

第一章 緒論

第一節 研究背景

口腔健康是身體健康的基礎，而口腔的健康狀況也有可能影響全身的健康狀況（林亭枝、謝天渝、吳逸民，2005；Davies, 2005）。世界衛生組織(World Health Organization，以下簡稱 WHO)更明確指出：口腔健康為整體健康不可或缺的一部份。以青少年族群常見的口腔疾病-齲齒為例，齲齒不但會改變發音的準確性，更影響口氣清新，阻礙人際關係發展，嚴重的齲齒更會降低咀嚼功能，引起腸胃道疾病(曾筑瑄、謝天渝、楊奕馨，2003)；另以成人族群較常見的牙周病為例，牙周病和心血管疾病、糖尿病有明顯的相關(Jolanta, Vita, Bente, Jorma, Irena, 2006；林亭枝、謝天渝、吳逸民，2005；陳惠華、曾春典、袁國、曾春祺，2005)。一旦口腔有了齲齒和牙周病，如未予治療，細菌可能經由口腔中齲齒與牙周病的病灶進入人體，隨後進入全身循環系統，進而引發全身性的感染，阻礙人體免疫系統的運作，因此，若是延遲治療口腔疾病，其嚴重的後果可能致命，而這種情形又以心血管疾病患者及糖尿病患者最為常見。另外，我們也可以由口腔健康的狀況察覺到許多全身性的健康問題，例如愛滋病的初發病灶便是由口腔機能的損害開始的(Petersen, 2003)。

由於正視到口腔健康對人類整體性健康的重要性，WHO 於西元 1965 年決議規劃一套全球性的口腔健康策略，由瞭解口腔疾病嚴重程度及其分佈趨勢著手，並於西元 1969 年以 12 歲學童的齲齒指數¹(以下簡稱 DMFT)為依據，描繪出第一份全球齲齒分布圖，當時的調查發現：工業化國家的齲齒盛行率相當高，相反的開發中國家齲齒盛行率卻普遍較低，齲齒的嚴重程度隨各國工業化程度而加重（黃耀慧、陳秀賢、姚振華，2004）。

其後，WHO 與全球牙醫師公會(Foundation Dentist Institute，以下簡稱 FDI)

¹ DMFT 值，即齲齒經驗指數(carries experience index)：為牙齒齲齒數(D)、缺牙數(M)與填補數(F)之牙齒數之總和。齲齒經驗指數= (D+M+F)或(d+e+f)。以 DMFT index 或 deft index 代表之，DMFT index 表示恆牙，deft index 則表示乳牙。數值愈表示大，表示齲齒情形嚴重。

於西元 1981 年在口腔健康促進計畫中，也將其它年齡層納入考量，並且制定了新的全球口腔健康目標計畫書，計畫執行期程至西元 2000 年，計畫目標包含：50% 的 5-6 歲學童無齲齒；85% 的人口到 18 歲時應保有所有的恆齒；35-44 歲的人口全口無牙狀況應比當時少 50% (或 75% 的人口應有 20 顆有功能的牙齒)；65 歲以上的人口全口無牙狀況應比當時少 25% (或 50% 的人口應有 20 顆有功能牙齒) 等五大指標 (WHO, 1981)。這項首創的全球口腔健康計畫嚴格來說只引起了部分國家對口腔健康的重視，所造成的改變微乎其微，進而引發 WHO 與 FDI 於西元 2003 年著手進行第二次的口腔健康行動方案制定 (Global goals for oral health 2020)，該項計畫期程拓展至西元 2020 年，期望透過第二波的全球性口腔健康行動方案的推動，有效改善全球的口腔健康狀況並控制口腔相關疾病。此波健康行動方案主要 2 個主軸是：主軸一、致力於降低口腔與顴面部 (craniofacial) 疾病對個人健康及生理社會發展的影響；主軸二、降低口腔與顴面部疾病對個人全身系統系疾病及群體、社會等造成的負擔，具體執行早期診斷、疾病預防及疾病管制三方面 (Hobdell, Petersen, Clarkson, Johnson., 2003)。

由國際趨勢檢視台灣地區口腔健康工作的推動最早啟蒙於光復初期，由初始的牙科醫療設備設置，至後續的一般民眾的口腔檢查及塗氟等公共衛生工作進行，至今約五十年餘，而牙科公共衛生工作則始於民國 51 年左右，經由聯合國兒童福利基金會對台灣進行援助指導，當時台灣國小學童的齲齒率²調查盛行率介於 50%~70% 之間，已構成公共衛生方面的重大問題，其後衛生主管機關便針對民眾的口腔健康問題進行介入矯治與衛生教育工作，後續考量到口腔健康的保健預防應及早由學齡階段開始教育養成，更於民國 65 年期間將口腔保健主題擴展與教育主管機關合作，由學齡兒童作為介入教育的實施族群 (中華民國牙醫師公會全國聯合會，2003，以下簡稱全聯會)。

