

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系
博士論文

指導教授：張鳳琴博士

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



**Effectiveness of different smoking cessation services and
factors correlated with cessation success
--Taking a smoke-free hospital as an example**

研究生：黃偉新 撰

中華民國 108 年 8 月

致謝

一段重要的學習歷程終於可以在此畫上句點!首先感謝我的指導老師張鳳琴教授，能跟老師學習真是十分的幸運，不論是菸害防制的專業、學術研究的精神，都有非常大的收穫，而老師悉心的指導更是讓人如沐春風。其次要感謝我的口試委員，胡益進主任、李景美教授、董貞吟教授與黃麗卿醫師，前輩師長們的溫暖與鼓勵讓我更瞭解對於後輩學生勉勵的重要，將來也要以他們為標竿學習如何支持後進。接著是我醫院的同事們，韻如、雅芬、玉華與立人，感謝他們對於口試與論文的協助，非常幸運有他們的相伴。

進入衛教系要感謝本科的前輩蔡悅琪醫師，她一直是位非常有遠見又受人尊敬的好醫師與好老師，跟著她的腳步絕不會錯!接著碰到了劉潔心與郭鐘隆主任，打造一個溫暖又進步的學習環境，給予所有學生最多的關心與鼓勵。此外，感謝我的同學陳立、國亮、文利、聖德與俊賢，以及其他一起努力的學長姊弟妹等，在學習期間互相的支援與分享，更要謝謝系裡面的各位師長與高助教的協助。

在醫院工作後愈發覺得健康促進與衛生教育的重要，而這段學習能與職場互相配合更是非常幸運。最後感謝家人的支持與鼓勵，讓我完成了這一段重要的歷程。

黃偉新 108 年 8 月



摘要

本研究的目的是探討醫院所提供的各種戒菸服務民眾參與的情況，嘗試瞭解不同戒菸服務模式的成效及戒菸成功的相關因子。研究對象為在 2017 年參與某醫學中心戒菸服務的民眾，共計 773 名吸菸者。戒菸服務模式分類為四組：門診戒菸治療組、門診戒菸結合戒菸衛教組、醫院戒菸活動組、職場戒菸組，比較四組戒菸服務模式參與民眾的特性、戒菸成功率、服務效率及戒菸成功的相關因子。

結果發現四組戒菸服務模式參民眾的特性有所差異，醫院戒菸活動組可以吸引年紀較大、成癮度較低吸菸者嘗試戒菸。另主動戒菸服務模式如醫院戒菸活動組與職場戒菸組較門診戒菸組呈現更具服務效率，然各組戒菸成功率並無顯著差異。此外，影響戒菸成功的因素包括：吸菸者每日吸菸支數、成癮度、一氧化碳呼氣值、戒必適戒菸藥物使用、戒菸門診次數等。在控制其他因素後，吸菸者參與超過一次的戒菸門診與使用戒必適藥物較可能戒菸成功。

本研究建議醫院提供主動戒菸服務深入社區與職場，以協助更多民眾踏出戒菸的第一步。醫師可依吸菸者的特性提供諮商，考慮使用成功率較高的藥物，並鼓勵民眾多回診以提高戒菸成功率。

關鍵詞：戒菸服務、門診戒菸、戒菸衛教、戒菸活動、職場戒菸



Abstract

This study aims to assess the effectiveness of different smoking cessation services provided by the hospital and examine the factors correlated with smoking cessation success. In 2017, a total of 773 smokers who participated in various smoking cessation services delivered by a medical center were included to analyze. Smoking cessation services were categorized into four groups: outpatient smoking cessation group, outpatient smoking cessation combined with education group, hospital smoking cessation activity group, and workplace smoking cessation group. Participants' characteristics, smoking cessation success rates and service efficiency were compared between the four groups.

The results indicated that the characteristics of smokers who participated in the four smoking cessation groups were different, while smokers who participated in the hospital smoking cessation activity group were older with lower addiction level. In addition, proactive smoking cessation services such as hospital smoking cessation activity group and workplace smoking cessation group showed higher levels of service efficiency. Factors correlated with smoking cessation included daily cigarette use, addiction level, carbon monoxide expiratory concentration, Champix medication and cessation outpatient visits. After controlling other factors, smokers who used Champix drug and had more cessation outpatient visits were more likely to have smoking cessation success.

It was suggested that hospitals could provide proactive services in community and workplace to promote smoking cessation. Physicians could

provide counseling based on smokers' characteristics, prescribe drugs with higher success rates and encourage follow-up visits to increase quit rates.

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



目 錄

| | |
|---------------------------|----|
| 第一章 緒論..... | 1 |
| 第一節 研究動機及重要性 | 1 |
| 第二節 研究目的 | 3 |
| 第三節 研究問題 | 4 |
| 第四節 研究假設 | 4 |
| 第五節 名詞解釋 | 5 |
| 第六節 研究限制 | 9 |
| 第二章 文獻探討..... | 11 |
| 第一節 民眾參與戒菸服務的影響因素 | 11 |
| 第二節 台灣戒菸服務現況 | 14 |
| 第三節 無菸醫院與主動戒菸..... | 18 |
| 第四節 戒菸介入方法及戒菸成功影響因子 | 20 |
| 第三章 研究方法..... | 25 |
| 第一節 研究設計 | 25 |
| 第二節 研究架構 | 26 |
| 第三節 研究對象 | 28 |
| 第四節 研究工具 | 28 |
| 第五節 研究步驟 | 29 |
| 第六節 資料處理與分析 | 30 |
| 第四章 研究結果..... | 31 |
| 第一節 不同戒菸服務模式參與民眾的特性 | 31 |
| 第二節 不同戒菸服務模式成效..... | 34 |
| 第三節 不同服務模式之戒菸成功相關因子 | 35 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 第四節 所有民眾戒菸成功相關因子..... | 40 |
| 第五章 討論 | 45 |
| 第一節 不同戒菸服務模式參與民眾的特性探討 | 45 |
| 第二節 不同戒菸服務模式成效的探討 | 47 |
| 第三節 戒菸成功的相關因子探討..... | 49 |
| 第六章 結論與建議..... | 53 |
| 第一節 結論..... | 53 |
| 第二節 建議..... | 54 |
| 參考文獻 | 57 |
| 附錄一、「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表 | 68 |
| 附錄二、戒菸衛教暨個案管理紀錄表..... | 69 |
| 附錄三、戒菸活動照片 | 71 |
| 附錄四、人體試驗委員會計畫執行許可書..... | 72 |

表目錄

| | |
|-------------------------------------|----|
| 表 2-2-1 2016 年不同層級醫事機構戒菸服務之成效 | 17 |
| 表 2-4-1 各種戒菸介入方法之比較 | 21 |
| 表 2-4-2 社區菸害防制介入策略建議 | 22 |
| 表 4-1-1 不同戒菸服務模式民眾參與的情形 | 33 |
| 表 4-2-1 各種戒菸服務模式成效 | 34 |
| 表 4-3-1 民眾戒菸成功相關因子(門診戒菸組) | 36 |
| 表 4-3-2 民眾戒菸成功相關因子(戒菸衛教組) | 37 |
| 表 4-3-3 民眾戒菸成功相關因子(戒菸活動組) | 38 |
| 表 4-3-4 民眾戒菸成功相關因子(職場戒菸組) | 39 |
| 表 4-4-1 民眾戒菸成功相關因子(所有民眾) | 41 |
| 表 4-4-2 民眾戒菸成功影響因子(單變項邏輯斯迴歸) | 42 |
| 表 4-4-3 民眾戒菸成功影響因子(多元邏輯斯迴歸) | 43 |

圖目錄

| | |
|-------------------|----|
| 圖 3-2-1 研究架構..... | 27 |
|-------------------|----|



第一章 緒論

本章共分為六節，包括第一節為研究動機及重要性，第二節為研究目的，第三節為研究問題，第四節為研究假設，第五節為名詞解釋，第六節為研究限制。分述如下：

第一節 研究動機及重要性

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)。這四大危險因子，皆屬於個人的不良健康行為，是可以透過推動健康促進，加強衛生教育與健康傳播，並結合政府與民間力量，營造全面健康環境，來達到協助民眾實踐健康生活的目的 (衛生福利部國民健康署，2016a)。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。台大公共衛生學院根據國民健康署提供的台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慢性殺手，對個人、家庭與社會傷害至鉅。吸菸者一半以上會死於菸害，而全世界每年超過八百萬人因菸害死亡，其中一百二十萬人死於二手菸 (WHO, 2019)。根據中華民國心臟學會發表的一份研究，分析台灣三千多名急性冠心症患者 (心絞痛或心肌梗塞患者)，發現 42% 患者為吸菸者，且疾病嚴重程度越高，吸菸比例也越高 (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 14.5%（男性 26.4%、女性 2.3%），減少近 3 分之 1 的吸菸率，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；在女性吸菸率方面，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耀的時期，如果在職場最重要的時期因為吸菸導致心血管疾病發生，都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。

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治療的經濟負擔，同年 9 月開辦戒菸衛教暨個案管理服務，提供民眾戒菸衛生教育指導與諮詢。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，醫院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。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。然而關於各醫院的戒菸服務模式及成效，目前並沒有太多的研究與交流，且國外的相關文獻也很少。因此，本研究希望探討某醫學中心通過無菸醫院認證後所提供的各種戒菸服務參與民眾的特性，瞭解不同戒菸服務模式的成效及戒菸成功的相關因子，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。

第二節 研究目的

基於上述的研究動機，本研究旨在探討某醫學中心（以下簡稱研究醫院）推動四種不同的戒菸服務模式，包括門診戒菸治療（以下簡稱門診戒菸）、門診戒菸結合戒菸衛教（以下簡稱戒菸衛教），以及醫院推動的「主動戒菸服務」，包括醫院戒菸活動（以下簡稱戒菸活動）、職場行動戒菸（以下簡稱職場戒菸），希望藉由瞭解不同服務模式民眾參與的情形與成效，以及戒菸成功的相關因子，可以適當地安排戒菸服務，並使醫療團隊提供更有效率之戒菸諮詢，讓更多民眾戒菸成功。因此，本研究目的如下：

- 一、瞭解不同戒菸服務模式參與民眾的特性。
- 二、分析不同戒菸服務模式的成效。
- 三、探討戒菸成功的相關因子。



第三節 研究問題

根據研究目的，本研究擬探討的問題如下：

- 一、不同戒菸服務模式參與民眾的特性是否有差異？
- 二、不同戒菸服務模式成效有無差異？
- 三、民眾戒菸成功的相關因子為何？

第四節 研究假設

根據上述的研究目的與問題，本研究提出的假設如下：

- 一、不同的戒菸服務模式參與民眾的特性有顯著差異。
- 二、不同戒菸服務在戒菸成功率或服務人數的成效有顯著差異。
- 三、有些因子與民眾戒菸成功有顯著相關。



第五節 名詞解釋

一、戒菸服務模式：本研究將某醫學中心提供的戒菸服務分為四類：包括門診戒菸、門診戒菸結合衛教、戒菸活動、職場戒菸，各種服務模式皆會完成「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表（以下簡稱個案紀錄表）（附錄一）的資料，以下對於研究醫院的四種戒菸服務模式分別敘述：

(一)門診戒菸：主要指在醫院門診由戒菸訓練合格的醫師提供有意願戒菸之民眾戒菸治療服務，符合資格的民眾應為 18（足）歲以上之全民健康保險對象，其尼古丁成癮度測試分數達 4 分（含）以上（新版 Fagerström 量表），或平均 1 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 8 週藥費，每一療程限於同一合約醫事機構 90 天內完成。

(二)門診結合戒菸衛教：民眾在參與門診戒菸服務後，由通過訓練並獲得認證之戒菸衛教師面對面進行戒菸之衛生教育，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，給予衛生教育指導與諮詢，希望提升病人戒菸成功率，並完成「戒菸衛教暨個案管理紀錄表」（附錄二），這種服務模式必須在有聘請專業戒菸衛教師的醫療院所才能提供。

(三)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

做戒菸衛教（如附錄三之照片），主動提供兩週戒菸藥物，並預約兩週後門診戒菸，民眾視個人需求再回到醫院門診接受戒菸服務。此種服務模式需較多的醫事人員及成本，院方的支持是活動成功與持續的關鍵。

