

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

台灣成年男性社會經濟地位與六種精神作用物質的使

用型態

Socio-economic Status and the Use of Six Psychoactive

Substances among Male Adults in Taiwan

黃昭慈

Chao-Tzu Huang

指導教授：丁志音 博士

Advisor: Chih-Yin Lew-Ting, Ph.D.

中華民國 101 年 7 月

July, 2012

致謝

終於走到這一步，兩年來的努力、挫折、歡笑，歷歷在目。

真心地感謝丁老師認真地指導，老師就像母親一樣，希望我們好、希望我們成長，沒有老師細心地教導，我一定還在渾沌中摸索。也很高興能認識這麼一群好同學，彼此互助與打氣，七仙女的笑聲我會永遠記得，能夠來到國立台灣大學健康政策與管理研究所，在這裡學習成長，是我的福氣。

研究所，很多人會替你這樣的學歷設下一定的未來藍圖，認為你應該如何、不應該如何。但我認為，這樣的學經歷是幫助我們更有遠見的基石，並非設限未來的框框。畢業，絕對不是我學習的終點，不管未來我在社會的任何角落，我都會發揮所學，為全人類的健康盡一份心力。

最後要感謝我最愛的家人願意支持我攻讀碩士學位，還有陪我面對大大小小挫折與壓力卻始終不說一句怨言，最親愛的你。

這篇論文獻給所有愛我、幫助我、支持我的大家，我做到了！

昭慈
2012.07

摘要

目地：探討成年男性的社會經濟地位與六項精神物質(菸、酒、檳榔、提神飲料、咖啡、茶)使用之關係，不僅檢視單一物質的消費，也包含不同物質的消費群集。特別的是，本研究試圖探討知識、態度與健康狀態在特定社會經濟群體的精神物質使用中所扮演的角色。

方法：使用 2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」之部分資料進行次級資料分析中，最後分析的樣本為 18-64 歲的男性樣本 6087 人。自變項為社會經濟地位，以職業、教育程度與兩者的組合來測量。首先應用雙變項分析來描述教育、職業和各種物質消費之間的關係；接著以 Spearman 相關分析和群聚分析探討物質消費型態與社會經濟地位的關係；最後以序位邏輯斯迴歸模型釐清知識、態度與健康狀態對精神物質使用的影響。

結果：主要結果如下：(1)整體而言，教育、職業與六項精神物質使用間達到統計學上顯著相關。特別的是，菸、酒、檳榔與提神飲料的使用者集中在較低教育程度與職業等級；相反地，咖啡的使用則以較高教育程度和職業等級的人為多。(2)吸菸、飲酒、嚼檳榔、飲用提神飲料，這四項精神物質使用行為之間有並存的關係，其中吸菸與嚼食檳榔的並存性最強；而喝茶與吸菸、飲酒、喝咖啡之間具有高度相關性，其中茶與咖啡之飲用的並存性最高。(3)三個中介因子當中，健康狀態，包含生理和心理健康，與精神物質使用的關係皆十分薄弱的；而知識只與吸菸和嚼檳榔有顯著的相關；最強的決定因素是態度，與每項精神物質的使用皆有很強的相關。(4)群聚分析結果共得出六組物質使用行為群體，包括：(i)多元成癮型，(ii)典型三元成癮，(iii)重菸癮高咖啡茶，(iv)酒咖啡雙好，(v)獨鍾飲茶，以及(vi)純淨無癮。總體來說，物質消費類型與兩項社會經濟地位變項之間呈現顯著的階梯關係，越高的教育程度和職業成就，傾向「獨鍾飲茶」與「純淨無癮」，反之，教育程度和職業等級越低，傾向於「多元成癮」與「典型三元成癮」。

建議：物質使用行為的研究，應以更全面及整體性的視角來檢視，而非僅聚焦在單一物質的使用。未來研究應連結至民眾日常生活，以捕捉精神物質的消費是如何受到社會結構與社會心理等因素的影響。目前健康傳播與健康教育仍有努力的空間，需發展更有效、敏感度更高的介入措施。

關鍵字：精神物質使用行為、教育程度、職業、社會經濟地位、群聚分析



Abstract

Purpose: To examine how socio-economic status is associated with the use of six psychoactive substances (cigarette, alcohol, betel nuts, alcoholic tonic beverage, coffee, and tea) among male adults, not only for the consumption of individual substance but also concomitant consuming clusters of different substances. Particularly, this study attempts to explore the roles knowledge, attitude, and health status play in substance use in specific socio-economic groups.

Method: Data on which this study is based come from the “2005 National Health Interview Survey.” A total of 6087 male adults 18-64 years of age are included in this study. Socio-economic status is measured by education and occupation and a combination of both. Bivariate analysis is used to describe the association between education, occupation and the consumption of each substance. Spearman correlation and cluster analysis are used to explore patterns of substance co-consumption in relation to SES. Finally, ordinal logistic regression model is employed to clarify the effects of knowledge, attitudes and health status on substance use.

Result: The major findings are: (1) Overall, statistically significant association was found between education, occupation and the use of six substances. Particularly, cigarette, alcohol, betel nuts and alcoholic tonic beverage are more likely to be used by participants occupying lower occupational and educational level. On the contrary, coffee is more commonly used by persons with higher educational and occupational positions, (2) Alcohol drinking, smoking, betel nuts chewing, and alcoholic tonic beverage drinking are most often co-existent, and the strongest relationship is found between betel nuts chewing and smoking. Whereas tea drinking, smoking, alcohol drinking, and coffee intake are highly correlated, most common concomitant consumption is for coffee and tea, (3) Among three sets of intervening factors, health status, both physical and mental health, is weakly correlated with substance use; knowledge only has significant association with smoking and betel nuts chewing, and the most powerful determinant is attitude, which is strongly correlated with each type of substance use, and (4) Cluster analysis generates the following six distinctive types of substance use: (i) multiple addiction, (ii) typical triple addiction, (iii) heavy smoking and high coffee-tea consumption, (iv) alcohol-coffee double preference, (v) tea favoritism, and (vi) total substance avoidance. In general, significant gradient associations are present between consumption type and two SES variables. Higher level of educational and occupational attainment leads to the consumption type of “tea favoritism” and “total substance avoidance” and, in contrast, the lower attainment in education and occupation tends to be engaged in “multiple addiction” and “typical triple addiction.”

Suggestions: Research on substance use behavior should take a more comprehensive and holistic perspective without simply focusing only on the use of individual substance each time. Investigations should also be placed in the context of daily life to capture how substance consumption is determined by various structural and socio-psychological factors. Implications from this point of view may inform the current efforts of health communication and education to develop more sensitive and valid interventions.

Key words: psychoactive substance use behavior, education, occupation, socio-economic status, cluster analysis



目錄

致謝	i
摘要	ii
Abstract.....	iv
目錄	vi
圖目錄	viii
表目錄	ix
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究目的與問題	6
第二章 文獻探討	7
第一節 社經地位與精神物質使用的關係	7
第二節 健康狀況、知識與態度與健康行為之關係	11
第三節 精神物質的社會文化意涵	12
第四節 精神物質使用型態	14
第五節 小結	16
第三章 研究方法	18
第一節 資料來源	18
第二節 抽樣設計	20
第三節 研究樣本	20
第四節 概念架構	21
第五節 研究變項	22
第六節 研究假設	26
第七節 資料分析與方法	26
第四章 研究結果	28
第一節 樣本特質描述	28
第二節 精神物質使用型態	30
第三節 社經地位與精神物質使用之關係	30
第四節 健康狀態、知識及態度與精神物質使用之關係	32
第五節 不同社會層級中，精神物質使用之間的關係	33
第六節 中介變項的驗證	34

第七節 精神物質使用行為群體	36
第五章 討論	58
第一節 精神物質使用行為的相互關係	59
第二節 精神物質使用行為的社會層級意涵	60
第三節 健康狀態知識、態度在社經地位與精神物質使用之間的角色	62
第四節 研究限制	63
第六章 結論與建議	64
參考文獻	65



圖目錄

圖 1-1 台灣進口咖啡量.....	4
圖 1-2 台灣茶葉消費量.....	4
圖 1-3 2000 年-2004 年台灣提神飲料銷售額.....	5
圖 3-1 本研究概念架構圖.....	22



表目錄

表 3-1 2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查問卷種類表	19
表 3-2 職業類別及等級區分表	23
表 4-1 社會人口學變項(n=6087)	40
表 4-2 研究樣本的精神物質使用情形	41
表 4-3 研究樣本各類健康狀態分佈	42
表 4-4 研究樣本之精神物質危害知識與態度分佈	43
表 4-5 以 Spearman 相關分析看精神物質使用行為間之相關	43
表 4-6 職業等級與教育程度及精神物質使用之關係	44
表 4-7 健康狀態與精神物質使用情形	45
表 4-8 知識、態度與精神物質使用情形	46
表 4-9 以職業分層，精神物質使用行為之間的相關情形	47
表 4-10 以教育程度分層，精神物質使用行為之間的相關情形	48
表 4-11 健康狀態與六項精神物質使用的關係型態	49
表 4-12 對吸菸與飲酒之序位邏輯斯迴歸分析，以職業分層並與全體樣本之結果比較	50
表 4-13 對檳榔與提神飲料之序位邏輯斯迴歸分析，以職業分層並與全體樣本之結果比較	51
表 4-14 對咖啡與喝茶之序位邏輯斯迴歸分析，以職業分層並與全體樣本之結果比較	52
表 4-15 對吸菸與飲酒之序位邏輯斯迴歸分析，以教育程度分層並與全體樣本之結果比較	53
表 4-16 對檳榔與提神飲料之序位邏輯斯迴歸分析，以教育程度分層並與全體樣本之結果比較	54
表 4-17 對咖啡與喝茶之序位邏輯斯迴歸分析，以教育程度分層並與全體樣本之	

結果比較.....55

表 4-18 六個群落體(Cluster Group)在各項精神物質使用行為上之分佈56

表 4-19 年齡、健康狀態與知識態度、社經地位和六個群落體的關係.....57



第一章 緒論

第一節 研究背景

許多流行病學調查一再證實「精神作用性物質」(psychoactive substance)與慢性病發生有高度相關，例如經常性的吸菸和過量飲酒會導致心血管疾病，及多部位癌症之致病率和死亡率的增加(Orth et al., 1998; Parkin, Pisani, Lopez, & Masuyer, 1994; Vineis et al., 2004)；而嚼食檳榔易被發現與口腔黏膜下纖維化、口腔黏膜白斑和口腔癌病變有密切關係(Pindborg, Odont D. Barmes, & Roed-Petersen, 1968; Thomas & MacLennan, 1992)；飲用咖啡則被指出與腎臟細胞癌病變有關係(Yu, Mack, Hanisch, Cicioni, & Henderson, 1986)。所謂「精神作用性物質」，依 WHO (2011) 的定義，是指當進入一個人的身體，會影響其心理過程的物質，例如認知或感情，也就是指能改變人類心靈與精神意識的物質稱之，本研究將之簡稱為「精神物質」。

回顧以往醫學與公共衛生相關領域對精神物質的研究，發現大部分著重精神物質在非醫療情境下的使用，例如精神物質使用「行為」像是上癮或者濫用，對「健康」或「疾病」的影響，以及精神物質使用的盛行率以與人口學特質的關聯(Chen, Chen, Fagot-Campagna, & Narayan, 2001; Sorensen & Pechacek, 1986; 陳富莉、李蘭，1999)。過去研究的觀點，容易造成責備受害者，並將健康歸於個人的責任。而與使用行為相關的人口社會學特質，會導致大眾對精神物質使用族群產生污名化或者貼標籤的情形，提到精神物質就會與低社會層級、原住民作連結，且研究的建議也幾乎都是教育及輔導個人，以提高其知識、態度和行為的改變。當代公共衛生的論述，勞動階級者常被描繪成不聽健康推動者勸告，且故意讓自己暴露在健康危險因子中而非理性的去避免，因此這群人需要更重視監控及管理

(Lupton, 1995)。以檳榔使用為例，大眾總是將嚼食檳榔之行為與勞動階級、低下層級作連結，談及檳榔一詞就聯想至與嚼食檳榔相關的負面印象，其中更意味著形象低下的嚼食檳榔者其行為需要被矯正，也營造出嚼食檳榔是低階層人們的行為(郭淑珍、丁志音，2006)。

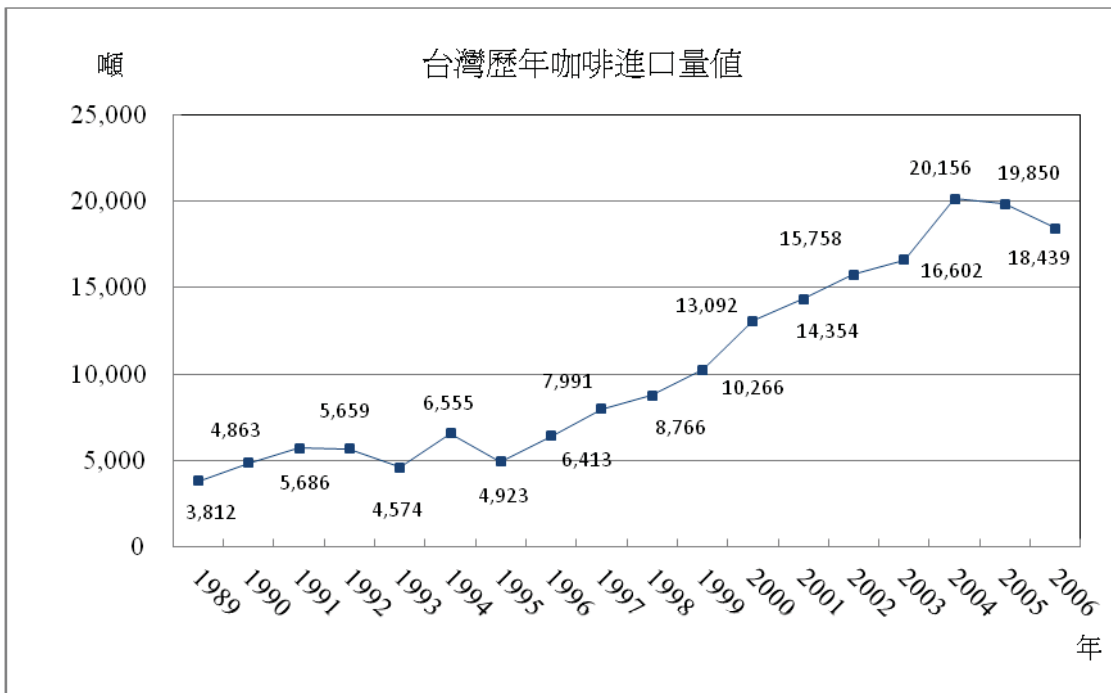
現代化的社會下生存的人類深深受其周圍政治、經濟及社會環境的影響，個人的「自由選擇」其實是很有限的。同理，抽菸、酗酒或嚼檳榔的人，除了極少數可能因「自由意志」選擇這些明知道會對自身健康造成傷害甚至奪走生命的行為外，絕大多數是因生活所逼、同儕的壓力、廣告的誘惑、工作的需求，或政府不當政策等等政治、經濟、及社會因素的影響(陳美霞，2004)。但過去健康專家較無察覺精神物質的社會層級意涵，只將其視為社會人口學特徵的統計變項，經常控制這些社會人口學變項而非審視它(Adler et al., 1994)，較少探討使用精神物質的這群人與他們背後的文化做連結，為何某一群體容易有某些精神物質的使用習慣？健康專家已經直接將精神物質使用行為視為社會問題、行為偏差來進行研究，如此的思考架構下，很少研究會去重視是甚麼樣的文化環境造成它的使用行為。

社會結構層次的影響，像貧窮、經濟壓力以及環境污染等問題，是個人較沒有能力去控制或解決的，但卻是每個人每天都必須面對的生活處境。這些社會情境不但產生不健康的生活狀況，也容易促使人們有不利健康的行為，例如為了應付生活壓力而導致吸菸、喝酒等行為，也就是人們可能因為所處的社會位置，使得因應資源的缺乏，而容易去選擇某種不利健康的工作或居住環境。為了回應這樣的處境，往往容易選擇某些不健康的行為(White, 2002)，造成了健康的不公正(health inequity)的情況。

