

中山醫學大學護理學系碩士班論文

Master Thesis, Institute of Nursing

Chung Shan Medical University

吸菸者拒菸自我效能與健康信念相關因素
探討—台灣中部某醫學中心門診為例

Self-Efficacy in Smoking Cessation and Health Belief
-in Outpatients at a Medical Center in Central Taiwan

指導教授：顏文娟 助理教授

Wen-Jiuan Yen, RN, Ph.D

共同指導教授：李選 教授

Sheuan Lee, RN, Ph.D

研究生：歐香縫 Shiang-Ferng Ou

中華民國九十五年七月

July, 2006

致 謝

從事護理工作已二十多年，自覺學理在臨床上的應用不足，也激起我再度進入學校學習的動機，中山護研所兩年的學習過程，不但讓我生活更緊湊，也感受到精神充電後的充實滋味，回想上課時與老師及同學們熱烈討論的情境，回家後熬夜做不完的作業與報告，猶如歷歷在眼前，如今畢業了雖帶者滿腔熱血的服務熱誠回到職場，但心中確有著結束校園生活的失落感，因為我們即將離開同窗兩年的同學又敏、紀萌、惠美、令吏、銀貞、麗華、美珠好姐妹們。本論文得以順利完成最要感謝指導教授顏文娟老師，她平易近人為直爽，但對學術的執著，卻令我在在論文寫作上絲毫不敢馬虎，一篇論文的完成是需要慢慢累積與琢磨的，打從訂定題目到最困難的結論、討論與建議的部份，她總是在我碰到瓶頸的時候，一步一步不勝其煩的指點迷津，且為了修改我與令吏的論文還徹夜未眠、公而忘私，甚至到最後口試的前夕她還是那麼堅持與執著，讓我由衷感動與敬佩且畢生難忘。另外還要感謝我的共同指導教授李選院長 2 年來在課程上的精心設計，安排外賓的參訪活動與國際研討會，讓我視野大開，最後在論文上的細心修改與指導，奠定今後我對學術研究的正確概念。感謝黃淑貞教授與廖倩誼主任大方無私的提供研究工具量表，使論文的結果更具代表性。另外也承蒙吳麗芬主任、張文道醫師、葉滋穗醫師、朱月英護理長與劉玉雲護理師在專家效度上的審核及提供寶貴意見，讓資料收集過程能涵蓋整體層面。還有口試委員尹裕君主任與黃宣宜老師及馬維芬老師提供精闢獨特的見解和意見，使本論文得以完整定稿，感謝老師們給我的批評與指導。在統計上承蒙台中榮總生物統計小組劉聖文、何惠卿小姐的協助，過程中幾度的討論與研究，使呈現的結果能具周延性。在電腦技術上感謝郭淑芬的協助及李玉娟、曾美珠在平時工作上的分擔讓我能專心寫作。研究過程中感謝台中榮總 TCVGH-957401A 的經費支持及 156 位參予研究的個案與小組長李國華、蔡麗貞、林孟珍、孟曉昭、許鳳美、王貞國、樓翠鳳、湯慶玲問卷的收集使論文得以順利完成。感謝洪昭安老師在論文修改時的協助與精神支持。

學習過程中感謝我的家人母親、大姐、二姐、大哥、二哥、三哥對安怡的照顧，先生永隆的體諒、兒子凱傑及女兒旻錦對家事的分擔使我無後顧之憂且順利完成學業。另外還要感謝李媽媽張桂琴女士多年來在背後默默的鼓勵與支持，讓我更有信心繼續走下去。最後僅以此拙作與大家共同分享經驗與榮耀並感謝所有關心我的朋友在此由衷的謝謝你們。

香縫謹誌



摘要

本研究的目的是探討影響醫院門診吸菸者之拒菸自我效能、健康信念、菸害知識之因子及三者之間的關係，本研究為橫斷式研究設計，以中部某醫學中心來門診就醫之吸菸病患或家屬為收案對象，於民國 95 年 3 月至 4 月共收集 156 位個案。研究方法採立意取樣，研究工具為結構式問卷，內容包括：吸菸者個人基本屬性、尼古丁成癮情形、菸害知識、健康信念、戒菸意願、拒菸自我效能等六部份，由個案自填方式收集資料。依研究目的及變項性質，選擇統計方法包括頻率、百分比、平均值、標準差、t-test、one-way ANOVA、卡方檢定、皮爾森積差相關分析等進行統計分析。

本研究的結果發現（一）菸害知識會因年齡、職業、教育程度而有差異。菸害知識得分與健康信念總平均相比較呈正相關。（二）健康信念會因個案年齡、職業、教育程度、菸齡而有影響。「健康信念總平均」與「罹患性認知」、「嚴重性認知」、「不吸菸的自覺利益性」與教育程度呈現正相關，即教育程度越高健康信念越好。（三）吸菸者尼古丁成癮情形越低拒菸自我效能越強（四）戒菸意願與拒菸自我效能有相關，即有戒菸意願者其拒菸自我效能較高。（五）有戒菸意願之研究對象所採的戒菸行動計畫以「意志力」最多，其次是「家人協助」，佔第三位者為採「戒菸專線」。

本研究結果，可配合健康促進做為門診介入性衛教、戒菸課程或團體衛教課程設計及戒菸輔導業務推動的參考依據，並可有效的提高戒菸率進而降低醫療成本。

關鍵詞：菸害知識、健康信念、尼古丁成癮情形、戒菸意願、拒菸自我效能

Abstract

The purposes of this research are to investigate the influence factors of self-efficiency in smoking cessation, health belief, and smoking-related knowledge of the smokers at outpatient clinic in a hospital and the association between the three variables. This study was a cross sectional design. Total 156 smoker-patients or families were recruited at the outpatient clinic in a medical center in middle Taiwan during March to April in 2006. Purposive sampling was performed. A questionnaire was utilized including demographic data, nicotine addiction, smoking related knowledge, health belief attitude towards smoking cessation and self-efficiency in smoking cessation.. Based on the research objectives and the properties of variables, appropriate statistic methods were chosen. The methods include frequency, percentage, mean value, standard deviation, t-test, one-way ANOVA, Chi-square test, Pearson's correlation analysis and so on.

The findings of this research can be summarized as follows. (1) Smokers with different ages, occupations, and education possess different smoking-related knowledge. The score in the “smoking-related knowledge” has positive correlation with the average score in “health belief”. (2) Health belief of a smoker was found to be associated with age, occupation, education and smoking history. The average score in health belief, perceived susceptibility, perceived severity and perceived benefits of not smoking have positive correlation with the education. In other words, better education leads to better health belief. (3) A smoker with lower nicotine addiction has higher self-efficiency in smoking cessation. (4) The self-efficiency of a smoker in smoking cessation is related to his or her attitude towards smoking cessation. In other words, the smokers who desire to quite smoking have higher self-efficiency in smoking cessation. (5) The “willpower” is the most common measure that the smokers took to quite smoking, followed by the “help from their families” and the

“tobacco cessation hotline.”

The results of this research combined with health promotion can be used in health intervention/education in outpatient clinic, design of smoking cessation and group health education program, and smoking-cessation counseling. Besides, this research can help increase the smoking-cessation rate and decrease the medical cost.

Keywords: smoking-related knowledge, health belief, nicotine addiction, attitude towards smoking cessation, self-efficiency in smoking cessation.



目 錄

	頁
誌謝.....	
中文摘要.....	I
英文摘要 (Abstract)	II
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景及動機.....	1
第二節 研究重要性.....	2
第三節 研究目的.....	2
第四節 研究問題.....	2
第五節 名詞界定.....	3
第二章 文獻查證與研究架構.....	6
第一節 國內吸菸現況及危害.....	6
第二節 吸菸行為的定義與形成的過程.....	9
第三節 健康信念模式概念及影響因素.....	12
第四節 拒菸自我效能概念及影響因子.....	15
第五節 研究架構.....	20
第三章 研究方法.....	21
第一節 研究設計.....	21
第二節 研究對象及場所.....	22
第三節 研究對象權益維護與倫理考量.....	22
第四節 研究工具.....	23
第五節 研究工具的信效度檢定.....	26
第六節 資料蒐集與分析方法.....	27
第四章 研究結果.....	29
第一節 描述性資料.....	29
第二節 健康信念之分佈影響因子.....	31
第三節 菸害知識.....	36
第四節 尼古丁成癮情形.....	40
第五節 菸害知識與健康信念之關係.....	42
第六節 健康信念與戒菸意願.....	42
第七節 戒菸意願與拒菸自我效能	43
第八節 尼古丁成癮情形與拒菸自我.....	45
第九節 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計劃.....	46

第五章 討論.....	47
第一節 門診吸菸者健康信念、菸害知識、尼古丁成癮情形是否受到人口學之影響..	47
第二節 菸害知識與健康信念之相關性.....	51
第三節 門診吸菸者之健康信念是否影響戒菸意願.....	52
第四節 門診吸菸者之戒菸意願是否會影響拒菸自我效能.....	52
第五節 門診吸菸者之尼古丁成癮情形是否會影響拒菸自我效能.....	53
第六節 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計畫.....	53
第六章 結論與建議.....	55
第一節 結論	55
第二節 研究限制	55
第三節 建議.....	56
參考文獻.....	61
中文部份.....	61
英文部份.....	67
圖目錄	
圖 1 研究架構.....	20
附件目錄	
附錄一、徵求研究工具同意書函(1).....	71
附錄二、徵求研究工具同意書函(2).....	72
附錄三、專家效度內容審查函.....	73
附錄四、專家效度審核名單.....	74
附錄五、專家效度審查問卷內容.....	75
附錄六、人體試驗委員會審查許可書.....	83
附錄七、徵求研究對象同意書.....	84
附錄八、問卷內容.....	86

第一章 緒論

第一節 研究背景及動機

行政院衛生署(2004)調查台灣目前約有 489 萬吸菸人口，成年男性比率達 50%，女性為 5.8%。依據世界衛生組織估計，全球每年約 400 萬人因吸菸導致相關疾病而死亡，如：肺癌、食道癌、口腔癌等，如不加以控制至 2030 年，每年將有一千萬人死於菸害，佔全球死亡人數 12%，此數據將比結核病、愛滋病、意外、自殺和他殺等因素加總的死亡人數還高 (World Health Organization, WHO, 2000)。

吸菸行為是導致心血管疾病和多種癌症重要因素之一(吳珏萱，2004)，國內調查約 80-90% 肺癌病例因吸菸所引起的 (陳育民，2001)，吸菸對國人之影響層面不只是個人身心健康，更擴及社會經濟結構與國家競爭力 (World Health Organization, WHO, 2000；黃淑貞，2000；陳育民，2001；陳建仁、溫啟邦、蔡善樸、廖國盟、鄭丁元與蔡孟娟，2002)，國建局為防範國人因吸菸而影響健康，投下大批經費，針對青少年做菸害防治與相關研究，例如過去曾針對國、高中學生、青少年、原住民族群進行吸菸相關研究 (李芳欣、王秀紅，2002；李美慧，1995；李景美，2003；林梅香，2001；陳淑敏，2004)，希望民眾能為健康而拒菸，但效果不彰 (溫啟邦，2004)，原因是台灣吸菸者 97% 是成人，青少年僅佔所有吸菸者的 3% (溫啟邦)，該研究表示要預防青少年吸菸，就要先杜絕成人吸菸；因約有 2/3 吸菸青少年之父母也是吸菸者，如父母吸菸，則青少年吸菸機會增加 2-4 倍，而父母吸菸行為及父母對兒女的關懷與態度，是影響青少年是否吸菸的關鍵，其影響力遠超過同儕間的壓力。

第二節 研究重要性

許多民眾雖對戒菸有正確的知識和正面態度，但不一定會有實際行動(謝淑卿、尹祚芊，1995)，根據研究，戒菸行動與個人自我效能有密切關係(黃淑貞，1997)，因此若以醫院門診吸菸者為對象，配合健康促進，瞭解其健康信念、自我效能及戒害知識之關係，強化其戒菸動機提升戒菸成效，降低慢性病發生及醫療成本的支出。

本研究擬以醫院門診就醫吸菸病患或家屬為對象，探討門診吸菸病患之戒菸意願與健康信念及自我效能之相關性，進一步瞭解吸菸者戒菸行動計劃之評估，研究結果可做為門診介入性衛教或戒菸輔導的參考依據，盼能有效協助民眾戒菸。



第三節 研究目的

本研究目的為：

- 一、瞭解醫院門診吸菸者之人口學特性、尼古丁成癮情形、菸害知識、健康信念、戒菸意願、拒菸自我效能情形
- 二、分析吸菸者健康信念及拒菸自我效能之相關性
- 三、門診吸菸者之菸害知識得分情形
- 四、瞭解影響吸菸者之健康信念及拒菸自我效能之相關因子

第四節 研究問題

一、研究問題

- (一) 門診吸菸者之健康信念、菸害知識及尼古丁成癮情形與人口學變項(年齡、菸齡、

性別、教育程度、職業、吸菸習慣)之分佈如何?

(二) 門診吸菸者之健康信念、菸害知識及尼古丁成癮情形與人口學變項(年齡、

菸齡、性別、教育程度、職業、吸菸習慣)之相關性如何?

(三) 菸害知識與健康信念之相關性為何?

(四) 門診吸菸者之健康信念、拒菸自我效能是否依戒菸意願不同而有差異?

(五) 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計畫為何?

(六) 門診吸菸者之尼古丁成癮情形與拒菸自我效能是否有差異?



第五節 名詞界定

一、門診吸菸者

指當天來院就診之病患或家屬，在非禁菸區正在吸菸者或在候診室已知一個月內有吸菸者。

二、健康信念模式

指門診吸菸者對吸菸危害身體可能產生的反應，包括自覺罹病可能性、自覺嚴重性、自覺利益及障礙的認知、行動線索等觀念。本研究以黃淑貞(1997)的健康信念量表來測量，每部分得分越高，表示健康信念越正向。

(1).自覺罹患性(perceived susceptibility):所指為研究對象主觀評估自己因為吸菸而罹患疾病，或對健康產生負面影響之可能性。

(2).自覺嚴重性(perceived severity):所指為研究對象自己因為吸菸罹患疾病，或對健

康產生負面影響時，對這些情況嚴重性的主觀評估。

(3).自覺利益性 (perceived benefits)：意指研究對象認為避免吸菸對一個人的健康好處。

(4).自覺障礙性(barriers)：意指研究對象就各種會阻礙其不能吸菸行為之情況的同意程度。如吸菸者可能感受到他吸菸時所形成的二手菸會危害家人的健康。

(5).行動線索

意指促使個人準備行動的策略，可分內部與外部線索。如：戒菸者的行動線索可能是大眾傳播的教育活動、健康檢查的通知單、親朋好友的忠告、醫護人員的催促或先前戒菸獲得的經驗為外部線索，自覺身體健康狀況為內部線索。

三、菸害知識

意指研究對象對菸害成分、吸菸危害、戒菸錯誤觀念了解情形。本研究以黃淑貞(1997)的健康信念量表測量。每題答對給一分，答錯不給分，得分越高表示吸菸者對菸害認知越好。

四、尼古丁成癮情形

意指吸菸者自我評分尼古丁依賴指數。本研究依據行政院衛生署國民健康局(2005)採用新式 Fragerstroem 量表，每題依題號數給分，題號數為(0)者不給分，即答(1)者1分、答(2)者2分，得分總數越高表示尼古丁依賴指數越高，尼古丁依賴指數評分：<3分：依賴指數不高，下定決心戒菸必能成功。4-6分：依賴指數偏高，需要加油努力戒除菸癮。7-10分：尼古丁依賴指數非常高，需要專業人員協助戒菸。

五、戒菸意願

吸菸者到受訪為止，口頭表示是、否有戒菸意願。

六、戒菸行動計劃

吸菸者計畫用何種方法戒菸，如：靠自己意志力、國民健康局的「免費戒菸專線（0800-636363）」、國民健康局補助的「門診戒菸治療」使用戒菸輔助藥物、或門診戒菸治療、戒菸班等來執行戒菸行動。

七、拒菸自我效能

是指吸菸者在某情境下認為會做到不吸菸的自信程度。本研究以廖倩誼（1994）的菸害綜合問卷次量表之自我效能量表來測量，得分越高，表示拒菸自我效能越強。



第二章 文獻查證

台灣地區吸菸人口總數近 490 萬人，且每年因吸菸間接致死者高達一萬五千人(行政院衛生署，2004)，吸菸不只是一個不良習慣且是危害人體健康最主要危險因素，吸菸對於身體的危害一直是個不爭的事實，然而全世界吸菸率卻依舊有增無減，不但造成個人身心健康的損失，更影響國家的競爭力(張景然、王珮蘭，2004)，研究者將分別針對下列議題做詳細敘述：一、國內吸菸現況及危害；二、吸菸行為的定義與形成的過程；三、健康信念模式概念及影響因素；四、拒菸自我效能概念及影響因子。

第一節 國內吸菸現況及危害

吸菸問題早已引起國內學者及衛生單位的重視，但吸菸率仍然居高不下，若不儘早加強宣導戒菸的重要性，勢必會對國民健康造成很大的影響，不但吸菸者本身健康受影響，周遭不吸菸者的健康亦因二手菸而受危害；因香菸經過燃燒可產生 4000 多種化合物，及 40 種以上致癌物質，其傷害性超乎想像(何明霖，2006)。溫啟邦(2004)以世代分析法(cohort study)，自民 78 年針對 80,000 人進行健康追蹤，發現全國 16% 的死亡數或成人男性 25% 的死亡數與吸菸及二手菸的危害有關。許多學者指出，吸菸是當今影響健康的第一號敵人，人類主要十大死亡原因，包括癌症、腦血管疾病、心臟疾病、呼吸系統疾病等，都和吸菸有重大關係(Anthonisen, 1994; Tousey, 1999; Wise et al, 2003)。這些慢性疾病絕非一日形成，而是慢慢累積所導致。吸菸所造成的危害可從以下三方面加以探討：(1) 平均壽命 (2) 國家經濟成本(3) 慢性疾病。

