

第二章 文獻探討

本章分為五節，第一節、嚼食檳榔之現況，第二節、嚼檳榔行為與口腔癌、口腔癌前期病變關係之相關研究，第三節、影響國人嚼食檳榔的相關因素，第四節、相關理論基礎及實證研究，以及第五節、戒食檳榔介入教育預防之相關研究。

第一節 嚼食檳榔之現況

嚼食檳榔的習慣在印度、東南亞國家、台灣及大陸沿海地區，已有很久的歷史。據估計全球嚼食檳榔人口約二億左右，且以東南亞、印度一帶最多，由於各地民情不同，嚼食的方式也有所不同(姚振華，1997；Farrand, Rowe, Johnston, & Murdoch, 2001)。就檳榔嚼食情形而言，世界各地嚼食檳榔的國家所發表的文獻顯示出不同的分佈情形，表 2-1-1 歸納近幾年國外人口的檳榔嚼食比率，綜合結果可以發現大部分地區男性是較高使用檳榔的族群，而隨著年紀的增長，嚼食檳榔的量也會隨之增加，另外，因文化、地區、習慣的不同，嚼食檳榔的種類及盛行率也有所不同。

近年來，台灣嚼食檳榔的人口正急遽增加中，嚼檳榔人口在 240~300 萬人之間，且有年輕化、普遍化、都市化的趨勢(黃耀慧，2001)。

嚼食檳榔人口在職業上的分佈遍及各階層，但以「農工商」最多(吳世勳、吳聰能、李淑芳，1998；李蘭、蕭朱杏，1996)。而在教育程度上，由不識字到高中程度，盛行率隨著受教育年限增加而有較高的盛行率(邱清華、洪錦墩、邱丕霞，1997；吳世勳等，1998)。另外，在第一次嚼食檳榔的年齡方面，一項以台北市國中二年級 281 位男生為對象的研究，發現曾有嚼過檳榔的學生中，有 38.7%於小學階段便有嘗試檳榔的經驗(李蘭、劉潔心、晏涵文、陳麗鳳，1992)。

另一項對屏東縣國、高中生嚼檳榔的調查研究中，國中生開始吃檳榔的年齡，以 12 歲以前佔最多，高中則以 15-16 歲為最多，開始嚼食檳榔的年齡上有下降的趨勢（鍾兆惠，1997）。

在嚼食檳榔數量方面，一項對全台青少年的調查發現，以每週嚼食五顆以下者為最多（嚴道、黃松元、馬藹屏，1995），而全台灣地區嚼檳榔者每日嚼食檳榔的數量以 10-19 顆的人數為最多（邱清華等，1997），原住民婦女每日約嚼 7.8 顆（楊美賞，1996）。

表 2-1-2 整理近年國內調查各族群嚼食檳榔情形的文獻。與國外文獻比較，亦可發現幾點相同點和相異之處：

相同點：1. 具有檳榔嚼食文化的族群（如台灣之原住民）嚼食檳榔率較一般民眾高。

2. 隨著年齡的增長，嚼食檳榔比率略高。

相異點：1. 台灣明顯男性嚼食率高於女性，而在國外男女嚼食率相差不多，更甚至有女性高於男性的情形。

表 2-1-1 國外嚼食檳榔率

作者	地區	研究對象	研究結果
Chandra, Carey, Carey & Jairam (2003)	印度	就診於印度醫院的精神科住院病人 988 人	1. 全體研究對象嚼食檳榔盛行率為 24%，其中，男性嚼食檳榔盛行率是 26%，女性則是 22%。 2. 19% 的人在開始嚼檳榔後，使用量逐漸增加。 3. 有嚼檳榔的人年齡顯著大於沒有嚼的人、受的教育年數較少、且有吸菸
Prabhu, Warnakulasuriya Gelbier & Robinson (2002)	倫敦 東部	居住英國東部的孟加拉青少年 290 人	1. 全體研究對象嚼食率是 28%。 2. 第一次嚼食檳榔的平均年齡是 9 歲。

表 2-1-1 國外嚼食檳榔率 (續)

