

## 第二章 文獻探討

本章分以下四節進行文獻探討，第一節為描述台灣地區 12-19 歲青少年口腔健康狀況，第二節將探討影響國內外青少年口腔保健行為的因素為何，第三節則對台灣歷年來口腔健康相關的衛生及教育政策進行整理歸納，第四節則呈現以研究對象為主的口腔健康相關的課程綱要及內容。

### 第一節 台灣地區青少年口腔健康及口腔保健行為狀況

#### 一、青少年口腔健康狀況

口腔健康在 WHO 的定義中指的不只是一口好的牙齒，更是構成個人整體健康與安適狀態的必要條件之一，顴臉口腔部（craniofacial complex）讓我們能夠說話、微笑、親吻、觸摸、嗅聞、品嚐、咀嚼、吞嚥及痛哭，並且替人體阻擋外來的微生物入侵及環境威脅，對於人類整體生活品質亦有決定性的影響（Martin Hobdell, Poul Erik Petersen, John Clarkson, Newell Johnson, 2003），口腔健康的重要性由此可知。

台灣地區有關口腔健康狀況的調查，多數以齲齒狀況為主要調查議題。全國第一次有關齲齒的大規模調查，應屬西元 1971 年台灣牙醫界與 WHO 合作的全國性調查（Hong, Chang, Duh and Knutson, 1979），本次的調查對象共計 23972 人，年齡層涵蓋了 5-60 歲的族群，在其西元 1979 年之發表文獻中指出，調查當年年齡 5 歲的受檢者平均每人有  $8.5 \pm 4.8$  顆乳牙齲齒，在恆牙方面，17 歲的受檢者平均每人有 2.9 顆齲齒、拔除或填補之恆牙。姚振華(1973)對台灣地區學齡前與在學人口所作的口腔健康調查發現:當時高中大專組的 DMFT 平均值為 4.39。牙周健

康狀況<sup>1</sup>方面以山地鄉盛行率最高，且男性牙周健康狀況比女性嚴重。西元 1983 年，藍忠孚（1983）所做之全國性口腔調查結果顯示：受檢者中，7 歲之齲齒率平均為 53.07%，17 歲之齲齒率為 89.45%。爾後，1990 年代再度進行的台灣地區中小學生之齲齒情況調查報告（蕭裕源、關學婉、陳韻之，1996）指出，7-15 歲之中小學生恆齒之齲齒率自 7 歲起隨年齡增加而升高，至 13 歲時達高原期；7 歲之恆牙 DMFT 平均值，男性為 0.49、女性為 0.79，齲齒率則分別為男性 24.9%、女性 39.2%，至 12 歲時，男性之恆牙 DMFT 平均值為 3.22、女性 DMFT 平均值為 3.96，齲齒盛行率分別為男性 80.8%、女性 86.2%。最新一篇全國性的青少年口腔調查為行政院衛生署國民健康局委外執行的研究計畫（國健局，2001），研究結果顯示：台灣地區 6-12 歲人口中 6 歲之恆牙齲齒率為 23.79%，乳牙齲齒率為 88.43%，齲齒率隨年齡遞增，至 12 歲時齲齒率高達 66.50%；13 歲開始，齲齒率繼續攀升，由 80.79% 升至 18 歲的 86.59%；DMFT 值的部分：6 歲之 DMFT 平均值為 0.39，至 12 歲升至 3.31；另外，13-18 歲年齡層，DMFT 平均值由 13 歲的 3.94 升至 18 歲的 6.01。這篇全國性的調查中還針對口腔衛生教育的需求與口腔疾病治療的需求進行評估，研究結果發現：受檢對象中 15-18 歲青少年，具有健康之牙齦齒列者僅佔 13.5%，而須要利用口腔衛生教育及牙科基本治療來協助其透過自我預防保健行為掌握與管理改善其齒列之牙齦健康的青少年比例高達 81.8%。綜觀歷年來的全國性調查，我們仍不難看出口腔健康的問題在這幾年來並未有明顯的改善（詳見表 2-1-1）。

再以台灣各地區的小型口腔健康狀況調查來看，以國小學生為調查族群的最大宗（周志銜、何清松、邱耀章、藍守仁、陳俊凱、劉育能，2004；馬懿慈，2004；黃志浩、黃銘傑、蕭正光，2004；羅美惠、黃純德、蕭思郁，2004；張志豪，2002；蔡吉政、蕭夢雄、吳逸民，1998；蕭裕源等，1996），而國中階段（13 至 15 歲）之口

---

<sup>1</sup>牙周狀況(Periodontal Status)：包括牙菌斑指數(Plaque Index)、牙齦狀況(Gingival Status)、牙結石狀況(Calculus Index)與牙齒動搖度(Tooth Mobility)。

腔健康狀況調查（蘇若蘭，2004；朱彥玲，2003；李火傳，2002；許中生，2002），與高中、大專階段(16-19歲)之調查（賴弘明、尤媽煙、蔡正倫，2004；楊貴郎，2003；許中生，2002；儲伯勤，2001）相形更少。

口腔健康的問題在台灣已浮現多年，如此眾多的口腔疾病背後的發生原因為何？由於忽略口腔健康的重要性，加上口腔健康的問題對人類生命的危害並未受到重視，所以在選擇維持健康的生活作為時，很自然地將每天例行公事的刷牙及口腔清潔置於後順位，久而久之口腔健康議題便淪落到角落。

表2-1-1.台灣地區12-19歲青少年口腔健康狀況相關研究比較

調查年代	研究計畫名稱	研究者	調查對象	調查研究結果
2004	某大學學生牙周病罹患率與嚴重度調查	賴弘明 尤媽媽 蔡正倫	台灣中原大學大一學生 250 名，與大三學生 179 名。	1.大一學生牙周病罹患率為 98.4%，牙齦出血有 8.4%，牙結石有 74.4%； 2.大三學生牙周病罹患率為 100%，牙齦出血有 6.7%，牙結石有 44.7%； 3.整體上大三學生較差，達統計上顯著差異(p<0.0001)。
2003	台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查及口腔衛生教育推廣計畫	黃純德 (高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學研究所)	台灣特殊教育學校與身心障礙者收容機構中，領有身心障礙手冊之身心障礙者共 5,790 名。	1. DMFT 平均值為 9.94±7.85，恆齒 DMFT 女性(10.70)高於男性(9.38)； 2. 恆牙齶齒率為 91.96%±27.19%； 3. 牙菌斑指數：女性優於男性，男性有 79.27%、女性有 76.87%有牙菌斑。 4. 牙齦狀況：女性優於男性，男性有 74.72%、女性有 72.50%有牙齦炎或牙結石。 5. 牙結石指數：女性優於男性，女性有 49.78%、男性有 46.22%有牙結石。
2002	潔牙保健計畫推廣成效之探討-以嘉義縣某國小為例	馬懿慈	嘉義縣民雄國小九十一學年度三年級學生共 280 名	1. 三年級男生齶齒盛行率為 84.81%，三年級女生齶齒盛行率為 90.98%； 2. 潔牙保健認知情形：計畫介入前 28.56±17.14，計畫介入後 54.11±4.65 (p=0.001)； 3. 潔牙保健態度情形：「我喜歡刷牙」於介入前 28%，介入後 95%；「我贊成學校午餐後刷牙」於介入前 18%，介入後 98%。
2001	民國 88-89 年台灣地區 6-18 歲人口之口腔調查資料	行政院衛生署國民健康局	台灣地區依照健保分區分層抽樣，共 5721 名樣本數	1. 6-12 歲人口：6 歲 DMFT 為 0.39，至 12 歲升至 3.31。 2. 13-18 歲人口：13 歲 DMFT 為 3.94，18 歲升為 6.01； 3. 性別：6 歲女生 (0.43) DMFT 略比男生 (0.35) 高；12 歲女生 (4.17) DMFT 比男生 (2.52) 高； 4. 健保分區之 12 歲之 DMFT 平均值：台北分區 (2.83)；北部分區 (5.32)；東部分區 (3.65)；中部分區 (3.65)；南部分區 (3.87)；高屏分區 (2.16)。
1990-1996	台灣地區中小學生齶齒情況之調查報告	蕭裕源 關學婉 陳韻之	台灣地區中小學生	1. DMFT 平均值：12 歲男生 4.48，18 歲男生 5.69，12 歲女生 5.42，18 歲女生 6.38； 2. 齶齒率：12 歲男生 79%，18 歲男生 87.5%，12 歲女生 85.8%，18 歲女生 87.4%。
1994	台灣地區口腔保健推廣計畫及其成效之評估研究	李自興	國小學童共 4,278 人，分實驗組(有接受過口腔保健計畫)與對照組(沒有受過口腔保健計畫)	1. 學童 DMFT 平均值為 5.89 顆，男生 5.53 顆，女生 6.27 顆，且實驗組與對照組無統計上顯著差異； 2. 整體學童齶齒盛行率為 97.3%，牙齦炎盛行率為 93.29%，牙菌斑盛行率為 78.95%； 3. 口腔保健推廣計畫未達預期目標。

