

第二章 文獻探討

第一節 缺牙及其造成的問題

一般健康的成人齒列應有二十八顆恆齒，包括八顆門齒、四顆犬齒、八顆小白齒及八顆大白齒（四顆智齒不計），但由於以下數種因素將導致牙齒被拔除（或缺少）：1. 先天性缺牙；2. 齲齒；3. 牙周疾病；4. 齒列矯正；5. 外傷；6. 贖復治療選擇性拔除。其中乳牙被拔除、智齒被拔除、為了矯正因素獲取空間而拔除的牙齒，或拔牙後完全不影響現有齒列的情形，則不列在「缺牙」(Missing/ Tooth loss)的範圍內。(Elias,& Sheiham,1999)

失去牙齒將顯著降低咀嚼功能、影響與健康相關的生活品質以及營養的吸收，故裝置假牙有其絕對的必要性。(Gilbert, Duncan, Heft,& Coward, 1997)

若牙齒在脫落或拔除後一直未裝置假牙，缺牙區兩旁的牙齒會向這個空隙傾斜，缺牙區的對咬牙也會延伸進入這個空間，使得上下咬合關係改變，破壞咬合力的平衡，導致某些牙齒負荷過重造成牙周病。同時相鄰的牙齒也會逐漸鬆開，其間隙容易造成牙菌斑堆積，也會形成牙周病的問題使牙齒過早脫落（如圖 2-1）。

除此之外，缺牙會影響顏面外型，造成肌肉鬆弛，面部凹陷而影響心理。同時，缺牙處的齒槽骨也會因未裝置合適的贖復體而被吸收（resorption），造成齒槽骨降低而影響活動義齒的穩定性。



圖 2-1 缺牙所造成的結果

概括來說，裝置假牙的目的如下：

1. 維持牙齒齒列的完整。
2. 恢復咀嚼功能，避免牙周疾病。
3. 恢復發音的完整。
4. 恢復臉部外型，改善病患心理。
5. 避免缺牙區兩旁及對咬牙因傾斜或過度生長擾亂咬合關係。

(Rosenstiel, Land,& Fujimoto 1995； 邵偉靈, 1989)

McGrath 及 Bedi 2002 年在英國的抽樣報告得知，有 31% 民眾現存的牙齒已經少於 20 顆，但這些缺牙嚴重的患者卻有 16% 未裝置活動假牙。Chen 等在紐西蘭的調查顯示，13% 的人們因為牙齒的問題羞於開懷一笑，17% 的中老年人無法咀嚼較硬的食物 (Chen, & Hunter, 1996)。民國 92 年在高雄的調查也發現，31.5% 受檢者完全無法吃硬的食物，21% 無法吃具有韌性的食物 (廖正達, 2003)。另外，據 McGrath 以英國官方評量問卷 (the impact of oral health on quality of life, OHQOL-UK) 為工具研究口腔健康與生活品質的相關，發現口腔狀況

愈好，生活品質愈高；而當缺牙數愈多卻沒有裝置合適的假牙，影響生活品質愈顯著（Mc Grath, & Bedi, 2001）。

Steele, Sanders, Slade 等人(2004)在英國與澳洲所作與口腔健康相關的生活品質調查研究中顯示，現有牙齒少於 25 顆的缺牙患者（即缺 3 顆牙），其生活品質明顯較低。

1996 年 Chen 曾發展出口腔健康狀況與生活品質的概念模式如下，顯示缺牙對生活品質確實造成影響：

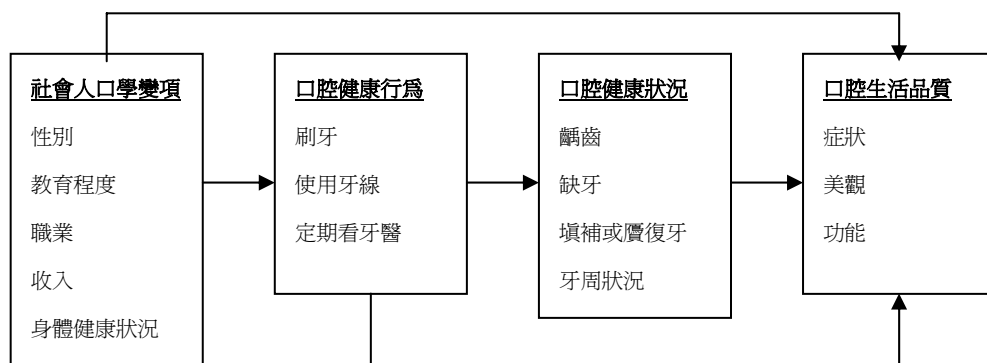


圖 2-2 口腔健康狀況與生活品質的概念模式

第二節 國內外成人缺牙現況及贖復情形

Paulander 等於 2003 年在瑞典的抽樣調查發現，35 歲以下的成人平均缺牙 1.6 顆，35-50 歲平均缺 5.2 顆，50-65 歲缺 11.4 顆，65-75 歲缺 18 顆牙齒。(Paulander, Axelsson, & Lindhe, 2003)。

1998 年牙周病醫學會與成大醫院對台南市民眾作抽樣，接受口腔檢查的 1577 位平均年齡 43 歲的成年民眾中，平均缺牙達 4.4 顆(曾春祺等，1998)。可見缺牙的問題確實存在。

