

多媒體教育課程在嚼檳榔族群對嚼檳榔行為 及口腔癌篩檢之成效

Effects of the Betel-Nut-Chewing Behavior and Oral Cancer Screen by Multimedia Education Programs among the Betel-Nut-Chewing Group

孫嘉玲 ^{*1}Jia-Ling Sun
元培科學技術學院護理學系

余逸嫻 ²Yi-Shane Yu
署立竹東醫院護理部

林雨潔 ¹Yu-Chieh Lin
元培科學技術學院護理學系

吳素綿 ¹Suh-Mian Wu
元培科學技術學院護理學系

涂雅玲 ³Ya-Ling Tu
國軍桃園醫院護理部

袁淑玉 ⁴Shu-Yu Yuan
國泰綜合醫院麻醉科

羅文硯 ¹Wen-Yen Lo
元培科學技術學院護理學系

呂儀君 ⁵Yi-Chun Lu
台北秀傳醫院護理部

¹Department of Nursing, Yuanpei University of Science and Technology,

²Department of Nursing, Excutive Yuan Department of Health Chutung Hospital,

³Department of Nursing, Tao-Yuan Armed Forces Gernal Hospital,

⁴Department of Anesthesia, Cathay Gernal Hospital, and

⁵Department of Nursing, Taipei Show Chwan Hospital

(Received, August 11, 2005; Revised, October 20, 2005; Accepted, November 17, 2005)

摘要：口腔癌位於癌症死因第六位，故教導高危險群去認識口腔癌篩檢是有必要的，而多媒體為目前最簡單又生動的教學方式。故本研究目的為：1.瞭解嚼檳榔族群對嚼檳榔行為的態度，2.評價在多媒體教育介入後，嚼檳榔族群對口腔癌篩檢認知之成效與戒除嚼檳榔行為之意願，以及3.分析影響嚼檳榔態度、口腔癌篩檢認知與戒除嚼檳榔之意願的因素。本研究採類實驗法設計，以54名嚼檳榔族群為對象，利用結構式問卷為研究工具，在教學前後以問卷做調查，以瞭解嚼檳榔族群對口腔癌篩檢之教學成效及戒嚼檳榔行為意願。所得資料經統計分析後，結果顯示為：1.嚼檳榔族群對嚼檳榔行為為介於無意見至同意之間，2.在教學前後，口腔癌篩檢認知達統計上之差異，3.在教學後，研究對象對戒除嚼檳榔行為意願較低，4.女

* Corresponding author



性較男性同意嚼檳榔行為，5.服務業或不曾戒除嚼檳榔者對戒除嚼檳榔意願較低。本研究證實多媒體教學有助於嚼檳榔族群對口腔癌的篩檢之認知，但對戒除檳榔行為則無影響。本研究有助於日後推動民眾對口腔癌篩檢認知之衛生教育活動，進而強化疾病預防的工作。

關鍵詞：多媒體、嚼檳榔族群、口腔癌、認知

Abstract: Oral cancer is ranked as the sixth of cancer causes. It is necessary to teach people with high risk knowing the screen of oral cancer. However, the multimedia is the simplest and vividest teaching method at present. Therefore, the purposes of this study were: 1. to understand the attitude of the betel-nut-chewing (BNC) behavior among the BNC group, 2. to evaluate the effects of knowledge on the oral cancer screen and the will of ceasing the BNC behavior after the multimedia education was applied to the group, and 3. to analyze the factors which affect the attitude of the BNC, the knowledge of the oral cancer screen, and the will of ceasing the BNC. This was a quasi-experimental design which recruited 54 BNC persons as subjects. With pre- and post-teaching programs, we understood the knowledge of oral cancer screen and the will of ceasing the behavior among the BNC group by a structural questionnaire. The data were analyzed by statistics and the results showed that 1. the BNC group inclined no idea to agreement with the BNC behavior, 2. the knowledge of oral cancer screen had statistical difference between pre- and post-teaching programs, 3. the subjects had a lower will for ceasing the BNC behavior after the teaching program, 4. women agreed with the BNC behavior most than men, and 5. the person with service occupation or never ceasing the BNC behavior had a lower will for ceasing it. This research verified that the multimedia education has contributions on the knowledge of the oral cancer screen but has no influence on ceasing the BNC behavior for the BNC group. It is useful for promoting people's health education activities on the knowledge of the oral cancer screen and furthermore strengthening the work of preventing from diseases in the future.

Key words: Multimedia, Betel-nut-chewing, Oral Cancer, Knowledge

壹、前言

民國 93 年惡性腫瘤為十大死因之首位，佔死亡人數 27.2%；其中口腔癌排名癌症死因的第六位，並為男性癌症死亡第四位；死亡率自民 73 年的 2.92% 上升至民 93 年的 15.94%¹，在 20 年間死亡率節節攀升，其增加速度不容忽視，在台灣口腔癌病人中，超過 80% 的病人有嚼檳榔行為，故顯示口腔癌與嚼檳榔行為有密不可分的關係。行政院農業委員會指出在 2003 年，全台檳榔種植面積約 52000 公頃，共有 8100 萬株檳榔樹，為台灣的第二大農產物²，故嚼檳榔族群為數眾多；另外，國人亦認為嚼檳榔是台灣特有文化之一，嚼檳榔族群更將嚼檳榔行為視為理所當然之事，忽略檳榔嚼塊及其添加物的危險性，一旦上癮，便無法戒除，隨著嚼檳榔時間延長，便出現對口腔的傷害。然而，嚼檳榔族以自身的概念詮釋嚼檳榔行為對口腔的傷害³，殊不知傷害日漸形成，因此，教導嚼檳榔族群戒除嚼檳榔行為應有醫護人員責無旁貸的責任，若無法有效戒除，教導早期篩檢口腔癌便為首要目標。合適的教學策略有助於嚼檳榔族群對自我健康的提醒，研究顯示，有六成民眾經由電視媒體取得口腔癌的相關資訊⁴，故大多數民眾對口腔癌資訊是來自媒體，媒體的益處可在最短時間內有系統取得便利且再使用性高，故為省力省時的好方法。本研究期望結果可建立本土化資料，能促進嚼檳榔族群的健康促進行為，並作為日後推動預防口腔癌衛生指導之參考。