(1) 平均壽命：溫啟邦、蔡善璞、陳建仁與鄭丁元(2002)進行台灣地區吸菸研究發現：吸菸縮短吸菸者平均壽命約 22 歲；男性吸菸者的死亡率顯著高於不吸菸者，其相對風險為 1.55 倍，至少有 1/3 吸菸者的死亡與吸菸有關。(2) 國家經濟成本：楊明欽(1992)所做的吸菸經濟成本研究發現，台灣地區 1990 年菸害總經濟成本損失在 128 億~139 億台幣間，直接成本在 40 億~55 億台幣間。(3) 慢性疾病：吸菸易罹患呼吸系統疾病、心臟血管疾病及某些癌症，其罹患各疾病中又以心血管疾病所占 49% 為最高(楊明欽，1992)。另外因吸菸而死亡人數為 7,396 人，其中 96% 為男性，主要因為男性比女性有較高相對危險性與工作所得，其中又以癌症所占比例最高，且菸害對國人健康影響，如吸菸者有其他的危險因素(如高血壓、糖尿病、高膽固醇等)，其健康風險會呈現等比級數的增加(楊明欽，1992)。

全球吸菸盛行率因受菸商促銷手法的影響，於 1970 年初期開始攀升，到 1995 年全球有 82% 的癮君子來自開發中國家(Roger, 2004)，而且開發中國家的吸菸問題還在持續上升，如果不迅速採取有效措施，到 2030 年時，全球一年死於吸菸相關疾病的人數將達到七百萬(Roger,2004)，反觀國內吸菸人口數也近 490 萬人，其嚴重性不可忽視。

吸菸情形依不同的人口學特色而有不同，大致可以歸類為：性別、年齡、教育程度、職業；以性別來看，國內男女吸菸率差距很大，劉宗憲與葉英堃(2005)曾針對大都會 5002 位、城鎮 3001 位、鄉村 2981 位三個不同地區居民之吸菸情形做調查，研究發現男性中吸菸者的終身盛行率為 19.4%，女性為 1.0%。謝淑卿與尹祚芊(1995)以 707 位臺電員工及 515 位員警人員為研究對象，結果發現：男性吸菸率為 46.12%，女性吸

菸率為 3%。李蘭與潘伶燕(2000)調查國人吸菸行為發現：男性成人和女性成人吸菸比率為 47.29%和 5.23%，謝天渝(2001)針對台灣 21 縣市、臺北市、高雄市及 3 個原住民族地區共 26 個區域調查十八歲以上成年人吸菸狀況，採分層多階段集束抽樣調查法(stratified multi-stage cluster sampling)，共回收 11723 份問卷，結果顯示曾有吸菸習慣者佔 27.4%，其中男性及女性分別為 50.7%及 3.0%，而目前仍有吸菸者佔 23.9%。由此可見吸菸者的性別會因不同文化背景其差異性也大。

以年齡來看，劉宗憲與葉英堃(2005)發現吸菸者依不同年齡層其終身盛行率也不同，分別是 18-29 歲約 12.8%，30-44 歲約 9.6%，45-64 歲為 12.8%最高，到了 65 歲以上為 12.4%。卓惠如(1992)隨機抽取台灣地區十八歲以上之成年民眾共 728 位有吸菸經驗者（包括現在吸菸、戒菸當中及戒菸成功者），調查結果顯示十八歲以上之成年民眾吸菸盛行率為 26%(卓惠如，1992)。李蘭與潘伶燕(2000)研究結果發現：有吸菸者第一次吸菸之平均年齡介於 18.5 至 19.9 歲。

以教育程度而言，劉宗憲與葉英堃(2005)研究發現吸菸之終身盛行率依學歷增加而減少，即學歷越高其吸菸終身盛行率越低，分別為國中以下學歷者約 10.5%、國中畢業者約 13.8%、高中(含)以上學歷者約 9.5%，主要因為第一次吸菸的時期通常在國中階段。陳淑敏（2004）針對台南地區 1167 位國中學生為研究對象，吸菸盛行率為 10.3%。

以職業來看：衛生署曾委託「職場菸害防制輔導中心」，採電話抽樣方式，針對全國 9,017 位、15 歲以上有專職工作者進行「全國職場吸菸現況調查」，調查結果發現，上班族吸菸盛行率為 24.2%，每四個上班族就有一人吸菸，礦業及土石採取業吸菸率最

高、其次為營造業(行政院衛生署，2005)。勞委會勞工安全衛生研究所針對勞工健康抽樣調查，抽出 1709 位樣本，研究結果顯示台灣地區勞工吸菸率，男、女分別為 47.5% 及 6% (行政院勞委會，1999)。

以上文獻說明「菸品」的濫用對臺灣的民眾來說遍及各層級，可以算是非常嚴重的問題，而吸菸除了對個人健康影響外對整體社會經濟也造成莫大的損失。因此，菸害防制工作需要更積極有效的推動。

第二節 吸菸行為的定義與形成過程

吸菸行為的定義眾說紛紜，一般對吸菸者均統稱為吸菸上癮者，然而，王英偉 (2002)；劉宗憲、葉英堃 (2005) 曾指出，吸菸行為屬漸進發展過程，依據不同成癮情形，其戒菸成功率也不同。因此瞭解吸菸行為的分類，將有助於臨床戒菸策略的推行 (張景然、王珮然，2004)。依據世界衛生組織 (WHO,1998) 建議，吸菸行為可分為有吸菸者、不吸菸者、曾吸菸者，其定義分述如下：

1.有吸菸者

即指調查當時有固定抽菸習慣者；有吸菸者又分為每天吸菸者 (daily smoker) 或偶而吸菸者 (occasional smoker)，前者指每天至少吸菸一次；後者指有吸菸習慣但非每天吸。

2.不吸菸者

即指調查當時完全不吸菸的人，包括：(1) 已戒菸者 (ex-smoker)，即曾經每天吸

菸但目前已經完全不吸菸者；(2) 從未吸菸者 (never-smoker)，是指從未吸過菸。

3. 曾吸菸者

指過去一生中曾經吸菸超過 100 根菸以上者，但現在未習慣性抽菸。

台灣對於吸菸行為的調查研究發現國人吸菸行為屬於每天吸菸與偶爾吸菸之間，黃松元(2000)以電訪調查全國 23 個縣市 18 歲以上民眾，其中有 69.9% 受訪者從未吸菸，21.1% 每天吸菸，3.4% 的人有吸菸但非每天吸，5.4% 屬於過去吸菸者現在已戒菸，而每天吸菸者的菸齡以九年以上最多 (佔 76.1%)。李蘭與潘伶燕 (2000) 針對臺灣地區成年人之吸菸率與吸菸行為做調查發現：有 47.41% 的國人每天吸菸及 65.74% 為偶而吸菸者。馬藹屏 (2000) 以臺灣地區各公、私立國中、高中及高職之全體學生為研究對象，結果發現有 47% 曾經吸菸；其中 13% 每天吸菸，23% 偶爾吸菸，64% 完全不吸菸。根據研究顯示每天吸菸者比偶而吸菸者的菸量更大，尼古丁的成癮情形更嚴重，因此戒除的機會更低 (陳淑敏，2004)。

吸菸行為是一種相當複雜的議題，吸菸行為的建立，通常起始於嘗試吸菸，進而偶而吸菸，最後變為習慣吸菸(周桂如，2000)。至於吸菸形成的過程，周桂如(2000)綜合 Cressell 等人、世界衛生組織以及國際抗癌聯盟 (WHO,1998) 的分期，將吸菸過程分為下列五期：

- (1) 準備期或偶發期 (preparation)：在準備期，依序會對吸菸者形成影響的為父母、同儕及大眾傳播媒體對吸菸的態度與行為。
- (2) 起始與試驗期 (initiation and experimentation)：吸菸者開始嘗試年齡通常介於 7-14

歲，此時同儕壓力、自我形象與社會因素皆是影響吸菸者主要因素。

(3)習慣期或偶發期 (habituation or occasional smoking)：吸菸習慣養成通常開始於青少年

階段。父母與同儕的吸菸行為與自我吸菸的想法兩相對照之後，決定是否為吸菸者。

(4)維持期或規律吸菸期 (regular smoking or maintenance)：在各種不同情境中至少每週

吸一次菸。

(5)終止期或尼古丁依賴期(final stage or nicotine dependence and addiction)

吸菸者對於尼古丁產生生理上的需求，這需求包含有戒斷症候群的出現以及對尼古

丁的耐受度增加。

起始期與終止期是吸菸行為的兩大重要關鍵，在這兩個階段中，吸菸者的認知扮演非常重要的角色，吸菸者會因為個人認知而決定繼續吸菸或停止吸菸，此認知即是個人知識及健康信念，研究發現個人的健康信念影響吸菸者是否願意採取戒菸行動(周桂如，2000)。在終止期或尼古丁依賴期主要是吸菸者對尼古丁產生生理上的需求，因戒斷症候群的出現及對尼古丁耐受度的增加使得戒菸者的戒菸行為中斷，一位習慣吸菸者在停止吸菸時，會產生許多不適的情形，包括對菸的渴望、坐立不安、反應遲鈍、睡眠感受干擾、胃腸不適、焦慮及注意力、判斷力變差，這些症狀可能在停止吸菸後幾小時或幾天內發生，可能會持續數天到數月，在這一期的情況下，雖然吸菸者可能會嘗試戒菸，但再吸菸的機率相當高 (周桂如，2000)，主要是因戒菸者需要克服程度不一的生理戒斷症狀，及自我形象轉變與內心矛盾衝突(張景然、王珮蘭，2004)。

戒菸行為是一項複雜的議題，每個階段有其不同的影響因素，但都取決於吸菸者的

健康信念，同時，戒菸行為不僅是吸菸者中止吸菸動作而已，還需要後續的堅持，才可以成功地戒除菸癮，而這份堅持便與自我效能(張景然、王珮蘭，2004)有密切的關係，若醫療人員可以瞭解吸菸者的健康信念加強此方面的衛教宣導，同時在吸菸者戒菸過程中強化其自我效能將可協助吸菸個案有效戒除菸癮。

第三節 健康信念模式概念及影響因素

戒菸議題已廣泛被討論,過去研究曾採用 PRECEDE Model、歸因理論 (attribution theory)、自我效能理論 (self efficacy)、跨理論模式 (transtheoretical model) 健康信念模式 (Health Belief Model : HBM)、社會認知理論、計畫行為理論等方式加以討論(郭鐘隆，2003)。其中健康信念模式 (Health Belief Model ; HBM) 是由社會心理學家 Hochbaum、Kegles、Rosenstock、Becker 等於 1950 年開始陸續發展出來的，此模式認為當個人自覺易罹患某疾病 (susceptibility)，而該疾病的結果很嚴重 (severity) 時，個人會衡量採取行動後的利益 (benefit) 是否超過行動的障礙 (cost)，加上一些其他線索如大眾傳播、家人的忠告等，所採取的健康防治行動(Becker, 1974 ; Rosenstock, 1974 ; Rosenstock, Strecher & Becker, 1998)，醫療界常將健康信念模式應用於預防性的健康行為、衛生教育、大眾傳播等專業應用 (陳曉悌、李怡娟、李汝禮，2003)。健康信念模式 (Janz & Becker, 1984)，強調認知行為是可以改變的，個人的態度與動機直接影響其行為(Becker, 1974)。健康信念理論於 1997 年開始被廣泛應用於戒菸計畫中(郭鐘隆，2003；陳曉悌、李怡娟、李汝禮，2003)。

健康信念模式主張個人行為欲達到某目標而採取的行動，包括：個人認知、個人採行某健康行動效果的估計、行動線索三個主要概念(Becker, 1974; Rosenstock, Strecher & Becker, 1998)。

1.個人認知(individual perception)包含兩個變項：

(1) 自覺罹患性 (perceived susceptibility)：意指個人對於該行為或感染該疾病的主觀危機感受，及感受到的個人健康危機。

(2) 自覺嚴重性 (perceived severity)：對於感染該疾病或該健康議題的嚴重性感受。

2.個人採行某健康行動效果的估計 (Likelihood of action) 包含兩個變項：

(1) 自覺利益性 (perceived benefit)：為個人對於從事該行為可以獲得的利益或減少罹患疾病的信念。例如吸菸者可能認為吸菸可以幫助個人從事社交活動、消除緊張、減輕壓力和控制體重；另一方面，戒菸者也可能認為戒菸可以省錢、獲得家人喝采和減少家庭發生火災的機率；換言之，戒菸者感受戒菸所帶來的利益越高，戒菸機率越高。

(2) 自覺障礙性 (perceived barrier)：為個人欲從事該行為的潛在負面因素，感受到可能付出的代價。例如吸菸者可能感受到戒菸時會害怕戒菸失敗或不吸菸會有尼古丁戒斷症狀。

3.行動線索 (cue to action)：是促成採取行動的策略。包含外部線索與內部線索兩大部分。如：大眾傳播的教育活動、健康檢查的通知單、親朋好友的忠告、醫護人員的忠告、得知醫院戒菸班招生的訊息均可歸為外部線索。自覺身體不適則屬內部線索。

每個人對於行動線索認知強度不盡相同，因此當嚴重性認知、罹患性認知高時，可能只需一點點的強度即到達產生行動之閾值。

香菸燃燒可以產生四千種以上的化學物質，其中包括具有藥物活性的物質、毒性物質和許多致癌物，造成心臟血管疾病、慢性阻塞性肺部疾病、肺癌等病變(pollin & Ravenholt,1984)，這些影響也普遍為大眾所知（黃嵩立，2001），雖然如此，仍有研究顯示即使是醫學院學生對吸菸的健康危害也不甚清楚（Daudt et al, 1999），因此菸害知識的認知也值得我們去做探討，以利往後計畫戒菸班課程的設計。

許多研究顯示菸害知識與不吸菸（黃璉華、左如梅、尹祚芊、楊瑞珍、黃子庭，1996；謝淑卿、尹祚芊，1996；鐘宜君等 2005）或健康信念（黃淑貞，1997；陳淑敏，1994）都呈正相關，而近幾年因國民健康局大量宣導吸菸危害身體健康的廣告，但台灣的戒菸率男性為 7.1%，女性為 0.5% 仍無增加的趨勢(鄭丁元、溫啟邦、蔡孟娟、蔡善璞，2004)，可見吸菸成癮後要戒除並非增加菸害知識就能做到的，但若身體健康出現異常狀況時其戒菸意願通常會較高（張文道等，2005）。

國內外將健康信念模式應用在相關戒菸研究：黃淑貞(1997)探討大學生健康信念、自我效能、社會支持與吸菸行為，發現88.1%的大學生認為避免吸菸對一個人的健康有非常多的幫助。遊育苓（1997）以健康信念模式探討某高職吸菸學生之戒菸意向，研究發現自覺罹患性、自覺嚴重性和利益性均與學生是否吸菸有影響關係。李美慧（1995）與陳淑敏(2004)針對國中學生吸菸行為與健康信念做探討，研究指出吸菸的學生比不吸菸的學生有較高的自覺戒菸障礙性、較低的自覺罹患性、自覺

嚴重性和利益性。謝淑卿與尹祚芊（1995）以健康信念模式探討成人菸害認知與行為衝突，發現研究樣本對「菸害疾病嚴重性」比「菸害障礙的認知」高。

健康信念模式概念清晰，已成為醫護、衛生教育、大眾傳播等諸多專業人員使用在菸害及臨床教育的理論基礎（陳曉悌、李怡娟、李汝禮，2003）。戒菸行為取決於戒菸者之健康信念，因此瞭解影響健康信念的因子有助於臨床上戒菸活動設計。

第四節 拒菸自我效能概念及影響因子

健康信念被認為是影響吸菸者是否願意接受戒菸的因素，戒菸活動成功與否在於個人對於戒菸行動的堅持除了健康信念外更受到自我信心所影響，此種信心被稱為「自我效能」（蔣立琦、郭雅雯、林緯娟，2004）。自我效能（self-efficacy）起源於Bandura(1977)的社會學習理論，學者認為自我效能是影響個人是否從事健康行為的一項重要因素，且在心理社會學界研究中廣泛被運用（引自王瑞霞，2001；郭鐘隆，2003；蔣立琦等，1994）。自我效能是近幾年健康行為與病人教育研究中經常測量的一個變項（蔣立琦等，1994）。蔣立琦等(1994)將自我效能定義為：自己判斷個人有自我控制能力的一種信念、個人自覺達成預期行為之信心、個人為完成一行動之思考判斷能力。自我效能（self-efficacy）對於行為改變的探討，曾被普遍用來探討乳房自我檢查（蕭雅娟，2000）、心臟病復健（溫鳳琪，2003）、教學策略（李秀蘭，2002）及健康照顧領域上（蔣立琦等，1994）研究結果均認為自我效能越好個人行為越正向。自我效能在民國 83 年始就已開始用於戒菸計畫中，同時學者們也探討影響拒菸自我效能的因素（廖倩誼，1994；黃淑貞，1997），分述如下：

一、菸害知識與健康信念

在行為科學中知識、健康信念與自我效能常被合併討論，因知識的獲得可能引起態度及行為的改變（田沁潔，2005），多項研究顯示菸害知識得分越高健康信念就越好（謝淑卿、尹祚芊，1995；黃淑貞，1997；陳淑敏，2004；Norman,1994）拒菸自我效能也越高（廖倩誼、呂喬洋、何佩玲、林怡君、邱哲宜，2004）。王英偉（2002）曾以台南縣某國中二年級學生為研究對象，結果顯示預防性吸菸之衛生教育介入對於改變學生的吸菸行為有正向的效果。陳淑敏（2004）的研究也支持菸害知識越正確健康信念越高、拒菸的自我效能越高。因此在菸害教育的宣導時不可忽視或放棄。

在國內外研究中自我效能也常被用來預測健康的相關行為，如田沁潔（2005）將健康信念與自我效能應用在頭頸部癌症病人口腔照顧個別護理指導上，發現在放射線治療的初期給予個別口腔護理衛教，可提升病人認知、健康信念與自我效能得分。Norman（1994）針對 107 位成人進行吸菸、喝酒、飲食方面的健康信念與自我效能相關因素做調查，結果顯示健康信念越高戒菸、戒酒的自我效能越強。

Norman(1994)與廖倩誼等（2004）研究結果發現戒菸除須靠意志力外，若吸菸者本身的健康信念越高戒菸的自我效能也越強，因為人類的行為往往取決於他本身的觀念與想法(謝淑卿、尹祚芊，1995)。知識、健康信念與自我效能三者之間互相影響著個人的戒菸成效，缺一不可，因此在探討戒菸議題時要了解吸菸者之菸害知識及健康信念同時也要了解自我效能之間的關係。