(四)職場戒菸：職場護理師主動招募吸菸員工，並與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。

二、主動戒菸服務：目前大部分醫療院所的戒菸服務主要是民眾有戒菸意願時，進入門診尋找醫師協助，醫師是被動等民眾要求戒菸服務，主動戒菸服務是指醫療團隊主動邀請民眾開始戒菸行動。本研究之主動戒菸服務包括「戒菸活動」與「職場戒菸」，除了同樣有門診戒菸與戒菸衛教外，最大的差別在於醫護團隊將門診移出診間，在活動場地或職場主動提供戒菸服務，架設看診所需設備，醫師看診、衛教及給藥都不在診間內實施，隨戒菸活動地點的舉辦移動，隨時行動方便民眾看診，可說是戒菸「行動門診」。國民健康署開放醫院之戒菸治療服務團隊在事前報備後即可深入職場或社區提供戒菸治療服務。

三、戒菸服務成效：本研究之戒菸服務成效以「戒菸成功率」及「每日服務人數」來定義。

(一)戒菸成功率：以國民健康署定義的六個月「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；若回答有吸菸則代表戒菸失敗；若電話追蹤不到個案也算失敗。

(二)每日服務人數：以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，則活動日共為 12 日。至於職場行動戒菸，則是以 3 次職場門診的平均服務人數來計算。

四、背景變項：本研究之變項來自於個案紀錄表中的資料，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、戒菸藥物與門診次數：

(一)年齡：民眾填寫個案紀錄表時的年齡。

(二)性別：民眾之基本資料，分為男或女。

(三)菸齡：民眾填寫個案紀錄表時回憶已吸菸的年數。

(四)吸菸支數：此為民眾第一次接受戒菸服務時，表示目前平均每日的吸菸狀況。

(五)尼古丁成癮分數：尼古丁成癮度一般是由 Fagerström 量表評估，總共 6 個題目，包括(1)起床後多久抽第一支菸?(2)在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎?(3)哪根菸是你最難放棄的?(4)你一天最多抽幾支菸?(5)起床後幾小時內是你一天抽最多菸的時候嗎?(6)當你嚴重生病時，幾乎每天臥病在床還抽菸嗎? 每題 0 到 3 分，總共 10 分，總分小於 4 分者為輕度成癮，4 到 6 分為中度成癮，7 到 10 分為高度成癮。

(六)一氧化碳呼氣值：此為民眾接受戒菸服務時，由醫師或護理師指導民眾經由一氧化碳檢測儀吹氣檢查所得到的數值。民眾每次到門診接受戒菸服務時，都會需要吹氣看一氧化碳的數值並記錄在個案紀錄表。

(七)戒菸藥物：目前戒菸藥物主要分為尼古丁替代療法藥物（以下簡稱尼古丁藥物）與口服藥物（包括戒必適與耐菸盼）兩大類。研究醫院所開立的戒菸藥物主要是戒必適或尼古丁藥物，醫師開立的原則會參考臨床戒菸服務指引(行政院衛生署國民健康局，2012)，視民眾的過去病史、身體狀況與藥物的適應症，並與民眾討論後視其接受度而定。

(八)門診次數：指民眾接受戒菸治療服務的次數，以主動戒菸服務而言，在戒菸活動或職場戒菸的第一次戒菸服務即算一次門診次數，每次民眾的戒菸服務都會記錄在個案紀錄表上。

五、無菸醫院：我國於 2011 年加入「全球無菸健康照護服務網絡」(GNSH-Global Network for Tobacco Free Healthcare Services)，成為亞太地區第一個網絡，該網絡認為醫院不僅必須遵守相關的禁菸法令，成為一個全面無菸場所，且應善盡減少菸草使用與降低菸害的義務。因此透過無菸醫院的評核，擴大醫事機構及人員之參與，以提供支持性環境，掌握每一次接觸吸菸者的機會，有效勸導與幫助吸菸者戒菸，進而營造無菸健康照護環境與服務，並負有在社區推廣菸害防制的責任。醫院通過無菸醫院認證後，可申請國民健康署之計畫及經費，辦理菸害防制相關活動。

第六節 研究限制

本研究乃探討某醫學中心推動無菸醫院各種戒菸服務的成效及戒菸成功相關因子。本研究限制如下：

- 一、本研究是以北部某醫學中心為研究醫院，但各醫院組織結構與核心使命不同，對於菸害防制工作的重視程度也不同，因此本研究結果無法推及其他醫院。
- 二、本研究之職場戒菸因目前並未廣泛推行，多數職場並不瞭解可以與醫院合作此服務模式。此外職場吸菸員工也可能因上班並無充裕時間來參加戒菸服務，造成參與人數較少，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。
- 三、醫師及戒菸衛教師對於參與戒菸服務之病患皆將資料上傳至衛生福利部國民健康署戒菸服務系統，並於六個月後電話追蹤病人戒菸狀況，以國民健康署的定義來代表是否戒菸成功，此為民眾自述一週內未吸菸狀況，並沒有以生物檢測（例如抽血、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，也可能有極少數民眾因某些原因導致敘述與事實不同。但有文獻研究，民眾自述的吸菸狀況與以生物檢測是接近的，因此自述的吸菸狀況仍是可信的 (Wong, Shields, Leatherdale, Malaisson, & Hammond, 2012)。此外，國民健康署定義的戒菸失敗包含了未追蹤到電話的民眾，然而這些民眾戒菸情況並無法真實得知，此亦為研究限制之一。



第二章 文獻探討

本章共分為四節，包括第一節為民眾參與戒菸服務的影響因素，第二節為台灣戒菸服務現況，第三節為無菸醫院與主動戒菸，第四節為戒菸介入方法及戒菸成功相關因子。分述如下：

第一節 民眾參與戒菸服務的影響因素

民眾吸菸行為與接受戒菸服務會受到個人、家庭和社會三大面向所影響。臨床上常見民眾除了因個人健康原因外，也會因家中有嬰幼兒或菸價調漲等因素來尋求戒菸服務。研究發現男性、年紀大、教育程度低、原住民身份、有經濟能力、有憂鬱情緒、戶長、家中有學齡（前）期人口、家中有吸菸人口及居住山地區會影響個人吸菸行為（陳杏雯、祝年豐、陳興夏，葉美玲，2011），而除了性別、年齡、教育程度、平均每月總收入、家庭吸菸規定等以外，工作場所是否在室外也對吸菸行為有顯著影響（李佩璇，2011）。菸價對於吸菸的行為也有很大的相關，我國菸捐於 2006 年從 5 元調整到 10 元，2009 年再提高至 20 元；菸稅則從每包為 11.8 元，2017 年 6 月調整菸稅增加 20 元變成 31.8 元，而政府在 2006 年調漲菸捐時就有調查發現高達六成六之受訪者表示若繼續調漲菸品價格將考慮戒菸（陳麗如，2008）。國民健康署指出，調漲菸價對降低經濟弱勢族群的吸菸率影響最大，2009 年菸捐調至 20 元後，25-39 歲男性吸菸率由 2008 年的 47.6% 降為 2012 年的 40.2%，降幅達 1 成 5，其中教育程度越低，降幅越大；國中或以下教育程度其吸菸率由 72.7% 降為 50.3%，降幅高達 30.8%（衛生福利部國民健康署，2014）。世界衛生組織（WHO）推薦的 MPOWER 菸害防制策略中，我國有四項均被評為最高等級，分別為菸害的監測（Monitoring）、無菸環境（Protecting）、戒菸服務（Offering cessation

help) 以及禁止菸品廣告 (Enforcing ban) ; 顯示了政府在菸害的監測與禁菸的政策、執行無菸公共場所法令、二代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, 但在菸盒警示圖文 (Warning label) 和菸價調漲 (Raising tax) 二項, 台灣在這兩方面仍可繼續加強 (衛生福利部國民健康署, 2016b)。國民健康署引用 WHO 歐洲區署出版之科技評估報告顯示, 菸價提高 10%, 短期內可以降低 2.5-5% 吸菸率; 長期則可降低 10%; 而對於青少年吸菸率的降低更為成人的 2 倍以上 (衛生福利部國民健康署, 2014)。若比較各國的菸價及生活費用指數, 台灣的菸價與指數相近的國家相比, 是位於相對偏低的價格, 因此仍有許多上漲菸價的空間。

吸菸的尼古丁依賴是一種慢性的成癮性疾病, 單靠自我意志力戒菸, 體內存在的尼古丁濃度下降消失, 生理上將難以適應, 可能會出現精神不濟、注意力不集中、心悸、易怒等戒斷症狀, 導致戒菸的困難, 但許多民眾仍並不知道醫療院所戒菸服務可以協助減低戒菸的困難。政府經由媒體及社區推動的戒菸活動都有助於增加民眾對戒菸服務的了解、戒菸的嘗試及戒菸的意願 (Chang, Sung, Zhu, Feng, & Chiou, 2017)。因此, 戒菸活動的推廣是重要的, 不論是由媒體或社區的管道, 而醫院更可以來做推動的角色。此外, 早在 1998 年的研究就發現, 民眾對於戒菸服務的使用與保險補助有關 (Curry, Grothaus, McAfee, & Pabiniak, 1998)。台灣的研究也發現, 增加戒菸治療服務的經費補助後, 會增加吸菸者戒菸門診接受勸戒的比例, 而且男性、年齡較大、每日吸菸、先前有戒菸意圖、自覺健康較差及了解戒菸好處的吸菸民眾, 也比較容易接受專業人員的戒菸諮詢 (Chang et al., 2010)。

綜上而言, 民眾參與戒菸服務的情形與個人家庭和社會的背景因

素、菸價、對於戒菸服務的了解、戒菸活動的推廣、戒菸服務的補助等等都有關聯。醫療人員在提供戒菸服務時，如果能了解民眾本身的因素，將能更有效的推廣戒菸服務並勸導民眾戒菸成功。



第二節 台灣戒菸服務現況

我國政府菸害防制的政策符合渥太華憲章健康促進的行動綱領：建立健康的公共政策，創造支持性環境，加強社區行動力，發展個人技巧，調整健康服務。我國自 2002 年開始以菸品健康福利捐補助戒菸服務，結合專業行為諮商及戒菸輔助藥品，並透過全民健保體系的服務機制，開辦「戒菸治療試辦計畫」。戒菸治療服務補助之對象需為年滿 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；一年內共補助兩次療程，每次療程有 8 週的戒菸藥品費補助，而每次療程需於同一醫療機構 90 天以內完成。國內研究發現增加戒菸藥物的補助有助於門診戒菸的推廣 (Chang, Hu, Lin, Yu, & Chao, 2008)。補助初期是每週提供 250 元戒菸藥費定額補助，但戒菸者仍需視所使用之戒菸藥物自行負擔 550 到 1,250 元不等費用，對於社經階層較低者是一筆不小的負擔，相對減少戒菸的意願 (衛生福利部國民健康署，2016b)。自從 2012 年 3 月推出二代戒菸服務，藥費比照健保一般用藥，最多僅收取 200 元之部分負擔，且包含了戒菸治療服務費、個案追蹤費及衛教管理費，不僅減輕了戒菸者的費用，更有醫師、藥師、衛教師的全面照顧。此外，補助更擴大在民眾生病住院時，也可以接受戒菸諮詢與戒菸治療，因為研究指出，在住院期間提供戒菸諮詢及協助並且在出院後密切追蹤，將有助於民眾戒菸，而如果加上尼古丁替代療法的藥物治療，效果將更好 (Rigotti, Munafò, & Stead, 2008)。因此，二代戒菸積極鼓勵戒菸服務由門診擴及至住院、急診病人都可納入戒菸服務適用對象。在戒菸效益方面，國民健康署 2012 年曾估計每位接受門診戒菸治療服務的成功者，戒菸前後六個月的醫療費用相比減少 5,481 元，即每幫助 1 位吸菸者成功戒菸，對社會未來 11-15 年的

經濟效益（如減少健保醫療開銷）可達 42 萬元以上（邱淑媿、郭斐然、溫啟邦，2012）。自 2002 年開辦戒菸服務至 2015 年，接受服務之個案數累積至 282 萬 6,038 人次，尤其比較二代戒菸前後三年的服務概況，服務人數從 14 萬 5275 人增加至 25 萬 9909 人，戒菸成功人數也從 3 萬 8352 人增加至 7 萬 4333 人（衛生福利部國民健康署，2015b），顯示且此政策是一個極為成功的政策，讓更多民眾接受到戒菸服務並戒菸成功。國外的調查也顯示增加戒菸治療的保險補助能促進民眾使用這項服務，並使成功戒菸者加倍（Kaper, Wagena, Willemsen, & van Schayck, 2005），與我國的狀況幾乎符合。

