臺灣菸害防制衛教指引

行政院衛生署國民健康局・台灣護理學會

中華民國 99 年編印

前　言

吸菸為影響個人健康最主要的問題之一，由於吸菸或因二手菸影響造成個人及家庭之健康衝擊及經濟損失，皆為不可忽視之重要健康與社會問題，然而此問題卻也是最可預防、最容易防制的一個問題—透過成功的戒菸即可達到最佳的防制成效。具備健康照護專業知識的人員遍及醫院、社區、學校、工作場所，與病人及一般民眾、工作者、學生等接觸最多，在經過系統性的戒菸知識及技巧訓練後將可從事菸害衛教人員的重要工作，為民眾的健康把關，為菸害防制及促進國人健康不可忽視之一環。

「臺灣菸害防制衛教指引」為行政院衛生署國民健康局委託台灣護理學會所規劃發展，本指引目的為提供戒菸衛教人員在推動菸害防制及民眾戒菸所需之相關知識與技巧，指引內容包括：

(壹) 菸害的流行病學及其衝擊

(貳) 臺灣菸害防制之推動：過去、現在、未來

(參) 戒菸衛教人員在菸害防制的角色功能與推動模式

(肆) 戒菸衛教人員如何協助個案戒菸

(伍) 簡易指導個案戒菸的流程與相關表單

(陸) 戒菸的藥物治療

(柒) 保護孕婦及嬰幼兒孩童免受二手菸防害

(捌) 台灣現行菸害防制相關法規

本指引亦在附錄一中列舉菸害防制之相關網站，以利戒菸衛教人員使用及進一步之菸害資料查詢。藉由本菸害防制指引，提供各醫療機構、社區、職場及健康教育領域之人員發展菸害防制業務及教育之依據，以及業務策劃與推動時之相關知識、技巧與資源，促進戒菸衛教人員成為台灣菸害防制推動網路中之重要一員，促進台灣成為全面無菸之國家。

壹、菸害的流行病學及其衝擊

賴裕和

吸菸為影響個人健康最主要的問題之一，根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO)的統計，吸菸是造成健康危害的最重要健康問題，吸菸者約半數死於吸菸相關疾病，造成全球每年約有 540 萬人死於菸害，且世界前八大死因中有六項與吸菸有關 (WHO, 2003; WHO, 2010a) 。此外，二手菸的危害也不容小覷，全世界每年約有 60 萬人口死於二手菸的危害，約有三分之一的成人持續曝露於二手菸環境中 (WHO, 2009; WHO, 2010a)，約半數的小孩曝露在吸二手菸的家庭環境中，但可怕的是菸品是唯一合法供應消費者使用，卻在每日生活中無形地毒殺人類身體健康的物質。若吸菸的盛行率未改變，則估計 21 世紀將有 10 億人死於菸害 (WHO, 2010b)。

根據世界衛生組織的報告 (WHO, 2003)，由少年時期就開始吸菸 (有百分之 70 的吸菸者如此)，且持續 20 年或更長的時間者，該群人相較於不吸菸者早 20 到 25 年死亡。吸菸對身體，由頭至腳的危害，包括：(1) 掉頭髮；(2) 白內障：吸菸也被認為與年齡相關的黃斑部退化有關 (為一種眼部疾病，來自於視網膜中心黃斑部的惡化)；(3) 長皺紋：吸菸者經常會比不吸菸者有較多的皺紋，長皺紋的原因是缺乏蛋白質，尤其是眼睛與嘴唇周圍；(4) 聽力喪失：由於吸菸而造成血管壁的斑，還會造成內耳血流的減少，因此，吸菸者較不吸菸者在聽力上的喪失會較早，也較易有耳朵的感染；(5) 皮膚癌：雖然吸菸不會造成黑色素瘤(一種皮膚癌)，但它會加速病患的病程；吸菸者較正常人有兩倍的危險性罹患皮膚鱗狀上皮癌； (6)蛀牙：吸菸會造成嘴巴的化學變化，引起過度的齒菌斑、變黃的牙齒、及促進蛀牙的形成；(7) 除肺癌之外，吸菸亦會引起肺氣腫，肺的腫脹及破裂，以致降低肺接受氧氣與排出二氧化碳的能力；(8)骨質疏鬆：吸菸者的骨密度會鬆散，更容易發生骨折，也容易發生背部問題；(9) 心血管疾病：吸菸是發展成為心血管疾病最大的危險因子之一，在開發中國家這些疾病每年引起 100 萬人口死亡, 吸菸使心跳速率加快，血管的壓力上升及增加高血壓的危險，使動脈收縮，結果引起心臟病及中風；(10)胃潰瘍：吸菸會降低胃對細菌的抵抗力引起胃潰瘍，飯後也會降低胃中和酸的能力，留下酸性物質侵蝕胃；(11)手指變色：吸菸會使焦油堆積在手指及指甲，使手指及指甲變成黃棕色；(12)子宮癌及流

產：除了增加子宮頸癌及子宮癌的危險之外，吸菸會引起婦女不孕的問題，懷孕期間及新生兒的合併症，懷孕期間吸菸者會增加低體重兒的危險，及未來疾病健康的後續問題；流產在吸菸者普遍是 2 至 3 倍，因一氧化碳及尼古丁引起胎血循環不良及胎盤的不正常而早產；（13）此外，吸菸會降低動情激素的濃度，而使更年期提早發生；(14) 畸形的精蟲：吸菸會使精蟲變形並損害去氧核糖核酸(DNA)，引起不孕及畸形兒，一些研究發現父親吸菸會增加小孩罹患癌症的危險性，引起陽痿及不孕症；(15) 牛皮癬：吸菸者有 3 倍的可能發展為牛皮癬，非接觸性傳染的皮膚炎症為疥癬、冒出紅色的斑點且遍及全身；(16) 伯格氏疾病：伯格氏疾病已知是血小板減少，是一種腿部的動脈、靜脈、及神經炎症反應，主要會導致血流受限，若未治療，會引起壞疽 (身體組織壞死)，及造成部分肢體的截肢；(17) 癌症：超過 40 種在菸草裡的元素，已經被證實吸菸會引起癌症，吸菸者可能發展為肺癌的機率是非吸菸者的 22 倍。根據許多研究，吸菸越久，越會發展出許多其他癌症，包括鼻腔 (2 倍以上)，舌 (16 倍)，口腔、唾液腺及咽 (6 至 27 倍)，喉嚨 (12 倍)，食道 (8 至 10 倍)，喉 (10 至 18 倍)，胃 (2 至 3 倍)，腎臟 (5 倍)，膀胱 (3 倍)，陰莖 (2 至 3 倍)，胰臟 (2 至 5 倍)，結腸直腸 (3 倍)，及肛門 (5 至 6 倍)；一些研究也發現吸菸和乳癌有關聯。

在美國，約有 20.6%的成人吸菸(Center of Disease Control and Prevention, CDC，2005)，每年近乎有 443,000 成人死於吸菸相關的疾病 (CDC, 2009)。雖然，美國自 1997 年起，青少年吸菸之比率有下降，但 2007 青少年吸菸的盛行率仍約有 20% (CDC, 2008)，按照估計，每日約有 3,900 名 12-17 歲的美國青少年嘗試第一次吸菸 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010)。美國女性吸菸比率亦相當高，由美國官方的整體報告結果中呈現，21%的美國婦女吸菸，而至少有 12.3%的婦女在懷孕時仍持續在吸菸 (CDC, 2004)，同時，吸菸增加懷孕婦女早產的機會，也造成更多低體重的早產兒。整體而言，吸菸更是導致癌症，心臟病及肺部相關疾病的主要危險因子。

台灣的研究亦證實，台灣吸菸者罹患肺癌的比例是不吸菸者的 3 倍、口腔癌的 2.6 倍、喉癌為 6 倍、子宮頸癌則為 5.7 倍、氣喘為 7 倍，而吸菸與心臟病的發生，以及慢性阻塞性肺疾病的發生亦有不可分的關連性(溫啟邦等，2002)。Wen et al. (2005) 的研究發現，台灣 2001 年死於吸菸相關疾病的人口達到 18,803 人，且每 4 位及 11 位 35-69 歲的中年死亡男性及女性即有一人死於菸害，顯示吸菸

對我國中壯年民眾健康及生產力影響極鉅。若以死因來看，男女死因為全癌症的相對風險分別為 1.55（95%信賴區間為 1.46-1.65）與 1.89（95%信賴區間為 1.50-2.36）、缺血性心臟疾病為 2.06（95%信賴區間為 1.51-2.81）與 3.58（95%信賴區間為 1.09-11.8）、慢性阻塞性肺疾病為 1.82（95%信賴區間為 1.31-2.51）與 2.87（95%信賴區間為 1.00-8.21）、消化性潰瘍/胃出血之相對風險分別為 3.00（95%信賴區間為 1.32-6.82）與 22.28 （95%信賴區間為 3.36-148）(Wen, Tsai, et al., 2005)。且若吸菸率未下降，則推估至 2020 年，將會比 2001 年增加 38%的吸菸相關死亡率(Wen, Levy, Cheng, Hsu, & Tsai, 2005; Wen, Tsai, et al., 2005)。Chung et al. (2007) 也分析 2001 年的資料，發現吸菸者罹患與吸菸相關的十個疾病之盛行率達 22.2%，所造成平均餘命損失為 3.6 年，但中風/急性心肌梗塞的平均餘命損失約 10.6 年，七大癌症則多達 12.5 年(Chung, Wang, Yu, & Yang, 2007)。

在經濟層面上，由行政院衛生署(2010) 公佈的調查結果顯示，由 96 年全民健康保險資料分析，可歸因於吸菸之醫療費用約 259 億元，佔該年度核付費用 8.4%，可歸因於吸菸相關疾病生產力損失約 26 億元，可歸因於吸菸有關死亡之生產力損失約 615 億元，間接成本達 640 億元，顯見吸菸造成的經濟損失，對社會所造成的經濟負擔非常大。近年來，持續推動全方位菸害防制教育與宣導及多元戒菸服務，台灣的成人吸菸率已有逐漸下降的趨勢，根據衛生署 98 年台灣成人吸菸行為調查顯示，成年人的吸菸率由 97 年的 21.92% (男性 38.57%，女性 4.75%)下降至 98 年的 19.99% (男性 35.36%，女性 4.19%) (行政院衛生署，2010)，整體而言，男性吸菸率有明顯下降的趨勢，女性吸菸率則尚無明顯變化。吸菸人口自 91 年約 489 萬人，雖有減少但目前約還有 400 萬人，顯示菸害防制仍應持續全面性的推展，且必須由各不同健康專業人員及全民一起努力。

目前，國內已有 2100 多家戒菸門診的設立，為有志戒菸者的福音。但相較於眾多的吸菸人口，意識到菸害而要戒菸且會到門診戒菸的人數僅為吸菸人口中非常小的一環，絕大多數的吸菸者並未意識到該問題的重要及嚴重性，此點為戒菸活動及菸害防制推動的極大限制與障礙。另外，從青少年吸菸人口的增加，職場中的眾多吸菸人口，以及女性吸菸人口的增加，一致地呈現菸害防制是需要普及至全國各個角落，包括醫院的戒菸門診、醫院的病人及家屬、學校、各個職場及社區。

參考文獻：

1. 行政院衛生署(2010 年 1 月 8 日)・菸害防制有成效・2010 年 11 月 2 日取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx
2. 溫啟邦、蔡善璞、陳健仁、鄭丁元(2002) ・*台灣地區吸菸者的健康危害*・ 發表於台灣菸害防制研討會・台北：台灣。
3. Center of Disease Control and Prevention [CDC] (2003). Cigarette smoking - attributable morbidity – United States, 2000. ***Morbidity and Mortality Weekly Report, 52***, 842–844.
4. Center of Disease Control and Prevention [CDC] (2004)**.** Smoking during pregnancy—United States, 1990–2002. ***Morbidity and Mortality Weekly Report, 53***(39), 911-915.
5. Center of Disease Control and Prevention[CDC]**.** Cigarette Use Among High School Students—United States, 1991–2007**.** ***Morbidity and Mortality Weekly Report, 57***(25):686–688.
6. Center of Disease Control and Prevention[CDC]. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation—United States, 2008**.** ***Morbidity and Mortality Weekly Report***, ***58***(44):1227–1232.
7. Liaw, K. M., Chen, C. J. (1998). Mortality attribution to cigarette smoking in Taiwan: a 12-years follow-up study. ***Tobacco Control, 7***(2), 141-148.
8. Li, C. Y., & Lin, R. S. (1996-1997). Risk assessment of active smoking: smoking-attributable mortality and years of potential life lost in Taiwan, 1980 and 1992. ***Asai-Pacific Journal of Public Health***, ***9,*** 13-17.
9. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Retrieved November 2, 2010, from http://oas.samhsa.gov/NSDUH/2K8NSDUH/tabs/Sect4peTabs10to11.pdf
10. Wen, B. G., Tsai, S. P., and Yen, D. D.(1994). The health impact of cigarette smoking in Taiwan. ***Asai Pac J Public Health***, ***74***(4), 206-214.
11. World Health Organization [WHO] (2003). Tobacco facts. Retrieved November 2, 2010, from http://www.who.int/features/2003 /08/en/smokers_fr_en.pdf.
12. World Health Organization [WHO] (2009). Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009-Implementing smoke-free environment. Retrieved November 2, 2010, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.

13. World Health Organization [WHO] (2010, May). Fact sheet on Tobacco. Retrieved November 2, 2010, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html.
14. World Health Organization [WHO] (2010b). Tobacco facts. Retrieved November 2, 2010, from http://www.who.int/tobacco/mpower/tobacco_facts/en/print.html.
15. Wen, C. P., Levy, D. T., Cheng, T. Y., Hsu, C. C., & Tsai, S. P. (2005). Smoking behaviour in Taiwan, 2001. ***Tob Control, 14 Suppl 1***(1), i51-55.
16. Wen, C. P., Tsai, S. P., Chen, C. J., Cheng, T. Y., Tsai, M. C., & Levy, D. T. (2005). Smoking attributable mortality for Taiwan and its projection to 2020 under different smoking scenarios. ***Tob Control, 14 Suppl 1***(1), i76-80.

貳、臺灣菸害防制之推動：過去、現在、未來

余玉眉

過去，長久以來，我們台灣社會有一項習俗，就是，將菸品當作婚喪喜慶必備的贈品。而後，隨著臺灣經濟的起飛，菸草的商品化，不僅吸引不同年齡、不同職業的國人吸用，軍中更以提供軍人福利為名，以菸品致贈新兵，使得青年入伍當兵的國家使命，卻成為年輕役男養成吸菸惡習的溫床。甚至，我們政府主管的「菸酒公賣局」，還將其出售的菸品，居然以「長壽」命名之。由於吸菸容易上癮，所以時時也可以看到不少醫療人員，連看病時也菸不離手。可見，過去，我國全國上下，對菸品的危害，可以說是受「知識不足」所困，而不自覺。

一、 我國推動菸害防制的「過去」：

雖然我國政府於 1986 年，就制定有「公共場所不吸菸辦法」，且規劃有「菸害防制三年計畫」。但是，臺灣從事衛生保健工作的專業人員，卻很少人實際參與菸害防制之推動。不過，值得一提的是，若與歐美先進國家及鄰近的日本比較，我們台灣的醫護人員吸菸的比率，向來就不是很高，其中，尤其是我們的護理人員，一向與歐美及日本的護理人員不同，有吸菸習慣者可以說，極為少數。這種現象，至少能夠以「潔身自愛」，以身作則地，表現了「不吸菸」、「不染上菸癮」的好榜樣，需要繼續持之以恆。

台灣於 1987 年，因為政府開放洋菸進口，並同意洋菸廣告，一時造成青少年吸菸人口之快速上升，民間反菸團體：「董氏基金會」，乃挺身積極主導，聯合了臺灣各專業團體，共同成立了「中華民國拒菸聯盟」，發動有史以來一項與全民健康有關的社會運動，以「抗議」美國以 301 法案為手段，一直壓迫台灣開放更多菸品廣告促銷的惡行。之後，雖然「董氏基金會」，趁著此一抗議美國 301 法案的菸品廣告促銷之勢，又於 1989 年，在台北成立了「亞太地區拒菸協會」(Asia Pacific Association for the Control of Tobacco，APACT)，以結合亞太各國的力量，共同抵抗國際大戶菸商，向開發中國家傾銷菸品之惡行。但是，臺灣的公共衛生與醫護界，並沒有隨著我國方興未艾的民間反菸活動，積極地將菸害防制的精神，吸納於醫療照護的日常工作中，也未進一步起而響應菸害防制

的活動，並加以擴展。

當時的衛生署保健處，秉持著「預防」勝於「治療」的理念，深深認為吸菸對我國國民健康之危害，已不能絲毫有所輕忽，乃於 1990 年，完成「台灣地區菸害防制五年計畫」的規劃。隔年，則將該計畫，併入保健處自從 1989 年起，由跨科組成員，共同以全人口為對象的，我國第一部「國民保健計畫」。茲將保健處提出的「國民保健計畫」，有關「菸害防制—降低吸菸率」的主要政策內容、策略與成果，簡略說明如下：

(一)、「菸害防制—降低吸菸率」之主要政策內容

1. 建全工作體系
2. 研訂及修訂相關法規
3. 辦理菸害防制教育
4. 辦理禁菸活動
5. 辦理戒菸教育活動
6. 辦理國際合作及學術交流
7. 辦理研究調查。(台安醫院的戒菸班係在此計畫下推動出來的)

(二)、1991 年於行政院所成立的「菸害防制跨部會協調委員會」中，通過「公共場所不吸菸辦法」之實施。

(三)、1991 年在尚未立法之前，結合政府跨部會代表，推動將健康「菸害警語」標示於菸品外包裝與書刊上的菸品廣告頁。

(四)、1991 年衛生署保健處輔導「臺灣護理學會」的國家代表，在 ICN 於辛巴威哈拉列市舉辦的國家代表大會(Council of National Representatives, CNR)中，提議將「Smoking and Health」納入 ICN 之政策立場聲明，獲得全體 CNR 代表無異議通過。

(五)、1992 年起，獲國防部首肯，取消軍中行之有年之配菸福利措施。

(六)、1992 年起，經濟部開始禁止轉售及私藏所獲菸品等項目。

(七)、衛生署於 1992 年 8 月 8 日，將我國第一部「菸害防制法」草案，送立法院審議

(八)、1993 年 6 月 20 至 25 日，時任衛生署保健處處長的余玉眉女士，於西班牙首都馬德里所召開的第二十屆國際護理協會會員大會(ICN Congress)之專題演講(Plenary Session)中，發表「制訂國家健康

政策：以菸害防制計畫為例」的演說。

(九)、於 1997 年 3 月 19 日，臺灣第一部「菸害防制法」，終於通過立法院三讀，並獲總統頒布，當時，可以說，是一項領先各國之舉。

二、 我國自 1997 年通過「菸害防制法」後，所推動的菸害防制工作:

我國的第一部「菸害防制法」，於 1997 年立法通過以後，衛生署即著手研擬「菸害防制法實施細則」，並於 2000 年立法院也通過了「菸酒稅法」。因此，依法得以開徵菸品健康捐，使得我國可以用在菸害防制上的經費，由過去每年僅台幣數千萬元之譜，轉眼增加到台幣十億元。於 2001 年，衛生署將原來的保健處與附屬三個單位統整，改制為「國民健康局」，並於「衛生教育中心」分設媒體宣傳、國際合作及訓練、衛生教育與菸害防制等四科，另 2004 年加入「社區健康組」、「兒童及青少年保健組」，以落實台灣菸害防制政策的規劃、推動、監測與評估。接著「國民健康局」就積極地推展「國民健康局」新完成的「臺灣地區菸害防制新五年計畫」，以引領我國進一步推動全國的菸害防制工作，其工作內容，主要有下列項目：

- 2000 年 01.10 立法院通過「菸害防制法」修正案，主要增加的條文為第二章的「菸品健康福利捐及菸品之管理」等。
- 2002 年 設置「菸害防制及衛生保健基金審議小組」
- 2002 年 建立戒菸服務網路; 推動「門診戒菸治療服務試辦計畫」; 成立「門診戒菸治療管理中心」
- 2002 年 參與全球「Quit & Win」戒菸就贏的活動
- 2003 年 成立「菸害申訴服務中心」
- 2003 年 成立「菸害防制政策及資料庫中心」
- 2003 年 推動無菸職場、無菸校園、無菸軍隊、無菸餐廳與配合 WHO 推動「時尚無菸味，電影不秀菸」
- 2003 年 成立「戒菸專線服務中心」
- 2003 年 推動「門診戒菸治療服務計畫」
- 2003 年 阻止我國為建立外貿關係而做出有損國人健康之政策「台美雙邊自由貿易協定」菸品零關稅，將公共衛生優先於商業利益或經貿關係，樹立我在國際反菸潮流中的典範。

- 於 2003 年，開始以委託案，推動全國性的「護理人員菸害防制教育訓練」，正式將護理人員納入菸害防制之一員，有系統訓練台灣菸害防制的種籽護理人員，推動菸害防制。
- 2004 年「國民健康局」委託建置的「戒菸專線服務」的網站 http://www.tsh.org.tw 等等
- 2004 年 衛生署與外交部、經濟部、財政部、教育部、法務部、內政部、國防部等建立跨部會合作機制，成立「菸害防制推動委員會」，以比照 WHO 於 2003 年 5 月 21 日所通過的「菸草控制框架構公約」(Framework Convention of Tobacco Control)，制定我國自己的「菸草控制框架構公約」，期與 WHO 的菸害防制政策同步。
- 2004 年 推動無菸家庭；參與全球「Quit & Win」戒菸就贏的活動
- 2004 年建置有關我國護理人員在參與我國「菸害防制」政策、策略執行與實際在臨床推動「菸害防制」的角色與功能
- 2005 年 推動「擴大醫療院所戒菸服務」
- 2007 年 9 月 衛生署提出「菸草控制框架公約台灣報告」，雖然我國並非世界衛生組織的成員，無法和其他會員國受到世界衛生組織的認可，但是，此項在國內立法簽署，對台灣菸害防制工作的進一步提升，有重大的影響。
- 2009 年 01 月 23 日 立法院再次通過「菸害防制法」修正案，主要得新修法精神，包括: 1) 建立菸品健康福利捐之調漲機制；2) 加強管制販賣場所菸品之展示及販賣方式;3)限制菸品品牌名稱及規範菸品容器之標示；4)擴大禁止促銷菸品或廣告之類型；5)加強保護胎兒及青少年健康；6)擴大全面禁菸場所；及 7)提高罰則等。從此，我國有關推動菸害防制工作時，所需要法律上的配合，可以說，已相當完備，接下來的大工程，是如何將此完備的法規，加以確實落實了。

三、 我國推動菸害防制工作的未來展望

我國自 1987 年開始，由政府推動菸害防制的工作以來，已經歷二十餘年，到底成績如何? 依據衛生署所提供之 2009 年的主要資料有: 1)實施擴大禁菸場所、提高菸價及菸捐、強化菸品申報與管理之要求等策略；2)我國成年人吸菸率由 2008 年之 21.9%下降至，2009 年之 19.99%；3) 2009 年戒菸專線之使用率，比 2008 年之使用率增加 125%；4) 全台灣地區，於 2009 年開辦戒菸服務門診的數量，已增至 2,146 家，比 2008 年之戒菸服務量，增加二倍。由此可見，長期的努力，成效相當好。

不過，今後對我國特定人口，如:青少年、婦女、藍領工作族群吸菸，及在家庭裡，可能遭受到二手菸危害的嬰幼兒等人口，我們仍有很大的空間，需要透過各部會的努力，繼續改進。為了能將我國菸害防制的工作，推動得更臻完善，更趨徹底，我國今後，大量培育「戒菸衛教人員」的策略，將會是我國全面繼續推展菸害防制工作的新謀略之一。

參、戒菸衛教人員在菸害防制的角色與推動模式

陳靜敏 蔡麗雲 賴裕和

菸害造成的影響包含個人、家庭及社會的多方面衝擊，然而，由於台灣吸菸人口尚約有 400 萬人，菸害防制應是全面性的推展，必須由各種健康專業人員及全民一起努力。目前，國內已 2100 多家門診戒菸的設立，為有志戒菸者的福音，但相較於眾多的吸菸人口，意識到要戒菸且會到戒菸門診的人數僅為吸菸人口中非常小的一環，絕大多數的吸菸者並未意識到該問題的重要及嚴重性，此點為戒菸活動及菸害防制推動的極大限制與障礙。另外，從青少年吸菸人口的增加，職場中的眾多吸菸人口，以及增加中的女性吸菸人口，一致地呈現菸害防制是需要普及至全國各個角落的，包括醫院的戒菸門診、醫院的病人及家屬、學校、各個職場及社區。

