〔原著〕

台灣某醫學中心之老人門診戒菸成效

薛光傑¹ 杜明勳¹ 葛魯蘋² 潘麗翻³
林郁偵⁴ 周明岳¹ 陳麗玲⁵ 陳如意¹

摘 要

目標：本研究目的在探討某台灣某醫學中心門診戒菸服務對於老年人之治療成效。

研究方法：本研究收集自2002年9月起至2005年5月某醫學中心門診戒菸個案中65歲及以上之老年人進行分析。個案需為全民健康保險對象，尼古丁成癮度測試分數5分及以上或一天吸菸十支及以上者為必要收案條件。個案皆接受門診戒菸衛教、簡短諮詢以及尼古丁貼片治療，建議之標準治療期為8週為原則，並要求個案須每隔一至二週回診，但個案可自行決定回診與否。以個案之第一次門診戒菸為基準日，在第三個月及第六個月以電話訪問評估其戒菸情況，並以七日點戒菸率為主要結果指標。電訪時若七天內有任何吸菸行為或無法聯絡之個案則歸為戒菸失敗。

結果：共收案139人，排除基本資料填寫不全12人，共127人(91.4%)進行資料分析。樣本平均年齡 73.6 ± 4.6 歲，三個月之七日點戒菸率為44.9%，六個月為36.2%。依單變項分析，影響三個月戒菸率之因素為就診次數與貼片使用週數；影響六個月戒菸率之因素為每日吸菸支數、尼古丁成癮分數、是否戒過菸、門診戒菸看診次數；多變數項分析方面，影響三個月戒菸率之因素為就診次數；影響六個月戒菸率之因素為就診次數與尼古丁成癮分數。年齡、菸齡、教育程度則與戒菸率無顯著影響。

結論：戒菸老人之回診次數與尼古丁成癮分數是影響老人成功戒菸的因素。臨床上應該努力提高門診戒菸老年人之回診次數，尤其應加強尼古丁成癮分數高者的回診次數。

(台灣老年醫學雜誌 2006；2(2)：104-115)

關鍵詞：門診戒菸、老年人、尼古丁貼片

高雄榮民總醫院¹ 家庭醫學部² 教學研究部³ 醫務企管室⁴ 長榮大學醫務管理研究所

⁵高雄榮民總醫院 護理部

通訊作者：陳如意

通訊處：813 高雄市左營區大中一路386號

E-mail：rrychen@vghks.gov.tw

前言

根據世界衛生組織公佈，全世界每年約有五百萬人死於菸害。台灣方面的研究也發現，每年有超過18,800人死於與吸菸相關的疾病；每年有超過新台幣300億元(佔全年健保費用的8.5%)的醫療花費，用於治療與吸菸有關的疾病[1]。國家衛生研究院2001年研究指出，國內男性老人吸菸率為32.9%，女性老人為2.5%[2]。某些研究指出，任何年紀皆可會因戒菸而受益[3]，所以，不應該因為高齡而忽視戒菸對於健康促進之價值，反而應該積極鼓勵老年人戒菸並遠離菸害，才是維持健康之道，特別是台灣步入老年化社會以後，老年人口急遽升高[2]，促進老人健康是我國衛生單位必須面對之議題。雖然老年人口的吸菸問題不及青壯年族群嚴重[4]，但鑑於吸菸對健康之危害，以及二手菸對周圍親人健康之影響，幫助有吸菸習慣之老人成功戒菸仍刻不容緩。美國衛生部(U.S. Department of Health and Human Services)在2000年指出，老年吸菸者將會承受更多吸菸導致相關的疾病負擔與健康照護的成本，吸菸者中每年有70%想過要戒菸，有46%嘗試戒菸。調查亦發現，老年人與成年人有相似的戒菸率，介入治療對於任何年齡之吸菸者皆有相當的成效[5]。

相關戒菸研究顯示，老人吸菸者通常對於吸菸相關之健康風險認識不足，並且傾向忽視吸菸對本身健康之衝擊與戒菸之好處，然而對於其家人或所關愛之人之健康風險卻較為關心[5]。而在戒菸

