

第二章 文獻探討

本章針對與研究主旨相關的文獻加以整理探討；共分為四節，分別探討（一）拒絕吸菸行為、（二）健康促進模式、（三）個人特質之相關因素、（四）個人認知之相關因素。

第一節 菸害及拒絕吸菸行為

壹、吸菸之危害與盛行

歷年來世界各地至少已有五萬篇以上各類型的研究報告證實：吸菸會引起惡性腫瘤、肺部和心臟血管疾病。世界健康組織表示，每隔 8 秒鐘有一人死於吸菸（不包括吸二手菸而死亡的人）。90%吸菸者是在青少年時期開始學會吸菸，一吸菸後多數維持 20 年以上的菸齡。Shaw（2000）發現吸菸者的平均壽命比不吸菸者少了 6.5 歲，並會全面性地影響人體。以下即分別介紹吸菸的各種副作用：

1. 頭髮脫落，頭皮、臉及手長紅疹，口腔潰瘍。
2. 黃褐色手指：因為菸草之焦油會留在手指及指甲上，清洗不掉。
3. 白內障：一天吸菸超過 20 根者，其白內障是一般人兩倍，甚至導致失明。
4. 聽力障礙：吸菸者聽力損失會提早 16 年，主要因吸菸者血管容易硬化。
5. 牙齒脫落：牙齒會變黃及脫落，為一般人的 1.5 倍。
6. 皮膚易長皺紋：吸菸使皮膚提前老化，主要是吸菸會造成末梢血管收縮、限制血液流動，消耗維生素 A 和維生素 C、耗損皮膚下層彈性膠原蛋白質，使得皮膚乾燥、失去彈性和光澤、易生皺紋且特別好發於嘴唇及眼睛周圍。醫學研究指出吸菸者 40 歲其臉上皺紋，會比同年齡的不吸菸者看起來老了 20 歲。吸菸者罹患鱗片狀細胞癌之皮膚癌的機會高達 50%，且會增加癌症死亡率。吸菸者比正常人患牛皮癬高 2~3 倍，甚至使病情惡化。
7. 肺部病變：吸菸會影響肺功能，導致慢性阻塞性肺病、容易引發肺部感染（蕭志賢，1999）。80%以上的慢性肺阻塞疾病是由吸菸引起的。吸菸者死於肺衰竭人數比肺癌更多，最常見是肺氣腫及慢性支氣管炎，常導致咳嗽及呼吸困難。且吸菸所產生之一氧化碳會阻礙正常氧氣和血紅素的結合，造成體內缺氧，嚴重時甚至死亡。
8. 骨質疏鬆症：吸菸者血液攜氧能力降低，導致骨質密度降低，易骨折。吸菸者比不吸菸者發生經常性背痛高達 5 倍。

9. 心血管疾病：吸菸所吸入的尼古丁，具有中樞神經興奮作用，除了會引起成癮現象，也會影響免疫系統機能、造成心臟血管病變的危險因素。吸菸會使血壓升高及促進動脈產生粥狀硬化（蕭志賢等，1999），是引發冠狀動脈心臟病與腦中風等心血管疾病的主要危險因素。吸菸會破壞血管壁，使血液很難流到血管末端，而導致血栓閉塞性血管炎與組織壞死，必須截肢。

10. 胃潰瘍：吸菸者會使胃部中和酸性能力降低，使酸性侵襲胃上皮，減少對十二指腸幽門桿菌的抵抗力降低，易得胃潰瘍，難治癒及容易復發。

11. 男性生殖系統異常：造成精子染色體異常，導致流產及畸型。一天吸菸量超過 20 根者，其小孩罹患癌症機率比一般人高 42%。吸菸使精子數量減少，且會減少陰莖的血液流量，引起不孕及陽萎。

12. 女性的菸害病變：吸菸女性會有提早停經、影響生育能力、皮膚容易老化、骨骼脆弱、因不宜服用口服避孕藥而影響避孕方法的選擇等現象。孕婦吸菸或暴露在二手菸中會使得女性有骨質疏鬆症及因之引起的骨折、易流產、子宮外孕、難以受孕、胎兒死亡、新生兒死亡、新生兒早產、體重減輕、智力發育較差等皆是（Annie, 1997）。

13. 糖尿病患致死：糖尿病是台灣地區的第五大死因，估計糖尿病病人的死亡有 75% 以上與動脈粥狀硬化有關，而吸菸又是心臟血管疾病的主要危險因子。估計美國每年所有冠狀動脈心臟病的死亡中，有 30% 可歸因於吸菸，而糖尿病病人的心臟血管疾病死亡中，有 65% 可歸因於糖尿病與吸菸之交互作用。吸菸的糖尿病病人比未吸菸的糖尿病病人有較高的心臟血管疾病發生率、再發率、及死亡率，而戒菸可以很快地改善這些現象。有研究指出，發生心肌梗塞的病人戒菸一年後，可使心臟血管疾病的發生降低 50%；在戒菸二年後罹患心臟血管疾病之危險性則與無吸菸者相當（曾慶孝，1999）。

14. 癌症：菸草中至少含 60 種致癌因子，尤其菸焦油更為主要元兇。國內學者指出，吸菸年數和吸菸總量的增加與肺癌及胃癌的罹患呈高度相關；吸菸年數越長，得到這兩種癌症的相對危險性有增加的趨勢（黃淑貞，1998）。男性吸菸者比不吸菸者高 22 倍的機率罹患肺癌；鼻咽癌為 2 倍機率；舌、口腔、唾液腺及咽部癌症機率，女性為 6 倍、男性為 27 倍；喉癌為 12 倍機率；食道癌為 10 倍機率；腎臟癌為 5 倍機率；陰莖癌為 3 倍機率；胰臟癌為 5 倍機率；肛門癌為 9 倍機率；同時乳癌及子宮頸癌機率也會增加。男性吸菸則容易發生膀胱癌，發病年齡多在 65 歲以上。根據歐美的研究，膀胱癌的主要危險因子為吸菸及職業暴露，其可歸因百分比在男性分別可達 50% 及 35%。進一步分析菸的成分及職業暴露資料，咸認芳香胺類是膀胱癌的主要致癌物（許鈴宜、陳建仁，1999）。

由此可知，菸品會對我們身體會造成許多危害，但這些傷害多以慢性疾病居多，再加上其他因素，使得國人對菸害的危機意識不足，造成社會

上的吸菸盛行率無法有效降低，尤其是青少年族群更顯著。以下介紹國內學者專家針對吸菸情形所做的統計資料。

一份台灣地區全國性研究指出，1993、1994 及 1996 年這三年所做的統計調查裡，成年男性之吸菸率以 25-44 歲最高，國中程度者及技術性工人也較高。成年女性吸菸率則是 65 歲以上較高。經年齡標準化處理後，1993、1994 及 1996 年成年男性之吸菸率分別為 50.07%、51.59%和 51.89%；女性則分別為 2.82%、6.35%和 4.63%。控制性別與年齡的影響後，有吸菸的可能性為教育程度「小學及以下」程度者顯著地高於「大專及以上」者；從吸菸的重要指標來看，「技術性工人」危險群顯著地高於「專業或行政人員」。在戒菸的可能性方面，則為「大專及以上」程度者顯著地高於「小學及以下」程度者；「專業或行政人員」則顯著地高於「技術性工人」、「半技術工人」及「無業者」(潘伶燕、李蘭，1999)。

黃淑貞(1982)調查出國中男生最近一個月內有吸菸者佔 11.36%，過去有吸菸者佔 14.67%；陳錫琦(1985)發現國中男生現在吸菸者 9.48%，過去吸菸者 10.89%；陳靜芝(1987)調查出國中生有吸菸經驗的佔 15%；李景美(1990)調查出經常吸菸者佔 6.6%，偶爾吸菸者佔 10.5%，戒菸者佔 5.1%，嘗試吸菸者佔 27.9%；黃松元(1991)調查發現中學生幾乎每天吸佔 3.5%，現在偶爾吸佔 6.6%，戒菸者 5.5%，曾嘗試吸菸者佔 30.4%；嚴道、黃松元、馬藹屏、蕭惠文(1994)調查發現台灣青少年之吸菸率為 16.6%；高雅珠(1994)調查出國中生有吸菸經驗者佔 28.9%；李美慧(1995)調查出國中生幾乎每天吸菸者佔 2.7%，偶爾吸菸者佔 5%，戒菸者佔 3.8%，曾嘗試吸菸者佔 16.3%；沈育娟(1995)調查出吸菸者佔 6.7%，戒菸者佔 3.2%，嘗試吸菸者佔 15.0%；嚴道、黃松元、馬藹屏、楊美雪、周曉慧(1996)發現台北市國中生之吸菸率為 28.6%，而其中男生之吸菸率為 37.6%，女生之吸菸率為 18.5%；林采虹(1999)調查出有吸菸經驗的佔 24.6%。陳錫琦(1998)調查出國一生現在有吸菸經驗的比率 6.3%，國二生 10.8%，國三生 19.1%，而國一生過去吸菸但現在不吸菸的比率 11.0%，國二生 11.8%，國三生 11.9%，另外，國一生曾嘗試看看但現在不吸菸的比率 36.2%，國二生 28.9%，國三生 27.3%。

