

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 **成果報告**

家庭溝通型態對青少年菸酒檳榔健康素養之影響

The Impacts of Family Communication Patterns on Health Literacy about Alcohol, Betel Nuts, and Cigarettes Use among Adolescents

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 98 - 2410 - H - 320 - 002 - SSS

執行期間：98 年 8 月 1 日至 99 年 7 月 31 日

計畫主持人：慈濟大學傳播學系副教授 蔡鶯鶯

共同主持人：慈濟大學教育研究所教授 張景媛

計畫參與人員：成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：慈濟大學

中 華 民 國 99 年 10 月 31 日

中文摘要：

本研究旨在了解家庭溝通型態與青少年使用菸酒檳榔之健康素養之關係。研究目的：1.了解家庭溝通型態與青少年使用菸酒檳榔健康素養是否相關；2.分析不同家庭溝通型態的青少年，在「菸、飲酒、檳榔健康素養」；3.根據研究結果，提供改善親子對菸酒檳榔之健康素養的策略與建議。方法：本研究對象為花蓮縣五年級至八年級之學生(11歲至14歲之青少年)及其父母為母體。研究團隊舉辦兩場學校與社區焦點團體訪談，以了解學生及父母對菸酒檳榔使用之情形。並根據訪談結果，作為進行問卷設計之參考。以系統分層抽樣且經由家長書面同意，完成600份子女及531份家長問卷。最後完成519配對自填問卷調查，作為分析樣本。結果：分析結果發現，家長傾向對話式溝通型態，與子女菸酒檳榔之健康素養有顯著相關。子女的健康素養高於父母，且有顯著差異。結論：正向發展的社會化能促進子女形成正向的認同與良好的社會與心理特質，亦即當家長給予子女越多溝通與發表意見的自主性與機會，對子女的健康素養可能會有正面的影響與幫助。

關鍵詞：父母、青少年、健康素養、菸、酒、檳榔、家庭溝通型態

Abstract：

This study aims at exploring how parents and children perceive the family communication patterns and the messages on smoking, alcohol drinking, and chewing betel nuts. The investigator performed a stratified and random sampling by interviewing 600 11 to 14-year-old students and 531 parents of students individually by asking a self-reported questionnaire in the east of Taiwan. The final samples for analysis covered 519 dyads. The mean scores illustrated that parents were more likely to agree with the conversational pattern in their family than their own early adolescents perceived. Similarly, the mean scores release that parents also were more likely to agree with the conformity pattern than early adolescents perceptions based on the paired test. The mean score of health literacy among early adolescents are significantly higher than parental groups.

Keywords：Parents, adolescent, health literacy, cigarette, alcohol, betel nuts, family communication patterns

前言

根據衛生署的統計發現，台灣地區近年來民眾的吸菸比率逐年上升，喝酒比率略降，戒除嚼檳榔的人口上升(行政院衛生署，2002; 2005; 2006)。但台灣地

區青少年的吸菸、喝酒、嚼檳榔及藥物使用的情形較過去增加(周思源等, 2006), 顯示如何有效的防制青少年濫用上述的成癮物質是重要的課題。此外, 衛生署近年來推廣拒菸、拒酒及戒檳榔宣導活動普遍。並自 2006 年起推行無菸家庭、無菸社區, 顯示吸菸、飲酒及嚼檳榔之防制已是家庭、學校、大眾傳播媒體, 及社區總動員的健康促進政策。

值得注意的是, 2002 年至 2005 年在花蓮縣民眾的吸菸比率逐年上升 (25.1%); 喝酒比率略降; 戒除嚼檳榔的人口上升, 與全國的盛行率(prevalence) 也呈現相同的趨勢。但是從各縣市比較, 花蓮縣的喝酒、嚼檳榔的比例卻高居台灣各縣市的第一、二位(行政院衛生署, 2002; 2005)。2006 年花蓮縣成年人的吸菸率降為 22.8%, 在全台各縣市的排名已改善許多, 唯如何防制青少年及兒童使用菸、酒、檳榔等成癮物質, 是重要的課題。

此外, 根據本研究團隊在 2007 年調查 1061 名花蓮縣國小五年級和六年級學童發現, 曾經嚐試吸菸之兒童為 13.8%, 經常吸菸 10 支以上為 1.4%; 曾經嚐試喝酒者為 33.6%, 經常喝酒為 1.4%; 及曾經嚼檳榔者為 12.6%。與兒童同時吸菸的人以父親最多(46.45%)、其次是母親(16.4%), 及朋友(22.4%); 而且與兒童同時使用酒的人以父親最多(25.5%)、其次是母親(23.9%), 及朋友(16%) (蔡鶯鶯、張景媛, 2008a; 2008b; 2008c)。多數的兒童吸菸、飲酒和嚼檳榔, 主要來自重要他人的親身影響, 例如, 父母、親友及同輩行為的模仿。上述發現與文獻一致 (Austin, & Knaus, 2000)。但 Tsai & Chang (2008) 的研究也發現, 從未飲酒的兒童的飲酒意向與母親的飲酒行為、暴露於社區媒體的飲酒廣告及接觸大眾媒體不喝酒有統計顯著相關, 原因仍待探討。

「家庭傳播型態」(family communication patterns, FCP), 又稱「家庭溝通型態」。不同的家庭溝通型態, 則青少年的傳播行為也會有所不同(Chaffee, et al., 1971; 吳建國, 1980; 錢莉華, 1988; 張慧心, 1988; 翟敬宜, 1987; 羅文輝、鍾蔚文, 1988; Lull, 1980)。但家庭傳播型態對青少年的健康行為的影響為何? 在國內的傳播議題較為少見。因此, 本研究團隊提出此一研究計畫, 將聚焦在家庭的傳播(溝通)型態與青少年菸酒檳榔「健康素養」(health literacy) 之影響。

研究目的

本研究之研究目如下：

1. 了解家庭溝通型態與青少年使用菸酒檳榔健康素養是否相關；
2. 分析不同家庭溝通型態的青少年, 在「菸、飲酒、檳榔健康素養」；
3. 根據研究結果, 提供改善親子對於菸酒檳榔之健康素養的策略與建議。