作者	地區	研究對象	研究結果
Shah, Merchant, Luby & Chotani (2002)	巴基斯坦	巴基斯坦就學 4-16 歲 160 名學生	<ol style="list-style-type: none"> 1. 男生嚼食檳榔盛行率為 72%，女生則為 30%。 2. 隨著年齡的增加，發現嚼食率也增加。 3. 第一次嘗試嚼檳榔是與家人 (42%) 或朋友 (26%) 為多
Farrand, Rowe, Johnston & Murdoch (2001)	倫敦	11-15 歲兒童	<ol style="list-style-type: none"> 1. 嚼食檳榔種類有檳榔子、包葉檳榔、荖葉檳榔塊和菸葉檳榔塊。 2. 就性別與嚼食種類而言： <ol style="list-style-type: none"> (1) 檳榔子：男生嚼食率為 36%，女生有 43% (2) 包葉檳榔：男生嚼食率是 35%，女生有 29% (3) 荖葉檳榔：男生嚼食率為 27%，女生為 26% (4) 菸葉檳榔塊：男生有 14%，女生有 16%。 3. 全體研究對象曾經使用過者有 77%。 4. 男生於 10 歲前使用檳榔危險性高於女性。 5. 使用檳榔的頻率以一星期三 五次最多。
Vora, Yeoman & Hayter (2000)	英國列司特郡	16 歲以上居住於列司特郡的亞洲男性，如：印度教、錫克教、回教和耆那教者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認為每個族群因有其固有的文化、習慣和態度，而影響他們的嚼食狀況。 2. 第一代和第二代嚼食各類檳榔的情形： <ol style="list-style-type: none"> (1) 菸葉檳榔塊：印度教的第一代嚼食率為 9%，第二代為 10%；錫克教第一代及第二代嚼食率分別為 2.5%和 5%；回教第一代和第二代嚼食率分別是 25%和 21%；耆那教則分別為 13%和 19%。 (2) 檳榔子：印度教的第一代嚼食率為 18%，第二代為 13%；錫克教第一代及第二代嚼食率分別為 0%和 3%；回教第一代和第二代嚼食率分別是 23%和 17%；耆那教則分別為 28%和 12.5%。 (3) 荖葉檳榔塊：印度教第一代和第二代分別是 4%和 5%；錫克教第一代及第二代嚼食率分別為 0%和 3%；回教第一代和第二代嚼食率分別是 11%和 8%；耆那教則分別為 8%和 6%。

表 2-1-2 國內嚼食檳榔率

作者	地區	研究對象	研究結果
鄭斐芬 (2001)	屏東縣	國中學生 1022 人	<ol style="list-style-type: none"> 全體研究對象中曾經嚼食檳榔的者有 12.8%，其中男生有 19.1%，女生有 6.2%。 年級方面：國二（16.9%）盛行率最高，國三（13.5%）次之，國一（8.2%）最少。
祝年豐、吳德敏、申慕韓、賴香如(2001)	台灣南部及東部地區	9669 名新兵和 9838 名役男	<ol style="list-style-type: none"> 新兵入伍前嚼檳榔的比率有 10%，不嚼檳榔的比率為 77%；役男入伍前嚼檳榔的有 21%，不嚼檳榔的則為 63%。 服役期間嚼檳榔的盛行率為 17%。 役男的教育程度、軍種、居住地、役男對檳榔的認知及態度 是否有吸菸與役男是否嚼食檳榔有關。
祝年豐、吳德敏、申慕韓、賴香如(2001)	台灣離外島	離外島役男 7574 名	<ol style="list-style-type: none"> 入伍前有嚼檳榔的比率為 20.3%，不嚼檳榔的則有 61.7%。 服役期間，嚼檳榔的比率為 13.8%。 服役年齡、服役時間、教育程度、父親是否嚼檳榔、父親對役男嚼檳榔的態度、役男對檳榔的認知及態度、是否有吸菸與役男是否嚼檳榔有關。
Ho, Gee , Tsai & Hwang (2000)	台中市	台中市國中生共 2328 人，一般地區 2244 人，原住民 84 人	<ol style="list-style-type: none"> 一般地區：嚼食檳榔盛行率為 4.3%-5.0% 原住民： <ol style="list-style-type: none"> (1)曾經嚼過者為 50% (2)現在仍嚼檳榔者為 30.1%
何清松 紀美智、蔡吉政、駱靖宜 王素真(2000)	高雄縣市、屏東縣	高中職學生	<ol style="list-style-type: none"> 工業學校曾經嚼過檳榔之盛行率為 18.1% 農業學校為 17.37% 普通高中最低為 4.16%
洪宗義 (1999)	台灣	四所新兵訓練中心入伍學員 526 人	<ol style="list-style-type: none"> 研究對象嚼檳榔的盛行率為 24.9%。 教育程度較低者、有吸菸、飲酒習慣者嚼食檳榔比率較高

表 2-1-2 國內嚼食檳榔率 (續)

作者	地區	研究對象	研究結果
陳富菀 李蘭 (1999)	全台	成人	1. 有吸菸及嚼檳榔的比率為 21.6% 2. 嚼檳榔但不吸菸者則佔 2.9% 3. 嚼檳榔但不吸菸的有 3.8%
陳善慧 (1998)	台北市	348 位公車司機	目前有嚼檳榔有 19.8%
吳世勳等 (1998)	全台		1. 研究對象嚼食檳榔的比率為 11.0%
鍾兆惠 (1997)	屏東縣	國、高中(含五專)生, 共 1933 人	1. 國中生嚼食檳榔的有 13.3% 2. 高中生嚼食檳榔的有 14.9% 3. 吃檳榔年數以 2-3 年為最多佔 41%, 一年內其次
邱清華等 (1997)	全台	1358 人	1. 研究對象嚼檳榔盛行率為 8.8%, 其中男性的比率為 15.85%, 女性則是 0.96%。 2. 男性在 31-40 歲盛行率高達 30.26%, 其次為 51-60 歲。 3. 女性以 51-60 歲為最高, 比率為 6.38%。 4. 每日嚼食檳榔數量以 10-19 顆為最多, 佔有 38.32%。
李秀玉 (1997)	山地鄉	原住民 319 人	曾嚼過檳榔者有 89.7%
楊美賞 (1996)	台灣南部	某高職全校學生, 共 1358 人	1. 全部研究對象嚼檳榔之盛行率為 41.2%, 其中男生嚼檳榔的比率為 48.6%, 女生為 8.3% 2. 因該所高職以工科為主, 男女比率懸殊, 是以抽樣時無法形成常態, 盛行率偏高
李蘭 蕭朱杏 (1996)	台灣地區	青少年及成人	1. 目前有嚼檳榔之青少年的比率為 2.3% 2. 成人有嚼檳榔的比率則為 10.9%