由以上資料可以看出青少年吸菸比率沒有下降的趨勢，但因為吸菸對身體健康的危害不是顯而易見的、是非常緩慢的；青少年絕對不會因為今天吸了一口菸或一根吸菸，明天就生病、不能去上學了，所以青少年無法立即、強烈地感受到吸菸對健康的傷害；再者，吸菸對健康的傷害，事實上並不一定會發生在每一位吸菸者身上。當青少年想要吸菸時，就只會看到少數有吸菸、卻仍「健康」無恙者、或有吸菸的長壽者之特例，對於大多數因吸菸而受害的例子卻視而不見。這兩項菸害的特性使得青少年忽略了吸菸的傷害性和嚴重性(馬藹屏，1997)。況且，吸菸者即使知道罹患慢性病的嚴重性，他們也不認為疾病會發生在自己身上；Sherman(1983)

指出青少年即使同樣具有菸害的健康知識，然因個人之性格特質互異，其行為表現亦將有所不同。

貳、吸二手菸之危害

二手菸簡單的說是指非吸菸者吸入的菸煙；是分佈最廣且有害的空氣污染物之一，亦稱為環境菸煙，包含來自吸菸者吸菸時所呼出的主流煙（Mainstream Tobacco Smoke）及從燃燒的香菸頭所釋出的支流煙（Sidestream Tobacco Smoke）。大多數專家認為支流菸比主流菸對不吸菸者更為有害，因為主流菸有較充足的氧氣及較高的溫度燃燒（900°C），並經由吸菸者的濾過，而支流菸係由於燃燒不完全所致，比主流菸煙包含了更多的致病因子和毒素。而且呼出的主流菸煙只在吸菸者吐煙時才出現，可是支流菸煙在一支菸點然後十分鐘內不斷產生，亦即不吸菸者往往身不由己地被迫吸入兩種不同的菸煙（行政院環境保護署，1993；Kurtz, Johnson & Rose -Lee, 1992）。

至於二手菸對人體健康的危害，在 1986 年美國的 Report of the Surgeon General 首次發表二手菸可能導致非吸菸者產生肺癌之後，陸續有許多二手菸危害的相關研究指證發表（Martinelli, 1996）。在臺灣男性和女性吸入二手菸，而造成的死亡率佔了吸菸有關疾病死亡的 68.3%（行政院衛生署，1993）。至於兒童在家或公共場所暴露於環境內二手菸，也會增加其慢性咳嗽、氣喘發作與惡化、支氣管炎、肺炎、支氣管過度反應（bronchial hyper-reactivity）及新生兒猝死症（sudden infant death syndrome）的危險性（郭許智、謝文斌，1997）。孕婦暴露在二手菸中會使得新生兒早產、體重減輕、智力發育較差，並增加流產、胎兒死亡、新生兒死亡的機率。

高雄醫學大學公共衛生學系一項『室內環境危險因素對不吸菸婦女肺癌之危險效應』發現（葛應欽，1996），有三成女性肺癌患者，長期暴露在父親的菸害中，之後又受到丈夫的二手菸污染，以致於即使本身不吸菸，卻也逃不過肺癌的侵蝕。事實上，1986 年起，肺癌即躍居台灣婦女癌症死因的首位，根據統計，台灣女性肺癌成長率在過去三十年增加近八倍之多，是世界上增加最快的地區。高醫公共衛生學系教授葛應欽表示，婦女在少年與中年時期暴露於菸害中，是女性肺癌的主要殺手，約有 30% 的肺癌可歸於二手菸的傷害，比未在二手菸環境中的婦女高出 1.8 及 2.2 倍的肺癌危險性。因此，如果體貼的男性能戒菸，將有三成的婦女可免除肺癌的罹患機率。其實，各界早有吸菸會致癌的說法，但是究竟其原理為何？吸二手菸是不是比一手菸更容易罹患肺癌？以下的說明足以令人省思。

美國環保署於一九九三年二月所發表的研究指出，危害人體健康的菸成份大致可分成四類：尼古丁、一氧化碳、菸塵、致癌物質。根據其他學

者的分析研究指出，點燃一根菸後所產生的煙，是由氣態和非氣態兩大類物質所構成；氣態物包括了一氧化碳和二甲基亞硝酸胺等致癌物，非氣態物則主要是尼古丁和焦油等，而焦油中的苯比林亦為一種致癌物（行政院環境保護署，1993）。菸在燃燒後所放出的「支流菸」中有害物質（尼古丁、焦油、氫氧化物、阿摩尼亞）的含量比「主流菸」高出二十倍以上；而菸的致癌物大部分為不完全燃燒的產物。

更可怕的是，在同一房間內，吸二手菸的人其血液和尿中的尼古丁濃度比抽菸的人來得高。Glantz & Parmley (1995) 發現二手菸藉由降低血液運送氧氣至心臟的功能，以及降低心肌使用氧的能力，而影響心血管系統。Celermajer et al. (1996) 認為二手菸使內皮組織喪失功能，是青少年引發動脈粥狀化之主要原因之一。兒童與二手菸有關的疾病，輕微如喉嚨痛、眼睛痛、慢性咳嗽和打噴嚏等，較嚴重的有嬰兒猝死、腦膜炎、囊性纖維變性、支氣管炎、肺癌、肺功能衰退、中耳炎和先天性心臟病等症狀，都有因果關係，並會增加兒童氣喘的發作次數、使其病情惡化

(Tager, 1989)。而根據研究估計，非吸菸者暴露於二手菸比沒有暴露於二手菸，在成人方面增加了 25% 的肺癌危險機率，而對於兒童則增加 50-100% 急性呼吸道疾病的危險率 (Law & Hackshaw, 1996)。因此，二手菸已經由美國環保署認定為 A 類致癌物質（即已知會使人類致癌的物質）。

吸菸之所以會引起癌症，最主要的原因是煙霧中所含有的菸焦油。目前已知，菸焦油內含有三千多種化合物，其中至少有 38 種化合物會引起癌症。吸一手菸的人，較大分子的菸焦油最先黏附在氣管及較前端的支氣管上，其所引起的肺癌則多屬於上皮性癌，此即為男性吸菸者常見的肺癌細胞型態。

有些吸菸者，常喜歡將菸深深吸入肺部，如此菸焦油就會到達肺的內側，會有較多的機會形成腺癌。由於菸焦油大分子已黏附在吸菸者氣管上，其吐出的菸中所含的菸焦油分子已較小，是以吸到二手菸的人基本上吸入的菸焦油分子亦較小，較易到達肺內部，而產生腺癌。如此即可解釋女性及不吸菸者得肺癌的型態多以腺癌為主的原因。

吸一手菸的人，得肺癌的機會是未吸菸者的 10 倍，而吸二手菸者得肺癌的機會是不吸菸者的 5 倍。是以吸二手菸者，等於別人吸一根菸時，他也相對地吸了半根菸。吸一手菸者較易得肺癌，多屬上皮性癌，而吸二手菸者得肺癌的機率確實比吸一手菸者較低，且多屬腺癌，此為目前醫界臨床觀察的結果。不過，無論如何，為減少菸害對人類癌症的影響，應徹底做到戒菸及拒吸二手菸。

直到 1990 年底，已有 63 個聯合國會員國發佈在公共場所不許吸菸之禁令（行政院環境保護署，1993）。在台灣自民國 76 年洋菸開放進口，為避免菸商強勢之廣告促銷，導致吸菸率上升，民國 77 年衛生署即推行「不吸菸運動推廣計畫」，民國 78 年 1 月 23 日公佈施行「少年福利法」，要求

