

第二章 文獻探討

本章將分兩各部分探討青少年危害健康行為，第一節瞭解危害健康行為之定義與國內外青少年危害健康行為現況；第二節探究影響青少年危害健康行為之相關因素。

第一節 青少年危害健康行為

一、危害健康行為之定義

Kasl 與 Cobb (1966) 定義「健康行為」是指一個自認健康的人，為了預防疾病以及在症狀期之前偵測疾病所行使的一些活動，並將與健康相關的行為 (Health-related behavior) 依疾病發生的進程，分為以下三類：(1) 預防性與保護性的行為 (Preventive and protective behavior) 相信自己是健康而且不感覺有任何症狀的人們，為保有健康所採取的行動，例如預防注射、正確的飲食習慣、控制體重、乘車繫安全帶、不吸菸、不喝酒等；(2) 疾病行為或疾病的診斷治療 (Illness behavior) 不確知自己是否健康的人們所採取的行動，如尋求醫療的照護；(3) 疾病角色行為 (Sick-role behavior) 意指經由醫師診斷之後確定有病的人所表現的行為，例如按照醫師指示服藥或作復健等。

Kannas (1982) 將個人健康行為分成危害和促進兩概念，而危害健康行為的概念包括吸菸、飲酒、喝咖啡、不當飲食等行為；

Gochman(1982)提出健康行為的定義為個人維護健康、保持健康或促進健康有關的行為模式、行動或習慣，其組成因素包含個人屬性(信念、期望、動機、價值、知覺與其他認知變項)和個人特質(情緒特徵)；Pender, Walker, Sechrist and Frank-Stromborg 於1990年將健康行為分為兩部分，一為預防疾病，如事故的預防、口腔與視力保健等，另一為促進健康，意指積極促進良好的健康行為如營養、運動、壓力管理等；Irwin(1993)認為危害健康行為是指在個人意志下所從事的行為，該行為可能對健康帶來某些不確定的負面影響；Liang, Shediak-Rizkallah, Celentano, 與 Rohde 於1999年蒐集文獻訂出一概念架構，將健康相關行為分為三大類，一為每日的習慣，包括抽菸、飲酒、蔬果消費和運動；二為使用相關健康服務，包括醫療檢查、子宮頸檢查、膽固醇檢查和癌症篩檢等；三為特殊狀況下的行為，如風險採取行為，包括未使用安全帶和酒後駕車等。

此外，美國疾病防治中心(Centers for Disease Control and Prevention; CDC)發展的青少年危險行為監測系統(Youth Risk Behavior Surveillance System; YRBSS)，針對導致青少年死亡及傷害的主要原因，將青少年危害健康行為歸納為六大類：事故與非事故傷害、吸菸、飲酒與其他藥物使用、性行為、飲食及身體活動(Kolbe, Kann, & Collins, 1993)。

回顧過去至目前有關危害健康行為的項目，整理出研究者所

欲探討的十項危害健康行為，包含駕乘汽車前座繫安全帶、騎乘機車戴安全帽、吸菸、飲酒、嚼檳榔、運動、體重控制、每天吃早餐、每天吃蔬菜及每天吃水果，接下來將針對各類危害健康行為之現況進行探討。

二、國內外青少年危害健康行為的現況

以下針對交通事故傷害預防、物質使用、運動、體重控制及飲食行為加以探討：

(一) 交通事故傷害預防

美國 2005 年青少年危險行為監測系統(YRBSS)指出有 10.2% 很少或未曾繫安全帶，過去十二個月有騎車者很少或未曾戴安全帽比率為 36.5% (CDC, 2006)；香港 1999 年調查 26,111 名在校生危害健康行為中指出青少年很少或未曾繫安全帶比率為 32.4%(Lee & Tsang, 2004)；泰國的曼谷地區青少年危害健康行為調查指出青少年開車很少或未曾繫安全帶比率為 30.6%，過去六個月有騎車者很少或未曾戴安全帽比率為 50.1% (Ruangkanchanasetr, Plitponkarnpim, Hetrakul, & Kongsakon, 2005)。