之過程中，行為治療包括醫師之衛生教育諮詢，已證實對提高戒菸成功率有正面的助益[6,7]，個案接受諮詢之次數亦對戒菸率有顯著影響[8]。藥物方面，報告指出，所有尼古丁替代療法（包括尼古丁貼片、嚼錠、噴劑等）皆可提高戒菸成功率1.5至2倍[9]。英國的戒菸指引亦建議所有醫師應對想要戒菸者提供尼古丁替代療法為戒菸輔助藥物[10]；在一般族群，使用尼古丁替代療法之戒菸成功率約為10-54%[11]，而在老人之戒菸成效方面，國外雖有文獻提及以老人為對象的戒菸研究[5,12,13]，但台灣在這方面的研究卻是少見，故本研究以65歲(含)以上之老人為對象，探討某醫學中心門診戒菸治療服務（治療內容包含衛生教育、簡短諮詢與尼古丁替代療法）之成效並探討影響戒菸成功率之因素。

材料與方法

研究對象

本研究針對台灣某醫學中心門診戒菸病患進行分析，收集自2002年9月至2005年5月間，年齡65歲(含)以上具健保身分，其尼古丁成癮測試分數(Fagerström Tolerance Questionnaire, FTQ；表1)總分大於或等於5分，或一天平均吸十支菸以上者。個案需填寫個人基本資料，個案紀錄表內容包含性別、年齡、教育程度、吸菸狀況（菸齡以及吸菸支數）、戒菸經驗、尼古丁成癮分數、過去疾病史、看診次數、貼片使用週數、是否有家人

表1 Fagerströme Tolerance Questionnaire (FTQ)

問 題	回 答	分 數	得 分
1.當您起床多久抽第一根菸？	30分鐘內	1	
	30分鐘以上	0	
2.在禁菸場所是否難以忍受？	是	1	
	否	0	
3.那一根菸您通常不願錯過？	早晨的第一支	1	
	其它	0	
4.一天抽幾根菸？	15根以下	0	
	15根~25根	1	
	26根以上	2	
5.早晨抽菸量是否多於其他時間？	是	1	
	否	0	
6.生病在床您仍抽菸？	是	1	
	否	0	
7.您抽的香菸品牌含尼古丁量？	0.9mg以內	0	
	1~1.2mg	1	
	1.3mg以上	2	
8.您將菸吸入肺部？	從沒有	0	
	有時吸入	1	
	經常吸入	2	
總 分			

朋友吸菸等。若最近三個月有心臟之急性症狀（心肌梗塞、心導管術後、嚴重之心率不整），或嚴重之皮膚症狀，因其為戒菸貼片之禁忌症故予以排除。若有其他之內科急性症狀（如血壓、血糖不穩或偏高）亦建議其先控制急性問題，待病情穩定再接受戒菸治療。接受門診戒菸治療之65歲（含）以上之老人為139人，扣除其中基本資料填寫不全者12人，最後納入分析之個案總數為127人。

介入治療

介入措施分為衛生教育、簡短諮詢與藥物治療。符合條件之個案接受門診戒菸治療服務時，建議之標準療程為八週，包含首次戒菸相關衛教共約20-30分鐘，由醫師親自施行。衛教內容包含：吸

菸的害處、戒菸的好處、菸癮之處理方法、藥物之使用及注意事項四大部分，護理人員負責門診戒菸療程、流程之介紹及藥物簡介。第二週起則提供為期七週，每週一次，每次三至十分鐘之醫師簡短諮詢，瞭解個案之反應並予以支持。藥物治療方面，由於尼古丁貼片之使用於戒除菸癮已得到共識[14]，並有較易使用之優點[15]，本研究中之個案一律給予國民健康局門診戒菸治療建議藥物中之24小時尼古丁貼片（克菸貼片；Nicotinell, TTS），一天使用一片，藥物之劑量則以國民健康局之建議劑量為準。平均每天吸菸一包或以上之個案其建議之標準八週之藥物療程為克菸貼片30號（21mg/24h）使用四週，克菸貼片20號（14mg/24h）使用二週，克菸貼片10號（7mg/24h）使用二週；平均每天吸菸少於一包者之藥