12 歲以上、未滿 18 歲之青少年不得吸菸、飲酒、嚼檳榔。復於民國 80 年 7 月擬定「菸害防制法」草案，並於民國 86 年 3 月 19 日公佈「菸害防制法」，並於同年 9 月 19 日實施，對保護青少年免於受菸害，有更周延之保護（馬藹屏，1997）；目前菸害防制法修正草案中增列兒童遊樂場所、高級中等以下學校全面禁菸，且工作場所、餐廳、咖啡館等密閉空間，若未設置吸菸室則不得吸菸，違反者處罰款新台幣一至五萬元。但國內對於公共場所禁菸的實施情形，卻仍不夠徹底，致使國中學生仍須面對有二手菸的環境，對二手菸所引起的生理及心理的反應，仍是我們所須關心的課題。

參、拒絕吸菸之相關研究

青少年相當在意別人對自己的想法，他們對於歸屬和被接受的需要，遠超過對獨立的需要。青少年常會害怕說「不」將導致友誼關係的喪失。良好的拒絕技術能協助青少年藉由口語及非口語的訊息清楚說「不」，但並不會危及現有的人際關係。

Fetro (1992) 歸納拒絕的技術有四項，分述如下。

一、清楚說「不」訊息：一項清楚的拒絕包含四種要素，分別是--

(一) 個人必須說「不」。

(二) 個人的肢體語言必須支持「不」的訊息：這些肢體語言包括嚴肅的表情、堅定的聲調、強化訊息的臉部表情及手臂動作、轉身走開等。

(三) 若有需要，當事人應重複地拒絕：在壓力情境下，常需要當事人說許多次「不」，方能讓對方接受此訊息。

(四) 拒絕的訊息應儘可能簡單：換言之，當事人沒有必要向對方解釋他不願意做某事的原因。

二、迷霧式的敘述 (fogging statements)：青少年常會因為不願按照朋友要求地去做，就受到揶揄或貶損。迷霧式的敘述運用同意或幽默，來持續正向的討論，以控制該場面。例如一個青少年對另一個說：「你不願意試試這些藥物，就是因為你膽小。」另一位青少年可以這樣回答：「是啊！我就是膽小嘛！」或是「當然啦，我是膽小！但你可知道這些藥物會對人造成怎樣的後果？」

三、拖延的敘述 (delaying statements)：當青少年面對壓力情境而無法決定要如何做或如何說時，可以使用拖延的技術。常用的拖延技術就是假裝沒聽見對方的話，或是改變話題，此外，運用「我需要想想」、「我現在還沒準備要做決定」之類的話語，也可以提供更多的時間來思考該項行為的正、負向後果，並作出回應。

四、替代的行動 (alternative actions)：面對壓力情境的另一個方法是建議一項替代的活動，這也是延長做決定時間的方法。

Patterson (1993) 提出自我控制的拒絕技術，包括以下五個步驟：一是停止原有的工作（如「等一等」），二是指出麻煩（「這是...」），三是敘述其後果（「如果我做了會...」），四是想想其他可做的事，並離開該情境（「我們何不...」），五是對自己能夠控制並給予鼓勵（「我做得很好」、「我能控制」、「我安全了」）。

Roberts, Fitzmahan, & Associates (1987) 亦提出相近的拒絕五步驟，包括：

- 一、問問題：例如問「你要做什麼？」
- 二、指出錯誤與麻煩：儘可能指出真正的問題。
- 三、指出後果：指出該項行為對自身、家庭、學校及法律的影響。
- 四、建議一項替代活動：提議一項合法又有趣的活動來替代。
- 五、離開並預留退路：設法一邊離開現場，一邊繼續推銷前述的替代活動，並預留退路（例如說「當你改變主意時，可以來找我」）。

Roberts 等人認為拒絕技術具有以下三項基本功能，一是協助學習者維持友誼（預留退路，不使對方難堪），二是享受生活的樂趣（建議替代的活動），三是避免陷入錯誤與麻煩（拒絕他人的不當要求）。

由此可知，青少年需要對成癮物質說「不」，他們需要學習勇敢面對他人的壓力與挑戰。學校是一個可以讓青少年演練拒絕技術的理想場所，但青少年也須在課堂以外的現實生活中，實際練習拒絕的方法。

統整以上文獻，本研究問卷擬用以下各點來了解國中生對拒絕他人遞菸時的自信心：「直接說不」、「找藉口推辭」、「走為上策」、「轉移話題」、「建議做其他事」、「回請其他食物」、「繞道而行」、「不予理會」、「自我解嘲」、「拖延戰術」、「反問吸菸後果」、「不想惹重要他人生氣」（見附錄二）。

我國因社會環境及政策的改變，已使青少年接觸菸品誘惑的機會日益增加。在此種情形下，如何增強青少年有抗拒誘惑的能力及選擇有益個人健康的生活，是當今衛生教育努力的目標之一（高雅珠，1994）。目前國內多數中學，僅經由訓導管理方式，單靠記過、威嚇等處分方法來制止學生的吸菸行為。若要等到青少年吸了菸、染了菸癮，才來進行戒菸教育，是屬於消極被動的補救措施；禁菸只是治標、只是對「已有吸菸行為」的青少年做行為限制。不若事前預防行為的培養，也就是主動拒絕吸菸行為技巧的學習，較能得到事半功倍之效。因此從衛生教育立場設計教學活動，將有助於青少年遠離危害健康的行為。但是目前的調查研究多從已吸菸人口的觀點來切入，相關拒絕吸菸行為的研究太少。

Kurtz, M.E., Azikiwe, Kurtz, J.C. (1993) 在奈及利亞對已婚婦女所做二手菸之調查研究中，發現預防行為項目分數平均最高的是「我要求別人不要把菸呼到我臉上」，平均最低的是「當我在公車或汽車上，我要求坐在旁邊者不要吸菸」。Martinelli (1996) 探討 18-25 歲青少年避免二手菸行為之研究，發現營養、一般自我效能、拒吸二手菸效能、對二手菸之

健康信念、同住者無人吸菸、健康責任等顯著影響避免二手菸之行為。林采虹（1999）的調查則發現國中生的拒吸二手菸行為，通常是被動地以打開窗戶沖淡菸味、或在戶外時選擇離開等方式較多被採用，主動地以選擇非吸菸區用餐、阻止別人吸菸等較少被採用。Kurtz, Johnson, Ross-Lee（1992）則指出大學生非吸菸者和女性，較吸菸者和男性，會採取預防行為。黃淑貞（1988）指出女性吸菸者比男性少得多，傳統的道德因素在這個現象中扮演重要的角色。Kurtz et al.（1993）發現年齡、教育程度及吸菸狀況是顯著影響已婚婦女對二手菸之知識和態度的重要因子。高雅珠（1994）調查發現 30.7%的國中生曾經有被他人遞菸的經驗，其中有 50.8%的被遞菸者面對他人遞菸時會拒絕對方，也就是 15.60%的國中生有過去拒菸經驗。

黃淑貞（1988）認為大學生的拒菸教育應特別強調「不吸菸的益處」及增強學生不吸菸之自我效能方面，可請其他成功戒菸者見證其成功經驗與心路歷程，或可由教師敘述戒菸的學理，或經由生理回饋，讓學生增強其戒菸的自我效能。由於年紀較輕，較不感覺罹患疾病的可能性，故應就目前慢性病在社會上的流行情形加以說明，來增加學生的警惕心。並請有家族病史者須特別留意其罹患疾病的可能，以強調保健的重要性。

高雅珠（1994）認為多數研究證實傳統知識性的預防吸菸教育僅能增進學生的吸菸知識、或改變吸菸信念及態度，卻無法改變吸菸行為。其實，預防吸菸教育介入計畫內容應包括吸菸後的社會後果及生理的立即反映、影響吸菸的社會因素（如同儕、父母親、媒體影響）以及拒絕技術的練習。教學內容除了教學生「How to say no」外，亦應加入做決定及解決問題的能力、模仿及角色扮演的練習。以問題解決法、做決定、自我控制、及自我獎勵等方法，來教學生如何認清危險及處理初期的影響，直到他們能評估「選擇的後果」，且能有適當的反應。

高雅珠（1994）調查發現接受預防吸菸計劃教學的學生，較喜歡且認為有幫助的課程內容是「拒絕技術的演練」、「建立積極的自我對話」、「擁有各種不同調適心情的方法」；學生較喜歡以學生為中心的教學方法，如角色扮演、短劇、遊戲及行為技術之演練。多項研究建議，反菸教育的實施應由教師主導，學生協助教學；因為學生對於同儕領導者(Peer-Leader)所呈現的資料反應較佳，但傳送過程仍由教師負責。因此，教育介入的活動內容及方法如下：