在二代戒菸後參與戒菸服務的民眾大量增加，對於提供者的醫療人員需求也相對增加。有一篇國外的統合研究指出約有 40% 的一般科醫師認為建議病人戒菸是耗時無效的，且有 22% 的一般科醫師缺乏信心與病人討論戒菸（Vogt, Hall, & Marteau, 2005）。因此，為了讓更多醫師加入戒菸服務的行列，台灣家庭醫學會接受國民健康署委託，辦理戒菸治療醫師訓練計畫，期望醫師積極勸導民眾戒菸，並陸續推出補助民眾戒菸的政策。對於政府的戒菸補助，台灣的研究發現大部分的醫師同意 2012 年新的二代戒菸政策使更多民眾戒菸，並增加民眾使用戒菸藥物及其遵從性，幫助醫師開立戒菸藥物並使民眾有更好的服務品質（Wu, Hung, Chie, Chiu, & Guo, 2016）。自 2012 到 2016 這 5 年間，國民健康署共培訓了戒菸衛教師 4880 人，其中護理師共 4585 人（佔 94%）（衛生福利部國民健康署，2018a），其他包括心理師、社工師、藥師等。此外，政府也積極培養藥事人員與牙醫師接受訓練，一起加入戒菸治療的行列，希望民眾有更多的機會可以直接在社區藥局或牙醫診所開始戒菸。

國民健康署定義門診的戒菸成功率以「點戒菸率」來代表，指自追蹤

(如電訪)時間點起往前回推一週內皆未吸菸的人數，除以參與「門診戒菸」的人數，再乘以 100% 所得到的數值。大部分研究都以六個月點戒菸率來判定是否戒菸成功，是指在第一次門診後的六個月後追蹤病人。根據調查，台灣 2009-2016 所有醫療院所的六個月門診戒菸成功率約在 25%-35% 之間(衛生福利部國民健康署，2018a)，而 2016 年各層級醫療機構以醫學中心的六個月戒菸成功率最高，達 35.0%，但相對的醫學中心服務的戒菸人數是較少的(表 2-2-1) (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，又能盡量將戒菸服務推廣吸引更多民眾來戒菸，應該是值得努力的目標。

綜上所述，我國二代戒菸政策加上全台從醫學中心到診所的各級醫事機構及社區藥局都有提供戒菸服務，讓有意願戒菸者有更多的管道開始戒菸，且提供戒菸服務的醫療人員也相對增加。醫學中心雖然是戒菸成功率最高的，但相對其他醫事機構服務人數卻是較少的。了解台灣目前戒菸服務狀況及不同層級醫事機構戒菸服務的成效，可針對醫院做更有效率的戒菸服務推動。

表 2-2-1 2016 年不同層級醫事機構戒菸服務之成效

| 院所別 | 人數 | 人次 | 6 個月點戒菸 推估戒菸成功 | |
|------|-------|--------|----------------|-------|
| | | | 成功率 | 人數 |
| 醫學中心 | 12912 | 35603 | 35.0% | 4516 |
| 區域醫院 | 26158 | 75223 | 29.1% | 7616 |
| 地區醫院 | 13484 | 40541 | 26.2% | 3538 |
| 基層診所 | 45707 | 139415 | 25.0% | 11405 |
| 衛生所 | 26443 | 50368 | 22.4% | 5912 |
| 牙科診所 | 2852 | 5248 | 18.9% | 539 |
| 社區藥局 | 31715 | 219097 | 26.4% | 8378 |

資料來源：衛生福利部國民健康署，2017 年台灣菸害防制年報

第三節 無菸醫院與主動戒菸

「吸菸」其實是一個可以根治的問題與疾病，國民健康署於 2012 年推動「戒菸行動年」，建立戒菸共同照護網絡，除既有的門診戒菸，亦加強校園、軍隊、職場與醫療機構之戒菸服務，提出無菸校園、無菸軍隊、無菸職場、無菸社區以及無菸醫院的概念，積極推動以「全人、全程、全面」為目標的二代戒菸治療服務試辦計畫（行政院衛生署國民健康局，2012），其中無菸醫院即為其中重要的一環。「全球無菸健康照護服務網絡」（ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services）於 1999 年成立，臺灣於 2011 年加入，成為亞太地區第一個網絡，至 2017 年 9 月全國已有 209 家醫院加入。目前台灣執行戒菸服務的醫院約占總醫院數之七成，其中六成通過無菸醫院認證。根據戒菸治療服務資料顯示，無菸醫院整合戒菸資源，以團隊出擊模式主動詢問、關懷並提供吸菸者戒菸諮詢，無菸醫院戒菸服務人數（49,423 人）為非無菸醫院（2,876 人）的 17 倍，住院戒菸服務人數（16,707 人）為非無菸醫院（469 人）的近 36 倍，戒菸成功人數（14,602 人）也遠較非無菸醫院（858 人）高，而無菸醫院平均戒菸成功 1 人所需給付費用（8,063 元）較非無菸醫院（11,666 元）低，顯示無菸醫院在二代戒菸政策的輔助下，能提供具效益及實證之戒菸服務，服務更多民眾成功戒菸(衛生福利部國民健康署，2018a)。

無菸醫院國際認證模組需通過八大標準（管理與承諾、溝通、教育及訓練、吸菸辨識/診斷與戒菸支持、無菸環境、健康職場、社區參與、監測和評估），除了院方支持並打造院內無菸環境外，健康職場到社區參與也是重要的標準，主動戒菸服務即是無菸醫院可推動的方向。目前戒菸的

服務模式大多是民眾走入診間尋求戒菸協助，關於醫療團隊主動外展（proactive outreach）提供的戒菸服務模式其戒菸成效如何則是較少研究探討的。有研究收集五千多位一般吸菸者，發現主動邀約戒菸服務並配合電話諮詢及提供藥物治療選擇，可有效提高戒菸成功率（Fu et al., 2014）。有些研究也顯示主動提供戒菸服務，包含電話諮詢，尼古丁替代療法的戒菸藥物等，對於低社經地位的民眾能有效提高戒菸成功率（Fu et al., 2016; Haas et al., 2015）。而統合分析研究也發現，主動的電話諮詢提供戒菸服務是可以有效增加戒菸成功率（Tzelepis, Paul, Walsh, McElduff, & Knight, 2011）。職場戒菸是醫療團隊主動外展提供戒菸服務可以思考的一個模式。關於職場有效的實證戒菸方式的研究並不多（Hughes et al., 2011），有研究顯示職場團體的行為治療是有效的，但較年輕且吸菸量較多的工作者較不容易戒菸成功（Hausherr, Quinto, Grize, Schindler, & Probst-Hensch, 2017）。醫療專業人員的勸戒，不論是個別或團體的諮詢，再加上藥物的介入對於職場的戒菸都是有效的（Moher, Hey, & Lancaster, 2005）。也有研究顯示戒菸衛教介入，確實可增加職場作業人員吸菸者之戒菸成效（楊燦等，2007）。因此，如果能有好的政策配合醫療專業人員的推廣，提高民眾利用戒菸門診的意願，將能有效協助成功戒菸。2015年起國民健康署開放醫院之戒菸治療服務團隊在事前報備後即可進入職場提供戒菸治療服務，可以說是身在職場工作、就醫不便卻想戒菸者之一大福音。

綜上所述可知台灣已建立完整的戒菸共同照護網絡並積極參與國際菸害防制，無菸醫院是現在以及未來醫院推行戒菸工作的趨勢，而醫院若能實踐無菸醫院的精神將主動戒菸服務深入社區與職場，則不但提供了想嘗試戒菸的民眾一個很好的服務方式，也是醫事機構增加戒菸服務人數的模式。

第四節戒菸介入方法及戒菸成功影響因子

一、戒菸介入方法

WHO 根據最新的 Cochrane Review 整理出各種戒菸方法成功率的比較 (表 2-4-1) (WHO, 2018)。由表中可以看出醫護人員的戒菸諮詢與戒菸藥物輔助的重要，且無論個人或團體的行為諮詢及電話的諮詢，都能有效提高戒菸成效。有研究指出，光靠自己意志力戒菸，一年的成功率約只有 3-5%，如果有輔以行為治療，可提高到 7-16%，若藥物加上行為治療，則可達到 24% 的成功率 (Laniado-Laborin, 2010)。至於介入的方式，有較早的統合分析研究顯示面對面的介入、醫師與非醫師的人員共同介入、介入的時間較長都有較好的成功率 (Kottke, Battista, DeFrieze, & Brekke, 1988)。Public Health England (2017) 指出各種戒菸服務模式的成效，以每星期面對面經由專業的團體諮詢，再加上藥物輔助及每次的 CO 測量，可提高 3 倍的戒菸成功率為最高。此外，若是專業的個別諮詢再加上藥物輔助，也可提高 2 到 3 倍的戒菸成功率 (Dockrell, 2017)。美國預防醫學會針對菸害防制的策略，經專案小組以實證醫學方法，做出社區菸害防制建議 (表 2-4-2) (Hopkins et al., 2001)，由此表可看出，對於社區民眾的菸害防制，可從立法、健康教育、媒體、醫療體系各方面的介入都是有效的。

表 2-4-1 各種戒菸介入方法之比較

| 戒菸介入方法 | 參照組 | 勝算比 (95%信賴區間) |
|---------|--------|---------------------|
| 自助介入式戒菸 | 無介入 | 1.24 (1.07-1.45) |
| 醫師簡短建議 | 無建議 | 1.66 (1.42-1.94) |
| 護理人員介入 | 一般照顧 | 1.28 (1.18 to 1.38) |
| 個別化行為諮詢 | 輕度行為諮詢 | 1.39 (1.24 to 1.57) |
| 團體行為治療 | 自助式課程 | 1.98 (1.60-2.46) |
| 電話諮詢 | 無電話諮詢 | 1.41 (1.27-1.57) |
| 尼古丁替代療法 | 安慰劑 | 1.58 (1.50-1.66) |
| 耐菸盼 | 安慰劑 | 1.94 (1.72 to 2.19) |
| 戒必適 | 安慰劑 | 2.33 (1.95 to 2.80) |

資料來源：Tobacco Free Initiative, WHO, 2018

表 2-4-2 社區菸害防制介入策略建議

| 介入策略 | 建議 |
|------------------------|----------------|
| 降低環境暴露二手菸策略 | |
| 禁菸區及限制吸菸、菸害防制法 | 建議 (有強而有力的證據) |
| 社區健康教育以減少家中暴露二手菸 | 尚未有充分足夠證據證明其效果 |
| 降低兒童、青少年開始吸菸之策略 | |
| 提高菸價 | 建議 (有強而有力的證據) |
| 大眾媒體合併其他介入方式 | 建議 (有強而有力的證據) |
| 增加戒菸率策略 | |
| 提高菸價 | 建議 (有強而有力的證據) |
| 活動合併其他介入方式 | 建議 (有強而有力的證據) |
| 媒體系列報導戒菸 | 尚未有充分足夠證據證明其效果 |
| 戒菸比賽 | 尚未有充分足夠證據證明其效果 |
| 醫療體系的介入 | |
| 醫護人員之提醒系統 | 建議 (有充分足夠的證據) |
| 醫護人員之提醒系統+教育 | 建議 (有強而有力的證據) |
| 減少病人用於戒菸之支出 | 建議 (有充分足夠的證據) |
| 病人電話支持系統及其他介入模式 | 建議 (有強而有力的證據) |

資料來源： Hopkins et al. , 2001

二、戒菸成功影響因子

有本土研究利用行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，發現與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；在環境因素方面為同住有吸菸家人數；在戒菸治療因素方面有戒菸治療次數、醫療院所層級(陳宙珍、李蘭、趙坤郁，2008)。一篇香港的研究顯示年齡、是否有精神疾病、每日吸菸量、尼古丁成癮分數、戒菸理由、自我效能、戒菸藥物等都會影響戒菸成功率 (Ho, Choi, Chan, & Ching, 2016)。關於吸菸者的背景環境，有一篇美國的研究發現，家中規定禁菸、35 歲以上、結婚或與配偶同住、大學以上教育者較可能戒菸成功 (Lee & Kahende, 2007)。大多數戒菸成功因子的研究，都圍繞在個人、環境與治療三大因素。年紀與性別是最常被討論的個人因素，許多研究顯示年紀較大者較可能戒菸成功 (Chang et al., 2008; Ho et al., 2016; Li et al., 2010)，但也有研究表示較年輕者較可能成功 (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三年的研究顯示，女性在一年的戒菸成功率都低於男性 (Wu et al., 2016)，而原因可能是因為女性對於戒菸後體重增加的關心度遠大於男性，因此比較不容易戒菸成功 (Perkins, Levine, Marcus, & Shiffman, 1997)。