前面所提到的諸多口腔疾病，以常見的齶齒來說，研究報告證實，我們若能

夠經常性地使用含氟牙膏並且正確執行刷牙的動作，罹患齲齒的危險性便能降到非常低(Leroy, Bogaerts, Lesaffre, Declerck, 2005; Levin, Shenkman, 2004; Mohammed, Kamai, Alyaa, 2004; Zhu et al., 2003; Petersen, Wang, Bian, Zhang, 2003; Almeida, Petersen, Andre, Toscano, 2003; Farsi, Farghaly, 2003)。

## 二、青少年口腔保健行為狀況

口腔保健行為的基本定義為用來預防及控制口腔疾病之發生與流行以達口腔組織與功能健全之各種方法(邱清華, 2005)。根據文獻(Robin M. Davies, 2003)探討，口腔保健行為的測量有以下兩項：(1) 刷牙的頻率，專家建議一天至少使用含氟牙膏刷牙兩次才能維持良好的齒齦健康；(2) 刷牙的時間與技巧，即使刷牙的時間總是比我們自認為的短，通常都低於 60 秒，姑且不論使用何種刷牙方法，專家建議正確的刷牙準則為「盡可能的重複清潔牙刷可接觸到的牙齒表面，尤其是咬合面的清潔」。當然，若以探討青少年口腔保健行為來說，一般均會調查觀察的指標行為包含了：刷牙次數、牙線使用、漱口水使用、甜食攝取及定期口腔檢查等五項(馬懿慈, 2004; 游尚霖, 2001)。

進行口腔保健行為的工具有很多，牙刷及牙線的選擇甚至是電動牙刷等，只要在正確使用的準則之下，對於口腔清潔與保健的作用是一樣的，但對於適當的牙刷選擇仍必須要稍微注意，例如根據不同年齡與手部操作靈敏程度的差異，牙刷刷頭的大小及握柄長短，以及刷毛的軟硬程度及材質都應該列入工具選擇的考量項目當中，專家建議刷毛的材質以尼龍尤佳，且刷毛的直徑不應超過 0.09 英寸，整體牙刷的刷毛應該能夠盡可能的接觸到牙齦與牙齒的交界面，如此一來才能有效清除口中的牙菌斑及食物殘渣(Davies, 2003)。

有關口腔保健行為應該要具備的執行情形，國際間牙科與保健預防領域的專家學者有非常明確的陳述：刷牙方面以每日兩次為基本維持口腔健康的次數，且一定要搭配含氟牙膏進行刷牙的動作；漱口方面則強調每次進食之後使用大量清水漱口也能有效清除口中食物殘渣，且專家建議使用含氟成分的清潔劑之後，也應該大量使用清水漱口以減低氟成分殘留在口中對人體造成的副作用；若是使用

含氟成分的漱口水，建議使用成分含量為每日0.05%氟化鈉或每週0.2%氟化鈉的漱口水產品，此舉對兒童及青少年來說在預防齲齒方面非常有效，刷牙技巧方面也應該遵照牙醫師的建議，使用貝氏刷牙法<sup>2</sup>或其他經專家醫師認定的方法清潔口腔（Davies, 2003）。

以下我們將台灣地區針對青少年在口腔保健行為方面的調查進行整理，透過系統性的整理，看看這些已經極度嚴重的口腔問題是在怎樣的保健行為執行狀況之下產生的(詳見表2-1-2)。

表2-1-2.台灣地區12-19歲青少年口腔保健行為相關研究

調查年代	研究計畫名稱	研究者	調查實施對象	研究結果
2003	台灣身心障礙者之口腔健康狀況調查及口腔衛	黃純德 (高雄醫	台灣特殊教育學校與身心障	1.每日刷牙次數:一天刷牙2次者42.83%，一天1次者27.57%，一天3次以上者19.43%；

<sup>2</sup> 貝氏刷牙法：口腔保健刷牙朝牙根尖接觸牙齦深入牙齦溝內並與牙面呈45度角，微用力前後短距離顫動。

	生教育推廣計畫	學大學口腔醫學研究所)	礙者收容機構中，領有身心障礙手冊之身心障礙者，共5790名。	<p>2. <b>甜食方面</b>:平均吃甜食次數中每天1-2次者22.95%，每天3-6次者3.09%，每週3-6次者15.27%，每週1-2次者14.56%，每月1-3次者6.51%；</p> <p>3. <b>口腔檢查間隔</b>:6個月13.96%，6-12個月14.65%，12個月6.29%，牙痛才去27.1%。</p>
2002	嘉義市國小學童口腔健康行為及相關因素之研究	周志銜 何清松 邱耀章 藍守仁 陳俊凱 劉育能	嘉義市18所國小五、六年級之導師143名與學童658名	<p>1. <u>每天刷牙至少四次</u> 20.7%；</p> <p>2. <u>每次刷牙至少3分鐘</u> 25.7%；</p> <p>3. <u>每天至少用牙線清潔口腔一次</u> 60.9%；</p> <p>4. <u>每半年會找牙醫師檢查牙齒</u> 58.2%；</p> <p>5. <u>吃完東西會立刻刷牙和使用牙線</u> 41%；</p> <p>6. <b>性別</b>於以下口腔保健行為有差異：每天刷牙4次、每日用牙線清潔口腔一次、每半年會找牙醫師檢查牙齒、吃過東西會立即刷牙和使用牙線；</p> <p>7. 影響學童整體口腔保健行為的逐步迴歸分析因素為<b>是否參加潔牙校隊、性別、學童有無餐與潔牙推廣活動</b>等三項。</p>
2002	國小學童口腔保健知識、態度、行為及相關因素之研究	周志銜	基隆市與嘉義市國小五、六年級之導師356名與學童1721名	<p>1. 兩地區學童口腔保健知識正確率約60%；</p> <p>2. 口腔保健態度正確率75%；</p> <p>3. 口腔保健行為正確率50%；</p> <p>4. 口腔保健行為相關因素:學童是否參加潔牙校隊及校內推廣活動為口腔保健知識、態度、行為之相關因子，且導師對推廣活動的支持度是學童口腔保健知識及推廣活動餐與情形的相關因子。</p>
2001	民國88-89年台灣地區6-18歲人口之口腔調查資料	行政院衛生署國民健康局	台灣地區依照健保分區分層抽樣，共5721名樣本數	<p>1. <u>13-18歲人口中沒齲齒的對象於口腔保健行為的盛行率分佈狀況</u>：</p> <p>(1) 參加國小含氟漱口活動 21.9%；</p> <p>(2) 使用含氟漱口 13.4%；</p> <p>(3) 每天刷牙兩次 56.3%；</p> <p>(4) 刷牙使用含氟牙膏 50.2%；</p> <p>(5) 定期換牙刷 52.7%；</p> <p>(6) 吃甜食與零時的頻率：每週2-3次 47.9%，每週5-6次(含)以上 45.7%；</p> <p>(7) 定期接受口腔檢查 47.1%；</p> <p>(8) 固定牙醫師檢查 47.5%；</p> <p>(9) 有使用牙線習慣 6.5%；</p> <p>(10) 有使用含氟漱口 13.3%。</p> <p>2. 齲齒狀況於以下因素有差異：</p> <p>(1) 參加國小含氟漱口活動 (2) 最近一次看牙時間每 (3) 天在早餐後刷牙 (4) 午餐後刷牙 (5) 吃甜食之習慣 (6) 定期口腔檢查 (7) 接受固定牙醫師看牙 (8) 參加學校含氟漱口活動，及 (9) 經常看牙醫與蛀牙狀況呈顯著差異 (<math>p &lt; 0.05</math>)。</p>

