第二章　文獻探討

本章針對與研究主題相關的文獻加以整理探討，共分為第一節吸菸的危害、第二節青少年吸菸情況與家庭成因、第三節家長預防青少年子女吸菸之措施等三部分。

第一節　吸菸的危害

吸菸有害健康，是無庸置疑的事實，以下列舉一些實證性的數據來加以說明。

溫啟邦、蔡孟娟等人（2002）指出吸菸者的總死亡機率比不吸菸者增加 46%，得癌症的機會增加 48%，患心臟病的機會更增加 1.25 倍。

溫啟邦、蔡善璞、陳建仁、鄭丁元（2002）指出，因為吸菸而導致相關疾病以致 65 歲以前早逝者，其壽命平均縮短 22 歲。男性吸菸者的死亡率顯著高於不吸菸者，吸菸者中至少有三分之一的死亡原因與吸菸有關，而吸菸與高風險死於癌症、心血管疾病、呼吸器官疾病、慢性支氣管炎、糖尿病、消化性潰瘍、肝硬化、腎臟病皆有顯著的相關性。而鼻咽癌、食道癌、胃癌、直腸癌、肝癌、肺癌等癌症的風險隨著吸菸行為而逐漸增加。研究中也發現吸菸者因氣喘而死的人數是不吸菸者的七倍，且當吸菸者有其他危險因子，如高血壓、高血糖、高膽固醇、B 型肝炎帶原，其健康風險會呈現等比級數的增加。

賴志冠、蔡世滋（1994）兩人在探討吸菸與健康的關係中發現，就單一危險因子而言，1985 年美國所有死亡個案中，因使用香菸所引起的佔 27%，高居各種危險因子的第一位；就西歐和北美而言，所有惡性腫瘤的案例中，有 30%是由於吸菸所引起。在西方，成年男性的肺部、氣管、支氣管的惡性腫瘤中，死亡人數的 90%是因為吸菸而引起的；唇部、口腔、咽部的惡性腫瘤中，死亡者的 92%是起因於吸菸；其他部位的惡性腫瘤，因為吸菸而死亡的比率分別為：

喉部 80%、食道 78%、腎臟 48%、膀胱 47%、胰臟 29%，胃部 17%。總而言之，吸菸和呼吸道之惡性腫瘤的關係相當密切。

李勝雄(1996)認為，呼吸器官為吸菸時最直接接觸的身體部位，所以吸菸者比非吸菸者容易罹患咳嗽、產生痰等呼吸器官的病症，使得呼吸機能減退；對心血管方面的機能而言，由於香菸中尼古丁的作用，使心跳增加、血壓上升而使得心臟肌肉對氧氣的需求量增加、末稍血管收縮而減少指尖和腳趾的血流量，也降低皮膚的溫度；吸菸者罹患肺癌的機率比非吸菸者高出九至十倍，口腔癌、喉頭癌、食道癌、肝癌、胰臟癌、腸癌、直腸癌、乳癌的罹患機率也比非吸菸者高一點二至兩倍以上，且吸菸者的死亡率也遠高於非吸菸者。就香菸對胎兒的影響而言，吸菸婦女所生的嬰兒比非吸菸婦女所生的嬰兒體重輕，隨著孕婦吸菸量的增加，早產的機率也會提高，且可能引起流產、早期破水、胎盤早期剝離、妊娠高血壓等副作用，因而使胎兒和新生兒死亡率增加 20%～30%。香菸對運動能力的影響，會因為紅血球所攜帶一氧化碳的量增加而影響紅血球的攜氧量，進行有氧性運動時會明顯的影響運動表現。

吸菸對人類造成健康的影響，自從 1950 年代之後就被廣泛地研究。大部分的人都是從青少年時期開始吸菸的，因此吸菸對青少年健康的影響和大眾健康關係密切。香菸中的許多成份（包括尼古丁、一氧化碳、氰化氫、丙烯醛等）都被證實對人體是有害的。以下從菸品對青少年呼吸道、心血管系統、體適能、致癌性、以及二手菸的危害等方面來探討。

一、呼吸道的影響

最主要的傷害包括咳嗽、有痰、哮喘以及呼吸困難。相當多的研究顯示，吸菸會增加孩童、青少年呼吸道感染的機會。Bewley, Halil, & Snaith(1973) 的報告中指出，在 11.5 歲以前，每週至少吸一次菸會增加咳嗽的機會。Blake, Abell, & Stanley（1998）也觀察發

現，那些自陳有吸菸的人，會有較高上呼吸道感染的機會。此外，吸菸也會明顯降低孩童、青少年的肺功能，並降低肺部的成長速度。Bland, Bewley, Poll, & Banks (1978)研究了 5835 位每週至少吸一根菸的孩童，發現在去除掉家長吸菸的干擾因素之後，有較高發生咳嗽和呼吸困難症狀的機率。Peter & Ferris (1967) 利用呼吸計量器(spirometer)來比較吸菸和非吸菸大學生的肺功能。結果顯示，吸菸者有較差的第一秒用力吐氣量（forced expiratory volume in one second，簡稱 FEV_1），表示肺功能較差。早期吸菸也會導致年輕時就得到慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease，簡稱 COPD）的情形。事實上，Tager et al. (1988)發現，孩童時期吸菸對肺部生長造成的影響，遠比成人之後吸菸造成肺功能喪失的影響大。雙親都吸菸的青少年也會因二手菸的影響而增加得到 COPD 的機會。