文獻探討

1. 青少年吸菸率上升

雖然台灣地區自 1980 年代至 2004 年 18 歲以上成人之吸菸率下降 (行政院衛生署, 2006; 2002; 董氏基金會, 2000; 卓惠如, 1992; 謝天渝, 2001), 但台灣地區的青少年吸菸率卻上升 (嚴道等, 1994; 1995; 董氏基金會, 2002; 馬謙屏; 1999; 林紡而, 2001; 何豔蘭, 1994), 且國小學童的吸菸意向呈增加趨勢 (陳錫琦, 1997)。國小高年級學童曾經嘗試吸菸之兒童為 13.8%, 經常吸菸 10 支以上為 1.4%。此外, 兒童的吸菸意向方面, 有 85.9% 的受訪者表示, 從未想過吸菸, 其次曾想過吸菸但未試 (11.6%), 以及有 2.6% 的受訪拒答。至於如果好朋友給菸是否會吸, 一定不會吸的比例最高 (87.2%)、可能不會吸 (7.8%)、可能會吸 (2.0%)、一定會吸 (0.4%), 和拒答 (2.5%) (蔡鶯鶯, 張景媛, 2008b)。

2. 青少年飲酒率

飲酒行為的定義迄今分歧, 因此, 飲酒盛行率的差異很大。台灣地區青少年的飲酒率最低是 6.6% (李蘭、孫亦君、翁慧卿, 1998), 最高是 16.7%, 在 12 歲以下的飲酒率 11.3%, 而 18 歲以上的飲酒率提高至 31.4%, 且男性的飲酒率普遍高於女性。此一現象與國際的研究結果一致 (劉美媛, 周碧瑟, 2001)。除了青少年的飲酒盛行率可做為了解青少年飲酒經驗的指標, 國際間將青少年開始喝酒的年齡視為日後飲酒行為的重要指標。美國在 1996 年調查發現, 首次飲酒的平均年齡為 13.1 歲 (USDHHS, 1998)。而其他地區則差異很大, 例如, 歐洲地區 15-16 歲青少年中, 在 13 歲以前曾喝醉酒的比率, 最低的是義大利與塞浦路斯的 7%, 最高的是丹麥的 42% (Gabhainn & Francois, 2000)。至於青少年飲酒因素包括家庭、學校、族群及個人。例如, 「單親家庭結構型態、父母對你的評價等, 學校因素上的課業表現、出席情形、工作、打工狀況、參加幫派、師長對同學的尊重度、學校類別等, 以及年齡、原住民、父母、兄弟姊妹飲酒等都是與飲酒有關的因素」 (劉美媛, 周碧瑟, 2001)。

3. 青少年嚼檳榔率

根據衛生署於 2006 年調查台灣地區 4168 名國中學生健康行為發現, 受訪者男生有 7.5% 曾經嚼過檳榔, 女生則有 2.5%。且隨著都市化愈高, 國中學嚼檳榔的盛行率降低 (行政院衛生署國民健康局, 2006)。另一項調查國中、高中、高職及五專學生的研究發現, 青少年的嚼檳榔盛行率男生為 19.1%, 女生為 3.7%, 且在校青少年隨著年齡越大, 嚼檳榔的盛行率越高 (劉美媛, 周碧瑟, 2000)。

至於青少年嚼檳榔的盛行率依各年代及研究對象而有變動。1995年，董氏基金會調查 9655 名國中、高中及高職學生的嚼檳榔盛行率為 7.3% (董氏基金會，1995)。陳漢瑛等(2002)的調查發現，原住民青少年曾使用檳榔的比例(66.1%)高於非原住民青少年的嚼檳榔的比例(25.4%)。衛生署藥品管理局調查 12327 名國中、高中及高職在校學生的嚼檳榔的自填問卷調查發現，「有藥物使用者同時有吸菸、喝酒及嚼檳榔的比例高於無用藥者。有 3.7% 的學生嚼檳榔，其中以高職生比例最高(5.9%)，依次為國中生(3.6%)及高中生(1.6%)。青少年每天嚼檳榔的比例 7%，以高中生的比例最高(9.8%)，其次是國中生(7.3%)和高職生的比例(5.6%)最低。青少年第一次開始嚼檳榔的年齡，以 10 歲以下佔的比例最高(18.1%)，依次是 15 歲(16.7%)及 14 歲(16.2%)。」 (周思源等，2006)。

青少年嚼檳榔的相關原因包括：家庭因素之單親家庭結構型態和父母、兄弟姊妹嚼檳榔；學校因素，例如，課業情形、學校出席情形、打工狀況、在校曾經被體罰過、參加幫派等；個人休閒習慣因素，如玩電動、飆車等(劉美媛，周碧瑟，2000)。根據 2005 年衛生署調查 18 歲以上民眾嚼食檳榔情形結果發現，最近六個月曾嚼檳榔的受訪者有 8.5%，其中男性最多 15.8%，女性只佔 1%。其中以台東縣的嚼檳榔盛行率最高(26.7%)，花蓮縣居第二名(21%)。同一調查顯示，父母親至少有一名為原住民之受訪民眾嚼檳榔盛行率為 32%，而比父母均非原住民之受訪民眾嚼檳榔率為 8.1%(行政院衛生署，2005)。

4. 原住民共用菸酒檳榔

劉美媛和周碧瑟(2000)調查 12,222 名國中、高中、高職及五專學生發現，5.7% 的在校青少年同時有共用檳榔、抽菸，飲酒的行為。根據衛生署的統計發現，受訪者的父母如果其中有一人為原住民，則其使用菸酒檳榔的比例都較非原住民高(行政院衛生署，2002; 2005)。原住民的菸酒與檳榔共用情形普遍(陳美汀，2001; 葛應欽、張峰紫、藍守仁，1994; 林琴惠，2001)。一項新竹縣原住民的菸酒檳榔調查發現，原住民嚼檳榔的相關因素有性別、結婚姻狀況、職業、與吸菸(劉碧華等，1994)。東部原住民區有較高檳榔嚼食，吸菸、喝酒的習慣(林琴惠，2001)。以及花蓮縣部分國小高年級原住民即有共用菸、酒和檳榔的情形 (潘松義，2000; 蔡鶯鶯、張景媛，2008a; 2008b; 2008c)。顯示，兒童使用菸品與飲酒與檳榔防制與策略亟待重視。

