

# 台灣地區男性大腸癌與攝護腺癌篩檢狀況

廖建彰<sup>1</sup> 王心怡<sup>2</sup> 林瑞雄<sup>3</sup> 謝長堯<sup>3</sup> 宋鴻樟<sup>1,2,3,\*</sup>

**目標：**本文報導台灣地區50歲以上男性在近年實行大腸癌與攝護腺癌篩檢的程度和相關因素。**方法：**利用隨機抽樣的方式，進行以成年人(≥20歲)為對象的電話訪問，問卷內容包括受訪者的基本人口社經資料、癌症篩檢經歷以及生活形態。**結果：**本文分析其中521名50歲以上男性受訪者的大腸癌與攝護腺癌篩檢經驗，其中有122人(23.4%)曾經做過大腸癌篩檢，68人(13.0%)有過攝護腺癌篩檢的經驗。籍貫( $p=0.034$ )或職業( $p=0.001$ )是和大腸癌篩檢有相關的顯著因素。60歲以上受訪者的攝護腺癌篩檢率高於50-59歲受訪者的篩檢率(17.7%對7.9%)( $p=0.013$ )，吃檳榔( $p=0.05$ )或沒有運動習慣( $p=0.05$ )的受訪者比較不做大腸癌篩檢，抽菸的男性亦較傾向不做攝護腺癌篩檢( $p=0.05$ )，癌症認知程度對提升篩檢攝護腺癌( $p<0.001$ )比大腸直腸癌更顯著( $p=0.118$ )。**結論：**國人的大腸癌或攝護腺癌篩檢率普遍低落，和癌症認知差異的相關，攝護腺癌篩檢實踐的比大腸癌的明顯。有不健康的生活形態之男性其篩檢率更低，顯示這方面的癌症預防應該加以重視。(台灣衛誌 2005；24(3)：209-216)

**關鍵詞：**大腸癌、攝護腺癌、篩檢率

## 前 言

從1982年起，癌症成為國人的第一大死因，持續至今。一方面由於癌症發生率逐年增加，另一方面第二大死因的中風死亡率逐年下降，癌症和中風兩者的死亡率差距因之年年拉大[1]。1999年的國人惡性腫瘤登記發生數有56,323例，發生率為254.9/10萬人，男女分別佔54.6%和46.4%；癌症死亡數則為29,784人(134.8/10萬人)，約為所有死亡數的23.6%[2]。國人的1999年癌症發生率約為1995-1999年美國人發生率(424.1/10萬人)的0.60倍，國人癌症對美國人的癌症死亡率比(171.4/10萬人)則

為0.79，顯示國人因為癌症而死於癌症的過量危險，相對比美國人多出約三成[3]。美國人癌症的發生和存活具有種族的差異，白裔美國人和非裔的癌症五年存活約為58%對43%，Freeman[4]認為非裔較未能早期發現，預防措施不當是重要因素。國人得到癌症的死亡危險較高，也可能和預防措施不當有關。

癌症篩檢是早期發現癌症的一種第二段疾病預防手段，得以早期治療提高存活率。因此促使力行癌症的第二段預防一篩檢，是重要的策略；而癌症篩檢在北美國家做得最積極的是子宮頸癌與乳癌，其次是大腸癌和攝護腺癌，這幾種癌症已有較好、較可靠的篩檢法，存活率也因此提高[5]。

在2002年，大腸直腸癌為國人癌症死因的第三位，共有3,649人死於大腸直腸癌，死亡率約為16.24/每10萬人；而攝護腺癌則排名為男性癌症死亡原因的第七位，共有750人死於攝護腺癌，其死亡率約為6.54/10萬人[1]。

大腸癌並沒有單一的致病因子，主要的

<sup>1</sup> 中國醫藥大學公共衛生學院環境醫學研究所

<sup>2</sup> 國立台灣大學公共衛生學院環境衛生研究所

<sup>3</sup> 國立台灣大學公共衛生學院預防醫學研究所

\*通訊作者：宋鴻樟

聯絡地址：404台中市學士路91號

E-mail: fcsung@mail.cmu.edu.tw

投稿日期：93年6月3日

接受日期：93年9月21日

危險因子可歸納為環境因子(飲食、生活習慣)與遺傳因子，而其中環境因子約佔85%，顯示出飲食與生活習慣是影響大腸癌的重要因子[5-7]，而有家族病史也是大腸癌的一個重要危險因子[8]。臨床上可利用糞便潛血檢查(fecal occult blood test, FOBT)及大腸鏡檢篩檢大腸癌[9]。