戒菸衛教人員 (護理人員、社工師與心理師) 與菸害防制

護理人員為健康照護系統中人數最眾多的一群，於 2010 年台灣共有 131,595 執業中的護理人員，其工作地點遍佈醫院、各級學校、公司工廠職場、居家照護以及社區。另外，目前全國設有護理科系的學校相當多，包括各級就學中的護理學生，護理人員具有促進健康的角色功能，護理工作的特質包括：(1)在臨床中：護理人員是第一位評估病人健康狀況，且接觸病人及家屬時間最長、頻率最高的人員；(2) 在各級非護理學校的校護：接觸眾多學生，具有維護全校學生健康促進與安全的功能；(3) 在護理相關學校的教師：其具有指導眾多護理學生，影響護生在促進民眾健康，指導學生菸害防制的知識及推動的角色；(4) 公司工廠護理人員：其具有維護職場環境中人員的安全及健康促進，如推動菸害防制的功能（如廠護）；(5) 社區護理人員：具有促進社區民眾健康，對菸害防制具有影響社區民眾的功能，因此護理人員具有全面性推動菸害防制的最大優勢，然而由於相關報告相當少，目前多少護理人員在其業務中從事菸害防制無法得知，目前國內多數菸害防制之研究與活動多為公共衛生專家學者所推動，護理人員雖為醫療團隊中人數最眾多之一環，在菸害防制及戒菸推動方面，目前僅於起步階段，相當多的護理工作領域，如廠護、校護、軍訓護理、社區、門診護理及臨床護理，皆仍相當缺乏有系統的菸害防制推動，另外，現有之護理教育中，多數學校並未將此重要議題納入課程內容，因而護理人員在菸害防制方面的正向影響為能充分

呈現。

跨領域專業人員共同提供戒菸服務是所有健康專業人員的共識,其中除了護理人員外,現今與未來訓練社工師成為戒菸衛教人員的專家,一起提供戒菸服務的必要性與重要性已於 2005 年由 Johnston 等學者提出(Johnston et al., 2005),再則,國外最近的研究調查發現,吸菸行為與精神疾患問題有顯著的相關性存在(Lawrence, Mitrou, & Zubrick, 2009),且研究指出吸菸行為與壓力呈正相關(Croghan et al., 2006),所以在協助戒菸過程,提供壓力調適等服務,是專業心理師的專長,但關於戒菸技巧的訓練也是相當必要的,已有首篇研究針對心理師提供戒菸諮商服務的研究調查報告,發現七成以上(75%)的心理師並不認為戒菸服務屬於他們的工作責任範圍,且有高達 74%的人認為缺乏提供戒菸相關的技巧(Hjalmarson & Saloojee, 2005),因此本計畫戒菸衛教人員的訓練也將納入心理師參與,使心理師對戒菸技巧有更深入的了解,如此可因應與協助解決導致吸菸行為的相關因素,深入臨床、社區、學校與職場等不同單位提供戒菸活動與服務。因此,整合護理人員、社工師與心理師之訓練與推行菸害相關計畫以達菸害防制之目標確有其重要性與優勢。

菸害防制的全面性推動 -戒菸衛教人員的角色與功能

護理人員、社工師與心理師等專業人員都是提供戒菸服務的重要人員,其中護理人員已有多個組織對其於菸害服務推動上清楚定義出戒菸推動時的角色與功能。世界衛生組織已強力呼籲菸害的防制及戒菸推動應為當今最重要之健康照護議題,以確保因菸害罹病的改善 (WHO, 2003)。國際護理協會 (International Council of Nurses [ICN]) 亦強力聲明護理人員應積極參與菸害防制及戒菸之推動 (2003 a, 2003b, 2003c, 2003d, 2003e),ICN 並與國際癌症照護護理學會(International Society of Nurses Cancer Care, [ISNCC]) 共同發表護理人員於菸害防制及戒菸的角色與功能 (Tobacco Control and Smoking Cessation : The Role of the Nurse)(ICN, 2003e) 一書,書中明確指出,護理人員應該在各層面各領域參與菸害控制、預防、戒菸推動及相關政策之制定,並且應與其他健康照護專業人員以及政府或非政府的菸害防制組織,在地區、區域以至全國性甚或國際間之合作,護理人員在菸害防制的參與是緊急刻不容緩的。過去,護理人員在此方面之參與相當有限,國外護理學者(Sarna, 1999)認為護理人員在菸害防制中所面臨

的障礙，最主要受限於：（1）護理教育中缺乏菸害防制的課程，（2）缺乏有組織的國際間專業組織合作與努力，及（3）缺乏資源。有研究針對美國及亞洲的大學護理課程的調查顯示，護理學系的課程大多只涉及吸菸對健康危害之知識，然卻缺乏戒菸相關的理論、行為改變策略及藥物治療等具體臨床實務之訓練，甚而許多學校的相關課程時數小於 1 小時(Chan, Sarna, & Danao, 2006; Sarna, 2006; Wewers, Kidd, Armbruster, & Sarna, 2004)。國外的研究亦顯示臨床護理人員大多對於協助戒菸有正向態度及高度的意願，對於與病人討論吸菸的危害的困難度最低，但在實施戒菸措施時則有困難，主要的困難是病人臨床問題的優先性、缺乏足夠時間及護理人員未接受足夠的訓練及缺乏技巧（Chan, Sarna, Wang, & Lam, 2006; Houghton, et al., 2008; Studts, et al., 2010)。

Sarna (1999)進一步提出護理人員可以有效地參與及推動菸害防制，實際策略應包括：（1）在各級護理教育課程中，要求並指定將菸害防制列為必要課程；（2）將菸害防制內容列為護理執照考試的必要內容；（3）提供菸害防制及戒菸訓練課程的護理在職教育；（4）將吸菸評估列入好的護理業務的一部份；（5）將戒菸的介入性措施列為護理的角色功能；（6）鼓勵及支持護理人員作為"不吸菸的角色模範"；（7）積極參與及促進戒菸的專業及社會活動；（8）積極與其他健康照護專業人員合作，共同促進菸害防制；（9）護理人員應成為菸害防制重要之一環；及（10）保有對菸害防制前瞻性的全球觀，但落實菸害防制工作的推動於各國、各區的各層級。

護理人員可以並應該在其每日業務當中推動菸害防制 (ICN 2003e; Sarna, 1999)，藉以提昇民眾或病人對該問題的重視，研究結果發現，護理人員是最適合鼓勵人們戒菸的，和對照組相比，利用護理人員進行戒菸者其成功戒菸率，所有的護理人員，特別是在臨床、公共衛生單位、初級預防及婦幼衛生等單位工作者，都有很好的機會來引發戒菸的議題，因此護理人員負有責任亦加入此工作之推動，有效的菸害防制，可以包括對民眾的菸害防制教育、戒菸指導、戒菸諮詢、轉介個案至戒菸相關單位及追蹤等。然而，如何準備每位護理人員具有此菸害防制的知識與實務技能，實為政策推動者、護理教育者及臨床護理人員所面臨之重要挑戰。

每位醫療專業人員於菸害的防制上都有其協助病患的不同專業方式，例如護理人員於病患健康相關資料的收集過程，將可了解病患吸菸史，並提供戒菸之衛

教方式；社工師於相關社會資源輔助與關懷照顧介紹中，將可特別強調病患回歸社區後如何與”菸”說不之策略與資源運用的說明；心理師於病患壓力調適技巧指導過程，將可協助病患面對壓力時，如何轉換心境與調適方式，避免以吸菸方式來緩解壓力。雖然，不同的專業人員有不同的專長，但於菸害防制推動上的原則與精神不變的，因此，菸害防制的推動模式將以不同場域來進行，各專業人員透過不同場域之菸害防制推動模式來進行菸害防制工作，將可達本計畫預期之成效。

參考文獻

1. Chan Sophia, S. C., Sarna, L., Wong David, C. N., & Lam, T. H. (2007). Nurses' tobacco-related knowledge, attitudes, and practice in four major cities in China. ***Journal of Nursing Scholarship, 39*** (1), 46-53.

2. Chan Sophia, S. C., Sarna, L., & Danao, L. L. (2008). Are nurses prepared to curb the tobacco epidemic in China? A questionnaire survey of schools of nursing. International Journal of Nursing Studies, 45, 706-713.

3. Chung, C. W., Wang, J. D., Yu, C. F., & Yang, M. C. (2007). Lifetime medical expenditure and life expectancy lost attributable to smoking through major smoking related diseases in Taiwan. ***Tobacco Control, 16***(6), 394-399.

4. Croghan, I. T., Bronars, C., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Nirelli, L. M., Thomas, J. L., et al. (2006). Is smoking related to body image satisfaction, stress, and self-esteem in young adults? ***American Journal of Health Behavior, 30***(3), 322-333.

5. Houghton, C. S., Marcukaitis, A. W., Marienau, M. E. S., Hooten, M., Stevens, S. R., & Warner, D. O. (2008). Tobacco intervention attitudes and practices among certified registered nurse anesthetists. ***Nursing Research, 57***(2), 123-129.

6. Hjalmarson, A., & Saloojee, Y. (2005). Psychologists and tobacco: attitudes to cessation counseling and patterns of use. ***Prev Med, 41***(1), 291-294.

7. International Council of Nurses [ICN]. Fact Sheet – Nurses for Tobacco-Free Life. ICN Press. http://www.icn.ch/swishresults.asp, Feb. 20, 2003**a**.

8. International Council of Nurses [ICN]. Position Statements 1999: Tobacco use and health. ICN Press. http://www.icn.ch/swishresults.asp, Feb. 28, 2003**b**.

9. International Council of Nurses [ICN]. Main health professional say stronger government action against tobacco is a must. ICN Press. http://www.icn.ch/swishresults.asp, Feb. 28, 2003**c**.

10. International Council of Nurses [ICN]. Position statements 1995: Towards elimination of substance abuse among young people. ICN Press. http://www.icn.ch/swishresults.asp, March 19, 2003**d**.

11. International Council of Nursing [ICN]. Tobacco control and smoking cessation: The role of the nurse. 2003**e**. International Council of Nursing, Geneva.

12. Johnston, J. M., Chan, S. S., Chan, S. K., Lam, T. H., Chi, I., & Leung, G. M. (2005). Training nurses and social workers in smoking cessation counseling: a population needs assessment in Hong Kong. ***Prev Med, 40***(4), 389-406.
13. Lawrence, D., Mitrou, F., & Zubrick, S. R. (2009). Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. ***BMC Public Health, 9***, 285.
14. Sarna L (1999). Prevention: Tobacco control and cancer nursing. ***Cancer Nursing, 22***, 21-28.
15. Studts, J. L., Flynn, S. M., Dill, T. C., Ridner, S. L., Worth, C. T., Walsh, S. E., et al. (2010). Nurse practitioners' knowledge, attitudes, and clinical practices regarding treatment of tobacco use and dependence. ***Journal for Nurse Practitioners, 6***(3), 212-219.
16. World Health Organization [WHO]. Chair's text of a framework convention on tobacco control (revised). Intergovenrmental negotiationg body on the WHO framework convention on tobacco control, six session. WHO, www.who.int/tobacco/index.cfm, March 3, 2003.

一、臨床工作人員之角色功能與推動模式

蔡麗雲

背景

吸菸對健康所造成的危害已廣為人知，菸害防制也是國家重要的衛生政策，目前從預防到協助戒菸都有許多不同的社會團體、組織共同參與，更是不同場域中所有專業人員共同努力的目標，除社工師、心理師之外，最大宗的護理人員也扮演著重要的角色，其中護理是以促進人類健康為宗旨的一項專業，護理人員照顧吸菸有關疾病的經驗，實在是勸導戒菸工作的適當人選。國內護理人員的低吸菸率可以做為好的反菸角色模範，加上護理人員服務場所的廣泛、人數最龐大的醫療專業人員及所具備的健康照顧教育能力…等，都是護理人員適合參與戒菸工作的原因(曾、張，2004；曾、陳、林，2005；Andrews、Tingen & Harper,1999)。故臨床護理人員在菸害防制扮演極重要之角色，經由運用 5A 推動原則與具體執行內容反應推動成效（如圖一）。

(一) 醫院場域專業人員的角色與功能

醫院場域中的任何一位專業人員都是戒菸防制推動的重要人員，其中又以護理人員身為健康專業團隊中接觸病人及一般民眾最頻繁的人員，也是民眾進入醫療體系的第一線接觸人員，因此為促進菸害防制推廣及戒菸方案中不可或缺的角色。而護理人員亦是在醫院中影響力最廣的族群並和所有健康照護機關單位相關聯，因此護理人員是戒菸工作成效的重要決定性角色。由於吸菸是成癮行為，沒有醫療專業人員得提醒，吸菸者在嚴重生病前很少會想要戒菸。同樣的，沒有專業人員提供有效的戒菸協助，自行戒菸成功的比率並不高。研究顯示，由醫師、護理人員介入而戒菸成功的比率明顯較高，且介入的程度與戒菸成功率成正比。

護理是以促進人類健康為宗旨的專業，護理專業不僅是促進病人恢復健康，也強調疾病的預防，只要護理人員願意，將可成為稱職的反菸天使。在戒菸過程中，護理人員的任務，就是把戒菸是保護健康的觀念灌輸給一般大眾，同時鼓勵他們付諸行動。所以護理人員的角色就是在民眾遲疑不定時加一把勁，指引他們一條可行的道路，當事人有沒有足夠的決心，才是決定戒菸成敗的主要關鍵。因此在菸害防制推動上，護理人員接受菸害防制的相關課程後，會把握每個機會詢

問病人吸菸史，建議吸菸者戒菸，然後協助有意願嚐試戒菸者戒菸或轉介給適當的資源。所以臨床護理人員在菸害防制推動上扮演的重要角色，包括：(1)個案發現者：掌握每個機會去詢問；(2)健康代言者：宣導吸菸對人的健康傷害；(3)照護者：透過評估，協助擬定個人化的戒菸計畫；(4)教育者：透過教學方法，教導民眾認識菸害；(5)個案管理者：轉介個案與進行後續追蹤；(6)諮詢者：提供相關的健康諮詢；(7)支持者：協助克服戒菸過程造成的身體不適與心理壓力；(8)轉介者：把有意願戒菸的人轉介給更專業的戒菸工作者；(9)研究者：評值菸害防制推動的成效與改進。

(二) 醫院菸害防制計畫的推動

醫療專業人員在醫院推動菸害防制的角色極為重要，反觀過去在護理教育中有關菸害防制之相關課程並不多，惟有當護理人員在態度、知識、技能三者備妥後，才能在日常的護理業務中推動菸害防制計畫，具體的做法如下：

1、評估病人的吸菸行為，建議及協助病患戒菸

護理人員要把握與病人接觸的機會，了解病人的吸菸行為並進行勸導戒菸與適當的轉介。例如：透過標準化的病歷記錄，在電腦系統登錄吸菸狀態，提供後續戒菸工作者或醫師看診時進一步戒菸勸導重要的協助。

(1) 門診病人

I.於初診時，詢問病人的吸菸狀態(目前吸菸、已戒菸多久、未曾規則吸菸)，並建立檔案資料於病歷中。

II.對於有吸菸的病人，建議病患戒菸，並評估病患戒菸的意願。如這樣說：「戒菸之後，身體會比較健康，有沒有想要戒菸看看？」

III.對於有意願戒菸的病患可以問「通常你早晨醒來多久抽第一根菸？」來評估病患的尼古丁成癮度。對於成癮度高(30 分鐘內吸第一根菸)的病患，轉介門診戒菸給予藥物治療。

(2) 住院病人

I.將吸菸狀態列入護理人員執行住院病人健康評估的重要項目，於民眾住院時詢問吸菸史，並記錄於病歷中。

II.對於有吸菸的病患，與醫師討論吸菸對於病患目前疾病的影響或潛在的健康問題，並且由醫療團隊勸病患戒菸。也可以問「住院後有沒有很想吸

菸」，然後鼓勵不會很想吸菸的病患戒菸。如果病患很想吸菸，甚至於每天都要出去抽菸好幾次，就跟病患討論尼古丁的依賴與戒菸藥物的幫助。

III.將吸菸評估延伸至病人主要照顧者、其他家庭成員或訪客，並視情況給予菸害防制相關的護理指導。

IV.徵求病人同意於病情穩定出院後，轉介至戒菸單位繼續追蹤。

2、直接參與病人的戒菸過程

(1) 教導病人戒菸對於身體健康的相關性，鼓勵病患完全停止吸菸。

(2) 評估身體的尼古丁依賴度(FTND)，成癮度高於 4 分建議參與門診戒菸，使用藥物協助戒菸。

(3) 於最近兩周內找出壓力較小的時間來做為戒菸日。尤其是戒菸第 2-3 天特別難過，應避免過大的壓力。

(4) 戒斷可能會產生壞心情、挫折感、易怒、焦慮、失眠、無法專心、體重增加等狀態。如果病患以前有戒菸過，可以從病患以前戒菸經驗中找出戒菸可能會出現的問題。從病患吸菸的心情感受預估可能會出現的問題。如病患在壓力大時就會吸菸，戒菸時壓力就可能過大；病患疲憊時就吸菸，病患戒菸時會疲憊；病患心情煩時就吸菸，那戒菸時就會心情煩。

(5) 讓病患了解可能出現的問題，並對可能出現的問題提供可行的處理模式與生活習慣的調整建議。如：心情煩時抽菸，建議多運動；疲憊時吸菸，建議多休息，必要時使用冷毛巾等方式提神；壓力大時吸菸，建議壓力來時可以深呼吸與喝水。

(6) 對於戒菸困難的情況，要事先討論如何處理。朋友吸菸是很難戒菸的情況。戒菸前先跟朋友溝通，請他們協助不要在自己面前戒菸。家人抽菸是戒菸的困難與吸菸復發最重要的原因。事先溝通，請有吸菸的家人不要在家裡面吸菸。喝酒是容易吸菸的狀況，尤其是與朋友喝酒，戒菸早期應避免這類聚會。如果有其他容易吸菸的情況，能避免的就避免，不能避免的找出對付的辦法。

(7) 戒菸日開始就把菸、打火機、菸灰缸全部丟棄，然後一根菸都不要抽。如果戒斷症狀很強烈，應考慮更強的藥物治療。

(8) 在病患戒菸日後兩天打電話追蹤，討論遇到的困難與處理方式，並確定藥物有正確使用。戒菸早期儘可能最少每週回來一次，問題越多越需要常回來，回來時約定下次追蹤的時間。

(9) 每次追蹤時要評估戒菸困難，並協助解決。如果想吸菸的念頭高於每小時一次，應考慮增加藥物。對於戒斷症狀的出現應鼓勵病患面對與處理。就是這些狀況導致吸菸行為持續下去，也是這些狀況的出現時不吸菸，才使得身體得以修復。

(10) 這部分工作盡可能由專人負責，如有困難時可以與其他戒菸機構合作，一起處理病人戒菸時的困難，如戒菸專線。

3、辦理戒菸教育

醫療專業人員有計畫地設計戒菸宣導教育，於醫院內推動菸害防制，如醫院護理部之在職訓練、新進人員訓練，以及全院性的員工教育，並成為傳散佈菸害防制之知識者。施行的方法包括：

(1) **整合機構人力做菸害防制**

I. 指定專職人員從事菸害防制，派該員參與全國性菸害防制訓練課程，使該護理人員有能力成為菸害防制及戒菸方面在職教育的傳授者。

II. 受訓後的護理人員針對全院護理人員辦理菸害防制教育訓練，教導護理人員以「5A」原則，對其所照顧之病人與家屬吸菸問題做介入，鼓勵吸菸者戒菸及轉介有意願戒菸者至該院之戒菸單位或戒菸門診。5A 原則及技巧包括詢問吸菸狀態(Ask)、建議戒菸(Advice)、評估戒菸意願(Assess)、協助戒菸(Assist)、安排追蹤(Arrange)(Fiore, et al., 2000)。

III. 教導護理人員運用「5R」來增加戒菸動機，5R 包括戒菸的理由要與個人有相關性(Relaeance)、吸菸的危害(Risk)、不吸菸的好處(Reward)、去除戒菸的障礙(Roadblock)、反覆嘗試(Repetition）(Fiore, et al., 2000)。

IV. 教導護理人員如何簡易指導他人戒菸及如何在每日業務中推動菸害防制，例如使用「 護理人員菸害防制自我學習」相關的指引作為個人的學習教材，並善用各類戒菸資源單張，透過簡短的活動、練習、問題模擬，以熟練推動菸害防制及戒菸指導技巧。

V. 與相關醫療團隊人員一起帶領戒菸教育分組討論。

(2) 於院內或院外辦理菸害防制及戒菸教育

I. 定期於門診、病房等地區進行戒菸宣導。

II. 運用不同的教學方法，如問答、視聽、遊戲、小組討論等，及不同的媒介資源，如海報、各相關單位印行出版的單張及手冊、影片、一氧化碳測量儀等。其中目前廣泛使用的 DVD 影片有，重生的機會、尼古丁的癮等。

III. 每次辦理菸害防制相關教育課程後，能針對參與者及整體課程進行評值。

4、有計畫且循序漸進辦理各項反菸教育活動，包括海報張貼、禁菸標誌、菸品危害教育、設計菸害防制網頁，以及配合政策或世界禁菸日辦理相關活動。

5、舉辦民眾、病人或家屬戒菸班

可以參照台安醫院清新戒菸班課程規劃。完整清新戒菸計畫共有 8 次課程，分散在 4 週內，第一次上課是引發戒菸動機與讓吸菸者了解戒菸的過程，為日後做好心理準備，第二次是教導戒菸後將面對的方法與技巧。第 3-5 次課是戒斷症狀處理，包括挫敗、憤怒等心情處理，第 6-7 次處理戒菸後的新問題，包括體重增加與壓力處理，並體會戒菸的好處，第 8 次預防復發。這部分台安醫院有編輯完善的教材，包括主持人手冊、學員個人講義、學員個人手冊等。

6、進行菸害防制相關議題的探討，例如有效防制菸害的重要處置、建立反菸活動的重要成效指標、評值所辦理各項反菸活動的成效，以證實菸害防制推動的實質效果。

7、建立無菸環境

二手菸對人體有傷害，也可能引發原本就有疾病的患者，如氣喘發作。目前醫院都是全面禁菸，但是還是有人會吸菸。保護病患、家屬與員工具體的執行措施包括：

(1) 於醫院入口張貼明顯禁菸標誌。

(2) 容易有人吸菸的地區，如樓梯間等區域張貼禁菸標誌。

(3) 每小時播放宣導院內全面禁菸

(4) 每日定期派人巡邏院區，勸導吸菸者不要在院區內吸菸。

參考文獻

1. 曾雅玲、張媚（2004)。護理人員於反菸行動之角色功能，護理雜誌，50(5)，74-78。
2. 曾雅玲、陳淑齡、林綽娟（2005)。由生態系統理論視角探討應用於護理實務之菸害防制架構，長庚雜誌，15（1)，65-72。
3. Andrews JO, Tingen MS, Harper RJ. A model nurse practitioner-managed smoking cessation clinic. ***Oncology Nursing Forum*** 1999; 26: 1603-1610.
4. Fiore, M. C.,et al. (2000). Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services.