5. 菸酒檳榔防制政策

美國在 1980 年代，社區媽媽團體發起「媽媽反酒醉駕車」運動(Mother Against Drunk Driving, MADD)，以改善學童及社區民眾的生命意外及生活品質(Reinarman, 1988)。顯示，青少年之家庭溝通型態、父母親職教育和社區運動的整合，是一個重要預防策略(行政院衛生署，2002; 2005; 潘松義，2000; 蔡鶯鶯、

張景媛，2008a; 2008b; 2008c)。2004年以來，衛生署繼推動「無菸家庭」之後，也計畫「推動『無檳榔家庭』文化，期望達成子女會關懷父母協助其戒嚼檳榔，父母教導子女不嚼檳榔，以及透過『兒少法』訂定管理兒童及少年嚼檳榔行為之具體作法。」(行政院衛生署國民健康局，2006)。唯其成效如何，值得追蹤研究。

綜合上述的問題與背景，本研究團隊試圖從青少年之家庭溝通型態，分析青少年對吸菸、喝酒及嚼檳榔之影響，且應用的理論包括：家庭溝通型態理論、健康素養。

名詞定義

- 1.家庭溝通型態(Family Communication Patterns)：傳播學者將家庭溝通型態分為四種類型：多元型(pluralistic)、放任型(laissez-faire)、一致型(consensual)、保護型(protective)(McLeod & Chaffee, 1972)。
- 2.對話取向(conversation orientation):意指家庭營造鼓勵成員對廣泛性的主題，自由地參與和互動(Richie, 1991; Fitzpartrick, 2004)。
- 3.順從取向(conformity orientation):意指家庭創造一個強調同質的態度，價值觀和信念氛圍之程度(Richie, 1991; Fitzpartrick, 2004)。
- 4.健康素養：本研究係採用美國健康人類服務部(US DHHS)在「*Healthy People 2010*」白皮書中定義的健康素養係指：「個人有能力獲得、處理(process)及了解基本的健康資訊(health information)和健康服務，以便做適當的健康決定的能力。」(US DHHS, 2000)。
- 5.菸酒檳榔健康素養：本研究係參考美國 CCSSO(1998)編訂的「評估健康素養：評估架構」內容包括一套國小、國中至高中各學習階段的健康素養的評估指標。菸酒檳榔議題的健康素養評估共有七個面向，依素養的層次由低至高依序是：核心概念(core concepts)、接觸資訊(accessing information)、自我管理(self management)、分析內部與外部的影響(analyzing internal and external influence)、人際溝通(interpersonal communication)、決定與目標設定(decision-making/goal-setting)，及在社區倡導(advocacy)的能力。

研究方法

1. 研究工具與測量

本研究的主要研究概念和架構之測量工具，主要參考 McLeod & Chaffee (1972) 的 FCP 理論、修訂版 (RFCP) 量表 (Richie, 1991) 和美國州政府學校委員會 (Council of Chief State School Officers, 以下簡稱 CCSSO, 1998) 編訂的「評估健康素養：評估架構」，及參考本研究團隊於前兩年設計的兒童菸酒健康素養問卷、家庭溝通型態量表及檳榔健康素養之研究概念，設計兩份問卷包括：(1) 青少年家庭溝通型態暨菸酒檳榔認知、態度及行為問卷；(2) 父母對家庭溝通型態暨菸酒檳榔認知、態度及行為問卷。

(1) 被預測變項

被預測變項為子女健康素養共有 9 題，採 Likert scale 五等級計分，回答不同意為 1 分，回答非常同意為 5 分。所有題項分數加總越高，即代表子女健康素養越好。健康素養量表之反向題：「在文化慶祝祭典的時候，嚼檳榔是一件可以接受的事」、「如果週遭我的朋友都嚼檳榔，也會讓我想嘗試」、「吸菸代表已經長大」、「喝酒會使我看起來更吸引人」、「如果有人要我去買酒，我不會拒絕」，透過編碼轉置後，即回答非常不同意為 5 分，依此類推。

(2) 預測變項

預測變項為家長媒體使用時間、家庭溝通型態、家長健康素養、家長健康知識，與家長菸、酒、檳榔之使用行為與意圖作為預測變數。

家長使用電腦、閱讀新聞或雜誌與看電時間之媒體使用時間統一轉換成分鐘，未回答者、回答不一定者與不合理者（單種媒體回答一天使用在十小時以上）一律排除。

對話型溝通型態共 15 題，採 Likert scale 五等級計分，回答不同意為 1 分，回答非常同意為 5 分。加總越高代表家庭對話狀況越好。順從型溝通型態共計 11 題，採 Likert scale 五等級計分，回答不同意為 1 分，回答非常同意為 5 分。分數加總越高代表子女應順從長輩程度越高。

家長健康知識反向題：「商店可以賣檳榔給 18 歲以下的青少年」與「喝酒後可以開車或騎車」經過轉置後，回答錯的即為答對，得 1 分，回答對的即答錯，為 0 分。因此經過轉置後，分數加總越高代表家長健康知識越好。

2.研究對象與抽樣流程(sampling frame and procedure)：

本研究對象為花蓮縣國小五年級八年級之青少年及其父母。表 1 顯示，本研究以系統抽樣選定花蓮縣 12 所國小之五年級及六年級學生，和 6 所國中之七年級和八年級學生及其家長作為研究調查對象。研究團隊與抽樣後同意合作之樣本學校洽商，寄發 3153 份學生與家長的調查同意書，共計回收 655 對學生及家長調查受試書同意書，同意率佔 20.8%。市區學生比例佔 45%，非市區之同意受訪者佔 55%。

表 1：花蓮縣受訪五至八年級學生同意書分布

年級	花蓮市區		非花蓮市區		小計
	n	%	n	%	
五	68	50.00%	68	50.00%	136
六	50	38.46%	80	61.53%	130
七	122	57.27%	91	42.72%	213
八	108	61.36%	68	38.63%	176
總計	348	52.9%	307	47.1%	655