二、心血管疾病的影響

美國健康和人類服務部門（US Department of Health and Human Services，簡稱 USDHHS）指出，在成人中，吸菸會導致冠狀動脈心臟病、動脈硬化以及中風 (USDHHS，1989)。雖然這些疾病在孩童、青少年間並不常見，但是事實上，動脈硬化的過程是從孩童時期就開始，並可能在青年時期產生臨床症狀。Strong & Richards (1976)研究了 1320 年輕男性（25 歲至 34 歲），發現冠狀動脈和腹部主動脈的硬化程度和吸菸有高度正相關。目前的研究顯示，愈早開始吸菸，冠狀動脈心臟病的症狀可能也會愈早出現。另外，Craig, Palomakige, Johnson, & Haddow (1990)針對 8 至 19 歲青少年的研究顯示，吸菸也會藉由影響血脂肪加速冠狀動脈心臟病的發生，包括了增加三酸甘油酯（triglycerides，簡稱 TG）、低密度脂蛋白（low-density lipoprotein，簡稱 LDL）、極低密度脂蛋白（very-low-density lipoprotein，簡稱 VLDL）以及降低高密度脂蛋白（high-density

lipoprotein，簡稱 HDL)。

三、體適能

吸菸會降低血液攜帶氧氣的能力，增加心跳速率以及基礎代謝率。研究顯示，即使在那些受過訓練的長跑選手中，吸菸仍明顯地會影響其體力以及耐力。在一項對於 19 歲陸軍士兵的調查發現，吸菸者在 12 分鐘的跑步當中，可以跑的距離較短、全力衝刺 80 公尺花費的時間也較多(Marti, Abelin, Minder, & Vader，1988)。此外，年輕的吸菸成人也傾向於發生一些慢性、心血管方面的變化，包括：運動表現的降低、心跳對於運動的反應變慢等等（Sidney et al.，1993)。

四、癌症

Taioli & Wynder 於 1991 年指出，在引發癌症的機轉中，吸菸的持續時間及量都和癌症的形成有關係，特別是肺癌。流行病學的研究顯示：得到肺癌的危險性和吸菸的持續時間關係較大而和吸菸量的關係較小（Peto，1977)。英國的醫師發現，吸菸的持續時間和肺癌有 4 到 5 倍的正相關，和吸菸量有 2 倍的正相關。研究顯示愈早開始吸菸，以後戒菸的難度愈高、吸菸持續時間也會愈長，得到肺癌的機率也愈高。

五、二手菸的危害

Samet, Cain, & Leaderer（1991）發現，因雙親吸菸而暴露在二手菸環境中的小孩，在一歲之前會有較多的下呼吸道的疾病、較容易有慢性呼吸道的症狀，且在孩童、青少年時期的肺部成長速度較慢。Gryczynska, Kobos, & Zakrzewska（1999）提出環境中的二手菸是造成反覆性上呼吸道感染、中耳炎感染的危險因子。1992 年，美國環境保護署(US environmental protection agency，簡稱 USEPA)證實了，二手菸不但和肺癌的產生有關，且嬰兒和小孩暴露在二手菸的

環境下，會導致下呼吸道疾病的產生，也會減少肺功能、增加呼吸道的症狀、造成中耳積液，以及氣喘的發作。Janerich et al.（1990）認為，17%不吸菸卻得到肺癌者和在孩童、青少年時期暴露在過多菸量的環境（environmental tobacco smoke，簡稱 ETS）下有關。許多和心血管疾病有關的變化也被發現和二手菸的暴露有關，包括增加膽固醇、增加一氧化碳血紅素濃度以及降低高密度脂蛋白。

姜博文、蔡世滋（1994）指出，青少年吸菸的人比同年齡不吸菸的人有較高的致病率和死亡率，青少年吸菸和日後成為癮君子之間有極大的關連性，而且青少年吸菸會造成肺功能和脂蛋白的異常，可能和早發性的動脈硬化症有關。

綜合上述，香菸對疾病的發生率和死亡率有密切關係，青少年正值快速生長發育的時期，若在青少年階段出現吸菸行為，不僅影響心血管的代謝過程、降低日常運動的表現，甚至對其健康狀況有不良影響，尤其香菸更為呼吸系統的頭號殺手，香菸也會引發其他疾病的出現。若青少年時期健康狀況就不佳，其日後漫長的生命週期中，將耗費社會鉅額的醫療資源於挽救其健康。所以，在青少年成長歷程中，應讓他們建立對菸品和健康的認識，如此，不僅可避免本身遭受菸品的危害，更能節省很多社會的人力。既然菸品對青少年之危害甚大，應先了解目前全球究竟有多少青少年受到菸品的危害，並探討青少年吸菸的家庭成因，家長才能著手預防。下節將討論青少年的吸菸狀況和家庭成因。

第二節　青少年吸菸情況與家庭成因

本節將討論國內外青少年之吸菸情況和青少年吸菸的家庭成因。

一、青少年的吸菸情況

以下資料為國內和國外青少年吸菸行為之調查研究，並將結果作比較。

(一) 國內青少年之吸菸情況

1.國小學生

黃松元等人(1990)從事台北市國小學生健康生活危險因子之研究，調查結果發現總是吸菸和經常吸菸的國小學生比率為0.44%，調查對象中從不吸菸者佔93.87%。根據董氏基金會1988年針對台北、台中、嘉義、台南、高雄等地之中、高年級的國小學童之調查研究發現，有吸菸經驗的男生佔全體男生之26.1%、女生佔全體女生之9.8%，以整體來說，有吸菸經驗的中高年級學童佔18.1%。董氏基金會又於1998年針對台北地區高年級學童之調查發現,「幾乎每天吸菸」、「偶爾吸菸，但不是每天吸菸」及「過去經常或偶爾吸菸，但現在已不再吸菸」三者之合計之吸菸人數，男生佔全體男生之4.9%、女生佔全體女生之0.8%，以整體而言，2.9%的人有吸菸行為。陳錫琦（1998）對於國小學童吸菸意向六年長期追蹤調查之研究中指出，從學生國小四年級至國中三年級這六年間，調查當時學生有吸菸行為的比率分別為5.2%、0.6%、2.5%、6.3%、10.8%和19.1%，從國小五年級開始，吸菸人數逐年上升，尤其在國小六年級至國中一年級間和國中二年級至國中三年級間吸菸人數比率明顯增加，是重大轉變的時期。戈依莉、劉影梅（2000）之調查研究發現，國小高年級學生嘗試過吸菸的比率為28.2%。馬藹屏、嚴道、黃松元、陳政友（2000）針對就讀於臺北市及臺北縣國小五、六年級之全體學生為研究母群所進行的研究，結果發現吸菸者佔2.9%，包括幾乎每天吸菸者0.3%、偶爾吸菸者0.5%及過去經常或偶爾吸菸2.1%。