貳、研究目的

本研究之主要目的有以下三點：

- (1) 探討嚼檳榔族群基本資料對嚼檳榔態度、口腔癌篩檢認知、戒除嚼檳榔行為意願之影響。
- (2) 多媒體衛生指導介入，嚼檳榔族群對口腔癌篩檢認知之成效及對戒除嚼檳榔行為之意願。
- (3) 瞭解嚼檳榔族群對嚼檳榔行為的態度。

參、文獻查證

一、嚼檳榔行為及其對人體的傷害

在台灣嚼檳榔行為可追溯數百年前，對象以原住民為最多，因為為傳統文化之一，逐漸融入社會文化，甚至當作食品；例如：在婚嫁喜慶，檳榔為禮物；在社交禮儀中，檳榔為友善與和解雙方糾紛的橋樑⁵，因此，嚼檳榔行為，在台灣行之有年，在社會中是很普通行為。研究顯示，在民國 88 年，台灣地區成年人嚼檳榔的比率为 9.45%，男性的比率高達 17.69%，女性則為 1.04%⁶，亦有研究發現，嚼檳榔的族群人口學特色包括男性、中年以上、教育程度較低、勞工階級，又受年齡、職業、教育程度、對檳榔的態度、吸菸行為、飲酒行為、同儕與親人的嚼食等因素影響之^{5, 6, 7, 8, 9}。

嚼食檳榔的人對為什麼要嚼檳榔，歸納出下面因素：1.生理因素：在天氣寒冷時，嚼食檳榔會感發熱、出汗、精神亢奮等作用，且具有保暖、提神，如果同時抽菸，感受會更增強、效果更佳，酒後嚼食檳榔亦可醒酒；2.心理因素：無聊時可打發時間、使心情愉悅、產生欣快感，更因嚼食檳榔而表現出成熟、有膽識，檳榔能消除緊張，穩定情緒功效，一股清涼香甜的氣味，令人陶醉；3.社會因素：檳榔號稱是台灣口香糖，是一種鄉土零食，訂婚、送禮、宴請賓客時請吃檳榔是一種禮俗，此外銷售專員施展魅力也是其中重要的原因之一^{5, 10, 11}。

檳榔與配料對人體諸多負面影響，說明如下：1.檳榔子：俗稱菁仔，含有多種成分，包括檳榔素(arecoline)、檳榔鹼(arecaidine)和多酚類、單寧、粗纖維、脂肪、醣類、鐵等。其中檳榔素、檳榔鹼和多酚類已被證實具有潛在致癌性，另外，大量攝食檳榔素時，會抑制大腦活動，使食用者出現行動遲緩的現象¹²；2.石灰及紅灰：紅灰是以消石灰 $\text{Ca}(\text{OH})_2$ 為基質，又加入兒茶素、甘草浸膏及各種秘方成份，皆使口腔形成高鹼性環境，對口腔黏膜均有不同程度之刺激性，進而破壞口腔黏膜細胞，導致表皮細胞不正常增生及變異，進而演變成口腔癌^{11, 13}；3.配料中的荖花、荖藤：皆含有致癌性化學物質；荖藤含多種多酚類化合物，包括黃樟素、羥佳味酚、丁香酚、丁香酚甲酯和異丁香酚等，其中黃樟素已被確定為致癌化合物¹¹；4.檳榔中纖維：會造成牙齒之耗損、口腔黏膜磨擦、損傷、破皮、潰瘍的作用¹³。

研究指出嚼檳榔是口腔癌的高危險因子，因嚼食檳榔會造成口腔潰爛、牙齒變色、磨損及搖動等症狀；甚至引起口腔黏膜下纖維化白斑症及口腔癌的發生^{10, 13, 14, 16, 17}。台灣地區之口腔癌以頰黏膜癌和舌癌佔大多數，而多數的口腔患者都有嚼食檳榔的習慣，比率約為 80%⁵。故嚼食檳榔對口腔癌發生率、死亡率皆有直接關係，不得不去重視嚼食檳榔引起口腔癌之嚴重性，值得對嚼檳榔族群做口腔癌篩檢。

二、檳榔和口腔癌的相關性及口腔癌的概念

(一) 嚼食檳榔引發口腔癌的原因

嚼檳榔與口腔癌關係密切，據統計嚼檳榔族群約二百五十萬至三百萬人，約佔人口 30% 以上^{15, 18}，而罹患口腔癌病例統計中，約 80% 以上的患者有嚼食檳榔的習慣^{15, 19}。由於檳榔中含有一種能輕微刺激中樞神經系統的檳榔鹼(arecoline)，所以在亞洲有大量的人口習慣性的把它拿來混合菸草、石灰、香料或蒟醬樹(betel tree)的葉子咀嚼，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，使得發生頰黏膜