本研究團隊選定一所國小及一所國中進行父母及學生版預試本問卷調查共計 45 份。表 2 顯示，正式接受調查的學校共 11 所國小及 5 所國中，問卷調查共計回收學生問卷 600 份，家長問卷 534 份。扣除 3 份家長填答不完整，因此，親子配對數 531。

問卷調查流程出現以下的問題：

- 1.遺失問卷：學生因為缺席或是參加活動，而無法參與作答問卷，之後再給予填寫，沒有交回。家長問卷是透過學生帶回家中給予家長填寫，家長可能因為繁忙、不在家、不識字及不願意填寫，或是學生沒實際交給家長、沒有將問卷帶給學生交回等因素，造成較多的問卷遺失。
- 2.追補方式：將檢查過有漏填或是家長版問卷年齡欄誤填寫成學生年齡的問卷，透過當初家長同意書上面的聯絡方式，電話連絡家長，補齊問卷上的缺失。

根據預試結果修正問卷內容如下：家長版及學生問卷之職業欄有受訪者填兩項以上，因此在正式版註明單選。學生問卷版本在收看電視節目增列宗教節目題項，以及增列說明如果父母未同住者，以同住的主要照顧者的情況填答；另外家庭溝通量表的題項語意修正更口語化。

本研究於四月正式進行問卷調查，由學校發放問卷給家長同意受試的學生，在學校填寫收回，再由學生帶回一份密封的家長問卷，由家長或主要照顧者填寫，再繳回給班級導師，再寄至學校。

表 2：花蓮縣受訪五至八年級學生調查回收問卷統計

項目	學生		家長	
	n=630	%	n=630	%
同意書	600	95.23%	537	85.23%
實收問卷數	30	4.76%	93	14.76%
遺失問卷數	531	84.29%	531	84.29%
可配對問卷數	600	95.23%	534	84.76%
有效問卷數	0	0	3	0.47%
無效問卷				

註：

*配對問卷：為受試者學生與其家長視為同一配對。

*有效問卷：整份問卷均有填寫，漏答題數在五題以下是為有效問卷標準。

*無效問卷：1.受試者年齡無填寫，且無聯絡方式以便追蹤問卷。

*家扶中心的寄養小朋友，無聯絡方式聯絡家長。3.經母親表明未填寫問卷並拒填，因而認定為小朋友代填。學生版問卷在繳回時，部分學校老師會檢查是否填寫完全，因而沒有無效問卷。

資料分析

本研究採用次數分配、相關分析、群集分析，和配對檢定，及多變項迴歸分析。為探討家庭溝通的不同，進行 cluster analysis。將家庭溝通型態分為四種溝通類型(Koerner & Fitzpatrick, 2002)：1.家庭的對話型分數高和順從型的分數都高，稱為共識型(consensual)；2.家庭的對話型分數高和順從型分數低稱為多元型(pluralistic)；3.家庭的對話型分數低和順從型分數高稱為保護型(protective)；4.家庭的對話型分數低和順從型分數低稱為放任型(laissez-faire)；

結果與討論

親子家庭溝通型態之比較

表 3 顯示，對話型溝通分數越高，表示越趨向於對話型溝通家庭、順從型溝通分數越高表示，子女愈趨向於順從父母之溝通型態。

表 3 父母與子女之對話型溝通或順從型溝通平均數與標準差 (n=519 配對)

項目	父母		子女	
	平均分數	標準差	平均分數	標準差
對話型溝通	3.87	0.545	3.46	0.789
201	3.21	0.927	3.08	1.028
202	3.64	0.826	3.64	1.068
203	3.87	0.767	3.61	1.093
204	3.93	0.813	3.39	1.106
205	3.92	0.809	3.48	1.123
206	3.86	0.827	3.57	1.093
207	4.02	0.816	3.46	1.226
208	3.94	0.850	3.37	1.203
209	4.02	0.800	3.68	1.149
210	3.80	0.873	3.45	1.181
211	4.08	0.759	3.47	1.162
212	3.92	0.849	3.50	1.117
213	3.82	0.828	3.42	1.168
214	3.92	0.820	3.50	1.110
215	4.06	0.773	3.30	1.161
順從型溝通	3.05	0.567	2.97	0.712
216	4.15	0.743	3.98	1.032
217	3.74	0.860	3.55	1.049
218	3.06	1.084	2.76	1.154
219	2.71	0.921	2.61	1.196
220	2.50	0.998	2.63	1.242
221	3.74	0.858	3.46	1.138
222	3.28	1.033	3.33	1.299
223	2.46	0.949	2.41	1.267
224	2.83	1.061	2.85	1.373
225	2.45	0.975	2.67	1.301
226	2.61	1.052	2.39	1.256

表 4 可知，父母對話型之平均數為 58 分與子女為 51.9 分，有顯著差異。在父母與子女順從型傾向的認知上，父母平均分數為 33.5 分；子女為 32.6 分有顯著差異。換句話說，父母與子女在對家庭溝通型態的兩個面向上見解與認知並不相同。這個發現與 Koerner A. & Fitzpatrick M.A. (2002) 的研究相符合，即家庭溝通型態的兩種面向的認知共同存在。

表 4 親子對話型和順從型之平均數與標準差

項目	配對(n=519)				p-value
	Mean.	Std	Min.	Max	
對話型					<.0001
父母	58.0	8.172	28.0	75.0	
子女	51.9	11.839	15.0	75.0	
順從型					0.015
父母	33.5	38.886	15.0	55.0	
子女	32.7	61.397	11.0	55.0	

親子家庭溝通型態相關分析

親子家庭溝通之認知相關分析結果顯示，子女認知對話傾向和子女認知順從型傾向之相關程度不顯著。但子女認知對話型家庭傾向與家長認知對話型家庭傾向經呈顯著正相關 ($r=0.335, p<.05$)；子女認知對話形傾向家庭與家長認知順從型傾向之相關程度不顯著；子女認知順從型傾向家庭與家長認知對話形傾向家庭呈現顯著負相關 ($r=-0.198, p<.05$)；子女認知順從型傾向家庭與家長認知順從型傾向呈顯著正相關 ($r=0.335, p<.05$)；家長認知對話型傾向家庭與家長認知順從型傾向之相關程度不顯著。

