

民衆如何看待健康教育訊息： 深度訪談嚼檳榔的計程車司機

郭淑珍¹ 丁志音^{2,*} 陳怡君³

目標：本研究探索嚼食檳榔的計程車司機，如何思考所接收到的檳榔相關健康訊息。**方法：**研究者利用深度訪談的方式，自2003年1月至8月訪問了44位嚼檳榔的計程車司機。**結果：**本研究大部分受訪司機，都曾由不同管道接觸檳榔危害的相關訊息，但是對於檳榔的健康危害，卻有更寬廣的看法。有些司機會從個人的健康狀況、體質與基因、是否實踐某些健康生活方式、是否做好口腔清潔工作等因素，以為檳榔危害的整體考量。有些司機認為自己是檳榔「專家」，他們認為只有嚼檳榔的「量」過多，或是嚼「錯」檳榔才會產生健康危害。少數司機認為生活中危害健康的因素無所不在，或是有比「健康」更重要的事情，所以檳榔的健康危害不足為道。**結論：**嚼檳榔的計程車司機並非是無知者，需要更多、更好的檳榔危害知識。本研究訪談的司機將其所接收到檳榔相關訊息與其原本的健康知識、生活經驗相連，重新詮釋檳榔危害的訊息，並採取相關行動。公衛專家需由常民觀點思考健康訊息，才能與民眾對話，進一步達成改變的契機。(台灣衛誌 2005；24(3)：239-253)

關鍵詞：嚼檳榔、計程車司機、健康教育訊息、常民知識

前 言

長久以來，公共衛生領域相關專家為教育民眾付出相當的努力，其背後哲學是建立於如果民眾瞭解，並擁有充足的健康相關知識，大眾就不會再繼續從事有害健康的行為，所以政府衛生部門或是公共衛生專家常積極透過各種傳播管道作各種健康教育宣導。這種單向傳遞訊息的觀點，認為健康教育的成功與否，是在於能否說服、啟蒙「無知」或是「誤解」的大眾。這樣的健康教育的觀

點，是有一個預設，即醫學相關研究的訊息所代表的是「事實」，只要大眾接觸並瞭解專家所傳遞的訊息就會改變行為，獲得健康。

事實上，媒體傳播健康訊息並不是單向過程，接受健康訊息的大眾並非像個空的容器，大眾有可能主動的選擇、拒絕去吸收訊息的不同面向。也就是說大眾會依個人的日常生活經驗而產生不同的需要，再根據自己的需要，而以不同方式在媒介中吸收與重新建構健康訊息的意義[1]。例如Davison等在1991年以民族誌方式[2]，研究大眾對心臟血管疾病的預防行為。他們發現，民眾對心臟病的看法顯示出大眾自身健康理論的複雜性；其實大眾對於引起心臟血管疾病的許多概念，是與專家傳播的健康促進訊息有關，但是除此之外，民眾從其個人周圍的觀察或是其他方面的知識來源，也會對疾病產生一些理論、解釋與假設。他們會有「某一類型」的人才容易得心臟血管疾病，這些都可能

¹ 國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

² 國立台灣大學公共衛生學系

³ 台北醫學大學保健營養學系

* 通訊作者：丁志音

聯絡地址：台北市仁愛路一段一號

E-mail: chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

投稿日期：93年1月8日

接受日期：93年9月6日

支持、挑戰或懷疑專家所說，當然也因這些想法會對自身得病的風險產生評估，並採取自己認為「合適」的健康行為。

過去公衛專家似乎較忽略大眾在其所處的日常生活脈絡中，是如何去思考其接收到的健康訊息。其實大眾並不是被動接收訊息的群眾，大眾對於所接收到健康教育訊息如何思考，且如何與他們日常社會真實生活相對應，是值得公共衛生專業人員進一步深思。

近十幾年來，口腔癌已躍升為國人十大癌症之一[3]，許多臨床的觀察與研究，也證實嚼檳榔與口腔癌的發生是有高度相關[4-7]。這樣的結果，引起整體國家衛生醫療相關單位的重視；尤其近十年來「檳榔議題」不只是衛教上的宣傳與介入焦點[8-12]，也成為國家衛生單位的研究重點[7]。經過這幾年公共衛生專業人員研究與衛教宣傳、介入的努力，檳榔嚼食率雖漸漸降低，但是卻仍有一百二十萬的人口還在嚼食檳榔[13]，在葛梅貞等[14]對於檳榔訊息傳播管道與嚼檳榔行為之關係的研究發現，雖然透過不同傳播管道在改變檳榔知識、態度與行為有其效果，但是成效仍有限，顯見進一步瞭解嚼食檳榔者對於檳榔危害訊息的看法是非常重要。

過去許多檳榔的研究都指出，男性、從事體力勞動工作者，較會去嚼食檳榔[13, 15]。其中在體力勞動工作上，卡車司機與計程車司機嚼食檳榔的機率較大[16]，由於卡車司機或計程車司機的工作性質較單調與無聊，工作時間通常較長，嚼食檳榔常成為大多數司機因應其特殊工作生活所需。從前述過去有關健康傳播直線式的取向，較忽略接收健康訊息者在其生活社會脈絡中，是如何評價健康專家傳遞的知識，本研究嘗試以嚼食檳榔的計程車司機為研究對象，利用深度訪談的方法，探索嚼食檳榔的計程車司機是如何思考所接收到各種有關檳榔的健康訊息，進一步期待健康專家可以對大眾生活知識有更多探究，而能依據大眾的生活知識經驗，未來和大眾一起建構相關健康知識。

材料與方法

為了瞭解嚼食檳榔的計程車司機在其所處的日常生活脈絡下，如何思考所接收到各種有關「檳榔危害」的訊息，本研究採用深度訪談方法，去探索嚼食檳榔的計程車司機對「檳榔危害」訊息的感覺、想法等。深度訪談是探究社會世界各種現象最常使用的方法，也被許多不同社會學科研究者使用[17]。其目的是為了瞭解受訪者對其生活與經驗世界的解釋，而且是用他們自己的語言表達；重點不在研究者的觀點，而是在尋求受訪者的說法，且高度重視他(她)的觀點。本研究進行的時間是從民國92年1月至8月。研究對象是透過曾經開計程車10年的朋友(以下稱為報導人，informant)介紹，對有嚼食檳榔的計程車司機進行訪問，由於本研究是採質性訪談，質性研究最重要是在資訊「深度」的豐富內涵，而並非如量化研究以能代表人口並推論到人口母全體的樣本為抽樣原則[18]，所以本研究雖因報導人的關係，所接觸的司機有某種同質性，但並不影響本研究探索的相關議題。本研究參與對象全部由研究者親自進行訪談，一共訪問了44位嚼食檳榔的計程車司機。其中有3位計程車司機不願意錄音，有41位司機願意接受錄音。

研究資料的收集是在計程車司機排班點或是休息處進行，由報導人的陪伴，如果遇到嚼食檳榔的司機是報導人的朋友，通常在其介紹後，研究者再自我介紹和仔細說明下，都可以順利進行訪問。如果不是報導人所認識的司機，則報導人會先與嚼食檳榔司機閒聊一會，再探詢其意願，待其有意願，研究者會再進一步自我介紹與仔細說明研究目的。除了對6位司機的訪談是在其堅持下於其計程車裡面單獨進行訪問外，其他38位受訪者是在開放空間接受研究者訪問，此時大多有其他計程車司機在旁，減少了受訪者與研究者的陌生感，並增加了受訪者與研究者的互動與對談。

