

國小學童口腔衛生行為及其相關因素之研究

洪文綺* 黃淑貞**

摘要

齲齒是台灣學童最普遍的慢性疾病之一，口腔衛生問題值得關切。本研究旨在探討影響學童口腔衛生行為的因素。以2002-2003年就讀於台灣各公私立國小之全體學童為母群體，依據各地區學校規模、班級數，採分層隨機抽樣，共抽出5,688名學童進行問卷調查，總計回收有效問卷4,826份，回收率為84.8%。研究結果發現：學童口腔衛生行為上表現較好的是每天起床及睡前刷牙，表現最差的是每天至少一次使用牙線清潔牙齒。女學童的口腔衛生表現較男學童為佳，年齡愈大的學童表現愈好。以複迴歸分析學童口腔衛生行為的影響因素，性別、年級、家長教育程度、學業成績、口腔衛生價值觀、父母口腔衛生行為，以及父母與同儕支持等變項能顯著預測學童的口腔衛生行為。根據研究結果提出未來研究之建議，藉以改善學童口腔衛生問題，養成良好的口腔衛生行為。

關鍵詞：國小學童、口腔衛生行為、父母因素、社會支持

* 耕莘健康管理專科學校講師

** 國立臺灣師範大學衛生教育學系教授

通訊作者：黃淑貞 106台北市和平東路一段162號

E-mail: huangsj@ntnu.edu.tw

壹、前言

身體健康與否，與口腔健康息息相關，口腔狀況不僅影響個人的美觀、發音、消化，更加影響全身的健康。做好口腔衛生不僅可減少口腔疾病的發生，促進身心健全發展，進而在確保生活品質上擔任重要的角色（楊淑吟，1995；Keogh & Linden, 1991）。我國近年來由於生活水準的提昇，市面上充斥精緻美味的食品，國人的飲食習慣亦隨之改變，間接導致齲齒與牙周病等口腔病變日益嚴重（姚振華、黃維勳、康淑惠，1998）。口腔流行病主要有齲齒、牙周病、咬合不正與口腔癌四種，其中以齲齒為兒童時期最常見的慢性疾病，儘管口腔健康照顧已有大幅度的改善，在美國仍有80%的青少年在兒童時期曾經有過齲齒的經驗。美國「Healthy people 2010」中即強調預防口腔疾病，增進口腔健康的目標（U.S. Department of Health and Human Services, 2000）。觀察我國狀況，歷年許多相關研究調查（蕭欲源、關學婉、陳韻之，1996；呂宜珍、金繼春，1999；郭敏光，2003、張怡民，2003）均指出學生齲齒罹患率相當高，約在60-80%。衛生署統計台灣地區1998年12歲學童平均每人有5顆齲齒，90%的學童有一顆以上的齲齒（行政院衛生署，2000）。由於學齡兒童齲齒盛行率始終偏高，為公共衛生上一直存在的嚴重問題，若不能採取較強有力的預防措施，兒童齲齒的狀況將達到非常嚴重的程度。

目前全世界口腔衛生工作均以預防策略為重，尤其是齲齒與牙周病，可藉由營養的補充與吸收、少吃甜食、氟化物之補充、注意口腔衛生、定期檢查牙齒、正確清潔方法等措施來預防（杜敏世，1982；葉日貴、陳佳蕙、陳玉昆，2003）。牙科醫學研究指出齲齒的產生主要從牙齒、飲食、口腔內細菌和食物停留時間四項因素作為考慮，只有上列四項因素加在一起才會產生齲齒問題（盧俊泰、曾清豪、葛應欽，1991；呂宜珍、金繼春，1999；Schick, Blum, & Steinberg, 1995），換言之，只要能控制以上四項因素中的任何一項，就能預防齲齒的發生。所以預防齲齒可以從改變飲食狀態、抑制口腔細菌、改善宿主及時間等因素著手（郭敏光，2003）。

研究證實民眾若能採取適當的口腔衛生行為，遭受到口腔疾病的問題將會大幅減少（Eijkman, 2001）。有鑑於此，行政院衛生署在民國79年開始全面推廣學童潔牙活動，辦理午餐刷牙、教導正確使用牙線及舉辦年度潔牙觀摩等，促使學童能養成良好的口腔衛生行為。此外，教育部在提昇學生健康四年計畫中，也強調應增強口腔衛生作為奠定學生健康發展的目標（教育部，2000）。因應台灣兒童及青少年口腔健康狀態，政府、牙醫師團體、教育團體及其他團體均介入而有初步改善，1990-2000年兒童

齲齒盛行率，由92%降至66.5%，平均恆齒齲齒指數由4.95顆降為3.31顆，有逐漸趨緩的現象（蔡蔭玲、項佳蘭、呂炫堃，2000；Chang, 2001），但與世界衛生組織2000年所定的目標：12歲學童齲蝕、拔除、填補之盛行率DMFT（Decay, Missing & Filling rate, DMFR）不超過3顆的目標尚有一段距離，由此可見台灣地區兒童口腔衛生保健工作仍須加強。

面對國內學童齲齒率、缺齒及牙周病仍十分普遍的情況下，實有必要重新檢視目前國小學童的相關口腔衛生行為，並進一步釐清影響學童實行口腔衛生行為的相關因素，才能有效研擬口腔衛生保健政策與方針。本研究的主要目的為：1.描述學齡兒童口腔衛生行為的現況；2.瞭解父母相關因素、個人相關社會心理學變項與口腔衛生行為間的相關性；3.探討學童口腔衛生行為的相關因素。

貳、文獻探討

以下分別就學童有關的口腔衛生行為及影響口腔衛生行為的因素兩部分做文獻的探討：

一、學童相關的口腔衛生行為

在眾多探討口腔衛生行為的研究中，不論對象為那一階段的學生，大多數口腔衛生行為以起床刷牙做得最好，使用牙線與定期看牙醫兩項做得最差（邱啓潤，1986；Hamilton & Coulby, 1991；Brook, Heim, & Alkalai, 1996）。陳麗麗、郭獻文、賴俊雄（1998）調查中部三個地區學童口腔衛生知識、態度與行為實行情形，發現刷牙習慣以每天刷一至二次為最多，佔60%以上，刷牙方法正確者皆低於50%，呂宜珍、金繼春（1999）的研究亦有相同的結果，有85.9%的學童天天刷牙，以每天刷兩次為最多，使用牙線的比率為48.9%，定期看牙醫者卻只有36.7%。另篇研究以嘉義市國小學童為研究對象，發現女生、校隊、上過口腔衛生課程的學童較會定期檢查牙齒佔58.2%，而吃過東西後立即刷牙及使用牙線者佔41.0%，學童口腔衛生行為雖有進步，與過去研究相比，吃過東西後立即刷牙及每日至少使用一次牙線潔牙仍表現較差（周志衡等人，2004）。縱觀國內學童口腔衛生情形，牙線使用以及定期看牙醫兩項是最需要加強的口腔衛生行為。

國外學童口腔衛生行為的情形又如何？根據Kuusela, Honkala, Kannas, Tynjala and

Wold (1997) 調查1993-1994年歐洲22個國家與加拿大11歲學童的口腔衛生行為，結果顯示瑞典、丹麥、德國、奧地利與挪威有73-83%的學童每天刷牙2次。整體而言，使用牙線學童的比率較低，加拿大有25%的學童使用最為普遍 (Brook, Heim, & Alkalai, 1996; Rimondini, Zolfanelli, Bernardi, & Bez, 2001)。綜合上述文獻，各國學童的口腔衛生行為情形，以會使用牙線與定期看牙醫的學生比率較低，而台灣地區學童齲齒盛行率始終偏高，2000年衛生署所發表的「台灣地區6~18歲人口之口腔調查」中，12歲兒童齲齒盛行率為66.5%、DMFT為3.31顆高於世界衛生組織 (WHO) 所訂不超過3顆的標準。承上述，瞭解學童執行口腔衛生行為之相關因素，藉此給予正確的口腔衛生教育，才能有效改善學童口腔健康的問題。