近年來，國內青少年的主要死因已由傳染病轉變成事故傷害相關的因素，且事故傷害持續五年以上排名青年十大死因第一位(行政院衛生署，2006)，成為威脅青少年健康的最主要來源。事

故傷害的死亡的主要原因為交通事故，其中又以機車所造成的傷亡最為嚴重(內政部警政署，2005)。根據內政部警政署資料分析我國和歐美國家交通事故死亡原因中指出我國 2003 年因交通事故死亡的 4,389 人中，以騎乘機車者占最多(59.2%)，與歐美國家 2002 年資料相比，歐美國家則以乘坐汽車死亡為主約占 45-60% (內政部警政署資料，2005)；就年齡層（每十萬人口死亡人數）來看，我國 15-24 歲的年齡層死亡比率僅次於 65 歲以上，而美國、英國及德國等歐美國家則以 15-24 歲年齡層死亡比率較高，若再以車種別與年齡層交叉分析結果發現 15-24 歲者駕駛機車為高危險群組(9.6 人/每十萬人口死亡人數)(內政部警政署，2005)；此外，該資料指出有無戴安全帽與繫安全帶之差異，以未戴安全帽者與戴安全帽者受傷致死率分別為 5.1%與 0.8%，而頭部受傷致死率分別為 11.3%與 4.4%；以未繫安全帶者與繫安全帶者之受傷致死率分別為 4.6%與 1.3%，而針對頭部與胸部的受傷致死率來看，未繫安全帶者(5.7%與 7.4%)比繫安全帶者(2.0%與 1.8%)高出許多(內政部警政署，2005)。以上顯示在交通事故發生時，戴安全帽與繫安全帶者之受傷致死率皆低於未戴安全帽與繫安全帶者，因此，若能加強安全帽與安全帶之使用，可有效減低交通事故發生時，造成頭部與胸部受傷致死的可能。

在機車事故傷害的調查研究當中，林蓁蓁（1993）針對全國大學一年級與四年級學生（n=1,215）進行調查，結果發現騎機

車的學生當中，僅 29% 偶爾使用安全帽；Lin, Hwang 與 Kuo (2001) 由問卷調查 83-85 年台北市與花蓮市專科學生 4,721 人中，有 60% 以上青少年並未使用安全帽；張富琴 (2001) 探討北市高中學生 (n=897) 危害健康行為情形，發現高中生乘坐汽車前座時，從來沒有或很少繫安全帶者佔 30.9%；過去一年中曾騎機車者佔 53.5%，而當中不曾及很少戴安全帽者 4.1%。陳哲喜、林惠生與劉怡文 (2002) 分析 2001 年 9 月至 12 月進行的臺灣地區國民健康訪問調查資料中，發現開車或乘坐汽車前座者有 5% 偶爾或從來不繫安全帶，其中 12-19 歲青少年佔 10.3%；騎乘機車時有 3.7% 受訪者偶爾或從來不戴安全帽，當中 12-19 歲者佔 6.2%。由以上各數據可發現於 1997 年法律規定騎機車戴安全帽後，國內青少年安全帶與安全帽的使用明顯增加，然而卻也發現儘管交通法規明文規定、交通執法日趨嚴謹、學校教育亦持續加強宣導，部分青少年交通安全行為的遵守情形，仍有待加強。

(二) 物質使用行為

回顧文獻，開始吸菸、飲酒的年齡愈小，對健康的危害愈大 (Khuder, Dayal, & Mutgi, 1999; O'loughlin et al., 1998)。此外，由於嚼檳榔對健康的傷害緩慢而漸進，容易使青少年忽略其嚴重性進而嚼食，因此，皆須加以注意、監測及預防。以下針對青少年吸菸、飲酒及嚼檳榔的現況進行探討，分述如下：

