

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ► 社區精神分裂症病患吸菸與戒菸失敗之主觀經驗

Perception of Cigarette Smoking and Smoking Cessation Failure  
Experiences of Patients with Schizophrenia

doi:10.30074/FJMH.201212\_25(4).0001

中華心理衛生學刊, 25(4), 2012

Formosa Journal of Mental Health, 25(4), 2012

作者/Author：周易瑩(Yi-Ying Chou);洪翠妹(Tsui-Mei Hung);楊翠媛(Tsui-Yuang Yang);蘇淑芳(Shu-Fang Su);張珏(Chueh Chang);謝佳容(Chia-Jung Hsieh)

頁數/Page： 517-544

出版日期/Publication Date：2012/12

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201212\\_25\(4\).0001](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201212_25(4).0001)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 社區精神分裂症病患吸菸與戒菸失敗之主觀經驗

周易瑩 洪翠妹 楊翠媛 蘇淑芳  
張 珏 謝佳容

**研究背景：**過去研究指出精神分裂病患的吸菸問題較一般人嚴重，且戒菸困難度極高，然而對於精神病患吸菸問題的探討多為量性研究，罕見質性研究深入了解其主觀經驗。**研究目的：**本文為探討社區精神分裂症病患的吸菸與戒菸經驗，萃取病患於吸菸與戒菸歷程的主觀感受，藉以瞭解其菸品使用經驗的觀點。**研究方法：**以立意取樣方式，針對北部社區復健機構的吸菸精神分裂症患者，透過半結構式指引，進行深度訪談與錄音收集資料，共十五位個案(男性73.3%，平均年齡 $49.67 \pm 5.74$ )。再以逐字稿將資料文字化，應用質性分析軟體NVIVO 8加以歸納與分析類目。**研究結果：**研究對象吸菸主觀感受呈現三個主題，分別為「正面知覺」、「負面知覺」與「中性知覺」；戒菸經驗的主觀感受呈現五個主題，分別為「無法解套的菸癮(頭)」、「無法延續成功的戒菸經驗」、「體認戒菸輔助方法的成效」、「衡量支付吸菸與戒菸的物品價格」與「建構持續吸菸行為的論述」。**研究結論：**本研究結果有助於心理衛生工作人員深入體會社區精神分裂病患面對香菸問題於其生活過程之主觀感受，期望能提供未來協助社區精神病患面對吸菸行為時，多些了解與尊重，於個案社區復建的過程中，扮演正向心理支持與資訊提供的角色，以協助其渡過戒菸困難，並藉此作為發展精神病患菸害防治方案之參考。

**關鍵詞：**精神分裂症、吸菸、戒菸、主觀感受、健康促進

周易瑩：臺北醫學大學護理學院老人護理暨管理學系兼任講師、台北醫學大學護理研究所博士班研究生；輔仁大學護理學研究所碩士；專長領域與研究興趣為精神護理。

洪翠妹：臺北市立聯合醫院松德院區護理督導長、長庚大學臨床醫學研究所護理組博士生；國防醫學院護理學研究所碩士；專長領域與研究興趣為精神護理。

楊翠媛：臺北市立聯合醫院松德院區護理主任；台北醫學大學護理學研究所碩士；專長領域與研究興趣為精神護理。

蘇淑芳：高雄市立凱旋醫院護理科主任、國立台北護理健康大學護理學研究所博士候選人；高雄醫學大學護理學研究所碩士；專長領域與研究興趣為精神護理、團體心理治療、災難護理、社區護理。

張 珏：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所副教授；美國約翰霍普金斯大學理學博士；專長領域與研究興趣為心理衛生政策、婦女研究。

謝佳容：國立臺北護理健康大學護理學系助理教授；國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士；專長領域與研究興趣為健康行為、心理衛生、老人照護、性別研究。(通訊作者；E-mail: chiajung@ntunhs.edu.tw)

收稿：2011年08月24日；接受：2012年05月21日。

## 一、前言

近年來國際間各先進國家積極提倡「健康促進」的概念，主要目標是促使所有民眾擁有正向且積極的健康，而不只是預防死亡或疾病的發生(Green, 1979)，也就是使國人增強生活中的掌控感，改善與減輕危害其個人健康行為，因而如何使國人建立良好生活型態之健康議題，顯得格外的重要。由於全球人口約有十億人的性命受到菸品的直接威脅，且十大死因中，就有六個死因與吸菸或二手菸相關，因而「菸害防治」成為積極推展的公共衛生課題(World Health Organization; WHO, 2011)。於世界衛生組織菸草控制框架公約(Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)重點之一，也指出我們需加強對於弱勢族群的保護，因為他們普遍處於較弱勢地位，吸菸容易導致不良健康結果與較高的罹病率(WHO, 1998)。特別是患有嚴重精神病者，例如精神分裂症(schizophrenia)的病患，相較一般人約有高於2-3倍的死亡風險(Saha, Chant, & McGrath, 2007)，他們的吸菸問題和所導致的健康問題也更為嚴重(Hughes, Hatsukami, Mitchell, & Dahlgren, 1986; von Hausswolff-Juhlin, Bjartveit, Lindstrom, & Jones, 2009)。

國外文獻指出精神病患吸菸率介於58%至88%間(一般人口吸菸盛行率約為22%)(Goff, Henderson, & Amico, 1992; McCreadie & Kelly, 2000; Moss et al., 2009)，雖然資料指出約有52%精神病患曾試圖要戒菸，但成效卻不彰(McNeill, 2001)。近年來，我國成年人吸菸率雖有下降的趨勢，但成年女性吸菸率尚無明顯變化，2010年成年人整體吸菸率為19.8%(男性吸菸率為35.4%，女性吸菸率為4.2%)，吸菸者平均每日吸菸量為18.13支(行政院衛生署國民健康局，2012a)。精神病患的成人吸菸率未有全國性調查資料，但最近的研究是針對北部某精神專科醫院針對精神科住院患者的吸菸行為調查，文中指出住院精神病患的吸菸盛行率男性為56.2%，女性為16.2%，皆呈現出高於一般人口的現象(陳快樂，2010)。

由於如何有效地協助吸菸者遠離菸害已是全世界各國努力的目標，對於吸菸者的思考脈絡瞭解吸菸乃至戒菸的發展歷程，更是我們可以努力的方向(張景然、王珮蘭，2004)，特別是導致精神病患產生吸菸行為背後的原因，相對複雜且多元化，這也更顯見推動精神病患菸害防治之健康促進工作的重要性。

過去對於精神分裂病患的吸菸行為多以量性研究探討行為的危險因素，鮮少以質性研究的觀點深入個案主觀經驗，且前者也多以住院中的精神病患為主，罕見以社區的精神分裂症病患為對象。因此，本研究目的為探討精神病患吸菸與曾嘗試戒菸的經驗，進而萃取個案對吸菸與戒菸歷程的主觀感受，藉以瞭解其對菸品使用經驗的個人觀點，是此，深入了解其嘗試戒菸之後，目前仍繼續吸菸的原因。研究結果期待能深入剖析社區精神分裂病患的吸菸時之主觀經驗與過去戒菸時內在感受及困擾，以作為協助推動社區精神分裂病患之菸害防治方案的參考。

## 二、文獻探討

### (一) 精神分裂病患吸菸概況與影響吸菸行為的相關因素

精神科病患的吸菸率會因疾病診斷的不同而有所差異，普遍來說，社區精神分裂症的患者吸菸率為最高(Hughes et al., 1986)。像美國約有75-92%的精神科病患吸菸行為(一般人口吸菸率約30-40%) (Moira & Ciara, 2005)，英國精神病人的吸菸盛行率為70%，且於精神障礙病患中屬於重度吸菸者比例(52%)異常高出許多，且精神病患試圖戒菸者，他們的戒菸過程通常面對許多壓力與困難，幾乎效果皆不彰(McNeill, 2001)。由於國內目前無全國性精神病患的吸菸率的調查，僅有少數以立意取樣針對精神醫療院所的研究資料，顯示精神科病患的吸菸率介於20至50%之間(邱南英、周中和，1995；陳碧霞，1996；劉秋丹，1985；Tang, George, Mao, Cai, & Chen, 2007)，男性吸菸率為65.32%，女性吸菸率為8.33%(楊若梅，2004)，且女性病患和重度吸菸者的問題更為嚴重(陳碧霞，1996；劉秋丹，1985; Benowitz, 2008)。不論個案是否有意願戒菸，深入了解其想法，藉以發展精神分裂症患者的戒菸防治之健康促進工作有其必要性。