二、影響口腔衛生行為的因素

影響健康行為的相關模式中，Pender於1987年提出健康促進模式，整合預期價值理論及社會學習理論，在不同的場域多所應用 (Pender, Walker, & Sechrist, 1990)。Pender指出影響健康促進行為的因子分別為：(1) 修飾因子 (modifying factors)，包括人口特性、生物特性、人際影響、情境因素及行為因素；(2) 認知-感受因子 (cognitive-perceptual factors)：包括健康重要性、自覺健康控制、自我效能、對健康定義、健康狀態、自覺行動利益、自覺行動障礙，以及(3) 行動線索 (cues to action)：能加強行動的內在或外在刺激，如：身體症狀或媒體等。

1996年時，Pender又重新將健康的定義、自覺健康狀態、人口特性及生物性因素歸為個人因素，並加入先前相關行為，合併個人因素與先前相關行為成為「個人特質及經驗因子」 (individual characteristics experiences)。而人際間的影響及情境因素，由修飾因子提升為直接影響健康促進特定行為的認知及情感因子。以下則以Pender的健康促進模式為研究架構，探討口腔衛生行為的相關影響因素，分別就(1) 個人因素包括：社會人口學變項、社會心理學因素；(2) 過去有關的行為，如：吃甜食習慣；(3) 行為的認知及情感因子，如：社會支持、口腔衛生行為的價值觀；(4) 父母相關因素，探討與口腔衛生行為間的關係。

(一) 個人因素

在談及健康行為時，個體的自尊狀態，常是影響行為表現的因素之一。Regis, Macgregor and Balding (1994) 曾就英格蘭131所中等學校14到15歲的學童展開口腔衛生方面的調查，研究發現不管男生、女生其自尊和三個口腔衛生行為變項 (刷牙次數、

理由、頻率)均有顯著差異存在,而不管男生、女生其健康控握信念只有和刷牙次數有顯著差異。從Pearson相關係數中顯示男生每天刷牙次數和自尊之相關,比每天刷牙的次數和控握能力的相關更為顯著,推論出自尊對口腔衛生行為比健康掌握信念有較好預測力,由上可知學童的自尊是探討口腔衛生行為所必須的因素。

在社會人口學變項與口腔衛生行為的關係,王凱助與王瑞筠(1995)研究發現學童的口腔衛生行為與其年級呈現正向關係,而陳麗麗、郭憲文、賴俊雄(1998)也有相同的研究結果:年級不同對於學生口腔衛生表現有所影響,但亦有研究(呂宜珍、金繼春,1999)指出,年級與口腔衛生行為間並無顯著相關,年級對於學生口腔衛生行為的影響有待進一步研究證實。

在學童性別差異上, Schou, Currie, and McQueeney (1990)研究蘇格蘭學童生活型態與其刷牙行為之相關,結果發現刷牙頻率與學童年齡、性別、社經地位均有關係,女生刷牙頻率高於男生,高社經地位學童高於低社經地位學童。另有研究以10-18歲的青少年為對象,調查其口腔衛生行為的情形。在刷牙方面:女生刷牙習慣較男生為佳(Stevens, Maes, & Peeters, 1992)。其他相關研究也指出性別不同,青少年刷牙、使用牙線等口腔衛生行為亦不相同,且大部份均呈現出男生口腔衛生行為得分低於女生,即女性學生的口腔衛生行為顯然比男學生來得好(呂宜珍、金繼春,1999; Macgregor, Balding, & Regis, 1998; Kuusela, Honkala, Kannas, Tynjala, & Wold, 1997; Kassak, Dagher, & Doughan, 2001)。

針對芬蘭、挪威、瑞典北歐三國的11、13、15歲青少年的刷牙與甜食消費行為之研究結果指出學業成就、性別、同儕相處時間、教育計劃、家庭飲食型態與甜食消費行為、刷牙行為有顯著相關(Rise, Wold, & Aaro, 1991)。Petridou, Athanassouli, Panagopoulos and Revinthi (1996)的研究發現口腔衛生行為較佳的青少年,普遍在學業成績表現較好。而Kuusela等人(1997)對歐洲國家11歲學齡兒童所做口腔衛生研究亦有相同發現。從文獻資料中可知,在許多國家中,兒童的刷牙習慣與學業成績間存在顯著的正向關係。

學童父母教育程度、家庭社經地位對於口腔衛生行為的影響,不少研究發現父母教育程度、社經地位較高者,學童使用口腔醫療服務情形較好(Kuusela, Honkala, Kannas, Tynjala, & Wold, 1997)、齲齒的狀況較少(Eronat & Koparal, 1997)、使用牙線的頻率較高(Kuusela, Honkala, Kannas, Tynjala, & Wold, 1997)。其他相關研究亦指出,父母不同的社經地位、教育程度會影響其子女的口腔衛生行為的表現(鄭智遠, 1996; 呂宜珍、金繼春, 1999; Petridou, Athanassouli, Panagopoulos & Revinthi, 1996;

Kassak, Dagher, & Doughan, 2001)。

(二) 過去與口腔保健行為有關行為

齲齒預防可從飲食著手，選擇適當的食物時，避免糖份較高的食物。由於零食中多以甜食為主，最易被細菌作用發酵而產生酸，亦為導致齲齒的重要原因。根據 Eronat與Koparal (1997) 指出對糖類的消費行為愈多，形成齲齒的機會也越多。學童吃甜食的習慣與齲齒呈現正向關係，愈常吃甜食者，其齲齒情況愈嚴重 (Rise, Wold, & Aaro, 1991; Holm, 1990)，另有調查發現國小學童平時吃零食及飯後有沒有清潔口腔的習慣，與學童齲齒罹患的情形有顯著關係 (王凱助、王瑞筠，1995)。可見少吃甜食對於預防齲齒是有正向的助益，不喜歡甜食者的恆齒齲蝕指數及齲齒盛行率皆為最低。由於良好的口腔衛生行為可有效減少齲齒的發生，文獻指出學童吃甜點習慣、每天刷牙次數及立即刷牙習慣與學童的齲齒狀態有顯著相關性 (邱啓潤，1986; 張怡民，2003)，綜合上述，吃甜食習慣與立即刷牙習慣是齲齒發生的有利預測因素，因吃甜食習慣與牙菌斑的形成與齲齒發生互有影響。

(三) 行為的認知與情感因子：社會支持

社會支持係指人際關係中所提供的各種功能，其性質、程度與個人的健康行為有關 (House, Umberson, & Landis, 1988)。邱靜如 (2003) 以四年級學童為對象，探討學童之健康行為集群類型及預測因素，結果發現社會支持為預測學童健康行為集群類型的重要因素之一，可見社會支持與健康行為的關係密切。許多研究顯示社會支持與生理、心理健康之間有正向關係 (Israel & Rounds, 1987)。社會支持透過影響健康相關行為，而對身心產生作用。因此，社會支持是決定個人從事健康促進行為上的一個重要變項 (Sallis, Grossman, Pinski, Patterson, & Nader, 1987)，在不同的健康行為上，如戒菸行為、運動行為等，均可見社會支持對於行為的影響。

社會支持與口腔衛生行為間的關係又如何？Astrom and Rise (1996) 曾分析青少年使用牙線、飲用無糖礦泉水的關係，發現擁有較高健康知覺的青少年，他們也比較會聽信重要他人如父母所給予的建議。其他口腔衛生相關研究 (謝典華，1994; 王凱助、王瑞筠，1995; 王素貞、洪玉珠，2004; Lee, 1978)，也同樣提出父母支持對青少年口腔保健的重要性，可見在子女口腔衛生行為養成過程中，父母的支持的確有助於學童的口腔健康 (李素貞，1987; 呂宜珍、金繼春，1999; 王素貞、蔡吉政、黃純德、陳月珍、洪玉珠，2003; Chen & Stone, 1983; Amrup, Berggrem, & Broberg, 2001)。張豔鈴 (2001) 以國中生為對象，進行餐後潔牙行為研究，結果發現餐後潔牙社會