醫院衛教人員菸害防制角色

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　　研究者

協助病患戒菸流程

詢問(Ask)病患吸菸狀態
了解病人是否有吸菸，並登錄吸菸狀態

建議(Advice) 戒菸
1. 建議所有吸菸的病患戒菸。
2. 對於戒菸意願不高的病患，可以運用「5R」來增加病人戒菸動機：戒菸的理由與個人相關(Relaeance) 、強調吸菸的危害(Risk)與不吸菸的好處(Reward)、克服戒菸的障礙。(Roadblock)、目前沒有打算戒菸，下次就再建議戒菸(Repetition）

評估(Assess) 病患戒菸意願與困難
1. 吸菸身體依賴(尼古丁成癮程度測試表)。
2. 心理的依賴(改善心情、紓解壓力、專心思考)與社交的依賴(應酬、交朋友)。
3. 睡眠品質評估(會失眠、要抽菸提神)。
4. 戒菸意願與以前戒菸經驗。

協助(Assist)戒菸
1. 協助取得門診戒菸等資源。
2.提供諮詢以解決戒菸過程中的困難。
3.確定病患有正確使用藥物且使用適當藥物。
4.給予戒菸者情緒支持與鼓勵繼續戒菸

安排(Arrange) 下次追蹤與轉介
1. 安排下次追蹤的時間。
2. 當病患未回診時，主動連絡病患，了解戒菸困難與未回診原因，鼓勵繼續治療。
3. 與其他戒菸單位形成網路，遇到難以戒菸的病患轉介其他更專門的戒菸單位。

菸害防制推動具體內容

整合全院醫護人員勸導吸菸病患戒菸
1. 建立全院護理人員勸導戒菸與轉介標準作業流程。
2. 在職訓練中教育所有醫護人員，以整合全院資源做全面戒菸勸導與轉介。
3. 對於所有的病患，詢問吸菸狀態、鼓勵有吸菸的病患戒菸、提供轉介戒菸服務

執行菸害防制計劃與提供諮詢
善用各類戒菸資源單張
定期追蹤

計畫且循序漸進辦理各項反菸教育活動
海報張貼、禁菸標誌
菸品危害教育、設計菸害防制網頁
舉辦戒菸班

進行菸害防制相關議題的探討
有效防制菸害的重要處置
建立反菸活動的重要成效指標
評值所辦理各項反菸活動的成效

建立無菸環境
於病室內張貼戒菸標誌或小型宣導海報
公共區域張貼菸害防制宣導標語
每日按時播放宣導院內全面禁菸
對於在院區內吸菸的人給予勸阻

圖一 臨床工作人員菸害防制推動原則與具體內容

二、社區工作人員之角色功能與推動模式

苗迺芳 蔡麗雲

背景

菸害防制是現今世界各國所重視的健康議題，現今政府與民間反菸團體除了積極推動各項法規的制定外，也陸續從學校、職場、軍隊及家庭（順序顛倒，將家庭擺放至最後）等不同場域來推動菸害防制計畫，尤其社區更是各相關機構合作的重要場域，因此社區衛教人員應配合政府政策共同營造無菸社區，希望在全民的努力下創造出「無菸台灣」的目標。故社區衛教人員在菸害防制扮演極重要之角色，經由運用 5A 推動原則與具體執行內容反應推動成效（如圖一）。

(一)、社區衛生專業人員的角色與功能

社區衛教人員在菸害防制上扮演的角色包括：（1）照護提供者 (Care Provider):評估吸菸及非吸菸民眾的需要，與民眾共同討論合適的戒菸、反菸、拒菸計畫；（2）教育者(Educator):找出社區的吸菸高危險群（如吸菸民眾），運用教學原理與原則，教導吸菸民眾一同改變其吸菸行為，以達到預防疾病（原：疾病預防）或促進健康（原：健康促進）的目標;（3）健康代言者(Health Advocate Role)：倡導「我不吸菸、拒吸二手菸」的觀念，強化社區民眾對健康的重視；（4）個案管理者(Case Manager):找出吸菸民眾並評估其戒菸的需求，協助選擇合適的戒菸方式、轉介社區戒菸資源，提供完整的服務並進行持續的追蹤；（5）研究者(Researcher)：進行菸害防制或戒菸教育的相關研究，提升戒菸成效；（6）諮詢者(Consultant):提供社區吸菸及非吸菸民眾與健康有關的諮詢服務；（7）個案發現者(Case finder):社區衛教人員必需主動出擊，找出社區內需要接受戒菸及相關健康服務的民眾（包括吸菸及非吸菸民眾），如此才能早期發現民眾需求、早期管理。

(二)、社區菸害防制計畫的推動

社區衛教人員在推動菸害防制時，可參考美國疾病管制局（CDC）規劃之「綜合性菸害防制計畫之評價架構」、「最佳實務性綜合性菸害防制計畫」 （2001a, 2007b）及由國際指引中心（National Guideline Clearinghouse [NGC], 2008）利用實證方法評析美國奧蘭多註冊護士協會（Registered Nurses Association of Ontario

[RNAO]）發展之「整合性菸害防制於每日護理實務」中所建議的步驟進行之。具體的策略如下：

1、組織與策動相關團體推動菸害防制計畫

社區衛教人員必須先了解社區的文化和居住民眾相關的背景資料，了解該社區的吸菸群體。可邀請社區中菸害防制團體及相關人員協助菸害防制的推動，並與當地衛生所（台北市為：健康服務中心）、醫院（如：戒菸門診）等機構組成菸害防制網絡。並推行實證基礎的知識及訓練增加其菸害防制宣導的能力，菸害防制團體及相關單位包括:(1)衛生所（台北市為：健康服務中心）工作人員，(2)教育機構，(3)鄰里長，(4)有興趣降低吸菸率的結盟團體，(5)私人企業和相關協會，(6)宗教團體、社區團體， (7)受到菸害影響的民眾，(8)醫療機構，(9)執法人員等。

2、發展與執行菸害防制計畫

發展適合該社區的菸害防制計畫，且須訂有明確的目的、目標及可行的活動策略，並建立與政府相符合的地方性行動策略計畫。社區菸害防制計畫要考量的健康問題包括：(1)該社區與吸菸相關的健康問題為何？對社區的影響為何? (2)吸菸所引發的問題大小為何？(3)吸菸相關健康問題的決定因素為何？(4)戒菸的目標對象為何？(5)戒菸對民眾可能會發生什麼樣的改變和影響？推行的戒菸計畫應與社區基礎的措施相結合，而活動的計畫可包括：（1）社區計畫：減少社區民眾吸菸；（2）慢性病計畫：減少社區民眾罹患與吸菸有關的疾病；（3）學校計畫：預防或減少學生吸菸；（4）執行菸害防制的政策；（5）反行銷：用來減少社區民眾接收有關鼓勵吸菸的訊息，增加戒菸有利健康的訊息和影響；（6）預防及戒菸計畫：預防青少年抽菸或協助社區青少年和成年人戒菸；（7）監測和評值：監測戒菸活動的進行並記錄執行計畫的情況。可在社區中施行的具體菸害防制活動策略：

(1).社區民眾吸菸狀況評估

I. 可由鄰里長協助定時辦理社區吸菸民眾評估活動。如：定時於里民活動中心舉辦，並記錄被評估的社區吸菸民眾及吸菸所產生的結果。對於未參與的民眾，由鄰里長協助鼓勵參與。

II. 於社區各項與健康相關的活動中(如：義診、篩檢)，加入民眾吸菸史的評估。

III. 對於有吸菸的民眾，可運用「尼古丁成癮程度測試表」、「一氧化碳濃度測量儀」進行測試，同時告知吸菸民眾測試結果，並依據測試結果給予戒菸衛教單張或轉介戒菸門診。

IV. 運用 5A 原則及技巧，鼓勵吸菸民眾戒菸及轉介有意願戒菸的民眾至社區醫療院所之戒菸中心或戒菸門診。

(2) 辦理里民健康講座

I. 內容包括：吸菸對健康的危害、戒菸的方法等。

II. 可結合社區活動辦理菸害防制相關講座。

III. 運用不同的教學方法(問答法、視聽法、遊戲、小組討論等)，及不同的菸害防制海報、各相關單位印製出版的戒菸單張及手冊、影片、一氧化碳測試儀等。目前已發行且被推薦使用的 DVD 影片有：重生的機會、尼古丁的癮系列等。

IV. 運用戒菸民眾的 5R 來增加戒菸動機，5R 包括：個人的相關性(Relaeance)-描述個人戒菸的理由、吸菸的危害(Risk)-找出吸菸的負面影響、不吸菸的好處(Reward)、戒菸的障礙(Roadblock)、反覆嘗試戒菸(Repetition)

(3) 推動社區無菸環境

I. 鄰里長協助發放禁菸標誌或小型宣導海報給住家民眾，共同推行無菸家庭。

II. 鄰里長協助發放禁菸標誌或小型宣導海報給社區商家，鼓勵張貼可藉此提醒商家員工及往來顧客。

III. 社區公共區域張貼菸害防制宣導標語。

IV. 與社區中學校共同推動無菸校園。

(4) 社區戒菸追蹤系統

可與社區中衛生相關單位及社區醫院建立網絡，定時追蹤社區民眾的戒菸成效，視需要再提供戒菸相關資訊。

(5) 訓練社區戒菸志工

訓練社區中有意願推動菸害防制之民眾，使其成為戒菸志工，共同協助社區無菸計畫及相關活動的推廣。

(6) 藉由市場宣傳來降低社區特定族群開始吸菸的目標，例如：

I. 提升對吸菸有害的知識和認知（短程結果）。

II. 與吸菸有關的態度和信念之改變（中程結果）。

III. 與吸菸有關的行為之改變（長程結果）。

IV. 吸菸率和開始吸菸年齡的改變（長程結果）。

V. 死亡率和疾病發生率的改變（長程結果）。

3、發展一套完善菸害防制計畫的評估標準

(1) 人們對於戒菸的態度和信念之改變、對於計畫的了解和支持、對於菸害防制政策執行的看法。

(2) 與吸菸有關的行為和想法之改變。

(3) 環境的改變，如：公共政策和私人政策的改變、強制執行不賣菸給未成年民眾的規定等。

(4) 社區吸菸民眾的改變，如：開始吸菸的平均年齡、每人平均吸菸的花費、吸菸率的變化等。

(5) 死亡率和疾病發生率的改變。

4、進行菸害防制推動的成效評值

(1) 定時將社區推動情形及相關建議告知參與社區菸害防制計畫的相關團體及人員，以調整實際執行方式。

(2) 定時將社區推動成效公告於社區中，如無菸家庭、無菸餐廳戶數的增加等，使民眾更清楚整個菸害防制計畫的進行。

(3) 可於社區各種活動中，增加民眾對菸害防制相關認知的評值，並適時給予獎勵 (型式不拘)。

5、散播菸害防制推動的成效

一個有效的健康社區措施應該將策略、適當的文化及高影響力的訊息傳遞出去。將評價結果分享給關鍵人員和其他有興趣者，將計畫推動的過程或經驗傳播出去，傳統的健康社區措施及市場宣傳策略範圍相當廣泛，包含：電視、廣播及宣傳單等，但改革的健康社區措施應再包含個人特定的溝通管道（如：文字訊息）及線上網路（如：網誌或部落格）。透過上述宣導方式與民眾分享，更有助民眾瞭解菸害防制之成效。

參考文獻

1. Centers for Disease Control and Prevention（CDC）. (2001). Introduction to program evaluation for comprehensive tobacco control programs. Atlanta, GA (GO): CDC.
2. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2007). Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta, GA (GO): CDC.
3. Natinoal Guideline Clearinghouse [NGC]. Integrating smoking cessation into daily nursing practice. http://www.guideline.gov, Mar. 4, 2008.

社區衛教人員菸害防制角色

照護提供者　　教育者
健康代言者　　個案管理者
研究者　　諮詢者
個案發現者

菸害防制推動原則

詢問(Ask)：
了解民眾是否有吸菸

評估(Assess)
吸菸行為/吸煙史/「尼古丁成癮程度測試表」
評估病人的戒菸意願與行動
了解病人的困難並協助處理
延伸至病人主要照顧者、其他家庭成員或訪客

建議(Advice)
運用「5R」來增加病人戒菸動機：
個人的相關性(Relaeance) 、吸菸的危害(Risk)
不吸菸的好處(Reward)、戒菸的障礙(Roadblock)
反覆嘗試(Repetition）

協助(Assist)
戒菸教育、單張
提供諮詢
安慰戒菸者於戒菸過程中所產生的挫折感

安排轉介與追蹤(Arrange)
轉介戒菸單位
以面對面或電話方式，定期追蹤
與衛生相關單位及社區醫院建立網絡

菸害防制推動具體內容

與相關團體共同推動菸害防制計畫
了解社區文化、民眾背景資料及吸菸群體
與當地鄰里長、醫院、衛生所、相關團體協助菸害防制的推動及組成菸害防制網絡並訓練菸害防制宣導能力

發展與執行菸害防制計畫
1. 訂定明確的目的、目標及可行的活動策略
2. 社區菸害防制健康問題考量
   (1) 該社區與吸菸相關的健康問題及影響為何?
   (2) 吸菸所引發的問題大小為何？
   (3) 吸菸相關健康問題的決定因素為何？
   (4) 戒煙的目標對象為何？
   (5) 戒煙對民眾可能會發生什麼樣的改變和影響？

執行具體菸害防制活動策略
辦理里民健康講座、推動社區無菸環境、社區戒菸追蹤系統、訓練社區戒菸志工、藉由市場宣傳來降低社區特定族群開始吸菸的目標、培養菸害防制護理種籽師資、 提供菸害防治諮詢、海報張貼、禁菸標誌、設計菸害防制網頁、舉辦戒菸班

發展完善菸害防制計畫的評估標準
對戒菸的態度、信念、行為和想法之改變、及菸害防制政策執行的看法
環境的改變，如：公共政策和私人政策的改變、強制執不賣菸給未成年民眾的規定等
社區吸菸民眾的改變，如：開始吸菸的平均年齡、每人平均吸菸的花費、吸菸率的變化等
死亡率和疾病發生率的改變

進行菸害防制推動的成效評值
定時將推動情形進行報告與檢討
定時將社區推動成效公告於社區中
於社區活動中，增加民眾對菸害防制認知的評值，並適時給予獎勵

散播菸害防制推動的成效

圖一 社區衛教人員菸害防制推動原則與具體內容

三、學校衛生工作人員之角色功能與推動模式

苗迺芳

背景

推動健康促進計畫是學校衛生工作人員職責之一，教育部自 2001 年開始推動「學校健康促進計畫」，2002 年行政院衛生署亦開始推動「學校健康促進計畫」及「學校健康營造計畫」，2004 年 9 月 13 日教育部與行政院衛生署共同推動健康促進學校，開始於各縣市推動成立健康促進學校，並逐步全面推動，健康促進學校包含學校衛生政策、健康服務、健康教學及活動（個人健康技能）、學校物質環境、學校社會環境、社區關係等六項行動層面（黃，2005）。總而言之，發展健康促進學校不僅有利於學生健康的成長，學校的教職員工、家長和其他社區居民也皆能蒙受其利，享有健康的生活，其中菸害防制為重要的一工作項目，值得學校衛生工作人員的重視。

(一)、學校衛生工作人員的角色與功能

學校衛生工作人員應致力於促進與維護學生的健康，讓學生們能獲得最大限度的健康發展，學校是影響吸菸行為的重要環境，學校中的教師及同學對學齡期及青少年有莫大影響，其影響往往是透過面對面的互動產生，因此與學生互動頻繁的教師或護理人員對吸菸的態度益形重要。學校衛生工作人員在菸害防制上扮演之角色包括：(1) 健康促進者：評估吸菸者及非吸菸者的健康需要，計畫並執行合宜的學校戒菸、反菸、拒菸計畫；(2) 健康教育者：在學校中找出高危險群（如吸菸的教職員生和學生家長），教導並與其一同改變吸菸行為，以達到疾病預防或健康促進的目標；(3) 健康倡導者：倡導「無菸校園」、「無菸環境」和「我不吸菸、拒吸二手菸」等理念，強化學校教職員生和學生家長對健康的重視；(4) 健康管理者：找出吸菸者並評估其戒菸的需求性，協助其抉擇合宜的戒菸方式、轉介社區戒菸資源，提供完整性的服務及持續性的追蹤；(5) 健康輔導者：對於戒菸者和想要戒菸者提供戒菸的輔導與追蹤；(6) 健康服務者：找出學校中需要健康服務的教職員生和學生家長，以便早期發現個案、早期管理。

(二)、學校菸害防制計畫的推動

學校衛生工作人員在推動無菸校園上扮演極重要的角色，具體的做法如下(見圖二)（李等，2004；李等，2005）：

1、成立無菸校園工作推動委員會，進行學校菸防制政策的規劃、執行、提供建議及政策宣傳

整體性的無菸校園工作執行與評價包括：(一)成立無菸校園工作組織；(二)規劃無菸校園政策；(三)提供無菸校園健康服務；(四)塑造無菸校園文化；(五)強化學校、家庭及社區之聯繫與合作；(六)發展菸害防制教育課程，及(七)評價無菸校園計畫等（中華民國學校衛生學會，2004)。

2、規劃與推動菸害預防教育

協助學生瞭解吸菸對個人的影響，分析吸菸對日常生活與人際關係的影響，瞭解不吸菸的利益，發展做決定的能力，練習壓力調適的方法，抗拒媒體廣告的影響，演練拒菸的技術，及瞭解並落實「無菸校園環境」。

推動學生菸害預防課程時可以參考表 3-1 的內容加以歸劃，表 3-1 是參考美國疾病管制局的菸害預防課程教學概念一覽表，教學概念分成知識、態度、和技巧三部份，依據學習層次發展的差異，由淺入深，設計出一套完整的教學概念。

3、執行戒菸教育

戒菸教育旨在針對已經吸菸的學生、家長及教職員工，進行戒除吸菸的一系列教育宣導活動，包括學生戒菸班、吸菸學生個別輔導、成立「戒菸資訊站」、及建立「戒菸轉介服務系統」等要項，可以具體執行的方案包括：

(1) 開設吸菸學生戒菸班

針對學校內吸菸學生，開設戒菸教育課程，以專題演講與小團體等方式進行教學，並輔以個別戒菸輔導，幫助吸菸學生戒菸與減菸。

(2) 吸菸學生個別輔導

吸菸學生參加戒菸班期間，整合校內資源，由相關教師進行個別輔導，運用專業輔導知能與跨理論模式、及 5A、5R 原則，針對戒菸班學生給予適切的個別化戒菸輔導。

(3) 成立「戒菸資訊站」

於健康中心設置「戒菸資訊站」，學校護士擔任站長，採取主動出擊的策略，提供學校教職員生及家長相關資訊與諮詢，服務項目包括：提供戒菸文宣資料、戒菸健康諮詢、轉介戒菸門診、轉介戒菸專線、及轉介醫院戒菸班等。

(4) 建立「戒菸轉介服務系統」

建立「教職員生戒菸轉介服務系統」(圖 3-1)，由學校護士主動出擊，進行全校教職員工戒菸資訊站服務需求調查，對於需要戒菸訊息與服務的員工，建立一套個人化轉介服務系統，以利於日後追蹤服務與評估。

4、推動校園拒菸活動

校園拒菸活動的重點，係將菸害的概念融入校園生活之中，藉由日積月累、潛移默化之效果，培養教職員生拒菸、反菸的態度和行為，執行方案有：

(1) 活動類：包括無菸校園徽章/短文/標語/海報徵選、班會主題討論、有獎徵答、無菸公廁競賽、「踢除菸蒂日」活動等。

(2) 教育類：包括課程領域學習單、專題演講等。

(3) 文宣類：包括禁菸海報張貼、網頁設計等。

(4) 運動休閒類：包括三對三拒菸籃球賽、反菸飆舞賽等。

5、結合學生家長共同參與建立無菸校園

家庭環境是影響學生生長發育的重要所在，家長的想法和態度更是影響學生是否吸菸、拒菸態度、反菸態度的重要因素，所以在校園菸害防制工作上，家長的參與是一項重要的催化作用，執行方案有：

(1) 發送「給家長的一封信」或「學生戒菸班」家長通知單。

(2) 家長會協助、參與無菸校園工作。

(3) 學校日宣導活動。

(4) 無菸家庭宣導。

(5) 愛心媽媽/志工家長參與無菸校園工作。

(6) 家庭二手菸害調查。

6、與社區結盟共同推動拒菸

社區、學校和家庭的結盟，可以使菸害防制的工作從點擴展至面，不只在校園內是無菸的環境，更擴展至學校周圍的社區及教職員生的家庭，讓我們所生活的環境是徹底的「無菸」。執行方案如下：

(1) 建立社區資源名冊。

(2) 成立「社區拒菸團隊」。

(3) 推動「無菸商店」結盟。

(4) 加強進行「無菸商店」的教育宣導。

(5) 持續監督社區商家落實「無菸商店」和「不販售菸品予青少年」政策。

7、塑造無菸校園環境

無菸校園環境的塑造必須靠行政力量的推動和學生班級風氣的配合，無菸校園環境的營造可以執行的方案如下：

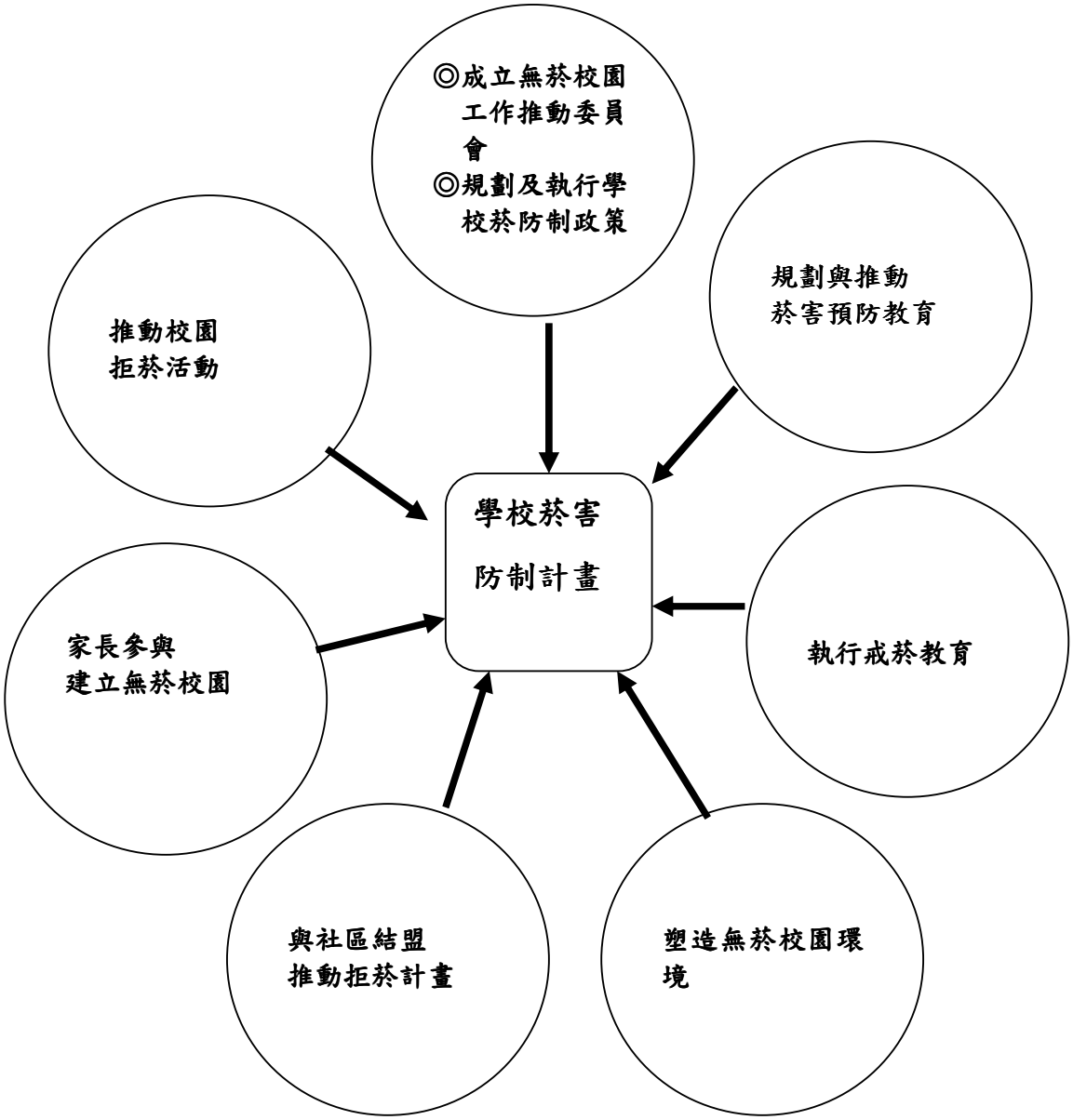
(1) 在校門口、川堂、學生活動中心、體育館、圖書館張貼禁菸標誌或標語，或在公佈欄張貼無菸宣傳海報和學生無菸的競賽作品。