近年來，健康不平等的研究已由原先主要探討社會層級與死亡率、罹病率的

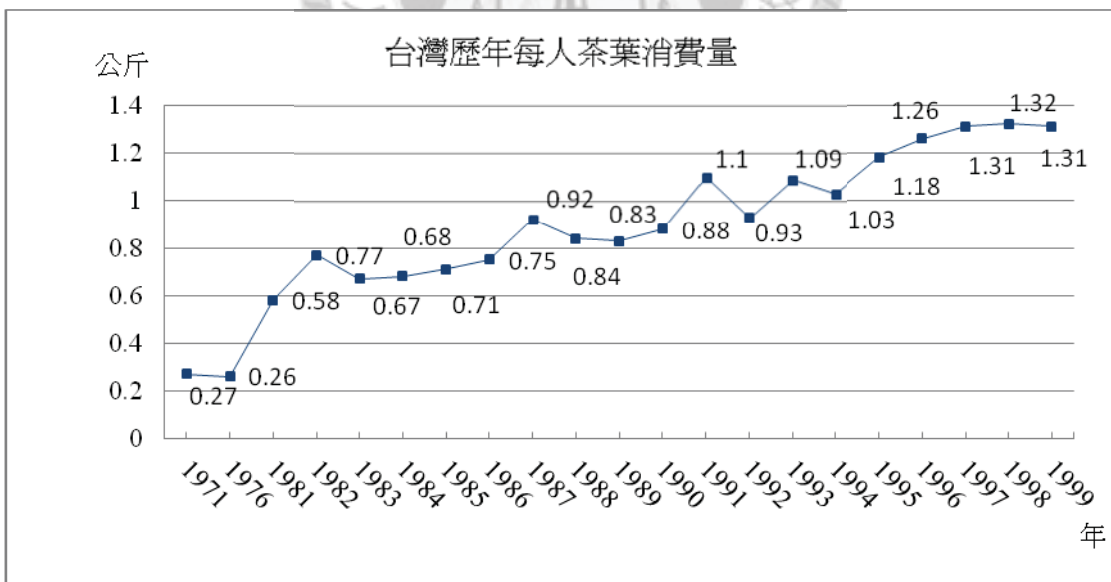
關係，轉而檢視其中的機轉，Adler and Newman (2002)認為處於較低社經地位的人容易在較差的物理環境居住或者工作，例如擁擠吵雜或者缺乏社會凝聚力、社會資本，對健康照護的可近性低，以及容易有不利健康的行為。另有學者透過解釋教育程度與健康的關係來檢視社會層級對健康的影響，發現高教育程度者較不易失業、容易找到全職工作、較高收入、低經濟壓力，對自己的生活與健康有較高的控制權，且有較多的社會支持與健康相關行為(Ross & Wu, 1995)。由此可知，社會層級確實會造成健康行為的差異。

然除了普遍受到重視的香菸、酒、檳榔等，這些已有許多危害健康實證依據的精神物質之外，其實還有許多類似的物質在日常生活中被民眾廣泛使用，例如咖啡與茶。由於國人生活飲食習慣的改變與受到歐美日等先進國家之影響，國人對咖啡的消費頻率逐年上升(許智強，2007)，從圖 1-1 可看出台灣自 1989 年來由國外進口咖啡的整體上升趨勢。而飲茶為中國人的傳統習慣，吳淑娟(2007)的研究指出，1971 年台灣的茶葉消費量每人每年僅有 0.27 公斤，到了 1981 年則增至 0.58 公斤，至 1991 年更增加為 1.10 公斤以上，1999 年更達 1.31 公斤，也顯示出台灣茶葉的消費量有逐年增加的趨勢(見圖 1-2)。另外，相當具有台灣地方文化特色的提神飲料，例如保力達 B、維士比，為含酒精西藥，屬於指示用藥，其主要成份為維他命、胺基酸、咖啡因及中藥香料。正因為添加重要香料，使民眾經常誤以為這些飲料為中藥藥酒，而且有多喝強身不傷身的想像(賴晉楷，2005)。由近年來整體提神飲料市場銷售量來看(見圖 1-3)，目前台灣民眾提神飲料之使用也呈現逐年成長的趨勢(楊志浩，2006)。因此除了香菸、酒、檳榔之外，這些目前並非為公共衛生問題之精神物質的消費，也值得關注，特別是它們與上述「有害健康」物質使用之間的關係。



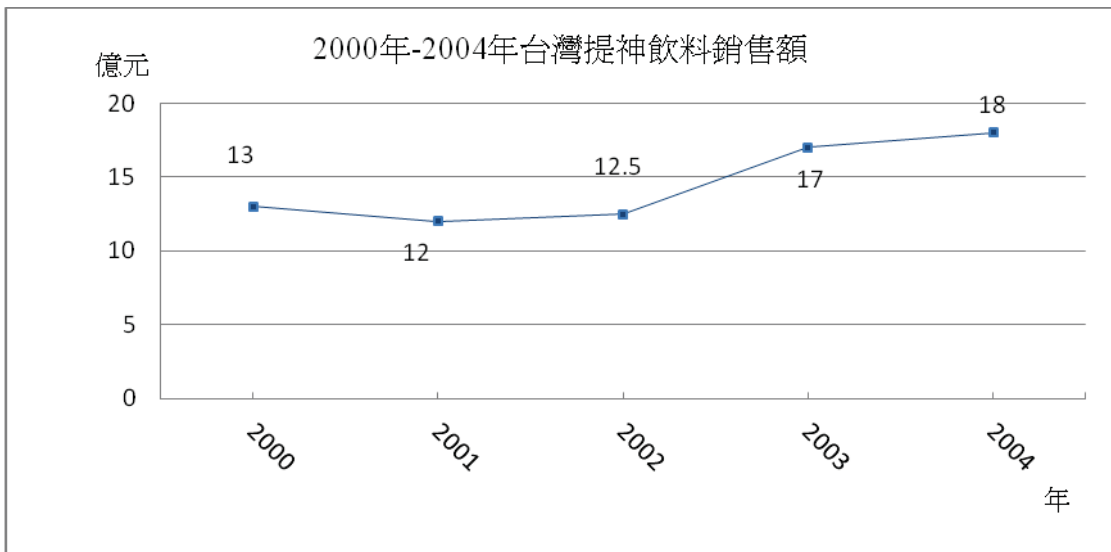
資料來源：許智強(2007)

圖 1-1 台灣進口咖啡量



資料來源：吳淑娟 (2007)

圖 1-2 台灣茶葉消費量



資料來源：楊智浩(2006)

圖 1-3 2000 年-2004 年台灣提神飲料銷售額

由於回顧過去文獻發現精神物質的使用以男性居多(Chen, Chen, Fagot-Campagna, & Narayan, 2001; Ko et al., 1995; 李蘭等, 1995; 陳富莉、李蘭, 1999), 在考量研究目的後, 本研究對象將以台灣地區的成年男性為主。加上許多研究皆指出精神物質的使用會有聚集的現象(Chen, Chen, Fagot-Campagna, & Narayan, 2001; 丁志音、江東亮, 1996; 李蘭等, 1995; 郭淑珍、丁志音, 2006), 因此本研究將多種精神物質納入分析, 除了以往研究常見的香菸、酒與檳榔, 還包括咖啡、茶、提神飲料等, 盡可能將民眾使用的精神物質都列入考量。

本研究試圖將社會經濟地位當作主要的自變項, 精神物質的使用型態作為研究依變項, 探討精神物質使用者是否因為社會經濟地位的不同, 而影響其對精神物質種類的選擇以及其使用型態, 並且將知識、價值與健康狀況也納入研究考量中。藉由探討位於不同社會位置的民眾, 其所使用之精神物質的差異, 來瞭解其中所可能涉及的結構或文化作用。

第二節 研究目的與問題

本研究之目的，在於探討成年男性的社會經濟地位與精神作用性物質使用型態之間的關係，並考量個人健康狀況與知識、態度因素在其中所扮演的角色。而具體研究問題如下：

- 一、各類精神物質使用行為之間的相互關係為何?是否有聚集的現象?
- 二、位於不同社會位置的男性，其使用精神物質的類別與型態是否有所差異?
- 三、在不同社會位置的脈絡之下，知識、價值與健康狀況如何影響個人對精神物質的使用?



第二章 文獻探討

第一節 社經地位與精神物質使用的關係

近年公共衛生對於精神物質的研究，使我們對精神物質使用行為有更進一步的了解，但這些研究大多將精神物質使用行為當成健康相關的風險因子，而這些風險因子被視為個人的選擇，與行為模式背後更大範圍的社會結構因素無關。在此種觀點下健康行為變成個人的責任問題，相對容易忽略健康問題與個人日常生活經驗、文化與所處的社會位置有關。且以往的研究大多是先選定特定的某些精神物質，例如香菸、酒、檳榔(Chen, Chen, Fagot-Campagna, & Narayan, 2001; 劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽，1994)，探討使用族群的人口學特質，而研究結果大多為男性、低教育程度、低社會地位的勞工階層為主要使用者，然此種預先設定某些精神物質的方式，其研究結果大致上相同也是可以預期的，且相關研究精神物質使用行為幾乎都以負面形象出現，是用一種簡化的方式粗略的選擇某些符號來建構精神物質使用者的刻板印象(郭淑珍、丁志音，2006)。

然而對於這群使用者而言，這些特定精神物質的使用，是他們生活的社會脈絡形塑了這樣的偏好，因而形成其特殊的「生活型態」，而這樣的「生活型態」與其所處的社會位置及社會結構有關(郭淑珍、丁志音，2008)。已有一些研究顯示，某些社會人口因素如社會層級、年齡、性別、和教育程度，與健康相關行為有很大的關聯，一個人對於健康相關行為的信念或者相關的行為後果，可能為影響其健康行為的決定，而社會經濟環境提供了他們可以從事這些健康行為的場域(Calnan, 1989; Calnan & Rutter, 1986)，也就是說一個人所處的社會環境會影響他的健康信念以及決定是否從事某項健康行為。

德國社會學家 Weber 對生活型態及地位團體(status group)的概念及理論對社會分層理論有很大的貢獻。他認為屬於同一地位團體的成員享有相同的物質環境、聲望、政治影響力與生活型態，並提出生活型態由生活行止(life conduct)及生活機會(life chance)所組成，生活行止表示有關個人對生活方式的選擇，生活機會表示不同層級的人在生命歷程中擁有不同的機會去獲得所需的資源，與個人的社經地位、年齡、性別、種族等因素有關，且生活行止與生活機會互相影響，在此生活行止的目的並非都為了健康的目的，而是一種消費行為(Weber, 1969)。Abel (1991)認為可以將生活方式作為一個分析概念去區別個人是屬於哪個群體，並且強調生活方式為一種社會區別的手段，可以積極用來獲得或維持某社會地位。

延伸 Weber 的理論，法國社會學家 Bourdieu (1984)則強調層級之間的差異。Bourdieu 討論不同層級如何經由生活品味(taste)來作區隔，他認為最關鍵的方式其實是在日常生活中體現，在傳達或展示個人品味之際，同時也向他人透露出關於自己社會地位的訊息。例如有關個人的社會階級背景或者教育程度，會藉由一個人所表現的種種的生活品味在層級之間作出了區別(distinction)。

因此，精神物質的使用並不是單純的個人行為，其行為背後有著複雜的社會文化意涵，也可將之視為社會經濟地位(socio-economic status, SES)的產物。社會經濟地位是一個綜合的測量，通常包含社會地位(social status)，由教育來測量；工作狀態(work status)，由職業來測量；經濟地位(economic status)，由收入來測量(Adler et al., 1994)。對於 SES 與精神物質使用之間的關係，Babor (1994)認為其中一種可能的解釋為漂移假說(drift hypothesis)，因為物質濫用引起成癮，進而削弱了社會經濟資源，也就是說精神物質的使用影響其 SES，而不是 SES 影響精神物質使用，然此假說並未得到廣泛支持。而另一種可能的解釋為，構成 SES 的要素（即教育、職業），形塑一個人的生命歷程以及影響其暴露於精神物質中。在某種程度上，SES

決定社會經驗、社會環境和健康行為，因此它可能造成對精神物質接觸機會的增加並減少阻力，特別是那些具有法律責任及高度依賴性的精神物質。而相關的理論，認為 SES 代表了壓力的暴露與經驗的差異(Adler et al.,1994)。

職業以及教育程度與精神物質使用行為的關係

職業的部分，不同職業有不同的聲望、收入、工作環境與工作性質，都會影響健康行為。不同工作場所的職場文化(occupational culture)會影響行為在何種情境下發生，例如與工作夥伴吃飯時一起飲酒，或者下班後在社交場合飲酒，職場文化是如何影響人們飲酒以及在何種情境下飲酒，端看此類次文化族群社會標準(Ames & Janes, 1987)。近年來，工作場合對雇員精神物質之使用造成的影響已開始受到重視(Evans, 2004; Sonnenstuhl, 1996)。而關於職業與物質使用的實證研究，Ko et al.(1992)的研究顯示，藍領工人較容易嚼食檳榔。而潘伶燕與李蘭(1999)的研究顯示技術性工人吸菸的可能性顯著高於專業或行政人員。另有研究將職業分為高(中)級專業人員，半專業人員或一般公務人員，技術工人，以及半技術或非技術工人四類，發現以技術工人有嚼檳榔且吸菸行為者最多(21.1%)，嚼檳榔不吸菸行為者以半技術或非技術工人最多(4.2%)(陳富莉、李蘭，1999)。也有研究顯示，飲酒以高級專業人員、高級主管最多，可能因為他們需要常常應酬宴會，因而飲酒行為最多(梁振翊、周肇茂、何佩珊、謝天渝、楊奕馨，2004)。不過大致而言，職業地位越高，精神物質使用行為越少。

教育可以決定未來的職業機會和收入，在社會流行病學相關研究當中教育程度經常是社會經濟地位的指標，因為教育可以是個人獲取知識相關資產的方法，而這些知識可能會影響認知，使他們更容易接受健康教育的訊息、更能夠溝通，並獲得適當的健康服務(Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey, 2006)。另外，教

育程度高者會有較多的社會支持以及應變生活壓力的調適能力，因此對生活有較高的控制感(Ross & Wu, 1995)。

關於教育程度與物質使用行為的實證研究顯示，慢性疾病的風險行為在美國青少年生活中是很普遍的現象，且和社會經濟地位呈負相關，也就是隨著其教育年數的提升，具慢性病風險的行為也會降低(Lowry, Kann, Collins, & Kolbe, 1996)。Ross and Wu (1995)檢視教育程度與健康的關係發現，教育程度高者較不會吸菸、會做運動且適量的飲酒。同樣的，在台灣的研究亦發現類似的結果，劉淑芬等人(2006)發現，教育程度低者藥物濫用之風險顯著高於教育程度高者。潘伶燕與李蘭(1999)則發現大專及以上教育程度者吸菸的可能性顯著低於小學及以下程度者。而教育程度越低其吸菸、飲酒、嚼檳榔的行為越多(梁文敏、郭憲文、王昶碧，2002)。另有研究指出咖啡連鎖店消費者教育程度大多為大專畢業者，且在生活型類型上比較重視社交取向(錢建宏，2003)。

上述研究指出，社會經濟地位與健康行為之間有著階梯般的關係，類似社會層級不同造成健康不平等所呈現的社會梯度(social gradient)現象(Adler et al., 1994)。綜合以上觀點可知，社經地位可透過職業、教育程度來分層，而社經地位不同會造成資源獲得的差異，較高社會經濟地位的人具有較多的機會去擁有足夠的資源，來達到健康的生活型態；而位於較低的社經地位者，較少接觸相關健康訊息也缺乏資源，且對於其行為的選擇比較沒有控制權，產生了健康不平等，因此位於不同的社會經濟地位，就會有不同的生活型態，其精神物質的使用型態也將有所差異。

第二節 健康狀況、知識與態度與健康行為之關係

研究顯示，罹患慢性病與否對民眾的健康影響甚鉅，然而慢性病患者卻也較會採行有益的健康行為(李蘭等人，1995)。許志成、徐祥明、徐瑱淳等人(2003)對台灣老年人健康行為的影響因素分析也發現，身體健康狀況較差者，例如罹患慢性病患者，從事運動之機會較大，接受流感疫苗注射比率較高，也較不會吸菸，可能是因為罹患慢性病的老人具有較高的動力與毅力去採行有益健康的行為，也可能因為慢性病患者較常使用醫療資源，而較有機會接受醫護人員的建議。由此可知，罹患慢性病可能成為實行健康生活型態的轉機，相較於一般人而較少有危害健康的行為。而研究也顯示自覺健康狀況為佳者，越有正向的健康行為(黃毓華、邱啓潤，1997; 劉美媛、呂昌明，2006)。然李蘭等人(1995)則發現自覺健康越差者，相較於自覺健康越佳者，越常運動但也較會使用精神物質，雖文獻尚未對自覺健康與健康行為之間的關聯做出一致性的結論，但我們也可以知道自覺健康其實是人們選擇從事某些健康行為的關鍵因素。

Jarvis (1994)將吸菸行為集中在較低階層的社會經濟地位，歸因於壓力使然，這表明人口變項為更基本心理社會過程的標記。也就是說，較低的社會層級、失業、都市生活環境和缺乏教育，可能與心理壓力有關，且被認為靠吸菸來緩解。一項對台北市計程車司機的研究發現，工作壓力症狀(生理不適、焦慮反應、疲勞反應)與健康促進生活型態呈負相關，吸菸與工作壓力症狀有顯著正相關(黃松元、劉俐蓉，2005)。研究處於較低社會經濟地位，嚼食檳榔的計程車司機的健康生活型態(郭淑珍、丁志音，2008)發現，香菸、酒、檳榔等精神物質可以在單調、重複性高的工作環境下發揮提神的作用，檳榔、菸通常是司機工作上的「適應品」，使用理由包括提神、抒壓與穩定情緒等。幾乎所有受訪司機都認為嚼檳榔最大的好處是提神，且具紓壓與穩定情緒作用，緩解許多經濟壓力造成的心情煩躁；酒則