二、尼古丁成癮情形

戒菸者在戒菸過程中所要面對的最大阻礙便是尼古丁成癮情形，吸菸會造成成癮性的物質是菸草中的尼古丁 (nicotine)，尼古丁的半衰期約 2 小時，經吸菸途徑，尼古丁約有 25% 的量會進入血液循環，15 秒之內到達腦部，作用在中樞神經系統乙醯膽鹼受體的尼古丁亞型受體，經活化由腹背區 (ventral tegmental area) 投射至大腦皮質和邊緣系統 (limbic system) 的多巴胺神經途徑 (dopaminergic pathway)，產生正增強及成癮特性，也增加了正腎上腺素、腎上腺素、血管加壓素、腎上腺皮質刺激素及可體松 (cortisol) 的循環濃度，這些賀爾蒙都可以對中樞神經造成刺激的作用，而使人能更集中注意力，提升問題解決能力 (劉宗憲、葉英堃，1995)。尼古丁成癮性的形成很快，其作用處的腹背區多巴胺神經系統，與安非他命及古柯鹼造成成癮的作用處相同，以吸菸方式的尼古丁作用最快，導致更強烈習慣性使用模式，且因為頻繁而快速的行為強化作用，使吸菸方式比其他使用含尼古丁製品的方式更容易成癮，且不易戒除 (劉宗憲、葉英堃，1995)。

隨著國民對健康意識的抬頭，許多吸菸者均興起戒菸的念頭，但吸菸率仍居高不下，流行病學顯示，超過 70% 的吸菸者曾嘗試戒菸，每年也約有 46% 吸菸者嘗試戒菸 Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2003)。但是李蘭與潘憐燕 (2000) 研究中發現台灣地區成年男性嘗試戒菸的平均次數在三次以上，成功率卻低於 25%，因為吸菸者的戒菸動機會於戒菸後二週內消失，主要是受尼古丁成癮情形

所影響(Shiffman et al.,1997)。O'Connor & Kelleher (1998) 研究發現吸菸若已成為一種生活習慣，單靠菸害知識是無法停止吸菸的。最主要是因吸菸者長期依賴菸品的結果，不但生理上早已習慣尼古丁的存在，心理更視菸品為生命中的一部份，而且突然切斷身心長久以來的習慣，造成身心的掙扎，這就是戒菸不易成功的最主要因素。根據多位學者研究顯示影響戒菸成功的因素，最主要是吸菸量的多寡與動機及成癮症狀的解除(謝淑卿、尹祚芊，民 84；張景然、王珮蘭，2004；廖倩誼等，2004)。

菸害知識雖然對預防吸菸有效，但對於已存在的吸菸行為較不具影響力，原因是受尼古丁成癮及壓力、情緒的影響，而吸菸者最先面對戒菸的挑戰即是戒斷症狀的產生，在戒菸過程中他們對吸菸的渴望程度會增加，為了處理尼古丁依賴引起的煩惱而選擇再度吸菸以減少不安，但是單次的再吸菸通常會進展成完全性地再回覆吸菸(林冠品、樓美玲、劉波兒，2004)，此時若能由醫護人員協助吸菸者適當使用戒菸醫療資源，對戒菸率的提升將有一定的效果。張文道等(2005)針對衛生署國民健康局補助「門診戒菸治療」的 118 位個案，使用皮膚貼片為主之尼古丁替代治療，追蹤一年的結果，持續戒菸率 3 個月為 40.7%、6 個月為 29.1%、9 個月為 22.3%、12 個月為 14.9%，並且戒菸者於 3 個月後其 SF-36 自評健康量表的「整體健康」分數增加了 15.2 分；來該門診求助的吸菸者，多是自行戒菸遭逢困難(50%在過去一年內未曾連續 24 小時以上不吸菸)或歷經失敗者(其餘 50%一年內嘗試戒菸 1 至 10 次)，他們有生理疾病史者高達 51.7%，而且戒菸的理由

幾乎全部都是因為「健康」而來。因此，護理人員積極推動戒菸行動的特色有助於病人的戒菸。

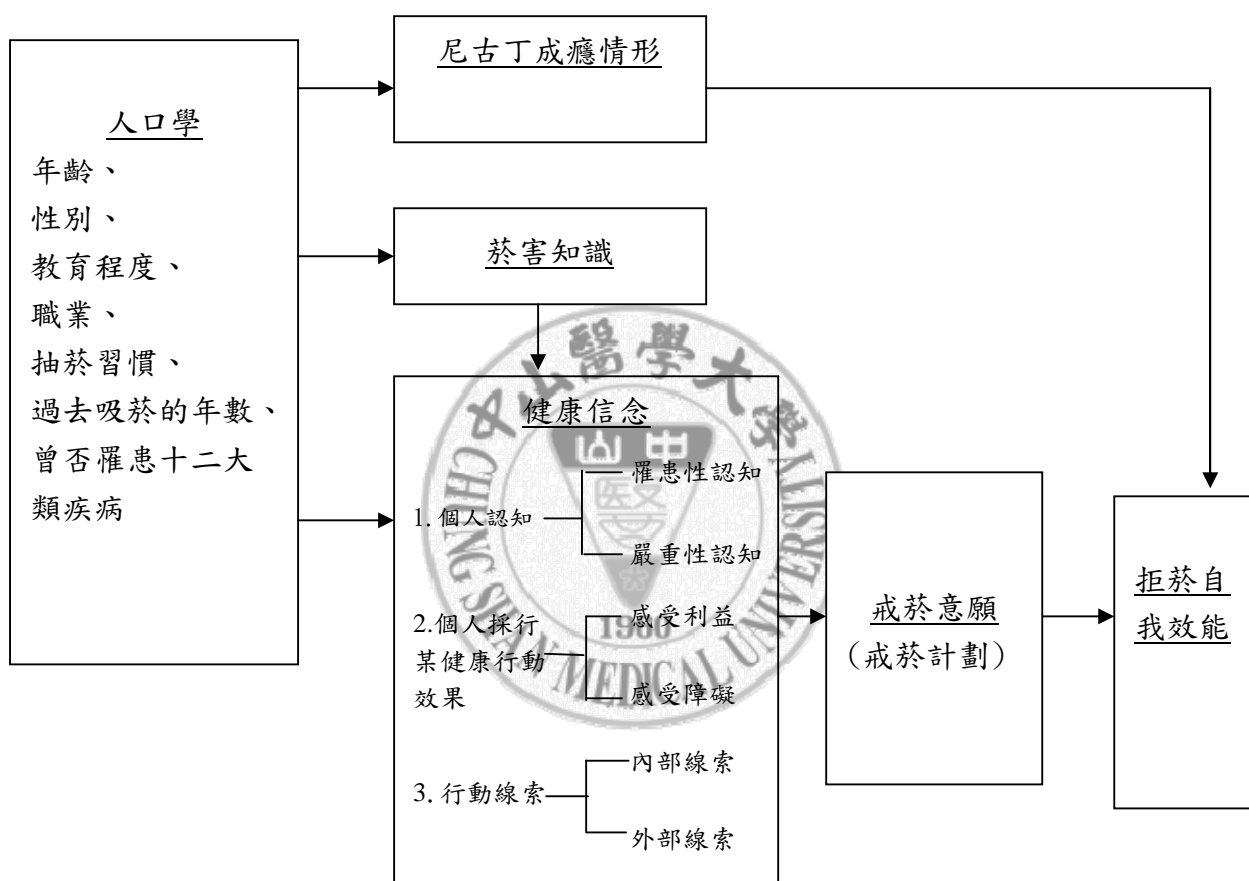
由以上文獻瞭解個人戒菸行為受菸害知識、健康信念、尼古丁成癮情形與拒菸自我效能的影響，研究顯示自我效能越高越不會吸菸(黃淑貞，1997；陳淑敏，2004)，但彼此間的相關性如何，仍值得再深入探究。

吸菸的形成是一連串的行為過程，而影響吸菸者戒菸的因素包括：人口學、菸害知識、健康信念、尼古丁成癮情形及拒菸自我效能等，因為每位吸菸者背後都有促成吸菸的因素，相對的要幫助戒菸者戒菸，也一定要先了解吸菸者目前對戒菸的動機與計畫如何，以提供適切的指導(陳育民，2001)，另外在臨床上也應進一步探討吸菸者尼古丁成癮情形與自我效能兩者之間之相關性，以作為日後戒菸活動的參考依據。



第五節 研究架構

根據以上的文獻查證，本研究架構依研究目的及文獻探討中影響拒菸自我效能之變項發展而成。變項包括人口學、健康信念、菸害知識、戒菸意願、尼古丁成癮情形、拒菸自我效能，作為本研究主要概念，並探討此概念之間的相關性。



圖一 研究架構

第三章 研究方法

本章共分六節，分別為研究設計、研究對象及場所、研究對象權益維護與倫理考量、研究工具、研究工具的信效度檢測、資料蒐集與分析方法。

第一節 研究設計

本研究採橫斷式相關性研究設計 (cross-sectional and correlational design)，以結構式問卷為研究工具，採立意取樣方式 (purposive sampling) 選取樣本。

研究步驟執行時間為 95 年 1 月至 4 月，樣本數估算方法：本研究統計所需樣本依據 Harris (1985) 的相關性統計之樣本推估，每一個自變項至少需要 10 個樣本，本研究共有 16 個自變項，應抽取之樣本數為 $10 \times 16 = 160$ 人。本研究收案過程中因有 4 位個案資料未填答完全中途退出，最後共收案 156 位樣本，再以 SPSS Sample Power 2.0 軟體，以 Regression 進行事後檢力分析 (post hoc power analysis)，樣本 156 人、 $\alpha.05$ effect size 0.09 (r^2)，檢力 (Power) 達 0.96。

研究步驟分為預測及正式測試，第一階段為預試階段，目的在修訂問卷，檢定測量工具與預估可能遭遇的問題；第二階段為正式收案階段。

一、預試階段

本研究係相關性之調查研究，預測時間於 95 年 1 月份，30 位符合條件之個案參與預試，以詢問其對問卷內容及字句是否清楚等意見，預測時間約 15-20 分鐘。經預測完畢本預試量表以 Cronbach's α 考驗其內在一致性。

二、正式收案階段

正式施測時間為 95 年 3 月至 4 月。問卷採不記名自填方式，不識字者由研究者逐一唸題目與代填，每次施測時間約 15-20 分鐘，共收案 160 位但因其中有 4 位填答不完整，故最後以 156 位為收案樣本。

第二節 研究對象及場所

本研究以台灣中部某醫學中心（本中心共計 1512 床），門診大樓為研究場所。採立意取樣方式（purposive sampling），在門診非禁菸區正在吸菸或在門診候診區詢問病患或家屬為吸菸者列為本研究收案對象，且必須符合下列條件：

- (一)、在醫院大樓外非禁菸區正在吸菸者及在門診候診區詢問病患或家屬有吸菸者
- (二)、意識清楚，能自行或由施測者協助填答問卷者，並同意填答本研究問卷者。

有意願填寫問卷之吸菸者，由研究者或協同研究者帶至門診衛教室給予填寫問卷。

第三節 研究對象權益維護與倫理考量

本研究先通過醫學中心臨床倫理委員會審查(編號：941026/CO5179)【附件六】，進行資料收集。過程在不影響就醫權益下先徵求研究對象的同意並填寫同意書後【附件七】接受問卷調查【附件八】，依據收案原則，為顧及研究倫理向受試者解釋研究目的及意義，並告知個人權益將受以下保護：研究所得資料可能將發表於學術性雜誌，但受試者姓名將不會公佈，隱私將給予絕對之保密，受試者於研究過程中可隨時退出本計畫，同

時徵詢研究對象同意後簽署同意書，並至衛教室進行問卷填寫。

第四節 研究工具

研究問卷共分五部份內容包括：樣本基本屬性、健康信念、拒菸自我效能、菸害知識、行動線索。各研究工具分別說明如下：

一、樣本基本屬性：

根據文獻及臨床專家意見擬定，包括吸菸者年齡、性別、教育程度、職業狀況、曾否罹患十二大類疾病、過去吸菸的年限、戒菸意願、戒菸行動計劃、尼古丁依賴情形。本研究尼古丁成癮情形：依據行政院衛生署國民健康局（2005）譯自 Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ) (Fagerstrom & Schneider, 1989) 的尼古丁成癮程度測試表，本研究尼古丁成癮情形定義為：菸草中的尼古丁具有高度的成癮性，吸了一根菸後身體與大腦想要獲得更多的尼古丁，讓人不舒服的程度，必須等到下一枝菸症狀才會減輕。其需求的情形以 Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ) 量表來測試。原題數為六題，總評分範圍由 0-10 分，各題依符合吸菸情境給分，每題最多 3 分最少 0 分，總得分越高尼古丁成癮情形越嚴重，若尼古丁成癮情形總分 < 3 分成癮度不高，下定決心戒菸必能成功。4-6 分成癮情形偏高，需要加油努力戒除菸癮。7-10 分尼古丁成癮情形非常高，需要專業人員來協助戒菸，為評分依據。

戒菸行動計劃：指有戒菸意願的吸菸者，在受訪時當下所想要採取的戒菸活動，如：靠自己意志力、戒菸專線門診戒菸治療、戒菸班等來執行戒菸活動。

二、健康信念量表

本研究健康信念量表係採用黃淑貞(1997)所設計的「健康信念問卷量表」先徵求原作者同意後【附件一】使用，原設計目的是探討影響大學生健康信念、自我效能、社會支持及吸菸行為的研究，針對某師範學院全體日間部大學生共 505 人分兩階段進行施測，原始量表共 12 題，此量表曾針對信度進行測試，總量表信度採內在一致性 Cronbach's alpha 為 0.87-0.88 之間，分量表(自覺罹患性：5 題、自覺嚴重性：5 題、自覺利益性：1 題、自覺障礙性：1 題、自覺健康狀況：2 題)簡述如下：

- 1.自覺罹患性：是否有可能得到心臟病、腦溢血、腎臟病、糖尿病及癌症等疾病，由 1-4 分為四個等級測量共 5 題，分數愈高代表越不可能，Cronbach's $\alpha=0.90$ 。
- 2.自覺嚴重性：吸菸是否有可能得到心臟病、腦溢血、腎臟病、糖尿病及癌症的嚴重性，由 1-4 分為四個等級測量共 5 題，分數愈高代表越不嚴重性，Cronbach's $\alpha=0.91$ 。
- 3.自覺利益性：避免吸菸對一個人的健康有多少幫助，由”完全同意”至”完全不同意”分為四個等級測量，分數越高代表認為幫助越大，原題數只有 1 題，Cronbach's α 未測量，故由研究者文獻查證及依臨床情境另加 9 題，總計 10 題並測得 Cronbach's $\alpha=0.87$ 。
- 4.自覺障礙性：不吸菸對一個人的障礙情形，由”完全同意”至”完全不同意”分為四個等級測量，分數越高代表認為不吸菸障礙越大，原題數只有 1 題，Cronbach's α 未測量，故由研究者文獻查證及依臨床情境另加 5 題，總計 6 題並測得 Cronbach's $\alpha=0.84$ 。
- 5.自覺健康狀況(內部線索)：由樣本「自評其健康狀況」及「與年齡者比較之健康狀況」2 題做成指標 (Cronbach's $\alpha=0.86$)，分數越高代表健康狀況越好。

三、拒菸自我效能

本研究拒菸自我效能係採用廖倩誼（1994）設計的菸害綜合問卷量表之次量表「自我效能量表」先徵求原作者同意後使用【附件二】，原設計目的在探討台灣地區成年人吸菸行為之研究，並發展一份適合醫療保健相關研究可使用的測量工具，此問卷原有概念包括：（1）一般情境 13 題（2）有禁菸規定之情境 2 題，原始問卷之設計，經初步編修針對 50 名台北市立療養院的員工施測二次，第三次以 150 名做最後的修正與定稿，共解釋總變異量為 87.3%，再測信度為.93，折半信度為.99，Cronbach's α 值為.99，由 1-6 分為 6 個等級測量共 15 題採 6 分計分，分數越高顯示拒菸自我效能越好。

本研究經專家意見考慮題目內容情境相似，並建議將第 15 題：「當我在看電影時」與第 6 題「在有禁菸規定的公共場所（如電梯、醫院）」合併成：當我在有禁菸規定的公共場所（如電梯、看電影、醫院），評分標準為與前面題目一致故仍採 Likert 4 分計算，由 1-4 分分為 4 個等級測量共 14 題，測得 Cronbach's α 值為.93，分數越高代表拒菸的自我效能越高。

四、菸害知識

採用黃淑貞（1997）菸害知識量表原始問卷設計：共計有七題，包括：香菸的有害成份3題、吸菸的危害3題、戒菸的錯誤觀念1題等，是以答對的題數給予1分，回答「不知道」或答錯者不給分。知識得分係各題得分的總和。菸害知識採難易度與鑑別度測量，原問卷測量針對國中生測量之難易度均在.20至.80間，鑑別度均大於.3，均在可接受範圍，將各題項合成以Cronbach's α 考驗的信度係數.63，依鄭湧涇（2005）科學學習成就

評量：II.評量結果的統計分析，.3以上即可接受的題目，本研究針對門診吸菸個案進行測試，其難易度在.15-.69，鑑別度在.31-.9之間。

五、行動線索（外部線索）

本研究以 Becker(1974)之 Health Belief Model 為概念擬定 9 個菸害知識來源，依來源數給分，一項 1 分(可複選)。

第五節 研究工具的信效度檢測

一、研究工具效度

本研究工具中的量表，在效度方面採專家效度檢測方法，先以專家效度審查函【附件三】邀請五位學者專家：2 位醫師、2 位護理師、1 位教師【附件四】，針對本問卷各題項之合適性進行檢視評估，以內容效度指標(Content Validity Index, CVI)對各題進行評定，評分標準採 Likert 3 分法做圈選，3 分=適當、2 分=修改、1 分=刪除【附件五】。若評分結果在 2 分以上即接受，在 2 分以下者即參考專家意見並與指導教授討論修改或刪除（表 3-1）。

表 3-1、專家效度指標

量表名稱	Content Validity Index
一、健康信念量表 28 題	0.88
二、拒菸自我效能量表 14 題	0.93
三、菸害知識量表	1

二、研究工具信度

問卷經過專家效度予以修正定案，以 30 位符合研究對象，進行先驅測試(Pilot

Study)。本預試量表以 Cronbach's alpha 考驗其內在一致性，各量表的內在一致性值為 0.84-0.93（表 3-2）。

問卷量表	題數	alpha
一、健康信念量表	28	0.91
1. 吸菸危害健康的自覺罹患性	5	0.90
2. 吸菸危害健康的自覺嚴重性	5	0.91
3. 不吸菸的自覺利益性	10	0.87
4. 不吸菸的自覺障礙性	6	0.84
5. 自覺健康狀況	2	0.86
二、拒菸自我效能量表	14	0.93