的口腔癌特別多，且有些嚼檳榔者會把檳榔汁吞下，而口腔、咽及食道上三分之一為檳榔汁第一個接觸的部份，因此嚼檳榔易引起口腔癌，故稱為『檳榔癌』^{19,20}。

(二) 口腔癌的概念

口腔癌為發生在口腔的一些惡性腫瘤的總稱，從組織學上可分為鱗狀細胞癌、疣狀癌、腺樣囊狀癌及頰黏膜癌等，其中以 89% 屬鱗狀細胞癌，可出現在口腔任何部位²¹。在西方國家以舌癌最多，主要危險因子為抽菸及喝酒，但在台灣及東南亞國家以頰黏膜癌居多，其主要危險因子為嚼食檳榔和抽菸，而其它像抽菸、喝酒、過度陽光照射、長期營養不良、口腔衛生不佳、尖銳的蛀牙、殘根及製作不當或破損的補綴物，都是造成口腔癌可能發生的原因^{11,15,22}。

口腔癌臨床症狀有(1)口腔粘膜顏色或外表形狀改變如變白、紅、褐或黑，且無法抹去；或原先存在之痣面積增大、表面增高、出現潰瘍或色澤發生變化；(2)超過二週以上的口腔粘膜潰瘍；(3)口內或頸部有任何部位不明原因之腫塊(觸摸時不一定有疼痛感)；(4)舌之運動與知覺，舌頭之活動性受到限制，導致咀嚼、吞嚥或說話困難，或舌頭半側知覺之喪失、麻木；(5)顎骨與牙齒顎骨的局部性腫大，導致臉頰左右的不對稱，有時合併知覺異常(如下唇麻木感)或牙齒動搖等症狀；(6)口腔粘膜乾澀、灼熱、或有刺激感，以及開口受限，張嘴時口腔粘膜拉緊^{11,23}。在台灣與嚼檳榔較有關聯的口腔癌癌前病變，包括白斑症、上皮異常或發育異常及口腔黏膜下纖維化症^{21,24}，這些變化病患常置之不理，往後才可能高度發展成口腔癌。一般口腔癌的分期分為四期，第一、二期以手術為主，五年存活率約為 65-80%，第三、四期需手術合併化學及放射治療，其五年內存活率為 30-50%⁵。所以，如能早期發現，早期治療，口腔癌的治癒率即能提高不少，因此在針對口腔癌高危險群，應採早期篩檢，以期能儘早發現口腔癌症狀並早期治療²⁵，但嚼檳榔者對嚼檳榔常帶錯誤的健康危害訊息，不覺得嚼檳榔的威脅³，故衛生指導的介入是不可或缺的。

三、衛生指導對健康行為的影響

在嚼檳榔比率的調查研究發現，過去政府與學界推行戒嚼檳榔計畫後，已使得嚼檳榔盛行率有下降的趨勢，顯示教育之宣導具有其功效⁸，根據過去研究報告指出，在以不同對象做衛生指導，其對象對於疾病的認知或知識與行為之間有顯著的關連^{26,28}，此外，曾月霞也提出增加中年人健康促進行為，並戒除健康危害行為，相關的衛生指導是需要的，故透過適當的衛生指導，能增加與健康相關的認知，而促進良好的健康行為²⁹。

1960 年起視訊化教學開始使用於病人的衛生教育，其訊息著重於可經由看和做來學習，以達有效增進病患之自我照顧³⁰，在師惠娟等針對 140 名待產婦藉由視訊化教導拉梅茲生產法(Lamaze method)研究中，結果顯示視訊化衛生指導能有效增加產婦知識、態度及待產過程行為³¹。梁錦榮⁴以 620 位民眾做調查，研究顯示約六成的民眾由電視獲得口腔癌之相關資訊，其次依序為報紙、朋友口中，而從醫院衛生教育得知者所佔比例為最少⁴。因此要有效的宣傳，應由電視播送宣導短片或是新聞播報，其成效會更優於醫院中衛生教育的效果。

四、衛生指導對嚼檳榔族之成效

諸多研究者建議對嚼檳榔族群，應施予戒嚼或預防計畫，需提供嚼檳榔族群之口腔衛教教育^{6,7,15,17}，並 Mignogna²⁵ 指出口腔癌與生活作息息息相關，早期口腔癌在五分鐘的視診即可偵測²⁵，但很不幸的事，大家都忽略早期的徵象，等到發現口腔癌時，都已是癌症末期，故瞭解口腔癌的衛生指導就顯的相當重要。李蘭⁶等人經由有聲投影片，再加上角色扮演、座談會、小組討論、短劇表演和競賽方式等多元化教學方法，對 1511 名國中實施嚼檳榔之預防教育，在活動介入前、後及三個月後，利用問卷收集前測、後測資料，其結果發現教育活動介入後能顯著增進對檳榔認知、加強反對嚼檳榔的態度，且三個月後效果仍持續存在¹⁴。在 1022 位國中生對檳榔的知識、態度及嚼食行為研究中也發現，對檳榔了解程度越高的學生，越傾向不贊成嚼食檳榔，其本身也較少嚼檳榔¹⁰。李蘭⁶等人調查發現，對檳榔認知不正確者比認知



正確者對戒嚼檳榔的比例低，且對於檳榔危害認知不正確者比正確者嚼食率也高⁶。葛梅真、李蘭、蕭朱杏³²訪視 1652 名台灣地區成年人資料分析結果，接收檳榔訊息者之管道多為電視、報章雜誌及親友；且若是曾經由電視、醫護衛生人員得到檳榔訊息者，在檳榔危害知識測驗上得分較高，反對嚼檳榔之態度亦較強³²。因此加強宣導、多利用大眾傳播媒體宣導檳榔危害的相關訊息、強調價值澄清教育以及提升對口腔癌前病變的認識，能使民眾更加關心自己的健康^{9,10,26}。