2.國中學生

黃淑貞（1982）以國中男生為對象之調查，發現國中男生最近一個月內有吸菸的佔 11.36%，過去有吸菸的人佔 14.67%。陳錫琦（1985）之研究發現國中男生中，現在是吸菸者佔 4.8%，過去是吸菸者則佔 10.89%。李景美（1990）發現國中三年級男生有 6.6%的學生為經常吸菸者，10.5%為偶而吸菸者，27.9%的學生為曾經嘗試吸菸者。黃松元等人（1991）針對台灣地區青少年之調查研究顯示，幾乎每天吸菸的人，以高中、高職學生居多，約佔 8%；現在偶而吸菸的人約佔 6%；曾經嘗試過吸菸，但現在不再吸菸的人約佔 20～30%；就整體而言，國中吸菸者佔 15.6%，高中生佔 17.6%，高職生佔 17.8%。李美慧（1995）針對台北市國中學生之吸菸行為的研究結果顯示，幾乎每天吸菸的學生有 27%，偶而吸菸的學生佔 5%，曾經嘗試吸菸的有 16.3%，以前吸菸但目前不再吸菸的則是 3.8%。沈育娟（1995）針對台北市公立國中學生之調查研究發現，有 6.9%為現今吸菸者，15%嘗試吸菸者，32%是曾經吸菸者但現在已不再吸菸了。黃璉華、左如梅、尹祚芊、楊瑞珍、黃子庭（1996）的研究顯示目前吸菸的國中生有 3.8%，曾經吸菸者達五分之一。顏簡美珠等人（1999）指出高雄市五國中國二、國三學生男生曾吸菸比率為 19.3%，女生曾吸菸比率為 8.0%。李景美、苗迺芳、黃惠玲（2000）發現台北市國中生吸菸的比率是 30.8%。

黃松元、馬藹屏（2002）綜合台灣地區有關學生吸菸行為相關調查研究之結果指出，以吸菸經驗而言，國小學童介於 11% 至 19% 、國中生介於 9% 至 33% ；以吸菸習慣而言，國小學童約為 1% 、國中生約為 10% 。

綜合上述，可發現青少年隨著年齡增加，吸菸的比率愈來愈高，而且近年來所推動的一些菸害防制措施並沒有使青少年的吸菸盛行率降低，相反地，卻有逐漸增加的趨勢。本研究嘗試由家庭著手，整

理相關文獻以了解青少年吸菸的家庭影響因素，並為家長相關預防措施提出改善之道。

（二）國外青少年之吸菸情況

美國兒童和青少年精神病學學會（American Academy of Child and Adolescent Psychiatry，簡稱 AACAP）於 1997 年指出大約有 300 萬的美國青少年吸菸，每天大約有 3000 位青少年開始吸菸，而且其中三分之一的青少年會過早死於吸菸相關疾病。大多數的吸菸者在 18 歲以前就開始吸菸了。香菸被認為是毒品的『入門藥』，使用菸品可能會導致酒、大麻和其他非法藥物的使用。

Coogan et al.（1998）發現 4～12 年級學生中有 15%目前為吸菸者，若以年級來看，青少年的吸菸率大幅上升約在八至九年級之間。

O'loughlin et al.（1998）以混合多種民族的、低社會經濟地位的小學兒童為對象的調查中發現有 28.7%的男生和 20.3%的女生曾經吸菸，第一次吸菸的年齡男生為 8.3±2.4 歲之間，而女生為 8.8±2.3 歲之間，所以女生開始吸菸的年齡通常比男生晚。男生曾吸過菸和有吸菸習慣者之比率從 9 歲時的 2.2%升高至 12 歲時的 6.9%，而在 13 歲時下降為 5.8%；就女生來說，曾經吸過菸和有吸菸習慣者，從 12 歲至 13 歲之間比率由 5.3%急遽增加至 12.2%。由上述結果顯示，在 13 歲時曾經吸菸和已經有吸菸習慣的女生比率已經追上男生的比率，而且女生比率約為男生的兩倍。

美國疾病管制局之青少年危險行為監控系統（Youth Risk Behavior Surveillance System）2001 年之調查報告指出全國 9~12 年級的青少年在調查前 30 天內有使用菸品、雪茄者佔全部樣本之 33.9%。男生使用者的比率（38.5%）較女生使用者比率（29.4%）高，性別的顯著差異存在於白人 11、12 年級的學生中。整體來說，11、12 年級的學生比 9 年級的學生有更多人使用菸品，12 年級的學生也比 10 年級的學生有更多人使用菸品。以州為單位的橫斷性調查

顯示，菸品使用比率從最低至最高分別為9.8%至41.4%；以地方性的橫斷性調查發現菸品使用比率從最低至最高分別為14.7%至27.1%（U.S.CDC,2001）。

O'byrne, Haddock, Poston, & MID America Heart Institute（2002）的研究指出7至12年級學生有23.5%曾經吸過菸。

Griesbach et al.（2003）之研究顯示歐洲國家的15歲青少年之每天吸菸者佔18.1%～23.6%，每天或偶而吸菸的女生比男生多。

國外青少年吸菸的比率也隨著年級增加而上升，外國青少年吸菸情況甚至比國內嚴重，在歐洲國家，女生每天或偶而吸菸的人數也較男生多。由於國小、國中階段的學生大多還是居住在家中，和父母的接觸頻繁，受父母的影響甚多，所以比較國內外青少年吸菸的情形後，我們可以進一步從家中與父母相關的層面來瞭解並著手預防的工作。

二、青少年吸菸之家庭成因

有關青少年吸菸的家庭相關因素探究很多，以下分別依實證研究結果，針對家庭社經地位、與父母居住情況、家庭氣氛、養育子女方式、家人吸菸知識、反菸態度和吸菸行為、親子關係等與青少年吸菸之關係加以整理。

(一)家庭社經地位

美國疾病管制局（1994）指出，低社經地位和青少年開始吸菸的行為有關，來自於低社經家庭的青少年，其菸品使用率比來自於高社經地位的青少年高，而且低社經地位的家庭容易產生生活上和經濟上之壓力，所以，小孩比較會以吸菸行為作為處理壓力的方式。Fleming et al.(2002)也發現，來自於低社經地位家庭的孩子，比較容易提早開始吸菸。