表 2-1-2 國內嚼食檳榔率 (續)

作者	地區	研究對象	研究結果
嚴道等 (1995)	台灣地區	八十二學年度 就讀於公、私 立國、高中及 高職學生	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全體嚼食檳榔之盛行率為 7.3% 2. 時間少於一年，嚼食顆數五顆以下為多 3. 父親嚼檳榔的比率為 32.4%，母親為 2.4%
Ko, Chiang, Chang & Hsieh(1992)	高雄市	高雄市 1299 人 台灣南部原住 民 827 人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高雄市：目前有嚼檳榔的比率為 6% 2. 原住民：目前有嚼檳榔的比率為 42% 3. 嚼食量約每日 14-23 顆

第二節 嚼檳榔行為與口腔癌、口腔癌前期病變關係之相關研究

口腔癌是一種廣泛的疾病名稱，泛指發生於口腔中軟、硬組織之惡性病變，此種惡性腫瘤會侵犯局部組織，並可蔓延至其他組織與器官，口腔癌又以鱗狀細胞癌為最多，鱗狀細胞癌發生的部位有一半是在頰黏膜，由於嚼食檳榔者習慣在嚼食之際，將檳榔塊置放在頰黏膜與牙齦之間，使得發生在頰黏膜的口腔癌特別多，相對地，在非嚼食檳榔地區頰黏膜的口腔癌發生率並不是最高，因此亦有學者將與檳榔有關之口腔癌稱為檳榔癌（Chen, Haung, Lin & Lin, 1999；Warnakulasuriya, 2002；姚振華, 1997；胡洪琪, 1999；韓良俊, 1997）

臨床上發現，口腔癌的發生大多伴隨在口腔癌前期病變：口腔黏膜下纖維化與口腔黏膜白斑等之後（邱重榕、陳建仁, 2001）。口腔黏膜下纖維化是口腔黏膜變白、僵硬、口乾、出現纖維帶，以致張口、說話、咀嚼、吞嚥困難，對辛辣食物極度敏感，引起灼熱或刺痛，造成生活極端不便。

根據國內外有關嚼食檳榔的各種流行病學及病理學研究顯示，有嚼食檳榔習慣者會增加罹患口腔癌與口腔癌前病變的機率（IARC, 1986；王東堯等, 1992；吳世勳等, 1998；Gupta, Sinor, Bhonsle, Pawar & Mehta, 1998）。一項中國湖南的研究發現，在 11046 名研究對象中，其中有 335 人（發生率 3.03%）被診斷為口腔黏膜下纖維化，而這些罹患口腔黏膜下纖維化的人皆有嚼檳榔的習慣（Tang, Jian, Gao, Ling & Zhang, 1997）。在印度及巴基斯坦等國家的研究中也呈現出相似的結果，皆發現嚼檳榔行為與罹患口腔癌、口腔癌前病變有密切相關（Merchant, Hosain, Hosain, Fikree, Pitiphat, Siddiqui, Hayder, Haider, Ikram, Chuang & Saeed, 2000；Doifode, Ambadekar & Lanewar, 2000）。

在台灣方面，一項針對原住民族群嚼食檳榔的研究指出，口腔黏

膜病變患者中，有 22.6%的人得到口腔黏膜下纖維化、4.5%有白斑症，而這些有口腔黏膜病變的人幾乎都是嚼食檳榔者（李秀玉，1997）。另一項以 85 名屏東縣滿州鄉鄉民為對象的研究，調查有關檳榔嚼食行為與滿州鄉鄉民口腔癌前病變的關係，發現居民中有嚼食檳榔的習慣者佔全體的 74.12%，其中罹患有紅斑症、白斑症或黏膜下纖維化者更是佔多數，研究者指出嚼食檳榔習慣與口腔癌前期病變的發生率有統計上顯著性相關（鄭雅愛等，2001）。

此外，針對醫院患者所做的調查發現，口腔癌患者約有九成有嚼食檳榔的習慣，其中口腔黏膜下纖維化的病人中，有 96%有嚼檳榔（黃耀慧，2001）。在關學婉（1976）的一項對 103 位於台大醫院就診的口腔癌病人的分析研究指出，其中 53.4%嗜食檳榔習慣；另在控制組 213 名非口腔癌病人中，嚼食檳榔的比率為 0%，可見，口腔癌患者與非口腔癌者之間，檳榔嚼食者之百分比有顯著的差異。

