

不同戒菸服務模式之成效及 戒菸成功相關因子之研究： 以某無菸醫院為例

黃偉新^{*} 梁立人^{**} 鄭韻如^{***}

摘要

目標：探討醫院提供的各種戒菸服務參與民眾的特性，並了解不同戒菸服務模式的成效及戒菸成功的因子，可讓醫療及公衛人員建立更有效率的諮詢與政策。

方法：本研究對象為某無菸醫院2017年所有戒菸民眾，依戒菸服務模式分為四類：門診戒菸治療（門診戒菸組）、門診戒菸加上戒菸衛教（戒菸衛教組）、醫院戒菸週的戒菸活動（戒菸活動組）、職場的行動戒菸門診（職場戒菸組），由衛生福利部國民健康署戒菸治療管理中心網站查詢戒菸結果，比較各種戒菸服務模式的成功率與效率及民眾特性，並探討戒菸成功相關因子。

* 馬偕紀念醫院家庭醫學科醫師（通訊作者），E-mail: whh5881@gmail.com

通訊地址：臺北市中山北路二段92號，聯絡電話：02-2543-3535

** 馬偕紀念醫院台北社區醫學中心管理師

*** 馬偕紀念醫院老年醫學科護理師

投稿日期：2020年5月27日；修改日期：2020年7月7日；接受日期：2020年7月31日

DOI: 10.3966/207010632020120052002

結果：醫院舉辦的戒菸活動合併治療與衛教可以吸引年紀較大、成癮度較低的民眾嘗試戒菸，不但戒菸成功率與門診戒菸成功率無顯著差異，且可有效率地服務更多民眾。此外，每日吸菸支數較少、成癮分數較低、一氧化碳呼氣值較低、使用戒必適藥物、門診次數超過1次為6個月點戒菸成功相關因子。

結論：醫院若能將戒菸服務深入社區與職場，可以成功協助更多民眾戒菸。醫師可參考「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案管理紀錄表中吸菸者的特性，使用適合藥物並鼓勵回診以增加戒菸成功率。

關鍵詞：戒菸服務、戒菸活動、戒菸衛教、門診戒菸、職場戒菸

壹、前言

依照世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 2017年全球非傳染病(non-communicable diseases, NCDs) 報告，有70%的死亡歸因於四大非傳染病（癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病），而吸菸、缺乏運動、不健康飲食及有害飲酒是非傳染病的四大共同危險因子 (WHO, 2017)。四大危險因子中，吸菸是最常見且最具有侵略性的一種危險因子，不但會造成癌症，還會導致心臟病、中風、肺部疾病、消化性潰瘍等，其二手菸、三手菸更會危及家人的健康，可說是四大危險因子的首惡。國立臺灣大學公共衛生學院根據衛生福利部國民健康署提供的臺灣本土健康資料庫研究國人死亡危險因子，發現前三名依序是高血糖、吸菸與高血壓 (Lo et al., 2017)。吸菸是危害健康的頭號殺手，對個人、家庭與社會傷害至鉅。吸菸者一半以上會死於菸害，而全世界每年有超過800萬人因菸害死亡，其中120萬人死於二手菸 (WHO, 2019)。根據中華民國心臟學會發表的一份研究，分析臺灣3,000多名急性冠心症患者（心絞痛或心肌梗塞患者），發現42%的患者為吸菸者，且疾病嚴重程度愈高，吸菸比例也愈高 (Shyu et al., 2011)。因此，如何做好菸害防制的工作，一直是公共衛生中健康促進與衛生教育的挑戰。

我國18歲以上成年人之吸菸率，由2008年的21.9%（男性38.6%、女性4.8%）逐年下降至2017年的14.5%（男性26.4%、女性2.3%），減少近三分之一的吸菸率，顯示我國在菸害防制的努力已有顯著成效。但在2017年國人吸菸調查中，我國男性的吸菸率約在51~55歲年齡層達最高峰，約每5個男性就有2個吸菸；女性吸菸率方面，則在36~40歲達最高峰（衛生福利部國民健康署，2018b），最高峰的吸菸年齡都正是在職場最活躍的時期，表示菸害防制工作在戒菸勸導方面仍有許多可以著墨的族群，如果在職場最重要時期者因吸菸導致心血管疾病發生，將是家庭與社會的重大損失。因此，如何鼓勵吸菸民眾採取戒菸行動，提高民眾的戒菸意願且戒菸成功，是非常重要的健康促進課題。

衛生福利部國民健康署推動多元的戒菸服務，希望協助更多民眾戒菸，2012年3月推出二代戒菸治療試辦計畫，大大減低民眾的戒菸負擔，同年9月開辦戒菸衛教暨個案管理服務，提供民眾戒菸衛教指導與諮詢。醫院不僅是治療疾病的場所，更應該是推動預防醫學的地方，其提供的各種戒菸服務及衛教訊息，可讓吸菸的民眾更直接接受且開始嘗試戒菸。衛生福利部國民健康署及縣市衛生局也積極輔導醫院通過無菸醫院認證，期望藉由無菸醫院的宗旨與精神，透過各種戒菸服務，推廣個人、家庭與社區的菸害防制。本研究希望探討民眾參與醫院所提供的各種戒菸服務的情況，了解不同戒菸服務模式的成效及影響戒菸成功的因子，將來可讓醫療及公衛人員建立更有效率的戒菸服務諮詢與政策，並讓醫院可以更加主動推廣戒菸，以協助更多人接受戒菸服務。

貳、材料與方法

一、研究對象

本研究蒐集某無菸醫院（以下稱研究醫院）2017年1月1日至12月31日所有戒菸民眾，研究對象為年滿18歲，每天抽10支菸以上，或是經尼古丁成癮度測試達4分以上者。

二、研究工具及方法

研究對象皆由醫師開立戒菸藥物與提供戒菸諮詢，並完成衛生福利部國民健康署的「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案管理紀錄表（以下簡稱個案紀錄表）（見附錄一），個案紀錄表中的背景資料包括年齡、性別、菸齡、吸菸支數、尼古丁成癮分數、一氧化碳呼氣值、戒菸藥物、門診次數等。研究對象依照戒菸服務模式分為以下四組：門診戒菸治療（以下簡稱門診戒菸組）、門診戒菸加上戒菸衛教（以下簡稱戒菸衛教組）、醫院戒菸週的戒菸活動（以下簡稱戒菸活動組）、職場的行動戒菸門診（以下簡稱職場

戒菸組），由衛生福利部國民健康署戒菸治療管理中心網站查詢戒菸結果，比較各種戒菸服務模式的成功率與效率及民眾特性，並探討戒菸成功相關因子。本研究已通過馬偕紀念醫院人體研究倫理審查委員會審查，編號為17MMHIS049。本研究定義之戒菸服務模式與戒菸成效如下：

（一）戒菸服務模式

1. 門診戒菸

主要指在醫院門診由合格醫師提供有意願戒菸民眾之戒菸治療服務，符合資格的民眾為18（足）歲以上之全民健康保險對象，其尼古丁成癮度測試（新版Fagerström量表）分數達4分（含）以上，或平均每天吸10支菸（含）以上者，由醫師開立藥物及提供諮詢，每年至多補助每位民眾2次療程，每次療程最多補助八週藥費，每一療程限於同一合約醫事機構90天內完成。