尼古丁成癮度一般是由 Fagerström 量表評估，總共 6 個題目，每題 0 到 3 分，總共 10 分，總分小於 4 分者為輕度成癮，4 到 6 分為中度成癮，7 到 10 分為高度成癮 (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991)。絕大多研究顯示高成癮度比較不容易戒菸成功 (Foulds et al., 2006; Hagimoto, Nakamura, Morita, Masui, & Oshima, 2010; Ho et al., 2016; Huang,

Hsu, Chang, & Chang, 2018; Pena et al., 2016)，但也有一研究顯示高成癮度及高動機的戒菸者反而較可能成功 (Bacha, Layoun, Khayat, & Allit, 2018)。

至於戒菸用藥方面，有統合分析研究發現戒必適比單一使用尼古丁藥物有較好的戒菸效果 (Hsueh et al., 2014)。台灣的一篇研究收集 2012-2015 年 11,968 位戒菸民眾，分析戒菸藥物的效果發現在 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)，且在早期 7 日的點戒菸成功率，不論是在男、女、輕/中度、重度成癮，戒必適相對於尼古丁貼片都有較好的效果 (Chang, Lo, Chang, Hsueh, & Tsai, 2016)。不過也有研究顯示，在 6 個月的成功率上，戒必適與尼古丁貼片的效果無顯著的差異 (Baker et al., 2016)。近期有研究發現，戒必適雖然在 25-54 歲的民眾戒菸效果比尼古丁藥物有效，但在 55 歲以上的民眾，戒菸效果並不比尼古丁藥物較好 (Chang et al., 2019)。

綜上所述，醫護人員的勸戒諮詢與藥物輔助是戒菸重要的介入方式。台灣已有非常好的戒菸補助計畫，尋求醫院的戒菸治療是吸菸者重要的戒菸管道。影響戒菸成功的因子主要可分為個人、環境、治療等三大的因素，瞭解戒菸成功的相關因子將有助於醫療人員提供更有效率的戒菸諮詢與治療方向。

第三章 研究方法

本研究的目的是探討民眾參與戒菸服務的情形與成效及戒菸成功的相關因子。本章共分為五節，包括第一節研究設計，第二節研究架構，第三節研究對象，第四節研究工具，第五節研究步驟，第六節資料處理與分析。分述如下：

第一節 研究設計

研究醫院主要的戒菸服務模式包括門診戒菸、戒菸衛教，醫院戒菸活動以及職場的行動戒菸門診，後兩者為醫療人員主動邀請民眾開始戒菸，因此為主動戒菸服務。本計畫收集研究 2017 年一整年某醫學中心之戒菸民眾，依照各服務模式分類，研究各種服務模式之戒菸民眾特性及戒菸成效，以及戒菸成功之相關因子。

依據研究目的，本研究包含有：(1)探討研究醫院不同戒菸服務模式之民眾特性。(2)比較各種戒菸服務模式成效是否有差異。(3)探討民眾戒菸成功相關因子。本研究的主要指標 (Primary outcome) 以國民健康署定義的六個月「點戒菸成功」代表，由醫院戒菸衛教師或經過訓練的義工在民眾首次就診的六個月後打電話給民眾追蹤戒菸狀況，詢問民眾自電訪追蹤時間點起往前回推一週內是否有吸菸。如回答皆未吸菸則代表成功，而回答有吸菸或未追蹤到則皆為失敗。

第二節 研究架構

本研究收集此醫學中心 2017 年 1 月 1 日至 12 月 31 日所有戒菸民眾，依照戒菸服務模式分別為：門診戒菸治療（以下簡稱門診戒菸組）、門診戒菸結合戒菸衛教（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）分類，探討四種戒菸服務參與民眾的特性，並依六個月的電話追蹤戒菸狀況，比較各種服務模式的成效以及戒菸成功的相關因子。研究之背景變項為個案紀錄表中的年齡、性別、菸齡、吸菸支數、尼古丁成癮分數、一氧化碳（CO）呼氣值、戒菸藥物、門診次數，依變項為戒菸服務成效，包括六個月的戒菸成功率以及每日服務人數。



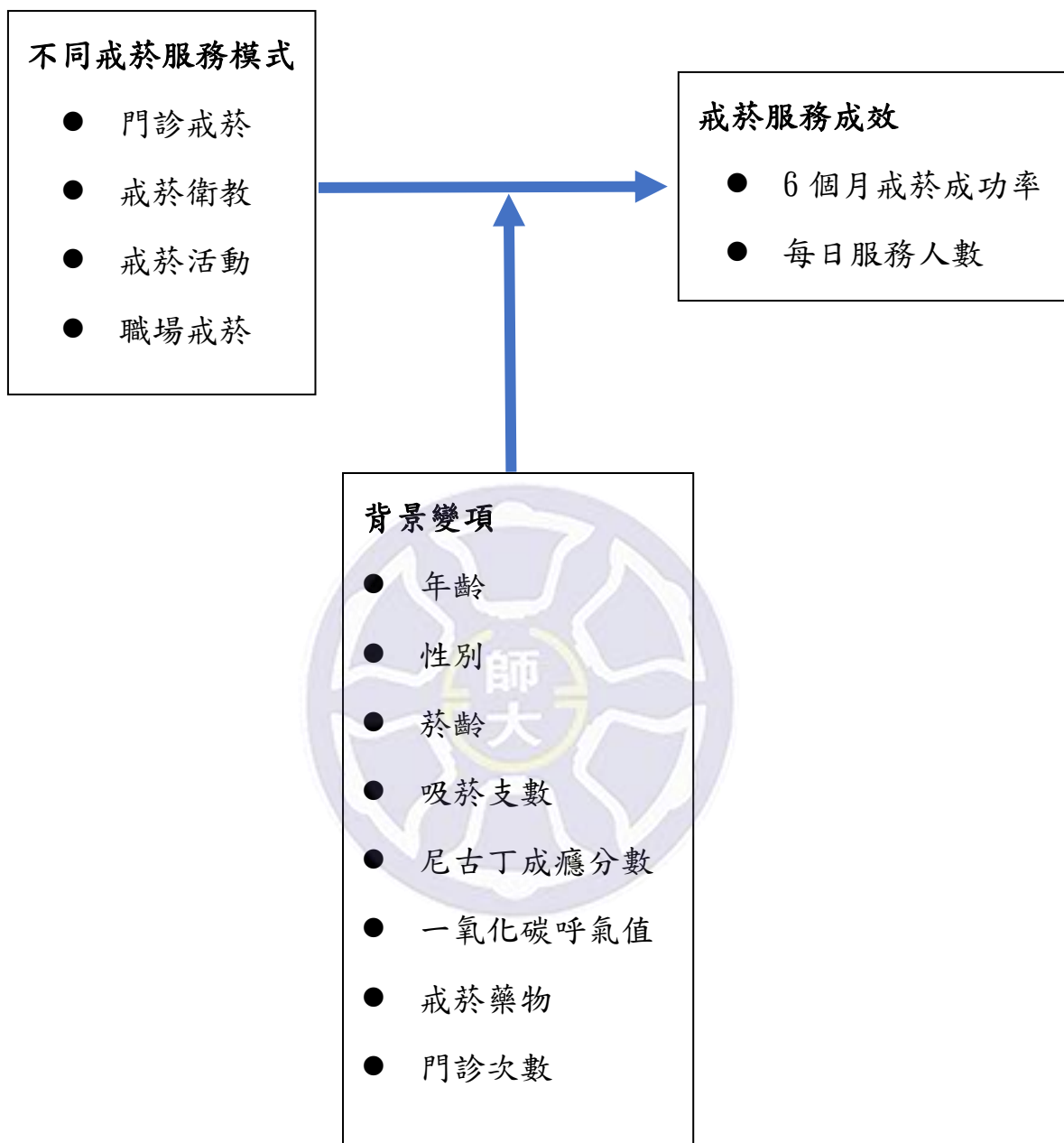


圖 3-2-1 研究架構

第三節 研究對象

此研究之對象為年滿 18 歲，每天抽 10 支菸以上，或是經尼古丁成癮度測試達 4 分（含）以上之吸菸民眾。2017 年 1 月 1 日至 12 月 31 日此醫學中心所有戒菸民眾有 773 人，包含門診戒菸組 368 人，戒菸衛教組 256 人，主動戒菸服務包括戒菸活動組 121 人，職場戒菸組 28 人。

第四節 研究工具

每位民眾皆由醫師開立戒菸藥物與提供戒菸諮詢，並完成國民健康署的「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表（附錄一）。個案紀錄表戒菸者的基本資料，包括年齡、性別、菸齡、每日平均吸菸支數及尼古丁成癮度由民眾自填或醫師詢問後填寫。年齡是詢問民眾出生年月日；性別是填男/女；菸齡是詢問個案紀錄表中已經吸菸幾年；每日平均吸菸支數是詢問目前吸菸狀況（支/天）；尼古丁成癮度由量表評估，總共 6 個題目，包括：(1)起床後多久抽第一支菸？（0-3 分），(2)在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？（0-1 分），(3)哪根菸是你最難放棄的？（0-1 分），(4)你一天最多抽幾支菸？（0-3 分），(5)起床後幾小時內是你一天抽最多菸的時候嗎？（0-1 分），(6)當你嚴重生病時，幾乎每天臥病在床還抽菸嗎？（0-1 分）。其他資料例如 CO 呼氣檢測與戒菸藥物則在看診時由醫師填寫，CO 呼氣檢測由醫師或護理師指導民眾經由一氧化碳檢測儀吹氣檢查所得到的數值，戒菸藥物則由醫師開立並記錄。

個案紀錄表上的資料也都會上傳記錄在國民健康署戒菸治療管理中心網站的資料庫內，包括民眾看診次數。本研究已通過馬偕醫院人體研究倫理審查委員會審查，編號 17MMHIS049（附錄四）。

第五節 研究步驟

此研究共分三個部分，實施步驟共分幾個階段如下說明：

階段一：文獻探討

由國內外研究文獻分析戒菸服務模式及民眾戒菸成功之相關因子，並探討國內戒菸服務現況。

階段二：收集個案及資料登錄

收集至研究醫院一年內接受各種戒菸服務模式的民眾，完成國民健康署使用之個案紀錄表及資料登錄。

階段三：分析個案資料

完成資料收集及登錄後，以統計方法分析各種戒菸服務模式的民眾特性及影響戒菸成功之相關因子



第六節 資料處理與分析

將收集完成之資料進行檢查、編碼並輸入電腦建檔，以 SPSS 22 版本之統計套裝軟體進行資料處理，依研究目的與問題，分別以描述性統計與推論性統計進行分析。

- 一、描述性統計：以次數分配、百分率、平均值、標準差等描述，瞭解研究對象及其基本資料與吸菸狀況在各種戒菸服務模式之分布情形。
- 二、推論性統計：以卡方檢定、ANOVA 分析，及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，再以邏輯斯迴歸分析戒菸成功的相關影響因子。



第四章 研究結果

根據研究目的，本章研究結果可分為四節，第一節為不同戒菸服務模式參與民眾的特性，第二節為不同戒菸服務模式的成效，第三節為不同戒菸服務模戒菸成功的相關因子，第四節為所有民眾的戒菸成功的相關因子。分述如下：