第六節 資料蒐集與分析方法

本研究收集所得資料，經譯碼及建檔後，確定資料正確後再以 SPSS 10.0/Wind-ows PC(+)統計軟體，所收集的資料經檢定為常態分佈，且依研究目的及變項性質，選擇適當統計方法包括：頻率、百分比、平均值、標準差、t-test、one-way Anova、卡方檢定、皮爾森積差相關分析薛費氏事後比較等進行統計分析(表 3-3)，本研究各項假設考驗所設定之統計顯著水準以小於.05 為標準。

表 3-3、資料分析目的與統計方法

研 究 問 題	統 計 分 析 方 法
(1) 門診吸菸者之健康信念、菸害知識、尼古丁成癮情形與人口學資料之分佈情形如何？	百分比、平均值、標準差、排序
(2) 門診吸菸者健康信念、菸害知識、尼古丁成癮情形與人口學資料之相關性如何？	獨立 t 檢定 One-Way ANOVA Pearson correlation coefficient 卡方檢定
(3) 菸害知識與健康信念之相關性為何？	Pearson correlation
(4) 門診吸菸者之健康信念、拒菸自我效能是否依戒菸意願不同而有差異？	獨立 t 檢定、One-Way ANOVA
(5) 門診吸菸者之尼古丁成癮情形與拒菸自我效能是否有差異？	One-Way ANOVA
(6) 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計畫有哪些？	百分比、平均值



第四章 研究結果

本研究收案期間為民國 95 年 3 月至 4 月，符合收案條件且完成問卷者，共 156 人。

研究結果將依描述性資料及相關性資料分析兩部份進行說明如下：(一) 描述性資料
(二) 健康信念之影響因子 (三) 菸害知識 (四) 尼古丁成癮情形 (五) 菸害知識與健康信念之關係 (六) 健康信念與戒菸意願 (七) 戒菸意願與拒菸自我效能 (八) 尼古丁成癮情形與拒菸自我效能 (九) 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計畫有哪些？

第一節 描述性資料

研究對象個人基本屬性分佈：

本研究中人口學特性包括：年齡、吸菸菸齡、性別、職業、教育程度、吸菸的習慣、吸菸者曾經罹患十二大類疾病，分佈情形說明如下：

平均年齡為 46 歲，(SD=13.38)，年齡介於 21-86 歲，以 41~50 歲最多有 50 位(32.1%)，而 30 歲以下最少只有 16 位 (10.3%)，平均吸菸菸齡 23.76 年，最少的吸菸菸齡為 1 年最多為 60 年(表 4-1)。男性吸菸者多於女性，分別有 147 人(94.2%)及 9 人(5.8%)。職業以工人居多 47 位 (30.1%) 其次是從事商及服務業分別為 43 位 (27.6%) 及 23 位 (14.7%)，「其他」項則指家庭主婦及無職業共 18 位 (11.6%)。教育程度以高中佔多數 54 位 (34.6%) 其次是專科及大學以上分別為 38 位 (24.4%) 及 26 位 (16.7%)。研究對象中吸菸的習慣以每天吸菸佔最多數共有 120 位 (76.9%)，其次是經常抽菸 20 位(12.8%)而偶爾抽菸者有 16 位(10.3%)(表 4-2)。吸菸者曾罹患疾病者有 68 位(43.6%)

佔最多的前三種罹患疾病分別為：高血壓 22 位 (14.1%)、糖尿病 16 位 (10.3%)、肝病 12 位 (7.7%) (表 4-3)。

表 4-1、基本屬性與吸菸情況

N=156

	n (%)	最小值	最大值	M	SD
年齡	156 (100%)	21.00	86.00	46.73	13.38
吸菸菸齡(年)	156 (100%)	1.00	60.00	23.76	13.99

表 4-2、基本屬性與吸菸情況

N=156

變項	n	%	變項	n	%
年齡			教育程度		
30 歲以下	16	(10.3)	不識字/國小	18	(11.5)
31~40 歲	38	(24.4)	國中	20	(12.8)
41~50 歲	50	(32.1)	高中	54	(34.6)
51~60 歲	27	(17.3)	專科	38	(24.4)
61 歲以上	25	(16.0)	大學/研究所	26	(16.7)
性別			抽菸習慣		
男	147	(94.2)	偶爾抽	16	(10.3)
女	9	(5.8)	經常抽	20	(12.8)
職業			每天抽	120	(76.9)
教師/公務人員	14	(9.0)			
農	11	(7.1)			
工	47	(30.1)			
商	43	(27.6)			
服務	23	(14.7)			
其他(含家庭主婦、無職業)	18	(11.6)			

表 4-3、過去曾經罹患下列十二大類疾病

N= 156

	n	%	前三名
過去曾罹患疾病	68	43.6	
高血壓	22	14.1	1
糖尿病	16	10.3	2
腦中風	1	0.6	
心臟病	7	4.5	
氣喘	5	3.2	
阻塞肺病	3	1.9	
肺結核	1	0.6	
肝病	12	7.7	3
腎病	4	2.6	
癌症	1	0.6	
精神病	1	0.6	
其他	12	7.7	

第二節 健康信念之分佈與影響因子

吸菸者健康信念分佈情形

健康信念量表分五個部分，自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺利益性、自覺障礙性、自覺健康狀況，共有 26 題，健康信念總平均單題得分為 3.03 分、標準差為 0.44 分（表 4-4）。

1、自覺罹患性

在「自覺罹患性」的部分有五題，樣本中表示吸菸會罹患疾病者平均分數由 3.28-3.04 分，平均得分為 3.16 分。在單題的測驗得分，以研究對象認為「吸菸會使我罹患呼吸系統疾病(包括氣管炎或肺氣腫等)」認知最高，最低為「吸菸會罹患腦中風」。

2、自覺嚴重性

在「自覺嚴重性」的部分有五題，自覺吸菸危害健康的自覺嚴重性平均值 3.03-2.88 分，平均得分為 2.95 分。在單題的測驗得分，以研究對象認為「吸菸會罹患呼吸系統疾病的自覺嚴重性」為最高，最低是「我認為吸菸使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗塞等)的嚴重性」。

3、自覺利益性

在「自覺利益性」的部分有十題，研究樣本不吸菸的自覺利益性平均分數由 3.38-2.92 分，平均得分為 3.18 分。在單題的測驗得分，以研究對象認為「不吸菸可使我不再擔心使他人吸入二手菸」最高，最低是「不吸菸可使我的性生活改善」。

4、自覺障礙性

在「自覺障礙性」的部分有六題，不吸菸的自覺障礙性平均分數由 3.03-2.62 分，平均得分為 2.83 分。在單題的測驗得分，以研究對象認為「不吸菸會有尼古丁戒斷症狀」最高，最低是「不吸菸會情緒低落」。

5、自覺健康狀況（內部線索）

在「自覺健康狀況」的部分有二題，不吸菸的自覺健康狀況平均分數由 2.80-2.78 分，平均得分為 2.79 分。在單題的測驗得分，以研究對象認為「我目前的健康狀況與同年齡的人相比較」最高，最低是「我覺得我目前的健康狀況」。

6、菸害知識來源（外部線索）之分佈

菸害知識來源以「大眾傳播媒體」為最多共 124 人佔 79.5%，其次是「醫護人員」共 69 人佔 44.2%，佔第三位的是「家人」共 42 人佔 26.9%（表 4-5）。

表 4-4、健康信念之單項得分

N = 156

項 目	M	SD	排序
自覺罹患性			
1.吸菸會使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗塞等)	3.17	0.75	3
2. 吸菸會使我罹患腦中風	3.04	0.75	5
3. 吸菸會使我罹患呼吸系統疾病(包括氣管炎或肺氣腫等)	3.28	0.70	1
4. 吸菸會使我罹患癌症	3.07	0.77	4
5. 吸菸會使我運動時更容易喘、體力變差	3.23	0.72	2
平均得分	3.16	0.64	
自覺嚴重性			
1.我認為吸菸使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗	2.92	0.74	4
2.我認為吸菸使我罹患腦中風的嚴重性	2.88	0.75	5
3.我認為吸菸使我罹患的呼吸系統疾病(包括：氣管炎或肺氣腫)的嚴重性	3.03	0.69	1
4.我認為吸菸使我罹患的癌症的嚴重性	2.94	0.73	3
5.吸菸使我運動時變喘、體力變差的嚴重性	2.99	0.75	2
平均得分	2.95	0.66	
自覺利益性			
1.不吸菸對健康幫助很大	3.29	0.64	4
2.不吸菸可使食物的味道更好	2.97	0.77	9
3.不吸菸可改善嗅覺	3.07	0.75	8
4.不吸菸可使我省錢	3.30	0.69	3
5.不吸菸可不再憂慮戒菸的問題	3.24	0.67	5
6.不吸菸可為子女立下良好典範	3.34	0.65	2
7.不吸菸可不再擔心使他人吸入二手菸	3.38	0.56	1
8.不吸菸可使體能表現變得更好	3.23	0.68	6
9.不吸菸可減緩皮膚皺紋與老化	3.10	0.71	7
10.不吸菸可使性生活改善	2.92	0.78	10
平均得分	3.18	0.56	
自覺障礙性			
1.不吸菸會有尼古丁戒斷症狀	3.03	0.67	1
2.害怕戒菸失敗	2.88	0.74	4
3.不吸菸體重會增加	2.89	0.78	3
4.缺乏不吸菸的社會支持系統	2.66	0.73	5
5.不吸菸會情緒低落	2.62	0.76	6
6.很享受吸菸的感覺(會很想吸菸)	2.90	0.69	2
平均得分	2.83	0.54	
自覺健康狀況(內部線索)			
1.目前的健康狀況	2.78	0.58	2
2.目前與同年齡的人相比較	2.80	0.62	1
平均得分	2.79	0.57	
健康信念平均得分	3.03	0.44	

人口學資料與健康信念之關係

(一) 整體健康信念

人口學資料中，性別與健康信念採獨立 t 檢定，結果無顯著差異。年齡層、職業、教育程度、抽菸習慣則以 One-Way ANOVA 進行變異數分析，結果呈現吸菸者之年齡($F=4.243, p<.01$)與健康信念呈現負相關，再以 Scheffe 事後檢定，結果發現：吸菸年齡以「41-50 歲」者健康信念比「61 歲以上」者高，且達統計上的差異；健康信念依吸菸者之職業($F=2.751, p<.05$)、教育程度($F=7.611, p<.01$)的差異而不同，以 Scheffe 事後檢定，在職業方面雖有相關但進一步比較則各組間並無顯著差異。教育程度方面國小以下的比國中、高中、大學/研究所的健康信念得分低且有顯著差異性，即教育程度越高健康信念越好。抽菸習慣與健康信念則無相關性(表 4-5)。菸齡方面與健康信念進行相關性檢定($r=0.296, p<.01$)呈現正相關，且有顯著差異性，即菸齡越久健康信念越差。

(二) 健康信念分量表

健康信念各分量表中以罹患性認知($F=3.414, p<.05$)、嚴重性認知($F=3.825, p<.01$)及不吸菸的自覺利益性($F=4.061, p<.01$)與年齡方面呈現負相關，以 Scheffe 事後檢定，在年齡層「41-50 歲」之吸菸者其罹患性認知及不吸菸的自覺利益性都比「61 歲以上」者高，嚴重性認知各組間則並無顯著差異。罹患性認知($F=2.47, p<.05$)與職業有相關，各組間則並無顯著差異，可能是各組間的人數差距太大之故。罹患性認知($F=9.589, p<.01$)、嚴重性認知($F=5.205, p<.01$)及不吸菸的自覺利益性($F=4.237, p<.01$)與教育程度呈現正相關，以 Scheffe 事後檢定，發現不識字/國小此組的個案之罹患性認知、嚴重性認知及不吸菸的自覺利益性都比其他組的教育程度呈顯著差異，即教育程度越高健康信念越好。(表 4-5)。

表 4-5、人口學與健康信念之分析

N=156

	n	健康信念總平均			罹患性認知			嚴重性認知			自覺健康狀況			不吸菸的自覺利益性			不吸菸的自覺障礙性		
		Mean	SD	t/F 值	Mean	SD	t/F 值	Mean	±SD	t/F 值	Mean	SD	t/F 值	Mean	SD	t/F 值	Mean	SD	t/F 值
年齡				4.243 **			3.414 *			3.825 *			1.511			4.061 **			0.872
30 歲以下 ⁽¹⁾	16	3.16	0.42	(3)>(5) **	3.35	0.69	(3)>(5) *	3.26	0.65		2.81	0.63		3.24	0.53	(3)>(5) **	2.88	0.72	
31~40 歲 ⁽²⁾	38	3.00	0.36		3.14	0.49		2.82	0.55		2.97	0.54		3.14	0.46		2.82	0.50	
41~50 歲 ⁽³⁾	50	3.18	0.39		3.30	0.62		3.15	0.65		2.68	0.53		3.40	0.53		2.91	0.52	
51~60 歲 ⁽⁴⁾	27	2.97	0.35		3.15	0.59		2.82	0.60		2.76	0.53		3.08	0.47		2.81	0.41	
61 歲以上 ⁽⁵⁾	25	2.78	0.61		2.78	0.78		2.70	0.76		2.76	0.66		2.90	0.71		2.67	0.61	
性別				-0.373			-0.315			-0.748			0.075			-0.150			-0.119
男	147	3.03	0.44		3.15	0.65		2.94	0.67		2.79	0.57		3.18	0.56		2.83	0.54	
女	9	3.09	0.44		3.22	0.45		3.11	0.35		2.78	0.67		3.21	0.55		2.85	0.55	
職業				2.751 *			2.470 *			1.747			1.417			2.182			0.417
教師/公務人員 ⁽¹⁾	14	3.07	0.42		3.20	0.41		2.93	0.54		2.75	0.58		3.19	0.53		2.99	0.48	
農 ⁽²⁾	11	2.68	0.68		2.69	0.73		2.56	0.77		2.45	0.82		2.73	0.75		2.74	0.66	
工 ⁽³⁾	32	3.08	0.44		3.27	0.61		3.05	0.74		2.86	0.54		3.22	0.53		2.88	0.53	
商 ⁽⁴⁾	43	3.14	0.34		3.33	0.58		3.11	0.64		2.84	0.54		3.30	0.48		2.83	0.52	
服務 ⁽⁵⁾	23	3.03	0.37		3.04	0.61		2.90	0.52		2.93	0.53		3.25	0.51		2.78	0.50	
待業中/家庭主婦 ⁽⁶⁾	33	2.86	0.49		3.04	0.75		2.82	0.66		2.70	0.54		3.10	0.60		2.79	0.58	
教育程度				7.611 **			9.589 **			5.205 **			0.919			4.237 **			1.681
不識字/國小 ⁽¹⁾	18	2.59	0.47	(3)>(1) **	2.50	0.59	(3)>(1) **	2.36	0.59	(3)>(1) **	2.56	0.64		2.74	0.63	(4)>(1) **	2.61	0.53	
國中 ⁽²⁾	20	2.93	0.49	(4)>(1) **	2.84	0.82	(4)>(1) **	2.90	0.70	(4)>(1) **	2.83	0.57		3.14	0.61	(5)>(1) *	2.73	0.58	
高中 ⁽³⁾	54	3.05	0.40	(5)>(1) **	3.27	0.54	(5)>(1) **	2.99	0.69	(5)>(1) *	2.81	0.57		3.18	0.52		2.81	0.42	
專科 ⁽⁴⁾	38	3.20	0.37		3.40	0.50	(4)>(2) *	3.15	0.49		2.82	0.53		3.34	0.50		2.95	0.63	
大學/研究所 ⁽⁵⁾	26	3.14	0.34		3.26	0.55		3.04	0.64		2.87	0.59		3.30	0.49		2.93	0.54	
抽菸習慣				2.130			0.676			1.427			2.037			4.181 *			0.260
偶爾抽 ⁽¹⁾	16	3.19	0.45		3.19	0.80		3.06	0.88		3.03	0.62		3.51	0.49	(1)>(2) *	2.80	0.63	
經常抽 ⁽²⁾	20	2.88	0.35		3.00	0.43		2.73	0.52		2.88	0.56		2.98	0.47		2.76	0.53	
每天抽 ⁽³⁾	120	3.04	0.45		3.18	0.65		2.97	0.64		2.75	0.56		3.18	0.56		2.85	0.53	

統計方法：獨立 t 檢定(t 值)/One-way ANOVA(F 值).