由於本研究主要是想瞭解嚼食檳榔的計程車司機，如何思考其所接收到的「檳榔危害」訊息，故對於健康訊息來源並未限定特定的

傳播管道。訪談大綱中與本研究問題有關包括有：「您是否曾接觸過有關嚼檳榔有害健康的訊息」，「您對這樣的訊息看法如何」，本研究有關「檳榔訊息」主要是指國家(衛生署)透過各種管道積極地宣導檳榔之危害，主要分成兩大重點：「嚼檳榔易導致口腔癌」與「口腔惡習ABC，致癌危險一二三」，A是指酒精，B是指檳榔，C是指抽菸[19]。本研究是針對「嚼檳榔易得口腔癌」此訊息進行深入討論。訪談內容如果有錄音，由研究者打成逐字稿，對於3位不願錄音的計程車司機，在訪談當時，研究者有文字紀錄摘要，訪談結束後，立即再重新仔細整理。

訪談內容的分析是研究者逐句檢視訪談錄音的逐字稿與文字記錄，找出有關之概念，並加以編碼，同時仔細檢視概念內的結構，將特性相似的概念併為同一範疇，在檢視範疇之間的關係，形成與研究相關的主題。

受訪對象之社會人口特質

本研究一共訪問44位嚼檳榔的計程車司機，全部皆為男性；在年齡分佈上，以40至49歲為最多，有23位；不清楚其年齡有1位。在學歷方面，國中畢業以及以上者佔多數，共有27位，不清楚的有2位。在婚姻狀況方面，已婚的為最多，一共有25位，不清楚的有1位。此外，這些司機嚼檳榔的年數有20年以上者約34人，而嚼檳榔少於10年的只有2位；這些受訪的司機有一半(22位)開計程車超過10年，有6位司機是以開計程車為副業，有一位司機剛退休(見表一)。

結 果

接收相關檳榔訊息狀況

本研究受訪的44位嚼檳榔計程車司機中，除了3位表示沒有在注意、關心「檳榔危害」訊息外，其他都有接觸過衛生署宣導的相關檳榔健康訊息。接收訊息的管道包括有電視、報章雜誌、親友、廣播、醫院或是牙醫診所的海報與衛教單張等，少數司機所得的訊息是由醫護衛生人員面對面仔細說明。顯

見對於受訪的司機而言，接觸有關「檳榔危害」的訊息是相當普遍的。

雖然有少部分受訪的司機表示，剛開始接收到「檳榔危害」訊息，會因「恐懼」而有幾天減少嚼食檳榔的量。但是對大部分嚼檳榔的計程車司機而言，不論其從什麼樣的管道接收到「嚼檳榔有害健康」的訊息，長久而言，幾乎所有受訪的司機並未因接觸相關檳榔危害訊息而決定戒除檳榔，但只有一位司機(D25)例外；他曾經因牙痛到牙科診所治療，牙醫師發現他有嚼檳榔後，非常仔細跟他說明嚼檳榔的後果，並輔以嚼檳榔造成口腔病變的照片。此司機對研究者說：「我看那照片，好恐怖，好恐怖，我看到那照片，檳榔就不敢吃了」。目前他暫時戒除檳榔，不過，他也告訴研究者，也許過一段時間後，他可能會再度嚼食檳榔。

一、常民的多重病因看法

對大部分嚼檳榔的受訪計程車司機而言，雖然曾透過不同的傳播管道接觸「檳榔危害」的訊息，然而他們大多並不以為單單「嚼檳榔」的行為就「一定」會引起口腔健康問題，而是認為還需考量其他因素的影響，因此有更寬廣的看法。包括：個人自身健康狀況、個人體質與基因影響、是否實踐某些健康生活方式、是不是有徹底做好清潔口腔的工作等因素來做整體考量。換句話說，他們認為嚼檳榔所引起的健康問題是多重因素作用之下產生的，並非是「單一」嚼檳榔因素而造成。以下就司機認為的重要影響因素，分別敘述之。

(一) 個人疾病的影響

嚼檳榔的人時常會因檳榔嚼塊與口腔黏膜的接觸，而有小傷口的產生，這些小傷口大多會自動癒合。但是，有司機認為如果本身有疾病，有些疾病(例如糖尿病)不但會影響這些小傷口的癒合，更會「促使」口腔傷口的惡化、潰爛，甚至可能引起口腔病變。像D2就談道：

「他那個本身就是，那是因為他本身就壞很多，才會這樣，才會一爛就開始不可收拾，

表一 受訪計程車司機的社會人口特質

編號	年齡	教育	婚姻	嚼檳榔年數	開計程車年數	編號	年齡	教育	婚姻	嚼檳榔年數	開計程車年數
D1	51	國中肄業	未婚	30多年	20多年	D23	37	國中	已婚	24年	15年
D2	51	小四	未婚	36年	30年	D24	67	不清楚	已婚	34年	32年 ^b
D3	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	D25	48	高中	離婚	20多年 ^a	20年
D4	40	國中	喪偶	30多年	6、7年	D26	47	國中肄業	已婚	8年	15年
D5	50	國小	已婚	30年	25年	D27	53	國小	離婚	30多年	35年
D6	42	國一	未婚	近30年	11年	D28	48	大學	離婚	30年	1年多
D7	34	國小	已婚	20年	兼職	D29	43	高中	同居	25年	17多年
D8	40	國中	離婚	18年	18年	D30	45	高中	已婚	10多年	6、7年
D9	50	國小	未婚	30年	20年	D31	43	專科肄業	已婚	20多年	6、7年
D10	55	國小	已婚	37年	19年	D32	47	高中	離婚	25年	不清楚
D11	46	專科	已婚	10多年	6、7年	D33	40	高中	已婚	30年	兼職
D12	41	國中	未婚	25年	9年	D34	41	高中	已婚	20多年	10多年
D13	60	高中	已婚	10年	10年	D35	43	高中肄業	未婚	20年	18年
D14	47	高中	已婚	30多年	兼職	D36	50	專科	已婚	20多年	5年
D15	39	高中	已婚	20多年	7、8年	D37	50	國小	已婚	10多年	10多年
D16	41	國二	離婚	23年	10年	D38	35	高中肄業	同居	20年	6、7年
D17	62	國中	已婚	30多年	10年	D39	53	小學	已婚	30年	11年
D18	54	國一	已婚	20多年	6、7年	D40	44	高中	已婚	20多年	15年
D19	40	國中	未婚	35年	兼職	D41	41	國中	已婚	25年	15年
D20	58	小一	已婚	40年	兼職	D42	38	專科	已婚	15年	2年
D21	40	高中	已婚	3年	4、5年	D43	41	高中	離婚	24年	10多年
D22	33	專科	未婚	15年	4、5年	D44	48	高中	已婚	30多年	兼職

^a：D25目前戒除檳榔(超過6月)^b：D24剛剛從計程車行業退休

並不是嚼檳榔」

他進一步以其朋友為例子說道：

「我朋友就是這樣，他跟我一樣多歲，他就是本身有糖尿病，吃檳榔嘴巴破，嘴巴破結果就口腔癌，嘴巴爛掉，不會好，就死了，才半年，就是一直爛，爛到爆破」

另一位司機D29也同樣認為如果個人本身有其他疾病，必須注意「保養」，否則得到重大疾病的機會就會增加，所以為了「防止」得到「口腔癌」就應該戒除檳榔。他也以朋友當成例子談道：