因此，嚼食檳榔除了因為時常咀嚼使牙齒產生病變、口腔黏膜下纖維化與口腔黏膜白斑症外，還會導致口腔癌發生，並有許多研究證實嚼檳榔與口腔癌有密切關係，在台灣約 80% 罹患口腔癌患者都有嚼檳榔習慣，由此可見嚼食檳榔對口腔癌的影響很大，而一般民眾對口腔癌的認知並不十分瞭解，故藉此研究報告，除了希望增加嚼檳榔者對口腔癌的認知，進而改善嚼檳榔的行為，並能達到早期發現早期治療，以減少嚼食檳榔對健康的危害。

肆、研究方法

一、研究對象及場所

本研究採方便取樣，以桃竹地區救護車業者、計程車及卡車司機，與從事水泥、水電工人，和農、商、半導體者為收案對象，研究對象需為 18 歲(含)以上並意識清楚者，共受訪 450 位，其中嚼檳榔共 126 位，占全體 28%，與過去研究的調查高出許多⁶，由文獻得知台灣地區成年人嚼檳榔族群人口學特色^{5, 6, 7, 8, 9}，為瞭解衛教之效果，故收案對象是特意傾向嚼檳榔的族群。126 位嚼檳榔者經解釋研究目的及過程，願意接受訪談共計 54 位。

二、研究工具

研究工具分成二部分：第一部份為多媒體教學光碟，用於教導研究對象對口腔癌篩檢的知識；第二部分為結構式問卷，用以評價教學前後之效果，敘述如下：

第一部分為多媒體教學光碟，以有聲投影片方式進行，包含三種媒體的結合，包括：1. 「性命要顧，檳榔麥哺，檳榔閃啦宣導短片」，此由行政院衛生署國家健康局製作，藝人澎恰恰所代言；2. 「綠色炸彈」，此為中華民國防癌協會所製作的宣導短片；3. 「關懷口腔健康，拒絕檳榔誘惑」，此為行政院衛生署國民健康局癌症防治組所發行的的口腔癌衛教手冊，研究者將手冊製作成口腔癌篩檢有聲投影片。研究者將以上三種媒體合併，製作成「檳榔與口腔癌篩檢之衛生教育宣導短片」，播放時間大約 7 分鐘。

問卷採集體施測不記名自填方式填答，問卷內容擬定乃參考國內外相關文獻，整理而成「檳榔與口腔癌篩檢認知問卷調查表」，內容分為四大部分，第一部分為基本資料；第二部分為對嚼檳榔的態度；第三部分為口腔癌篩檢的認知；第四部分為戒檳榔的行為意願。問卷因研究目的分為多媒體教學前和後兩次施測。

前測包括三部分：第一部分為基本資料，由文獻得知包含性別、職業類別、年齡、教育程度、嚼檳榔的習慣從何開始、嚼檳榔習慣已多久、每天嚼檳榔的顆數為何、是否有曾經想過或嘗試戒掉嚼檳榔習慣、是否有抽菸、喝酒的習慣及無法戒掉嚼檳榔的原因；第二部分為對嚼檳榔態度，共計 14 題，計分方式為 0-4 分，個題選項自 0 分「極不同意」、1 分「不同意」、2 分「沒意見」、3 分「同意」及 4 分「非常同意」，得分範圍為 0-56 分，分數越高即表示對嚼檳榔的態度越負向；第三部分為口腔癌篩檢的認知，共 11 題，其選項分為「對」、「錯」及「不知道」等三類別，1-6 題採正向計分，7-11 題採反向計分，故答案正確者得 1 分，答錯者及不知道得 0 分，得分範圍為 0-11 分，分數越高，對口腔癌篩檢之認知越高。

後測則填答問卷第一、三、四部分：第一部分為基本資料，包括性別、職業、出生年月日、教育程度等四項，目的是找出與前測問卷相同之個案；第三部分為口腔癌篩檢的認知，與前測相同內容與計分方式，



目的為評值多媒體教學之成效；第四部分為戒檳榔行為意願，共有 5 題，其選項分「沒有意願」、「一點意願」、「有意願」及「很有意願」等四類，計分方式依序為 0-3 分，得分範圍 0-15，分數越高表示，戒檳榔意願越高。

三、工具信效度檢測

本研究問卷第二及第四部分，請檳榔業者與嚼檳榔者等二位檢視內容，再延請某技術學院資深講師、臨床醫師、護理長、資深護士等五位，依據內容清晰性、正確性、可用性三層面評分，計分方式：5 分為直接使用；4 分為小幅度修改後可採用；3 分為須修改才能使用、2 分為除非必要，不然可刪除、1 分為直接刪除。第二部分效度檢測 CVI 值為 0.71；第三部分 CVI 值為 0.91；第四部分 CVI 為 0.72，在其第二及第四部分 CVI 值偏低，原因是專家部分囊括檳榔業者及嚼檳榔族群，其中檳榔業者，對於題目所呈現之事實衝擊其生意，故在可用性給分在 3 分以下，清晰性及正確性給分大都在四分以上；而嚼檳榔者覺得題目合宜，很合適測其態度。本研究以 Cronbach's α 計算內在一致性，第二部分其值為 0.71；第三部分其值為 0.72(前測)及 0.79(後測)；第四部份其值為 0.95。顯示問卷信效度尚可接受。

四、研究步驟

94 年 6 月 30 日先搜尋桃竹地區救護車業者、計程車及卡車司機，與同一地區從事水泥、水電工人，和農、商、半導體者的公司行號，與主管說明研究目的，懇請同意其員工接受訪談並看多媒體教學衛生指導，若經同意後，調查嚼檳榔人口，詢問參加意願，不強迫。於 7 月 1 至 13 日，由研究者前往上述等地進行收案，收案方式採面對面集體施測，受測者自填問卷方式，先給予前測問卷，作答完畢後，再運用多媒體與衛生署發行的衛教手冊介紹口腔癌篩檢相關內容，以增加嚼檳榔族群對口腔癌篩檢的認知，在影片完畢後，研究者主持現場，再簡單重複影片所要表達的重點，強調嚼檳榔對口腔之傷害，並詢問不清楚處及回答問題，過程大約 5-10 分鐘，之後再給予後測問卷，瞭解衛教後的效果。故前測開始至後測結束歷時約 25 分。