綜觀口腔保健的教育與衛生宣導實施 30 年來，台灣地區的青少年口腔健康是否如預期般的獲得改善呢？由行政院衛生署國民健康局 (以下簡稱國健局) 委託長庚醫院牙科於西元 2001 進行全台灣調查¹ 民國 88-89 年台灣地區 6-18 歲人口之口腔

²齲齒率 (caries prevalence)：全口至少有一顆齲齒者，與總檢查人口數比之百分比。齲齒率 = (全口至少有一顆齲齒的人口數 ÷ 總檢查人口數) * 100 %

調查」結果顯示：6-12 歲人口中，6 歲之恆牙齲齒率為 23.79%，6 歲之乳牙齲齒率為 88.43%，6 歲 DMFT³平均值為 0.39，隨著年齡上升，至 12 歲時 DMFT 平均值為 3.31，DMFT 值上升情況顯著；而在 13 歲至 18 歲人口中，13 歲兒童恆牙齲齒率為 80.79%，至 18 歲時增加為 86.59%，且 DMFT 值由 13 歲的 3.94，上升至 18 歲的 6.01，情況亦趨嚴重。相較於 WHO 所提出的 2000 年口腔健康目標相比，包含 5-6 歲的兒童有 50% 沒有齲齒，12 歲之 DMFT 平均值低於 3，18 歲必須有 85% 的青少年保有全口完整的牙齒等(Petersen, 2003)，台灣地區青少年口腔健康的情形與全球的標準仍有一段落差。

即使 WHO 及我國衛生主管機關已大聲疾呼口腔保健及口腔健康的重要性，但不可否認地，台灣地區一般民眾對於口腔健康相關知識及疾病危害的警覺程度仍大幅地低於其他高致死率及嚴重殘障率的重大慢性疾病，更遑論其口腔保健行為的表現了。

在現今醫療資源重新分配及資源不足的大環境下，透過公共衛生三段五級中「預防保健」觀念的推展，能有效降低諸多疾病的發生率、嚴重程度與相關醫療服務利用率，而青少年時期更是培養與持續正確預防保健行為的關鍵階段，若能有效控制管理青少年階段影響預防保健行為的相關因素，延續兒童時期由父母、師長協助建立的預防保健行為，提供支持性的環境與降低負面的影響因素，可以使預防保健行為發揮極大的功效，進而有效降低醫療服務費用的支出及疾病的發生率。

台灣地區口腔健康相關研究調查近五十年來受到學術、衛生與教育界的關切，在探究主題上以口腔健康狀況調查（蔡吉政，2006；賴弘明等，2004；黃純德等，2004；黃志浩等，2004；許瓊文，2004；曾意純等，2003；楊貴郎，2003；廖正達，2003；許中生，2002；張志豪，2002；儲伯勤，2001；蕭裕源、關學婉、陳韻之，1996；謝天渝，1995；林正訓、高婉真，1984；藍忠孚，1983；姚振華等，1973；黃子濂、史文瑞、朱光潤、吳旭輝，1952），及口腔癌與嚼食檳榔的研究（楊鈞圭，2004；嚴秀玲，2004；蘇溫洋，2003）較多，在口腔保健行為的

研究相對較少（蘇若蘭，2004；林冶純，2004；吳寶琴，2003；姚振華、季麟揚、黃耀慧、林麗芳、張進順，2003b；曾筑軒、謝天渝、楊奕馨，2003）。但近年來，已有針對學齡前兒童、成人及老人的口腔保健行為研究報告陸續發表，唯以青少年為族群的研究仍相當有限。至於進一步針對口腔保健行為與相關因素探討之研究目前多為地區性之小型研究，研究樣本數過少，無法具有推論全國之代表性。

基於此，本研究欲探討台灣地區青少年的口腔保健行為現況及其影響的相關因素，除了以相關理論基礎加以預測其相關性之外，並期望以此一全國性樣本資料分析結果，對目前國內執行青少年口腔保健教育的成果作全面性的檢視，並且能夠對往後衛生與教育政策的研擬，提供制訂的參考方針。