* : p < 0.05

** : p < 0.01

(三) 有無罹患疾病與健康信念之分析

本研究對象有罹患疾病者共有 68 人，其健康信念平均得分 3.01 分，未罹患疾病者共有 88 人，其健康信念平均得分 3.06 分，均在中等以上，經 t-test 無顯著差異（表 4-6）。

表 4-6、有無罹患疾病與健康信念之相關性分析 N= 156

有無罹患疾病	n	健康信念總平均		t 值
		M	SD	
過去病史				0.684
否	88	3.06	0.47	
是	68	3.01	0.40	

統計方法：獨立 t 檢定。



第三節 菸害知識

(一)、菸害知識得分

菸害知識共 7 題以答對率計分，結果顯現答對率只有 54.7%，答對人數最多的題目是：「香菸中那一種成份會使人上癮？」共 140 位，答對人數最少的題目是：「香菸中那種成份會使得氧氣和體內血紅素結合情形變差，而造成缺氧？」共 46 位，答對率僅 29.5%（表 4-7），顯示個案普遍對菸害知識的認知程度偏低。

表 4-7、菸害知識之答題情形

菸害知識題目	N= 156	
	答對人數 n	答對率 %
吸菸的危害		
1.孕婦吸菸對胎兒造成影響？(4) 嬰兒體重過輕或早產	114	73.1
2. 下列哪一種疾病的發生，經證明和吸菸無關？ (3) 肺結核	69	44.2
香菸的有害成份		
3. 香菸中那一種成份會使人上癮？ (2) 尼古丁	140	89.7
4. 香菸中哪一種成份會使人血壓上升、心跳加快？ (2) 尼古丁	80	51.3
5.香菸中那種成份會使得氧氣和體內血紅素結合情形變差，而造成缺氧？(1) 一氧化碳	46	29.5
戒菸的錯誤觀念		
6.長期暴露在香菸的煙霧中，會對呼吸道黏膜上的纖毛，產生何種作用？(2) 抑制作用	93	59.6
7.下列有關戒菸的敘述何者不正確？ (2) 戒菸後會嚴重增胖約十公斤左右	55	35.3
總答對率		54.7

(二) 人口學與菸害知識之相關性

將人口學資料之性別、吸菸習慣、年齡層、職業、教育程度與菸害知識進行單因子變異數分析，其中性別與吸菸習慣無顯著差異，但年齡($F=11.868, p<.01$)、職業($F= 5.280, p<.01$)、教育程度($F=20.149, p<.01$) 與菸害知識得分則有顯著差異。進一步以 Scheffe 事後檢定，結果發現菸害知識在年齡各組間並無顯著差異，在職業中無論「教師/公務人員」、「工」、「商」、「服務業」及「待業中/家庭主婦」的菸害知識得分都比「農」高，且達統計上的差異，教育程度方面顯示教育程度越高菸害知識得分越高，且達統計上的差異（表 4-8）。

菸齡與菸害知識進行相關性分析（Pearson Correlation），結果顯示兩者呈現負相關（ $r=0.364, p<.01$ ），即菸齡越久菸害知識得分越低（表 4-9）。



表 4-8、人口學與菸害知識變異性分析

N=156

人口學變項	菸害知識得分		t / F 值
	M	SD	
年齡			11.868 **
30 歲以下 ⁽¹⁾	4.88	1.31	
31~40 歲 ⁽²⁾	4.32	1.86	
41~50 歲 ⁽³⁾	4.18	1.53	
51~60 歲 ⁽⁴⁾	3.78	1.87	
61 歲以上 ⁽⁵⁾	1.76	1.88	
性別			0.078
男	3.83	1.91	
女	3.78	2.59	
職業			5.280 **
教師/公務人員 ⁽¹⁾	4.64	1.50	(1),(3),(4)>(2) **
農 ⁽²⁾	1.55	1.51	(5)>(2) *
工 ⁽³⁾	4.11	1.88	
商 ⁽⁴⁾	4.16	1.68	
服務 ⁽⁵⁾	3.87	1.82	
待業中/家庭主婦 ⁽⁶⁾	3.00	2.33	
教育程度			20.149 **
不識字/國小 ⁽¹⁾	1.39	1.42	(3),(4),(5)>(1) **
國中 ⁽²⁾	2.65	1.73	(4),(5)>(2) **
高中 ⁽³⁾	3.87	1.63	(5)>(3) *
專科 ⁽⁴⁾	4.68	1.66	
大學/研究所 ⁽⁵⁾	5.08	1.38	
抽菸習慣			0.019
偶爾抽 ⁽¹⁾	3.81	1.91	
經常抽 ⁽²⁾	3.75	2.29	
每天抽 ⁽³⁾	3.84	1.90	

統計方法：獨立 t 檢定(t 值) / One-way ANOVA(F 值). * : p < 0.05

** : p < 0.01

表 4-9、菸齡與菸害知識相關分析 N= 156

	(r) 菸 齡
菸害知識得分	-0.364**

** : $p < 0.01$

第四節 尼古丁成癮情形

一、尼古丁成癮分佈情形

尼古丁成癮情形分佈以<4分(共75人)佔48%最多,其次為4-6分(共54人)佔34.7%,7-10分(共27人)佔17.3%最少(表4-10)。

表 4-10、尼古丁成癮情形分佈 N=156

尼古丁成癮分佈情形	n	%
<4分	75	48.0
4-6分	54	34.7
7-10分	27	17.3

二、人口學與尼古丁成癮情形之分析

尼古丁依賴情形在年齡、性別、教育程度、職業方面以卡方檢定均無顯著差異。但由尼古丁成癮情形之分佈做分析比較發現<4分共75人,其次是4-6分(共54人),而7-10分則佔第三位(共27人),顯示大部份的受試者成癮性都不高,若能大量宣導菸害防治則有事半功倍之效果。性別方面雖然看起來是男性吸菸者較多,尼古丁依賴情形<4分比率也較高,但因為女性人數相較於男性人數少,故此結果的可信度降低。若能找到男女比例較接近時,方能分辨性別之差異(表4-11)。過去吸菸年數與尼古丁依賴情形比較,是否因過去吸菸年數不同而有不同,結果顯示並無顯著相關(表4-12)。

表 4-11、人口學與尼古丁依賴情形之相關性

N=156

人口學變項	尼古丁依賴情形						χ^2 值
	<4 分 (n = 75)		4-6 分 (n = 54)		7-10 分 (n = 27)		
	n	%	N	%	N	%	
年齡							11.634
30 歲以下	7	9.3	5	9.3	4	14.8	
31~40 歲	25	33.3	10	18.5	3	11.1	
41~50 歲	18	24.0	19	35.2	13	48.1	
51~60 歲	15	20.0	9	16.7	3	11.1	
61 歲以上	10	13.3	11	20.4	4	14.8	
總計	75	100.0	54	100.0	27	100.0	
性別							1.854
男	72	96.0	49	90.7	26	96.3	
女	3	4.0	5	9.3	1	3.7	
總計	75	100.0	54	100.0	27	100.0	
教育程度							10.719
不識字/國小	11	14.7	6	11.1	1	3.7	
國中	5	6.7	9	16.7	6	22.2	
高中	25	33.3	19	35.2	10	37.0	
專科	17	22.7	15	27.8	6	22.2	
大學/研究所	17	22.7	5	9.3	4	14.8	
總計	75	100.0	54	100.0	27	100.0	
職業							0.136
教師/公務人員	7	9.3	7	13.0	0	0.0	
農	5	6.7	2	3.7	4	14.8	
工	23	30.7	14	25.9	10	37.0	
商	18	24.0	14	25.9	11	40.7	
服務	11	14.7	11	20.4	1	3.7	
待業中/家庭主婦	11	14.7	6	11.1	1	3.7	
總計	75	100.0	54	100.0	27	100.0	

統計方法：卡方檢定

* : p < 0.05

** : p < 0.01

表 4-12、過去吸菸年數與尼古丁依賴情形之相關性 N=156

	過去吸菸年數			F
	n	M	SD	
尼古丁依賴情形				0.823
<4 分	75	22.36	13.40	
4-6 分	54	24.57	14.90	
7-10 分	27	26.04	13.80	

統計方法：One-way ANOVA.

第五節 菸害知識與健康信念之關係

研究對象之菸害知識與健康信念相比較呈正相關。以皮爾森積差相關分析 (Pearson correlation coefficient) 測試，結果發現呈顯著差異 ($r=.338$: $p < 0.01$) (表 4-13)。即菸害知識得分越高其健康信念就越好。

表 4-13、菸害知識與健康信念之相關分析 N= 156

	健康信念總平均	菸害知識得分
健康信念總平均	1.000	
菸害知識得分	0.338**	1.000

統計方法：Pearson correlation coefficient * : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

第六節 健康信念與戒菸意願

研究對象之健康信念各分量表與戒菸意願相比較，以獨立 t 檢定結果發現：有戒菸意願的健康信念得分除「自覺健康狀況」外其餘分量表得分都比無戒菸意願者高，且「健康信念總平均」與「不吸菸的自覺利益性」、「不吸菸的自覺障礙性」呈顯著差異 ($p < 0.05$) (表 4-14)。

表 4-14、健康信念與戒菸意願之相關性

N=156

	戒菸意願				t 值
	無(n = 54)		有(n = 102)		
	M	SD	M	SD	
健康信念總平均	2.91	0.46	3.10	0.42	-2.565 *
罹患性認知	3.02	0.69	3.23	0.61	-1.965
嚴重性認知	2.84	0.64	3.01	0.67	-1.477
自覺健康狀況	2.81	0.52	2.78	0.60	0.220
不吸菸的自覺利益性	3.04	0.61	3.26	0.52	-2.366 *
不吸菸的自覺障礙性	2.70	0.50	2.90	0.54	-2.300 *

統計方法：獨立 t 檢定.

* : p < 0.05

第七節 戒菸意願與拒菸自我效能

一、拒菸自我效能分析

拒菸自我效能量表總分最高為 3.56 分、最低為 1.88 分，平均得分為 2.16 分。

進一步分析各項得分中，得分最高前三項為：第 6 題「當我在有禁菸規定的公共場所(如電梯、看電影、醫院)」平均為 3.56 分、其次為第 7 題「當我在看電視時」平均為 2.4 分及第 2 題「當我在談公事的應酬場合時」，平均為 2.39 分，得分最低的為第 12 題「當我有煩惱時」平均為 1.85 分（表 4-15），顯示研究對象對拒菸的自信心程度仍偏低。

表 4-15、拒菸自我效能之單項得分

N= 156

項 目	Mean	SD	排序
1.最要好的朋友在我身旁吸菸時	1.99	0.85	8
2.在談公事的應酬場合時	2.39	0.95	3
3.在社交場合，有人遞菸給我時	2.06	0.94	6
4.有其他人在我身邊吸菸時	2.22	0.88	4
5.親密朋友遞菸給我時	1.93	0.87	10
6.在有禁菸規定的公共場所	3.56	0.77	1
7.在看電視時	2.40	0.91	2
8.在很緊張的時候	2.12	0.85	5
9.在等人時	1.99	0.77	9
10.在工作休息時	1.99	0.85	7
11.遇到挫折時	1.88	0.72	13
12.有煩惱時	1.85	0.74	14
13.感到沮喪時	1.88	0.74	12
14.感到無聊時	1.92	0.75	11
平均得分	2.16	0.61	



二、比較戒菸意願與戒菸自我效能之差異

研究對象之有、無戒菸意願與戒菸自我效能相比較，發現有戒菸意願者拒菸自我效能平均得分 2.28 分而無戒菸意願者其平均數為 1.91 分，進一步以獨立 t 檢定，結果發現：兩者間有顯著差異 ($t=-3.731$ $p<0.01$)，即有戒菸意願者其戒菸自我效能較高，但整體拒菸自我效能平均數仍偏低 1.91-2.28 分（表 4-16）。

表 4-16、戒菸意願及拒菸自我效能差異性分析

N= 156

戒菸意願	n	拒菸自我效能		t 值
		M	SD	
				-3.731 **
無	54	1.91	± 0.54	
有	102	2.28	± 0.61	

* p < 0.05 ** p < 0.01

第八節 尼古丁成癮情形與拒菸自我效能

研究對象尼古丁成癮情形與拒菸自我效能相互比較，尼古丁依賴指數 <4 分者有 75 人其戒菸自我效能平均分數為 2.34 分，尼古丁依賴指數 4-6 分者有 54 人其戒菸自我效能平均分數為 1.98 分，尼古丁依賴指數 7-10 分者有 27 人其戒菸自我效能平均分數為 2.01 分。進一步以 One-way ANOVA 檢定，結果發現，尼古丁成癮情形越低其戒菸自我效能越強，且達統計上的差異 ($F=6.764, p<.01$) 再以 Scheffe 事後檢定，顯示 <4 分的拒菸自我效能最強 (表 4-17)。

表 4-17、尼古丁成癮情形與戒菸自我效能之變異數分析

N= 156

	拒菸自我效能			
	n	M	SD	F
尼古丁依賴情形				6.764 **
(1) <4 分	75	2.34 ± 0.64		(1)>(2) **
(2) 4-6 分	54	1.98 ± 0.38		(1)>(3) *
(3) 7-10 分	27	2.01 ± 0.78		

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

第九節 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計畫

有戒菸意願之研究對象所採的戒菸行動計畫以「意志力」最多共 95 人佔 93.1%，由「家人協助」佔第二位共 42 人佔 41.2%，採用「戒菸專線」者有 20 人佔 19.6%（表 4-18）。可見意志力是吸菸者常用的戒菸方式。

表 4-18、有戒菸意願者執行戒菸行動計畫之個數百分比

N= 156

戒菸行動計畫	有戒菸意願		名次
	n	%	
意志力	95	93.1	1
家人協助	42	41.2	2
友人協助	18	17.6	4
戒菸專線	20	19.6	3
門診戒菸	13	12.7	5
戒菸班	8	7.8	6
其他行動	2	2.0	7

第五章 討論

此章節依據研究結果做進一步分析與討論。共分成五節進行討論：第一節門診吸菸者健康信念、菸害知識、尼古丁成癮情形是否受到人口學之影響第二節菸害知識與健康信念之相關性。第三節門診吸菸者之健康信念是否影響戒菸意願。第四節門診吸菸者之戒菸意願是否會影響拒菸自我效能。第五節門診吸菸者之尼古丁成癮情形是否會影響拒菸自我效能。第六節有戒菸意願之個案欲採用的戒菸計畫。

第一節 門診吸菸者健康信念、菸害知識、尼古丁成癮情形是否受到人口學之影響

一、人口學

樣本平均年齡 46.73 歲，菸齡平均達 23.76 年，男性比女性多，與薛光傑、杜明勳、葛魯蘋、周明岳、陳麗玲（2005）的研究相似，而本研究中男性吸菸者比率大於女性(男 94.2%，女 5.8%)約 16 倍，與國內的研究劉宗憲與葉英堃(2005)針對大都會、城鎮、鄉村調查(男 19.4%，女 1.0%)及謝淑卿與尹祚芊(1995)針對臺電員工及員警人員調查(男 46.12%，女 3%)，謝天渝(2001)針對台灣 26 縣市調查(男 50.7%，女 3%)，結果均相似男性大於女性且比率懸殊，但與美洲地區男、女吸菸比分別為(35%及 22%)，歐洲地區男、女吸菸比率(46%及 26%)，西太平洋地區男、女吸菸比例為(60%及 8%) (World Health Organization, WHO, 1997) 男、女比率懸殊差異性小。以此現象分析，發現已開發國家男、女吸菸率比開發中國家接近，探討其原因可能與文化背景有關，過去台灣是屬於農業社會生活較困苦，社會風氣較保守且

以母性家庭為主，而抽菸在當時被反映出是上流社會的人所欲求的行為，因為抽菸被比喻代表著一種叛逆、獨立、權力、性感與財富的象徵(吳翠珍，2003)，在重男輕女的情境下女性抽菸較不被接受，因此女性抽菸的比率相對減少許多，近來因受西洋文化的影響及菸商的整合行銷傳播(洪瑞君，2003)，致使女性抽菸的比率攀升。

職業又以工、商為多這與李蘭、潘伶燕(2000)的研究相似，主要因為從商的人較需面對應酬，而香菸變成為一個重要的應酬工具，即使想戒菸也可能因為工作的關係而無法成功，而從事工的職業常因工作繁重、枯燥而需要菸品提神。本研究中有 68 位 (43.6%) 過去曾罹患疾病，且皆以慢性疾病為主，其中又以高血壓為最多佔 14.1%，雖然此現象並不能直接證明高血壓與吸菸有關，但值得注意的是多位學者一致認為人類十大死亡原因，包括癌症、腦血管疾病、心臟疾病、呼吸系統疾病等，都和吸菸有重大關係 (Anthonisen, 1994; Tousey, 1999; Wise, 2003) 而且吸菸所耗費的醫療成本在各疾病中以心血管疾病所佔 49% 為最高 (楊銘欽，1992)，這對國家或社會經濟將帶來很大的隱憂，因此將來戒菸輔導應以此族群作為重點實施對象，以早日協助民眾戒菸。另職業與健康信念會因職業不同而有差異，其中與健康信念分量表之「罹患性認知」有顯著相關，在文獻上較少做類似比較，但依李蘭與潘伶燕 (2000) 研究調查發現職業類別與吸菸狀態有顯著相關，即職業類別越高戒菸率越高，而職業類別越低戒菸率越低，換言之職業類別越高者其健康信念較好，其吸菸的「罹患性認知」也越強。在本研究中雖然事後比較各組間無顯著差異，但探討其原因可能是各組間人數不平均造成統計上未顯著差異；也可能是職業與教

育程度兩者互相影響所致，值得未來深入研究。

在年齡部分，健康信念總平均及次量表「罹患性認知」、「不吸菸的自覺利益性」都是以「41-50歲」健康信念得分大於「61歲以上」者，這與黃淑貞（1997）的研究針對大學學生為對象與陳淑敏（2004）研究對象針對國中學生調查結果不同，主要因為本研究對象為醫院門診吸菸者包括醫院的病患或家屬，就醫者均是成人或中老年人，年齡層差距較大，且樣本大部分都是來看病或陪家人來看病者，健康情形都已亮起紅燈，對自身的健康情形較在意，此時期若能在醫護人員適當介入衛教下做菸害的宣導，效果較佳（張文道等，2005），而「41-50歲」依照人類發展 Erikson 理論而言，此時正值中年期精力充沛，若發展障礙者將會出現不關心別人與社會，缺少生活意義（張春興，2004），但又正面臨事業高峰期，一般人的共同的認知：有健康的身體才有財富，因此對吸菸所造成的影響「罹患性認知」及「不吸菸的自覺利益性」有較高的醒覺。因此這些族群的吸菸者若能在醫護人員的勸導下必能引發吸菸者的戒菸動機再進一步協助戒菸。

本研究樣本平均菸齡 23.76 年與黃淑貞(2000)及葉美玲、陳興夏、張惠芬(2002)的結果不同，主要因為本研究對象年齡分佈約在 41~50 歲左右。在健康信念總平均與菸齡方面則呈負相關，即菸齡越長健康信念越差，代表菸齡越長者應加強其健康信念，這與薛光傑等（2005）研究結果菸齡越久戒菸率越差類似，故在此時期更應加強健康信念及戒菸的自我效能方能持續維持戒菸的意願。

二、菸害知識

研究結果顯示年齡、職業、教育程度與菸害知識有相關，亦即年輕者菸害知識得分比年長者高，教育程度越高菸害知識得分越高，可能與政府近來在校園極力推動菸害防治有關，這與李蘭（1993）與鐘宜君等（2005）及 Norman（1994）的研究結果類似，吸菸者的人口學特色（年齡、教育程度、職業）與菸害知識有關。本研究對象為門診吸菸者年齡多分佈在 31~50 歲、教育程度以高中以上居多，整體而言菸害知識得分仍有進步空間，醫院四處雖張貼菸害相關海報，媒體廣告及報章雜誌菸害宣導處處可及，但對於尼古丁的成癮過程及致癌原因均未強加說明，以致民眾未能深入了解，因此門診護理人員於就診互動過程更應加強團體及個別衛教，針對香菸成分(尼古丁及焦油)造成身體的危害過程，以增加民眾的菸害認知。

三、尼古丁成癮情形

研究結果顯示人口學與尼古丁成癮情形無顯著差異，這與劉宗憲與葉英堃（2005）的研究結果不同。探討原因可能是本研究就診者男、女樣本比例差距太大（男 147 人：女 9 人），且年齡、職業、教育程度其尼古丁成癮情形多分佈在<4 分成癮度不高，可見門診樣本若能視時機引發其戒菸動機，協助樣本利用戒菸專線的輔導則戒菸率將可提高。

