

社區藥局戒菸諮詢站之成效評估初探

姜郁美¹ 郭鐘隆² 闕好榛²
邱怡玲¹ 黃久美^{3,*}

目標：本研究欲評估社區藥局戒菸諮詢站之成效，以供日後政策推動與進行宣導教育時作為依據與參考。**方法：**台北縣市30位社區藥師接受16小時的訓練後提供民眾戒菸諮詢服務，以上網登錄方式蒐集個案相關資料，收案當天有485人，持續完成於收案當天、收案後第1、3和7天共四次諮詢有279人，追蹤完成率為57.53%。而在第6個月追蹤到209人。**結果：**研究發現民眾接受諮詢後的第3天、第7天及第6個月追蹤，其點戒菸率分別為32.3%，48.7%，22.6%。於第7天時，重度菸癮者較輕度菸癮者的戒菸比例低(勝算比=0.33)，藥師評估需要替代療法者較不需要者的戒菸比例低(勝算比=0.32)。於第6個月時，已婚者相較之下戒菸的比例較高(勝算比=2.25)，重度菸癮者較輕度菸癮者在戒菸的比例為低(勝算比0.25)，藥師評估需要替代療法者、或近期再評估者較不需要者的戒菸比例低(勝算比=0.03, 0.04)。**結論：**本研究4次共約1小時的總諮詢時間即能在第7天有近5成的個案戒菸，是將來宣導或藥師研習時可強化藥師推動社區藥局戒菸諮詢的動機。然而第6個月的戒菸個案降至22.6%，如何協助民眾持續戒菸將是未來藥師執行戒菸諮詢時需努力之處。(台灣衛誌 2009；28(2)：93-102)

關鍵詞：社區藥局、介入、戒菸諮詢

前 言

協助戒菸是目前衛生專業人員所面臨最重要的議題之一。台灣地區臨床戒菸指南的資料顯示，有70%的吸菸者曾經嘗試過戒菸，但成功戒菸僅約7.1%[1]。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，還需輔以專業的諮詢與藥物治療，才能有效提高戒菸率，在健康照護中提供戒菸諮詢服務是最符合成本效益

的介入措施[2]。研究顯示，醫師之衛教諮詢及諮詢之次數對戒菸有顯著成效[3,4]。報告亦指出所有尼古丁替代療法(如尼古丁貼片、口嚼錠、噴劑等)皆可提高戒菸率1.5~2倍[5]，英國的戒菸指引亦建議醫師應對想要戒菸者提供諮詢服務，並鼓勵使用尼古丁替代療法為戒菸輔助藥物，可提高戒菸的成效[6]。然而，除醫師之外，其他專業人員在戒菸諮詢的角色功能之相關研究便相對較為稀少，尤其是在社區中與民眾日常生活接觸較為頻繁的藥局藥師，其所提供的戒菸諮詢是否能發揮效益，目前尚不清楚。

菸癮的戒斷過程中會出現不適的症狀，因此，專業人員的協助或諮詢就顯相當重要，也可運用藥物治療來幫助戒斷菸癮。在瑞典，一項針對瑞典戒菸諮詢的研究發現，在健康照護的體系之下，戒菸諮詢的確是一套有效的方式可幫助人們成功戒菸[7]，諮詢人員給與一些健康諮詢並提供自助手冊、

¹ 台北市政府衛生局藥物食品管理處

² 台灣師範大學健康促進與衛生教育學系

³ 陽明大學護理學院

* 通訊作者：黃久美

聯絡地址：台北市北投區立農街二段155號

E-mail: cmhuang@ym.edu.tw

投稿日期：97年3月14日

接受日期：98年3月31日

給予正向的鼓勵，過程中混和了動機性晤談、認知行為諮詢以及藥物的治療。結果發現，對女性而言，若是諮詢員的態度保持主動並且提供四至五次的諮詢，菸癮的戒除率會較高，達到34%，但男性並未發現有顯著差異，研究另指出不分男女，個案都必須要有戒菸動機才能戒除成功。