表 5 群集分析結果顯示，本研究受訪者之家庭溝通型態以放任型的家庭佔的比例最高(40%)，其次是多元型(26%)、共識型(18.3%)，及保護型(15.2%)最少。

表 5 家庭類型平均數

集群	n	對話傾向		順從傾向	
		家長	子女	家長	子女
共識型	95	59.09	62.12	38.66	40.39
多元型	135	63.95	61.90	30.21	26.66
保護型	79	52.92	32.00	34.11	34.37
放任型	210	55.62	48.43	33.13	32.36
全體	519	58.01	51.94	33.53	32.65

親子健康素養和健康知識之比較

表 6 可知，選取父母與子女在所有選項皆有回答之樣本，共有 501 配對可供分析。配對 T 檢定顯示，子女在健康素養分數略高於家長之分數，顯著差異。父母配對平均分數、子女配對平均分數均為 6.8 分，進行配對 T 檢定 (paired T test)，家長與子女在健康知識未達顯著差異 ($p>0.05$)。

表 6 親子健康素養之平均數與標準差

項目	配對 (n=501)				p-value
	Mean.	Std	Min.	Max	
健康素養					0.008
父母	37.5	4.971	25.0	45.0	
子女	38.3	5.202	21.0	45.0	
健康知識					0.375
父母	6.8	0.534	2.0	7.0	
子女	6.8	0.509	4.0	7.0	

親子健康素養與健康知識之相關分析

表 7 顯示相關分析結果，500 對子女健康素養與子女健康知識呈現正相關 ($r=0.256$; $p < 0.001$)；子女健康素養與父母健康素養呈現正相關 ($r=0.220$; $p < 0.001$)；子女健康知識與父母健康素養呈現正相關 ($r=0.120$; $p < 0.01$)；父母健康素養與父母健康知識呈現正相關 ($r=0.169$; $p < 0.001$)。但是，子女之健康素養與父母之健康知識不顯著相關，且子女健康知識與父母之健康素養不顯著相關。

表 7 健康素養與健康知識之相關分析

項目	子女健康素養	子女健康知識	父母健康素養	父母健康知識
子女健康素養	1.000	0.265 (0.000*)	0.167 (0.000*)	0.040 (0.356)
子女健康知識	0.265 (0.000*)	1.000	0.035 (0.421)	0.135 (0.002*)
父母健康素養	0.167 (0.000*)	0.035 (0.421)	1.000	0.153 (0.000*)
父母健康知識	0.040 (0.356)	0.135 (0.002*)	0.153 (0.000*)	1.000

註：() 外為相關係數；() 內為 p -value

表 8 顯示，父母之健康素養和家庭類型，對子女健康素養有顯著相關。也

就是說，父母的健康素養愈高，其子女之健康素養也愈高。此外，以共識型家庭為參考組，其子女之健康素養每增加 1 分，則多元型家庭比共識型家庭之子女健康素養有顯著正相關；但是保護型家庭則是呈負相關，減少 3.17 分、放任型家庭減少 2.407 分。

表 8 子女健康素養預測迴歸模型
被預測變項：子女健康素養分數 (n=494)

預測變項	β	p-value
常數(constant)	32.913	0.000*
父母健康素養	0.175	0.000*
家庭類型 (以共識型為參考組)		
多元型	0.900	0.173
保護型	-3.170	0.000*
放任型	-2.407	0.000*

註：*表示具顯著差異。

研究限制

本研究於執行過程由於部分父母未完全將問卷填完繳回，及回答不完整，以致出現近七十份問卷，無法進行配對分析。此外，進行親子配對研究時，有少數學生代替父母回答，對研究者而言，這是很難避免且很難處理的問題。此外，本研究對象只限於東部一個縣的學生及父母，本結果之代表性仍有其限制，在推論上應謹慎。未來宜擴大母體樣本至跨縣市。

結論與建議

本研究結論如下：子女的健康素養與家庭溝通型態有顯著相關，特別是對話型的家庭其子女健康素養都高於其他家庭類型，其中以放任型家庭之子女健康素養最低。按照家庭社會化的角度來看，正向發展的社會化能促進子女形成正向的認同與良好的社會與心理特質，亦即當家長給予子女越多溝通與發表意見的自主性與機會，對子女的健康素養可能會有正面的影響與幫助。因此，本研究建議，未來宜強化父母及子女個別的親子溝通的教育。此外，加強父母之菸酒檳榔之正確健康知識及健康素養，以作為提升青少年菸酒檳榔之健康素養與預防，是未來可參考的健康宣導與政策之改善重點。