攝護腺癌之症狀沒有一定的特性，常見為「攝護腺肥大」症候群，尿速減慢、尿頻、解尿困難、尿滯留等[10]。因此有以上症狀者，應接受攝護腺癌篩檢。攝護腺癌的診斷方式有肛門指診、攝護腺特異抗原(prostate specific antigen, PSA)及直腸超音波(transrectal ultrasound, TRUS)等檢查方式，而PSA是目前最普遍的攝護腺癌篩檢工具，一般以 $4\mu\text{g/L}$ 作為切點，大於 $4\mu\text{g/L}$ 的視為異常需進一步診斷[11]。若能藉由攝護腺癌篩檢，早期診斷出攝護腺癌，進而做攝護腺癌切除術，其10年存活率有50%[12,13]。吾等於2001年進行電話抽樣訪問調查台灣20歲以上成人的癌症篩檢行為，包括子宮頸癌、乳癌、大腸癌及攝護腺癌。本文僅從整個調查資料抽出50歲以上男性的，報告有關男性大腸直腸癌和攝護腺癌的篩檢結果。

### 材料與方法

本研究的抽樣母群體包含全台灣的成年民眾。利用電腦輔助電話調查抽樣系統，由電腦取樣撥號，採用接電話符合取樣年齡及性別者為對象，失敗即再另撥別號直到成功，在夜間6-9時進行電訪，並滿足20-29歲、30-39歲、40-49歲、50-59歲及60歲以上各約有400人的樣本。每接通一支只訪性別、年齡正確者的一人，共撥6100號電話，合計實際共成功訪問2067人，五組每年齡層男女約各半，每組額滿即停。地區差異自然形成。問卷的內容主要包括子宮頸癌、乳癌、大腸癌和攝護腺癌之癌症早期警訊和防癌知識(共28題，每題一分)、過去的篩檢經驗(包含篩檢項目、方法及日期等)、醫療行為、受訪者的生活形態(包含抽菸、喝酒、嚼檳榔及運動習慣等)以及人口社會經濟資料(如年

齡、婚姻狀況、教育程度職業及戶籍所在地等)，這些項目提供問卷回應人的背景資料，也可說明造成民眾有關癌症防治知識、態度及篩檢經歷之差異的原因。

問卷的檢查、輸入、除錯及分析都在台灣大學公共衛生學院進行，按照年齡、地區、職別教育程度及婚姻狀況等逐項檢查。為確定電腦資料輸入無誤，每一變項均經過頻數分布(frequency distribution)檢查，檢視不合理數值，有誤即加以校正。本文僅就整個50歲以上男性民眾資料，探討民眾大腸直腸癌及攝護腺癌篩檢經歷等，以SAS統計軟體對資料進行分析，利用卡方檢定對各變項檢定。資料分析除了先檢視大腸直腸癌和攝護腺癌的篩檢史(最近一年內、超過一年和不曾做過)分布的人口社會因子的差異，也檢視是否有篩檢經驗和生活形態、個人收入及癌症認知有關。癌症認知的問題包括癌症的早期現象及症狀、危險因子、篩檢和防治的認知等，合計28題，每題一分。

### 結 果

總計有521名受訪者為年齡50歲以上的男性(表一)，60歲以上的有282人(54.1%)。在受訪者中，有122人(23.4%)曾經做過大腸直腸癌篩檢，但只有47人(9.0%)是在過去一年內做的。50-59歲的受訪者的大腸直腸癌篩檢率(19.6%)低於60歲以上的受訪者(26.3%)，但在統計上不具有顯著意義。受訪者之大腸直腸癌篩檢率具有明顯的籍貫別或職業別差異，客家族群及閩南族群曾經有過大腸癌篩檢之比率分別為18.3%及20.3%，明顯低於其他族群(33.3%)。白領階級有32.0%曾經有過大腸直腸癌篩檢經驗，高於藍領階級的17.2%及其他職業的26.5%，且若以最近一年的篩檢率來看，白領階級(12.9%)也是高於藍領階級(8.0%)或其他職業(2.4%)( $p=0.001$ )。而大腸直腸癌之篩檢率並無年齡、教育程度、婚姻狀況及居住地區的明顯差別。