根據長期菸害防治工作推廣成果顯示，教育民眾不要養成吸菸習慣外，要減少吸菸所造成的危害，最好的辦法就是協助吸菸者改變意願，並提供其有效之臨床戒菸方法或藥物達成戒菸目的，在國外研究中，戒菸介入計畫多以行為治療為主[8,9]，對於有意願戒菸的個案，研究發現簡短介入(brief interventions, 包括5A's: Ask about tobacco use、Advise to quit、Assess willingness to make a quit attempt、Assist in quit attempt、Arrange follow up)是有成效的。對於沒有有意願戒菸的個案，則採動機性晤談(motivational intervention, 包括5R's: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition)，研究證實介入對於初級照護機構中濫用或成癮個案是有效的[10]。

在國內，根據衛生署調查在沒有專業輔導協助的情況下，自行戒菸成功僅只有0.5%[2,11]。目前若要醫師提供民眾戒菸協助，可參考美國健康照護及政策研究中心設計5A's的門診戒菸諮詢原則，讓臨床醫師可以依循這樣的模式協助病患戒菸[12]。衛生署在「戒菸特別門診」的成效報告發現，結合專業諮詢與尼古丁替代療法，為有意戒菸者提供積極性戒菸治療，經長期追蹤，半年後戒菸成功約為32.4%[13]。雖然戒菸門診的成效良好，但目前醫療院所提供門診戒菸服務卻僅有9.5%[11]，顯示提供此門診服務的醫療院目前並不普及，方便性也略顯不夠。

另有研究發現就診方便性也會影響戒菸的成功率[14]，藥師在民眾戒菸上所扮演的角色逐漸受到重視，其介入後的成果也被關心，藥師協助民眾戒菸的優勢在於：1)可近性高，不必排隊等候。2)費用低。3)接受諮詢時間相對較多。4)藥師對替代療法的說明

較為詳細。5)藥師人數較醫師多且分佈廣，在戒菸諮詢上可能較醫師更具競爭力。6)社區藥師對在地民眾的熟悉性較高，較具親和力。因此，台北市衛生局鑒於社區藥局對於民眾的便利性、可接近性，加上藥師的專業知識，具備從事協助戒菸的優越條件，提供免費的戒菸輔導服務，即推動社區戒菸諮詢站計畫，藉由社區藥局可更為廣泛、方便的提供民眾戒菸的相關資訊，以社區藥局諮詢站的方式搭配戒菸門診達到更大的戒菸成效。因此，本研究針對台北市及台北縣等社區推動社區藥局戒菸諮詢站服務，探討接受社區藥局戒菸諮詢服務的族群特色為何？並瞭解社區藥局戒菸諮詢站的成效，供日後推動政策與進行宣導教育時作為重要的依據與參考，以期未來可建立起以社區藥局為推動核心的戒菸諮詢與照顧網絡。

材料與方法

吸菸者以往主要是經由醫療機構進行戒菸，台北市政府衛生局為提供市民更多的戒菸諮詢管道，協助民眾戒除菸癮，遠離菸害、維護健康，結合社區藥局資源，辦理「社區戒菸諮詢站訓練課程」16小時，訓練課程內容涵蓋菸害的認識、5A原則、菸癮生活形態、壓力處理、戒斷症狀、藥物治療、戒菸諮詢、戒菸用藥指導專業訓練等，藉由課程內容訓練藥師具有戒菸個案管理之能力，並以學前及學後測驗問卷，遴選出合適之社區藥局藥師，成立社區戒菸諮詢站，以提供民眾正確安全的專業服務。另針對已成為社區戒菸諮詢站之社區藥局藥師，安排4小時進階教育訓練，如戒菸個案資訊管理系統操作、經驗分享等持續教育訓練課程，以提供民眾正確安全的專業戒菸諮詢服務，進而標準化戒菸諮詢服務模式。

本研究以台北縣市的社區戒菸諮詢站為個案收集之地點，執行介入之社區藥局家數共30家，30位藥師：台北市社區藥局執行家數為22家，台北縣有8家，社區藥局戒菸諮詢執行狀況請見表一。社區戒菸諮詢站藥師藉由訪談方式，針對有戒菸需求之民眾，進

表一 社區藥局戒菸諮詢執行狀況

諮詢總次數	藥局所在地	家數	諮詢總次數	藥局所在地	家數
<10	台北市		≥10~<50	台北市	
	萬華區	1		松山區	1
	松山區	1		中山區	2
	信義區	3		南港區	2
	中正區	1		內湖區	3
	南港區	1		其他	2
	大安區	1			
	台北縣	6		台北縣	1
≥50~<100	台北市		≥100	台北市	
	萬華區	1		中山區(139人次)	1
	南港區	1		大安區(263人次)	1
	台北縣	1			

