的 70.7%。5) 國家癌症篩檢率提高到約 50%。6) 癌症患者的國家健康保險覆蓋率提高。7) 安寧療護利用率增加(韓國癌症防治中心, 2024)。

然而，儘管有這些努力，癌症仍是韓國的主要死因。目前仍存在一些不足之處並出現新的需求，例如需要更早期的癌症干預、提高篩檢效率、解決區域醫療差距以及更積極利用癌症大數據。此外，COVID-19 疫情也帶來了新的挑戰。根據韓國國民健康促進院於 2021 年進行的全國性調查結果（Cancer Prevention Awareness and Practice Survey, CPAS），儘管癌症已長年為該國主要死因，且約有30–40%的癌症可透過健康行為與生活型態調整預防，但民眾在癌症預防上的知行落差（knowledge-practice gap）仍相當明顯(韓國癌症防治中心, 2024)。研究顯示，雖然有超過八成（80.3%）的受訪者認為癌症是可以預防的，實際上卻只有45.0%的人會在日常生活中採取預防性行為，如規律運動、健康飲食、不吸菸等。

Oh et al. (2022)研究也指出，年齡為預防行為的重要正向預測因子（每增加 10 歲，實踐行為之勝算比為 1.39），而居住於農村地區與未婚者則與較低的實踐

doi:10.6342/NTU202600045

率顯著相關。此外，在十項官方癌症預防建議中，民眾對「避免食用燒焦食物」、「癌症篩檢」及「不吸菸」的認知度最高（皆逾 95%），但在實踐面向上，「規律運動」、「維持健康體重」及「避免飲酒」則被視為最難以實行的三項建議，顯示政策推廣面對特定生活型態行為仍具挑戰。在政策與制度的影響方面，自 2016 年 HPV 疫苗納入國家免疫計畫後，疫苗接種的認知度顯著提升，從 2016 年的 36.9%提升至 2021 年的 50.2%，顯示國家主導策略具有明確成效。然而整體而言，自 2007 年 CPAS 啟動以來，癌症預防的認知與實踐指標並未呈現顯著上升趨勢，反映出目前以宣導為主的策略仍有待強化。此外，COVID-19 疫情也造成癌症預防行為上的衝擊。根據 2021 年調查，32.5%民眾運動量減少、25.6%出現體重增加，顯示疫情對健康生活型態造成不利影響。研究呼籲，需重新檢討健康促進政策在危機期間的延續性與韌性。

總而言之，儘管韓國政府與學術機構已透過多元管道推廣癌症預防觀念，包括每年舉辦「癌症預防日」、發布多項生活型態建議，以此提升民眾對癌症的認知，且確實有提升民眾健康識能。但是民眾的實際行為仍未見顯著改變，尤其是在規律運動與飲食行為的落實上。因此未來仍須再加強政策和計畫，並聚焦於弱勢人口，才能有效促進健康行為的落實。

在第四期國家癌症防治計畫 (2021-2025) 以「健康國家，無懼癌症，隨時隨地」為願景，目標是建立和傳播高品質的癌症數據、減少可預防的癌症病例，以及縮小癌症防治差距。其主要策略包括：1) 活化癌症大數據：建立數據基礎設施、國家癌症數據中心，並利用數據進行研究和監測。2) 推進癌症預防與篩檢：加強可預防癌症的早期干預（如幽門螺旋桿菌治療、大腸鏡檢查），修訂篩檢指南，改善篩檢品質，管理高風險群體，並提供基於知識和資訊的預防措施。3) 改善癌症治療與應對：提高治療效率和保險覆蓋，支持罕見或難治癌症的臨床研究，並準備應對未來風險（如傳染病和人口結構變化）對癌症管理的影響。4) 加強國家癌症防治的平衡：強化國家癌症中心 (NCC) 的角色，改善區域癌症中心

doi:10.6342/NTU202600045

(RCC)，提供以社區為基礎的客製化照護和支持，並解決區域差距(Han et al., 2023)。

總結而言，四國癌症防治計畫均顯示出對早期發現與高危險因子控制的高度重視，並積極透過數據、科技與公共衛生策略來提升癌症控制成效。儘管政策環境與醫療體系各異，但各國均逐步走向強化預防導向、促進照護公平性與建構數據監控系統的決策架構。

二、我國癌症防治

臺灣自 1980 年代以來，隨著癌症成為國人主要死亡原因，政府逐步建構癌症防治政策體系。整體而言，我國癌症防治一直以來都依 WHO 的四大策略，積極辦理癌症預防、篩檢、治療及安寧緩和照護等推動工作，其中包括發展精準癌症預防、推動具成本效益的癌症篩檢、提供無縫接軌的診治與照護服務、高標竿的安寧緩和療護品質。在推動具成本效益的癌症篩檢方面，國民健康署於 2010 年起運用菸品健康福利捐擴大推動四癌篩檢，另於 2023 年 7 月依據國內外實證及確有篩檢效益而開辦肺癌早期偵測計畫(衛生福利部國民健康署癌症防治組, 2024)。

自 2003 年《癌症防治法》的制定，不僅為癌症預防、篩檢、診斷與治療提供法制依據，也促使衛生福利部國民健康署系統性地推動多階段的癌症防治策略。自 2005 年起實施的「國家癌症防治計畫」，歷經四期發展，從第一期（2005-2009 年）建構癌症防治基礎設施、第二期（2010-2013 年）擴大篩檢覆蓋、第三期（2014-2018 年）強調源頭預防與新興致癌因子的防制，到第四期（2019-2023 年）結合健康識能與個人化防治措施，逐步形成以健康促進與精準醫療為導向的癌症治理框架。

為了評量各醫療院所的癌症診療品質，亦推動「癌症診療品質認證」制度，並於民國 95 年開始試辦，96 年完成 10 家醫院試評，97 年起認證制度正式施行，將認證納入醫院評鑑，在後續也持續的進行認證基準修訂。又為了提升院內癌症診療與篩檢品質，保障患者安全並提升照護服務，故亦發起醫院癌症診療品質精

doi:10.6342/NTU202600045

進計畫，其他還有像是在 2014 年啟動癌友導航計畫，去幫助初診斷的癌症病人減輕恐懼情緒，提供諮詢和支持。腫瘤個案管理師在診斷後第一時間聯繫病人，提供醫療諮詢、經濟支持及就醫資訊，並在三個月內引導病人接受標準治療。除此之外，為鼓勵各級政府與醫療機構積極參與癌症防治工作、提升服務品質與成效，亦設立「癌症防治績優單位表揚制度」辦理公開遴選與頒獎。該獎項旨在肯定在癌症預防、篩檢推動、陽性個案追蹤轉介、病人照護等方面表現卓越的醫療院所及人員。透過此一制度，政府不僅展現對於防治成效的重視，也促進機構間的良性競爭與經驗分享，形成政策與實務端共同提升的正向循環。而獲獎單位的成功經驗可被作為政策標竿，納入後續政策設計與資源配置的參考依據，進一步強化我國癌症防治體系。

2024 年起，臺灣進入第五期國家癌症防治計畫（2024-2030 年），該計畫延續過往目標並聚焦於提升癌症防治體系的夥伴關係、強化預防及防制癌症風險因子、擴大癌症篩檢服務、提供高品質診治服務並提升癌友與家屬生活品質，以及運用監測數據及實證分析精進防治策略。為實現 2030 年將癌症死亡率降低三分之一的目標，總統賴清德提出「888 癌症防治精神」，即「早期發現、早期診斷、早期治療」三大策略，並承諾推動三項「8」字原則：強化基層醫療的 8 項篩檢服務、發展 8 項精準防治技術，以及建置 8 大癌症照護網絡。政府也大幅增加癌症篩檢預算，2025 年預計達 68 億元，擴大篩檢年齡範圍，並新增 HPV 檢測服務。這也進一步代表臺灣將癌症視為國安等級挑戰，全面整合公私資源，並強調以人為本的全人照護理念。

具體政策層面，除了早期推動的各項計畫外，近年亦推動的「癌症防治策進計畫」，扮演促進跨部門合作與精進地區資源配置的角色，協助地方政府整合預防、篩檢、診治與社區支持系統，提升區域防治成效並縮減健康不平等。同時鼓勵縣市政府與醫療機構針對特定弱勢族群（如原住民、低收、偏遠地區）進行主動召回與衛教追蹤，也將此逐漸納入績效指標，提升篩檢政策的公平性與效率。

doi:10.6342/NTU202600045

另外，國民健康署與全民健康保險署也實施「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，建立從篩檢、追蹤到確診的機制。透過醫療院所共同合作，針對大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌五項癌症篩檢結果為疑似異常之個案，由篩檢端主動將個案轉介至確診及治療端，以提升篩檢異常個案陽性追蹤的比率，並且能進一步達到早期篩檢、早期治療的目的。而政府亦編列專款成立「癌症新藥基金」，推動平行審查機制與行政法人國家醫療科技評估中心（HTA）成立，目的是加速新藥與創新療法引入時程，滿足癌症病友的新藥需求並減輕癌症患者經濟與時間負擔。

整體而言，臺灣的癌症防治政策已從早期著重醫療處置的被動模式，進化為涵蓋健康促進、風險管理、社區支持與精準醫療的全方位體系。政府結合中央與地方、醫療與公共衛生、多元部門與利害關係人的合作架構，持續朝向降低癌症死亡率、提升病人生活品質以及縮減健康不平等的政策目標邁進。

三、篩檢計畫類型

根據現有文獻，篩檢類型可從組織模式、服務提供方式、篩檢週期模式、以及篩檢工具等多個面向進行分類與探討。首先，就篩檢計畫的組織形式而言，廣義可區分為「以人群為基礎的篩檢（population-based screening）」與「非人群為基礎的篩檢（non-population-based screening）」。前者強調由政府或公共衛生機構主導，針對特定年齡與風險族群主動邀請接受篩檢，具規模性與系統性，較能有效降低乳癌死亡率；後者則屬於較被動或依賴個人主動就醫者為主的篩檢模式(Altobelli et al., 2017)。此外，篩檢又可依組織程度細分為「有組織的篩檢（organized）」與「自發性的篩檢（spontaneous）」，前者多納入政府監測、品質管控與追蹤機制，而後者則多仰賴民眾自我決定，較易出現服務品質不一致或篩檢不連續等情況(WHO, 2021)。

其次，在篩檢服務的提供方式方面，常見的模式包括由地方或中央公共衛生機構提供的常規篩檢服務、公衛單位結合行動篩檢車進行偏鄉巡迴檢查，以及經

doi:10.6342/NTU202600045

認證的醫療機構或篩檢中心提供專業服務。這些服務方式之設計，旨在提升民眾可近性並強化資源配置，特別針對交通不便或醫療資源不足地區更具實用價值(Tari et al., 2025)在週期性篩檢的模式方面，可分為首次篩檢（prevalence screening）、後續篩檢（incidence screening）以及間隔期癌症（interval cancer）之監測。首次篩檢多用於建立個人基線資料，而後續篩檢則是定期追蹤為主。至於間隔期癌症，則指兩次篩檢之間所診斷出的癌症個案，常作為評估篩檢敏感度的重要指標。另外，不同癌症亦發展不同類型的篩檢工具，但在偵測效能、可近性與潛在傷害之間需取得平衡。

設計篩檢計畫涵蓋了多層次的組織架構與實施策略，這也使得各國醫療體系之政策設計與資源配置存在差異(Altobelli et al., 2017; IKNL, 2024; WHO, 2021)。而台灣在政策推動、技術導入等方面已有一定成效，但仍需加強篩檢涵蓋率與品質監控機制，以確保篩檢策略達成早期發現、降低死亡率之核心目標，提升公共衛生介入的成效。本文將篩檢計畫類型整理於表 2-4 篩檢計畫類型整理。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-4 篩檢計畫類型整理

類別	類型	說明	參考文獻
篩檢計畫的組織形式	以人群為基礎的篩檢 (Population-based, PB)／有組織的篩檢 (Organized)	1. 針對特定的人群進行有計畫的篩檢，包含篩檢流程、服務提供者、品質控制等都有明確的組織和管理。 2. 特定人群篩檢計畫又可分一般人群定期篩檢以及高風險族群（如家族史）。 3. 週期性篩檢的模式，又可分為首次篩檢（prevalence screening）、後續篩檢（incidence screening）以及間隔期癌症（interval cancer）之監測。 4. 高收入國家通常採用並發展相關篩檢計畫，例如：ＥＵ的人群乳房攝影篩檢計畫、英國的 NHS Breast Screening Program	Altobelli et al. (2017)
	非以人群為基礎的篩檢 (Non-population-based, NPB)／自發性的篩檢 (Spontaneous)	1. 篩檢範圍或對象可能較不限於特定人群，主要依賴個人意願或醫療院所的建議，較無統一的組織管理。 2. 通常是自發性參與，或者是在醫療過程中偶然發生的篩檢。	

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-4 篩檢計畫類型整理（續）

類別	類型/方法	說明	參考文獻
篩檢服務的提供方式	公共衛生服務機構 (Public Health Services)	1. 在常規的公共衛生機構提供篩檢服務。 2. 在許多國家，尤其是高收入國家（High Income, HI），乳癌篩檢計畫通常是由公共衛生服務機構有組織地進行，以觸及特定的目標人群。 3. 例如美國預防服務工作組 (USPSTF)、英國的 NHS Breast Screening Program	Nelson et al. (2016)
	公共衛生服務機構 + 行動篩檢車 (Mobile Units)	1. 結合行動篩檢車以提高篩檢的可近性和涵蓋率。 2. 在高收入國家常見此做法，如義大利、葡萄牙、荷蘭等。	Duffy et al. (2020)
	認證篩檢中心 (Accredited centers)	1. 經過核准或認證，符合特定品質標準的篩檢機構。 2. 在高收入國家，組織良好的人群篩檢計畫通常設有這些認證或批准的篩檢中心 3. 幾乎所有 WHO 歐洲區域高收入國家都標示有認證篩檢中心。	Altobelli et al. (2017)

doi:10.6342/NTU202600045

第三節 乳癌及子宮頸癌介紹

一、乳癌之流行病學及早期預防之重要性

根據文獻，女性乳癌現已超過肺癌，成為 2020 年全球癌症發生率的首要原因，預計新增病例 230 萬例，佔所有癌症病例的 11.7%。它也成為全球第五大癌症死亡原因，造成 685,000 人死亡。在女性中，乳癌佔癌症病例的四分之一，佔癌症死亡人數的六分之一，在絕大多數國家（185 個國家中的 159 個）中乳癌發生率最高，在 110 個國家中乳癌死亡率最高(Sung et al., 2021)。ＷＨＯ也進一步指出在 95%的國家中，乳癌是女性癌症死亡的第一或第二大原因。然而，不同國家之間以及國家內部的乳癌存活率存在很大差異；近 80%的乳癌和子宮頸癌死亡發生在中低收入國家(WHO, 2021)。

國際研究已廣泛證實，乳癌的早期預防措施不僅能有效降低罹患率，更對減少死亡率具有顯著成效(Duffy et al., 2013; Golani et al., 2025)。而為了因應乳癌所帶來的公共衛生挑戰，WHO 於 2021 年啟動「全球乳癌倡議」(Global Breast Cancer Initiative, GBCI)，並於２０２３年發布了新的全球乳癌防治行動框架(WHO launches new roadmap on breast cancer, 2023)，希望能在２０４０年拯救２５０萬乳癌患者的生命。該框架建議各國落實健康促進三大支柱，即乳癌的早期發現（health promotion and early detection）、及時診斷（timely diagnosis）和全面的乳癌管理（comprehensive breast cancer management），以實現目標。世衛組織非傳染性疾病司司長 Dr Bente Mikkelsen 表示：「各國需要確保該框架能夠融入初級衛生保健。這不僅有助於促進健康，還能增強女尋求和接受醫療保健的能力，且通過有效和可持續的初級衛生保健，我們才能實全民健康。」而新發布的框架利用經過驗證的策略來設計適合特定國家、資源適當的衛生系統，以便在不同經濟發展體的國家都能提供乳癌治療。其中，它亦提出三個具體的關鍵績效指標：首先，它建議各國重點進行乳癌早期檢測項目，確保至少 60%的乳癌在早期階段得到診斷和治療；其次，在初次發病後 60 天內診斷出乳癌可以改善乳癌的治療結

doi:10.6342/NTU202600045

果。治療應在首次出現症狀後三個月內開始；最後，管理乳癌，確保至少 80% 的患者完成建議的治療。而在三大策略支柱中，其中前兩項皆屬於早期預防的範疇(Golani et al., 2025; WHO, 2025b; *WHO launches new roadmap on breast cancer*, 2023)。

首先，在初級預防層面，健康生活型態的促進被視為減少乳癌發生風險的根本途徑。研究指出，停經後女性的肥胖與乳癌有明顯正相關，體重指數過高者罹患荷爾蒙受體陽性乳癌的風險相對提高(Bhaskaran et al., 2014)。此外，缺乏身體活動與高脂肪飲食也被證實與乳癌風險上升有關(Kushi et al., 2012)。WHO 因此建議，女性應維持健康體重、採取規律運動習慣、限制酒精攝取、避免吸菸，並鼓勵哺乳行為，以上皆為具有預防潛力的健康促進措施。對於具遺傳高風險因子的女性，如帶有 BRCA1/BRCA2 基因突變者，則應接受基因諮詢、定期篩檢，甚至考慮預防性手術與藥物干預，以降低罹癌機率(Nelson et al., 2019)。

次級預防則著重於乳癌的早期偵測與診斷，主要透過篩檢策略達成早期發現與治療的目的。其中，乳房 X 光攝影（mammography）被公認為目前最具實證效益的篩檢工具。多項隨機對照試驗與大型觀察性研究顯示，乳房 X 光攝影可顯著降低乳癌的死亡率，特別是在 50 至 69 歲的年齡層中(Duffy et al., 2020; Duffy et al., 2013; Fenton & Elmore, 2004; Kolak et al., 2017; Primic-Zakelj, 1999; Winkler & Hetjens, 2024)。WHO 也進一步建議各國都應該依據國家資源與疾病負擔狀況，規劃適當的乳癌篩檢政策；而在資源有限的國家，可先強化乳癌症狀認知與臨床評估系統，提升民眾就醫意願與醫療可近性。但是過去廣泛推廣的乳房自我檢查（breast self-examination）雖具健康意識提升效果，卻未明確證實能降低死亡率，反而可能導致檢查過度與不必要的焦慮，因此 WHO 建議改以乳房自我認知（breast awareness）取代，強調女性熟悉自身乳房的正常狀態，若有異常即早就醫(WHO, 2021)。

乳癌篩檢的實施固然是早期偵測及診斷的關鍵手段，然而，若缺乏有效的陽

doi:10.6342/NTU202600045

性個案後續追蹤機制，其亦無助於提升公共衛生效。所謂「陽性追蹤率」係指在接受乳癌篩檢後被判定為可疑或陽性結果的個案中，實際完成進一步診斷（如乳房超音波、影像導引切片、乳腺外科門診等）的比例。此一指標不僅反映篩檢系統與醫療服務的整合效率，更與乳癌確診的及時性與預後結果密切相關。根據世界衛生組織（WHO）於其「全球乳癌倡議操作框架」中所指出，若陽性個案未能接受適當的後續診斷與處置，將可能導致乳癌延遲確診，進而錯失早期治療的黃金時機，影響整體治療成效與存活率(WHO, 2025b)。多國經驗也顯示，提升陽性個案的追蹤率與診斷速度，有助於減少晚期乳癌比例，並優化醫療資源配置與病人預後。例如，加拿大、荷蘭等國在其全國性乳癌篩檢計畫中皆設有陽性追蹤流程監測與品質指標，美國預防服務工作小組也提及確保可疑個案能於一定時限內完成診斷程序，是癌症預防品質保證的核心(Cancer, 2023; IKNL, 2024; USPSTF, 2024)。因此，篩檢後陽性追蹤率不僅是衡量乳癌篩檢品質與癌症預防系統效能的重要指標，更是公共衛生策略中銜接「篩檢—診斷—治療」關鍵環節的重要橋樑。提升此一指標，有助於縮短診斷延遲、強化病患導引服務（patient navigation），進而提升乳癌早期發現與治療的整體成效。

綜上所述，乳癌的早期預防涵蓋初級與次級兩大層面。前者強調生活型態與環境風險因子的改善，以及高風險族群的預防性介入；後者則是透過有效篩檢與症狀認知策略，實現乳癌的早期發現。而各國都應該優先投資於預防與篩檢資源，除了降低乳癌發生率以及死亡率之外，更有助於減輕整體醫療體系的負擔，以此提高公共衛生效益。

二、乳癌篩檢類型

有關乳癌篩檢所採用的技術呈現多元化發展，然而乳癌篩檢工具的選擇與執行方式，攸關檢查效益、病患接受度與公共衛生介入成效，篩檢工具的科學實證與適切性則成為各國政策設計的重要參考因素。乳房攝影（mammography）為目前最具實證基礎之乳癌篩檢方式，尤其針對 50–69 歲女性族群，其可有效降低乳

doi:10.6342/NTU202600045

癌死亡率約 20%至 40%(Nelson et al., 2016)。此技術透過低劑量 X 光攝影偵測乳房組織異常，近年來進一步發展為數位乳房攝影（digital mammography, DM）及３Ｄ斷層攝影（3D Tomosynthesis），提供更清晰影像提升對高乳腺密度女性的診斷敏感度，並降低偽陽性率與重複召回比例(McDonald et al., 2016)。此外，部分篩檢計畫亦結合超音波（ultrasound）、臨床乳房檢查（clinical breast examination, CBE）與徒手檢查（manual examination），以提升整體判讀的準確度(McDonald et al., 2016)。

超音波檢查（ultrasound）常做為乳房攝影的補充工具，特別針對乳腺密度高的亞洲女性具高適用性(Hooley et al., 2012)。台灣部分縣市與醫療院所提供「乳房攝影＋超音波」合併篩檢模式，旨在提高偵測率與民眾接受度，然目前並無明確證據支持超音波單獨可降低乳癌死亡率，且其結果極依賴操作者技術與判讀經驗，增加偽陽性與過度診斷風險(WHO, 2021)。此外，臨床乳房檢查（clinical breast examination, CBE）及乳房自我檢查（breast self-examination, BSE）亦廣泛應用於健康促進與高風險群教育。雖其在低資源國家具一定輔助價值，但根據研究指出其靈敏度及特異度較低，對降低乳癌死亡率之效果有限(Thomas et al., 2002)。本文將乳癌篩檢工具類別、國際研究、工具優缺點以及適用時機整理於表 2-5 乳癌篩檢工具整理。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-5 乳癌篩檢工具整理

篩檢工具	說明	優點	缺點	建議使用時機/應用	參考文獻
乳房攝影 (Mammography)	1. 文獻中多次提及的標準篩檢方法，包括傳統乳房攝影 (MM) 和數位乳房攝影 (Digital Mammography, DM)。 2. 是許多國家人群篩檢計畫的基礎方法。	1. 有效降低死亡率、實證充足、被用於多個隨機對照試驗。 2. Mandrik et al. (2019)研究顯示，與徒手檢查相比，乳房攝影更受偏好。	1. 偽陽性結果。 2. 過度診斷 (overdiagnosis)。 3. 過度治療 (overtreatment)。 4. 乳房密度高可能會影響偵測效果。	1. 一般人群的定期篩檢。 2. 用於高風險族群的乳房攝影監測(例如有家族史者)。 3. 在臨床評估中可與其他檢查方法併用。	Altobelli et al. (2017); Duffy et al. (2020); Mandrik et al. (2019); Nelson et al. (2016)
斷層合成 3D 數位乳房攝影 (3D digital mammography with tomosynthesis, DM+T)	1. 一種較新的３Ｄ乳房攝影技術，常與數位乳房攝影併用。	1. McDonald et al. (2016)研究顯示，與單獨使用數位乳房攝影相比，可顯著降低回診率及偽陽性。 2. 影像清晰。	1. 成本高。 2. Nelson et al. (2016)研究顯示與單獨使用數位乳房攝影相比，切片率略有升高。	1. 可作為數位乳房攝影的改良選擇。	Altobelli et al. (2017); Duffy et al. (2020); McDonald et al. (2016); Nelson et al. (2016)

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-5 乳癌篩檢工具整理（續）

篩檢工具	說明	優點	缺點	建議使用時機/應用	參考文獻
超音波 (Ultrasounds, US)	1. 影像檢查技術，常作為乳房攝影的輔助。	1. 對於乳房密度較高或者高風險的女性，可以輔助乳房攝影提高偵測率。	1. 相較於乳房攝影，其作為初篩工具時可能有較高的偽陽性率且依賴操作者經驗。 2. 需要有特定專業人員判讀。	1. 在臨床評估或診斷中使用，通常作為乳房攝影的輔助檢查。 2. 特別是對於乳房密度高的女性，以及高風險女性的篩檢。 3. 一些國家有將其納入篩檢計畫。	Duffy et al. (2013); Nelson et al. (2016)
臨床乳房檢查 (Clinical Breast Examination, CBE) / 徒手檢查 (Manual examination)	1. 由醫護專業人員進行的觸診檢查。	1. 可能是篩檢計畫的一部分。 2. 快速、初步的判斷。 3. 成本低。	1. Mandrik et al. (2019)研究中，將 CBE 加入乳房攝影篩檢會導致**更高的回診率**和偽陽性結果。 2. 單獨的徒手檢查專業度不足且不受偏好。 3. 敏感度低、證據不足。	1. 可作為篩檢計畫的組成部分，在臨床評估中使用。 2. 基礎接觸，仍須搭配其他工具。	Mandrik et al. (2019); Nelson et al. (2016)
乳房自我檢查（BSE）	1. 個體自行就指引進行乳房自我檢查。	1. 提升覺察力	1. 無實證研究對於降低死亡率或提升存活率的效果。 2. 易引起民眾焦慮。	1. 健康促進輔助工具。 2. 對於資源技術缺乏地區，可對當地民眾衛教宣導。	Thomas et al. (2002); WHO (2021)

doi:10.6342/NTU202600045

三、子宮頸癌之流行病學及早期預防之重要性

子宮頸癌為全球女性第四大常見癌症，同時也是癌症死亡的第四大原因。根據全球癌症觀察（GLOBOCAN）2020 年的統計數據，當年度子宮頸癌新增病例數達 604,000 例，死亡人數為 342,000 例，對全球女性健康構成重大威脅。此癌症在全球 23 個國家中為最常見癌症，在 36 個國家中則為癌症死亡的主要原因，然而值得關注得是，在經濟高度發展地區與經濟發展較不足地區其發生率與死亡率存在顯著差異，加劇了全球健康不平等的趨勢。

子宮頸癌的主要致病因子為人類乳突病毒（HPV）感染，而性傳染疾病（如愛滋病毒、沙眼衣原體）、吸菸、多次分娩及長期口服避孕藥等因素亦為輔助風險因子。過去數十年，隨著社會經濟條件改善、生育率下降與性傳染病控制，世界多數地區的子宮頸癌發病率與死亡率已有所下降。然而，這一趨勢並非普遍。研究指出，人類發展指數（HDI）與貧困率可解釋全球子宮頸癌死亡率差異超過一半。在美國，居住於高貧困地區的女性其死亡率為低貧困地區的兩倍，顯示即使在高收入國家亦存在明顯健康不平等(Sung et al., 2021)。而在某些資源匱乏地區（如東歐、中亞與撒哈拉以南非洲）由於缺乏有效的篩檢系統，子宮頸癌的發生率以及死亡率仍持續增加。

值得強調的是，子宮頸癌幾乎是可以完全預防的癌症。現今已有高度有效的初級預防（HPV 疫苗接種）與次級預防（子宮頸癌篩檢）措施。然而，這些預防措施在全球各國與不同社會階層間仍面臨不公平的可及性。截至 2020 年，僅有不到三成的中低收入國家實施全國性 HPV 疫苗接種計畫，而高收入國家的比例超過 80%。在篩檢方面，中低收入國家女性的涵蓋率為 44%，而高收入國家則超過 60%，撒哈拉以南非洲更僅有約 17% 的女性曾接受過篩檢(Sung et al., 2021)。

世界衛生組織（WHO）已提出具體策略，以實現「全球消除子宮頸癌」的目標（每 10 萬名女性中新發病例數低於 4 例）。其中包括：1）90% 女孩於 15 歲

doi:10.6342/NTU202600045

前完成 HPV 疫苗接種；2）70% 女性於 35–45 歲間接受至少兩次有效篩檢；3）90% 的診斷個案獲得適當治療。研究亦顯示，若全面實施此策略，可在 21 世紀內預防超過 7,400 萬例病例與 6,200 萬例死亡。惟此目標在不同 HDI 水準國家的達成時間差異甚鉅，預計在 HDI 極高國家約於 2055–2059 年達標，而 HDI 較低國家可能需至本世紀末(WHO, 2024a)。

根據研究，城鄉在子宮頸癌的趨勢方面存在差異(Wu et al., 2025)。這也代表在制定或調整針對年輕世代的預防策略時，需要深入分析城鄉差距對其風險的具體影響，並可能需要採取差異化或更具針對性的衛教或篩檢推廣方式，包含重新評估現行篩檢計畫針對較年輕年齡層的篩檢時機、頻率或方法，透過提升不同地區的篩檢率以及篩檢後陽性追蹤率，以確保無論居住在都市或鄉村的年輕女性都能獲得適切的資訊和服務，並且能早期地偵測到病變。

總結而言，儘管子宮頸癌為一可預防疾病，其全球負擔與不平等現象仍舊顯著。推動公平、有效的疫苗接種與篩檢策略，並強化整體健康照護體系，是實現全球消除子宮頸癌願景的關鍵。

四、子宮頸癌篩檢類型

子宮頸癌透過有效的篩檢策略可顯著降低其發生率與死亡率。而根據目前的科技發展，常見的篩檢類型及模式可分為以下幾種。首先，巴氏抹片 (Pap smear) 檢查是由希臘醫生 Dr. Papanicolaou 在 1940 年代開創的技術，也是最早被廣泛使用的子宮頸癌篩檢方法，透過收集子宮頸細胞，偵測細胞異常，以此檢出癌前病變與早期癌。根據 IARC 的研究，對於 35-64 歲每 3 年進行細胞篩檢的女性，可將子宮頸癌發生率降低 80%。在高收入國家長期的推行，也證實能有效降低子宮頸癌死亡率(WHO, 2024a)。然而，與薄層抹片檢查 (TCT) 相比，其偽陰性率也較高，需定期篩檢才能達到理想的預防效果。而醋酸目視檢查（Visual Inspection with Acetic Acid, VIA）與盧戈氏碘液檢查（Visual Inspection with Lugol's Iodine, VILI）為低成本且不倚賴設備、操作簡便的視診法，常用於資源有限地區。

doi:10.6342/NTU202600045

其原理為施以 3–5%醋酸或碘液於子宮頸部，觀察異常變化反應。雖然此法簡單、快速，但其結果高度依賴操作者經驗，主觀性強，敏感度亦有限。

另外，薄層液基細胞學（ThinPrep Cytologic Test, TCT）為傳統巴氏抹片(Pap smear)的改良版，樣本以液態基質保存，有效減少血液與黏液干擾，提升細胞保存完整度與癌症檢出率。研究顯示 TCT 的敏感度高於傳統巴氏抹片，並能與 HPV 檢測併用以提高準確度，但成本較高，且需與實驗室配合。而 DNA 倍體分析是一種電腦自動化方法，可以彌補 TCT 主觀判斷的缺點。此外，當 DNA 倍體分析與 HPV-DNA 測試和 TCT 結合使用時，能夠顯著提高子宮頸癌篩檢的準確性，尤其在偵測癌前病變方面表現出更高的敏感度(Bi et al., 2024)。該研究也明確指出 DNA 倍體分析的適用情境，特別是在高風險 HPV 陽性（尤其是 HPV16 和 18 型）、異常 TCT 結果（特別是 ASC-H、HSIL 或更嚴重），以及 TCT 與 HPV-DNA 測試結果不一致時。在這些情況下，DNA 倍體分析可以作為一個關鍵的工具，協助解決診斷上的不確定性，並幫助判斷是否需要進一步的陰道鏡檢查或切片。最後，因為 HPV 為子宮頸癌的必要致癌因子，人類乳突病毒檢測（HPV testing）能早期識別高風險感染個案，是近年廣泛推廣的初篩工具。其敏感度相較其他篩檢工具來的高，並可延長篩檢間隔，對於 30 歲以上女性尤為適用。然而，此法無法區分感染是否會進展為癌前病變，故仍需結合後續細胞學或陰道鏡檢查(Bi et al., 2024)。總結上述本文將子宮頸癌常見篩檢工具類別、優缺點以及適用時機整理於表 2-6 子宮頸癌篩檢工具整理。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-6 子宮頸癌篩檢工具整理

篩檢工具	說明	優點	缺點	適用時機/對象	參考文獻
巴氏抹片 (Pap smear)	1. 傳統細胞學篩檢方法。 2. 採集細胞後染色觀察是否異常。	1. 成本低。 2. 長期實施經驗多，有足夠實證證據。 3. 有政策支持。	1. 敏感性較低。 2. 樣本品質易受干擾。 3. 結果的診斷依賴於細胞學家的經驗和主觀判斷。 4. 需定期篩檢追蹤。	1. 子宮頸癌篩檢計畫最廣泛使用。 2. 在 35-64 歲女性中被證實有效。	Bi et al., 2024;WHO, 2024a
醋酸目視檢查 (VIA) / 盧戈氏碘液目視檢查 (VILI)	1. 以醋酸或碘液塗抹子宮頸檢視異常變化。 2. 屬目視觀察法。	1. 成本最低。 2. 不依賴精密設備、操作簡便。 3. 在資源有限的發展中國家被廣泛使用。	1. 結果主觀。 2. 敏感性與特異性較低。 3. 高度需要訓練有素之操作及判斷者。	1. 適用於資源受限、無法廣泛執行細胞學或 HPV 檢測的地區，如低收入國家或偏遠地區。	WHO, 2024a
薄層抹片檢查 (TCT) (Thin-prep Cytologic Test)	1. 對傳統巴氏抹片的改進。 2. 液態細胞學法，採樣後置於液體載體中再送分析。	1. 樣本干擾少，藉由提升細胞保存與可見度，提高樣本品質和檢測準確性。 2. 敏感性高於傳統抹	1. 成本較高，很難普遍實施。 2. 診斷標準主要基於細胞形態差異，仍須仰賴實驗室人員的經驗和主觀判斷。	1. 通常在中高收入地區、有檢驗設施、重視篩檢品質之醫療機構。 2. 可與 HPV-DNA 測試結合使用。	Bi et al., 2024; WHO, 2024a;

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-6 子宮頸癌篩檢工具整理（續）

篩檢工具	說明	優點	缺點	適用時機/對象	參考文獻
薄層抹片檢查 (TCT) (Thin-prep Cytologic Test)	3. 採用 TBS 分類系統進行診斷。	3. 較具科學嚴謹性。	3. 研究顯示其偵測率顯著低於病理學篩檢(切片）。	3. 在初步篩檢時檢查出異常結果 (特別是 ASC-H、HSIL 以上)，而需要進一步檢查。	Bi et al. (2024) ；WHO, 2024a;
HPV 檢測 (HPV Testing / HPV-DNA Test)	1. 檢測 HPV 的感染。 2. 可偵測高風險 HPV－DNA。 3. 透過 PCR 及雜交測試等方法進行。	1. 直接針對子宮頸癌的主要病因（HPV）。 2. 在發生細胞變化前就偵測到風險。 3. 敏感性高。 4. 可延長篩檢間隔。 5. 與 DNA 倍體分析結合使用時，展現最高的敏感度。	1. 無法判斷感染是否變化。 2. 成本高。 3. 需後續處置以確認病變。 4. 有研究顯示，高風險 HPV 檢測對於 LSIL+ 和 HSIL+ 的特異性相對較低(分別 33.95% 和 30.27%)。	1. 診斷的方法之一。 2. 建議用於 30 歲以上女性。 3. 作為是否需要進一步檢查的指徵。 4. 當一般檢測結果不一致時，可進一步進行。	Bi et al. (2024); Zhou et al. (2025) Agha and Zeng (2025); Gustinucci et al. (2012)

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-6 子宮頸癌篩檢工具整理（續）

篩檢工具	說明	優點	缺點	適用時機/對象	參考文獻
DNA 倍體分析 (DNA Ploidy Analysis)	1. 一種較新的自動化細胞 DNA 定量診斷方法。 2. 透過檢測細胞核中的 DNA 含量或倍體來評估細胞的生理狀態和病理變化。 3. 可偵測細胞形態變化前的 DNA 變化。	1. 電腦自動化方法可彌補 TCT 依賴主觀判斷的缺點。 2. 與 HPV-DNA 和 TCT 結合使用時，顯著提高了子宮頸癌篩檢的準確度，與切片結果有最佳一致性。 3. 能為早期偵測和準確預測癌前病變提供可靠基礎。 4. 單獨使用時，在診 LSIL((Zhou et al., 2025)+)和 HSIL(+)患者方面顯示最高敏感度。	1. 成本高。 2. 可近性低。 3. 需要特定的自動化系統和染色方法。	1. 作為子宮頸癌篩檢的輔助診斷工具，常見於高經濟發展國家。 2. 對高風險 HPV 陽性患者（HPV16 和 18）。 3. 異常 TCT 結果，尤其是 ASC-H、HSIL 或更嚴重。 4. TCT 和 HPV-DNA 測試結果不一致時。 5. 用於協助解決診斷不確定性，並指導是否需要進一步的陰道鏡檢查或切片。	Bi et al. (2024); Zhou et al. (2025) El-Zein et al. (2021)
切片檢查 (Biopsy)	1. 透過陰道鏡直接觀察子宮頸可疑區域後，取出組織樣本進行病理學檢查。	1. 被視為診斷子宮頸疾病（包括癌前病變和癌症）的「黃金標準」。 2. 提供最確定的診斷結果。	1. 是一種侵入性檢查。 2. 不如篩檢工具適合大規模常規使用。 3. 需要病理學專業知識進行診斷。	1. 用於確認細胞學或 HPV 檢測結果異常的患者。 2. 特別是 TCT 結果異常或高風險 HPV 陽性，或篩檢結果不一致時，作為進一步診斷工具。	Bi et al. (2024); Zhou et al. (2025)

doi:10.6342/NTU202600045

第四節 影響篩檢及陽性追蹤的相關因素

一、社會生態模式（Social Ecological Model, SEM）

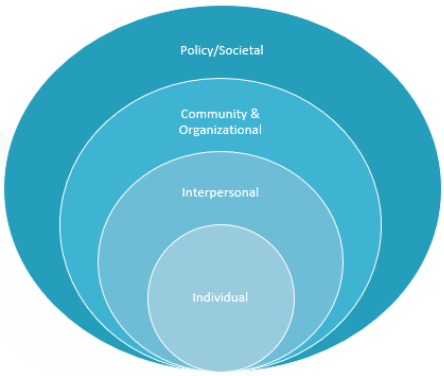
社會行為理論多聚焦於個體層級，著重探討行為改變的心理與認知因素，如健康信念模式（Health Belief Model）、計畫行為理論（Theory of Planned Behavior）與社會認知理論（Social Cognitive Theory）等(Glanz et al., 2008)。這些理論強調知識、態度、自我效能與行為意圖等中介變項對健康行為的影響。

而社會生態模式（Social Ecological Model, SEM）是一種分析健康行為與健康結果的多層次理論架構(Sallis et al., 2008)，起源自心理學家 Urie Bronfenbrenner 的生態系統理論，後由 McLeroy et al. (1988)引進至公共衛生領域，並指出任何有效的健康介入策略需同時考量這些層級之間的動態關係。該模式強調個人行為並非獨立於其社會與結構環境中，而是受到多重層級因素的交互作用所影響。Golden and Earp (2012)進一步指出，SEM 的多層次特性有助於釐清「結構性社會決定因子」如何透過中介機制影響個人健康行為，並可做為實務政策設計與多部門合作的理論依據。近年來，SEM 廣泛應用於癌症篩檢、疫苗接種、慢性病管理、健康城市規劃與健康不平等的研究與實踐中((León-Maldonado et al., 2025; Madsen et al., 2025)，而 SEM 包含五個相互連結的層級，分別為：1) 個人層級（Individual level）：涵蓋個人的知識、態度、信念、價值觀、生理狀況、性別、年齡等。2) 人際層級（Interpersonal level）：強調家庭、朋友、醫病關係等社會支持系統的影響。3) 組織層級（Organizational level）：包括工作場所、學校、醫療機構等組織機構其內部規則及文化。4) 社區層級（Community level）：涵蓋社區環境、社區組織與文化規範等因素。5) 政策層級（Public Policy level）：指政策、法律、法規與資源分配等制度性因素，如健保制度、相關法規或補助政策。

SEM 的核心貢獻在於提供一個結構化的觀點來檢視健康行為之形成過程，使公共衛生介入計畫不再局限於個人層級的知識或態度改變，而能拓展至組織制度與政策結構的改革(Sallis et al., 2008)，也因此該模式尤其適用於分析健康促進

doi:10.6342/NTU202600045

行為中存在的結構性障礙與社會支持系統之作用。例如，民眾參加篩檢計畫或醫療人員進行後續追蹤可能存在的障礙因素，在個人層級上，可能有民眾個人偏好或病人自覺無症狀而缺乏追蹤意願等因素；人際層級包括病人與醫師溝通不良、缺乏家人支持；組織層級可能顯現於院內缺乏陽性個案通報與追蹤的標準作業流程、資訊系統無法支援後續追蹤；社區層級障礙如交通不便或社會文化對癌症的污名化；而在政策層級，則可能存在未對弱勢族群制定特定計畫、資源分配不公平或政策未將追蹤率列入績效指標等制度性障礙。此外，在提升篩檢追蹤率的實務中，可協助從醫療人員（個人層級）、多專業合作（人際層級）、院內通報流程（組織層級）、社區衛教或轉介網絡（社區層級）、以及政府補助或指標設定（政策層級）進行全面性規劃與介入。後續將使用 SEM 五個層次進行更深入探討。



圖一、　社會生態模式（Social Ecological Model, SEM）

二、影響篩檢及後續追縱障礙之因素

當探討篩檢政策的實施成效時，需特別關注影響民眾參與篩檢行為的多重因素。而癌症篩檢陽性後的追蹤與轉介，是確保個案接受後續診斷與治療的關鍵環節，對於提升整體癌症控制成效具有重要意義。然而，相關文獻指出，不僅民眾接受篩檢可能有特定偏好以及相關障礙，篩檢後亦常面臨多重障礙，導致追蹤與轉介率低落，進而影響病人預後與政策效益(Blum et al., 2025; Morse et al., 2024)，

首先，在社會生態模式(SEM)中的個體層面 (Individual)包括個人的知識、信念和感知，而年齡、教育程度、健康識能、過去的就醫經驗及風險癌症認知，包含個人疾病史、對罹患癌症的自我感知風險以及擔憂程度等都是最常被討論以及

doi:10.6342/NTU202600045

可能影響個人的篩檢意願和後續追蹤障礙的因素(Vang et al., 2022)。對於社會階層及居住環境較落後的女性來說，可能存在的障礙包括對癌症的知識不足，以及對篩檢或疫苗接種的誤解 León-Maldonado et al. (2025); (Snoubar et al., 2025)。Madsen et al. (2025)以及 León-Maldonado et al. (2025)也共同指出大眾的恐懼和誤解是障礙之一，因此促進因素包括透過教育提高民眾健康意識。Blum et al. (2025)研究指出，患者會對於檢測是否陽性、陽性的意義、後續追蹤的流程及治療程序和副作用不清楚而不願配合後續追蹤。但是研究顯示，知曉癌症早期無明顯症狀，並理解篩檢有助於早期發現與治療的女性，或是有相關疾病史的女性較有可能參與定期篩檢(León-Maldonado et al., 2025; Mansfield et al., 2016)。而根據一篇探討民眾篩檢偏好的研究也指出篩檢的類型以及篩檢劑的敏感度也會影響民眾篩檢意願(Mandrik et al., 2019; Vass et al., 2018)。

此亦與心理因素有關，例如除了對乳房攝影造成的不適感外，羞恥感或對結果的恐懼，也可能造成心理障礙，進而抑制接受篩檢的意願，且不願配合後續追蹤，形成篩檢成效的斷點(Ferrari et al., 2025); León-Maldonado et al. (2025); (Zhang et al., 2025)。其中，若醫療人員缺乏時間或工具提供充分衛教，也會加劇病患的逃避行為。在 Morse et al. (2024)的研究中提及醫療人員可能因為忙碌而無法提供足夠詳細的衛教諮詢，或女性在諮詢後遺忘資訊，導致理解不足。這也進一步指出醫療機構常面臨人力與資源配置不足問題，特別是在非都市地區，缺乏專責人力進行個案追蹤與管理，現場醫療人員難以兼顧日常門診與個案管理，即使制度設計合理，亦因執行力不足而效果有限。

人際關係層面 (Interpersonal)涉及與家人、朋友、伴侶和醫師的互動和支持。Snoubar et al. (2025)及 Madsen et al. (2025)共同指出，社會支持有限是潛在障礙之一。León-Maldonado et al. (2025)也提到，來自伴侶的支持不足以及經歷污名和偏見是常見的障礙，反之，促進因素則包括家人鼓勵和同儕溝通。Blum et al. (2025)則提到醫療專業人員建議由朋友或親屬陪同患者就診，認為「多一雙耳朵」有助

doi:10.6342/NTU202600045

於患者理解資訊。這暗示著缺乏此類陪同或支持可能間接影響患者理解複雜的醫療資訊和流程，進而成為完成後續追蹤的障礙。Morse et al. (2024)的研究雖然未將社會支持列為主要障礙類別，但其提出的解決方案（如病患導航）正可彌補缺乏社會支持所導致的困難。此外，針對特定人群（如黑人女性）的研究顯示，病患對醫護人員的正面評價基於互動而非感知到的專業知識(Litsas et al., 2025)。當病患收到的治療計劃、副作用或疾病復發可能性的資訊有限時，他們會對溝通產生負面評價(Litsas et al., 2025)。高品質的溝通與治療依從性相關，而低品質的溝通與治療中斷或延遲有關(Litsas et al., 2025)。這表明醫護人員需要投入時間和精力進行有效且具文化敏感性的溝通，特別是與弱勢群體溝通時，這可能需要額外的技能和意識，如果缺乏這些，就會成為後續追蹤及轉介的障礙。

社區層面 (Community)則指社區文化、環境和資源的影響，其中包括醫療可近性(費用、距離)、社會規範、公共設施和文化背景。而最常被探討的是資源在偏鄉尤其不足，多項研究指出交通距離過遠、無法配合篩檢時間、工作或家庭照顧責任等因素常成為婦女無法定期接受篩檢的因素以及配合後續篩檢追蹤(Ferrari et al., 2025; León-Maldonado et al., 2025; Morse et al., 2024)換而言之，有關便利方面，易於預約、較短的旅途時間和等候時間，以及能與其他醫療門診結合的可能性，都會增加民眾的參與意願。此外，部分亞洲國家或地區的女性，受到傳統保守文化與性別角色的影響，可能對暴露身體感到不自在，進而影響對於檢查的接受度。此外，對乳癌的污名化（stigmatization）與將癌症視為「絕症」的觀念，也可能抑制高風險族群的主動篩檢行為。Snoubar et al. (2025)提到，在部分民族的文化信仰中，會認為癌症是「上帝的旨意」，無法通過疫苗預防，這也成為提升篩檢率的障礙之一。另外，篩檢的自付費用也是影響篩檢意願的因素之一，Snoubar et al. (2025)研究提到，難民女性可能面臨語言障礙和財務限制導致難以獲得醫療服務。

在機構組織系統層面（Organizational）則與醫療保健設施、服務流程品質以

doi:10.6342/NTU202600045

及跨部門溝通合作等(Madsen et al., 2025)。而常見機構組織系統層面的挑戰則是制度流程不佳以及醫療品質不佳。León-Maldonado et al., 2025 指出機構層面的障礙包括基礎設施不足以及醫護人員提供的醫療品質不佳等，其中，獲得關於篩檢的詳細資訊能增加民眾的偏好或意願，研究指出當婦女由其家庭醫師或婦產科醫師主動建議進行乳房攝影時，其篩檢參與率會顯著提升，因此醫療服務提供者的推薦與倡導亦被視為影響篩檢行為的關鍵因素之一(Mandrik et al., 2019)，研究亦提及雖然溝通格式本身可能不顯著影響風險感知，但衛生教育與醫護人員的溝通技巧訓練為提升篩檢率的必要策略(Vass et al., 2018)。

而服務流程中，訂定明確的流程和資源，才能確保病患獲得及時和適當的照護，若第一線醫護人員未能正確識別高風險徵象或無法清楚理解篩檢報告內容，可能導致轉介延誤、重複檢查，甚至遺漏陽性個案。換句話說，篩檢結果的通報與轉介流程若無標準化機制，將增加追蹤落差的風險。處理這些病患的後續管理是對初級醫療提供者的一個挑戰，而且癌症篩檢後常涉及基層診所、衛生單位與醫學中心等不同角色，若缺乏有效資訊共享與轉診平台，易造成病人流失與照護中段。在 Omeranovic et al. (2025)以及 Blum et al. (2025)的研究結果，都表示醫療專業人員自身對於新的篩檢以及追蹤計畫或目前的最佳臨床指引缺乏全面或最新的了解，這導致即使大多數人員願意向病患推薦進行篩檢，但制度與作業流程設計的複雜性也會影響他們向病患推廣和協助完成追蹤的能力。研究指出識別高風險病患需要特定的追蹤照護計畫，而且執行人員也需要對計畫充分理解及有良好的溝通技巧，因此會需要進行專業培訓，以便更好地實施計畫內容和相關追蹤，但這往往也讓人員擔心篩檢計畫的實施增加他們的工作量，而 Omeranovic et al. (2025)研究結果中也表示建議簡化提供病患的風險溝通材料，以便更易於理解和使用。另外，有時基層醫療人員仍使用手寫筆記本記錄數據，與電子系統不同步，然而缺乏整合性的病人登記系統，將導致基層和醫院層級之間資訊流動不順暢或數據遺失。

doi:10.6342/NTU202600045

在公共政策/政治層面 (Public Policy/Political)涉及政府政策、資源分配和公共衛生計劃。Snoubar et al. (2025)的研究結果表明，需要針對弱勢群體制定特定的教育計劃和改善醫療保健的可及性措施。León-Maldonado et al. (2025)提到公共政策層面的促進因素包括大眾信息宣傳活動和免費服務。Madsen et al. (2025)則指出政策層面的障礙是缺乏穩定的當地醫療健康產業鏈，而成本降低可以成為指導方針實施的促進因素。另外，政策誘因設計不足亦為一大障礙，亦即酬金制度與績效指標的設計，也會影響醫療人員的執行意願。

綜合前述文獻，無論是乳癌或子宮頸癌之篩檢後追蹤與轉介執行，皆為一個多層面且高度交織的過程。醫療人員的臨床能力、組織支持與持續教育訓練，對於追蹤行為的落實具關鍵影響；同時，病患的健康識能、心理態度與經濟條件，亦為重要影響因子。在後續探討可更深入確認該如何制定制度化的個案管理與資訊整合機制，並針對資源不足或弱勢社群提供更具彈性的支持方案，以提升癌症防治策略的整體成效與公平性。

三、關鍵成功因素

關鍵成功關鍵因素（Critical Success Factors, CSFs）是指一個組織或計畫若要達成其使命與目標，所必須確實掌握與執行的重要環節。該概念最早由 D. Ronald Daniel 於 1961 以管理資訊系統(MIS)的觀點提出。探討 CSF 通常會先記錄高階主管的目標，然後再討論目標背後的關鍵成功因素 (CSF)。接著在第二次會議去釐清 CSF 和目標之間的相互關係，以進一步澄清並確定哪些記錄的 CSF 應該合併、消除或強化。有時，可能需要第三次會議來就 CSF 測量和報告順序達成最終協議。

Rockart (1979)提出該方法在幫助高階主管確定其重要資訊需求方面非常有效，因為在資訊系統與管理決策過程中，若能掌握數個有限但關鍵的成功因素，將有助於組織聚焦資源、排定優先順序，進而提升整體績效。此外，任何組織的情況會時常發生變化，因此高階主管在某個時候視為司空見慣的因素，在另一個

doi:10.6342/NTU202600045

時候可能會成為關鍵的成功因素。Rockart 認為，企業若能在某些核心領域上掌握正確的做法，便能有效提升其在市場中的競爭表現，而這些關鍵領域即被稱為「關鍵成功因素」，代表一組促進組織成功的能力組合。他進一步指出，關鍵成功因素主要可從四個面向產生：第一，產業本身的結構特性；第二，企業所採取的競爭策略、所處的產業位置以及地理環境；第三，整體外部環境的變化，如政策、科技與社會趨勢；第四，短期內可能影響營運的暫時性因素。Leidecker and Bruno (1984)則提出關鍵成功因素與策略規劃之形成過程，並將 CSF 分析分成總體環境、產業環境與企業三個層級。

在公共衛生與醫療政策的推動過程中，成功關鍵因素常涵蓋多層次的元素，包括制度設計、組織支持、專業人力、資訊整合、病患接受度與資源可近性等。此外，成功因素亦與地方環境脈絡緊密相關，需依據各區域社會文化、醫療資源與組織能力彈性調整。在探究組織在特定健康促進或醫療行為推動上的成功關鍵之前，識別並釐清其面臨的障礙與限制常被視為首要步驟(Damschroder et al., 2009)。而能夠有效克服這些制度性、組織性或人為因素障礙的單位，往往因此發展出相對應的解方與能力，並進一步形成其在實務執行上的「競爭優勢」或差異化特質(Håkansson & Nelke, 2015)。亦即，障礙不僅是限制，更是促使制度創新與流程改造的觸發點。從障礙導向轉化為能力導向的過程，是辨識關鍵成功因素的重要依據，也能說明某些機構在同樣政策架構下仍能展現高效能的原因。

總而言之，在釐清有哪些障礙因子後，可進一步識別組織的關鍵成功因素，而透過識別關鍵成功因素，可以明確定義組織必須收集的資訊，也可以讓管理者針對這些因素制定良好的措施，有助於政策執行者掌握進程風險與機會，也能作為持續改進與跨領域學習的重要依據，同時確保政策目標的落實與效益最大化。本文將 SEM 各層面影響因子整理於表 2-7 SEM 社會生態模式五層面影響因子整理及相關文獻整理於表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-7 SEM 社會生態模式五層面影響因子整理

層面	影響因素	出處（作者）
個體層面（Individual Level）	恐懼、羞恥、不適感	Madsen, León-Maldonado, Ferrari
	年齡與風險認知	Zhang, Vang, León-Maldonado, Ferrari
	健康素養、吸菸等個人風險因子	Ferrari, Vang, Zhang
	對篩檢流程與檢驗結果的認知	Ferrari, Blum, Mansfield, Snoubar
	英語能力/ 語言隔閡	Snoubar, Vang, Ferrari
	性別認同,族裔	Vass, Zhang
	居住地區,生活經濟狀況。	Morse, Madsen, Mandrik,
	篩檢敏感度或檢查(篩檢工具組合)偏好	Mandrik, Mansfield, Vass,Madsen
	健康專業人員性別	Mansfield
人際層面（Interpersonal Level）	家庭/社會支持	Madsen, León-Maldonado
	醫病關係信任程度以及溝通是否清晰良好	Mandrik, Ferrari, Litsas, Mansfield, Omeranovic

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-7 SEM 社會生態模式五層面影響因子整理(續)

層面	影響因素	出處（作者）
社區層面（Community Level）	文化與宗教仰影響	Snoubar, Vass
	醫療資源可近性（地理、費用）	Madsen, Zhang, Mandrik, Vang, Mansfield, Blum
	是否有固定照護來源	Zhang, Mandrik
機構組織層面（Organizational Level）	就醫流程以及醫療品質	Mandrik
	預約難易度、等候時間長短	Madsen, Mandrik, Blum, Mansfield, León-Maldonado
	教材或篩檢邀請信吸引力及清楚程度	Omeranovic
	人力資源	Omeranovic, León-Maldonado
公共政策與政治層面（Policy/Societal Level）	保險涵蓋範圍；政策誘因	Zhang, Vang, Vass, Mansfield
	政策推廣與資訊可得性	Ferrari, León-Maldonado, Litsas, Omeranovic

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Mansfield et al. (2016)(系統性回顧)	提供研究資訊給予希望設計和推廣增加癌症篩檢的公共衛生計劃。	1. 使用 PubMed 和 EconLit 資料庫。 2. 搜尋 1990 年 1 月至 2013 年 7 月期間以英文出版並使用聯合分析(CA)或離散選擇實驗(DCE)來測量對乳腺癌、子宮頸癌和結腸直腸癌篩檢偏好。 3. 研究被分類為僅關注篩檢測試屬性的研究、僅關注醫療保健提供屬性的研究或兩者結合的研究。 4. 篩檢測試屬性：獨立於患者特徵的屬性。這些包括功效（敏感性、預期的癌症發病率或死亡率的降低、特異性）、測試特徵（測試類型、測試前的準備、測試時長、測試期間的疼痛、併發症風險）、建議頻率、測試地點、結果可用時間、是否需要後續測試以解決異常發現以及成本。 5. 醫療保健提供屬性：與提供篩檢的醫療保健環境中的患者體驗相關的屬性，與測試的屬性無關。這些屬性包括提供給病人的資訊、資訊傳遞方式、醫生和醫護人員的特徵、預約等待時間以及到醫療機構的距離。	1. 22 項研究符合搜尋標準。 2. 結腸直腸癌是三種癌症中研究最多的。 3. 15 項研究僅探討有關篩檢屬性的因子（效能、流程、測試特徵和成本）。 4. 2 項研究僅探討有關醫療保健提供的屬性（提供的資訊、員工特徵、等待時間和到設施的距離）。 5. 5 項研究篩檢及提供屬性都有探討。 6. 篩檢屬性對患者選擇有顯著影響，而提供屬性對選擇有混合影響。	1. 雖然報告了屬性重要性，但重要性與否的取決難以單一評價。 2. 可能有偏差(bias)。 3. 各研究間的目的與方法不同，限制比較的能力。 4. 很少有相同的研究目的在同一個國家廣泛出現，限制了研究結果的普遍性，且各國衛生政策有很大差異，難以綜合比較。 5. 文獻的年份為十年前，現代人群偏好以及考量因素可能有所改變。	1. 篩檢敏感度。 2. 篩檢的過程，包含路途、等候時間、預約難易度。 3. 成本(財務)。 4. 工作人員性別。 5. 醫病關係(信任以及推薦與否)。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Vass et al. (2018)(風險溝通對篩檢的影響(無關))	量化和調查女性對全國乳房篩檢計畫的益處和風險的偏好異質性，並了解風險溝通形式對這些偏好的影響.	1. 線上離散選擇實驗 (DCE) 問卷調查，受訪者被隨機分配到兩種呈現風險格式之一 (僅百分比或 圖標陣列加百分比)。 2. 主要探討女性對三項屬性的偏好(偵測到癌症的機率、不必要後續檢查的風險、自費篩檢費用)。 3. 分析使用異方差條件 Logit 模型和尺度調整潛在類別模型（SALC)。 4. 樣本共 1018 位女性。	1. 大多數女性在了解篩檢的益處後願意承擔可能接受不必要後續檢測的風險。 2. 風險溝通格式（僅百分比或圖標陣列加百分比）並非影響偏好或選擇一致性的顯著因素。 3. 來自少數族裔的女性更有可能不將「偵測到癌症的機率」作為篩檢選擇的重要因素。	1. 這兩種風險溝通格式可能同樣難以理解，因此沒有產生差異。 2. 網路調查可能會有偏差(bias)。	1. 篩檢敏感度。 2. 自費篩檢費用。 3. 族裔。
Mandrik et al. (2019)(白俄羅斯乳癌篩檢偏好)	分析白俄羅斯女性對乳癌篩檢政策的偏好，以支持政府擬定篩檢計畫。	混合研究方法: 1. 離散選擇實驗（DCE）。 2. 文獻回顧。 3. 23 位關鍵知情人訪談。 4. 10 次試點測試。 5. 潛在類別邏輯模型分析 428 位女性的陳述偏好。	1. 受訪女性偏好高敏感度、低成本、可與其他就醫結合且重視醫病關係。 2. 90%偏好乳房攝影而非現有臨床觸診。但若需要等候與交通不便，接受度下降至 55%。	1. 樣本代表性不足，研究對象僅限 50–69 歲住院恢復期女性，樣本多為都市與高教育者 2. 實驗條件假設可能與現實有所落差。	1. 篩檢方式(偏好乳房攝影勝於臨床觸診) 2. 費用 3. 檢查敏感度 4. 等待與交通時間 5. 能否與其他就醫結合 6. 醫師信任度

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Vang et al. (2022) (語言重要性)	檢驗語言偏好是否與醫學弱勢女性遵守兩年一次乳房攝影篩檢指南相關.	1. 名冊來自當地的乳房教育計畫。 2. 樣本為 518 名參加英語、西班牙語、中文（普通話/粵語）和法語乳房健康教育計畫的 40 歲及以上女性。 3. 進行了匿名問卷調查。 4. 用 SAS 9.4 進行分析。 5. 分析方法包括描述性統計、卡方檢定、Fisher 精確檢定(α=.05)、雙變量分析（χ2）、多元邏輯回歸。	1. 與偏好使用英語的女性相比，偏好使用中文的女性在過去一年內進行乳房 X 光檢查的可能性較低。 2. 75 歲及以上的女性和沒有保險的女性接受乳房篩檢的可能性明顯低於 55-74 歲的女性和有私人保險的女性。 3. 醫療服務不足且偏好非英語語言的女性可能會受益於語言上適當的干預措施，以提高乳房篩檢的依從性。 4. 低健康素養和有限的英語能力與某些群體健康狀況較差相關。 5. 語言偏好與篩檢依從性沒有統計學上的顯著關聯。	1. 橫斷面研究無法確定因果關係。 2. 便利樣本限制普遍性及外推性，亦有選擇偏差的可能。 3. 某些語言群體樣本量較小。 4. 沒有評估移民身分及美國居住年限。 5. 沒有評估樣本中的英語水平，未深入探討語言能力或健康素養的具體影響。	1. 年齡。 2. 保險狀態。 3. 低健康素養。 4. 有限的英語能力。 5. 醫療保健的可近性。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Morse et al. (2024)(三癌篩檢率與居住和經濟之間關係)	研究美國中西部 3 個州綜合醫療保健系統中患者的地域貧困、農村背景與乳腺癌、子宮頸癌和大腸癌篩檢之間的關聯。	1. 橫斷面研究。 2. 在 2016 年 7 月 1 日至 2017 年 6 月 30 日期間，明尼蘇達州、愛荷華州和威斯康辛州 75 家初級保健機構接受初級保健的成年人。 3. 透過電子健康記錄確定完成建議的乳腺癌、子宮頸癌和大腸癌篩檢的比例。 4. 運用地區剝奪指數 (ADI)，衡量社會決定因素的綜合指標，由 17 項美國人口普查指標組成。 5. 針對三州的所有人口普查區塊組（11 230 個人口普查區塊組）進行計算。 6. 城鄉由郵遞區號層級定義的。 7. 多變量邏輯迴歸。 8. 調整年齡、查爾森合併症指數、種族和性別(僅針對大腸直腸癌）後，檢驗 ADI、農村地區和癌症篩檢完成情況之間的關聯。	1. 與最不貧窮(ADI 最低）的五分位數相比，生活在最貧窮（ADI 最高）的人口普查區塊組五分位數中的個人完成建議篩檢的機率下降。 2. 與城市地區相比，居住在農村地區的個人的癌症篩檢率較低。	1. 橫斷面研究無法確定因果關係。 2. 儘管癌症篩檢率是根據 EHR 在個人層面確定的，但依賴 ACS 數據計算 ADI 會使結果容易受到無反應和歸因偏差的影響。 3. 缺乏種族/民族多樣性，超過 90% 的群體由非西班牙裔白人組成。	1. 生活經濟狀況。 2. 居住地區。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Madsen et al. (2025)（子宮頸癌篩檢，坦尚尼亞）	評估 WHO 2021 HPV 子宮頸癌篩檢指引在坦尚尼亞推行的可行性，並辨識潛在障礙與促進因子。	1. 半結構式訪談。 2. 從一個當地癌症預防計畫所招募的對象進行邀請，資訊達飽和即停止邀請。 3. 對象共 25 人：16 位婦女與 9 位醫療人員／決策者。 4. 以社會生態模式架構進行分析。	1. 個人、家庭、社區、醫療體系與政策層級均有影響。 2. 促進因子包括 HPV 自我採檢、轉介系統、健康教育等 3. 障礙包括缺乏支援、誤解與恐懼、資源分布不均與供應鏈不穩。	1. 因為只在全國兩州進行，且名冊是來自當地的一個預防癌症的研究計畫，樣本代表性及外推性恐不足，且有選擇偏差的可能。 2. 但其架構以及訪綱設計有參考價值。	1. 恐懼與誤解 2. 社會支持不足 3. 醫療可近性 4. 對檢查方法的接受度（如對 HPV 自採的態度） 5. 費用與服務可及性
Zhang et al. (2025)（美國乳癌篩檢與性別認同）	比較 LGBQ 與異性戀女性在乳癌篩檢率、醫療可近性與風險因子的差異。	1. 分析兩項全國性調查（NHIS 與 BRFSS，2018-2022 年）。 2. 使用 R 進行統計與 Poisson 回歸、隨機效應 meta-analysis。	1. 自認是 LGBQ 女性整體篩檢率低於異性戀女性。 2. 性別認同差異程度會隨年齡改變。 3. 醫療保健的可近性和乳房篩檢的依從性有顯著關係。 4. 有健康保險、有接受醫療以及過去一年進行過健康檢查的人更有可能及時接受篩檢。 5. 雙性戀／酷兒族群經濟普遍處於劣勢，獲取醫療保健具障礙且具有風險因子（如吸菸）行為比例較高，但整體受篩檢的涵蓋率更低	1. 性別與性傾向問卷項目在不同年份、不同調查中略有差異。 2. 部分資料缺漏導致無法納入多變項分析。 3. 回應 (response) 與回憶 (recall) 偏差 (bias)可能存在。 4. 無考量生理上的風險因子	1. 健保涵蓋與經濟障礙 2. 年齡 3. 性別認同（特別是雙性戀／酷兒） 4. 風險因子（如吸菸） 5. 缺乏固定醫療照護來源

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
León-Maldonado et al. (2025)(墨西哥子宮頸癌篩檢障礙)	探索在墨西哥子宮頸癌預防計畫中，結合 HPV 疫苗接種和篩檢策略的實施障礙和促進因素.	1. 採用質性研究，半結構式訪談。 2. 恆定比較法 (constant comparative method)進行分析 3. 樣本來自 14 名參加 FASTER-Tlalpan 研究的女性。 4. 根據社會生態模型組織研究結果。	1. 個人層面，障礙包括認為只有年輕女性才有感染 HPV 的風險、對盆腔檢查感到尷尬以及缺乏時間。 2. 輔導員認為同時進行兩項措施可以節省時間。 3. 人際層面的障礙包括恥辱和偏見的經驗以及缺乏伴侶的支持，而促進因素則是家庭鼓勵和同儕溝通 4. 機構層面的障礙包括醫療中心缺乏基礎設施和工作時間不方便、時間負擔過重以及醫療服務提供者的護理品質低下；而促進因素包括相關人員提供高品質醫療以及電話提醒。 5. 社區層面的推動者有參與意願。 6. 公共政策推動因素包括大眾資訊宣傳活動和免費程序。	1. 樣本量小。 2. 只限於墨西哥城特定區域，普遍姓、代表性及外推性不足。	1. 年齡認知 2. 羞恥感 3. 時間限制 4. 社會支持 5. 醫療服務品質 6. 資訊宣傳。
Snoubar et al. (2025)(影響土耳其跟中東的篩檢障礙)	了解影響土耳其境內中東難民女性子宮頸癌篩檢與 HPV 疫苗接種的因素，以供社會工作者及護理師參考。	1. 自我報告問卷調查。 2. 樣本是 227 位女性移民。 3. 問卷涵蓋人口學資料、醫療保健可近性障礙、子宮頸癌、HPV 及 HPV 疫苗知識等。 4. 問卷經過專家審查亦確認國文化敏感性，也有進行試點評估、信效度及 CFA 分析。 5. SPSS 進行描述統計和非參數檢驗。	1. 社會人口學變數影響參與度。 2. 資訊充足和獲得協助的難民女性更可能參與。 3. 語言障礙是重要的實際可近性問題。 4. 宗教文化信仰有一定的影響(相信癌症是「神的旨意」且疫苗無法預防)。	1. 可能有回憶或者回應偏差(bias)。 2. 僅適用難民族群，外推性有限。	1. 文化信仰。 2. 經濟限制。 3. 語言障礙。 4. 對癌症以及篩檢相關的知識程度。.