參考文獻

- 陳秀娟，(2002)：《桃園縣高中職學生吸菸行為之相關探討—跨理論模式之應用》。中山醫學大學護理研究所碩士論文。
- 張昭容，(2004)：《父母教養風格對高中/高職/五專學生抽菸/喝酒/嚼檳榔之影響》。國立成功大學教育研究所碩士論文，民國 93 年。
- 邱湘婷 (2003)：《健康知識與時間偏好對於酒檳榔攝取的影響》。中國醫藥大學，環境醫學研究所碩士論文。
- 鍾宜君，賴香如，吳德敏，李碧霞，祝年豐，(2005)：《家長預防子女吸菸措施及相關因子研究~ 以宜蘭縣四所國中為例》。師大學報：教育類，50(1)，155-173。詳見 <http://140.122.100.145/ntnuj/j50/j501-8.pdf>
- 方曉義、林丹華、孫莉、房超，(2004)：《親子溝通類型與青少年社會適應之關係》。心理發展與教育，第 1 期，頁 18-22。
- 行政院衛生署國民健康局，2004 年，12 月 27 日：《菸害識讀大調查：全國學生大調查，菸害媒體識讀教育的第一步》。衛生署國民健康局。詳見 <http://health99.doh.gov.tw/media/readsmoke/survey/basic.htm>
- 行政院衛生署國民健康局，2006 年：《民國 95 年國中學生健康行為調查》。衛生署國民健康局。詳見 http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/Them_Show.aspx?Subject=200712270004&Class=2&No=200801030001
- 行政院衛生署國民健康局，(2002)：《民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查之成報告》。衛生署國民健康局。詳見 <http://www.bhp.doh.gov.tw/statistics/file/200311121037432ZR5YS/結果摘要.htm>
- 行政院衛生署國民健康局，(2005)：《民國九十四年國民健康訪問暨藥物濫用調查》。衛生署國民健康局。詳見 http://olap.bhp.doh.gov.tw/search/02_ListSummary.aspx?menu=1&mode=1&year=94&from=ListHealth0
- 行政院衛生署國民健康局，(2006)：《檳榔：一個教育關懷的新焦點—《教師動手教檳榔》。衛生署國民健康局。
- 行政院衛生署國民健康局，(2008)：《菸品訊息露出與置入表現之監測調查結果》，詳見 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=699
- 62
- 交通大學傳播研究所，(2002)：《菸害媒體識讀教學手冊》，行政院衛生署國民健康局，台北。
- 何豔蘭，(1994)：《國民營養健康狀況變遷調查》。行政院衛生署，1994 年。
- 李景美 (1998)：《台北中學學生對於菸品廣告的反應》。《健康促進暨衛生教育雜誌》，18:13-24。
- 李蘭、孫亦君、翁慧卿，(1998)：《台北市國中生物質濫用行為之預測因子》。台灣衛誌，20(4):54-62。
- 花蓮縣政府，(2006)：《洄瀾夢土，行之逍遙：交通安全電子書》。花蓮縣政府，花蓮。
- 花蓮縣衛生局，(2005)：《九十四年度花蓮縣檳榔防制校園輔導計畫》。花蓮縣政府，花蓮。詳見 <http://www.allschool.com.tw/betel/Image/940330council-record.doc>
- 林紡而 (2001)：《台北地區年輕女性吸菸行為之初探性研究》。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，民國 90 年。
- 林琴惠，(2001)：《花蓮縣(市)居民檳榔、菸、酒盛率及其健康危害意識調查》。高雄醫學大學碩士論文，民國 90 年。
- 林承宇，(2002)：《廣播電視上規避法律廣告之探討—以菸害防制法之規範為例》，新聞學研究，第 72 期，頁 147。2002 年 7 月。詳見 <http://www.jour.nccu.edu.tw/Mcr/0072/07.htm>
- 林淑鈴 (2004)：《1990 年代以來台灣菸、酒、檳榔「廣告」中的身體消費與健

- 康論述》。發表於「2004年台灣社會學年會暨研討會」，新竹，清華大學 (NSC 93-2412-H-037-003)。
- 林淑鈴 (2005)：《台灣菸酒廣告文本中的性、性別意涵與消費性鎖鏈》。發表於「食色性也：性別、食物與現在性座談會」新竹，清華大學人文社會學院 (NSC 93-2412-H-037-003)。
- 吳翠珍、張雅嵐，(2002)：《廣告探照燈—香菸廣告 See See 看》。媒體 See See 看雙月刊，第 11 期。
- 吳建國，(1980)：《家庭傳播形態與子女關心公共事務關聯性之研究》。國立政治大學碩士論文，民國 69 年。
- 周思源、李孜姿、梁文敏、郭憲華、張美麗惠、賴璟賢、朱日橋、郭憲文，2006：《台灣地區在校青少年吸菸、喝酒及嚼食檳榔與藥物使用之盛行率》。中華台灣醫誌 11:177-186。
- 苗迺芳、李景美、劉美媛、何慧敏、魏秀珍，(2007)：《高關懷國中生父母的親職教育需求評估—以物質濫用預防為例》。新臺北護理期刊，9(1), 235-37。
- 政治大學媒體素養研究室，(2002年)：《媒體素養行動派：別小看我》，九年一貫互動教學手冊，公共電視，台北。
- 卓惠如，(1992)：《影響有吸菸經驗者戒菸的相關因素探討》。國立台灣大學公共衛生學研究所碩士，民國 81 年。
- 馬藹屏，(1999)：《臺灣地區青少年對菸害防制法之認知、遵行意願及遵行行為之研究》。國立台灣師範大學衛生教育系博士論文，民國 88 年。
- 陳世敏，(2005)：《電視與兒童健康：美國小兒科醫學學會的媒體教育運動》。政大媒體素養研究室電子報，第 7 期，2005 年 10 月 18 日。詳見 http://www.mediaed.nccu.edu.tw/epaper/epaper_007.htm。
- 陳怡妉，2006 年 2 月 28 日，《部落格品酒 違反菸酒管理法?》。中時部落格，2006 年 2 月 28 日，詳見：<http://blog.chinatimes.com/blognews/archive/2006/02/28/43199.html>
- 陳美汀，(2001)：《南投縣居民嚼食檳榔、吸菸、飲酒盛行率及其健康危害意識調查》。高雄醫學大學碩士論文，民國 90 年。
- 陳富莉 (2001)：《論菸品消費文化與青少年菸品消費行為》。國立臺灣大學衛生政策與管理研究所博士論文，民國 90 年。
- 陳漢瑛、何英奇、葉懷箴等，(2001)：《台灣原住民與非原住民青少年物質使用行為之預測：文化價值、態度、信念、社會控制與自我控制等因素》。行政院衛生署管制藥品管理局委託研究計畫研究報告。
- 陳錫琦，(1997)：《國小學童吸菸意向六年長期追蹤調查研究》。國立師範大學衛生教育學系博士論文，民國 86 年。
- 葛應欽、張峰紫、藍守仁，(1994)：《原住民健康研究計畫---五峰鄉原住民吸菸、喝酒及嚼食檳榔之盛行率及相關因素研究》。行政院衛生署，DOH83-HR-319。
- 趙梅如、鍾思嘉，(2001)：《父母效能課程及其親子溝通效果之探討》。中華輔導學報，第 10 期，頁 41-61。
- 董氏基金會，(2002)：《吸菸率參考資料》，財團法人董氏基金會網站，搜尋日期 2002/02/10 網址：<http://www.jtf.org.tw/JTF06/06-02.htm>
- 張卿卿、王奕晴、陳嘉琪、朱怡璇、李景浩及周郁翔，(2003)：《菸品廣告與反菸廣告之研究》。衛生署國民健康局。
- 張卿卿，(2005)：《從菸品廣告內容看菸商的說服企圖》，廣告學研究，第 23 期，頁 61-92。
- 張慧心，(1988)：《家庭傳播形態與青少年的政治知識與興趣之關聯性研究》。國立政治大學碩士論文，民國 77 年。
- 張威龍，(1999)：《青少年家庭溝通形態對物質主義和強迫性購買之影響研究》。管理評論，18:2，頁 87-117。
- 教育部，(2002)：《媒體素養教育政策白皮書》。教育部網站，搜尋日期 2006/08/08 網址：http://www.edu.tw/EDU_WEB/EDU_MGT/SOCIETY/EDU8465001/old/report/b1.htm?open
- 教育部，(2008)：《97 學年度國中小媒體素養教育到校服務與巡迴講座》。網址：<http://distance.shu.edu.tw/media>。
- 教育部，(2008)：《種子學校輔導與媒體近用》。網址：<http://distance.shu.edu.tw/media>。