為工作後的放鬆品。由以上研究可見，生理不適、焦慮情緒、疲勞和精神物質使用行為之間有密切關聯。

陳富莉與李蘭(1999)發現檳榔及菸害兩項認知因素對是否吸菸且嚼檳榔行為具有顯著的影響力。陳明芳(2007)以台灣北、中、南地區 397 位提神飲料飲用者為調查對象，結果顯示，在風險認知方面，飲用者普遍不知道保力達 B 和維士比是指示藥，反而認為它們是提神飲料、一般飲料或酒類，而且不會注意瓶子外包裝上的標示，或不知道建議飲用量。在態度方面，多數受訪者認為保力達 B 或維士比除了有提神效果外，還具有減輕疲勞、舒緩壓力和交際應酬的功能，少數的受訪者更是認為飲品對健康有益、具保肝功效。由此可知，一個人的健康狀態和精神物質知識、態度皆與其使用精神物質的行為有密切關聯。

第三節 精神物質的社會文化意涵


精神物質使用相關的儀式與意義，其實深深植根於我們的文化中，顯而易見的是，這些精神物質並非以最原始的樣貌或功能被消費，他們以商品化的形式被包裝，而其中隱藏著經濟、社會、文化和政治的現實，也就是說喝茶、咖啡或吸菸，其實與單純咖啡因(coffeine)、茶鹼(theine)、尼古丁(nicotine)的使用是有很大的不同的(Goodman, Lovejoy, & Sherratt, 1995)。在都市化的社會中，由於廣泛的與其他群體接觸，因此各式各樣的精神物質可能在不同的情境以及社會環境被使用，重要的是我們不能馬上就把精神物質的使用解讀為具有深刻儀式意義的指標或者是以享樂為主的使用目的，它們可能只單純地為藥學用途，雖然後者的用途可能是少數。

事實上，許多健康行為是受到行動者所在的社會結構、群體特殊情境的影響，在不同的文化意涵之下，會賦予各種精神物質不同的意義與價值(McCracken, 1986)。從一個場域傳遞到另一個場域時，其所獲得的價值就會不同。藉由關鍵行為者使用精神物質便會賦予精神物質不同意義與價值，而這些價值取決於不同的特點，例如合法性、提供健康的屬性和預期可以提高地位的屬性(Hunt & Barker, 2001)。這些特點與其固有的物理性質較無關聯，而是取決於時間、地點或其他脈絡因素。在某些領域，使用某些精神物質是如獲至寶，而對其他領域而言可能是司空見慣，或者完全沒有任何價值可言。例如，在亞洲地區檳榔被賦予價值，但在美洲地區幾乎沒有聽聞，使用人口也極少，所以檳榔在美洲地區幾乎不會被賦予任何的價值性。又或者大多數的精神作用物質在美國被列管為違法物質，因此它的流通是主要是以私人且秘密的進行，然而在其他地區這些物質可能是大眾生活的一部份。

郭淑珍與丁志音(2008)的研究發現，雖然計程車司機都清楚知道嚼檳榔、吸菸與喝酒對於健康的危害，也相當重視健康，卻幾乎不考慮戒除使用成癮物質，因為這些精神物質除了有提神、舒壓與穩定情緒作用，尚有陪伴的作用，因為計程車司機的工作若不載客時，大多只有司機一人坐在車上，對某些司機而言，精神物質就是最好的陪伴物，且還具有工作開始的儀式性作用，許多司機提到開車幾年後，看到計程車就非常害怕與疲累，為了轉換職業倦怠的情緒，每天工作前就會去買檳榔或吸菸。Graham (1994)研究處於低社會經濟條件婦女的健康相關行為的型態，發現雖然婦女們都警覺吸菸與健康危害的關聯，但吸菸可以幫助他們減少家庭照護與資源短缺的壓力。由此可知，精神作用物質使用可能是社會中較弱勢的人，將其視為因應壓力的資源，以便對其工作或生活處境的邊緣位置加以調適。在此種環境下，精神物質的社會心理好處大過於所付出的健康成本，雖然他們都知道精神物質對健康的危害，但真正要改變他們的行為卻很困難(Calnan,

1989)。

而精神物質也可能高度的受特定專家所控制及管理，也受到精英階層對使用風尚及品味的控制(Hunt & Barker, 2001)。哪一類的精神物質特別受的醫學相關領域的重視，與誰在使用以及社會定義甚麼是可接受、甚麼是不可接受的個人行為有關，也就是哪些人被社會允許可以去改變其意識狀態、是有其文化或政治權力的特殊性(郭淑珍、丁志音，2006)。除了具有提神、舒壓的功能性作用，精神物質也可以是人與人之間關係交換的媒介，像是為了建立友誼而請他人吸一根菸(Hunt & Barker, 2001)，甚至如前述形成所謂的品味或是其他象徵社會差異區隔的形式。不同精神物質在不同階層會有品味上的差異，高階層者可能認為飲用紅酒為「高雅」，而嚼食檳榔則為「低俗」。



第四節 精神物質使用型態

以往公共衛生只注重對特定危害健康之精神物質的研究，忽略其他類似物質也被社會中不同族群使用，像是咖啡、茶以及提神飲料。因此無法看出整體社會使用精神物質的情況，也無法得知除了香菸、酒、檳榔之外那些對健康較無危害、形象較不那麼負面的物質，到底被如何使用？與危害健康物質之消費之間有何關係，其實極少被探討。

很多研究皆顯示行為有聚集的傾向，以能量飲料為例，亦為台灣地區消費者所熟知的提神飲料，這類飲料的核​​心功能是提供活力，一項美國的研究發現，主要使用人口為青少年及年輕的成年人且過去一年非黑人的少數民族較容易使用能量飲料，而將酒精與能量飲料一起使用則以白人和年輕族群為主(Berger, Fendrich,

Chen, Arria, & Cisler, 2011)。Whichelow, Erzinclioglu, and Cox (1991)比較英國非吸菸者與吸菸者的飲食型態，發現相較於非吸菸者，吸菸者(包含重度吸菸、輕度吸菸、已戒菸者)顯著經常飲用酒、咖啡與茶，尤其以重度吸菸者為然。在台灣丁志音與江東亮(1996)的研究，應用群聚分析法，以十二項健康行為組合所呈現型態的差異，對 2783 名 18 歲以上國人進行分類，發現某些行為之間有不同程度的並存性，即行為有聚集的傾向。例如吸菸、飲酒與嚼檳榔間具有高度相關，而喝茶與此三項成癮行為間亦有並存性。相同的精神物質可能被不同族群使用，且不同族群在使用行為上也有差異，像是與其他精神物質使用的相關性與聚集性。

咖啡、茶、能量飲料在台灣其實都擁有一定使用人口(行政院衛生署國民健康局, 2006; 李蘭等人, 1995)，然國內學者對這些物質的使用行為研究很少，且多半是先選定特定族群、特定精神物質進行調查，因此無法得知與其他眾多精神物質使用的關聯，以及群體間的差異。如針對 1100 名營造業和運輸業勞工進行提神口服液飲用行為的調查(李復惠、林麗鳳, 2006)，發現大部分受訪勞工會在工作感到疲倦、口渴、想打瞌睡時喝提神口服液。也會在沒有特定理由的情況之下想到就喝，或者作為應酬用途，且會搭配其他飲料如咖啡、蠻牛、啤酒或米酒等一起飲用。也有學者研究原住民對於此類飲品之使用經驗與看法(張瑋倫, 2000)，發現原住民將其用於助興、提神或做月子補血等用途，在各種聚會、婚喪喜慶、部落慶典都可見到飲用這類飲品的人。

雖由這些研究可以看出台灣民眾在精神物質的使用上，有多元並用的情形，且單一或並用型態在不同群體中被賦予不同的意涵，或有不同的功能。但大致來說，多數的資源仍置於對危害健康物質使用的研究，較未考量健康隱憂較小的物質，這是在物質類別上的選擇偏差。另一方面，學者們已開始思考健康行為的本質，拋開以往將健康行為視為單一、獨立、分離的現象，也就是將健康行為整合、

歸納、重新組合，以了解各行為之間的相關性與行為整體顯現出的型態（丁志音、江東亮，1995）。

第五節 小結

精神物質使用與消費本質上是一個社會，它顯示了文化的進程、文化所關注的事以及文化的象徵。因此需要在一個非常廣泛的情境下，去探索使用者的行為和社會認同，避免物化了精神物質，或者用權力的觀點將任何問題的焦點放在精神物質上(Hunt & Barker, 2001)。然而此立場明顯與許多精神物質研究的基本假設相反，那些研究假設非但遠離社會，且把精神物質的消費視為個人的決定，無論其使用的是否為合法的精神物質，皆完全地忽略其所代表的品味或需求都是受社會所調節的，不論透過媒體或是政治訴求影響，精神物質並不只是個人隨心所欲使用或者需求的加工品。

也因為物質消費的本質是社會導向的，影響消費者選擇使用不同的精神物質的關鍵指標，是他們的社會地位。使用精神物質的方式、種類都象徵了一個人的社會地位，因此從一個人對精神物質價值的排序或使用類別的不同，可以反映出他位於哪個社會層級。精神物質的使用、消費與生活中其他物品或商品一樣，是日常物質生活的文化媒介，所以這些物質的使用不只是被食入或吸入身體的過程，而且是人們與社會互動的媒介，另一方面也是社會價值的表達和社會位置的信號與象徵，並且含有文化的意義，在不同的文化中賦予其不同的意涵。

精神物質消費問題的產生從來不是在於那些不具有生命的精神物質本身，而是出現在精神物質、使用者和使用情境之間的互動(Heath, 1992)。以往的研究取

向，忽略了使用者所處的社會位置如何形塑精神物質使用的行為、信念以及意涵，也忽略人們在使用精神物質的時候，考量到的並不是只有健康問題(Hunt & Barker, 2001)，故應將視野放大至整體社會場域，了解整個社會場域的文化與精神物質使用的之型態，才不會造成對特定族群的刻板印象。但這並不意味著某些個人精神物質使用及濫用的問題不存在，而是主張其問題及解決方案是藉由社會和文化因素被概念化，與社會中的權力關係密不可分。



第三章 研究方法

本研究使用 2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查中心」家戶面訪調查與藥物濫用部分資料進行次級資料分析。

國民健康訪問調查(National Health Interview Survey, NHIS)是由財團法人國家衛生研究院聯合行政院衛生署國民健康局定期舉辦。自 2001 年進行以來，已完成三次全台灣抽樣調查。2005 年的訪問調查，有鑑於國內、外相關資訊顯示非法藥物濫用有日益嚴重趨勢，惟國內尚未有以一般人口為基礎之藥物濫用調查數據，為瞭解國內藥物濫用狀況，作為制定藥物濫用防制政策之依據，管制藥品管理局藉此機會與國民健康局及國家衛生研究院共同合作辦理本次全國性國民健康訪問調查工作，將藥物濫用議題納入進行全面性調查。

第一節 資料來源

2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查問卷共分為五類，本研究使用 12-64 歲個人問卷與 18-64 歲成年人自填問卷的資料進行分析，主要是因為這兩份問卷包含所需要有關精神作用性物質方面的主題，且是最近期的資料，因此擇其為本研究之分析材料。有關 2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查問卷種類、內容與調查方法，詳如表 3-1。

表 3-1 2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查問卷種類表

問卷種類	調查方法	內容
12 歲以下 個人問卷	人員訪查 (面訪)	兒童基本資料、健康狀態、健康行為、醫療服務利用情形、居家環境、家中經濟狀況，以及訪問記實、訪員觀察與訪問過程狀況記錄等
12-64 歲 個人問卷	人員訪查 (面訪)	個人基本資料、健康狀態、疾病預防之知識、醫療服務利用情形、健康行為、自覺健康狀態(SF-36)、居家環境、工作與經濟狀況、訪問記實、訪員觀察及訪問過程狀況記錄等。
64 歲以上 個人問卷	人員訪查 (面訪)	個人基本資料、健康狀態、醫療服務與預防保健利用情形、長期照護服務使用及居住安排、心理健康(CES-D)、MMSE 量表、工作、經濟與保險狀況、訪問記實、訪員觀察及訪問過程狀況記錄等。
12-17 歲 青少年自填問卷	自填問卷	菸、酒、檳榔與非法藥物等各類成癮物的使用情形，以及性行為與其安全措施等題目。
18-64 歲 成年人自填問卷	自填問卷	菸、酒、檳榔與非法藥物等各類成癮物的使用情形等題目。

第二節 抽樣設計

本調查之樣本除具台灣地區的代表性外，亦同時具有各縣市的代表性；另外，考量戶中全查的耗時，以及母體戶籍資料沒有戶號難以進行家戶抽樣等因素，本次調查改以「人」為基本抽出單位。樣本的選取採多階段分層系統抽樣設計 (Multi-stage stratified systematic sampling design)，以下為 2005 年國民健康調查問卷抽樣方法：

- 一、以衛生署統計室所提供的民國 93 年 12 月 31 日「台灣地區個人戶籍資料檔」之戶籍人口資料為抽樣底冊，總人口數為 22,615,307 人。
- 二、以「人」為基本抽出單位，調查 23 個縣市在台灣地區設有戶籍之常住人口（不包括居住國外者），中選樣本（人）即為受訪對象。
- 三、台灣地區 23 個縣市的抽樣作業程序完全獨立，依縣市分層採多階段分層系統抽樣設計，總計台灣地區 23 個縣市，358 個「鄉鎮市區」共分成 53 個層別，共抽出 30,680 人。
- 四、利用「性別」及「年齡」兩個變項進行抽出樣本與母體資料的一致性檢定，所有的卡方檢定結果均無顯著差異，顯示本次之樣本具有代表性。

第三節 研究樣本

本次調查採用實地田野調查，由訪問員完成個人問卷面訪後，再依受訪對象所屬年齡之自填問卷交予受訪對象，採不記名的方式，由受訪者自行填寫並密封後，交給訪員帶回，始完成問卷資料蒐集。實地訪查之執行期間為民國 94 年 4 月 9 日開始，絕大部份樣本於 7 月底完成，僅有少部份地區因完成率較低或替換訪員

因素，延至 8 月 30 日結束。以台灣地區 23 個縣市合併的樣本數來看：12-64 歲面訪問卷中，18-64 歲應訪樣本數有 20,508 人，實際自填問卷完訪人數為 14,959 人，完訪率達 72.9%，其中男性為 7713 人(51.6%)。

在 2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」面訪問卷與藥物濫用自填問卷之部分資料進行次級資料分析中，實際分析的男性樣本數為 6087 人。雖然自填與面訪問卷是同一填答者，但由於自填問卷採不記名方式，所以無法直接將兩個檔案合併，因此研究者將兩份問卷的數個人口學變項設定成一個新變項，並依此新變項作為合併兩檔案的根據，刪除不合與無法辨識的樣本後，最終分析樣本數為 18-64 歲的男性 6087 人。



第四節 概念架構

本研究包含以下六種精神物質使用行為：吸菸、飲酒、嚼食檳榔、飲用提神飲料、喝咖啡與喝茶等。個人的社經地位，包括職業與教育程度，會透過個人知識、態度與健康狀況，與精神物質的使用(型態)產生不同的關聯(見圖 3-1)。

