

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

婦癌婦女性健康衛教方案之建構：融入性別敏感度觀點(第2年)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 103-2511-S-182-005-MY2
執行期間：104年08月01日至105年10月31日
執行單位：長庚大學護理研究所

計畫主持人：李絳桃
共同主持人：張菊惠、周宏學、蔡佳玲、洪志宏

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 106 年 02 月 02 日

中文摘要：本二年期研究計畫，旨在研發符合國內婦癌婦女需求且具性別敏感度之性健康衛教方案，以改善婦癌婦女及因癌症及其治療所帶來之性健康問題與影響。研究採「多元方法(triangulation)」視角進行衛教需求評估，以「質性研究個別訪談法」與「焦點團體法」婦癌婦女之性健康的感覺性需求，再從「婦癌醫護人員」觀點探討性健康衛教情形及婦癌性健康規範性需求；並針對主持人婦癌性健康衛教需求評估量性研究（李等，2013）以次級資料分析進行性別統計，了解其表達性需求，擬定具性別敏感度之婦癌性健康衛教需內涵。第二年研究根據第一年性健康衛教需內涵，彙總國內外婦癌性健康教材與臨床指引，擬定「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康手冊」。研究結果發現婦癌婦女性經驗本質包含「與治療帶來與性有關的變異與困擾」、「性行為適當性的重新認知與不安」與「性表達的維持與轉變」。其常見性迷思包括「性行為會威脅婦癌婦女健康」、「癌細胞會經由性活動而傳染給伴侶」、「性行為會帶給伴侶身體健康之負面影響」與「持續有性生活，會影響療效或使癌症復發」。經性別分析發現，具備「年齡大於60歲」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「清寒」、「癌症第三期與以上」特質者，為婦癌性健康之弱勢族群，容易被醫護人員忽略其性健康需求，而醫護人員對於「年齡較大」、「無伴侶」與「癌症晚期」的婦癌婦女亦不主動提供性健康指導，多數婦癌婦女，並未被主動告知放射治療後可能有陰道攣縮的問題，顯見當前婦癌性生活衛教確實缺乏性別敏感度，而婦癌婦女性健康權益因醫療環境的性別盲而遭受到剝削。彙總質量性衛教需求評估結果，本研究擬訂「婦癌婦女性健康教學訊息要素」。並完成具「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」與「婦癌性健康手冊(百合花幸福手冊)」。本研究可帶動醫療專業人員對婦女性健康之重視，研發之衛教方案，將可供臨床醫護人員於照護婦癌婦女性健康及提供相關性生活衛教策略之實證依據，並助於醫療院所性教育進階人才之培育與提升臨床婦癌性健康照護品質。

中文關鍵詞：性、衛生教育、性教育、婦癌、性別敏感度

英文摘要：The aim of this research was to develop a gender-sensitive sexual health educational program for women with gynecological cancer in Taiwan to improve gynecological cancer women's sexual health problems and impacts after diagnosis and treatment. The study explored the essence of sexual experience and sexual health educational need for women who had been treated for gynecological cancer by triangulation method, which includes qualitative research, focus group, textual analysis and secondary analysis, and then establish the strategies and program of sexual health education which fit clients' need and practical situation. Data analysis yielded three themes of the sexual experience of Taiwanese women after treatment for

gynecological cancer: 1) suffering from sexual changes and difficulties, 2) judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior, and 3) maintenance and transformation of sexual expression. The main sexual myths in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer included sex might threaten the cancer survivor's health, sex leads to cancer recurrence or death, and sex might negatively affect the sexual partner's health. The study established "The framework of content of sexual health education for women with gynecological cancer", and established a gender-sensitivity sexual health educational program for women with gynecological cancer in Taiwan, which included the strategies, individual sexual health educational model, and a pamphlet of sexual Health adjustment for Gynecological Cancer. The study gained a better understanding and attention of the dynamics in the process of women's sexual health in healthcare practice. Besides, the finding of this study can be used to establish a data base of the sexual life of women with gynecological cancer in Taiwan, helping the health care professionals understand and educate their patients about gynecological women's sexual life.

英文關鍵詞：sexuality, health education, sexual education, gynecologic cancer, gender sensitivity

科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/ 期末報告)

婦癌婦女性健康衛教方案之建構：

融入性別敏感度觀點

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST 103-2511-S-182 -005 -MY2

執行期間：103 年 08 月 01 日至 105 年 10 月 31 日

執行機構及系所：長庚大學護理研究所

計畫主持人：李絳桃

共同主持人：張菊惠、周宏學、洪志宏、蔡佳玲

計畫參與人員：朱翠萍、林蕙瑛、郭曉莉

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共 2 份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

出國參訪及考察心得報告

中 華 民 國 106 年 01 月 27 日

目錄

前言	.....	5
研究目的	.....	6
文獻探討	.....	6
研究方法	.....	11
研究結果與討論	.....	18
結論與建議	.....	35
參考文獻	.....	36
科技部補助專題研究計	.....	41
畫成果報告自評表		
科技部補助專題研究計	.....	44
畫成果彙整表		
出席國際學術會議心	.....	47
得報告(一)		
出席國際學術會議心	.....	53
得報告(二)		

摘要

本二年期研究計畫，旨在研發符合國內婦癌婦女需求且具性別敏感度之性健康衛教方案，以改善婦癌婦女及因癌症及其治療所帶來之性健康問題與影響。研究採「多元方法(triangulation)」視角進行衛教需求評估，以「質性研究個別訪談法」與「焦點團體法」婦癌婦女之性健康的感覺性需求，再從「婦癌醫護人員」觀點探討性健康衛教情形及婦癌性健康規範性需求；並針對主持人婦癌性健康衛教需求評估量性研究（李等，2013）以次級資料分析進行性別統計，了解其表達性需求，擬定具性別敏感度之婦癌性健康衛教需內涵。第二年研究根據第一年性健康衛教需內涵，彙總國內外婦癌性健康教材與臨床指引，擬定「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康手冊」。

研究結果發現婦癌婦女性經驗本質包含「與治療帶來與性有關的變異與困擾」、「性行為適當性的重新認知與不安」與「性表達的維持與轉變」。其常見性迷思包括「性行為會威脅婦癌婦女健康」、「癌細胞會經由性活動而傳染給伴侶」、「性行為會帶給伴侶身體健康之負面影響」與「持續有性生活，會影響療效或使癌症復發」。經性別分析發現，具備「年齡大於60歲」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「清寒」、「癌症第三期與以上」特質者，為婦癌性健康之弱勢族群，容易被醫護人員忽略其性健康需求，而醫護人員對於「年齡較大」、「無伴侶」與「癌症晚期」的婦癌婦女亦不主動提供性健康指導，多數婦癌婦女，並未被主動告知放射治療後可能有陰道攣縮的問題，顯見當前婦癌性生活衛教確實缺乏性別敏感度，而婦癌婦女性健康權益因醫療環境的性別盲而遭受到剝削。彙總質量性衛教需求評估結果，本研究擬訂「婦癌婦女性健康教學訊息要素」。並完成具「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」與「婦癌性健康手冊(百合花幸福手冊)」。本研究可帶動醫療專業人員對婦女性健康之重視，研發之衛教方案，將可供臨床醫護人員於照護婦癌婦女性健康及提供相關性生活衛教策略之實證依據，並助於醫療院所性教育進階人才之培育與提升臨床婦癌性健康照護品質。

關鍵詞：性、衛生教育、性教育、婦癌、性別敏感度

Abstract

This was a two-year research project. The aim of this research was to develop a needs-based, gender-sensitive sexual health educational program for women with gynecological cancer in Taiwan to improve gynecological cancer women's sexual health problems and impacts after diagnosis and treatment. The purposes of the first year were to explore the essence of sexual experience and sexual health educational need for Taiwanese women who had been treated for gynecological cancer by triangulation method, which includes qualitative research, focus group, textual analysis and secondary analysis, then establish the strategies of sexual health education which fit clients' need and practical situation. The purposes of the second year were to design and develop the gender-sensitive sexual health education program for women with Gynecologic cancer in Taiwan which according to the results of needs assessment and health educational strategies of the first year.

Data analysis yielded three themes of the sexual experience of Taiwanese women after treatment for gynecological cancer: 1) suffering from sexual changes and difficulties, 2) judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior, and 3) maintenance and transformation of sexual expression. The main sexual myths in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer included sex might threaten the cancer survivor's health, sex leads to cancer recurrence or death, and sex might negatively affect the sexual partner's health. Results revealed that under the influence of social gender, women with gynecological cancer who were with the following conditions were more vulnerable for sexual health and was commonly believed by medics that they had no sexual needs : (a) age 21-39 or older than 60; (b) single, separated, divorced, or widowed; had no sex partners under primary education or higher than college level; (c) Very dissatisfied of couple's relation ; (d) Main source of income was Child or Social welfare; (e) \geq Stage 3 of cancer. Therefore, it was easily neglected to provide the appropriate sexual health education to those cervical cancer women who were with the previous mentioned characteristics; moreover, their rights of health and life could be easily exploited by the gender blindness of medical environment.

The study established "The framework of content of sexual health education for women with gynecological cancer", and established a gender-sensitivity sexual health

educational program for women with gynecological cancer in Taiwan, which included the strategies, individual sexual health educational model, and a pamphlet of sexual Health adjustment for Gynecological Cancer (*Intimacy in the Lily Garden*). The study gained a better understanding and attention of the dynamics in the process of women's sexual health in healthcare practice. Besides, the finding of this study can be used to establish a data base of the sexual life of women with gynecological cancer in Taiwan, helping the health care professionals understand and educate their patients about gynecological women's sexual life. Moreover, the study may help cultivate advanced sexual healthcare professionals and promote the implementation of sexual health care practices in gynecological cancer.

Key words: sexuality, health education, sexual education, gynecologic cancer, gender sensitivity

前言

婦癌(gynecological cancer)為女性生殖道癌症，包含子宮頸、子宮內膜、輸卵管、卵巢、子宮及陰道癌症 (NCI, n.d.)。近幾年因早期發現及有效的治療，使婦癌存活者 (cancer survivors) 不斷增加，存活率亦提高，這也使得存活者生活品質與照護逐漸受到重視(Ashing-Giwa 2010)，特別是性生活品質的改變，因其所受到婦癌及其治療帶來的影響比其他層面更加長遠(Tierney, 2008)。此乃因婦女歷經癌症本身及治療所帶來的生殖器官切除、陰道變短或纖維化、性交疼痛或性交困難等影響，不但使其性功能下降、性生活型態改變與性滿意度下滑 (Hawkins, 2009)，其象徵女性器官的喪失、掉髮，造成低自尊等 (Juraskova et al., 2003)，在婦女性與親密關係、生育與身體心象上造成強烈影響，威脅伴侶或婚姻關係 (McCorkle, Tang, Greenwald, Holcombe, & Lavery, 2006)。

良好的性健康與性生活可增強病患與伴侶的親密關係，是癌症病患抗癌歷程重要的支柱 (Michael, 2006)，故改善婦癌婦女的性問題，提昇術後生活品質，已為當前照護所趨 (Sood et al., 2005; Vistad, Foss, & Dahl, 2006)。然而，當前醫療院缺乏合適性衛教介入之方法或管道，醫護人員常因自覺性知識或專業素養不足、避免與病人談性、或認為性是不重要的議題、不在醫護專業範圍之內，而未能提供病患性生活衛教(Lavin,2006; Stead,2003 ; Rasmusson, 2008)。受制於以生物醫學為主導的臨床醫療知識體系中，這以男性經驗為基礎所架構的性學模式以異性戀陰道交為主要框架，形塑了不適合婦女的性功能或性問題的評估標準，不但影響了婦癌婦女性健康的本質建構，壓制了婦女及其伴侶於治療後性生活恢復過程中應包含心理的、人際關係層面的內容，也使得醫療專業人員產生傳統性健康照護偏見，而提供不合適或無效性的性健康指導 (White, Faithfull, & Allan, 2013)。

主持人與研究團隊自 2008年起，開始致力於國內婦癌婦女之性生活及衛教需求研究，發現國內婦癌婦女有『性嫌惡』的現象，尤其是子宮頸癌婦女，其「性交會影響預後或伴侶健康」的迷思，加上「性健康」非醫護人員首要關切的議題，使婦癌婦女性問題易被忽略 (李絳桃，2009)。醫護人員對於婦癌病患是否從事性生活或應如何指導其性健康內容感到不確定 (李等，2013)。這使得主持人與研究團隊注意到婦癌婦女性健康權益可能因醫療環境的性別盲而遭受到剝削，需要以性別敏感度檢視當前婦癌性健康衛教環境與婦女性健康需求，並發展融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案，以改善婦癌婦女及因癌症及其治療所帶來之性健康問題與影響。。

研究目的

本研究計畫旨在改變傳統以醫護人員為中心建構的「性生活衛生教育」常規模式，重視婦癌婦女參與性健康照護內容與發聲，建構具性別敏感度之婦癌性健康衛教方案。各年度研究目的如下：

第一年：婦癌性健康衛教需求評估研究

1. 以質性研究探討婦癌性健康本質及其衛教需求內涵
2. 以「婦癌醫護人員」觀點探討性健康衛教情形及性別盲
3. 以文本分析國內外性婦癌健康衛教教材與臨床指引，探討婦癌性健康規範性
4. 運用次級資料分析進行性別統計，瞭解婦癌性健康表達性需求內容

第二年：建構「融入性別敏感度之婦癌性健康衛教方案」

1. 彙總質量性衛教需求評估結果，擬訂「婦癌婦女性健康教學訊息要素」
2. 擬定「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康手冊」。

文獻探討

研究主題之相關文獻探討將依序針對「婦癌及其治療對性健康的影響」、「影響婦癌婦女性健康之社會人口學及其他相關因素」、「當前婦癌性健康衛教現況與介入成效」與「性別主流化策略與性別敏感度之健康照護」與「性別分析及其架構」進行闡述如下：

一、婦癌及其治療對性健康的影響

世界衛生組織將性健康定義為：「個體在性生理、情緒、心理和社會的安適狀態，而不僅是沒有疾病、功能障礙，必須能對性及性關係有一個正向積極與尊重的態度，並擁有愉快、安全、無脅迫、歧視或暴力的性經驗。要達到和保持性健康，所有人的性權利必須得到尊重、保護和實現(World Health Organization, UNFPA, 2010)」。因此，擁有良好的性健康與性生活是每個個體享有的權利，而增強個體與伴侶的親密關係，也是癌症病患抗癌歷程重要的支柱(Michael, 2006)，然而，婦癌及其治療對婦女性健康與親密關係的影響，是所有癌症中衝擊最大的(Southard & Keller, 2009)。

國家癌症協會(National cancer institute；NCI)將婦癌(gynecological cancer)定義為：「女性生殖道癌症，包含子宮頸、子宮內膜、輸卵管、卵巢、子宮及陰道癌。」(NCI, n.d.)。在國內，以子宮頸癌、卵巢癌、子宮內膜癌佔多數，最常見的婦癌治療包括手術治療、放射線治療、及化學治療。早期患者多以手術或放射線治療合併化學治療為主，晚期或復發患者以化學治療為主，子宮內膜癌患者在治療上以外科手

術為主要治療，手術後須依病理報告確認後續治療，早期中危險性病患以放射線治療為主，晚期高危險性病患以化學治療為主（國家衛生研究院，2011）。手術常見的合併症包含膀胱功能失調、淋巴水腫、淋巴囊腫、性功能障礙（American Cancer Society, 2004/2007）。放射線治療常見之急慢性合併症包含提早停經、陰道炎、陰道乾燥及狹窄（簡淑慧，2007），而化學治療根據使用藥物的不同，副作用可能包含脫髮、噁心、嘔吐、腹瀉、骨髓抑制、關節神經痛與肌肉痛及神經毒性（American Cancer Society, 2004/2007）。婦女在接受婦癌治療後，治療本身帶來的副作用亦將進一步對性生活產生影響。例如放射線治療通常會對陰道造成最大的傷害，包括陰道變短、陰道壞疽引起陰道沾黏及黏結，纖維組織取代陰道的彈性組織而產生纖維化，及局部血管壁受損而影響陰道潤滑度（Bergmark et al., 2007），這些陰道變化造成女性性功能不良、對性的興趣降低（Donovan et al., 2007），較難獲得性興奮、陰道潤滑、性高潮及性滿意，也較常出現性交疼痛（Brotto, Heiman et al. 2008）。手術治療同樣也會對性功能造成傷害，例如行根治性子宮切除會造成陰道上段變短，進行骨盆腔探查時易造成骨盆腔神經的傷害，以及卵巢切除會導致停經前女性雌性素與雄性素不足而單獨或同時影響性慾、高潮的強度及陰道潤滑度，最後因雌性素降低造成性交困難；而化學治療的普遍副作用為疲倦、掉髮及能量降低，或引起過早停經合併荷爾蒙不足症狀，進而影響性慾望（Krychman, 2006; Stead et al., 2007）。

除了前述性生理層面的影響外，罹癌本身所帶來的內心衝擊、治療造成掉髮、象徵女性重要器官（子宮或卵巢）喪失功能或被切除，也使婦女易有低自尊與負向的親密關係評價（Krychman, 2006; 張、劉，2000）。約有 79% 婦癌婦女與伴侶減少或停止性與親密的關係（Hawkins, 2009）。此外，對婦癌的性迷思，更加添婦女面對性生活的無措與焦慮；婦女會擔心伴侶有外遇，而伴侶無法被妻子拒絕時，會感到生氣及壓力，但又同時會對太太有同情的感覺，可能藉由抽菸、喝酒或婚外情來進行性生活調適（Kritcharoen et al., 2005）。而我國婦癌婦女的性心理或情慾鮮少被探討，在主持人前驅研究中發現，婦癌婦女可能擔心被伴侶『性嫌惡』，而避免性生活，尤其是子宮頸癌婦女（李絳桃，2009）。

二、影響婦癌婦女性健康之社會人口學及其他相關因素

影響婦癌婦女性健康之因素除了前述婦癌及其治療的影響之外，尚有其他社會人口學相關因素也會對其性健康造成影響，宜在研究設計時加以考量：

1. 年齡與教育程度：Thranov and Klee (1994) 研究發現年齡小於 55 歲的病人中有 79% 有性活動，大於 55 歲者則只有 37%；在教育程度方面，Donovan et al. (2007) 發現教育程度較低的子宮頸癌婦女較容易缺乏性趣；周與馮 (1996) 也發現教育程度低的婦癌婦女其性滿意程度較差。

2. 診斷與治療：距離被診斷出婦癌時間的長短、治療介入的時間、是否接受荷爾蒙治療均會影響婦癌婦女的性健康。Aderson (1989) 以縱貫式研究，探討婦癌治療

後性功能的變化及影響，發現在治療後一年內、距離被診斷時間愈近的婦癌婦女的性功能或性滿意度最差(Aygun et al.,2008; Donovan et al., 2007)。使用荷爾蒙替代療法(HRT)可幫助癌症治療後婦女提高性趣 (Donovan et al., 2007; Pernile et al.,2003 ; Thranov and Klee, 1994)。

3. 衛教介入：女性接受婦癌治療後性衛教的多寡，也會影響其性滿意度。Jenkins (1988)調查 20 位手術及放射線治療後婦癌婦女性生活改變情形，發現有 1/3 女性表示資訊的缺乏導致性生活適調不良；而專科護士在術前提供性心理衛教措施，亦有助於提升婦癌女性的生活品質，其性功能也會因專科護士的支持而獲得改善 (Maughan & Clarke, 2001)。婦女於接受婦癌治療後，若能獲得良好的性生活衛教，可減少患者對性的疑慮及迷思，且良好的性生活會增強病患與配偶的親密關係 (Michael,2006)。

4. 伴侶關係：婦癌婦女常把性生活調適良好的成果歸因於支持性的人物，通常是她們的先生 (Jenkins ，1988)；而在 Donovan et al. (2007)研究中也發現接受過治療的子宮頸癌女性，當其對疾病症狀感受較差時，其夫妻關係與對性的興趣也會較差，此外也發現子宮頸癌婦女性健康預測因子，除了距離診斷的時間、接受放射線治療之外，也包括『伴侶的關係』。