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Ferrari et al. (2025)(佛蘭德斯地區設計邀請函)	解決佛蘭德斯地區缺乏醫療服務的女性在乳癌篩檢計畫中參與度有限的問題，並共同創作設計篩檢邀請信。	1. 使用文化敏感性的方法(culturally sensitive)調查影響篩檢參與度因素。 2. 透過與社區組織合作尋找 33 名 50-69 歲且經濟地位較低的女性，並主要是外籍身分(29 名)。 3. 進行 2 次焦點小組討論和三次個人訪談，並用主題分析法確定障礙及促進因素。 4. 進行 3 輪專家德爾菲諮詢、1 次共同創作會議和最終檢查以此制定篩檢邀請信。	1. 主要障礙包括健康素養低和對預防性照護概念理解有限。 2. 標準邀請函因文字過長、詞彙複雜、圖像誤導等問題難以理解。 3. 清晰、簡化且考慮文化語言差異的溝通（如使用圖形指示、強調重要性、語言名稱而非國旗）能提高可理解性並促進尋求健康協助行為。 4. 對篩檢程序本身可能存在恐懼 (如乳房攝影的不適感)。 5. 信任的個體和熟悉的環境是尋求健康資訊的來源.	1. 未直接評估參與者是否自我認同為弱勢，而是透過服務弱勢族群的組織招募。 2. 未詢問外籍參與者的識字能力。 3. 焦點小組的討論規模不同。 4. 沒有產生或分析資料集，不利於二次分析。	1. 低健康素養 2. 對預防概念的理解程度 3. 無法理解溝通資訊 (語言、詞彙、格式) 4. 對篩檢程序本身的恐懼及不適 5. 促進因素有溝通清晰、可近性以及是信任的資訊來源。
Omeranovic et al. (2025)(員工意願)	描述初級保健提供者 (PCP) 在接收有關其患者乳癌風險評估和建議篩檢行動計劃的風險溝通文件時的經驗和滿意度。	1. 蒐集期間為 2021 年 7 月至 2022 年 7 月。 2. 當地研究計畫(PERSPECTIVE I&I)的子計畫，研究對象從該計畫名冊中發出邀請，最後 168 名 PCP 參與了七項封閉式多項選擇題以及兩個開放式問題的問卷調查。 3. 有試點測試	1. 大多數人（86%）同意基於風險的 BC 篩檢指導方法，並表示如果在人口層面實施，他們願意向患者實施。 2. 一些 PCP 建議簡化材料。 3. 承認工作量可能會增加，並強調需要仔細規劃專業培訓工作。	1. 選擇偏差，樣本可能偏向於對較具積極態度的 PCP。 2. 普遍性、外推性不足，樣本多為女性，且初級保健執業護士的比例總體偏低。 3. 僅靠開放式問題並不能全面了解 PCP 的態度和觀點。	1. 與患者的溝通方式。 2. 教材、邀請信等材料。 3. 員工覺得工作量上升。

doi:10.6342/NTU202600045

表 2-8 影響篩檢及後續追縱障礙之相關文獻(續)

作者／年份	研究目的	研究方法與對象	研究結果	研究限制	影響篩檢意願因子
Litsas et al. (2025)(文化適宜的醫病溝通方法)	了解與黑人女性溝通乳癌診斷和治療方案的最佳方法。	1. 按照 PRISMA-ScR，制定搜尋策略。 2. 在 4 個資料庫和灰色文獻中實施。 3. 文章納入乳癌的黑人患者並有報告患者與提供者之間的溝通情況。 4. 最終納入 27 篇研究樣本。	1. 黑人患者對其醫療服務提供者的正面評價是基於他們之間的互動，而不是醫療服務提供者所感知的專業知識。 2. 當患者收到的有關治療計劃、副作用或疾病復發可能性的資訊有限時，他們對溝通的評價是負面的。 3. 高品質的溝通與堅持輔助治療有關；低品質的溝通與治療中斷或延遲以及較低的身體健康自我評價有關。	1. 納入的研究很少使用經過驗證的工具來衡量患者對他們所收到的溝通的看法或評估。 2. 15 篇文章除了參與者溝通評估外，沒有報告患者的健康結果。 3. 幾乎所有文章都以非同步方式研究患者與提供者之間的溝通，易有回憶偏差。	1. 醫病關係(互動，包含溝通方式)。 2. 獲得的醫療資訊程度。
Blum et al. (2025)(質性研究，確認篩檢後追蹤障礙)	探索秘魯伊基托斯地區疑似癌症、不符合初級治療條件且需要但未接受醫院級追蹤的女性，在追蹤中面臨的障礙以及減少這些障礙的潛在方法。	1. 招募期間 2022 年 8 月至 9 月。 2. 首先，對 18 名需要醫院級追蹤但沒有完成記錄的 HPV 陽性女性進行了深入的半結構化訪談。 3. 將對患者的訪談資訊使用主題性分析，將 Dedoose 結合演繹和歸納程式碼，再與 12 名衛生專業人員進行半結構化訪談，以引出其他障礙和變革建議。 4. 最後與 19 名衛生當局和專業人士在小組模型建立研討會上討論了所有調查結果並確定了系統級變革的行動步驟。	1. 病人認為面臨的障礙主要有：（1）病人對後續治療或治療步驟(住院前和住院後）的了解有限，以及（2）在醫院預約或後續照護面臨行政挑戰。 2. 患者覺得導航員在此過程中的實用性可以減少上述障礙。 3. 醫療保健專業人員同意患者指出的障礙和患者導航員的建議，但進一步闡明了變革的建議，包括 (1) 區分轉診疑似癌症患者，以便在轉診到醫院時優先考慮這些患者，(2)整合資訊以供跨機構或部門資訊交流 (3) 改善有關 HPV 和照護標準的教育。	1. 研究僅於 MRIS 內進行，農村女性樣本偏少，城市代表性過高，限制外推性及普遍性。 2. 部分資料缺漏，雖經補充但系統不盡完善。 3. 此外，COVID-19 疫情期間的特殊情境亦可能影響研究結果的詮釋與普遍性。	1. 病人對治療的了解程度。 2. 後續預約以及醫療可近性難易度。

doi:10.6342/NTU202600045

第三章 研究設計與方法

本章共分為四小節，第一節為研究設計及研究架構，將說明本研究為達目的一而設計之變遷研究以及說明為達本研究目的二而設計之橫斷研究，並提出本研究之研究架構圖。第二節將說明質性研究中研究對象的選取，以及受試者相關保障措施，含後續資料保存及銷毀和通過之倫理審查編號。第三節為質性研究之訪談大綱，其中，為了切合受訪者在組織內的角色和工作業務，故分成兩版進行。第四節為資料處理與分析方法，將詳述在訪談完成後資料處理以及分析方法。

第一節 研究設計及研究架構

本研究設計分成變遷研究和橫斷研究兩大部分，第一部分屬自然實驗(Natural experiment)，利用我國行政院於 104 年為了提升機關性別統計資料之應用與流通，提供各界了解我國性別平等發展現況及長期趨勢，而建置啟用之「重要性別統計資料庫」，收集資料並觀察變化。部分資料亦取自政府資料開放平台及國健署年報中。其中有關乳癌及子宮頸癌的包括十大癌症發生率女性乳癌死亡率、子宮頸癌死亡率、女性乳房攝影檢查人數、女性乳房超音波檢查人數、乳癌存活率、子宮頸癌存活率、婦女子宮頸抹片陽性人數及比率、婦女子宮頸抹片檢查人數及篩檢涵蓋率、婦女乳房攝影檢查服務利用率等；本研究在變遷研究方面將以乳癌及子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率、五年相對存活率資料為主，以描述性統計方式觀察及檢驗各縣市或各業務組之間的差距變化趨勢。另外也將統計各縣市目前的篩檢及確診窗口數，了解目前我國的癌症防治資源在縣市之間的差距。

第二部分橫斷面(cross-sectional)研究，本研究將以訪談方式進行資料的蒐集，深度訪談是質性研究中常使用的資料收集方式，其定義，根據型式而有多種不同解釋，普通的定義如下：「研究者與受訪者面對面的語言交換，企圖使受訪者表達他們的意見或認知等資料。」(EE MacCoby, 1954)。

本研究旨在透過深入了解獲獎醫療機構的關鍵成功因素，探討提升臺灣醫療

doi:10.6342/NTU202600045

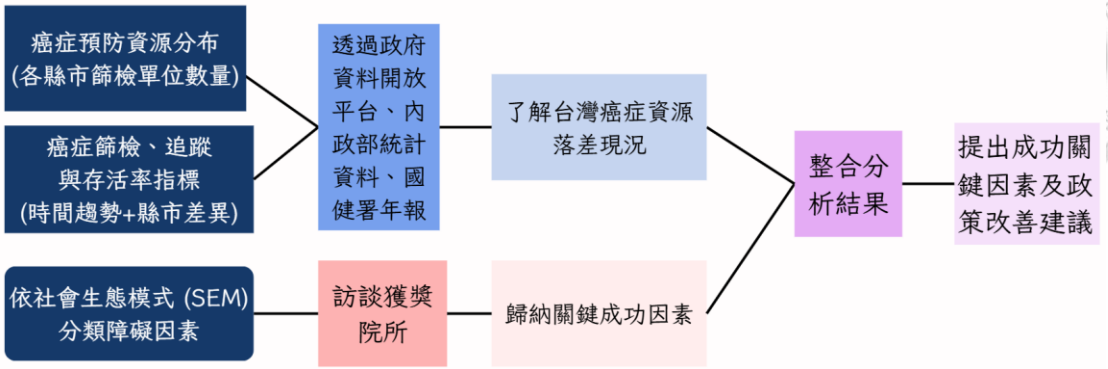
組織篩檢率與陽性個案追蹤率的有效策略。由於不同醫療院所在資源條件、地理位置、服務特色與發展方向上各具差異，若採用問卷等量化方式進行資料蒐集，較難掌握各院在篩檢與追蹤實務操作中的具體脈絡與流程，亦難以深入揭示其背後的關鍵因素與真實挑戰。因此，採用深度訪談方式，有助於挖掘表象背後的意涵，獲取更全面且具深度的資料。

深度訪談可分為三種類型：結構式訪談（structured interviews）、半結構式訪談（semi-structured interviews）以及非結構式訪談（unstructured interviews）。研究將以半結構式訪談法作為主要的資料蒐集方式，針對在乳癌及子宮頸癌篩檢及後續陽性個案追蹤方面表現優異、曾獲政府表揚或具代表性的高效率醫療機構進行訪談。透過訪談方式，了解這些機構在實務執行過程中是否面臨文獻探討中所整理之障礙因素，並進一步探討其如何有效克服這些挑戰，轉化為組織內部的關鍵成功因素。半結構式訪談介於高度結構與完全開放之間，具備預先規劃的主題與問題架構，雖不如結構式訪談對流程與問題順序有高度控制，但仍保有訪談主軸與核心議題。在進行過程中，研究者可根據受訪者的回應即時調整提問方式與順序，並適時延伸出新的探問方向，使訪談內容更貼近受訪者的真實經驗與觀點，整體過程以受訪者為中心，逐步深入其所關注的重要議題(De Santis, 1980)。

訪談大綱藉由文獻探討中總結之 SEM 五層面下的影響民眾篩檢意願以及醫療人員追蹤障礙因素作為架構來源，以訪談獲獎醫院主管及第一線工作人員的方式，從訪談過程中了解目前院所推展乳癌及子宮頸癌篩檢及陽性追蹤的進程與現狀，並由受訪者的實務經驗中獲得提升篩檢率及陽性追蹤率的關鍵成功因素。此方法不僅有助於蒐集第一手實務經驗，也能從具體脈絡中掌握制度運作與組織管理層面的核心實踐。最終，研究將歸納這些成功經驗中的可行作法，作為其他醫療院所在提升癌症防治效能時之參考與借鏡。

doi:10.6342/NTU202600045

圖二、　研究架構圖



第二節 研究對象

由於獎項的頒發有助於將優良品質經驗的傳播和分享，對於品質的提升是正向及肯定的，也能促使各醫療院所精益求精，持續進步。本研究將依據國民健康署於 112 年以及 113 年辦理「癌症防治績優醫療院所」所公布之獎項類別與獲獎名單，作為篩選訪談對象的依據。考量臺灣地區在地理位置與文化背景上的差異性，故分別自臺灣北部及東部與中部與南部的醫學中心以及非醫學中心各選取一家獲獎之醫療院所，總計 4 家，並於每家醫院內訪談涉及癌症篩檢與陽性個案追蹤工作的相關人員，包括主管、醫師、護理師及個案管理師等。

本研究將採用立意抽樣方式，在醫院選擇上，以獲得「典範獎」之機構為主要邀請對象，其亦指該年度得獎項目最多的醫療院所。在北部及東部中的醫學中心，囿於在近兩年北部及東部無獲得典範獎的醫學中心，故邀請在 113 年獲得乳癌篩檢效率王以及在 112 年獲得尖兵獎醫師組的萬芳醫院。區域醫院則邀請在 113 年獲得區域醫院典範獎的新北市聯合醫院，包含子宮頸癌篩檢效率王區域醫院第二組、大腸癌生命搶救王區域醫院第一名以及在 113 年獲得疑癌追緝王區域醫院第二組第一名以及尖兵獎非醫師組-莊鳳珠放射技術員的醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院。在中部及南部的醫學中心則邀請獲得 113 年醫學中心典範獎的台中榮民總醫院，包含在 113 年獲得大腸癌、乳癌以及子宮頸癌篩檢效率王醫學中心第二組第一名；在 112 年獲得子宮頸癌篩檢效率王醫學中心第二組第一名以及疑癌追緝王三癌醫學中心第一組第一名。區域醫院則邀請獲得 112 年區域

doi:10.6342/NTU202600045

醫院典範獎的天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院，包含乳癌及子宮頸癌篩檢效率王區域醫院第二組第一名以及口腔癌最佳救援區域醫院第一名，在 113 年也同樣獲得乳癌篩檢效率王區域醫院第二組第一名。最終總計 5 家醫療院所。

本研究遵循研究倫理原則，由國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會進行審核，倫委會案號為 202508HM021，核可證明之有效期限為 2025 年 8 月 26 日。為保組織及受試者權益，研究於邀約醫院時即與醫院詳細說明研究目的，以及請願意接受邀約之醫院協助傳遞公文於國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會，以示認可審查。在倫理審查通過後，透過既有人脈、熟識之醫療或行政人員引介，並輔以滾雪球抽樣法聯繫合適之受訪對象。接洽時，除以口頭說明方式簡介研究目的、動機及受訪者權益外，亦會一併提供中文計畫摘要、訪談大綱及受訪者同意書，以利對方初步了解研究內容。在取得受訪意願與同意後，再進一步確認訪談之時間、地點與方式，並尊重受訪者意願，由其選擇合適的訪談方式（面對面或線上訪談）。

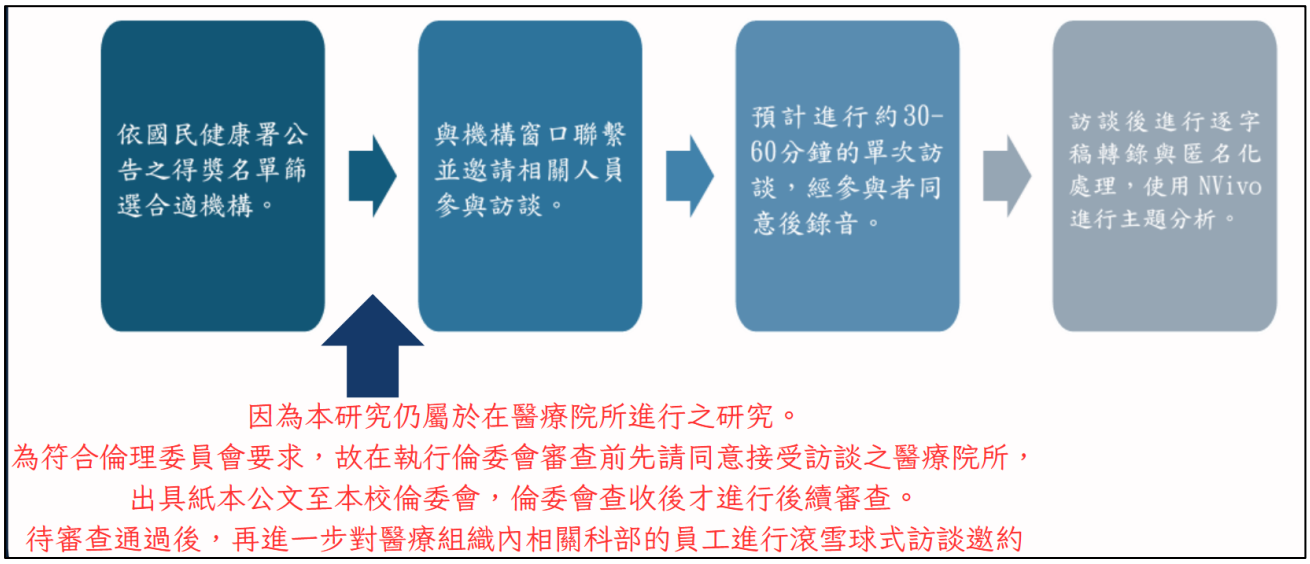
訪談進行前研究者先自我介紹，詳細說明研究目的、動機、研究參與者的權利，確保受訪者的資料保密，詢問受訪者受訪意願，並徵求受訪者同意在訪談過程中錄音，以利後續資料分析；訪談過程中如身心有任何不適，或想刪除部分資料，或有任何疑問及協助，均可隨時提出；如不願接受錄音，則以手寫重點筆記紀錄。訪談過程中重視受訪者的個人特性及差異性，隨著話題深入受訪者認為重要的議題中，以取得關鍵成功因素及發展困境等量化不易取得之資料。研究也將請受訪者簽署受訪同意書，訪談時間不超過 60 分鐘。

研究資料包含訪談錄影及錄音之逐字稿，採用 N-Vivo 質性軟體進行編碼分析，受訪者稱謂將使用流水號編碼，以此去識別化，涉及個人隱私的內容將不會呈現在報告撰寫中，只有計畫主持人及計畫聯絡人擁有資料，在資料管理方面，研究資料將依儲存形式妥善保管，紙本資料存放於上鎖櫃內，而電子檔案則存於

doi:10.6342/NTU202600045

密碼保護之電腦，保存至 2030 年 12 月 31 日，屆時紙本資料將進行碎紙銷毀，電子檔案會直接刪除以保資料不再留存。本研究探討非敏感性議題，但若受訪者因訪談時間較長而感到不適，可隨時聯繫研究團隊尋求協助，且保有隨時退出的權利。

圖三、　訪談研究流程圖



doi:10.6342/NTU202600045

第三節 訪談大綱

本研究將自通過國健署癌症防治績優獎項之醫療院所中，從中分別尋找院內制定癌症防治執行策略的主管醫師以及執行乳癌與子宮頸癌篩檢及陽性個案追蹤工作的護理師、癌症個案管理師等第一線實務人進行訪談，考量工作性質的差異，故本研究將使用兩種版本的半結構式訪綱呈現如下:

一、針對主管及醫師之訪談大綱（制度設計與管理推動者）

Q1. 可以請您描述一下目前貴院在癌症篩檢與後續追蹤上的運作流程與分工情況嗎？

Q2. 您認為貴院在推動篩檢與追蹤的過程中，最常遇到的困難有哪些？

Q3. 在貴院有關癌症篩檢及追蹤管理的制度設計上，有哪些地方您認為做得不錯？又有哪些部份可以改善？

Q4. 與其他類型的癌症相比，針對乳癌以及子宮頸癌的篩檢作業及追蹤流程上，貴院做了哪些特別設計或調整?

Q5. 從國健署、衛福部的政策計劃上，您覺得目前的資源、獎勵、報表或作業規定等是否支持第一線執行？還有哪些政策障礙？

Q6. 回顧整體及獲獎經驗，您覺得維持貴院癌症篩檢與追蹤的高效率，最需要做的事是什麼？

二、針對護理人員以及個案管理師之訪談大綱

Q1. 您平常在負責癌症篩檢與追蹤時，一天的工作流程大概是甚麼？有哪些工作項目？

Q2. 針對乳癌以及子宮頸癌的篩檢，在接觸民眾的過程中，您覺得哪些人會比較抗拒癌症篩檢？可能的原因是什麼？

Q3. 針對乳癌以及子宮頸癌，如果病患沒有按時回來追蹤或者不願接受追蹤，您們會怎麼聯絡他們？過程中會遇到什麼困難？

doi:10.6342/NTU202600045

Q4. 貴院是否有固定的資料系統或提醒機制幫助您追蹤個案？你覺得這些系統的優缺點分別是甚麼？

Q5. 回顧過往推行癌症篩檢以及個案追蹤經驗，若希望減輕您們工作負擔，並讓更多人願意來做篩檢，以及能回來追蹤，您會希望院方給予什麼樣的支持?有什麼建議的做法?

Q6. 回顧整體及獲獎經驗，您覺得貴院有這樣的篩檢及追蹤效能，主要原因是甚麼?

第四節 資料處理與分析方法

本研究採用質性主題分析法（Thematic Analysis），為確保分析的系統性與可靠性，本研究運用質性資料分析軟體 NVivo 進行資料編碼與主題萃取，並依循主題分析五大步驟 Ahmed et al. (2025) ，整合歸納與演繹並行的邏輯，詳述如下：

研究首先進行逐字稿的轉錄與資料清理，將錄音內容整理為文字資料並進行匿名化處理，去除所有可辨識受訪者身分之資訊。資料整理完成後，將使用 NVivo 軟體將各文檔個別建立「案例」，進入第一階段的分析準備。接著反覆通讀逐字稿文本，進行「熟悉資料」的步驟（Close Reading），同時以 NVivo 的 memo 功能進行初步觀察與標註，掌握受訪者的語境、情緒表達與重複出現的關鍵字詞，建立初始理解基礎。在第二階段，則開始進行初步開放式編碼（open coding），以句子或段落為單位，在 NVivo 中建立節點（nodes）並附以定義與摘要說明。

進入第三階段時，將根據主題間的意涵與邏輯關聯，開始將初始編碼歸納為次類別與子主題，並依據受訪者所談及之障礙及解方進行分類。在第四階段，本文將運用 NVivo 的「節點交叉分析」（coding comparison）與「未編碼資料檢視」（uncoded text review）功能，針對先前未被納入的資料或重複出現但歸類模糊的段落進行補充與修正，避免遺漏重要內容，確保所有訪談內容皆獲得充分分析。此階段也同時將既有分類歸納，並反覆修正，以此將類別過於廣泛或重疊的節點加以合併或分拆。

doi:10.6342/NTU202600045

最後，在第五階段，為探討民眾端與醫事組織端解方間的關聯性，並量化節點間的共現關係，本研究在 NVivo 中以「節點編碼相似性（coding similarity）」進行聚類分析，採用 Jaccard 係數 作為相似性指標（J=0–1）， Jaccard 值越高，代表兩節點越常同時出現在相同受訪文本中，顯示其概念或情境關聯性越強，因此聚類所得之群組將作為歸納「關鍵成功因素」的實證依據；對於 J≈1 的節點對，研究亦檢視原始編碼片段以判定是否存在概念重疊並在必要時進行合併或重命名以維持概念清晰。

本研究方法參考 Abboah-Offei et al. (2022)以 Nurturing Care Framework（NCF）為架構，針對政策之訪談與文件資料進行框架分析，在開放式編碼並建立完成節點(codes)後，同樣運用 NVivo 2020 的 Jaccard 相似性係數功能，評估不同 NCF 領域與子主題之間的相似度，進一步探索各政策領域在不同決策層級與部門間的覆蓋程度與一致性，並回到原始質性資料進行詮釋與驗證。本研究亦將相似性分析結果作為輔助性量化依據，藉以檢視各解方在意涵與執行層面的重疊程度，據此形成整合性主題群組。

然而，由於研究主題為醫院提升婦癌篩檢效率及疑似陽性追蹤率之探討，其涉及篩檢與追蹤之組織實務執行歷程，為進一步理解制度推動與組織落實間的互動，參考 Madrigal et al. (2023)在美國 National DPP 計畫中，用結構方程模型（SEM）檢驗 CFIR 的內部環境（Inner Setting）與外部環境（Outer Setting）構面變數，與實施成效（如招募率）之間的路徑關係；Inguane et al. (2022)在莫三比克的一個醫療介入案，用 CFIR 作為主架構，在質性訪談分析中分類障礙與促進因素，並選定對該上下文最具影響力的構念來報告；Kirk et al. (2016)的系統性回顧指出，CFIR 在實證研究中已有不少應用（質性、混合、量化皆有）作為辨識障礙與促進因素的工具。故在最終提出關鍵成功因素時，本研究亦參考實施研究綜合架構（Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR），從「介入特性、組織環境、外部政策支持及執行過程」等面向進行次階段的歸納分析，以

doi:10.6342/NTU202600045

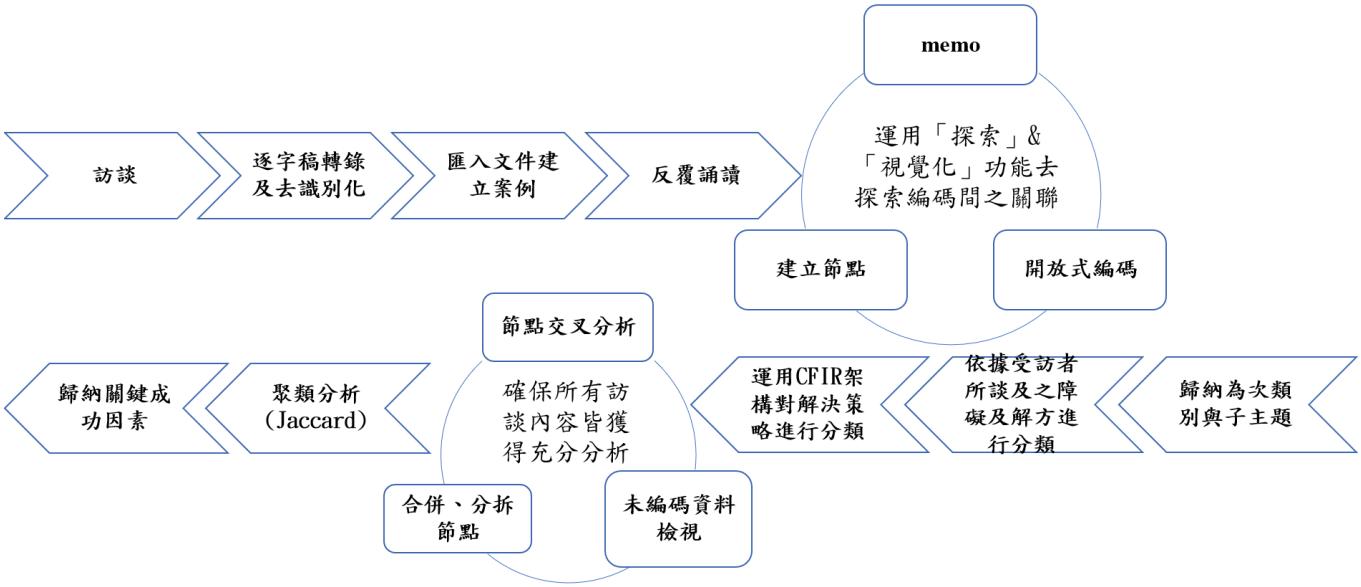
補充 SEM 在組織制度實施脈絡上的不足。詳細之探討議題及構面對應如下表。

透過 SEM 與 CFIR 的整合分析，能同時呈現個人行為與組織制度間的交互作用，提升對篩檢與追蹤成效關鍵因素的整體理解，且有助於梳理不同層級的影響因素。

表 3-1 CFIR 構面

議題	與 CFIR 構面對應
措施/工具	Intervention Characteristics
外部環境(含社區鄰里、衛生局所或政策)	Outer Setting
組織內部的運作	Inner Setting
主要為員工的動機與能力，並涵蓋組織員工應對民眾端之障礙	Characteristics of Individuals
執行過程之持續修正與反饋	Process

圖四、 質性研究分析圖



doi:10.6342/NTU202600045

第四章 研究結果

本章為本研究的分析結果，內容共分四節，第一節為各縣市乳癌及子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率及五年相對存活率趨勢分析，以此了解台灣十年間各縣市的癌症防治趨勢以及各縣市之落差。第二節為各縣市乳癌與子宮頸癌篩檢單位之數量比較，以此了解各縣市的資源落差情形。在第三節為介紹受訪者的職別分布，第四節則依照訪談主題，逐題進行說明，並了解醫院提升婦癌篩檢率以及陽性追蹤率之關鍵成功因素。

第一節 乳癌及子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率及五年相對存活率趨勢分析

鑒於臺灣自民國 99 年（2010 年）起進行地方制度重大調整，包括直轄市之增設與縣市之整併，使得縣市層級的行政區劃產生明顯變化。由於篩檢率與陽性追蹤率主要係依縣市行政單位彙整與公布，需以行政區劃統一後的縣市作為分析單位，以確保各年度資料在地理單位上的一致性與可比性，故本研究選擇自民國 99 年（2010 年）後，作為資料分析之起始年度，直至最新可取得之資料年份。此一期間涵蓋了行政區劃調整後的完整縣市架構，有助於避免因地理單位異動所產生之分析偏誤，亦能提高縣市層級比較之準確性與政策意涵。

一、乳癌攝影檢查服務利用率

在乳癌篩檢工具的選擇上，本研究以乳房攝影（mammography）作為主要指標進行分析。乳房攝影為目前國際間公認之乳癌篩檢標準方法，具備敏感度與特異度兼具的影像檢查特性，特別適用於無症狀之一般女性族群的早期偵測。臺灣自 2004 年起推動乳癌篩檢政策，即主要以二年一次之乳房攝影作為主要補助項目，針對 45 至 69 歲女性（及 40 至 44 歲具乳癌家族史者）提供公費篩檢，亦是國民健康署發布相關統計資料時所採用之標準化工具。

相較於其他檢查方式（如乳房超音波、臨床觸診），乳房攝影具有更高的資料可獲得性與時間一致性，並可於全國層級呈現縣市別篩檢率、陽性率與後續追蹤結果。因此，為確保本研究所分析指標具有代表性、可比較性與政策延續性，

doi:10.6342/NTU202600045

本研究以乳房攝影篩檢率作為衡量乳癌篩檢率與區域差異之依據。

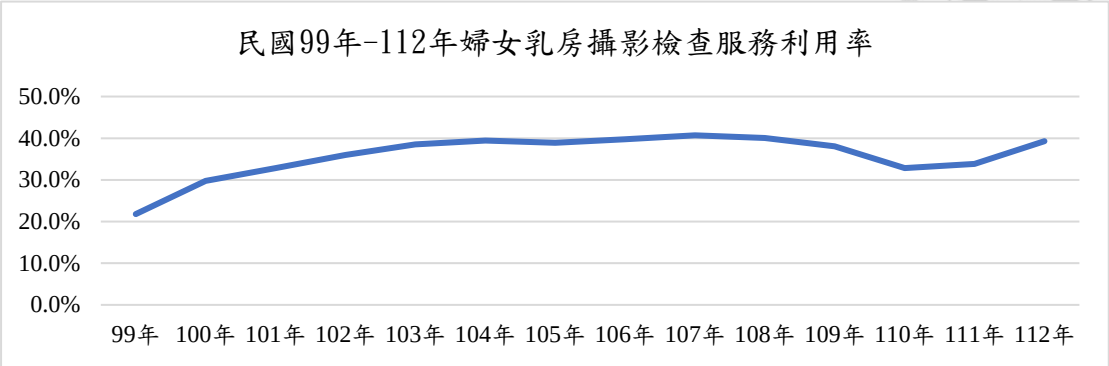
本研究透過行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台，蒐集45-69 婦女乳房攝影檢查服務利用率。其計算方式為 45-69 婦女乳房攝影檢查人數/45-69 歲婦女年底人口數(衛生福利部國民健康署, 2025h)。

根據本研究蒐集之民國 99 年至民國 112 年間全國資料顯示，乳癌篩檢率從21.8%提升至 39.3%。其中，在民國 107 年為高峰 40.7%，然而在民國 108-110 年間皆呈下降趨勢至 32.9%，後才逐漸回升，但仍未恢復民國 107 年之水準。以年齡層別而言,在民國 99 年至民國 112 年以 45-49 歲篩檢率上升趨勢最明顯(16.0%-45.5%)，而 65-69 歲之年齡層別雖然依整體區間而言仍呈上升趨勢(23.6%-36.4%)，然而其為民國 107 年至 111 年間下降趨勢最明顯的年齡層別(47.5%-31.7%)，並從篩檢率最高的年齡層別下降至最低的年齡層別。

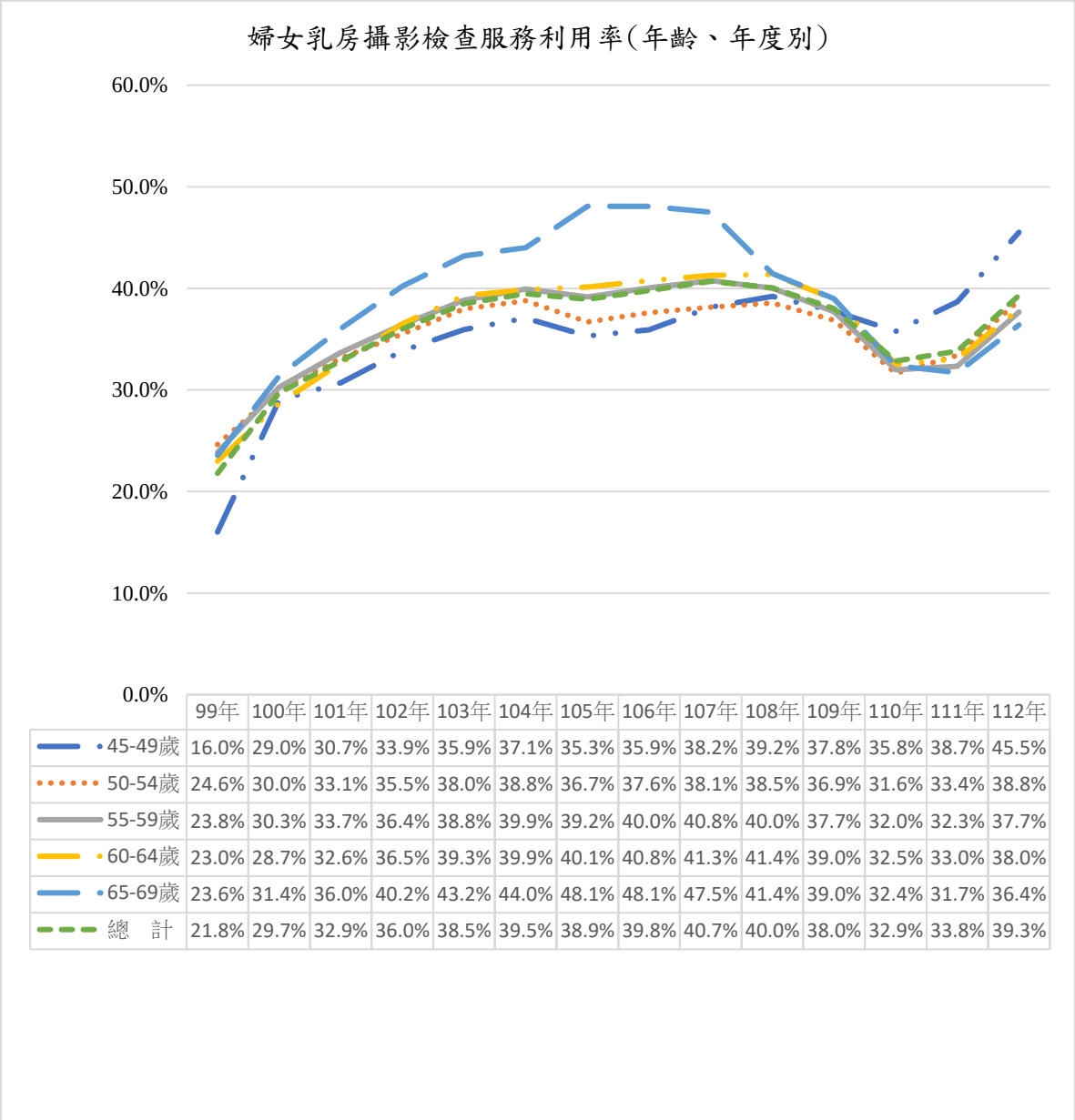
以縣市別而言，在民國 99 年-112 年間新北市從 21.6%上升至 46.5%，為各縣市乳房攝影檢查率上升幅度最高之縣市(24.9%)，第二至五名依序是澎湖縣(21.5%)、宜蘭縣(20.5%)、桃園市(20.3%)、新竹市(20.2%)。而排名最末為連江縣(-4.5%)，接續為雲林縣(2.4%)、花蓮縣(5.8%)、屏東縣(6.6%)、金門縣(6.6%)。亦可發現一趨勢，除離島縣市外(澎湖縣、金門縣、連江縣)，上升趨勢前 10 縣市(50%)皆屬直轄市以及健保業務分組中的北區業務組，而後 50%縣市皆為東區業務組以及中南部之縣市。然而以平均而言，全國在民國 99 年至 112 年之乳房攝影檢查率為 35.8%，縣市中以嘉義市居冠平均為 41%，在第二至第十的縣市依序為新竹市(40.2%)、基隆市(39.4%)、新北市(38.5%)、台南市(37.6%)、嘉義縣(37.5%)、彰化縣(36.9%)、宜蘭縣(36.7%)、桃園市(36.6%)、新竹縣(36.4%)。而排名之末為金門縣(18.9%)，第二至第五依序為雲林縣(28.8%)、花蓮縣(31%)、苗栗縣(31.7%)、台東縣(32.8%)。另亦可發現，直轄市中，台中市 33.5%，縣市中排名 17、高雄市 34.2%，縣市中排名 15，皆低於平均值。

doi:10.6342/NTU202600045

圖五、　民國 99 年-112 年婦女乳房攝影檢查服務利用率



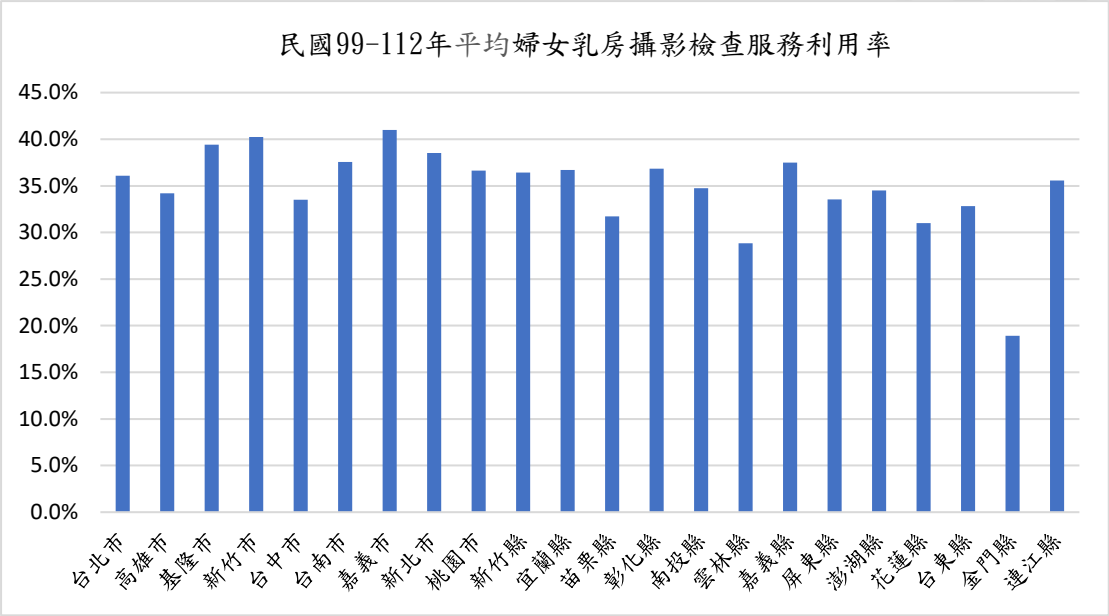
圖六、　婦女乳房攝影檢查服務利用率(年齡、年度別)



	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
45-49歲	16.0%	29.0%	30.7%	33.9%	35.9%	37.1%	35.3%	35.9%	38.2%	39.2%	37.8%	35.8%	38.7%	45.5%
50-54歲	24.6%	30.0%	33.1%	35.5%	38.0%	38.8%	36.7%	37.6%	38.1%	38.5%	36.9%	31.6%	33.4%	38.8%
55-59歲	23.8%	30.3%	33.7%	36.4%	38.8%	39.9%	39.2%	40.0%	40.8%	40.0%	37.7%	32.0%	32.3%	37.7%
60-64歲	23.0%	28.7%	32.6%	36.5%	39.3%	39.9%	40.1%	40.8%	41.3%	41.4%	39.0%	32.5%	33.0%	38.0%
65-69歲	23.6%	31.4%	36.0%	40.2%	43.2%	44.0%	48.1%	48.1%	47.5%	41.4%	39.0%	32.4%	31.7%	36.4%
總　計	21.8%	29.7%	32.9%	36.0%	38.5%	39.5%	38.9%	39.8%	40.7%	40.0%	38.0%	32.9%	33.8%	39.3%

doi:10.6342/NTU202600045

圖七、 99-112 年平均婦女乳房攝影檢查服務利用率



二、乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率

本研究透過政府資料開放平台，蒐集各縣市乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率。其中陽性個案轉介完成率之計算方式為陽性個案已追蹤完成數/陽性個案數。而乳癌篩檢陽性個案定義為乳房攝影篩檢結果為「0、4、5」，接受後續確診人數。其中，「0」的個案需完成複檢，若複檢結果為「4、5」則需完成確診（細針抽吸、病理組織切片或乳房超音波），若確診結果為乳癌者，需追蹤其是否接受手術，無手術者，將佯其理由合理性，計算完成確診率。

此外，根據檔案註記，複診、確診醫院為該院或院外均列入計算，其中完成追蹤之定義以有完成手術為原則，若無以上程序，不列入完成個案，佯說明理由合理性再決定是否符合追蹤完成(衛生福利部國民健康署, 2025j)。

根據本研究蒐集之民國 102 年至民國 112 年間全國資料顯示，全國於民國 102 年追蹤完成率為 89.14%，並於民國 109 年至高峰 92.95%，然而民國 110 年衰退至 90.86%，但在後續兩年再次回升，並在民國 112 年達 93.1%。而全國陽性個案數於民國 102 年為 61,760 人至民國 108 年為高峰 68,160 人，然而從 109 年開始下降，至 110 年人數衰減至 55,591 人，後續兩年則回升，並在民國 112 年

doi:10.6342/NTU202600045

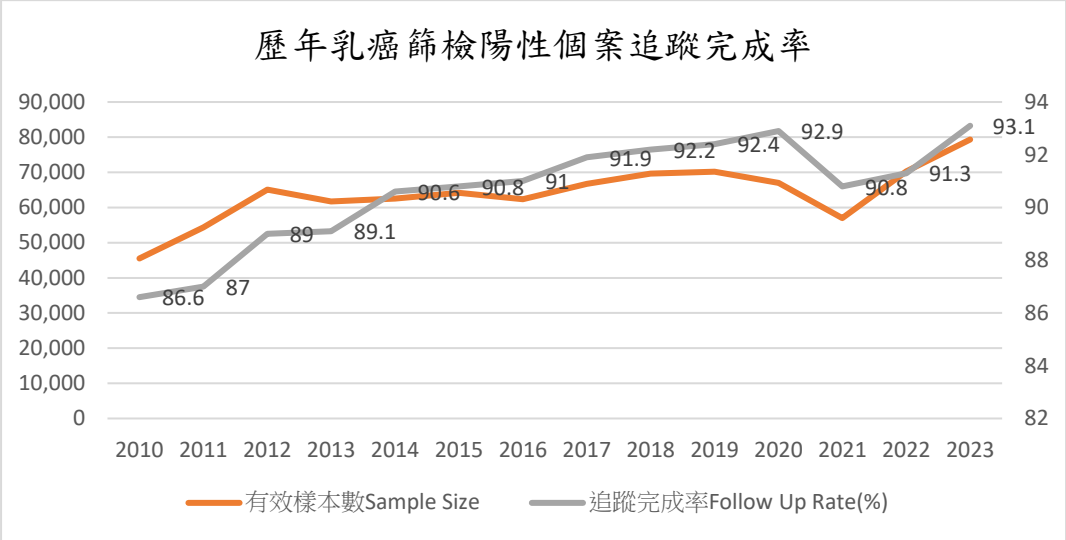
達 77,348 人。而個案完成數在民國 102 年為 55,055 人，至民國 108 年為高峰 62,995 人，並於 109 年開始減少，在民國 110 年為 53,866 人。顯示在民國 110 年時無論是發現陽性個案數亦或是追蹤完成數皆低於 8 年前水準，但後續兩年有回升，並在民國 112 年達 72,202，同時亦為這十年間篩檢陽性個案追蹤完成率最高之年分。

新北市於民國 106 年達高峰 12,457 人，而後皆呈下降趨勢，至民國 110 年才回升。以民國 109 年與民國 102 年進行比較，陽性個案追蹤完成數減少了 8,210 人，為 22 縣市下降幅度最大之縣市。在民國 110 年，六都之中，僅台中市和高雄市高於民國 102 年(+43、+906 人)，然而台中市也自民國 107 年起達高峰(12,258 人)後，即呈下降趨勢(民國 110 年為 5,788 人)。以十年平均陽性個案追蹤完成率而言，桃園市、新北市和台北市都屬於排名末端之縣市。

其餘縣市中，雖普遍追蹤完成率都有在 90%以上，但仍可以關注到台東縣及花蓮縣在近年的追蹤完成率不到 90%，其中台東縣在民國 111 年僅 87.5%，為該年度各縣市排名最末；花蓮縣在民國 111 年為 89.87%，民國 112 年為 87.18%為該年度各縣市排名最末。南投縣、屏東縣及雲林縣在十年間也多次未達 90%，其中南投縣在民國 106 年追蹤完成率 89.9%，是本島縣市中排名最末之縣市，在民國 110 年為 87.2%也屬本島縣市中排民最末之縣市，在民國 111 年則為 87.95%，也未達 90%。屏東縣則在民國 108 年追蹤完成率為 87.11%為各縣市排名最末，民國 109 年也未達 90%，僅 88.88%。雲林縣在民國 105 年追蹤完成率為 88.17%是本島縣市中排名最末，在民國 110 年為 87.44%、民國 111 年為 88.5%也都未達 90%。反觀離島縣市則呈現進步趨勢。

doi:10.6342/NTU202600045

圖八、　歷年乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率



三、乳癌五年相對存活率

本研究透過行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台，蒐集各縣市及各年齡層別的乳癌五年相對存活率，意即罹患乳癌後第 5 年還存活的機率。其計算方式為個案追蹤 5 年後，分析其存活情形。在年份顯示上該年度資料會代表當年個案再追蹤五年後的存活狀況，舉例:102 年資料表示 102 年之個案其追蹤至 106 年之存活情形；101 年資料表示 101 年之個案其追蹤至 105 年之存活情形；100 年資料表示 100 年之個案其追蹤至 104 年之存活情形(以此類推)。而資料存在沒有個案資料可分析或時間上無法追蹤到結果的缺陷，所以部分縣市或年齡層沒有 5 年存活率資料(衛生福利部國民健康署, 2025d)。

民國 99 年全國不分年齡乳癌五年相對存活率為 87.84，在民國 102 年有上升至 89.8，而後又於民國 106 年達最高峰 91.8，然而民國 107 年又下降至 89.6。在 0-34 歲族群中，民國 99 年乳癌五年相對存活率為 91.7，而後一直下降至 103 為最低點(87.7)，接著在民國 104 年突然上升為 90.3，並在隔年再次下降至 88.8，民國 106 又上升至 90.8，隔年則微幅下降至 90.5，並且未恢復至民國 99 年 91.7 的水準。在 35-49 歲的年齡層中，民國 99 年乳癌五年相對存活率 90.06，後續大致呈上升趨勢至民國 106 年為最高峰(94)，隔年則下降至 92.7，然而整體仍較民

doi:10.6342/NTU202600045

國 99 年高。50-65 歲年齡層與全國不分年齡層趨勢相似，其於民國 99 年為 87.6，於民國 102 年上升至 89.4，而後至民國 106 年達高峰 91.7，並於隔年下降至 89.9，整體亦比民國 99 年來得高。在>65 歲族群中，雖然亦與前述相同，其在民國 102 年及民國 106 年都為上升之高峰(87.8、89.1)，然而其在民國 105 年有微幅下降趨勢(84.3)，最終民國 107 年為 84.8，雖然與民國 99 年相比仍屬上升，但其增加幅度相較其他年齡層來得較少。

本島縣市別中，平均存活率較高的為台北市(91.6)，其次為新北市(90.8)，第三至第五依序為新竹縣(90.7)、桃園縣(89.2)、新竹市(89.1)，顯示存活率較高的縣市別集中於北部。在各年齡層別上，除 0-34 歲外，35-49、50-65 以及>65 歲平均五年相對存活率排名前五的縣市亦集中於北部。35-49 歲平均存活率最高的縣市為基隆市(93.6)，其次是台北市(93.4)，第三到第五依序為新竹縣(93.3)、台東縣(92.3)、宜蘭縣(92.3)。在 50-65 以及>65 歲的年齡層中，排名第一皆為台北市(90.9、91.3)，第二為新北市(90.8、88.4)。50-65 歲年齡層中，第三到第五依序為新竹市(90.5)、新竹縣(89.9)、宜蘭縣(89.2)。>65 歲的年齡層中，第三到第五依序為新竹縣(88.3)、基隆市(85.1)、宜蘭縣(85.1)。

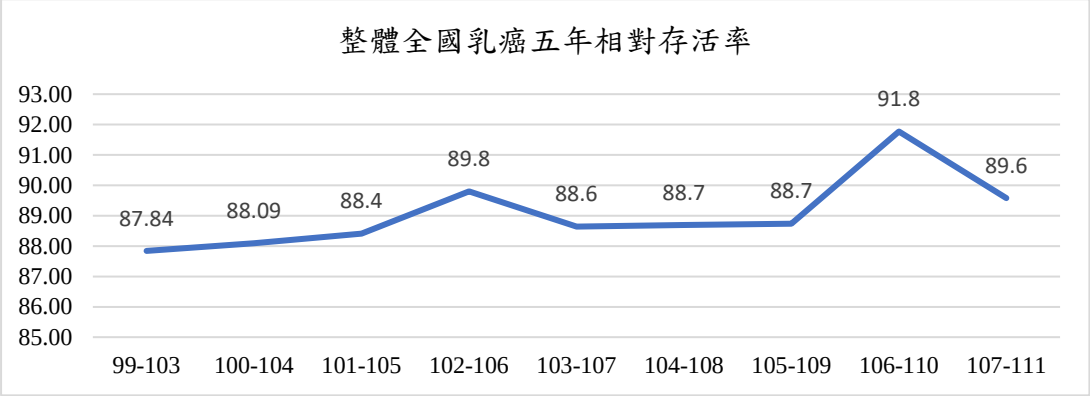
在這些年齡層別當中，35-49 歲排名倒數 1-5 名依序為花蓮縣(87.4)、南投縣(89.2)、屏東縣(89.6)、彰化縣(90.2)、台中市(90.4)；50-65 歲依序為屏東縣(84.9)、南投縣(86.2)、台東縣(86.7)、高雄市(87.4)、花蓮縣(87.5)；>65 歲則依序為南投縣(76.7)、花蓮縣(77.3)、屏東縣(79.6)、嘉義縣(79.6)、雲林縣(81.4)。而 0-34 歲族群的平均五年相對存活率各縣市排名則較不相同。排名居冠之縣市為苗栗縣(94)、嘉義市(93.3)、桃園市(92.6)、雲林縣(90.8)、新北市(90.4)。排名之末為花蓮縣(80.9)，第二至五依序為南投縣(82.4)、台東縣(83.0)、屏東縣(84.8)、台南市(86.3)。

取各年齡層中五年相對存活率較高的縣市為新北市及台北市，以及排名較末的縣市(屏東縣、南投縣、花蓮縣)進行比較，可觀察出，各縣市在民國 106 年皆有上升，且台北市及新北市的變化趨勢與全國趨勢相似，並呈上升趨勢，反觀屏

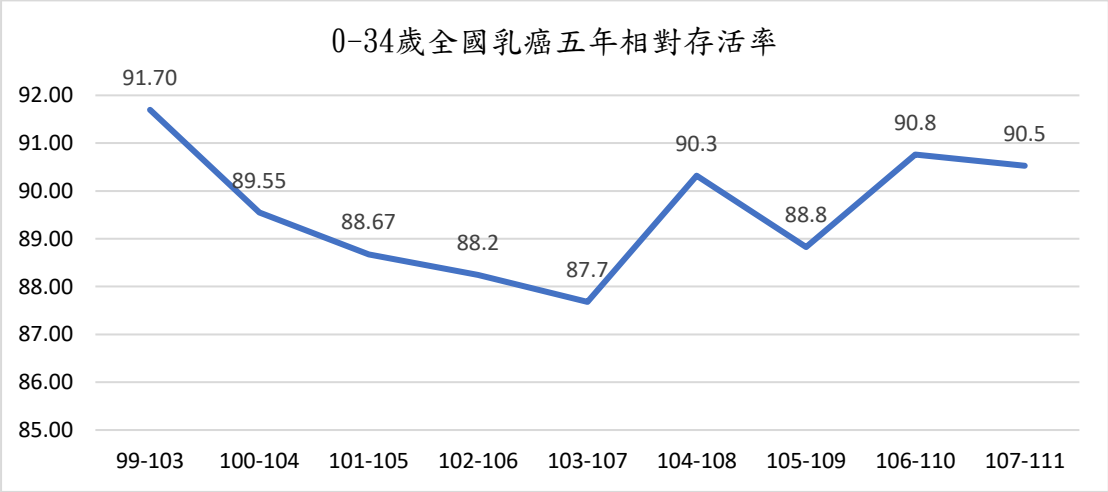
doi:10.6342/NTU202600045

東縣在民國 102 年及民國 106 年整體趨勢略微下降；南投縣則各年波動不穩定；花蓮縣雖然在民國 100 年至 105 年無明顯變化但民國 107 年相較民國 99 年是有明顯上升(+5.7)。綜上所述，可發現各年齡層五年相對存活率共同排名較末的縣市為屏東縣、南投縣、花蓮縣，且平均存活率較佳的縣市集中於北部。除 0-34 歲年齡層外，各年齡層以及全國不分年齡層，在民國 102 年以及民國 106 年皆發生明顯變化，並在民國 106 年達至高峰。

圖九、　整體全國乳癌五年相對存活率

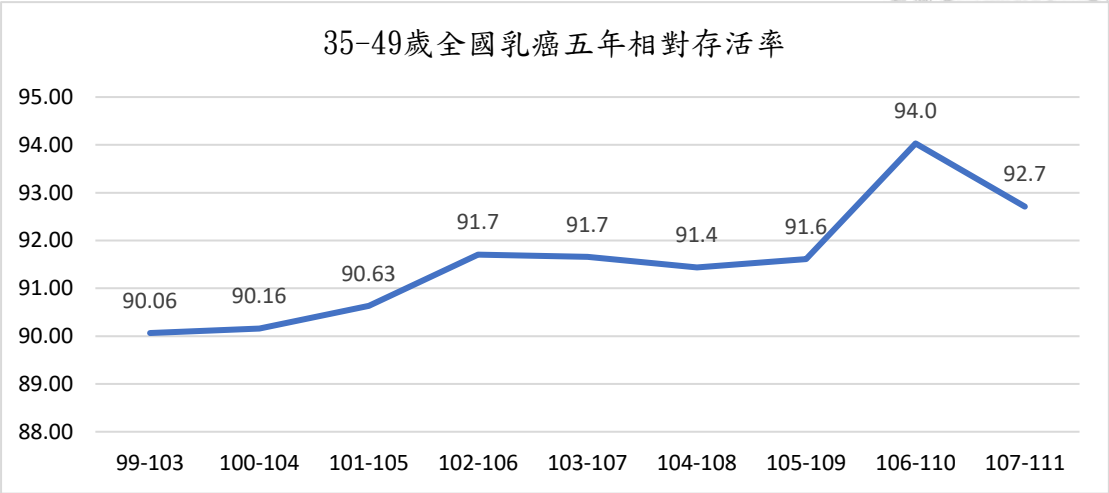


圖十、　0-34 歲全國乳癌五年相對存活率

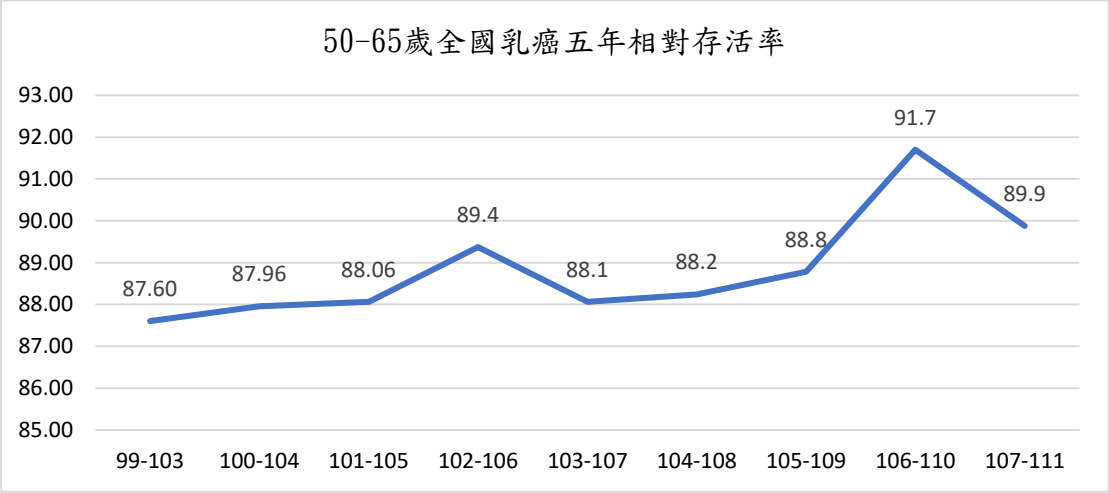


doi:10.6342/NTU202600045

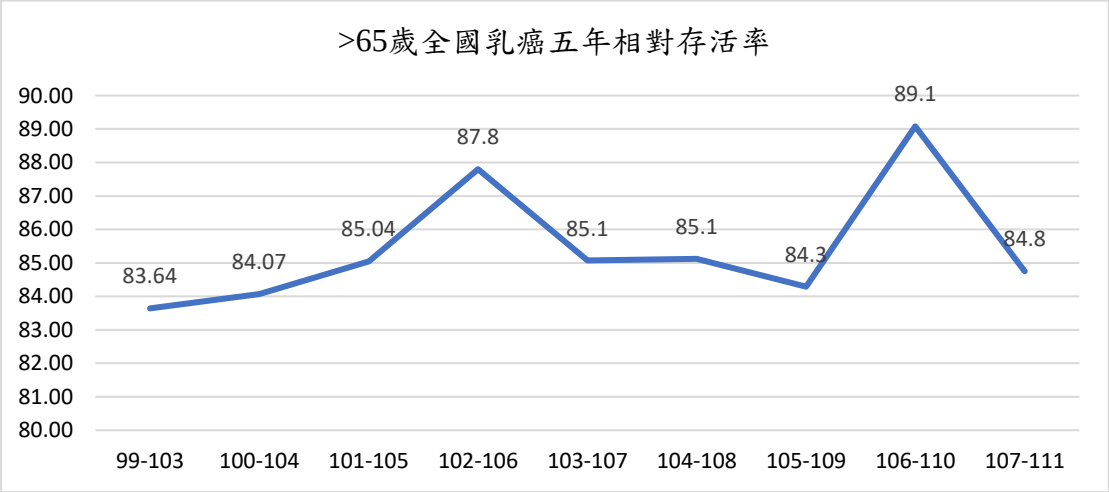
圖十一、　35-49 歲全國乳癌五年相對存活率



圖十二、　50-65 歲全國乳癌五年相對存活率

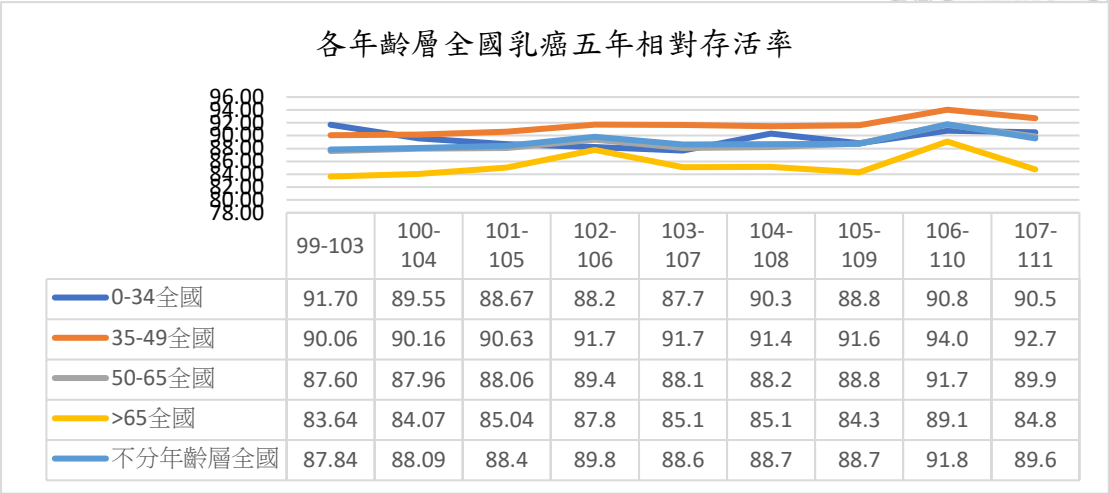


圖十三、　>65 歲全國乳癌五年相對存活率



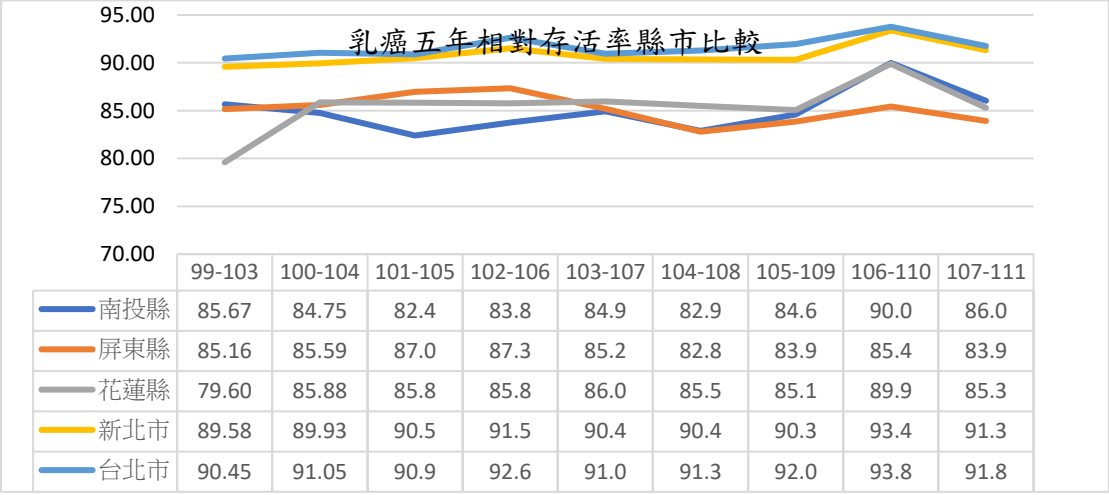
doi:10.6342/NTU202600045

圖十四、　各年齡層全國乳癌五年相對存活率



	99-103	100-104	101-105	102-106	103-107	104-108	105-109	106-110	107-111
0-34全國	91.70	89.55	88.67	88.2	87.7	90.3	88.8	90.8	90.5
35-49全國	90.06	90.16	90.63	91.7	91.7	91.4	91.6	94.0	92.7
50-65全國	87.60	87.96	88.06	89.4	88.1	88.2	88.8	91.7	89.9
>65全國	83.64	84.07	85.04	87.8	85.1	85.1	84.3	89.1	84.8
不分年齡層全國	87.84	88.09	88.4	89.8	88.6	88.7	88.7	91.8	89.6

圖十五、　乳癌五年相對存活率縣市比較



	99-103	100-104	101-105	102-106	103-107	104-108	105-109	106-110	107-111
南投縣	85.67	84.75	82.4	83.8	84.9	82.9	84.6	90.0	86.0
屏東縣	85.16	85.59	87.0	87.3	85.2	82.8	83.9	85.4	83.9
花蓮縣	79.60	85.88	85.8	85.8	86.0	85.5	85.1	89.9	85.3
新北市	89.58	89.93	90.5	91.5	90.4	90.4	90.3	93.4	91.3
台北市	90.45	91.05	90.9	92.6	91.0	91.3	92.0	93.8	91.8

四、子宮頸癌篩檢率

在子宮頸癌篩檢工具之選擇方面，本研究採用子宮頸抹片檢查（Pap smear）作為主要分析指標。子宮頸抹片為目前臺灣最早推動且使用最為子宮頸癌普及之篩檢工具，自 1995 年起即納入國家癌症篩檢計畫，針對 30 歲以上婦女提供每三年一次之公費篩檢，為子宮頸癌早期發現與預防的重要公共衛生措施。

儘管近年國際間逐漸推廣以人類乳突病毒（HPV）檢測作為替代工具，但在我國，抹片檢查仍為現行國民健康署統計資料與縣市層級政策推動之主要依據。相較於 HPV 檢測或視診法（如 VIA/VILI），子宮頸抹片具有歷史資料完整、涵

doi:10.6342/NTU202600045

蓋率穩定、政策連續性強等優勢，亦為縣市別長期趨勢分析與跨年度比較的最佳基礎。因此，本研究選擇子宮頸抹片作為子宮頸癌篩檢率與陽性追蹤率之代表性指標，以呈現各地區篩檢政策實施成效與可能存在之健康不平等。