五、資料處理及分析

所有資料以 SPSS 10.0 軟體進行統計分析。在資本資料、嚼檳榔態度、口腔癌篩檢認知、及戒檳榔意願，採百分比、平均值等描述性統計；以配對 t 檢定衛教前後口腔癌篩檢認知之差異；以基本資料之類別變項分別對口腔癌篩檢認知差距、嚼檳榔態度、戒嚼檳榔行為意願，做 t-test 或 one-way ANOVA 檢定，如為連續變項(年齡)以 Pearson 積差相關檢定。

伍、研究結果

一、研究對象基本資料分析

由表 1 可得知，54 位受訪者中，94% 為男性，其平均年齡為 32.94 ± 8.90 歲；職業大多為服務業，其次是工；在教育程度方面多數為高中/職。開始嚼檳榔以專科及大學居多(53.7%)；嚼檳榔時間以 1-5 年(42.6%) 為多；每日嚼食量為 1-10 顆佔大半數(50%)。多數人皆有抽菸的習慣(88.9%)，而合併有喝酒的約佔 29%；其戒不掉檳榔的原因以提神為由最多(37%)。

二、嚼檳榔族對檳榔的態度分析

研究對象對於檳榔的態度量表平均得分為 30.06 ± 7.57 分(得分範圍為 0-56)，前五項依序為「冬天可保暖」、「提神」、「精神亢奮」、「增進友誼」、「工作需要」。



三、嚼檳榔族對口腔癌篩檢認知前、後測分析

口腔癌篩檢前測得分為 6.30 ± 2.60 分；後測得分為 7.96 ± 2.39 分(得分範圍為 0-11)，亦即衛教後對口腔癌篩檢的認知有增加，以 pair-t test 檢定，結果顯示前後達到統計之差異($t=-4.47, P<.01$)，每一單題分數皆有增加，距滿分仍有差距。

四、嚼檳榔族對戒除檳榔之意願分析

予衛教後，評量嚼檳榔族對戒除檳榔的意願，量表平均值為 5.50 ± 4.31 分(得分範圍為 0-15)，結果顯示對於戒除嚼檳榔的意願低。

五、基本資料分別與口腔癌篩檢認知、嚼檳榔態度、戒嚼檳榔行為之差異

以基本資料之類別變項分別對嚼檳榔態度、認知差距及戒嚼檳榔行為因素行統計分析，結果顯示性別、職業類別及是否曾戒嚼檳榔與嚼檳榔態度、行為意願有差異。結果顯示女性(38.67 ± 5.03)在嚼檳榔態度上比男性(29.55 ± 7.42)負向，亦即越支持嚼檳榔行為；職業方面，其服務業對於戒除檳榔之行為意願，比工及其他職業還差；曾經想戒嚼檳榔者，經由多媒體教學指導後，比未曾想過要戒嚼檳榔的人意願要高。其餘類別變項對於嚼檳榔態度、口腔癌篩檢認知差距及戒除檳榔行為意願皆無影響(表 2)。年齡與嚼檳榔態度、認知差距及戒嚼檳榔行為因素皆無相關。

表 1 研究對象基本資料 (N=54)

變項	個案數	百分比 (%)	平均值	標準差
性別				
女性	3	5.6		
男性	51	94.4		
職業				
服務業	27			
工	19			
其他	8			
年齡			32.94	8.90
教育程度				
國中之前	11	20.4		
高中/職	30	55.6		
專科、大學或以上	13	24.1		
何時開始嚼檳榔				
國中之前	11	20.4		
高中/職	14	25.9		
專科、大學或以上	29	53.7		
嚼檳榔已幾年				
1~5 年	23	42.6		
6~10 年	14	25.9		
11 年以上	17	31.5		
每日嚼食量				
1~10 顆	27	50.0		
11~20 顆	12	22.2		



表 1 研究對象基本資料 (N=54)(續)

變項	個案數	百分比 (%)	平均值	標準差
21 顆以上	15	27.8		
曾 (想) 戒檳榔				
否	26	48.1		
是	28	51.9		
抽菸				
否	6	11.1		
是	48	88.9		
喝酒				
否	25	46.3		
是	29	53.7		
戒不掉檳榔的原因				
忍不住想吃	10	18.5		
朋友都在吃	12	22.2		
提神	20	37.0		
太好吃	2	3.7		
其他	10	18.5		

表 2 影響口腔癌篩檢認知、嚼檳榔態度、戒嚼檳榔行為因素 (N=54)