Chestnutt 等學者曾在蘇格蘭地區研究病患拔牙的理由，發現 51% 的牙齒因為齲齒，21% 因為牙周疾病，11% 為齒列矯正因素，4% 失敗的根管治療，5.5% 外傷或牙冠周圍炎等而被拔除，另外還有 7.5% 是為因應病患選擇的治療計劃所拔除 (Chestnutt, Binnie, & Taylor, 2000)。而 Mc Caul 在相同地區所作 15 年追蹤報告中指出，1999 年比 1984 年平均每一個牙科病患被拔掉的牙齒減少 25% (Mc Caul, Jenkins, & Kay, 2001)。這表示牙科治療水準提升、民眾對口腔的照顧日漸重視，且非不得已不會輕易將牙齒拔掉，然而若一旦缺牙，患者是否每個人都能好好製作最適合他的假牙呢？

Viglid 於 1989 年發表其在丹麥老人安養機構所做的調查研究，其中有 90% 經評估有接受牙科治療的必要，但只有 44% 自覺有此需求，其間有顯著差異存在。Walter 等 2001 年在德國抽樣 14 歲以上民眾，以自填式問卷及客觀牙科檢查所得的研究結果顯示，有 81% 的人經詳細口腔檢查後評估為有贖復治療的需要(包括 17% 單顆固定式牙冠、34% 固定式牙橋、26% 局部或全口活動義齒及 4% 假牙修整)，但

在這些患者中只有 16%主觀認為自己有此需求，在統計上也達到顯著差異 ($\chi^2 p < 0.01$) (Walter, Wolf, Rieger, &Boening, 2001)。可見缺牙的問題常常被人們所忽略。在這篇研究中還發現，下顎牙齒的贖復治療需要性高於上顎 ($\chi^2 p < 0.001$)，其中第一大白齒需要治療者最多，門齒及犬齒則最少。

據紐西蘭的統計，65 歲以上缺牙的老人，約有 84%有裝置假牙，但其中只有 25%是合適的，也就是說仍有許多人並沒有裝置假牙，或假牙不密合、不合適等問題存在 (Chen, &Hunter, 1996)。

而在國內的調查研究方面，高雄縣抽樣調查 40 歲以上 200 位成人中，經口腔檢查有裝置假牙需要但卻未治療者即佔 69.6% (廖正達，2003)。

綜合以上的研究我們發現，缺牙的情形不論國內外都普遍存在，但民眾對於缺牙之後採取的贖復行為卻明顯偏低，故值得我們作深入探討。

第三節 缺牙問題的個人因素探討

壹、性別

Hunt, Hand, Kohout,& Beck(1988)針對 65 歲以上民眾所做為期一年半的縱貫性調查顯示，男性在這段時間內拔牙的發生率是 24%，女性則為 19%。Hand, Hunt,& Kohout(1991)同樣針對 65 歲以上老人所做為期五年的調查，男性拔牙的發生率是 50%，女性則為 32%。男性拔牙的可能性普遍大於女性。

另根據美國華盛頓及波士頓地區的統計結果亦顯示，男性缺牙的程度大於女性(Copeland, Krall, Brown, Garcia, & Streckfus, 2004)。

貳、年齡

1996 年抽樣調查 2200 紐西蘭民眾，發現在青少年階段（12-13 歲）幾乎沒有人缺牙（0%），但到了中年期（35-44 歲），至少缺一顆牙的人已達到 72%；到了老年期（65-74 歲），缺一顆牙以上的人已達到 100%，缺 13 顆牙以上者甚至佔 50%。可見缺牙的問題隨著年齡上升更顯嚴重(Chen,&Hunter, 1996)。

Kalsbeek, Truin, Burgersdi,& Van't Hof(1991)在荷蘭的研究發現，15-24 歲平均缺牙（智齒不計）1.6 顆，25-34 歲缺 4.8 顆，35-54 歲缺 6.6 顆，55-74 歲則缺 8.7 顆。足見年齡愈高，缺牙愈多。Paulander 等調查瑞典一千餘民眾，得知 35 歲以下平均缺牙 1.6 顆，35-50 歲平均缺 5.2 顆，50-65 歲缺 11.4 顆，65-75 歲缺 18 顆牙齒。可見隨著年

齡升高，缺牙愈多，期間有顯著相關。(Paulander, Axelsson, & Lindhe, 2003)。Ahlqwist, Bengtsson, Grondahl, & Lapidus(1991)在瑞典，Heft & Gilbert (1991)、Copeland(2004)在美國的調查研究也有類似結論。

Miller & Locker(1994)在加拿大安大略省做的抽樣調查，18-29 歲在過去一年內有拔過牙的佔了 2.8%，30-49 歲有 7.5%，50-64 歲有 12.7%，65 歲以上則達 18.2%。意即隨著年齡增長，拔牙的機會亦跟著上升，在統計上達到顯著水準。

Walter 等 2001 年在德國的調查顯示，15~24 歲的年輕族群有 34% 有贖復治療的必要 (normative treatment need)、25~34 歲有 75% 有治療必要，但是在年齡 75 歲以上的老年人，則有 98% 有必要作假牙，在統計上達到顯著差異 ($\chi^2 p < 0.01$)。