國內探討影響精神病患吸菸行為之危險因素的相關研究之一，曾以北部某精神科醫院復健期病患為對象，結果指出精神病患們普遍的菸害知識不足，具有想參加戒除菸害課程的傾向，也有61.3%者曾嘗試戒菸，但最後卻因情緒困擾、自制力不夠及自覺缺乏適當方法等未能持續良好的健康行為(陳碧霞，1996)。另方面研究指出，

精神病患的吸菸行為和個案自覺的壓力感受、以及自尊之間具有統計顯著的相關，即低自尊的精神病患者擁有較高的吸菸行為(Salsali & Silverstone, 2003)，但病患的家庭結構與凝聚力，會使個案具有保護性效果，進而減少吸菸行為的產生(何清松、蕭婷云、陳成欽、林玲欽，2011； Ziedonis & George, 1997)。且當吸菸的病患能體認到健康的重要時，會是個重要的戒菸關鍵階段(許秀月，1993)，此時醫護人員以專業角色的立場，適時提供戒菸治療的計畫，積極協助病患戒菸的困難，將可提升病患戒菸的成功率(鄭秀月、李茹萍，2009)。

## (二)精神病患戒菸方案與戒菸活動對精神症狀的影響

目前精神科推行戒菸方案，在成效方面的研究發現，以尼古丁替代治療(Nicotine replacement)與結合動機增強方案(Benowitz, 2008; Chou, Chen, Lee, Ku, & Lu, 2004)、預防復發行為方案皆可成功達到戒菸成功的目標(Bohadana, Nilsson, Rasmussen, & Martinet, 2000; Douglas, 1997)，國內的戒菸班推動成效，研究結果指出透過衛生教育確實可增加個案的菸害知識，病患的吸菸態度明顯轉為正向戒菸，每日吸菸量亦減少1/3，並有12.5%停止吸菸行為(許月英，2000)，但由於介入成效的評估，是活動後立即且短效的測量結果，難以瞭解其長期健康行為維持的成效，且吸菸態度的改變需要長期的觀察與追蹤，在臨床上更常見病患戒菸的意圖與行為上卻未見顯著改善吸菸的效果，不但是住院中的病患難以戒菸，在社區中的精神分裂病患，其疾病復健的過程，身心健康其所面對的挑戰更嚴峻，如何協助其戒菸更值得我們深入了解其主觀感受。

過去有關精神病患戒菸行為和其精神症狀之間關係的相關研究探討，目前也未有一致性論述的研究結果，多數研究顯示戒菸不會誘發精神病患的活性或負性精神症狀(Addington, el-Guebaly, Campbell, Hodgins, & Addington, 1998)、不會導致精神症狀的復發、不會增加精神病患在藥物、暴力、隔離約束的處置或自動出院率(McNeill, 2001)，但臨床上發現少數個案會有靜坐困難的情形(Dalack & Meador-Woodruff, 1999)，此也和戒菸時產生的戒斷症狀有關，他們甚至出現對工作人員的暴力事件和行為干擾(Campion et al., 2008)；在戒斷症狀與感受方面，病患自陳問卷的

研究發現以「渴望吸菸的意念」出現機率最高，「體重增加」為第二位，「負向情緒症狀」為第三位(鄭秀月、李茹萍，2009)。

因此，對於社區中的慢性精神分裂病患吸菸行為的相關研究，我們可以應用質性研究的深度訪談資料，收集精神分裂症病患們對於吸菸與戒菸之相關概念與想法，深入了解「香菸」對於其生命經驗之影響或想法，由於現正值國內積極推動「菸害防治」政策之際，本研究的探究，將有助提供社區精神分裂症病患對於吸菸行為的主觀感受與戒菸的經驗之實證資料

### 三、研究方法

本研究運用現象學研究法(phenomenological research)以深度訪談(in-depth interview)方式進行資料收集，此方法強調個案生活事件在其生活經驗所產生的感受與扮演的意義，藉由他人經驗及對經驗的反思，讓人們從經驗脈絡中更瞭解其深層的意義與重要性，也就是除了描述個案生活經驗中所經歷的本質，也重視其生活經驗所要傳達的意義(穆佩芬，1996；Colaizzi, 1978)，期能對事件/行為脈絡的洞察與瞭解，增進專業的關懷行動(高淑清，2000)。因此，本研究引導個案表達其吸菸與曾戒菸的生活經驗，儘可能使其表現其內在經驗的感受，加以進行資料收集與歸納，輔以質性分析軟體NVIVO 8加以萃取、歸納吸菸與戒菸的生活經驗文本(text)內容所隱含之意義單元，進而瞭解該經驗的生活感受與意義。

#### (一) 研究對象

以立意取樣(purposive sample)方式，訪談條件需符合下述條件：1.居住在社區的精神分裂症患者【指經由精神科專科醫師依精神疾病診斷與統計手冊第四版DSM-IV診斷為精神分裂症患者(診斷碼：295.XX)者】，2.菸齡需超過三年以上，3.過去曾有過戒菸經驗至少一次以上，4.目前仍持續吸菸行為者，和5.能以國語或台語清楚對話，願意接受訪談至少45分鐘以上者。資料收集以飽和度(saturation)來決定研究參與者數目；亦即資料分析時未再出現新主題，新個案所提供的資料無法再豐富時，

airiti

便考慮停止研究收案數(陳向明, 2005; 穆佩芬, 1996)。為保護參與者隱私、研究對象的選擇, 是以社區復健機構的學員或日間留院的個案為主, 名單來自於非機構負責人或主管級的人際網絡引薦。以非公開方式發送參與研究同意書及訪談同意書。直到資料飽和為止, 本研究共收案15人。

## (二) 資料收集過程

本研究經過台北醫學大學人體試驗委員會審查通過, 之後與收案單位主管聯繫, 經同意後始進入單位收案, 由研究者向收案對象解釋同意書, 待同意書簽囑後才進行訪談, 並在研究對象同意下進行錄音, 以獲取詳盡之談話內容, 利於之後的文書撰寫分析工作。

採半結構訪談大綱為指引, 以進行一對一的個別訪談, 讓個案盡情回溯、描述其經驗與感受。研究者依據文獻及研究目的, 擬定訪談指引, 先以開放式問題詢問受訪者「請您說說現在吸菸情形, 像是每天所吸菸的品牌? 目前的吸菸量…」, 然後再依情況引導至下述問題, 包括:「當初怎麼開始吸菸的?」、「請您說說看吸菸的經驗中, 吸菸時自己身上感受到的體驗(如: 優、缺點), 或是對自己所產生的影響」、「曾經的戒菸經驗中, 對於戒菸的想法或感受為何?」。訪談地點完全尊重個案選擇安靜無壓力之安全環境, 個案同意後才進行錄音。每位受訪者的訪談時間約45至90分鐘。

## (三) 資料分析

在質性研究中極為重視受訪者個人經驗的真實性描述, 故資料分析過程採有系統的資料分析、歸納和譯碼的過程進行(Colaizzi, 1978), 包括: (1) 會談時若有語意不清楚的地方當下適時予以澄清, 或是針對其非語言進行重點描述, 會談後仔細傾聽錄音帶與配合, 將受訪者的訪談內容謄寫成逐字稿, 過程中盡量摒除個人主觀看法, 使研究者與參與者所共同建構的內容能在最自然的情境下呈現出來; (2) 從謄寫的內容, 反覆閱讀並思索文本中有意義句子, 並萃取出意義內涵; (3) 之後以保持描述性態度, 將所形成的意義以歸納方式呈現個體吸菸或戒菸經驗的相關主