變項	態度		認知差距		行為意願	
	M(SD)	F 或 t	M(SD)	F 或 t	M(SD)	F 或 t
性別		2.09		-0.87		-0.76
女性	38.67(5.03)	p=.04	-3.00(1.73)	p=.45	3.67(3.51)	p=.39
男性	29.55(7.42)		-1.59(2.78)		5.61(4.36)	
職業		0.98		0.12		12.16
服務業	29.85(8.33)	p=.38	-1.59(3.19)	p=.89	3.07(3.89)	p<.001
工	28.95(6.33)		-1.89(2.21)		7.84(3.69)	工,其
其他	33.38(7.58)		-1.38(2.50)		8.13(2.03)	他>服 務業
教育程度		1.49		0.09		2.79
國小~國中	32.45(7.43)	p=.24	-1.36(2.77)	p=.92	3.36(4.11)	p=.07
高中 / 職	28.50(8.20)		-1.77(3.13)		6.63(4.12)	
專科/大學以上	31.62(5.55)		-1.69(1.75)		4.69(4.35)	
何時開始嚼檳榔		0.40		1.26		2.17
國中之前	31.36(7.23)	p=.67	-1.82(2.82)	p=.29	7.82(3.31)	p=.13
高中 / 職	30.79(5.31)		-2.57(1.95)		5.29(4.10)	
專科/大學以上	29.21(8.67)		-1.17(2.99)		4.72(4.55)	
嚼檳榔已幾年		2.25		1.22		0.10
1~5 年	27.61(7.82)	p=.12	-1.26(2.94)	p=.30	5.57(4.82)	p=.91
6~10 年	31.36(7.30)		-2.64(2.13)		5.07(4.02)	
11 年以上	32.29(6.86)		-1.41(2.85)		5.76(4.02)	



表 2 影響口腔癌篩檢認知、嚼檳榔態度、戒嚼檳榔行為因素 (N=54) (續)

變項	態度		認知差距		行為意願	
	M(SD)	F 或 t	M(SD)	F 或 t	M(SD)	F 或 t
每日嚼食量		1.74		0.79		3.27
1~10 顆	28.22(7.47)	p=.19	-1.85(3.06)	p=.46	6.93(4.02)	p=.05
11~20 顆	32.67(6.34)		-2.17(1.85)		3.75(4.27)	
21 顆以上	31.27(8.23)		-0.93(2.73)		4.33(4.40)	
曾(想)戒檳榔		2.29		0.01		-7.30
否	31.65(6.85)	p=.14	-1.69(3.04)	p=.95	2.35(3.17)	p<.001
是	28.57(8.03)		-1.64(2.48)		8.43(2.95)	
抽菸		1.70		0.62		0.64
否	3.83(5.88)	p=.20	-2.50(1.76)	p=.43	6.83(4.17)	p=.44
是	29.58(7.68)		-1.56(2.84)		5.33(4.34)	
喝酒		0.02		0.31		1.38
否	3.20(6.27)	p=.90	-1.44(2.84)	p=.25	4.76(4.02)	p=.58
是	29.93(8.65)		-1.86(2.68)		6.14(4.52)	
戒不掉檳榔原因		0.36		0.61		1.44
忍不住想吃	31.20(12.99)	p=.84	-1.80(3.22)	p=.66	6.60(5.46)	p=.23
朋友都在吃	29.25(6.00)		-1.92(2.39)		3.00(3.93)	
提神	31.05(5.98)		-2.10(2.10)		5.85(3.99)	
太好吃	30.00(0.01)		-5.50(0.71)		7.50(3.54)	
其他	27.90(6.31)		-0.60(3.92)		6.30(3.77)	

陸、討論

一、嚼檳榔族群對嚼檳榔的態度

嚼檳榔態度量表滿分為 56 分，研究對象平均得分為 30.06±7.57 分，平均每題分數為 2.15 分，故顯示檳榔族群對嚼檳榔行為介於沒意見至同意之間，在郭淑珍等對計程車司機嚼檳榔行為研究指出，嚼檳榔者對其嚼檳榔行為有自我詮釋的看法，大都接受過戒嚼檳榔相關訊息，但仍認為嚼檳榔不影響健康，認同嚼檳榔的態度³，而本研究亦有相同結果，因此，檳榔防制教育應著重價值澄清，協助檳榔族建立不嚼檳榔的看法，並再加強社會教育對嚼檳榔行為的宣導。

二、嚼檳榔族群對衛教前後口腔癌篩檢之成效

檳榔族對口腔癌篩檢認知問卷中，其後測平均值明顯高於前測，由此可知，本多媒體教學對檳榔族群對口腔癌認知具成效，但未達滿分，仍有可加強空間，此結果與對國中生嚼檳榔之知識、態度、行為研究之結果類似¹⁵，研究對象對於口腔癌篩檢普偏較差，並不知如何辨識口腔癌發生之前的症狀，因此對於口腔癌症狀教導外，應著重處理與篩檢，預防觀念要加強。

三、多媒體教學後對戒除檳榔的意願

結果顯示雖然嚼檳榔族群經口腔癌篩檢教學後，其對口腔癌認知有增加，但戒除嚼檳榔之意願並不高，故嚼檳榔族群雖然知道嚼檳榔對身體的危害，但卻無法戒除此行為，值得更進一步探討，分析原因為，嚼檳榔族群因為工作上的需要，可以提神或是保暖等原因，而無法戒除；除此之外，本次教學針對口腔癌



篩檢，著重要在預防階段，對於要戒除嚼檳榔意願方法不夠具體，導致引發戒除檳榔動機不明確。研究結果與郭淑珍等研究³相同，建議禁止及要求戒嚼檳榔效果不彰，瞭解嚼檳榔族群對嚼檳榔行為的想法，再提出具體建議，將戒除嚼檳榔落實在生活中是較重要的。

四、影響口腔癌篩檢認知、嚼檳榔態度、戒嚼檳榔行為之因素

僅性別與嚼檳榔態度、職業及是否曾經想戒檳榔等變項，與戒嚼檳榔行為有影響，其餘變項皆無差異，敘述如下：

(一)、性別：台灣地區成年人嚼檳榔的比率，男性為 17.69%，女性為 1.04%⁶；在青少年學生比例也為男性有高於女性^{7,17}，本研究對象與過去以嚼檳榔性別盛行率研究的比例相近，可見得嚼檳榔以男性居多。而女性對嚼檳榔的態度較男性負向，分析原因可能是回答題目時除了自己意見外，又加入男性對嚼檳榔的觀感，因此感受強烈，而本研究女性較少僅三人，推論值得保留。