(2) 在週會或升旗時宣布學校的無菸政策。

(3) 舉辦由各班協助清除校園菸蒂的活動。

(4) 教師作為不吸菸的角色楷模：由校長帶領教職員和學生宣誓不吸菸的諾言。

(5) 同儕的互相關懷：各班級設立關懷信箱，培養學生互相關懷的精神。



圖二　學校菸害防制計畫推動架構

表 3-1　菸害預防課程教學概念一覽表

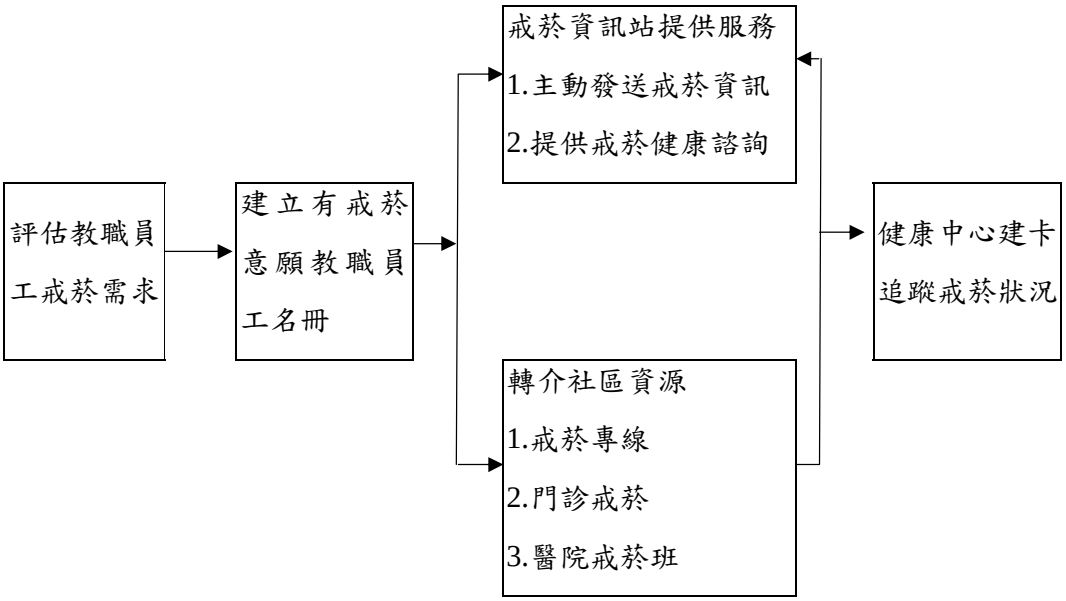
吸　菸　預　防　教　學　概　念	小學 五年級	國中 一年級	高中職 一年級
知識：學生將學習			
• 藥物是一種會改變身體機能的化學物質	●		
• 所有形式的菸草都含有尼古丁	●		
• 菸草含有尼古丁以外的其他危險物質	●	●	●
• 吸菸對健康是有害的	●		
• 很多吸菸的人很難戒除	●		
• 吸菸是不健康的壓力調適的方法	●	●	
• 吸菸無法使人變的成熟	●	●	●
• 菸菸對任何吸入者都是有危險的	●	●	●
• 有些廣告企圖說服人們吸菸	●	●	●
• 孕婦吸菸會危害胎兒	●	●	●
• 維持一個無菸環境有益健康	●	●	●
• 大部分的青少年和成人是不吸菸的	●	●	●
• 環境的菸菸對於健康是有害的	●	●	●
• 所有各式菸品中所包含的尼古丁是一種成癮物質	●	●	●
• 吸菸會產生短期和長期的生理的、外觀的影響	●	●	●
• 個人的感覺、家庭、同儕及媒體會影響吸菸的決定	●	●	●
• 菸品廣告常針對青少年為對象	●	●	●
• 青少年可以抵抗同儕吸菸的壓力	●	●	●
• 法律對於菸草的使用與販賣有所規範	●	●	●
• 菸草製造業者使用各種策略來針對年輕人做廣告，例如使用「形象」（image）廣告	●	●	●
• 很多火災是由吸菸者所引起的		●	●
• 吸菸會產生短期與長期的生理的、外觀的、社會的及經濟的影響		●	●
• 吸菸及使用無菸菸草會對健康有直接的影響		●	●
• 吸菸是不健康的壓力調適或體重控制的方法		●	●
• 戒菸計畫是可以成功的		●	●
• 學校及社區組織可以推動一個無菸環境			●
• 很多人覺得戒菸是困難的，即使他們了解吸菸對健康的危害			●
態度：學生將表現出			
• 個人承諾不吸菸	●	●	●
• 以選擇不吸菸為榮	●	●	●

吸 菸 預 防 教 學 概 念	小學 五年級	國中 一年級	高中職 一年級
• 支持他人不吸菸的決定	●	●	●
• 對自己的健康負起責任	●	●	●
• 對於自己做決定的能力有信心	●	●	●
• 對於自己拒菸的能力有信心		●	●
• 願意運用學校及社區的資源來獲得資訊以及協助拒菸或戒菸			●
技巧：學生將能			
• 表達關於吸菸的知識和個人態度	●	●	●
• 鼓勵他人不要吸菸	●	●	●
• 描述一個無菸環境的好處	●	●	●
• 對於菸品廣告及其他促銷產品提出反對的論點	●	●	●
• 表現出做決定的技巧	●	●	●
• 表現出拒菸的技巧	●	●	●
• 支持嘗試戒菸的人	●	●	●
• 辨識並對抗菸品廣告與其他促銷產品的策略		●	●
• 發展面對父母親吸菸及其他困難情境（例如：同儕吸菸壓力）時的因應方法		●	●
• 要求一個無菸環境		●	●
• 運用學校及社區的資源來獲取資訊以及協助拒菸或戒菸			●
• 推動學校及社區的行動方案來支持一個無菸環境			●

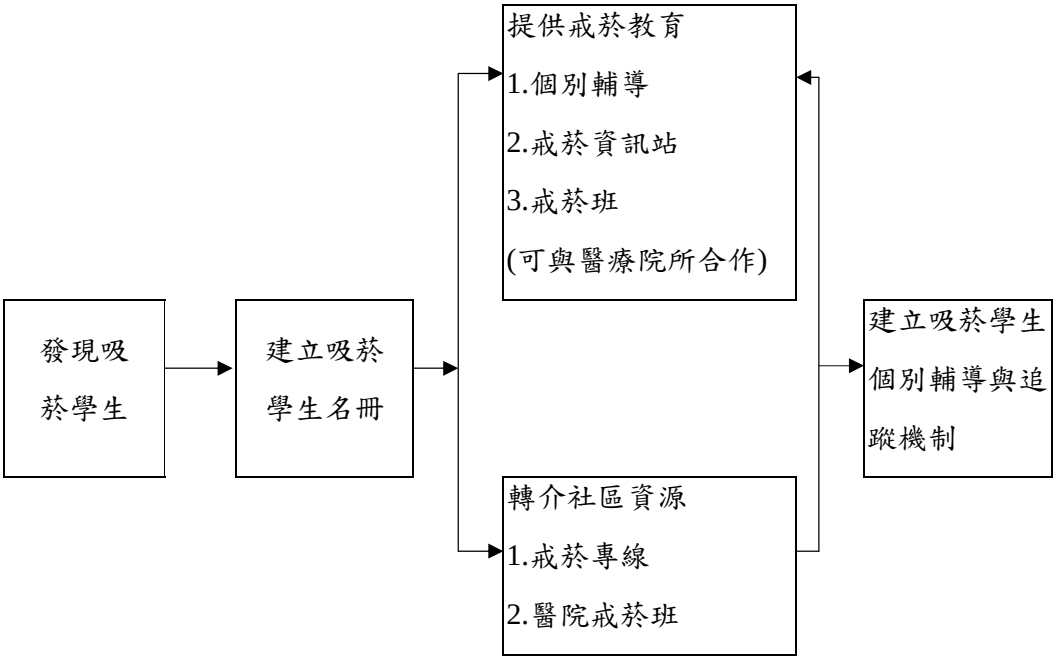
資料引自：李等（2004）：行政院衛生署國民健康局研究報告：閃亮的青春臺北市無菸校園輔導計畫。

圖 3-1 學校教職員生戒菸轉介服務系統

轉介服務系統（I）－教職員工



轉介服務系統（II）－吸菸學生



資料引自：李等（2004）：行政院衛生署國民健康局研究報告：閃亮的青春臺北市無菸校園輔導計畫。

參考文獻

1. 中華民國學校衛生學會（2004）：台灣地區國小、國中、高中（職）無菸校園輔導計畫工作指引。
2. 李景美、林世華、苗迺芳、廖信榮、李淑卿、龍芝寧、林宜蕙、顏麗娟、周怡汝（2004）：行政院衛生署國民健康局研究報告：閃亮的青春臺北市無菸校園輔導計畫。
3. 李景美、苗迺芳、林宜蕙、廖信榮、李淑卿、龍芝寧、顏麗娟、林世華、周怡汝(2005)。閃亮的青春--推動台北市無菸校園計畫，學校衛生，46:117-137.
4. 黃松元（2005）：行政院衛生署國民健康局「健康促進學校－教學資源發展中心」研究計畫。中華民國學校衛生學會。

四、職業衛生工作人員之角色功能與推動模式

苗迺芳 陳靜敏

背景

國人一生大約經歷 40 年的工作生涯，平均每天三分之一時間，每週五天於工作職場，職場中如有菸害暴露情形，將對職工的健康產生重大影響。特別是多數職工正值中壯年，若健康發生問題將對企業、家庭、國家社會造成重大傷害。有鑑於此，衛生署國民健康局推動職場菸害防制，結合了衛生單位及勞工單位，跨部會並與業界聯手，以期讓職場成為一塊無菸害的淨土。而在職場中職業衛生護理人員與職工接觸的機會遠較其他衛生專業人員頻繁，又因與員工間互為同事關係，因此深獲員工信任，而所擁有的專業知識，更使其具備對員工提供正式教育的能力，故教育員工認識菸害、鼓勵及協助其戒菸，是職業衛生護理人員責無旁貸的責任。

推展無菸職場計畫的經濟效益已被許多研究證實，研究顯示，有 97%的民眾認知二手菸有害健康，推行無菸職場可使員工因罹患相關疾病減少，降低缺席率，同時也減輕雇主醫療費用負擔。此外，國內每年因菸蒂引起的火災事故超過一千多件，推行無菸職場不僅能避免工作意外及職場災害發生，更可降低財物損失。是以，無菸職場的推行既可保障職工一個無虞安全之工作職場，又可避免雇主無謂之公司財產損失，達到雇主、員工、家庭與社會四贏的目標。職業衛生護理人員在工作職場推動菸害防制方面之活動即為健康促進之執行，不僅是兼顧職場健康照護的意義，並且考量到員工之健康管理問題，可降低雇主非必要的醫療花費，提高生產力與工作士氣，亦能改善職場人際關係。

(一) 職業衛生人員的角色與功能

職業衛生人員應該具備健康照護、行政管理、協調者、職業危害評估、職業安全衛生教育者、心理諮商、及研究者等七項的角色與職責。特別是在菸害防制計畫方面，推動的重要策略如下(見圖三)（陳等，2005）：

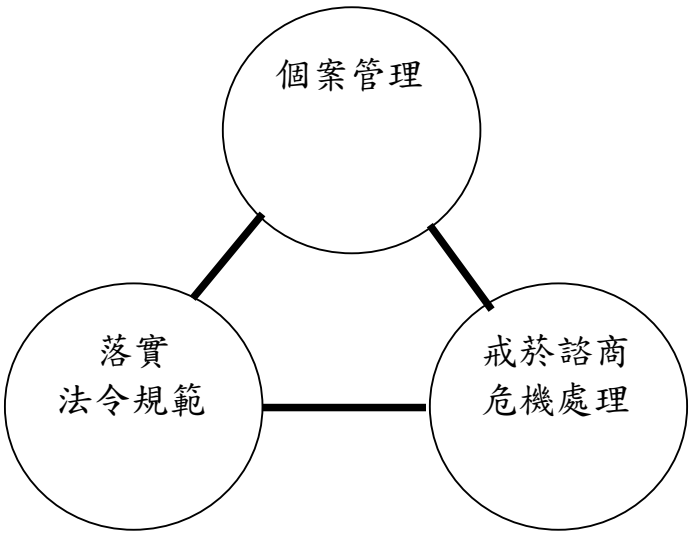
1. 個案管理：在工作場所的菸害防制工作方面，職業衛生工作人員應該參與無菸政策的決策、解決菸害的問題或員工戒菸的需求，並由自主性的判斷、溝通協調,在工作場所設計、執行各項菸害防制活動,包括吸菸個案的管理，並

透過員工的需求評估,執行適切的菸害防制活動或提供戒菸者必要的轉介與追蹤。

2. 戒菸諮商與危機處理：環境菸害會造成員工的健康危害與雇主的成本負擔，為保護員工免於暴露於環境菸害，公司應當限制在工作場所吸菸，並進一步的提供員工與其家人戒菸的協助。此外，對職工個人的戒菸動機與相關支援亦有詳細的說明，如解說個人雖因戒菸在生理上會產生不舒服，但戒菸的益處會很快出現；提供工作場所戒菸的支持的多種選擇，例如：小手冊、視聽帶、及錄影帶；還有於廠內或社區舉辦團體行為改變課程；有些社區也在工作場所主辦與健康有關之講座，吸菸員工能從主題課程至相關轉介上得到不同協助。而針對曾戒過菸之再吸菸者，面對其可能產生的生理上不適感事先提供具體方法幫助其克服障礙。

3. 遵循、落實法令規範：包括菸害防制法、工作場所的菸害防制政策。我國的菸害防制法對於各類事業單位隸屬於「不得吸菸」或「除吸菸區（室）外，不得吸菸」有明文之規定，職業衛生工作人員可列出目前與職場禁菸相關的法規(例如菸害防制法)，說明並遵循工作場所需受約束為無菸職場的必要性。

監督員工的健康，杜絕二手菸造成的環境危害。目前各事業單位都聘有專業的工業安全衛生技師，因此職業衛生工作人員可以主動地以協同者的角色，與其共同進行事業單位中的職業危害評估。而針對菸害防制，職業衛生工作人員除透過環境評估確認無菸環境的落實外，更可透過定期篩檢、醫療諮詢了解可能的二手菸危害。



圖三　職場菸害防制計畫推動架構

參考文獻

陳靜敏、方郁文、苗迺芳、陳怡樺、張淑芳、李媚媚、蕭伃伶、吳美月、屈蓮、謝佳容、彭秀英、陳美滿(2005)。社區衛生護理學，新文京出版公司。

肆、戒菸衛教人員如何協助個案戒菸

陳靜敏

因為吸菸者經常會尋求戒菸專業人員來協助戒菸，所以訓練一位健康專業人員成為專責戒菸衛教人員被認為是對抗菸害問題及營造無菸生活的最佳人選。更具體的來說，戒菸衛教人員因為其具備有專業的知識和訓練，最能夠提供給民眾相關菸草的危害，能在預防和治療菸害上扮演著重要的角色。國內外已有多篇研究證實專業戒菸人員執行的戒菸工作是非常有效的，在醫療團隊中醫師的權威和說服力，搭配戒菸人員的諮詢、追蹤，可使戒菸更具成效。

一、評估個案成功戒菸的可能性

為了幫助個案成功戒菸，首要的是評估個案對菸草的依賴程度。而評估菸草的依賴程度最好是使用已經被認可的測量方法，像是**尼古丁依賴程度量表** (Fagerstrom Tolerance Questionnaire for Nicotine Dependence, FTND，表 4-1)，這個量表是以 1 至 9 分來測量個案對菸草的依賴程度，其閾值為 5 分或更高，以 7 分來區分個案是屬於高或低程度的依賴。若以美國精神協會訂定的第四版疾病診斷，依賴菸草者就等於是成癮個案，同樣的，在世界衛生組織 ICD-10 分類中，菸草依賴者也被歸類為心理和行為障礙。

還有其他測量菸草依賴的方法，例如吸菸的動機。吸菸動機問卷是評估一位吸菸者對於吸菸的形象、吸菸的習慣、藉由吸菸來提高自信和吸菸對於緩解壓力或焦慮的動機。這些測量確認了個案的吸菸行為並不僅僅是單純對尼古丁的依賴，同時也是因為心理需求所致。在鼓勵戒菸時一般不會常規性進行吸菸動機的測量，但如有做這份問卷可以對吸菸者是否為尼古丁依賴及其吸菸動機有一些瞭解。

研究顯示有些措施可以有效幫助人們戒菸，不單只是個別的吸菸者，還包括整個社會團體。吸菸對任一個健康照護系統造成很大的負擔，不管任何年齡層，吸菸者的醫療照護成本都高於未吸菸者。有半數的吸菸人口是會持續吸菸直到他死亡，在這些人中又有一半的人可能活不到 69 歲。許多吸菸者會表示想要戒菸但發現這過程太困難了。身為戒菸專業人員，如果妳能幫助吸菸者戒菸，這將是你/妳對他或她的健康照護所做的最大貢獻。

表 4 - 1 尼古丁依賴測試 (Fagerströem Test for Nicotine Dependence , FTND)

問題	回答	計分	小計
1.您起床後多久抽第一支菸?	5 分鐘內	3	
	5-30 分鐘	2	
	31-60 分鐘	1	
	60 分鐘以後	0	
2.您在禁菸場所不能吸菸會讓您難以忍受嗎？	是	1	
	否	0	
3.您每日抽的菸品中，最不願意放棄的是哪一支？	早晨第一支	1	
	其他	0	
4.您一天最多抽幾根菸？	10 根以下	0	
	11-20 根	1	
	21-30 根	2	
	31 根以上	3	
5.起床後幾小時內是您一天中抽最多支菸的時候嗎？	是	1	
	否	0	
6.即使生病臥床您還是會吸菸？	是	1	
	否	0	
		總分	

註：估算得分總計，得分 6 或以上的人戒菸需要外來的協助，可能要 NRT 或諮商解決戒菸的障礙與克服戒斷症狀。

1. 健康的危害

當菸品被過度使用時，它是唯一合法可以用來殺人的消費產品

有某些國家，因為缺乏大眾健康宣導活動或對菸品的警告，吸菸者難以得知吸菸是會危害他們的健康。而又有些國家，有提供民眾相關之健康活動，也要求菸商在菸品產品上加註警告，讓吸菸者體認到他們低估了吸菸對健康的危害，只是他們即使相信吸菸對健康不好，但也還是不認為危害就會發生在他們的身上。菸商販賣香菸取得利潤，但肺癌患者的照護卻成為家庭與國家醫療體系的沈重負擔。因此許多肺癌患者、民間團體甚至政府群起向法院提起控告，向菸商請求天價損害賠償，其中以美國為最。2002 年，美國一位 64 歲的肺癌婦女控告菲利普摩里斯菸草公司沒善盡告知吸菸有害身體的責任，洛杉磯高等法院判決菸草公司需支付兩百八十億美元給這名老婦人，創下了個人的最高賠償金額。美國路易斯安納州居民以團體訴訟形式，控告包括ＲＪ芮諾茲、洛利拉德、菲利普摩裡斯與布朗威廉森四家菸草公司，求償十億美元，最後儘管法院只判決菸商需拿出五億九千萬美元協助路州吸菸者戒菸，在美國十五州集體向菸商提起的訴訟中，路州是第一個有所斬獲的州(2009 健康職場推動中心，2009，引自 http://www.health.url.tw/news/news_detail.php?id=8&cat=1）

為什們吸菸者應該戒菸呢？

吸菸最大的影響就是導致死亡，因為吸菸會導致：

- 肺癌
- 缺氧性心臟疾病
- 慢性阻塞性呼吸道疾病

停止吸菸有什麼好處？戒菸會的有立即及長期的好處：

- 20 分鐘後　：血壓和呼吸速率回到正常、增進循環使手腳感覺溫暖。
- 8 小時後　：血中尼古丁及二氧化碳的濃度會減少一半、氧氣濃度回到正常。
- 24 小時後　：二氧化碳自身體中排出、肺部開始清除黏液及其他吸菸殘餘物。
- 48 小時後　：身體沒有剩餘的尼古丁、嗅覺及味覺功能提昇至最高。
- 72 小時後　：呼吸變得很輕鬆、支氣管開始放鬆及增進其功能狀況。
- 2-12 週後　：全身的循環功能改善。

- 3-9 個月後：咳嗽、喘鳴和呼吸道問題獲得改善，肺功能提升約 5-10%。
- 5 年以後　：心臟病發作的危險性比仍在吸菸的人降低一半。

停止吸菸 10 年以後：

- 發生肺癌的危險性比仍在吸菸的人下降一半。
- 心臟病發作的危險性已下降到和從不吸菸的人一樣。

對於已經因吸菸而罹病者，戒菸仍能改善其健康。雖然吸菸對肺部的危害是永久的，但是戒菸仍可以預防進一步的傷害。戒菸可以加速個人健康的復原、減少一連串副作用的發生及延長生命。對那些已經發生心臟病的人而言，戒菸可以降低其心臟意外復發的機會。

2. 世界衛生組織歐洲區域對於菸癮治療的建議

透過實證研究，世界衛生組織歐洲區域發展出一套降低菸癮的合作計畫及對菸癮治療建議的共識。發展這套指引的目的是要讓每一個國家都能以此為基礎，再以他們自己國家的特性來加以運用。這些建議事項很中肯地提供給所有健康專業人員儘可能在健康照顧系統中去幫助和治療那些吸菸的人。

3. 建議事項

戒菸專業人員可以透過簡單、易行的措施來幫助吸菸者透過**"5A"**來考慮戒菸與否(圖 4－1)。

詢問(Ask)---詢問吸菸狀態

建議(Advice)---個別性且在適當的情況下建議吸菸者戒菸

評估(Assess)--- 評估戒菸意願

協助(Assist)--- 協助其戒菸

安排追蹤(Arrange)---儘可能的追蹤

詢問及記錄個案吸菸狀況（Ask）

所有個案應該都有他們吸菸狀況的記錄，這樣的記錄必須是系統性的。最起碼要紀錄個案是吸菸者、非吸菸者或剛戒菸的人，及其是否有戒菸的動機，這些記錄必須儘可能有時效性。對於戒菸的評估可以使用開放性問題，如：「你曾經試過要戒菸嗎？」，可以再接著問：「你現在有想要戒菸嗎？」

建議吸菸者戒菸的好處（Advise）

所有的吸菸者都應該被告知關於戒菸的好處及持續吸菸對健康的危害，在給

予建議時應該要考慮到個別性和選擇適當的情境，這些建議必須要清楚且堅定，而且要解釋這與吸菸者當時的身體狀況有何相關。

評估（Assess）吸菸者的戒菸意願並強化之。

協助（Assist）戒菸者強化其戒菸動機，包括給予支持與並建議使用尼古丁取代治療法(Nicotine Replacement Therapy, NRT)，需要給予正確的資訊和建議。

如果吸菸者有意戒菸，可快速評估以下幾點：

(1). 回顧過去經驗：有那些方法可以幫助其戒菸？那些方法會阻礙其戒菸？

(2). 預先計畫：確認可能會發生的問題，再仔細計畫之。

(3). 請個案將戒菸計畫告訴其家屬和朋友，並將這些人員列為支持名單。

(4). 設定戒菸日，建議他們從這一天起要完全的戒菸。

(5). 計畫這些戒菸者如何安排喝酒或社交活動。

(6). 除了有心絞痛或近期心肌梗塞等禁忌症、18 歲以下、每日吸菸量小於 10 支、懷孕及哺乳以外，皆可鼓勵戒菸者使用 NRT，並給他們正確的資訊與建議。

安排（Arrange）之後的監測進度----如果可以的話，在戒菸一週之後即安排一次的追蹤性的會面，並同時給予進一步的支持。當戒菸者需要更多的協助時，必需要轉介給專家輔導。大部份的戒菸者都有多次的戒菸的經驗(平均約 5--6 次)，再犯是一個正常的過程。如果一個戒菸者有像這樣多次想戒菸卻失敗經驗、或經歷嚴重的戒斷症狀時，就要考量將他們轉介給專家。