1. 吸菸

國外文獻顯示曾嘗試吸菸的青少年，比率為 15.4% ~ 62.5%、過去 30 天中每日吸菸者或吸菸量超過 20 支者佔 2.0% ~ 15.8% (Lee & Tsang, 2004 ; CDC, 2006 ; Ruangkanasetr et al, 2005 ; Candace et al.,2004)。

國內有關青少年吸菸情形的調查中，國中生曾經吸菸的比率為 4.9%~41.3%(陸玟玲、李蘭、潘伶燕，1994；李蘭，曾東松，翁慧卿，孫亦君，1999；陳霽儒，1999；李景美、苗迺芳、黃惠玲，2000；羅雅玲，2004)、高中職學生則約為 23.0%~44.7%(李景美等，2000；張富琴，2001；李景美、張鳳琴、賴香如、李碧霞、陳雯昭，2002)、五專生或大學生為 34.1%~49.8%(李景美等，2000；林吳銑，2004)。此外，有吸菸習慣的青少年約 11.4%(周思源等，2006)，每日吸菸或經常吸菸之國中生有 2%~10.8%(李蘭等，1999；李景美等，2000；周思源等，2006)、高中職學生 3.9%~23%(李景美等，2000；陳政友，2001；李景美等，2002；周思源等，2006)、五專生或大學生 5.5%~22.2%(李景美等，2000；陳政友，2001；林吳銑，2004)。

2. 飲酒

國外文獻顯示曾飲酒的青少年，比率為 37.3% ~ 74.3%、過去 30 天曾有 1 天或 1 天以上喝 5 杯酒以上者佔 3.4% ~ 25.5% (Lee & Tsang, 2004 ; CDC, 2006 ; Ruangkanasetr et al., 2005)、2001 至 2002 年學齡兒童健康行為調查(Health Behavior in School-aged

Children；HBSC)指出 11-15 歲青少年有規律飲酒的比率為 5%~29%(Candace et al.,2004)

國內有關青少年飲酒情形的調查中，曾經飲酒的比率為 13.5%~74.0%(陸玟玲等，1994；李蘭等，1999；李景美等，2000；姜逸群、黃雅文，2000；陳富莉、李蘭，2001；張富琴，2001；姜逸群、黃雅文、黃春太，2002；羅雅玲，2004)、高中職學生則約為 53.2%~86.7%(李景美等，2000；張富琴，2001；李景美等，2002)、五專生或大學生 41.5%~86.5%(李景美等，2000；陳政友，2001)；此外，青少年過去一個月曾飲酒或有飲酒習慣者(每個月 1~2 次)，其盛行率為 13%~18.4%(劉美媛、周碧瑟，2001；周思源等，2006)、國中生為 13.1%~16.7%(黃春太、姜逸群、黃雅文、張寶仁，2004；周思源等，2006)、高中職學生為 12.1%~26.1% (劉美媛、周碧瑟，2001；張富琴，2001；李景美等，2002；周思源等，2006)、五專生為 21.1%(劉美媛、周碧瑟，2001)。

3.嚼檳榔

國內有關青少年嚼檳榔情形的調查中，國中生曾經嚼檳榔的比率為 1.9%~51%(李蘭等，1999；張昭容，2004)、高中職學生則約為 13.6%~14.9%(鍾兆惠，1997；李景美等，2002)、五專生或大學生為 12.1%~12.4%(Chen & Chen, 2001；陳政友，2001)；此外，青少年嚼檳榔的盛行率約為 3.7%~11.5% (劉美媛、周碧瑟，2000；周思源等，2006)、國中生為 3.7%~12.8%(李蘭等，1999；鄭斐芬、李景美，2002；周思源等，2006)、高中職學生