支持與餐後潔牙行為呈顯著正相關。其相關程度由高而低 依序為「父母的社會支持」、「其他親人的社會支持」、「牙醫師的社會支持」與「朋友的社會支持」。由此可見，而對於青少年而言，主要的社會支持除來自父母外，其他的親人、同儕皆可能扮演重要的角色。而學童在學校時間長，與老師相處時間相對增加，因此老師對於學生的影響亦不容忽視（周志衡等人，2004）。綜合上述，社會支持是個體達成健康行為不可或缺的力量，許多研究已將社會支持應用在不同的健康行為建立，均獲致良好的效果。學齡期兒童

（四）父母行為的影響

父母的口腔衛生行為對其子女的影響，研究指出父母刷牙、使用牙線、飲用無糖礦泉水的習慣對子女的影響是顯著的（Astrom & Rise, 1996）。青少年比較會聽信重要他人如父母所給予的建議，兒童的言行舉止，往往是以父母為其模仿對象，在潛移默化中形成。而口腔衛生行為的養成多半是在幼兒時期便已慢慢成型，因此父母本身的口腔衛生行為對於孩童而言，其影響更顯得重要。Wei, Holm, Tong and Yuen（1993）根據社會學習理論提出口腔清潔行為的學習模式，認為家庭成員間可能模仿彼此行為，學童的口腔衛生行為受到家庭環境的影響，而父母更是關鍵的角色。諸多研究家庭因素對於孩童口腔衛生行為的影響均指出：父母親本身的口腔衛生行為對於孩子有重大影響，其示範作用不可忽視，其中又以母親的影響最大（呂宜珍、金繼春，1999；王素貞、洪玉珠，2004；Bird & Hazel, 1987；Paunio, Rautava, Sillanpää, & Kaleva, 1993）。學童的行為習慣大多來自父母，父母親的言教、身教、價值觀與期望，對兒童成長學習產生莫大的影響，同時父母親對學童口腔衛生行為的督導亦是培養學童良好習慣的重要因素（劉貴雲、晏涵文，1989；Haefner, 1974；Bird & Hazel, 1976；王素貞、洪玉珠，2004）。由上可知學童學習刷牙、口腔保健的方法，均與父母的態度、觀念、行為與教導有關。

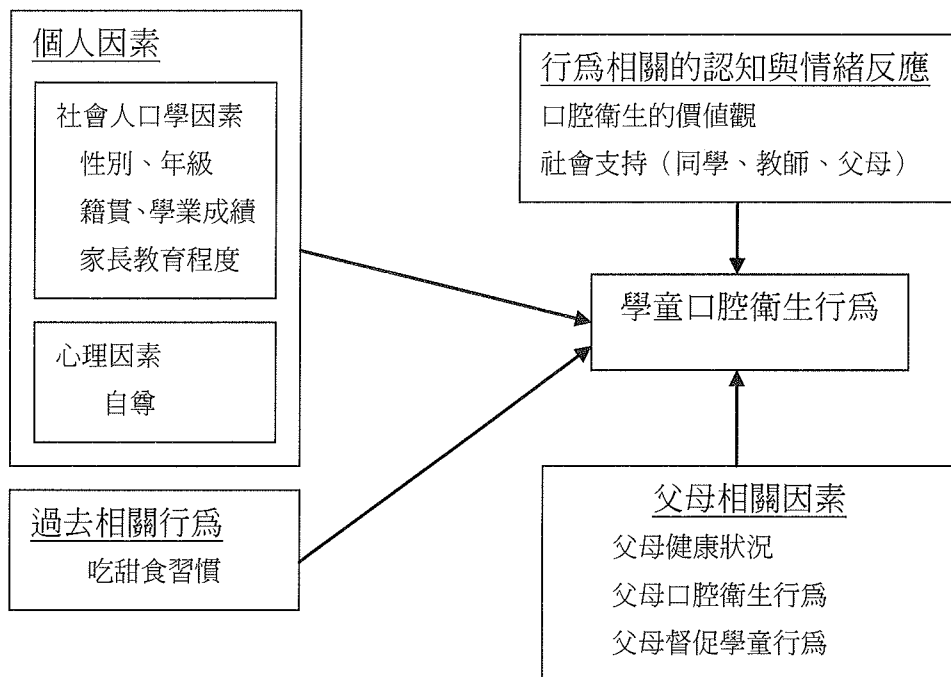
綜合以上文獻可知，台灣地區學童的齲齒盛行率偏高，口腔衛生行為仍有改進的空間。本研究參考Pender的健康促進模式三大類因素，分別列出影響學童口腔衛生行為的因素，諸如個人的特質與相關經驗如：過去行為（吃甜食習慣）、個人因素如社會人口學變項（性別、年級、家長社經地位、學童的成績表現）與社會心理學變項（自尊）、口腔保健行為相關的認知與情緒反應（社會支持、口腔保健價值觀），並加入父母相關因素（父母的健康狀況、父母口腔衛生行為、督導行為）等，藉以探討學童口腔衛生行為的影響因素。學齡期兒童是齲齒發生率最高的階段，反映出學童的

口腔衛生問題的嚴重性，因此口腔衛生的議題值得我們去關心與重視。本研究以國小三至六年級學童為對象，期望瞭解現階段國小學童口腔衛生行為的現況，並參酌健康促進行為模式，試圖結合父母因素及相關社會心理、人口學變項等因素，進一步探討國小學童口腔衛生行為的影響因素，藉以提供未來進行口腔衛生教育計畫擬定及推行預防工作之參考。

參、材料與方法

一、研究架構：

參酌國內外相關文獻，本研究分析架構如下圖所示：



圖一、研究架構

二、研究對象：

本研究以2002年就讀於台灣地區各公私立國小之三至六年級全體學童為母群體，依地理位置將台灣地區劃分為北、中、南、東四區及台北市、高雄市兩區，共計六個地區。據教育部2002年資料，91學年度台灣地區國小學童共有1,920,872人，學校共有2,584所，班級共有62,388班。採用世界衛生組織所做學齡兒童健康行為研究（Health Behavior in School-aged Children, HBSC）（1997-1998）的計算公式，以95%的信賴區間加減3%的誤差值，再乘以1.4的設計效應係數(design effect)，並估計75%的回覆率，推估台灣共需抽出5,800位學童。按照各該地區學校所佔母群體比率，分層隨機抽取所需之學校所數，共計參與學校53所，其中三至六年級各抽出一班，合計共有212班，共有5,688名學童參與問卷調查，並對其中二所學校200名學童做重測信度。研究者曾經就所抽樣學校與母群體作適合度檢定（Goodness of fit Test），以大、中、小型學校所佔比率、六個地區以及山地鄉學校所佔比率，結果均呈現不顯著情形（ $p > .05$ ），由以上資料來看抽樣學校與母群體的分佈無異，具有代表性。

三、研究工具：

本研究工具為自擬之結構式問卷，以自陳式(self-report)方式填答，問卷題項係參考WHO所進行的學童健康行為研究（HBSC，1997-98）及王瑞霞(1995)「國小學童健康行為及其相關因素的探討」問卷編製而成，共區分為以下五大部份：

1. 個人因素部份：有社會人口學變項與心理因素兩項。社會人口學變項包括學童性別、年級、籍貫、家長教育程度、家長職業、學童學業成績表現，共六題。其中家長的職業狀況中以等級較高一方（最主要經濟來源者）列入計算。計分為四個等級：第一級，半技術性工人及無業；第二級，技術性工人；第三級，半專業人員、一般性公務員；第四級，中、高級專業及行政人員。在心裡因素方面，「自尊」量表係以學童對於自我價值之感受為評量標準，包括有：自覺有價值、自覺有優點、自覺失敗、與其他人一樣好、沒有值得誇獎地方、自覺不錯、對自己感到滿意、希望看得起自己、覺得自己沒用以及自覺沒有一處好等十題，從「非常不同意」到「非常同意」，採四點量表計分，分數愈高代表自尊愈佳。
2. 與口腔衛生有關的過去習慣：以吃甜食的行為作為評量標準。共有兩題，詢問兒童多常吃以下兩類食物包括：含糖飲料（可樂或果汁）及甜食（糖果、巧克力）。