「我那個朋友，他本來也是吃上癮，他後來也說算了就戒了，也是不吃了，……因為他本身有B型肝炎，所以本身就要保養一點，你本身有帶這種病，B型肝炎這種症狀，最好是不要再吃檳榔，這個，相對的他得到那種重大病的機會比較高，得到口腔癌機會就會

比較高，後來他戒掉了，如果沒有這些，應該是不會。」

這些司機認為並非「嚼檳榔」引起健康危害，而是檳榔會「促使」原本的疾病對身體健康的傷害。換句話說，這些司機認為如果本身沒有這些「慢性疾病」，嚼檳榔應該不致引起健康問題。

(二) 個人體質與基因的影響

有些司機雖然同意「嚼檳榔會導致口腔癌」，但是在生活中的觀察經驗發現，不是每個嚼檳榔的人都會得口腔癌，而且是否會得「口腔癌」也和嚼檳榔嚼的「量」無關，所以對這些司機而言，「嚼檳榔」是否會得「口腔癌」變成是個人體質是否「配合」有關，像D44說：

「我認為會致癌，應該是他的體質本身，本身體質佔大部分，我有很多朋友也是因為口腔

癌過世，(他們是吃檳榔嗎？)(他點點頭)但是他們的體質本身也有問題，但是他們也有吃檳榔，但是他們不是屬於那種吃得很嚴重的那種，有的吃得很嚴重的，整天嚼不停，他就不會去得，對不對？所以我是感覺是體質的問題，所以我都常跟他們說要得癌症也不是這麼簡單，對不對？也要你的體質剛好要有辦法配合，不然你想要得哪有這麼簡單就得？」

同樣的，D10雖然覺得醫學研究報告有其道理，但因為在其生活周遭嚼檳榔的朋友非常多，而觀察到得口腔癌的人卻很少，所以他也認為會得病的人應該與個人體質及抵抗力有關。他談到：

「醫學上說會，但是我認識的吃檳榔的人到現在，如果得口腔癌的是少數或是異類，……本身他自己抵抗力不夠，他本身體力體質，你說會得癌症，也是體質的關係。」

有些司機認為只要所嚼檳榔的「量」能夠去「適應」「適合」體質，就不會「得病」，例如D32以報紙電視報導某些長壽的老人為例：「我覺得天下沒有一種絕對的，……，衛生署說這些不好，但是他們有人活到八、九十歲，……有啊！報紙電視不是有時也有講，他們很多也是從少年開始抽菸、咬檳榔，咬到嘴唇紅紅的，他個人體質，他覺得，這樣剛好適合，超過的時候，就不好，就一定不好，你要適應你的體質，太多你一定會醉，就是這樣。」

D33因為曾住在花蓮一段時間，看到當地原住民嚼檳榔雖非常普遍，卻沒有每個嚼檳榔的人都得口腔癌，他認為：

「我跟你說每個人的體質不同，個人的病變，抵抗力抵抗力比較弱，你說以前我們住花蓮，花蓮的原住民，那從小孩咬到老，那他們不就早都得到口腔癌都死光了，……，活到百歲很多，那真的是在個人的體質，以及他本身的抵抗力，……，那個我們不知道，我們不瞭解，但是那是個人的體質不同。」

除了認為是體質因素的影響，和「體質論」相似的論述還有「基因論」。有的司機會特別強調個人「基因」與「癌症」的關係，此時談

論的不只是「口腔癌」，也包括其他的癌症。像D29以其朋友的家人為例子，雖是同一家人，有人健康習慣很好卻得到癌症，有人健康習慣不好卻沒有得癌症，這樣的對比結果，來「證實」與「強化」他的「基因論」的說法，他提道：

「有的人就有癌症有基因，不是說嚼檳榔，就是說任何東西，有的人，譬如說他不嚼檳榔不吸菸，對不對，他自己本身有遺傳，他父母有這種基因，對不對，他也是相對也比較高，對不對，像我朋友的弟弟他不抽菸不喝酒，對不對，他還不是得大腸癌，死掉，對啊！他三十幾歲而已，反而他那些哥哥們，有抽菸有嚼檳榔，都沒有怎麼樣，對不對，所以他剛好有這基因，有遺傳到比較強的時候，他就是說，沒辦法，對不對，所以這跟嚼檳榔其實沒有一點點關係，你懂不懂？！」

這些司機為了解釋日常生活觀察與專家所說的存有「矛盾」，就只能以「體質」或「基因」，或是嚼檳榔的量是否有「適應」、「適合」個人的「體質」，來解釋說明為什麼「某些人」嚼檳榔會得病，而其他有嚼檳榔的人卻「不會得病」。

(三) 生活方式

由於日常生活中到處都有「健康促進」的訊息，使得大眾逐漸認知與警覺到要健康，需要透過個人的努力。換句話說，如果人們有去「作」一些促進健康的行為，他們就會更健康。本研究許多司機也認為對於「嚼檳榔」的人，有一些好的健康生活方式是非常重要的；這些生活方式中他們最看重的是充足的睡眠與適當的運動。認為它們各自經由不同的機轉來決定嚼檳榔是否會得「口腔癌」。

1. 睡眠

有司機認為睡眠不足導致牙齦浮腫，此時如果又嚼檳榔，則會促進、強化對口腔的傷害，像D36以其朋友為例說道：

「依我的看法，當然吃檳榔與口腔癌是有關係，但是以我自己與周遭朋友的情形，我有一個朋友得口腔癌，他有吃檳榔，實際上，問題最大，我覺得是，因為他有一段時間都賭博，睡眠不足，又一直吃檳榔，就是睡眠

不足，最重要就是睡眠不足，因為你睡眠不足牙齒會浮，對不對，牙齦會浮，你又去咬檳榔，這個當然會得到口腔癌，對不對，這個機率比較大，你如果純粹說，你有吃有睡，你吃檳榔，以我的感覺，這個機率不大，真正得到口腔癌的機率不大。」

同樣的，D28也非常看重「睡眠」。他認為「嚼檳榔會得口腔癌」的機制，是透過忽略睡眠導致身體「免疫力降低」而來的。為了強調他的觀點，他也以其兩位好朋友為例子，他說：

「就是睡眠不足，第一睡眠不足，第二，我們如果睡眠不足，我們的免疫系統就減輕，體力就比較沒有，體力沒的時候，我們檳榔吃一吃，那個絲會刺，（他比了靠嘴唇的黏膜），它刺在這裡，你沒有感覺，你感覺不要理它，……結果有一個傷口，……結果他免疫系統沒有了。變癌症，變癌症，……，等他發現，嚴重了去看醫師檢查，不是第一期就是第二期，這是我親身，我很好的朋友，最近死兩個，……依我所瞭解，我們每天在一起，我瞭解他的生活方式，……睡眠不足，會產生癌症，……我研究出來，大部分是，第一睡眠不足，睡眠不足，你的體力就沒有了，免疫力就沒有了，……」

