

南華大學社會科學院國際事務與企業學系亞太研究碩士班

碩士論文

Master Program in Asia-Pacific Studies

Department of International Affairs and Business

College of Social Sciences

Nanhua University

Master Thesis

影響戒菸成功與否的因素－某衛生所個案研究

Factors Affecting the Success of Smoking Cessation--

A Case Study of a Health Clinic

謝慧冠

Hui-Kuan Hsieh

指導教授：劉華宗 博士

Advisor: Hua-Tsung Liu, Ph.D.

中華民國 108 年 1 月

January 2019

南 華 大 學
國際事務與企業學系亞太研究碩士班
碩 士 學 位 論 文

影響戒菸成功與否的因素—某衛生所個案研究
Factors Affecting the Success of Smoking Cessation
A Case Study of a Health Clinic

研究生：謝 雙 對

經考試合格特此證明

口試委員：_____

陳 希 宜
林 泰 和
劉 華 宗

指導教授：劉 華 宗

系主任(所長)：鍾 志 明

口試日期：中華民國 108 年 1 月 7 日

致謝

因偶然一次的機緣，同事之間的邀約與鼓勵踏入南華大學研究所的園地，教授的授課讓我重溫回到學生時代就讀時求知求學的心境，在校上課時認識了許多的教授，亦師亦友讓我在學習上獲得更多不同領域的知識，學習路行囊滿載。

最該感謝的還是我的指導教授-劉華宗老師，在我要寫論文時，內心的坎坷不安及遇到瓶頸時，老師總是能鼓勵我、為我解惑、協助指導我解決所面臨的問題，同時轉化運用在我的工作崗位上，讓我受益良多，一步步很踏實完成預定的研究進度，順利完成論文。

感謝我的家人，讓我在工作之餘可繼續再進修，因為您們的包容與鼓勵是我最大的精神支柱與力量來源，讓我無憂的完成我的研究所學業。



中文摘要

戒菸能立即減少吸菸造成的疾病和死亡，但是由於身體的成癮性，心理的依賴、生理的健康行為、社會環境壓力等因素，使得戒菸十分困難，至衛生所參與戒菸門診大多就醫一至二次，缺乏戒菸行為的持續性及對於吸菸者勸導其戒菸不易且辦理戒菸班吸菸者參與意願不高，復吸機率高，戒菸過程中造成吸菸者有無反面的相關因素或困擾，因此如何有效的協助吸菸者遠離菸害，了解吸菸者背景、動機、吸菸經驗、健康信念、自我效能，戒菸成功者之因素關係進行個案研究。搜集「菸害防治」政策之相關資料等，透過文獻資料蒐集，針對戒菸個案參與動機之相關資料加以整理、歸納和分析，期能對「菸害防治」政策的執行能夠有更真實、完整的了解，並進而對政策執行、規劃和未來走向提出發現與建言。

研究結果顯示，持續 8 週戒菸行為者有一半顯著的成效及提升，可獲得戒菸成功率提高。實際年齡、菸齡、目前每日吸菸量、一氧化碳檢測值、戒菸動機及藥物治療方式，則影響戒菸成功較大。對受訪者呈現之心血管疾病及呼吸系統疾病等，與醫療文獻資料中危害相同的結果。年齡較早開始吸菸者，其吸菸的成癮性較高，想戒菸的動機及自我效能持續的行為較差，戒菸的自我效能越好則越能去控制環境的誘惑及維持戒菸行為，能持續四週以上的戒菸行為，顯示能戒菸的自信心越強，戒菸成功機率也高，相對自我效能低，戒菸行為的維持越差，越易回復吸菸行為，越易導致戒菸失敗，吸菸者以自我戒菸的方式來進行戒菸，未尋求專業的戒菸協助，導致戒菸成功率低，反覆面臨失敗，未來仍需持續積極推廣努力，以增加其利用率。

關鍵詞：因素、自我效能、戒菸行為、菸害防制

ABSTRACT

Quitting smoking can immediately reduce the diseases and deaths caused by itself. However, due to the body's addiction, psychological dependence, physiological health behaviors, social environmental pressures and other factors, it is very difficult to quit smoking. Why? First, most smoking addicted visited once or twice the health clinics , helping them stop smoking, and then quitted easily. Secondly, the lack of persistence of smoking cessation behavior and the persuasion of smokers to quit smoking all contribute to the reasons why it is not easy to quit smoking. In addition, the willingness to participate in smoking cessation classes is very low, so the rate of relapse is high. To understand whether the smoking cessation process has negative factors or problems? How to effectively assist smokers to stay away from smoking, and the relationship between smokers' background, motivation, smoking experience, health beliefs, self-efficacy, all play roles in a successful smoking cessation. Collecting relevant information on the "Smoke Prevention and Control" policy, collecting and synthesizing and analyzing the relevant information on the motivations of smoking cessation cases through the collection of literature data, can bring up the "smoke prevention and control" policy more realistic and complete. They all contribute to find out successful solutions or suggestions on policy implementation, planning and future direction.

The results of the study showed that half of the people who quit smoking for 8 weeks had significant results and improvement, and the success rate of smoking cessation was improved. The actual age, age of smoke, current daily smoking, carbon monoxide detection value, smoking cessation motivation and drug treatment methods have a significant impact on smoking cessation. The cardiovascular disease and respiratory diseases, etc. presented to the respondents were the same as the hazards in the medical literature. Those who start smoking earlier are more addicted to smoking. The motivation and self-efficacy of smoking cessation are poor. The better the self-efficacy of smoking cessation, the better the temptation to control the environment and the maintenance of smoking cessation. The behavior of smoking cessation for more than four weeks shows that the stronger self-confidence that can quit smoking, the higher chances of success in quitting smoking, the lower self-efficacy, the worse the maintenance of smoking cessation behavior, the easier it is

to return to smoking, the more likely it is to stop smoking, the smoker To quit smoking by self-smoking, and not to seek professional smoking cessation assistance, resulting in low success rate of smoking cessation, failure of repeated stagnation, and continued active promotion efforts in the future to increase its utilization rate.

Keywords: factors, self-efficacy, smoking cessation behavior, smoke control



目錄

致謝.....	I
中文摘要.....	II
英文摘要.....	III
目錄.....	V
圖目錄.....	VII
表目錄.....	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 文獻回顧.....	4
第三節 研究架構與章節安排.....	27
第四節 研究方法與限制.....	29
第二章 心理及生理因素與戒菸之探討	33
第一節 戒菸心理因素之相關理論.....	33
第二節 探討生理因素相關理論：身體健康考量.....	45
第三章 環境因素與戒菸之探討	49
第一節 環境因素之禁菸政策.....	49
第二節 家中禁菸規定.....	57
第四章 研究資料分析	61
第一節 受訪者資料與訪談題目設計.....	61
第二節 影響戒菸成功的心理因素結果分析.....	66
第三節 影響戒菸成功的生理因素結果分析.....	75
第四節 影響戒菸成功的環境因素結果分析.....	80
第五節 戒菸成效之因應策略與方式.....	87
第六節 受訪者背景與戒菸成功的關聯.....	94
第五章 結論與建議	99

第一節 研究發現.....	99
第二節 研究建議.....	101
參考文獻	104
中文部分.....	104
英文部分.....	109
附錄 訪談紀錄.....	110



圖目錄

圖 1-1 研究架構.....	28
圖 2-1 理性行動基本理論概念.....	42
圖 2-2 計畫行為基本理論.....	43



表目錄

表 1-2-1 國家政策與法制和吸菸者相關論文摘要表.....	6
表 1-2-2 「戒菸意圖、自我效能」相關主題撰述的碩士論文摘要表	9
表 1-2-3 與「門診戒菸」相關碩士論文研究摘要表.....	14
表 2-1-1 戒菸行為改變階段處理及原則表	37
表 3-1-1 菸草戒斷症狀的診斷標準.....	54
表 3-1-2 戒菸第一週各項戒斷症狀出現的百分比.....	55
表 3-3-1 處理尼古丁戒斷症狀的方法.....	56
表 4-1-1 受訪者基本資料	62
表 4-1-2 訪談大綱.....	63
表 6-1 性別分析表.....	94
表 6-2 婚姻狀況分析表.....	95
表 6-3 菸齡分析表.....	95
表 6-4 一氧化碳(CO)檢測值(ppm)分析表.....	96

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

吸菸對國人健康一直是一個很重要的議題，根據世界衛生組織指出，菸草每年使全球 700 多萬人失去生命，其中有 600 多萬人緣於直接使用菸草，菸草中包含菸斗、雪茄及電子菸等，有大約 89 萬人屬於接觸二手菸霧的非吸菸者，整體而言，平均不到 5 秒就有 1 人因菸害死亡。在臺灣，約有 2 萬 4,000 名吸菸者死於吸菸及近 2,600 名非吸菸者死於二手菸害，平均不到 20 分鐘就有 1 人因菸害而失去生命（衛生福利部國民健康署，2017：A）。

吸菸是許多疾病與死亡的危險因子，吸菸造成的健康危害不僅是肺部疾病，且與許多癌症發生有關，過去學者使用 1980-2010 年世界衛生組織死亡資料庫 (WHO Mortality Database) 進行分析，發現將近 20% 成人死亡與吸菸有關。台灣因吸菸而死亡的人數每年超過 2 萬人，35 歲以上可歸因於吸菸相關疾病的費用總計約 1,414 億元，占全國 GDP 之 1.04%。過去的研究顯示若 35 歲前戒菸幾乎可以免除因吸菸所造成的死亡風險。因此，世界各國皆透過各種策略以提高吸菸者戒菸成功的機會（邱于容等，2016：613）。

吸菸會造成冠狀動脈心臟病、心律不整、下肢靜脈栓塞、肺癌、咽喉癌、口腔癌、食道癌、慢性阻塞性肺病、肺炎、氣喘、氣管炎、早產、流產、胎兒過小、精蟲數減少等會影響胎兒智能，易有過敏性疾病，與中風、消化性潰瘍、骨質疏鬆症、牙周病、白內障等疾病皆有關係。15% 的抽菸者會有慢性阻塞性肺病（肺氣腫、慢性支氣管炎）。抽菸者得肺癌的機會為不抽菸者的二十倍，所以吸菸會導致疾病和死亡的因素是可以預防的，因此透過戒菸是遠離菸害疾病促進健康的重要方法（鄭秀月，2005）。

香菸含有尼古丁、一氧化碳、刺激物和致癌物質等成分，對人類健康有害。衛生福利部國民健康署公布 2016 年國人十大死因依序為(1)惡性腫瘤(癌症)(2)心臟疾病(3)肺炎(4)腦血管疾病(5)糖尿病(6)事故傷害(7)慢性下呼吸道疾病(8)高血壓性疾病(9)腎炎、腎病症候群及腎病變(10)慢性肝病及肝硬化。十大癌症死亡率依序為(1)氣管、支氣管和肺癌(2)肝和肝內膽管癌(3)結腸、直腸和肛門癌(4)女性乳房癌(5)口腔癌(6)前列腺(攝護腺)癌(7)胃癌(8)胰臟癌(9)食道癌(10)卵巢癌(衛生福利部統計處，2016)。惡性腫瘤連續第 30 年蟬聯十大死因第一名，其中肺癌奪去最多台灣人的生命，而肺癌有三分之二就是由吸菸所引起的。香菸和肺癌有明顯的劑量效應關係，吸菸者發生肺癌的危險性是不吸菸者的十倍左右，而重度吸菸者的相對危險性更高達 15-25 倍左右。危險性會隨著吸菸的年數、每天吸菸量、吸入的深度、焦油含量的增加而增加(廖國盟、陳建仁，1997：377)。依據世界衛生組織估計，全球每年約有 700 萬人死於吸菸相關疾病，若菸害未能加以控制，至 2030 年，每年將有 800 萬人死於吸菸相關疾病，吸菸已於 20 世紀讓 1 億人失去生命，但 21 世紀將奪去 10 億人的生命(衛生福利部國民健康署，2017)。

為有效控制菸害問題，我國自 1997 年起開始實施《菸害防制法》，訂定禁菸場所、菸業與販賣者管理、戒菸、教育、廣告等規範，至 2002 年《菸酒稅法》實施，開徵菸品健康福利捐(以下簡稱菸捐)，始有經費「專款專用」挹注菸害防制工作推動(衛生福利部國民健康署，2017)。衛生福利部國民健康署 2005 年與民間反菸團體的努力下由總統完成批准《菸草控制綱要公約》(The Framework Convention on Tobacco Control，簡稱 FCTC)，依循該公約精神，循序推動各項防制措施，於 2007 年通過《菸害防制法》修正於 2009 年施行，重大措施包括調高菸捐 20 元、擴大禁菸範圍、增加菸品標示警示圖文、規範菸品陳列展示、限制菸品廣告促銷與贊助，以及申報菸品成分和毒性資料，同時善用菸捐推動各項健康措施，這是臺灣《菸害防制法》的重大變革，與世界同步，也是立法管制菸害之重要里程碑。

《菸害防制法》自 2007 年修正後又已逾多年未再修正，為保障國民健康、營造無菸的環境與配合新興議題的立場刻不容緩，國民健康署參納國際經驗與研究實證、朝野政黨意見、民間團體與專家意見、以及民眾共識，將積極推動全面性《菸害防制法》修法，包括加大警示圖文面積、禁止加味菸、增訂禁止菸品贊助、持續擴大禁菸場所範圍及全面管禁電子煙等。期望全民共同攜手努力防制菸害，拒菸興邦利民、促進國民健康（衛生福利部國民健康署，2017）。

自 1997 年《菸害防治法》正式實施及 2009 年 1 月修正上路，我國成人吸菸率於 2010 年雖已下降至 19.8%，但男性吸菸率達 35% 仍遠高於許多先進國家，為美國、英國、澳洲、加拿大、香港等地男性的 1.6 倍以上；究其原因，英美澳加等國曾吸菸男性有 54-62% 已戒菸，持續吸菸較少，而我國吸菸男性則僅 29% 把菸戒掉。特別是正忙於事業的 30-50 歲青壯年，吸菸率高達 40-50%；醫學文獻證實，戒菸可以預防心血管疾病，呼吸道疾病與癌症。戒菸 1 年，罹患冠狀動脈心臟病率減少一半；戒菸 5 年，中風機率甚至可降低與不吸菸者一樣；戒菸 10 年死於肺癌風險降低一半；戒菸 15 年，得心臟病風險降至與一般非吸菸者相同（行政院衛生署國民健康局，2012）。

戒菸能立即減少吸菸造成的疾病和死亡，但是由於身體的成癮性，心理的依賴、生理的健康行為、社會環境壓力或香菸廣告作用等，使得戒菸十分困難，就研究者服務於衛生所戒菸門診的觀察，向要戒菸者大多就診一至二次，缺乏戒菸行為的持續性，他們為什麼不願意繼續就醫戒治？因此如何有效的協助吸菸者遠離菸害，此為研究者動機之一。

研究者本身為護理師，已從事公共衛生護理工作有二十年之久，目前承接衛生福利部菸害防制計畫業務，有感於對吸菸者勸導其戒菸不易且辦理戒菸班吸菸者參與意願不高，戒菸者復吸機率高，影響戒菸成效，推動過程中也產生許多困境，因此，本研究針對參與門診戒菸治療計畫個案或戒菸班成員，想了解吸菸者

背景、動機、吸菸經驗、健康信念、自我效能，進行個案研究，此為研究者動機之二。

衛生所門診戒菸運作模式，對個案進行初步探討瞭解，有無藥物治療及電話衛教諮詢的持續介入是否影響戒菸成效，吸菸者在專業醫護人員協助下，對於醫護人員團隊持續協助幫助下，戒菸造成吸菸者有無反面的相關因素或困擾，此為研究者動機之三。

期待推動菸害防制計畫日後執行者或推動者，參考依據與建議，對有顯著重要性的個案，能設定更符合他們需要的觀點及目標，以提高戒菸成功率。菸品中更廣泛包：含有電子菸、菸斗、雪茄等，但是因為研究需要及實際上研究的限縮及題目的限制，目前只以限制一包包的菸做為研究。

綜合以上所述，本研究之目的如下：

- 一、探討吸菸行為人的動機、自我效能及複吸原因。
- 二、探討在戒菸治療過程中面臨到的困難或問題。
- 三、根據研究結果提出具體建議，作為行政機關、專家學者在推動菸害防治政策上，提供相關建議及參考。

第二節 文獻回顧

本節旨在影響戒菸成功與否之相關文獻，分成三部分進行探討：

- 壹、以吸菸行為之相關文獻研究。
- 貳、以成人戒菸意圖、自我效能之相關文獻研究。
- 參、以心理、生理及環境因素探討戒菸成功之關係。
- 肆、以門診民眾參與戒菸門診持續戒菸之相關文獻研究。

壹、吸菸行為之相關文獻研究

國人吸菸行為對健康的危害，已是無庸置疑之事，有無數的研究報告被提出，傳播媒體也常加報導，政府、許多專家學者及民眾常關心這方面議題，並常擬定計畫營造辦理活動來促進國人健康，因此在吸菸行為面有許多相關文獻，研究者發現眾多吸菸行為相關文獻中大致分為以下幾類：

1. 與「國家政策」或「菸害防制法」有關的研究文獻（莊淑惠，2011；黃冠霖，2015；王心榆，2017）
2. 研究吸菸者「成人」對吸菸的認知、態度及行為（黃界銘，2010；朱韻璇，2011；李佩璇，2011；孫筱婷，2014；吳佳真，2016）
3. 研究醫療院所「戒菸門診民眾」對吸菸的認知、態度及行為（陳勁淇，2013；江香慧，2014）
4. 研究各級學校「學生」對吸菸的認知、態度及行為（白瑞聰，2008；姚克武，2011；黃秀媚，2012；李虹伶，2015）

關於吸菸行為研究相當多，選擇兩本有代表性論文簡單說明下：

李虹霓（2014）《以計畫行為理論探討中高齡者與高齡者戒菸行為意向之研究》，採用問卷調查法，研究對象為南投縣 45 歲以上之中高齡者與高齡者，其研究結果為 1.「戒菸態度」對中高齡者與高齡者的戒菸行為意向並無顯著影響；「主觀規範」、「知覺行為控制」、「菸害認知」會顯著正向影響中高齡者與高齡者的戒菸行為意向，知覺行為控制的影響最高，菸害認知次之；2.「主觀規範」與「菸害認知」對中高齡者與高齡者的戒菸態度亦有顯著正向的影響；3.戒菸態度在主觀規範對戒菸意向，以及菸害認知對戒菸意向的路徑中，具有部分中介效果；4.整體研究可以有效的預測並解釋中高齡者與高齡者的戒菸行為意向。

孫筱婷（2014）《中老年男性吸菸者的戒菸行為之相關因素探討》本研究主要目的是在探討影響中老年男性吸菸者的戒菸行為之相關因素，採用面對面訪談問卷，包括社會人口學、嘗試戒菸、吸菸依賴、戒菸自我效能、戒菸動機、社會支持、社會文化、禁菸政策、家中二手菸規定、社會規範與戒菸行為，研究發現：本研究結果發現：吸菸依賴與戒菸自我效能是影響行為改變的重要因素，也是影響成功戒菸的重要因素。

以下針對國內與其他相關的碩士論文研究，略做摘要簡述如下：

表 1-2-1 國家政策與法制和吸菸者相關論文摘要表

研究者及 出版年份	研究主題	研究方法	摘要
黃冠霖 2015	國家法令對 吸菸者基本 權利限制之 研究-以菸害 防制法中心	文獻歸納分 析法，比較研 究法	1.各國對於菸害議題的法制規範與發展過程，吸菸所附隨的危害及各種反菸的聲浪逐漸匯聚成主流意見，而在反菸團體以國民「健康」為號召成功推動菸害防制走上立法之途後，吸菸行為已不再是以往道德層面的禮貌與否或個人「不良」習慣的問題，吸菸於他人眼中已係充滿「可責性」之不當行為，而菸草中尼古丁的「成癮性」更被視為必要之惡，用以支持須以法律規範或管制吸菸者的背後理由。當吸菸者已充分具備吸菸對自身之危害的相關認知，仍執意為之，此時國家

		<p>之保護是否仍須以法律來強制干預介入，或者即應退讓轉由道德來加以約束，國家之保護義務是否僅止於盡力提供菸害教育與資訊而為已足，然後再讓所有人自由選擇</p> <p>2.一般人對上癮的物質認知是列為管制的藥品，更容易聯想到「毒品」，因此必須以嚴苛的手段限制吸菸行為似乎頗為合理，但菸品至今仍屬合法商品，且比感冒藥還容易買到，此外「成癮性」本身應如何評價，若將成癮當成是一種罪行，則需要受到倫理或道德規範的譴責，國家自有對吸菸限制的必要</p> <p>3.吸菸容易高度成癮像藥物一般，倘吸菸者具足夠之菸害知識，認吸菸可為自身帶來的「好處」踰越自身健康所必須付出之「代價」而選擇為之，縱使無所謂之「吸菸權」，且係一具有危害社會性的行為，是以吸菸行為並非憲法非列舉基本權利之範疇，更無憲法須特別保障「吸菸自由」的可能，不表示國家政策得以恣意對吸菸行為任意限制或加以制裁，本文以為吸菸者仍得主張不受</p>
--	--	--

			非法強制之自由，性質上近似國家暫時容忍，如欲進行所謂父權式。
王心榆 2017	菸害防制政策對吸菸者吸菸行為影響之研究	統計分析法	研究結果為：1.吸菸行為顯著影響政策所帶來的戒菸成效，菸害防制政策中對於未滿一年菸齡、抽菸原因為吃完東西嘴饞與跟著朋友抽、購菸以包裝、濃度與價錢考量、購菸場所為雜貨店或量販店、購買產製歐美或其他非亞洲國家進口菸、最常抽三種以上品牌香菸、偶爾吸菸、平均一天抽 5 根以下香菸、購買每包菸品平均\$60 以下以及每月購買菸品平均花費\$500 以下的吸菸者顯著具有較高的戒菸成效，較能獲得政策上的成效認同；2.戒菸意圖同樣顯著影響政策所帶來的戒菸成效，以個人健康、不喜歡菸味與家人健康的戒菸意圖較對政策有較高的認同感，結果瞭解不同吸菸行為以及戒菸意圖所造成政策成效差異影響，可以針對戒菸意圖不同的吸菸者採取不同的菸害防制政策的實施。

資料來源：台灣碩博士論文知識加值系統研究者指自行整理製表

以上研究論文核心都著重在政府政策及對策上，透過政策政府在菸害防治議題上都有透過媒體大力宣導及政策之菸害防治法實施，全國醫療院所、學校、社區、社團、各個階層都知道訊息菸害會危及健康，因此研究者瀏覽許多吸菸行為

有關文獻發現，各研究無論對象是學生或各社區、社團、職場之民眾等對吸菸之危害都有正面的態度，及積極態度拒吸二、二手菸。

貳、以成人戒菸意圖、自我效能之相關文獻研究

自從菸害防制法實施及菸品健康福利捐不斷提高價錢，抽菸危害身體健康也會影響周遭人員及觀感，民眾有改變抽菸的習慣或戒菸的趨勢。意圖在行為預測及執行上是最大的關鍵，人透過意圖強弱來決定是否要採取行動，故意圖也等同於動機，動機強則表現出行為的可能性也就較高（江孟紋，2014：3）。民眾之戒菸意圖、行為及相關因素可提供未來規劃菸害防治政策及策略之參考。

表 1-2-2 「戒菸意圖、自我效能」相關主題撰述的碩士論文摘要表

研究者及出版年份	研究主題	研究方法	摘要
陳怡君 2010	不同年齡層成人吸菸者戒菸意圖影響因素之探討	問卷調查法	本相研究發現：1.桃園地區 40~49 歲的戒菸意圖比例稍高，其次為 18~29 歲，最低為 50~64 歲的吸菸者。2. 桃園地區 18~29 歲吸菸者戒菸意圖的影響因素：國中、有喝酒及嚼檳榔習慣的戒菸意圖比顯著低，與親戚或家人同住的青年吸菸者其戒菸意圖顯著較高；3.30~39 歲之吸菸者：有慢性病、時常看到（平均一週 1 次以上）拒菸廣告者其戒菸意圖顯著較高；4.40~49 歲之吸菸者：與親戚或家人同住、拒菸行為態度佳者其戒菸意圖顯著較高，有喝酒及嚼檳榔習慣的戒菸意圖顯著較低；5.50~64 歲之吸菸者：拒菸行

			<p>為態度得分較高者戒菸意圖為高；</p> <p>6.65 歲以上之吸菸者：有慢性病、拒菸行為態度佳者其戒菸意圖顯著較高。在規劃菸害介入策略時，應考慮設計符合不同年齡層民眾吸菸行為的高危險族群，以有效提升戒菸成效。</p>
<p>王郁雯 2010</p>	<p>應用計畫行為理論探討吸菸青少年戒菸意圖及其影響因素-以南部某專科學校為例</p>	<p>問卷調查法</p>	<p>根據研究結果：戒菸態度、主觀規範、知覺行為控制與戒菸意圖呈正相關；戒菸的行為信念、結果評價的乘積和與態度呈負相關，規範信念、依從動機的乘積和與主觀規範呈正相關，控制信念、知覺強度的乘積和與知覺行為控制呈負相關。</p> <p>戒菸態度、主觀規範及知覺行為控制能有效預測戒菸意圖，其中以知覺行為控制影響最大。結論：在考慮社會人口學因素、吸菸狀況、戒菸經驗及理性行為理論後，知覺行為控制仍然有效地解釋吸菸青少年的戒菸意圖。因此，可加強個人對阻礙戒菸環境的操控能力，以提高戒菸意圖。</p>
<p>江曉惠 2011</p>	<p>比較不同菸品健康福利捐對目前吸</p>	<p>問卷調查法</p>	<p>研究結論：以台北市萬華區吸菸里民為對象，里民對於菸品健康福利捐再度調漲，會改變其戒菸意圖及</p>

	<p>菸者的戒菸意圖及吸菸行為變化之差異—以台北市萬華區為例</p>		<p>吸菸行為：1.年齡 18~44 歲、過去一個月沒有每天吸菸者及平均吸菸在 10 支以內者嘗試戒菸的比例顯著較高。2.教育程度低者、無工作者、個人平均月收入小於 40,000 元、家庭月收入小於 80,000 元、購買每包菸品價格在 65 元以下者之吸菸行為改變比例顯著較高。3.有三成七之目前吸菸者同意政府為了民眾的健康繼續調漲菸價，且同意者之戒菸意圖比例顯著高於不同意者。4.2009 年菸品健康福利捐調漲 20 元後之吸菸行為變化比例顯著高於 2006 年菸品健康福利捐調漲為 10 元，其中以購菸習慣改變最顯著。5.「三人以上公共場所全面禁菸規定」實施後，目前吸菸者約九成以上願意配合規定。願意配合規定者之戒菸意圖比例顯著高於不配合規定者。</p>
<p>葉朱實 2014</p>	<p>吸菸糖尿病人戒菸意圖相關因素之研究</p>	<p>運用計畫行為理論研究以橫貫式調查進行研究</p>	<p>本相研究目的在了解吸菸糖尿病人的戒菸行為意圖。研究對象為台北市某醫學中心有吸菸的糖尿病人，1.對象未來 2 個月內可能或一定會戒菸者佔 33.3%，沒有意圖及不確定者佔 66.7%。2.態度和行為意圖的</p>

			<p>相關最高，知覺行為控制是其次，主觀規範最弱，三者與行為意圖有顯著水準，都呈現正相關。3.研究對象的戒菸態度與行為信念、結果評價的乘積和，主觀規範與規範信念、依從動機的乘積和，知覺行為控制與控制信念、知覺力量的乘積和有顯著水準，皆達正相關。4.複迴歸分析，顯示態度與知覺行為控制對戒菸行為意圖的預測力強。綜合而言，吸菸的行為是複雜的，只有 1/3 的病人會戒菸，建議醫療人員給與不想戒菸的病人不管年齡、性別、教育程度，應放入更多有效衛教策略，甚至法規更強力介入，病人的行為才有可能改變。</p>
江孟紋 2014	民眾戒菸意圖、行為及其相關因素之探討	統計分析法	<p>研究結論：人口學及健康行為相關變項後，戒菸意圖對於戒菸行為有顯著的關連，在不同年齡層戒菸意圖對戒菸行為也具有顯著關聯。吸菸者若能有戒菸意圖將有利於產生戒菸行為，抽菸者可藉由做運動、戒檳榔、戒酒、意識到健康的重要及建立正確的戒菸知識等，或由家人提供戒菸相關協助等方式，助益提升戒菸意圖、增加戒菸行為、降低吸菸率及減少二手菸的危害。</p>

曹如妨 2015	官兵戒菸自我效能之影響因子探討	立意取樣，取自各國軍醫院及各營區內輔導員諮商服務招募有戒菸意願之官兵	研究結論：尼古丁依賴程度愈低，官兵戒菸自我效能愈好，而軍種、階級、工作性質、嚼食檳榔習慣、菸齡、初菸年齡、每日平均菸量、周遭朋友是否吸菸、長官同儕是否吸菸以及過去戒菸經驗亦為官兵戒菸自我效能之相關因子。
-------------	-----------------	------------------------------------	---

資料來源：台灣碩博士論文知識加值系統研究者指自行整理製表

菸害傷害無窮，戒菸是遠離菸害並促進健康最重要的方法，以上綜合眾多不同的人群、相關的文獻可以發現加強對於吸菸者的戒菸意圖及動機，家人、親友、醫護人員可給予鼓勵及增加自信，提供適當的諮詢引導增加想戒菸者的意圖達成戒菸者行為改變。

參、以門診民眾參與戒菸門診持續戒治之相關文獻研究

自從菸害防制法公布實施後，政府當局衛生局、所及民間團體對相關的菸害宣導、二代戒菸門診、戒菸服務專線、營造無菸社區、無菸職場、無菸學校等活動積極推動，吸菸者能夠透過戒菸，使罹病率及死亡率降低。門診戒治也不是一次門診就可戒治，需要吸菸者有動機意念及配合才能有效提升戒菸成功率，當然要有合格的受過高階戒菸訓練醫護人員資格，提供吸菸者免費諮詢及衛教。

研究門診戒菸持續戒治資料眾多，擇以兩本論文簡單說明如下：

鄭秀月（2005），《花蓮地區門診戒菸個案持續戒菸行為及其相關影響因素之探討》採用問卷分析法，研究對象為某醫院門診戒菸個案，主要探討戒菸門診治療下，持續三周戒菸行為之戒菸情形及影響持續戒治行為之相關因素。研究發現：1.門診戒菸治療三週，有持續戒菸行為者為 47.3%，其戒菸成功率為 85.7%，

對象中傾向於無法持續戒菸行為者為年齡較輕、開始吸菸年齡較早、戒菸障礙性認知較高、戒菸自我效能較低。2.尼古丁藥物治療方式，在持續戒菸行為上無顯著差異。3.對於持續戒菸行為有顯著預測力的變項，包括年齡、每日的吸菸量、戒菸利益性認知及戒菸自我效能，這些變項對於持續戒菸行為有顯著的影響力。結果戒菸者若能持續三週戒菸行為，對於戒菸成功率有顯著的提升。