- (1) 使學生瞭解青少年的吸菸盛行率。
- (2) 強調吸菸的負向社會影響及立即的生理危害。
- (3) 使學生瞭解影響吸菸的社會因素，如父母、同儕、及大眾媒體的影響。
- (4) 糾正其對青少年吸菸行為的錯誤規範期望。
- (5) 經由反覆演練、模仿、增強等方法，轉換被動角色為主動角色，加強其對社會影響的拒絕能力。例如，在同儕嘲諷的壓力情境時可試用「自我

解嘲法」，若面對同儕邀約吸菸的氣氛較緩和時可以使用「破唱片法」。

馬藹屏（1997）認為吸菸對健康的傷害固然是教育宣導過程中無法完全略而不提的，但因為青少年對這個部分比較沒有「感覺」，所以不宜談得太多，應著重於各種迷思的導正；再者，宜多以舉例、笑話、示範、演練、腦力激盪、團體輔導等多種方式，以引發青少年之參與動機及共鳴，從而學習正確之菸害知識、培養拒菸的態度，並落實於日常生活之中。

余坤煌（1993）認為教師在教學過程中，係扮演著價值引導的角色。傳統中過分強調知識及價值灌輸的結果，有關價值的教學往往是利用「說教、限制選擇、訂立規則、模仿」等傳統方法，企圖達到行為控制與態度養成的目的，結果使學生被動的接受，但卻不能將這些價值觀內化，而成為其自我的一部份。但事實上，經由個人自由選擇後所產生的價值是個人運用智慧與複雜的環境交互作用後的理性結晶，如此所培養的信念、態度、行為和價值觀才能根深蒂固。因此教師應分析學生價值發展的可能範圍，指導他們認識社會文化價值，並協助學生去實現其個人的價值觀。

由以上文獻看來，國內研究仍較著重於吸菸防治的方面，專門針對拒絕吸菸行為的研究不多，教學介入計畫也只強調部分拒絕技術的演練。未來研究仍有許多可再探討發展之處。

第二節 健康促進模式之探討

壹、健康促進行為

衛生教育學者認為個人行為是健康的決定因素之一，此個人行為包括了健康促進行為。健康促進開始於人們基本上還是很健康時，即設法尋求發展社區和個人策略，以協助人們採行有助於維護和增進健康的生活方式。而健康促進之中心目標則在增進每一個人自我照顧的知能及對健康的自我責任（林采虹，1999）。因此 Brubaker（1983）認為健康促進是為「指引個人、家庭、社區朝向增進安寧（well-being）的水平，及實現健康潛能的一種健康照護。」而 O'Donnell（1986）對健康促進的定義則為：「健康促進是協助人們改善生活型態，以朝向最佳健康狀態的一種科學與藝術。」Pender（1987）定義健康促進行為（health-promoting behavior）是：「安寧（well-being）和自我實現（self-actualization）」，不同於健康維護行為（health-protecting behavior）：「主動保護身體免於病因壓力以減少疾病發生率；或減輕疾病的症狀期」。

在 W.H.O. 的“health for all”呼籲下，世界各國均在調整其醫療制度，其中健康促進是被重視的主題。姜逸群、黃雅文（1992）指出健康促進的

場所包括工作場所、學校、醫院與社區，其中以工作場所及學校的適切性及經濟效益較高。

綜合言之，健康促進行為是一種自我實現，比起疾病預防行為或健康保護行為，顯然更為積極，而且動機也將不一樣（林采虹，1999）。鑒於吸菸的危害不是顯而易見的，而是日積月累的成果，若以健康促進的觀點探討拒絕吸菸行為，似乎比疾病預防的觀點更為合適。以教育介入的實驗方法證明，只要經過適當的訓練，促使青少年採取適當的健康促進行為，將能有效降低參與危險性活動。而以適切性及經濟性而言，對學校學生，尤其國中生是嘗試吸菸者開始吸菸之年紀，故施行技巧性之訓練，將可降低學生接受他人邀請而吸菸之情形。至於技巧性之訓練，當然要有理論與模式之根據作基礎，才能達到事半功倍的效果。

貳、健康促進模式

現今探討健康行為之理論模式，各個學派不一而足，其中 Pender(1987) 的健康促進模式 (health promotion model；簡稱 HPM)，主要是根據社會學習理論和健康信念模式 (health belief model) 發展而成。

一、社會學習理論

在社會學習理論裡，根據 Bandura (1977) 的觀點，認為個人的行為不是內在也不是外在刺激所控制，這個理論是把認知、情感、態度及環境等事件，聯結成可操作之相互影響的關係，以決定行為之因素；因此，此理論強調的是認知的中介過程對於行為的影響。對於行為的解釋，Rotter (1966) 對於行為的定義為：任何對有意義刺激所產生的行動或情緒反應，其可直接、間接加以測量或觀察到的。

二、自我效能模式

Bandura 的社會學習理論常用於健康學習領域，尤其自我效能模式更適於作行為改變之介入上。Bandura 提及自我效能的來源有下列四種：

- (一) 過去經驗的類推 (Performance Accomplishments)：個人對於行為執行的經驗常作為將來執行相關行為能力之指標，故成功的經驗會提高個人對相關行為的控制熟練期待。
- (二) 替代性經驗 (Vicarious Experience)：觀察別人成功的經驗，可產生個人對執行此行為的能力之期待。
- (三) 言語勸服 (Verbal Persuasion)：藉由他人告訴個人有執行此行為之能力，將使個人信服自己確有此能力。此法常被運用於衛生教育的計劃之中，以提高學習者之自我效能。
- (四) 情緒的引發 (Emotional Arousal)：情緒 (如焦慮、沮喪) 經常被解釋為是否有能力執行某特定行為的指標。

Bandura (1977) 認為行為與行為改變須仰賴結果期待和個人的效能期待。結果期待 (Outcome Expectancy) 是指個人對從事某項行為會導致某特定結果期待，效能期待 (Efficacy Expectancy) 即自我效能，意指個人自信能執行某特定行為之能力，而做的自我評估。效能期待是影響行為改變的最大決定因素，自我效能期待對引發個人從事某項行為的起始決策、發揮努力的程度及在困境中的堅持度等均有重大影響。因此，本研究問卷擬用效能期待來測定國中生的拒菸自我效能之認知 (見附錄三)。

三、健康信念模式

健康信念模式 (Health Belief Model) 於 1950 年代被提出，是根據社會心理學理論及 Lewin 的場域論設計而成，為解釋健康維護行為而提供的研究架構模式，是現今公共衛生及衛生教育學者常用的健康行為模式。健康信念模式是以價值期待理論為基礎，用動機及認知的因素來預測及說明和健康有關的行為。

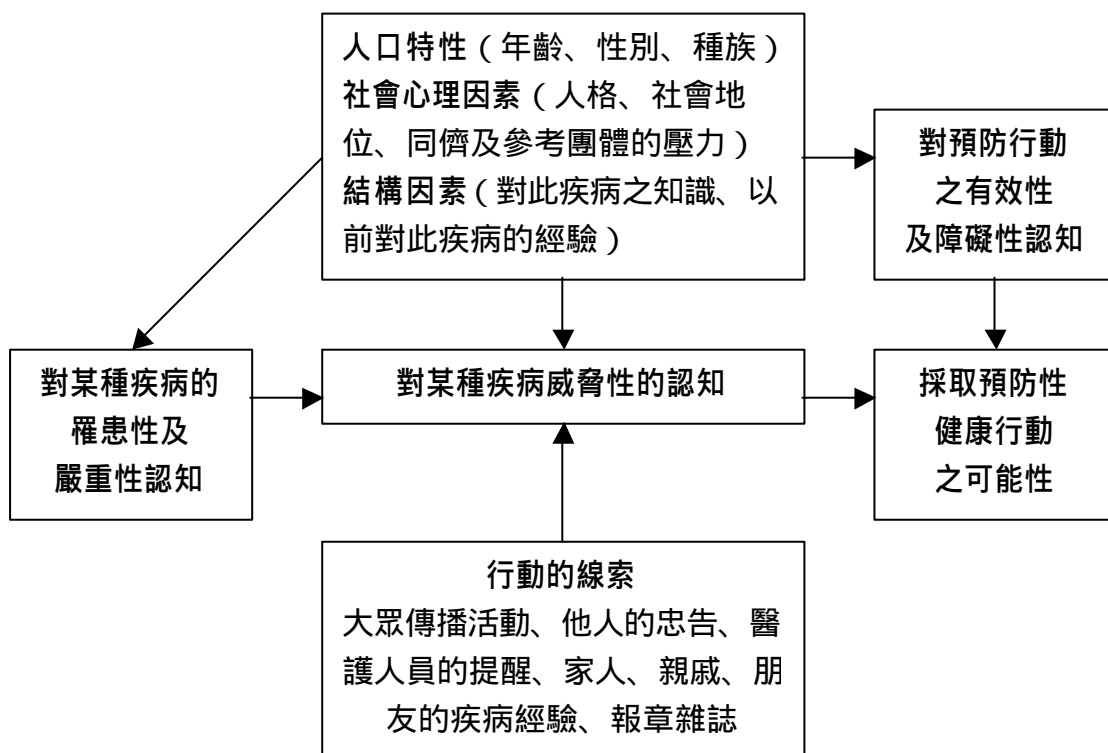


圖 2-1 健康信念模式 (Health Belief Model)