國內外的青少年口腔保健行為顯示:不到50%的青少年在研究調查時間點過去的半年至一年內曾經使用過牙醫門診服務(黃純德, 2004; Levin et al., 2004; Zhu et al., 2003; Farsi et al., 2003; Almeida et al., 2003; 國健局, 2001; 游尚霖,

2001)。而青少年在使用牙線及漱口水習慣方面也很少超過研究母群體的一半以上（國健局，2001；游尚霖，2001），每日刷牙次數方面則顯示：多數青少年每日刷牙兩次，且時間點集中在早上起床後與晚上睡覺前（Zhu et al., 2003；黃純德，2003；國健局，2001），三餐飯後及每次吃完點心後的潔牙行為表現不理想（Levin et al., 2004；Farsi et al., 2003；Zhu et al., 2003；周志銜等，2002；游尚霖，2001）。

定期接受牙醫門診檢查服務對青少年的口腔保健行為有幫助嗎？研究報告顯示：有定期使用牙科健康檢查的青少年在口腔保健行為上會有較好的表現，中外皆然如此（Levin et al., 2004；Zhu et al., 2003；國健局，2001）；深入探討這些會定期至牙醫門診檢查的青少年，其口腔清潔的刷牙方法及技巧上也會有較高的機率遵照專家及牙醫師的建議進行，在含氟牙膏的使用比率上也相較沒有定期使用牙醫門診的青少年高。

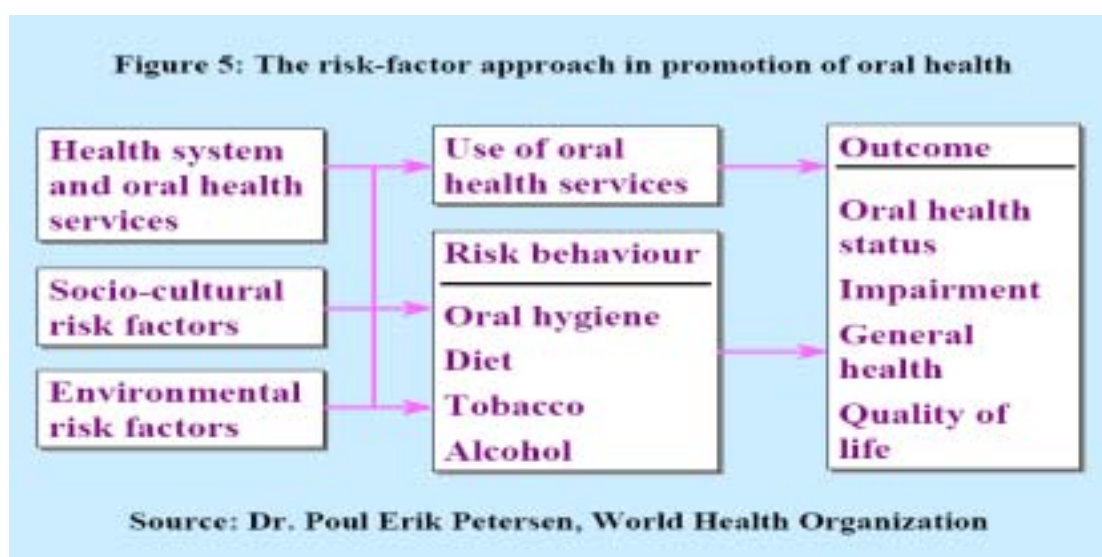
由上述結果可知，雖然相同地區的調查，會因不同年代、研究者或評估方式而有落差，但國內青少年，尤其是高中學生口腔健康情形的低落卻是一致的結論，初步推論我國青少年的口腔健康狀況隨年齡上升而有變差的情形產生，可能由於我國青少年在邁入國中階段之後，開始面臨升學及考試等壓力，且國內的校園口腔衛生教育介入計畫目前僅止於國小階段全面性實施，即使在國小的部分有很好的介入成效，但在往後的求學環境中受到課業壓力及不支持性的環境影響，青少年的口腔健康狀況及相關的口腔保健行為惡化可想而知。

## 第二節 青少年口腔保健行為的相關因素探討

根據WHO的世界口腔衛生2003年報告中提出的促進口腔健康危險因素架構（Petersen, 2003, p.15），見圖2-4-1，我們不難看出個人的口腔保健行為(oral hygiene



behaviour)於個人口腔健康狀況中扮演中介變項，受到個人社經、文化背景因素、環境因素、健康照護及口腔保健服務之使用等因素影響，在個人健康行為方面也受到其他危害健康行為(包含抽菸、飲酒、嚼食檳榔與飲食行為)的互相作用，進而表現在個人的口腔健康與整體健康狀況，甚至其個人健康相關的生活品質方面。下面針對將與口腔保健行為相關的因素進行文獻整理分析，即青少年的家庭社經地位及文化因素、環境因素、口腔保健服務利用情形因素、危害健康行為(包含飲食、吸菸、飲酒、嚼檳榔行為)因素和青少年自身的口腔保健行為之間的相關情形。



整體來說，大多數的口腔健康調查研究報告均明確指出影響口腔健康狀況的相關因素為何，且在口腔保健行為方面的相關因素上著墨不多，但仍有文獻支持口腔保健行為在口腔健康管理方面的重要性，以口腔最常見的健康問題-齲齒為例，齲齒的成因及進展，受到許多因素影響，例如社經地位、飲食習慣、刷牙清潔習慣、牙齒氟化物的接觸、牙科醫療的品質、民眾就醫之習性、國人口腔疾病之預防態度及觀念、父母對兒童口腔健康之重視與否等等，都可以影響到一個人的牙齒健康狀況(Murray & Steele, 2003; Health Education Authority, 1989)，簡單來說，為達到良好的口腔功能，首要基本條件便是建立正確的口腔保健行為及改變生活飲食習慣，以降低口腔流行病的盛行率，而最簡單且經濟的方法便是正確的

刷牙(曾筑瑄等, 2003; Davies, 2003; Murray & Steele, 2003)。

良好的個人口腔保健行為(包含刷牙及使用牙線潔牙)搭配均衡的飲食、氟化物的使用、定期口腔健康檢查四大法寶對於牙齦炎及齲齒的預防非常有效,進而對牙周病控制也有很好的效果(Adam & Mann, 1982);另外,針對青少年的口腔保健行為養成, The World Oral Health Report 2003也指出,由求學階段開始的行為養成教育對個人往後在口腔保健行為習慣非常重要,學校及家庭兩方面都應該提供支持性的環境,包括安全的飲水設備、實施整體性口腔保健教育計畫及安全的物理性環境以降低口腔疾病與傷害的發生等(Petersen, 2003)。

以下就各項影響口腔保健行為的相關因素,依序為一、基本人口學因素;二、社經狀況及文化因素;三、環境因素;四、危害健康行為因素;五、口腔健康狀況及六、口腔健康相關生活品質等進行文獻整理分析。