2. 戒菸衛教

由通過訓練並獲得認證之戒菸衛教師面對面給予病人進行戒菸之衛教，一般都與門診戒菸治療搭配。戒菸衛教服務由衛教師評估民眾戒菸的經驗、戒菸的理由、吸菸的內外因素，協助民眾擬定戒菸計畫，給予衛教指導與諮詢，希望提升病人戒菸成功率（見附錄二）。

3. 戒菸活動

研究醫院在每年世界無菸日（5月31日）前後會舉辦為期兩星期的戒菸活動，地點於醫院大廳舉行。活動包括醫師菸害防制演講、有獎徵答、衛教影片播放、現場戒菸諮詢、一氧化碳檢測等，吸引來到醫院的民眾戒菸，當場由醫師看診及衛教師進行戒菸衛教，主動提供兩週戒菸藥物，並預約兩週後的門診戒菸，民眾視個人需求再回到醫院門診接受戒菸服務，此種服務模式可視為一種主動戒菸服務模式。

4. 職場戒菸

職場護理師主動招募吸菸員工，並與研究醫院約定門診時間與次數，經

與衛生局報備後由醫院醫師、戒菸衛教師與藥師在職場開立門診，簡化行政程序，方便無暇至醫院看診之職場員工接受門診戒菸與衛教及藥物，之後視員工個人需求再回到醫院門診接受戒菸服務。此種服務模式由醫院與職場合作，醫院派出一組戒菸人員至職場服務看診，也可視為一種主動戒菸服務模式。

（二）戒菸成效

1. 6個月點戒菸成功率

以衛生福利部國民健康署定義的6個月「點戒菸率」代表，由戒菸衛教師及經過訓練的義工經由個案紀錄表的資料，於每一療程該個案開始接受戒菸服務日（初診日）起算6個月時，以電話訪問個案：「請問您過去7天內有沒有吸菸」。若回答沒有吸菸則代表戒菸成功；若回答有吸菸則為戒菸失敗；若電話追蹤不到個案也算失敗。電訪後結果都登錄於衛生福利部國民健康署戒菸治療管理中心網站系統。

2. 每日服務人數

以各不同戒菸服務模式的總戒菸人數，除以該模式的工作天數，可得到該戒菸服務模式的每日服務人數。以門診戒菸與戒菸衛教的服務模式而言，2017年人事行政局公布的上班日數，再加上研究醫院星期六為上班日，總共為300日；以戒菸活動而言，活動日共為12日；至於職場戒菸，則是3次職場門診的平均服務人數。

三、資料處理與分析方法

以SPSS 22版本之統計軟體進行資料分析，分別用描述性統計與推論性統計進行考驗。以次數分配、百分率、平均值、標準差等描述，了解研究對象其基本資料與吸菸狀況在各種戒菸服務模式之分布情形。以卡方檢定、ANOVA分析、多重比較研究民眾在各種戒菸服務模式的差別，以及自變項與依變項的相關性，再以羅吉斯迴歸分析戒菸成功的相關影響因子。

四、結果

2017年研究醫院所有戒菸民眾共773人，包含門診戒菸組368人（占總人數47.6%）、戒菸衛教組256人（占總人數33.1%），以及主動戒菸服務包括戒菸活動組121人（占總人數15.7%）、職場戒菸組28人（占總人數3.6%）。表1為各種戒菸服務模式參與民眾的特性，由表1可發現，主動戒菸服務模式包括戒菸活動與職場戒菸，其參與男性所占比例較門診戒菸與戒菸衛教為高，且在醫院舉辦的戒菸活動參與者年齡較大且菸齡較久，但在吸菸支數方面則四組無明顯差異，成癮分數則是以參與主動戒菸服務模式的民眾較低。戒菸衛教及職場戒菸組一氧化碳呼氣值比門診戒菸、戒菸活動組高，門診次數則是以戒菸活動組最低。至於醫師開立戒必適藥物則在主動戒菸服務模式的比例較高。由表1的結果可以看出不同戒菸服務模式參與民眾特性的差異，在醫院舉辦的戒菸活動，可吸引一些來院看診年紀較長、菸齡較久的民眾嘗試戒菸，而大部分會參與主動戒菸活動者，不論是在醫院或職場舉辦的，都以男性為主，且尼古丁成癮度都顯著比門診戒菸或有接受戒菸衛教的民眾為低。

表2為民眾在四種戒菸服務模式的成效，6個月的點戒菸成功率為門診戒菸組42.1%、戒菸衛教組42.2%、戒菸活動組42.1%、職場戒菸組35.7%，前三組幾乎有著相同的戒菸成功率，而職場戒菸組的成功率較低，但並沒有達到統計上的差異。門診戒菸與戒菸衛教組基本上是民眾進入診間尋求戒菸協助，屬於被動式的服務，若以服務效率來看，以總服務人數除以1年的門診日數，每日的服務人數不到2人。然而，醫院戒菸活動及職場行動戒菸是醫療團隊主動出擊，屬於主動式的戒菸服務，以此研究醫院的戒菸活動而言，每日的服務人數可達約10人（121人除以活動日數12日），而職場戒菸每日的服務人數更可達約19人（3次活動分別有19人、21人、18人參加，有許多人參加2~3次）。因此，雖然主動戒菸服務模式的戒菸成功率與門診戒菸治療無統計上的差異，但戒菸服務效率卻大大增加，表示主動戒菸是值得推廣的戒菸服務模式，可以大量增加每次戒菸服務人數，讓更多民眾跨出嘗試戒菸的第一步。

表1
不同戒菸服務模式參與民眾的特性

變項	全部	門診戒菸	戒菸衛教	戒菸活動	職場戒菸	p
男性 (%)	77.0	75.5	73.0	84.3	100.0	.002
年齡	46.8±12.3	46.1±11.5	45.1±11.8	53.5±13.8 ^a	41.6±8.9	<.0001
菸齡	25.2±12.0	24.6±11.5	24.2±11.7	30.1±13.6 ^a	20.3±8.7	<.0001
吸菸支數	22.3±11.6	22.5±11.1	22.3±12.8	22.2±10.4	18.9±12.9	.47
成癮分數	6.4±2.3	6.7±2.3	6.6±2.2	5.4±2.5 ^a	5.3±2.3 ^a	<.0001
一氧化碳呼氣值	18.1±11.2	16.9±9.6	20.2±12.5 ^a	15.9±11.5	23.0±10.9 ^a	<.0001
戒必適 (%)	77.2	70.4	78.9	90.1	96.4	<.0001
門診次數	2.5±1.7	2.8±1.9 ^a	2.4±1.6 ^a	1.5±0.8 ^a	2.5±0.6	<.0001

註：類別變項：卡方檢定；連續變項：ANOVA（事後檢定：Tukey法）。

^a年齡：戒菸活動組顯著高於其他三組；菸齡：戒菸活動組顯著高於其他三組；成癮分數：戒菸活動及職場戒菸組顯著低於另外兩組；一氧化碳呼氣值：戒菸衛教組顯著高於門診戒菸及戒菸活動組、職場戒菸顯著高於戒菸活動組；門診次數：門診戒菸組顯著高於戒菸衛教及戒菸活動組、戒菸衛教組顯著高於戒菸活動組、職場戒菸組顯著高於戒菸活動組。

表2
各種戒菸服務模式成效

變項	全部	門診戒菸	戒菸衛教	戒菸活動	職場戒菸	p ^a
6個月點戒菸成功率 (%)	41.9	42.1	42.2	42.1	35.7	.93
每日服務人數	2.6	1.2	0.9	10	19	