題(themes)；(4)再整合所呈現的現象結果，作出更詳盡的整體性描述(exhaustive description)；(5)藉由詳盡的闡述，進一步呈現此現象的基本結構；(6)最後再請受訪者協助檢視，以確定分析結果是否真實反應其生活經驗，並將參與者再次提供的資料納入研究結果中。資料分析過程皆將研究對象與訪談內容匿名編碼，再輔以質性分析軟體NVIVO 8的應用，加以萃取主題、進行文本資料的歸納與分析。

#### (四) 研究品質

本質性研究的嚴謹度以Lincoln與Guba(1985)所指出之研究可信度，其包括了1.可信賴性(credibility)：所有資料皆經過錄音與文字稿的轉檔，質性研究者間(二位作者)相互檢視轉檔的無誤與正確性，必要時請研究對象協助檢視文本主題意義與歸納內容的一致性；2.可轉換性(transferability)：訪談資料來自不同年齡、性別或接受不同社區復建方案的研究對象，以其增加資料的豐富性與推論性，並經由「詳盡厚實的描述」和過程透明化的方式來提高可轉換性；3.可靠性(dependability)：研究者皆以深入訪談獲得資訊，並將錄音檔轉為逐字稿，以確認其資料完整性與正確性；與4.可確認性(confirmability)：研究進行過程中皆完整地保留錄音檔與逐字文稿檔，編碼與資料處理分析過程資訊，以利研究者內省及避免主觀意見影響資料收集與分析過程，並提供研究過程與撰寫研究結果時之資料確認。

### 四、研究結果

#### (一) 研究對象描述

本研究接受訪談的精神分裂病患來自居住於二家社區復健機構和一家日間留院的個案，分別為女性四位，男性十一位(佔73.3%)，年齡介於36~53歲(平均年齡49.67±5.74)，吸菸的菸齡為10~36年，每日吸菸量介於10支至80支(4包)(表一)。

#### (二) 精神分裂病患之吸菸經驗

吸菸經驗是指於個案產生吸菸行為時，其吸菸過程所經歷到在自身健康、人際



表一 受訪者基本資料表

編號	性別	年齡	菸齡	每天支數	戒菸經驗
C1	女	41	25年	4包(80支)/1天	多次
C2	女	43	30年	1包(20支)/1天	多次
C3	男	41	20年	1包(20支)/1天	多次
C4	女	51	26年	15支/1天	15次
C5	男	41	10年	1包(20支)/1天	1次
C6	男	46	25年	1包(20支)/1天	2次
C7	女	36	16年	1包(20支)/1天	1次
C8	男	37	22年	28支/1天	10次
C9	男	38	23年	30支/1天	10次
C10	男	49	29年	30支/1天	3次
C11	男	44	20年	1包(20支)/1天	1次
C12	男	38	23年	18支/1天	2次
C13	男	49	31年	1包(20支)半/1天	多次
C14	男	53	28年	1包(20支)/1天	3次
C15	男	52	36年	半包(10支)/1天	2次

互動或社會生活所產生的主觀經驗或想法，也是一種經由認知或情緒狀態所形成的態度傾向。透過研究對象的吸菸經驗所經歷的個人感受結果可歸納出三個主題，包括「正面知覺」、「負面知覺」和「中性知覺」。其中各有不同的感受經驗，依序陳述如下：

### 1. 正面知覺

正面知覺(positive perception)係指吸菸行為於個案生活經驗中所覺察到的正向(好處)的感受與想法。依據研究結果可分成下列四個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

(1)提神幫助思考：吸菸者感受到吸菸時所帶來的提神、釐清思緒的效果。例如

受訪者C13(指個案13)所述：「抽菸的好處是提神…早上抽菸會有提神的效果」，與受訪者C12所述：「抽菸會幫助思考…」。

- (2)維持情緒穩定：吸菸者透過吸菸行為所產生的情緒感受，可抵抗焦慮、減輕心理壓力和穩定情緒的作用。例如受訪者C01所述：「有時候會想說心情不好抽根菸也不錯啊…心情不好就買包菸來抽…會對自己較好」，受訪者C01所述：「吸菸會減輕心情壓力」，受訪者C02所述：「有時候壓力大就會想到要抽菸…」，「緊張的時候會想抽點菸」，與受訪者C15所述：「當初會想抽菸是因為爽快…不會心煩」。
- (3)增加心情的快樂感：個體所感受到因吸菸而產生的生活樂趣、快樂感受。例如受訪者C04所述：「抽菸的時候很快樂」，受訪者C07所述：「…可帶來快樂」，與受訪者C08所述：「心裡會比較愉快」。
- (4)避免生活無聊：吸菸的現象與動作讓個案會有打發時間、且在無聊時可以有事情可做，且不會覺得無聊。例如受訪者C04所述：「沒有抽菸不知道要幹麻」，與受訪者C09所述：「無聊的時候可以抽根菸」。

## 2. 負面知覺

負面知覺(negative perception)係指吸菸行為於個案生活經驗中所覺察到的負面(害處)的感受與想法。依據研究結果可分成下列七個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

- (1)直接性健康妨礙：個案因吸菸行為所經歷且感受到的直接身體變化，且產生直接對健康的影響，包含呼吸系統不適(咳嗽、肺活量差、嗅覺差)、心血管系統問題(心跳變快、頭暈、頭昏眼花)、睡眠困擾(睡不著、失眠)與腸胃系統困擾(苦味、口乾、喉嚨痛)。所包含的呼吸系統不適方面，例如受訪者C05所述：「肺會不好…有時候抽太多會讓你想咳嗽」，受訪者C09所述：「肺活量比較不好…會容易喘…」，受訪者C12所述：「抽菸抽太久會聞不到味道，容易咳嗽」，受訪者C16所述：「嗅覺會變差，比較聞不到味道…」，受訪者C14所述：「運動比較久就會比較喘」。心血管系統問題方面，例如受訪者C03所述：「抽菸心跳會變快」，受訪者C05所述：「有時候抽太多會頭暈」，受訪

airiti

者C06所述：「一開始吸菸的感覺會頭昏眼花…」。

睡眠困擾方面，例如受訪者C03所述：「會讓我失眠睡不著覺…香菸是腦神經中樞安定劑，不再吸菸失眠問題也會有所改善」，受訪者C08所述：「有時候會又有失眠的情況」。

腸胃系統困擾方面，例如受訪者C04所述：「抽菸嘴巴會苦苦的、口乾」，受訪者C05所述：「…喉嚨痛」，與受訪者C10所述：「抽菸會口乾…」。

- (2)潛在的健康威脅：個案因吸菸行為所感覺到目前身體的變化或功能的改變，但尚未有直接對健康的影響，僅有潛在的健康威脅；包含罹患癌症與罹患心血管疾病的機率增加。在罹患癌症方面的擔憂，例如受訪者C13所述：「人家說會致癌啊，肺癌，肺結核…」，與受訪者C15所述：「會得口腔癌…」。罹患心血管疾病機率方面，例如受訪者C06所述：「菸有尼古丁、焦油，會有心血管疾病、心包油對健康會影響…」。
- (3)社交生活受影響：個案因吸菸行為所導致的口臭或菸味、進而影響自己與他人的社交活動。例如受訪者C05所述：「抽菸會身體臭臭的，有菸味…有些人會不喜歡靠近我…」，受訪者C12所述：「家人怕我抽菸…，我沒菸到處亂跑，有朋友來沒菸，欠人家人情…有人因為抽菸比較多，會跟別人要，比較不好」，與受訪者C08所述：「…一般人比較不喜歡女生吸菸，…而女生也比較不喜歡抽菸或讓人知道」。
- (4)費用支出的增加：個案因吸菸行為所實際金錢的支出，增加生活經濟的負擔。例如受訪者C03所述：「說真的，這樣(指吸菸)所需的費用也不小」，受訪者C05所述：「現在菸很貴耶」，與受訪者C11所述：「我覺得吸菸的壞處就是浪費錢」。
- (5)菸品會干擾精神狀態：吸菸行為之後，個案自己覺察到香菸中的尼古丁作用在身上，同時對原有的精神科症狀所造成的影響，特別是指對精神症狀所造成的干擾，像是：注意力變得更不集中、自覺精神狀況會比較遲鈍。例如受訪者C05所述：「抽菸會讓我的精神狀況比較遲鈍…」，受訪者C10所述：「抽菸會精神錯亂…」，與受訪者C14所述：「抽菸會讓我覺得集中力不會集中…沒法穩定…」。