林亭枝(2003)的調查亦發現，隨著年齡增加，牙周附連喪失及缺牙情形也隨之增加。

叁、社經地位

Gilbert 等人於 1998 年起為期四年在美國佛羅里達州針對 45 歲以上成人的研究報告指出，教育程度愈低及經濟狀況較差者，在這四年內明顯比較少至牙科診所作預防檢查（如 X 光攝影或牙結石清除等），但卻失去較多的牙齒，且對照護口腔的觀念態度較弱、牙齒普遍較不健康。此外，在拔牙前，社經地位較低者也得到較少的替代治療方案建議（如根管治療等），或詳細的贖復治療溝通。故缺牙情形較社經地位高者顯著(Gilbert, Duncan, Brent, & Shelton, 2003)

Hanson, Liedberg, & Owall (1994) 研究瑞典老年男性的口腔狀況與社經地位的關係，發現社經地位愈高者，其有功能的現存牙齒愈多，且前牙缺牙但未作假牙的情形較少。

Ahlqwist、Bengtsson 等(1991)所做的 12 年縱貫性研究，探討瑞典女性的社經地位與缺牙的相關問題，發現社經地位愈高，缺牙的情形愈少，兩者確有相關。

Miller(1994)在加拿大所得到的統計值，學歷在中學以下者在過去一年內有拔過牙的佔了 14.9%，中學畢業者 10.6%，大學學歷者則只有 4.0%。表示隨著教育程度提高，拔牙的機會隨之降低，在統計上達到顯著水準。

Paulander 等在瑞典的調查，也發現教育程度與缺牙情形有顯著相關。35 歲以上低教育程度（小學及以下）成人平均比高教育程度者少 3.4 顆牙齒(Paulander, Axelsson, & Lindhe, 2003)

家庭收入方面，Miller(1994)發現，年收入在\$20000 以下者，在過去一年內有拔過牙的佔了 16.7%，而年收入\$20000 以上者則只有 7.6%。顯示隨著收入升高，拔牙的機會亦隨之降低。

肆、口腔及身體狀況

Baelum, Luan, Chen,& Fejerskov(1997)在中國大陸 Yanqing 地區所做的十年追蹤，認為有愈多齲齒者、齲齒深度愈嚴重者、牙齒動搖失去附連牙齦(attachment loss)達 7mm 以上者、較多牙齦下結石(subgingival calculus)者，缺牙的可能性也較高，且被拔掉的主要都是咀嚼功能最重要的大白齒。在這個研究中認為，齲齒與牙周疾病對缺牙的預測能力是差不多的。

Copeland 等於 2004 年在華盛頓及波士頓的統計報告亦指出，牙齒的狀況愈差、填補率愈高、牙周囊袋愈深者，一般來說較有缺牙的可能。

另外，Miller(1994)在加拿大的研究發現，目前口腔內因缺多顆牙而有活動假牙裝置者，在過去一年內有拔過牙的佔了 21.3%，而沒有裝置假牙或缺牙不多、只裝置固定式假牙者，過去一年有拔過牙的則只有 4.6%。可見目前口腔狀況愈差，再度缺牙的機會也愈高。

Gilbert, Duncan, Crandall, Heft,& Ringelberg(1993)在佛羅里達的研究則顯示，糖尿病患者缺牙的情形大於無糖尿病者。林亭枝(2003)在南部地區的調查也有相同結論。

伍、口腔健康行為

Gilbert 等(1993)發現，缺牙較多者普遍比較不注意口腔衛生的照顧（牙刷牙線的使用），也比較少去牙科定期檢查。

Miller 等(1994)調查指出，有定期至牙科接受檢查者，過去一年內有拔牙經驗的佔了 8.2%，而只有疼痛時才會去看牙醫的則高達 22.8%。

陸、不良健康行為

另外，調查顯示有抽菸喝酒習慣者，缺牙的可能性也較高 (Copeland, Krall, etc. 2004, 馬子嬌，2003)。

小結

綜上可知，男性、較年長者、社經地位低、口腔健康及身體狀況不佳、健康習慣不良者，其缺牙的情形較普遍。

第四節 影響口腔健康行為與牙科就醫行為的因素

因針對贖復治療意圖的研究目前相當有限，故部份以牙科就醫行為、口腔衛生行為相關的文獻或其他健康行為文獻代替。

壹、個人因素

一、性別

Ugur 與 Gaengler(2002)探討德國某地區居民的口腔健康行為，結果發現女性較傾向經常至牙科定期檢查。Davis 與 Ware(1981)，Suominen- Taipale、Widstrom、Alanen&Uutela(2000)，Ekanayake 與 Mendis(2002)的研究亦顯示女性利用牙醫醫療服務的機率較男性高。McGrath 及 Bedi 2002 年抽樣英國大不列顛地區二千餘居民，當缺牙的程度相同時，女性較男性更傾向於裝置假牙。(McGrath,& Bedi, 2002)

Stevens, Maes & Peeters (1992) 針對青少年口腔衛生的相關研究中發現，女性刷牙的習慣比男性好。其他相關研究亦指出，性別不同，刷牙、使用牙線的口腔衛生習慣的表現亦不同(呂宜珍等，1999；Kassak, Dagher & Doughan, 2001；Macgregor, Balding & Regis, 1998)。

鄭麗美(2003)在台中地區、彭紋娟(2002)在澎湖地區的調查顯示，女性比男性重視口腔健康，並較常至牙科作定期檢查。鄭智遠(1996)調查高雄市大學生口腔狀況與其口腔衛生知識、態度和行為，結果發現：從口腔衛生知識、態度及行為的相關性分析中，男性在各方面的得分均低於女性，尤其是態度和行為方面經檢定亦與女性