黃祺婷（2017），《出院病人持續戒菸治療介入之成效研究》，主要是以某醫學中心以立意取樣方式招募住院吸菸病人，合併結構式問卷收集人口學資料、尼古丁成癮度、過去戒菸經驗、目前吸菸狀況、吸菸年數、每日吸菸支數、本次戒菸理由、誘引吸菸狀況及戒斷症狀的資料進行統計分析，比較相關變項因子及第 1、3 個月點戒菸成功率之成效。研究結果顯示，兩組想吸菸因素數量多寡皆與戒菸行為有顯著相關，一個月後仍想吸菸的戒菸者在三個月後誘引吸菸內在因素數量高於一個月後不想吸菸的戒菸者，戒菸者可能會因持續性的吸菸意念而導致復吸行為，故醫護人員提供定期的衛教輔導，增強個人問題解決能力相當重要。

以下針對國內其他與「門診戒菸」相關碩士論文研究，略做摘要簡述如下：

表 1-2-3 與「門診戒菸」相關碩士論文研究摘要表

研究者及出版年份	研究主題	研究方法	摘要
王憲忠 2005	國民健康局「門診戒菸服務計劃」在基層醫療院所實施之成效-以某診所	實驗分析及問卷	本項研究結論： 吸菸相關疾病耗用相當可觀的醫療資源，如何降低吸菸人口成為一個公共衛生學及醫療經濟學上的重大課題，基層診所如能深入社區、學校、工廠、推廣戒菸教育、提供民眾方便的戒菸環境，相信促進國人

	為例		健康有莫大的幫助。
陳宙珍 2006	門診戒菸之成效及相關因素探討	政院衛生署 國民健康局 建置之門診 戒菸治療資料庫，進行次 級資料分析	本項研究結果：1.與「持續戒菸成功」有關之因素，在個人因素方面有年齡、職業等級、菸齡、尼古丁成癮度、過去戒菸次數、睡眠品質、是否運動、飲酒頻率、喝咖啡頻率；2.在環境因素方面為同住有吸菸家人數；3.在戒菸治療因素方面有戒菸治療次數、醫療院所層級。4.與已戒菸者「回復吸菸」有關之因素，在個人因素方面有尼古丁成癮度、過去戒菸次數、睡眠品質、是否運動、飲酒頻率；5.環境因素方面為同住有吸菸家人數；在戒菸治療因素方面為醫療院所層級。
薛光傑 2007	門診戒菸之成效與成本效果分析:以台灣某醫學中心為例	問卷分析法	本研究結果：有許多因素可影響門診戒菸之戒菸成功率，而其中提高門診戒菸回診次數將可以提高門診戒菸成功率。研究顯示，國內門診戒菸之成本效果非常優越，值得推廣。
陳稚尹 2009	家庭醫學科門診戒菸率之長期研究	縱貫性研究，採立意取樣	研究對象為南部某醫學中心家醫科門診戒菸病患，結果門診戒菸治療初期三個月內發展有效預防復發的

			策略，可以在治療期間增加有效的追蹤方式，提醒個案回診時間並適時提供所需要的諮詢，以提升門診長期戒菸率。
陳邵淇 2014	吸菸官兵轉介戒菸門診之成效探討	結構式問卷	本項研究結論：加強官兵複診戒菸門診之動機是重要的因素，另一方面也需增加戒菸動機與提供戒菸官兵紓壓管道。
江香慧 2015	某醫學中心住院病人轉介戒菸門診之成效探討	問卷調查法	以北部某醫學中心有意願戒菸之住院病人為研究對象，依個案之戒菸意願分為願意轉介戒菸門診者(介入組)和自行戒菸者(對照組)，並以電訪方式追蹤六個月評估個案之戒菸情況，持續戒菸率則隨著追蹤時間增加而下降。影響戒菸成效之主要因素為戒菸成功信心程度，其他可能影響之因素則包括每週工作時數、菸齡及教育程度。

資料來源：台灣碩博士論文知識加值系統研究者指自行整理製表

根據衛生福利部國民健康署 2017 年成年人吸菸行為調查結果顯示，成年人吸菸率從 1990 年 32.5% 降至 2016 年的 15.3%，降幅超過一半（52.9%）。然而，成人吸菸率雖下降，但成人近三年下降幅度已趨緩，吸菸率由 2014 年 16.4% 降至 2016 年的 15.3%，吸菸率每年下降僅約 0.58%。我國年輕男性的吸菸率，約由 18 歲以後逐年攀升，至 41-45 歲年齡層達最高峰，約每 2 個男性就有 1 個吸菸；在女性吸菸率方面，亦約由 18 歲以後逐年攀升，至 31-35 歲年齡層達最高峰，約每 9 個女性就有 1 個吸菸，依此顯示，年輕男女性在成長過程迅速養成的吸菸習

慣之問題，非常值得重視。在政府菸害防制工作計畫中，戒菸成功的獎勵措施，也提供戒菸治療的醫療院所內，設計並推動有效的戒菸介入計畫和措施，希望國人能提高戒菸成功率及預防已戒菸者回復吸菸。

肆、研究戒菸行為之定義和國內外文獻進行整理

一、戒菸行為定義：戒菸是遠離菸害疾病促進健康最重要的方法，可進而降低菸害導致的死亡率。根據統計呈現台灣地區吸菸人口中有三分之二的人曾經嘗試過戒菸，但是每年戒菸成功率小於 5%，有關戒菸率的研究則顯示教育程度為預測戒菸成功與否的變項之一。此外，影響戒菸的生理因素主要為尼古丁的依賴程度，每天吸菸支數為重要指標，而單一使用尼古丁替代藥物對高尼古丁依賴者的戒菸治療，除了可降低生理的戒斷症狀，也可增加戒菸行為的持續性。當個案處於戒菸初期，常因戒斷的不適症狀及信心毅力的不足，加上戒菸期間缺乏專業的協助常導致戒菸失敗。因此，要成功的戒菸必須在戒菸的初期，從促進健康行為的改變及減輕戒斷現象同時著手。

二、戒菸成功的定義：經門診戒菸治療（包括尼古丁置換治療及行為諮商）後測得吐氣一氧化碳濃度小於或等於 8 ppm，且於門診療程結束後以電話追蹤有達到戒菸持續超過六個月以上者（劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰，2016：147）。在戒菸成效的評估時間上，郭鍾隆的文獻研析回顧中提出開始戒菸後三周內是回復吸菸的高危險期，在國內一個尼古丁藥物治療之研究中，則以藥物使用後三週不再吸菸，定義為戒菸成功（鄭秀月、李茹萍，2009）。本研究對象為接受尼古丁替代藥物治療者，故將採用三週為持續戒菸行為評估時間。戒菸行為不但受到外在行為影響，環境因素也會影響戒菸成效（張景然、王佩蘭，2004：34）。

三、吸菸行為：依據世界衛生組織（WHO，1998）對吸菸行為定義分為三類：1、吸菸者：包括每天至少抽菸一次的每日吸菸者（daily smoker）及有抽菸習慣但並非每天抽的偶爾吸菸者（occasional smoker）。而偶爾吸菸者又分為：（1）

曾經每日吸菸但目前已無此習慣的減量吸菸者 (reducer)。(2) 雖然不曾每天吸菸，但累積吸菸量已超過 100 根以上的持續偶爾吸菸者 (continuing occasional smoker)。(3) 吸菸量未超過 100 根以上但偶爾為之的嘗試吸菸者 (experimenter)。

2、非吸菸者：包括完全戒菸者、從不吸菸者及已戒但偶爾吸菸者。3、曾經吸菸者：意指迄今至少抽菸 100 根香菸者 (周桂如、2000；張景然、王佩蘭，2004：31)。

個人每日吸菸狀態，從以前到現在吸菸累計超過 100 支，且最近 30 天內每日使用菸品者之比率；計算公式：每日吸菸率=受訪者回答「到目前為止，吸菸超過 100 支」且「最近 30 天內每天使用菸品」人數。

四、戒斷現象：戒斷症候群在開始戒菸的第 1-2 週達到高峰，少數可能會持續數個月，症狀包括情緒低落、暴躁易怒、沮喪、渴望再使用菸品及注意力不集中。戒斷症狀是戒菸的過程，是身體正在適應體內尼古丁減少的正常反應；尼古丁的成癮性和吸食嗎啡相當，甚至有過之而無不及，因此習慣性或成癮性吸菸者，一旦突然停止或減少尼古丁使用，絕大多數人在幾小時內便會出現所謂的尼古丁戒斷症候群 (nicotine withdrawal syndrome)，如失眠、情緒變差或沮喪、注意力不能集中、不能靜止、焦慮、食慾增加或變胖、憤怒、躁動易受刺激等。尼古丁戒斷症候通常幾小時內出現，可持續 3-4 天，然後在戒菸 1-3 星期後逐漸減弱。持續的時間會較焦慮不安與易受激怒來得長，尼古丁吸入量越多者，戒菸越困難 (衛生福利部國民健康署，2017)。尼古丁成癮度和每天平均吸菸量及菸齡有正相關，換言之，吸菸量愈大或菸齡愈長，尼古丁的依賴性愈高為戒菸的主要障礙之一 (王建楠、李璧伊、洪雅珊，2013：102)。戒菸者很容易因為這些身體不適，前功盡棄，所以在實行戒菸過程中，找出適合自己的戒菸方式及尋求家人朋友的支持與鼓勵，若能遵照專業人員指示使用戒菸藥物，可降低戒菸時的不舒服與想吸菸的慾望，大大增加戒菸的成功率。

五、戒菸方法：國內外戒菸介入的方法種類眾多，美國健康照護與研究組織 (US Agency for Health Care Policy and Research, AHCPH) 於 1996 年建議運用於臨床的戒菸方法有：(一)醫師及護理人員介入：這種戒菸方式最常應用於醫療院所、社區護理及工廠，醫師以簡單的信念勸導，來增加戒菸成功率；(二)行為及認知改變介入；(三)自我戒菸；(四)尼古丁藥物替代治療。戒菸活動的設計，應結合醫師勸戒、尼古丁替代藥物治療及認知行為治療，並由護理人員進行介入措施輔導、支援、電話 照護追蹤等工作，如此將是最佳的戒菸成功模式，亦為此門診戒菸治療計畫的執行模式。尼古丁依賴程度量表採用目前廣泛使用的 fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) 量表，得分 ≤ 4 分為低成癮者、得分 ≥ 5 分為高成癮者 (鄭秀月、李茹萍，2009)。戒菸門診係以門診方式提供戒菸的行為諮商、個別衛教，配合尼古丁置換療法來幫助病患戒菸。收案條件為年滿十八歲以上，每日吸菸量達十支或尼古丁耐受問卷 (Fagerström Tolerance Questionnaire) 分數達五分以上，並有戒菸的意願。排除的條件為有兩週內發作之心血管疾病及中風，不穩定型心絞痛之病患，懷孕或哺乳之婦女，急性精神疾病未經藥物控制穩定者。個案先自行選定戒菸日以安排第一次門診，並於一、二、四、八、十、十二週後回診追蹤。第一次門診時收集個案的基本資料，包括性別、年齡、疾病史、菸齡、戒菸史、家人吸菸狀況、每日吸菸量、填寫尼古丁耐受問卷，並以 0 至 5 分的視覺類比量表測量戒菸意願 (0 分為無意願，5 分為最強烈意願)。每次門診皆給予個人化的行為諮商指導，輔以尼古丁置換療法，並記錄吸菸狀況、戒斷症狀、接受尼古丁置換療法的劑型、劑量、藥物副作用，測量吐氣一氧化碳濃度、體重和血壓。尼古丁置換療法所使用的藥物有尼古丁貼片和口嚼錠，其使用由醫師依適應症考量，並參考個案的選擇來決定。尼古丁貼片的療程為中、重度尼古丁依賴 (尼古丁耐受問卷分數 ≥ 6) 的個案前四週採用 24 小時釋放 21 mg 尼古丁的劑量，每日一片，第五、六週改採 24 小時釋放 14 mg 的劑量，第七、八週改為 24 小時釋放 7 mg 的劑量，而輕度尼古丁依賴 (尼古丁耐受問卷分數 ≤ 5) 者以

24 小時釋放 14 mg 為起始劑量。尼古丁口嚼錠的療程為重度尼古丁依賴的個案前四週使用 4 mg 劑型，白天每隔一至二小時使用一粒，之後視情況減少每日用量，後四週降為 2 mg 劑型，輕度尼古丁依賴者則使用 2 mg 劑型。門診療程最多不超過 16 週，戒菸藥物費用為部分負擔，由衛生署補助每週 250 元，結束後每三至六個月以電話追蹤個案的吸菸狀況（劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰，2016：146-151）。戒菸諮詢（戒菸衛教或戒菸專線），想吸菸的衝動受到環境（鼓勵吸菸、允許吸菸）的影響，與生理、心理、社交等原因有關。找出吸菸的誘因，擬訂對策，是戒菸諮詢的主要內容。開始前應了解戒菸預期遭遇的困難與教導戒菸方法，開始後則會找出個人化的困難並協助解決。單次戒菸諮詢幫助有限，通常需要 2-4 次來解決問題，有些人要 5-8 次，少數人則需要 9 次以上。據統計，戒菸諮詢次數越多，越容易成功。戒菸藥物對生理依賴高的菸癮者，戒菸藥物能降低想吸菸的衝動，以及減少沒吸菸時的煩躁感。靠意志力支撐戒菸時，使用藥物心情能較放鬆。藥物分為尼古丁替代藥物或其他口服藥。尼古丁替代藥物有貼片、口含錠、口嚼錠、吸入劑等等，利用延緩尼古丁釋放速度來降低成癮性，但仍保有一些尼古丁的生理作用，以減少不吸菸時的不適感。副作用多為局部刺激（貼片會使皮膚紅、癢；口含、口嚼錠會刺激消化道造成嘴巴、食道、胃部麻辣或灼熱；吸入劑會刺激呼吸道而出現癢、咳嗽、流鼻水等）。非尼古丁口服藥效果為抑制慾望、使菸味道變差。副作用不多，但可能因減少慾望產生失眠、食慾變差、噁心等等。使用戒菸藥物時，要對菸的接觸特別警覺，且刻意避開吸菸環境。因為雖然降低了菸癮，但再接觸就像重新接觸吸菸，而又陷入抽菸習慣。

戒菸藥物能幫助菸癮者，消除沒吸菸時生理上的不適，但無法解決心理與社交的依賴。使用戒菸藥物時，若搭配戒菸諮詢，是成功率最高的戒菸方式。如果開立戒菸藥物的醫事機構沒有提供戒菸諮詢，也可以搭配戒菸專線來戒菸（林一中、林益卿 2017）。

伍、研究社會人口學對吸菸行為人之影響文獻整理

社會人口學對吸菸行為人之影響：國內外探討國人吸菸行為的關係因素與性別、年齡、教育程度、職業與社經地位等與吸菸率有關。青少年吸菸行為受父母親與同儕影響很大，菸品取得性與購買菸品的經濟條件是影響因素，青壯年時期（25-44 歲間）因受社會化影響、吸菸行為不受法律的約束且經濟獨立等因素故吸菸率此時期最高峰，45 歲以上族群，因健康狀況下滑，吸菸率會開始下滑；相對戒菸率之年齡層為高。男性國初中以下者，較大學、專科以上者之吸菸率高出一倍，女性則為高出兩倍以上。在職業別與吸菸關係上，男性藍領階級的吸菸率顯著地較白領階級為高，低收入族群的吸菸率較高收入族群為高，經濟是影響國人低收入族群吸菸行為的主要因素之一，菸價是控制吸菸率最好方法之一（臺灣公共衛生雜誌，2003）。國內外研究發現社會支持因素可影響戒菸行為，社會支持的來源可以是家人及伴侶，國外訪談中老年吸菸者與戒菸者發現配偶的支持度是個案戒菸關鍵人物，朋友家人支持能讓吸菸者察覺戒菸的重要性；醫護人員的建議，影響未來六個月戒菸的機率也比較高（孫筱婷，2014）

對國人菸齡、戒菸一週內之吸菸狀況、及尼古丁置換治療週數為影響門診戒菸成功之因素。對於未接受藥物治療者，其決定戒菸成功的因素主要為年齡、性別、戒菸經驗、吸菸起始年齡、喝酒、對尼古丁的依賴程度、每日吸菸量、戒斷症狀、戒菸的意願、家人是否吸菸、戒菸前的情緒、戒菸期兩週內是否有吸菸等年長者戒菸成功率較高可能是因菸齡越長，吸菸相關疾病越多及症狀越明顯，導致戒菸意願增加（劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰，2016：150）。於門診戒菸治療的使用率較高的族群，為男性、平均年齡約 45 歲、已婚有配偶，其中自覺身體不適者佔七成以上，有慢性疾病者佔一半，參與的個案平均年齡介於 42-48，且多因健康因素而參與戒菸，吸菸者因健康因素就醫時應是戒菸治療介入的最佳契機，醫護人員應對於有戒菸動機的吸菸個案，以專業角色適時的介入、積極協助戒菸治療，將可提升戒菸的成功率（鄭秀月、李茹萍，2009）。

陸、研究影響吸菸行為人之個人吸菸特性文獻整理

吸菸帶給人類很多負面的影響，為何有些人繼續吸菸？有些人會想戒菸？有些人戒菸成功？但有些人又復吸？吸菸會影響健康行為，受到環境、心理及社會等層面，所以藉由文獻探討相關吸菸行為的個人特性，包含嘗試戒菸、戒菸者的動機、自我效能與健康行為之影響、吸菸的依賴與戒菸行為之影響，茲分析如下：

一、嘗試戒菸及意圖戒菸：目前吸菸者曾嘗試戒菸定義：目前吸菸者在過去十二個月內，曾嘗試過戒菸(戒菸是指完全不吸菸)，根據衛生福利部 105 年統計呈現台灣地區嘗試戒菸率 28%，比去年(104 年 36.6%)降低 8.6%。戒菸意圖定義：目前吸菸者在未來一年內打算戒菸。衛生福利部 105 年統計呈現台灣地區戒菸意圖率 20%，比去年(104 年 23.3%)降低 3.3%。戒菸初期要成功必須從促進健康行為的改變及減輕戒斷現象同時進行。雖然在台灣整體性是下降但仍需加強了解嘗試戒菸及意圖戒菸經驗及行為重要性。衛生福利部民國 105 年統計結果，18 歲以上成人吸菸率 15.3% (民國 104 年為 17.1%)，男、女分別為 28.6% 和 3.8%。政府與民間醫療團體積極推動菸害防制工作，目前全國仍有 300 多萬吸菸者需要協助戒菸，吸菸者中有近 70% 的人以前曾嘗試戒過菸，但十戒九敗，如果不靠專業協助，短期戒菸成功率不到一成，而每年戒菸成功率不到 3%。很多研究結果顯示很少人一次就戒菸成功，戒菸常需多次戒除才能獲得成功，吸菸者和醫療人員必須瞭解尼古丁依賴是一種慢性疾病 (chronic disease)，處理和其他的慢性疾病如高血壓、糖尿病、高血脂相同，應該接受適當的評估和診斷再作持續性的治療和追蹤。大多數的使用菸品者並無此概念，意即缺乏病識感 (insight)。吸菸者沒有病識感也不會將身體與心理疾患和使用菸品相聯結，則沒有動機 (motivation) 戒除菸品，不會使用醫療資源來戒菸。缺乏戒菸的支持體系 (supportive system) 和環境，存在的影響行為與心理的因素沒有改變，或者共病 (comorbid) 精神疾病和物質使用疾患都是常見戒菸的障礙。健康照護工作者建立良好的醫療關係診斷和治療計劃，與病人和家屬良性的互動溝通，提供

支持、鼓勵、資訊，確實治療和追蹤，整合性處置則會增加戒菸成功率（邱南英，2012：2）。

二、戒菸者的動機：動機，一直是行為改變過程中很重要的關鍵因素，有動機的人改變意願高且強烈，會克服困難、勇於挑戰、努力克服過程中的阻礙，持續堅持、維持住改變的成果（蘇庭進，2016：58）。相反的，沒有動機的人缺乏改變意念，缺乏興趣，即使有強烈內外誘因或強迫，仍不為所動也無效。對加強吸菸者的戒菸動機，可提出適宜的戒菸諮詢，試著引導戒菸者自己選擇改變行為並給予鼓勵、增加其自信，以幫助發掘和解決改變吸菸行為後的不確定感，應避免採取過度積極或對抗性的策略（莊令史，2011：12）。要幫助吸菸者戒菸，亦應了解吸菸者對於戒菸的動機為何，藉以提供合適的介入策略（簡武雄等，2011：188）。在戒菸動機裡，有些人是面臨身體健康的警訊不得不戒，更嚴重者是面臨心血管疾病、惡性腫瘤等；有些人是因為禁菸法令政策、菸價調漲、戒菸獎勵，為了省錢考量；有些人則是因為家人健康太太懷孕、親友離世、兒孫要求等。不論是哪一種原因，只要能引發戒菸，對想要戒菸個案而言都是重要的戒菸動機來源。儘管菸害的知識、訊息已經普遍深植人心，但仍有許多癮君子不願付諸戒菸行動。因此，在個案戒菸過程如何在諮商衛教會談中，引起戒菸意願、促進戒菸行動，便會是戒菸衛教中，很重要的第一步。而青少年族群所在意的影響外觀或有不好的氣味或是青年族群在意的減少金錢花費等問題。老年人最常見的戒菸動機是減少心肺疾病的機會。WHO 的 CINDI 計畫表示老年人主要的戒菸動機是健康因素。波蘭 2009-2010 年的研究也顯示無論性別，瞭解菸品對健康危害是有助於維持長期的戒菸（張茵畚、劉樹泉、黃獻樑，2013：166）。

柒、研究吸菸行為影響自我效能與健康行為文獻整理

自我效能是個人自覺是否有能力去成功執行某種行為所具有的信心程度，自覺信心強度會決定他是否能克服困難情境與維持，以達成行為改變。自我效能同

樣強調對結果的期待，行為結果會受自我效能期待的影響，而個人的自我效能信念是透過行為表現、他人言語的勸說、生理的狀態、經驗的感受，經由認知、激發、情緒、選擇等過程而產生提供行為動力，當自我效能越高越能達成個人健康行為。自我效能可作為引導戒菸成功與否的有效指標。將自我效能結合健康信念，以增加行為改變的影響力，因為行為改變需要長時間且持續去改變，個人要有動念及決心才會成功（鄭秀月、李茹萍，2009：224）。

戒菸者自我效能的高低也將影響其是否決定戒菸的動機之一。Baer, Holt 和 Lichtenstein 在 1986 年研究指出，低自我效能的菸癮者可預見其故態復萌的機率也將隨之增高（張景然、王珮蘭，2004：34）。吸菸改變階段是變動的，或進或退或停滯，會受到決策權衡（decisional balance，決定吸菸的因素）與自我效能（self-efficacy，吸菸的意念強度）的影響。針對不同階段的吸菸者，可再利用與跨理論相關之量表，分析其與自我效能、決策權衡、改變過程的關聯性，決策權衡是行為改變初期的重要影響因素（賈台寶等，2013）。個人健康行為常被使用的就是健康信念模式（health belief model）以及自我效能（self-efficacy）理論。健康信念的論點是以價值期待為基礎，強調對結果的期待，運用動機及個人認知的角度來預測、解釋有關健康的行為。概念有疾病罹患性認知、罹病嚴重性認知、行動利益性認知、行動障礙性認知、行動的線索等，行動的可能性基於個人有充分的動機，自覺健康或疾病產生威脅，自覺採取行為改變後對於威脅降低是有益處的提前，才會有實際的行動，因此有健康信念越正向越能改變行為（張景然、王珮蘭，2004：34）。

捌、研究吸菸的依賴與戒菸行為之影響文獻整理

多數人都知道使用菸品的危害，有些人質疑為什麼有為數不少的人卻還要使用菸品？經詢問使用菸品的人們，他們的回答如下：開始使用菸品的原因為新鮮、好玩、好奇、同儕或朋友的影響、模仿、控制緊張、使用菸品來放鬆、欣賞菸品

廣告中使用菸品者的形象、藉此表示叛逆或長大成熟、情境因素、社會壓力、社交應酬的需求、控制體重…等。而持續使用菸品的理由則是已經成為習慣、成癮、作為放鬆的工具、滿足感覺的需求、尋求增加刺激、提神醒腦、降低焦慮和害怕及痛苦、同儕或朋友的影響、社交應酬的需求、環境因素、避免戒斷症候群、害怕變胖及增加體重、無聊、治療鼻塞…等。周月英在 1922 年調查臺灣地區人們吸菸的十大理由為鬆弛緊張和消除疲勞、提神醒腦、耍帥表示有個性和顯示成熟、藉此反抗權威、向同儕或朋友看齊以維持友誼、減肥、化解心情的煩悶、治療鼻塞、增加國庫收入、無聊。後來調查吸菸的型態，發覺以逃避型最多，其他則為習慣型、依賴型、放鬆型、刺激型、享樂型，多數的菸癮族為同時有多種型態，即有許多使用菸品的原因。尼古丁依賴 (nicotine dependence) 屬於物質使用疾患 (substance use disorder)，是一種精神疾病。在聯合國世界衛生組織 (WHO) 出版的國際疾病分類 (ICD) 和美國精神醫學會 (APA) 所出版的精神疾病診斷與統計手冊 (DSM) 中都有明確的診斷和診斷標準。事實上有很多尼古丁和菸草依賴的理論和模式。有三個主要的因素和使用菸品及造成尼古丁依賴有關，分別是生理 (尼古丁成癮)、行為 (強烈持續的習慣) 和心理 (相信使用菸品可以協助處置壓力、解決問題、聯結社交活動及享受滿足感)。使用菸品是一種行為，行為和學習、制約有關 (邱南英，2012)。在臺灣 2016 年成人每日吸菸率整體佔 13.7%，成人男性之每日吸菸率分佈 25.7%，成人女性之每日吸菸率分佈 3.3% (衛生福利部國民健康署，2017)。吸菸依賴對人體的危害呈現菸量劑量反應效應，菸量劑量越大及時間越長。重複使用菸草後，產生對菸草中尼古丁的耐受性，在身體與尼古丁交互作用下，個體產生對尼古丁的渴求與需要，如果停止身體會產生不適之戒斷症狀，需要靠尼古丁來維持生理功能 (孫筱婷，2014)。吸菸依賴不易戒除成癮與香菸之尼古丁息息相關，另外還包括心理、社會及生活習慣等各層面的需求。罹病的機會就會越大，有菸癮的人若能早日戒除菸品，是可以遠離疾病的威脅。尼古丁依賴是一種慢性疾病，經常是需要反覆的戒菸服務的介入及

多方面嘗試，才能成功戒除。透過專業協助戒菸，將可有效提高戒菸成功率（行政院衛生署國民健康局，2012）。吸菸是一種慢性成癮性疾病，也是一種生活習慣的養成，加上尼古丁的依賴（生理及心理），在個人的日常生活作息與工作中建立了環環相扣之連結，彼此間建立了親密伙伴關係，形影不離。國內吸菸年齡早開始於國小五、六年級，吸菸的理由很多，如好奇心、同儕聳恿、克服害羞或緊張、無聊、模仿大人、表現世故或成熟、情緒困擾、社交問題等，研究顯示越早開始抽菸，越容易上癮。大多數終生抽菸的人自己也承認，他們早在 14 歲以前便開始學會抽菸。吸菸者年齡愈早，其每天平均吸菸量愈大及尼古丁成癮度愈高，在戒菸的路途中，所遭遇的困難或挫折也高於他人（王建楠、李璧伊、洪雅珊，2013：107）。使用菸品的相關因素中心理因素是最複雜，和菸品有關的任何事物都會影響人腦包括認知、思考、信念、情緒，也包含對自我、世界和未來的看法，其他還有壓力及其處置、與生理和行為因素的聯結。

玖、研究影響戒菸行為之社會環境因素之文獻整理

對吸菸者而言，吸菸就像是人際互動的催化劑，不論是朋友聚會或是初次建立人際關係，遞菸或是一同享受吞雲吐霧的氣氛，是成為吸菸者增進自我人際關係方法之一，特別是朋友之間遇到情緒低落的時刻，更能讓彼此感到心理支持。由於吸菸會帶來心情放鬆減輕壓力，吸菸者通常會在一些特定的時間或情境想要吸菸，如遇到人際衝突時，以緩衝緊張的氣氛。軍旅生活紀律嚴明，生活單調的環境，吸菸也是成為排遣休閒與壓力最為便利的方法。吸菸者認為吸菸可以讓自己集中精神，特別是長期坐著，面對工作或課業壓力時，吸菸不但可以放鬆心情，甚至可以幫助思考，使自己不會因壓力而理不出頭緒。另外，香菸已成為日常生活中的習慣，當習慣必須改變，內心的空虛與失落，使得吸菸者視戒菸為畏途，甚至有的吸菸者在戒斷復發後，有過度補償的行為（張景然、王珮蘭，2004：39-40）。戒菸行為不但受到外在行為影響，環境因素也會影響戒菸成效。

第三節 研究架構與章節安排

壹、研究架構

本研究主要探討「影響戒菸成功與否的因素-某衛生所個案研究」以戒菸門診個案為研究對象，以青年、中年、老人各 2 人，每位都是獨立的個體，具有個別意志，為了使研究對象可以充分表達自己的想法及觀點，本研究採取質性研究法，對門診戒菸治療服務收案之個案進行深度訪談，本研究根據研究動機與目的，已透過各種文獻的資料分析、整理，進而編製訪談問卷，作為研究工具，以求資料之完整周全，從訪談中了解個案的參與動機為何，並了解吸菸者到戒治所面臨的問題，以供政府作為未來推動「菸害防治」政策之參考。

研究者採納張景然、王珮蘭（2004）提出的概念，認為心理因素、生理因素與環境因素會影響一個人戒菸成功與否的關鍵因素，這裏的心理因素基本上又可分為戒菸動機及戒菸自我成效，生理因素可分為身體健康考量，環境因素分為禁菸政策及家中禁菸規定，將針對戒菸階段戒菸者從心理、生理、環境因素的變項，對戒菸成功與否的影響，進行探討。