在521位受訪者當中，只有68位(13.0%)有過攝護腺癌篩檢的經驗(表二)，在可能有相關的人口社會經濟因子中，只有依年齡分

表一 男性受訪者大腸直腸癌篩檢實踐和人口社經關係(N=521)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	P
年齡(歲)					0.170
50-59	20 (8.7)	25 (10.9)	184 (80.4)	229	
60+	27 (9.6)	47 (16.7)	208 (73.8)	282	
不詳	0 (0)	3 (30.0)	7 (70.0)	10	
籍貫					0.034
客屬	5 (8.3)	6 (10.0)	49 (81.7)	60	
閩南	24 (7.4)	42 (12.9)	260 (79.7)	326	
其他	18 (13.3)	27 (20.0)	90 (66.7)	135	
教育程度					0.068
國/初中以下	23 (8.3)	34 (12.2)	221 (79.5)	278	
高中	7 (6.7)	14 (13.3)	84 (80.0)	105	
大專以上	16 (14.8)	20 (18.5)	72 (66.7)	108	
不詳	1 (3.3)	7 (23.3)	22 (73.3)	30	
婚姻狀況					0.692
已婚	41 (9.4)	64 (14.7)	331 (75.9)	436	
其他/未婚	6 (7.1)	11 (12.9)	68 (80.0)	85	
職業					0.001
白領	27 (12.9)	40 (19.1)	142 (68.0)	209	
藍領	13 (8.0)	15 (9.2)	135 (82.8)	163	
其他	2 (2.4)	20 (24.1)	61 (73.5)	83	
居住地區					0.926
省/院轄市	14 (11.6)	15 (12.4)	92 (76.0)	121	
縣轄市	15 (9.2)	24 (14.7)	124 (76.1)	163	
鄉鎮	13 (7.4)	27 (15.4)	135 (77.1)	175	
不詳	5 (8.06)	9 (14.5)	48 (77.4)	62	
合計					
未校正	47 (9.0)	75 (14.4)	399 (76.6)	521 (100)	
年齡校正*	(9.2)	(14.3)	(76.5)		

\*：依據2000年台灣人口結構。

布具有統計上的顯著差異，60歲以上的受訪者在最近一年內其攝護腺癌篩檢率(9.2%)高於50-59歲的受訪者(3.5%) ( $p=0.013$ )。

吃檳榔的受訪者較不做大腸直腸癌篩檢( $p=0.051$ ) (表三)或較不做攝護腺癌篩檢( $p=0.071$ ) (表四)。抽菸的男性亦較傾向不做攝護腺癌篩檢( $p=0.05$ )，而有運動習慣的受訪者則較會去做大腸癌的篩檢( $p=0.049$ )。喝酒的有無則無法看出有大腸直腸癌或攝護腺癌篩檢的差異。由受訪者的每月收入，看不出與癌症篩檢實踐有關係。而癌症認知分數與攝護腺癌篩檢的實踐有顯著相關( $p<0.001$ )，得分愈高者，篩檢實踐行為也愈明顯。

## 討 論

Bostick等[14]於1993年報告，美國的50-65歲成人，77%有直腸指診的經驗，52.5%有過糞便隱血檢查(fecal occult blood test)，48.3%有過乙結腸鏡檢(sigmoidoscopy)。根據Schoen等人的2002年報告[15]，有84.8%的美國人曾經做過大腸直腸癌的篩檢，而Nadel等人[16]也發現50歲以上的美國人有22.9%在過去一年曾做過大腸直腸癌的篩檢。但本研究的調查中，50歲以上的受訪者曾經接受過大腸直腸癌篩檢的只有23.4%，而在一年內曾做過大腸癌篩檢的篩檢率更低，只有(9.0%)，由此顯示國人對大腸癌之篩檢尚未重視。

表二 男性受訪者攝護腺癌篩檢實踐和人口社經的關係(N=521)