5. 其他因素：如身體心像、個案本身對疾病症狀的感受亦會影響性生活 (Donovan et al. 2007; Liavaag, Dorum et al. 2008)。

綜合以上得知，除了治療與罹癌本身對婦癌婦女性健康造成影響之外，尚有其他因素會影響，包含年齡、教育程度、距離被診斷時間的長短、治療介入時間、是否接受過荷爾蒙替代療法、是否接受過治療後的性衛教或性心理介入措施、伴侶或夫妻關係、對疾病症狀的感受以及對身體外觀感受與自我性態度等，都會影響婦癌婦女的性健康，將是婦癌婦女性健康衛教方案發展時需考量的因素。

三、當前婦癌性健康衛教現況與介入成效

雖然國內在過去於性教育方面多有所發展，然而研究主要在學校性教育領育，對象以青少年為主，較少關注婦癌婦女性健康。而儘管多數醫護人員認為性生活對婦癌婦女有益，專家也指出，及早在疾病診斷治療的一年內給予婦癌婦女及其伴侶相關的衛生教育，可改善未來病患與伴侶性關係 (De Groot, 2005; Stead, 2008)，但有關癌症病患性問題的書面資料與提供衛教指導卻仍極缺乏(Stead, 2008)。在國內，根據研究團隊初步調查，接受過性健康指導的婦癌病患不到三成，臨床提供婦癌婦女之衛教內容只提到何時恢復性生活，欠缺性健康之規範性需求內容 (李等，2013)；因此，這對於從癌症診斷、治療療程結束與定期醫院門診追蹤至少需要一到兩年時間的婦癌婦女而言，以醫院為基礎的性健康衛教對她們及其伴侶的性健康與性關係的維繫便非常重要。

目前改善婦癌婦女性健康的介入策略，可大致分為「醫學」、「認知行為理論」與「心理諮商」學派，而目前研究發現認知行為與心理諮商策略對婦癌婦女的心理

調適較有幫助，認知行為理論在促進婦癌婦女的「自尊」與「身體心像」上有其成效，而心理諮商策略則有利於婦女心理困擾的減輕與性親密的促進(Hersch et al, 2009)，其中也不乏以臨床護理專家為主導運用心理教育團體治療為介入措施，但其教育介入內容，以如何獲致高潮、改善性功能為重心(Maughan & Clarke, 2001; Robinsion, 1994; Robinsion, 1999)。女性主義學者指出，在前述介入方案中，若未能對性別刻板印象或長期以來男尊女卑現象加以破除，女性主體是不會呈現的(Bober & Varela, 2012)。

基於國內婦癌性健康研究大抵侷限於性功能與性滿意之調查階段，缺乏性健康衛教發展或介入之實驗性研究，主持人與研究團隊於 2008 年開始循序漸進研發國內婦癌性健康衛教方案，先以質性研究探討『婦癌婦女治療後性經驗初探』(李, 2009)，發現國內婦癌婦女有「性行為影響預後或伴侶健康」的迷思，婦女避免性生活以求保命，而允許伴侶向外尋求性伴侶，也擔心伴侶外遇，或同床保有夫妻之名，卻未盡親密之實，而使伴侶親密關係緊張，非但無法善用伴侶支持系統的資源協助其癌症生活調適，反而徒增無謂的性焦慮、內疚與壓力。也有部分個案以情愛替代實質性交以維繫親密關係(李, 2009)。2009 年起研究團隊接續以結構式問卷調查「婦癌婦女性生活衛教需求評估: 前趨研究」(李等, 2013)，針對子宮頸癌、卵巢癌與子宮內膜癌婦女(n=100)之性滿意度與性健康衛教情形進行初探，結果發現當前婦癌性健康指導內容大多只包含「何時恢復性生活」的項目，而有關性健康指導的教材僅有翻譯自國外的『女人癌後的性福』一冊，且未例行發送給婦癌婦女，更遑論該教材的內容是否具備文化適切性或符合婦癌婦女衛教需求。此外，接受治療後婦女性滿意比罹癌前低，尤其以剛完成治療滿一年者，其性生活滿意度最差，因此，若能在此時間點介入衛教，應可提高介入效果。

四、性別主流化策略與性別敏感度之健康照護

「性別主流化」是一種推動一個社會達到性別平等的全球性策略之一，是實現施政以人為本的有效途徑(行政院性別平等處, 2011)。其發展是由 1975 年聯合國在墨西哥舉行的第一屆世界婦女會議中，與會代表決策責成各國全力推動婦女權益，達到性別平等的目標；1995 年聯合國第四屆世界婦女高峰會議在中國北京舉辦，以「性別主流化」為名，通過北京行動綱領，組織行動方案以督促並檢視聯合國會員國政府，在決策與施政上應把性別當成一個的重要的指標，藉此達成公共政策中性別平等的目標(張珏、陳芬苓, 2000)。世界衛生組織繼北京婦女會議行動綱領之後，提出五項行動策略：(1) 在女性生命歷程各階段提供適當、質佳、且經濟可負擔的健康照護資源、資訊及服務機會，(2) 建構婦女健康促進計畫，(3) 針對性傳染疾病、HIV/AIDS、性健康及生育健康等議題，進行具性別敏感度的檢視，(4) 增加婦女健康的研究與傳播，(5) 增加支援並持續監督婦女健康之後續發展行動(WHO, 1999)，其行動方案涵蓋四大議題：(1) 體認性別的廣泛參透性影響；(2) 強調性別意識的喚醒；(3) 重視女性的弱勢地位；與(4) 提升女權並消除性別歧視(Daly,

2005)。張珏(2006)指出過去在追求社會中性別平等的歷程中，行動者往往認為只要女性改變其行為模式或自我期許，融入男性所創造的社會中，就能使得性別平等，當今在「性別主流化」的策略思考時，則著重於思考制度的設計與想法的改變給予不同性別者相同的選擇與機會；總而言之，「性別主流化」強調重塑主流，不僅僅是想要讓女人在邊陲位置上有更多的行動力，而是聚焦在於性別平等上，將其視為目標。

行政院婦女權益促進委員會於100年12月19日函頒「性別平等政策綱領」，提出三大基本理念、七大核心議題，作為我國未來性別平等政策指導方針，在「健康、醫療與照顧」核心議題中，即明訂婦女親善的概念擴展至性別友善，並須強化醫療與照顧體系的性別敏感度，俾使不同性別與弱勢偏鄉女性獲得性別特殊性與身心並重之服務。而強化醫療與照顧體系的性別敏感度宜持續強化性別友善醫療環境，培養健康／醫療／照顧從業人員之性別敏感度，使其有能力評估民眾在不同生命週期階段之需求和獲取服務的能力是否有社會性別差異，特別是健康弱勢族群(例如：新移民女性、原住民女性、老年女性、身心障礙者等)，並宜加強各類醫事/健康人員繼續教育之性別課程品質，持續發展性別敏感度核心課程教材與評量工具，同時亦須消弭性別角色刻板印象對身心健康的影響(行政院性別平等處，2011)。

具性別敏感度的健康照護，是指醫療專業人員能覺察現存醫療照護中性別差異，並能將此覺察應用到相關照護決策中的知識及能力(Çelik, 2009)。Çelik(2009)應用性別交互論(intersectional framework)提出發展一個具性別敏感度健康照護措施應探討的問題包括(1) 當前性別敏感度健康照護實施情形如何？(2) 實施性別敏感度健康照護之障礙因子與促進因子為何？(3) 我們如何將性別敏感度健康照護原則應用到健康照護實務中？(4) 我們如何促進性別敏感度健康照護原則於健康照護實務中？(5) 怎樣才是最佳的性別敏感度健康照護？性別敏感度指標(gender-sensitive indicators)則要能相對於已同意的價值標準或外推比較群體提供婦女處境的直接證據，分析的層次在性別統計之上，比較群體可能是男性，或其他國家婦女，或其他次群體女性，例如不同年齡層、社經背景、種族或教育背景女性。倘若所測量的健康指標能兼具這些次群體的分析面向，且進行二因子交叉分析，將可進一步提供政策意涵(張菊蕙、張珏，2004)。在健康政策形之前必得對不同群體作需求評估的瞭解，才能設立優先次序，訂定方案實行之，並讓女性參與所有健康政策的計劃、執行及評估，使所有政策都具性別敏感性(張菊蕙，2005)。世界衛生組織強調所有公共衛生政策、研究與介入方案，皆需融入性別分析觀點，以釐清生理性別(sex)與社會性別(gender)造成之健康風險與影響、健康不平等或健康服務利用之不公平(WHO, 2009)。

研究方法

本研究為二年期研究計畫，計畫旨在研發符合國內婦癌婦女需求且具性別敏感度之性健康衛教方案，以改善婦癌婦女及因癌症及其治療所帶來之性健康問題與影響。為使方案能符合婦女實際衛教需求與衛教實際執行情況，提高方案之可行性與適切性，研究第一年採「多元方法(triangulation)」視角進行衛教需求評估，從醫院婦癌衛生教育場域出發，以「質性研究個別訪談法」探討「婦癌婦女」之性經驗本質與衛教需求內涵，以「焦點團體法」進一步評估不同屬性婦癌婦女之性健康的感覺性需求，再從「婦癌醫護人員」觀點探討性健康衛教情形及婦癌性健康規範性需求；並針對主持人 2011 年～2013 年進行婦癌性健康衛教需求評估量性研究（李等，2013）以次級資料分析進行性別統計，了解其表達性需求，以擬定具性別敏感度之婦癌性健康衛教需內涵。第二年研究根據第一年性健康衛教需內涵，擬定「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康手冊」。

【第一年】

一、研究設計

第一年進行婦癌性健康衛教需求評估，為探討我國婦癌性健康衛教需求內涵，採「多元方法(triangulation)」視角進行衛教需求評估，第一年的研究分為兩階段，**第一階段**，係運用質性研究探討具性別敏感度之婦癌性健康衛教需求內涵，分別從「婦癌婦女」、「婦癌婦女焦點團體」與「婦癌醫護人員」三方觀點，運用質性研究法進行婦癌性健康衛教需求內涵之建構。第一部分，以現象學探討婦癌婦女及其伴侶之性經驗本質與其性健康感覺性需求，重新以女性之性心理觀點提出符合我國女性性健康本質的論點，作為未來擬定婦癌性健康照護常模之參考。第二部分，進行焦點團體評估不同屬性婦癌婦女性健康需求，引導婦癌婦女探索、分享及對話，使其反思自身經驗，探討其所接受之性健康照護或指導是否符合其需求，了解婦癌性健康感覺性需求。第三部分，進一步瞭解當前醫療照護提供性健康指導情形，以質性研究個別訪談從事婦癌照護之專業人員，瞭解醫療專業人員性健康衛教情形，及婦癌性健康規範性需求未來需如何制定。**第二階段**將以次級資料分析進行婦癌性健康性別統計與衛教教材文本分析，針對主持人 2011 年～2013 年進行婦癌性健康衛教需求評估量性研究（李等，2013）資料，運用次級分析，進行行性別統計，並提出對於性別差異回應的衛教目標與策略。以文本分析(textual analysis)分

析當前國內外性婦癌健康衛教教材與臨床指引，將國外相關教材、指引與文獻與國內臨床指引加以比較分析，探討婦癌性健康之規範性需求與比較性需求，以擬定具性別敏感度之婦癌性健康衛教需內涵。

二、第一階段：以質性研究探討婦癌性健康衛教需內涵

第一部分，以現象學探討婦癌婦女性健康本質與衛教需求

運用現象學研究法，以半結構式訪談指引，採面對面深度訪談方式，讓受訪者敘述其在接受婦癌治療後到恢復性生活之經驗及其對性生活或伴侶關係所關注之內容與性衛教需求，藉此瞭解受訪者在性生活的經驗過程、意義、感受以及衛教需求。為得真實且完整之紀錄，將於訪談前徵求受訪者之同意，並以現場錄音訪談過程，再將受訪者所描述之經驗轉譯成真實且完整的文字紀錄，並依訪談紀錄之資料，根據現象學分析法 (Colaizzi's phenomenologic method) (Colaizzi, 1978) 進行資料分析與歸納。

(一) 研究對象與取樣

本研究擬採立意取樣法，以符合下列選樣條件者得進入本研究，以北部某醫學中心婦癌門診為研究取樣進行場所，針對定期回診追蹤檢查的婦癌婦女為收案對象，先以口頭說明研究目的及過程，並以書面徵得研究對象同意參與研究，若研究對象同意且符合收案條件，則列入研究對象。經說明研究目的及過程同意參加研究，並簽署受試者同意書，始成為本研究對象。

取樣條件

1. 經婦癌專科醫師確立診斷為子宮頸癌、卵巢癌、子宮膜癌任一種診斷之女性
2. 曾在收案醫院接受手術治療、放射線治療、化學治療任一種，或包含其中兩種或三種的合併治療方式
3. 目前無進行治療，且間隔上次治療結束後至少一年（含）以上，而於門診追蹤者
4. 年齡 20(含)- 65(含)歲
5. 能夠清楚以國或台語表達溝通及讀寫者

(二) 研究工具

研究工具包括：、參與研究同意書、半結構式訪談指引、訪談紀錄表、MP3 錄音筆為研究工具。「訪談指引」是研究者根據相關文獻、臨床實務經驗、本研究之目的與研究問題及前驅性研究修正得之。

(三) 研究步驟

針對符合取樣條件之婦癌婦女進行個別訪談，於說明研究之主題、目的及可選

擇參與否之權利等事項，徵得其口頭同意並填寫書面同意書後，始進行正式資料收集。為控制資料收集之品質，以半天時間為一個資料收集時間單元，每一個時間單元以訪談一人為限，每次訪談時間預設為三十分鐘至一小時，訪談時間的結束，視受訪者主觀自覺其經驗已充分描述或受訪者主動提出結束而定。

(四) 資料分析方法

本研究擬以現象學分析法 (Colaizzi's phenomenologic method) 進行資料分析，將依受訪者言辭描述的結構與表現形式，及其生活經驗獨特性之呈現，忠實的按著受訪者的觀點進行主題分析，其主要目的在確認現象本身的意義與結構，呈現受訪者的個體生活經驗，及她們運用主體的語言對此經驗的感受、瞭解與解釋 (Riessman, 1993)。

(五) 研究之嚴謹度

質性研究的品質是以嚴謹度 (rigor) 來呈現，其信度是指資料分析之方式能保持一致性、穩定性及重複性，其效度則是指資料分析及描述能真實且正確的反映出經驗之意義 (穆, 1996; Appleton, 1995)。為保持本研究之嚴謹度，擬依據 Lincon & Guba (1985) 提出監測及評值質性研究信效度之建議，採用真實性 (true value)、適合性 (applicability)、一致性 (consistency) 與中立性 (neutrality) 做為本研究嚴謹度之基準。

第二部份：焦點團體法探討不同屬性婦癌婦女性健康需求

本研究運用焦點團體法 (Focus group method) 探討不同屬性婦癌婦女性健康需求。以在醫院婦癌科門診接受追蹤治療的婦癌婦女為對象，以婦女本身觀點出發，於非壓力的環境中就主題以合作探索的方式進行集體性討論，在團體動力之下產生對話，藉著彼此經驗分享及對話過程，讓婦癌婦女覺察、認識、接納自己的身體、性自我、性關係的變化，深入探討其性健康需求，進而在彼此間的意見及想法的回應與質疑的過程，對研究議題產生洞識，重新省思婦癌治療後性生活調適歷程與性健康需求，反思不利其性健康之醫療照護環境。以 Miles 和 Huberman (1994) 資料分析法進行資料處理及分析，期望透過團體集結婦女力量，產出有利於婦癌婦女本身性健康的照護環境與接受衛教的權益，使婦女能自主發聲提出性健康促進之策略。

(一) 研究對象

以在醫院婦癌科門診接受追蹤治療的婦癌婦女為對象，採取招募團員方式，透過婦癌個案管理師，對於全院已建檔的婦癌病人符合收案條件者進行招募，對於有意願參加者，向其說明團體的目的與進行步驟及權益，經個案瞭解並同意後，簽署書面同意書，始成為團員，取樣條件如下：預計招募 8~10 人。

1. 經婦癌專科醫師確立診斷為子宮頸癌、卵巢癌、子宮膜癌任一種診斷之女性
2. 曾在收案醫院接受手術治療、放射線治療、化學治療任一種，或包含其中兩種或三種的合併治療方式
3. 目前無進行治療，且間隔治療結束後至少一年(含)以上，而於門診追蹤者
4. 年齡 20(含)- 65(含)歲
5. 能夠清楚以國或台語表達溝通及讀寫者

(二) 研究工具

研究工具包括：開放式低結構式訪談指引、訪談紀錄表與 MP3 錄音筆為研究工具。「訪談指引」是研究者根據相關文獻、臨床實務經驗、本研究之目的與研究問題及第一階段質性研究結果擬定。「MP3 錄音筆」：為得真實且完整之訪談紀錄，因此在訪談前徵求受訪者之同意後，以現場錄音錄影訪談過程，並轉譯成文字紀錄，做為研究之分析資料。

(三) 研究步驟

焦點團體由一位主持人負責引導團體的進行、一位助理主持者協助進行一般事務的工作及處理現場突發之狀況，及一位研究助理協助錄音。主持人將介紹討論的主題，起始整個討論及過程，鼓勵受訪者參與討論，在過程中適時引導表達。擬舉行三次團體座談，約每隔一個月進行一次，每場次進行時間約 1 小時，同時亦考量婦癌婦女身體能負荷之狀況進行時間調整。資料記錄方式以錄音筆為工具，並輔以書面記載受訪者非語言行為部份。為提高參與率，在每次焦點團體後，每人贈送 200 元禮卷，並可獲贈一份婦癌性健康手冊，且提供免費健康諮詢服務。

第三部份：個別會談法探討婦癌醫護人員性健康衛教情形

為了解當前醫療院所婦癌性生活衛教執行狀況，與婦癌醫療專業人員在性健康照護中的性別盲情形，以質性研究針對婦癌科臨床醫護人員進行性健康衛教情形深度訪談。

(一) 研究對象與取樣

擬以台灣北部一家醫學中心及南部一家區域醫院從事與婦癌婦女照護或衛教指導有關之臨床醫護人員為研究對象，其工作年資滿兩年(含)以上為對象，預計取樣 17 位，包含婦癌科醫生、婦癌科護理師與婦癌專科護理師，以瞭解醫療專業人員性健康衛教情形，經說明研究目的及過程同意參加研究，並簽署受試者同意書，始成為本研究對象。

(二) 研究工具

研究工具包括：開放式低結構式訪談指引、訪談紀錄表、MP3 錄音筆。「訪談

指引」是研究者根據相關文獻、臨床實務經驗、本研究之目的與研究問題及第一階段質性研究結果擬定，收集專家在臨床性健康照護指導之經驗、困境以及所需要的資源。「訪談紀錄表」是用來摘要記錄受訪人員之語言及非語言的行為表達。

(三) 研究步驟

研究者以電話徵求臨床實務專家參與本研究之意願，經專家口頭同意參與本研究並確認會談時間與地點後，email 面會談邀請函給專家。於約定時間、地點，由研究者再次向專家重申研究目的、過程及權益，待其同意並填寫研究同意書後始進行會談資料之收集。每次訪談時間預設為三十分鐘至一小時，訪談時間的結束，視受訪者主觀自覺其經驗已充分描述或受訪者主動提出結束而定。為提高受訪意願，受訪者將獲贈一份小禮物。

(四) 資料分析方法

以 Miles 和 Huberman (1994) 資料分析法進行資料處理及分析，資料分析步驟如下：資料歸納分析過程中，亦將同時分析醫療專業人員在執行婦癌性健康照護或指導時之性別盲為何。

三、第二階段：婦癌性健康性別統計與衛教教材文本分析

第一部分：婦癌性健康性別統計

以次級資料分析法，針對主持人於 2011 年～2013 年進行婦癌性健康衛教需求評估量性研究資料（李等，2013）進行性別統計。該研究採橫斷式研究設計，於 2011 年獲收案醫院醫學倫理研究委員會(IRB) 審核通過，以北部某醫學中心婦科病房住院治療及門診回診追蹤之個案為對象，共收案 100 位，以結構式問卷進行調查，評估其「婦癌性知識」、「婦癌性態度」、「性滿意」及衛教訊息需求等（見表 1），並於 2012～2013 年完成資料收集與建檔。本研究將運用次級資料分析，針對該研究資料進行性別統計，「按性別區隔之資料（gender-disaggregated data）」，瞭解婦癌性健康之表達性需求。並提出對於性別差異回應的衛教目標與策略。此外，將分析結果與國際文獻比較，瞭解比較需求下我國婦女處境和需要是否被忽視。