## 一、基本人口學因素

基本人口學因素包含性別與年齡兩類。

### 1.性別

在口腔保健行為表現上,多數研究顯示女生的口腔保健行為比男生好,諸如刷牙頻率及使用牙線、漱口水、餐後潔牙等的機率都是女生較高,且在口腔保健行為方面正確執行的程度也以女性表現較好(周志銜等, 2004; Almeida et al., 2003; Farsi et al., 2003; 曾筑瑄等, 2003; 楊貴郎, 2003; 方淑娜, 2002; 李火傳, 2002; Kallestal, Dahlgren, Stenlund, 2000; 姚振華等, 1989);但仍有少數研究數據顯示男女在青少年的刷牙行為表現上並無顯著差異(Zhu et al., 2003)。定期使用牙醫門診服務方面,也是女性較男性使用的多 (Farsi et al., 2003; Almeida et al., 2003; Zhu et al., 2003)

多數研究報告均傾向指出女性的口腔保健行為明顯優於男性，但若將性別與口腔健康狀況作比較，卻都發現女性整體的口腔健康狀況比男性差(楊奕馨，2006；馬懿慈，2004；曾意純等，2003)

## 2. 年齡

就年齡與口腔保健行為來看，年齡越大，正向的口腔保健行為越少(曾筑瑄等，2003；吳寶琴等，2003)，因此隨著年齡增加，口腔健康狀況(如齲齒率、口腔膺復現況<sup>3</sup>及缺牙<sup>4</sup>等)會越來越嚴重(林亭枝等，2005；黃志浩等，2004；廖正達，2003；國健局，2001)。

## 二、 社經狀況及文化因素

社經、文化因素(如低劣的生活環境、低教育程度、缺乏支持口腔健康的傳統信念及文化等)，都和口腔保健行為息息相關(Petersen，2003)。這裡所談到的社經與文化因素，可分為以下幾大類：

### 1. 社經地位

研究指出，父母親的社經地位是影響青少年口腔健康狀況及口腔保健行為的重要因子，相關研究也傾向於父母的社經地位愈高，其子女的口腔健康狀況及其利用牙醫門診服務的情形會越好(Mattila et al., 2005；Levin et al., 2004；楊貴郎，2003；國健局，2001；侯連團等，1989)。另以教育程度來看，教育程度及職業種類和刷牙頻率、刷牙方式及清潔牙齒的工具(如漱口水及牙線等)有相關，其中又以專科以上的教育程度在口腔保健行為的表現較好，職業則以高級專業人員於進食後漱口習慣及每日刷牙頻率等方面表現較好(吳寶琴等，2003；曾筑瑄等，2003；

<sup>3</sup>口腔膺復現況(Prosthetic Status)：針對受檢對象，檢查上顎與下顎原本膺復物之存在情況，同時判別是否有膺復需要與其所需要的膺復物型式。

<sup>4</sup>缺牙(missing)：指齲齒拔除之牙齒，或其他非齲齒因素，如外傷、牙周病變、贅生牙、矯正而拔除的牙齒，或是因填補但又再發生齲齒的牙齒。缺牙數=所有受檢者全口缺牙數的總和÷總檢查人口數(以M或e代表之，M表示恆牙，e則表示乳牙)。

方淑娜，2002；國健局，2001）。也因為以上這些由社經地位差異所造成的口腔保健行為差異，使得最後呈現出不同的口腔健康狀況(Gift et al., 1997)。

## 2. 居住地區與鄰里

近幾年來，社會流行病學界也開始重視研究對象居住地區及鄰里的測量，尤其當研究者探討到健康相關問題時，研究對象的居住地區及鄰里社會環境與健康相關狀況呈現亦正亦負的相關，學者建議健康相關領域研究者往後之研究必須將此一因素納入評估的指標之中(Tunstall ,Shaw ,Dorling., 2004; Kawachi , Berkman , 2003; Macintyre , Ellaway, Cummins , 2002；Roux , 2001；國健局，2001)。

城鄉差距在口腔保健行為上也扮演重要的影響因素，多數研究報告發現：居住於城市的青少年每日刷牙次數比住在鄉鎮的青少年多；含氟牙膏的使用及開始刷牙的年紀也是以城市組的青少年居多，通常城市組的青少年在尚未就學之前便開始有刷牙的習慣(黃志浩等，2004；Almeida et al., 2003；Zhu et al., 2003)。同樣的城鄉差距也表現在牙醫門診服務利用情形上，居住於城市的青少年比居住於鄉鎮者更常使用牙醫門診服務，但DMFT平均值卻由直轄市往山地鄉遞減(楊奕馨，2006；Zhu et al., 2003)。

## 3. 口腔保健知識、態度及教育

良好的口腔保健知識及態度對青少年來說，相對可以產生好的口腔保健行為表現，即青少年口腔保健知識及態度問卷若得分愈高，其口腔保健行為做的愈好(Levin et al., 2004；郭其華，2002)。另外，青少年於就學期間參加口腔健康相關校內活動的次數、有無參加校內相關的口腔衛生活動及導師對口腔保健教育方面的意願高低和青少年的口腔保健的知識、態度與行為也有明顯的正相關(周志銜等，2004；國健局，2001；游尚霖，2001；蔡吉政等，1998；Gilbert , Rudolph , Moosa, 1989)；定期使用牙醫門診的行為方面和口腔保健行為一樣，若是青少年

對口腔保健的重要性認知程度愈不足，其利用牙醫門診的機率就越低(Farsi et al., 2003；Gillbert, Rudolph, Moosa, 1989)。

如果換做探討青少年的父母在口腔健康行為方面的知識、態度與行為對青少年口腔保健行為的影響，研究者發現，若是青少年的父母在口腔健康方面有受過相關的課程教育，或者父母親本身在口腔保健行為方面的表現良好，則這些青少年也能在對應的口腔保健行為上有比較好的表現。(張孟修，2005；Chan, Tsai & King, 2002；Rajab, Petersen, Bakaeen, Hamdan, 2002)

#### 4. 學校屬性

以公私立學校屬性來看，國外研究發現，就讀私立學校的青少年使用牙醫門診服務較公立學校的青少年多，且私立學校的青少年使用牙刷及牙線清潔口腔的行為表現上也比公立學校的青少年更好 (Farsi et al., 2003；Almeida et al., 2003)。

### 三、環境因素

WHO於「The World Oral Health Report 2003」中指出居住環境中不適當的氟化物暴露和齲齒有高度的相關，安全飲水設備及公共衛生設施的可近性等對口腔健康甚至全身性健康都扮演著舉足輕重的角色；氟化物可添加於飲水、食鹽、牛奶、漱口水及牙膏中，長期使用以上這些合理含量的氟化物添加品可以顯著地降低齲齒發生率(Bardsley, Taylor, Milosevic, 2004；Petersen, 2003)。

一篇探討英格蘭西北部之14歲兒童牙齒磨損與牙周健康狀況的流行病學報告發現，居住於加氟飲水區的兒童牙齒磨損及牙齒疾病的危險性較居住於非加氟飲水區的兒童低，每日使用兩次含氟牙膏刷牙也會幫助兒童免於牙齒被酸化侵蝕的危險 (Bardsley et al., 2004)。

清潔口腔所使用的工具，如牙刷、漱口水、牙線等的成分，及使用這些工具的技巧也會影響口腔保健行為執行的成效，使用電動牙刷在清除口腔牙齒之牙菌斑效果比手動牙刷來的有效( Deery, Heanue, Deacon, Robinson, Walmsley, Worthington et al., 2004 )。

#### 四、危害健康行為因素

青少年於危害口腔健康的行為有1.飲食行為；2.吸菸行為；3.飲酒行為及4.嚼檳榔行為等，其中又以飲食行為對口腔健康的傷害最為立即且顯著，嚼檳榔則會造成口腔癌的罹患，其餘的吸菸及飲酒行為則會因合併嚼檳榔行為而使得口腔癌的罹患機率大幅提昇。