	最近一年內 n(%)	一年以前 n(%)	不曾做過 n(%)	合計	P
年齡(歲)					0.013
50-59	8 (3.5)	10 (4.4)	211 (92.1)	229	
60+	26 (9.2)	24 (8.5)	232 (82.3)	282	
不詳	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	10	
籍貫					0.161
客屬	3 (5.0)	3 (5.0)	54 (90.0)	60	
閩南	17 (5.2)	19 (5.8)	290 (89.0)	326	
其他	14 (10.4)	12 (8.9)	109 (80.7)	135	
教育程度					0.288
國/初中以下	14 (5.0)	18 (6.5)	246 (88.5)	278	
高中	5 (4.8)	6 (5.7)	94 (89.5)	105	
大專以上	13 (12.0)	8 (7.4)	87 (80.6)	108	
不詳	2 (6.7)	2 (6.7)	26 (86.7)	30	
婚姻狀況					0.757
已婚	27 (6.2)	28 (6.4)	381 (87.4)	436	
其他/未婚	7 (8.2)	6 (7.1)	72 (84.7)	85	
職業					0.758
白領	20 (7.3)	18 (6.5)	237 (86.2)	275	
藍領	8 (4.9)	9 (5.5)	146 (89.6)	163	
其他	6 (7.2)	7 (8.4)	70 (84.3)	83	
居住地區					0.379
省/院轄市	13 (10.7)	8 (6.6)	100 (82.6)	121	
縣轄市	10 (6.1)	13 (8.0)	140 (85.9)	163	
鄉鎮	9 (5.1)	10 (5.7)	156 (89.1)	175	
不詳	2 (3.2)	3 (4.8)	57 (91.9)	62	
合計					
未校正	34 (6.5)	34 (6.5)	453 (87.0)	521 (100)	
年齡校正*	(6.9)	(6.8)	(86.3)		

\*：依據2000年台灣人口結構。

實上大腸癌的篩檢，較積極的實踐應是大腸鏡的內視檢查，但需要花費較多的時間與金錢，民眾亦較欠缺認知，較不容易去實踐。籍貫在受訪者大腸癌篩檢經歷中具有明顯的差異，其他族群之篩檢率高於客屬與閩南族群，而其他族群一般而言教育程度較高(資料未列)，對健康的認知較佳。白領階級的大腸癌篩檢率很明顯的高於藍領階級，這是可以理解的。有些癌症的篩檢常與社經地位有相關連，職業也是影響台灣婦女接受子宮頸抹片檢查之因素[17]，而Bostick等人認為較高的教育程度是癌症篩檢率的強烈預測因子[18]。

根據Merrill等人的研究，五十歲以上的美國男性有48.0%在一年內做過攝護腺癌篩檢[19]，而在本調查中，受訪者曾經做過攝護腺癌篩檢的只有13%，在一年內做過的只有6.5%，顯示國人攝護腺癌篩檢率非常低。上了年紀的國人男性排尿有困難或頻尿，也許知道是攝護腺可能腫大了，會去看醫生的可能不在少數，但實際上會去做前列腺特異抗原(prostate specific antigen, PSA)檢驗或超音波檢查的並不多，一般醫師是否重視，進而鼓勵危險族群去接受PSA檢查也相當可疑。60歲以上的受訪者其攝護腺癌篩檢率高於50-59歲的受訪者，可能的解釋是，60歲以上的



表三 男性受訪者(50歲以上)生活型態、收入及癌症認知積分與大腸癌篩檢經歷(N=521)

生活型態	曾經做過 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	P
抽菸				0.060
不抽	68 (28.0)	175 (72.0)	243	
已戒	17 (21.8)	61 (78.2)	78	
仍抽	37 (18.5)	163 (81.5)	200	
喝酒				0.517
不喝	85 (22.7)	290 (77.3)	375	
喝	37 (25.3)	109 (74.7)	146	
檳榔*				0.051
不吃	103 (25.4)	302 (74.6)	405	
吃	19 (16.7)	95 (83.3)	114	
運動習慣				0.049
沒有	30 (18.1)	136 (81.9)	166	
有	92 (25.9)	263 (74.1)	355	
每月收入**				0.798
<20,000	33 (22.6)	113 (77.4)	146	
20,000-49,999	32 (22.9)	108 (77.1)	140	
50,000-99,999	21 (23.6)	68 (76.4)	89	
≥100,000	9 (31.0)	20 (69.0)	29	
認知積分				0.118
<16	46 (19.2)	193 (80.8)	239	
17-21	40 (27.0)	108 (73.0)	148	
≥22	36 (26.9)	98 (73.1)	134	

\*：此一變項其受訪者只有419人。

\*\*：此一變項受訪者只有404人，因為有些受訪者不願透露其每月的收入。

男性比50-59歲的男性更容易有排尿困難或頻尿的現象，到泌尿科就診的機會較大，得到篩檢的機會較大。職業和大腸癌篩檢有明顯的相關，和攝護腺癌篩檢則不明顯。或許是因為攝護腺癌篩檢率普遍都很低，所以尚無法顯現白領階級與藍領階級的認知差異。