(二)、職業：文獻指出嚼檳榔族群以勞工階級為多⁵，服務業對戒嚼檳榔的行為較職業為工或其他差，原因可能為服務業中多為救護車司機，其對戒嚼檳榔意願低是因工作上需要及提神，如果戒嚼檳榔可能導致工作無法順利進行，已成為日常生活所需，再者，長久嚼食，無法輕易戒除。

(三)、曾(想)戒嚼檳榔與否：經由多媒體教學後，曾經想戒嚼檳榔的人(8.43±2.95)比未曾想過要戒嚼檳榔的人(2.35±3.17)意願還高，因此，若要進一步勸阻嚼檳榔族群戒除檳榔，有動機勢必為首要因素。以計程車司機做訪談研究中顯示，但大部分之司機都曾接觸嚼檳榔危害的訊息，但並不因此戒檳榔，但亦有司機因為看了口腔癌病變的照片而暫時不嚼檳榔³，故本研究亦在多媒體教學後出現此效應。

五、多媒體教學光碟對口腔癌認知與戒嚼檳榔之意願之成效探討

根據文獻報告指出，對於疾病的認知或知識與行為之間有著相當大的關連。以葛梅真等資料分析結果，接收檳榔訊息者之管道多為電視、報章雜誌及親友；且若是曾經由電視、醫護衛生人員得到檳榔訊息者，在檳榔危害知識測驗上得分較高，反對嚼檳榔之態度亦較強³²，其文獻與本研究有所差異，因本研究僅 7 分鐘多媒體教學，後測的認知得分較前測高，亦即在多媒體教學指導後，有助於口腔癌篩檢認知，可立即產生效果，但另一結果顯示雖然嚼檳榔族經多媒體教學指導後，對口腔癌認知提高，但對於戒嚼檳榔之意願仍較低，亦即受測者有口腔癌篩檢認知觀念，但是對戒嚼檳榔行為卻不影響，亦即無戒嚼檳榔之意願行為，與文獻中嚼檳榔者對嚼檳榔知道有危害，卻仍嚼食相同³。

柒、結論

多數的檳榔族認為嚼檳榔可以提神、保暖，且傾向支持嚼檳榔的行為，因此在多媒體教學後，戒嚼檳榔的意願低；檳榔族對口腔癌篩檢認知問卷中，其後測平均值明顯高於前測，顯示研究對象在衛教前對辨識口腔癌認知差，經過多媒體衛生指導後，受測者對於口腔癌篩檢認知之後測較前測高出許多，有明顯增加；雖然認知層面有增加，但對戒除嚼檳榔的行為意願卻仍不高，顯示藉由有聲投影片，確實可有效達到教育之效果，但在宣導戒除嚼檳榔行為上效果不彰。女性對於嚼食檳榔態度比男性負向；職業為服務業者戒嚼檳榔的意願低；以曾經想戒嚼檳榔者，經由多媒體教學指導後，比不曾想戒嚼檳榔者戒除意願更高。因此，建議未來施予戒嚼檳榔計畫需長遠規劃，由以觀念的澄清，且以職業為服務業優先考量，再者，口腔癌篩檢多媒體教學有助於嚼檳榔族對口腔癌篩檢，故可大量推行，以幫助嚼檳榔族群早期發現口腔癌，以達早期發現早期治療的目的。



捌、研究限制與建議

本研究採用方便取樣，雖然調查嚼檳榔人數多，但研究對象願意接受集體施測或面對面問卷訪談意願卻不高，又因有願意者，受於時間急迫、環境吵雜等限制，注意力不易集中，雖告知所教導的內容時間短，對自身健康有益，但參與意願仍低，但又不能勉強，導致本研究僅收案 54 位，因此在資料的分析推論性有限，建議未來可增加填寫問卷者即贈送精美禮品等方式做誘因，提高研究對象接受相關衛教的意願。在研究設計上，僅對衛教前，施測態度，未予後測也無對照組，難以評估衛教對嚼檳榔的態度，故建議未來研究設計可增加對照組，做兩組前後測之比較，已瞭解衛教對態度之影響。未來可將多媒體教學軟體製作成可支援 VCD 或 DVD 播放影片系統，可適用於公共場合，且可重複播放增加印象，並可定期追蹤及反覆再衛教。