(二)與父母共同居住情況

林青瑩（1997）的研究指出，非與雙親同住會造成青少年吸菸、喝酒、嚼檳榔等藥物濫用行為。Miller(1997)針對大英聯合王國的15和16歲小孩之調查發現，與雙親同住之小孩，比較不容易使用菸品；但是，只有與父母一人同住或不與父母同住之孩子，使用菸品的比率則無太大差異。此外，研究發現家庭結構中缺少父母其中一人對女孩的影響比男孩大。Griesbach et al.(2003)認為，與父母居住的情況和青少年吸菸行為有顯著的相關，青少年吸菸盛行率以與繼親同住者為最高，與原生父母一起居住者為最低，且繼親家庭青少年之吸菸盛行率為原生家庭青少年之兩倍，而且在繼親家庭中成長的小孩，比較容易在孩童時期就成為吸菸者。Sasco, Merrill, Benhaim-Luzon, Greard, & Freyer（2003）對法國在學青少年之調查研究發現，沒有與父母同住之青少年規律吸菸的比率最高，其次為與父母其中一人同住之青少年，規律吸菸比率最低的青少年族群則是與父母雙親同住在一起者。

由上述得知，不論國內外，青少年生長環境之家庭結構，即是否與父母居住在一起是影響吸菸行為的重要原因。而隨著時代變遷，家庭結構不完整之家庭愈來愈多，所以本研究將與父母居住情況納為一重要因素來探討其與父母預防子女吸菸措施的關係。

(三)家庭氣氛

林青瑩（1997）的研究指出，生活在不和諧的家庭氣氛中，孩子感受到家中低靡的氣氛，容易充滿不安、挫折的情緒，將會引發青少年吸菸、喝酒、嚼檳榔等藥物濫用行為。O'byrne et al.（2002）指出，家中若能創造比較溫馨之家庭氣氛、家人間彼此信任、能處理家人間之衝突，讓青少年生活在有良好調適功能的家庭環境中，他們比較不容易出現吸菸行為。所以，若能營造安全、溫馨和諧和互相信任的家庭氣氛，可能會降低孩子吸菸的機會。

(四)教養子女方式

沈育娟(1995)針對國中生的研究發現，家人採取放任的方式來管理國中階段子女的吸菸行為或者國中階段子女對於家人管理方式不滿意者，孩子較容易有吸菸的行為出現，且家人對於吸菸行為的管理採取放任之方式者，較多數的學生曾有過吸菸經驗。曾經吸過菸的國中學生表示，家人對其吸菸行為多為放任方式，而國中學生對家人之吸菸管理措施不滿意者，吸菸量愈大。李美慧(1995)亦發現相同結果，指出無吸菸組學生的家長比吸菸組學生的家長有較多的管教努力。林青瑩(1997)的研究指出，父母採取權威型管教態度、不重視子女隱私權等行為，是形成青少年吸菸、喝酒、嚼檳榔等藥物濫用行為的危險因素。Noland et al.(1996)的研究發現，較寬容鬆散的家庭規定和管教方式與孩子使用菸品的行為有關，亦即管教方式或家規鬆散的青少年比管教方式或家規較嚴格的孩子容易去使用菸品。Pierce, Distefan, Jackson, White, & Gilpin(2002)認為，青少年家中有比較權威型的父母，其繼續吸菸的比率是家中有非權威型父母青少年繼續吸菸比率之一半。由上述得知，管教方式太過與不及都易使子女出現吸菸行為，而必須運用適當的管教措施，才能彰顯父母教養子女的功能。

(五)家人菸害知識、反菸態度和吸菸行為

自古以來，在家庭教育的過程中一直強調身教的重要性，可見家中父母和長輩的言行舉止都對小孩有不可忽視的影響力。Noland et al.(1996)對七年級學生的調查顯示，若家中父母至少有一人具有吸菸行為，此學生吸菸的機率會比其他學生高。Jackson & Hensiksen (1997) 指出父母兩人中至少有一人目前為吸菸者，孩子愈容易開始去嘗試吸菸，而且取得菸品之機率也較高；另一方面，如果孩子暴露於父母吸菸情境下之機率愈多，早期開始吸菸的機率愈高。美國疾病管制局(1994)回顧二十年來青少年吸菸與兄弟姊妹吸

菸的關係，發現青少年開始吸菸和家中年長兄姊的吸菸行為有正相關；兄弟姊妹的吸菸行為，會增加青少年成為規律吸菸的危險機率。Fearnow, Chassin, & Presson（1998）發現，在擁有 5～14 歲小孩的父母中，父母親對於吸菸結果的健康信念與其對於管教小孩積極的行動有關，研究指出身為母親、重視小孩不吸菸的行為和知覺吸菸對健康的損害較大者，對小孩會有比較積極的教養行動。Andersen et al.（2002）之研究發現，家中父母兩人都不是吸菸者，母親不反對吸菸的青少年吸菸盛行率為 30%，而母親有強烈反菸態度之青少年吸菸率男生為 16.5%，女生為 16.6%。所以，可以得知媽媽強力反菸的態度能有意義的降低青少年約 50%的吸菸盛行率。

由上述可以發現，父母和家中兄弟姊妹的吸菸行為，都可能影響青少年之吸菸行為，而且因為兒童與母親的接觸較頻繁，所以母親對於菸品的態度，會影響小孩的吸菸行為。甚至，父母親對於菸害的認知，亦會影響其教養子女的行動，進而影響子女的吸菸行為。

(六)親子關係

林青瑩（1997）的研究指出，親子缺乏共同的休閒活動，是形成青少年吸菸行為的家庭因素之一。Fleming et al. (2002)發現兒童依附父母親的程度和父母親參與兒童學校活動的程度和兒童開始吸菸有顯著的負相關，即兒童依附父母親程度或父母參與兒童學校活動程度愈高，就愈能降低兒童開始吸菸的機率。O'byrne et al.（2002）指出，親子間的關係良好，比較具有親密感，孩子比較不容易涉及吸菸行為。在家人互動和青少年吸菸行為方面的研究，Chassin, Presson, & Bensenberg 在 1981 年對於親子間的親密程度和青少年吸菸意圖的研究指出，父母親和子女間的互動關係愈好，青少年子女出現吸菸行為的比率愈低。親子間的相處，根據 Litrownik et al.（2000）的看法，有效改善親子間的互動和溝通管道，親子間能談論菸品之影響、拒絕的技巧，以及運用親子溝通技巧來支持孩子做出有