行初次收案，收案標準以本計畫適用之「擴大醫療院所戒菸服務補助計畫個案紀錄表」為依據，該紀錄表內容係以行政院衛生署國民健康局要求填報之個案紀錄表內容及評估菸癮之Fagerstrom問卷建構而成，內容包括個案人口學基本資料及尼古丁成癮度評估等。針對前往藥局詢問或購買戒菸產品者、或言談中提及戒菸之民眾、或已進行戒菸者、或進至藥局前抽菸者、或宣導活動轉介者、或戒菸門診轉介者、或親朋好友中有抽菸者等進行評估，若評估結果為尼古丁成癮度達4分以上或平均一天吸10支菸以上之民眾，在徵求個案同意下，則作為本研究收案標準。個案排除標準為不識字或有聽力、視力溝通障礙者及拒絕接受問卷調查者。

藉由文獻探討發現，戒菸最初2週內，最有可能再吸菸，而尼古丁戒斷症狀可持續數週，甚至數個月；此外，戒菸照護介入的次數及時間越多，則戒菸成功率越高，且電話追蹤及個人訪談均為有效之方式[15]。故參考過去研究結果，並與專家學者進行焦點團體訪談(Focus Group Interview)，將戒菸介入設計為4次的諮詢次數，分別為收案當天、收案後第1天、第3天及第7天，除收案當天以個人訪談方式進行戒菸諮詢並徵求個案書面同意外，其餘後續追蹤次數，以電話追蹤訪談方式進行，藥師會針對訪談過程記錄個案之尼古丁成癮度、戒菸計畫、及建議

使用的尼古丁替代療法及菸齡等題項進行追蹤。收案當天共收案485人。而收案後第1天、第3天及第7天的訪談則主要記錄民眾是否戒菸、戒菸後戒斷症狀、對於戒斷症狀的處理方式及藥師建議的處理方式、評估是否需使用藥物減緩症狀，並記錄民眾對於尼古丁替代療法的使用情形，最後記錄下諮詢的時間。將諮詢結果登錄於台北市政府衛生局建置之「戒菸個案管理系統」，便於藥師提供戒菸個案諮詢服務後，進行紀錄與追蹤管理。

收案當天共收案485人，為尊重個案之自由意願，無意願者不強制追蹤，收案後第1天、第3天及第7天分別追蹤到374、324和306人，然而持續由收案當天、收案後第1天、第3天及第7天能夠完整接受4次戒菸諮詢的民眾只有279人，完成戒菸諮詢者有57.53%。最後，在戒菸介入執行後第6個月以電話訪談方式，調查民眾是否戒菸，追蹤到239人，其中無效樣本有19份，再去除過去未能完成4次戒菸諮詢的個案，共計分析樣本數為209份(表二)。點戒菸率是以電訪問民眾是否戒菸時，回答「是」者視為戒菸。

統計分析策略

將回收的有效問卷進行編碼，資料的整理與分析是採用SPSS for Windows 15.0版。

表二 不同時間點的個案數與點戒菸率

時間點	收案當天	收案後第一天	收案後第三天	收案後第七天	六個月追蹤
戒菸諮詢	第一次	第二次	第三次	第四次	
回收問卷數	485	374	324	306	239
分析個案數	279	279	279	279	209
未納入個案數	206	95	45	27	30
點戒菸率			32.3%	48.7%	22.6%
			(n=279)	(n=279)	(n=279)
戒菸人數			90	136	63

註：279為同一群個案，完成收案當天、收案後第1、3、7天，共4次的戒菸諮詢。
279位個案於第六個月只追蹤到209位。

以百分比來呈現資料分佈特性，運用卡方檢定來檢測百分比分佈同質性。另以MedCalc for Windows第9版軟體進行對數複迴歸分析勝算比計算。

結 果

本社區藥局戒菸諮詢計畫中，收案當天符合收案標準並願意接受戒菸諮詢的485位民眾中，其社會人口學變項分佈以男性為多數，佔85.4%，過半民眾其年齡為44歲以下(55.5%)，平均年齡為43.78歲。近半數的民眾為已婚的狀態(51.8%)。在菸癮成癮程度上，以「尼古丁成癮程度測試表」(Fagerstrom)來計算，有41.2%的人為重度成癮者，其次34.6%為中度成癮者，輕度菸癮者為24.1%，顯示本研究對象以中、重度成癮者為主。經藥師評估後，有54.2%的民眾需要進行尼古丁替代療法，近期再評估者為39.8%，僅6%的民眾不需使用替代療法。另一方面，在藥師建議需要使用尼古丁替代療法的民眾中，藥師建議25.6%的民眾是使用貼片來進行戒菸，而建議使用口嚼錠替代療法則有41.6%。