本研究透過行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台，蒐集各年齡層及縣市 3 年內曾接受子宮頸抹片檢查人數及篩檢涵蓋率。其計算方式為篩檢人數/中間年 30 歲以上婦女人口數，而 3 年內曾接受篩檢人數代表此人不論接受過幾次抹片檢查，均只能算一人，取疾病嚴重度最重及最近抹片採檢日期的一筆，進行分析。(衛生福利部國民健康署, 2025g)。鑑於其計算方式為「三年內」曾接受篩檢之人數，而我國縣市行政區劃於民國 99 年進行調整，因此，本研究之篩檢指標起始年份訂為民國 101 年，意即以 99 年行政區劃確立後之第三年作為觀察起始點，俾使比較結果能夠準確反映重劃後之縣市範疇及人口結構。

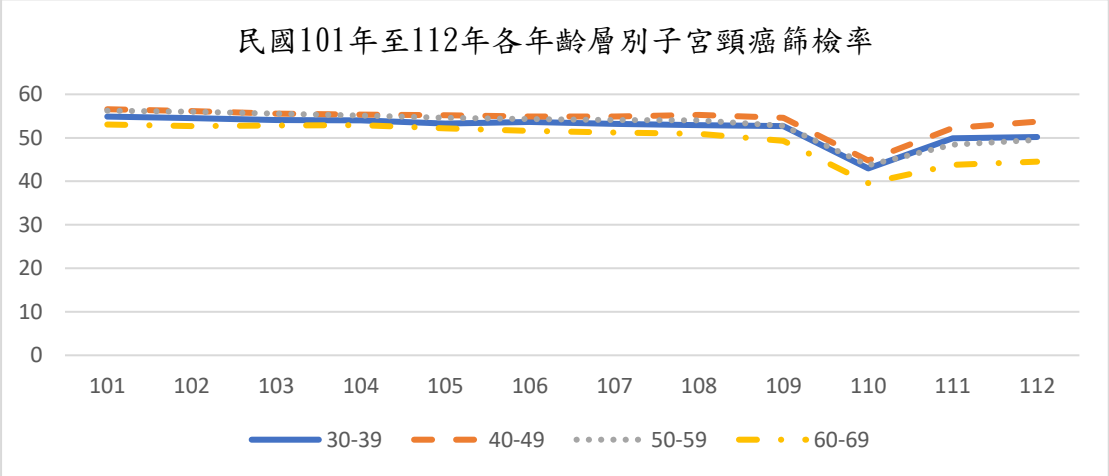
根據本研究蒐集之民國 101 年至民國 112 年間全國資料顯示，子宮頸癌篩檢率從 51.6%下降至 49.6%。其中，在民國 101 年至民國 107 年，每年約下降 0.5% (51.6%-49.04%)，突然在 108 年上升為此區間高峰(53.39%)，然而在民國 109 年至民國 111 年間皆呈下降趨勢至 48.74%，後才微幅回升，但仍未恢復民國 108 年之水準。以年齡層別而言，在民國 101 年至民國 112 年，各年齡層別都呈下降趨勢，其中以 60-69 歲篩檢率下降趨勢最明顯(-8.52%)。而各縣市中，除了 30-39 年齡層別外，彰化縣子宮頸癌平均篩檢率皆為排名第一。

以縣市別而言，僅 4 個縣市在民國 112 年時相較民國 101 年為增加趨勢，第一為新竹縣(+4.1%)，其次為臺南市(+1.9%)，第三為苗栗縣(1.7%)，第四則為基隆市(+1%)。而排名最末為連江縣(-23.02%)，接續為金門縣(-10.26%)、花蓮縣(-7.43%)、桃園市(-7.06%)、南投縣(-6.36%)。以民國 101 年至民國 112 年的平均值而言，與乳癌篩檢率上升幅度排名居冠之縣市相同，為新北市(53.36%)，第二為彰化縣(52.09%)，第三至第五依序為台南市(51.39%)、台中市(51.24%)、基隆市(51.01%)。在排名前十的縣市中，除直轄市、嘉義市及彰化縣外，平均篩檢率較

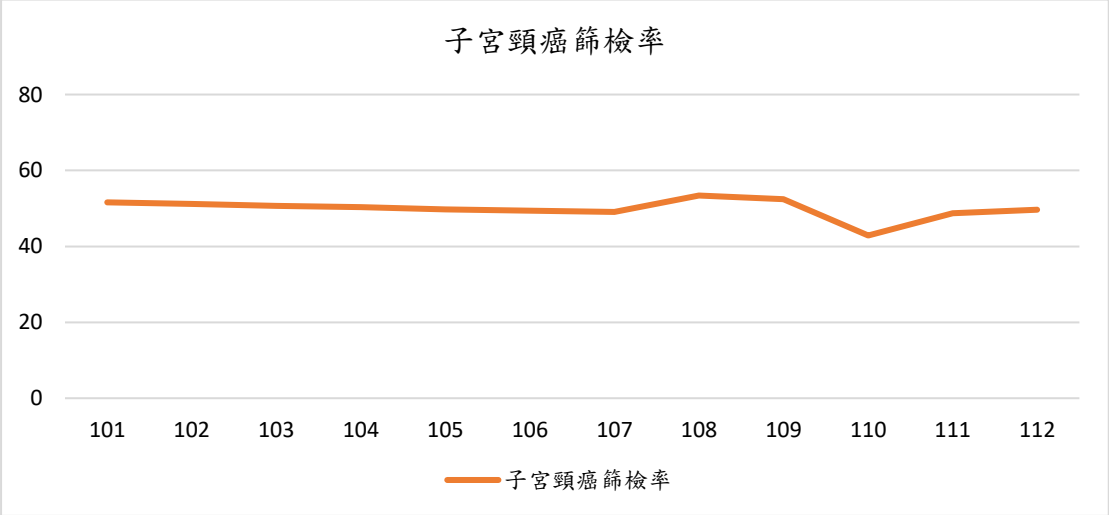
doi:10.6342/NTU202600045

高的縣市仍集中於北部。除 60-69 歲外，其他年齡層別中亦可觀察到相同趨勢，唯獨嘉義市在 30-39 歲年齡層中平均篩檢率排名下降至第十三名，低於平均值。撇除離島縣市(澎湖縣、金門縣、連江縣)，排名之末為台東縣(43.19%)、倒數第二至第五則依序為雲林縣(43.89%)、南投縣(46.08%)、苗栗縣(46.13%)、台北市(47.16%)。其中，台北市亦為直轄市中唯一子宮頸癌篩檢率低於平均值(49.92%)之直轄市，在各年齡層別中亦都低於平均值，且排名隨著年齡層別的上升亦逐步的後退，在 30-39 歲中排名為十一，40-49 歲及 50-59 歲排名為十六，在 60-69 歲中排名則至二十一，僅高於金門縣。

圖十六、　民國 101 年至 112 年各年齡層別子宮頸癌篩檢率

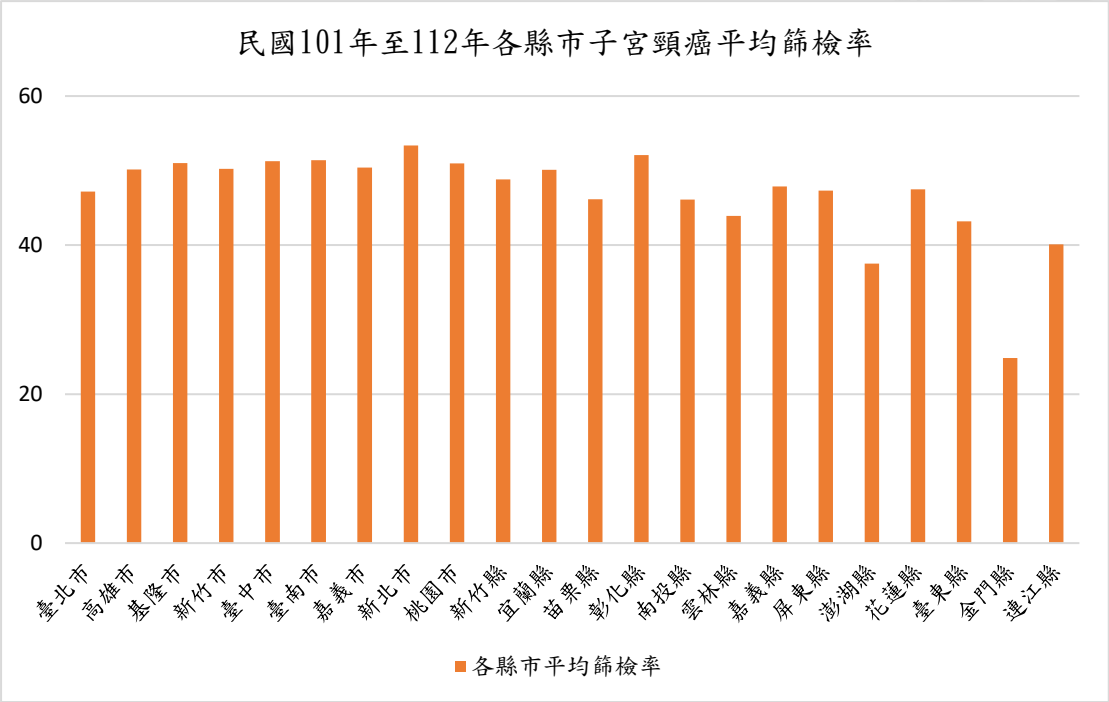


圖十七、　子宮頸癌篩檢率



doi:10.6342/NTU202600045

圖十八、　民國 101 年至 112 年各縣市子宮頸癌平均篩檢率



五、子宮頸癌篩檢後陽性追蹤率

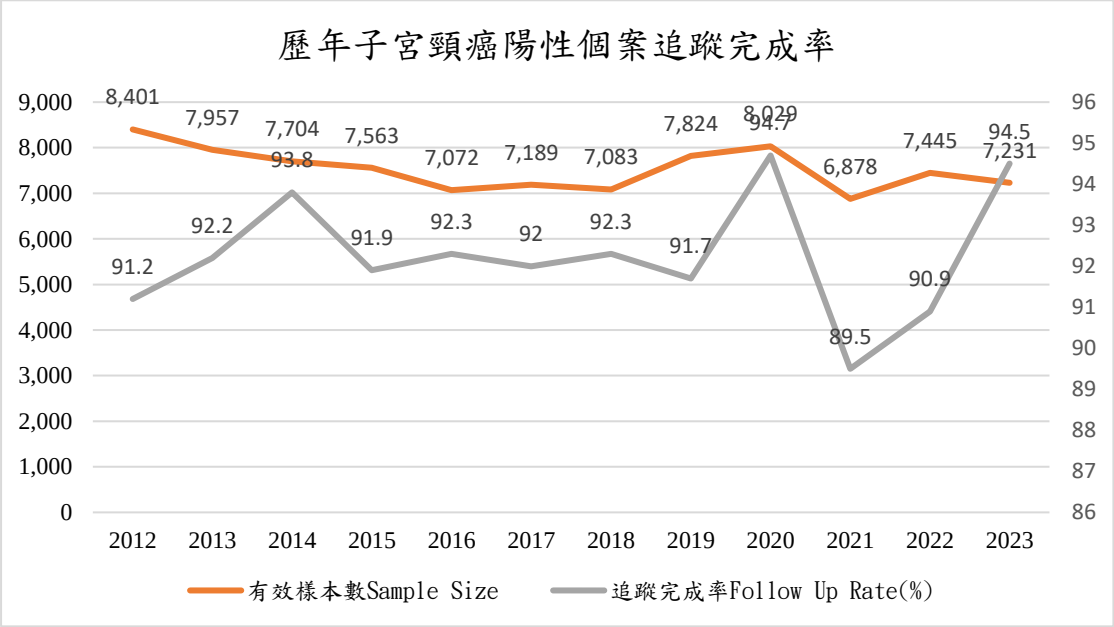
本研究透過政府資料開放平台，蒐集各縣市子宮頸癌陽性個案追蹤完成率。其中，陽性個案追蹤完成率之計算方式為陽性個案已追蹤完成數/陽性個案數(衛生福利部國民健康署, 2025i)。

根據本研究蒐集之民國 102 年至民國 112 年間全國資料顯示，全國於民國 102 年追蹤完成率為 92.2%，第一次明顯下降為民國 104 年，自 93.8%下降至 91.9%，但於民國 109 年至高峰 94.7%，然而民國 110 年衰退至 89.5%，並在後續兩年皆處上升狀態，在民國 112 年達 94.5%。其中，全國陽性個案數於民國 102 年為 7,957 人，原呈下降趨勢，但在民國 109 年為高峰 8,029 人，然而在民國 110 年開始下降至 6,878 人，接續兩年則微幅回升至 7,231 人。顯示在民國 110 年時無論是發現陽性個案數亦或是追蹤完成數皆低於 8 年前水準。其中多數縣市在民國 110 年都較以往呈大幅下降趨勢，並低於 90%，僅台北市、台中市、彰化縣、基隆市仍維持在 90%以上，但完成率與前一年度相比仍呈下降趨勢。六都之中，新北市、台南市、桃園市則在民國 111 年快速的上升，並呈現高於 95%的追蹤完

doi:10.6342/NTU202600045

成率。在民國 112 年僅少部分縣市(屏東縣、台東縣、澎湖縣、基隆市)未達 90%的追蹤完成率，其中雖然整體呈現上升趨勢，但澎湖縣自民國 107 年起至民國 112 年，追蹤率一直未達 90%是急需關注之縣市。另外，雲林縣及苗栗縣也自民國 107 年起至民國 111 年，追蹤完成率都未達 90%，僅在民國 112 年分別達 90.4%和 94.1%。

圖十九、　子宮頸癌陽性個案追蹤完成數/率



六、子宮頸癌五年相對存活率

本研究透過行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台，蒐集各縣市及各年齡層別的子宮頸癌五年相對存活率，意即罹患子宮頸癌後第 5 年還存活的機率。其計算方式為個案追蹤 5 年後，分析其存活情形。在年份顯示上該年度資料會代表當年個案再追蹤五年後的存活狀況，舉例:102 年資料表示 102 年之個案其追蹤至 106 年之存活情形；101 年資料表示 101 年之個案其追蹤至 105 年之存活情形；100 年資料表示 100 年之個案其追蹤至 104 年之存活情形(以此類推)。而資料存在沒有個案資料可分析或時間上無法追蹤到結果的缺陷，所以部分縣市或年齡層沒有 5 年存活率資料(衛生福利部國民健康署, 2025b)。

民國 99 年全國不分年齡子宮頸癌五年相對存活率為 69.51，之後持續下降至

doi:10.6342/NTU202600045

民國 103 年，為第一次低點(66.6)，隔年(民國 104 年)微幅上升至 67.2，民國 105 年又再度下降至 66.3，為近年最低點，卻在隔年(民國 106 年)上升至最高點(70.1)，並在隔年(民國 107 年)下降至民國 103 年，第一次低點的水平(66.6)。在 0-34 歲年齡層中可發現其與全國趨勢截然不同，民國 99 年子宮頸癌五年相對存活率為 79.98，隔年(民國 100 年)下降至 78.16，接著持續上升至民國 103 年，為最高點(81.9)，然而民國 103 年是不分年齡層(整體)第一次低點。但接著連續下降兩年，此部分則與整體相似，在民國 105 年至最低點(76.4)。但在後續兩年皆為上升狀態，至民國 107 年為 81.5。

在民國 99 年 35-49 歲年齡層中，子宮頸癌五年相對存活率為 78.69 接著連續兩年上升，民國 101 年至 79.77，而後下降至民國 105 年 75.9，在民國 106 年則上升至最高點 81.2，隔年(民國 107 年)則降低至 79.7。50-65 歲年齡層則是各年齡層中，與不分年齡層(整體)趨勢最相似，在民國 99 年，50-65 歲子宮頸癌五年相對存活率為 72.94，之後持續下降至民國 103 年為最低點(68)，但後續有微幅上升，直至民國 106 年突然上升回 72.5，並在隔年再次下降至(68.4)。在>65 歲族群中，民國 99 年子宮頸癌五年相對存活率為 54.2，接著持續兩年下降至第一次低點(50.71)，後續則呈一年上升隔年下降的波動趨勢，並同樣的在民國 106 年至最高點 54.8，在隔年則突降至最低點(49.1)。

本島縣市別中，平均存活率較高的為新北市(71.5)，其次為苗栗縣(71.2)，第三至第五依序為新竹市(71.1)、台北市(70.6)、桃園市(70.2)，與乳癌相同，存活率較高的縣市別集中於北部。在各年齡層別上，0-34 歲平均子宮頸癌存活率最高的縣市為新竹市(92.4)，其次為台中市(84.1)，第三則為高雄市(82)。35-49 歲族群中，最高的縣市則為苗栗縣(87.0)、其次是新竹市(85.7)、第三則是台北市(85.4)。50-65 歲族群中，排名第一則為新竹縣(75.2)，其次是桃園縣(74.4)，第三為台中市(73.7)。>65 歲族群第一為基隆市(65.0)、第二為苗栗縣(60.5)，第三是新北市(58.0)。除了台中市及高雄市兩個直轄市外，亦可見在各年齡層中，排名較高的縣市皆集

doi:10.6342/NTU202600045

中於北部。但在北部當中，基隆市與宜蘭縣則相對為弱勢。

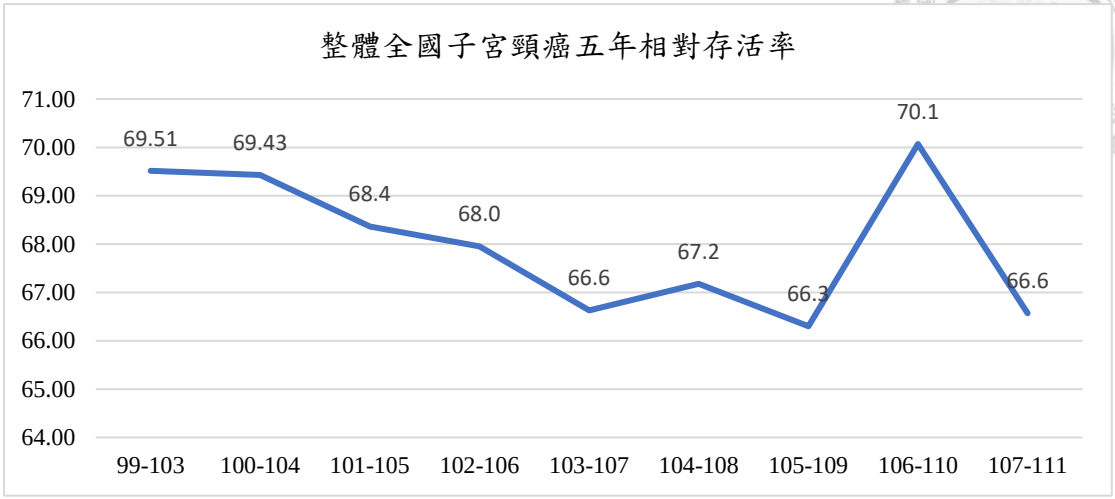
平均子宮頸癌五年相對存活率，在不分年齡層下(整體)，本島縣市排名最末為宜蘭縣(59.2)，0-34 歲年齡層中本島縣市排名倒數第四的為基隆市(61.1)。50-65 歲年齡層中排名倒數第三及第四分別是基隆市(61.3)以及宜蘭縣(63.1)。在>65 歲年齡層中，雖然基隆市是縣市中排名之冠(65.0)，但宜蘭縣是倒數第二(44.1)。並可以發現除這兩縣市之外，各年齡層以及整體排名倒數的縣市集中於南部以及東部。不分年齡層(整體)下，本島縣市排名倒數二至五依序為嘉義市(59.8)、花蓮縣(60.3)、嘉義縣(61)、雲林縣(64.1)。0-34 歲族群中，本島縣市排名最末為嘉義市(13.9)，東部兩縣市則分別為倒數第二及第三(花蓮縣為 48.6、台東縣為 51.9)，而倒數第五的為屏東縣(63.5)。35-49 歲年齡層中，弱勢則更為集中於東區及南區。排名居末的為台東縣(58.0)，其次為花蓮縣(61.1)，第三至第五則依序為嘉義縣(69.5)、嘉義市(70.4)、雲林縣(70.7)。50-65 歲年齡層中，排名居末的為花蓮縣(52.2)，其次則為嘉義市(57.1)，倒數第五則為台東縣(63.4)。而>65 歲的族群中，排名最末的是嘉義市(27.9)，第三至第五依序為嘉義縣(44.4)、台南市(45.0)、彰化縣(47.7)。

取各年齡層中五年相對存活率較高的縣市為新竹市、苗栗縣，以及排名較末的縣市(嘉義市、花蓮縣、台東縣)進行比較，可觀察出除了嘉義市外，四縣市在民國 106 年皆屬於上升轉折點，在隔年下降。在民國 104 年則除了花蓮外，其餘縣市則同樣屬於上升轉折點，在隔年下降。而民國 102 年則屬於五縣市共同下降點。五縣市中以新竹市的子宮頸癌五年相對存活率趨勢最與全國整體趨勢最相近。

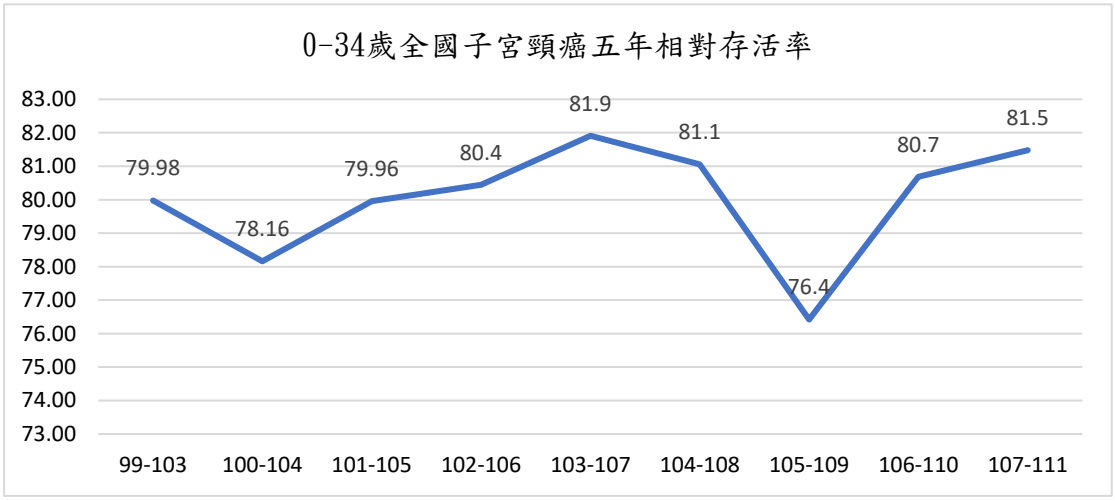
綜上所述，可發現各年齡層五年相對存活率共同排名較末的縣市為嘉義市、花蓮縣及台東縣，可發現存活率較差的縣市集中於東部及南部，而平均存活率較佳的縣市集中於北部。但在北部中又以基隆市以及宜蘭縣兩縣市相對處於較差的狀態。

doi:10.6342/NTU202600045

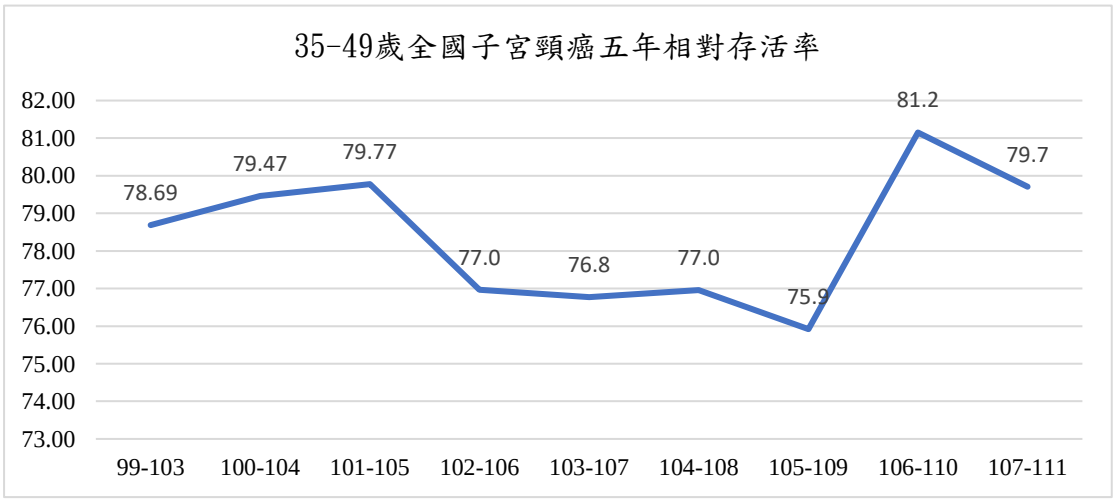
圖二十、　整體全國子宮頸癌五年相對存活率



圖二十一、　子宮頸癌陽性個案追蹤完成數/率

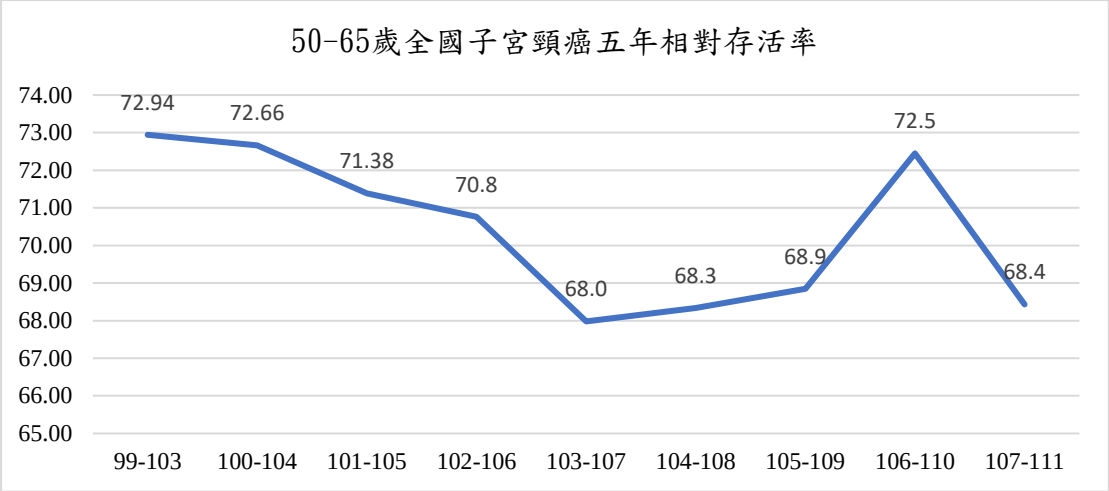


圖二十二、　35-49 歲全國子宮頸癌五年相對存活率

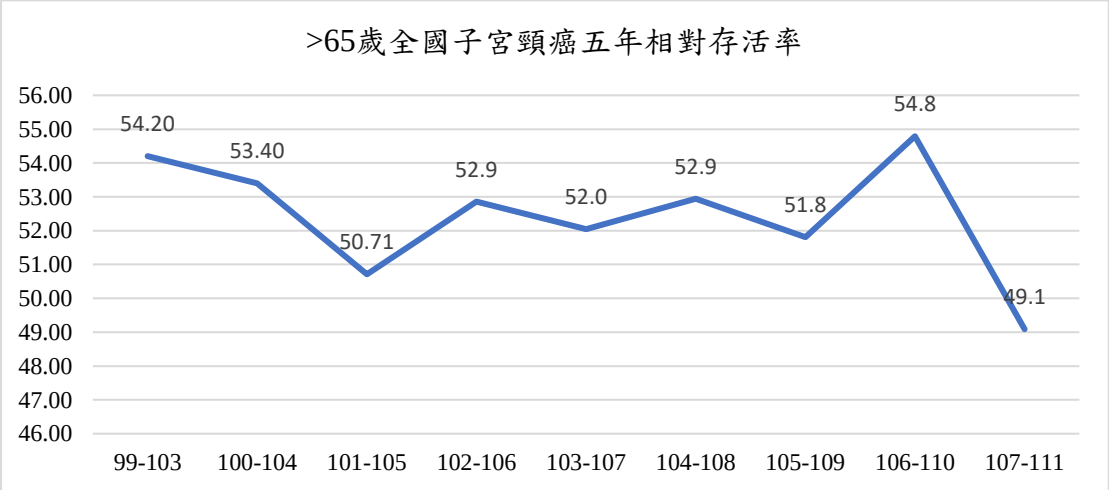


doi:10.6342/NTU202600045

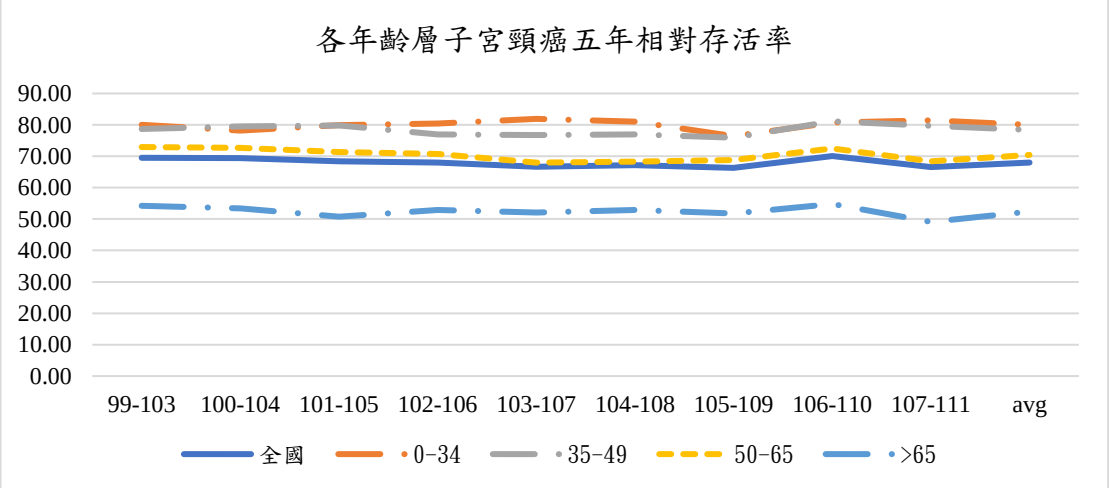
圖二十三、 50-65 歲全國子宮頸癌五年相對存活率



圖二十四、 >65 歲全國子宮頸癌五年相對存活率

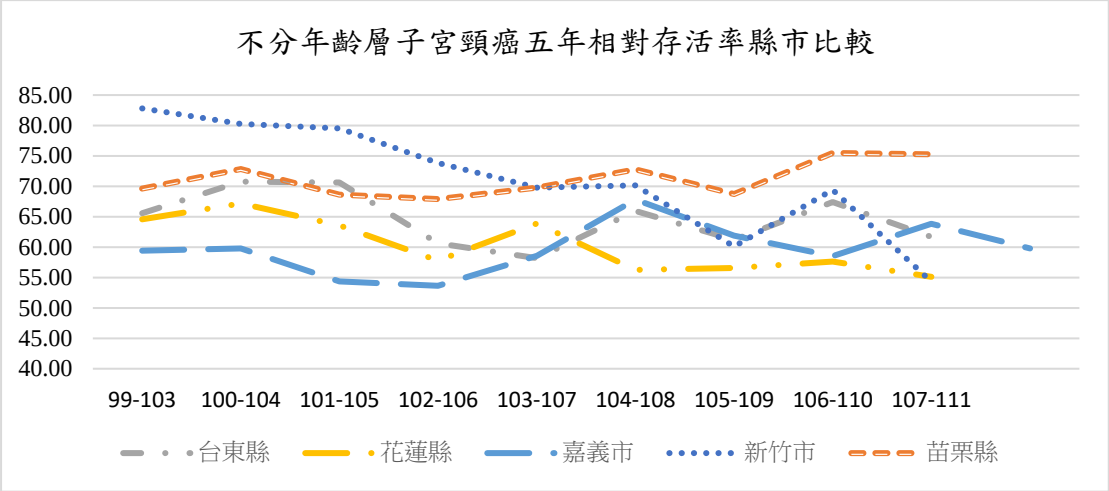


圖二十五、 各年齡層子宮頸癌五年相對存活率



doi:10.6342/NTU202600045

圖二十六、　不分年齡層子宮頸癌五年相對存活率縣市比較



第二節　各縣市乳癌與子宮頸癌篩檢單位之數量比較

本研究透過衛生福利部國民健康署公開資料統計各縣市乳癌與子宮頸癌之篩檢單位與確診單位數量(衛生福利部國民健康署, 2025a, 2025c, 2025e, 2025f)。為避免人口規模差異對資源分布比較造成偏誤，本研究進一步透過內政部社會經濟資料服務平台中的人口統計資料(內政部, 2024)，計算各縣市乳癌與子宮頸癌篩檢單位及確診單位之人口密度（每十萬人口之單位數）。

一、乳癌篩檢單位密度

分析結果顯示，乳癌篩檢單位密度最高的縣市為連江縣(16.779 個/十萬人)，依序為宜蘭縣(7.142 個/十萬人)、嘉義市(4.38 個/十萬人)、澎湖縣(3.807 個/十萬人)、台東縣(2.896 個/十萬人)、南投縣(2.563 個/十萬人)、雲林縣(2.505 個/十萬人)、高雄市(2.366 個/十萬人)、台北市(2.34 個/十萬人)及苗栗縣(2.311 個/十萬人)。密度最低者為新北市(0.915 個/十萬人)，其次為嘉義縣(1.284 個/十萬人)、金門縣(1.377 個/十萬人)、桃園市(1.532 個/十萬人)、新竹縣(1.728 個/十萬人)及彰化縣(1.8 個/十萬人)。此結果顯示，雖然離島及偏鄉地區的絕對單位數不高，但在人口標準化後，篩檢單位可近性反而優於多數都會區，尤其是連江縣(16.779 個/十萬人)與宜蘭縣(7.142 個/十萬人)的密度遠高於全國平均(3.098 個/十萬人)。

doi:10.6342/NTU202600045

二、乳癌確診單位密度

在確診單位密度部分，排名前五的縣市依序為嘉義市(4.38 個/十萬人)、台東縣(2.896 個/十萬人)、南投縣(2.563 個/十萬人)、屏東縣(2.295 個/十萬人)及雲林縣(2.192 個/十萬人)，其後為高雄市(2.007 個/十萬人)、台北市(1.963 個/十萬人)、花蓮縣(1.901 個/十萬人)、台南市(1.815 個/十萬人)及台中市(1.65 個/十萬人)。金門縣、連江縣與澎湖縣因完全沒有確診單位而排名最後(0.000 個/十萬人)，新北市則位居倒數第二(0.674 個/十萬人)，其後依序為嘉義縣(0.856 個/十萬人)、桃園市(1.022 個/十萬人)與基隆市(1.098 個/十萬人)。此結果反映出確診資源集中度高，部分離島及人口較少縣市即便篩檢密度高，仍可能面臨確診服務缺口。

三、巡迴車服務密度

在乳癌篩檢巡迴車服務密度方面，排名前五的縣市依序為宜蘭縣(5.803 個/十萬人)、花蓮縣(1.267 個/十萬人)、苗栗縣(1.155 個/十萬人)、台東縣(0.965 個/十萬人)及屏東縣(0.765 個/十萬人)，其後為台中市(0.756 個/十萬人)、嘉義市(0.73 個/十萬人)、彰化縣(0.655 個/十萬人)、台南市(0.64 個/十萬人)與桃園市(0.596 個/十萬人)。金門縣、南投縣、連江縣及澎湖縣均無巡迴車服務，故排名最後(0.000 個/十萬人)；倒數第二為高雄市(0.287 個/十萬人)，其後依序為雲林縣(0.313 個/十萬人)與台北市(0.377 個/十萬人)。此結果顯示，巡迴車服務主要集中於東部與部分中南部縣市，而部分大都會區及離島地區巡迴服務明顯不足。

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-1 各縣市乳癌篩檢、確診以及巡迴車單位數量及密度

縣市	篩檢單位數量	篩檢單位密度	單位密度排名	確診單位數量	確診單位密度	單位密度排名	巡迴車數量	巡迴車單位密度	單位密度排名
臺中市	30	2.063	14	24	1.650	10	11	0.756	6
臺北市	31	2.340	9	26	1.963	7	5	0.377	15
臺東縣	3	2.896	5	3	2.896	2	1	0.965	4
臺南市	17	1.815	16	17	1.815	9	6	0.640	9
宜蘭縣	16	7.142	2	3	1.339	14	13	5.803	1
花蓮縣	3	1.901	15	3	1.901	8	2	1.267	2
金門縣	1	1.377	20		0.000	21		0.000	20
南投縣	6	2.563	6	6	2.563	3		0.000	20
屏東縣	9	2.295	11	9	2.295	4	3	0.765	5
苗栗縣	6	2.311	10	4	1.541	11	3	1.155	3
桃園市	18	1.532	19	12	1.022	17	7	0.596	10
高雄市	33	2.366	8	28	2.007	6	4	0.287	17
基隆市	4	2.196	12	2	1.098	16	1	0.549	11
連江縣	1	16.779	1		0.000	21		0.000	20
雲林縣	8	2.505	7	7	2.192	5	1	0.313	16
新北市	19	0.915	22	14	0.674	19	10	0.482	12
新竹市	5	2.162	13	3	1.297	15	1	0.432	13
新竹縣	5	1.728	18	4	1.382	13		0.000	20
嘉義市	6	4.380	3	6	4.380	1	1	0.730	7
嘉義縣	3	1.284	21	2	0.856	18	1	0.428	14
彰化縣	11	1.800	17	9	1.473	12	4	0.655	8
澎湖縣	2	3.807	4		0.000	21		0.000	20
總計	237			182			74		
平均		3.098				11.500		0.736	

doi:10.6342/NTU202600045

四、子宮頸癌篩檢單位密度

分析結果顯示，子宮頸癌篩檢單位密度最高的縣市為連江縣(83.893 個/十萬人)，其後依序為澎湖縣(38.073 個/十萬人)、台東縣(34.752 個/十萬人)、花蓮縣(26.609 個/十萬人)、苗栗縣(21.182 個/十萬人)、屏東縣(20.659 個/十萬人)、宜蘭縣(20.534 個/十萬人)、南投縣(20.504 個/十萬人)、嘉義市(18.982 個/十萬人)及台中市(17.260 個/十萬人)。密度最低者為金門縣(11.018 個/十萬人)，其次為桃園市(11.067 個/十萬人)、新北市(11.707 個/十萬人)、新竹市(12.541 個/十萬人)與高雄市(13.765 個/十萬人)。此結果顯示與乳癌篩檢單位相似，離島及東部地區在篩檢單位可近性上具明顯優勢，而部分人口規模大之都會區密度相對偏低。

五、子宮頸癌確診單位密度

在確診單位密度部分，排名前十的縣市依序為花蓮縣(2.534 個/十萬人)、嘉義市(2.19 個/十萬人)、台北市(1.963 個/十萬人)、屏東縣(1.53 個/十萬人)、高雄市(1.362 個/十萬人)、宜蘭縣(1.399 個/十萬人)、新竹市(1.297 個/十萬人)、台中市(1.238 個/十萬人)、苗栗縣(1.155 個/十萬人)及基隆市(1.098 個/十萬人)。澎湖縣、金門縣與連江縣因完全沒有確診單位而排名最後(0.000 個/十萬人)，其後為新北市(0.482 個/十萬人)、倒數第三為桃園市(0.596 個/十萬人)、倒數第四為彰化縣(0.818 個/十萬人)及倒數第五為台南市(0.854 個/十萬人)。與篩檢單位密度相比，確診單位在空間分布上更集中於特定縣市，且離島地區普遍呈現資源缺口。此外，全國子宮頸癌篩檢單位總數達 1,809 個，但確診單位僅有 128 個，顯示確診資源相較於篩檢服務更為稀缺，且兩者在人口密度與地理分布上的落差顯著。

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-2 各縣市子宮頸癌篩檢及確診單位數量及密度

縣市	確診單位數量	確診單位密度(十萬人次)	排名	篩檢單位數量	篩檢單位密度(十萬人次)	排名
宜蘭縣	3	1.339	6	46	20.534	7
花蓮縣	4	2.534	1	42	26.609	4
南投縣	2	0.854	15	48	20.504	8
屏東縣	6	1.530	4	81	20.659	6
苗栗縣	3	1.155	9	55	21.182	5
桃園市	7	0.596	18	130	11.067	21
高雄市	19	1.362	5	192	13.765	18
基隆市	2	1.098	10	26	14.276	16
雲林縣	3	0.939	13	52	16.281	12
新北市	10	0.482	19	243	11.707	20
新竹市	3	1.297	7	29	12.541	19
新竹縣	3	1.037	11	46	15.897	14
嘉義市	3	2.190	2	26	18.982	9
嘉義縣	2	0.856	14	38	16.260	13
彰化縣	5	0.818	17	91	14.894	15
臺中市	18	1.238	8	251	17.260	10
臺北市	26	1.963	3	188	14.191	17
臺東縣	1	0.965	12	36	34.752	3
臺南市	8	0.854	16	156	16.653	11
澎湖縣	0	0.000	21	20	38.073	2
金門縣	0	0.000	21	8	11.018	22
連江縣	0	0.000	21	5	83.893	1
總計	128			1809		
平均		1.050			21.409	

整體而言，人口密度調整後的結果顯示，離島與偏鄉地區在乳癌及子宮頸癌篩檢單位密度上具有相對優勢，可近性高於多數都會區。但在確診單位及巡迴車服務密度上則存在顯著不足，確診需要病理檢驗、影像檢查與專科醫師判讀，多數偏鄉與離島醫療院所不具備此能力，導致離島地區以及部分偏鄉完全缺乏確診服務。顯示在癌症防治資源配置上，篩檢與確診服務之間仍有空間分布上落差，可能影響陽性個案後續的醫療連續性與公平性。

第三節 訪談對象與服務醫院基本資料

doi:10.6342/NTU202600045

本研究在倫理委員會審查申請時預估受訪人數為 15-25 人，此數字是依初步推估而定。原計畫每間醫院主管 1-2 人與執行篩檢及追蹤之一線人員 2-3 名，平均每家預計 3~5 名受訪者，而本研究原先規劃邀請在北部及東部、中部及南部各 2 家近兩年獲獎之醫療院所。其中，又依評鑑等級分別為醫學中心以及區域醫院，礙於查找近兩年獲獎名單，未有獲得典範獎之北東部醫學中心，故增加一北東部區域醫院，以此希望能夠更了解全貌。在人數的推估時也有一定的保留調整與資料飽和的彈性。

最後，在進行邀約後，總共受邀人員共計 19 位受訪者，整體回收率為 100%。然而，其中兩位個管師，因工作業務較屬於確診後追蹤，與本研究欲探討的前端陽性確診追蹤有所差距，為保研究嚴謹性以及使資料更符合本研究主題，故在分析時不納入這兩位個管師之訪談內容，因此最終實際納入分析為 17 人。另外，部分受訪者，其特性符合主管職同時也是一線員工，亦即其工作職務涉及行政與決策面，同時也具備接觸民眾之工作內容，故在訪談時兩種版本的題項皆有詢問，並納入分析。具體納入分析之受訪者特性及位置分布如下表所示。

而在逐步回收過程，亦藉由訪談內容顯示，受訪者所提供的經驗與觀點已趨於一致，表示資料內容達飽和，若進一步擴增樣本對研究主題並無顯著新增貢獻，故依質性研究飽和原則停止收案。最終完成訪談 19 人，納入分析 17 人，均符合倫理委員會核定之受訪人數，且涵蓋不同地區、醫院評鑑等級、職責層級及實務經驗，具代表性與深度，足以支持後續主題分析與研究結論。

表 4-3 納入分析之受訪者其所在組織分布

評鑑等級	**醫學中心**	**區域醫院**	**總計**
人數	8	9	17
地理位置	**北東部**	**中南部**	
人數	10	7	17

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-4 合併多重職務後受訪者特性統計

	受訪職務		
組織特性	**主管**	**陽追個管師**	**篩檢或事務員**
中南部			
區域醫院	1	2	2
醫學中心	1	2	1
北東部			
區域醫院	4	3	4
醫學中心	2	1	1
總計	**8**	**8**	**8**

表 4-5 去識別代號與受訪者角色

去識別	**角色**	**職稱**
A1	主管	副院長
A2	主管	組長
A3	主管	主任
A4	主管	副院長
A5	主管	副院長
A6	主管	主任
AB1	主管/篩檢或事務員	組長及個管師
ABC1	主管/陽追個管師/篩檢或事務員	組長、篩檢及衛教師
C1	篩檢或事務員	事務員
C2	篩檢或事務員	衛教師
BC1	陽追個管師/篩檢或事務員	篩檢及衛教師
BC2	陽追個管師/篩檢或事務員	篩檢及衛教師
BC3	陽追個管師/篩檢或事務員	篩檢事務員及個管師
BC4	陽追個管師/篩檢或事務員	篩檢及衛教師
B1	陽追個管師	護理師
B2	陽追個管師	護理師
B3	陽追個管師	護理師

doi:10.6342/NTU202600045

第四節 質性研究結果

訪談內容將先整理出影響醫院婦癌篩檢及陽性追蹤率的相關因素與現行困境，並進一步整理出受訪者所提出的針對困境之解方，以及各受訪者認為組織的優點和改善建議，再進一步統整分析影響醫院婦癌篩檢及陽性追蹤率的關鍵成功因素。

因此，本章共分為三小節。第一小節依據訪談內容，探討影響醫院婦癌篩檢及陽性追蹤率的相關障礙因素，並依「民眾」、「醫事人員」及「制度（環境）」三類加以整理，以利後續歸納出關鍵成功因素。第二小節則針對前小節所歸納之障礙因素，彙整受訪者提出的對應解方。第三小節整理受訪者所提及的組織優勢以及改善建議，涵蓋組織內部及政策層面，進一步提出醫院提升婦癌篩檢率及陽性追蹤率的關鍵成功因素。

一、婦癌篩檢及陽性追蹤之障礙因素

此小節彙整訪談大綱主管及一線工作人員兩版的第二題及第三題，為釐清各項因素，故依「民眾」、「醫院組織」及「資訊系統和政策」三大主類別加以整理。

在民眾端，分為五個次類別，分別為「健康識能與個人狀態」、「疼痛及恐懼」、「人際互動」、「消極處置」及「時間與可及性限制」，各次類別中相對應的編碼，如表 4-6 所示，其訪談結果之引述如表 4-7 所示。

在醫院組織端，則分為四個次類別，分別為「人力及誘因不足」、「場地設備及經費不足」、「資訊系統」以及「業務繁雜」，各次類別中相對應的編碼，如表 4-8 所示，其訪談結果之引述如表 4-9 所示。

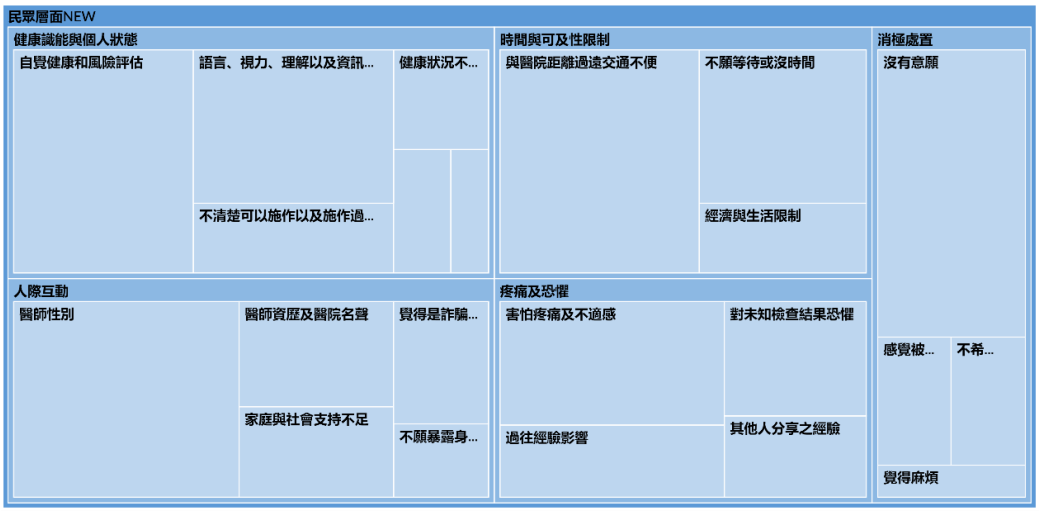
在政策層面，分為兩個次類別，分別為「癌症篩檢及追蹤規定」以及「其他」，各次類別中相對應的編碼，如表 4-10 所示，其訪談結果之引述如表 4-11 所示。

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-6 民眾端之障礙 訪談內容編碼與歸納

類別	次類別	編碼	提及人數	提及次數
民眾層面	消極處置	覺得麻煩	2	2
		不希望進一步治療	3	4
		感覺被打擾	3	4
		沒有意願	7	18
	疼痛及恐懼	其他人分享之經驗	4	5
		過往經驗影響	4	7
		對未知檢查結果恐懼	5	7
		害怕疼痛及不適感	8	12
	健康識能與個人狀態	希望一站式篩檢或者禮品誘因不足	1	2
		健康行為與教育程度	2	3
		健康狀況不適合進行篩檢	3	4
		不清楚可以施作以及施作過程不理解	4	6
		自覺健康和風險評估	7	17
		語言、視力、理解以及資訊能力	7	13
	時間與可及性限制	經濟與生活限制	4	5
		不願等待或沒時間	7	11
		與醫院距離過遠交通不便	11	19
	人際互動	不願暴露身體及害羞	3	3
		覺得是詐騙集團	4	5
		家庭與社會支持不足	5	6
		醫師資歷及醫院名聲	5	7
		醫師性別	12	19

圖二十七、 提及次數比較_民眾抗拒原因



doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述

次類別	編碼	本文引述
消極處置	覺得麻煩	● 只要一來，就是會說這很麻煩。(C2) ● 一般的民眾會覺得說，我等一下還要脫褲子，再上去，那感覺就很麻煩。(A2)
	不希望進一步治療	● 他可能尋求的是非主流的治療，比如說他經過篩檢，然後也來看門診，但他最後決定就是不要做手術或化學性的注射治療跟放療。所以他想要尋求自然的療法比如中醫之類的，中醫針灸之類的。(B3) ● 雖然老人也是要檢查，但是如果說真的有怎麼樣的話，那就做保守治療就好。(BC1) ● 他會說，年紀這麼大了，如果怎麼樣，我也不想再做什麼樣的處置。他可能當初只是因為來看診，或者一個機緣，人家安排說，你可以順便做這個檢查。所以後面這種個案，相對的抗拒就會比較大，也不太願意做篩檢。(BC2) ● 已經有回診了，回診之後必須做進一步的處置，.....，啊民眾是拒絕的，通常這種，我會看他的態度啦，就是說，如果說，剛開始民眾很明確是拒絕的，我們不會在第一時間跟他講太多這種東西，因為會造成他後續更大的障礙，(BC2)
	感覺被打擾	● 他們都不太喜歡被打擾，……我們甚至還有一位住院醫師，就是耳鼻科醫師或牙科醫師，跟著上去，說有沒有抽菸吃檳榔啊?要不要做口腔癌篩檢?絕對被罵翻，就是有被罵翻的經驗才不用這種方式，不要去打擾人家。(C1) ● 可能就是，連續有可能會打很多天，那有的病人可能會覺得很煩，說為什麼我們一直打聽話給他這樣，(BC1) ● 他覺得不堪其擾。我們再電話通知他，他就會覺得不堪其擾。對，就會給我們掛電話。(AB1)
	沒有意願	● 曾經就是被很凶的說，不要再打電話給他們，就是說他覺得他就是不要去復檢，他就是不要來這樣。(B1) ● 健康這些概念，不是一直我護理人員去衛教，你自己都知道，但是都不想改，那這樣衛教再多，篩檢再多，也沒有用啊。包括我們常常最容易看到的是什麼，來做檢查之後，報告就收起來，連來聽報告都不願意。(A2) ● 我們手法已盡，我們能做的其實已經都做了，民眾自己的健康自己負責，其實我們醫院醫護人員能做的都已經做了這麼多了，你還是不願意照顧自己，那我們真的也沒有辦法。(ABC1) ● 還是會有遇到就是一兩個，.....，就是一直 call，就是不回來。.....，就是偶爾還是會有一兩個，因為不可能百分之百啊。(BC3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
消極處置	沒有意願	● 一打過去，然後他就是直接被掛電話了，那種的話就是已經是有設定，就是院方的電話，然後他不想接，所以這我也都知道，因為會做的人其實就會做，阿不會做的，你很像在拜託他什麼，他也不見得會願意回來做這樣子(BC1)
疼痛及恐懼	其他人分享之經驗	● 他們會可能彼此互相聊天，又聽到這邊這個人說很痛，然後那邊那個人說不舒服什麼之類的，這種經驗的交流也會影響他們的意願。(C2) ● 幾乎都是怕疼痛，因為有些人根本沒做過，然後他們聽朋友講說，他聽朋友講說，他做完了，說好痛喔，然後他就說他不要了，(B1) ● 年輕的族群其實就是從來沒做過，所以他們在接受篩檢會經由別人的經驗分享上，而去拒絕做篩檢。(ABC1)
	過往經驗影響	● 她會根據以往的經驗來拒絕，比如說上次他去做複檢了，發現其實沒有什麼問題，所以這個都會深耕在他們的觀念裡面，所以會增加我們追蹤的困難。(B2) ● 婦癌篩檢他第一次做的經驗也很影響他以後還會不會願意做的這個看法。那如果他第一次來的經驗就還蠻不錯的話，其實他之後定期規律篩檢的機率就會高很多。但是如果像我們有時候遇到好久，超過 10 年沒做的人，有時候再問他說，那你為什麼隔了那麼久才再願意做篩檢，他有時候就會說，他第一次做的時候真的是痛到，嚇到不行，就是真的很痛，甚至有的人對於乳房攝影的陰影是說，他還會有什麼瘀青啊，或者是說他乳房疼痛超過一個月以上，這種感覺會讓他們就是會抗拒。(C2) ● 最常見就是可能過去的經驗，他可能覺得不是那麼好，所以後續再請他要做檢查，甚至說檢查完之後，有異常需要回診的部分，這個個案可能明顯就會有比較抗拒的態度，就要花很多的時間。(BC2) ● 他們會懼怕做抹片的原因就是之前有不好的經驗，例如說很痛，對，或者是說做完回去流血，對，有些人可能太久沒有性行為，或者是說年紀大了，陰道萎縮，所以在撐開的過程，會導致他們很不舒服的感覺。那因為有這樣子的不舒服，也會影響到他們篩檢的意願。還有，民眾會覺得說，好像夾到我的肋骨啊，或是夾到我什麼什麼的，怎麼這麼痛，對。所以他上一次做的舒適感覺，會影響到他下一次做的意願，(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
疼痛及恐懼	對未知檢查結果恐懼	● 有的是她不想面對。所以我們一直在跟他電話追蹤，他會很排斥，然後他會生氣，(AB1) ● 曾經有過，就是有檢驗出來，可能癌前病變，但是他們就是可能覺得也會很害怕回去又會有，所以他們有時候可能就會去抗拒再繼續做這個採檢。(BC1) ● 還有一些，追蹤上面，可能年紀比較大的人，就是說他可能是異常個案，年紀比較大的人會認為最好乾脆都不要檢查，都沒事。(BC2) ● 他越檢查越害怕會不會是乳癌，他們就拒絕說，我不想檢查，就認為他沒事。他會覺得說越檢查，如果萬一是乳癌的話，他怎麼辦？他會害怕的。(B1) ● 不能夠去接受它的檢查結果，甚至害怕拒絕回來做複診的。有些人就會很排斥說，我已經發現了這個問題，我很怕會再去發現另外的一個問題。(ABC1)
	害怕疼痛及不適感	● 怕痛這件事情，其實是在我們社區蠻常聽到，婦女都在講。(B3) ● 民眾就是做乳房攝影的時候會覺得會疼痛，然後就開始拒絕做，做一邊就不做，然後就開始吵啊、鬧啊這樣子。(A3) ● 我問他說，你要不要做乳房攝影？他說，我是應該時間到了，不過真的很痛，有沒有什麼方法可以解決這樣的問題？(A6) ● 年紀大的會比較怕痛，我們發現年紀大的比較怕痛(C1)
健康識能與個人狀態	健康行為與教育程度	● 城鄉差距的教育程度很明顯就是會有落差，我比較會希望是說對於民眾、健康識能方面要多增進。(C2) ● 我之前在做社區的時候，我有一些體認到是這樣的，就是某些比較工廠多的地方，他就相對會比較抽菸、喝酒，或者是比例會稍微高一點點，比一些住宅區比較起來的確會有。(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
健康識能與個人狀態	健康狀況不適合進行篩檢	● 乳房以前就已經有良性腫瘤，有良性纖維腫了，這個我們就不會建議他再做乳房攝影了。(AB1) ● 年輕婦女如果是沒有性經驗的話，我們會跟大家做說明，那是不建議施做抹片的。那還有就是遇到更年期的婦女，.....，其實她下體是比較乾燥，而且月經很不規則，她來的時候往往就是月經來的很急或者突然滲血，那這個第一時間我們也會跟大家做說明，先不要做這樣子。(B2) ● 如果他有隆乳的，.....，他們就很堅持說他們那時候做隆乳的醫生是跟他說要做，就超音波就好，或者是怎麼樣，核磁共振我也有聽過…...(C1)
	希望一站式篩檢或者禮品誘因不足	● 老人健檢他的量能有限，因為他有名額限制。所以在篩檢的這一塊，你會碰到的就是，民眾會覺得說，你那個太陽春了，我想要什麼什麼什麼的嘛。……，要求越來越高，他忘記了他健康是自己的責任，(A2)
	不清楚可以施作以及施作過程不理解	● 像今年年紀的乳房攝影調降到 40 歲，……，所以 40 到 44 歲其實根本就有些民眾根本就不知道自己可以做了(C1) ● 他們其實也不太知道癌篩在幹嘛，或者是內容到底要預約，或者是可以直接做，(C1) ● 年輕女性她第一次施作，她第一個，她比較會害怕說我到底要做什麼樣子的準備，是不是需要先做陰道盥洗之類的，等等的，她會有這個術前準備的疑慮。(B2) ● 有些就會遇到外籍人士，那他就是先生陪同，那其實他也不知道到底要做什麼檢查，(B2)
	自覺健康和風險評估	● 常常反應的是說，我沒有摸到，自覺沒有問題。那時候我們剛開始是自我檢查，還有一些乳癌防治。所以後面幾年，篩檢推動之後，有希望說不要單純去教民眾自我檢查。因為剛剛有提到，民眾很多自我檢查，他覺得他沒有症狀，他就不願意來檢查。(C1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
健康識能與個人狀態	自覺健康和風險評估	● 比較抗拒通常是比較年長的，因為他會覺得說他已經年紀都這麼大了，就是也不用再做檢查。他們對子宮頸癌會有一種刻板印象，就是覺得我有性行為，我才需要做檢查。那比較年長的他就會回你說，我很久沒有性行為，或者是我老公已經不在很久了，我不用做檢查。沒有生過小孩他會覺得說他還年輕，然後他會覺得說他都沒有，就是還年輕還有本錢，他會覺得他自己身體應該是蠻健康的，所以他們就會覺得說那我就不需要做檢查。還有，他會說我覺得我自己很健康，.....，他可能會覺得說我跟平常都一樣，我沒有異常的分泌物，異常的不舒服，什麼都沒有，你怎麼會覺得...我為什麼會是異常?所以他們回來的意願就會覺得說，我都好好的，我很健康，我幹嘛回去?(BC4) ● 長者常發生的就是，我先生都已經去世好久了，其實都沒有「那個了」，不用做了吧；年輕人就會覺得說，那我就有固定的伴侶，應該就不會有什麼異常的疑慮。停經的婦女會覺得說，我就沒有來月經了，那應該就沒風險。第一時間他接到我們異常的通知，他會說怎麼可能，因為他以前做都沒有異常，啊怎麼現在做有異常，(B2)
	語言、視力、理解以及資訊能力	● 有時候比較長者，他接收認知的能力有限，有時候需要用他溝通的語言去跟他做溝通。……，其實我知道其他醫療院所是有這麼做*(簡訊通知)*，但是因為我們醫院比較特別，長者居多...，偏鄉的民眾他們的生活比較單純，那所以他接收到的資訊可能是有限的。(B2) ● 簡單的外語我們是 OK，可是到東南亞語種的話，我們可能就沒有辦法(ABC1) ● 我自己本身不會臺語，所以變成很常就是，都是需要臺語的部分的話，我可能就比較會沒辦法去溝通，就是雞同鴨講。(BC1) ● 如果你講的太多他們會聽不懂，所以一定要以他們能夠很明白，然後能夠粗淺的就可以知道(A2) ● 現在年紀幾乎老齡化，都看不到，對，嫌我們字太小啊什麼的，(C1) ● 城鄉差距大，所以其實他們，你說要用手機看或者看簡訊，他們其實都不會，他們只會接電話，那種就比較麻煩(C1) ● 他們來的時候要填寫一些關於抹片還有乳房攝影的問卷。他們會覺得這個像...講臺語可以嗎？就是說這我看不懂，看不懂啊，那麼多。有一些長輩他光看到那個問卷密密麻麻，他就會覺得說我又沒戴眼鏡什麼什麼的。(C2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
	經濟與生活限制	● 我特地請假，我只要做其他的，我不要做抹片， (A2) ● 晚上可以做篩檢，或是假日可以做篩檢的話，就是針對這些上班族或是白天要顧小孩的這些奶奶，他們可能也會比較方便。.....如果篩檢出來是陽性的，相對的他們就醫就不是這麼方便。他們可能就是比較要舟車勞頓到市區，然後到大醫院去。那通常可能需要等到小孩子放假，或是小孩子在家的時候，才能帶他們去醫院做檢查。(AB1) ● 因為有些人就會覺得說，我今天只有今天有空，我只有今天請假，就是要今天做，我沒有其他時間可以(BC4) ● 要一直打電話給他們，但他們可能有上班的時間。但我上班，可能早上或下午打，他們就是不會有人接電話，(BC1)
時間與可及性限制	不願等待或沒時間	● 另外一個抗拒的原因是等太久。有時候等到 30、40 分鐘，他就會拿資料，又下來跟我們說我不做了。然後就要再退卡，這個是比較多的。(C1) ● 他們往往就是說，我現在要看診了，來不及了，(B2) ● 有時候講民眾等我兩分鐘、三分鐘，有可能就 miss 掉這個民眾，就他可能不願意等待就離開了。(ABC1) ● 個案會覺得說，我來檢查，要等待，要花比較多時間。(BC2) ● 來這邊做檢查，可是你沒有給他號碼的時候，這樣子通常大家下一次就想說，那我以後不要去那邊做檢查了。(BC4)
	與醫院距離過遠交通不便	● 家裡距離醫院太遠了，也其實不太會回來做。會表示你們醫院的抹片車來我們村莊去做篩檢，我們才會去做的，不然我根本就懶得去做。(BC1) ● 通常我們去的會是離我們醫院區比較有距離的地方。以我目前這樣子追蹤下來，其實他們都會回我說，你們那裡好遠，我不要回去。(BC4) ● 還有一些就是困難到追不到完成，就是有些篩檢完就出國或不住在我們這一區，但他在這邊篩檢，所以有時候追或者是聯繫不到，這也是有困難的。(A1) ● 有些人他覺得說來我們醫院做，他比較遠。我們去社篩，在那麼偏遠，我們為什麼去？因為它很多都是多年...，就是行動不方便不出來嘛，(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
時間與可及性限制	與醫院距離過遠交通不便	● 因為交通不方便，或是說身體怎麼樣怎麼樣的，他不方便到醫院，不方便到醫院的族群。那所以之後如果篩檢出來是異常的個案，相對的，他們也不方便到醫院來復檢。.....，就是像住在 XX 那個有點蠻鄉下的，然後來醫院很不方便。城鄉差距的話，.....，其實他們的篩檢的遵從率就很高，因為他們的醫療資源比較少。所以我們出去的話，電話通知他，.....，他們就會利用這個機會，出來做檢查。那只是說如果篩檢出來是陽性的，相對的他們就醫就不是這麼方便。.....只有老人家在家，要請他出來做檢查，對他們來說就會比較不方便。(AB1)
人際互動	不願暴露身體及害羞	● 抹片的話呢大概就是有一些人會有私密的這種，害羞的這種疑慮，因為他要內診，那有些人他可能都會抗拒這種內診。因為可能有分泌物，他可能害怕讓人家知道，他會覺得不舒服或者他要去洗手間完，他才要做檢查，他可能害怕人家知道他有一些狀況，或者害羞。(B3) ● 曝露他的一個身體這種情況，他會是比較抗拒(ABC1)
	覺得是詐騙集團	● 追蹤的話，就是有些個案都會認為我們這個打來電話是詐騙啊什麼的(A1) ● 常常遇到的問題就是民眾會看到陌生來電就不接電話(C2) ● 現在詐騙集團太多了，實在是沒有辦法，他們都不會接電話，電話就詐騙集團太多，(C1) ● 會先撥打手機，那手機就是都沒有人接或者是拒接，就是有些人以為是詐騙集團，他就已經可能馬上掛掉，電話響起可能就掛掉。(B1)
	家庭與社會支持不足	● 很傳統的婦女或者是很鄉下的地方，是他們的先生會介意，我也有遇過就是他先生不讓他來的。(C2) ● 我遇過家屬是很冷漠的，他會直接跟你說，你去找本人，我沒空，然後他不願意我也沒辦法。……，我覺得主要還是看你民眾他的家庭的連結好不好，因為有的真的很冷漠。(BC4) ● 遇到就是說，可能家裡的人，那種支持系統比較差吧。有些可能先生或家人比較.....，意願都會差一點。(BC2) ● 外配來講，他對先生的依賴性很高。所以他能不能完成篩檢，有時候會必須要看他先生能不能夠配合篩檢，甚至到追蹤他回診，可能都需要夫家那邊時間上有沒有辦法配合。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-7 民眾端之障礙 訪談結果之引述(續)