而他也強調自己每天一定睡滿「八、九個小時」，「精神充足」後才會開始工作。他認為自己因為有充足的睡眠，雖有嚼檳榔，卻不會像他的朋友一樣得病。

2. 運動

有的司機覺得「勞動」、「運動」非常重要，因為固定的運動可以消減檳榔對口腔的負面效果，例如D34談到

「從早上吃檳榔到晚上快要睡覺，他沒有怎樣，他也沒有口腔癌，……基本上來說，可以認同的是，比較有在勞動的人和沒有勞動的人，同樣吃檳榔，他們產生的效果一定不同，他們產生對人體的正面和負面的效果一定不同，負面的就是說沒有運動的人，吃檳榔的人比較不好，效果比較不好，……運動是最重要的。」

曾經是成衣工廠的老闆D30也一星期至少有三固定運動，所以也不擔心嚼檳榔對口腔的傷害。他說：

「不知道，報導都是這樣報，吃檳榔吸菸會得口腔癌，……我的感覺，怎麼說，一半一半，……就像說也是很多人吃，也是沒有得啊！……怎麼講，我比較注意保健，我都有在運動，所以，我吃這個這些我不會怕說去得到口腔癌什麼的，……運動，……有，我有固定的運動，……晨泳，你一定要運動，……一定要讓身體動一下」

由於這些司機透過日常生活觀察，認為實踐某些「健康促進」行為非常重要，使得他們的觀念中會有「某一類型」的人，即嚼檳榔又有「不好」的生活方式者才會得「口腔癌」；這種解釋機制幫助他們評價自身的風險，發展一些「適當」的健康行為策略，像是充足睡眠或適當的運動，所以他們並不「害怕」嚼檳榔會得到口腔癌。

(四) 口腔衛生習慣

保持「口腔衛生」，一直是牙醫界推行牙科公共衛生的重點工作。有趣的是，有司機認為並不是因為「嚼檳榔」引起口腔癌，而是個人口腔衛生才是造成口腔疾病的重要因素。這些司機除了強調早晚一定會刷牙外，還會特別注重嚼完檳榔後口腔的清理工作。這是因為他們認為當口腔衛生不好，口腔就會有較多的「細菌」，像D41認為：

「吃檳榔人家說會得口腔癌，那是，有啦！是有這樣，我有朋友，那個死了，那個現在死了，因為他吃檳榔吃很多，得口腔癌死掉，我聽人家說他死了，口腔癌不一定是吃檳榔得的，……，自己算說衛生不好，衛生不好自己得的，不一定，對那個口腔的衛生，對那個刷牙，什麼的，漱口，他不會去注重這個，……所以他吃東西都，都亂吃，口腔衛生比較不好，細菌比較多，要得口腔癌，他的機會比較多。」

他繼續以自己為例子說道：

「像我吃吃，我晚上回家絕對一定還會洗嘴，不然有那個檳榔渣，檳榔渣會插在嘴裡，因為檳榔渣如果塞在嘴裡，你如果沒有把它弄

走，它會，它會稍微腐化，會變臭，這樣，會這樣，口腔癌，就會來了，所以要洗掉，我回去洗掉，固定去洗掉。」

D5認為檳榔中的石灰會磨損口腔黏膜，所以認為不只是睡覺以前要好好刷牙，而且要把這些會傷害口腔黏膜的東西徹底的清除掉，他說：

「回去要洗洗，……對，回去要刷牙，睡覺以前，……洗一下，那這個都要刷一刷，把檳榔的石灰從那個(指口的黏膜)刷出來……對！旁邊這些，因為那個石灰可能附在這裡，在旁邊，它會去弄這嘴巴(指黏膜)，會磨損，我們就要慢慢刷出來，上面下面左邊右邊後面，慢慢，這樣嘴巴比較乾淨。」

D22以及D34也同樣認為口腔的基本衛生習慣非常重要，如果環境允許，嚼完檳榔一定馬上漱口、或刷牙。例如，D22在休息處接受訪談時，剛好在嚼檳榔，一嚼完檳榔馬上起身漱口。另一司機D34也同樣談道：

「其實我個人的感覺這檳榔，當然，這報告說對口腔有直接的影響，但是口腔的衛生，並不是只有檳榔的問題，例如來說，最基本的你要勤刷牙，或者漱口，這是最基本的，難道說沒有吃檳榔的就沒有口腔癌嗎？也是有這種例子啊！這就是口腔的衛生，口腔保持衛生是最重要的」

其實保持「清潔」、「衛生」，一直是公共衛生強調的重要的概念，而這些司機也將這樣的觀念應用於「嚼檳榔」是否產生「口腔癌」，形成「另類」的觀點。

二、常民「檳榔專家」對嚼檳榔的看法

除了上述多重因素的影響外，即使單以「嚼檳榔」行為會產生健康危害來看，許多司機認為必需考量是嚼多少「量」的檳榔與嚼「什麼樣」的檳榔。由於本研究中大部分受訪司機嚼檳榔的「歷史」都超過二十年以上，有司機甚至覺得這麼長的歷史，足以使他們成為這方面的「專家」。他們覺得自己是實地去研究、瞭解檳榔的性質與製作過程，所以他們知道該嚼「多少量」、嚼「怎麼樣的檳榔」來確保他們的健康。只有在檳榔嚼的「量」太多，

或嚼「錯」檳榔才會產生健康危害。

(一) 劑量與反應的關係

例如，有的司機認為嚼檳榔之所以會引起健康問題，主要是因為「天天吃」，並不是檳榔本身的問題。D1提到：

「我告訴你吃檳榔會得口腔癌那是沒得說，但是那個是說吃很多的人，像我這個吃很少，又不是天天吃怎麼會得口腔癌，那是吃多的人，才會得口腔癌。」

D3也說道：

「那是每天吃的人，就像剛剛那個(指一位嚼檳榔很多的司機)，就是為什麼會害人，他吃很多，檳榔會害人是為什麼，是吃太多，我跟你說其實本身檳榔那個汁是不會害人」

D11以朋友的朋友得口腔癌為例子，認為會得病是因為每天嚼「四、五百元」，相對的，自己嚼得量很少，對檳榔是「可有可無」，並未「天天嚼檳榔」，他說：

「這個醫學報告，這個報章雜誌都有說在說，像我朋友的朋友得口腔癌，他一天吃，吃到了四、五百元……，吃到後面，變成口腔癌，嘴巴打不開，但是，我沒有，我一天吃的量少，量也少，有時吞幾粒，朋友給的，可有可無，我甚至一星期也沒有每天買，禮拜天，最近兩個禮拜休息一次，沒開車就沒吃，開白天時我也沒吃，」

D15認為要保健就是每樣東西都要「適可而止」，檳榔當然也不例外，

「醫師的建議，我當然說好，他是為我們好，我們本身，醫師講的也沒有錯，……，他把嚴重性跟你講，……，他跟我講，我覺得很有道理，……，他當然說這個檳榔千萬不要，少吃，多吃會得口腔癌，他當然都會跟你講，吃這個檳榔我們知道，你本身，人家都說要保健，對不對？每個東西都一樣，每個東西都適可而止，酒也一樣，喝多了會傷身，偶而喝一下，喝少對身體好，幫助血液循環，檳榔這東西，冬天的時候，你很冷，吃一點下去，身體會熱起來，就是要適可而止。」