物建議療程為克菸貼片20號使用六週，克菸貼片10號（7mg/24h）使用二週。從第一次門診便同時給予藥物治療，唯醫師可視個案反應適度調整貼片劑量，每次看診原則給予一週之貼片，遇特殊情形（如國定假日、連續假期、偏遠地區民眾，或個案要求等）最多每次可給予二週用藥。個案於門診戒菸之治療期限並無強制性，雖建議個案儘可能完成八週之標準療程，但個案可隨時中止治療。

問卷及個案追蹤

個案追蹤問卷以電話訪談為主，記錄三個月及六個月時的戒菸成效。以接受第一次門診戒菸日期為基準日，分別在三個月及六個月後以電話訪問個案戒菸情形。本研究之戒菸成功界定為電訪當時之最近七日內無吸菸行為（七日點戒菸率，以下將以戒菸率稱之）[16-18]，電訪當時請個案回想上次吸菸之時間，最近七日完全不吸菸者為成功，個案若在七日內有任何吸菸行為歸入戒菸失敗，電話追蹤若無法與個案取得聯繫，將於第一次電訪追蹤後之一週內再度聯絡，二次皆聯絡不上歸為失聯。失聯者以戒菸失敗統計[8]。

統計分析

本研究資料採用SPSS 10.0套裝統計軟體進行資料分析。

一、單變項分析：採卡方檢定及Fisher's

精確檢定以及獨立樣本 *t* 檢定探討人口學、吸菸史與戒菸率之間的相關性；戒菸經驗、背景、戒菸理由及治療過程與戒菸率之間的相關性；過去疾病史與戒菸之相關性。

二、多變項分析：採對數迴歸向前分析(forward)檢定，取得危險對比值及計算其百分之九十五信賴區間(95% confidence interval, CI)，探討影響三個月及六個月戒菸率之相關因素。

結果

總計三個月完成電訪人數為115人（90.6%），失聯12人（9.4%）；六個月完成電訪人數為105人（82.7%），失聯22人（17.3%）。由表2可知，個案性別為男性122人佔96.1%，女性5人佔3.9%。個案之年齡分佈為65歲至84歲，平均年齡 73.6 ± 4.6 歲。年齡分佈情形：65-74歲73人佔57.5%；75歲及以上54人佔42.5%。個案之教育程度為：國小及以下（含不識字、小學）33人佔26.0%，國初中22人佔17.3%，高中職38人佔29.9%，大專及以上（含研究所）34人佔26.8%。個案菸齡範圍為5-70年，平均菸齡46.5年，菸齡1-20年10人佔7.9%，菸齡21-40年31人佔24.4%，菸齡41-60年79人佔62.2%，菸齡61年以上7人佔5.5%。個案每日吸菸支數範圍為3-80支，平均支數為22.6支。每日吸菸支數1-14支21人佔16.5%，吸菸支數15-25支71人佔55.9%，吸菸支數26支以上35人佔27.6%。尼古丁成癮度分數範圍介於1-11分之間，平均分數為6.0分，個案分數1-4

表2、門診戒菸個案基本資料與戒菸療程相關變項 (n=127)

基本特質	人數	百分比
性別		
男性	122	96.1
女性	5	3.9
年齡 (範圍65-84歲)	mean±SD=73.6 ±4.6	
65-74歲	73	57.5
75歲及以上	54	42.5
教育程度		
國小及以下	33	26.0
國初中	22	17.3
高中職	38	29.9
大學及以上	34	26.8
菸齡 (範圍5-70年)	mean±SD=46.5 ±13.4	
1-20年	10	7.9
21-40年	31	24.4
41-60年	79	62.2
61年及以上	7	5.5
吸菸支數/日 (範圍3-80支/日)	mean±SD=22.6 ±11.0	
1-14支/日	21	16.5
15-25支/日	71	55.9
26支/日及以上	35	27.6
尼古丁成癮分數 (範圍1-11分)	mean±SD=6.0 ±2.0	
1-4分	22	17.3
5-7分	72	56.7
8-11分	33	26.0
看診次數 (範圍1-8次)	mean±SD=3.7 ±2.5	
1-3次	72	56.7
4-6次	29	22.8
7-8次	26	20.5
貼片使用週數 (範圍1-8週)	mean±SD=4.0 ±2.7	
1-3週	66	52.0
4-6週	28	22.0
7-8週	33	26.0