##### 1.飲食行為

飲食行為中有關甜食與含糖飲料的攝取與口腔健康狀況有非常明顯的相關，其攝取的每日頻率、單位、種類都是需要深入探討的層面。糖類攝取量建議控制在每日熱量攝取的10%以下，另外，含糖食品及飲料的攝取上限為每日四次，其中汽水、果汁等碳酸飲料更會侵蝕牙齒琺瑯質，以上都應該有嚴格的攝取量控制。均衡的營養攝取也對口腔健康非常重要，例如牙齒發育、口腔感染疾病及口腔癌等( Mattila et al.,2005；Al-Dlaigan , Shaw, Smith, 2003；Murray & Steele, 2003；Petersen，2003；Masalin , Murtomaa , Sipila , 1994)；另外，飲食中所含的維生素成分能夠有效降低口腔牙結石形成，但相對的這些酸性物質對牙齒表面造成的腐蝕也必須有所考量，若是嚼食含有適量維生素C成分的口香糖，搭配嚼食的動作確實可以減少口腔中牙結石的形成，並且有效控制口腔出血的情況，對牙菌斑的移除也有一定的效果，並且嚼食動作本身也能協助舌頭及整個口腔的清潔動作(Lingstrom, Fure, Dinitzen, Fritzne, Klefbom, Birkhed, 2005)。

研究顯示超過一半以上的青少年每天都有攝取甜食的情形，且吃甜食的頻率

越高，其罹患齲齒的危險性越大(國家衛生研究院，2004；Al-Dlaigan et al., 2003；Zhu et al., 2003；曾筑瑄等，2003；楊貴郎，2003；李火傳，2002；國健局，2001)。另外，攝取含糖飲料及碳酸飲料也和牙齒磨損有相關性存在，研究者探討不同的飲食習慣在同樣的飲食成分對牙齒琺瑯質的侵蝕程度，結果發現關鍵性影響琺瑯質侵蝕程度的因素是進食的速度，若是在高速率的酸性溶液沖刷下對牙齒表面的傷害最嚴重，因此建議往後探討此類碳酸或酸性飲料對牙齒的侵蝕可加入進食速度及進食方式等(Shellis, Finke, Eisenburger, Parker, Addy, 2005；Milosevic, Lennon, Fear, 1997)。

甜食除了會影響到口腔健康狀況之外，甜食攝取行為本身即受到某些因素影響，以下將整理影響甜食攝取行為的相關因素。

#### (1) 居住地區

城鄉之間的青少年在整體甜食攝取量上並未有顯著差異，但城市組的青少年在含糖飲料的攝取上多於鄉鎮組的青少年(Zhu et al., 2003)。

#### (2) 性別

女生比男生更常攝取甜食，其中又以水果、糕餅這類的甜食女性吃的頻率較高，且達顯著差異(Al-Dlaigan et al., 2003；Zhu et al., 2003)。

#### (3) 口腔健康狀況

齲齒與甜食的攝取有相關性存在，且依照甜食攝取的頻率多寡相對於齲齒的嚴重程度也有正向的相關(Zhu et al., 2003；Riva, Loveren, 2003；Masalin, Murtomaa, Sipila, 1994)。整體而言，甜食攝取行為與口腔保健行為兩者之間的相關無法於上述研究結果中發現。

## 2.吸菸行為

吸菸與嚴重的牙周疾病是有相關的 (Semmelweis Egyetem, 2004)。吸菸對口腔造成的傷害包括口腔癌、口腔癌復發、成人牙周病、嬰幼兒先天性唇顎裂等，另外也會抑制口腔免疫系統的機制，阻礙口腔傷口的癒合，進而造成糖尿病型牙周退化症及心血管疾病。吸菸所產生的口臭也會影響到個人的生活品質。菸、酒、檳榔合併使用對口腔健康的危害更是不堪設想(Petersen, 2003)。

吸菸行為於台灣地區的研究以口腔癌為主，流行病學的研究指出吸菸會導致慢性阻塞性肺病及肺癌，與人體其他器官的癌症也有相關 (如口腔癌、咽喉癌、食道癌、肺癌、膀胱癌、腎臟癌、胰臟癌、結腸直腸癌、胃癌與子宮頸癌等)，其中又以罹患肺癌之機率最高；另外，吸菸量、菸的種類、開始吸菸的時間長短、戒菸時間長短等在相關的疾病危險性探討上也是很重要的指標 (國家衛生研究院, 2004；國健局, 2001)。

## 3.飲酒行為

飲酒對口腔健康造成的危害集中在牙齒的腐蝕方面，且酒精性飲料的攝取上男性的攝取情況多於女性，故男性在其口腔牙周方面的健康威脅多於女性。(Al-Dlaigan et al., 2003)。

飲酒與疾病的相關性研究領域甚廣，其中與口腔與消化道主題方面以食道癌的探討為主，有關飲酒行為的指標分為飲酒量與飲酒種類的探討，其中若以飲酒量每年有無超過1,220克為基準，飲酒量大於1,220克/年者產生食道癌的勝算比為沒有超過者的9.7倍 (95%CI=4.3~22.0) (國家衛生研究院, 2004；Wu, Lee, Chen, et al, 2001；國健局, 2001)；飲酒種類又以烈酒比一般酒及啤酒的危險度高，但飲酒量仍然比飲酒的品項更為重要 (Tuyns, Pequignot, Abbatucci, 1979)。



#### 4.嚼檳榔行為

嚼檳榔在亞洲地區相當普遍，對人體造成的健康危害以食道鱗狀細胞癌為最密切相關，且嚼食檳榔的數量也與食道癌有劑量相關性，探討嚼檳榔的劑量單位以每年495粒為準，超過495粒/年發生食道癌的勝算比為沒有超過495粒/年者的2.5倍；若同時合併有吸菸、飲酒、嚼檳榔三項危害健康行為時，產生食道癌的勝算比為63.9倍（95%CI=23.7~171.9）（國家衛生研究院，2004；Wu , et al,2001；國健局，2001）。

#### 五、口腔健康狀況

口腔健康狀況包含了許多指標，例如齲齒率、牙齦炎、牙周病、牙結石、失牙率，牙菌斑堆積等，一般而言，選擇齲齒及牙周，牙齦方面的疾病作為觀察口腔健康狀況的指標是最常見的，口腔健康狀況除了和個人的口腔保健行為相關之外，在探討學齡前兒童的部分，主要照顧者(母親及保母)的哺育行為扮演很重要的角色，許多照顧者使用錯誤的哺育行為(例如以甜食作為哭鬧安慰劑、餐前給予甜食誘發食慾及哺育母乳的時間過長等)對學齡前兒童的口腔及牙齒狀況造成了嚴重的負擔(Sayegh, Dini, Holt,Bedi, 2005)。

研究指出口腔健康狀況及齒齦方面疾病的嚴重程度和口腔保健行為有顯著相關（Levin et al.,2004, Leroy, Bogaerts, Lseaffre, Declerck, 2004, 許瓊文，2004；Farsi et al., 2003；國健局，2001），針對學齡階段學童進行的口腔健康狀況與口腔保健行為的調查也發現，學童於初發性的琺瑯質齲齒若能藉由使用含氟牙膏及氟化物溝槽填補術有效控制更進一步齲齒的發生（Etty, Henneberke, Gruythuysen , Woltgens , 1994）。

國內的研究（國健局，2001）顯示，口腔保健行為中的參加國小含氟漱口水計畫的學期期數、有無參加學校之含氟漱口水活動、最近一次看牙醫的時間、

每天早餐及午餐後刷牙、定期接受口腔檢查、固定的牙醫師看牙齒及常因牙齒毛病需要看牙醫師等七項口腔保健行為，和青少年本身有無齲齒的情況達到統計上顯著相關；對國小學童進行木糖醇口香糖嚼食介入的研究也顯示，木糖醇對國小學童口腔內牙菌斑的堆積能有移除作用（羅美惠等，2004）；至於齲齒的嚴重程度與使用牙醫門診服務的相關性也很高（Levin et al.,2004；Zhu et al., 2003）。