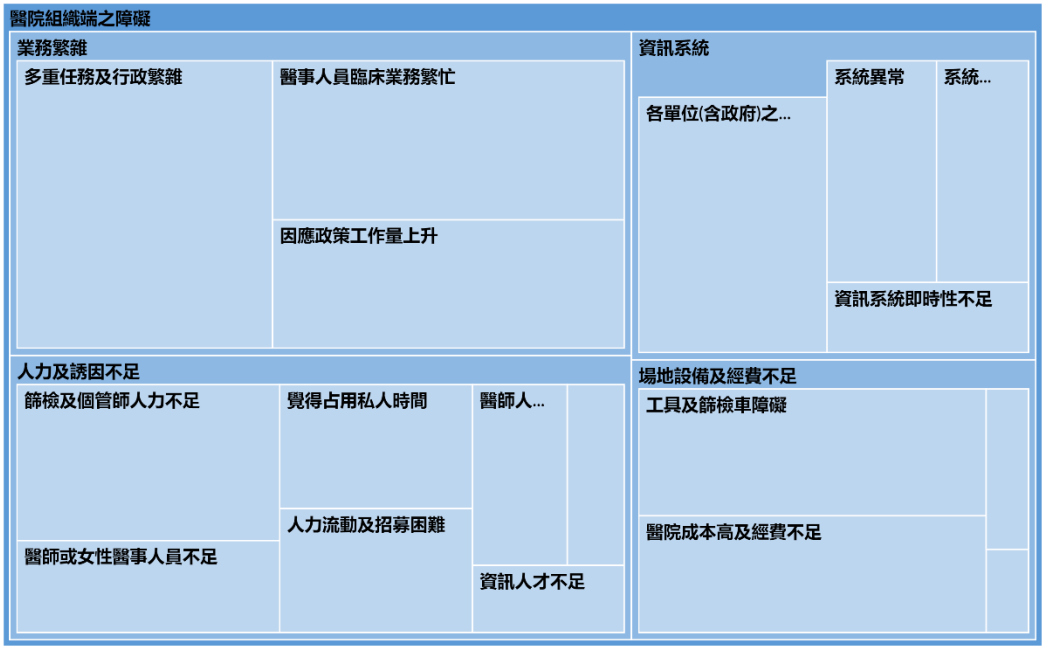
次類別	編碼	本文引述
人際互動	醫師資歷及醫院名聲	● 我們醫生偏年輕，...，因為今年是 25 歲開始可以做，二十五歲做會覺得這個醫生沒有很資深，或者是覺得他跟我年紀差不多，會覺得心理那一關過不太去，(C1) ● 如果已經生產過的一個婦女民眾，其實在選擇她婦產科的醫師追蹤上面，她就不會有太大的一個性別的選擇，她會以經驗，就是資深的醫師，作為主要她回診的一個選擇。 (ABC1) ● 民眾不滿的部分，像子宮頸抹片大概來講的話，醫師的技巧的部分是蠻重要的，某些醫師的部分可能不一定抓得到(A3) ● 民眾覺得說，我要再考慮考慮，要不要去 XX(*醫院*)，……，他想要到比較大的醫院。有些個案在回來的考量上面，...，他可能不見得信任我們這一家區域醫院(A5) ● 抹片這一塊，醫生的技術非常重要。當然乳房也是，有些有經驗的，夾很快。有些沒有經驗的，可能感覺民眾會覺得說，好像夾到我的肋骨啊，(AB1)
	醫師性別	● 以社區來說的話，XX(*縣市*)，他們會比較希望是女生的醫生來幫他們做抹片。比較為難的是，現在的女醫師會做婦產科的真的比較少，這個對於很多女性來講，還是會有芥蒂，這個也沒辦法，(A2) ● 我們醫院的女性的同仁，他們的子宮頸抹片大部分都會到外面的診所去做，因為同仁每天都會碰到面，就有點尷尬。(A4) ● 通常女性她一定是希望是女性的放射師來幫她做這個乳房的檢查，那女性的放射師...，我也不曉得，就是他們人力上就是有限。民眾來醫院的話，就是我現在符合資格要做，然後她聽到，今天是男醫師，她就可能不做了。(A1) ● 抹片比較多人抗拒，是因為我們醫院幾乎都男醫師。...。第一次做的女生，或者是沒有性行為，也很介意男醫師。(C1) ● 選醫師性別，通常都會是年輕女性，因為她可能未婚的狀況下，……，她們的迷思會覺得好像會做觸診，所以她們在這一個過程當中會覺得，如果是女性醫師，對她們而言可能會比較有一個大的一個安全感的感覺。而且比較沒有生產經驗，她可能覺得在一個生理器官部分上，她會覺得如果是女性醫師來講，她會比較願意回來做追蹤。(ABC1) ● 抹片來說的話，我覺得鄉下地方對於男醫師還是比較在意。……，那他們就是一定要事先告知說今天是男醫師，他是否願意。那會蠻常遇到，就是他真的是不要男醫師，他就是不要。(C2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-8 醫院組織端之障礙 訪談內容編碼與歸納

類別	次類別	編碼	提及人數	提及次數
醫院組織端之障礙	資訊系統	資訊系統即時性不足	4	4
		系統開發不足及無提醒機制	3	6
		系統異常	4	7
		各單位(含政府)之間的系統操作障礙	6	14
	業務繁雜	醫事人員臨床業務繁忙	6	16
		多重任務及行政繁雜	12	21
		因應政策工作量上升	7	13
	場地設備及經費不足	醫院成本高及經費不足	5	12
		醫院場地不足	2	2
		極端氣候	3	3
		工具及篩檢車障礙	7	13
	人力及誘因不足	醫護誘因不足	3	3
		醫師或女性醫事人員不足	3	7
		醫師人員不重視	3	5
		資訊人才不足	3	3
		覺得占用私人時間	4	7
		篩檢及個管師人力不足	7	12
		人力流動及招募困難	6	7

圖二十八、 提及次數比較_醫院組織端之障礙



doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述

次類別	編碼	本文引述
人力及誘因不足	醫護誘因不足	● 雖然醫師出去做抹片有績效，可是其實對有一些醫師他的吸引力不大。(C2) ● 一個活動支援，它是有費用的，那就是看這個費用對你有沒有吸引。(B3)
	醫師或女性醫事人員不足	● 我們乳房外科醫生比較少，不是每天有診，每個人都在嫌乳房外科很難掛，…，很久以前是有專門的什麼六分鐘護一生的通道，是專門請一個醫生來做，但是因為現在因為醫生少，然後護理人員也不夠，沒有辦法多開這一個診，所以併到門診裡面。(C1) ● 雖然有兩臺，但是真的是受限在那個放射科的人力，因為通常女性她一定是希望是女性的放射師來幫她做這個乳房的檢查，…，就是他們人力上就是有限(A1) ● 主要現在因為醫學的人力非常吃緊，所以他們有時候會有一些小抱怨啦，…，大環境影響就是醫師人力很缺的問題比較大。(C2)
	醫師人員不重視	● 護理人員只會給單子，跟他講說這個要去一樓的癌症篩檢櫃檯(C1) ● 對於預防保健這端，本院會有一些醫生會覺得說預防保健這端可能是應該要讓一些比較基層的診所來做，那可能我們醫院，醫學中心應該著重在於治療端的部分，(C2) ● 我們跟國外有去做交流，我發現就是醫師對這件事情不介入、不關心可能也是一個障礙之一。多說一句話:「你要去做篩檢」.什麼，有些醫師不太願意做。會做的醫師，有，少數，非常少數。大家對篩檢這個並不是那麼百分之百有辦法全心全意去支持啦，(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
人力及誘因不足	資訊人才不足	● 院方這邊有很希望我們可以多讓系統幫我們做，他們時常問說我們有沒有什麼可以改善的一個方式，可是其實因為現階段我們也還不太知道說怎麼去從系統端來協助我們，(C2) ● 我們發現我們癌登資料庫也要資訊人才，然後我們癌篩也要資訊人才。.....我每次要寫一個資訊需求，我都要苦苦去求那個資訊課，讓我排進去，(A6) ● 國健署的一些改變，那我們同仁可能沒有及時做到，...，尤其是資訊同仁，資訊同仁沒有改好國健署的那些要求之後，有時候就會有一些篩檢上面的一些困難度的部分。(A3)
	覺得占用私人時間	● 我們出去做社區篩檢，你還要加上車程的時間。像我們一場活動都大概 3 到 4 小時，那你如果還要含車程的話，大概都會佔掉他至少半天的時間。那這對他們來說，他們會覺得也算負擔，.....，為了配合民眾，都是夜間或者是說假日，那他們會覺得那都是他們額外的時間。(C2) ● 現在的同事的年齡層，其實都是有小孩的狀況，所以其實週末出勤啊，或者是夜間出勤，這個對於我們來講，的確是一個比較大的困難，就是你可能週末你的小孩要交付給誰去做照顧，這個都是要考量的一個狀況，那很多的社區又會很希望我們週末出來做服務，.....，週末一整天，就是大家願意出勤的那種意願就會比較低。(ABC1) ● 我們出去不是晚上就是假日。誰願意拋家棄子，為了這個事情在外面？當然有冷氣地方我們高興，沒有冷氣你也得做。所以就是很辛苦的工作。(A5)
	篩檢及個管師人力不足	● 六癌的追蹤，先不要講胃癌，現在五癌，只有兩個人。所以我們當然希望院方給我們，再給我們人力啦，.....，我們真的是比較迷你，我們人力真的比較迷你，像你說癌症篩檢只有三個事務員，一個才剛來幾個月，(B3) ● 我們一出去，哇，九個人。九個人力出去，其實這對我們個管師真的是一個很大的負擔。(ABC1) ● 我們的站人力，其實還是會遇到一些困難的部分。.....，醫療算是蠻血汗的啦，大家應該都知道醫療算是蠻血汗的工作啦。所以有時候來講，有些護理師我們要招的話，其實我們也二招、三招、四招，招了好幾招，也不一定招得到人，遇到什麼狀況，人手又不足的時候，他可能就從權的時候，這時候就通常比較容易出包的狀況。(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
人力及誘因不足	篩檢及個管師人力不足	● 主要是人力，就是我沒有人力的話，我們也沒有接，那他們就趕快去協調。但是我已經答應了，……，我覺得這是我們合作的效益，但是有時候找人就是比較困難，對。(A1) ● 這個單位大概編制的人力是 5.5 個人。那其實 5.5 個人大概要服務院內的一個全院的篩檢的個案已經 loading 蠻大了，所以就難去跨到院外去。……原則上我們都會配合出去支援和辦理。但如果要開拓一些新的客員，我們可能沒有像其他醫院，它有專門就是一個 team，專門做社區，這個大概是我們比較困境的地方，因為出去的人力的投入還蠻大，而且你要對社區的瞭解，生態也都必須要很清楚，我想這樣的介入才可能比較有效，在這一塊可能是我們比較困難的地方。(A6)
	人力流動及招募困難	● 一個醫院如果流動性很大的話，其實是很多持續執行的這個流程面跟這個...，因為畢竟這個是要跨單位協調的，……，跨單位這件事情就是不容易的，那這個要長期經營，不是說，我臨時開個會，然後請他們做，他就會做，……，其實是需要長時間的經營，才有辦法。所以人力的穩定是很重要，(B3) ● 我覺得我們跟公部門最大的一個問題點是，因為公部門的負責人常常會兩年換一次，……，那更換的人他可能又要重新熟悉，那在熟悉，可能好不容易培養一些默契之後，可能又兩年後又換了一個(ABC1) ● 資深的個管師，這也很重要。我們怎麼去留任這些資深的學姊們？因為他們已經在這個職場上面，對病人，我覺得就是在應對上面，或者是安撫他的情緒部分，還有管理上，我想這些他們都有非常很好的經驗。那如何去留任這群人，能夠讓我們的癌症的照護品質，不需要因為人員的異動，我們要重新去做一個 TRAINING 跟教育，其實這樣是真的很浪費資源。(A6) ● 有時候來講，有些護理師我們要招的話，其實我們也二招、三招、四招，招了好幾招，也不一定招得到人，...，人家，有他的人生規劃，我們當然都顧，只是人力的調配，我們大概還是在想辦法。(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
場地設備及經費不足	醫院場地不足	● 我們就只能就現有的狀況，快速的詢問民眾。但是會遇到一些狀況，有時候我們的空間，是比較有限的。所以在詢問的時候可能彼此一直會有一點點小干擾。(B2) ● 場所相對比較小了一點。……，這個場地就稍微比較沒有那麼好，沒有像說一個大的地方，可以讓民眾在那邊坐著等，……，然後那個場地因為畢竟也是比較醫院的第一批的建築物，那不像是新大樓那個寬敞這樣。場地的部分，當然醫院的地點還是有限，但是我們已經盡量去做到最好的部分了，就是真的稍微小一點。(A3)
	醫院成本高及經費不足	● 這些項目，你要推展啊，我要養這麼多人啊，對不對?那你國健署，我做了這麼多，你又要核扣我。……，每一場的篩檢不是那麼的簡單，因為你看到我們成人健檢的項目是不是有這麼多種? 那麼多種是不是要很多的人力，包括很多的志工，才有辦法安排那個場地,還有整個流程,每一場都會有不同的狀況出現,後面有多少的人力跟人工存在?那不是在欺負我嗎?.....上面的人會覺得說，你沒有效益，他看不到你進帳的效益。那你國健署又要逼我們說把這些案量要衝上去。(A2) ● 他每一次的經費是有限的，……，不是增加場次。因為他們不用負責場次的人數的虧損。但是我們的執行單位要負責人數的虧損。包括成本、負擔這一些。人員出去，然後車子、醫師這些都要。所以增加次數只是讓這個看起來很平凡，好像我每個點都有到，但他真正吸引來多少人？不一定。像 7-11 那樣，到處都開啊……。那對於基層的一些執行單位來講，就是耗費成本啊，真的是沒有意義的。人有沒有那種特性，你看人家排隊你就會想去買，因為機會難得。現在廣告都會這樣「走過路過不要錯過」。可是如果你變得很普通，我為什麼要來?反正我明天來跟後天打有什麼差別? 你都會在呀。可是這樣子的話是增加誰的耗費量能，醫院。所以這個真的是政府要想，真的是要想，量能有限，所有的人都量能有限。(A2) ● 國健署在這一塊，它把點值都重新計算，點數變低了，……，今年這是要花三倍的力氣才能達到以往的水準，所以其實今年真的成效非常不彰啦。……要達到國健署的標準，勢必我們必須要花更多的力氣，或者人力的投入，要去外面開拓新的客源，才能夠符合現在國健署的要求，那其實這個對我這個單位來講我覺得是蠻困難的。(A3) ● 一開始這些個管師都是用國健署的 CCAP 的計畫在支撐，可是國建署的 CCAP…國家就是這樣，你一直要求越高，然後錢、經費一直給你砍(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
場地設備及經費不足	極端氣候	● 社區篩檢近幾年受極端氣候的確是有受影響，譬如說我們剛好就是把時間都排定了，然後就開始下大雨了，就成效不好，就是你的人力這些都召集了。或者是天氣太熱也會(A1) ● 再加上現在天氣這麼熱，民眾會想出來？我自己都不想出來。(A2) ● 現在的極端氣候越來越明顯，那冬天是酷寒，夏天是酷熱，所以我常跟我們的團隊講，是不是早上場跟傍晚場就好了，下午場就把它取消掉。為什麼，那麼熱誰都不會出來嘛，(A5)
	工具及篩檢車障礙	● 本來也有乳攝車，但是我們的那時候影像醫學部中心的主任，他覺得那個乳攝車照出來的偽陽性很高，…，也不是說他不能篩檢，只是我們醫院就是沒有乳攝，但是我如果去社區篩檢，那可能辦這個，民眾還是希望說能夠在社區就能做，…...，我們有抹片車，但在五月以後就故障了，…..，還有一個困難的地方就是，……，對我醫院來說，我們那個子抹車比較舊是 220 的電壓，所以執行上是有困難，(A1) ● 很多民眾在外面做的，乳攝車做的時候，那他的影像畫素的結果、品質可能又導致他又回來，做第二次。…..，本院的東西可能就是比較老舊，沒有辦法像現在比較新式的，他要調角度，然後模糊焦距，…..就都不要給好的一個工具。(A2) ● 3D 對臨床端而言，最大的困擾是放射科醫師啦，因為放射科醫師讀 2D 就四張片子，讀 3D 他要讀很多張片子。(A4)
業務繁雜	醫事人員臨床業務繁忙	● 護理人員大缺的情況下，其實護理人員也忙不過來啦，所以也是希望多一點護理人員。(C1) ● 其實婦產部他們那邊也非常的忙碌，……，他本來的原本的工作就已經非常忙碌了，除了本來的院內工作之外還要出來做這個。……也不太可能要求診間的醫生，每一個民眾都要衛教，叫他來做癌症篩檢，因為這樣會大大影響我們看診的進度。……，因為排班已經蠻困難，醫師的業務很忙，所以我們沒有辦法說指定一定只能女醫師。(C2) ● 還要催醫生打報告，因為我們量太大了，有些醫生他不是只有打乳房攝影的報告跟復檢的報告，他有時候他還要接其他科別的報告，(B1) ● 在診間，他們就是這麼忙碌的狀況下，是沒辦法做到評估。……護病比太高啦，所以他們在臨床業務這一塊其實已經負荷不過來了，已經沒辦法去負擔這麼重的臨床作業了。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
	醫事人員臨床業務繁忙	● 各科的業務還是有一些繁瑣的部分。畢竟有一些大診，他雖然符合了民眾相對來說母數會比較高，但相對來說他的門診、看診耗費的時間跟精神也是很長的。一個診可能一百多號，其實一個上午的診，看起來精神是蠻耗費的。所以你要說他每一個去講，我覺得有難度。.....有時候像我們要去社區的一些布點，那場次其實還不少，但因為有時候，因為醫生還是畢竟有臨床業務，他有時候要上刀，看門診，或他可能要有在學習，寫論文之類的，那可能他可能時間上會比較分散，那有時候可能場次就會比較需要跟他們做溝通協調，(B3) ● 醫院他自己的病床業務已經很忙了，他事實上是沒有太大的能力去社區據點。.....因為在醫院裡面要做的時候你需要臨床診間的醫師或護理人員幫你把符合資格的民眾轉介到那個篩檢中心櫃檯來接受篩檢。那當你業務很忙的時候你不見得做這件事情，.....，醫師這個對這件事情的不夠投入，其實是全臺灣大家都一定一樣，因為大家都太忙了，(A4)
業務繁雜	多重任務及行政繁雜	● 我們的就是同一批人力，要做院內篩檢，又要到院外做篩檢，其實不容易啊。(B2) ● 個管師除了在篩檢這個業務之外，他還要跟臨床的團隊有一個見解，.....報告要上傳大乳口，這個有一個 format 的格式，在推的時候都有一些阻力，因為東西太多了，臨床端要填太多東西了(A4) ● 看一個月有時候四、五十案件異常，變成我有時候忙起來，因為我畢竟不是只有追蹤婦科這個，我還有其他婦產科的業務要做，那這樣的話變成我會 loss 掉，就是有的沒有追蹤到結果。(BC1) ● 我可能在做申報 P 碼，然後我又要上傳的時候，可能電話又來了，又去忙別的事情。(BC3) ● 對我們來講負擔很重的是，我可能在做陽性個案電訪當中，窗口就來了民眾要做篩檢，這時候我應該放下電話呢? 還是我拒絕這個民眾來做篩檢，這是我們在做這些工作當中常常遇到的一個很大的一種心理掙扎，我到底要不要快速的解決掉這個電話中，無論是來諮詢的，還是我在做個案的追蹤，就是會很掙扎。(ABC1) ● 從本來的服務量很少到量很大，.....，你要擔任篩檢窗口的服務，然後你還要就是空檔時間去做陽性個案、異常個案的追蹤，然後還要做品質計畫書的整理、彙整，然後還要做各個癌別會議的簡報啊、行政啊、記錄啊，所以其實就是個管師我們變成是前、中、後全部都要去兼顧這些任務。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
業務繁雜	多重任務及行政繁雜	● 行政文書工作上的負擔也很重，每個人都是從護理人員轉任過來的，所以在行政啊跟申報這些醫事類的一些工作任務上，其實對我們來講是非常非常陌生的。所以我們要重新學習這些其實是真的是一個很大的一個工作負擔。……，其實對我們人員真的會是要花費很大的心力的一個狀況，而且我們本身自己又有很多的品質要去做管理，……，我反而覺得說是我們加班就是在做文書工作，並不是真的在做篩檢相關的工作，都是在做文書作業的部分會比較多(ABC1) ● 要花蠻多時間去做一些後續的一些溝通跟聯繫，再來就是品質的監測部分，還要跟診，……，如果遇到一些變化來或怎麼樣，有時候時效性就是說，或者就有時候會有些受限，就是說沒辦法及時幫個案去做甚麼處置。(BC2)
	因應政策工作量上升	● 癌症篩檢的項目越來越多了，像去年就增加肺癌篩檢，那明年又要增加胃癌篩檢，……，系統方面的話，其實我們一直在追求一個正確、快速。但是我發現我們花在民眾太多的就是國建署的問卷真的是太冗長了。(B2) ● 之前是還可以 COVER，今年度因為它開放……，那我想今年各家醫院應該都差不多，上半年度都爆了，就是量，一下增加非常多，那相對的，疑陽異常個案也變很多，這個還相對的，這都環環相扣的，門診量也變很大。(BC2) ● 我們有國健署的品質計劃案，然後還有口腔師的計劃案，然後還有衛生局的計劃案。所以我們就是在做行政文書工作上的負擔也很重。然後包括現在還有一個國健署來的追陽計劃，我們還要做申報，健保的申報。然後還要去分類說什麼，被核付、不核付或暫不核付，要去做逐例、逐案的說明。其實這個都是給我們工作上帶來很大的負擔。(ABC1) ● 今年開始，國健署在這一塊，它把點值都重新計算，點數變低了，其實對我們來講，我們內部的顧客已經 review 這麼多年，其實要符合它，國健署的三年跟健保署預防保健篩檢的那個年度不一樣，所以其實我們要達到國健署的標準，今年這是要花三倍的力氣才能達以往的水準，所以其實今年真的成效非常不彰啦。 ● 我們做得到的事情，他(國健署)就開始不給分了，他就給我們做不到的事情。反正就是分數越來越難拿，然後就是說，它就變成這種常規篩檢的病人，他就不給分了，他就給一些…，像剛剛講的一些身障或多年未檢的部分。那這些其實他們就是有障礙，所以他們才不願意來。所以當然這個是國家的政策，是希望照顧這一群比較難被照顧到的，但是對我們一線執勤單位來講，當然難度就會變高。(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
業務繁雜	因應政策工作量上升	● 國健署又要我衝這個 40 到 64 歲，真的很為難，真的是逼急了基層人員。……，你國健署的東西，我做了我還要被你扣錢，我做這麼辛苦。……，那你又說我沒有辦法提升你的量能，……，現在又在推很多東西，包括居家護理、居家醫療，包括一些篩檢這一些東西，都在往外推。不是說不可以推。可是有沒有想過說，你們的政策不可以一直在擠壓這個我作為中間的夾心的人，大家在基層的人真的很辛苦，被上級擠又被你國健署擠。那我也不是真正的業務，那卻要背負著業務的責任，那這個就是蠻不合理的一件事情。(A2)
資訊系統	資訊系統即時性不足	● 聯合檢驗所會先上傳報告，再把報告給檢驗科，檢驗科再上傳我們的系統。有時候就是已經陽性了，我們院內檢驗科的還沒上傳(系統)，可能要稍微等個一兩天，再如果是確定要回來我們醫院的，也要等個一兩天再 call，因為萬一民眾太緊張，太早回來，他回來門診，可能上面還看不到。(BC3) ● 有時候那個國健署的一些改變，那我們同仁可能沒有及時做到，…，尤其是資訊同仁，資訊同仁沒有改好國健署的那些要求之後，有時候就會有一些篩檢上面的一些困難度的部分。(A3)
	系統異常	● 最害怕就是電腦異常，比如說系統有連動不上的啊，或怎麼樣，這種是最害怕的。(C1) ● 醫院系統在今年有一些狀況，就是簡訊有故障，還有提示單出不來，這些對我們都是很影響，當這些系統有問題的時候，就會造成我整個篩檢量的影響。…...，我們同仁也會提說，聽說明年好像要換什麼換什麼，他們也會擔心。(A1) ● 系統的確也有不能使用的時候，…...，之前是他那時候他們好像剛好在改版，所以造成了困難，我就沒有辦法執行。……，譬如說那個 HPV，今年開始的時候，就是沒辦法查詢，就沒辦法執行。然後呢，前陣子他還有公告說，好像系統要做什麼調整。所以你說會不會影響到我們? 一定會影響。(A1) ● 另外常見的是像國健署他們檢核的系統有時候是當機的時候，會比較造成我們在檢核上有一些困難。(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	本文引述
資訊系統		● 最花費時間的應該是資料上傳跟建檔。……，五分鐘可以發兩千封簡訊，但我可能五分鐘只有一通電話，這個成效我就覺得差很多。……，我自己也有去別家醫院很多，他們都還要用手寫，或者是工作人員幫你寫，但都是寫，我就覺得浪費很多時間。(C1)
	系統開發不足及無提醒機制	● 不是有設定兩週後會追蹤說我們要 key 嗎？那個兩週後的追蹤，他不會自動跳出來。他變成會是我要點進去看，我才知道說我沒有寫到他，……，缺點就是他沒有一個系統可以跳出來提醒我個管師說，「我這個病人還沒有追到底」，我要記得，要不然你看一個月有時候四、五十案件異常，變成我有時候忙起來，……，我會 loss 掉。(BC1) ● 其實我們不是登錄或者是一插健保卡進去就會自動跳出說就是可免費做……。(BC1) ● 個管師沒有辦法整個主導那一塊，那一塊只能一直掛在上面，跟一直要跟病理科確認，跟子抹小組確認，如果是可以開發一個就是，這邊也可以有提醒機制的。就應該操作上會更容易，然後也比較不會有錯漏的問題。(BC3)
		● 還沒有系統的話，我們是用 Excel 表，可是 Excel 表的話，它其實不是很良善的推化，因為畢竟它是一個初階的，比較簡易的一些追蹤的部分這樣子，那很容易怕資料說去毀損，或者是電腦當了，那你整包資料就沒了。(B3) ● 以前我們可能都用 Excel 自己還要自己的 Key，萬一你沒 Key 的時候，不是就忘了，這個病人可能就不見了。(A6)
	各單位(含政府)之間的系統操作障礙	● 各家醫院跟國健署開會的時候，其他院所的個管師也有反映這個問題。因為他們覺得說這個太麻煩了。他就說要一筆一筆 key，復檢或切片，也是都要一筆一筆 key。然後就反映給國健署，國健署說因為系統的關係。像大腸癌的話，它有沒有做大腸鏡的，醫院有系統可以批次傳的。…現在乳篩的系統，它複檢跟切片的資料是不能批次傳的。所以我們要一筆一筆進入國健署的系統，一筆一筆 key。(B1) ● 只能去看過一陣子，他有沒有在那個上面消失了，一直沒有消失的話，我們就是要跟病理科確認，然後還要打給那個子抹小組，就是子乳大口系統的子抹小組確認這樣子，因為這個部分就是真的，因為乳的部分是可以…，我可以自己上傳。子宮頸癌的部分就要解剖病理科上傳，…，如果一直還掛在上面，要跟他們確認，這兩個端點確認。因為個管師沒有辦法整個主導那一塊。(BC3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-9 醫院組織端之障礙 訪談結果之引述(續)

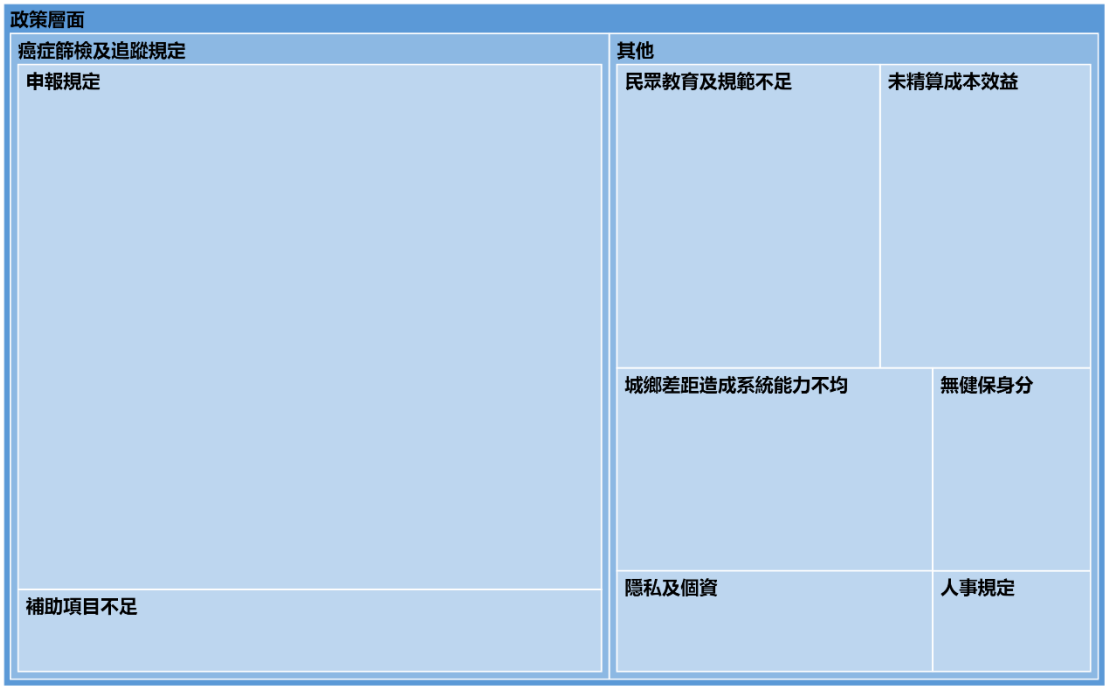
次類別	編碼	本文引述
資訊系統	各單位(含政府)之間的系統操作障礙	● 癌症系統目前有個問題是說，它是沒辦法做連結的，……，所以變成我只能逐筆進去國健署的癌症系統去做登錄，……，目前乳癌這塊沒辦法做，他們是跟我們說這塊是沒辦法做，各家醫院其實都一樣，都沒辦法這樣做。我們只能說 data 是可以 update 過去，可是我們的追蹤系統是，包括資料是沒辦法 update 的，沒辦法就是兩邊可以交互使用。(BC2) ● 子宮頸抹片的系統會讓我們覺得很...像乳癌系統我們可以直接從個案去查，我們可以直接從系統去查尋這個個案的名單，可是抹片系統就不行了。抹片系統的話，它就是用病理變化進去，然後它是整批這樣子轉出去、匯出去的。所以我們不會知道，我們沒辦法逐筆逐筆去查這筆個案的動態。必須要等病理科，他們就是每個月回饋給我們資料。然後我們才能從他的資料裡面去看這個個案，然後這個個案到底切片報告有沒有上傳什麼的，其實我們都看不到。它不像乳癌系統，...，而且它是開在病理科的那一端，不是開在我們個管師，所以我們個管師就沒有權限去操作。資料都要請病理科去跑資料給我們。然後我們之前有打電話到子抹系統，然後子抹系統說一家醫院只能設計在一個地方，那通常都是設計在病理科。那這一塊對我們來說就是在操作上就會比較不方便。然後資料的 catch 上就會比較有限一點，就是時間上會有差，因為我們都是一個月給一次嘛。那對一個陽追來說，假設他是一號的陽案，那我們要等到下個月的五號，可能才會知道有這個案存在，所以這樣資訊上就會有落差，在申報上面也會有點困難。然後像乳攝，我就可以用 ID，直接去查，...，就是他的複檢結果。那像抹片的話，他的病理都是要病理單位切片轉出去的時候，系統自己去抓，那常常有時候會落在病理科。那可是病理科他沒有這種後臺的監測，他就是很制式化的這樣子傳，可是我們的陽追、陽追率，我們是有在控管的，所以我們都會很積極的一看到這病人有做切片，我們就會趕快把切片報告上傳出去。那可是病理科他們可能是集中在一個時間才會做上傳，……，所以每次都還要再等好幾天才去看到底這個個案消失了沒有，所以在這塊會讓我們覺得非常不方便。作使用不是在個管師，對，可是陽追的這個業務又是放在個管師，對，這樣子就會有點...就是要怎麼去形容?就我們想要趕快去結案，可是病理科...，甚至有些是在其他醫院的病理科，他還沒把病理報告上傳。可是我們的對口都是那家醫院的個管師嘛，那個管師也都是他們病理單位在上傳。所以個管師也不會知道說這個案病理報告到底上傳了沒有。所以也要透過他幫我們去問他們的病理單位，到底有沒有上傳出去。所以在抹片的這一塊會覺得蠻困擾的。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-10 政策層面之障礙 訪談內容編碼與歸納

類別	次類別	編碼	提及人數	提及次數
政策層面	其他	隱私及個資	2	3
		無健保身分	1	2
		民眾教育及規範不足	1	5
		人事規定	1	1
		未精算成本效益	2	4
		城鄉差距造成系統能力不均	3	4
	癌症篩檢及追蹤規定	補助項目不足	2	3
		申報規定	7	19

圖二十九、 提及次數比較_政策層面之障礙



doi:10.6342/NTU202600045

表 4-11 政策層面之障礙 訪談結果之引述

次類別	編碼	引述
其他	隱私及個資	● 家人問我們，為什麼會尋找這個民眾?我們是不能透露的。我們不能跟他講他的報告異常，因為這個是他自己個人的隱私，...，曾經遇過，就是在電訪個案的時候，家屬就是很想知道他到底怎麼了。但我們可能當時就透露說，我們要通知他的乳房攝影檢查報告。後來就有被類似投訴，...，就是要告我們個管師的一個狀況。所以其實在陽性個案追蹤上面，因為個資法這件事情就是讓個管師在追蹤上，其實是一個很大的困難。(ABC1) ● 電話當中又因為個資法不能講解果(C1)
	無健保身分	● 我有遇到一個狀況是換僱主，但是因為我們這個是預防保健，算是免費的，那他一定要有健保身份。假如說他在新、舊僱主中間做切換，還沒有健保身份的同時，他是不能做的，這種就比較麻煩。我們讀健保卡的時候，都會看到他會顯示沒有健保身份，變成他...可能空窗期他自己繳費，不然就是要等到他新僱主幫他繳健保費，才有辦法做(C1)
	民眾教育及規範不足	● 所以他就是變成是老人健檢，老人健檢他的量能有限，因為他一定有名額限制。所以在篩檢的這一塊，你會碰到的就是，民眾會覺得說，你那個太陽春了，我想要什麼什麼什麼的嘛。國家對於衛生這一塊是做得很好，但是有點太讓這些民眾欲與欲求了，包括這些健保，做得這麼好，但他們有沒有飲水思源過，他自己應該要出什麼力，...，國健署都沒有去衛教民眾應該有的責任，健康是誰的?民眾的。民眾有沒有責任？有。有責任。那應該要宣導衛教影片。應該都要出來。告訴他，健康是你的責任，你應該定期去。比我苦口婆心說拜託他來。(A2) ● 人有沒有那種特性，你看人家排隊你就會想去買，因為機會難得。現在廣告都會這樣「走過路過不要錯過」。可是如果你變得很普通，我為什麼要來?反正我明天來跟後天打有什麼差別? 你都會在呀。可是這樣子的話是增加誰的耗費量能，醫院。所以這個真的是政府要想，真的是要想，量能有限，所有的人都量能有限。(A2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-11 政策層面之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
其他	人事規定	● 像長照，他們就會有規範，比如說你幾個人要設置一個這種個管師，那像這種異常個案他就沒有這樣設置，他比較沒有一個大概的規定(B3)
	未精算成本效益	● 增加場次的話，其實是在耗費我們的量能。……，沒有辦法抓到說，你這次上班是 100 人還是 50 人。……，他們不用負責場次的人數的虧損但是我們的執行單位要負責人數的虧損。包括成本、負擔這一些。人員出去，然後車子、醫師這些都要。所以增加次數只是讓這個看起來很平凡，好像我每個點都有到，但他真正吸引來多少人？不一定。(A2) ● 篩檢一直都有一個爭議就是 overtreatment。如果去看乳癌篩檢量的話，乳攝車的量已經超過醫院的量。你懂意思嗎？就是說，乳攝車到處去跑嘛，...，那乳攝車的量現在增加了，乳攝車一年所照顧到的篩檢的乳癌病人數已經超過了醫院的量，.....，那乳射車會有一個我們品質上的問題，.....，假如他今天開到一個人口密集的地方，那乳攝車投資的老闆他一定要求 cp 值嘛，他就想說我今天出來了，我就是希望能夠篩到最多人，然後我可以請比較多款項。那可是攝影它是有一個要求品質，就是說他今天一定要好好擺位去照相。那所以一個攝影好好擺位照相要時間，如果今天一個人好好檢查大概要花 10 分鐘，那你一個小時 60 分鐘就是做 6 個人，甚至可能 6 個到 8 個吧那你今天假設今天在菜市場口你這個車子擺了 8 個小時，那 8、6、48 你就可以算出它應該合理的檢查量是多少。可是你去看，那個乳攝車照出來，假設他今天是熱門的話，他可能那一天是做 200 個。那 200 個你要想像它的品質是怎麼樣？.....國家要用，要想辦法去設計一個制度，去讓廠商願意去跑這趟路，(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-11 政策層面之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
其他	城鄉差距造成系統能力不均	● 城鄉差距大，所以其實他們，你說要用手機看或者是看簡訊，他們其實都不會，他們只會接電話，那種就比較麻煩。.....，因為我們電子化，所以比其他醫院，……，像 XX 醫院，他們就打電話來問我們的流程，.....，但他說就是聽完之後，他一直覺得城鄉差距太大，他們很多沒辦法補助。(C1) ● 每一家醫院的經驗值其實還是有城鄉的落差，畢竟在北部它是一個資訊接受度比較高的...，不管是長輩或者是這種符合篩檢年齡這些人，他願意接受這種資訊化的這種通知。那如果到中南部的話有時候不見得，因為畢竟還是有城鄉的差距(B3) ● 我們的一個篩檢服務量來講，是高於其他縣內醫院的一個綜合的量。但是因為我們自己跟各醫院的窗口，就是篩檢窗口人員都很熟，所以其實我們在聊天當中就會知道說他們的(*其他醫院*)困難點可能是資訊系統，他們資訊系統可能沒有辦法像我們院內的資訊室這麼的可以很即時性。雖然說不是說很快速，但是其實在跟其他醫院比，我們其實算是在篩檢系統上面算是蠻健全的，然後在於修改上面也是蠻快速的。(ABC1)
癌症篩檢及追蹤規定	補助項目不足	● 國健署目前只有針對計劃案執行人員做人事核銷的相關補助，還有少部分的宣導費，並沒有針對這種儀器面的提升(B3) ● 每一次的經費是有限的，因為他還不能買太貴嘛，量大的話也是沒辦法，經費有限。(A2) ● 獎勵的話，規則很多耶。這個也不能，那個也不能。那問題就是我們又不是拿來私用的，...，比如說，環保購物袋，……我送了好幾年了，誰還想要環保購物袋？……。可以送的沐浴乳，我們也送了。金額限定有多少錢以下？我們也盡量了。我們都沒有辦法送到，那個很真正的點。那民眾的要求會越來越多，……，希望就是政府他在核銷這些計劃案的時候，不要那麼的硬性規定說這個地方只能夠用文具，還是用什麼。 ● 如果我們在使用單位可以有效的提出說，我們今天要買這個物品的用途，譬如說，我們講投影機這件事情，……，他(承辦人員)說不行，因為投影機就是你們貴院本來就應該提供的，……，喔好。那為什麼要投影機? 我要宣傳衛教啊。……這是不是我就做到的東西了？但你就不能讓我買投影機，因為項目裡面沒有。(A2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-11 政策層面之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
癌症篩檢及追蹤規定	申報規定	● 由我們醫院申報，所以就一定要在我們醫院完成。不然就是它要跨年度了，重新來一年的意思(C1) ● 如果他沒有來聽報告，我不能申報，那我做了沒? 我做了啊。……，因為每一場的篩檢不是那麼的簡單，……， 每一場都會有不同的狀況出現，那做了這麼多，你就因為說，民眾沒有來聽報告，所以不可以申報二階，好，我做了沒?.....，後面有多少的人力跟人工存在?那不是在欺負我嗎?.....，我也願意配合，可是你總不能夠讓基層人工做得很辛苦吧? .....，上面的人會覺得說，你沒有效益，……，他看不到你進帳的效益，那你國健署又要逼我們說把這些案量要衝上去。(A2) ● 不同的族群的時候，你去限定這個名額跟篩檢量，其實是不合理的，包括應該要搭配的人口結構的改變，這個人口結構改變，真的要很注意。因為現在出生率非常非常的低，每年的篩檢人口就這樣一直高一直高一直高，阿就沒有生出來那麼多人，是要怎麼檢查那麼多人。包括成人健檢，40 到 64 歲的話，3 年才能夠篩檢一次。那你今年已經篩檢了，你明年還會找這個人來嗎？不會啊！那也就是篩檢有空窗期啊，那你一直在要求那個數據，那這個不是一個辦法，你應該要求的是品質。品質是在哪裡？既然你的人口數結構是一定是下降的，那就應該要求品質。(A2) ● 今年開始，國健署在這一塊，它把點值都重新計算，點數變低了，其實對我們來講，我們內部的顧客已經 review 這麼多年，.....，所以其實我們要達到國健署的標準，今年這是要花三倍的力氣才能達到，他們的可能以往的水準，(A6) ● 它(申報)很多都是要跟資訊系統去做管控，.....，再加上我們醫院申報是在每個月 5 號之前就要申報出去，然後我們的保險組就又要要求我們，每個月又要在月底之前，就必須要完成這個東西的所有資料的上傳，方便他們在 1 號的時候就可以傳到。所以其實對我們來講壓力蠻大的。最大的困境是我們會遇到可能 28 號、29 號他可能才來確診的那一群人，那其實我們實在到現在，還是很猶豫，不曉得說我這類的病人，我申報出去，他認嗎?.....，所以大家在月底的時候，壓力就會比較大，要及時去完成這些東西，……，或者是有時候它可能切片，報告還沒出來，所以我在下個月報到底是核准還是不符合，這個我也不太清楚。雖然他們都有回饋給我們一些核付的原因，但是好像這個我們還是看不出來，我們這樣做是對還是不對。(A6) ● 2026 年的 1 月 1 號，2025 年事情就不管了。國家政策是這樣，…他算成績就算到 2025 年 12 月 31 號，…，可是民眾是活生生一個人啊，他 2026 年還是繼續在你的醫院出現啊，…，他只是過了國健署那個法定的那個時間點阿，(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-11 政策層面之障礙 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
癌症篩檢及追蹤規定	申報規定	● 雖然申報碼是透過醫師的名義餵進去，然後再跟健保署申請費用，那實際上醫師在這一塊的角色其實是沒有付出(A6) ● 轉介上面，我們沒有辦法去做一個完整的記錄，那資訊也不夠完整，……，但前面篩檢的部分必須完成，而且也必須要上傳，如果你有轉介到 B 醫院的話，B 醫院要把這個資料上傳，那你兩個都必須上傳之後，這一筆費用，健保署才願意付給我們這兩個醫院。常常就是我們有上傳，可是前面這邊有，就缺了轉診的這一塊，那它就沒辦法做串聯，……，如果我們要把篩檢推得更好，是不是還可以有什麼樣的方式去讓有 AB 兩個單位都有做串聯，其實這樣可能是會比較好。(A6) ● 我們做得到的事情，他(國健署)就開始不給分了，他就給我們做不到的事情。反正就是分數越來越難拿，……，它就變成這種常規篩檢的病人，他就不給分了，他就給一些……，那這些其實他們就是有障礙，所以他們才不願意來。……，國家的政策，是希望照顧這一群比較難被照顧到的，但是對我們一線執勤單位來講，當然難度就會變高。(A3) ● 以我們比較基層的醫院來說，這對我們來說蠻困難的，因為從篩檢到報告出來通知民眾回來復檢，再做個乳房超音波或是做放大攝影，判斷出來說他這個可能需要做切片，民眾就會想要到醫學中心去做第二諮詢了。那通常醫學中心他不會接受你小醫院的檢查的報告，他們可能重新再來，兩個月時間就沒了。所以我會覺得是不是在這一塊能夠比照大腸啊、比照抹片啊，變成三個月，…，大家都是希望能夠把陽案做好，…，可是也不要給個管師這麼大的壓力，在跟時間賽跑，因為其實像我們來說，一個個管師，全癌，全部都要追，然後又很緊張說，這個兩個月，這個幾個月，然後這兩個月又要很急的去追民眾。民眾又覺得說，為什麼要追的這麼急?也會造成民眾的困擾啦，那我會覺得說，這種醫療的作業方式，就是要給大家彼此一些彈性的時間。你也要給民眾他有一些彈性時間，有那個就醫的一些時間啊，然後第二諮詢這也是正常的常態啊。那你把時間壓縮在兩個月，就是不知道到底要逼民眾，還是要逼死個管師。我會覺得這樣子的氛圍不太好，要給彼此充分的作業時間。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

二、障礙因素之對應解方

此小節主要彙整訪談大綱主管及一線工作人員的第二題及三題中受訪者面對這些障礙及困難時，他們之應對方式及解決策略，以及第四和第六題中的組織優勢。並將其分為「民眾端」以及「醫院組織端」二類加以整理

在民眾端，前節總結之民眾端障礙為以下五項次類別:「消極處置」、「時間與可及性限制」、「疼痛及恐懼」、「人際互動」以及「健康識能與個人狀態」，考量「健康識能與個人狀態」涉及面相廣泛，故將其對應解方整併納入其他類別，最終在民眾端障礙因素之對應解方分為四個次類別，分別為、「消極處置與意願低→硬性制度與強化風險認知」、「時間與可及性→優化流程與交通支援」、「疼痛及恐懼→心理介入與正向經驗建構」以及「人際互動與信任→建立長期醫病關係與家庭支持」，各次類別中相對應的編碼，如表 4-12 所示，其訪談結果之引述如表 4-13 所示。

在醫院組織端，前節總結之醫院組織端障礙為以下四項次類別:「資訊系統」、「業務繁雜」、「場地設備及經費不足」以及「人力及誘因不足」，在歸納整理後，最終在醫院組織端障礙因素之對應解方分為四個次類別，分別為「資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制」、「業務繁雜 → 優化流程與任務分工」、「場地設備與經費不足→ 強化資源配置與外展服務彈性」及「人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系」，各次類別中相對應的編碼，如表 4-14 所示，其訪談結果之引述如表 4-15 所示。

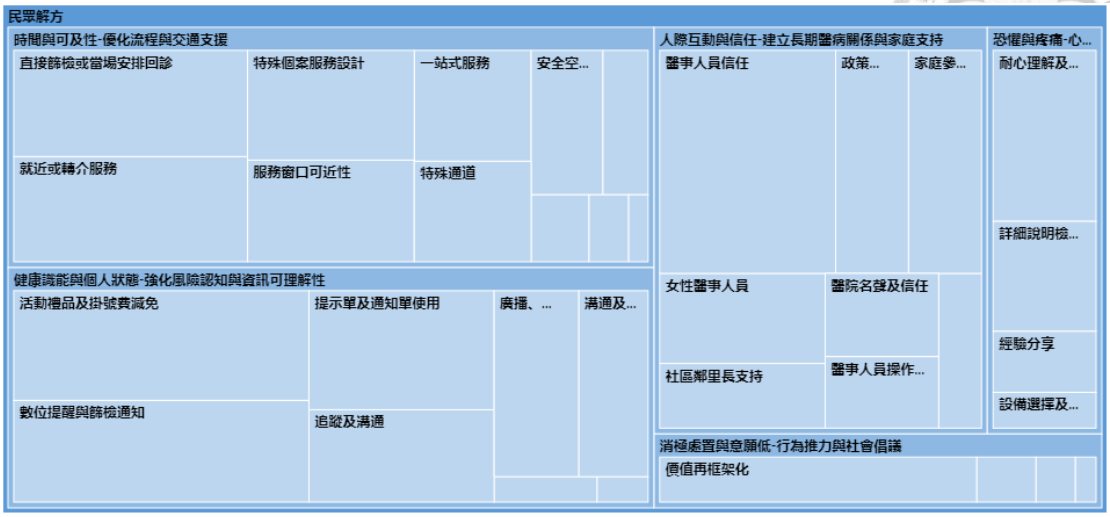
doi:10.6342/NTU202600045

表 4-12 民眾端障礙解方 訪談內容編碼與歸納

類別	次類別	編碼	提及人數	提及次數
民眾層面之解方	消極處置與意願低-硬性制度與強化風險認知	難追蹤個案換時段或換人員溝通	3	4
		難追蹤個案到門診外等候	2	2
		硬性規定	1	1
		價值再框架化	9	15
	時間與可及性-優化流程與交通支援	行動篩檢車	3	5
		直接篩檢或當場安排回診	9	19
		特殊通道	7	8
		特殊個案服務設計	8	14
		減少不必要回診	1	2
		服務窗口可近性	6	16
		提早提供班表	1	1
		就近或轉介服務	10	19
		安全空間及空間設計	3	8
		一站式服務	8	11
	恐懼與疼痛-心理介入與正向經驗建構	詳細說明檢查及流程	4	9
		設備選擇及優化	3	3
		耐心理解及陪伴安撫	7	14
		經驗分享	1	5
	健康識能與個人狀態-誘因與提升理解能力	追蹤及溝通	6	12
		社區服務據點與預防照護銜接	2	2
		溝通及工具使用	6	10
		減少暴露道具	1	1
		活動禮品及掛號費減免	11	25
		數位提醒與篩檢通知	9	23
		提示單及通知單使用	8	17
		廣播、海報、影片及社群媒體	6	12
	人際互動與信任-建立長期醫病關係與家庭支持	醫院名聲及信任	4	7
		醫事人員操作經驗	3	6
		醫事人員信任	10	28
		社區鄰里長支持	4	8
		政策及公部門信任	7	12
		持續追蹤建立信任	5	7
		家庭參與及支持	8	12
		女性醫事人員	5	11