陳金聖、陳中和（1995）對台灣高雄醫學院的 195 位口腔癌患者的資料進行分析，結果發現有嚼食檳榔的習慣的患者佔 73.85%，且嚼檳榔者發生口腔癌的年齡比未嚼檳榔者早 10.23 歲，顯示嚼食檳榔與發生口腔癌的關係密切。

再者，由國內外研究的觀察除了發現嚼食檳榔是造成口腔癌前病變及口腔癌的重要致病因子外，並認為因嚼食檳榔而造成的口腔相關病灶中，每日嚼食量之多寡、頻率較嚼食總時間長短更具重要性（蔡吉政、黃湧澧、吳逸民，1993；Shah, Sharma, 1998）。

綜合上述相關研究，因嚼食檳榔所造成的口腔癌前病變對於口腔有潛在的危險，認為應有效的提出建議幫助患者戒除檳榔習慣，以控制口腔黏膜下纖維化及口腔癌的發生（Warnakulasuriya, 2002）。嚼食檳榔者實為罹患口腔癌及口腔癌前病變之高危險群，公共衛生學者應關注此一族群，並研擬相關教育介入活動以促使嚼食檳榔族群及早

戒除嚼食檳榔的習慣，進而降低罹患口腔癌及口腔癌前期病變的可能性。

第三節 嚼食檳榔行為的相關因素

相關文獻探討嚼食和戒食檳榔之相關因素，以下分別整理說明之。

一、嚼食檳榔的相關因素

(一) 知識

在一些國外的調查研究中發現，許多人在關於口腔方面的知識呈現不足的現象時，其嚼食檳榔的比率較高 (Vora, Yeoman & Hayter, 2000)，且發現一般民眾對於口腔癌的察覺度和對於造成口腔癌危險因子的認知是偏低 (Warnakulasuriya et al, 1999)。同樣的，在國內也發現國人對於檳榔相關的認知是屬於較低的。謝天渝、楊奕馨、曾筑瑄 (2001) 於民國 90 年對國內 23 個縣市 11723 人所做的一般民眾對檳榔的認知與態度調查發現，國內民眾對嚼食檳榔的認知平均得分僅為 50.65 分 (滿分為 100 分)，顯示民眾對於檳榔認知明顯不足。另外，在另一項探討全台嚼食檳榔人口的檳榔消費行為和健康知識的研究中發現，只有 35% 的研究對象認為嚼檳榔會有口腔問題，其中有 25.2% 的人認為嚼檳榔會致癌，在此顯現出嚼食檳榔者對於檳榔所可能產生的危害認知也是不足的 (徐達光, 2000)。

整體來說，對於檳榔可能造成危害的認知不足與嚼食檳榔行為的發生有關。

(二) 同儕因素

許多研究發現，若有要好或經常來往的朋友或同學當中有人有嚼食檳榔的習慣，則受試者越易有嚼檳榔的行為 (李蘭等, 1992; 歐曉蓁, 1995; 嚴道等, 1994)。學生通常嚼檳榔的原因以「朋友都在吃，就跟著吃最多」，其次則為「有人請吃，不知如何拒絕」，通常是與朋友在一起的時候會嚼食檳榔，而朋友也是學生第一次獲得檳榔的來源

(鄭斐芬, 2001; 李蘭等, 1996)。另外, 在成人方面, 朋友也是檳榔的主要來源, 檳榔族嚼檳榔的重要原因在於其認為吃檳榔是社交的媒介, 在為了應酬等原因下容易嚼檳榔(李蘭等, 1996; 徐達光, 2000; 李秀玉, 1997)。

是以顯示出在與同伴一起的情境下或同伴的勸食下, 會比較容易有嚼食檳榔行為出現, 也有人認為檳榔是一種社交應酬的工具。

(三) 環境因素

檳榔消費者主要是向居家或工作場所 200 公尺內的檳榔攤購買 (傅祖壇、黃萬傳, 2000), 或家裡種植檳榔、販賣檳榔, 因為檳榔的可近性越高, 越容易發生嚼檳榔之行為 (鍾兆惠, 1997; 嚴道等, 1994)。相關研究指出, 嚼食檳榔者常由路邊攤販中購買檳榔, 其比率介於 11.4-58.0% (鄭斐芬, 2001), 在國外的研究更有發現巴基斯坦的學生取得檳榔的來源有 94% 是來自於居家附近的檳榔攤 (Shah, Merchant, Luby & Chotani, 2002)。李景美、賴香如、李碧霞、張鳳琴 (2000) 研究台北縣高職一年級學生也發現, 檳榔的可得性越高, 學生愈容易有嚼檳榔的行為。因此環境中檳榔的可近性高, 實為可能誘發嚼檳榔行為之潛在因子。