根據 Rosenstock (1974) 的解釋，模式中重要的基本概念包括：

- (一) 罹患性的認知 (Perceived Susceptibility): 指個人主觀的評估自己罹患某種疾病的可能性。
- (二) 嚴重性的認知 (Perceived Severity): 指個人覺得罹患某種疾病後的結果是否具嚴重性，該疾病是否會引起死亡、殘障等，

及其對心理、社會關係上或家庭方面的影響。

- (三) 有效性認知 (Perceive Benefits of Action): 指個人對所欲採取之行動是否能預防或偵測疾病、維持個人健康或減少因疾病導致之不良後果等利益性的主觀評估。
- (四) 障礙性認知 (Perceive Barriers of Action): 指個人對所欲採取的行動過程中可能存在的障礙評估, 如花費太高、不方便、花費時間、引起疼痛等。
- (五) 行動的線索 (Cues to Action): 指促成採取行動的刺激, 如身體狀況、疾病的症狀、大眾傳播的報導、醫師的提醒、親朋家人的疾病經驗等。

健康信念模式認為：個人對疾病的罹患性及嚴重性認知是提供行動的動力，而有效性認知與障礙性認知的衡量與比較，則會影響個人最佳行動途徑的選擇 (Rosenstock, 1990)。若再加上行動線索的刺激，則會提升採行健康行為的可能性；這些線索可能是內在的 (如疾病的症狀)，也可以是外在的 (如大眾傳播的報導、人際間的互動、健康檢查的通知單等)。除了上述因素外，不同的人口學、社會心理和結構等因素，對個人的認知也有直接的作用，並間接地影響健康行為的表現 (呂昌明, 1994, Becker et al., 1997)。

另由其理論依據，健康信念模式應含有動機的成份，Becker 和 Maiman 在 1975 年曾針對健康信念模式加以修正，特別強調健康動機對健康行為的影響 (李守義, 周碧瑟, 晏涵文, 1989)。此外，健康信念模式創始人 Rosenstock 等 (1988) 建議在模式中納入自我效能 (Self-efficacy) 變項，以提升對健康行為的預測力。

Janz & Becker (1984) 曾分別比較 1974 年之前，以及 1974-1984 年間的 health belief model 研究共 46 篇，發現此模式在解釋民眾之健康行為，尤其是預防性健康行為方面，相當地適用。整體而言，其變項中與行為關係達統計水準之比例高低依序是：障礙性認知、罹患性認知、有效性認知及嚴重性認知。Harrison (1992) 等分析 1967-1987 年間的相關研究，自 147 篇文獻中以曾進行信度考驗之篩選標準，得到 16 篇，比較其相關係數值，發現在前瞻性的研究中變項解釋力之大小，依序為罹患性認知、嚴重性認知、障礙性認知與有效性認知；但是在回溯性的研究中，障礙性認知與有效性認知的解釋力最大，嚴重性認知的解釋力最小且未達顯著水準。

因此，本研究架構中擬採用健康信念的部份變項，包括吸菸罹病性、吸菸嚴重性、拒菸利益性、拒菸障礙性等四項認知，以便了解國中生的行動動力與最佳行動選擇的影響因素何在，並驗證 Harrison (1992) 的分析結果，看看回溯性研究中障礙性認知與有效性認知是否解釋力最大，而嚴重性認知是否解釋力最小。

四、健康促進模式

Pender (1987) 的健康促進模式與健康信念模式類似，但他認為健康信念模式適用於解釋健康預防行為，而健康促進模式則能夠進一步指出認知知覺變項是健康促進行為的重要指標。因此本研究以 Pender 之健康促進模式作為主要參考依據，發展出探討拒絕吸菸行為之研究架構，藉以評估影響拒絕吸菸之可能因素。

Pender (1987) 的健康促進模式提供了探討個人採取健康促進行為，以及影響健康促進行為背後之認知知覺因素，和影響認知知覺因素之修正因素。認知知覺因素包括健康的重要性、知覺健康控制、知覺自我效能、健康的定義、知覺健康狀況、知覺健康促進行為障礙及知覺健康促進行為利益等七項，是直接影響健康促進行為的因素。修正因素包括背景特性、生物特性、情境因素、人際影響及行為因素等五項，是直接影響認知知覺因素、間接影響健康促進行為的因素。其架構如圖 2-2。

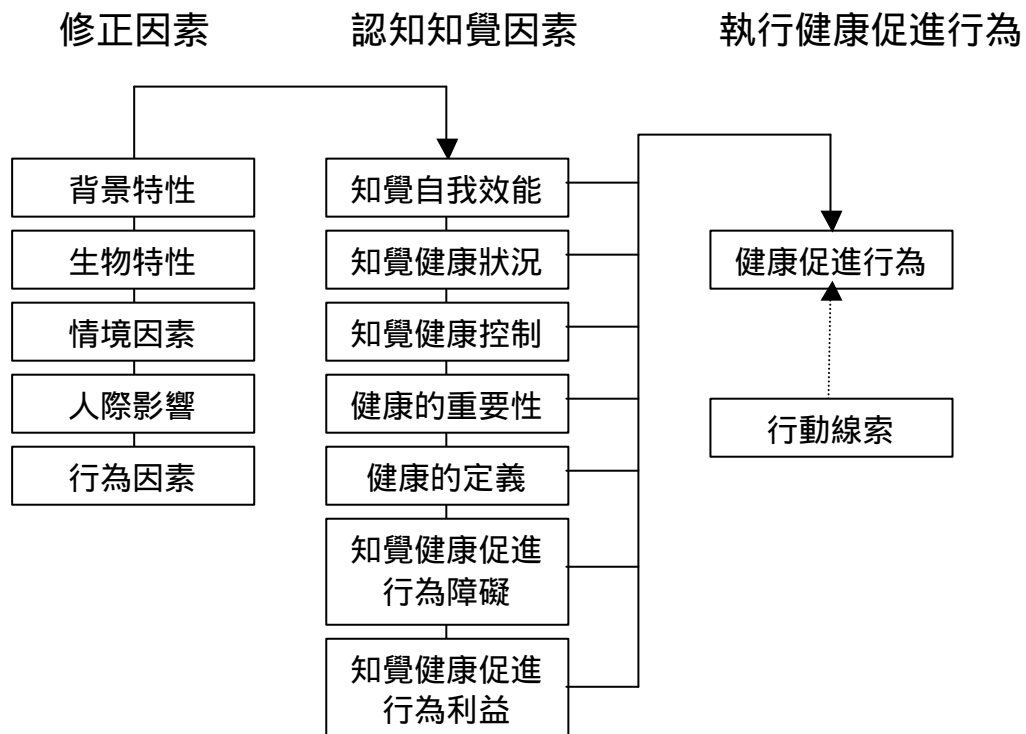


圖 2-2 Health Promotion Model (Pender, 1987)

依照 Pender (1987) 對健康促進模式中各變項之說明，簡單解釋如下：

(一) 修正因素

背景特性：根據不同的研究主題而有不同的背景特性探討，在健康促進模式的研究中，較常為研究者探討的如年齡、性別、種族、教育程度及家庭社經地位等。這些背景特性在模式中有影響認知知覺因素之機制，進而影響健康促進行為。