(6)家人擔心菸蒂會釀成意外：個案因吸菸行為後，家人的擔憂及提醒增加，特別是家人會擔心因而造成火災意外發生的危險性。例如受訪者C03所述：「我爸爸以前看我在床上吸菸會害怕，怕會把棉被燒起來…，就會一直告訴我、提醒我…」。

(7)服用精神科藥物的效果失效：個案的吸菸行為對於服用精神科藥物的影響，個案自己的發現，吃藥的時候感覺效果變差。例如受訪者C15所述：「吸菸的時候吃藥會覺得沒有效，…但是最近抽比較少，吃藥的時後感覺作用比較快…」。

### 3. 中性知覺

中性知覺(Borderline Perception)係指吸菸行為對個體的作用或結果，無法評斷對其生活是為正面或負面作用的影響，特別是吸菸對於自身的精神症狀或精神科藥物作用的影響，個案難以去評價相互影響之結果，但仍可體認到內在相當程度的感受或看法。依據研究結果可分成下列二個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

(1)吸菸對精神症狀沒有影響：個案的吸菸行為對於目前自己精神科的症狀之影響，在個案自己的體認中並沒有特別的影響。例如受訪者C01所述：「抽菸對症狀沒有什麼干擾耶」，且另外有十一位受訪者亦自我表述抽菸對症狀沒有特別的影響或改變。

(2)吸菸對精神藥物的作用沒有影響：個案的吸菸行為在自己的經驗體認中，對於目前服用精神科藥物的作用並沒有特別的影響。例如受訪者C03所述：「我沒有覺得吸菸會對藥物有影響…」，且另外有四位受訪者針對此議題表述認為抽菸對精神科藥物的作用並無特別的改變或影響。

### (三)精神分裂病患之戒菸經驗

戒菸感受是指受訪者於過去歷經戒菸失敗的經驗時，自己曾經歷的感受與困惑，也指出目前仍持續維持吸菸行為的原因。研究對象的戒菸經驗所經歷的個人感受之結果可歸納出五個主題，包括「無法解套的菸癮(頭)」、「無法延續成功的戒菸經驗」、「體認戒菸輔助方法的成效」、「衡量支付吸菸與戒菸的物品價格」與「建構持續吸菸行為的論述」。其中各有不同的想法與感受，依序陳述如下：

## 1. 無法解套的菸癮(頭)

指個體於嘗試戒菸時，其無法持續戒菸或停止吸菸的緣由，是因為個體於停(戒)菸之後在身體和心理上對於難以克服的菸癮之感受與想法，個案並言明是蘊含在菸品中的尼古丁所構成的心理依賴感和減(戒)菸時的身體戒斷反應，依據研究結果可分成下列三個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

- (1)需被立即滿足的菸癮：戒菸過程中個體感受到自己對於菸癮產生時，內在感到需即刻須被滿足的欲求，很難被延宕的感受。例如受訪者C015所述：「我只要想到就會吸…能難說不要吸…」、受訪者C14所述：「我覺得菸癮一來時做什麼事都沒用，最好是吸菸就好…」以及受訪者C13所述：「可是我都戒不起來，我應該是菸癮也是蠻大的，一包半，一根接一根…」。
- (2)身體浮現不適的戒斷反應：當個體於嘗試戒(減)菸時，身體上出現因尼古丁濃度降低(減量)，因而察覺到身體所出現的不適或情緒煩躁不安等戒斷症狀。例如受訪者C03所述：「我大概超過一個禮拜症狀就開始出現…頭暈、眼花、冒冷汗、虛脫、全身好難受，手上好想叼個東西，嘴上好想含個菸」、受訪者C14所述：「我是會出現身體的不舒服，就是會覺得靜不下來，說不上來…」。
- (3)重覆發生戒與不戒的身心煎熬：戒菸過程中個體面對吸菸、戒菸與再度吸菸的重覆發生的身心煎熬過程。例如：受訪者C02所述：「會有想抽菸的衝動，就覺得心裡好像缺少了一樣什麼東西一樣…」，受訪者C13所述：「可是我都戒不起來，…我戒過很多次，都是斷斷續續…，久了想就算了」，與受訪者C14所述：「有想過要戒菸，戒過三次都沒成功，就算了…」和受訪者C6所述：「因為很難戒，我都是短暫不抽，後來又抽了…且後來身體沒有不舒服了喔！因為傷心，有壓力就又抽了…」，又如受訪者C03所述：「我想說不要被菸控制了，我想說為什麼要被香菸控制呢？…但是…」。

## 2. 無法延續成功的戒菸經驗

指個體過去經歷嘗試戒菸時，個人所展現的行為狀態與表徵，多是短暫且重複發生的無效狀態，所感到態度和行為難結合為一致的狀態，依據研究結果可分成下列四個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

- airiti
- (1)戒菸的成效極為短暫：戒菸過程中因戒菸行為難以持續維持，而造成戒菸時間無法持續或無法長時間完全戒除菸品的經驗。例如受訪者C11所述：「我的經驗最多戒一天」，與受訪者C06所述：「為什麼又會再吸菸，因為很難戒，我都是短暫不抽，後來又抽了」。
  - (2)戒菸後自我增量的犒賞：戒菸過程中因維持戒菸行為的困難，而造成越是抑制吸菸行為，事後吸菸量反而越抽越多，會有自我增強且加量的菸品犒賞。例如受訪者C04所述：「戒菸過，但越戒抽越大…戒菸兩次，才戒一兩天而已…被限制會越抽越大」；受訪者C15所述：「…在急性病房住院雖曾短暫不吸，原以為就不再吸了，但反而出院後要吸回來(指之前被限制不能吸的量)…」
  - (3)重覆發生的吸、戒菸循環歷程：戒菸過程中因戒菸困難而造成的戒菸次數的增加與反覆吸、戒菸的循環歷程。例如受訪者C13所述：「可是我都戒不起來，我應該是菸癮也是蠻大的，一包半，一根接一根，我戒過很多次，都是斷斷續續…，久了想就算了…」，與受訪者C14所述：「有想過要戒菸，戒過三次都沒成功，就算了…就是戒了之後就會再吸，沒用啦…」。
  - (4)戒菸知行難合一：戒菸過程中個體感受到己身想法與信念上的堅持之重要性，但在戒菸行為上卻無法執行的部份。例如受訪者C03所述：「意志力很重要…只要有意志力，不要被香菸打敗，我們這些人都可以把香菸都戒掉…，但是卻做不到…」、受訪者C08所述：「門診戒菸班是有效啦，但我覺得還是要靠自己的意志力…不然還是會再吸」、受訪者C15所述：「尼古丁效果都沒有自己定下來不抽菸好…我想戒菸成功應該是靠自己吧…，只是想吸時真的很難不吸…」。

### 3. 體認戒菸輔助方法的成效

指個體於戒菸經驗所使用戒菸輔助物質或接受相關戒菸方法的經驗，自己執行戒菸活動後的主觀成效之評價與體認。依據研究結果可分成下列三個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

- (1)嘗試可行的轉移技巧：戒菸過程中個體運用替代方案或轉移注意力的方式，來減少自己對於菸品渴望的行為。例如受訪者C06所述：「我會做事和運動，還

有看書就比較不會抽菸…，但那不是每天都會做的，後來我也沒再做了」，受訪者C11所述：「我試著喝很多水，每天三千西西…戒了兩個月」、「喝很多水，玩象棋、打牌、玩麻將，就會減少想吸菸的想法」，受訪者C12所述：「我曾啃紅蘿蔔，但是不一定有效…」，受訪者C14所述：「我有經驗的是多喝開水，轉移注意力，作別的事情，有效可能是幾分鐘而已」，受訪者C15所述：「就想抽菸就會開始喝水，不然就喝茶，…就那時候菸癮比較大，現在慢慢控制，現在比較有改善」，與受訪者C16所述：「喝刺激性飲料…有一點點效果」。