進一步比較持續完成4次戒菸諮詢的民眾與未完成者之特質比較(表三)，發現二者在教育程度及藥師評估是否需要替代療法上呈現顯著差異，可以持續完成4次諮詢者與未完成4次者，其教育程度雖然都是以國中至高中職居多，但未完成4次者分佈較集中，國小以下、大專以上較少，而完成4次者在教育程度分佈上不若未完成4次者集

中。持續完成4次諮詢者中以藥師評估需要替代療法較多，未完成4次者中以藥師評估近期再評估較多。而性別、年齡與菸癮成癮程度的不同其接受諮詢次數並未有顯著差異。

追蹤諮詢後，收案後第7天的戒菸狀況(表四)，發現性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、藥物減緩症狀及諮詢次數上，與是否戒菸的關聯程度未達顯著水準。僅菸癮成癮程度及是否需要替代療法的不同，與民眾是否戒菸有顯著關聯性。研究顯示在菸癮成癮程度的差異上，仍在抽菸者有近半數為重度菸癮者(49.7%)，平均菸癮評估得分為6.0分。重度菸癮者的戒菸勝算僅為輕度菸癮者的0.33倍(勝算比=0.33)。在藥師評估是否需要替代療法中，需要替代療法者的戒菸勝算僅為不需要者的0.32倍(勝算比=0.32)。

另一方面，分析發現仍在抽菸與戒菸中的民眾之接受諮詢總時間(分鐘)並未呈現差異($t=.955, p>.05$)。第7天戒菸中的民眾平均諮詢總時間為64.5分鐘，而仍在抽菸民眾的平均諮詢總時間為59.8分鐘。雖然戒菸者接受諮詢總時間較仍在抽菸民眾長，但無呈現顯著差異。

諮詢介入後第6個月持續追蹤民眾的戒菸狀況(表五)，發現婚姻狀況、菸癮成癮程度及藥師評估是否需要替代療法的不同，與是否戒菸的關係達顯著水準。已婚者的戒菸勝算為未婚者的2.25倍(勝算比=2.25)，顯示對男性而言家庭因素或許可協助民眾戒菸(此次追蹤無女性個案)。另外在菸癮成癮程

表三 持續完成4次戒菸諮詢民眾之特質與未完成者之特質比較

變項名稱	組別	持續完成4次 n=279		未完成4次者(≤3次) n=206		χ^2
		人數	百分比(%)	人數	百分比(%)	
性別						
男		244	87.5	170	82.5	2.31
女		35	12.5	36	17.5	
年齡						
44歲以下		150	53.8	116	58.3	1.32
45-64歲		96	34.4	66	33.0	
65歲以上		33	11.8	18	8.7	
婚姻狀況						
已婚		150	53.8	101	49.0	1.06
其他		129	46.2	105	51.0	
教育程度						
小學以下		24	8.6	4	1.9	13.31**
國中至高中職		167	59.9	149	72.3	
大專以上		88	31.5	53	25.7	
菸癮成癮程度						
輕度(3分以下)		72	25.8	45	21.8	1.03
中度(4-6分)		94	33.7	74	35.9	
重度(7分以上)		113	40.5	87	42.2	
藥師評估替代療法						
需要		174	62.4	89	43.2	23.94***
不需要		20	7.2	9	4.4	
近期再評估		85	30.5	108	52.4	

註1：收案當天有485位民眾願意接受戒菸諮詢服務，持續接受收案當天、收案後第1、3、7天，共4次戒菸諮詢
民眾有279位；未完成4次(≤3次)民眾有206位。

註2：有6位個案未能提供年齡資料，因此人數為200。

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表四 收案後第7天戒菸者與仍吸菸者特質之勝算比(n=279)