參考文獻

1. 行政院衛生署，台灣地區縣市死因統計結果，取自 http://www.doh.gov.tw/statistic/data/縣市癌症與死因統計結果/93_縣市順位.xls，民國 94 年。
2. 行政院農業委員會，農業統計，<http://bulletin.coa.gov.tw/view.php?catid=7399>，民國 94 年。
3. 郭淑珍、丁志音、陳怡君，「民眾如何看待健康教育訊息：深度訪談嚼檳榔的計程車司機」，台灣衛誌，第 24 卷第 3 期，民國 94 年，239-253 頁。
4. 梁錦榮，「高雄榮總門診患者對口腔癌認知的研究」，中華口外誌，第 14 卷，民國 92 年，97-104 頁。
5. 黃振勳，嚼食檳榔行為之預防與戒斷，台北：國家衛生研究院，民國 92 年。
6. 李蘭、潘伶燕、陳秀熙，「成年人嚼食檳榔與戒嚼檳榔的相關因子」，醫學教育，第 5 卷第 4 期，民國 90 年，312-323 頁。
7. 劉美媛、周碧瑟，「台灣地區在校青少年嚼檳榔的流行病學研究」，中華公共衛生雜誌，第 19 卷第 1 期，民國 89 年，42-49 頁。
8. 楊奕馨、陳鴻榮、曾筑瑄、謝天瑜，「台灣地區各縣市檳榔嚼食率調查報告」，台灣口腔醫學衛生科學雜誌，第 18 期，民國 91 年，1-16 頁。
9. Tsai, Y. F., Wong, T. K. S. and Chen, S. C., "Prevalence and Related Risk Factors of Areca Quid Chewing among Junior High Students in Eastern Taiwan," *Public Health*, No. 116, 2002, pp.190-194.
10. 鄭斐芬、李景美，「屏東縣國中學生對嚼檳榔之知識、態度及嚼食行為研究」，衛生教育學報，民國 91 年，第 18 期，167-183 頁。
11. 韓良俊，檳榔的健康危害，台北：健康，民國 89 年。
12. 張育超，「嚼食檳榔引發口腔粘膜下纖維化症的致病機轉」，國科會生命科學簡訊，第 16 卷第 12 期，民國 91 年，1-6 頁。
13. Trivedy, C. R., Craig, G. and Warnakulasuriya, S., "The Oral Health Consequences of Chewing Areca Nut," *Addiction Biology*, No. 7, 2002, pp. 115-125.
14. 李蘭、林慧宜、晏涵文，「預防國中生嚼檳榔之教育效果」，醫學教育，第 2 卷第 1 期，民國 87 年，49-64 頁。
15. 鄭雅愛、鄭志貞、蔡吉政、楊奕馨、謝天瑜，「檳榔嚼食行為與滿州鄉鄉民口腔癌前病變的關係」，台灣口腔醫誌，第 17 期，民國 90 年，1-14 頁。
16. 譚惠、謝輝，「口腔黏膜下纖維性變臨床分析」，口腔醫學研究，第 20 卷第 5 期，民國 93 年，529-531 頁。
17. Ho, C. S., Gee, M. J., Tsai, C. C., Lo, C. I. and Wang, S. C., "The Prevalence of Betel Chewing among the



- Students of the Different Senior High Schools in Southern Taiwan,” *Kaohsiung Journal Medicine Science*, No. 16, 2000, pp. 32-38.
18. Kao, S. Y., Tu, H. F., Yang, J., Lo, W. L. and Chang, C. S., “An Overview of the Detection and Screening of Oral Cancer and Precancer,” *Chinese Journal Oral Maxillofacial Surgical*, No. 21, 2001, pp. 91-98.
 19. 鄒玉珍, 「罹患口腔癌病患之照護經驗」, 榮總護理, 第 21 卷第 3 期, 民國 93 年, 278-286 頁。
 20. Wu, M. T., Wu, D. C., Hsu, H. K., Kao, E. L. and Lee, J. M., “Relationship Between Site of Esophageal Cancer and Areca Chewing and Smoking in Taiwan,” *British Journal of Cancer*, Vol. 89, No.7, 2003, pp. 1202-1204.
 21. 蕭雅雯、楊奕馨、謝天渝, 「檳榔及其添加物對口腔黏膜病變影響之統合分析」, 台灣口腔醫誌, 第 16 期, 民國 89 年, 296-313 頁。
 22. Wilkie, S., “Oral Cancer : Presumptions of Innocence Can Prove Deadly,” *Access*, Vol. 19, No. 3, 2005, pp. 24-28.
 23. Powe, B. D. and Finnie, R., “Knowledge of Oral Cancer Risk Factors among African Americans : Do nurses have a role?” *Oncology Nursing Forum*, Vol. 31, No. 4, 2004, pp. 785-791.
 24. Ranganathan, K., Devi, M., Joshua, E., Kirankumar, K. and Saraswathi, T., “Oral Submucous Fibrosis : A Case-control Study in Chennai, South India,” *Journal of Oral Pathology & Medicine*, Vol. 33, No. 5, 2004, pp. 274-277.
 25. Mignogna, M. D., “The World Cancer Report and the Burden of Oral Cancer,” *European Journal of Cancer Prevention*, Vol. 13, No. 2, 2004, pp. 139-143.
 26. 林為森、葉宏明、劉意梅、李坤銓、詹靜宜、馬以睿、童三郎, 「高屏地區男性對痛風的認知、態度與預防行為及其相關因素之探討」, 嘉南學報, 第 30 卷, 民國 93 年, 371-380 頁。
 27. 錢美容、陳幼珍、郭容美、李雅文, 「在職教育對成人加護病房護理人員執行約束的知識、態度與行為之影響」, 長庚護理, 第 15 卷第 3 期, 民國 93 年, 248-257 頁。
 28. Liaw, J. J., “Use of a Training Program to Enhance NICU Nurses’ Cognitive Abilities for Assessing Preterm Infant Behaviors and Offering Supportive Interventions,” *Journal of Nursing Research*, Vol. 11, No. 2, 2003, pp. 91-92.
 29. 曾月霞, 「中年人健康行為之探討」, 護理雜誌, 第 50 卷第 1 期, 民國 93 年, 20-24 頁。
 30. Giacoma, T., Ingersoll, G. L. and Williams, M., “Teaching Video Effect on Renal Transplant Patient Outcomes,” *Americans Nephrology Nurses Association Journal*, Vol. 26, No. 1, 1999, pp. 29-33.
 31. 師慧娟、李從業、陳惟華、董道興, 「視訊化拉梅茲生產法對產婦生產知識、態度、行為之成效」, 護理雜誌, 第 52 卷第 2 期, 民國 94 年, 27-37 頁。
 32. 葛梅真、李蘭、蕭朱杏, 「傳播管道與健康行為之關係研究：以嚼檳榔為例」, 中華衛誌, 第 18 卷第 5 期, 民國 89 年, 349-362 頁。