有顯著差異存在。

而 Lo 與 Schwarz(1998)使用 Anderson 模式探討香港中壯年族群對牙科醫療之就醫行為，結果則顯示男性較常至牙科就診。

總結上述，除了少數研究外，不論國外國內，女性對牙科治療的利用度大多高於男性。

二、年齡

Tennstent、Brambilla、Jette、&McGuire(1994)針對新英格蘭 70 歲以上居民進行牙科門診就醫行為之調查，結果顯示較年輕者較傾向於經常利用牙科醫療服務。Suominen-Taipale, Widstrom, Alanen, & Uutela (2000)的研究也有類似結果。Vallittu,& Lassila(1996)的研究顯示年輕人較老年人更重視牙齒的外觀，故當缺牙的程度相同時，年紀較輕者較傾向於裝置假牙。(McGrath,& Bedi, 2002)

Calnan，&Almond（2003）在英格蘭所發表的縱貫性研究顯示，年齡較高者對於牙科及其他醫療照護顯示出較高的批判程度以及較負向的態度。

郭素玉(2004)在高雄地區所作調查研究也發現，有定期至牙科接受全口牙結石清除者，以 18-34 歲年輕族群最高，與中老年族群有明顯差異。鄭麗美(2003)在台中地區、林玉珍(2002)在高雄地區、彭紋娟(2002)在澎湖地區的調查亦顯示年齡較輕者，對牙科的使用率較高。

三、社經地位

Maupome、&Macentee (1998) 在加拿大的研究發現，社經地位愈高、認為自己的收入足夠負擔自身需要的缺牙患者，其能夠接受贖復治療、裝戴全口或局部活動假牙的情形較低社經地位者多。McGrath 及 Bedi 於 2002 年在英國的抽樣報告亦顯示，經評估缺牙程度嚴重須裝置活動假牙者，低社經地位有接受治療的只有高社經地位的一半。

Hanson, Liedberg, &Owall (1994) 在瑞典的研究發現，社經地位愈高者，其缺牙較少、必須裝戴全口或局部活動式假牙的情形愈少，但固定式牙橋則比較多。

Tennstedt, Brambilla, Jette, & McGuire(1994)、Suominen-Taipale 等(2000)、Ugur, &Gaengler(2002)皆發現社經地位高者較傾向於經常利用牙科醫療服務。另一方面，低社經地位者至牙科求診多是因為牙齒疼痛不適，定期檢查及預防行為普遍較少(Gilbert, Shan, Shelton, Heft, Bradford, etc.2002)。

Ahlqwist、Bengtsson 等(1991)發現高社經地位者每年定期看牙醫的有 97%，中社經地位者有 90%，低社經地位者則只有 83%，其間有顯著差異。Ronis, Lang, Farghaly & Ekdahl (1998) 調查居住在底特律的美籍非裔與白人的預防性口腔衛生行為中發現：不同的社經地位會影響口腔衛生習慣。

李文儀於 2001 在高雄地區牙醫診所的調查報告指出，教育程度較高者，較傾向於定期至牙科就診，接受檢查與治療。彭紋娟(2002)、林玉珍(2002)、方淑娜(2002)、鄭麗美(2003)、楊惇祺(2003)也有相同

結論。足見社經地位的高低與接受牙科定期檢查與治療的習慣息息相關。

四、過去贗復治療經驗

Fredeick & Dossett (1983) 指出先前的行為 (prior behavior) 與未來有關的行為意圖和行為有直接因果關係。國內外許多研究皆發現過去的行為能夠直接影響行為意圖或行為，Jones (1990) 與葉國樑 (1996)、柯惠珍 (1998) 針對資源回收行為，Fredeick & Dossett (1983)、呂昌明 (1995) 針對戴安全帽行為都符合此假設。

牙科就醫行為方面，Walter (2001) 在德國的研究發現，過去曾做過假牙 (包括固定式及活動式) 的牙科患者，較能夠感受到自己有贗復治療需求 (subjective treatment need)，其接受贗復治療的意願也較高。

而 Ettinger (1984)、Kiayak (1989)、Viglid (1989) 等人則發現過去假牙裝戴的滿意度愈高者，其對於贗復治療需求較高。

五、口腔健康自覺狀況

人們對牙齒的需求不外乎功能及美觀兩者。缺牙的問題不只是功能面的損失，還包括了心理層面。Elias 等在英國(1999)發現平均 45 歲的中年人只要擁有完整的 12 顆前牙以及三對小白齒，就對自己的口腔狀況大致滿意。意即失去前牙對患者而言比失去後牙來得嚴重，病患對於前牙裝置假牙的意願較後牙為高。這也就是許多人為什麼多年缺牙卻遲遲未進行贖復治療的原因之一。(Elias, & Sheiham, 1999)。

一般說來口腔健康自覺狀況愈好者，其焦慮程度愈低，但與其口腔實際檢查結果則無相關 (Moore & Brodesgaard, 1993)。Walter (2001)、Ettinger (1984)、Kiayak (1989)、Viglid (1989) 等人都發現自覺口腔狀況愈好、愈不認為自己的口腔健康有問題者，其對於主觀感受贖復治療的需求較低，而常常感覺到口腔不適症狀者，其治療需求較高。

而 Ugur 與 Gaengler (2002)在德國的研究則發現，口腔健康自覺狀況良好者較傾向經常至牙科定期追蹤檢查。另外，Ekanayake 與 Mendis (2002)在斯里蘭卡發現過去六個月內有牙疼症狀出現的人，較常利用牙醫醫療服務。