整體而言，本研究結果發現：健康信念會因個案年齡、職業、教育程度、菸齡而有影響，即年齡越大、職業等級越低、教育程度越低、菸齡越長其健康信念就越差，因此針對這些族群的民眾可以利用健康情形或已生病的例子請家屬或重要他人多給予心理

支持。菸害知識會因年齡、職業、教育程度而有差異，即年齡越大、職業等級越低、教育程度越低，其菸害知識就越差，針對這些族群，未來戒菸班的課程設計應嘗試多元化教學策略（如角色扮演、模型或電視教學），引導民眾對菸害認識。尼古丁成癮情形與人口學則無顯著差異，但值得注意的是尼古丁成癮情形有半數的個案分佈在<4分，在門診做戒菸宣導時應主動協助這些吸菸者，並引導其認知吸菸與健康的關係及戒菸的好處，以增強其戒菸動機。

第二節 菸害知識與健康信念之相關性

研究結果發現：菸害知識得分與健康信念總平均呈正相關。即菸害知識得分越高其健康信念就越高。與謝淑卿與尹祚芊（1995）；黃淑貞（1997）；陳淑敏（2004）；Norman（1994）的研究結果相似。根據 Warneck, Rosenthal, Graham, & Manfredi,（1978）研究結果發現：在菸害疾病罹患性的認知程度上，不吸菸者與戒菸者均較吸菸者與欲改變吸菸行為者高。因人類行為常常取決於其本身的觀念、想法，所以當希望將預防的觀念傳達給個案，使其了解並付諸行動時，則有必要先了解其對該預防性健康行為的認知及與行為的相關性，之後才能有效推行護理指導方案（謝淑卿、尹祚芊，1995）。因此本研究結果發現：菸害知識總得分中答對率只有 54.7%，其中「尼古丁會使人上癮」答對率有 89.7%，但「香菸中一氧化碳會使得氧氣和體內血紅素結合情形變差而造成缺氧」，及「戒菸後會嚴重增胖約十公斤左右」，答對率僅 29.5 % 及 35.3%，整體而言菸害知識得分與

健康信念雖有正相關，但由各項得分情形觀之，顯示民眾對尼古丁會使人上癮的訊息較熟悉，但其他引起的相關問題則需加強。

第三節 門診吸菸者之健康信念是否影響戒菸意願

以「健康信念總平均」與「不吸菸的自覺利益性」、「不吸菸的自覺障礙性」呈顯著差異，即有戒菸意願的吸菸者對不吸菸後可能會感受到的利益比吸菸者較強，且不吸菸後所造成的障礙性較弱。這與黃淑貞（1997）及陳淑敏（1994）的研究相似，但與謝淑卿與尹祚芊（1994）的研究相異，主要是因為後者的研究樣本<30人而無差異之故。本研究對象為門診就診者或陪伴的家屬，其健康狀況或許有某些疾病症狀，或正目睹自己或家屬得病的治療痛苦過程，甚至想像疾病更嚴重時或罹患癌症的後果，此時對身體健康較在意且有警惕作用，此時若增加吸菸者改變行為的活動課程，如：個案的現身說法或經驗分享，將有助於戒菸認知的實質成效。

第四節 門診吸菸者之戒菸意願是否會影響拒菸自我效能

研究結果發現：戒菸意願與拒菸自我效能有相關，即有戒菸意願者其拒菸自我效能較高，此結果與卓惠如（1992）的研究結果相同。在拒菸自我效能量表得分中，得分最高的前三項為：「當我在有禁菸規定的公共場所(如電梯、看電影、醫院)」、其次為「當我在看電視時」及「當我在談公事的應酬場合時」，顯示研究對象能做到拒菸的地方以公共場合最容易，這是因為政府推動菸害防治的成效。拒菸自我效能量表得分最少

的末三項為：「遇到挫折時」「有煩惱時」及「感到沮喪時」，此結果提示，個案在遇到心理層面的問題時較容易以抽菸來解決壓力，因此在設計戒菸課程時應將紓解壓力及人際關係溝通納入，以協助吸菸者持續拒菸的毅力。

第五節 門診吸菸者之尼古丁成癮情形是否會影響拒菸自我效能

研究結果顯示，尼古丁成癮情形越低拒菸自我效能就越強，這與黃淑貞(1997)；陳淑敏(1994)的研究結果相似。影響戒菸成功的因素，最重要的是動機及成癮（陳育民，2001；張景然、王珮蘭，2004；陳淑敏，2004），許多吸菸者都認為尼古丁成癮症狀的產生使他們無法拒菸，是造成戒菸失敗的原因（Shiffman et al., 1997; Siqueira, Rolnitzky, & Rickert, 2001），因此吸菸量減少及成癮症狀解除（張景然、王珮蘭，2004；廖倩誼等，2004；謝淑卿、尹祚芊，1995）是臨床研究者在設計戒菸班課程中首先要設計的教學活動項目之一，並強調菸癮來時的處理方法，以達到戒菸目的。

第六節 有戒菸意願之個案所欲採用的戒菸計畫

本研究結果顯示，有戒菸意願之樣本所採行為戒菸行動計畫以「意志力」最多，因為吸菸者認為要是自己不想戒，若要戒菸馬上就可以戒除無需外界幫助，主要是因為民眾不了解戒菸期間會遇到尼古丁成癮的戒斷現象，而造成戒菸失敗，其次是「家人協助」，佔第三位者為採「戒菸專線」，此與多位學者(林冠品等，2004；陳育民，2001；陳九五，1992；卓惠如，1992；Lichtenstein, 1982)的研究結果相似。本研究另一發現

有 40.1% 的吸菸者需靠醫護人員的幫助採戒菸專線、門診戒菸及戒菸班來戒除。現階段

大醫院的看診特色普遍「候診及領藥時間長」，因此護理人員可利用候診及領藥時間開

闢團體衛教診經由双向溝通方式宣導如何利用醫療支援戒除。



第六章 結論與建議

本章針對本研究結果做出總結整理，並於臨床實務、臨床教育、行政方面及未來研究方面提出具體建議，最後並探討本研究限制。

第一節 結論

茲綜合前述的研究結果，依研究問題提出下列結論：

(一) 菸害知識：會因年齡、職業、教育程度而有差異，即年齡越大、職業等級越低、教育程度越低，其菸害知識就越差。菸害知識得分與健康信念總平均相比較呈正相關。(二) 健康信念會因個案年齡、職業、教育程度、菸齡而有影響，即年齡越大、職業等級越低、教育程度越低、菸齡越長其健康信念就越差。以「健康信念總平均」與「不吸菸的自覺利益性」、「不吸菸的自覺障礙性」呈顯著差異，即有戒菸意願的吸菸者對不吸菸後可能會感受到的利益比吸菸者較強，且不吸菸後所造成的障礙性較弱。(三) 尼古丁成癮情形與人口學無顯著差異，但與拒菸自我效能相比較則尼古丁成癮情形越低拒菸自我效能就越強(四) 拒菸者自我效能：戒菸意願與拒菸自我效能有相關，即有戒菸意願者其拒菸自我效能較高。(五) 有戒菸意願之研究對象所採的戒菸行動計畫以「意志力」最多，其次是「家人協助」，佔第三位者為採「戒菸專線」。

第二節 研究限制

一、本研究設計因採立意取樣較缺乏推論性，建議未來研究可採用隨機抽樣方式取樣並將住院病患納入，比較兩者間的差異性。

二、問卷收集過程碰到年紀較大且不識字，填答過程必須由研究者逐字唸出，可能會影響個案本身的思考方向，且「自覺利益性的皮膚皺紋與老化」及「不吸菸可使我的性生活改善」題目較不適用老年人，因此建議可將研究對象年齡限制在 70 歲以下，較符合情境。

三、本研究限於經費及人力之考量，研究採結構式問卷由個案自行填答，較無法真正了解內心的想法，以及戒菸的困境，建議可先做質性研究探討吸菸者心理層面的影響因素。

第三節 建議

戒菸議題已討論多年，近年來，政府開始由搭乘交通工具禁菸、推行公共場合禁菸運動直至最近購買菸品的健康捐都可顯現國人對戒菸運動的覺醒，然而，戒菸運動的推行並未增加國民的戒菸率，換言之，吸菸者都知道要戒菸，但真正付諸執行者不多，此原因需要深入探討，研究者依據本研究結果針對臨床實務、教育及研究提出下列幾項建議，以供參考：

一、臨床實務方面

(一)、戒菸機構可及性

研究指出，有百分之七十的吸菸者曾嘗試戒菸，但戒菸除生理煎熬，心理掙扎更是嚴重，衛生署研究，有意戒菸者若透過專業醫療人員協助，結合行為諮商與尼古丁置換療法，半年後維持戒菸成功率高達 32.4%，然而，目前國內成立戒菸門診的醫院不多，民眾對資源的可及性不足，即使想戒菸，也無協助戒菸的機構，因此，

建議各醫院應主動設立戒菸門診或戒菸班。

(二)、經費給付

研究指出，尼古丁成癮是戒菸失敗最主要的原因，因此戒菸過程中採用尼古丁置換術確實可協助減低戒菸者的生理痛苦，然而，這項技術屬於民眾部分負擔，每一次療程(八週)須付 2000 元，這項規定常讓想要戒菸者望之怯步。因此，研究者建議，將菸品所繳交的健康捐補助戒菸者的尼古丁置換術，如此才可以增強民眾戒菸的動機。

(三)、戒菸訊息的宣導

研究者在執行本研究時發現許多民眾不知道醫院有戒菸門診及提供免費戒菸專線諮詢，可能是因為宣傳不夠，在經過研究者解釋後，有民眾表示願意深入了解戒菸計畫，由此可見，吸菸者未付諸戒菸並不完全是沒意願，也有些是因為不知道或不了解訊息而未付諸行動，因此，研究者建議醫護人員應再加強戒菸相關訊息、戒菸團體衛教的時間、地點，並強調此活動是免費參加以增加個案的參與意願，讓吸菸者感受不吸菸的利益性且持續追蹤以增加其意志力，另可增加社區護理對菸害防治的宣導。

(四)、戒菸個案的發掘

護理人員是與民眾接觸最頻繁的醫療專業人員，護理人員若有高度的敏感度，則可協助發掘本研究所發現的高危險族群，因此，在戒菸計畫中，應培訓護理人員種子成員，並發展戒菸意願篩檢量表以協助發掘戒菸個案。

(五)、衛教內容方面的修正

研究者在資料收集中與研究對象接觸時，有部份研究對象表示過去衛教內容都

強調吸菸的危害，如：「吸菸有害健康」、「拒抽二手菸」，一位樣本表示此口號對戒菸並無幫助，因為健康的定義何在？吸菸緩解其壓力，反而讓他們得以獲得壓力紓解，至於「拒抽二手菸」的口號好像把吸菸者列入十大惡人，讓不吸菸者仇恨吸菸者，這樣不僅未收到實質效果，反而讓吸菸者情緒上更不想戒菸。本研究結果顯現：研究對象認為戒菸後體重會嚴重增胖約 10 公斤左右，因錯誤認知，更可能造成吸菸者對戒菸佇足，因此，研究者建議衛教內容應該加強戒菸對自己本身的好處，以強化吸菸者戒菸的動機。

(六)、衛教技巧方面的修正

衛教重點是在有限時間傳遞重要訊息，但目前護理人員的衛教技巧仍然停留在講述法，實在難以吸引吸菸者的注意，研究者建議應加強臨床人員的衛教技巧及多媒體衛教題材的運用以使衛教內容更生動。

(七)、衛教工具方面的修正

戒菸議題已普遍被探討，生活周邊充滿了很多戒菸文宣產品，民眾在長久接觸宣傳物品後，逐漸習以為常，這些宣傳文宣產品便無法發揮衛教成效，研究者認為衛教工具應以曾受過菸害的個案現身說法，如此才可收到震撼效果，並製作影音衛教資料，採用多功能媒體播放系統，定時播放有劇情的戒菸影片或菸害的相關資料以使吸菸者留下深刻印象。

(八)、強化戒菸措施計畫後的追蹤

戒菸班計畫不能只注重在戒菸訓練階段，其實戒菸個案最常碰到的菸品的時間是面

臨交際應酬、同儕之間的誘惑而無法持續，根據張文道等（2005）研究發現持續戒菸率 3 個月為 40.7%、6 個月為 29.1%、9 個月為 22.3%、12 個月為 14.9%，因此建議戒菸計畫應延伸追蹤到至少一年，以持續追蹤個案並適時給予輔導與支持，以防止再度復發。

二、臨床教育方面

- (一)、目前已有的戒菸班課程較限於衛生所在執行，內容不外乎菸害課程一系列的安排，個案上完課後的課後追蹤，因此較不能引發個案的興趣與持續性，建議利用健康信念模式之概念，設計一套戒菸班的教案，並強調罹患疾病之可能性、嚴重性及預防疾病的重要性，同時增強吸菸者的自信心。
- (二)、為能落實學校無菸校園建議學校能先篩選出有吸菸的學生，並做戒菸班的訓練並由護理系學生參予事後的追蹤，以提早讓護生參予戒菸的活動。
- (三)、目前在學校的衛生教育過程中老師較常使用的教學原理與大多以課室教學方法教學，使學生學得理論卻不知如何實地應用，且衛教技巧太過制式而無創意，因此建議利用護生在醫院學習的時間，先由衛教護理人員以創意性的衛教操作菸害團體衛教，再由護生實地演練，並由衛教的過程做經驗分享，早日建立護生對菸害知識的正向認知。
- (四)、拒菸自我效能方面應加強拒菸的技巧、人際溝通、壓力的紓解方式，以增強戒菸時會面臨的壓力。

三、行政方面

- (一)、目前醫院雖然標榜全面禁菸，但依研究者平時工作經驗得知，許多行政主管與醫師卻是吸菸的忠實愛護者，在國民建康局的推行菸害防治制度下無疑是一大諷刺，建議醫療院所徹底執行，尤其行政長官及醫師更應以身作則，以作為病患戒菸之表率，營造無菸環境。
- (二)、將戒菸措施計畫納入門診護理標準作業流程中，發展門診護理的獨特性。
- (三)、在醫院內隨時廣播提醒民眾禁菸，加強民眾習慣進入醫院就需禁菸的認知。
- (四)、將非吸菸區擴大至院區周圍環境，並加強文宣的宣導，加強院內同仁戒菸人人有責。

四、未來研究方面

- (一)、本研究結果，雖然發現吸菸者的戒菸自我效能與建康信念、菸害知識、尼古丁成癮情形有相關，但因行政與經費來源的考量，先以中部某醫學中心門診吸菸者為研究對象，研究結果僅能推估至同性質的醫院，故建議後續研究者可做推廣至其他醫院並採實驗性研究，使研究更具代表性。
- (二)、吸菸行為屬心理層面的問題，習慣的養成與戒除都與吸菸者背後的認知理念有很大的相關，建議可從了解吸菸者屬於何種吸菸型態設計一套篩檢量表，有助於臨床護理人員發現具有戒菸潛能的個案參與戒菸。

參考資料

中文參考資料

王瑞霞 (2001)。健康促進的理論模式。王秀紅總校閱。健康促進與護理，臺北，國立編譯館。

王英偉 (2002, 6月)。行為改變之階段模式：以戒菸為例。於台灣家庭醫學學會。衛生署國民健康局主辦，「戒菸治療服務試辦計畫」教育訓練。台中：中山醫學大學附設醫院。

田沁潔 (2005)。個別護理指導對頭頸部癌症病人口腔照顧認知、健康信念及自我效能之成效。慈濟大學護理研究所碩士論文，未出版。台東。

行政院衛生署國民健康局(2004, 2月12日)。台灣菸害防治。2004年2月12日取自：
<http://health99.doh.gov.tw/media/tobacofree.htm>。

行政院衛生署國民健康局(2005, 2月22日)。吸菸對健康危害。2005年10月22日取自 <http://www.doh.gov.tw/new/page/9011/90-25.htm>

行政院衛生署國民健康局(2005, 10月08日)。全國職場吸菸現況調查。2005年12月08日取自 <http://www.health99.doh.gov.tw/p/health/detail.htm>

行政院衛生署國民健康局(2005, 10月08日)。尼古丁成癮。2005年10月08日取自 <http://www2.cch.org.tw/lungcancer/smoking%20nicotine.htm>

李美慧 (1995)。某國中學生之吸菸行為與父母健康信念、吸菸行為、管教努力關係之探討。國立台灣師範大學碩士論文，未出版，臺北市。

李秀蘭(2002)。教學策略對護生健康促進生活方式之成效。國立台灣師範大學碩士論文，未出版，臺北市。

李景美(2003)。青少年菸害預防一策略層面之探討。醫護科技學刊，5(4)，329-307。

李芳欣、王秀紅(2002)。衛生教育介入對國中二年級學生吸菸預防之成效。高雄醫誌，18，295-304。

李蘭、潘伶燕(2000)。台灣地區成年人之吸菸率與吸菸行為：八十八年度之全國性調查。中華公共衛生雜誌，19(6)，423-436。

李蘭(1993)。台灣地區成年人之吸菸行為及對菸害警語、香菸廣告和反菸廣告之認知研究。行政院衛生署。

何明霖(2006)。『不吸煙』促進健康。2006年5月8日取自：http://www2.cch.org.tw/lungcancer/Web_stop_smkng.htm

林冠品、樓美玲、劉波兒(2004)。醫護大學學生戒菸後再回覆吸菸的經驗。護理雜誌，51(6)，55-63。

吳珽萱(2004)。戒菸與健康。國立東華大學碩士論文。未出版，花蓮市。

吳翠珍(2003)。香菸、媒體與健康。媒體 See See，政大傳播學院媒體素養研究室出刊。雙月刊，第15期。

周桂如(2000)。吸菸之行為研究。臺北市：國家衛生研究院論壇。

卓惠如(1992)。影響有吸菸經驗者戒菸的相關因素探討。國立台灣大學碩士論文，未出版，臺北市。

洪瑞君(2003)。整合行銷的”菸”霧彈。媒體 See See，政大傳播學院媒體素養研究室出刊。雙月刊，第15期。

施金水、李蘭、潘伶燕(1993)。臺灣地區成年人對於香菸警語、香菸廣告及反菸廣告之看法。衛生教育雜誌，14，1-12。

馬藹屏(2000)。認識菸害·國民中學無菸校園工作指引。行政院衛生署國民健康局。2000年8月9日取自 <http://www.act666.com/nosmoking/3-junior.doc>。