生物特性：如體重、體脂肪及疾病等。許多生物特性已被證實與健康促進行為有關，例如 Pender 發現體重是預測運動意向的重要因素；體重較重者較無法作規律性運動。

情境因素：是環境的決定因子，可能正面或負面地間接影響健康促進行為。

人際影響：包括他人的期望、家庭健康照護型態，健康專業人員之影響、同儕影響及父母規範等。

行為因素：先前採取過健康促進行為之經驗，將增加個人的能力，來採取各種不同的行為以促進健康。

（二）認知知覺因素

知覺自我效能：指個人確信可以成功地執行必要的行為，並已有理想的行為結果。當人們可正向認知自己的健康技巧時，則較可能採取健康行動。

知覺健康狀況：可影響個人對健康的評價，與對生活型態的改變。

知覺健康控制：Pender 以健康控握信念作為代表，認為不同的控握信念將會影響不同的健康行為。

健康的重要性：個人整體的價值系統可能影響某些健康行為的發生，或者某些價值可能引導特定的行為以達到健康促進。

健康的定義：個人認知健康的定義可能影響行為的本質。如果個人定義健康是一種穩定、適應的狀態，則傾向採取健康保護行為而非健康促進行為，因此所採取的行為在於防治疾病。而如果定義的健康是一種實現化 (actualization)，則採取的行為會朝向更高層次的健康、自我導向、成長與改變發展。

知覺健康促進行為障礙：因人而異，可能是想像中的、也可能是現實中存在的，包括知覺的不可得、不方便、或很難作選擇等。

知覺健康促進行為利益：在認知知覺因素中與知覺健康促進行為障礙是相對應的。行為利益可使健康促進行為持續，而持續的行為也加強了行為利益的信念。

（三）行動線索

根據主動性的線索，可了解個人採取健康促進行為的可能性。其分為內在的、或環境引起（外在的）：重要的內在行為線索，是個人從事健康促進行為時，感覺到有成長或是舒適；外在行為線索，是個人和外界討論他們的健康促進型態，或是個人的人際關係。

Pender (1987) 的健康促進模式，可應用於解釋生活型態及特定的健康促進行為，到目前為止此模式也多被學者們試驗及應用著。整體來看，

健康促進模式提供了三個重要的功能：一是引介影響健康促進行為可能的概念次序；二是提供試驗假設的因果關係；三是整合連貫現有的發現。此模式符合了大部分的理論基礎，但隨著知識的更新，仍具有可修正性。

本研究架構所包含之變項，並非等同於健康促進模式之全部變項，所持的理由有以下幾點：

1. 基於 Johnson et al. (1993) 合理的假設：認為健康促進模式是一個相當龐大的模式，如果它是一個成功的模式，則其中的任何組成也必能符合整體健康促進模式的精神。所以在驗證模式上為了方便處理，可只選擇模式中部分的概念變項作為研究架構。

2. 因為拒絕吸菸行為的相關研究很少，本研究想逐一了解研究對象在修正因素中的背景特性、生物特性、情境因素、人際影響及行為因素之分佈，以供未來研究之參考。

3. 在認知知覺因素中，除選擇健康促進模式中常被探討的變項，如拒菸自我效能、知覺健康狀況、健康的重要性、拒菸障礙性、拒菸利益性之外，再加入健康責任、菸害知識、健康信念之吸菸罹病性與吸菸嚴重性，以便更周全地了解影響拒絕吸菸行為之認知知覺因素。

第三節 修正因素與拒菸行為之相關研究

個人特質影響個人的認知，而間接影響健康行為。個人的特質是相當穩定的特性，比起個人認知，是健康專業人員較無法以介入的方式改變的變項。雖然個人的認知可以影響健康行為的執行決定，但個人的特質提供了促使執行健康行為的基礎。以下將介紹個人特質之相關文獻。

壹、背景特性

Pender (1987) 認為個人的背景特性像年齡、性別、種族、教育程度及社經地位等，是影響認知知覺機制、進而影響健康促進行為的。想要進一步了解背景特性及對健康促進行為的影響，則必須結構性的應用健康促進計劃。

許多預防性的服務研究指出，女人比男人；高學歷比低學歷；高收入比低收入的個案較常利用預防性服務（林采虹，1999）。陳靜芝（1987）對於國中生二手菸之反應研究中，發現女生比男生之拒吸二手菸意向較高，而年級則無顯著差異。

而採取吸菸行為與傾向拒絕吸菸行為之間的對立性強，所以，影響吸菸行為的背景特性，是否也將影響拒絕吸菸行為，是值得再深入研究的。黃淑貞（1988）針對大學生的吸菸行為作探討，指出背景特性中的性別是

區別大學生吸菸與否的重要因素之一。如陳靜芝(1987)、蔡季蓉(1990)、黃惠玲(1993)、沈育娟(1995)與李美慧(1995)均發現男生的吸菸比率較女生顯著為高；嚴道、黃松元、馬藹屏、蕭惠文、周曉蕙(1995)、蔡季蓉(1990)與陳錫琦(1985)均發現吸菸比率隨年級上升之趨勢；蔡季蓉(1990)、李景美(1990)與馬藹屏(1992)均發現父親的教育程度與學生的吸菸狀態呈負相關。

因此本研究欲以性別、年級、家庭社經地位(包含父母親職業與教育程度)作為背景特性之變項。

貳、生物特性

暴露於二手菸之中可以改變一個人的生物特性，例如造成急性、慢性呼吸道和心血管疾病等菸害生理反應。有呼吸道不適如氣喘、或對菸煙過敏者，也可導致個人拒絕二手菸與拒絕吸菸(林采虹,1999)。因此本研究即以菸害生理反應與身體不適症狀來測量研究對象的生物特性。

林采虹(1999)發現55.2%桃園市國中生有菸害生理反應，沒有反應的是30.2%，另有14.6%表示沒注意。陳靜芝(1987)對台北市市立國中生所做的研究指出，有81.7%學生不喜歡二手菸，有82.33%的同學對身邊的二手菸均會有生理上的反應，而最常出現的反應以嗆鼻子、咳嗽，居半數以上。而國中生對身邊的二手菸曾有不舒服的生理反應者，與有較多阻止他人吸菸之經驗者，越傾向採取拒吸二手菸的行為(陳靜芝,1987；林采虹,1999)。

參、情境因素

健康促進行為的重要情境因素包括健康促進環境條件與先前健康促進相關經驗。環境條件良好則增加了個人採取健康行為的機會，反之，個人想遵守健康促進的原則，但環境中缺乏可利用的資源，造成環境的限制可能阻礙了健康的選擇，則要執行甚至持續，恐怕很困難。至於先前的經驗也影響健康促進行為，這經驗包括先前不愉快的經驗或傷害，或者先前經驗是有諸多的不方便來進行健康促進行為，都會減少繼續健康促進行為的可能性(林采虹,1999)。

所以Pender(1987)認為健康促進的情境因素包含了(1)健康促進選擇的可獲得性，(2)健康促進的可近性。健康選擇的可獲得性增加了作決定的機會，而個人每天生活的情境可能影響做健康促進之決定。Martinelli(1996)探討18-25歲青少年避免二手菸行為之研究，發現同住者無人吸菸等顯著影響避免二手菸之行為，「和吸菸者同住」可以成為個人在其他地方暴露於二手菸之預測指標。Emmons, Abrams, Marshall, Etzel, Novotny, Marcus, Kane(1992)認為個人的居家環境常暴露於二手菸中者，在工作場所中也較易暴露於二手菸，且對於戶外的二手菸也較不會避免。

林采虹 (1999) 指出國中生的同住者有人吸菸者為 55.4%，同住者吸菸狀況和人際影響變項等對於拒吸二手菸的行為具有直接影響；在環境中暴露於二手菸的可能性越低者，越傾向採取拒吸二手菸行為；可能吸入二手菸之情境中，以公共場所（如公園、街道等）可能性最多，次多的是泡沫紅茶店，在學校吸入二手菸的可能性雖為最低，卻仍有超過 70% 的人表示曾看過（1/10~2/10 的機會），15% 的人偶爾看過（5/10 以上的機會）。國中生之重要他人有拒吸二手菸之實際行為者、及重要他人曾經教導過拒吸二手菸者，越傾向於採取拒吸二手菸行為。陳靜芝 (1987) 則指出大約有 58% 國中學生是生活在有二手菸的家庭環境中。