此外，郭其華(2002)在彰化地區的調查也發現，自覺牙齒愈健康者，其口腔保健知識、態度、行為愈正向，也愈能夠接受治療。

由上可知，口腔健康自覺狀況與牙科治療的意圖與行為之間的關係，至今仍無明確答案，需要更多的研究方能證實其相關性。

貳、社會心理學因素

一、知識

行為的改變必須有知識、技能及動機這三個要素存在，對贖復治療行為意圖而言，有關接受治療之必要性及治療效果的知識是第一個重要的因素，然而知識與行為之間並無明顯的關係，我們無法肯定具備有關知識的病人一定會起而實行。有不少研究嘗試驗證知識與健康行為、遵行醫囑行為的關係，例如 Stewart, Wolfe, Maeder, & Hartz(1996) 探討知識與口腔衛生行為間的相關，但認為其間並無顯著關係存在。然而也有一些研究認為知識與行為之間有直接或間接的相關：

Ettinger (1984)、Kiayak (1989)、Vigliid (1989) 等人發現對於口腔健康知識程度愈高者，其對於贖復治療需求較高。

根據 Hamilton & Coulby (1991) 對中學生口腔衛生知識與習慣的調查發現，在口腔衛生知識得分較高者，其口腔衛生習慣較為良好。

Freeman, Maizels, Wyllie & Sheiham (1993) 的研究發現，具有較佳口腔衛生知識的學生，對口腔衛生較有正向的態度，也愈容易表現較好的口腔衛生習慣。同樣的，根據 Hamilton & Coulby (1991) 對中學生口腔衛生知識與習慣的調查發現，在口腔衛生知識得分較高的學生口腔衛生習慣較為良好。

楊瑞珍等 (2001) 探討某護理學院新生口腔健康狀況、口腔保健知識、態度及行為，研究結果也顯示口腔保健知識與口腔保健行為間

有正相關。

然而，在陳麗麗（1998）、張豔鈴（2001）的研究中，卻顯示口腔衛生知識與口腔衛生行為無顯著相關性。因此，口腔衛生知識與口腔衛生習慣的相關性還有待進一步研究。不過雖然知識無法決定行為的發生，但人們仍然需要有關的訊息，來幫助他們做出與健康相關的行為決定。

二、自我效能

Bandura (1986) 的社會認知理論 (Social cognitive theory) 認為行為會受三個因素影響：知覺自我效能、結果期待及目標設定 (引自 Dzewaltowski 等, 1990)。

根據社會認知理論，自我效能是指個人自己評估在特定環境下，能完成特定行為的力量，它包括個人承擔一特定行為的意願程度、評估所付出的努力之程度及當遭遇困難時的堅持度 (Bandura, 1982、1989；引自 Sheeshka 等, 1993)，但這些都並非是其真正的能力。

自我效能的理論可用於了解屢復治療行為、認知因素及環境影響間交互作用之因果，它和計畫行動理論 (the theory of planned behavior) 中的知覺行為控制 (perceived behavior control) 是類似的 (Sheeshka 等, 1993)，只是自我效能著重的重點在於內在的因素 (如技巧、訊息等) (Dzewaltowski 等, 1990)。

有意義的自我效能應包含下列三個方向：

1. 程度：即事情的困難度；當相同類型的事情，卻有不同難度時，個人會有不同效能的行為表現。
2. 類化：指個人對某情境評估的自我效能，可否類化至其他的情境。
3. 強度：指確信個人完成特定行為的把握度。自我效能低者，其對行為的把握度容易因失敗的經驗結果而下降。但自我效能高者，則會努力克服 (引自鍾東蓉, 2000)。

自我效能對健康行為的預測力，在許多領域皆已經過證實。

Varies、&Dijkstre (1988) 運用理性行動論結合自我效能的吸菸行為意圖研究指出：自我效能在態度和主觀規範之外，有效增加對行為或行為意圖的解釋力；國內方面，鍾美雲 (1994) 西式速食攝食行為之意圖研究、吳毓琦 (1995) 飲酒行為研究、歐曉蓁 (1995) 嚼檳榔行為研究中，都發現自我效能在態度和主觀規範之外，顯著增加對行為意圖的解釋量。由此可見，自我效能對行為意圖有相當的影響，但影響程度得視不同行為而定。

另外，自我效能也被國內外學者廣泛應用在預測其他健康行為上，如飲食行為 (Ward, 1990; 姚元青, 1994)、大腸直腸癌糞便篩檢行為 (Myers, 1994; 柯懿嬖, 1996)、預防愛滋行為 (Kasen、Vaughan & Walter, 1992; 洪文綺, 1997)、騎機車戴安全帽行為 (蔡玲珠, 1998) 以及運動行為 (Miller、Trost & Brown, 2002; 黃婉茹, 2003; 何佩玲, 2005) 等等，亦都發現自我效能與行為意圖或行為有顯著相關或為重要預測變項。

在口腔衛生的研究方面，Tedesco, Keffer & Fleck-Kandath (1991) 探討認知導向健康行為理論中的理性行動論、自我效能與口腔衛生行為的關係，結果顯示：理性行動論的變項可以有效解釋刷牙及使用牙線的行為，但加入「自我效能」這個變項後，更可以提高對潔牙行為的解釋力。