4.2%~41.2%(楊美賞，1996；周碧瑟、劉美媛，2000；李景美等，2002；周思源等，2006)。

綜合上述，國內青少年有吸菸與飲酒習慣的比率並不低於國外青少年，而嚼檳榔習慣方面，國內青少年嚼檳榔盛行率從 4.2% 至 41.2% 不等，可見國內青少年物質使用(吸菸、飲酒及嚼檳榔)情況甚為嚴重，因此，有必要針對青少年物質使用行為加以瞭解。

(三)運動行為

許多慢性疾病如冠狀心臟疾病(Coronary Heart Disease,CHD)被認為是根植於青少年時期，若缺乏適當的運動將會造成生長發育以及心血管問題(Casperson, 1995)。Stucky-Ropp 等人(1993)亦指出增加青少年規律運動，不但可降低冠狀心臟疾病的潛在危險因子，並可增加心血管適能。由此可見，青少年從事規律運動對健康的影響，值得加以重視。以下將針對青少年從事規律運動的現況加以探討：

美國青少年有從事規律運動者(過去 7 天曾運動超過或包含 3 次且每次 20 分鐘並使你流汗與呼吸急促)佔 62.6%(CDC, 2006)；香港青少年有從事規律運動者佔 27.0%(Lee & Tsang, 2004)。

國內國中生從事規律運動者(每週運動 3 次，每次至少 20-30 分鐘)約佔 29.3%~49.9% (李彩華，1998；劉坤宏，2003；林凱儀，2004；羅雅玲，2004)、高中職生約佔 22.7%~40.4% (張富

琴，2001；陳政友，2001；馮木蘭，2002；林曉薇，2003）、大學生或五專生佔 12.7%~29.9%（曾佳珍，1998；劉翠薇、黃淑貞，1999；李思招，2000；黃茜莉，2003；賴妙純，2004）。

綜合上述資料，國內青少年從事規律運動者約佔 12%~50%，與他國相比之下，我國青少年從事規律運動行為仍待加強。

(四)體重控制

近年來，由於社會和生活型態的轉變，如進步的交通、多元的休閒方式、豐富的食物與容易地獲取食物及較少的體能活動等，使肥胖盛行率呈現急遽上升(Grundy, 1998；Kopelman, 2000；Nestle & Jacobson, 2000；Philipson, 2001)，且對於 21 世紀人類之健康是極大之負擔與威脅(Taubes, 1998)。有研究顯示青少年時期肥胖者，將來成年後成為肥胖者的機率相對較高(Serdula, Ivery, Coates, Freedman, Williamson, & Byers, 1993；Brown, 2000)，因此，應盡量預防青少年成為肥胖者。有關國內外青少年過重與體重控制現況，分述如下：

美國青少年接近過重者佔 15.7%、過重者佔 13.1%、過去 30 天曾嘗試減重者佔 45.6%、過去 30 天曾少吃以維持體重者佔 40.7%、過去 30 天以運動來減重或維持體重的佔 60% (CDC, 2006)。香港青少年自覺過重佔 7.8%、過去 30 天曾嘗試減重者佔 22.5%、過去 30 天曾以減少進食來維持體重者佔 35%、過去 30 天以運動來減重或維持體重者佔 54.2% (Lee & Tsang, 2004)。

台灣地區青少年肥胖的相關調查研究如下：依據國民營養健康狀況變遷調查台灣省 13-17 歲的青少年，結果呈現青少年的肥胖率為 16.4% (陳淑美，1995)；吳慧嫻 (1996) 調查台北縣國中生，肥胖盛行率為 18.9 %。故由以上研究結果可看出近年我國青少年的肥胖率小於 20%，但許多研究報告皆顯示青少年的肥胖率，隨著時代的演進，有日漸增加的趨勢(洪建德、鄭淑慧，1992；陳淑美，1995；吳慧嫻，1996；藺寶珍、王瑞霞，1997)，因此，需加以重視青少年體重控制的情形，以避免青少年肥胖率持續攀升。