^a卡方檢定。

表3～表6為四種戒菸服務模式中參與民眾戒菸成功相關因子，門診戒菸組與6個月點戒菸成功相關的因子有每日吸菸支數、成癮分數與藥物；戒菸衛教組與6個月點戒菸成功相關的因子有成癮分數與藥物；戒菸活動與職場戒菸兩組中，所有因子與6個月點戒菸成功都沒有達到統計上的意義。但在戒菸

活動組發現，民眾若在活動後主動回到門診戒菸，則其戒菸成功率可超過五成。

表3
戒菸成功相關因子（門診戒菸組）

變項	人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	6個月點戒菸成功	
		人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	p^a
人數	368 (100.0)	155(42.1)	
性別			.92
男性	278 (75.5)	118(42.4)	
女性	90 (24.5)	37(41.1)	
年齡（歲）	46.1 $\pm$ 11.5	45.7 $\pm$ 10.9	.58
菸齡（年）			.14
< 20	107(29.1)	52(48.6)	
$\geq$ 20	261(70.9)	103(39.5)	
吸菸支數			< .001
< 20	105(28.5)	60(57.1)	
$\geq$ 20	263(71.5)	95(36.1)	
成癮分數			.001
低：0~3	29(7.9)	16(55.2)	
中：4~6	150(40.8)	77(51.3)	
高： $\geq$ 7	189(51.3)	62(32.8)	
一氧化碳呼氣值	16.9 $\pm$ 9.6	15.9 $\pm$ 9.9	.10
藥物			.02
戒必適	259(70.4)	120(46.3)	
尼古丁藥物	109(29.6)	35(32.1)	
門診次數			.14
1	109(29.6)	39(35.8)	
$\geq$ 2	259(70.4)	116(44.8)	

^a卡方檢定及 t 檢定。

表4

戒菸成功相關因子（戒菸衛教組）

變項	人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	6個月點戒菸成功	
		人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	p^a
人數	256 (100.0)	108(42.2)	
性別			.91
男性	187 (73.0)	78(41.7)	
女性	69 (27.0)	30(43.5)	
年齡（歲）	45.1 $\pm$ 11.8	44.9 $\pm$ 12.3	.76
菸齡（年）			.05
< 20	86(33.6)	44(51.2)	
$\geq$ 20	170(66.4)	64(37.6)	
吸菸支數			.10
< 20	84(32.8)	42(50.0)	
$\geq$ 20	172(67.2)	66(38.4)	
成癮分數			.02
低：0~3	16(6.2)	9(56.3)	
中：4~6	109(42.6)	55(50.5)	
高： $\geq$ 7	131(51.2)	44(33.6)	
一氧化碳呼氣值	20.2 $\pm$ 12.5	19.4 $\pm$ 11.5	.39
藥物			.02
戒必適	202(78.9)	93(46.0)	
尼古丁藥物	54(21.1)	15(27.8)	
門診次數			.33
1	93(36.3)	35(37.6)	
$\geq$ 2	163(63.7)	73(44.8)	

^a卡方檢定及 t 檢定。

表5

戒菸成功相關因子（戒菸活動組）

變項	人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	6個月點戒菸成功	
		人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	p^a
人數	121(100.0)	51(42.1)	
性別			.08
男性	102(84.3)	39(38.2)	
女性	19 (15.7)	12(63.2)	
年齡（歲）	53.5 $\pm$ 13.8	55.0 $\pm$ 14.4	.30
菸齡（年）			.90
< 20	16(13.2)	6(37.5)	
$\geq$ 20	105(86.8)	45(42.9)	
吸菸支數			.22
< 20	37(30.6)	12(32.4)	
$\geq$ 20	84(69.4)	39(46.4)	
成癮分數			.67
低：0~3	30(24.8)	11(36.7)	
中：4~6	54(44.6)	25(46.3)	
高： $\geq$ 7	37(30.6)	15(40.5)	
一氧化碳呼氣值	15.9 $\pm$ 11.5	15.3 $\pm$ 10.5	.63
藥物			.07 ^b
戒必適	109(90.1)	49(45.0)	
尼古丁藥物	12(9.9)	2(16.7)	
門診次數			.08
1	83(68.6)	30(36.1)	
$\geq$ 2	38(31.4)	21(55.3)	

^a卡方檢定及 t 檢定；^b費雪精確性檢定。

表6

戒菸成功相關因子（職場戒菸組）

變項	人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	6個月點戒菸成功	
		人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	p^a
人數	28(100.0)	10(35.7)	
性別			
男性	28(100.0)	10(35.7)	
女性	0(0.0)	0(0.0)	
年齡（歲）	41.6 $\pm$ 8.9	42.5 $\pm$ 7.1	.70
菸齡（年）			.23 ^b
< 20	11(39.3)	2(18.2)	
$\geq$ 20	17(60.7)	8(47.1)	
吸菸支數			.13
< 20	11(39.3)	6(54.5)	
$\geq$ 20	17(60.7)	4(23.5)	
成癮分數			.84
低：0~3	2(7.1)	1(50.0)	
中：4~6	19(67.9)	7(36.8)	
高： $\geq$ 7	7(25.0)	2(28.6)	
一氧化碳呼氣值	23.0 $\pm$ 10.9	19.3 $\pm$ 8.3	.29
藥物			1.00 ^b
戒必適	27(96.4)	10(37.0)	
尼古丁藥物	1(3.6)	0(0.0)	
門診次數			1.00 ^b
1	2(7.1)	1(50.0)	
$\geq$ 2	26(92.9)	9(34.6)	

^a卡方檢定及 t 檢定；^b費雪精確性檢定。

表7為不分組所有參與民眾其戒菸成功的相關因子，6個月點戒菸成功與民眾的性別、年齡以及菸齡無關，但與民眾每日的吸菸支數、成癮分數、首次門診的一氧化碳呼氣值、所使用的戒菸藥物及門診次數有關。每日吸菸少

於20支（1包）的民眾、成癮分數較低者、首次門診的一氧化碳呼氣值較低者，以及就診次數超過1次的民眾，其戒菸成功率較高。此外，使用戒菸藥物為戒必適者的戒菸成功率也較高。

表7
戒菸成功相關因子（所有民眾）

變項	人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	6個月點戒菸成功	
		人數 (%) 或平均 $\pm$ SD	p^a
人數	773(100.0)	324(41.9)	
性別			.50
女性	178(23.0)	79(44.4)	
男性	595(77.0)	245(41.2)	
年齡（歲）	46.8 $\pm$ 12.3	46.8 $\pm$ 12.4	.96
菸齡（年）			.07
< 20	220(28.5)	104(47.3)	
$\geq$ 20	553(71.5)	220(39.8)	
吸菸支數			.001
< 20	237(30.7)	120(50.6)	
$\geq$ 20	536(69.3)	204(38.1)	
成癮分數			< .001
低：0~3	77(10.0)	37(48.1)	
中：4~6	332(42.9)	164(49.4)	
高： $\geq$ 7	364(47.1)	123(33.8)	
一氧化碳呼氣值	18.1 $\pm$ 11.3	17.1 $\pm$ 10.7	.04
藥物			< .001
戒必適	597(77.2)	272(45.6)	
尼古丁藥物	176(22.8)	52(29.5)	
門診次數			.03
1	287(37.1)	105(36.6)	
$\geq$ 2	486(62.9)	219(45.1)	