根據以上所述，提出影響戒菸成功與否架構圖如圖 1-1 所示

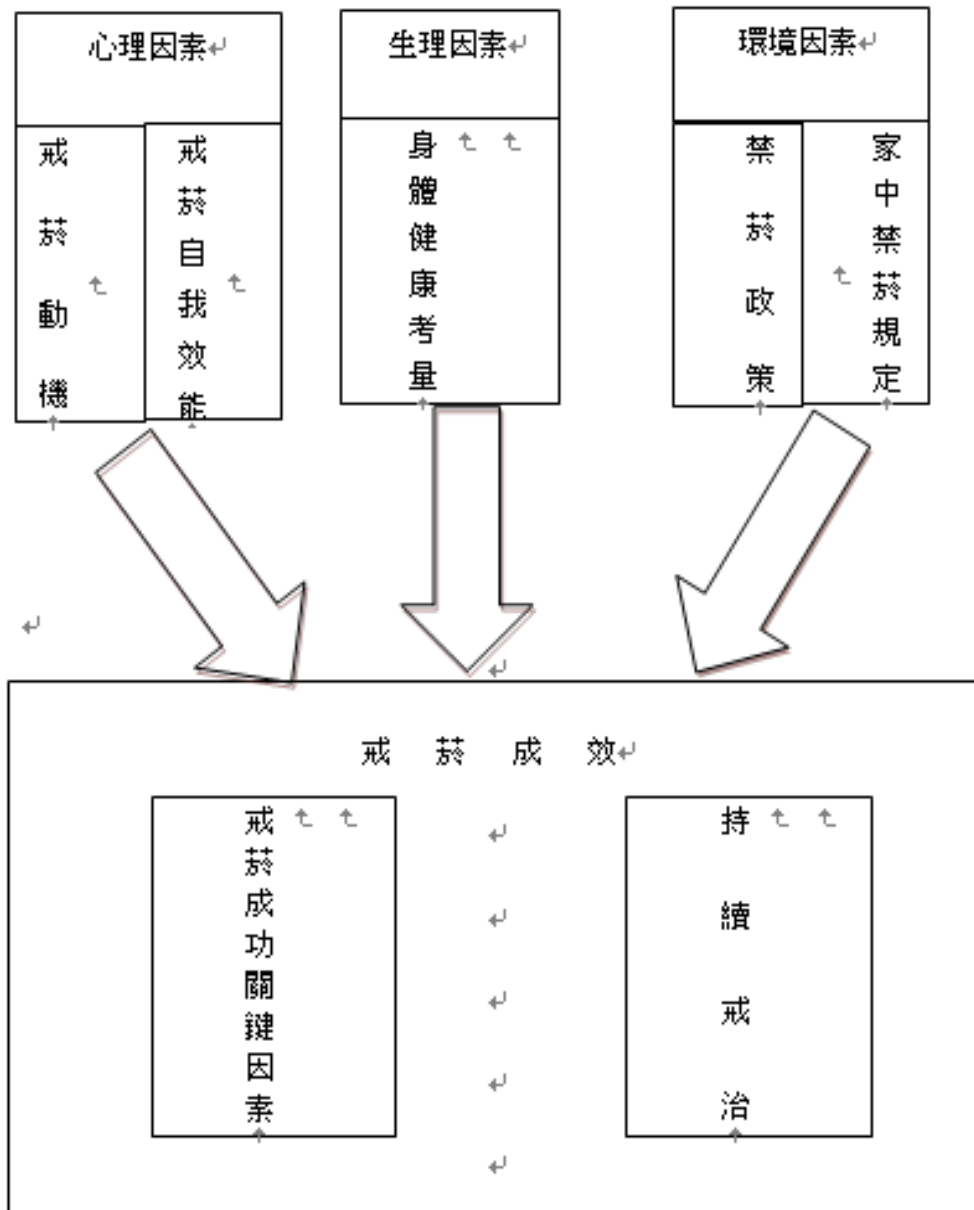


圖 1-1 研究架構

影響戒菸成功與否架構圖中，以受訪者的心理因素、生理因素及環境做為探討分析，對於戒菸成效中，受訪者戒菸成功因素的探討了解，如沒戒菸成功，則需繼續持續在戒治，收集訪談資料並分析結果，整理影響戒菸之因素，並提出建議，供未來推動戒菸政策之參考。

貳、章節安排

本研究依據研究動機以及所要進行的研究目的擬定五個章節，分別說明如下：

第一章為緒論，包括研究動機與目的、文獻探討、研究架構、章節安排與研究方法，其中文獻回顧部份則是針對本研究主架構以影響戒菸成功與否分析前人的相關研究資料，整理出本研究的研究方向，以建立本研究的基本架構。第二章相關理論探討，首先是戒菸動機與自我效能（心理因素）、抽菸或戒菸對身體健康的影響（生理因素）的理論發展，戒菸者的動機意涵、理論，以作為本研究的理論及分析基礎。第三章先介紹國內菸害防制相關禁菸政策（環境因素）及目前國內戒菸治療成果及對社區社會的影響。第四章主題為訪談的過程研究資料分析，首先介紹研究對象相關的資料，並擬定訪談問題，最後針對本研究對象「青年、中年、老人各 2 人」進行訪談，探討吸菸者心理因素、生理因素及環境因素。第五章為結論與建議，由前一章訪談所蒐集到的資料來分析結果，整理影響戒菸之因素，並提出建議，供未來推動戒菸政策之參考。

第四節 研究方法與限制

本研究的目的是在於探討影響戒菸成功與否的因素，提出具體建議以提供未來政策執行參考。為達成本研究之目的，本研究採用深度訪談法對戒菸門診之個案進行訪談工作，希望透過深度的訪談，以了解受訪者經歷及內心的想法，並從菸害防制法政策執行之現況，進行相關研究資料的蒐集、綜合、分析後，再依據研究所得結果，對未來推動菸害防治政策之成效參考做建議，茲將研究方法說明如下：

壹、文獻蒐集與分析

搜集「菸害防治」政策之相關資料，包括國內相關學術論文、期刊、政府出版品、學者專書、報章雜誌、相關網站等。其蒐集的來源主要利用國家

圖書館、國家圖書館臺灣博碩士論文知識加值系統、國家圖書館臺灣期刊論文索引系統、華藝線上圖書館、衛生福利部國民健康署網站等等。透過文獻資料蒐集，針對戒菸個案參與動機之相關資料加以整理、歸納和分析，期能對「菸害防治」政策的執行能夠有更真實、完整的了解，並進而對政策執行、規劃和未來走向提出發現與建言。

貳、深度訪談

在研究方法之使用上，質性研究中深度訪談法即為一個很重要之研究工具，用以深入了解專家、學者、被研究者等人之經驗與看法（郭紘牲，2012：49）。個案研究的定義，採取比較開放的態度，認為只要是對一個有界限的系統如：方案、機構、個體、家庭、社區或村落等，做出全貌式描述和分析，就是所謂的個案研究。研究者運用多元資料來源，深入探討真實生活情境的社會現象。個案研究主要的目的，是在探討一個個案在特定情境脈絡下的活動性質，以了解他的獨特性和複雜性；對個案研究者而言，研究的興趣在於了解過程，而不在結果；在於了解脈絡、而非一個特定變項（莊智婷，2007：7）。訪問法就是希望經由談話的途徑來了解某些人、某些事、某些行動或某些態度，當我們進行訪問時，一般都有個主題，沿著主題談下去，資料就慢慢累積起來了。深度訪談是透過面對面的交談對話，以搜集受訪者對於特定問題與現象的看法或意見，並經由開放式問題詢問受訪者，傾聽並記錄他們的回答與見解，並且就其所回答的內容，繼續追問其它相關的問題。深度訪談是社會科學研究中常使用的一種方法，更是質化研究中發現被研究者心中想法的重要途徑。深入訪談不是要把受訪者拉出來，是研究者要進去，深入訪談是去找問題，是要看受訪的人到底有些什麼問題意識，關心什麼（陳惠文，2017：20）。本研究主要透過質性研究深度訪談，研究者和受訪者一起坐下來，進行面對面的交談，藉由受訪者詳細描述個人吸菸經驗，從心理、生理及環境因素，綜合不同觀點，瞭解其行為意義的作法，分析收集受訪者紀錄，藉以作為吸菸者在戒菸階段相關因素研究探討依據。

參、研究限制

本研究基於主客觀因素影響，仍存有若干限制，茲分別描述如下：

一、就研究對象的限制而言

本研究限於人力、時間、經費及地區等客觀因素，因此本研究訪談對象僅能選擇研究者居住南投縣地區某衛生所為主，研究對象為某衛生所戒菸門診個案，因此，在研究結果的解釋及推論上，將受到研究對象的限制。

二、就研究者的限制而言

在文獻探討上最主要採用影響戒菸成功與否的因素研究相關理論，來分析訪談對象的想法和問題。然而在理論的立意抽樣上以及深度訪談的過程中，或多或少可能會受到人力與時間的限制，還有研究者個人主觀判斷及背景經驗影響，難免有失客觀而有所偏頗。

三、就研究方法的限制而言

本研究屬於質性研究，研究方法以深度訪談法為主，文獻分析法為輔，主要利用立意抽樣之方法來選取訪談樣本。本研究所選取之樣本，受限於人力、時間與區域性之限制，所選取之樣本人數上的代表性仍有不足，本研究訪談之後所歸納之結果，並無法類推至其他未受訪之戒菸行為人，對於要反映全面性之問題所在有其限制，缺乏量化資料，亦為本研究之限制。

第二章 心理及生理因素與戒菸之探討

本章共分為二節，第一節探討戒菸動機及自我效能（心理因素）相關之理論，第二節抽菸對身體健康的危害（生理因素）相關理論，以作為本研究的理論及分析基礎。

第一節 戒菸心理因素之相關理論

吸菸會受到心理、社會、環境等層面的影響，所以探討影響戒菸行為因素，會以醫療社會心理學理論為參考，下列為戒菸動機及戒菸自我效能之行為理論探討。

壹、心理因素：戒菸動機

Miller 和 Rollnick (1991) 發現，當菸癮者試著要戒菸時，其中一個最大的心理挑戰是自我形象的轉變，過程中他(她)必須同時經驗自己是菸癮者，但是已經開始嘗試新的非吸菸者的行為，這種自我形象認知與行為落差，造成菸癮者認知失調的狀況，是相當不愉快的感受。有時我們會誤認上癮行為的改變不過是瞬間，其實改變都與外在因素及個人是否願意下定決心有很大關係，並非一蹴可及（張景然、王珮蘭，2004：34）。

戒菸者想要戒菸的動機是多元的，並非單一因素造成，要透過多方的分析才能掌握戒菸者的動機。因此了解戒菸者參與的動機，是戒菸服務工作的重要環節。動機是一個人行動的原動力，動機的發生多與個人過去的經驗背景、價值體系和當時的刺激事件有關（廖一儒，2004）。

動機，一直是行為改變過程中很重要的關鍵因素，有動機的人改變意願高且強烈，會克服困難、勇於挑戰、努力克服過程中的阻礙，持續堅持、維持住改變的成果（蘇庭進，2016：58）。

張春興（1989）認為動機可分為「內在動機」和「外在動機」，個體的內在需求產生的動機稱為「內在動機」，個體的需求若是來自外在的刺激力量則稱為「外在動機」。具體的說，「內在動機」是指個體選擇從事某項活動的動力是為了

活動本身，為了內在的驅力去做，並非未獲得外在的酬賞或回饋，內在動機會引領個體從事活動時完全的投注，達到忘我的心靈愉悅境界。

李聲吼（2001）指出動機乃是引導個人行為的一種內在歷程，傳統上行為科學家將動機區分為二，一為內在因素，即為個人內驅力、情感、情緒、本能、需求、慾望、衝動等；另一為誘引行為，即涉及環境中之因素或事件，如誘因、目的、興趣、抱負等由個人希望從事的事件表現出來。

陳清美（2006）認為動機是個體驅使自己做某些行為或追求某些目標的一種狀況、情境或指協助個體選擇目標，並使其行為朝向此目標的引發動力。

社會吸菸的動機將菸視為社交物品進行社交連結的特有文化，使人產生吸菸行為的想法（孫筱婷，2014：18）。

綜合以上所述，動機是引起個人因情感、慾望、需求等內在因素去進行或完成某個目標的原動力，是一個複雜的心理活動歷程。簡單來說，一個人外在行為的產生都有其意義與目的，換言之，其背後都有一個或多個的誘因存在，這些誘因產生的力量就是動機。

Prochaska 和 Diclemnte 提出的超越理論模式（transtheoretic model），每位吸菸者在其戒菸過程中，可能會出現幾個不同階段之行為改變。

一、戒菸的心理因素影響戒菸行為改變階段：

- （一）、沉思前期（plation）：促使思考方向及結果利於改變。
- （二）、沉思期（contemplation）：決定最合適的行動策略。
- （三）準備期（preparation 又稱決定期）：決定最合適的行動策略。
- （四）、行動期（action）採取步驟邁向改變。
- （五）、維持期（maintenance）：辨識復發的跡象，採取防範措施。

這些階段不一定會循序漸進，而是會以螺旋方式進行，換言之，很可能前進到準備期後，又退回沉思期，然後再前進至準備期、行動期。一般而言，大概有40%吸菸者不會有戒菸的想法，有40%可能處於沉思期，觀望而猶豫不決，真正

準備好戒菸打算的大概只有 20%。從打算戒菸至戒菸成功，這中間可能經歷數次或數十次，甚至數百次以上的失敗，平均大概要經歷 7-8 年才能成功。在門診戒菸治療實務中，亦可驗證此理論，有些人雖已處於行動期，但功敗垂成，受不了周遭環境或親友的誘惑，又回到沉思前期，再度吸菸(王建楠、李璧伊、洪雅珊，2014：107)。跨理論模式行為的改變並非單純的全有或全無，應將行為以改變的階段 (The Stages of Change) 來看，用不同階段來整合行為改變的策略與原則。此模式運用於吸菸行為之戒除，個體在改變吸菸行為時會經歷五個行為改變階段，每個階段有不同經驗、認知或解釋，行為改變階段如下：

(一)、無意圖期 (Cessation Precontemplation)：在未來 6 個月沒有打算採取行為的改變。

(二)、意圖期(Cessation Contemplation)：已意識到吸菸造成的傷害，並打算在未來 6 個月內採取行動來改變行為。

(三)、準備期(Cessation Preparation)：在 1 個月內開始採取行為的改變。

(四)、行動期(Cessation Action)：已經戒菸但未滿 6 個月。

(五)、維持期(Cessation Maintenance)：已經戒菸 6 個月以上。

跨理論模式認為行為階段的改變，並不是一定直線進行，有可能進入下一個階段後又回復上一個階段的行為。因此，應事先評估個體所處的行為改變階段，對於無意圖期及意圖期的個體應加強介入，才能較成功改變個體的行為(江孟紋，2014)。

二、增強戒菸動機的方法 (5R's)：

教導吸菸的壞處，列出戒菸的選項，彼此建立信任的關係，讓吸菸者信任我們，相信我們要幫助他，鼓勵他表達感受，尊重他的意願，不要勉強、恐嚇或指責，增加他對健康的關心，讓他相信，吸菸對他不好：

(一)、與個人的關聯性 (Relevance)：找出個案自己的戒菸原因與理由，如果是個案愈重視、愈在意、愈切身，戒菸成功的動機愈強。關聯性是鼓勵個案談談戒

菸原因及與自身關聯，愈詳細、具體、特定愈好。舉例來說，如果個案提到因為個人疾病或憂慮健康風險時，可邀請個案說說這些疾病對自身所帶來的影響為何；如果提到因為太太懷孕或親友過世時，可請個案談談個人內在的心情感受；如果提到省錢或外在形象時，可請個案具體計算所花費的菸錢，轉而提醒戒菸可以省錢又賺回健康。

(二)、吸菸的危害 (Risk)：請個案指出吸菸危險性，加強對菸害認知。邀請個案指出吸菸的後果，提出並強調與個案最有關聯的部分。例如菸焦油、尼古丁、致癌物質等危險影響。又或二手菸、三手菸對週遭親友、環境的危害等。然而大部分癮君子都知道吸菸的不良後果百害無一利，會談時，助人者可以告知吸菸的危險性，用探問的方式讓個案自己說出來，並與說出來的情況關聯性緊密連結。

(三)、戒菸的好處 (Reward)：請指出停止吸菸好處，並找出與個案最有關聯的部分。例如：身體健康、無菸臭味、給人好印形象、省錢、當孩子好榜樣等。

(四)、戒菸的障礙 (Roadblock)：了解戒菸過程中的困境與問題，提供解決的方法討論，容易發胖、無法思考、菸癮難耐、尼古丁戒斷症狀、意志力不夠堅強、他人請抽菸、缺乏他人支持鼓勵等。

(五)、反覆嘗試 (Repetition)：反覆提醒病人戒菸，提供戒菸者動機，以關懷角度介入，用鼓勵關懷介入，不批判、不指責、不對立，告知很多人都是嘗試戒菸多次才成功的 (蘇庭進，2016：58-59；李虹霓，2014：12)。

臨床上針對吸菸者就診個案，醫護人員第一步在個案就醫時，就詢問及辨認並記錄個案就診吸菸狀況，謹慎評估個案處於哪種戒菸有關的行為改變階段，適時提供忠告，勸戒吸菸個案「要戒菸」，運用「5A's+5R's」原則協助個案處理菸品的使用。行為改變階段處理及原則：

表 2-1-1 戒菸行為改變階段處理及原則表

行為改變階段	臨床處理原則	說明
有意願戒菸者	完成 5A's+加強介入	每次應診時，需有系統地辨識所有吸菸者。
現在沒有意願戒菸者	A1+A2+A3+B1+B2+A5	告知吸菸的壞處，勸告戒菸並增強個案戒菸意願。
剛戒菸者	C1+C2	透過稱讚、鼓勵並協助處理戒菸個案遇到的困難，預防再使用菸品。

5A's	詢問 (Ask, A1)	每次應診時，需有系統辨識所有吸菸者
	忠告 (Advise, A2)	強烈敦促所有吸菸者
	評估 (Assess, A3)	評估吸菸者意願
	協助 (Assist, A4)	提病患戒菸協助
	安排 (Arrange, A5)	安排追蹤確保後續個案戒菸管理
增加動機的諮商 (B1)	表達同理心、找出落差、與抗拒纏鬥、強化自信	
5R's 增強動機諮商內容 (B2)	關聯性、危險性、戒菸的好處、戒菸的障礙、反覆嘗試	
恭喜及鼓勵 (Congratulations, C1)		對每位戒菸者，給於恭喜及鼓勵。
處理戒菸遇到的困難 (Encounter, C2)		對有遇到困難者，對症下藥。

資料來源：行政院衛生署國民健康局 (2012)

戒菸成功的定義常依各研究目的而不同。戒菸門診測得吐氣一氧化碳濃度小於或等於 8 ppm，且於門診療程結束後以電話追蹤有達到戒菸持續超過六個月以上者，定義為戒菸成功。對國人而言，菸齡、戒菸一週內之吸菸狀況、及尼古丁置換治療週數為影響門診戒菸成功之因素。參考國外文

獻，對於未接受藥物治療者，其決定戒菸成功的因素主要為年齡、性別、戒菸經驗、吸菸起始年齡、喝酒對尼古丁的依賴程度、每日吸菸量、戒斷症狀、戒菸的意願、家人是否吸菸、戒菸前的情緒、戒菸期兩週內是否有吸菸等。國外的預測戒菸模式也發現年齡及戒菸意願為主要的預測因子。年長者戒菸成功率較高可能是因菸齡越長，吸菸相關疾病越多及症狀越明顯，導致戒菸意願增加（劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰，2017：147-151）。尼古丁藥物治療之研究中，則以藥物使用後三週不再吸菸，定義為戒菸成功（鄭秀月，2005：4）。孫筱婷研究指出戒菸成功停滯吸菸至少 6 個月。因此本文以戒菸滿 2 週做為成功戒菸之定義。

貳、心理因素：戒菸自我效能

自我效能是一種信念，係個人評估自我是否有達到所預期結果的能力，亦即指個人執行某行為的信心程度。自我效能的來源可分為以下四個部份（廖秀珠，1995；劉玉菁，1999）：

一、行為表現的結果（performance accomplishment）：

當個人征服了困境、險境，便會感覺自我效能的增加。

二、替代性學習（vicarious experience）：

個人透過觀察他人行為或某事件後果，而對自我效能產生增或減的作用。

三、口頭說服（verbal persuasion）：

指經由別人的鼓勵或支持，個人可被引導相信自己能成功的解決問題，但說服者需具備專業性、值得信賴和吸引力等特質。

四、生理狀態（physiology state）：

身體、情緒上的安適與否，會提高或減低個人執行某行為的意願，而影響自我效能。個人預期面對誘發吸菸的高風險情境，能夠維持不吸菸的自信程度（孫筱婷，2014：18）。戒菸的正向態度對於戒菸行為意圖有顯著影響，戒菸自我效能是指戒菸的信心與知覺的能力，是戒菸者重要的變項。戒菸自我效能越高者，越有可能戒菸，戒菸態度為負向者及自我效能較低者，持續戒治行為較不理想（黃秀媚等，2011：31）。健康信念的論點是以價值期待為基礎，強調對結果的期待，

運用動機及個人認知的角度來預測、解釋有關健康的行為。重要概念有：疾病罹患性認知、罹病嚴重性認知、行動利益性認知、行動障礙性認知、行動的線索等，行動的可能性常基於個體有充分的動機，自覺健康或疾病產生威脅，自覺採取行為改變後對於威脅降低是有益處的前提下，才會有實際的行動，健康信念越正向越可能改變行為（李虹霓，2014：14）。

一、健康信念模式（Health Belief Model, HBM）

改變個人健康行為的理論，就是健康信念模式（Health Belief Model, HBM）以及自我效能（self-efficacy）理論。健康信念模式的主要變項來自於心理學上的期望—價值（expectancy-value）模式，假設行為是基於個人對於某特定目標的價值和期望，而去採取行動使能達成該一目標。研究者整理介紹如下：

（一）、罹患性認知（perceived susceptibility）：

意指個人對於該行為或感染該疾病的主觀危機感受，即感受到的個人健康危機。例如問吸菸者：「您是否認為吸菸會導致罹患心血管病和癌症？」

（二）、嚴重性認知（perceived severity）：

對於罹患某種嚴重性的感受，會因人而異，自覺嚴重性不僅是指個人認為得到某一疾病之醫療結果的評估，如死亡、殘障、生理上的痛苦等，另外也涉及個人感受疾病造成工作、家庭生活、社會關係等方面的影響。

（三）、利益性認知（perceived effectiveness）：

意指個人對於從事該行為可以獲得的利益或減少罹患疾病的信念。例如吸菸者可能認為吸菸可以幫助他（她）個人從事社交活動、消除緊張、減緩壓力和控制體重等；另一方面，戒菸者則認為戒菸可以省錢、獲得家人支持、減少罹患癌症以及家庭發生火災的機率。

（四）、障礙性認知（perceived barriers）：

係指個人欲從事該行為的潛在負面因子，感受到可能付出的代價。例如吸菸者可能感受到他（她）繼續吸菸行為的障礙為二手菸危害家人的健康；而戒菸者

則可能感受到他（她）進行戒菸行為的障礙為戒斷症狀所帶來的不適等。

（五）、行動線索（cues to action）：

行動線索是指促進個人準備行動的策略，可分為外在的線索，如：大眾傳播媒體的告知、親朋好友的勸告、醫護人員的叮囑等；另外還有內在的線索，如：個人身體不適等。

健康信念模式的修正因素可分為人口變項與自我概念兩個類別，其中的人口變項，包括年齡、性別、種族等因素，例如：年長者的親友生病，對於老人家的衝擊比對於年輕人的影響要來得大，也更能夠使年長者知覺到生病的威脅。而所謂的自我概念，則是強調個人的思想與行為，取決於對自我的感受與自尊，通常對身體自我概念較佳者，較關心自身的健康，也願意從事有益於健康的行動。直到 1987 年，健康信念模式才又修正並加入自我效能變項的探討。所謂自我效能（self-efficacy）是源自於 Andura 社會學習理論（social learning theory）的重要觀念之一，是指個人對實踐某項行為的期待，當對於所從事的行為有較高期待時，會比缺乏信心者有更佳的行動效果。因此，將自我效能應用於研究時，要注意目標群眾是否都確實明瞭預防性行為的施作過程，以及對正確實踐有無把握，與個人能否及早偵測異常問題的信心（洪宜君，2006：21）。

二、歸因理論

歸因理論（attribution theory）描述了人類嘗試把發生在個人生命中的事件和外在環境作一連結，人們通常會發展出自己對疾病和健康的詮釋，這套個人的認知系統也會相對地影響到健康相關行為。歸因理論係由 Eider、Jones、Davis 以及 Kelley 等人共同提出來的，理論架構主要包含四個層面，分別是確定性（stability）、控握信念（locus of control；分內控和外控）、可控制性（controllability）和普遍性（globality）。探討個人對行為結果的歸因會對他們未來行為和認知有所衝擊，上述四個變項會影響人從事該行為的努力。以戒菸為例，如果吸菸者相信吸菸是由確定的因素所決定（如：上癮），而非不確定的因素（如：好奇、壓力等），他（她）

可能就傾向於覺得難以戒除。一位外控歸因型的吸菸者會傾向於相信自己的戒菸失敗只是沒有足夠的外在資源，如：醫護人員沒有提供足夠的協助，而不是像內控型吸菸者一般，對自己的戒菸能力缺乏信心，就算有相當多的外在資源也是助益不大。而如果吸菸者覺得戒菸是他個人可以控制的(如：由個人意志力所決定)，他(她)也會增加戒菸的努力；反之，如果戒菸者認為反正菸癮復發是隨處可見的普遍現象，那麼他(她)就會減少預防菸癮復發的努力。

總括，歸因理論的四大變項與個人的自我效能有極高的相關性。運用歸因理論在戒菸的行動上為重新歸因(reattribution or attritional retraining)。可以幫助吸菸者將先前失敗的戒菸經驗重新詮釋為外在因子(例如：所處的環境讓人很難戒菸)，而將成功的戒菸經驗歸因於確定因素(例如：在懷孕期間就能夠不碰菸)。歸因理論成功地解釋為何人類的自我效能高低不同，而自我效能已經被諸多研究證實為預測健康行為的極重要變項，換言之，歸因理論的主要貢獻在於幫助人們瞭解哪些決定因子可以影響到自我效能(論壇健康促進與疾病預防委員會，2003)。

三、理性行動理論：

理性行動理論(Theory of Reasoned Action)是由 Fishbein 和 Ajzen 兩位學者在 1980 年所提出，認為人們是有理性的，而且大部分的行為是在意志控制下所表現於外的。因此，人們是否會採取某些行為，取決於先前的行為意圖，換句話說，行為意圖可作為預測行為的立即決定因素(洪宜君，2006：21-22)。

四、行為意圖(behavior intention)：

指個人從事某種行為的主觀機率或可能性。至於影響行為意圖的因素可分為兩大部分(圖 2-1)：其一是行為態度(attitude toward the behavior)，係指對於某種行為所導致結果的信念，以及特定行為結果的正負面評價組合；其二則是主觀規範(subject norms)，係指個人感受實行某種行為的社會規範與壓力，以及個人順從壓力驅使動機的組合，在測量上包括重要參考對象，對個人是否應該採取某

種行為的信念，以及個人依從重要參考對象的動機。而理性行動理論也可以用方程式表示如下：行為意圖 = (行為態度) + (主觀規範)。

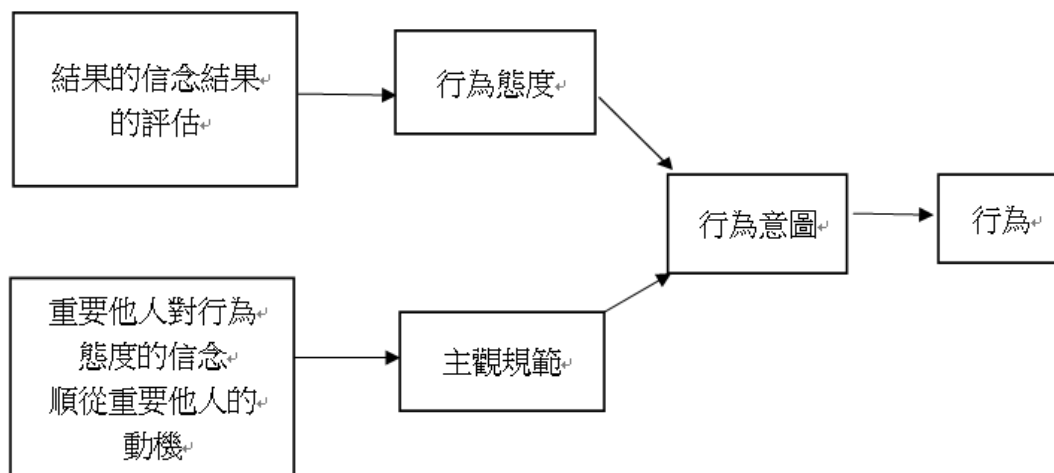


圖 2-1 理性行動理論的基本概念

資料來源：賴保禎等（1999：230）

依此推論，以戒菸為例，個人行為意圖需要測量個人對於吸菸行為的態度，以及感知社會對於吸菸行為的壓力與期待，個人反菸的意向越堅定，其反菸的行為可能越強烈，因此雖然過去研究多顯示，大眾媒體健康宣導未必能直接改變人們的行為，但若能加強或改變個人支持無菸空間的態度，及形塑整體社會禁止公共空間吸菸的氛圍，也能間接地加強或促進人們對於無菸空間的支持（黃葳威，2004）。理性行動理論用於預測或解釋出於個人意志的行為相當適切，但對於一些受到非意志性因素影響的行為，如：資源、技術等因素的強烈介入時，其解釋力就會減弱。事實上，Ajzen 認為個人對行為的控制力應為連續體，一端是完全在意志控制下的行為，另一端則是完全不在意志控制下的行為，由於多數行為落在兩端之間，因此衍生出計畫行為理論，幫助預測一些不完全在意志控制下的行為（賴保禎等，1999：230）。

五、計畫行為理論：

計畫行為理論（Theory of Planned Behavior；TPB）是理性行動理論的延伸。

兩個理論同樣強調行為的意圖是由數個信念組合的結果（圖 2-2），不同之處就在於，除了保留理性行動理論原有的行為態度與主觀規範之外，模式中還特別強調影響個人意志的控制因素，並以知覺行為控制（perceived behavior control）變項為代表。

知覺行為控制是指個人根據過去的經驗，以及內在、外在控制因素，知覺完成某種行為的困難度。所謂內在控制因素包括技巧、能力與資訊等項目，當個人有意圖採取某項行為時，若缺乏完成行為的能力或技術，行為就無法實行，例如：有意戒酒、戒菸，但卻不知道該如何處理戒斷症狀。而外在控制因素則是指障礙或機會，以及是否需要依靠他人合作等項目，若個人有意從事某種行為，但現實生活中卻障礙重重，或是缺乏時機，甚至出現必須與他人合作才能完成的情況，都會影響個人是否能順利採取行動的結果，例如：想藉由網球運動健身卻苦無球友作伴。因此，綜合內在、外在控制因素與過去經驗，可以組合知覺行為控制變項，當個人認為所擁有的資源與機會越多，且過去曾經擁有成功的經驗，估計行為的預期阻礙越小，對知覺行為控制的能力就越強（賴保禎等：1999）。