doi:10.6342/NTU202600045

圖三十、　提及次數比較民眾之障礙解方



doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述

次類別	編碼	引述
消極處置與意願低-硬性制度與強化風險認知	難追蹤個案換時段或換人員溝通	● 難追的個案或重抹的換不同的人撥撥看。有時候民眾可能 A 跟他講，他不願意，但 B 跟他講，OK 啦，這很難講。……，我會用我的那個室內電話還有一支公務機，然後還有一支是我們出去社篩的公務機。所以我就會用我們的電話打，不行我就用我們公務機打，然後我的公務機打，他就接了。(BC3) ● 如果說今天我們白天打，他沒有接，那我們就是晚上或是假日社篩的時候打。再來就是換不同的電話打，因為如果你同一支電話打久了，他可能會知道說，這支可能就是醫院又來催了，那我們就會換不同的電話打，那可能他就會接。(AB1) ● 如果追蹤不回來，或者不願意回來的話，我們就會換時段打電話。比如說我們可能禮拜一到禮拜三打，可能沒有通，我們就換成週末禮拜五的時間去打，因為有時候有些人會週間會有排休，或者是說下午打，換時段打。(B3)
	難追蹤個案到門診外等候	● 我們院內的個案，我會去查他什麼時候回診。啊然後如果我沒有出去社篩，我會去門診外面找他。(BC3) ● 像乳房的部份我們沒有社區篩檢，他一定都是在我們醫院作的， 所以他可能就是會定期回來我們醫院的門診病人。所以我們會去查說他可能下一次回到我們醫院就醫是什麼時候，然後會針對他那一次就醫的時間，先跟診間的護理師說，「*等一下某某某快到的時候，叫我們一下。*」，或者是說，因為我們門診都會插健保卡報到，有來報到的時候，通知我們一下，然後我們就現場，當下去跟他面對面的溝通。(AB1)
	硬性規定	● 有些時候就要靠制度面。譬如說，有些醫院為了要達成篩檢的扣打，要達成一定的目標值，所以他就有一些硬性規定。像 xx(*醫院*)，沒做篩檢不能進診間，就是硬性規定。民眾為了要看 xx(*醫院*)的大牌醫師，只好乖乖去排篩檢。(A4)
	價值再框架化	● 我們會跟她講說，妳去大醫院，要重新掛到對的醫生，然後再去排。那 xx(*醫院*)那麼大，她排個檢查可能排幾個禮拜以後。我們醫院不大，但是我們設備是很好的。去說服他們，你們趕快來，我們幫你們排進去。(A5) ● 就是要先讓他知道這要趕快復查的重要性，(A1) ● 可能我就是會也會鼓勵跟他們講說，「*不會啊，我們的男醫師技術也很好，不用擔心*」。(BC1) ● 那就是去跟他講說，這個機器都有改良過，更新過(C2) ● 我們會想辦法跟他說，其實不要這樣子，你都已經來了。(A1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
消極處置與意願低-硬性制度與強化風險認知	價值再框架化	● 像年紀大的，就會跟他講說，政府補助到 75 歲而已喔，然後如果你之後做的話，可能要有費用，現在都是免費做的。因為我曾經遇到一個剛好 75 歲的，來院內做篩檢，我就跟他講說，你今年不做的話，明年你就要自己去看門診，還要排隊等門診，然後還要自己付那個門診費用，那你現在今年是最後一年，你就趕快就是免費的趕快做這樣子。(B1) ● 阿嬤類的，我可能就是用求情似的拜託他，...，然後就會跟他講說，其實子宮頸癌跟婦癌，它其實有時候就是不會有臨床症狀，.....，很多都是沒有原因，然後就有做這個檢查才發現，.....，回來才能知道要怎麼做治療。(BC1) ● 會先跟他講說，現在男醫生跟女醫師其實沒差。或者會跟他講說，那你以前生小孩是給男醫生生還是給女醫生？其實以前基本上都是男醫師。所以有時候用這種方式跟他們講，.....，聽一聽就覺得好像也道理，所以就不會抗拒。(AB1) ● 我們醫生得獎的照片，或者是說他的背景，會把它印出來，然後貼在我們篩檢的窗口，或是我們的桌上。我們會說今天幫你們抹片的是這個醫生。阿我們可能有些醫生是從 xx(*醫院*)過來的，他的專長是什麼，就是附上醫生的照片，有些醫生他就是有得過什麼獎，就是 promote 這個醫生這樣子，讓民眾不要只著重他是男生，至少可以看到他的專長，還有看到這個醫生他的優點這樣子。(AB1) ● 我們後面就是以早期發現的概念，早期發現的概念去做宣導。告訴他一些觀念，就是說，不是說篩檢就一定會怎麼樣，早期發現、早期診斷、早期治療這種概念，一定也會帶入。我會告訴他說，因為你是做健康篩檢，那國家出於這個政策，目的是什麼，...，就會稍微跟他講一下，瞭解其實我們是互相，然後我們是關心你，那大部分民眾其實接受度都還可以。(BC2)
時間與可及性-優化流程與交通支援	行動篩檢車	● 像現在都還有開那種行動車，到比較門診的熱點，就是人多的地方，去引導轉介到我們的癌症篩檢單一窗口，就是篩檢站去做篩檢這樣子。門診人員大概也都會知道說，今天外面有這個行動車在那裡介紹，他也可以很方便的直接告訴民眾說，外面有一臺車你直接去那邊這樣子。(C2) ● 我們在人力比較 OK 的時候，有一個行動的篩檢車，就是說它的電腦上面都是 OK 的。.....，他當場就可以查詢他符不符合。在這個篩檢車的部分，我們就可以幫病人多講一句話，也許他就願意做這一塊的篩檢。不過這個當然前要人力充足才有辦法做。(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
	行動篩檢車	● 醫院有出那個行動篩檢車，我們在那個批價掛號大廳，就是有一個行動小臺的行動篩檢車，可以做四癌篩檢。就是如果民眾符合，在那邊可能等批價的時候，剛好拿到健保卡嘛，所以他們就拿健保卡，我們就幫他查詢說他有沒有符合乳房篩檢的資格。有外院的個管師，他們覺得說我們今年怎麼量做那麼多，就會來問我們醫院怎麼做。通常我們都會跟他講說，我們剛剛講的什麼提示單，或是發送簡訊，或者是出行動車，我們都會跟他們經驗分享。(B1)
時間與可及性-優化流程與交通支援	直接篩檢或當場安排回診	● 我覺得我們的好處是我們隨到隨做，因為其他醫院可能需要先預約。(B2) ● 像以前我知道有些醫院是回診好幾次，我們醫院通常就是說，你來的話，他當天掛診，我們就可以做檢查，乳房外科專科醫師做超音波檢查或乳房攝影檢查，我們當天就執行。那執行完之後，報告醫師會立即再跟他說明。(BC2) ● 當天來看，當天要做的話，我讓你當天下午也排進去。我覺得也是比起醫學中心，也是很不錯的一個有效率的部分。(A5) ● 通常如果民眾是搭配看護產科的門診，他又剛好符合的話，那門診醫師就會幫他直接在診間安排完成。(B3) ● 已經找到符合個案的話，我們就不會讓他流走。像辦活動的話，我們就會當天乳攝，不會排，不需要排。抹片呢，我們也是採取安排醫生、快抹。院內的話，我們就會採取是當天可以完成的。有配合臺北市衛生局辦的成人健康檢查，他也有含婦女的癌別，那也都是當日完成，也都是 ON 在禮拜天。(B3) ● 醫院在以往來講的話，像我們抹片都是隨到隨做啦，這樣民眾的意願會比較高一點，然後另外就是乳房的部分，我們攝影的話也是盡量都是當天，他來報到的時候都做得到，這相對上民眾會比較願意去做檢查的部分。(A3) ● 只能去看有沒有比較現場(*最近*)的號碼，……，讓他不要那麼久候，……，因為當天來的民眾一定還是會有想要當天做檢查，但是我們如果真的號碼都額滿了，就是只能夠用這樣子的方式，讓他覺得說，至少我當天不會白跑一趟，會讓民眾想說，好啊，至少那這樣子，就是還可以做到檢查，那就會比較規律，或者是比較信任我們，就是定期回來做檢查。(BC4) ● 大部分都是定期篩檢，然後或者是醫生就是同一天會排攝影超音波，那他們只要有超音波，醫生就會安排回診。(C1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
時間與可及性-優化流程與交通支援	直接篩檢或當場安排回診	● 蠻多陪伴家屬就覺得我在上面也沒事，下來看看有什麼免費的檢查可以做。這種個案我們通常都會讓他直接做，因為你不知道他住幾天，也有可能他不是住附近的鄰里，只是想要利用這個時間，那他來做檢查的話，就算我們醫院的成效。...那通常聽到這種，我們都會直接說，我們就今天做抹片，等一下做乳房攝影，然後大腸癌篩檢反正你就住院嘛，你等一下弄好，或者是明天弄好，你就拿下來投在我們檢體科收箱，這樣是不是三樣都可以完成。就盡量把他抓住。然後我們就會打電話給放射科說，「*我們這邊有現場個案想要加做，你可不可以幫我們做*」，通常都可以。(C1) ● 一些跨部門，比如說他可能今天已經來就醫了，醫師覺得他可能要做一些 X 光或 CT，或其他的一些影像的檢查，他必須要脫/換衣服，那我們的放射科的櫃臺，他們就會去 screen，看看有沒有符合做今年的乳攝，如果符合，他同步會跟他推薦，要不要順便做，那如果他同意的話，他們當下就會幫他掛號，然後直接做乳房攝影，這樣也可以節省他的時間。(A6)
	特殊通道	● 添購乳房攝影機器，所以我們目前是兩臺。一臺是負責門診，一臺主要是負責篩檢，同時段民眾就不用等待那麼久。(BC2) ● 民眾符合這個，要做子宮頸抹片，我們就會請他上去看這個診，前端櫃檯就會把他這個篩檢的這些資料，在櫃檯就填好，然後上去就等，...，但是只要有子抹的病人，也不是說馬上，他會讓他穿插他進去完成這個子宮頸抹片(A1) ● 是穿插門診的方式，那個醫生其實是在看門診，...因為不是每個看門診的女生都需要做抹片，那抹片臺他其實是在診間的後面一個小房間，所以如果他只是一般的問診，護理師知道這個只是一般問診，他就可以先叫要做抹片的，先從另外一個地方進來換衣服，先在後面等，那其實就是有點錯開的通道，不會跟問診的民眾打在一起。(C1) ● 子宮頸抹片的篩檢的話，就是配合我們的門診，那門診的話我們就是有特別開門診的子抹的時間，那他就不用跟一般的民眾等，那就專門為他們設計的時間。(A2) ● 乳房外科醫師的診都不太好掛，那我們都有保留號。我們保留三個號碼，這些號碼就是讓個管師可以直接掛進來。然後掛那個號碼，其實那個醫師就知道說這些一定是篩檢有異常的。(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
時間與可及性-優化流程與交通支援	特殊通道	● 直接帶著他到婦產科門診，我們會跟醫生先講好說，這個民眾可能好不容易被我們追來了，然後遵從性比較差，那可不可以就是給他一個綠色通道，然後就是趕快幫他做檢查。像我們乳房攝影的話，醫生就會在診間施作，因為有時候醫生他會集中病人在同一個時間來做乳房超音波。那像這一種的話，醫生可能當下就直接在診間幫他做了，不會再給他排到下一個時間。因為你排到下一個時間，他就不會再來了。(AB1) ● 這一群難得來的個案，就不要讓他等，所以我們有綠色通道，他來的話呢，我們就優先讓他們進去做檢查。所以我們住院端或門診檢查中，我們現在排在下午，那我們這些篩檢來的或健檢當天，譬如農漁民來了，馬上發現，馬上帶過去檢查的，我們就快速通關，直接進去(A5) ● 我們特別為了院內員工開了一個綠色通道，在我們的高階健檢那邊的診間。高階健檢本來就有做子宮頸抹片，我們在那邊開設特別門診，讓我們的女性員工來 booking。那我們請我們的女性婦產科醫師還是家醫科醫師，他們每個月給我們固定的時間，開放這邊專門留給我們的員工來 booking。這個診其實蠻受歡迎的，就是這樣子會提升我們員工的在院的篩檢率。那看到是大概會增加至少 70%以上的提升，就是以前做三成，現在做到五成、六成的員工會在我們醫院這裡做，這是院內員工的部分。(A4)
	特殊個案服務設計	● 另外一種特殊個案是他想要紙本報告的，我們其實櫃檯可以寄紙本報告，也會紀錄說幾月幾號我們寄了紙本報告，…...，那通常我們現在寄報告都是寄掛號，比較快到也確保個資的安全。 (C1) ● 當下也開了個案會議討論說，應該怎麼給予這個看護還有他雇主相對的一些幫助，包括他如果留在臺灣治療的時候，…，他可能要做電療，那就可能要一到五每天都要來往醫院，那在治療中，臥床的長者怎麼辦？我們那時候就幫他找了喘息，然後還有一些交通補助。所以就是外籍看護或移工遇到確診癌症，其實我們也會針對這樣去特別開會討論。(ABC1) ● 他們(衛生所)可能會寄明信片，有些很積極的就會去家訪。像 XX(縣府)衛生所他們還會說要直接載他去，幫他掛號。(BC3) ● 如果說今天這個個案可能是比較屬於那種衰弱、弱勢族群的話，你可能要再幫他銜接一些社工。(A2) ● 甚至就是遇到身障的，他(醫生)會下去把民眾背上來做檢查。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
時間與可及性-優化流程與交通支援	特殊個案服務設計	● 針對他不能來的原因，可能會個別去。例如說你是因為交通不方便，或是說身體怎麼樣怎麼樣的，衛生所他們可能會有他們地段的做法，例如說我開車去接你過來什麼的，就是會有他們地段的操作的方式，盡量去把病人請到醫院來這樣子。像住在 XX(*縣市*)那個有點鄉下的，然後來醫院很不方便。那那個轄區的衛生所，他們就是親自請志工，然後找里長，然後去看他，然後就是把他接到 XX(醫院)醫院去，全程陪他看診，這樣回來。(AB1) ● 基本上來講的話，我覺得這都是我們很貼心，依據病人的需求跟我們自己的篩檢的結果，做一些合理的追蹤的部分。(A3) ● 城鄉差距或者是不同的區域有一些特色，就是要結合一些特色，……，主動邀約來做篩檢，大概是這樣。(A1) ● 需要錢，那需要經濟補助，我們就是找社福的急救案，然後用這塊錢來幫助他們。要交通的話，這塊衛生所他們就會去處理，會派司機去把他送來我們醫院，那我們就要提供給他一個綠色通道，就是我們跟地段的互相合作這樣子。再來就是篩檢時間，如果說今天篩檢時間跟追蹤的時間有開夜診，晚上可以做篩檢，或是假日可以做篩檢的話，針對這些上班族或是白天要顧小孩的這些奶奶，他們可能也會比較方便。(AB1)
	減少不必要回診	● 門診乳房外科醫師會初步幫他做初步的瞭解、檢視，如果很明顯是沒問題，我們通常都會不用請他再回來一趟，就民眾就可以類似結案。那我們在每個禮拜回饋乳房攝影跟超音波報告的時候，我們個管師在收案的時候會看，如果說有乳房攝影影像專科醫師跟乳房專科醫師不一致的部分，就是說報告結果不一致，我們會主動請民眾再來回診，我們會幫他安排，所以這樣子其實增加民眾的便利性，它也可以少花一次錢跟一次的時間。(BC2)
	服務窗口可近性	● 我癌症篩檢的這個櫃臺就是設在我們的一樓大廳，一進來就可以看到，或者是手扶梯下來就可以看到。(A1) ● 在一樓大廳一起邀約當天來看診的民眾，或者是照顧的家屬、來探訪的親友，我們也會邀約來做癌症篩檢，就直接在我們大廳，會有擺設相關的這些活動的流程。…，我們就會在一樓大廳，因為其實民眾大部分還是偏於被動。那其實如果說有人去跟他稍微解釋一下、衛教一下，有些都還會願意來做這個檢查。(B3) ● 現場就是填問診單、詢問一些婦女的相關問題，包括她們本身如果有什麼問題也可以當場說明這樣子。(B2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
時間與可及性-優化流程與交通支援	服務窗口近可性	● 電話當中又因為個資法不能講結果，其實還蠻多民眾會剛好下一次回診，帶健保卡來我們櫃檯問報告，我們系統都直接可以幫他看。...很多癌症篩檢櫃檯其實在邊邊角角，我們櫃檯在一樓，還蠻醒目的。很多人看到癌症篩檢櫃檯，即使不是我們的五癌，他來問，我們櫃檯其實知道的都會回應。五癌篩檢的五癌一定會熟悉，但是比如說有些人最近蠻常問胰臟癌，或者攝護腺癌、甲狀腺癌這種，我們雖然不知道、不是專門的，但是會跟他講可以掛哪一科，或者是健檢套餐可以做哪幾項，因為畢竟我們比服務臺還要醒目，所以其實我們櫃檯被詢問率很高。我覺得這個也是蠻有關鍵的。(C1) ● 我們是在辦公室接聽電話，有時候會有民眾來電，詢問重新抹片的報告，或者是有一些婦女相關的問題，還有門診看完診之後，如果有任何疑問，他們也會透過這支電話來詢問。篩檢站如果有個案，當下有問題，隨時就是聯繫我們各個管理師詢問，當下解決它。(B2) ● 在門診大樓的地方，其實我們會設置癌症篩檢的服務窗口，那我們的窗口總共有三個位置，是分別在門診一樓，就是比較靠近大廳的位置，它是一個人流量最多的地方，所以民眾其實看完門診或者看診前，他可以在我們的一樓的篩檢窗口完成篩檢的檢查。那在二樓跟五樓後來有陸續再增設這個服務篩檢窗口，會是希望提供看診樓層的就近性因為這樣子民眾可以不用再移動他的位置。.....，我們的篩檢服務站三個位置，他隨時都會接收到病人進來做篩檢的一個諮詢跟檢查。....每一位篩檢窗口的個管師都是可以獨立完成篩檢服務。並不會說，今天你要做大腸癌篩檢，你要到 A 窗口，乳癌篩檢要到 B 窗口，他的大腸癌、乳癌、子宮頸癌、胃癌、肺癌跟口腔癌，是都可以在單一個窗口去完成項目的。(ABC1) ● 掛號人員也會提醒個案，如果願意，我們癌篩中心就在旁邊，就專人會幫她處理。.....，我們掛號櫃檯旁邊就是癌症篩檢中心，他只要單子帶過去，其他就是我們癌篩中心人員就會幫他處理。(BC2) ● 很多年前，我們就已經一直有在上課跟 TRAINING 了，所以這部分會稍微清楚一點點，大概知道說報告的結果，一些相關，然後後續追蹤，我們該怎麼追蹤，然後可能幾種疾病異常的病灶狀況，有可能是什麼狀況。所以個案在問的時候，我們也是稍微清楚一點點。(BC2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
時間與可及性 - 優化流程與交通支援	提早提供班表	● 基本上，我們班表前一個月在月底的時候，下一個月就會排班好，那我們會供民眾做查詢，他如果需要，當天可以先打電話來詢問，那我們跟他說，今天上午是女醫師喔，那你方便過來施作嗎？那他就會過來。(B2)
	就近或轉介服務	● 他說可能平常上班很忙，然後我就說，那你可以找看看你附近的醫院有相關的門診，……，我就會幫忙申請、寄掛號到個案的家裡面，請他帶著就是整份的轉診資料，去就近的家裡醫院做檢查。……，因為轉診單，會有民眾的身份證字號或地址、電話個資，所以只要是轉診去外院的，我們都用掛號。 (B1) ● 比較近的，我們會盡量約回來我們醫院，如果比較遠的，我們就會問他說，附近的醫療院所哪一間比較方便，看是不是需要協助掛號，……，不會勉強他一定要回來這邊，就是會積極要他去做複檢。(BC3) ● 不願意回來的話，就一樣會定時要電聯，詢問他目前的情況怎麼樣，……，有沒有意願再回來做檢查，或者是他有沒有去其他院所做過相關的檢查，因為我們不會強迫他一定要回來原來的院所，……，只是就是一定要去做檢查，……，這時候我就只能跟他說，那你可以去你就近的院所做檢查。通常他們聽到這樣子，她們就會意願比較高。(BC4) ● 我們出去外面幫他做篩檢，他可能比較想在當地去做的，那我們都會轉介。…..，直接當場做一些轉介註記的部分。(A3) ● 篩檢可能只是說他很健康，沒有問題，那最好，那以後定期就提醒他回來做健康檢查，有問題我們這邊可以做的部分，先幫他做一些些專業上的提醒，那我們幫他做轉診檢都可以，譬如轉到臺大的也有，轉到雙和的也有，(A5) ● 有幾個族群是比較困難到醫院來的，一個是他比較偏鄉的，所以一定要搭配偏鄉的一個去開站設施，第二個也就是正在有生產力年紀的人，譬如說他是 50 歲 60 歲，他是家裡經濟支柱，他今天要請個假到醫院來篩檢是困難，所以可能要跟公司行號去做一個合作，譬如說把車子開到一個比較大的企業的地方，然後設站，然後讓員工可以很輕鬆的不用到醫院請一整天假，他只要在工廠或是公司裡面，假設這個排班上可以允許，有一部分的工作人員可以一個小時後下來，就可以把這個篩檢做完，我覺得這個都是可以做的地方。(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
	就近或轉介服務	● 我們會把我們遇到的原因跟轄區的衛生所說。那也會問一下轄區的衛生所說附近有沒有就是比較 OK 的醫院，我們可以轉介這個個案到那家醫院去做複檢。……。也會跟衛生所看看怎麼樣合作去幫助這個個案，去到醫院去做這個追蹤。……，然後衛生所會再跟我們講說這個案的後續的那個復檢結果，然後讓我們去做結案這樣子，……，時間是他們可以配合的，再來就是車子開到他們，例如說他們里辦公室，或是活動中心，或是他們附近的公園，他們不用特別再跑到醫院來，直接在這邊就可以做檢查了，那當然對民眾來說這是最方便的。(AB1)
時間與可及性-優化流程與交通支援	安全空間及空間設計	● 巒早以前我們乳癌防治中心主任他就有那種想法，所以在別人還沒想的時候，他就已經想到要成立一個獨立的空間。……，我們是比較注重隱私的，…，從 89 年底，醫院就成立乳房特別門診，然後它其實就是一個專屬的門診，它原則上就是以乳房檢查為主，然後有個專屬的衛教室，…，所以民眾來醫院做檢查，也是我們在處理，就是我們在旁邊，民眾的狀況我們會比較清楚，包括後續如果他有問題，收案、電訪，也是由我們這邊在做處置。大概在 91 年底之後，因為剛好國健署他的篩檢政策開始，我們有成立一個乳癌防治中心。所以我們的門診、候診加上檢查，我們就在同一個區塊。甚至我們乳房攝影後來也在旁邊成立一個乳房攝影室。所以民眾只要來受檢，他就是在我們屬於比較女性的專屬空間。……，就是在同一個區塊，不用說像要跑到其他地方或怎麼樣。(BC2) ● 因為乳攝它要一個隱密比較乾淨的環境，然後要壓胸什麼的，要一些說明，所以只有乳攝它會有一個 schedule。(A1) ● 現在二樓的地方的話就是會有一個乳房的那個中心嘛，那個以前是沒有的，等於是說這樣把它相關的東西結合在一起，那讓民眾就是不用樓層的奔波，而且那個地方也是新設計的，感覺還蠻不錯的。(A2) ● 我們醫院剛開始沒有一個專屬的區域，現在也有了。所以說跟其他癌症相比，婦女的癌別，他更希望是比較一個專屬的空間。……，那這個乳癌跟婦產部就是在對門，所以說就是會有一個區域都已經把它規劃好，所以的確做了一些特別設計。那乳房超音波，也集中在那邊。然後還有一個設計就是針對陽性的，就是我們約診呢，我們就會當天來看婦產的時候，順便做乳房超音波。……，婦女會覺得我就是有一個專屬的空間在這邊，所以我覺得是有做這樣的調整，而且我們也發現很多醫院都已經做了這樣的調整。(A1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
時間與可及性 - 優化流程與交通支援	一站式服務	● 大型活動檢查的項目比較多，就蠻能夠吸引到民眾願意過來。(C2) ● 有些人喜歡做很多癌別，還有做成健 BC 肝，我們就是剛好串連起來。如果沒有辦法的話，我們就是看幾個癌別，我們做串連，所以社區服務的話，我們就會這樣子，就配合服務。(B3) ● 他就知道你今天要來看門症，他就告訴你說你可以，你又剛好今年還沒做，或者是看完門診後，就告訴你說，嘿，你可以符合做這個，那我就可以順便做(A1) ● 門診大樓這邊會有篩檢站，……，我們會在篩檢站做一站式的服務。……，成人健檢因為項目會比較多，所以就會比較吸引這些民眾，說我一站式就可以做到篩檢，所以他們就會比較願意去，所以有時候在 XX(*縣市*)的這些整合性篩檢的話，我們這些乳癌的篩檢跟子宮頸抹片的篩檢量，就比一般提供所謂的社區篩檢的量來的大，(A3) ● 在醫院的話，我們又有增加三高的篩檢，……。讓民眾就覺得說，我可以在這個就診的時間內，我來增加這個篩檢，然後又是在吹冷氣的情況下，就真的提升了能做的數據，這是篩檢端的部分。……，社區學部負責的叫整篩，整合性篩檢的話，就會有包括成人健檢跟五癌篩檢，就都包括在裡面。所以我們的作業就是說，他今天有成人健檢之外，我們還會幫他看有沒有其他的癌症篩檢。那他也不一定說，只要選擇成人健檢，他也可以就是搭配其他的五癌篩檢來做篩檢，……，這一個的話就是我們的號召。我可以因為這個東西來吸引很多人來做成健。這個就是互惠這樣子(A2) ● 健檢中心我們都會有一些高檢，或者是其他的一般的勞工健檢、職場健康檢查。……，那我們健康中心都會提醒他要不要同步做一些相關篩檢的項目，……，詢問受檢個人有沒有這樣的意願，如果有我們會同步提供協助。(A6) ● 比較特別的是我們有一個整合性篩檢。每年大概是 5 月到 10 月當中。這個部分是由我們健檢中心承接。……，只要他符合，可以做整合性篩檢，就會到我們癌症篩檢中心這邊來報到，那我們會同步去幫他篩檢。(A6)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
恐懼與疼痛 - 心理介入與正向經驗建構	詳細說明檢查及流程	● 我們會詳細跟他們說明施作的方式，還有步驟，減輕他們的焦慮這樣子。(B2) ● 沒有做過乳攝的，我們都會解釋說，「*一邊乳房會夾壓兩次，過程都會有點緊緊的可能會不舒服。那如果你有不舒服的話，你就馬上可以跟放射師反映，那就是會有點不舒服，可是你可能等一下就好了，畢竟都要來做了。*」。(B1) ● 檢查過程會再更仔細的、花時間去跟他講，甚至用圖示的方式，跟他講說，檢查原來是這個樣子，然後檢查過程會怎麼樣，那會有什麼好處，那過程的一些不舒服可以怎麼去盡量排除掉等等。後來也有跟放射師做一些協調，就是說像門診區，我們衛教師確定說他是首篩個案，他從來沒做過的，我們就特別再做這部分的關心跟說明。就剛提到，用圖示告訴他，「*待會你這樣子做，進去之後，你的換衣服之後，我們待會幫你做哪個檢查。那可能一邊檢查，會有怎麼樣怎麼樣，然後可能你過程當中你有什麼狀況，那這些是正常的*」，會跟他說這是正常的，只是怎樣等等，會跟他講實際的一個狀況。放射師確定他是首篩個案，也會特別再跟他說明一下，避免他一些緊張害怕跟排斥。(BC2) ● 我們這塊不是說，只是單純打電話叫他回來，其實很多東西就是還需要再細部跟他說明，對民眾來講，會比較信任，……，如果說他在我們院內曾經有受檢過，我們可以查詢到他之前過去的治療，跟現在的差異，因為他還沒回診，不可能有醫師說明，所以變成我們會稍微瞭解一下，然後跟民眾提到說，例如「*可能左手邊跟兩年前對比，他這次報告上面陳述是有些淡化等等*」，會稍微跟他敘述一下，那詳細部份我們還是回診之後，由乳房專科醫師再跟我們說明，這樣民眾感覺接受度應該會比較高一些，而不是直接說你就是異常，要回來，就是有點不太一樣。(BC2)
	設備選擇及優化	● 我們會看婦女是不是有結婚過，那如果他說他未婚，但是有性行為，基本上我們的拋棄式的鴨嘴，就會先選擇比較小號，因為我們知道沒有生產過的婦女，他的骨盆腔其實是會比較小的，所以我們的鴨嘴的選擇就會比較小一點。(B2) ● dense breast 我們的篩檢個管師在櫃檯排檢的時候就直接會讓他排 3D 的，所以在我們醫院排 3D 是不用自費(A4) ● 醫生真的是做口碑的啦，他會配合婦女的陰道狀況，會去選擇鴨嘴的 size(尺寸)，動作又非常輕柔。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
恐懼與疼痛-心理介入與正向經驗建構	耐心理解及陪伴安撫	● 民眾其實不會不耐煩，因為他上抹片車就會跟我說，那個護理師啊，會一直打電話，就是「好禮阿」(台語)。(BC3) ● 同理心的去跟他講，……，不會說很密集，說馬上過兩天一定要打電話去跟他確認或怎麼樣。反而以我的經驗，我會覺得說會造成很大的一些反感。所以通常我會押比較長的時間。(BC2) ● 目前院內四位都是男醫師，可是我們一定會有，像我們就有專責的護理師，那個衛教師會在旁邊。對，一定會在旁邊。(BC2) ● 篩檢護理師要很有耐心(A1) ● 我覺得我很感謝我們團隊，大概就是，對於長輩，對於民眾的一些，耐心夠好。……，我們專人會去陪同她，去到對的地方，去盡快完成檢查。(A5)
	經驗分享	● 我們自己曾經做檢查的經驗，去替從沒做過的民眾、害怕的民眾去分享，尤其是整個過程。(ABC1) ● 我知道我們家有一個清潔工，他也是一樣是外配，他本身也是乳癌個案，所以我那時候就請他幫我去跟這一個罹癌的外籍看護做分享，他整個的一個就醫的過程，還有治療的過程，還有他可能會有一些不舒服.....，就是外籍人士的罹癌病友分享的一個情況。(ABC1) ● 當時我們做了一個大家都沒做過的事情，是我們把經由癌症篩檢，確診為癌症的病人，然後他的家人，還有當時轉介他來做篩檢的醫師跟護理師，我們辦了一個感恩茶會，就讓他們相見歡。就是說，原來他當時會來做這個篩檢，是由這個醫師、這個護理師轉介他來做篩檢，找到了一些早期癌症，當然他治療上也會比較不會那麼辛苦的一個狀況。所以我們當時就邀請了這些醫護同仁跟病人家屬一起來，我們辦了一個類似下午茶的概念，然後可以讓大家去分享。(ABC1)
	追蹤及溝通	● 常常遇到的問題就是民眾會看到陌生來電就不接電話，我們有時候都還會先發一個簡訊去告訴他，……，然後再跟他約定，可能跟他說大概幾點到幾點會撥電話給他，就是我們同仁追蹤的是非常認真。(C2) ● 發現有一些分段聯絡的部分可能比較容易找到個案。然後再來就是簡訊，我們也會發送簡訊，但因為簡訊有時候太早發送的話，它會打擾到民眾，所以我們會盡量避開比較早發送的時間。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
健康識能與個人狀態-誘因與提升理解能力	追蹤及溝通	● 我們同仁都十分的努力，就是不分白天黑夜，像我們同仁也很常追到下班時間，因為很多民眾，都是下班時間才可以接電話，所以就是到下班時間都還在聯絡(C2) ● 今年開始因為配合國家節能減碳，所以我們用 APP 可以查報告結果。我們去年有開始宣導，我們不寄送紙本。真的還不回來的話，我們電話也打，簡訊也發了，他還是不回的話，我們就會再發掛號信給他，(B3) ● 如果是單純做抹片，然後沒有再約回診了，我就是再打電話給他們，跟他們說異常的部分，需要回診再做進一步的檢查，.....有一些人可能真的是忘記，那我就會協助他再去預約。然後我會再問他說，那前一天需不需要電話提醒?那就變成就是前一天我們會再打一通電話，提醒他說，明天記得回診做檢查。(BC4) ● 在追蹤或者是可能報告跳出來有異常的情況，就是不會再有特別的簡訊提醒這些。一律都是電聯，因為有時候會比較偏向就是隱私跟個資這樣子。(BC4) ● 本院是有所謂的一個專門在做這個異常個案管理的系統，那我們只要接收到單子之後，我們就會做 contact，會打電話或發簡訊，如果電話沒接的話，我們就會發簡訊。.....，電訪通知之後會用信件再通知民眾一次，預防在電話上有時候不方便接電話，可能他也可以用藉由信件的通知，去獲得他的報告異常，需要回來回診。(ABC1)
	社區服務據點與預防照護銜接	● 每個月我們篩檢站的人員，他會去我們的門診藥局，在那邊講解我們的四癌篩檢的簡報，就是癌症宣導這樣，(B1) ● 我們醫院在 XX 區有租了兩個位置，.....，不是說生病的人才會來醫院嘛，所以我們要照顧的就是亞健康的，跟一些長者，那就是在那個服務站的話，就是作為一個跟醫院的一個銜接，很好的一個銜接窗口，就是說它除了醫療以外的問題，我們可能要預防一些亞健康的狀況，還有提高他們的一些生活機能或者是不要讓他們退化的那麼快。大部分的人都會先經過衰弱，衰弱之後才會經過生病啊，什麼這些產生，那我們就是把這個衰弱的這個部分呢就是把它鞏固好，讓他不要很快的就是也走到就是生病的這個階段。(A2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
健康識能與個人狀態-誘因與提升理解能力	溝通及工具使用	● 很簡單的比喻，民眾就會懂，如果你講的太多他們會聽不懂，所以一定要以他們能夠很明白，然後能夠粗淺的就可以知道。……，是會推廣說，我們跟你排的時間盡量不要輕易地爽約(A2) ● 現在的 APP 都很方便，就是有時候簡單的外語我們是 OK，可是到東南亞語種的話，我們可能就沒有辦法，所以東南亞語種我們就會用翻譯軟體去跟可能中文沒那麼好的外籍人士，去幫忙做他篩檢的一個介紹。(ABC1) ● 民眾的話，現在老人化社會，他們有一些認知的退化或者是說聽力…，其實我們都有提供老花眼鏡跟助聽的、手持式的，都可以提供他們使用。(B2) ● 醫院算是外籍，應該說看護比較多，越南、印尼這種比較多，那其實他們都會些許的中文，或者是我們櫃檯，其實現在很方便都直接用手機翻譯給他看，他要做的什麼檢查，約幾月幾號，這其實蠻簡單的。他還是真的看不到，我們就口頭問，你手機號碼多少多少，然後就請他簽名。(C1) ● 衛生所也有提供那種老花眼鏡，而且有不同的度數，衛生所的內容比較齊全，那像我們自己活動箱裡面就是會準備放大鏡。可是大部分比較年長的長輩，他有時候除了看不到之外，可能閱讀這個問卷也會比較困難。那我們就會問他說，你願不願意由我們人員這邊就是口頭問你，來訪問你，然後讓你回答。大部分比較長輩的人，其實都蠻需要就是有專人，問他問卷，然後幫他填寫。那最後告知她內容之後，在只有簽同意書的地方是讓他親自簽，那其他都是我們專人代寫。(C2)
	減少暴露道具	● 那如果說像暴露身體這一塊，因為像我們有提供一些像抹片裙啊，或者是乳房攝影的斗篷，這些是可以去減少他的一個生理器官的一個暴露的一個排斥的這種情況。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
健康識能與個人狀態-誘因與提升理解能力	活動禮品及掛號費減免	● 會做的大家都想要趕快做，然後年初可能衛生局他們也有送禮品，或什麼抽獎啊，幾乎都會在前半年推動，所以前半年幾乎預約的時間都會排很滿。...，首篩我們都會特別送一些什麼禮券、禮物，增加他受檢意願。(C1) ● 院外我們是一律鼓勵啦，因為他只要有來做，我們就會給他一個宣導品，只要願意來都會給民眾一些小優惠，鼓勵民眾做，例如說停車費可能可以減免，什麼之類的。(C2) ● 對民眾來說是豐盛，對他們來說是越豐盛越吸引，「多樣」他們就會覺得，這好棒喔。(BC4) ● 轉診檢的部分，我們都有一些掛號費的減免。(A5) ● 醫院經費允許的話，乖乖回來做抹片兩年以上的個案，可以發個什麼一兩百的禮券去鼓勵個案回來做抹片(A2) ● 一個月辦一次活動，然後就是講一些有關子宮頸癌或婦癌的一些嚴重性阿或者一些內容，去讓民眾去認真的去看待這個婦癌的部分，然後就是鼓勵他們做抹片這樣。(A2) ● 新的一年度開始，如果是第一次篩檢，我們會舉辦相關的篩檢活動。那比如說做篩檢，送小贈品；鼓勵家人過來，那我們就是會類似像積點，給予小贈品的方式。(B2) ● 會看當時的狀況，去因應說是不是要做一個小活動，包括如果要鼓勵院內員工，我們也會操辦一些相關的活動。...有一些活動，都可以讓民眾感受到，每年的一次的檢查又有了，然後我要趕快衝去做檢查。(B2) ● 每年在三八婦女節、母親節，或者是父親節的時候，在那一個月我們都有鼓勵民眾，我們有推一些抽獎的活動。我們把贈品裡面的內容提高，那其實民眾也會比較意願來參與，這樣子做，那一個月就會比較多。(A6) ● 以民眾的角度來說，當然誘因越高，他們來做篩檢的意願就會增加。像有一年，衛生所好像是送棉被，做乳篩就送棉被。那明信片一寄出去，大家為了這些棉被，他們就會很主動出來做檢查。就是以民眾角度來說，篩檢的誘因，院給的誘因就是宣導品，那有激起民眾也想要做篩檢的意願，這個也是一個方式。例如說我們有一次是送一整串的衛生紙，十二包的那種衛生紙，他們篩檢意願就很高，他們就很有意願。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
健康識能與個人狀態 - 誘因與提升理解能力	數位提醒與篩檢通知	● 事前就是跟衛生所討論我們這一場要安排多少的宣傳，例如說多少的明信片、多少的電訪。或者是多少的簡訊通知這樣子去安排…，比較多人的場次，大概都是宣傳也要發的夠多才會有這種效果。(C2) ● 會透過就診名單去勾稽，在開診前半小時到一個小時，會發送相關的簡訊，然後提醒民眾，ㄟ你今天或者這兩天有來拿藥或是有來就醫的話，你就可以來做癌症篩檢，告訴他那個方向位置在哪裡。他只要有掛號這個動作，那我們就是勾稽國健署的資料庫，他如果有符合的話我們就用我們醫院的系統內化去發簡訊給他，(B3) ● 把這些資訊室提供的名單，然後做個篩選，那用廣發簡訊的方式，提醒民眾說，你今年符合什麼檢查(C1) ● 五癌去做資料拋轉，就是去批次查詢，...假如我的資格符合抹片跟乳房攝影他就會收到兩個檢查的同一封簡訊，……，我們簡訊內容都會有提供電話，請民眾先打來預約，他就不用一直跑兩趟。……現在電話就詐騙集團太多，他們也不會接，我們現在都統一傳簡訊。(C1) ● 明天看門診的民眾，他如果符合篩檢資格的話，我們會今天就傳簡訊通知他，……，有外院的個管師，他們覺得說我們今年怎麼量做那麼多，然後他們就會來問我們醫院怎麼做。通常我們都會跟他講說，剛剛講的提示單，或是發送簡訊……(B1) ● 簡訊很重要，……，譬如說他就知道你今天要來看門症，他就告訴你說你可以，你又剛好今年還沒做，或者是看完門診後，就告訴你說，你符合做這個，那我就可以順便做。…我發現還是有些人沒來做，我真的要請一些人來打電話邀，因為我簡訊都發過了，我就會打電話，說「我這裡是 XX 醫院，提醒你…」，就是邀請他，邀請民眾來做。所以我覺得這是我們 XX(縣市)衛生局合作的效。(A1) ● 清冊的話就是轄區的健康中心或是衛生所。他會把這一里的名單撈給我們去做電話邀約。我們院內的話是針對我們明天要來看診的民眾，會事前做電話邀約。分成簡訊跟電話邀約。那針對就是他是首篩，或者是說他很久沒有篩檢，或者是說我們的資料庫裡面沒有留手機的，我們就會用電話邀約。如果有手機的，然後他又定期，都有規律在做篩檢的，這個只是我們會發簡訊通知他，你時間到了，可以再來做，這樣子。……，我們能夠得獎的話主要還是因為，我們就是針對院內院外兩邊都兼顧，院內的話，其實我們真的不斷的每天在做電話邀約跟發簡訊。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
健康識能與個人狀態-誘因與提升理解能力	提示單及通知單使用	● 完成看診的繳費通知單上面也會有他須完成篩檢的項目。那診間護理人員在提供民眾他的繳費單或檢驗單的時候，就會提醒他說:「你還有一些篩檢應該要完成」，那會就近把他們帶到篩檢窗口來完成，或引導他到篩檢窗口去完成篩檢。(ABC1) ● 我們掛號櫃檯旁邊就是癌症篩檢中心，他只要單子帶過去，其他就是我們癌篩中心人員就會幫他處理。(BC2) ● 還有一個叫通知單，就是我打完電話，不管他有沒有接聽，那我都會先寄出通知單。避免在電話的時候，他沒有接聽到，他不知道他的報告是異常的，……，因為我們醫院比較特別，長者居多，那通常他們留的都是家人的電話比較多，所以我覺得這個可能不是很恰當，那如果是用簡訊的方式，告知當事人的報告，我覺得隱私沒有很足夠，所以我們就是親打電話，還有寄通知單為主。(B2) ● 我們 Key 完問卷的內容，跟那個陽性的病灶位置之後，可以印出結果通知單，印出來，就寄平信給民眾，這個系統是可以這樣。……，一般的乳房攝影報告，我們是用平信寄的，報告一出來，我們會先初步的結果通知，就通知他說，……，「*你今天來幾月幾號，來我們醫院做乳房攝影，那你的報告結果是需要復檢做超音波的，那就是復檢超音波來確認看，是良性或異常*」，我們都會初步這樣寫，就是寄信到給民眾之後，然後我們之後才會打電話這樣子(B1) ● 門診就診完之後，診間會列印出提示單，就是說符合資格的，他就會拿著醫院提示單，來我們篩檢站主動來做檢查。(B1) ● 就是護理師然後跟單子這樣，讓他們到我們這裡，……，讓民眾知道說你今年有這些權益，讓他們有去提高他們做檢查的意願，不然有一些民眾他就只是想說我只是來醫院看診，然後他也不會知道說我今年有符合哪些檢查，那我們就是靠著這些單子，然後讓民眾知道說他符合檢查。(BC4) ● 提示單很重要，我覺得提升我們(*效率*)就是那個提示單。……，搭配兼職人員，搭配簡訊，搭配提示單還有主動邀約，……，還有我覺得提高這個效率，是我跟 XX(*縣市*)健康服務中心合作，他們也很積極，我也很積極，才行。(A1) ● 門診大庭病人在等繳費、等領藥的時候，他走來走去，也許他稍微有一些時間的時候，那我們多問一聲，多講一句，也許病人就本來沒有想做，但我們多看一下，我幫你看一下你這個單子，因為它上面就有勾稽說，他需要特別注意的，(A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
健康識能與個人狀態-誘因與提升理解能力	廣播、海報、影片及社群媒體	● 醫院也有那個定時的廣播，就符合資格或有興趣可以到一樓癌篩櫃檯詢問。(C1) ● 醫院有兩個服務站，一個是在 XX 路上，然後另外一個是叫 XX，所以我們有兩個服務據點，它那個主要就是在幫里民，可能上一些什麼保健、衛教的課，那邊的話我們都會貼海報，就是有關五癌篩檢的海報，或者是放宣傳單這樣。...像因為今年開始五癌篩檢資格有調整，所以我們就會印新的海報在那邊張貼，有興趣或者是怎麼樣，就可以打上面的電話來問我們。...，他不一定會來 XX(*醫院*)，但是他可以知道年紀區間有調整，我們駐點的同仁也會跟他講說要怎麼辦之類的。其實我們也有 XX 醫院的 Facebook，所以我們如果有新的活動，像這次是衛生局有一個抽獎的活動，我們通常只要有活動舉辦都會直接更新，我們會跟公關聯繫，然後請公關幫我們發布消息，就用 Facebook 的或者是 APP 直接做公告。(C1) ● 會傳簡訊或者會透過社區，社區他們都有小站，所以我們做好海報之後，丟過來傳給他們。我們會在我們醫院的官網，還有就是我們院內，還有發新聞稿，.....，讓我們就醫的民眾，或者社區的民眾知道。(A6) ● 國健署會做一些改變，.....，像海報的部分，或者是我們院內有這個電子布告欄，我們就會去布告一下，去說現在有哪些人符合資格。我們出去外面做篩檢的時候，這些海報也都由教材組幫我們印出來，就可以在我們篩檢的地方去做宣導。(A3) ● 我們會直接貼在我們的檢查室比較明顯的位置。然後再來就是說一般檢查中心，包括乳房中心或者檢查中心，本來就有乳房攝影的一個說明單，可以讓民眾去做這部分的了解。(BC2) ● 我們會在醫院的各區宣導癌症篩檢。在門診那邊會放置宣傳的海報，還有診間。像我會在乳房外科的門診放我們的乳房篩檢的宣傳單，或者是民眾的等候區，我們也會播放癌症篩檢的影片，.....，就是在看診的期間，號碼還要等很久的話，他們看到影片就會先來做篩檢這樣子。.....，海報的話是我們自己設計，因為像去年跟今年的年齡層有更動的關係，所以我們會自動提供一些篩檢資格，我們要的文字、文稿給我們設計海報的教材組，.....，他們會幫我們設計一些可愛的圖案。設計完之後，先給我們看過，我們覺得說這個海報可以，或是需要修改的，我們都會跟教材組討論，然後確定海報可以的話，他們就會幫我們印出來，然後我們再去放在診間那邊。(B1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人際互動與信任 - 建立長期醫病關係與家庭支持	醫院名聲及信任	● 醫院算是大家有信賴的醫學中心，加上我們同仁們的努力。因為我們身為醫學中心的精緻招牌還算有一點效用。……。對於民眾來說，他本身做這個檢查的時候就比較放心。檢驗出來真的異常的話，其實有超過六成的人，都會希望到 XX(*醫院*)來回診、做檢查。雖然有時候我們排程會比較久，但是他們還是會很希望可以來醫院做。(C2) ● 追蹤的部分，其實 XX(*醫院*)是一個醫學中心，...，如果遇到一些狀況的時候，異常的一些追蹤的科別都是有的，所以不用太擔心說，我篩檢異常之後我還要再轉介去其他醫院。……有些社區，因為就是行動不方便不出來嘛，我們去那邊，它就會讓這群人願意出來，……，XX(*醫院*)的名聲也不太差，他就會去吸引到這些本來不願意出來篩檢的病人，願意來做。(A3) ● 我覺得這邊，值得我們這樣子做，XX(縣市)在地的民眾蠻可愛的，相處性蠻強的，他覺得信任你之後，很多事都會來拜託你。……，我們給他好的空間，給他們衛教，給他們一些檢驗檢查、回去跟他們解釋你的血壓高啊、你的血糖高啊、該注意什麼事情。其實這些無形中就成為什麼？我們的顧客了，所以這個真的很有效。我們這樣子的經營就是說，一方面也達到他們健康的一些守護。二方面，我們醫院未來也有很多的一些民眾的需求，會往這邊進來(A5) ● 對他們來說比較有名氣，或是對他們來說是比較信賴的醫院，那這樣子邀約的成功率，就會比較高。如果說這醫院對他們來說可能心裡面其實是不認同的，那電話邀約的成效就會比較差。(AB1) ● 我們醫院自己的民眾，他願意回來的接受度會比較高。那是因為，第一個他本身就是在我們醫院固定在就醫了，所以對我們醫院他是有一定的認同感。(AB1)
	醫事人員操作經驗	● 他上一次做的舒適感覺，會影響到他下一次做的意願，……，我們醫生動作都是比較輕巧的， 然後技術也非常的純熟，所以民眾的反應都是蠻好的。這也是為什麼這些健康中心跟衛生所都會一直想要找我們合作的原因。這樣子民眾的回饋、反應、滿意度也都比較高，所以我覺得一樣就是醫生的技術，是非常大的因素啦。……，他們可能很擔心、很害怕，就是衛生所好不容易把他勸說，或是用了什麼誘因，好不容易勸說他出來了，甚至連里長都去拉了，把他拉出來做檢查了，結果發現，不會不舒服啊，或是說不會痛，然後之後他就會想要知道說你到底是哪一家醫院，技術那麼好，然後就會要我們的門診表，或者是說拿醫生的名片。所以我就覺得說，醫生的技術也是很重要。那所以衛生所就會找我們嘛，我們就會很有機會在外面跑。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人際互動與信任 - 建立長期醫病關係與家庭支持	醫事人員信任	● 放射師也蠻貼心的，他只要有照到硬塊，或者是不太正常的畫面，他都會直接叫他說，你等一下就可以去掛號，因為一定要醫生追蹤了。所以這種陽追率回來就比較好，因為是由放射師照到了跟你講，他們回診就很高。……，醫生給這個單子，比我們叫他回來做，或者是再給他禮物來的有效，醫生講的話就跟聖旨一樣，他會說這是醫生叫我做，所以他一定會下來做，應該不能說一定，但是至少有八成。(C1) ● 由醫師端去勸說，民眾的意願比較大。…，系統建置了之後，……，最好的優點就是能夠有醫師加入我們，然後勸說民眾回來做檢查，因為醫生講的話就是會比較聽得進去。 (BC4) ● 經驗豐富的或者他是一個大家知道很專門、很厲害的醫師，那他們(*民眾*)反而會希望我們去介紹他們，就哪個醫生是比較信任的醫師，然後讓他們去做回診追蹤。或是說哪個醫生他覺得我們自己的經驗還不錯，可能就幫他介紹哪幾個醫生可以去就診這樣子。…子宮頸抹片的在復診的狀況下，其實也蠻明顯，就是如果已經生產過的婦女民眾，在選擇醫師追蹤上面，其實她就不會有太大的一個性別的選擇，她會以經驗，就是資深的醫師，為主要她回診的一個選擇。……，生產過的女性，就是我現在報告異常了，我需要再追蹤，我可能會去找我覺得比較有經驗的，就是資深的醫師來回診。 (ABC1) ● 民眾會來看診，他其實對醫師有一定的信賴感。醫師的一句話，甚至比護理人員講的十句話都更有用。…，他既然會在醫院出現一定他在醫院裡面有看診需求。譬如說他可能是一個三高疾病，在某個醫師那邊固定三個月、三個月領藥，他跟那個醫師的關係很好，醫師講的話他都會聽，……，設計一個哨兵 2.0，我們把這些疑陽個案撈不回來的，但是他會回我們同仁的某個診間，那個醫師同仁跟他關係很好，我們請他鼓勵這一個因為疑陽但是沒有回來做確診的，拉回來去做，勸他回相關科別去做確診，……，去年因為這樣大概有一半人會聽我們的話，這裡面找到五個早期癌症，而且五個都還很早期，(A4) ● 經由醫師的金口，他會更願意來檢查，……這個也是幫醫師加分，醫師除了常規的開藥的措施以外，他甚至是有人文的關懷，……因為我們現在還是對醫師會有白袍的迷思，他們就會比較尊重主治醫師，也比較喜歡這個主治醫師。……不會影響到醫師的看診的速度再加上醫師如果願意金口玉言來開口一下，那他拿著這個單子的時候，就不會覺得它是一條廢紙，然後丟掉，等於是說有人跟他講這件事情很重要(A2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人際互動與信任 - 建立長期醫病關係與家庭支持	社區鄰里長支持	● 因為里長要績效，所以他會廣邀他的里民來做，這種成效就比較好(C1) ● 里長有時候會每一戶都發那種宣傳單，或是他會去委託一些社區大樓協助公告在，例如說他們的社區電梯內。那大型活動因為檢查項目多，里長也比較會願意協助。(C2) ● 里長有大力地號召，差很多。……，有些民眾真的很支持他們的里長，那一場就會很多人。…，像我印象最深的是，……，那一個里長，……，從頭站到尾，然後每次去量都很大。年初的時候一百多個，到年終的時候，也可以做到七十幾個。…，主要就是需要請里長跟衛生所在聯繫上面再大力點，那這樣出去的時候效率會比較高，就是他們幫忙效率會比較好。(BC3) ● 去年就是有一個宮廟的加持，送平安醬油，……，我覺得宮廟那一次的加入以後，他們的效率好像真的有提升。所以我們到今年，還有跟他們講，你可不可以繼續再提供平安醬油。(A1)
	政策及公部門信任	● 鄉下民眾他其實是比較依賴衛生所，他有什麼事他都會想到是要先去找衛生所，(C2) ● 我們附近有些鄰近的衛生局、衛生所是跟民眾關係很好的，那當然幫助性就會比較大，信任度相對也會比較高。(BC2) ● 可能民眾會錯意，或是讓民眾產生一些溝通上的誤會，那衛生所他們就是從第三者的角度去跟他做溝通，去跟他解釋，……，有時候他不見得會把他的需求，或是他的因素跟我們說，……，平常就是地段在跟民眾互動，那他們可能跟他們已經有建立一些比較好的互動關係，那可能會比較問得出來，這個民眾他到底不想要到醫院復檢的原因是什麼。(AB1) ● 「*國健署是建議乳房攝影日開始 60 天內要完成複檢*」，我就會這樣跟他講，拿國健署出來。……，有些會覺得說國家、政策就是這樣子，那我要趕快拿資料，趕快轉診資料，趕快去複檢，通常會比較有用。(B1) ● 像失聯或者是都不接我們電話的，有時候感覺是由公部門的一個角色的人進來的話，他去幫我們跟他一起去勸說回診做追蹤，其實成功率也會比較高。畢竟有些民眾的心裡，他會覺得公部門，像衛生所人員，他們的角色會很像是沒有利益，而是單純關心的一個角色，所以他們那種感受度會覺得說今天有還有一個公部門的一個角色進來，他們會覺得哇都已經有政府介入的那種感受，就會覺得哇不行，一定好像得去乖乖的做完該做的檢查(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人際互動與信任-建立長期醫病關係與家庭支持	政策及公部門信任	● 影片的話，以公版的影片是最好的。所以我們現在都推的是國健署，那這一塊我們真的就很稱讚它。為什麼？它畢竟它有經費，它有這個能力，它美編的能力也比我們強。我們就依照國健署給我們的一些影片，跟一些那個單張，因為它是有公信力的嘛，那影片還有包括數據…(A2)
	持續追蹤建立信任	● 在當下，其實我在第一次溝通的時候，就會告訴他說我是誰。所以我後面在溝通的時候，就會說，「*某某女士，我是上次有跟你聯絡的那一位。*」，加深他的記憶，也讓他有一點點信任感。……，個案如果有疑問的時候，我們單一窗口，民眾會覺得比較有安全感，然後可以找到我是誰。後續我們在聯繫上面，感覺上是真的會好很多。…，縱然他現在不想回診，搞不好兩個禮拜後他想到，他又會打來，然後直接可以找到人，也是有增加回診的效果。(BC2) ● 大家都很鍥而不捨。就是真的那種不願意回來的，一次、兩次他可能拒絕你，可是你真的打到後來的時候，他也知道你是要幹嘛的，但後來他就會說，好啦，不然我回去看看他，他就是會覺得說，欸你蠻願意一直找他的。…，大家就是能夠打的電話，我們大家就是非常鍥而不捨的一直打這樣子。(BC4) ● 現在的追蹤就是打電話的關卡跟追蹤。那對於民眾來講的話，「*你就只是趕快叫我回去做檢查而已*」(台語)，可能也感受不到溫度啦。那其實有特色的個管師他可能就會做出不一樣的風格，那他這個風格就有個人化了，……，因為你的溫情勸說，好，他就記住了，及早的回來，……，那這個就是個人特色，那這個可能就沒有辦法要求說你每個個管師都這樣子，都做到。因為每個人的特質不一樣，他可能就覺得說，我只要把我的電話打完了，交代給誰，那我的工作就 Ending 了。那對於說他打了幾次，他不追到了，那很難結案的，他只是呈現出說「為什麼什麼什麼不行什麼什麼的不行。」那就可能就沒有實質的溫度存在。那這個比較有溫度的話，個管師他可能做出自己不同的風格，他除了積極在電話聯繫之外，他的語氣、口音、關懷這個就是個人特色，那就是可以作為他個人參考，那這個都比較沒辦法就是說用一個量化的數據來這樣子。(A2)
	家庭參與及支持	● 語言不通有時候通常就會是外籍，那這時候我就會詢問他們有沒有僱主、老闆或是有沒有朋友，然後就是只能朋友這部分幫忙翻譯。……，家屬這部分，我們也還是要先詢問一下，他知不知道他有來做檢查，因為有的會不願意讓家人知道他有做檢查，如果家屬有說知道，有聽他說，也有知道他是異常的部分的話，我們就會有去聯繫家屬，然後看家屬能不能夠幫忙勸說。(BC4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-13 民眾端障礙解方 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人際互動與信任 - 建立長期醫病關係與家庭支持	家庭參與及支持	● 有一些衛生所跟健康服務中心，他們可能有鄰里、地段護士跟同住的個案家屬比較熟悉，會透過家屬的方式去鼓勵他們之類的。……，如果說他真的真的很難追，……，那我們可能才會運用家屬的，親情的一些方式去勸導他，不會說一開始我們就用家屬的方式。(B3) ● 外籍人士，那他就是先生陪同，其實他也不知道到底要做什麼檢查，所以我們就會藉由他先生的翻譯或家人的翻譯。(B2) ● 本人可能很排斥，那當然我們可能就會由接觸過的家屬，那邊去請他鼓勵病人。(ABC1) ● 可能就是跟他們的兒女們講，然後請他們鼓勵母親來去做篩檢這樣。……，當然就是外配那些蠻多，……，通常就是可能先生，不然就是老闆，……，不會跟他講太細的東西，我只是會跟他講說，「*因為有不正常的細胞，可能就是麻煩您再幫我跟她講，就是請他能回診就回診，那詳細狀況的話就是直接回診的時候，醫生會再跟你講*」，可能就是大概這樣講。(BC1)
	女性醫事人員	● 她們在這一個過程當中會覺得，如果是女性醫師，對她們而言可能會比較有一個大的安全感的感覺。(ABC1) ● 今天活動我已經確定是女醫師了，……，如果來得及，因為排班不一定會比宣傳單早，宣傳單至少都要兩周前就要準備好。那或者是傳簡訊告知的時候，如果是女醫師，我都會特地就是把它強調出來，……，當做一個吸引他們來的一個賣點(C2) ● 抹片的部分，很多都會希望是女性醫師。那因為我們醫院之前是沒有女性醫師。所以醫院後來就有幫我們就是有再聘一位女性醫師，然後還有一位就是兼任的女性醫師來增加民眾願意在我們醫院做抹片的那個篩檢率。因為很多人真的一聽到說，你們沒有女醫師，那我就不要，所以我們也有去跟醫院方反映過，那所以他後來就是有幫我們在增聘，就是兩位女醫師，那目前的話就是真的差蠻多的，……，她(女醫師)有在其他醫療院所，但是他還是可以過來這邊，只是他不是全部都在我們醫院，就是我們目前有增加女性醫師的部分，這些民眾真的比較留得住。(BC4) ● 乳房攝影的話，因為比較隱私嘛，...，我們都會跟她講說是女性的放射師做的，然後像她如果複檢，乳房超音波是異常的，...，有些民眾她會講說她乳房外科的門診醫生也要女生，所以我們醫院大概有兩三位乳房外科的門診醫生是女醫師，...，所以我會特別幫她選說有門診醫生女醫師是哪些時段，你可以過來。(B1)

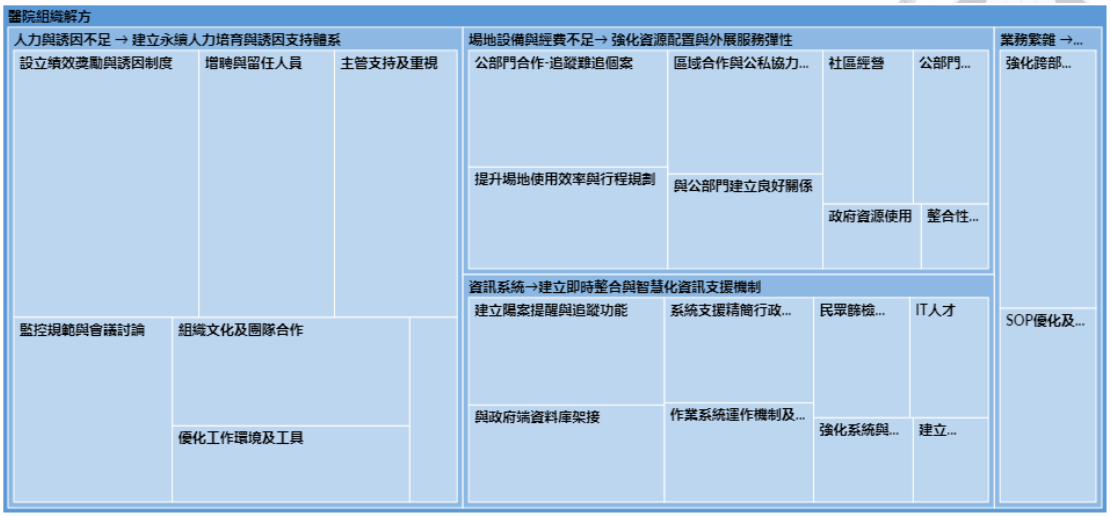
doi:10.6342/NTU202600045

表 4-14 醫院組織端障礙解方 訪談內容編碼與歸納

類別	次類別	編碼	提及人數	提及次數
醫院組織解方	業務繁雜 → 優化流程與任務分工	SOP 優化及落實政策與工具設計	8	18
		強化跨部門協作與支援分工	9	24
	場地設備與經費不足 → 強化資源配置與外展服務彈性	政府資源使用	4	6
		整合性篩檢	4	4
		與公部門建立良好關係	5	14
		公部門合作-邀約及名單	7	11
		社區經營	7	13
		公部門合作-追蹤難追個案	8	22
		區域合作與公私協力資源	9	18
		提升場地使用效率與行程規劃	9	19
	人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	正向回饋與成就感	4	8
		優化工作環境及工具	8	16
		主管支持及重視	9	29
		組織文化及團隊合作	10	23
		監控規範與會議討論	13	26
		增聘與留任人員	13	32
		設立績效獎勵與誘因制度	15	44
	資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	建立院方 APP 或官網	3	6
		強化系統與即時修正回應	4	8
		作業系統運作機制及設計	5	14
		IT 人才	6	9
		民眾篩檢提醒(簡訊、診間提示單)作業機制	6	11
		系統支援精簡行政作業	10	15
		建立陽案提醒與追蹤功能	10	20
		與政府端資料庫架接	11	18