^a卡方檢定及 t 檢定。

表8為多變項羅吉斯迴歸分析，在控制其他因子後，只有藥物與門診次數對民眾的戒菸成功是較有影響的因子。使用戒必適的戒菸成功率顯著高於使用尼古丁藥物 ($OR = 1.94$, 95% $CI = 1.26 \sim 2.95$)；門診次數2次或以上的戒菸成功率顯著高於只有1次 ($OR = 1.69$, 95% $CI = 1.04 \sim 2.52$)。至於其他相關的因子，如吸菸支數、成癮分數、首次門診的一氧化碳呼氣值，則在控制其他因子後，對於戒菸成功率沒有顯著影響。此外，戒菸服務模式對於民眾的戒菸成功率也是沒有影響的。至於菸齡，原本並無顯著相關 ($p = .07$)，在控制其他因子後，超過20年菸齡民眾的戒菸成功率則較低 ($OR = 0.64$, 95% $CI = 0.41 \sim 0.99$)。

表8

戒菸成功影響因子（多變項羅吉斯迴歸）($N = 773$)

變項	6個月點戒菸成功	
	OR	95% CI
戒菸服務模式		
門診戒菸	1	
戒菸衛教	0.93	(0.65 ~ 1.33)
戒菸活動	0.85	(0.54 ~ 1.34)
職場戒菸	0.51	(0.20 ~ 1.32)
性別		
女性	1	
男性	0.78	(0.54 ~ 1.13)
年齡（歲）	1.01	(0.99 ~ 1.03)
菸齡（年）		
< 20	1	
≥ 20	0.64*	(0.41 ~ 0.99)
吸菸支數		
< 20	1	
≥ 20	0.78	(0.53 ~ 1.14)
成癮分數	0.95	(0.88 ~ 1.03)

(續下頁)

表8 (續)

變項	6個月點戒菸成功	
	OR	95% CI
一氧化碳呼氣值	0.99	(0.97~1.00)
藥物		
尼古丁藥物	1	
戒必適	1.94**	(1.26~2.95)
門診次數		
1	1	
≥ 2	1.69*	(1.04~2.52)

* $p < .05$ ** $p < .01$

參、討論

臺灣自2002年開始有門診戒菸治療服務，在10年後有研究指出此門診戒菸治療服務不論從金錢、健康照護，或從社會觀點來看都是具成本效益的(Chen, Lee, Tsai, & Lai, 2012)。戒菸衛教服務則是自2012年二代戒菸開始，由通過訓練並獲得認證之戒菸衛教師來執行。有研究指出，接受戒菸勸戒的比例以男性、年長者、健康狀況較差者較高，而以高教育程度者接受比例較低(Lee, Tsai, & Sung, 2016)。門診戒菸與戒菸衛教兩種戒菸服務模式基本上都是在醫院內執行，屬於被動式的服務，所服務的民眾大多是已有戒菸意願的吸菸者，對於不太了解戒菸服務補助的民眾，主動戒菸服務深入社區與職場可能就是讓吸菸者開始嘗試戒菸的一種很好的方式。

根據調查，臺灣2009~2016年所有醫療院所的6個月門診戒菸成功率約在25%~35%之間，而2016年各層級醫療機構以醫學中心的6個月點戒菸成功率最高，達35.0%，但相對地，醫學中心服務的戒菸人數是較少的(衛生福利部國民健康署，2018a)。因此，如果醫學中心能維持高的戒菸成功率，又能盡量推廣戒菸服務以吸引更多民眾戒菸，應該是值得努力的目標。主動戒菸

服務模式能拓展、接近更多的民眾，吸引民眾踏出戒菸的第一步，而無菸醫院的宗旨之一就是藉由加強社區與職場的菸害防制推動，與其他機構組織推廣辦理主動戒菸活動，由此招募更多吸菸者加入戒菸的行列。此次研究醫院在2017年的戒菸服務中，經由主動戒菸服務模式開始戒菸的民眾共149人，達全年戒菸服務總人數的19.3%，但所花的時間只有15個工作天（戒菸活動12天、職場戒菸3天），且戒菸成功率與門診戒菸成功率無顯著差異，可說非常有效率。本研究之戒菸活動是在世界無菸日前後於醫院大廳舉辦兩星期，對象是在醫院的民眾，許多來醫院的年長者在聽完菸害防制演講後參加戒菸服務，因此可以解釋這一組民眾相對其他組別平均年齡較大、菸齡較久。

進行主動戒菸服務時，也會吸引成癮度並不高的民眾嘗試戒菸，相對於成癮度較高的民眾，可能因自己戒菸較困難而比較傾向至門診尋求協助，因此，主動戒菸服務模式可以幫助的吸菸民眾更為廣泛。此外，醫師在主動戒菸服務模式中的戒菸活動與職場戒菸開立戒必適的比例較高，原因可能是根據臨床戒菸服務指引，使用口服戒必適的效果較其他單一藥物為佳（行政院衛生署國民健康局，2012），雖然藥物治療中以合併尼古丁貼片與口嚼錠的成功率最高，但一般不會在第一次門診即開立合併用藥。至於門診次數，因戒菸活動組的民眾是臨時起意參加戒菸，因此回診率較低；門診戒菸組的民眾是自己尋求醫師協助，因此回診次數較高；職場戒菸組則是決定於職場與戒菸團隊如何協調至職場辦理行動戒菸門診的次數，而職場戒菸的男性參與率遠大於女性，是因男性的戒菸需求大於女性（邱靜如、劉貴雲，2003）。另有研究顯示，戒菸藥物加上衛教的介入方式對職場戒菸是最有效的（楊燦等，2007），這也符合此次研究醫院辦理職場戒菸的方式。

本研究發現門診戒菸與戒菸衛教組之戒菸成功率並無顯著差異（42.1%與42.2%），此結果與2018年一篇臺灣的研究相符，其分析356位臺灣民眾在接受門診戒菸或是門診戒菸再加上戒菸衛教，研究結果發現，由專業人員多一節的戒菸諮詢並不會增加由家庭醫學科醫師主導的門診戒菸治療的3個月與6個月的點戒菸成功率（Chung, Chang, Lu, Huang, & Guo, 2018）。本研究之醫師幾乎都為家庭醫學科醫師，因此，戒菸衛教師在菸害防制推動上扮演的角

色，比較像是個案發現者、健康代言者、照護者、教育者、個案管理者、諮詢者、支持者與轉介者（衛生福利部國民健康署，2015），但是否能再額外增加門診戒菸治療的成功率，則需更多的研究探討。

值得注意的是，戒菸活動組的成功率與門診戒菸的成功率相同（42.1%），戒菸活動組的民眾第一次大多是經由菸害防制演講或抱著姑且一試的心情開始參加戒菸，經由醫師的藥物治療以及衛教師的戒菸指導後，約有三成的人會再到門診進行治療（ ≥ 2 次門診）。比較戒菸活動組與門診戒菸組，只有1次門診就能戒菸成功的民眾在兩組中都是35%~36%，但戒菸活動組中，2次以上門診的成功率達55.3%，大於門診戒菸組的44.8%，表示民眾在第一次參加戒菸活動開始嘗試戒菸後，如果願意主動再回到門診尋求醫師開立戒菸藥物的協助，其成功率將超過一半以上，這點可作為將來舉辦戒菸活動協助民眾戒菸時的重要參考。此外，就戒菸服務效率而言，以平均每診次的服務量來看，主動戒菸服務遠大於被動戒菸服務，這也是醫院推動戒菸服務的重要考量。