變項	選項名稱	第7天追蹤民眾是否戒菸		
		參考組	勝算比	95%信賴區間
性別	男	女	1.15	(0.56, 2.34)
年齡	44歲以下	65歲以上	0.91	(0.43, 1.92)
	45-64歲	65歲以上	1.20	(0.55, 2.66)
婚姻狀況	已婚	其他	1.33	(0.83, 2.13)
教育程度	國中至高中職	小學以下	1.04	(0.44, 2.44)
	大專以上	小學以下	0.80	(0.32, 1.97)
菸癮成癮程度	中度	輕度	0.59	(0.31, 1.11)
	重度	輕度	0.33	(0.18, 0.62)
藥物減緩	是	否	1.15	(0.67, 1.97)
評估替代療法	需要	不需要	0.32	(0.12, 0.88)
	近期再評估	不需要	0.53	(0.19, 1.51)

表五 第6個月後戒菸者與吸菸者特質與接受藥師評估之勝算比(n=209)

變項	第6個月追蹤民眾是否戒菸			
	選項名稱	參考組	勝算比	95%信賴區間
年齡	44歲以下	65歲以上	0.13	(0.17, 1.11)
	45-64歲	65歲以上	1.04	(0.40, 2.70)
婚姻狀況	已婚	其他	2.25	(1.20, 4.22)
教育程度	國中至高中職	小學以下	0.45	(0.16, 1.25)
	大專以上	小學以下	0.60	(0.21, 1.72)
菸癮成癮程度	中度	輕度	0.52	(0.25, 1.11)
	重度	輕度	0.25	(0.12, 0.55)
藥物減緩	是	否	0.84	(0.42, 1.70)
評估替代療法	需要	不需要	0.03	(0.003, 0.22)
	近期再評估	不需要	0.04	(0.005, 0.37)

註：第6個月追蹤時女性個案均流失了。

度的差異上，重度菸癮者的戒菸勝算僅為輕度菸癮者的0.25倍(勝算比=0.25)。在藥師評估是否需要替代療法中，需要替代療法、與近期再評估相較不需要替代療法與是否戒菸的關係達顯著水準(勝算比=0.03, 0.04)，顯示藥師評估需要替代療法、或近期再評估者的戒菸勝算相較不需要替代療法者為低。

此外，諮詢後的第3天民眾的點戒菸率為32.3% (分母=279)，追蹤第7天的點戒菸率則上升至48.7% (分母=279)，顯示民眾接受戒菸諮詢一週後，有近半數的民眾採取戒菸行動，由此可知社區藥局戒菸諮詢站對於引發民眾戒菸動機應有助益，而第6個月追蹤(只追到209位)發現戒菸率下降(22.6%，分母=279)，可知原戒菸個案可能有復發情形。

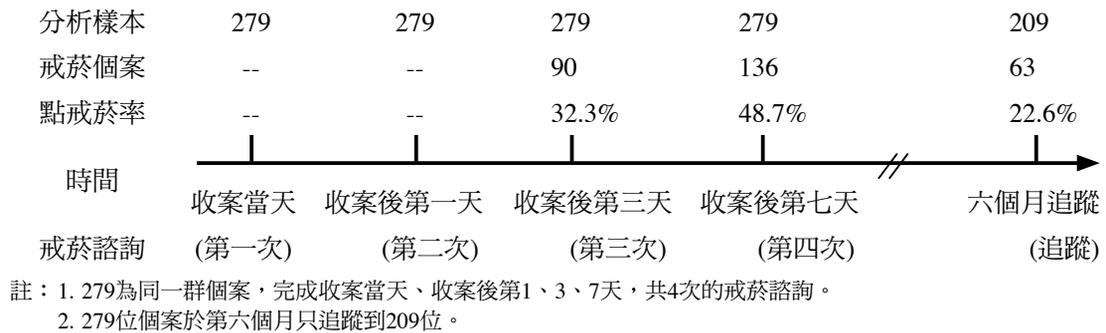
最後，圖一顯示收案歷程點戒菸率變化，戒菸者特質在不同時間點的結果顯示：收案後第7天時，輕度菸癮者戒菸勝算較高，較不需替代療法者戒菸勝算較高。第六個月，輕度菸癮者戒菸勝算較高，較不需替代療法者戒菸勝算較高，已婚的戒菸勝算較高。