(四) 吸菸、飲酒行為共生

檳榔的使用與吸菸、飲酒有顯著的關係, 嚴道等 (1994) 認為學生對於菸、酒、檳榔的使用有其階段性, 吸菸最早出現, 喝酒其次, 嚼檳榔再次之。以成人來說, 楊美賞 (1996) 的研究中, 發現原住民婦女的吸菸、飲酒等行為是影響其嚼檳榔的重要因素, 是故有吸菸或飲酒經驗者, 可以預測其嚼檳榔行為的發生率較高。另外, 陳善慧 (1998) 也指出, 受測司機的吸菸、飲酒及嚼檳榔三種行為間呈顯著正相關, 即吸菸行為愈高, 飲酒或嚼檳榔行為也愈高。在學生方面, 黃薇爾 (1996) 以某專科學校夜間部男生所進行的研究中也發現, 吸

菸行為與喝酒行為最能預測學生之嚼檳榔行為。劉美媛等(2000)調查結果顯示,有吸菸習慣的學生出現嚼檳榔行為的機率是無吸菸學生的 29.9 倍,而有飲酒的學生嚼檳榔的機率則是不飲酒學生的 13.1 倍,故吸菸和喝酒可評估或預測嚼檳榔行為之發生。

綜言之,嚼檳榔者多數同時合併有吸菸或喝酒或三種行為共存的現象,因此,在篩選高危險群時,可做為參考指標用。

(五) 工作因素

消費者認為嚼檳榔與自己從事的職業有關(如保全業、漁民、司機),由於需要長時間集中精神,因此靠檳榔來提神(徐達光,2000;陳睿以,1996;鍾兆惠,1997;李秀玉,1997;李蘭等,1996)。

(六) 因好奇或無聊而開始嚼檳榔

在許多調查研究發現檳榔族開始嚼食檳榔的原因除上述以外,更有因無聊或好奇等原因,其比率約從 39.1%-43%,在國中生族群更是以這個因素所佔比例最高(李秀玉,1997;鍾兆惠,1997;徐達光,2000)。

歸納上述影響嚼食檳榔因素,除了本身的檳榔相關危害認知、研究對象自己的不良生活習慣(如吸菸、飲酒)是重要因素外,其周遭的朋友、工作環境更是潛在的影響因子。

二、戒食檳榔的相關因素

(一) 外在形象不雅

徐達光(2000)的研究中,發現有 45.2%的研究對象認為吃檳榔給人很不雅觀的感覺,更有 61.4%的人認為吃檳榔牙齒會變差、變色(變得不好看),但卻只有 24.4%會為了外觀美觀而戒食。同樣的,

於李蘭等（1996）對青少年及成人的調查中，大部分的人認為嚼檳榔是不雅觀的，因而採取不嚼檳榔或戒食檳榔的行為。

（二）大眾媒體宣傳

檳榔族會因為電視媒體的宣傳而戒食檳榔（徐達光，2000），有效的提高衛教訊息於大眾媒體的曝光，讓大家對嚼檳榔的害處逐漸形成健康意識觀念，應是具有阻絕嚼食檳榔行為發生的功效（李秀玉，1997）。

（三）因專業人員的建議或家人勸導

在戒食檳榔原因則有會因考慮家人的希望而戒食（李秀玉，1997；李蘭等，1996）想做為孩子的榜樣、因為醫師的建議等（徐達光，2000；黃振勳，1999）。

若能以醫師專業形象告知檳榔之危害或加入家人及孩子的抵制力量應可增加其戒食動機。因此，本研究欲對牙科口腔癌前病變門診病人進行教育介入，儘量配合醫師的約診，另結合研究對象的重要他人（家人或朋友）的協助，以增強戒食檳榔的支持作用，另外，透過互動協助研究對象找出戒食檳榔的障礙因素，進而能謀求解決障礙的策略，提昇戒食檳榔之效能。

第四節 相關理論基礎及實證研究

一、 健康信念模式與相關行為之探討

健康信念模式(Health Belief Model)是由 Hockbaum、Kegeles、Becker 和 Rosenstock 等社會心理學家所提出，是以價值期待理論(Value - expectancy Theory)為基礎，用動機(motivation)和知覺(perception)的因素來預測及說明與健康有關的行為。其中包含了四個主要的變項：1. 自覺罹患性(perceived susceptibility)，2. 自覺嚴重性(perceived severity)，3. 自覺行動的障礙性(perceived barriers of action)，4. 自覺行動的利益性(perceived benefits of action)。

此外，國內外有相當多的研究以健康信念模式來探討健康相關的行為。Janz & Becker (1984) 整理了 1974-1984 年間以健康信念模式為基礎的研究(其中包括了十四篇探討預防性健康行為及十六篇探討病人角色行為)，發現此模式在解釋民眾的健康行為相當適用。李守義、周碧瑟、晏涵文(1989)也收集了 1984-1987 年間的 health belief model 相關研究(其中有十一篇探討預防性健康行為及三篇病人角色行為)，並與 1984 年以前 health belief model 的研究(二十四篇探討預防性健康行為、十九篇探討病人角色行為、三篇為醫療利用行為)比較，發現自覺罹患性對預防性健康行為的解釋力或預測力高，但在病人角色行為方面，則以自覺嚴重性是比較重要的決定因素。