第二部分：文本分析國內外婦癌性健康教材與臨床指引

研究除了收集國外婦癌性健康相關教材、指引與文獻探討規範性需求之外，並與國內臨床指引、教材加以比較分析，探討婦癌性健康之規範性需求與比較性需求。以文本分析（textual analysis）分析當前國內外性婦癌健康衛教教材與臨床指引（international clinical practice guidelines），並以性別分析檢視上述資料之性別觀點，檢視相關衛教訊息、指引策略是否具有性別敏感度與生命週期之概念，以進一步提出具性別敏感度的衛教策略、訊息與臨床指引。

四、研究倫理考量

本研究計畫已獲收案醫院醫學倫理研究委員會(IRB) 審核通過(見附錄一)。研究主持人於過去擔任數次婦女『性議題』之相關研究計畫主持人，對於研究過程中受訪者隱私的維護之措施相當熟悉而周延，並擁有多年『性議題』研究經驗基礎與良好研究倫理風評。本研究訪談員、資料收集者與研究成員，於進入研究場所之前，必先接受研究倫理之課程訓練，以確保受訪者隱私權等權益。在邀請研究對象受訪前，先說明研究之主題、目的及其參與研究之權利，在徵得其口頭及書面同意後，始得進行訪談。在訪談過程中為考量受訪者之自主性，研究者須向受訪者重申其具有中斷或拒絕受訪之權利。研究之訪談資料及問卷採匿名方式填寫，資料鍵入與分析均以代碼方式進行，訪談紀錄內容與問卷資料均妥善保存及保密，且在研究發表及報告時，均以匿名方式呈現。研究過程中，訪談紀錄內容與問卷資料均妥善保存及保密，且在研究發表時，以匿名方式呈現。

【第二年】

一、研究設計

第二年研究旨在建構「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，根據研究目標，本年度研究延續第一年衛教需求評估研究，進一步整合國內外文獻，及第一年婦癌性健康需求評估結果，擬定適合國內婦癌婦女性健康衛教內容與策略，包含衛教目標、教學訊息綱要與衛教介入方式與策略，運用健康傳播理論 McGuire 的 Input/Output Matrix 的設計媒體訊息策略 (McGuire, 1989) 編制「性別敏感度之婦癌性健康教材」，參考「互動式性健康衛教模式(Scheme for Interactive Postpartum Sexual Health Education Program; ISHEP)」(Lee & Tsai, 2011)，為臨床個別衛教模式設計基模，擬定「婦癌性健康個別衛教模式」。

二、研究步驟

本階段研究旨在建構「融入性別敏感度之婦癌性健康衛教方案」，依五階段目標：1. 擬定性健康衛教內容與策略，2. 方案之設計與製作（含婦癌性健康教材、婦癌性健康個別衛教模式），3. 專家效度及表面效度之測試與修訂，4. 模式之預試與過程評量，及 5. 「融入性別敏感度之婦癌性健康衛教方案」之完成。故研究步驟依五階段目標進行，包含下列項步驟，依序說明如下：

(一) 擬定性健康衛教內容與策略

擬根據第一年衛教需求評估研究結果、國內外相關文獻，制訂性健康衛教內

容與策略，包含教學目標與教學訊息綱要及衛教策略，以作為衛教模式發展之方針。根據教學目標與訊息綱要，進行教學單元、衛教介入策略之擬定。並根據教學單元，擬定實證依據之婦癌性健康衛教訊息內容。

(二) 方案之設計與製作

婦癌性健康衛教模式初步擬定包含「婦癌性健康教材」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康指導人員手冊與訓練計畫」三部分，將再依衛教需求評估加以調整修訂。考量個案不同年齡族群、教育程度等學習背景，應用能針對不同階段特質，提供合適的教育介入策略與內容。

1. 性別敏感度之婦癌性健康教材製作:

為能有助於婦癌婦女及其伴侶在癌症治療後的性健康與親密關係之調適，根據教學目標、策略與教學單元，以及需求評估之結果，編擬婦癌性健康教材「婦癌性健康手冊」之初稿。再進一步運用健康傳播理論 MaGuire(1989)的 Input/ Output Matrix 的設計媒體訊息策略及互動科技媒體策略，進行資料轉換，將教學訊息轉成文字與圖案之初稿，完成「婦癌性健康手冊初稿」。

2. 性別敏感度之婦癌性健康個別衛教模式:

為能提供醫護人員在臨床提供婦癌性健康衛教模式的參考，擬定「婦癌性健康個別衛教模式」。根據相關文獻得知，不同教育、社經背景與性健康態度，有不同性健康需求，考量個案不同年齡族群、教育程度等與學習背景，應用能針對不同階段特質，提供合適的個別衛教策略與內容，以滿足不同學習階段個案需求，故「婦癌性健康個別衛教模式」，擬參考具實證介入成效之「互動式性健康衛教模式(ISHEP)」(Lee & Tsai, 2011)為設計之基模，再根據需求評估結果加以修正，而成「婦癌性健康個別衛教模式」草案。

「互動式性健康衛教模式(ISHEP)」(Lee & Tsai, 2011) 是一運用跨理論模式(The Transtheoretical Model; TTM)針對不同學習階段之婦女進行個別衛教介入之性健康衛教模式，可增進教育介入在人際層面互動之層次、與滿足個別化與主動學習之需求。婦癌性健康個別衛教模式擬以 ISHEP 為基模，彙總衛教評估結果加以修正，並經預試研究與過程評量回饋建構而成。衛教者根據學前評估結果，判定個案所需介入策略，再依約定時間，提供個案所需之個別衛教內容，進行動機式晤談、認知修正、價值澄清與討論，並提供個案問題諮詢機會，揭示個案需要補強閱讀之手冊單元，理想衛教執行人員擬由受過研究團隊提供性別敏感度性健康衛教訓練之婦癌科護理師、專科護理師或個案管理師擔任，此設定乃為考量日後研究計畫方案推廣之可行性(外在效度)。

3. 具性別敏感度婦癌性健康指導人員手冊與訓練計畫

根據第一年衛教需求評估結果、國內外文獻查證瞭解其他國家在醫療體系中提供性別敏感度照護情形，與 WHO 性別分析架構，發展「婦癌性健康指導人員手冊」與「婦癌性健康衛教人員訓練計畫」，並由擬以婦癌科護理師、專科護理師或個案管理師 2 至 3 名，擔任婦癌性健康指導人員種子教師人選，使其接受『婦癌性健康衛教』教育訓練課程，由研究主持人暨研究團隊人員協助參與授課，課程單元初步擬定包括 1. 「性別平等概論」與「具性別敏感度之健康照護」2. 「護病溝通與性健康指導」、3 「性態度與性價值觀訓練」、4. 「婦癌婦女性健康概論」、5. 「婦癌性健康評估與衛教介入策略」、6. 「性教育與性諮商技巧」與 7. 「模式及手冊使用導讀」七個單元課程。

(三) 專家效度及表面效度之測試與修訂

將初步形成的衛教方案（含婦癌性健康手冊初稿、個別衛教模式、婦癌性健康指導人員手冊與訓練計畫），交由性別平等、性教育、醫護、婦女健康、性與婚姻諮商、社工等七位專家學者進行專家審查，並另請五位婦癌婦女兩位婦癌伴侶，進行教材表面效度測試，最後彙總各方修正意見後，進行教材之修正、美編與校定，完成「婦癌性健康手冊」。

三、研究倫理考量

本研究計畫已通過收案醫院醫學倫理研究委員會(IRB) 審核。其他細則與研究計畫第一年相同。

研究結果與討論

第一年： 建構婦癌婦女性經驗本質與衛教需求內涵

一、質性個別訪談與焦點團體訪談探討婦癌婦女性經驗本質與衛教需求內涵

運用質性個別訪談與焦點團體訪談探討婦癌婦女性經驗本質與衛教需求內涵，個別訪談共取得 16 位婦癌婦女，包含子宮頸癌 10 位、卵巢癌 2 位與子宮內膜癌 4 位，其中異性戀婦癌個案 14 位，同性戀婦癌個案 2 位；以現象學分析法（Colaizzi's phenomenologic method）進行資料分析，為保持本研究之嚴謹度，依據 Lincon & Guba（1985）提出監測及評值質性研究信效度之建議，採用真實性（true value）、適合性（applicability）、一致性（consistency）與中立性（neutrality）做為本研究嚴謹度之基準，收集之資料以 Colaizzi（1978）之研究法之前六步驟作為研究資料分析之方法。初步結果發現三個主題與八個次主題，歸納如表 1:

研究結果發現婦癌婦女性經驗本質包含「與治療帶來與性有關的變異與困擾」、 「性行為適當性的重新認知與不安」與「性表達的維持與轉變」。在兩位「少數性取性(sexual minority)」婦癌婦女的質性訪談發現，同性戀婦癌婦女樣本不易取得，婦癌女同志其性關注與性健康衛教需求與異性戀婦癌婦女有相似與相異之處，女同

志的”T”，對可能因為切除卵巢而導致減少第二性徵的治療結果感到如釋重負，但也同樣對於卵巢移除帶來之熱潮紅感到困擾；女同志中的”婆”對第二性徵的關切則較相近於異性戀婦女的反應。而受制於醫療體系對女同志的標籤化，女同志因害怕自己性取向的表態所帶來被區隔與標籤化的窘境，較不願對醫護人員表示其性傾向，婦癌女同志性與親密內涵及性衛教需求宜再進一步深入探討。

表 1 婦癌婦女性經驗本質

主題	次主題
與治療帶來與性有關的變異與困擾	1. 外表性徵與性活動力降低的覺察 2. 性生理結構與感受的變異與覺察
性行為適當性的重新認知與不安	1. 對婦癌性行為適當性的解讀 2. 性行為適當性的不確定與不安
性表達的維持與轉變	1. 對伴侶關係穩定性的覺察與不安 2. 致力性角色的履行與性生活的維持 3. 尋找性角色合理的退場機制 4. 以性代理人履行性角色

婦癌婦女常見性迷思包括「性行為會威脅婦癌婦女健康」、「癌細胞會經由性活動而傳染給伴侶」、「性行為會帶給伴侶身體健康之負面影響」與「持續有性生活，會影響療效或使癌症復發」。這在泰國與香港的相關研究亦有共同之發現，其結果指出婦癌婦女會認為罹癌後應避免性交以維持其健康，認為性交會增加癌症轉移與疾病復發的機會(Kritchroen et al., 2005; Molassiotis, Chan, & Chan, 2008; Zeng et al., 2012)。

在焦點團體部分，共收案 11 位，舉行三次團體座談，每隔一個月進行一次，共舉行五次，每次 1~2 小時。參與婦癌病友團員平均年齡 53.75±10.52 歲，卵巢癌有 3 位(25%)，子宮頸癌 4 位(33.3%)，子宮內膜癌 4 位(33.3%)；教育程度小學有 3 位，中學 2 位，高中及專科 4 位，大學及以上 2 位，已婚者有 10 位(83.3%)，未婚 1 位(16.7%)。團體成員藉由團體互動溝通過程交流彼此相關在意的問題，並進一步提出對性健康調是適提出解決方式或途徑，並藉由焦點團隊互動溝通過程所形成凝聚力共同維護團隊間情感與向心力，焦點團體團員進一步形成婦癌支持團體。

焦點團體訪談分析結果發現，婦癌因癌別不同及個人教育水準都影響著其對性健康的需求以及對癌症與性的認知程度，子宮頸癌患者對性健康關注與學習需求較高，這可能跟這群癌症患者普遍較子宮內膜癌、卵巢癌患者歲數輕，伴侶的性需求、懷孕期望及網路資訊查詢能力較高等，促使子宮頸癌患者較勇於表達及追求癌後性健康調適與性生活方式。有趣的是，個別訪談婦癌婦女時，分析其性經驗內涵

中，有尋找性代理人(sexual surrogator)履行性角色的現象，但是，當將此議題帶入焦點團體討論時，三種婦癌患者普遍都不贊成讓性伴侶外出找他人解決性需求。此外，透過團體互動交流過程中，達到團體成員彼此之間對性知識、性態度以及與性伴侶之間關係的重新審思及重建，透過團體動力策動婦癌婦女個人對自己性權益之覺醒與個人性迷思之修正。例如子宮頸癌個案 SC，在第一次焦點團體中認為子宮頸癌與性行為的不檢點有關(10-05-17~19, 10-05-21)，得子宮頸癌跟先生或前男朋友有關(10-05-33~34, 10-05-36)，並在第二次焦點團體提出癌症會透過性接觸傳染(20-06-02, 20-06-05)。但在其他團員的說服策動下，於第三次焦點團體時，已不認為癌症會透過性接觸傳染。

進一步進行交叉檢視焦點團體訪談與個別訪談分析結果發現，於支持性的焦點團體環境中，就主題以合作探索的方式讓婦癌婦女進行集體性討論，要比起單獨居接受個別訪談時的經驗回溯，要能透過團體動力修正不當性迷思、形成有利於婦癌婦女之性健康衛教策略之擬定。此乃因為，在團體動力之下產生對話，藉著彼此經驗分享及對話過程，運用意識覺醒策略，重新使其省思婦癌治療後性生活調適歷程與性健康需求，反思不利其性健康之醫療照護環境，讓婦癌婦女覺察、認識、接納自己的身體、性自我、性關係的變化以及性權益，透過團體動力修正不當性迷思，且團員彼此藉由焦點團隊互動溝通所形成凝聚力與情感向心力，利於婦女提出性健康權益與性健康衛教需求，運用意識覺醒策略，重新使其省思婦癌治療後性生活調適歷程與性健康需求，反思不利其性健康之醫療照護環境，分析結果，由婦癌婦女透過焦點團體訪談，提出建議形成共識，提出以下婦癌婦女及其伴侶應該接受之婦癌性生活衛教項目重點(見表 2)。此為教項目重點，亦將列入婦癌性健康衛教需內涵之擬定參考。

表 2. 婦癌性生活衛教項目重點

1. 癌症是否會透過性交傳染?
2. 罹患癌症後,是否可以有性生活?
3. 罹患婦科癌症之後,是否應該繼續保有性生活?
4. 癌症治療之後,對性與生殖器官(子宮、卵巢或陰道)的影響與變化?
5. 如何與太太性溝通(該與妻子談甚麼?怎麼談?)
6. 罹患婦科癌症後,如何繼續維持性關係?
7. 當無法性交時,如何繼續保有親密關係?
8. 如何減少性交不適(例如陰道乾燥、性交疼痛)?

透過研究發現，婦癌病友從焦點團體互動轉成支持團體帶給團員良好的調適能力成長動力，而本研究進行收案醫院場所，雖是國內最大婦癌研究中心，但並無

婦癌病友團，因此，主持人鼓吹成立「婦癌成長團體團(命名:百合花成長團體)」，並帶動醫院社工部門及婦癌科重視婦癌病友健康權益，因此，於 2015 年 11 月成立婦癌成長團體推動小組，由主持人及研究團隊、醫院婦癌部及社工部與研究團隊協同辦理百合花成長團體活動，主持人負責活動設計與帶領人，目前團體人數已超過 15 人，每月一次固定聚會，參加人次已超過 100 人次，由研究主持人逐一完成焦點團體治療的目標。

二、個別會談法探討婦癌醫護人員性健康衛教情形

為了解當前醫療院所婦癌性生活衛教執行狀況，與婦癌醫護人員在性健康照護中性別盲內容為何，以質性研究針對婦癌科臨床醫護人員進行性健康衛教情形進行深度訪談。於台灣北部一家醫學中心從事與婦癌婦女照護或衛教指導有關之臨床醫護人員為研究對象，共取樣 14 位，包括婦癌科醫師 5 位、專科護理師 3 位、護理長 1 位、副護理長 2 位、婦癌科護理師 3 位。研究發現，婦癌醫療專業人員在性健康照護與指導中，面臨的困難包含人力的困境、衛教資源的欠缺與性健康素養準備度的不足(見表 3)。此外，婦癌醫護人員在性健康照護中，欠缺性別敏感度，分析其常見性別盲內容如表 4。研究發現，醫護人員對於婦癌病患是否從事性生活或應如何指導其性健康內容感到不確定，亦對於「癌症末期」、「年齡較長」、「喪偶」、「停經」、「未婚」或「單身」沒有伴侶的婦癌婦女不主動提供性健康指導，而婦癌婦女，並未被主動告知放射治療後可能有陰道攣縮的問題，顯見婦癌婦女性健康權益因醫療環境的性別盲而遭受到剝削，狹隘與偏見的性學觀點嚴重影響了婦癌個案及其伴侶的性健康權益。

表 3. 婦癌醫護人員在性健康照護與指導的阻礙與建議

	性健康指導執行之阻礙	建議
1.人力的困境	1) 工作業務過於繁重	改善護理人力
	2) 欠缺時間提供病人性健康指導	由專職人員提供病人性健康指導
2.衛教資源的欠缺	1) 缺乏合適的相關衛教教具及教材	製作之衛教內容、提供光碟或錄影帶或是利用相關輔助工具
	2)缺乏進行性健康指導的隱私空間	醫療環境須設置諮商空間，設施需注意溫暖、柔和，並減少周遭環境的刺激與干擾。
	3)缺乏資源的可利用性及資訊管道。	可利用教具、圖片加強衛教，以彌補溝通上的困難，縮短認知上的差距及提供性諮詢的窗口

	4) 缺乏專家聯繫與轉介管道	參加性健康座談會或支持團體以提昇訊息的新知與經驗分享
3.性健康素養準備度的不足	1) 醫護人員性衛教知識準備度不足	定期舉辦性教育專業訓練課程
	2) 不知如何開口談性	提供護病性溝通訓練課程
	3) 欠缺有關性健康範疇與內容的專業技能	實際與病人討論性問題、以及實際參與性問題照護
	4) 缺乏少數性傾向者之性健康指導經驗	透過性教育與性別教育專家介入專業課程訓練
	5) 人員素質不一、衛教內容缺乏一致性	安排接受婦癌性教育專業課程訓練

表 4. 醫護人員在婦癌性健康照護之常見性別盲內容

<ol style="list-style-type: none"> 1. 男性醫護人員不宜與女性患者討論性問題 2. 罹患婦癌的婦女，大多是無性需求的人。 3. 「性健康指導」並非醫療照護重要項目，當個案不主動提出，醫護人員無須提供性健康衛教。 4. 性健康指導對象，只提供給婦癌婦女，未包含其伴侶。 5. 對於以下性別屬性者，預期他們沒有性需求，而不主動提供性健康指導：「癌症末期」、「年齡較長」、「喪偶」、「停經」、「未婚」或「單身」沒有伴侶的婦癌婦女。 6. 對於以下性別屬性者，預期他們不需要性健康促進策略，而不主動提供相關指導：「社經地位較低者」、「癌症末期」、「年齡較長」或「沒有伴侶」的婦癌婦女。 7. 提供健康指導內容與方式，以異性戀之陰道性交框架進行指導，忽略或欠缺非異性戀(少數性傾向)之性健康指導內容。 8. 對於接受放射線治療中「年齡較長」、「喪偶」、「停經」、「未婚」或沒有伴侶的婦女，未提供她們陰道壓克力棒使用，以防陰道沾黏。
--

第二階段：婦癌性健康性別統計與衛教教材文本分析

第一部分：婦癌性健康性別統計與分析

為能瞭解婦癌性健康之表達性需求，並提出對於性別差異回應的衛教目標與策略，以次級資料分析法，針對主持人於 2011 年～2013 年進行婦癌性健康衛教需求評估量性研究資料(李等, 2013)進行性別統計，針對該研究資料進行性別統計。探討(一)婦癌婦女性知識和性態度分數之高低是否受到社會性別差異之影響；(二)婦癌婦女