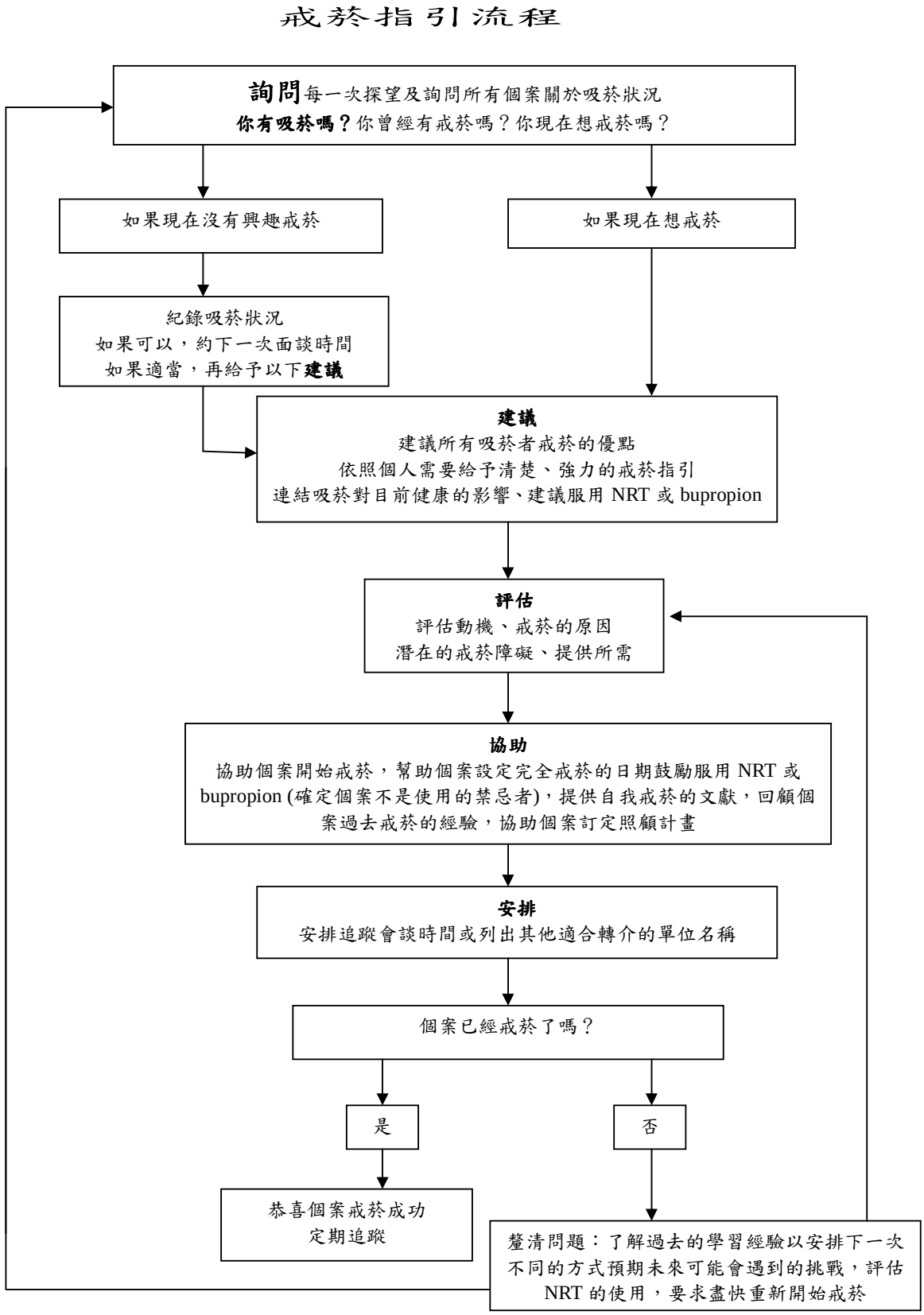


圖 4-1 皇家護理學院將 5**A** 建議修正後的流程圖(引用自 ICN，2004)

4. 何時應尋求戒菸專家的幫助

健康照顧體系必須給那些需要加強支持的戒菸者更多合適的措施，這些支持可以是個別性或用團體的方式，至少要包括因應技巧訓練與社會性支持。實驗證實一個好的團體治療包括在**一個月內安排 5 次，每次各一小時的會談及後續追蹤**。加強性治療會提供或是鼓勵使用 NRT 或 Bupropion 耐煙盼(Zyban)，除了應給予清楚的說明外，還要指導個案如何使用。

5. 關於藥物治療的建議

對那些一天抽超過 10 支菸的人準備要戒菸時，應該鼓勵他們使用 NRT 或 Bupropion (Zyban)做為戒菸的輔助。戒菸專業人員執行戒菸措施時必須給予個案適當的資訊和建議。NRT 在一般戒菸處方中非常常見，也容易在一般的藥房中買到，但 NRT 在不同國家中會有不同的取得方式，**在國內 NRT 為指示用藥。Bupropion 則是一種抗憂鬱藥物**，實驗証明 Bupropion 的確可以對中度到重度吸菸者接受戒菸行為有助益，但 Bupropion 是處方藥物，必須由醫師開立處方。Bupropion 副作用有癲癇、口乾、失眠、多尿等，因此有癲癇病史及目前或先前被診斷患有貪食症或神經性厭食症的個案均不可使用，另外，Bupropion 亦不可與單胺氧化酶抑制劑(MAOIs)同時使用，停用 MAOIs 之後，至少需間隔 14 天才可開始使用 Bupropion。18 歲以下個案與孕婦因其安全性及有效性尚未確立，所以不建議使用，此外，因 Bupropion 及其代謝物會分泌至乳汁，所以必須勸告母親在服用 Bupropion 期間不要授乳。

6. 對特定對象的建議

有些機構是絕對不可以雇用吸菸員工的行業，如醫院的員工、學校的教師或加油站的員工等，因此應該在聘僱前就詢問其吸菸狀況，並對那些想戒菸的人提供簡短的建議與協助；吸菸者在被聘用前就應該要知道工作場所是全面禁菸的。員工或住院的病患如果需要，可協助安排至門診戒菸給予 NRT 或 Bupropion 的處置；戒菸衛教人員也需要依照規則並隨時巡視環境，讓健康照顧的環境是絕對禁菸的。

有吸菸的孕婦應該要接受關於吸菸對於胎兒影響的清楚且正確的資訊，並建議她們立即戒菸。她們是需要接受專家的協助來戒菸的。

針對青少年，因考量用藥安全性，除藥物外，對成人戒菸有效的措施如電話諮詢、戒菸支持團體等，也可以加以修改後提供給青少年使用。

7. 對供給與需求的建議

治療對菸草依賴的費用看起來是一項多餘的花費，但卻可以有效的降低疾病發生或可以延長生命，政策面應該考慮從中央供應或是零售商店去販賣符合當地狀況的治療菸品依賴的藥品，但仍須考量選擇的政策是否具備有實證的依據。

因為投入菸草依賴的治療是可以看得見成效的，因此應該在各公、私立的醫療機構中都要提供戒菸服務。不論選擇行為治療或藥物治療，都應該廣泛評估執行的可能性，特別是針對低收入的菸癮者應該要降低或免除其戒菸治療的費用。

健康相關專業人員應該都要接受要訓練，才能知道如何給予吸菸者勸告、並幫助其戒菸，掌控預算的人則應該要編列相關在職教育或訓練計畫的費用。不同戒菸型態的教育及訓練，應該不是只在畢業後之在職教育進行，還需要於醫學教育或護理學生教育，或在其他相關的訓練機構中提供完整的教學。

健康從業人員在接受養成教育的過程中就應該要知道菸害是最可以被用來預防死亡或失能的措施，並教導其介入個案的尼古丁依賴及二手菸的危害。臨床醫療相關人員可能沒有接受過相關菸害防制適當的教育，故可能沒有足夠的能力足以幫助病患，所以需要接受適當教育增強其能力。以護理人員為例，美國腫瘤護理學會建議以下數項：

(1) 發展或擴展戒菸課程於護理教育中

(2) 鼓勵護生把握學習機會，加強學生對於提供菸害防制的教育能力，增強其臨床評估病患吸菸狀況，並可衛教鼓勵病患戒菸及預防病患再度染上菸癮。

(3) 臨床上在入院評估時可增加詢問病患菸草使用的相關問題，以便在照顧中給予戒菸服務。

(4) 提供臨床護士有關菸害防制之在職教育訓練。

電話諮詢是一種非常普遍且可能對吸菸者有所助益的方式，雖然需要更多的研究來證實其成效，對吸菸者言這個措施似乎有其價值，因此應儘可能的提供這項服務。

二、協助吸菸者戒菸及指導戒菸技巧

(一) 戒菸衛教人員的戒菸訓練

WHO 歐洲區域建議，戒菸的特殊訓練應該併入醫療相關教育課程中。接受過基礎技能訓練的醫療服務相關人員較會去投入戒菸活動，而且會比沒有接受過訓練的人有較高的成功機會。有一本很好的訓練手冊和相關資源，名稱為“協助吸菸者改變(Helping Smokers Change)”，可從 BVSDE 的網站免費下載（http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd32/mason.pdf）

(二) 改變模式

根據美國臨床心理學者 Prochaska 及 DiClemente 博士的研究結果顯示，戒菸並不是一個單一事件，吸菸者必須經歷一系列戒菸階段的過程。改變模式旨在描述個案在其日常生活中如何作決策進而去改變其行為。**戒菸衛教人員**可利用此模式來瞭解個案目前所處的戒菸準備階段，進而可以瞭解該用甚麼方式策略來促使吸菸者改變。

(三) 如何個別性地應用改變模式於戒菸

吸菸是一個複雜的習慣，而且為了要戒菸，人們必須處理對尼古丁的癮和這個習慣的心理及社會觀點。沒有兩個吸菸者會用同樣的方法來改變。Prochaska 和 DiClemente 博士發現一個人的「態度」會較「行為」先改變，且恢復吸菸是一個很常見的現象。提供吸菸對健康的危害之數據也許可以提升吸菸者對菸害的認知，瞭解其可能因吸菸致死的知識，但卻無法協助他們改變。改變需要時間，一般而言只有 40%的的吸菸者會想繼續吸菸，但只有 20%的人會嘗試著去做改變。

要評估一個人所處的改變階段，可以問下面的問題：

- 你吸菸多久了？
- 你曾經對吸菸這件事做過任何改變嗎？如果有，是為甚麼？
- 你曾試著戒菸嗎？
  - ◎ 假使沒有，你曾經考慮戒菸嗎？
  - ◎ 假使有，你為甚麼想戒菸？
    - 戒菸多久後又開始吸菸？為甚麼？

- 你有計畫在不久後再嘗試戒菸嗎？
- 假使有，你現在想戒菸的原因是甚麼？

你得到的答案應該可以協助你判斷你的個案目前改變的階段。

下表 4 --1 可以協助戒菸師判斷個案所處的改變階段，並依不同階段給予不同的建議與處理：

表 4 – 1 個案在戒菸改變模式的各階段特色與介入措施

階段	個案特性	介入措施
沈思前期 (Pre-contemplation stage)	•不認為問題存在 •不願意作任何改變 •對吸菸興趣大於戒菸 •在未來六個月內不會想用任何方法戒菸	•再加強他們有關吸菸可能帶來的危險的知識和戒菸的好處，特別是相關健康及經濟之效益。 •糾正任何錯誤的觀念，例如「傷害已經造成」的想法。 •給予吸菸壞處資訊，以減低吸菸興趣 •著重在讓個案了解?
沈思期 (Contemplation stage)	•對戒菸資訊和教育持開放態度 •有想到在未來六個月，以一些方法戒菸 •戒菸自我效能低 •有意圖 •會自問”不吸菸會比較好嗎？” •”我在意別人會要我改變好嗎？” •菸友會排斥我嗎？	•增加個案的意識。 •請他們描述或列出與吸菸有關所有的優點與缺點。 •給予資訊及教育。 •幫助他們確認為甚麼他們不能下決心。 •假如成本是一項考量，評量他們是否知道吸菸一年的花費是多少？ •給予控制及克服刺激的建議。 •給予行為上的讚賞。 •增強自我認知或列出個案重要親友提供支援。 •鼓勵吸菸者相信只要他們想要他們就可以成功戒菸。讓他們知道可以得到哪些協助。 •討論使用 NRT 及 Bupropion 的好處，並且檢視他們對這個產品可能有的錯誤概念。
準備期 (Preparation stage)	•下個月就開始準備戒菸 •去年至少曾想戒菸一次 •開始設定目標而且心理上已準備	•讚賞個案的戒菸意願 •協助設定目標 •討論戒菸計畫 •詢問是否有人提供支援 •選定一天為戒菸開始日 •鼓勵吸菸者事先處理潛在的問題，從可以得到支持的對象和地方發現狀

		況和計畫的困難。 ●瞭解自己特定的吸菸習慣 ●準備面對尼古丁戒斷症候群。 ●考慮使用尼古丁替代治療、藥物治療、運動、放鬆、準備面對心理上的尼古丁依賴、安排適當休閒、個別心理諮商或治療、團體心理治療等。
行動期 (Action stage)	●採取步驟以抗拒誘惑 ●意志力強 ●有自制感及自我效能改善，但也會有罪惡感 ●個人自由受限的失敗感 ●有很大壓力的階段	●加強自我解脫的意念。 ●鼓勵討論戒菸的好處。 ●提出有效行為。 ●評估個案自覺戒菸的重要性和自信程度。 ●提昇控制和克服刺激能力。 ●持續精神支援，尤其是復發時。 ●確認復發的理由。
維持期 (Maintenance stage)	●戒菸已至少六個月 ●有”我已成為我想要變成的人”的感覺 ●清楚確認狀況，且能自我克服誘惑行為	●鼓勵持續戒菸。 ●評估引起復發的可能狀況。 ●持續強調控制和克服刺激的能力。 ●持續給予支持。 ●提供正面的幫助或鼓勵。 ●瞭解面對高危險吸菸情境時，先考慮處置方法，如時時提醒、支持、鼓勵。
故態復萌期 (Relapse)	●個案又再次吸菸	●對再度吸菸者的處理原則：勿責備，與其討論復發的原因及補救方式；執行後再檢討。 ●休息 3 到 6 個月後再開始下一次的戒菸行動。

(四) 戒菸時常見的問題

成癮：尼古丁成癮是為甚麼吸菸者覺得很難戒菸的主要原因。這個成癮包含的不只是對尼古丁藥物的依賴而且還有在當有壓力、厭倦、焦慮或生氣時，精神上及情緒上對吸菸的依賴。很快的，吸菸會變成一種無意識的習慣，就會導致要戒菸時會感到困難。因此要改變這種想法卻沒有發展出代替的做法來，會讓戒菸者很快的再恢復吸菸。

一種失落和悲傷的感覺：當停止吸菸時有些吸菸者會表達強烈的悲傷和失落感，而且很多人表示有好像失去最好的朋友或甚至是自己的一部份的感覺。這些

感覺是正常的，而且悲傷的反應可能會在任何時候發生。此外，尚有否認、生氣、討價還價和沮喪等情緒。

擔心體重上升：有些吸菸者放棄戒菸的決定是因為他們擔心會變胖。一般而言，在**戒菸後一年個案的體重約會增加四公斤**。

體重增加的主要原因是：

- 尼古丁會抑制正常的食慾而且增加身體的代謝率
- 當人們停止吸菸時他們的食慾通常會增加
- 有些人會覺得食物變得美味，所以會吃得更多
- 有些人會以飯後甜點來取代吸菸

建議吸菸者**每天紀錄**自己吃了些甚麼，特別是在開始戒菸的時候。建議他們吃低卡路里的食物或點心而且避免以甜點和巧克力來代替菸品。如果他們**能在開始戒菸的時候就面對這個問題，將可以避免養成會增加體重的飲食習慣**。少許的體重增加與持續吸菸相比，對健康而言，應是可以被接受的。一但吸菸者成功戒菸，額外增加的體重就可以再藉著吃均衡飲食、大量的水果和蔬菜及持續的運動來控制。雖然戒菸者會增加些許體重；但是很重要的是，**吸菸並不會使吸菸者變瘦，吸菸的人也不會比較瘦**。

自我形象：在戒菸之前，吸菸者也許會很重視自己原本的形象。許多吸菸者以為吸菸的人是比較交遊廣闊的，這是菸草公司行銷和廣告商所塑造的形象。因此當他們想戒菸時，這種負面的想法會使他們不易成功。

支持鼓勵吸菸者繼續戒菸：吸菸者在戒菸的最後六個月仍有可能會再恢復吸菸，要經常替他們加油。如果可能，可定期聚會追蹤，協助加強他們戒菸的決心。每次聚會時都要確知吸菸者他們覺得能持續不吸菸的信心有多少，並且要讚許他們的努力。

戒菸支持團體：雖然一對一的協助可以很深入的了解個案，戒菸團體也可以為吸菸者提供很密集的支持。他們通常會在**每 6 至 7 週的時間進行一次 1 到 2 小時的聚會**。

5. 故態復萌-恢復吸菸

吸菸是一種慢性且反反覆覆的狀況，一般嘗試戒菸的吸菸者再恢復吸菸的比例很高。甚至在一個已長期推動菸草控制運動的國家中，若沒有任何協助，成功

戒菸率每年大約也只有 2%而已（Royal College of Physicians, 2000 ）。因為恢復吸菸比成功戒菸來的容易，當你的個案恢復吸菸時，不要責備他/她、要鼓勵其繼續嘗試戒菸。

如果個案又再次吸菸了，研究顯示，最好**休息 3 到 6 個月後再開始下一次的戒菸**。這會給他們一些時間去反省他們再次吸菸的理由，並且可以為他們下次的戒菸企圖有更確定的決定。特別是若有使用 NRT 或 Bupropion，一些醫師也建議不要太快再重複這樣的治療。

個案通常又開始吸菸的理由包括：

- 他們未察覺促使其又開始吸菸的導因
- 他們沒有擬定一個計畫來協助停止吸菸
- 他們沒有一個替代物可以來處理壓力
- 他們覺得僅僅抽一根菸就會熄掉
- 他們正面臨很大的壓力
- 他們覺得很難處理增加的體重和壓力的狀況
- 他們把自己當成吸菸者，並非戒菸者

這時若個案又想再次戒菸時，記得重複提醒：

- 回頭看他們想戒菸的理由
- 當他們想改變心意時，請他們把戒菸的理由寫在卡片上來提醒自己
- 想想過去想戒菸的理由和為甚麼他們會失敗的原因
- 準備一個沒有菸品的計畫
- 準備並執行計畫來應付難熬的第一個星期

6. 發展戒菸技巧的總結

- 列出他們所知道吸菸的壞處及對健康的影響
- 與他們發展一種夥伴關係，並讓個案維持主控權，向個案說明當任何改變發生時還是可以維持原狀，而你的角色只是一個支持者。
- 瞭解並不是所有吸菸者都已經準備好要作改變。許多人在不瞭解吸菸所帶來的衝擊前，是不會選擇改變的。
- 讓你的個案決定何時、如何改變，以及要改變甚麼，只要請他們告訴你他們

計畫如何去做。

- 一次只著重在一個議題，通常較同時試著去去除所有的危險因子容易成功。
- 鼓勵吸菸者說出或寫下他們個人的目標。這是一個有助於實行的有力步驟，人們較會去做他們自己所選擇、寫下來或已經宣告的事。
- 在行動期時要協助吸菸者發展可達成的目標。他們應該將計畫寫下來，假使發現很難找到替代方法，再次鼓勵他們說說他們要戒菸的理由。
- 加強他們對可以達到自己設定的目標的信念，並協助他們瞭解停止吸菸的好處。

2009 年一群台灣大車隊的老菸槍司機，曾經嘗試過各式各樣的戒菸方法，但是都失敗了，為了找回健康，疼惜家人，毅然決然的在父親節那天一起參加戒菸保證班，在經過 1 個月的課程訓練，有 23 個人都成功戒菸了，將成功戒菸經驗分享給大家（更多詳細戒菸故事詳見華文戒菸網部落格 http://www.e-quit.org/EQUITFB/lulofan/Default.aspx）。由此來看，最可能成功戒菸的人是那些曾考慮過一段時間想戒菸的人，他們對自己的習慣有足夠的瞭解，知道為甚麼他們想要戒菸，並發展出替代的策略來取代吸菸。當他們準備好的時候才開始戒菸，而不是有人來強迫他戒菸，讓他們覺得自己可以控制自己沒有菸的生活，然後實際戒菸及更重要的是停留在戒菸的階段。在成功戒菸之前，吸菸者可能會經歷這個改變週期很多次，因此戒菸是需要時間和耐心的。

三、個案常見的問題

由於戒菸是需要長期抗戰的，吸菸者常會經歷重複戒菸的多次經驗。為了協助你的個案克服相關問題，我們收集了一些戒菸個案常有的疑問，供您參考（國民健康局，2010；董氏基金會，2010）。

- 為什麼會有菸癮呢？

尼古丁是造成抽菸成癮的主要成分，它會直接作用在大腦，會使抽菸者產生短暫的愉悅感，會讓所有不安焦躁感消失，變得能夠專注、提神做事；陷入憂鬱時，尼古丁又能讓心情好過一些；感到憤怒不滿時，尼古丁也會讓人覺得事情沒那麼嚴重，所以當一陣子沒有抽菸後，身體裡面原有的尼古丁被代謝掉，身體因為缺乏尼古丁而發出一些訊號如心情變差等不舒服的感覺，而產生想抽菸的感覺來吸收尼古丁，菸在不知不覺中都會影響吸菸者的情緒、吸菸者的思考，進而「控制」了吸菸者的生活。

- 吸淡菸或涼菸是不是對身體危害比較小?

淡菸或涼菸對健康的傷害並不會比一般的菸還小，由於淡菸內尼古丁含量較少，許多抽淡菸的人為了補充身體所需的尼古丁，會吸得更深，因而導致吸入的焦油及尼古丁含量，遠比包裝上顯示的還要高出許多。因此，對健康的傷害並不會比一般的菸還小。

- 減量吸菸也是戒菸的方式嗎？

減量吸菸並不等於戒菸，即使吸菸量減少一半，吸菸造成的死亡率也沒有降低。因此「說戒就戒，不要遲疑」，尋求專業的協助及戒菸藥物來減輕戒斷症狀的不適。

- 戒菸真的會變胖嗎？

香菸內的尼古丁會使人體基礎代謝率增加一成並降低食慾，戒菸會使代謝率降回原本的狀況，再加上味覺與食慾的恢復，容易在無意間吃太多的零食和甜點，戒菸者有時也會將想吸菸的感覺誤以為是肚子餓，所以戒菸者是初期有可能會變胖 2-4 公斤，但需先跟個案說明，只要注意飲食，避免吃太高熱量的食物，養成健康的飲食習慣及增加運動量，就可以達到健康又不發胖的目標！

- 為什麼開始戒菸後，有時還會咳痰，這樣是正常的嗎？

開始不抽菸後，身體為了清除體內殘餘的毒素，可能會出現一些不舒服的症

狀，例如：頭暈、焦慮、疲倦、失眠等所謂的戒斷症狀，戒菸後，氣管上纖毛的功能開始增進，因而能更有效的清除肺部，並陸續咳出部分長期抽菸而積存於肺的不好物質，也是身體漸趨好轉的象徵之一，此種狀況應不會太長久，這個時候你可以建議個案喝溫熱的白開水、楊桃汁、枇杷膏或唅喉糖以緩和咳嗽的狀況。一般而言，戒斷症狀可能出現 2～4 週，不舒服的感覺就會逐漸減少，戒斷症狀持若續發生的話，建議可至門診戒菸請醫師診察。

- 菸癮來的時候，很難受耶！所以，每次戒菸都失敗，怎麼辦?

戒菸的確不是一件容易的事，但要改變抽菸的習慣並非完全沒有辦法，透過認識戒菸過程、戒斷症狀，以及備足戒菸的心理準備將會大大提高戒菸成功的機會。每個人對付菸癮的方法也不盡相同，事實上，大部分的人都是戒了好幾次才成功。每一次戒菸失敗的經驗，都能更加了解自己的能力與限制，對再次戒菸有正面的幫助。另外，當在又快要放棄的時候，請個案想想當初為什麼要下定決心戒菸的理由，在增強其戒菸的決定。

- 要戒多久才算成功呢?

根據研究顯示，只要能維持 6 個月不吸菸，就不大可能再吸菸。另外，還有一項重要的指標：改變個案的「自我形象」！當個案可以從一個正在戒菸的人，變成「不抽菸的人」，想法的改變，就可以讓您的個案真正的邁向成功之路喔!

- 懷孕時，如果繼續抽菸會有什麼影響呢?

根據 WHO 報告，吸菸的孕婦比不吸菸的，其所生之胎兒的體重要輕多的。還有使胎兒的成長率明顯的低下。主要原因是胎兒血液中含有一氧化碳素，這些一氧化碳素是由母親『傳授』給他的。另外，早產和流產的可能性將大大的提高，特別是以前曾經有過死產、流產的孕婦，在懷孕期間吸菸會阻礙胎兒成長，進而提高流產率，而導致死產的危險性。

- 有人說，吸菸讓人感覺更有型？

菸商將菸品與人類的需求做了意識上的結合，讓人以為吸菸代表了獨立、成熟、世故的感覺。然而，根據聯合國資料，吸菸導致貧窮、吸菸帶來疾病。吸菸者真正給人的印象偏向貧窮、多病、低社會階層、低學歷等特徵。

- 吸菸讓人拉近了與朋友的距離？

過去社會上有所謂「敬菸、遞菸」文化，請別人吸一根菸，似乎拉近關係。然而現在大家都知道吸菸對自己身體不好，「請人吸菸使對方身體不好」是否為

妥當的社交手法？其實可以建議個案不同的方式，如改看一場電影、吃頓小飯，送一份小禮物，顯示出對對方的細心與尊重。

參考文獻

1. 行政院衛生署（2003，11 月 10 日）. 怎樣幫助病人戒菸-護理人員手冊．**行政院衛生署網站**，取自 http://www.doh.gov.tw/cht/content.aspx?dept=L&class_no=41&now_fod_list_no=1167&array_fod_list_no=41,1002&level_no=3&doc_no=5193&show=show
2. 行政院衛生署（2003，11 月 10 日）. 怎樣幫助病人戒菸-醫師手冊．**行政院衛生署網站**，取自 http://www.doh.gov.tw/cht/content.aspx?dept=L&class_no=41&now_fod_list_no=1167&array_fod_list_no=41,1002&level_no=3&doc_no=5190&show=show
3. International Council of Nursing [ICN]. Tobacco control and smoking cessation: The role of the nurse. 2003**e**. International Council of Nursing, Geneva.