陳九五(1992)。台灣地區醫事人員反菸活動的研究(第二年。)行政院衛生署。

陳曉悌、李怡娟、李汝禮(2003)。健康信念模式之理論源起與應用。台灣醫學，7(4)，632-639。

陳淑真、王淑珍、李淑桂、周明智(2004)。國中學生吸菸行為及其相關因素之探討。中山醫學雜誌，15(2)，119-136

陳淑敏(2004)。國中學生吸菸行為與健康信念及自我效能之相關探討。中山醫學大學碩士論文，未出版，台中市。

陳晶瑩(2000)。如何幫助病人戒菸。當代醫學，27(1)，49-56。

陳育民(2001)。主動吸菸及二手菸與肺癌的關係。臺北市：國家衛生研究院論壇。

陳善慧(1997)。臺北市公車司機工作壓力症狀，健康促進生活方式與吸菸、飲酒、嚼檳榔之相關研究。國立師範大學碩士論文，未出版，台北市。

陳建仁、溫啟邦、蔡善樸、廖國盟、鄭丁元、蔡孟娟(2002)。1990年至2020年台灣可歸因於吸菸的死亡數。臺北市：國家衛生研究院論壇。

黃嵩立(2001)。吸菸對幼兒及青少年肺功能發欲與呼吸道疾病之影響。臺北市：國家衛生研究院論壇。

黃淑貞(1997)。大學生健康信念、自我效能、社會支持與吸菸行為研究。學校衛生·31，P30-44。

黃淑貞(2000)。吸菸之流行病學研究。臺北市：國家衛生研究院論壇。

黃松元(2000)。菸害防制法實施二年之成效與評價。行政院衛生署。

黃璉華、左如梅、尹祚芊、楊瑞珍、黃子庭(1996)。國民中學學生吸菸知識、態度與行為之探討。護理雜誌，43(2)，35-39。

國家衛生研究院(2002，12月16日)。台灣本土性菸害資料研究成果。2002年4月16

日取自 http://www.nhri.org.tw/nhri_org/pr/newspage.htm

郭雯姿(2004)。尼古丁(nicotine)依賴性的藥理治療現況。馬偕藥訊·12(89)·2004年4月10日取自：<http://www.mmh.org.tw/taitam/medic/Pharmacy-News/08901.htm>

郭鐘隆(2003)。不吸菸與健康促進。臺北市：國家衛生研究院論壇。

勞委會勞工安全衛生研究所(2005，10月14日)。職場菸害防制輔導中心。2005年4月

1日取自 <http://health.cish.itri.org.tw/nosmoking/about.php>

溫啟邦、蔡善璞、陳建仁、鄭丁元(2002)。台灣地區吸菸者的健康危害。台灣菸害研討會大會手冊·臺北：國家衛生研究院、衛生署國民健康局。

溫啟邦(2004，11月16日)。如何預防青少年吸菸·國家衛生研究院電子報·第73期·2004年5月1日取自：<http://sars.nhri.org.tw/enews/enews.htm>

溫鳳琪(2003)。個別衛教對初次急性心肌梗塞患者出院後三個月健康促進生活方式之

成效。長庚大學護理學研究所碩士論文，未出版，臺北市。

楊明欽(1992)。我國吸菸經濟成本之研究。行政院衛生署。

遊育苓(1997)。以健康信念模式探討某高職吸菸學生之戒菸意向。國立臺灣大學碩

士論文，未出版，臺北市。

葉美玲、陳興夏、張惠芬(2002)。網際網路輔助戒菸課程於青少年之成效。台灣醫學，

6(5)，648-660。

張春興(2004)。教育心理學三一化取向的理論與實踐(3版)。台北市：東華書局。

張景然、王珮蘭(2004)。吸菸行為的形成、持續、戒斷與復發歷程。中華心理衛生學

刊，17(4)，29-66。

張文道、王雅瑜、周崇頌、歐香縫、吳梅玉、吳明芬等人(2005，12月)。台灣中部

某醫學中心辦理政府補助「門診戒菸治療試辦計畫」的成效。於家庭醫學科主辦。

台中：榮民總醫院。

薛光傑、杜明勳、葛魯蘋、周明岳、陳麗玲(2005)。某醫學中心門診戒菸成效。台灣

家醫誌 16(1)，p1-12。

廖倩誼、呂喬洋、何佩玲、林怡君、邱哲宜(2004)。社區民眾戒菸教育介入成效研究。

北市醫學雜誌，1(3)，311-318。

廖倩誼(1994)。菸害綜合問卷之編修研究。國立臺灣大學公共衛生研究所碩士論文。

未出版。台北市。

劉宗憲、葉英堃（2005）。菸癮（菸草依賴）之社區流行病學。當代醫學，32（9），750-756。

鄭湧涇（2005）。科學學習成就評量：II.評量結果的統計分析。2005年6月30日取自 <http://www.biol.ntnu.edu.tw/doc/evaluate3.htm>

鄭丁元、溫啟邦、蔡孟娟、蔡善璞（2003）。國人吸菸行為現況：2001年國民健康調查之分析。台灣公共衛生雜誌，22（6），453-464。

蔣立琦、郭雅雯、林綽娟（2004）。自我效能之概念分析。護理雜誌，51（2），67-72。

謝淑卿、尹祚芊（1995）。成人菸害認知、吸菸行為及相關因素之探討。護理雜誌，4（2），115-126。

謝天渝（2001）。台灣地區成人檳榔嚼食率、吸菸率及對檳榔健康危害意識之調查。行政院衛生署。

蕭雅娟（2000）。衛生教育方案介入對婦女執行乳房自我檢查之影響。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北市。

鐘宜君、賴香如、吳德敏、李碧霞、祝年豐、劉姿鈺、李欣憶（2005）。家長預防子女吸菸措施及相關因子研究~以宜蘭縣四所國中為例。師大學報，50（1），155-173。

英文參考資料

Anthonisen, N., Connett, J., Kiley, J.(1994). Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV *The Journal of American Medical Association*,.272,1497-1505.

Bandura, A. (1977) .Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavior changes. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Becker, M. H., (1974) .The health belief model and sick role Behavior. *Health Education Monogr*, 2, 409-419.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2003).Cigarette Smoking Among Adults --- United States,Morbidity and Mortality Weekly Report, 54(20),509-513 Retrieved May 27, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5420a3.htm>

Daudt, A.W., Alberg, A.J., Prola, J.C., Fialho, L., Petracco, A.,Wilhelms, A., et al. (1999) : A first step incorporating smoking education into a Brazilian medical school curriculum: results of a survey to assess the cigarette smoking knowledge, attitudes, behaviour, and clinical practices of medical students. *Journal –Addictional-Disease*., 18(1), 19-29.

Fagerstrom, K.O., & Schneider, N., (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine* Retrieved March 20, 2006, from <http://tobacodocuments.org/pm/2046399382-9394.html>

Janz, N. K., & Becker, M. H., (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Lichtenstein, E., (1982) .The smoking problem:A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982, 50 (6) , 804-819.

Norman, P. (1994) Health locus of control and health behaviour: An investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs Department of Psychology, University of Wales Swansea, Singleton Park, Swansea SA2 8PP, Wales, England.

Personality and Individual Differences 18, (2), 213-218.

O'Connor, M., Kelleher, C., (1998) .Do doctors benefit from their profession?--A survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices.

Irish Medical Journal. Dec; 91(6), 206-9

Pollin, W., & Ravenholt, R.T., (1984) .Tobacco addiction and tobacco mortality: implication for death certification. *The Journal of American Medical Association* , 252(20), 2849-2854.

Rosenstock, I. M, (1974). Historical origins of the health belief model.*Health Educational Monographs*, 2(4),328-335.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H., (1998). Social Learning theory and the Health belief model. *Health Education Quarterly*,15 (2) ,175-183. Retrieved July 26, from : [http:// www3.doh.wa.gov/here/howto/images/Behavior.pdf](http://www3.doh.wa.gov/here/howto/images/Behavior.pdf).

Roger, D.,(2004). Annual tobacco deaths in poor countries to reach 7 million by 2030. *British*

Medical Journal , 329(7457-71). from <http://bmj.journals.com/cgi/content/full>

/329/7457/71-a

Shiffman, S., Engberg, J. B., Paty, J.A., Perz, W. G., Gnys, M.,Kassel, J. D., et.al(1997). A

day at a time : Predicting smoking lapse from daily urge, *Journal of Abnormal*

Psychology, 106 (1), 104-116.

Siqueira, L., Rolnitzky, L., & Rickert, V. I., (2001). Smoking cessation in adolescents:The

role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Archives of Pediatrics &*

Adolescent Medicine, 155 (4) ,489-495.

Tousey, P. M., Wolfe K. W., Mozeleski A., Mohr. D. L., Cantrell. B.B., O'Donnell. M.,

et.al(1999). Determinants of the excessive rates of lung cancer in northeast

Florida. *Southern Medical Journal*, 92, 493-501.

World Health organization (1997). Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva:

World Health organization .

World Health Organization (1998) . Guideline for controlling and monitoring the tobacco

epidemic. Geneva: World Health Organization.

Wise. R. A., Kanner. R. E., Lindgren. P., Connett. J. E., Altose. M. D., Enright, P. L., Tashkin,

D. P., (2003). The effect of smoking intervention and an inhaled bronchodilator on

airways reactivity in COPD: The Lung Health Study . *Chest*. 124(2), 449-458.

World Health Organization (2000) . Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva:

World Health Organization .

Warnecke, R., Rosenthal, S., Graham, S., & Manfredi, C. (1978) . Social and psychological

correlates of smoking behavior among black woman. *Journal of Health & Social*

Behavior, 19 (4) , 397-410.



<附錄一>

同意書

本人 黃淑貞 同意中山醫學大學護理研究所學生

歐香凝使用本人所設計的研究量表 國立台灣師範大學

學生健康行為及其影響因素之調查問卷 (吸菸行為
相關之健康信念、自我效能、社會支持等) 之問卷
並同意該生於必要時依研究需要做適度修改，除此研究用

途，不另作他用。並於該生論文及將來發表時引註問卷量表

出處為黃淑貞教授所有，且研究成果將寄回原作者參考。

原作者簽名 黃淑貞 日期 92.8.15

(-17701) : hhuang@ntnu.edu.tw

<附錄二>

同意書

本人 廖倩誼 同意中山醫學大學護理研究所學生
歐香縫使用本人所設計的研究量表 菊妻綜合量表

並同意該生於必要時依研究需要做適度修改，除此研究用
途，不另作他用。並於該生論文及將來發表時引註問卷量表
出處為廖倩誼主任所有，且研究成果將寄回原作者參考。

原作者簽名 廖倩誼 日期 95.3.7

<附錄三>

專家效度內容審查函

_____您好：

我是中山醫學大學護理研究所研究生歐香縫，目前碩士論文正進行「戒菸意願與健康信念相關因素之探討—以台灣中部某醫學中心門診吸菸者為例」。

研究問卷主要係參考黃淑貞（民 86）的健康信念量表及廖倩誼（民 83）菸害綜合問卷之編修原始問卷之次量表設計，為確保此問卷適用於本研究之樣本（中部某醫學中心門診吸菸者），因此懇請協助本研究問卷專家效度審核工作。

素仰，您的專業學養，因此不揣冒昧在您百忙之餘，審查後學之問卷，並惠賜卓見。如果方便是否請於一週內完成，完成後煩勞您郵寄給本人，已附上回郵及信封，謹致上十二萬分的感謝。

隨文附上：一、計畫摘要

二、專家效度審查方向與評分標準

三、個人基本屬性

四、健康信念量表

五、拒菸自我效能量表

六、吸菸知識

中山醫學大學護理學研究所

指導教授：顏文娟

研究生：歐香縫

電話：(04)23592525-6551

手機：0933-531813

聯絡地址：台中市西屯區台中港路三段 160 號

<附錄四>

專家效度審核名單

專家姓名	所屬單位及職稱
朱月英	台中榮民總醫院護理部護理長
吳麗芬	台中護專學務主任
張文道	台中榮民總醫院家庭醫學科主治醫師
葉滋穗	台中榮民總醫院家庭醫學科醫師
劉玉雲	台中榮民總醫院護理師

(依姓氏筆劃順序排列)



<附錄五>

專家效度審查問卷內容

一.專家效度審查方向

- (一) 相關性：題目的設立與該量表之目的相關程度。
- (二) 措詞合適性：題目的措詞對受試者的適切程度。
- (三) 評分適切性：題目評分方式的適當程度。

二.評分標準

請您針對每一題之內容相關性、措詞合適性以及評分適切性予以綜合評分。評分意義如下：

3分-適當。表示這題目需要且適用。

2分-修改。表示這個題目有意義值得保留，但文辭需要修改。

1分-刪除。表示這個題目本身沒意義應予刪除。

請您直接在專家評分欄上圈選得分，評分標準2分以下（含2分），請

您於專家意見欄中說明，並提供意見以做為研究者內容修改或刪修之

參考

問 卷

專家評分：3（適當）、2（修改）、1（刪除）

專家意見：如須修改請直接將您的寶貴意見寫在每題之專家意見欄中。

專家評分：第一部分：基本資料

- 3 2 1 1. 出生日期：民國_____年_____月_____日
專家意見：：_____
- 3 2 1 2. 性別： (1)男 (2)女
專家意見：_____
- 3 2 1 3. 目前職業：
 (1)公務人員 (2)教師 (3)農 (4)工 (5)商 (6)服務業
 (7)家庭主婦 (8)無工作（待業中） (9)其他（請說明）_____
- 專家意見：_____
- 3 2 1 4. 教育程度：
 (1)不識字 (2)國小 (3)國中 (4)高中(職) (5)專科
(二、三、五專) (6)大學（含二技、四技等） (7)研究所及以上
- 專家意見：_____
- 3 2 1 5. 您第一次吸菸在何時？
 (1)小學以前 (2)國小 (3)國中 (4)高中 (5)大學（專科）
 (6)研究所以上 (7)服役、軍校期 (8)待業、失業期間 (9)就業期間
 (10)其他（請說明）：_____
- 專家意見：_____
- 3 2 1 6. 您從開始吸菸到養成習慣（固定每週都會吸）到現在大約有多久的時間？
已經吸菸_____年_____月
- 專家意見：_____
- 3 2 1 7. 您的抽菸習慣？
 (1)偶爾抽（每週1-2天） (2)經常抽（每週3-6天） (3)每天抽
- 專家意見：_____
- 3 2 1 8. 您是否曾經罹患下列十二大類疾病（經過醫師檢查確定）
 (1)是（可複選） 高血壓 糖尿病 腦中風 心臟疾病 氣喘
慢性阻塞性肺病 肺結核 肝病 腎病 癌症 精神疾患 其他_
- (2)否
- 專家意見：_____
- 3 2 1 9. 您起床後多久抽第一支菸？
 (3)5 分鐘以內 (2) 5~30 分鐘 (1) 31~60 分鐘 (0) 60 分鐘以上
- 專家意見：_____
- 3 2 1 10. 在禁菸區不能吸菸會讓您難以忍受嗎？
 (1)是 (2)否

專家意見： _____

3 2 1 11.那根菸是您最難放棄的？

(1) 早上第一支菸 (0)其他

專家意見： _____

3 2 1 12.您一天最多抽幾支菸？

(3) 31 支以上 (2) 21~30 支 (1) 11~20 支 (0) 10 支或更少

專家意見： _____

3 2 1 13.早上起床後的這段時間是您一天中抽最多支菸的時候嗎？

(1)是 (0)否

專家意見： _____

3 2 1 14.當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？

(1)是 (0)否

專家意見： _____

3 2 1 15.您是否打算戒菸？

(0)否（答「否」者，免答 16 題） (1)是

專家意見： _____

3 2 1 16. 依照您現在的想法，您的戒菸行動計劃會包括下列哪些項目（可複選）：

(1) 自己的意志力

(2) 家人的協助（例如：配偶、兒女、孫子...等）

(3) 友人的協助

(4) 國民健康局的「戒菸專線（0800-636363）」（完全免費）

(5) 國民健康局補助的「門診戒菸治療」（醫師諮詢+戒菸輔助藥物，必須自己負擔藥費差額）

(6) 戒菸班（醫療院所、衛生局、衛生所）

(7) 其他（請說明）： _____

專家意見： _____

第二部份、健康信念

專家評分：3 (適當)、2 (修改)、1 (刪除)

專家意見：如須修改請直接將您的寶貴意見寫在每題之專家意見欄中

說明：以下問題是要瞭解您認為吸菸會影響生命健康、導致疾病的可能性及嚴重性，請分別在欄位的適當項目打'v'。請勾選出以下最能代表您的感受。分為4等級，1表示完全同意，4表示完全不同意，2、3、則表示介於兩者之間的程度。答案中沒有「對」或「錯」。您所提供的資料將完全保密。

專家評分

(一) 吸菸危害健康的自覺罹患性		完全同意	同意	不同意	完全不同意
3 2 1	1.吸菸會使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗塞等) 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	2. 吸菸會使我罹患腦中風 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	3. 吸菸會使我罹患呼吸系統疾病(包括氣管炎或肺氣腫等) 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	4.吸菸罹患癌症的可能性 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	5. 吸菸會讓我在運動時更容易喘、體力變差 專家意見：_____	4	3	2	1
(二) 吸菸危害健康的自覺嚴重性		非常嚴重	嚴重	不嚴重	非常不嚴重
3 2 1	6.我認為吸菸使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗塞等)的嚴重性是 專家意見：_____	4	3	2	1

3 2 1	7. 我認為吸菸使我罹患腦中風的嚴重性是 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	8. 我認為吸菸使我罹患的呼吸系統疾病(包括：氣管炎或肺氣腫)的嚴重性是 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	9. 我認為吸菸使我罹患的癌症的嚴重性是 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	10. 吸菸使我運動時變喘、體力變差的嚴重性是 專家意見：_____	4	3	2	1
(三) 不吸菸的自覺利益性		完全同意	同意	不同意	完全不同意
3 2 1	11. 不吸菸對我的健康幫助很大 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	12. 不吸菸可使食物的味道更好 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	13. 不吸菸可改善我的嗅覺 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	14. 不吸菸可使我省錢 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	15. 不吸菸可使我不再憂慮戒菸的問題 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	16. 不吸菸可為我的子女立下良好典範 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	17. 不吸菸可使我不再擔心使他人吸入二手菸 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	18. 不吸菸可使我的體能表現變得更好 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	19. 不吸菸可減緩我皮膚皺紋與老化 專家意見：_____	4	3	2	1