分22人佔17.3%，分數5-7分72人佔56.7%，分數8-11分33人佔26.0%。個案就診次數平均3.7次，就診1-3次者72人佔56.7%，就診4-6次者29人佔22.8%，就診7-8次者26人佔20.5%。尼古丁貼片使用週數平均4週，使用1-3週者66人佔52.0%，使用4-6週者28人佔22.0%，使用7-8週者33人佔26.0%。

統計追蹤結果得知三個月戒菸率為44.9%，六個月戒菸率為36.2% (表3)。

於單變項分析方面，男性之戒菸率在三個月或六個月時皆較女性高，但戒菸率並無統計上之差異 (三個月男性45.9%：女性20%， $p=0.378$ ；六個月男性37.7%，女性0%， $p=0.158$)。依年齡觀察，年齡65—74歲以及75歲以上兩者間，三個月及六個月之戒菸率並無顯著差異 (三個月時，75歲以上比75歲以下=46.3%比43.8%， $p=0.783$ ，六個月時，75歲以上比75歲以下=42.6%比31.5%， $p=0.199$)

表3、人口學、教育程度、菸齡與戒菸率之關係 (n=127)

基本特質	人數 (%)	三個月電訪追蹤		六個月電訪追蹤	
		戒菸成功者 n (%)	p值	戒菸成功者 n (%)	p值
總人數	127 (100)	57 (44.9)		46 (36.2)	
性別					
男性	122 (96.1)	56 (45.9)	$p^b = 0.378$	46 (37.7)	$p^b = 0.158$
女性	5 (3.9)	1 (20.0)		0 (00.0)	
年齡					
65-74歲	73 (57.5)	32 (43.8)	$p^a = 0.783$	23 (31.5)	$p^a = 0.199$
75歲及以上	54 (43.5)	25 (46.3)		23 (42.6)	
教育程度					
國小	33 (26.0)	10 (30.3)	$p^a = 0.142$	9 (27.3)	$p^a = 0.333$
國初中	22 (17.3)	10 (45.5)		8 (36.4)	
高中職	38 (29.9)	22 (57.9)		18 (47.4)	
大學及以上	34 (26.8)	15 (44.1)		11 (32.4)	
菸齡 (年)					
1-20年	10 (7.9)	4 (40.0)	$p^a = 0.965$	1 (10.0)	$p^a = 0.315$
21-40年	31 (24.4)	15 (48.4)		12 (38.7)	
41-60年	79 (62.2)	35 (44.3)		31 (39.2)	
61年及以上	7 (5.5)	3 (42.9)		2 (28.6)	

 p^a : Chi-square檢定 p^b : Fisher's精確檢定法

，但未具顯著差異。教育程度方面，高中職組之戒菸率不論在三個月或六個月戒菸率皆為最高（三個月57.9%，六個月47.4%），但教育程度之高低在本研究中對於戒菸率並無顯著影響。Monso的研究亦有類似結果[19]。菸齡方面，吸菸時間之長短並不會影響戒菸之成敗，無論在三個月（ $p=0.965$ ）及六個月（ $p=0.315$ ）皆不具顯著差異。由每日平均吸菸支數來看（表4）；每日平均吸菸支數較少者，戒菸率較高，於三個月時並無統計上顯著之相關性（ $p=0.071$ ），但於六個月時，則具顯著差異（ $p=0.044$ ）。在尼古丁成癮分數FTQ方面，亦在六個月時達顯著差異（ $p=0.018$ ），表示在六個月時尼古丁成癮分數愈高者其戒菸率確實愈低（表4）。