(五)飲食行為

青少年正值生長發育的重要階段，需要豐富與均衡的營養攝取，因此，此時期的飲食習慣特別值得重視，特別是會影響到營養的攝取量及均衡與否的飲食習慣，如三餐是否定時（是否會誤餐）、吃西式速食的頻率、吃零食點心的狀況等(李明禹，2000)。根據 Chen, Vontham, & Groves (1991) 的研究指出，每日吃 5 份新鮮水果可以減少 15% 的機會罹患胃癌、胰臟癌和結腸癌。另有許多研究指出攝取蔬果較多者，其罹患癌症、心血管疾病、高血壓、中風的機率較低(Willet, 1990; Gerster, 1991; Weisburger, 1991; Block, Patterson, & Subar, 1992)。因此，青少年時期若能培養良好的飲食習慣或型態，除了可以幫助生長發育外，還能預防未來疾病的發生。有關國內外青少年的飲食行為現況整理如下：

2001 至 2002 年學齡兒童健康行為調查(HBSC)指出 13~15 歲學童吃早餐比率為 64.1%~67.8%，多數國家的 11~15 歲學童每日吃蔬菜的比率則少於 50%(Candace et al.,2004)。

根據某大學學生為樣本調查的研究發現三餐中以早餐攝食情形最不理想，僅 48.3%的學生每天吃早餐(李蘭、曾倩玲,1990)；針對國中生健康行為之追蹤研究(陸玟玲等,1994)則發現，常吃早餐(≥5 次/週)之比率在三年間均約為 80%。另一個針對台灣中部地區五專女性新生所做的飲食習慣調查研究(黃玲珠、陳春妃,1999)發現，每天吃早餐的學生佔多數，為 85%，僅少數學生不吃早餐(0.6%)；1993-1996 年的國民營養健康狀況變遷調查中，青少年有吃飯不定時不定量習慣者，約為 42%，每天都有吃早餐者佔 72.5%，比每天吃午餐(89.9%)與晚餐者(92.3%)食用比率較低(李蘭等,1999)。

蔬果攝取方面，針對台灣地區 13-17 歲青少年飲食型態研究中指出台灣地區青少年為健康飲食族群(此集群的特徵是魚貝類、蔬菜水果攝取頻率高，吃速食頻率低)僅佔 12.3%(李明禹,2000)；吳幸娟、章雅惠、方佳雯、潘文涵(1999)在第三次國民健康營養調查中發現，以年齡層而言，13-18 歲年齡組的蔬菜攝取頻率為所有年齡層中最少的約為每日 2 次，以上數據顯示國內青少年的飲食行為或型態，尚待改善。

第二節 影響青少年危害健康行為之相關因素

本研究所探討的青少年危害健康行為之影響因素，除父母危害健康行為之外，亦針對社會人口學變項中有關性別、年齡、父母教育程度、父母收入及居住地區等與青少年交通事故傷害預防、物質使用、運動、體重控制及飲食等行為之關係加以探討，分述如下：

一、影響交通事故傷害預防行為之相關因素

許多研究指出不同性別與交通事故傷害預防行為表現上是有所差異。張富琴(2001)調查台北市高中生乘坐汽車前座未繫安全帶者，男生(32.6%)比率大於女生(29.2%)、騎乘機車未戴安全帽者，男生(5.3%)比率亦大於女生(2.6%)；美國青少年乘坐汽車未繫安全帶者之比率，男生(12.5%)多於女生(7.8%)(CDC, 2006)。以上數據皆顯示女生在乘坐汽車前座繫安全帶與騎乘機車戴安全帽的比率大於男生。