## 六、口腔健康相關生活品質（oral health-related quality of life）

口腔健康相關之生活品質方面，依照各研究所使用的口腔健康相關生活品質問卷與指標的不同進行歸整理，分別為1.口腔健康影響量表<sup>5</sup>；2.自我認同感<sup>6</sup>等兩類。

### 1.口腔健康影響量表（oral health impact profile，以下簡稱OHIP）

研究指出有無經常性的使用牙醫門診服務與口腔健康影響量表之口腔健康問題有關(Savolainen, Liisa, Taipale, Hausen, Harju, Uutela et al., 2005)；其中又以疼痛這項口腔健康問題的相關最為顯著，青少年常等到牙齒疼痛到無法忍受的情況才會主動就醫(Levin et al., 2004；Zhu et al., 2003; Farsi et al., 2003)

### 2.自我認同感（sense of coherence）

文獻探討發現，曾接受過齒列矯正治療（orthodontic treatment）的青少年其口

---

<sup>5</sup> 口腔健康影響量表(oral health impact profile，OHIP)為一探討與口腔疾病、健康狀況相關因素的問卷，其中包含了口腔功能障礙、口腔不適感、口腔殘疾等健康問題的自陳式問卷，此問卷量表共有功能限制(functional limitation)、生理疼痛(physical pain)、心理不適感(psychological discomfort)、生理障礙(physical disability)、心理障礙(psychological disability)、社會障礙(social disability)及障礙(handicap)等七大項目。

<sup>6</sup> 自我認同感(sense of coherence, SOC)，為 Likert-type 問卷量表中之一部分，包含 12 個項目，內容包含可瞭解性(comprehensibility)、可處理性(manageability)、意圖性(meaningfulness)等，SOC 可協助研究者探討研究對象在社會心理方面的狀況，一般來說，自我認同感強者對其自我之健康掌控的情形較好。

腔健康相關生活品質呈現較差的得分 (Savolainen, et al., 2005 ; Oliveira et al., 2003 ; Nuttall , Steele , Pine , White , Pitts ,2001 ; Locker , Slade .,1994) ；其中一篇針對芬蘭成年人進行的口腔健康相關生活品質問卷調查中發現，自我認同感對於成年人的口腔健康相關生活品質為決定性的因素，若自我認同感方面較強者，在口腔健康方面的生活品質也會有較好的得分。另外，定期使用牙醫診療服務者與全口牙齒顆數超過 20 顆者其口腔健康相關的生活品質也有正向的表現 (Savolainen et al., 2005)；而另有兩篇針對成年人的口腔健康調查也指出口腔健康相關生活品質對於一個成年人的口腔健康具有指標性的意義 (Nurrall et al., 2001 ; Locker et al., 1994)。

### 第三節 台灣地區歷年與口腔健康有關之衛生及教育政策

本節針對與口腔健康關之支持性環境—「政策面」進行資料整理分析，資料來源包含行政院衛生署公報、中華民國公共衛生年報、中華民國衛生年鑑、衛生經濟動向、教育部公報及全聯會出版之「回首來時路-台灣牙科公共衛生發展史」一書等。

台灣地區在牙科公共衛生方面之發展相較於其他醫學專科起步較晚，最初始於民國五十至六十年代，由於當時政局逐步穩定、各種民生政策施行及教育普及之故，民眾對於牙醫醫療及口腔保健的需求停留在奢侈品的定位，當時的口腔衛生僅限於個人層次的清潔訴求，後續藉由美國對台的物資援助，由聯合國兒童福利基金會對台灣進行牙科技術及設備提供，於部分國民小學設立口腔衛生室，試

辦簡易的口腔檢查及塗氟等衛生工作，當時台灣地區國小學童之齲齒盛行率高達70%，成為公共衛生方面的一大問題。至民國六十五年開始，台灣在牙科方面的發展進入整合階段，成立了正式公會組織針對口腔保健及相關問題進行全國性的介入，包含了全民口腔保健的教育宣導及偏遠地區的牙醫診療服務等，往後在口腔衛生的推展重視逐步成熟穩定，蓬勃發展(全聯會，2003)。以下針對民國65年以後於口腔健康方面的重大衛生政策發展進行整理，歸納如下：

#### 一、民國65年到民國75年

自民國65年始，台北市與台灣省牙醫師公會全面改選，由五院校(國防、台大、高醫、北醫、中山之畢業校友)為主之新生代牙醫師獲壓倒性的支持，正式接掌公會系統之運作。次年，中華牙醫學會成立，共同匯集成一股以改善醫療環境、提升口腔保健為主軸的社會改革力量。首先由中華牙醫學會擬定口腔衛生推廣計畫，包括：

(1) 推廣全民口腔保健，出版各式宣導品，並與媒體合作結合社會資源，進行各種社會運動，以提升民眾對口腔健康之認知；如台北市國民小學齲齒防治計畫(民國66年5月)、台北市教育局訂定每年4月為口腔保健月(民國67年3月)、華視製作「刷牙體操」節目(民國68年3月)、舉辦口腔衛生海報設計展(民國68年9月)、口腔保健巡迴特展(民國69年9月)、舉辦「睡前刷牙好處多」口腔衛生歌舞短劇聯歡晚會(民國71年3月)、交通部發行「口腔衛生」郵票一式三張(民國71年5月)、與青商總會、扶輪社、獅子會、展望會等機構舉辦口腔衛生宣導、潔牙比賽、美齒公主選拔等活動。

(2) 中興新村飲水加氟計畫委託台灣大學牙醫學系執行此項社區實驗計畫。國防醫學院接受台北市政府衛生局委託，進行台北市國民中、小學齲齒及口腔健康狀況調查，以建立口腔疾病流行病學調查之基本資料。其他如高雄醫學院、中山醫學院、中國醫藥學院、台北醫學院及陽明醫學院等學術機構，皆有類似之國中、小

學學童或社區民眾口腔健康狀況調查。

(3) 台灣省牙醫師公會為協助政府醫療資源平均分配政策，推行偏遠地區無牙醫師鄉鎮醫療服務，配合「小康仁愛計畫」以照顧低收入患者，於 16 個鄉鎮無牙醫師鄉鎮設立仁愛醫療站，此主動提供無牙醫鄉鎮之醫療保健措施，為口腔衛生推廣之另一里程碑。

由上可知，這個階段口腔衛生推展整合社會人力與資源，學習回饋社區，同時從社區活動經驗中獲得成長，民眾對於牙醫與口腔保健之認知已逐漸提升，奠定下一階段專業性口腔保健工作推展之基礎。

## 二、民國 76 年到民國 86 年

民國 60 年內政部衛生司改制為衛生署之初，由於經費短絀而無法對口腔保健作全盤性之規劃與推動，直至民國 79 年醫療網第二期計畫，才將口腔保健列為施政重點，並正式編列經費運用於口腔保健政策的實施。口腔保健施政重點包括：

1. 建立口腔衛生工作體系；
2. 充實台灣省基層醫療之牙醫器材，並加強偏遠地區牙科醫療保健工作；
3. 培訓口腔衛生有關人員；
4. 協調教育局及牙醫師公會合作，辦理國中、小及幼稚園學童衛教與口腔檢查工作；
5. 健全醫院牙科提供衛教與醫療服務；
6. 委託學術機構進行口腔疾病之流行病學調查等。

民國 79 年 7 月口腔保健工作計劃納入醫療網，透過各地方公務徵選各學校自願參加，經評選選出潔牙優良之個人與學校，以達互相觀摩之目的，之後陸續加入含氟漱口水計畫、牙周病預防計畫、檳榔危害與預防口腔癌、校牙醫培訓與校園口腔衛生社團服務等。