- (2)參加戒菸衛教的活動：指目前醫療機構中的門診或相關單位，所謂精神病患的戒菸行為而舉辦的系列講座與衛教課程班。例如受訪者C02所述：「他們鼓勵我參加…，我就有參加過戒菸計畫，在仁愛醫院的時候，大概是三週…我是覺得那個活動意義是很良好的…」，與受訪者C06所述：「我有去國泰醫院戒菸班兩次…是有些效果啦…」、受訪者C03所述：「剛好有個機會去醫院拿了那邊的資料(指衛教單張與宣傳手冊)，菸害防治手冊有教我們要如何戒菸，我就照著上面的做…後來有戒掉了一陣子…」。
- (3)使用尼古丁輔助品：戒菸過程中個體所使用的尼古丁相關之輔助品。例如受訪者C05所述：「住院的時候有用過尼古丁貼片，用了就會不想抽…且我覺得尼古丁貼片比尼古丁口香糖有用」，受訪者C06所述：「尼古丁比較有效，戒菸班比較不有效…，因為尼古丁可以讓我不想吸菸，但是戒菸班就還好，要靠自己的力量會比較多一點…」，受訪者C07所述：「我用過尼古丁口嚼錠、貼片，效果不好，都沒有效，還是會想要抽菸…」，受訪者C08所述：「醫師叫我到藥局買尼古丁貼片，這是比較有效果的方式…」，受訪者C12所述：「尼古清、戒菸貼片，但是都沒有什麼效果，我自己用貼片尼古丁會超過一天抽菸的量…」，受訪者C15所述：「貼片有用過，還有尼古清還有口香糖，效果沒那麼大，沒什麼效果…大概都是維持半年」，與受訪者C16所述：「尼古丁貼片效果不好，貼上去沒有什麼感覺…可能維持半天吧…尼古丁口含錠效果比較好」。

#### 4. 衡量支付吸菸與戒菸的物品價格

指個體對於購買香煙的支出或戒菸過程使用尼古丁替代物之開銷金額的實際感受。依據研究結果可分成下列兩個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

- (1)因煙錢變貴而產生戒菸動機：個案於吸菸過程中對於菸品消費金額昂貴的考量下，所產生戒(減)菸的想法。例如受訪者C05所述：「現在香煙很貴，會有一點點想戒菸…」，受訪者C09所述：「戒菸的動機是想省一點錢，就這樣…」，與受訪者C14所述：「當初怕花錢所以戒菸…」。
- (2)買不起的尼古丁輔助品：戒菸過程中對於戒菸輔助品(尼古丁輔助物)消費金額昂貴的考量，無法一次購買所需的量或自行衡量與購買香菸時的支出費用之比較。例如受訪者C08所述：「醫師叫我到藥局買尼古丁貼片，這是比較有效果的方式…但是尼古丁貼片是自費的，能買的數量不多…」，受訪者C12所述：「尼古丁太貴了…」，與受訪者C15所述：「尼古丁口含錠效果比較好，但是太貴…比香菸貴許多…」。

#### 5. 建構持續吸菸行為的論述

指個體曾經經歷戒菸過程後，目前仍持續吸菸行為，其對於本身目前吸菸狀態的想法與感受，依據研究結果可分成下列五個次子題，其內容與訪談描述例句如下：

- (1)形成合理化的認知：個體自我對於吸菸行為合理化的想法與詮釋。例如受訪者C04所述：「說真的，戒菸沒有意思啊…我不喝酒，也沒有在外面玩女人，就只有抽菸而已啊，又不會亂花錢…不知道有一天會不會想戒菸，可能等到要死的那時候就不會抽菸」、受訪者C10所述：「其實一般人也不見得會完全戒菸…」。
- (2)感受吸菸對自身的效益：個體自覺目前吸菸行為對身體、心情和促進人際互動關係的好處。例如受訪者C04所述：「譬如說當兵不能抽菸，那時候會覺得好熱好累，就是很痛苦，想說能抽一根菸有多好…有一次感冒來，抽菸就咳，我就想說我要把他抽到不咳，就一直抽，然後它就真的不咳了…」，受訪者C09所述：「…抽菸對身體也是有好處的，像是可以提提神啊…不會讓我沒精



神…」，受訪者C12所述：「如果到荒郊野外受傷沒有辦法止血，可以用菸草止血…」，受訪者C05所述：「抽了比較不會緊張…」與受訪者C15所述：「我是覺得當焦慮的時候會定神，比較不會煩躁…」。另受訪者C12所述：「如果我說要抽菸時，或是有朋友來，沒菸給別人…自己也會欠人家人情…，我也可以請別人…」。

- (3)吸菸融為生活的習慣：個案的吸菸行為已成為生活環節的一部份，形成自然而然的生活習慣。例如受訪者C04所述：「什麼事都會忘記就是抽菸不會忘記，我吃飯也會忘記…」，與受訪者C05所述：「我不會想戒菸，因為習慣了…戒不掉的原因是有癮啊、還有習慣吧…」。
- (4)家人支持與否的態度：家庭成員對於個案抽菸行為的態度或看法，是趨於接受或不反對的態度，使得個案的吸菸行為得以繼續維持的因素之一。例如受訪者C01所述：「我爸、朋友有事情或心情不好，說偶爾抽個菸沒關係…他一開始是希望你戒，但是後來跟他說明為什麼要抽菸之後他其實是沒有反對」、受訪者C12所述：「如果我說要抽菸，家人有時會買整條的菸給我，…因她們怕我沒菸會到處亂跑…」，與受訪者C07所述：「家人對我抽菸的看法是『沒關係』，她們不會特別希望我戒菸…」。
- (5)自決能力的表現：個案對於吸菸行為的過程視之為自決生活控制能力的展現，是自己做主行使的決定。例如受訪者C06所述：「想說抽菸就好像是長大了…，自己可以決定…」，又如受訪者C12所述：「如果我說要抽菸時，或是有朋友來，沒菸給別人，自己也會欠人家人情，我也可以請別人…」。

## 五、討 論

目前的精神心理衛生工作中，對於個體罹患精神疾病之後的健康處置，往往偏重精神症狀的控制而忽略其他生理健康的促進與維護(von Hausswolff-Juhlin et al., 2009)，也由於個案的精神病況的發展是慢性化且長期化的歷程，在社區精神分裂症病患的生理健康促進與避免危害更顯重要。本研究結果呈現社區精神分裂病患於吸菸與戒菸經驗之個人主觀感受，分別討論如下：

## (一)精神病患的吸菸感受

本研究結果顯示出，多數受訪者吸菸經驗的正面感受，包括：「提神幫助思考」、「維持情緒穩定」、「增加心情快樂感」與「避免生活無聊」，此本結果與陳碧霞(1996)、鄭學慧等人(2009)的研究論述觀點相似，吸菸的好處不論是一般吸菸人口或精神病患吸菸族群皆顯示出，研究對象的吸菸行為會伴隨正向情緒的好處，且也說明當精神較差與心情低落時，研究對象容易出現吸菸的行為，也就是對於吸菸行為的自控性會變差。國外學者Addington等人(1998)的研究則認為，精神病人會有較高的吸菸行為，是因為他們認為吸菸不但可降低壓力與減輕無聊感，更是樂趣的來源，另方面也是病人展現重要的社交功能之途徑，因為精神病患普遍較容易感覺無聊，而吸菸可充作行為的填空品，並且吸菸過程可讓個案擁有屬於自覺行為的控制感(Hughes et al., 1986)，此等論述也和本研究發現相同，吸菸者可藉由吸菸行為而消除或減輕內心焦慮、煩悶與衝突等紓解觀點相似。

