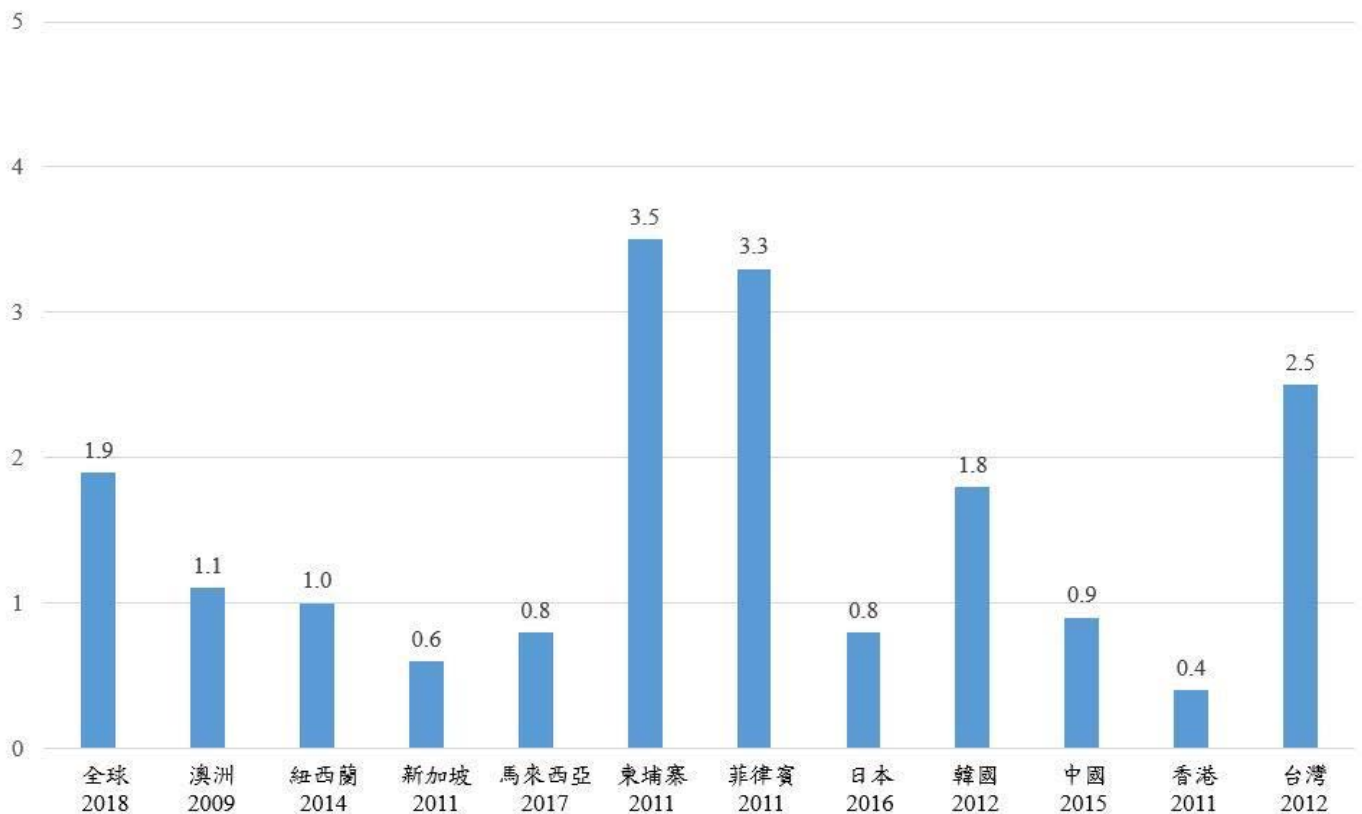


學童口腔健康促進專欄

撰寫者：黃曉靈教授 高雄醫學大學口腔衛生學系
教育部國教署 104 年度學童口腔保健計畫主持人

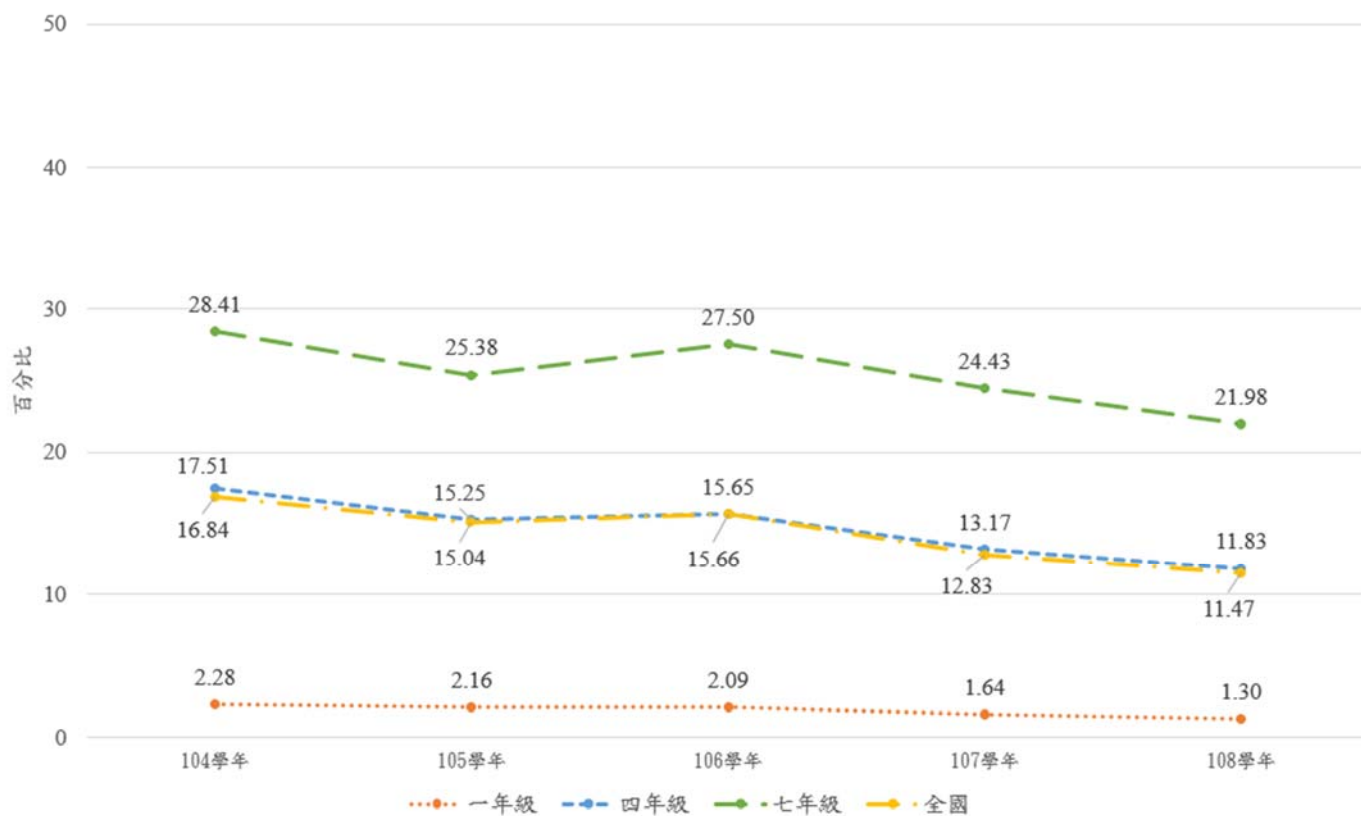
齲齒是好發於學齡兒童的疾病之一，齲齒對於學齡兒童口腔健康有直接之影響 [Samorodnitzky and Levin, 2005]，而口腔健康又為全身健康之一環，學齡兒童口腔健康攸關其學習、生活品質與身心發展，因此世界各先進國家對學童齲齒預防十分重視。但國民健康署(以下簡稱健康署)於 2012 年公布之 12 歲兒童恆齒齲齒經驗指數 (Decayed, Missing and Filled Teeth, DMFT index) 的數值為 2.5 顆，高於亞洲與我國鄰近之國家，也高於歐美先進國家，未達世界衛生組織(World Health Organization, WHO) 2010 年所訂的 DMFT index 為 2 顆以下之目標，也未達我國 2010 年所訂 2.3 顆之目標。