曾接受性健康衛教之婦癌婦女其性知識未出現應有效應，是否受到社會性別差異影響；(三)婦癌婦女治療後性知識與性態度之相關性是否受到社會性別差異影響。

研究結果顯示，婦癌婦女性知識和性態度分數之高低的確受到社會性別差異影響。將性態度總分及性知識總分前 50%作為高低分切點，分為性態度低分組、與性態度高分組、性知識低分組、與性知識高分組。居於性知識低分組之婦女具備「年齡大於 60 歲」、「教育程度高中職」、「無職業」、「情感狀態非常不滿意」及「無性生活衛教經驗」之屬性；居於性態度低分組之婦女則具備「年齡大於 60 歲」、「教育程度國小以下」、「無職業」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」及「無性生活衛教經驗」。而落於性知識與性態度皆低分的族群，則是具備「年齡大於 60 歲」、「收入來源為子女或社福」及「無性生活衛教經驗」之屬性(見表 5)。

依照理論，性知識與性態度應呈現正相關，而根據研究結果分析，婦癌婦女其治療後的性知識與性態度也的確呈現正相關(見表 6)，為進一步檢視性知識與性態度之相關性是否受到社會性別差異影響，逐一檢視變項之次族群，其在雙性知識與性態度之相關分析，結果發現，具備「年齡在 21-39 歲」、「專科以上」、「信仰基督天主教」、「清寒」、「治療中或治療結束超過三年以上者」、「未婚」、「情感狀態非常不滿意」、「做愛次數每個月 ≥ 4 次」與「曾接受性生活衛教」特質者，其性知識與性態度不具顯著相關性。針對 21-39 歲婦癌婦女性知識與性態度呈現不相關，分析其原因，可能與此年齡層婦女其性與生殖發展任務為主有關，21-39 歲癌症存活性者，是開始發展親密關係與步入婚姻狀態的階段，也是性慾望最高的時期(Kirchhoff et al., 2012)，然而婦癌治療影響婦女性與生殖健康巨大，多數婦癌婦女表示癌症治療後對性健康造成極大的影響，自覺已失去女人味，身體形象改變，容易產生負面的性態度(Rasmusson, 2007; Hill, 2011)，因此，即使具備性知識，也較難發展出正向性態度去因應或適應婦癌帶來性生活之壓力。針對「治療中」婦癌婦女性知識與性態度呈現不相關，分析其原因，治療中階段，其所關心的是癌症預後與存活問題，而不是性議題，且在治療過程中面臨手術產生副作用如陰道變短、陰道乾燥，性交疼痛、性功能障礙，對性活動充滿害怕恐懼，性態度呈現負向 (Juraskova et al., 2003)，心情較為沮喪，整體生活品質下降(Klee et al., 2000)，因此，即使具備性知識，但較難發展出正向性態度去因應或適應此治療中階段，故可理解何以治療中之婦癌婦女其性知識與性態度不成正比。

本研究婦癌婦女曾受性健康衛教者有 50 位(佔 23.8%)，「未接受性健康衛教」者為 160 位(佔 76.2%)，顯示樣本中，婦癌婦女有七成以上(76.2%)未曾接受性健康衛教。進一步分析曾接受性健康衛教之婦癌婦女其性知識與性態度未出現應有效應，是否受到社會性別差異影響。結果發現，具備「年齡在 21-39 歲或大於 60

歲」、「無信仰或信仰基督天主教」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「清寒」、「癌症第三期與以上」、「治療中或治療結束超過三年以上者」與「做愛次數每個月 ≥ 4 次」特質者，不論是否接受性健康衛教，對於其性知識未產生應有提升之效果；而具備「年齡在 21-39 歲」、「教育程度國小以下或高中職」、「無信仰或信仰基督天主教、道教及一貫道」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「癌症第三期與以上」、「手術加放療及化療加放療」、「治療中或治療結束超過三年以上者」與「做愛次數每個月 ≥ 4 次」特質者，不論是否接受性健康衛教，對於其性態度未產生應有提升之效果(見表 7)。

結果分析，具備「年齡在 21-39 歲或大於 60 歲」、「無信仰或信仰基督天主教」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「清寒」、「癌症第三期與以上」、「治療中或治療結束超過三年以上者」與「做愛次數每個月 ≥ 4 次」特質者，不論是否接受性健康衛教，對於其性知識與性態度未產生應有提升之效果。分析其原因，由於臨床所提供衛生教材設計都針對婦癌的眾數而設計，也就中年(40-59 歲)、有偶、中等教育程度是婦癌人口大宗，往往無法針對較年輕、無伴侶、教育程度較低的婦女來設計(胡, 2006)，因此，教育程度較低的婦女，往往較無法理解醫護人員所提供之衛教，而年輕(21-39 歲)族群的教育需求，尚未被評估與了解，故可理解國小以下或年輕之婦癌婦女，不論是否曾接受性健康衛教，也未必能影響其性知識或性態度，原因可能在於所提供的性健康指導內容與方式，未能關注與符合其學習特質與需要。針對癌症第三期及以上者，屬於晚期病患，病情嚴重度會影響存活率，關注焦點多數為病情與預後，而非性議題，因此，是否接受性健康衛教，對於其性知識護性態度較無法產生影響。針對無伴侶之婦女(包含離婚、喪偶與分居者)，因可能沒有性伴侶，因此即使提供他們性健康衛教，對他們而言，學習性健康議題之動機不高，加上離婚、喪偶或無伴侶者，其所關注之議題，多與臨床所提供的一般性健康衛教重點不相稱，有偶者其所關注之性健康焦點，多為婦癌及其治療帶來性生活型態改變與性滿意度下滑 (Hawkins, 2009)，與伴侶或婚姻關係之威脅 (McCorkle, Tang, Greenwald, Holcombe, & Lavery, 2006)，因此可以理解這些沒有伴侶者，其所關注的焦點不同，是否曾有接受性健康衛教，未必能影響其性知識或性態度。

綜合以上結果分析得知，具備「年齡大於 60 歲」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「清寒」、「癌症第三期與以上」特質者，為婦癌性健康之弱勢族群，是一群容易被醫護人員忽略其性健康需求的族群，或需要醫護人員提供特別的性康評估與衛教的族

群，其所需要的性健康內容與指導教材或方式，與一般婦癌婦女應該有所不同，需要醫護人員給予格外的關注，而醫護人員也應破除常見之性別盲，包括對於「年齡較大」、「無伴侶」與「癌症晚期」之婦癌婦女，預期他們沒有性需求而未提供性健康指導的性別盲。

表 5. 婦癌婦女性知識與性態度高低分組群與社會性別分佈之差異分析 (N=210)

Variable	High scores of SK		High scores of SK		Low scores of SK		Low scores of SK		χ^2	P
	High scores of SA		Low scores of SA		High scores of SA		Low scores of SA			
	(n=62)		(n=3)		(n=117)		(n=28)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Age									27.808	.000***
21-39 years old	13	21.0	0	0.0	21	17.9	0	0.0		
40-59 years old	46	74.2	3	100.0	81	69.2	16	57.1		
≥60 years old	3	31.5	0	0.0	15	12.8	12	42.9		
Education level									23.563	.005**
Illiterate / elementary school	13	21.0	1	33.3	27	23.1	14	50.0		
Junior school	10	16.1	0	0.0	22	18.8	3	10.7		
High school	14	22.6	1	33.3	40	34.2	11	39.3		
College / University / Institute	25	40.3	1	33.3	28	23.9	0	0.0		
Religion									11.714	.230
No	14	22.6	0	0.0	27	23.1	6	21.4		
Buddhism	26	41.9	2	66.7	55	47.0	11	39.3		
Taoist / Yiguandao	11	17.7	1	33.3	9	7.7	1	3.6		
Christian / Catholic	11	17.7	0	0.0	26	22.2	10	35.7		
Occupational grade									19.862	.003**
No	22	35.5	1	33.3	60	51.3	23	82.1		
Grade 1 (professional grade) / Grade 2 (middle class grade) / Grade 3 (technical grade)	24	38.7	2	66.7	30	25.6	3	10.7		
Grade 4 (semi-skilled grade) / Grade 5 (non-technical grade)	16	25.8	0	0.0	27	23.1	2	7.1		
Marriage status									6.515	.368
Unmarried	4	6.5	0	0.0	9	7.7	0	0.0		
Married	55	88.7	3	100.0	92	78.6	24	85.7		
Divorce/ Separated/ Widowed	3	4.8	0	0.0	16	13.7	4	14.3		
Regular partner									1.921	.589
No	0	0.0	0	0.0	2	1.7	1	3.6		
Yes	62	100.0	3	100.0	115	98.3	27	96.4		
Satisfaction of couple's relation									21.784	.001**
Very satisfied / satisfied	43	69.4	2	66.7	53	45.3	6	21.4		
Ordinary	17	27.4	1	33.3	51	43.6	16	57.1		
Dissatisfied / very dissatisfied	2	3.2	0	0.0	13	11.1	6	21.4		
Main source of income									24.954	.000***
Self	36	58.1	2	66.7	60	51.3	3	10.7		
Partner	18	29.0	1	33.3	39	33.3	12	42.9		
Child/ Social welfare	8	12.9	0	0.0	18	15.4	13	46.4		
Economic status									1.466	.690
Poverty	3	4.8	0	0.0	11	9.4	2	7.1		
Well/ Wealthy	59	95.2	3	100.0	106	90.6	26	92.9		
Previous sex health education									22.192	.000***

No	35	56.5	3	100.0	95	81.2	27	96.4		
Yes	27	43.5	0	0.0	22	18.8	1	3.6		
Frequency of sexual activity during past six months									8.325	.215
<1 time/month	27	46.6	1	50.0	62	58.5	16	80.0		
2-3 times/month	26	44.8	1	50.0	33	31.1	3	15.0		
>4 times/month	5	8.6	0	0.0	11	10.4	1	5.0		
Type of diagnosis									2.331	.887
Ovarian cancer	29	46.8	2	66.7	58	49.6	8	28.6		
Cervical cancer	20	32.3	1	33.3	34	29.1	14	50.0		
Endometrial cancer	13	21.0	0	0.0	25	21.4	6	21.4		
Stage of cancer									7.271	.296
Stage 1	34	54.8	1	33.3	71	60.7	21	75.0		
Stage 2	18	29.0	2	66.7	27	23.1	3	10.7		
Stage 3	10	16.1	0	0.0	19	16.2	4	14.3		
Treatment type									11.846	.222
Surgery	24	38.7	1	33.3	57	48.7	11	39.3		
Surgery + Chemotherapy	16	25.8	0	0.0	21	17.9	7	25.0		
Surgery + Radiotherapy	9	14.5	0	0.0	5	4.3	2	7.1		
Chemotherapy + Radiotherapy	13	21.0	2	66.7	34	29.1	8	28.6		
Month of complete treatment till now									28.760	.017*
On treatment	3	4.8	2	66.7	15	12.8	4	14.3		
Complete treatment 1~11M	13	21.0	1	33.3	32	27.4	12	42.9		
Complete treatment 12~23M	20	32.3	0	0.0	38	32.5	4	14.3		
Complete treatment 24~35M	13	21.0	0	0.0	21	17.9	8	28.6		
Complete treatment 36~47M	6	9.7	0	0.0	6	5.1	0	0.0		
Complete treatment 48~59M	7	11.3	0	0.0	5	4.3	0	0.0		

註：* $p < 0.05$ ，** $p < 0.01$ ，*** $p < 0.001$

表 6. 三種癌症婦女「性知識」和「性態度」之相關性分析 (N=210)

Variable	Cervical cancer		Endometrial cancer		Ovarian cancer		Scores	
	Sexual knowledge (SK)	Sexual attitudes (SA)						
Sexual knowledge (SK)	1.000	.444***	1.000	.386**	1.000	.600***	1.000	.459***

註：* $p < 0.05$ ，** $p < 0.01$ ，*** $p < 0.001$

表 7. 曾否接受性健康衛教婦癌婦女在性知識與性態得分與人口學基本屬性之差異分析 (N=210)

變項	性知識					性態度				
	曾接受衛教 (n=160)		未曾接受衛教 (n=50)		P	曾接受衛教 (n=160)		未曾接受衛教 (n=50)		P
n	M±SD	n	M±SD	n		M±SD	n	M±SD		
年齡										
21-39 歲	21	12.48±4.34	13	15.00±4.53	.115	21	93.43±8.19	13	97.69±11.27	.211
40-59 歲	113	11.19±4.87	33	16.15±4.20	.000***	113	83.26±9.04	33	90.58±8.31	.000***

≥60 歲	26	7.96±4.99	4	10.75±2.22	.286	26	77.12±8.73	4	87.75± 5.91	.027*
教育程度										
國小以下	46	9.63±5.07	9	13.89±4.54	.023*	46	79.24± 8.27	9	88.22± 5.63	.003
國中	25	8.92±4.17	10	17.00±4.24	.000***	25	81.28± 7.00	10	92.10± 4.91	.000***
高中職	52	11.10±4.63	14	14.07±4.95	.039*	52	83.69±10.09	14	87.43± 8.45	.209
專科以上	37	13.24±4.99	17	16.41±3.52	.022*	37	90.43± 9.64	17	98.29±10.91	.010*
宗教信仰										
無信仰	35	10.91±5.01	12	13.33±3.96	.137	35	85.23±10.79	12	92.83± 7.48	.029
佛教	67	10.21±5.11	27	15.48±4.44	.000***	67	83.30± 9.16	27	92.00± 9.39	.000***
基督天主教	17	13.41±5.08	5	18.00±3.39	.074	17	85.82±10.01	5	94.20±13.92	.147
道教、一貫道	41	10.71±4.51	6	17.17±4.40	.002**	41	81.76±10.13	6	90.17±11.50	.068
職業										
無	90	10.03±4.71	16	14.06±4.78	.002**	90	81.12± 9.75	16	87.75± 6.87	.011*
第一二三級	39	12.69±5.22	20	16.25±3.81	.009**	39	86.95± 8.42	20	93.15±10.47	.017*
第四五級	31	10.81±4.96	14	15.79±4.54	.003**	31	86.55±10.20	14	95.93± 9.09	.005**
婚姻狀況										
未婚	11	12.36±5.68	2	16.50±4.95	.359	11	90.82± 7.32	2	114.50±13.44	.003**
已婚	130	10.85±5.02	44	15.59±4.43	.000***	130	82.75± 9.07	44	91.59± 8.34	.000***
離婚、分居、 喪偶	19	9.84±4.27	4	13.00±3.56	.184	19	85.16±14.28	4	87.75± 6.75	.730
固定伴侶										
無	2	7.00±1.41	1	10.00±0.00	.333	2	76.00±8.49	1	95.00±0.00	.319
有	158	10.88±4.99	49	15.53±4.34	.000***	158	83.69±9.89	49	92.14±9.56	.000***
情感狀態										
(非常)滿意	69	12.32±4.80	35	15.94±4.35	.000***	69	87.93±10.91	35	94.09± 9.48	.005**
普通	72	10.13±4.82	13	14.54±4.45	.003**	72	80.60± 7.64	13	88.62± 7.30	.001**
(非常)不滿 意	19	8.11±4.69	2	12.00±2.83	.270	19	79.21± 7.41	2	82.50±14.85	.586
收入來源										
本人	72	11.53±5.05	29	16.14±4.05	.000***	72	86.25± 8.75	29	94.24±10.71	.000***
配偶	55	10.42±4.58	15	15.40±4.85	.000***	55	82.36± 9.85	15	90.73± 6.67	.003**
其他 (子女+社福)	33	10.00±5.40	6	12.00±3.41	.390	33	79.85±10.90	6	86.00± 5.97	.190
經濟狀況										
清寒	14	10.00±5.45	2	13.00±0.00	.462	14	81.21± 6.82	2	103.00±29.70	.014*
小康+富裕	146	10.91±4.95	48	15.52±4.42	.000***	146	83.82±10.12	48	91.75± 8.34	.000***
做愛次數										
每個月≤1 次	85	9.76±5.10	21	15.29±4.80	.000***	85	81.28± 7.57	21	89.48± 6.73	.000***
每個月 2-3 次	41	12.85±4.61	22	16.09±3.96	.007**	41	90.41±11.51	22	92.64± 8.46	.429
每個月≥4 次	10	11.50±4.97	7	13.71±4.31	.356	10	90.00± 8.86	7	99.00±15.83	.153
診斷分類										
子宮頸癌	75	10.48±4.95	28	15.43±4.56	.000***	75	82.77±10.58	28	89.93± 6.61	.001**
子宮內膜癌	52	11.88±4.50	9	16.11±5.01	.013*	52	84.21± 9.14	9	90.44± 7.57	.058
卵巢癌	33	9.97±5.62	13	14.92±3.69	.005**	33	84.48± 9.52	13	98.31±13.23	.000***
疾病分期										
第一期	97	10.66±4.50	30	14.73±4.00	.000***	97	84.40±11.06	30	94.10± 9.26	.000***
第二期	36	10.81±5.90	14	16.86±4.11	.001**	36	81.47± 7.00	14	90.71±10.16	.001**
第三期	27	11.48±5.41	6	15.50±6.41	.121	27	83.52± 8.43	6	86.17± 6.49	.477

治療方式										
手術	69	10.94±4.33	24	14.67±4.29	.000***	69	86.38±11.05	24	94.04± 8.73	.003**
手術加化療	34	10.09±5.44	10	16.20±3.12	.002**	34	81.85± 7.37	10	95.40±11.97	.000***
手術加放療	11	13.73±7.21	5	17.00±3.16	.354	11	82.55±11.19	5	92.20± 3.63	.085
化療加放療	46	10.52±4.85	11	15.64±5.90	.004**	46	80.96± 8.45	11	85.27± 7.68	.128
治療年數										
治療中及<1 年	76	10.22±4.91	6	14.17±2.48	.009**	76	81.42±9.25	6	94.17± 6.34	.001**
≥1 年~<2 年	45	11.33±4.78	17	14.82±5.14	.015*	45	85.40± 9.99	17	88.94± 6.43	.180
≥2 年~<3 年	29	10.31±5.39	13	15.85±3.98	.002**	29	83.03± 9.65	13	94.54±14.14	.004**
≥3 年~<4 年	4	13.75±2.50	8	15.75±4.56	.439	4	87.25± 3.78	8	96.13± 7.57	.055
≥4 年~<5 年	6	15.33±4.32	6	17.00±4.69	.536	6	97.83± 7.71	6	89.17± 7.49	.077

* $p<0.05$ ，** $p<0.01$ ，*** $p<0.001$

第二部分：文本分析國內外婦癌性健康教材與臨床指引

研究收集與分析當前國內外性婦癌健康衛教教材與臨床指引，以文本分析當前國內外婦癌性健康教材與臨床指引 (international clinical practice guidelines)，並以性別分析檢視上述資料之性別觀點，檢視相關衛教訊息、指引策略是否具有性別敏感度與生命週期之概念，以進一步提出具性別敏感度的衛教策略、訊息與臨床指引，藉以提出婦癌女性健康規範性需求內容。

首先，進行國內外婦癌性健康網路資訊之搜尋，以關鍵字「女性癌症(women or female cancer)」及「性健康(sexual health)」進行 Google 網頁查詢，由於國內欠缺相關網站，因此，針對英語系國家「America」、「Canada」、「England」與現今女性健康發展較為完整的國家「European」、「Sweden」之相關網頁進行搜尋，共收集到的網頁共有 7 筆。從表 8「國外婦癌女性健康網頁整合與分析」可以發現，美國的癌症中心「American cancer society」、英國的「Cancer Research UK」以及加拿大的「Canadian Cancer Society」具有完整且豐富的資訊，若從病人端尋找資訊，可以從網站中明確的分類指引找到需要的癌症類別名稱、癌症的各種治療方式及治療常見的副作用；而從專業人員巨觀的方向來分析，在三大網頁的系統組織皆能尋找到相關的婦癌婦女相關的性健康資訊，並分類於「常見副作用」或「支持照護」具體呈現，為了能夠更加詳盡的了解女性癌症衛教的呈現方式，我們進階的分析網頁的架構與特性，並藉由表格與心智圖的方式完整呈現。