D24認為嚼檳榔「節制」很重要，他說：

「那個電視常在播，怎麼沒有看過，我感覺那是，那樣做很好，但是主要是我們不要吃那麼多就好了，就像菸一樣，菸酒公賣局也叫我們不要吃過量(指香菸上的警語)，不要吃太多檳榔，個人心裡有數，要自己節制。吃剛好就好。」

換句話說，D24認為會得口腔癌的人，是因為「吃很重」，他繼續說道：

「如果是那個口腔癌，那他一定是吃得很重，吃得很重，那可以說二十四小時，都是在吃檳榔，吃很重的人才會，一般的人，吃較少，不會的，依我看來，我的朋友大家也吃得不多，也沒有得，也沒有聽過。」

這些司機認為檳榔之所以會造成危害，是因為「量」的問題，甚至有司機將嚼檳榔與「喝適量的酒有益健康」互相對照，來強調檳榔的「量」對健康的影響。也就是說他們認為嚼檳榔的量有一個安全「閥值」，只要不超過，就不會產生健康問題。

(二) 要嚼「對」檳榔

台灣檳榔攤普遍在賣的檳榔大致可分為兩類(還有其他因地區而有不同的類型，此處是以常見的作法作為分類)，一類為檳榔子剖半，抹上紅灰，中間夾有一顆荖花，一般嚼檳榔的人都稱為「紅灰」或是「青仔」；另一種是檳榔子裹上抹有白灰的葉子(荖葉)，一般俗稱「包葉子」。嚼檳榔的司機認為這兩類檳榔，因為製作過程與所加配料(指除了純粹的檳榔子外的東西)的不同，對健康會有不同的影響。他們雖然認同接收到的「檳榔危害」訊息，但是認為還需要考量到嚼「哪一類」的檳榔，因為並不是所有的檳榔都會傷害健康。他們看重的是檳榔的製作過程，與檳榔子所加的「配料」，以下分述之。

1. 檳榔的製作過程：檳榔子的漂白

「青仔」或「紅灰」的檳榔因為有剖半，為了保持檳榔子的外觀白淨，一般都會經過藥水處理。對於許多有嚼檳榔的司機而言，他們認為這個過程才是導致危害身體健康的「關鍵」。例如，D4談到需要「吃對」檳榔：

「這廣告我們都看過，不是這樣啦！你吃要吃對，不要吃錯。……我跟你說，吃檳榔吃錯

會得口腔癌，吃對不會，吃青仔，你吃青仔一定會得口腔癌，吃葉子這樣吃保證就不會，台灣原先就是這樣，人家研究的，紅灰這個，我跟你講青仔從這裡剪開(指從中間)剪開、剖半，它就必須放在漂白水裡面，把那個色漂掉，第一個就不能把漂白的弄乾淨。還有殘留在上面。我請問你漂白水吃多了，你會不會得病，喔！你想要吃，你就要去趕快去瞭解啊！你不可以麻木吃，跟人家吃，吃錯了要你的命，吃對了就沒有關係」

同樣的，D22也說道：

「因為紅灰的檳榔都有用漂白水洗，……我們有看到賣檳榔的人在弄，就問他，……平常漂白水一點點，我們手去碰，手就受到傷害，何況吃進去，對人的傷害，當然會得口腔癌」

D22進一步提醒健康專家應該仔細去研究檳榔的「製作」過程，而不是一昧的只會叫大家不要「嚼檳榔」。

D31也提醒研究者，注意每家檳榔攤旁都有一桶水浸泡著檳榔，他說：

「葉子比較不會，……還有，就是現在檳榔為了保鮮，他都會，都會放一些防腐劑，或是漂白水，這個絕對有，你吃這個就比較不好，……而且他放的量，你看他們浸，你注意看注意看他們檳榔攤，他們旁邊有一個水桶，檳榔都放在哪，那個就是在浸藥」

D43也強調嚼「青仔」檳榔是「自找麻煩」，他說：

「因為青仔，他有，藥泡，他切好，用藥，漂白水去泡，那無形中你就，漂白水，你說，說句難聽一點，漂白水是化學物質，很嚴重的，你吃東西，你弄漂白水，你自找麻煩，就是說，叫你吃，就乾脆不要吃，如果要吃，就吃葉子」

2. 檳榔的「配料」：荖花

除了「青仔」的檳榔子有漂白水的危害外，「青仔」裡面夾有荖花也是另一個危害來源。這是因為過去幾年對於檳榔與配料有許多的研究[5,20]，也不斷在報章雜誌上刊登，許多司機提到他們經由報章、雜誌或同事而

接收到這樣的訊息。例如，D5說道：

「我聽好多人好多人說，好多吃檳榔的同事說的，有些同事也得到口腔癌，他們吃青仔，大部分，青仔主要裡面很「毒」，因為青仔裡面那塊，那個，一點一點，那塊有那個毒素」

同樣的，D32也因看報紙與聽朋友說而認為老花「不好」，他談到：

「就像報紙上說，人家說，紅灰那種，老花，那一顆，你知道的，說那種，會比較，會說那種比較不好，……朋友，在我印象中，有朋友說的，有一段時間，怎麼說？有人在說，這個比較不好，有時也有看報紙，報紙也有說這種會比較會致癌」

甚至有司機，像D15雖然是嚼「加紅灰」的「青仔」，但是他有時會把所加的老花拿掉，以避免老花的毒性。

3. 檳榔的配料：紅灰

「青仔」的檳榔，除了需要漂白水處理與夾有老花外，有司機認為「青仔」所抹的紅灰，也因成分不單純會影響健康，例如，D27說：

「後來那些廣告說什麼口腔癌，什麼的，我在想，可能是吃青子，因為葉子是很單純，檳榔說起來，說起來也是一種中藥，他的葉子，抹灰，也沒什麼，紅灰，可能賣的人亂弄，他只要口味好就好了，他才不管你加了什麼，不理你什麼的，好賣就好，但是葉子就比較單純，就是白灰、葉子、檳榔三樣而已，……也沒有真的吃檳榔會有癌症什麼，吃正統的，不要吃『偏的』，青仔那種就是『偏的』，他帶著紅灰，裡面不知用什麼製造，這種比較恐怖，你如果吃純的，屬於自然的，我想應該是沒什麼關係。」

同樣的，嚼檳榔的歷史已達36年的D2，認為自己嚼檳榔已經是「專門」「內行」的，他也說：

「因為白灰比較沒有亂摻東西，石灰而已，比較單純，比較沒有亂摻東西，因為石灰這個只是加酒攪一攪，……，怎麼會不知道，我這個咬，我是專門的，我是內行的，我也吃到內行了，不要說什麼？！紅灰都有亂摻東

西，就是有亂摻東西才會變成紅灰，有那個顏色，我們不知道他摻了什麼東西，他摻了一堆東西就變成那種顏色」

所以對這些司機而言，他們認為自己並非「盲目」的嚼檳榔，而是從日常生活中去觀察體驗、瞭解各種檳榔的製作過程與配料，進一步去思考對健康的影響，甚至還會提到「原住民」傳統上原本是嚼怎麼樣的檳榔，以強化他們的觀點。像D29提到：

「青仔紅灰裡面還有老花，那種致癌物比較高，譬如說原住民在吃，也是都是吃比較屬於葉子這類，自己弄的，原住民也是有長壽，……對啊！有的人愛吃紅灰，紅灰不好，白灰比較好，」