伍、簡易指導個案戒菸的流程與相關表格

賴裕和

本章目的在：

(1) 教導健康照護人員學會如何簡易指導他人戒菸

(2) 教導健康照護人員如何於每日業務中推動菸害防制

- 本部分之內容為協助較少有機會接受到 ”指導吸菸者戒菸” 訓練的健康照護人員學習到如何執行簡易戒菸指導。
- 在這份專題中，將包括一系列簡短的活動、練習、問題，以協助健康照護人員結合資訊及實際的方法，有效推動菸害防制及戒菸指導。
- 本單元會提供一系列的單張，以協助您及您要協助戒菸的對象使用。您可以就自己的需要加入更多進一步的資訊，來適合你個人的需要。

本章相關表單設計，為根據國際護士協會（International Council of Nurses【ICN】)及國際癌症護理學會(International Society of Nurses' in Cancer Care【ISNCC】) 所設立（2003)。

-健康照護人員自我引導學習

活動 1

請依以下問題寫下你的回答：

1. 為什麼一般人要吸菸？
2. 為什麼一般人會持續地吸菸？
3. 一般人為什麼停止吸菸？
4. 為什麼一般人在嘗試戒菸後，又會再度吸菸？

請依序回答這四個問題，這個表單將提供你協助有意願戒菸的個案時，所必須經歷的不同時期的現象。

和你的同事分享這個有用的活動，它將能提供他們對個案戒菸過程的洞察能力。

活動 2

在你的社區中，吸菸的盛行情形為何? 有多少人吸菸？哪群人特別會吸菸？

- 請你列出任何一群吸菸量很大的人，為什麼你認為這群人是菸量很大的人？
- 與國家機構的統計結果做比對你的觀察。

(政府機構可能提供給人民有關於吸菸的普遍性及因吸菸導致死亡的資訊；一般人民中哪些族群容易被歸為吸菸的常見族群)？

- 利用以上的資訊及想法，協助你定義並鎖定你社區中最需要戒菸的個案。

活動 3

你如何向潛在需要戒菸的個案提出戒菸的建議？

利用戒菸資源單張 1 -“談談吸菸”，以及以下思考，將有助於你完成這個活動

- 你身為健康照護人員時通常如何說或如何問病患的吸菸情形？
- 當你聽到他們的回答時，你想法是甚麼？
- 通常吸菸的人會如何回答你的問題？
- 你猜他們對問題的想法有哪些？
- 通常接下來你會說什麼？
- 你們的對話通常如何結束的？
- 紀錄你自己對這些會談結果的感覺，如：挫折感、失落感、或是令人滿意。
- 一再練習以上的活動，並呈現出你可以自在地與其他人及一般民眾討論戒菸議題時，你與一般人溝通戒菸的型態已經相當流暢。若你注意到你在提出建議時，遇到個案有私下談論的樣子，竊竊私語或憤怒，這可能表示那些人還沒準備好戒菸。

如果你的個案出現防衛的話語，你的建議可能在那時是不適合的。

當在行動 3 時，你發現你溝通型態已符合個案需要時，直接到行動 5。

活動 4

這個活動的目的**在於幫助你練習用不同的方式提出有關吸菸與戒菸的議題，並將新的方式放入這個練習中**

發展夥伴關係的推展方式

閱讀你紀錄吸菸者對其吸菸習慣最普遍的回答。

- 你能指出吸菸改變的階段嗎？
- 藉由戒菸資源單張 6 和 1 所提供問題的例子，嘗試改變你與個案的談話方式。
- 注意觀察你的措施非常適合個案的時候，有那些不同之處。
- 強調及紀錄可能協助吸菸者重新考慮戒菸的有效措施。
- 每個個案都是不同的，觀察哪些對你及你的個案最有用的方法。

請同時參閱“戒菸改變模式的階段特色，表 4 - 1”

活動 5

使用戒菸資源“資源單張 2, 吸菸者量表”

- 填答 ”吸菸者量表”可以幫助吸菸者找出他想戒菸及持續吸菸的理由。
- 以訪談方式完成“吸菸者量表”，或可能的話請吸菸者自行填完這個量表。
- 在”吸菸者量表”的回答中，可以顯示出許多很有用的資訊，同時，在進行這項評估活動中，也是你與吸菸個案發展夥伴關係過程的重要一部份。量表最後幾個問題的答案，可以呈現個案對於戒菸準備度的良好指引，並允許你更進一步探索他們的態度。這些回答對一些個案在戒菸過程感到矛盾是很有幫助。
- 吸菸者應該要求他以 10 分法，反應這些問題的重要性及可信性，1 分代表低重要性及可信性，10 分代表高度重要性及可信性。

問問個案有什麼原因使他們選擇所圈的數字。找出個案，他們給 10 分的項目，吸菸前發生的事件，和他們認為戒菸的重要性應高分的理由及自信。

關於”戒菸改變模式的階段特色”在 表 4 – 1 部份

活動 6

準備戒菸

- 這個活動將帶你認識有關於吸菸者能成功戒菸之前所需要的準備工作。
- 假設你正協助想要戒菸的吸菸者，請他們完成戒菸資源單張 3“我的吸菸紀錄”，並讓你看他們呈現在紀錄中對於戒菸的反應是什麼。
- 問他們關於：
  -哪種菸品是他們認為比較容易戒掉。
  -接下來，問個案哪種菸品是他們認為比較困難戒掉的。
  -問個案他們在戒菸這段時間中計畫做哪些事或哪些活動。
  -這個討論將鼓勵他們發展實際的計畫避免他們可能的挫折。

這些討論會鼓勵他們發展具體而實際的的計畫，且避免潛在性可能的退縮。

活動 6 A

由 ”我的吸菸紀錄” 開始討論，之後，請個案填寫以下單張紀錄：
- 戒菸資源單張 4“停止吸菸計畫檢查清單表”
- 戒菸資源單張 5“準備戒菸計畫表”

在他們完成時，請他們和你討論他的計畫。
-設計這些活動的用意是幫助及促使對於戒菸更有參與感，提高他們對執行計畫的掌握。
-若他們有任何疑慮或困難，請他們告訴你，他們如何解決及調適因應。
-當你發現任何計畫中出現的任何障礙，請問個案如何去因應。
-問個案計畫如何處理他們退縮的情況、飲食、工作地點，及每天如同儀式的吸菸習慣。
-你們的討論將幫助個案避免他們破壞戒菸企圖及預防早期的復發。

活動 7— 多次研讀戒菸的藥物處理

回顧現有可及的尼古丁取代治療 (Nicotine Replacement Therapy: NRT)

同時使用藥物治療，可以提高戒菸成功的機會兩倍，以下問題的答案，有助於您回答及提供戒菸個案相關的資訊。

- 哪些地方有 NRT 或 Bupropion？
- 要花多少錢？哪裡可以得到這些藥物或治療？
- 這種藥物需要多少花費？個案如何得到支援？
- 醫師開立這些藥或治療有限制嗎？
- 這些藥如何使用？如何追蹤其效果？

有哪些額外的資源我們可以使用？

活動 8

支持戒菸後復發的個案

- 若你正幫助一名過去戒菸不成功的個案再次戒菸，想想你該如何以不同地準備方式
  協助他再次戒菸？
- 若個案告訴你，他已經幾個禮拜未吸菸，但他剛剛又忍不住抽了根菸，你該如何和他們對談？
- 對於過去曾戒菸失敗，現在希望再度戒菸的個案，想一想你會問或應問哪些問題？

重新閱讀第 46 頁 --"故態復萌-恢復吸菸"

活動 8A

- 讚美及鼓勵戒菸個案過去在戒菸上的努力，並問他們下次他們能如何掌控這些問題，將會有所助益。
- 使用**戒菸資源單張 6 --"如何處理戒菸的壓力"。**
- 使用**戒菸資源單張 7 –"如何再次戒菸？**"

這將幫助你支持你的戒菸個案更願意再次努力戒菸。

活動 9

整合這些協助戒菸的理論與措施於臨床活動中

協助個案戒菸是相當值得的，因為戒菸可以挽救一個人的生命，想一想這些在你周圍吸菸的人，在你工作的情境或環境下，你如何協助他們？

- 每一個吸菸者曾被詢問到他們吸菸的情形嗎？
- 你工作場所，已有制式或常規性地評估吸菸的情形嗎？
- 每個個案都有被問到他們吸菸的習慣嗎？
- 有任何紀錄一個人在戒菸過程中的種種嗎？
- 哪些追蹤的服務或活動能提供給吸菸者？
- 在過去的服務中，有哪些是可以改進的障礙？是你可以改變的嗎？如何解決？
- 誰可以提供給你支持？

使用相關文獻及資訊，整合至您正在推動或計畫推動的反菸業務中，由文獻中的建議的措施，協助您改善目前提供的戒菸服務。

找出機構中能協助你一起提供服務給戒菸的人。

參考戒菸資源單張 6

活動 10

如何提供服務支持戒菸者

- 這個活動幫助你在你的工作區域中提出任何服務，幫助那些想戒菸的個案。
- 找到任何戒菸諮詢服務、支持團體、政府組織或健康教育題材的提供者。
- 列出這些單位的通訊地址、電話與提供服務的時間的表格。
- 將國內電話救援及其他建議的資源，加入你的表單資訊。
- 將資訊做成講義提供給吸菸者或做成可隨身攜帶的說明書，因為服務及接觸的對象常改變，你將需要更新這個手冊。

參考戒菸資源單張 6

戒菸資源單張 1 “談談吸菸”

如何與個案談論吸菸、戒菸

- 你要如何和你的個案提起吸菸戒菸的話題？
- 你自己對吸菸戒菸的想法或看法是什麼？.

↓
↓

個案反應

- 你的個案如何回答？
- 個案在想什麼？

↓
↓

下一個步驟

- 接下來你該說什麼？
- 個案對你的反應為何？

戒菸資源單張 2 “吸菸者量表”

你準備戒菸了嗎？

為什麼我要吸菸？

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

為什麼我想要戒菸？

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

戒菸對你有多重要？ 請圈選（1＝低重要性 10＝非常重要性）

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

你有多少自信靠你的能力戒菸？ 請圈選（1＝低自信 10＝非常自信）

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

戒菸資源單張 3 “我的吸菸紀錄”

我的吸菸紀錄

為了協助你面對及因應處理不吸菸沒有尼古丁的前幾天，花一點時間去完成這個紀錄，只完成前兩個欄位（時間、吸菸的理由）。

這個表將對提供你很多關於你個人的吸菸型態的資訊。

接下來閱讀你的紀錄，並訂出不吸菸時你將計畫做哪些事。

時間	吸菸的理由	不吸菸我會做...

戒菸資源單張 4 “停止吸菸計畫 檢查清單表”

停止吸菸計畫 檢查清單表

我計畫戒菸的日期是：

可以支持我的人有：

我計畫給我自己在戒菸後的獎賞：

戒菸一天後 _____

戒菸一個星期後 _____

戒菸一個月後 _____

針對戒菸過程中潛在的問題，我計畫如何處理？

針對戒菸過程中的戒斷症候群，我計畫如何面對/處理？

戒菸資源單張 5 “準備戒菸計畫表”

“準備戒菸計畫表”

當你準備戒菸時，使用這個表單幫助你改變。**在你喜歡的想法前** √

為了移除吸菸的誘惑，我將：

□選擇一個無壓力的終止時間
□不買或不帶菸品
□拿走會提醒你吸菸的物品，如：菸灰缸、火材盒及打火機等。
□避免飲酒，直到我確定這將不會軟弱我的決心

為得到支持，我將：

□和一個朋友或相關的人討論為什麼戒菸對我是重要的。
□和其他戒菸者討論。找出他們如何戒菸，若他們做得到，我也可以。
□和其他人組成相互支持的團體。

為了改變吸菸的想法，我將：

□要記得只要一根菸，我的努力將會白費。
□提醒我自己為什麼要戒菸，及戒菸對我的好處。
□記得我是能自我控制的人。
□每日認真地執行

為因應吸菸的衝動，我將：

□記得快速地轉移吸菸的渴求。
□停止這個念頭及深且慢的呼吸。
□非常非常慢地喝一杯開水。
□讀我想到因應的方法

經過第一個禮拜，我將：

□用不同的方式去工作、學校或購物。
□保持忙碌；開始一個計畫，或完成一個小型的工作
□到非吸菸的區域或會場。
□每天到外面呼吸一些新鮮空氣。

戒菸資源單張 6 ”如何處理戒菸的壓力”

如何處理戒菸的壓力

改變壓力環境的訣竅 ：

解決問題— 若有一些事情困擾你，問你自己：

- 哪些是絕對的主要問題？
- 我能做些什麼不同地？
- 試著去做！
- 若問題持續發生，和你相信的人討論這個情況。

時間管理 — 試著去做：

- 訂出每天的目標及任務種類。
- 計畫你的時間，排出優先順序。
- 先做最重要的事。
- 為達到你的目的，設立實際的近期及長期的計畫。

把你自己擺在第一位

- 每天做一件只為你自己的事
- 練習說”不”，若你需要花更多時間
- 和一個朋友談談，尋求支持。
- 每天晚上試著得到一個良好充足的睡眠。

放鬆的簡單方式：

- 每天花 15 分鐘，只為你自己。
- 安靜地坐下並做一些長、慢且深的呼吸。
- 去游泳，散步或加入塑身課程或活動團體。
- 聽一些你喜歡的音樂，或坐下來閱讀。

提高戒菸成功的方法

- 將錢放入撲滿中，並看它增加。
- 放置一個日曆，並在每個沒吸菸的日子，給一個記號。
- 在成功時，常常恭喜你自己，鼓勵自己。

戒菸資源單張 7 “如何再次戒菸”

如何再次戒菸

若你曾在過去試著戒菸在最後又吸菸，這個建議表可以幫助你。
好消息是你過去的經驗可以讓你這次更可能成功，因為你知道你可以戒菸，你過去曾做過所以你現在可以很確定執行。

若你剛好有一根菸－－立即性的建議

立即作一個決定，停止再去抽它

- 丟掉儲存的菸品。
- 和一個可以了解的朋友說。
- 改變你的環境，若可能就離開吸菸的環境。
- 要記得為什麼自己要戒菸。
- 試著維持沒有菸品的環境。

重複告訴自己”我能選擇不吸菸”。

1. **想想最近一次你想戒菸的時候**

- 何種情境讓你想戒菸
- 結果如何呢？
- 誰跟你在一起呢？
- 你這次能做什麼不一樣的事，讓這次成功？
-

2. 確定吸菸的真相及後果

- 當碰到困境或煩躁時，『有根菸』的感覺是怎樣？
- 你認為抽根菸是不是那個情況嗎？
- 你想吸菸幫助你改善這個情況嗎？
- 你覺得抽了菸後比較好或比較差？
-

3. 決定

現在想想，過去因應的其他方法？

4. 不要覺得有罪惡感

- 戒菸需要多練習。
- 從經驗中學習，讓菸品離開你。
- 不要讓一個疏忽而中斷或停止你的努力。
- 你不會失敗，只是需要更多時間才能成功。

寫下不吸菸的三個理由：

參考文獻

1. International Society of Nurses' in Cancer Care [ISNCC] (2003). Tobacco control and smoking cessation: The role of the nurse. (Annexe A and Annexe B, p 80-92). International Council of Nursing, Geneva.

陸、戒菸的藥物治療

賴志冠

半數以上的慢性吸菸者會因吸菸相關疾病，而提早死亡，一名卅五歲吸菸男性如果持續吸菸，則其平均餘命將比同齡之不吸菸男性短少八年，吸菸主要引起惡性腫瘤、心血管疾病與慢性肺病。台灣地區盛行率極高的慢性 B 型肝炎病患，如同時吸菸，則其將來演變成為肝硬化或肝癌之機率將大為提高。停止吸菸對健康有極大之助益，吸菸者如果能在卅五歲之前戒菸，其平均餘命與非吸菸者將所差無幾；中年以後才戒菸仍能有效改善健康，延長壽命，其實任何年齡戒菸都能對健康產生立即和長期的幫助。

菸品中的焦油(tar)含有五十餘種致癌物質，是引起各類疾病的真正元兇。淡菸品中的尼古丁具高度成癮性，非常容易導致尼古丁依賴，其在體內代謝甚快，半衰期約 0.5-1 小時，成癮者必須不停地吸菸來補充尼古丁，以免體內濃度下降太快而引發戒斷症狀(withdrawal symptoms)，常見的有躁動、焦慮、心搏減緩、食慾增加、不安及注意力不集中，以及對尼古丁的渴求(craving)。慢性吸菸者在一開始嘗試戒菸時往往因戒斷症狀導致生理或情緒的失控，若不能有效處理將造成戒菸失敗。

過去觀念認為吸菸是一個不好的生活習慣，或是一種不良的健康行為，想要改變吸菸行為需仰賴個人的意志力與決心，因此戒菸不易，能成功戒菸者甚少。但新的醫學證據顯示，慢性吸菸是一種成癮性疾病，尼古丁依賴是造成吸菸成癮的主因，想要成功戒菸除要有強烈的意願外，還需輔以專業的行為諮商與藥物治療，才能有效提高戒菸率，藥物治療在協助戒菸中所扮演的角色日益重要，在健康照護體系中提供戒菸治療服務是最符合成本效益的介入措施。

一、發現尼古丁藥物：

現代醫學治療吸菸之藥物的起源可追溯至 1960 年代，當時瑞典皇家海軍嚴禁於潛艦上吸菸，但吸菸官兵航行時卻因禁菸而紛紛出現易怒、注意力分散等現象，單憑一紙禁菸令並不能解決潛艦官兵的問題。1967 年瑞典海軍委託瑞典著名的法瑪西亞普強藥廠(Pharmacia & Upjohn)研究團隊，藉助他們尋求解決策略。當時領導團隊的佛諾 (Ove Fernő)本身也是一名老菸槍，曾經有過無數次的戒菸失敗經驗，因此打從他接受此項委託，便認定想要停止吸菸絕不會是件單

純、容易的事。

研究人員立即著手尋找慢性吸菸者難以停止吸菸的原因，結果發現吸菸者突然停止菸品後，可能出現持續數月之久的戒斷症狀，潛艦官兵為了克服戒斷症狀，自有一套解決辦法 — 咀嚼菸草，但此法並不適用於在深海航行的潛艦。佛諾自己在不能吸菸時，曾嘗試使用一般口香糖，但並不能克制想要吸菸的念頭，佛諾於是深信尼古丁可能是戒菸的核心所在，只是當時的醫學尚未了解戒除吸菸成癮的難度並不亞於海洛因或酒精成癮。

突然停止吸菸所產生的戒斷症狀影響廣泛，當年佛諾企圖利用其他方法補充身體所需的尼古丁，以克服戒斷症狀，這是一個革命性的觀念，在此之前，認為戒菸完全憑藉個人意志力，著重於心理與社會層面之介入。佛諾的想法包含兩個階段，第一階段是藉體內仍維持適量濃度的尼古丁，避免戒斷症狀發生，使嘗試戒菸者能專注於突破心理依賴；第二階段則是當成癮性的吸菸行為開始被改變後，即逐步減低體內尼古丁的含量。

自此有關戒菸的課題著重於探討尼古丁的吸收與代謝，菸品中的尼古丁經由肺部吸收迅速進入體內，帶來高濃度的尼古丁立即作用於大腦，避免中斷吸菸時可能出現之不適。早年試驗的構想是將尼古丁與樹脂結合，當樹脂被咀嚼時，釋出其中的尼古丁由口腔內膜吸收，此時身體所獲得之尼古丁濃度較低、速度較慢，取代菸品中之尼古丁，「尼古丁取代治療法」(Nicotine Replacement Therapy, NRT)與第一個協助吸菸者控制菸癮的藥物－Nicorette 咀嚼錠於焉誕生。爾後十幾年中，各類含尼古丁的戒菸藥物，例如經皮貼片、鼻噴劑、吸入劑、舌下含錠與喉錠等陸續問世，有意停止吸菸者可依個人狀況與需求，選擇適當的藥物治療來輔助戒菸。

二、有效的戒菸治療藥物：

尼古丁依賴者嘗試戒菸時，使用藥物治療協助戒菸可有效緩解戒斷症狀，預防停止吸菸初期的疾病復發（再度吸菸）。表 6-1 為美國 FDA 核准用於治療尼古丁依賴的第一線藥物，分為尼古丁藥物與非尼古丁藥物兩大類。所謂的尼古丁藥物主要包括經皮貼片(transdermal patch)、咀嚼錠(gum)、口含錠(lozenge)、口腔吸入劑(inhaler)與鼻噴霧劑(nasal spray)。吸菸時尼古丁由肺部進入人體，尼古丁藥物中之尼古丁含量較低，且利用其他投藥途徑如皮膚、口腔黏膜或鼻黏膜，減緩

尼古丁之吸收與代謝速率，來取代來自菸品的尼古丁，為嘗試戒菸者提供一低量而穩定之尼古丁濃度，在正確使用下能有效緩解禁斷症狀，此即所謂之「尼古丁取代法」。

目前已核准使用非尼古丁藥物包括 Bupropion SR（緩釋型）與 varenicline 兩種。Bupropion SR 為一種非典型的抗憂鬱劑，至少存有兩個理由令人相信此一藥物有助於戒菸，1.焦慮與情緒低落為尼古丁戒斷症狀，且停止吸菸常會出現憂鬱；2.吸菸行為部分起因可能與大腦內部缺乏 dopamine、serotonine 或 noradrenaline 有關，而抗憂鬱或抗焦慮藥物可以增加這些物質的濃度。Bupropion SR 能抑制 dopamine 與 noradrenaline 的再吸收，其協助病患戒菸之機轉尚未十分清楚，但咸信與此等神經傳導物質有關。

至於 varenicline 則是近年專門為因應戒菸治療而研發之藥物，既無尼古丁成分、亦不屬抗憂鬱藥物。大腦內的尼古丁乙醯膽胺受體（nicotine acetylcholine receptor）與吸菸所致之尼古丁成癮有關，其中尤以 $\alpha 4\beta 2$ 受體最為重要，varenicline 進入大腦後，與 $\alpha 4\beta 2$ 受體有極佳之結合力，可抑制香菸中尼古丁之作用，但另方面 varenicline 又具有部分致效劑(partial agonist)作用，刺激受體後釋出少量之多巴胺，避免戒斷症狀，而達到戒菸治療之目的。

NRT 依給藥方式可分兩種，一為定量式給藥，如經皮貼片，病患每日固定使用一片，無法自行調整劑量；另一種為病患自控型給藥，例如咀嚼錠、口含錠、口腔吸入劑與鼻噴霧劑，病患可依個人狀況調整每日所需之錠數或吸入、鼻噴次數，但建議戒菸初期應固定時間用藥，以免用藥劑量不足而出現戒斷症狀。有一些研究指出，併用不同的給藥方式對治療重度尼古丁依賴者可能會效果更好(Mallin, 2002)。

NRT 需在戒菸日開始使用，至於 Bupropion SR 則如一般抗憂鬱藥物一般，需在戒菸日之前一至二週即開始服用，始能發揮療效。醫療人員需嚴正告訴病患，無論使用 NRT 或 Bupropion SR，治療時應完全停止吸菸，如治療時仍持續吸菸，雖無證據顯示會引起或增加心血管疾病的立即危害，但其成功戒菸機會幾乎為零。

當吸菸者向醫療人員透露戒菸意願時，除應給予鼓勵與建議外，醫師應予處方輔助戒菸藥物，使成為戒菸治療的一部份。首次處方時，目前建議先給予病患一至兩週藥物，之後則必須待病患回診後，經醫療人員評估其仍願嘗試戒菸，始

繼續給予處方。凡年齡小於十八歲、懷孕或哺乳的婦女、不穩定之心血管疾病者，應與醫療人員討論 NRT 的使用；此外，因青少年服用 Bupropion SR 之安全性仍待確立，目前尚不建議用於年齡小於 18 歲者，以及懷孕或哺乳的婦女。