職場戒菸組的成功率在研究中稍低，為35.7%，但與其他戒菸服務模式未達統計上的差異。已有許多醫院開始實行職場行動戒菸，在將來應該是一個重要的戒菸服務模式。南部某醫院曾至六間職場開辦戒菸門診，每兩週主動到職場進行看診與衛教，6個月點戒菸成功率高達56%（劉榮輝，2017）。關於職場的戒菸率，有研究指出，如果給予獎金上的補助，將有助於員工的戒菸率（Volpp et al., 2009）。另外，臺灣的一份問卷調查也指出，民眾對於「政府補助各公司或機構，給予戒菸成功之員工獎金」之誘因最被認同（李福春、應立志、王萬琳、李淑真、陳麗月，2013）。

本研究6個月點戒菸成功率與民眾的性別、年齡以及菸齡無關，但與民眾每日的吸菸支數、成癮分數、首次門診的一氧化碳呼氣值、所使用的戒菸藥物以及門診次數有關。影響戒菸成功的因素大多可歸納為「個人因素」、「環境因素」和「治療因素」三面向（陳宙珍、李蘭、趙坤郁，2008），但如果依照實際門診作業，個案紀錄表是最容易取得的資料，其中包括許多「個人因素」和「治療因素」，因此本研究即針對這兩大因素進行討論，醫

師也可以根據個案紀錄表了解戒菸成功的相關因子進而決定治療方向。

個人因素方面包括年齡、性別、菸齡、吸菸支數、尼古丁成癮度以及一氧化碳呼氣值；治療因素則包括藥物以及門診次數。年齡與性別是最常被討論的個人因素，許多研究顯示年齡較大者較易戒菸成功 (Chang, Hu, Lin, Yu, & Chao, 2008; Ho, Choi, Chan, & Ching, 2016; Li et al., 2010)，但也有研究表示較年輕者較易成功 (Messer, Trinidad, Al-Delaimy, & Pierce, 2008)，因此年齡的因素較無定論。至於性別有一個追蹤長達3年的研究顯示，女性在1年與3年的戒菸成功率都低於男性 (Wu et al., 2016)。

本研究發現個人因素方面每日吸菸少於20支（1包）的民眾、成癮分數較低者、首次門診的一氧化碳呼氣值較低者，其戒菸成功率較高；在治療因素方面，使用藥物為戒必適及門診次數超過1次者，其戒菸成功率也較高。此結果與另兩篇臺灣醫學中心的研究相符合——南部某醫學中心研究發現吸菸支數較少、就診次數較多者較容易戒菸成功（薛光傑、杜明勳、葛魯蘋、周明岳、陳麗玲，2006）；北部另一醫學中心的研究顯示首次參與戒菸門診中，成癮分數低、一氧化碳呼氣值較低及吸菸支數較少者的戒菸成功率較高 (Huang, Hsu, Chang, & Chang, 2018)。本研究之中、低成癮度（< 7分）民眾的戒菸成功率約有八成，但高成癮度（7~10分）民眾的成功率只有三成，因此，醫師在遇到高成癮度的民眾時，應花更多的時間協助其戒菸。

至於菸齡對於戒菸成功率的影響，有研究指出，菸齡 ≥ 40年比菸齡 < 40年的調整後戒菸成功的OR值為3.1（95% CI = 1.3~7.6）（劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰，2017）。本研究發現菸齡原本與成功率無相關，在控制其他因素後，發現超過20年菸齡的民眾之戒菸成功率反而較低，但其實菸齡與年齡息息相關，因此，可將菸齡與年齡歸為類似因素，比較沒有定論。

一氧化碳呼氣值被認為是一簡單、非侵襲性且客觀的方法以協助評估民眾吸菸的行為，在門診中使用可以教導民眾菸害對於健康的影響，並提高民眾戒菸的動機 (Goldstein, Gans, Ripley-Moffitt, Kotsen, & Bars, 2018)。如果以一氧化碳呼氣值 ≥ 5.5ppm判定為吸菸者，反之則為非吸菸者，其敏感度與特異度分別為95%及83% (Kapusta et al., 2010)。因一氧化碳呼氣值需民眾至門

診時才能測量，而本研究約有37%的民眾只進行了1次門診，因此只能使用首次門診的一氧化碳呼氣值，發現所有戒菸民眾首次的數值與戒菸成功率有相關 ($p = .04$)。至於後續門診一氧化碳呼氣值的降低是否能預測進行2次以上門診的民眾能戒菸成功，值得再做相關分析研究。

治療因素包括戒菸用藥與門診次數，臺灣一篇蒐集10,000多位戒菸民眾的研究發現，關於6個月的點戒菸成功率，戒必適相對於尼古丁貼片有較好的成效 ($OR = 1.30$, 95% CI = 1.14~1.47) (Chang, Lo, Chang, Hsueh, & Tsai, 2016)。本研究也發現使用戒菸藥物的種類與戒菸成功率相關，且在控制其他因子後，戒必適相對於尼古丁藥物的 OR 值達到1.94 (95% CI = 1.26~2.95)。但根據臨床戒菸服務指引，戒必適在有憂鬱症或精神疾病的患者上要避免使用，且最常見的副作用是胃脹、反胃與打嗝，因此並非每位民眾都能使用戒必適。

門診次數與戒菸成功率的相關性則以本土的文獻為主，國外的研究相對較少。有臺灣的研究指出在3個月的點戒菸成功率方面，相對於看診1~3次的民眾，看診4~6次 ($OR = 3.11$, 95% CI = 1.71~5.65) 及7~8次 ($OR = 4.65$, 95% CI = 2.53~8.54) 的民眾皆有較高的成功率 (薛光傑等, 2006)。更有一項追蹤3年的研究顯示，門診次數是長期戒菸成功的重要預測因子 (Hsueh, Chen, Yang, & Huang, 2010)。本研究門診次數只有1次的民眾約占37%，而2次以上門診的戒菸成功 OR 值可達到1.69 (95% CI = 1.04~2.52)，因此，鼓勵民眾再次回診以增加戒菸成功率是醫療人員可尋求努力的方向。

本研究有以下限制：因目前並未廣泛推行職場行動戒菸，多數職場並不了解醫院有此服務模式，職場中的吸菸員工也可能因上班並無充裕時間參加戒菸服務，造成本研究之職場戒菸組參與人數較少，因此或許未能真實代表此模式的成效，將來需更多職場加入來做進一步的研究。此外，本研究以衛生福利部國民健康署的定義來代表是否戒菸成功，即民眾自述一週內的吸菸狀況，並沒有以生物檢測（如抽血、驗尿、吹氣）證實，因實際狀況並無法要求民眾於事後回到醫院以吹氣證實沒有吸菸，且戒菸失敗的定義包含了未追蹤到電話的民眾，這些民眾的戒菸情況並無法真實得知，此亦為本研究限

制之一。

肆、結論與建議

吸菸不但會造成癌症，還會導致各種慢性疾病並危害他人，是國人健康的頭號殺手。臺灣菸害防制的工作已有顯著的成效，除了二代戒菸的政策讓更多民眾能夠接受門診戒菸與衛教，無菸醫院的推廣也可由醫院以不同的戒菸服務模式主動深入社區與職場，讓民眾更容易開始嘗試戒菸。本研究發現不同的戒菸服務參與民眾有其不同的特性，而醫院的主動戒菸服務模式是非常有效率的。醫院推行的戒菸活動配合戒菸治療與衛教，可以吸引年紀較大、成癮度較低的民眾嘗試戒菸，其戒菸的成功率與一般民眾至門診戒菸無顯著差異，不但可有效率地服務更多民眾，民眾之後若主動再回到門診戒菸，其戒菸成功率可超過五成。本研究也發現6個月點戒菸成功率與民眾的每日吸菸支數、成癮分數、首次門診的一氧化碳呼氣值、所使用的戒菸藥物及門診次數有關，而在控制其他因素後，戒菸藥物、門診次數與成功率最為相關。醫師在為所有戒菸民眾看診時，可參考「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表中的個人因素，考慮使用成功率較高的藥物，並鼓勵民眾多回診，如此能增加其戒菸成功率。

