

第一章 緒論

本研究主要目的在透過衛生教育教學策略的運用，嘗試改變門診中嚼食檳榔且發生口腔癌前病變病人之嚼食檳榔健康信念、提高其戒食檳榔之自我效能和行為，以提供醫院和診所牙醫師、牙科助理進行門診衛生教育的參考。

第一節 研究動機及重要性

在台灣省道兩旁穿著清涼的檳榔西施儼然蔚成台灣一個特殊景象，加上近年來，因為種植檳榔樹而開發山坡地，導致每逢大雨，常有土石崩塌，形成土石流，造成人員財產喪失的重大危害。不僅如此，許多醫學臨床研究也發現檳榔與檳榔添加物能促成口腔癌的發生(王東堯、靳應台、陳宏安、林立，1992；胡洪琪，1999)。另外，國際癌症研究中心(International Agency Research on Cancer, 簡稱 IARC) 1985 年的報告也指出，已有足夠證據證實含菸草檳榔塊與口腔癌之相關性(國家衛生研究院論壇，2000)。是以，嚼檳榔行為不僅對環境造成破壞，更對國人的健康產生相當大的影響。

再者，臨床觀察研究也顯示，口腔癌的發生大多伴隨在口腔癌前病變之後(邱重榕、陳建仁，2001)，而嚼食檳榔與口腔癌前病變的發生關係亦甚高。鄭雅愛、鄭志貞、蔡吉政、楊奕馨、謝天渝(2001)指出，嚼食檳榔者罹患口腔癌前病變的機率較高，如口腔黏膜下纖維化、口腔黏膜白斑等。

另一方面，近年來發現檳榔盛行地區，有較高的口腔癌發生率及死亡率，如東南亞地區的馬來西亞、泰國、印度和東亞地區的中國大陸、台灣等地(國家衛生研究院論壇，2000)。以台灣為例，根據統計，台灣地區每年死於口腔癌人數，由 1991 年的 549 人增加到 1998 年的 1186 人，到 2000 年時則有 1494 人，並成為台灣地區主要死因

之第七位，更是男性癌症死因第五位（行政院衛生署，2002）。儘管如此，國內嚼食檳榔的人口仍然居高不下，甚至有往上攀升的趨勢，據估計全台目前約有二百八十萬嚼食檳榔的人口（胡洪琪，1999）。就年齡層發生率而言，以男性年齡別口腔癌發生率的長期趨勢來看，45~59歲是發生率上升最顯著的年齡層，亦即中年男性屬高危險群。故有必要及早針對這群人口來進行篩檢，特別是有嚼檳榔經驗、罹患口腔癌前病變者，以適時提供相關知識、技能，增強其戒除檳榔的願意，進而遠離檳榔的危害。

在醫療院所透過門診醫師鼓勵病人改正不良行為已被證實是一種有效的衛教策略。從1989年開始就有國外的研究發現，以第一線門診醫師勸告病患戒菸效果良好（Little, Stevens, Severson & Lichtenstein, 1992），而在1997年美國的口腔顎面外科醫師呼籲牙醫師應在勸誡吸菸上扮演重要角色（黃振勳，1999）。我國行政院衛生署近年來也重視門診衛教工作的推動，但目前仍僅限於少數醫院針對某些特殊類別病患（如糖尿病、肥胖、孕婦等），透過護理人員或營養師等人員提供門診衛教，若醫師也能加入，適時對個案的特殊需求實施衛生教育，必能獲得事半功倍的效果。

目前國內之口腔醫療及相關衛生教育雖已漸邁入開發國家之林，但遺憾的是國人的檳榔與口腔癌相關認知錯誤或不足（黃頤、張學逸、胡寶琴，1992），加上大多數之口腔癌新病例都遲至中、末期症狀出現才尋求醫治，此時常因癌症病變細胞之擴散導致治療效果不彰。據估計，目前每年直接花費在與檳榔相關疾病的醫療費用高達10億以上，不僅增加個人的健康及財務上的負擔，更造成高社會醫療成本（葉金川，1999）。以經濟效益的觀點而言，健康是省錢的，而醫療是昂貴的，所以若能及早透過衛生教育的方式幫助病患及早戒除不良的習慣，實屬上策。所以早期發現病徵、早期治療，以及適時的進行戒除嚼檳榔教育介入，是為口腔癌防治之最重要課題（黃振

動，1999）。

鑑於上述，研究者認為有必要及時進行戒食檳榔的介入計劃。因此，以就診於口腔顎面外科門診、有嚼食檳榔習慣且罹患有口腔癌前病變的病人為對象，嘗試以教育介入來幫助病人戒食檳榔，並觀察其行為改變的過程。