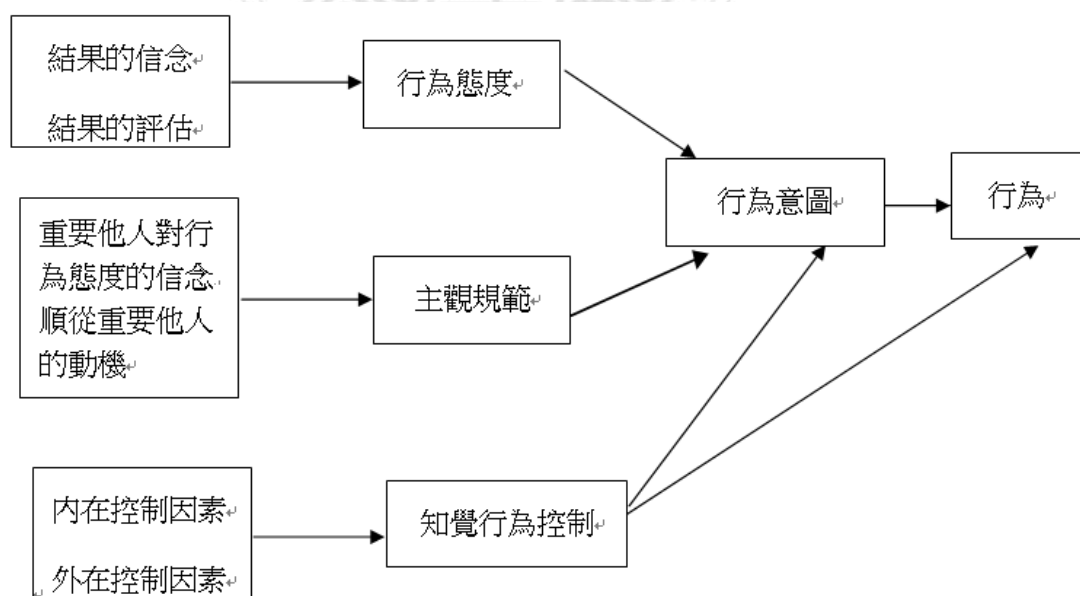


圖 2-2 計畫行為理論的基本概念

由計畫行為模式可知，行為態度、主觀規範與知覺行為控制三項因素，共同預測行為的意圖，進而間接影響行為的產生。以戒菸行為為例：當個人相信減少吸菸量，可以使生活更有生產力也更健康（行為態度），而且認為生命中的重要參考人物都希望他（她）能夠戒菸（主觀規範），同時根據過去經驗，以及評估內在與外在控制因素，也都支持他（她）少吸菸時，可以預期此人應具有減少吸菸量的高度意圖，同時也有助於減少吸菸的行為。

六、社會認知理論：

Bandura 所倡導的社會認知理論（social cognitive theory；SCT）也同時探討了健康決定因子和行為改變過程。該理論認為人類的行為是由行為、認知、其他個人因子和環境事件彼此互動後的結果，一共包含 11 個重要的觀念：外在環境（environment）、情境（situation）、行為能力（behavior capability）、結果期望（expectation）、行為價值（expectancy）、自我控制（self-control）、觀察學習（observational learning）、增強（reinforcement）、自我效能（self-efficacy）、情緒調適反應（emotional coping responses）和相互決定（reciprocal determinism）。常見於菸害研究的觀念為結果期望、行為價值、自我效能、行為能力、觀察學習、增強和外在環境。行為能力指的是個人表現某特定行為的知識與技巧。預防吸菸教育計畫應該超越僅提供知識的層次，而應重視目標對象的行為能力，因為具有相當的吸菸拒絕技術才會在日常生活中表現該行為。因此，行為能力所重視的是個人技巧、智能容量和學習能力的開發，尤其強調精熟學習（mastery learning），指的是一種行為訓練技術，在吸菸行為的應用上為提供吸菸者關於戒菸的正確認知、練習各種戒菸活動和對戒菸者成功的表現予以回饋（洪宜君，2006：27）。

人類很多的行為來自於觀察他人的行為後加以模仿，譬如戒菸者開始嘗試戒菸時通常會觀察他人如何戒菸，再歸納出如何戒菸的心得，然後由這些心得導引出自己的戒菸方法，也有助於產生正面增強的作用。因此，當反菸教育人員要尋找一位適當的角色模範（role model），必須尋找一位眾人習慣且認同，並能採取

適當調適策略者(我也曾經戒菸失敗過好幾次…，不過現在我真的把菸戒掉了！)而非行為能力較強者(我一旦決定就成功的不再吸菸，沒什麼大不了的。)另外，成功的戒菸角色模範也應該表示他們接受到的好處來供吸菸者參考，例如：朋友都慶賀我能夠順利戒菸、另一半說我身上不再有難聞的菸味了、孩子說我牙齒變白等。

綜上所述，自我效能應用在菸害研究上相當常見，研究者也將自我效能納入本研究的重要變項之一，來探討門診戒菸者之傾向。

第二節 探討生理因素相關理論：身體健康考量

健康權與實現國際人權憲章中所載的其他人權密切相關、且相互依賴，因健康的基本決定因素有許多，包括食物和營養、住房、使用安全飲水和得到適當的衛生條件、安全而有益健康的工作條件和有益健康的環境。同於其他人權項目的國家義務，國家對於健康權同樣有著「尊重義務 (the obligation to respect)」、「保護義務 (the obligation to fulfill)」。故所謂「健康」，係指「生理 (肉體) 與心理 (精神) 之完整性，遠離病痛、殘缺」(宓芳儀，2016：46-47)。

吸菸時尼古丁會引起身體腎臟損害，會刺激交感神經活性和血管壓力增加，刺激交感神經突觸後，增加交感神經的興奮，血漿中 norepinephrine 和 epinephrine 濃度增加，產生次發性神經元產生衝動。細胞受刺激後兒茶酚胺 (catecholamine) 從周邊交感神經末梢和腎上腺髓質釋放出來，導致心率和血壓增加。交感神經活性太活躍導致 catecholamine 在體內濃度失去平衡，自律神經功能調控發生障礙，血壓升高、心跳加速，與腎臟功能惡化有相關性。白天和夜晚吸菸皆會造成血壓上升，對腎臟正常機能有負向影響，持續處於高血壓繼而導致腎臟功能退化。血壓升高也會增加腎臟血管阻力，血流動力的改變，而導致腎絲球過濾率和腎臟血流量減少，所以，長久吸菸者在高血壓族群上是危害腎臟功能造成衰退的重要因子。吸菸會使得內皮細胞受損喪失正常功能，初期時呈現粥狀硬化，逐漸造成腎

絲球損壞，導致冠狀動脈擴張彈性受損，因此帶來腎臟血流灌注發生改變，腎臟功能衰退和白蛋白尿。戒菸是減緩腎臟功能惡化出現蛋白尿的方法之一。戒菸會降低尿液中白蛋白排出，吸菸會降低肺活量，肺功量不佳是健康情況不良的徵兆，會影響生活品質，並且是死亡的重要危險因子。良好菸害認知有助於提高自我效能，亦即會較好的戒菸利益性認知與健康信念，戒菸行為較能夠持續（Yu Yang 等，2015：170）。擔心健康是戒菸最主要的原因。不論種族或性別，健康狀況的改變和心理壓力的增加是戒菸的最主要原因，老年人吸菸者面臨較大的健康問題，會選擇戒菸。少年會想戒菸最常見的原因為關心現在以及未來的健康問題（江孟紋，2014：19）。

吸菸產生的一氧化碳會造成血紅素甲基化，減少氧氣攜帶量造成身體各組織的缺氧與病變，而二手菸會刺激眼、鼻、呼吸道造成急性的危害及多種器官的癌症（如肺癌、口腔癌、咽喉癌、胃癌、膀胱癌）、呼吸系統及心血管系統病變等慢性危害疾病；孕婦吸入過多二手菸會導致出生嬰兒體重過低，亦會增加流產與嬰兒猝死的機率，這些疾病與吸菸者所造成身體健康的危害非常類似，懷孕的婦女吸菸會造成胎兒組織氧化性的傷害(oxidative damage)，其他研究發現懷孕婦女吸菸會造成新生兒腦部及血液細胞內的訊息傳遞(signal transduction)過程發生障礙，並且造成肌肉的病變。研究團隊甚至發現胎兒尿液中含有大量的尼古丁，這些結果顯示胎兒的種種異常健康情形，皆起因於抽菸的孕婦體內的尼古丁轉移到胎兒所造成的現象。研究骨質疏鬆症的學者發現，吸菸會造成骨質密度的降低，血液腫瘤的產生（黃界銘，2010：18-19）。

吸菸者在成功戒菸後，健康問題可以獲得改善。國外有研究顯示，戒菸能有效的改善高血壓，而一天抽一包菸的高血壓患者在戒菸之後，可降低 35%-40% 罹患冠狀動脈心臟病的風險。心肌梗塞後的病人戒菸一年之後，心臟血管疾病的發生率降低 50%；而且在戒菸二年後發生心臟血管疾病的危險性與無吸菸者相近。美國 Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) 的結果指出，對高血壓患

者投予抗高血壓治療、降膽固醇治療、給予阿斯匹靈、並實施戒菸等方式，對於戒菸的成效最好（林琴玲等，2009：71）。年齡是影響健康與健康行為的重要因素，因身體器官的老化，年齡越大，慢性病越多，自覺身體健康越不好；年齡越大，吸菸行為越少，運動行為越多，健康行為與年齡關係密切，中年人因沒時間運動及沒運動的動機，運動行為普遍少於年輕人與老年人；中年人吃檳榔、吸菸行為最多；喝酒行為則以老年最常出現（魏琦芳，2009：233）。

根據陳弘順、黃意文研究顯示，銀髮族民眾有吸菸的身體質量不佳，且身體狀況相對也較差。有接近半數的民眾是有體重過重的現象，且數量上女性高於男性。有吸菸者具有相關疾病者，高於沒有吸菸者有很大的比率，結果在某一程度上可證明吸菸對於銀髮族的健康有嚴重的負面影響。在關聯性分析 BMI 值具有顯著的關係，吸菸年限與長者發生疾病的機率愈高。有吸菸的銀髮族民眾，應盡快採取戒菸行動，才能改善自身的身體質量值於標準範圍內，並且得以獲得較健康的體狀況，即使對於沒有吸菸的銀髮族來說，尤其是女性的 BMI 值仍有過高的情況，應重視飲食的均衡與建立規律的運動習慣，來降低體重解決肥胖問題，進一步增強身體健康（陳弘順、黃意文，2013：21）。

吳珏萱（2003）研究指出，吸菸對於人體健康之危害甚鉅，越晚戒菸者，死亡危險率將較較早戒菸者來的高，戒菸年數越長，自評健康越佳，愈早開始吸菸會導致壽命減少；教育程度越高者，可能所獲得菸害資訊較多，也愈清楚獲得健康資訊管道，因此對於自評健康具有顯著正向影響、亦有助於降低死亡危險率。研究實證戒菸愈久對於健康具有正面幫助，且愈早開始吸菸對健康將產生不利影響，因此應注意對吸菸族群宣導越早吸菸之害處，並多加推廣菸害之相關資訊，與強調愈早戒菸對健康愈有益處，加強提供管鼓勵戒菸，以期達到減少吸菸人數、降低相關疾病及死亡率之效果（吳珏萱，2003：39-40）。

第三章 環境因素與戒菸之探討

第一節 環境因素之禁菸政策

戒菸行為不但受到外在行為影響，環境因素也會影響戒菸成效。影響戒菸的層面包括家庭社經地位、家庭完整性、父母、兄弟姐妹與同住親戚是否同意其吸菸、家人是否吸菸。潘伶燕與李蘭（1998）研究發現，吸菸者最常吸菸的時機便是和朋友在一起，對曾經戒菸者未能成功而回復吸菸者，最能引發他們再度吸菸，情境為朋友遞菸時。外在環境的概念指的是人外在的各種能夠影響行為的因子，人的社會環境包括了家人、親友、同事和鄰居；物理環境則如食物、工作環境和政府菸品政策等（論壇健康促進與疾病預防委員會，2003）。

為呼應 WHO 2025 年吸菸率減少 30% 之目標，政府積極採取多管齊下的菸害防制策略，臺灣菸害防制推動之成效，在世界衛生組織（WHO）所推薦的 MPOWER 策略中，有四項均被評為最卓越，顯示政府在菸害的監測與政策、執行無菸公共場所法令、戒菸服務及禁止菸品廣告促銷贊助等菸害防制策略上均已達 WHO 所訂定之最高標準，以期維護國人健康，邁向無菸世代。

政府推動菸害防制政策是為了促進人民健康，於法有據。《菸害防制法》修正案於 2007 年 6 月 15 日三讀通過，除擴大公共場所禁菸範圍，更明文規定「三人以上共用之室內工作場所全面禁菸」。新規定已於 2007 年 7 月 11 日總統公布，於 2009 年 1 月 11 日正式施行。《菸害防制法》對吸菸行為本身有幾個重要的限制，(1) 對於吸菸場所之限制，原則上室內公共場所及三人以上室內工作場所禁菸；(2) 吸菸年齡之限制，未滿十八歲者，不得吸菸；(3) 吸菸身分之限制，孕婦不得吸菸；(4) 以稅金及菸品健康福利捐提高菸品價格（黃崇立、黃怡碧，2012：46）。對於菸品販賣的限制更為嚴格。《菸害防制法》第 6 條到第 11 條，限制了菸品尼古丁及焦油含量、內容標示、警示圖文、包裝、菸品陳列展示、廣告、

和促銷。

根據 2016 年臺灣菸害防制年報，對於《菸害防制法》的施行有六大重點：（一）無菸支持環境、（二）菸盒警示圖文、（三）宣導與培訓、（四）禁止菸品廣告、促銷及贊助、（五）戒菸服務、（六）推動菸捐調漲。菸害防制是世界各國重視的重要公共衛生議題，WHO 曾指出根據世界銀行（World Bank）調查報告指出「菸價每提高 10%，菸品消耗量就能減少 4%-8%」，而提高菸價在眾多策略中被視為最有效的防治策略。經濟學家常以菸品需求的價格彈性來衡量菸品消費量隨著菸價變動而有所改變的情形，做為評估菸品以價制量的效果敏感度指標。台灣於 1997 年通過《菸害防制法》，2000 年通過《菸酒稅法及菸酒管理法》，西元 2002 年開徵菸品健康福利捐，每包紙菸徵菸捐新台幣 5 元，2006 年 2 月財政部依《菸酒稅法》第 22 條，將菸品健康福利捐由每包紙菸新台幣 5 元調高為 10 元，2009 年 1 月再將菸品健康福利捐調高為每包紙菸徵菸捐新台幣 20 元，並針對擴大禁菸場所、禁止菸品廣告促銷贊助、加強菸品販售管理等規範，《菸害防制法》新規定上路，陸續積極推動多元菸害防制計畫，台灣已將菸害防制列為重要的公共衛生健康議題（王心榆，2017：9-10）。

吸菸對於個人生命權、健康權構成嚴重威脅，並造成社會資源之嚴重浪費。國家對於吸菸行為不能完全放任不管，縱使立法者評估不宜以過度強制之方法加以干預，國家仍應設法擬訂各種計畫，逐年降低吸菸盛行率，減少吸菸人口，以履行其保護義務。「國家保護義務」，係指當人民之基本權利遭受重大之侵害或威脅時，國家負有保護之義務，縱使該侵害或威脅並非由國家所造成，仍須出面干預，謀求解決或防範之方法（宓芳儀，2016：51）。菸品健康福利捐、擴大禁菸場所的政策、禁菸政策的制定和菸稅的提高有助於社會大眾實行拒菸的成效（孫筱婷，2014：17）。政府全面積極地推動菸盒上印製香菸警語、菸害大眾宣導、學校菸害教育、機關團體的菸害防制及禁菸活動、菸害防制法的制定等種種反菸策略，為民眾提供一個不利於吸菸的大環境。影響個人反菸及支持禁菸態度的形成，可

降低民眾吸菸率（李蘭、潘伶燕、晏涵文、李隆安，1944：377）。王心榆（2016）研究結果顯示，吸菸行為顯著影響政策所帶來的戒菸成效，很多菸害防制政策中對於未滿一年菸齡、抽菸原因為吃完東西嘴饞與跟著朋友抽、購菸以包裝、濃度與價錢考量、購菸場所為雜貨店或量販店、購買產製歐美或其他非亞洲國家進口菸、最常抽三種以上品牌香菸、偶爾吸菸、平均一天抽 5 根以下香菸、購買每包菸品平均) \$60 以下以及每月購買菸品平均花費\$500 以下的吸菸者顯著具有較高的戒菸成效，並且較能獲得政策上的成效認同。

一、禁菸場所之限制

二手菸對人體產生嚴重健康之危害，且被世界衛生組織附屬之國際癌症研究署歸類為一級致癌物質，研究證實二手菸導致早逝與心臟病、肺癌、氣喘惡化、嬰兒猝死症等風險發生，強調二手菸無安全範圍值，建議各國盡速通過全面禁菸法令來保護民眾免於二手菸害。我國為了避免民眾在公共場所遭受二手菸的危害藉由執法消除公共場所二手菸，讓吸菸者與非吸菸者互相尊重，《菸害防制法》之明訂公共場所禁菸規範，全面禁菸場所為學校、文化或社會教育機構所在之室內場所、醫療機構與社會福利機構所在場所、政府機構與公營事業機構所在之室內場所、大眾交通運輸工具及旅客等候室、金融機構、郵局及電信事業之營業場所、室內體育或健身場所、旅館或商場公眾消費之室內場所、三人以上共用之室內工作場所等，且自 2014 年實施「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區之指定區域與公園地，除吸菸區外，不得吸菸」，《菸害防制法》未明訂之全面禁菸場所，可依該法第 15 條第 1 項第 13 款或第 16 條第 1 項第 4 款規定，由各主關機關公告指定為禁菸區域。因擴大吸菸場所的限制，使得吸菸者吸菸自由受到限制，間接減少吸菸的頻率，進一步導致部分吸菸者因其不便性而選擇降低消費量或乾脆戒斷來因應其措施。

二、禁止懷孕婦女兒童及青少年吸菸

為了保護胎兒的健康權，《菸害防制法》明文規定孕婦不得吸菸，一旦吸菸

被糾舉，將被處以一萬元以上、五萬元以下的罰鍰，至於販售或提供菸品給孕婦及 18 歲以下的人，也面臨相同以下的罰鍰。很多研究指出母親抽菸者生產出低體重之嬰兒較高，暴露在二手菸量高的環境中，產出低體重嬰兒之機會隨之增加。不吸菸的婦女常受二手菸的危害，婦女罹患肺癌的比率 5-6 倍。特別是配偶每日吸菸量多於 21 支者有顯著較高之危險性，而高強度的二手菸暴露更應列為需要政策關注的危險問題（張玉、張心潔，2006：117-118）。紐西蘭國家研究指出吸菸與新生兒猝死症(sudden infant death syndrome)，母親在懷孕中吸菸的嬰兒，比懷孕中母親不吸菸的嬰兒，其新生兒猝死症的危險性高 4.09 倍。懷孕時吸菸仍然是新生兒猝死症明顯危險因子，新生兒出生後二手菸曝露附加危險因子（郭許智、謝文斌，1997：17）。

三、戒菸門診指標及規範：

在現行菸害防制計畫中，將呼氣一氧化碳檢測儀作為是否戒菸數據佐證資料，由於一氧化碳經吸菸進入血液後與血紅素結合，代謝的半衰期為 5-6 小時，24 小時內會完成代謝，加上血液檢查為侵入性處置又無法提供立即性評估，因此目前仍以呼氣一氧化碳含量較具代表性，此種非侵入性測量法可提供立即性評估且操作簡單，評估有無吸菸的正確率達 97%以上，並且可提供戒菸者具體視覺數值刺激，以做為正向之鼓勵。吸菸量越大的人，檢測出的呼氣一氧化碳含量也越高，但必須注意的是環境污染、二手菸及工作環境的暴露，這些因素也會導致血液中一氧化碳含量值偏高。國內外近期研究常配合呼氣一氧化碳測量戒菸行為，以 CO 量 10 ppm (parts per million) 為判定值（鄭秀月，2005：5-6）。因此本文以依承辦業務計畫規定 CO 量判定值 4ppm (parts per million) 以下為正常標準值。

四、菸品流行病學名詞定義：

(一)、使用菸品行為的盛行率：吸菸者（包括每日吸菸者和偶而吸菸者）在調查當時所有受訪者中所占的百分比。

(二)、吸菸者(smokers)的盛行率 = 吸菸的人數 / 調查的總人口數
吸菸者可分「每

天吸菸」和「偶而吸菸」：

- 1、每天吸菸者(daily smokers)：每天至少有吸用任何菸品一次或以上者。
- 2、偶而吸菸者(occasional smokers)：指不是每天都有吸菸行為，這又可分為：
 - (1)、減量吸菸者(reducers)：過去習慣是每天吸菸，但現在不是每天吸菸者。
 - (2)、連續性偶而吸菸者(continuing occasional smokers)：從未每天吸菸，但吸菸量已超過 100 支或以上者（或同量的菸品），目前仍有吸菸者。
 - (3)、實驗性吸菸者(experimenters)：總吸菸量少於 100 支，現在也偶而有吸菸行為。
- 3、非吸菸者(non-smokers)：指在調查時是不吸菸，也有下列的情況：
 - (1)、從未吸菸者(never smokers)：從來都沒有吸菸。
 - (2)、戒菸者(ex-smokers)：指從前是每天吸菸，但現在已完全不吸。
 - (3)、過去偶而吸菸者(exoccasional smokers)：指過去不是每天吸，只是偶然吸菸，且過去吸菸的總量至少已有在 100 支或以上，但現在已不吸菸。
- 4、曾經吸菸者(ever smokers)：過去曾經吸菸超過 100 支或以上，但現在已沒吸菸。
曾經每日吸菸者(ever daily smokers)：指曾經每日吸菸，但現在已戒菸者。一般吸菸行為的分類是在調查時是「有吸菸（每日或偶而）」、「曾經吸菸但已戒掉」、「曾經吸過但未固定」及「從未吸菸」（衛生福利部國民健康署，2017）。

五、戒菸者戒斷現象

大多數菸草使用障礙症的病人在停止使用菸品或減少吸菸量的幾小時內便會出現戒斷症狀，剛開始時有要使用菸品的衝動、感覺或想法，接著容易發怒、缺乏耐性、注意力不能集中，甚至脾氣變壞亦會出現緊張、焦慮或坐立不安的現象。這時也可能出現頭痛、頭暈或睡眠障礙的徵狀，檢查可發現心跳速率減慢，腦波檢查可發現慢波，食慾可能會增加，一般戒菸後體重約增加 2 至 3 公斤，這就是尼古丁戒斷症狀。一般症狀約在 24 小時內達到最高峰，約在 10 天或幾個星期內逐漸消失，但部份症狀也可能會持續數年

之久。菸草戒斷症狀的診斷標準（表 3-1-1）一般依據「精神疾病診斷與統計手冊」第五版(DSM-5)所下的定義。

表 3-1-1 菸草戒斷症狀的診斷標準（DSM-5 on Tobacco Withdrawal）

A.至少日常已有數星期使用菸品。
B.在突然停止或減少使用菸品用量後的 24 小時內，會出現四項或以上的下列徵候或症狀：情緒低落、憂鬱或心情惡劣
失眠
躁動、易怒、挫折感、憤怒
焦慮、緊張
無法集中注意力
坐立不安
增加食慾或體重
C.因 B 欄的徵候或症狀引起臨床上顯著窘困或社交、工作或其他重要功能的失調。
D.這些徵候或症狀不是某一項常見的內科疾病所導致，也不是其他精神疾患所能解釋。

資料來源：美國精神醫學會（2013）。

一般超過 80%的使用菸品者在停止吸菸後出現戒斷症狀，這些症狀包括生理和心理方面，研究報告指出戒菸後第一週出現的症候群主要有八大症狀，分別是焦慮緊張、睡眠障礙、容易激動情緒不穩定、沒有耐性、注意力無法集中、坐立不安、渴望吸菸和飢餓（表 3-1-2），在剛戒菸的第一個星期內，戒菸者可能會出現較多症狀，但大部份的身體不適在幾天內會明顯減輕，情緒上不舒服的感覺持續的時間較久，而渴望吸菸的心理依賴性，可能會持續一段相當長的時間。根據追蹤統計發現在戒菸後 3 個月至 6 個月間，約 75%的人會再度吸菸（衛生福利部國民健康署，2017）。

表 3-1-2 戒菸第一週各項戒斷症狀出現的百分比

症 狀	百 分 比 (%)
焦慮緊張	87
睡眠障礙（失眠為主）	84
容易激動情緒不穩定	80
沒有耐性	76
注意力無法集中	73
坐立不安	71
渴望吸菸	62
飢餓	53

資料來源：Milhorn（1989：214-24）。

六、菸害教育及戒菸方案

了解吸菸者戒菸的動機後，提供符合戒菸的方法，可多元結合方式，戒菸前的改變、支持行為改變及加強戒菸動機。面談諮詢對戒菸者是有效的，每次面談諮詢時間大約 20 分鐘比短時間的諮詢有效；諮詢的種類包括：電話聯繫給予支持，強化個案自信心結合心理支持，提供藥物治療方法，且結合 2 種長期持續 6 個月諮詢追蹤治療皆為有效的（莊令史，2011：12）。

協助戒菸者如何面對處理戒斷症候群很重要（表 3-3-1），剛開始戒菸的人一定要設法避開各種吸菸的誘惑，最好在早上起床後立刻刷牙、洗臉，並隨後馬上喝一大杯水，三餐不要吃太飽，飯後亦立即刷牙和出外去散散步，在戒菸的開始幾天應該儘可能置身於禁菸或無菸的場所；也要多喝開水或果汁，但要避免飲用含有酒精、咖啡因和刺激性及其他可能使人想到菸品的飲料，將家中和工作場所都保持清新乾淨，如果在開車時有吸菸的習慣，這段期間可改搭公共車輛，如果覺得手上好像需要有東西，不妨可玩玩筆或其他的物品，而且這幾天內應該多洗澡，學習肌肉放鬆，保持心情輕鬆，充分休息，避免過度疲勞，暫時儘量不與有吸菸的親友聚會，盡量參加健康的戶外活動或只到禁菸場所；假如必須要出席一些喜宴、餐會，有可能於被敬菸或有菸味誘惑時，最好盡量與無吸菸的人坐在一

起，倘使仍缺乏信心能拒絕誘惑時，則暫時減少該社交活動。在戒菸的前幾天需特別小心注意，因好的開始，就是成功的一半。菸草使用障礙症的患者亦可使用尼古丁替代療法（如尼古丁口嚼錠、尼古丁貼片等），但亦必須配合飲食、坐息調整、須有足夠的睡眠，經常運動、洗浴，可使心情和肌肉放鬆、可接受緩慢呼吸的訓練、冥想、自我肯定、認知治療或使用抗焦慮劑、抗憂鬱劑或助眠劑等輔助調整。

表 3-3-1 處理尼古丁戒斷症狀的方法

戒斷症狀	行為處理方法
躁動不安	使用放鬆、冥想的技巧、散步、洗浴。
疲勞	放鬆、小睡、休息、降低期望的標準。
失眠	應用肌肉放鬆、冥想的技巧、注意飲食、適當的運動、保持良好的睡眠衛生習慣。
頭暈、頭痛、 胸悶	放輕鬆、緩慢呼吸、洗個舒服的澡、好好休息。
便秘、腹脹、 腹痛	喝水、吃水果和蔬菜、喝天然果汁、注意飲食。
飢餓	喝水及低熱量的飲料、吃低脂肪和低熱量的小點心。
咳嗽、口乾、 喉嚨不適	喝水、嚼冰塊、嚼口香糖、吃水果、吃蔬菜。
注意力不能集中	放輕鬆、放慢做事的步調、依事情的緩急輕重依序按部就班的去做。

情緒低落、憂鬱	放鬆、自我肯定、認知行為治療、求醫使用抗憂鬱劑。
---------	--------------------------

資料來源：邱南英（1996）

第二節 家中禁菸規定

理想的社會需要良好的制度，除了政策法律的規範，更需要良善的公民，這是正義與公民理想社會的架構重要兩根樑柱，台灣社會從威權步到自由，制度的改變或許容易，但人的行為習慣與價值觀已經由世代傳承的文化所習染，要使原本威權的心靈自由化則相對不易，自由不應等同於合法的自私，雖個人對生命的意義與理想的生活方式的差異，係自由社會無法消除的事實，但在以人是自由且平等為前提下，在差異價值理想中建構一個所有社會成員都可以接受的「公共規範」，而這公共規範是所謂之社會正義。針對社會以「公共規範」干涉個人，密爾提出了「侵害原則」（Harm Principle），於《論自由》一書中提到「凡屬社會以強制和控制方法對付個人之事，不論所用手段是法律懲罰方式下的物質力量或者是公眾意見下的道德壓力，都應秉持一個原則就是人類之所以有理由有權可以個別的或集體的對其中任何份子的行動自由進行干涉，唯一的目的只是自我防衛。」所以不妨害他人為前提下，每個人都有權利選擇自己的生活方式，國家或社會不應以「這樣對他比較好」而強迫一個人去做一件事或者禁止他去做。政府的存在和目的，亦非為了實現某個特殊的價值觀，而是讓所有社會成員，在保有其自主性的條件下共同生活，儘管不同的人對於生活方式、以及價值理想各有歧異，政府的政策必須是越多人所能肯定越合理。就自由主義的政治體系下，政府之角色於公共政策和規範的制定中必須對所有爭議性的價值觀保持中立（黃冠霖，2015：105-106）。

影響青少年戒菸的家庭層面包括家庭社經地位、家庭完整性、父母、兄弟姐妹與同住親戚是否同意其吸菸、家人是否吸菸。家庭中父母親訂定反對吸菸的家規可有效降低青少年的吸菸行為。吸菸學生重要他人的規範是戒菸行為意圖最強

的預測變項，家人吸菸情況可以影響青少年的吸菸態度與行為(黃秀媚等，2011：31)。國外研究指出家中有禁菸規定可影響成功戒菸，相同家中有禁菸規定的長者，戒菸比例顯著偏高(孫筱婷，2014：13)。社會規範方面，吸菸者也會感受到愈強烈社會拒菸規範，成功戒菸機率也相對提高。

很多科學證據明確顯示，菸草對兒童健康和發育是不良的影響，鑒於全世界的兒童和青少年吸菸及其他形式菸草消費增加，且吸菸的年齡越來越低，台灣(菸害防制法)中第12條明確規定，「未滿18歲者，不得吸菸」，人類的心智成熟度會伴隨年齡的增長而有所改變，所以年齡成為判斷「責任能力」較為簡單的方式，因此各國刑法會考慮該國的風土民情來訂定。我國刑法則以滿18歲未滿80歲的人，推定為完全責任能力之人「具有自由與正確判斷合法或非法的能力」，因此必須為自己的犯罪行為，負起完全的法律責任。已滿18歲界定為可以合法抽菸之年齡，也可解釋為屆滿該年齡者「已具自由與正確判斷能力」，而對未滿18歲之青少年，國家則以家長主義角度介入，直接認定未滿18歲之青少年於心智未定的成長期，對事情之思慮欠周，國家在以「不吸菸對你比較好」之想法下，直接替未成年人選擇了「無菸」的生活方式，年滿18歲為解除條件，嗣後國家則不再予以限制。因此國家以《菸害防制法》規定未滿18歲之青少年不得吸菸，行為在此所追求之公益目的應大於未成年人的部分選擇自由，無不妥且與憲法第23條比例原則無違憲。