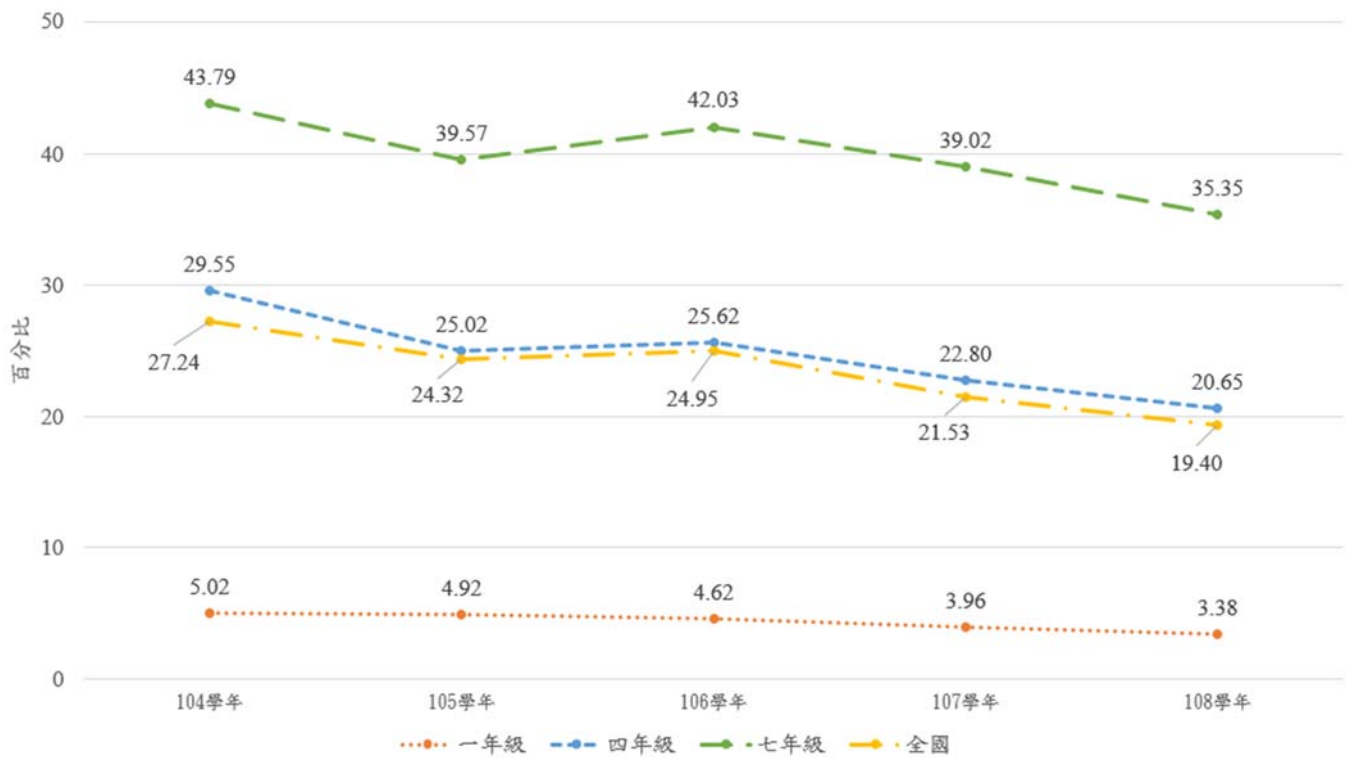
圖一、12 歲學童 DMFT index

(WHO 委托瑞典馬爾默大學(Malmö University, Sweden)所統整之全球 12 歲兒童 DMFT Index 調查資料與本國國健署調查資料)

過去在評價校園口腔保健工作推廣成效時，常使用指標為「初檢齲齒率」，而初檢齲齒率僅能代表「未治療齲齒率」，意思指的是在該次檢查時，有未治療齲齒之人數佔檢查人數的比例。但是齲齒是個不可逆的疾病，即便已經完成齲齒的治療與填補，但是仍為齲齒的經驗。學童口腔保健計畫為更具體了解學童齲齒狀況，因此採用「齲齒率」，此數據為有齲齒經驗之人數佔檢查人數的比例，齲齒經驗是包含未治療齲齒以及已治療齲齒。對應到學童恆牙第一大白齒之齲齒經驗，也呈現逐年下降之趨勢，近五年全國學童上顎第一大白齒平均齲齒經驗從16.84%下降至11.47%，下顎第一大白齒平均齲齒經驗也從27.27%下降至19.40%。