研究對象除了吸菸經驗的正向感受之外，另在吸菸的負面感受之經驗，包括「直接性健康妨礙」、「潛在的健康威脅」、「社交生活受影響」、「費用支出增加」、「菸品會干擾精神狀態」、「家人擔心菸蒂釀成意外」與「服用精神科藥物的效果變無療效」。關於個體提及吸菸行為對於個體的健康直接或間接作用，此和諸多研究是一致的結果，特別是吸菸對於呼吸系統的症狀反應，會傷害呼吸道的粘膜，造成咳嗽、咳痰、喉嚨痛、打噴嚏與流鼻水等，成為慢性阻塞性肺部疾病的主要危險因子(行政院衛生署國民健康局，2009；McMurray, 1985)，而蘇玫尹、林嘉志、黃香萍與謝仲裕(2008)指出吸菸者易患咳嗽與造成痰液分泌增多，使得呼吸機能減退，長期吸菸者仍可能因較高的氧化壓力而催化氧化態低密度脂蛋白的產生，進而增加心血管疾病危險因子；另方面近年來發現，精神病患服用抗精神病藥物後，存在著高風險體重增加、血糖及血脂異常等新陳代謝症候群之不良反應，而有吸菸行為者更會增加此風險發生的機率(John, Koloth, Dragovic, Lim, 2009)。故對他們的健康更是需要主動且密切關注。賴美淑(2000)則指出吸菸行為具有加速心跳與血壓增加的效果，因尼古丁會刺激交感神經的興奮，促使個體出現呼吸加快、血壓升高、血糖升高、周圍血管舒縮障礙、多汗、瞳孔擴大、眼裂增寬、眼球突出、眩暈

airiti

等症狀，且在心理上則容易導致焦慮、緊張與造成失眠(Bohadana et al., 2000 ; Leonard et al., 2000)。由於相較於一般人口，精神病患吸菸者有將近一半以上皆為重度吸菸者(Jochelson & Majrowski, 2006)，吸菸對他們健康的威脅更是加劇；像是本研究訪談對象中，有一位個案的吸菸量更是高達4包/一天(共80支)，其他多數研究對象則為20-40支不等的煙量，對他們的健康更是需要主動且密切關注。在全人照護的治療概念下，如何促進精神病患邁向正常、健康的生活型態，減少健康危害行為對健康直接或長期下來間接的作用，雖然吸菸對健康的影響會因個人體質的差異而有所不同，但香菸危害精神病患健康的警訊卻不容忽視，在本研究結果也看到受訪者陳述出吸菸妨礙健康的訊息，因此，精神病患的菸害防治工作更是刻不容緩。

另一方面，吸菸行為對個人社交生活的影響，過去研究指出，當家人或朋友不喜歡吸菸者身上菸味時，個體對於吸菸行為會表現出更多的自控力(彭若萱、王淇珍、董旭英、王文玲，2007)，此和本研究對象所提及的論述有相似的結果；此也和謝淑卿與尹祚芊(1996)的量性研究結果發現相同，當個體對於菸害認知與吸菸行為成顯著的相關，亦即當個體認知道「菸害」對自己生活、事業或人際交往的嚴重傷害時，則較不易有吸菸行為疾病。但另一方面，於Peele(1988)調查指出80%的吸菸精神病人與其他精神病人的互動時，會以吸菸作為互動的媒介，此互動模式是病人可自我啟動的社交接觸之形式，對此，吸菸行為是否有助發展精神病人的人際關係之發展，有待未來進一步研究探討。然而，我們需特別關注的是，由於精神分裂症病患本身病徵的退化，個案普遍會出現較多的負性症狀，像是：人際退縮、淡漠、個人衛生習慣差，原本個案就不容易與他人發展人際關係，如何協助個案減少吸菸行為對其人際互動的妨礙，是值得我們未來努力的方向。而另一方面值得關心的議題，是如何避免個案戒菸過程的行為干擾問題，因為有份在昆士蘭精神科住院病房執行無菸政策的研究報告指出，當政策執行未考量個體吸菸行為背後的動機與原因，而只是直接宣告環境的禁菸策略，是會增加精神科病患對工作人員的暴力事件和行為干擾的頻率，特別是當精神病患處於高依賴度環境(如急性病房)攻擊行為會更為明顯(Campion et al., 2008)。

國外研究指出精神病患者有較高吸菸行為的假設因素，是因為個案本身缺乏精神傳遞物質(neurotransmitter)，而吸菸可增加此物質的傳遞作用(Hughes et al., 1986)，亦有研究指出尼古丁可加速個案血液中多巴胺(dopamine)濃度的代謝速率(Ziedonis & George, 1997)，會讓抗精神病藥物治療濃度下降(Barr et al., 2008)，且由於吸菸時尼古丁接受器處於高濃度的狀態，會提高神經傳導物質的濃度而產生欣快感、愉悅感及正向獎賞作用，並增加正腎上腺素的釋放，提高警覺性、注意力和記憶(謝維綱、戴佛香，2007；Goff et al., 1992)，由此就可能提供個案認知或症狀上瞬間緩解的益處(Leonard et al., 2000)，但是儘管可能的益處，仍有調查發現精神病患吸菸問題所導致發生其他慢性病的罹病率或致死率更高；且也有文獻提到尼古丁對治療精神分裂症的藥物療效，會降低藥物在血液作用的濃度(Barr et al., 2008; Douglas, 1997)，且會降低抗精神病藥物(neuroleptics)的血中濃度鎮靜作用，亦使得抗精神病藥物的副作用加劇，以至於影響個案的焦慮情緒和認知反應(Hughes et al., 1986)，甚至是影響個案的注意力與鎮靜效果(Rezvani et al., 2008)，此論述也在本研究部分個案的訪談中論及「精神科藥物的效果變的無效」獲得驗證，因此，在評估藥物治療效果與戒菸衛教時，應可以將此影響因素納入，藉以增加個案戒菸動機，且精神病患的健康維護策略中，需要更重視並促使個案產生戒菸的企圖與達到成功戒菸的目標。。

## (二)精神病患的戒菸感受

於本研究對象所呈現戒菸的受挫、失敗經驗，顯示精神病患嘗試戒菸的困難與無助，就如同研究指出，精神病患中吸菸者對於尼古丁的依賴程度高，且相較於一般人口的吸菸者更不容易戒菸成功(Leonard et al., 2000)，在陳碧霞(1996)調查北市某精神專科醫院的復健期精神病患資料指出，吸菸者中約61.3%曾試行戒菸，但因為情緒困擾、自制力不夠及缺乏適當的戒菸方法，最終皆為失敗的經驗。近期有個針對一般成年人的戒菸門診研究調查發現，有將近七成以上的人是採取自助式戒菸方法進行戒菸，但也會因反覆面臨戒菸失敗，而失去戒菸的自信心，通常能持續戒菸者，是擁有較佳的自我效能(鄭秀月、李茹萍，2009)。

airiti

另一方面在精神病患身上可見其想法與感受的「為難」之衝突情境，當吸菸者因為健康、家庭或社會環境等因素決定戒菸時，感到最困難的事情，是要克服程度不一的戒斷生理症狀(鄭淑利，2011)，本研究對象亦呈現如文獻所論述的戒菸之戒斷困擾，由於多數精神病患為重度吸菸人口，當出現戒斷症狀時，身體所面對的不適感更為強烈和信心，在加上戒菸期缺乏適度的專業人員協助時，那麼對於吸菸的渴望感便會產生更強烈的情緒不穩定、焦慮和煩躁等負面情緒，更進一步影響其精神症狀的穩定度。對此過程，精神衛生領域的工作人員扮演更具關鍵性的角色，主要是因為吸菸或戒菸均可能混淆與干擾精神分裂症患者的活性或負性症狀的鑑別與治療。因此，精神病患的戒菸活動，更需要結合系統性的認知行為治療、衛生教育團體(許月英，2000)、精神科藥物(Weiner, Ball, Summerfelt, Gold, & Buchanan, 2001)或尼古丁輔助物質(Chou et al., 2004)，方能在協助個案的戒菸歷程中，減少吸菸者對尼古丁的依賴，避免吸菸者於停止吸菸時，所產生的不舒服戒斷症狀，由於個案所需忍耐的症狀不只是生理上不適感，像是口乾舌燥、便秘之腸胃道症狀，也包含心理上的依賴感，像是易怒、焦慮、增加食慾、和煩躁與失眠的現象(Benowitz, 2008)，此部分的戒斷反應，也在本研究對象嘗試戒菸的經驗中，出現相似的戒斷反應。我們更應重視個案的主體經驗，由於個體在嘗試戒菸的歷程中，本身也會自行評價輔助戒菸方法的效果，以及自我發展可能會有效果的轉移技巧。因此，如何緩解吸菸的精神病患於戒菸階段所可能出現的戒斷反應，使其能安然度過，協助不同尼古丁依賴/成癮程度的個案選擇適合的戒菸方案，重視其主體經驗的感受，更是落實菸害防治工作之重要基礎。