醫學證實懷孕期間吸菸會提升年輕女性罹患乳腺癌的風險，每日吸菸量達一包的女性，早產兒的情況較常發生，且影響胎兒健康。孕婦吸菸體內容易殘留有高濃度尼古丁(nicotine)或其代謝物古丁尼(cotinine)，若胎兒在這樣的子宮環境內發育，神經、消化系統和視力等也都會導致不同程度的影響，吸菸孕婦流產性高於一般孕婦一點六倍，同時增加先天畸形、早產、及新生兒低體重的危險性，就算成長後也有罹患血癌的高危險性，不僅會影響胎兒健康發育，更會提高胎兒出生後的猝死機率。政府基於上述理由明定條文讓孕婦的吸菸行為具違法性。孕婦

自己判斷怎麼做對自己的身體與胎兒最好，而以「吸菸危害胎兒」之由透過法律誡命孕婦不得吸菸，而《菸害防制法》第 12 條，儘管並沒有相對應之罰則，仍然為一個規範，做為孕婦行為和身體的訓示規範，與吸毒類似，吸菸會有害於胎兒，因此吸菸被視為是孕婦自我毀滅的行為，國家及社會對於胎兒也有保護的利益。(黃冠霖，2015：105-106)。

根據郭亮君研究結果顯示 66.39%的吸菸父母會在子女面前吸菸，其中會在子女面前吸菸的母親佔 75.47%較父親 65.02%為高；過去 30 天平均每天吸菸支數大於 20 支菸以上、不想戒菸、過去一年沒有戒菸動機、尚未戒菸、不贊成家中禁菸規定、家中無禁菸規定、沒有執行家中禁菸規定者有較高機率在學齡期子女面前吸菸。隨著子女的年齡愈大其吸菸父母贊成家庭禁菸規定的比率愈低。到屋外吸菸為吸菸父母避免子女吸入二手菸的方法中較常使用的方法佔 67.10%。同住家人中以子女反對吸菸父母在其面前吸菸的比例最高。吸菸父母對吸菸行為的態度愈負向、對二手菸危害同意程度愈高、家人反菸程度愈高以及對家人反菸的回應愈高較不會在子女面前吸菸。除此之外，家中有無禁菸規定也會影響吸菸父母在學齡期子女面前的吸菸行為 (郭亮君，2010)。

第四章 研究資料分析

本研究主要將個案在戒菸門診研究取樣期間，把所得資料具體呈現出來。研究者與吸菸行為人面對面訪談所得到的資料進行分析。透過訪談瞭解個案心理因素（戒菸動機、戒菸自我效能）、生理因素（身體健康考量）、環境因素（戒菸政策、家中禁菸規定）之現況、程度、來源及因應策略實際運用情形。

第一節 受訪者資料與訪談題目設計

壹、受訪者資料

本研究的對象是青年、中年、老人各 2 人，主要訪談對象設定為戒菸門診個案或戒菸班成員。採立意抽樣以某衛生所為主進行訪談。受訪者共有 6 位，性別中男性 4 位，女性 2 位，婚姻狀況有離婚、未婚及已婚，菸齡平均都在 14 年以上，一氧化碳(CO)檢測值基本上都蠻高，菸癮極重，基本上都是屬於老菸槍。透過口頭、電話或請友人協助等方式邀約，訪談時間為 60~90 分鐘，訪談次數為 2-3 次不等。另外，在訪談時，為了讓受訪者能夠輕鬆、沒有壓力的情況下接受訪談，由受訪者依據他們的意願與方便性，而決定訪談的地點及時間，經由受訪者的同意之後，將整個訪談過程以錄音的方式紀錄下來，方便研究者日後再將錄音檔案整理成為逐字稿，統整出戒菸者心理、生理、環境因素來源及面對現況之因應策略與方式。為呈現受訪者的經驗與想法，依照訪談時間，分別以 A~F 代號與所擔任之職務標示各訪談者訪談資料。

受訪者基本資料如下表 4-1-1：

表 4-1-1 受訪者基本資料

編號	年齡	性別	婚姻狀況	菸齡	職業	一氧化碳(CO)檢測值(ppm)	目前吸菸狀況(支/天)	訪談時間
A	29	女	離婚	14年	市場賣菜	27	20-30/天	107.7.30 107.8.23
B	35	男	未婚	15年	國中老師	10	7/天	107.7.21 107.8.15 107.9.20
C	54	男	已婚	30年	守衛	17	20/天	107.7.16 107.8.30 107.9.20
D	48	女	未婚	18年	看護	18	10/天	107.7.20 107.8.25 107.9.21
E	66	男	已婚	30年	無	20	20-30/天	107.7.27 10.8.30
F	65	男	已婚	30年	公司主管	28	40/天	107.7.31 107.8.26 107.9.23

PS：一氧化碳(CO)檢測值(ppm):了解受測者吐出來的一氧化碳及對香菸的成癮度有多少。18歲以上正常1-6ppm；7-10ppm輕度；10ppm以上重度。

資料來源：研究者自行整理。

貳、訪談題目設計

本研究依據研究目的、研究架構與文獻探討，完成訪談大綱之設計，分析各學者相關研究將影響戒菸成功與否分成三個面向探討，分別為：心理因素、生理因素、環境因素；戒菸的壓力對應指標為：戒菸動機、自我效能、身體健康考量、禁菸政策、家中禁菸規定五個面向。並依據吸菸者背景因素，分析瞭解吸菸者在不同性別、菸齡、婚姻狀況、職業背景中戒菸的壓力是否會影響個人的感受程度及因應策略之運用。訪談者受訪題目大綱如下表 4-1-2：

表 4-1-2 訪談大綱

評估指標	題號	題 目	配對內容
心理因素	1	為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？ 例如：自發性、被動性、家人勸來.....？	戒菸動機 自我效能
	2	為什麼會想到衛生所來戒菸？ 例如：親戚朋友告知、廣告宣導、別人推薦....	戒菸動機
	3	你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？ 例如:戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎....	戒菸動機
	4	以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？ 例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒.....	自我效能
	5	在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？ 例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、	戒菸動機 自我效能

		戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的.....	
	6	面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？ 例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題...	自我效能
	7	當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？	戒菸動機 自我效能
	8	當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？ 例如：跑去運動、喝水、吃口香糖...	自我效能
生理因素	9	抽菸對身體不好，你的看法呢？ 例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮....	身體健康考量
	10	我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？ 例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等....	身體健康考量
	11	有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？ 例如：滿足感、提神...、	身體健康考量
	12	當我菸癮來時？你會如何處理呢？ 例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力.....	身體健康考量

	13	看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症， 你的看法呢？你會怎麼做？	身體健康考量
	14	為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？ 例如：改變生活習慣、....	身體健康考量
	15	我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？	身體健康考量
環境因素	16	在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人 對你抽菸的態度如何，無所謂或積極反對？或鼓勵 你繼續抽菸？怎麼去克服呢？	禁菸政策 家中禁菸規定
	17	禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而 且取締變嚴格，怎麼處理呢？有沒有感覺抽菸，好 像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？	禁菸政策
	18	家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味 或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？ 例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!.....	家中禁菸規定
	19	現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？ 例如：省荷包、賺健康.....	禁菸政策
	20	當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處 理呢？ 例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在 戒菸....	家中禁菸規定
	21	當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？ 例如：勸戒、遠離環境....	家中禁菸規定
	22	家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無 薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？	其他

資源來源：研究者自行整理

第二節 影響戒菸成功的心理因素結果分析

戒菸的心理因素歸納為戒菸動機及自我效能。自我效能是個人自覺是否有能力去成功執行某種行為所具有的信心程度，自覺信心強度會決定他是否能克服困難情境與維持，以達成行為改變，透過行為表現、他人言語的勸說、生理的狀態、經驗的感受，經由認知、激發、情緒、選擇等過程而產生提供行為動力，當自我效能越高越能達成個人健康行為。戒菸者自我效能的高低會影響其是否決定戒菸者的動機之一，低自我效能的菸癮者可預見其故態復萌的機率也將隨之增高（張景然、王珮蘭，2004：34）。在對吸菸者而言，不管動機是因為身體健康的警訊不得不戒或是因為禁菸法令政策、菸價調漲、為了省錢考量；家人兒孫要求等，不論是哪一種原因，只要能引發戒菸，對個案而言都是重要的戒菸動機來源。菸害影響身體，這些知識、訊息已經普遍深植人心，引起戒菸意願、促進戒菸行動，便會是戒菸過程中，很重要的第一步。

壹、研究對象參與戒菸原因

吸菸行為人參與戒菸服務的因素不同，對於戒菸服務也會有不同的期待與思維，因此希望透過吸菸者參與動機的分析，了解自我效能的程度，以提升吸菸者參與戒菸的意願。

貳、心理因素戒菸動機結果分析

一、吸菸影響了身體健康

多數的受訪者的動機是為了健康，身體也有了疾病所以自發性來衛生所參與戒菸，助人戒菸真的不容易，主要原因在於戒菸者的動機是戒菸成敗的最大關鍵因素。當吸菸者無意願動機戒菸時，即便旁人耳提面命、百般勸說，往往沒能見到改變的可能性。然而戒菸卻又是件重要的事情，因為吸菸是致癌及罹患其他對身體健康疾病的主要原因之一。因此，助人戒菸、勸說戒菸、喚醒戒菸意識、引起戒菸意願、促進戒菸行動，不論是否為醫事人員，每個人都可以是健康守門人

的角色了。

我的心臟有問題，也有在吃精神科的藥，醫師也建議我要戒菸或少抽菸。(A 受訪者)

我有交感神經失調的症狀，加上抽菸對我跑步影響很大會喘……。(B 受訪者)

抽菸久了一直有痰且咳嗽厲害，所以想要戒菸。(C 受訪者)

身體肝不好，肝硬化有在治療中，……。(E 受訪者)。

我有糖尿病，抽菸對我身體是不好的，自己想要來戒菸……。(F 受訪者)

受訪者自己本身就有身體疾病且知道吸菸會危害身體健康，想要戒菸的動機強烈，自動尋求戒菸門診治療來降低抽菸危害身體健康。

二、透過親朋好友告知訊息引發戒菸動機

戒菸者大多是透過親人及朋友間互相告知，在戒菸過程中有人戒菸成功並知道訊息且推薦給更多想要戒菸者的管道，提供資訊，加入戒菸服務，這正是衛生所做宣導時透過任何管道所要告知民眾的。

家人有來戒菸過，是家人告訴我的。(A 受訪者)

透過姐姐得知衛生所有戒菸門診，所以就參加衛生所戒菸門診了！(B 受訪者)

朋友有到衛生所參加戒菸門診，是朋友告訴我的。(D 受訪者)

有朋友到衛生所參加戒菸班，到衛生所拿戒菸藥品戒菸成功，所以我想要來參加戒菸門診。(F 受訪者)

現今科技發達，衛生所透過各種媒體、網路、廣告、宣導讓民眾更加了解戒菸管道的知識訊息，民眾有所選擇到醫院、診所或衛生所皆可。

經廣告宣傳知道衛生所有辦戒菸班及戒菸門診。(C 受訪者)

看到跑馬燈有廣告，到衛生所戒菸是比較便宜。(E 受訪者)

受訪者經由媒體廣告等得知訊息，這是衛生所經由透過媒體的宣導，讓民眾

更能接收到資訊。

三、菸價上漲，影響荷包

兩位受訪者菸齡都超過 30 年，每天吸菸量都要 30 支以上，每月花費在菸品費用要 3000 元以上，所以戒菸可以節省菸品的費用。

菸價越來越貴，我也越抽越多。(F 受訪者)

菸價正說要提高……！(E 受訪者)。

菸價調漲國內低價菸約 65 到 70 元、中價菸約 80 到 90 元、高價菸 110 元以上，若再加上 25 元，最便宜的每包也逼近百元，比一個便當還貴，更能反應出吸菸者荷包損失影響之大。

四、上班的地方是嚴禁吸菸的場所

對 D 受訪者上班的地方是醫院，是禁止吸菸的地方，本身是看護，照顧病人壓力大，消遣時間即解除壓力只有靠吸菸，對受訪者是非常不便的。

工作時間很長壓力也很大，而且醫院不能抽菸也很不方便……。(D 受訪者)

《菸害防制法》推行至今，進入室內公共場所不吸菸的觀念已深植民眾內心，但對於醫療院所的室外，禁菸的規定認知仍不足，有癮君子誤以為走至醫院室外或於醫院大廳外就可大啖香菸，其實在醫院的管理範圍內，不論室內及室外都是不能抽菸，縱使無心之過，依《菸害防制法》進行可以裁罰，最高可處新台幣 1 萬元罰鍰。

參、心理因素自我效能結果分析

一、以前有意圖但成效都不好，對於這次參加戒菸門診，抱著期待。

自我效能可做為預測行為改變的重要因素。受訪者多數都有戒菸意圖，菸癮難戒，仍希望透過戒菸門診的藥物戒除菸癮，持續戒治，可感受到對抗菸癮而呈現心理的難耐的狀況。

以前有戒菸過但因為跟先生離婚還要撫養小孩壓力大，加上心情鬱悶，反而

越抽越多，沒有成功！（A 受訪者）

以前有戒菸的念頭及經驗，過程造成身體不舒服，自己意志力不夠，所以戒了又抽，抽了又戒。（B 受訪者）

以前有自己戒菸過，但沒有堅持下去，我的辦公室只有我一人，無人就會想抽菸，所以沒有戒菸成功。（C 受訪者）

以前自己有到診所戒菸過，但沒有成功希望這次能夠戒得掉。（E 受訪者）

就心理層面來看，受訪者戒菸動機強，因本身健康有疾病，再抽菸更會影響身體疾病更加惡化，所以參加戒菸門診的動機意念強，自我效能高。

工作時間很長壓力也很大，而且醫院不能抽菸也很不方便，所以才要想要戒菸，以前沒戒菸過。（D 受訪者）

工作的環境是醫院，是禁菸的場所，加上工作壓力大，動機極為強烈，同事之間也是在看她會不會戒除吸菸。

菸價越來越貴，我也越抽越多，自己想要來戒菸，家人也勸我戒菸，對自己也信心不大，但我還是希望試一試的心態。（F 受訪者）

對 F 受訪者來說，身為公司的主管，工作壓力大且要思考公司的營運，戒菸多次仍無法成功，訪談過程中，受訪者說出有糖尿病，但受訪者覺得糖尿病還不夠會威脅到身體不適或立即危害到生命，所以也是經家人的勸戒，來衛生所參加戒菸門診及戒菸班。

二、受訪者自動透過戒菸門診增加戒菸決心

受訪者都是參與戒菸門診，只有一位受訪者有參加過戒菸班，參加戒菸班也需要戒菸者配合的時間，所以在辦理戒菸班招募人員也是不容易的。衛生所是最基層的醫療院所，是提供民眾最便利性的戒菸門診服務，透過戒菸門診幫助吸菸者戒除菸癮，護理人員也會按時衛教戒菸者狀況並提供戒菸技巧方法。

參加衛生所戒菸門診，不能換到別的醫院或診所去拿藥品，戒菸藥品總共可以 8 次。（A 受訪者）

我之前就知道衛生所有戒菸門診，所以現在就參加戒菸門診，按照規定時間來拿戒菸藥品。(B 受訪者)

衛生所的戒菸門診能提供相關戒菸知識、戒菸資訊來幫助我，這樣效果會更好呀！(C 受訪者)

我覺得菸癮是很難戒的，希望衛生所的戒菸門診的幫忙，能戒除掉我的菸癮呀！(D 受訪者)

參加戒菸門診及戒菸班，過程中都有按照醫師的囑咐及護理人員的叮嚀關心，在戒菸的過程中順利的戒除…。(E 受訪者)

我的菸癮很大，抽菸一天要 2 包，希望戒菸的藥物及醫師護士的衛教幫助我能夠戒菸成功。(F 受訪者)

戒菸門診給藥及戒菸衛教暨個案管理服務，是提供戒菸者客製化諮詢與支持，協助癮君子面對面方式，進行戒菸衛教暨個案管理服務，並透過整合轄區內資源，於職場、學校等場域，團隊出擊，提供戒菸衛生教育指導、諮詢、戒菸教育服務。

三、以前戒菸的過程都是不愉快的，影響戒菸的決心及信心

好幾位受訪者都有戒菸過的經驗，戒菸的過程都有不同的原因，都有壓力且信心不夠高，動機不夠強，了解受訪者之前的戒菸失敗的經歷，對於日後戒菸輔導工作有方向及重點，所以面對一次次的戒菸失敗。這也是醫護人員面對在進行戒菸輔導工作時面臨到最多、也是最大的問題及考驗。

我以前有戒過 2 次，有一次戒菸的時間長達 1 年多，但是都沒有成功。(A 受訪者)

以前有戒過也戒過 5 次……，用自己的意志力去戒，讓我覺得很難也很不舒服……，陸陸續續又開始抽菸又戒菸了。(B 受訪者)

以前有自己戒菸過，但沒有堅持下去……，所以一直無法戒掉呀！。(C 受訪者)

以前有戒菸過，但禁不起朋友請菸。(E 受訪者)

以前有戒菸過一次，因為工作壓力大就會想到抽菸，所以才沒有戒菸成功啊！

(F 受訪者)

在戒菸門診的過程中，會出現幾個不同階段之行為改變，很可能前進到準備期後，又退回沉思期，然後再前進至準備期、行動期。打算戒菸至戒菸成功，這中間可能經歷數次才能成功。在門診戒菸治療實務中，亦可驗證，有些人雖已處於行動期，但功敗垂成，受不了壓力、周遭環境或親友的誘惑等因素，又回到沉思前期，再度吸菸。

從 D 受訪者的過程中發現是第一次參加戒菸門診，動機強且有信心，因為工作的環境上無法吸菸，所以戒除菸癮是對自己工作及身體上最有利的。

我以前都沒有戒菸過，既然來戒菸了，對自己是有信心的。(D 受訪者)

對於剛戒菸者，詢問吸菸狀況並於關心戒菸時遭遇到困難或挑戰，都能獲得協助。

四、戒菸的過程都會有戒斷現象及身體的不適

在戒菸的過程中，每個人都呈現不同身體反應及症狀，所以有些人會覺得很難耐且痛苦或者會對藥品有副作用，吸菸者對於戒菸可能只是在腦中隨即消逝的念頭，但是對於認真思考戒菸的人，這是一個相當嚴肅的問題，因為戒菸真的會帶來生活上的適應問題。戒斷症狀和負面的感受在沒有做好戒菸心理準備的情況下，可能持續二到四週，且可能同時產生其中一種或數種的戒斷症狀，雖然不容易控制，但是對身體無害。

我會失眠、焦慮...。我有在吃精神科的藥物。(A 受訪者)

很多的精神疾病者情緒不穩定會藉由吸菸來解除壓力，能夠意識要想要戒菸及參加戒菸門診值得我們醫事人員鼓勵加油的。

訪談過程中發現，受訪者使用戒菸藥品會有頭痛的副作用，但能自己克服頭痛的問題，給予很大的支持及鼓勵及使用藥物的協助。

吃了戒菸藥品會讓我頭痛的很厲害，是藥物的副作用嗎？為了戒菸我還是繼

續吃戒菸藥品啊！（D 受訪者）

對 D 受訪者來說，服用戒菸藥品是不會產生頭痛現象，而是減少吸菸量或停止使用菸品會出現戒斷現象，包括容易發怒、缺乏耐性、注意力不能集中，脾氣變壞、出現緊張、焦慮或坐立不安的現象。也可能出現頭痛、頭暈或睡眠障礙的徵狀，食慾可能會增加等。一般戒菸者超過 80% 會出現戒斷現象。剛戒菸時，可能會出現較多症狀，但大部份的身體不適會在幾天內會明顯減輕，但情緒上不舒服的感覺會持續較久時間。

五、除了戒菸藥品外，依個人不同會用其他方式解決想抽菸的念頭

受訪者會用吃東西來改善心情及不適，口腔嚼動解決菸癮來時的動作，仍是要注意體重的增加保持運動等。

我會想要吃東西，可以減緩不舒服，轉移我的菸癮呀！（B 受訪者）

戒菸時我沒有困擾及棘手的問題，如果想到抽菸時我會去買糖果，讓我感覺口腔有東西在嚼在動。（E 受訪者）

已經習慣菸品刁在嘴邊的動作，對 B、E 受訪者來說吃東西可分散注意力及享受嘴邊有東西的動作。

我明知道抽菸對身體不好，要少抽菸但是做不到啊.....！（C 受訪者）

工作在忙時，我需要專心思考事情，會一直拿菸來抽，是讓我最困擾的。（F 受訪者）

C、F 受訪者有戒菸意圖強烈，但遇到壓力或心情不好時，仍無法控制菸癮，知道要少抽菸，執行戒菸的行動力仍是掙扎的。壓力或許是最重要的心理因素，很多人會聲稱吸菸可讓他緩解壓力，但吸菸時持續增加菸品的吸菸量，反而造成戒斷的不適，對自我的看法及菸品的心理因素更加內心交戰。

在戒菸門診上，加強戒菸利益性認知、降低每日吸菸量及提升自我效能策略，才能維持吸菸者持續戒菸行為，提升戒菸的成功率。

六、戒菸的過程中不會造成親友的排斥

受訪者多數在心理因素方面，對親友聚在一起時，並不會排斥一定要抽菸才能切入話題或無法介入圈子，反而自己拒絕抽菸仍會吸到二手菸。

周遭的親友不會排斥。我的朋友每個都會抽菸……，我的家人父母親都是抽菸的。(A 受訪者)

我的親朋好友都知道我要戒菸高興的來不及耶！(B 受訪者)

有些朋友知道我在戒菸，有些不知道，知道我戒菸很好奇我怎麼會去戒菸！一樣還是會請菸給我…。(C 受訪者)

朋友都知道我肝不好，且醫師都說我不能再抽，我對菸也比較敏感了。(E 受訪者)

工作的場所很多同事都在抽菸，我戒菸他們都知道，如果請抽菸就盡量拒絕就好。(F 受訪者)

戒菸過程中碰到的對象不管是家人或朋友，對受訪者並不會造成任何心理因素排斥及距離影響，互相間會忍讓這個戒菸的過程。

醫院是屬於無菸環境且禁菸場所，若想要抽菸者，要離開場所到醫院外圍，對有吸菸的看護來說，菸癮來時在照顧病人上是不方便，受訪者接受戒菸治療過程，也會影響同事之間對戒菸動機及決心，靜待觀察 D 受訪者戒菸過程。

在醫院上班，我工作周遭的同事，每一個都會抽菸，且菸癮都很大，我跑去戒菸門診他們都知道，我盡量不抽也不在她們的面前抽，她們也在等著看我(看笑話似)會不會成功！(D 受訪者)

對 D 受訪者，在醫院當看護想抽菸是不自由且禁止的，工作壓力大且看護時間較長，同事之間心裡也會看對方是否戒得掉，對 D 受訪者來說戒菸是需要且急迫的。

七、參加戒菸過程定期的輔導及關心是不會覺得困擾的，更加有動力戒菸。

吸菸不易戒除，除了藥物治療之外，再加上行為上的支持，戒菸的成功率可以增加 1~2 成左右，包括本人親自到場關心或是電話訪問戒菸者。

我不會排斥衛生所人員來關心我，只怕我住院了衛生所人員會找不到我而已。

如果是住院，我會努力戒菸的。(A 受訪者)

戒菸這種事不容易，有人關心其實是滿好的。(B 受訪者)

衛生所人員關心是好的，不會造成我的困擾。(C 受訪者)

衛生所人員打電話來我很高興啊，不會排斥，能夠關心我戒菸的情形，我吃藥有不舒服可以直接問你們，給我加油打氣增強我的信心。(D 受訪者)

關心我戒菸的情形，我不會覺得困擾，而且衛生所也幫我報名參加戒菸就贏的活動，打電話關心我，覺得很好哇！(E 受訪者)

我不會覺得煩，衛生所的小姐都很親切衛教及問候，讓我更有動力來加油。

(F 受訪者)

對受訪者來說，透過戒菸團隊給予戒菸諮詢及協助，提供門診戒菸、衛教等服務，依受訪者狀況做合適的指導戒菸方法，幫助成功戒菸，是非常重要的。

八、飯後的抽菸是一種習慣也是一種放鬆飽足的感覺

很多癮君子習慣或喜歡在用餐後，隨手抽根菸，部分的人甚至以為抽菸能幫助消化、緩和腸胃道腫脹感，經常將「飯後一根菸、快樂似神仙」掛在嘴邊，人吃飽後處於休息狀態，大腦便會易產生滿足、舒適的感覺。飯後吸菸出現的快感，是會給吸菸者的錯覺及誤會，甚至還可能因香菸中的尼古丁衍生潰瘍等症狀發生，不容漠視！

剛吃飽後最放輕鬆....。(B 受訪者)

菸會讓我很有滿足感。(C 受訪者)

抽菸是可以解除我的壓力。(D 受訪者)

會讓我放鬆的。(E 受訪者)

這句話是描述，受訪談者大都有想抽菸的習慣樣子。飯後或一醒來就抽菸，不只會影響腸胃功能，也容易引發慢性支氣管炎，長期下來不但對精神沒幫助，還會導致更多健康問題。

吃飽飯後就會想要抽菸，是習慣了！（A 受訪者）

抽菸可以幫助我提神吧！而且我是習慣了！（F 受訪者）

飯後一根菸變成是一種習慣，吸菸者想提神，可到陽台走走或到公園運動，呼吸新鮮空氣，也可降低抽菸慾望的。吸菸之所以能帶給吸菸者所謂的快樂感或放鬆，是由於菸草中的尼古丁會刺激中樞神經，兼具多重藥理作用，有成癮性；而從心理層面來看，吸菸是一種習慣，由不斷練習而累積的行為。因此吸菸者經常一根接著一根抽，主因即為香菸的尼古丁成分，帶給吸菸者滿足。

綜合以上訪談分析，健康信念越正向越能改變行為，而自我效能信心程度會越高，越能達成個人健康行為。自覺信心強度會決定是否能克服困難情境與維持，以達成行為改變，影響期待結果。各種合理化自己的行為，也更突顯自我效能，戒菸決心的重要性。戒菸過程中，受訪者心理因素是最複雜的，會因認知、思考、信念、情緒、自我等看法及想法各自有不同，面對面溝通時或家人陪伴回診時，須建立良好醫病關係，與受訪者及家人有良性互動溝通，提供支持、鼓勵確實治療及追蹤，增加戒菸的成功率。

第三節 影響戒菸成功的生理因素結果分析

抽菸對身體健康危害一直是不爭的事實，不但造成個人身心健康損失，更影響國家競爭力，因此，研究者對戒菸者生理因素的身體健康考量方面做深入探索瞭解，進而分析吸菸者吸菸與戒菸者相關因素。

壹、本身就有疾病，抽菸更危害身體健康加重病情

從受訪中了解，訪談者有 4 位都有疾病，對自己的身體都了解吸菸會危害自己健康，有警覺性。戒菸或少抽菸可降低菸害所造成健康危害是確實不容緩的。

我的心臟不好又有再吃精神科的藥，少抽菸，對我身體是好的。（A 受訪者）

我本身有肝硬化，抽菸也會影響我的肝臟，所以我要戒菸。（E 受訪者）

我有糖尿病我知道抽菸對身體不好……！（F 受訪者）

跑步讓我覺得很累，肺覺得不舒服……。（B 受訪者）

缺乏運動會增加吸菸的危險性，規律運動會減少菸癮的戒斷症狀發生並降低吸菸的渴望。透過戒菸門診衛教及諮詢，讓受訪者更清楚瞭解身體與健康的重要性。

吸菸對身體健康的負面影響並非立即性，通常是會等到身體發生警訊時，才會警覺戒菸的必要性，受訪者若是對菸害了解身體疾病，罹患性的認知程度越高，戒菸的維持意向也就越高，可見吸菸者的健康狀況會影響自己的戒菸動機，甚至將來是否戒菸成功的關鍵。

我知道抽菸對身體不好，如果可以的話要戒掉，有時會覺得很矛盾。(C 受訪者)

C 受訪者對菸害認知不足，認為目前身體疾病的問題，不會立即影響危害到生命，對於戒菸的過程仍會心理交戰。

我有糖尿病，目前都在吃藥及打胰島素控制中，我知道抽菸對糖尿病不好，就是改不掉，我的菸癮大！(F 受訪者)

對 F 受訪者有糖尿病且菸癮也很大，也多次至衛生所戒菸門診，身體健康的疾病對受訪者並沒有立即的危害，但抽菸也是慢性疾病危害因子，有意圖但執行力弱，並非下定決心可以立即戒除菸癮，自我效能較低。

抽菸對身體不好更加重疾病發生，當然不會抽菸...(D 受訪者)

對 D 受訪者雖然本身沒有疾病，但抽菸會帶來身體很多的危害及疾病，吸菸的菸量與吸菸的菸齡，都是危害身體健康的重要指標。

貳、正向面對菸癮來時的處理

透過訪談者的經驗分享，在戒菸的同時，會利用戒菸的替代物或方法及不同的技巧幫助訪談者菸癮來時的處置。

我會去賣菜轉移我想要抽菸的念頭，現在使用戒菸藥品（嚼定口香糖）。(A 受訪者)

利用分散注意力，愛家幫忙賣菜並使用戒菸藥品幫助戒菸。

我會去運動排汗，戒菸藥品對我來說也是最方便，一天一顆就可以了。(B 受訪者)

我有空我會去運動，我現在正在戒菸，有在吃戒菸藥品。(D 受訪者)

受訪者是老師，利用上班空餘的時間去運動，晨間散步、游泳、肌肉收放運動、做規律運動，同時配合戒菸藥品來戒掉菸癮。

我菸癮來時，會妨害別人，我可以不用抽菸的。帶孩子去醫院拔牙，等了三個小時，等待的時間我有到外面去，雖然很想抽菸，但我也沒有拿菸抽。(C 受訪者)

受訪者會利用轉移注意力，提醒自己吸菸也會危害周邊旁人的健康，不要去影響別人。

我把床頭菸灰缸、菸品等等全部都丟掉，床頭櫃放糖果或喝飲料，然後想抽菸時再使用戒菸的藥品口嚼錠。(E 受訪者)

藉由決定戒菸開始，同時調整生活中與菸有關的行為與習慣。找出與菸有關的情緒連結，並且思考如何正向轉移這些連結，有助於展開嶄新的生活。

當我菸癮來時不抽菸，我會焦慮且坐不住。我會直接拿戒菸藥品使用。(F 受訪者)

受訪者了解感到一陣強烈的菸癮來時，戒菸藥品可以配合使用。

叁、 周遭親友抽菸有利警惕戒菸者

發現周遭的親友因抽菸更危害到身體健康，更能讓受訪者有警惕及提高戒菸的成功率，受訪者也怕影響未來健康而拒絕菸品。

我父親有氣喘，抽菸更加嚴重，抽菸真得會影響身體疾病更嚴重，所以父親他也戒菸了！(A 受訪者)

父親有抽菸，中風後有很多痰，媽媽恐嚇我說抽菸會造成很多痰…，我覺得很有道理。(B 受訪者)

看到周遭的朋友因為抽菸得到一些嚴重的疾病，我會提醒自己盡量少抽菸，

也會跟周圍的朋友說說。(C 受訪者)