力、蛋糕或餅乾等)的頻率,題項由「從未」、「很少」、「一星期數次但非每天」、「每天一次」及「每天一次以上」,以1-5給分,得分愈高代表愈有吃甜食的習慣。

3. 口腔衛生行為相關的認知與情感因素:包含口腔衛生價值觀與社會支持。「口腔衛生的價值觀」則以學童覺得口腔衛生行為的重要性為題項,從非常不重要至非常重要給分,以五點量表計分。社會支持量表部分,係指父母、教師與同儕所給予學童的一般性支持,均為五點量表。「父母支持」包括父母所提供學童的協助、父母與老師溝通、父母鼓勵以及父母回應共四題,「教師支持」係指老師所提供的協助、鼓勵,共有兩題。同儕的支持則是同儕間所給予的社交支持,分別是同學喜愛在一起、同學和善相處、同學接受度三題,從「非常不同意」至「非常同意」勾選出適合自己陳述的選項,依次為「1」至「5」分採計。
4. 父母相關因素:以父母自覺健康狀態、父母口腔衛生行為以及父母對孩童口腔衛生的督促為主要測量概念。「父母健康狀況」指父母對自己健康狀態的自評,如:自覺健康狀態、與同齡的人比較健康情形、與一年前比較以及自覺生病的頻率等四題,以五點量表計分,分數愈高代表愈覺得健康。「父母督促學童口腔衛生行為」則是詢問父母是否督促孩童做好口腔衛生,採四點量表計分。在「父母口腔衛生行為」量表中,詢問受試家長本身的口腔衛生行為,如:起床刷牙、飯後刷牙、睡前刷牙、使用牙線、牙醫檢查及有問題時看牙醫共六題,選項為從未、有時、經常、總是,以四點量表計分,總分愈高表示該行為表現愈好。
5. 學童口腔衛生行為:請學童依據以下六項行為:起床刷牙、飯後刷牙、睡前刷牙、使用牙線、牙醫檢查及有問題時看牙醫,從「從未」至「總是」勾選出符合自己的情形,依序以「1」至「4」分計分。以總分代表受試者的行為,分數愈高,其口腔衛生行為愈好。

問卷初稿研擬完成之後,邀請對本研究主題有豐富學養及實務經驗之學者專家共十位進行專家效度檢驗,參酌其審查意見及建議修正調查表後,再進行預試作業。並請老師與受試者在預試施測之後對於問卷提出建議,作為修改問卷之參考。

信度分析乃根據正式施測所收集之資料進行內部一致性分析,各分量表Cronbach α 信度值:「自尊量表」為 .75、「健康價值觀」為 .95、「父母支持量表」為 .65、「同學支持量表」為 .69、「教師支持」為 .81,「學童口腔衛生行為量表」為 .74,

「父母口腔衛生行為量表」為 .71，整體而言其內部一致性介於 .65-.95，僅父母及同學支持分量表信度較低，其餘均在 .70以上。預試完成後隔兩週實施再測，以前後兩次施測所得之分數求其重測信度。各分量表重測信度均在 .60以上，顯示研究變項具有相當穩定的一致性與可信度。

四、資料收集與分析

本研究正式施測時間於民國九十一年九月三十日至十月二十五日，由於樣本遍及全省，商請各樣本學校衛生組長或護理師協助問卷發放。施測人員由各校級任老師擔任，行前詳細說明施測應注意事項。學童問卷由老師帶領學生在課堂上填寫，老師收集完畢統一寄回。家長問卷部份，則由班級老師，請學生帶回家給家長填答，藉此獲得家長的資料。發出問卷5,688份，問卷回收後經檢核、整理，進行資料輸入以及除錯，扣除填寫不完整、拒答的問卷後，共計有效問卷為4,826份，最後以SPSS12.0統計套裝軟體進行分析。所收集資料以頻率分布、平均值、標準差等描述性統計，及卡方考驗、皮爾森積差相關、複迴歸等方式進行統計考驗。

肆、結果與討論

一、學童的基本資料分佈

本研究以台灣地區國小三至六年級學童為研究對象，進行問卷調查，共計發出問卷5,688份，總計回收之有效問卷4,826份，回收率為84.8%。社會人口學變項的分布情形（見表1），在性別方面，女學生略多於男學生，年級分佈以六年級生佔32.4%最多，其次是五年級生為24.7%，三年級佔最少（20%）。在籍貫的分佈以本省籍閩南人最多約佔六成八，其次是本省客家人。家長的教育程度以高中(職)畢業者為多占37.4%，其次為大專以上程度者有24.9%，顯示家長多屬於中高教育程度者，職業則多以技術性勞動為主（32.6%）。樣本基本資料分佈與母群體的分佈經卡方檢定並無差異，顯示本研究樣本仍代表母群體。部分題項未填答者，在進行統計時將被視為遺漏值不列入計算，以實際填答的情形為主。

表1 學童的基本資料分佈情形 (n=4,826)

社會人口學變項	人數	%
1. 性別		
男	2319	48.1
女	2489	51.6
未填	18	.4
2. 年級		
三年級	965	20.0
四年級	1083	22.4
五年級	1193	24.7
六年級	1566	32.4
未填	19	.4
3. 籍貫		
本省閩南人	3280	68.0
本省客家人	604	12.5
其他省籍	311	6.4
原住民（山地同胞）	252	5.2
其他	171	3.5
未填	208	4.3
4. 家長教育程度		
國小畢業或以下	282	5.8
國中畢業	1143	23.7
高中畢業	1803	37.4
大學（專）以上畢業	1189	24.9
其他	30	.6
未填	379	7.9
5. 家長職業		
半技術性工人及無業	1114	23.1
技術性工人	1571	32.6
半專業人員、一般性公務員	731	15.1
中、高級行政及專業人員	830	17.2
未填	580	12.0

二、學童口腔衛生行為之現況分析：

學童口腔衛生行為的表現結果（見表2）：量表共有六題，以四點量表計分，分數愈高者為表現良好，平均低於3分者，則表示該項口腔衛生行為需多加強。所有學童口腔衛生行為量表總平均值為2.90，表現較好的口腔衛生行為是起床刷牙、睡前刷牙和當牙齒有問題會請父母帶去看牙醫師，學童在各題表示能經常或總是做到的比率

分別為：78.8%、69%與72.6%；表現較差的口腔衛生行為是每天至少一次使用牙線清潔牙齒，在該題中僅37.7%的學童表示能經常做到。而每半年給牙醫師檢查牙齒一次，其平均值為2.46，只有四成一的學童能夠經常做到。由以上結果顯示學童的口腔衛生行為仍有檢討必要，各題項均有學童反應從來不做，即便是做的最好的起床刷牙行為，仍有約18%的學童是有時做或從來不做，由資料所顯示的現況值得衛生教育者重視與省思，並深入探討其原因。

表2 學童之口腔衛生行為分佈情形 (n=4,826)

口腔衛生行為 題項內容	平均值	標準差	頻率選項 (%)					總計
			從不	有時	經常	總是	拒(未) 答	
起床刷牙	3.41	.85	2.7	15.1	19.0	59.8	3.3	100.0
三餐飯後刷牙	2.74	.96	8.7	34.6	26.6	27.2	2.9	100.0
睡前刷牙	3.15	.99	6.6	21.3	19.9	49.1	3.1	100.0
每天至少一次使用 牙線清潔牙齒	2.33	1.07	25.8	33.8	17.9	19.8	2.7	100.0
每半年給牙醫師檢 查牙齒一次	2.46	1.09	21.2	33.5	17.8	24.1	3.3	100.0
牙齒有問題，會請 父母帶去看牙醫師	3.23	.94	4.6	20.4	20.4	52.2	2.5	100.0
合成指標	2.90	.65						

三、社會人口學變項與學童口腔衛生行為

為瞭解學童性別、籍貫、年級、家庭社經地位等社會人口學變項與學童口腔衛生行為的關係，以變異數考驗進行分析。從表3結果顯示：在性別部分，女生的口腔衛生行為表現較男學童表現為佳 ($F=72.70$, $p<.001$)；在籍貫上，原住民籍學童口腔衛生行為表現較其他籍貫者為差 ($F=13.22$, $p<.001$)；年級方面，不論幾年級的學童其口腔衛生行為差別不大，變異數分析未達顯著差異水準 ($F=2.31$, n.s.)。父母的社經地位部分，不論是教育程度 ($F=17.46$, $p<.001$) 或職業類別 ($F=18.20$, $p<.001$) 均達到統計顯著差異水準，顯示父母教育程度愈高，職業等級愈高者，學童的口腔衛生行為表現愈好。整體而言，女學童比男學童有較好的口腔衛生行為，原住民學童的口