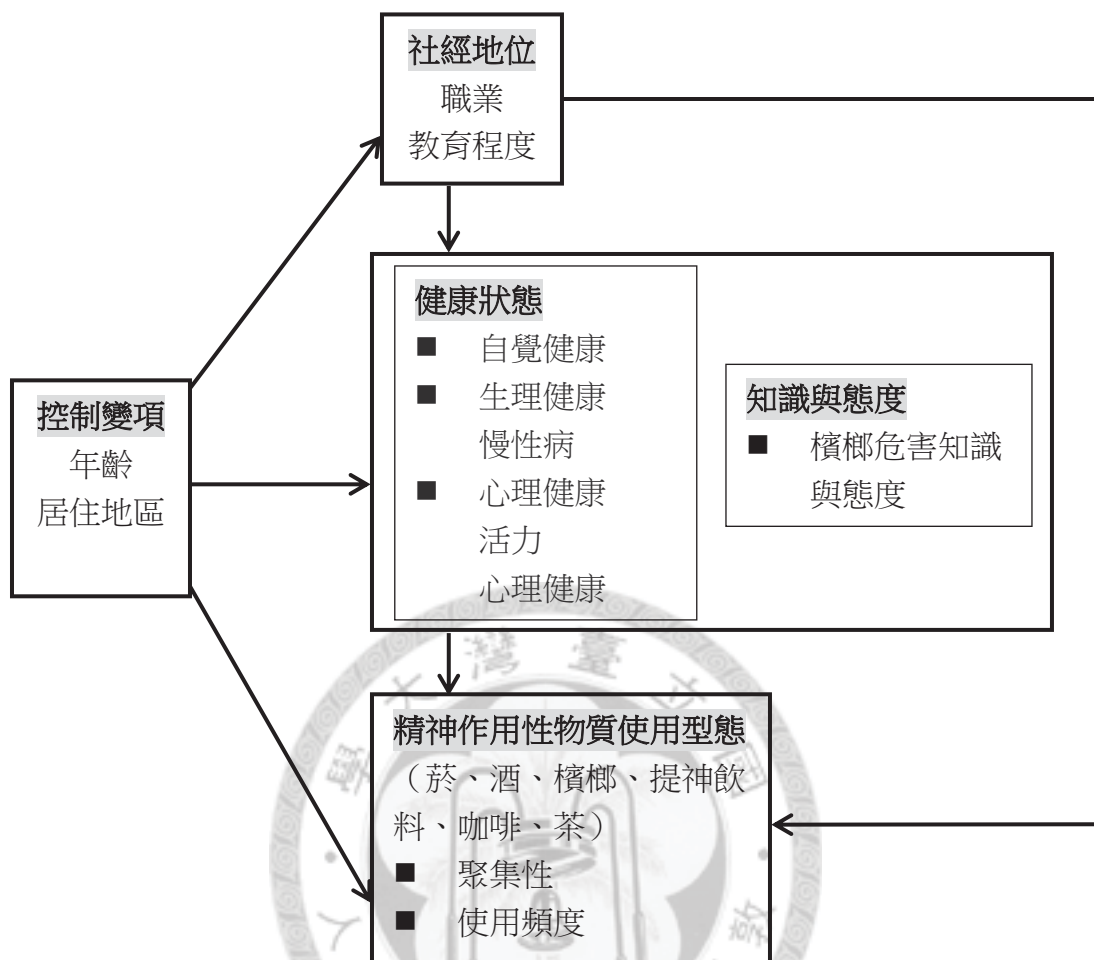


圖 3-1 本研究概念架構圖

第五節 研究變項

本研究的主要變項包括(1)社會經濟地位、(2)健康狀態、(3)知識與態度因素、(4)精神作用性物質的使用及其頻率和程度、(5)基本人口學變項這五大部分。各變項的測量方式如下所示。

一、社會經濟地位

本研究中所指之職業與教育程度分級係參照我國教育學者林生傳 (2005)以 Hollingshead (1957) 的兩因素社會地位指數 (Two Factor Index of Social Position) 為基礎，並參照社會實況，將職業類別及教育程度各分為五等級。

1. 職業：高級專業人員、高級行政人員為第 I 級；專業人員、中級行政人員為第 II 級；半專業人員、一般公務人員為第 III 級；技術性工人為第 IV 級；半技術、非技術工人為第 V 級。由於「現役軍人」、「無業或失業」無法歸類於以上五等之中，因此不納入本次研究範圍，相關職業類別見表 3-2。
2. 教育程度：分為國中畢業及以下；高中職畢業；專科畢業；大學校院畢業、技術學院畢業，有學士學位；碩博士學位。由於碩博士學位的人數過少，因此研究者將其與大學校院畢業、技術學院畢業，有學士學位合併，成為大學及以上。接下來的統計分析教育程度均分為國中及以下；高中職；專科畢業；大學及以上四個等級來進行分析。

表 3-2 職業類別及等級區分表

等級	類別	職業類別
I	高級專業人員、高級行政人員	立法委員、大專校長、大專教室、醫師、大法官、特任或簡任級公務員、國大代表、將級軍官、董事長、總經理、外交官、資階級
II	專業人員、中級行政人員	院轄市議員、中小學校長、中小學老師、警官、會計師、經理、襄理、畫家、作家、記者、音樂家、校級軍官、建築師、法官、推事、律師、工程師、公司行號科長

III	半專業人員、 一般公務人員	技術員、技佐、委任級公衛人員、科員。金融機構行員、消防隊員、代書、縣市議員、鄉鎮民代表、警察、尉級軍官、演藝人員、小資產階級。
IV	技術性工人	技工、水電工、司機、美髮師、美容師、廚師、打字員、裁縫師、店員、推銷員、自耕農、士(官)兵、領班、監工、勞工階級。
V	半技術、非技術工人	工廠工人、小販、農夫、漁夫、建築工、清潔工、雜工、臨時工、工友、建築物看管人、僱工、服務生、家庭主婦(夫)、家管

資料來源：林生傳(2005)。

二、健康狀態

1. 自覺健康：以「一般來說，您認為您目前的健康狀況是：包含極好的、很好、好、普通、不好。」問項加以評估。
2. 生理健康：是否有慢性病。(包含高血壓、糖尿病、高血脂、中風、氣喘、腎臟病、心臟病、慢性呼吸道疾病、肝臟疾病、癌症、精神疾病。)
3. 心理健康：

這裡的心理健康是使用 SF-36 台灣版生活品質量表，SF-36 為一個一般性 (generic) 的心理測量工具，並不是針對特定年齡、疾病或是治療而設計，主要測量受訪者身心健康狀態的 8 個概念 (concept)，本研究係僅使用 SF-36 的活力 (vitality) 與心理健康 (mental health) 次量表，並以總分來代表整體心理健康狀態。

量表由「覺得充滿活力」、「是一個非常緊張的人」、「覺得非常沮喪，

沒有任何事情可以讓您高興起來」、「覺得心情平靜」、「精力充沛」、「覺得悶悶不樂和憂鬱」、「覺得筋疲力竭」、「是一個快樂的人」、「覺得累」這九個子題組成，而各題的回答選項皆為一直都是、大部分時間、經常、有時、很少、從不六類。其中四題屬於負向的問題，分別為「覺得充滿活力」、「覺得心情平靜」、「精力充沛」、「是一個快樂的人」，選擇從不的人得 1 分、很少的人得 2 分、有時的人得 3 分、經常的人得 4 分、大部分時間的人得 5 分、一直都是的人得 6 分；而其餘五題屬於正向的問題，在這五題選擇從不人得 6 分、很少人得 5 分、有時的人得 4 分、經常的人得 3 分、大部分時間的人得 2 分、一直都是的人得 1 分，把每個人的得分相加即為此題的計分方式，總分愈高表示活力與心理狀況愈健康。

(1) 活力

以量表中「覺得充滿活力」、「精力充沛」、「覺得筋疲力竭」、「覺得累」四子題來代表，總分愈低表示活力狀況越不佳。依活力分數分為「差」、「中等」、「佳」三組。

(2) 心理健康

以「是一個非常緊張的人」、「覺得非常沮喪」、「覺得心情平靜」、「覺得悶悶不樂和憂鬱」、「是一個快樂的人」五子題來代表，總分愈低表示心理健康狀況越不佳。依心理健康分數分為「差」、「中等」、「佳」三組。

三、知識與態度因素：由於次級資料的限制，本研究用單一的檳榔使用知識來做為測量對精神物質健康危害的知識或風險知覺。問卷以下列問項加以評估。

1. 知識

「即使檳榔不含添加物，也具有致癌性：包含不同意、同意」。

2. 態度

「您是否會禁止自己現有（或未來之）子女嚼食檳榔：包含不會禁止、會禁止」。

四、精神作用物質

本研究的精神物質包含：菸、酒、檳榔、含酒精或不含酒精之提神飲料或藥酒（如：保力達 B、維士比、蠻牛、康貝特...）、咖啡、茶。

1. 聚集性：以使用與否來加以評估。
2. 使用頻度：依使用頻率分為「無」、「低」、「高」三組。

五、基本人口學變項：年齡、居住地(地理位置)。



第六節 研究假設

- 一、精神物質的使用行為之間有聚集的特性。
- 二、位於不同社會經濟地位的男性精神物質使用類型、型態有差異。
- 三、社會經濟地位因素會透過相關中介因素影響精神物質使用行為。

第七節 資料分析與方法

本研究採用 SPSS19.0 版電腦套裝軟體進行資料處理與分析，依據研究架構進行分析，包含以下重點：

- 一、呈現研究樣本之人口學變項、社經地位、健康狀態、知識與態度以及精神物質使用型態的描述。
- 二、精神物質使用行為之間的相互關係：由於精神物質使用變項屬於序位變項 (ordinal variable)，因此以 Spearman 相關分析來初步探討各精神物質使用行為變項之間的相關型態。
- 三、社經地位、健康狀態、知識及態度與精神物質使用之雙變項分析：檢視不同社經地位、健康狀態、知識與態度的精神物質使用行為之相關，並以卡方檢定兩兩之間的相關。
- 四、社經地位對於精神物質使用相互關係的影響：分別以職業與教育程度分層，檢視精神物質使用行為之間的相互關係。
- 五、社會經濟地位、健康狀態與知識態度因素和精神物質使用之關係：由於精神物質使用屬於序位變項，因此先使用序位邏輯斯迴歸模型(ordinal logistic regression model)分析，檢視在整體情況之下，健康狀態、知識與態度對精神物質使用的關係，接著以職業與教育程度分層分析來看健康狀態、知識與態度對於精神物質使用的影響是否存在，藉以檢視中介的效果。
- 六、精神物質使用行為群體分類，描述各群體之特質：利用群聚分析將樣本分類，決定精神物質使用行為群體後，將進一步描述各群體在年齡、健康狀態、知識與態度、社會經濟地位(即職業與教育程度)等各方面的特質。

第四章 研究結果

在 2005 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」家戶面訪調查與藥物濫用之部分資料進行次級資料分析中，最後分析的樣本為 6087 人。本章將針對 6087 名男性的分析結果分成五小節來呈現：(1)樣本特質的描述，包含人口學變項、社經地位、健康狀態、知識與態度以及精神物質使用型態的描述、(2)精神物質使用型態、(3)社經地位與精神物質使用行為之關係、(4)健康狀態、知識及態度與精神物質使用之關係、(5)不同社經地位之精神物質使用型態、(6)檢視健康狀態、知識與態度在社經地位與精神物質使用之間所扮演的角色、(7)精神物質使用行為群體之個人特質，包含年齡、健康狀態、知識與態度及社經地位。

第一節 樣本特質描述

在樣本特質描述方面，將包括人口學特質與社經地位、健康狀態及知識與態度以及精神物質使用情形這三大部分。

一、人口學特質與社經地位

在這 6087 位男性受訪者中，各年齡層的樣本分佈差不多，以 25-34 歲較多(25.0%)，35-44 歲次之(24.3%)，55-64 歲最少(11.9%)；在居住地方面，以住在北部的人佔了最大部分(43.4%)，其次是住在中部(25.9%)；在社經地位的部分，職業以第 V 級職業(半技術、非技術工人)居多(17.9%)，第 III 級(半專業人員、一般公務人員)次之(15.3%)；教育程度以高中職畢業居多(31.5%)，國中及以下次之(30.6%)，如

表 4-1 所示。

二、精神物質使用情形

在精神物質使用型態的部分(見表 4-2)，包含吸菸，飲酒，嚼食檳榔，喝提神飲料，咖啡，茶等六種精神物質的使用情形。

精神物質使用情形，吸菸、飲酒、嚼檳榔、喝提神飲料皆以不曾使用佔最多(44.5%、44.4%、70.6%、67.8%)；喝咖啡以每週 1 次以下或很少喝最多(34.2%)、喝茶則是以每天或幾乎每天喝佔最多(35.9%)。

三、健康狀態及知識與態度

健康狀態的部分(見表 4-3)，自覺健康方面以認為好的佔較多(32.3%)；生理健康方面，有慢性病者佔 35.2%；心理健康方面，以很少感到緊張、很少感到沮喪、很少感到悶悶不樂及憂鬱、大部分時間都心情平靜、大部分時間都感到快樂最多(35.1%、40.3%、39.3%、36.5%、33.7%)；活力的部分以大部分時間都充滿活力、大部分時間都精力充沛、很少筋疲力竭、有時候感覺很累最多(34.0%、33.3%、37.2%、33.9%)。

知識與態度的部分(見表 4-4)，知識正確佔 42.8%；態度正確佔 88.2%。顯示樣本對於檳榔即使不含添加物也具致癌性的知識偏低，而對於禁止自己子女嚼食檳榔的態度則偏高。

第二節 精神物質使用型態

描述完樣本特質後，本節包含了六種精神物質的相關分析，檢視精神物質使用之間的相關性。

以 Spearman 相關檢視各精神物質使用行為之間的關係(見表 4-5)發現以下特點，相關最強的使用行出現於吸菸、飲酒、嚼檳榔、飲用提神飲料這四項精神物質使用行為，其中以吸菸和嚼檳榔的並存性最高。其實吸菸、飲酒、嚼檳榔之間的相關性早已確立，反倒是提神飲料的飲用與此三項精神物質使用呈現正相關，顯示喝提神飲料與這些行為之間有並存的關係。表 4-5 的資料顯示，以提神飲料而言，其與飲酒的並存性最高，嚼食檳榔次之，與喝咖啡最低。喝茶與吸菸、飲酒及喝咖啡之間的相關性也顯示此四項精神物質使用行為呈並存的關係，其中茶與咖啡之飲用的並存性最高，與吸菸其次。而喝咖啡與吸菸、飲酒、提神飲料之間也具相關性，其中與提神飲料的並存性最高。

第三節 社經地位與精神物質使用之關係

再來檢視本研究主要的自變項與依變項之間的關係，社經地位與精神物質使用分佈情形。在這部分的分析中，各項精神物質使用的測量都已分類為無使用、低使用、高使用三種程度。

一、職業

首先是職業與精神物質使用之間的關係，如表 4-6 所示，整體而言，職業與所

有精神物質使用的關係皆達統計上顯著差異。其中吸菸以第 V 級職業最多 (53.9%)，且職業等級越低使用比例越高；飲酒以第 IV 級職業最多 (20.0%)；嚼檳榔以第 V 級職業最多 (23.3%)，且隨職業等級越低使用比例越高；喝提神飲料以第 IV 級職業最多 (29.7%)，且隨職業等級越低使用比例越高；喝咖啡以第 I 級職業最多 (43.4%)，且隨職業等級越高其使用比例越高；喝茶以第 III 級職業者使用最多 (44.6%)。

由表 4-6 發現，菸、酒、檳榔與提神飲料的使用者集中在職業等級較低的族群；咖啡的使用者則集中在職業等級偏高的族群；茶的使用者則平均分佈在各職業等級。

二、教育程度

接下來是教育程度與精神物質使用之間的關係，如表 4-6 所示，整體而言，教育程度與精神物質使用的關係皆達到統計學上顯著差異。其中吸菸、飲酒、嚼檳榔及喝提神飲料，皆以國中及以下的受訪者使用最多，分別為 54.6%、30.3%、23.1%、25.2%，且隨教育程度的下降而使用比例也越高；喝咖啡以大學及以上教育程度者最多 (43.7%)，且隨教育程度下降使用比例也下降；喝茶則以高中職最多 (37.9%)，與教育程度間較無階梯式的關係。

表 4-6 顯示，整體而言，菸、酒、檳榔與提神飲料的使用者集中在教育程度較低之族群，咖啡的使用者集中在教育程度偏高的族群；茶的使用者則平均分佈在各教育程度。

第四節 健康狀態、知識及態度與精神物質使用之關係

描述社經地位與物質使用間的關係後，接下來檢視研究架構之中介變項與物質使用間的關係。

一、健康狀態

表 4-7 呈現健康狀態與精神物質使用情形。以自覺健康來說，整體而言，自覺健康與精神物質使用的關係達統計學上顯著差異，其中吸菸、嚼檳榔與喝提神飲料，皆以自覺健康普通/不好者使用程度最高，依次為 42.7%、14.4%、17.2%。在咖啡及茶的使用方面，以自覺健康極好/很好者使用程度最高，高使用者依次為 39.3%、37.5%，且大致隨著自覺健康越好使用比例越高。

是否患有慢性病只有在與使用咖啡、茶這兩項精神物質上達統計學上顯著差異，而在吸菸、飲酒、嚼檳榔與提神飲料的使用程度差異不大；無慢性病者咖啡的使用程度較高，且高使用者為 36.7%，相對於有慢性病者的 33.0%，有慢性病者茶的使用程度較高，高使用者為 38.2%，相對於無慢性病者的 34.7%。

活力與精神物質使用的關係，在使用提神飲料、咖啡與茶達到統計學上顯著差異，其中活力越差者越偏向使用菸及提神飲料，而活力越佳者，越偏向使用茶；心理健康與精神物質使用的關係，在使用酒、檳榔、提神飲料、咖啡與茶皆達統計學上顯著差異，其中心理健康較差者越偏向使用酒、檳榔與提神飲料；菸與咖啡的使用者平均分佈在各心理健康程度；而心理健康越佳者越偏向使用茶飲。