doi:10.6342/NTU202600045

圖三十一、 提及次數比較_醫院組織端之障礙解方



doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述

次類別	編碼	引述
		● 其實我覺得應該也不是馬上就有這些成績，這個都是所謂的長期經營，因為我們一直都有配合國健署，每幾年它要落實做的什麼東西，我們都會配合做。那配合做的話，其實你有落實的做的話，應該都不會太難，(B3)
		● 早上來會先抓乳癌，因為乳癌它的追蹤期就是兩個月內，然後其他的是三個月...，所以我就會印那個行事曆下來，然後把日期壓在上面，這樣子才會提醒自己。.....，P 碼就是追蹤管理費跟癌品的那個管理費。有時候外院轉過來的，.....，我也會把它壓日期.....，把日期壓在行事曆上，時間到的時候，就可以去查，...，這樣子就不會漏掉。.....，那時候還有用檢核表，然後他(*主管*)看到了，他就用 Excel，幫我弄進去，然後幫我補充，.....，啊他存在我們的共用槽，我就用這種方式比較不會漏，因為國健署申報規定很多.....。(BC3)
業務繁雜 → 優化流程與任務分工	SOP 優化及落實政策與工具設計	● 我們大概是從民國 99 年就開始加入了國健署的癌症計畫，從一開始就是全部都資訊化，所以為了要節省大家的工作的 loading，我們一開始就依據國健署他每一個癌要收入的欄位，我們全部都資訊化。所以從一開始在篩檢還有就是相關的後續的追蹤，我們就是花比較多一點力氣全部資訊化之後，包含了後續資料的上傳，那我們有把它建置一個非常完整的一個流程跟資料庫，方便我們內部做管理還有申報以及後續的追蹤。(A6)
		● 理論上我們的作業標準跟作業流程其實已經是完善了，然後我們這個經驗也都蠻充足的。.....，不敢說我們做得比別人好或怎麼樣的，但是我們蠻按部就班的，蠻照 SOP 做的。所以大概這樣去做的話，通常來講都能夠達到我們應有的水準跟追蹤的水平。.....，我們當然每年會依據國健署的要求，他說哪一些病人他是比較需要特別注意去做的，我們會特別去強調，.....，我們這一個團隊已經十幾年了，相對來講的話，該磨的都磨得差不多了，流程該怎麼弄的也都差不多了.....，目前這些制度來講的話，是行之有年，我們是根據它可能需要調整的地方，就是做一些微調而已，我們這些 SOP 其實做得是蠻好的，如果同仁是按照這個 SOP 來做的話，基本上不太會有什麼太大的問題.....(A3)
		● 我們有很明確的 SOP，所以當一個新的人員進來的時候，我們都會帶領他去熟悉我們癌症篩檢各個項目的細項、流程，讓他知道說目前癌症篩檢運作的方法，包括現在我們推行的制度又是如何，都會說明清楚。(B2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
業務繁雜 → 優化流程與任務分工	SOP 優化及落實政策與工具設計	● 我們同仁每年都有一定的課程要上。……，其實遇到個別的投訴的時候，就是代表我們可能哪裡不足的地方，那這時候品管就會來幫我們看一下說我們這個流程要再做改善的部分，這個當然是品管會去做的事情，……，那我覺得我們在品管應該做得還不錯，然後遇到什麼狀況，我們需要幫忙的時候，都會找他們各科室來做一些請益，……，就是說我們對於該追蹤的、該衛教的部分我們都有去做，所以應該講我們都很照規矩走，就好像說符合資格的部分，我們不會說我們想要衝量，就把不符合資格的人抓來做，……，都會是很按部就班的去做……，所以相對來講品質還不錯啦。那也是因為這樣子來講的話，我們才會得獎。(A3) ● 國健署也一直不斷的在做經驗分享、交流，都有在辦這些課程。大家其實都知道，策略也都知道，只是我覺得是跟院方支不支持，再來就是有沒有落實在推。因為你知道是一回事，有沒有做、有沒有推廣出來，又是一回事(AB1)
	強化跨部門協作與支援分工	● 我之前有反映過，就是請人家來協助我一些，不是陽追，是我其他的行政業務，可能給其他行政人員，如果陽追的話，還是由我啦。……，健康管理中心，他們就會給我們明天要來自費健檢的貴賓，……，然後我們就會去查詢他兩年內有沒有做過乳攝。所以自費健檢的他又符合資格的話，他們健檢中心都會帶那個貴賓來篩檢站。(B1) ● 海報的話是我們自己設計，……，醫院的教材組。他們會幫我們設計，……，我們都會跟教材組討論，然後確定好，海報可以的話，他們就會幫我們印出來，然後我們再去放在診間那邊。(B1) ● 假日的話就是會有其他的護理師會一起工作。所以其實還好，因為我們有很多人 SHARE 這樣子。……，然後因為我們最近有來了一個新的陽追個管師，……，有他來，差蠻多的。……，我們會跟健檢中心一起配合，……，然後就是大家都還蠻鼎力幫忙。有來支援的行政人員，其實都不認識，可是大家都很願意互相幫忙。(BC3) ● 我覺得我們醫生跟護理是要互相體諒的，不是說醫生該負的責任不做，全部丟給護理人員，也不是這個樣子，(A5) ● 醫師可以從這個訊息當中，知道他現在就醫的民眾需要做什麼樣的照會，或者安排什麼檢查，就不會說在追蹤上面完全把工作責任都放在個管師身上，他是可以藉由全院的醫護人員的力量一起去管理追蹤這個個案。(ABC1) ● 個管師事實上除了在櫃臺負責跟民眾互動之外，他還要跟團隊的那醫師去互動，要求大家把篩檢的品質做好。(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
業務繁雜 → 優化流程與任務分工	強化跨部門協作與支援分工	● 那除此之外還有一些跨部門，比如說放射科，……，同步會跟他推薦，……，這樣也可以節省他的時間。另外，……，如果他有符合這樣的一個資格，那我們健康中心都會提醒他要不要同步做一些相關篩檢的項目。……，我們兩週去 follow，包括就是內部直接的一個流程，還有建制跨部門之間的一個協調。我們每次就是相關的部門都會派代表來參加，透過大家就是面對面的一個協商，大概就是把我們在推動癌症篩檢這一塊和面臨到的問題，我們就是逐一去慢慢去討論怎麼去解決這樣的一個困境。那大概其實這樣長期下來，這些困境就慢慢的解決，(A6) 人力不夠的醫學，我請護理部支援我抽血的護理師。放射師可能要特別出來，專門去做乳攝跟做 CT 電腦斷層的部分。 ● 我們現在得到解套啦，因為我們等於是跟我們的社區學部就是會做媒合，那未來會讓他們做統籌，統籌整個社區的服務。那我們會變成是與會者的一個角色。因為現在的社區活動是我們自己統籌，我們自己出席，所以它不論是活動前規劃、接洽，然後場勘，就是我們自己要去做的工作。那對於現在我們自己來講，真的是就會比較大幅的 load down，那未來會變成交由社區學部去做，就是前置作業啊，接洽啊，跟場地現場的一個工作，那我們就會比較變成是支援性的一個角色，…我是覺得對未來的我們會比較有看到一絲的曙光的感覺，……，就是說可以讓我們篩檢就在院內好好的做，不要院內院外都要這樣兼顧著。(ABC1) ● 有跟主管提出，可能就是在人力的部分，請求他們一些支援，……，目前護理長是有安排一個，也是門診的護理師，……，我後來就是把有一些非這麼相關專科性的東西，請另外一個門診護理師去幫忙 share 掉。(BC2) ● 全院來講，如果發符合的，我們都會請護理師特別去講。……，拜託門診護理部那邊去幫忙，就是說當發現這些人的話，你要特別注意喔，這是符合指標的，可能要幫我們多轉介、多留心，那他們都蠻願意幫忙的啦。(A3) ● 跟醫學影像部的主管們，去溝通、去協調，就是說要給我們盡快可以排得到這群人做追蹤，我覺得這一塊也是做得蠻好的。….，雖然他們*(放射部)*人力不太夠，不過都是提供很即時的一個…，就是可以讓我們盡快的去追蹤這些異常的，因為國健署的時程他有要求啦。(A3) ● 團隊也可以互相幫忙，因為有問題的話，我們就會召開一個跨團隊分工…… (A1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
業務繁雜→優化流程與任務分工	強化跨部門協作與支援分工	● 乳房外科跟乳房攝影專科醫師，他們如果判讀上面不一致或者說有爭議的時候，其實我們也會要做這種協調角色，會把個案提出，讓他們去做討論。……，電話如果方便，雙方直接溝通。如果說真的還是有爭議，其實我們就會提到會議當中，然後請醫師，幾個專科醫師他們去檢視一下這樣，大家討論。(BC2) ● 我們醫院主要是比較成功的，我覺得吧，就是我們比較單一的窗口。我們有專責的衛教師、護理師……，其實我們還有一個人力是專門門診的人力，就是也是衛教師、個管師這一塊。(BC2) ● 在很多年前，我們就已經一直有在上課跟 TRAINING 了，……，所以可能幾種疾病異常的病灶狀況，……，個案在問的時候，基本我們也是稍微清楚一點點。(BC2) ● 基本上來講的話，篩檢站的人力是機動調配。當篩檢人力比較吃緊的時候，我們會從社區的其他的工人去幫忙….，(A3)
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	政府資源使用	● 大部分都是院內其他的經費，因為國健署的這個費用蠻不夠我們做癌篩平常的使用。通常我們國健署的費用我記得我都是花在請人力上面。(C2) ● 影片的話，以公版的影片是最好的。所以我們現在推的是國健署，那這一塊我們真的就很稱讚它。為什麼？它畢竟它有經費，它有這個能力，它美編的能力也比我們強。……。那我們就依照國健署給我們的一些影片，跟一些那個單張，因為它是有公信力的嘛。……那影片還有包括的是數據，……，那我們就是借他們的專才，然後拿來使用就可以了。(A2) ● 國健署在這幾年都有給每家醫院還不錯的金額可以去買一些贈品，那之前我們醫院只給非常少的預算可以買贈品，那有國健署這一筆錢來支援我們的時候，我們把贈品裡面的內容就是提高，那其實民眾也會比較意願來參與。(A6) ● 國健署比較好的，因為他們就是有「xxxx」這個團隊，……，我們任何問題問他們，他們都會很友善地幫我們解決問題。所以我們有一些相關不懂的、資訊不懂的，或是一些認知不同的，或者是說跟計不太會的東西，打電話去問，他們都很熱心的在指導我們……， (AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	整合性篩檢	● 整合性篩檢的話，就會有包括成人健檢跟五癌篩檢，就都包括在裡面。所以我們的作業就是說，他今天成人健檢之外，我們還會幫他看有沒有其他的癌症篩檢。那他也不一定說，只要選擇成人健檢，他也可以就是搭配他的其他的五癌篩檢來做篩檢……，這就是我們的號召……，因為這個東西來吸引很多人來做成健。這個就是互惠這樣子。(A2) ● 成人健檢因為項目會比較多，所以就會比較吸引這些民眾，說我一站式就可以做到篩檢，所以他們就會比較願意去，所以我們這些乳癌的篩檢跟子宮頸抹片的篩檢量，就比一般提供所謂的社區篩檢的量來的大，(A3)
	與公部門建立良好關係	● 因為我跟衛生所的合作比較密切，所以衛生所如果有什麼個案要追蹤的話，也都是先找我，……，我主要的模式就是跟衛生所建立一些比較好的關係，那有比較困難的個案，可以事先打電話再跟衛生所討論看看，看他們對這個民眾有沒有一些的瞭解。因為生活上有很多事情都要靠衛生所，……，對他(*衛生所*)來說，醫院有認真幫他追當然是比較輕鬆，大家是互相幫忙的關係。(C2) ● 答應的場次我一定要去執行，因為那個都喬好、約好了。……，三月以前就會把今年要怎麼樣合作，再做一次討論。然後再來我們就有建立一個群組，在群組裡就是聯絡的即時性。(A1) ● 關係建立好之後，那我們這個現在跟 xx 縣這個團隊的合作非常的好，這也是我們院的一個特色，也是我們在能夠達到這些目標數的一個很好的一個經驗。……，現在是里長也好，議員也好，一直在請託的一家醫院，……，包括 xx 縣市的衛生所都很喜歡我們(A5) ● 我們的關係可能甚至會是 LINE 的好友，我們也會設一個群，就是說我們會很方便的在我們的通訊軟體上直接可以做聯繫，甚至週末、假日晚上都可以去做一些個案的一個情況的追蹤。……，這是看你跟每一個負責人的互動到什麼樣的狀況，因為他信任你了，他才會跟你加好友。其實在跟公務部門的互動上面，當然一定會有一些矛盾，會需要大家互相去克服，……，所以有時候其實這個都是需要比較大的一個培養默契。……，目前就比如說我們跟 xx 縣衛生局，……，我們已經合作了至少八年以上，……，所以在可能認知上不同的時候，我就會請衛生局的負責人當我們中間者，然後互相去協調醫院跟衛生所當中的一個矛盾。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	公部門合作-邀約及名單	● 我們事前就是大概要跟衛生所討論說我們這一場要安排多少的宣傳，例如說多少的明信片、多少的電訪。或者是多少的簡訊通知這樣子去安排，那如果說預期比較多人的場次，大概都是宣傳也要發的夠多才會有這種效果，(C2) ● 當然是要跟所謂轄區的健康服務中心做一些合作，比如說我們會在每週的週間，在一樓大廳一起邀約當天來看診的民眾或者是照顧的家屬、探訪的親友，我們也會邀約來做癌症篩檢，就直接在我們大廳會有擺設相關的這些活動的流程。(B3) ● 我們沒有戶政資料，只有他們(*衛生局*)才有、才知道。那有多少人有篩檢過的話，就他們是最清楚的。(A2) ● 我們配合外面的(*衛生局*)，然後有時候 xx(診所)的那個乳攝車，他們會幫忙 call，……，他們也是量 call 很多。衛生所的護理師，他們很積極。……，在 xx(*縣市*)的那個篩檢場次的量，都還算不錯，……，xx(*縣市*)大部分都是里長，……，有里長的地方感覺還差蠻多的，就是里長有大力地號召差很多。去 xx(*縣市*)有些民眾真的很支持他們的里長，……，然後那一場就會很多人。……，每次去量都很大，年初的時候一百多個，然後到年終的時候已經快要尾聲了喔，也可以做到七十幾個，我覺得有里長的支持也有差。……，主要就是可能需要請里長跟衛生所，他們在聯繫上面的話，可能要再大力點，那這樣出去的時候效率會比較高。(BC3) ● 合作的方向我覺得還蠻好的，因為他們(*衛生局*)有照冊，那他們的名單算是比較大，因為我 xx 醫院只有 xx 醫院的名單，……，所以他會去做篩選說，哪些民眾符合資格可以來 xx 醫院做檢查，他那邊去邀約，但是我這邊做。……，目前 xx 區就有提供他的照冊，他廣邀，他說他發了九千、一萬個簡訊，然後就是要首篩民眾，……，那來我們櫃檯就是協助幫他安排檢查，還有提供小禮物，還有跟民眾講 APP 後續的部分，他們就是負責廣邀。但我覺得這樣雙向合作的方式還不錯，因為畢竟他的那些名單是我們沒有的，但他們也需要醫療院所配合，診所的部分可能沒辦法吃這麼大量，而且診所好像要收掛號費，我們好像都沒有。(C1)
	社區經營	● 有跟學校還有一些機關合作，甚至以前還有跟乳癌基金會吧。(BC2) ● 我們會有衛教單張，但是因為我們社區的業務很多，還是會配合里長，然後會有負責護理師出去做衛教，……。像我們組長，他也會出去就是配合里長幫他們上課。……，主要是因為我們出去的那個場次多啦。(BC3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	社區經營	● 在醫學中心比較起來，我們算是比較願意出去的醫院。那所以來講的話，我們跟某些大醫院來做比較來講的話，我們社區算都有做到，也盡量做到最好的部分。(A3) ● 一個醫院要經營，你從社區上，去做這樣子的曝光，他以後就會成為你的長期顧客，……，覺得這邊，值得我們這樣子做，三重在地的民眾蠻可愛的，相處性蠻強的，他覺得信任你之後，很多事都會來拜託你(A5) ● 這三個縣市衛生所都有跟我們接洽，我們都有去他們的衛生所那邊，辦四癌的篩檢活動。……，每個月我們篩檢站的人員，他會去我們的門診藥局，就是在那邊講解我們四癌篩檢的 power point，就是癌症宣導這樣，(B1) ● 石頭湯計畫現在已經停止了，……那為了經營 xx(*縣市*)，我們就會把這個理念繼續經營下去。……，醫院有在 xx(*縣市*)租了兩個位置……，我們要照顧的就是亞健康的跟一些長者。那個服務站的話就是作為一個跟醫院的一個很好的銜接窗口。……，衛教只是其中的一項，……，主要是看說這個社區你想要怎麼樣的經營，一個是幫醫院打開名聲，再來也是串接一下資源，……，那對於民眾來講的話，他不會瞭解那麼多，所以我們是一個很好諮詢的聯絡窗口。(A2)
	公部門合作-追蹤難追個案	● 衛生所其實也有追蹤的壓力，所以你也要讓衛生所知道說醫院這邊也是有很認真的在想辦法幫民眾解決他們的問題。 (C2) ● 我會打給衛生所，……，問她說她那邊有沒有其他的聯絡方式，……，打好幾次他們真的就是不去做，……，就會打給衛生所，……，有些會去個案的家裡，直接去找他面談 (B1) ● 衛生所可能知道他沒有這方面的費用啊，所以就是會跟我們聯繫，就是看看說有沒有什麼急救案補助的，可以幫他處理經費的這一塊問題，那像這樣子我們就會找社福，……，要交通的話，這塊衛生所他們就會去處理，會請派司機去把他送來我們醫院，那我們醫院就要提供給他一個綠色通道，就是我們跟地段的互相合作這樣子……，再來就是有衛生所安排他到某一家醫院，……，然後衛生所會再跟我們講說這個案後續的復檢結果，然後讓我們去做結案這樣子，(AB1) ● 我們跟衛生局所先做這部分的聯繫，說我目前失聯狀況，……，有些衛生所的學姐是非常好，他們就會在訪視的時候，順便會再特別過去看一下，確認看看這個個案的去向這樣子。……，在追蹤的時候知道很明顯這個民眾是態度很不佳的，我們也會提醒衛生所跟衛生局，可能這部分我們稍微注意一下(BC2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	公部門合作-追蹤難追個案	● 有時候民眾會聯絡不上，那我們必須就得靠衛生所人員協助，……，衛生所人員其實都很熱心，如果查詢到有不一樣的電話號碼，都會提供給我們，那我們再做後續的追蹤。還有如果民眾完全失聯，回不到醫院追蹤，基本上衛生所，他可能會用家訪的方式，或用信件的方式，……，就是取得雙向溝通的機制，再跟我說這樣子。……，我們跟衛生所的合作比較多，……，比如說原地做檢查之後，兩個禮拜由我們提供資料，他們會自己匯入系統。兩個禮拜之後，民眾會到原施作地點，再去做聽取報告。所以如果我一直都聯繫不到個案，第一個我就會先打電話問說，這個個案在兩個禮拜之後，是不是有回到原地……，那其實衛生所人員都會回覆我們…….(B2) ● 衛生所其實蠻積極，…陽案他們有時候很快就去撈了，然後馬上跟我們說。他們可能會寄明信片，然後有些很積極可能就是要去家訪的。像 xx 衛生所他們還會說要直接載他去，幫他掛號……。(BC3) ● 跟轄區的健康中心會密切合作，……，我們會把我們遇到的原因跟轄區的衛生所說，……，也會跟衛生所看看怎麼樣合作去幫助這個個案，……，針對比較積極的衛生所，在第一時間覺得個案可能追不回來的情況下，我們就會馬上通知衛生所了，…….，我們會先把電話追蹤的狀況跟衛生所或是健康中心說。…….，我們在跟他(民眾)溝通的時候，他不見得會把他的需求，或是他的因素跟我們說。透過第三者，例如說衛生所，他們平常就是地段在跟民眾互動，那他們可能跟他們已經有建立一些比較好的互動關係，那他可能會比較問得出來，這個民眾他到底不想要到醫院復檢的原因是什麼。……，或是說可能民眾會錯意，讓民眾產生一些溝通上的誤會，那衛生所他們就是從第三者的角度去跟他做溝通解釋。(AB1)
	區域合作與公私協力資源	● 如果有場次我們都會去，但是因為我們醫院沒有抹片車子，或者是乳房攝影車子，我們出去通常都是搭別人的車子，像 XX(*醫院*)就有二合一的，它是乳房攝影車，但是它後面還有一個小房間是可以做抹片的，所以我們通常都搭人家的車。不然就是像我們 XX(*衛生局*)，它一樓算是有檢查間的，我們也會搭他們那邊，…..，我們主要是跟 XX(*衛生局*)合作，那他們都是會跟附近的診所合作。像他們有時候就會在鄰里長的辦公室，那因為里長要績效，所以他會廣邀他的里民來做，這種成效就比較好，但他們也是配合我們醫院車子不堪用，所以他就會幫我們弄二合一的車…….(C1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	區域合作與公私協力資源	● 其他的醫院，他有開乳攝車，那我們就是做抹片，然後順便檢查，……，結合各家資源啦，因為我們沒有車子，可能別人有車子，我們就利用他的車子的空間，他可以做抹片，我們就用抹片完成那一天鄰里長想要關懷附近的民眾的一個活動的串流，因為有些人喜歡做很多癌別，……，我們剛好就是串連起來。 (B3) ● 衛生局或者機關團體，他可能要做一些篩檢，有跟我們健檢中心這邊聯絡，轉介給我們的個案，原則上我們都會配合出去支援和辦理。……，我們還有設一個群組，……，他們(*診所*)可能沒有這樣子的資格(*切片確診*)，那他就是把個案的資訊拋過來，我們就可以知道說他要轉介過來。 (A6) ● 我們跟隔壁的 XX 衛生所就是一個很好的夥伴。它找到的個案，轉介給我們做檢查。因為他沒有醫療設備，那他出場次，那我們有好的團隊，……，他們(*衛生所*)一年四季的業務量很辛苦很雜的。他需要一些團隊來幫忙他，他出預約場次，我們當他的專業團隊，就像相輔相成，其實我們跟很多的衛生所都有合作，(A5) ● 要跟公司行號去做一個合作，……，讓員工可以很輕鬆的不用到醫院請一整天假，……，我們的下轉率，做到的是全國第一名，這個大概是其他醫院做不到的，……，你去做整合性篩檢，不能搶了人家的活水，……，今天跟地方去結合的時候，人家可以做的要讓人家做，人家不能做的，我們去提供資源，所以要有這樣的一個很彈性的做法，才能夠讓大家願意來，一起來做這件事情。(A4) ● 我們的流程動作快，所以分散、分流也很快，衛生所他才可以就是盡量把民眾邀來，然後我們就是可以很快的去完成檢查，所以在社篩的話，我們就是場次也多。(AB1) ● 我婦產科醫師人力不足的時候，就可以徵求婦產科診所或者是衛生所的醫師出來支援，那他就是可以做他的(*項目*)，那我就可以做我們的(*項目*)，就是變成類似我們一起合作的一個模式。(ABC1) ● 有一個群組，他有問題就會請教我，因為我是管理者……，我們醫院就是沒有乳攝，但是我如果去社區篩檢，……，我就會搭配其他醫院的乳攝車去執行，……，也有跨區服務，……，我們的那個 XX(*衛生所*)，也會媒合其他區域的，……，如果這一場真的是一定要辦在這一天，那他們就會去媒合其他的醫師(A1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
場地設備與經費不足→強化資源配置與外展服務彈性	提升場地使用效率與行程規劃	● 月底的時候，下一個月就會排班好，那我們會供民眾做查詢，他如果需要，當天可以先打電話來詢問。……，今年年底的時候，就是會開始安排下一年度的場次，那安排之後我們就社區醫學科的人力，下去做值班、輪動這樣子，……，但在空間的部分，希望醫院也可以提供再寬廣一點的空間，讓我們去詢問民眾的問題(B2) ● 也有添購乳房攝影機器，……，一臺負責門診，一臺主要是負責篩檢。同時段民眾就不用等待那麼久。(BC2) ● 一臺是供健檢使用，那另外一臺是供我們櫃檯使用。因為也有門診的，然後也有醫生排檢，所以其實放射科的名單當中分成三等份，就是門診的一等份，然後我們櫃檯的一等份，然後還有他們臨時加做的，緊急的那種一等份。(C1) ● 不是每個看門診的女生都需要做抹片，那抹片臺他其實是在診間後面的一個小房間，所以如果護理師知道這個只是一般問診，他就可以先叫要做抹片的，先從另外一個地方進來換衣服，先在後面等，那其實就是有點錯開的通道，不會跟問診的民眾打在一起。(C1) ● 里長們一定要去廣告、宣傳，告訴鄰里，……，我們還是覺得，不是增加場次，場次增加是可以增加，但是要有策劃性的增加，這個才是對的。然後包括前端鄰里長的溝通，要告訴居民，你什麼時候要把握機會。……，真的是會推廣說，他們來我們醫院這邊做，那我們也有增加乳房攝影的機器，那機器也是蠻貴的，也不是說想要增加好多臺，就增加好多台。所以就是會跟他們講說，我們跟你排的時間盡量不要輕易地爽約(A2) ● 像在今年年底，大概就要約明年一年的事情了。(A3) ● 很早就會排定，二、三、四月去哪裡。那可能有些里辦比較小，就會在某個活動中心辦，也會邀約附近的里來執行(A1) ● 乳攝它要一個隱密乾淨的環境，然後要壓胸，要一些說明，所以只有乳攝它會有一個 schedule，……，我們醫院剛開始沒有一個專屬的區域，現在也有了。跟其他癌症相比，婦女的癌別，他更希望是比較一個專屬的空間，……，那這個乳癌跟婦產部就是在對門，所以說就是會有一個區域都已經把它規劃好，的確做了一些特別設計。那乳房超音波，也集中在那邊。然後還有一個設計就是針對陽性的，就是當天來看婦產的時候，順便做乳房超音波，就會先幫他這個時間給約一下。(A1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	正向回饋與成就感	● 當時我們做了一個真的大家都沒做過的事情，是我們把經由篩檢確診為癌症的病人，然後他的家人，還有當時轉介他來做篩檢的醫師跟護理師，我們辦了一個感恩茶會，就讓他們相見歡，.....，讓大家去分享。這樣子外擴到就是說，第一次他可能在不經意間轉介，可是他沒有想到說他可以幫助到一個生命，.....，以後的工作職場上比較會有成就感，也願意更投入這個篩檢的一個轉介工作。.....，然後我們有做了一個篩檢轉介網的表揚。那還有就是說他轉介的個案當中，發現了很多的異常個案，或者是發現了癌症的個案，這個我們都有另外做一些表揚，跟不同的獎勵機制，然後也就是讓他們在同儕之間會覺得:「*欸，他做了好多，我是不是也可以這樣做做看。*」，這個是我們比較特別有去做的一個動作。其實我們還有遇過就是，護理師就跟我說，我可以不要拿這個兩千塊的錢嗎？因為他覺得，他轉介了這個個案做篩檢，然後確診癌症他居然拿到兩千塊，他覺得他感覺上好像拿別人的健康的一個獎勵的感覺。我說:「*其實沒有啊，其實是醫院要謝謝你幫助這個病人，如果你沒有請他來做篩檢，他或許再拖個半年、一年，他可能就不是那麼好治療的一個狀況。*」。(ABC1) ● 我們是曉以大義，「*這個事情，你是專業，婦產科是這麼難找。又剛好是你的專長。所以這些長輩，就期望說有女的一個來幫我們服務，所以你很重要，所以你一定要經常幫忙我們去出這個場次。*」。所以有些比較負向的醫師，透過我的一些協調之後，後面也都沒有事情了嘛，就大家皆大歡喜嘛。(A5) ● 一句話救了這個民眾，我講這個話一點都不誇張，就是他的一句話救了這個民眾一條命，我們讓他們兩個人去相見歡，就是說正向回饋，讓這個臨床端，不管是護理人員或醫師，覺得說他今天真的心裡面很高興，很溫馨，說這個人很熱誠的，很溫馨的回饋我說，「*謝謝我幫他做這件事情*」，類似這樣的小故事，我們去在醫院裡面去發酵，也希望說提醒我們臨床的醫師，他們能夠去重視，篩檢真的是救人一命的事情。.....，找個時間，可以辦個溫馨的相見歡，讓大家可以去對這個事情....，因為畢竟在醫療上，你這個工作可以有一份還可以的薪水，但是那個精神上覺得說，「*我今天做的真的是一個有意義的事情*」，這件事情對員工而言還是蠻不錯的一個感覺。 (A4) ● 我們的醫生動作都是比較輕巧的， 然後技術也非常的純熟，所以民眾的反應都是蠻好的。這也是為什麼這些健康中心跟衛生所都會一直想要找我們合作的原因，這樣子民眾的回饋、反應、滿意度也都比較高。(AB1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	優化工作環境及工具	● 108 年我們就換了一臺電腦感測，它可以感測到每個人乳房的型態，去壓迫這個磅數，它可以做一些像 AI 觸動的調整，但不是說完全沒有感覺，不是這樣子的，因為畢竟醫學上壓迫的磅數是有一定的規定，(B3) ● 機器的話，通常我們醫院都是最新的。(B1) ● 院長蠻重視的，他還給我們一個空間，.....，後來因為人員越來越多，所以我們後來又搬，就是給我們足夠的資源。(BC3) ● 有 AI 的輔助，醫院基本上應該都有這個功能，……，是可以 SHARE 掉一些乳房攝影專科醫師的一些 LOADING 啦，不然他量這麼大，去檢視的影像也很多。(BC2) ● 我們要有一個比較優質的職場環境，他在工作上，運作起來是比較愉快的。我想這樣他才會願意投入更大的心力在這一塊。我們也要給他一個很好的工具，讓他可以發揮他個人的專長。(A6) ● 在聯繫跟效率上我們會特別的去做一些要求，比如說現在的極端氣候越來越明顯，……，所以我常跟我們的團隊講，是不是早上場跟傍晚場就好了，下午場就把它取消掉。為什麼，那麼熱誰都不會出來嘛，這是一種我們在互動過後的一個學習。……，所以每年 1 月跟 7、8 月，出梯就要減少，……，寧可不要做那個生意，我也希望員工的健康是被照顧的。當你這樣做的時候，員工是什麼？感謝，覺得後面有人支持，……，把護理人員該照顧的工作負荷維持在一定的程度，不會說今天照顧五個，明天照顧九個，沒關係，忍一忍就下班。我們不會這樣子，五個就是五個，再多也沒辦法。(A5) ● 乳攝車跟抹片車這兩個尚方寶劍，我們都有，出去的話，這些檢查就絕對會被我們給找到，然後進到我們這個檢查的資料庫裡面，後續做陽案的追蹤，……，在出場的時候，自己要把工具準備好，除了人之外，還有就是這個工具的部分。(A5) ● 乳癌的個案年年在增加，所以其實對乳攝的需求性是比較高的，……，前幾年，我們醫院有先進了 3D 的乳房攝影的機器。機器進來之後，臨床醫師是覺得在看影像的部分，都覺得比過去舊的機器來講，成效更可以看出一些病灶出來。……，目前醫院有兩臺，……，那透過這樣子，可能可以服務更多的民眾，也可以比較精準去提供確診的部分。……，我們還有做 CID 的一個協助，就是電腦輔助系統，可以幫助放射科醫師在打報告的時候，先提示他，哪一些有病灶，他自己再依據他個人的專業去 confirm 這些病灶的問題，這樣可以提供臨床醫師更精準確認他病灶的一個情形。(A6)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
		● 婦產部的主任也都是蠻支持做預防保健這一塊，……，我們醫院算蠻支持癌症篩檢的，……，覺得大部分我們如果有什麼需求的話，院方算蠻支持的。……，還有一個，我們都講說是巡迴演出，就是你每年大概都要安排一些時間去到各科走一走，或者是到門診管理中心、護理部去走一走，……，就再三的提醒院內的護理同仁們(C2)
		● 主任跟院方的支持，我才有這些篩檢量，(B1)
		● 覺得還算蠻高(院方支持度)的啦，就是蠻支持做篩檢，……，院長蠻重視的，……，就是給我們足夠的資源。(BC3)
		● 領導支持吧。應該是說我們每個月都有開會，所以其實我們婦產科主任就是他很重視。(BC1)
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	主管支持及重視	● 院長已經非常支持這一塊了，我們每個月在院務會議也都會報告目前我們癌症篩檢的進度，……，讓醫院的人知道其實院方很重視這一塊。……，相對地，同仁的配合度就會比較高。……，就是政策推廣、院長支持，……，只要院長、院方支持這個政策，然後也知道從這邊可以對醫院帶來不小的預防保健的費用。對醫院來說，其實這就是很大的一個收入。支持這個政策，相對的同仁在推，或是說同仁提出來的一些策略，也比較能夠成功，那相對他們在推廣也會比較順利。(AB1)
		● 每年都會開一次會議，由院務長官來主持，來協調各科部來投入人力的部分。……，長官該做的事情，該讓同仁感到舒服，每次開會我該請他們喝東西、吃東西我都會做到，那當然這都是長官自己要去營造出來的，同仁也願意覺得是說當一個家庭，互相幫忙，盡量去做，……，我們就盡量做到讓他覺得是說，這個團隊裡面是有人可以遇到狀況，是有長官願意出面幫忙的。願意出來處理的，讓他願意待在這個團隊……(A3)
		● 主管的一個支持當然就是非常的重要。那也要我們主管願意花時間跟我們這樣開會，協助我們解決問題。……，我們一開始看到有這個補助金、補助款，那時候我們自己就寫簽呈跟醫院爭取，……，就是積極跟院方說，你可以給我們一些獎勵金，然後我們回饋給這些辛苦的個管師，那院方也同意，……，要有好的主管的支持，幫他們爭取好的福利。像國健署有這種品質改善計畫的補助款，我們主管就有義務去跟醫院爭取一些費用。其實我覺得這樣人員做起來會比較開心。我也跟他*(個管師)*說，「*你的辛苦沒有白費，我們也有適度的回饋給你，所以你領到這樣的金額應該是等值的啦，*」我覺得還不錯，我們醫院也願意回饋給我們一線的同仁。(A6)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	主管支持及重視	● 有些高官說，你這個個管師，我付薪水給你，可是你有什麼產值?所以產值要算給他聽，……，你一把篩檢量做大，陽追回來多，其實醫院後面會有一些隱形的收入一路產生。讓醫院這些高層知道說，他設這個個管師，除了實質 income 之外，事實上也在替醫院建立 credit，因為你真的照顧到民眾的健康。……，這個需要院內的主政者，他要知道說人力上是要有一定的適當的安排，才能夠讓這個事情做得好(A4) ● 對 IT 幾乎都是我想出怎麼去做好流程，以現有的流程，導入到 IT 裡面，因為我自己也寫過一些資料庫，所以其實對我來講不是很困難，但是對於其他主管，如果你真的要有這一塊，你一定要寫好一個架構，才請 IT 人員去協助你完成後續，那這個的確是必須要訓練或者是學習的。(A6) ● 我們醫院很棒的是，我們院長對這個團檢非常非常的用心。……，這些人幫醫院在外圍做這麼多努力的事情，我們就應該感謝他，應該獎勵他們，要留任他們，……，任何的收入，我們都會提撥一定的比例出來，來感謝員工，……，院長也花了一些心思跟人事室溝通，就是說再把他們的底薪再往上加一點，……，最近也討論給他們的一些獎勵，……，他們在前面幫我衝鋒陷陣，……，我們就要克服人事跟會計這個關卡，所以這就是各司其職啦。(A5)
	組織文化及團隊合作	● 我覺得主要關鍵是我們的團隊合作，不管是社區醫學科、家醫部，甚至整個醫院內各科，由長官的帶領之下，逐漸對於癌症篩檢這一塊，大家都開始積極地參與，甚至有醫生直接打電話來詢問，幫民眾詢問說有相關的癌別的檢驗事項。……，團隊合作裡面，當然就是醫師、護理師、個管師、行政，其實我們的分工很明確，因為我們不只是輪值篩檢站，我們還要應付門診，還有異常個案，甚至民眾的諮詢。(B2) ● 追蹤效能的話，還是覺得很感謝我們各單位的協助配合，健檢中心、或者是門診那邊，還有我們單位同仁的努力合作。(B1) ● 我們優點就是團隊的互相的支援(A1) ● 不管社區或者是在院內，……，去把這些盡量可以吸引到的病人，我們盡量把他抓出來。……，團隊來講的話，我覺得我們團隊必須要是一個很堅強的…，也是把團隊當作是家人在看，大家真的是互相，基本上我們這些同仁做的時間都蠻久的，他們也都很熟悉，他遇到什麼狀況都是蠻自動自發的去做，所以我是蠻珍惜我們的團隊，… (A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	組織文化及團隊合作	● 醫生蠻積極的。我覺得婦產科醫師很支持啦，偶爾婦產科醫師沒辦法的話，家醫科醫師也蠻配合的。……，主要是醫生，比如說，他們很有意願去幫民眾做服務的那種態度，我以前有待過私人醫院，然後我覺得我們醫院同仁很多，可是大家見面的時候都很客客氣氣……，然後我覺得就是很重視對民眾的那個服務態度。 (BC4) ● 有一個好的團隊，在前面衝鋒陷陣。有好的行政管理者，幫忙他們排解困難。……，你可以看到我們組織架構，人真的不多，但就是靠這個內場跟外場的相輔相成，我覺得我們會把該做的這些對象，很精確能夠抓到。……，就是說每年到了九月份，農漁民開始了，大家要繃緊神經，不要請假，不要出國，全部人來賣力的把這群四千個個案，把他該做檢查的做好，所以這就是我們醫院整個團隊我覺得很棒的地方。……，大家團隊，都要把手邊的事情放下來，來全力做這件事情。……，我們就想說把事情做好，找對的人進來做事情。把團隊帶好之後呢，收入多了，大家願意有更多的目標，我們獎勵大家，所以這個效果很好。……，所以我們這邊的文化是慢慢這樣建立起來的，我覺得我們有好的成績也就是相對的。……，團隊吧，我覺得人很重要，選對人，他做事就可以事半功倍……，選到對的人，這個團隊基本上他們是自動自發的。 (A5) ● 其實各團隊對於自己品質的要求，如果相對來的比較高，當然個管師付出的一個心力也會比較大。……，你重視的時候，當然大家都會一起去做，如果說這個團隊完全不 care 你這個追蹤，也完全不去檢討的話，個管師當然都可以輕輕鬆鬆的，……，所以我必須說我們自己癌症團隊，在品質上的要求相對都會比較高，在追蹤上面，……，就是跟全國比起來會來的優異一些。(ABC1)
	控制與監測規範會議討論	● 國健署他其實有期中、期末跟全年度報告，也有核心測量指標，……，像婦女癌別他在預防保健的法規裡面他就有規範，你要到達多少，他有個規範，如果你沒有到達，他就會扣你的預防保健申報的費用的幾%。……，這個是有綁定的。所以你的乳房是不可能太低的。(B3) ● 定期的癌症篩檢推動委員會，還有數據的追蹤，然後我們每月的科會，都會定期的在檢討我們目前的數據的狀況。(B2) ● 期中跟期末的成果報告，都會呈現到說你的判讀時間天數拉太長了，然後跟全國平均還要多天，你就要寫原因這樣(B1) ● 年初跟大概三月，就會針對去年合作的項目做一個檢討。……，三月以前就會把今年要怎麼樣合作，再做一次討論。 (A1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	監控規範與會議討論	● 推動癌症篩檢的時候，其實會經歷到蠻多的問題。一開始是由副院長主導，大概是兩週就會進行業務上的一個討論。(A6) ● 各家醫院護理師、個管師都蠻用心，都很努力在追，其實很有壓力啊。……，因為國健署，其實各家醫院應該都有回饋目前的轉介率、完成率。所以大家應該是蠻盡力去做的。(BC2) ● 哪些醫生，出勤不準時的，一次兩次之後就不排他了。就有些醫師他很拿俏，遲到或早退，這種事情我們是不允許的。對民眾來講是不好的事情。大家民眾準時在那邊等著、等著，結果醫生還沒來。醫生還沒來，這感覺是不好的，對醫院整體形象是扣分的。或有些人說，「時間到了，我走了。」，還有三個還沒做耶。我們就被人家這樣投訴過。我就跟醫生講說，「你明明知道後面還有個人，為什麼要先走呢？」。(A5) ● 這個都跟醫療品質有關係，所以要把這些指標帶回去醫療團隊去討論說有沒有地方需要改進的，那個個管師也要負責這件事情。……，在 2010 年開始做篩檢的時候，那時候是每個月開會，現在因為很多東西都上軌道，所以三個月開一次開會，……，在縣內跟其他家醫院比，那妳就會看到說我們陽追率都是比全國的平均值要高，比 CCAP 的平均值要高。(A4) ● 也是定期有跟院方開會，監測癌症篩檢的國健署的品質提升計畫。……，會定期向院方回報我們現在這個品質計畫的進度。品質計畫監測的東西很多，除了篩檢量之外，例如說 PPV 值，或者是門診篩檢率這些都要監測。……，委員都是各科科部主任，在比較大型的會議上，主席大部分都副院長，去提醒各科的主任，要協助癌篩這一塊。在這種會議上，再加上有會議紀錄可以做佐證，那他們對於癌篩的事情就會比較上心，例如說轉介或者是後續陽追。因為到診間之後，我們沒辦法控制診間的醫生。那醫生有定期來開會的話，他們才會知道，……，大部分我們科的醫生都已經知道說癌症篩檢下一步的陽追，……，那癌篩有什麼困難的話，大部分也都是在這個會議上提出，然後由主席去裁示各部科去執行這樣。(C2) ● 我們每個月在院務會議也都會報告目前我們癌症篩檢的進度。所以就是也讓醫生跟護理師，讓醫院的人知道其實院方很重視這一塊。大家知道院方很重視這一塊，相對地，同仁的配合度就會比較高。(AB1) ● 要資訊系統幫忙，就是在我們的看診名單上會有一個註記，……。這個在我們醫院裡面會去 monitor，……，就是未做確診的回到你診間，但是你都沒有動作的話，我會把你記錄下來，然後我會告訴你的主管，你要去檢討……(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	監控規範與會議討論	● 跟我們的院務長官跟各科室召開會議，因為社區會有一定的服務指標的量，那當然這些量的呈現必須到處去做，……，品質指標上，因為這樣溝通的部分，其實也都蠻好的，現在都符合國健署的要求。……，很多的指標，像一些社區的指標，我們自己就會 monitor 我們有沒有辦法達成。……，有些場次是其他縣市政府來邀約的，那我們因為醫學中心還是有一些社會責任要做，……，當然你去偏鄉，或者是一些醫療資源比較沒有那麼足夠的地區去做的話，對於我們一些公益的指標來講的話，這個當然就比較容易達成，所以我們大概會去做。……，公家醫院都要很使命必達，……，長官的一些要求，或者是指標的一些要求，我們能達到的，我們都盡量去達到啦。……，長官至少就會開好幾次的會議，去看一下我們這些指標有沒有達成。你達不成，我當主管的就一定會自己先知道，……，那我社區醫學科每個月都會開會，所以我大概就會問說，你這些指標有沒有辦法達成，達不成的話有沒有什麼因應措施?我們需要幫什麼忙，有沒有需要再去協調什麼?這些就是主管該做的事情。……，那達不成的話，當然我就要去跟我的長官去報告，……，那基本上不會搞到什麼他們那邊啦，我這邊就要處理掉了，我不處理掉的話，我報上去就是我被 K 阿。 (A3) ● 每個月會有一次的婦產科會議，……，月報都要把高風險個案(*代號 4 以上)*從頭到尾(*篩檢到追蹤結果*)都要報告給醫生。……，每次開會其實每個婦產科醫師他們都還蠻認真在聽每一個病人追蹤的結果是什麼。……，所以他們會一個一個問說，「*這個後續呢?怎麼沒有什麼結果?阿他做什麼?*」，……，我覺得我們每個月有報這個月報，所以其實就也有壓力，……，然後不能去隨便看待這件事，……，所以讓我們能夠就是做得比較勤吧，要不然平常也不會有人特別去管這一塊。(BC1) ● 品質上面其實是被逼出來的，我必須老實說，其實我們各癌團隊的負責人，給我們追蹤品質的閾值設定的就會高於全國。就是好比說我的乳篩陽追率，他幫我設的是 97%，但全國才 80%而已。所以當每一季我要去報我的陽追率的時候，……，我的追蹤率低於我的閾值，我就會很緊張。閾值本身訂得很高的時候，個管師當然就會有很大壓力要去追蹤這個個案，所以其實是各團隊自己對於自己品質的要求，……，因為我們篩檢小組已經成立 14 年了，所以我們就是從一開始每個月開會，然後開到維持了一定的品質之後，那我們就改成兩個月，然後兩個月之後就覺得也可以，那我們就改成一季開一次會議就好。所以我們每季會在篩檢小組、個癌團隊，然後癌症醫療品質委員會上面去做報告，……，要去做逐案分析。 (ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	增聘與留任人員	● 希望乳房外科可以增加門診量或者是增加醫生，……，其實護理人員也忙不過來啦，所以也是希望多一點護理人員。(C1) ● 有尋求過 part time，就是請其他的同仁來支援我們的一個狀況。(ABC1) ● 一直都有招聘新進人員，之前有人員異動是因為他們有職業生涯的規劃，……。不然我們的人員都是蠻穩定的。(B2) ● 當然希望院方再給我們人力啦，……，跨單位這件事情是不容易的，這個要長期經營，……，所以人力的穩定是很重要(B3) ● 最近有來了一個新的陽追個管師，……，有他來，差蠻多的。……，我覺得就是因為今年是擴大篩檢，所以量會很大，如果有人可以幫忙撈那個陽案或打電話，……，我覺得有減輕蠻多的，然後目前我覺得這樣還 OK，就是如果在人力上面的補充的話是最好的。(BC3) ● 抹片的部分，很多都會希望是女性醫師。那因為我們醫院之前是沒有女性醫師。所以醫院後來就有幫我們就是有再聘一位女性醫師，然後還有一位就是兼任的女性醫師來增加，……，因為很多人真的一聽到說，你們沒有女醫師，那我就不要，所以我們也有去跟醫院方反映過，那所以他後來就是有幫我們再增聘，就是兩位女醫師，那目前的話就是就真的差蠻多的，……，就是這些民眾真的比較留得住。(BC4) ● 我覺得資深的個管師，這也很重要。……，我們醫院的流動率是很低的，所以其實在這一塊應該是我們醫院的優勢，不像其他醫院流動率太大，他可能每年或者是幾年，它就要重新去 TRAINING 一些新進來的。(A6) ● 篩檢站的部分，我們人力是機動調配。人力比較吃緊的時候，我們會從社區其他的工人去幫忙。……，真的還是再繼續成長的話，我們如果吃不下來的話，我想我們還是會跟長官去報告說，看看有沒有辦法再加人的部分。……，基本上流動率相對來講的話，還好啦，沒有很高，……，前幾年離開的也不是說我們工作環境不好，……，而是說為愛走天涯，(A3) ● 你人力上就不能太苛刻，一定要給他充足人力，……，人力上一定要請醫院，稍微比較大方一點的，因為我們看過有些醫院的篩檢數,起起伏伏,掉下來的時候,就是三個個管師離職。一離職什麼東西都停擺,所以你個管師的人力一定要夠,……,個管師人力要夠的話，第一個你醫院要開缺，然後要覺得說這個是應該要做的事情，不要去限制，……，我們醫院對我們的人力支持還算蠻到位的，所以大概不會有讓人員過勞，因為過勞他就不想做，他就想離開。(A4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	增聘與留任人員	● 同仁比較常反應的是，是不是人力可以要再增加，……，我請那個計時人員，他就會幫我打電話邀約，……，護理師的部分，我可以招募支援護理師，譬如說我需要子抹護理師，我每個鐘點費是多少，那我們有一個群組，就是有做過這個經驗，然後當我有需求的時候，PO 給他，他也有意願，那我就 PO 在那個群組，……，那我真的有人力的問題的話，我自己單位有其他組，我就會調派人力來支援這件事情。……，追蹤管理也不一定要護理師，有些醫院是用事務員，所以如果真的量多的話，我們也可以聘請事務員來協助，(A1)
	設立績效獎勵與誘因制度	● 如果護理人員有跟民眾說，……，其實他可以註明他的卡號，那如果民眾在當月有完成這些檢查，……，我們有申請這個獎金制度，就是可以核發給那些轉介的護理人員，包括醫師都有，……，那因為我們是做相關的，所以我們是被排除在外的。……，本身醫院就有績效的制度，那這個預防保健轉介的機制是給其他門診、其他科別使用，……，制度我覺得也蠻完整的，剛是說獎金制度，還有一些活動(B2) ● 我們不會有加班津貼，就是你假日有去，然後就算一天的假給你，另外補休。(B1) ● 有一些員工他覺得我需要額外的一些收入，那就因為獎勵動力，會去做更多的轉介。……，表揚是表揚，可是獎勵金是會給，因為像他如果說轉介為癌症的個案，他一例就是會有兩千塊的獎勵金，那如果說他轉介異常要回來追蹤的，我們每一季會抽四十例的個案，就是說如果這一季我們發現了一百個陽性個案嘛，異常個案，那我們抽當中的四十例，然後看他的轉介者是誰，我們會額外給他一筆三百塊的獎勵金。(ABC1) ● 門診護理人員就會在單子上面蓋他們的員編或名字，……，有成功的才會給轉介金。那轉介金我們通常都是一季發一次，一個個案就是二十塊，雖然說沒有多少，但是對他們來說累積一個月的話，如果真的很認真在轉的話也會好幾千，對。(C1) ● 會額外的給醫師們，……，每一筆抹片他可能會有額外的績效，但是好像不多，……，當然如果社區篩檢人多的話，他們績效比較好，心裡會覺得有所彌補吧，有這個實質的績效入帳，對他們來說也是蠻有鼓勵的。 (C2) ● 會感覺有被肯定，因為雖然說平常可能那個主管會要求怎麼樣怎麼樣，……，但是看到獎勵金的時候就會覺得，……，你平常的辛勞，他(主管)還是可以有去看到這樣子。(BC3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
		● 會有一些獎勵金的部分，這當然國健署都有這個明文，是可以規定說是可以給獎勵金的，我覺得這一點應該是蠻好的，(A3)
		● 人資會做薪資的撥補，每季。……，它不是用醫院的薪資的部分，它是用費用來做處理的。因為它本身的那一個計畫的費用，就有含這些費用的支應。(B3)
		● 也有給獎勵機制，所以前臺人員，他也還蠻有意願的。……，全院員工都可以，……，他可以自動帶入員編。像我們如果是自己做，或我的家人，他其實就直接帶過去。如果是民眾，你邀約的或怎樣，他直接會幫你帶入員編。員工自己也查詢得到，例如你有轉介多少個案，甚麼癌，幾月幾號，他也可以自己做查詢。(BC2)
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	設立績效獎勵與誘因制度	● 讓員工有這個意願要幫忙做轉介、做推廣，……，我們有設診間轉介獎勵機制，……，這個對他們來說也是一個誘因。……，利用我們的篩檢提示系統，……，其實他們靠這個轉介費，每個月也是可以領兩三、千塊。……，所以真的有幾個醫生跟護理師，還有志工，他們都推得很厲害，也很積極在推。……，加上我們每一場出去，也是有給醫生額外的費用。所以對他們來說，這也是他們的一個小收入，而且場次多的話其實收入也不少。(AB1)
		● 首篩、必篩那一些，就是民眾看完的批價單上面會出現。那診間的護理師他就是會轉介過來，那他會蓋他的章，……，上面都會有名字，那就是會有轉介的獎金。……，我們篩檢組有我們篩檢獨立的績效，但是剛剛的獎金是全院，……，那他(*民眾*)做了篩檢，但是篩檢出來，真的就是找到他是癌症的這種，我們也會個別給額外的獎金。(BC4)
		● 報了一百件，實際上核准可能 80 件，我們就是利用這 80 件的一個補助金額，……，醫院最後是同意給我們 15%，所以我們就是把這 15%，給這個單位的衛教師。……，推動癌症篩檢的獎金，我們分兩塊，一個是員工，就是非醫師，會訂每一個轉介的金額跟項目，看他是首篩還是他是兩年一次篩檢，那費用是不太一樣，……，每一季就會去算他的獎勵金，那個是給我們每一個人，除了我們這個單位之外，……，其他同仁都可以透過員工轉介。那醫師端的話，我們是採一整年轉介完之後，取前三名，因為有時候醫師給他那個幾十塊或一百塊的，對他們來說可能零頭，所以我們後來採的就是整年度轉介最高的前三名的醫師，會在醫師大會，……，給他獎勵金，可能是一萬多塊，然後多少，然後我們會分三個金額，然後就頒發給他，這樣可能他會稍微有感一點，……，這很現實，有獎勵還是有差，……，我覺得錢還是很大的吸引力。(A6)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
人力與誘因不足 → 建立永續人力培育與誘因支持體系	設立績效獎勵與誘因制度	● 院長會提撥一部分的錢，給所有參與的人都會有一些獎勵。……，這些參與的人，有打電話的啦，有幫忙這個，帶去做這些項目的，通通有獎，那我們的志工也是喔，我們志工來這邊，現在三小時是算一百塊錢，這個是公定全臺灣的志工的車馬費，……，那他們七點半就要來了嘛，到十一點半、十二點，雖然是超過三小時，不到六小時，我們一樣給兩百。……，大家的辛苦，我們都用感謝的方式，錢雖然花的不多，可是團隊那個向心力就出來了，……，我們定期會給的獎勵金的這個水庫就比較高。……，那獎勵金全院每個人都有，只是你的工作表現得好跟不好，多跟少而已。但是專門做癌症篩檢這個團隊，我單獨再拿一筆錢出來給他們。他跟別人不一樣，付出比較多，……，所以我們有些額外的獎勵給他們。……，這些人幫醫院在外圍做這麼多努力的事情，我們就應該感謝他，應該獎勵他們，要留任他們。(A5) ● 所有員工都可以轉介民眾來做篩檢，只要轉介都有獎勵金，而且我們的獎勵金有分不同層次。譬如說首篩，或是他好幾年都沒做，突然間來篩的。啊也有那種 regular 來篩的。那 regular 篩的，他每兩年來一次的，我們這個轉介獎勵金就是最 minimal 的，那如果他今天是轉介一個，從來沒做過篩檢的，獎勵金會比較高。護理人員看到這個，他就會去想說，今天我要推薦兩個首篩，我可能今天中午的便當錢就有了。……，那每個疑陽個案後面都有一個轉介他來做檢查的人員。這些人員，我們會一段時間後去抽籤，假設是被抽到的話，他的獎金會被 bonus，就是說你轉介了這個個案是有意義的。那醫院大概每年會診斷出來的癌症病人大概六、七十個左右吧，那這些轉介他來做篩檢的人員，不管是醫師還是護理人員，都有一定的獎金，這個就不再抽籤了，我讓你 reverse 說你真的因為你的好心，讓這個民眾得到早期診斷，早期治療，所以我就直接撥獎金給你，這是我們對於篩檢獎勵金有不同的設計啦。……，我們醫院也有把這個(讀 3D 乳房攝影片子)給他們的抽成稍微提高一點點。(A4) ● GPS 它今天開到桃園的復興鄉好了，它一整天下來可能做 20 個，那 CP 值不夠，油錢都不夠，可是國家應該鼓勵它，應該把它的 Bonus，這個檢查 Bonus，就是你應該做一個等於兩個錢給你，讓它覺得划算。(A4) ● 我們醫院也可以 APP 查報告、電子報告，所以它下面也有告訴你符合資格的條件，我們是做得比較完善。……，今年開始，因為配合國家政策，節能減碳，所以我們用 APP 可以查報告結果，所以我們去年有開始宣導，我們不寄送紙本。(B3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
	建立院方APP或官網	● 資訊方面要給很大的力，因為像我們很多東西都是 APP 可以完成的，但是好像有 APP 的醫院沒幾間。……，APP 好處也是它可以記錄以前的資料，不用來病歷申請，這一點也是很好的，……，也有 Facebook，……，像這次衛生局有一個抽獎的活動，通常只要有活動舉辦都會直接更新，算是我們會跟公關聯繫，然後請公關幫我們發布消息，(C1) ● 會傳簡訊或者是就是會透過社區小站，所以我們做好海報之後，……，會在我們醫院的官網，還有就是我們院內，還有就是發新聞稿，……，讓我們就醫的民眾，或者社區的民眾知道這個。(A6)
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	強化系統與即時修正回應	● 我們醫院從一開始就做好資訊系統(A6) ● 全部癌都有系統，就是國民健康署它計畫有要求要做的或試辦計畫，我們全部都有管理。……，我覺得資訊系統這個幫助非常大。……，放在醫院的系統裡面，其實是比較安全一點的。……，再來資訊面的管理，支持是很大的。(B3) ● 我們自己跟各醫院的篩檢窗口人員都很熟，所以其實我們在聊天當中就會知道說他們的困難點可能是資訊系統，他們資訊系統可能沒有辦法像我們院內的資訊室可以很即時性。雖然說不是說很快速，但是其實在跟其他醫院比，我們在篩檢系統上面算是蠻健全的，然後修改上面也是蠻快速的。(ABC1) ● 我們很早就有提示單了。……，那維持這個風氣的話，資訊是件很重要的事情。資訊如果沒有辦法及時回應你，資訊它就卡住了。你想要的東西，很多東西都是藉由這個資訊，……，因為很多東西就是即時性的，就像我們癌症篩檢一樣，每一年都是前半年，大家就一直搶，……，你說你後半年，才要做這件事情，是沒有辦法去達到那個效益的。像我們現在要準備明年，我們提出的需求就是資訊。……，資訊是不是可以馬上媒合我們的串接，……，包括如果提示單它沒有，那它可不可以及時的回應?……，所謂的有效地期限，就是要一週內可以改善，其實最好的話，應該是要三到四天就要完成這項業務，因為每一天的門診量都很大，你就會 miss 掉很多，尤其是在前半年的這段時間，是個黃金時期。(A2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	作業系統運作機制及設計	● 早上如果去值班，我們基本上會先到篩檢站，開啟電腦還有相關的系統，確認民眾來的時候，拿健保卡一插入，我們就能立即的檢核，看看他能施做的項目這樣子(B2) ● 系統有一個叫乳房篩檢清冊，它可以查詢每天院內或院外的乳攝車做的量。……，只要健保卡插下去就知道年齡，系統會自動帶入這個清冊這樣子。……，來我們醫院做乳房攝影的，我們會有個清冊上面會寫【已簽收】，已簽收的話，……，表示問卷他(*民眾*)已經拿去乳房攝影室，放射師那邊就是簽收，然後系統就會跳已簽收。我們就會知道說，民眾他已經有去做完檢查了。上面那個清冊還可以查詢說，醫生有沒有打完報告了。他打完報告會呈現正式報告。那如果他就是還是顯示【已簽收】，已簽收就只有到放射師而已。……，還有一個系統叫乳房攝影篩檢結果通知，……，如果他(*醫生*)都打完報告，都會可以在這個系統查詢。……，他可以查說是陰性或陽性的，0 或 345，……，也可以在這個系統 key in 那個乳房問卷的報告，因為乳房問卷我們會有詢問一些疾病史或家族史，那些就是國健署的問卷內容，……，每一題都要 Key 在國健署的乳篩系統上面，……，所以這個系統也可以 Key 這個，它也可以 Key 醫生打完的陽性病灶位置。因為它如果是 0345 的話，它是陽性，……，醫生會勾這次異常的位置是在左邊右邊，……，清冊它是可以看到說每天的你的乳篩量，或是醫生有沒有打完報告這樣子。其實那個篩檢結果通知也可以，也蠻不錯的。(B1) ● 它(*系統*)會提示你是首篩或幾年未檢，……，失聯個案其實我們會先尋求院內的其他系統，看他之前存留的資料。 (BC2) ● 有哪一些篩檢可以做，它(*系統*)也會幫他分類出來，總共幾項，它會列出來，那它在每一項的最末端，它就會告訴他上一次的篩檢日期是什麼時候，如果說是第一次篩檢，它就會寫【首篩】；那如果說他跟前一次篩檢已經超過三年的話，它就會寫【必篩】，就是說你已經太久沒有篩檢了，你一定要去做篩檢；那如果說他是身心障礙者，就是說他領有身心障礙手冊的民眾，我們會寫【特篩】。特別篩檢的原因是其實他可能會有比較異於一般民眾的需求，可能不論是生理上或心理上的需求，必須要去特別注意，所以我們會去把它註明為【特篩】，然後如果說他是很 regular，兩年做一次篩檢，……，我們在篩檢項目的末端，就會幫他備註 2023 年的幾月幾號，可以讓他很清楚知道說，我已經又滿兩年了，然後可以來做篩檢了(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	作業系統運作機制及設計	● 住院照護的病患他有符合什麼樣的一個篩檢項目，那會由這些照護的醫護人員去評估目前他的生理狀況，適合哪些篩檢。……，我們會跳提示單嘛，那就會去做照會，……，我們個管師收到照會單之後就會去到病房，……，取得他同意之後，就幫他直接安排在住院中完成這個乳房攝影。這是我們在跟門診系統比較不同的，因為門診他是由提示單去做轉介，那住院當中是有照會的一個機制。……，住院當中，其實它(系統)會事先去抓他住院的前十項的診斷。所以我們當時其實是跟護理部做了蠻久的一個會議討論。……，甚至入院的時候，我們會去做他的生理評估單，就是說如果他的步行狀態，只要是勾選到比如說輪椅，然後或者是推床，這個我們就是暫時都先不做任何篩檢提示。還有他的神情狀態，他目前的一個意識狀態，……，那時候就討論的很細項，……，所以像每一項的生理評估，我們就會去設定這樣子的一個排除篩檢的一個提示。……，門診篩檢系統跟住院篩檢兩個提示系統，其實它是不同的系統，因為它有不同的一個條件。……，像住院篩檢，其實我們有經過它本身的入院診斷，跟它可能既往的一個診斷，……，這個部分其實我們已經納入排除的一個診斷，就是用 ICD10 去做排除。……，我們叫做精準化。精準化前後，其實篩檢的一個提示量，它是減少了將近 20%到 25%，它的提示量是下降的，但是它的完成量是維持不變的。……，可以很明顯看出來說，它可以幫我們減少不必要的評估，因為如果每一個病人都跳篩檢，然後我每項都要去評估，……，他可能在評估上面就有錯誤的時候，那個管師在進入到病房去做篩檢的時候，其實是會比較不適合。所以我們發現他的提示量減少之後，但是他的照會跟篩檢完成量是維持不變，就是比較可以達到我們減少一些人工的作業。門診端的話，其實門診的一個篩檢提示又更精準，我們自己有測，大概 95%以上。因為除了每個月我們會去國健署裡面 download 我們這兩年來看診民眾的一個篩檢資料之外，那每一天的早上五點，我們會將我們自己的預約掛號名單上載到國健署的雲端系統，去做一個資料的重新整合，然後再回傳到我們自己的資料庫。那那個資料庫就會針對今天預約掛號的民眾全部的篩檢日期跟提示項目重新再做提醒。但我剛剛講 5%沒有辦法的是，他可能兩年內沒有在醫院就醫過，跟他是第一在本院就醫的民眾，這個部分就可能有辦法去整合到他的一個篩檢的資料，那可能就會在篩檢窗口重新幫他做確認查詢。所以其實我們的篩檢提示系統目前已經是可以幫篩檢窗口節省很多的一個不必要的時間。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	IT 人才	● 系統目前的話，因為有資訊室的協助，我們也有專屬的預防保健的資訊人員，其實在當下他都能協助我們處理突發的狀況，包括資訊的查詢，跟民眾為什麼沒有辦法做到檢查，都能及時的去處理跟找到原因，我是覺得蠻棒的。(B2) ● 有任何問題的話，就是也都會及時跟做這個系統的人做更改這樣子。(BC1) ● 有一個可以直接溝通的一個資訊人員，或者只要一個直達性的窗口，我就不用轉車轉那麼多趟，……，我們真的覺得資訊，尤其是軟體程式設計是非常非常重要，最好是有一個專門的專職的窗口，然後協助這個部門，做這件事情。(A2) ● 自己去聘一個資訊人員。剛好我們現在的資訊師，他也有寫程式的經驗，所以我們就聘他來當我們的專任。他應該已經做了十年了，所以其實對我們來講，工作真的減輕非常多，……，個管師就說，那我就可以省很多力氣，不用花那麼多時間在重複做這些事情，……，資訊師也幫我們可以透過癌登申報完之後會倒進去，然後我們就可以快速跑出我們的年報出來，那我們只要去跑 SURVIVAL 就好了。所以這已經讓我們縮短了非常多的時間。所以一個資訊人才在這個單位，其實對我們真的是大福利，……，不管在診療跟篩檢的部分，才能夠很快速透過 IT 的介入，做很好的一個管理。……，你養了這個資訊人員，你可以花一點時間跟他溝通跟學習，……，因為他們可能比較不知道流程怎麼設計，那大概就我想好，……，然後我們直接溝通完，他就可以幫我完成，……，所以其實對我們來講真是一大助力，……，個管師都覺得，有了他，我們工作就輕鬆多了。那就不用再花時間統計阿、算阿。像譬如說你可能三個月要追蹤，那以前我們可能都用 Excel，還要自己的 Key，萬一你沒 Key 的時候，不是就忘了，這個病人可能就不見了。那我們 IT 就會幫我們寫好程式，……，那他下次就會跳出來，你也不用再花時間去做管理，所以其實對我們來講就真的輕鬆很多，所以大家都覺得他真的是我們的一個寶，對我們的工作來講是減輕的。(A6) ● 資訊室的同仁去協助這一塊，……，他會設計一些系統去做檢核這個受檢者到底符不符合現在國健署目前的篩檢的一些間隔、年齡，甚至他也會去檢核說到底有沒有在外院有沒有做過。 (A3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	民眾篩檢提醒(簡訊、診間提示單)作業機制	● 每一年年初，會跟資訊室要大量院內的資料，……，其實有些民眾根本就不知道自己可以做了，那我們就會把這些資訊室提供的名單，做個篩選，那用廣發簡訊的方式。……，通常會五癌去做資料拋轉，去批次查詢，然後如果你符合兩個，他就會收到那一封簡訊有兩個，……，我們醫院有寫另外一個系統，……，看完診的時候，我們系統會直接連動，護理人員會給他批價單，或者是給他預約單，同時就會印出來，是強制列印的，……，我們櫃檯看到這個單子，我們就會知道說他可以做哪幾項，因為都已經印好了，那也不用再看說，為什麼可以做這個，因為你就是符合資格才會印出來，(C1) ● 我們現在診間都一定會印出一些癌症篩檢的提示，那我們診間的護理人員都很認真，都是有協助轉介。(C2) ● 盡量就是主動邀約跟發簡訊，……，透過就診名單去勾稽，在開診前半小時到一個小時，我們會發送簡訊提醒民眾，(B3) ● 很久以前就已經做好，包括醫生跟門診人員，……，只要點這個個案，它(*系統*)馬上就跑出一個視窗，那視窗上面就有特別註明這個個案有哪些健康篩檢、預防保健可以做的，……，可以順帶提醒個案，……，相對會比較增加個案的意願。(BC2) ● 非常仰賴的就是資訊系統，……，門診馬上可以看到這個民眾有符合癌症篩檢，那醫師只要點一個鍵，勾選起來，那個單張就自動列印出來，……，這個也是幫醫師加分，醫師就除了他日規常規的開藥的措施以外，他甚至是有人文的關懷，……，他們就會比較尊重主治醫師，也比較喜歡這個主治醫師，所以資訊是一件很重要的事情。 (A2) ● 有遇到這些特殊族群的話，我們會特別去做註記，那就請護理同仁一定要多講幾句，讓他願意來。……，因為他們拿在手上，如果這些單張被我們看到，因為有星星阿，就是有一些特殊的註記，我們就會多講幾句啦。 (A3)
	系統支援精簡行政作業	● 基本上是串聯到檢驗科的系統。如果有異常，系統裡面都會顯示出來。那根據這個名冊，我們就會依序做對證。(B2) ● Key 完問卷內容跟陽性的病灶位置之後，……，就是我們 key in 完，馬上可以印出紙本通知單就寄給民眾這樣子。(B1) ● 不用等到解剖病理科給我報告，就可以看到這些是需要切片的，趕快打電話給他，然後趕快讓他趕快回來，就不要拖那麼久。然後乳癌的部分，因為他會統一在那邊，就不用到我們醫院的那個系統來，所以這樣子就會比較方便。(BC3) ● 早些年的時候就已經叫廠商做一些設計，把這些系統倒進去，有需要的話就可以撈出他的資料。……，那就省了很多手工的這一些東西。 (A2)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	系統支援精簡行政作業	● 你要有一個非常優質或者完善的資訊系統，可以幫助這些一線的醫療人員或個管師、衛教師，好好去做好他的一個資料的管理跟一個追蹤，讓他減少一些工作負荷。不然的話，其實以今年來講，量增加這麼多，如果你沒有好好的資訊系統，你怎麼去掌握這些陽案的個案？(A6) ● 行動的篩檢車，就是說它的電腦上面都是 OK 的。……，當場就可以查詢他符不符合。如果可以做的，他就幫忙他直接當場做一些轉介註記的部分。(A3) ● 靠資訊的合作讓很多東西可以自動化產生，可以減少落差。(A4) ● 放射科那邊 key in 的檢驗值會直接到這個追蹤系統，就可以直接看，就不用再翻閱紙本，然後系統可以直接勾稽結合。都是分工合作啦，因為畢竟這個是跨部門在做的檢查，……，這個幫助非常大啦，因為可以簡化一些管理的流程，(B3) ● 片子是人工閱片，放射科會做登打，然後我們都是用同一套系統，所以這邊就直接可以看到民眾的報告是什麼。……，我們只要輸入身分證字號，就可以去看到它是幾月幾號做了什麼檢查跟報告結果。如果說你要修改基本資料，我們都可以用那個系統，它是每天 12 點會拋轉回我們醫院的基本資料檔。……，我們會直接系統印表單，那上面都已經打好他的基本資料，……，直接套印，民眾只要確定沒問題，簽名就好了，所以其實這樣減少了很多紙本作業。……，我們現在很多都無紙化，連民眾要寫基本資料，我們都用貼紙取代了。……，所以全部都簡化了，報告現在也簡化，也不需要人力黏貼、列印，現在全部都不用，都用 APP 了，所以其實櫃檯的部分我覺得人力是充裕的，(C1)
	建立陽案提醒與追蹤功能	● 就是靠資訊系統幫忙，可以知道這個人，他是不是已經進到下一個系統去做追蹤或治療，這個其實就可以了。(A5) ● 有個癌症管理系統，那裡面其實除了癌症個案的一些追蹤，包括預防保健這一塊，其實我們都有登錄在裡面。 (BC2) ● 資料透過我們醫院的系統，可以直接匯到我們的資料庫裡面，我們就可以很清楚去確認說我們的確診個案到底有哪些。萬一他是在猶豫不決或者是他沒辦法確定他可以回診的時間，……，我們系統會用不同顏色去列出來。那個管師在管理上面就比較清楚去了解哪一些病人是到現在還沒回診，他就可以再進一步做第二次或第三次的邀約。(A6) ● 我們就設計一個 xx(*系統*)，把這些疑陽個案撈不回來的，但是他會回其他同仁的診間，……，我們請他鼓勵，勸他回相關科別去做確診，……，要資訊系統幫忙。就是我們把名單丟進去，那個資訊系統在我們的看診名單上會有一個註記，我們就標一個特別螢光色的，我們在醫院叫「未」，「未」就是說這個人未做確診動作，(A4) ● 我們怎麼聯繫就是不理我們的話，他如果再回到我們醫院就診的話，我們那個系統就是會跳出來，……，然後由醫師端去勸說，看民眾的意願會不會比較大。(BC4)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	建立陽案提醒與追蹤功能	● 本院是有一個專門在做異常個案管理的系統，……，我們只要接收到單子之後，……，就會打電話或發簡訊，如果電話沒接的話，我們就會發簡訊。……，on 在系統都有做相關的分類管理，因為我們也是團隊合作，不同的團隊，它就會去登錄這個管理系統，然後去做資料的建立。那建立完，拋轉之後，我這邊就會收到，那我就會去聯絡個案，然後去填寫我聯絡的狀況，包含轉診……，我這邊都會做記錄，……，如果沒有去的話，我們會再跟專案再聯絡。(B3) ● 那裡都會做一個提醒說，下次提醒日是哪時候，在第一次的時候就要登錄進去，……，我們有分高風險跟低風險嘛，……，每天只要有收到個案的話，我就是會把它登錄進去，那上面的話就是會寫他這次抹片的結果、代號、什麼時候做、哪位醫師做、我哪一天聯繫的，還有他的回診日是哪一天，甚至就是回診的情形我也都會寫。(BC1) ● 早上會先開啟陽性的系統，然後就會依序打電話，通知他們結果，還有安排回診，……，確認地址的正確性後，就會寄通知單。……，沒有接聽的個案，基本上我會先留我的分機，請他有空再撥回來。那通知單，就是我打完電話，不管他有沒有接聽，我都會先寄出。……，根據我們院內的系統，以他留的自己的電話手機為主，因為這個畢竟是比較隱私的。如果真的都聯繫不到，那我們就會從系統裡面的緊急聯絡人，或者其他方式，先詢問一下。(B2) ● 覺得名單是蠻清楚的啦，而且不容易遺漏，然後很快速就是找到那一些異常的個案，……，像我們抹片的話，因為會有級數，那其實我們就是聯動我們檢驗科的報告系統，直接就會有一個欄位，說這個民眾是屬於高風險還是低風險，現階段我們必須要先趕快通知哪一族群的民眾，先趕快回來做進一步的檢查，那這邊是一目了然的。(B2) ● 我們都會把這些比較難追蹤的個案，放到這個系統裡面。只要這個民眾出現在醫院的時候，……，那這個主治醫師他就可以從這個訊息當中，知道說他現在就醫的民眾需要做什麼樣的照會，或者安排什麼樣的檢查，就不會說在追蹤上面完全把工作責任都放在個管師身上，他是可以藉由全院的醫護人員的力量一起去管理追蹤這個個案。……，其實還是會有些個案就是聽一聽就過了，所以我們是設定如果他有回來就醫，醫生有勸導，這樣子的一個過程，只要三次以上，……，他仍然是不願意接受他本來主治醫師的勸導，那這個個案我們就會把它做結案，因為他已經被他自己的主治醫師勸導了三次，仍然不願意，……，因為我們也不想造成主治醫師就診的一個困擾。(ABC1)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	與政府端資料庫架接	● 我們有跟一個廠商，……，他有幫我們架接一個平臺，是聯動國健署的。我們會提供來醫院看過診的名單，然後去系統做拋轉，……，他會聯動國健署，然後馬上拋轉告訴你。……，那她可以做五癌當中的哪幾項，她會直接 show 給你看，直接跟國健署做聯動拋轉，準確率比較高。(C1) ● 只要有掛號這個動作，那我們就勾稽國健署的資料庫，他如果有符合的話，我們就用醫院的系統內化去發簡訊給他。……，大概是疫情前的時候，國健署輔導參加這些癌補計畫的示範醫療院所，有給一個 VPN 架接的一個端口，還有請資訊人員去上這個課程的雲端架接。那時候我們就開始做資料庫的，跟他們做端對端的建立。所以我們現在醫院是有一個系統，……，它是可以去查詢目前署方有開放補助的癌別，可以去查資格，然後去 LINK 國家系統。(B3) ● 常用的就是篩檢平臺，還有就是我們院內的 HIS，資料其實都蠻完整的。那其實在每個月國健署平臺的資料都會倒入我們醫院的資料庫，所以篩檢民眾比較少會有重複篩檢，因為都是立即的，當場我們也會檢核民眾的健保卡，因為現在都一定要有健保卡，才能排進作篩檢的項目。(B2) ● 會把所有的追蹤登錄都放到那個國健署要求登錄的一個網站，……，在裡面就可以知道這個民眾追蹤之後的狀況，包括衛生局所，他也會把他追蹤的部分帶入，……，各家醫院應該都是在那邊，因為國健署的網站它本身也蠻成熟的，包括裡面它有分類，院內院外，甚至外院轉入，……，就是裡面 data 其實都蠻清楚的，……，包括你追蹤次數等 (BC2) ● 抹片的話，病理單位會把每個月的陽案名單給我們，……，乳癌的話，我們是直接上國健署的大乳口系統去看陽案的名單有哪些，然後看到、抓到這些名單才做電話追蹤這樣子。篩檢的部分我們就是會連結他的健保卡，還有連結國健署的……，然後會回饋到 HIS 裡面，民眾來看診他就會跳提示，這個民眾他符合做什麼癌別。(AB1) ● 要資訊系統配合，我們資訊系統在民眾看診的那個 list 上面會去註記，因為每天都會去跑這個報表嘛，我們前一天國健署回饋的東西中，就可以去資訊系統對，……，有幾個符合篩檢，然後有幾個是首篩。(A4) ● 放射科會打報告，然後我會去那個子乳系統(*國健署的*)撈陽案。子宮頸癌的部分會有一個管好系統，……，就不用等到解剖病理科給我們，……，就會先打電話給他，只是重抹的部分就要等解剖病理科給我名單這樣子。(BC3)

doi:10.6342/NTU202600045

表 4-15 醫院組織端 訪談結果之引述(續)

次類別	編碼	引述
資訊系統→建立即時整合與智慧化資訊支援機制	與政府端資料庫架接	● 假如醫生打了十份報告，然後我們每一筆都點進去 Key 完問卷跟病灶位置，全部 Key 完之後，系統就是把它十筆轉出，把檔案轉出，然後那個檔案再全部批次，傳到國健署的那個乳房篩檢系統。……，不用兩個系統，醫院的跟國健署的不用 Key-in 兩次，我們只要一次 Key-in 完，然後批次傳到國健署。(B1) ● 每個月我們會去國健署裡面 download 我們這兩年來看診民眾的一個篩檢資料外，每一天的早上五點，我們會將我們自己的預約掛號名單上載到國健署的雲端系統，去做一個資料的重新整合，然後再回傳到我們自己的資料庫。那那個資料庫就會針對今天預約掛號的民眾全部的篩檢日期跟提示項目重新再做提醒。(ABC1) ● 全部也是把它跟我們原本建的資料庫做一個結合。然後更明確依據它(國健署)每個癌裡面所規範的這些 colum，……，那符合這樣的，我們再轉換成我們要申報的檔案，以利我們保險組可以申報出去。……，在 30 號或 31 號，我們還會派人去看一下你該申報有沒有申報上去，我們都有清楚的一個追蹤機制，所以主管就可以進去很明確掌握。 (A6)

doi:10.6342/NTU202600045

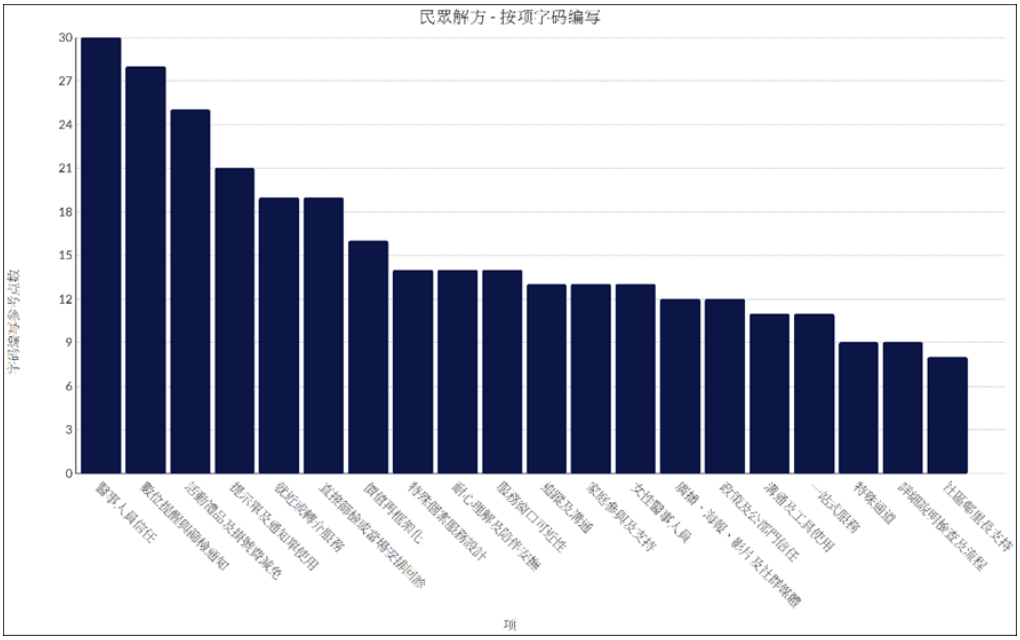
三、提升婦癌篩檢與陽性追蹤率之關鍵成功因素

此小節關鍵成功因素是彙整上述各項發現後，提出整體醫院提升婦癌篩檢與陽性追蹤率之關鍵成功因素。

其中，透過 Nvivo 按項目字碼編寫次數進行統計，在民眾端的解方中，以醫事人員的信任為編碼次數最多之類別，接續為數位提醒與篩檢通知、活動禮品及掛號費減免、提示單及通知單、就近或轉介服務等。顯示醫病關係、強化風險認知與資訊可理解能力以及優化流程與交通之源的重要性。詳可見圖三十二。在醫事組織端的解方中，以設立績效獎勵與誘因制度為最高，其次是主管支持及重視，接續為增聘與留任人員、監控規範與會議討論、強化跨部門協作與支援分工。顯示建立永續人力培育與又因支持體系及優化流程與任務分工之重要性。詳可見圖三十三。

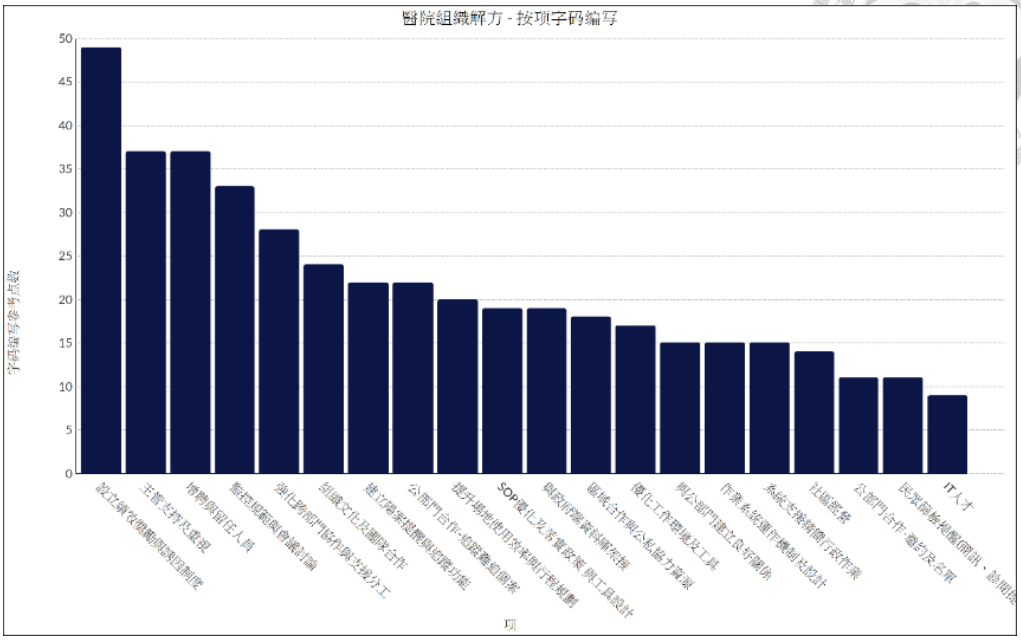
而根據關聯圖，民眾端之次類別中的優化流程與交通支援以及組織端地優化流程與任務分工緊密相關，而其中之各項又建置在即時整合與智慧化資訊支援機制之上，除此之外，強化資源配置與外展服務彈性也擔任各項之支援角色，以彌補或增強各項不足。詳可見圖三十四。

圖三十二、　民眾解方-按項目字碼編寫

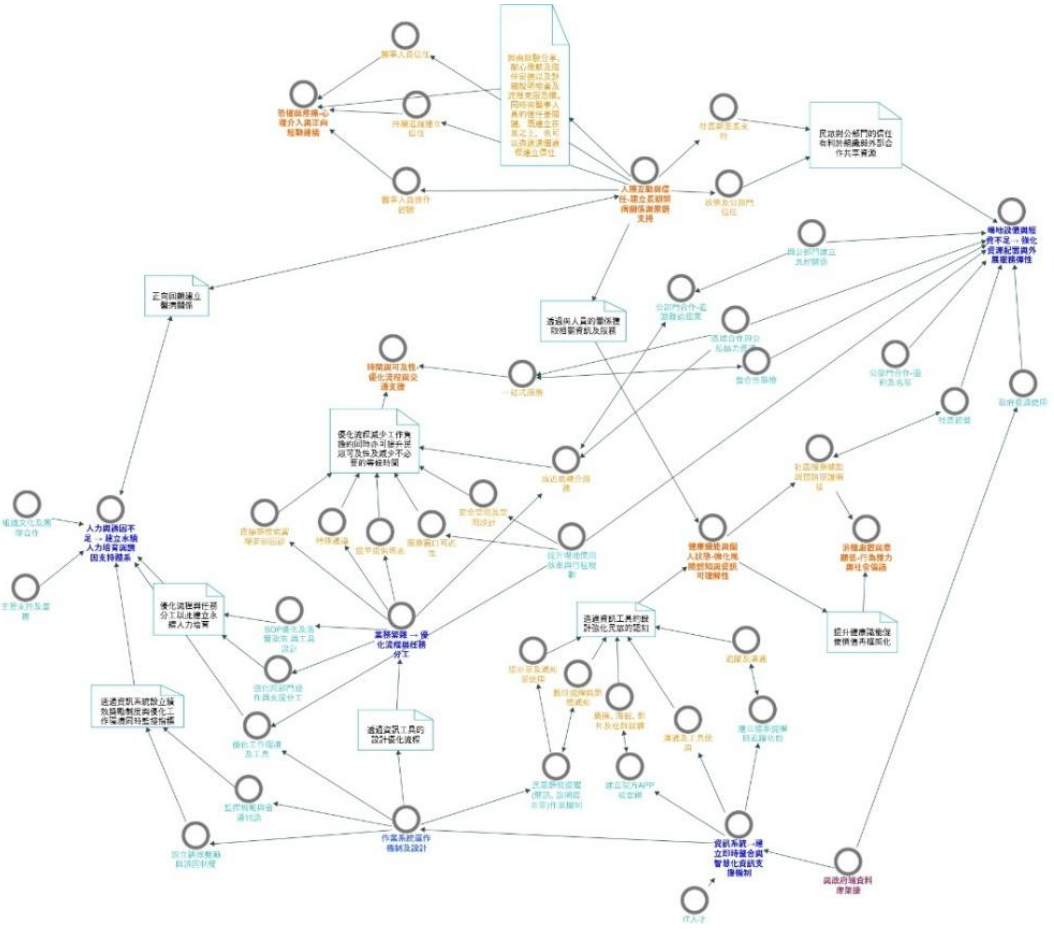


doi:10.6342/NTU202600045

圖三十三、 醫院解方-按項目字碼編寫



圖三十四、 各類別之間關聯圖



doi:10.6342/NTU202600045

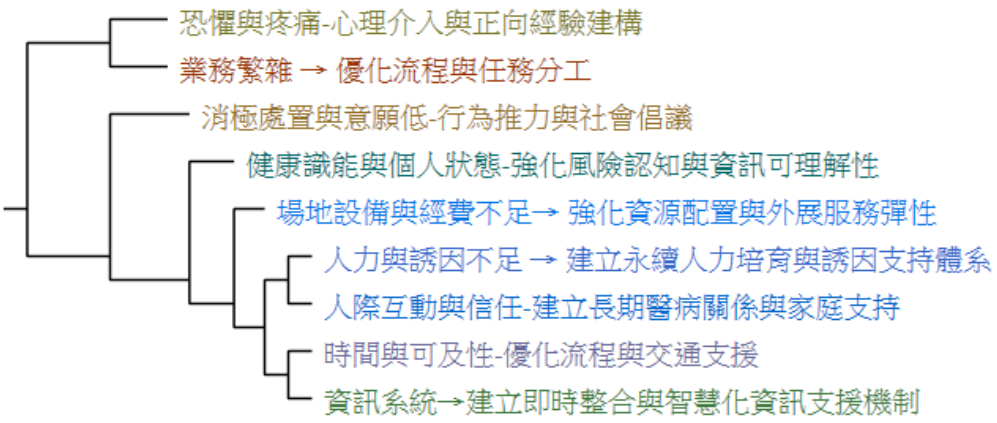
再透過 NVIVO 進行聚類分析，以字碼編寫相似性（Jaccard 指標）進行節點比較，根據分析結果，共現關係可分為三大群組。第一群聚（Jaccard=0.94–1.00）主要涵蓋智慧資訊支援、人力永續與醫病連結；第二群聚（Jaccard=0.81）為流程與資源彈性；第三群聚（Jaccard=0.53–0.69）為心理支持與認知誘因，詳如表 4-16。聚類分析示意圖可見圖三十四，各次類別之間 Jaccard 係數可見表 4-17。

根據結果，各項因素間皆彼此緊密相交，且多項次類別皆與次類別-「建立即時整合與智慧化資訊支援機制」(醫院端)呈現 Jaccard 係數 1，考量資訊系統的建置與其他次類別並不完全相同，故不考慮將其與其他類別合併或刪減。另一方面，這同時也展現出若欲達成其他解決策略，資訊系統是其中之基礎亦是關鍵。

表 4-16 根據聚類分析歸納三大群組

群組	次類別組成	Jaccard 區間
A	建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)、建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)、建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)、優化流程與交通支援(民眾)	0.91–1.00
B	優化流程與任務分工(醫院)、強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	0.81-0.90
C	誘因與提升理解能力(民眾)、心理介入與正向經驗建構(民眾)、硬性制度與強化風險認知(民眾)	<0.81