由受訪者的生活形態和大腸癌與攝護腺癌的篩檢率之間的關係值得注意。過去的研究報告指出罹患癌症與不良的生活型態有很大的關連[20]。這次的調查結果顯示，抽菸、吃檳榔以及沒有運動習慣的受訪者比較不做大腸癌或攝護腺癌的篩檢，而他們卻是比較容易罹患癌症的一群。此發現也與Bostick等人的研究結果相符合，抽菸的人比較不做大腸癌篩檢[20]。另外，癌症認知積分較高的受訪者，其攝護腺癌的篩檢率也較高，也呼應國外的研究，知識是預測癌症篩檢行為的重要因子[21,22]。另外，在影響癌

症篩檢行為的因素中，醫師常常扮演著重要的角色，若國內的醫師能多鼓勵民眾做大腸直腸癌及攝護腺癌的篩檢，其篩檢率應可以提高[23,24]。

本文是有關國人男性實踐大腸癌及攝護腺癌篩檢經驗及相關因子的第一篇報導，由這次的調查結果提醒國人大腸癌或攝護腺癌篩檢率普遍低落，後者和民眾對癌症的認知有較明顯的相關，應可在這方面多做努力，加強宣導並教育民眾，以提高其癌症篩檢率，進而促成早期發現早期治療，提高其存活率。

## 誌 謝

本研究承蒙衛生署之經費補助，計畫編號為(DOH89-TD-1038)，特此致謝。

表四 男性受訪者(50歲以上)生活型態、收入及癌症認知積分與攝護腺癌篩檢經歷(N=521)

生活型態	曾經做過 n(%)	不曾做過 n(%)	合計 N(%)	P
抽菸				0.050
不抽	38 (15.6)	205 (84.4)	243	
已戒	13 (16.7)	65 (83.3)	78	
仍抽	17 (8.5)	183 (91.5)	200	
喝酒				0.760
不喝	50 (13.3)	325 (86.7)	375	
喝	18 (12.3)	128 (87.7)	146	
檳榔*				0.071
不吃	58 (14.3)	347 (85.7)	405	
吃	9 (7.9)	105 (92.1)	114	
運動習慣				0.075
沒有	14 (8.4)	152 (91.6)	166	
有	54 (15.2)	301 (84.8)	355	
每月收入**				0.707
<20,000	24 (16.6)	121 (83.4)	145	
20,000-49,999	17 (12.1)	123 (87.9)	140	
50,000-99,999	11 (12.4)	78 (87.6)	89	
≥100,000	4 (13.8)	25 (86.2)	29	
認知積分				<0.001
<16	19 (7.9)	220 (92.1)	239	
17-21	20 (13.5)	128 (86.5)	148	
≥22	29 (21.6)	105 (78.4)	134	

\*：此一變項其受訪者只有419人。

\*\*：此一變項受訪者只有403人，因為有些受訪者不願透露其每月的收入。

## 參考文獻

- 行政院衛生署：2003年台灣公共衛生年報。台北：行政院衛生署，2003。
- 行政院衛生署：中華民國八十八年癌症登記報告。台北：行政院衛生署，2002。
- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures-1999. Atlanta: American Cancer Society, 1999.
- Freeman HP, Muth BJ, Kerner JF. Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. Cancer Pract 1995;3:19-30.
- Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantifiable estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. J Natl Cancer Inst 1981;66:1191-208.
- 蔡婷玉、施曉琦、林素美：大腸癌的最近發展。中華醫學會報 1999；14：23-9。
- 葉志清：大腸直腸癌的危險因子-基因與環境之交互作用。台北：台灣大學環境衛生研究所博士論文，2003。
- Fuchs CS, Giovannucci E, Colditz GA, Hunter DJ, Speizer FE, Willett WC. A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. N Engl J Med 1994;331:1669-74.
- Alazmi WM, Barkin JS. Screening for colon cancer. Am J Gastroenterol 2002;97:1837-8.
- 于大雄：攝護腺癌。北市醫師公會會刊 2002；46：69-70。
- Frankel S, Smith GD, Donovan J, Neal D. Screening for prostate cancer. Lancet 2003;361:1122-8.
- Gerber GS, Thisted RA, Chodak GW, et al. Results of radical prostatectomy in men with locally advanced prostate cancer: multi-institutional pooled analysis. Eur Urol 1982;128:502-4.
- Lu-Yao GL, Potosky AL, Albertsen PC, Wasson JH, Barry MJ, Wennberg JE. Follow-up prostate cancer treatments after radical prostatectomy: a population-based study. J Natl Cancer Inst 1996;88:166-73.
- Bostick RM, Sprafka JM, Virnig BA, Potter JD. Knowledge, attitudes, and personal practices regarding prevention and early detection of cancer. Prev Med 1993;22:65-85.
- Schoen RE, Weissfeld JL, Trough JM, Ling BS, Hay