台北市政府衛生局於改制後，各區衛生所增設牙醫師一名，負責牙科公共衛生的推動，並分批購置牙科椅加強校牙醫之口腔檢查與一般診療，自民國 79 年起，辦理立案幼稚園、托兒所口腔檢查與指導、民國 84 年製作奶瓶性齲齒預防及老人口腔保健幻燈片分送各區衛生所運用；高雄市政府衛生局於民國 69 年訂定

「高雄市政府推行學童口腔衛生工作計畫」、民國 79 年修訂之，民國 80 年再訂定「高雄市提升衛生所牙醫師角色功能工作計劃」，期望落實學童及社區民眾對於口腔保健及矯治口腔疾病工作。

台灣省政府衛生處同步配合醫療網計畫之執行，民國 82 年辦理衛生所牙醫師口腔保健業務研習會，並增設各縣市衛生所牙科門診作業。台灣省衛生處為對山地離島及偏遠地區民眾之口腔健康作一積極突破性之思維，結合產、官、學、社，擬定一全方位的整體規劃。另外，在飲水加氟措施上由於受到反氟人士之阻擾而中挫，嚴重影響防齲工作之推動，因應此衛生署與牙醫界提出修正方案之口腔保健目標，包括：1.將齲齒預防之目標群提前到幼稚園與托兒所幼兒時期；2.氟化物使用採多元化，如含氟漱口水、含氟牙膏及氟錠等途徑；3.於社區中推動先驅性示範之齲齒預防計畫（含口腔衛教、潔牙訓練、含氟漱口水及牙面裂溝封填等）；4.藉各媒體做口腔疾病主題宣導。

### 三、民國 86 年至今

在衛生部門方面，行政院衛生署於民國 87 年開始，針對台灣地區口腔保健工作之主要內容包括了以下四點：

- (1) 嬰幼兒口腔保健：補助各縣市衛生局辦理各項奶瓶性齲齒之預防，包括教導小兒科醫師、護士、父母、褓母等照顧者有關食物的選擇、口腔清潔、牙齒的照護及定期牙齒診查等宣導工作。
- (2) 學齡前兒童口腔保健：針對幼稚園兒童，透過衛生行政系統結合地方牙醫師資源，辦理食後刷牙、塗氟防齲措施及口腔檢查等防齲工作，並透過健康檢查體系發揮早期發現、早期治療之功效。
- (3) 學齡兒童口腔保健：委託各縣市牙醫師公會辦理學童餐後潔牙教學活動、含氟

漱口水防齲計畫、播種牙醫師訓練、老師校護訓練等。由民國 82 年開始至民國 87 年底，已累積近 50,000 老師及校護接受潔牙訓練，累積 2000 名牙醫師受過訓練，87 學年度當年則有 500,000 萬名 1 至 6 年級學生參與含氟漱口水防齲計畫。

- (4) 推廣口腔保健四步曲-均衡飲食、正確潔牙、使用氟化物、定期口腔檢查等四步健康理念，定期製作單張、海報、錄影帶分送各地衛生行政與醫療單位，配合辦理宣導工作。補助縣市衛生局針對地方需求辦理大型宣導工作，以提高民眾對口腔保健的認知。並於學童保健宣導月辦理「口腔的真情告白-我需要氟化物」宣導活動，透過電視、報紙、廣播、專家宣示的方式，宣導氟化物防齲的重要性。

衛生署並於民國 87 年推出「台灣地區加強山地離島偏遠地區口腔醫療服務暨預防保健計畫」，以各地巡迴式口腔診療服務方式，以因應缺乏醫療資源之地區與弱勢族群之需求。

而教育部門方面，教育部於民國 89 年協同行政院衛生署，訂定了『提升學生健康四年計畫』，其目的在於維護與促進學生身心健全發展，此一整合性計畫，推動期自民國 89 年 1 月至 92 年 12 月，研議增加國民小學護理人力編制與員額，及提升其專業素養，編列經費約為新台幣 70 億元，其中策略包括加強學生生活安全措施，維護健康環境品質；豐富學生健康服務內涵，奠定健康發展基礎；強化學生健康管理制度，開創健康促進策略；發展學生健康教學活動，培養優質生活習慣等四項，其工作內容包括：加強校園生活安全...等 20 項，具體目標中包含了降低中小學嚼食檳榔之比例，降低國民小學 6 年級學生平均齲齒顆數及提高齲齒矯治率。

民國 92 年 4 月立法院通過「口腔健康法」(全國法規資料庫，2006)，開始將

推廣族群重點調整為兒童及青少年保健，並推動全國「國小學童含氟漱口水防齲計畫」，目前共有 2600 所學校，192 萬名學童受惠。

綜納以上歷年來台灣地區有關口腔健康的衛生與教育政策，可以窺之口腔健康這項議題在政策中的轉型，對於口腔健康不再只是著重於疾病的矯治，往下扎根的口腔預防保健觀念便是最好的例證。

#### 第四節 以研究對象為主的口腔保健課程內容分析

本節將針對本次研究對象於求學階段過程中，於學校所學習到有關口腔保健議題的正規教育課程內容進行整理，以瞭解研究對象在口腔保健行為的養成過程中，相關課程對於這群青少年建立了哪些相關的預防保健知識、態度與行為。

##### 一、教育部公佈之國中小課程綱要中關於「口腔保健」議題之變革

教育部公佈之國中小課程綱要主要目的為：明確訂出國中小健康教育科目必須涵蓋的課程主軸與學習細目，以本次研究對象（於民國 90 年年齡範圍為 12~19 歲之青少年）橫跨的教育年代來看，這群青少年於國中小求學階段中共經歷三次的課程綱要變革，國民小學之課程標準由民國 64 年的初訂版，經過民國 72 年與民國 82 年兩次的修訂；而國民中學則由民國 61 年的初訂版，經歷民國 72 年及民



國 83 年的調整，詳細的課程標準及綱要調整，詳見表 2-3-1 與表 2-3-2(如下頁)。

表 2-3-1 教育部公佈之國民小學課程標準--健康教育、道德與健康(教育部, 1975、1983、1993)

年級	德目/類別/主題	學習細目
<b>民國六十四年</b>		
一年級下學期	健康的身體	愛護身體:我會刷牙。
二年級上學期		保護牙齒:多吃有助於牙齒生長的食物，每天最少檢查一次牙齒，我不剔牙齒，牙疼時我會請父母帶我去看牙醫，我喜歡和牙醫師作朋友。
五年級上學期		口腔的衛生:少吃甜食，用自己的牙刷，吃過東西立刻刷牙或漱口，不吃太硬的食物。
<b>民國七十二年</b>		
二年級	健康的身體	換牙時注意口腔衛生
四年級	我的牙齒	認識我的牙齒
<b>民國八十二年</b>		
一年級上學期	個人衛生	我會注意儀表的整潔：保持臉、牙、手、頭髮等身體各部位的清潔（含外生殖器官之清潔）。
一年級下學期	個人衛生	1.我常做有益於健康的運動，並注意牙齒保健：認

		識牙齒保健，實行牙齒的檢查與矯治； 2.我喜歡認識對我健康有幫助的人：拜訪社區牙醫和學校護士對自己健康有幫助者。
二年級上學期	個人衛生	我會注意個人衛生、飲食衛生及口腔衛生：認識齲齒與正確的刷牙方法。
二年級下學期	藥物使用與濫用	我會學習藥物、菸、酒及檳榔對健康的影響：瞭解菸、酒及檳榔與健康的關係。
三年級上學期	個人衛生 食物與營養 安全與急救 疾病的預防	我要有恆的養成良好的生活習慣：認識牙結石與正確使用牙線的方法。 我會瞭解五大類食物，並能選擇健康的食物，且能瞭解飲水的重要：認識健康點心與垃圾食物。 我能瞭解眼、耳、口腔的基本構造、功能、疾病和傷害的處理方法：說明如何避免眼睛、嘴巴和耳朵的傷害事件及基本的急救處理。 說出眼睛、耳朵、牙齒和口腔的疾病。
四年級下學期	個人衛生	認識牙齒的種類和功能與保護牙齒、牙齦的方法。
六年級上學期	消費者健康	說明健康檢查的意義和重要性。