表5列出個案戒菸經驗、背景、理由

及過程。過去有戒菸經驗者81人佔63.8%，沒有戒菸經驗46人佔36.2%。過去一年內曾戒菸超過24小時者58人佔45.7%；過去一年內不曾戒菸超過24小時者69人佔54.3%。有親人或朋友吸菸者41人佔32.3%，沒有親人或朋友吸菸者86人佔67.7%。門診戒菸就診理由（可複選）以健康因素最多，有102人佔80.3%，家人因素57人佔44.9%。其餘理由分別為：醫師建議者31人佔24.4%，金錢因素10人佔7.9%，因朋友建議者13人佔10.2%。過去曾戒過菸者其戒菸率較無經驗者為高，三個月時其戒菸率並無顯著差異（曾戒過菸者48.1%，沒戒過者39.1%， $p=0.326$ ）；但是在六個月時則具顯著差異（43.2%比23.9%， $p=0.03$ ），代表戒菸之經驗對於提昇戒菸率有正面之作用，而過去一年內曾戒菸超過24小時者，其戒

表4、吸菸支數、尼古丁成癮分數與戒菸率之關係 (n=127)

	平均吸菸支數			尼古丁成癮分數	
三個月戒菸成功者	20.7 ± 9.0	$p=0.071$		6.0 ± 1.9	$p=0.986$
戒菸失敗者	24.1 ± 12.2			6.0 ± 2.1	
六個月戒菸成功者	20.0 ± 9.2	$p=0.044^*$		5.5 ± 2.1	$p=0.018^*$
戒菸失敗者	24.1 ± 11.6			6.4 ± 1.9	

p ：獨立樣本t檢定

表5、戒菸經驗、背景、戒菸理由及治療過程與戒菸率之關係 (n=127)

	人數 (%)	三個月電訪追蹤		六個月電訪追蹤		
		戒菸成功者n(%)	p 值	戒菸成功者n(%)	p 值	
是否戒過菸？	(是)	81 (63.8)	39 (48.1)	$p^a=0.326$	35 (43.2)	$p^a=0.030^*$
	(否)	46 (36.2)	18 (39.1)		11 (23.9)	
一年內曾戒菸 超過24小時？	(是)	58 (45.7)	27 (46.6)	$p^a=0.729$	24 (41.4)	$p^a=0.267$
	(否)	69 (54.3)	30 (43.5)		22 (31.9)	
有親人、朋友 吸菸？	(是)	41 (32.3)	41 (47.7)	$p^a=0.359$	31 (30.0)	$p^a=0.953$
	(否)	86 (67.7)	16 (39.0)		15 (36.6)	
戒菸的理由 (複選)						
健康	102 (80.3)	44 (43.1)	$p^a=0.425$	35 (34.3)	$p^a=0.367$	
家人	57 (44.9)	23 (40.4)	$p^a=0.354$	19 (33.3)	$p^a=0.541$	
醫師的建議	31 (24.4)	11 (35.5)	$p^a=0.226$	12 (38.7)	$p^a=0.740$	
金錢	10 (7.9)	3 (30.0)	$p^b=0.510$	2 (20.0)	$p^b=0.326$	
朋友的建議	13 (10.2)	4 (30.8)	$p^b=0.381$	4 (30.8)	$p^b=0.768$	
看診的次數						
1-3次	72 (56.7)	21 (29.2)	$p^a<0.000^*$	21 (29.2)	$p^a=0.034^*$	
4-6次	29 (22.8)	17 (58.6)		10 (34.5)		
7-8次	26 (20.5)	19 (73.1)		15 (57.7)		
貼片使用的週數						
1-3週	66 (52.0)	20 (30.3)	$p^a<0.001^*$	20 (30.3)	$p^a=0.103$	
4-6週	28 (22.0)	14 (50.0)		9 (32.1)		
7-8週	33 (26.0)	23 (69.7)		17 (51.5)		

p^a ：Chi-square檢定 p^b ：Fisher's精確檢定法

菸率亦較高，三個月時其戒菸率並無顯著差異(有46.6% 比 沒有43.5%， $p=0.729$)，與六個月時，其戒菸率(有41.4%比 沒有31.9%， $p=0.267$)，也不具顯著差異。有親人或朋友吸菸者其戒菸率將會稍低，(三個月時，有者47.7%，沒有者39.0%， $p=0.359$ ；六個月時，有者30.0%，沒有者36.6%， $p=0.953$)，均未具顯著差異。而大部份戒菸理由不管是健康因素、