圖三十五、　聚類分析示意圖



doi:10.6342/NTU202600045

表 4-17 聚類分析_各次類別之 Jaccard 係數

代碼 A	代碼 B	Jaccard
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	1
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	1
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	優化流程與交通支援(民眾)	1
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	0.941176
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	誘因與提升理解能力(民眾)	0.882353
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	優化流程與任務分工(醫院)	0.764706
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	心理介入與正向經驗建構(民眾)	0.647059
建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)	硬性制度與強化風險認知(民眾)	0.647059
優化流程與任務分工(醫院)	強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	0.8125
優化流程與任務分工(醫院)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	0.764706
優化流程與任務分工(醫院)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	0.764706
優化流程與任務分工(醫院)	優化流程與交通支援(民眾)	0.764706
優化流程與任務分工(醫院)	心理介入與正向經驗建構(民眾)	0.714286
優化流程與任務分工(醫院)	誘因與提升理解能力(民眾)	0.647059
優化流程與任務分工(醫院)	硬性制度與強化風險認知(民眾)	0.5
強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	0.941176
強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	0.941176
強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	優化流程與交通支援(民眾)	0.941176
強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	誘因與提升理解能力(民眾)	0.823529
強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	心理介入與正向經驗建構(民眾)	0.6875
強化資源配置與外展服務彈性(醫院)	硬性制度與強化風險認知(民眾)	0.588235
誘因與提升理解能力(民眾)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	0.882353
誘因與提升理解能力(民眾)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	0.882353
誘因與提升理解能力(民眾)	優化流程與交通支援(民眾)	0.882353
誘因與提升理解能力(民眾)	心理介入與正向經驗建構(民眾)	0.529412
誘因與提升理解能力(民眾)	硬性制度與強化風險認知(民眾)	0.529412
硬性制度與強化風險認知(民眾)	心理介入與正向經驗建構(民眾)	0.692308
硬性制度與強化風險認知(民眾)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	0.647059
硬性制度與強化風險認知(民眾)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	0.647059
硬性制度與強化風險認知(民眾)	優化流程與交通支援(民眾)	0.647059
優化流程與交通支援(民眾)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	1
優化流程與交通支援(民眾)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	1
優化流程與交通支援(民眾)	心理介入與正向經驗建構(民眾)	0.647059
心理介入與正向經驗建構(民眾)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	0.647059
心理介入與正向經驗建構(民眾)	建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	0.647059
建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)	建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)	1

綜合上述，本研究提出三項關鍵成功因素，分別為「資訊支援與永續人力」、「流程優化與資源彈性」以及「健康識能與心理互動」。首先，資訊支援與永續人力構成執行體系穩定運作的基礎。完善的資訊系統可強化篩檢與追蹤資料的整

doi:10.6342/NTU202600045

合與可近性，使醫療團隊能即時掌握個案進展，並提升跨部門協作效率，同時能減輕工作負擔，以此穩定具專業能力的執行人員。此外，資訊系統的建置亦可發展誘因制度以此提升組織內的人員投入癌症防治之動力。除了誘因制度外，組織文化、團隊合作以及主管支持也是穩定人員以及制度推動及延續品質的關鍵。

其次，流程優化與資源彈性體現組織層面的執行韌性。在完善資訊系統穩定人力後，透過精簡作業流程、建立明確分工與落實 SOP 機制，除了能夠有效降低行政負擔外，也能減少錯漏情形並縮短追蹤時程；同時，醫療院所若能依據地方人口特性與服務量能，靈活運用外展服務、社區合作與多元轉介管道，則能提升篩檢率與追蹤完成率，其中，與公部門合作尤為關鍵，這也展現組織對外部環境變化的適應能力。

最後，健康識能與心理互動則突顯人際與社區層面的核心作用。民眾對癌症篩檢與追蹤的理解程度、信任感與情緒支持，直接影響其接受度與持續性。醫療人員若能以具同理與文化敏感度的溝通方式，建立長期的醫病互信關係，並結合社區健康教育與同儕支持機制，將有助於降低篩檢及追蹤過程中的心理障礙，促進民眾主動參與與健康行為的維持。

doi:10.6342/NTU202600045

第五章 研究討論

本章第一節透過全國性次級資料的描述性統計分析以及變遷比較，呈現乳癌與子宮頸癌篩檢及陽性追蹤的地區差異，從時間趨勢與縣市分布兩個層面，檢視政策推動後的整體成效與區域差異。接續的第二節則整合半結構式訪談結果，探討醫療院所在執行篩檢與追蹤工作中所面臨的障礙與挑戰，並進一步分析其如何透過組織內部調整與跨部門協作轉化為具體解方。第三節則在前述分析基礎上，透過聚類與概念整合的方式歸納出關鍵成功因素，並結合 CFIR（Consolidated Framework for Implementation Research）與社會生態模式（SEM）的分析視角，進行組織層面的詮釋。最後，在第四節總結本研究的限制。

第一節 台灣癌症篩檢與陽性追蹤的區域落差

對應研究結果第一節及第二節，旨在透過全國性次級資料的分析，呈現台灣乳癌與子宮頸癌篩檢率及陽性個案追蹤率在近十年間的整體變化與地區差異。此部分以衛生福利部及國民健康署歷年公開之監測資料為基礎，結合篩檢、陽追與五年相對存活率等核心指標，藉由縣市層級的描述統計與變遷趨勢分析，探討政策推動下的成效差異與潛在影響因素。分析期間涵蓋主要政策里程碑，例如癌症診療品質認證制度與全方位癌症防治策進計畫之推動，藉以觀察政策介入與指標變化之間的關聯。

在方法上，各指標主要採取描述性統計分析的方式，以縣市為分析單位，輔以趨勢圖呈現各地區在不同年度的變化情形。為進一步呈現服務資源與成果之關聯，亦彙整各縣市的篩檢單位、確診單位及巡迴車配置數量，以分析服務據點密度與篩檢成效之間的潛在關聯。透過此種橫跨十年的觀察，得以描繪台灣在癌症篩檢與追蹤推動上的整體趨勢，並為後續質性訪談探討組織層面與執行歷程提供背景脈絡。

整體而言，乳癌篩檢率、陽性追蹤率、五年相對存活率與十年前相比都是呈

doi:10.6342/NTU202600045

現上升趨勢。但是篩檢率及陽性追蹤率在新冠肺炎(Covid-19)疫情期間，受之影響巨大，對於未來幾年台灣乳癌以及子宮頸癌五年相對存活率之影響仍未知。

另外，在乳癌篩檢的部分，除離島縣市外(澎湖縣、金門縣、連江縣)，上升趨勢前 10 縣市皆屬直轄市以及健保業務分組中的北區業務組，而後段縣市皆為東區業務組以及中南部之縣市。在六都中，台中市排名 17、高雄市排名 15，皆低於平均值。此外，在五年相對存活率上，除 0-34 歲外，其餘年齡層平均五年相對存活率排名前五的縣市亦集中於北部。

反觀子宮頸癌，篩檢率與十年前相比呈下降趨勢，在民國 101 年至民國 107 年，每年約下降 0.5%，但在 108 年突然上升。陽性追蹤率則呈上升趨勢，但在民國 104 年曾下降，民國 109 年達高峰。不同的是，在五年相對存活率上有三次的下降低點，第一次發生在民國 103 年，隔年(民國 104 年)即上升，但在民國 105 年又再次下降，同樣的，在隔年(民國 106 年)又上升，並且在隔年(民國 107 年)下降至第一次低點(民國 103 年)的水平。從數據亦可看出子宮頸癌篩檢率及陽性追蹤率在新冠肺炎(Covid-19)疫情期間，亦受其影響，對於未來幾年台灣乳癌以及子宮頸癌五年相對存活率之影響仍未知。

年齡層別上，民國 101 年至民國 112 年，各年齡層別都呈下降趨勢，其中以 60-69 歲篩檢率下降趨勢最明顯(-8.52%)。而各縣市中，嘉義市在 30-39 歲年齡層中平均篩檢率排名下降至第十三名，低於平均值；但除了 30-39 年齡層別外，彰化縣子宮頸癌平均篩檢率皆為排名第一。

另外，僅新竹縣、臺南市、苗栗縣以及基隆市在民國 112 年時相較民國 101 年為增加趨勢。在排名前十的縣市中，除直轄市、嘉義市及彰化縣外，平均篩檢率較高的縣市仍集中於北部。而排名最末為連江縣、金門縣、花蓮縣、桃園市、南投縣。此外，台北市亦為直轄市中唯一子宮頸癌篩檢率低於平均值之直轄市，在各年齡層別中亦都低於平均值，且排名隨著年齡層別的上升亦逐步的後退，在 30-39 歲中排名為十一，40-49 歲及 50-59 歲排名為十六，在 60-69 歲中排名則至

doi:10.6342/NTU202600045

二十一，僅高於金門縣。

子宮頸癌陽性個案追蹤率，新北市於民國 106 年達高峰 12,457 人，而後皆呈下降趨勢。以民國 110 年與民國 102 年進行比較，陽性個案數完成數減少了 8,481 人，為 22 縣市下降幅度最大之縣市。六都之中，僅台中市於民國 110 年高於民國 102 年(+3,774 人)，然而台中市也自民國 107 年起達高峰(12,258 人)後，即呈下降趨勢(民國 110 年為 9,519 人)。六都中撇除離島縣市，桃園市為各縣市陽性個案追蹤完成率排名之末(89.24%)，新北市為倒數第五(90.74%)。

在五年相對存活率上，0-34 歲年齡層中可發現其與全國趨勢截然不同。另外，與乳癌相同，存活率較高的縣市別集中於北部，除了台中市及高雄市兩個直轄市外，亦可見在各年齡層中，排名較高的縣市皆集中於北部。但在北部當中，基隆市與宜蘭縣則相對為弱勢。

而在篩檢單位的部分，雖然離島及偏鄉地區的絕對單位數不高，但在人口標準化後，單位密度可近性反而優於多數都會區，尤其是連江縣(16.779 個/十萬人)與宜蘭縣(7.142 個/十萬人)的密度遠高於全國平均(3.098 個/十萬人)。而巡迴車服務主要集中於東部與部分中南部縣市，部分大都會區及離島地區巡迴服務明顯不足。尤其高雄市及台北市雖屬六都，但巡迴車密度排名倒數，可能與其醫療資源高度集中、巡迴需求相對低有關。在政策上的理解，巡迴車多用於交通不便的地區，政策上會優先配置給東部、南部與偏鄉縣市，因此宜蘭、花蓮、苗栗、台東等地排名前列，而六都與部分離島因交通便利或醫療設施集中而較少使用巡迴車服務。

此外，同樣的現況亦可在子宮頸癌觀察到，離島及東部地區在篩檢單位可近性上具明顯優勢，而部分人口規模大之都會區密度相對偏低。確診單位子宮頸癌跟乳癌在空間分布上更集中於特定縣市，且離島地區普遍呈現資源缺口。另外，全國子宮頸癌篩檢單位總數達 1,809 個，但確診單位僅有 128 個，顯示確診資源相較於篩檢服務更為稀缺。

doi:10.6342/NTU202600045

總結，將乳癌與子宮頸癌的分析結果綜合比較可發現，兩者在篩檢單位與確診單位的分布均呈現類似趨勢：離島與偏鄉地區在篩檢單位密度上名列前茅，但確診單位密度則普遍落後，甚至在部分離島完全缺乏確診服務。確診需要病理檢驗、影像檢查與專科醫師判讀，多數偏鄉與離島醫療院所不具備此能力，導致離島地區以及部分偏鄉完全缺乏確診服務。其中，密度計算（每十萬人口單位數）會使人口較少的縣市在相同單位數下呈現較高的密度。例如連江縣、澎湖縣雖然篩檢單位數不多，但人口數極低，使得密度排名靠前。這並不代表資源絕對豐富，而是在人口比例上顯得更易取得。六都與新北市等人口大縣雖有較多醫療機構，但篩檢與確診常集中在大型醫院與特定專責院所，且可能覆蓋周邊縣市人口，導致「每十萬人口密度」偏低。例如新北市人口龐大，即使篩檢單位數多，但分母過大，密度排名會落後。

以全國總量而言，乳癌篩檢單位（237 個）與確診單位（182 個）之間的差距相對較小，而子宮頸癌篩檢單位（1,809 個）與確診單位（128 個）的差距則極為懸殊，顯示後者在確診服務的資源配置上更為不足。此結果突顯，現行癌症防治政策雖已加強偏鄉與離島的篩檢可近性，但確診資源的高度集中化，可能造成篩檢陽性個案在後續確診階段面臨跨區就醫與延遲治療的風險，對整體健康公平性造成挑戰。

除了加強致癌因子之預防工作外，持續推廣具實證之癌症篩檢也一直是我國的癌症防治的目標及策略。自 2003 年實施「癌症防治法」後，我國政府端便定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，並在 2005~2009 年推動「國家癌症防治五年計畫」，在第二期國家癌症防治計畫時就以擴大癌症篩檢服務為主，並朝組織性篩檢(Organized Screening)方向發展，也就是針對特定的人群進行有計畫的篩檢，包含篩檢流程、服務提供者、品質控制等都有明確的組織和管理(Altobelli et al., 2017)。然而當時的目標是希望在 2020 年前將癌症標準化死亡率及過早死亡率下降 20%，並於 2025 年將 30~70 歲之癌症死亡率下降 25%，但時

doi:10.6342/NTU202600045

至今日，癌症仍然蟬聯 43 年為我國第一大死因。

而我國自從國家癌症防治計畫第三期時，也開始將改善縣市之間癌症篩檢之差異列為目標之一，並表示在推動各項癌症防治策略時，須考量不同群體(包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、身心障礙者、不同疾病者)之特殊需求、資源利用上之障礙與健康落差，並發展適當策略，縮小不平等，同時希望協助篩檢率及陽追率低於全國平均值之縣市進行改善。此外，在第三期國家癌症防治計畫時，也訂定遠程指標(2025 年)，其中包括提升四癌(子宮頸癌、乳癌、大腸癌、口腔癌)篩檢涵蓋率至 70%；以及篩檢率最高及最低縣市差距降至 15%，但觀至 112 年，乳癌篩檢率最高縣市為 46.5%，最低縣市為 17.3%，顯示目前執行成效仍與當時訂定之目標有所落差。

另外，多數縣市的篩檢單位數量均顯著多於確診單位，顯示篩檢服務在基層醫療與區域性醫院較為普及，而確診服務則主要集中於具備病理診斷能力與專科醫療資源的醫院層級機構。六都及醫學中心所在縣市的確診單位比例明顯高於其他縣市，反映出專科人力與設備資源的集中化；相對地，離島及偏鄉地區雖能透過衛生所與社區醫療院所提供篩檢，但確診單位數量有限，患者需跨縣市就醫以完成診斷程序。此差異顯示在癌症防治政策推動上，除提升篩檢可近性外，仍需兼顧確診服務在各地的可及性與連續性，以減少因醫療資源分布不均而可能造成的診斷延遲與健康不平等。

總結上述，花蓮縣、台東縣在子宮頸癌以及乳癌篩檢率、陽性追蹤率及五年相對存活幾乎仍位於末端，另外南投縣、屏東縣、雲林縣亦屬弱勢地區。而本節之分析不僅用以掌握不同地區在政策實施後的成果差異，更旨在釐清制度推動與執行成效間的結構性關聯，作為後續章節探討醫療院所經驗與關鍵成功因素的量化基礎。其中，觀察到趨勢較不佳的縣市，包括: 台中市在乳癌篩檢以及 35-49 年齡層的乳癌五年相對存活率等是六都之中排名最末，以民國 109 年與民國 102 年進行比較，乳癌陽性追蹤完成數亦為 22 縣市下降幅度最大之縣市，且自 107

doi:10.6342/NTU202600045

年達高峰後即呈下降趨勢；台北市子宮頸癌篩檢各年齡層都低於平均值且乳癌十年平均陽性個案追蹤完成率與新北市相同為本島縣市中排名末端；嘉義市在子宮頸癌篩檢率上也成下降趨勢，此外，五年相對存活率中嘉義市及宜蘭縣在各年齡層中也都排名末端。而在篩檢單位密度的部分宜蘭縣、台中市、嘉義市的巡迴車都屬 22 縣市中排名前段，其中宜蘭縣跟嘉義市在婦癌篩檢及確診單位的密度也屬排名前段，相較之下，台北市在巡迴車密度上屬末段、新北市無論是篩檢單位密度或者是確診單位密度在乳癌及子宮頸癌也都屬末段縣市。故在後續選擇獲獎的訪談醫院時，選擇了台北市及台中市的醫學中心，以及新北市、宜蘭縣、嘉義市的區域醫院。希望透過了解他們在乳癌及子宮頸癌篩檢及陽性追蹤率上展現高效率的原因，再透過歸納分析後，提出能夠協助在地其他醫療院所提升效率的有效策略。

第二節 從障礙到解方的轉化歷程

在前一節描繪了台灣乳癌與子宮頸癌篩檢、陽性追蹤、五年相對存活率以及篩檢和確診單位密度等的整體趨勢與地區差異後，進一步聚焦於醫療院所實務執行的面向，探討促進與阻礙篩檢推動的具體因素。本節對應研究結果第三節及第四節，該結果以質性研究為主要方法，蒐集獲得篩檢與陽追高效率獎項之醫療院所的深度訪談資料，藉以理解在高效率執行之背後，醫療團隊如何克服制度與資源限制、形成有效的因應機制與執行策略。

在研究方法上，採用半結構式訪談設計，依據研究目的擬定訪綱，蒐集資料，並將訪談內容逐字稿化。本研究採用主題分析法進行訪談資料的歸納與詮釋，並輔以描述性內容分析呈現主題出現的頻率與受訪人數分布。此作法可在保留質性資料深度意涵的同時，提供主題重要性與共通性的量化參考。分析過程首先進行開放、軸心與選擇性編碼，以歸納出主要障礙與成功因素；其次，依據主題出現的頻次與涉及人數，進一步檢視各層面因素的相對重要性。，歸納出醫療院所在執行過程中所面臨的主要障礙及對應解方，最終歸納出關鍵成功因素。

doi:10.6342/NTU202600045

本研究也有經過研究倫理委員會審查，且最終收案人數及納入分析數亦符合審查規定。但為了使題目更符合受訪者工作內容，故有將訪談大綱分成兩版進行，然而在實際邀約人員後，部分受訪者，其特性符合主管職同時也是一線員工，亦即其工作職務涉及執行與決策面，同時也具備接觸民眾、社區之工作內容，故此類型受訪者在訪談時兩種版本的題項皆有詢問，並納入分析。而受訪者特性也平均分布，醫學中心及區域醫院分別收案人數為 8、9 人；北東部 10 人、中南部 7 人；合併多重職務後受訪者特性統計，也顯示主管、陽追個管師、篩檢或事務員皆為 8 人，涵蓋不同地區、醫院評鑑等級、職責層級及實務經驗，具代表性與深度。以下將針對民眾端以及醫院組織端之障礙及解方分段敘述。

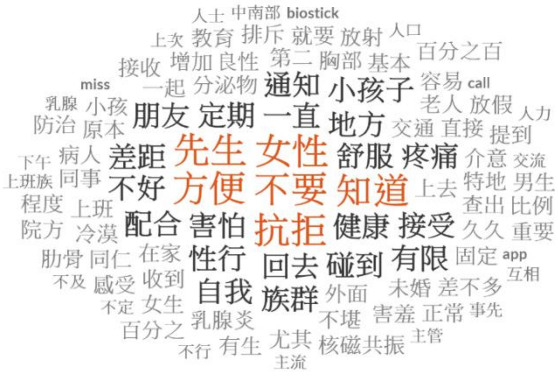
一、民眾端

根據受訪者所提及之相關內容，可將民眾端的障礙歸納為消極處置(覺得麻煩、不希望進一步治療、感覺被打擾、沒有意願)、疼痛及恐懼(其他人分享之經驗、過往經驗影響、對未知檢查結果恐懼以及害怕疼痛及不適感)、健康識能與個人狀態(希望一站式篩檢或者禮品誘因不足、健康行為與教育程度、健康狀況不適合進行篩檢、不清楚可以施作以及施作過程不理解、自覺健康和風險評估以及語言、視力、理解以及資訊能力)、時間與可及性限制(經濟與生活限制、不願等待或沒時間以及與醫院距離過遠交通不便)以及人際互動(不願暴露身體及害羞、覺得是詐騙集團、家庭與社會支持不足、醫師資歷及醫院名聲以及醫師性別)。

其中，最多人提及的是「人際互動」中的「醫師性別」，其次是「時間與可及性限制」中的「與醫院距離過遠交通不便」，第三是「疼痛及恐懼」中的「害怕疼痛及不適感」。「時間與可及性限制」中的「不願等待或沒時間」、「健康識能與個人狀態」中的「自覺健康和風險評估」以及「語言、視力、理解以及資訊能力」，還有「消極處置」的「沒有意願」也有七人提及，且提及次數皆在十次以上。

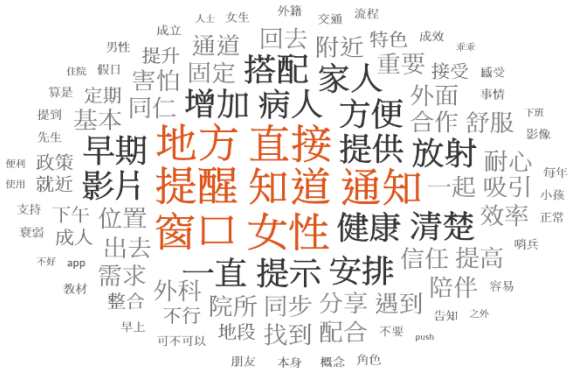
doi:10.6342/NTU202600045

圖三十六、　篩檢及追蹤障礙和影響因素文字雲



在針對民眾端解方上，「消極處置與意願低」可採取「硬性制度與強化風險認知」，包括難追蹤個案換時段或換人員溝通、難追蹤個案到門診外等候、硬性規定與價值再框架化。對於「時間與可及性」的障礙可採取「優化流程與交通支援」，這部份各家醫療院所都有不同的對應解方，最多人提及的就是提供「就近或轉介服務」(10 人提及/19 次提及次數)，由於多數醫療院所都會至社區進行篩檢服務，但對於民眾而言，回到大醫院追蹤的交通是一大問題，也因此與地段公部門合作以及相關診所合作十分重要，以此方便進行轉診。

圖三十七、　篩檢及追蹤障礙解方文字雲



除了深入社區進行社區篩檢外，本研究也提出多項相對解方，多數受訪者表示，他們會透過院內會議共同討論，以此針對特殊個案進行服務設計。另外，他們會讓民眾在有需求的當下，就可以直接進行篩檢或當場安排回診。然而，這部分也需要醫療院所設計特殊的通道，或者進行保留號的設計。服務窗口的可近性，也可以讓民眾更便利的接收到資訊。有受訪者表示，院所的癌症篩檢櫃台設計醒

doi:10.6342/NTU202600045

目，包含設計在醫院大廳或者在各樓層廣設癌症篩檢服務櫃台等，都可以促進被諮詢的機會。甚至也有醫療院所會在院內開行動篩檢車到人多的門診，引導民眾到癌症篩檢單一窗口，讓民眾更方便的接觸到篩檢相關資訊。另外，減少不必要回診也是降低民眾端障礙的方法之一，有受訪者表示門診乳房外科醫師會預先進行初步診斷，只有在乳房攝影影像專科醫師跟乳房專科醫師報告結果不一致時才會主動請民眾再回診。

有關醫療資源可近性，包含地理、費用、預約難易度、等候時間長短等障礙，多篇文獻都有提及，在 León-Maldonado et al. (2025)的文章中就有指出常見的障礙包括:醫療中心缺乏基礎設施、工作時間不方便、時間負擔過重以及醫療的服務品質不佳等。在 Mandrik et al. (2019)的研究中也提到若乳房攝影篩檢需要等候與交通不便，接受度將從 90%下降至 55%，而 Zhang et al. (2025)則指出醫療的可近性和乳房篩檢的遵從性有顯著關係。Blum et al. (2025)也提出應該把疑似癌症的患者與一般患者做區分，以便在民眾轉診或回診到醫院時，能夠優先處置。

另外，對篩檢過程不理解、對於未知的篩檢結果感到恐懼、自覺健康等，也是多數受訪者有提及之障礙因素。本研究也歸納出可透過詳細說明檢查及流程、經驗分享以及耐心理解和陪伴安撫等方式克服民眾端的恐懼，其中又以耐心理解及陪伴安撫提及人數以及次數最多(7 人提及/14 次提及次數)。部分受訪者提及，民眾往往會因為過往的不佳經驗而抗拒篩檢，其中，可以透過設備選擇及減少暴露道具等方式，降低民眾的不適感及羞恥感，建議其他的醫療院所也應該重視民眾的篩檢體驗，因為每一次的篩檢體驗都會影響未來民眾的回診意願。

Madsen et al. (2025)的研究中表示常見的障礙包括缺乏支援、誤解與恐懼、醫療資源分布不均與不穩定。Morse et al. (2024)則進一步指出與城市地區相比，居住在農村地區的個人的癌症篩檢率較低。在 Ferrari et al. (2025)的研究中也指出民眾主要障礙包括健康素養低和對預防性照護概念理解有限，還有對篩檢程序本身可能存在恐懼，其中也包括對乳房攝影的不適感，但是民眾也會從信任的對

doi:10.6342/NTU202600045

象和熟悉的環境尋求健康資訊的來源。而 Vass et al. (2018)則是指出大多數民眾在了解篩檢的益處後，願意承擔後續檢查的風險，並提高篩檢遵從性。

在本研究中，受訪者也有表示感受到民眾健康識能在城鄉差距上確實有落差。除此之外，亦有受訪者表示，部分的民眾其實不清楚自己是符合篩檢資格，因此如何讓這些措施能被目標民眾實際接收到，是在政策調動時需要優先考量的事項之一。部分的受訪者表示會使用院內廣播、海報、影片及社群媒體的方式，也會至社區進行衛教宣導。其中也需要特別考慮各地區民眾資訊能力的接收程度，除了需要因地制宜的設計通知方式，也需要考量老年人的視力等身體層面等障礙，尤其在檢查前常需要填寫基本資料外還有冗長的問卷。因此受訪者表示，若是進行社區篩檢，他們外出時的工具箱內會常備放大鏡，院所內則是會直接提供各式度數的老花眼鏡等輔助工具，但若是民眾閱讀仍吃力，當下護理人員也會主動詢問長者是否願意接受以問答的方式，由醫護人員代填答問卷。

在 León-Maldonado et al. (2025)的研究中有提到在公共政策層面上因包含大眾資訊宣傳活動。而 Omeranovic et al. (2025)跟 Ferrari et al. (2025) 指出在文宣上，須清晰、簡化且考慮文化語言差異的溝通，如使用圖形指示、強調重要性、多種語言等，如此能提高可理解性並促進民眾尋求健康協助行為。多數文獻也指出語言障礙的問題，像是 Snoubar et al. (2025) 指出語言障礙是重要的實際可近性問題。Vang et al. (2022)也提到低健康素養和有限的語言能力與某些群體健康狀況較差相關。

但在本研究中，多數受訪者表示有關語言的部分，目前可以透過各種翻譯軟體進行協助，且多數外籍民眾是可以使用英文進行對談的，因此對於醫事人員而言，語言障礙不算是常見的障礙之一。而受訪者普遍表示，多數介意醫事人員性別的較多是年輕婦女或者未婚、未孕女性，因此未來可以再針對這一類型的族群進行特別的設計，此外政府也應該思考為何我國乳房外科及婦產科的女性醫師與男性醫師的數量有明顯差距。另外，也建議醫療院所提早提供民眾班表，讓介意

doi:10.6342/NTU202600045

性別的民眾能夠預先知道院所女醫師開診的時段，減少民眾重複奔波而耗費時間的困擾。亦有受訪者表示，若是進行社區篩檢，女性醫師也可以成為對民眾的誘因之一。

在 Mansfield et al. (2016)的文章中有提及醫事人員的性別是影響民眾篩檢意願的重要因素，Zhang et al. (2025)的研究中則是指出對於醫事人員的性別在意程度可能會隨年齡改變。而在 León-Maldonado et al. (2025)的文中表示常見的障礙包括民眾認為只有年輕女性才有感染 HPV 的風險、對盆腔檢查感到尷尬以及缺乏時間。Blum et al. (2025)則直接建議未來需改善有關癌症篩檢的相關教育。

在本研究中，受訪者表示除了一些是因為本身的刻板印象或是傳統女性對於暴露身體的抗拒外，也有一部分的民眾是在過往有接收到「自我檢查」的癌症防治宣導，因而進行「自我檢查」後覺得自己是健康的，而抗拒接受後續追蹤，也因此未來在設計衛教及相關宣導時也應該重新思考宣導的內容及方式。此外，現今社會詐騙情形猖獗，多數民眾其實會害怕是詐騙訊息，因而也會抗拒接受電話或者簡訊邀約，造成個管師或者篩檢事務員不少的困擾，也因此，政府除了持續打擊詐騙集團外，也需要審慎思考該如何協助個管師或篩檢事務員能夠用更安全且雙方信任的方式進行溝通聯繫。

二、醫院組織端

醫院端的障礙則分別為資訊系統(資訊系統即時性不足、系統開發不足及無提醒機制、系統異常、各單位(含政府)之間的系統操作障礙)、業務繁雜(醫事人員臨床業務繁忙、多重任務及行政繁雜、因應政策工作量上升)、場地設備及經費不足(醫院成本高及經費不足、醫院場地不足、極端氣候、工具及篩檢車障礙)、人力及誘因不足(醫護誘因不足、醫師或女性醫事人員不足、醫師人員不重視、資訊人才不足、覺得占用私人時間、篩檢及個管師人力不足、人力流動及招募困難)。

其中「業務繁雜」裡，「多重任務及行政繁雜」提及人數及次數最多(12 人

doi:10.6342/NTU202600045

/21 次)。「業務繁雜」中的「因應政策工作量上升」、「場地設備及經費不足」中的「工具及篩檢車障礙」以及「篩檢及個管師人力不足」，提及人數 7 人且提及次數皆在十次以上。雖然過往文獻中，以組織觀點進行探討的較缺乏，但在 León-Maldonado et al. (2025); Omeranovic et al. (2025)也有提及組織內的人力資源是重要因素。

目前對於各院所的個管師或者衛教師除了院內的篩檢，也需要兼顧院外篩檢，篩檢完成後又需要做非常多的行政作業，包含院內資料建檔、申報、再次登錄資訊至國健署網站進行追蹤，以及跟各單位進行接洽，其中又包含院內病理科、醫師、公部門(衛生局/所)或者其他地段的窗口等，而在人力不足的情況下，個管師或者衛教師常常會一個人需要處理好幾種癌別的異常個案追蹤，但這種時候往往就會無法全力的協助異常個案或者造成錯失及遺漏的問題，因此人力的問題是各家醫療院所需要認真看待的。部分受訪者也有直接表示因應政策，工作量明顯上升，在工作流程複雜冗長、工作量上升人力又不足的情況下，效率不僅會低落外，也易出現品質上的問題。政府端也可以思考是否需要介入訂定對於個管師以及篩檢員的工作業務量。

在 Omeranovic et al. (2025)的研究中也指出篩檢計畫的實施會造成醫事人員的工作量增加， Litsas et al. (2025)則指出民眾對醫療品質的評價主要是基於他們與醫事人員之間的互動，但在業務繁忙的情況下，溝通品質通常不佳。León-Maldonado et al. (2025)提到有關實施篩檢計畫的障礙因素中，也包括醫療溝通品質不佳，並進一步提到若要促進篩檢則需要相關人員提供高品質醫療以及電話提醒，此外，文中也提到醫事人員認為同時進行兩項篩檢措施可以節省時間。在 Mandrik et al. (2019)的研究中則指出受訪女性偏好高敏感度、低成本、可與其他就醫結合且重視醫病關係的篩檢計畫。

除了上述提到的，場地及工具的缺乏和醫療品質不佳是障礙因素外，在本研究中，多數醫療院所都有拓及篩檢業務，並深耕於社區，因此障礙之一也包括極

doi:10.6342/NTU202600045

端氣候的大環境因素，在炎熱或不佳的天氣狀況下，民眾至社區進行篩檢的意願也會低落，對於工作人員而言，除了面對到成效不彰的失落感外，惡劣的工作環境及氣候狀況，也會降低工作人員投入社區篩檢的意願，服務的品質也會下降。因此，如何營造良好的工作環境，並且讓一場社區篩檢的效益更好，也是醫院管理者以及公部門需要共同討論的。在本研究中，受訪者也普遍表示，多數民眾較喜歡整合型篩檢或者參與可以施作多種檢查項目的活動，而部分醫療院所其實院內也沒有乳攝或者子抹車，但他們透過與其他醫療院所合作等方式，不僅可以降低成本，也可以促成整合型篩檢，進而提升民眾的篩檢意願。但同時，篩檢車的品質問題也是需要各醫療院所以及政府端審慎思考的。根據部分受訪者表示，院內有陸續地添購新設備，以此提升篩檢精準度，這也符合我國的癌症防治政策。

台灣自 2004 年起推動乳房攝影篩檢政策，提供 45 至 69 歲婦女每兩年一次的免費乳房 X 光檢查，2025 年起進一步擴及 40 至 74 歲高風險女性族群。根據國健署統計，2022 年乳癌篩檢涵蓋率約為 41%，雖低於歐洲多數 OECD 國家（如芬蘭、英國等均超過 60%），但偵測陽性個案的期別逐漸趨向早期，顯示政策在癌症早期發現層面具有初步成效（衛生福利部國健署，2023）。2025 年中央公告的國家癌症防治策略中，也聚焦在精準醫療、風險分層、支持擴大化與精準畫篩檢，並運用 AI 等相關技術。然而除了須考量 AI 使用的品質之外，也需要考量技術在各地應用上的落差是否會擴大國人間的健康不平等，因為先不論 AI 技術的應用，目前台灣部分醫療機構已引進數位乳房攝影與 3D 斷層攝影技術，但由於設備昂貴、需專業判讀，並未納入全民篩檢政策，而多做為第二線或自費檢查工具使用，對於臨床端而言，3D 也會增加放射科醫師的負擔，因此政府端也應該思考該如何在設備方面對院所進行相關的補貼措施。

另外，與工作業務息息相關的資訊系統，也是一關鍵影響因素及障礙之一。其中，即時性不足，包括系統如何及時回應政策的改變，這也涉及到組織內應該重視 IT 技術人才，以及重視各單位之間的系統連結程度，這也包括與政府單位

doi:10.6342/NTU202600045

的系統串接，而城鄉差距在其中也造成了醫院組織執行成效上的落差。

其中，城鄉差距的體現不只有在資訊上的落差，民眾健康識能上的落差也是造成醫事人員面對促進篩檢以及後續陽性追蹤的障礙之一，另外，不良的生活習慣也是造成國人健康結果上面的落差之關鍵因素。Xu and Xu (2023)在文中也揭示了造成癌症的行為和環境風險因素，其中包括吸菸、飲酒、不良的飲食習慣以及低活動量等因素。而在訪談過程中，亦有受訪者表示就他們至社區進行篩檢的經驗，至部分社區或是鄰近工廠等區域，會發現高比例民眾暴露在比較高的行為和環境風險因素。如何介入並提升民眾的健康識能是需要各界共同參與及思考的。

第三節 關鍵成功因素的聚類與組織層面分析

本研究以主題分析法為主要分析策略，透過逐字稿編碼、軸心歸納與概念整合的過程，從受訪者的脈絡經驗中歸納出多層次的策略與行動模式。為輔助驗證不同概念之間的關聯性與聚合趨勢，避免僅停留於個別經驗的描述，研究同時運用 NVivo 之 Jaccard 相似係數進行概念共現分析，辨識各次類別間共同提及、具有高度關聯的策略要素，以此歸納出具代表性的核心機制，進而形成具有理論意涵的關鍵成功因素群組。此統計工具的目的並非取代質性分析，而是作為輔助性技術，用以檢視各編碼之間的相似度與共現關係，並確認質性歸納所得之概念結構的內部一致性與邏輯連貫性。

最終，歸納出三大關鍵成功因素：「資訊支援與永續人力」、「流程優化與資源彈性」以及「健康識能與心理互動」。這三個群組代表了在不同層次的實踐脈絡中，受訪者對於推動癌症篩檢及陽性個案追蹤成功關鍵的共同理解與經驗。由於此結果為資料驅動（data-driven）的歸納成果，並非以理論為前提分類，因此各群組同時跨越了 CFIR（Consolidated Framework for Implementation Research）之多個構面，包括介入特徵（Intervention Characteristics）、內部情境（Inner Setting）、外部環境（Outer Setting）、個人特質（Characteristics of Individuals）與實施過程（Process）等要素。

doi:10.6342/NTU202600045

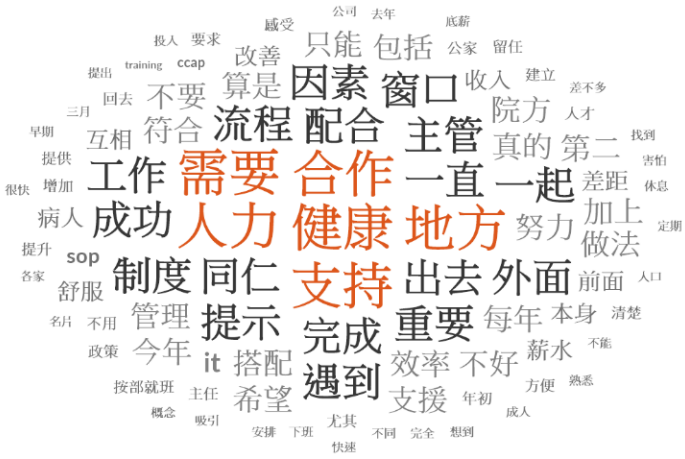
本研究採取建構主義的詮釋性架構（constructivist interpretive framework），主張現實並非單一、客觀存在，而是透過社會互動與個人經驗所共同建構而成。相較於驗證性研究的假設導向，本研究關注的是意義的生成與脈絡的再現。在此觀點下，研究需重視受訪者如何理解與詮釋其所在組織及政策環境中的經驗，並透過質性訪談與主題分析法，探索不同層級醫療人員對癌症篩檢與陽性追蹤推動歷程的主觀意義與實際行動，歸納出醫療人員對乳癌篩檢後陽性個案追蹤與轉介之障礙與解方的意義脈絡，再藉由持續比較和分析後，從資料中歸納出具代表性的行動模式與成功經驗，並進一步形成關鍵成功因素。

分析結果顯示，這些關鍵成功因素可大致歸納為三大面向：資訊支援與永續人力、流程優化與資源彈性、以及健康識能與心理互動。而本研究結合整合型實證介入實施架構（Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR）進行分析。CFIR 在此扮演詮釋性架構（interpretive framework）的角色，它提供一套跨層次的理論視角，協助釐清三大成功因素如何在不同層面的互動中形成。例如，「資訊支援與永續人力」不僅反映介入設計的智慧化支援系統，也涉及組織內部人力誘因與醫病互信建立；「流程優化與資源彈性」連結了內部任務分工與外部協作網絡；而「健康識能與心理互動」則結合了個人層面的行為改變與制度面的健康促進策略。這樣的整合式詮釋，可以更好的揭示跨層面因素如何共同構築癌症篩檢與追蹤的成功條件。

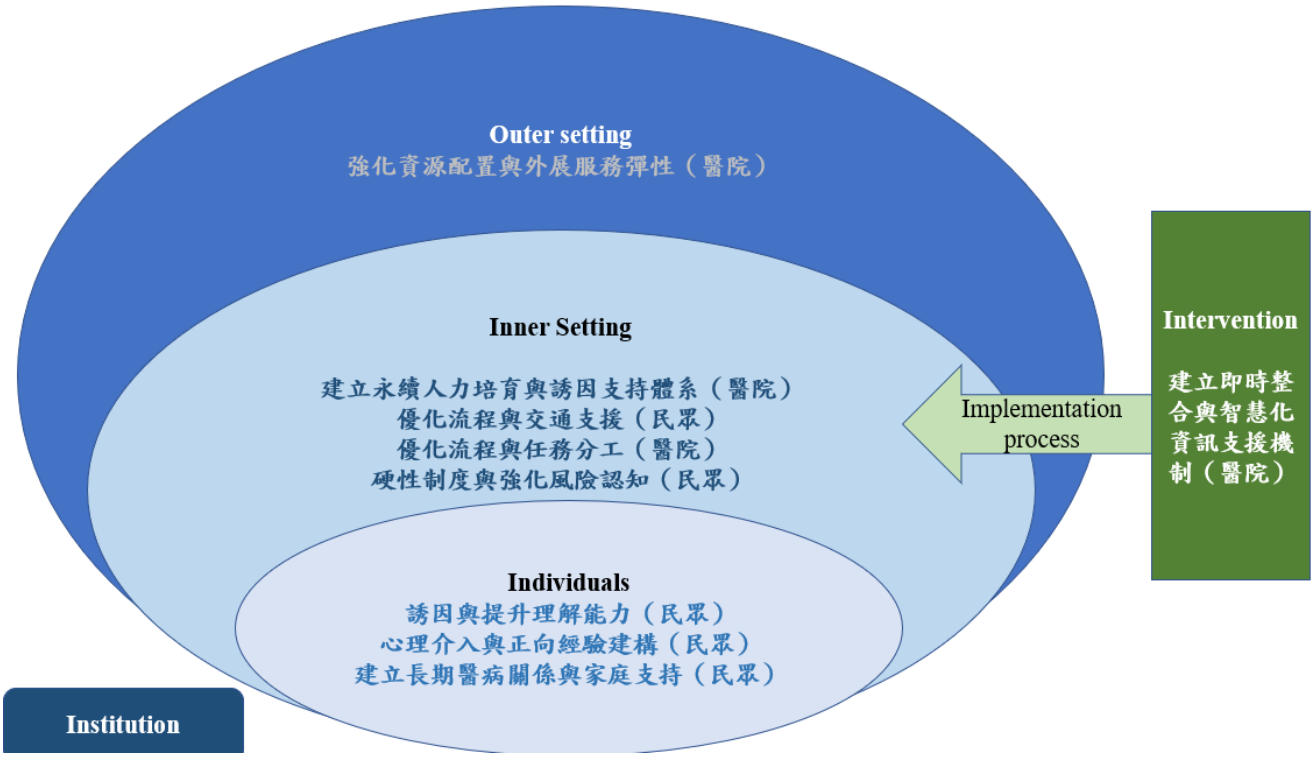
而本研究亦借鏡 Ledda et al. (2025)在釐清障礙後，將障礙類別對應到 CFIR 框架後所設計發展出之架構圖，該研究強調不同構面間的互動動態。本研究延伸此觀點，先透過 SEM 社會生態模式，釐清台灣醫療院所在癌症篩檢及後續追蹤過程中，共同面臨到的障礙及影響因素之間的多層次社會脈絡，再將對應之策略使用 CFIR 將其釐清構面，最後再發展出三大關鍵成功因素，此整合架構能夠清楚地反映本研究歸納出的三大關鍵成功因素之跨層次互動性，也提供未來在各地區推動政策時的實務參考。詳如圖三十八至四十以及表 5-1、表 5-2。

doi:10.6342/NTU202600045

圖三十八、　對應訪綱第六題-關鍵因素文字雲



圖三十九、　研究結果 CFIR 架構示意圖



doi:10.6342/NTU202600045

表 5-1 三大群組對應 CFIR 構面

KSFs	涵蓋次類別	CFIR 構面	延伸關聯構面	說明與關鍵詮釋
資訊支援與永續人力	建立即時整合與智慧化資訊支援機制（醫院）	Intervention Characteristics	Inner Setting	系統設計層面，屬於介入特徵中的科技與流程創新；但落地執行仍依賴組織內部的溝通與學習氛圍。
	建立永續人力培育與誘因支持體系（醫院）	Inner Setting	Process	反映內部資源可用性與激勵結構，也涉及長期能力建構與持續改進過程。
	建立長期醫病關係與家庭支持（民眾）	Characteristics of Individuals	Outer Setting	醫事人員的同理與溝通態度影響民眾信任，同時受政策環境與社區支持度制約。
	優化流程與交通支援（民眾）	Inner Setting	Outer Setting	需結合組織流程設計與外部制度支持，如交通補助或跨院轉介。
流程優化與資源彈性	優化流程與任務分工（醫院）	Inner Setting	Process	組織結構與任務設計層面的調整，是落實整合服務的關鍵。
	強化資源配置與外展服務彈性（醫院）	Outer Setting	Inner Setting	涉及與公部門、診所、社區的協作，體現外部夥伴關係的策略性運用。
健康識能與心理互動	誘因與提升理解能力（民眾）	Characteristics of Individuals	Outer Setting	強化民眾健康素養需仰賴個人行為改變與制度支撐並行。
	心理介入與正向經驗建構（民眾）	Characteristics of Individuals	Process	醫事人員互動品質與心理支持影響民眾依從性，需透過持續溝通與回饋。
	硬性制度與強化風險認知（民眾）	Inner Setting	Outer Setting	制度導向的健康教育需結合組織內外的合作機制，形成社會規範性支持。

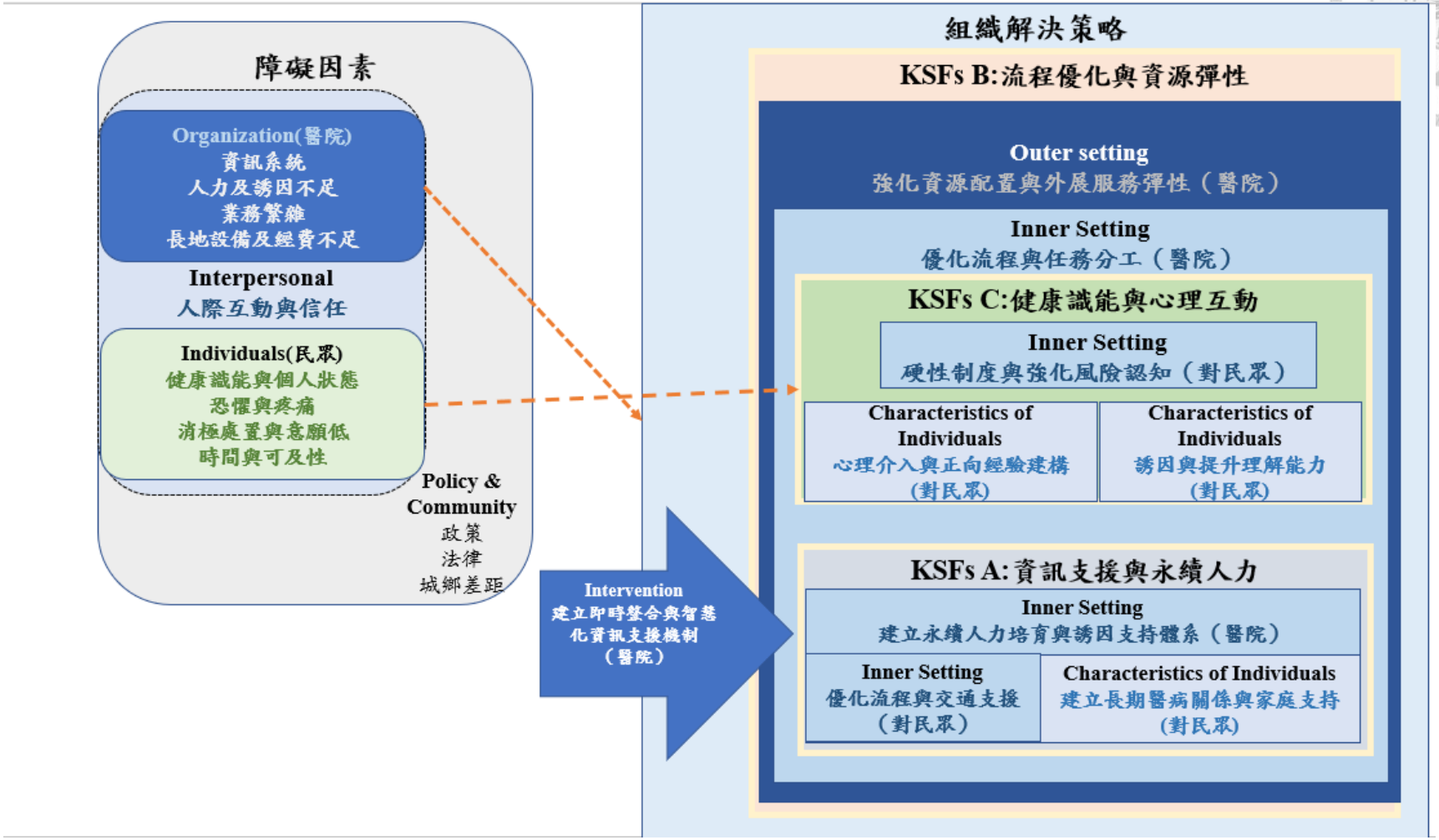
doi:10.6342/NTU202600045

表 5-2 障礙—解方的轉化表格

SEM	障礙	解決策略	CFIR	KSFs
Organization	資訊系統	建立即時整合與智慧化資訊支援機制（醫院）	Intervention Characteristics	資訊支援與永續人力
Organization	人力及誘因不足	建立永續人力培育與誘因支持體系（醫院）	Inner Setting	
Interpersonal	人際互動與信任	建立長期醫病關係與家庭支持（民眾）	Characteristics of Individuals	
Individual &Community	時間與可及性	優化流程與交通支援（民眾）	Inner Setting	
Organization	業務繁雜	優化流程與任務分工（醫院）	Inner Setting	流程優化與資源彈性
Organization	場地設備及經費不足	強化資源配置與外展服務彈性（醫院）	Outer Setting	
Individual	消極處置與意願低	誘因與提升理解能力（民眾）	Characteristics of Individuals	健康識能與心理互動
Individual	恐懼與疼痛	心理介入與正向經驗建構（民眾）	Characteristics of Individuals	
Individual	健康識能與個人狀態	硬性制度與強化風險認知（民眾）	Inner Setting	

doi:10.6342/NTU202600045

圖四十、　障礙—解方的轉化示意圖



doi:10.6342/NTU202600045

以下將針對此三大關鍵成功因素進行討論:

一、資訊支援與永續人力

此群組包括節點:「建立即時整合與智慧化資訊支援機制(醫院)」、「建立永續人力培育與誘因支持體系(醫院)」、「建立長期醫病關係與家庭支持(民眾)」與「優化流程與交通支援(民眾)」。這些節點之間的 Jaccard 係數多介於 0.94 – 1.00,顯示幾乎完全共現。智慧化資訊支援可強化追蹤作業的效率與準確性;穩定的人力體系確保追蹤持續與品質維持;而長期醫病關係則使追蹤不僅是制度流程,而是建立在信任與回應性之上的互動行為,這個結果也代表在醫療機構內部的執行實務中,資訊系統、人力穩定性與病人連結三者往往被同時提及,形成互補結構。

本研究發現,資訊支援與永續人力是組織層面成功的基礎,能有效提升篩檢率及追蹤率的醫療院所,普遍具備穩定的資訊平台與足夠的人力配置。在流程優化上,我們不可避免的需要依靠智慧化的資訊系統,透過院內篩檢或追蹤系統與資料串接,可以使跨部門之間的溝通更為順暢,亦能追蹤異常個案的就醫動向,其中包含了與門診資訊系統、病理科檢驗系統、公部門(國健署)的資料平台以及衛生所/局等單位。

高效且易於整合的資訊支援機制與具備永續性的專責人力,構成介入成效的重要條件。與以往多數將資訊系統視為「技術工具」的研究不同,本研究強調資訊架構本身即是一種介入特性:若介入設計在一開始就包含了資料串接、使用者友善的工作流程與人力培訓模組,則該介入更易被各層級採納與維持(Greenhalgh et al., 2017)。具體而言,當篩檢與追蹤資訊系統在設計階段即內建自動提醒、跨院所資料互通、以及專責個案管理人員的職務描述與保留機制,該系統在實務現場被落實的機率顯著提升,且能有效的協助人員工作效率。

根據研究,醫療提供者的建議是提升癌症篩檢率的重要因素(林峻勝, 2019; 邱瀚模, 2010),然而,在門診期間,醫療服務提供者常常錯過推薦或進行癌症篩檢的機會(Baron et al., 2010; Zapka & Lemon, 2004)。而本研究發現,資訊系統的串接,

doi:10.6342/NTU202600045

可以使門診醫事人員、病理科檢驗人員，甚至是櫃台人員都可以知道民眾是否符合篩檢，並同步提供資訊給民眾，促進篩檢成效。

國民健康署自國家癌症防治計畫開展以來，即陸續推動各式計劃，包括癌症診療品質認證、癌症診療品質精進計畫、全方位癌症防治策進計畫等等。在國家癌症防治計畫第四期時，國民健康署也開始針對有參與癌症防治相關的醫療院所進行公開表揚。本研究多數的受訪者也表示在院內會運用國健署給予之補助，設立對於員工的轉介金或者辦理相關的轉介活動，以此鼓勵同仁、提升向心力。因此在人力短缺情境下，若有明確的誘因，像是獎金以及正向回饋等制度，是能有效提升其他部門的同仁願意一同付出心力在癌症篩檢及追蹤的業務上。同樣地，適當的監控也是一解方。

部分的受訪者也表示定期地舉行會議討論，雖然會有一定的壓力，但也促成組織內部員工亦重視品質指標的數據呈現，同時，共同的會議討論不僅可以找出針對難追蹤個案的解方外，也可以使一線工作人員感受到主管的支持。其中，一線工作人員感受到主管支持以及組織內部的團結合作，也能夠提升工作意願及留任率。在Damschroder et al. (2009)文章中也提及，人員流動率低，實施成功的可能性就越大，其中，利害關係人對實施介入措施相對於替代解決方案的優勢及看法也相當重要，尤其對措施將達到預期結果的證據品質和效度的認知是需考慮的。

另外，在本研究中有受訪者曾經與其他醫療院所進行提升篩檢及陽追相關的交流學習，但對方院所表示難以採用受訪者的施作方式，原因是資訊系統的不足。建議各家醫療院所應該重視資訊系統的建立，可以先從符合院內條件及能力的小規模施作方式開始，同時組織也須具備試驗能力(Trialability)，也就是能在組織內，小規模測試介入措施的能力，因為通常資訊系統的設計以及跨域串接本身的複雜度就十分的高，有時候甚至需要重新定位和採取非常規流程、背離現有做法，才能從根本上改變(Greenhalgh et al., 2004)。Damschroder et al. (2009)也提出適應性(Adaptability)的概念，也就是介入措施能夠適應、客製化、改進或重塑以滿足當地

doi:10.6342/NTU202600045

需求的程度。本研究也建議未來各家醫療院所應該重視 IT 人才的培養，並使各部門內能夠有專門負責的人員，因為各部門的工作流程上存在差異，對於政府端的申報作業也不同，且政策也逐年更動，因此若希望建構一具有適應性的系統，唯有專責的 IT 人員，才可以展現較強大的韌性。

另外，多數受訪者也表示目前政府單位所要求登錄的系統存在缺陷，包含乳房攝影的結果無法批次上傳，需要逐筆登錄。而子宮頸抹片的部分則須由解剖病理科上傳，個管師無權限主導，這不只造成作業流程冗長外，資訊上的落差也容易造成遺失民眾的問題，對組織而言也會存在錯過申報時間等問題，在「縮短臺灣健康不平等之政策研議」中也曾提及，「*衛福部的轉診系統不好用，光是搜尋醫院就很困難，常找不到自己要轉的醫療院所，希望可以分層或關鍵字搜尋，讓我們轉介不需要花太多時間。*」

而在政策層面的障礙，提及次數最多也是癌症篩檢及追蹤規定中的申報規定，除了資訊系統需優化外，部分的申報規定政府端也應重視第一線人員的工作經驗進行調整，包括申報日期的限制、篩檢年齡層及族群訂定、申報碼等等。尤其在申報上的流程以及規範需要政府端再重新檢視，或者提出實證證據予工作人員，使規則能夠「合理化」，像是為何乳癌的追蹤期效與其他癌別不同、申報的日期規定、申報碼寫入的權限等等。另外，政府端需考量在申報日期上，第一線工作人員操作上的困難，尤其是在月底以及年底時的切割。

此外，多數醫療院所會至社區進行篩檢，在後續的追蹤上又可能存在轉診的問題，在「縮短臺灣健康不平等之政策研議」中也有提到，醫病之間的信任關係也是篩檢效率成敗的原因之一。許多癌症患者對在地醫療院所的信任度偏低，傾向轉往外縣市的大型醫院就診，此現象不僅增加了民眾就醫的時間與交通負擔，也導致部分病人因長期往返的身心壓力而中斷治療，進而影響整體治療成效。此外，現行法規對偏鄉地區醫療執行造成限制，例如部分乳癌相關業務需由乳癌專科醫師親自執行，但地區專科醫師人力稀缺，反使第一線醫療人員在業務推動上面臨困難。

doi:10.6342/NTU202600045

另外，目前政府推動之「醫學中心支援偏遠地區醫院計畫」（醫中計畫）資源主要集中於急重症照護，建議後續可將支援範圍擴及癌症醫療品質提升與專業人力培育，以兼顧長期疾病管理的需求。同時，偏鄉民眾就醫行為仍以急診為主，接受健康教育與預防宣導的機會有限，也因此，串接醫療院所的各資訊系統十分重要，根據受訪者提及，是可以透過串接資訊系統進行註記功能，如此便可將急診就醫後的個案轉介與後續追蹤納入制度化流程，以強化基層連續照護與癌症篩檢後續管理的落實。

相對地，若是各醫療院所間的資料串接未盡完善，將使得追蹤業務更加困難，因此在追蹤效期上的相關規範也應該再謹慎考慮。另外，對於各家醫療院所的目標訂定也應該考量目前符合目標篩檢資格的人口數，其中包括考量若是三年內或兩年內已做過篩檢的人口，需剔除計算。

而在醫療體系功能分工的脈絡下，亦有必要重新檢視不同層級醫療機構於癌症預防與早期偵測中的角色定位。醫學中心長期承擔高度專科化與重症醫療之任務，其人力與資源配置主要聚焦於診斷、治療與複雜個案照護，若同時承擔大量初級篩檢服務，可能在資源運用與體系效率上產生排擠效應。相較之下，第一線醫療體系中之家庭醫學科與內科醫師，因其與社區民眾之長期接觸關係，較能於日常照護過程中進行風險評估、健康促進與篩檢動員，亦有助於提升篩檢可近性與持續追蹤之連續性。未來政策設計上，或可進一步強化以第一線醫療為核心之篩檢推動角色，並明確界定各層級醫療機構於預防、篩檢與治療階段之功能分工。

此外，在「縮短臺灣健康不平等之政策研議」中也有提到，「*個管師人力有限，醫院常 1 個個管師要管 3 個癌症，通常最後只能追蹤在醫院篩檢異常的病患，鼓勵回院複檢。*」。目前政府未對一名個管師的管案人數進行規範，而多數醫療院所，個管師除了日常追蹤外，工作上也常常涉及跨部門的溝通，以及多項繁雜業務，但在這樣業務繁雜且負擔重的情況，又面臨人力不足的困境，民眾感受到的服務品質以及對於人員的身心負擔都會是潛在的問題。

doi:10.6342/NTU202600045

部分的受訪者表示為了因應人力不足及業務量繁雜的情形，院內及院外(社區)都會建立人力群組，若有外勤或者特定活動臨時需尋找人力，都可在群組內詢問願意參與的醫事人員。另外，有關行政等相關工作內容，在院內工作繁忙時亦可尋找計時人員協助，或者調動其他部門的人力協助分攤。但仍然建議政府端在推動篩檢追蹤介入時，應要求設計納入資訊互通標準與人力永續方案，並提供啟動資金以降低地方啟動阻力。

二、流程優化與資源彈性

在 Jaccard 係數約在 0.80–0.90 的區間中，此群組包含節點：「強化資源配置與外展服務彈性（醫院）」、「優化流程與任務分工（醫院）」，這除了反映出明確且可調整的 SOP 有助於提升作業穩定度與追蹤效率外，跨層級合作與外部環境的支持更是組織行動的核心支撐。

首先，部分受訪者認為自身所處的組織具有良好的 SOP 制度，而根據這些受訪者的經驗，在業務繁雜且涉及跨部門甚至跨院所的溝通協調時，落實政策的規範及制定院內的 SOP 工作規範是有助於提升效率的。

此群組同樣揭示癌症防治不僅是單一機構的執行問題，而是一個需要眾多單位協作的學習型網絡，也是外部組織與內部組織的交互強化機制。本研究發現，地方政府衛生局與醫療院所間的「彈性合作」是維持追蹤率的關鍵。具體而言，醫院端在推動陽性追蹤或社區篩檢時，若能獲得公部門的協調支持與資源補助，包含人力、巡迴車、經費等，或與地區診所形成轉介與資料交換的網絡，將可顯著提升執行能力，與此同時，也可以提升場地使用效率與行程規劃。

另外，大多醫療院所都會在前兩季的時候大規模的提升篩檢量，若是等待到後半年度才進行的醫療院所，想提升篩檢量就會有一定的困難程度，因為符合資格的民眾已經都至其他醫療院所施作完畢。也因此年度開始前的預先活動安排十分重要，多數醫療院所會選擇在年初或前年年底時，就將一年度的社區外展服務進行規劃，而提前確認行程還可以請社區鄰里長對民眾進行廣泛邀約。多數受訪者也表示，

doi:10.6342/NTU202600045

社區篩檢活動若是有鄰里長的介入，活動的成效會較高。此舉也可以預排班表，若發現人力不足時也可以提早尋求其他單位支援人力。這除了可以提高醫事人員的意願外，也較能確保人力的穩定性。

除此之外，多數受訪者表示，當遇到十分難追蹤地個案時，往往會需要公部門的協助，除了一般的電話聯繫外，公部門也可以家訪或者滿足民眾其他客製化需求，且部分的民眾對公部門的信任程度較高，因此透過公部門的追蹤，成功機率也會有所提升。另外，在社區篩檢時，公部門對於社區的清冊有較高的掌握度，透過公部門的邀約成效也會較高。

只是部分的受訪者也表示，公部門也需要審慎思考每年度的活動場次及邀約數量，要確認每場的活動大致可以施作的數量，以此才能提升效益及醫事人員的成就感。因此，醫療院所除了可以跟鄰近診所合作外，也須與公部門建立良好的關係及信任，並發展出該地區的合作文化及模式，才能使效益最大化。

另外，乳房攝影的機器設備因為價格昂貴，所以多數醫療院所擁有的數量不多，建議各家醫療院所可以將目前院內擁有的機台，劃分使用功能，同時建立預約系統，並供各單位可以登錄查詢及預約，不只可以讓醫事人員了解目前設備的使用情形，以此提升設備的使用效率，也可以減少病人等候的時間。

而跨單位任務分工也是提升效率的一關鍵因素，這也與前述的建立永續人力相關，在人力短缺的情況，跨單位的支援是院所常見的情形，但這也需要對人員進行足夠的訓練，此外，若希望讓全院的員工都能為癌症篩檢及追蹤業務盡一份心力，那資訊系統的建立絕對是不可缺少的，包括診間的提醒功能、提示單列印、資料註記等等。另外，組織內部的文化及價值建立也十分的重要。

此外，執行社區篩檢業務其實對於醫療院所而言也是一種正向的回饋及循環。部分的受訪者提及，醫事人員若能在篩檢時帶給民眾較佳的經驗，是有助於消除民眾對於篩檢疼痛的誤解及恐懼，同時對醫事人員產生良好的信任感也能夠同步提升醫院的名聲，並且促進回診的意願。

doi:10.6342/NTU202600045

與傳統追求「標準化流程」的品質改善文獻（如 Lean、QI）相比，本研究強調「彈性化的流程標準」，也就是在保持核心品質指標下，允許依需求調整操作細節，這有助於在資源受限或地理分散的場域維持執行力。這也與 Greenhalgh et al.（2004）提出的觀點相同，「創新若能保留地方自主性與再詮釋空間，更能促進其在多元情境中的擴散與落實」。本研究也建議醫療院所可以與地方衛生機關建立良好的活動流程以及事前探討適當的場次安排，同時建立備用方案以及溝通群組。群組內部的人員也可以同時涵蓋鄰近的診所，不僅可以提升設備的使用效率，也可以建立起跨職能的快速反應小組，並降低人力不足時的衝擊。政府機關也應協助建立可調式資源配置機制，鼓勵區域醫院與基層診所間形成策略聯盟，以擴大追蹤覆蓋率並降低資源浪費。. Damschroder et al. (2009)也在 *Outer Setting* 與 *Process* 架構中，提到外部政策與誘因應允許地方調整以增強可行性。

綜合而言，「流程優化與資源彈性」展現了制度規範與在地創新之間的動態平衡。能夠在既有政策框架下調整服務模式、整合多方資源並維持品質穩定的機構，往往更能克服執行現場的限制，達成高追蹤與高覆蓋的成果。此結果也說明跨部門協作與彈性治理的重要性，也凸顯政策設計應兼顧一致性與地方自主性。

三、健康識能與心理互動

此群組涵蓋節點：「誘因與提升理解能力（民眾）」、「心理介入與正向經驗建構（民眾）」、「硬性制度與強化風險認知（民眾）」，其 Jaccard 值約在 0.53–0.69 之間。雖然共現程度略低於前兩群，但顯示出在民眾端策略中，行為動機與心理感受的支持機制仍是不可忽視的成功因素。

根據文獻 Ferrari et al. (2025); Vang et al. (2022); Zhang et al. (2025)，個人層面的知識、態度與信任影響民眾對篩檢及後續追蹤的意願。多數的受訪者都表示除了持續的溝通追蹤外，組織內也會在民眾就醫前或者掛號、批價等時間，善用提示單、通知單等紙本方式，也會同步使用數位提醒，包括簡訊、APP 通知等。這也再次彰顯資訊系統建置是提升組織效能的關鍵也是基礎。

doi:10.6342/NTU202600045

本研究中受訪者普遍提到，建立長期信任關係與持續性溝通是提升追蹤率的重要策略，尤其在弱勢與偏鄉地區，藉由社區據點、在地志工或熟悉的護理師進行關懷訪視，可降低民眾的不安與疑慮。 Gilson (2003) 指出健康系統本質上是「關係性（relational）」的體系，許多執行失敗或不良結果源自人與人、部門與部門之間信任或互動的問題；因此建立信任是改善執行與照護品質的核心任務。當民眾感受到制度友善與情感連結時，將提高其參與意願，以同理心進行解釋與追蹤聯繫，能顯著提升依從性。

多數受訪者也有提到耐心且詳細的溝通、持續的追蹤、經驗的分享、特殊人性化工具的提供等，除了可以消除民眾的恐懼外也可以建立對於醫事人員的信任，甚至提高醫院名聲。此外，誘因制度的設計也是吸引民眾前來的有效策略，多數受訪者表示民眾傾向整合性的篩檢活動，也就是可以一次進行多樣的篩檢，而參加活動的禮品提供也不可或缺。其中，活動禮品的提供最好越多種類越好，也有一些受訪者表示組織內也會提供一些掛號費減免、停車優待等福利。另外，院所也會配合節日進行一些婦女推廣的活動，包括三八婦女節或者是母親節等等。但是也有受訪者表示，政府單位也應該思考該如何提升民眾的健康識能，尤其是必須讓民眾了解到健康的責任還是在自身。

本研究也顯示，有部分的民眾對於篩檢的意願不高的原因除了對於篩檢的恐懼之外，不理解流程、健康識能不足也是障礙因素。對於這類型的民眾，除了使用硬性制度外，部分的受訪者也表示有時候更換時間聯繫個案或者換不同的人、號碼聯繫，也能提高成功率。另外，部分受訪者也表示會與門診人員合作，當難追蹤病患回院就診時，個管師可以接收到訊息並直接至門診外等候。除此之外，價值再框架化也是提升民眾意願的方法之一。其中，除了醫事人員及個管師的持續電話或訊息溝通、追蹤外，組織也可以採取廣播、海報、影片及社群媒體等方式。也有受訪者表示衛教以影片的方式進行會使得民眾較容易接收資訊，同時也可以降低民眾候診時的不耐煩感。若影片是由公部門提供，那將更具公信力，民眾接受的意願也

doi:10.6342/NTU202600045

會更高。然而，成功的追蹤與治療延續不僅需要制度設計，更依賴心理動能與行為支持。而單純提供資訊，不足以改變行為，必須透過建立信任、情感支持與適切的溝通方式來降低民眾的行為阻礙。