第一節 不同戒菸服務模式參與民眾的特性

2017 年研究之醫院所有戒菸民眾有 773 人，包含門診戒菸組 368 人（佔總人數 46.6%），戒菸衛教組 256 人（佔總人數 33.1%），主動戒菸服務包括戒菸活動組 121 人（佔總人數 15.7%），職場戒菸組 28 人（佔總人數 3.6%）。各種戒菸服務模式參與的民眾基本資料如表 4-1-1，由此表可發現不同戒菸服務民眾參與的情形為：（1）在男性比例方面，主動戒菸服務模式包括戒菸活動與職場戒菸，參與者男性所佔的比例比被動戒菸服務模式的門診戒菸與戒菸衛教組為高。（2）在年齡方面，醫院舉辦的戒菸活動參與者之年齡顯著高於其他三組。（3）在菸齡方面，戒菸活動組參與民眾之菸齡顯著高於其他三組。（4）在每日菸量上則四組無明顯差異。（5）在成癮分數方面，則是以參與主動戒菸服務模式的民眾較低，戒菸活動組及職場戒菸組參與民眾之成癮分數顯著低於另外兩組。（6）在一氧化碳呼氣值，戒菸衛教組參與民眾之 CO 呼氣值顯著高於門診戒菸及戒菸活動組；職場戒菸組參與民眾之 CO 呼氣值顯著高於戒菸活動組。（7）在戒菸藥物戒必適使用的比例方面，在主動戒菸服務模式裡，參加戒菸活動與職場戒菸的民眾醫師開立戒必適的比例較高。（8）在門診次數方面則是以戒菸活動組最低。由此節的結果可以看出不同戒菸服務參與民眾特性的差異，大部分會參與主動戒菸活動不論是在醫院

或職場舉辦的，都是以男性為主，而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相對較低，且醫師開立戒必適的比例較高。而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，但接受門診次數相對較少。



表 4-1-1 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 | <i>p</i> |
|--------|-----------|------------|------------|------------|------------|----------|
| 人數(%) | 773 (100) | 368 (47.6) | 256 (33.1) | 121 (15.7) | 28 (3.6) | |
| 男性% | 77.0% | 75.5% | 73.0% | 84.3% | 100% | 0.002 |
| 年齡(歲) | 46.8±12.3 | 46.1±11.5 | 45.1±11.8 | 53.5±13.8* | 41.6±8.9 | <0.001 |
| 菸齡(年) | 25.2±12.0 | 24.6±11.5 | 24.2±11.7 | 30.1±13.6* | 20.3±8.7 | <0.001 |
| 吸菸支數 | 22.3±11.6 | 22.5±11.1 | 22.3±12.8 | 22.2±10.4 | 18.9±12.9 | 0.471 |
| 成癮分數 | 6.4±2.3 | 6.7±2.3 | 6.6±2.2 | 5.4±2.5* | 5.3±2.3* | <0.001 |
| CO 呼氣值 | 18.1±11.2 | 16.9±9.6 | 20.2±12.5* | 15.9±11.5 | 23.0±10.9* | <0.001 |
| 戒必適% | 77.2% | 70.4% | 78.9% | 90.1% | 96.4% | <0.001 |
| 門診次數 | 2.5±1.7 | 2.8±1.9* | 2.4±1.6* | 1.5±0.8* | 2.5±0.6 | <0.001 |

註：類別變項：卡方檢定，連續變項：ANOVA（事後檢定：Tukey 法）

*年齡：戒菸活動組參與民眾之年齡顯著高於其他三組

*菸齡：戒菸活動組參與民眾之菸齡顯著高於其他三組

*成癮分數：戒菸活動組及職場戒菸組參與民眾之成癮分數顯著低於另外兩組

*一氧化碳呼氣值：戒菸衛教組參與民眾之 CO 呼氣值顯著高於門診戒菸及戒菸活動組、職場戒菸組參與民眾之 CO 呼氣值顯著高於戒菸活動組

*門診次數：門診戒菸組參與民眾之門診次數顯著高於戒菸衛教及戒菸活動組，戒菸衛教組參與民眾之門診次數顯著高於戒菸活動組、職場戒菸組參與民眾之門診次數顯著高於戒菸活動組。

第二節 不同戒菸服務模式成效

民眾在四種戒菸服務模式的成效如表 4-2-1，六個月的點戒菸成功率是門診戒菸組 42.1%，戒菸衛教組 42.2%，戒菸活動組 42.1%，職場戒菸組 35.7%，前三組幾乎是相同的戒菸成功率，而職場戒菸的成功率較低，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屬於民眾進入診間尋求戒菸協助，是被動式的服務，若以服務效率來看，以總服務人數除以一年的門診日數，每日的服務人數不到兩人。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），而職場行動戒菸每日的服務人數更可達約 19 人（3 次的活動，分別有 19 人，21 人，18 人參加，有許多人參加 2-3 次）。因此，如果主動戒菸服務模式其戒菸成功率與門診戒菸治療無統計上的差異，但戒菸服務效率卻是大大增加，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 4-2-1 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 | <i>p</i> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 戒菸成功率 | 41.9% | 42.1% | 42.2% | 42.1% | 35.7% | 0.93 |
| 每日服務人數 | 2.6 | 1.2 | 0.9 | 10 | 19 | |

註：採卡方檢定

第三節 不同服務模式之戒菸成功相關因子

本節分開詳述四組戒菸服務模式探討其戒菸成功相關因子。表 4-3-1 為門診戒菸組民眾戒菸成功相關因子，結果發現每日吸菸支數<20 支、成癮分數較低與藥物使用戒必適，民眾六個月點戒菸成功率較高。表 4-3-2 為戒菸衛教組民眾戒菸成功相關因子，結果發現成癮分數較低與藥物使用戒必適，民眾六個月點戒菸成功率較高。表 4-3-3 為戒菸活動組民眾戒菸成功相關因子，表 4-3-4 為職場戒菸組民眾戒菸成功相關因子，兩組中所有因子與六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再回到門診戒菸，其六個月點戒菸成功率可超過 5 成。



表 4-3-1 戒菸成功相關因子(門診戒菸組)

| 變項 | N (%) or mean±SD | 六個月點戒菸成功 | |
|---------|------------------|------------------|----------|
| | | N (%) or mean±SD | <i>p</i> |
| 門診戒菸人數 | 368 (100) | 155 (42.1) | |
| 性別 | | | 0.92 |
| 男性 | 278 (75.5) | 118 (42.4) | |
| 女性 | 90 (24.5) | 37 (41.1) | |
| 年紀 (歲) | 46.1±11.5 | 45.7±10.9 | 0.58 |
| 菸齡 (年) | | | 0.14 |
| <20 | 107 (29.1) | 52 (48.6) | |
| ≥20 | 261 (70.9) | 103 (39.5) | |
| 吸菸支數 | | | <0.001 |
| <20 | 105 (28.5) | 60 (57.1) | |
| ≥20 | 263 (71.5) | 95 (36.1) | |
| 成癮分數 | | | 0.001 |
| 低(0-3) | 29 (7.9) | 16 (55.2) | |
| 中(4-6) | 150 (40.8) | 77 (51.3) | |
| 高(≥7) | 189 (51.4) | 62 (32.8) | |
| 一氧化碳呼氣值 | 16.9±9.6 | 15.9±9.9 | 0.10 |
| 藥物 | | | 0.02 |
| 戒必適 | 259 (70.4) | 120 (46.3) | |
| 尼古丁藥物 | 109 (29.6) | 35 (32.1) | |
| 門診次數 | | | 0.14 |
| 1 | 109 (29.6) | 39 (35.8) | |
| ≥2 | 259 (70.4) | 116 (44.8) | |

註：採卡方檢定或 t-test

表 4-3-2 戒菸成功相關因子(戒菸衛教組)

| 變項 | 六個月點戒菸成功 | | <i>p</i> |
|---------|------------------|------------------|----------|
| | N (%) or mean±SD | N (%) or mean±SD | |
| 戒菸衛教人數 | 256 (100) | 108 (42.2) | |
| 性別 | | | 0.91 |
| 男性 | 187 (73.0) | 78 (41.7) | |
| 女性 | 69 (27.0) | 30 (43.5) | |
| 年紀 (歲) | 45.1±11.8 | 44.9±12.3 | 0.76 |
| 菸齡 (年) | | | 0.05 |
| <20 | 86 (33.6) | 44 (51.2) | |
| ≥20 | 170 (66.4) | 64 (37.6) | |
| 吸菸支數 | | | 0.10 |
| <20 | 84 (32.8) | 42 (50.0) | |
| ≥20 | 172 (67.2) | 66 (38.4) | |
| 成癮分數 | | | 0.02 |
| 低(0-3) | 16 (6.3) | 9 (56.3) | |
| 中(4-6) | 109 (42.6) | 55 (50.5) | |
| 高(≥7) | 131 (51.2) | 44 (33.6) | |
| 一氧化碳呼氣值 | 20.2±12.5 | 19.4±11.5 | 0.39 |
| 藥物 | | | 0.02 |
| 戒必適 | 202 (78.9) | 93 (46.0) | |
| 尼古丁藥物 | 54 (21.1) | 15 (27.8) | |
| 門診次數 | | | 0.33 |
| 1 | 93 (36.3) | 35 (37.6) | |
| ≥2 | 163 (63.7) | 73 (44.8) | |

註：採卡方檢定或 t-test

表 4-3-3 戒菸成功相關因子(戒菸活動組)

| 變項 | N (%) or mean±SD | 六個月點戒菸成功 | |
|---------|------------------|------------------|-------------------|
| | | N (%) or mean±SD | <i>p</i> |
| 戒菸活動人數 | 121 (100) | 51 (42.1) | |
| 性別 | | | 0.08 |
| 男性 | 102 (84.3) | 39 (38.2) | |
| 女性 | 19 (15.7) | 12 (63.2) | |
| 年紀 (歲) | 53.5±13.8 | 55.0±14.4 | 0.30 |
| 菸齡 (年) | | | 0.90 |
| <20 | 16 (13.2) | 6 (37.5) | |
| ≥20 | 105 (86.8) | 45 (42.9) | |
| 吸菸支數 | | | 0.22 |
| <20 | 37 (30.6) | 12 (32.4) | |
| ≥20 | 84 (69.4) | 39 (46.4) | |
| 成癮分數 | | | 0.67 |
| 低(0-3) | 30 (24.8) | 11 (36.7) | |
| 中(4-6) | 54 (44.6) | 25 (46.3) | |
| 高(≥7) | 37 (30.6) | 15 (40.5) | |
| 一氧化碳呼氣值 | 15.9±11.5 | 15.3±10.5 | 0.63 |
| 藥物 | | | 0.07 ^a |
| 戒必適 | 109 (90.1) | 49 (45.0) | |
| 尼古丁藥物 | 12 (9.9) | 2 (16.7) | |
| 門診次數 | | | 0.08 |
| 1 | 83 (68.6) | 30 (36.1) | |
| ≥2 | 38 (31.4) | 21 (55.3) | |

註：採卡方檢定或 t-test

a: Fisher exact test

表 4-3-4 戒菸成功相關因子(職場戒菸組)

| 變項 | N (%) or mean±SD | 六個月點戒菸成功 | |
|---------|------------------|------------------|-------------------|
| | | N (%) or mean±SD | <i>p</i> |
| 職場戒菸人數 | 28 (100) | 10 (35.7) | |
| 性別 | | | |
| 男性 | 28 (100) | 10 (100) | |
| 女性 | 0 (0) | 0 (0) | |
| 年紀 (歲) | 41.6±8.9 | 42.5±7.1 | 0.70 |
| 菸齡 (年) | | | 0.23 ^a |
| <20 | 11 (39.3) | 2 (18.2) | |
| ≥20 | 17 (60.7) | 8 (47.1) | |
| 吸菸支數 | | | 0.13 |
| <20 | 11 (39.3) | 6 (54.5) | |
| ≥20 | 17 (60.7) | 4 (23.5) | |
| 成癮分數 | | | 0.84 |
| 低(0-3) | 2 (7.1) | 1 (50.0) | |
| 中(4-6) | 19 (67.9) | 7 (36.8) | |
| 高(≥7) | 7 (25.0) | 2 (28.6) | |
| 一氧化碳呼氣值 | 23.0±10.9 | 19.3±8.3 | 0.29 |
| 藥物 | | | 1.00 ^a |
| 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 ^a |
| 1 | 2 (7.1) | 1 (50.0) | |
| ≥2 | 26 (92.9) | 9 (34.6) | |

註：採卡方檢定或 t-test

a: Fisher exact test

第四節 所有民眾戒菸成功相關因子

所有民眾不分組其戒菸成功的相關因子如表 4-4-1。本研究六個月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、以及門診的次數有關。每日吸菸少於一包的民眾、成癮分數較低者、首次門診一氧化碳呼氣值較低者、以及就診次數超過一次的民眾，其戒菸成功率較高；而使用戒菸藥物為戒必適者，戒菸成功率也較高。