而D30除了與D29一樣都提到原住民所嚼的檳榔，更以「中醫師」專家的看法來強化是檳榔的「配料」有致癌的成分，並非「檳榔」本身，他說：

「看很多，但是那是說青仔比較會得癌症，一般外面的人都是這樣說的，包括一些中醫師也是這樣說，……只吃檳榔，你看一些原住民，他們也吃得很好，也是說活得長命百歲，原住民有的從小就吃，他們吃的習慣和我們比較不同，……，原住民吃是吃裡面那個檳榔」

這些「檳榔專家」司機強調嚼「對」檳榔的重要性。所謂「對」的檳榔就是比較「沒有加工」、「比較天然」的檳榔，例如，不要嚼有「浸泡藥水」處理過的檳榔，或是配料中的紅灰成分因過於複雜可能有害健康，還有配料中的老花有「毒性」，也必須避免。這就如同我們對於健康飲食的強調一樣：「自然」「不要太多調味料」；這些司機也是這樣看待與區分「對」的檳榔與「錯」的檳榔，他們會強調抹上白灰的老葉包上檳榔，是原住民原先嚼檳榔的方式。換句話說，這種抹上白灰的老葉包上檳榔子是較「好」、較「自然」與「單純」的檳榔；而這樣的看法在這些嚼檳榔的司機中，也幾乎形成一套「共享」的知識系統。

三、檳榔危害算什麼？！

對某些司機而言，檳榔的危害並沒有被

否認，甚至已看成是真實生活的一部份，但是生活中有太多的健康危害，或是有比「健康」更重要的事情，相對上，檳榔的危害就顯得不重要。

(一) 環境觀VS.個人健康行為

有司機是從整體社會環境危害健康的因素去考量，他們認為平常日常生活中讓人們生病的因素幾乎無所不在，比較起來嚼檳榔引起的身體危害並不是很高，所以也不需要太在意。例如D38說道：

「有啊！那個(指勸人不要嚼檳榔的廣告)從小看到大，……，可是問題是，當你沾到這個東西的時候，對身體不好的東西並不是只有檳榔啊！包括我們走在馬路上，那汽車排放的黑煙，空氣，公害一大堆，包括我們飲用的水都有受到污染，會覺得說比起來那個檳榔或然率沒有那麼高。」

同樣的D35也認為：

「要怎麼說，話說回來，你今天在台灣，哪一樣不會讓你生病，空氣空氣不好，吃的東西，也很多化學藥品，味精，一大堆，農藥都會致癌，水也不好，也會致癌，你說哪一樣，你如果會怕檳榔，你在台灣沒有一樣東西你可以吃，就是這樣。」

(二)「窮人沒有顧健康」

除了上述許多司機對檳榔健康危害有不同的看法外，有少數的司機因擁有的經濟資源較少，即使有接觸這些「檳榔訊息」，卻對於檳榔所引起的健康問題並不是很在意。這是因為他們在實際生活中連「存活下去」都可能是問題時，「健康」就不再如此「重要」。

像D8是一位離婚的司機，原本在花蓮開計程車，因為花蓮的乘客漸漸減少，導致其生計上有問題，只好換到台北來開計程車。他說：

「想吃的人，人家台語有一句話『吃到死掉，還贏過死都沒有吃到』，……對啊！『吃到死掉，還贏過死都沒有吃到』，……我們的生命又沒有這麼寶貴，吃飯都有問題了，還想這些(哈哈)我們又不是那個很有價值的生命。」

同樣的，單身、曾經因出過重大車禍而休養六年，目前身體仍未完全恢復，也沒有與家人來往的D9，雖在台北開車，但為了節省房租費用，刻意在桃園郊區租房子，所以並沒有每天回到住處，常常是睡在車上，有需要才回去住所，以節省油費開銷。他說道：

「我感覺，沒有，對我來講沒有用，……那廣告你，沒有用……對啊！你說，他說嚼檳榔會減短壽命，管你的，我們只要現在精神好就好了，管你少幾分鐘，生命沒有差別，對我們來講沒有計算我們的生命，這生命的差別，又不像有錢人這樣寶貴，那如果大家都會計算生命差別，大家都會這樣，大家都怕死，大家都不嚼好了。……一個人要生存，對不對，只顧到沒有生意，趕快賺錢，養口飯吃，還顧得到健康嗎？窮人沒有顧健康！」

討 論

過去有關健康訊息傳播，常假定每個訊息接受者都有相同的需求與生活脈絡，卻忽略了訊息接收者的真實日常生活世界、民眾形成相關健康知識的結構性環境，以及他們會對接收到的訊息重新評價等。最近有研究發現民眾有時會反抗與忽略專家提供的健康訊息，顯現主流健康訊息傳播取向的限制[1]，如果專家開始願意仔細傾聽民眾的聲音，轉成雙向對話，是發展不同模式健康傳播的第一步。

本研究以檳榔健康訊息為例，深度訪談嚼檳榔的計程車司機對於這些訊息的看法。本研究企圖瞭解嚼食檳榔者的真正想法，從本研究中可以看到大部分嚼檳榔的司機並非否認「檳榔危害」的訊息，但是他們並不只是被動的接受訊息，而是會依據其日常生活脈絡的許多知識、經驗與觀察，重新評價並建構他們認為適當的「檳榔知識」。以下就針對本研究結果，分別作討論：

一、多重因素的不同作用機制

近年來，公共衛生認為癌症的發生是多重因素的作用，同樣的，本研究的司機對於

口腔癌的發生也提出多重歸因與多元的解釋。公共衛生教育強調的是戒除任何「不好」的健康行為，但是司機不一定會戒除專家認為「不好」的健康行為，這是因為對有些司機而言，檳榔是否會造成健康危害，是必須經過衡量自身狀況與其他相關健康行為所做的整體評估，而這些不同的因素各自經由不同的機制與嚼檳榔共同來影響健康。如果是有慢性疾病的人(如糖尿病、B型肝炎)會因嚼檳榔而「促使」原本疾病對身體的危害，此時就該「戒除檳榔」；如果本身的體質「適合」嚼檳榔，或是嚼檳榔的量與體質互相「適應」「適合」，則嚼檳榔並不會影響健康。

對健康領域專家而言，「嚼檳榔易得口腔癌」是經由臨床觀察、基礎科學研究與流病調查資料分析得來的，但是常民談論嚼檳榔與口腔癌的相關性，所使用的語言與專家是不同的，他們是根據其對生活世界觀察的知識。本研究司機們有關慢性疾病以及基因、體質對嚼檳榔者影響的生活經驗觀察，目前的醫學研究探討仍不多。常民有關這方面的觀點，其實是可以給予檳榔研究議題不同取向的探索，如此發展的健康教育訊息也更能較貼近民眾實際生活經驗。

此外，有些司機雖然非常重視健康，卻不會考慮戒除檳榔，這是因為他們認為只要有去從事好的、重要的「健康生活方式」，就足以「補償」嚼檳榔所造成的健康傷害；這就如同Xu[21]的研究發現許多人去運動，是為了解補抽菸所造成的傷害，但是他們卻不會考慮戒菸是一樣的。