我周遭的朋友每一個都在抽菸，而且抽菸的很厲害，目前沒有得到嚴重的癌症問題。我在戒菸她們也都知道，我會勸她們但是效果不好，她們等著再看我會不會戒得掉菸！(D 受訪者)

受訪者大多數都知道吸菸對身體健康帶來威脅，但往往都是要等到家人身體健康出現問題並查出與吸菸有關連性而造成恐慌，才開始認知有戒菸的衝動。

我的朋友很多都在抽菸，我也不會去勸他們，這是他們要對自己的身體負責，想要戒菸就要強烈的意志力，才能戒菸成功哇！(E 受訪者)

我想這是個人體質吧！該得就會得到，順其自然。我不會勸別人戒掉，我也不知道會戒的掉嗎？(D 受訪者)

身體健康有疾病，不會干涉朋友間抽菸勸戒問題，以免影響同事之間的感情。

肆、抽菸時先遠離家人不影響家人健康

在研究者訪談對象中，大多數的受訪者抽菸都會遠離家人，不會在同個區域抽菸，會考慮到家人的健康，從訪談資料來看，如果家人都會吸菸，同在一個屋簷下彼此就無互相影響。透過訪談中了解，戒菸輔導過程中，良好的菸害衛教有助於提高受訪者對菸害的認知，吸菸行為會對家人健康影響之後果。

吸菸時會在我自己的領域，如果旁邊有人或不抽菸的人，特別是有小孩子，我會離他們很遠。(B 受訪者)

家人跟小朋友在場，我會盡量離開她們遠一點抽菸。(C 受訪者)

為了家人健康我會戒菸的。(D 受訪者)

很多人不喜歡聞到二手菸，所以我不會在家裡室內抽菸的，也不要影響家人。(F 受訪者)

在訪談的過程中，多數受訪者都了解吸菸會造成二手菸的危害，周遭很多人不喜歡聞到菸味及排斥菸味，為了尊重及家人健康，會主動遠離場所，不危害別

人健康為主。

遠離在家抽菸的環境，對家人的健康是有重視的，父母有吸菸的行為，則子女將來吸菸的行為可能性比較高。

我老婆家每個人都在抽菸，我自己家只有我一個人再抽，所以沒有人會管我呀！（E 受訪者）

受訪者目前一人獨居，自己抽菸無去影響別人，家人也不會去管，因有肝病所以要戒菸。

綜合以上所述，研究者認為無菸的家庭，不僅提供家人健康舒適空間，能降低在家中菸量的使用，增加訪談者採取戒菸的行動力及維持戒菸的狀態。

伍、家中有人懷孕吸菸會影響胎兒健康

目前受訪者家中都沒有懷孕者，但對如果家中或親友家中有人懷孕，都會避開遠離或想要戒菸，這顯示受訪者都知道菸害會影響胎兒健康且不去影響別人，這對戒菸的動力是正向的。

有人懷孕，我會遠離抽菸的地方。（A 受訪者）

家人有人懷孕應該要戒菸或不要去影響別人呀！（B 受訪者）

家人有人懷孕應該要遠離抽菸的環境的。（C 受訪者）

抽菸對懷孕的人是不好，應該要戒菸才是。（D 受訪者）

抽菸不要去影響別人，遠離她就好，當然能戒菸掉最好。（E 受訪者）

有去朋友家中看到朋友家有人懷孕，我會避開到外面抽菸，不要影響別人。

（F 受訪者）

家中有人懷孕，長期吸到二手菸或三手菸，所生的子女將可能造成聽力障礙的問題。懷孕的母親吸菸對胎兒尚在發育也會造成傷害，能避開或戒菸是最好的選擇。

綜合以上所述，吸菸對健康危害巨大，很多先進國家無不把菸害防制工作列為健康重大議題及政策，當然我們政府也不例外，投入在立法、管制與提供相關治療，都非常積極執行。對受訪者來說吸菸並不只是個壞習慣，且在醫學界裏已把吸菸視為

慢性病的一種，經過一段時間後，潛在症狀就會開始慢慢出現。菸害對健康產生的危害疾病包括肺癌、肝癌、子宮頸癌、膀胱癌到心臟血管疾病、高血壓、中風等會顯著的增加，受訪者受到疾病的警訊時，才會想到衛生所參與戒菸治療，治療過程同時會有產生菸癮的生理依賴及心理依賴的問題，受訪者會利用藥品及配合其他方式如轉移注意力或運動等來幫助戒菸，也提醒自己吸菸也會危害周邊旁人的健康，不要去影響他人。在環境周圍如有小孩或懷孕者，盡量遠離場所避免吸到二手菸。大多受訪者因為健康出現問題時，經過醫師建議後才來戒菸，所以受訪者的身體健康狀況影響戒菸成功是非常有關連性的。

第四節 影響戒菸成功的環境因素結果分析

研究者參考國內相關菸害工作期刊與研究文獻，以自身經驗與觀察現況，並諮詢其他相關醫療衛生資深醫師及護理師，對受訪者在提出許多戒菸門診中輔導現場可能會面臨的狀況與困境，作為本研究分析輔導衛教面對工作壓力所採取之因應策略之方法。

本研究在訪談題目中以「禁菸政策」、「家中禁菸規定」二個面向與受訪者討論，在面對受訪者會採取哪些因應策略來支持自己持續戒菸的動力，就訪談結果做出以下分析：

壹、家中禁菸規定因素結果分析

影響戒菸的家庭層面包括：家庭社經地位、家庭的完整性、父母、兄弟姐妹與同住親戚是否同意其吸菸、家人是否吸菸。家庭中父母親訂定，反對吸菸的家規等，皆有效降低受訪者的吸菸行為。吸菸行為人最重要是他人的規範，可影響受訪者戒菸行為意圖最強的預測變項，家人吸菸情況可以影響到受訪者的吸菸態度與行為，家中有禁菸規定及鼓勵戒菸可影響成功戒菸，相同家中有長者提出禁菸規定，戒菸比例也會提高，社會規範方面，受訪者也會感受到愈強烈的社會拒菸規範，也可提高成功戒菸機率。

一、家人的鼓勵戒菸是維持戒菸的重要因素

受訪者參與戒菸治療過程中，在家庭裏親人可以感受到，受訪者戒菸的態度及行為，且支持受訪者戒菸，增加受訪者戒菸信心及態度，受訪者也規範自己，吸菸時不在家裡抽菸。

在家裡面抽菸會跑到 4 樓陽台上，家中禁止在家裡面或有小孩面前抽菸，家人當然希望我能戒菸對我是最好，我會盡量少抽菸…。(A 受訪者)

在戒菸的過程中，家人看到我戒菸覺得很不可思議，我執行我的意念很強，家人到現在看到我沒在抽菸，且身上沒有菸味，都很高興。(B 受訪者)

我盡量不要在家裡面抽菸……。(C 受訪者)

在戒菸的環境過程中家人沒有反對，甚至鼓勵加油戒菸，給予正向積極鼓勵，對戒菸者是加分的，所以家人對有無吸菸的態度，會影響受訪者對吸菸的看法。

我會到外面去抽菸的。(D 受訪者)

我也會到外面抽菸…。(E 受訪者)

吸菸者的家人，對於受訪者對吸菸行為個人的事情，經由溝通，家人沒有反對，反而想抽菸時會自動避開環境。

家人很鼓勵我戒菸，可是我就是無法克服！我會加油…。(F 受訪者)

家人的鼓勵是最重要的動能，再來就是對自己要有信心了！

綜合以上資料顯示，受訪者在戒菸環境上會考量家人感受及不讓家人吸到二手菸，主動避開吸菸的環境，這也是受訪者規範自己也有助提高戒菸成功機率。

二、身上的菸臭味，影響家人的接觸

吸菸的劑量會對人體反應很大，且抽菸的支數多、劑量大及時間越長，身上的菸臭味更濃，且罹患疾病的機會更多。

媽媽會勸我少抽菸也擔心我的健康，家人身體體質不好，也不喜歡聞到有菸味，我會主動遠離她們，彼此尊重。(B 受訪者)

我身上有菸味，老婆跟小孩都不喜歡有菸味，家人在我身邊的環境下，我會主動離他們的環境，去抽菸或者選擇不要抽菸。(F 受訪者)

家人對菸味會過敏，對受訪者回家聞到身上有菸味會排斥，所以想要抽菸時，會尊重家人，主動避開家中環境才去抽菸，保持家裡是無菸環境。

三、營造家中戒菸環境，需要家人鼓勵及支持

菸癮來時，受訪者在家中吸菸，家人不勸阻、且是無所謂的態度，在吸菸環境氛圍，相對要戒菸的時間歷程會較長。

在家裡吸菸也是我的消遣，心情不好時也會抽菸，身上有菸味，他們都習慣我抽菸對我沒有影響。(A 受訪者)

在家裡面環境中，家人都很習慣我在抽菸.....。(C 受訪者)

我在吃精神科的藥控制中，在家裡抽菸身上有菸味，我的家人不會在意的.....。(D 受訪者)

吸菸身上有菸味，我家人不管我.....。(E 受訪者)

戒菸的過程中，家人都習慣平常受訪者在家吸菸，也不會在意約束，期望受訪者能戒菸最好，家人的態度是不積極。當受訪者菸癮來時，會很自然的在家中吸菸，也不會考慮到無菸環境，抽菸已經是成為生活的一部份，這些環境上因素，需要家人支持及配合，營造無菸環境是戒菸成功條件之一。

四、拒絕別人給你的菸品

從受訪者分析了解有四位受訪者會立即的拒絕，其中一位會離開現場，遠離二手菸環境，另二位受訪者難以拒絕還是會接受菸品，在環境社交上仍有難以拒絕的壓力。

親友聚會再一起遞菸給我，我會告訴他，我現在在戒菸了！我會拒絕他。(A 受訪者)

大家聚會在一起時就會說我不要抽了！你們抽就好了。朋友們看我沒抽菸，會忍耐不要抽，我會跟他們說不要再忍，你們可以就抽菸沒關係！我在抽菸的場所裏待久了，我有強烈感覺到，隔天去跑步時，身體有菸臭味且影響我跑步時呼吸較不順暢，所以每次朋友有約唱歌時，我就會注意一點。(B 受

訪者)

我會直接拒絕親友告知說我不抽菸。(F 受訪者)

他們知道我身體不好，在那個環境下他們不會拿菸給我，而且我也會離開那個環境。(E 受訪者)

感到對方不斷給你壓力請抽菸，可以善意的回絕，最安全、明智的方法是立即離開現場，這是保護自己的最佳方法。

朋友來找我都會遞菸給我，很難拒絕呀！(C 受訪者)

如果他們要遞菸我會不好意思拒絕，我還是會接受的。(D 受訪者)

受訪者在戒菸時段，由於還要和自己原來的人際社交圈互動，當此社交圈對受訪者不支持並加以利誘，受訪者也會顧及人際關係難以拒絕而再度抽起菸來，這樣對戒菸行為會延緩戒菸成功的時效與機率。

綜合以上受訪者的資料，為了顧及對方的心理會難以開口說「不」，在正常的人際往來就不可能永遠順從別人意願。學會懂得如何拒絕別人，便能保護自己免招不必要的麻煩及後果。基本上，拒絕方式都是大同小異只是在乎意志力能否抵擋誘惑並能堅守原則。

伍、吸菸為個人行為受訪者都多不勸戒

在研究者訪談對象中，5 位受訪者都是不會對親友勸戒的，認為身體是自己的，自己的健康自己要負責，也不干涉別人行為不製造吸菸者心理不適。僅一位受訪者會勸戒。

我不會勸別人不要抽菸，但我會離開現場。(A 受訪者)

抽菸是個人的事情，我不會勸戒。(B 受訪者)

我不會勸她們戒菸，他們都在看我會不會戒菸成功啊！(D 受訪者)

我不會勸他們，自己的身體自己負責呀！(E 受訪者)

他們抽他們的，不好意思勸他們不要抽菸，但我也不好意思離開...。(F 受訪者)

受訪者會因為都是好朋友，所以就不好意思離開，顧及顏面。在二手菸的環境裡會造成健康危害，應該離開場所最重要，也可避免自己受不了誘惑而復吸。

他們都在吸菸，我會適時地勸戒他們，告訴他們抽菸不好，我也在戒菸....。

(C 受訪者)

告訴親友正在戒菸，聞到菸味容易使受訪者再度抽菸，因此儘可能避免此狀況的發生，同時在家或辦公室，要將煙灰缸、打火機、菸盒徹底清除掉。

貳、禁菸政策因素結果分析

一、認同禁菸場所的規範及守法

吸菸是一種權利，吸菸者更應加守法。在《菸害防制法》的規範下，對於禁菸的場所之限制，有充分的證據，顯示二手菸對人體的危害，政府推動菸害防制政策是為了促進人民健康，受訪者在於法的規範下皆認同與守法。

菸害防制法的政策是很好的政策，我沒有反對，盡量不要去公共場所抽菸，我可以忍耐4個小時不抽菸也是可以的。(A 受訪者)

禁菸的地方就不要抽菸哇！或找沒有禁菸的地方去抽菸。(B 受訪者)

很多場所是禁止吸菸，這個政策很好哇！我不會感到不服，而且會取締，我是不會去那些禁菸場所的。(C 受訪者)

禁菸的場所有很多，我會避開那些場所不要去，我也可以暫時忍受不要吸菸。

(F 受訪者)

對受訪者來說，抽菸是一種權利，國家的政策吸菸者也能遵從，雖然造成不便，皆能忍受。

抽菸在國外就像是次等國民，在台灣就不會有這樣的感覺，可以公開的抽菸。我知道有些場所不能抽菸，也不會影響到我抽菸，我會避開就是了...。(D 受訪者)

不能到公共場所抽菸也是我戒菸的原因之一，我曾經到國外去玩有抽菸，結果被留紙條說不要抽菸，覺得很丟臉。(E 受訪者)

在國外公共場所也是不能抽菸的，國外的人民提醒，讓受訪者有深刻的自覺與認知，也顧及自己的尊嚴。在我國社會環境反菸及推行禁菸場所後，會有更高的動機而戒菸的。

二、戒菸的好處多多，省錢又賺健康

大多數受訪者因為菸價要上漲，每個月的開銷多，所以要戒菸，省錢、不再為吸菸或戒菸煩惱。

我要戒菸也是因為菸價有提高，雖然金錢花費對我來說沒有影響，經濟上沒有太大困擾，只是不想讓菸商賺這麼多錢啊！（A 受訪者）

受訪者也提到，吸菸其實花費不少錢，但金錢的花費也會視受訪者的經濟狀況評估開銷，對菸商賺取菸價費用，不想讓菸商賺太多錢，乾脆戒菸，這也是拒絕菸品方式之一。

我每個月都要花 3000 元左右買菸，為了省我的荷包呀！菸的價錢貴又對身體不好所以我才要去戒菸。（B 受訪者）

我現在一天要抽一包菸，開銷比較大，一個月要 3000 元左右，而且菸品一直漲價，為了我的荷包不要失血……。（C 受訪者）

受訪者沒有經濟問題，朋友出國也可託朋友買菸，而且也比較便宜。經濟上的許可，還是會選擇去買菸品的。

目前花在買菸的錢對我來說是不會有影響，我也會請朋友要出國時或回國時，幫我買香菸回來也比較便宜……。（D 受訪者）

我已經戒菸了，如果沒有戒菸，我還是會去買的。（E 受訪者）

菸價提高我有想要戒菸，當然菸品也是一筆開銷……。（F 受訪者）

受訪者因為菸價漲了要戒菸，但又會選擇到別的地方去抽菸，造成他的矛盾及困擾。

三、視家中經濟狀況衡量購買菸品

家中有經濟來源，可掌控菸價及菸量。對受訪者經濟上有固定的工作收入或

家人金錢的支出，對受訪者隨時都是可以買香菸，如沒錢經濟不許可，可以減量或不抽菸，控制自己購買菸品的慾望，受訪者會因工作經濟的收入而視情況的買菸。

我會幫忙家人賣菜，家人會給我錢花用，經濟目前沒有個問題，我會去買香菸的。(A 受訪者)

以前沒工作時，就會限量抽菸，會去算一個月會花多少菸的錢……。(B 受訪者)

當然沒錢也不會去買菸囉！(C 受訪者)

我沒有工作沒有金錢來源就不會買菸的。(D 受訪者)

家中沒有經濟困難因素，我也戒菸了。(E 受訪者)

經濟不許可，那就少抽一點吧！(F 受訪者)

四、吸菸的經濟成本-消費菸品賠了金錢損了健康

《菸酒稅法》修正案後，開始徵收菸酒健康福利捐，每包菸徵收健康福利捐 5 元，目前調升為每包 20 元，這是國民健康署利用菸捐經費推動菸害防制相關措施，這也影響吸菸者荷包並想要戒菸。

菸價越來越貴，自己想要來戒菸…。(F 受訪者)

而且菸又漲價了，所以才想要戒菸呀！(E 受訪者)。

計算受訪者每天要花費多少香菸錢，以一包香菸為 80 元計算，一個月要 2400 元，一年至少花費 29200 元以上，統計金錢損失且又賠了健康。有這筆錢 可以用在自己有意義身上。二位成功的戒菸的受訪者非常贊同此計算方式，成功戒除不買香菸。

綜合以上資料顯示，受訪者經濟收入也會影響對菸品費用開銷，會選擇沒錢就是減少買菸品，要不然就戒菸，也不讓菸商賺太多錢，對此議題皆有不同看法，當然這也是戒菸另類處理方式。《菸害防制法》政策上，政府希望提供一個無菸的環境，避免大家受到菸害的影響，訂定裁罰來約束吸菸者，這對受訪者都是贊

同的且都會避開不去影響別人。

第五節 戒菸成效之因應策略與方式

研究者參考國內相關菸害期刊與研究文獻，以自身辦理菸害防制計畫經驗與觀察諮商個案現況，並諮詢相關同仁擔任菸害防制工作人員，對受訪者提出許多在工作時，可能會面臨的狀況與困境，作為本研究分析協助面對輔導所採取之因應策略之方法。

本研究在訪談題目中以心理因素：「戒菸動機」、「自我效能」；生理因素：「身體健康考量」；環境因素：「禁菸政策」、「家中禁菸規定」三個面向與受訪者討論，在執行過程中，面對壓力與困境，會採取哪些因應策略來支持自己持續戒菸的作為動力，就訪談結果做出以下分析：

壹、心理因素-戒菸動機及自我效能因應策略與方式

一、身體影響健康戒菸最要緊

吸菸對於身體不會立即性的影響，通常是都會等到身體發生警訊時，才會警戒戒菸的必要。執行戒菸門診或戒菸班現場，常常需要做到衛教諮商者及協調的角色，需要面對受訪者各種身體疾病及情緒問題，最重要的第一步是表達同理心，傾聽並準確了解受訪者的心理，協助受訪者改變。受訪者都是自發性有意願戒菸的，且身體有疾病的想要戒菸，採取策略為個別化的態度強烈敦促戒菸最要緊，清楚表達吸菸有害，戒菸有益。

為了我的健康在衛生所戒菸回診，我有信心，對自己能夠戒菸掉我也賺了健康。(B 受訪者)

我有胰臟炎等問題……，我告訴自己一定要把菸癮戒掉呀！我已經不抽菸了！

(C 受訪者)

持續治療我的肝硬化，我沒再抽菸了……。(E 受訪者)

三位受訪者對於戒菸的動機及自我效能強烈，訪談過程中以目前的身體疾病及擔心的問題，衛教清楚告知疾病與吸菸有關，戒菸後健康會改善：氣喘、慢性

肺疾、氣管炎、肺炎、肺結核、高血壓、糖尿病、高血脂、心血管疾病、癌症、消化性潰瘍、胃酸逆流、牙周病、不孕症、性功能障礙、骨質流失、手術併發症，受訪者認知程度高、戒菸成功率就會高。

二、透過戒菸門診戒菸班等幫助受訪者多元戒治管道

國民健康署利用菸捐經費推動菸害防制相關措施，有戒菸競賽活動、戒菸服務專線、菸害申訴專線等，成立門診戒菸治療管理中心，提供民眾門診戒菸治療服務。

是家人告訴我的……。(A 受訪者)

透過姐姐得知衛生所有戒菸門診……！(B 受訪者)

朋友有到衛生所參加戒菸門診，是朋友告訴我的。(D 受訪者)

朋友到衛生所參加戒菸班……戒菸成功。(F 受訪者)

受訪者透過家人及朋友告參與門診戒菸治療服務，提供受訪者免費諮詢服務。1 年共有兩次，每次戒菸療程為 8 週，90 天內完成治療，每次看診藥物處方 1-4 週，戒菸藥費由健保給付，藥費部分負擔上限為 200 元，以減輕受訪者戒菸之經濟負擔及提升參與戒菸之動機。

三、精神個案的戒菸治療

精神疾病患者的菸品使用率高於一般人，精神疾病和使用菸品之間有複雜的關係，成因是會對彼此造成負面的影響，也會增加自殺的風險。使用菸品的會告知患者提供戒菸的忠告，精神疾病個案也有戒菸的動機，有效的介入處置包括戒菸藥物治療和心理社會處置有療效，唯有復吸率高，要維持長期的戒除率很重要。戒菸可能影響藥物的代謝，需使用精神作用藥物的患者，宜調整藥物的劑量及監測藥物濃度。

我在吃精神科的藥物，精神科醫師也建議我要戒菸或少抽菸。我也希望能戒掉。(A 受訪者)

受訪者目前住院中，後續訪談透過病房護士中了解，目前同時在做戒菸治療

中。戒菸為一種壓力來源，有可能影響精神症狀，評估受訪者於戒菸過程的精神狀態變化並適當處理，鼓勵受訪者戒菸與家人支持。

四、戒斷現象之處理

多數菸草使用障礙症的個案，在停止使用菸品或減少吸菸量的幾小時內便會出現戒斷症狀，剛開始時有要使用菸品的衝動、感覺或想法，接著容易發怒、缺乏耐性、注意力不能集中，甚至脾氣變壞、亦會出現緊張、焦慮或坐立不安的現象。這時也可能出現頭痛、頭暈或睡眠障礙的徵狀，這就是尼古丁戒斷症狀。

我會失眠、焦慮… (A 受訪者)

心情會急躁，專注力會不夠 (B 受訪者)

心情不好 (C 受訪者)

頭痛的很厲害 (D 受訪者)

專心思考事情，會一直拿菸來抽 (F 受訪者)

受訪者大多數在戒菸過程中都有戒斷現象，使用尼古丁替代療法（如尼古丁口嚼錠、尼古丁貼片…等），必須配合飲食、坐息調整、須有足夠的睡眠，經常運動、洗浴，可使心情和肌肉放鬆、亦可接受緩慢呼吸的訓練、冥想、自我肯定、認知治療，或使用抗焦慮劑、抗憂鬱劑或助眠劑等輔助調整。

鼓勵受訪者在戒菸的開始幾天儘可能置身於禁菸或無菸的場所，要多喝開水或果汁，避免飲用含有酒精、咖啡因和刺激性飲料，家中和工作場所都保持清新乾淨，開車時如有吸菸的習慣，可改搭公共車輛，如果覺得手上好像需要有東西，不妨可玩玩筆或其他的物品，多洗澡，學習肌肉放鬆，保持心情輕鬆，充分休息，避免過度疲勞。

在戒菸門診治療過程中，受訪者需與醫護人員配合，才能幫助遠離菸害。評估受訪者吸菸的狀態及所擔心的問題，記錄在病歷上，並每次見面回診或電話訪視，給予關心加以鼓勵，讓受訪者戒菸自我效能提升，增加持續戒菸行為的維持，達成戒菸行為改變，戒菸成功。

貳、生理因素-戒菸因應策略與方式

一、避免菸癮復發—找出適合自己的方法

除了菸藥品的使用，還有其他方式可以幫助戒菸，分散注意如規律運動、晨間散步、溜狗、游泳、瑜珈、肌肉收放運動、改走樓梯，這些都可以提昇身體能量，又可排汗又可以去除身上的菸臭味。放鬆聽音樂、深呼吸、冥想、閱讀書籍或雜誌、計畫戒菸後省下金錢的用途、思考戒菸後的好處（健康的身體、乾淨的頭髮和衣服、清新的空氣和節省金錢）。

想要抽菸時看文章、聽音樂，去睡覺或去吃東西轉換心情。(B 受訪者)

想抽菸的時候，我會去運動，把我身上的毒素給排掉 (B 受訪者)

現在照顧病人壓力大，我抒發心情找時間運動 (D 受訪者)

我會出去走走跟朋友聊天，現在不會想抽菸了。(E 受訪者)

我很想吃零食，偶而會去運動排汗，不想越來越胖呀！(F 受訪者)

受訪者會轉移注意力利用運動及放鬆方式等來調適自己想要抽菸的意圖，安排活動，如跑步、聽音樂等，一方面可以緩解精神緊張和壓力，另一方面可以避免花較多的心思在吸菸上，選擇適合自己的戒菸方法實施，持之以恆，有效地徹底戒掉菸癮成功。

二、飯後一根菸是解除菸癮並不是放鬆

菸癮的現象是尼古丁作用在中腦邊緣多巴胺系統導致滿意門檻降低，讓感覺變好、尼古丁接受器的去敏感化導致急性耐受性、神經系統調節導致慢性耐受性與戒斷症狀、多巴胺神經元對尼古丁的敏感化。找出及處理吸菸的危險情況、對付想吸菸的衝動、戒斷症狀處理是戒菸實質諮詢最重要的內容。

是最放輕鬆、氛圍最好的時候。(B 受訪者)

讓我很有滿足感及放鬆。(C 受訪者)

幫助我提神吧！(F 受訪者)

從三位受訪者體內缺乏尼古丁而使焦慮升高，飯後的一根菸正好解除了生理症狀的緊繃，這是菸癮的「解脫」而不是心情的放鬆！事實上，菸的作用是會使人的血壓上升，心跳加快，並不能達到真正放鬆的目的，要有放鬆的感覺，可以做深呼吸。飯後抽菸會有快感，是因吃飽後的休息狀態，本就是快樂時段，而抽菸可補充體內已降低的尼古丁濃度，這對癮君子來說會有興奮感，事實上只是減除不抽菸時的不適感罷了。

三、戒菸時期應盡早避開喝酒的場所

尼古丁會讓人容易滿足的現象，使吸菸者在飲食、喝咖啡、性行為之後，喝酒時、朋友聚會、喜慶時會用吸菸來助興。以喝酒為例，吸菸讓喝酒感覺更好，喝酒也讓吸菸感覺更好，這些增強物同時出現會使感覺更好，造成菸酒不分家的現象，很多人喝酒就會吸菸，吸菸就喝酒。戒菸時期應避開喝酒的聚會。

菸跟喝酒有點一樣，越喝會讓我越放鬆，明知道不好會傷身體，還是越喝越抽越多。(E 受訪者)

受訪者早期有菸酒癮，朋友聚會應酬必定是菸酒不離身，造成目前有肝硬化疾病，常常警惕自己，不應拿身體開玩笑賠了健康，所以戒菸的同時，也應盡量戒酒或少出入有酒的場合。

貳、環境因素-戒菸因應策略與方式

一、親友的支持是戒菸成功最大後盾

覺得戒菸很困難時，除了可以找專業醫事人員諮詢尋求幫助，取得家人或朋友的支持對於成功戒菸也是非常重要關係的。

家人從我開始抽菸就一直提醒我少抽一點，到現在看到我沒在抽菸，且身上沒有菸味，都很高興。(B 受訪者)

因為身體的疾病心情不好會在抽菸，家人也勸我要戒菸，現在我也戒菸成功了，家人很支持我也開心呀！(E 受訪者)

想要戒菸成功，親友的支持是最大的力量，從二位受訪者的口中得知家人正向的支持戒菸，也提升受訪者的信心。

二、環境的誘惑會使人戒菸不易成功

社會支持的因素可影響戒菸的行為，朋友與家人的支持態度能讓受訪者察覺戒菸的重要性。

我盡量不抽，也不在她們的面前抽，她們也在等著看我（看笑話似）會不會成功！（D 受訪者）

朋友知道我在戒菸……，很好奇我怎麼會去戒菸！（C 受訪者）

同事知道我在戒菸，也會遞菸給我，看我拿不拿香菸呀！（F 受訪者）

三位受訪者在戒菸的環境裡須面對親友理念不同或遭到質疑，很容易再復吸的，如此要解釋你的感受、重申你的決心，並請家人親友支持你戒菸，樂見於戒菸過程越來越健康的共同相處。

三、禁菸場所的規定與罰則

禁菸場所是不能吸菸的，禁菸範圍包括三人以上室內工作場所、政府機關、餐飲店、商場、旅館、醫療機構、護理機構、其他醫事機構及社會福利機構、大眾運輸工具、捷運系統、車站及旅客等候室、各級學校、圖書館、電影院、視聽歌唱業、資訊休閒業，罰則禁菸場所吸菸罰 2 千至 1 萬元罰鍰。

盡量不要去公共場所抽菸。（A 受訪者）

禁菸的地方就不要抽菸哇！或找沒有禁菸的地方去抽菸。（B 受訪者）

很多場所是禁止吸菸，這個政策很好哇！會取締，我是不會去那些禁菸場所的。（D 受訪者）

我會避開那些場所不要去，我也可以暫不要抽菸。（C 受訪者）

我不會去抽菸的場所。（E 受訪者）

受訪者對《菸害防制法》的禁菸的場所都有認知哪些場所是不能抽菸的，所以包括至醫院吸菸要到醫院圍牆以外抽菸，造成受訪者不方便的，最好的解決方

法就是戒菸成功。

四、直接拒絕菸品或離開現場是最佳選擇

在場合中，遇到親友要遞菸給你，可利用任何理由例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸等拒絕菸品的使用。

我現在在戒菸了！我會拒絕他。(A 訪談者)

不要抽了！你們抽就好了。(B 訪談者)

我也會離開那個環境。(E 訪談者)

直接拒絕他我不抽菸。(F 訪談者)

四位受訪者都會直接拒絕或離開現場，這是拒絕菸品最佳選擇方式，已達到戒菸成功加分。

朋友來找我都會遞菸給我，很難拒絕呀！(C 訪談者)

遞菸我會不好意思拒絕，我還是會接受的。(D 訪談者)

二位受訪者仍會不好意思拒絕菸品，戒菸的成功率較不高。諮詢及衛教技巧告知儘量不與有吸菸的親友聚會，盡量參加健康的戶外活動或只到禁菸場所，出席一些喜宴、餐會，避免菸味誘惑最好盡量與無吸菸的人坐在一起，因好的開始，就是成功的一半。

綜合以上資料，因吸菸影響疾病死亡與抽菸的劑量消耗程度是息息相關。戒菸才是能預防眾多疾病的發生，減少醫療負擔及死亡。由於身體的成癮性、心理的依賴及社會壓力等，使得受訪者對戒菸這條路會卻步及困難；戒菸困擾時，可以從家人得到支持及鼓勵，配合醫師治療處方遵循用藥，護理師用心衛教指導，聆聽受訪者戒菸過程中的不適及困擾、找出方法幫助解決及調適，藥師提供給受訪者正確使受藥物及諮詢，在戒菸這條路不會覺得艱辛，感受醫護的幫助下一步一步行為改變，而達到戒菸成功之路。