針對「婦癌性健康衛教教材與臨床指引」，分別進行國內與國外查詢。藉由網路收尋國外醫院、癌症中心、非營利組織或對於婦癌婦女相關的支持團體等，其發展的有關性健康教材，若其性健康衛教資訊發展完整，我們便能夠在網路上瀏覽相關內容，搜尋果與分析以表 8 呈現。國內現有的性衛教資訊數量極少，臨床性衛教也無正式的準則與方法，目前國內發展較完整的網頁為「癌症希望基金會」，對於婦女癌症有完整的說明，而針對性衛教資訊則翻譯了「女人癌後性福」之衛教手冊，

內容包含女性經歷癌症後在性生活、治療引起的性健康問題、性與癌症的迷思等。但該網站與手冊，並非針對婦科癌症設計，以完整的手冊概念構圖與「女人癌後性福」互相比較，可以發現資訊尚有許多不足的地方，包括醫護人員與部分婦癌婦女的性迷思，性自主、性溝通與性表達。

表 8：國外提供婦癌婦女性健康衛教訊息分析

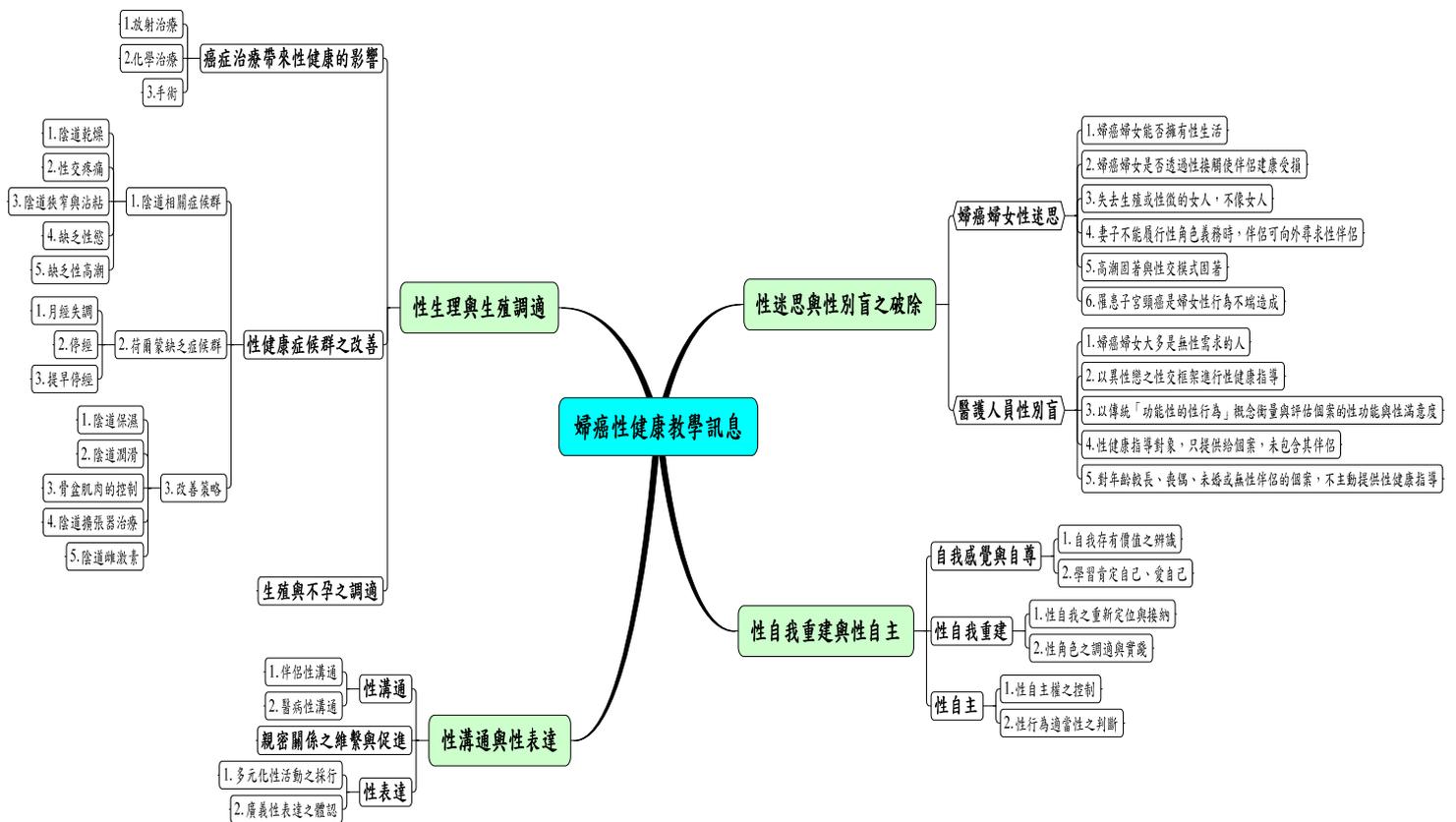
網站名稱	婦女癌症資訊	治療引起的性健康問題	性健康改善策略	社會與親密關係	性自我心像改變與重建
Mayo Clinic	○	X	X	X	X
American cancer society	○	○	○	○	○
LIVE STRONG	X	○	○	○	○
Cancer Research UK	○	○	○	○	○
Family Planning Association	X	X	X	X	X
Canadian Cancer Society	○	○	○	○	○
Swedish	○	○	X	X	X

【第二年】

第二年研究旨在建構「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「性別敏感度之婦癌婦女性健康教材」與「性別敏感度之婦癌性健康個別衛教模式」。根據研究目標，本年度研究延續第一年衛教需求評估研究，進一步整合國內外文獻，及第一年婦癌性健康需求評估結果，擬定適合國內婦癌婦女性健康衛教內容與策略，包含衛教目標、教學訊息綱要與衛教介入方式與策略，進行教學單元、衛教介入策略之擬定，並根據教學單元，擬定實證依據之婦癌性健康衛教訊息內容。運用健康傳播理論 McGuire 的 Input/ Output Matrix 的設計媒體訊息策略(McGuire, 1989) 編制「婦癌性健康教材」，參考「互動式性健康衛教模式(Scheme for Interactive Postpartum Sexual Health Education Program; ISHEP)」(Lee & Tsai, 2011)，為臨床個別衛教模式設計基模，擬定「婦癌性健康個別衛教模式」。

一、擬定性健康衛教內容與策略

彙總質量性衛教需求評估結果，擬訂「婦癌婦女性健康教學訊息要素」(圖一)，並制訂需求內涵、教學策略等，提出具性別敏感度之婦癌性健康衛教方案(見表 9)，包括四大綱(性迷思與性別盲之破除、性自我重建與性自主、性生理與生殖調適、性溝通與性表達)與 11 項訊息要點(見表 9: 表 A)。



圖一、婦癌婦女性健康教學訊息要素

表 9. 融入性別敏感度「婦癌性健康衛教方案」

本方案係根據衛教需求評估研究結果，整合國內外相關衛教訊息、指引與文獻與臨床指引加以比較分析，擬定具性別敏感度之婦癌性健康衛教內容與策略，包含教學目標、教學訊息綱要、與介入教學策略與活動設計。

一、 教學目標：

- 提升婦女在產後性健康促進之知識、破除性迷思
- 促進婦癌婦女性自主
- 促進婦女多元性表達與性溝通
 1. 多元性表達: 性表達活動之多元性
 2. 促進與伴侶之性溝通以及與醫護人員之性溝通
- 減輕或消除因癌症治療帶來的性健康問題

二、 婦癌性健康教學訊息綱要：

依照前述教學目標與「婦癌婦女性健康衛教訊息內容需求」制訂本方案教學訊息，包括四大綱與 11 項訊息要點，茲列出如下表：

表 A 婦癌性健康教學訊息四大綱與 11 項要點

一、性迷思與性別 盲之破除	二、性自我重建與 性自主	三、性生理與生殖調 適	四、性溝通與 性表達
1.婦癌婦女部分	3.自我感覺與自尊	6.癌症治療帶來性健	9. 性溝通
2.醫護人員部分	4.性自我重建	康的影響	10.親密關係之
	5.性自主	7.性健康症候群之改	維繫與促進
		善	11.性表達
		8.生殖與不孕之調適	

三、介入之教學策略與教學活動設計

根據教學目標、訊息綱要，以及本研究架構與介入成效變項，參考國內外婦癌衛教相關文獻、婦癌臨床實務指引，與婦癌婦女性生活衛教需求評估結果，擬訂理想教學策略與教學活動，擬定如下：

(一) 教材方面：擬定合適之教學媒體為「平面自學教材: 婦癌性健康手冊」為最合適之教學媒體。

(二) 執行衛教人員：由具備婦癌護理實務背景之護理人員擔任，其合適條件為具婦癌護理實務經驗三年以上，取得護理師執照之婦癌科護理人員，包括專科護理師、個管師，再接受「具性別敏感度性溝通」教育訓練課程。

(三) 衛教方式：適合於三個時間點進行：

根據 TCOG 婦癌研究委員會(2011)臨床指引早期子宮頸癌(一、二期)是以手術為主，晚期(三、四期)以放射治療為主，化學治療為輔。因此，衛教方式之擬定，除了參考國內外相關文獻

之外，亦參考 TCOG(2011)臨床指引，擬定衛教介入時間及方式。

1. 在手術前: 以團體衛教方式，進行術前衛教指導，內容包含手術治療對婦女性與生殖健康影響，並提供個案「婦癌性健康手冊」，搭配 3-5 分鐘簡介進行。

2. 住院期間 (在 1.手術後第五天-7 天或 2.住院檢查時 3.接受化學療法): 以個別衛教方式，由婦癌病房護理人員應用「婦癌性健康手冊」學前評估，評估個案性衛教需求，針對其需求主動提供 5-10 分鐘手術治療後性生活注意事項說明與 Q&A。

3. 射線治療階段: 放射線治療首日以個別衛教方式，藉由常規性衛教時間，提供「婦癌性健康手冊」學前評估，評估個案性衛教需求，針對其需求提供 5-10 分鐘放射現治療後性生活注意事項說明與 Q&A。

4. 電話諮詢: 由個案師或婦癌科護理人員負責電話追蹤其相關問題及提供諮詢，至少需於術後一個月、放療結束後、診斷後半年與一年進行諮詢服務。

(四) 衛教對象: 包含婦癌婦女及其伴侶

(五) 個別衛教模式

進一步參考「互動式性健康衛教模式 (ISHEP)」基模 (Lee & Tsai, 2011)，擬定「性別敏感度之婦癌性健康個別衛教模式」。並基於婦女於婦癌治療後面對性生活期許有其個別差異性，因此個別衛教需根據其不同學習階段，而介入所需之教學策略，故在互動式個別衛教教學策略部分，以跨理論模式 (Prochaska & Diclomente, 1986) 之教學策略，針對不同階段之婦女進行衛教介入，主要活動包括「學習評估」、「激發學習動機」、「手冊導讀」、「互動式討論」與「示範教學」。

(六)融入性別敏感度之衛教指引

根據教學目標與性別敏感度之婦癌性健康衛教需內涵，擬定具性別敏感度的婦癌性健康照護要則，以提供婦癌醫護專業人員於提供性健康照護時之指引。

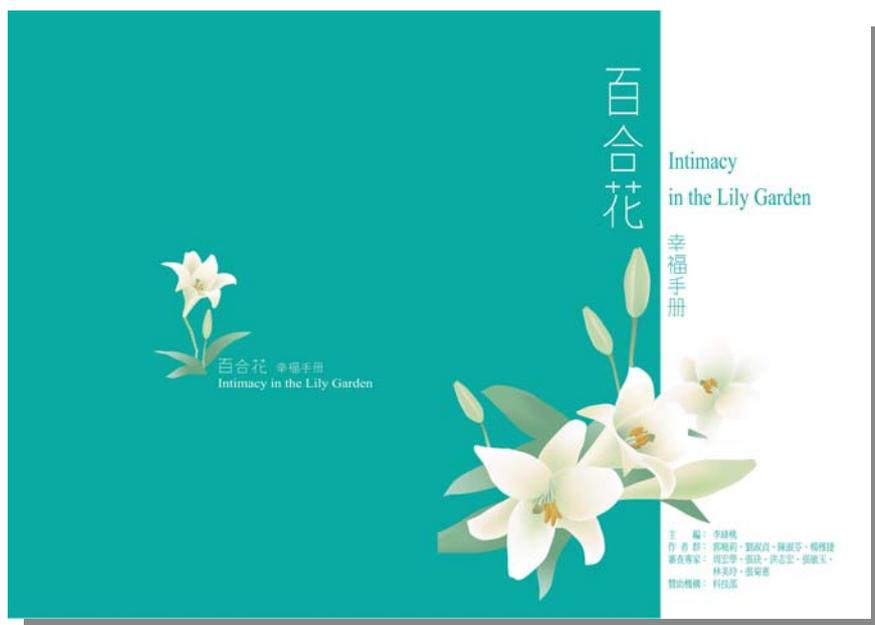
二、方案之設計與製作

婦癌性健康衛教方案初步擬定包含「婦癌性健康教材」與「婦癌性健康個別衛教模式」。

(一)婦癌性健康教材(百合花性福手冊)製作:

為能有助於婦癌婦女及其伴侶在癌症治療後的性健康與親密關係之調適，根據教學目標、策略與教學單元，以及需求評估之結果，編擬婦癌性健康教材「婦癌性健康手冊」之初稿。再進一步運用健康傳播理論 MaGuire(1989)的 Input/ Output Matrix 的設計媒體訊息策略及互動科技媒體策略，進行資料轉換，將教學訊息轉成文字與圖案之初稿，完成「婦癌性健康手冊初稿」。制訂手冊課程單元，共包含七個單元，依序是「認識我們的身體篇」、「癌症治療影響篇」、「照顧自己的性健康篇」、「性生活迷思篇」、「性不性由我篇」、「親密關係篇」與「給伴侶的一封信」。初稿之

擬定係根據實證文獻依據進行訊息內容撰寫，特別在「癌症治療影響篇」、「照顧自己的性健康篇」訊息部分，因牽涉執行技能對婦癌婦女性生理促進之有效性及說服力，故須嚴格比對實證文獻之根據與其可信度，再根據媒體訊息策略進行資料轉換。在設計媒體內容呈現方式時，根據需求評估結果中產婦在媒體「來源」、「訊息」、「管道」與「接收者」等變項中的觀點，運用設計媒體訊息策略，將手冊初稿進行資料轉換，設計出圖文並茂、適合婦癌婦女閱讀、提高閱讀興趣與訊息吸收效果的手冊。而為能使婦癌婦女能對採行性健康技能產生信心、降低焦慮與培養主動尋求諮詢或資源能力，則運用 Bandura 社會認知理論之自我效能教學策略。在提升其對產癌後性生活正向態度與價值上，則參考媒體訊息策略與自學教材內涵，以對話與情境故事方式使衛教教材本身與婦癌婦女實際生活經驗脈絡結合，以提高手冊互動層次，並與婦癌婦女形成共鳴。根據媒體內容呈現策略，將訊息需求內容轉成文字與圖案初稿後，將初步形成的手冊初稿與衛教方案，交由性教育、婦女健康、臨床醫護專家學者及婦癌病友組成之審查委員審核。此外，亦將初稿提供給三位婦癌病友閱讀，進行衛教手冊之表面效度檢定，以作為修正手冊之依據。經整合專家審查與表面效度之修正意見後，進行媒體修正及完稿。將完稿之手冊文件交由美術設計人員進行手冊版面與繪圖設計，三次校定後，印刷成為本手冊。在訊息型態上，為便於攜帶與反覆閱讀，手冊大小為 13×18 公分頁面，封面設計由一位婦癌病友參與設計，以百合花為 logo，寓意純潔、高雅、感恩、祝福、喜樂（見圖二）。



圖二、婦癌性健康教材(百合花性福手冊)

四、性別敏感度之婦癌性健康個別衛教模式:

為能提供醫護人員在臨床提供婦癌性健康衛教模式的參考，擬定「婦癌性健康個別衛教模式」。根據相關文獻得知，不同教育、社經背景與性健康態度，有不同性健康需求，考量個案不同年齡族群、教育程度等與學習背景，應用能針對不同階段特質，提供合適的個別衛教策略與內容，以滿足不同學習階段個案需求，故「婦癌性健康個別衛教模式」，擬參考具實證介入成效之「互動式性健康衛教模式(ISHEP)」(Lee & Tsai, 2011)為設計之基模，再根據需求評估結果加以修正，而成「婦癌性健康個別衛教模式」草案。

「互動式性健康衛教模式(ISHEP)」(Lee & Tsai, 2011) 是一運用跨理論模式(The Trantheoretical Model; TTM)針對不同學習階段之婦女進行個別衛教介入之性健康衛教模式，可增進教育介入在人際層面互動之層次、與滿足個別化與主動學習之需求。婦癌性健康個別衛教模式擬以 ISHEP 為基模，彙總衛教評估結果加以修正，並經預試研究與過程評量回饋建構而成。衛教者根據學前評估結果，判定個案所需介入策略，再依約定時間，提供個案所需之個別衛教內容，進行動機式晤談、認知修正、價值澄清與討論，並提供個案問題諮詢機會，揭示個案需要補強閱讀之手冊單元，理想衛教執行人員擬由受過研究團隊提供性別敏感度性健康衛教訓練之婦癌科護理師、專科護理師或個案管理師擔任，此設定乃為考量日後研究計畫方案推廣之可行性(外在效度)。

三、專家效度與表面效度測試及修訂

根據媒體內容呈現策略，將訊息需求內容轉成文字與圖案初稿後，將初步形成的婦癌性健康文件初稿與衛教方案，交由性教育、婦女健康、臨床醫護專家及婦癌病友組成之審查委員審核。此外，亦將手冊初稿提供給三位婦癌病友閱讀，進行衛教手冊之表面效度檢定，以作為修正手冊之依據。經整合專家審查與表面效度之修正意見後，進行媒體修正及完稿。將完稿之手冊文件交由美術設計人員進行手冊版面與繪圖設計，三次校定後，印刷成為本互動式手冊，完成方案擬定。

結論與建議

本二年期研究計畫，旨在研發符合國內婦癌婦女需求且具性別敏感度之性健康衛教方案，以改善婦癌婦女及因癌症及其治療所帶來之性健康問題與影響。研究採「多元方法(triangulation)」視角進行衛教需求評估，以「質性研究個別訪談法」與「焦點團體法」婦癌婦女之性健康的感覺性需求，再從「婦癌醫護人員」觀點探討性健康衛教情形及婦癌性健康規範性需求；並針對主持人 2011 年~2013 年進行婦癌性健康衛教需求評估量性研究（李等，2013）以次級資料分析進行性別統計，了解其表達性需求，擬定具性別敏感度之婦癌性健康衛教需內涵。第二年研究根據第一年性健康衛教需內涵，彙總國內外婦癌性健康教材與臨床指引，擬定「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康手冊」。

結果發現婦癌婦女性經驗本質包含「與治療帶來與性有關的變異與困擾」、「性行為適當性的重新認知與不安」與「性表達的維持與轉變」。其常見性迷思包括「性行為會威脅婦癌婦女健康」、「癌細胞會經由性活動而傳染給伴侶」、「性行為會帶給伴侶身體健康之負面影響」與「持續有性生活，會影響療效或使癌症復發」。而受制於醫療體系對女同志的標籤化，女同志因害怕自己性取向的表態所帶來被區隔與標籤化的窘境，較不願對醫護人員表示其性傾向，婦癌女同志性與親密內涵及性衛教需求宜再進一步深入探討。

經性別分析發現，具備「年齡在 21-39 歲或大於 60 歲」、「未婚或喪偶、離婚、分居」、「無伴侶者」、「情感狀態非常不滿意」、「收入來源為子女或社福」、「清寒」、「癌症第三期與以上」特質者，為婦癌性健康之弱勢族群，容易被醫護人員忽略其性健康需求，而醫護人員對於「年齡較大」、「無伴侶」與「癌症晚期」的婦癌婦女亦不主動提供性健康指導，多數婦癌婦女，並未被主動告知放射治療後可能有陰道攣縮的問題，顯見當前婦癌性生活衛教確實缺乏性別敏感度，而婦癌婦女性健康權益因醫療環境的性別盲而遭受到剝削。

彙總質量性衛教需求評估結果，本研究擬訂「婦癌婦女性健康教學訊息要素」訂需求內涵、教學策略，提出四大綱(性迷思與性別盲之破除、性自我重建與性自主、性生理與生殖調適、性溝通與性表達)與 11 項訊息要點。並完成具「融入性別敏感度之婦癌婦女性健康衛教方案」，包含「婦癌性健康衛教方式與策略」、「婦癌性健康個別衛教模式」與「婦癌性健康手冊(百合花幸福手冊)」。

參考文獻

- Akyüz, A., Güvenç, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners. *Journal of nursing scholarship*, 40(3), 241-247.
- Ashing-Giwa, K. T., Lim, J. W., & Tang, J. (2010). Surviving cervical cancer: Does health-related quality of life influence survival?. *Gynecologic oncology*, 118(1), 35-42.
- Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3712-3719.
- Bazeley, P., & Richards, L. (2000). *The NVivo qualitative project book*. Sage
- Bergmark, K., Åvall-Lundqvist, E., Dickman, P. W., Henningsohn, L., & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 340(18), 1383-1389
- Blomfield, P. (2007). Management of cervical cancer. *Australian family physician*, 36(3), 122-125.
- Bradshaw, J.R. (1972) 'The concept of social need', *New Society*, 496, 640-643.
- Buckworth, J., & Wallace, L. S. (2002). Application of the transtheoretical model to physically active adults. *Journal of sports medicine and physical fitness*, 42(3), 360-367.
- Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3712-3719.
- Çelik, H. (2009). *Gender sensitivity in health care practices: from awareness to action*. Datawyse| Universitaire Pers Maastricht.
- Celik, H., Lagro-Janssen, T. A., Widdershoven, G. G., & Abma, T. A. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 143-149.
- Celik, H. H., Klinge, I. I., Weijden, T. T., Widdershoven, G. G., & Lagro-Janssen, T. A.