當醫療人員應如何決定使用何種藥物協助病患戒菸，或當某種藥物治療失敗，準備使用另一種藥物時，應考慮下列因素：

（一）戒菸的動機與意願，以及遵從醫囑的可能性

（二）諮商與支持資源的可近性

（三）以往的戒菸經驗

（四）藥物治療的禁忌症、或可能副作用

（五）嘗試戒菸者個人所偏好的藥物

三、國內現有之戒菸治療藥物(表 6 - 2)：

表 6-2，顯示為目前核准於國內使用、且正式上市之第一線戒菸治療藥物，除了特殊禁忌個案外，應率先考慮使用此類藥物協助病患戒菸。

1. 經皮貼片

國內已將尼古丁經皮貼片核准為指示用藥，目前上市者為廿四小時使用，可提供一穩定之劑量，藥物血中濃度在 4-8 小時後達到最高，高度菸品依賴者可於晚上睡覺前使用。貼片可黏貼於頸部與腰部之間、無毛髮之部位，游泳或淋浴時仍可使用尼古丁貼片，但可使用皮膚膠帶加強固定。

臨床可參考病患的尼古丁依賴問卷(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence； FTND)的測試結果作為用藥依據，屬於中、重度賴者建議從 21mg 貼片用起，輕度依賴者可從較小劑量之貼片開始。一般建議 21mg 貼片應使用四週，之後使用 14mg 貼片二週，最後在改為 7mg 貼片二週，可使慢性吸菸者於戒菸初期能逐步脫離尼古丁依賴，有效提高戒菸成功率。

目前國內由信東生技公司製造之「淨菸貼片」(Smokfree) 可分為 5 號、10 號、15 號，所含尼古丁劑量各為 4.2mg、8.3mg 及 12.5mg，因歐美目前並無類似劑量之產品，參考現有戒菸治療之相關文獻，其含量較一般建議治療劑量為低，對於重度尼古丁依賴者較不易達成有效控制停止吸菸初期之禁斷症狀，進而影響治療成果，因此重度尼古丁依賴者接受治療時宜採用劑量較大之藥物。

副作用的產生常導致病患停止或中止用藥，造成無法達到藥效以緩解戒斷症

狀，使戒菸療效大打折扣。約 30-50%使用經皮貼片者會在皮膚的黏貼部位出現輕微的刺激或紅疹，大多數的病患可藉輪貼於身體不同部位而獲改善，少部分病患會出現失眠症狀，此時只要在睡前將貼片撕去即可。

表 6 - 1 美國 FDA 核准用於治療尼古丁依賴的第一線藥物

藥物種類	藥物取得方式	藥物劑量	治療方式	建議療期
尼古丁藥物				
經皮貼片	非醫師處方藥	分為 21mg、14mg 與 7mg 三種劑量	每日一片，前四週使用 21mg，之後使用 14mg 兩週，最後再使用 7mg 兩週	8 週
口嚼錠	非醫師處方藥	分 2mg 與 4mg 兩種劑量。每日吸菸量小於 25 支者建議由 2mg 起始；達 25 支或超過者由 4mg 起始	建議前六週每 1-2 小時使用一錠，但每日勿超過 24 錠	至多 12 週
口含錠	非醫師處方藥	分 2mg 與 4mg 兩種劑量。每天起床後 30 分鐘後才吸菸者，建議由 2mg 起始；起床後 30 分鐘內吸菸者，建議由 4mg 起始	通常每日至少使用 9 錠，但勿超過 20 錠	至多 12 週
口腔吸入劑	醫師處方藥 (我國為非醫師處方藥)	每一吸入劑可釋出 4mg、使用 80 次	每日建議使用 6-16 劑，最後三個月應逐漸減少使用量	至多 6 個月
鼻噴霧劑	醫師處方藥	噴劑每按一次釋出劑量為 0.5mg，每瓶可使用 100 次	初期每小時使用 1-2 次，每日至少使用 8 次，一天最高劑量為 40 次（或 5 次/時）	3-6 個月
非尼古丁藥物				
Bupropion SR	醫師處方藥	口服，每錠 150mg；戒菸日前 1-2 週開始使用	前 3 天用法為 150mg QD，之後 150mg BID	8-12 週，可使用至 6 個月
Varenicline	醫師處方藥	口服，分為每錠 0.5mg 與 1mg 兩種劑量；需於戒菸日前一週開始用藥	前 3 天用法為 0.5mg QD，第 4-7 天為 0.5mg BID，第 8 天起 1mg BID	12 週，可使用至 6 個月

2. 咀嚼錠

尼古丁咀嚼錠包括 2mg 與 4mg 兩種劑量，有一般與薄荷兩種口味可供選擇，皆已核准為指示用藥，以 4mg 咀嚼錠較具臨床療效，停止吸菸初期應每日使用 10-15 錠，使用二至四週後可改用 2mg 嚼錠，並逐步減少使用錠數。

咀嚼錠係透過緩慢地咀嚼（約每分鐘內嚼一、兩次），當口腔出現辛辣味道時，應暫停咀嚼而將咀嚼錠留置於臉頰內側，所釋出之尼古丁經由口腔黏膜吸收而進入人體，不可如尋常的口香糖不停地咀嚼，並將唾液吞入胃中使用嚼錠常見的副作用主要是因咀嚼太快，將含多量尼古丁的唾液吞入腸胃，而引起噁心與消化不良，此外，若過度咀嚼尼古丁被胃酸破壞而無法取代菸品中之尼古丁。一片咀嚼錠在間歇地「咀嚼並留置」（chew & park）下，建議使用三分鐘，用藥前與用藥時應避免酸性飲料。常見的副作用有口腔酸痛、打嗝、胃部不適、下頷疼痛，通常症狀輕微，可隨正確之咀嚼而改善。

3. 口含錠

口含錠係溶解於口腔中，透過口腔黏膜吸收至體內，因此使用時不能咀嚼，且除飲水外，任何會干擾口腔黏膜吸收之酸性飲料，如咖啡、果汁、蘇打、汽水等，皆應避免於口含錠使用前 15 分鐘或使用中飲用。

以 NRT 來協助戒菸者大多未能使用足夠之劑量，因此使用口含錠者建議於用藥前六週應至少每 1-2 小時使用用一錠，之後三週約每 2-4 小時使用一錠，最後三週則每 4-8 小時使用一錠。

目前以口含錠所發表之臨床試驗較少，每天早上起床後 30 分鐘內即開始吸菸者，吸菸成癮度較高，戒菸時建議由 4mg 之口含錠進行治療；如起床後 30 分鐘以後才會吸菸者，其成癮程度較低，則可由 2mg 之口含錠起始。

4. 口腔吸入劑

尼古丁吸入劑目前仍需經由醫師處方，唯吸入劑並非一正確之命名，因吸入之尼古丁並無法達到肺部，而吸入口腔後由黏膜吸收進入體內。包括重複使用之口咬器（mouthpiece）與單次使用之尼古丁填充包（cartridge），口咬器可如菸品般陣陣地將藥物（尼古丁蒸汽）吸入口中，因此除可置換菸品中尼古丁外，亦具有取代吸菸行為之效果。

每一填充包含有 4mg 尼古丁，在實際 20 分鐘之使用時間中有 2mg 被吸收，頻繁地吸入使用可達最佳效果，使用前與使用中宜避免飲料，同時氣溫低於 10℃

時不利尼古丁吸入劑之投藥。常見副作用有口腔與喉嚨之局部刺激、咳嗽與鼻炎，症狀多數輕微並隨時間改善。

5. Bupropion SR

Bupropion SR (Zyban®)必須經由醫師開立處方，同樣成份的藥物可用於治療憂鬱症，但所使用之商名為 Wellbutrin®。Bupropion SR 的戒菸效果似乎比 NRT 來得好，其對照組治療前後之結果相近，但實驗組六或十二個月的戒菸成功率較高，兩者併用可能發揮更大療效，但至目前仍缺乏足夠的支持證據。

使用 Bupropion SR 協助戒菸者較少出現憂鬱的症狀，不過有一些副作用必須提及，尤其是癲癇，估計產生的危險約為 1：1000，因此應避免讓癲癇病患或曾有癲癇病史者服用，有一些因素會增加癲癇的發作機率，包括併用其他可能誘發癲癇的藥物、飲酒、頭部外傷、併用口服降血糖藥或注射胰島素。此外，亦不建議用於年齡小於十八歲者以及懷孕或哺乳的婦女。極少數使用者會出現嚴重的過敏反應，大約有 3%病患會有輕微的副作用，如紅疹、皮膚癢，以及如噁心、失眠、口乾等問題。

醫師與嘗試戒菸病患所約定之戒菸日，應在其開始服用 Bupropion SR 之後兩週左右。戒菸治療的起始劑量為 150mg、每日一次，三日之後增加至每日兩次，持續七至十二週，必要時可延續治療達一年（加拿大）或半年（美國），有肝臟疾病或腎功能受損者應考慮降低治療劑量(Technology Appraisal Guidance No.39 , 2002)。

6. 最新的戒菸治療藥物：Varenicline (Champix, 戒必適)

Varenicline 係由輝瑞藥廠所研發，製成於 1997 年，為過去十年當中，唯一新增核准使用的戒菸輔助治療藥物，美國 FDA 於 2006 年八月通過為醫師處方用藥，同年十二月獲准於歐盟國家使用，英國則於 2007 年七月開始使用於 UK National Health Service (NHS)處方，我國亦於 2007 年上市。Varenicline 在美國之商品名為 Chantix，其餘國家之商品名則為 Champix，國內上市之中文名稱為「戒必適」。

Varenicline 為口服錠劑，有 0.5mg 與 1mg 兩種劑量，較低量的 0.5mg 使用於投藥初期，可逐漸增加用藥劑量，以避免副作用之產生。建議用法為戒菸日之前 1-2 週開始用藥，開始的第 1-3 日為 0.5mg 每日一次，接著第 4-7 天為 0.5mg 每日兩次，第 8 天起增加為 1mg 每日兩次，目前建議之治療期為 3 個月，必要時

可延長為 6 個月可增加戒菸成功率，治療結束可直接停藥，不需經過藥物減量的過程。

常見副作用為輕度噁心，在臨床試驗中約有 30%的患者會發生，通常輕微，僅有少數人因此而停藥，用藥初期逐步增加劑量能有效降低不良反應之出現率。Varenicline 上市後，全世界已有數百萬人使用，在歐美均有少數用藥後發生精神情緒嚴重違常之個案通報，包括情緒低落、憂鬱，嚴重者有出現自殺意念或企圖，確實曾經引起注意，但於戒菸過程中，尼古丁戒斷症狀亦可能有類似狀況發生。依據目前分析結果，在所通報之個案中並未能建立起用藥與上述嚴重精神情緒異常間之因果關係，但為求慎重起見，醫師在處方時必須注意並嚴密監測治療者之情緒與精神狀況，用藥一週後應回診追蹤。

四、戒菸治療之效果：

依據 Cochrane Tobacco Addiction Group 最新的綜設分析(meta-analysis)，收錄 2000 年四月之前完成的 NRT 隨機對照試驗，排除未報告成功率或追蹤未達六個月者，研究個案總數超過三萬人，未使用 NRT 之對照組其 6-12 月後仍維持吸菸者為 8-13%，而同一期間使用 NRT 之實驗組其戒菸率可增加至 14-24%（請參見表 6-2），此一結果與以往較小型之研究類似(Holm, & Spencer, 2000）。據估計一般吸菸者每年的戒菸率僅有 1.5%，臨床試驗中的對照組其戒菸率明顯比一般吸菸者高出甚多，顯示對照組個案其戒菸意願較高，加上專業諮商的協助可以達到一定的效果。

無論任何一種投藥途徑，NRT 大約可以使長期戒菸成功率提高一倍，迄今並無充分證據支持任一類型 NRT 較他類 NRT 更具效果，整體而言，使用 NRT 者其六個月後之戒菸成功率，相較於對照組其勝算比為 1.74 (95% CI 1.64-1.86)，十二個月後戒菸成功率之勝算比為 1.69 (95% CI 1.57-1.82)。

針對抗憂鬱與抗焦慮藥物的戒菸療效，Cochrane Tobacco Addiction Group 亦做了完整的系統性回顧(systematic review)，目前看來僅 Nortriptyline 與 Bupropion SR 具戒菸療效，特別是 Bupropion SR。在四個隨機試驗中(參見表 6-3)，服用 Bupropion SR 150mg BID 七至十二週後，實驗組中 20.7%(105/508)在一年後仍維持戒菸，至於對照組戒菸率僅 7.9% (34/430)，實驗組治療成功機會的勝算比為 2.6 (95% CI：1.8-3.8) (Cochrane Tobacco Addiction Group, 2001) 。

至於最新上市 varenicline(戒必適)之戒菸效果，依據 2009 年一月 Cochrane review，使用戒必適治療 12 週後六至十二個月之戒菸率，與對照組(不使用藥物)比較 OR=2.33 (95% CI: 1.95-2.80)；若與 NRT 和 bupropion SR 比較，十二個月後戒菸成功率之 OR 分別為 1.31 (95% CI: 1.01-1.71)和 1.52(95% CI: 1.22-1.88)，戒必適之效果顯著高於既有之戒菸輔助藥物。

有少數戒菸病患會偶而、長期地使用 NRT，但至今未曾報告有健康上之危險，至於 **Bupropion** SR 則美國 FDA 已核准可因需要而長期使用。在藥物併用方面，Buproprion SR 可與任何尼古丁藥物合併治療，但在尼古丁藥物之合併治療

表 6-2　目前國內已引進或使用之戒菸治療藥物

一、尼古丁經皮貼片（transdermal patch）

- 諾華公司（Novartis）：
  克菸貼片 7mg, 14mg, 21mg（Nicotinell® TTS 10, TTS 20, and TTS 30）
- 信東生技公司：
  淨菸貼片 4.2mg, 8.3mg, 12.5mg（Smokfree Nicotine TDDS No.5, No.10, No.15）

二、尼古丁口嚼錠（chewing gum）

- 嬌生公司（Johnson & Johnson）：
  尼古清咀嚼錠 2mg 與 4mg（Nicorette®）
- 諾華公司（Novartis）：
  克菸咀嚼錠 2mg（Nicotinell®）

四、尼古丁口含錠（lozenge）

- 葛蘭素史克藥廠（GSK）：
  NiQuitin 口含錠 2mg 與 4mg（NiQuitin®）

五、尼古丁吸入劑（inhaler）

- 嬌生公司（Johnson & Johnson）：
  尼古清口腔吸入劑（Nicorette®）

六、非尼古丁藥物：

- 葛蘭素史克藥廠（GSK）：
  耐煙盼，bupropion SR（Zyban®）150mg
- 輝瑞大藥廠（Pfizer）
  戒必適，varenicline （Champix®）0.5mg & 1mg

表 6－3　NRT 與 bupropion SR 的臨床試驗結果(取自 Cochrane Review)。

戒菸藥物(研究試驗數)	6-12 月戒菸率	(戒菸者/個案數)
	實驗組	對照組
尼古丁藥物		
咀嚼錠(48)	20% (1453/7387)	12% (1084/9319)
經皮貼片(31)	14% (1384/9708)	8% (495/5969)
鼻噴霧劑(4)	24% (107/448)	12% (52/439)
吸入劑(4)	14% (84/490)	8% (44/486)
Bupropion SR (4)	20%(105/518)	8% (34/430)

方面，目前仍未獲 FDA 通過，確實有部分研究曾發表併用經皮貼片與咀嚼錠、或併用經皮貼片與鼻噴霧劑會較單一尼古丁藥物有效，但應使用於單一藥物治療無效者，且需注意尼古丁過量之危險。

五、結論：

許多研究顯示，無論是使用輔助藥物協助進行戒菸治療，是最符合成本效益的健康照護措施。病患能否成功停止吸菸受到幾項因素的影響：戒菸意願、尼古丁依賴程度、戒菸過程所獲得之支持以及是否使用藥物協助。我國從九十一年元月開始課徵「菸品健康福利捐」，同年九月衛生署國民健康局即著手推動「門診戒菸治療服務計畫」，凡有意戒菸之病患僅需負擔部分之藥物費用，即可於各地醫院或診所接受戒菸治療，在適當財源的挹注下，正式將戒菸治療服務納入健康照護體系中，將取之於吸菸者的稅收用之於治療吸菸者。

戒菸藥物治療之效果雖受到肯定，但國內在推動戒菸治療服務初期，仍有諸多困難亟待克服，一般民眾、有意戒菸者與醫療人員普遍仍未認知藥物治療在戒菸過程中的重要性，以致多數人嘗試戒菸時未獲得適當的治療與協助。醫療人員除應瞭解各種戒菸輔助藥物之療效與重要性外，更應建立正確的態度，積極鼓勵病患接受治療，才能將科學證據與研究成果帶入日常的醫療照護，為民眾提供更好的保健服務。

參考文獻：

1. Mallin R. Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapy. Am Fam Physician 2002；65:1107-14.
2. Technology Appraisal Guideance No. 39: Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: Nation Institute for Clinical Excellence, 2002.
3. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation. Drugs 2000；59:1007-1024.
4. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
5. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. ***Cochrane Database of Systematic Reviews*** 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.
6. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub3.

柒、保護孕婦及嬰幼兒孩童免受二手菸害

陳靜敏

對懷孕的婦女而言，戒菸是增加她們有健康孕程和一個健康的胎兒，婦女唯一可以做且是最重要的事。在懷孕之前就戒菸的婦女所生出來的寶寶的體重，和那些從來沒抽過菸的婦女所生出來的寶寶的體重是一樣的。在懷孕的前三個月停止吸菸將會減少出生低體重兒的機會。在懷孕時吸菸的婦女有較高的比例會有嘔吐、尿道感染、鵝口瘡、感覺不舒服以及高住院率。懷孕時吸菸會對胎兒和母親同時造成傷害（West, 2002）。停止吸菸將會減少發生這些問題的可能性。雖然有這些健康上的問題，許多婦女仍在懷孕期間吸菸，主要是因為這些婦女缺乏自制力、低自尊，或誤以為既然懷孕前三個月已在吸菸，現在戒菸就沒甚麼意思了。

1. 如何協助懷孕婦女戒菸？

同樣的，可以配合改變階段模式來提供協助。配合你的忠告使她們較容易改變。以不批判的方式傳達清楚的資訊伴隨適當的支持是必要的。利用每個機會來提供合適的忠告和支持，而且不要以為有其他的人會為你的個案提供這些忠告和支持。

2. 給沒有興趣戒菸的人

- 再加強有關吸菸的危險性及戒菸的益處的相關知識
- 如果她想再考慮看看時，提供個案合適的刊物『全民無菸 幸福好 EASY 手冊』、『戒菸教戰手冊』等
- 讓她很清楚知道，當她決定要戒菸時，你隨時願意和她談談並且將支持她
- 紀錄這些討論內容在個案檔案中

3. 給考慮戒菸的人

- 試著去瞭解為甚麼吸菸者會有矛盾的心理
- 要求她告訴你有關吸菸對健康的危害
- 仔細和她討論她的顧慮
- 鼓勵她讓她相信一定可以成功戒菸，只要她下定決心
- 建議她可獲得支持的來源和有哪些適切的刊物

4. 給準備戒菸的人

- 問她們為甚麼想吸菸和她們打算用甚麼方式來替代

- 討論 NRT 是否合適
- 要求她們設定一個戒菸日，並找尋可以支持她們的朋友
- 討論個人化的獎賞方式，這樣會讓她們更容易戒菸成功

5. 給已經停止吸菸的人

- 恭喜她們
- 詢問她們目前的感覺如何，以及她們是否已經注意到任何戒菸對其個人的好處
- 詢問她們是否有任何問題或困難
- 查詢她們在生產後繼續戒菸的意願
- 提醒她們持續戒菸的益處

6. 保護嬰兒及孩童免於環境中菸害的影響

懷孕期間，母親和胎兒兩者都會受到被動吸菸的危害。懷孕期間抽菸，對其胎兒的產前影響，包括有增加胎兒及新生兒死亡率、降低新生兒的平均出生體重、和可能增加的胎兒流產率。而其所生出的新生兒則常見有臍帶血免疫球蛋白 E 濃度的升高，及較易於十八個月大前發生異位性皮膚炎的疾病。同時向那些伴侶及家人有吸菸的婦女解釋暴露在二手菸中的有害氣體及化學物的危險是很重要的。這些對健康的危害是和孕婦本身吸菸很類似的。暴露在二手菸下的嬰兒是嬰兒猝死症候群(Sudden Infant Death Syndrome) 的高危險群。二手菸使嬰兒活力不足、注意力不集中。嬰兒的肺功能發育不全，容易導致早期氣喘、咳嗽、咳痰、感冒、呼吸急促、胸悶、呼吸困難。因此，除孕婦外，尚需和其伴侶來討論被動吸菸與保護其避免菸害是很重要的。

7. 保護與吸菸者同住的孩童

孩童比成年人更易受到二手菸的影響。戒菸師也許需要變成倡導者鼓勵其父母及照顧者保護孩子免於受到二手菸的危害。被動吸菸意指呼吸來自別人呼出的菸品。父母有吸菸的孩童平均一年約吸入 60-150 支菸品的量。生活在這樣的環境或坐在充滿菸味的車內，等於強迫孩子吸入有毒的氣體，會降低他們的免疫力，而且會使他們以後很容易生病。以孩童而言，暴露在充滿二手菸環境下的孩童容易罹患胸腔疾病，如：急性喉氣管支氣管炎(Croup)、肺炎和支氣管炎的機率，是遠離菸害孩童的兩倍。環繞在二手菸籠罩下的孩童同樣的很有可能罹患中耳炎、長期喉嚨痛、扁桃腺炎、哮喘以及小兒氣喘，甚至是流行性腦膜炎雙球菌

感染症(meningococcal disease)。

被動吸菸會對孩童造成的立即性危險包括：慢性咳嗽、哮喘、氣喘和耳朵感染。長期的危險包括：在幼年早期增加呼吸道疾病、肺功能減少和在嬰兒期發生嬰兒猝死的徵候群。而且父母有吸菸的孩子長大後比其他人更可能會去吸菸。另外一個重要影響則較不為人知。吸菸是導致之後濫用依賴物質的重要導因。吸菸的青少年成為酗酒者的機會是不吸菸者的 10 倍；而嘗試毒品的機會也比不吸菸者高出 25 倍。

8. 傳達訊息給父母

不論如何，對家中有人吸菸的家庭提有關孩子吸二手菸的議題都是很值得的。為協助父母及照顧者改變他們在家的吸菸方式，首先可以討論他們的吸菸史。你可以問的問題包括：

- 你已經吸菸多久了？
- 你曾考慮過要戒菸嗎？

假如你的個案是一個肯定的老菸槍，企圖去鼓勵他戒菸可能是毫無意義的。在這些情況下，應優先考慮如何使孩童呼吸無菸的空氣。與父母討論環境中的二手菸在哪些方面會影響他們的家人，以採保護性措施。有效的問題包括：

- 你知不知道中有人吸菸時，被動吸菸對孩子的影響？
- 目前你如何讓菸害遠離你的孩子？
- 當有人在家中吸菸，你如何處理？
- 若氣候不好，無法去外面吸菸時，你都如何處理？
- 當你的家人或朋友吸菸時該怎麼辦？你會請他們不要在家中或寶寶附近吸菸嗎？
- 當你外出同車上有人吸菸時該怎麼辦？

在他們有意願要戒菸時，這些問題可以促使父母考慮做一些改變。有一個好的介入照護的例子，就是瑞典率先開始的無菸孩童運動（Smoke-Free Children）（有關無菸孩童第一個 10 年的一則報導，發表於 2003 年 www.cancerfonden.se）。透過護理人員及助產士訓練，促使其用誘導性而非批判性地的訪談來引發，孕婦吸菸及保護孩童免於二手菸危害的議題，結果非常正向。該國的孕婦吸菸率大幅下降並且大大的減少家中的孩子暴露於二手菸的比

率。

9. 青少年

青春期的孩子在成長過程中常會感受到有壓力要開始吸菸，而若她們的父母是吸菸者時，他們本身就較有可能會吸菸。假使青少年看到其父母吸菸可能會造成問題，他們可能會認為吸菸是無害的。

青少年的父母可以有以下協助：

- 告訴青少年他們討厭吸菸的原因
- 向其解釋大部分的人都會希望他們可以戒菸
- 要求他們計算一下，一年要花在吸菸的費用
- 絕對不要讓他們試抽第一根菸品
- 絕對不要請他們幫忙買菸品或火柴
- 不要讓任何人在家中或他們附近吸菸

針對青少年戒菸拒菸的方式有很多好的例子，如透過偶像（蔡依林、王馨平）拒菸代言、或「拒菸麻豆選拔賽」等，皆證實對協助青少年戒菸有具體的幫助，有興趣的讀者可以自行上網查詢。