陳靜芝 (1987) 所調查國中生之父親吸菸比率 54.36%，母親吸菸比率 4.92%；高雅珠 (1994) 調查國中生的父親有吸菸習慣者佔 54.9%，母親有吸菸習慣者佔 10.3%；李美慧 (1995) 調查國中生家長吸菸的情形，幾乎每天吸菸佔 28.8%，偶爾吸菸佔 13.2%。陳錫琦 (1998) 所調查國一生之父親吸菸比率為 65.4%，國二生為 63.3%，國三生為 62.5%，而國一生之母親吸菸比率為 7.0%，國二生為 8.1%，國三生為 6.8%。黃淑貞 (1982) 的研究結果發現父親或母親吸菸於本人吸菸狀況都有統計上顯著關係存在，且無父親的學生成為吸菸者的比率 57.14% 最高，超過父親有吸菸的學生之吸菸率 30.72%，但無母親之學生吸菸的比率則為 0%，母親不吸菸之學生吸菸的比率次低。黃淑貞 (1998) 指出家庭中以父親的吸菸行為最具影響力。另外，陳錫琦 (1998) 的調查則指出，國一生的菸來自「家中」佔 22.4%、國二生佔 19.0%、國三生佔 18.1%。

所以，本研究想探討的情境因素包括；父母親、家中其他成員的吸菸情形，以及班上同學吸菸對國中生之拒絕吸菸行為的影響；其他還有暴露於二手菸的場所、獲得菸品的來源有哪些和來源數有多少。

肆、人際影響

人際影響所包含的因素如：他人的期待、家庭健康照護型態和健康專業人員之影響，以及同儕影響和父母規範等；同儕和家庭的規範又受到社會、學校或鄰居的影響。現有的大部分文獻所使用的名詞是「社會支持」；區別社會支持變項之結構可分為 (1) 期望溝通和正向影響，(2) 歸屬感，(3) 相互依賴，這些組成形成社會支持的功能面。而社會支持的結構特徵包括 (1) 居所，(2) 社會聯繫頻率，(3) 參與社會網絡的團體活動 (Cohen & Syme, 1985)

Cobb (1976) 認為社會支持是一種或多種訊息的提供，促使個人感覺被關愛、受尊敬、被認為有價值且屬於相互溝通社會網絡中的一份子。House (1981) 認為社會支持可分為情緒支持、訊息支持、實質支持、評價支持四種方式。Yorcheski & Mahon (1989) 指出社會支持是青少年從事健康促進行為的生活型態中，最具有影響力的變項。Zimmerman et al. (1989)

報告社會支持的功能面有：監督、鼓勵保持和改變他人的健康習慣以參與健康促進計劃。其他調查發現，在參考團體的影響方面，父母的態度與行為、兄弟的吸菸行為、同輩或同學的吸菸行為，以及教師、學校行政人員，甚至醫師等皆對個人之吸菸行為有所影響（McCaul, Glasgow, O'Neil, Freeborn & Rump, 1982; Owie, 1984）。

黃淑貞（1998）指出家庭中以父親的吸菸行為最具影響力。而馬藹屏（1997）則指出同儕影響對青少年的健康促進行為則是更重要的因素。有些青少年說：「菸是同學給我的、朋友請我的，不能拒絕的，否則這個朋友就沒有了！」，或是經常在朋友聚會中碰到這種情況：「來，抽根菸。不抽的話，你就不是朋友、不是兄弟啦！」，青少年往往未好好思考，以為接受吸菸就能得到所謂的真友誼，是不成熟的思考邏輯，忽略了是否真的值得用危害健康來交換友誼。

因此本研究擬探討的人際影響因素包括：同學、朋友、父母、其他家人與老師對國中生拒絕吸菸的支持程度。

另外，要探討國中生拒絕吸菸行為與社會支持之關係，必須先了解影響「不吸菸者」成為「吸菸者」的因素及機轉。根據國外學者針對青少年吸菸行為的研究，得知從未吸菸者會成為習慣性的吸菸者，通常是經由下列數個階段的歷程（高雅珠，1997）：

- 一、準備期(Preparation or Anticipation stage)：在此時期對於菸害的知識及態度剛形成，家人的吸菸行為及態度在此時有決定性的影響力。
- 二、開始階段(Initiation)：最初嘗試的幾支菸可能是不同人給的，同儕的影響是最主要的因素。而社會增強及人格特質會影響其由「嘗試階段」進入「試驗階段」。
- 三、試驗階段(Experiment)：雖然此階段吸菸次數可能僅一星期或一個月幾支，但已有主動吸菸或漸成習慣的傾向，生理的滿足及社會增強是決定其是否進入下一階段的主要因素。

四、習慣性階段(Habitual, Adult Smoker)：已有成癮性的吸菸習慣。從各個階段中我們可以發現，社會支持會影響吸菸或拒菸行為形成的第一階段到第三階段，而且不論是哪一個階段若要做拒菸行為，一定也是需要社會支持的，因此，社會支持是拒菸行為之重要指標。

伍、行為因素

先前採取過健康促進行為之嘗試或習慣，將增加個人的能力，來採取各種不同的行為以促進健康（林采虹，1999）。行為之嘗試或習慣包括採取過的吸菸行為、開始吸菸的年齡、吸菸的原因、過去拒絕吸菸的經驗；這些既有行為將影響國中生未來決定採取健康促進行為的可能性。有些學者發現非吸菸者比吸菸者較會採取預防二手菸行為（Kurtz et al., 1992；

Martinelli, 1996; 林采虹, 1999)。

張富琴 (2001) 研究發現大部分台北市高中生第一次規律吸菸年齡在 13-16 歲。林采虹 (1999) 的研究結果發現開始吸菸年齡最小的是 6 歲。而黃淑貞 (1982) 研究則發現開始吸菸的年齡最小的是 3 歲, 最多人是在國小六年級 (25.79%), 其次是國中一年級 (22.01%)、國小五年級 (17.61%) 與國中二年級 (14.47%)。黃松元等 (1988) 研究則發現開始吸菸的年齡最早的是國小一年級時, 最多人是在國小五、六年級時 (36.2%), 其次是國中一年級 (25.4%)、國中二年級 (10.4%)。高雅珠 (1994) 研究發現開始吸第一支菸的年紀以國一時居多 (34.4%), 其次是小學六年級 (19.7%)。沈育娟 (1995) 研究發現初次吸菸年齡以國小四至六年級最多, 其次為國中階段。而陳錫琦 (1998) 調查國中三年級學生的開始吸菸的年齡, 則以國中一年級時最多 (24.6%), 其次是國小六年級 (17.5%) 與國中二年級 (15.8%)。

林武雄 (1989) 認為青少年吸菸的原因是為了表示成熟、或感到沮喪、煩悶; 吸菸可以鬆弛緊張的情境, 在感到課業壓力、挫折、緊張時, 就藉由吸菸去除。黃淑貞 (1998) 指出, 青少年認為吸菸有下列好處: 有助於人際交往、打發時間、以及舒解壓力。吸菸者對拒絕同伴們邀請吸菸的自信心較低。嚴道、黃松元、馬藹屏、蕭惠文 (1994) 發現青少年之最容易在「心情不好的時候」吸菸; 最常在「遊樂場」吸菸; 最常和「同學或朋友」在一起吸菸; 所吸的菸常是「同學或朋友給的」; 菸齡以「少於一年」者最多; 每週吸菸量以「五支以下」者最多; 第一次吸菸以在「家中」者最多; 最常在「放假時」吸菸; 第一次吸菸最常發生在「國小五六年級時」; 較喜歡「洋菸」。馬藹屏 (1997) 發現很多青少年吸菸則純粹是因為好奇心和叛逆心使然。部分青少年把好奇心用到比較令人擔心的方向上, 好像舉凡父母、師長說不好、不要做的事情, 就反而躍躍欲試, 是為反對而反對的叛逆心情, 當然包括吸菸在內。而好奇嘗試的結果, 卻使得青少年的身心受到傷害。耍帥或是作為社交手段, 也是很多人會選擇吸菸的原因。

吸菸的另一層意義乃代表青少年想長大、想表現成熟, 或基於「大人可以, 為什麼我不可以」的想法 (馬藹屏, 1997)。另外, 有的青少年是覺得爸爸、長輩親戚和同學吸菸很有趣, 而嘗試吸菸 (黃淑貞, 1998); 家庭中以父親的吸菸行為最具影響力。可是青少年難道都只有受到吸菸的誘惑, 卻沒有意識到菸害問題嗎? 王基豐、黃煌鏞、葉雅馨 (1987) 指出, 青少年了解菸害與否, 並不足以對吸菸行為有直接的影響, 因吸菸與否並非單純的認知問題, 吸菸本身係一種「習慣」或是消除、緩和吸菸者內在心理焦慮、煩悶、衝突的一種模式。但是菸害知識程度對拒絕吸菸行為的影響是如何呢? 有待本研究來進一步做探討。