表格製作：研究者整理

表 2-3-2 教育部公佈之國民中學課程標準--健康教育（教育部，1972、1983、1994）

出版年	篇名	教材綱要
民國六十一年	第一篇 健康的身體	第四章 消化器官 第一節 消化器官的構造 第二節 消化器官的功能 第三節 消化器官的保健
		第十六章 健康檢查 第一節 健康檢查的意義和目的 第二節 健康檢查的項目 第三節 常見的體格缺點和矯治方法
民國七十二年	第一篇 健康的身體	第二章 我們的身體 牙齒的介紹
		第三章 身體的組成與發育 長牙的過程
民國八十三年	第一篇	第十一章 口腔衛生

	健康的身體	1.認識口腔及牙齒； 2.瞭解齲齒的成因及嚴重性； 3.確知預防齲齒的方法與實際執行，包括氟化物的使用、定期口腔檢查、正確刷牙及牙線的使用，不吃過度精緻及太甜的食物等。
--	-------	--

表格製作：研究者整理

## 二、國中小健康教育課程中關於「口腔保健」課程內容之變革

由前述的國中小課程標準及課程綱要，以下將所屬健康教育課程內容進行表格整理，民國 82 年以前的國民小學健康教育課程以教育部國立編譯館（見表 2-3-3）之課本進行整理，民國 82 年之後，因為教育部開放國民小學的教科書出版權限，因此此階段的國民小學健康教育課程內容將以市場佔有率較高之某一出版品（見表 2-3-4）作為內容分析的依據。國民中學之健康教育課程則因本次研究對象未跨越九年一貫的教育改革，因此僅分析國立編譯館版本的健康教育課程出版品（見表 2-3-5）。

表 2-3-3 國立編譯館版本國小健康教育「口腔保健教育」課程內容

篇名/單元	章 節 名 稱	教 學 內 容
第二冊 道德與健康	第四課 牙齒的清潔	1. 牙齒把食物嚼碎 2. 牙齒的種類 3. 牙齒的功能 4. 正確的刷牙方式
第三冊 道德與健康	第三課 拒絕牙痛	潔牙的重要 如何刷牙
第四冊 道德與健康	第一課 良好的飲食習慣	1. 選吃均衡的飲食 2. 注意個人衛生 3. 用餐氣氛合諧 4. 注意用餐禮節
第五冊 道德與健康	第五課 我們的牙齒	2. 牙齒的構造 3. 齲齒的成因 4. 如何預防齲齒

第六冊 道德與健康	第一課 健康檢查	1. 健康檢查的重要性 2. 健康檢查的項目
	第二課 缺點矯治	1. 未矯治的嚴重性 2. 未矯治就失去健康檢查的原意
第七冊 道德與健康	第五課 口腔保衛戰	牙齒的構造和種類 牙菌斑和牙周病的介紹 正確使用牙線

表格製作：研究者整理

表2-3-4 某版本國民小學道德與健康科目中與「口腔保健」有關的課程內容

年級	章節名稱	教 學 內 容 重 點
一年級上學期	漂亮寶貝	吃東西後、睡覺前、和起床後要刷牙； 做個整潔好寶貝，刷牙、洗手、洗臉和洗澡工作不可少。
一年級下學期	我掉了一顆牙	和牙齒作朋友：吃過東西要刷牙，請爸媽帶我去 找牙醫師定期做牙齒檢查，照顧好牙齒身體才會 健康。
	健康你我他	牙醫師是我的好朋友
	吃出健康， 吃出快樂	均衡飲食不偏食，身體才會健康；不吃太甜、太 鹹和太油的食物
二年級上學期	天天不忘的好習慣	選好牙刷來刷牙，刷柄好握，刷頭小，刷毛不分 岔；仔細輕輕地刷每顆牙齒
	我就是吃這個長大的	天天喝牛奶可以強壯骨骼和牙齒
二年級下學期	菸、酒、檳榔與藥物	認識菸、酒、檳榔與藥物對身體健康的影響
三年級上學期	健康快樂的每一天： 一、牙菌斑的威力； 二、清潔牙縫的好方法； 三、牙線立大功	天天勤刷牙，按時作息規律生活； 不共用直接接觸到眼睛、耳朵和嘴巴的衛生用品 和餐具； 認識牙菌斑對牙齒的傷害，會造成牙齦出血和牙 齒脫落； 練習清潔牙縫的好方法（牙線）。

	臉部旅行： 第二站-口腔	口腔醫護站：牙齒撞斷怎麼辦？ 口腔發炎怎麼辦？ 照鏡子檢查口腔健康，要怎樣照顧口腔？
	食物知多少？ 點心時間停看聽	如何選擇健康點心？對身體有幫助的，糖份和油脂含量太多的要限量使用，只能提供熱量的含糖飲料和汽水吃太多會造成蛀牙和肥胖。
四年級上學期	為自己的健康負責： 明智選購保健用品	清潔身體的用品，如香皂、牙膏和洗髮精都是維持身體健康的用品； 仔細看標示，比較不同品牌的差異並且參考專家和父母的意見做決定。
四年級下學期	吃什麼好呢？ 健康新吃法	太甜的食物往往加了大量的糖，容以使我們肥胖或造成齲齒。
	神奇的消化： (1) 牙齒之歌 (2) 護牙行動	口腔裡的牙齒各個功能不同，門齒、犬齒和白齒各有幾顆？恆牙掉了就不會再長； 潔牙本領過招，刷牙的方法和順序，牙線的正確使用，並且使用含氟牙膏，做到餐後立刻潔牙，有齲齒會立刻治療，睡前會潔牙，少吃甜食及黏牙的食物。
五年級上學期	生病：遠離癌症	嚼檳榔會導致口腔癌，及早發現及早治療，癌症不是絕症
五年級下學期	從現在做起： 檢討生活習慣	口腔衛生的重要，隨著年齡的增長，要養成有效維護健康的生活習慣

表格製作：研究者整理

表 2-3-5 國民中學與口腔保健有關的課程內容

年級	篇名及章節名稱	教 學 內 容
民國七十二年	健康的身體： 口腔衛生	口腔及牙齒的構造介紹； 齲齒成因及症狀； 牙齒保健(飲食、潔牙、定期口腔檢查、氟化物的使用等)
民國八十三年	健康的身體： 口腔衛生	口腔及牙齒的構造介紹； 齲齒成因及症狀； 牙齒保健(飲食、潔牙、定期口腔檢查、氟化物的使用等)
民國八十六年	健康的身體： 牙齒保健	牙齒的構造和功能； 常見的牙病(齲齒、牙周病和咬合不正等) 牙齒的保健方法(均衡飲食、口腔衛生、定期口腔檢查、氟化物的使用等)

表格製作：研究者整理

本節將本次研究資料分析對象(台灣地區民國90年為12-19歲之青少年)由國小正規教育階段開始，於學校健康教育科目所學習到所有有關「口腔保健」

主題的課程綱要及課程內容進行摘錄，由表2-3-1可以窺知，研究對象於國小一年級開始便接觸到有關刷牙方面的課程內容，於小學學業結束時理應學習到有關口腔及牙齒保健方面的應具備的知識、態度與行為，口腔保健方面的課程內容重點主要包含四大層面：（1）均衡飲食；（2）口腔保健行為，含正確刷牙及餐後潔牙等；（3）定期口腔檢查；及（4）氟化物的使用等；至研究對象升至國中階段以後，有關口腔保健的課程內容大略為國小六年課程的總複習，增加的內容僅為牙齒構造的詳細介紹，預防保健方面的內涵與國小階段相同。