- (2008). Gender sensitivity among general practitioners: Results of a training programme. *BMC medical education*, 8(1), 36.
- Cleary, V., & Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38-45.
- De Groot, J. M., Mah, K., Fyles, A., Winton, S., Greenwood, S., DePetrillo, A. D., & Devins, G. M. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(5), 918-925.
- Donovan, K. A., Taliaferro, L. A., Alvarez, E. M., Jacobsen, P. B., Roetzheim, R. G., & Wenham, R. M. (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates. *Gynecologic oncology*, 104(2), 428-434.
- Emilee, G., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407.
- Faithfull, S., & White, I. (2008). Delivering sensitive health care information: Challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 228-233.
- Frumovitz, M., Sun, C. C., Schover, L. R., Munsell, M. F., Jhingran, A., Wharton, J. T., et al. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7428-7436.
- Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42-57.
- Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluating Health Promotion: A Health Worker's Guide. Sydney: MacLennan and Petty, 1990.
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., & Fairley, C. K. (2008). What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact?. *The journal of sexual medicine*, 5(4), 777-787.
- Hetherington, S. E., & Soeken, K. L. (1990). Measuring changes in intimacy and sexuality: A self-administered scale. *Journal of Sex Education and Therapy*, 16, 155-163.
- Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Social science & medicine*, 64(8), 1704-1718.

- Hyde, A. (2007). The politics of heterosexuality—a missing discourse in cancer nursing literature on sexuality: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 315-325.
- Im, E. O., & Meleis, A. I. (2001). An International Imperative for Gender-Sensitive Theories in Women's Health. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), 309-314.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12(3), 267-279.
- Kritcharoen, S., Suwan, K., & Jirojwong, S. (2005). Perceptions of gender roles, gender power relationships, and sexuality in Thai women following diagnosis and treatment for cervical cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 682-688.
- Lee, J. T., & Yen, H. W. (2007). Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programme. *Journal of advanced nursing*, 60(4), 389-401.
- Lee, J. T., Tsai, J. L., Tsou, T. S., & Chen, M. C. (2011). Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: a randomized controlled trial. *Contraception*, 84(1), 48-56.
- Liavaag, A. H., Dørum, A., Bjørø, T., Oksefjell, H., Fosså, S. D., Tropé, C., & Dahl, A. A. (2008). A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecologic oncology*, 108(2), 348-354.
- McGuire, W.J.(1989).Theoretical foundation of campaigns. In Rice, & Atkin, (Ed)Public Communication campaigns(2nd ed). CA: Sage Publication.
- Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 69-77.
- Nieuwenhoven, L., & Klinge, I. (2010). Scientific excellence in applying sex-and gender-sensitive methods in biomedical and health research. *Journal of women's health*, 19(2), 313-321.
- Speer, S. A. (2013). Talking about sex in the Gender Identity Clinic: Implications for training and practice. *Health*.
- Sorosky, J.I. (2008). Endometrial cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 111(2), 436-447.
- Southard N, Keller J. (2009) The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clin J Oncol Nurs* ,13(2),213–7.
- Thigpen, T.(2004). First-line therapy for ovarian carcinoma : what's next? .*Cancer investigation*, 22(2), 21-28.
- United States Agency for International Development (USAID) (2009). a manual for

integrating gender into reproductive health and hiv programs from commitment to action. IGWG: USAID.

- Verdonk, P., Benschop, Y. W., De Haes, H. C., & Lagro-Janssen, T. L. (2008). Medical students' gender awareness. *Sex Roles*, 58(3-4), 222-234.
- Wilmoth, M. C., & Spinelli, A. (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 29(4), 413-421.
- White, I. D., Faithfull, S., & Allan, H. (2013). The re-construction of women's sexual lives after pelvic radiotherapy: a critique of social constructionist and biomedical perspectives on the study of female sexuality after cancer treatment. *Social Science & Medicine*. 76, 188-196.
- World Health Organization. (1998). Gender and health: technical report. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Gender and reproductive rights, glossary, sexual health*. Retrieved July 11, 2013, from <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>

中文文獻

- Stevi Jackson、傅大為、賴鈺麟、鄭安庭、陳美華(2005)。性別、性與異性戀情慾。婦研縱橫， 88-96。
- 行政院性別平等處(2011)·性別平等政策綱領。
- 吳秀貞(2007)·工具概念與實力設計性別影響評估·2008年1月20日取自 http://www.womenweb.org.tw/Uploads/{708FACC1-B533-4CCB-B27C-77FDFA689681}_性別影響評估960809.pdf。
- 李絳桃(2009) 婦癌婦女性經驗之初探: 質性研究。未發表手稿。
- 李絳桃、黃寬仁、郭筱音、陳靖華、林志榮、涂儷燕、劉怡伶與周宏學(2013)·婦癌婦女性生活衛教需求評估研究(未發表研究報告)。
- 胡藹若.(2006). 台灣婦女教育之探討-就兩性平權的觀點而言(1949~2005). 復興崗學報, (87),307-329.
- 胡幼慧編著(1996)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 唐維敏(1996)·大眾傳播研究方法：質化取向·台北：五南。
- 張珣(2008) 性別平等與社會發展：談婦女健康。研考雙月刊，第32卷，第4期，頁67-78。
- 張珣、張菊惠、張嘉玲、許碧珊、張彥寧：婦女健康指標之芻議。臺灣衛誌，2005；24(6)：494-503。

張珣、張菊惠、毛家舫：台灣鄉鎮地區中年婦女「性」的研究。婦女與兩性學刊 1997; 8:169-198。

張珣、張菊惠：婦女健康與醫療化：以更年期為例。婦女與兩性學刊 1998; 9。

張珣, & 陳芬苓. (2000). 台灣婦女健康政策的性別分析. 中華公共衛生雜誌, 19(5), 366-380.

張菊惠 (2014) . 婦女性健康評估。未發表手稿。

張菊惠、張珣 (2004) . 性別主流化觀點之婦女健康指標研究研究報告。國建局九十三年度科技研究發展。

張菊惠 (2005) . 性別主流化婦女健康指標研究。行政院衛生署國民健康局計畫。計畫編號：DOH93-HP-1201。

張晉芬 (2003) 台灣的性與社會學研究。載於王振寰主編台灣社會學(第七章)。台北：巨流

陳靖華、黃寬仁、萬國華、涂儷燕、李絳桃(2013) . 婦癌婦女性生活滿意度及其相關因子研究。護理雜誌, 60(2), 61-70。

游美惠(2000) . 內容分析、文本分析與論述分析在社會研究的運用。調查研究-方法與應用, (8), 5-42。

劉惠琴. (2002). 助人專業與性別實踐. 應用心理研究, (13), 45-72.

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形(請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊)

論文：已發表未發表之文稿 撰寫中 無

專利：已獲得申請中 無

技轉：已技轉洽談中

無

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以 500 字為限）。

研究所發展出融入性別敏感度觀點之婦癌婦女性健康衛教方案，是國內首次研發具性別敏感度之性健康衛教方案，將於後續研究做進一步成效之實證驗證，除了提出改善性健康有效建議與策略，改善本土婦癌婦女性健康問題，所發展的「婦癌性健康衛教模式與衛教教材」，可帶動醫療專業人員對婦女性健康與性別敏感度健康照護之重視，促成婦女性健康友善醫療環境。

透過研究發現，研究醫院雖是國內最大婦癌研究中心，但並無婦癌病友團，因此，主持人鼓吹成立「婦癌成長團體團(命名:百合花成長團體)」，並帶動醫院社工部門及婦癌科重視婦癌病友健康權益，因此，於 2015 年 11 月成立婦癌成長團體推動小組，由主持人及研究團隊、醫院婦癌部及社工部與研究團隊協同辦理百合花成長團體活動，主持人負責活動設計與帶領人，目前團體人數已超過 25 人，並成立網路社團群組，每 1~2 月固定聚會一次，已舉辦各項團體成長活動 12 次(見下圖)，參加人次已超過 200 人次，婦癌病友向心力強、透過團體培力，已有團員成為志工儲備幹部。

主題菜單： 醫療保健課程座談



我們成為一家人



學習如何為自己與病友發聲



癌症用藥的公平性: 同一種藥為什麼不是所有的癌都能補助?

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關_____

(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)

本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

說明：(以 150 字為限)

科技部補助專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：李絳桃		計畫編號：MOST 103-2511-S-182 -005 -MY2					
計畫名稱：婦癌婦女性健康衛教方案之建構：融入性別敏感度觀點							
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)			
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	請附期刊資訊。	
		研討會論文		2		<p>1. Lee, J. T., Lin, H. H., Tsai, J. L., Chen, C.-P. (2016). Sexual Sexual Myths in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer. Oral presented the Conference 6th Asian Congress of Sexuality Education, Kaohsiung, Taiwan.</p> <p>2. 李絳桃(2016)・醫療職場中的性別敏感度・台灣耳鼻喉科醫學會第101屆學術演講會・林口長庚紀念醫院。2016/11/06。</p>	
		專書		1		本	李選、徐麗華、李絳桃等 (2017)・護理研究與應用(五版)・台北：華杏。
		專書論文		0		章	請附專書論文資訊。
		技術報告		1		篇	104 年度科技部專題研究計畫期中報告
		其他		0		篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	請附佐證資料，如申請案號。
				已獲得	0		請附佐證資料，如獲證案號。
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
著作權		0					
品種權		0					
其他		0					
技術移轉	件數		0	件			

		收入	0	千元	1. 依「科技部科學技術研究發展成果歸屬及運用辦法」第2條規定，研發成果收入係指執行研究發展之單位因管理及運用研發成果所獲得之授權金、權利金、獎金、股權或其他權益。 2. 請註明合約金額。	
國外	學術性論文	期刊論文	0		請附期刊資訊。	
		研討會論文	2	篇	1. Lee, J. T. , Tsai, J. L., Huang, K.-G. (2016) Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment. Poster presented the Conference Management Committee of the The 6th World Nursing and Healthcare Conference 2016, West Drayton, London, UK. 2. Lee, J. T. , Lin, H. H., Tsai, J. L., Chen, C.-P. (2015). Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer. Poster presented the Conference Management Committee of the International Conference on Cancer Nursing 2015 (ICCN 2015), Vancouver, Canada.	
		專書	0	本	請附專書資訊。	
		專書論文	0	章	請附專書論文資訊。	
		技術報告	0	篇		
		其他	0	篇		
		智慧財產權及成果	專利權	申請中	0	件	請附佐證資料，如申請案號。
	已獲得			0	請附佐證資料，如獲證案號。	
			0			
	商標權		0			
營業秘密	0					
積體電路電路布局權	0					
著作權	0					
品種權	0					

		其他	0		
	技術移轉	件數	0	件	
		收入	0	千元	1. 依「科技部科學技術研究發展成果歸屬及運用辦法」第2條規定，研發成果收入係指執行研究發展之單位因管理及運用研發成果所獲得之授權金、權利金、獎金、股權或其他權益。 2. 請註明合約金額。
參與計畫人力	本國籍	大專生	1	人次	
		碩士生	1		
		博士生	1		
		博士後研究員	0		
		專任助理	2		
	非本國籍	大專生	0		
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士後研究員	0		
		專任助理	0		
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)					

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告(一)

日期:105年_08月_30_日

計畫編號	MOST-103-2511-S-182-005-MY2		
計畫名稱	婦癌婦女性健康衛教方案之建構:融入性別敏感度觀點		
出國人員姓名	李絳桃	服務機構及職稱	長庚大學護理系 副教授
會議時間	105年8月15日至105年8月17日	會議地點	West Drayton, London, UK
會議名稱	(中文)第六屆世界護理與健康照護會議 (英文) The 6th World Nursing and Healthcare Conference		
發表題目	(中文)接受婦癌治療後婦女性知識與性態度研究 (英文) Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment		

一、參加會議經過

此次所參加的第六屆世界護理與健康照護會議是由國際會議系列 Conference Series LLC 於英國倫敦舉辦，台灣護理學術界組團六十多人前往參加，我亦隨團前往，以海報發表了近期研究報告”接受婦癌治療後婦女性知識與性態度研究(Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment)。

大會共安排三天會議行程，共有一百篇海報發表，近百篇口頭發表，8/15 會議 keynote speech 由美國華盛頓大學 Ali H. Mokdad 教授介紹 The global burden of disease: The status of in 188 countries, 1990-2013，他以 GBD Data

Visualizations 來比較分析各國主要罹患疾病在近二十年的消長情形，這個互動式的分析工具，可以用來分析世界的健康水平，Mokdad 教授以 1990 年至 2013 年的發展趨勢，使用樹狀圖，地圖，箭頭圖和其他圖表，透過各國國家年齡和性別的探索模式和趨勢，展現各國健康問題比較，罹病原因和風險，從全球視野到具體的細節，關注疾病模式如何隨時間變化，可以窺見死亡和疾病更多的影響因子，包括了性別、年齡對疾病的影響。我則詢問是否有台灣的數據可以呈現，遺憾的是 Mokdad 教授表示他手上並沒有台灣的資料。

大會也安排了有關護理教育及護理實務的主要研發策略，台灣護理組團代表鄭夙芬教授，則在此領域發表了 The effects of flipped classroom teaching strategies on self-directed learning in Pediatric Nursing course，闡述自我導向學習策略在護理課室教學的運用方式與成效，。成功大學陳靜敏教授則發表了台灣公共衛生護理人員對慢性疾病處置的賦權概念與實務狀況，該研究運用質、量性研究分析台灣南部公共衛生護理人員面對慢性病處置的概念，發現賦權概念有利於公共衛生護理人員慢性病處置照護行為的發展，並建議公共衛生護理人員應當繼續保持最基本的照護服務，並透過夥伴關係的發展(developing partnership)、強化訓練、建構醫療訊息網絡並運用相關資源發展促進健康策略，以改善慢性病的處置策略，演說相當成功，也獲得熱烈討論。

而我則對來自中國大陸一位 Central South University 的 Xianhong Li 副教授所發表的 Reducing the risk of HIV transmission in China among men who have sex with men: A feasibility study of the motivational interviewing counseling method 感到較高的興趣，他所發表研究內容提出如何運用動機式晤談 (motivational interviewing) 的教育介入策略，來改變男同性戀者的危險性行為，

其成效指標包括”性行為能持續使用保險套”、”高危險性行為”與”愛滋病知識”，借由其教育介入策略，能改善”持續使用保險套”與與”愛滋病知識”，但是在面對男同性戀較常見的口交性行為，則無法改善他們在口交時使用保險套的行為。由於，報告內容並未說明如何運用動機式晤談策略來設計教學活動的具體措施，而單靠動機式晤談策略，其實是難改變個體的性行為的，特別是男同性戀的不戴保險套的性行為，因此，我在現場詢問她幾個問題，包括該衛教介入成功奏效的策略為何？以及對於口交性行為難以產生戴保險套的改善成效，其原因為何，並建議她能再合併其他更有效的健康行為改變策略理論，或者可以讓介入成效更顯著，而該篇研究的發表以及我的提問，也帶動了其他與會者更多的提問及討論，因為，男同性戀多重伴侶，以及不戴保險套的危險性行為導致愛滋病感染問題，不但在中國越來越嚴重，在台灣及其他地區也是一樣，而這問題，若未能實際了解其不戴保險套的原因，將很難有效改善。

自己發表的研究報告 *Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer*, 在 8/16 下午安排 post presentation，國外學者對於台灣婦癌婦女特有的性知識及態度深感興趣，例如本土婦癌婦女常見性迷思包括:1) 接受婦癌治療後，不能與伴侶有親吻及擁抱的行為(81.2%)，2) 癌細胞會經由性活動而傳染給伴侶(73.3%)，3) 婦癌治療後若持續性生活，會導致療效下降(61.4%)或使病情惡化或癌症復發(57.4%)。此外，各國學者也在研究方法學上交換許多心得與問題討論。

二、與會心得

這次此次台灣護理界組團前往參加，海報展示二十多篇，口頭發表近十篇，受

邀演講兩人，組團人數是各國中最多的，台灣團員還有兩位獲頒年輕學者研究獎及海報獎，充分展現了台灣護理界在全球護理照護的研究實力，格外讓主辦單位關注台灣護理界的專業發展與與會意見，也讓自己有機會與國內外護理學者進行交流與資源分享，獲益良多。

三、發表論文全文或摘要

摘要如下：

Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment

Background: Recent studies have demonstrated that women treated for gynecological cancer experience long-term sexual problems. Although several studies have described physical sexual dysfunction among gynecological cancer survivors, there is a relative dearth of research related to sexual knowledge, sexual attitudes and related factors treated for this disease.

Purpose: This study explores sexual knowledge, sexual attitudes and related factors of Taiwanese women who have undergone gynecological cancer therapy.

Methods: For this cross-sectional study, the authors sampled 139 women with gynecologic cancer from gynecologic cancer outpatient service of a medical center in northern Taiwan. The authors gathered data on sexual knowledge, sexual attitudes toward sexuality with gynecological cancer and background information using a self-report, structured questionnaire, and were analyzed using the one way ANOVA, t Test, Pearson's correlation coefficient and multiple regression.

Results:

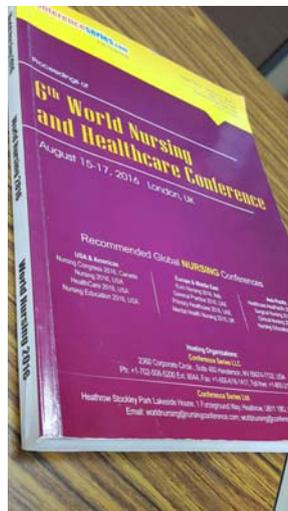
1. Women after treatment for gynecological oncology showed insufficient sexual knowledge, particularly management of sexual problems, sexual well-being effects after oncology treatment.