David, Cathy & Paul (1996) 提出應該運用不同的理論模式中的變項才能有效預測不同的口腔衛生行為，在其研究中將口腔衛生行為重點放在刷牙、使用牙線與定期看牙醫三方面，結果顯示，口腔衛生自我效能是有效預測潔牙及定期看牙醫等口腔衛生行為的重要變項。

國內針對探討自我效能與口腔衛生習慣相關的研究顯示，自我效能與餐後潔牙行為之間有顯著正相關（張豔鈴，2001），也與口腔衛生習慣及定期口腔檢查的行為有顯著正相關（游尚霖，2002）。

根據上述的文獻發現，自我效能在預防性健康行為上有其重要性，因此，本研究擬在研究架構中納入自我效能進行探討。

三、個人對治療的結果期待

「結果期待」(outcome expectancy) 是一種信念，指一個人對實行一特定行為會導致一特定結果之程度的評估，它包含三個層面：實質的結果 (material consequence)、社會的結果 (social consequence) 及自我的影響 (self-reaction) (Bandura, 1986; 引自 Dzewaltowski 等, 1990)，舉例來說，根據這種分類，接受贖復治療所產生的結果有金錢的回饋、社會的贊許及自我的滿意；除此之外，接受贖復治療還可以促進咬合功能、腸胃消化功能及預防缺牙所導致的牙周疾病，因此，在這方面還可以加入生物的結果 (biological outcome)

(Dzewaltowski 等, 1990)。1982 年時，Maddux 等人將「結果價值」(outcome value) 的概念加入結果期待中，雖然並沒有提升行為意圖的解釋力，但 Rodgers 等人 (1996) 在後來的研究中，以結果發生之可能性與價值性的乘積來測量結果期待，發現其對於行為有更高的預測力，而 Maddux (1995) 認為因為結果有正負向的考慮，故應以結果的重要性來取代結果價值 (引自劉玉菁, 1999)，結果的期待可以表現出對該行為的態度。

聶啟美 (1998)、蘇鳳足 (2004) 指出降低脂肪攝取營養的結果期待愈正向，其降低脂肪攝取行為愈正確；柯惠珍 (1998) 資源回收行為、陳瑩睿 (1998) 超速駕駛行為、蔡佩珊 (2001) 與吳芳菁 (2001) 研究飲用含糖飲料行為，Thomas、Bruce & Kevin (1992)、王淑芳 (2000)、何佩玲 (2005) 研究運動行為，皆發現結果期待是健康行為的重要預測變項。

根據上述的文獻發現，結果期待在許多健康相關領域皆為其行為的重要預測變項，但目前國內尚未對缺牙患者贖復治療意圖，進行結果期待的研究，因此本研究擬將結果期待納入研究架構中進行探討。

四、社會支持

社會支持是獲得來自他人的協助與保護。協助可以是無形情感與情緒上的扶助，或是有形經濟與物質的協助；保護是處在生活壓力之下，能夠給予協助，避免限於困境（Heaney & Israel, 1997）。社會支持的功能有四項：(1) 情緒性支持：由親友或是有意義的他人提供關心、信任、歸屬感與關愛。(2) 訊息性支持：由親友或是有意義的他人提供的知識、資訊，以幫助個體了解所處的環境。(3) 實質性支持：由親友或是有意義的他人提供實質的物品、服務或照顧。(4) 評價性支持：由親友或是有意義的他人提供的回饋與建議（Barrera, Sandier, & Ramsay, 1981）。

Cassel 認為來自社會環境的壓力會影響神經內分泌系統的平衡而增加對疾病的易感性，若有適當的社會支持，則較能抵抗壓力的作用；而 Cobb 指出當疾病發生後，社會支持可透過促進遵醫囑行為來影響疾病的復原（引自 Lindsey, 1988）。但個人對社會支持有需求、了解提供支持的來源、且個人能確實利用，是社會支持要發揮功能的前提（Bruhn & Philips, 1984）。

在社會支持的測量方面，Muller（1980）認為應包括支持來源（如家人、親友或專業人員）、支持類型（如情緒、訊息或工具支持）及支持強度，經由此三方面的評估，將可使研究人員更能確定影響行為、壓力及身心健康狀況的支持來源及類型（引自劉翠薇，1995）。

社會支持的概念，曾運用在國內外許多不同領域健康行為研究上，Sallis（1992）發現社會支持能有效預測坐式生活型態，此外，

王淑芳（2000）、劉俐蓉（2003）、何佩玲（2005）研究運動行為，都證實獲得社會支持程度愈高者，其愈能夠執行規律運動行為。顯示出社會支持在健康行為上的重要性。

在口腔健康的運用方面，Hanson，Liedberg，&Owall（1994）發現當老年族群所獲得的社會支持愈少者，其缺牙情形愈顯著。

McGrath，&Bedi（2002）在英國研究社會支持對老年人口腔健康的影響，發現與家人或親友同住者，其口腔健康狀況較獨居者佳。除此之外，社會支持較高者，其缺牙的數目較少、全口缺牙只好裝戴全口假牙的情況較少、距離上次到牙科看牙的時間較近、會主動尋求牙科醫療照護、且看牙的原因傾向於定期檢查而非急性疼痛。

Walter 等在德國的研究也發現，經評估為需要接受贖復治療的民眾中，有 22%雖然自己主觀上並沒有作假牙的需求，但卻願意在醫師建議下接受治療；Elias 的研究也有類似結果。(Elias,& Sheiham, 1998; Walter, Wolf, etc. 2001) 亦即民眾對於正確口腔保健的認知仍有不足，但在家人或醫師的鼓勵下仍會選擇接受治療。