表 4-4-2 為單變項邏輯斯迴歸分析，戒菸服務模式以及年齡、性別及菸齡對民眾戒菸成功是沒有差別，但每日吸菸支數 ≥ 20 支的民眾較每日吸菸低於 20 支的民眾較不容易戒菸成功 (OR=0.60, 95% CI=0.44-0.82)；尼古丁成癮分數愈高的民眾愈不容易戒菸成功 (OR=0.89, 95% CI=0.84-0.95)；一氧化碳呼氣值愈高的民眾也愈不容易戒菸成功 (OR=0.97, 95% CI=0.95-1.00)；使用戒必適為戒菸藥物比使用尼古丁藥物戒菸的民眾較可能戒菸成功 (OR=2.00, 95% CI=1.39-2.87)；門診次數兩次或以上的民眾比只有一次門診的民眾較可能戒菸成功 (OR=1.42, 95% CI=1.05-1.92)。

表 4-4-3 為多元邏輯斯迴歸分析，在控制其他因子後，處方藥物與門診次數是對民眾戒菸成功的影響因子。民眾使用戒必適比使用尼古丁藥物戒菸較可能戒菸成功 (OR=1.94, 95% CI=1.26-2.95)；門診次數兩次或兩次以上比只有一次門診的民眾較可能戒菸成功 (OR=1.69, 95% CI=1.04-2.52)。至於其他相關的因子，例如吸菸支數、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，對於戒菸是否成功沒有顯著影響。至於菸齡，原本並無顯著相關 ($p=0.07$)，但在控制其他因子後，超過 20 年菸齡的民眾，比較不容易戒菸成功 (OR=0.64, 95% CI=0.41-0.99)。

表 4-4-1 戒菸成功相關因子(所有民眾)

| 變項 | 六個月點戒菸成功 | | <i>p</i> |
|---------|------------------|------------------|----------|
| | N (%) or mean±SD | N (%) or mean±SD | |
| 人數 | 773 (100) | 324 (41.9) | |
| 性別 | | | 0.50 |
| 女性 | 178 (23.0) | 79 (44.4) | |
| 男性 | 595 (77.0) | 245 (41.2) | |
| 年紀 (歲) | 46.8±12.3 | 46.8±12.4 | 0.96 |
| 菸齡 (年) | | | 0.07 |
| <20 | 220 (28.5) | 104 (47.3) | |
| ≥20 | 553 (71.5) | 220 (39.8) | |
| 吸菸支數 | | | 0.001 |
| <20 | 237 (30.7) | 120 (50.6) | |
| ≥20 | 536 (69.3) | 204 (38.1) | |
| 成癮分數 | | | <0.001 |
| 低:0-3 | 77 (10.0) | 37 (48.1) | |
| 中:4-6 | 332 (42.9) | 164 (49.4) | |
| 高:≥7 | 364 (47.1) | 123 (33.8) | |
| 一氧化碳呼氣值 | 18.1±11.3 | 17.1±10.7 | 0.04 |
| 藥物 | | | <0.001 |
| 戒必適 | 597 (77.2) | 272 (45.6) | |
| 尼古丁藥物 | 176 (22.8) | 52 (29.5) | |
| 門診次數 | | | 0.03 |
| 1 | 287 (37.1) | 105 (36.6) | |
| ≥2 | 486 (62.9) | 219 (45.1) | |

註：採卡方檢定或 t-test

表 4-4-2 民眾戒菸成功影響因子(單變項邏輯斯迴歸)

| 變項名稱 | | 六個月點戒菸成功 | |
|---------|-------|----------|-----------|
| | | OR | 95%CI |
| 戒菸服務模式 | 門診戒菸 | 1 | |
| | 戒菸衛教 | 1.00 | 0.73-1.39 |
| | 戒菸活動 | 0.95 | 0.65-1.40 |
| | 職場戒菸 | 0.76 | 0.34-1.70 |
| 性別 | 女 | 1 | |
| | 男 | 0.88 | 0.63-1.23 |
| 年齡 | | 1.00 | 0.99-1.01 |
| 菸齡 | <20 年 | 1 | |
| | ≥20 年 | 0.74 | 0.54-1.01 |
| 吸菸支數 | <20 支 | 1 | |
| | ≥20 支 | 0.60** | 0.44-0.82 |
| 成癮分數 | | 0.89*** | 0.84-0.95 |
| 一氧化碳呼氣值 | | 0.97* | 0.95-1.00 |
| 處方藥 | 尼古丁藥物 | 1 | |
| | 戒必適 | 2.00*** | 1.39-2.87 |
| 門診次數 | 1 次 | 1 | |
| | 2 次以上 | 1.42* | 1.05-1.92 |

註：單變項邏輯斯迴歸分析 (N=773) *：p<0.05；**：p<0.01；***：p<0.001

表 4-4-3 民眾戒菸成功影響因子(多元邏輯斯迴歸)

| 變項名稱 | | 六個月點戒菸成功 | |
|---------|-------|----------|-----------|
| | | 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 | 1 | |
| | 男 | 0.78 | 0.54-1.13 |
| 年齡 | | 1.01 | 0.99-1.03 |
| 菸齡 | <20 年 | 1 | |
| | ≥20 年 | 0.64* | 0.41-0.99 |
| 吸菸支數 | <20 支 | 1 | |
| | ≥20 支 | 0.78 | 0.53-1.14 |
| 成癮分數 | | 0.95 | 0.88-1.03 |
| 一氧化碳呼氣值 | | 0.99 | 0.97-1.00 |
| 處方藥 | 尼古丁藥物 | 1 | |
| | 戒必適 | 1.94** | 1.26-2.95 |
| 門診次數 | 1 次 | 1 | |
| | 2 次以上 | 1.69* | 1.04-2.52 |

註：多元邏輯斯迴歸分析 (N=773) *：p<0.05；**：p<0.01



第五章 討論

本章共分三節，第一節為不同戒菸服務模式參與民眾的特性探討，第二節為不同戒菸服務模式的成效探討，第三節為戒菸成功的相關因子探討。分述如下：

第一節 不同戒菸服務模式參與民眾的特性探討

台灣自 2002 年開始有門診戒菸治療服務，在十年後有研究指出此門診戒菸治療服務不論是從金錢、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。這兩種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。對於不太瞭解戒菸服務補助的吸菸者，主動戒菸服務深入社區與職場可能就是很好的方式。菸害防制的工作是由各專業領域的醫療照護人員在不同場域共同找出吸菸者並勸戒民眾戒菸及提供衛教 (Montagna & Hupcey, 2000)，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)，此結果可供戒菸醫療及衛教人員參考以提升服務效率。

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 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

診戒菸無顯著差異，可說是非常有效率。本研究之戒菸活動是在世界無菸日（每年 5 月 31 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。

主動戒菸服務時，也會吸引成癮度並沒有太高的民眾來嘗試戒菸，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，主動戒菸可以幫助有意願戒菸的民眾更為廣泛。此外，醫師在主動戒菸服務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，則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；而門診戒菸的民眾則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，職場戒菸男性的參與率遠大於女性，是因男性的戒菸需求大於女性（邱靜如、劉貴雲，2003），而研究顯示戒菸藥物結合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。

第二節 不同戒菸服務模式成效的探討

本研究之醫學中心其 6 個月總體戒菸成功率為 41.9%，相對於 2017 年台灣菸害防制年報統計醫學中心的成功率 35% 為高。本研究發現民眾在門診戒菸成功率 (42.1%) 與在戒菸衛教組之戒菸成功率 (42.2%) 並無顯著差異，此結果與 2018 年一篇台灣的研究相符，其分析 356 位民眾接受門診戒菸治療或是門診戒菸治療再加上戒菸衛教的成功率，結論是加上一次的戒菸衛教諮詢並不會增加門診戒菸治療的 3 個月與 6 個月的戒菸成功率 (Chung, Chang, Lu, Huang, & Guo, 2018)。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、支持者與轉介者的角色 (衛生福利部國民健康署, 2015a)，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。

戒菸活動組的成功率與門診戒菸成功率相同 (42.1%) 是值得注意的，因為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 3 成的人會再到門診治療 (≥ 2 次門診)。比較表 4-3-3 戒菸活動組與 4-3-1 門診戒菸組，只有一次門診但就能戒菸成功的民眾在兩組都是 35-36%，但戒菸活動組兩次以上門診的成功率 55.3%，大於門診戒菸組的 44.8%，表示民眾在戒菸活動第一次參加開始嘗試戒菸後，如果願意主動再回到門診尋求醫師開立戒菸藥物協助，其成功率將超過一半以上，這點可做為將來舉辦戒菸活動時，醫師協助民眾戒菸的重要參考。此外，就戒菸服務效率而言，以平均每診次的服務量看，主動戒菸服務是遠大於被動戒菸服務的，這也可做為醫院推動戒菸服務重要的考量。

職場戒菸組成功率在研究中稍低為 35.7%，但與其他服務模式未達統

計上的差異。職場行動戒菸已有許多醫院開始實行，在將來應該是一個重要的戒菸服務模式。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)，且台灣的一份問卷調查也指出，民眾對於以「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、陳儷月，2013)。

由此節的討論可以看出，醫院提供的主動戒菸服務其戒菸成功率與傳統的門診戒菸服務差不多，但服務效率卻大大增加。此戒菸活動服務能夠提供許多吸菸民眾一個開始嘗試戒菸的機會，而這些民眾如果再度回到門診戒菸，其成功率可超過五成。因此，這種服務是醫療院所未來可以考慮發展的戒菸服務模式。



第三節 戒菸成功的相關因子探討

本研究六個月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、以及門診的次數有關。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（陳宙珍等，2008），但如果依照實際門診作業，國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」個案紀錄表是最容易取得的資料，裡面包括許多「個人因素」和「治療因素」，因此本研究就針對這兩大因素討論，醫師也可以根據個案紀錄表瞭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。本研究發現個人因素方面每日吸菸少於一包的民眾、成癮分數較低者、首次門診一氧化碳呼氣值較低者，其戒菸成功率較高；在治療因素上使用藥物為戒必適及門診次數超過一次者，戒菸成功率也較高。此結果與另兩篇台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、就診次數較多者比較可能戒菸成功（薛光傑、杜明勳、葛魯蘋、周明岳、陳麗玲，2006）；而北部另一醫學中心的研究顯示首次戒菸門診成癮分數低、一氧化碳呼氣值較低以及吸菸支數較少者戒菸成功率較高(Huang et al., 2018)。

菸齡對於戒菸成功率的影響，有研究指出，菸齡 ≥ 40 年比 < 40 年的調整後戒菸成功的勝算比為 3.1（95%信賴區間=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無相關，在控制其他因素後發現超過 20 年菸齡的民眾，反而比較不容易戒菸成功，但其實菸齡與年紀息息相關，因此，可把菸齡與年齡歸為類似因素，比較沒有定論。

至於尼古丁成癮度，是由 Fagerström 量表評估（附錄一），有研究指

出使用第一題（起床後多久抽第一支菸？）與第四題（你一天最多抽幾支菸？）兩題的短表 Heavy Smoking Index (HSI)，與使用六題的 Fagerström 問卷是差不多的 (Cohen's kappa=0.74) (Chabrol, Niezborala, Chastan, & de Leon, 2005)，而首次門診的吸菸支數則相當類似 Fagerström 量表的第四題。本研究之中低成癮度 (<7 分) 的民眾，成功率約有 5 成，但高成癮度 (7-10 分) 的民眾，成功率只有 3 成。因此，醫師在遇到高成癮的民眾，應花更多的時間協助民眾戒菸。

一氧化碳呼氣被認為是一簡單、非侵襲性，且客觀的方法協助評估民眾吸菸的行為，而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 ≥ 5.5 ppm 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)。因一氧化碳呼氣需民眾至門診時才能測量，而本研究約有 37% 的民眾只有一次門診，因此只能使用首次門診的數值。本研究發現民眾首次在門診呼出的一氧化碳數值與成功率有相關 ($p=0.04$)，至於後續門診一氧化碳呼氣值的降低是否能預測兩次以上門診的民眾戒菸成功，值得再做相關分析研究。

治療的因素包括戒菸用藥與門診次數，根據一篇統合研究收集 6 個月與 12 個月的戒菸成功率分析，戒菸藥物相對於安慰劑的成功率：戒必適 (OR=2.41, 95% CI=1.91-3.12)、尼古丁鼻噴劑 (OR=2.37, 95% CI=1.12-5.13)、尼古丁貼片 (OR=2.07, 95% CI=1.69-2.62)、尼古丁口嚼錠 (OR=1.71, 95% CI=1.35-2.21) (Eisenberg et al., 2008)，顯示醫師使用戒菸藥物協助民眾成功戒菸的重要性。台灣一篇收集一萬多位戒菸民眾的研究，發現在 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 et al., 2016)。本研究也發