另外，Paasche-Orlow and Wolf (2007)在健康識能模型的論述中指出低健康識能可能造成知識與行動上的落差，使民眾在篩檢陽性後不願或延遲就醫。國際上，日本及韓國與台灣皆屬亞洲地區、經濟規模相似且癌症亦為國人主要死因，然而三國的國內研究也都共同指出國內癌症篩檢以及後續追蹤仍需再提升，尤其是教育程度及收入低的族群。政策演變上，本國也與韓國相似，都有發展國家癌症防治計畫，並涵蓋前端預防至後端診療，然而，儘管韓國從 2007 年就開始推動 CPAS 計畫，但是癌症預防的認知與實踐指標並未呈現顯著上升趨勢。日本則發展癌症預防科學與多中心研究、進行國內癌症歸因因子之劑量分析、投資於癌症診療標準化與提升地區醫療資源，並強化對患者生活品質的重視，也與 IARC 推出抗癌框架規範，甚至與 ANCCA 等研究中心進行跨國合作。我國癌症防治歷程上也從 2003 年通過「癌症防治法」後，積極提升癌症診療品質，並早在 2005 年即委託國家衛生研究院癌症研究所之「台灣癌症臨床研究合作組織（TCOG）」辦理「癌症中心分級認證研究計畫」，經過多次專家會議，亦參考了美國 Commission on Cancer「The CoC Accreditation Program」、英國國民保健服務（NHS）「National Cancer Peer Review Programme」及我國「國家癌症防治五年計畫」與「癌症診療品質保證措施準則」等，於 2006 年完成「癌症診療品質認證試評基準」。

此外，日本的每個市政府都會向符合條件的人發送訊息，但成功吸引前來的民眾仍有限，且篩檢率在城鄉之間也有不平等的現象，整體而言，日本的癌症篩檢率也仍遠低於歐美國家。C. T. Shen et al. (2024) 文中指出，在臺灣推動乳房攝影篩檢車 (mobile mammography units, MMUs)後，偏鄉地區婦女的外展篩檢率由 1.76 % 增至 40.72 %。這表示弱勢地區透過外展服務可顯著改善可近性，而研究同時發現，雖然年齡、收入、都市化程度造成的篩檢使用不平等有下降的趨勢，但教育水準帶

doi:10.6342/NTU202600045

來的不平等反而上升。這也說明「可近性」改善只是其中一環，還有其他結構性與社會文化因素需要關注。

在本研究第一節也揭示多數偏鄉或者離島地區的篩檢車密度是高於都市的，政府也宣佈自 2025 年起將擴大公費癌症篩檢覆蓋年齡範圍、補助更多族群。此政策有助於提升篩檢工具與早期發現的普及性，對於弱勢或偏鄉地區而言，是一項重要變化。但「普及」不等於「公平」或「高效個別化」，仍須探討地方落地情況。在提升可近性而促使篩檢率提升後，也應該同時追求篩檢品質以及陽性追蹤率的提升，才可以真正的達成提早發現提早治療的目標，但除了政策端的一些申報規定以及院內流程或人力相關障礙外，透過社區篩檢而疑似異常的民眾，回院所接受追蹤的可近性仍有待改善。換句話說，如果沒有同步處理認知、語言、文化、交通與社區信任等障礙，要真正消除弱勢地區的落差還是不夠。部分的受訪者也表示，篩檢及追蹤的成效不是一朝一夕即促成的，其中是需要長期的經營，不僅是院內組織外，對於社區的經營，包括前述所提及的公部門、診所外，對於民眾的社區經營也相當重要。部分的醫療院所，在社區的經營，除了進行各式篩檢外，也會定期舉辦衛教等活動，強化民眾的健康識能，也能同步推廣篩檢相關資訊。

國人不健康行為多樣而廣泛，需要跨部門有利的政策介入。國際上，英國投入超過 7.5 億英鎊的資金用於提升診斷能力、擴大篩檢覆蓋率、加強公眾教育，以及改善治療設施。其中也舉辦多種公眾教育活動，以此提高公眾對癌症早期症狀的認識，促使民眾及早就醫。韓國則每年舉辦「癌症預防日」、發布多項生活型態建議，以此提升民眾對癌症的認知。

從我國的政策層面觀之，目前我國在提升民眾健康識能的部分仍主要針對菸害防治以及宣導飲食等相關內容，但針對強化民眾對目前我國提供癌症篩檢的部分，則僅透過發放新聞稿的方式，對於是否有將這些資訊觸及至目標族群不可得知。另外，對於疑似異常之民眾須回院所追蹤等的資訊，也無相關的新聞或者媒介可以瞭解。本研究中，也有受訪者認為政府端除了發放新聞稿外，也可以透過製作影片

doi:10.6342/NTU202600045

等方式強化民眾健康識能，相較於純以文字為主的新聞稿，影音模式對於民眾較容易吸收以及傳播，尤其是長者。本研究也建議未來癌症防治策略仍應持續將健康識能培力納入常態性任務，並建立以人為中心的社區支持網絡，使篩檢服務能兼具情感關懷與資訊導向。此外，國際上多數的國家都已將數據驅動決策納入國家癌症計畫當中，因此也建議本國政府當局應強化全國性癌症數據整合平台，以此促進建構以實證研究為導向的政策制定，同時也能促使跨學科研究團隊合作。

doi:10.6342/NTU202600045

第四節 研究限制

綜整前述分析之主要啟示，並反思本研究於方法與實務層面的貢獻與限制，本研究仍有若干限制需予說明。首先，量化分析所使用之篩檢率與相關指標，係以政府公費篩檢資料為主，未能納入自費篩檢之執行情形，因此所呈現之篩檢表現較偏重於公共政策介入下之成果，可能低估部分地區或醫療院所實際整體篩檢服務量能。其次，量化資料亦受限於官方統計資料之可得性，部分年度或指標可能不足以完全反映各地實際執行狀況。為降低此類限制可能造成之偏差，本研究採用多年度資料進行交叉比對，並輔以相關政策文件與公開報告加以驗證。

在質性研究方面，本研究主要依據醫療院所實務執行者之訪談內容，描繪癌症篩檢與疑似陽性個案追蹤之實際運作經驗。然而，關於國民健康署針對癌症篩檢及陽性追蹤相關作業之部分制度細節（如申報方式、資料上傳權限或獎勵機制），因未能取得完整且可公開查證之正式規範文件，研究中係以受訪者對其執行經驗之描述為主要分析依據，可能與實際制度設計或不同時期之規定存在差異。此外，受訪者之敘述亦可能受到個人角色、任職期間或回憶偏差之影響，進而影響對政策細節或流程運作之詮釋。

為降低上述限制所造成之影響，本研究於資料分析過程中，透過跨院所訪談內容之比對，檢視關鍵流程與制度描述之共通性，並避免將單一院所或個人經驗視為制度全貌；同時，在研究詮釋上亦著重於受訪者所反映之實務運作模式與執行邏輯，而非對政策規範進行法規層級之精確描述。惟政策文件所揭示之制度設計與實際執行現況之間仍可能存在落差，研究結果亦受限於特定政策推動階段之制度脈絡。

未來研究可進一步結合主管機關之正式制度文件或行政資料，或納入地方政府承辦人員與政策制定者之觀點，以補足制度設計層面之分析；同時，亦可擴大納入不同績效表現與屬性之醫療院所，延長觀察期間，以檢驗本研究所歸納之關鍵成功因素於不同政策情境下之普遍性與持續性。

doi:10.6342/NTU202600045

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究以臺灣婦女癌症防治為核心，整合近十年各縣市乳癌與子宮頸癌篩檢率、陽性追蹤率與五年相對存活率等量化資料，並輔以質性訪談，探討醫療院所在提升篩檢與追蹤率過程中的實務經驗與關鍵成功因素。整體而言，本研究結合量化趨勢分析與質性訪談結果，從宏觀的地區分布到微觀的執行歷程，提供理解政策執行成效的新途徑。

本研究採取立意抽樣策略，最大化兼顧臺灣各地區的差異性，並於醫院中尋找具代表性的受訪者，以確保不同條件下成功要素的適用性與轉化彈性。研究全程遵循研究倫理委員會的規範，並透過聚類分析與理論映射的雙重驗證，深入探討影響癌症篩檢與陽性追蹤成效的關鍵因子與執行機制，為政策與實務提供可操作的改進方向。

在理論面向上，本研究以社會生態模式（Social Ecological Model, SEM）為分析架構，歸納整理過往探討婦癌篩檢與追蹤障礙或影響因子的文獻，同時，於歸納關鍵成功因素時結合 CFIR（Consolidated Framework for Implementation Research）架構，使分析能對應不同組織層級，補足以往實務研究中對組織層面分析的不足。此一多層次整合架構，得以連結政策推動與組織實務，並透過成功因素的歸納，提出可供醫療院所策略改進的經驗基準，補充理論對現場經驗的詮釋。此種方法整合的研究設計，使本研究不僅能呈現癌症篩檢與陽性追蹤的成果差異，也能深入揭示高績效院所在制度與資源條件下的調適機制，具備實務參考與政策應用的價值。

在研究視角上，過往多數文獻雖指出偏鄉及弱勢族群於癌症篩檢與追蹤上的健康不平等，但缺乏能連結前端篩檢至診療品質的整體性分析，且少有同時檢視資源配置與成果差異的研究。本研究透過縣市層級之趨勢觀察與資源分布統計，補足了現行文獻對我國癌症防治體系中的實證基礎。而從縣市層級的量化分析結果顯

doi:10.6342/NTU202600045

示，乳癌與子宮頸癌的篩檢與追蹤成效在地區間仍存在顯著落差。各地醫療資源密度，包括篩檢與確診單位的可近性、巡迴服務的覆蓋率等亦呈現不均，顯示未來仍需持續檢視臺灣醫療資源配置與社區基礎設施的適配性，以提升整體防癌服務的可近性與均衡性。

其次，現有研究多聚焦於探討障礙因子（barriers），如病人意願、交通距離或人力不足等，較少延伸至成功經驗與可行解方的分析。本研究採取「典範學習」(benchmarking) 的設計，聚焦於篩檢與陽性追蹤績效表現優異的醫療院所，透過深度訪談與主題分析歸納其關鍵成功因素（CSFs），提出具可操作性的改進模式，提供政策與組織策略參考。

其中，雖有部分研究關注宣導與溝通工具的創新應用，但對於醫療組織內部資訊整合與智慧管理的探討仍顯不足。本研究補充了此一缺口，從高效率院所的實務經驗出發，分析其如何透過資訊系統建置、SOP 自動化與跨部門資料共享，提升陽追作業的即時性與可追蹤性，為癌症防治中的數位治理提供具體實證。

最後，本研究突破以往以民眾或病人為主的研究取向，轉而從醫療提供者與組織運作角度出發，探討制度、文化與激勵機制對篩檢與追蹤成效的影響。透過結合主管與第一線人員的觀點，本研究得以揭示院內協作、人力留任與正向回饋系統的運作脈絡，補足過往文獻對醫療提供面與組織文化層面的不足。

在本研究中，從組織與執行面的質性分析可歸納出三大層面的主要障礙：(一) 民眾層面，包括健康識能不足、對篩檢結果的恐懼與就醫行為的延遲等；(二) 組織層面，包括人力不足、業務繁重與資訊系統未整合；(三) 政策層面，包括補助機制與申報規則未能充分支持醫療院所執行之實務需求。而成功院所透過策略性解方克服上述挑戰，具體作法包括：建立標準化作業流程（SOP）、運用資訊系統進行動態追蹤、結合社區組織推動健康宣導與民眾動員，以及依據區域需求進行人力與資源的彈性配置等。整合量化與質性結果後，本研究歸納出三項能有效提升篩檢與追蹤率的關鍵成功因素：

doi:10.6342/NTU202600045

1. 資訊支援與永續人力——穩定的人力配置與完善的資訊連結，可促進追蹤流程的即時性與準確性；
2. 流程優化與資源彈性——建立明確且可調整的追蹤機制，並配合區域特性及資源進行彈性調度，同時也能確保組織效益跟穩定人力；
3. 健康識能與心理互動——強化民眾信任與理解，建立長期醫病關係，提升主動參與篩檢的意願。

綜上所述，婦女癌症篩檢與追蹤成效的高低並非單一因素所致，而是結構性資源、組織運作與民眾行為三者互動的結果。唯有透過跨層次的整合、政策支持與制度性協作，方能有效縮小不同地區間的健康落差，並持續提升臺灣整體婦癌篩檢與追蹤成效。

第二節 建議

本研究根據研究結果，綜合民眾、組織與政策三個層面的觀察，提出以下建議：

一、 民眾層面

建議加強健康識能與心理支持的介入，透過地方衛生所、社區健康中心及非營利組織合作，推動健康教育與心理支持活動，降低篩檢焦慮與誤解，並提升民眾對追蹤與治療的理解與意願。可先以多媒體影片與行動宣導方式推廣，讓民眾更容易獲取相關資訊。同時，在發展巡迴服務或行動篩檢站時，應兼顧民眾後續回診追蹤的可近性，結合地方政府、社區鄰里長及公部門的協助，以改善偏遠地區的醫療可近性並促進早期發現。

二、 組織層面

醫療院所應持續強化個案管理制度與追蹤資訊系統，確保陽性個案能順利轉介與持續追蹤，並落實跨部門及跨院所的協作機制。可建立流程彈性規範與跨域快速反應團隊，以因應不同地區與情境下的變化，同時建置定期的協調與資料回饋機制，促進持續改進與知識傳遞。另外，院內也可再進一步的規劃婦女安全空間以及使用減少暴露或降低不適感的工具。此外，鼓勵醫療院所在年初即安排當年度活動

doi:10.6342/NTU202600045

規畫，以此可以最大程度的確保人力穩定，另外，也可以透過教育訓練與激勵制度，穩定前線人力並提升執行意願與品質，主管層亦可以透過定期會議討論等方式，強化支持以形塑正向的組織文化。

三、 政策層面

國健署應在介入設計階段即建立資訊互通標準與人力永續機制，並提供補助，以支持地方與院所的制度建置。癌症防治計畫的目標與資源配置應考量人口變化與區域差異，並保留執行上的彈性，包括個案申報規則、時間調整與設備補助等，以兼顧績效導向與公平性。另應強化縣市層級的整合管理，重新檢視巡迴車品質與新科技補助的有效性以及建議透過人力培育或多元專科合作模式，逐步提升乳房外科及婦科領域中不同性別醫師參與服務之彈性與可近性，以回應部分女性受檢者的需求。此外，亦須檢視目前我國各院所在癌症防治上是否需要對個管師的管案人數或者管理的癌別數量制定相關規範，避免人員過勞外也可以確保醫事人員的服務品質。最後，可透過增加頒發獎項與表揚制度，不僅肯定醫療院所，也鼓勵第一線醫師與執行人員，增進其持續投入的動力與成就感。

四、 未來研究建議

未來研究可延伸本研究之分析架構，進一步納入表現相對不佳之醫療院所，藉以更全面地檢視醫療院所在不同資源條件與執行情境下，面對篩檢與陽性追蹤障礙時所採取之因應策略。另外，未來研究可進一步納入地方政府承辦人員、基層醫事人員、社區單位或受檢民眾之觀點，透過多元利害關係人視角，補充組織策略在實際執行與民眾端互動之動態歷程，並驗證關鍵成功因素在不同制度與社會情境下的可轉移性與調適機制。

此外，未來研究亦可將本研究所建立之分析架構，延伸應用至其他癌別或慢性疾病之預防與早期介入階段，檢視所歸納之關鍵成功因素是否具有跨疾病別的共通性，或需依疾病特性、服務流程與照護型態進行調整，以提升研究發現之外推性與實務適用性。

doi:10.6342/NTU202600045

參考文獻

Abboah-Offei, M., Amboka, P., Nampijja, M., Owino, G. E., Okelo, K., Kitsao-Wekulo, P., Chumo, I., Muendo, R., Oloo, L., Wanjau, M., Mwaniki, E., Mutisya, M., Haycraft, E., Hughes, R., Griffiths, P., & Elsey, H. (2022). Improving early childhood development in the context of the nurturing care framework in Kenya: A policy review and qualitative exploration of emerging issues with policy makers [Original Research]. *Frontiers in Public Health*, *Volume 10 - 2022*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016156

Adsul, P., Islam, J., Chebli, P., Kranick, J., Nash, S., Arem, H., Wheeler, S., Lopez-Pentecost, M., Foster, V., Sharma, R. K., Felder, T., Risendal, B., Chavarria, E. A., Kwon, S., Hirschey, R., & Trinh-Shevrin, C. (2023). Identifying research practices toward achieving health equity principles within the Cancer Prevention and Control Research Network. *Cancer Causes Control*, *34*(Suppl 1), 15–21. https://doi.org/10.1007/s10552-023-01674-2

Agha, S., & Zeng, W. (2025). Cost-effectiveness of a behavioral insights-informed digital campaign to increase HPV vaccination in Bangladesh. *Hum Vaccin Immunother*, *21*(1), 2500264. https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2500264

Agus, D. B., Jaffee, E. M., & Van Dang, C. (2021). Cancer Moonshot 2.0. *The Lancet Oncology*, *22*(2), 164–165. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00003-6

Ahmed, S. K., Mohammed, R. A., Nashwan, A. J., Ibrahim, R. H., Abdalla, A. Q., M. Ameen, B. M., & Khdhir, R. M. (2025). Using thematic analysis in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, *6*, 100198. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2025.100198

Alcaraz, K. I., Wiedt, T. L., Daniels, E. C., Yabroff, K. R., Guerra, C. E., & Wender, R. C. (2020). Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: A blueprint for practice, research, and policy. *CA Cancer J Clin*, *70*(1), 31–46. https://doi.org/10.3322/caac.21586

Altobelli, E., Rapacchietta, L., Angeletti, P. M., Barbante, L., Profeta, F. V., & Fagnano, R. (2017). Breast Cancer Screening Programmes across the WHO European Region: Differences among Countries Based on National Income Level. *Int J Environ Res Public Health*, *14*(4). https://doi.org/10.3390/ijerph14040452

Arblaster, L., Lambert, M., Entwistle, V., Forster, M., Fullerton, D., Sheldon, T., & Watt, I. (1996). A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy*, *1*(2), 93–103. https://doi.org/10.1177/135581969600100207

Bandi, P., Minihan, A. K., Siegel, R. L., Islami, F., Nargis, N., Jemal, A., & Fedewa, S. A.

doi:10.6342/NTU202600045

(2021). Updated Review of Major Cancer Risk Factors and Screening Test Use in the United States in 2018 and 2019, with a Focus on Smoking Cessation. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, *30*(7), 1287–1299. https://doi.org/10.1158/1055-9965.Epi-20-1754

Baron, R. C., Melillo, S., Rimer, B. K., Coates, R. J., Kerner, J., Habarta, N., Chattopadhyay, S., Sabatino, S. A., Elder, R., & Leeks, K. J. (2010). Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers a systematic review of provider reminders. *Am J Prev Med*, *38*(1), 110–117. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.09.031

Barsanti, S., Salmi, L. R., Bourgueil, Y., Daponte, A., Pinzal, E., & Ménival, S. (2017). Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. *Glob Health Res Policy*, *2*, 18. https://doi.org/10.1186/s41256-017-0038-7

Bautmans, I., Knoop, V., Amuthavalli Thiyagarajan, J., Maier, A. B., Beard, J. R., Freiberger, E., Belsky, D., Aubertin-Leheudre, M., Mikton, C., Cesari, M., Sumi, Y., Diaz, T., & Banerjee, A. (2022). WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. *Lancet Healthy Longev*, *3*(11), e789–e796. https://doi.org/10.1016/s2666-7568(22)00200-8

Berchet, C., Dedet, G., Klazinga, N., & Colombo, F. (2023). Inequalities in cancer prevention and care across Europe. *Lancet Oncol*, *24*(1), 10–11. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(22)00746-x

Bernini, S., Conti, S., Perdixi, E., Jesuthasan, N., Costa, A., Severgnini, M., Ramusino, M. C., & Prinelli, F. (2024). Investigating the individual and joint effects of socioeconomic status and lifestyle factors on mild cognitive impairment in older Italians living independently in the community: results from the NutBrain study. *The Journal of nutrition, health and aging*, *28*(3), 100040. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100040

Bhaskaran, K., Douglas, I., Forbes, H., dos-Santos-Silva, I., Leon, D. A., & Smeeth, L. (2014). Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5·24 million UK adults. *Lancet*, *384*(9945), 755–765. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60892-8

Bi, X. Y., Pan, Z. W., Liu, S. L., Chen, X. M., Li, J., Bu, Q. F., Zuo, M. L., Wang, J., Sun, W. P., Zhang, Y., Liu, W., Wang, F., & Li, C. Z. (2024). A feasibility study of DNA ploidy analysis, HPV, and TCT for screening of cervical cancer: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*, *103*(49), e40038. https://doi.org/10.1097/md.0000000000040038

Blum, A. C., Tessema, R., Nussbaum, L., Hidalgo, C., López, E. J. R., Sánchez, G. M., Morse,

doi:10.6342/NTU202600045

R. M., Brown, J., Reategui, R. R., Wong, L., Córdova, L. D., Díaz, K. G., Liñán, R. L., Vásquez, J. V., Tracy, J. K., & Paz-Soldan, V. A. (2025). "The problem is not detection, it is treatment": exploring why women needing pre-cervical cancer care are lost to follow-up at the hospital in Iquitos, Peru. *BMC Health Serv Res*, *25*(1), 544. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12685-x

Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep*, *129 Suppl 2*(Suppl 2), 5–8. https://doi.org/10.1177/00333549141291s203

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.

Cancer, C. P. A. (2023). *Breast screening in Canada, 2023-24*. Canadian Cancer Society. Retrieved 0518 from https://www.partnershipagainstcancer.ca/about-us/who-we-are/

Care, H. a. S. (2011). *The national cancer strategy*. Gov.UK Retrieved from https://www.gov.uk/government/publications/the-national-cancer-strategy?utm_source=chatgpt.com

Chao, M. T., & Adler, S. R. (2024). Integrative Health Equity: Definition, Principles, Strategies, and Reflections. *Glob Adv Integr Med Health*, *13*, 27536130241231911. https://doi.org/10.1177/27536130241231911

Chebli, P., Adsul, P., Kranick, J., Rohweder, C. L., Risendal, B. C., Bilenduke, E., Williams, R., Wheeler, S., Kwon, S. C., & Trinh-Shevrin, C. (2023). Principles to operationalize equity in cancer research and health outcomes: lessons learned from the cancer prevention and control research network. *Cancer Causes Control*, *34*(4), 371–387. https://doi.org/10.1007/s10552-023-01668-0

Chiou, S.-T., Wu, C.-Y., Hurng, B.-S., & Lu, T.-H. (2014). Changes in the magnitude of social inequality in the uptake of cervical cancer screening in Taiwan, a country implementing a population-based organized screening program. *International Journal for Equity in Health*, *13*(1), 4. https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-4

Clegg, L. X., Reichman, M. E., Miller, B. A., Hankey, B. F., Singh, G. K., Lin, Y. D., Goodman, M. T., Lynch, C. F., Schwartz, S. M., Chen, V. W., Bernstein, L., Gomez, S. L., Graff, J. J., Lin, C. C., Johnson, N. J., & Edwards, B. K. (2009). Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control*, *20*(4), 417–435. https://doi.org/10.1007/s10552-008-9256-0

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into

doi:10.6342/NTU202600045

practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1), 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Daniel, D. R. (1961). *Management information crisis* (Vol. 39.1961.5). Harvard business review : HBR. - Boston.

De Santis, G. (1980). Interviewing as social interaction. *Qualitative Sociology*, *2*(3), 72–98. https://doi.org/10.1007/BF02390159

Duffy, S., Vulkan, D., Cuckle, H., Parmar, D., Sheikh, S., Smith, R., Evans, A., Blyuss, O., Johns, L., Ellis, I., Sasieni, P., Wale, C., Myles, J., & Moss, S. (2020). Annual mammographic screening to reduce breast cancer mortality in women from age 40 years: long-term follow-up of the UK Age RCT. *Health Technol Assess*, *24*(55), 1–24. https://doi.org/10.3310/hta24550

Duffy, S. W., Mackay, J., Thomas, S., Anderson, E., Chen, T. H., Ellis, I., Evans, G., Fielder, H., Fox, R., Gui, G., Macmillan, D., Moss, S., Rogers, C., Sibbering, M., Wallis, M., Warren, R., Watson, E., Whynes, D., Allgood, P., & Caunt, J. (2013). Evaluation of mammographic surveillance services in women aged 40-49 years with a moderate family history of breast cancer: a single-arm cohort study. *Health Technol Assess*, *17*(11), vii–xiv, 1–95. https://doi.org/10.3310/hta17110

EE MacCoby, N. M., E.E. MACCOBY, N.A. Maccoby, EE Maccoby, NA Maccoby. (1954). The interview: A tool of social science. *Handbook of social psychology*.

El-Zein, M., Gotlieb, W., Gilbert, L., Hemmings, R., Behr, M. A., & Franco, E. L. (2021). Dual staining for p16/Ki-67 to detect high-grade cervical lesions: Results from the Screening Triage Ascertaining Intraepithelial Neoplasia by Immunostain Testing study. *Int J Cancer*, *148*(2), 492–501. https://doi.org/10.1002/ijc.33250

Fenton, J. J., & Elmore, J. G. (2004). Balancing mammography's benefits and harms. *Bmj*, *328*(7453), E301–302. https://doi.org/10.1136/bmj.328.7453.E301

Ferrari, A., Van Bos, L., Talboom, S., van de Veerdonk, W., D'Haenens, W., Pak, M., Descan, M., Parmentier, S., Van Collie, L., Sibiet, P., Goossens, M., & Van Hal, G. (2025). From barriers to participation: co-creating an effective reminder letter for breast cancer screening among underserved women in Flanders. *Arch Public Health*, *83*(1), 132. https://doi.org/10.1186/s13690-025-01591-7

Gapstur, S. M., Drope, J. M., Jacobs, E. J., Teras, L. R., McCullough, M. L., Douglas, C. E., Patel, A. V., Wender, R. C., & Brawley, O. W. (2018). A blueprint for the primary prevention of cancer: Targeting established, modifiable risk factors. *CA Cancer J Clin*, *68*(6), 446–470. https://doi.org/10.3322/caac.21496

Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*, *56*(7), 1453–1468. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00142-9

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education:*

doi:10.6342/NTU202600045

Theory, Research, and Practice. Wiley.

Golani, R., Kagenaar, E., Jégu, J., Belot, A., & Ling, S. (2025). Socio-economic inequalities in second primary cancer incidence: A competing risks analysis of women with breast cancer in England between 2000 and 2018. *Int J Cancer*, *156*(12), 2283–2293. https://doi.org/10.1002/ijc.35320

Golden, S. D., & Earp, J. A. (2012). Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Educ Behav*, *39*(3), 364–372. https://doi.org/10.1177/1090198111418634

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, *82*(4), 581–629. https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies [Original Paper]. *J Med Internet Res*, *19*(11), e367. https://doi.org/10.2196/jmir.8775

Gupta, S., Sussman, D. A., Doubeni, C. A., Anderson, D. S., Day, L., Deshpande, A. R., Elmunzer, B. J., Laiyemo, A. O., Mendez, J., Somsouk, M., Allison, J., Bhuket, T., Geng, Z., Green, B. B., Itzkowitz, S. H., & Martinez, M. E. (2014). Challenges and possible solutions to colorectal cancer screening for the underserved. *J Natl Cancer Inst*, *106*(4), dju032. https://doi.org/10.1093/jnci/dju032

Gustinucci, D., Passamonti, B., Cesarini, E., Butera, D., Palmieri, E. A., Bulletti, S., Carlani, A., Staiano, M., D'Amico, M. R., D'Angelo, V., Di Dato, E., Martinelli, N., Malaspina, M., Spita, N., Tintori, B., & Fulciniti, F. (2012). Role of p16(INK4a) cytology testing as an adjunct to enhance the diagnostic specificity and accuracy in human papillomavirus-positive women within an organized cervical cancer screening program. *Acta Cytol*, *56*(5), 506–514. https://doi.org/10.1159/000338979

Håkansson, C., & Nelke, M. (2015). 12 - Tools and methods. In C. Håkansson & M. Nelke (Eds.), *Competitive Intelligence for Information Professionals* (pp. 91–111). Chandos Publishing. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100206-3.00012-5

Han, K. T., Jun, J. K., & Im, J. S. (2023). National Cancer Control Plan of the Korea: Current Status and the Fourth Plan (2021-2025). *J Prev Med Public Health*, *56*(3), 205–211. https://doi.org/10.3961/jpmph.23.115

Health & Social Care, G. U. (2023). *Results of the 10-Year Cancer Plan call for evidence*. GOV.UK. Retrieved 05/23 from https://www.gov.uk/government/calls-for-

doi:10.6342/NTU202600045

evidence/10-year-cancer-plan-call-for-evidence/outcome/results-of-the-10-year-cancer-plan-call-for-evidence#introduction

Hooley, R. J., Greenberg, K. L., Stackhouse, R. M., Geisel, J. L., Butler, R. S., & Philpotts, L. E. (2012). Screening US in patients with mammographically dense breasts: initial experience with Connecticut Public Act 09-41. *Radiology*, *265*(1), 59–69. https://doi.org/10.1148/radiol.12120621

IKNL. (2024). *Breast Cancer Screening Programme*. RIVM. Retrieved 0518 from https://www.rivm.nl/en/breast-cancer-screening-programme

Inchai, P., Tsai, W. C., Chiu, L. T., & Kung, P. T. (2022). Inequality in the Utilization of Breast Cancer Screening between Women with and without Disabilities in Taiwan: A Propensity-Score-Matched Nationwide Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*, *19*(9). https://doi.org/10.3390/ijerph19095280

Inguane, C., Soi, C., Gimbel, S., Manaca, N., Ramiro, I., Floriano, F., Castro, G., Augusto, O., Tembe, S., Pfeiffer, J., Fernandes, Q., & Sherr, K. (2022). Applying the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Implementation Determinants for the Integrated District Evidence-to-Action Program, Mozambique. *Glob Health Sci Pract*, *10*(Suppl 1). https://doi.org/10.9745/ghsp-d-21-00714

Islami, F., Goding Sauer, A., Miller, K. D., Siegel, R. L., Fedewa, S. A., Jacobs, E. J., McCullough, M. L., Patel, A. V., Ma, J., Soerjomataram, I., Flanders, W. D., Brawley, O. W., Gapstur, S. M., & Jemal, A. (2018). Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*, *68*(1), 31–54. https://doi.org/10.3322/caac.21440

Johnson, C. A., James, D., Marzan, A., & Armaos, M. (2019). Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. *Semin Oncol Nurs*, *35*(2), 166–174. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.003

Kim, K. K., & Backonja, U. (2025). Digital health equity frameworks and key concepts: a scoping review. *J Am Med Inform Assoc*, *32*(5), 932–944. https://doi.org/10.1093/jamia/ocaf017

Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, *11*(1), 72. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z

Kirkby, K., Schlotheuber, A., Vidal Fuertes, C., Ross, Z., & Hosseinpoor, A. R. (2022). Health Equity Assessment Toolkit (HEAT and HEAT Plus): exploring inequalities in the COVID-19 pandemic era. *Int J Equity Health*, *21*(Suppl 3), 172. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01765-7

doi:10.6342/NTU202600045

Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukiełka-Budny, B., & Burdan, F. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*, *24*(4), 549–553. https://doi.org/10.26444/aaem/75943

Kushi, L. H., Doyle, C., McCullough, M., Rock, C. L., Demark-Wahnefried, W., Bandera, E. V., Gapstur, S., Patel, A. V., Andrews, K., Gansler, T., Nutrition, T. A. C. S., & Committee, P. A. G. A. (2012). American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *62*(1), 30–67. https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.20140

Ledda, V., Bhangu, A., Glasbey, J., Li, E., Lindenmeyer, A., Kamarajah, S., Morton, D., Picciochi, M., Nepogodiev, D., Kudrna, L., Adamu, A., Lizzi, V., Cianci, P., Abbas, A., Ubom, A., Chowdhury, S., Fleres, F., Hayati, F., Meriç, S., & Mahafdah, M. (2025). The implementation of reusable drapes and gowns in operating theatres: A mixed-methods analysis of data from 5230 peri-operative professionals in 134 countries. *Implementation Science Communications*, *6*. https://doi.org/10.1186/s43058-025-00732-x

Lee, H., Kim, D., Lee, S., & Fawcett, J. (2020). The concepts of health inequality, disparities and equity in the era of population health. *Appl Nurs Res*, *56*, 151367. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151367

Leidecker, J. K., & Bruno, A. V. (1984). Identifying and using critical success factors. *Long Range Planning*, *17*(1), 23–32. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0024-6301(84)90163-8

León-Maldonado, L., Cabral, A., Pages, G., Brown, B., Allen-Leigh, B., Lazcano-Ponce, E., Xavier Bosch, F., Spiegelman, D., Torres-Ibarra, L., Hernández-Ramírez, R. U., Egger, E., Rivera-Paredez, B., & Salmerón, J. (2025). Barriers and facilitators to a combined strategy of HPV vaccination and cervical cancer screening among Mexican women. *Hum Vaccin Immunother*, *21*(1), 2483018. https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2483018

Lewis, C. L., Yan, A., Williams, M. Y., Apen, L. V., Crawford, C. L., Morse, L., Valdez, A. M., Alexander, G. R., Grant, E., Valderama-Wallace, C., & Beatty, D. (2023). Health equity: A concept analysis. *Nurs Outlook*, *71*(5), 102032. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102032

Li, J., Song, D., Tong, S., He, Z., Qian, J., Zhang, Y., He, J., Wang, S., Zhou, Q., Wu, Q., & Cheng, G. (2025). Cross-sectional study of activity habits, socioeconomic status, and cognitive performance in central China's adult population. *Sci Rep*, *15*(1), 15960. https://doi.org/10.1038/s41598-025-00985-5

Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*, *Spec No*, 80–94.

doi:10.6342/NTU202600045

Lippman, S. M., Abate-Shen, C., Colbert Maresso, K. L., Colditz, G. A., Dannenberg, A. J., Davidson, N. E., Disis, M. L., DuBois, R. N., Szabo, E., Giuliano, A. R., Hait, W. N., Lee, J. J., Kensler, T. W., Kramer, B. S., Limburg, P., Maitra, A., Martinez, M. E., Rebbeck, T. R., Schmitz, K. H.,…Hawk, E. T. (2018). AACR White Paper: Shaping the Future of Cancer Prevention – A Roadmap for Advancing Science and Public Health. *Cancer Prevention Research*, *11*(12), 735–778. https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-18-0421

Litsas, D. C., Paulus, K., Nace, T., Hoadley, A., Zisman-Ilani, Y., & Siminoff, L. A. (2025). Culturally appropriate patient-provider communication methods for Black women with breast cancer: a scoping review. *Support Care Cancer*, *33*(5), 396. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09425-6

Lyon, F. G., Switzerland (2024, 2024/02/01). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. WHO. Retrieved 02/12 from https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services

Madrigal, L., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Piper, S., Blais, L. M., Weber, M. B., & Escoffery, C. (2023). A structural equation model of CFIR inner and outer setting constructs, organization characteristics, and national DPP enrollment. *Implementation Science Communications*, *4*(1), 142. https://doi.org/10.1186/s43058-023-00522-3

Madsen, K. G., Mosgaard, J. S., Oshosen, M., Swai, P., Mwaiselage, J., Rasch, V., & Søndergaard Linde, D. (2025). Barriers and facilitators for implementation of HPV-based cervical cancer screening in Tanzania: a qualitative study among healthcare providers, stakeholders, and Tanzanian women. *Glob Health Action*, *18*(1), 2491852. https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2491852

Malagón, T., Botting-Provost, S., Moore, A., El-Zein, M., & Franco, E. L. (2025). Inequalities in relative cancer survival by race, immigration status, income, and education for 22 cancer sites in Canada, a cohort study. *Int J Cancer*, *157*(1), 41–54. https://doi.org/10.1002/ijc.35337

Manami Inoue, S. K. A., Mayo Hirabayashi, Yoko Yamagiwa, Tetsuji Minami, Marina Tanitame, Aki Otsuki,, & Md. Shafiur Rahman, K. B. A., Rokshana Parvin, Marisa Nishio, Rena Asaoka, Yoko Hirose, Yasuko Iba, Yuka Kawamura, Asami Satake, Ayako Toyama. (2023). *2023 年年度報告*. Prevention. Retrieved 0523 from https://www.ncc.go.jp/en/publication_report/2023/ncphs/ncphs01.html?utm_source=chatgpt.com

Mandrik, O., Yaumenenka, A., Herrero, R., & Jonker, M. F. (2019). Population preferences for breast cancer screening policies: Discrete choice experiment in Belarus. *PLoS*

doi:10.6342/NTU202600045

One, *14*(11), e0224667. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224667

Mansfield, C., Tangka, F. K., Ekwueme, D. U., Smith, J. L., Guy, G. P., Jr., Li, C., & Hauber, A. B. (2016). Stated Preference for Cancer Screening: A Systematic Review of the Literature, 1990-2013. *Prev Chronic Dis*, *13*, E27. https://doi.org/10.5888/pcd13.150433

McDonald, E. S., Oustimov, A., Weinstein, S. P., Synnestvedt, M. B., Schnall, M., & Conant, E. F. (2016). Effectiveness of Digital Breast Tomosynthesis Compared With Digital Mammography: Outcomes Analysis From 3 Years of Breast Cancer Screening. *JAMA Oncol*, *2*(6), 737–743. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.5536

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*, *15*(4), 351–377. https://doi.org/10.1177/109019818801500401

Mohan, G., & Chattopadhyay, S. (2020). Cost-effectiveness of Leveraging Social Determinants of Health to Improve Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA Oncol*, *6*(9), 1434–1444. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.1460

Morse, R. M., Brown, J., Ríos López, E. J., Prieto, B. A., Kohler-Smith, A., Gonzales Díaz, K., Figueredo Escudero, M., Lenin Del Cuadro, D., Vásquez Del Aguila, G., Daza Grandez, H., Meza-Sánchez, G., Tracy, J. K., Gravitt, P. E., & Paz-Soldan, V. A. (2024). Challenges associated with follow-up care after implementation of an HPV screen-and-treat program with ablative therapy for cervical cancer prevention. *BMC Public Health*, *24*(1), 2121. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19436-3

Nelson, H. D., Cantor, A., Humphrey, L., Fu, R., Pappas, M., Daeges, M., & Griffin, J. (2016). U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. In *Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Nelson, H. D., Pappas, M., Cantor, A., Haney, E., & Holmes, R. (2019). Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer in Women: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, *322*(7), 666–685. https://doi.org/10.1001/jama.2019.8430

Nundy S, C. L., Mate KS. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, *327*(6), 521–522. https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181

Oh, J. K., Park, E., Kim, B., Choi, Y. J., Yun, E. H., Lim, M. K., Im, J. S., & Park, E. Y. (2022). Awareness of and practice toward cancer prevention recommendations: results of the Korean National Cancer Prevention Awareness and Practice Survey in 2021.

doi:10.6342/NTU202600045

Epidemiol Health, *44*, e2022068. https://doi.org/10.4178/epih.e2022068

Okayama, M., Nagaoka, T., & Sugisaki, K. (2022). Cancer Screening Rate and Related Factors in the Japanese Child-Rearing Generation. *Healthcare (Basel)*, *10*(3). https://doi.org/10.3390/healthcare10030508

Omeranovic, A., Lapointe, J., Fortier, P., Bergeron, A. S., Dorval, M., Chiquette, J., Boubaker, A., Eloy, L., Turgeon, A., Lambert-Côté, L., Joly, Y., Brooks, J. D., Walker, M. J., Stockley, T., Pashayan, N., Antoniou, A., Easton, D., Chiarelli, A. M., Knoppers, B.,…Nabi, H. (2025). Primary care providers' experience and satisfaction with personalised breast cancer screening risk communication: a descriptive cross-sectional study. *BMJ Open*, *15*(5), e093936. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093936

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*, *31 Suppl 1*, S19–26. https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19

Passarello, K., Kurian, S., & Villanueva, V. (2019). Endometrial Cancer: An Overview of Pathophysiology, Management, and Care. *Semin Oncol Nurs*, *35*(2), 157–165. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.002

Primic-Zakelj, M. (1999). Screening mammography for early detection of breast cancer. *Ann Oncol*, *10 Suppl 6*, 121–127.

Rockart, J. F. (1979). Chief Executives Define Their Own Data Needs. *Harvard Business Review*, *57(2)*, 81–93.

Rojas-Botero, M. L., Fernández-Niño, J. A., & Borrero-Ramírez, Y. E. (2025). Inequality trajectories in avoidable under-5 mortality in Colombia: A 23-year analysis of inequities (2000-2022). *SSM Popul Health*, *30*, 101782. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101782

Sallis, J., Owen, N., & Fisher, E. (2008). Ecological Models of Health Behavior. *Health Behavior and Health Education*, *4*.

Sandström, N., Johansson, M., Jekunen, A., & Andersén, H. (2023). Socioeconomic status and lifestyle patterns in the most common cancer types-community-based research. *BMC Public Health*, *23*(1), 1722. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16677-6

Shack, L., Jordan, C., Thomson, C. S., Mak, V., & Møller, H. (2008). Variation in incidence of breast, lung and cervical cancer and malignant melanoma of skin by socioeconomic group in England. *BMC Cancer*, *8*, 271. https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-271

Shen, C.-T., Hsieh, H.-M., & Tsao, Y.-H. (2024). Socioeconomic inequalities in uptake of outreach mammography before and after accessibility improvement of Taiwan’s

doi:10.6342/NTU202600045

national universal breast cancer screening policy. *BMC Public Health*, *24*(1), 2439. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19896-7

Shen, C. T., Hsieh, H. M., & Tsao, Y. H. (2024). Socioeconomic inequalities in uptake of outreach mammography before and after accessibility improvement of Taiwan's national universal breast cancer screening policy. *BMC Public Health*, *24*(1), 2439. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19896-7

Shu-Ti Chiou, M. M. (2016). *臺灣健康不平等報告*. 衛生福利部國民健康署.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *73*(1), 17–48. https://doi.org/https://doi.org/10.3322/caac.21763

Singh, A., Kundu, A., Ram, S., Chandra, R., Tanti, A., Singh, S., & Kumar, V. (2025). Spatial disparities in death registration across states and districts of India, 2019-21. *BMC Public Health*, *25*(1), 1733. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22707-2

Snoubar, Y., Abusafia, B., & Turan, Z. (2025). Factors affecting cervical cancer screening and human papilloma virus vaccination among Middle Eastern refugee women in Türkiye: indicators for social workers and nurses. *Ann Med*, *57*(1), 2468261. https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2468261

Staff, T. A. P. (2021, 2021/05/28). *American Cancer Society Releases Report on Cancer Prevention and Screening*. ASCO. Retrieved 0523 from https://ascopost.com/news/may-2021/american-cancer-society-releases-report-on-cancer-prevention-and-screening/?utm_source=chatgpt.com

Streur, M. M., Auld, J. P., Chang, W. L., Choupani, F., Zheng, T., Frazier, E., Liberato, A. C. S., Pike, K. C., Thompson, E. A., & Dougherty, C. M. (2025). Social Determinants of Health-Related Outcomes in an Intervention Following Initial Implantable Cardioverter-Defibrillator Implantation. *J Am Heart Assoc*, e039238. https://doi.org/10.1161/jaha.124.039238

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, *71*(3), 209–249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

Tabár, L., Chen, T. H., Yen, A. M., Dean, P. B., Smith, R. A., Jonsson, H., Törnberg, S., Chen, S. L., Chiu, S. Y., Fann, J. C., Ku, M. M., Wu, W. Y., Hsu, C. Y., Chen, Y. C., Svane, G., Azavedo, E., Grundström, H., Sundén, P., Leifland, K.,…Duffy, S. W. (2021). Early detection of breast cancer rectifies inequality of breast cancer outcomes. *J Med Screen*, *28*(1), 34–38. https://doi.org/10.1177/0969141320921210

Tari, D. U., De Lucia, D. R., Santonastaso, R., Santarsiere, M., & Blasotti, A. (2025). A Comparative Analysis of Mobile versus Stationary Mammography Units:

doi:10.6342/NTU202600045

Performance and Outcomes in a Breast Cancer Screening Program. *Breast Cancer (Dove Med Press)*, *17*, 373–383. https://doi.org/10.2147/bctt.S516918

The Michigan Cancer Consortium, M. (2025). *Michigan Cancer Plan, 2021-2030*. Michigan Department of Health & Human Services. Retrieved 0517 from

Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., Porter, P., Hu, Y. W., Zhao, G. L., Pan, L. D., Li, W., Wu, C., Coriaty, Z., Evans, I., Lin, M. G., Stalsberg, H., & Self, S. G. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*, *94*(19), 1445–1457. https://doi.org/10.1093/jnci/94.19.1445

USPSTF. (2024). *Final Recommendation Statement: Breast Cancer: Screening*. USPSTF. Retrieved 0518 from https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening

Vang, S., Margolies, L. R., & Jandorf, L. (2022). Screening Mammogram Adherence in Medically Underserved Women: Does Language Preference Matter? *J Cancer Educ*, *37*(4), 1076–1082. https://doi.org/10.1007/s13187-020-01922-y

Vass, C. M., Rigby, D., & Payne, K. (2018). Investigating the Heterogeneity in Women's Preferences for Breast Screening: Does the Communication of Risk Matter? *Value Health*, *21*(2), 219–228. https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.07.010

Wang, F., Wang, J. D., & Hung, Y. W. (2018). Universal health insurance, health inequality and oral cancer in Taiwan. *PLoS One*, *13*(10), e0205731. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205731

Ward, M. C., & Ganjoo, R. (2023). When I say … health equity. *Med Educ*, *57*(2), 121–122. https://doi.org/10.1111/medu.14962

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, *22*(3), 429–445. https://doi.org/10.2190/986l-lhq6-2vte-yrrn

Whitehead, M., Dahlgren, G. r., & World Health Organization. Regional Office for, E. (2006). Levelling up (part 1) : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health / by Margaret Whitehead and Göran Dahlgren. In: Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2021). *Breast cancer*. WHo. Retrieved 0518 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer?

WHO. (2024a). *Cervical cancer*. WHO. Retrieved 0518 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer

WHO. (2024b). *WHO global survey on the inclusion of cancer care in health-benefit packages 2022-2021*. World Health Organization.

WHO. (2025a). *Cancer Topics*. WHO International agency for research on cancer.

doi:10.6342/NTU202600045

Retrieved 01/08 from https://www.iarc.who.int/cancer-topics/

WHO. (2025b). *The Global Breast Cancer Initiative*. WHO. Retrieved 0518 from https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative?

WHO launches new roadmap on breast cancer. (2023). WHO. Retrieved 0518 from https://www.who.int/news/item/03-02-2023-who-launches-new-roadmap-on-breast-cancer#:~:text=The%20World%20Health%20Organization%20%28WHO%29%20released%20a%20new,2.5%20million%20lives%20from%20breast%20cancer%20by%202040.

Winkler, M. C., & Hetjens, S. (2024). Risk Factors and Preventive Measures for Breast Cancer. *J Clin Med*, *13*(16). https://doi.org/10.3390/jcm13164610

Wu, Y. X., Chen, Y. C., Jhuang, J. R., Chiang, C. J., & Lee, W. C. (2025). Emerging trends in cervical cancer incidence among younger Taiwanese generations: an urban-rural comparison. *Ann Med*, *57*(1), 2458765. https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2458765

Xie, X., Que, J., Sun, L., Sun, T., & Yang, F. (2025). Association between urbanization levels and frailty among middle-aged and older adults in China: evidence from the CHARLS. *BMC Med*, *23*(1), 171. https://doi.org/10.1186/s12916-025-03961-y

Xu, H., & Xu, B. (2023). Breast cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chin J Cancer Res*, *35*(6), 565–583. https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2023.06.02

Yang, C. M., Sung, F. C., Hsue, C. S., Muo, C. H., Wang, S. W., & Shieh, S. H. (2020). Comparisons of Papanicolaou Utilization and Cervical Cancer Detection between Rural and Urban Women in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*, *18*(1). https://doi.org/10.3390/ijerph18010149

Zapka, J. G., & Lemon, S. C. (2004). Interventions for patients, providers, and health care organizations. *Cancer*, *101*(5 Suppl), 1165–1187. https://doi.org/10.1002/cncr.20504

Zhang, H., Charlton, B. M., Schnarrs, P. W., Trentham-Dietz, A., Kuehne, F., Siebert, U., Shokar, N. K., Pignone, M. P., & Spencer, J. C. (2025). Mammography screening and risk factor prevalence by sexual identity: A comparison of two national surveys. *Cancer*, *131*(10), e35852. https://doi.org/10.1002/cncr.35852

Zhou, J., Tang, M., Lin, C., & Chen, W. (2025). The Value of P16 Protein Detection in the Screening for High-Grade Squamous Intraepithelial and Higher Lesions of the Cervix by the Combined Detection of HR-HPV and TCT. *Diagn Cytopathol*, *53*(6), 283–289. https://doi.org/10.1002/dc.25461

內政部. (2024). *112 年 12 月行政區人口統計_縣市* ([行政區統計].

doi:10.6342/NTU202600045

李佳綺, & 李妙純. (2018). 乳癌及大腸癌篩檢不平等評估－反轉公平假說之檢視 [Assessing inequalities in breast and colorectal cancer screening-testing the inverse equity hypothesis]. *台灣公共衛生雜誌*, *37*(1), 50 – 62. https://doi.org/10.6288/tjph.201802_37(1).106059

林明賢. (2014). *台灣癌症存活地區不平等趨勢分析* 臺灣博碩士論文知識加值系統]. 碩士論文。國立成功大學. https://hdl.handle.net/11296/ved528

林畯勝. (2019). *結直腸癌篩檢對癌症病人預後及醫療資源使用之影響* (Publication Number 2019 年) 高雄醫學大學]. AiritiLibrary.

邱瀚模. (2010). *大腸直腸癌篩檢策略之評估* (Publication Number 2010 年) 國立臺灣大學]. AiritiLibrary.

國家衛生研究院. (2023). *縮短臺灣健康不平等之政策研議*. 國家衛生研究院 論壇.

衛生福利部國民健康署. (2025a). *114 年子宮頸細胞病理診斷單位認證效期* (

衛生福利部國民健康署. (2025b). *子宮頸癌存活率* (行政院性別平等會.

衛生福利部國民健康署. (2025c). *「乳房 X 光攝影醫療機構」名單* (

衛生福利部國民健康署. (2025d). *乳癌存活率* (

衛生福利部國民健康署. (2025e). *「乳癌確認診斷醫療院所」名單* (

衛生福利部國民健康署. (2025f). *婦女子宮頸抹片檢查*. https://escreening.hpa.gov.tw/Hospital

衛生福利部國民健康署. (2025g). *婦女子宮頸抹片檢查人數及篩檢涵蓋率* (

衛生福利部國民健康署. (2025h). *婦女乳房攝影檢查服務利用率(95-112)* (

衛生福利部國民健康署. (2025i). *歷年子宮頸癌陽性個案追蹤完成率-依縣市別分* (

衛生福利部國民健康署. (2025j). *歷年乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率* (

衛生福利部國民健康署癌症防治組. (2024, 2025/01/07). *癌症防治*. 衛生福利部國民健康署癌症防治組. Retrieved 01/08 from https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=47

衛生福利部統計處. (2024). *112 年死因統計結果分析*. 衛生福利部統計處 Retrieved from https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2568-79055-113.html

戴晨芝. (2024). *子宮頸癌及乳癌篩檢服務利用之城鄉差距探討* (Publication Number 2024 年) 國立臺灣大學]. AiritiLibrary.

韓國癌症防治中心. (2024). *國家癌症控制研發計劃*. Retrieved 05/23 from https://ncc.re.kr/main.ncc?uri=english/sub04_ControlPrograms

doi:10.6342/NTU202600045

附錄 1 IRB 審核認證

國立臺灣大學
行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

許可日期：2025 年 8 月 26 日

倫委會案號：202508HM021
核可證明之有效期限：2025 年 8 月 26 日至 2026 年 7 月 31 日
計畫名稱：婦女癌症篩檢與健康公平:醫院提升(婦女)癌症篩檢率與陽性追蹤率之關鍵成功因素探討
校/院/系所/計畫主持人： 國立臺灣大學/健康政策與管理研究所/碩士生賴思羽
計畫文件版本日期：【研究計畫書，2025 年 6 月 16 日】、【知情同意書，2025 年 8 月 18 日】、【訪談大綱，2025 年 6 月 16 日】、【資料蒐集表，2025 年 8 月 18 日】

上述計畫業於 2025 年 8 月 26 日通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的 6 周，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及國立臺灣大學相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 曹峰銘 曹峰銘

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval：August 26, 2025

NTU-REC No.：202508HM021
Validity of this approval: from August 26, 2025 to July 31, 2026
Title of protocol：Women's Cancer Screening and Health Equity: Exploring the Key Success Factors for Improving Hospital Women's Cancer Screening Rates and Positive Follow-up Rates
University/College/Department/Principal Investigator：National Taiwan University/Institute of Health Policy and Management/Master Student Si-Yu LAI
Version date of documents：【Research Protocol, June 16, 2025】,【Informed Consent Form, August 18, 2025】,【Data Collection Sheet, August 18, 2025】,【Interview Outline, June 16, 2025】

The protocol has been approved by the Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on August 26, 2025. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Feng-Ming Tsao
Research Ethics Committee Feng-Ming Tsao

doi:10.6342/NTU202600045

附錄 2 資料蒐集表

指標名稱	來源	計算方式	分析年份	備註
乳癌攝影檢查服務利用率	行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台	45-69 婦女乳房攝影檢查人數/45-69 歲婦女年底人口數	民國 99 年至民國 112 年	
乳癌篩檢陽性個案追蹤完成率	陽性個案已追蹤完成數/陽性個案數		民國 102 年至民國 110 年	資料以民國 102 年遂進行紀錄，並僅更新至民國 110 年
乳癌五年相對存活率	行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台	罹患乳癌後第 5 年還存活的機率。其計算方式為個案追蹤 5 年後，分析其存活情形	民國 99 年至民國 111 年	
子宮頸癌篩檢率	行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台	篩檢人數/中間年 30 歲以上婦女人口數	民國 101 年至民國 112 年	鑑於其計算方式為「三年內」曾接受篩檢之人數，而我國縣市行政區劃於民國 99 年進行調整，因此，本研究之篩檢指標起始年份訂為民國 101 年，意即以 99 年行政區劃確立後之第三年作為觀察起始點，俾使比較結果能夠準確反映重劃後之縣市範疇及人口結構
子宮頸癌篩檢後陽性追蹤率	政府資料開放平台	陽性個案已追蹤完成數/陽性個案數	民國 102 年至民國 110 年	資料以民國 102 年遂進行紀錄，並僅更新至民國 110 年
子宮頸癌五年相對存活率	行政院性別平等會重要性別統計資料庫之開放資料平台	罹患子宮頸癌後第 5 年還存活的機率。其計算方式為個案追蹤 5 年後，分析其存活情形	民國 99 年至民國 111 年	

doi:10.6342/NTU202600045

附錄 3 訪談大綱

親愛的受訪者您好：

感謝您撥冗參與本研究訪談。本研究題目為：

「婦女癌症篩檢與健康公平:醫院提升癌症篩檢率與陽性追蹤率之關鍵成功因素探討」

本研究由研究者 賴思羽（就讀於國立臺灣大學公共衛生學系碩士班）主導，旨在透過訪談具有實務經驗的醫療機構人員（如主管、醫師、護理師與癌症個案管理師等），深入了解目前在執行乳癌與子宮頸癌篩檢及後續追蹤作業中，所遭遇的挑戰、所採取的策略，以及成功推動的關鍵因素。

研究動機與目的簡述：

台灣長期推動乳癌與子宮頸癌的篩檢政策，但無論是篩檢作業或個案追蹤常受到資源、人力、流程設計等多重因素影響。本研究希望了解在篩檢效率與追蹤率表現優良的醫療機構中，這些成功經驗與執行歷程為何，並從制度、組織與第一線執行層面提出實務建議，整理出可供其他單位參考的執行經驗與策略，以協助提升政策成效、減少健康不平等。

訪談相關資訊：

- 訪談將進行約 30–60 分鐘，全程會經您同意後錄音，內容僅供研究分析使用，嚴格保密，不會公開您的姓名、單位或可辨識身份之資訊。
- 本研究已申請倫理審查，資料將依相關規範處理並妥善保管。
- 您可在訪談過程中 隨時中止、跳過不想回答的問題或退出研究，不會有任何不利影響。
- 研究結果僅作為學術與政策參考使用，不作為任何單位或人員績效評估依據。

如果您已充分了解研究目的與方式，並願意協助分享您寶貴的經驗，我們將非常感謝您的參與。

doi:10.6342/NTU202600045

「婦女癌症篩檢與健康公平:醫院提升癌症篩檢率與陽性追蹤率之關鍵成功因素探討」 訪談大綱

本研究主要針對獲得國健署癌症防治相關獎項的醫療機構，了解在推動及提升**乳癌與子宮頸癌篩檢率與陽性個案追蹤率**過程中的實務經驗與挑戰。我們注意到雖然全國整體癌症追蹤率與篩檢參與率仍有提升空間，但您們機構在這方面表現較佳，希望能透過您的分享，讓我們深入了解實務中的困難與因應之道。

本研究採質性分析，僅用於學術與政策建議用途，所有資訊都將匿名處理，請您放心暢談經驗與觀察。訪談約 30-60 分鐘，共 6 個問題。

一、針對主管及醫師之訪談大綱（制度設計與管理推動者）

Q1. 可以請您描述一下目前貴院在癌症篩檢與後續追蹤上的運作流程與分工情況嗎？

Q2. 您認為貴院在推動篩檢與追蹤的過程中，最常遇到的困難有哪些？

Q3. 在貴院有關癌症篩檢及追蹤管理的制度設計上，有哪些地方您認為做得不錯？又有哪些部份可以改善？

Q4. 與其他類型的癌症相比，針對乳癌以及子宮頸癌的篩檢作業及追蹤流程上，貴院做了哪些特別設計或調整?

Q5. 從國健署、衛福部的政策計劃上，您覺得目前的資源、獎勵、報表或作業規定等是否支持第一線執行？還有哪些政策障礙？

Q6. 回顧整體及獲獎經驗，您覺得維持貴院癌症篩檢與追蹤的高效率，最需要做的事是什麼？

doi:10.6342/NTU202600045

「婦女癌症篩檢與健康公平:醫院提升癌症篩檢率與陽性追蹤率之關鍵成功因素探討」 訪談大綱

本研究主要針對獲得國健署癌症防治相關獎項的醫療機構，了解在推動及提升**乳癌與子宮頸癌篩檢率與陽性個案追蹤率**過程中的實務經驗與挑戰。我們注意到雖然全國整體癌症追蹤率與篩檢參與率仍有提升空間，但您們機構在這方面表現較佳，希望能透過您的分享，讓我們深入了解實務中的困難與因應之道。

本研究採質性分析，僅用於學術與政策建議用途，所有資訊都將匿名處理，請您放心暢談經驗與觀察。訪談約 30-60 分鐘，共 6 個問題。

二、針對護理人員以及個案管理師之訪談大綱

Q1. 您平常在負責癌症篩檢與追蹤時，一天的工作流程大概是甚麼？有哪些工作項目？

Q2. 針對乳癌以及子宮頸癌的篩檢，在接觸民眾的過程中，您覺得哪些人會比較抗拒癌症篩檢？可能的原因是什麼？

Q3. 針對乳癌以及子宮頸癌，如果病患沒有按時回來追蹤或者不願接受追蹤，您們會怎麼聯絡他們？過程中會遇到什麼困難？

Q4. 貴院是否有固定的資料系統或提醒機制幫助您追蹤個案？你覺得這些系統的優缺點分別是甚麼？

Q5. 回顧過往推行癌症篩檢以及個案追蹤經驗，若希望減輕您們工作負擔，並讓更多人願意來做篩檢，以及能回來追蹤，您會希望院方給予什麼樣的支持?有什麼建議的做法?

Q6. 回顧整體及獲獎經驗，您覺得貴院有這樣的篩檢及追蹤效能，主要原因是甚麼?

doi:10.6342/NTU202600045

附錄 4 知情同意書

國立臺灣大學研發處版權所有 Copyrights© All rights reserved
2025 年 5 月 6 日國立臺灣大學研究倫理中心修正通過最新版

國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會
研究參與者知情同意書

歡迎您參與本研究！此份文件名為「研究參與者知情同意書」，它將詳述您本研究之相關資訊及您的權利。在研究開始進行及您簽署本同意書之前，研究主持人或研究人員會為您說明研究內容，並回答您的任何疑問。

研究計畫名稱

中文：婦女癌症篩檢與健康公平: 醫院提升(婦女)癌症篩檢率與陽性追蹤率之關鍵成功因素探討

英文：Women's Cancer Screening and Health Equity: Exploring the Key Success Factors for Improving Hospital Women's Cancer Screening Rates and Positive Follow-up Rates

研究機構名稱：國立臺灣大學 公共衛生學院 **經費來源：**部分得到教育部高等教育深耕計畫特色領域研究中心之臺大群體健康與福祉研究中心的補助

研究計畫主持人：賴思羽 **職稱：**學生

研究計畫協同主持人：鍾國彪 **職稱：**教授

※研究計畫聯絡人：賴思羽 **電話：**0976-329-886

一、研究目的：

台灣長期推動乳癌與子宮頸癌的篩檢政策，但無論是篩檢作業或個案追蹤常受到資源、人力、流程設計等多重因素影響。本研究希望了解在篩檢效率與追蹤率表現優良的醫療機構中，這些成功經驗與執行歷程為何，並從制度、組織與第一線執行層面提出實務建議，整理出可供其他單位參考的執行經驗與策略，

doi:10.6342/NTU202600045

以協助提升政策成效、減少健康不平等。

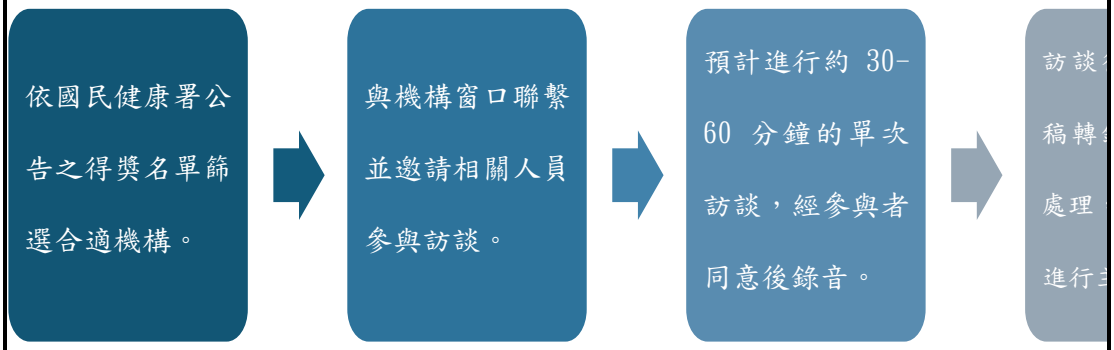
二、參與研究之條件與限制：

- 本研究之參與者須符合以下納入條件：
  1. 任職於獲得國民健康署癌症防治相關獎項之醫療機構。
  2. 目前參與或熟悉乳癌與子宮頸癌篩檢及陽性個案追蹤工作。
  3. 同意接受錄音訪談，並可提供對研究議題具參考價值的經驗與觀察。
- 排除條件如下：

1. 非上述機構之人員，或不具備相關經驗。
2. 不願配合錄音者或未簽署研究同意書者。

三、研究方法與程序：

採質性研究方法，將透過半結構式訪談法進行資料蒐集，訪談內容聚焦於參與機構在提升乳癌與子宮頸癌篩檢率及陽性追蹤率過程中的經驗、障礙與成功因素。研究流程如下：



招募人數為 15–25 人，涵蓋不同職類與層級（如護理師、管理師、行政主管、醫師等）。每位參與者僅需參與一次訪談，時間 30-60 分鐘。

四、參與研究時之禁忌、限制及應以配合事項：

無。

五、研究潛在風險、發生率及救濟措施：

1. 潛在風險： 本研究屬非侵入性質性訪談。
2. 風險發生率：風險屬低度，發生率極低。
3. 降低風險與保護方法：

- 所有資料均匿名處理，個人與機構名稱將不出現於研究報告或公開文獻

doi:10.6342/NTU202600045

中。

- 錄音檔與逐字稿儲存於密碼保護之設備中，僅限研究團隊存取，研究結束後銷毀。
- 參與者可於任何時間中止訪談，無需提供理由。

4. 處理措施：若參與者於訪談中產生情緒困擾，研究者將立即暫停訪談，並依參與者意願決定是否繼續或終止。必要時，研究者將提供初步安撫與協助，並於參與者同意下，轉介至校內心理諮商中心或相關心理健康資源（如衛福部安心專線1925）。所有轉介過程將尊重參與者自主性，避免額外壓力或負擔。

六、研究效益與對研究參與者之益處：

- 研究科學效益：
  本研究有助於理解獲獎機構在提升乳癌與子宮頸癌篩檢與追蹤效率的關鍵作法，結果將可作為未來癌症防治政策設計與地方執行策略改善之依據，強化健康不平等之干預實證。
- 對參與者之益處與報酬：
  參與者可透過訪談反思自身實務經驗，並有機會促進本機構實務經驗之系統性彙整與推廣。本研究預計提供1000元之訪談費，若參與者中途退出，不影響其任何權益，亦無需補償或扣除。

七、研究可能衍生的商業利益及其拓展應用之約定：

無。

八、研究材料保存期限、運用規劃及機密性：

（一）本研究取得您的個人資訊，紙本資料將置於國立臺灣大學公共衛生學院 R635研究室上鎖之檔案櫃、電子檔案存在密碼保護之電腦，僅研究團隊人員擁有鑰匙及密碼方式保護，保存期限至2030年12月31日），屆期時紙本將直接以碎紙方式進行銷燬、電子檔案將直接刪除處理。

（二）研究計畫主持人將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您個人隱私之資料視同機密處理，絕對不會公開。將來發表研究結果時，您的身份將被充分保密。凡簽署了知情同意書，即表示您同意各項原始紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保研究過程與數據，符合相關法律和各種規範要求；上述人員承諾絕對維繫您身分之機密性。

doi:10.6342/NTU202600045

九、損害補償或保險：

（一）本研究依計畫執行，且本研究屬極低風險之非侵入式質性訪談，故本研究不提供其他形式之補償。

（二）您簽署本知情同意書後，在法律上的任何權利不會因此受影響。

十、研究之退出方式及處理：

您可自由決定是否參加本研究，研究過程中不需要任何理由，可隨時撤回同意或退出研究。如果您拒絕參加或退出，將不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對您的評價，更不會損及您的任何權利。若您決定撤回同意或退出研究，可透過聯繫計畫聯絡人方式進行，計畫主持人將會立即將您的所有相關資訊銷毀。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

十一、研究參與者權利：

（一）本研究已經過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，審查內容包含利益與風險評估、研究參與者照護及隱私保護等，並已獲得核准。委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。

（二）研究計畫主持人或研究人員已經妥善地向您說明了研究內容與相關資訊，並告知可能影響您參與研究意願的所有資訊。若您有任何疑問，可向研究人員詢問，研究人員亦須具實回答。

（三）研究計畫主持人已將您簽署之一式兩份同意書其中一份交給您留存。

（四）國立臺灣大學研究參與者保護諮詢電話為：(02)3366-9956、(02)3366-9980。

十二、研究計畫主持人/研究人員簽名

研究計畫主持人或研究人員已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，以及可能產生的危險與利益。

研究人員簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

doi:10.6342/NTU202600045

十三、研究參與者簽名同意

本人已詳細瞭解上述研究方法及其可能的益處與風險，有關本研究計畫的疑問，已獲得詳細說明與解釋。本人同意成為本研究計畫的自願研究參與者。

研究參與者簽名：_____

日期：□□□□年□□月□□日

doi:10.6342/NTU202600045