Maupome、Macentee(1998)在加拿大研究老年族群的社會網絡、社會支持與贖復狀況的關係，發現前牙缺失但卻未作假牙的患者，其社會參與度及社會支持度較低。

其他口腔健康行為方面，Astrom & Rise(1996)、Astrom & Jakobsen(1996)分析青少年的口腔健康信念與使用牙線、引用無糖礦泉水的關係，發現父母親以及牙醫師對這些青少年的影響是顯著的。

張豔鈴（2001）針對國中生餐後潔牙行為的研究，結果發現餐後潔牙社會支持與餐後潔牙行為呈顯著正相關。其相關程度由高至低依序為「父母的社會支持」、「其他親人的社會支持」、「牙醫師的社會支持」與「朋友的社會支持」。

綜合以上文獻，我們可發現社會支持對病人口腔健康行為與牙科就醫行為有相當重要的影響。故本研究擬將其列入研究架構中探討其與贖復治療意圖的關係。

五、健康信念

健康信念模式 (Health Belief Model) 於 1950 年代被提出，後來經由 Hochbaum, Kegeles, Rosenstock, & Becker 等社會心理學家經過長期的研究修正後發展出來的 (Rosenstock, 1974)，其模式如下圖。

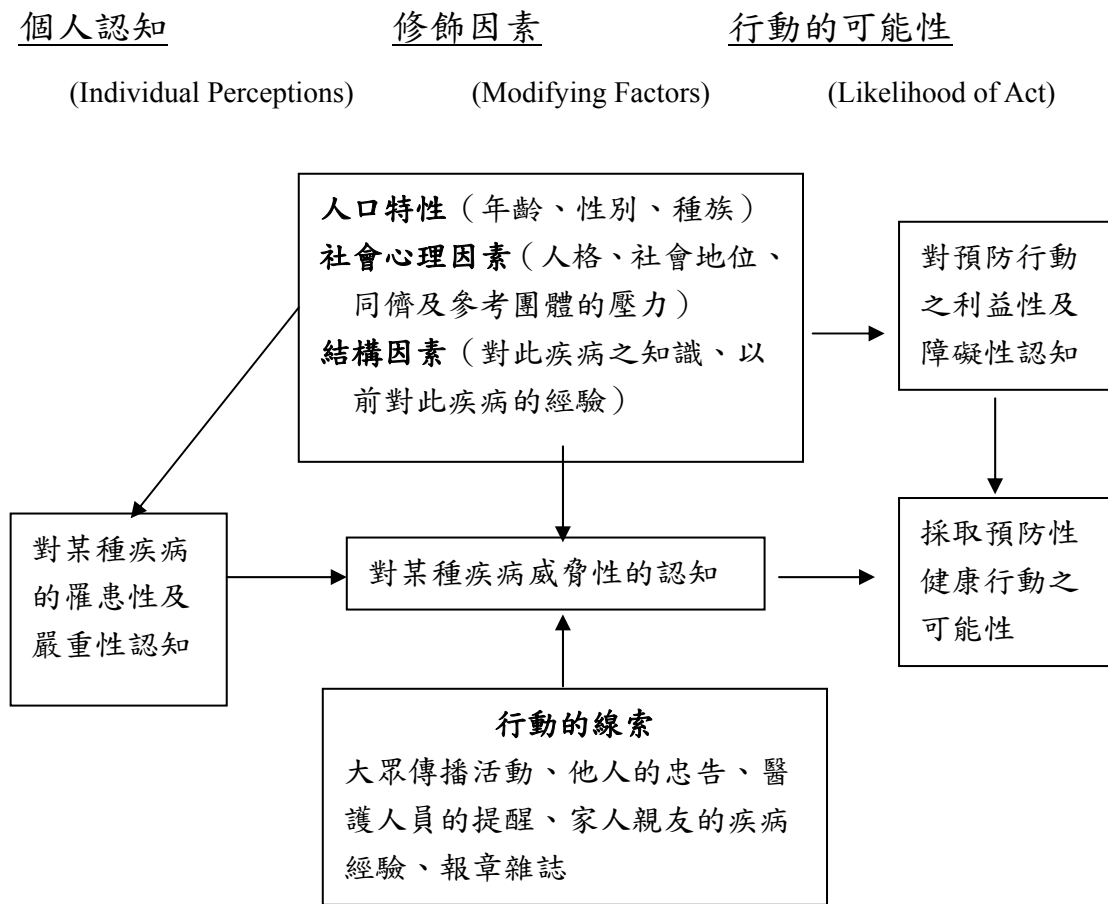


圖 2-3 健康信念模式

Becker 等人認為：一個人對某種疾病的罹患性、嚴重性認知，及採取預防此疾病的健康行為時的有效性及障礙性認知，加上行動的線索會影響該行為是否出現 (Becker, 1974)。

1. 罹患性認知 (Perceived Susceptibility)：指個人主觀地評估罹患某種疾病的可能性。
2. 嚴重性認知 (Perceived Severity)：指個人對罹患某種疾病後的結果是否認為嚴重。
3. 有效性及障礙性認知 (Perceived Benefits and Barriers)：指個人欲採取行動時，往往預先評估此行動的有效性、方便性、花費代價等，若認為利多於弊則可能採取行動。
4. 行動線索 (Cues to Action)：指促成採取行動的刺激。可分為外部線索如大眾傳播、家人親友的疾病經驗；內部線索如自覺身體不適。