二、知識與態度

知識除咖啡與茶之外和菸、酒、檳榔及提神飲料的使用皆呈現顯著相關，且知識不正確者使用比例越高。而在本研究中，態度和六項精神物質的使用亦呈現顯著相關，態度不正確者使用菸、酒、檳榔、提神飲料以及茶的比例也越高(見表 4-8)。

第五節 不同社會層級中，精神物質使用之間的關係

在了解社經地位與精神物質使用的關係，以及健康狀態、知識與態度因素與精神物質使用的關係之後，本節接著探討在不同職業與教育程度的單一次樣本中，精神物質使用的相互關係為何，以此分層分析所得之結果呈現於表 4-9 及 4-10

一、職業

以職業分層來檢視(見表 4-9)，無論職業等級為何，發現吸菸、嚼檳榔、飲酒及提神飲料之間的相關最強，特別是吸菸與嚼檳榔間更是如此。以提神飲料來說，它與吸菸的關係最弱，而與飲酒及嚼檳榔的相關較強。至於咖啡與茶，不但兩者間的關係相對微弱，且與其他物質使用間的關係皆不強，比較一致的是，除了職業等級 V 之外，咖啡與菸皆有達統計顯著水準的弱相關(0.08-0.15)。

若以不同的職業層級來看，提神飲料在第 IV、V 等較低層級與飲酒有最強的相關，分別為 0.44 與 0.36($p < 0.001$)。喝茶在第 IV、V 等較低層級與吸菸未達統計顯著水準。

二、教育程度

以教育程度分層來檢視(見表 4-10)，無論教育程度為何，發現吸菸、嚼檳榔、飲酒及提神飲料之間的相關仍維持一致正相關，在吸菸與嚼檳榔間也是如此。以提神飲料來說，它與吸菸的關係最弱，而與飲酒及嚼檳榔的相關較強。至於咖啡與茶，兩者間的關係增強，但仍相對微弱。不論教育程度為何，咖啡與菸皆有達統計學顯著水準的相關，與其他物質使用間的關係，在教育程度國中及以下最不明顯，茶與提神飲料甚至呈現顯著負相關 $-0.08(p<0.001)$ 。

若以不同的教育程度來看，提神飲料在教育程度為高中職、國中及以下與飲酒有最強的相關，分別 0.38 與 0.36($p<0.001$)。



第六節 中介變項的驗證

在表 4-7 健康狀態與精神物質使用的雙變項相關分析當中發現，慢性病與精神物質的相關性不高，故在接下來中介變項的驗證中將慢性病這個變項排除，先看整體狀況下健康狀態、知識與態度和六項精神物質使用的關係，再分別以職業、教育程度分層，檢視健康狀態、知識與態度，在社經地位與精神物質使用關係中所扮演的角色，結果分述如下：

一、整體情況

在整體情況的部分(見表 4-11)，大致上來看，自覺健康與活力與咖啡和茶的使用有關；而心理健康、知識與態度則與菸、酒、檳榔、提神飲料的使用有關，其

中菸與檳榔的使用會受到自覺健康的影響；酒與提神飲料的使用也會受心理健康的影響。

二、以職業分層

1. 吸菸：

以職業加以分層後，發現自覺健康的影響轉為不顯著；知識影響在第 I、V 級仍為顯著；態度的影響不論在何職業等級皆為顯著(見表 4-12)。

2. 飲酒：

以職業加以分層後，發現心理健康的影響轉為不顯著；態度的影響不論在何職業等級皆為顯著，其中對第 I 級的影響最大(見表 4-12)。

3. 嚼檳榔：

以職業加以分層後，發現自覺健康與知識的影響轉為不顯著；態度的影響除了第 III 級之外皆為顯著，其中對第 I 級的影響最大(見表 4-13)。

4. 提神飲料：

以職業加以分層後，發現心理健康的影響在第 II、V 級仍為顯著；知識的影響轉為不顯著；態度的影響除了第 III 級之外皆為顯著(見表 4-13)。

5. 咖啡：

以職業加以分層後，發現自覺健康的影響在第 I、II、IV、V 級仍為顯著；活力的影響轉為不顯著(見表 4-14)。

6. 喝茶：

以職業加以分層後，發現自覺健康與活力的影響皆轉為不顯著(見表 4-14)。

三、以教育程度分層

1. 吸菸：

以教育程度加以分層後，發現自覺健康的影響轉為不顯著；知識影響在專科畢業以國中及以下仍為顯著；態度的影響不論在何教育程度皆為顯著，其中對大學及以上的影響最大(見表 4-15)。

2. 飲酒：

以教育程度加以分層後，發現心理健康的影響轉為不顯著；態度的影響除了大學及以上，其餘仍為顯著(見表 4-15)。

3. 嚼檳榔：

以教育程度加以分層後，發現自覺健康的影響轉為不顯著；知識的影響除了大學及以上與國中及以下，其餘仍為顯著；態度的影響除了大學及以上，其餘仍為顯著(見表 4-16)。

4. 提神飲料：

以教育程度加以分層後，發現心理健康的影響除了國中及以下，其餘仍為顯著；知識的影響轉為不顯著；態度的影響除了大學及以上，其餘仍為顯著(見表 4-16)。

5. 咖啡：

以教育程度加以分層後，發現自覺健康的影響除了高中職，其餘仍為顯著；活力轉為不顯著(見表 4-17)。

6. 喝茶：

以教育程度加以分層後，發現自覺健康及活力的影響皆轉為不顯著(見表 4-17)。

第七節 精神物質使用行為群體

前幾節初步了解精神物質使用行為之間的關係之後，進一步利用群聚分析將樣本分類。經過繁複的分類過程後，最終得到六個精神物質使用群體(見表 4-18)。以判別分析驗證分群結果，發現判別能力達顯著水準($p < 0.000$)，效果非常好，依其判別函數之分組準確率看，正確判別率為 94%，也證明分群結果良好。而這六個群體在六項精神物質使用行為的分佈上各具其特色，各組的特色分別敘述如下：

一、精神物質使用行為群體

1. 多元成癮型($n=843$)：屬於此類的成年男性在飲酒(61.7%)、嚼檳榔(42.1%)、提神飲料(67.7%)、及咖啡(56.9%)為六組之冠，而吸菸(79.7%)和飲茶(43.9%)則次之。
2. 典型三元成癮($n=706$)：這是人數最少的組別，這類成年男性中有高吸菸、飲酒與嚼檳榔的比率(79.2%、57.4%、37.1%)。
3. 重菸癮高咖啡茶($n=1067$)：這是屬於人數較多的一群，其最大的特色就是最高的吸菸比率(92.0%)，為六組之冠，而對咖啡及茶的消費亦相當高(52.6%、48.5%)。
4. 酒與咖啡雙偏好($n=718$)：這個類別最大的特色就是對飲酒(56.0%)及喝咖啡(46.7%)的高度喜好，而對茶的使用程度則低(53.5%)。
5. 獨鍾飲茶($n=689$)：這組人茶的使用程度為高(100.0%)，為六組之冠；而咖啡程度偏低(34.3%)。
6. 純淨無癮($n=1567$)：為人數最多的一群，這群人在各項精神物質使用行為均偏向無使用。

二、行為群體與相關因素

瞭解各精神物質使用行為群體在六項精神物質使用行為的特色後，接下來就要檢視個人特質與各類群體的關係，所考量的特質包括年齡、健康狀態、知識、態度與社經地位(見表 4-19)。

1. 年齡

以年齡來說，最年輕(18-24 歲)(41.9%)與最年長(55-64 歲)(30.7%)的男性民眾當中有最高比例的「純淨無癮」群體；而 25-34 歲及 35-44 歲則有最高比例的「多元成癮」。

2. 健康狀態

整體來說，無論是自覺健康、活力以及心理健康，在這些類群上的分佈雖然皆達統計顯著水準，但其間的差異甚小。

3. 知識與態度

以知識來說，正確者明顯趨向「純淨無癮」(31.3%)；而知識不正確則趨向「多元成癮」(16.6%)與「重菸癮高咖啡茶」(20.3%)兩組。以態度來說，態度正確者亦趨向「純淨無癮」(30.0%)、「酒咖啡雙偏好」(13.6%)及「獨鍾飲茶」(12.8%)；反之，不正確者則趨向落在「多元成癮」(29.9%)及「典型三元成癮」(23.7%)。

4. 職業

總體來說，隨者職業等級的上升，趨向「純淨無癮」的比例也隨之升高(19.6%, 19.6%, 22.8%, 27.6%, 32.7%)，相對的「多元成癮」比例則逐漸下降(21.3%, 25.4%, 15.7%, 12.3%, 10.4%)。也呈階梯變化的還包括，「典型三元成癮」的比例也隨者職業等級的上升而下降，「酒咖啡雙偏好」則相反，隨著職業等級的上升而上升。

5. 教育程度

教育程度與類群分佈的階梯關係則更顯著，所有六個類群的分佈皆如

是。隨著教育程度的上升而比例升高的有「酒咖啡雙偏好」、「獨鍾飲茶」、及「純淨無癮」三種群體；反之，其他三類群：「多元成癮」、「典型三元成癮」與「重菸癮高咖啡茶」，則隨著教育程度的上升而比例下降。



表 4-1 社會人口學變項(n=6087)

變項名稱	n	%	變項名稱	n	%
年齡			職業		
18-24	1104	18.1	I(專業)	904	14.9
25-34	1521	25.0	II(行政)	819	13.5
35-44	1478	24.3	III(公務人員)	933	15.3
45-54	1262	20.7	IV(技術)	864	14.2
55-64	722	11.9	V(非技術)	1092	17.9
			現役軍人	237	3.9
居住地地理位置			無業或失業	1172	19.3
北	2644	43.4	遺漏值	66	1.1
中	1576	25.9			
南	1259	20.7	教育程度		
東	469	7.7	國中及以下	1863	30.6
外島	139	2.3	高中職	1919	31.5
			專科	1147	18.8
			大學及以上	1142	18.8
			遺漏值	16	0.3



表 4-2 研究樣本的精神物質使用情形

變項名稱	n	%	變項名稱	n	%
過去一個月吸菸天數			過去一個月喝酒天數		
不曾吸菸	2707	44.5	不曾喝酒	2703	44.4
過去一個月沒吸菸	94	1.5	過去一個月沒喝酒	590	9.7
1或2天	187	3.1	過去一個月沒有一天 一次喝超過5杯以上	1075	17.7
3到5天	75	1.2	1、2天	626	10.3
6到9天	51	0.8	3-5天	320	5.3
10到19天	116	1.9	6-9天	212	3.5
20到29天	252	4.1	10-19天	183	3.0
整個月	2327	38.2	20-29天	79	1.3
遺漏值	278	4.6	整個月	119	2.0
			遺漏值	180	3.0
過去一個月嚼檳榔天數			過去一年喝提神飲料頻度		
不曾嚼食	4295	70.6	未曾使用	4125	67.8
過去一個月沒有嚼食	302	5.0	過去1年未使用	151	2.5
1、2天	284	4.7	每個月不到1次	789	13.0
3-5天	188	3.1	每個月1-3次	393	6.5
6-9天	137	2.3	每週1-2次	244	4.0
10-19天	164	2.7	每週3-4次	157	2.6
20-29天	125	2.1	幾乎每天	114	1.9
整個月	307	5.0	遺漏值	114	1.9
遺漏值	285	4.7			
一星期喝咖啡頻度			一星期喝茶頻度		
從來不喝	1853	30.4	從來不喝	838	13.8
每週1次以下或很少喝	2080	34.2	每週1次以下或很少	1254	20.6
每週1-2次	846	13.9	每週1-2次	843	13.8
每週3-5次	608	10.0	每週3-5次	964	15.8
每天或幾乎每天喝	700	11.5	每天或幾乎每天喝	2188	35.9

表 4-3 研究樣本各類健康狀態分佈

變項名稱	n	%	變項名稱	n	%
自覺健康			心理健康		
極好的	306	5.0	非常緊張		
很好	1760	28.9	一直都是	124	2.0
好	1966	32.3	大部分時間	230	3.8
普通	1796	29.5	經常	412	6.8
不好	253	4.2	有時	1465	24.1
遺漏值	6	0.1	很少	2137	35.1
慢性病			從不	1711	28.1
無	3945	64.8	遺漏值	8	0.1
有	2142	35.2	非常沮喪		
活力			一直都是	50	0.8
充滿活力			大部分時間	102	1.7
一直都是	1293	21.2	經常	178	2.9
大部分時間	2071	34.0	有時	986	16.2
經常	1126	18.5	很少	2451	40.3
有時	1097	18.0	從不	2313	38.0
很少	434	7.1	遺漏值	7	0.1
從不	60	1.0	心情平靜		
遺漏值	6	0.1	一直都是	1460	24.0
精力充沛			大部分時間	2222	36.5
一直都是	1188	19.5	經常	1273	20.9
大部分時間	2028	33.3	有時	785	12.9
經常	1266	20.8	很少	283	4.6
有時	1083	17.8	從不	57	0.9
很少	442	7.3	遺漏值	7	0.1
從不	72	1.2	悶悶不樂和憂鬱		
遺漏值	8	0.1	一直都是	32	0.5
筋疲力竭			大部分時間	93	1.5
一直都是	51	0.8	經常	204	3.4
大部分時間	144	2.4	有時	1119	18.4
經常	277	4.6	很少	2392	39.3
有時	1537	25.3	從不	2239	36.8
很少	2262	37.2	遺漏值	8	0.1
從不	1805	29.7	快樂與否		
遺漏值	11	0.2	一直都是	1756	28.8
覺得很累			大部分時間	2052	33.7
一直都是	124	2.0	經常	1037	17.0
大部分時間	247	4.1	有時	881	14.5
經常	483	7.9	很少	301	4.9
有時	2064	33.9	從不	49	0.8
很少	1878	30.9	遺漏值	11	0.2
從不	1285	21.1			
遺漏值	6	0.1			

表 4-4 研究樣本之精神物質危害知識與態度分佈

變項名稱	n	%	變項名稱	n	%
知識			態度		
即使檳榔不含添加物也具有致癌性			是否禁止自己子女嚼食檳榔		
不同意	3476	57.1	不會禁止	713	11.7
同意	2606	42.8	會禁止	5366	88.2
遺漏值	5	0.1	遺漏值	8	0.1

表 4-5 以 Spearman 相關分析看精神物質使用行為間之相關

	吸菸	飲酒	檳榔	提神飲料	咖啡	喝茶
吸菸	1					
飲酒	0.32***	1				
檳榔	0.42***	0.35***	1			
提神飲料	0.25***	0.34***	0.32***	1		
咖啡	0.07***	0.08***	0.02	0.11***	1	
喝茶	0.11***	0.09***	0.04**	-0.01	0.12***	1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

表 4-6 職業等級與教育程度及精神物質使用之關係

(%)	職業					教育程度			χ^2	
	I (專業)	II (行政)	III (公務)	IV (技術)	V (非技術)	國中及以下	高中職	專科		大學及以上
吸菸										
無	59.4	50.3	43.6	31.1	32.4	32.3	38.6	58.6	70.5	***
低	12.3	12.3	13.9	16.6	13.7	13.2	15.3	12.9	11.0	
高	28.3	37.4	42.6	52.2	53.9	54.6	46.2	28.6	18.5	***
飲酒										
無	43.2	45.9	43.9	39.0	43.2	42.3	45.1	48.2	49.7	
低	30.4	28.6	27.3	27.6	28.5	27.5	25.5	30.4	31.6	
高	26.4	25.5	28.8	33.5	28.3	30.3	29.4	21.4	18.7	***
檳榔										
無	83.7	80.2	74.4	59.0	61.7	60.5	70.4	84.5	91.4	
低	10.3	11.7	15.3	19.9	15.0	16.4	15.7	10.8	7.1	
高	6.0	8.0	10.2	21.1	23.3	23.1	13.9	4.7	1.5	***
提神飲料										
無	76.4	72.3	68.6	55.9	62.2	62.2	67.1	73.1	79.2	
低	15.4	16.1	19.5	14.4	14.8	12.7	16.4	19.1	16.2	
高	8.3	11.6	11.9	29.7	23.0	25.2	16.6	7.9	4.6	***
咖啡										
無	24.1	24.7	27.8	33.0	35.3	38.6	30.2	26.2	22.1	
低	32.5	33.9	32.4	35.6	32.9	33.8	33.8	35.3	34.2	
高	43.4	41.4	39.9	31.4	31.8	27.6	36.1	38.5	43.7	***
喝茶										
無	29.2	31.5	28.1	38.3	37.5	36.8	34.8	31.4	32.6	
低	31.9	32.8	27.3	26.9	25.5	25.7	27.3	33.0	37.1	
高	38.9	35.7	44.6	34.8	36.9	37.5	37.9	35.7	30.3	***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