公共衛生界雖也使用「生活方式」這個名詞，其實它所指的是有限的健康相關行為，而這樣概念顯現的問題，不只是健康相關行為研究的範圍被窄化，也使得健康相關行為是被分開來檢查，較少注意到行為間的交互作用，更不太注意到正向與負向行為間的關係，當然就不能深入瞭解諸多行為是如何影響人們的健康[22]。對本研究的計程車司機而言，他們對於健康相關行為並非一個一個分開評估對健康的影響，而是將所有正向、負向行為一起做不同的加權評估，這部分是值得未來研究做更進一步深入的探討。

由於司機對於嚼檳榔是否引起「口腔癌」，有多重因素不同機制的觀點，公共衛生專家必須要捕捉到這些司機從其生活經驗中對其他因素作用的想法，才能瞭解這些司機如何考量「嚼檳榔」對健康的危害。如果專家仍未真正聆聽嚼檳榔者對檳榔的想法，只有強調「嚼檳榔的負面結果」，將嚼檳榔行為「問題化」，也只是讓嚼檳榔者對檳榔訊息產生抗拒或故意忽略，則改變他們的可能性就較小。

二、保持口腔清潔與「口腔癌」的關係

由於嚼檳榔與口腔癌發生有密切的關係[4-7]，而口腔癌一向也是牙科關注的問題，牙醫界也不斷推動許多相關「檳榔防制」的活動[3]。但是成效如何，卻有待進一步評估。從本研究中，有些司機認為嚼檳榔會產生口腔病變主要是因「口腔衛生」的疏忽，其實「口腔衛生」一直是牙醫界的重點衛生教育，如何將這樣的口腔「清潔」「衛生」看法，結合「嚼檳榔」引起「口腔的危害」，應用於牙科臨床的健康教育，值得牙醫界深思。

三、常民的健康知識

一般而言，人們常捕捉日常生活環境不同面向去建構自身的健康「知識」[23]。這些知識的建構形成是與個人所處的社會與文化的因素有關，同時也整合他們個人生理、心理的經驗層次，除了個人的經驗外，他們也會觀察其他人的經驗，參考這些人的解釋是否與他們一樣。本研究中的司機，除了自身的經驗外，也常透過日常生活中對其他嚼檳榔者的觀察，來「反駁」、「支持」或重新「詮釋」所收到的「檳榔危害」訊息。

由於過去檳榔一直被視為「藥用植物」，其功效非常多[24]，而這些司機的經驗中，檳榔對身體的確有一些正面效果。此外，這些司機生活中的觀察發現不是每個嚼檳榔的人都有「口腔癌」，或是嚼較多檳榔的人就容易得「口腔癌」，甚至某些極少的例子是「嚼檳榔」的老人卻活到很老，這種少數例子已形成許多司機共享的知識系統，也最常用來「反

對」專家的說法。當專家幾乎只強調嚼檳榔的「壞處」，卻與一般常民的知識、觀察與經驗不符合時，即使有再多的衛生教育資訊，成效都有限。如何針對這些司機的知識，形成另外的檳榔知識論述，是值得公共衛生人員深思。

四、誰才是檳榔「專家」？

常民對於專家的研究是否真正掌握檳榔配料、吃法以及製作過程是有些存疑的，這是因為有關檳榔致癌性機轉的研究，是以實驗室研究為主，主要是以檳榔子和其添加物的萃取物在動物身上做實驗，換句話說是與司機們平常生活中嚼檳榔的方式是不同的，因為實驗的萃取物濃度是比較高。

公共衛生有關檳榔健康教育訊息，是爲了告訴嚼檳榔的「民眾」檳榔對健康的傷害，但是，本研究大部分接受訪問的計程車司機，嚼檳榔的歷史大多超過二十年以上，有些司機甚至自認爲是「內行」、「檳榔專家」，對於檳榔與檳榔配料的特性非常清楚，也實地瞭解檳榔的製作過程。但是他們的知識卻被專家忽略，在形成健康促進知識中，公共衛生專業人員應重新思考下列幾個問題：「誰」的知識被認爲是合法的？爲什麼？健康促進知識爲了誰？健康促進知識爲了什麼？

由於許多健康促進的理論仍是以生物醫學模式爲主[25]，這樣的理論與人們有關身體及健康知識概念是有出入的，雖然我們常提到瞭解人們健康相關行爲的文化與社會脈絡非常重要，但是實際上所做有限。健康教育的發展並非爲了「專家」，而是爲了服務「民眾」，健康促進理論與知識必須立基於人們自身的經驗與生活脈絡，唯有與他們實際生活經驗有關，如此專家才能與民眾對話，進一步達成改變。

五、活下去比健康重要

公共衛生人員常認爲健康高過其他活動，以致民眾其他的需求與慾望都被低估，或是看成無關甚至是公共衛生目標的障礙而已。但是真實的生活中，對於某些幾乎沒有經濟資源的司機而言，改變行爲對健康的影

響並非是立即的效果，他們關注的是「存活」的壓力，「如何維持生計」對這些司機而言才是更重要、更迫切。

所以「檳榔危害健康」的資訊，對此群體而言就顯得非常不重要。這就如同Lawlor等[26]所提到的，戒菸的教育方案對於較沒有經濟資源的群體之所以會失敗，是因為弱勢群體主要的健康問題並非是抽菸，而是不良的工作環境與貧困的居住環境；所以對此群體而言，從戒菸獲得的好處不但不明顯，抽菸反而是提供他們面對此惡劣環境的抒解管道，當然他們也就比較沒有動機去考慮戒菸。同樣的，對於沒有太多經濟資源的司機而言，檳榔可以提振他們的精神以及暫時的放鬆，是否戒檳榔對他們的意義根本不大。

過去對低社會地位的人所做的「健康促進」或「健康教育」之所以成效有限，是因為忽略了一個人如果所處環境有關另類的選擇很少，也很少有機會作選擇，則通常較會依賴能夠節省其時間與能量的原先習慣，如果一個人有許多資源任他處置，而且負擔得起改變的成本，則能從事更多的選擇，也較有能可去改變行爲[27]。未來如果要對較低社經地位的民眾推動相關健康促進活動，必須將他們所處社會環境限制考慮到相關的健康促進活動中才是[28]。

六、小結

雖然已有許多研究指出一般人的健康概念與專家差很多[2,23]，但是公共衛生研究常將個人所經驗到的健康與疾病知識當成是人們的「信念」(belief)或是普通常識，這些意見大多只被看成「有趣」、「錯誤」、「不科學」、或是「迷思」而已[29]，如果專家仍以「客觀」的數字資料與「科學」「專業」的研究報告，來駁斥民眾的「主觀」、「個人經驗」的說法，使得衛生教育與民眾實際的生活經驗相關性不大時，則再多的衛生教育成效仍是有限。

目前公共衛生傳播相關「檳榔危害」的訊息，就像Freire[30]所說的是有知識的人(專家)傳授知識給予無知或有錯誤知識的人(大眾)，健康訊息轉移是單向流動的。但是從本研究看來，嚼檳榔的司機大多反抗這種單向

傳播式的公共衛生資訊，在深度訪談中發現，嚼檳榔的計程車司機是拒絕專家的單向優勢知識，取而代之的是展現他們如何理解相關訊息，以及將這些訊息整合至他們真實生活經驗中，並與他們原本的健康知識互相關連，最後重新修正嚼檳榔健康危害的資訊，並進一步採取相關行動。