家人因素、工作因素，或因金錢而來戒菸者，並不對戒菸率造成顯著影響。門診戒菸個案看診次數愈多戒菸率愈高，在三個月($p<0.000$)與六個月($p=0.034$)皆具顯著差異，而尼古丁貼片使用方面，三個月時具顯著差異($p<0.001$)，而六個月($p=0.103$)則不具顯著差異。

問卷另包括個案勾選之過去疾病史(可複選)。勾選之情形如下：惡性腫瘤

表6、三個月戒菸率相關因素分析 (n=127)

	n (%)	戒菸成功者n (%)	AOR ^a (95%CI ^b)	p值
看診次數				
7-8次	26 (20.5)	19 (73.1)	6.6 (2.4-18.0)	<0.001**
4-6次	29 (22.8)	17 (58.6)	3.4 (1.4- 8.4)	0.007 *
1-3次	72 (56.7)	21 (29.2)	1.0 (-)	
p for trend				<0.001 *

^a AOR : Adjusted odds ratio, ^b 95%CI : 95% Confidence interval
自變項：門診戒菸看診次數、貼片使用週數 (對數迴歸向前分析)

表7、六個月戒菸率相關因素分析 (n=127)

	n (%)	戒菸成功者n (%)	AOR ^a (95%CI ^b)	p值
看診次數				
7-8次	26 (20.5)	15 (57.7)	4.1 (1.5-10.8)	0.005*
4-6次	29 (22.8)	10 (34.5)	1.3 (0.5- 3.2)	0.595
1-3次	72 (56.7)	21 (29.2)	1.0 (-)	
p for trend				0.016*
尼古丁成癮分數				
1-4分	22 (17.3)	8 (36.4)	0.8 (0.6-0.9)	0.009*
5-7分	72 (56.7)	36 (50.0)		
8-11分	33 (26.0)	8 (24.2)		

^a AOR : Adjusted odds ratio, ^b 95%CI : 95% Confidence interval
自變項：每日吸菸支數、尼古丁成癮分數、是否戒過菸、門診戒菸看診次數 (對數迴歸向前分析)

9人佔7.1%，腦血管疾病5人佔3.9%，肝病7人佔5.5%，腎病2人佔1.6%，心臟病36人佔28.3%，糖尿病28人佔22.0%，肺病34人佔26.8%，高血壓46人佔36.2%。可看出本研究之戒菸個案中，以高血壓者最多，心臟病其次，肺病第三。在戒菸率方面，無論是何種疾病史，在單變項分析中，對戒菸率之影響皆無顯著差異。

在多變項分析方面，以三個月、六個月具顯著相關之因素為自變項 (三個月為門診戒菸看診次數、貼片使用週數；六個月為每日吸菸支數、尼古丁成癮分數、是否戒過菸、看診次數)，以對數迴歸向前分析檢定，分析結果發現，三個月戒菸率之相關因子為門診戒菸就診次

數 (表6)，影響六個月戒菸率之相關因子為門診戒菸就診次數、尼古丁成癮分數 (表7)。三個月、六個月皆有的影響因子為「門診戒菸就診次數」。

討論

根據文獻指出，較易戒菸成功老人特質為女性、診斷為癌症[20]及年齡較大者[21]。但本研究中，在人口學、基本資料與戒菸率的關係中可以發現，65歲以上之老人其戒菸率與性別、年紀、教育程度不具顯著相關。影響三個月戒菸率的主因為門診戒菸看診次數；影響六個月戒菸率的主因為門診戒菸看診次數與尼古丁成癮分數之高低；平均看診次數

7-8次者戒菸成功之勝算比達6.6（三個月）以及4.1（六個月）。戒菸率在看診次數7-8次之個案高達73.1%（三個月）以及57.7%（六個月），戒菸率明顯高於看診數4-6次及1-3次者，故在臨床之觀察，戒菸個案若持續回診，治療週數愈多，表示其戒菸動機較強烈或醫囑遵從性較高，將可以提高戒菸成效；此結果與一般族群在門診戒菸之成功因素相似[22]。