此模式認為個人對疾病的罹患性與嚴重性認知是提供行動的動力。而有效性與障礙性認知的衡量與比較，則會影響個人最佳行動途徑的選擇，若再加上行動線索的刺激則會提升採行健康行為的可能性（呂昌明，1994）。

Janz 和 Becker (1984) 回顧 1974 至 1984 年間使用健康信念模式來做調查研究，摘要這些研究結果，支持健康信念能有效預測行為。在此回顧中也指出：

1. 障礙性認知在所有研究中最有預測力的變項。
2. 罹患性認知在預防性健康行為比在疾病角色行為重要。
3. 有效性認知則在疾病角色行為比在預防性健康行為重要。
4. 嚴重性認知是比較弱的預測指標，但與病人角色行為則有強的相關。

雖然健康信念模式，有其缺點及限制，例如 Macrae, Hill, StJohn, Ambikapathy, & Garner (1984) 即發現對大腸癌嚴重性的認知較強的

人，反而會抑制其接受大腸癌檢查的行為，但是在諸多健康行為上皆可見其之應用。例如蕭雅娟(2000)研究婦女乳房自我檢查行為，張淑芳、陳靜敏、陳品玲(2000)研究婦女預防骨質疏鬆症行為，閩嘉娜、姜逸群(2003)探討未通過聽力篩檢的新生兒產婦焦慮程度，皆以健康信念模式為介入重點。

Mendoza, Newcomb,& Nixon(1991)提出對罹患牙周病感到嚴重的患者，對支持性療法的配合度會變高，對平日的口腔健康照護也會執行得較徹底。

Ettinger (1984)、Kiayak (1989)、 Viglid (1989) 等人發現，當牙科治療所需的花費對患者而言是一個負擔時，即金錢花費的障礙度愈高時，其對於屢復治療的需求較低。

Barker(1994)針對英國一教學醫院牙科病患探討健康信念與口腔健康行為（以貝氏刷牙法與牙線來控制牙菌斑）的關係。於病患初診時記錄其牙齦流血指數，且同時施予衛教。一個月後回來複診並再做一次紀錄。研究結果發現健康信念中的「罹患性認知」與「有效性認知」與病患的口腔健康行為及牙齦流血指數的控制有密切相關。

在實證經驗上，健康信念對健康行為的解釋能力已被多方證實，但在牙科屢復治療的領域則較少被觸及，健康信念模式中的罹患性認知、有效性認知及嚴重性認知，分別與本研究擬探討的與屢復治療相關的「知識」、「結果期待」與「牙科就醫焦慮」等變項在概念上有重疊之處。因此，本研究擬只選取模式中預測力最強的障礙性認知納入研究架構，以探討其與屢復治療意圖的關係。

六、牙科就醫焦慮

過去針對牙科焦慮的研究多半在西方國家，根據文獻，有嚴重牙科就醫恐慌症的成人大約佔 5~15%，中度到高度牙科就醫焦慮者則有 10~21%。就醫焦慮與年齡、性別、社經地位都有相關：隨著年齡的增加，焦慮度會提高（Neverlie，1990；Hakeberg & Berggren，1991）；女性的焦慮情形高於男性（Neverlie，1990；Moore & Birn，1993）；在社經地位方面則無定論（Locker，&Liddell，1991；Hakeberg & Berggren，1991；Moore & Brodesgaard，1993）。

就醫焦慮常導致研究對象避免牙科治療、不規律的口腔檢查以及較低的牙科配合度（Milgrom，&Fiset，1988；Moore，&Brodesgaard，1991）。過去研究曾發現牙科就醫焦慮程度愈高者，其自覺牙科治療需求愈低（Ettinger，1984；Kiayak，1989；Viglid，1989）。另外，許多研究皆證實牙科焦慮感愈高者，愈傾向於避免牙科就醫行為（Locker，&Liddell，1991；Moore & Brodesgaard，1991）。

測量牙科就醫焦慮最有效廣泛運用的就是 Corah(1969)年設計的「牙科焦慮量表」(Dental Anxiety Scale, DAS)，乃以四個簡單的自評式問題，以總分 4-20 分再分為四種不同程度的焦慮。

Poulton、Thomson、Brown、&Silva(1998)運用 DAS 在紐西蘭研究對看牙、打針、流血等等心懷恐懼的 18 歲青年，發現愈害怕看牙的人，其 DMFS（齲齒、缺牙及牙科填補指數）較不怕看牙者為高；且距離上次看牙的時間愈長，其間有顯著相關。

Zimmerman(1988)的研究指出牙醫師在病患接受治療的過程中，若能減少其焦慮與不安感，讓病患心情放鬆，將有助於病患日後繼續就醫的意願。

Horst & Amesterdan(1993)、Locker & Liddell(1991)、Locker & Shapiro (1996)亦認為減少病患的焦慮，能有效地提升醫療滿意度，而間接影響就醫行為。

綜合以上文獻，牙科就醫焦慮在牙科就醫行為上有其相當的重要性，故本研究擬將其列入研究架構中進行探討。

文獻探討總結

從上述的文獻中可知，個人背景因素、缺牙及贖復治療經驗、口腔健康自覺狀況、治療結果期待、知識、贖復治療障礙性認知、牙科就醫焦慮、社會支持與自我效能，都是可能影響缺牙及牙科就醫行為的重要因素，因此本研究擬將上述變項納入自變項中，以探討其與贖復治療意圖的關係。