圖二、全國學童上顎第一大白齒齲齒經驗



圖三、全國學童下顎第一大白齒齲齒經驗

兒童口腔健康的影響因素有個人特質(認知、態度與習慣)、社會環境(家人、朋友)與社區環境(學校或社區環境因素)等三個層次影響因素。兒童特質中，兒童年齡與潔牙行為與齲齒相關[詹敏賢, 2007]，其他國內外研究結果也顯示學幼童刷牙頻率與齲齒經驗有關[Kulak-Ozkan et al., 2001; Leroy R, 2005; 林雯君、劉仁義、黃純德、謝明雪, 2006]。然而學幼童手部發展尚未成熟，無法有效潔牙，建議家長的照顧與監督是十分重要的。家長人口學特質[Waldman, 1995]、口腔保健態度、口腔保健行為[Weintraub et al., 2010]與對兒童口腔保健協助對孩童口腔健康有很大的影響[Hodge HC, 1982]；尤其母親是孩童主要照顧者，是影響孩子飲食習慣與健康的關鍵人物。幼兒的牙科拜訪頻率、家中有無口腔保健用品、母親的教育程度及口腔衛生認知與其幼兒齲齒經驗指數有相關[駱靖宜, 1999]；母親飲食習慣與含糖飲料攝取確實可以預測兒童的齲齒狀況[Parhar et al., 2009]。家中含糖飲料的可獲得性與兒童飲食喜好及行為呈現顯著相關[Cullen et al., 2003]，每天攝取含糖飲料超過三次的兒童與沒有攝取含糖飲料的兒童平均多出 47.1%齲齒[Armfield et al., 2013]。Skeie 學者在 2006 年的研究中指出，雙親的信念與態度與兒童的齲齒、牙齒清潔、糖類零食攝取習慣有相當強烈的關係；對於兒童齲齒的影響，母親又比父親扮演著更重要的角色，顯示出母親對於學齡前兒童口腔健康的發展佔有非常重要的地位[Skeie et al., 2006]。

學齡兒童每天活動時間有一半是在學校中，且因所處環境時間長，受到老師與同儕之影響不亞於父母親，又因學童集中於學校，衛生保健與照護措施施行時相對便利與節省時間，所以學校是很適合進行衛生教育與健康促進之場域，尤其是學童口腔衛生保健與齲齒預防，如有適當策略與計畫執行，應能產生顯著成效。台灣兒童存在著口腔健康不均等，來自新移民女性所生之新台灣之子，由於母親在語言與文化的隔閡，加上父親背景通常為低社經地位，因而缺乏口腔保健知識，無法利用口腔照護服務系統；偏遠地區的學幼童則因牙科醫療資源

缺乏，隔代教養情況，負責照顧之年長照護者缺乏足夠的口腔保健知識，亦無法給予適當的口腔照護，因而造成孩童口腔健康問題，因此學校的口腔保健支持對弱勢兒童更顯重要。

2004 年教育部與衛生福利部的前身衛生署合作共同推動台灣健康促進學校計畫，建立地方輔導的網路系統，進行資源整合，另外，在 2010-2011 年啟動了二代健康促進學校機制，以實證引導健康促進學校政策，同年健康署推動健康促進學校認證系統，建制健康促進學校認證指標及認證流程，2012 年開始國際認證，期望接軌國際。在健康促進學校推廣的同時，教育部自 2007 年執行「學（幼）童口腔衛生保健實施計畫」，開始對學齡兒童進行口腔保健推廣工作至今，主要目標為 2010 年 12 歲兒童齲齒經驗指數之數值低於 2.3 顆與學童每天潔牙次數可以達 2.5 次，主要工作項目為校牙醫制度試辦、確保幼兒園與國小學校中潔牙相關資源充足，並提升幼兒園與國小師生口腔保健知能。教育部國教署「104 年度學童口腔保健計畫」委託高雄醫學大學口腔衛生學系黃曉靈教授執行，主要目標為建置『校園口腔保健輔導團介入模式』，使用專業口腔保健輔導委員進駐校園輔導、諮詢與規劃學童口腔保健課程與活動，藉由口腔保健專業人力輔導學校，根據學校需求規劃不同年齡層階段的學童口腔保健方案，提供適切性口腔保健課程與活動，辦理教師與家長研習，加強學童正確潔牙觀念及技巧，改善兒童口腔健康行為，影響教師與家長作為學童口腔保健的典範，降低口腔健康不均等，進而達成兒童口腔健康促進。