由過去病史觀察，不論個案身體有何疾患，皆無法明顯提昇其戒菸成功率；此可能因惡性腫瘤、腦血管疾病、肝病、腎臟病之個案數目較少，無法作較客觀之比較，過去疾病史在單變項分析時皆不具顯著差異。研究中使用尼古丁成癮度量表（FTQ）觀察個案分數之高低，FTQ分數較高者有較低之戒菸率；FTQ 8-11分者在三個月時戒菸率為39.4%，小於平均之44.9%；在六個月時戒菸率24.2% 與平均36.2%差距拉大，六個月時達顯著差異，表示FTQ分數之較高者，其六個月時戒菸率確實有較低之傾向，所以對於戒菸之老人而言，尼古丁成癮之分數是除了門診看診次數外，為預測六個月戒菸率之重要參考因素。

由本研究可知，門診戒菸服務運用了衛生教育、簡短諮詢與尼古丁替代療法等提昇老年人戒菸成功率，與一般群眾之戒菸成功率比較毫不遜色[22]。而戒菸成功率與門診戒菸之就診次數也具顯著相關，可作為門診戒菸評估個案戒菸率之初步判斷參考因子。可惜個案在門診戒菸的過程中，常因各種因素而無法完成八週之戒菸療程，導致較低之戒菸率

，本研究發現看診1至3次之個案占有個案之56.7%，可以看出還有很大之改善空間。而不論是三個月或六個月，經逐步迴歸分析，門診戒菸之就診次數為唯一可改善之影響因素，故若個案能有恆心的回診，應會使戒菸率大為提昇。將來研究之方向可能朝向分析個案無法持續回診之因素，以及做更長期（如一年或以上）、更多個案之戒菸追蹤，以期能夠提升門診戒菸治療成效。

本研究限制是因採電話訪問來統計戒菸成果，雖七日點戒菸率目前已廣被使用於電訪或問卷調查之戒菸率統計[11,15]，但在客觀環境限制下無法以測試一氧化碳來輔助戒菸率之統計，可能高估戒菸率[23]；另外門診戒菸個案之尼古丁貼片使用情形，並沒有請個案每日詳實記錄使用狀況，只能由門診處方之週數估計其使用期間，也可能高估個案尼古丁貼片使用週數。

誌謝

感謝所有家庭醫學部與門診護理部之工作同仁以及其他門診戒菸之看診醫師全力支持，並對於個案之悉心衛教；幫忙整理資料之家庭醫學部助理徐淑芬，以及所有作者之全力參與，使得本文可以順利完成，在此表達最大之謝意！

參考文獻

1. 楊銘欽、范靜媛：2000年台灣地區35歲以上民眾可歸因於吸菸之醫療費

- 用。國家衛生研究院，2002台灣菸害研究論文集，p212-9。
2. 許志成、徐祥明、徐瑱淳、石曜堂、戴東原：台灣地區老年人健康行爲之影響因素分析。 *台灣衛誌* 2003；22（6）：441-52。
  3. Taylor DH Jr, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA: Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health* 2002; 92: 990-6.
  4. 鄭丁元、溫啓邦、蔡孟娟、蔡善璞：國人吸菸行爲現況：2001年國民健康調查之分析。 *台灣衛誌* 2002；22：453-63。
  5. Jeannette OA, Janie H, Judy GG: Management of tobacco dependence in older adults: Using evidence-based strategie. *J Gerontol Nurs* 2004; 30: 13-24.
  6. Schwartz JL: *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. NIH Publication No 87-2940 1987; 1125-56.
  7. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: *Information for Specialists*. Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, Maryland; Publication No. 96-0694, 1996.
  8. Molyneux A, Lewis S, Leivers U, et al: Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax* 2003; 58: 484-8.
  9. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G: *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. Cochrane database of systematic reviews 2006, Issue 4.
  10. West R, McNeill A, Raw M: Smoking cessation guideline for health professionals: an update. *Health Educ Authority Thorax* 2000; 55: 987-99.
  11. Lerman C, Patterson F, Berrettini W: Treating tobacco dependence: state of the science and new directions. *J Clin Oncol* 2005; 23: 311-23.
  12. Appel DW, Aldrich TK: Smoking cessation in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2003; 19: 77-100.
  13. Husten CG, Shelton DM, Chrismon JH, et al: Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965-94. *Tob Control* 1997; 6: 175-80.
  14. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB: The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *JAMA* 1994; 271: 1940-7.
  15. Panchagnula R, Jain AK, Pillai O, Jaiswal J: Nicotine transdermal systems: pharmaceutical and clinical aspects. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 2000; 22: 299-308.