近年來菸害防治政策的推動，健康捐的稅額提升，的確發現可有效遏阻吸菸人士的吸菸消費行為(管賢世，2008)，且在本研究的精神病患身上所見，他們會因菸品變貴而產生戒菸動機，這是個我們可協助掌握發展戒菸行為的極佳契機。相對的，我們對於無戒菸動機的精神病患，需關心他們的生活花費，因為當支付菸品的金額變高時，是否排擠其他生活費用的需求，特別是慢性精神病患在有限的金錢或福利補助下，多數的吸菸精神病患滿足吸菸慾求後，支付其他生活基本生理需求的費用，將會是短絀不足(McCreadie & Kelly, 2000)。因此，在社區精神病患的金錢管理

能力的培養，也會是重要的社區復健活動。另一方面，有受訪者提到“買不起的尼古丁輔助品”之論述，由於目前多數的社區精神分裂症患者主要是透過門診戒菸和參加醫院戒菸班的方式，在今年行政院衛生署國民健康局(2012b)新公告實施二代戒菸治療試辦計畫，增加了對於門診以外的住院和急診的精神病患吸菸者之經費補助尼古丁替代療法的方案，對此可嘉惠更多精神病患之戒菸服務，且該方案針對吸菸者不論其過去有無利用過戒菸治療服務，每人每年內至多補助2次療程，每次療程最多補助八週藥費【當個案未具低收入身分者，每次療程所需掛號費與戒菸藥品部分負擔金額約為 $(50+200)*8=2000$ 元】。由於多數的精神病患並無法參與競爭性工作職場的能力，而透過社區復健的庇護工作所賺得薪資，要單次的付出此費用對於某些精神病患會是沉重的負擔，如何提供給個案具有彈性的付費方式，是醫療政策上可以進一步思索的議題，

研究指出當個體自我衡量行為改變的好處與壞處之後所做的決策，當自認行為在自己身上感受的好處多於壞處時，會從某一行為階段往前邁進下一階段；此亦為自我效能的表現，是種衡量自己能否表現或避免某特定的行為與在艱難情境下渴求採取特定行為的強度，由此論述顯示本研究對象在持續建構吸菸行為之間是個複雜的自我感受之歷程(鄭秀月、李茹萍，2009；Chou et al., 2004)。就如同個案會形成合理性的認知，於鄭淑利(2011)、張景然與王珮蘭(2004)研究也清楚指出，倘若個案較認同吸菸的好處，則較易有吸菸行為，反之，倘若較認同吸菸的壞處，則較不易有吸菸行為的產生。而家庭成員的態度也影響者個案是否認同戒菸的態度(何清松等人，2011)，由此可見，家屬在精神病患吸菸態度上，扮演重要角色與支持的力量，這也可供未來發展菸害防治方案時，將家屬納入團隊，一起發揮力量，協助精神病患成功完成戒菸的目標。

## 六、結 論

本研究採現象學研究法，本研究結果呈現出社區精神分裂症病患吸菸與戒菸時的經驗本質結構，展現出社區精神分裂症病患吸菸者對於自身吸菸現象的觀點論

述，以及曾經戒菸卻失敗的經驗與目前仍維持吸菸行為的感受。吸菸對社區精神病患的意義，主要呈現三個主題的主觀感受，分別為「正面知覺」、「負面知覺」與「中性知覺」；而社區精神病患戒菸失敗經驗的主觀論述，主要呈現五個主題，分別為「無法解套的菸癮(頭)」、「無法延續成功的戒菸經驗」、「體認戒菸輔助方法的成效」、「衡量支付吸菸與戒菸的物品價格」與「建構持續吸菸行為的論述」。

此研究結果期望能於個案社區復建的過程中，社區精神衛生領域的工作人員能深入體會與了解社區精神分裂病患面對香菸問題於其生活過程之主觀感受，扮演正向心理支持與資訊提供的角色，以協助其渡過戒菸經驗的困擾，並期望能藉此作為發展適合社區精神分裂病患的菸害防治方案之參考。並提供下列建議：

### (一)實務面：

全人照護的治療概念下，心理衛生工作人員需積極促進精神病患邁向正常、健康的生活型態，減少健康危害行為對健康的影響，特別是對於重度吸菸行為者，宜主動偵測其體重、血糖及血脂等生理數值是否存有新陳代謝症候群之不良反應。對於正在嘗試戒菸或重覆戒菸的社區個案，除了進行尼古丁替代品的使用成效評估之外，需緩解因減(戒)菸所導致的身體戒斷與尼古丁依賴之反應，且應拓展個案與專業戒菸資源間的合作模式，充權個案面對社區生活的壓力調適與情緒管理能力，藉以提升社區生活的自控性且避免因挫折重覆吸菸的循環過程。

### (二)政策面：

本研究中曾參加戒菸計畫的精神病患，皆直接表述戒菸輔助方法在身上的成效，確實具有實際的幫助，然而如何將此短暫成功經驗轉化成永久經驗，需要政策上更多元且彈性的方案，像是尼古丁替代品自付額費用的給付方式；以及社區或居家的個案採取門診戒菸方案時，社區復健活動的安排，建議宜增加適度的專業人力與資源來增進個案的自我效能與金錢管理訓練計畫。

### (三)研究面：

由於本研究為橫斷式研究，建議未來研究可採前瞻性和縱貫性的質性研究方法以分析長期的戒菸歷程。另由於透過本研究與過去文獻的討論，精神病患吸菸行為對於精神症狀和抗精神病藥物的影響與相互作用的關係並無一致性的結論，本研究所提供的是個案主觀論述經驗，截至目前為止，國內也缺乏量性調查之實證資料，建議未來研究宜進一步深入探究精神病患吸菸行為對其精神症狀作用與藥物、尼古丁交互作用之機轉，以提供症狀控制與藥物治療之參考。

## 七、研究限制

本研究參加的受訪者皆為居住在社區的慢性精神分裂症患者，僅限於願意參加訪談的個案，對於住院中急性病房或慢性病房的精神分裂症病患或其他診斷的精神科病患，雖然也可能提供寶貴的個人吸菸與戒菸之主觀經驗，但限於研究取樣的條件限制，故本研究結果不可推論至所有精神科病患之吸菸或戒菸經驗。

## 誌 謝

本研究得以順利完成，感謝北醫一萬芳醫院計畫之經費支持(99TMU-WFH-16)，以及感謝研究對象的參與，他們提供個人寶貴的生活經驗，特此致謝。

## 參考文獻

- 行政院衛生署國民健康局(2009)：〈菸的危害〉。2011年7月25日，取自<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=178>。
- 行政院衛生署國民健康局(2012a)：〈成年人吸菸行為調查〉。2012年4月7日，取自<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=178>。



airiti

行政院衛生署國民健康局(2012b)：〈實施二代戒菸治療試辦計畫〉。2012年4月7日，取自<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=590>。

何清松、蕭婷云、陳成欽、林玲欽(2011)：〈慢性住院精神分裂病患者對禁菸政策意見之因素探討〉。《澄清醫護管理雜誌》，7卷1期，56-62。

邱南英、周中和(1995)：〈戒菸團體心理治療〉。《彰基醫學雜誌》，19-27。

高淑清(2000)：〈現象學方法及其在教育研究上的應用〉，見中正大學教育研究所(編)：《質的研究方法》。高雄：麗文書局。

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卷4期，29-66。

許月英(2000)：〈門診精神病患戒菸團體成效評估〉。《長庚護理》，12卷1期，31-41。

許秀月(1993)：〈醫護人員對於菸害觀念之認知與反菸行為間差異性之探討〉。《護理研究》，1卷3期，231-245。

陳向明(2005)：《社會科學質的研究》。台北：五南書局。

陳快樂(2010)：《精神科住院患者戒菸治療服務前驅性計畫》。行政院衛生署國民健康局研究報告(編號：SH980924)，未出版。

陳碧霞(1996)：〈精神病人吸菸管制問題探討〉。《護理雜誌》，43卷3期，68-72。

彭若萱、王淇珍、董旭英、王文玲(2007)：〈以問題行為理論探討高中職學生吸菸行為之相關因素〉。《實證護理》，3卷3期，236-245。

楊若梅(2004)：《精神分裂症住院病患吸菸行為之相關因素探討》。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文(未出版)。