益健康的決定，就能在未來降低5%～10%吸菸的易感受性。Tucker, Ellickson, & Klein（2003）對青少年的研究發現，以8～10年級之青少年而言，缺乏父母親的支持是使他們成為規律吸菸者的危險因子之一；以10～12年級學生而言，非核心家庭、缺乏父母支持等家庭狀況是促使他們成為規律吸菸者的危險因子。Newcomb, Maddahian, & Bentler在1986年發表長期追蹤的研究結果，發現青少年學生與父母關係愈差者，其出現吸菸行為之比率愈高。由此可見，親子關係與互動情形的良窳亦是影響青少年吸菸行為的重要因素。

綜合上述，青少年是否與父母居住在一起是影響其吸菸行為的原因之一，如果孩子與父母一同居住，但若家庭氣氛不佳或父母的管教方式不適當和不反對吸菸，甚至本身吸菸，都有可能促成子女吸菸行為的出現。所以，父母應展現反菸態度和不吸菸的行為，一同陪伴青少年成長，營造良好的家庭氣氛，促使子女心理得以健全發展。如此，子女才能在父母良好的引導和家庭氣氛下，避免接觸菸品。

由上述之文獻可發現，家庭中之父母或其他家人的吸菸行為、母親的反菸態度、父母的管教方式、與父母居住情況、家庭社經地位、家庭氣氛，皆可能為影響子女吸菸行為的因素。由於父母預防子女吸菸措施是避免子女吸菸的直接作為。所以，父母預防子女吸菸措施執行狀況和家庭社經地位、與父母居住情況、家庭氣氛、家人菸害知識、反菸態度、吸菸行為、親子關係的關係為何，是值得進一步去研究探討的。

第三節　家長預防青少年子女吸菸之措施

本節分為兩部分，首先整理相關學者、機構及團體對家長預防子女吸菸措施之建議，再對預防子女吸菸相關因素實證研究結果加以說明。

一、預防子女吸菸措施之建議

美國疾病管制局(US CDC，2003)之菸害資訊和預防來源(Tobacco Information and Prevention Source，簡稱TIPS)中提供家長如何避免讓小孩接觸菸品危害之建議，包括下列三方面：

(一)家長應該知道有關年輕人吸菸方面的知識

1. 孩子會常常咳嗽，氣喘也常常發作，並且因為呼吸道的問題會使生病的天數增加、醫療花費增加。此外，孩子的運動表現會較差。
2. 孩子比較容易使用酒和其他藥物，如古柯鹼和大麻。
3. 孩子會因為菸品而上癮並且難以戒除。
4. 嚼菸和雪茄都不是安全的替代品；低焦油和免費附贈的菸也不安全。
5. 在美國因為心臟病、癌症、中風而死亡的單一可預防因子就是關於菸品的使用。

(二)家長應該盡早在家中出現的態度和行為

1. 儘管電影、音樂、電視對小孩有所影響，但父母是影響小孩生活最大的人。
2. 願意直接和小孩談論使用菸品之危害；若周遭有朋友或親戚死於菸害之相關疾病，可以讓小孩知道這個消息。
3. 如果家長本身有吸菸行為，在小孩面前最好試著戒菸，在這段期間中，不要在小孩面前吸菸，也不要提供菸品給小孩和將菸品留在小孩容易取得之處。

4. 因為許多小孩在 11 歲時開始吸菸，很多人在 14 歲時成癮，專家建議在小孩五、六歲時開始和他們談論關於菸品使用的話題，並且一直持續至高中。
5. 瞭解小孩的朋友是否有人使用菸品，並和小孩談論拒絕菸品的方法。
6. 和小孩討論對於廣告看版和其它傳播媒體，如電影、電視、雜誌等所傳達出菸品訊息的錯誤印象。

(三)家長在社區中應有的行動

1. 支持不販售菸品給小孩之商店，並支持無菸餐廳和其他無菸環境。
2. 確定學校和社區的活動，如舞會、運動會等環境都是無菸的。
3. 積極參與社區中預防吸菸的計畫，從中學習預防孩子吸菸的方法。

綜合上述，可以得知家長除了必須具有菸害防制的相關知識外，在家中趁早表達出反菸的態度，還可以結合社區的力量，讓家中和住家的社區環境都能支持一個無菸環境的建立。

Heins（1989）對於父母如何預防孩子吸菸，也提出下列幾點建議：

1. 因為來自於吸菸家庭的青少年成為吸菸者的比率是來自非吸菸家庭青少年的兩倍，所以建議父母本身能不吸菸，而且也不要讓其他人在家中吸菸，包括自己的子女和朋友。
2. 幫助子女能夠尊重自己和能做出明智的決定，並於子女年幼時就開始，如果等到子女上中學時才開始這個課題，成效就會不佳。
3. 養育子女必須重視心理的健康就如同重視身體的健康一樣。而健康的心理是讓子女知道自己是誰、覺得自己非常好和舒適的、自己是屬於這個地球，並且覺得世界是美好的。如此，子女便能對未來的生活充滿希望和期待。

4.使用愛的教育方法，期待子女在校表現良好，因為青少年有某方面優於他人，在高中時期很少會吸菸。

5.和子女住在一起並聊天，具有家庭會議的時間來討論如何照顧身體，且當子女表達看法時願意去傾聽他們的意見。

6.鼓勵子女參與學校的反菸課程，這些課程通常由同儕來領導，並且教導子女如何抵抗媒體和社會的影響，這些課程能有效的降低15%～20%的吸菸率。

7.支持政府對青少年和兒童取得菸品和受到菸品吸引力影響的管理政策。

8.必須注意菸品廣告是否會真實呈現菸品對健康的影響，例如：呼吸變差、牙垢殘留、慢性咳嗽、肺功能下降、運動功能減低等。

由上述發現，父母本身的行為除了要作為孩子行為的楷模外，平常必須注意子女心理的發展及變化，運用愛來教育孩子，讓子女能向父母表達其想法和觀點，心裡的疑惑或矛盾之處能獲得協助，得到良好的支持。當然，若有機會讓子女參與反菸的課程，則應盡量鼓勵子女參加。