16. Velicer WF, Prochaska JO: A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addict Behav* 2004; 29: 51-60.
17. McFall M, Saxon AJ, Thompson CE, et al: Improving the rates of quitting smoking for veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1311-9.
18. Abdullah AS, Lam TH, Chan SS, Hedley AJ: Which smokers use the smoking cessation quitline in Hong Kong, and how effective is the quitline? *Tob Control* 2004; 13: 415-21.
19. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J: Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control* 2001; 10: 165-9.
20. Whitson HE, Mitchell T, et al: Patterns and predictors of smoking cessation in an elderly cohort. *JAGS* 2006; 54: 466-71.
21. Salive ME, Cornoni-Huntley J, LaCroix AZ, et al: Public health beliefs. *Am J Public Health* 1992; 82: 1268-71.
22. 薛光傑、杜明勳、葛魯蘋等：某醫學中心門診戒菸成效。 *台灣家醫誌* 2006; 16: 1-12。
23. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, et al: The Validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994; 84: 1086-93.

Effectiveness of the Smoking Cessation Clinic on Elderly Subjects -- the Experience of a Medical Center in Taiwan

Kuang-Chieh Hsueh¹, Ming-Shium Tu¹, Luo-Ping Ger², Li-Fei Pan³, Yu-Chen Lin⁴,
Ming-Yueh Chou¹, Li-Lin Chen⁵, Ru-Yih Chen¹

Abstract

Objective: The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of the smoking cessation clinic on elderly subjects at a medical center in Taiwan. **Methods:** Recruited from September 2002 to May 2005, the subjects were 65 years and older, legally covered by the Public Health Insurance Program, and reported either reaching or exceeding 5 of Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) score or the daily consumption of 10 or more cigarettes. Every subject received facilitated tobacco cessation education, brief individual counseling and nicotine patch therapy; the standard treatment course was 8 weeks. Subjects were encouraged but not required to visit the follow-up clinic every 1 or 2 weeks. For evaluating the success rate of smoking cessation, we contacted individual subjects by phone call at the end of the 3rd and the 6th months after the first personal consultation. A seven-day point abstinence was evaluated. Any smoking behavior in the last seven days or loss to follow-up was defined as failure. **Results:** Of the 139 subjects recruited, 12 were excluded for incomplete demographic data, leaving a total of 127 subjects (average age 73.6 ±4.6) available for analysis. Our results showed that the seven-day point abstinence rates were respectively 44.9% in the 3rd month and 36.2% in the 6th month. Under single variance analysis, factors correlated with the abstinence rate included the total number of visits, length of nicotine patch treatment in the 3rd month, the number of cigarettes smoked per day, FTQ score, previous experience of tobacco cessation, and total number of visits in the 6th month. Multiple variances analysis revealed that factors correlated with the abstinence rate were total number of visits in the 3rd month, and total number of visits and FTQ score in the 6th month. There were no significant difference in terms of abstinence rate among various strata of age, duration of smoking, and educational level. **Conclusion:** The study identified two factors of successful quitting that should help improve the provision of current smoking cessation services in clinic for the elderly. Clinic-based smoking cessation programs should encourage elderly smokers, especially those with higher FTQ scores, to visit their smoking cessation clinics more frequently.
(*Taiwan Geriatr Gerontol* 2006;2(2):104-115)

Key word: smoking cessation clinic, elderly, nicotine patch

Departments of ¹Family Medicine, ²Medical Education & Research, ³Health Management,

⁴Department of Healthcare Administration, Chang Jung Christian University, Taiwan.

⁵Nursing Department, Veterans General Hospital, Kaohsiung, Taiwan

Correspondence: Ru-Yih Chen

Address: 386 Ta-Chung 1st RD. Kaohsiung, 813 Taiwan

E-mail : rrychen@vghks.gov.tw