腔衛生行為較其他省籍學童表現為差，而家庭社經地位較高者，學童口腔衛生行為表現也較好，可見社會人口學變項對於學童口腔衛生行為是具有影響力，且亦為不容忽視的因素。

表3 社會人口學變項與學童口腔衛生行為的變異數分析摘要表

項目	N	平均值	變異數	均方和	F值	事後比較
<u>性別</u>						72.70***
女生	2304	17.87	組間	1085.04		女>男
男生	2131	16.88	組內	66162.35		
<u>籍貫</u>						13.22***
1.本省閩南人	3054	17.50				1>4,2>4 3>4,5>4
2.本省客家人	557	17.58	組間	793.10		
3.其他省籍	285	17.66	組內	63988.05		
4.原住民	215	17.58				
5.其他	159	17.13				
<u>年級</u>						2.31 n.s.
小學三年級	853	17.10				17.46***
小學四年級	991	17.56	組間	105.14		
小學五年級	1104	17.44	組內	67281.93		
小學六年級	1488	17.42				
<u>父母教育程度</u>						18.20***
1.國小畢業或以下	253	16.37				4>1,4>2 4>3,3>1 3>2
2.國中畢業	1047	16.92	組間	1034.41		
3.高中職畢業	1668	17.48	組內	60946.67		
4.大專畢業以上	1125	18.07				
5.其他	27	17.96				
<u>職業</u>						18.20***
1.半技術性工人及無業	1019	16.95				4>1,4>2 4>3,3>1
2.技術性工人	1454	17.30	組間	805.66		
3.半專業人員一般性公務員	683	17.48	組內	57998.39		
4.中高級專業人員	778	18.27				

註：***表 $p < .001$

四、學童口腔行為與各因素間的相關分析

以Pearson積差相關分析國小學童口腔衛生行為與個人因素中的自尊、過去相關行為如：吃甜食習慣、與口腔衛生相關的認知與情感因素（口腔衛生價值觀、社會支持）以及父母因素（自覺健康狀況、自身口腔衛生行為、督促學童口腔保健）間的關係，從表4結果可看出：學童自尊（ $r = .20$ ， $p < .001$ ）、口腔衛生價值觀（ $r = .28$ ， $p < .001$ ）、父母支持（ $r = .27$ ， $p < .001$ ）、教師支持（ $r = .17$ ， $p < .001$ ）同學支持（ $r = .20$ ， $p < .001$ ）及父母因素中的自覺健康狀態（ $r = .06$ ， $p < .01$ ）、父父母的督促口腔衛生行為（ $r = .17$ ， $p < .001$ ）以及父母本身的口腔衛生行為（ $r = .30$ ， $p < .001$ ）均與學童口腔衛生行為呈現中度正相關，而甜食習慣（ $r = -.03$ ， $p < .05$ ）則與學童口腔衛生行為呈現微弱負相關。綜合上述結果，國小學童口腔衛生行為顯著與其社會心理學變項（自尊）、行為的認知與情感因素（價值觀、社會支持）及父母因素呈現中度正向關係，顯示學童口腔衛生行為的表現確實與自尊、價值觀、社會支持及父母因素有關，再進一步探討其間的因果關係。

表4 國小學童口腔衛生行為相關因素分析表

因素	心理因素	過去行為	行為相關認知與情感因素				父母相關因素			
變項	自尊	甜食習慣	口腔衛生價值觀	父母支持	教師支持	同儕支持	父母健康	父母督促	父母口腔衛生行為	學童口腔衛生
自尊	1									
甜食習慣	-.07***	1								
價值觀	.20***	-.02	1							
父母支持	.23***	-.01	.18***	1						
教師支持	.21***	-.06***	.20***	.24***	1					
同儕支持	.27***	.01	.15***	.22***	.39***	1				
父母健康	.06***	-.03*	.04*	.05***	.03*	.04*	1			
父母督促	.09***	-.06***	.14***	.13***	.05**	.04**	.10***	1		

表4 國小學童口腔衛生行為相關因素分析表（續）

因素	心理因素	過去行為	行為相關認知與情感因素				父母相關因素			
變項	自尊	甜食習慣	口腔衛生價值觀	父母支持	教師支持	同儕支持	父母健康	父母督促	父母口腔衛生行為	學童口腔衛生
父母口腔衛生	.13***	-.03	.12***	.17***	.06***	.05***	.16***	.41***	1	
學童口腔衛生	.20***	-.03*	.28***	.27***	.17***	.20***	.06***	.17***	.30***	1

註：*表 $p < .05$ ；**表 $p < .01$ ；***表 $p < .001$

四、影響學童口腔衛生行為之因素探討

為瞭解影響學童口腔衛生行為的因素，將研究架構中的各項因素如：社會人口學變項（性別、年齡、籍貫、學童學業表現、家長教育程度、職業）、社會心理因素（自尊）、過去相關行為（吃甜食習慣）、行為相關認知與情感因素（口腔衛生價值觀及社會支持）以及父母因素（父母健康、父母督促、父母口腔衛生行為）作為自變項進行迴歸分析，由表5結果得知：性別（ $\beta = -.09$ ， $p < .001$ ）、年齡（ $\beta = .06$ ， $p < .01$ ）、籍貫為原住民的學童（ $\beta = -.05$ ， $p < .01$ ）、學童學業成績表現（ $\beta = .13$ ， $p < .001$ ）及家長的教育程度（ $\beta = .06$ ， $p < .01$ ）等社會人口學變項可顯著預測學童口腔衛生行為。行為相關認知與情感因素的口腔衛生價值觀（ $\beta = .17$ ， $p < .001$ ）、社會支持中的父母支持（ $\beta = .12$ ， $p < .001$ ）及同儕支持（ $\beta = .08$ ， $p < .001$ ），其迴歸係數均達到統計顯著差異水準。而父母因素中父母自身的口腔衛生行為（ $\beta = .20$ ， $p < .001$ ），是預測學童口腔衛生行為的顯著因子，模式整體共可解釋學童的口腔衛生行為總變項量的22%。綜合上述結果可知：女學童的口腔衛生行為較男學童為佳，年齡愈大的學童其口腔衛生行為表現愈好，原住民籍的學童較其他省籍有較差的口腔衛生行為，學童的學校課業表現愈好、對口腔衛生保健有愈正向的價值觀及擁有父母與同學的支持，會促使其口腔衛生表現較好；在父母因素上的影響主要來自父母本身的口腔衛生行為。另外，學童吃甜食的習慣對口腔衛生行為的影響，並未達到統計顯著差異水準，可見影響學童口腔衛生行為的因素仍以學童本身的價值觀、父母與同儕的支持與父母自身的口腔衛生保健行為表現與示範為主要的關鍵。

表5 學童口腔衛生之迴歸分析

	b	β	t
<u>社會人口學變項</u>			
性別 (d)	-.65	-.09	-5.16^{***}
年齡	.19	.06	3.45^{**}
籍貫 (d)			
籍貫1 (客家人)	-.08	-.01	-.43
籍貫2 (其他省籍)	.02	.00	.08
籍貫3 (原住民)	-.88	-.05	-2.74^{**}
籍貫4 (其他)	.17	.01	.47
家長教育程度	.13	.06	2.74^{**}
家長職業	.04	.01	.60
學童學業成績	.13	.13	6.11^{***}
<u>社會心理學變項</u>			
自尊	.02	.03	1.48
<u>過去相關行為</u>			
學童吃甜食習慣	-.01	-.01	-.28
<u>行為認知與情感因子</u>			
口腔衛生價值觀	.73	.17	9.64^{***}
<u>社會支持</u>			
父母支持	.13	.12	6.84^{***}
教師支持	.02	.01	.49
同儕支持	.12	.08	3.96^{***}
<u>父母因素</u>			
父母健康狀況	-.04	-.02	-1.03
父母督促	.15	.03	1.60
父母口腔衛生行為	.22	.20	10.88^{***}
F值		46.18 ^{***}	
R ²		.23	
R ² adj		.22	