誌謝

本研究感謝馬偕紀念醫院家庭醫學科與台北社區醫學中心同仁共同推展主動戒菸服務並蒐集分析資料。

參考文獻

一、中文部分

行政院衛生署國民健康局（2012）。*臨床戒菸服務指引*。取自<https://health99.hpa.gov.tw/material/3105>

[Bureau of Health Promotion, Department of Health. (2012). *Clinical smoking cessation practice guideline*. Retrieved from <https://health99.hpa.gov.tw/material/3105>]

李福春、應立志、王萬琳、李淑真、陳儷月（2013）。戒菸門診病人對戒菸誘因與戒菸服務之滿意度調查。*台灣家庭醫學雜誌*，23（4），177-188。doi:10.3966/168232812013122304003

[Lee, F.-C., Ying, L.-C., Wang, W.-L., Lee, S.-C., & Chen, L.-Y. (2013). An investigation of incentives and outpatient satisfaction on smoking cessation services provided by a hospital. *Taiwan Journal of Family Medicine*, 23(4), 177-188. doi:10.3966/168232812013122304003]

邱靜如、劉貴雲（2003）。職場員工對健康促進活動認知、態度、需求、參與情形與健康生活型態之現況及相關因素探討。*健康促進暨衛生教育雜誌*，23，29-42。

[Chiu, C.-J., & Liu, C.-Y. (2003). Cognition, attitude and demands regarding health promotion of employees and their healthy lifestyles: Current situation and related factors. *Health Promotion & Health Education Journal*, 23, 29-42.]

陳宙珍、李蘭、趙坤郁（2008）。門診戒菸治療之成效及其相關因素探討。*台灣公共衛生雜誌*，27（1），44-56。doi:10.6288/tjph2008-27-01-05

[Chen, C.-C., Yen, L.-L., & Chao, K.-Y. (2008). The effectiveness of outpatient smoking cessation therapy and related factors. *Taiwan Journal of Public Health*, 27(1), 44-56. doi:10.6288/tjph2008-27-01-05]

楊燦、薛夙君、吳德敏、劉紹興、孫建安、鍾蝶起…鄭仙忠（2007）。職場戒菸衛教對吸菸行為之影響。*中華職業醫學雜誌*，14（4），269-280。

doi:10.30027/cjom.200710.0006

[Yang, T., Hsueh, S.-C., Wu, D.-M., Liou, S.-H., Sun, C.-A., Chung, T.-C., ...Cheng, H.-C. (2007). An intervention study for cigarette smoking cessation among blue-collar workers. *Chinese Journal of Occupational Medicine*, 14(4), 269-280. doi:10.30027/cjom.200710.0006]

衛生福利部國民健康署 (2015)。臺灣菸害防制衛教指引。取自<https://health99.hpa.gov.tw/material/3005>

[Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (2015). *Taiwan tobacco control health education guideline*. Retrieved from <https://health99.hpa.gov.tw/material/3005>]

衛生福利部國民健康署 (2018a)。2017年台灣菸害防制年報。取自https://health99.hpa.gov.tw/educZone/edu_detail.aspx?CatId=22017

[Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (2018a). *2017 annual report Taiwan tobacco control*. Retrieved from https://health99.hpa.gov.tw/educZone/edu_detail.aspx?CatId=22017]

衛生福利部國民健康署 (2018b)。國人吸菸行為調查結果。取自<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1718&pid=9913>

[Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (2018b). *Smoking behavior survey in Taiwan*. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1718&pid=9913>]

劉瑞瑤、陳曾基、黃信彰 (2017)。門診戒菸成功之影響因子探討。台灣家庭醫學雜誌, 27 (3), 146-153。doi:10.3966/168232812017092703002

[Liu, J.-Y., Chen, T.-J., & Hwang, S.-J. (2017). Predicting factors of smoking cessation in outpatient smoking cessation clinic. *Taiwan Journal of Family Medicine*, 27(3), 146-153. doi:10.3966/168232812017092703002]

劉榮輝 (2017)。職場戒菸門診開辦 效果好又方便。取自<https://tw.appledaily.com/headline/daily/20170506/37641679/>

[Liu, J.-H. (2017). *Workplace smoking cessation clinics are effective and convenient*.

Retrieved from <https://tw.appledaily.com/headline/daily/20170506/37641679/>

薛光傑、杜明勳、葛魯蘋、周明岳、陳麗玲（2006）。某醫學中心門診戒菸成效。《台灣家庭醫學雜誌》，16（1），1-12。doi:10.7023/TJFM.200603.0001

[Hsueh, K.-C., Tu, M.-S., Ger, L.-P., Chou, M.-Y., & Chen, L.-L. (2006). The effectiveness of the smoking cessation in a medical center clinic. *Taiwan Journal of Family Medicine*, 16(1), 1-12. doi:10.7023/TJFM.200603.0001]

二、英文部分

Chang, F.-C., Hu, T.-W., Lin, M., Yu, P.-T., & Chao, K.-Y. (2008). Effects of financing smoking cessation outpatient services in Taiwan. *Tob Control*, 17(3), 183-189. doi:10.1136/tc.2007.021907

Chang, P.-Y., Lo, P.-C., Chang, H.-C., Hsueh, K.-C., & Tsai, Y.-W. (2016). Comparative effectiveness of smoking cessation medications: A national prospective cohort from Taiwan. *PLoS One*, 11(11), e0166992. doi:10.1371/journal.pone.0166992

Chen, P.-C., Lee, Y.-C., Tsai, S.-T., & Lai, C.-K. (2012). A cost-benefit analysis of the outpatient smoking cessation services in Taiwan from a societal viewpoint. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(5), 522-530. doi:10.1093/ntr/ntr241

Chung, Y.-H., Chang, H.-H., Lu, C.-W., Huang, K.-C., & Guo, F.-R. (2018). Addition of one session with a specialist counselor did not increase efficacy of a family physician-led smoking cessation program. *Journal of International Medical Research*, 46(9), 3809-3818. doi:10.1177/0300060518780151

Goldstein, A. O., Gans, S. P., Ripley-Moffitt, C., Kotsen, C., & Bars, M. (2018). Use of expired air carbon monoxide testing in clinical tobacco treatment settings. *Chest*, 153(2), 554-562. doi:10.1016/j.chest.2017.11.002

Ho, K.-S., Choi, B.-W., Chan, H.-C., & Ching, K.-W. (2016). Evaluation of biological, psychosocial, and interventional predictors for success of a smoking cessation programme in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 22(2), 158-164. doi:10.12809/hkmj154549