現使用戒菸藥物的種類與戒菸成功相關，且在控制其他因子後，戒必適相對於尼古丁藥物的勝算比達到 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的相關性則以本土的文獻為主，國外的研究相對較少。有台灣的研究指出在 3 個月的成功率，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) 皆有較高的成功率 (薛光傑等, 2006)。另一研究指出，戒菸成功與使用藥物週數有關，尼古丁置換治療週數 \geq 二週者比僅治療一週者的調整後勝算比為 4.2 (95% CI=1.6-11.1) (劉瑞瑤等, 2017)，而藥物週數 \geq 二週即相當於需要兩次以上的門診次數。更有一篇追蹤三年的研究顯示，門診次數是長期戒菸成功的重要預測因子 (Hsueh, Chen, Yang, & Huang, 2010)。在本研究門診次數只有一次的民眾佔約 37%，而兩次以上門診的戒菸成功勝算比可達到 1.69 (95% CI=1.04-2.52)。因此，鼓勵民眾要再次回診以增加戒菸成功是醫療人員可尋求努力的方向。



第六章 結論與建議

本章共分三節，第一節為結論，第二節為建議。分述如下：

第一節 結論

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。台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，可以吸引年齡較大，成癮度較低的民眾嘗試戒菸，而且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，而且民眾之後若主動再回到門診戒菸，其戒菸成功率可超過 5 成。本研究也發現六個月戒菸成功率與民眾的每日的吸菸支數、成癮分數、首次門診的一氧化碳呼氣值、所使用的戒菸藥物、以及門診的次數有關，而在控制其他因素後，處方藥物戒必適與門診次數兩次或以上是對民眾戒菸成功的影響因子。

第二節 建議

一、本節依研究結果，提出實務應用建議如下：

1. 醫院除了門診戒菸及戒菸衛教外，可嘗試推行主動戒菸服務，例如戒菸活動與職場戒菸，協助民眾踏出戒菸的第一步。主動戒菸服務是非常有效率的模式，在平均的服務人數上大大超越了一般門診戒菸，且戒菸成功率與門診戒菸無顯著差異。醫學中心推動主動戒菸服務，不但可增加戒菸服務人數，若搭配醫學中心較高的戒菸成功率，能使更多人戒菸成功。
2. 醫院在推行戒菸活動時，可吸引年紀較大、菸齡較久，尼古丁成癮度較低的民眾嘗試戒菸，相對於成癮度較高的民眾會選擇至門診戒菸，戒菸活動可讓更多民眾得以利用。因此。建議醫院可選擇搭配某些節日，於醫院舉辦戒菸活動。
3. 民眾在戒菸活動第一次參加開始嘗試戒菸後，如果願意主動再回到門診尋求醫師開立戒菸藥物協助，表示這些民眾在嘗試使用藥物後收到一定的效果，增加了戒菸的信心。根據本研究，這些民眾未來的成功率將超過一半以上，建議醫師對於這群民眾可以更加鼓勵增加其戒菸成功的決心。
4. 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，對於每日的吸菸支數較多、成癮分數較高、首次門診的一氧化碳呼氣值較高的民眾，可考慮使用成功率較高的藥物，並鼓勵多回診，這樣能增加民眾的戒菸成功率。

二、本研究乃探討某醫學中心推動無菸醫院各種戒菸服務的成效及戒菸成功相關因子，因其研究限制，未來的研究方向可考慮：

1. 目前醫院之門診戒菸服務仍侷限於民眾有戒菸意願時，走入門診接受戒菸服務，但仍有許多民眾對於戒菸藥物與戒菸補助並不全然了解。主動戒菸服務深入社區與職場的型式是可以大大增加吸菸者嘗試戒菸的機會，但也需要有醫院及衛生機關政策的支持。因此，未來可考慮以預防醫學研究的觀點，進行這方面政策成本效益之研究。
2. 職場戒菸服務因目前並無有效推廣，造成研究樣本數較少，其原因是職場大多不知可與醫院合作提供此項戒菸服務，但醫院也需評估人力與物力後，才能決定是否提供此項服務。未來如果能有政策鼓勵職場與醫療院所合作，多多開辦職場的戒菸行動門診，勸導吸菸員工接受戒菸服務，降低職場吸菸率，則可有更多研究討論職場戒菸服務成效。
3. 戒菸服務除了本研究討論的四種型式外，另外還有例如住院戒菸的服務，但因研究醫院人力的關係，此項戒菸服務尚無法有效推廣，未來的研究也可將此項戒菸服務模式納入研究。



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 (第一版)》。新北市：行政院衛生署國民健康局。

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 (未出版之碩士論文)》。亞洲大學健康產業管理學系健康管理組，台中市。

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

邱淑媿、郭斐然、溫啟邦 (2012)。全人照護與關懷--醫療安全暨品質研討會 (42) --戒菸服務與菸害防制。《臺灣醫界》，55 (4)，20-22。

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。

陳杏雯、祝年豐、陳興夏、葉美玲 (2011)。探討中部居民吸菸行為之相關因素。《志為護理-慈濟護理雜誌》，10 (5)，66-76。

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

陳麗如 (2008)。《菸品健康福利捐對目前吸菸者之戒菸想法及吸菸行為變化之影響探討-以台北市萬華區為例》 (未出版之碩士論文)。臺北醫學大學護理學系，台北市。

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 (3)，269-280。doi: 10.30027/CJOM.200710.0006
- 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
- 衛生福利部國民健康署 (2014)。世界衛生組織評估報告：菸價是降低吸菸率最有效策略。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-3199-22290-1.html>
- 衛生福利部國民健康署 (2015a)。台灣菸害防制衛教指引。臺北市：衛生福利部國民健康署。
- 衛生福利部國民健康署 (2015b)。戒菸增健康 補助升級、效益提升、民眾滿意，助您好戒！。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1089&pid=6414>
- 衛生福利部國民健康署 (2016a)。2016 國民健康署年報。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1249&pid=7084>
- 衛生福利部國民健康署 (2016b)。臺灣菸害防制年報。取自 <http://tobacco.hpa.gov.tw/>
- 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
- 衛生福利部國民健康署 (2018b)。成人吸菸行為調查結果。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1718&pid=9913>
- 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。

二、英文部分

- Bacha, Z. A., Layoun, N., Khayat, G., & Allit, S. (2018). Factors associated with smoking cessation success in Lebanon. *Pharm Pract (Granada)*, *16*(1), 1111. doi:10.18549/PharmPract.2018.01.1111
- Baker, T. B., Piper, M. E., Stein, J. H., Smith, S. S., Bolt, D. M., Fraser, D. L., & Fiore, M. C. (2016). Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, *315*(4), 371-379. doi:10.1001/jama.2015.19284
- Chabrol, H., Niezborala, M., Chastan, E., & de Leon, J. (2005). Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav*, *30*(7), 1474-1477. doi:10.1016/j.addbeh.2005.02.001
- Chang, F. C., Hu, T. W., Lin, M., Yu, P. T., & Chao, K. Y. (2008). Effects of financing smoking cessation outpatient services in Taiwan. *Tobacco Control*, *17*(3), 183-189. doi:10.1136/tc.2007.021907
- Chang, F. C., Hu, T. W., Lo, S. Y., Yu, P. T., Chao, K. Y., & Hsiao, M. L. (2010). Quit smoking advice from health professionals in Taiwan: the role of funding policy and smoker socioeconomic status. *Tobacco Control*, *19*(1), 44-49. doi:10.1136/tc.2009.031435
- Chang, F. C., Sung, H. Y., Zhu, S. H., Feng, T. Y., & Chiou, S. T. (2017). Effects of Smoking Cessation Media and Community Campaigns in Taiwan. *American Journal of Health Promotion*, *31*(1), 43-51. doi:10.4278/ajhp.140922-QUAN-457

- 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
- Chang, P. Y., Shiu, M. N., Yuan, Y. T., Chang, H. C., Su, P. Y., & Lan, T. H. (2019). Comparative Effectiveness of Varenicline and Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation in Older and Younger Smokers: A Prospective Cohort in Taiwan. *Nicotine & Tobacco Research*, *21*(2), 149-155. doi:10.1093/ntr/ntx275
- 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. *The Journal of International Medical Research*, *46*(9), 3809-3818. doi:10.1177/0300060518780151
- Curry, S. J., Grothaus, L. C., McAfee, T., & Pabiniak, C. (1998). Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *The New England Journal of Medicine*, *339*(10), 673-679. doi:10.1056/nejm199809033391006
- Dockrell, M. (2017). *Models of delivery for stop smoking services: options and evidence*. Retrieved from

<https://www.gov.uk/government/publications/stop-smoking-services-models-of-delivery>

- Eisenberg, M. J., Filion, K. B., Yavin, D., Belisle, P., Mottillo, S., Joseph, L.,... Pilote, L. (2008). Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association journal*, *179*(2), 135-144. doi:10.1503/cmaj.070256
- Foulds, J., Gandhi, K. K., Steinberg, M. B., Richardson, D. L., Williams, J. M., Burke, M. V., & Rhoads, G. G. (2006). Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *American Journal of Health Behavior*, *30*(4), 400-412. doi:10.5555/ajhb.2006.30.4.400
- Fu, S. S., van Ryn, M., Nelson, D., Burgess, D. J., Thomas, J. L., Saul, J.,...Joseph, A. M. (2016). Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. *Thorax*, *71*(5), 446-453. doi:10.1136/thoraxjnl-2015-207904
- Fu, S. S., van Ryn, M., Sherman, S. E., Burgess, D. J., Noorbaloochi, S., Clothier, B.,...Joseph, A. M. (2014). Proactive tobacco treatment and population-level cessation: a pragmatic randomized clinical trial. *Journal of the American Medicine Association Internal Medicine*, *174*(5), 671-677. doi:10.1001/jamainternmed.2014.177
- 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

Haas, J. S., Linder, J. A., Park, E. R., Gonzalez, I., Rigotti, N. A., Klinger, E.

V.,...Williams, D. R. (2015). Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial.

Journal of the American Medicine Association Internal Medicine, 175(2), 218-226. doi:10.1001/jamainternmed.2014.6674

Hagimoto, A., Nakamura, M., Morita, T., Masui, S., & Oshima, A. (2010).

Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction*,

105(1), 164-173. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02735.x

Hausherr, Y., Quinto, C., Grize, L., Schindler, C., & Probst-Hensch, N.

(2017). Smoking cessation in workplace settings: quit rates and determinants in a group behaviour therapy programme. *Swiss Medical Weekly*, 147, w14500. doi:10.4414/smw.2017.14500

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O.

(1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.

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

Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J., Husten, C. G., Carande-Kulis, V. G.,

Fielding, J. E.,...Harris, K. W. (2001). Reviews of evidence regarding

interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American of Journal Preventive Medicine*, 20(2 Suppl), 16-66.

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

Hsueh, K. C., Hsueh, S. C., Chou, M. Y., Pan, L. F., Tu, M. S., McEwen, A., & West, R. (2014). Varenicline versus transdermal nicotine patch: a 3-year follow-up in a smoking cessation clinic in Taiwan. *Psychopharmacology (Berl)*, 231(14), 2819-2823. doi:10.1007/s00213-014-3482-9

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 Environ Research and Public Health*, 15(6). doi:10.3390/ijerph15061218

Hughes, M. C., Yette, E. M., Hannon, P. A., Harris, J. R., Tran, N. M., & Reid, T. R. (2011). Promoting tobacco cessation via the workplace: opportunities for improvement. *Tobacco Control*, 20(4), 305-308. doi:10.1136/tc.2010.041038

Kaper, J., Wagena, E. J., Willemsen, M. C., & van Schayck, C. P. (2005). Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction*, 100(7), 1012-1020. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01097.x

- 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
- Kottke, T. E., Battista, R. N., DeFriese, G. H., & Brekke, M. L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 259(19), 2883-2889.
- Laniado-Laborin, R. (2010). Smoking cessation intervention: an evidence-based approach. *Postgraduate Medicine*, 122(2), 74-82.
doi:10.3810/pgm.2010.03.2124
- Lee, C. W., & Kahende, J. (2007). Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1503-1509. doi:10.2105/ajph.2005.083527
- 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, S34-44. 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*, 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
- Moher, M., Hey, K., & Lancaster, T. (2005). Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*, Cd003440. doi:10.1002/14651858.CD003440.pub2
- Montagna, R. A., & Hupcey, J. E. (2000). Increasing smoking cessation counseling by advanced practice nurses. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners: The international journal of NPACE, 4*(4), 224-230.
- Pena, P., Zagolin, M., Acuna, M., Navarrete, S., Bustamante, P., & Canals, A. (2016). Factors associated with success of a smoking cessation program. *Revista Medica de Chile, 144*(8), 965-971. doi:10.4067/s0034-98872016000800002
- Perkins, K. A., Levine, M. D., Marcus, M. D., & Shiffman, S. (1997). Addressing women's concerns about weight gain due to smoking cessation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(2), 173-182.
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R., & Stead, L. F. (2008). Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: A systematic review. *Archives of Internal Medicine, 168*(18), 1950-1960.

doi:10.1001/archinte.168.18.1950

Shyu, K. G., Wu, C. J., Mar, G. Y., Hou, J. Y. C., 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.