註1：性別 (d) 為虛擬變項：以女性為0，男性為1

註2：籍貫 (d) 為虛擬變項：以閩南籍為對照變項，籍貫1：客家籍，籍貫2：其他省籍，籍貫3：為原住民，籍貫4：其他。

*表P<.05 **表P<.01 ***表P<.001

肆、結論與建議

一、國小學童口腔衛生行為現況

本研究發現：國小學童表現較好的口腔衛生行為是起床刷牙、睡前刷牙和當牙齒有問題會請父母帶去看牙醫師，各項行為約有53-80%的學童經常能夠做到。每天至少一次使用牙線清潔牙齒和每半年給牙醫師檢查牙齒一次，只有三至四成的學童反應能做到該項行為，表現較差，與其他研究（邱啓潤，1984；王凱助、王瑞筠，1995；陳麗麗、郭獻文、賴俊雄，1998；呂宜珍、金繼春，1999；Kuusela, Honkala, Kannas, Tynjala, & Wold, 1997；Brook, Heim, & Alkalai, 1996；Rimondini, Zolfanelli, Bernardi, & Bez, 2001）結果相比，本研究學童的口腔衛生行為雖略微增加，仍以使用牙線清潔牙齒及定期檢查牙齒兩項表現最差。周志衡等人（2004）研究嘉義市的學童的口腔衛生行為，發現接受潔牙校隊訓練者每天至少一次使用牙線的比率佔57.8%，較過去的研究比率高。學童牙線使用比例偏低主要與其使用技巧有關，學童若為接受潔牙訓練的校隊時，其使用牙線的比率較未受訓練者為高，可見透過訓練確實能幫助學童擁有良好的潔牙技巧。由於刷牙各種方法中，沒有一種方法是完美的，所以才會有那麼多種方法出現。然而牙縫是一個死角，任何牙刷都無法將之刷乾淨，Bass即強調唯一能清潔這些地方的方法是使用牙線，即使用牙籤去剔牙縫，仍無法有效清潔其連接面，唯有使用牙線才能確實清潔（葉日貴、陳佳蕙、陳玉昆，2003）。對國小學童而言，牙線操作使用較牙刷困難，學童對於牙線在潔牙方面的功效亦未充分瞭解，因此加強教導學童使用牙線清潔牙縫，以彌補刷牙的不足之處，是口腔衛生應努力的目標。

另外一項學童表現較差的口腔衛生行為即是定期檢查牙齒，研究指出牙科看診環境、母親的焦慮情緒、父母對看牙醫的態度均會影響兒童決定牙科檢查及治療時的態度（Johnson, Ronald, & Baldwin, 1963）。王素貞與洪玉珠（2004）研究發現45.7%的學童對於看牙醫的經驗是擔心害怕，也反應出學童在面對牙科檢查時的恐懼心理。因此在改善學童定期牙科檢查的行為時，必須引導家長正向的態度外，牙醫師也應培養其自身的專業訓練，以親切的態度、活潑的診療環境，減緩兒童就醫時的懼怕。對於衛生教育工作者而言，更應找出其妨礙口腔衛生行為的障礙因素，找出其克服的方法融入在保健教學中，才能增強學童的口腔衛生，並養成學童定期檢查的習慣，達到有效預防口腔疾病的目標。

二、國小學童口腔衛生行為的影響因素

在社會心理學相關變項與口腔衛生行為間的關係中，本研究發現：當學童對健康有愈正向的價值觀並擁有同學的支持時，會促使個體口腔衛生行為表現較好。社會支持是諸多健康行為的預測因子，如：飲食行為（王秀紅、王瑞霞、林子郁、許俊傑、陳慧霞，2000）、運動行為（Simons-Morton, et al., 1997），青少年與父母間關係的社會支持強度，有時不如同儕及其他成人（Bogat, Caldwell, Rogosch, & Kriegler, 1985），從本研究同學支持與學童的口腔衛生行為呈現正向關係可獲得印證。由於健康價值觀與社會支持會影響個人從事或保持某項行為，若能好好應用社會支持的力量，並教導學童正確的健康概念，促使學童養成良好的牙齒保健行為，對於增進學童口腔健康將能產生莫大的助力。

學童在家庭中成長，與父母的關係密切，家長教育程度及家長職業能顯著影響國小學童各項健康行為，在諸多研究中獲得證實（王瑞霞，1995；王秀紅、王瑞霞、許俊傑、陳慧霞、林子郁，2000）。本研究結果發現：父母對學童口腔衛生行為的影響，主要來自父母所給予的支持以及父母本身口腔衛生行為，多篇研究均有類似結果（呂宜珍、金繼春，1999；王素真、蔡吉政、黃純德、陳月珍、洪玉珠，2003；Bird & Hazel, 1987；Paunio, Rautava, Sillanpää, & Kaleva, 1993；Astrom & Rise, 1996）。家庭的發展與家庭份子間的相處，會帶動整個家庭的成長，而孩童生活的重心以家庭環境為主，父母是其接觸最早也最多的人，因此父母親本身的口腔衛生行為，對於孩童的影響更顯重要。Wei, Holm, Tong and Yuen（1993）根據社會學習理論提出兒童口腔清潔行為學習模式，提及口腔衛生行為受到家庭環境影響，家庭成員模仿並認同彼此的行為，其中父母是影響孩童預防齲齒最關鍵的角色。學齡期兒童正致力於自我技能的增進，其口腔衛生教育及口腔健康的維護，父母親需負最根本的責任，其次才是學校師長（Jago, Aitken, & Chapman, 1984）。可見家庭對於這個年齡層孩童的發展亦有具有相當的意義，父母親不再偏重於滿足學童的生理需要，也需關心學童行為技能的學習，陪伴孩童一同成長，同時調整家庭的相處模式，相互協助邁向另一個里程。

學童吃甜食與口腔健康的關係，相關文獻指出糖類的消費行為愈多，形成齲齒的機會也越多（邱啓潤，1984；蔡蔭玲、項家蘭、呂炫堃，2000；Rise, Wold, & Aaro, 1991；Eronat & Koparal, 1997）。亦有調查發現國小學童平時吃零食及飯後有沒有清潔口腔的習慣，與學童齲齒罹患的情形呈現顯著關係（王凱助、王瑞筠，1995）。分析學童吃甜食的習慣對口腔衛生行為的影響，並未達到統計顯著水準，雖然有研究證實

吃甜食與齲齒間有正向關係，但在本研究中吃甜食對學童口腔衛生行為的影響並不明顯。推論其原因，可能因為行為是長期生活習慣的累積，不論吃甜食或口腔衛生均屬之，而本研究為橫斷性研究，無法藉由一次的調查結果確立其因果關係，未來在進行相關的研究時，應以縱貫性研究為考量，深入探討其間的關係。

本研究以性別、年齡、籍貫與家庭社經地位（父母教育程度、職業）、學童學業成績表現等六項社會人口學變項，探討對學童口腔衛生行為的影響，發現女學童的口腔衛生行為較男學童為佳，愈高年級的學童其口腔衛生行為表現愈好，學童的成績愈好則有較好的口腔衛生行為，以上結果與諸多研究相同（姚振華、黃維勳、康淑惠，1998；周志衡等，2005；Macgregor, Balding, & Regis, 1998；Kuusela, Honkala, Kannas, Tynjala, & Wold, 1997; Kassak, Dagher, & Doughan, 2001）。值得注意的是，原住民籍的學童其口腔衛生行為較其他省籍的學童為差，此與張怡民（2003）的調查結果：山地與東部地區的齲齒盛行率明顯高於其他地區的現象相吻合。曾筑瑄、謝天渝、楊奕馨（2003）曾對嘉義縣阿里山與澎湖縣七美鄉居民做口腔健康的調查，結果發現每天刷牙兩次者，阿里山居民有52.6%，七美居民有60.0%，而兩個山地鄉齲齒的比率相當高。在山地及偏遠地區，相對資源受限，父母的社經地位也較都會地區為低，學童的口腔衛生狀態也差，齲齒盛行率偏高。因此，推動口腔衛生活動時，必須注意地域性的差異，給予學童適當的口腔衛生教育，未來在擬定相關口腔衛生政策及活動時，更應以當地人文背景及醫療資源為主要制訂策略的依據，做整體性的規劃，才能提昇有效降低山地鄉學童的齲齒盛行率，養成良好的口腔衛生行為。