討 論

由社區藥師協助社區民眾戒菸，已經被

認為是相當適切角色功能[16,17]，因為社區藥師可以其專業鼓勵並指導吸菸民眾正確使用尼古丁替代療法，或提供戒菸諮商協助行為改變，然而目前社區藥局在推動戒菸諮詢上的實證支持是較為有限的[17]。本實務計畫僅追蹤接受4次戒菸諮詢的民眾，在6個月後之戒菸率為22.6% (n=279)，對照其他方式6個月後的戒菸率：戒菸班(40%，n=35)[18]、門診戒菸率(35.2%，n=372；40.7%，n=118)[19,20]、及電話戒菸專線(11.48%，n=148)[21]，由此顯示，目前國內能提供社區民眾多元戒菸管道，而由社區藥局提供戒菸服務對民眾戒菸也有正向幫助。

不過由上述描述可發現國內雖提供多元的戒菸協助管道，但相關研究上的個案數仍以小規模為主，且多欠缺合適的對照組，顯示現行實務推動的工作模式已逐漸建構成型，但於成效評量上的研究設計仍須加強。此現象也忠實反應了在實際服務提供現場(不論是戒菸班、門診、電話專線、或社區藥局)，尋找合適對照組個案確實有其困難，不易招募現階段無意圖戒菸卻能持續被追蹤到的吸菸者。並且，過去研究發現社區藥師對於戒菸諮商活動的執行並未普遍，約為39.5% (n=555)[22]與51% (n=83)[16]，研究發現藥師雖能認可/接受本身在戒菸推動



圖一 收案歷程之點戒菸率變化

上的功能，也覺得自己的專業可協助民眾戒菸，不過實際能在業務上執行的並不多，因為藥師自覺阻礙因素也不少，故限制了戒菸服務的提供。本計畫以16小時的藥師訓練課程，在30位藥師中僅53%較能投入民眾戒菸諮詢，其餘近半數藥師提供的諮商人次數少於10次。所以，為了鼓勵更多第一線的服務提供者(社區藥師)能參與菸害防制工作，雖然研究設計上有所限制，但必須讓先驅性的計畫結果有機會發表，提供現實情境可行的範例，藉以降低藥師的自覺阻礙感受。

本計畫結果持續完成4次戒菸諮詢者與未完成者(小於等於3次)，在特質上差異不大，僅在教育程度、藥師評估是否使用替代療法上的分佈略有差異：持續完成4次者教育程度約有3成在大專以上，略高於於未完成4次者(25.7%)。而藥師評估是否需要替代療法的分佈上，持續完成4次者約有6成需要使用尼古丁替代療法，同樣也高於未完成4次者(43.2%)。而這也呼應持續完成4次者在菸癮評估上以中、重度居多(佔74.2%)，顯示藥師的戒菸諮詢不至於被菸癮重度者所排斥，因此由藥師主動出擊宣導戒菸，對於社區重度菸癮的民眾其實頗為樂觀，曾有研究顯示民眾需求度不高、及追蹤困難是社區藥師執行戒菸諮詢的阻力[16]，本計畫追蹤結果發現，社區藥師在民眾未顯示戒菸意願時主動出擊，密集式在1週內提供4次諮商並不會被排斥，將來宣導或藥師研習時可做為強化藥師推動社區戒菸的動機因子，亦可舉辦

研習活動強化藥師提供戒菸諮詢動機，邀請績優藥局及將其成功經驗傳遞給同儕。

然而戒斷症狀的產生可能持續數週，使得戒菸者於戒菸初期再度吸菸，若能配合戒菸後關鍵時期，如戒菸初期的前2週，拉長戒菸諮詢的間隔，而非密集式給予或許有助於戒菸的維持，即若以收案後7，14，21天作為戒菸諮詢的間隔可能更具效益。由於本次社區藥局戒菸諮詢站計畫屬於鼓勵性質，考量一旦拉長戒菸諮詢的間隔，介入期程拉長可能使個案流失更為嚴重，且藥師配合意願也會降低，此實為實務計畫推動時的權宜安排，確實為本研究的限制。透過本次計畫的鼓勵發現若干位相當投入的藥師，有利於後續研究招募作為適當的介入點，其熟練度與配合度均能有助於提升後續實驗研究的品質。