表 4-7 健康狀態與精神物質使用情形

(%)	自覺健康狀況				慢性病				活力				心理健康			
	極好/很好	好	普通/不好	***	無	有	差	佳	中等	佳	差	中等	佳	差	中等	佳
吸菸																
無	47.4	46.3	39.6	***	44.4	44.6	42.6	45.0	45.8	44.9	43.4	44.9	44.9	43.4	44.9	44.9
低	12.8	12.4	12.9		12.9	12.4	13.4	12.6	12.1	12.4	13.9	12.4	12.0	13.9	12.4	12.0
高	35.2	36.9	42.7		38.1	38.4	39.3	37.4	38.1	38.0	37.9	38.0	38.7	37.9	38.0	38.7
飲酒																**
無	46.3	44.2	46.6		46.6	44.2	45.6	47.4	43.8	43.0	44.6	43.0	48.9	44.6	43.0	48.9
低	29.1	27.8	27.7		28.2	28.2	28.6	27.4	28.9	29.1	29.0	29.1	26.8	29.0	29.1	26.8
高	24.6	28.0	25.7	**	25.2	27.6	25.9	25.2	27.4	27.9	26.4	27.9	24.3	26.4	27.9	24.3
檳榔																*
無	71.5	72.2	68.0		71.2	69.5	69.8	70.2	71.9	72.2	68.4	72.2	71.0	68.4	72.2	71.0
低	12.7	12.7	12.8		12.8	12.6	13.3	12.3	12.8	12.0	14.5	12.0	12.0	14.5	12.0	12.0
高	11.0	10.7	14.4	**	11.5	13.0	13.0	12.4	10.6	11.1	12.6	11.1	12.2	12.6	11.1	12.2
提神飲料																***
無	69.8	68.5	65.0		67.5	68.3	63.8	71.9	66.5	66.2	62.4	66.2	73.3	62.4	66.2	73.3
低	14.2	16.7	15.5		15.8	14.8	17.2	12.4	17.6	16.9	19.1	16.9	11.3	19.1	16.9	11.3
高	14.0	13.5	17.2	***	15.0	14.7	17.6	13.6	13.9	15.0	17.0	15.0	13.2	17.0	15.0	13.2
咖啡																***
無	26.5	29.8	35.1		28.7	33.6	31.6	32.6	26.4	27.0	30.0	27.0	33.5	30.0	27.0	33.5
低	34.3	34.6	33.6		34.6	33.4	35.1	32.5	35.3	36.9	34.8	36.9	31.4	34.8	36.9	31.4
高	39.3	35.6	31.3	**	36.7	33.0	33.4	34.8	38.2	36.1	35.1	36.1	35.1	35.1	36.1	35.1
喝茶																***
無	32.3	33.2	37.5		35.0	33.3	39.0	32.1	32.4	32.1	37.9	32.1	33.2	37.9	32.1	33.2
低	30.2	31.0	27.9		30.3	28.5	29.5	27.7	32.6	31.1	31.6	31.1	27.1	31.6	31.1	27.1
高	37.5	35.8	34.6		34.7	38.2	31.5	40.1	35.1	36.8	30.5	36.8	39.7	30.5	36.8	39.7

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

表 4-8 知識、態度與精神物質使用情形

(%)	知識		χ^2	態度		χ^2
	不正確	正確		不正確	正確	
吸菸			***			***
無	44.0	50.1		23.8	49.7	
低	13.6	12.9		13.2	13.3	
高	42.4	37.0		63.0	37.0	
飲酒			**			***
無	44.1	47.9		36.4	47.0	
低	28.5	27.8		25.4	28.6	
高	27.4	24.3		38.2	24.4	
檳榔			***			***
無	70.8	78.3		49.4	77.3	
低	14.9	11.3		18.3	12.7	
高	14.3	10.5		32.3	10.0	
提神飲料			***			***
無	66.9	72.0		57.2	70.6	
低	16.9	14.2		13.6	16.0	
高	16.2	13.8		29.1	13.3	
咖啡						*
無	29.9	31.2		34.6	29.9	
低	33.9	34.5		32.1	34.4	
高	36.2	34.3		33.2	35.7	
喝茶						***
無	34.8	33.8		35.3	34.2	
低	28.8	30.9		21.6	30.8	
高	36.4	35.3		43.1	35.0	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

表 4-9 以職業分層，精神物質使用行為之間的相關情形

職業	使用程度(%)			精神物質						
	無	低	高	吸菸	飲酒	檳榔	提神	咖啡	喝茶	
I (專業)	吸菸(n=859)	56.4	11.7	26.9	1.00					
	飲酒(n=879)	42.0	29.5	25.7	0.32***	1				
	檳榔(n=863)	79.9	9.8	5.8	0.38***	0.29***	1			
	提神(n=884)	74.7	15.0	8.1	0.25***	0.26***	0.31***	1		
	咖啡(n=904)	24.1	32.5	43.4	0.08*	0.11**	0.02	0.07	1	
	喝茶(n=904)	29.2	31.9	38.9	0.21***	0.17***	0.05	0.08*	0.16***	1
II (行政)	吸菸(n=788)	48.4	11.8	36.0	1					
	飲酒(n=800)	44.8	28.0	24.9	0.20***	1				
	檳榔(n=783)	76.7	11.2	7.7	0.38***	0.33***	1			
	提神(n=809)	71.4	15.9	11.5	0.23***	0.34***	0.30***	1		
	咖啡(n=819)	24.7	33.9	41.4	0.15***	0.06	-0.01	0.11**	1	
	喝茶(n=819)	31.5	32.8	35.7	0.09**	0.05	0.07*	-0.01	0.09**	1
III (公務)	吸菸(n=893)	41.7	13.3	40.7	1					
	飲酒(n=902)	42.4	26.4	27.9	0.35***	1				
	檳榔(n=888)	70.8	14.6	9.8	0.38***	0.35***	1			
	提神(n=923)	67.8	19.3	11.8	0.17***	0.23***	0.29***	1		
	咖啡(n=933)	27.8	32.4	39.9	0.13***	0.15***	0.08*	0.18***	1	
	喝茶(n=933)	28.1	27.3	44.6	0.11**	0.13***	0.06	0.01	0.07*	1
IV (技術)	吸菸(n=823)	29.6	15.9	49.8	1					
	飲酒(n=831)	37.5	26.5	32.2	0.28***	1				
	檳榔(n=824)	56.3	19.0	20.1	0.33***	0.37***	1			
	提神(n=848)	54.9	14.1	29.2	0.24***	0.44***	0.34***	1		
	咖啡(n=864)	33.0	35.6	31.4	0.08*	0.00	0.05	0.11**	1	
	喝茶(n=864)	38.3	26.9	34.8	0.06	0.02	0.03	-0.05	0.19***	1
V (非技術)	吸菸(n=1034)	30.7	13.0	51.0	1					
	飲酒(n=1051)	41.6	27.5	27.2	0.31***	1				
	檳榔(n=1030)	58.2	14.2	22.0	0.38***	0.34***	1			
	提神(n=1050)	59.8	14.2	22.2	0.22***	0.36***	0.27***	1		
	咖啡(n=1092)	35.3	32.9	31.8	0.03	0.03	0.07*	0.13***	1	
	喝茶(n=1092)	37.5	25.5	36.9	0.04	0.00	-0.03	-0.06	0.04	1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

表 4-10 以教育程度分層，精神物質使用行為之間的相關情形

教育程度		使用程度(%)			精神物質						
		無	低	高	吸菸	飲酒	檳榔	提神	咖啡	茶	
國中 及以下	吸菸(n=1770)	30.6	12.5	51.9	1						
	飲酒(n=1788)	40.6	26.4	29.0	0.32 ^{***}	1					
	檳榔(n=1777)	57.7	15.6	22.1	0.36 ^{***}	0.36 ^{***}	1				
	提神(n=1808)	60.3	12.3	24.4	0.23 ^{***}	0.36 ^{***}	0.27 ^{***}	1			
	咖啡(n=1863)	38.6	33.8	27.6	0.06 [*]	0.04	0.05 [*]	0.15 ^{***}	1		
	喝茶(n=1863)	36.8	25.7	37.5	0.02	0.01	-0.01	-0.08 ^{***}	0.11 ^{***}	1	
高中職	吸菸(n=1815)	36.5	14.4	43.7	1						
	飲酒(n=1860)	43.7	24.8	28.5	0.31 ^{***}	1					
	檳榔(n=1818)	66.6	14.9	13.2	0.38 ^{***}	0.36 ^{***}	1				
	提神(n=1885)	65.9	16.1	16.3	0.20 ^{***}	0.38 ^{***}	0.34 ^{***}	1			
	咖啡(n=1919)	30.2	33.8	36.1	0.16 ^{***}	0.10 ^{***}	0.08 ^{**}	0.13 ^{***}	1		
	喝茶(n=1919)	34.8	27.3	37.9	0.14 ^{***}	0.10 ^{***}	0.05 [*]	-0.01	0.10 ^{***}	1	
專科	吸菸(n=1103)	56.3	12.4	27.5	1						
	飲酒(n=1122)	47.2	29.7	20.9	0.31 ^{***}	1					
	檳榔(n=1095)	80.6	10.3	4.5	0.40 ^{***}	0.32 ^{***}	1				
	提神(n=1133)	72.2	18.8	7.8	0.23 ^{***}	0.32 ^{***}	0.29 ^{***}	1			
	咖啡(n=1147)	26.2	35.3	38.5	0.15 ^{***}	0.09 ^{**}	0.06 [*]	0.11 ^{***}	1		
	喝茶(n=1147)	31.4	33.0	35.7	0.18 ^{***}	0.11 ^{***}	0.12 ^{***}	0.03	0.12 ^{***}	1	
大學 及以上	吸菸(n=1107)	68.3	10.7	18.0	1						
	飲酒(n=1122)	48.9	31.0	18.4	0.28 ^{***}	1					
	檳榔(n=1097)	87.8	6.8	1.4	0.30 ^{***}	0.27 ^{***}	1				
	提神(n=1133)	78.5	16.1	4.6	0.16 ^{***}	0.18 ^{***}	0.23 ^{***}	1			
	咖啡(n=1142)	22.1	34.2	43.7	0.10 ^{**}	0.15 ^{***}	0.09 ^{**}	0.11 ^{***}	1		
	喝茶(n=1142)	32.6	37.1	30.3	0.16 ^{***}	0.17 ^{***}	0.08 ^{**}	0.12 ^{***}	0.19 ^{***}	1	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

表 4-11 健康狀態與六項精神物質使用的關係型態

變項名稱	吸菸 (OR)	飲酒 (OR)	檳榔 (OR)	提神 (OR)	咖啡 (OR)	喝茶 (OR)
自覺健康(極好的/很好為參考組)						
好	1.04	1.10	0.95	1.01	0.83 ^{**}	0.95
普通/不好	1.37 ^{***}	0.99	1.20 [*]	1.16	0.70 ^{***}	0.87 [*]
活力(佳為參考組)						
中等	1.01	1.09	0.89	1.09	1.24 ^{**}	0.93
差	1.04	1.00	0.91	1.18	1.09	0.80 ^{**}
心理健康(佳為參考組)						
中等	1.02	1.25 ^{**}	1.02	1.31 ^{***}	1.08	1.06
差	0.95	1.16 [*]	1.19	1.40 ^{***}	1.04	0.93
知識(正確為參考組)						
不正確	1.15 [*]	1.10	1.28 ^{***}	1.18 ^{**}	1.10	1.00
態度(正確為參考組)						
不正確	2.79 ^{***}	1.71 ^{***}	3.50 ^{***}	2.12 ^{***}	0.93	1.15

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

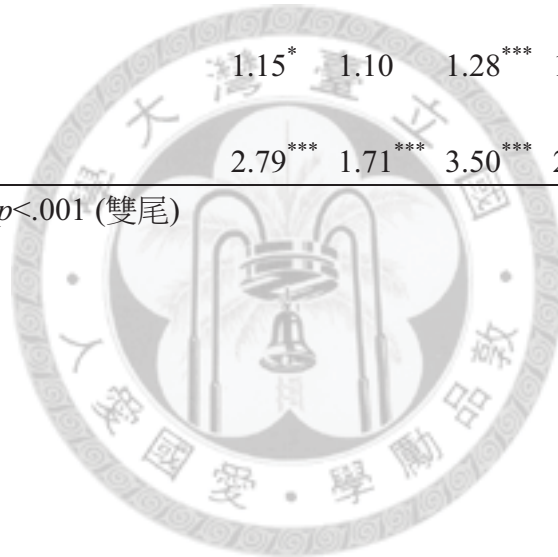


表 4-13 對檳榔提神飲料之序位邏輯迴歸分析，以職業分層並與全體樣本之結果比較

變項名稱	檳榔 (OR)	以職業分層					提神 (OR)	以職業分層												
		I (專業)	II (行政)	III (公務)	IV (技術)	V (非技術)		I (專業)	II (行政)	III (公務)	IV (技術)	V (非技術)								
自覺健康(極好的/很好為參考組)																				
好	0.95	1.11	0.73	1.27	1.05	0.85	1.01	0.85	1.09	1.13	1.09	0.85	1.09	1.13	1.09	0.85				
普通/不好	1.20*	1.55	0.79	1.10	1.19	0.90	1.16	1.20	1.32	0.74	1.32	1.05	1.32	0.74	1.32	1.05				
活力(佳為參考組)																				
中等	0.89	1.17	0.94	0.69	1.11	0.85	1.09	1.19	1.12	1.34	1.15	1.13	1.12	1.34	1.15	1.13				
差	0.91	0.75	1.11	1.02	1.09	0.76	1.18	1.26	1.31	1.94**	1.10	0.87	1.31	1.94**	1.10	0.87				
心理健康(佳為參考組)																				
中等	1.02	0.92	0.85	0.79	0.93	1.37	1.31***	1.10	1.58*	1.21	1.20	1.35	1.31***	1.21	1.20	1.35				
差	1.19	0.97	1.27	1.46	1.05	1.35	1.40***	1.20	2.19**	1.14	1.06	1.74**	1.40***	1.14	1.06	1.74**				
知識(正確為參考組)																				
不正確	1.28***	1.33	1.02	1.35	1.21	1.29	1.18**	1.28	1.28	1.85***	1.01	0.89	1.18**	1.28	1.85***	1.01				
態度(正確為參考組)																				
不正確	3.50***	4.55***	2.59**	1.53	2.89***	3.44***	2.12***	2.64**	3.21***	1.51	2.00***	1.72***	2.12***	3.21***	1.51	2.00***				

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

註：已控制年齡、居住地

表 4-14 對咖啡與喝茶之序位邏輯斯迴歸分析，以職業分層並與全體樣本之結果比較

變項名稱	咖啡 (OR)	以職業分層					喝茶 (OR)	以職業分層												
		I (專業)	II (行政)	III (公務)	IV (技術)	V (非技術)		I (專業)	II (行政)	III (公務)	IV (技術)	V (非技術)								
自覺健康(極好的/很好為參考組)																				
好	0.83 ^{**}	0.96	0.61 ^{**}	0.87	0.73 [*]	0.97	0.95	0.93	0.97	1.10	0.85	0.83								
普通/不好	0.70 ^{***}	0.67 [*]	0.68 [*]	0.86	0.76	0.71 [*]	0.87 [*]	0.69 [*]	0.99	0.94	0.69 [*]	0.87								
活力(佳為參考組)																				
中等	1.24 ^{**}	1.30	1.78 ^{**}	1.04	1.08	1.17	0.93	0.99	0.99	0.72	0.90	0.88								
差	1.09	1.32	1.39	1.31	0.91	0.99	0.80 ^{**}	0.93	0.85	0.85	0.80	0.65 [*]								
心理健康(佳為參考組)																				
中等	1.08	0.92	1.12	1.17	1.23	0.92	1.06	0.82	0.96	1.12	1.36	1.13								
差	1.04	0.86	1.16	0.95	1.18	1.06	0.93	0.78	0.86	0.84	1.01	1.32								
知識(正確為參考組)																				
不正確	1.10	1.13	0.89	1.31 [*]	1.30	1.15	1.00	1.03	1.10	1.18	0.90	0.92								
態度(正確為參考組)																				
不正確	0.93	0.99	1.11	0.82	1.29	1.05	1.15	1.90 [*]	1.38	1.05	1.08	1.29								