第六節 受訪者背景與戒菸成功的關聯性

本研究依據受訪者吸菸行為的關係資料與訪談題目設計提出影響受訪者背景因素為性別、婚姻狀況、菸齡、一氧化碳檢測值較為顯著影響戒菸成功的因素。其分述如下：

一、 性別方面

就 6 位受訪者中，有 2 位女性 4 位男性，2 位女性為青年 1 位及中年 1 位，對於這次戒菸門診仍續戒菸中，此次訪談對於女性是否戒菸成功程度並不會特別受到影響。

表 6-1 性別分析表

編號	A	B	C	D	E	F
性別	女	男	男	女	男	男

要撫養 2 個小孩，有壓力加上心情鬱悶……。(A 受訪者)

我工作周遭的同事都是女性，每一個都會抽菸，且菸癮都很大，我參加戒菸門診，她們也在等著看我（看笑話似）會不會成功！（D 受訪者）

2 位女性受訪者遇到因家庭問題等需要到外工作，家庭結構與居住環境往往較為複雜，承受壓力與負擔則較大，身份若為男性就比較不會有此顧慮。在體力上工作活動、提重物，男性也比女性佔優勢；與女性受訪者溝通協調上，較佔優勢。

二、 婚姻狀況方面

6 位受訪者中離婚 1 位、未婚 2 位、已婚 3 位。就受訪資料看來，結婚與否對於戒菸成功與否程度上是有影響的。尤其是有了小孩且離婚，雙重的壓力下，會選擇抽菸。

表 6-2 婚姻狀況分析表

編號	A	B	C	D	E	F
婚姻狀況	離婚	未婚	已婚	未婚	已婚	已婚

跟先生離婚（先生有案在身進出監獄多次），又要撫養 2 個小孩，有壓力加上心情鬱悶，越抽越兇…。(A 受訪者)

離婚後當孩子未成年需要人照顧的時候，且經濟也需要家人幫忙，這也是會影響精神壓力來源。

我沒有結婚，在外面工作比較沒有經濟壓力，開銷上也不會有問題。以前沒工作時，就會限量抽菸，會去算一個月會花多少菸的錢，現在沒有經濟的問題了我已經戒菸。(B 受訪者)

沒結婚的受訪者，因為沒有家庭孩與子的束縛，相對顧慮性會比較少一些。綜合以上所述，研究者認為離婚狀況是影響戒菸成功因素。

三、 菸齡方面

受訪者每位菸齡都在 15 年至 30 年，都屬於老菸槍，不管菸齡有多長，只要想戒菸，菸齡長短不是問題的。很多人認為菸齡愈久愈難戒，但在 B、C、E 訪談者菸齡長達 15 至 30 年透過衛生所戒菸門診就醫，在醫師及護士協助下順利戒菸，後續追蹤也未發現有在復吸的情況，不但讓人佩服毅力，也證明不管之前抽多久的菸，還是可將菸癮連根拔除。

表 6-3 菸齡分析表

編號	A	B	C	D	E	F
菸齡	14 年	15 年	30 年	18 年	30 年	30 年

以前抽菸到現在有 15 年了，有戒菸過……，現在有參加衛生所戒菸門診，我已經戒菸了。(B 受訪者)

抽菸抽了 30 年，抽菸會害我健康.....，我才知道生命健康很重要，我不敢再抽菸了！（C 受訪者）

從國中就會開始學抽菸到現在至少有 30 年以上.....。(E 受訪者)

即使是老菸槍，一旦戒菸成功，人體就會開始作修補的工作，身體機能也會改善。因此，不要擔心戒不掉，應強化戒菸的理由，並積極尋找一項新嗜好，取代對菸品的依賴。

四、一氧化碳(CO)檢測值(ppm)方面：

依照受訪者每月至衛生所參加戒菸門診時，都必須紀錄前一天的菸量並接受一氧化碳呼氣測試，以了解受訪者在測量吐出氣體中，CO 濃度中呈現吸菸程度。菸量篩檢初步工具，吸菸愈多者通常 CO 值愈高。可作為醫師開立戒菸藥物治療處方依據之參考，護理人員與受訪者面訪時的戒菸衛教處置分析。

表-6-4 一氧化碳(CO)檢測值(ppm)分析表

編號	施測日期	A	B	C	D	E	F
一氧化 碳檢測 值	10707	27	10	17	18	20	28
	10708	20	4	15	15	13	20
	10709	住院中	0	0	16	1	19

PS：成人 18 歲以上 0-6ppm 正常，7-10ppm 輕度，10ppm 以上重度。

A 受訪者初次戒菸門診 CO 值為重度，後續訪談且因住院而無法測量，並透過護理站之護理人員或家屬了解受訪者目前戒治情形。

B、C、E 受訪者因身體疾病關係，不定期接受 3 個月追蹤回診並檢測一氧化碳均為 0-1ppm，在訪談過程中，也完全拒絕菸品達到戒菸成功。

每次拿戒菸藥品時要測試一氧化碳檢測值就會很不好意思，還是很高呀！（F 受訪者）

因為頭痛所以沒有在吃戒菸藥品，一天會抽 10 支，一氧化碳檢測值還是高

呀！（D 受訪者）

D、F 受訪者一氧化碳檢測值為 16 及 19ppm，仍為重度，受訪者因環境及壓力，而無法戒除，面對一對一衛教時，分別對正確戒菸的方法、戒菸的行為改變，即拒絕吸菸的技巧、戒菸期間的飲食運動、預防復吸給予衛教。

本研究對受訪者背景中，對於門診戒菸治療的族群以男性為多，男性 4 人女性 2 人、年齡 29 至 65 歲、已婚有配偶、沒有吸菸者同住、身體不適有疾病者佔八成以上，有慢性疾病及需長期服藥者佔一半以上，糖尿病、肝炎、氣喘為主要，對門診戒菸個案的戒菸研究中，在慢性疾病的呈現也以心血管疾病及呼吸系統疾病為主，與本研究對象有相同的結果。



第五章 結論與建議

本研究主要瞭解影響戒菸成功與否的因素，藉由參與衛生所的戒菸門診治療的個案進行深度訪談，將所收集之資料與訪談內容進行分析與整理。本章旨在針對研究結果，歸納研究發現並做出結論，以作為日後從事菸害防制工作之承辦人員與衛生行政單位推動菸害防制計畫工作之參考。本章共分為二節，第一節研究發現，針對訪談資料分析歸納出研究發現；第二節研究建議，根據研究結果提出具體建議。

第一節 研究發現

壹、研究對象戒菸情形

研究結果發現，在本所門診戒菸治療 6 人中，持續 8 週戒菸行為者成功 3 人，成功率為 50%，戒菸失敗 3 人，失敗率 50%，顯示本所門診戒菸計畫執行有一半顯著的成效，持續 8 週的戒菸行為對於戒菸成功有顯著的提升，發現反映醫護人員須致力於協助受訪者在戒菸過程中的戒菸行為維持，提高完成 8 週以上再追蹤戒菸治療的比率，更可獲得戒菸成功率提高。

執行 8 週中戒菸治療，探究其中回復吸菸的受訪者，抽菸的主要原因為對吸菸的渴望、吸菸習慣不容易戒掉、周圍有人吸菸、壓力等情境皆是，最困難的是除了要克服戒斷現象外，還有自我形象的轉變和內心矛盾衝突，也是復吸主要原因。戒斷症狀會隨時發生於整個戒菸期間，隨著吸菸者個別不同症狀、不斷的變化，會影響戒菸成功率，隨著戒菸時間延長，回復吸菸的危險也相對的提高，正視菸害防制計畫，所需要持續繼續追蹤三個月至六個月吸菸者，預防回復吸菸是戒菸治療的重要工作，不同戒菸階段到回復吸菸為戒菸過程中重要一部份，因此，執行戒菸治療醫護人員應朝此方針進行努力。

貳、戒菸成效之基本屬性

本研究對象以對門診戒菸治療為對象族群，性別來說，6 位受訪者中，有 2

位女性 4 位男性，2 位女性為青年 1 位及中年 1 位，對於這次戒菸門診仍續戒菸中，此次訪談對於女性是否戒菸成功程度並不會特別受到影響，戒菸成功以男性居多。在溝通與協調女性受訪者比男性較能暢談表達告知與情緒表現。受訪者多為已婚佔為多數，且都以家人同住，身體有慢性疾病或罹病者佔一半以上，以糖尿病、高血壓、心血管疾病、氣喘、肝病患者佔最多，只有 1 人自覺無任何身體疾病。對受訪者呈現之疾病，與醫療文獻資料中呈現菸害會危及心血管疾病及呼吸系統疾病為主，與本研究對象有相同的結果。

本研究結果顯示研究對象的年齡、菸齡、一氧化碳(CO)檢測值，與戒菸成效呈現上有顯著差異；而基本屬性中的性別、婚姻狀況、職業狀況，與戒菸成效則無顯著性差異。

叁、吸菸及吸菸經驗影響戒菸成效

本研究對象對吸菸的性別無顯著差異。實際年齡、菸齡、目前每日吸菸量、一氧化碳檢測值、戒菸動機及藥物治療方式，則影響戒菸成功較大。年齡較早開始吸菸者，其吸菸的成癮性較高，想戒菸的動機及自我效能持續的行為較差，也就是說年齡越早開始抽菸，推測原因可能有青春期的階段，或面臨學業壓力及情緒易受牽動、好奇心、模仿等，若加上家中有人吸菸或同儕吸菸，都會影響受訪者年輕時就會有吸菸的行為發生，這是值得衛生機關及醫護人員在菸害防治工作上對學校及家庭上要加強宣導衛教。

在吸菸的年齡方面，可隨個人年齡而增長，也因吸菸帶來種種疾病危害健康，受訪者自覺戒菸是對健康是有益處的或有親友勸戒，所以戒菸的成功率較高。每次回門診時，都要接受一氧化碳呼氣檢測，了解受訪者在測量吐出氣體中，一氧化碳濃度中所呈現吸菸程度，對受訪者在檢測數據正常時，都是非常開心且更有信心及毅力繼續加油；如呈現常一氧化碳呼氣測試值愈高者，表示尼古丁成癮量越高，菸癮越高越難戒菸。受訪者中有 1 人因戒菸的過程中發現，尼古丁替代藥物治療中引發頭痛厲害，因戒斷現象及戒菸藥物高劑量皆會發生頭痛現象，則請

醫師開立尼古丁替代藥物或治療處方時，應做用藥調整，改善戒菸時的戒斷症狀降低即戒菸時想吸菸的衝動，增加戒菸的成功率。護理人員面訪時表達同理心，並協助受訪者檢視使用戒菸藥物方式，鼓勵支持增加受訪者動機及意志力，克服吸菸及誘惑，協助持續戒菸。

本研究對象以有戒菸經驗者有 5 人，其中有 1 人曾經以自我戒菸的方式來進行戒菸，未尋求專業的戒菸協助，因此常導致戒菸成功率低，而反覆面臨失敗，由此顯示在健保體系下的門診戒菸治療或戒菸班的推廣仍需持續積極努力，以增加其利用率。

肆、戒菸成效與自我效能之影響

受訪者中都是重度吸菸狀況者（一氧化碳檢測值 10ppm 以上），自我效能影響戒菸的意願與戒菸的自信心，其中有 3 位受訪者在戒菸的第一、二週內，會對於戒菸過程中，產生缺乏自信心及挫折，導致會有回復吸菸戒菸失敗。戒菸的自我效能越好則越能去控制環境的誘惑及維持戒菸行為，能持續四週以上的戒菸行為，顯示能戒菸的自信心越強，戒菸成功機率也越高，進而達成戒菸行為的改變。

本研究對象中，有信心且能夠不吸菸的多數受訪者，在醫護人員的口頭勸導及藥物的醫囑下，都能有較高的醫療遵從性，規律使用，且配合藥師及護理師戒菸治療的時間及頻率，與戒菸成功率呈正相關。在醫療及藥物的治療情境下，對於自我效能也有正向的加強作用，藥物及調適技巧對於戒菸行為改變有強化作用。研究者發現受訪者自我效能低，戒菸行為的維持越差，越易回復吸菸行為，越易導致戒菸失敗。

第二節 研究建議

依據本研究的結論，提出以下幾點建議，以供研究衛生行政單位及辦理菸害防制計畫人員、相關機構作為推展活動等之參考：

一、門診運用與建議

在戒菸門診每次個案返診時，除了會做尼古丁成癮度問卷，也會用一氧化碳檢測儀，篩檢受訪者吸菸的癮度數具有多少，可作為判定上的正確性及參考，讓醫護人員更能掌握戒菸治療情形，目前醫療院所已將一氧化碳檢測加入門診戒菸治療的常規評估項目。一氧化碳檢測儀機器之維護，每年都會由衛生局統一收回，並請廠商矯正，以免在實務運用上，檢測時有誤差或故障；一氧化碳檢測數據異常，除了本身吸菸外，原因還有在密閉式的空間，吸到二手菸、身體本身有乳糖不耐症、腸躁症、胸悶、跑步等都會造成二氧化碳偏低，一氧化碳偏高，影響檢測數據，所以在門診、社區篩檢執行一氧化碳檢測篩檢時，都會詢問確實有無吸菸，若檢測數據異常生達 6ppm 以上時，會請受檢者安靜休息 15 分鐘以上再作檢測。對於確實無吸菸之民眾，一氧化碳檢測數據仍偏高時，會給予衛教及請民眾定時追蹤檢測，所以一氧化碳檢測儀在實務運用上做為吸菸者的成癮度篩檢工具，使用度為符合，而確實無吸菸者因上述原因，會造成異常之數據，應確實評估受檢者狀況，做為門診及社區篩檢時衡量參酌用，提供衛生機關在未來規劃菸害防治業務執行時之參考。

二、在政策的建議

目前衛生福利部國民健康署對醫療院所提供戒菸門診「醫事機構戒菸服務補助計畫」中的「戒菸治療個案紀錄表」、「戒菸衛教個案紀錄表」，對於戒菸者的菸齡、尼古丁成癮已有評估，建議可考慮將戒菸自我效能加入戒菸者評估，早期偵測出戒菸個案特質的個別性。本研究結果顯示對於成功戒菸者的認知及持續戒治追蹤有顯著的影響力，因此，建議國民健康署應多利用媒體傳播等加強宣傳戒菸門診治療及戒菸的益處，深值民心。

三、在教育的建議

目前國民健康署正積極進行「菸害防制種籽師資培訓」，建議師資培訓課程方面應加強種籽教師訓練研習，對於戒菸自我效能的瞭解及戒菸方法的應用，使將來這些師資能對學校吸菸學生，提供更合適及個別性的協助，輔導學生戒菸行

為的持續性。另外，對衛生所、醫療人員、教師等，能著重於菸害法規及二、三手菸、無菸環境教育推廣至社區任何角落執行，讓民眾有更多認識，落實社區無菸環境及有吸菸之民眾戒菸輔導工作持續推行，營造健康環境。

四、在社區的建議

依國民健康署菸害防制計畫中，培訓菸害志工種子參與社區宣導及勸戒活動，深入社區角落，互補醫療人員不足時隨時要宣導的時效性，推廣社區無菸環境及辦理的戒菸班等活動，以提升民眾對菸害認知率並營造無菸社區。



參考文獻

壹、中文書目

- 王心榆 (2017),《菸害防制政策對吸菸者吸菸行為影響之研究》桃園：中華科技大學企業管理系碩士班論文。
- 王建楠、李璧伊、洪雅珊 (2013),「南部某醫院門診戒菸治療成效及相關因子分析」,《中華職業醫學雜誌》,21 (2): 101-109。
- 王郁雯 (2010),《應用計畫行為理論探討吸菸青少年戒菸意圖及其影響因素-以南部某專科學校為例》,高雄：高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文。
- 王憲忠 (2005),《國民健康局「門診戒菸服務計劃」在基層醫療院所實施之成效-以某診所為例》,高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 朱韻璇 (2011),《台灣地區吸菸者戒菸影響因素之分析》,花蓮：國立東華大學經濟學系碩士班論文。
- 白瑞聰 (2008),《國中生吸菸行為之研究--社會生態學模式之應用》,台北：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士班論文。
- 行政院衛生署國民健康局 (2012),《臨床戒菸服務指引》,台北,國家書店。
- 江孟紋 (2014),《民眾戒菸意圖、行為及其相關因素之探討》,花蓮,慈濟大學醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 江香慧 (2015),《醫學中心住院病人轉介戒菸門診之成效探討》,台北：國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 江曉惠 (2011),《比較不同菸品健康福利捐對目前吸菸者的戒菸意圖及吸菸行為變化之差異-以台北市萬華區為例》,台北,台北醫學大學護理研究所碩士論文。
- 李虹伶 (2015),《南投縣國高中職一年級生吸菸行為追蹤調查分析》,台中：亞洲大學健康產業管理學系碩士論文。
- 李虹霓 (2014),《以計畫行為理論探討中高齡者與高齡者戒菸行為意向之研究》,南投：南開科技大學福祉科技與服務管理所碩士論文。
- 李佩璇 (2011),《成年人是否吸菸及有否戒菸成功之相關因素探討》,台中：亞

洲大學健康產業管理學系碩士論文。

李蘭、潘伶燕、晏涵文、李隆安等 (1944),「台灣地區成年人之吸菸現況：盛行率及危險因子」,《中華公共衛生雜誌》, 13 (5): 371-380。

李聲吼 (2001),「非營利組織志願工作人員參與動機、工作滿意度及組織承諾相關之研究」,《生活應用科技學刊》, 3 (3): 325-3。

林一中、林益卿 (2017),「戒不戒由--你戒菸之醫病共享決策」,《彰基院訊》, 09: 24。

林琴玲、涂慧慈、蔡玉霞、史麗珠、薛敏生、藍旻暉、鄭學慧 (2009),「都會原住民戒菸衛教成效之初探」,《秀傳醫學雜誌》, 9 (3): 71-82

周桂如 (2000),「吸菸之行為研究」,《國家衛生研究院論壇》, 台北: 財團法人國家衛生研究院。

宓芳儀 (2016),《我國菸害防制法施行之回顧與前瞻》, 台南: 南臺科技大學財經法律研究所碩士論文。

邱于容、陳劭淇、江香慧、黃姝嘉、賴錦皇、李善茹、曾雅梅、林富宮、高森永 (2016),「國軍醫院免費戒菸門診成效之探討」,《台灣衛誌》, 35 (6): 631-641。

邱南英 (2012),「吸菸的行為和心理因素、戒菸的心理障礙」,《血管醫學臨床與研究》, 77: 2-3

吳佳真 (2016),《成人吸菸依賴量表之發展及相關研究》, 國防大學政治作戰學院心理及社會工作學系心理碩士班論文。

吳珏萱 (2003),《戒菸與健康》, 國立東華大學國際經濟研究所碩士論文。

姚克武 (2011),《吸菸青少年戒菸行為階段之相關因素研究: 以新竹市吸菸高中職學生為例》, 台北: 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士班論文。

洪宜君 (2006),《國軍官兵接觸反菸廣告、傳播行為、菸害認知、自我效能及對「無菸軍隊」政策支持度之研究》, 台北: 政治作戰學校新聞研究所傳播學系碩士班論文。

孫筱婷 (2014),《中老年男性吸菸者的戒菸行為之相關因素探討》, 台北: 長榮大學護理學系碩士班論文。

- 莊令史(2011),「由實證探討戒菸動機與戒菸方案之臨床應用」,《彰化護理》18(4):12-13。
- 莊淑惠(2011),《大學院校吸菸男性學生的吸菸觀點以及無菸環境政策的影響》,台北:國立陽明大學公共研究所碩士論文。
- 黃介銘(2010),《台灣地區成人吸菸行為探討》,台中:亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
- 黃秀媚(2012),《焦點解決取向團體輔導對高職學生戒菸成效之研究—計畫行為理論之應用》,台北:國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士班論文。
- 黃祺婷(2017),《出院病人持續戒菸治療介入之成效研究》,花蓮:慈濟大學公共衛生學系研究所碩士論文。
- 黃冠霖(2015),《國家法令對吸菸者基本權利限制之研究-以菸害防制法中心》,台南:南臺科技大學財經法律研究所碩士論文。
- 黃秀媚、李景美、陳政友、黃松元、苗迺芳、李淑卿、鄭其嘉、羅惠丹、龍芝寧、廖信榮、康杏如(2011),「高中職吸菸學生戒菸行為意圖及其影響因素之研究」,《學校衛生》,59:27-58。
- 黃葳威(2004),《閱聽人與媒體文化》。台北:揚智文化。
- 黃崇立、黃怡碧(2012),「吸菸、自由與社會正義」,《台灣人權學刊》,2(1):45-57。
- 陳怡君(2010),《不同年齡層成人吸菸者戒菸意圖影響因素之探討》,新北:輔仁大學公共衛生學系碩士論文。
- 陳邵淇(2014),《吸菸官兵轉介戒菸門診之成效探討》,台北:國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 陳宙珍(2006),《門診戒菸之成效及相關因素探討》,台北:國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 陳稚尹(2009),《家庭醫學科門診戒菸率之長期研究》,台北:長榮大學護理研究所碩士論文。
- 陳惠文(2017),《資源回收基層志工參與動機之研究》,嘉義:南華大學國際事務與企業學系亞太研究碩士班碩士論文。

- 陳清美 (2006)，《高中職學生家庭氣氛與幸福感之關係研究》，高雄：國立高雄師範大學教育學系碩士論文。
- 陳弘順、黃意文 (2013)，「吸煙對臺中市地區銀髮族身體指數與健康之關聯性分析」，《亞洲高齡全人健康及產業發展期刊》，3：13-22
- 郭紘甦 (2012)，《應用菸害防制法之防治策略改善初次施用毒品行為之可能性以高雄戒治所之毒品觀察勒戒人為例》，高雄：高苑科技大學經營管理研究所碩士論文。
- 郭許智、謝文斌 (1997)「菸害危險性與戒菸研究之進展」，《當代醫學》，11 (24)：16-19
- 郭亮君 (2010)，《吸菸父母在學齡期子女面前吸菸相關因素之探討》，台北：台北醫學大學護理研究所醫藥衛生學門碩士班論文。
- 董事基金會華文戒菸網 (2018.4.1)，「菸害防制法(中英文)」。
- <https://www.e-quit.org/CustomPage/HtmlEditorPage.aspx?MIId=242&ML=3>
- 賈台寶、邱政元、林幸嫻、黃奕孝、洪瀚濂、洪敦益、余偉綸 (2013)，《應用跨理論模式探討職場戒菸協助的困難度》，台中：弘光科技大學環境與安全衛生工程系暨職業安全與防災碩士班論文。
- 廖國盟、陳建仁 (1997)，「肺癌之流行病學特徵、危險因子及防治策略」，《中華公共衛生雜誌》，16 (5)：375-395
- 廖一儒 (2004)，「婦女參與志願服務對家庭關係之影響」，《南華大學社會學研究所網路社會學通訊期刊》，39。
- 鄭丁元 (2003)，「國人吸菸行為現況：2001 年國民健康調查之分析」，《台灣公共衛生雜誌》，22 (6)：453-464
- 張景然、王佩蘭 (2004)「吸菸行為的形成、持續、戒斷與復發歷程」，《中華心理衛生學刊》，17 (4)：30-64
- 曹如妨 (2015)，《官兵戒菸自我效能之影響因子探討》，台北：國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 張茵畚、劉樹泉、黃獻樑 (2013)「年長者戒菸成功影響因子之初探」，《臺灣老

- 年醫學暨老年學雜誌》，8 (3)：160-171
- 張春興 (1989)，《張氏心理學辭典》，台北：東華書局
- 張玉、張心潔 (2006)「臺灣菸害防制政策的性別分析：以女性吸菸為例」，《台灣公共衛生雜誌》，25 (2)：115-124
- 鄭丁元 (2003)「國人吸菸行為現況：2011 年國民健康調查之分析」，《臺灣公共衛生雜誌》，22 (6)：453-464
- 鄭秀月 (2005)，《花蓮地區門診戒菸個案持續戒菸行為及其相關影響因素之探討》，花蓮：慈濟大學護理學系碩士班論文。
- 鄭秀月、李茹萍 (2009)，「戒菸門診個案持續戒菸行為與自我效能之研究」，《臺灣醫學》，13 (3)：223-230
- 蘇庭進 (2016)，「引發戒菸動機的諮商策略」，《諮商與輔導》，372：58-60
- 衛生福利部國民健康署 (2017. 11. 11. A)，「監測及調查報告成年人吸菸行為調查結果」
<http://tobacco.hpa.gov.tw/Show.aspx?MenuId=819>
- 衛生福利部國民健康署 (2016. 11. 11)，「國人死因統計」。
<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html201612270001-20161227001-631-641>
- 衛生福利部國民健康署 (2018. 0530)，「2016 台灣菸害防制年報」
<http://tobacco.hpa.gov.tw/Show.aspx?MenuId=416>
- 衛生福利部國民健康署 (2017)，《二代戒菸治療教育課程基本教材》，台北：衛生福利部國民健康署。
- 賴保禎、張利中、周文欽、張德聰、劉嘉年 (1999)，《健康心理學》，台北：空中大學。
- 劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰 (2016)，「門診戒菸成功之影響因子探討」，《台灣家庭醫學雜誌》，27 (3)：146-151
- 劉玉菁 (1999)，《以自我效能、社會支持探討某工廠男性吸菸員工之戒菸行為》，台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 論壇健康促進與疾病預防委員會 (2003)，《不吸菸與健康促進》，台北：國家衛

生研究院。

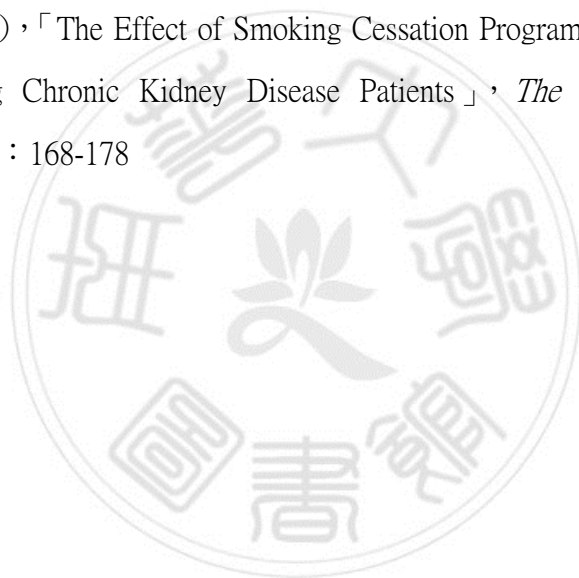
薛光傑 (2007),《門診戒菸之成效與成本效果分析:以台灣某醫學中心為例》,高
學:高雄醫學大學醫務管理研究所碩士論文。

簡武雄、丘亮、董道興、賴曉芳、楊美珠、徐翌為、曾佩茹、彭倩倩 (2011),「台
灣北部某區域教學醫院戒菸門診介入之成效評估」,《台灣家庭醫學雜誌》,
20 (4): 181-191

魏琦芳 (2009),「台灣地區成年人性別、教育、職業透過健康行為影響身體健
康之徑路分析」,《護理暨健康照護研究》,5 (3): 231-242

貳、英文書目

Yu Yang、Chien-Yi Ma、Chi-Hsuan Lung、Mei-Ling Wu、Pei-Lin Huang、Shu-Ya
Chen6 (2015),「The Effect of Smoking Cessation Programs on Promoting Renal
Health among Chronic Kidney Disease Patients」, *The Changhua Journal of
Medicine*, 13: 168-178



附錄

訪談紀錄

訪談對象：A (2018.07.30、2018.08.23)

Q1：為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？

例如：自發性、被動性、家人勸來.....？

A：因為為了健康，我的心臟有問題，也有在吃精神科的藥，我的精神科醫師也建議我要戒菸或少抽菸。我從國中就開始抽菸了，希望來衛生所戒菸能夠成功，我也希望能戒掉。

A：我還是會繼續到衛生所拿戒菸藥品，我把戒菸藥品拿給護理站保管，需要時會跟護士拿，我希望戒掉，我的身體才會健康。

Q2：為什麼會想到衛生所來戒菸？

例如：親戚朋友告知、廣告宣導、別人推薦....。

A：以前在診所有戒菸過，我的家人也有人抽菸，也有人來衛生所戒菸，是家人告訴我的。

A：衛生所是拿戒菸藥品是最方便呢。

Q3：你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？

例如：戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎...。

A：透過家人告訴我衛生所戒菸門診，我怕這幾天會去住院，所以衛生所醫師有告訴我參加衛生所戒菸門診只能在衛生所拿藥，不能換到別的地方去，因為這是健保局規定，拿戒菸藥品總共可以 8 次。

Q4：以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？

例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒.....。

A：以前有戒過 2 次，有一次也戒菸 1 年多，都在陳 00 診所，但是都沒有成功，因為當時有一次也因跟先生離婚（先生又案在身，進出監獄多次），又要撫養 2 個小孩，有壓力加上心情鬱悶，越抽越兇...。

Q5：在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？

例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的.....。

A：我會失眠、焦慮...。我有在吃精神科的藥物，平常菸癮就很大，這幾天我如果會去住院，要把戒菸藥品交給護理站的護士，有需要拿戒菸藥品時，再跟護理站護士拿戒菸藥品...。

A：

Q6：面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？

例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題...。

A：不會。我周遭的朋友每個都會抽菸，他們也不會怎樣對我，我的家人父母親都是抽菸的。

Q7：當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？

A：很好啊！我不會排斥。只怕我住院了衛生所人員會找不到我而已。如果是住院，我會努力戒菸的。

Q8：當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？

例如：跑去運動、喝水、吃口香糖...

A：會。第一個就想要抽菸，而且起床後5分鐘之內就抽第一根菸。以前一天一包半，現在2天1包。我沒有用別的方法，是經習慣了。

Q9：抽菸對身體不好，你的看法呢？

例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮....。

A：是阿！我的心臟不好又有再吃精神科的藥，所以我要來戒菸，我的精神科醫師也勸我要少抽菸...

Q10：我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？

例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等....。

A：以前不會覺得，現在我健康有問題，我會盡量戒菸掉的。

Q11：有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？

例如：滿足感、提神...