對於將來要嚴謹的進行成效評估，適度的鼓勵是必要採取之措施，例如：(1)透過不同途徑，讓社區藥局進行戒菸諮商服務的可行性廣為週知，如提供橫掛紅布條。(2)設計logo，通過戒菸諮商訓練的藥師能在其藥局標示官方認可的戒菸諮詢站logo。(3)透過戒菸個案資訊管理系統，讓績優藥局能受到彰顯，如績優戒菸諮詢站標示，政策上也強力招募其持續提供戒菸諮詢服務。(4)定期追蹤服務量，若未能常規性的提供服務，則不能持續標示績優戒菸諮詢站等。(5)給予合理的諮詢費和個案登錄費。透過種種鼓勵措施提升藥師的參與，如此才能具備擴大

介入樣本的契機，此外還需提供個案足夠誘因，以利增加適當對照組的招募，強化成效的實證基礎。

另一方面，不論第7天或第6個月，戒菸的民眾中菸癮較輕者、或不需要替代療法者較可戒菸。也就是說，對於菸癮較強者，僅只有諮商介入成效較為不足，仍需輔以藥物加以協助[5-6]。因此，後續計畫設計可再針對藥物替代療法對戒菸的幫助進行深入探討，以澄清藥師在社區推動戒菸過程中，可以在藥物替代療法的著力之處。而個人特質中，追蹤民眾第6個月的戒菸情形發現已婚者戒菸比例較高，後續研究可再探討民眾個人特質在戒菸過程中的影響，有配偶者可邀請其不吸的另一半擔任監督配偶持續戒菸的守門員角色。本研究也發現菸癮復發率高，即使曾經戒菸成功，也可能於半年內又開始吸菸，可見設計預防菸癮復發的配套方案不容忽視，此部分值得菸害防制工作者持續努力。

研究限制

本實務計畫執行方式，因實務上的困難，故為單組介入，並無設計對照組，因此研究結果在外推性上有所局限，但研究結果與以往結果大致相符。此外，由於女性抽菸比例相對男性低，6個月追蹤時又流失女性個案，無法看出性別差異與戒菸行為之關係。由於收案條件限定為仍有吸菸行為之個案，雖然6個月後的行為無法完全決定於此7天內4次的戒菸諮商，但至少社區藥局戒菸諮詢介入可引發個人戒菸行動。不過由於衛生局有提供尼古丁嚼錠給藥師，藥師可依吸菸者狀況與使用意願提供嚼錠，但並未要求藥師收集到個案是否確實嚼錠之相關資料，此為實務類計畫限制之一，引用本資料時需審慎。

未來研究方向建議

本研究資料中缺乏服務提供者的資料，即藥師的服務年資、專業性、對於戒菸資訊的瞭解等等，因此無法進一步分析藥師與民

眾的互動效果，因此，未來也可考慮進行藥師與民眾人口學特質之相關研究，以瞭解何類型之藥師對何族群之民眾戒菸成效最佳。後續研究設計可分為諮商組、諮商+替代療法組及對照組等三組進行比較，以期更能確認有助社區民眾戒菸的有效要素為何。

致 謝

感謝所有參與的台北縣市各社區藥局戒菸諮詢站之藥師，其中以台北市大安區大興藥局的張光藥師諮詢總次數第一名，對於資料提供上貢獻極大，在此一併致謝。

參考文獻

1. 國民健康局：台灣地區臨床戒菸指南-醫師篇。台北：行政院衛生署，2002。
2. Fishman PA, Khan ZM, Thompson EE, Curry SJ. Health care costs among smokers, former smokers, and never smokers in HMO. *Health Serv Res* 2003;**38**:733-47.
3. 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.
4. Mark M. Measuring adolescent smoking cessation motives and methods. Available at: http://www.trdrp.org/research/PageGrant.asp?grant_id=2152. Accessed January 18, 2008.
5. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;**3**:CD000146.
6. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;**55**:987-99.
7. Helgason RA, Tomson T, Lund EK, Galenti R, Ahnve S, Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *Eur J Public Health* 2004;**14**:306-10.
8. Tri-County Cessation Center. Motivating your patient to quit. Available at: http://www.tricountycessation.org/helping_patient_quit/motivating.html. Accessed January 18, 2008.
9. 國民健康局門診戒菸治療管理中心。向菸說「不」。<http://www.bhp.doh.gov.tw/>。引用2007/10/25。
10. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating

- Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
11. 行政院衛生署國民健康局：民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為。http://www.bhp.doh.gov.tw/statistics/file/200311121037432ZR5YS/。引用2008/01/15。
 12. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1996.
 13. 台灣家庭醫學教育研究學會：台灣家庭醫學教育研究學會申請門診戒菸治療管理中心企劃書。台北：台灣家庭醫學教育研究學會，2002。
 14. 台灣家庭醫學教育研究學會：衛生署國民健康局辦理門診戒菸治療管理中心計畫九十二年成果報告。台北：衛生署國民健康局辦理門診戒菸治療管理中心，2003。
 15. Hudmon KS, Corelli RL, Berger BA. Treating tobacco use and dependence. *The Rx Consultant* 2001;**X**:1-8.
 16. Thananithisak C, Nimpitakpong P, Chaiyakunapruk N. Activities and perceptions of pharmacists providing tobacco control services in community pharmacy in Thailand. *Nicotine Tob Res* 2008;**10**:921-5.
 17. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;**1**:CD003698.
 18. 蕭玉霜、賴瓊儀：「戒菸教育活動」介入成效之探討。實證護理 2005；**1**：22-8。
 19. 薛光傑、杜明勳、葛魯蘋、周明岳、陳麗玲：某醫學中心門診戒菸成效。台灣家醫誌 2006；**16**：1-12。
 20. 張文道、王雅瑜、周崇頌、歐香縫、吳梅玉、吳明芬：台灣中部某醫學中心門診戒菸治療病患一年追蹤。台灣家醫誌 2007；**17**：38-52。
 21. 張德聰、潘瑞香、張景然：單次與多次電話諮商戒菸成效之比較：以戒菸專線服務中心為例。中華心理衛生學刊 2006；**19**：213-30。
 22. Williams DM, Newsom JF, Brock TP. An evaluation of smoking cessation-related activities by pharmacists. *J Am Pharm Assoc* 2000;**40**:366-70.

Preliminary evaluation of a smoking cessation counseling program provided by community pharmacists

YU-MEI CHIANG¹, JONG-LONG GUO², YU-CHEN CHUEH²,
YI-LING CHIU¹, CHIU-MIEH HUANG^{3,*}

Objectives: The aim of the study is to assess the effects of a smoking cessation counseling program provided by community pharmacists. **Methods:** Thirty community pharmacists from the municipality and county of Taipei participated in a 16-hour training course, and then offered a smoking cessation counseling service. Data on participants were collected through online registration. A total of 485 volunteers were recruited on the first visit. Upon completion of recruitment, three consecutive follow-ups were conducted on the first, third and seventh days after the first visit. By the third follow-up, 279 volunteers remained in the program, achieving a completion rate of 57.53%. At the end of the sixth month, a total of 209 participants remained in the program. **Results:** Study results revealed that the smoking cessation rates on the third and seventh day, as well as the sixth month after receiving counseling, were 32.3%, 48.7% and 22.6%, respectively. On the seventh day, the smoking cessation rate was significantly lower in participants with a severe tobacco addiction than those with a minor addiction (odds ratio=0.33). Participants who required nicotine replacement therapy (NRT) as assessed by pharmacists had a lower smoking cessation rate than those who didn't (odds ratio=0.32). In the sixth month, married smokers tended to have a higher smoking cessation rate than single smokers (odds ratio=2.25). The recurrent cessation rate was also lower in participants with severe tobacco addiction compared with those of minor addiction (odds ratio=0.25). Compared with participants who did not require an NRT, a lower cessation rate was observed in participants in need of a NRT and those in need, but to a lesser extent (odds ratio=0.03, 0.04). **Conclusions:** The findings serve as a foundation for the implementation and promotion of a smoking cessation policy and related education. Four counseling sessions with a total of approximate, one hour of counseling resulted in nearly half of the participants quitting smoking by the seventh day. The results of this study will serve as an incentive to encourage the promotion of smoking cessation counseling services at community pharmacies; however, the smoking cessation rate declined to 22.6% in the sixth month after counseling. When pharmacists provide smoking cessation counseling in the future, a focus on how to assist smokers to quit permanently is needed. (*Taiwan J Public Health*. 2009;28(2):93-102)

Key Words: community pharmacy, intervention, smoking cessation counseling

¹ Food and Drug Division, Department of Health, Taipei City Government, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ School of Nursing, National Yang-Ming University, No. 155, Li-Long St., Sec. 2, Beitou, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: cmhuang@ym.edu.tw

Received: Mar 14, 2008 Accepted: Mar 31, 2009