The Tobacco Atlas. (2019). *Featured Topic*. Retrieved from

<https://tobaccoatlas.org/>

Tzelepis, F., Paul, C. L., Walsh, R. A., McElduff, P., & Knight, J. (2011).

Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *Journal of National Cancer Institute*, 103(12), 922-941. doi:10.1093/jnci/djr169

Vogt, F., Hall, S., & Marteau, T. M. (2005). General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*, 100(10), 1423-1431. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01221.x

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. *The New England Journal of Medicine*, 360(7), 699-709. doi:10.1056/NEJMsa0806819

WHO. (2017). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017*.

Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>

WHO. (2018). *Tobacco Free Initiative*. Retrieved from

http://www.who.int/tobacco/quitting/summary_data/en/

WHO. (2019). *Tobacco*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Wong, S. L., Shields, M., Leatherdale, S., Malaisson, E., & Hammond, D.

(2012). Assessment of validity of self-reported smoking status. *Health Reports, 23*(1), 47-53.

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

Wu, T. Y., Hung, L. Y., Chie, W. C., Chiu, T. Y., & Guo, F. R. (2016). Change

of government's subsidization policy improves smoking cessation

services: a cross-sectional study from the perspectives of physicians.

BioMed Central Public Health, 16, 415. doi:10.1186/s12889-016-3052-7

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 | |
| 醫事機構代號 | |

病歷號碼：_____

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------|--|-------------|------------|----------------------------|----------------------------|--|-----------|------|
| 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 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | () | | |
| | 地址 | 市 | 鄉鎮 | 村 | 路 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓之 | |
| | 縣 | 市區 | 里 | 街 | | | | | 手機： | | |
| 初診資料 | 吸菸狀況 | 已經吸____年____月 | | | | | | | | | |
| | 尼古丁成癮度 分 (總計) | 1. 起床後多久抽第一支菸？ <input type="checkbox"/> 5分鐘以內 (3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘 (2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內 (1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上 (0分) | | | | | | | | | |
| | | 2. 在禁菸區不能吸菸會讓你難以忍受嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分) | | | | | | | | | |
| | | 3. 那根菸是你最難放棄的？ <input type="checkbox"/> 早上第一支菸 (1分) <input type="checkbox"/> 其他 (0分) | | | | | | | | | |
| | | 4. 您一天最多抽幾支菸？ <input type="checkbox"/> 31支以上 (3分) <input type="checkbox"/> 21-30支 (2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上 (1分) <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分) | | | | | | | | | |
| | | 6. 當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分) | | | | | | | | | |
| 確實告知接受戒菸之權利義務 | 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 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 2 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 3 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 4 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 5 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 6 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 7 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | |
| | 8 | | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 藥局 | | | | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 社區藥局 | | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 出生日期： 年 月 日 | 年齡： | 婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他 | | 懷孕： <input type="checkbox"/> 是(懷孕__周) <input type="checkbox"/> 否 | |
| 住址：□□□ | | 教育程度： <input type="checkbox"/> 小學(含)以下 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 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、威士忌、藥酒】： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 每天喝 <input type="checkbox"/> 2-3天喝一次 <input type="checkbox"/> 每週1次 <input type="checkbox"/> 每月1-2次 <input type="checkbox"/> 每月不到1次) | | | | | |
| 目前是否有嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> 5分鐘以內(3分) <input type="checkbox"/> 5-30分鐘(2分) <input type="checkbox"/> 31-60分鐘以內(1分) <input type="checkbox"/> 60分鐘以上(0分) | | | |
| | (2)在禁菸場所不能吸菸會讓你難忍受嗎？ | <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分) | | | |
| | (3)哪根菸是你最難放棄的？ | <input type="checkbox"/> 早上第一支菸(1分) <input type="checkbox"/> 其他(0分) | | | |
| | (4)您一天最多抽幾支菸？ | <input type="checkbox"/> 31支以上(3分) <input type="checkbox"/> 21-30支(2分) <input type="checkbox"/> 11-20支以上(1分) <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 否(0分) | | | |
| | (6)當您嚴重生病時，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？ | <input type="checkbox"/> 是(1分) <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 沒有(跳過此題組，回答下一題組) <input type="checkbox"/> 有，_____次 | | | | | |
| 2. 戒菸的原因？ <input type="checkbox"/> 為了健康 <input type="checkbox"/> 為了經濟 <input type="checkbox"/> 為了家庭 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | |
| 3. 戒菸的方法？ <input type="checkbox"/> 門診戒菸 <input type="checkbox"/> 戒菸班 <input type="checkbox"/> 戒菸專線 <input type="checkbox"/> 戒菸競賽 <input type="checkbox"/> 靠自己意志力 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | |
| 4. 戒菸維持期？ <input type="checkbox"/> 未滿1個月 <input type="checkbox"/> 1個月以上未滿3個月 <input type="checkbox"/> 3個月以上未滿6個月 <input type="checkbox"/> 6個月以上未滿1年 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | |
| 5. 遭遇的困難？ <input type="checkbox"/> 戒斷症狀 <input type="checkbox"/> 害怕失敗 <input type="checkbox"/> 體重增加 <input type="checkbox"/> 缺乏支持 <input type="checkbox"/> 情緒低落、憂鬱 <input type="checkbox"/> 很享受吸菸的感覺 <input type="checkbox"/> 周圍有吸菸者 <input type="checkbox"/> 不清楚有哪些戒菸服務可以選擇 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | |

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： <input type="checkbox"/> 菸價提高 | <input type="checkbox"/> 菸盒上的警示圖片 <input type="checkbox"/> 禁止吸菸場所變多、取締變嚴格 |
| <input type="checkbox"/> 二手菸惹人厭 | |
| 2. 健康因素： <input type="checkbox"/> 自身健康 | <input type="checkbox"/> 配偶健康 <input type="checkbox"/> 小孩健康 <input type="checkbox"/> 懷孕或準備懷孕 |
| 3. 他人因素： <input type="checkbox"/> 親人勸戒 | <input type="checkbox"/> 朋友勸戒 <input type="checkbox"/> 同事勸戒 <input type="checkbox"/> 醫護人員勸戒 |
| 4. 經濟因素： <input type="checkbox"/> 沒錢 | <input type="checkbox"/> 被裁員 <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 身邊有人吸菸 | <input type="checkbox"/> 聞到菸味 <input type="checkbox"/> 有人請菸 <input type="checkbox"/> 看到菸灰缸或打火機 <input type="checkbox"/> 看到賣菸的商店 |
| <input type="checkbox"/> 起床 <input type="checkbox"/> 如廁 <input type="checkbox"/> 三餐飯後 | <input type="checkbox"/> 工作休息 <input type="checkbox"/> 睡前 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 喝咖啡 <input type="checkbox"/> 嚼檳榔 |
| <input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 車上 <input type="checkbox"/> 上班地點 | <input type="checkbox"/> 喜宴聚餐 <input type="checkbox"/> 進入禁菸區前 <input type="checkbox"/> 離開禁菸區後 |
| 內在環境—心情起伏、焦慮緊張 | |
| <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 壓力 <input type="checkbox"/> 心情不好 | <input type="checkbox"/> 需要專注 <input type="checkbox"/> 長時間工作 <input type="checkbox"/> 疲憊需要提神 |
| <input type="checkbox"/> 無聊 <input type="checkbox"/> 慶祝 <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 家人: 在戒菸期間較沒耐心, 請家人不要勉強 | |
| <input type="checkbox"/> 朋友: 請吸菸的朋友幫忙, 不要在您面前吸菸 | |
| <input type="checkbox"/> 同事: 請同事協助督促您堅持下去 | |
| 3. 預期戒菸困難 | |
| <input type="checkbox"/> 疲憊或睡不好 | <input type="checkbox"/> 易感冒 <input type="checkbox"/> 腸胃不適 <input type="checkbox"/> 餓得快體重增加 |
| <input type="checkbox"/> 心情變煩 | <input type="checkbox"/> 有挫敗感 <input type="checkbox"/> 易怒、沒耐心 <input type="checkbox"/> 做事難專心 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 4. 移除與菸相關的東西 | |
| <input type="checkbox"/> 將菸從環境中完全拿掉, 如: 辦公室、家裡、衣櫃、口袋、車子等 | |
| <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 強化戒菸意願 | <input type="checkbox"/> 了解戒菸困難 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 表達同理心 | <input type="checkbox"/> 找出落差 <input type="checkbox"/> 與抗拒纏鬥 <input type="checkbox"/> 強化自信 |
| 2. 增強動機的諮商： <input type="checkbox"/> 關聯性 <input type="checkbox"/> 危險性 | <input type="checkbox"/> 戒菸好處 <input type="checkbox"/> 戒菸障礙 <input type="checkbox"/> 反覆嘗試 |
| 3. 提供戒菸的協助： <input type="checkbox"/> 強化戒菸意願 | <input type="checkbox"/> 了解戒菸困難 <input type="checkbox"/> 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： |

附錄三、戒菸活動照片



醫師戒菸活動演講



醫師戒菸活動看診



戒菸活動一氧化碳檢測



戒菸活動戒菸衛教

附錄四、人體試驗委員會計畫執行許可書

馬偕紀念醫院 人體研究倫理審查委員會同意臨床試驗證明書

No.92, Sec.2, Zhongshan N. Rd., Taipei City 10449, Taiwan
TEL:+886-2-2543-3535
FAX:+886-2-25219529

台北市中山北路二段 92 號
TEL:+886-2-2543-3535
FAX:+886-2-2521-9529

查以「門診戒菸成功率相關因素之調查」試驗案(本會編號: 17MMHIS049)，已經本院人體研究倫理審查委員會審查通過，同意馬偕紀念醫院黃偉新醫師依所提計畫內容進行臨床試驗，本會組織與執行皆遵守ICH-GCP規範，特此證明。此計畫執行期限自2017年05月01日至2020年04月30日，同意函有效期限至2018年04月30日。(依照ICH-GCP規定，臨床試驗每屆滿一年，人體研究倫理審查委員會必須重新審查是否繼續進行。請於有效期限到期一個月前繳交期中報告以利本會進行審查)。

同意計畫之內容版本日期：

1. 詳細計畫書：Date 01-May-2017
2. 試驗執行地點：台北馬偕紀念醫院及淡水馬偕紀念醫院
3. 受試者人數:800



台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人
馬偕紀念醫院人體研究倫理審查委員會(1)
主任委員 呂宜興

2017年05月01日

MacKay Memorial Hospital

Institutional Review Board Approval of Clinical Trial

May.01, 2017

To Whom It May Concern :

Protocol Title : Factors Correlated with Success Rate of Outpatient Smoking Cessation Services
in Taiwan

IRB Number : 17MMHIS049

Protocol Version Date : Date 01-May-2017

Principal Investigator : Mr. Wei-Hsin Huang (Taipei MacKay Memorial Hospital)

Trial Site: Taipei MacKay Memorial Hospital and Tamsui MacKay Memorial Hospital

Subjects:800

Above study has been approved by the MacKay Memorial Hospital Institutional Review Board on May.01, 2017 and valid till Apr.30, 2018. (period of Carry Out Approved Activities : May.01, 2017~ Apr.30, 2020) The constitution and operation of this review board are according to the guidelines of ICH-GCP. According to ICH-GCP, IRB will have to review each clinical research case annually and decide whether continue it or not. Therefore, please send us your Annual Report one month before the expiry date.

Yours Sincerely,



Yi-Shing Leu, M.D.
Chairman,
Institutional Review Board (1),
MACKAY MEMORIAL
HOSPITAL, Taiwan.