- Hsueh, K.-C., Chen, C.-Y., Yang, Y.-H., & Huang, C.-L. (2010). Smoking cessation program in outpatient clinics of family medicine department in Taiwan: A longitudinal evaluation. *Evaluation & the Health Professions*, 33(1), 12-25. doi:10.1177/ 0163278709356185
- Huang, W.-H., Hsu, H.-Y., Chang, B.-C., & Chang, F.-C. (2018). Factors correlated with success rate of outpatient smoking cessation services in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1218. doi:10.3390/ijerph15061218
- Kapusta, N. D., Pietschnig, J., Plener, P. L., Blüml, V., Lesch, O. M., & Walter, H. (2010). Does breath carbon monoxide measure nicotine dependence? *Journal of Addictive Diseases*, 29(4), 493-499. doi:10.1080/10550887.2010.509280
- Lee, S., Tsai, Y.-W., & Sung, H.-Y. (2016). Smoking cessation and receipt of cessation advice from health professionals among older smokers in Taiwan. *Preventive Medicine*, 91, 89-95. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.002
- Li, L., Borland, R., Yong, H. H., Fong, G. T., Bansal-Travers, M., Quah, A. C., ...Fotuhi, O. (2010). Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: Findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(Suppl 1), S34-S44. doi:10.1093/ntr/ntq030
- Lo, W.-C., Ku, C.-C., Chiou, S.-T., Chan, C.-C., Chen, C.-L., Lai, M.-S., & Lin, H.-H. (2017). Adult mortality of diseases and injuries attributable to selected metabolic, lifestyle, environmental, and infectious risk factors in Taiwan: A comparative risk assessment. *Population Health Metrics*, 15(1), 17. doi:10.1186/s12963-017-0134-4
- Messer, K., Trinidad, D. R., Al-Delaimy, W. K., & Pierce, J. P. (2008). Smoking cessation rates in the United States: A comparison of young adult and older smokers. *American Journal of Public Health*, 98(2), 317-322. doi:10.2105/ajph.2007.112060
- Shyu, K.-G., Wu, C.-J., Mar, G.-Y., Hou, C. J.-Y., Li, A.-H., Wen, M.-S., ...Chiang, F.-T.

- (2011). Clinical characteristics, management and in-hospital outcomes of patients with acute coronary syndrome observations from the Taiwan ACS Full Spectrum Registry. *Acta Cardiologica Sinica*, 27, 135-144.
- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., ...Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 360(7), 699-709. doi:10.1056/NEJMsa0806819
- World Health Organization. (2017). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- World Health Organization. (2019). *Tobacco*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Wu, P.-C., Hsueh, K.-C., Mar, G.-Y., Hsueh, S.-C., Tu, M.-S., McRobbie, H., & Hajek, P. (2016). Gender differences in outcome of an attempt to stop smoking among smokers attending a smoking cessation clinic in Taiwan: 3-year follow-up study. *Evaluation & the Health Professions*, 39(3), 317-325. doi:10.1177/0163278715616439

附錄一 「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表

醫事機構名稱												病歷號碼：_____		
醫事機構代號														
戒菸者基本資料	姓名					身分證字號								電話：
	出生日期	民國 年 月 日				性別				☐ 男 ☐ 女				()
	地址	市 鄉鎮 村 路 縣 市區 里 街 段 巷 弄 號 樓之								手機：				
	吸菸狀況	已經吸__年__月												
初診資料	尼古丁成癮度 分 (總計)	1. 起床後多久抽第一支菸？ ☐ 5 分鐘以內 (3 分) ☐ 5-30 分鐘 (2 分) ☐ 31-60 分鐘以內 (1 分) ☐ 60 分鐘以上 (0 分)												
		2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？ ☐ 是 (1 分) ☐ 否 (0 分)												
		3. 那根菸是你最難放棄的？ ☐ 早上第一支菸 (1 分) ☐ 其他 (0 分)												
		4. 您一天最多抽幾支菸？ ☐ 31 支以上 (3 分) ☐ 21-30 支 (2 分) ☐ 11-20 支以上 (1 分) ☐ 10 支或更少 (0 分)												
		5. 起床後幾小時內是你一天中抽最多支菸的時候嗎？ ☐ 是 (1 分) ☐ 否 (0 分)												
		6. 當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？ ☐ 是 (1 分) ☐ 否 (0 分)												
	☐ 確實告知 本人目前尼古丁成癮度達 4 分以上或平均 1 天吸 10 支菸以上，接受貴合約醫事機構提供之戒菸治療，同意比照現行健保藥品部分負擔額度，繳交戒菸藥品部分負擔。每年最多接受 2 次療程，每次治療之權利義務限 8 週次、限於同一合約醫事機構 90 天內完成；若於貴合約醫事機構戒菸治療期間，又另赴其他合約醫事機構進行戒菸治療，則視同放棄本次未完成之第 1 療程，進入第 2 療程。如有不符，本人將依貴合約醫事機構、國民健康署或其指定機構通知，主動繳回溢領之補助藥品費，或接受相關責任追訴；另，同意接受貴合約醫事機構、國民健康署或其委託機構，戒菸相關健保及醫療利用分析等調查或電話諮詢。													
合約醫事機構不得自立名目向戒菸者收取費用，亦不得囑戒菸者自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查。 今年參加第幾個療程？（由系統自動判斷第 1 個或第 2 個療程）														
複診資料	治 療 狀 況													
	就診 序次	日期 (年月日)	體重 (kg)	個案 來源 (請勾選)	目前吸 菸狀況 (支/天)	CO 檢 測值 (ppm)	副作用或 戒斷症狀 (請點選代號)*	處方品名、總量	週數 (請勾選)	醫事人員 姓名 或代號	個案 簽名			
	1			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	2			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	3			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	4			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	5			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	6			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	7			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					
	8			☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 藥局					☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4					

* A 焦慮 B 躁動不安 C 注意力不集中 D 心跳變慢 E 食慾增加 F 睡眠障礙 G 頭暈、頭痛

H 疲倦 I 噁心 J 嘔吐 K 腸胃不適 L 皮膚發癢 M 皮膚紅疹 N 其他(請註明) O 無

備註：CO 檢測值可選擇性填入(此欄位僅為提供合約醫事機構如有檢測個案呼氣一氧化碳者所填寫)