加拿大小兒科學會（Canadian Paediatric Society，簡稱CPS）於2001年的小兒科生理、心理研討會上發表關於兒童吸菸的相關資訊，表示大部分的孩童在11～13歲間開始吸菸，所以，該委員會也同時發表一份關於父母如何預防子女吸菸的文件，內容如下：

1.讓家庭環境維持一個無菸環境的狀態。

2.選擇一個無菸環境的育兒中心。

3.幫助子女瞭解吸菸的短期影響，如菸品的氣味不佳、菸品會玷污牙齒、衣服和手指、菸品會使運動表現不佳。

4.教導子女辨識菸品廣告所傳佈的訊息，如〝吸菸是富有魅力的〞，是個錯誤的印象。

5.幫助子女學習向菸說不，並且感覺自己是對的。

美國威斯康辛州的醫學大學（Medical College of Wisconsin）在1999年指出，對父母親而言，可做到下列步驟來達到預防子女吸菸的效果：

1.如果父母本身是吸菸者，應盡快戒菸。父母可以坐下來和兒女交談，並告訴他們吸菸是個不健康和危險的習慣，因為深愛著他們，所以願意將吸菸的習慣戒除，而且說明父母會擔心吸菸對子女健康的不良影響。如此，父母能成為子女的好模範，並具有強大的說服力。

2.父母必須對子女多一點努力和關心。如果子女能察覺父母的支持和愛，子女會比較願意去尋求父母的同意勝過於同儕朋友的同意，實際上，可以藉著父母對小孩的愛超越同儕朋友對子女負面的影響。

3.父母必須投資時間在子女的身上，讓子女有情感需求時能優先獲得滿足，以下幾個方法可以達成子女情感上的滿足。

(1)每天至少有一餐讓全家人可以一起用餐。

(2)一星期至少撥出一個晚上讓家人一起從事活動。

(3)隨著子女年齡的增長，調整父母和子女間的互動方式。

(4)必須參與子女的活動，包括學校的活動、運動會、音樂會等。

(5)如果是雙親家庭，可以支持另一半參與子女的活動；如果是單親家庭，必須訂定能夠按時參與子女生活的計畫。

(6)父母在子女青少年期時，盡量避免不能參與子女生活的誘惑。

(7)父母盡量不要讓子女處在一個沒有支持性的環境之下。

林明秀（1994）在譯著中也指出，父母為預防子女偏差行為的出現，可採用下列幾項預防性的教養方法：

1.給子女選擇的機會，告訴子女有哪些不同的選擇，並告知子女各種選擇的結果。

2.父母必須不斷提醒子女有關規定的事項，讓子女明白父母的看法。建立例行的模式，讓子女知道他該做什麼。

3.做好事前的分析工作，協助子女分析事情的利弊。

4.明訂戒律，並向子女說明父母的耐心和容忍的界線。

5.表明立場，在訂定戒律後，父母應表達堅決、毫無妥協的態度，明確說明立場。

6.視需要訂定新的規則，新問題的產生必須擬出新規則來因應，而且父母必須向子女合理的解釋新規則。

7.和子女有談心時間，讓親子間能開誠佈公的溝通，除了能瞭解彼此的想法，也能避免不必要的誤會。

8.注意說話的口氣，父母少用直接命令式的說話口氣，態度溫和，子女比較容易覺得受到尊重，也比較容易接受父母的意見。

美國青少年挑戰（Teen Challenge）的機構於1996年提出父母預防子女吸菸和藥物濫用的預防措施如下：

1.父母要專注於希望子女所發展出來的良好行為，並且花時間和家人、小孩一起相處。父母應常常用各種方式表現對子女的關愛，如擁抱、親吻、多給予鼓勵，而且讓子女知道父母是愛他的。此外，亦須加強子女做決定的技巧。

2.父母需讓子女知道父母希望他們所表現出的行為，子女的行為可以從觀察父母的行為來學習。所以父母希望子女閱讀書籍，就必須讓子女看見父母在閱讀書籍；若希望子女在生氣時能冷靜，父母就必須在生氣時冷靜。

3.父母必須培養自己成為一個稱職的成人、配偶和家長，子女在成長過程中需要父母花很多時間相伴，參與子女的戶外活動可以幫助父母成長，這樣父母會覺得比較放鬆和達成家長的責任。

4.和家人、朋友、社區居民一起討論，可以彼此支持和分享對於養兒育女的經驗。

5.紀律是一個管教的方法，但和處罰不同。子女要從錯誤中學習，但子女更需要知道他們該如何做。父母須訂定規則和常規，並且堅持

去執行。

6.如果父母已經精疲力盡了，可以委託鄰居幫忙，之後再回饋鄰居。

7.和其他父母親互留電話，以便在需要時可以交換意見。

8.父母可以擁抱子女，讓子女知道父母認為他是特別的並且毫無保留地愛他。

美國兒童和青少年精神病學學會(AACAP)於1997年指出，父母預防小孩吸菸的方法有下列七項：

1.父母做為子女的角色楷模。如果父母是吸菸者，馬上戒菸；如果父母尚未戒菸，不要在子女面前吸菸並告訴他們自己後悔開始吸菸。

2.家中不允許吸菸，並且嚴格實施不吸菸的規定。

3.詢問菸品資訊是否在學校曾被討論。

4.詢問子女是否有使用菸品的朋友，並讚美子女沒有吸菸。

5.不准子女取得菸品。

6.不准子女拿菸品的糖果來玩耍，因為它們象徵真的菸品，子女使用它們可能會比較容易去吸菸。

7.支持學校和社區對於反菸所作的努力，並且告訴學校行政人員家長希望他們加強無菸的政策。

在行為科學方面，林杰樑（1991）曾分別提出對於國小、國中學生預防其吸菸的策略，以供身為父母親者參考。對於國小學生，要使其有足夠的知識在未來能夠抵抗吸菸的誘惑，一般進行的程序可分為五個階段：