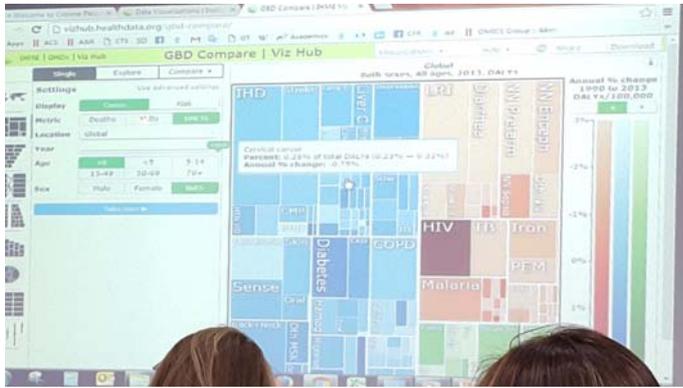
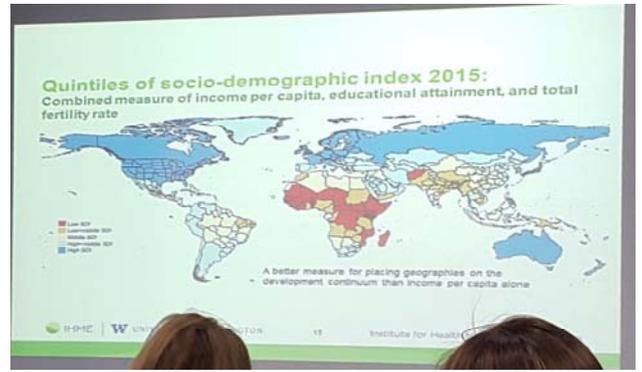
2. Women after treatment for gynecological oncology showed positive attitudes regarding sex while negative ones are revealed in sex repulsive after treatment, worse sex lives after treatment, and influence on sexual relationship after treatment.
3. There was a positive correlation between sexual knowledge and sexual attitudes.
4. Women with younger, higher educational level, more sexual activities and having previous sex health education, would have higher sexual knowledge and sexual attitudes.

Conclusions / Implications for Practice: Study findings can help healthcare professionals understand and educate patients about the potential sexual health implications of gynecological cancer treatment. Healthcare professionals can focus particular attention on patients who are lower educational level , older, or without previous sex health education.

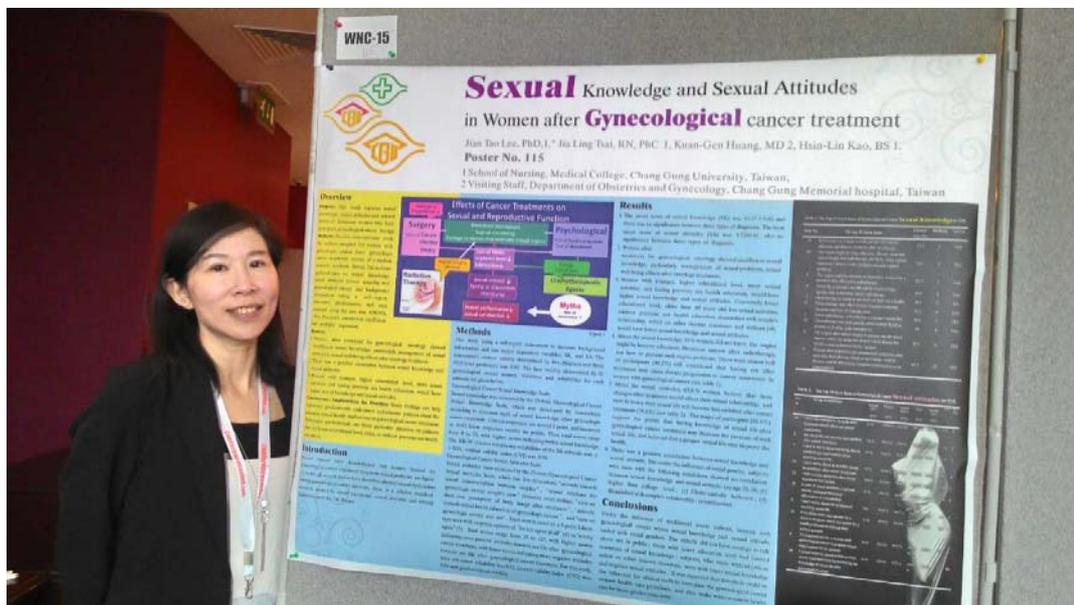
四、攜回資料名稱及內容:

1. 會議手冊
2. 參加大會證明
3. 海報





圖一、Ali H. Mokdad 教授以 GBD Data Visualizations 比較分析各國主要罹患疾病的消長情形



圖二、海報發表的研究報告 Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告(二)

日期: 104年 07月 20日

計畫編號	MOST-103-2511-S-182-005-MY2		
計畫名稱	婦癌婦女性健康衛教方案之建構:融入性別敏感度觀點		
出國人員姓名	李絳桃	服務機構及職稱	長庚大學護理系 副教授
會議時間	104年7月8日至 104年7月11日	會議地點	加拿大/溫哥華
會議名稱	(中文)癌症護理研究：全球策略及實證依據的臨床應用 (英文)Cancer Nursing Research: Global Strategies and Implications for Evidence Based Practice		
發表題目	(中文)台灣婦癌婦女性經驗研究 (英文)Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer		

一、參加會議經過

此次所參加的國際會議是全球在腫瘤護理學界舉辦最悠久的國際會議，是由國際腫瘤護理學會(International Society of Nurses in Cancer Care)舉辦的 International Conference on Cancer Nursing (ICCN)，今年在加拿大溫哥華 Westin Bayshore Hotel 舉行，會議主題是：癌症護理研究：全球策略及實證依據的臨床應用(Cancer Nursing Research: Global Strategies and Implications for Evidence Based Practice)，台灣腫瘤護理學會組團前往參加，因此，我亦隨團前往，以海報發表了近期研究報告”台灣婦癌婦女性經驗研究(Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer)。大

會共安排三天會議行程，並在會議前一天 7/8 舉行會前工作坊(Preconference Workshop)，此次工作坊安排的主題包括:1. End-of-Life Nursing Education Consortium: Advancing Palliative Care 2.International Collaborations in Cancer MacKenzie Nursing Research，相當符合現金臨床實務需求，我則參加了 End-of-Life Nursing Education Consortium: Advancing Palliative Care 工作坊，該工作坊針對當前安寧療護重要議題提出引導策略，包括疼痛處遇、與癌末病人溝通、症狀處理、失落、哀傷與哀悼等議題。

7/9 會議 keynote speech 介紹 Gender-Sensitive Approaches to Cancer Prevention: Promising Directions for Promoting Health，提供了性別概念在癌症預防與健康促進的角色，也說明了影響男性、女性癌症的健康行為因性別刻板印象導致的不同結果。而台灣腫瘤護理學理事長簡理事長淑惠，則發表了 The Effects of a Nurse-Led Early Palliative Care Model in Patients and Their Caregivers with Newly Diagnosed Metastatic Cancer: A Feasibility Study。而大會也安排了有關癌症的治療趨勢的介紹，目前以免疫療法(immunotherapy)為優，取代過去以藥物(chemotherapy)殺死癌細胞也同時破壞快速分裂細胞的方法，減少 tumor effect 帶來的影響。



自己發表的研究報告 Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer, 在 7/9 下午安排 post presentation，國外學

者對於台灣婦癌婦女特有的性經驗深感興趣，例如以"性代理人(sexual surrogate)"來代償自己無法履行夫妻的性角色與義務，引起與會學者熱烈討論。而腫瘤護理學會周理事桂如受邀擔任 keynote speaker 於 7/11 介紹了 The Use of Randomized Controlled Trials in Advancing Cancer Care Research in Taiwan，說明台灣近年來應用實證護理研究建構癌症護理實務的過程及成果。

除了研究成果海報予口頭發表、工作坊與演講，大會亦安排了癌症治療相關醫療儀器展示，例如減少化學療法帶來落髮問題的化療冰帽（cold cap）如下圖，以及提供護理人員研究文獻資訊整合平台等。



二、與會心得

由於自己的研究主要領域在婦女性健康，過去大多參與性學會議或護理會議，者是第一次腫瘤護理學會會議，對於自己在婦癌性健康照護策略實務及研究發想都有心的斬獲與幫助。而台灣腫瘤護理學會組團前往參加，海報展示 10 篇，口頭發表 2 篇，受邀演講一人，充分展現了台灣護理界在腫瘤照護的專研與研究實力，也讓自己有機會與國內外腫瘤護理學者進行交流與資源分享，獲益良多。

三、發表論文全文或摘要

摘要如下：

Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

The aim of this study was to explore the sexual experience of Taiwanese women after treatment for gynecological cancer. Data for this phenomenological study were collected during in-depth, semi-structured interviews with 11 women purposively recruited from outpatients of the gynecological clinic of a medical center in northern Taiwan. Interview data were analyzed using Colaizzi's method. Data analysis yielded three themes: 1) suffering from sexual changes and difficulties, 2) judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior, and 3) maintenance and transformation of sexual expression. All themes had subthemes, but those of theme 2 included some culturally unique subthemes: awareness and uncertainty about the stability of the couple relationship, working to fulfill their sex role and ongoing sex life, looking for a reasonably acceptable way to fulfill the sex role, allowing a sex surrogate to help compensate for inability to fulfill the marital role, and symbolic behaviors to replace intimacy of sexual relationship. This woman-centered view of the sexual experience of Taiwanese gynecological cancer survivors can help healthcare professionals understand and educate their clients about women's sexual expression during and after cancer treatment.



Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

Poster Number : P-5

Jian Tao Lee, PhD,¹ Helene H. Lin, PhD,² Jia Ling Tsai, RN, PhC,³ Ching-Ping Chen, MSN,⁴ Kuan-Gen Huang, MD,⁵ Angela Shin-Yu Lien, RN³

¹School of Nursing, Chang Gung University, Taiwan, ²Department of Psychology, Soochow University, Taiwan, ³School of Nursing, Chang Gung University, Taiwan, ⁴School of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, Taiwan, ⁵Visiting Staff, Department of Obstetrics and Gynecology, Chang Gung Memorial hospital, Taiwan

Introduction

The impact of gynecological cancer on sexuality is multifaceted, requiring a more complex understanding of the sexual expression of women and their partners than the biomedical model can provide. Treatment for cancer survivors' sexual concerns should integrate the best available treatments with consideration of patients' cultural context. Because the meaning of sex is significant in shaping each woman's sexual self-image and their sexual problems, it is important to examine sexual meaning for women and their sexual expression. Therefore, this study explored the essence of sexual experience for Taiwanese women who had been treated for gynecological cancer. Our research question was, "How do women experience sexuality after gynecological cancer treatment and what meanings are associated with these experiences?"

Methods

Data for this phenomenological study were collected during in-depth, semi-structured interviews with 11 women purposively recruited from outpatients of the gynecological clinic of a medical center in northern Taiwan. Interview data were analyzed using Colaizzi's method. To ensure rigor, the study adhered to four major criteria: true value, applicability, consistency, and neutrality (Lincoln & Guba, 1985).

Results & Discussion

Data analyses revealed four themes related to participants' meaning of sexual experience: suffering from sexual changes and difficulties, judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior, and maintenance and transformation of sexual expression. We also found that participants' perceptions about the appropriateness of sexual behavior was influenced by their uncertainty and myths about sexual activity after cancer treatment, including that sexual intercourse might lead to cancer recurrence, death, or infection. Similarly, women with gynecological

cancer in Thailand (Kritcharoen et al., 2005) and China (Zeng et al., 2012) believed they should avoid sexual intercourse to keep healthy by reducing the possibility of metastasis and recurrence. Our participants also coped with their inability to maintain their previous sex life by choosing different ways to express themselves sexually, e.g., through alternative sexual behavior (oral sex, anal sex, or partner's masturbation), symbolic intimate behavior (kissing, hugging, verbally expressing love), and showing deep mutual caring in the couple. Another unique finding of our study is that participants allowed a surrogate to fulfill their sex or family nurturing role. In some cases, they consented passively to their partner's extramarital affairs to make up for their regret of not being able to engage in a coital sex life. Although our participants accepted a surrogate, they did not want the surrogate to take their important position in the family or their husband's heart. They hoped that their husband and family would appreciate their irreplaceable position in the marital relationship. Since the participants could not engage in their former sex patterns, they viewed finding a suitable surrogate as a way to prolong and fulfill their sexual and family nurturing roles, thus affirming their fidelity and gratitude to the partner and reconstructing their sexual value.

Conclusion

For our participants, sexual expression after gynecological cancer treatment was not a totally negative experience, but an experience with many levels of profundity and meaning. Our findings indicate that the potential of sexual expression can be developed from sexual experiences during and after gynecological cancer treatment. Women's sexuality is a process, which is transformative, shaped by each woman's unique lived experience but taking on new qualities and meanings in the context of new and varied roles, experiences, and relationships.

Table 1. Demographic and disease characteristics of the sample (N=11)

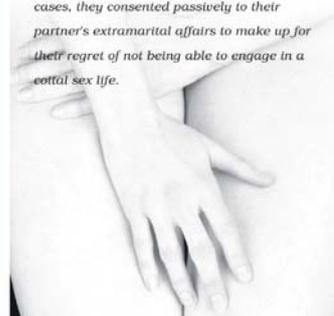
Characteristic	n	Characteristic	n
Age, years		Type of treatment	
40-49	6	Surgery and chemotherapy	7
50-59	5	Surgery, chemotherapy, radiotherapy	4
Highest education		Type of cancer	
Elementary school	2	Cervical cancer	3
Junior high	2	Ovarian cancer	4
High school	6	Endometrial cancer	2
Junior college	1	Time since diagnosis, months	
Employed		0-12	4
Yes	9	13-24	1
No	11	25-36	3
Marital status		> 36	3
Married	10		
Cohabiting	1		

Table 2. Themes and Subthemes Reflecting the Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

Theme	Subtheme
Suffering from sexual changes and difficulties	<ol style="list-style-type: none"> Awareness of changes in physical sex characteristics and reduced sexual energy Awareness of changes in sexual/reproductive organs and sexual sensations
Judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior	<ol style="list-style-type: none"> Interpretations of the appropriateness of sexual behavior during cancer treatment <ul style="list-style-type: none"> Sex might threaten prognosis and life expectancy Sex might negatively affect partner's health Sexual behavior should go on Uncertainty about the appropriateness of sexual behaviors <ul style="list-style-type: none"> Seeking for answers to the appropriateness of sexual behavior Resistance to engaging in sexual behavior
Maintenance and transformation of sexual expression	<ol style="list-style-type: none"> Awareness and uncertainty about the stability of couple relationship <ul style="list-style-type: none"> Working to fulfill their sex role and ongoing sex life Maintaining attractive body image Using supplements to offset treatment side effects on sex characteristics/organs Trying hard to maintain prior sex life Finding alternatives for sexual expression Protecting themselves against infection during sex Looking for a reasonably acceptable way to fulfill the sex role <ul style="list-style-type: none"> Rationalizing one's sex role with socially acceptable values Rationalizing one's sex role with perception of marriage bond or long-term affection to couple relationship Allowing one's surrogate to compensate for inability to fulfill marital role Symbolic behaviors to replace intimacy of sexual relationship <ul style="list-style-type: none"> Seeking to gather or synthesize maintenance of sexual relationship Establishing shared and special intimacy Showing mutual caring and beautiful gestures to each other

When participants realized they were unable to fulfill their sex role and sex life, they rationalized their exit from the sex role with socially acceptable values, protection of the marriage bond, or long-term affection in the couple relationship. The women used various strategies to rationalize their inability to fulfill their sex role.

A unique finding of our study is that participants allowed a surrogate to fulfill their sex or family nurturing role. In some cases, they consented passively to their partner's extramarital affairs to make up for their regret of not being able to engage in a coital sex life.



海報發表的研究報告:

Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

四、攜回資料名稱及內容:

1. End-of-Life Nursing Education Consortium: Advancing Palliative Care (faculty guide)
2. International Conference on Cancer Nursing (ICCN) 2015 program

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告(二)

日期:104年_07月_20_日

計畫編號	MOST-103-2511-S-182-005-MY2		
計畫名稱	婦癌婦女性健康衛教方案之建構:融入性別敏感度觀點		
出國人員姓名	李絳桃	服務機構及職稱	長庚大學護理系 副教授
會議時間	104年7月8日至 104年7月11日	會議地點	加拿大/溫哥華
會議名稱	(中文)癌症護理研究：全球策略及實證依據的臨床應用 (英文)Cancer Nursing Research: Global Strategies and Implications for Evidence Based Practice		
發表題目	(中文)台灣婦癌婦女性經驗研究 (英文)Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer		

一、參加會議經過

此次所參加的國際會議是全球在腫瘤護理學界舉辦最悠久的國際會議，是由國際腫瘤護理學會(International Society of Nurses in Cancer Care)舉辦的 International Conference on Cancer Nursing (ICCN)，今年在加拿大溫哥華 Westin Bayshore Hotel 舉行，會議主題是：癌症護理研究：全球策略及實證依據的臨床應用(Cancer Nursing Research: Global Strategies and Implications for Evidence Based Practice)，台灣腫瘤護理學會組團前往參加，因此，我亦隨團前往，以海報發表了近期研究報告”台灣婦癌婦女性經驗研究(Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer)。大會共安排三天會議行程，並在會議前一天 7/8 舉行會前工作坊(Preconference Workshop)，此次工作坊安排的主題包括:1. End-of-Life Nursing Education

Consortium: Advancing Palliative Care 2. International Collaborations in Cancer

MacKenzie Nursing Research，相當符合現金臨床實務需求，我則參加了

End-of-Life Nursing Education Consortium: Advancing Palliative Care 工作坊，

該工作坊針對當前安寧療護重要議題提出引導策略，包括疼痛處遇、與癌末病人溝通、症狀處理、失落、哀傷與哀悼等議題。

7/9 會議 keynote speech 介紹 Gender-Sensitive Approaches to Cancer

Prevention: Promising Directions for Promoting Health，提供了性別概念在癌症

預防與健康促進的角色，也說明了影響男性、女性癌症的健康行為因性別刻

板印象導致的不同結果。而台灣腫瘤護理學理事長簡理事長淑惠，則發表了

The Effects of a Nurse-Led Early Palliative Care Model in Patients and Their

Caregivers with Newly Diagnosed Metastatic Cancer: A Feasibility Study。而大

會也安排了有關癌症的治療趨勢的介紹，目前以免疫療法(immunotherapy)為優，

取代過去以藥物(chemotherapy)殺死癌細胞也同時破壞快速分裂細胞的方法，

減少 tumor effect 帶來的影響。



自己發表的研究報告 Sexual Experience in Taiwanese Women after

Treatment for Gynecological Cancer，在 7/9 下午安排 post presentation，國外學

者對於台灣婦癌婦女特有的性經驗深感興趣，例如以"性代理人(sexual

surrogate)"來代償自己無法履行夫妻的性角色與義務，引起與會學者熱烈討

論。而腫瘤護理學會周理事桂如受邀擔任 keynote speaker 於 7/11 介紹了 The

Use of Randomized Controlled Trials in Advancing Cancer Care Research in Taiwan，說明台灣近年來應用實證護理研究建構癌症護理實務的過程及成果。

除了研究成果海報予口頭發表、工作坊與演講，大會亦安排了癌症治療相關醫療儀器展示，例如減少化學療法帶來落髮問題的化療冰帽（cold cap）如下圖，以及提供護理人員研究文獻資訊整合平台等。



二、 與會心得

由於自己的研究主要領域在婦女性健康，過去大多參與性學會議或護理會議，者是第一次腫瘤護理學會會議，對於自己在婦癌性健康照護策略實務及研究發想都有心的斬獲與幫助。而台灣腫瘤護理學會組團前往參加，海報展示 10 篇，口頭發表 2 篇，受邀演講一人，充分展現了台灣護理界在腫瘤照護的專研與研究實力，也讓自己有機會與國內外腫瘤護理學者進行交流與資源分享，獲益良多。

三、發表論文全文或摘要

摘要如下：

Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

The aim of this study was to explore the sexual experience of Taiwanese women after treatment for gynecological cancer. Data for this phenomenological study

were collected during in-depth, semi-structured interviews with 11 women purposively recruited from outpatients of the gynecological clinic of a medical center in northern Taiwan. Interview data were analyzed using Colaizzi's method. Data analysis yielded three themes: 1) suffering from sexual changes and difficulties, 2) judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior, and 3) maintenance and transformation of sexual expression. All themes had subthemes, but those of theme 2 included some culturally unique subthemes: awareness and uncertainty about the stability of the couple relationship, working to fulfill their sex role and ongoing sex life, looking for a reasonably acceptable way to fulfill the sex role, allowing a sex surrogate to help compensate for inability to fulfill the marital role, and symbolic behaviors to replace intimacy of sexual relationship. This woman-centered view of the sexual experience of Taiwanese gynecological cancer survivors can help healthcare professionals understand and educate their clients about women's sexual expression during and after cancer treatment.



Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

Poster Number : P-5

Jian Tao Lee, PhD¹, *Helene H. Lin, PhD², Jia Ling Tsai, RN, PhC³, Ching-Ping Chen, MSN⁴, Kuan-Gen Huang, MD⁵, Angela Shin-Yu Lien, RN³

¹School of Nursing, Chang Gung University, Taiwan, ²Department of Psychology, Soochow University, Taiwan, ³School of Nursing, Chang Gung University, Taiwan, ⁴School of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, Taiwan, ⁵Visiting Staff, Department of Obstetrics and Gynecology, Chang Gung Memorial hospital, Taiwan

Introduction

The impact of gynecological cancer on sexuality is multifaceted, requiring a more complex understanding of the sexual expression of women and their partners than the biomedical model can provide. Treatment for cancer survivors' sexual concerns should integrate the best available treatments with consideration of patients' cultural context. Because the meaning of sex is significant in shaping each woman's sexual self-image and their sexual problems, it is important to examine sexual meaning for women and their sexual expression. Therefore, this study explored the essence of sexual experience for Taiwanese women who had been treated for gynecological cancer. Our research question was, "How do women experience sexuality after gynecological cancer treatment and what meanings are associated with these experiences?"

Methods

Data for this phenomenological study were collected during in-depth, semi-structured interviews with 13 women purposively recruited from outpatients of the gynecological clinic of a medical center in northern Taiwan. Interview data were analyzed using Colaizzi's method. To ensure rigor, the study adhered to four major criteria: true value, applicability, consistency, and neutrality (Lincoln & Guba, 1985).

Results & Discussion

Data analyses revealed four themes related to participants' meaning of sexual experience: suffering from sexual changes and difficulties, judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior, and maintenance and transformation of sexual expression. We also found that participants' perceptions about the appropriateness of sexual behavior was influenced by their uncertainty and myths about sexual activity after cancer treatment, including that sexual intercourse might lead to cancer recurrence, death, or infection. Similarly, women with gynecological

cancer in Thailand (Kritchareon et al., 2005) and China (Zeng et al., 2012) believed they should avoid sexual intercourse to keep healthy by reducing the possibility of metastasis and recurrence. Our participants also coped with their inability to maintain their previous sex life by choosing different ways to express themselves sexually, e.g., through alternative sexual behavior (oral sex, anal sex, or partner's masturbation), symbolic intimate behavior (kissing, hugging, verbally expressing love), and showing deep mutual caring in the couple. Another unique finding of our study is that participants allowed a surrogate to fulfill their sex or family nurturing role. In some cases, they consented passively to their partner's extramarital affairs to make up for their regret of not being able to engage in a coital sex life. Although our participants accepted a surrogate, they did not want the surrogate to take their important position in the family or their husband's heart. They hoped that their husband and family would appreciate their irreplaceable position in the marital relationship. Since the participants could not engage in their former sex patterns, they viewed finding a suitable surrogate as a way to prolong and fulfill their sexual and family nurturing roles, thus affirming their fidelity and gratitude to the partner and reconstructing their sexual value.

Conclusion

For our participants, sexual expression after gynecological cancer treatment was not a totally negative experience, but an experience with many levels of profundity and meaning. Our findings indicate that the potential of sexual expression can be developed from sexual experiences during and after gynecological cancer treatment. Women's sexuality is a process, which is transformative, shaped by each woman's unique lived experience but taking on new qualities and meanings in the context of new and varied roles, experiences, and relationships.

Table 1. Demographic and disease characteristics of the sample (N=11)

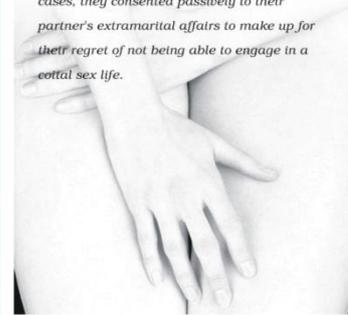
Characteristic	n	Characteristic	n
Age, years		Type of treatment	
40-49	6	Surgery and chemotherapy	7
50-59	5	Surgery, chemotherapy, radiotherapy	4
Highest education		Type of cancer	
Elementary school	2	Cervical cancer	3
Junior high	2	Ovarian cancer	6
High school	6	Endometrial cancer	2
Junior college	1	Time since diagnosis, months	
Employed		0-12	4
Yes	6	13-24	1
No	11	25-36	3
Marital status		> 36	3
Married	10		
Cohabiting	1		

Table 2. Themes and Subthemes Reflecting the Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

Theme	Subtheme
Suffering from sexual changes and difficulties	1. Awareness of changes in physical sex characteristics and reduced sexual energy 2. Awareness of changes in sexual/reproductive organs and sexual sensations
Judgments and uncertainty about the appropriateness of sexual behavior	1. Interpretations of the appropriateness of sexual behavior during cancer treatment • Sex might threaten prognosis and life expectancy • Sex might negatively affect partner's health • Sexual behavior should go on 2. Uncertainty about the appropriateness of sexual behaviors • Searching for answers to the appropriateness of sexual behavior • Resistance to engaging in sexual behavior
Maintenance and transformation of sexual expression	1. Awareness and uncertainty about the stability of couple relationship 2. Working to fulfill their sex role and ongoing sex life • Maintaining attractive body image • Using supplements to offset treatment side effects on sex characteristics/organs • Trying hard to maintain prior sex life • Finding alternatives for sexual expression • Protecting themselves against infection during sex 3. Looking for a reasonably acceptable way to fulfill the sex role • Rationalizing exit from sex role with socially acceptable values • Rationalizing exit from sex role with protection of marriage bond or long-term affection in couple relationship 4. Allowing a surrogate to compensate for inability to fulfill marital role 5. Symbolic behaviors to replace intimacy of sexual relationship • Showing together to symbolize maintenance of sexual relationship • Establishing emotional and spiritual intimacy • Showing mutual caring and heartfelt gratitude to each other

When participants realized they were unable to fulfill their sex role and sex life, they rationalized their exit from the sex role with socially acceptable values, protection of the marriage bond, or long-term affection in the couple relationship. The women used various strategies to rationalize their inability to fulfill their sex role.

A unique finding of our study is that participants allowed a surrogate to fulfill their sex or family nurturing role. In some cases, they consented passively to their partner's extramarital affairs to make up for their regret of not being able to engage in a coital sex life.



海報發表的研究報告:

Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer

四、攜回資料名稱及內容:

1. End-of-Life Nursing Education Consortium: Advancing Palliative Care (faculty guide)
2. International Conference on Cancer Nursing (ICCN) 2015 program

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：105 年 08 月 30 日

計畫編號	MOST-103-2511-S-182-005-MY2		
計畫名稱	婦癌婦女性健康衛教方案之建構:融入性別敏感度觀點		
出國人員姓名	李絳桃	服務機構及職稱	長庚大學護理系 副教授
會議時間	105 年 8 月 15 日至 105 年 8 月 17 日	會議地點	West Drayton, London, UK
會議名稱	(中文)第六屆世界護理與健康照護會議 (英文) The 6th World Nursing and Healthcare Conference		
發表題目	(中文)接受婦癌治療後婦女性知識與性態度研究 (英文) Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment		

一、參加會議經過

此次所參加的第六屆世界護理與健康照護會議是由國際會議系列 Conference Series LLC 於英國倫敦舉辦，台灣護理學術界組團六十多人前往參加，我亦隨團前往，以海報發表了近期研究報告”接受婦癌

治療後婦女性知識與性態度研究(Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment)。

大會共安排三天會議行程，共有一百篇海報發表，近百篇口頭發表，8/15 會議 keynote speech 由美國華盛頓大學 Ali H. Mokdad 教授介紹 The global burden of disease: The status of in 188 countries, 1990-2013，他以 GBD Data Visualizations 來比較分析各國主要罹患疾病在近二十年的消長情形，這個互動式的分析工具，可以用來分析世界的健康水平，Mokdad 教授以 1990 年至 2013 年的發展趨勢，使用樹狀圖，地圖，箭頭圖和其他圖表，透過各國國家年齡和性別的探索模式和趨勢，展現各國健康問題比較，罹病原因和風險，從全球視野到具體的細節，關注疾病模式如何隨時間變化，可以窺見死亡和疾病更多的影響因子，包括了性別、年齡對疾病的影響。我則詢問是否有台灣的數據可以呈現，遺憾的是 Mokdad 教授表示他手上並沒有台灣的資料。

大會也安排了有關護理教育及護理實務的主要研發策略，台灣護理組團代表鄭夙芬教授，則在此領域發表了 The effects of flipped classroom teaching strategies on self-directed learning in Pediatric Nursing course，闡述自我導向學習策略在護理課室教學的運用方式與成效，。成功大學陳靜敏教授則發表了台灣公共衛生護理人員對慢性疾病處置的賦權概念與實務狀況，該研究運用質、量性研究分析台灣南部公共衛生護理人員面對慢性病處置的概念，發現賦權概念有利於公共衛生

護理人員慢性病處置照護行為的發展，並建議公共衛生護理人員應當繼續保持最基本的照護服務，並透過夥伴關係的發展(developing partnership)、強化訓練、建構醫療訊息網絡並運用相關資源發展促進健康策略，以改善慢性病的處置策略，演說相當成功，也獲得熱烈討論。

而我則對來自中國大陸一位 Central South University 的 Xianhong Li 副教授所發表的 Reducing the risk of HIV transmission in China among men who have sex with men: A feasibility study of the motivational interviewing counseling method 感到較高的興趣，他所發表研究內容提出如何運用動機式晤談(motivational interviewing)的教育介入策略，來改變男同性戀者的危險性行為，其成效指標包括”性行為能持續使用保險套”、”高危險性行為”與”愛滋病知識”，借由其教育介入策略，能改善”持續使用保險套”與與”愛滋病知識”，但是在面對男同性戀較常見的口交性行為，則無法改善他們在口交時使用保險套的行為。由於，報告內容並未說明如何運用動機式晤談策略來設計教學活動的具體措施，而單靠動機式晤談策略，其實是難改變個體的性行為的，特別是男同性戀的不戴保險套的性行為，因此，我在現場詢問她幾個問題，包括該衛教介入成功奏效的策略為何？以及對於口交性行為難以產生戴保險套的改善成效，其原因為何，並建議她能再合併其他更有效的健康行為改變策略理論，或者可以讓介入成效更顯著，而該篇研究的

發表以及我的提問，也帶動了其他與會者更多的提問及討論，因為，男同性戀多重伴侶，以及不戴保險套的危險性行為導致愛滋病感染問題，不但在中國越來越嚴重，在台灣及其他地區也是一樣，而這問題，若未能實際了解其不戴保險套的原因，將很難有效改善。

自己發表的研究報告 *Sexual Experience in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer*, 在 8/16 下午安排 post presentation，國外學者對於台灣婦癌婦女特有的性知識及態度深感興趣，例如本土婦癌婦女常見性迷思包括:1) 接受婦癌治療後，不能與伴侶有親吻及擁抱的行為(81.2%)，2) 癌細胞會經由性活動而傳染給伴侶(73.3%)，3) 婦癌治療後若持續性生活，會導致療效下降(61.4%)或使病情惡化或癌症復發(57.4%)。此外，各國學者也在研究方法學上交換許多心得與問題討論。

二、 與會心得

這次此次台灣護理界組團前往參加，海報展示二十多篇，口頭發表近十篇，受邀演講兩人，組團人數是各國中最多的，台灣團員還有兩位獲頒年輕學者研究獎及海報獎，充分展現了台灣護理界在全球護理照護的研究實力，格外讓主辦單位關注台灣護理界的專業發展與與會意見，也讓自己有機會與國內外護理學者進行交流與資源分享，獲益良多。

三、發表論文全文或摘要

摘要如下：

Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment

Background: Recent studies have demonstrated that women treated for gynecological cancer experience long-term sexual problems. Although several studies have described physical sexual dysfunction among gynecological cancer survivors, there is a relative dearth of research related to sexual knowledge, sexual attitudes and related factors treated for this disease.

Purpose: This study explores sexual knowledge, sexual attitudes and related factors of Taiwanese women who have undergone gynecological cancer therapy.

Methods: For this cross-sectional study, the authors sampled 139 women with gynecologic cancer from gynecologic cancer outpatient service of a medical center in northern Taiwan. The authors gathered data on sexual knowledge, sexual attitudes toward sexuality with gynecological cancer and background information using a self-report, structured questionnaire, and were analyzed using the one way ANOVA, t Test, Pearson's correlation coefficient and multiple regression.

Results:

1. Women after treatment for gynecological oncology showed insufficient sexual knowledge, particularly management of sexual problems, sexual well-being effects after oncology treatment.

2. Women after treatment for gynecological oncology showed positive attitudes regarding sex while negative ones are revealed in sex repulsive after treatment, worse sex lives after treatment, and influence on sexual relationship after treatment.

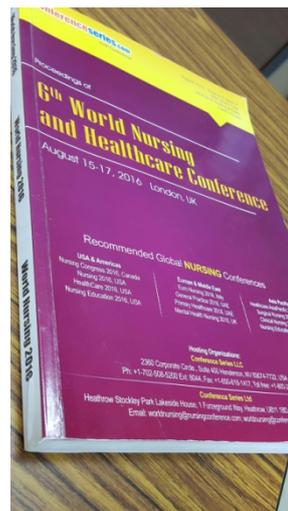
3. There was a positive correlation between sexual knowledge and sexual attitudes.

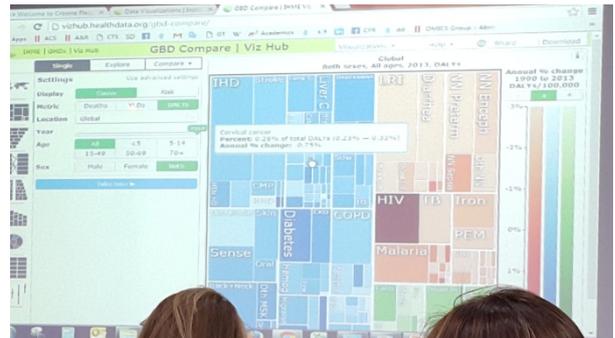
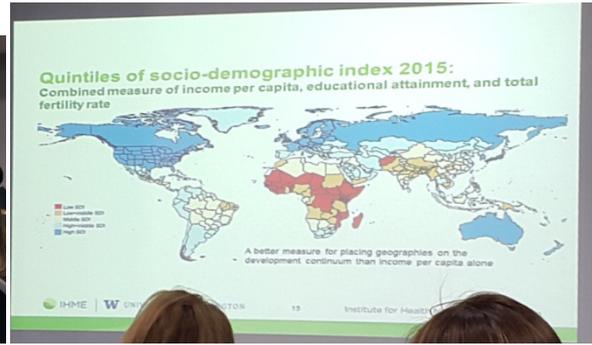
4. Women with younger, higher educational level, more sexual activities and having previous sex health education, would have higher sexual knowledge and sexual attitudes.

Conclusions / Implications for Practice: Study findings can help healthcare professionals understand and educate patients about the potential sexual health implications of gynecological cancer treatment. Healthcare professionals can focus particular attention on patients who are lower educational level , older, or without previous sex health education.

四、攜回資料名稱及內容：

1. 會議手冊
2. 參加大會證明
3. 海報





圖一、Ali H. Mokdad 教授以 GBD Data Visualizations 比較分析各國主要罹患疾病的消長情形



圖二、海報發表的研究報告:Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment

科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2017/02/02

科技部補助計畫	計畫名稱: 婦癌婦女性健康衛教方案之建構: 融入性別敏感度觀點
	計畫主持人: 李絳桃
	計畫編號: 103-2511-S-182-005-MY2 學門領域: 性別與科技研究
無研發成果推廣資料	

103年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：李絳桃		計畫編號：103-2511-S-182-005-MY2					
計畫名稱：婦癌婦女性健康衛教方案之建構：融入性別敏感度觀點							
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)			
國內	學術性論文	期刊論文	0	篇	1.Lee, J. T., Lin, H. H., Tsai, J. L., Chen, C.-P. (2016). Sexual Myths in Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer. Oral presented the Conference 6th Asian Congress of Sexuality Education, Kaohsiung, Taiwan. 2. 李絳桃(2016)・醫療職場中的性別敏感度・台灣耳鼻喉科醫學會第101屆學術演講會・林口長庚紀念醫院。2016/11/06。		
		研討會論文	2				
		專書	1			本	李選、徐麗華、李絳桃等(2017)・護理研究與應用(五版)・台北：華杏。
		專書論文	0			章	
		技術報告	1			篇	104年度科技部專題研究計畫期中報告
		其他	0			篇	
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
				新型/設計專利	0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
著作權			1	婦癌性健康手冊(百合花幸福手冊)			
品種權			0				
其他			0				
技術移轉		件數		0	件		
	收入		0	千元			
國外	學術性論文	期刊論文	0	篇	1.Lee, J. T., Tsai, J. L., Huang, K.-G. (2016) Sexual Knowledge and Sexual Attitudes in Women after Gynecological cancer treatment. Poster presented the Conference Management Committee of the The 6th World Nursing and Healthcare		
		研討會論文	2				

					Conference2016, West Drayton, London, UK. 2.Lee, J. T., Lin, H. H., Tsai, J. L., Chen, C.-P. (2015). Sexual Experience of Taiwanese Women after Treatment for Gynecological Cancer. Poster presented the Conference Management Committee of the International Conference on Cancer Nursing 2015 (ICCN 2015), Vancouver, Canada.
	專書		0	本	
	專書論文		0	章	
	技術報告		0	篇	
	其他		0	篇	
智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件
			已獲得	0	
		新型/設計專利	0		
	商標權		0		
	營業秘密		0		
	積體電路電路布局權		0		
	著作權		0		
	品種權		0		
	其他		0		
技術移轉	件數		0	件	
	收入		0	千元	
參與計畫人力	本國籍	大專生	1	人次	
		碩士生	1		
		博士生	1		
		博士後研究員	0		
		專任助理	1		
非本國籍	大專生	0			
	碩士生	0			
	博士生	0			
	博士後研究員	0			
	專任助理	0			
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)					
	成果項目		量化	名稱或內容性質簡述	

科 教 國 合 司 計 畫 加 填 項 目	測驗工具 (含質性與量性)	2	1. 婦癌病人性經驗個別訪談指引 2. 婦癌醫護人員性健康衛教個別訪談指引 3. 婦癌病人性經驗與衛教需求焦點訪談指引
	課程/模組	1	「婦癌性健康衛教方式與策略」
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	1	「婦癌性健康手冊(百合花幸福手冊)」
	舉辦之活動/競賽	1	主持人成立「婦癌成長團體團(命名:百合花成長團體)」帶動醫院社工部門及婦癌科重視婦癌病友健康權益，由主持人及研究團隊、醫院婦癌部及社工部與研究團隊協同辦理百合花成長團體活動
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
計畫成果推廣之參與 (閱聽) 人數	200		主持人成立「婦癌成長團體團(命名:百合花成長團體)」目前團體人數已超過25人，並成立網路社團群組，每1~2月固定聚會一次，參加人次已超過200人次，婦癌病友向心力強、透過團體培力，已有團員成為志工儲備幹部。

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

研究所發展出融入性別敏感度觀點之婦癌婦女性健康衛教方案，是國內首次研發具性別敏感度之性健康衛教方案，將於後續研究做進一步成效之實證驗證，除了提出改善性健康有效建議與策略，改善本土婦癌婦女性健康問題，所發展的「婦癌性健康衛教模式與衛教教材」，可帶動醫療專業人員對婦女性健康與性別敏感度健康照護之重視，促成婦女性健康友善醫療環境。

透過研究發現，研究醫院雖是國內最大婦癌研究中心，但並無婦癌病友團，因此，主持人鼓吹成立「婦癌成長團體團(命名:百合花成長團體)」，並帶動醫院社工部門及婦癌科重視婦癌病友健康權益，因此，於2015年11月成立婦癌成長團體推動小組，由主持人及研究團隊、醫院婦癌部及社工部與研究團隊協同辦理百合花成長團體活動，主持人負責活動設計與帶領人，目前團體人數已超過25人，並成立網路社團群組，每1~2月固定聚會一次，參加人次已超過200人次，婦癌病友向心力強、透過團體培力，已有團員成為志工儲備幹部。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關

（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否 是

說明：（以150字為限）