由文獻探討中，可知，健康信念模式被廣泛地應用於預防性和疾病保健行為上，尤其以戒菸和慢性疾病運用甚多，惟尚無將其應用在檳榔行為戒食上，以下歸納國內外近年在醫院中針對病患，以健康信念模式進行衛生教育介入之重要發現。

（一）國內相關研究

張淑洪、黃璉華、李源德（1996）探討個別衛生教育介入對高脂血症個案知識、健康信念、自我效能、行為及生化指數的影響，發現實驗組在介入後在知識、健康信念（自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺行動利益性、自覺行動障礙性）都比控制組有明顯的進步。其中因為研究者根據每個個案不同狀況、困難給予建議，使個案願意排除行動困難去執行行為，故自覺障礙性減少。

陳民虹、徐永年、李龍騰（1999）以健康信念模式應用在骨質疏鬆症患者的衛生教育上，在實驗組及對照組分別施予不同的衛教內容，結果發現，自覺利益及自覺障礙是鈣質攝取及運動行為重要的影響因子，但健康信念模式的各變項和健康行為的改變沒有顯著相關。

另外，針對嚼食檳榔行為來說，發現嚼食檳榔者其自覺罹患口腔癌高或自覺影響其健康時，戒食檳榔的意願或行為較高（黃振勳，1999；徐達光，2000）。

（二）國外相關研究

同樣的，國外的研究中，亦以健康信念模式來探討健康相關行為，Bee, Kok & Rashidah（2001）在馬來西亞的研究中以健康信念模式，瞭解口腔癌高危險群對於自覺罹患口腔癌的可能性、嚴重性及對於預防行為的利益性和障礙性，發現在 112 位男性樣本中，有 50% 的人有自覺罹患口腔癌的可能性，83% 的人覺得口腔癌是一種嚴重的疾病，30.4% 的人認為口腔癌是可以預防的疾病，19.6% 不知道口腔癌是否可以預防，相反的有 50% 的不認為可以預防，但有 84.8% 都相信改變嚼檳榔行為是有益的。由此可見，設計一套適合高危險族群的介入課程對病患是有必要且有益的。

綜合上述研究，健康信念模式能有效提昇研究對象之健康信念，

是以，本研究運用健康信念模式，以了解研究對象的自覺障礙性、自覺利益性、自覺罹患性和自覺嚴重性對其戒食檳榔的過程之影響。

二、自我效能與健康相關行為研究探討

自我效能(Self-efficacy)是源自於 Bandura 的社會學習理論，其後改為社會認知理論。自我效能係指一個人要完成任務時(或採取某種行為時)，自己評估認為可達到的能力。社會認知理論認為一個人要改變或維持行為，必須有從事行為的結果期待與效能期待(自我效能)的影響。自我效能是由個人對訊息認知過程中發展出來，所以 Bandura 指出訊息來源包括四個方面，分別為：

1. 個人先前的成功經驗：個人成功經驗是提高將來執行相關行為能力之指標。
2. 替代性經驗 (vicarious experience)：藉由觀察示範者的行為所得到的結果而來的，一個人在評斷自己的能力時，會利用社會比較的方式，參考他人的表現來評估自己，以提高自我效能的期望。
3. 口頭說服 (verbal persuasion)：包括他人的勸告、衛教或令你信服的權威者的說服，會使個人確信自己有能力執行此行為。
4. 情緒的引發 (emotional arousal)：情緒 (如：興奮或沮喪) 經常被解釋是否具備執行某特定行為 (如：戒檳榔) 的能力 (Bandura , 1977)。

個人對自我效能或成功的期望愈高，其願意付出的努力也越大，而且愈持久 (Bandura , 1977)。Strecher , DeVellis , Becker & Rosenstock (1986) 指出自我效能與健康行為的改變及維持有關，亦可作為健康相關行為的預測指標。目前自我效能在預測健康相關行為

上如：吸菸行為、乳房自我檢查、飲食和運動行為、性教育等，均有顯著性。

國內相關研究方面，在醫院方面，運用於高脂血症、糖尿病或是戒菸議題相當多，但運用在戒食檳榔方面，國內尚無相關研究，以下針對醫院病患為對象的相關研究為例，以探討自我效能對於研究對象之成效。

王璟璇、王瑞霞、林秋菊（1998）在門診初診非胰島素依賴型糖尿病患者的自我照顧行為及其相關因素研究中，發現社會支持、自我效能均與自我照顧行為呈顯著正相關，而自我照顧行為的最佳預測因子為自我效能。

陳滋茨、張媚、林豔君（1998）探討醫院門診糖尿病患者的自我效能、社會支持、居家自我照顧行為與血糖控制情況自我照顧行為有關的重要變項發現，自我效能是預測及解釋自我照顧行為的最強變項。