第二節 研究目的

本研究的主要目的有三項，分別敘述如下：

- 一、瞭解戒食檳榔行為改變計劃介入前，研究對象的社會人口學資料、吸菸、飲酒和嚼檳榔的狀況，以及檳榔及口腔癌相關知識。
- 二、瞭解戒食檳榔行為改變計劃介入前，研究對象之健康信念（自覺口腔癌罹患性、自覺口腔癌嚴重性、自覺戒食檳榔利益性、自覺戒食檳榔障礙性），以及戒食檳榔自我效能的情形。
- 三、探討戒食檳榔行為改變計劃介入對研究對象檳榔及口腔癌知識、戒食檳榔行為改變階段、健康信念和自我效能之影響。

第三節 研究問題

根據研究目的，本研究待答問題如下：

- 一、研究對象之個人背景因素、檳榔及口腔癌的相關知識如何？
- 二、戒食檳榔行為改變計劃介入前，研究對象之健康信念（自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺利益性、自覺障礙性）和自我效能為何？
- 三、戒食檳榔行為改變計劃介入是否能有效改善研究對象之戒食檳榔行為改變階段、健康信念、自我效能、檳榔及口腔癌知識？

第四節 研究假設

根據上述的待答問題，本研究假設有七項，以虛無假設方式說明之：

- 一、 計劃介入後，實驗組與對照組在檳榔與口腔癌知識的得分變化無顯著差異。
- 二、 計劃介入後，實驗組與對照組在自覺口腔癌罹患性的得分變化無顯著差異。
- 三、 計劃介入後，實驗組與對照組在自覺口腔癌嚴重性的得分變化無顯著差異。
- 四、 計劃介入後，實驗組與對照組在自覺戒食檳榔利益性的得分變化無顯著差異。
- 五、 計劃介入後，實驗組與對照組在自覺戒食檳榔障礙性的得分變化無顯著差異。
- 六、 計劃介入後，實驗組與對照組在戒食檳榔之自我效能的得分變化無顯著差異。
- 七、 戒食檳榔行為改變計劃介入後，實驗組與對照組之戒食檳榔行為改變階段無顯著差異。

第五節 重要名詞界定

- 一、牙科口腔癌前病變門診病人：是指就診於四所教學醫院（台大、國醫中心、台北長庚和中山醫學大學附設醫院）口腔外科、嚼食檳榔、罹患口腔癌前病變且處於行為改變階段準備期之病患。所謂口腔癌前病變是指經牙醫師診斷並輔以切片證明罹患有白斑、紅斑與口腔黏膜下纖維化等病徵者。
- 二、戒食檳榔行為改變階段：是指研究對象目前嚼食檳榔的情形以及是否有戒檳榔的經驗，依其戒檳榔的歷程，共包括無意圖期、意圖期、準備期、行動期與持續期等五個階段，
 - 1、無意圖期：現為嚼檳榔者，且不考慮在未來六個月內戒檳榔。
 - 2、意圖期：現為嚼檳榔者，但考慮在未來六個月內戒檳榔。
 - 3、準備期：現為嚼檳榔者，並計畫在最近一個月內戒檳榔。
 - 4、行動期：已戒檳榔者，但未滿六個月。
 - 5、持續期：已戒檳榔者，且超過六個月。
- 三、檳榔及口腔癌知識：是指研究對象對嚼檳榔所造成的身體健康和生活的不便等影響、口腔癌前病變的症狀、嚼食檳榔與口腔癌間的關係，以及戒食者可能出現的戒斷症狀等方面的了解程度。而以研究者自編知識量表的得分情形來評估，得分愈高表示對檳榔及口腔癌相關的知識愈正確。
- 四、健康信念：包括了自覺口腔癌罹患性、自覺口腔癌嚴重性、自覺戒食檳榔的利益性和自覺戒食檳榔之障礙性。
 1. 自覺口腔癌罹患性：指研究對象個人認為可能因為嚼食檳榔而罹患口腔癌的可能性。根據研究者自編結構式問卷的得分情形來評量，得分愈高，代表研究對象自覺因嚼檳榔而罹患口腔癌

的可能性愈高。

2. 自覺口腔癌嚴重性：指研究對象自覺因嚼檳榔而罹患口腔癌的結果對個人影響的不利程度。本研究也利用問卷來測量，當研究對象在口腔癌嚴重性得分愈高，代表研究對象認為嚴重程度愈高。

3. 自覺戒食檳榔利益性：指研究對象自覺戒食檳榔可能帶來的好處，也利用研究者自編結構式問卷評估，得分愈高，代表研究對象主觀認為戒食檳榔可以帶來的好處愈多。

4. 自覺戒食檳榔障礙性：指研究對象在戒食檳榔的過程中可能會遭遇的障礙，在以問卷測量後，得分愈高，代表研究對象認為戒食檳榔的障礙程度愈高。

五、戒食檳榔之自我效能：指研究對象在特定的情境中，主觀認為自己能夠拒絕檳榔的把握程度，得分愈高，代表研究愈有把握拒絕嚼檳榔。

第六節 研究限制

一、 本實驗研究對戒食檳榔行為教育介入的成效之探討，僅作短期的追蹤，因此，無法將研究結果類推至長期的影響。

二、 本研究僅對戒食檳榔行為改變階段之準備期的病患進行教育介入，因此無法推論到行為改變階段其他階段之病患。