此研究也顯示出從事有害健康的行為的民眾，並不是專家認為的是「無知者」，所以需要更多、更好的健康教育。公共衛生專家必須瞭解民眾形成健康知識的結構性條件，傳統上公共衛生方案只告訴民眾「禁止」某些不健康的行為以獲得健康，卻很少去探索如何對這些人提出行為改變實際有用的建議，而這些建議又如何符合他們日常生活的脈絡。近年來，有許多研究開始討論透過瞭解大眾的健康知識，進而使大眾參與健康促進知識的產生、傳播和使用的重要性[29,31-32]，期待藉由本研究對嚼檳榔計程車司機深度訪談的結果，公共衛生專家能真正思考傾聽民眾聲音的重要性，進一步才能有對話與改變的契機。

參考文獻

1. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med* 2003;**56**:449-64.
2. Davison C, Davey Smith G, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociol Health Illness* 1991;**13**:1-20.
3. 蔡鵬飛：台灣地區嚼食檳榔風俗近況與牙醫界的對策。韓良俊主編：檳榔的健康危害。台北：健康世界雜誌社，2000；46-52。
4. Ko YC, Huang YL, Lee CH, Chen MJ, Lin LM, Tsai CC. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J Oral Pathol Med* 1995;**24**:450-53.
5. 鄭景暉：檳榔嚼塊的化學致癌性質暨其防制：現況與未來。賴美淑主編(韓良俊召集人)：論壇健康促進與疾病預防委員會文獻回顧研析計畫：「檳榔與口腔癌」。台北：國家衛生研究院，2000。
6. 郭彥彬：嚼檳榔與口腔癌基因、抑癌基因的突變和表現。賴美淑主編(韓良俊召集人)：論壇健康促進與疾病預防委員會文獻回顧研析計畫：「檳榔與口腔

- 癌」。台北：國家衛生研究院，2000。
7. 韓良俊主編：檳榔的健康危害。台北：健康世界雜誌社，2000。
8. 行政院衛生署：衛生白皮書。台北：行政院衛生署，1993。
9. 行政院衛生署：中華民國公共衛生概況。台北：行政院衛生署，1996。
10. 李蘭、晏涵文、劉潔心、關學婉、季瑋珠、林瑞雄：嚼檳榔預防教育先驅研究(I)一國中生嚼檳榔現況及影響因素之初探。中華衛誌 1992；**11**：285-94。
11. 李蘭、劉潔心、晏涵文、陳麗鳳：嚼檳榔預防教育先驅研究(II)一國中生嚼檳榔預防教學實驗。中華衛誌 1992；**11**：295-303。
12. 李蘭、林慧宜、晏涵文：預防國中嚼檳榔之教育效果。醫學教育 1998；**2**：49-64。
13. 楊奕馨、陳鴻榮、曾筑瑄、謝天渝：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 2002；**18**：1-16。
14. 葛梅貞、李蘭、蕭朱杏：傳播管道與健康行為之關係研究：以嚼食檳榔為例。中華衛誌 1999；**18**：349-62。
15. Ko YC, Chiang TA, Chang SJ, Hsieh SF. Prevalence of betel quid chewing habit in Taiwan and related sociodemographic factors. *J Oral Pathol Med* 1992;**21**: 261-64.
16. 王淑貞：體力勞動工作與嚼食檳榔行為之研究：以嘉義縣市與雲林縣地區為例。嘉義：國立中正大學國際經濟研究所碩士論文，2001。
17. Rubin HJ, Rubin IS. *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. London: Sage, 1995.
18. 胡幼慧、姚美華：一些質性方法上的思考。胡幼慧主編：質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流圖書公司，1996；141-58。
19. 行政院衛生署：口腔檳榔癌。韓良俊主編：口腔檳榔癌。第七版。台北：中華民國防癌協會，2000。
20. 林易超、柯政全、謝天渝：檳榔及其添加物致突變性之研究。台灣口腔醫誌 2000；**16**：273-95。
21. Xu KT. Compensating behaviors, regret, and heterogeneity in the dynamics of smoking behavior. *Soc Sci Med* 2002;**54**:133-46.
22. Cockerham WC. The sociology of health behavior and health lifestyles. In: Bird C, Conrad, P, Fremont AM eds. *Handbook of Medical Sociology*. 5th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2000;159-72.
23. Mercado-Martinez FJ, Ramos-Herrera IM. Diabeted: The layperson's theories of causality. *Qualitative Health Res* 2002;**12**:792-806.
24. 楊瑪利：檳榔文化一文明與原始的矛盾。天下雜誌 1992；**128**：26-36。
25. Tannahill A. *Epidemiology and health promotion: a*

- common understanding. In: Bunton R, MacDonald G, eds. *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. London: Routledge, 1992;86-107.
26. Lawlor DA, Frankel S, Shaw M, Ebrahim S, Davey Smith G. Smoking and ill health: dose lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived population? *Am J Public Health* 2003; **93**:266-70.
27. Lindbladh E, Lyttkens CH. Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour. *Soc Sci Med* 2002; **55**:451-65.
28. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK, Emmons K. Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *Am J Publ Health* 2004; **94**:230-39.
29. Popay J, Williams G. Public health research and lay knowledge. *Soc Sci Med* 1996; **42**:759-68.
30. Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*. New York: The Continuum Publishing Corporation, 1986.
31. Eakin J, Robertson A, Poland B, Coburn D, Edwards R. Toward a critical social science perspective on health promotion research. *Health Promotion Inter* 1996; **11**: 157-65.
32. Milburn K. The importance of lay theorizing for health promotion research and practice. *Health Promotion Inter* 1996; **11**:41-6.

Lay perspectives of health education information: in-depth interviews with areca quid chewing taxi drivers

SHU-CHEN KUO¹, CHIH-YIN LEW-TING^{2*}, YI-CHUN CHEN³

Objectives: This study examined areca quid chewing taxi drivers' perspectives of areca quid related health information. **Methods:** Accompanied by an ex-taxi driver, the author visited one taxi driver for each interview at drivers' rest areas or waiting lines in Taipei. The interview conversation focused on the health effects of the behavior and the driver's thoughts. **Results:** A total of 44 areca quid chewing taxi drivers were interviewed in-depth between January and August 2003. Most taxi drivers received areca quid related health information from a variety of channels. However, they had very broad view of areca quid information. Some drivers identified their health status, constitution or genes, participation in a healthy lifestyle, and oral hygiene practices in determining the health risk of areca quid chewing. Some drivers considered themselves areca quid experts, and suggested that the health risk of areca quid was from an "overdose" or chewing the "wrong" kind of areca quid. A few drivers believed areca quid health information to be trivial. They said the hazardous environment and their daily survival were far more important than the health risk of chewing areca quid. **Conclusions:** Areca quid chewing taxi drivers are not uneducated individuals who require more or better areca quid health information. They integrated areca quid information with their own personal health knowledge and their daily experience, reinterpreted areca quid information, and took action. In order to communicate with the public and to change health behavior, public health experts need to recognize the significance of lay knowledge. (*Taiwan J Public Health*. 2005;24(3):239-253)

Key Words: areca quid chewing, taxi driver, health education information, lay knowledge

¹ Graduate Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² Department of Public Health, National Taiwan University, No.1, Jen-Ai Rd., Sec. 1, Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ School of Health and Nutrition Sciences, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*Correspondence author. E-mail: chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

Received: Jan 8, 2004 Accepted: Sep 6, 2004