陳素惠、梁靜祝、李源德、呂紹俊（1999）在探討高脂血個案，實施自我監測措施對改善血脂與體脂的成效中，針對所有參與之個案提供相關個別衛教，並給予實驗組進行飲食與運動行為之自我監測，且以電話提醒追蹤，發現自我監測措施能有效提升個案之知識及執行控制高脂之自我效能，故而個案血脂的改善有明顯進步。

張淑洪等（1996）探討個別衛生教育介入對高脂血個案知識、健康信念、自我效能、行為影響的研究中，發現實驗組經過個別衛生教育介入後，後測自我效能（飲食控制、運動）較前測有顯著進步，且與對照組間的差異達顯著水準。

另外，在針對有吸菸經驗者戒菸相關因素的一項研究中，發現可以預測有吸菸經驗者「曾否戒菸」的重要變項包括有年齡、目前罹病

與否、戒菸的自我效能得分及戒菸的行動線索等四個變項（卓惠如，1993）。

從上述的研究發現，在醫院門診中自我效能的效果在實驗組中結果多顯著於對照組，其原因：研究對象是否為病人角色，當他處於病人角色時，他的行為動機相較無罹病者為強，所以發現研究對象的自我效能也較強。

三、 行為改變階段及相關研究

行為改變階段認為個人要改變行為，需經過一系列的過程，方能達成，階段的觀念對於了解健康行為的改變是相當重要的，因為它反映出改變的暫時層面，改變的階段是同時具有穩定與動態的性質，也就是一個改變階段可持續相當長的時間，但也隨時準備改變。其對於了解慢性行為危險因子（如：吸菸、高脂飲食）提供了有利的架構（Marcus, Pinto & Simkin, 1994）。行為改變階段的過程包含五個階段：1. 無意圖期（precontemplation），2. 意圖期（contemplation），3. 準備期（preparation），4. 行動期（action），5. 持續期（maintenance），而這五個階段並非是以線性方式（linear manner）移動，也可能呈現環狀方式（cyclical manner）移動。

1. 無意圖期：在未來 6 個月內，沒有打算採取行動。因為對於不健康行為的後果，處於未知或不完全了解的狀態，傾向於避免談論或思考自己的高危險行為，此時尚無動機參與健康促進計畫。

2. 意圖期：在未來 6 個月內，打算採取行動。已經知道改變的利益和障礙，對於改變的利弊得失間的權衡產生嚴重的矛盾，因此，停留在此一階段的時間會長一些。

3. 準備期：在未來 1 個月內，打算採取行動，同時在過去一年內，已經出現一些新的行為。此階段已有採取行動的計畫，並樂於參與行

動導向的計畫。

4. 行動期：在過去的 6 個月內，對自己的生活形態做了特定而明顯的修正，需達到專家所訂定的行為標準，始能降低發生疾病的危險性。

5. 維持期：採取行動持續 6 個月以上者，更有信心持續採取新行為，並較不易中途放棄。（引自高毓秀，2002）

因此很多人在尚未達到行為改變目標前，可能嘗試過各種不同階段的改變，有些人可能會回到原來的某個階段（如：從行動期回到意圖期），而形成了一個前進或後退的動態環狀改變方式（Marcus et al., 1994）。所以雖然協助病患。建立健康行為是為從事預防醫學者所期盼的目標，但對成癮性行為而言，欲在短時間內完全改變是很難的（賴志冠，1999）。應該先了解個案目前對於改變行為的動機如何，以提供適切的指導，針對所處的行為改變階段應提供不同的介入方案（陳晶瑩，2000；Prochaska & DiClemente, 1983）。根據不同行為改變階段，所運用策略其重點也有所不同，整理如表 2-1-3。

國內目前尚無運用行為改變階段模式來幫助病人戒食檳榔，但常見用於戒除負向的行為（如：吸菸、藥物和酒精濫用），以下以戒菸行為為例，以行為改變階段模式幫助就診於家庭醫學科的吸菸患者戒菸，結果發現，門診醫師僅需利用每次很短的看診時間，就能幫助病人達到顯著而持久的戒菸效果（王維典、季瑋珠、楊宜青，1992），此外，劉潔心（1998）研究青少年戒菸行為，運用行為改變階段理論轉換成戒菸手冊和教學活動內容，發現接觸過互動式自助手冊者戒菸行為有提昇的現象。

表 2-1-3：行為改變階段定義及應用策略

行為改變階段	定義	運用策略
1. 無意圖期 (pre-contemplation)	1. 現為吸菸者，且不考慮在未來六個月內戒菸	1. 處於無意圖期或意圖期時，強調問題的嚴重性、澄清採取行動的利與弊，以加強對正向行為結果的期待（效果期待）。
2. 意圖期 (contemplation)	2. 現為吸菸者，但考慮在未來六個月內戒菸	2. 於準備期，以增加環境行動線索、增加社會支持，確定行動障礙及尋求解決之道與學習必要技巧，設定短期明確、適當的目標，以增加成功經驗提昇自我效能。
3. 準備期 (preparation)	3. 現為吸菸者，過去一年曾戒菸至少 24 小時，並計畫在最近一個月內戒菸	
4. 行動期 (action)	4. 已戒菸者，但未滿六個月	3. 行動期及維持期：強化內在自我增強，提供實質獎賞，學習自我管利的技巧及提昇自我評價。
5. 維持期 (maintenance)	5. 已戒菸者，且超過六個月（賴志冠，1999；陳晶瑩，2000）	
6. 終止期 (termination)	6. 永久戒除吸菸行為（賴志冠，1999）	（Mailbach & Parrot，1995）