年級方面，年級愈高，乘坐汽車前座繫安全帶與騎乘機車戴安全帽的比率漸減(江淑娥，1996；王介民，1997；CDC, 2006)。

地區方面，我國 2003 年道路交通事故死亡率(以每十萬人口死亡人數觀察)依高至低順序為花蓮縣(28.7 人)、臺東縣(26.3 人)、屏東縣(23.8 人)、雲林縣(23.6 人)、嘉義縣(23.2 人)，而臺北縣(4.9 人)及臺北市(3.3 人)較低；騎乘機車未戴安全帽比率，以臺東縣

(47.2%)、雲林縣(46.0%)、苗栗縣(40.0%)等縣未戴的比率較高，而澎湖縣(0.0%)、宜蘭縣(4.6%)、臺北市(5.2%)則較低；駕駛汽車未繫安全帶比率，以臺東縣(5.6%)、苗栗縣(5.0%)、雲林縣(4.2%)等縣未繫的比率較高(內政部警政署，2005)。以上可看出居住於都會區者乘坐汽車前座繫安全帶與騎乘機車戴安全帽的比率較高於居住於非都會區者，而居住於都會區者因交通事故死亡的比率較低。

父母社經地位方面，青少年事故及非事故傷害的發生，父母社經地位低者顯著高於父母社經地位中、高者(張富琴，2001)。

二、影響物質使用行為之相關因素

性別方面，男生吸菸、飲酒、嚼檳榔的比率多於女生(Duncan et.al., 1995; Lowry, 1996; Johnson, 1996; Liu, 2003; Lee & Tsang, 2004; Ruangkanhasetr et al., 2005)，雖然大部分研究皆顯示青少年族群中男生吸菸、飲酒及嚼檳榔之盛行率大於女生，不過近年來，年輕女性吸菸盛行率有不斷上升的趨勢，就美國青少年而言，美國白人女性吸菸比率(佔 17%)多於白人男性(15.1%)、西班牙裔男性(11.5%)及黑人男性(7.5%) (CDC, 2006)。

年級方面，青少年吸菸、飲酒、嚼檳榔之比率皆隨年級愈高而漸增(Duncan et.al., 1995; Lowry, 1996; Johnson, 1996; CDC, 2006)。

父母教育程度、家庭收入、父母社經地位、父母婚姻狀況與

子女吸菸、飲酒、吃檳榔有顯著關係(沈玉娟，1996；黃璉華、左如梅、尹祚芊、楊瑞珍、黃子庭，1996；鍾兆惠，1997；陳順利，2000)。

有關父母行為方面，父母或家人的吸菸行為對子女吸菸有明顯的影響力(Noland et al., 1996；Tyas & Pederson, 1998；Komro, McCarty, Forster, Blaine, & Chen, 2003)，而有研究發現父子間的影響較為顯著(楊雪華、陳端容、李蘭、柯姍如，2003)。李蘭(1998)調查臺北市高職學生使用成癮物質行為研究及陳順利(1998)原漢青少年飲酒行為和學業成就之追蹤調查—以台東縣關山地區為例兩研究者皆指出父母的飲酒行為越多，其愈能接受飲酒行為。

因此，有學者專家呼籲家長盡量避免在子女面前吸菸、飲酒、嚼檳榔，除了成為子女的良好典範，也可降低青少年吸菸、飲酒、嚼檳榔的機會(Clark, Scarisbrick-Hauser, Gautam, & Wirk, 1999；劉美媛、周碧瑟，2000；葉美玉，2001；葉美玉等，2002；賴香如等，2004)。

三、影響運動行為之相關因素

性別方面，黃麗卿等人(1992)對某專科學校學生進行運動情形狀況調查，結果顯示男生每週從事三次以上運動的比率明顯高於女生，每週運動時數及每週運動消耗卡路里量男女生有顯著差異，男生多於女生。男生不僅較常運動且較喜好從事激烈之運動