1.先告訴小孩有關菸品所產生的傷害，如癌症、呼吸器官等疾病，因為孩童會非常在乎自己身體的健全和器官的正常與否。

2.讓孩子瞭解就全國民眾而言只有少數人在吸菸，大部分的人是不吸菸的。

3.強調不要嘗試或開始吸菸是避免成為菸癮者最好的方法。

4.分析菸品廣告中加以扭曲的事實及假象，告訴孩子這些廣告有意或

無意地漠視了菸品的實際危害。

5. 父母本身必須言教、身教合一，自己也不能吸菸。甚至在家中貼上一些標語或標誌，加強孩童的印象及價值觀。

當子女進入國中階段也是最常見開始吸菸的時期，由於此時父母親的影響力日漸趨弱，而子女朋友的影響力正逐漸加強，所以這個階段父母應鼓勵子女能夠繼續保持不吸菸行為，並強調吸菸的危害。但有時父母太過於強調吸菸的危害，反而會讓青少年更容易去嘗試吸菸，所以必須改變方式來說服子女，以下幾點是提供給父母的建議：

1. 強調吸菸馬上會引起健康及社交關係的危害，如吸菸後，呼吸、衣服會有菸臭味，大家並不歡迎，異性也會討厭；另外，說明菸中之尼古丁對心跳、血壓皆有影響，甚至，可拿出數據或實驗分析證明菸品是有毒的物質。
2. 因為朋友對青少年期子女的影響力不可忽視，所以，父母應該教導子女如何拒絕朋友不當的影響和要求，學習如何說「不」。父母可模擬子女可能遭遇壓力的情況，讓孩子運用角色扮演的方式學會拒絕的技巧。
3. 增強青少年目前不吸菸的情況，並且使青少年允諾未來也不會吸菸，加強青少年不吸菸的決心。
4. 提供取代吸菸的建設性方法，如果青少年吸菸是為了表示他已經長大，父母可建議他去當義工，從助人中去學習成長；如果青少年吸菸是為了減重，則父母可提供適當飲食和運動的建議。隨時關心孩子的需求並給予適當的協助和建議，以降低吸菸的機率。

由上可知，父母針對國小、國中子女所實施的預防吸菸的策略應隨著孩子身心成長的變化而有所改變，逐漸加強子女做決定的能力，並且使子女願意對自己的行為承諾和負責任，在教導過程中能具體明確的說出建設性的提議和解決之道，引導子女能做出正確的抉擇和表現健康的行為。

綜合上述，父母預防子女吸菸的措施可歸納為下列 12 點：，

1. 正向角色楷模：表現不吸菸的良好行為，以建立良好模範。
2. 充實個人反菸知能：充實自己對於青少年吸菸危害的認知。
3. 支持反菸行動：支持學校和社區反菸行動，並能參與其中。
4. 教養經驗學習：能和親友、鄰居、子女同學的父母討論預防子女吸菸的教養經驗，彼此互相支持協助。
5. 建立家庭規範：為了維持家庭的無菸環境外，向子女說明維護其健康的立場和一起訂定家規，並以明確的用語和態度說明必須遵守的規範，和子女達成共識。
6. 討論菸害話題：能和子女討論吸菸的立即和長期危害，並能強調立即的危害。
7. 辨識菸品廣告：隨著時代的改變，電子媒體和視聽媒體對孩童和青少年的影響愈來愈多，尤其菸品廣告為了促進銷售，會故意忽略菸品負面的內容而令人產生對菸品的正面評價，所以，父母必須藉機引導孩子認清事實，以免孩子被傳播媒體誤導而染上吸菸的習慣。
8. 教導拒菸技巧：能和子女討論並演練同儕朋友邀約吸菸時的拒絕技巧，以增強子女拒菸信心，並做出勇於拒菸的行為。
9. 注重子女心理健康：了解子女的想法和情緒的變化，願意傾聽子女的心聲並多多給予關心、支持和鼓勵，以滿足孩子情感方面的需求，穩定心理的發展，並提升子女的自尊和引導其做決定。
10. 增加親子良好互動：利用休閒時間和子女互動或一同參與活動，和子女溝通時，應避免出現命令式的口吻，盡量暢通親子間的溝通管道，讓親子關係更親密，家長會較易管教和督導子女的行為。
11. 注意子女交友狀況：詢問子女是否有會使用菸品的朋友，並鼓勵子女做出不吸菸的決定和行為，以避免子女受到同儕的影響。
12. 鼓勵子女參加反菸活動：鼓勵子女參加反菸的計畫和活動，讓子

女從活動中對菸害有更深的認識並能表現拒菸的行動。

若家長能適當採取上述的預防措施，就能發揮保護子女免於菸害的功能。

二、預防子女吸菸措施之實證性研究

彭如瑩(2001)以台北市國中學生家長為調查對象的研究發現，家長的教育程度、家庭氣氛、親子關係、溝通方式、藥物濫用認知、藥物濫用態度和藥物濫用行為之嚼檳榔等變項可顯著預測預防子女藥物濫用的措施，結果顯示女性、教育程度高、家庭氣氛好、親子關係好、溝通方式屬無論哪種情形我都會說、對藥物認知高、藥物濫用態度正向及生命中不曾嚼過檳榔的家長，比男性、教育程度低、家庭氣氛不好、親子關係不好、溝通方式屬根本不說、藥物認知低、藥物濫用態度負向及生命中曾嚼過檳榔的家長，更會採取預防子女藥物濫用的措施。

Clark 等人(1999)對非裔美人和白人家長的調查研究發現，86.8%的家長表示會訂定家規，在非吸菸者的家中，有 55.2%的家長不允許任何家中成員在家吸菸，而有 34.1%的家長只會限制成人不准在家吸菸。69.6%的家長會向子女解釋家規的內容；27.8%的家長認為他們不需與子女特別溝通，子女就會明瞭家規的內容；2.6%認為子女太小而不需要訂定家規。另外，有 46.9%的家庭具有限制子女使用菸品的規定，但家長卻不會向子女清楚說明這項規定。而在知覺家長預防子女吸菸的影響力方面，白人家長認為他們對子女沒有多大的影響力，甚至不知道能做什麼或有任何改變；而非裔美人的家長則認為他們有責任去影響子女不使用菸品。另一方面，白人和非裔美人都認為，如果家長本身吸菸，在與子女溝通不使用菸品的事宜會比較困難。研究亦發現，身為吸菸者的家長比不吸菸的家長更容易擁有菸的相關產品，且比較不會限制其子女使用這些菸的相關產品。此外，白人和非裔美人的家長會監控供菸給子女的管道，但不會監控子女是