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

註：已控制年齡、居住地

表 4-15 對吸菸與飲酒之序位邏輯斯迴歸分析，以教育程度分層並與全體樣本之結果比較

變項名稱	以教育程度分層				以教育程度分層					
	吸菸 (OR)	國中 及以下	高中職 專科	大學 及以上	飲酒 (OR)	國中 及以下	高中職 專科	大學 及以上		
自覺健康(極好的/很好為參考組)										
好	1.04	1.09	1.08	0.99	1.05	1.10	1.18	1.06	0.99	1.10
普通/不好	1.37 ^{***}	1.25	1.25	1.23	1.26	0.99	0.88	1.06	0.94	1.01
活力(佳為參考組)										
中等	1.01	1.08	1.17	1.18	0.94	1.09	0.99	1.12	1.19	1.29
差	1.04	0.78	1.26	1.55 [*]	0.98	1.00	0.88	1.06	1.21	1.04
心理健康(佳為參考組)										
中等	1.02	1.57 ^{***}	1.09	0.83	0.81	1.25 ^{**}	1.26	1.54 ^{***}	1.13	1.16
差	0.95	1.28	0.89	0.68 [*]	1.05	1.16 [*]	1.14	1.19	1.02	1.35
知識(正確為參考組)										
不正確	1.15 [*]	1.25 [*]	1.10	1.32 [*]	0.89	1.10	0.95	1.17	1.28 [*]	1.05
態度(正確為參考組)										
不正確	2.79 ^{***}	2.21 ^{***}	2.36 ^{***}	1.98 ^{**}	3.19 ^{***}	1.71 ^{***}	1.44 ^{**}	1.71 ^{***}	2.15 ^{**}	1.32

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

註：已控制年齡、居住地

表 4-16 對檳榔提神飲料之序位邏輯迴歸分析，以教育程度分層並與全體樣本之結果比較

變項名稱	檳榔 (OR)	以教育程度分層				提神 (OR)	以教育程度分層												
		國中 及以下	高中職 專科	大學 及以上	大學 及以上		國中 及以下	高中職 專科	大學 及以上	大學 及以上									
自覺健康(極好的/很好為參考組)																			
好	0.95	0.99	0.99	0.74	0.96	1.01	1.08	1.03	1.09	1.01	1.08	1.03	1.09	1.01	1.08	1.03	1.09	1.01	1.09
普通/不好	1.20*	1.10	1.14	0.97	0.83	1.16	1.20	0.96	1.34	1.16	1.20	0.96	1.34	1.16	1.20	0.96	1.34	1.16	1.34
活力(佳為參考組)																			
中等	0.89	0.86	0.97	1.14	1.05	1.09	1.14	1.32	1.10	1.09	1.14	1.32	1.10	1.09	1.14	1.32	1.10	1.09	1.10
差	0.91	0.89	0.88	1.46	0.84	1.18	1.40*	1.39	0.91	1.18	1.15	1.39	0.91	1.18	1.15	1.39	0.91	1.18	0.91
心理健康(佳為參考組)																			
中等	1.02	1.10	1.28	0.81	0.94	1.31***	1.63***	1.43	1.40	1.31***	1.19	1.63***	1.43	1.31***	1.19	1.63***	1.43	1.31***	1.40
差	1.19	1.15	1.34	0.92	1.91	1.40***	1.41*	1.90**	1.97**	1.40***	1.10	1.41*	1.90**	1.40***	1.10	1.41*	1.90**	1.40***	1.97**
知識(正確為參考組)																			
不正確	1.28***	1.14	1.30*	1.54*	1.37	1.18**	1.20	1.13	1.23	1.18**	1.11	1.20	1.13	1.18**	1.11	1.20	1.13	1.18**	1.23
態度(正確為參考組)																			
不正確	3.50***	2.83***	2.62***	2.93***	2.13***	2.12***	1.92***	3.29***	1.52	2.12***	1.48**	1.92***	3.29***	2.12***	1.48**	1.92***	3.29***	2.12***	1.52

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

註：已控制年齡、居住地

表 4-17 對咖啡與喝茶之序位邏輯斯迴歸分析，以教育程度分層並與全體樣本之結果比較

變項名稱	以教育程度分層				以教育程度分層					
	咖啡 (OR)	國中 及以下	高中職 專科	大學 及以上	喝茶 (OR)	國中 及以下	高中職 專科	大學 及以上		
自覺健康(極好的/很好為參考組)										
好	0.83 ^{**}	1.01	0.96	0.59 ^{***}	0.69 ^{**}	0.95	0.87	0.99	0.97	0.93
普通/不好	0.70 ^{***}	0.68 ^{**}	0.86	0.67 ^{**}	0.76	0.87 [*]	0.75 [*]	0.98	1.16	0.70 [*]
活力(佳為參考組)										
中等	1.24 ^{**}	1.17	1.22	1.26	1.21	0.93	1.02	0.91	0.85	0.93
差	1.09	1.08	1.17	1.03	0.96	0.80 ^{**}	0.75 [*]	0.80	0.80	0.85
心理健康(佳為參考組)										
中等	1.08	0.96	1.12	1.24	1.04	1.06	1.23	1.14	0.77	1.02
差	1.04	0.90	1.02	1.17	1.23	0.93	1.03	0.85	0.77	1.13
知識(正確為參考組)										
不正確	1.10	1.21 [*]	1.18	1.11	0.96	1.00	1.03	0.85	1.24	1.01
態度(正確為參考組)										
不正確	0.93	1.04	0.93	1.41	1.01	1.15	1.11	1.33 [*]	1.38	1.03

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

註：已控制年齡、居住地

表 4-18 六個群落體(Cluster Group)在各項精神物質使用行為上之分佈(N=5590)(%)

	多元 成癮 (n=843)	典型 三元成癮 (n=706)	重菸癮 高咖啡茶 (n=1067)	酒咖啡 雙好 (n=718)	獨鍾 飲茶 (n=689)	純淨 無癮 (n=1567)
吸菸						
無	2.0	2.3	0.0	84.7	84.9	90.0
低	18.3	18.6	8.0	15.3	15.1	10.0
高	79.7	79.2	92.0	0.0	0.0	0.0
飲酒						
無	5.7	9.1	60.2	2.1	73.9	82.7
低	32.6	33.6	29.8	41.9	26.1	17.3
高	61.7	57.4	10.0	56.0	0.0	0.0
檳榔						
無	23.7	34.0	85.2	89.4	92.6	96.7
低	34.2	28.9	10.7	8.9	4.8	2.6
高	42.1	37.1	4.1	1.7	2.6	0.6
提神飲料						
無	7.9	66.1	85.7	58.9	90.6	86.2
低	24.3	21.2	11.8	27.2	7.1	10.5
高	67.7	12.6	2.5	13.9	2.3	3.3
咖啡						
無	10.1	70.0	16.5	11.7	32.2	39.2
低	33.0	28.2	30.9	41.6	34.3	37.1
高	56.9	1.8	52.6	46.7	33.5	23.7
喝茶						
無	22.3	52.1	23.9	14.3	0.0	64.5
低	33.8	22.5	27.6	53.5	0.0	35.5
高	43.9	25.4	48.5	32.2	100.0	0.0
總和	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

表 4-19 年齡、健康狀態與知識態度、社經地位和六個群落體的關係(N=5590)(%)

	多元 成癮 (n=843)	典型 三元成癮 (n=706)	重菸癮 高咖啡茶 (n=1067)	酒咖啡 雙好 (n=718)	獨鍾 飲茶 (n=689)	純淨 無癮 (n=1567)	χ^2
年齡							***
18-24	11.3	7.4	12.1	15.8	11.5	41.9	
25-34	19.8	12.6	19.1	13.8	8.2	26.6	
35-44	19.7	15.0	22.5	10.7	11.6	20.5	
45-54	12.2	14.5	19.3	12.2	17.1	24.8	
55-64	6.0	13.0	22.7	11.6	16.0	30.7	
自覺健康							***
極好/很好	14.9	11.1	17.5	13.8	14.3	28.2	
好	14.2	12.0	19.4	13.6	12.4	28.4	
普通/不好	16.2	14.8	20.4	11.1	10.1	27.5	
活力							***
佳	13.7	13.1	19.5	11.6	14.7	27.4	
中等	15.7	11.2	18.7	14.4	11.8	28.2	
差	16.2	13.5	19.0	12.9	9.8	28.6	
心理健康							***
佳	12.9	12.7	20.5	11.3	14.7	27.9	
中等	15.6	12.0	18.9	14.6	12.3	26.7	
差	17.4	13.1	17.7	13.1	9.3	29.4	
知識							***
正確	13.1	11.8	17.5	12.4	13.9	31.3	
不正確	16.6	13.2	20.3	13.2	11.1	25.6	
態度							***
正確	13.2	11.1	19.2	13.6	12.8	30.0	
不正確	29.0	23.7	18.5	7.1	8.5	13.1	
職業分級							***
I(專業)	10.4	7.7	15.7	17.7	15.8	32.7	
II(行政)	12.3	8.3	23.0	16.0	12.7	27.6	
III(公務)	15.7	12.7	21.5	13.3	14.0	22.8	
IV(技術)	25.4	18.4	19.1	9.0	8.5	19.6	
V(非技術)	21.3	18.7	21.4	8.2	10.7	19.6	
教育程度							***
國中及以下	21.3	21.1	20.7	7.9	10.7	18.2	
高中職	18.5	13.5	22.1	10.5	10.9	24.6	
專科	9.7	6.7	17.4	16.7	14.3	35.1	
大學及以上	5.1	3.8	13.4	20.3	15.2	42.1	
n/N	15.1	12.6	19.1	12.8	12.3	28.0	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (雙尾)

第五章 討論

本研究試圖以 2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查之資料，對六項精神物質使用行為進行探索，除檢視此六項精神物質使用的型態與特性，接著並希望了解個人社會位置在精神物質使用上扮演的角色關係。特別是健康狀態、知識及態度和精神物質使用行為的關係，再來探討不同社經地位的精神物質使用型態，以及健康狀態與知識、態度因素在社經地位與六項精神物質使用行為所扮演的角色，最後再根據研究對象在六項精神物質使用行為上所表現出之相似或相異性，將樣本分成若干群體，了解各健康行為群體在六項精神物質使用行為的特色後，進一步描述各群體的特質，了解他們是屬於何種人群。

研究所納入的六項精神物質使用行為，並非全部屬於當今相關研究或政策的核心變項，例如喝提神飲料、咖啡、茶等。這些行為確實普遍存在民眾的日常生活，應該有系統地被探討與重視。例如喝茶是中國人重要的傳統之一，也是養生之道；喝咖啡在國人的使用日益普遍，在歐美國家，咖啡與其他精神物質使用之間的關係已逐漸受到重視(Emurian, Nellis, Brady, & Ray, 1982)，而且在台灣使用有可能集中在某類社經地位的人群；提神飲料，像是保力達 B、維士比，是國人耳熟能詳的兩大含酒精藥品品牌，但也由於太耳熟能詳，加上錯誤的口耳相傳，不知不覺造成許多民眾錯誤的用藥習慣，並且認為喝藥酒有提神的作用，反而可能造成不必要的危害(賴晉楷，2005)。以上列舉的只是這些非典型的精神物質可能有的健康意義，因此這些存在於國人生活中的精神物質，不應摒棄於類似的研究之外。

本章針對重要研究發現提出討論，分成四小節，第一節說明精神物質使用行為為聚集的特性；第二節探討不同精神物質使用行為背後隱藏的社會層級意涵；第三節討論健康狀態與知識態度在社經地位與精神物質使用之間的角色；第四節說明本研究之限制。

第一節 精神物質使用行為的相互關係

整體精神物質使用型態

健康意義較不明的精神物質的確和目前主流的精神物質使用有關，經本研究的初步分析，對六項精神物質使用行為間的關係提供了更完整、概括性的趨勢。顯示出某些行為間有不同程度的並存性，即行為有聚集的傾向。

與文獻中某些研究結果呼應，本研究發現精神物質的使用之間有聚集的情形存在，換句話說，當持續使用某類精神物質之後，會增加使用其他精神物質的可能性。本研究發現吸菸、飲酒、嚼檳榔以及喝提神飲料，這四項精神物質使用行為之間有聚集的情況。其實吸菸、飲酒、嚼檳榔之間的相關性在先前的研究早已確立(Chen, Chen, Fagot-Campagna, & Narayan, 2001; 李蘭, 1995)，而提神飲料與其他精神物質使用的關係是先前研究沒有涵蓋的部分，民眾經常會以為它是中藥藥酒，而且有多喝強身不傷身的誤解，其中提神飲料與飲酒的並存性最高，表示有使用提神飲料行為有較大的機率合併有飲酒的行為。這四項物質間的聚集性或者並用的傾向，顯示有害物質間的交互增強作用，而因此更危及健康，需要後續的流行病學研究來釐清。

此外本研究發現，喝咖啡與喝茶、吸菸、飲酒有並存的關係，與丁志音與江東亮(1996)的研究發現咖啡除了與喝茶有相關之外，和吸菸、飲酒、嚼檳榔的相關性極弱的結果不盡相同，可能由於近年來咖啡之飲用在國內越來越盛行，物質使用並存的型態因而改變，本研究顯示咖啡與茶的並存性高。表示喝咖啡者有較大的機率合併有喝茶的行為，而國外研究者發現吸菸者經常顯著飲用酒、咖啡與茶(Whichelow et al., 1991)，另有研究發現喝咖啡者吸菸量較沒喝咖啡者更高，也表示有喝咖啡者會增加其吸菸的可能性(Marshall, Epstein, & Green, 1980)。

以上顯示了精神物質使用行為的多向性，因此不應該僅觀察少數幾個分離的行為，也不能將個人健康行為由日常生活中獨立出來，脫離原先社會環境及情境因素。

不同社經地位其精神物質使用型態

不論職業等級為何，吸菸、飲酒、嚼檳榔與提神飲料的使用皆有並存的現象，其中吸菸與嚼檳榔的相關性特別高，這表示任何職業等級的男性，只要有嚼檳榔就有很大的可能會與香菸一併使用；飲酒與嚼檳榔的相關性則是隨著職業層級越低呈現遞增的情形，這表示層級越低的職業，一旦有嚼檳榔往往就會伴隨著飲酒的行為。有趣的是，提神飲料與飲酒、嚼檳榔的相關性在第IV級職業(技術工人)中最強，與先前的研究相呼應，計程車司機嚼檳榔的理由是想要提神、紓壓以及穩定情緒，飲酒則是他們工作之後的放鬆品(郭淑珍、丁志音，2008)；而加上台灣媒體行銷手法常將保力達 B、維士比等含酒精西藥，塑造成勞工朋友們不可或缺的神精及保健飲品，因此職業等級第IV級的群體，提神飲料使用比例為各級職業中最高，且與嚼檳榔、飲酒的並存性也最高。

教育程度高者，相對來說對精神物質的相關知識較正確，而香菸、檳榔、提神飲料、咖啡、茶皆具有提神的效果，因此教育程度較高的人，在選擇相同具有提神效果的精神物質時，較偏向選擇咖啡與茶，然而隨教育程度變低，則偏向選擇香菸、檳榔以及提神飲料；在教育程度國中及以下，發現提神飲料與喝茶之間有顯著的負相關，這顯示提神飲料與喝茶之間在教育程度國中及以下存在取代的作用。

第二節 精神物質使用行為的社會層級意涵

本研究重點之一是想藉由社會層級來觀察精神物質的使用型態，當我們透過群聚分析將個人精神物質使用行為屬性分類成不同群體後，發現行為聚集的型態與其所處的社經地位有密不可分的關係，是一個集體的現象，個人的生活方式是參與各種活動而形成，而個人的生活方式中某些特質也決定成為哪類社會文化情境的一份子，因此我們可以由社經地位來預測個人的精神物質使用特質。值得注意的是，社經地位越低，同時使用多種物質的比例越高，換言之，社會層級高者

合併使用的物質種類較少，而處於低層級者卻容易合併使用多種物質。可能由於位在較低階層者相較下有較大經濟壓力及心理壓力，因此需要越來越多種精神物質來緩解日常生活中的各種壓力。

不同層級者除了合併使用種類的多寡有差異之外，從研究結果還發現，六種精神物質本身也透露出社會層級的意涵，像是檳榔、提神飲料因為對於健康有負向的影響，加上社會價值賦予的負面形象，使用偏向低社經地位；咖啡與茶則恰好相反，使用偏向高社經地位；至於菸與酒的形象則較為兩極，雖然兩者對於健康也有負向影響，但是它們卻也被社會賦予品味性的形象，因此它們的使用會分佈在各階層的人群。以職業等級 I 與教育程度專科畢業、大學及以上的人來說，他們趨向「酒咖啡雙好」、「獨鍾飲茶」以及「純淨無癮」這三組行為群體，這些人對於酒和咖啡的偏好，可能來自社交需求或者為顯示自身品味，甚至視其為表現自己地位的象徵；而「獨鍾飲茶」與「純淨無癮」這兩個行為群體可能是以養生或健康為出發點作為行為的考量，因此對於健康有危害及形象負面的菸、酒、檳榔、提神飲料皆敬而遠之；職業等級 III 或教育程度為高中職者，這些人在六個行為群體中皆沒有特別突出的型態，可代表一般大眾最普遍的情形，也就是其行為並沒有特別集中在某種型態，使用的程度也偏向平均；至於職業等級 IV、V 或教育程度國中級以下，這些人趨向「多元成癮」以及「典型三元成癮」這兩組行為群體，他們因為社經地位低，造成社會資源與社會支持缺乏，對於相關健康訊息的接觸也較少，且對自身行為的選擇性少。這些人所處的環境形塑了他們對物質使用的行為、信念以及意涵，加上生活環境中充斥著這些對健康有害的物質，而靠個人自由意志的選擇又相當有限，如此的文化環境中造成位於低階層者在這六項精神物質中，傾向使用菸、檳榔及提神飲料這些對健康有危害的精神物質使用行為。