A：我就是這樣覺得好，吃飽飯後就會想要抽菸，已經很習慣了！

Q12：當我菸癮來時，你會如何處理呢？

例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力.....。

A：我菸癮來時，不抽菸換焦慮跟不安，我會試著跟家人去賣菜，轉移我想要抽菸的念頭，所以我來衛生所拿戒菸藥品，我現在使用戒菸藥品（嚼定口香糖）。

Q13：看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症，你的看法呢？你會怎麼做？

A：我父親有氣喘，抽菸更加嚴重，抽菸真得會影響身體疾病更嚴重，所以父親他也戒菸了！我的朋友目前沒有疾病。

Q14：為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？

例如：改變生活習慣、....。

A：我們家人及小孩不管我的，所以對我沒有影響甚麼。

Q15：我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？

A：家中無人懷孕，如果有我會遠離抽菸的地方。

Q16：在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人對你抽菸的態度如何，

無所謂或積極反對？或鼓勵你繼續抽菸？怎麼去克服呢？

A：我在家裡面抽菸會跑到4樓陽台上抽菸，不會在家裡面或有小孩在的時候抽菸，家人當然希望我能戒菸對我是最好，我會盡量少抽菸戒掉…。

Q17：禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而且取締變嚴格，怎麼處理呢？有沒有感覺抽菸，好像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？

A：這是個很好的政策，我沒有反對，盡量不要去公共場所抽菸，我可以忍耐4個小時不抽菸也可以的。

Q18：家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？

例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!.....。

A：我在吃精神科的藥控制中，我的家人不會在意，我沒有這個問題。(A 訪談者)

Q19：現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？

例如：省荷包、賺健康.....。

A：我要戒菸也有因為菸價也有提高，但金錢花費對我沒有影響，因為我沒有經濟上的困擾。

Q20：當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處理呢？

例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸....。

A：我會告訴他，我現在在戒菸了！我會拒絕他。

Q21：當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？

例如：勸戒、遠離環境....。

A：我不會勸但我會離開現場走開。

Q22：家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？

A：我家在賣菜，我會幫忙賣菜，家人會給我錢花用，所以經濟目前沒有著個問題。(A 訪談者)

訪談對象：B (2018.07.21、2018.8.15、2018.09.25)

Q1：為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？

例如：自發性、被動性、家人勸來.....？

B：為了健康啊！以前有常常戒菸但是都沒有成功，對這次來戒菸當然是下定決心對自己有信心啊！

B：我為了我的健康持續在衛生所戒菸回診，都沒有去碰菸品，目前也使用戒菸藥品中，醫師及護士的關心及即鼓勵協助讓我更多戒菸方法，我有信心，對自己能夠戒菸掉，我的家人都非常高興我也賺了健康。

Q2：為什麼會想到衛生所來戒菸？

B：以前是透過姐姐幫忙到衛生所拿戒菸藥品給我使用，但因政策問題新戒菸方案，我要麻煩別人，倒不如自己來找，所以我戒菸時我就知道衛生所有在做戒菸

門診了！

Q3：你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？

例如：戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎...

B：去年就知道衛生所有戒菸門診，所以現在就參加戒菸門診，按照規定時間來拿戒菸藥品。

Q4：以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？

例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒.....。

B：以前有戒過也戒過 5 次，有一次生病約 30 歲時有在戒菸，當時我有交感神經失調的症狀，有呼吸會急促等，當時聽醫師的話也推薦戒菸了一年，可是是很不舒服的戒菸，用自己的意志力去戒，我覺得很難也很不舒服，後來身體越來越好，陸陸續續又開始抽菸又戒菸了。因為抽菸會讓我覺得很舒服，會讓我放輕鬆，一天約抽菸約 7 支左右，如果抽菸抽太過量我也會覺得噁心不舒服，無法像別人一根接一根抽。

B：以前抽菸到現在有 15 年了，有戒菸過，過程是不舒服的，現在有參加衛生所戒菸門診，我已經戒菸了。

Q5：在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？

例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的.....。

B：有時候很想抽啊！心情會急躁，專注力會不夠，會想要吃東西，透過吃東西會可以減緩不舒服，解除我的菸癮，以前 72 公斤現在 79 公斤，也正在運動減重啊。

Q6：面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？

例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題...

B：不會呀！我的親朋好友都高興的來不及耶！在朋友群中我是屬於領導型的，我要怎樣就怎樣，怎需要配合他們，不需要看他們臉色呀！

Q7：當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？

B：不會，因為戒菸這種事不容易，有人關心其實是滿好的。

Q8：當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？

例如：跑去運動、喝水、吃口香糖...

B：當我開心時，我現在會看看文章、聽聽音樂，不舒服的時候就去睡覺或急躁的時候就去吃東西，就這轉換心情，甚至有人去唱歌喝酒時有人會遞菸給我，我會當場直接跟說，我不需要了你可以盡量抽，我可以吸二手菸，我會直接拒絕，所以大家就知道了，朋友會很高興羨慕我哇！我想抽菸時是在有空檔時或思考事情時才會想要抽菸。

B：我有壓力或心情不好時，我會去運動或找朋友聊天，由其是運動讓我排汗，更加舒服，精神更好。

Q9：抽菸對身體不好，你的看法呢？

例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮....。

B：有抽菸跟沒抽菸真的差很多ㄟ！以前跑步 3000 公尺就覺得很累，肺覺得不舒服，戒菸菸完了以後我可以跑 8 公里還可以繼續跑，呼吸系統覺得很正常順暢排汗。

Q10：我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？

例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等....。

B：會，以前感冒明明就會很不舒服，就會去抽，如果身體真的很不舒服不行時，沒辦法放鬆，會讓身體緊繃，就會不抽菸，這應該是我身體最脆弱虛弱的時候，2-3 天都不想碰菸，不久等到身體快好時，就會要有抽菸的意念了。還未戒菸時還是會繼續抽菸，會讓我放輕鬆的。

Q11：有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？

例如：滿足感、提神...。

B：應該說是剛吃飽後，與朋友相聚是最放輕鬆、氛圍最好的時候。

Q12：當我菸癮來時，你會如何處理呢？

例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力.....。

B：想抽菸的時候，我會去運動，打我身上的毒素給排掉，再加上戒菸藥品對我來說是最方便，一天一顆就可以了。

Q13：看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症，你的看法呢？你會怎麼做？

B：父親有抽菸，中風後有很多痰，媽媽恐嚇我說抽菸會造成很多痰...，我覺得很有道理。我的朋友中目前還沒有的到嚴重的疾病。

Q14：為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？

例如：改變生活習慣....。

B：在家只有我跟父親有抽菸，父親不會在公共場所抽菸，所以也影響到我，我要抽菸會在我自己的領域抽菸，如果旁邊有人或不抽菸的人，特別是有小孩子，我會離他們很遠。

Q15：我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？

B：家人目前無人懷孕，如果有應該要戒菸或不要去影響別人呀！

Q16：在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人對你抽菸的態度如何，無所謂或積極反對？或鼓勵你繼續抽菸？怎麼去克服呢？

B：在戒菸的過程中，家人看到我戒菸覺得很不可思議，我是一個很隨興的人，我想要怎麼做，只要不犯法，我都會去執行我的意念，家人從我開始抽菸就一直提醒我少抽一點，到現在看到我沒在抽菸，且身上沒有菸味，都很高興。

Q17：禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而且取締變嚴格，怎麼處

理呢？有沒有感覺抽菸，好像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？

B：就不要抽哇！或找沒有的地方去抽菸。

Q18：家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？

例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!.....。

B：媽媽會勸我少抽菸也會擔心我，我姊姊身體體質不好，不喜歡聞到身體有菸味，我會主動離他遠遠的，彼此尊重。

Q19：現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？

例如：省荷包、賺健康.....。

B：我每個月都要花 3000 元左右買菸，為了省我的荷包呀！菸的價錢貴又對身體不好所以我要去戒菸。

Q20：當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處理呢？

例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸....。

B：就說我不要抽了！你們抽就好了。他們都會忍耐不要抽，但我會跟他們說不要再忍了，出來玩、唱個歌你們就抽吧！雖然我身上會有味道，沒關係我就去洗個澡就好了。在那個場所抽菸，我有強烈感覺到，隔天去跑步時，都有菸臭味且呼吸系統沒有那麼順暢，所以每次朋友有約唱歌時，我就會注意一點。

B：我已經不抽菸了，我會拒絕。

Q21：當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？

例如：勸戒、遠離環境....。

B：抽菸是個人的事情，我不會勸戒。

B：我不會勸誡，但我不會離開，這會掃他們興致的。

Q22：家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？

B：我沒有結婚，在外面工作比較沒有經濟壓力，開銷上也不會有問題。以前沒工作時，就會限量抽菸，會去算一個月會花多少菸的錢，現在沒有經濟的問題了我已經戒菸。

訪談對象：C (2018.07.16、2018.8.30、2018.09.25)

Q1：為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？

例如：自發性、被動性、家人勸來.....？

C：抽菸抽久了一直有痰會咳嗽，所以想想身體健康還是最重要就來戒菸了，以前自己有想過也菸戒過，但是沒有堅持下去，因為只有一個人的辦公室，想想不會影響到別人，別人到我辦公室也不會待很久，要不然就是同好吸菸的朋友，所以沒有戒菸成功，我希望得到衛生所的戒菸資訊來幫助我，這樣效果會更好呀！對自己是有信心的。

C：我有胰臟炎等問題，醫師說這跟抽菸都有相關，為了我的身體還是戒菸最重要，我告訴自己一定要把菸癮戒掉呀！我已經不抽菸了！。

Q2：為什麼會想到衛生所來戒菸？

例如：親戚朋友告知、廣告宣導、別人推薦....。

C：經廣告宣傳知道衛生所有辦戒菸班及戒菸門診，所以來參加戒菸門診，家人也很贊同希望我要把菸給戒掉。

C：廣告宣傳都知道衛生所有戒菸門診，而且衛生所離我家也很近呀！

Q3：你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？

例如：戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎...。

C：我希望到衛生所的戒菸門診能提供相關戒菸知識、戒菸資訊來幫助我，這樣效果會更好呀！

Q4：以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？

例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒.....。

C：以前有自己戒菸過，但沒有堅持下去，因為辦公室只有我一個人，想想抽菸不會影響到別人，別人到我辦公室也不會待很久，要不然就是會抽菸的好朋友來我這裡講事情，就會互相請菸一起抽菸，所以沒有戒菸成功哇！

C：抽菸抽了 30 年，以前還不知道抽菸會害我健康，這次生了一場大病，我才知道生命健康很重要，我不敢再抽菸了！

Q5：在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？

例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的.....。

C：我一直很想要抽菸，念頭一直都在是讓我最困擾，心情不好第一個想到就是抽菸，還有朋友請我抽菸也不好意思拒絕，我明知道抽菸對身體不好，要少抽菸但是做不到啊....！

Q6：面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？

例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題...。

C：有些朋友知道我在戒菸，有些人不知道，知道我戒菸很好奇我怎麼會去戒菸！一樣還是會請菸給我.....。

Q7：當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？

C：我覺得衛生所人員關心是好的，不會造成我的困擾。

Q8：當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？

例如：跑去運動、喝水、吃口香糖...。

C：尤其是有壓力或心情不好，第一個就是會想要抽菸，希望我這次能夠繼續持

續戒菸下去。目前就盡量克制自己吧……

Q9：抽菸對身體不好，你的看法呢？

例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮……。

C：我起床後大概 20 分鐘內會想要抽第一根菸，知道抽菸對身體不好，如果可以的話要戒掉，有時會覺得很矛盾。

Q10：我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？

例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等……。

C：我身體有疾病會加重我的病情，應該要聽醫師的話，不會抽的。

最近因身體不舒服到醫院檢查才知道有胰臟及肝癌，到醫院去住院治療，身體健康不允許再抽菸了！

Q11：有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？

例如：滿足感、提神……。

C：當然這句話是個形容詞，我覺得飯後抽一根菸會讓我很有滿足感放鬆呀！

Q12：當我菸癮來時，你會如何處理呢？

例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力……。

C：我菸癮來時，會妨害別人我可以不抽菸的。以今天為例，帶孩子去醫院拔牙，等了三個小時，等待的時間我有到外面去，雖然很想抽菸，但我也沒有拿菸抽。

Q13：看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症，你的看法呢？你會怎麼做？

C：看到周遭的朋友因為抽菸得到一些嚴重的疾病，我也會怕，我會提醒自己盡量少抽菸，也會跟朋友說的。

Q14：為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？

例如：改變生活習慣、……。

C：家人跟小朋友在場，我會盡量離開她們遠一點抽菸，不要在同一個區域裡。

Q15：我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？

C：目前家中沒有人懷孕或準備懷孕的，家人如果有人懷孕應該要遠離抽菸的環境的。

Q16：在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人對你抽菸的態度如何，無所謂或積極反對？或鼓勵你繼續抽菸？怎麼去克服呢？

C：在家裡面環境中，家人都很習慣我在抽菸，我也盡量不要在家裡面抽菸……

Q17：禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而且取締變嚴格，怎麼處理呢？有沒有感覺抽菸，好像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？

C：很多場所是禁止吸菸，這個政策很好哇！我不會感到不服，而且要取締，我不會去那些禁菸場所的。

Q18：家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？

例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!……。

C：我得孩子都很大，對我抽菸當然希望我少抽一點，不會對我有不好的反應，他們也習慣我了吧！但我會盡量少抽菸的。

Q19：現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？

例如：省荷包、賺健康.....。

C：我現在一天要抽一包菸，開銷比較大，一個月要花掉香菸錢 3000 元左右，而且菸品一直漲價，為了我的荷包不要失血，想想還是戒菸，家裡的人當然希望我盡快戒菸，把身體顧好最重要。

Q20：當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處理呢？

例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸....。

C：朋友來找我都遞菸給我，很難拒絕呀！我會找藉口盡量少抽菸.....！

Q21：當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？

例如：勸戒、遠離環境....。

C：他們都在吸菸，我會適時地勸戒他們，告訴他們抽菸不好，我也在戒菸....。

Q22：家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？

C：我家目前小康，工作穩定經濟上沒有這個問題，當然沒錢也不會去買菸囉！
(C 訪談者)

訪談對象：D (2018.07.20、2018.8.25、2018.09.21)

Q1：為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？

例如：自發性、被動性、家人勸來.....？

D：我的職業是醫院的看護，工作時間很長壓力也很大，而且醫院不能抽菸很不方便所以才要想要戒菸，自己以前有想要戒菸也沒有戒過，既然來參加戒菸門診所以增加我的自信心，希望能戒除我的菸癮。

D：之前有到衛生所拿戒菸藥品，但吃了仍然會頭痛，有回診跟醫師說，藥品仍然沒有改變，所以我心理會排斥，不想再吃了。

Q2：為什麼會想到衛生所來戒菸？

例如：親戚朋友告知、廣告宣導、別人推薦....。

D：曾經有朋友到衛生所來參加戒菸門診，所以我也來了。

D：之前在衛生所拿戒菸藥品，最近比較忙藥照護病人完畢會再到衛生所掛戒菸門診回診的。

Q3：你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？

例如：戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎...。

D：我覺得菸癮是很難戒的，希望衛生所的戒菸門診的幫忙，能戒除掉我的菸癮呀！

D：我有到衛生所參加戒菸門診，拿了戒菸藥品，但是吃了會頭痛，經過一個月再回診跟醫師說，醫師還是給藥，目前我沒吃怕會頭痛呀！

Q4：以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？

例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒……。

D：我以前都沒有戒菸過，既然來戒菸了對自己是有信心的，當然我的周遭會吸菸的朋友，都在看我會不會戒菸成功。

D：這次到衛生所參加戒菸門診，吃了戒菸藥品會有副作用，不敢再吃，所以信心打了折扣呀！

D：這次回診因為頭痛所以沒有在吃戒菸藥品，一天會抽 10 支，一氧化碳檢測值還是高呀！

Q5：在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？

例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的……。

D：我現在正在戒菸了，醫生開了用吃的戒菸藥品，但吃了戒菸藥品會讓我頭痛的很厲害，是藥物的副作用嗎？醫師沒有說副作用沒有頭痛這一項啊！我身體其他都很健康也沒有其他不舒服，我還是再吃一顆止痛劑，為了戒菸我還是繼續吃戒菸藥品啊！

D：我怕吃了戒菸藥品會再頭痛，所以不敢吃戒菸藥品，我有回診跟醫師說，但是還是拿一樣的藥品，所以目前沒有吃藥，下次回診時再告訴醫師說。

Q6：面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？

例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題……。

D：我工作周遭的同事都是女性，每一個都會抽菸，且菸癮都很大，我跑去戒菸門診他們都知道，我盡量不抽，也不在她們的面前抽，她們也在等著看我（看笑話似）會不會成功！

D：同事間看我在戒菸，結果中斷，當然她們都會來關心我……。

Q7：當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？

D：我覺得妳打電話來我很高興啊，不會排斥，能夠關心我戒菸的情形，我吃藥有不舒服可以直接問你們，給我加油打氣增強我的信心。

D：謝謝衛生所的小姐來關心鼓勵我，我吃藥中斷了，不想再吃，我會再回診跟醫師討論及過去找妳的。

Q8：當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？

例如：跑去運動、喝水、吃口香糖……。

D：我會第一個想要抽菸，尤其是照顧病人時有壓力，很想到戶外透氣抽菸，其實也很習慣我的工作，時間也會去運動啊！

D：現在照顧病人壓力大，我抒發心情找時間運動，但沒辦法天天運動啦！對其

他的戒菸方式對我好像都沒有用呢！

Q9：抽菸對身體不好，你的看法呢？

例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮....。

D：我知道抽菸對身體不好，我覺得要生了一場大病或得了不好的絕症，才會戒的掉...

Q10：我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？

例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等....。

D：我身體目前很健康沒有甚麼疾病，抽菸對身體不好更加重疾病發生，我想當然不會再抽菸的...

Q11：有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？

例如：滿足感、提神...。

D：這是一個形容詞，吃完飯我會馬上向要抽一根菸，抽菸是可以解除我的壓力。

Q12：當我菸癮來時，你會如何處理呢？

例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力.....。

D：我有空我會去運動，我現在正在戒菸，有在吃戒菸藥品，目前已吃了10天戒菸藥品還是沒有感覺到效果，我想還要去拿戒菸藥品但是又要忙於看護工作，要等有空請假才能去拿藥，中間未吃戒菸藥品會不會影響我的用藥方面作用或副作用呢？

D：戒菸藥品吃了會讓我頭痛，所以我沒在吃戒菸藥品，我會看時間經過3至4個鐘頭，菸癮來時跑去醫院外抽菸。

Q13：看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症，你的看法呢？你會怎麼做？

D：我周遭的朋友每一個都在抽菸，而且抽菸的很厲害，目前沒有得到嚴重的癌症問題。我在戒菸她們也都知道，我會勸她們但是效果不好，她們等著再看我會不會戒的掉菸！

Q14：為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？

例如：改變生活習慣....。

D：我目前都是一個人，如果是為了家人健康我會戒菸的。

Q15：我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？

D：家中無懷孕，我知道抽菸對懷孕的人是不好，應該要戒菸才是。

Q16：在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人對你抽菸的態度如何，無所謂或積極反對？或鼓勵你繼續抽菸？怎麼去克服呢？

D：在家裡我抽菸，家人對我沒有特別的反對，我會到外面去抽菸的。

Q17：禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而且取締變嚴格，怎麼處理呢？有沒有感覺抽菸，好像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？

D：抽菸在國外就像是次等國民，在台灣就不會有這樣的感覺，可以公開的抽菸。我知道有些場所不能抽菸，也不會影響到我抽菸，我會避開就是了...。

Q18：家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？

例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!.....。

D：菸對我來說是一種習慣，也是我的消遣，心情不好時也會抽菸，身上有菸味家人孩子對我沒有影響，他們都習慣我抽菸了。(D 訪談者)

Q19：現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？

例如：省荷包、賺健康.....。

D：目前花在買菸的錢對我來說是不會有影響，我也會請朋友要出國時或回國時，幫我買香菸回來...。

Q20：當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處理呢？

例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸....。

D：如果他們要遞菸我會不好意思拒絕，我還是會接受的。

Q21：當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？

例如：勸戒、遠離環境....。

D：我不會勸她們戒菸，他們都在看我會不會戒菸成功啊！

Q22：家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？

D：我沒有工作沒有經濟來源就不會買菸的。

訪談對象：E (2018.07.27、2018.8.30、)

Q1：為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？

例如：自發性、被動性、家人勸來.....？

E：因為身體肝不好，肝硬化有在治療中定期檢查，也不能吃辛辣的東西，還有菸價正說要提高，所以才想要戒菸。自己有到診所戒菸過，一個月要 300 元，收費也比較貴，而且也戒菸了 5 次，結果都沒有成功，這次來衛生所希望能夠戒的掉。

E：目前持續治療我的肝硬化，我沒再抽菸了，衛生所的醫師及護士很關心我的健康情形。

Q2：為什麼會想到衛生所來戒菸？

例如：親戚朋友告知、廣告宣導、別人推薦....。

E：我有看到跑馬燈有廣告，衛生所一個月 200 元，而且也比較便宜。

Q3：你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？

例如：戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎...。

E：我有參加戒菸門診及戒菸班，過程中都有按照醫師的囑咐及護理人員的叮嚀關心，讓我在戒菸的過程中順順利利的戒除，我還有參加戒菸班，讓我更知道菸會傷害身體，還有戒菸的技巧等等...，給我收穫好多。

E：衛生所提供戒菸門診，戒菸成功者還可抽獎活動，有一次我有抽到禮卷.....。

Q4：以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？

例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒...。

E：以前有戒菸過，但禁不起朋友請菸，想說很久沒抽，抽一根菸而已沒關係，反而以後就越抽越多了。

E：從國中就會開始學抽菸到現在至少有 30 年以上，以前一天抽一包以上，朋友圈太多人菸酒檳一起來，才會戒不掉呀！

Q5：在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？

例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的.....。

E：不會，我在戒菸時我會去買糖果，讓我感覺口腔有東西在嚼在動。

Q6：面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？

例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題...。

E：不會，朋友都知道我肝不好，且醫師都說我不能再抽，我對菸也比較敏感了。

Q7：當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？

E：不會覺得困擾，而且衛生所也幫我報名參加戒菸就贏的活動，都有人員打電話來問我、關心我，覺得很好哇！

Q8：當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？

例如：跑去運動、喝水、吃口香糖...。

E：我抽菸是因為習慣的關係，吃飽或做甚麼就會想到抽菸。

E：心情不好時，我會出去走走跟朋友聊天，現在不會想抽菸了。

Q9：抽菸對身體不好，你的看法呢？

例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮....。

E：我本身有肝硬化，抽菸也會影響我的肝臟，醫師勸戒我不要抽，所以我要戒菸。

Q10：我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？

例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等....。

E：現在知道自己身上有疾病，所以也不會再抽菸了！

Q11：有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？

例如：滿足感、提神...。

E：飯後一根菸會讓我放鬆的，這跟喝酒有點一樣，越喝會讓我越放鬆，明知道不好會傷身體，還是越喝越抽越多。

Q12：當我菸癮來時，會如何處理呢？

例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力.....。

E：我把床頭菸灰缸、菸品等等全部都丟掉，床頭櫃放糖果或喝飲料，然後使用戒菸口嚼定（口香糖）。

Q13：看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症，你的看法呢？你會怎麼做？

E：我的朋友很多都在抽菸，我也不會去勸他們，這是他們要對自己的身體負責，想要戒菸就要強烈的意志力，才能戒菸成功哇！

Q14：為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？

例如：改變生活習慣、....。

E：我老婆家每個人都在抽菸，我自己家只有我一個人再抽，所以沒有人會管我呀！

Q15：我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？

E：家中無人懷孕，抽菸不要去影響別人，遠離她就好，當然能戒菸掉最好。

Q16：在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人對你抽菸的態度如何，無所謂或積極反對？或鼓勵你繼續抽菸？怎麼去克服呢？

E：家人不太會管我抽菸，也會到外面抽菸....。

E：因為我有肝病的問題，有時會因為心情不好會在抽菸，家人也勸我要戒菸，醫師說這也會影響我的身體健康，慢慢地我也戒菸了，家人很支持我也開心呀！

Q17：禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而且取締變嚴格，怎麼處理呢？有沒有感覺抽菸，好像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？

E：不能到公共場所抽菸也是我戒菸的原因之一，我曾經到國外去玩有抽菸，結果被留紙條說不要抽菸覺得很丟臉。

Q18：家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？

例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!.....。

E：我家人不管我也不太敢管我，所以沒有著個問題。

Q19：現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？

例如：省荷包、賺健康.....。

E：我已經戒菸了，如果沒有戒菸，我還是會去買的。

Q20：當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處理呢？

例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸....。

E：他們知道我身體不好，在那個環境下他們不會拿菸給我，而且我也會離開那個環境。

Q21：當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？

例如：勸戒、遠離環境.....。

E：我不會勸他們，自己的身體自己負責呀！

Q22：家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？

E：家中沒有經濟因素所以沒發生過。

訪談對象：F (2018.07.16、2018.0826、2018.09.23)

Q1：為什麼會想戒菸原因是甚麼？自己先前有否戒菸的意圖？成效如何？你希望專業的諮商或協助嗎？你對戒菸成功是否有信心？

例如：自發性、被動性、家人勸來.....？

F：因為現在菸越來越貴了，而且越抽越多，覺得不是很好，所以是自己想要來戒菸，還有家人也覺得我抽太多，勸我來衛生所參加戒菸門診，我知道自己有糖尿病，對我不好的，希望戒菸的藥物能夠幫助我。之前有想要戒，也戒過一次結果沒有成功，對自己也信心不大，但我還是希望試一試，我是抱著希望的。

Q2：為什麼會想到衛生所來戒菸？

例如：親戚朋友告知、廣告宣導、別人推薦....。

F：有朋友到衛生所參加戒菸班，還有到衛生所拿戒菸藥品戒菸成功，所以我想來參加戒菸門診。

F：我有糖尿病其他慢性疾病，也都是來衛生所拿藥，所以拿戒菸藥品更方便的。

Q3：你覺得衛生所可以有甚麼樣的幫助及協助？

例如：戒菸班、戒菸門診、戒菸服務抽獎...。

F：我的菸癮很大，抽菸一天要 2 包，希望戒菸的藥物及醫師護士的衛教幫助我能夠戒菸成功。

F：每次拿戒菸藥品時要測試一氧化碳檢測值就會很不好意思，還是很高呀！

Q4：以前有沒有戒菸過？為什麼沒有成功呢？

例如：聞到菸味受不起誘惑、朋友請菸不好意思拒絕、心情煩悶有壓力、喝酒.....。

F：以前有戒菸過一次，因為有工作壓力就會想到抽菸，所以才沒有戒菸成功啊！

Q5：在戒菸時，哪些的事情讓你感到最為困擾與棘手的呢？

例如：心情不好無法靜下來、菸癮來時精神不好、戒斷現象、需要專心思考時、疲憊或需要提神時沒有菸陪伴、手沒有拿菸覺得怪怪的.....。

F：工作在忙時，需要專心思考事情，會一直拿菸來抽。

Q6：面對戒菸時，會不會擔心周遭親朋好友排斥不知如何應付？

例如：不是跟我同一國的、在一起無法插入話題...。

F：我上班的同事很多菸癮都很大，我在戒菸他們一樣會請菸給我，我不好意思拒絕，也表示我沒有戒菸成功了！

Q7：當你戒菸的過程中，衛生所人員會電訪關心你，你會不會覺得困擾或很煩？但知道衛生所人員是出於善意與提醒，所以可以接受？有沒有剛好在戒菸意志力較薄弱、發生動搖時，衛生人員的一通電話，適時提醒自己要堅持下去，別輕易放棄？

F：不會覺得煩，衛生所的小姐都很親切衛教及問候，讓我更有動力來加油。

Q8：當你心情不好、壓力時或想慶祝讓心情更好，你第一時間會想到抽菸嗎？如何調適？

例如：跑去運動、喝水、吃口香糖...。

F：是不會第一個想到抽菸，我會想吃鹹的零食，嘴巴會想吃東西。

F：第一時間不抽菸時，我很想吃零食，偶而會去運動排汗，不想越來越胖呀！

Q9：抽菸對身體不好，你的看法呢？

例如：身體沒有不舒服、難以克服菸癮....。

F：我有糖尿病我知道抽菸對身體不好，但是就一直無法戒掉，目前沒有為吃到我的生命吧！所以還是繼續抽菸！

Q10：我的身體上有疾病，抽菸會影響身體疾病或更加重，還是持續抽菸嗎？

例如：你知道高血糖、高血脂、高血壓是國人死亡三大危險因子嗎？肺癌是十大死因第一名，跟抽菸息息相關？長期抽菸身體上臭菸味及口臭等....。

F：我覺得我改不掉呀！我有糖尿病但是還是一直抽，我知道對身體不好，就是改不掉，我的同事得了菸喉癌，目前還是一直抽菸呀！

Q11：有句話「飯後一根菸快樂似神仙」，你的看法呢？

例如：滿足感、提神...。

F：這有幫助我提神吧！而且我是習慣了！

Q12：當我菸癮來時，你會如何處理呢？

例如：自我提醒、沖冷水、戒菸藥品、找人聊天分散注意力.....。

F：當我菸癮來時不抽菸，我會焦慮且坐不住。我會直接拿戒菸藥品使用。

Q13：看到周遭很多抽菸的朋友，得到嚴重疾病或癌症，你的看法呢？你會怎麼做？

F：我想這是個人體質吧！該得就會得到，順其自然。我不會勸別人戒掉，我也不知道會戒的掉嗎？

Q14：為了配偶及小孩的身體健康，你會怎麼做？

例如：改變生活習慣、....。

F：抽菸時，很多人是不喜歡聞到二手菸，所以我不會在家裡室內抽菸的，不要影響家人。

Q15：我的家人準備要懷孕了或懷孕了，你會想戒菸嗎？

F：家中無人懷孕，但有去朋友家中看到朋友家有人懷孕，我會避開到外面抽菸，不要影響別人。

Q16：在戒菸的過程中，有沒有讓你遇到甚麼困難？家人對你抽菸的態度如何，無所謂或積極反對？或鼓勵你繼續抽菸？怎麼去克服呢？

F：家人很鼓勵我戒菸，可是我就是無法克服！我會加油...。

Q17：禁菸場所很多包括：餐廳、公園、公共場所等，而且取締變嚴格，怎麼處理呢？有沒有感覺抽菸，好像變得像過街老鼠或瘟神，不受歡迎？

F：禁菸的場所有很多，我會避開那些場所不要去，我也可以暫時忍受不要吸菸。

Q18：家中女兒或孫子在你身上聞到菸味，不想聞到菸味或靠近你？對你有甚麼影響？你怎麼處理？

例如：生氣、不理、以後再說、戒掉吧!.....。

F：我身上有菸味，老婆跟小孩當然不喜歡菸味，老婆嫌我有菸臭味，家人在我

身邊的環境下，我會離他們遠遠的抽菸或者不要抽菸。

Q19：現在菸價又提高，金錢花費又多了，你的看法呢？

例如：省荷包、賺健康.....。

F：對我現在經濟上，菸價提高我有想要戒菸，當然菸品也是一筆開銷，我的經濟還可以買菸，我會選擇找到別的地方去抽菸。

Q20：當你遇到親友聚在一起時，遞菸給你，你會如何處理呢？

例如：離開現場、找藉口、自我嘲解、直接說我在戒菸....。

F：我會直接拒絕他我不抽菸。

Q21：當你周遭的親友都在吸菸，你會如何處理呢？

例如：勸戒、遠離環境.....。

F：他們抽他們的，我不好意思勸他們不要抽菸，我可以不吸菸，他們也會看我拿不拿香菸，但我也不好意思離開。

Q22：家中因為經濟因素等原因：例如被裁員、沒錢、無薪假等，你會繼續買菸抽菸嗎？

F：經濟不許可，那就少抽一點吧！