- 教育部，(2010)：《98 學年度國民中小學校概況統計》。教育部統計處網址：
http://www.edu.tw/statistics/publication_list.aspx
- 教育部，(2010)：《98 學年度國民中小學校鄉鎮市區別統計》。教育部統計處網址：http://www.edu.tw/statistics/content.aspx?site_content_sn=8869
- 潘松義，(2000)：《原住民國中生對吸菸、飲酒、嚼檳榔之認知、態度、行為與人格特質之研究調查-以屏東縣泰武、來義及瑪家國中為例》。高雄醫學大學碩士論文，民國 89 年。
- 蔡鶯鶯、張景媛，(2008a)：《兒童對媒體飲酒資訊的覺知》，發表於 2008 中華傳播學會年會學術研討會，專題座談：健康傳播的訊息設計、認知與推廣，2008 年 7 月 4 日至 7 月 5 日，台北。
- 蔡鶯鶯、張景媛，(2008b)：《學童對嚼食檳榔資訊之覺知》，發表於台灣公共衛生學術年會，2008 年 10 月 4 日至 10 月 5 日，台北。
- 蔡鶯鶯、張景媛，(2008c)：《兒童之吸菸健康素養因素：先驅性研究》，(Factors of Health Literacy of Smoking among Children: A Pilot Study)，董氏基金會與中國控制吸煙協會、香港吸煙與健康委員會、澳門戒煙保健會共同主辦，發表於第二屆兩岸四地菸害防制交流研討會，2008 年 10 月 19 日至 23 日，北京，中國。
- 翟敬宜，(1987)：《家庭傳播形態與兒童對電視廣告之反應的相關性研究》。國立政治大學碩士論文，民國 75 年。
- 劉美媛，周碧瑟，(2000)：《台灣地區在校青少年嚼檳榔的流行病學研究》。台灣衛誌，19(1):42-49。
- 劉美媛，周碧瑟，(2001)：《台灣在校青少年飲酒盛行率與相關因素探討》。台灣衛誌，20(2):143-152。
- 劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽，(1994)：《五峰鄉原住民吸菸、喝酒及嚼食檳榔之盛行率及相關因素研究》。Kaohsiung J Med Sci 10:405-411。
- 鄭如雯，(2002)：《健康新選擇：媒體的健康素養》。媒體 See See 看雙月刊，第 11 期，頁 2-4。
- 錢莉華，(1988)：《家庭傳播形態與青年傳播行為之關聯性》。國立政治大學碩士論文，民國 77 年。
- 謝天渝，(2001)：《台灣地區成人檳榔嚼食率、吸菸率及對檳榔健康危害意識之調查》。行政院衛生署委託研究計畫，計畫編號：行政院衛生署 DOH90-TD-1135，台北。
- 嚴道(1995)：《台灣地區青少年對吸菸、飲酒、嚼檳榔之認知、態度、行為與其心理》。行政院衛生署八十四年度委託研究計畫，臺北。
- 嚴道、黃松元、馬藹屏、蕭惠文 (1994)：《臺灣地區青少年對吸菸、飲酒、嚼檳榔之認知、態度、行為與其心理特質調查研究》。行政院衛生署八十三年度委託研究計畫，臺北。
- 羅文輝、鍾蔚文，(1988)：《家庭傳播形態在兒童對電視廣告的認知、態度及行為上所扮演的角色》。新聞研究，第 40 期，頁 111-139。
- American Medical Association (AMA), Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Committee on Health Literacy. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*. 1999;281(6):552-557.
- Austin, EW. (1993). The importance of perspective interpretation of family communication patterns, *Journalism Quarterly*, 70(3):558-568.
- Austin, EW., & Knaus, C. (2000). Predicting the potential for risky behavior among those “too young” to drink as the result of appealing advertising, *Journal of Health Communication*, 5:13-27.
- Austin, EW., Pinkleton, BE., & Fujioka, MA. (2000). The role of interpretation processes and parental discussion in the media's effects on adolescents' use of alcohol. *Pediatrics*, 105,2, 343-349. Retrieved December 15, 2008.
- Austin, E., Chen, M., & Grube, J. (2006, April). How does alcohol advertising influence underage drinking? The role of desirability, identification and skepticism. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 38(4), 376-384. Retrieved December 13, 2008, from MEDLINE database.
- Chaffee, S.H., McLeod, J.M., & Atkin, C.K. (1971). Parental influences on adolescent