三、研究限制

本研究依據文獻探討選取部分因素為自變項，探討學童口腔衛生行為的影響因素，迴歸分析的解釋變異量為23%，顯示尚有其他變項未被列入討論，例如：學童口腔衛生的知識、個人的體質等，有待將來研究繼續探討。在學童的口腔保健行為的測定上，僅以學童個人主觀的感受為主，如能加上學童的牙齒狀況如：齲齒、填補等齲齒經驗資料綜合評估，以目前所採行的口腔健康監測與促進模式（Taiwan Oral-Health Promoting System, TOHPS）篩檢學童口腔健康，將會使研究結果更趨嚴謹。

伍、結論與建議

一、結論

本研究以台灣地區國小學童為研究對象，共計4,826位學童參與研究，其中女學童的分佈略多於男學童，年級分佈以六年級學童佔最多，在籍貫的分布上以本省閩南籍佔最多，家長教育程度以高中（職）畢業者最多，其次為大專以上程度者，職業則以技術性勞動為主。

學童口腔衛生行為方面，表現較好的口腔衛生行為是起床刷牙、睡前刷牙和當牙齒有問題會請父母帶去看牙醫師，約有53-80%的學童經常能夠做到。而每天至少一次使用牙線清潔牙齒和每半年給牙醫師檢查牙齒一次是表現較差的口腔衛生行為，只有三至四成的學童能夠做到，顯示台灣地區學童的口腔衛生行為仍有加強的必要。

以複迴歸分析影響學童口腔衛生行為的因素，發現性別、年級、學童學業成績、學童的健康價值觀、原住民籍學童、同學支持以及父母支持、父母的口腔衛生行為是顯著預測因子。換言之，女學童的口腔衛生行為較男學童為佳，愈高年級的學童其口腔衛生行為表現愈好，原住民籍的學童較其他省籍有較差的口腔衛生行為，學童的成績愈好、對健康有愈正向的價值觀及擁有同學的支持會促使其口腔衛生行為表現較好；父母的支持以及父母本身的口腔衛生行為對學童所產生的示範作用，亦是影響學童採行口腔衛生行為的重要因素。

二、建議

（一）實務工作之建議

1. 加強學童的口腔衛生行為：行政院衛生署自民國80年起即全力推動全省國小潔牙活動，歷經10幾個年頭，學童口腔衛生行為已有進步，然齲齒盛行率仍偏高，學童口腔衛生亦有改進的必要。尤其針對學童做得較差的口腔保健加強教育，考慮性別、年級、成績表現以及城鄉差距所帶給學童的影響，給予學童適性化的教導，增加學童口腔衛生之相關健康概念。
2. 家庭的配合與強化：家長的行為與觀念是影響學童口腔衛生行為的重要指標，近年來許多促進學童口腔衛生教育，均將家長納入推廣計畫之中。衛生教育工作者

應於社區舉辦學童家長相關教育宣導活動，促使家長增進自身的口腔衛生行為，做為孩童的學習榜樣，並教導並鼓勵自己的子女培養正確的口腔衛生行為。

3. 改善口腔衛生教育內容：有鑑於口腔健康教育的推廣及良好口腔清潔習慣，是降低齲齒發生及控制牙菌斑的有效方法與策略。在設計口腔衛生教育的內容時，應針對學童較差的口腔衛生行為，諸如：使用牙線、定期看牙醫，建立正確觀念及加強潔牙技巧演練，學校教師亦能從旁協助，給予學童支持與鼓勵，在學校活動中融入口腔保健相關教學，促使學童能在日常生活中落實口腔衛生行為。

（二）未來研究之建議

1. 本研究因囿於時間，採橫斷式調查收集相關資料，無法對變項間因果關係之建立提供支持性證據，建議未來能進行長期追蹤研究，進一步瞭解各變項間的關連情形。另一方面，建置全國性各年齡層的口腔衛生狀況資料庫，將歷年口腔衛生的發展趨勢與國外資料相比較，作為制訂相關政策的參考，提昇國人口腔健康。
2. 本次調查以自擬式問卷進行資料收集，雖有班級老師協助進行問卷填答，但較低年級學生回答狀況較不理想。未來研究可酌用不同測量方式進行資料收集，如面訪、觀察等方式，結合學童健康檢查資料如齲齒盛行率、牙菌斑數等客觀資料與學童健康行為相對照，以期建構更好的測量效度。

參考文獻

一、 中文文獻

王瑞霞（1995）。國小學童健康行為及其相關因素探討。台北：國家科學委員會研究報告。

王凱助、王瑞筠（1995）。台中縣某國小學童口腔齲齒狀況與保健知識、習慣、態度與行為之調查研究。**中華牙醫學雜誌**，14(4)，247-273。

王秀紅、王瑞霞、林子郁、許俊傑、陳慧霞（2000）。以結構方程式模式建立並比較城鄉地區國小學童飲食行為模式及其預測因子之研究。台北：行政院衛生署研究報告。

王素貞、洪玉珠（2004）。影響學童口腔健康相關因素之探討。**華醫學報**，21，41-55。

王素貞、蔡吉政、黃純德、陳月珍、洪玉珠（2003）。國小學童口腔健康之相關因素探討。**中華牙醫學雜誌**，22（1），29-42。

行政院衛生署（2000）。衛生白皮書。台北：行政院衛生署編。

杜敏世（1982）。新莊地區幼兒口腔衛生行為之調查研究。**公共衛生**，9(2)，230-243。

呂宜珍、金繼春（1999）。國小高年級學童口腔衛生行為及其相關因素。**公共衛生**，26(2)，115-127。

李素貞（1987）。家長對口腔保健之態度行為與其子女齲齒狀況相互關係之初步探討。**公共衛生**，14，95-106。

邱啓潤（1986）。學童齲齒狀況及其相關因素之探討。**公共衛生**，13（1），120-134。

邱靜如（2003）。國小四年級學童健康行為集群類型研究。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，未出版，台北市。

周志衡、何清松、邱耀章、藍守仁、陳俊凱、劉育能（2004）。嘉義市國小學童口腔健康行為及相關因素之研究。**台灣口腔醫學衛生科學雜誌**，20，11-22。

周志衡、何清松、邱耀章、藍守仁、陳俊凱、劉育能（2005）。國小學童口腔衛生行為之研究以基隆市與嘉義市為例。**學校衛生護理**，17，17-30。

姚振華、黃維勳、康淑惠（1998）。臺北市國小六年級學童口腔衛生教育介入對知識態度行為與牙菌斑控制之影響。**中華牙醫學雜誌**，17（1），36-47。

陳麗麗 郭憲文 賴俊雄（1998）。中部三個地區學童口腔衛生知識、態度與行為研究。**中國醫藥學院雜誌**，7（1），45-53。

郭敏光（2003）。台灣牙科公共衛生之最新發展。**中華牙醫學雜誌**，22（3），197-208。

教育部（2000）。**教育部中程計畫—90至93年**。台北：教育部。

楊淑吟（1995）。兒童口腔保健，國民口腔保健—牙齒的新希望。台北：中華民國牙醫師公會全國聯合會。

張豔鈴（2001）。桃園市某國中生餐後潔牙行為相關因素研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文，未出版，台北市。

張怡民（2003）。2001-2002台灣地區國小學童口腔狀況與甜食攝取之相關性探討。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，未發表，高雄市。