參考文獻

1. 行政院衛生署（2003，11 月 10 日）．怎樣幫助病人戒菸-護理人員手冊．行政院衛生署網站，取自 http://www.doh.gov.tw
2. 行政院衛生署（2003，11 月 10 日）．怎樣幫助病人戒菸-醫師手冊．行政院衛生署網站，http://www.doh.gov.tw
3. 衛生署國民健康局（2002）．台灣醫師臨床戒菸指引．台北：台灣。
   衛生署國民健康局（2003）．電話戒菸手冊．台北：台灣。
4. Andrews JO, Tingen MS, Harper RJ. (1999). A model nurse practitioner-managed smoking cessation clinic. ***Oncology Nursing Forum*** (26): 1603-1610.
5. Browning KK, Ahijevych KL, Ross P, Wewers Jr. ME.(2000). Implementing the Agency for Health Care Policy and Research's Smoking Cessation Guideline in a lung cancer surgery clinic. ***Oncology Nursing Forum*** (27): 1248 – 1253.
6. Griebel B, Wewers ME, Baker C.(1998). The effectiveness of a nurse-managed minimal smoking-cessation intervention among hospitalized patients with cancer. ***Oncology Nursing Forum,*** 897-902.
7. International Council of Nursing [ICN]. (2003**e**). ***Tobacco control and smoking cessation: The role of the nurse***. International Council of Nursing, Geneva.
8. Percival, J. Milner, D., Wallace-Bell, M. (2002) ***Tobacco Control and Smoking Cessation the Role of the Nurse.*** International Society of Nurses in Cancer Care, p1-92
9. Sarna L.(1999). Prevention: Tobacco control and cancer nursing. ***Cancer Nursing, 22***, 21-28.
10. World Health Organization [WHO] (2003). Chair's text of a framework convention on tobacco control. Intergovenrmental negotiation body on the WHO framework convention on tobacco control, six section. www.who.int/tobacco/index.cfm, March

捌、台灣現行菸害防制相關法規

菸害防制法(98.1.23 修正)

第一章 總則

第 1 條　為防制菸害，維護國民健康，特制定本法；本法未規定者，適用其他法令之規定。

第 2 條　本法用詞定義如下：

二、吸菸：指吸食、咀嚼菸品或攜帶點燃之菸品之行為。

三、菸品容器：指向消費者販賣菸品所使用之所有包裝盒、罐或其他容器等。

四、菸品廣告：指以任何形式之商業宣傳、促銷、建議或行動，其直接或間接之目的或效果在於對不特定之消費者推銷或促進菸品使用。

五、菸品贊助：指對任何事件、活動或個人採取任何形式之捐助，其直接或間接之目的或效果在於對不特定之消費者推銷或促進菸品使用。

第 3 條　本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

第二章 菸品健康福利捐及菸品之管理

第4條　菸品應徵健康福利捐，其金額如下：

一、紙菸：每千支新臺幣一千元。

二、菸絲：每公斤新臺幣一千元。

三、雪茄：每公斤新臺幣一千元。

四、其他菸品：每公斤新臺幣一千元。

前項健康福利捐金額，中央主管機關及財政部應每二年邀集財政、經濟、公共衛生及相關領域學者專家，依下列因素評估一次：

一、可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及全民健康保險醫療費用。

二、菸品消費量及吸菸率。

三、菸品稅捐占平均菸品零售價之比率。

四、國民所得及物價指數。

五、其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素。

第一項金額，經中央主管機關及財政部依前項規定評估結果，認有調高必要時，應報請行政院核定，並送立法院審查通過。

菸品健康福利捐應用於全民健康保險之安全準備、癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、罕見疾病等之醫療費用、經濟困難者之保險費、中央與地方之菸害防制、衛生保健、社會福利、

私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏、菸農及相關產業勞工之輔導與照顧；其分配及運作辦法，由中央主管機關及財政部訂定，並送立法院審查。

前項所稱醫療資源缺乏地區及經濟困難者，由中央主管機關定之。

菸品健康福利捐由菸酒稅稽徵機關於徵收菸酒稅時代徵之；其繳納義務人、免徵、退還、稽徵及罰則，依菸酒稅法之規定辦理。

第 5 條　對消費者販賣菸品不得以下列方式為之：

一、自動販賣、郵購、電子購物或其他無法辨識消費者年齡之方式。

二、開放式貨架等可由消費者直接取得且無法辨識年齡之方式。

三、每一販賣單位以少於二十支及其內容物淨重低於十五公克之包裝方式。但雪茄不在此限。

第 6 條　菸品、品牌名稱及菸品容器加註之文字及標示，不得使用淡菸、低焦油或其他可能致人誤認吸菸無害健康或危害輕微之文字及標示。但本法修正前之菸品名稱不適用之。

菸品容器最大外表正反面積明顯位置處，應以中文標示吸菸有害健康之警示圖文與戒菸相關資訊；其標示面積不得小於該面積百分之三十五。

前項標示之內容、面積及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 7 條　菸品所含之尼古丁及焦油，應以中文標示於菸品容器上。但專供外銷者不在此限。

前項尼古丁及焦油不得超過最高含量；其最高含量與其檢測方法、含量標示方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 8 條　菸品製造及輸入業者應申報下列資料：

一、菸品成分、添加物及其相關毒性資料。

二、菸品排放物及其相關毒性資料。

前項申報資料，中央主管機關應定期主動公開；必要時，並得派員取樣檢查（驗）。

前二項應申報資料之內容、時間、程序、檢查（驗）及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 9 條　促銷菸品或為菸品廣告，不得以下列方式為之：

一、以廣播、電視、電影片、錄影物、電子訊號、電腦網路、報紙、雜誌、看板、海報、單張、通知、通告、說明書、樣品、招貼、展示或其他文字、圖畫、物品或電磁紀錄物為宣傳。

二、以採訪、報導介紹菸品或假借他人名義之方式為宣傳。

三、以折扣方式銷售菸品或以其他物品作為銷售菸品之贈品或獎品。

四、以菸品作為銷售物品、活動之贈品或獎品。

五、以菸品與其他物品包裹一起銷售。

六、以單支、散裝或包裝之方式分發或兜售。

七、利用與菸品品牌名稱或商標相同或近似之商品為宣傳。

八、以茶會、餐會、說明會、品嚐會、演唱會、演講會、體育或公益等活動，或其他類似方式為宣傳。

九、其他經中央主管機關公告禁止之方式。

第 10 條　販賣菸品之場所，應於明顯處標示第六條第二項、第十二條第一項及第十三條意旨之警示圖文；菸品或菸品容器之展示，應以使消費者獲知菸品品牌及價格之必要者為限。

前項標示與展示之範圍、內容、方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 11 條　營業場所不得為促銷或營利目的免費供應菸品。

第三章 兒童及少年、孕婦吸菸行為之禁止

第 12 條　未滿十八歲者，不得吸菸。

孕婦亦不得吸菸。

父母、監護人或其他實際為照顧之人應禁止未滿十八歲者吸菸。

第 13 條　任何人不得供應菸品予未滿十八歲者。

任何人不得強迫、引誘或以其他方式使孕婦吸菸。

第 14 條　任何人不得製造、輸入或販賣菸品形狀之糖果、點心、玩具或其他任何物品。

第四章 吸菸場所之限制

第 15 條　下列場所全面禁止吸菸：

一、高級中等學校以下學校及其他供兒童及少年教育或活動為主要目的之場所。

二、大專校院、圖書館、博物館、美術館及其他文化或社會教育機構所在之室內場所。

三、醫療機構、護理機構、其他醫事機構及社會福利機構所在場所。但老人福利機構於設有獨立空調及獨立隔間之室內吸菸室，或其室外場所，不在此限。

四、政府機關及公營事業機構所在之室內場所。

五、大眾運輸工具、計程車、遊覽車、捷運系統、車站及旅客等候室。

六、製造、儲存或販賣易燃易爆物品之場所。

七、金融機構、郵局及電信事業之營業場所。

八、供室內體育、運動或健身之場所。

九、教室、圖書室、實驗室、表演廳、禮堂、展覽室、會議廳（室）

及電梯廂內。

十、歌劇院、電影院、視聽歌唱業或資訊休閒業及其他供公眾休閒娛樂之室內場所。

十一、旅館、商場、餐飲店或其他供公眾消費之室內場所。但於該場所內設有獨立空調及獨立隔間之室內吸菸室、半戶外開放空間之餐飲場所、雪茄館、下午九時以後開始營業且十八歲以上始能進入之酒吧、視聽歌唱場所，不在此限。

十二、三人以上共用之室內工作場所。

十三、其他供公共使用之室內場所及經各級主管機關公告指定之場所及交通工具。

前項所定場所，應於所有入口處設置明顯禁菸標示，並不得供應與吸菸有關之器物。

第一項第三款及第十一款但書之室內吸菸室；其面積、設施及設置辦法，由中央主管機關定之。

第 16 條　下列場所除吸菸區外，不得吸菸；未設吸菸區者，全面禁止吸菸：

一、大專校院、圖書館、博物館、美術館及其他文化或社會教育機構所在之室外場所。

二、室外體育場、游泳池或其他供公眾休閒娛樂之室外場所。

三、老人福利機構所在之室外場所。

四、其他經各級主管機關指定公告之場所及交通工具。

前項所定場所，應於所有入口處及其他適當地點，設置明顯禁菸標示或除吸菸區外不得吸菸意旨之標示；且除吸菸區外，不得供應與吸菸有關之器物。

第一項吸菸區之設置，應符合下列規定：

一、吸菸區應有明顯之標示。

二、吸菸區之面積不得大於該場所室外面積二分之一，且不得設於必經之處。

第 17 條　第十五條第一項及前條第一項以外之場所，經所有人、負責人或管理人指定禁止吸菸之場所，禁止吸菸。

於孕婦或未滿三歲兒童在場之室內場所，禁止吸菸。

第 18 條　於第十五條或第十六條之禁菸場所吸菸或未滿十八歲者進入吸菸區，該場所負責人及從業人員應予勸阻。

於禁菸場所吸菸者，在場人士得予勸阻。

第 19 條　直轄市、縣（市）主管機關對第十五條及第十六條規定之場所與吸菸區之設置及管理事項，應定期派員檢查。

第五章 菸害之教育及宣導

第 20 條　各機關學校應積極辦理菸害防制教育及宣導。

第 21 條　醫療機構、心理衛生輔導機構及公益團體得提供戒菸服務。

前項服務之補助或獎勵辦法，由各級主管機關定之。

第 22 條　電視節目、戲劇表演、視聽歌唱及職業運動表演等不得特別強調吸菸之形象。

第六章 罰 則

第 23 條　違反第五條或第十條第一項規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並得按次連續處罰。

第 24 條　製造或輸入違反第六條第一項、第二項或第七條第一項規定之菸品者，處新臺幣一百萬元以上五百萬元以下罰鍰，並令限期回收；屆期未回收者，按次連續處罰，違規之菸品沒入並銷毀之。

販賣違反第六條第一項、第二項或第七條第一項規定之菸品者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

第 25 條　違反第八條第一項規定者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並令限期申報；屆期未申報者，按次連續處罰。

規避、妨礙或拒絕中央主管機關依第八條第二項規定所為之取樣檢查（驗）者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰。

第 26 條　製造或輸入業者，違反第九條各款規定者，處新臺幣五百萬元以上二千五百萬元以下罰鍰，並按次連續處罰。

廣告業或傳播媒體業者違反第九條各款規定，製作菸品廣告或接受傳播或刊載者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並按次處罰。

違反第九條各款規定，除前二項另有規定者外，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，並按次連續處罰。

第 27 條　違反第十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。

第 28 條　違反第十二條第一項規定者，應令其接受戒菸教育；行為人未滿十八歲且未結婚者，並應令其父母或監護人使其到場。

無正當理由未依通知接受戒菸教育者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰，並按次連續處罰；行為人未滿十八歲且未結婚者，處罰其父母或監護人。

第一項戒菸教育之實施辦法，由中央主管機關定之。

第 29 條　違反第十三條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

第 30 條　製造或輸入業者，違反第十四條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期回收；屆期未回收者，按次連續處罰。

販賣業者違反第十四條規定者，處新臺幣一千元以上三千元以下罰鍰。

第 31 條　違反第十五條第一項或第十六條第一項規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。

違反第十五條第二項、第十六條第二項或第三項規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改正；屆期未改正者，得按次連續處罰。

第 32 條　違反本法規定，經依第二十三條至前條規定處罰者，得併公告被處分人及其違法情形。

第 33 條　本法所定罰則，除第二十五條規定由中央主管機關處罰外，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

第七章 附 則

第 34 條　依第四條規定徵收之菸品健康福利捐，分配用於中央與地方菸害防制及衛生保健之部分，由中央主管機關設置基金，辦理菸害防制及衛生保健相關業務。

前項基金之收支、保管及運用辦法，由行政院定之。

第 35 條　本法自公布後六個月施行。

本法中華民國九十六年六月十五日修正條文，除第四條之施行日期，由行政院定之外，自公布後十八個月施行。

本法中華民國九十八年一月十二日修正之第四條條文，其施行日期，由行政院定之。

==========

兒童及少年福利法(民國 97 年 08 月 06 日 修正)

第四章 保護措施

第二十六條　兒童及少年不得為下列行為：

一、吸菸、飲酒、嚼檳榔。

二、施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。

三、觀看、閱覽、收聽或使用足以妨害其身心健康之暴力、色情、猥褻、賭博之出版品、圖畫、錄影帶、錄音帶、影片、光碟、磁片、電子訊號、遊戲軟體、網際網路或其他物品。

四、在道路上競駛、競技或以蛇行等危險方式駕車或參與其行為。

父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人，應禁止兒童及少年為前項各款行為。

任何人均不得供應第一項之物質、物品予兒童及少年。

第三十一條　孕婦不得吸菸、酗酒、嚼檳榔、施用毒品、非法施用管制藥品或為其他有害胎兒發育之行為。

任何人不得強迫、引誘或以其他方式使孕婦為有害胎兒發育之行為。

第六章 罰則

第五十五條　父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人，違反第二十六條第二項規定情節嚴重者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

供應菸、酒或檳榔予兒童及少年者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。

供應毒品、非法供應管制藥品或其他有害身心健康之物質予兒童及少年者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。

供應有關暴力、猥褻或色情之出版品、圖畫、錄影帶、影片、光碟、電子訊號、電腦網路或其他物品予兒童及少年者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。

==========

學校衛生法 (91.2.6 公布)

第二十四條　高級中等以下學校，應全面禁菸；並不得供售菸、酒、檳榔及其他有害身心健康之物質。

附錄一、常用戒菸資源

1. 國民健康局健康九九網站
   http://www.health99.doh.gov.tw/
2. 國民健康局：
   http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Porta/
3. 菸害防制資訊網
   http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/
4. 戒菸專線 ：
   http://www.tsh.org.tw/
5. 門診戒菸管理中心：
   http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit
6. 華文戒菸網：
   http://www.e-quit.org/
7. 董氏基金會
   http://www.jtf.org.tw/
8. 菸害防制法
   http://www.health99.doh.gov.tw/box2/smokefreelife/law.aspx
9. 免費戒菸諮詢專線 【0800-636363】
10. 全國超過 2,000 家門診戒菸服務醫療院所查詢 【02-89911190】
11. USA CDC—Smoking&Tobacco Use
    http://www.cdc.gov/tobacco/
12. USA CDC—Tobacco Policies
    http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/by_topic/policy/index.htm

附錄二、2009 國民健康局年報

第一節　菸品健康危害防制

現況：

2008年我國18歲以上成年男性與女性之吸菸率分別為38.6%、4.8%。從歷年調查可發現，男性吸菸率有下降趨勢，唯近年降幅趨緩，女性則尚待密切觀察（圖4-1）。國中生吸菸率方面，2004年為6.6%（男性為8.5%，女性4.2%），2006年為7.5%（男性9.7%，女性4.7%）；高中職學生吸菸率在2005年15.2%（男性21.1%，女性8.5%），2007年為14.8%（男性19.3%，女性9.1%），青少年吸菸率有隨年齡增加趨勢，尤其是青少女吸菸率之升高，更不容忽視。

菸害防制法於1997年制訂施行，歷經十年、三屆的立法院會期，終於在2007年三讀修正通過並自2009年1月11日施行，重點包括：菸品健康福利捐調漲機制、菸品容器警圖及成分揭露、禁止菸品促銷廣告、管制菸品展示、保護胎兒及青少年健康、室內公共場所及工作場所禁菸等，得以與世界潮流接軌，落實「世界衛生組織菸草控制框架公約」（WHO Framework Convention on Tobacco Control，簡稱FCTC ）規範之精神。

2008年工作之重點：1.修訂相關法規 2.無菸支持環境 3.多元化戒菸服務 4.監測與研究 5.人才培訓與國際交流 6.菸害防制新規定宣導，詳述如後。

圖4-1 我國歷年18歲以上成人吸菸率

備註：a. 1973～1996年資料來源為菸酒公賣局調查資料。
b. 1999年資料來源為李蘭教授調查資料。
c. 2002年資料來源為國民健康局「台灣地區2002年國民健康促進知識、態度與行為調查」。
d. 2004～2008年資料來源為國民健康局「成人吸菸行為電話調查」。
e. 2002～2008年吸菸者定義乃依據美國疾病管制局（CDC），係終身吸菸超過100支〈5包〉且最近30天內曾使用菸品者。

業務指標：

成人吸菸率每年降低 0.3%。

政策與成果：

一、修訂相關法規

依菸害防制法之立法目的，並參考加拿大、歐盟、美國等國家之規範，及世界衛生組織之相關指引或議定書草案，於2008年完成八項辦法之訂定，分別規範菸品健康福利捐分配的用途及比率、執行戒菸教育的權責機關(構)及實施對象、戒菸服務獎勵的方式及對象、菸品尼古丁焦油之最高許可含量及其檢測方法與標示義務、菸盒應標示之警示圖文及面積、室內吸菸室設置之限制及標準、販賣場所展示菸品之位置與數量限制、菸品健康福利捐之保管運用；為揭露菸品相關資訊，首次針對菸品進行管理，要求菸品製造或輸入業者申報菸品之成分、排放物及毒性資料。

法規之制定，不僅在於合乎立法意旨，並需考量實際可行；故除與法律專家共同研擬各項辦法外，更與利害關係團體、零售業者、民間反菸團體、建築相關專業團體、執法機關、民意代表、法制專家學者…等密集討論，召開多次會議，完成菸害防制法新規定之授權，訂定並公告發布下列八項辦法。

菸害防制法授權訂定之辦法	發布時間
菸品健康福利捐分配及運作辦法	2007.10.11衛生署與財政部會銜發布 2009 .4.17 再次會銜修正發布
戒菸服務補助獎勵辦法	2008.2.22衛生署發布
戒菸教育實施辦法	2008.2.22衛生署發布
菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法	2008.3.27衛生署發布
室內吸菸室設置辦法	2008.5.29衛生署發布
販賣菸品場所標示及展示管理辦法	2008.6.23衛生署發布
菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法	2008.8. 21報請行政院發布
菸品資料申報辦法	2008.12.4衛生署發布

二、無菸支持環境

持續辦理30個「無菸社區計畫」；持續辦理部隊菸害防制工作；由教育部通函各級學校落實執行「校園菸害防制實施計畫」，營造無菸校園環境；結合輔導團隊推動職場菸害防制工作，共實地輔導74家職場建立無菸或限菸政策，營造無菸的職場環境，衛生署委託進行的全國職場菸害調查結果顯示，職場員工吸菸率為20%（較民國96年下降1%），室內工作場所二手菸暴露率為26%。

為提供民眾無菸環境的諮詢與檢舉服務，自2008年12月起，擴大「菸害諮詢與檢舉專線服務0800-531-531」之功能，24小時受理民眾對菸害防制法新規定之諮詢或申訴，共接獲民眾諮詢電話約800件，申訴案計亦有463件，均轉請各縣市衛生局處理。

三、多元化戒菸服務

戒菸服務有門診戒菸、戒菸專線及戒菸班等，門診戒菸合約醫療院所共2,149家，自2002～2008年，計108萬6,951人次接受戒菸治療；6個月戒菸成功率約22%。免費電話戒菸諮詢服務（0800-636363），相同期間共提供逾34萬人次服務，接受多次諮商者6個月戒菸成功率29%；由於2008年全面強力宣導菸害防制法新規定，且因強制於菸盒上標示戒菸專線號碼，故年底單月主動來電量增加六成，戒菸專線諮詢量增為7萬6,800人次，較前一年增加2萬1,219人次。各縣市醫療院所開辦之社區戒菸班，計257班4,744人參與。

依菸害防制法新規定，未滿18歲而違法吸菸者，應接受戒菸教育，為此，委託中華民國學校衛生教育學會研發國、高中、職學生戒菸的學員手冊及教師輔導手冊與短片；並辦理北、中、南、東教育與衛生人員師資培訓，計405位教師參加。

四、研究與監測

為檢視菸害防制工作成效，建立吸菸行為之監測系統，包括「成人吸菸行為電話訪問調查」、「國中學生及教職員吸菸行為調查」、「高中職學生及教職員吸菸行為調查」、菸品尼古丁、焦油及一氧化碳含量監測等。也針對戒菸服務成效、菸品消費、媒體宣導評估、菸品訊息監測、執法成效評價、政策評估等議題進行研究。

五、人才培訓與國際交流

為推動菸害防制法新規定，辦理「菸害防制法相關人員訓練計畫」，計有346人次參加。另，辦理「縣市菸害防制實務交流訓練工作坊」3梯次，協助地方政府規劃具地方特色計畫及提高工作人員知識與技能；持續辦理「門診戒菸治療醫師訓練計畫」，以增加醫師參與門診戒菸服務之人力，年度內計6,246位醫師完成訓練。

在推動國際交流方面，詳見第七章第三節。

六、菸害防制法新規定宣導

菸害防制法修法新規定，影響超過100萬處場所及2300萬民眾的日常生活。為提高民眾及業者對新規定的認知與配合，落實新規定，於2009年1月11日前能達到「禁

菸場所張貼明顯禁菸標示」及「菸品販賣場所張貼警示圖文」為具體目標，全面加強宣導以「彼此尊重　相互提醒，無菸環境　你我做起」為宣導主軸，分別透過法制教育(執法人員、申訴諮詢專線等訓練、問答彙集、說明會）、媒體宣導（電視、廣播、平面、戶外媒體等、部會之地方行政體系通路）及成果監測（衛生局通報、實地抽查、電話調查、媒體分析）等策略。

（一）法制訓練：8-11月間就民眾對新規定可能的疑問編制問答集，辦理衛生局執法人員訓練7場（359人）、交通旅遊業、餐飲業、建築業、菸品製造輸入業、批發零售等14類業者說明會（161場）、學校等17類場所或業者說明會（4,100場）。在媒體通路方面，除透過有線無線電視（4,500檔）、廣播（4,400檔）、平面（報紙與雜誌）、戶外（燈箱、電視牆、車體、看板）、印刷品（900萬份），請各部會運用各式宣導通路，如：跑馬燈、網站連結，懸掛紅布條、平面刊物宣導、布告欄張貼等，針對室內公共場所與三人以上工作場所全面禁菸、菸盒警示圖文、販賣場所警告圖與文字等涉及民眾生活習慣之條文，進行全面性宣導。

（二）與縣市溝通：召開3次縣市衛生局長會議，拜會8位直轄縣市長，爭取支持推動無菸政策。並於2008年12月26日與25縣市進行現場及連線模擬演習，以「兵棋推演」（模擬劇本）方式進行，針對實施當日可能發生的情境，預先演練應變措施。

（三）加強地方宣導：透過22縣市衛生局於年底三個月雇用665位短期臨時人力，協助張貼禁菸標示與宣導新規定；完成菸害防制義工或志工訓練計485場次，培訓1萬3,549位志工；擴大辦理相關宣導活動達3萬1,517場次，並動員鄰里長系統協助宣導與張貼禁菸標示。

（四）成果監測：本局派員至25縣市進行5次實地抽查（5,646處場所），訪查結果菸品販賣場所張貼警示圖文之張貼率、禁菸場所禁菸標示張貼率皆達7成以上。媒體宣導評估調查顯示菸害防制法新規定累積民眾觸達率近九成。

電話調查顯示2008年2月民眾對新法之知曉度約2成、6月約6成、9月約8成，執法滿1個月民眾對於主要禁菸場所知曉度皆已高達9成以上；其中，對於三人以上共用之室內工作場所知曉度與2008年7月宣導前相較，大幅提高6成，而大眾運輸工具、旅館/商場/餐飲店等供公眾消費場所之知曉度亦提高3成5。

（五）由於菸品容器增列標示健康警示圖文及戒菸專線的規定，業者為避免新品來不及於2009年1月11日上架被罰，提前於9～12月開始販售新品，因此10～12月分析戒菸專線來電者意見，自新規定施行後，約6成來電者表示看到菸品容器的戒菸專線電話，近7成表示看到菸品容器警示圖文後，更清楚戒菸的重要、吸菸害處及對家人健康、胎兒的影響，証實健康警示已發揮一定效果。