管賢世(2008)：〈戒菸「才是保障健康的不二法則--提高菸品健康捐 一舉兩得」〉。《全民健康保險》，75卷，41。

劉秋丹(1985)：〈復建精神病患團體戒菸之探討〉。《台北市立療養院七十四年年報》，29-133。

鄭秀月、李茹萍(2009)：〈戒菸門診個案持續戒菸行為與自我效能之研究〉。《台灣醫學》，13卷3期，223-230。

鄭淑利(2011)：《戒菸處置措施於精神分裂症病人之成效研究》。國立臺北護理健康大學護理研究所博士論文(未出版)。

- 鄭學慧、林琴玲、史麗珠、涂慧慈、蔡玉霞、藍旻暉(2009)：〈某區域醫院認知行為團體戒菸班課程之成效〉。《中山醫學雜誌》，20卷2期，161-176。
- 穆佩芬(1996)：〈現象學研究法〉。《護理研究》，4卷2期，195-201。
- 賴美淑(2000)：《吸菸與心臟血管疾病的關係：可能之病理生理機轉》。台北：財團法人國家衛生研究院。
- 謝淑卿、尹祚芊(1996)：〈成人菸害認知、吸菸行為及相關因素之探討〉。《護理研究》，4卷2期，115-126。
- 謝維綱、戴佛香(2007)：〈談吸菸〉。《國防醫學》，25卷2期，123-127。
- 蘇玫尹、林嘉志、黃香萍、謝伸裕(2008)：〈運動與吸菸對氧化壓力的影響〉。《體育學報》，41卷2期，15-30。
- Addington, J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D. C., & Addington, D. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 155(7), 974-976.
- Barr, A. M., Procyshyn, R. M., Hui, P., Johnson, J. L., & Honer, W. G. (2008). Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 252-60.
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: Implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine*, 121(4A), s3-s10.
- Bohadana, A., Nilsson, F., Rasmussen, T., & Martinet, Y. (2000). Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3128-3134.
- Campion, J., Lawn, S., Brownlie, A., Hunter, E., Gynther, B., & Pols, R. (2008). Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: learning from unsuccessful experience. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 16(2), 92-97.
- Chou, K. R., Chen, R., Lee, J. F., Ku, C. H., & Lu, R. B. (2004). The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), 321-330.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist view it. In R. S. Valk

- & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (1st ed., pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Dalack, G. W., & Meador-Woodruff, J. H. (1999). Acute feasibility and safety of a smoking reduction strategy for smokers with schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research, 1*, 53-57.
- Douglas, C. E. (1997). Manipulation of cigarette production to cause and enhance addiction. *Lung Cancer, 18*, 5-6.
- Goff, D. C, Henderson, D. C., & Amico, E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *The American Journal of Psychiatry, 149*(9), 1189-1194.
- Green, L. W. (1979). National policy in the promotion of health. *International Journal of Health Education, 12*(3), 161-168.
- Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E., & Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry, 143*, 993-997.
- Jochelson, J., & Majrowski, B. (2006). *Clearing the air. Debating smoke-free policies in psychiatric units*. London: King's fund.
- John, A. P., Koloth, R., Dragovic, M., & Lim, S. C. (2009). Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness. *The Medical Journal of Australia, 190*(4), 176-179.
- Leonard, S., Breese, C., Adams, C., Benhammou, K., Gault, J., Stevens, K., ...Freedman, R. (2000). Smoking and schizophrenia: abnormal nicotinic receptor expression. *European Journal of Pharmacology, 393*(1-3), 237-242.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- McCreadie, R. G., & Kelly, C. (2000). Patients with schizophrenia who smoke: private disaster, public resource. *British Journal of Psychiatry, 176*, 109.
- McMurray, R. G. (1985). The effects of passive inhalation of cigarette on exercise performance. *European Journal of Physiology, 54*, 196-200.
- McNeill, A. (2001). *Smoking and mental health: A review of the literature*. London: Smoke-Free London Programme.
- Moss, T. G., Sacco, K. A., Allen, T. M., Weinberger, A. H., Vessicchio, J. C., & George, T. P.

- (2009). Prefrontal cognitive dysfunction is associated with tobacco dependence treatment failure in smokers with schizophrenia. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1-2), 94-9.
- Moira, C. & Ciara, K. (2005). Lifestyle and physical health in schizophrenia *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 125-132.
- Peele, R. (1988). Nicotine addiction in the psychiatric hospital: a preliminary report. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13(4), 239.
- Rezvani, A. H., Kholdebarin, E., Dawson, E., & Levin, E. D. (2008). Nicotine and clozapine effects on attentional performance impaired by the NMDA antagonist dizocilpine in female rats. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 11(1), 63-70.
- Saha, S., Chant, D., & Mcgrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1123-1131.
- Salsali, M., & Silverstone, P. H. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part II - The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(3), 1-8.
- Tang, Y. L., George, T. P., Mao, P. X., Cai, Z. J., & Chen, Q. (2007). Cigarette smoking in Chinese male inpatients with schizophrenia: a cross-sectional analysis. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2), 43-48.
- von Hausswolff-Juhlin, Y., Bjartveit, M., Lindstrom, E., & Jones, P. (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 438, 15-21.
- Weiner, E., Ball, M. P., Summerfelt, A., Gold, J., & Buchanan, R. W. (2001). Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 158(4), 635-637.
- World Health Organization (WHO, 1998). *Guideline for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO, 2011). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization,
- Ziedonis, D. M., & George, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 247-254.

# Perception of Cigarette Smoking and Smoking Cessation Failure Experiences of Patients with Schizophrenia

YI-YING CHOU, TSUI-MEI HUNG, TSUI-YUANG YANG,  
SHU-FANG SU, CHUEH CHANG, CHIA-JUNG HSIEH

**Background:** Several studies have demonstrated that the problem of smoking among schizophrenic patients is much higher than in the normal population. Schizophrenics also have more difficulty with smoking cessation. Many previous quantitative studies investigated smoking problems with schizophrenics; few studies applied qualitative methods to explore schizophrenics' own perceptions of smoking. **Purpose:** This study explored schizophrenics' experience of cigarette smoking and smoking cessation. **Methods:** Qualitative techniques were applied using a purposive sampling method, followed by semi-structured interviews. Interviews with 15 schizophrenia patients (73.3% male, mean age: 49.67±5.74) were conducted at a community rehabilitation center. Interviews were recorded and transcribed for analysis of themes. **Results:** Three themes of cigarette smoking experiences emerged from the analysis: positive perceptions, negative perceptions, and borderline perceptions. We identified 5 themes in the smoking cessation experiences: hard to get over cravings, never had a successful experience with smoking cessation, realized the effectiveness the alternative of smoking cessation, judged the price in payment for smoking and quitting, and found reasons to continue smoking. **Conclusions:** The results will help mental health workers to understand schizophrenic patients' tobacco issues, and how patients interpret the phenomenon of smoking and quitting. Community rehabilitation can play a positive role in mental health support and offer information to assist patients with the difficulties of quitting smoking.

**Key words:** Schizophrenia, Smoking, Smoking cessation, Health promotion

---

Yi-Ying Chou: Adjunct Instructor, School of Geriatric Nursing and care Management, College of Nursing, Taipei Medical University.

Tsui-Mei Hung: Nursing Supervisor, Taipei City Hospital Songde Branch.

Tsui-Yuang Yang: Dean of Nursing, Taipei City Hospital Songde Branch.

Shu-Fang Su: Dean of Nursing, Kai-Suan Psychiatric Hospital.

Chueh Chang: Associate Professor, Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University.

Chia-Jung Hsieh: Assistant Professor, School of Nursing, College of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Science. (Corresponding Author, E-mail: chiajung@ntunhs.edu.tw)