青少年若認為吸菸可以幫助個人紓解壓力、忘卻煩惱、逃避不快、轉移挫敗、面對學業成就低落等, 但這些只是消極地面對、只是逃避, 卻不

能解決任何問題，反而滋生更多麻煩問題，應以健康和理性的方式來解決或宣洩才是。但當青少年逃避成性、經常缺乏面對及解決問題的動機，久而久之，吸菸無法滿足個人時，很自然的會去換一種更「強」的東西來代替，那麼安非他命、海洛因等毒品隨之而來的可能性將逐漸加大（馬藹屏，1997）。

所以本研究擬探討的行為因素包括：本人吸菸狀況、開始吸菸年齡、吸菸的原因、過去拒菸經驗與次數。

第四節 認知知覺因素與拒菸行為之相關研究

個人認知會直接影響到其所採取之健康促進行為，以下將介紹個人認知之相關文獻。

壹、健康責任

健康促進之中心目標則在增進每一個人自我照顧的知能及對健康的自我責任（Pender，1987）。每個人能將本身健康視為自己所應負之責任，其實正是驅動其為自己設想，是否該採取健康促進行為、以預防疾病發生和形成健康生活型態的動力來源之一。反之，個人若是被動地或依賴地面對維護健康的責任，視健康責任為重要他人（如父母、醫師、同儕等）應該為其擔負起全責的認知信念，其健康促進行為將不夠積極與明顯，所能達成之預防保健的功効也不彰。當發生疾病、或生活品質越來越低落時，其主動檢視的機制反而不明顯，被抱怨、責怪他人與推卸健康責任所取代。Martinelli（1996）探討 18-25 歲青少年避免二手菸行為之研究，即發現健康責任顯著影響避免二手菸之行為。

所以，本研究擬探討的健康責任歸屬對象設定為父母、醫師、自己、同學朋友、其他親人。

貳、健康的重要性

健康的重要性另一種解釋即為健康價值，影響個人健康促進行為的採取及持續。價值乃影響行為的信念，是主觀的心理作用，依據價值的標準與喜好的選擇，而有認知、情意、技能上的反應（林采虹，1999）。

Rokeach（1973）認為所有的價值都是個人或社會上所喜愛的信念，價值會經由學習而得來，且被整合成一有組織的系統，稱為價值體系；在其內的每一個價值依照其相對於其他價值的優先順序而一一被有次序地排列下來，呈現階梯狀組織，在相對重要性的連續線上依各人差異而排出較喜好行為樣式的順序等級。Rokeach 的此種看法被認為較具體而可操作，因此為許多研究者在健康行為課題上廣為使用。並且學者們認為價值是有限量

的，且被視為介入變項，被假定為決定社會行為的重要因子。

Rokeach 將價值分為和個人舉止模式有關的「工具性價值」，及所想要生存最終狀態有關的「終極性價值」。其又分為個人及社會層面的價值，而工具性價值是為了達成終極性價值的。Rokeach 所發展的終極性價值問卷列了 18 個具排列性的終極性價值，但未將健康此一價值列入，因此也讓往後的學者各有不同的修改，有的並加入「健康」一項 (Maides & Wallston, 1976)。個人健康價值對健康疾病行為也具影響力 (Becker et al., 1977)。

林采虹 (1999) 針對桃園市國中生所做的調查發現，越重視健康的重要性，則採取拒吸二手菸的行為越高。Pender (1987) 的前驅性研究則指出具有高健康價值取向的研究對象佔了 78%；沈育娟 (1995) 發現高健康價值取向者佔 79.0%，發現本人吸菸狀況於此有顯著差異，吸菸者抱持之健康價值比不吸菸者低。但林采虹 (1999) 的調查結果則只有 54.9% 的國中生將健康排在人生重要事的第一名。

而本研究問卷於「健康的重要性」這個題目之設計擬參考林采虹 (1999)、沈育娟 (1995) 修正自 Rokeach (1973) 的健康價值量表，比較「健康」與成就感、漂亮的外表、自尊、良好的人際關係、財富於人生重要性上的順序。

參、拒菸自我效能

黃淑貞 (1998) 針對大學生的吸菸行為作探討，指出不吸菸的自我效能是區別大學生吸菸與否的重要因素之一。Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock (1986) 回顧 21 篇應用自我效能以檢測健康行為的研究 (包含吸菸、體重控制、避孕行為、酗酒及運動等)，發現自我效能與健康行為的改變與維持之間，有顯著相關存在。

1993 年 Strecher 等人設計了一個降低嬰兒吸入二手菸的介入計畫，並探討自我效能在計畫中所扮演的角色，而研究發現父母的行為及結果期待可以影響嬰兒暴露於二手菸的情形。嬰兒母親常採取的預防行為，依序是：把嬰兒抱離菸煙來源、打開窗戶、要求和嬰兒同室或同車的人不要吸菸、坐到非吸菸區等。Martinelli (1996) 探討 18-25 歲青少年避免二手菸行為之研究，發現一般自我效能、拒吸二手菸效能等顯著影響避免二手菸之行為。林采虹 (1999) 調查發現，拒吸二手菸自我效能與控制力越高者，則採取拒吸二手菸的行為越高。

Fetro (1992) 歸納拒絕的技術有四項，(一) 清楚說「不」訊息；(二) 迷霧式的敘述 (fogging statements)；(三) 拖延的敘述 (delaying statements)；(四) 替代的行動 (alternative actions)。Patterson (1993) 提出自我控制的拒絕技術，包括以下五個步驟：一是停止原有的工作 (如「等一等」)，二是指出麻煩 (「這是...」)，三是敘述其後果 (「如果我做了會...」)，四是想想其他可做的事，並離開該情境 (「我們何不...」)，五是對

自己能夠控制並給予鼓勵（「我做得很好」、「我能控制」、「我安全了」）。

所以，本研究欲探討的拒菸自我效能擬以「直接說不」、「找藉口推辭」、「走為上策」、「轉移話題」、「建議做其他事」、「回請其他食物」、「繞道而行」、「不予理會」、「自我解嘲」、「拖延戰術」、「反問吸菸後果」、「不想惹重要他人生氣」等 12 個方法來測量國中生對於拒絕吸菸行為之自信心。

肆、健康信念

黃淑貞（1998）針對大學生的吸菸行為作探討，指出自覺罹患性、自覺利益性和是區別大學生吸菸與否的重要因素。黃淑貞發現吸菸者即使知道罹患慢性疾病的嚴重性，他們也不會認為疾病會發生在自己身上。Martinelli（1996）探討 18-25 歲青少年避免二手菸行為之研究，發現對二手菸之健康信念等顯著影響避免二手菸之行為；在 136 個非吸菸知青少年中，有 93%認為二手菸對自己的健康有害，而且認為有害的和認為無害的在拒吸二手菸之得分上，有統計上的差異。李美慧（1996）探討國中生的健康信念對吸菸行為的影響，發現吸菸學生較不吸菸學生，有較高的自覺戒菸障礙性，較低的自覺罹患性、自覺嚴重性和自覺利益性。Fick（1992）對低社經地位的美國黑人青少年的調查也發現男生對不吸菸的利益性有較低的認知，且不吸菸利益性認知能顯著地預測青少年的吸菸意向。

伍、知覺健康狀況

知覺健康狀況在健康促進行為執行之頻率和強度上扮演了重要的角色（Pender，1987）。知覺健康狀況影響個人對健康的評價，及對生活型態的改變，常被用來當作行為的預測因子。Duffy（1988）證明目前健康狀況是自我實現、人際支持及運動的顯著預測因子。

陸、菸害知識

王基豐、黃煌鏞、葉雅馨（1987）指出，青少年了解菸害與否，並不足以對吸菸行為有直接的影響，因吸菸與否並非單純的認知問題，吸菸本身係一種「習慣」或是消除、緩和吸菸者內在心理焦慮、煩悶、衝突的一種模式。陳靜芝（1987）的研究結果發現菸害知識程度會因性別、年級、父母親教育程度與父親吸菸狀況而有所不同；也就是女生的菸害知識程度較男生高，三年級的較高，父親不吸菸的比吸菸的要高。因此每個人因所具備的菸害知識程度不同，其認為採取健康促進行為的可能性也將不同，所採取的健康促進方式也隨認知而有所差異。