此外，在國外的研究中，O'Neil, Gillispie & Slobin (2000) 運用行為改變階段來設計電腦介入課程，配合年輕成年吸菸者的行為階段提供適合的訊息和活動，以提昇他們的戒菸動機，結果發現介入的效果並不顯著，並沒有獲得預期可鼓舞改變行為的結果，但研究的六個月期間，實驗組中有大約一半（48%）的研究對象在準備戒菸的

行為改變階段向前進步，後測中吸菸率在兩組中也沒有顯著差異，七個月後的後測發現實驗組有較高的戒菸率，但仍未達到顯著差異。

從上述研究可見，以行為改變階段為基礎可有效促使研究對象的行為改變，且在研究前確實定義研究對象所處之行為改變階段，以利提供適合之介入，達到最大的效果，且將有助於研究對象達到恆久有效的成果，本研究運用行為改變階段，希望篩選出行為改變階段之準備期的病患，運用適合研究對象該階段之策略，以幫助他們能戒食檳榔成功且能恆久持續。

第五節 戒食檳榔教育介入之相關研究

由於口腔癌已成為台灣男性死亡原因的前五名，而在許多研究文獻上發現嚼食檳榔的行為是一個很重要的危險因子，是故及早預防此一行為的發生，或能及早發現早期病灶，及早治療及戒除嚼檳榔行為是現今衛生單位及學校努力的目標。在醫院場所中，若能適時運用醫師門診衛生教育或病人衛教，都是能夠以最節省人力及時間達到最大的效果。

國內嚼食檳榔的介入相關研究，在學校方面，李蘭、晏涵文、劉潔心、關學婉、季瑋珠、林瑞雄（1992）以台北市兩所國中二年級男生為先驅研究對象，以了解學生嚼食檳榔之相關因子及嚼食現況、戒食情形，其後李蘭、劉潔心、晏涵文、陳麗鳳（1992）在嚼檳榔預防教育先驅研究（II）--國中生嚼檳榔預防教育實驗進行預防教育介入活動，希望能喚起青少年對嚼檳榔有害健康的意識，並教導拒絕嚼檳榔的技巧，教學活動實施後，發現實驗組學生之認知正確率、不支持嚼檳榔的態度都顯著高於對照組，顯然介入教育發生了效用，而兩組學生自評會勸別人不嚼檳榔的比率增加，實驗組學生於實驗期間主動與別人談檳榔的比率也顯著高於對照組，且普遍對教學活動中所使用的教學方法感到有興趣且覺得有益。

李蘭、林慧宜、晏涵文（1998）在預防國中生嚼檳榔之教育效果研究中，在了解與嚼食檳榔認知、態度和行為相關之因素且評量嚼檳榔預防教育對學生產生的效果，教育介入後發現能顯著增進實驗組學生檳榔的認知及加強反對嚼檳榔的態度，且於三個月後能有延宕效果，並認為應針對男生和已有吸菸經驗者為優先介入對象。

在醫院診所方面，黃振勳（1999）在牙醫診所推廣戒食檳榔介入措施之臨床研究中，以台南市 25 所牙醫診所中有嚼食檳榔的病患為對象，共 145 人，實驗組施以介入措施：包括口腔檢查、發給研究對

象衛教文宣，對照組則只施予牙科一般診療，並在治療後一及六個月後追蹤調查，結果發現，在一及六個月追蹤，在戒除檳榔行為上，共有 14 位持續戒食檳榔（10.3%），實驗組與對照組有顯著差異，衛教資料可以提供病患了解檳榔對口腔的危害，並引導其戒除的動機。

國外相關研究方面，對於口腔檳榔癌的防治，印度是實施最長久的國家，在一項十年的追蹤研究發現（Gupta, Mehta, Pingborg, Bhonsle, Muti, Daftary & Aghi, 1992）以牙醫師對一個鄉村地區做口腔癌、癌前病變篩檢與衛教，連續追蹤十年，結果發現在採取衛教的地區，戒除檳榔習慣者與口腔白斑症的病患均比對照組顯著減少。

綜上所述，有鑑於國內嚼食檳榔人口日益增加，而學校針對學生所進行的預防嚼檳榔之教育介入近年來陸續實施，但在醫院內相關議題之教育介入研究並不多見，且就診於牙科門診的病患其改變的動機較強，應可提供適合病患個人化的課程，以幫助其戒食嚼檳榔。因此，認為針對此一議題有必要做深入的研究及探討。