3 2 1	20.不吸菸可使我的性生活改善 專家意見：_____	4	3	2	1
(四) 不吸菸的自覺障礙性		完全同意	同意	不同意	完全不同意
3 2 1	21.不吸菸會有尼古丁戒斷症狀（包括：煩躁、坐立難安、易怒、注意力分散、不能思考、無耐心、睡不好、疲倦、無精打采、頭暈、頭痛、食慾增加、便秘） 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	22.害怕戒菸失敗（缺乏信心） 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	23.缺乏不吸菸的社會支持系統 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	24.不吸菸會情緒低落 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	25.很享受吸菸的感覺（會很想吸菸） 專家意見：_____	4	3	2	1
(五)健康狀況		非常好	很好	不好	非常不好
3 2 1	26.我覺得我目前的健康狀況 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	27.我目前的健康狀況與同年齡的人相比較 專家意見：_____	4	3	2	1

第三部份、拒菸的自我效能

說明：請針對下列情況，衡量您認為會做的到拒菸的程度，並勾選一個適合您的答案填在題目後的空格內。
(請單選)

		我 一 定 不 會 吸 菸	我 可 能 不 會 吸 菸	我 可 能 會 吸 菸	我 一 定 會 吸 菸
3 2 1	1.當我最要好的朋友在我身旁吸菸時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	2.當我在談公事的應酬場合時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	3.當我在社交場合，有人遞菸給我時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	4.當有其他人在我身邊吸菸時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	5.當我的親密朋友遞菸給我時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	6.當我在有禁菸規定的公共場所(如 電梯、看電影、醫院) 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	7.當我在看電視時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	8.當我在很緊張的時候 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	9.當我在等人時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	10.當我在工作休息時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	11.當我遇到挫折時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	12.當我有煩惱時 專家意見：_____	4	3	2	1
3 2 1	13.當我感到沮喪時 專家意見：_____	4	3	2	1

3 2 1	14.當我感到無聊時	4	3	2	1
	專家意見：_____				

第四部份：菸害知識(第 1~7 題選擇題，皆為單一選答)

專家評分：3 (適當)、2 (修改)、1 (刪除)

專家意見：如須修改請直接將您的寶貴意見寫在每題之專家意見欄中

說明：以下問題是要瞭解您對香菸影響健康之程度。請圈選出以下最能代表您的感受。您所提供的資料將完全保密。

專家評分

3 2 1	1.孕婦吸菸對胎兒造成什麼影響？ <input type="checkbox"/> ①二手菸對胎兒沒有影響 <input type="checkbox"/> ②嬰兒體重會過重 <input type="checkbox"/> ③嬰兒體重會過輕或早產 <input type="checkbox"/> ④不知道。 專家意見：_____
3 2 1	2.下列哪一種疾病的發生，經證明和大量吸菸無關？ <input type="checkbox"/> ①肺癌 <input type="checkbox"/> ②肺結核 <input type="checkbox"/> ③腦中風 <input type="checkbox"/> ④不知道 專家意見：_____
3 2 1	3.香菸中那一種成份會使人上癮？ <input type="checkbox"/> ①一氧化碳 <input type="checkbox"/> ②尼古丁 <input type="checkbox"/> ③焦油 <input type="checkbox"/> ④不知道 專家意見：_____
3 2 1	4.香菸中哪一種成份會使人血壓上升、心跳加快？ <input type="checkbox"/> ①一氧化碳 <input type="checkbox"/> ②尼古丁 <input type="checkbox"/> ③焦油 <input type="checkbox"/> ④不知道。 專家意見：_____
3 2 1	5.香菸中那種成份會使得氧氣和體內血紅素結合情形變差，而造成缺氧？ <input type="checkbox"/> ①一氧化碳 <input type="checkbox"/> ②尼古丁 <input type="checkbox"/> ③焦油 <input type="checkbox"/> ④不知道 專家意見：_____
3 2 1	6.長期暴露在香菸的煙霧中，對呼吸道黏膜上的纖毛，產生何種作用？ <input type="checkbox"/> ①促進作用 <input type="checkbox"/> ②抑制作用 <input type="checkbox"/> ③不知道 專家意見：_____
3 2 1	7.下列有關戒菸的敘述何者不正確： <input type="checkbox"/> ①戒菸後牙齒變得比較白 <input type="checkbox"/> ②戒菸後會嚴重增胖約 10 公斤左右 <input type="checkbox"/> ③延後肺功能惡化的速度 <input type="checkbox"/> ④不知道。 專家意見：_____

第五部份：菸害相關知識來源

請問上述您的吸菸相關知識來源有(可複選)：①醫護人員 ②家人 ③家人是醫護人員 ④老師 ⑤同學 ⑥網路 ⑦大眾媒體如電視、廣播、報紙、雜誌、書籍等 ⑧親朋好友 ⑨其他(請寫出)：_____

專家意見：_____

<附錄六>

IRB TCVGH

The Institutional Review Board of Taichung Veterans General Hospital

台中榮民總醫院人體試驗委員會

Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan 40705, ROC

TEL: 886-4-23592525-4006 FAX: 886-4-23592705

E-mail: irb@vghtc.gov.tw

人體試驗研究計畫許可書

中華民國 94 年 11 月 11 日

計畫名稱：門診吸菸者戒菸意願相關因素之探討－以中部某教學醫院為例計畫主持人：護理部歐香緹護理長（本會編號：941026 /C05179）協同主持人：家庭醫學科張文道醫師、護理部朱月英副護理長及劉玉雲護理師

上述計畫於中華民國94年11月11日經本院人體試驗委員會快速審查通過，將於本會第56次會議追認。本證明有效期限至95年11月10日止。

人體試驗委員會主任委員

副院長 陳穎從

陳穎從

Permission of Clinical Trial
Taichung Veterans General Hospital

Date: 11 November 2005

The project entitled, "Out patient's health faith and sucking the discussion of the relevant factor of Yan's behavior -Take one teaching hospital in the middle part as an example" (IRB TCVGH No: 941026 /C05179) submitted by the investigator Shiang-Feng Ou, the sub-investigators Wen-Tao Chang, Yueh-Ing Ju and Yu-Yun Liu, was approved by the Institutional Review Board of Taichung Veterans General Hospital on 11 November 2005 by the expedited review procedure. The approval will be reported at the 56th full committed meeting of the IRB. This permission is valid to November 10, 2006.

Ying-Tsung Chen, M.D.

Chairman, Institutional Review Board, TCVGH

Ying-Tsung Chen

本會組織與運作皆符合 ICH-GCP

The committee is organized and operates according to GCP and the applicable laws and regulations.

<附錄七>

94.04.11 第 49 次人體試驗委員會

台中榮民總醫院問卷調查志願書(同意書)

 本志願書由受試者本人簽署 本志願書由法定代理人簽署

計畫名稱：

(中文) 門診吸菸者戒菸意願相關因素之探討
— 以中部某教學醫院為例

(英文)

計畫執行單位：護 理 部

計畫主持人：歐香縫

職稱：護理長

電話：6551

緊急聯絡人：歐香縫

職稱：護理長

電話：6551

受試者姓名： 性別： 年齡： 病歷號碼：

通訊地址： 電話：

法定代理人姓名： 性別： 年齡：

通訊地址： 電話：

(醫療法第七十九條規定：受試者為無行為能力或限制行為能力人，應得其法定代理人之同意)

敬啟者：

為增進醫學新知及提高醫療技術，進而服務社會，承蒙您自願接受問卷調查(法定代理人同意)為本試驗計畫之主要受試對象，為能使您完全瞭解本計畫施行主要內容及方法，敬請詳閱以下各項資料。倘若您對本試驗進行的方法及步驟仍有疑問，本計畫有關人員願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。

本自願書以下列方式敘述理由： 口述 筆述

一、試驗目的及方法：

本研究目的為

1. 瞭解醫院門診吸菸者之戒菸意願、健康信念、自我效能情形
2. 分析吸菸者健康信念及自我效能之相關性
3. 門診吸菸者之菸害知識得分情形
4. 瞭解影響吸菸者之健康信念及自我效能之相關因子

研究對象：本研究以中部某醫學中心當天在門診非禁菸區之吸菸民眾

研究工具：

本研究採橫斷式描述性研究設計 (cross-sectional and descriptive design)

以結構式問卷為研究工具。

研究步驟：

資料收集過程，分預試階段與正式施測階段，預測時間自民國 95 年 1 月至 2 月，目的是檢定問卷信效度，正式施測時間為 95 年 3 月至 4 月止，採立意取樣，由研究者至門診外面非禁菸區選取正吸菸者或在候診區選取已知吸菸者用結構式問卷訪談抽菸病患或家屬，預計收集樣本數 160 人

<p>二、預期試驗效果：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.瞭解門診吸菸病患有無戒菸意願及其影響因素 2.有戒菸意願的病患參加戒菸班的需求評估 3.可瞭解門診舉辦戒菸班的民眾需求評估及提供給國建局辦理戒菸班時經費輔助的參考依據 	
<p>三、可能產生之併發症、副作用、危險及其處理方法：不適用</p>	
<p>四、試驗可能造成的不適：不適用</p>	
<p>五、其他可能之治療方法及說明：不適用</p>	
<p>六、試驗經費來源及所有參與試驗之機構：院內研究計劃</p>	
<p>七、受試者之禁忌、限制與應配合之事項：不適用</p>	
<p>八、本試驗受試者之權益將受到下列保護：</p> <ol style="list-style-type: none"> (一) 試驗所獲得資料之使用或發表，醫院將對受試者之隱私（例如：姓名、得以辨識受試者身分之照片等資料）絕對保密。 (二) 貴受試者於試驗施行期間中，可隨時無條件撤回同意，退出試驗。但退出試驗後，仍得要求醫院提供與受試者已接受之試驗相關之必要追蹤、檢查或調查。 (三) 受試者退出試驗，將不影響醫病關係或任何醫療上的正當權益。 	
<p>九、若您對於參與本臨床試驗的相關權益有所疑問，您可與本院人體試驗委員會之承辦人聯絡，聯絡電話：04-23592525轉4006，傳真：04-23592705，E-mail：irb@vghtc.gov.tw</p>	
<p>十、本人已詳閱上列各項資料；有關本試驗之疑問，亦得到詳細解答，本人瞭解在試驗期間有權隨時無條件退出試驗，本人同意參與此研究計劃。</p>	
<p>受試者簽名：</p> <p>（法定代理人簽名：</p> <p>計畫主持人簽名：</p> <p>說明人簽名：</p>	<p>日期：</p> <p>日期：)</p> <p>日期：</p> <p>日期：</p>

<附錄八>

問 卷

第一部分：

I-1 基本資料

1. 出生日期：民國_____年_____月_____日

2. 性別： (1) 男 (2) 女

3. 目前職業：

(1) 公務人員 (2) 教師 (3) 農 (4) 工 (5) 商 (6) 服務
 (7) 家庭主婦 (8) 無工作 (待業中) (9) 其他 (請說明)：_____

4. 教育程度：

(1) 不識字 (2) 國小 (3) 國(初)中 (4) 高中(職)
 (5) 專科(二、三、五專) (6) 大學 (含二技、四技等) (7) 研究所

I-2：吸菸史

5. 您第一次吸菸是在何時？

(1) 小學以前 (2) 國小 (3) 國中 (4) 高中 (5) 大學 (專科)
 (6) 研究所以上 (7) 服役、軍校期 (8) 待業、失業期間
 (9) 就業期間 (10) 其他 (請說明)：_____

6. 您從開始吸菸、到養成習慣(固定每週都會吸)、到現在大約有多久的時間?
 _____年_____月

7 您的抽菸習慣？

(1) 偶爾抽 (每週 1-2 天) (2) 經常抽 (每週 3-6 天) (3) 每天抽

I-3：過去疾病史：

8. 您是否曾經罹患下列十二大類疾病 (經過醫師檢查確定)

(1) 是 (可複選)

高血壓 糖尿病 腦中風 心臟疾病 氣喘 慢性阻塞性肺
病

肺結核 肝病 腎病 癌症 精神疾患 其他_____

(2) 否

I-4：尼古丁依賴情形

9.您起床後多久抽第一支菸？

- (3) 5 分鐘以內 (2) 5~30 分鐘 (1) 31~60 分鐘 (0) 60 分鐘以上

10.在禁菸區不能吸菸會讓您難以忍受嗎？

- (1) 是 (0) 否

11. 一天當中那根菸是您最難放棄的？

- (1) 早上第一支菸 (0) 其他

12.您一天最多抽幾支菸？

- (3) 31 支以上 (2) 21~30 支 (1) 11~20 支 (0) 10 支或更少

13.早上起床後的這段時間是您一天中抽最多支菸的時候嗎？

- (1) 是 (0) 否

14.當您嚴重生病，幾乎整天臥病在床時還抽菸嗎？

- (1) 是 (0) 否

I-5：戒菸意願

15.您是否打算戒菸？

- (0) 否（答「否」者，免答 16 題） (1) 是

I-6：戒菸行動計劃

16.依照您現在的想法，您的戒菸行動計劃會包括下列哪些項目（可複選）：

- (1) 自己的意志力
 (2) 家人的協助（例如：配偶、兒女、孫子...等）
 (3) 友人的協助
 (4) 國民健康局的「戒菸專線（0800-636363）」（完全免費）
 (5) 國民健康局補助的「門診戒菸治療」（醫師諮詢+戒菸輔助藥物，必須自己負擔藥費差額）
 (6) 戒菸班（醫療院所、衛生局、衛生所）
 (7) 其他（請說明）：_____

第二部份：健康信念

說明：以下問題是要瞭解您認為吸菸會影響你的生命健康、導致疾病的可能性及嚴重性，吸菸的障礙，不吸菸的利益，自覺健康狀況，請分別在欄位的適當項目打'v'

	完全同意	同意	不同意	完全不同意
(一)吸菸危害健康的自覺罹患性				
1.吸菸會使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗塞等)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.吸菸會使我罹患腦中風	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.吸菸會使我罹患呼吸系統疾病(包括氣管炎或肺氣腫等)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4.吸菸會使我罹患癌症	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5.吸菸會使我運動時更容易喘、體力變差	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
(二)吸菸危害健康的自覺嚴重性				
	非常嚴重	嚴重	不嚴重	非常不嚴重
1.我認為吸菸使我罹患心臟血管疾病(包括：高血壓或心絞痛或心肌梗塞等)的嚴重性是	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.我認為吸菸使我罹患腦中風的嚴重性是	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.我認為吸菸使我罹患的呼吸系統疾病(包括：氣管炎或肺氣腫)的嚴重性是	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4.我認為吸菸使我罹患的癌症的嚴重性是	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5.吸菸使我運動時變喘、體力變差的嚴重性是	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

(三)不吸菸的自覺利益性

	完全同意	同意	不同意	完全不同意
1.不吸菸對我的健康幫助很大	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.不吸菸可使食物的味道更好	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.不吸菸可改善我的嗅覺	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4.不吸菸可使我省錢	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5.不吸菸可使我不再憂慮戒菸的問題	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.不吸菸可為我的子女立下良好典範	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7.不吸菸可使我不再擔心使他人吸入二手菸	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
8.不吸菸可使我的體能表現變得更好	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
9.不吸菸可減緩我皮膚皺紋與老化	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
10.不吸菸可使我的性生活改善	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

(四)不吸菸的自覺障礙性

	完全同意	同意	不同意	完全不同意
1.不吸菸會有尼古丁戒斷症狀(包括:煩躁、坐立難安、易怒、注意力分散、不能思考、無耐心、睡不好、疲倦、無精打采、頭暈、頭痛、食慾增加、便秘)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.害怕戒菸失敗(缺乏信心)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.不吸菸體重會增加	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4.缺乏不吸菸的社會支持系統	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5.不吸菸會情緒低落	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.很享受吸菸的感覺(會很想吸菸)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

(五)自覺健康狀況

	非常好	很好	不好	非常不好
1.我覺得我目前的健康狀況	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.我目前的健康狀況與同年齡的人相比較	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

第三部份：拒菸自我效能

說明：請針對下列情況，衡量您認為會做 得到拒菸的程度，並勾選一個適合您的 答案填在題目後的空格內。(請單選)	我 一 定 不 會 吸 菸	我 可 能 不 會 吸 菸	我 可 能 會 吸 菸	我 一 定 會 吸 菸
1.當我最要好的朋友在我身旁吸菸時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2.當我在談公事的應酬場合時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
3.當我在社交場合，有人遞菸給我時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4.當有其他人在我身邊吸菸時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
5.當我的親密朋友遞菸給我時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6.當我在有禁菸規定的公共場所(如電梯、看 電影、醫院)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
7.當我在看電視時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
8.當我在很緊張的時候	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
9.當我在等人時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
10.當我在工作休息時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
11.當我遇到挫折時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
12.當我有煩惱時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
13.我感到沮喪時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
14.當我感到無聊時	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

第四部份：菸害知識(第 1~7 題選擇題，皆為單一選答)

- 【 】 1.孕婦吸菸對胎兒造成什麼影響？①二手菸對胎兒沒有影響 ②嬰兒體重過重 ③嬰兒體重過輕或早產 ④不知道。
- 【 】 2.下列哪一種疾病的發生，經證明和吸菸無關？①肺癌 ②肺結核 ③腦中風 ④不知道。
- 【 】 3.香菸中那一種成份會使人上癮？①一氧化碳 ②尼古丁 ③焦油 ④不知道。
- 【 】 4.香菸中哪一種成份會使人血壓上升、心跳加快？①一氧化碳 ②尼古丁 ③焦油 ④不知道。
- 【 】 5.香菸中那種成份會使得氧氣和體內血紅素結合情形變差，而造成缺氧？①一氧化碳 ②尼古丁 ③焦油 ④不知道。
- 【 】 6.長期暴露在香菸的煙霧中，會對呼吸道黏膜上的纖毛，產生何種

作用？①促進作用 ②抑制作用 ③不知道。

- 【 】 7.下列有關戒菸的敘述何者不正確：①戒菸後牙齒變得比較白 ②戒菸後會嚴重增胖約 10 公斤左右 ③戒菸能延後肺功能惡化的速度 ④不知道。

第五部份：菸害相關知識來源

- 【 】.請問您對菸害相關知識來源有(可複選)：①醫護人員 ②家人 ③家人是醫護人員 ④老師 ⑤同學 ⑥網路 ⑦大眾媒體如電視、廣播、報紙、雜誌、書籍等 ⑧親朋好友⑨其他(請寫出)：_____