葉日貴、陳佳蕙、陳玉昆（2003）。兒童口腔衛生保健常識。**基層醫學**，18（12），279-282。

蔡蔭玲、項家蘭、呂炫堃(2000)。89年台灣地區6-18歲人口之口腔狀況調查。林口長庚兒童醫院兒童牙科。台北：林口長庚醫院。

鄭智遠(1996)。高雄地區大學生口腔狀況與其口腔衛生知識、態度及行為之探討研究。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，未發表，高雄市。

盧俊泰、曾清豪、葛應欽（1991）。彰化縣國小學童口腔衛生教育推廣研究。**公共衛生**，18（1），76-89。

劉貴雲、晏涵文（1989）。國小學童口腔衛生知識、態度、行為及其影響因素研究。**衛生教育論文集刊**，3，139-158。

謝典華（1994）。母親對國小五年級學童口腔衛生知識、態度及行為的影響因素探討。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，未發表，高雄市。

曾筑瑄、謝天渝、楊奕馨（2003）。台灣成人口腔保健行為調查報告。**台灣口腔醫學衛生科學雜誌**，19，13-25。

蕭欲源、關學婉、陳韻之（1996）。台灣地區中小學齲齒情況之調查報告。**中華牙醫學雜誌**，15，78-86。

顏淑惠（2003）。學齡前兒童齲齒狀況、潔牙行為與家長口腔行為之相關探討—以台南縣為例。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，未發表，高雄市。

二 英文文獻

- Arnrup, k., Berggern, U., & Broberg, A. G. (2001). Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children' s dental care. *Acta Odontologica Scandinavica*, 59, 14-20.
- Astrom , A.N., & Rise, J. (1996). Analysis of adolescents' beliefs about the outcome of using dental floss and drinking non-sugared mineral water. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(3), 211-216.
- Bird, W., & Hazel, D. (1976). Parental dental health education. In J Pre Dent, 3, 5. Cited by Rubison, L. (1987) An evaluation of a preschool dental health program. *Journal of Dentistry for Children*, 54, 186-192.
- Bogat, G.A., Caldwell, R.A., Rogosch, F., & Kriegler, J.A. (1985). Differentiating specialists and generalists within college students' social support networks. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 23-45.
- Brook, U.; Heim, M., & Alkalai, Y. (1996). Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. *Patient Education and Counseling*, 27(2), 171-175(5).
- Chang, C.K. (2001). *Global trends in oral health status and oral health care delivery system*. The 23th APDC, Taiwan.
- Chen, M.S., & Stone, D.B. (1983). Tooth brushing flossing and dental visits in relation to socioeconomic character of white American families. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 11, 325-332.
- Eijkman, M.A.J. (2001).Dental health education from education to informed decision. *Patient Education and Counseling*, 42, 101-104.
- Eronat, N., & Koparal, E. (1997). Dental caries prevalence, dietary habits, tooth-brushing, and mother's education in 500 urban Turkish children. *Journal of Marmara University Dental Faculty*, 2, 599-604.
- Haefner, D.P. (1974). School dental health program. *Health Education Monographs*, 2, 213-219.
- Hamilton, M.E., & Coulby, W.M. (1991). Oral health knowledge and habits of senior elementary school students. *Journal of Public Health Dentistry*, 51,212-9.
- Holm, A. K. (1990). Caries in the preschool child: International trends. *Journal of Dentistry*, 18, 291-295.

- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Israel, B.A., & Round, K.A. (1987). Social networks and social support: A synthesis for health education. *Health Education and Promotion*, 2, 311-351.
- Jago, J.D., Aitken, J.F., & Chapman, P. J. (1984). Dental knowledge and behavior of pregnancy women attending a Brisbane Maternity Hospital. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 12, 395-401.
- Johnson, L., Ronald, O., & Baldwin, P. (1963). Relationship of maternal anxiety to the behavior of young children undergoing dental extraction. *Journal of Dental Research*, 47, 801-805.
- Kassak, K.M., Dagher, R., & Doughan, B. (2001). Oral hygiene and lifestyle correlates among new undergraduate University students in Lebanon. *Journal of American College Health*, 50, 15-20.
- Keogh, T., & Linden, G. J. (1991). Knowledge, attitudes and behavior in relation to dental health of adults in Belfast, Northern Ireland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 19, 246-248.
- Kuusela, S., Honkala, E., Kannas, L., Tynjala, J., & Wold, B. (1997). Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993/1994. *Journal of Dental Research*, 76, 1602-1609.
- Lee, A.J. (1978). Parental attendance at a school dental program : Its impact upon the dental behavior of the children. *The Journal of School Health*, 48, 423-427.
- Macgregor, I.D., Balding, J.W., & Regis, D. (1998). Flossing behaviour in English adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 291-296.
- Paunio, P., Rautava, P., Sillanpää, M., & Kaleva, O. (1993). Dental health. habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 4-7.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in workplace. *Nursing Research*, 39, 326-332.
- Petridou, E., Athanassouli, T., Panagopoulos, H., & Revinthi, K. (1996). Sociodemographic and dietary factors in relation to dental health among Greek adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24, 307-311.
- Regis, D., Macgregor, I.D., & Balding, J. W. (1994). Differential prediction of dental health behavior by self-esteem and health locus of control in young adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 2(1), 7-12.
- Rise, J., Wold, B., & Aaro, L. E. (1991). Determinants of dental health behaviors in Nordic

- schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 19(1), 14-19.
- Rimondini, L., Zolfanelli, B., Bernardi, F., & Bez, C.(2001). Self-preventive oral behavior in an Italian university student population. *Journal of Clinical Periodontology*, 28, 207-211.
- Sallis, J.F., Grossman, R.M., Pinski, R.B., Patterson, T.L., & Nader, P.R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive medicine*, 16, 826-836.
- Schick, M., Blum, J. R., & Steinberg, B. J. (1995). Cries prevention: a team approach to oral health. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 16(10), 1000-1008.
- Schou, L, Currie, C., & McQueen, D. (1990). Using a "lifestyle" perspective to understand tooth-brushing behavior in Scottish schoolchildren. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 18(5), 230-234.
- Simons-Morton,B.C.,McKenzie,T.J.,Stone,E.,Mitchell,P.,Osganian,V.,Strikmiller,P.K.,Ehlinger,S,C ribb,P.,& Nader.P.R.(1997).Physical activity in a multiethnic population of third graders in four states. *American Journal of Public Health*,87,45-50.
- Stevens, A., Maes, L., & Peeters, R.(1992). *Health Behaviour in School- children in Flanders. Abstracts of the Conference of the Medical Women's Association*. Den Haan.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Oral health in America: report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, *National Institutes of Health. Studies*, 8, 513-520.
- Wei, S.H.Y., Holm, A-K., Tong, L.S.M., & Yuen, S.W.H.(1993). Dental caries prevalence and related factors in 5-year-old children in Hong Kong. *Journal of Pediatric Dentistry*, 15, 116-119.

95/ 09/ 20 投稿

96 /05 /12 完稿

Oral Health Behavior and Related Factors of Elementary Schoolchildren

Wen-Chi Hung* Sheu-Jen Huang**

Abstract

Dental caries is still one of the most common chronic diseases of childhood in Taiwan. Oral hygiene should be addressed and brought to people's attention. This study explored the influences of schoolchild's oral health performance. Five thousand six hundreds eighty eight children who were third to sixth grade students of elementary schools in the 2002-2003 academic years. Complete data were available for 4,826 schoolchildren and their parents (84.4% of total sample). The result showed that: As a whole, the individual oral behavior that the elementary students performed better were brushing teeth when get up and before sleeping, but they did not perform well using dental floss to clean the teeth at least once a day. Female students performed better than their male counterparts. Fifth and sixth grade students had better oral behavior than third and fourth grader. Multivariate regression analysis indicated that the powerful predictors for oral health behaviors included gender, age, parent's education, school achievement, parent's oral health behaviors, children's oral health value, and the support from parent and classmates. These results extend previous studies and give further support to the importance of including important factors in prevention campaigns aimed at childhood as a way of improving oral health and cultivating well hygiene habit.

Key Words : Elementary school children, Oral health behavior, Parents, Social support

* Lecturer, Cardinal Tien College of Healthcare & Management

** Professor, Department of Health Education, National Taiwan Normal University