- media use. *American Behavioral Scientist*, 14(3), 323. Retrieved December 13, 2008, from Academic Search Premier database.
- Chaffee, S.H., McLeod, J.M., & Wackman, D.B. (1973). Family communication patterns and adolescent political participation, In J. Dennis (Eds.), *Socialization to Politics: A Reader*. (pp.349-364). New York: John Wiley.
- Fitzpatrick, M.A., & Richie, L.D. (1994). Communication schemata within the family: Multiple perspective on family interaction, *Human Communication Research*, 20, 275-301.
- Fitzpatrick, M.A. (2004). Family communication patterns theory: Observations on its development and application, *Journal of Family Communication*, 4(3&4), 167-179.
- Fujioka, Y., and Austin, E.W. (2002). The relationship of family communication patterns to parental mediation styles, *Communication Research*, Vol. 29, No. 6, 642-665.
- Gabhainn, S.N., and Francois, Y. (2000). Substance use. In: World Health Organization Regional Office for Europe (WHO-EURO), Health behavior in schoolchildren. Copenhagen: WHO-EURO, 2000.
- Howard, KA. Flora, JA. Schileicher, NC, and Gonzalez, EM. (2004). Alcohol point-purchase advertising and promotions: prevalence, content, and targeting. *Contemporary Drug Problems*. 2004;31:561-83.
- Jernigan, DV. Ostroff, J. and Ross, C. (2005). Alcohol advertising and youth: A measured approach. *Journal of Public Health Policy*. 2005;26:312-26.
- Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Yearbook*, 26, 37-69.
- Krcmar, M. (1996). Family communication patterns, discourse behavior, and child television viewing, *Human Communication Research*. Oxford: Dec 1996. 23(2), 251-277.
- Krueger, RA. (1998). *Developing questions for focus group*. Focus Group Kit 3. California: Sage Publications.
- Leger, L. ST. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16(2), 197-204.
- Lull, J. (1980). Family Communication Patterns and the Social Uses of Television, *Communication Research*, 7(3), 319-333.
- McLeod, JM., & Chaffee, SH. (1972). The socialization perspective and communication behavior. In F.G. Kline and P.J. Tichenor (Ed.), *Current Perspectives in Mass Communication Research*, (pp. 121-168). Beverly Hill, CA: Sage, Publication.
- McLeod, JM., & Chaffee, SH. (1972). The construction of social reality. In J. Tedeschi (Ed.), *The social influence processes*, (pp. 50-59). Chicago: Aldine-Atherton.
- McLeod, JM., Atkin, CK., Chaffee, SH. (1972). Adolescents, parents, and television use: Self-report and other report measures from the Wisconsin sample. In G.A. Comstock & E.D. Rubenstein (Eds.), *Television and social behavior Vol, III: Television and adolescent aggressions* (pp. 239-313). Washington, DC: U.S. Governemnt Printing Office.
- Maciejewski, J. (1999). Promising envy and community though consumption: A textual analysis of camel advertising. In M. Roberts (Ed.), *The 1999 Proceedings of the American Academy of Advertising* (pp. 191-193). University of Florida, Florida.
- Moore, RL., & Moschis, GP. (1981). The role of family communication in cosumer learning, *J. of Communication*, 31:42-51.
- Morgan, DL. (1998). *The focus group guidebook*. Focus Group Kit 3. California: Sage Publications.
- Nielsen-Bohman, L. Panzwe, AM. Kindig, DA. (Ed.) (2004). *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Institute of Medicine, The National Academes Press, Washington, D.C.
- Okazaki, N. and Higuchi, S. (1995). Alcohol beverage advertisements--survey of

- weekly magazines]. [Japanese] *Arukoru Kenkyu-To Yakubutsu Ison Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*. 30(1):23-32, 1995 Feb.
- Osborn, H. (2005). *Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message*. Jones and Bartlett. Sudbury, Mass.
- Reid, LN. King, K. & Kreshel, PJ. (1994). Black and white models and their activities in modern cigarette and alcohol ads. *Journalism Quarterly*, 71(14), 873-886.
- Reinarman, C. (1988). The social construction of an alcohol problem. *Theory & Society*, 17(1):91-30
- Richie, LD. (1991). Family communication patterns: An epistemic analysis and conceptual reinterpretation, *Communication Research*, Vol. 18, No. 4, 548-565.
- Richie, LD., and Fitzpatrick, MA. (1990). Family communication patterns: Measuring intrapersonal perceptions of interpersonal relationships, *Communication Research*, Vol. 17, No. 4, 523-544.
- Roberts, DF., Pingree, S., & Hawkins, RP. (1975). Do the mass media play a role in political socialization? *The Australian and New Zealand J. of Sociology*, 11:37-42.
- Schillinger, D. & Davis, T. (2005). A conceptual framework for the relationship between health literacy and health care outcomes: The chronic disease exemplar. In JG. Schwartzberg, JB. VanGeest, & CG, Wang (Eds.), *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*. American Medical Association, Chicago.
- Schwartzberg, J. VanGeest, J. Wang; C. Gazmararian, JA., (Eds.), (2005). *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*. American Medical Association, Chicago.
- Simonds, SK. (1974). Health education as social policy. *Health Educ Mongr*. 1974;2:1:1-25.
- Skinner, EL., & Slater, MD. (1995). Family communication patterns, rebelliousness, and adolescent reactions to anti-drug PSAs, *J Drug Education*, 25(4):343-355.
- Snyder, LB. Milici FF. Slater, M. Sun, H. Strizhakova, Y. (2006). Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 160(1):18-24, 2006 Jan.
- Tims, AL., & Masland, JL., (1985). Measurement of family communication patterns, *Communication Research*, Vol. 12, No. 1, 35-57.
- Tsai, YY, Chang, CY., (2008). The Impact of Media Texts on Health Literacy about Alcohol among Children in Taiwan, Presented at International Association for Intercultural Communication Studies Conference on Ethnic Identity, Hybridity and Intercultural Communication, November, 14th, 2008. Louisville, Kentucky, U.S.A.
- US Department of Health and Human Services. Health Communication (Chapter 11). *Healthy People 2010*. 2nd ed. Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000.
- US Department of Health and Human Services (USDHHS), (1998). National household survey on drug abuse: main findings 1996. Rockville:USDHHS.
- Williams, MV. Parker, RM. Baker, DW. et al., (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*. 1995;274:1677-1682.

成果報告自評

國內有關青少年預防菸酒檳榔之研究文獻多採家長或學生個別之調查，因此本研究完成花蓮縣國中小學六年級至八年級之父母和學生 531 配對樣本具有創新特色，達成原計畫之研究之目標。本研究發現，家庭溝通型態與學生之菸酒檳榔使用之健康素有顯著相關，此研究發現可做為未來研擬青少年菸酒檳榔防治策略，增加父母學習親子溝通之參考。未來可根據此一發現，擴大蒐集全國性

代表樣本，進行跨縣市之比較，以提升研究信度。此外，未來可進一步設計親子溝通和青少年菸酒檳榔之介入課程，及評價其成效之研究主題，以增強父母及學生之菸酒檳榔之健康素養。

研究團隊正進行撰寫期刊論文，計畫投稿於國際期刊及國內期刊各一篇。