- ran M. A population-based, community estimate of total colon examination: the impact compliance with screening for colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002;**97**: 446-51.
16. Nadel MR, Blackman DK, Shapiro JA, Seeff LC. Are people being screened for colorectal cancer as recommended? Results from the National Health Interview Survey. *Prev Med* 2002;**35**:199-206.
17. 周碧瑟：影響台灣婦女接受子宮頸抹片檢查之因素。生命科學簡訊 2000；**14**：10-5。
18. Bostick RM, Sprafka JM, Virnig BA, Potter JD. Predictors of cancer prevention attitudes and participation in cancer screening examinations. *Prev Med* 1994;**23**:816-26.
19. Merrill RM. Demographic and health-related factors of men receiving prostate-specific antigen in Utah. *Prev Med* 2002;**33**:646-52.
20. Curry SJ, Emmons KM. Theoretical models for predicting and improving compliance with breast cancer screening. *Ann Behav Med* 1994;**16**:302-16.
21. Giuliano A, Papenfuss M, de Guerny de Zapien J, Tilousi S, Nuvayestewa L. Breast cancer screening among southwest American Indian women living on reservation. *Prev Med* 1998;**27**:135-43.
22. Valdez A, Banerjee K, Ackerson L, Fernandez M, Otero-Sabogal R, Somkin CP. Correlates of breast cancer screening among low-income, low-education Latinas. *Prev Med* 2001;**33**:495-502.
23. Mickey RM, Durski J, Worden JK, Danigelis NL. Breast cancer screening and associated factors for low-income African-American women. *Prev Med* 1995;**24**:467-76.
24. Miedema B, Tatemichi S. Breast cancer and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: what prompts women to screening? *Womens Health Issues* 2003;**13**:180-4.

## Colorectal and prostate cancer screening practices among men in Taiwan

CHIEN-CHANG LIAO<sup>1</sup>, HSIN Y WANG<sup>2</sup>, RUEY S. LIN<sup>3</sup>, CHANG-YAO HSIEH<sup>3</sup>, FUNG-CHANG SUNG<sup>1,2,3,\*</sup>

**Objective:** This study investigated the screening practices of colorectal cancer and prostate cancer among men who aged 50 years and above in Taiwan. **Methods:** Using a random telephone dialing system, we interviewed adults aged 20 years and above to collect information about their socio-demographic characteristics, cancer screening experiences and lifestyles. **Results:** Among 521 men aged 50 and above, 122 (23.4%) had undergone colorectal cancer screening, and 68 (13.0%) had experienced prostate cancer screening. Ethnicity ( $p=0.034$ ) and occupation ( $p=0.001$ ) were factors significantly associated with the colorectal cancer screening. Men of 60 years old and above were more likely to have had the prostate cancer screening than were men of 50-59 years old ( $p=0.013$ ). Smokers were also less likely to have had prostate cancer screening practice than nonsmokers ( $p=0.05$ ). The rate of colon cancer screening was lowered for betel nut users ( $p=0.05$ ) or for men did not exercise ( $p=0.05$ ). Prostate cancer screening was significantly associated with cancer knowledge level. **Conclusion:** This study showed that only a small portion of men have experienced screening test for the colorectal cancer and prostate cancer in Taiwan. Intensified promotion of these screening practices is needed, especially for those with an unhealthy lifestyle and lack of the cancer knowledge. (*Taiwan J Public Health*. 2005;24(3):209-216)

**Key Words:** colon cancer, prostate cancer, screening practice

<sup>1</sup> Institute of Environmental Health, College of Public Health, China Medical University, 91 Hsueh Shih Road, Taichung 404, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Institute of Environmental Health, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>3</sup> Institute of Preventive Medicine, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

\*Correspondence author. E-mail: fcsung@mail.cmu.edu.tw

Received: Jun 3, 2004 Accepted: Sep 21, 2004