否會接受菸品的情況。

Fearnow 等人(1998)發現，身為母親、重視小孩不吸菸的行為和知覺吸菸對健康的損害較大者，對小孩就會有比較積極的預防子女吸菸之教養行動。

Cludley 等人(1991)對國小四、五、六年級的學生推行 KACM(Keep A Clear Mind)的計畫，進行為期四星期的介入課程，課程的內容包括菸、酒、大麻和如何拒絕使用藥物，課程除針對每星期的主題作介紹，也請學生回家後與父母一起完成課程所設計的活動，與父母一起完成的活動方式包括回答對於藥物的認識、傾聽彼此不使用藥物的理由、寫下如何抵抗不使用藥物的社會壓力、選擇學習單上拒絕和避免使用藥物的最佳替代方案及最後簽署拒絕和避免使用藥物的契約書。KACM 計畫除了測量學生菸、酒、大麻的使用情況、行為意向、信念、知識、同儕壓力的易感性、自我效能、家庭的期待、知覺同儕使用藥物的情況、不使用藥物的動機，還測量學生家長對於子女使用藥物的知識、信念和親子間討論有關拒絕和避免使用藥物的議題。研究結果顯示，參加 KACM 計畫的母親，會比較常和子女溝通關於拒絕藥物的話題和討論如何拒絕同儕邀約使用菸、酒、大麻的技巧；而參加計畫的父親，則比較常和子女溝通關於拒絕同儕邀約喝酒、吸菸的話題，且父親會有比較強烈的動機來幫助子女避免接觸藥物。

Susan 等人(2001)對 12～14 歲的學生和其父母親實施家庭問題的介入計畫，主要是讓父母避免家中子女使用菸和酒，計畫實施過程是以電子郵件的方式郵寄四次小手冊給家長，小手冊中以問答的形式提供資訊給家長和提供一些簡單的活動讓家長可避免子女使用菸與酒，小手冊中的活動大部分提供給家中每個成員，但另一小部分只提供給家長。寄發小手冊後讓健康教育者和家長透過電話討論其內容。介入內容包括培養家長良好教養子女的方式、建立良好的親子關係、告訴子女家長對於青少年使用菸與酒的容忍度、使用菸與酒的態度、

在家中替代菸與酒的物品、建立使用菸與酒的家規、家長監控子女使用菸與酒的線索。研究結果顯示，家庭問題的介入計畫能有意義的改變幾個關於家庭使用菸與酒的問題，例如：建立避免使用菸與酒的家規、增加父母關心和參與子女使用菸酒問題的行為、減少父母的吸菸行為、減少子女吸菸的行為意向、改善親子溝通的方式。

Liftrownik 等人(2000)針對使用菸酒的高危險群青少年的家庭，實施改善親子溝通的計畫，以達到預防青少年子女使用菸酒的目的。研究發現，接受介入計畫的家庭，家長和子女都明顯地感受溝通互動效果的改善，尤其是子女數較少的家庭。且親子間對於菸酒話題溝通方式的改善，可降低青少年使用菸酒的狀況，所以，改善親子的溝通方式被視為家長預防子女的重要保護因子。

Carla, Nicholas, Sheppard, & James(2002)指出，他們曾對小學學生和家長實施介入策略以預防學生提早開始吸菸。學生參加以教室為中心的介入課程，而家長則加入家庭和學校伙伴關係的介入課程，透過改善親師溝通和管理子女行為的策略，來減低子女的危險行為。介入課程結束後的調查發現，有 33%控制組的學生使用菸品，有 26%參加介入方案的學生使用菸品，有 26%家長參加介入方案的生使用菸品，表示學生接受教育、家長接受教育而改變管理子女之行為，對於預防青少年吸菸都有幫助。

由上述知，家長管理子女行為的策略是預防子女吸菸重要的一環，國外已針對家長預防子女吸菸措施的部分做介入改善，而國內家長預防子女吸菸措施執行的情況如何，值得先做基礎調查工作，以瞭解實際狀況。

三、預防子女吸菸措施相關因素

目前有關家長預防子女吸菸之實證性研究罕見，而國內有探討預防子女藥物濫用的文獻僅彭如瑩於民國九十年所進行的一項調查，故借鏡該文獻作相關因素的初探，作為本研究選取變項之參考。

彭如瑩（2001）以628位台北市國中學生家長為對象之預防子女藥物濫用措施的調查研究指出家長性別、教育程度、職業、親子關係、家庭氣氛、藥物濫用的認知、態度、行為與預防子女藥物濫用措施間有顯著相關性，所以，將家長性別、教育程度、職業、親子關係、家庭氣氛、吸菸的認知、態度、行為納為本研究的自變項。

另由本章第二節中青少年吸菸之家庭成因的文獻發現，家庭社經地位、與父母共同居住情況、家庭氣氛、教養子女方式、親子關係等因素會影響青少年的吸菸行為，研究者認為這些變項和家長預防子吸菸措施也可能有關，所以，將之納為預防子女吸菸措施的相關因素。

另外，各種不同家庭類型中家庭成員的組成不同，而除了父母的行為外，家長預防子女吸菸措施可能會受到其他家人行為的影響，又因為研究發現不同性別和年齡的青少年吸菸比率不同（董氏基金會，1988；董氏基金會，1998；陳錫琦，1998；黃松元等，1991；嚴簡美珠等，1999，黃松元、馬藹屏，2002），且國外學者Ellickson, Tucker & Klein（2001）對7～12年級學生的調查研究指出，早期吸菸的學生和完全不吸菸的學生相較，早期吸菸者在學校之學業成就感較低。基於上述理由，研究者欲探查家長是否因家庭類型和子女性別、年齡、課業表現不同而有不同之預防子女吸菸措施。另外，研究者也欲了解家長年齡的差距是否會造成不同預防子女吸菸的措施，所以，便將家長年齡、家庭類型、子女性別、年齡、課業表現等狀況一併納為自變項。

綜合預防子女吸菸措施之相關因素，包括家長個人背景變項（性別、年齡、教育程度、職業）、家庭狀況（家庭類型、居住情況、家庭氣氛、教養子女方式、親子關係）、菸害知識、態度、行為和子女狀況（性別、年級、課業表現）等四類，欲探討這些自變項與家長預防子女吸菸的關係。