(林瑞雄，1991)。

年級及年齡方面，Stephens 等人(1985)分析美國及加拿大全國性調查研究，指出做運動的情形隨年齡的增加有減少的現象，最明顯的下降時期發生在青春期及成年期早期。VerSchoor & Kemper(1985)研究亦指出 12~18 歲者每日活動量隨年齡增加而遽減。Sallis & Hovell(1990)在分析其他多位學者有關運動行為的報告中指出，處於青春晚期者體能活動有明顯下降的趨勢。Thirlaway & Benton(1993)對 6、7、9、11 年級學生進行休閒時間運動行為研究，6 年級學生的運動情形顯著高於 7、9、11 年級的學生，9 年級的運動量高於 11 年級。

父母社經地位方面，學生參與運動之頻率與家庭社經地位有顯著關係(Godin & Shephard, 1986)。高社經地位家庭之子女其運動情形顯著高於低社經家庭之子女(Gottlieb & Chen, 1985)。Sunnegardh 等人(1986)研究發現受高等教育的父母，其家庭較有健康意識，即有規律的身體活動並且有規律運動訓練的女生，其父母親都受大學的教育；Gordon-Larsen 等人(2000)研究青少年身體活動的決定因素，指出母親的教育程度和青少年不活動的生活型態呈現負相關；Pietila 等人(1995)研究芬蘭北部的青少年發現，母親若教育程度較低者，其子女有規律運動習慣最少。此外，家庭收入或父母教育程度愈低者其盛行率有越高的現象(Lowry, 1996；Duncan et al, 1995)。

四、影響體重控制之相關因素

性別方面，青少年時期，男女生對於自身體重都很在意，但女生比男生更在意自己的體重 (Kaltiala-Heino, Kautiainen, Virtanen, Rimpela, & Rimpela, 2003)；女生體重控制行為的比率高於男生(洪建德、鄭淑慧，1992；Raheem et al, 2004；Candace et al.,2004)。年齡方面，年齡較長的族群的體重控制行為比率高於較年輕的族群(Paxton et al, 1991)。

女性的體重控制行為會隨父母社經地位愈高而比率愈高 (Drewnows, Kurth, & Krahn, 1994)。此外，在肥胖介入研究中，父母親體重之減少是子女減重成功的重要預測因子 (Epstei, McCurley, Wing, & Valoski, 1990)。

五、影響飲食行為之相關因素

2001 至 2002 年學齡兒童健康行為調查(HBSC)指出每日吃早餐的比率男性(69%)高於女生(60%)與每日吃水果的比率則女性(37%)高於男生(30%) (Candace et al.,2004)。

李明禹(2000)利用 1993-1996 年台灣地區國民營養健康狀況變遷調查資料，探討 13 至 17 歲青少年(共 1727 人)之飲食型態，依飲食型態特性共可分成四個集群：「偏差飲食族群」、「傳統飲食族群」、「健康飲食族群」、及「節制飲食族群」，其中，男生傾向進入偏差飲食族群與傳統飲食族群，女生則傾向進入節制飲食族群。

陳政友(2001)研究指出高中生的飲食習慣會因父母親教育程度不同而有顯著差異。張富琴(2001)研究發現高中生屬低家庭社經地位者出現不健康飲食行為的比率顯著高於高家庭社經地位者。

Sunnegardh 研究發現受高等教育的父母，其家庭較有健康意識，即有健康的飲食的女生，其父母親都受大學教育(Sunnegardh et al., 1986)。此外，有研究發現雙親有肥胖狀況之家庭與雙親沒有肥胖狀況之家庭，其飲食行為是有所差異的(Nguyen, Larson, Johnso, Goran, 1996)，父母親對食物攝取控制不良會使其子女有相類似的攝取型態(Oliveria, Ellison, Moore, Gillman, Garrahie, & Singer, 1992；Birch & Fisher, 1998)。

綜合以上國內外文獻之回顧，青少年交通事故傷害預防、物質使用、運動、體重控制及飲食等行為，會受到性別、年齡、父母教育程度、父母收入、居住地區、父母行為等因素所影響，因此，本研究將針對上述各項重要之影響因素進行分析。