第二節 研究目的

本研究方法係以國家衛生研究院與行政院衛生署合作之「2001 年國民健康訪問調查」資料庫為分析材料，以 2001 年台灣 12 歲以上的族群的健康訪問調查資料，挑選出年齡層為 12-19 歲的青少年族群進行資料分析，將針對年齡、性別、教育程度、居住地區、社經地位、牙醫門診利用情形及健康危害行為中有關飲酒、抽菸、嚼檳榔與飲食行為等與口腔保健行為(含每日刷牙次數、使用漱口水習慣、使用牙線習慣及過去半年內有無洗牙等)之相關性進行探討。

第三節 研究假設

本研究依據上述研究架構，提出研究假設如下：

假設一：

探討台灣地區 12-19 歲青少年之**每日刷牙次數**與性別、年齡、家戶社經地位、居住地區、教育程度、飲酒習慣、抽菸習慣、嚼檳榔習慣及飲食習慣之間的相關情形。

假設二：

探討台灣地區 12-19 歲青少年之**漱口水使用習慣**與性別、年齡、家戶社經地位、居住地區、教育程度、飲酒習慣、抽菸習慣、嚼檳榔習慣及飲食習慣之間的相關情形。

假設三：

台灣地區 12-19 歲青少年之**牙線使用習慣**與性別、年齡、家戶社經地位、居住地區、教育程度、飲酒習慣、抽菸習慣、嚼檳榔習慣及飲食習慣之間的相關情形。

假設四：

台灣地區 12-19 歲青少年之**半年內有無洗牙行為**與性別、年齡、家戶社經地位、居住地區、教育程度、飲酒習慣、抽菸習慣、嚼檳榔習慣及飲食習慣之間的相關情形。

第四節 名詞界定

本研究有關之名詞界定如下:

1. 口腔保健行為 (oral hygiene behavior)

本研究所探討的口腔保健行為，包含以下四項行為指標:

- (1) **每日刷牙頻率:**共分三組，將研究對象每日刷牙兩次定義為刷牙行為正常組，每日刷牙兩次以上者定義為刷牙行為較優組，刷牙不到兩次者定義為刷牙行為較差組；
- (2) **使用牙線習慣:**共分有及無兩組。將研究對象(幾乎)每天都有用牙線定義為有使用牙線習慣組，偶爾用及沒有在用兩者定義為沒有使用牙線習慣組；
- (3) **使用漱口水習慣:**共分有及無兩組。將研究對象(幾乎)每天都有用漱口水定義為有使用漱口水習慣組，偶爾用及沒有在用定義為沒有使用漱口水習慣組；
- (4) **過去半年內有無給牙醫洗牙:**共分為有及無兩組。將研究對象過去半年內有給牙醫洗牙定義為有定期使用牙醫門診服務組，過去半年內沒有給牙醫洗牙定義為沒有定期使用牙醫門診服務組。

2. 危害健康行為(health risk behaviour)

本研究所探究的危害健康行為共有四項行為指標:

- (1) **飲酒習慣:**問卷題目為「你目前是否有飲酒?」，將研究對象回答結果共分為有及無兩組，將研究對象喝酒回答有者定義為有飲酒習慣組，回答沒有者定義為沒有飲酒習慣組；
- (2) **抽菸習慣:**問卷題目為「你是否曾經抽過菸?」，將研究對象回答結果共分為有及無兩組，將研究對象回答有抽過，從以前到現在沒有抽超過 5 包(100 支)菸及有抽過，從以前到現在有抽超過 5 包(100 支)菸兩者定義為有抽菸習慣組，若回答僅嘗試抽過幾次而已及沒有抽過定義為沒有抽菸習

慣組；

- (3) **嚼檳榔習慣**:問卷題目為「請問你是否曾經嚼食過檳榔?」,將研究對象回答結果共分為有及無兩組,將研究對象回答有嚼過很多次定義為有嚼檳榔習慣組,回答只嚼過一兩次而已及從來沒嚼過定義為沒有嚼檳榔習慣組；
- (4) **吃甜食習慣**:問卷題目為「通常一星期吃幾次這類飲食?」,將研究對象回答結果分為經常吃、偶爾吃及不吃三組,將研究對象回答每天或幾乎每天吃及每週 3-5 次定義為經常吃甜食組,每週吃 1-2 次者及每周 1 次以下者定義為偶爾吃甜食組,回答不吃甜食者定義為不吃組。(本甜食調查種類共有五類：餅乾、糖果、巧克力類，蛋糕、麵包類，可樂、沙士類，冰淇淋、奶昔、冰品類，含糖飲料類)