本計畫經費來自菸品健康福利捐

附錄二 戒菸衛教暨個案管理紀錄表

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」
戒菸衛教暨個案管理紀錄表 總表

機構名稱：		機構代號：		初次填報日期： 年 月 日	
個案基本資料					
姓名：	身分證字號：	個案來源（本次個案利用服務類別） ☐ 門診 ☐ 住院 ☐ 急診 ☐ 社區藥局		性別： ☐ 男 ☐ 女	
出生日期： 年 月 日	年齡：	婚姻狀況： ☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 其他		懷孕： ☐ 是（懷孕 周） ☐ 否	
住址：□□□		教育程度： ☐ 小學(含)以下 ☐ 國(初)中 ☐ 高中(職) ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 研究所(含)以上			
身高： 公分	體重： 公斤	電話：()		手機：	
血壓： mmHg	E-mail:				
目前是否有喝酒？【包括各種酒類、保力達 B、威士比、藥酒】： ☐ 否 ☐ 有（ ☐ 每天喝 ☐ 2-3 天喝一次 ☐ 每週 1 次 ☐ 每月 1-2 次 ☐ 每月不到 1 次）					
目前是否有嚼食檳榔： ☐ 否 ☐ 是					
吸菸狀況：已經吸菸 年 月					
尼古丁成癮度 總計 分	(1)起床後多久抽第一支菸？	☐ 5 分鐘以內（3 分） ☐ 5-30 分鐘（2 分） ☐ 31-60 分鐘以內（1 分） ☐ 60 分鐘以上（0 分）			
	(2)在禁菸場所不能吸菸會讓你難忍受嗎？	☐ 是（1 分） ☐ 否（0 分）			
	(3)哪根菸是你最難放棄的？	☐ 早上第一支菸（1 分） ☐ 其他（0 分）			
	(4)您一天最多抽幾支菸？	☐ 31 支以上（3 分） ☐ 21-30 分（2 分） ☐ 11-20 支以上（1 分） ☐ 10 支或更少（0 分）			
	(5)起床後幾小時內是您一天中抽最多支菸的時候嗎？	☐ 是（1 分） ☐ 否（0 分）			
	(6)當您嚴重生病時，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？	☐ 是（1 分） ☐ 否（0 分）			
過去戒菸經驗					
1. 過去一年內，有幾次戒菸超過 24 小時？ ☐ 沒有（跳過此題組，回答下一題組） ☐ 有， 次					
2. 戒菸的原因？ ☐ 為了健康 ☐ 為了經濟 ☐ 為了家庭 ☐ 其他					
3. 戒菸的方法？ ☐ 門診戒菸 ☐ 戒菸班 ☐ 戒菸專線 ☐ 戒菸競賽 ☐ 靠自己意志力 ☐ 其他					
4. 戒菸維持期？ ☐ 未滿 1 個月 ☐ 1 個月以上未滿 3 個月 ☐ 3 個月以上未滿 6 個月 ☐ 6 個月以上未滿 1 年 ☐ 1 年以上 ☐ 其他					
5. 遭遇的困難？ ☐ 戒斷症狀 ☐ 害怕失敗 ☐ 體重增加 ☐ 缺乏支持 ☐ 情緒低落、憂鬱 ☐ 很享受吸菸的感覺 ☐ 周圍有吸菸者 ☐ 不清楚有哪些戒菸服務可以選擇 ☐ 其他					

（續下頁）

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」

戒菸衛教暨個案管理紀錄表(第 1 次)(必填)

本次戒菸的理由	
1. 環境因素： ☐ 於價提高 ☐ 二手菸惹人厭	☐ 於盒上的警示圖片 ☐ 禁止吸菸場所變多、取締變嚴格
2. 健康因素： ☐ 自身健康	☐ 配偶健康 ☐ 小孩健康 ☐ 懷孕或準備懷孕
3. 他人因素： ☐ 親人勸戒	☐ 朋友勸戒 ☐ 同事勸戒 ☐ 醫護人員勸戒
4. 經濟因素： ☐ 沒錢	☐ 被裁員 ☐ 無薪假
5. 其他因素： _____	
想想你最想要吸菸是什麼時候	
外在因素—會讓人想到吸菸	
☐ 身邊有人吸菸 ☐ 聞到菸味 ☐ 有人請菸 ☐ 看到菸灰缸或打火機 ☐ 看到賣菸的商店 ☐ 起床 ☐ 如廁 ☐ 三餐飯後 ☐ 工作休息 ☐ 睡前 ☐ 喝酒 ☐ 喝咖啡 ☐ 嚼檳榔 ☐ 家裡 ☐ 車上 ☐ 上班地點 ☐ 喜宴聚餐 ☐ 進入禁菸區前 ☐ 離開禁菸區後	
內在環境—心情起伏、焦慮緊張	
☐ 焦慮 ☐ 壓力 ☐ 心情不好 ☐ 需要專注 ☐ 長時間工作 ☐ 疲憊需要提神 ☐ 無聊 ☐ 慶祝 ☐ 緊張的等待，如看股票、打麻將、等公車	
其他 _____	
戒菸計畫	
1. 設定戒菸日期（避免事情多、高壓力時期） 戒菸開始或預定日期是哪一天？____年____月____日 （剛戒菸者請填已開始日期；未戒菸者請填預定開始日期）	
2. 爭取社會支持	
☐ 家人：在戒菸期間較沒耐心，請家人不要勉強 ☐ 朋友：請吸菸的朋友幫忙，不要在您面前吸菸 ☐ 同事：請同事協助督促您堅持下去	
3. 預期戒菸困難	
☐ 疲憊或睡不好 ☐ 易感冒 ☐ 腸胃不適 ☐ 餓得快體重增加 ☐ 心情變煩 ☐ 有挫敗感 ☐ 易怒、沒耐心 ☐ 做事難專心 ☐ 其他 _____	
4. 移除與菸相關的東西	
☐ 將菸從環境中完全拿掉，如：辦公室、家裡、衣櫃、口袋、車子等 ☐ 移除引起吸菸念頭的一切，如：菸灰缸、打火機、菸品、避免和吸菸朋友的聚會及飲酒等	
戒菸意願評估結果	
戒菸意願高— <u>臨床戒菸服務指引(p15-18)</u>	
1. 提供戒菸的協助： ☐ 強化戒菸意願 ☐ 了解戒菸困難 ☐ 傾聽戒菸歷程	
戒菸意願普通— <u>臨床戒菸服務指引(p24-27)</u>	
1. 增強動機的會談： ☐ 表達同理心 ☐ 找出落差 ☐ 與抗拒纏鬥 ☐ 強化自信	
2. 增強動機的諮商： ☐ 關聯性 ☐ 危險性 ☐ 戒菸好處 ☐ 戒菸障礙 ☐ 反覆嘗試	
3. 提供戒菸的協助： ☐ 強化戒菸意願 ☐ 了解戒菸困難 ☐ 傾聽戒菸歷程	
開始時間： 點 分	戒菸衛教人員簽章：
結束時間： 點 分	預約下次面訪時間：____月____日____時
總訪談時間： 分鐘	個案簽章：

Effectiveness of Different Service Models and the Factors Correlated with Cessation Success: Taking a Tobacco-Free Hospital as an Example

Wei-Hsin Huang* Li-Jen Liang** Yun-Ju Cheng***

Abstract

Background: Discussing on the characteristics of participating smokers in various cessation services provided by the hospital and understanding the effectiveness of different service models as well as the factors correlated with cessation success, can enable medical and public health personnel to establish more efficient consultations and policies.

Method: This study collected and categorized all smokers seeking to quit smoking in a medical center in the year 2017. According to the cessation service models, they were divided into four groups: (1) outpatient cessation treatment (outpatient cessation group), (2) outpatient cessation plus smoking cessation education (outpatient + education group), (3) hospital-sponsored smoking cessation activities (cessation activity group), (4) mobile workplace cessation treatment (workplace cessation group). We checked the smoking cessation results from the website of Liaison Office of Management of Smoking Cessation, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, compared the success rates and service efficiency of various service models, and explored the characteristics of the

* Physician, Department of Family Medicine, MacKay Memorial Hospital (Corresponding author), E-mail: whh5881@gmail.com

** Administrator, Taipei Community Health Center, MacKay Memorial Hospital

*** Nurse, Division of Geriatric Medicine, MacKay Memorial Hospital

smokers and factors correlated to cessation success.

Results: The smoking cessation activity carried out by the hospital combined with cessation treatment and health education could attract the people who are older and/or less addicted. The cessation activity group serves smokers more efficiently and their success rate was not significantly different from that of outpatient cessation group. The study also found that fewer daily cigarette consumption, lower addition score, lower carbon monoxide expiratory concentration, taking smoking cessation drug champix and more than one outpatient visits were correlated with higher six-month success rate of smoking cessation.

Conclusion: When the hospital provides smoking cessation services to the community and workplace, it helps more people take the first step to quit smoking. Physicians can take personal factors as a reference in the case management and drug choosing with as well as encourage follow-up visits, which will increase the success rate of smoking cessation.

Key words: smoking cessation service, smoking cessation activity, smoking cessation education, outpatient smoking cessation, workplace smoking cessation