會有如此傾向是因為不同層級的人擁有的資源不同，對於自身行為的控制力也不同，因此造成生活方式的殊異，進而對於物質使用的型態也會有所不同。高社經地位的人擁有較多資源與自主性去選擇較有利健康的生活型態，加上不同層級的人會在日常生活中傳達個人的品味，並且同時透露出自己是屬於哪個社會地

位。因此一個人精神物質使用的型態，即可反映出他是屬於哪個社會層級。

第三節 健康狀態知識、態度在社經地位與精神物質使用之間的角色

整體來說，不論位在何職業與教育程度，態度皆顯著的影響菸、酒、檳榔及提神飲料的使用；知識則顯著的影響菸及檳榔的使用。本研究以「是否會禁止自己的子女嚼食檳榔」來測量態度，因為檳榔形象非常負面，所以這個變項的測量其實可以相當程度的顯示出社會價值觀。因此這項態度測量能夠與菸、酒、檳榔及提神飲料等，這些在健康及社會形象皆偏負面的物質有影響力。也因為如此強烈，以至於在每個階層當中仍可以敏銳的顯現出它的影響力。

在所有的樣本中，知識對於菸、檳榔是有影響力的。然而當分層處理後，教育程度在大學及以上的群體，知識已不足以解釋其吸菸、嚼檳榔的行為，因為具備教育程度的關係，他們對健康的知識本來就比較充分，因此知識並不是影響他們行為的主因。反之教育程度在國中及以下的群體，知識對於他們檳榔的使用之所以沒有影響力，可能是因為本身所處的社會環境所致，不論他們對於檳榔的知識為何都還是改變不了他們嚼檳榔的行為，如同先前回顧的文獻，精神作用物質使用可能是社會中較弱勢的人因應壓力的資源，以便對其工作或生活處境的邊緣位置加以調適(Calnan, 1989; Graham, 1994; 郭淑珍、丁志音, 2008)。

至於為何在最高教育程度當中，態度對菸仍有影響力，但對於酒、檳榔及提神飲料的使用減弱，可能是因為菸的社會形象呈現明顯兩極。有研究指出在一些工業化國家中，吸菸集中在高社會層級(Stellman & Resnicow, 1997)。儘管菸對於健康的危害早已確立，但媒體對菸品的描述，往往就如同菸商促銷宣傳的主題：吸菸代表叛逆、獨立、性感、財富、權力、值得慶祝或讚揚等，以各種菸品可能帶來的舒適感或心靈享受來塑造香菸的正面形象(吳翠珍, 2003)。也因此社會的價值對他們吸菸行為的影響特別明顯。至於健康狀態、知識與態度，在不同社經地位對喝咖啡與喝茶的影響，因為結果顯現的影響力交錯且雜亂，沒有呈現明顯的型

態，因此無法做出結論。

從研究結果可發現，態度仍是影響行為的最主要原因，以往的研究建議教育及輔導個人來提高知識的方法，其實並沒有真正切中民眾核心的問題，大部分的人都清楚使用精神物質與健康危害的關聯，但仍持續的使用，是因為他們所處的環境塑造了他們的信念，並不是他們真的知識不足。事實上已有許多健康促進或介入的研究都發現，人們之所以會有危害健康的行為很少是因為缺乏相關知識或訊息，民眾大多很清楚甚麼是對健康有益的，但卻發現，他們很難對接收到的健康資訊做出回應，即使是最有動機的人，其健康的生活型態也很難持續(Weare, 2002)。

第四節 研究限制

本研究的限制分為資料來源與測量變項兩方面討論，首先針對研究資料方面，雖然樣本數豐富，但卻僅有 2005 年一個時間點的橫斷性調查，不但無法檢視現象改變的連續性變化，對於使用行為與各項因素的因果關係，尤其是健康狀況，也較難釐清。此外，本研究的資料屬於次級資料，所包含的變項無法完全符合研究主題的需要，例如知識與態度方面的變項，僅針對檳榔這項精神物質，其實在測量效度上相當薄弱。若要更深入的探討其中的關係與機轉，有賴於更系統化的資料收集與分析。

第六章 結論與建議

過去對於精神物質使用行為經常針對一項或兩項深入探討，無法反映物質使用者其行為的全貌，使得許多衛生教育資訊僅強調這些行為的負面結果，例如對健康的危害，因此認為只要這些人有接觸到相關正確的健康知識或技巧，就會改變其使用態度和行為，但觀看現今社會中充斥著各式各樣的精神物質，即可看出這種健康教育方式的效果相當有限。

常民知識與專家知識不該壁壘分明，公共衛生專業人員應思考一般民眾如何看待健康議題，與專家的看法差異何在，因為衛生教育專業者與接受訊息的者往往位在不同的社會位置，而這種社會位置的差異過去卻很少被健康專家察覺 (Wynne, 1996)，因此未來研究應連結至民眾日常生活裡的社會脈絡，如此才有助於對有害健康之精神物質使用的衛生教育介入，而介入內容亦可較貼近使用者的實際生活經驗，讓他們覺得這樣的衛生教育訊息緊扣他們的生活，才有進一步改變其行為的可能。

所謂生活型態或生活方式，絕非僅指某一生活範疇的行為或行動，也非僅指特定範疇內(例如精神物質使用範疇)的單一行為。全貌性的描述、掌握及探討才能真正符合實際生活中的真實性。過去公共衛生絕大多數只專注於單一物質消費的檢視，較少討論行為之間的相關型態與複雜的交互作用。忽略各種物質之間使用的關係，往往會以為某項物質使用率降低即為達成促建大眾健康的目標，無形中就可能忽略了另一項物質的取代使用，因此有關這方面的探討是值得未來研究進一步關注。

「本研究(部分)資料來源為行政院衛生署國民健康局、財團法人國家衛生研究院及行政院衛生署食品藥物管理局提供之「國民健康訪問暨藥物濫用調查」原始資料檔。文中任何闡釋或結論並不代表行政院衛生署國民健康局、財團法人國家衛生研究院及行政院衛生署食品藥物管理局之立場。」

參考文獻

- 丁志音、江東亮 (1996)。以健康行為型態分類台灣地區之成年人口群－群聚分析之應用。中華公共衛生雜誌, 15(3), 175-187.
- 行政院衛生署國民健康局 (2006)。2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果報告 II Retrieved Oct 12, 2011, from <http://nhis.nhri.org.tw/2005download.html>
- 吳淑娟 (2007)。戰後台灣茶業的發展與變遷 台灣: 國立中央大學歷史研究所碩士論文.
- 吳翠珍 (2003)。香菸、媒體與健康 Retrieved Jun 13, 2012, from http://www.mediaed.nccu.edu.tw/new/sites/default/files/Media_See_See_NO.15--2003.01.pdf
- 李復惠、林麗鳳 (2006)。由"蠻牛,保力達 B 下毒事件"看國人對市售含酒精藥品使用之認知: 勞工"提神口服液"用藥行為流行病學調查分析: 行政院衛生署.
- 李蘭、黃美維、陸玟玲、潘伶燕、李隆安、鄧尚琳 (1995)。台灣地區成人的健康行為探討: 分佈情形、因素結構和相關因素. 中華公共衛生雜誌, 14(4), 358-368.
- 林生傳 (2005)。教育社會學. 台北: 巨流.
- 張瑋倫 (2000)。保力達 B、維士比和補力康等飲用者之看法與經驗及酒精與藥物併用的情形: 以花蓮縣某部落居民為例. 台灣: 慈濟大學公共衛生研究所碩士論文.
- 梁文敏、郭憲文、王昶碧 (2002)。臺灣地區 1999 年勞工抽煙、喝酒及嚼檳榔之盛行率調查. Mid-Taiwan Journal of Medicine, 7(3), 146-154.
- 梁振翊、周肇茂、何佩珊、謝天渝、楊奕馨 (2004)。臺灣地區飲酒盛行率調查報告. 臺灣口腔醫學衛生科學雜誌, 20(2), 91-104.
- 許志成、徐祥明、徐瑱淳、石曜堂、戴東原 (2003)。台灣地區老年人健康行為之影響因素分析. 臺灣公共衛生雜誌, 22(6), 441-452.
- 許智強 (2007)。促銷活動, 顧客價值及規範性評估對咖啡消費行為影響之研究. 台灣: 國立成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文

- 郭淑珍、丁志音 (2006)。茶行裡的檳榔客：嚼食檳榔的社會脈絡初探。臺灣社會研究(63), 143-208.
- 郭淑珍、丁志音 (2008)。嚼檳榔計程車司機的健康生活型態：社會脈絡觀點的初探。臺灣公共衛生雜誌, 27(1), 67-80.
- 陳美霞 (2004)。十大死因，只能怪罪不良生活習慣嗎？，中國時報。
- 陳富莉、李蘭 (1999)。臺灣地區成年人之吸菸與嚼檳榔行為的組合及其相關因子探討。中華公共衛生雜誌, 18(5), 341-348.
- 黃松元、劉俐蓉 (2005)。台北市計程車司機工作壓力、健康促進生活方式與吸煙、飲酒、嚼檳榔行為之相關研究。中華職業醫學雜誌, 12(4), 203-214.
- 黃毓華、邱啓潤 (1997)。高雄地區大學生健康促進生活型態之預測因子。中華公共衛生雜誌, 16(1), 24-36.
- 楊志浩 (2006)。台灣地區機能性提神飲料消費者消費行為之分析與探討。台灣：東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文。
- 劉美媛、呂昌明 (2006)。大一學生健康行為現況及其相關因素之研究—以北部某大學學生為例。學校衛生(48), 19-37.
- 劉淑芬、李品珠、呂孟穎、蔡文瑛、李志恒 (2006)。大臺北地區成癮物質使用調查。臺灣公共衛生雜誌, 25(4), 274-282.
- 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。The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 10(7), 405-411.
- 潘伶燕、李蘭 (1999)。台灣地區成年人吸菸盛行率及其與教育和職業之關係：菸害防制法實施前的狀況(1993~1996)。中華公共衛生雜誌, 18(3), 199-208.
- 賴晉楷 (2005)。飲用藥酒需謹慎：別把藥酒當提神飲料猛灌。衛生報導, 第 122 期, 31-33.
- 錢建宏 (2003)。咖啡連鎖店消費者行為之研究-以高雄市咖啡連鎖店為例。台灣：屏東科技大學農企業管理研究所碩士論文
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Soc Sci Med*, 32(8), 899-908.

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.
- Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Health Aff (Millwood)*, 21(2), 60-76.
- Ames, G. M., & Janes, C. R. (1987). Heavy and problem drinking in an American blue-collar population: Implications for prevention. *Social Science & Medicine*, 25(8), 949-960.
- Babor, T. F. (1994). Overview: Demography, epidemiology and psychopharmacology—making sense of the connections. *Addiction*, 89(11), 1391-1396.
- Berger, L. K., Fendrich, M., Chen, H.-Y., Arria, A. M., & Cisler, R. A. (2011). Sociodemographic correlates of energy drink consumption with and without alcohol: Results of a community survey. *Addictive Behaviors*, 36(5), 516-519.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Calnan, M. (1989). Control over health and patterns of health-related behaviour. *Social Science & Medicine*, 29(2), 131-136.
- Calnan, M., & Rutter, D. R. (1986). Preventive health practices and their relationship with socio-demographic characteristics. *Health Education Research*, 1(4), 247-253.
- Chen, K., Chen, C., Fagot-Campagna, A., & Narayan, K. (2001). Tobacco, betel quid, alcohol, and illicit drug use among 13- to 35-year-olds in I-Lan, rural Taiwan: prevalence and risk factors. *Am J Public Health*, 91(7), 1130-1134.
- Emurian, H. H., Nellis, M. J., Brady, J. V., & Ray, R. L. (1982). Event time-series

relationship between cigarette smoking and coffee drinking. *Addictive Behaviors*, 7(4), 441-444.

Evans, R. (2004). *Drug testing in the workplace*. York, England: Joseph Roundtree Foundation.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey, S. G. (2006).

Indicators of Socioeconomic Position in Methods in Social Epidemiology Methods in Social Epidemiology. San Francisco, Calif: John Wiley & Sons.

Goodman, J., Lovejoy, P. E., & Sherratt, A. (1995). *Consuming habits : drugs in history and anthropology*. New York: Routledge.

Graham, H. (1994). Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain: Insights from a survey of mothers. *Social Science & Medicine*, 38(5), 691-698.

Heath, D. B. (1992). US Drug Control Policy: A Cultural Perspective. *Daedalus*, 121(3), 269-291.

Hollingshead, A. B. (1957). *Two factor index of social position*. New Haven, Conn.: Yale University, Department of Sociology.

Hunt, G., & Barker, J. C. (2001). Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research:: towards a unified theory. *Social Science & Medicine*, 53(2), 165-188.

Jarvis, M. J. (1994). A profile of tobacco smoking. *Addiction*, 89(11), 1371-1376.

Ko, Y.-C., Chiang, T.-A., Chang, S.-J., & Hsieh, S.-F. (1992). Prevalence of betel quid chewing habit in Taiwan and related sociodemographic factors. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 21(6), 261-264.

Ko, Y.-C., Huang, Y.-L., Lee, C.-H., Chen, M.-J., Lin, L.-M., & Tsai, C.-C. (1995). Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral

- cancer in Taiwan. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 24(10), 450-453.
- Lowry, R., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (1996). The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Behaviors Among US Adolescents. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 276(10), 792-797.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*: Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Marshall, W. R., Epstein, L. H., & Green, S. B. (1980). Coffee drinking and cigarette smoking: I. coffee, caffeine and cigarette smoking behavior. *Addictive Behaviors*, 5(4), 389-394.
- McCracken, G. (1986). Culture and Consumption: A Theoretical Account of the Structure and Movement of the Cultural Meaning of Consumer Goods. . *Journal of Consumer Research*, 13(1), 71-84.
- Orth, S. R., Stockmann, A., Conradt, C., Ritz, E., Ferro, M., Kreusser, W., . . . , Z., P. (1998). Smoking as a risk factor for end-stage renal failure in men with primary renal disease. *Kidney Int*, 54(3), 926-931.
- Parkin, D. M., Pisani, P., Lopez, A. D., & Masuyer, E. (1994). At least one in seven cases of cancer is caused by smoking. Global estimates for 1985. *International Journal of Cancer*, 59(4), 494-504.
- Pindborg, J. J., Odont D. Barmes, D., & Roed-Petersen, B. (1968). Epidemiology and histology of oral leukoplakia and leukoedema among papuans and New Guineans. *Cancer*, 22(2), 379-384.
- Ross, C. E., & Wu, C.-l. (1995). *The Links Between Education and Health*. *American Sociological Review*, 60(5), 719-745.
- Sonnenstuhl, W. J. (1996). *Working sober*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Sorensen, G., & Pechacek, T. (1986). *Occupational and Sex Differences in Smoking and*

- Smoking Cessation. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 28(5), 360-364.
- Stellman, S. D., & Resnicow, K. (1997). Tobacco smoking, cancer and social class. *IARC Sci Publ*, 138, 229-250.
- Thomas, S. J., & MacLennan, R. (1992). Slaked lime and betel nut cancer in Papua New Guinea. *The Lancet*, 340(8819), 577-578.
- Vineis, P., Alavanja, M., Buffler, P., Fontham, E., Franceschi, S., Gao, Y. T., . . . Doll, R. (2004). Tobacco and Cancer: Recent Epidemiological Evidence. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(2), 99-106.
- Weare, K. (2002). The Contribution of Education to Health Promotion. *Health Promotion: Disciplines, Diversity and Development*, edited by Bunton R., and G.Macdonald. (pp. 102-125). London: Routledge.
- Weber, M. (1969). Class, status, party. In: Heller CS. (ed). *Structured Social Inequality-A Reader in Comparative Social Stratification*. (pp. 24-34). New York: The Macmillan Company.
- Whichelow, M. J., Erzinclioglu, S. W., & Cox, B. D. (1991). A comparison of the diets of non-smokers and smokers. *British Journal of Addiction*, 86(1), 71-81.
- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage.
- WHO. (2011). Psychoactive substances Retrieved Oct 16, 2011, from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/index.html
- Wynne, B. (1996). May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of Expert-Lay Knowledge Divide. in *Risk, Environment and Modernity: Towards a New Ecology* (pp. 44-83). London: Sage.
- Yu, M. C., Mack, T. M., Hanisch, R., Cicioni, C., & Henderson, B. E. (1986). Cigarette

smoking, obesity, diuretic use, and coffee consumption as risk factors for renal cell carcinoma. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. J Natl Cancer Inst, 77(2), 351-356.

